

연구보고서 2016-39

초고령사회 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책 지원방안 연구



김경래 · 황남희 · 정진욱 · 송기민 · 양찬미 · 이수현

【책임연구자】

김경래 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요 저서】

인구구조 변화에 따른 노인복지정책의 발전방향
한국보건사회연구원, 2015(공저)

저출산고령사회 동태적 분석을 위한 지역추적조사
한국보건사회연구원, 2015(공저)

【공동연구진】

황남희 한국보건사회연구원 부연구위원

정진욱 한양대학교 고령사회연구소 교수

송기민 한양대학교 고령산업융합과 교수

양찬미 한국보건사회연구원 연구원

이수현 前에너지경제연구원 연구원

연구보고서 2016-39

**초고령사회 고령후기 노인을 위한
생애말기 정책 지원방안 연구**

발행일 2016년 12월 31일

저자 김 경 래

발행인 김 상 호

발행처 한국보건사회연구원

주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인쇄처 (주)대명기획

가격 7,000원

발간사 <<

사회환경 변화에 따라 노인 1인·부부가구의 증가 추세가 지속되는 가운데 점차 80세 이상 노인가구에 대한 사회적 관심도 고조될 것으로 추정된다. 노화가 급속히 진행된 고령후기 노인은 일상생활 동작수행 곤란과 함께 인지기능 저하에 시달릴 가능성이 높아 각별한 사회적 관심이 필요한 연령층이다. 그러나 현행 노인복지정책은 고령전기·중기 노인을 중심으로 전개되는 양상이며, 고령후기 노인은 정책적 관심에서 소외된 경향이 있다.

초고령사회의 노인복지정책은 전체 노인에 대한 정책 재설계뿐만 아니라 고령후기 노인을 대상으로 하는 특화된 생애말기 지원정책에 대한 고민도 함께 할 필요가 있다. 이를 통해 고령후기 노인에 대해 ‘편안한 인생 마무리’ 관점에서 스스로 준비하고 마무리할 수 있도록 지원하고 국가·사회·가족의 부담을 완화할 수 있는 방안을 고민해야 한다.

이러한 맥락에서 본 연구에서는 고령후기 노인들이 생애말기에 경험하는 제반 문제를 종합적으로 검토하고, 생애말기 정책의 수요와 공급 관점에서 현황과 한계를 분석하였다. 또한 우리나라 생애말기 지원정책 전반에 대하여 생활기반 안정(Well-Being)정책과 임종기 생애마무리 지원(Well-Dying)의 관점에서 국내외 정책분석을 실시하였다. 이러한 분석을 통해서 향후 고령인구 급증 등 인구구조 변화에 따른 혼란과 부담을 이완하고, 고령후기 노인들의 마지막 시기를 안정적으로 지원할 수 있는 정책방안을 마련하는 데 연구의 목적을 두고 있다.

본 보고서는 김경래 부연구위원의 책임하에 원내의 황남희 부연구위원, 양찬미 연구원을 비롯하여 한양대학교 고령사회연구소 정진욱 교수,

한양대학교 고령산업융합과 송기민 교수, 전 에너지경제연구원 이수현 연구원에 의하여 작성되었다. 본 연구진은 바쁘신 중에도 본 보고서를 검토해 주신 본원의 오영희 연구위원, 소중한 검토 의견을 주신 목원대학교 사회복지학과 권중돈 교수에게 감사의 뜻을 전하고자 한다.

끝으로 본 보고서의 내용은 연구자들의 의견이며, 본 연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝히고자 한다.

2016년 12월

한국보건사회연구원 원장

김 상 호

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서 론	7
제1절 연구의 필요성 및 목적	9
제2절 주요 연구내용 및 방법	11
제2장 이론적 배경	13
제1절 선행 연구 고찰	15
제2절 고령후기 및 생애말기에 대한 조작적 정의	31
제3절 생애말기 정책 탐색 범위	39
제3장 생애말기 지원정책 수급분석	49
제1절 고령후기 노인인구가구-지역별 추이	51
제2절 주요 정책 수요 추이	59
제3절 주요 정책 공급 기반 현황	74
제4절 소결	87
제4장 국내 생애말기 지원정책 분석	91
제1절 노인복지정책 전개 과정 및 정책 예산 현황	93
제2절 생활기반 안정(Well-Being) 정책	96
제3절 생애마무리 지원(Well-Dying) 정책	110
제4절 소결	124

제5장 해외 생애말기 지원정책 분석	129
제1절 개요	131
제2절 생활기반 안정(Well-Being) 정책	134
제3절 생애마무리 지원(Well-Dying) 정책	151
제4절 소결	166
제6장 생애말기 지원정책에 대한 국민인식	173
제1절 조사 개요 및 응답자 일반 특성	175
제2절 계층이동성 및 노후 불안	178
제3절 정책 인지도 및 필요도	186
제4절 정책 간 중요도 및 이용(추천) 의사	192
제5절 노후대책 만족도 및 정책 방향	198
제6절 소결	201
제7장 결 론	203
참고문헌	211
부록	215
부록 1. 조사표	215

표 목차

〈표 2-1〉 지역사회 생애말기 돌봄에서 사회복지 개입 가능성 탐색	30
〈표 2-2〉 고령후기 및 생애말기에 대한 조작적 정의	37
〈표 2-3〉 연령별 4대 노인문제 심화 양상	41
〈표 2-4〉 단체활동 참여율	41
〈표 2-5〉 4고의 심화 정도 비교	42
〈표 2-6〉 상관관계 분석 결과	43
〈표 3-1〉 추계인구(장래인구추계, 2010)	52
〈표 3-2〉 가구 유형별 추계 가구 추이(장래인구추계, 2010)	53
〈표 3-3〉 전년 대비 1인가구 순증가 추이	54
〈표 3-4〉 80세 이상 시도별 인구 추이	55
〈표 3-5〉 장기요양 등급판정 인원 추이(등급 외 포함)	60
〈표 3-6〉 장기요양 등급별 주요 질병 현황 및 추이	61
〈표 3-7〉 등급별 주거 상태 비율(1~5등급, 2014)	62
〈표 3-8〉 등급별 주거 상태 추이(1~5등급)	62
〈표 3-9〉 연간 장기요양 비용 추계	63
〈표 3-10〉 연간 완화의료 수요	65
〈표 3-11〉 발병 후 응급실 도착 소요 시간(2014년)	66
〈표 3-12〉 사망자 추이	67
〈표 3-13〉 80세 이상 사망원인별 사망자 수	68
〈표 3-14〉 사망원인별 재원 일수	69
〈표 3-15〉 사망자 및 생존자의 생애말기 의료비-입원, 외래	70
〈표 3-16〉 고령후기 노인의 생애말기 의료비	71
〈표 3-17〉 고독사 현황	72
〈표 3-18〉 호스피스 병원 지정 현황	79
〈표 3-19〉 노인복지시설 현황	83
〈표 4-1〉 연도별 주요 정책·제도 변화	94

〈표 4-2〉 주요 노인복지정책의 대상자 선정 기준(소득)	97
〈표 4-3〉 연도별 부양 관계 단절 인정 수급권 보장 현황	99
〈표 4-4〉 노인(65세 이상)의 거주 형태(자가, 무상 간 대치 관계)	100
〈표 4-5〉 연령별 기초생활수급자 추이	101
〈표 4-6〉 죽음에 대한 공포의 다양한 형태	116
〈표 4-7〉 죽어 가는 과정	118
〈표 4-8〉 배우자의 죽음으로 인해 생기는 문제점에 대한 구체적인 체크리스트	120
〈표 4-9〉 비탄을 겪는 과정(Grief Process) 12단계	121
〈표 5-1〉 유니버설 디자인 푸드 구분	139
〈표 6-1〉 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책에 대한 국민인식 조사의 개요	175
〈표 6-2〉 설문 문항	176
〈표 6-3〉 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책에 대한 국민인식 조사의 응답자 일반 특성 ..	178
〈표 6-4〉 주관적인 계층인식	180
〈표 6-5〉 계층이동 가능성	181
〈표 6-6〉 주관적으로 느끼는 행복 수준	182
〈표 6-7〉 노후 불안 정도	184
〈표 6-8〉 노후 불안 영역	185
〈표 6-9〉 생애말기 정책의 범위와 영역	186
〈표 6-10〉 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책별 인지도	188
〈표 6-11〉 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책별 필요성 정도	191
〈표 6-12〉 생애말기 정책 우선순위: 1순위 응답	193
〈표 6-13〉 생애말기 정책 우선순위: 1-3순위 중복 응답	194
〈표 6-14〉 본인 정책 이용 의사	196
〈표 6-15〉 가족 및 친구 이용 추천 의사	197
〈표 6-16〉 노후대책 만족도	199
〈표 6-17〉 향후 노후대책 관심 필요 분야	200

그림 목차

[그림 2-1] 연령별 신체적 기능 쇠퇴와 사회가족문화적 배제 양상	35
[그림 2-2] 연령별 4대 노인문제 직면 추이	40
[그림 2-3] 욕구 위계, 노인문제, 대응 정책 간 연관관계	46
[그림 2-4] 생애말기 노인 보건복지 정책 탐색 범위	47
[그림 3-1] 80세 이상 시군구별 인구밀도 추이(2015, 2026, 2037)	56
[그림 3-2] 공공병원, 공공 요양병원 분포	75
[그림 3-3] 지방의료원, 보건소, 보건지소 분포	77
[그림 3-4] 호스피스 병원 분포	80
[그림 3-5] 화장시설 분포	81
[그림 3-6] 지자체 사무소 분포(도시락 배달, 독거노인 돌보미 관련)	84
[그림 3-7] 노인복지관 분포	85
[그림 3-8] 경로당 분포(전북 익산시 영등2동, 충북 충주 소태면, 각 경로당별 반경 2km Buffer)	86
[그림 4-1] 영역별 예산 규모(2007~2015년)	95
[그림 5-1] 재택요양 지원 거점 체계	149



Abstract <<

Policy Support for the Last Phase of Life for Oldest-Older People in a Post-Aged Korea

This study is aimed at looking into ways of improving policy support for those aged 80-plus in the final part of their lives. One's end-of-life stage should be understood not as some segmented point in time that closely precedes one's death, but as part of the continuum of one's life that runs its course toward death. For that reason, policy support for oldest-older persons needs to be designed to help them not only to live well, but also to die well. Unlike oldest-older persons in some countries in the richer part of the world, where they are supported to spend the last days of their lives in the comfort of their own home, oldest-older Koreans, lacking policy support, mostly end up ending their lives in hospitals or long-term care establishments. Welfare policy on the elderly needs reshaping so that it can cover the elderly population in general and at the same time put in place support specific for oldest-older persons in their last phase of life.

1. 연구의 배경 및 목적

사회환경 변화에 따라 노인 1인·부부가구의 증가 추세가 지속되는 가운데, 점차 80세 이상 노인가구에 대한 사회적 관심도 고조될 것으로 추정된다. 노화가 급속히 진행된 고령후기 노인은 일상생활 동작 수행 곤란과 함께 인지기능 저하에 시달릴 가능성이 높아 각별한 사회적 관심이 필요한 연령층이다. 그러나 현행 노인복지정책은 고령전기·중기 노인을 중심으로 전개되는 양상이며, 고령후기 노인은 정책적 관심에서 소외된 경향이 있다.

초고령사회의 노인복지정책은 전체 노인에 대한 정책 재설계뿐만 아니라, 고령후기 노인을 대상으로 하는 특화된 생애말기 지원정책에 대한 고민도 함께 할 필요가 있다. 이를 통해 고령후기 노인에 대해 ‘편안한 인생 마무리’ 관점에서 스스로 준비하고 마무리할 수 있도록 지원하고 국가·사회·가족의 부담을 완화할 수 있는 방안을 고민해야 한다.

2. 주요 연구 결과

통상적으로 79세~82.4세 연령대는 4대 노인문제에 전부 노출되는 시기로서 이전 연령대와 차별화되며, 4대 노인문제는 독립적으로 작용하기 보다는 교호작용을 일으킨다. 또한, 생애말기(生涯末期)는 ‘죽음에 임박한 특정 시점’의 분절적 개념이라기보다 임종기(臨終期)를 향해 가는 시간적 과정의 연속적 개념으로 보는 것이 합리적이므로 생애말기 생활기반 안

4 초고령사회 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책 지원방안 연구

정(Well-Being) 정책과 임종기 생애마무리 지원(Well-Dying)정책이 동시에 지원되어야 한다.

생애말기 정책 수급분석 결과, 고령후기 노인인구 비율이 급증하고, 1인가구 비율은 60.2%(124만 9천 가구)까지 증가하며, 1인가구 순증분(연평균 4만 2천 가구)은 사별에 의한 것일 가능성이 높아 관련 정책 수요가 확대될 것으로 보았다. 고령후기 노인인구밀도가 높은 시·군·구는 대폭 확대될 예정으로 정책 결정 시 이를 감안할 필요가 있었다. 고령후기 노인 장기요양 판정자와 관련 예산이 급증하고 고령후기 노인 사망자 수와 비율도 크게 증가하는 것은 물론, 사망 원인별 총재원 일수, 완화의료 수요도 큰 폭으로 증가하는 것으로 추정되었다. 공급 기반 측면에서 봤을 때, 공공 의료기관, 지역 의료기관 등은 비교적 고른 지역적 분포를 보이고 있었으나, 공공 요양병원은 내륙·산간지방에 거주하는 고령후기 노인들에게는 접근성이 상당히 취약한 것으로 나타났다. 도시락 배달은 인구 밀집 지역이 아닌 도서, 산간 지역에 서비스하기에 많은 어려움이 따를 것으로 보았고, 호스피스 병원은 경북이나 강원 내륙지방으로는 전혀 설치되어 있지 않는 등 지역적 편중이 심하게 나타나고 있으며, 화장시설은 향후 화장 수요에 적절히 대처할 수 있을지 의문이 드는 상황이다.

국내 생애말기 지원정책 분석 결과, 80세 이상 고령후기 노인에게 적용하는 부양의무자 기준은 가족 해체의 원인이 되거나 상속보다는 증여를 선택하는 부작용이 발생할 우려와 함께, 고령자용 주택에 관한 구체적 제도가 미비하여 낙상이나 사회적 고립을 가중시킬 우려, 저작·연하 기능 저하에 따른 영양불량, 면역기능 감소, 합병증 발생, 사망률 증가로 연결될 우려, 재택의료 서비스 미진으로 자택에 머물면서 치료하기 어려운 실정 등이 있는 것으로 파악되었다. 또한 말기암 환자와 달리 다른 질환의 호스피스 이용자들에 대한 비용 지원에 관한 구체적 규정은 없고, 존엄사 후속

조치를 마련 중이긴 하지만 고려해야 할 요소가 많으며, 사회적 고립 해소나 사별 가족에 대한 지원 체계도 미흡한 것으로 나타났다. 그리고 죽음 교육문화 부재로 죽음 준비에 소홀하고, 고독사가 사회문제가 되고 있음에도 불구하고 관련 제도나 통계조차 존재하지 않는 것으로 파악되었다.

해외 생애말기 지원정책 분석 결과, 일본, 영국, 스웨덴 등 해외 주요 국가들의 고령후기 노인들은 지역사회 보호를 받으며 주로 자신의 집에서 생애마지막을 보내는 것이 공통적인 특징이었다. 일본은 주택정책과 복지정책을 연계하고 있고, 영국은 노인보호주택과 주택수리 지원을 통해, 스웨덴은 보조금 지원을 통해 지역 생활의 지속성을 확보하고 있다. 그리고 저영양 상태 고령자를 위한 영양대책으로 개호식품 개발·보급(일본), 배식 서비스(영국), 반조리식품 배달 서비스(스웨덴) 등이 활성화되어 있고, 통합적 생활지원 서비스로 생활지원사업(일본), 홈케어 서비스(영국), 자립생활지원 서비스(스웨덴) 등이 실시되고 있다. 나아가 일본은 재택의료 서비스로서 개호, 의료, 주거, 생활지원, 예방이 일체적으로 제공되는 지역포괄케어시스템 구축을 위한 정책적 노력을 기울이고 있다. 완화의료·호스피스와 관련하여, 일본의 임종기 의료의 결정 프로세스는 몇 가지 기본원칙 하에 진행되고 있으며, 영국은 국민의료보험(NHS: National Health Service)의 돌봄시스템을 통해 존엄과 가치를 유지하면서 삶을 마무리할 수 있도록 정책적 지원을 아끼지 않고 있다. 사회적 고립으로 인한 고독사 방지를 위해 일본은 범정부 차원에서 다각적으로 정책을 추진하고 있으며, 영국은 노노사회 에이전트를 활성화하고 있다. 죽음 준비와 관련하여 미국, 독일은 초·중고 교과목으로 다양한 죽음 교육을 실시하고 있는 상황이며, '존엄한 죽음을 위한 선언서' 또는 '엔딩 노트'는 실생활에서 참고할 만하다.

국민인식조사 결과, 생애말기 정책별로 정책 필요도(최저 87.4%, 최대

97.4%)와 정책 이용 및 추천 의사가 매우 높은 것으로 나타나, 이에 대한 정책적 관심도 제고가 필요한 것으로 파악되었다.

3. 결론 및 시사점

현행 노인복지정책에 대한 근본적 변화 모색이 필요하다. 전체 노인인구수 및 고령후기 노인의 급증에 따른 국가 노인복지 재정 부담을 감안하여 일반 노인을 대상으로 하는 보편주의에서 고령후기 노인에 중점을 두는 중점주의로 노인복지정책의 방향을 전환하는 것을 적극 검토해야 한다. 아울러, 장기요양 등급판정자 추이를 감안할 때, 시설보호가 아닌 재가보호 중심의 노인 장기요양서비스 정책 전환도 모색할 필요가 있으며, 본인이 거주하던 지역사회에 계속 머무를 수 있도록 지원할 필요가 있다. 더불어 고령후기 노인인구밀도를 감안한 지역 간 정책 차별화가 요구된다. 고령후기 노인인구가 2만 5천 명 이상인 시·군·구가 2015년 6개, 2026년 22개, 2037년 75개 등으로 확대되는 상황을 감안하여 시·군·구 단위 노인복지정책 관련 민간 이양 사업 및 자체 개발 사업에 대해 고령후기 노인 중심으로 선택과 집중을 꾀할 필요가 있다. 그리고 급증하는 화장 수요에 대응하여 화장 시설 설치가 시급한데, 납비현상 극복을 위한 중앙 및 지방정부의 고심이 필요한 부분이다.

그 외, 생애말기 생활기반 안정(Well-Being) 정책 및 임종기 생애마무리 지원(Well-Dying) 정책과 관련하여 국내외 정책 분석 결과를 토대로 각각의 정책 방안을 제안하였으며, 개괄적인 분석에 그친 한계점과 개별 정책에 대한 심층적인 후속 연구가 필요함을 언급하였다.

*주요 용어: 생애말기(生涯末期), 생활기반 안정(Well-Being) 정책, 생애마무리 지원(Well-Dying) 정책

제 1 장

서론

제1절 연구의 필요성 및 목적
제2절 주요 연구내용 및 방법

제1절 연구의 필요성 및 목적

사회환경 변화에 따라 노인 1인·부부가구의 증가 추세가 지속되는 가운데, 점차 80세 이상 1인가구에 대한 사회적 관심도 고조될 것으로 추정된다. 유엔(UN) 세계인구전망(2015)에 의하면, 2100년경 80세 이상 고령인구는 17.7%에 이르고, 2015년에 비해 약 15% 포인트 증가할 전망이다. 65세 이상 전체 노인가구 중 노인 1인·부부가구가 차지하는 비중은 2015년 말 기준으로 69.0%이며, 특히 80세 이상 연령층에서 1인가구의 비중 확대 추세가 강화되고 있다.

노화가 급속히 진행되는 고령후기 노인은 일상생활 동작 수행 곤란과 함께 인지기능 저하에 시달릴 가능성이 높아 각별한 사회적 관심이 필요한 연령층이다. 고령후기 노인은 장년층에 비해 교통·통신비 비율은 급격히 감소(▽57.3%)하는 반면, 보건의료비(295.4%), 광열수도비(75.3%) 비율은 급격히 증가하는 모습을 보이는데, 이는 고령일수록 기동성이 급격히 저하되어 집 안에 머무르는 시간이 많아지고, 각종 만성질환에 노출될 가능성이 높다는 것을 의미한다(가계동향조사 51-55세와 81-89세 연령대 간 항목별 소비지출 분석 결과, 2008년 기준).

65세 이상 노인의 치매 유병률은 9.18%지만, 고령후기 노인일수록 치매 위험도가 급격하게 상승하게 된다. 치매 환자 수는 2012년 54만 명에서 2030년 127만 명, 2050년 271만 명에 이를 것으로 추정되고 있고, 치매 위험도는 65~69세에 비해 80~84세는 5.7배, 85세 이상은 38.68배

로 높아진다. 따라서 이에 대한 사회적 비용은 예상외로 커질 수 있다(치매 유병률 조사, 2012).¹⁾

그러나 현행 노인복지정책은 전기·중기 노인을 중심으로 전개되는 양상이며, 후기 노인은 정책적 관심에서 소외된 경향이 있다. ‘활기찬 노후’를 위한 일자리·여가·문화·사회참여 기회 확대와 ‘건강한 노후’를 위한 건강·주거 지원 강화의 주 수혜 계층은 전기·중기 노인이다. 7백만 명에 달하는 베이비붐세대가 고령후기 노인으로 진입하는 시점을 전후로 이들을 대상으로 하는 보건·복지 대책 마련 요구가 거세질 것으로 추정할 수 있다.

초고령사회의 노인복지정책은 전체 노인에 대한 정책 재설계뿐만 아니라, 80세 이상 고령후기 노인을 대상으로 하는 특화된 생애말기 지원정책에 대한 고민도 함께 할 필요가 있다. 고령후기 노인에 대해 ‘편안한 인생 마무리’ 관점에서 스스로 준비하고 마무리할 수 있도록 관련 제도 정비가 요망되며, 국가 차원에서 제반 여건을 마련해 주지 않으면 국가·사회적 부담으로 전가될 가능성이 높아 사전 예방적 차원에서의 정책적 접근이 요구된다.

선행 연구들의 연구 대상이 주로 예비·전기·중기 노인이고, 연구의 주안점은 활기찬 노후 또는 건강한 노후를 위한 정책 마련임에 반해, 본 연구는 초고령사회 고령후기 노인을 대상으로 ‘생애마무리’ 관점에서 정책적 접근을 시도한다는 점에서 차별화된다.

1) 보건복지부 보도자료(2012. 5. 3일자). 2012년 치매 유병률 조사 결과 발표: 분당서울대학교 병원에 의해 연구된 자료에 따르면 2012년 치매 유병률은 9.18%이며, 치매환자 수는 20년마다 2배씩 증가한다고 추정하고 있음.

제2절 주요 연구내용 및 방법

본 연구는 고령후기 노인의 생애말기 정책적 지원이 과연 충분한 수준인가라는 의문에서 출발하였고, 초고령사회를 대비하는 차원에서는 정책적으로 반드시 준비가 필요한 것은 무엇인가라는 해답을 찾기 위해 탐색을 시작하였다. 이를 토대로 한 본 연구의 주요 연구내용은 크게 5부분으로 구성된다.

첫째, 고령후기 노인들이 생애말기에 경험하게 되는 제반 문제에 대해 선행 연구를 중심으로 관련 쟁점들을 살펴보고, 4대 노인문제가 어느 정도 심화될 수 있는지 검토하였다. 이 과정에서 문제의 소지가 될 만한 것들에 대해 조작적 정의를 통해 본 연구에서 사용될 핵심 개념들을 정리하였다.

둘째, 생애말기 정책 수급분석을 실시하였다. 정책 수급에 가장 큰 영향을 미치는 요소는 고령후기 노인의 인구 규모이며, 시계열적으로 수치가 어떠한 변화를 보이는지 그리고 지역적으로는 차별화된 형태로 나타나는지 공간적 분포도를 그려 보았다. 아울러 각각의 정책에 대한 수요 변화를 가늠해 보고 정책적으로 어떻게 대응하는 것이 바람직한지 살펴 보았다. 이어서 현재 상태에서의 정책 공급 기반은 어떠한지 파악하고 그 한계점에 대해서도 언급하였다.

셋째, 우리나라의 생애말기 지원정책에 대한 전반적인 동향을 살펴보고 정책분석을 실시하였다. 삶의 마지막을 향해 가고 있는 노인들은 안정된 삶을 유지하면서 최상의 돌봄을 받을 권리가 있기 때문에 생애마지막 웰빙(Well-Being) 관점에서 생활기반 안정을 위한 정책을, 실제 죽음이 임박한 시점에서는 웰다잉(Well-Dying) 관점에서 생애마무리 지원정책을 살펴보았다.

넷째, 해외 주요국의 생애말기 정책 동향을 살펴보고 정책분석을 실시하였다. 우리나라와 사회적·문화적 환경이 비슷하고, 고령화가 더욱 진전된 일본을 중심으로 하여, 유럽 등 주요국에서 참고할 만한 정책사례가 있는지 훑어보았다.

다섯째, 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책 전반에 대한 국민인식을 살펴보았다. 응답 능력을 고려하여 직접적 당사자가 아닌 40~69세 남녀 1,000명을 대상으로 인터넷 조사를 실시하였고, 계층이동성 및 노후 불안, 정책 인지도 및 필요도, 정책 간 중요도 및 이용(추천) 의사, 노후대책 만족도 및 정책 방향 등에 대해 질의하고 응답한 내용을 정리하였다.

제도 분석과 수요 추계, 공간 분석을 이용한 분석적 접근을 시도한 본 연구에서는 우리나라를 비롯한 각국의 정책 관련 자료와 통계청의 장래 인구추계 데이터 등을 활용하여 결과를 제시하였고, 지리정보시스템(GIS, Geographic Information Systems)을 이용하여 인구밀도나 시설 분포를 시각화하여 제시하였다. 한편, 전통적인 인구추계 모형을 토대로 2100년까지 고령후기 노인 규모 추계 후, 개별정책별 잠재수요·실수요를 산출하고자 하였으나, 너무 먼 미래까지 언급하는 것은 오히려 혼란을 가져올 수 있어 별도의 추계 없이 통계청 자료를 기본으로 하여 단순 계산하는 수준에 그쳤다. 다만, 연령별 사망자 추계 등 국가통계포털 사이트를 통해 제공되지 않는 일부 자료의 경우에 있어서만 별도 추계를 실시하였다.

제 2 장

이론적 배경

제1절 선행 연구 고찰

제2절 고령후기 및 생애말기에 대한 조작적 정의

제3절 생애말기 정책 탐색 범위

제1절 선행 연구 고찰

1. 노화

가. 노화 이론

대부분의 인간은 노화 과정을 거쳐 죽음에 이르게 되지만, 고래로부터 인간은 늙지 않고 오래도록 사는 삶을 꿈꾸어 왔다. 이 때문에 노화는 아직도 여전히 모든 인간의 관심사이며, 노화(Aging)에 관해 전문가들은 매우 다양한 관점에서 이를 설명하고 있다.

생물학적 관점에서 노화는 유기체의 쇠퇴를 의미하지만 발달적 관점에서는 수태의 순간부터 죽음에 이르기까지 일어나는 연속적인 자연스러운 변화의 과정으로 긍정적인 면과 부정적인 면을 모두 포함하는 개념이다(김숙남, 2008; Sigelman & Shaffer, 1995). 의학계에서 정의하는 광의의 노화(Aging)는 생물체가 수태된 순간부터 사망까지 배아, 성숙, 성년기의 모든 변화를 말하고 있으며, 협의의 노화(Aging, Senescence)는 성숙한 다음부터를 지칭하여 시간이 갈수록 비가역적으로 나빠져 사망 확률이 높아지는 과정이라고 말한다(권인순, 2007).

한편, 노화를 설명하는 개념으로 정상 노화와 일반 노화를 구분하기도 한다. 정상 노화(Normal Aging) 혹은 일차 노화(Primary Aging)는 시간에 따른 보편적인 변화를 말하며, 여기에는 질병 및 환경적 영향은 포함되지 않는 것으로 설명된다. 반면, 일반 노화(Usual Aging), 병적 노화

(Pathological Aging), 혹은 이차 노화(Secondary Aging)는 정상 노화 과정에서 노화 관련 질환이 있는 경우를 말하고 있다. 즉, 노화에 환경과 질병의 영향을 포함한 의미로 볼 수 있다. 그러나 건강상태와 질병을 구분하는 것이 쉽지 않고, 따라서 정상 노화와 일반 노화의 개념을 구분하는 것도 용이하지 않다.

그리고 일반 노화에 대응하는 개념으로 성공적 노화(Successful Aging)를 거론하기도 하는데, 이는 노년에 신체 및 인지기능이 정상이고, 장애 및 질환이 없는 상태를 말한다. 성공적 노화에서 노화 과정은 유전, 환경, 생활습관이 관여하고 이 중 유전인자는 30%에 못 미치는 것으로 알려져, 생활습관과 같은 환경요인의 조절이 매우 중요함을 강조하고 있다. 성공적 노화를 위해서는 질병의 조기 검진과 예방 조치, 의학의 발달, 사회 경제적 안전망 및 보건의료체계를 지금보다 더 향상시킴으로 더 많은 수명 연장의 가능성과 질병 및 장애의 감소로 연결될 수 있음을 설명하고 있다. 따라서 노인이 되더라도 인간으로서의 위엄과 가치를 가지고 자율적으로 움직이는 동시에 활발한 사회 활동을 하며, 질병으로 고통받지 않는 성공적 노화의 삶을 위하여 만성질환 위험인자의 조절과 치료, 예방 방안을 세우는 것 외에도 노인의 사회적 역할과 기능을 보살펴 주는 것이 필요하다(권인순, 2007).

아울러, 생애주기 차원에서 젊고 건강한 시기와 구분하는 측면으로 노화를 특정하기도 했다. 역사적으로 노화는 유기체에서 일어나는 필연적이고 광범위한 현상으로 자연스럽게 받아들여져 왔으나, 20세기에 들어와 쇠퇴, 허약, 퇴화 등으로 특징되어, 이전의 삶과 구분되기 시작하였다(정경희, 2006). 이는 산업화의 진전으로 노년기가 은퇴 등으로 노동시장에서 벗어나는 시기로 제도화됨에 따라, 이전 단계인 중년기와 분리되는 생애주기로 정립되었다고 볼 수 있다. 이 때문에 노년기는 노후의 소득

상실이라는 새로운 위협으로 연금제도 등의 사회보장제도가 도입되었고, 제도적 차원에서 일터로부터 분리를 정당화하기 위한 기제로 차별주의(Ageism)가 강화되었다. 그러나 이러한 연령 차별주의 및 연령 분리적 사회 구성 원리로는 사회의 지속적 발전이 어렵다는 인식이 나타났고, 노년기와 중년기의 경계를 허물고 바람직한 노년기 생활의 모습을 지향하기 위해 '성공적 노화'의 개념을 강조하게 되었다(정경희, 2006).

인구 고령화 진전에 따라 사회적으로 노화를 설명하는 이론적 시각도 다양하게 전개되어 왔다. 사회적 노화 이론들은 사회의 구조와 노인 개인, 노인의 역할과 사회적 적응, 노인 집단과 사회의 관계 등에 관한 것이다. 남기민(2011)은 이러한 사회적 노화 이론을 미시적, 거시적 관점에서 정리하였다. 미시적 노화 이론으로는 역할이론, 활동이론, 은퇴이론, 노령초월이론, 지속성이론, 하위문화이론, 교환이론, 사회적와해이론, 사회구성주의이론, 제3기인생이론 등이 있으며, 사람과 사람들 사이의 관계를 더 강조하는 이론이 중심이 되고 있는 것으로 파악되었다. 거시적 노화 이론으로는 현대화이론, 연령계층화이론, 정치경제이론, 생애과정이론, 여성주의이론 등으로 사회제도, 사회체계, 전체사회를 강조하는 이론이 중심이다. 이러한 이론들은 서구 사회에서 주로 개발되었기 때문에 우리나라의 사회문화적 배경에 적용될 수 있는지 충분한 검토의 필요성을 제기하였다.

다양한 노화 이론에 대해 재해석·재정립이 필요하다는 시각도 등장하였다. 윤민석(2012)은 노년초월이론과 9단계이론을 중심으로 노화에 대한 재해석을 시도하였다. Erikson의 인간 발달 8단계 확장 이론인 Erikson and Ericson(1997)의 9단계이론의 대표적 현장으로 소개하는 노년초월(Gerotranscendence)에 대하여 고찰하였다. 노년초월이란 중년기 이후 노년기에 접어든 개인이 '인생의 전반적인 시각을 물질주의적

이고 합리적인 시각에서 보다 우주적이고 초월적인 시각으로 변화시키는 것'으로 정의하고 있다. 또한 노년초월은 많은 노인들에게 나타나는 자기 초월의 자발적 과정으로서, 사회적으로 정의되는 자기에게 덜 의존하게 되고 내면성이 증가하며 이전 세대와 미래 세대와의 연결감이 더 커지는 것으로 보았다.

지금까지 노화 현상 설명을 위해 생물학적, 인구 사회학적으로 다양한 이론이 전개되어 왔지만, 총체적으로 노화를 설명하기에는 여전히 부족한 점이 있다. 그러나 노화로 인해 발생하는 다양한 변화에 대응하고, 발생할 수 있는 위험을 최소화할 수 있도록 정책적 지원을 위한 토대를 구축하는 데에 여전히 노화 이론은 중요성을 가지고 있다.

나. 노화 담론

1) 활동적 노화

활동적 노화 개념은 1세대 노화 이론인 활동이론(Activity Theory)에 기반하고 있다. 활동이론에 따르면 노인들은 노년기에 들어서도 중장년 시절처럼 지속적으로 활동하고, 잃어버린 역할을 대체할 수 있는 새로운 역할을 찾아야 하며, 이 같은 지속적인 활동이 바람직한 노년(Age Well)의 핵심이라고 보았다. 헤빅허스트(Havighurst) 등은 노인을 소외시키는 사회적 경향을 최소화하고, 이들에 대한 사회적 무관심과 냉대를 극복하기 위해서는 노인들 자신이 중년기에 수행하던 역할과 생활양식을 지속해야 한다고 하였다(Bengtson, Burgess & Parrott, 1997).

활동이론은 '노년기 자아를 활동적 신체에 종속시킨' 것으로 평가된다. 이는 1950~60년대 자본주의 발전의 기제인 서구사회 바쁨(Busyness)의

문화와 부합하였으며, 당시 서구사회에 정착된 연금제도 덕분에 은퇴 생활을 즐기는 노년층에 활력 있고 창조적으로 사는 법, 행복한 은퇴 생활에 대한 노년 생활의 지침으로 자리 잡았다(최희경, 2010; Katz, 2000). 또한 활동적 노화는 노인의 사회적 역할과 참여 등, 보다 광범위한 사회적 의미를 강조하였는데, 1980년대 이후 등장한 성공적 노화의 개념은 활동적 노화 담론의 핵심적 특성을 규범적 측면으로 연장한 것으로 평가된다(최희경, 2010).

2) 성공적 노화

성공적 노화는 기존의 생물학적 차원의 성공적 노화에 사회적 관점이 가미되어 논해지기도 한다. Rowe와 Kahn(1997)은 장애 및 질환이 없는 성공적 노화에 활발한 사회 활동을 추가하여 정의하고 있으며, 건강 노화(Healthy Aging), 최적 노화(Optimal Aging), 생산적 노화(Productive Aging), 잘 늙는 것(Aging Well) 등으로 혼용되기도 한다.

성공적 노화 또는 잘 늙는 것(Aging Well)의 패러다임은 노년기 ‘상실, 저하’ 등에 초점을 맞춰 온 패러다임과 비교해 볼 때, 노화에 대한 부정적 이미지를 제거하고 노년의 잠재력을 높이며, 건강 증진 및 질병 예방 전략에 초점을 둔 예방적 모델을 제시함으로써 노년의 삶의 질 향상에 기여한다는 점에서 긍정적인 평가를 받고 있다(정경희, 2006; 한경혜, 2000).

Rowe와 Kahn은 70대 미국 노인을 대상으로 이들의 건강상태, 사회관계망, 심리적 특징, 신체적·인지적 기능, 생산적 활동 등 5가지 영역을 측정하여 이들 간 관련성을 분석하여 성공적 노화의 개념을 구성하였다. 즉, 성공적 노화를 1) 질병과 장애를 피하고, 2) 높은 수준의 인지적, 신체적 기능을 유지하며, 3) 활기찬 인간관계 및 생산적 활동을 통하여 삶에

대한 적극적 참여를 유지하는 것으로 제시하였다.

성공적 노화는 쇠퇴에 적응하기 이전에 그 기능을 유지하도록 노력하고 축소된 사회관계에 적응하기보다 적극적으로 사회적 관계를 형성하고 생산적 활동에 참여할 것을 강조하고 있다.

3) 생산적 노화

생산적 노화는 활동이론의 연장선상에서 노년기에도 생산성을 유지할 수 있다는 전제하에 노인의 사회적 역할을 재평가하고, 사회적으로 가치 있는 활동에 참여할 것을 강조한다. 이러한 측면에서 생산적 노화는 노년기를 경제적 효용성이라는 측면에서 바라본다는 특성을 가지고 있다. 또한 성공적 노화 이론에서 제시된 적극적 사회참여라는 요소가 1980년대 신자유주의적 경제질서 재편기를 거치면서 국가 복지의 삭감과 정부 책임의 후퇴라는 사회경제적 생산성의 문제와 결합한 것이다. 실제로 생산적 노화 담론은 1980년대 후반 미국의 공공정책 영역에서 일어났던 세대 간 공정성 논쟁에 대한 반응으로 대두되었는데, 그 주된 목적은 노인들이 사회적 자원을 독식한다는 부정적인 편견을 반박하기 위한 것이었다 (Estes, Biggs & Phillipson, 2003). 따라서 생산적 노화 담론에서 의미하는 생산 활동은 노인이 재화나 서비스를 생산하는 데 기여하거나, 그러한 행위에 대하여 지불을 받았든 안 받았든 간에 재화나 서비스를 생산할 수 있는 능력을 개발하는 행동으로 정의된다. 이러한 개념 정의에 의하면 생산 활동은 경제적인 가치를 가진 형태로 계량화될 수밖에 없다. 즉 노인이 행하는 활동이 생산적 활동인가 아닌가를 판단하는 기준은 그 행동이 자신이나 사회에 경제적으로 가치 있는 기여를 하는가 여부이다(정경희 등, 2009).

생산적 노화 담론은 1990년대 이후 특히 가속화된 전 지구적 인구고령화에 대한 위기의식과 시장의 기능을 강화하고 개인의 책임을 강조하는 신자유주의적 이념의 확산과 궤를 같이한다. 생산적 노화 담론은 노인들을 경제적으로 유용한 자원으로 활용함으로써 고령화로 인한 문제를 해결하고자 하므로, 주로 노인 고용 관련 정책에 적극적으로 적용되고 있다(최희경, 2010).

4) 신노년 정책 담론

우리나라는 2000년대 이후 신노년 정책 담론(활동적 노화, 성공적 노화, 생산적 노화)을 반영하는 정책과 법이 집중적으로 양산되었다. 대표적으로 노인일자리사업은 초기 여러 계획 문건에 의하여 활동적인 노화 혹은 성공적 노후라는 목표의식을 분명히 하였으며, 이는 사회참여와 소득 창출이라는 효과를 의도하였다. 그러나 실제 일자리를 희망하는 노인(18.2%)의 4분의 1 수준인 4.3% 정도에게만 제공되었고(2014년 노인실태조사), 월 20만원 전후의 임시, 일용직 일자리 형태로 주요 대상자는 저소득층 노인에 집중되어 있다. 결국 노인일자리사업은 노인의 실제 소득 욕구나 사회참여 욕구에 부합하지 않으며, 질 낮은 일자리를 양적으로 확대하는 방식으로 노인의 일할 권리와 사회참여를 보장하기보다 의존을 부각시킬 가능성이 오히려 큰 것으로 지적되었다(최희경, 2010; 남기철, 2009).

또한 신노년 정책의 문제로 지적되는 바는 연령의 증가에 따라 자연스럽게 증가하는 노인들의 욕구와 이해에 대한 정책적 관심을 감소시키고, 노년기의 성공 여부를 경제적 생산성에 집중하게 된 점이다. 이는 여전히 노인복지 수준이 낮고, 노후소득보장제도가 미비한 우리나라 대다수 노

인들의 삶에 상대적 박탈감과 무력감을 가중시킬 가능성이 크다(최희경, 2010).

복지국가에서 사회권은 인간의 보편적 욕구와 관련된 것으로, 그 사회의 구성원으로서 적정 수준의 경제적 복지와 보장을 통해 사회적 자원을 충분히 공유하고 사회의 보편적 기준에 따라 인간적인 삶을 영위할 수 있는 권리이다(윤찬영, 2010). 이는 앞으로의 노인복지정책이 노인의 노동권과 사회권을 동시에 보장하며, 연령 및 계층 등 다양한 조건에 처한 노인의 욕구와 입장을 적극적으로 경청하여 답론 형성과 정책 결정이 이루어져야 함을 시사한다.

2. 죽음

생명체의 속성상 인간의 삶은 유한할 수밖에 없고, 다만 개인별로 시기만 달리 나타날 뿐이다. 죽음과 관련하여 한림대학교 생사학 연구소 오진탁 교수는 “인간은 죽음 앞에서 평등하다”라고 말한다(오진탁, 2006). 즉, 어느 누구도 죽음으로부터 벗어날 수 없음을 뜻한다. 그는 죽음에 대해 분명하게 할 수 있는 말로서, “첫째, 누구나 죽는다. 둘째, 어디서든지 죽을 수 있다. 셋째, 언제든지 죽을 수 있다. 넷째, 언제 죽을지 정해져 있지 않다”라는 네 가지 이유로 인간은 죽음 앞에서 평등하다고 한다. 그리고 평온한 죽음은 성장의 마지막 단계라 하였다. 또한 성숙한 죽음 문화는 어떻게 사는 것이 과연 인간다운 삶인지, 어떻게 죽는 것이 진정 존엄한 죽음인지, 건강한 죽음 즉, 인간답게 죽음을 맞이하는 방법을 찾는 것이 중요하다고 보았다.

삶의 질은 보통 현재의 삶, 특히 웰빙(Well-Being)에 대해서 주로 논의하게 된다. 이러한 점은 건강보험 및 기타 보건의료정책에서도 어떻게

하면 신체적, 정신적 질병이 없이 편안한 삶을 영위하게 할 것인가에 초점을 두게 되었고, 의료제도의 발전과 평균수명의 연장을 이끄는 동력이 된 것 또한 사실이다. 그리고 이제는 인간의 존엄한 삶이 현재의 삶뿐만 아니라 웰다잉(Well Dying)까지도 포함하여야 한다는 논의가 이루어지기 시작하였다(백정원 등, 2015).

죽음은 모든 인간에게 적용되는 보편적이며 피할 수 없는 과정이므로 웰다잉, 즉, '좋은 죽음'은 죽음이라는 시점에 초점을 맞출 것이 아니라 준비하는 과정까지도 생각해야 하는 것이다(김미혜 등, 2004). 이러한 논의는 초기 영국 등 유럽 국가에서 중점적으로 이루어졌으나, 점차 미국, 아시아 지역으로까지 확산되었다. 이러한 맥락에서 개인이 존엄한 죽음을 맞이할 수 있도록 돕는 국가적인 차원의 노력을 기울인 시도가 호스피스, 완화의료 지원의 형태로 나타나고 있다(호스피스 완화의료 활성화 방안, 2014).

의료 기술의 비약적 발전은 건강의 향상과 수명을 연장해 주었고, 사망의 장소를 가정에서 병원으로 바꾸었으며, 생명유지장치의 도움으로 기능이 정지된 장기의 기능까지 장기간 유지할 수 있게 되어 노화나 질병에 의한 사망의 모습도 바뀌었다. 이러한 생명 연장의 치료술은 중증 환자의 회복에 도움을 주기도 하였지만, 한편으로 사망의 과정을 고통스럽게 연장하는 결과를 가져오기도 하였다. 바라보는 시각에 따라 다를 수 있겠지만, 의료 기술의 발전에 힘입은 수명연장 부작용의 단면이라 할 수 있을 것이다. 이로 인해 존엄사 논쟁이 상당 기간 지속되어 오고 있는 상황이며, 의료 현장에서는 환자가 치료 과정에 자기결정권을 행사할 수 있도록 권장하고 있고, 연명치료의 중단과 같은 중요한 결정을 할 때 인간의 존엄성 및 환자의 자기결정권을 존중하기 위한 법적 근거가 여러 나라에서 마련되고 있다.²⁾

3. 불안

가. 노화에 대한 불안

1) 노화불안

현대사회에서는 젊음에 관련된 특성이 더욱 긍정적인 것으로 받아들여지고 있고, 노화에 대한 신체적, 정신적, 사회적으로 부정적인 특성이 강하게 인식되고 있어, 노인과 노년의 긍정적인 측면이나 사회적 가치의 중요성이 폄하되는 분위기가 지배적이다.

노인에 대한 부정적인 이미지는 노인과 노화에 대한 부정적인 생각이나 태도, 행동을 일으킬 수 있으며(Ferraro, 1992), 이러한 부정적인 고정관념이나 태도는 자기 자신의 노후와 노화에 대해서도 두려움과 같은 불안을 유발하고 이미 노인이 된 사람들의 자기 이미지에도 부정적인 영

2) 그동안 의료인들 혹은 사회적으로 합의된 연명치료 중단 지침이 없던 우리나라에서는 담당 의사의 가치관과 의학적 판단, 가족의 요청이나 합의로서 연명치료 지속 여부가 결정되었다. 그리고 의사의 만류에도 불구하고 가족들이나 환자가 치료를 중단하고 퇴원을 요구하면 의사들은 '의학적 권고에 반한 퇴원'으로 규정하고 관행적으로 그 요청을 수용하였다(고윤석, 2010). 그러나 1997년 12월 환자 부인의 요청에 따라 환자를 퇴원시킨 의료진들이 살인 방조죄로 실형을 선고(대법원, 2004. 6. 24. 선고, 2002도 995 판결; 서울고등법원, 2002. 2. 7. 선고, 98도 1310 판결)받은 소위 '보라매병원 사건' 이후 의사들은 '의학적 권고에 반한 퇴원'뿐만 아니라 무의미한 연명치료 중지의 경우 법적 윤리적 부담을 가지고 보다 소극적 태도를 보이기 시작하였다(고윤석, 2010). 그러나 의식 없이 장기간 인공호흡기 치료 중인 환자의 가족들이 요청한 인공호흡기 제거를 수용한 '김 할머니 사건'에서 2009년 5월 21일 대법원의 이른바 존엄사 판결(대판 2009다 17417)이 내려짐에 따라, 죽음을 앞둔 환자에 대해 단순한 생명권보다 행복추구권을 우선시해 의료적 처치를 환자 스스로 자신의 가치관에 따라 선택할 수 있게 한 획기적인 결정이라는 평가를 받고 있다. 이를 계기로 2009년 10월 13일, 대한의사협회를 중심으로 의료계에서 합의한 '연명치료 중지에 관한 지침'이 발표되었다. 이는 의료인들과 환자 측 모두의 판단 기준이 되어 치료 중지에 관한 견해 차이를 좁히게 되었다. 2016년 1월 8일, 이른바 웰다잉법(호스피스완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명료 결정에 관한 법)이 국회 본회의에서 통과되었다. 이를 계기로 존엄사 논쟁은 종식되었다고 할 수 있다.

향을 미친다(김숙남 등, 2008). 따라서 현대인들은 자신의 노화와 노년에 대해 걱정하고 불안해할 뿐 아니라 어떻게 해서든 노화를 피하고 젊음을 유지하고자 노력한다.

노화로 인한 건강과 기능의 상실, 외모의 변화는 대부분의 사람들에게 젊은 날의 안녕감에 대한 위협으로 느껴지게 함으로써, 결국 삶에 대한 통제감을 상실하는 것을 염려하게 만든다. 또한 질병에 걸리거나 고통을 겪고 있는 노인을 직간접적으로 경험한 사람은 노인에 대한 태도가 더욱 부정적일 수 있고, 다가올 자신의 노후도 부정적으로 생각할 수 있다.

Moody(1988)는 노인에 대하여 부정적 이미지를 가지고 있는 사람은 자신이 걱정하는 바로 그대로 좋지 않은 노인이 될 수 있다고 주장하면서, 노년을 쇠퇴로 보는 태도가 노년기 삶의 질을 저하시키는 하나의 요인이 될 수 있다고 하였다. 적당한 불안은 노후 준비를 위해 필요할 수 있으나, 과도한 불안은 오히려 노화를 거부함으로써 은퇴 후 필요한 노후 삶에 대한 준비를 방해할 수 있기 때문이다(김숙남, 2008; Lasher & Faulkender, 1993).

따라서 여러 연구에서 노화의 어떠한 측면이 불안을 야기하는 요인인지 파악하기 위한 노력이 있어 왔다.

김옥(2010)의 연구에서는 한국 노인과 미국 노인의 노화불안 비교연구를 실시하였다. 그 결과 한국 노인의 노화불안은 2.90점, 미국 노인은 2.30점으로 한국 노인의 노화불안이 높게 나타났다. 한국 노인은 연령, 학력, 주요 성장지역, 주관적 건강수준, 주관적 경제수준, 질병 유무, 사회활동 참여, 사회적 지지, 자아존중감, 자아통제감, 정신건강, 삶의 만족도, 세대차이 인식, 노후준비, 노인에 대한 태도, 젊은 세대와의 생활 경험의 양과 질이 유의미한 영향을 미치는 것으로 나타났다. 미국 노인은 연령, 사회적 지지, 자아존중감, 자아통제감, 정신건강, 삶의 만족도, 노

후준비, 노인에 대한 태도, 젊은 세대와의 생활 경험의 양이 유의미한 관련이 있었다. 회귀분석 결과, 한국 노인은 자아통제감, 자아존중감, 노인에 대한 태도의 순, 미국 노인은 노인에 대한 태도, 젊은 세대와의 생활 경험의 양, 자아존중감, 삶의 만족도 순으로 노화불안을 설명하고 있다. 김정희 등(2015)의 노인의 사회적 지지가 노화불안에 미치는 영향과 자아존중감의 매개효과 연구에서는 노인에 대한 사회적 지지가 노화불안에 유의미한 관계가 있으며, 노인에 대한 사회적 지지가 증가할수록 자아존중감이 증가하였고, 자아존중감이 증가할수록 노화불안은 감소하는 것으로 나타났다.

2) 노화불안과 삶의 질

김신미 등(2009)의 연구에서는 노인의 노화불안과 삶의 질 정도를 파악하였다. 노인 대상자의 노화불안은 자율성 상실, 나이 많은 노인으로서 자신 수용, 사회적 지지 상실, 심리적 걱정, 나이 많은 노인 수용의 순으로 높게 나타났다. 삶의 질은 심리적 건강, 신체적 건강, 물리적 환경, 사회적 관계 및 경제 수준 순으로 낮은 것으로 나타났다. 노화불안의 수준은 성별, 결혼 상태, 질병 유무 및 건강 수준에 따라 유의한 차이를 나타내 여성에서, 무학인 경우, 이혼 상태, 사별 또는 별거인 경우, 질병이 있는 경우 및 건강이 나쁜 경우 유의하게 높게 나타났다. 삶의 질 수준은 경제 상태, 질병 유무 및 건강상태에 따라 유의한 차이를 보였고, 저소득, 질병이 있는 경우, 건강상태가 나쁜 경우 유의하게 낮은 것으로 나타났다.

김재희 등(2015)은 노화불안이 삶의 만족도에 미치는 영향을 청년, 중년, 노년 집단 간 비교하는 연구를 시도하였다. 노인에 대한 두려움과 외모에 대한 걱정은 청년층이 가장 높았고, 그다음 순으로 중년층, 노년층

인 것으로 나타났다. 그리고 상실에 대한 두려움은 노년층, 청년층, 중년층 순으로, 심리적 불안정은 노년층, 중년층, 청년층 순서로 나타났다. 이러한 연구를 통해 연령집단별 노화불안을 낮추고 삶의 만족도를 높이는 방안에 대하여 제언하고 있다.

나. 죽음에 대한 불안

죽음은 질병이나 사고에 의해 그리고 연령 고저에 상관없이 경험할 수 있지만, 그렇지 않은 경우 필연적으로 노화로 인한 죽음을 경험해야 한다. 이 때문에 노화에 따른 불안은 고령자에게 특히 심각하게 나타나고, 이는 죽음에 대한 불안으로 이어지게 된다. 소위 죽음에 대한 불안(Death Fear 또는 Death Enxiety)은 일상적인 삶 가운데 경험하는 생의 마지막 단계나 순간에 대한 두려운 정서나 생각 등을 이르며, 그 정서는 불안뿐만 아니라 공포, 걱정, 불편함 등이 모두 포함되는 것으로 설명되고 있다(윤가현, 2007; Abdel-Khalek, 2005).

죽음이 불안을 초래할 것으로 보고 있는 연구자들은 어떠한 요인들이 불안의 정도에 영향을 미치는지 이해하고자 노력해 왔다. 죽음 불안과 관련해서 일반적으로 관련된다고 밝혀진 요인들은 연령, 성별, 종교적 신념, 신체나 정신적 건강상태, 거주환경 등이 있다(윤가현, 2007; Fortner & Neimeyer, 1999). 연령대별로는 젊은 세대들은 꿈을 이루지 못하고 이른 나이에 사망하는 것을 걱정하는 반면, 장년 세대는 자신의 죽음이 가족에게 미칠 영향을 두려워하는 경향이 크게 나타났다. 노인들은 남에게 짐이 되거나 쓸모없는 존재가 되는 것, 아무도 없는 상태에서 홀로 죽는 것을 두려워하였다(Cicirelli, 2002). 특히 노년기 대상에서 나이가 더 많은 노인들의 죽음에 대한 불안이 낮아지는 것으로 나타났는데, 죽음에

대한 태도가 성숙해지는 것일 수도 있겠고, 혹은 사회적 고립이나 재정적 곤란 등 삶의 불만족 상태가 높아져 고령의 나이에 삶에 대한 두려움이 죽음에 대한 두려움보다 더 크기 때문일 수도 있다고 해석되고 있다. 그리고 일반적으로 여성이 남성보다 죽음과 관련된 생각이나 감정에 쉽게 사로잡히고 불안이 높게 나타났다. 종교적 신념이 있는 경우 종교가 가진 교리나 메시지에 따라 죽음에 대한 불안이나 기대를 달리 해석하는 것으로 나타났다. 또한 신체적으로 허약하거나 질병을 앓는 상태에서는 마음이 약해지면서 죽음에 대한 불안이 더욱 커지는 것으로 나타났다. 그 외, 거주 형태에 따라 죽음의 불안이 달라질 수 있는데, 건강이나 기능상의 도움이 필요하여 요양원에 입소하게 되면 아무래도 죽음에 가까워진 느낌 때문에 불안이 커질 수 있고, 이 또한 개인의 적응 능력, 통제력 등의 차이는 있을 수 있는 것으로 검토되었다(윤가현, 2007).

이러한 요인으로 수많은 노인들은 자신의 죽음에 대비하는 행동을 다양한 측면에서 시도한다. 예를 들어 유언장 작성, 영정사진 촬영, 자신이나 친지의 죽음을 대비하여 수의를 비롯한 장례용품의 준비, 장례 준비 관련 상품 구입 및 상조 가입, 생명보험 가입, 장례 방법 선택 등에 대한 부분이다.

4. 생애말기 복합적 욕구에 대한 사회복지 개입 필요성

갑작스러운 사망 등 특수한 경우를 제외하고, 생애말기에 다다른 노인들은 누군가의 돌봄을 필요로 한다. 돌봄(케어)라는 개념은 시대와 공간에 따라 다르게 정의되고 있지만, 독립된 개인이 정서적 혹은 육체적으로 결핍된 누군가를 보호한다는 과거 가부장적이며 온정주의적 의미에서 나아가 점차 돌봄을 받는 사람의 주체성을 강조하는 방향으로 정의되고 있

다(최영준 등, 2013). 즉, 돌봄은 돌봄을 필요로 하는 이들이 ‘독립적인’ 생활을 가능하게 하는 것을 목적으로 하는 행위로 정의되기도 한다(류지선 등, 2015).

특히 돌봄의 마지막 단계에 있는 생애말기 돌봄은 치유가 어려운 병을 앓고 있는 모든 환자가 사망할 때까지 가능한 한 잘 살 수 있도록 도와주는 돌봄(Care)이다. 이것은 생의 마지막 단계부터 사별에 이르는 전 과정에 걸쳐 환자와 가족 모두에게 지원하는 것과 함께, 완화 치료에 대한 욕구를 파악하고 충족할 수 있도록 도와주는 것으로 통증 및 기타 증상의 관리와 심리적, 사회적, 영적 및 실질적 지원을 포함한다(NCPC, 2006).

그간 생애말기 돌봄은 주로 보건의료적 관점에서 논의되어 왔으나, 돌봄에 대한 필요성과 중요성이 사회적 쟁점으로 부상하고 돌봄 대상자의 복합적 욕구에 적극적으로 대응할 필요가 부각되면서 사회복지 개입의 필요성이 점차 강조되고 있다.

생애말기 돌봄에 있어 사회복지 개입의 필요성에 대하여 검토한 연구(류지선 등, 2015)에서 우리나라 생애말기 돌봄 서비스의 한계를 다음과 같이 설명하고 있다. 첫째, 생애말기 돌봄 서비스의 기반시설 부족과 생애말기 돌봄의 질 열악, 둘째, 병원이 아닌 지역사회에 기반을 둔 생애말기 돌봄 서비스 미약, 셋째, 생애말기 대상자에 대한 의료적 서비스뿐만 아니라 사회경제적, 심리적 문제 해결을 위해 사회복지 개입 확대 필요 등을 지적하였다. 지역사회에 거주하는 생애말기 대상자가 가지는 욕구는 의료적 욕구를 넘어 복합적이기 때문에 사회복지적 개입의 필요성을 더욱 강조하고 있다. 말기환자가 겪는 경제적 문제, 주거 문제(투병을 하면서 지내는 공간), 영양관련 어려움, 자신의 신변을 잘 정리하고 싶은 욕구, 남은 시간 동안 가족관계 회복, 종교에 귀의하고 싶은 욕구, 가족들의 휴식, 사별 가족에 대한 지원 등에 대하여 밝힘으로써 이들이 단순 보건

서비스를 넘어 포괄적 욕구 사정 및 사회복지적 개입의 필요성이 있음을 시사하고 있다.

〈표 2-1〉 지역사회 생애말기 돌봄에서 사회복지 개입 가능성 탐색

주요내용	세부내용
지역사회에 거주하는 생애말기 대상자의 복합적 욕구	경제적 문제
	주거 문제
	영양 문제
	신변 정리의 문제
	기타 욕구
지역사회 생애말기 돌봄 현장에서 느끼는 어려움	대상자에 대한 전인적 사정 및 개입의 어려움
	사회복지 정보의 부족
	자원 연계 업무 부담
	자원봉사자 관리의 어려움
지역사회 생애말기 돌봄 시 보건복지 서비스 연계의 어려움	호스피스에 대한 인식 부족
	정보 공유의 어려움
	서비스 연계의 어려움
	서비스 질에 대한 실망
지역사회 생애말기 돌봄에서 보건복지 서비스 연계의 당위성 및 방안	서비스 연계 후 의사소통의 단절
	보건과 복지는 겹쳐져 있는 것
	서비스 효율성을 높이기 위한 관계 맺기
	서비스 효율성을 높이기 위한 통합 사례 관리
	서비스 효율성을 높이기 위한 인력 교환

자료: 류지선 등(2015). 지역사회 생애말기 돌봄에 있어서 사회복지 개입의 필요성 탐색.

제2절 고령후기 및 생애말기에 대한 조작적 정의

1. 고령후기

가. 역연령과 발달단계에 따른 고령후기 노인

본 연구는 고령후기 노인에 속하면서 생애말기 정책의 잠재 또는 실제 대상자가 될 수 있는 노인을 그 대상으로 한다. 그런데 누구를 고령후기 노인으로 할 것인가에 대해서는 논란이 있을 수 있다. 따라서 이러한 논란을 잠정 중단 시키고 연구하고자 하는 방향과 내용을 명확히 하기 위해서는 고령후기 노인에 대한 조작적 정의를 우선할 필요가 있다.

역연령(Chronological Age)상 노인은 일반적으로 65세 이상으로 정의하고 있다. 상당수의 노인복지 관련 법령과 정책에서도 65세 이상을 노인으로 하고 있다. 다만 개별 정책의 특성에 따라 정책 대상인 노인의 범위를 확장하거나 축소하기도 한다. 몇 가지 노인정책에 제시된 연령 기준을 예로 들면, 전립선 등 노인성질환 예방관리, 고령자 다수고용 지원, 고령층 정보화 교육 등은 55세, 노인 안검진 및 개안수술, 고령자 고용 지원, 어르신 문화프로그램 운영 등은 60세, 지역공동체 일자리 사업은 65세 전후, 생애전환기 건강진단은 66세, 아동안전지킴이 60~75세 등이다. 이처럼 노인정책상 노인의 연령 기준은 개별 정책의 목적에 따라 탄력적으로 정해지고 있는 상황이다. 하지만, 고령후기 노인에 대해 직접적으로 정의를 내리는 법령이나 정책은 없다. 다만, 개별 정책에 따라 연령 기준의 차이는 있지만, 통상 최저 55세, 최대 75세가 정책적 측면에서 노인의 범주라 볼 수 있기 때문에 76세부터 고령후기 노인에 속하게 된다고 잠정적으로 결론 내릴 수 있을 것이다.

발달단계에 따른 노인은 인간 발달단계 중 노화가 일어나는 삶의 마지막 시기에 속한 사람을 의미하며, 통상 65세부터 노년기, 75세부터 후기 노년기로 구분한다. 발달단계에 따라 75세 이후를 후기 노년기로 구분하고 있지만, 과거 후기 노년기 기준 설정 당시의 75세가 현재 시점에도 그대로 통용될 수 있는 것인지, 즉 평균수명의 연장 등 발달단계 기준 설정에 영향을 미치는 요소들의 변화까지 충분히 반영되었다고 볼 수 있는지 여부는 불투명하다.

어떻든 역연령과 발달단계 연령의 2가지 관점에서 본다면 고령후기 노인의 기준 연령은 75~76세로 하는 것이 타당한 것으로 보일 수 있다. 그러나 평균수명이 지속적으로 상승함에 따라 과거에 기준점으로 잡았던 후기 노년기의 연령에 대한 조정의 필요성도 충분하다.

나. 기능적 연령에 따른 고령후기 노인

역연령과 발달단계 연령을 보완하기 위해 기능적 연령이 개입될 수 있는데, 기능적 연령은 개인의 신체적·심리적·사회적 특성과 각 영역이 필요로 하는 기능의 정도를 고려한 상태에서 노인을 규정하게 된다. 본 연구가 생애마무리 관점에서 고령후기 노인을 바라보고 있기 때문에 기능적 관점에서 신체 활동, 경제 활동, 사회 활동, 가족생활 등 모든 영역에서 배제를 경험하는 연령대를 찾아서 고령후기 노인이라고 정의하는 것이 보다 합리적인 접근법이라 판단된다.

신체·경제·사회·가족 영역에서의 배제는 4대 노인문제, 즉 질병, 빈곤, 무위, 고독과 연결될 수 있다. 따라서 고령후기 노인이라고 하면, 생애마지막 시기에 해당하고 모든 영역에서 배제를 경험하여 4대 노인문제에 모두 노출될 수 있는 시기라 할 수 있다. 즉, 개인의 삶이 얼마 남지 않은

시기로서 노화가 절정에 다다르고 여러 측면에서 배제를 경험하여 고립무원의 상태에 놓여 있을 가능성이 큰 시기에 해당한다.

신체·경제·사회·가족 영역에서 배제가 일어나는 시기를 개략적으로 살펴보면 다음과 같다(그림 2-1 참조).

먼저, 신체 활동 배제와 관련된 노인문제는 질병(疾病)이며, 이는 건강수명과 대비되는 장애 여명과 관련성이 높다. 2014년 생명표에 의하면, 한국인의 0세 기대여명은 82.40세(남자 78.99세, 여자 85.48세)이다. 그리고 WHO에 의한 건강수명은 평균 73세(남 70세, 여 75세)이다. 따라서 73~82.4세는 장애 여명 기간에 해당하여 각종 질병에 노출되고, 일상생활 동작 수행에 어려움을 겪게 되는 시기라 할 수 있다.

둘째, 경제활동 배제와 관련되는 노인문제는 빈곤(貧困)이며, 이는 노인 일자리와 관련성이 높다. 빈곤은 최소한의 인간다운 삶을 영위하는 데 필요한 물적 자원이 부족한 상태를 일컫는다. 많은 사람들이 생존에 필요한 식료품과 최소한의 의료서비스를 걱정하고 있는데, 빈곤은 개인의 소득과 자산에 크게 영향을 받게 되고, 소득을 창출할 수 있는 경제활동 여부가 결정적 영향을 미친다고 볼 수 있다. 노인 일자리와 관련된 정부 정책의 최대 연령은 75세(아동안전지킴이 대상 연령 60~75세)이다. 따라서 이 시기부터는 정부가 제공하는 공적 일자리마저 단절되고, 가계 생활을 유지할 수 있는 수준의 경제활동을 수행하는 것은 사실상 곤란해진다. 아울러 노인 일자리는 생계를 유지할 수 있는 충분한 급여가 지급되지 않기 때문에 부족한 생활비를 충당하기 위해 그동안 축적한 자산을 상당 부분 소진하였을 가능성이 높아 76세 이후 빈곤 상태에 무방비로 노출될 가능성이 크다. 따라서 76~82.4세는 평균적인 노인인 경우 빈곤에 상시 노출되는 시기로 봐도 무방할 것이다.

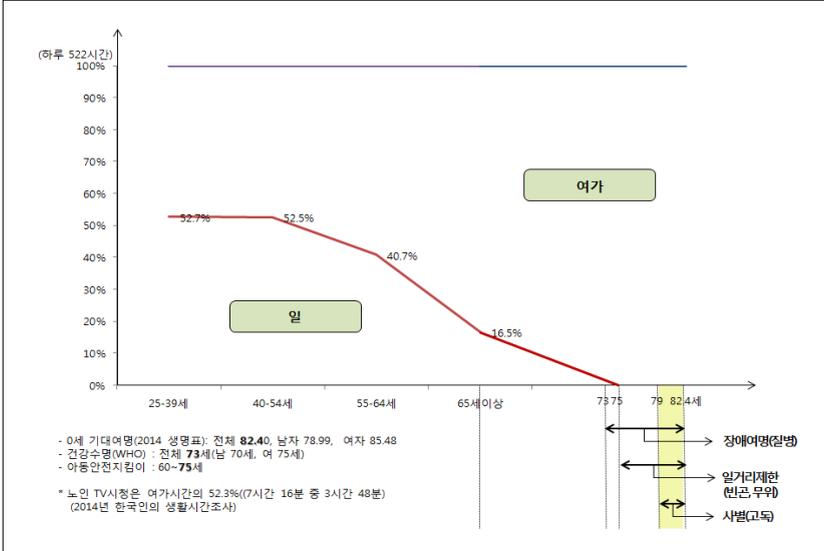
셋째, 사회 활동 배제와 관련된 노인문제는 무위(無爲)이며, 이는 사회

내에서의 역할상실과 관련성이 높으며 가정에서의 역할 약화와도 일부 관련이 있다. 정부가 제공하는 노인 일자리에서까지 배제되면, 더 이상의 사회적 역할은 상실하게 된다. 또한 가정 내 역할에서도 마찬가지로 현상이 나타난다고 볼 수 있는데, 자녀는 모두 장성하여 출가한 상태로 부부가구에 해당하게 되고, 자녀 양육, 부양 등 기존의 가계 내 핵심적 역할은 모두 상실 또는 약화된 상태에 놓이게 된다. 따라서 사회와 가정 내에서 역할상실 상태에 놓여 있게 되고, 일상생활에서의 모든 시간이 여가시간에 해당된다. 한국인의 생활시간조사 결과, 노인 티브이(TV) 시청은 여가시간의 52.3%(7시간 16분 중 3시간 48분)를 차지하여 활기찬 노후와는 거리가 먼 양상으로 무위 상태가 심화된다고 할 수 있다.

넷째, 가족생활 배제와 관련된 노인문제는 고독(孤獨)이며, 이는 노인 1인가구, 즉 독거(獨居)와 관련성이 높다. 사회적·가정적 역할상실과 더불어, 배우자마저 사망하게 되면 고독은 극에 달할 가능성이 높다. 한국인의 0세 기대여명(2014 생명표)은 남자 78.99세, 여자 85.48세이며, 남녀 노인 사이의 기대여명의 간극은 배우자 사별을 의미하며, 결국 78.99세~85.48세는 배우자 사별 이후의 완전한 고립, 고독 상태에 노출된 시기로 볼 수 있다.

종합하면, 통상적으로 79~82.4세 연령대는 4대 노인문제 전부에 노출되는 시기이고, 이 시기가 실질적 의미의 고령후기 노인에 해당하는 시기로 정의할 수 있을 것이다. 물론, 각 연령대의 기대여명이 아니라 0세 기대여명이기 때문에 현재 노인을 기준으로 하면 생존 기간이 더 짧아질 수는 있지만, 평균적인 가정으로 접근하고 있다는 점을 감안한다면, 연령적 정의를 이렇게 내려도 무방할 것으로 본다.

[그림 2-1] 연령별 신체적 기능 쇠퇴와 사회가족문화적 배제 양상



2. 생애말기

언어적 의미로서의 생애말기(生涯末期)는 ‘삶의 여정이 끝나는 무렵’이지만, 생애말기의 기간에 대한 구체적인 정의는 없으며 법적 기준도 없다. 따라서 유사한 다른 개념들을 좀 더 살펴볼 필요가 있다.

생애말기는 임종과정, 임종과정에 있는 환자와 구분된다. 법적인 의미에서 “임종과정”이란 회생의 가능성이 없고, 치료에도 불구하고 회복되지 아니하며, 급속도로 증상이 악화되어 사망에 임박한 상태를 말하고, “임종과정에 있는 환자”란 담당 의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 임종과정에 있다는 의학적 판단을 받은 자를 말한다(환자연명의료결정법 제2조 제1호 및 제2호). 사망에 다다른 시점인 임종기(臨終期)에 해당하는 것으로 말기와는 확연히 구분된다.

생애말기는 말기환자와도 구분된다. 법적으로 말기환자에 대해 정의를 내리는 것은 암관리법과 환자연명의료결정법에 한정된다. 환자연명의료결정법 제2조 제3호는 “말기환자(末期患者)”란 암, 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화 등에 해당하는 질환에 대하여 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 법령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당 의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자를 말한다고 정의하고 있고, 암관리법의 말기암 환자도 거의 동일한 내용으로 정의되고 있다.³⁾ 즉 말기환자는 사망 전 수개월 이내에 있는 환자를 의미한다. 하지만, 생애말기의 시간적 정의를 말기환자에서 정의되는 사망 전 수개월로 제한할 수는 없다. 생애말기에 속한 노인이 모두 환자라고 할 수는 없기 때문이며, 실질적으로 생애마무리를 하거나 할 수 있는 기간으로 보는 것이 타당할 것이다.

생애말기(生涯末期)는 임종기에 국한하는 것이 바람직하지 않으나고 생각할 수 있겠지만, ‘죽음에 임박한 특정 시점’의 분절적 개념이라기보다 임종기(臨終期)를 향해 가는 시간적 과정의 연속적 개념으로 보는 것이 합리적이다. 신현철(2011)이 사망자의 생애말기 진료비의 양상에 관한 논문에서 생애말기의 기간에 대한 정의를 사망일 기준 과거 1년으로 설정한 것처럼 개별 연구자의 연구 목적에 따라 합리성이 인정되는 범위 내에서 탄력적으로 결정하면 될 것으로 본다.

3) “말기암 환자”란 적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복의 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 암 환자를 말한다(암관리법 제2조 제1호).

3. 조작적 정의

고령후기 노인의 연령 기준은 역연령 및 발달단계에 의한 경우 75세로 통용되고 있지만 이는 과거에 설정된 기준으로서 수명 또는 노화 연장에 대한 고려가 미흡하여 이에 대한 충분한 고려가 필요하다. 그리고 기능적 연령에 의한 경우 신체 활동, 경제 활동, 사회 활동, 가족생활 등 모든 영역에서 배제를 경험하고 4대 노인문제에 전부 노출되는 시기라 할 수 있는 79~82.4세가 이에 해당한다고 볼 수 있다. 다만, 연령별 인구통계는 1세 단위보다 5세 단위를 기준으로 사용하는 것이 보편적이므로 이를 감안하여 고령후기 노인의 연령 기준은 80세로 정의하고자 한다.

한편, 생애말기는 죽음을 향해 가는 시간적 과정의 연속적 개념으로 보고 생애마무리를 시작하는 시점부터 사망 시까지로 하는 것이 보다 합리적이고, 법적·학술적 정의가 내려지지 않은 상황에서 연구의 편의에 따라 탄력적으로 설정할 수 있을 것이므로 생애말기의 시작 시점을 사망 전 2.4년인 80세까지 앞당겨도 무방할 것으로 생각된다.

〈표 2-2〉 고령후기 및 생애말기에 대한 조작적 정의

구분		연령	비고
고령후기	역연령	75세	수명 연장 고려 미흡
	발달단계	75세	노화 연장 고려 미흡
	기능적 연령	79~82.4세	4대 노인문제 전부 노출되는 시기
	조작적 정의	80세	수명, 노화, 노인문제 종합적 고려
생애말기 조작적 정의		80세	삶의 여정이 끝나가는 시기(사망전 2.4년)

종합하면, 본 연구에서 사용하는 고령후기 및 생애말기에 대한 조작적 정의는 80세로 한다. 즉, 80세 이상 노인은 고령후기 노인에 해당하면서 동시에 생애말기 정책 수혜자로 간주하고 동일시하여 접근하기로 한다. 다만, 객관적인 연령 기준과 개인차의 문제는 극복할 수 없는 태생적 한계를 갖고 있는 것은 분명하나, 여기서는 고령후기 노인을 연령 기준이라는 도구에 의해 일반화하여 거시적인 틀에서 다루고 있기 때문에 개인차에 의해 발생하는 문제는 연구의 한계로 남겨 두기로 한다.

아울러, 80세 전후의 현황을 모두 살펴보는 것이 생애말기의 연속적 개념에 부합하므로 80세 이전 노인과 관련된 현황도 같이 살펴보기로 한다.

제3절 생애말기 정책 탐색 범위

1. 생애말기에 경험하는 4대 노인문제

2014년 노인실태조사 자료를 토대로 고령후기 노인들이 직면하게 되는 4대 노인문제에 대한 실상을 살펴보았다. 이를 토대로 정책 탐색 범위를 어느 정도 선까지 다뤄야 할지 살펴보기 위함이다. 기존 자료 재분석의 한계상 4대 노인문제(4苦)를 그대로 나타내 줄 설문은 아니라는 점을 감안한다 하더라도, 심화 정도를 단적으로 보여줄 수 있는 정도는 가능하다.

가. 노인 연령 계층별 4고

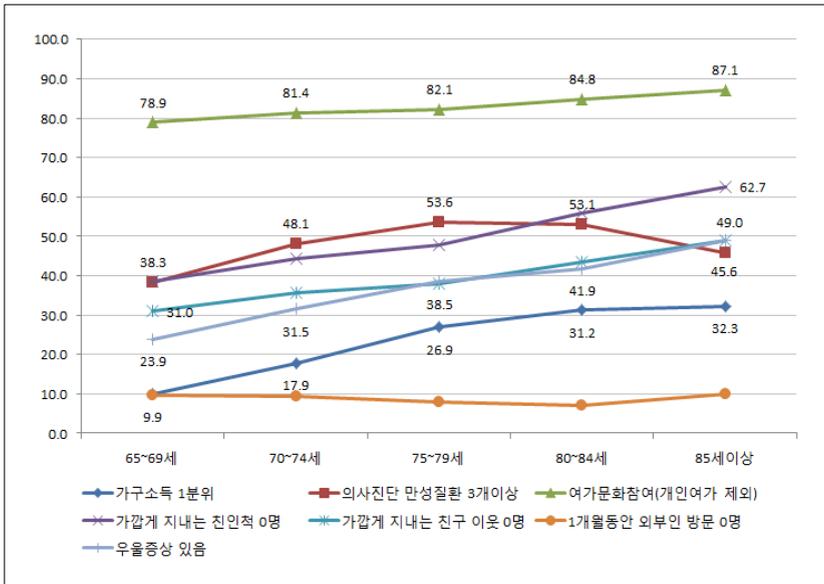
노인은 연령이 올라갈수록 빈곤, 질병, 무위, 고독(우울 포함)에 처할 가능성이 높아지고, 4고(4苦)가 현저히 심화되는 것으로 나타났다. 2014년 노인실태조사에서 사용된 4대 노인문제 관련 변수 중 심각성의 정도가 가장 큰 수준에 해당하는 응답지를 별도로 발췌하여 연령별로 비교하였다. 빈곤에 대응하는 변수로 '가구소득 1분위 비율', 질병에 대응하는 변수로 '의사 진단 만성질환 3개 이상', 무위에 대응하는 변수로 '여가 문화 참여 0회(개인 여가 제외)', 고독에 대응하는 변수로 '가깝게 지내는 친인척 0명', '가깝게 지내는 친구·이웃 0명', '1개월 동안 외부인 방문 0명', 통합적 변수로 '우울 증상 있음'이 각각 대응될 수 있다.

분석 결과, 4대 노인문제는 [그림 2-2]에서 보는 바와 같이 연령이 올라갈수록 심화되는 것으로 분석되었다. 다만, 여기에서 만성질환 3개 이상(의사 진단) 비율이 증가하다가 다시 감소하는 모습을 보이고 있는데,

40 초고령사회 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책 지원방안 연구

그 이유는 만성질환을 심하게 앓고 있던 노인은 이전연령대에 이미 사망하고, 건강한 노인이 장수하고 있기 때문인 것으로 추정된다.

[그림 2-2] 연령별 4대 노인문제 직면 추이



자료: 정경희 등(2014). 2014년 노인실태조사. 원자료 재분석.

보다 구체적으로 65~69세 대비 85세 이상 노인이 처한 상황을 살펴보면, 가구소득 1분위 비율 9.9% → 32.3%, 만성질환 3개 이상(의사 진단) 비율 38.3% → 45.6%, 여가 문화 참여(개인 여가 제외) 0회 비율 78.9% → 87.1%, 가깝게 지내는 친인척 0명 38.6% → 62.7%, 가깝게 지내는 친구 이웃 0명 31.0% → 49.1%, 1개월 동안 외부인 방문 0명 9.7% → 10.1%, 우울 증상 있음 23.9% → 49.0%로 모두 증가하는 양상을 보였다 (<표 2-3> 참조).

〈표 2-3〉 연령별 4대 노인문제 심화 양상

(단위: %)

구분	가구소득 1분위	의사 진단 만성질환 3개 이상	여가 문화 참여 0회 (개인 여가 제외)	가깝게 지내는 친인척 0명	가깝게 지내는 친구 이웃 0명	1개월 동안 외부인 방문 0명	우울 증상 있음
전체 평균	20.0	46.6	81.6	46.2	36.7	9.0	33.1
65~69세	9.9	38.3	78.9	38.6	31.0	9.7	23.9
70~74세	17.9	48.1	81.4	44.3	35.7	9.4	31.5
75~79세	26.9	53.6	82.1	47.9	37.9	7.9	38.5
80~84세	31.2	53.1	84.8	56.0	43.5	7.2	41.9
85세 이상	32.3	45.6	87.1	62.7	49.1	10.1	49.0

자료: 정경희 등(2014). 2014년 노인실태조사. 원자료 재분석.

특히 우려되는 부분은 사회적 고립이다. 고령후기 노인 중 가깝게 지내는 친인척이나 가깝게 지내는 친구·이웃이 전혀 없는 경우가 절반 수준을 훨씬 웃돌거나(62.7%), 육박(49.1%)하고 있다. 이러한 상황에서 단체활동 참여율도 매우 저조한데, 단체활동 참여가 가장 용이한 친목 단체 참여도 겨우 10% 수준에 머물고 있다.

〈표 2-4〉 단체활동 참여율

(단위: %, 명)

구분	동호회	친목 단체	정치 사회 단체	대상자 수
65~69세	8.5	60.4	0.9	3,303
70~74세	4.7	48.6	0.4	2,809
75~79세	2.9	33.0	0.2	2,119
80~84세	2.2	23.9	0.6	1,284
85세 이상	0.8	10.7	0.0	764
계				10,279

주: 동호회, 친목 단체 등 단체활동 참여율은 고령후기로 갈수록 약화되는데, 그 원인은 생물학적 노화, 회원 사망 등으로 인해 참여가 저조한 것으로 추정됨.

자료: 정경희 등(2014). 2014년 노인실태조사.

여기에 더하여 우울 증상이 있는 노인들도 절반에 육박(49.0%)하는 수준으로 여러 요인들이 겹쳐져 있는 경우 자살, 고독사 등 심각한 상황에 처해질 우려가 있다.

나. 고령후기 노인의 생애말기 4고

80세 연령을 기준으로 생애말기에 해당하는 고령후기 노인의 4고 심화 정도를 고령 전기 노인과 비교하여 살펴본 결과, 고령후기 노인은 고령 전기 노인에 비해 빈곤, 질병, 무위, 고독(우울 포함) 등 4고(4苦)가 훨씬 심화되는 것으로 나타났다. 구체적으로는 가구소득 1분위 비율 17.0% → 31.6%, 만성질환 3개 이상(의사 진단) 비율 45.6% → 50.2%, 여가 문화 참여(개인 여가 제외) 0회 비율 80.6% → 85.7%, 가깝게 지내는 친인척 0명 42.9% → 58.6%, 가깝게 지내는 친구 이웃 0명 34.4% → 45.7%, 1개월 동안 외부인 방문 0명 9.2% → 8.3%, 우울 증상 있음 30.3% → 44.5% 등으로 나타났다.

〈표 2-5〉 4고의 심화 정도 비교

(단위: %)

구분	가구소득 1분위	의사 진단 만성질환 3개 이상	여가 문화 참여 0회 (개인 여가 제외)	가깝게 지내는 친인척 0명	가깝게 지내는 친구 이웃 0명	1개월 동안 외부인 방문 0명	우울 증상 있음
전체 평균	20.0	46.6	81.6	46.2	36.7	9.0	33.1
80세 미만	17.0	45.6	80.6	42.9	34.4	9.2	30.3
80세 이상	31.6	50.2	85.7	58.6	45.7	8.3	44.5

자료: 정경희 등(2014). 2014년 노인실태조사.

각 변수들 간의 상관관계를 분석한 결과, 연령, 가구소득 분위, 가깝게 지내는 친구 이웃, 1개월 동안 외부인 방문, 우울 증상 여부 등은 다른 모든 변수들과 유의한 양(正) 또는 음(否)의 상관관계를 보이고 있다. 다만, 여가 문화 참여(개인 여가 제외)와 의사 진단 만성질환 개수, 가깝게 지내는 친인척 수 간 유의하지 않은 상관관계를 보였다. 이는 결국, 거의 모든 변수들 간 서로 상관성이 있음을 보여주고 있으며, 4대 노인문제는 독립적으로 작용하기보다는 상호 간 교호작용을 일으킨다고 볼 수 있다(〈표 2-6〉 참조).

〈표 2-6〉 상관관계 분석 결과

구분	연령	가구소득 분위	의사 진단 만성질환 개수	여가 문화 참여 (개인 여가 제외)	가깝게 지내는 친인척 수	가깝게 지내는 친구 이웃	1개월 동안 외부인 방문	우울 증상 여부
연령								
가구소득 분위	Pearson 상관계수 유의확률 (양쪽) N -.223** .000 10423							
의사 진단 만성질환 개수	Pearson 상관계수 유의확률 (양쪽) N .118** .000 10451	-136** .000 10423						
여가 문화 참여 (개인 여가 제외)	Pearson 상관계수 유의확률 (양쪽) N -.040** .000 10308	.023* .019 10281	-.019 .052 10308					
가깝게 지내는 친인척 수	Pearson 상관계수 유의확률 (양쪽) N -.120** .000 10451	.127** .000 10423	-.046** .000 10451	.019 .050 10308				
가깝게 지내는 친구 이웃	Pearson 상관계수 유의확률 (양쪽) N -.109** .000 10451	.140** .000 10423	-.064** .000 10451	.071** .000 10308	.433** 0.000 10451			
1개월 동안 외부인 방문	Pearson 상관계수 유의확률 (양쪽) N -.056** .000 10449	.037** .000 10422	-.048** .000 10449	.040** .000 10307	-.070** .000 10449	-.058** .000 10449		
우울 증상 여부	Pearson 상관계수 유의확률 (양쪽) N .167** .000 10261	-.220** .000 10234	.225** .000 10261	-.070** .000 10154	-.149** .000 10261	-.221** .000 10261	.071** .000 10261	

자료: 정경희 등(2014). 2014년 노인실태조사. 원자료 재분석.

2. 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책 탐색 범위

가. 이론적 범주

조작적 정의에서 80세 이상 노인을 고령후기 노인이자, 생애말기 정책 대상자라고 정의하였다. 이들에 대한 정책 지원을 위해서는 2가지 정의의 공통분모, 즉 고령후기 노인을 대상으로 하면서도 생애말기 정책에 해당하는 정책은 어떠한 것들이 있는지 살펴볼 필요가 있다. 이를 위해서는 정책 대상자들이 갖고 있는 욕구와 당면한 문제 그리고 이를 충족 또는 해소하기 위한 정책들의 연관관계를 살펴봐야 한다.

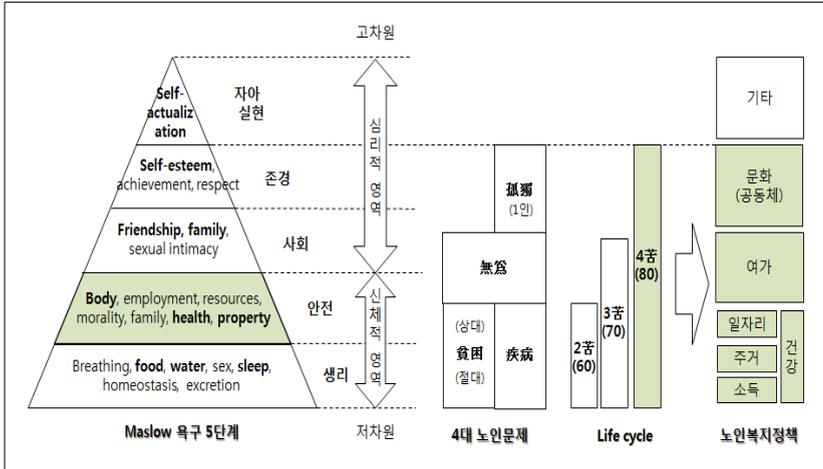
먼저, 욕구 5단계와 4대 노인문제와의 관계를 살펴보았다. 매슬로(Maslow)의 욕구위계이론에 의하면, 욕구 5단계는 생리적 욕구, 안전 욕구, 사회적 욕구, 존경 욕구, 자아실현 욕구로 구분된다. 생리적 욕구와 안전 욕구는 저차원의 욕구로서 신체적 영역에 해당한다고 볼 수 있고, 사회적 욕구, 존경 욕구, 자아실현 욕구는 고차원의 욕구로서 심리적 영역에 해당한다고 볼 수 있다. 한편, 4대 노인문제는 빈곤, 질병, 무위, 고독으로 구분된다. 빈곤 및 질병은 주로 신체적 영역인 저차원의 욕구에, 무위 및 고독은 주로 심리적 영역인 고차원의 욕구에 해당한다고 볼 수 있다. 이를 서로 대입하면, 빈곤, 질병은 저차원 욕구, 신체적 영역에 해당하고, 무위, 고독은 고차원 욕구, 심리적 영역에 해당한다고 볼 수 있다. 이 가운데 무위의 경우 양쪽 욕구영역에 걸쳐져 중첩적으로 작용하고 있다고 추정된다.

다음으로, 생애주기상 4고(4苦)를 연령대를 기준으로 하여 살펴보았다. 법정 은퇴 연령인 60세를 전후로 하여 양질의 일자리에서 배제를 경험하고 그동안 축적해 놓은 부를 점차 소진하면서 서서히 빈곤 상태로 접

어들과, 일반적 노인 연령인 65세 이후 실질적인 빈곤 상태에 처할 가능성이 높다고 볼 수 있다. 그리고 이 시점 이후 신체적 노화에 따른 질병 노출 가능성도 높아진다. 따라서 60대에는 빈곤, 질병 등 2고(2쁨)에 노출되는 시기라 할 수 있을 것이다. 그리고 70대는 노인 일자리 정책에서 알 수 있는 바와 같이 사회적으로 완전은퇴 시기 도래로 인해 '무위' 문제가 추가되어 3고(3쁨)에 처할 가능성이 매우 크다. 한편, 80대에는 배우자와의 사별, 사회·가족 등 공동체 내 역할상실과 고립으로 인해 '고독' 문제에 추가 노출될 가능성이 커진다. 종합하면, 60대에는 2고, 70대에는 3고, 80대에는 4고에 직면할 가능성이 크고, 생애주기상 고연령화에 따라 노인문제가 중첩되는 양상으로 전개된다. 이로 인해 예비 노인 및 전기 노인의 경우 '빈곤'과 '질병'이 주 관심 대상으로 부각되고, 고령후기 노인의 경우 빈곤, 질병, 무위, 고독 등 모든 노인문제가 관심 사항으로 등장할 수밖에 없다.

마지막으로, 상기 내용들과 노인복지정책과의 관계를 살펴보았다. 정부에서 추진하는 노인 관련 일자리, 주거, 소득, 건강 정책은 빈곤, 질병에 대응하는 정책으로 매슬로의 욕구 1, 2단계, 신체적 영역의 욕구에 대응되며, 이들 정책은 주로 예비 노인 및 전기 노인을 위한 정책에 해당한다. 그리고 여가, 문화(공동체) 정책은 무위, 고독에 대응하는 정책으로서 매슬로의 욕구 3, 4, 5단계, 심리적 영역의 욕구에 대응된다. 그런데 현재 정부에서 추진하는 정책들은 다수 노인들의 실생활에 많은 도움을 줄 수 있는 방향으로 설계된, 일자리, 주거, 소득, 건강 정책이 주류를 이루고 있으며, 고령후기 노인들에 큰 도움을 줄 수 있는 여가, 문화 영역은 정책적 관심이 다소 미흡한 실정이다.

[그림 2-3] 욕구 위계, 노인문제, 대응 정책 간 연관관계



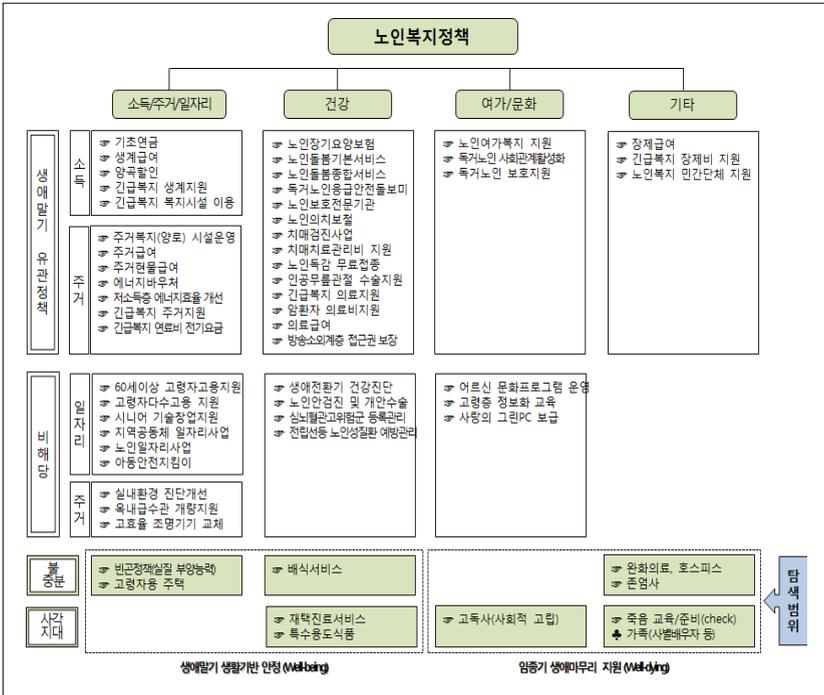
나. 구체적 탐색 내용

정부에서 시행하고 있는 많은 노인복지정책 가운데, 생애말기 정책의 범위를 한정하고 구체적으로 정책을 특정하는 것도 단순치 않은 문제이다. 노인복지정책은 노인들이 생존하는 동안 적용되는 정책으로서 수혜 연령 제한이 없는 한, 상당수 노인복지정책이 고령후기 노인에게, 그리고 사망 시까지도 적용되기 때문이다. 따라서 범위 설정 및 정책 특정을 위한 효율적인 작업을 위해서는 현행 노인복지정책들을 모두 열거하여 분류하고, 이들 광범위한 정책들 중에서 고령후기 노인들을 위한 생애말기 정책에 해당한다고 추정되는 정책들을 추출할 필요가 있다.

본 연구에서는 그림 [그림 2-4]와 같이 도입되긴 했지만 불충분하기 때문에 보완이 필요하다고 생각되는 제도·정책과 미도입으로 정책적 사각지대가 존재하고 있다고 여겨지는 정책들에 대한 조작적 분류를 통해 탐색 범위를 좁혀 보았다. 더불어, 생애말기를 임종기를 향해 가는 시간적 과정의 연속적 개념으로 정의하였으므로 고령후기 노인을 대상으로 하는 웰빙

(Well-Being) 관점에서의 생활기반 안정 정책과 웰다잉(Well-Dying) 관점에서의 생애마무리 지원정책으로 구분하여 몇 가지 정책을 정리하였다. 이에 따라 생활기반 안정 정책으로는 빈곤 정책, 고령자용 주택, 배식 서비스, 고령자용 특수용도식품, 재택 진료 서비스 등을, 생애마무리 지원정책으로는 고독사, 완화의료, 호스피스, 존엄사, 죽음 교육 등을 선정하였다. 아울러 고령후기 노인의 사망 후 남은 가족에 대한 정책적 배려가 거의 없다는 점을 감안하여 사별 배우자 등에 대한 정책도 추가하였다. 여기에 덧붙여 정책 활성도가 매우 높아 생애말기 정책에는 포함하지 않았지만, 고령후기 노인의 생애말기 시점에 이용도가 매우 높은 노인 장기요양 정책 등 일부 정책에 대해서는 정책 수급 측면에 문제가 없는지 살펴보기로 한다.

[그림 2-4] 생애말기 노인 보건복지 정책 탐색 범위



제 3 장

생애말기 지원정책 수급분석

제1절 고령후기 노인인구가구·지역별 추이

제2절 주요 정책 수요 추이

제3절 주요 정책 공급 기반 현황

제4절 소결

3

생애말기 지원정책 수급분석 <<

제1절 고령후기 노인인구·가구·지역별 추이

1. 인구가구

인구문제는 장단기 국가정책 결정에 많은 영향을 미친다. 과거 산아제한 정책이 실시된 것도, 현재 저출산고령사회 대책이 실시되고 있는 것도 모두 국가 발전의 연속성을 유지하기 위한 것으로 그 이면에는 인구문제가 자리 잡고 있다. 이는 노인 보건복지 정책에 서도 마찬가지이다. 정책 대상자가 많고 적음에 따라 정책의 양과 질이 현저히 달라지기 때문이다. 고령화가 심화되고 있는 상황에서 전체 노인인구수 증가뿐만 아니라 어느 연령층에 집중되어 있는지가 노인복지정책 방향 설정에 있어 중요한 의미를 갖게 된다. 고령후기 노인인구 규모와 가구 수 등에 대한 동태적 추이 관찰을 통해 고령후기 노인들의 생애말기 정책 수요를 파악해 볼 필요가 있다.

인구학적 관점에서 노인인구 비율 14% 이상을 고령사회, 20% 이상을 초고령사회, 30% 이상을 초초고령사회로 분류하고 있다. 2014년 노인인구는 12.7%(2015년 주민등록 연앙인구는 12.86%)로 고령사회 진입을 눈앞에 두고 있고, 2026년 20.8%(1084만 명)로 초고령사회, 2037년 30.1%(1555만 8천 명)로 초초고령사회에 진입할 예정이며, 불과 10여 년 간격으로 노인인구 비율이 10% 포인트씩 늘어나게 된다. 이는 7백만 명이 넘는 대규모 인구 집단인 베이비붐세대(1955~1963년생)의 연차적 고령

인구 편입에 의한 것으로 정책적으로도 큰 혼란을 겪을 가능성이 높다.

80세 이상 고령후기 노인인구 비율도 2014년 2.6%에서 2026년 4.6%, 2037년 7.7%로 확대될 것으로 추정되고 있는 반면, 고령후기 노인 남녀 성비(남자 노인 기준)는 2014년 1:2.25에서 2026년 1:1.88, 2037년 1.57로 축소될 것으로 추계되고 있으며, 성비 축소는 남자 노인의 평균수명 증가에 기인한 것으로 추정할 수 있다. 평균수명 증가에 따라 80세 이상 고령후기 노인인구 비율이 급증하고, 노인복지정책의 주된 관심이 이들에게로 이동될 가능성이 있다. 한편, 노인 보건복지 정책의 쏠림현상을 초래할 베이비붐세대는 2035년부터 고령후기 노인인구로 편입되기 시작한다.

〈표 3-1〉 추계인구(장래인구추계, 2010)

(단위: 천 명)

연령별	2014			2026			2037			
	계	남자	여자	계	남자	여자	계	남자	여자	
총인구	50,424	25,220	25,204	52,042	25,882	26,160	51,636	25,565	26,066	
65세 이상	인구수	6,386	2,658	3,726	10,840	4,784	6,056	15,558	7,026	8,532
	비율	12.7	10.5	14.8	20.8	18.5	23.2	30.1	27.5	32.7
80세 이상	인구수	1,316	404	912	2,390	819	1,571	3,986	1,532	2,454
	비율	2.6	1.6	3.6	4.6	3.2	6.0	7.7	6.0	9.4

자료: 통계청(2010). 장래인구추계. (국가통계포털 <http://kosis.kr>)

가구 유형에 있어서도 많은 변화가 있을 것으로 추정되고 있다. 80세 이상 고령후기 노인가구의 경우 부부가구와 1인가구 간 상반된 경향성이 나타나고 있다. 부부가구 비율은 2014년 24.6%, 2026년 20.9%, 2035년 18.7%로서 지속적으로 축소되는 데 반해 1인가구 비율은 2014년 53.0%, 2026년 57.8%, 2035년 60.2%로서 지속적인 확대 과정을 밟게

된다. 이에 따라 1인가구 규모도 2014년 35만 8천 가구에서 2026년 78만 가구, 2035년 124만 9천 가구로 급증할 것으로 전망되고 있다. 따라서 80세 이상 고령후기 노인의 경우에는 부부가구의 비중이 축소되고 1인가구가 주된 가구 유형으로 자리 잡을 전망이며, 80세 이상 1인가구에 정책적 관심과 특별한 보호 대책 마련 요구가 커질 것임을 가늠할 수 있다.

〈표 3-2〉 가구 유형별 추계 가구 추이(장래인구추계, 2010)

(단위: 천 가구, %)

구분	전체 가구		부부가구		1인가구		
	가구 수	비율	가구 수	비율	가구 수	비율	
2014	전체	18,458	100.0	3,078	16.7	4,889	26.5
	65세 이상	3,703	100.0	1,234	33.3	1,317	35.6
	80세 이상	675	100.0	166	24.6	358	53.0
2026	전체	21,114	100.0	4,375	20.7	6,671	31.6
	65세 이상	6,494	100.0	2,138	32.9	2,361	36.4
	80세 이상	1,348	100.0	282	20.9	780	57.8
2035	전체	22,261	100.0	5,053	22.7	7,628	34.3
	65세 이상	9,025	100.0	2,919	32.3	3,430	38.0
	80세 이상	2,076	100.0	387	18.7	1,249	60.2

주: 2037년 추계 가구는 통계청에서 제공되지 않아 2035년 추계 가구 자료를 사용함.
 자료: 통계청(2010). 장래인구추계. (국가통계포털 <http://kosis.kr>)

80세 이상 1인가구 변화를 연도별로 살펴보면, 2015~2035년 기간 동안 연평균 4만 2천 가구가 순증이며, 전년 대비 2만 7천~8만 2천 가구가 증가하게 된다. 전기 노인은 사별 또는 황혼이혼에 의해 1인가구가 증가할 것으로 추정되나, 후기 노인의 1인가구 증감분은 사별이 주원인일 가능성이 높을 것으로 생각된다. 따라서 사별 후 남은 고령 배우자에게 발생할 수 있는 우울·자살 등 예방·치료 수요가 커질 것이라 추정도 가능하다.

〈표 3-3〉 전년 대비 1인가구 순증가 추이

(단위: 가구)

구분	2015	2020	2026	2030	2035	연평균
65세 이상	62,562	90,797	113,336	114,998	133,351	100.625
80세 이상	33,601	39,676	32,236	42,587	82,099	42.440

주: 2037년 추계 가구는 통계청에서 제공되지 않아 2035년 추계 가구 자료를 사용함.
 자료: 통계청(2010). 장래인구추계. (국가통계포털 <http://kosis.kr>)

2. 지역별 분포

지방자치제 시행 이후 상당수 노인복지정책이 지방에 이양되었으므로 고령후기 노인에 대한 정책과 관련해서 지방정부의 역할이 매우 중요하다.

고령후기 노인인구수는 지역적 편차가 있기는 하나, 증가율은 ‘도’ 지역(경기도 제외)보다 ‘특별·광역시’ 지역이 전반적으로 높게 나타났다. 80세 이상 고령후기 노인인구는 2014년 대비 2026년 169.4%, 2037년 282.5% 증가하고, 2037년 기준 시도별 인구수는 경기(84만 8천 명)가 가장 많고, 그다음 순으로 서울(67만 6천 명), 부산(29만 4천 명), 경남(29만 1천 명), 경북(28만 2천 명)이다.

〈표 3-4〉 80세 이상 시도별 인구 추이

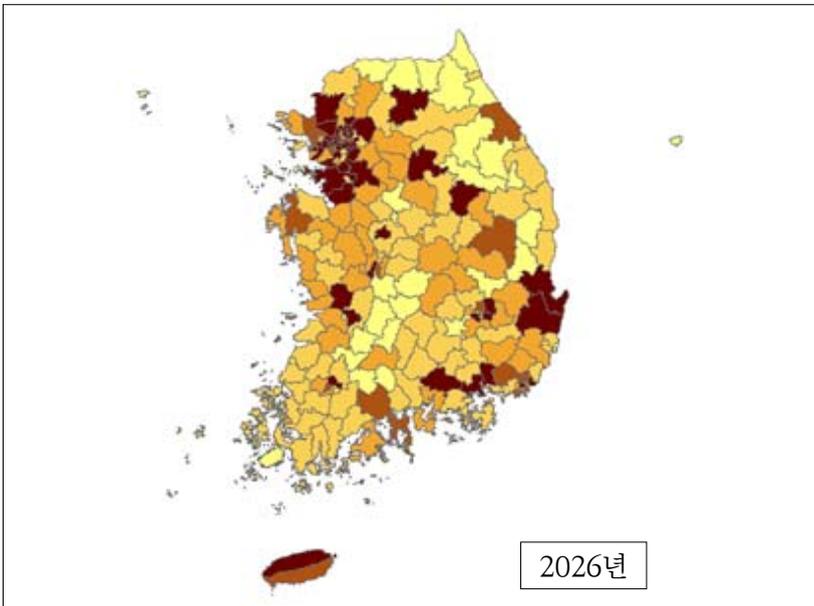
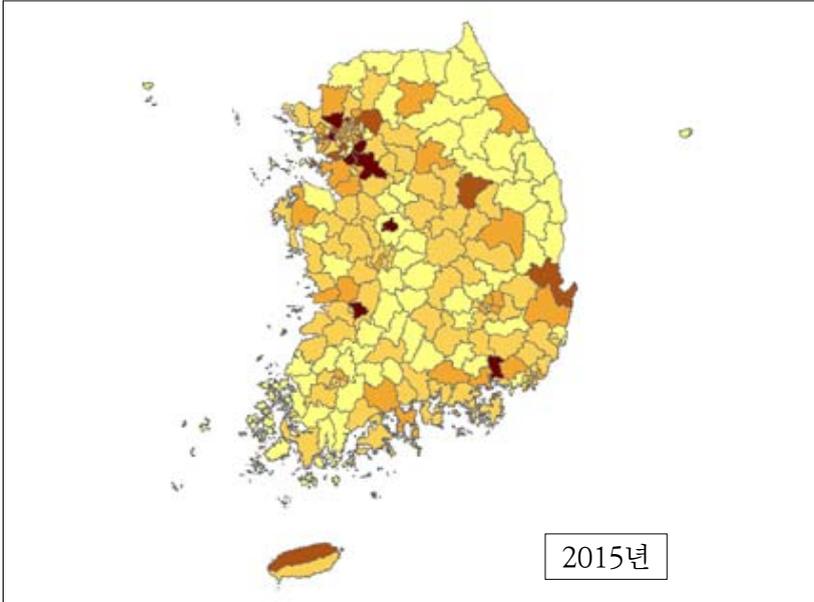
(단위: 명, %)

행정구역별	2015		2026		2037	
	추계인구(A)	비율	추계인구(B)	증감률(B/A)	추계인구(C)	증감률(B/A)
전국	1,410,672	100.0	2,390,050	169.4	3,985,688	282.5
서울특별시	205,624	100.0	404,797	196.9	676,285	328.9
부산광역시	89,382	100.0	170,706	191.0	293,720	328.6
대구광역시	59,321	100.0	105,781	178.3	178,048	300.1
인천광역시	62,183	100.0	115,344	185.5	211,509	340.1
광주광역시	34,046	100.0	58,380	171.5	93,347	274.2
대전광역시	33,670	100.0	54,686	162.4	95,790	284.5
울산광역시	16,669	100.0	26,030	156.2	54,158	324.9
경기도	263,849	100.0	478,727	181.4	847,500	321.2
강원도	59,397	100.0	101,060	170.1	159,690	268.9
충청북도	56,486	100.0	82,252	145.6	136,786	242.2
충청남도	90,696	100.0	138,692	152.9	219,161	241.6
전라북도	82,850	100.0	115,347	139.2	174,647	210.8
전라남도	101,289	100.0	134,722	133.0	188,600	186.2
경상북도	121,814	100.0	180,029	147.8	281,669	231.2
경상남도	107,275	100.0	173,565	161.8	290,887	271.2
제주도	21,137	100.0	38,027	179.9	59,723	282.6
세종시	4,984	100.0	11,905	238.9	24,168	484.9

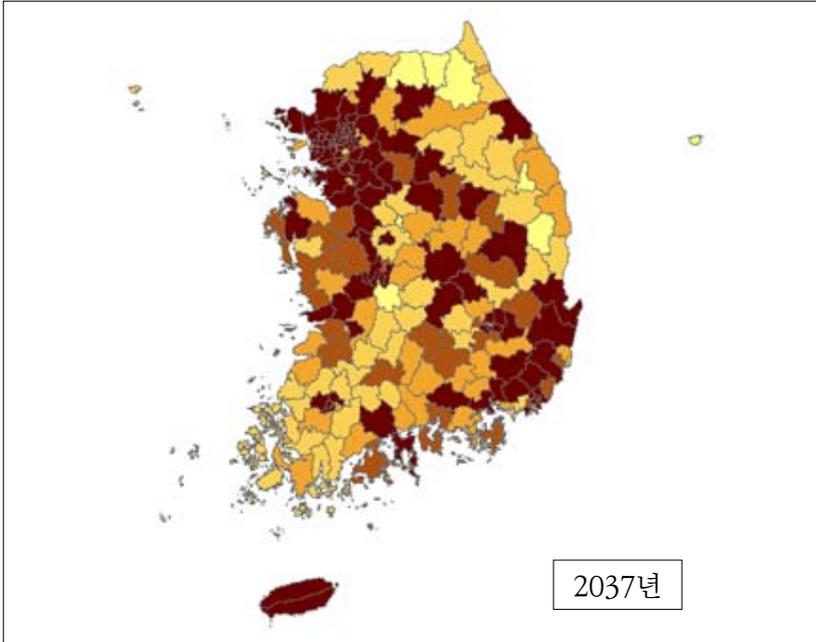
주: 2015년 시군구 주민등록 인구상 80세 이상 노인인구에 시도별 증감률을 곱하여 연도별 인구 산출함.

지역별로 고령후기 노인인구 규모가 어떠한 변화를 보이는지 시각화하여 제시하였다. 인구밀도는 5천 명, 1만 명, 1만 5천 명, 2만 명, 2만 5천 명 이상 5단계로 구분하였고, 음영이 짙을수록 높은 단계의 인구밀도임을 의미한다. 80세 이상 노인인구가 2만 5천 명 이상으로서 인구밀도가 높은 시군구는 2015년 6개에서, 2026년 22개, 2037년 75개로 대폭 확대될 예정이며, 이를 감안한 지역별 차별화된 정책 추진이 필요하다(그림 3-1 참조).

[그림 3-1] 80세 이상 사군구별 인구밀도 추이(2015, 2026, 2037)



[그림 3-1] 계속



국가에서 추진하는 사업은 국고 사업, 국고보조 사업, 지방이양 사업(지방자치단체 자체 사업)으로 구분된다. 국고 사업의 경우 중앙정부에서 전적으로 재정을 충당하는 사업이므로 지방자치단체의 재정 부담이 없지만, 국고보조 사업, 지방이양 사업은 지방정부가 재정을 일부 부담, 전부 부담 해야 하므로 재정 부담이 있을 수밖에 없는 사업들이다.

노인복지 관련 국고보조금 지급 대상 사업은 3개 사업이며, 국가와 지방자치단체가 매칭으로 사업비를 조달하고 있다. 기준 보조율은 사회복지 보장 시설 및 장비 지원(재가노인복지시설 개수·보수 제외) 50%, 양로 시설 운영 70%(서울은 50%), 화장시설·봉안시설·자연 장지·화장로 70%이다(보조금 관리에 관한 법률 시행령 별표 1).

한편, 지방이양 사업으로서 보조금 지급 제외 사업은 13개 사업이며, 지방자치단체가 자체 수입, 지방교부금 등을 통해 전적으로 사업비를 충당하게 된다. 상당수 노인복지 사업이 국가보조 사업 형태로 수행되어 왔으나, 2005년 13개 노인복지 사업이 지방자치단체에 이양된 바 있고, 현재 보조금 지급 제외 사업은 경로당 운영, 경로당 활성화 지원, 경로식당 무료 급식, 저소득 재가노인 식사배달, 노인 건강진단, 치매상담센터 운영, 노인 일거리 마련 사업, 지역사회 시니어클럽 운영, 재가노인복지시설 운영, 노인 시설(양로시설 제외) 운영, 노인복지회관 신축, 재가복지봉사센터 운영, 노인복지회관 운영 등(보조금 관리에 관한 법률 시행령 별표 2)이며, 노인 일자리 관련 사업을 제외하고는 고령후기 노인과 직·간접적으로 관련된 정책들이다.

물론 지방이양 사업이라 하더라도 국가재정에서 지방으로 지원하는 지방교부금에서 사업비를 일부 충당할 수 있겠지만, 지방정부의 재정자립도가 그리 높지 않은 상황에서 고령후기 노인을 포함한 노인인구의 급증을 감안한다면, 향후 노인복지 사업 실시에 상당한 어려움을 겪게 될 것은 자명한 사실이다. 따라서 기존 정책들의 성과 평가를 통해 합리적인 자원 재배분을 고민해야 할 것으로 본다.

제2절 주요 정책 수요 추이

1. 노인 장기요양

앞서 언급한 대로, 현시점에서는 제도가 완비되고 충분한 수준의 정책 집행이 이루어지고 있어 생애말기 정책에는 포함하지 않았지만, 고령후기 노인을 돌보고 관리하는 데 지대한 역할을 하는 것은 노인장기요양보험이며, 이 제도의 지속가능성 여부에 따라 생애말기 삶의 질이 많이 좌우될 것임은 자명하다. 따라서 현재 시점과 비교하여 초고령사회에서의 등급판정자 추이, 주거 상태, 재정 부담은 어떠한 것인지 살펴보았다.

가. 등급판정

노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 더이상 생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등을 대상으로 장기요양 서비스를 제공한다. 2014년 기준으로 전체 판정 인원의 94.2%(55만 2천 명)가 65세 이상 노인이며 5.8%(3만 4천 명)는 노인성 질환을 가진 청장년층이다. 그리고 80세 이상 등급별 판정 인원은 80세 이상 전체 노인인구 중 21.6%로 28만 4천 명이다.

2026년, 2037년의 경우에도 동일한 비율로 등급판정을 받는다고 가정할 경우, 80세 이상 등급판정 인원(등급외 포함)은 2014년 대비 2026년 181.6%(51만 6천 명), 2037년 302.9%(86만 1천 명)으로 급증할 것으로 추정된다. 2014년 전체 판정 인원이 58만 5천 명임을 감안한다면, 2026년, 2037년에는 고령후기 노인 판정자 수가 2014년 전체 판정자 수에 육박하거나 이를 초과하게 되는 상황으로 전개될 것으로 추정된다.

〈표 3-5〉 장기요양 등급판정 인원 추이(등급 외 포함)

(단위: 명, %)

구분		계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	1~5 등급계	등급 외
2014	전체 판정 인원	585,386	37,655	72,100	170,329	134,032	10,456	424,572	160,814
	65세 이상 판정 인원	551,659	33,174	68,185	160,124	127,452	10,148	399,083	152,576
	(65세 이상 전체 인구 중 비중)	(8.6%)	(0.5%)	(1.1%)	(2.5%)	(2.0%)	(0.2%)	(6.2%)	(2.4%)
	80세 이상 판정 인원	284,184	16,762	39,990	91,898	70,565	5,599	224,814	59,370
	(80세 이상 전체 인구 중 비중)	(21.6%)	(1.3%)	(3.0%)	(7.0%)	(5.4%)	(0.4%)	(17.1%)	(4.5%)
2026	65세 이상 판정 인원 (추정)	936,480	56,315	115,749	271,822	216,359	17,227	677,472	259,009
	80세 이상 판정 인원 (추정)	516,141	30,443	72,631	166,907	128,162	10,169	408,312	107,829
2037	65세 이상 판정 인원 (추정)	1,344,121	80,829	166,133	390,143	310,538	24,726	972,369	371,753
	80세 이상 판정 인원 (추정)	860,725	50,768	121,120	278,337	213,724	16,958	680,908	179,817

주: 2026년, 2037년의 경우에도 동일한 비율로 등급판정을 받는다고 가정.
 자료: 국민건강보험공단(2016). 노인장기요양보험 통계(국가통계포털 <http://kosis.kr>).

장기요양 판정자 중 치매 등 인지력 약화 관련 질병이 차지하는 비중은 56.1%를 차지하고 있다. 등급별 주요 질병 및 증상 현황 중 치매 29.1%, 중풍(뇌졸중) 20.3%, 치매-중풍 동반 6.7%로서 치매는 경증질환자가 높은 비중을 차지하고, 중풍(뇌졸중)과 치매-중풍 동반은 중증질환자가 높은 비중을 차지하고 있다. 한편, 인지력 약화 관련 80세 이상 판정자 수는 2014년 12만 6천 명에서 2026년 22만 9천 명, 2037년 38만 2천 명에 이를 것으로 추산된다.

인지력 약화 관련 질병은 중증 단계로 악화되지 않는 한, 시설이 아닌 자택 거주가 가능한 질환이다. 그러나 1인가구 증가 추세를 감안할 경우, 홀로 자택에서 거주하도록 방치하기에도 부담스러운 상황이다. 인지력 약화는 언제든 화재 등 사고 발생 가능성이 잠재되어 있고, 사기 피해 등 형사상 범죄 피해를 당할 가능성이 커지기 때문이다. 따라서 이들에 대한 돌봄 체계를 재정비하고, 성년 후견인 등 관련 제도를 활성화할 필요가 있다.

〈표 3-6〉 장기요양 등급별 주요 질병 현황 및 추이

(단위: %, 명)

구분	등급별 인지력 관련 주요 질병				판정자 추이(80세 이상)		
	치매	중풍 (뇌졸중)	치매+ 중풍	3종 합계	2014년	2026년	2037년
계	29.1%	20.3%	6.7%	56.1%	126,169	229,151	382,135
1등급	23.8%	32.7%	14.1%	70.7%	11,843	21,510	35,870
2등급	26.5%	24.5%	11.3%	62.3%	24,906	45,234	75,434
3등급	28.6%	20.5%	5.9%	55.0%	50,588	91,878	153,218
4등급	28.7%	15.7%	3.3%	47.8%	33,731	61,263	102,163
5등급	80.0%	1.5%	3.9%	85.5%	4,785	8,691	14,493

주: 2026년, 2037년의 경우에도 동일한 비율로 등급판정을 받는다고 가정.
 자료: 국민건강보험공단(2016). 노인장기요양보험 통계(국가통계포털 <http://kosis.kr>).

나. 주거 상태

등급판정 인원의 64.5%는 자택에서 생활하고, 21.2%는 노인요양시설, 9.6%는 요양병원, 2.5%는 노인요양공동생활가정에서 생활하고 있다. 중증에 해당하는 등급일수록, 즉 등급이 높을수록 자택에서 생활하는 비율이 줄어들고, 노인요양시설이나 요양병원에 거주하는 비율이 늘어나는 추세를 보이고 있지만, 여전히 자택에서 생활하는 비중이 가장 높다.

62 초고령사회 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책 지원방안 연구

〈표 3-7〉 등급별 주거 상태 비율(1~5등급, 2014)

(단위: 명, %)

구분	판정 인원	자택	노인 요양 시설	노인요양 공동생활 가정	단기 보호 시설	양로 시설	요양 병원	기타
계	424,572	64.5%	21.2%	2.5%	0.2%	0.2%	9.6%	1.7%
1등급	37,655	35.3%	33.7%	3.3%	0.1%	0.2%	23.8%	3.6%
2등급	72,100	41.1%	36.4%	4.1%	0.2%	0.2%	15.9%	1.9%
3등급	170,329	66.0%	21.0%	2.6%	0.3%	0.2%	8.3%	1.6%
4등급	134,032	81.4%	11.3%	1.4%	0.2%	0.2%	4.3%	1.2%
5등급	10,456	89.7%	2.9%	0.4%	0.1%	0.4%	4.9%	1.6%

자료: 국민건강보험공단(2016). 노인장기요양보험 통계(국가통계포털 <http://kosis.kr>).

80세 이상 장기요양 노인 중 자택에서 생활하는 노인은 2014년 14만 5천 명 수준에서, 2026년 26만 3천 명, 2037년 43만 9천 명으로 대폭 증가할 것으로 추정되며, 노인요양시설과 요양병원에서 생활하는 노인은 2014년 6만 9천 명 수준에서, 2026년 12만 6천 명, 2037년 21만 명에 이를 것으로 추정된다.

〈표 3-8〉 등급별 주거 상태 추이(1~5등급)

(단위: 명)

구분	연령	계	자택	노인요양 시설	노인요양 공동생활 가정	단기보호 시설	양로 시설	요양 병원	기타
2014	65세	399,083	257,332	84,789	9,867	892	932	38,385	6,887
	80세	224,814	144,962	47,764	5,558	503	525	21,623	3,880
2026	65세	677,472	436,838	143,935	16,750	1,514	1,581	65,162	11,691
	80세	408,312	263,282	86,749	10,095	913	953	39,273	7,046
2037	65세	972,369	626,990	206,588	24,041	2,173	2,270	93,526	16,781
	80세	680,908	439,054	144,665	16,835	1,522	1,589	65,492	11,751

주: 연령별 주거 상태 비율 자료가 제공되지 않아 모든 연령대의 주거 상태 비율이 동일한 것으로 가정하여 1~3등급 비율이 상대적으로 높다고 추정되는 80세 이상 인구의 노인요양시설, 요양병원 주거 비율이 다소 과소 추정될 수 있음을 주의.

고령후기 노인일수록 중증에 해당할 가능성이 높아 시설 거주 비율이 높아질 것이라는 점을 감안한다 하더라도, 여전히 재가 노인에 대한 돌봄 대책 마련이 필요할 것으로 보인다. 아울러, 장기요양 보험료 및 국가 재정 여건을 감안할 경우 중기적으로 판정 요건을 강화하거나, 재가 서비스 위주로 서비스를 재편할 필요도 있다고 판단된다.

다. 장기요양 비용

2012년 1인당 연평균 장기요양 비용은 845만 7천 원(3조 1,255억 6900만 원/369,587명)으로 이를 등급판정 인원(등급 외 제외)에 대입할 경우, 80세 이상 장기요양 비용 총액은 2014년 1조 9,012억 원에서 2026년 3조 4,530억 원, 2037년 5조 7,584억 원으로 증가할 것으로 추산된다.

〈표 3-9〉 연간 장기요양 비용 추계

(단위: 명, 백만 원)

연도별	연령별	노인인구수	1~5등급 계	비용 총액 (백만 원)
2014	전체 판정 인원(1~5등급)		424,572	3,590,605
	65세 이상	6,385,559	399,083	3,375,045
	80세 이상	1,315,947	224,814	1,901,252
2026	전체 판정 인원(1~5등급)		720,741	6,095,307
	65세 이상	10,839,938	677,472	5,729,377
	80세 이상	2,390,050	408,312	3,453,093
2037	전체 판정 인원(1~5등급)		1,034,473	8,748,538
	65세 이상	15,558,464	972,369	8,223,323
	80세 이상	3,985,688	680,908	5,758,437

주: 1) 비용은 장기요양 판정자에 2012년 1인당 연간 장기요양 비용 845만 7천 원을 곱하여 산출.
2) 2026년, 2037년은 2014년의 연령별 판정 비율 65세 이상 6.2%, 17.1%를 그대로 적용하여 판정자를 산출.

노인장기요양보험료는 건강보험료의 6.55%를 징수하고(노인장기요양 보험법 제8조 및 동법 시행령 제4조), 국고에서 일부 지원하는데, 국고지원 금도 매년 상승(2009년 3,284억 원 → 2015년 5,971억 원)하고 있다. 80 세 이상 고령후기 노인만을 위한 연간 장기요양 비용은 지속적으로 증가하여 2037년경 약 5조 7천억 원을 상회할 것으로 추산되므로, 건강보험의 노인 의료비 증가 등과 맞물려 지속가능성 여부에 대한 고민이 필요하다.

2. 완화의료 및 응급의료

가. 완화의료

암관리법상 말기암 환자에 대한 완화의료 제도가 2011년 9월부터 시행되고 있다. 말기암 환자 완화의료 대상자는 몇 개월 내에 사망할 것으로 예상되는 말기암 환자로서 본인이 완화의료 이용을 희망하는 사람으로 한정하고 있어 조건이 엄격하고 수요가 제한적이다. 게다가 아직 본사업이 아닌 시범 사업이 추진되고 있는 관계로 완화의료 이용자에 대한 구체적인 통계는 제시되지 않고 있다.

선진국의 완화의료 수요 추정 사례를 보면, 적절한 완화의료 수요량은 전체 사망자의 28.3~38.3% 또는 36.4%로 추산되고 있다. 세계보건기구(WHO) 등의 연구에서 질병별 통증 유병률을 통한 완화의료 수요를 추정하고 있으며,⁴⁾ WHOCC-ICO의 암 환자 완화의료 수요량은 총사망자의 28.3~38.3%이고 이 가운데 암 환자가 15%, 기타 만성질환자가 13.3~23.3%를 차지한다고 보고 있다(WHOCC-ICO, 2011).⁵⁾ 그리고

4) 초기 연구들은 암 환자에 집중하였으나, 이후 암 환자 이외 환자의 자료를 포함하여 추정.

5) WHOCC-ICO(2011). Design, implementation and evaluation of Palliative Care Programs and Services with Public Health WHO Perspective. [원자료: 박수경 등(2015).

다른 연구에서는 전 세계 사망자 5,500만 명 중 2천만 명(36.4%)의 인구가 임종 시 완화의료가 필요하며, 이 중 암환자 비율은 34.0% 정도일 것으로 추정하고 있다. 즉 암 환자의 완화의료 수요량은 전체 사망자의 12.4%로 추산되고 있다(WHO, Global Atlas of Palliative care at the End of Life, 2014 한국보건산업진흥원, 2015. 재인용).

환자연명의료결정법 제정(2016년 2월 제정, 2017년 8월 시행)으로 말기암 환자에만 국한되어 있던 완화의료를 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화 등 다른 질환까지 확대할 수 있게 되었으므로 우리나라의 완화의료 수요도 급증할 것으로 생각된다. 총사망자당 완화의료 수요 비율 36.4%를 적용하면, 우리나라의 80세 이상 사망자 수의 완화의료 수요는 37년경 연간 약 10만여 명에 이를 것으로 추산된다.

〈표 3-10〉 연간 완화의료 수요

(단위: 명)

구분	2014	2026	2037
완화의료	37,764	66,430	96,969

주: 추계된 사망자 수에 선진국 완화의료 수요(사망자의 36.4%) 반영.

나. 응급의료

응급실 도착 소요 시간은 고령후기 노인인 응급환자가 다른 연령대의 응급환자에 비해 길어지는 경향이 있다. 고령후기 노인의 발병 후 응급실 도착 소요 시간은 '24시간 이상'이 35.7%로 가장 빈도가 높고, 그다음 순으로 30분-2시간 미만(20.8%), 2-4시간 미만(10.9%) 등이다. 80세 미만 환자의 소요 시간과 비교하면, 고령후기 노인은 그 이하 연령대 환자에 비

해 ‘24시간 이상’은 10.2% 포인트 높음에 반해, ‘30분 미만’은 4.2% 포인트, ‘30분-2시간 미만’은 5.2% 포인트 낮은 것으로 나타나고 있다.

고령후기 노인은 다른 연령대 환자에 비해 응급실 도착 시간이 늦은 것으로 나타나고 있는데, 거주 지역, 발병 후 진행 속도, 가구 유형 등 다양한 원인에 의해 늦어질 수도 있겠지만, 단순 노환으로 치부하고 상대적으로 응급 대응에 소홀한 것은 아닌가 하는 우려도 있다. 어쨌든 고령후기 노인은 노화에 따른 신체 기능 저하로 낙상 대응 시 생명 위협 등 심각한 상황이 초래될 우려가 크므로 오히려 세심한 배려가 필요하고, 향후 고령후기 노인인구 증가 감안 시, 응급의료 체계 전반에 대해 꼼꼼히 따져볼 필요가 있다고 생각된다.

〈표 3-11〉 발병 후 응급실 도착 소요 시간(2014년)

(단위: 명, %)

구분		30분 미만	30분-2시간 미만	2-4시간 미만	4-8시간 미만	8-12시간 미만	12-24시간 미만	24시간 이상
80세 이상	인원	14,008	51,303	26,805	25,398	13,457	22,148	88,062
	비율	5.7	20.8	10.9	10.20	5.5	9.0	35.7
80세 미만	인원	489,719	1,290,150	543,655	510,780	285,300	475,766	1,262,440
	비율	9.9	26.0	11.0	10.3	5.8	9.6	25.5
차이		-4.2	-5.2	-0.1	0.1	-0.3	-0.6	10.2

주: 미상/미입력은 제외.
 자료: 국립중앙의료원(2016). 응급의료현황통계. (국가통계포털 <http://kosis.kr>).

3. 사망 관련

가. 사망자 수

베이비붐세대 사망의 영향으로 연간 사망자 수는 2037년 159.6%까지

증가하지만, 고령후기 노인 사망률(10만 명당)은 감소할 것으로 추산된다. 연간 전체 사망자 수는 2016년(27만 6천 명) 대비 2026년 124.9%(34만 5천 명), 2037년 159.6%(44만 1천 명)로 증가할 것으로 추정되며, 전체 사망자 대비 고령후기 노인 사망자 비율은 2016년 42.9%, 2026년 52.9%, 2037년 60.4%로 비중이 점진적으로 증가할 것으로 예측되고 있다. 하지만, 평균수명 증가로 80세 이상 노인 사망률(10만 명당)은 2016년 7,892명, 2026년 7,665명, 2037년 6,718명으로 감소할 것으로 추정된다.

〈표 3-12〉 사망자 추이

(단위: 명, %)

구분	2016		2026		2037	
	수	증감(%)	수	증감(%)	수	증감(%)
전체 사망자	276,273	100.0	345,157	124.9	440,898	159.6
80세 이상 사망자	118,520	100.0	182,502	154.0	266,398	224.8
(전체 사망자 대비)	(42.9)	-	(52.9)	-	(60.4)	-
80세 이상 사망률 (10만 명당)	7,892	100.0	7,665	△2.9	6,718	△14.9

주: 추계인구에 유엔(UN) 연령별 사망률 적용하여 산출.

연간 사망자 수 증가에 따라 화장시설 추가 설치가 시급하다. 지금은 서울 원지동 화장장 설치로 인해 문제가 일시 해소되긴 했지만, 불과 몇 년 전까지 화장장 이용을 못해 부득이 장례를 3일장에서 4일장으로 연장할 수밖에 없었던 시기가 있었다. 지역 주민들의 민원 등으로 서울 서초구 원지동 화장장을 계획하고 설치하는 데까지 14년이 걸렸다는 점을 감안하면, 화장로 공급이 충분하지 못한 지방자치단체는 추가 설치를 서둘러야 할 것으로 본다.

나. 사망원인 및 사망원인별 재원 일수

사망원인에 있어서는 순환계통 질환, 신생물(암), 호흡계통 질환 등 3종 원인에 의한 사망이 58.4%를 차지하고 있다. 고령후기 노인 사망원인 순위(2014년)는 순환계통 질환(26.9%), 신생물(17.7%), 달리 분류되지 않은 증상, 징후(14.5%), 호흡계통의 질환(13.8%), 신경계통의 질환(5.3%)이며, 5가지 원인이 차지하는 비율은 78.3%이다. 순위 및 비율 변동이 없다면, 5가지 원인에 의한 사망자 수가 2014년 8만 1천 명에서 2026년 14만 3천 명, 2037년 20만 9천 명으로 확대될 것으로 추산된다.

〈표 3-13〉 80세 이상 사망원인별 사망자 수

(단위: 명, %)

순위	사망원인별(103항목)	2014		2026	2037
		사망자 수	비율	사망자 수	사망자 수
	계	103,748	100.0	182,502	266,398
1	순환계통 질환	27,889	26.9	49,058	71,611
2	신생물(암)	18,392	17.7	32,352	47,225
3	달리 분류되지 않은 증상, 징후	15,068	14.5	26,507	38,692
4	호흡계통의 질환	14,344	13.8	25,233	36,832
5	신경계통의 질환	5,531	5.3	9,728	14,201
6	질병 이환 및 사망의 외인	4,688	4.5	8,247	12,038
7	내분비, 영양 및 대사 질환	4,480	4.3	7,882	11,505
8	정신 및 행동장애	3,335	3.2	5,867	8,564
9	소화계통의 질환	3,080	3.0	5,417	7,907
10	특정 감염성 및 기생충성 질환	2,941	2.8	5,173	7,551
11	비노생식기계통의 질환	2,674	2.6	4,704	6,866
12	근골격계통 및 결합 조직의 질환	771	0.7	1,356	1,980
13	피부 및 피하조직의 질환	284	0.3	499	728
14	혈액 및 조혈기관 질환과 면역 매커니즘을 침범하는 특정 장애	264	0.3	465	679
15	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	6	0.0	11	15
16	귀 및 유도의 질환	1	0.0	2	3

자료: 통계청(2016). 사망원인 통계. (국가통계포털 <http://kosis.kr>).

상위 5대 질환별 평균 재원 일수를 사망자 수에 대입하여 보면 다음과 같은 결과가 도출된다. 질환별 평균 재원 일수(2012~2014년 평균)는 신경계통의 질환(33.9일)이 가장 길고, 그다음 순으로 순환계통 질환(24.5일), 신생물(10.8일) 등이다. 상위 5대 사망원인에 따른 총재원 일수는 2014년 121만 7천 일에서 2026년 214만 1천 일, 2037년 312만 5천 일로 확대될 것으로 추산된다.

〈표 3-14〉 사망원인별 재원 일수

(단위: 일)

사망원인별(103항목)	평균 재원 일수 ('12~'14)	2014	2026	2037
계		1,217,242	2,141,178	3,125,482
순환계통 질환	24.5	682,351	1,200,295	1,752,072
신생물(암)	10.8	198,634	349,407	510,030
달리 분류되지 않은 증상, 징후	1.4	21,095	37,109	54,168
호흡계통의 질환	8.9	127,662	224,573	327,809
신경계통의 질환	33.9	187,501	329,795	481,402

주: 1) 사망원인별 총재원 일수: 사망원인별 사망자 수 * 평균 재원 일수

2) 개략적인 추이를 파악하기 위한 차원에서 계산된 것으로서, 사망자별 평균 재원 일수가 아니라 전체 환자의 평균 재원 일수를 사망자 수에 곱한 것이므로 치료 기간이 길어지거나 단축되는 사례가 발생할 수 있다는 점에 주의를 요함.

자료: 통계청(2016). 사망원인 통계. (국가통계포털 <http://kosis.kr>).

스웨덴을 비롯한 북유럽 국가들이 고령화 진전에 따른 사회적 입원 노인의 증가 현상에 대한 대책 마련에 대해 골몰한 적이 있다. 입원 치료가 완료되어 퇴원을 해야 할 처지임에도 불구하고 퇴원하는 노인들을 받아들일 수 있는 복지시설의 부족, 서비스 분야의 업무 미숙 때문에 적시에 퇴원하지 못하는 상황이 반복되었고, 이로 인해서 사회적 입원환자의 증가라는 문제가 나타났다. 이러한 사회적 입원환자의 증가는 병원으로서 급성 환자를 위한 병상 부족이라는 문제와, 국가적 차원에서는 의료비

의 과부담이라는 문제를 야기하였다. 따라서 급격한 고령화를 경험하게 될 우리나라에서도 이에 대한 선제적 대처 방안 마련에 신경 쓸 필요가 있을 것이다.

다. 진료비

생애마지막 1년 동안 평생 의료비의 약 20%를 지출하는 것으로 알려져 있다. 신현철(2011)은 사망하기 이전 1년 동안 지출한 의료비를 생애말기 의료비로 정의하고 실제 이를 계산한 결과, 총의료비는 약 1,100만 원 수준(2011년 기준)이고, 이는 생존자 의료비의 9.3배에 달하는 수준이며, 사망자 중에서도 입원환자는 외래환자의 6.8배에 달하는 의료비를 지출하고 있다는 결과를 제시하였다.

〈표 3-15〉 사망자 및 생존자의 생애말기 의료비-입원, 외래

(단위: 원, %)

구분	생존자	사망자	상대적 비율
외래	488,718	1,407,270	2.9
입원	689,190	9,584,778	13.9
합계	1,177,908	10,992,048	9.3

주: 사망자 및 생존자의 생애말기 의료비 산출: 생애말기 의료비는 사망일을 기준으로 과거 1년 동안에 지출한 의료비로 정의하고, 생애말기 의료비의 구성 내역은 입원, 외래, 행위료 및 약품비로 정의함.

자료: 신현철(2011). 사망자의 생애말기 진료비의 양상. 한국보건행정학회 학술대회 논문집 2011 권 2호.

이를 토대로 고령후기 노인의 생애말기 의료비 총액을 계산하면, 2016년 1조 3,028억 원에서 2026년 2조 61억 원, 2037년 2조 9,283억 원으로 증가하게 된다.

〈표 3-16〉 고령후기 노인의 생애말기 의료비

(단위: 백만 원)

구분	2016	2026	2037
생애말기 진료비	1,302.778	2,006.071	2,928,260

주: 추계한 80세 이상 사망자 수에 사망일 이전 지출한 의료비 10,992,048원을 곱하여 산출함.

신현철(2011)은 30.5%로 추산되는 노인 진료비 점유율 증가와 생애말기 의료비 증가에 대응하여 기존의 급성기 병원 위주 의료에서 요양병원 및 장기요양 시설을 활용하도록 유도하고, 만성질환자 및 생애말기 환자를 효과적으로 치료할 수 있는 의료전달체계를 구축하는 것이 필요하다고 주장하였다. 의료전달체계 재구축은 긴요한 것으로 생각되나, 요양병원 또는 장기요양 시설 활용은 여전히 공적 의료보장 비용이 증가한다는 측면에서 좀 더 심각한 고민이 필요하지 않을까 생각된다. 사망자 중에서도 입원환자는 외래환자의 6.8배에 달하는 의료비를 지출하고 있다는 연구 결과에서 보듯, 되도록이면 재가 의료 서비스를 확충하고 완화의료를 재가까지 확대 적용하는 것이 바람직할 것으로 생각된다. 이를 통해 국가 재정 부담 완화, 생애말기 노인의 삶의 질 향상 등을 동시에 도모할 수 있을 것이기 때문이다.

아울러, 노인 진료비 정액제 개선안을 시급히 마련해야 할 것으로 본다. 노인이 의원급 의료기관에서 외래진료를 받을 때, 1만 5천 원 선을 기준으로 그 이하이면 1,500원의 정액을, 그 이상이면 일반 환자와 마찬가지로 진료비의 30%를 환자가 부담하는 제도이다. 2001년 도입되었지만, 그동안 꾸준한 의료수가 인상에도 불구하고 노인 진료비 정액제 기준선은 그대로 유지되고 있다. 건강보험 재정이 문제가 되어 제도개선을 망설이고 있다면, 대상 연령을 고령후기 노인까지 끌어올리더라도 합리적인 기준선 재설정이 필요하다고 생각된다.

라. 고독사

고독사에 대한 개념조차 제대로 정립되지 않은 상황에서 우리나라의 고독사 실태를 조사한 자료는 한국방송공사(KBS) 고독사 현황 자료가 유일하다(KBS 파노라마 ‘한국인의 고독사’ 보도자료, 2014. 5. 19.). 2013년 1~12월 기간 동안 경찰의 변사 사건 입장 일지 31,891건, 전국 지자체의 무연고 사망 처리 보고서 966건 등 총 32,857건 분석하여 1,717건을 고독사로 판별하였다.

지역별로는 ‘특별·광역시’ 지역이 54.0%(928건)로서 ‘도’ 지역 46.0%(789건)에 비해 높게 나타났다. 연령별로는 40~50대가 46.1%(791건)으로 가장 높고, 그다음 순으로 60~70대 26.9%(462건)인 것으로 나타났다. 성별로는 남성이 72.5%(1,245건)이 여성 17.06%(293건)에 비해 55.44% 포인트 높은 것으로 나타나, 사회적 관계 형성에 있어서의 성별 차이가 상당히 큰 영향을 미치고 있음을 보여 주고 있다.

〈표 3-17〉 고독사 현황

(단위: 건, %)

구분	구분	건수	비율
	계	1,717	100.0
지역별	특별광역시	928	54.0
	도	789	46.0
연령별	30대 이하	148	8.6
	40~50대	791	46.1
	60~70대	462	26.9
	80대 이상	82	4.8
	불상/미상	234	13.6
성별	남성	1,245	72.5
	여성	293	17.1
	불상	179	10.4

자료: KBS 파노라마 〈한국인의 고독사〉 보도자료(2014. 5. 19.).

연령별로는 장년층에서 주로 고독사가 발생하는 경향이 있으나, 고령층도 고독사 안전지대로 판단하기에는 이르다고 볼 수 있다. 고독사 예방 기능을 겸한 노인 돌봄 서비스(기본, 종합), 독거노인 사회관계 활성화 사업 등의 전개로 어느 정도의 예방 효과는 거두고 있다고 보이나, 여전히 돌봄의 손길이 미치지 못하는 사각지대가 남아 있는 상황이며, 고령후기 노인을 포함한 노인 1인가구 증가 비율 감안 시 안전망 확대와 촘촘한 관리 체계 마련이 필요하다고 판단된다.

제3절 주요 정책 공급 기반 현황

1. 공공보건의료기관

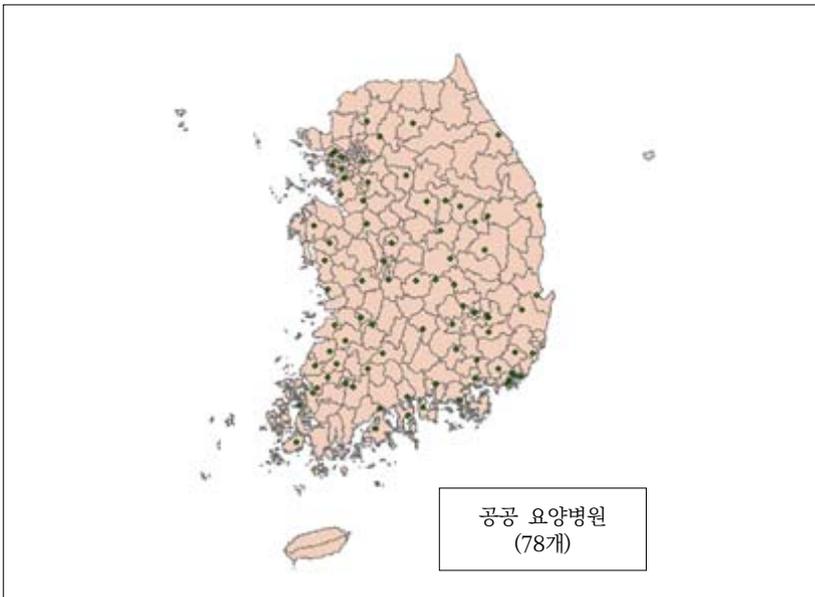
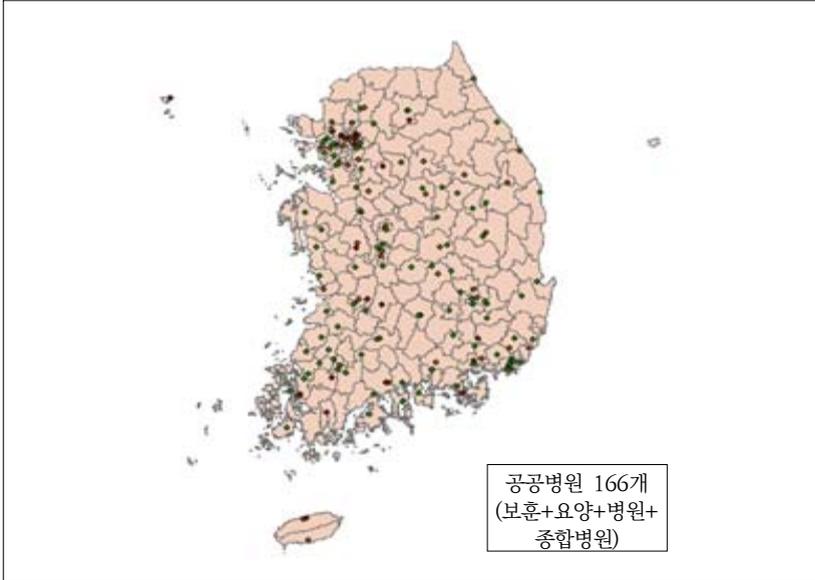
가. 공공 요양병원, 공공병원

공공보건의료기관은 지역·계층 분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하고 건강을 보호·증진하는 활동을 수행하는 것을 주요한 목적으로 하여 설립·운영하는 기관이다(공공보건의료법 제2조). 이들 기관은 의료 취약지 거점 의료기관 또는 공공 전문진료 센터의 기능을 수행하며, 지역·계층에 관계없이 국민에게 양질의 보건의료서비스를 제공한다. 공공보건의료기관은 연령과 무관하게 보편적 이용이 가능하지만, 고령후기 노인의 경제적 사정, 의료기관 접근성 등을 감안할 경우 이들에게도 매우 중요한 역할을 수행한다.

공공의료기관은 212개이며, 종별로 구분하면 상급 종합병원 11개, 종합병원 53개, 병원 63개, 의원 1개, 치과 병원 5개, 한방병원 1개, 요양병원 78개이다(2015년 말 기준, 복지부 홈페이지 자료). 정신병원, 치과 병원을 제외한 공공병원은 166개이며, 지역적 분포를 보면, 산간 지역이 많은 강원도, 경상북도를 제외하고 비교적 고른 분포를 보이고 있어 의료 취약지 거점 의료기관 또는 공공 전문진료 센터로서의 기능을 충실히 수행할 수 있을 것으로 판단된다.

특히, 생애말기에 효용성이 높은 공공 요양병원은 78개로 이 역시 강원도, 경상북도 등 내륙·산간지방을 제외하고는 비교적 고른 분포를 보이고 있다고 볼 수 있다. 다만, 내륙·산간 지역은 접근성 측면에서 상대적으로 취약하여 이용상 불편이 따를 것으로 보인다.

[그림 3-2] 공공병원, 공공 요양병원 분포



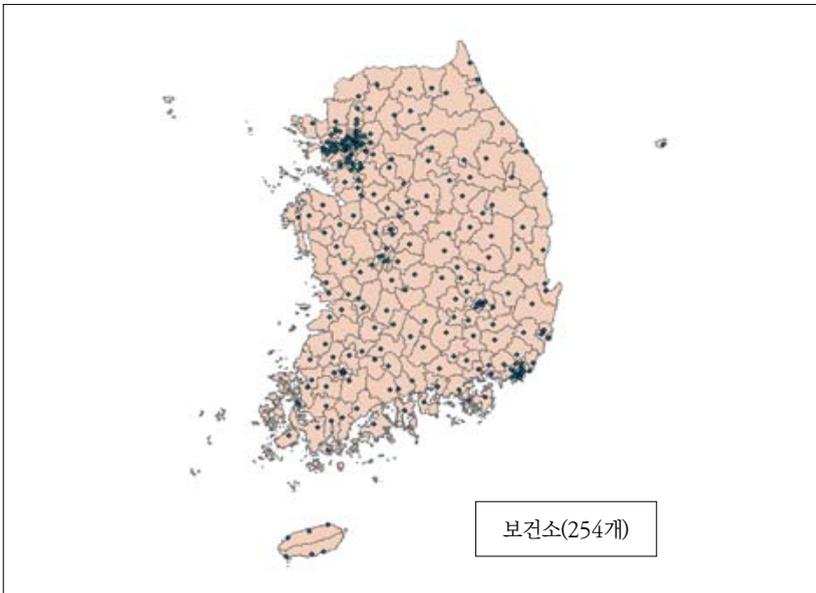
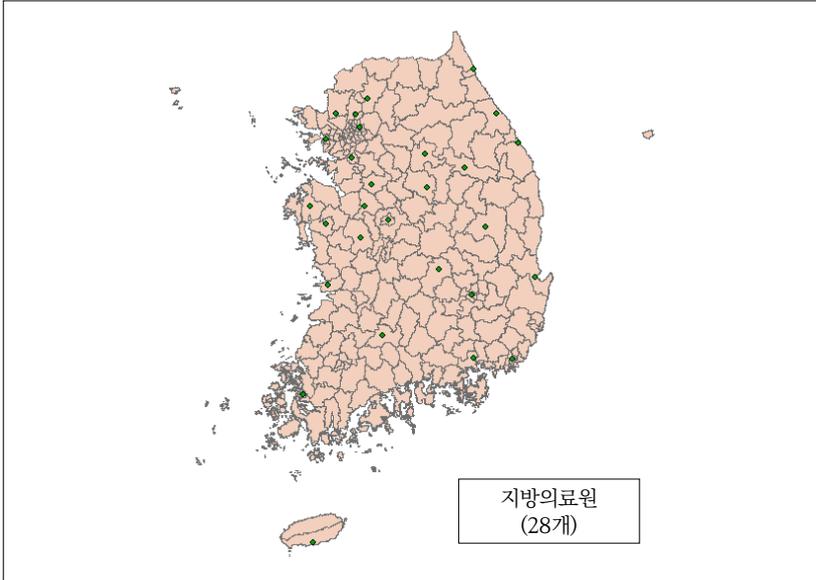
나. 지방의료원, 보건소

민간 의료기관은 공공성을 가지고 있기는 하지만, 동시에 영리를 추구할 수밖에 없기 때문에 의료 수요가 많고 입지 여건이 좋은 대도시 중심으로 쏠림현상이 나타날 수밖에 없다. 이로 인해 중소 도시 및 농어촌은 민간 의료기관 공동화 현상이 나타나고 있는 곳이 많은데, 민간 의료기관의 부족 현상을 어느 정도 완화해 줄 수 있는 것이 지역 공공 의료기관이며, 지역보건법에 의한 지방의료원과 보건소가 그것이다.

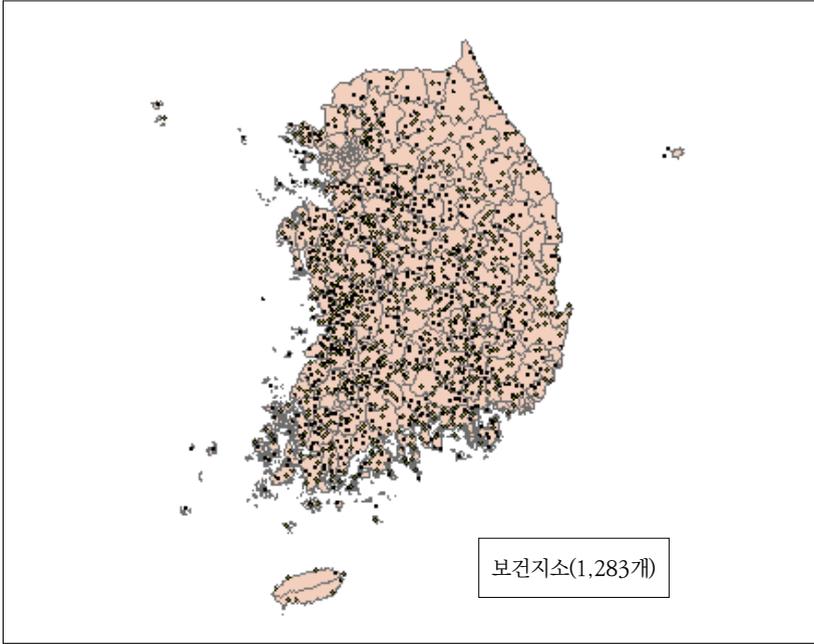
지방의료원은 지역 주민에 대한 의료 사업을 수행할 목적으로 지방자치단체가 설립할 수 있으며(지방의료원법 제2조 및 제4조). 전국 단위로 28개가 설치되어 있다. 지역별로는 강원, 경기 각 5개, 충남 4개, 경북 3개, 충북, 전북 각각 2개, 대구, 부산, 서울, 인천, 전남, 경남, 제주 1개씩 설치되어 있으며, 설치 주체가 지방자치단체이고 당해 지역의 의료 수요를 감안하여 설치되기 때문에 지역적 편차가 어느 정도 존재한다.

이에 반해, 보건소는 시·군·구마다 1개씩, 보건지소는 읍면 단위로 1개씩, 보건진료소는 의료 취약 지구에 설치하도록 하고 있어 지역별 차이 없이 고르게 분포되어 있는 경향을 보이고 있으며. 2015년 말 기준으로 보건소 254개, 보건지소 1,283개가 설치되어 있다. 대형 병원, 중소형 병의원 등에 비해 고른 지역 분포를 보이기 때문에 중소 도시, 농어촌에 거주하고 있는 고령후기 노인들의 의료 접근성 측면에서 탁월한 장점을 갖고 있으며, 초고령사회에서 의료접근성 관점에서 중요한 역할을 수행할 것으로 기대된다.

[그림 3-3] 지방의료원, 보건소, 보건지소 분포



[그림 3-3] 계속



2. 호스피스 병원 및 화장시설

가. 호스피스 병원

호스피스 병원은 전국 단위로 54개 병원이 지정되어 있고, 868개 병상을 확보하고 있다. 하지만, 현재 또는 미래의 완화의료 수요를 감안한다면 수요에 대응하는 충분한 병상수를 확보하고 있다고 보기는 어려우며, 특히 경북이나 강원 내륙지방으로는 전혀 설치되어 있지 않는 등 지역적 편중 현상이 심한 편이다. 이러한 지역의 생애말기 노인들은 완화의료 또는 호스피스 서비스를 이용하고 싶어도 할 수 없는 상황에 놓여 있어 지정 병원을 확대하는 등 추가적인 조치가 필요하다고 판단된다.

〈표 3-18〉 호스피스 병원 지정 현황

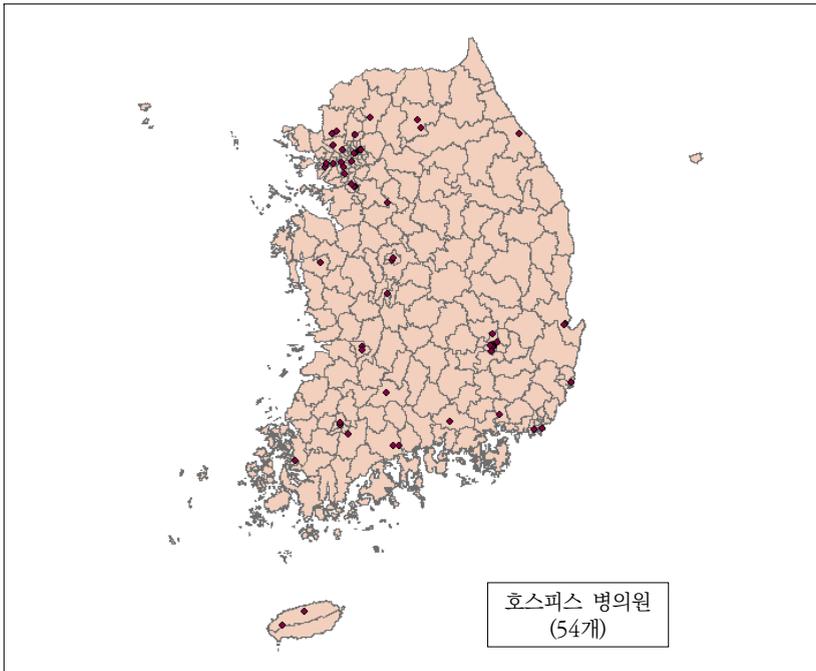
시도	병원 수	병상 수	시도	병원 수	병상 수	시도	병원 수	병상 수
서울	8	156	울산	1	12	전남	4	57
부산	2	53	경기	11	163	경북	2	53
대구	7	97	강원	3	40	경남	2	23
인천	2	36	충북	2	19	제주	2	38
광주	2	45	충남	1	10	세종	-	-
대전	2	30	전북	3	36	합계	54	868

자료: 국민건강보험공단(2016). 건강보험통계. (국가통계포털 <http://kosis.kr>).

한편, 죽음과 관련한 교육, 즉 생사학에 대해 전문적인 교육을 실시하는 곳은 한림대학교 생명교육융합대학원 생사학과가 유일하다. 2013년 9월부터 석박사 과정 약간 명씩만 모집하여 교육하고 있는 실정으로 관련 전문교육이 부재 상태에 놓여 있다 해도 과언이 아니다. 호스피스선 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 상담사 등 다양한 전공의 전문가들이 참여해야 하고 이들이 호스피스 활동을 제대로 수행하기 위해서는

반드시 죽음 관련 교육이 선행되어야만 한다. 따라서 의과대학, 간호대학, 노인복지학과, 상담심리학과 등에 생사학 교과목을 필수과목으로 지정하고 관련 교육을 실시해야 할 것으로 본다.

[그림 3-4] 호스피스 병원 분포

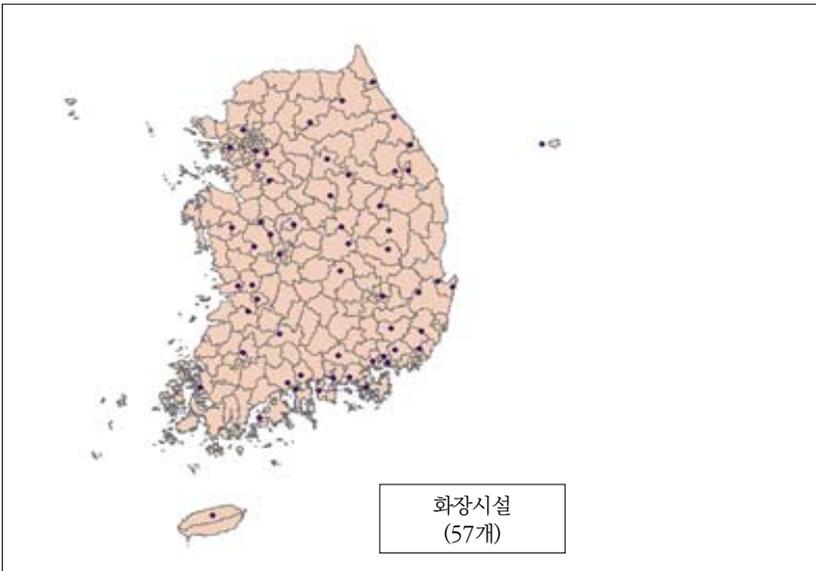


나. 화장시설

화장시설은 전국 단위로 57개가 설치되어 있다. 화장시설이 설치되어 있지 않은 지역의 주민들은 시설 이용을 위해 타지역으로 원거리를 이동해야 하는 불편뿐만 아니라, 화장시설을 보유하고 있는 지역 주민에 비해 상대적으로 높은 이용료를 지불해야 한다.

이미 화장률이 80%를 돌파하고, 미래에는 연간 사망자 수가 점진적으로 늘어나는 추세를 감안한다면, 화장시설은 공공복리 차원에서 매우 중요한 시설이다. 하지만 님비(NIMBY: Not In My Back Yard) 현상으로 대변되는 대표적인 기피 시설에 해당하여 시설 확충에 상당한 어려움을 겪고 있는 상황이다. 지방자치단체는 지역 주민의 화장 수요를 충족할 수 있는 화장시설을 갖추어야 할 의무를 지고 있지만(장사 등에 관한 법률 제4조), 지역 주민과의 마찰로 인해 설치계획 자체를 마련하지 못하거나, 수립된 계획 자체를 취소하는 사례도 빈번하게 발생하고 있다. 급증하는 화장 수요에 어떻게 대처할 것인지 지방자치단체뿐만 아니라 중앙정부도 심각히 고민해야 할 시점이다.

[그림 3-5] 화장시설 분포



3. 노인복지시설

가. 노인복지시설 전반

노인복지시설은 치료·요양 등 보호가 필요한 노인을 대상으로 서비스를 제공하거나 여가 활동을 통한 심신의 건강을 유지토록 지원하는 시설이며, 주거, 의료, 여가, 재가 시설 등으로 구분된다. 이 가운데 연령이나 장애 정도에 관계없이 노인들이 보편적으로 이용하는 여가복지시설을 제외하고는 고령후기 노인들과도 밀접한 관련이 있다. 즉, 주거복지시설은 양로시설, 노인공동생활가정, 노인복지주택으로 입소 또는 임대로 급식 또는 일상생활 편의를 제공하기 위한 시설이고, 의료복지시설은 노인요양시설, 노인요양공동생활가정으로 노인성 질환으로 심신에 상당한 장애가 발생한 노인을 입소시켜 급식, 요양 및 일상생활 편의를 제공하는 시설이며, 재가노인복지시설은 가정에서 일상생활을 영위하고 있는 노인을 대상으로 방문요양서비스, 주야간 보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스 등을 제공하는 시설이다.

시설 수 면에서 노인여가복지시설(65,665개)이 가장 많고, 그다음으로 노인의료복지시설(4,841개), 재가노인복지시설(2,797개), 노인주거복지시설(443개) 순이다. 노인여가복지시설은 압도적으로 많은 시설이 설치된 경로당(63,960개) 때문이며, 이를 제외할 경우 노인의료복지시설이 시설 수가 가장 많다. 입소 정원 면에서는 노인의료복지시설(151,200명)이 가장 많은 인원을 수용할 수 있고, 노인요양시설의 영향이 크다.

시설 수와 입소 정원은 시설의 종별 구분 없이 전반적으로 지속적으로 증가하고 있는 상황이며, 이는 노인인구의 증가에 기인하고 있는 것으로 풀이된다.

〈표 3-19〉 노인복지시설 현황

(단위: 개, 명)

종류	시설	2010		2014					
		시설 수 (A)	입소 정원 (B)	시설 수 (C)	증감 (C-A)	증감률 (%)	입소 정원 (D)	증감 (D-B)	증감률 (%)
합계		69,238	163,136	73,774	4,536	6.6	190,162	27,026	16.6
노인주거 복지시설	소계	397	17,270	443	46	11.6	20,110	2,840	16.4
	양로시설	300	11,906	272	-28	-9.3	13,903	1,997	16.8
	노인 공동생활 가정	75	618	142	67	89.3	1,173	555	89.8
	노인복지 주택	22	4,746	29	7	31.8	5,034	288	6.1
노인의료 복지시설	소계	3,852	131,074	4,841	989	25.7	151,200	20,126	15.4
	노인요양 시설	2,429	107,506	2,707	278	11.4	132,387	24,881	23.1
	노인요양 공동생활 가정	1,346	11,361	2,134	788	58.5	18,813	7,452	65.6
노인여가 복지시설	소계	62,469	-	65,665	3,196	5.1	-	-	-
	노인복지관	259	-	344	85	32.8	-	-	-
	경로당	60,737	-	63,960	3,223	5.3	-	-	-
	노인교실	1,464	-	1,361	-103	-7.0	-	-	-
재가노인 복지시설	소계	2,496	14,792	2,797	301	12.1	18,852	4,060	27.4
	방문요양 서비스	1,118	-	992	-126	-11.3	-	-	-
	주·야간보호 서비스	786	14,086	913	127	16.2	18,008	3,922	27.8
	단기보호 서비스	67	706	96	29	43.3	844	138	19.5
	방문목욕 서비스	525	-	588	63	12.0	-	-	-
	재가지원 서비스	-	-	208	208	-	-	-	-
노인보호 전문기관	노인보호 전문기관	24	-	28	4	16.7	-	-	-

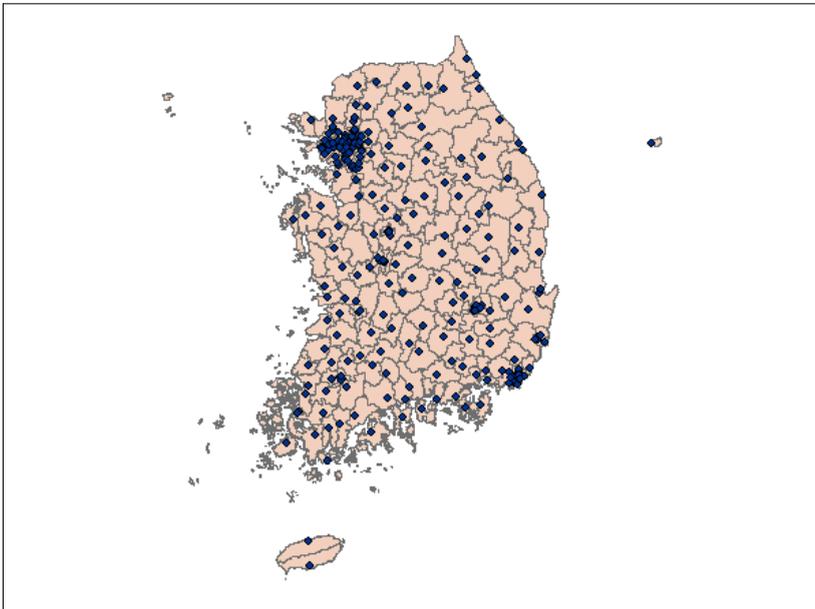
자료: 보건복지부(각 연도), 노인보건복지 사업안내.

나. 재가노인 식사배달서비스 기관

도시락 또는 밀반찬 배달 서비스는 시·군·구 단위에서 저소득·거동 불편 노인을 대상으로 시행되고 있다. 인구 밀집 지역은 도시락 배달이 가능한 상황이나, 농어촌 등 저밀도 지역은 밀반찬 배달에 그치고 있다. 서비스 기관은 노인복지관, 사회적 기업, 인근 식당 등으로 지자체가 지역 상황을 감안하여 자율적으로 결정한다. 서비스 기관 중 일부는 대상 노인의 건강상태를 감안하여 맞춤형 도시락을 제작하는 경우도 있지만, 상당수는 그러하지 아니하다.

거점지역이 시·군·구당 1곳뿐이라, 인구 밀집 지역이 아닌 도서, 산간 지역은 서비스 제공에 많은 어려움이 따를 것으로 생각된다.

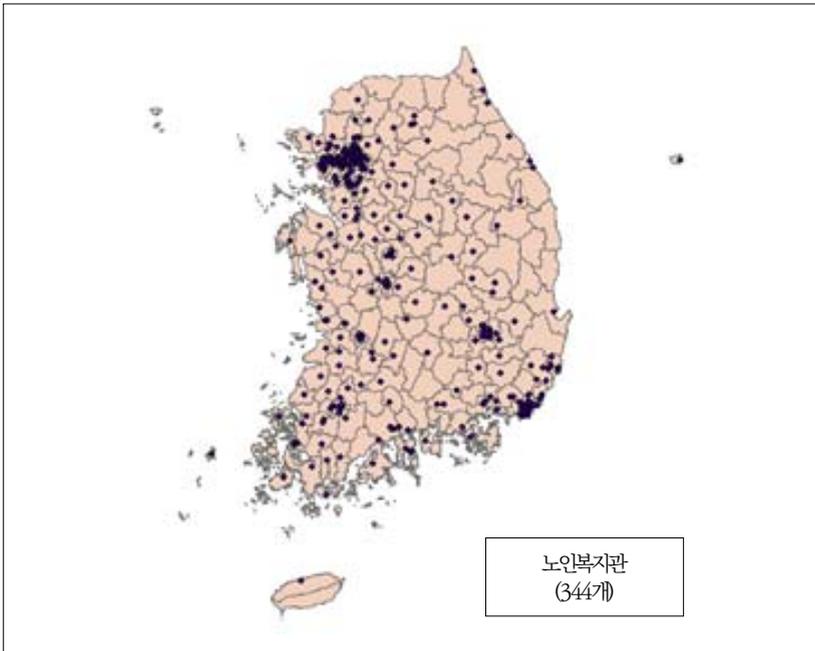
[그림 3-6] 지자체 사무소 분포(도시락 배달, 독거노인 돌보미 관련)



다. 노인여가복지시설(노인복지관, 경로당)

노인복지관은 관내 노인을 대상으로 폭넓은 정보와 다양한 서비스를 제공하는 노인여가시설에 해당하지만, 노인복지법은 노인복지관으로 하여금 종합적인 노인복지센터로서의 기능을 수행하도록 역할을 부여하고 있다. 이에 따라 상담·지도, 기능회복훈련의 실시 등을 기본 사업으로 포함하여 실시하고 있고, 재가노인복지시설 병설·운영도 권고 사업으로 추진되고 있다. 그 외에 관할 시·군·구와 협의에 따라 저소득 식사배달 사업, 대상자 관리 사업, 생활 지원 사업, 보건의료 사업, 후원 사업, 사회문화 사업 등 재가복지 사업을 추진하기도 한다.

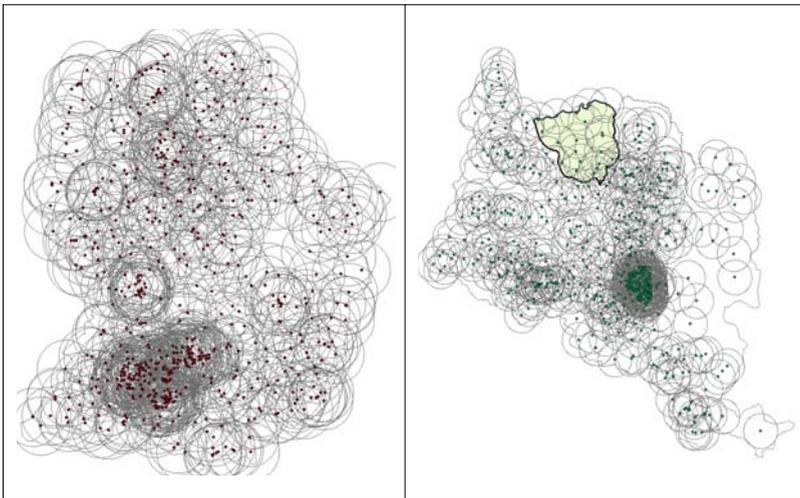
[그림 3-7] 노인복지관 분포



전국 단위로 344개의 노인복지관이 설치되어 있지만 도시지역 중심으로 설치되어 있고, 노인복지관이 없는 지자체도 상당수에 이르고 있다.

경로당은 지역 노인들의 자율적인 여가 활동을 위한 장소 제공이 주목적이긴 하지만, 마을 단위로 설치되어 있어 접근성·이용가능성 측면에서는 탁월한 장점을 가지고 있는 여가시설이다. 전국적으로 6만 4천여 개의 경로당이 설치되어 있고, 좁은 지역 내에서도 중첩되어 설치된 모습을 보인다(그림 3-8 참조). 지역사회 내에서 고령후기 노인들의 사회적 고립을 해소하기 위해서는 경로당이 매우 중요한 기능과 역할을 수행해야 할 것으로 생각된다.

[그림 3-8] 경로당 분포(전북 익산시 영등2동, 충북 충주 소태면, 각 경로당별 반경 2 km Buffer)



자료: 저출산고령사회 동태적 분석을 위한 지역 추적 조사(III).

제4절 소결

고령후기 노인인구 증가는 노인복지정책의 기초를 바꿀 정도의 큰 변화를 불러올 것으로 예상된다. 평균수명 증가에 따라 80세 이상 고령후기 노인인구 비율이 2014년 2.6%(131만 6천 명)에서 2026년 4.6%(239만 명), 2037년 7.7%(398만 7천 명)로 확대됨에 따라 노인복지정책의 주된 관심이 고령전기·중기 노인에서 고령후기 노인으로 이동할 가능성이 크다. 아울러 고령후기 노인 독거가구가 2037년 60.2%(124만 9천 가구)까지 증가하여 주된 가구 유형으로 자리할 예정이며, 이들에 대한 정책적 관심을 높이고 특별한 보호대책을 마련하라는 요구가 커질 것임은 자명하다. 고령후기 노인인구수는 지역적 편차가 있기는 하나, 증가율은 도 지역(경기도 제외)보다 특별·광역시 높다. 고령후기 노인인구가 2만 5천 명 이상인 시·군·구는 2015년 6개에서 2026년 22개, 2037년 75개로 대폭 확대될 예정이며, 이에 따라 인구밀도를 감안한 지역 간 정책 차별화가 필요하다.

개별 정책에 있어서도 수요가 급증할 것으로 예상되며, 효과적인 대책 마련에 많은 고심이 필요할 것으로 생각된다. 첫째, 2037년경 고령후기 노인 장기요양 판정자는 86만 1천 명이며, 이 중 자택에서 생활하는 노인은 43만 9천 명에 이를 전망이다. 이들을 위한 비용만 약 5조 7천억 원을 상회할 것으로 추산된다. 장기요양 보험료 및 국가 재정을 감안할 경우 중기적으로 판정 요건을 강화할 수밖에 없고, 재가 서비스 중심으로 서비스를 재편할 필요가 있을 것으로 생각된다. 둘째, 연간 사망자 수는 2037년 159.6%까지 증가하고, 전체 사망자 대비 고령후기 노인 사망자 비율은 60.4%로 비중이 증가하게 된다. 장사 수요 증가에 따른 화장시설 추가 설치가 시급할 것으로 추정되는 대목이다. 셋째, 선진국의 완화의료

수요 추정 사례를 보면, 적정한 완화의료 수요량은 전체 사망자의 28.3~38.3% 또는 36.4%로 추산되고 있으며, 선진국처럼 암 환자 외 통증 유발 만성질환자를 포함할 경우, 2037년경 우리나라의 고령후기 노인 완화의료 수요는 약 10만 명에 이를 것으로 추정된다. 따라서 완화의료 수요 및 지원 확대 요구 증가가 예상된다. 넷째, 발병 후 응급실 도착 소요 시간은 고령후기 노인이 그 이하 연령대에 비해 길어지는 경향이 있다. 80세 미만 환자에 비해 '24시간 이상'은 10.2% 포인트 높은 것으로 나타나고 있는데, 질병 악화 및 사망 감소를 위해 초기대응 강화 등 응급 의료 체계 점검이 요망된다.

공급 기반 측면에 대해 살펴본 결과는 다음과 같다. 첫째, 지역·계층 분야에 관계없이 국민의 보편적인 의료 이용을 보장하는 공공보건의료기관은 212개가 설치되어 있으며, 산간 지역을 제외하고 비교적 고른 분포를 보이고 있어 의료 취약지 거점 의료기관 또는 공공 전문진료 센터로서의 기능을 충실히 수행할 수 있을 것으로 판단된다. 다만, 고령후기 노인이 유용하게 이용할 수 있는 공공 요양병원은 내륙·산간지방에 거주하는 고령후기 노인들의 경우 접근성 측면에서 상대적으로 취약하여 이용상 불편이 따를 것으로 보인다. 둘째, 지방자치단체가 설립·운영하는 지방의료원은 전국적으로 28개가 설치되어 있어 지역적 편차가 큰 편인 반면, 보건소는 지역 간 편차 없이 고른 분포를 보이고 있다. 대형 병원, 중소형 병원 등에 비해 고른 지역 분포를 보이기 때문에 중소 도시, 농어촌에 거주하고 있는 고령후기 노인들의 의료 접근성 측면에서 탁월한 장점이 있으며, 초고령사회의 의료 접근성 관점에서 중요한 지위와 역할을 수행할 것으로 기대된다. 셋째, 노인복지시설 입소 정원 면에서는 노인의료복지시설(15만 1천 명)이 가장 많은 인원을 수용할 수 있고, 노인요양시설의 영향이 크다. 시설 수와 입소 정원은 시설의 중별 구분 없이 전반적으

로 지속적으로 증가하고 있는 상황이며, 향후에도 지속적 확충이 필요한 것으로 생각된다. 넷째, 도시 등 인구 밀집 지역은 도시락 배달도 가능한 상황이나, 중소 도시 또는 농어촌은 그러하지 못하고 밀반찬 배달에 그치고 있다. 거점 지역이 시·군·구당 1곳뿐이라 인구 밀집 지역이 아닌 도서, 산간 지역은 서비스에 많은 어려움이 따를 것으로 생각된다. 다섯째, 종합적인 노인복지센터로서의 기능을 수행하도록 역할을 부여받고 있는 노인복지관은 전국 단위로 344개가 설치되어 있지만 도시지역 중심으로 설치되어 있고, 노인복지관이 없는 지자체도 상당수에 이르고 있다. 반면, 경로당은 지역 노인들의 자율적인 여가 활동을 위한 장소 제공이 주목적이긴 하지만, 마을 단위로 설치되어 있어 접근성·이용가능성 측면에서는 탁월한 장점이 있는 여가시설이다. 지역사회 내에서 고령후기 노인들의 사회적 고립을 해소하기 위해서는 경로당이 매우 중요한 기능과 역할을 해야 할 것으로 생각된다. 여섯째, 호스피스 병원은 54개 병원이 설치되어 있고, 868개 병상을 확보하고 있다. 그러나 경북이나 강원 내륙지방으로는 전혀 설치되어 있지 않는 등 지역적 편중이 심하게 나타나고 있다. 이러한 지역의 고령후기 노인들은 완화의료를 이용하고 싶어도 할 수 없는 상황에 놓여 있어 지정 병원을 확대하는 등 대책 마련이 요구된다. 일곱째, 대표적인 기피 시설인 화장시설은 57개가 설치되어 있다. 현재도 공급이 충분하지 않아 국민들이 불편을 겪고 있는 상황에서 연간 사망자 수가 점진적으로 늘어나는 추세를 감안한다면, 어떻게 님비현상을 해소하고 늘어나는 화장 수요에 적절히 대처할 수 있을지 지방자치단체뿐만 아니라 중앙정부도 심각히 고민해야 하는 상황이다.

제 4 장

국내 생애말기 지원정책 분석

- 제1절 노인복지정책 전개 과정 및 정책 예산 현황
- 제2절 생활기반 안정(Well-Being) 정책
- 제3절 생애마무리 지원(Well-Dying) 정책
- 제4절 소결

4

국내 생애말기 지원정책 분석 <<

제1절 노인복지정책 전개 과정 및 정책 예산 현황

정책은 바람직한 사회 상태를 만들고자 하는 정책목표와 이를 달성하기 위해 필요한 정책 수단의 결합이며, 노인복지정책 역시 경로사상에 의거한 노인복지 실현의 당위성과 현실적으로 가능한 정책적 행동을 통일함으로써 국민들이 공감할 수 있는 바람직한 방향으로 정책을 개선·발전시켜 왔다. 하지만 고령후기 노인의 삶의 질 제고를 위한 생애말기 정책에 대한 정책적 관심은 부족한 상황이며, 이에 따라 아직까지는 주요 정책의제로 다뤄지지 못하는 것이 현실이다.

1. 주요 정책 전개 과정

우리나라 노인복지정책은 빈곤 노인에 대한 국가적 관심에서 출발하였다고 볼 수 있다. 노령수당 지급(1991년)을 필두로, 경로연금제(1998년), 재가노인 식사배달서비스(2000년)를 실시하였으며, 기초노령연금제(2008년)를 거쳐 기초연금법(2014년) 도입까지 이르고 있다.

한편, 2004년 1월 지방분권특별법 제정에 따라 13개 노인복지 사업을 지방으로 이양하여 노인복지에 관한 지방정부의 책임을 강화하였으며, 이듬해 저출산·고령사회기본법 제정·시행을 계기로 고령사회에 대응하기 위한 정책을 활발히 수립하여 추진하고 있다. 특히, 가족구조 변화를 감안하여 노인돌봄 정책을 강화하고 있으며, 치매조기검진사업(2006년), 노인돌봄미·독거노인생활지도사업(2007년), 노인장기요양보험제도(2008년)

도입·시행과 함께 최근 완화의료·호스피스·존엄사 등에 대응하기 위한 목적으로 환자연명의료결정법(2016년)을 제정하였다.

〈표 4-1〉 연도별 주요 정책·제도 변화

연도	주요 정책·제도 변화
1991	노령수당 지급 제도 실시 (70세 이상 거택 보호자 중 가구주 및 시설보호자 7만 6천 명, 월 1만 원 지급)
1998	경로연금 제도 실시(65세 이상 저소득 노인 55만 1천 명, 월 3.5~5만 원 지급)
2000	재가노인 식사배달서비스 도입
2004	노인복지 사업 지방이양(13개 사업)
2005	저출산·고령사회기본법 제정·시행
2006	노인일자리사업 지원 시행 치매조기검진사업 실시 노인학대 예방센터(노인보호전문기관) 설치(중앙 1개, 지방 18개)
2007	노인돌봄미 바우처 사업 실시 독거노인생활지도사 파견
2008	기초노령연금제도 시행(소득 하위 60% 290만 명, 월 최대 96,800원) 노인장기요양보험제도 시행
2009	기초노령연금 지급 대상 확대(소득 하위 70%, 363만 명) 노인돌봄서비스 통합(노인돌봄미 바우처 사업과 독거노인생활관리사 파견 사업)
2011	치매관리법 제정
2014	기초연금법 제정·시행(소득 하위 70%, 464만 명, 월 최대 20만 원)
2016	환자연명의료결정법 제정

자료: 정경희 등(2015). 인구구조 변화에 따른 노인복지정책의 발전 방향.

2. 정책 예산 현황

노인복지정책 예산은 저출산·고령사회기본법 시행을 계기로 괄목할 만한 증가세를 보이고 있다. 일반회계 예산이 2007년 5,692억 원에서 2015년 8조 8077억 원까지 급증하였고, 특히 노인 소득보장 정책 예산은 2007년 2,268억 원에서 2015년 7조 5,893억 원으로 33배 폭증하였으며, 이는 기초연금(구 기초노령연금)의 영향에 기인한다. 동기간 노인

의료보장 정책 예산과 노인 일자리 정책 예산 역시 증가세를 보이고 있는데, 전자는 약 3배(2,050억 원 → 6,296억 원), 후자는 약 4배(845억 원 → 3,442억 원) 증가하였다(정경희, 2015).

하지만, 고령후기 노인이 주 정책 수혜자라 할 수 있는 돌봄 서비스, 여가 및 기타 영역의 예산은 예산 규모 면에서 상대적으로 미미한 증가세를 보이고 있다. 동기간 전자가 238억 원에서 1,326억 원, 후자가 292억 원에서 1,119억 원으로 증가했지만, 예산 규모 면에서는 소득 보장이나 의료보장 예산에 비해 미미한 수준에 그치고 있다.

[그림 4-1] 영역별 예산 규모(2007~2015년)



자료: 정경희 등(2015). 인구구조 변화에 따른 노인복지정책의 발전 방향.

덧붙여 생애말기 정책 예산은 정부예산 규모라 하기에는 상당히 미흡한 수준이라 할 수 있다. 독거노인 사회관계 활성화 지원 27억 원, 독거노인 보호 지원 13억 원, 완화의료 전문기관 지원 사업 27억 원 등 전반적으로 소액이며 그 외 고독사, 존엄사, 죽음 교육, 고령친화 특수용도식품 등은 입법 미비로 정책 예산이 미확보 상태에 있다.

제2절 생활기반 안정(Well-Being) 정책⁶⁾

고령후기 노인들이 보편적으로 갈구하는 삶의 마무리는 ‘크게 아픈 곳 없이 잘 살다가 잠자듯이 잘 죽는 것’이다. 즉 생애말기에 잘 죽는 것(Well-Dying)도 중요하지만, 잘 사는 것(Well-Being)도 그에 못지않게 중요하다. 따라서 생애말기에 안락한 삶을 영위할 수 있도록 생활기반 안정 관련 정책을 짚어 볼 필요가 있다.

1. 빈곤 정책(실질 부양능력 중심)

2011년 65세 이상 노인 빈곤율은 48.6%로서 노인 빈곤 문제가 심각한 수준이지만, 고령후기 노인이 부족한 소득을 보전할 수 있는 방법은 그리 많지 않다. 사적 이전을 제외할 경우, 사실상 공사연금(기초연금, 국민연금, 사적연금), 공적부조(생계급여) 등에 국한되어 있다. 기초연금은 소득 하위 70%에 대해 20만 4천 원 한도로 지원하고 있지만, 고령후기 노인들의 빈곤 해소에 어느 정도 효과가 있는지는 불분명하다. 그리고 고령후기 노인들 중 국민연금(노령연금) 수급자는 5.5%(2014년 기준 72,485명)에 불과한 실정이다. 1988년도에 도입된 국민연금(노령연금)은 연금보험료 납부 기간 10년 충족 요건을 갖춰야 하기 때문에 80세 이상 고령후기 노인들은 제도적 사각지대에 놓여 있었고 수급자들은 거의 특례노령연금⁷⁾ 가입자에 해당한다고 볼 수 있다(국민연금 통계 연보 제

6) 생애말기라 하여 임종기에 임박한 시점만을 의미하지는 않는다. 본 연구에서는 조각적 정의를 통해 생애말기를 임종기를 향해 가는 시간적 과정의 연속적 개념으로 정의하였고, 고령후기 노인을 대상으로 하는 웰빙(Well-Being) 관점에서의 생활기반 안정 정책과 웰다잉(Well-Dying) 관점에서의 생애마무리 지원정책으로 구분하여 살펴보기로 한 바 있다.

7) 국민연금 가입 대상은 18세 이상 60세 미만 국내 거주 국민(법 제6조)으로 노령연금 수급권자는 가입 기간 10년 이상이어야 한다(법 제61조). 특례노령연금은 국민연금제도 시행 당시 나이가 많아 연금을 받기 위한 최소 가입 기간인 10년을 채울 수 없었던 국민

27호, 2015). 따라서 고령후기 노인의 94.5%는 국민연금(노령연금)의 수혜 대상에서 제외되어 있는 상태이며, 이들이 취약계층에 해당하는 경우 기초연금 또는 생계급여에 의존할 수밖에 없다. 하지만 기초연금, 생계급여는 법정 소득 기준 부합을 요건으로 하며, 기초연금은 본인 및 배우자의 소득인정액을 기초로 하기 때문에 부양의무자의 소득과 재산이 반영되지 않지만, 생계급여는 부양의무자의 부양능력까지 반영하고 있다. 이러한 법정 요건 구비가 또 다른 문제를 파생하기도 한다.

〈표 4-2〉 주요 노인복지정책의 대상자 선정 기준(소득)

정책	연령	소득	기타
기초연금	65세	단독가구 930,000원, 부부가구 1,488,000원	노인인구의 70%
국민연금(노령연금)	60세 (특수직종 55세)	-	가입기간 10년 이상
생계급여(맞춤형 급여)	-	중위소득의 28%이하 가구 (1인가구 437,454원, 2인가구 744,855원)	부양의무자

주: 1) 기초연금의 소득인정액은 소득과 재산(주택, 토지 등의 일반 재산과 금융 재산 등)을 월 소득으로 환산한 금액을 더하여 산출하게 되므로 재산이 없어도 월 소득이 많거나, 소득이 없어도 재산이 많은 경우 수급 자격 비해당.

2) 2013년 기준 65세 이상 노인 중 연금 수급자는 32%(국민연금 통계 연보 제27호, 2015). 자료: 복지포(<http://www.bokjiro.go.kr>).

먼저, 생계급여의 부양의무자 부양능력과 관련하여 파생되는 문제를 살펴보면 다음과 같다. 국민기초생활보장법은 1촌의 직계혈족 및 그 배우자에 대해 수급권자를 부양할 책임이 있는 사람으로 지정하고, 이들의 부양이 급여에 우선하여 행하여지는 것을 기본 원칙으로 하고 있다. 따라

중 가입 기간이 5년 이상이거나 60세 이후에 5년이 되면 받을 수 있는 연금이다.

서 부양의무자가 없거나, 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우에 비로소 생계급여 수급권자로 지정하여 생계급여를 지급한다. 그리고 여기에서 부양의무자가 부양능력이 없는 경우로 인정되는 경우는 실종, 가출, 행방불명 또는 ‘부양의무자가 부양을 기피하거나 거부하는 경우’에 한한다(동법 제2조 제5호, 제3조 제2항, 제8조 제2항 및 제8조의2). 2016년 7월 기준 기초생활보장 수급자는 166만 2천 명이며, 이중 부양의무자와의 관계 단절을 인정받아 수급자가 된 경우는 19만 7천 명(11.9%)에 달하고 있다. 그런데 실종, 가출, 행방불명의 경우 행정관청 신고절차를 거쳐 처리가 되지만, 부양의 기피, 거부는 신청자의 입증을 필요로 한다. 부양의 기피, 거부는 사실상 가족관계의 단절을 의미하며, 이는 결국 부양의무자와의 관계 단절을 인정받아야만 생계급여 혜택을 받을 수 있다는 점에서 부양의무자 기준은 가족 해체의 원인으로 작용할 우려가 있다.

아울러 윤소하 의원에 따르면, 현실적으로는 부모, 배우자, 자녀, 사위, 며느리 등 부양의무자가 있더라도 거의 관계가 끊겼지만 관계단절로 인정받지 못하는 경우 또는 부양의무자조차 겨우 생계를 유지할 정도로 생활 형편이 어려워 실제 부양을 받을 수 없는 경우가 많은 실정으로서, 부양의무자 기준으로 인해 기초수급 대상에서 탈락해 국가의 보호를 받지 못하고 사회복지 사각지대로 내몰린 사람은 100만 명이 넘는 것으로 추산된다고 하였다.

〈표 4-3〉 연도별 부양 관계 단절 인정 수급권 보장 현황

(단위: 명, %)

	2014	2015	2016
기초생활수급자	1,328,713	1,646,363	1,664,844
부양 관계 단절 수급자	179,206	193,479	197,000
부양 관계 단절 비율	13.5	11.8	11.9

자료: 보도자료(보건복지위 윤소하 의원실, 2016. 9.26. 인출).

다음으로, 부양의무자의 부양능력이 반영되지 않는 기초연금의 경우, 그 부작용으로 재산의 생전처분(증여) 확산과 함께 빈곤노인 증가 우려가 있다. 기초연금은 본인 및 배우자의 소득과 재산을 바탕으로 소득인정액을 계산하고 그 기준에 부합하면 대상자로 선정되기 때문에 재산의 사전처분을 통해 기초연금 수급자격을 취득 또는 유지하는 것을 선택할 가능성이 높다. 2014년 노인실태조사에서 연령별 자가·무상 거주 비율 변화에서 한 가지 특이한 점이 발견되고 있다. 전·월세 유형은 연령별 변화를 보이지 않고 있음에 반해, 자가, 무상 비율은 연령별로 뚜렷하게 상반된 경향을 보이고 있다. 즉 자가, 무상을 합산한 비율은 연령군별 차이가 거의 없는데(80.0% 79.6%, 80.8%, 80.9%, 80.6%), 연령이 상승할수록 자가 비율 감소분이 그대로 무상 비율 증가분으로 전환되고 있으며, 이는 80세 이상 고령후기 노인에서 특히 두드러지고 있다(표 4-4 참조). 가구 소득이 낮을수록 자가 비율이 낮아지고 그 외 거주 형태가 대체로 증가하는 경향성을 보이는 것처럼, 일반적인 경우라면 감소하는 자가 비율만큼 전세, 월세, 무상 등 다른 거주 형태로 골고루 전환되어야 하지만, 무상 비율만 증가하고 전·월세 비율은 별다른 변화가 없다. 만약 노후 자금 부족 등 경제 사정을 이유로 자가를 처분하는 경우라면, 자가 → 전세 → 월세 → 무상으로 이어지는 자연스러운 흐름을 따라가는 것이 정상적이겠지만, 자가에서 무상으로 바로 전환되는 것은 사후 상속될 재산의 자녀에

대한 사전증여 후 무상거주인 것으로 추정할 수밖에 없다. 결국 이러한 현상은 기초연금 도입이전보다 증가할 개선성이 높고 사전 증여 후 제대로 부양받지 못해 경제적으로 곤란한 상황에 처하는 고령후기 노인이 늘어날 우려가 있다고 생각한다.

〈표 4-4〉 노인(65세 이상)의 거주 형태(자가, 무상 간 대치 관계) (단위: %, 명)

특성	자가	무상	전세	보증금 있는 월세	보증금 없는 월세 (사글세)	계 (명)
전체	69.2	11.0	8.4	9.8	1.7	100.0 (10,451)
65~69세	74.0	6.0	8.0	10.4	1.6	100.0 (3,316)
70~74세	71.1	8.5	8.4	10.4	1.6	100.0 (2,830)
75~79세	68.1	12.7	9.2	8.6	1.5	100.0 (2,151)
80~84세	62.7	18.2	9.3	8.0	1.9	100.0 (1,319)
85세 이상	56.7	23.9	6.4	11.1	2.0	100.0 (835)

자료: 정경희 등(2014). 2014년도 노인실태조사.

80세 이상 국민기초생활수급권자 비중은 매년 증가하는 추세이며, 2014년 10만 명(8.3%)을 상회하고 있다. 고령후기 노인의 노후생활 안정을 위해 80세 이상 노인에 한해서라도 부양의무자 기준을 폐지하거나, 지난 국회에서 폐기된 불효자 방지법 도입을 재검토할 필요가 있다고 판단된다. 부양의무를 이행하지 않은 자녀로부터 이미 증여한 재산을 환수할 수 있도록 하는 속칭 ‘불효자 방지법’ 입법논의가 19대 국회(민병두 의원 등 22인)에서 제안되었으나 임기만료로 폐기된 바 있다. 현행 민법은 증여자 즉, 부모에 대하여 부양의무가 있는 자녀가 그 의무를 이행하지 않을 때 또는 범죄행위를 저지를 때에 한하여 부모가 재산 증여를 해제할 수 있도록 규정하고 있으나(제556조), 증여 계약의 해제는 이미 이행한 부분에 대하여는 영향을 미치지 아니한다고 규정하고 있어(제558조), 증여한 재산을 반환받을 수 있는 여지가 여전히 불투명하여 고육책으로 제안된 법이다.

〈표 4-5〉 연령별 기초생활수급자 추이

(단위: 명, %)

		2010	2011	2012	2013	2014
전체 수급자		1,458,198	1,379,865	1,300,499	1,258,582	1,237,386
65세 이상	수급자	391,214	378,411	376,098	376,112	379,048
	비율	26.8	27.4	28.9	29.9	30.6
80세 이상	수급자	96,912	95,504	97,315	99,658	102,862
	비율	6.6	6.9	7.5	7.9	8.3

자료: 보건복지부(각 연도), 국민기초생활보장 수급자 현황. (국가통계포털 <http://kosis.kr>).

2. 고령자용 주택

고령자용 주택은 주택의 배리어프리화(Barrier-Free) 등 고령자를 위해 특별히 설계된 주택이다. 하지만 우리나라는 고령자용 주택에 관한 구체적 제도가 미비한 상황이며, 이와 관련한 주요 현행법은 주택법, 노인복지법, 고령친화산업진흥법 등이라 할 수 있다.

주택법은 국민의 주거 안정과 주거수준의 향상을 목적으로 주택의 건설·공급·관리에 관한 사항을 규정하고 있지만, 고령자용 주택은 주택법의 규율 대상에 포함하고 있지 않다. 즉 주택법상 주택은 세대 구성원이 장기간 독립된 주거생활을 할 수 있는 구조로 된 건축물로 크게 단독주택과 공동주택으로 구분하고, 세대 구분형 공동주택, 국민주택, 민영주택, 임대주택 등으로 세분할 뿐이다(제1조 및 제2조).

노인복지법은 노인복지주택에 관해 규정하고 있지만, 주택이 아닌 복지시설의 개념으로 접근하고 있다. 즉 노인복지주택은 노인에게 주거시설을 임대하여 주거의 편의·생활지도·상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의를 제공함을 목적으로 하는 시설로 정의하고 노인복지주택의

설치·관리 및 공급 등에 관하여 동법에서 규정된 사항을 제외하고는 주택법의 관련 규정을 준용하도록 하고 있다(제32조 제1항 및 제3항).⁸⁾

고령친화산업진흥법은 ‘노인이 주로 거주 또는 이용하는 주택 그 밖의 시설’을 고령친화제품으로 지정하면서 노인주택을 동법의 규율 대상에 포함하여 지원·육성토록 명시하고 있으나, 정책적 움직임은 없이 선언적 상황에 불과한 실정이다(고령친화산업진흥법 제2조 및 제3조).

노인들은 자신이 생활하고 있는 지역에 그대로 머물면서 삶의 마지막을 보내고 싶어 한다. 그러나 노인 부부 및 1인가구가 보편화되고 있는 상황에서 혼자서 일상생활을 수행하는 것이 매우 어려운 상황에 처하게 되면 결국 노인요양시설로 옮겨갈 수밖에 없다. 이 과정에서 자신이 머물던 지역사회와 친척, 친지들과의 교류 관계도 완전히 단절되어 절대적 고독 상태에 놓여 있게 된다. 이러한 이유로 노인요양시설이 속칭 ‘현대판 고려장’으로 비하되기도 하는데, 주요 선진국들은 누군가의 보살핌 없이는 혼자 살아가기 어려운 노인이라 하더라도 가급적이면 요양시설에 보내지 않고 자신이 오랫동안 살아왔던 지역사회에 머물도록 정책적 배려를 하고 있다. 따라서 우리나라도 고령후기 노인이 편안한 삶을 살다가 여생을 마칠 수 있도록 고령자용 주택에 관한 정책 마련을 서두를 필요가 있다고 생각된다.

8) 노인복지주택의 시설 기준: 시설 규모는 30세대 이상, 시설의 구조 및 설비와 관련해서는 1. 일조·채광·환기 등 입소자의 보건위생과 재해 방지 등을 충분히 고려하여야 한다. 2. 복도·화장실·침실 등 입소자가 통상 이용하는 설비는 휠체어 등의 이동이 가능한 공간을 확보하여야 하며, 문턱 제거, 손잡이 시설 부착, 바닥 미끄럼 방지 등 노인의 활동에 편리한 구조를 갖추어야 한다. 3. 소화용 기구를 비치하고 비상구를 설치하여야 한다. 4. 입소자가 건강한 생활을 영위하는 데 도움이 되는 도서관, 스포츠·레크리에이션 시설 등 적절한 문화·체육 부대시설을 설치하도록 하되, 지역사회와 시설 간의 상호 교류 촉진을 통한 사회와의 유대감 증진을 위하여 입소자가 이용하는 데 지장을 주지 아니하는 범위에서 외부에 개방하여 운영할 수 있다.(시행규칙 제17조 제1항 별표 2)

3. 특수용도식품 및 배식 서비스

가. 저작연하 기능 저하 노인 대상 특수용도식품

우리나라에는 저작·연하 기능 저하 노인 대상 특수용도식품이 보급되어 있지 않다. 근래 들어 연구계를 중심으로 특수용도식품에 대한 연구와 제도화 움직임이 있기는 하지만, 아직 입법과정에는 이르지 못하고 있다.

생물학적 노화는 필연적으로 저작·연하 기능 저하를 불러오고 이는 고령후기 노인으로 갈수록 심해진다. 치아 소실 또는 약화로 인해 저작력(咀嚼力: 씹는 힘)이 저하되고, 구강·인두·식도 등 연하(嚥下: 삼키는 힘)와 관계된 근육의 근력이 약화되어 씹거나 삼키는 능력이 현저히 떨어진다. 제대로 먹지 못해 발생하는 영양불량⁹⁾은 면역기능을 감소시키고, 합병증 발생 및 사망률 증가로 연결된다. 특히, 연하장애는 노인 사망률, 흡인성 폐렴의 주원인으로 생명에 위험을 줄 수 있으며, 영양불량, 탈수, 질식, 사망 등과 같은 심각한 의료문제를 일으킬 가능성이 있다고 한다(Kawashima et al.).

저작·연하 기능 저하 노인을 대상으로 적절한 영양지원 방안을 강구할 필요가 있다. 적극적인 대처를 통한 영양지원은 노인들의 빠른 회복을 돕는 데 매우 중요한 역할을 하고, 향후 고령후기 노인 1인가구 증가에 따라 관련 대책 마련 요구가 커질 것으로 예측되므로 선제적 대응이 중요하다고 생각된다.

구체적으로 장기요양 급여 중 ‘식사 재료비’ 관련 비용 부담의 특례를 인정하는 것을 적극 검토할 필요가 있다. 식사 재료비는 장기요양급여의

9) 일본은 재가 서비스를 받는 고령자의 60%가 저영양 상태를 보이고 있고, 재택 개호보험 대상자가 중증일수록 영양 상태 불량(저영양 상태 비율이 요개호도 1~2는 6~10%, 요개호도 5는 51% 수준)하다고 한다(일본 국립장수의료연구센터, 선우덕 재인용).

범위에서 제외되는 비급여 대상으로 전부 본인부담이다(법 제40조, 시행규칙 제14조). 2008년 6월 11일 시행규칙 개정당시 개정 이유에서 일상 생활에 통상 필요한 것과 관련된 비용으로 수급자에게 부담시키는 것이 적당하다고 판단하여 식사 재료비를 비급여 대상 항목으로 지정하였다고 배경을 밝히고 있다(보건복지가족부령 제17호). 하지만 노인 빈곤을 감안 시 고령후기 노인이 상당수 포함되는 장기요양 노인의 구매력은 사실상 거의 없는 상황인 것으로 추정되는 상황이므로 재검토가 요구된다. 덧붙여 시설 또는 요양보호사가 전문 영양사 역할까지 수행하기는 어려운 한계가 있다는 점을 감안하여, 필요시 급여 대상 노인에게 특수용도식품 제공을 통한 적절한 영양 관리가 가능하도록 비용 부담의 특례를 마련할 필요가 있다.

매우 중요한 사안으로 판단하고 있기 때문에 구체적 입법례로서 제안하면 다음과 같다.

노인장기요양보험법 제40조(본인일부부담금) 제1항에 '3. 저작·연하 기능 저하 노인을 위해 제조·가공하고 인증된 고령친화형 특수용도식품: 구입비의 100분의 50(단, 1일 3식을 초과하는 경우 초과분에 대해서는 제외)'을 신설하고, 노인장기요양보험법 시행규칙 제14조(장기요양 급여의 범위 등) 제1항 제1호를 '1. 식사재료비(단, 저작·연하 기능 저하 노인을 위해 제조·가공하고 인증된 고령친화형 특수용도식품은 제외)'와 같이 개정하며, 노인복지법에 '제39조의 15(고령친화형 특수용도식품 구입비의 보조) 국가 및 지방자치단체는 제31조 제1호 내지 제5호에서 규정하는 노인복지시설에 입소하고 있는 노인이 사용하는 고령친화형 특수용도 식품에 대하여 예산의 범위 안에서 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다'를 신설한다.

고령후기 노인의 삶의 질을 증진하기 위한 관련법의 기본 목적에 충실,

적절한 영양 관리를 통한 저작·연하 기능 저하 노인의 삶의 질 향상, 영양 불량에 따른 합병증 발생 차단 등을 통한 국민 의료비 절감, 한국형 고령 친화 특수용도식품의 세계화를 통한 식품 부문 성장 동력 확보 등의 기대 효과를 가져올 수 있을 것으로 생각된다.

나. 배식 서비스

우리나라의 배식 서비스는 거동 불편 재가 노인을 위한 도시락 배달 서비스, 장기요양 급여의 급식 및 조리에 한정되어 있다. 물론 그 외에 사회복지 단체의 길거리 배식과 노인복지관 경로식당에서의 배식 서비스가 실시되고 있지만, 이용 대상은 노숙자 등 결식 우려자나 일반 노인이므로 거동이 불편한 고령후기 노인과는 다소 거리가 있다.

재가노인 식사배달(도시락 또는 밑반찬)은 거동이 불편한 결식 우려 노인에 대해 시·군·구 단위에서 지역 상황을 감안하여 자체적으로 실시하고 있다. 대도시지역 특정 지자체의 사례를 보면, 밑반찬 제공은 주 2회 1식 3찬(육류군 1찬, 채소군 2찬), 도시락 제공은 365일 1식 4찬(국 포함)을 제공하고 있다. 노인복지관에 위탁하고 있으며, 배달 인력은 노인 일자리 또는 자원봉사 인력을 활용하고 있다. 밑반찬과 도시락 배달의 구분은 주로 조리 장소와의 거리에 의해서 결정되는 경향이 있고, 이는 외부온도, 변질 우려 등을 감안한 판단이다.

장기요양 노인에 대한 시설급여 및 재가급여 시 취사를 통한 음식 제공이 이뤄지고 있다. 방문요양 급여 시 요양보호사의 업무 내용에 '취사'가 포함되어 있으나, 영양사·조리사 자격증이 요구되지 않는다. 방문요양에 관한 재가급여 업무를 하는 장기요양 요원의 범위는 요양보호사 중 1급 또는 2급 자격을 가진 자로만 규정되어 있기 때문이다(시행령 제11조 제

1항 제1호). 영양사·조리사가 아닌 영양보호사가 저작 능력, 연하 기능 등 기능상태, 영양, 수급자의 기호 등 개별 노인의 상황까지 고려하여 식사 준비를 하는 것은 불가능하다. 따라서 재가급여 시 영양보호사에 의한 식사 제공은 재가 노인의 영양불량으로 이어질 가능성이 농후하며, 실제, 기능상태 제한이 있는 노인의 39.6%가 영양 관리 개선이 필요하고 38.4%는 영양 관리에 주의를 기울여야 하는 등 78%가 저영양 상태에 처해 있다는 결과가 있다(2014년도 노인실태조사).

시설급여 시에도 영양사, 조리사가 배치되지 않는 경우도 있고, 배치되더라도 개인별 맞춤형 식단을 지속 제공하기는 어려운 상황이다. 시설급여 및 주야간 보호 급여는 영양, 수급자의 기호 및 건강상태 등을 고려하여 식사를 제공토록 규정하고 있다. 그러나 1회 급식인원이 50명 이하인 시설인 경우에는 영양사, 조리사를 두지 않아도 되므로 영양 상태 고려가 사실상 미흡할 수밖에 없다(식품위생법 제2조, 제51조, 제52조 시행령 제2조). 아울러 1회 급식 인원이 50명 이상인 경우에도 대량으로 음식을 조리할 수밖에 없는 상황에서 개별 노인의 기호와 건강상태가 충분히 고려될 수 있을지는 의문이다.

재가노인 식사배달(도시락 또는 밑반찬)은 장마철 및 혹서기 변질에 의한 식중독 우려가 있고, 장기요양 노인시설 및 재가급여 시 배식 서비스는 개별 노인의 기호와 건강상태가 충분히 고려되지 않을 가능성이 있다. 양자 모두 개인별 맞춤형 식단이 제공되지 않아 영양 관리 실태에 우려를 낳고 있다. 따라서 앞서 언급한 바와 같이 맛과 영양이 가미되고 씹고 삼키기 편한 고령자용 특수용도식품을 주기적으로 보급하는 것을 검토할 필요가 있을 것이다.

4. 재택의료 서비스

재택의료 서비스는 의사에 의한 재택 진료 서비스, 간호사에 의한 가정 간호 서비스, 의사간호사사회복지사 등에 의한 가정 호스피스 등으로 구분할 수 있으며, 낮은 의료수가, 지역적 한계, 제도 도입 초기 등의 이유로 인해 활성화는 떨어지는 실정이다.

첫째, 의료법상 한지(限地) 의료인을 제외하고는 의료 행위가 이루어지는 장소 제한은 없고, 정보 통신 기술을 활용한 원격의료까지 가능하다(의료법 제34조 및 제79조). 그러나 의료수가 등의 이유로 인해 의사에 의한 재택 진료 서비스는 거의 이뤄지지 않고 있다.

둘째, 의료기관 가정간호는 암, 희귀·난치성 중증 질환, 거동 불편 만성질환자 등을 대상으로 전문 간호사가 의사의 처방에 따라 환자의 자택을 직접 방문하여 병원과 연계된 고난도의 전문 간호 및 입원 대체 서비스를 제공하는 제도로 2000년부터 도입되었다. 서비스 내용은 기본 간호, 치료적 간호(인공호흡기 관리, 기관지 절개관 교환, 중심 정맥관 삽입 등), 투약 및 주사, 교육 및 훈련 등이며, 2010년 기준으로 서울대병원 등 전국 131개 병원에 가정간호실이 설치되어 있고, 가정 전문 간호사 350여 명이 근무 중이었다(보건복지부 보도자료, 2010. 5. 18.). 2010년 이전 ‘입원진료 후 조기 퇴원 한 환자와 재입원이 요구되는 외래 및 응급실 환자’로 제한되던 정책 지원 대상이 ‘의사 처방에 의해 가정에서 계속적인 치료와 관리가 필요하다고 인정한 경우’까지 범위를 확대한 바 있으나, 낮은 수가 등을 이유로 의료기관들이 줄줄이 포기했던 과거 경험, 지역적 한계 등을 고려하면 가정간호 서비스가 크게 활성화되길 기대하기는 어려운 실정이다.

셋째, 정부는 말기암 환자가 자택에서도 호스피스 서비스를 받을 수 있

도록 2016년 3월부터 '말기암 가정 호스피스·완화의료 시범 사업'을 17개 기관에서 실시하고 있다. 우리나라 호스피스 제도가 입원형을 중심으로 진행되어 호스피스를 이용하려면 병원에 입원할 수밖에 없는 상황을 개선하는 차원에서 시범 실시하고 2017년부터 본 사업으로 확대 시행할 계획이다. 말기암 가정 호스피스는 의사, 간호사, 사회복지사 등이 정기적으로 가정을 방문하여 입원을 대체할 정도의 서비스를 제공하며, 환자는 자택에서 증상 관리, 상담, 영적·사회적 돌봄을 제공받고, 환자 보호자는 사별가족 관리를 받을 수 있도록 설계되어 있다. 가정 호스피스를 선택하는 말기암 환자는 주 1회 이상 의료 또는 비의료적 방문 서비스를 받게 되며, 매일 24시간 의료진과 전화상담이 가능하다. 환자 부담은 1회 방문당 5천 원(간호사 단독 방문)~1만 3천 원(의사, 간호사, 사회복지사 모두 방문)으로 월 부담액은 5만 원(전담간호사 8회, 의사 1회, 사회복지사 1회 방문을 기준으로 산출) 수준이다(복지뉴스, 2016. 2. 14., 복지로).

우리나라 생애말기 환자의 경우, 중환자실, 호스피스, 자택 등 어디를 선택해도 힘겨운 상황에 처해 있다. 중환자실은 의료 장비에 연결된 각종 선들과 정맥주사 호스, 유동식 호스 등을 부착하고 연명치료를 지속하고 있고, 호스피스는 원하는 환자가 많지만 병상이 턱없이 부족한 데다 입원 비·간병비 부담이 크고, 자택은 통증 완화를 위한 재택 진료 서비스가 거의 없다. 따라서 선택지가 거의 없었던 상황이라 해도 과언이 아니다.

내외국을 막론하고 생애말기 환자들은 자택에서 임종하기를 원하는 경우가 다수이다. 2012년 말기 및 진행 암 환자 465명(19개 기관)을 대상으로 한국호스피스완화의료학회에서 조사한 바에 의하면 가정에서 지내길 원하는 환자가 75.9%, 가정 호스피스를 이용할 의향이 있는 환자가 89.1%(많이 42.0%, 어느 정도 29.9%, 조금 17.2%)인 것으로 조사되었다. 1994년 가정간호 사업 도입으로 일부 병원에서 소규모 가정간호 서

비스를 제공하고 있지만, 서비스는 특정지역, 특정인에 국한될 뿐이었다. 이로 인해 생애말기 환자들은 어쩔 수 없이 요양병원이나 장기요양 시설을 이용할 수밖에 없었으며, 본인이 원하는 생애마지막 순간을 맞이할 수가 없었다고 볼 수 있다.

종합하면, 적절한 수준의 수가 체계를 개선을 통해 고령후기 노인을 대상으로 하는 의사에 의한 재택 진료 서비스나 간호사에 의한 가정간호 서비스를 확대할 필요가 있고, 호스피스 의료기관 확대 지정을 통해 생애말기 환자들에게 양질의 가정 호스피스 서비스를 제공하여 품위 있고 편안한 생애마지막 순간을 보낼 수 있도록 할 필요가 있다. 이는 국민 의료비 부담을 완화하는 효과까지 얻을 수 있을 것으로 보인다.

제3절 생애마무리 지원(Well-Dying) 정책

1. 완화의료 호스피스

완화의료는 국내법에 처음 등장한 것은 2010년 5월 31일 암관리법 전부 개정(2011년 6월 1일 시행)을 통해서였으며, 말기암 환자의 삶의 질 향상을 위해 도입한다고 개정 이유를 밝히고 있다. 이후 2016년 2월 3일 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료 결정에 관한 법률(2017. 8. 4. 시행, 약칭 ‘환자연명의료결정법’) 제정으로 암 환자에만 국한되어 있던 호스피스 서비스를 일정한 범위 안의 말기환자에게 확대 적용 하는 근거를 마련하였다. 그러나 비용 지원의 불확실성, 대상 질환 범위의 협소 등 여전히 보완해야 할 문제가 남아 있다.

먼저, 환자연명의료결정법이 제정되었으나 비용 지원에 관한 구체적 규정이 없어 시행 과정에서 차질이 예상된다. 동법 제21조는 ‘호스피스 이용 환자의 경제적 부담능력 등을 고려한 의료비 지원 사업’을 보건복지부 장관이 실시하는 사업의 하나로 지정만 하고 있을 뿐, 사업에 소요되는 재원을 어디서 확보할 것인가에 대한 명시적 규정이 없다. 이는 암 환자의 완화의료와 대비되는 내용으로, 암관리법 제13조(암 환자의 의료비 지원 사업 등)는 ‘국가와 지방자치단체는 암 환자의 암 종류별 경제적 부담 능력 등을 고려하여 암 치료에 드는 비용을 예산 또는 국민건강증진기금에서 지원할 수 있다’고 명문화하여 재원확보에 대한 사항을 명확히 하고 있다. 물론, 여기서도 ‘지원한다’가 아니라 ‘지원할 수 있다’고 하여 가변적인 것으로 보일 수도 있지만, 예산 또는 국민건강증진기금을 명시하고 있어 둘 중 어느 하나에서 지원될 수 있음을 의미한다. 환자연명의료 결정법도 암관리법과 마찬가지로 비용 지원에 관한 규정을 좀 더 명확히

할 필요가 있다고 판단된다. 재원확보 근거조항의 미흡으로 법적 지원 대상임에도 수혜를 받지 못하는 생애말기 환자가 있어서는 안 될 것이기 때문이다.

다음으로 완화의료 대상 질환의 범위가 협소한 측면이 있다. 완화의료는 통증과 증상의 완화가 주목적인데(동법 제2조 제6호), 암, 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기질환, 만성 간경화 등 4가지 질환에 대해서만 법에서 명시하고 있고, 필요한 경우 보건복지부령으로 정하는 질환까지 확대할 수 있도록 부령에 위임하고 있다. 완화의료는 말기환자 또는 임종 과정에 있는 환자에 적용되며, 말기환자는 부령으로 정하는 질환을 제외할 경우 4가지에 국한된다. 그런데 통증은 4가지 질환을 가진 환자에게만 발생하는 것이 아니라, 신경 손상, 척수손상, 외상 환자 등 다른 환자에서도 발생한다. 통증의 원인이 매우 다양하기 때문이다.¹⁰⁾ 통증이 장기간 지속되거나 그 자극이 너무 심한 경우에는 일상생활을 하는 데 지장이 생기며, 불안과 공포를 느끼기도 하며, 이 때문에 만성 통증을 가진 사람은 우울증을 가진 경우가 많다고 한다.

미국의 경우 암 사망자를 포함한 전체 사망자 245만 명 중 102만 명(41.6%)이 완화의료 서비스를 이용하고 있다(2009, www.nhpco.org). 우리나라의 80세 이상 5대 사망원인(2014년)은 암 17.7%, 순환계통 질환 26.9%, 달리 분류되지 않은 증상·징후 14.5%, 호흡계통 질환 13.8%, 신경계통 질환 5.3% 등인데, 순환계통 질환, 달리 분류되지 않은 증상·징후, 신경계통 질환 등에 있어서도 극심한 통증을 유발하는 경우가 있을 것이다. 추가적인 고찰을 통해 ‘보건복지부령으로 정하는 질환’을 폭넓게

10) 통증은 통증 수용체를 지닌 특수한 신경에 대한 자극으로 생기는 불쾌한 감각을 말하며, 통증의 원인은 크게 체성 조직 또는 내장 조직의 손상이나 염증으로 인한 지각적인 경우, 신경 손상 후 생기는 신경병증성인 경우로 나눌 수 있고 지각적인 경우 통증으로는 피부 통각, 내장통, 체성통, 지각적 신경통, 신경근 연관통, 체성 연관통 등을 들 수 있으며, 신경병증성인 경우에는 말초신경 또는 중추신경 기능이상으로 인한 통증이 있다(두산백과).

규정할 필요가 있다고 생각된다. 이것이 곧 보건의료기본법이 추구하는 의료이용평등권¹¹⁾과 부합될 것이기 때문이다.

2. 존엄사

존엄사 관련 제도는 환자연명의료결정법에 포함되어 제정되었고, 2017년 8월 4일부터 시행된다. 제정 이유에서 밝힌 것처럼 ‘변화된 우리 사회의 실정과 인식을 반영하여 말기환자에 대한 인권의 차원에서 존엄한 죽음과 관련된 말기환자의 자기결정권을 존중하기 위해’ 존엄사의 절차, 요건 등을 법제화하였으며, ‘연명의료 중단’이란 공식 용어를 확정하였다. 동법은 임종과정에 있는 환자에 대한 정의, 연명의료 중단 등 결정의 관리 체계 및 그 이행 등에 관해 규정하고 있다.

연명의료 결정의 이행과 관련한 주요 규정은 다음과 같다. 첫째, 담당 의사는 환자에 대한 연명의료 결정을 이행하기 전에 해당 환자가 임종과정에 있는지 여부를 해당 분야의 전문의 1명과 함께 판단한다. 둘째, 의료기관에서 작성된 연명의료 계획서가 있는 경우, 사전 연명의료 의향서가 있고 담당 의사가 환자에게 그 내용을 확인한 경우에는 이를 연명의료 결정에 관한 환자의 의사로 본다. 셋째, 연명의료 계획서나 사전 연명의료 의향서가 없는 경우에는 환자 가족 2명 이상의 일치하는 진술이 있고 담당 의사 등의 확인을 거친 때에는 이를 연명의료 결정에 관한 환자의 의사로 본다. 넷째, 담당 의사는 환자에 대한 연명의료 결정 시 이를 즉시 이행하고 그 결과를 기록하여야 하며, 통증완화를 위한 의료 행위와 영양

11) 보건의료기본법은 기본이념으로 ‘이 법은 보건의료를 통하여 모든 국민이 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 수 있도록 하고 국민 개개인이 건강한 삶을 영위할 수 있도록 제도와 여건을 조성하며, 보건의료의 형평과 효율이 조화를 이룰 수 있도록 함으로써 국민의 삶의 질을 향상시키는 것을 기본이념으로 한다고 규정.

분 공급, 물 공급, 산소의 단순 공급은 보류되거나 중단되어서는 안 된다.

아직 시행령과 시행규칙이 마련되지 않아 후속 조치에 대한 구체적인 내용을 파악할 수는 없지만 환자의 의사를 알 수 있도록 사전의료의향서를 작성하는 문화 조성, 충분히 생존할 수 있는 사회 경제적 지원 마련, 가족의 경제적 부담(파탄)을 초래하지 않는 가족·사회적 측면 고려 등 후속 조치 마련에 만전을 기해야 할 것으로 본다. 특히 사전 연명의료 의향서 작성·등록에 대한 대국민 홍보가 시급할 것으로 생각된다. 우리나라는 아직 제도 도입 초기로서 의향서 작성 문화가 조성되어 있지 않다. 국립 연명의료관리기관이 의향서에 대한 데이터베이스를 구축하여 관리토록 하고 있으므로 연명의료를 원하지 않는 경우 미리 등록하도록 하여 법 제정 이유에서 밝히고 있는 것처럼 국민 모두가 인간적인 품위를 지키며 편안하게 삶을 마무리할 수 있도록 지원해야 할 것이다.

3. 고독사 예방 대책

가. 사회적 고립

사회적 고립이란 가족이나 지역사회와의 교류가 현저히 결핍된 상태를 의미하며, 사회적 고립이 초래하는 문제는 고독사, 자살, 생계형 범죄 등이다. 사회적 고립 해소와 관련된 정책으로는 노인여가복지시설 활용을 통한 여가 선용 및 친목 도모 기회 제공, 노인 돌봄 서비스 제공을 통한 돌봄 활동 및 관계 증진 등이 있다.

노인여가복지시설은 사회관계 활성화를 위한 대표적인 정책 수단이다. 다만, 노인복지관, 경로당, 노인 교실에서 제공하는 프로그램들은 불특정 다수 노인에 대한 지원이며, 거동이 불편한 고령후기노인은 기동력 저하

로 인해 이용상 한계가 있다. 그리고 노인돌봄종합서비스, 독거노인 사회관계 활성화 지원 등은 방문요양서비스 등의 대면·유선 연락 서비스, 안전 확인 등의 보호조치와 함께 은둔형 독거노인에게 사회적 관계를 새로 만들어 주는 등의 기능을 수행하지만, 노인장기요양 등급외에 해당하거나, 가족, 이웃 등과 접촉이 거의 없어서 고독사, 우울증, 자살 등의 위험이 높은 독거노인 등에 한해 선별적용 되기때문에 포괄적이지 못하다.

사회관계 활성화 정책은 거동이 불편한 고령후기노인이라도 지원 조건에 부합하지 않으면 이용하지 못하는 한계가 있고, 특히, 고령후기 노인으로서 부부 노인인 경우 돌봄 및 사회관계 활성화 지원은 미비한 상황이다. 따라서 이와 관련된 대책 마련이 요구된다.

나. 고독사

현행법상 고독사에 관한 직접적 제도는 없으며, 사회관계 활성화 정책이 그나마 고독사를 예방하는 정책 수단으로서의 기능을 하고 있다. 유관 법률로 장사 등에 관한 법률이 있으나 무연고 시신 등의 처리에 관한 규정만 있을 뿐이다. 무연고 시신은 연고자가 있는지 여부만 판단하는 것으로 고독사 해당 여부는 관여하고 있지 않다. 시신의 처리에 관한 규정을 살펴보면, 시장 등은 관할구역 안에 있는 시신으로서 연고자가 없거나 연고자를 알 수 없는 시신에 대하여는 일정 기간(10년) 매장하거나 화장하여 봉안하여야 한다. 여기에서 “연고자”란 사망한 자의 배우자, 자녀, 부모, 자녀 외의 직계비속, 부모 외의 직계존속, 형제·자매 등의 관계에 있는 자를 말한다(동법 제12조 제1항 및 시행령 제9조 제1항, 제2조 제16호). 시장 등은 무연고 시신 등을 처리한 때에는 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 지체 없이 공고하여야 하며 공고한 사항을 보건복지부령으로 정

하는 기간동안 보존하여야 한다(동조 제2항). 무연고 시신의 매장 또는 봉안의 기간과 그 기간이 끝난 후의 처리 방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정하도록 하고 있는데, 시장 등은 매장 또는 봉안 기간이 끝났을 때에는 일정한 장소에 집단으로 매장하거나 자연장 하여야 한다. 이 경우 무연고 시신 등을 화장하지 아니하고 매장 또는 봉안한 경우에는 화장을 하여야 한다(시행령 제9조 제2항). 그 외 장례, 유품 처리 등에 관해서는 별도의 규정이 없고, 지자체 판단에 따라 필요시 조례로 규정하고 있을 뿐이다.

고독사가 사회문제가 되고 있음에도 관련 제도나 통계조차 존재하지 않고 있다. 고독사는 연고자 존재 여부를 불문하고 독거가구에 해당하는 경우 어느 누구나 잠재적 발생 가능성이 있기 때문에 실태 파악부터 서둘러야 할 것으로 본다.

4. 죽음 교육 및 죽음 준비

가. 죽음교육

죽음 교육에 관한 제도는 없고 따라서 이에 대한 교육도 거의 실시되지 않고 있는 실정이다. 초·중고 교과 교육, 성인교육에 편성되지 않고 있는 것은 물론, 호스피스·완화의료를 담당하는, 즉 죽음을 다루고 있는 의사, 간호사 등을 대상으로 하는 전문교육도 실시되고 있지 않다.¹²⁾ 따라서 어떻게 죽음을 이해하고 자연스럽게 맞이할 것인가에 대해 제대로 알고 있는 사람이 거의 없다고 해도 과언이 아니다.

12) 대학에서 생사학에 대해 전문적인 교육을 실시하는 곳은 한림대학교 생명교육융합대학원 생사학과가 유일하며, 배출되는 전문 인력도 극소수에 불과하다.

죽음 교육은 미지의 세계인 죽음에 대한 공포와 불안을 다소 누그러뜨릴 수 있을 뿐만 아니라, 죽음의 이해를 통해 현재 삶의 가치를 되돌아볼 수 있는 시간을 제공하기도 한다. 죽음을 미리 체험할 수는 없지만, 죽음을 자기 자신의 절실한 문제로 파악하여 삶과 죽음의 의미를 깊이 숙고하고, 자기 자신과 가족의 죽음을 어떻게 맞이해야 하는지에 대해 마음의 준비를 하는 것이 필요하다. 죽음을 바라봄으로써 자신에게 주어진 시간이 제한되어 있다는 현실을 재인식하게 되며, 따라서 현재를 어떻게 살아야 좋을지 생각하게 되는 것으로 역으로 얘기하면 웰빙(Well-Being)을 위한 지침이기도 하다. 죽음 교육과 관련한 국내연구나 자료는 거의 없는 실정이기 때문에 이하에서는 죽음 교육준비 차원에서 죽음에 대한 공포의 유형과 죽어 가는 과정에 대한 모델을 소개한다.

인간은 누구나 죽음에 대한 공포와 불안을 갖고 있다. 현대사회에서는 죽음을 터부시하는 경향이 널리 확산됨으로써 죽음의 공포가 널리 확산되어 있다. 죽음의 공포는 생명체가 지니는 자연스러운 자기보존 본능이라 할 수 있으나, 정도가 지나치면 정상적인 정서 활동에 방해가 되고 죽음이라는 인생 최대 과제에 적극적으로 다가설 수 없게 된다.

〈표 4-6〉 죽음에 대한 공포의 다양한 형태

구분	내용
① 고통에 대한 공포	죽음을 눈앞에 둔 사람이 품게 되는 고통에는 육체적·정신적·사회적·영적인 명이 복잡하게 얽혀 있음
② 고독에 대한 공포	주위 사람들이 돌보지 않아 혼자 고독하게 죽음을 맞이하는 것은 아닌가라는 두려움을 많은 사람들이 갖고 있음
③ 가족과 사회에 부담이 되는 것에 대한 두려움	다른 사람에게 폐를 끼치지 않는 것이 미덕이라는 점에서 가족과 사회에 부담이 되는 것을 두려워하는 경향이 있음

구분	내용
④ 알지 못하는 것을 눈앞에 대하고 있는 불안	사후 세계에 대해 체험을 통해 가르쳐 줄 수 있는 사람은 전혀 없다. 죽어 가는 과정은 전혀 알지 못하는 세계에 대한 대응의 성격이 강함
⑤ 인생을 불완전한 상태로 마치는 것에 대한 불안	일생 동안 해 오던 일이 미완성인 상태로 죽음을 맞이해야 하는 경우, 그 원통함은 말로 표현할 수 없을 것임. 그럴 때 죽음이 자기 생애의 완성을 가로막는, 넘기 어려운 장벽이라고 느끼게 됨
⑥ 자기 소멸에 대한 불안	죽음으로써 자기 존재가 완전히 소멸해 버리는 것은 아닌가 하는 불안은 자기 보존 본능으로 자연스러운 반응임. 하지만, 영원한 생명을 확신하는 사람에게는 사후에도 지속되는 생명에의 희망이 커다란 버팀목이 됨
⑦ 사후의 심판과 벌에 대한 불안	인류의 역사와 문화 중 사후에는 심판이 뒤따르고 선악에 따른 각각의 과보가 있다는 가르침이 폭넓게 신봉되어 왔음. 사후의 생명을 믿는 사람들 중에는 죽은 뒤 심판을 통해 벌을 받는 일이 다른 무엇보다도 두렵다고 말하는 사람도 있음

자료: 알폰스 테켄, 오진탁 역(2002). 죽음을 어떻게 맞이할 것인가. 재인용.

인간이 죽음을 완전히 극복하기란 불가능하다. 하지만 지나친 공포를 정상적인 수준까지 완화할 필요는 있다. 죽음 교육에는 이처럼 극단적인 죽음의 공포를 완화하는 효과가 있다. 죽음을 자신에게 가까운 문제로 이해하고 삶과 죽음의 의의에 대해 배워 나가면서, 내면에 억압되어 있는 죽음의 공포가 어떤 것일까를 분명히 인식하게 되면 그 공포는 완화되기 시작한다. 호스피스 종사자의 경우에도 죽음에 직면한 당사자의 생사관에 따라 마음을 평안하게 유지하도록 권하는 태도, 그리고 마지막 순간까지 혼자가 아님을 깨닫게 해주는 보살핌이 중요하다고 한다(알폰스 테켄, 오진탁 역, 2002).

엘리자베스 큐블러 로스 박사는 1969년 세계 최초로 죽어 가는 과정에는 여러 단계가 있음을 학문적으로 밝혔으며, 실제로 죽음에 이르기까지의 과정을 5단계의 모델로 제시했다.

〈표 4-7〉 죽어 가는 과정

구분	내용
1단계 부인	가까운 장래에 죽음이 찾아올 것을 아는 환자가 최초로 보이는 반응이다. 대부분의 사람들이 죽어야 한다는 것을 부정한다. 오진이라고 굳게 믿는 환자도 있다. 인간인 이상 죽음에 직면하면 비슷한 체험을 한다. 무엇보다 자신이 죽게 된다는 사실을 인정하고 싶지 않은 것이다.
2단계 분노	자기가 왜 지금 죽어야 하느냐며 주위 사람들에게 불만을 터트린다. 그것은 죽고 싶지 않다. 더 살고 싶다는 절실한 희망이 형태를 바꿔 표출된 것이다. 이 단계에는 환자와 거의 아무런 대화도 이루어지지 않는다.
3단계 타협 (인생을 재평가하는 시기)	환자는 의사와 운명 혹은 신과 어떤 시한부 약속을 주고받지만, 다가오는 죽음을 조금이라도 연기하고자 한다. 이 단계는 짧은 기간 동안 유지되지만, 환자가 주위 사람들에 대해 가장 개방적이고 협조적이기 때문에, 이성적인 대화가 가능한 시기이며, 환자가 품고 있는 미해결된 문제를 정리하는 ‘인생의 재평가(Life review therapy)’를 행하는 아주 좋은 기회이다. 예를 들어 유언을 쓰도록 권유한다든가, 인간관계에서 감정적 엇갈림이 있다면 화해하도록 이끈다든가 환자가 주변 정리를 행할 수 있도록 돕기에는 최적의 상태이다.
4단계 우울	먼저 병으로 죽게 되는 자신의 처지를 한탄하는, ‘반응으로서의 우울’ 현상이 나타난다. 다음으로 마침내 가까운 시일 내에 전부를 잃어버리게 된다는 자각으로부터 ‘준비로서의 우울’ 단계로 이행된다. 이 단계에서는 주위 사람들이 더 이상 아무것도 할 수 없더라도 가능한 한 환자 곁에 함께 있어 주는 배려가 필요하다.
5단계 수용	이 단계에 도달한 환자는 더 이상 회피할 길 없는 자기 자신의 죽음을 운명으로 받아들여지게 된다.

자료: 알폰스 데켄, 오진탁 역(2002). 죽음을 어떻게 맞이할 것인가. 재인용.

알폰스 데켄(2002)이 주장한 것처럼, 죽음을 자연스러운 현상으로 받아들이고 자유롭게 논의할 수 있는 새로운 죽음의 문화를 창조할 필요가 있음은 분명하고, 학교와 사회에서 죽음 교육 실시를 통해 바람직한 죽음 이해와 임종 방식을 확산시키고 호스피스에 대한 거부감을 불식시켜 호스피스 제도를 활성화할 수 있도록 제도적으로 뒷받침할 필요가 있다.

나. 죽음 준비

우리 사회는 과거와 달리 죽음 문화 부재로 죽음 준비에 소홀한 것이 사실이다. 죽음을 터부시하는 경향이 일반화되어, 죽음을 일상 대화의 주제로 올리는 사람이 거의 없고 평소에 죽음을 준비하는 사람도 찾아보기 어려운 실정이다. 이는 1990년대를 기점으로 장례 장소가 주택이 아닌 장례식장으로 바뀌면서 벌어진 현상이기도 하다. 그 이후 죽음은 일상생활 가까이에서 벗어나 병원이나 장례식장 안에서만 접하는 것으로 인식되는 결과를 가져왔다고 볼 수 있다.

다만, 고령후기 노인들의 경우, 지역사회 내 자택에서 장례를 치르던 경험이 있어 아직까지 죽음을 준비하는 문화가 일부 남아 있다. 죽음 준비 실태(2014년 노인실태조사)를 보면 ‘노인이라면 피할 수 없는 죽음에 대비해 무엇을 준비하고 있는가’에 대해 묘지(29.1%), 수의(11.2%), 상조회 가입(6.7%) 등을 하고 있다고 응답하였다. 그러나 유서 작성(0.5%), 죽음 준비 교육 수강(0.6%) 등과 같이 적극적으로 자신의 죽음을 설계하려는 노력은 드문 상황이다. 따라서 고령후기 노인들의 경우에 있어서도 죽음에 대한 온전한 이해와 더불어, 죽음을 미리 준비하고 홀로 되는 때에 대한 사전 대비는 불충분하다고 볼 수 있다.

현대사회에는 배우자가 사망함으로써 일어나는 다양한 문제에 대응하는 방법이 아직 구체적으로 제시되어 있지 않다. 배우자의 죽음으로 인해 생기는 문제점에 대한 구체적인 체크리스트에 대해 소개하면 <표 4-8>과 같다.

〈표 4-8〉 배우자의 죽음으로 인해 생기는 문제점에 대한 구체적인 체크리스트

구분	체크리스트
① 경제적·법률적인 문제점	<ul style="list-style-type: none"> • 유언장은 작성했습니까?(남편과 아내 모두) • 가족에게 알리지 않은 채무는 없습니까? • 상속 관계로 다툼이 일어날 가능성은 없습니까? • 자녀 양육비 문제로 곤란한 점은 없습니까? • 고령자를 돌보는 일은 누가 합니까? • 애인이나 혹은 숨겨 둔 자녀가 나타난다면 어떻게 하겠습니까?
② 일상생활에서의 불편	<ul style="list-style-type: none"> • 예금통장이나 열쇠가 있는 장소는 알고 있습니까? • 세금, 보험료, 전기료 등을 지불하는 방법은 알고 있습니까? • 상대방의 교우관계에 대해 어느 정도 알고 있습니까?(사망 통지를 했을 때 누가 올 수 있습니까?) • 당장 집안일을 하는 데 어려운 일은 없겠습니까?(남성의 경우 요리, 청소, 세탁하는 방법 등, 여성의 경우 주택이나 전기제품의 수리와 정비 등, 그 밖의 동네 모임이나 일용품의 수납 장소 등) • 가족 간의 새로운 역할 분담 문제는 어떻습니까? • 주위 사람의 눈길에 대한 배려는 어떻습니까?(화려한 복장으로 외출하는 것 등)
③ 건강관리의 문제	<ul style="list-style-type: none"> • 혼자 지내는 생활의 위험성은 무언가에 지나치게 몰두하여 심신의 건강을 해치기 쉽다는 점에 있습니다. • 기력이 소진해버리는 증후군[Burnout Syndrome]의 위험성(간병과 장례의 피로 때문에 기운이 완전히 다해 살고자 하는 기력을 잃는다.)
④ 정신적인 면에서의 대응	<ul style="list-style-type: none"> • 비탄을 겪는 과정에 대한 이해와 그것을 충분히 소화해내는 법(슬픈 감정을 솔직하고 적절하게 발산하는 것이 필요하다.)

자료: 알폰스 데켄, 오진탁 역(2002). 죽음을 어떻게 맞이할 것인가. 재인용.

5. 사별 가족 지원

가족 중 누군가 사망했을 경우 남은 가족이 겪는 고통은 매우 크다. 그 고통은 비탄의 과정을 통해 극복되는데, 그 과정 자체가 상당한 시일이 소요되고 또 다른 심각한 양상으로 전개될 수 있기 때문에 조속한 개입을 통한 빠른 치유가 필요하며, 이를 위해 비탄을 겪는 과정에 대해 알아둘 필요가 있다.

비탄을 겪는 과정을 분류하는 데에 다양한 학설이 있을 수 있겠지만, 알폰스 데켄은 비탄을 겪는 과정을 ① 정신적인 타격과 미비 상태, ② 부인(否認), ③ 패닉(panic), ④ 부당함에 대한 분노, ⑤ 적의와 원망, ⑥ 죄의식, ⑦ 공상과 환상, ⑧ 고독감과 억울함, ⑨ 정신적 혼란과 무관심, ⑩ 체념과 수용, ⑪ 새로운 희망-유머와 웃음의 재발견, ⑫ 회복 등 12단계를 거친다고 하였고, 구체적 내용은 <표 4-9>와 같다.

<표 4-9> 비탄을 겪는 과정(Grief Process) 12단계

구분	내용
① 정신적인 타격과 미비 상태	사랑하는 사람의 죽음과 마주치면, 충격에 의해 일시적으로 현실 감각이 마비 상태에 빠진다. 머릿속이 진공상태가 되더라도 한 것처럼 아무 것도 분별할 수가 없다. 이는 심리학에서 방어기제라 부르는 상태를 말한다. 몸과 마음의 충격을 조금이라도 완화하고자 하는 생명의 본능적인 활동으로서 자연스러운 현상이다. 한동안 그런 상태에 빠지는 것은 굳이 막을 필요는 없지만, 너무 오랫동안 지속되는 것은 건강상 좋지 않다고 한다.
② 부인(否認)	사랑하는 사람이 죽었다는 사실을 감정적으로 받아들이지 않을 뿐만 아니라, 이성적으로도 인정하려 하지 않는다.
③ 패닉(panic)	가까운 사람의 죽음에 직면했던 두려움 때문에 극도의 패닉상태에 빠진다. 비탄을 겪는 과정의 초기에 나타나는 현상이다. 다만, 가능한 한 빨리 벗어나는 것이 바람직하다.
④ 부당함에 대한 분노	충격에서 어느 정도 벗어나자, 슬픔과 함께 부당하게 고통을 감내할 수 없다는 분노가 격렬하게 솟구친다. 암처럼 상당히 오랫동안 간병한 경우에는 어느 정도 마음의 준비가 되어 있어 분노의 감정이 약하고 비교적 부드럽게 지나가는 경우가 많다. 그러나 심장발작 등 갑작스러운 발병, 화재, 사고, 폭력, 자살에 의한 돌연한 죽음을 겪은 뒤에는 특히 격렬한 화가 폭발하게 된다. 왜 나만 이런 불행을 겪어야 하는가라는 부당함과 자기에게 잔인한 불행을 강요한 사회나 신에 대해 분노하게 된다.
⑤ 적의와 원망	남겨진 사람은 주변 사람들과 죽은 사람에 대해 적의나 원망의 감정을 마구 터트리기도 한다. 남겨진 사람의 이러한 비난은 어떻게 할 수 없는 감정으로, 상대가 누구인가에 관계없이 희생양을 필요로 하는 경우가 많으며 대체로 불합리한 행동이라 할 수 있다. 적의 표출의 대상자는 이런 행동에 대해 과민하게 반응하지 말고 이해와 동정심을 갖고 대하는 것이 바람직하다.

구분	내용
⑥ 죄의식	죄의식은 비탄의 감정을 상징하는 반응으로, 남겨진 사람이 과거 자신의 행동을 후회하고 책망하게 된다. 저 사람이 살아있을 때 이렇게 했더라면 좋았을걸, 그때 그런 행동을 하지 않았더라면 훨씬 건강했을지도 모르는데 하고 후회하면서 자기 자신을 질책한다.
⑦ 공상과 환상	공상을 통해 죽은 사람이 아직 살아 있는 듯한 생각에 사로잡혀 실제 생활에서도 이처럼 행동하게 된다. 구체적으로는 식사 시간에 식사를 준비하거나, 침대 위에 잠옷을 준비하는 등의 사례가 있다.
⑧ 고독감과 억울함	장례식이 경황없이 끝나고, 찾아오는 사람도 차츰 줄어들면 극복하기 힘든 고독한 적막감이 온몸을 휘감게 된다. 점점 사람이 싫어지기도 하고 기분이 가라앉아 자기 방에만 틀어박혀 있는 일이 많아진다.
⑨ 정신적 혼란과 무관심	하루하루 생활 목표를 잃어버린 공허함으로 인해 무언가 할 수 있는 기력을 잃어버린 상태에 빠진다.
⑩ 체념과 수용	이 단계에 이르면 사랑하는 사람은 더 이상 이 세상에 없다는 쓰라린 현실을 '분명하게' 응시하며 상대의 죽음을 수용하고자 하는 노력이 시작된다. 수용이란 운명에 따라 흘러보내는 게 아니라, 사실을 적극적으로 수용하고자 하는 행위이다.
⑪ 새로운 희망 - 유머와 웃음의 재발견	고뇌에 찬 비탄의 과정을 겪는 동안, 암흑처럼 어두운 시간이 영원히 지속되리라 생각하지만, 얼어붙었던 마음을 녹이는 희망의 빛이 빛나기 시작한다. 그것은 잊고 있던 미소를 되찾고, 따뜻한 유머 감각이 되살아나면서부터이다.
⑫ 회복의 단계	새로운 정체성의 형성: 비탄의 과정 이전으로 되돌아가는 것이 아니다. 고통스러운 경험을 통해 새로운 자아를 찾게 되며, 이후 더욱 성숙한 인격으로 성장할 수 있다.

자료: 알폰스 데켄, 오진탁 역(2002). 죽음을 어떻게 맞이할 것인가. 재인용.

비탄을 겪는 과정은 어느 누구나 유사한 과정을 거치게 되므로 고령후기 노인도 예외일 수 없다. 하지만 노인 부부가구 및 1인가구가 가구 유형의 주류를 형성하고 있는 상황에서 고령 사별 배우자는 자녀 또는 이웃의 도움을 받기 어려운 상황에 처해 있다. 따라서 고령 사별 배우자에 대한 적극적 심리치료가 요구되고 있지만, 본인이 심리 상담 센터 등을 방문하지 않는 이상 실질적 도움을 기대하기는 어려운 실정이다.

국민건강보험공단의 2007~2011년 우울증 진료 통계에 따르면, 인구 10만 명당 진료 환자 증가율에 있어, 80세 이상 여성이 37.2%(2,179명 → 2,990명)로 가장 높았고 80세 이상 남성이 30.1%로 두 번째인 것으로 나타났다. 노인층에서 우울증 증가가 높은 이유는 경제력 상실, 신체 기능 저하, 각종 내외과적 질환 등도 있지만, 사별과 같은 생활사건에 의해서도 발생하고 있다. 고령후기 노인으로서 사별 배우자는 비탄을 겪는 과정 도중에 또 다른 우울증 유발 요인이 겹쳐질 경우 자살 등 심각한 상황으로 흘러갈 가능성이 높아진다. 따라서 적극적 치료가 개입되어야 하며, 우울증이나 자살에 관련된 증상에 대해 홍보 교육도 병행하여 이루어져야 할 것이다.

제4절 소결

노인복지정책의 양적 확대 속에서도 고령후기 노인을 대상으로 하는 생애말기 정책에 대한 관심은 여전히 부족한 실정이며, 그 결과 주요 정책의제로 다루어지지 않고 있다. 그 결과, 관련 예산 역시 미미한 수준에 머무르고 있거나 입법 미비로 예산 자체가 확보되어 있지 않은 상황이다.

생애말기에 잘 죽는 것도 중요하지만, 그에 못지않게 잘 사는 것도 중요하다. 이러한 맥락에서 생활기반 안정(Well-Being) 정책에 대해 살펴 보았고, 몇 가지 정책에 대해서는 개선이 필요한 것으로 파악되었다.

첫째, 고령후기 노인의 94.5%는 국민연금(노령연금)의 수혜 대상에서 제외되어 취약계층인 경우 기초연금 또는 생계급여에 의존할 수밖에 없다. 하지만 기초연금, 생계급여는 소득 기준에 부합하는 것을 조건으로 한다. 기초연금은 수혜자가 되기 위해 상속보다는 증여를 선택할 수 있는 부작용이 발생할 우려가 있고, 생계급여는 부양의무자와의 관계 단절을 입증하는 과정에서 가족 해체를 조장할 우려가 있다. 고령후기 노인의 노후생활 안정을 위해 고령후기 노인에 한해 부양의무자 기준을 폐지하는 등의 법적 조치도 검토가 필요한 것으로 판단된다.

둘째, 고령자용 주택에 관한 구체적 제도가 미비한 상황이다. 고령친화 산업진흥법에서 이와 유사한 '노인 거주이용 주택'에 관해 명시하고는 있으나, 구체적인 정책 지원은 이루어지지 않고 있는 실정이다. 고령자 주거환경 개선은 낙상 등 부상의 감소, 사회적 고립 해소, 정신건강 증진 등에 효과가 있으므로, 고령자용 주택보급 활성화방안 마련이 요구된다.

셋째, 고령후기 노인으로 갈수록 생물학적 노화로 인해 저작·연하 기능 저하에 직면하고, 제대로 먹지 못해 발생하는 영양불량은 면역기능을 감소시키고, 합병증 발생 및 사망률 증가로 연결된다. 거동이 불편한 취약

계층 노인을 대상으로 급식 서비스를 시행하고 있으나, 급식 서비스는 장기요양 급여, 도시락 배달에 한정되고 있다. 재가급여 시, 영양사·조리사 자격 없는 요양보호사에 의한 취사 후 식사 제공은 재가 노인의 영양불량으로 이어질 가능성이 농후하고, 시설급여 시 영양사, 조리사가 배치되지 않는 경우도 있고, 배치되더라도 개인별 건강상태를 감안한 맞춤형 식단을 지속 제공 하기는 곤란한 상황이다. 그리고 도시락 또는 밑반찬 배달 역시 개인의 기호 및 건강상태를 감안하기 어려운 경향이 있다. 따라서 장기요양 급여 중 ‘식사 재료비’ 관련 비용 부담 특례를 마련하는 등 저작·연하 기능 저하 노인을 대상으로 적절한 영양지원 방안을 마련할 필요가 있다.

넷째, 재택의료 서비스는 의사에 의한 재택 진료 서비스, 간호사에 의한 가정간호 서비스, 의사간호사·사회복지사 등에 의한 가정 호스피스 등으로 구분할 수 있다. 재택 진료 서비스는 의료수가 등의 이유로 거의 이뤄지지 않고 있고, 가정간호 서비스 역시 낮은 수가, 지역적 한계 등을 고려하면 활성화에 한계가 있으며, 가정 호스피스는 2016년 3월부터 17개 기관을 대상으로 시범 사업을 실시 중이라 아직까지 활성화는 낮다. 생애말기 노인의 경우, 중환자실, 호스피스, 자택 등 어디를 선택해도 힘겨운 상황에 처해 있으므로 재택의료 서비스 확대를 통해 품위 있고 편안한 생애마지막 순간을 보낼 수 있도록 하는 정책적 지원이 절실하다.

생애마무리 지원(Well-Dying) 정책과 관련하여 몇 가지 사항에 대해서는 개선이 필요한 것으로 파악되었다.

첫째, 환자연명의료결정법이 제정되었으나, 비용 지원에 관한 구체적 규정은 없다. 다만, 암 환자의 의료비 지원 사업은 말기암 환자의 암 치료에 드는 비용을 예산 또는 국민건강증진기금에서 지원하도록 명시하고 있다. 따라서 현행법상 완화의료에 대한 재정적 지원은 말기암 환자에 한

정되고 있는 상황이다. 극심한 통증은 암 환자에게만 발생하는 것이 아니라, 파킨슨병을 비롯한 신경손상, 척수손상, 외상환자 등에서도 발생한다. 의료이용평등권 확보 차원에서 말기암 환자 외에 극심한 통증을 수반하는 말기 질환자, 불치 질환자 등에도 완화의료 적용을 확대하여 차별을 해소할 필요가 있다.

둘째, 국내 첫 존엄사 사례가 등장한 이후, 환자연명의료결정법 제정을 통해 존엄사 관련 제도가 입법화되는 결실을 맺었고, 현재는 존엄사 후속 조치를 마련 중인 상황이다. 가족의 경제적 부담(파탄)을 초래하지 않는 가족적·사회적 측면을 고려한 연명의료 중단 등 존엄사 시행 과정에서 발생할 수 있는 제반 사항에 대한 충분한 논의와 함께 사전 연명의료 의향서를 작성하는 문화 조성을 위한 홍보활동을 적극 수행할 필요가 있다.

셋째, 사회 네트워크는 노년기 주관적 복지수준에 미치는 영향이 매우 크고, 사회적 고립을 해소 또는 완화하는 데 효과가 있다. 노인돌봄종합서비스, 독거노인 사회관계 활성화 지원 사업 등은 방문 서비스를 통한 돌봄과 사회관계 활성화를 동시에 도모하고 있으나, 정책 대상 범위가 한정되어 있고, 부부노인 등은 사회관계 활성화 지원정책에서 소외되어 있다. 돌봄 서비스에서 제외된 독거노인도 지역사회 자원 발굴을 통해 1:1 자매결연 등 사회적 고립을 해소할 수 있는 다양한 방안을 모색할 필요가 있고, 부부 중 일방이 와병 상태 등 가족, 이웃 등과 접촉이 거의 없는 부부노인의 경우에도 정책적 지원이 필요하다.

넷째, 고독사가 사회문제가 되고 있음에도 관련 제도나 통계조차 존재하지 않는다. 현행법상 무연고 시신 등의 처리에 관한 규정만 있을 뿐(장사 등에 관한 법률), 그 외 장례, 유품 처리 등에 관해서는 별도의 규정이 없고, 필요시 지자체 조례로 규정하도록 하고 있다. 고독사에 대한 전수조사, 통계 구축, 사후처리 절차 마련, 예방을 위한 정책 방안 마련 등 정

책적 접근 시도가 요망된다.

다섯째, 죽음 교육에 관한 제도 역시 미비한 상황으로서 우리 사회는 죽음 교육문화 부재로 죽음 준비에 소홀하다. 죽음에 대한 이해와 임종 방식이 미성숙 상태에 놓여 있고 웰다잉(Well-Dying)에 대한 교육도 없어 호스피스 활성화에 걸림돌로 작용할 우려가 있다. 죽음 교육을 학교와 사회 교육으로 실시해 바람직한 죽음 이해와 임종 방식을 확산시키고 호스피스에 대한 거부감을 불식시켜 호스피스 제도를 활성화할 수 있도록 제도적 뒷받침을 할 필요가 있다.

여섯째, 사별가족에 대한 지원 체계가 미흡한 실정이다. 특히, 노인 부부가구가 보편화되고 노인 1인가구가 급증할 것으로 추정되는 상황에서 고령 사별 배우자 심리치료는 매우 중요한 사안이다. 사별과 같은 생활사건은 우울증을 야기하고 자살과 같은 극단적 선택으로 이행될 우려가 커 각별한 관심을 가질 필요가 있다. 고령 배우자 사별 시, 즉 부부가구에서 독거가구로 바뀌는 시점에 정책적 지원을 통해 심리치료를 실시하고, 노인 우울증이나 자살에 관련된 증상에 대해 홍보 교육을 실시할 필요가 있다.

제 5 장

해외 생애말기 지원정책 분석

제1절 개요

제2절 생활기반 안정(Well-Being) 정책

제3절 생애마무리 지원(Well-Dying) 정책

제4절 소결

5

해외 생애말기 지원정책 분석 <<

제1절 개요

분석에 앞서, 분석 대상 국가의 범위를 한정하고자 한다. 분석 대상 국가는 일본을 중심으로 하고, 그 외 유의미한 정책사례가 있다고 파악된 한두 개 국가를 추가로 살펴보기로 한다. 일본을 중심으로 하는 이유는 우리나라 베이비붐세대(1955~1963년생)와 유사한 단카이(團塊) 세대(1947~1949년생)가 있고, 우리나라보다 한발 앞서 고령화의 심각성을 경험하고 있으며, 아직도 여전히 관련 정책 마련에 부심하고 있어, 향후 우리나라가 마주할 초고령사회에서 얻을 수 있는 정책적 시사점이 가장 많을 것으로 추측되기 때문이다. 그 외 개별 정책별로 참고할 만한 특징을 갖고 있는 해외 주요국의 정책사례들을 살펴보았다.

일본, 영국, 스웨덴 등 해외 주요국가들의 고령후기 노인들은 지역사회에서 제공하는 사회적 서비스를 통해 지역사회 보호를 받으며 주로 자신의 집에서 생활하고 있다. 이러한 배경에는 고령후기 노인의 삶의 질 제고를 위한 정상화 이론이 자리하고 있으며, 보다 실질적인 이유는 인구 고령화에 따른 국가재정 부담 완화 때문이다. 어쨌든 영국에서 촉발된 정상화 이론이 현대사회의 보편적인 노인복지정책기조로 자리매김하고 있다.

영국은 1950년대 접어들면서 가족부양 기능 감퇴 현상의 심화, 고령화 현상의 가속화, 사회보장·사회복지비 지출의 급증 등 노인과 관련된 여러 가지 문제가 심각한 양상을 보이게 되었다. 노인을 위한 서비스의 재정적

인 문제를 다룬 필립스 보고서(Phillips Committee's Report)를 통해 시설에서 발생하는 문제점들을 해결할 수 있는 방안으로 모든 사람들이 정상적인 생활환경에서 삶을 누려야 한다는 정상화 이론을 내세웠다. 정상화(Normalization) 이론이란 서비스를 제공함에 있어 요보호 노인이 되도록이면 지역사회 내에서 통상적으로 생활을 계속할 수 있도록 배려함으로써, 문제가 없는 일반인들과 다름없는 형태로 생활할 수 있게 도와주어야 한다는 것으로 시설에 머물기보다는 가능한 한 평상시 자신이 살던 주택에 살면서 필요한 서비스를 받도록 유도한다. 이를 통해 비용이 많이 드는 시설 서비스를 억제하고 비교적 적은 비용을 문제를 해결할 수 있는 재가복지사업 중심의 지역사회 보호를 활성화시킬 수 있는 계기를 마련하였다(박재간, 손화희, 2008).

그리고 한편으로는 고령후기 노인 중점주의 정책을 추구하는 국가도 등장하였다. 스웨덴에서 1992년에 단행된 에텔 개혁¹³⁾은 노인복지 자원 분배에 관한 기본 방향을 전환하였다. 종전까지는 65세 이상 모든 노인에게 의료와 복지 서비스 혜택을 주는 소위 보편주의 정책을 펴 왔지만, 에텔 개혁 이후에는 80세 이상 고령후기 노인에게 집중하여 복지 서비스 혜택을 부여하는 방향으로 정책 전환이 이루어졌다. 스웨덴 정부가 이와 같은 정책 전환을 결정하게 된 배경은 다음과 같다. 대부분의 60~70대 노인들은 여전히 양호한 건강상태를 보이고 활동 능력도 비교적 왕성하기 때문에 이들에게 생계유지를 위한 연금만 지급하면 큰 문제가 발생하지 않지만, 80세가 넘으면 건강상태도 나빠져 일상생활을 독자적으로 해 나갈 수 없는 경우가 많고, 특히 이들 중 75% 이상이 배우자를 상실한 상태

13) 에텔 개혁은 스웨덴의 노인복지정책 수립 과정에서 매우 중요한 의미를 지닌다. 개혁의 내용은 대략 다음 네 가지로 요약된다. ① 노인복지 서비스와 노인의료 서비스의 통합, ② 복지를 위한 권한과 재정을 기초자치단체 수준으로 대폭 이양, ③ 만성질환 노인에 대하여 입원 또는 시설보호에서 재가서비스 체제로의 이양, ④ 노인 의료비와 노인 대상 서비스에 소요되는 비용의 절감 등이다(박재간, 손화희, 2002).

에서 혼자 생활하게 되는 경우가 일반적이다. 또한 그중 25% 내외가 치매나 중풍 등의 증세를 보이고 있다는 것은 60~70대 노인에 비해 80대 이상의 노인문제의 해결을 어렵게 할 수밖에 없다. 따라서 이들에게 사회적인 복지 서비스를 제공하는 것이 필요하다고 판단하고, 80세 이상 고령 후기 노인에게 복지 서비스 혜택을 부여하는 방향으로 정책을 전환하게 된 것이다(박재간, 손화희, 2008).

종합하면, 해외 주요국들은 고령후기 노인들이 지역사회에 계속 머물 수 있도록 배려하는 한편, 이들에게 복지 서비스 혜택을 집중하여 부여하는 방향으로 정책기조를 설정하고, 다양한 생활기반 안정 정책과 생애마무리 지원 정책을 추진하고 있다.

제2절 생활기반 안정(Well-Being) 정책

1. 고령자용 주택

가. 일본의 고령자 주택 정책

2025년에는 일본 베이비붐세대가 고령후기에 도달하여 일본의 고령화는 절정에 이르게 된다. 특히 도시의 후기 고령자의 급증이 현저할 것으로 보여, 도시지역 고령자의 처우가 향후의 의료·개호 정책상의 중요 과제가 되고 있다. 또한 치매 고령자나 독거 고령자, 부부만 있는 세대의 증가(가족 개호력의 감소), 연간 사망자 수의 증가 등도 예상되어, 일본 정부는 이들 새로운 과제의 대응방안 마련에 고심하고 있다.

2006년 4월에 개정된 개호보험제도에서는 예방중시형시스템으로의 전환에 맞춰 지역밀착형서비스의 창설, 거주계열서비스의 확충, 지역포괄케어체제의 정비 등 새로운 서비스 체계의 확립이 추진되었다. 그 목적은 지역포괄케어시스템의 구축을 통해서 고령자가 익숙한 지역에서 존엄하고 안락한 생활을 계속할 수 있도록 지원하는 것이다. 한편, 의료제도 개혁에서는 영양병상의 재편성이나 재택의료의 추진이 전개되어 '지역'이라고 하는 틀 안에서 고령자의 의료·개호·생활 지원 요구에 적절히 대응하기 위한 서비스 제공 체계의 재검토가 요구되고 있다.

그러나 다양한 욕구를 가진 후기 고령자의 지역 생활의 계속성을 확보하기 위해서는 의료·개호 정책만으로는 대응할 수 없으며, 주택정책과의 연계가 필수적이다. 이와 관련해 국토교통성은 2006년 9월에 각의 결정된 주거생활 기본계획(전국 계획)에서 내건 '고령자 등 주택의 확보에 특히 배려를 필요로 하는 사람의 거주 안정 확보'라고 하는 목표 달성을 위

해 다음의 시책을 전개하고 있다.

첫째, 주택 배리어프리화(Barrier-Free)의 추진이다. 가정에서 불의의 사고가 원인이 되어 사망한 고령자는 9,421명(2006년도)이고, 이 중 미끄러짐, 발이 걸림 등으로 동일 평면상에서 낙상이 약 10%를 차지하였다. 낙상을 방지하기 위해서는 2곳 이상의 손잡이 설치, 실내 단차(문턱 등)의 해소, 휠체어가 통행 가능한 복도 등 주택의 장애 요소를 제거하고 정비하는 것이 중요하며, 주거생활기본법(2006년, 법률 제61호)에 따라 주택 안전망 구축과 주택의 배리어프리(Barrier-Free)에 관한 시책을 전개하고 있다. 한편, 복지정책에 있어서는 노인복지법(쇼와 38년 법률 제133호)에 근거한 양로원의 정비와 개호보험법(1997년, 법률 제123호)에 근거한 개호서비스 기반 정비 등의 시책을 전개하였다.

둘째, 공적임대주택과 복지시설의 일체적인 정비 추진이다. 생활지도사의 상주 등으로 생활지도, 안부 확인, 일시적인 가사 원조, 긴급 시 연락 서비스 제공을 시행하는 공적임대주택의 정비(실버 하우스 프로젝트)가 추진되어 2007년 3월 기준으로 821단지 21,994호가 정비되었다.

셋째, 고령자용 민간임대주택의 공급 촉진이다. 2001년에 제정된 고령자의 거주 안정 확보에 관한 법률에 근거하여 ① 고령자 원할 입주 임대주택 ② 고령자 전용 임대주택 ③ 고령자용 우량 임대주택 등 고령자용 민간 임대주택의 확보가 진행 중이다.

나. 영국의 노인보호주택과 주택수리 지원

영국의 노인에 대한 주택 정책은 신체적 장애가 있거나 노쇠 현상이 심한 노인의 경우라 하더라도 가급적 시설에 수용¹⁴⁾하기보다는 주택에서

14) 시설보호는 신체적 보호의 안정성이라는 측면과 공동생활을 통해 고독, 고립감 등을 어

생활하도록 도와주어야 한다는 정책적 배려를 하고 있으며, 이를 위해 개발된 산물이 노인보호주택(Sheltered Housing)이다. 노인보호주택은 고령자만의 집합주택, 관리인이 배치된 주택, 고령자를 위해 특별히 설계된 주택, 긴급 시 통보 시스템 중에서 한 가지 조건이라도 충족되어 있는 주택을 말하며, 급성질환자 또는 간병인을 항시 필요로 하지 않는 입주자는 노인 홈에 이주시킬 필요 없이 이 체제로서 대응할 수 있다(박재간, 손화희, 2008).

1960년대부터 노인을 노인요양시설, 노인 홈 등 시설에 입소시키는 것보다 지역사회 내에서 보살펴야 한다는 정책이 강력히 추진되었고, 지방자치단체들은 노인을 시설에 보내지 않기 위해서 대량의 노인보호주택을 건설하기 시작했다. 노인보호주택의 보급은 노인에게 적절한 주거 환경을 보장해 준다는 측면도 있지만, 그들을 시설에 입소시키는 데 소요되는 비용보다 훨씬 저렴한 비용으로 노인들을 보호할 수 있다는 점이 입증되었기 때문이다. 노인보호주택은 1962년 타운센드의 반(反)노인 홈 이론에 근거를 두고 노인에 대한 지나친 돌봄은 오히려 자립생활에 저해 요인으로 작용할 염려가 있으므로 적절한 돌봄과 쾌적한 주거 환경이 필요하다는 취지에서 개발되었다. 이러한 노인보호주택에는 주로 80세 내외의 노인들이 입주하고 있으며, 이들은 지역사회에서 제공되는 다양한 사회적 서비스 프로그램의 혜택을 받고 있어 시설보호의 대안적 역할을 하기도 한다. 그리고 이러한 주택의 건설은 요양시설 입소 노인을 감축하는 효과를 기대할 수 있다.

한편, 자기 집에 거주하고자 하는 거동이 불편한 노인들이 일반 주택에서 생활하기 위해서는 주택 내부구조를 개조할 필요가 있다. 노인들을 위

는 정도 해소할 수 있는 장점을 갖고 있지만, 독립성의 상실, 개인적 자유의 제한 등을 가져올 수 있다는 단점도 있다(박재간, 손화희, 2008).

한 편의시설이 열악한 주택의 경우 사고 발생의 위험이 높기 때문이다. 한 조사에 의하면, 80세 이상 노인 중 50% 이상이 거실에서 카펫에 걸려 넘어지거나 손잡이가 없는 욕조, 희미한 전등, 가파른 계단, 출입문의 높은 문턱 등으로 인하여 넘어진 경험이 있는 것으로 나타났다. 이 때문에 가옥 수리를 위한 보조금이나, 용자금, 주택수리를 위한 보조금, 주택임대료 보조 지원 등의 정책을 펼치고 있다(HMSO, 2000; 박재간, 손화희 2008, 재인용).

다. 스웨덴의 주거생활 지원정책

스웨덴 노인 주거 정책도 영국과 마찬가지로 노인도 일반인과 더불어 생활하도록 해야 한다는 정상화 이론에 입각해서 수립되고 있다. 그래서 거동이 불편하여 누군가의 보살핌을 받아야 할 처지에 놓여 있는 노인이라 하더라도 되도록이면 시설에 보내지 않고 자신이 오랫동안 살아왔던 정든 지역사회에 그대로 머물면서 불편없이 노후생활을 할 수 있도록 다각적인 정책 지원을 하고 있다. 이 중에는 주택 내에서 휠체어를 이용해서 취사장, 거실 또는 화장실 등을 자유로이 이동할 수 있도록 주택 내부 구조를 개조하는 데 필요한 비용을 정부가 보조해 주기도 하고, 간병과 간호 또는 몸시중을 받아야 하는 노인에 대해서는 그들이 필요로 하는 서비스를 받을 수 있도록 전문 인력을 가정으로 파견하는 프로그램을 운영하고 있다.

최근 스웨덴 노인 주거 복지의 방향은 양적인 측면에서 질적인 측면으로 전환되었으며, 가능한 한 일반 주택에 거주토록 하고 필요한 서비스를 가정으로 배달하는 방향으로 유도하고 있다. 노인들에게는 개인적인 상해도 주요 건강 문제가 될 수 있기 때문에, 낙상에 따른 피해를 줄이기 위

해 상당한 노력을 기울이고 있으며, 노인들에게 상해 관련 정보를 제대로 전달하고, 시에서 파견된 특수 직원들(Fixer, 해결사)이 자택의 커튼 설치나 전구 교체 등을 지원한다(<https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden>).

2. 특수용도식품 및 배식 서비스

가. 일본의 개호식품과 유니버설 디자인 푸드

일본은 저작 및 연하 기능 저하로 인한 저영양 상태에 처한 고령자를 위해 영양 대책의 일환으로 개호식품¹⁵⁾이 개발·보급되었다. 개호식품은 저작력 또는 연하 기능 저하 정도를 감안하여 개발되었으며, 연하 기능은 법적 규격이 정해져 있고, 저작 규격은 민간 자율에 맡기고 있다. 개호식품의 종류로는 부드러운 식품, 점도 조정 식품, 종합 영양 식품, 수분 보급형 젤리, 음료 등이 개발되어 보급되고 있다. 부드러운 식품은 일반적인 식사를 부드럽게 가공한 식품을, 점도 조정 식품은 음료와 요리를 혼합해서 점도를 가미한 것으로 마시기 좋게 한 보조 식품을, 종합 영양 식품은 에너지, 단백질, 비타민, 미네랄 등이 균형적으로 섭취될 수 있는 식품을, 수분 보급형 젤리는 액체로 마시는 것이 어려운 분들을 위한 젤리 상태의 음료를 각각 일컫는다.

1990년대 후반 개호 시설을 중심으로 안정된 품질, 영양, 위생 측면을

15) 개호식품이란 고령, 질병 등으로 섭취 기능이 저하된 고령자에 맞게 안전성 면에서 질감 [Texture]을 조정하고, 미각, 시각은 물론 영양도 고려한 식품으로 고령자가 먹기 쉽게 연하고 걸쭉하게 만든 식품으로 연하 기능 장애로 식사량이 감소해 생기는 영양실조, 탈수증상은 물론 오염에 의한 폐렴을 막기 위해 개발된 식품이다. 개호식품은 연하식, 소프트식, 부드러운 식사 등 여러 가지 이름으로 개발되고 있고 특별 용도 식품의 고령자용 식품, 유니버설 디자인 푸드(UDF), 연하 곤란자용 식품 등이 이에 속한다.

고려한 식사 공급에 대한 요청이 발생하여 시설용 개호식품이 보급되기 시작하였고, 이후 개호보험 서비스 이용자 수가 149만 명(2000년)에서 493만 명(2014년)으로 3.3배 급증하면서 개호식품 수요도 증가하였다(재가 서비스는 3.8배 증가). 현재는 병원, 노인복지시설 등에서도 손쉽게 먹을 수 있는 개호식품 요구가 확대됨에 따라 개호용 가공식품 시장에 대한 참여기업이 증가하고 있고, 이들의 시장진입을 촉진하기 위해 복수의 규격, 기준을 설정하고 있다.

개호식품 중 유니버설 디자인 푸드(UDF)는 어떤 사람이라도 먹기 쉽게 만든 개호식품으로 이용자의 능력에 대응하여 섭취하기 쉽게 형상, 물성 및 용기 등을 연구하여 제조된 가공식품 및 형상, 물성을 조정한 식품을 말한다. 씹는 힘이나 삼키는 힘이 약해진 사람도 먹기 쉽도록, 단단한 정도를 4단계로 구분해 통상보다 작게 만들거나 페이스트 상태로 만들어 재료를 연하게 가공한 식품을 가리킨다. 누구나 사용 가능하다는 의미에 맞춘 명칭으로 개호식품과 달라 일반인도 구입 가능한 식품이라는 의미도 내포하고, 제품의 경도와 점성을 지표로 정한 구분 1~4와 점도 증진 식품으로 분류된다.

〈표 5-1〉 유니버설 디자인 푸드 구분

구분	구분 1 쉽게 씹을 수 있음	구분 2 잇몸으로 부술 수 있음	구분 3 혀로 부술 수 있음	구분 4 씹지 않아도 좋음	끈적임 조정
씹는 힘의 표준	딱딱한 것이나 큰 것은 조금 먹기 힘들	딱딱한 것이나 큰 것은 먹기 힘들	잘게 혹은 부드러우면 먹을 수 있음	고형물은 작아도 먹기 힘들	마실 거리 및 먹을거리에 끈적임을 더하여
마시는 힘의 표준	보통 마심	종류에 따라 마시기 어려운 것이 있음	물이나 차를 마시기 어려운 일이 있음	물이나 차를 마시기 어려움	마시기 쉽게 하기 위한 식품이다(젤리 형태로 가능한 것도

구분	구분 1 쉽게 씹을 수 있음	구분 2 잇몸으로 부술 수 있음	구분 3 혀로 부술 수 있음	구분 4 씹지 않아도 좋음	끈적임 조정	
단단 함의 표준	밥	밥~ 부드러운 밥	부드러운 밥 ~모든 죽	모든 죽 삶은 생선	베스트 죽	있음). 또 물 등에 녹이면 끈적임이 생기는 마실 거리 및 먹을거리가 되는 유형도 있다
	구운 생선	삶은 생선	구운 생선	생선을 풀어서 삶은 것(끈적이는 것을 올린 것)	흰살 생선의 가는 체	
	계란	뜨거운 구운 계란	계란말이	스크램블드 에그	부드러운 계란 찌 (건더기 없음)	

자료: 포장계, 2010. 9.(김정선, 2014, 재인용).

일본의 (주)후지경제의 2008 일본 고령자용 식품식품서비스 시장동향에 의하면, 고령자를 위한 식품 시장을 1) 병원·고령자 시설용 식재 시장, 2) 환자·개호식 시장, 3) 택배·배식 서비스 시장으로 구분하고 있으며, 특히 개호식 시장은 상품 종류의 다양화와 품질 강화로 매년 확대되고 있다고 보고하고 있다. 더불어 고령자가 고령 배우자를 돌보는 비율이 높아지고, 독거 상태인 요개호 고령자가 증가되고 있어 개호식품의 활용이 더욱 증가할 것으로 추정되고 있다.

나. 유럽, 미국의 고령자용 특수용도식품

일본을 제외한 다른 나라에서는 고령자를 위한 특별한 식품 범주가 구분되어 있지 않다. 다만, 나라별로 식품 섭취에 장애가 있는 사람들을 위한 특수영양·용도식품 등을 별도 범주에 두어 관리하는 경향이다.

유럽의 경우, 소화 과정이나 대사 과정에 문제가 있는 사람, 특수한 생리학적 상태에 있어 식품의 일부 성분의 섭취 관리를 실시하는 것에 의해

특별한 혜택을 입을 수 있는 사람을 위한 식품으로 영유아용 식품, 감량을 위한 칼로리 제한식에 이용되는 식품(다이어트식), 특수한 의료 목적을 위한 규정식(의료식), 극도로 근육을 사용할 때 소비한 에너지를 채우는 것을 목적으로 한 식품(스포츠식), 탄수화물 대사 장애(당뇨병)의 환자를 위한 식품이 구분되어 있다.

미국의 경우 의료용 식품 범주가 있으며 의사의 감독하에서 경구적 또는 경관적인 방법에 의해 섭취 또는 경장적으로 투여하는 것을 목적으로 조제된 식품(의료 서비스를 받고 있는 것이 조건)으로 인정된 과학적 원칙을 근거로 의학적 평가에 의해 확립된 특수한 영양을 필요로 하는 질병 또는 증상을 위한 특별한 식사 관리를 의도하고 있는 것(희소 질병약법에 의해)으로 정의하고 있다(김정선, 2014).

다. 영국 및 스웨덴의 배식 프로그램

영국에서는 노인을 대상으로 하는 배식 서비스가 매우 활성화되어 있다. 고령후기 독거노인들은 스스로 취사를 하는 데 어려움이 많다. 따라서 영국에서는 이러한 노인들을 대상으로 노인의 자력으로 하루에 1회씩 도시락을 배달하는 프로그램을 지역단위로 운영하고 있다. 노인들을 대상으로 배식 서비스를 하고 있는 가장 규모가 큰 비영리 민간단체는 왕립 여성자원봉사회(Women's Royal Voluntary Service)이다. 2008년 당시 전국 6만 8천 명의 자원봉사자들에 의해 연간 150만 식의 배식 서비스를 실시하였고, 이는 영국 전체 배식 서비스의 약 50%에 해당한다(박재간, 손화희, 2008).

스웨덴의 모든 시정에서는 반조리식품(Ready-Cook Meal)을 집으로 배달해 주는 서비스를 제공하고 있다. 2014년 기준으로 홈헬프서비스를

담당하는 직원들은 65세 이상 노인 221,600명을 대상으로 배달 서비스를 제공하였다. 그리고 스웨덴 시청의 절반가량은 특수주간돌봄센터를 통해 공동 식사(Communal Meals)를 제공하고 있고, 노인들을 그룹으로 묶어 이들이 스스로 요리할 수 있도록 지원하는 경우도 있다 (<https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden>).

3. 통합적 생활 지원 서비스

가. 일본의 생활 지원 사업

1) 가와사키시의 생활지원형 식사서비스

매일 식사하는 데 지장이 있는 와상 상태 등의 고령자에게 자택으로 배식을 실시하여, 식생활의 개선으로 건강 유지 등 안전의 확인을 도모하며, 고령자의 자립과 지역에서 계속 거주할 수 있도록 지원하는 것이다.

서비스 대상은 관내 자택에서 거주하는 65세 이상의 고령자로서 다음 중 하나에 해당하여야 한다. ① 개호보험법에 근거하는 요개호(요양 필요도) 인정의 결과가 요개호 1~5등급으로 인정된 자, ② 혼자 생활하는 고령자로서 간호자의 장기 입원으로 인한 부재 등의 원인으로 하루 중 독거 상태에 놓여 있어 식사서비스를 필요로 하는 자, ③ 누워서 지내거나 허약하고 치매가 있어 장보기, 조리 등이 어려워 서비스의 이용이 없으면 매일 식사에 지장이 있는 자, ④ 지속적인 방문간호의 이용을 포함한 재가 서비스 구분 지급 한도액까지 서비스를 이용하고 있는 자로 식사서비스를 필요로 하는 자 등이다.

서비스 내용은 영양 균형을 맞춘 점심 또는 저녁 식사를 대상자의 자택

에 정기적으로 배식하는 것과 동시에 사업자가 식사를 직접 대상자에게 전달함으로써 안전을 확인하는 것이다. 이용가능한 식사횟수는 주 2식~7식까지로, 1일 1식을 한도로 하고 있다. 이용자는 1식당 550엔(식재료비, 광열비 및 조리 인건비 상당액)을 부담하며 직접 사업자에게 지불한다.

사업 주체는 가와사키시지만, 사업의 운영에 관해서는 회사복지법인 등에 위탁할 수 있다. 사업자는 배식 시 이용자의 신체 상황 및 가족 상황 등의 변화, 서비스 내용의 변경, 중지 및 사업의 폐지에 관한 의향 등을 파악하고 '생활지원형 식사지원서비스 연락표'를 작성하여 담당 지원 센터에 송부하여야 한다.

2) 일본 우정국 고령자 생활지원사업

고령자 세대를 방문해 안부를 확인하고 장보기를 대신하는 등의 생활 지원 서비스 사업이다. 홋카이도(北海道), 미야기(宮城), 야마나시(山梨), 이시카와(石川), 오카야마(岡山), 나가사키(長崎)의 6개 도·현(道県, 일본 광역자치단체)의 일부 지역에 있는 총 103개 우체국에서 시험적으로 실시하였으며, 2015년 4월 전국적으로 확대하여 실시하고 있다. 전국 약 2만 4천 개에 이르는 우체국 네트워크를 활용하여 회원제로 운영되는 서비스로서 기본 요금은 매달 1,050엔이다.

우체국 직원이 기본 월 1회 회원 고령자의 자택을 방문하고 우체국에서 개최하는 식사 모임에 초대하는 등 생활 및 건강상태를 확인한 뒤, 타지에 거주하는 가족에게 관련 내용을 서면으로 보고한다. 고령자가 의료와 생활에 관한 고민을 24시간 언제든지 전화로 상담할 수 있는 서비스도 전문 사업자에게 위탁해 제공할 예정이다. 그리고 무거워서 옮기기가 어

려운 쌀과 물, 화장지 등을 월 1회 정기적으로 배달하는 장보기지원서비스뿐만 아니라, 일본 우편에서 위탁한 업자가 매일 전화로 이용자 안부를 확인하는 서비스도 실시할 예정이며, 이러한 서비스에는 추가 요금이 필요하다.

나. 영국의 홈 케어 서비스

홈 케어 서비스는 홈헬프서비스(Home Help Service)로 호칭되기도 하는데, 그 유형은 크게 가사원조 서비스와 신체수발 서비스로 분류할 수 있다. 가사원조 서비스의 유형으로는 식사준비지원, 청소와 세탁, 연금 등의 수취업무 대행, 장 보러 가는 일의 대행 등이 있고, 신체수발 서비스는 식사하는 과정에서의 도움, 의복을 갈아입을 때의 도움, 목욕 또는 배설할 때의 도움, 보행 시의 도움 등으로 세분화할 수 있다. 홈 케어 서비스의 주된 이용자로는 스스로 몸을 돌보기 힘든 고령후기 노인, 국가로부터 공적부조를 받는 노인, 사회적으로 낮은 계층의 노인들이다. 그러나 이들 중 많은 노인이 충분한 서비스를 받고 있지 못하다. 특히 도시 이외의 지역에 거주하는 경우는 서비스 수급 상태가 더욱 열악하다.

지방자치단체의 주관 또는 지도하에 이루어지고 있는 이러한 홈 케어 서비스는 초기에는 가사원조 서비스가 중심이었으나, 이후 수발 또는 간병을 필요로 하는 고령후기 노인이 증가함에 따라 신체적 보살핌을 요하는 노인 대상 수발간병 서비스에 중점을 두고 있다. 그리고 야근 근무 체제의 운영 또는 온콜(On Call) 방식에 의해 지자체가 직영으로 24시간 홈 케어를 실시하는 사례도 있고, 가사원조 서비스의 일부를 동네 청소원이나 구멍가게 주인에게 위탁하는 방식으로 해결하는 사례도 있다. 서비스를 받기 위해서는 소정의 비용을 부담해야 하는데, 비용 징수에 대한

재량권을 지방자치단체에 부여하고 있기 때문에 지역에 따라 균일 요금, 차등 요금, 무료 등의 방식이 정해진다.

한편, 커뮤니티 케어 관련법이 제정된 이후 민간 영리단체의 홈 케어 서비스 진출이 급격히 증가했다. 이 분야의 사업을 하고 있는 영리단체 중 많은 단체가 가정봉사원 프로그램을 운영하고 있고, 대부분 시간 단위 요금으로 이용자의 욕구를 충족하는 방식의 서비스를 제공하고 있다. 민간 영리단체 중에는 간호사 및 간병인을 가정으로 파견해서 전문적인 간병 서비스를 하는 업체도 있다.

다. 스웨덴의 자립생활 지원 서비스

건강상의 문제로 인해서 스스로 일상생활을 하기 어려운 고령후기 노인들을 대상으로 하는 프로그램에는 다음과 같은 것들이 있다. 가사 조력 또는 간병·간호 등을 위한 홈헬프서비스, 긴급한 상황이 발생했을 때 구원을 요청할 수 있는 긴급호출 시스템, 자신의 문제를 전화로 상담할 수 있도록 하는 전화상담 서비스, 신체적 장애가 있는 노인들이 자택에서 생활하기 편리하도록 주택의 구조를 일부 개조해 주는 주택개조 서비스, 장애 노인을 대상으로 하는 복지용구대여 서비스, 노인들의 안전을 도모하기 위한 야간순찰 서비스, 교통편의 서비스, 이·미용 서비스 등이다. 당사자 또는 가족이 기초자치단체인 마을의 복지사무소에 도움을 요청하면, 복지사무소의 관계자는 해당 노인이 살고 있는 가정을 방문하여 실태조사를 한 후 도움을 주어야 할 형편인지 여부를 판단한다. 도움이 필요하다는 판단이 내려지면 도움의 유형과 빈도 등을 결정하여 서비스가 시작된다. 그리고 당초에 합의되었던 서비스의 내용은 그 후 필요에 따라 수정해 나간다.

이 중 홈헬프 서비스는 일반 주택이나 서비스 하우스 등에서 생활하는 허약한 고령 노인을 대상으로 그들의 요청에 의해서 청소, 세탁, 조리, 입욕보조, 일용품구입 그리고 사회적 접촉 돕기, 말벗 서비스 등을 제공해주는 것으로 시설에 입소하지 않고 자택에서 자립생활을 할 수 있도록 도와주는 것이다. 서비스를 받기 위해서는 소정의 비용을 부담해야 하는데, 수입 정도에 따라 비용 부담의 비율도 달라진다.

한편, 노인이 일상생활의 필요에 대해 더 이상 스스로 대처하지 못한다면 시에서 후원하는 자택도움 서비스를 신청할 수 있다. 돌봄의 정도는 필요도에 따라 달라진다. 장애가 있는 노인의 경우 24시간 돌봄을 받을 수 있고, 많은 경우 이를 통해 삶의 마지막 순간까지 자택에서 지낼 수 있게 된다. 질병이 있는 경우에도 자택에서 건강보험 및 사회복지 혜택을 누릴 수 있다. 각 시마다 노인 돌봄에 대한 비율을 정할 수 있다. 돌봄 비용의 경우 수급하는 도움의 정도와 종류에 따라, 그리고 수급자의 임금에 따라 달라진다. 예를 들어 자택도움의 경우 주간 활동 및 그 외의 돌봄을 포함하며, 최대 금액은 2016년 기준 월 1,772 SEK이다. 각 시는 신체적 자극과 재활이 필요한 노인을 위한 주간 활동을 제공한다. 이런 활동의 우선 선정 대상자는 치매 환자와 정신질환자이며, 주간 활동은 이런 대상자들이 자택에서 생활할 수 있도록 돕는다. 아울러, 노인과 장애인은 택시 및 특수 맞춤형 차량을 이용할 수 있고, 일반 대중교통으로 이동이 불가능한 경우에 제공된다. 2014년에는 약 1,100만 명이 국내 이동 시 해당 서비스를 이용하였고, 이는 서비스 대상자의 약 35%에 해당한다 (<https://sweden.se/society/elderly-care-in-sweden>).

4. 재택의료 서비스

가. 일본의 재택의료 서비스

1) 재택의료 서비스

일본의 75세 이상 고령자는 2012년 1,511만 명에서 2025년 2,179만 명까지 증가할 것으로 예측되고 있으며, 특히 수도권을 비롯한 도시지역에서 후기 고령자 인구가 급속히 증가할 것으로 예측되고 있다. 많은 노인들이 자택 등 친숙한 환경에서 요양하길 바라고 있기 때문에 가능한 한 자신이 거주하고 있는 지역에서 안심하고 인간다운 삶을 실현할 수 있는 사회를 목표로 정책이 추진되고 있다. 따라서 이러한 목표 달성을 위해서는 개호, 의료, 주거, 생활 지원, 예방이 일체적으로 제공되는 지역포괄케어시스템을 구축하는 것이 중요하다.

의료와 개호의 두 가지를 병행할 필요성을 가진 고령자를 지역에서 지원하기 위해서는 자택 등에서 제공되는 방문 진료 등의 의료 형태가 지역포괄케어 시스템의 필수적 구성요소가 되어야 한다. 이 시스템이 제대로 작동되기 위해서는 각 지역 주치의들의 의료권 행사가 충분히 발휘되는 것이 중요하므로, 많은 의사들이 참여할 수 있도록 지역사회 등과 공조체제를 갖추는 것이 필요하다. 아울러, 기존의 재택의료 제휴 거점사업의 주체를 비롯해, 각 지역에서 이전부터 재택의료에 종사하고 있는 의료기관의 경험도 중요하며, 이러한 의료기관 등의 협력을 얻을 수 있는 체제를 고려해야 한다.

재택의료 서비스는 의사뿐만 아니라 치과의사, 약사, 간호사, 재활 관련 종사자 등 많은 직종에서 제공된다. 여기에 개호관계 직종을 추가한다. 직종에 의한 진정한 종합관리 협력연계시스템을 갖추는 것이 필요하다.

고, 지자체는 이러한 시스템의 거점으로서 적극적인 역할을 수행해야 한다. 또한, 정부에서는 사회보장제도 개혁, 국민회의 보고서 등을 통해 재택의료·개호의 연계가 개호보험법의 지역 지원 사업에 들어갈 수 있도록 제도 개혁의 검토가 진행되고 있다.

재택의료 서비스는 지자체의 상황에 따라 다르게 전개된다. 지자체의 인구 상황, 지형, 의료·개호 자원 등 서비스 환경이 균일하지 않기 때문에 취할 수 있는 정책이 달라질 수밖에 없다. 지자체는 각종 교육, 선행 지자체 시찰 등을 통해 다양한 사례를 경험한 후, 이를 지역포괄케어시스템에 효과적으로 접목해야 한다.

한편, 재택의료 서비스의 원활한 추진을 위해, 재택의료에 관한 중심적인 역할을 하는 지역 의사회 등의 의사 단체와 협동 관계를 확립하는 것이 중요하다. 우선, 다른 직능 단체와의 조정에 앞서 군·구 의사회에서 해당 지역의 재택의료 추진을 담당하는 임원에게 정책을 충분히 설명한 뒤, 활동 참여와 진행 방식을 조정한다. 또한, 정기적인 회의 개최 등을 통해 지역 의사회와 지자체 현황 및 과제를 공유하고 정기적으로 상담할 수 있는 관계를 구축하는 것이 바람직하다.

지역포괄지원센터는 개호보험법상 지역포괄케어의 중심 기관이며, 전문직이 배치되어 있기 때문에 의료와의 연계 강화에도 실무적인 역할을 담당할 것으로 기대하고 있다. 그러나 지역포괄지원센터가 질적, 양적으로도 많은 도전에 직면하고 있어, 시정촌에서 위탁 또는 직할, 직종의 배치상황, 역할분담, 연계방식 등에 대해서는 지역별로 검토할 필요가 있다.

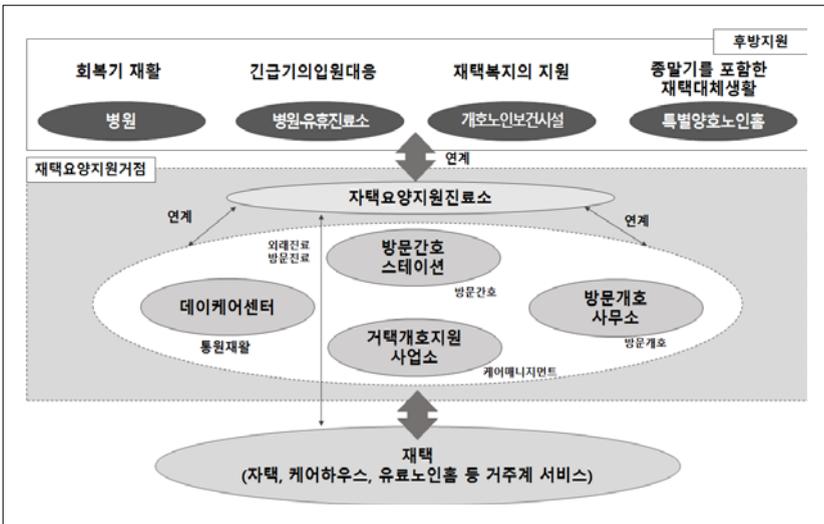
2) 재택의료를 위한 재택요양지원거점의 정비

의료를 포함한 여러 가지 욕구를 가지고 있는 고령자가 지역에서 요양을 계속하기 위해서는 필요에 따라 관계된 다직종과 제휴하는 재택 주치

의의 존재가 매우 중요하다. 재택 주치의는 환자의 재택요양에 대한 주된 책임을 맡고 필요에 따라서 다른 의료기관, 방문간호국, 약국 등과의 제휴를 도모한다. 24시간 체제로 왕진이나 방문간호가 가능한 체제의 진료소인 재택요양지원진료소가 신설되어 2007년 7월 기준으로 10,477개가 활동하고 있다.

[그림 5-1]은 재택요양지원진료소를 중심으로 한 재택요양지원거점의 이미지를 나타낸다. 여기서 주택의 범위는 자택뿐만 아니라 거주 계열 시설 등도 포함한 다양한 거주지를 의미한다.

[그림 5-1] 재택요양 지원 거점 체계



출처: 2007년 후생노동백서. p.121.

나. 영국의 가정간호 서비스

가정간호 서비스(Home Nursing Service)는 병원에 입원해야 할 정도는 아니지만 간호를 받을 필요성이 있는 노인의 경우, 일반의가 지역

보건당국에 청구하면 가정간호사가 해당 노인이 거주하는 가정으로 파견되어 일반의의 처방에 따라 주사를 놓거나 투약 또는 상처치료 등과 같은 의료 조치와 간호를 하는 것이다. 이때 간호사는 환자 가족에게 간병에 도움이 되는 조언도 하게 된다. 노인 환자의 상태가 위독하기는 하지만 자택에서 임종을 원하는 노인을 간호하는 것도 가정간호사의 역할이다. 이 외에도 노인을 간호하는 데 필요한 여러 가지 의료 기구를 지역 의료 기관에서 대여받는 일, 자원봉사단체에 의뢰해서 자원봉사자를 알선하는 일, 순회보건서비스, 가사보조서비스, 야간간병서비스 등도 가정간호사의 역할이다.

순회보건서비스는 해당 지역에 거주하는 노인들을 대상으로 그들의 가정을 방문하여 일상생활에 필요한 건강과 보전에 관한 교육을 실시하여 건강을 증진·유지하는 일을 한다. 예를 들면, 가정에서의 사고 예방, 체중 조절, 개인의 건강 문제 등에 대하여 상담과 조언을 한다.

가사보조서비스는 노인들이 수용시설에 입원하는 것을 예방하고 되도록이면 그들이 자신의 주택에서 독립적으로 생활하도록 하기 위한 대응책으로 유효한 기능을 수행하고 있다. 이 제도의 장점은 시설보호에 소요되는 막대한 경비가 절약되며, 노인들에게는 자신이 오랜 세월을 걸쳐 살아 온 집에 계속 머물러 있을 수 있다는 점이다.

야간간병서비스는 재가 노인 중 병세가 중하거나 계속해서 돌보아야 할 노인들을 밤중에 자택으로 찾아가 돌보거나, 노인 간병에 지친 가족구성원이나 친지의 긴장과 피로를 풀어 주고 휴식을 취할 수 있도록 도와주기 위한 서비스다. 재가 노인에 대한 야간간병서비스를 해야 할 것인지의 여부는 지역보건서비스 당국이 가정의와 사회복지사 등과 협의하여 결정한다(박재간, 손화희, 2008).

제3절 생애마무리 지원(Well-Dying) 정책

1. 완화의료·호스피스

가. 일본의 임종기 의료의 결정 과정

임종기 의료 및 돌봄에는 4가지 기본 원칙이 있다. 첫째, 의사 등 의료 종사자로부터 적절한 정보의 제공과 설명이 이루어지고 이를 기초로 환자가 의료 종사자와 대화를 하며, 환자 본인에 의한 결정을 기본으로 임종기 의료를 추진하는 것이 가장 중요한 원칙이다. 둘째, 임종기 의료에 대한 의료 행위의 개시·비개시, 의료 내용의 변경, 의료 행위의 중지 등은 다전문직종의 의료 종사자로 구성된 의료·돌봄팀에 의해 의학적 타당성과 적절성을 바탕으로 신중히 판단해야 한다. 셋째, 의료·돌봄팀에 의해 가능한 한 통증이나 다른 불편한 증상을 충분히 완화하고 환자와 그 가족의 정신적·사회적 지원을 포함한 종합적인 의료 및 돌봄을 하는 것이 필요하다. 넷째, 생명을 단축시킬 의도의 적극적 안락사는 대상으로 하지 않는다.

임종기 의료 및 돌봄의 방침과 결정 절차는 다음과 같다.

먼저, 환자의 의사 확인이 가능한 경우, ① 전문적인 의학적 검토를 바탕으로 사전 동의(Informed Consent)에 근거한 환자의 의사결정을 기본으로 하며, 다전문직종의 의료 종사자로 구성된 의료·돌봄팀으로써 행한다. ② 치료 방침의 결정 시, 환자와 의료 종사자가 충분한 대화를 하고, 환자가 의사 결정을 하여 그 합의 내용을 문서화한다. 이 경우, 시간의 경과, 병세의 변화, 의학적 평가의 변경에 따라, 또한 환자의 의사가 번복될 가능성에 유의하여 그때마다 설명하며 환자의 의사를 재확인하는 것이

필요하다. ③ 이 과정에서 환자가 거절하지 않는 한, 결정 내용을 가족에게도 알리는 것이 바람직하다.

다음으로 환자의 의사를 확인할 수 없는 경우에는 다음과 같은 절차에 따라 의료·돌봄팀에서 신중한 판단을 할 필요가 있다. ① 가족이 환자의 의사를 추정할 수 있는 경우에는 그 추정 의사를 존중하고 환자에게 최선의 치료 방침을 취하는 것을 기본으로 한다. ② 가족이 환자의 의사를 추정할 수 없는 경우에는 환자에게 최선인지에 대해 가족과 충분히 논의하고 환자에게 최선의 치료 방침을 취하는 것을 기본으로 한다. ③ 가족이 없는 경우 및 가족이 판단을 의료·돌봄팀에 맡기는 경우에는 환자에게 최선의 치료 방침을 취하는 것을 기본으로 한다.

위의 2가지 경우에서의 치료 방침의 결정 시 다음의 경우에는 별도로 전문가 위원회를 설치하고 치료 방침 등에 대해 검토 및 조언을 받을 필요가 있다. ① 의료·돌봄팀에서 병세 등에 의해 의료 내용의 결정이 곤란한 경우, ② 환자와 의료 종사자와의 대화에서 타당·적절한 의료 내용의 합의를 얻을 수 없는 경우, ③ 가족의 의견이 결정되지 않은 경우나 의료 종사자와의 대화에서 타당·적절한 의료 내용의 합의를 얻을 수 없는 경우 등이다.

나. 영국 국민의료보험(NHS)의 생애말기 돌봄시스템

생애마지막 돌봄은 수개월 내지 1년 정도의 삶이 남은 노인 등을 위한 지원 프로그램이며, 죽을 때까지 최대한 잘 살다가 품위 있게 죽을 수 있도록 도와준다.

돌봄 서비스 제공자는 보건 및 사회복지 전문가들이며, 이는 임종기 환자의 필요도에 따라 다르다. 예를 들어, 병원 의사와 간호사, 지역 보건

의, 지역 간호사, 호스피스 스태프와 상담가가 서비스 제공자가 될 수 있으며, 사회복지사, 목사, 물리치료사, 직업치료사 및 보완치료사들 또한 서비스 제공자가 될 수 있다. 그리고 만일 집이나 돌봄기관에서 돌봄을 받고 있다면, 지역 보건의가 돌봄에 대해서 전반적인 책임을 갖고 있으며, 지역 간호사들이 자택을 방문하고, 환자 가족과 친구들 또한 돌봄 서비스 제공자가 될 수 있다.

생애마지막 돌봄은 완화의료를 포함한다. 만일 치료될 수 없는 질병을 앓고 있다면, 완화의료를 통해 환자를 최대한 편안하게 해주며, 이는 환자의 고통과 기타 고통을 주는 증상을 관리함으로써 제공된다. 또한, 심리적, 사회적, 그리고 정신적 지원을 환자, 가족, 그리고 간병인에게 제공한다. 완화의료는 삶의 마지막에만 제공하는 것이 아니다. 다른 치료를 받고 있는 도중에도, 그리고 질병의 초기 단계에도 완화의료를 받을 수 있다. 완화의료는 지역 보건의나 지역 간호사 등 의료인들에 의해 제공되는 것이 일반적이지만, 특수한 경우 다른 전문가들을 통해서도 제공될 수 있다. 즉, 필요에 따라 완화의료 교육을 받은 상담가, 전문적인 완화의료 간호사, 혹은 전문적인 작업 치료사 및 물리치료사 등으로부터도 서비스를 받을 수 있다. 완화의료팀은 서로 다른 의료인들로 이루어져 있으며, 치료할 수 없는 질병을 가진 사람들의 돌봄을 위해 팀을 편성한다. 전문가로서 이들은 완화의료를 제공하는 다른 전문가들에게 조언을 할 수도 있다. 완화의료는 NHS, 지역의회, 혹은 자선단체로부터 제공될 수 있다.

돌봄 서비스를 받는 사람들은 비록 정확한 시기는 예상할 수는 없지만 12개월 이내에 죽을 것으로 예상되는 사람들이다. 이는 죽음이 임박한 사람이거나 다음의 사람들을 포함한다. ① 암, 치매, 혹은 운동신경세포질 환과 같은 증증의 치료 불가능한 질병을 갖고 있거나, ② 12개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 여러 개의 증상을 갖고 있거나 노쇠하였거나, ③

그들의 상태에서 급작스러운 고비로부터 죽을 가능성이 있을 경우이거나, ④ 사고나 심장 마비와 같은 갑작스러운 상태 변화로 인한 급성의 생명 위협 조건을 갖고 있을 경우이다.

돌봄에 있어서는 5가지 우선순위가 있다. ① 정기적으로 의사를 볼 수 있어야 하며, 만일 죽음이 임박한다면, 이를 환자와 주변 사람들에게 설명을 해야 한다. ② 돌봄에 관련된 스태프들은 환자와 그 주변인에게 진실한 내용으로 세심하게 이야기해야 한다. ③ 환자와 그 주변인들은 환자가 어떤 치료를 받아야 하는지에 대한 결정에 관여할 수 있어야 한다. ④ 환자의 가족과 다른 사람의 필요는 최대한 반영되어야 한다. ⑤ 돌봄에 대한 개별적인 계획은 환자에게 동의를 구해야 한다.

돌봄 장소는 돌봄기관(요양시설), 병원을 제외하고,¹⁶⁾ 자택, 호스피스 시설 등의 장소에서 제공된다. 자택에서 돌봄을 받는 경우 집 밖으로 나올 필요가 없다, 필요시 주야간 상관없이 제공될 수 있고, 자택에서 간호나 호스피스 돌봄을 받을 수 있다. 다만, 지역 상황에 따라 서비스 제공이 가능할 수도 있고 그렇지 않을 수도 있으며 가능 여부는 지역 보건외에게 확인한다. 지역 보건외는 지역 간호사들로 하여금 자택에 방문하게 하여 간호를 제공할 수 있다. 또한, 지역 완화의료 간호사들이 자택을 방문하여 필요한 경우 직접 의료 서비스를 제공하거나 고통 및 증상 완화를 위한 조언, 실용적이고 감정적인 지원 제공 등의 전문치료를 할 수 있다. 그리고 만일 다른 사람들의 전문성이 필요할 경우 다른 전문가들 또한 치료에 개입될 수도 있고, 지역당국의 사회복지부서를 통해 필요한 서비스 및 장비를 제공받을 수 있다. 한편, 집에서 계속 살고 싶지만, 필요한 치료를

16) 돌봄기관에서의 돌봄은 훈련받은 스태프들이 밤낮 상관없이 돌볼 수 있다. 가족들이 집에서 제공할 수 있는 것과 동일한 종류의 돌봄을 제공하며, 이에겐 목욕과 옷 입는 것을 돕는 것과 음식 제공이 있다. 한편, 대부분의 병원은 병원 의사와 간호사, 그리고 기타 건강 및 사회복지 전문가들로 구성된 완화치료팀을 갖고 있다.

받기 위해서 호스피스를 방문할 수도 있다. 주 1~2회 호스피스를 방문하는 것은 집에 있는 것보다 더 많은 치료를 받을 수 있기 때문이며, 이는 치료와 재활 훈련을 포함한다. 또한, 호스피스 서비스를 받고 있는 다른 사람들을 만날 수 있으며, 필요시 차량도 제공받을 수 있다.

호스피스에서의 돌봄은 의사, 간호사, 사회복지사, 상담가, 그리고 훈련받은 자원봉사자들로 이루어진 팀에 의해서 제공된다. 호스피스 돌봄의 목표는 불치병을 가진 사람의 삶을 향상시키는 것이다. 호스피스는 질병이 말기로 진단된 순간부터 그들의 삶의 마지막까지 돌봄을 제공한다. 이는 호스피스 돌봄이 지속적이어야 한다는 것을 의미하지는 않으며 가끔씩 필요시에 이용할 수도 있다. 호스피스 돌봄은 존엄성, 존경, 그리고 아픈 사람들이 원하는 욕구에 높은 가치를 부여하며, 그들이 필요로 하는 것에 목적을 둔다. 호스피스 돌봄은 의료적, 감정적, 사회적, 실용적, 심리적 그리고 정신적 돌봄을 제공하며, 환자의 가족 및 간병인에 대한 돌봄도 제공한다. 이러한 모든 요소를 고려하는 것은 전체적 돌봄이라 하며 돌봄은 환자와 그 주변 사람에게도 제공되며, 특히 환자가 사망한 이후의 기간에도 이들을 돌보게 된다.

대부분의 호스피스 돌봄은 집에서 제공이 되지만, 돌봄기관과 호스피스의 입원 환자, 혹은 호스피스 내원 환자로서 받을 수 있다. 호스피스 돌봄은 돌봄의 한 방식으로, 특정한 건물에서 일어나는 돌봄을 의미하지 않는다. 호스피스는 병원보다는 집에 있는 느낌을 주고자 한다. 이들은 삶의 마지막에 다가가고 있는 개인에게 개별적인 돌봄을 제공하며, 이는 병원보다는 좀 더 안정적인 분위기에서 제공된다. 호스피스는 의료 및 간호 돌봄을 제공하며, 고통 및 다른 증상의 완화를 포함한다. 여기에 덧붙여 필요한 경우 물리치료, 작업요법, 마사지와 같은 보완치료, 재활, 임시 간호(간병인에게 잠시 휴식을 제공하는 것), 재정 및 기타 실용적인 문

제에 대한 정보 제공, 사후 돌봄, 정신적 및 심리적 도움 등도 제공할 수 있다.

호스피스 완화의료팀은 임종기가 아닌 질병 초기에도 고통이나 호흡곤란과 같은 증상을 조절할 수 있도록 도울 수 있으며, 이는 치료 후 귀가하기 전 호스피스에 며칠간 머물면서 받을 수도 있다. 그리고 가족이나 간병인들이 잠시 휴식을 할 수 있도록 잠시 동안 호스피스에 들어갈 수도 있다. 이는 임시간호라고 불린다. 호스피스 돌봄은 무료이며, 국민의료보험(NHS) 기금과 기부금에 의존한다.

2. 고독사 예방 대책

가. 일본의 사회적 고립 방지 대책

1) 배경

고령자의 사회적 고립 방지 대책이 등장하게 된 배경에는 고령화 사회의 진전에 따른 고령 단독세대 및 고령 부부세대의 증가, 개호보험서비스의 이용자 수 및 생활보호 수급자 수의 증가 등으로 요약된다. 2011년 기준 65세 이상 고령자 세대는 1,942만 세대로 전체 세대(4,668만 세대) 중 차지하는 비율이 41.6%이며, 이 중 고령자 단독세대 수는 1988년 272만 세대에서 2011년에는 470만 세대로 증가하였고, 고령 부부세대 수도 271만 세대에서 460만 세대로 증가하였다. 그리고 고령사회의 진전과 함께 사회복지 서비스를 이용하는 고령자도 매년 증가하였고, 생활보호 수급 중인 고령자 세대도 전체 수급 세대 중 42.5%를 차지하고 있다. 사후 상당 기간 경과 후에 발견되는 고독사가 발생하고 있으며, 이 중에는

건강상태나 경제상태에 문제가 있음에도 불구하고 필요로 하는 서비스를 받지 못한 채, 사회적으로 고립된 끝에 병사, 아사에 이르는 경우가 빈번하다. 고독사는 인간의 존엄성을 훼손하는 것일 뿐 아니라, 또한 사망자의 친족, 이웃 주민이나 집주인 등에게도 심리적인 충격과 경제적 부담을 주는 것으로서 이러한 고독사를 야기하는 사회적 고립상태를 중요한 문제로 인식하고 이를 해소하는 데 노력을 기울일 필요성이 부각되었다.

사회적으로 고립되기 쉬운 고령자 특징으로는 단독세대인 자, 경제적인 어려움이 있는 자, 건강상태가 좋지 않은 자 등이 있다. 이런 배경에는 고령자 단독세대 및 고령 부부세대의 증가와 같은 세대 구성의 변화나 고용 노동자화의 진행, 생활 편리성의 향상 등이 관계하는 것으로 나타났으며, 이러한 경제 및 사회의 변화에 의해 사회적 고립의 위험은 높아졌다 고 볼 수 있다. 한편, 고령자의 지역사회 참가에 관한 의식 조사(2008년, 내각부)의 결과에 따르면, 고령자의 사회적 고립이 초래하는 문제로서 삶의 보람의 저하, 고독사의 증가, 소비자 계약 문제 발생 등으로 나타났다.

2) 사회적 고립 방지 대책

일본은 고령자의 사회적 고립 방지를 위해 국고보조 사업으로 다양한 대책을 마련하고 있다. 첫째, 후생노동성에서 주관하는 안심생활창조사업이 있다. 지역에서 고립될 가능성이 있어 보살핌, 장보기 지원 등 정기적인 기반 지원이 필요한 자를 대상으로 3원칙에 근거하여 실시하는 사업에 대하여 국가에서 그 비용의 일부를 보조한다. 여기에서 3원칙이란 ① 기반 지원을 필요로 하는 자의 욕구를 파악한다, ② 기반 지원을 필요로 하는 사람이 빠짐없이 지원되도록 하는 체제를 만든다, ③ 이것을 뒷받침할 안정적인 지역의 자주 재원 확보에 착수한다 등이다. 둘째, 24시간

대응 정기 순회 및 수시 대응 서비스 사업이 있다. 24시간 대응의 정기 순회 및 수시 대응 서비스사업은 2014년 개호보험제도의 정기 순회, 수시 대응형 방문 개호·간호의 도입으로 종료되었다.¹⁷⁾ 셋째, 후생노동성에서 주관하는 일상생활 자립 지원 사업이 있다. 치매 노인 등 판단 능력이 불충분한 자에 대하여 이용자와의 계약에 의해 복지 서비스 이용지원을 하는 사업이며, 국가에서 그 비용 일부를 보조한다. 지원의 내용은 일상생활상의 소비 계약 및 주민 표의 신고 등의 행정 수속에 관한 지원이며 구체적으로는 예금 입출금, 예금 해약 등 일상적 금전 관리와 생활 변화의 감지를 위해 정기적인 방문을 하는 것 등이다. 넷째, 총무성에서 추진하는 아이시티(ICT: Information & Communication Technology) 활기찬 고향 사업이 있다. 의료, 개호·복지, 방재, 방법 등 공공 분야에서 각 지역의 창의 연구에 근거하여 아이시티(ICT) 인재를 육성·활용하여 지역 고용을 창출·확대하는 것과 동시에, 지역의 공공 서비스의 충실을 도모하는 사업이다. 해당 사업으로 관계자간 고령자 정보의 공유, 고령자의 위치 정보의 상시 파악 등 고령자 보살핌이 가능하다. 다섯째, 경제산업성에서 주관하는 지역상업활성화보조사업이 있다. 유통 사업자나 지방공공단체 등 지역의 다양한 주체가 연계하여 실시하며, 식료품 등 일상생활용품 구매의 어려움을 겪는 쇼핑 약자 등의 편리성을 높이는 것을 목적으로 한 사업으로 국가에서 그 비용의 일부를 보조하는 것이다. 국민의 다양한 주체가 협동하여, 고령자 복지, 방법·방재 대책, 거주환경 정비 등의 지역 주민의 생활을 지원함으로써 지역 활력을 유지하는 기능을 한다.

17) 이미 종료된 사업이긴 하지만, 사회적 고립 방지를 위한 일본 정부의 노력을 참고하기 위해 포함하였다.

나. 영국의 노노(老老) 사회 에이전트

2010년 11월 23일, 영국 연금부 장관은 정부가 £100만 기금을 통해서 장기적 고독 및 사회적 고립의 위험에 처한 노인들을 돕기 위해 60세 이상 노인을 활용하는 정책을 발표하였다. 정책목표는 참여 노인들로 하여금 활동적이고, 독립적이며, 은퇴 이후 사회에 긍정적으로 참여하도록 돕는 것이다. 정부는 30개 비영리 지역사회조직을 통해 '60세에도 활동적인 사회 에이전트'의 자원봉사자를 모집하였으며, 대략 2,800명의 사회 에이전트가 양성되었다. 이들에게는 새로운 것을 시도하는 데 첫걸음을 떼는 방법, 좀 더 활동적이고 사회에 기여하는 방법에 대한 이해, 도움이 필요한 노인들에 대한 사회적 연락처 제공 등을 통해 당사자 스스로 사회적 고립에서 탈피하고, 사회적 고립의 위험에 놓여 있는 노인들을 돕도록 하고 있다(<https://www.gov.uk>).

3. 죽음 준비죽음 교육

가. 일본의 리빙 윌(Living Will) 및 엔딩 노트(Ending Note)

1) 존엄한 죽음을 위한 선언서

일본에서는 리빙 윌(Living Will)이란 사고방식이 널리 보급되어 있다. 리빙 윌이란 일본의 '존엄한 죽음을 실천하는 모임'이 제창하는 '인간의 존엄성을 유지하면서 죽을 권리'에 공감하여 입회하는 사람들의 선언문이다. 일본에서 존엄한 죽음을 실천하는 활동은 다음과 같은 선언서에 서명하고, 의료기관에서 치료받는 경우 이 선언서를 제시하는 방식으로 실

행되고 있다. 다른 국제단체에서도 사용하는 선언문의 내용도 이와 유사하다(알폰스 데켄, 2002).

존엄한 죽음을 위한 선언서

저는 제가 병에 걸려 치료가 불가능하고 죽음이 임박한 경우를 대비하여 저의 가족, 친척, 저의 치료를 맡고 있는 분들께 다음과 같은 저의 희망을 밝혀 두고자 합니다. 이 선언서는 저의 정신이 아직 온전한 상태에 있을 때 적어 놓은 것입니다. 따라서 저의 정신이 온전할 때는 이 선언서를 저 자신이 파기할 수도 있지만, 철회하겠다는 문서를 재차 작성하지 않는 한 유효합니다.

- 저의 병이 현대 의학으로 치료할 수 없고 곧 죽음이 임박하리라는 진단을 받은 경우, 죽는 시간을 뒤로 미루기 위한 연명 조치는 일체 거부합니다.
- 다만, 그런 경우 저의 고통을 완화하기 위한 조치는 최대한 취해주시기 바랍니다. 이로 인해 예를 들어 마약 등의 부작용으로 죽음을 일찍 맞는다 해도 상관없습니다.
- 제가 몇 개월 이상 이른바 식물인간 상태에 빠졌을 때는 생명 유지를 위한 연명 조치를 중단해 주시기 바랍니다.

이와 같은 저의 선언서를 통해 제가 바라는 사항을 충실하게 실행해 주신 분들께 깊은 감사를 드립니다. 아울러 저의 요청에 따라 진행되는 모든 행위의 책임은 저 자신에게 있음을 분명히 밝히고자 합니다.

2) 미야자키시의 ‘엔딩 노트(Ending Note)’

미야자키시는 2014년 3월부터 ‘내 마음을 전하는 노트’를 고령자들에게 나눠 주고 있으며, 이는 일본 노년층에서 유행하는 엔딩 노트(Ending Note)의 하나이다. 엔딩 노트는 고령자가 혼수상태에 빠지거나 사망했을 때를 대비하여 미리 작성하는 문서로서 보통 가족에게 전하는 말, 주치의와 가족 연락처, 장례 절차 등을 기록한다. 미야자키시가 보급하고 있는 것은 일반 엔딩 노트와 달리, 연명치료 여부에 초점을 맞췄다. 이 노트는 작성자가 의식이 없어 판단이 불가능하고 회복 가능성이 없을 때를 대비하여 의사에게 치료 범위를 제시하는 것으로 시작한다. 작성자는 인공호흡기, 심장마사지 등 최대한 치료를 희망, 인공호흡은 희망하지 않지만 위에 인공 장치를 달아 영양을 공급하는 위루술을 통한 영양 공급 희망, 수분 공급만 희망 등을 선택할 수 있도록 하였다. 아울러, 의사로부터 병명과 여명을 통보받을지 여부, 혼수상태에 빠졌을 때 대신 판단을 내릴 가족 연락처도 기재하도록 구성하고 있다.

미야자키시가 엔딩 노트를 만든 것은 2013년 7월 실시한 설문 조사가 계기가 됐다. 200명을 대상으로 한 조사에서 응답자 70%가 ‘자택에서 죽음을 맞고 싶다’고 답했다. 갑자기 혼수상태에 빠져 병원에서 연명치료를 받으면서 생의 마지막을 보내고 싶지 않다는 고령자가 의외로 많다는 점에 착안하여 미야자키시는 의사, 간호사, 호스피스 전문가와 협의해 엔딩 노트를 만들었다고 한다(조선일보, 2014. 11. 5.).

미야자키 시의 '내 마음을 전하는 노트'

1. 회복 가능성이 없어 보일 때의 조치 사항
 - 인공호흡기, 심장마사지 등 생명 유지를 위한 최대한의 치료를 희망한다.
 - 인공호흡은 희망하지 않지만, 위루술(위에 구멍을 뚫어 영양분 공급) 등을 통한 지속적 영양 공급을 희망한다.
 - 영양 공급을 희망하지 않지만, 수분 공급은 희망한다.
 - 수분 공급도 희망하지 않는다.
 - 연명치료를 희망하지 않지만, 고통을 덜어 주는 치료는 희망한다.
2. 가족들에게 전하는 말
3. 가족의 서명
4. 병명과 얼마나 더 살 수 있을지를 의사로부터 설명을 들을지 여부
5. 혼수상태 시에 자신을 대신해 판단을 내릴 친지의 긴급 연락처

나. 미국, 독일의 죽음 교육

미국에서는 많은 주(州)의 초·중고에서 죽음 교육을 다양한 교과목 안에 포함시켜 가르치고 있다. 보건교육의 일부로 가르치기도 하고, 죽음을 문학의 교재로 취급하기도 하며, 사회과목 수업 중 다양한 각도로 죽음에 대해 인식할 수 있도록 하는 학교도 있다.

독일의 경우에는 주로 종교 수업 시간에 다루어져 왔다. 종교 수업은 죽음이란 주제를 종교의 관점에만 한정하지 않고 철학, 의학, 심리학, 문학, 종교학 등 다양한 측면에서 학제적으로 가르치고 있다. 독일에서는

이러한 종교 수업이 초등학교부터 고등학교까지 일관되게 시행되고 있으므로 학생의 성장과정에 맞게 다각도로 죽음이란 주제를 취급할 수 있는 기회와 시간이 충분히 부여된다.

독일의 중학생용 교과서의 『죽음과 죽어가는 과정(Sterben und To d)』은 교과서 시리즈 중 아홉 번째 책인데, 이 책에서는 주로 가치관의 측면에서 죽음을 다루고 있다. 여기에서 다루고 있는 5가지 주제와 그 내용을 간단히 소개하면 다음과 같다(알폰스 데켄, 2002).

① 죽음과 장례식: 세계 각국의 사람을 매장하는 자료와 사진이 풍부하게 실려 있다. 또 장례식의 의미, 장례에 관한 관습의 다양한 내용, 신문에 실린 부고의 사례, 장례식을 위한 구체적인 제안 등에 대해 학생들이 자유롭게 생각하도록 유도한다.

② 청소년의 자살: 청소년 자살의 구체적인 사례를 거론하면서, 그 원인과 동기에 대해 설명한다. 이어서 자살을 예방하는 방법을 자세히 소개한다.

③ 인간답게 죽는 방법-윤리적인 문제: 몇 가지 사례에 기초하여 생명을 인위적으로 영위하는 문제, 적극적·소극적 안락사 문제가 다루어지고 있다. 여기서는 단순히 육체적으로 생명 연장을 도모하는 일과 같이 좁은 시점이 아니라, 죽어가는 사람이 마지막 시간을 어떻게 하면 인간답게 보낼 수 있을까, 이를 위해 우리는 어떤 도움을 줄 수 있을까라는 식으로 폭넓은 영역에서 다루어지고 있다.

④ 생명에 대한 위협-죽음과의 대결: 처음에는 생명의 자연스러운 종말인 피할 수 없는 죽음과, 좀 더 주의하고 노력함으로써 피할 수 있는 죽음을 구별하여 설명한다. 인위적으로 생명을 위협하는 것으로는 전쟁, 원전 사고, 발암물질 노출, 교통사고, 마약 등이 거론된다. 각각에 관련된 자세한 통계자료와 많은 사진이 수록되어 있다.

⑤ 죽음의 해석: 동서고금의 철학과 종교가 죽음의 의미와 해석, 사후 생명의 가능성을 어떻게 이해해야 하는지에 대해 다루고 있다. 유태교, 이슬람교, 마르크시즘 등의 생사관도 소개된다.

4. 가족간병인에 대한 지원

가. 영국의 가족간병인 지원

영국은 호스피스와 완화의료 서비스에 부가적으로 자택간호 안내, 홍보 및 가족의료 지원, 재정적 지원 등 가족, 간병인에 대한 지원을 동시에 실시하고 있다.

호스피스와 완화의료 서비스는 환자의 배우자, 친지, 혹은 환자가 집에서 돌봄을 받을 수 있도록 돕는 모든 사람에게 지원을 제공할 수 있으며, 이러한 지원은 사회 지원 그룹이나 개별적 조언을 통해서 지원될 수 있다. 모든 사람들이 가족이나 친구를 개인적으로 돌보는 것이 쉽고 편한 것은 아니다. 따라서 Marie Curies는 기본적인 돌봄에 있어서 ‘어떻게’ 하는지에 대해서 안내를 해 주고 있으며, 이는 목욕을 돕거나, 약을 먹도록 돕거나, 일어서거나 걷는 것을 포함한다. Macmillan Cancer Support의 『말기암을 가진 사람을 돌보는 것』 책자는 집에서 효과적으로 증상을 관리할 수 있는 정보를 포함하고 있다.

영국 국립보건임상연구원(NICE)은 2015년 12월 임종기 환자들을 위한 새로운 안내서를 제공하였다. 안내서는 죽어가는 사람, 그들의 가족 및 간병인들에게 존경과 위엄을 갖고 일반적인 증상을 어떻게 관리할 수 있는지를 다룬다.

생애말기에 있는 가족을 위해 일을 잠시 쉬어야 한다면, 생계 문제가

매우 큰 부담으로 다가올 수 있으며, 이때 재정적 지원을 받을 수 있는 길이 있다. 병원이나 지역의 사회복지사를 통해 지원금에 대한 조언을 받을 수 있고, Marie Curie, Sue Ryder 혹은 지역 호스피스와 같이 무료로 서비스를 제공하는 다수의 자선 단체를 통해 조언, 상담, 혹은 실용적인 도움을 제공받을 수 있다. 더불어 Macmillian 지원금이나 Turn2us 지원금 검색을 통해서 자선 단체로부터의 지원금을 요청할 수도 있다.

나. 스웨덴의 가족 지원

스웨덴은 1990년대에 접어들면서부터 가족이 노인 돌봄의 귀중한 자원이라는 것을 인식하기 시작했다. 가족에 의한 돌봄은 시설 입소를 지연시키며, 비공식적 보호를 통하여 공적 자원을 줄일 수 있다는 인식이 커졌다. 그래서 이 시기부터 노인을 보살피는 가족에 대해 지원하기로 결정하였고, 지원 형태는 가족에 대한 사회적 지원이다. 아울러, 가족이 노부모와 동거하며 보살피거나 거의 매일 노부모가 계신 집에 가서 보살피는 가족의 경우 국가가 재정적 지원을 하도록 하였으며, 1993년부터 노인을 부양하는 가족에게는 생계비(Carer's Allowance)를 지원하기 시작하였다(Mossberg, 1998; 박재간, 손화희, 2008에서 재인용).

제4절 소결

우리보다 한발 앞서 고령화의 심각성을 경험하고 있는 일본을 중심으로 하고, 그 외 정책 활성도가 높은 몇몇 나라의 정책사례를 살펴보았다. 그 결과 거시적인 틀에서 생애말기 지역사회 보호, 고령후기 노인 중심으로 귀결되는 정책적 변화가 이루어졌음을 발견할 수 있었다. 일본은 지역 포괄케어시스템의 구축을 통해서 고령자가 익숙한 지역에서 존엄하고 안락한 생활을 계속할 수 있도록 지원하는 등 고령후기 노인을 대상으로 하는 다양한 정책을 마련 중이다. 영국은 정상화 이론을 전면에 내세워 비용이 많이 드는 시설 서비스를 억제하고 비교적 적은 비용을 문제를 해결할 수 있는 재가복지사업중심의 지역사회 보호를 활성화시킬 수 있는 계기를 마련하였다. 스웨덴은 에텔 개혁을 통해 80세 이상 고령후기 노인을 중심으로 복지 서비스 혜택을 집중하는 방향으로 정책 전환이 이루어졌다.

생활기반 안정(Well-Being) 정책에 대해 살펴본 결과, 머지않아 도래할 초고령사회 대비 차원에서 몇 가지 정책적 시사점을 얻을 수 있다.

일본은 고령후기 노인의 지역 생활의 지속성을 확보하기 위해서는 의료·개호 정책만으로는 대응할 수 없으며, 주택정책과의 연계가 필수라는 인식하에, 주거생활 기본계획을 통해 주택정책과 복지정책을 연계하고 있다. 고령자 주택 시책은 주택 배리어프리화, 공적임대주택과 복지시설의 일체적인 정비, 고령자용 민간임대주택의 공급 촉진 등으로 요약될 수 있는데, 2곳 이상의 손잡이 설치, 실내 단차(문턱 등)의 해소, 휠체어가 통행 가능한 복도 등 배리어프리화를 통해 2007년 2만여 호가 넘는 시설주택에 대한 정비를 단행한 바 있다. 영국과 스웨덴은 거동이 불편하여 누군가의 보살핌을 받아야 할 처지에 놓여 있는 노인이라 하더라도 되도록

이런 시설에 보내지 않고 자신이 오랫동안 살아왔던 정든 지역사회에 그대로 머물면서 불편 없이 노후생활을 할 수 있도록 다각적인 정책적 지원을 하고 있다. 영국의 노인보호주택에는 주로 80세 내외의 노인들이 입주하고 있으며, 이들은 지역사회에서 제공되는 다양한 사회적 서비스 프로그램의 혜택을 받고 있어 시설보호의 대안적 역할을 하기도 한다. 그리고 자택 거주 노인을 위해 주택수리를 위한 보조금, 주택임대료 보조 지원 등의 정책을 펼치고 있다. 스웨덴도 주택 내부구조를 개조하는 데 필요한 비용을 정부가 보조해 주기도 하고, 간병과 간호 또는 몸시중을 받아야 하는 노인에게는 그들이 필요로 하는 서비스를 받을 수 있도록 전문 인력을 가정으로 파견하는 프로그램을 운영하고 있다. 일본의 의료·개호 정책과 주택정책의 연계, 배리어프리화를 위한 주택수리 지원, 공공임대주택의 대대적인 정비 추진, 고령자용 민간임대주택의 공급 촉진과 영국의 노인보호주택, 영국과 스웨덴의 보조금 지원 등은 선별적인 국내도입을 긍정 검토할 필요가 있을 것으로 생각된다.

일본은 저작·연하 기능이 저하된 저영양 상태 고령자를 위한 영양대책의 일환으로 부드러운 식품, 점도 조정 식품, 종합 영양 식품, 수분 보급형 젤리, 음료 등 개호식품을 개발·보급하고 있으며, 연하 기능은 법적 규격이 정해져 있고, 저작 규격은 민간 자율에 맡기고 있다. 유럽에서는 고령자를 위한 특별한 식품 범주가 구분되어 있지 않지만, 배식 프로그램은 활성화되어 있는 편이다. 영국은 왕립여성자원봉사회를 중심으로 노인을 대상으로 하는 배식 서비스가 매우 활성화되어 있고 스웨덴의 모든 시청에서는 반조리식품(Ready-Cook Meal)을 집으로 배달해 주는 서비스를 제공하고 있다. 우리나라의 경우 아직 일본의 개호식품과 유사한 고령자용 특수용도식품에 대한 법적 근거가 마련되지 않아 시장 자체가 형성되지 않고 있다. 저작·연하 기능이 저하된 고령후기 노인들의 욕구와 보호의

필요성은 국가를 불문하고 유사할 것이다. 따라서 우리나라에 노인의 기호와 영양 상태를 충분히 고려한 특수용도식품을 개발·보급할 필요가 있다고 생각되며, 유니버설 디자인 푸드의 분류 방식과 내용은 향후 표준화 작업 시 유용하게 참고할 수 있을 것으로 본다. 아울러, 반조리 식품 배달 서비스는 생소한 측면이 있기는 하지만, 참고할 만하다고 본다.

일본 가와자키시의 생활지원형 식사서비스는 매일 식사하는 데 지장이 있는 와상상태 등의 고령자에게 영양 균형을 갖춘 점심 또는 저녁 식사를 대상자의 자택에 정기적으로 배식한다. 이용가능한 식사 횟수는 주 2식~7식까지로, 1일 1식을 한도로 하고 있고, 1식당 550엔으로 이용자 자비 부담이다. 한편, 일본 우정국은 고령자 세대를 방문해 안부를 확인하고 장보기를 대신하는 등 생활지원 서비스를 제공하고 있으며, 전국 약 2만 4천 개에 이르는 우정국 네트워크를 활용하여 회원제로 운영되고 기본 요금은 매달 1,050엔이다. 영국의 홈 케어 서비스는 지방자치단체의 주관 또는 지도하에 이루어지고 있는 이러한 홈 케어 사업은 초기에는 가사원조 서비스가 중심이었으나, 이후 수발·간병 서비스에 중점을 두고 있다. 스웨덴의 경우도 가사 조력 또는 간병·간호 등을 위한 홈헬프 서비스 등 다양한 서비스가 전개되고 있다. 특히, 노인이 일상생활을 더 이상 스스로 해나갈 수 없다면 시에서 후원하는 자택도우미 서비스를 신청할 수 있는데, 죽는 시점까지 24시간 돌봄을 받을 수 있다. 복지 서비스라고 해서 반드시 무상이어야 하는 것은 아니다. 재정 여건 때문에 이용 대상을 축소하는 것보다는 이용자 자부담을 감수하고서라도 이용 대상을 확대하는 것이 궁극적으로 복지를 확대하는 길일 것이다. 가와자키시의 식사서비스가 식재료비, 광열비 및 조리 인건비 상당액을 자부담으로 하여 제공되는 것처럼, 우리나라 지자체에서도 원가 수준의 자부담 방식을 도입해서 욕구를 가진 지역 내 고령후기 노인 최대 다수가 식사서비스를 이용할 수

있도록 적극 검토할 필요가 있다고 생각된다. 그리고 우리나라 우정사업 본부도 촘촘한 전국망이 갖추어져 있으므로, 가능하다면 우체국 택배 서비스에 장보기 지원 서비스를 접목해 보는 것도 정책적으로 의미 있는 일이라고 생각된다.

일본은 재택의료 서비스로서 개호, 의료, 주거, 생활 지원, 예방이 일체적으로 제공되는 지역포괄케어시스템 구축을 위한 정책적 노력을 기울이고 있다. 의료와 개호의 두 가지를 병행할 필요성을 가진 고령자를 지역에서 지원하기 위해서는 자택 등에서 제공되는 방문 진료 등의 의료 형태가 시스템의 필수적 구성 요소이며, 의사, 치과의사, 약사, 간호사, 재활관계 직종 등 다직종에 의한 진정한 종합관리 협력연계시스템을 구축하고자 한다. 한편, 재택요양지원거점의 정비도 추진하고 있는데, 재택 주치의제 도입과 함께 24시간 체제로 왕진이나 방문간호가 가능한 체제의 재택요양지원진료소를 설치하고 있다. 영국의 가정간호 서비스는 일반의가 지역보건당국에 청구하면 가정간호사가 해당 노인이 거주하는 가정으로 파견되어 일반의의 처방에 따라 주사를 놓거나 투약 또는 상처치료 등과 같은 의료 조치와 간호를 한다. 순회보건서비스, 가사보조서비스, 야간간병서비스 등도 가정간호사의 역할이다. 재택의료를 위한 지역포괄케어시스템의 구축이나 재택요양지원거점의 정비는 우리 입장에서 보면 검토해야 할 사안이 너무 많기 때문에 아직은 요원한 것으로 생각할 수 있다. 그러나 그간 요양병원 및 장기요양 시설의 확충이 이뤄진 바 있고, 병원 등 공공 의료기관, 보건소 등 지역 의료기관, 민간 의료기관 등이 전국에 산재하고 있다. 따라서 이들을 활용하여 일본과 같은 시스템 정비를 구체적으로 검토해 보는 것만으로도 상당한 의미를 갖는 일일 것이다. 단기간에 효과적인 체계를 만든다는 것은 매우 어려운 일임은 자명한 사실이지만, 충분한 시간을 갖고 검토해 볼 만한 가치는 충분하다고 생각된다.

생애마무리 지원(Well-Dying) 정책에 있어서도 몇 가지 정책적 시사점을 얻을 수 있다.

일본의 임종기 의료의 결정 과정은 몇 가지 기본 원칙하에 진행되고 있고, 의료 행위의 개시·비개시, 의료 내용의 변경, 의료 행위의 중지 등은 다 전문직종의 의료종사자로 구성된 의료·돌봄팀에 의해 의학적 타당성과 적절성을 바탕으로 신중히 판단하고 있으며, 치료 방침의 결정 시 별도로 전문가 위원회를 설치하고 치료 방침 등에 대해 검토 및 조언을 얻고 있다. 영국 국민의료보험(NHS)의 생애말기 돌봄시스템은 수개월 내지 1년 정도의 삶이 남은 노인 등을 위한 지원 프로그램이며, 호스피스팀은 의사, 간호사, 사회복지사, 치료사, 상담사, 그리고 교육받은 자원봉사자들로 이루어져 있다. 호스피스 간호의 시작 시점은 임종기에만 한정되지 않는다. 자택 내에 거주하다가 필요한 경우 호스피스에 수일간 머물면서 받을 수 있다. 혹은, 가족이나 간병인들이 잠시 휴식을 할 수 있도록 잠시 동안 호스피스에 들어갈 수 있다. 호스피스 돌봄은 무료이며, 국민의료보험(NHS) 기금과 기부금에 의존한다. 2017년 8월 4일부터 호스피스 제도가 시행된다. 임종 시점까지 고통 없이 잘 살다가, 품위를 갖고 죽을 수 있도록 도와주는 것이 호스피스의 지향점일 것이다. 시행령, 시행규칙 제정과 정에서 충분한 논의와 숙고를 통해 국민 다수가 존엄과 가치를 유지하면서 삶을 마무리할 수 있도록 정책적 지원을 아끼지 말아야 할 것으로 본다.

사회적 고립 방지에 관한 일본 정부의 대책으로는 안심생활창조사업(후생노동성), 일상생활 자립지원사업(후생노동성), 아이시티(ICT)활기찬 고향사업(총무성), 지역상업 활성화보조사업(경제산업성) 등이 있다. 영국은 정부가 £100만 기금을 통해서 장기적 고독 및 사회적 고립의 위험에 처한 노인들을 돕기 위해 노인을 활용하는 정책을 추진하고 있다. 30개 비영리 지역사회조직을 통해 대략 2,800명의 사회 에이전트가 양성되

었고, 사회적 고립의 위험에 놓여 있는 노인들을 돕도록 하고 있다. 일본은 사회적 고립이 초래하는 심각성을 인식하고 범부처 차원에서 다양한 정책사업을 펼치고 있고, 영국은 별도 기금 조성을 통해 사회 에이전트를 양성하고 있다. 이러한 움직임은 고령후기 노인의 사회적 고립과 고독사 위험에 미온적인 우리나라에 시사하는 바가 크다고 하겠다.

죽음 준비와 관련해서는 ‘존엄한 죽음을 위한 선언서’ 또는 미야자키시의 ‘엔딩 노트(Ending Note)’를 참고할 만하다. 존엄한 죽음을 위한 선언서는 연명의료 거부, 완화의료 수용, 생명유지장치 제거 등 죽음이 임박한 경우를 대비하여 본인의 의지를 밝힌 것이며, 엔딩 노트는 고령자가 혼수상태에 빠지거나 사망했을 때를 대비해 미리 작성하는 문서로 보통 가족에게 전하는 말, 주치의와 가족 연락처, 장례 절차 등을 기록한 것으로 미야자키시가 보급하고 있다. 한편, 미국에서는 많은 주(州)의 초·중·고에서 죽음 준비 교육을 다양한 교과목 안에 포함시켜 가르치고 있고, 독일의 경우는 초등학교부터 고등학교까지 필수과목으로 지정되어 있는 종교 수업 시간에 다루어져 왔다. 독일의 중학생용 교과서의 『죽음과 죽어가는 과정(Sterben und Tod)』은 죽음과 장례식, 청소년의 자살, 인간답게 죽는 방법-윤리적인 문제, 생명에 대한 위협-죽음과의 대결, 죽음의 해석 등에 대해 다루고 있다. 혼수상태에 빠지거나 사망했을 때뿐만 아니라 치매 등 인지능력이 크게 저하되었을 때를 대비해 미리 작성하는 문서들은 매우 중요한 의미를 갖는다. 예기치 못한 죽음의 순간이 갑자기 닥쳤을 때 본인이 원하는 존엄한 마무리를 할 수 있느냐 여부는 사전에 미리 본인의 의사를 구체적으로 명확하게 표현한 관련 문서가 준비되어 있고 없음에 달려 있다. 이러한 의미에서 존엄한 죽음을 위한 선언서나 엔딩 노트는 매우 유용한 기초 자료가 될 수 있을 것이다.

제 6 장

생애말기 지원정책에 대한 국민인식

제1절 조사 개요 및 응답자 일반 특성

제2절 계층이동성 및 노후 불안

제3절 정책 인지도 및 필요도

제4절 정책 간 중요도 및 이용(추천) 의사

제5절 노후대책 만족도 및 정책 방향

제6절 소결

6

생애말기 지원정책에 대한 << 국민인식

제1절 조사 개요 및 응답자 일반 특성

1. 조사 대상 및 조사 기간

고령후기 노인을 위한 생애말기 정책에 대한 국민인식을 파악하기 위해 전국에서 40~69세 남녀 1,000명을 대상으로 인터넷 조사를 실시하였다.¹⁸⁾ 조사 표본은 2016년 8월 말 기준 주민등록인구를 토대로 지역·성·연령별 인구 비례 할당 추출법에 의하여 표본 추출 하였다. 조사 기간은 2016년 9월 13일부터 9월 20일까지이며, 구조화된 조사표를 이용하여 조사 전문기관(엠브레인)에서 실시하였다.

〈표 6-1〉 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책에 대한 국민인식 조사의 개요

구분	내용
조사 대상	전국 17개 시도 남녀
조사 기간	2016. 9. 13.~2016. 9. 20.
표본 크기	1,000명
표본 추출 방법	지역·성·연령별 인구 비례 할당 추출법
자료 수집 방법	구조화된 조사표를 이용한 인터넷 조사
표본 오차	95% 신뢰 수준에서 ± 3.1%p

18) 정책 수혜 계층을 대상으로 설문을 실시하는 것이 바람직하지만, 조사 방식(인터넷), 조사 내용을 감안할 경우, 설문 연령을 앞당길 수밖에 없다는 공통된 의견이 있었고, 본 연구에서 다루고 있는 정책들은 현시점에서도 의미를 갖지만, 향후 초고령사회에서 더 큰 의미를 갖는 정책들이기 때문에 미래 잠재적 정책 수요자들을 대상으로 향후 정책의 필요성, 이용 가능성, 이용 추천 의사 등을 살펴보았다.

2. 조사 내용

본 조사의 설문 문항은 기존 연구 검토와 전문가 자문 등에 기초하여 연구진이 개발하였으며, 조사표의 주요 내용은 <표 6-2>와 같이 계층이동성 및 노후 불안, 정책별 인지도 및 필요도, 정책 간 중요도 및 이용/추천 의사, 노후대책 만족도 및 정책 방향, 조사 대상 일반사항으로 구성하였다.¹⁹⁾

<표 6-2> 설문 문항

분류	내용
계층이동성 및 노후 불안	주관적 계층의식, 계층이동성, 행복 수준, 노후생활 안정성, 노후생활 불안 영역
정책별 인지도 및 필요도	고령자용 주택, 고독사 대응, 호스피스(완화의료), 고령 친화 식품(특수 용도 포함), 홈 케어 서비스(재가 지원 및 재택의료), 죽음 교육 및 준비, 존엄사, 사별 가족 심리치료
정책 간 중요도 및 이용/추천 의사	정책 우선순위, 본인 이용 의사, 가족 및 친구 이용 추천 의사,
노후대책 만족도 및 정책 방향	노후대책 만족도, 향후 노후대책 관심 필요 분야
조사 대상 일반사항	성별, 연령, 거주 지역, 학력, 경제활동 참여 여부, 주관적 건강상태, 가구 총소득

19) 조사표는 부록 1을 참조하기 바람.

3. 응답자의 일반 특성

가. 인구학적 특성

고령후기 노인을 위한 생애말기 정책에 대한 국민인식조사에 응답한 대상자는 1,000명으로 수도권(서울·경기·인천)에 49%(490명), 수도권 이외에 51%(510명)가 거주하였다. 응답자의 성별은 남자와 여자 각각 50.2%와 49.8%이며, 연령은 40대가 39.4%, 50대 37.2%, 60대 23.4%의 분포를 보였다(표 6-3 참조).

응답자의 인구학적 특성별 분포는 통계청의 2015년 인구총조사 전수 집계 결과와 유사하다. 2015년 인구총조사에서 지역 분포는 수도권 48.8%, 수도권 이외 51.2%이며, 성별 분포는 남자와 여자 각각 49.7%와 50.3%이다. 연령 분포는 40대 39.7%, 50대 37.5%, 60대 22.8%이다.

나. 사회경제적 특성

응답자의 사회경제적 특성인 학력과 경제활동 참여 여부, 주관적 건강 상태, 주관적 계층의식을 살펴보면 다음과 같다(표 6-3 참조).

응답자의 학력 수준은 대졸 이상이 55.7%로 가장 많고, 다음 고졸 이하 28.1%, 초대졸 16.2%이다. 경제활동 참여 여부는 참여 74.3%, 미참여 25.7%로, 전체 응답자의 약 3/4이 경제활동에 참여하는 것으로 확인되었다.

평소 주관적으로 느끼는 건강상태에 대해 건강한 편이라고 응답한 비율이 41.8%로, 보통으로 응답한 비율 40.9%보다 더 많다. 그러나 건강한 편이라는 응답은 보통으로 응답한 경우에 비해 단지 0.9% 포인트 많을 뿐이다. 건강하지 않은 편이라고 응답한 비율은 17.3%이다.

〈표 6-3〉 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책에 대한 국민인식 조사의 응답자 일반 특성

(단위: 명, %)

구분	사례수	비율
전체	1,000	100.0
지역 ¹⁾		
수도권	490	49.0
수도권 이외	510	51.0
성별		
남자	502	50.2
여자	498	49.8
연령		
40대	394	39.4
50대	372	37.2
60대	234	23.4
학력		
고졸 이하	281	28.1
전문대 졸	162	16.2
대졸	458	45.8
대학원 이상	99	9.9
경제활동 참여		
참여	743	74.3
미참여	257	25.7
주관적 건강상태		
건강한 편	418	41.8
보통	409	40.9
건강하지 않은 편	173	17.3

주: 1) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.

2) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 취업으로 봄.

제2절 계층이동성 및 노후 불안

본 국민인식 조사의 응답 대상은 40~60대로 생애주기별로 고령후기 노인 이전에 있는 연령집단이다. 따라서 응답자는 현재 삶에 대해 어떻게

바라보고 있는지 먼저 짚어 본 후, 노후생활에 대한 인식을 살펴보는 것이 바람직하다 하겠다.

40~60대의 현재 삶에서 노후생활에 영향을 미치는 요인은 다양하겠지만, 주관적으로 느끼는 행복감과 경제적인 요인이 중요하다고 본다. 따라서 현재 주관적 계층의식과 향후 계층이동 가능성에 대한 인식, 현재 삶에서 느끼는 행복 수준을 살펴보았다. 그리고 응답자의 노후생활에 대한 인식을 분석하였다.

1. 주관적 계층의식과 계층이동 가능성

응답자 본인과 가족이 사회적으로 어떤 계층에 속하는지 파악한 결과, 중위라는 비율이 51.4%로 하위(최하위 3.8% 포함)라고 응답한 비율 41.4%보다 10% 포인트 더 높다. 본인과 가족이 상위(최상위 0.1% 포함)에 속한다고 응답한 비율은 7.2%에 불과하다.

이러한 주관적 계층의식은 응답자의 학력 수준과 주관적 건강상태별로 통계적으로 유의미한 차이를 보였지만, 지역과 성별, 연령, 경제활동 참여 여부별로 유의미한 차이를 보이지 않았다.

학력별로는 학력 수준이 높을수록 응답자 본인과 가족이 사회적으로 속한 계층이 높다고 생각하는 비율이 높다. 대졸 이상은 상위에 속한다는 비율이 10.2%, 중위 58.9%, 하위 30.9%이다. 전문대 졸은 상위 3.1%, 중위 49.4%, 하위 47.5%, 고졸 이하는 상위 3.6%, 중위 37.7%, 하위 58.7%이다.

응답자 본인의 건강상태가 좋다고 생각할수록 주관적 계층의식이 긍정적인 것으로 확인되었다. 주관적 건강상태가 '건강한 편'인 응답자 중 본인과 가족이 속한 계층이 상위라는 응답 비율이 10.8%이며, 중위 56.9%, 하위 32.3%이다. 주관적 건강상태가 '보통'인 응답자는 상위라는 응답이

4.9%, 중위 53.8%, 하위 41.3%이다. 주관적 건강상태가 ‘건강하지 않은 편’인 응답자는 상위 4.0%, 중위 32.4%, 하위 63.6%이다.

〈표 6-4〉 주관적인 계층인식

(단위: %, 명)				
구분	하위	중위	상위	계 (명)
전체 지역 ¹⁾	41.4	51.4	7.2	100.0 (1,000)
수도권	39.4	53.1	7.5	100.0 (490)
수도권 이외	43.3	49.8	6.9	100.0 (510)
성별				
남자	40.8	52.2	7.0	100.0 (502)
여자	42.0	50.6	7.4	100.0 (498)
연령				
40대	40.9	54.3	4.8	100.0 (394)
50대	41.4	49.2	9.4	100.0 (372)
60대	42.3	50.0	7.7	100.0 (234)
학력***				
고졸 이하	58.7	37.7	3.6	100.0 (281)
전문대 졸	47.5	49.4	3.1	100.0 (162)
대졸 이상	30.9	58.9	10.2	100.0 (557)
경제활동 참여 ²⁾				
참여	40.4	52.1	7.5	100.0 (743)
미참여	44.4	49.4	6.2	100.0 (257)
주관적 건강상태***				
건강한 편	32.3	56.9	10.8	100.0 (418)
보통	41.3	53.8	4.9	100.0 (409)
건강하지 않은 편	63.6	32.4	4.0	100.0 (173)

주: 1) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.

2) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.

3) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

현재보다 높은 계층으로 이동할 가능성에 대해 질문한 결과, 응답자의 73.1%가 부정적으로 생각하고 있었다. 계층이동 가능성이 낮다고 응답한 비율이 63.8%, 매우 낮다고 응답한 비율 9.3%이다. 반면 계층이동 가능성이 높다고 응답한 비율은 25.6%, 매우 높다고 응답한 비율 1.3%이다.

계층이동 가능성에 대한 생각은 응답자의 성별과 주관적 건강상태별로

통계적으로 유의미한 차이를 보였다. 성별이 여자인 경우, 건강상태가 좋은 편인 경우 계층이동 가능성에 대해 상대적으로 긍정적인 인식을 하고 있었다. 여자인 경우 계층이동 가능성이 높다고 응답한 비율은 30.7%(높음 29.7%, 매우 높음 1.0%)로 남자 23.1%(높음 21.5%, 매우 높음 1.6%)에 비해 7.6% 포인트 높다.

응답자 본인이 건강한 편이라고 응답한 경우 계층이동 가능성이 높다고 응답한 비율이 37.5%로, 보통 21.5%, 건강하지 않은 편 13.9%에 비해 높다(각각 16% 포인트, 23.6% 포인트).

〈표 6-5〉 계층이동 가능성

(단위: %, 명)

구분	매우 낮음	낮음	높음	매우 높음	계 (명)
전체 지역 ¹⁾	9.3	63.8	25.6	1.3	100.0 (1,000)
수도권	9.2	64.1	25.1	1.6	100.0 (490)
수도권 이외	9.4	63.5	26.1	1.0	100.0 (510)
성별**					
남자	11.4	65.5	21.5	1.6	100.0 (502)
여자	7.2	62.0	29.7	1.0	100.0 (498)
연령					
40대	7.9	66.5	24.6	1.0	100.0 (394)
50대	8.6	65.1	25.0	1.3	100.0 (372)
60대	12.8	57.3	28.2	1.7	100.0 (234)
학력					
고졸 이하	11.7	63.7	23.5	1.1	100.0 (281)
전문대 졸	8.6	66.7	22.8	1.9	100.0 (162)
대졸 이상	8.3	63.0	27.5	1.2	100.0 (557)
경제활동 참여 ²⁾					
참여	8.2	63.9	26.5	1.3	100.0 (743)
미참여	12.5	63.4	23.0	1.2	100.0 (257)
주관적 건강상태***					
건강한 편	5.0	57.4	35.6	1.9	100.0 (418)
보통	9.5	68.9	20.5	1.0	100.0 (409)
건강하지 않은 편	19.1	67.1	13.3	0.6	100.0 (173)

주: 1) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.

2) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.

3) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

2. 행복과 노후생활 인식

현재 행복하다고 응답한 비율이 68.1%(행복 66.5%, 매우 행복 1.6%)로 불행하다는 비율 31.9%(불행 29.3%, 매우 불행 2.6%)보다 2배 이상 높았다. 그리고 주관적으로 느끼는 행복 수준은 응답자의 인구·사회·경제적 특성에 따른 차이가 없었다.

〈표 6-6〉 주관적으로 느끼는 행복 수준

(단위: %, 명)

구분	매우 불행	불행	행복	매우 행복	계 (명)
전체	2.6	29.3	66.5	1.6	100.0 (1,000)
지역 ¹⁾					
수도권	1.6	31.9	65.1	1.4	100.0 (490)
수도권 이외	3.5	26.9	67.8	1.8	100.0 (510)
성별					
남자	3.0	33.7	62.7	0.6	100.0 (502)
여자	2.2	24.9	70.3	2.6	100.0 (498)
연령					
40대	2.5	30.5	66.0	1.0	100.0 (394)
50대	2.7	25.8	69.1	2.4	100.0 (372)
60대	2.6	32.9	63.2	1.3	100.0 (234)
학력					
고졸 이하	3.9	34.2	59.8	2.1	100.0 (281)
전문대졸	1.9	29.6	66.0	2.5	100.0 (162)
대졸 이상	2.1	26.8	70.0	1.1	100.0 (557)
경제활동 참여 ²⁾					
참여	2.4	27.7	68.6	1.2	100.0 (743)
미참여	3.1	33.9	60.3	2.7	100.0 (257)
주관적 건강상태					
건강한 편	1.7	17.2	77.8	3.3	100.0 (418)
보통	1.2	32.3	66.3	0.2	100.0 (409)
건강하지 않은 편	8.1	51.4	39.9	0.6	100.0 (173)

주: 1) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.

2) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.

3) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

우리 사회는 과거에 비해 기대수명이 크게 증가하였으며 가족부양 가치관이 크게 약화되었다. 따라서 길어진 노후생활에 대한 충분한 준비가 없는 경우 노후생활에 대한 불안심리가 확산되고 있다. 사회적으로는 길어진 노후에 대해 은퇴 후 인생을 새롭게 계획해야 한다는 뜻에서 인생 이모작 혹은 인생 삼모작이라는 용어를 사용하고 있다. 또한 정부는 노후생활에 대한 준비는 활발하게 경제활동에 참여하는 시기부터 시작되어야 한다는 인식을 국민에게 심어주기 위해 정책적 노력을 기울이고 있다.

그렇다면 우리 사회에서 노후생활에 대한 불안 정도는 어떠한지 살펴본 결과, 응답자의 76.2%가 불안(매우 불안 포함)한 것으로 나타났다. 응답 비율을 자세히 살펴보면 노후생활이 불안하다는 비율이 60.6%로 가장 높고, 그다음 안정 22.9%, 매우 불안 15.6%, 매우 안정 0.9% 순으로 높다. 이러한 노후생활에 대한 불안 정도는 응답자의 지역과 성별, 연령, 주관적 건강상태별로 다르다. 수도권 지역에 거주하는 경우, 남자의 경우, 연령이 낮을수록, 건강하지 않을수록 노후생활에 대해 불안 또는 매우 불안하다고 생각하는 비율이 높은 경향이 있다.

지역별로 수도권 지역의 노후생활 불안 응답 비율(매우 불안 포함)이 79.2%로 수도권 이외 지역 73.3%에 비해 5.9% 포인트 높다. 성별로는 남자가 80.4%로 여자 71.9%에 비해 8.5% 포인트 높다. 연령별로는 40대가 83.5%로 50대 73.6%, 60대 67.9%에 비해 높다. 주관적 건강상태별로는 건강하지 않은 편이 88.5%로 보통 80.5%, 건강한 편 67.0%보다 높다.

이러한 결과는 주택 가격 등 물가수준이 높은 수도권 지역에 거주하는 응답자와 가구 경제에서 더 많은 역할을 요구받는 남자가 노후생활에 대한 불안감을 더 큰 것으로 해석된다. 또한 연령이 낮을수록 기대수명이 더 증가할 것으로 기대되지만 최근 노동시장에서의 은퇴는 빨라지고 있어 노후생활에 대한 불안심리가 더 큰 것으로 생각된다.

노후생활이 불안하다고 응답한 762명을 대상으로, 노년기 4대 빈곤에 해당하는 빈곤과 질병, 무위, 고독 중 어떠한 영역이 불안한 것인지 파악하였다. 그 결과 빈곤이라고 응답한 비율이 57.6%로 가장 높고, 그다음 질병 32.7%, 고독 5.0%, 무위 4.7% 순으로 높다. 노후생활의 불안 영역에 대해서는 응답자의 인구·사회·경제학적 특성별 차이가 없었다.

〈표 6-7〉 노후 불안 정도

구분	매우 불안	불안	안정	매우 안정	계 (명)
전체	15.6	60.6	22.9	0.9	100.0 (1,000)
지역 ¹⁾ *					
수도권	17.4	61.8	19.8	1.0	100.0 (490)
수도권 이외	13.9	59.4	25.9	0.8	100.0 (510)
성별 ^{***}					
남자	17.5	62.9	19.3	0.2	100.0 (502)
여자	13.7	58.2	26.5	1.6	100.0 (498)
연령 ^{***}					
40대	18.8	64.7	15.2	1.3	100.0 (394)
50대	13.7	59.9	25.8	0.5	100.0 (372)
60대	13.2	54.7	31.2	0.9	100.0 (234)
학력					
고졸 이하	18.2	59.4	21.3	1.1	100.0 (281)
전문대 졸	14.2	63.0	21.6	1.2	100.0 (162)
대졸 이상	14.7	60.5	24.1	0.7	100.0 (557)
경제활동 참여 ²⁾					
참여	15.7	61.8	21.4	1.1	100.0 (743)
미참여	15.2	57.2	27.2	0.4	100.0 (257)
주관적 건강상태 ^{***}					
건강한 편	9.1	57.9	31.1	1.9	100.0 (418)
보통	15.2	65.3	19.6	0.0	100.0 (409)
건강하지 않은 편	32.4	56.1	11.0	0.6	100.0 (173)

주: 1) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.

2) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.

3) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

〈표 6-8〉 노후 불안 영역

(단위: %, 명)

구분	빈곤	질병	무위	고독	계 (명)
전체	57.6	32.7	4.7	5.0	100.0 (762)
지역 ¹⁾					
수도권	56.2	35.0	4.4	4.4	100.0 (388)
수도권 이외	59.1	30.2	5.1	5.6	100.0 (374)
성별					
남자	62.1	26.7	6.7	4.5	100.0 (404)
여자	52.5	39.4	2.5	5.6	100.0 (358)
연령					
40대	62.9	29.5	4.3	3.3	100.0 (329)
50대	54.0	33.9	5.5	6.6	100.0 (274)
60대	52.8	37.1	4.4	5.7	100.0 (159)
학력					
고졸 이하	59.6	33.1	1.8	5.5	100.0 (218)
전문대 졸	60.8	34.4	3.2	1.6	100.0 (125)
대졸 이상	55.6	32.0	6.7	5.7	100.0 (419)
경제활동 참여 ²⁾					
참여	58.7	31.4	5.6	4.3	100.0 (576)
미참여	54.3	36.6	2.2	7.0	100.0 (186)
주관적 건강상태					
건강한 편	58.9	24.3	10.4	6.4	100.0 (280)
보통	57.4	36.8	2.1	3.6	100.0 (329)
건강하지 않은편	55.6	39.2	0.0	5.2	100.0 (153)

주: 1) 노후에 대해 불안하게 생각한다고 응답한 762명에 대한 분석 결과임.

2) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.

3) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.

4) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

제3절 정책 인지도 및 필요도

우리 사회의 고령화 속도가 매우 빠르게 진행되고 있어, 전체 인구 대비 노인인구의 비중이 크게 증가하고 있다. 그리고 의료 수준의 발달과 기대수명의 지속적인 연장으로 노인인구 중에서도 고령후기 노인의 비중이 빠른 속도로 증가하고 있다. 따라서 최근 노인복지정책은 노인의 다양성에 초점을 맞추어 이루어져야 한다는 사회적 요구가 증가하고 있다. 따라서 본 조사에서는 고령후기 노인을 대상으로 하는 대표적인 생애말기 정책에 대한 인지도와 필요도에 대해 살펴보았다.

본 조사에서 분석하는 생애말기 정책은 <표 6-9>와 같이 고령후기 노인뿐만 아니라 그 가족을 정책 대상으로 하는 정책이다. 구체적으로 고령자용 주택, 고독사 대응, 호스피스(완화의료), 고령 친화 식품(특수용도 포함), 홈 케어 서비스(재가 지원 및 재택의료), 죽음 교육 및 준비, 존엄사 요건 완화, 사별 가족 심리치료이다. 각 정책별 설명은 조사 결과와 함께 제시할 것이다.

<표 6-9> 생애말기 정책의 범위와 영역

정책	대상	정책	대상
고령자용 주택	노인	홈 케어 서비스 (재가지원 및 재택의료)	노인, 가족
고독사 대응	노인	죽음 교육 및 준비	노인
호스피스(완화의료)	노인	존엄사 요건 완화	노인
고령 친화 식품 (특수 용도 포함)	노인	사별 가족 심리치료	가족

1. 생애말기 정책에 대한 인식

고령자용 주택은 고령자가 생활하기 편리하도록 집 안에 문턱 없애기, 욕조 높이 낮추기, 안전손잡이 설치 등을 한 주택이다. 응답자의 29.5%만이 고령자용 주택에 대해 알고 있었으며, 응답자의 성별과 연령, 주관적 건강상태에 따라 인식률의 차이가 있다. 성별로는 여자 33.1%로 남자 25.9%에 비해 7.2% 포인트 높고, 연령별로는 50대가 33.3%로 가장 높고, 그다음 60대 30.8%, 40대 25.1% 순이다. 주관적 건강상태별로는 건강한 편이 34.2%로 가장 높고, 그다음 건강하지 않은 편 28.3%, 보통 25.2%이다.

고독사 대응은 이웃과 교류 없이 홀로 사는 노인에게 안부전화나 방문, 친구 만들어주기 등을 하는 것이다. 응답자의 42.7%가 고독사 대응 정책에 대해 알고 있으며 응답자의 성별과 연령, 주관적 건강상태별로 정책 인지도의 차이가 있다. 이러한 인구 사회 경제학적 특성은 고령자용 주택의 경우와 동일하게 여자인 경우, 50대인 경우, 주관적으로 느끼는 건강상태가 건강한 편인 경우가 더 높은 것으로 확인된다(표 6-10 참조).

호스피스(완화의료)는 죽음을 앞둔 말기환자에게 무리한 연명치료를 중단하고, 여생을 인간으로서 존엄성과 높은 삶의 질을 유지할 수 있도록 최소한의 의료 조치만을 취하는 것이다. 응답자의 80.2%가 호스피스(완화의료) 정책에 대해 알고 있는 것으로 확인되었다. 응답자의 인구·사회·경제학적 특성별 호스피스(완화의료)에 대한 인지도 차이는 없다.

<표 6-10> 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책별 인지도

(단위: %, 명)

구분	고령자용 주택	고독사 대응	호스피스	고령 친화 식품	홀 케어 서비스	죽음교육 및 준비	존엄사	사별 가족 심리치료	(대상자 수)
전체 지역 ¹⁾	29.5	42.7	80.2	20.0	67.1	43.4	82.6	25.8	(1,000)
수도권	28.4	41.6	78.4	18.6	64.3	42.2	82.9	24.3	(490)
수도권 이외	30.6	43.7	82.0	21.4	69.8	44.5	82.4	27.3	(510)
성별	*	***				***		***	
남자	25.9	36.7	75.1	16.1	57.4	33.9	80.3	18.9	(502)
여자	33.1	48.8	85.3	23.9	76.9	53.0	84.9	32.7	(498)
연령	*	***				***		***	
40대	25.1	35.3	77.7	16.2	61.4	35.0	80.5	19.0	(394)
50대	33.3	46.8	83.6	21.8	71.0	48.4	84.4	30.6	(372)
60대	30.8	48.7	79.1	23.5	70.5	49.6	83.3	29.5	(234)
학력							***		
고졸 이하	31.0	42.4	76.9	19.2	65.8	42.4	75.1	23.8	(281)
전문대 졸	28.4	46.9	81.5	24.1	69.8	37.0	82.7	25.9	(162)
대졸 이상	29.1	41.7	81.5	19.2	67.0	45.8	86.4	26.8	(557)
경제활동 참여 ²⁾							*		
참여	30.1	41.6	80.3	20.9	65.3	42.8	84.1	25.8	(743)
미참여	27.6	45.9	79.8	17.5	72.4	45.1	78.2	25.7	(257)
주관적 건강상태	*	**						**	
건강한 편	34.2	48.3	81.1	25.6	71.3	45.5	84.4	31.1	(418)
보통	25.2	37.9	80.4	17.6	64.1	41.6	82.2	21.3	(409)
건강하지 않은 편	28.3	40.5	77.5	12.1	64.2	42.8	79.2	23.7	(173)

주: 1) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.

2) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.

3) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

고령 친화 식품(특수용도 포함)은 노인의 신체 특성(씹거나 삼키는 능력, 소화능력)과 기호, 식습관 등을 고려한 기능성 식품을 의미하며, 건강 기능식품, 영양 보충형 식품, 반조리 식품 등이 해당된다. 고령 친화 식품(특수용도 포함)을 알고 있다는 응답자는 20%로, 본 조사에서 다루는 생애말기 정책 중 국민들의 인지도가 가장 낮은 것으로 확인되었다. 인구사회·경제학적 특성별로 고령 친화 식품(특수 용도 포함)에 대한 인지도 차이는 없었다.

홈 케어 서비스(재가지원 및 재택의료)는 병원이나 요양원 등의 시설이 아닌, 자신의 집에 머무르며 가사지원, 의료지원, 상담, 교육 및 기타 종합 서비스를 제공받는 것이다.²⁰⁾ 응답자의 67.1%가 홈 케어 서비스에 대해 알고 있었다.

죽음 교육 및 준비는 누구나 한번은 거치게 되는 죽음을 생각해 보고, 한정된 삶을 충실히 사는 것을 목적으로 하는 서비스이다. 가령 자신의 삶의 되돌아보는 시간을 갖고 자서전 쓰기, 유언장 쓰기, 죽음 준비를 위한 체크리스트 작성 등이 있다. 응답자의 43.4%가 죽음 교육 및 준비에 대해 알고 있으며, 성별 및 연령별로 정책 인지율의 차이가 있었다. 성별로는 여자 53%로 남자 33.9%에 비해 19.1% 포인트 높고, 연령별로는 60대가 49.6%로 가장 높고, 그다음 50대 48.4%, 40대 35.0% 순이다.

존엄사는 의학적 치료로도 회복 불가능한 상태에서 무의미한 연명치료(인공호흡기 등)를 중단하고 자연적인 죽음을 받아들이는 것을 말한다. 인간으로서 지녀야 할 최소한의 품위와 가치를 지키면서 죽을 수 있도록 하기 위한 것으로, 우리나라는 2009년 대법원 판례에 의해 ‘연명치료가 무의미하고 환자의 의사가 추정되는 경우’로만 엄격히 제한하고 있다. 존엄사에 대해 알고 있다는 응답 비율은 82.6%이며, 학력 수준과 경제활동 참여 여부에 따라 인지도의 차이가 있었다. 이는 본 조사에서 다루는 생애말기 정책 중 국민들의 인지율이 가장 높은 것이다.

학력별로는 대졸 이상의 인지율이 86.4%로 가장 높고, 그다음 전문대졸 82.7%, 고졸 이하 75.1% 순으로 높았다. 경제활동 참여 여부별로는 경제활동에 참여하는 경우 84.1%로 경제활동 미참여 78.2%보다 높았다.

사별 가족 심리치료는 배우자나 부모 등 가족의 죽음을 경험한 자의 심

20) 현행, 재가 서비스로 장기요양보험제도의 방문요양, 방문목욕, 방문간호 서비스와 돌봄 종합서비스 등이 있으나 특정 대상을 중심으로 지원되거나 필요 욕구에 따라 개별 서비스로 접근하여 이용할 수 있음.

리적인 안정과 일상생활 복귀를 돕기 위한 애도 상담, 교육 등을 의미한다. 사별 가족 심리치료에 대해 알고 있는 응답자는 25.8%이며, 성별과 연령, 주관적 건강상태에 따라 인지도의 차이가 있다.

성별로는 여자의 사별 가족 심리치료에 대한 인지율이 32.7%로 남자 18.9%에 비해 13.8% 포인트 높고, 연령별로는 50대 30.6%, 60대 29.5%, 40대 19.0% 순이다. 주관적 건강상태별로는 건강한 편이 31.1%, 건강하지 않은 편 23.7%, 보통 21.3%이다.

2. 생애말기 정책의 필요성에 대한 인식

생애말기 정책을 활성화 또는 강화할 필요가 있다고 생각하는지 파악하였다. 그 결과 생애말기 정책별로 응답자의 최저 87.4%에서 최대 97.9%가 정책의 활성화 및 강화가 필요하다고 응답하였다. 따라서 우리나라 국민의 대다수는 생애말기 정책에 대한 필요성에 공감하고 있는 것으로 판단된다.

개별 정책별로 정책 활성화에 대한 생각을 살펴보면, 호스피스가 97.4%로 가장 필요성이 높고, 그다음 홈 케어 서비스 97.2%, 고독사 대응 96.5%, 존엄사 요건 완화 95.2%, 고령자용 주택 94.1%, 고령 친화 식품 91.1%, 죽음 교육 및 준비 89.2%, 사별 가족 심리치료 88.9%이다.

생애말기 정책의 필요성에 대한 응답자의 인구 사회 경제학적 특성별 차이는 거의 없었다. 지역별로는 수도권이 90.0%로 수도권 이외 지역 84.9%에 비해 5.1% 포인트 높고, 연령별로는 60대가 90.6%로 가장 높고, 그다음 50대 88.4%, 40대 84.5% 순으로 높다. 학력 수준별로는 고졸 이하가 89.7%로 가장 높고, 대졸 이상 88.3%, 전문대 졸 80.3%이다.

또한 죽음 교육 및 준비와 존엄사 요건 완화는 경제활동 참여 여부, 사별 가족 심리치료는 성별로 정책 필요성에 대한 인식 차이가 있었다. 경제활동에 참여하는 경우 죽음 교육 및 준비, 존엄사 요건 완화에 대한 정책 필요성을 더 크게 느끼고, 여자의 경우 남자에 비해 사별 가족 심리치료에 대한 필요성을 더 크게 느끼고 있었다.

〈표 6-11〉 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책별 필요성 정도

(단위: %, 명)

구분	고령자용 주택	고독사 대응	호스피스	고령 친화 식품	홀 케어 서비스	죽음교육 및 준비	존엄사 요건 완화	사별 가족 심리치료	(대상자 수)
전체 지역 ¹⁾	94.1	96.5	97.4	91.1	97.2	89.2	95.2	88.9	(1,000)
수도권	95.3	96.5	98.6	92.0	97.6	90.8	95.5	90.2	(490)
수도권 이외	92.9	96.5	96.3	90.2	96.9	87.7	94.9	87.7	(510)
성별								**	
남자	94.4	96.0	97.0	90.4	96.0	87.8	95.0	88.2	(502)
여자	93.8	97.0	97.8	91.8	98.4	90.6	95.4	89.6	(498)
연령									
40대	94.4	96.7	99.0	91.6	97.7	87.8	94.7	88.6	(394)
50대	93.0	96.8	96.8	90.1	96.8	90.3	94.9	89.8	(372)
60대	95.3	95.7	95.7	91.9	97.0	89.7	96.6	88.0	(234)
학력									
고졸 이하	95.4	95.0	95.0	91.5	96.8	85.8	93.2	86.5	(281)
전문대 졸	91.4	93.8	98.2	90.1	96.3	88.3	97.5	88.3	(162)
대졸 이상	94.3	98.0	98.4	91.2	97.7	91.2	95.5	90.3	(557)
경제활동 참여 ²⁾						*	*		
참여	94.3	96.5	98.4	91.7	97.4	89.6	95.7	89.0	(743)
미참여	93.4	96.5	94.6	89.5	96.5	87.9	93.8	88.7	(257)
주관적 건강상태									
건강한 편	92.8	96.4	97.4	90.4	97.4	88.5	94.7	88.0	(418)
보통	94.1	97.1	98.3	91.4	98.3	91.4	95.8	89.7	(409)
건강하지 않은편	97.1	95.4	95.4	91.9	94.2	85.5	94.8	89.0	(173)

주: 1) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.

2) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.

3) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

제4절 정책 간 중요도 및 이용(추천) 의사

앞에서 살펴본 생애말기 정책에 대한 국민의 욕구 우선순위를 파악하고, 실제 본인이 생애말기 정책을 이용할 의사가 있는지 그리고 가족이나 친구에게 생애말기 정책의 이용을 추천할 의사가 있는지 살펴보았다.

1. 생애말기 정책의 우선순위

고령후기 노인을 위한 8가지 생애말기 정책 중 가장 중요하다고 생각되는 정책은 무엇인지 파악한 결과, 홈 케어 활성화가 18.6%로 가장 높고, 그다음 고령자용 주택보급 활성화 16.9%, 호스피스 활성화 14.6%, 고독사 대응 강화 13.4%, 존엄사 요건 완화 11.5%이다.

생애말기 정책 중요성에 대해 1~3순위 중복 응답을 분석한 결과에서도, 홈 케어 활성화가 57%로 가장 응답 비율이 높았다. 그다음 호스피스 활성화가 46.9%, 고령자용 주택보급 활성화 39.4%, 고독사 대응 강화 38.6%, 존엄사 요건 완화 33.9% 순이다.

즉 우리나라 국민들은 생애말기 정책 중 홈 케어 활성화, 고령자용 주택보급 활성화, 호스피스 활성화, 고독사 대응 강화, 존엄사 요건 완화에 대한 정책 필요성을 상대적으로 더 크게 느끼고 있으며, 죽음 교육 및 준비, 고령친화 특수용도식품 활성화, 사별 가족 심리치료에 대한 정책 필요성은 낮게 느끼고 있는 것을 알 수 있다.

〈표 6-12〉 생애말기 정책 우선순위: 1순위 응답

구분									(단위: %, 명)
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	계 (명)
전체	18.6	16.9	14.6	13.4	11.5	8.1	2.2	1.4	100.0 (1,000)
지역 ¹⁾									
수도권	18.0	20.4	16.1	11.4	11.6	8.6	1.2	1.4	100.0 (490)
수도권 이외	19.2	13.5	13.1	15.3	11.4	7.7	3.1	1.4	100.0 (510)
성별									
남자	17.3	19.1	16.7	11.0	12.0	5.8	1.8	1.0	100.0 (502)
여자	19.9	14.7	12.4	15.9	11.0	10.4	2.6	1.8	100.0 (498)
연령***									
40대	18.5	17.8	16.0	15.7	10.2	6.1	2.0	1.3	100.0 (394)
50대	17.7	17.5	13.7	14.2	11.8	8.1	1.9	1.3	100.0 (372)
60대	20.1	14.5	13.7	8.1	13.2	11.5	3.0	1.7	100.0 (234)
학력									
고졸 이하	19.6	18.9	11.7	13.5	11.0	5.7	3.2	1.4	100.0 (281)
전문대 졸	17.9	16.1	14.8	14.8	14.2	8.6	3.1	0.6	100.0 (162)
대졸 이상	18.3	16.2	16.0	12.9	11.0	9.2	1.4	1.6	100.0 (557)
경제활동 참여 ²⁾									
참여	17.8	17.9	15.6	12.8	12.1	7.0	2.0	1.3	100.0 (743)
미참여	21.0	14.0	11.7	15.2	9.7	11.3	2.7	1.6	100.0 (257)
주관적 건강상태									
건강한 편	18.7	13.6	14.6	15.6	11.0	9.3	1.7	1.9	100.0 (418)
보통	18.3	20.8	16.1	10.5	11.2	6.6	2.9	1.2	100.0 (409)
건강하지 않은편	19.1	15.6	11.0	15.0	13.3	8.7	1.7	0.6	100.0 (173)

주: 1) ① 홈 케어 활성화, ② 고령자용 주택보급 활성화, ③ 호스피스 활성화, ④ 고독사 대응 강화, ⑤ 존엄사 요건 완화, ⑥ 죽음 교육 및 준비, ⑦ 고령친화 특수용도식품 활성화, ⑧ 사별 가족 심리치료

2) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.

3) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.

4) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

〈표 6-13〉 생애말기 정책 우선순위: 1-3순위 중복 응답

(단위: %, 명)

구분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	계 (명)
전체	57.0	46.9	39.4	38.6	33.9	24.3	9.1	7.5	100.0 (1,000)
지역 ¹⁾									
수도권	58.6	48.4	40.6	36.5	34.5	23.7	7.8	5.7	100.0 (490)
수도권 이외	55.5	45.5	38.2	40.6	33.3	24.9	10.4	9.2	100.0 (510)
성별									
남자	54.6	50.4	38.8	37.3	35.5	20.3	7.6	5.0	100.0 (502)
여자	59.4	43.4	40.0	40.0	32.3	28.3	10.6	10.0	100.0 (498)
연령									
40대	58.9	46.4	42.4	42.1	30.7	22.1	8.4	8.6	100.0 (394)
50대	57.3	48.1	39.2	39.5	34.1	23.7	7.5	5.6	100.0 (372)
60대	53.4	45.7	34.6	31.2	38.9	29.1	12.8	8.5	100.0 (234)
학력									
고졸 이하	53.7	41.6	45.9	37.7	33.8	23.1	13.2	8.5	100.0 (281)
전문대 졸	56.8	49.4	32.7	42.0	32.1	25.9	6.2	9.9	100.0 (162)
대졸 이상	58.7	48.8	38.1	38.1	34.5	24.4	7.9	6.3	100.0 (557)
경제활동 참여 ²⁾									
참여	57.1	48.2	38.8	39.6	34.2	23.8	7.8	7.0	100.0 (743)
미참여	56.8	43.2	41.2	35.8	33.1	25.7	12.8	8.9	100.0 (257)
주관적 건강상태									
건강한 편	55.7	50.0	32.3	42.3	36.1	24.9	7.9	8.1	100.0 (418)
보통	58.4	44.7	45.2	34.0	32.3	24.4	9.3	7.1	100.0 (409)
건강하지 않은편	56.6	44.5	42.8	40.5	32.4	22.5	11.6	6.9	100.0 (173)

주: 1) ① 홈 케어 활성화, ② 호스피스 활성화, ③ 고령자용 주택 보급 활성화, ④ 고독사 대응 강화, ⑤ 존엄사 요건 완화, ⑥ 죽음 교육 및 준비, ⑦ 고령친화 특수용도식품 활성화, ⑧ 사별 가족 심리치료
 2) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.
 3) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.

2. 정책 이용(추천) 의사

생애말기 정책 중 향후 응답자 본인이 이용할 의사가 있는지 정책별로 파악하였다. 그 결과 정책 필요성에 대한 인식과 일치되게 홈 케어를 이용하겠다는 의사가 90.1%로 가장 높았으며, 그다음 호스피스(완화의료) 89.6%, 존엄사 81.8% 순이다. 따라서 우리나라 국민은 질병 및 의료기관과 관련된 정책의 본인 이용 의사가 상대적으로 높은 것을 알 수 있다.

고령자용 주택을 이용하겠다는 의사는 77.1%, 고독사 대응 정책 73.6%, 죽음 교육 및 준비 69.3%, 사별 가족 심리치료 60.7%, 고령친화 특수용도식품 59.7%이다.

가족 및 친구에게 이용을 추천할 것인지에 대해 생애말기 정책별로 살펴본 결과, 응답자 본인의 이용 의사와 동일하게 홈 케어와 호스피스(완화의료)가 각각 90.0%와 89.3%로 가장 높은 순위를 차지하였다. 그다음 가족 및 친구에게 이용을 추천할 정책으로 고령자용 주택 82.3%, 고독사 대응 정책 81.1%, 존엄사 80.5%, 죽음 교육 및 준비 73.4%, 사별 가족 심리치료 69.7%, 고령친화 특수용도식품 66.0% 순이다.

〈표 6-14〉 본인 정책 이용 의사

(단위: %, 명)

구분	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	계 (명)
전체	77.1	73.6	89.6	59.7	90.1	69.3	81.8	60.7	100.0 (1,000)
지역 ¹⁾									
수도권	79.2	74.5	89.6	59.8	91.8	70.0	82.9	59.4	100.0 (490)
수도권 이외	75.1	72.8	89.6	59.6	88.4	68.6	80.8	62.0	100.0 (510)
성별	**	*		**	**	***	*	**	
남자	73.5	70.1	88.8	55.6	87.1	61.4	79.1	56.6	100.0 (502)
여자	80.7	77.1	90.4	63.9	93.2	77.3	84.5	64.9	100.0 (498)
연령									
40대	78.2	73.4	87.8	56.9	90.1	68.5	80.5	61.4	100.0 (394)
50대	78.2	75.5	91.4	62.6	90.1	69.9	80.9	59.9	100.0 (372)
60대	73.5	70.9	89.7	59.8	90.2	69.7	85.5	60.7	100.0 (234)
학력									
고졸 이하	79.4	74.4	86.5	63.4	87.2	70.1	79.7	62.3	100.0 (281)
전문대 졸	77.2	70.4	92.0	58.6	91.4	69.8	79.0	58.6	100.0 (162)
대졸 이상	75.9	74.2	90.5	58.2	91.2	68.8	83.7	60.5	100.0 (557)
경제활동 참여 ²⁾									
참여	78.3	74.6	89.9	60.7	90.8	69.3	82.1	61.8	100.0 (743)
미참여	73.5	70.8	88.7	56.8	87.9	69.3	80.9	57.6	100.0 (257)
주관적 건강상태	**		**						
건강한 편	72.0	72.5	90.4	59.1	90.4	68.7	82.3	59.1	100.0 (418)
보통	80.2	74.8	91.7	59.7	91.2	72.1	81.9	63.3	100.0 (409)
건강하지 않은편	82.1	73.4	82.7	61.3	86.7	64.2	80.3	58.4	100.0 (173)

주: 1) ① 고령자유 주택, ② 고독사 대응 정책, ③ 호스피스(완화의료), ④ 고령친화 특수용도식품, ⑤ 홈 케어(재가지원 및 재택의료), ⑥ 죽음 교육 및 준비, ⑦ 존엄사, ⑧ 사별 가족 심리치료
 2) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.
 3) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.
 4) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

〈표 6-15〉 가족 및 친구 이용 추천 의사

구분	(단위: %, 명)								계 (명)
	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	
전체	82.3	81.1	89.3	66.0	90.0	73.4	80.5	69.7	100.0 (1,000)
지역 ¹⁾									
수도권	82.3	80.6	89.0	66.7	90.8	73.5	79.8	69.0	100.0 (490)
수도권 이외	81.4	81.6	89.6	65.3	89.2	73.3	81.2	70.4	100.0 (510)
성별		***		*	**	***		***	
남자	80.1	76.3	87.8	62.4	87.1	66.5	78.3	64.9	100.0 (502)
여자	84.5	85.9	90.8	69.7	93.0	80.3	82.7	74.5	100.0 (498)
연령						*	**		
40대	83.0	79.9	86.8	62.7	89.6	69.3	76.4	68.5	100.0 (394)
50대	83.1	82.8	92.2	66.7	90.1	74.5	80.9	69.9	100.0 (372)
60대	79.9	80.3	88.9	70.5	90.6	78.6	86.8	71.4	100.0 (234)
학력									
고졸 이하	82.2	79.7	87.5	70.8	89.0	75.1	81.5	71.2	100.0 (281)
전문대 졸	80.9	78.4	90.7	65.4	90.1	72.2	78.4	67.3	100.0 (162)
대졸 이상	82.8	82.6	89.8	63.7	90.5	72.9	80.6	69.7	100.0 (557)
경제활동 참여 ²⁾									
참여	82.5	81.3	89.9	65.9	90.0	72.1	80.1	70.0	100.0 (743)
미참여	81.7	80.5	87.5	66.1	89.9	77.0	81.7	68.9	100.0 (257)
주관적 건강상태									
건강한 편	79.4	80.6	90.9	64.4	89.5	72.2	80.1	70.3	100.0 (418)
보통	84.1	81.4	89.5	66.0	91.4	75.6	80.4	68.9	100.0 (409)
건강하지 않은 편	85.0	81.5	85.0	69.9	87.9	71.1	81.5	69.9	100.0 (173)

주: 1) ① 고령자용 주택, ② 고독사 대응 정책, ③ 호스피스(완화의료), ④ 고령친화 특수용도식품, ⑤ 홈 케어(재가지원 및 재택의료), ⑥ 죽음 교육 및 준비, ⑦ 존엄사, ⑧ 사별 가족 심리치료
 2) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.
 3) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.
 4) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

제5절 노후대책 만족도 및 정책 방향

고령후기 노인을 위한 생애말기 정책을 포함하여 정부의 전반적인 노후대책에 대한 국민인식을 파악하고, 향후 국가에서 좀 더 관심을 두어야 할 정책 영역은 무엇인지 살펴보았다.

1. 노후대책 만족도

국가에서 시행하고 있는 노후대책에 대해 어떻게 생각하고 있는지 파악한 결과, 불만이라고 응답한 비율이 65.8%로 가장 높고 그다음 만족 20.7%, 매우 불만 13.2%, 매우 만족 0.3%로 나타났다. 응답자의 인구 사회 경제학적 특성별로 노후대책 만족도의 차이가 있었다.

지역별로는 노후대책에 대한 불만이라는 비율이 수도권 84.3%²¹⁾로 수도권 이외 지역 73.9%에 비해 10.4% 포인트 높고, 성별로는 남자가 87%로 여자 70.8%에 비해 16.2% 포인트 높다.

연령별로는 연령이 낮을수록 노후대책에 대한 불만 비율이 높다. 40대 중 노후대책에 불만이라고 응답한 비율은 88.6%이며, 50대 76.5%, 60대 66.7%이다.

학력 수준별로는 대졸 이상이 83.4%로 노후대책에 대한 만족도가 가장 낮고, 그다음 고졸 이하 73.7%, 전문대 졸 72.9%이다. 경제활동 참여 여부별로는 경제활동에 참여하는 경우 노후대책에 대해 불만이라고 응답한 비율이 82.2%로 경제활동에 참여하지 않는 경우 69.7%에 비해 12.5% 포인트 높다.

21) 이하 인구 사회 경제적 특성별 노후대책 만족도 차이는 매우 불만과 불만을 합친 비율임.

주관적 건강상태가 나쁠수록 노후대책에 대한 만족도가 낮은 경향이 있다. 건강하지 않은 편이라고 응답한 경우 노후대책 불만 비율이 82.7%로 가장 높고, 그다음 보통 81.4%, 건강한 편 75.1% 순이다.

〈표 6-16〉 노후대책 만족도

(단위: %, 명)					
구분	매우 불만	불만	만족	매우 만족	계 (명)
전체	13.2	65.8	20.7	0.3	100.0 (1,000)
지역 ¹⁾ ***					
수도권	14.5	69.8	15.7	0.0	100.0 (490)
수도권 이외	11.9	62.0	25.5	0.6	100.0 (510)
성별 ***					
남자	15.7	71.3	12.9	0.0	100.0 (502)
여자	10.6	60.2	28.5	0.6	100.0 (498)
연령 ***					
40대	21.6	67.0	11.4	0.0	100.0 (394)
50대	9.1	67.5	22.8	0.5	100.0 (372)
60대	5.6	61.1	32.9	0.4	100.0 (234)
학력 ***					
고졸 이하	10.3	63.4	26.3	0.0	100.0 (281)
전문대 졸	10.5	62.4	26.5	0.6	100.0 (162)
대졸 이상	15.4	68.0	16.2	0.4	100.0 (557)
경제활동 참여 ²⁾ ***					
참여	14.9	67.3	17.6	0.1	100.0 (743)
미참여	8.2	61.5	29.6	0.8	100.0 (257)
주관적 건강상태*					
건강한 편	11.7	63.4	24.4	0.5	100.0 (418)
보통	14.7	66.7	18.6	0.0	100.0 (409)
건강하지 않은 편	13.3	69.4	16.8	0.6	100.0 (173)

주: 1) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.

2) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.

3) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

2. 향후 노후대책 관심 분야

우리나라 국민은 4대 노인문제 중 빈곤 영역에 대해 국가의 추가적인 관심이 필요하다고 생각하고 있었다. 각 영역별로 국가의 추가적인 관심이 필요하다고 응답한 비율을 살펴보면, 먼저 빈곤이 57.1%로 가장 높고 그다음 질병 23.1%, 고독 15.9%, 무위 3.9% 순으로 높은 것으로 확인되었다.

〈표 6-17〉 향후 노후대책 관심 필요 분야

구분	(단위: %, 명)				
	빈곤	질병	무위	고독	계 (명)
전체	57.1	23.1	3.9	15.9	100.0 (1,000)
지역 ¹⁾					
수도권	61.2	20.6	3.1	15.1	100.0 (490)
수도권 이외	53.1	25.5	4.7	16.7	100.0 (510)
성별***					
남자	64.7	20.7	3.8	10.8	100.0 (502)
여자	49.4	25.5	4.0	21.1	100.0 (498)
연령*					
40대	62.2	21.3	2.8	13.7	100.0 (394)
50대	54.8	21.5	3.5	20.2	100.0 (372)
60대	52.1	28.6	6.4	12.8	100.0 (234)
학력*					
고졸 이하	52.0	25.3	0.7	22.0	100.0 (281)
전문대 졸	59.9	19.8	4.9	15.4	100.0 (162)
대졸 이상	58.9	23.0	5.2	12.9	100.0 (557)
경제활동 참여 ²⁾ **					
참여	60.8	20.1	4.2	14.9	100.0 (743)
미참여	46.3	31.9	3.1	18.7	100.0 (257)
주관적 건강상태					
건강한 편	56.5	22.2	5.3	16.0	100.0 (418)
보통	58.4	22.7	2.9	15.9	100.0 (409)
건강하지 않은 편	55.5	26.0	2.9	15.6	100.0 (173)

주: 1) 수도권은 서울과 경기, 인천임. 수도권 이외는 부산과 울산, 경남, 대구, 경북, 광주, 전북, 전남, 대전, 세종, 충북, 충남, 강원, 제주임.

2) 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우 경제활동에 참여하는 것으로 봄.

3) * p<0.05, ** p<0.01, *** p<0.001

제6절 소결

본 조사에서는 40~60대를 대상으로 현재 정부가 시행하고 있는 고령 후기 노인을 위한 생애말기 정책에 대한 국민 인지도를 살펴본 결과, 인구학적 특성별로 차이가 있었다. 성별이 여자이고, 연령이 50대인 경우 생애말기 정책에 대해 알고 있는 비율이 높았다. 반면 남자와 40대의 생애말기 정책에 대한 인지도는 낮은 편이었다. 이러한 정책 인지도는 노후 생활에 대한 불안감과 연관이 있는 것으로 보인다. 남자와 40대의 경우 노후생활에 대한 불안감이 가장 큰 집단으로 확인되었기 때문이다.²²⁾

생애말기 정책별로 인지도의 차이가 큰 것으로 확인되었다. 존엄사와 호스피스(완화의료)에 대한 정책 인지율은 80%대로 높은 반면 고령 친화 식품과 고령자용 주택, 사별 가족 심리치료에 대한 정책 인지율은 20%대로 낮았다.

한편 우리나라 국민들은 생애말기 정책에 대해 알고 있는 것과 상관없이, 생애말기 정책을 활성화하고 강화할 필요성이 높다는 점에 공감하고 있는 것으로 나타났다. 생애말기 정책별로 최저 87.4%에서 최대 97.9%가 이들 정책의 활성화 및 강화가 필요하다고 응답하였다. 개별 정책별로는 호스피스가 97.4%로 정책 활성화에 대한 필요성이 가장 높고, 그다음 홈 케어 서비스 97.2%, 고독사 대응 96.5%, 존엄사 요건 완화 95.2% 등이었다.

우리나라 국민들은 생애말기 정책 중 가장 중요하다고 생각하는 정책으로 홈 케어와 호스피스(완화의료) 등 질병 관련 영역을 꼽고 있다(1-3 순위 중복 응답 기준 각각 57.0%, 46.9%). 또한 홈 케어와 호스피스(완화

22) 정부가 생애말기에 지원하는 정책에 대해 잘 알지 못하기 때문에, 노후생활에 대한 불안감이 더 클 수 있다는 의미임.

의료)는 향후 본인의 이용 의사가 높고, 가족 및 친구에게 이용을 추천할 의향도 높은 것으로 확인되었다.

마지막으로 우리나라 국민들은 노후 삶에 대해 불안을 느끼는 영역과, 국가가 보다 관심을 가져야 할 정책 영역에 대해 일관되게 빈곤(각각 57.6%, 57.1%)이라고 생각하고 있었다. 따라서 고령후기 노인의 인구가 증가하면서 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책의 활성화가 필요하지만, 정책 우선순위에서 볼 때 노후소득보장 정책에 대한 국가의 역할이 강화될 필요가 있다 하겠다.

제 7 장 결론

우리 사회에서 잘 사는 것, 즉 웰빙(Well-Being)이 하나의 문화적 흐름으로 자리 잡고 있는 것처럼, 잘 죽는 것, 즉 웰다잉(Well-Dying)도 인간의 삶에서 매우 중요한 요소이다. ‘인생은 끝이 좋아야 모든 게 좋다’는 속담처럼, 젊은 시절에 잘 먹고 잘 사는 것도 중요하겠지만, 고령후기 생애말기 무렵에 잘 살다가 잘 죽는 것은 더욱 중요하다. 인생의 마지막을 잘 마무리 할 수 있느냐에 따라 한 인간의 인생 자체가 행복하고 성공적인 삶이었는지 아닌지 결정되기 때문이다. 따라서 고령후기 노인들이 잘 살다가 잘 죽을 수 있도록 생활기반을 안정시키고 생애마무리를 지원하는 정책은 어떤 정책보다 가치 있는 정책일 수밖에 없다.

거시적 차원에서 현행 노인복지정책에 대한 근본적 변화 모색이 필요하다. 전체 노인인구수 및 고령후기 노인의 급증에 따른 국가 노인복지 재정 부담을 감안하여 일반 노인을 대상으로 하는 보편주의에서 고령후기 노인에 중점을 두는 중점주의로 노인복지정책의 방향을 전환하는 것을 적극 검토해야 한다. 더불어 고령후기 노인인구밀도를 감안한 지역 간 정책 차별화가 요구된다. 지역별 고령후기 노인인구 증가 양상은 우려될 만한 수준이므로 시·군·구 단위 노인복지정책 관련 민간이양사업 및 자체 개발사업에 대해 선택과 집중을 피할 필요가 있다.

미시적 차원에서 몇 가지 정책적 변화를 피하는 것에 대해 고민해야 할 것을 살펴보면 다음과 같다.

먼저, 정책 수요 급증에 대응하여 재가보호 중심의 노인 장기요양서비스정책 전환과 함께 화장시설 확충을 서둘러야 한다. 장기요양노인에 대

해 시설보호가 아닌 재가보호 중심으로 전환하고, 본인이 거주하던 지역 사회에 계속 머무를 수 있도록 지원할 필요가 있다. 또한 화장시설은 납비현상 극복을 위한 중앙 및 지방정부의 고심이 필요한 부분이다.

다음으로 생애말기 생활기반 안정(Well-Being) 정책과 관련하여 몇 가지 정책에 대해 검토가 필요하다. 첫째, 고령후기 노인의 생활안정 지원 차원에서 고령후기 노인에 한해 부양의무자 기준을 폐지하거나 불효자법 도입 검토가 필요하다. 둘째, 노인복지주택의 시설 기준에 준하는 고령자용 주택 보급 활성화방안이 마련되어야 한다. 일본은 고령후기 노인의 지역 생활의 지속성을 확보하기 위해 주택정책과 복지정책을 연계하고 있고, 영국은 노인보호 주택이 시설보호의 대안적 역할을 하고 있으며, 스웨덴도 자택거주 노인들이 필요로 하는 서비스를 받을 수 있도록 전문 인력을 가정으로 파견하는 프로그램을 운영하고 있다. 셋째, 장기요양 급여 중 '식사 재료비' 관련 비용 부담의 특례를 신설하고 특수용도식품 개발·보급을 추진하는 등 저작·연하 기능 저하 노인을 대상으로 적절한 영양지원방안 마련을 적극 검토해야 한다. 일본은 저작·연하 기능 저하로 저영양 상태에 놓여 있는 고령자를 위한 영양 대책의 일환으로 다양한 개호식품을 개발하여 보급하고 있으며, 더 나아가 일반 노인을 위한 유니버설 디자인 푸드까지 시장에 보급하고 있다. 넷째, 통합적 생활지원 서비스의 도입이 필요하다. 일본은 통합적 생활지원 서비스로 일본 가와자키시의 생활지원형 식사서비스, 일본 우정국의 고령자 생활지원 사업, 영국의 홈 케어 서비스, 스웨덴의 홈 헬프 서비스 등을 참고할 만하며, 필요시 원가 수준의 자비 부담을 검토할 필요가 있다. 다섯째, 재택의료 서비스 확대를 통해 품위 있고 편안한 생애마지막 순간을 보낼 수 있도록 하는 정책적 지원이 절실하다. 일본은 재택의료 서비스로서 개호, 의료, 주거, 생활지원, 예방이 일체적으로 제공되는 지역포괄케어시스템 구축

을 위한 정책적 노력을 기울이고 있고, 스웨덴의 자택도움 서비스는 죽는 시점까지 24시간 돌봄을 받을 수 있으며, 영국의 가정간호 서비스는 순회 보건서비스, 가사보조서비스, 야간간병서비스 등 서비스가 다양하다.

그리고 생애마무리 지원(Well-Dying) 정책과 관련해서도 몇 가지 정책에 대해 검토가 필요하다. 첫째, 환자연명의료결정법 적용 대상 질환의 확대와 재정 지원의 명확화를 통해 의료이용평등권을 확보토록 하고, 존엄사 시행 과정에서 발생할 수 있는 제반 사항에 대한 충분한 논의와 함께 사전 연명의료 의향서를 작성하는 문화를 조성해 나가야 한다. 일본의 임종기 의료의 결정과정은 몇 가지 기본 원칙하에 진행되고 있고, 치료 방침의 결정 시 별도로 전문가 위원회를 설치하여, 치료 방침 등에 대해 검토 및 조언을 얻고 있다. 영국 국민의료보험(NHS)의 생애말기 돌봄시스템은 죽을 때까지 최대한 잘 살고 품위를 갖고 죽을 수 있도록 도와주며, 자택 내에 거주하다가 필요한 경우 호스피스에 수일간 머물면서 서비스를 받을 수 있다. 둘째, 고령후기 노인의 사회적 고립 해소를 위해 지역 사회 자원발굴을 통해 사회 네트워크를 활성화하고 적용 대상도 중기적으로 부부노인까지 확대할 필요가 있다고 판단되며, 고독사에 대한 전수 조사, 통계 구축, 사후처리절차 마련, 예방을 위한 정책 방안 마련 등 정책적 접근 시도가 요망된다. 일본은 다양한 부처의 참여로 사회적 고립 방지를 위한 정책적 노력을 기울이고 있다. 영국은 정부가 £100만 기금을 통해서 장기적 고독 및 사회적 고립의 위협에 처한 노인들을 돕기 위해 노인을 활용하는 정책을 추진하고 있다. 셋째, 우리 사회는 죽음 교육·문화 부재로 죽음 준비에 소홀한 경향이 있는 바, 죽음 교육을 학교와 사회 교육으로 실시해 바람직한 죽음 이해와 임종 방식을 확산시키고 호스피스 제도의 실효성을 높여야 한다. 덧붙여, 사별 가족에 대한 지원 체계가 미흡한 실정인데, 특히, 고령 부부가구에서 독거가구로 바뀌는 시점에

정책적 지원을 통해 심리치료를 실시할 필요가 있다. 죽음 준비와 관련하여 존엄한 죽음을 위한 선언서 또는 엔딩 노트를 참고할 만하다.

마지막으로 생애말기 고령후기 노인에 대한 정책적 관심도 제고가 요망된다. 국민인식 조사 결과, 정책 필요도와 정책 이용(추천) 의사가 매우 높음에도 정책적 관심은 매우 저조한 상황이다. 베이비붐세대의 노년기 진입으로 노인인구 비율이 급격히 올라가는 지점에 다다르고 있기 때문에 지금부터라도 조속히 준비하지 않으면 국가나 사회적으로 매우 큰 어려움에 직면할 수 있다. 따라서 다가올 초고령사회를 대비하는 차원에서 모든 정책 환경을 꼼꼼하게 점검해 나가야 할 것으로 본다.

당초 초고령 시대를 준비하는 과정에서 볼거질 수 있는 문제를 미리 점검하고 대비하는 차원에서 국내외 관련 자료를 충분히 수집·분석한 후 연구 결과를 제시하고자 의도하였으나, 짧은 연구 기간, 분석 범주의 포괄성, 자료 수집의 한계 등 여러 요인으로 인해 심층적 접근은 하지 못하고 피상적인 분석에 그치고 말았다. 그럼에도 불구하고 의료 분야를 제외하고는 생애말기 지원정책에 대한 국내연구가 거의 수행되지 않고 있는 현실에서 개략적으로나마 탐색적 접근을 처음으로 시도해 봤다는 점에서 나름의 위안을 삼고자 한다.

정책은 바람직한 사회 상태를 만들고자 하는 정책목표와 이를 달성하기 위해 필요한 정책 수단의 결합이다. 노인복지정책 또한 노인의 질환에 대해 적절한 치료·요양으로 심신의 건강을 유지하고 노후생활 안정을 위해 필요한 조치를 강구함으로써 궁극적으로 헌법이 보장하는 인간다운 생활을 할 권리를 향유할 수 있게끔 지원하는 것이다. 다만, 유한한 자원으로 인해 무한정의 정책 지원은 불가능하고, 선택과 집중을 통해 정책 효과를 극대화할 수 있는 방향으로 정책이 전개되어야 한다. 그리고 우리 사회가 당면할 미래 상황에 대해 앞선 경험을 갖고 있는 제외국의 정책

동향을 토대로 시행착오를 줄이고 보다 나은 방향으로 정책을 설계하는 것도 필요할 것이다.

향후 노인복지정책은 고령인구의 급증 등 인구구조 변화와 맞물려 새로운 혼란을 맞이하게 될 것은 자명한 사실이다. 이러한 혼란으로부터 파생되는 문제들을 현실적으로 실현 가능한 정책 수단을 동원하여 합리적인 방향으로 변화시키기 위한 노력과 더불어 노인복지정책 전반에 대한 재설계 등 새로운 전기를 마련해야 할 것으로 보이며, 이를 지원하기 위한 심층적인 후속 연구도 차근차근 추진해 나가야 할 것으로 본다.

참고문헌 <<

- 고숙자, 정영호. (2014). 생애말기 케어의 사회적 가치 분석. 한국보건사회연구원.
- 고윤석. (2010). 의료 현장에서의 삶의 마무리: 규범을 중심으로. 아산사회복지재단 창립33주년 심포지엄 자료.
- 권인순. (2007). 노화의 정의 및 분류. 대한의사협회지, 50(3), pp.208-215.
- 김숙남, 최순옥, 신경일, 이정희. (2008). 노화불안 척도의 타당화 연구. 정신간호학회지, 17(3), pp.292-301.
- 김미혜, 권금주, 임연옥. (2004). 노인이 인지하는 '좋은 죽음' 의미 연구. 한국사회복지학, 56(2), pp.195-213.
- 김신미, 김순이. (2009). 노인의 노화불안과 삶의 질. 정신간호학회지, 18(2), pp.207-218.
- 김옥. (2010). 한국 노인과 미국 노인의 노화불안 비교연구. 노인복지연구, 47, pp.71-94.
- 김정선, 선우덕, 김지연 등. (2014). 고령친화형 특수용도식품 개발 물성개선 및 섭취 편이성 부여 기술. 한국식품연구원, 1차년도 보고서.
- 김정희, 김옥, 김숙향, 이경준. (2014). 노인의 사회적 지지가 노화불안에 미치는 영향과 자아존중감의 매개효과. 노인복지연구, 64, pp.323-343.
- 김재희, 김옥. (2015). 노화불안이 삶의 만족도에 미치는 영향: 청년, 중년, 노년 집단 비교. 노인복지연구, 68, pp.187-216.
- 남기민. (2011). 사회적 노화이론들에 관한 연구. 한국사회과학연구, 33(1), pp.33-50.
- 남기철. (2009). 노인일자리아업 1기의 쟁점과 2기의 과제. 노인인력개발포럼, 2, pp.5-38.
- 박수경, 좌용권, 김미희 등. (2015). 말기암환자 완화의료전문기관의 적정공급 방안 개발 연구. 한국보건산업진흥원.
- 박재간, 손화희. (2008). 영국과 스웨덴의 노인복지정책. 학지사.
- 류지선, 백정원, 김숙남. (2015). 지역사회 생애말기 돌봄에 있어서 사회복지 개

- 입의 필요성 탐색. 보건과 사회과학, 40, pp.79-110.
- 백정원, 류지선, 김숙남. (2015). 지역 기반 보건·복지 연계 가능성에 대한 탐색 연구-노인의 생애말기 돌봄 서비스를 중심으로-. 민족연구, 64, pp.222-246.
- 선우덕, 오영희, 이수형, 오지선, 이석구. (2009). 노인 건강 정책의 현황과 향후 추진 과제-일상생활 기능의 자립 향상을 중심으로-. 한국보건사회연구원.
- 신현철. (2011). 사망자의 생애말기 진료비 양상, 한국보건행정학회 학술대회 논문집. 2011권 2호.
- 오진탁. (2006). 성숙한 죽음 문화의 모색-소극적 안락사의 대안과 관련하여-. 오늘의 동양사상, 14, pp.241-262.
- 윤가현. (2007). 죽음의 불안과 노화 과정. 한국노년학연구, 16, pp.157-171.
- 윤민석. (2012). 노화에 대한 재해석-노년 초월 이론과 9단계 이론을 중심으로. 한국노년학, 32(2), pp.431-446.
- 윤선영, 강지연. (2013). 만성질환자의 특성에 따른 생애말기 치료 선호도. 성인간호학회지, 25(2), pp.207-218.
- 윤찬영. (2010). 사회복지법제론. 나남.
- 정경희, 김경래, 오영희, 이윤경, 황남희, 이선희. (2015). 인구구조 변화에 따른 노인복지정책의 발전 방향. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 정경희, 이윤경, 윤지은(2009). 노인의 생산활동 실태 및 경제적 가치 평가. 한국보건사회연구원.
- 정경희, 오영희, 강은나 등. (2014). 2014년도 노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 정경희, 한경혜, 김정석, 임정기. (2006). 노인 문화의 현황과 정책적 함의-‘성공적 노화’ 담론에 대한 비판적 검토를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 정은선. (2014). 영국의 생애말기 돌봄 전략. HIRA정책동향, 8(3), pp.56-63.
- 최영순, 최정규. (2014). 호스피스 완화의료 활성화 방안. 서울: 국민건강보험공단.
- 최영준, 김진욱, 주은수, 전용호, 김동기. (2013). 돌봄 기능 관련 복지사업 심층 분석 최종보고서. 보건복지부.
- 최희경. (2010). ‘신노년’ 정책 담론에 대한 비판적 재검토-활동적 노화, 성공적

- 노화, 생산적 노화를 중심으로-. 한국사회정책, 17(3), pp.41-65.
- 한경혜. (2000). 신노년층 문화와 성공적 노화. 한국가족학회 춘계학술대회 자료집.
- 허대석. (2008). 무의미한 연명 치료를 거부할 권리. 대한의사협회지, 51(6), pp.524-529.

국가통계포털. <http://kosis.kr>

보건복지부 홈페이지. www.mw.go.kr

(일문 자료)

川越 雅弘, 三浦 研. (2008). 我が国の高齢者住宅とケア政策, 海外社會保障研究, No 164, pp.4-16.

川崎市. (2015). 川崎市生活支援型食事サービス事業実施要綱.

総務省. (2013). 高齢者の社会的孤立の防止対策等に関する行政評価・監視結果に基づく勧告.

厚生労働省. (2007). 終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン. 2007년 5월.

日本郵便株式会社. (2013). 「郵便局のみまもりサービス」の試行実施.

일본존엄사협회.

http://www.songenshi-kyokai.com/living_will.html

미야자카시

[http://www.city.yamato.lg.jp/web/content/000098538.pdf#search='miyazaki si+ending +note'](http://www.city.yamato.lg.jp/web/content/000098538.pdf#search='miyazaki%20si+ending+note')

(영문 자료)

Abdel-Khalek, A. (2005). Death of anxiety in clinical and non-clinical groups. *Death Studies*, 29, pp.251-259.

Bengtson, V. L., Burgess, E. O. & Parrott, T. M. (1997). Theory, explanation, and a third generation of theoretical development in social gerontology. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 52B(2), pp.72-88.

- Cicirelli, V. (2002). *Older adults' views on death*. New York: Springer.
- Department of Health(2010). *End of Life Care Strategy*. 2010. 7.
- Erikson, E. H. & Erikson, J. M. (1997). *The life cycle completed-Extended version*. New York; London: W.W.Norton&Co.
- Estes, C. L., Biggs, S. & Phillipson, C. (2003). *Social Theory, Social policu and aging-A critical introduction*. Berkshire: Open University Press.
- Ferraro, K. F. (1992). Self and older people referents in evaluating life problems. *Journal of Gerontolify*. 47(3). pp.105-114.
- Fortner, B. & Neimeyer, R. (1999). Death anxiety in older adults: a quantitative review. *Death Studies*, 23, pp.387-411.
- Katz, S. (2000). Busy bodies: Activity, aging, and the management of everyday life. *Journal of Aging Studies*. 14, pp.135-152.
- Lasher, K. p. & Faulkender, P. J. (1993). Measurment of aging anxiety: Development of the anxiety about aging scale. *International Journal of Aging Human Development*, 27(4), pp.247-259.
- Moody, H. R. (1988). *Abundance of life*. New York: Columbia University Press.
- NCPC(National Council of Palliative Care). (2006). *Palliative care Explained*. <http://www.ncpc.org.uk/palliative-care-explained>.
- Rowe, J. W. & Kahn, R. L. (1997). Successful aging. *The Gerontologist*, 37, pp.433-440.
- Sigelman, C. & Shaffer, D. R. (1995). *Life-span human development*. Pacific Grore, CA: Brooks/Cole.
- Thelen, M. (2005). End-of-life decision making in intensive care. *Critical Care Nurse*, 25(6), pp.28-37.
- Terry, A. & Shirley, O. G.(Ed). (2011). *Oxford Textbook of Palliative Social Work*. NY: Oxford University Press. pp.43-508.

부록 1. 조사표

고령후기 노인을 위한
생애말기 정책에 대한 국민인식조사
- 인터넷 조사 -

응답자 번호			

안녕하십니까?

저희는 국무총리실 산하 보건복지 분야의 전문연구기관인 한국보건사회연구원입니다. 이번에 저희 연구원에서는 고령후기 노인을 위한 생애말기 정책에 대한 국민인식조사를 실시하고 있습니다. 본 조사를 통해 일반 국민의 생애말기 정책에 대한 인식과 정책 필요성 등에 대해 간단히 여쭙 보고자 합니다.

귀하께서 응답해 주신 내용은 저희 연구와 향후 관련 정부 정책을 위한 자료로 귀중하게 사용될 예정이오니 바쁘시더라도 잠시 틈을 내셔서 응답해 주시면 감사하겠습니다. 이 설문에 응답하신 내용은 연구 목적 이외의 다른 용도로는 절대 사용되지 않으며, 통계법 제33조(비밀의 보호 등) 및 34조(통계 종사자 등의 의무)에 의거 비밀이 보장됩니다.

감사합니다.

2016년 9월

한국보건사회연구원 원장 김상호

계층이동성 및 노후 불안

4. 귀하는 현재 본인 또는 본인의 가족이 사회적으로 어떤 계층에 속한다고 생각하십니까?

- ① 최하위 ② 하위 ③ 중위 ④ 중상위 ⑤ 최상위

5. 귀하는 본인 또는 귀하의 가족이 현재보다 높은 계층으로 올라갈 가능성이 얼마나 있다고 생각하십니까?

- ① 매우 낮다 ② 낮다 ③ 높다 ④ 매우 높다

6. 귀하는 삶이 얼마나 행복하다고 생각하십니까?

- ① 매우 불행함 ② 불행함 ③ 행복함 ④ 매우 행복함

7. 귀하는 노후생활에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 매우 불안함 → (문7-1로 이동) ② 불안함 → (문7-1로 이동)
 ③ 안정적인임 → (문8으로 이동) ④ 매우 안정적인임 → (문8으로 이동)

7-1. (7번에서 ①, ② 응답자만 작성) 귀하는 노후생활의 어떤 부분에 대하여 불안함을 느끼십니까?

- ① 빈곤 ② 질병 ③ 무위 ④ 고독

정책별 인지도 및 필요도

8. 귀하께서는 다음의 정책에 대해 들어본 적이 있으십니까?

※ '고령자용 주택'은 고령자가 생활하기 편리하도록 집 안에 문턱 없애기, 욕조 높이 낮추기, 안전 바 설치 등을 한 주택을 말합니다.

※ '고독사 대응'은 이웃과 교류 없이 홀로 사는 노인에게 안부 전화나 방문, 친구 만들어 주기 등을 하는 것입니다.

구분	있다	없다
1) 고령자용 주택	①	②
2) 고독사 대응(노인의 사회적 고립 해소)	①	②

9. 귀하께서는 다음의 정책을 활성화 또는 강화할 필요가 있다고 생각하십니까?

구분	매우 필요	필요	불필요	전혀 불필요
1) 고령자용 주택	①	②	③	④
2) 고독사 대응(노인의 사회적 고립 해소)	①	②	③	④

10. 귀하께서는 다음의 정책에 대해 들어본 적이 있으십니까?

- ※ '호스피스(완화의료)'는 죽음을 앞둔 말기환자에게 무리한 연명치료를 중단하고, 여생을 인간으로서 존엄성과 높은 삶의 질을 유지할 수 있도록 최소한의 의료 조치만을 취하는 것을 의미합니다.
- ※ '고령 친화 식품(특수용도 포함)'은 노인의 신체 특성(씹거나 삼키는 능력, 소화능력)과 기호, 식습관 등을 고려한 기능성 식품을 의미하며, 건강기능식품, 영양 보충형 식품, 반조리식품 등이 해당됩니다.
- ※ '홈 케어 서비스(재가지원 및 재택의료)'는 병원이나 요양원 등의 시설이 아닌, 자신의 집에 머무르며 가사지원, 의료지원, 상담, 교육 및 기타 토털 서비스를 제공받는 것을 말합니다.(현행, 재가서비스로 장기요양보험제도의 방문요양, 방문목욕, 방문간호 서비스와 돌봄종합서비스 등이 있으나 특정 대상을 중심으로 지원되거나 필요 욕구에 따라 개별 서비스로 접근하여 이용할 수 있습니다.)

구분	있다	없다
1) 호스피스(완화의료)	①	②
2) 고령 친화 식품(특수용도 포함)	①	②
3) 홈 케어 서비스(재가지원 및 재택의료)	①	②

11. 귀하께서는 다음의 정책을 활성화 또는 강화할 필요가 있다고 생각하십니까?

구분	매우 필요	필요	불필요	전혀 불필요
1) 호스피스(완화의료)	①	②	③	④
2) 고령 친화 식품(특수 용도 포함)	①	②	③	④
3) 홈 케어 서비스(재가지원 및 재택의료)	①	②	③	④

12. 귀하께서는 다음의 정책에 대해 들어본 적이 있으십니까?

※ '죽음 교육 및 준비'는 누구나 한번은 거치게 되는 죽음에 대해 생각해 보고, 한정된 삶을 충실히 사는 것을 목적으로 하는 서비스입니다. 예로 자신의 삶을 되돌아보는 시간을 갖고 자서전 쓰기, 유언장 쓰기, 죽음 준비를 위한 체크리스트 작성 등이 있습니다.

※ '존엄사'는 의학적 치료로도 회복 불가능한 상태에서 무의미한 연명치료(인공호흡기 등)를 중단하고 자연적인 죽음을 받아들이는 것을 의미합니다. 인간으로서 지녀야 할 최소한의 품위와 가치를 지키면서 죽을 수 있도록 하기 위한 것으로, 우리나라는 2009년 대법원 판례에 의해 '연명치료가 무의미하고 환자의 의사가 추정되는 경우'로만 엄격히 제한하고 있습니다.

※ '사별 가족 심리치료'는 배우자나 부모 등 가족의 죽음을 경험한 자의 심리적인 안정과 일상생활 복귀를 돕기 위한 상담, 교육 등을 의미합니다.

구분	있다	없다
1) 죽음 교육 및 준비	①	②
2) 존엄사	①	②
3) 사별 가족 심리치료	①	②

13. 귀하께서는 다음의 정책을 활성화 또는 강화할 필요가 있다고 생각하십니까?

구분	매우 필요	필요	불필요	전혀 불필요
1) 죽음 교육 및 준비	①	②	③	④
2) 존엄사 요건 완화	①	②	③	④
3) 사별 가족 심리치료	①	②	③	④

정책 간 중요도 및 이용/추천 의사

14. 귀하께서는 다음의 생애말기 정책 중 어느 정책이 가장 중요하다고 생각하십니까? 가장 중요한 순서대로 최대 세 가지만 선택해 주십시오.

1순위 : _____ 2순위 : _____ 3순위 : _____

정책	정책
1) 고령자용 주택보급 활성화	2) 고독사 대응 강화
3) 호스피스(완화의료) 활성화	4) 고령친화 특수용도식품 활성화
5) 홈 케어(재가지원 및 재택의료) 활성화	6) 죽음 교육 및 준비
7) 존엄사 요건 완화	8) 사별 가족 심리치료

15. 귀하께서는 향후 다음의 생애말기 정책을 이용할 상황이 발생한다면, 본인이 이용하실 의향이 있으십니까? 정책별로 각각의 이용 의사를 선택해 주십시오.

본인 이용의사	① 있다	② 없다
1) 고령자용 주택	①	②
2) 고독사 대응 정책	①	②
3) 호스피스(완화의료)	①	②
4) 고령친화 특수용도식품	①	②
5) 홈 케어(재가지원 및 재택의료)	①	②
6) 죽음 교육/준비	①	②
7) 존엄사	①	②
8) 사별 가족 심리치료	①	②

16. 귀하께서는 향후 다음의 생애말기 정책을 이용할 상황이 발생한다면, 가족 및 친구 등에게 이용을 추천할 의향이 있으십니까? **정책별로 각각의** 이용 의사를 선택해 주십시오.

추천 의사	① 있다	② 없다
1) 고령자용 주택	①	②
2) 고독사 대응 정책	①	②
3) 호스피스(완화의료)	①	②
4) 고령친화 특수용도식품	①	②
5) 홈 케어(재가지원 및 재택의료)	①	②
6) 죽음 교육/준비	①	②
7) 존엄사	①	②
8) 사별 가족 심리치료	①	②

노후대책 만족도 및 정책 방향

17. 국가에서 시행하고 있는 노후대책에 대해 어떻게 생각하십니까?

- ① 매우 불만 ② 불만 ③ 만족 ④ 매우 만족

18. 4대 노인문제 중 국가에서 좀 더 관심을 가질 필요가 있다고 생각하는 분야는 무엇입니까?

- ① 빈곤 ② 질병 ③ 무위 ④ 고독

조사 대상 일반 사항 2

19. 귀하의 최종 학력은 어떻게 됩니까? (* 중퇴 및 퇴학은 이전 학력 작성)

- ① 초등학교 이하 ② 중학교 ③ 고등학교 졸업
 ④ 전문대학(2~3년제) ⑤ 대학교(4년제) ⑥ 대학원 이상

20. 귀하께서는 현재 돈벌이가 되는 일을 하고 있습니까? 1주일에 1시간 이상 수입을 목적으로 일을 하는 경우를 의미합니다.

- ① 예 ② 아니요

21. 귀하의 평소 건강상태는 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 건강한 편 ② 건강한 편 ③ 보통
 ④ 건강하지 않은 편 ⑤ 매우 건강하지 않은 편

22. 귀하의 월평균 총가구소득은 얼마입니까? (* 세금을 내기 전(세전), 모든 가구원의 소득을 합한 소득임)

- ① 50만 원 미만 ② 50~100만 원 미만 ③ 100~200만 원 미만
 ④ 200~300만 원 미만 ⑤ 300~400만 원 미만 ⑥ 500만 원 이상

귀하의 성의 있는 응답은 저희 연구에 큰 도움이 될 것입니다.
 긴 시간 동안 설문에 응해 주셔서 감사합니다.

간행물회원제 안내

▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

▶ 회원종류

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원
- 정기간행물회원 : 35,000원

▶ 가입방법

- 홈페이지(www.kihasa.re.kr) - 발간자료 - 간행물구독안내

▶ 문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- | | |
|---|---|
| ■ 한국경제서적(총판) 737-7498 | ■ 교보문고(광화문점) 1544-1900 |
| ■ 영풍문고(종로점) 399-5600 | ■ 서울문고(종로점) 2198-2307 |
| ■ Yes24 http://www.yes24.com | ■ 알라딘 http://www.aladdin.co.kr |