

연구보고서 2018-02-01

죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안



정경희 · 김경래 · 서제희 · 유재언 · 이선희 · 김현정

【책임연구자】

정경희 한국보건사회연구원 선임연구위원

【주요 저서】

노인의 삶의 질 지수 개발

한국보건사회연구원, 2017(공저)

2017 노인실태조사

보건복지부, 한국보건사회연구원, 2017(공저)

【공동연구진】

김경래 한국보건사회연구원 부연구위원

서제희 한국보건사회연구원 부연구위원

유재인 한국보건사회연구원 부연구위원

이선희 한국보건사회연구원 전문연구원

김현정 정화예술대학교 사회복지학과 조교수

연구보고서 2018-02-01

죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

발 행 일 2018년 12월

저 자 정 경 희

발 행 인 조 흥 식

발 행 처 한국보건사회연구원

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

전 화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인 쇄 처 고려씨앤피

발간사 <<

노인인구의 증가와 평균수명의 증대로 인하여 죽음의 질을 어떻게 확보할 것인가에 대한 관심이 높아지고 있다. 2018년 현재 노인인구는 738만 1000명으로 전체 인구의 14.3%를 차지하고 있으며, 노년기의 증대에 따라 죽음을 가시적으로 느끼면서 생활하는 기간도 확대되고 있다. 2016년 기준 평균수명은 82.1세이나 건강수명은 73.2세로 약 9년의 차이를 보인다. 따라서 노인의 죽음은 노인의 양적 증대와 더불어 건강이 악화되는 시점부터 죽음까지의 기간이 연장되고 있다는 점에서 죽음의 당사자뿐만 아니라 남은 가족 및 지인, 서비스 제공자 등의 삶과 웰빙에도 영향을 미치게 된다.

한편 노인의 경우 본인의 죽음을 예견할 뿐만 아니라 배우자의 상실을 경험하게 되며, 형제자매의 죽음 또한 경험하게 된다. 중요한 타자의 죽음은 네트워크의 축소 등 노년기 삶에 다각적인 영향을 미칠 수 있다. 이러한 이유로 웰다잉은 죽음을 맞이하는 당사자뿐 아니라 가족과 서비스 제공자 등 다양한 주체의 관점에서 검토되어야 할 이슈이다.

노년기의 경우 죽음의 질이 확보된 상태를 의미하는 웰다잉(Well-dying)이 웰빙(Well-being)의 구성 요소 중 하나라는 점에서도 사회적 관심이 요구된다. 노년기는 기능과 생산성의 저하, 은퇴, 배우자 사별 등의 경험을 통해 상실감과 인생의 유한성을 깨닫고 나아가 구체적으로 죽음을 인지하는 시기로, 죽음이 삶의 전반적인 영역에 가장 큰 영향을 미친다는 점에서 웰다잉과 웰빙의 연계성이 높다 하겠다.

이러한 맥락에서 볼 때 죽음의 질을 확보하기 위해서는 죽음의 다차원성을 고려한 종합적인 접근이 필요하다. 그러나 죽음의 질 확보를 통하여

웰다잉을 구현하는 것에 대한 사회적 관심과 정책적 대응은 미흡한 상황이다.

본 연구는 이러한 웰다잉에 대한 2개년 연구의 1차 연도 연구로 현재 한국 사회에서 공유되고 있는 웰다잉의 개념을 구체화하여 관련 정책 방안을 모색(2차 연도)하는 데 필요한 경험적 기반을 마련하고자 한다. 더불어 웰다잉이 갖고 있는 다차원적 측면에 주목하여 정책과제를 정리하고 전략을 도출하고자 한다.

본 보고서는 정경희 선임연구위원의 책임하에 원내의 김경래 부연구위원, 서제희 부연구위원, 유재언 부연구위원, 이선희 전문연구원, 김현정 정화예술대학교 사회복지학과 교수에 의하여 작성되었다. 본 연구진은 바쁘신 중에도 소중한 검토 의견을 주신 검독해 주신 본원의 이윤경 연구위원과 정순돌 이화여자대학교 사회복지학과 교수와 익명의 평가위원들에게 감사드린다. 또한 좋은 죽음에 대한 인식과 유형을 발견하기 위한 Q방법론 연구에 참여해 주신 참여자에게도 감사의 마음을 전한다.

2018년 12월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식

목 차

Abstract	1
요 약	3
제1장 서론	7
제1절 연구의 배경 및 목적	9
제2절 연구의 내용 및 방법	12
제2장 주요 개념·통계 및 선행연구 고찰	15
제1절 주요 개념 고찰	17
제2절 죽음 관련 통계 검토	28
제3절 선행연구 고찰	40
제4절 소결	45
제3장 국외의 법적 및 제도적 기반 검토	47
제1절 국제기구의 대응	49
제2절 개별 국가의 법적 및 제도적 기반	53
제3절 소결	67
제4장 죽음의 질에 대한 인식과 좋은 죽음의 유형	69
제1절 연구 방법 및 절차	71
제2절 중년이 인식하는 좋은 죽음	81
제3절 노인이 인식하는 좋은 죽음	89
제4절 소결	98

제5장 죽음에 대한 인식 및 서비스 욕구 99

제1절 전화조사 개요 101

제2절 조사 대상자의 일반적 특성 107

제3절 죽음 관련 태도 및 서비스에 대한 욕구 111

제4절 좋은 죽음에 대한 태도 135

제5절 소결 153

제6장 국내의 법적 및 제도적 기반 검토 159

제1절 법적 기반 검토 161

제2절 국내의 제도적 기반 검토 174

제3절 소결 196

제7장 결론 199

제1절 종합 201

제2절 정책적 함의와 과제 205

참고문헌 217

부 록 227

부록 1. 호스피스·완화의료 전문 기관 및 사전연명의료의향서 등록 기관 현황 .. 227

부록 2. 관련 서식 234

부록 3. 전화조사표 237

표 목차

〈표 2- 1〉 연령군별 사망자 수 및 사망률	28
〈표 2- 2〉 연령별 5대 사망 원인 구성비 및 사망률	30
〈표 2- 3〉 질병 단위에 따른 진료비 특성(2017년 기준)	31
〈표 2- 4〉 사망 장소별 사망 구성비(2007-2017년)	33
〈표 2- 5〉 연령별·사망 장소별 사망 구성비(2017년)	33
〈표 2- 6〉 연령별 화장률 추이	34
〈표 2- 7〉 연령별 장례 선호 방법(19세 이상)	35
〈표 2- 8〉 노인의 죽음 준비 실태	36
〈표 2- 9〉 노인이 선호하는 장례 방법	38
〈표 2-10〉 노인이 선호하는 재산 처리 방식	39
〈표 2-11〉 주요 선행연구	41
〈표 3- 1〉 호주의 국가 완화의료 전략 2010	56
〈표 3- 2〉 네덜란드의 국가 완화의료 프로그램 2014-2020	61
〈표 3- 3〉 영국의 생애말기 돌봄서비스 제공을 위한 기본 원칙(2015-2020)의 6가지 목표	66
〈표 3- 4〉 국가별 법적 및 제도적 기반 비교	68
〈표 4- 1〉 Q모집단 구축을 위한 심층면접 및 FGI 참여자 특성	73
〈표 4- 2〉 Q표본	75
〈표 4- 3〉 P표본	77
〈표 4- 4〉 요인별 통계치: 비노인이 인식하는 좋은 죽음	81
〈표 4- 5〉 최종 분석에 활용된 연구 참여자의 특성: 중년층	82
〈표 4- 6〉 1유형의 긍정 및 부정의 주요 진술문	85
〈표 4- 7〉 2유형의 긍정 및 부정의 주요 진술문	87
〈표 4- 8〉 3유형의 긍정 및 부정의 주요 진술문	88
〈표 4- 9〉 요인별 통계치: 노인이 인식하는 자신의 죽음	89
〈표 4-10〉 최종 분석에 활용된 연구 참여자의 특성: 노인	90
〈표 4-11〉 1유형의 긍정 및 부정의 주요 진술문	93

〈표 4-12〉 2유형의 긍정 및 부정의 주요 진술문	95
〈표 4-13〉 3유형의 긍정 및 부정의 주요 진술문	97
〈표 5- 1〉 웰다잉에 대한 전 국민 인식조사 개요	102
〈표 5- 2〉 총화 방법	103
〈표 5- 3〉 모집단 분포	104
〈표 5- 4〉 표본 할당	104
〈표 5- 5〉 죽음 및 웰다잉에 대한 전 국민 인식조사 내용	106
〈표 5- 6〉 조사 대상자의 일반적 특성	109
〈표 5- 7〉 일반 특성별 호스피스·완화의료에 대한 인지 여부	112
〈표 5- 8〉 일반 특성별 호스피스·완화의료서비스 이용 의사	114
〈표 5- 9〉 일반 특성별 연명치료에 대한 찬성 정도	118
〈표 5-10〉 일반 특성별 사전연명의료의향서에 대한 인지 여부	119
〈표 5-11〉 일반 특성별 사전연명의료의향서 작성 의사	120
〈표 5-12〉 일반 특성별 장기 기증에 대한 찬성 정도	123
〈표 5-13〉 일반 특성별 유언장 작성에 대한 찬성 정도	124
〈표 5-14〉 일반 특성별 유언장 작성 여부	125
〈표 5-15〉 일반 특성별 임종 전 재산 처리 방법	127
〈표 5-16〉 일반 특성별 연명치료와 같은 죽음과 관련한 결정 주체	129
〈표 5-17〉 일반 특성별 임종 전 가족들이 가장 신경 써야 하는 부분	131
〈표 5-18〉 일반 특성별 장례식을 하는 가장 큰 이유	134
〈표 5-19〉 일반 특성별 ‘임종 때 정신이 온전해야 좋은 죽음이다’에 대한 동의율	136
〈표 5-20〉 일반 특성별 ‘가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이다’에 대한 동의율	138
〈표 5-21〉 일반 특성별 ‘죽을 때 두려워하지 않아야 좋은 죽음이다’에 대한 동의율	140
〈표 5-22〉 일반 특성별 ‘죽을 때 가족들과 관계가 나빠지면 좋은 죽음이 아니다’에 대한 동의율	141
〈표 5-23〉 일반 특성별 ‘간병비나 병원비로 가족을 고생시키고 죽는 것은 좋은 죽음이 아니다’에 대한 동의율	142

〈표 5-24〉 일반 특성별 '죽기 전에 스스로 준비할 수 있는 것이 좋은 죽음이다'에 대한 동의율	143
〈표 5-25〉 일반 특성별 '죽음에 대해 주변 사람들이 함께 준비할 수 있는 것이 좋은 죽음이다'에 대한 동의율	145
〈표 5-26〉 일반 특성별 '숨을 거두는 마지막 순간에 사랑하는 사람이 주위에 있어야 좋은 죽음이다'에 대한 동의율	147
〈표 5-27〉 일반 특성별 '죽은 후에도 주변 사람들에게 오래 기억되어야 좋은 죽음이다'에 대한 동의율	148
〈표 5-28〉 일반 특성별 '좋은 죽음이 되려면 생사와 관련된 결정을 본인이 해야 한다'에 대한 동의율	149
〈표 5-29〉 일반 특성별 본인의 죽음에 대한 생각 여부	151
〈표 5-30〉 일반 특성별 사후 세계에 대한 생각 여부	152
〈표 5-31〉 전화조사 결과 종합	153
〈표 6- 1〉 죽음 및 웰다잉 관련 제도: 사업 주체와 죽음 여정 분류 틀 적용	175
〈표 6- 2〉 2011~2017년 장기·인체 조직 이식 및 기증 현황	183
〈표 6- 3〉 상조서비스 내용 예시: A업체의 상조서비스 B상품	194
〈표 7- 1〉 웰다잉 관점에서 본 죽음의 분류	203
〈표 7- 2〉 주요 측면별 법적·제도적 기반 및 실천 현황	205
〈표 7- 3〉 주요 주체별 과제	213
〈부표 1-1〉 호스피스·완화의료 전문 기관 현황(106개소)	227
〈부표 1-2〉 사전연명의료의향서 등록 기관 현황(92개소)	231

그림 목차

[그림 1-1] 죽음의 질 개념도	14
[그림 1-2] 연구 개념도	14
[그림 2-1] 성별 사망자의 연령 구성(2007년과 2017년)	29
[그림 3-1] 네덜란드의 국가 완화의료 프로그램 2014-2020의 매트릭스	60
[그림 4-1] Q방법 연구 절차	72
[그림 4-2] Q분류 분포도	79
[그림 5-1] 전화조사 설문지 구성 틀	105
[그림 5-2] 연령·교육 수준별 죽음 준비 관련 주요 서비스 인지 및 이용 의사	155
[그림 5-3] 좋은 죽음에 대한 태도(평균)	157
[그림 6-1] 호스피스·완화의료 전문기관 시도별 지정 현황(2018. 11. 30.)	179
[그림 6-2] 호스피스·완화의료 전문기관 종류별 지정 현황(2018. 11. 30.)	179
[그림 6-3] 장기 기증 및 이식 관리 체계: 뇌사 및 사후 기증	181
[그림 6-4] 시·도별 사전연명의료의향서 등록기관 현황(2018. 11. 30.)	191
[그림 7-1] 좋은 죽음 구현을 위한 추진 과제	210
[그림 7-2] 연령군별 중점 과제	215
[부도 1-1] 연명의료계획서 양식	234
[부도 1-2] 사전연명의료의향서 양식	235
[부도 1-3] 사망신고서 양식	236

Abstract <<

Ensuring Dignity in Old Age with Improved Quality of Death

Project Head: Kyunghye Chung

As the population ages, the quality of death becomes an important issue for many people. Because well-dying is a part of well-being and has effects on significant others left behind, how to enhance the quality of death becomes an issue that calls for social response. In addition, since “well-dying” involves multidimensional needs (including medical, economic, emotional, and spiritual needs), it requires a comprehensive approach. Under these circumstances, this study is aimed at grasping the essential components of well-dying among Korean middle-aged and older persons. Also, this study intends to better understand people’s perceptions of, and needs, services concerning well-dying.

This study consists of six parts. The first part is a review of previous research, some theoretical issues and current statistics on well-dying. The second part discusses some specific examples of legal base and policy actions concerning well-dying in selected countries. The third part presents main types of attitudes toward well-dying derived using Q methodology. In the

2 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

forth part, we discuss main findings from a telephone survey we conducted of a total of 15,000 people aged 40~79. The fifth part reviews the legal base and policy measures taken for well-dying in Korea and evaluates them from the standpoint of the concept of good death and of middle-aged and older adults in need of services to help them prepare for well-dying. The last part presents policy suggestions and priority setting for well-dying.

1. 연구의 배경 및 목적

본 연구는 2개년에 걸쳐 진행하는 연구의 1차 연도 연구로 우리 사회에서의 공유되고 있는 좋은 죽음의 개념을 구체화하여 (2차 연도 연구의 목표인) 관련 정책 방안을 모색하는 데 필요한 경험적 기반을 마련하고자 한다. 더불어 웰다잉이 갖고 있는 다차원적 측면에 주목하여 정책의 방향성을 도출하고 정책과제를 제시하고자 한다.

2. 주요 연구 결과

본 연구를 통하여 도출된 좋은 죽음 관련 주요 결과를 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 좋은 죽음을 구성하는 데 있어 중요한 개념은 자기결정권이다. 둘째, 중노년층이 생각하는 좋은 죽음은 두려움 없이 담담히 맞이할 수 있는 죽음, 자신이 죽은 뒤에 남아 있는 중요한 타자에게 좋은 사람으로 기억될 수 있는 죽음이다. 그런데 이러한 요소들은 좋은 죽음을 구성하는 필수 요소라기보다는 좋은 죽음이 되기 위해 피해야 할 ‘소극적인’ 요소라고 할 수 있다. 셋째로 본인, 가족, 보건의료서비스 등 다양한 주체의 참여가 있어야 적절한 죽음 준비를 통한 좋은 죽음이 가능해진다. 무엇보다 먼저 자신이 스스로 죽음을 잘 준비해야 하며, 가족은 자주 접촉하여 사랑을 표현하여야 하고, 다양한 공공 및 민간 서비스가 제공되어야 할 것이다.

4 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

다음으로 국내외의 법적 및 정책적 대응에 대한 검토 결과, 도출된 특징은 다음과 같다. 첫째, 다양한 상황에서 발생하는 죽음이 좋은 죽음이 될 수 있도록 맞춤형의 제도적 기반을 마련해야 할 것이다. 둘째, 관련된 법과 정책에서 서비스의 영역이 매우 협소하게 설정되고 있을 뿐만 아니라 파편적인 접근이 이루어지고 있다. 연명의료, 호스피스, 장례와 같은 죽음의 발생 전후 시기와 관련된 서비스뿐만 아니라 죽음을 삶의 일부로 받아들이고 논의할 수 있도록 하는 단계별·연속적 접근이 이루어져야 한다. 또한 물질·인적 인프라 확보와 함께 전 국민의 인식 함양 및 관련 교육이 체계적으로 이루어질 필요가 있다. 셋째, 좋은 죽음을 구현하기 위해서는 지역사회와 비정부기구(NGO)의 생활 밀착형 대응이 이루어져야 하지만 그러한 노력의 중심에는 공공서비스가 있어야 한다는 점이 확인되었다.

3. 결론 및 시사점

좋은 죽음의 구성 요소와 국내외의 법적·정책적 기반의 검토에 기초해 볼 때 우리 사회에서 웰다잉을 구현하기 위해서는 다음과 같은 사회적 과제를 해결해야 할 것이다.

무엇보다 먼저 웰다잉도 삶을 잘 준비하고 마무리하는 단계 중 하나임을 인식시키고 웰다잉을 준비하는 것의 중요성에 대한 대국민 홍보가 강화되어야 한다.

두 번째로는 웰다잉과 관련된 다양한 법률을 검토하여 다양한 죽음의 형태에서 웰다잉이 구현될 수 있는 법적 기반을 마련해야 할 것이다.

세 번째로 웰다잉 관련 서비스의 대상자와 내용의 범위를 확대해 가야 할 것이다. 이를 통하여 죽음 당사자뿐만 아니라 가족 및 지인들에게 다

양한 서비스가 제공될 수 있어야 할 것이다.

네 번째로 죽음 준비 교육, 사전연명의료의향서 작성 등 상대적으로 부족한 죽음 준비 항목에 관한 사회적 관심을 제고하고 제도적 기반을 마련해야 할 것이다. 서비스의 적절한 확산을 위해서는 서비스 내용의 전문화·표준화와 정보 공유가 요구된다. 현재 실시되고 있는 민간단체의 선도적인 활동과 시도들이 표준화되어 확산될 수 있는 기제가 만들어져야 할 것이다. 또한 지방자치단체에서 실시하고 있는 다양한 사업(죽음 준비 교육·상담, 공영장례, 고독사 예방 사업 등)이나 조례 등의 정보가 공유될 수 있어야 할 것이다. 이를 통하여 당사자뿐만 아니라 유족들에게 체계적인 죽음 준비가 이루어질 수 있을 것이다.

다섯 번째로 관련된 인프라 확보를 위한 노력이 필요하다. 가장 시급한 것은 수도권에 편중되어 있는 호스피스·완화의료 전문기관이나 사전연명의료의향서 등록기관을 중소도시와 농어촌에서도 확보하여 접근성을 향상시키는 것이다.

마지막으로 웰다잉 구현이 어려운 대상자에 대한 관심이 필요하다. 무연고 사망자나 고독사하는 대상이 대표적이라 할 수 있다. 무엇보다 먼저 고독사가 발생하지 않도록 하는 접근이 강화되어야 하며, 고독사가 발생했을 시 이들 사망자의 시신을 조기 발견하고, 존엄성이 확보된 상장례가 이루어질 수 있는 기반을 마련해 가야 할 것이다. 또한 자살, 타살, 사고사 등 죽음에 당면할 준비가 되지 않은 유족들의 심리적 타격에 대한 상담이나 법적·행정적인 과제를 정리하여 알려주는 서비스 등이 요구된다.

*주요 용어: 웰다잉, 좋은 죽음, Q방법론, 호스피스·완화치료, 연명치료

제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제1절 연구의 배경 및 목적

노인인구의 증가와 평균수명의 증대로 인하여 죽음의 질을 어떻게 확보할 것인가에 대한 관심이 높아지고 있다. 통계청의 추계에 의하면 2018년 현재 노인인구는 738만 1000명으로 전체 인구의 14.3%를 차지하고 있으며, 2025년이 되면 1050만 8000명으로 20%를 넘고 2030년에는 1295만 5000명으로 24.5%에 달할 것으로 예상된다(통계청 장래인구추계 홈페이지, 2018. 11. 26. 인출.).

노년기의 증대에 따라서 죽음을 가시적으로 느끼면서 생활하는 기간도 확대되고 있다. 2016년 기준 평균수명은 82.1세(통계청 인구동향과, 2017. 12. 5.)이며 건강수명은 73.2세로 약 9년의 차이를 보이고 있다(WHO, 2015). 따라서 70세 이후부터는 건강하지 않은 상태에서 죽음을 가시적으로 느끼기 시작하는 기간이라고 볼 수 있다. 한편 삶의 여정이 끝나 가는 시기(사망 전 2.4년)를 생애말기로 규정하기도 한다. 이와 더불어 사망자의 연령도 높아지고 있다. 2017년 현재 전체 사망자는 28만 5534명이며 이 중 70세 이상은 19만 7761명, 80세 이상도 12만 7801명이다(통계청 인구동향과, 2018b. 11. 19.)

한편 노인의 경우 본인의 죽음을 예견할 뿐만 아니라 배우자의 상실을 경험하게 되며, 형제자매의 죽음 또한 경험하게 된다. 이러한 중요한 타자(Significant Others)의 죽음은 네트워크의 축소 등 노년기 삶에 다각적인 영향을 미칠 수 있다. 노인의 대부분이 자녀를 두고 있고(97.7%) 평

균 자녀 수가 3.4명, 손자녀는 5.5명, 형제자매 2.7명, 친한 친구·이웃이 1.6명으로 노년기 중요한 타자는 평균 13명에 달하고 있다(정경희, 오영희, 강은나, 김경래, 이윤경, 오미애 … 홍송이, 2017). 또한 노인장기요양보험 도입에 따라 2017년 기준 약 8%의 노인이 시설 또는 재가급여를 이용하고 있으며(국민건강보험공단, 2017), 이들은 서비스 제공자와 밀접한 관계를 유지하게 된다. 따라서 노인의 죽음은 노인의 양적 증대와 더불어 건강이 악화되는 시점부터 죽음까지의 기간이 연장되고 있다는 점에서 죽음의 당사자뿐만 아니라 남은 가족 및 지인, 서비스 제공자 등의 삶과 웰빙에도 영향을 미치게 된다. 이러한 이유로 웰다잉은 죽음을 맞이하는 당사자뿐 아니라 가족과 서비스 제공자 등 다양한 주체의 관점에서 검토되어야 할 이슈이다.

노년기의 경우 죽음의 질이 확보된 상태를 의미하는 웰다잉(Well-dying)이 웰빙(Well-being)의 구성 요소 중 하나라는 점에서도 사회적 관심이 요구된다. 노년기는 기능과 생산성 저하, 은퇴, 배우자 사별 등의 경험을 통해 상실감과 인생의 유한성을 깨닫고 나아가 구체적으로 죽음을 인지하는 시기로, 죽음이 삶의 전반적인 영역에 가장 큰 영향을 미친다는 점에서 웰다잉과 웰빙의 연계성이 높다 하겠다. Erikson(1959)은 인생발달주기이론에서 노년기에 성취해야 할 과업으로 자아통합감을 제시하고 있다. 자아통합감 달성에 여생(餘生)과 다가올 죽음에 대한 인식 정립은 필수 요소이다. 인간으로서의 존엄성을 지키면서 행복한 마음으로 삶을 마무리할 수 있다는 것이 죽음에 대한 불안감을 완화시켜 줄 수 있으며, 품위 있는 죽음을 소망하고 기대하면서 삶의 내면을 풍요롭게 가꿔 질적인 가치를 높이는 것이라는 점이 강조되고 있다. 따라서 웰다잉은 노후 준비의 한 측면으로 다루어져야 할 것이지만, 현재의 노후 준비 관련 사회적 논의와 정책적 대응은 건강 유지, 경제적 안정 확보, 대인 관계 및

문화여가활동 등에만 초점이 맞춰져 있다.

이러한 맥락에서 볼 때 죽음의 질을 확보하기 위해서는 죽음의 다차원성을 고려한 종합적인 접근이 필요하다. 죽음에 대한 준비는 인지적 차원, 정서적 차원, 행동적 차원, 가치적 차원으로 구성된다. 인지적 차원에서 살펴보면 죽음은 누구나 경험하는 현상이지만 동시에 누구도 죽음을 아직 직접 체험해 본 적이 없기 때문에 공포스러운 현상이다. 다음으로 정서적 차원에서 볼 때 죽음에 관한 감정, 비탄 반응을 함께 공유하고 논의하는 것은 삶의 건강한 과정 가운데 한 부분이라고 볼 수 있다. 행동적 차원의 경우, 죽음에 대하여 어떻게 행동할 수 있는지 탐색하는 것이라고 하겠다. 마지막으로 가치적 차원은 죽음과 관련하여 인간 삶을 지배하는 기본적인 가치들을 확인하고 표현하며 지지하도록 돕는 것이라 할 수 있다.

그러나 죽음의 질을 확보함으로써 웰다잉을 구현하는 것에 대한 사회적 관심과 정책적 대응은 미흡한 상황이다. 모든 인간은 죽는다는 점에서 죽음은 보편적인 현상이다. 따라서 모든 인간이 존엄한 죽음을 준비할 수 있는 제도적·문화적 기반을 마련하는 것은 한 사회의 존엄성 확보 수준을 제고할 수 있는 방안 중 하나일 것이다.

본 연구는 이러한 웰다잉에 대한 2개년 연구의 1차 연도 연구로 현재 한국 사회에서 공유되고 있는 웰다잉의 개념을 구체화하여 관련 정책 방안을 모색(2차 연도)하는 데 필요한 경험적 기반을 마련하고자 한다. 더불어 웰다잉이 갖고 있는 다차원적 측면에 주목하여 정책과제를 정리하고 전략을 도출하고자 한다.

관련된 기존의 연구는 대표성이 확보되지 않은 자료에 기초하여 죽음에 대한 태도를 파악하거나 연명치료, 장기 기증, 상속 등 사회적인 현상으로 떠오른 이슈 각각에 초점을 둔 연구에 한정되어 왔다. 그 결과 죽음이 당사자뿐만 아니라 주변인에게 미치는 영향이나, 죽음 및 죽음 준비의

다차원성을 반영한 종합적인 연구가 이루어지지 못하고 있다. 또한 일관된 관점에서 좋은 죽음과 관련된 사회 구성원의 태도나 행동과 더불어 서비스 욕구까지를 연계한 연구가 부족한 상황이다. 그 결과 고령화의 진전에 따라 높아지는 웰다잉에 대한 사회적 관심에 비하여, 웰다잉과 노년기의 존엄성 확보에 필요한 포괄적인 경험적 자료가 부족한 상황이다. 이뿐만 아니라 관련한 정책적 요구 파악 및 제도적 기반에 대한 진단과 과제 도출이 체계적으로 이루어지지 못하고 있다.

이에 본 연구는 기존의 연구와는 달리 웰다잉을 웰빙의 한 구성 요소이자 노후 준비의 일환으로 보는 관점에서 접근하여 포괄성과 연속성을 제고하고, 노인 당사자뿐만 아니라 다양한 주체의 관점에서 검토 및 과제를 도출하고자 한다. 궁극적으로 파급효과를 극대화하는 방안에서 죽음의 다차원성을 고려한 종합적인 접근을 해 보고자 한다.

제2절 연구의 내용 및 방법

본 연구는 다음과 같은 내용과 방법을 통하여 연구 목적을 구현하고자 한다. 첫째, 자연적 현상일 뿐만 아니라 사회문화적 현상인 죽음과 웰다잉¹⁾의 개념을 다양한 측면에서 고찰하였다. 이를 통하여 죽음이 갖고 있는 다차원성을 검토하였다. 둘째, 죽음의 질을 확보하기 위해 관련한 외국의 제도적 기반과 국내의 법적 및 제도적 기반을 검토하였다. 셋째, 한국의 중노년층이 갖고 있는 좋은 죽음의 개념과 유형을 파악하고자 하였다. 넷째, 좋은 죽음과 관련된 인식과 서비스 욕구를 살펴보았다. 다섯째,

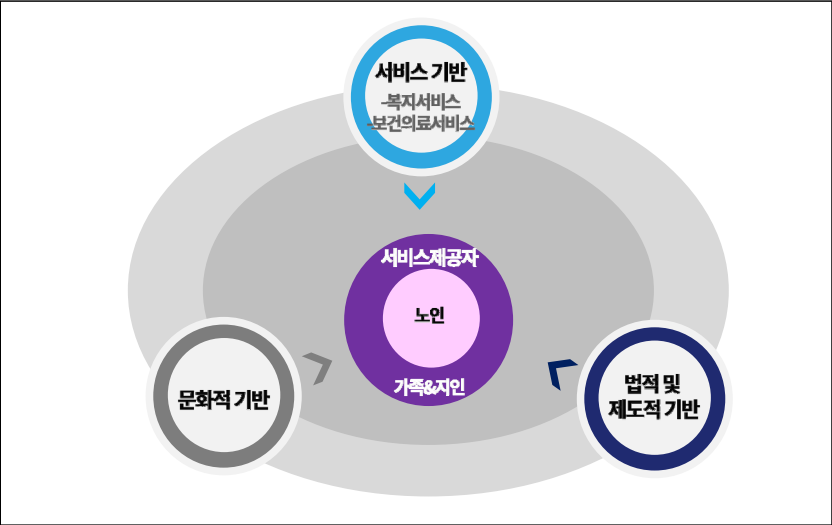
1) 죽음의 질 확보가 가능할 때 웰다잉이 가능하며, 비로소 좋은 죽음이 구현된다는 점에서 본 보고서에서는 문맥에 따라서 '죽음의 질', '웰다잉', '좋은 죽음'을 혼용하여 기술하고자 함.

파악된 좋은 죽음의 개념과 욕구 등에 비추어 한국의 법적·제도적 기반이 갖는 한계점을 밝히는 데 초점을 두었다. 마지막으로 이러한 연구 결과가 웰다잉의 구현에 갖는 시사점을 찾아보고 정책의 방향성을 제안해 보고자 한다.

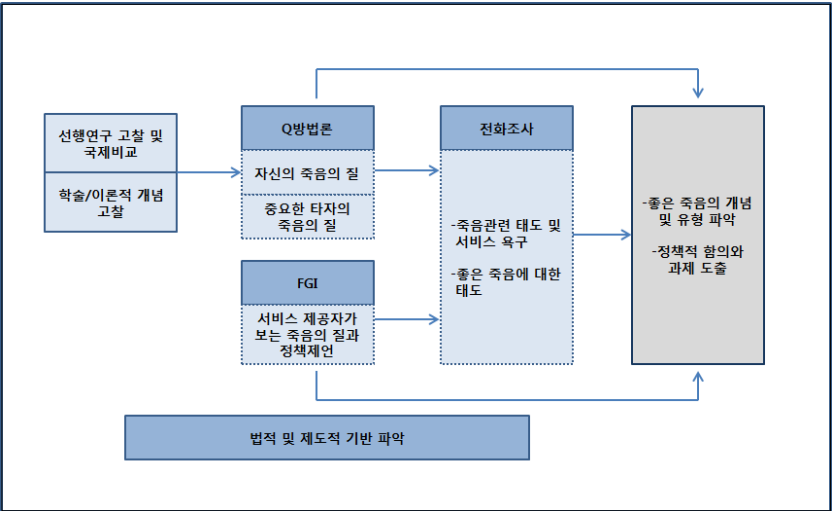
이러한 내용의 연구를 진행하는 데 다음과 같은 다양한 연구 방법을 적용하였다. 무엇보다 먼저 문헌 고찰을 실시하였다. 법령을 비롯한 문헌 고찰, 다양한 관련 수필집 및 국내외의 법과 제도를 검토하였다. 둘째, 노인 및 가족, 서비스 종사자 및 전문가 인터뷰와 FGI를 실시하여 사회 구성원의 인식과 서비스 현장의 욕구를 파악하여 연구의 방향성을 설정하는 토대를 마련하였다. 셋째, Q방법론을 적용하였다. 중년(40~64세)을 대상으로는 중요한 타자의 죽음에 대하여, 노인(65세 이상)을 대상으로는 자신의 죽음에 대한 진술문을 통하여 좋은 죽음에 대한 대표적인 유형을 도출하였다. 앞서 실시한 관련 문헌 및 수필집 검토, 노인 및 가족, 서비스 종사자와 전문가 인터뷰, FGI 결과는 진술문을 도출하는 데 활용되었다. 넷째, 40~79세 연령층 1500명을 대상으로 하여 전화조사를 실시하였다. 이를 통하여 우리나라 국민들의 제 특성별 죽음에 대한 태도 및 인식과 서비스 욕구를 파악하고자 하였다.

14 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

[그림 1-1] 죽음의 질 개념도



[그림 1-2] 연구 개념도



제 2 장

주요 개념·통계 및 선행연구 고찰

제1절 주요 개념 고찰

제2절 죽음 관련 통계 검토

제3절 선행연구 고찰

제4절 소결

2

주요 개념·통계 및 선행연구 고찰

지금까지의 죽음과 죽음의 질에 관한 논의는 산발적·파편적으로 이루어져 왔다. 이는 관련 연구가 초기 단계이기 때문일 것이다. 이에 관련된 개념 정의 및 주요 논의 사항과 그와 관련된 통계 자료를 종합적으로 검토하고자 한다. 또한 관련 선행연구를 검토하여 본 연구의 진행 틀과 방향성을 정리하고자 한다.

제1절 주요 개념 고찰

1. 죽음의 종류

죽음은 죽음을 바라보는 관점과 사회문화적 이해에 따라 그 개념을 달리한다. 국가 차원에서 사망 원인 구조를 파악하기 위해 실시되는 통계청의 사망 원인 통계에서는, WHO의 권고를 반영하여 236개 질환에 따른 사망과 질병 이환 및 사망의 외인으로 이를 구분하고 있다(통계청 인구동향과, 2018b. 11. 19.).²⁾ 즉 죽음은 그 원인에 따라 크게 질병 및 쇠약으로 인한 자연사, 사고사, 타살 및 자살로 구분될 수 있다. 자연사의 경우 어느 정도 예측되며 주변의 가족과 지인이 이를 인지하고 받아들일 수 있는 시간이 확보되는 반면, 사고사나 타살은 예고 없이 발생하기 때문에 준비할 시간이 없다는 점에서 구분된다. 한편 자연사, 사고사, 타살의 경

2) 운수사고, 낙상(추락), 불의의 익사 및 익수, 연기·불 및 불꽃에 노출, 유독성 물질에 의한 불의의 중독 및 노출, 고의적 자해(자살), 가해(타살), 기타 모든 외인.

우는 본인의 의지와 무관하게 발생하는 반면, 자살은 자신의 의지에 의하여 발생하는 죽음이라는 점에서 차이가 있다. 이러한 죽음의 유형에 따라서 사회심리적인 파급효과와 요구되는 서비스에 차이가 발생할 것이다.

더불어 죽음이 발생하는 장소에 따라 분류도 가능하다. 행정적인 절차로 수행되어야 하는 사망신고서(가족 관계의 등록 등에 관한 법률 제84조 제1항)³⁾에 의하면 사망 장소는 주택, 의료기관, 시설기관(양로원, 고아원 등), 사업장, D.O.A.(병원 이송 중 사망), 공로(도로, 차도), 기타로 구분된다. 죽음의 원인에 따라 사망 장소가 달라지는 경향이 있으며, 사망 장소에 따라서 향후 이루어지는 장례 절차 등도 영향을 받을 것이다.

한편 죽음은 간주하는 시점과 기준에 따라 생물학적 죽음, 의학적 죽음, 법적 죽음, 사회적 죽음으로 나뉜다(조용기, 2016). 일상생활에서 논의되는 죽음이란 대부분 생물학적 죽음으로, 인간의 장기 기능이 정지되어 움직이지 않는 상태를 의미한다. 의학적 죽음은 나아가 모든 체세포의 기능이 상실돼 불가역적 상태로 변화한 것으로 정의된다(조용기, 2016). 의학적 관점에서의 죽음은 심장박동 및 호흡이 정지한 경우를 심폐사, 심폐사의 전 단계로서 생명 유지에 필수적인 뇌 기능이 불가역적으로 정지되는 상태인 뇌사로 구분된다(김중곤, 2012). 법적 죽음은 의사 판정으로 인한 죽음을 근거로 법적으로 인정한 경우를 일컫는다. 이는 다시 병사, 외인사로 세분화된다(김형석, 2015). 사망자의 신체적 기능, 결함 등 내부적 요인에 의한 죽음은 병사로 분류된다. 한편 다른 행위자와의 관계에 따라 자살, 타살, 사고사 등은 외인사에 해당한다. 앞선 논의는 기본적으로 호흡 및 심박동 정지의 생체적으로 불가역적인 상태를 근간으로 죽음을 판단한다. 그러나 사회적 죽음은 생명이 유지되더라도 인간으로서 본연의 기능을 전혀 수행할 수 없는 상태를 지칭한다(조용기, 2016). 뇌사의 경우, 의

3) 사망신고서 양식은 부록 2의 부도 1-3에 제시되어 있음.

학적 관점뿐 아니라 사회적 죽음으로도 논의될 수 있는 것이다.

2. 죽음의 사회적 맥락

죽음은 사회적 맥락 속에서 발생한다. 행정적인 측면에서는 한 사회의 구성원으로서 자격과 권리 문제와 이어지며, 정서적인 측면에서는 죽음에 이르기까지의 과정에서 사회적 소속감과 연대의식을 어떻게 관리할 것인가, 심리적인 문제(불안, 분노, 두려움, 공포 등)에 어떻게 대응하고 해소할 것인가 등의 이슈가 있다. 이에겐 가족과 지인 등의 사회적 유대(tie)가 중요하게 작동할 것이다. 더불어 죽음까지의 과정이 어떻게 관리되는가 또한 사회적인 관심사인데, 이는 죽음의 의료화 맥락에서 파악될 수 있다. 이같이 죽음이 갖는 사회적 맥락에 대해 관심이 필요한 이유는 죽음이 삶의 마지막 시기의 단 한순간(Single Moment)일 뿐 아니라 변화 과정(Transitional Process)이 포함된 개념이기 때문이다.

무엇보다 가족 구조 변화에 따른 사회적 관계망 차원에서 죽음이 논의되고 있다. 산업 구조 변화에 따른 가족 구조의 변화로 1인 가구가 증가하고 있으며, 그에 따른 접촉 환경, 생활양식 역시 변화하고 있다. 이와 같이 관계망이 상대적으로 약화된 1인 가구가 혼자 살면서 질병 등으로 인해 사망할 때 독거사가 될 가능성이 높으며, 이러한 사회적 현상을 독거사로 지칭하고 있다(이성희, 이현수, 2013). 독거사라는 명칭은 고립사, 고독사, 무연사 등과 혼용되기도 한다. 고립사는 물리적 차원에서의 사회적 고립과 사회적 관계망 관점에서의 정서적 고립이 결합된 상태에서 죽음을 맞이하는 경우를 일컫는다(송인주, 2016). 고독사는 사회적 고립 상태의 사람이 죽음을 맞이한 경우로, 독거사와 고립사가 혼용된 개념이라 할 수 있다(송인주, 2016). 고독사는 현재 이를 정확히 분류할 수 있는 통

제적 개념이 없다는 한계가 있음에도 불구하고 최근 가족 구조 변화에 따른 사회적 문제로 부각되고 있다.

다음으로 죽음의 의료화와 관련된 논의를 살펴보고자 한다. 현대사회에서는 고통을 완화하고 생명을 연장할 수 있는 의료서비스가 제공되면서 죽음이라는 자연적 현상도 의료서비스를 통하여 관리되는 경우가 발생하게 되었다. 따라서 개개인이 자신의 생애를 선택하고 결정할 수 있게 된 것이다(박경숙, 2015).

삶의 마지막 과정으로 죽음을 인식하기 시작하면서 최근 죽음의 질에 대한 논의가 확산되고 있다. 그 일환으로 존엄사(Dignity with Death)가 논의되고 있다. 인간이 죽음이라는 피할 수 없는 과정 앞에서 전인적 존재로서 품위를 지키며 생을 마감하는 것을 존엄사라 일컫는다(Doorenbos, Wilson, Coenen, & Borse, 2006). 개념에서 알 수 있듯, 존엄사는 임종 과정에서의 자기결정권을 강조한다. 한편 안락사는 헬라어 eu(좋은)와 thanatos(죽음)의 합성어 euthanatos로 어원적으로는 좋은 죽음을 의미한다(김상득, 손명세, 2000). 실제 죽음의 단계에 들어선 환자의 고통을 덜어주기 위해 의료진이 직접적 행동을 하는 것으로, 인간의 생명이 불가역적 죽음으로 인식될 때 이를 인위적으로 단축시키는 행위로 정의한다(조규범, 2010).

3. 죽음과 자기결정권

자기 통제 또는 스스로의 인생을 책임지는 능력은 많은 이에게 존중받는 가치이다. 삶에서 이미 많은 것을 상실했거나 의존성이 높아진 노인들에게도 이는 부분적으로 적용될 수 있다. 노인들은 가능한 한 본인의 삶에 대한 결정권을 갖길 원한다. 이 같은 결정에서 그들은 때때로 광범위

하고 활동적인 역할 혹은 제한적이지만 상징적인 역할을 수행할 수 있다.

자기통제권 강화는 노인 당사자와 그의 가족, 돌봄 제공자 사이에서 매우 정교한 협의 과정이 요구된다. 예를 들어 일부 노인은 그들이 거주하던 장소에서 생을 마감하길 원한다. 노인이 의료기관이나 시설에 입소하는 것은 당사자뿐 아니라 그의 가족에게도 매우 중대한 문제이다. 노인이 집에 머물고자 하는 소망이 관철되지 않았을 때 그들은 때로 학습된 무기력을 경험할 수 있다.⁴⁾

자기결정권과 관련하여 헌법상의 명문화된 규정은 없으며, 헌법 제10조인 인간의 존엄과 가치에 대한 포괄적 이해로 이를 간주한다(전영주, 2009). 그 범주 역시 생명, 신체의 처분에 관한 자기결정권, 성적 자기결정권, 생활 스타일의 자기결정권, 자기 정보 통제에 대한 자기결정권, 기타 자기결정권 등으로 다양하다(노동일, 2010).

이 중 죽음에 대한 논의는 생명 및 신체의 처분에 관한 자기결정권의 개념과 가장 부합한다. 죽음의 진행 과정에서 무엇을 선택할 것인가에 대한 자유, 즉 죽음 선택의 시기와 방법 등의 자유가 허용될 수 있음을 의미한다(김은철, 김태일, 2013). 명문화된 규정은 없으나 현행의 법리적 논의 역시 자기결정권 대상에 있어 생명권을 허용하는 것으로 해석될 수 있다. 다만 이것이 마음대로 생명을 처분한다는 의미로 귀결되어서는 안 되며, 인간 생명의 존엄을 지키기 위한 행위로의 해석이 필요하다는 것이 다수의 주장이다(전영주, 2009). 즉 자연스러운 죽음의 과정에서 본인의 존엄함을 유지할 수 있는 방법의 선택(전영주, 2009)을 의미하는 것으로 행해져야 한다. 논의의 연장선에서 김은철과 김태일(2013)은 생명의 자기결정권은 인간의 존엄성을 유지하는 선에서 이루어져야 하나, 사회적

4) Cook and Oltjenbruns(1998)는 생을 위협하는 질병을 경험하는 노인들은 자신의 삶에 대한 결정권 부여 외에도 자아 유지, 자신의 삶에 대한 가치 존중, 적절하고 충분한 보건 의료서비스 제공이라는 특별한 네 가지 욕구를 갖고 있다고 지적하고 있음.

연대성을 고려해야 함을 주장한다. 생명에 대한 포기는 자기결정권의 대상이 될 수 없으나 치료에 대한 거부는 자기결정권의 대상이 될 수 있다는 것이다. 이는 곧 국가의 생명보호권(김학태, 2018)과도 결부될 수 있을 것이다. 인간의 존엄을 유지하는 선에서 이루어지는 생명 지속에 대한 자기결정권과 국가 차원의 국민의 생명 보호 의무 간 논의는 현재까지 합의되지 않았으나, 자기결정권이 반드시 ‘죽음을 행하는 행위’로 귀결되어서는 안 된다는 것이 거듭 강조되고 있다.

이러한 죽음에 대한 자기결정권 논의는 호스피스·완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(이하 연명의료결정법)의 시행을 통해 재조명되고 있다. 연명의료결정법에 따라 2018년 2월부터 연명의료결정제도가 본격적으로 시행되고 있다. 연명의료란 임종 과정의 환자에게 시행하는 심폐소생술, 인공호흡기 착용, 혈액 투석 및 항암제 투여의 의학적 시술로서, 치료효과 없이 임종 과정만을 연장하는 것을 의미한다(보건복지부 생명윤리정책과, 2018. 1. 24.). 즉 회생 가능성이 없고 치료에도 불구하고 회복 등의 효과가 보고되지 않는 임종기 환자의 경우, 연명의료 중단 등의 결정을 내릴 수 있게 된다. 임종기에 있다는 의학적 판단이 전제된 환자에 대해 연명의료 중단 결정과 같은 제한적 자기결정을 인정한다는 점에서 존엄사와 구별되며, 사망을 위한 방법과 시기를 제한한다는 점에서 안락사와도 구별된다(보건복지부 생명윤리정책과, 2018. 1. 24.).

4. 죽음 이전 단계에서의 주요 돌봄 영역⁵⁾

죽음과 관련하여 신체적, 심리적, 사회적, 영적 측면에서 가족이나 지인, 관련 전문가 등은 다음과 같은 돌봄 역할 수행이 요구된다.

첫째는 신체적 영역의 돌봄이다. 임종이 가까워진 환자가 겪는 극렬한 통증을 감소시키기 위한 노력이 수반되어야 한다. 다만 임종기 환자에게 신체적 통증을 완전히 제거할 수 있는 대상은 아니며, 견딜 수 있는 수준에서 완화하는 것만이 가능하다는 한계가 있다.

둘째는 심리적 영역에 대한 돌봄이다. 이는 통증 완화와 관련한 신체적 돌봄보다 더 어려울 수 있다. 임종기에 처한 사람들은 분노, 슬픔, 긴장, 두려움 등의 감정들을 경험하고 표출할 수 있기 때문이다. 그 과정에서 그들의 곁에서 경청하는 것에서 시작하여 공감과 지지를 표현하는 것이 요구되며, 최소한 이 같은 노력만으로도 임종기 환자들은 정서적 연대를 경험할 수 있다.

셋째는 사회적 영역의 돌봄이다. 신체적, 심리적 영역만큼 중요한 영역으로, 임종기 환자들이 가족이나 지인과 같이 중요한 타자(Significant Others)와의 관계를 어떻게 정리할 것인가와 사회적 역할(가족, 회사, 지역사회 등의 역할)에 대한 논의가 해당된다. 그들이 처한 사회적 관계와 관련한 문제를 어떻게 해결하고자 하는지에 대해 경청하고, 그들의 선택을 옹호(지지)하며 나아가 문제 해결을 위한 자원을 탐색하고 제공하는 것이 필요하다.

마지막으로 영적 영역의 돌봄도 필요하다. 임종기 환자들은 자신 혹은 다른 사람과의 관계 형성과 재건 등에 대한 탐색, 초월자에 대한 인식과 같은 영적 책무에 당면하게 된다. 그러나 다른 영역에 비해 간과되기 쉬

5) 「Corr, C. A.(2009). Death and dying, life and living」에서 기술된 내용을 참고하여 재작성함.

운 영역으로, 임종기 환자의 가족, 지인, 그리고 서비스 제공자 등은 그들의 신앙고백이나 영적인 삶의 경험을 함께 나누려는 노력이 필요하다. 그들이 직면하는 영적 영역의 갈등은 개인의 삶에서 신체적, 심리적, 사회적 영역을 관통하는 사안일 수 있기 때문이다.

5. 죽음 관련 사회적 과제⁶⁾

죽음과 관련하여 사회적으로 관심을 두어야 할 과제들을 살펴보고자 한다.

가. 죽음 준비 교육

죽음에 관한 교육은 죽음 교육, 죽음 준비 교육, 죽음 대비 교육 등 여러 가지 용어가 혼용되나, 최근 죽음 준비 교육이란 용어로 사용된다(이경희, 이용환, 2009). 죽음 준비 교육이란 사람들이 죽음과 관련하여 무엇을 알고 있는지, 어떻게 느끼는지와 행동하는지, 그리고 어느 것에 가치를 두는지와 관련된 교육으로 다음의 네 가지 차원으로 구성된다. 첫째, 죽음 준비 교육은 죽음과 관련한 경험들의 사실적 정보를 제공하고 이 사건들에 대한 이해와 해석을 돕는다. 둘째는 죽음, 사별에 대한 감정 및 태도를 처리하는 정서적 영역이다. 셋째는 행동적 영역으로 죽음과 관련한 상황에서 어떻게 행동하는 것이 도움이 되는지, 그리고 적합한지 등에 대해 논하게 된다. 우리 사회는 죽음, 사별과 관련하여 경험하게 되는 다양한 노출을 회피하는 경향이 있다. 이로 인해 유족들은 사별로 인해 공감과 위로 등이 필요한 시기에 어떠한 지지나 연대 없이 혼자 남겨지게

6) 「Corr, C. A.(2009). Death and dying, life and living」에서 기술된 내용을 참고하여 재작성함.

되는 경우가 빈번하다. 죽음 준비 교육은 바로 이러한 문제에 착안하여, 죽음이나 사별을 경험한 사람들과의 상호작용 기술을 교육함으로써 대처 기제를 향상시킨다. 넷째, 가치적 영역의 죽음 준비 교육은 인간의 삶을 지배하는 기본적 가치들을 표명하게 한다. 죽음은 우리 삶에서 피할 수 없는 요소 중 하나로 죽음 준비 교육을 통해 개개인의 삶에 대한 이해와 통찰을 통해 죽음을 수용할 수 있게 한다.

이와 같은 죽음 준비 교육은 첫째 학습자 개개인의 삶을 풍요롭게 하는 것, 둘째 죽음 준비와 관련한 다양한 정보 제공, 셋째 개인의 존엄한 죽음을 위한 사회 전반의 체계 확립,⁷⁾ 넷째 전문가 차원에서 죽음 준비와 관련한 대처 기술 강화, 다섯째 개인적 차원에서 죽음과 관련한 문제에 대한 소통 기술 강화, 여섯째 죽음을 둘러싼 제반 문제에 대한 생애주기별 대응 능력 강화⁸⁾와 같은 여섯 가지 목표를 갖고 있다.

나. 떠나는 자의 준비

임종이 가까워진 사람들이 본인의 죽음과 관련하여 희망하는 바에 대해 가족 및 지인들에게 알려 두어야 하는 사항들이 있을 수 있다. 이와 관련하여 기본적인 내용을 정리한 다섯 가지 소원(Five Wishes)은 참고할 만하다. 미국에서는 1997년에 ‘존엄한 노년에 대한 플로리다 위원회(Florida Commission on Aging with Dignity)’를 통하여 유언장 및 대리인 지정과 관련하여 가장 중요한 내용들을 통합한 ‘다섯 가지 소원(Five Wishes)’이라는 새로운 문서 양식을 작성한 바 있다. 이를 통하여

7) 사회가 직면한 주요 이슈 - 예를 들어 발전된 사전의료의향서(advance directives in health care), 자살, 안락사, 장기 기증 등-를 명확히 하는 것이 주요 내용임.

8) 죽음과 관련하여, 아동과 청소년, 청년, 중년, 그리고 노년은 직면하게 되는 문제와 그 대처 방식이 많은 면에서 다르다는 사실에 주목할 필요가 있음.

1) 스스로 의사 결정을 내릴 수 없는 순간에 의료적 결정을 행하길 원하는 사람, 2) 임종이 가까워졌거나 뇌 손상 등으로 회복이 불가능한 상태에서 행해지길 희망(혹은 거부)하는 치료적 개입의 종류, 3) 임종 시 희망하는 편안한 상태(how comfortable I want to be), 4) 임종 시 희망하는 존엄한 상태(how I want people to treat me), 5) 이 외 중요한 지인들이 알았으면 하는 사항들이 포함된다.

죽음을 앞두고 발생할 수 있는 신체적, 정신적 의존 상태를 대비하여 본인의 의사를 밝히고 준비하는 것이 필요하다. 구체적으로 스스로 의사 결정을 할 수 없을 때 대리인을 지정하여 의사 결정 위임권을 부여하는 법적 장치를 마련하거나, 연명치료와 관련한 본인의 의사를 사전에 밝혀두는 것 등이 포함될 수 있다. 이와 더불어 임종 시에 자신이 존엄성을 확보하면서 중요한 타자들과 이별하는 상황을 설계해 두어야 할 필요를 언급하고 있다.

다. 남은 자들의 과업

유족들의 과업으로서 첫 번째는 적절한 방식의 시신 처리이다. 이를 제대로 수행하지 못할 경우, 고인(故人)에 대한 존엄성뿐 아니라 사회적 관습이 훼손될 수 있다. 시신 처리 방식의 구체적인 내용은 각 사회에 따라 다양하다.

시신 처리 후 이루어지는 장례식을 통하여 유족들은 고인의 죽음을 '각(realization)'하거나 고인과의 연결 고리가 '분리(separation)'되는 경험을 하게 된다. 이러한 의미에서 장례식에 가족이나 친구 등 가까운 사람들이 모이는 것은 고인의 생전 사회적 관계에 대한 재조명을 통해 죽음이라는 사건을 상호 가늠할 수 있는 계기로 작용하게 된다. 더불어 장

례식을 통하여 유족들은 다음의 네 가지 과업을 수행해야 한다. 첫째, 장례식을 거침으로써 새로운 통합을 이루고 의미 있게 지속되는 삶을 촉진해야 한다. 많은 사람들에게 장례식과 추모 절차들은 이 같은 과정의 시작점으로 중요한 역할을 수행할 수 있다. 중요한 타자의 죽음을 경험한 사람은 개인 차원에서 다양한 분리의 과정을 거친다. 사별 이후 그들이 완전히 새로운 정체성을 찾지 못한다면, 그들의 삶은 퇴행에 직면할 수 있다. 둘째, 죽음으로 인한 영향은 가족 차원의 분리에도 영향을 미친다. 가족 구성원의 죽음으로 인한 가구소득, 자산 상실 등의 경제적 영향 외에도 죽음은 여러 방식으로 남은 가족에게 영향을 미칠 수 있다. 이로 인해 남은 가족 간 관계를 재건할 수 있는 방법에 대한 재탐색이 요구된다. 셋째, 모든 죽음은 사회적 차원에서도 분리 과정을 거치게 된다. 이로 인해 사회가 제 기능을 수행하고 통합되기 위한 과업 수행이 필요하다. 넷째, 영적 차원에서 역시 분리 과정을 거치게 되며 이는 지적 혹은 감정적 차원에 영향을 미친다. 이 세계에 더 이상 고인이 존재하지 않는다는 것을 이해하는 과정에서 유족들은 분노, 좌절, 절망 등의 경험을 하게 된다. 이러한 과정에서 본인이 경험한 세계에 대한 이해를 재구성하고 초월자와의 관계를 재정립하는 것이 요구된다. 이 같은 분리 과정이 적절하게 수행될 때 개인적 차원, 가족 차원, 사회적 차원, 영적인 차원에서의 재통합이 시작될 수 있다.

제2절 죽음 관련 통계 검토

1. 성인의 죽음 관련 태도 및 욕구

가. 연령군별 사망 실태

생물학적 노화가 진행됨에 따라서 사망률이 높아진다. 연령군별 사망률을 비교해 보면, 2017년 기준 40대에서 10만 명당 100명을 넘어서기 시작하여 60대가 되면 약 700명에 가까워지는 등 40대 이후 사망률이 급증하는 것을 볼 수 있다. 사망자 수를 기준으로 살펴보면 80~89세 연령군이 9만 3099명으로 가장 많으며 다음이 70~79세 연령군으로 6만 9960명이다.

〈표 2-1〉 연령군별 사망자 수 및 사망률

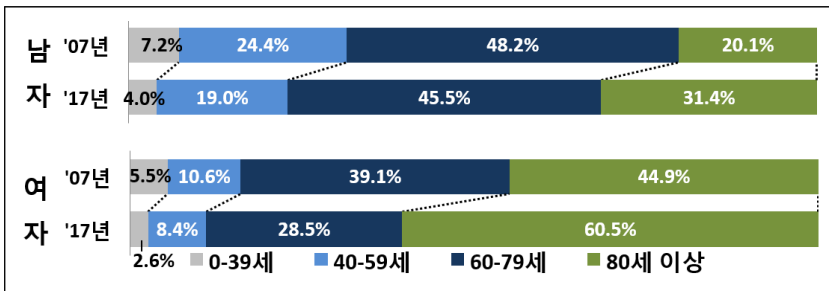
(단위: 명, 인구 10만 명당 명)

	구분	전체	0세	1~9세	10~19세	20~29세	30~39세
2007년	사망자 수	246,482	1,707	947	1,547	4,080	7,592
	10만 명당 수	501.7	381.5	20.2	22.8	55.1	87.1
2017년	사망자 수	285,534	1,000	471	823	2,471	4,911
	10만 명당 수	557.3	270.5	11.4	15.3	36.6	66.5
	구분	40~49세	50~59세	60~69세	70~79세	80~89세	90세 이상
2007년	사망자 수	18,564	26,313	42,514	66,214	59,877	17,124
	10만 명당 수	218.4	461.5	1,121.9	3,086.6	10,501.5	-
2017년	사망자 수	12,702	27,691	37,663	69,960	93,099	34,072
	10만 명당 수	147.0	332.4	692.6	2,138.0	8,342.7	-

주: 1) 2007년, 2017년 80세 이상 사망률(10만 명당 수)을 의미함.
자료: 1) 통계청 인구동향과(2018a. 2. 28.). 2017 출생 사망 통계 잠정 결과. 통계청 보도자료.
2) 통계청 인구동향과(2018b. 11. 19.). 사망 원인 통계 보도자료. 통계청 보도자료. p.5.

이러한 사망자 현황을 사망자의 연령군별 구성비를 통하여 살펴보면 60세 이상 사망자의 비율이 증가하여 4분의 3 이상에 달하고 있으며, 특히 80세 이상자의 비율 또한 급증하여 남자의 경우 2007년의 20.1%에서 2017년 31.4%로 지난 10년간 급증하였다. 이러한 변화는 여자의 경우도 동일하여 44.9%에서 60.5%로 증가하였다.

[그림 2-1] 성별 사망자의 연령 구성(2007년과 2017년)



자료: 통계청 인구동향과(2018b, 11. 19.). 2017년 사망 원인 통계 보도자료, 통계청 보도자료, p.5.

한편 연령군별 주요 사망 원인을 살펴보면 40대 이상에서 제1위의 사망 원인이 악성신생물(암)이다(〈표 2-2〉 참조). 또한 60대 이상에서는 여전히 악성신생물(암)이 1위 사망 원인이지만 그 비율이 상대적으로 낮은 반면 심장 질환과 뇌혈관 질환의 비율이 높은 특징이 발견된다. 2017년 건강보험 통계에 따르면, 진료비가 가장 큰 질환은 본태성(원발성) 고혈압으로 2조 9213억 원에 다다르며, 2위는 2형 당뇨병, 3위는 만성신장병 질환 등으로 나타났다(〈표 2-3〉 참조). 이러한 악성신생물(암), 심장 질환과 뇌혈관 질환의 경우 발병 후 죽음까지의 기간이 길고 많은 의료비를 필요로 한다는 점에서 사회적 관심이 필요할 것이다.

30 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 2-2〉 연령별 5대 사망 원인 구성비 및 사망률⁹⁾

(단위: 인구 10만 명당 명, %)

	0세	1-9세	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-69세	70-79세	80세 이상
1위	출생 전후기에 기원한 특정 병태	악성 신생물	고의적 자해(자살)	고의적 자해(자살)	고의적 자해(자살)	악성 신생물	악성 신생물	악성 신생물	악성 신생물	악성 신생물
	139.8 (51.7%)	1.9 (17.0%)	4.7 (30.9%)	16.4 (44.8%)	24.5 (36.9%)	42.5 (28.9%)	126.7 (38.1%)	305.5 (44.1%)	744.9 (34.8%)	1445.7 (17.3%)
2위	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	운수 사고	운수 사고	운수 사고	악성 신생물	고의적 자해(자살)	고의적 자해(자살)	심장 질환	심장 질환	심장 질환
	45.4 (16.8%)	1.4 (11.9%)	2.7 (17.7%)	5.1 (14.0%)	13.8 (20.7%)	27.9 (19.0%)	30.8 (9.3%)	61.3 (8.8%)	227.4 (10.6%)	1063.4 (12.7%)
3위	영아 돌연사 증후군	선천 기형, 변형 및 염색체 이상	악성 신생물	악성 신생물	운수 사고	간 질환	심장 질환	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	폐렴
	20.0 (7.4%)	1.1 (9.6%)	2.3 (15.3%)	4.0 (11.0%)	4.5 (6.8%)	12.2 (8.3%)	28.1 (8.5%)	45.1 (6.5%)	186.1 (8.7%)	856.7 (10.3%)
4위	심장 질환	가해 (타살)	심장 질환	심장 질환	심장 질환	심장 질환	간 질환	고의적 자해(자살)	폐렴	뇌혈관 질환
	7.3 (2.7%)	0.9 (8.1%)	0.6 (4.0%)	1.5 (4.1%)	4.0 (6.0%)	11.1 (7.5%)	25.4 (7.6%)	30.2 (4.4%)	132.2 (6.2%)	749.9 (9.0%)
5위	가해 (타살)	심장 질환	익사 사고	뇌혈관 질환	간 질환	뇌혈관 질환	뇌혈관 질환	간 질환	당뇨병	고혈압성 질환
	4.6 (1.7%)	0.6 (5.5%)	0.4 (2.4%)	0.7 (1.8%)	3.0 (4.4%)	8.8 (6.0%)	20.1 (6.1%)	26.1 (3.8%)	85.6 (4.0%)	285.0 (3.4%)

자료: 통계청 인구동향과(2018b, 11. 19.). 2017년 사망 원인 통계 보도자료. 통계청 보도자료. p.7.

9) 이 중 60세 이상의 3대 사망 원인인 악성신생물, 순환 계통 질환(심장 질환, 뇌혈관 질환), 호흡 계통 질환(폐렴) 등을 아래와 같이 살펴보고자 한다. 1) 악성신생물(암)은 정상 세포 이 외 세포가 생체 기능에 필요 없이 증식하여 인접 정상 조직을 파괴하는 질병으로, 위암, 대장암, 간암, 폐암 등을 포함 2) 순환 계통의 질환은 혈액 순환에 관여하는 제 기관(심장, 대순환, 소순환계)에 질병이 생긴 경우를 총칭하며, 심장 질환(허혈성 심장 질환(협심증, 심근경색 등), 기타 심장 질환, 뇌혈관 질환, 고혈압성 질환을 포함함. 3) 호흡 계통 질환은 폐렴이 대표적이며, 이 외 만성 하기도 질환과 함께 호흡기계의 질병을 총칭함(통계청 인구동향과, 2018b, 11. 19.).

〈표 2-3〉 질병 단위에 따른 진료비 특성(2017년 기준)

(단위: 천 명, 천 일, 백만 원)

순위	질 병 명	진료실 인원 (천 명)	내원 일수 (천 일)	급여 일수 (천 일)	진료비 (백만 원)	급여비 (백만 원)
1	본태성(원발성) 고혈압	5,806	44,161	1,449,875	2,921,284	2,078,799
2	2형 당뇨병	2,538	19,340	574,889	1,850,898	1,283,711
3	만성 신장병	206	8,914	58,428	1,812,563	1,591,930
4	알츠하이머병에서의 치매	398	20,701	75,646	1,618,097	1,182,649
5	급성 기관지염	15,988	55,960	241,036	1,516,446	1,120,856
6	무릎 관절증	2,781	20,072	131,672	1,387,675	1,019,618
7	뇌경색증	474	9,489	111,154	1,360,669	1,021,862
8	치아 및 지지 구조의 기타 장애	1,425	3,971	6,887	1,322,805	695,932
9	치은염 및 치주 질환	15,181	30,855	55,721	1,315,388	914,862
10	등 통증	5,110	23,795	92,358	811,956	582,791

자료: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단(2018). 2017년 건강보험 통계 연보. p.19.

한편 통계청 인구동향과(2018b)에 따르면 질병 이외의 외부 요인에 의한 사망, 즉 사고사 등을 포함한 사망의 외인에 의한 사망은 2017년 기준 9.5%로 전년도 대비 0.5% 감소한 것으로 나타난다. 사망의 외인 중 고의적 자해(자살)는 여전히 높은 순위를 차지하지만, 자살에 따른 사망률은 전년 대비 감소(1.3명)하여 인구 10만 명당 24.3명으로 나타났다. 이 같은 추이는 자살에 대한 충동에 있어서도 유사한 경향을 보인다(통계청 사회통계기획과, 2017). 지난 1년간 한 번이라도 자살하고 싶다는 생각을 해 본 적이 있는 사람은 5.1%로 2년 전(6.4%)에 비해 1.3% 감소한 것으로 나타났다.¹⁰⁾ 다만 국가 간 연령 표준화 자살률 비교 시 여전히 높은 자살률을 기록한다는 점에서 지속적인 관리가 요구될 것이다.

10) 65세 이상 노인 자살률은 2010년 81.9명(인구 10만 명당)에서 2017년 47.7명(인구 10만 명당)으로 감소 추세이며(통계청 인구동향과, 2018b. 11. 19.), 자살에 대한 생각은 지난 1년간 노인 중 6.7%가 한 것으로 나타남(정경희 외, 2017).

더불어 노부모와 자녀 간 연령 차이를 고려할 때 40대부터는 부모 등 가족의 죽음을 경험하거나 신체적인 노화 및 그에 따른 의존성 증대를 체감할 가능성이 높아진다. 따라서 40대 이후부터는 사망자의 가족으로서의 경험이 가시화되는 시기라 하겠다.¹¹⁾

나. 사망 장소

통계청 인구동향과(2018a)에서 발표한 「2017년 인구동향조사 출생·사망 통계 잠정 결과」에 따르면, 사망 장소별 사망자 수 구성비는 의료기관(병·의원, 요양병원 등) 76.2%, 주택 14.4%, 기타(사회복지시설, 산업장, 도로 등) 9.4% 등의 순으로 나타났다. 의료기관 사망률은 전년 대비 1.3%포인트 증가하였으며, 주택 사망률은 동 기간 1.0%포인트 감소한 것으로 나타났다.

연령별로 사망 장소 구성비를 살펴보면, 의료기관 사망의 경우 15세 미만(82.8%)과 65세 이상(78.6%)에서 높으며, 15~64세는 68.0%로 상대적으로 낮은 것으로 파악되었다.¹²⁾

11) 첫 자녀 출산 연령과 평균 출산 연령이 30대 초반이라는 점을 고려해 볼 때 평균적으로 자녀가 40대에 진입하면 부모는 70대일 가능성이 높기 때문이다. 통계청 통계에 의하면 지난 10년간의 평균 출산 연령과 첫째아 평균 출산 연령은 다음과 같다.

(단위: 세)						
연도	2007	2009	2011	2013	2015	2017p
평균 출산 연령	30.6	31.0	31.4	31.8	32.2	32.6
첫째아 평균 출산 연령	29.4	29.9	30.3	30.7	31.2	31.6

자료: 통계청 인구동향과(2018a. 2. 28.). 2017년 출생, 사망 통계 잠정 결과. 통계청 보도자료. p.6.

12) 사망신고서 양식에 의하면 이 외에도 사망신고자에 관한 사항을 기록하도록 되어 있으나, 결과는 발표되고 있지 않다.

〈표 2-4〉 사망 장소별 사망 구성비(2007-2017년)

(단위: %)

	'07	'08	'09	'10	'11	'12	'13	'14	'15	'16	'17p	'16년 대비 증감
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-
의료기관	60.0	63.7	65.9	67.6	68.5	70.1	71.5	73.1	74.6	74.9	76.2	1.3
주 택	26.0	22.4	20.1	20.3	19.8	18.8	17.7	16.5	15.6	15.3	14.4	-1.0
기 타	14.1	13.9	14.0	12.1	11.7	11.1	10.8	10.3	9.7	9.8	9.4	-0.3

자료: 통계청 인구동향과(2018a. 2. 28.). 2017년 인구동향조사 출생·사망 통계 잠정 결과. 통계청 보도자료. p.16.

〈표 2-5〉 연령별·사망 장소별 사망 구성비(2017년)

(단위: %)

	0~14세	15~64세				65세 이상	65~84세	85세 이상
			15~29세	30~44세	45~64세			
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
의료기관	82.8	68.0	46.7	53.2	71.9	78.6	81.0	74.3
주 택	10.8	18.9	23.9	24.8	17.5	13.0	12.5	13.9
기 타	6.4	13.1	29.4	22.1	10.6	8.3	6.4	11.9

자료: 통계청 인구동향과(2018a. 2. 28.). 2017년 인구동향조사 출생·사망 통계 잠정 결과. 통계청 보도자료. p.16.

다. 희망하는 장례 방법

급격한 사회·경제·문화적 변화에 따라 우리 사회의 전통적인 의례에 큰 변화를 경험해 왔다. 장례와 관련해서는 다수가 전문 장례식장에서 이루어지고 있으며, 사망 후 처리 절차는 매장 위주에서 벗어나 화장이 보편화되어 가고 있다. 보건복지부에 따르면, 매장률은 1970년 89.3%에서 40년이 지난 2009년에는 35.0%로 낮아졌다(이삼식, 박종서, 김수봉, 이지혜, 신윤정, 정영철...오재일, 2011). 2018년 11월 말 기준, 장례식장은 공설로 운영되는 것이 77개소, 사설로 운영되는 것이 1042개소로 나

타났다(보건복지부 e하늘장사정보시스템 홈페이지, 2018. 11. 26. 인출).¹³⁾ 반면 보건복지부 노인지원과(2017. 12. 7.)에 따르면 화장률은 2016년 기준 82.7%로 1994년도 20.5%에 비해, 약 네 배 증가한 수치로 보고된다. 2005년 화장률이 매장률을 넘어선 이후 연평균 약 3%포인트씩 증가하여, 최근에는 선진국 수준인 80%를 상회하고 있다(보건복지부 노인지원과, 2017. 12. 7.).

장사 문화의 변화는 선호하는 장례 방법에 있어서도 나타난다. 통계청 사회통계기획과(2017. 11. 7.)에 따르면, 우리나라 국민의 선호 장례 방법은 화장 후 봉안(납골당, 납골묘 등)이 44.2%로 가장 많고, 화장 후 자연장(수목장, 잔디장 등) 43.6%, 매장(묘지) 10.9% 등으로 나타났다.

매장(묘지) 방법은 지속적으로 감소하는 추세이며, 지난 조사 결과(2015)에서 화장 후 자연장을 더 선호하는 것으로 나타났으나 최근 봉안을 더 선호하는 것으로 변화하였다. 전 연령에서 매장(묘지)보다는 화장을 더 선호하였으나, 60세 이상에서 상대적으로 매장(묘지)에 대한 선호 비율이 높게 나타났다.

〈표 2-6〉 연령별 화장률 추이

(단위: %)

연 령	9세 이하	10대	20대	30대	40대	50대	60대	70대	80세 이상
화장률(%)	93.6	98.7	97.7	96.9	96.3	94.3	90.1	81.5	75.4

자료: 보건복지부 노인지원과(2017. 12. 7.). '2016년 화장률 82.7%, 전년보다 1.9%포인트 증가'. 보건복지부 보도자료.. p.5.

13) 지역별로는 경기 179개소, 전남 129개소, 경남 121개소, 경북 120개소, 충남 79개소, 전북 75개소, 서울 69개소, 대구 58개소 등으로 나타나 지역별 편차를 보임(보건복지부 e하늘장사정보시스템 홈페이지. www.ehaneul.go.kr에서 2018. 11. 26. 인출).

〈표 2-7〉 연령별 장례 선호 방법(19세 이상)

(단위: %)

	계	화장 후 봉안 (납골당, 납골묘 등)	화장 후 자연장 (수목장, 잔디장 등)	매장(묘지)	기타
2015년	100.0	39.8	45.4	12.6	2.1
2017년	100.0	44.2	43.6	10.9	1.3
19~29세	100.0	45.0	45.4	8.2	1.5
30~39세	100.0	47.5	44.9	6.6	1.0
40~49세	100.0	43.5	49.2	6.2	1.1
50~59세	100.0	41.1	48.5	9.2	1.2
60세 이상	100.0	44.4	32.9	20.9	1.8

자료: 통계청 사회통계기획과(2017. 11. 7.). 2017년 사회조사 결과(복지, 사회참여, 문화와 여가, 소득과 소비, 노동). 통계청 보도자료. p.12.

2. 노인의 죽음 관련 준비 실태 및 태도

가. 죽음 준비

죽음이 가시화되는 65세 이상 노인을 대상으로 한 조사 결과를 살펴보면 〈표 2-8〉과 같다. 죽음 준비 실태를 살펴보면 묘지(납골당 포함) 준비율이 가장 높아 25.1%이며, 다음이 상조회 가입으로 13.7%, 수의 8.3%, 유서를 작성했거나 죽음 준비 교육을 수강한 노인은 극소수이다. 묘지와 수의의 경우 연령이 높을수록 준비율이 높으며, 수의는 독거노인의 경우 준비율이 높다. 또한 기능 상태 제한을 경험하는 노인의 경우 수의 준비율이 높다.

36 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 2-8〉 노인의 죽음 준비 실태

(단위: %, 명)

특성	수의 ²⁾	묘지 ²⁾	상조회 가입 ²⁾	유서 작성 ²⁾	죽음 준비 교육 수강 ²⁾	(명)
전체 ¹⁾	8.3	25.1	13.7	0.5	0.4	(10,073)
지역						
동부	7.6	23.4	13.7	0.6	0.5	(6,924)
읍·면부	9.9	29.0	13.5	0.3	0.2	(3,149)
성						
남자	5.9	25.2	13.4	0.5	0.2	(4,286)
여자	10.1	25.0	13.9	0.5	0.5	(5,788)
연령						
65~69세	1.7	18.8	12.2	0.4	0.6	(3,314)
70~74세	3.7	23.7	13.9	0.5	0.3	(2,536)
75~79세	9.5	26.3	15.5	0.8	0.4	(2,137)
80~84세	19.7	32.6	13.5	0.3	0.1	(1,314)
85세 이상	29.5	40.9	14.7	0.5	0.1	(774)
결혼 상태						
배우자 있음	5.7	25.1	14.6	0.4	0.4	(6,416)
배우자 없음	12.8	25.2	12.1	0.7	0.4	(3,657)
가구 형태						
노인 독거	12.9	24.7	10.7	0.7	0.6	(2,416)
노인 부부	6.6	26.5	14.6	0.4	0.4	(4,908)
자녀 동거	7.7	23.4	15.0	0.4	0.2	(2,371)
기타	5.1	20.6	11.6	0.9	0.7	(379)
교육 수준						
무학(글자 모름)	16.4	24.2	7.9	0.0	0.0	(627)
무학(글자 해독)	12.8	25.2	13.0	0.2	0.1	(1,766)
초등학교	7.8	25.2	13.2	0.5	0.1	(3,452)
중학교	5.3	22.5	13.7	0.3	0.3	(1,711)
고등학교	5.1	24.2	15.7	0.8	1.0	(1,751)
전문대학 이상	7.7	33.1	17.6	1.8	1.5	(766)
연 가구소득						
제1오분위	11.7	20.4	7.7	0.4	0.4	(2,038)
제2오분위	8.8	24.3	12.6	0.5	0.2	(2,010)
제3오분위	7.9	26.1	13.1	0.3	0.4	(2,023)
제4오분위	5.9	24.7	16.6	0.3	0.4	(2,004)
제5오분위	7.1	30.2	18.5	1.0	0.5	(1,998)
기능 상태						
제한 없음	6.6	24.7	14.3	0.6	0.4	(7,689)
제한 있음	13.9	26.3	11.6	0.3	0.4	(2,385)

주: 1) 본인 응답자 1만 73명을 대상으로 함. 2) 항목별로 준비했다고 응답한 비율임.

자료: 정경희, 오영희, 김경래, 강은나, 이윤경, 오미애·홍승이(2017). 2017년도 전국노인실태조사.

보건복지부·한국보건사회연구원(2017). p.300. 〈표 7-15〉 인용.

나. 죽음 관련 태도 및 욕구

선호하는 장례 방법을 <표 2-9>를 통해 살펴보면 화장 후 산골이 30.3%로 가장 높고, 화장 후 납골당이 26.4%, 화장 후 자연장이 14.8%, 매장이 17.5%이다. 즉 화장이 일반화되었음을 볼 수 있다. 시신을 기증하겠다는 응답은 2.0%에 불과하다. 시신 기증은 교육 수준이 높을수록 약간 높은 경향이 있어 고등학교 졸업자의 경우 3.2%, 전문대학 이상의 학력을 가진 노인의 경우 4.4%이다. 한편 아직 생각해 보지 않았다는 응답은 8.9%인데 65~69세 연령군은 11.6%로 매우 높다. 또한 교육 수준이 높을수록 화장 후 납골당이나 화장 후 자연장을 선호하는 비율이 높다.

<표 2-10>을 통하여 상속과 관련한 가치관을 살펴보면, 자녀 균등 배분이 59.5%로 압도적이며 자신(배우자)을 위해 쓰겠다는 응답이 17.3%로 다음으로 높다. 그 외는 모두 10% 미만이다. 교육 수준이 높을수록 자녀 균등 분배를 선호하고 있으며 연령이 많을수록 장남에게 더 많이 주겠다는 응답률이 높다. 일부 또는 전체를 사회에 환원하겠다는 응답은 2.6%에 불과하지만 교육 수준에 따른 차이는 있어 전문대학 이상 졸업자의 경우 동 비율이 6.9%이다.

종합할 때, 상대적으로 죽음과 가까이 있는 노인들의 경우도 죽음 준비는 부족한 상황이며, 화장이 일반화되었다. 자녀에게 상속하는 것을 선호하는 것에는 변화가 없으나 기존에 장남에게 많이 주는 것에서 균등 배분으로 바뀌었음을 확인할 수 있었다. 아직 사회 환원을 하겠다는 노인은 소수에 불과하다.

38 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 2-9〉 노인이 선호하는 장례 방법

(단위: %, 명)

특성	화장 후 납골당	화장 후 자연장	화장 후 산골	매장	시신 기증	기타	아직 생각해 보지 않았다	계 (명)
전체 ¹⁾	26.4	14.8	30.3	17.5	2.0	0.1	8.9	100.0(10,073)
지역								
동부	27.7	14.7	31.3	14.9	2.3	0.1	9.1	100.0(6,924)
읍·면부	23.5	15.0	28.5	23.1	1.3	0.2	8.6	100.0(3,149)
성								
남자	27.6	14.7	27.9	17.9	1.9	0.2	9.9	100.0(4,286)
여자	25.6	14.9	32.1	17.1	2.0	0.1	8.2	100.0(5,788)
연령								
65~69세	24.5	17.6	31.3	12.6	2.4	0.1	11.6	100.0(3,314)
70~74세	26.7	14.9	32.2	15.4	2.1	0.2	8.5	100.0(2,536)
75~79세	27.7	12.2	30.5	19.9	1.5	0.2	8.1	100.0(2,137)
80~84세	27.9	13.8	27.1	23.1	1.7	0.1	6.3	100.0(1,314)
85세 이상	27.8	10.9	24.4	28.9	2.0	0.0	6.1	100.0(774)
결혼 상태								
배우자 있음	27.3	15.7	28.3	17.1	2.0	0.1	9.5	100.0(6,416)
배우자 없음	24.9	13.2	33.7	18.2	2.0	0.2	7.9	100.0(3,657)
가구 형태								
노인 독거	24.7	13.5	33.2	18.4	2.1	0.2	7.9	100.0(2,416)
노인 부부	27.5	15.4	28.0	17.9	2.0	0.2	9.0	100.0(4,908)
자녀 동거	26.3	14.8	32.1	16.1	1.5	0.0	9.2	100.0(2,371)
기타	23.7	15.5	30.3	13.9	3.4	0.0	13.2	100.0(379)
교육 수준								
무학(글자 모름)	22.7	8.6	36.4	22.7	0.3	0.2	9.1	100.0(627)
무학(글자 해독)	21.7	11.2	36.4	21.7	1.0	0.0	7.9	100.0(1,766)
초등학교	27.5	13.2	30.2	17.9	1.7	0.2	9.4	100.0(3,452)
중학교	27.5	17.5	29.7	13.7	1.8	0.2	9.5	100.0(1,711)
고등학교	27.1	18.2	27.8	14.4	3.2	0.1	9.2	100.0(1,751)
전문대학 이상	31.3	21.6	18.6	16.8	4.4	0.0	7.2	100.0(766)
현 취업 상태								
취업 중	25.2	15.7	29.4	18.3	1.9	0.1	9.3	100.0(3,117)
미취업	26.9	14.4	30.7	17.1	2.0	0.2	8.8	100.0(6,956)
연 가구소득								
제1오분위	22.9	11.7	37.0	18.6	2.2	0.5	7.2	100.0(2,038)
제2오분위	25.6	13.6	32.6	17.4	1.9	0.0	8.9	100.6(2,010)
제3오분위	26.9	15.2	28.9	18.3	2.0	0.1	8.7	100.0(2,023)
제4오분위	28.7	15.2	28.2	16.5	1.9	0.1	9.5	100.0(2,004)
제5오분위	28.1	18.3	24.6	16.6	2.0	0.0	10.4	100.0(1,998)
기능 상태								
제한 없음	26.9	16.1	29.3	16.5	1.9	0.2	9.0	100.0(7,689)
제한 있음	24.8	10.4	33.4	20.4	2.3	0.1	8.6	100.0(2,385)

자료: 정경희, 오영희, 김경래, 강은나, 이윤경, 오미애...홍송이(2017). 2017년도 전국노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원(2017). p.301. 〈표 7-16〉 인용.

〈표 2-10〉 노인이 선호하는 재산 처리 방식

(단위: %, 명)

특성	자녀 균등 배분	장남에게 더 많이	장남 에게만	효도한 자녀에게	경제적 사정이 나쁜 자녀에게	전체 또는 일부 사회 회원	자신 (배우자)을 위해	기타	계(명)
전체 ¹⁾	59.5	9.0	2.0	3.5	6.1	2.6	17.3	0.1	100.0(10,073)
지역									
동부	59.8	7.9	1.8	3.6	5.6	3.0	18.2	0.1	100.0(6,924)
읍·면부	58.7	11.4	2.6	3.2	7.2	1.6	15.1	0.2	100.0(3,149)
성									
남자	60.0	7.7	1.7	3.0	5.0	3.5	19.1	0.1	100.0(4,286)
여자	59.1	9.9	2.3	3.9	7.0	1.9	15.9	0.1	100.0(5,788)
연령									
65~69세	60.2	6.4	1.7	2.8	5.7	3.6	19.5	0.1	100.0(3,314)
70~74세	59.2	8.3	1.7	3.0	6.1	3.0	18.6	0.1	100.0(2,536)
75~79세	60.1	10.4	2.3	3.8	6.0	1.6	15.8	0.1	100.0(2,137)
80~84세	59.2	10.7	2.6	4.2	7.2	1.5	14.5	0.3	100.0(1,314)
85세 이상	55.5	15.4	3.1	5.9	6.7	1.4	12.0	0.0	100.0(774)
결혼 상태									
배우자 있음	61.6	8.2	1.6	2.7	6.0	2.5	17.3	0.1	100.0(6,416)
배우자 없음	55.7	10.5	2.8	4.9	6.3	2.7	17.1	0.1	100.0(3,657)
가구 형태									
노인 독거	54.6	9.3	2.5	4.2	6.2	3.2	19.8	0.1	100.0(2,416)
노인 부부	61.4	8.3	1.6	2.7	5.8	2.4	17.9	0.1	100.0(4,908)
자녀 동거	60.7	10.6	2.5	4.5	6.4	2.3	13.0	0.1	100.0(2,371)
기타	58.1	5.9	1.5	3.8	8.3	2.6	19.0	0.8	100.0(379)
교육 수준									
무학(글자 모름)	59.2	14.7	4.0	3.5	6.4	1.1	10.9	0.3	100.0(627)
무학(글자 해독)	58.0	11.6	2.7	4.1	6.9	1.4	15.2	0.2	100.0(1,766)
초등학교	57.3	10.2	1.6	3.7	6.4	2.1	18.6	0.1	100.0(3,452)
중학교	63.2	5.7	1.9	2.6	6.1	2.9	17.6	0.0	100.0(1,711)
고등학교	61.2	6.7	2.0	3.4	5.4	3.1	18.3	0.1	100.0(1,751)
전문대학 이상	60.5	5.5	1.2	3.3	4.5	6.9	18.1	0.0	100.0(766)
현 취업 상태									
취업 중	60.3	8.7	2.1	2.9	6.0	2.8	17.1	0.2	100.0(3,117)
미취업	59.1	9.1	2.0	3.8	6.2	2.5	17.3	0.1	100.0(6,956)
연 가구소득									
제1오분위	55.2	8.1	2.6	3.1	6.4	2.8	21.6	0.2	100.0(2,038)
제2오분위	57.3	8.8	2.6	3.7	6.4	2.8	18.2	0.2	100.0(2,010)
제3오분위	60.5	9.8	1.8	3.8	6.5	2.4	15.1	0.0	100.0(2,023)
제4오분위	63.2	8.4	1.2	3.3	5.4	2.3	16.1	0.1	100.0(2,004)
제5오분위	61.1	9.8	2.0	3.5	5.8	2.4	15.3	0.1	100.0(1,998)
기능 상태									
제한 없음	59.0	8.4	1.8	3.3	6.1	2.8	18.6	0.1	100.0(7,689)
제한 있음	60.8	10.9	2.9	4.1	6.3	1.9	13.1	0.1	100.0(2,385)

자료: 정경희, 오영희, 김정래, 강은나, 이운경, 오미애·홍송이(2017), 2017년도 전국노인실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원(2017), p.298. 〈표 7-14〉 인용.

제3절 선행연구 고찰

죽음 또는 죽음의 질에 관한 선행연구를 살펴보면 주요 주제가 죽음 준비(죽음 준비 교육), 죽음 불안 및 죽음에 대한 태도와 같은 죽음 자체에 대한 연구, 연명치료, 장기 기증, 사전의료 등과 같은 서비스 관련 연구와 유산 상속과 관련된 연구로 구분된다.

죽음에 대한 태도 및 죽음 불안에 영향을 미치는 요인을 찾아보려는 노력이 대표적인 연구 주제이며, 죽음에 대한 불안감이 삶의 질에 어떠한 영향을 미치는가를 살펴보는 연구가 일부 있다. 분석 틀에는 기본적인 인구사회적 특성과 더불어 죽음 준비나 종교 및 사후 세계에 대한 태도 등이 포함되어 있다.

한편 서비스와 관련하여 연구되고 있는 주제는 연명치료를 중단하는 요인을 밝혀 보려는 연구와 장기 기증 및 사전의료의향서 작성에 대한 관한 연구가 있으나, 다수가 연명치료 중단 요인에 관한 것이다. 분석에 포함된 독립변인으로는 기본적인 인구사회적 특성 외에도 자기 결정 및 자아 통합 관련 변인들이 있다. 상속에 관한 연구도 이루어지고 있는데 상속 형태를 밝히고 이러한 행태에 영향을 미치는 요인을 찾아보고 있다. 일반적으로 다양한 변수를 고려할 때, 죽음에 대한 태도는 자산의 크기와 성별에 따른 차이가 있는 것으로 밝혀졌다. 이러한 연구들은 일부 지역에서의 임의 표본에 기초하거나 사례 연구에 기초한 것들이 대부분으로 일반화하는 데 한계가 있다.

〈표 2-11〉 주요 선행연구

① 죽음 준비(죽음 준비 교육)/죽음 불안/죽음 태도

연번	주제	독립변인	종속변인	주요 결과
1	죽음 준비	- 죽음 준비도 - (매개변수) 죽음 불안, 우울	- 자아통합감	- 정신적 죽음 준비도 $\uparrow \propto$ 자아통합감 $\uparrow$ - 우울, 죽음 불안의 간접효과 有
2	죽음 교육 (태도)	- 인구학적 특성	- 죽음 태도	- 연령, 교육 수준, 생활 수준에 따른 태도 차이 존재
3		- 인구학적 특성 - 죽음 준비 - 삶의 만족도	- 죽음 태도	- 경제, 건강 상태, 기능 제한, 삶의 만족도 $\propto$ 죽음 태도(+) - 죽음 준비 $\uparrow \propto$ 죽음 태도(+)
4	죽음 준비/죽음 불안	- 인구학적 특성 - 삶의 만족도 - 죽음 준비 - 죽음에 대한 생각 - 사후 세계 기대	- 죽음 불안	- 여성, 삶의 만족도 $\downarrow$, 죽음 생각 $\uparrow$, 죽음 준비 $\downarrow \propto$ 죽음 불안 $\uparrow$
5	죽음 준비	- 인구학적 특성 - 죽음 관련 요인 (죽음 생각, 죽음 대비 사전 조치 인지 정도/동의 정도) - 죽음 준비 교육 의향 - 삶의 만족도	- 죽음 준비	- 노인 연령 간(예비 노인/베이비부머) 죽음 준비 차이 - (예비 노인)죽음 생각 $\uparrow$, 존엄사 인지 $\uparrow$, 동의 $\uparrow \propto$ 죽음 준비 $\uparrow$ - (베이비부머)죽음 생각 $\uparrow$, 존엄사 인지 $\uparrow$, 유언장 작성 인지 $\uparrow$, 동의 $\uparrow \propto$ 죽음 준비 $\uparrow$
6	죽음 불안	- 인구학적 특성 - 죽음 준비 교육	- 죽음 불안 - 삶의 질	- 인구학적 특성에 따른 죽음 불안, 삶의 질 차이 존재(죽음 준비 교육 無)
7	죽음 불안	- 인구학적 특성 - 사회활동/지지 - (매개변수) 죽음 불안, 우울	- 삶의 질	- 사회활동, 사회적 지지 & 죽음 불안 간 관계 無 - 우울은 사회활동/사회적 지지와 삶의 질 간 관계 매개
8	죽음 불안	- 주관적 건강 - 경제 수준-우울 - 사회적 지지 - (매개변수)죽음 불안	- 삶의 질	- 죽음 불안 매개효과 (주관적 건강 상태-삶의 질/우울-삶의 질)
9	죽음 불안	- 우울감 - (조절변수) 자존감	- 죽음 불안	- 우울감 $\uparrow \propto$ 죽음 불안 $\uparrow$ (조절효과: 자존감)

42 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

연번	주제	독립변인	종속변인	주요 결과
10	죽음 교육/ 죽음 불안	- 죽음 준비 교육 - 삶의 의미(생의 의미 도구)	-죽음 태도	-(참여군)삶의 의미 $\uparrow$ $\propto$ 긍정적 죽음 태도
11	죽음 태도	- 종교성(종교 참여, 종교 성향, 정통성 등)	-심리적 안정감 -죽음 태도	-종교성 $\uparrow$ $\propto$ 심리적 안정감 -종교성 $\uparrow$ $\propto$ 긍정적 죽음 태도

주: 표에 기재된 연번 순대로 기재함.

자료: 1) 문남숙, 남기민(2008). 노인의 죽음 준비도와 성공적 노화의 관계- 우울 및 죽음 불안의 매개효과를 중심으로-. 한국노년학, 28, 1227-1248.

2) 이경희, 이용환(2009). 노인의 죽음에 대한 태도와 죽음 준비 교육 요구에 관한 연구. 한국 비교정부학보, 13(2), 427-444.

3) 정한재, 임현승(2016). 노인 죽음태도에 영향을 주는 변인에 관한 연구. 지역복지정책, 27, 37-50.

4) 김숙, 한정란(2012). 성인들의 죽음에 관한 인식, 죽음준비, 죽음불안. 인구교육, 5(1), 23-48.

5) 정순돌, 김수현, 구미정(2014). 죽음관련 요인과 죽음준비의 관계. 한국인구학, 37(1), 131-153.

6) 김형수, 김지민(2013). 노인의 종교성에 따른 심리적 안정감 및 죽음태도 차이. 가족과 상담, 3, 79-92.

7) 박경은, 권미형, 권영은(2013). 여성노인의 우울, 죽음불안, 삶의 질의 관계. 한국보건간호학회지, 27(3), 527-538.

8) 남기민, 정은경(2011). 여성독거노인들이 인지한 사회활동과 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향. 노인복지연구, 52, 325-348.

9) 임승희, 노승현(2011). 노인의 주관적 삶의 질 모형 연구: 죽음불안의 매개효과를 중심으로. 한국노년학, 31(1), 1-14.

10) 오세근, 조준, 김영희, 최정민(2012). 노인의 우울감과 죽음불안 간 관계에서 자아존중감의 조절효과. 한국콘텐츠학회논문지, 12(2), 243-254.

11) 강경아(2010). 죽음준비교육 참여군과 비 참여군의 삶의 의미 및 죽음에 대한 태도 비교. 중앙간호학회지, 10(2), 156-162.

② 서비스 관련

연번	주제	독립변인	종속변인	주요 결과
1	연명 치료 중단 요인	- 인구학적 특성 - 가족 특성(가족의 DNR 경험) - 사회적 지지 - 삶의 만족도 - 연명치료 중단 자기결정권	연명치료 중단	- 삶의 만족도 ↑, DNR 태도 긍정적 ∝ 연명치료 중단 자기 결정에 긍정적
2		- 가족 특성(가족 응집성) - 재정 특성(재정 만족도) - 심리 특성(우울, 죽음 불안, 체면 민감성)	연명치료 중단	- 심리적 특성(체면의식) ↑ - 노인의 우울 수준 ↑ - 재정 만족도 ↑ / - 죽음 불안 ↑
3		- 인구학적 특성 - 경제적 특성 - 자아통합적 특성(삶의 만족도, 장례 절차 생각 여부, 경로당 이용 여부)	연명치료 중단	- 여성, 저연령, 고학력, 삶의 만족도 ↑, 죽음 생각 ↑ ∝ 연명치료 중단 - 경로당 이용 ↑ ∝ 연명치료 선호
4		- 환자 요인(의료적 상태, 연령, 유병 기간) - 가족 관련 요인(돌봄 부담, 연명치료 중단 경험, 인구사회적 특성)	연명치료 중단	- 환자의 의료적 상태, 가족의 경제적 부담 ↑, 주 보호자의 학력 ↓ ∝ 연명치료 중단 ↑
5		- 간호사 역할에 대한 가족의 인식	연명치료 중단	
6	장기 기증	- 종교, 윤리적 정당성, 법률 제정 여부, 연명치료 중지 인지, 자발적 연명치료 중지 태도	장기 기증	- 종교 有 ∝ 장기 기증 의사
7	사전 의료	- 인구사회적 특성 - 질병 관련 특성 - 임종기 연명치료 중단 경험	사전의료 의향서 태도	- 교육 수준, 건강 상태, 연명치료 중단 경험에 따라 유의미한 차이

주: 표에 기재된 연번 순대로 기재함.

- 자료: 1) 김현숙, 장혜경, 신성례(2016). 지역사회거주 노인의 연명치료 중단에 대한 자기결정 영향 요인. *Korean Journal of Adult Nursing*, 28(3), 334-342.
- 2) 윤명숙, 김준수(2015). 저소득 노인의 연명치료 중단의사에 영향을 미치는 요인. *정신보건과 사회사업*, 43(3), 192-219.
- 3) 이미애(2016). 노인의 자아통합적 특성이 연명치료 선호도에 미치는 영향. *디지털융복합연구*, 14(2), 489-499.
- 4) 장지영, 김용석(2011). 연명치료 중단에 대한 태도 연구 암환자 가족을 대상으로. *정신보건과 사회사업*, 38, 5-30.
- 5) 변은경, 최혜란, 최애리, 홍권희, 김나미, 김행선(2003). 중환자실 간호사와 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도 조사. *임상간호연구*, 9(1), 112-124.
- 6) 최령, 황병덕(2012). 대학생들의 연명치료중지에 대한 인식 및 태도가 장기기증의사에 미치는 영향. *생명윤리*, 13(2), 35-47.
- 7) 정승윤, 이해정, 이성화(2014). 임종기 연명치료 중단관련 특성과 사전의료의향서에 대한 노인환자의 태도. *동서간호학연구지*, 20(2), 103-111.

44 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

③ 상속

연번	주제	독립변인	종속변인	주요 결과
1	상속 동기	- 자산 - (매개효과)자녀 관계 만족 - (조절효과)정서적 지지	- 유산 상속 의향	- 자산↑ ∝ 유산 상속 의향↑ - 자녀 관계 만족/정서적 지지의 매개, 조절효과 有
2	상속 실태	- 인구학적 요인 - 사회적 지원	- 상속 방법	- 사회적 지원에 따라 상속 방법 차이 존재 有
3	상속 형태	- 자녀 동거 - 인구학적 요인 - 자가 소유 형태	- 상속 형태 (사회 환원, 아들 선호, 이타주의)	- 성별에 따른 상속 형태 차이 - 여성 노인: 아들과의 지속적 동거가 장자 상속에 대한 의도↑ - 남성 노인: 딸과의 지속적 동거가 자녀에게 유산 상속 의도↑, 균 등 상속↑
4	상속 형태	- 인구학적 요인 (본인/배우자 출생 순위)	- 부양/상속 태도 (장남 중심/자녀 중심/부부 중심/사회 책임/자녀 간 평등)	- 인구학적 요인에 따라 부양/상속 태도 상이
5	상속 대상	- 사회경제적 지위 - 인구학적 특성 - 세대 관계 특성 (만족도, 자녀 수(동거/비동거*자녀 성별))	- 상속 대상(본인/배우자, 사회, 자녀)	- 사회경제적 지위, 건강 상태, 세대 특성에 따라 상속 대상 상이

주: 표에 기재된 연번 순대로 기재함.

자료: 1) 노재현, 신용석, 원도연(2017). 한국 노인들의 유산상속 동기는 무엇인가: 자산이 유산상속 의향에 미치는 영향에서 관계만족도, 정서적 지지의 조건부 과정분석. 보건사회연구, 37(3), 36-72.

2) 김혜경(2008). 노인의 유산상속과 사회적 지원. 한국노년학, 28(2), 309-323.

3) 김현식, 황선재(2013). 자녀동거가 유산상속 선호형태에 미치는 영향. 보건사회연구, 33(4), 72-104.

4) 김기태, 류기형, 박병현, 박봉길, 이경남(2001). 중년여성의 노인부양과 상속에 대한 태도 및 관련요인분석. 노인복지연구, 13, 55-80.

5) 황선재, 김현식(2014). 재산상속대상 결정요인 분석. 한국인구학, 37(1), 81-108.

제4절 소결

죽음과 관련된 다양한 개념과 통계를 검토하고 관련하여 이루어진 연구를 검토한 결과, 다음과 같은 특징과 한계가 도출되었다.

첫째, 죽음은 변화 과정으로 이해되어야 한다는 것이다. 죽음에 이르는 과정에서 다양한 주체가 관여하며 신체적, 정서적 및 사회적인 돌봄이 요구되고 관련한 문제가 발생한다. 따라서 죽음은 신체적 차원뿐 아니라 행동 및 가치적 차원을 포함하는 다층적인 사회적 현상으로 이해하고 대처해야 한다.

둘째, 중요한 타자의 죽음에 관련된 사회 구성원이 그 상황에 적절히 준비하고 대처하기 위해서는 떠나는 자와 남은 자 각각을 위한 준비 교육과 실질적인 준비가 이루어져야 한다. 이러한 특징은 본 연구를 수행하는 데 있어서 좋은 죽음을 이해하는 분석 틀 구성과 정책과제를 도출하는 데 중요한 출발점이 될 것이다. 즉 사회 구성원이 갖고 있는 좋은 죽음 인식의 다차원성을 파악하려 노력할 것이며, 떠나는 자와 남은 자에게 요구되는 서비스 욕구를 모두 파악하고자 한다.

셋째, 선행연구를 통해서 죽음에 관한 다양한 연구가 이루어지기는 했으나 죽음을 구성 요소별로 정의·파악하고 있지 않기 때문에 구체적인 구성 요소를 통해서 좋은 죽음을 파악할 필요가 있음이 도출되었다. 또한 연구 방법에서도 양적 연구가 이루어진 경우, 조사 대상이 대표성이 떨어진다는 점에서 대표성 있는 조사가 이루어질 필요가 있는 것으로 파악되었다.

이를 바탕으로 본 연구를 설계함에 있어 다음과 같은 시사점을 얻을 수 있었다. 무엇보다 먼저 본 연구가 관심을 두고 있는 좋은 죽음의 구성 요소를 파악하기 위한 심도 있고 다각적인 접근이 요구된다. 또한 정책적

46 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

합의를 도출하는 데 적절한 경험적 기반을 마련하기 위해서는 조사 대상의 대표성을 확보하는 데 주력할 것이다.

더불어 기존 연구들은 죽음과 관련된 서비스와 관련해서는 연명치료, 장기 기증, 상속에 초점이 두어져 있을 뿐만 아니라 개별적으로 다루어지고 있다. 따라서 본 연구에서는 죽음까지의 과정에서 대처하고 좋은 죽음을 구현하기 위해 요구되는 이슈를 동일한 관점에서 동시에 다루고자 한다.

제 3 장

국외의 법적 및 제도적 기반 검토

제1절 국제기구의 대응

제2절 개별 국가의 법적 및 제도적 기반

제3절 소결

3

국외의 법적 및 제도적 기반 검토

우리 사회보다 앞서 웰다잉이라는 이슈에 대한 관심을 두어 온 유럽 국가의 주요 관심사를 살펴본 후 적극적인 대응을 하고 있는 개별 국가의 법적 및 제도적 기반을 검토하고자 한다.

제1절 국제기구의 대응

1. WHO의 대응¹⁴⁾

국제기구 중 웰다잉과 관련된 이슈에 대해 구체적 관심을 보이는 기구는 세계보건기구(WHO)이다. WHO는 완화치료를 환자의 삶의 질을 증진하고 그들의 가족이 당면한 질병과 관련하여 직면한 삶의 위기에 대처하며, 기타 발생할 수 있는 물리적·심리적·영적 문제에 대한 총괄적 대안으로 정의한다(WHO 완화의료 홈페이지, 2018. 10. 26. 인출).

완화치료란 신체적 고통에 대한 감소는 물론 환자 관리의 심리적, 정신적 측면까지를 포괄하여 사망 시점까지 가능한 한 존엄한 삶을 유지할 수 있도록 제반 서비스를 제공하는 것을 근간으로 한다. 또한 유족들이 죽음에 대처할 수 있는 지원 시스템을 제공하며, 다학제적 팀 접근을 통해 환자는 물론 가족의 요구에 대처하는 것을 실천 원칙으로 한다. 무엇보다 WHO는 완화치료를 건강권(the human right to health)의 하나로 인

14) 이하의 내용은 WHO 완화의료 홈페이지 www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/palliative-care에서 2018. 10. 26. 인출하여 관련 내용을 재작성함.

식하며, 환자의 개별 요구에 따라 인간 중심적이고 통합적인 보건의서비스가 제공되어야 함을 주지한다.

WHO는 완화치료에 대한 접근성 강화 및 확산을 위해 개별 국가 및 국제기구 차원에서의 긴밀한 협조를 강조한다. 우선 개별 국가들은 국가 보건의시스템을 통해 만성질환을 포함하여 생명을 위협할 수 있는 질병을 지닌 환자 관리 시, 치료 과정에서 완화의료를 포함시킬 의무가 있다. 이뿐만 아니라 질병 예방, 조기 발견 및 적절한 치료 프로그램과의 연계 등 선순환적인 보건 체계 구축을 강조한다.

이를 실현시키기 위한 구성 요소로서 첫째, 완화의료서비스를 모든 단계의 보건의서비스 영역에 포함하는 제도적 개선, 둘째, 신규 보건 전문인력 양성 체계 보완(완화의료 교육과정 포함)과 기존 보건 전문인력 훈련 강화 및 인력 보강, 자원봉사자 교육, 셋째, 통증 및 호흡곤란 완화에 요구되는 필수 약물의 사용 보장을 위한 의약품 정책 개선 등을 들 수 있다. 궁극적으로 완화치료는 보편적인 건강 보장의 원칙에 따라 제공되어야 하며 소득, 질병 유형, 연령에 관계없이 모든 사람이 완화치료에 접근할 수 있도록 국가 차원의 기본 원칙이 마련되어야 함을 주장한다.

WHO는 2014년에 WHO 및 회원국이 1차 의료기관 및 가정, 지역사회를 기반으로 한 치료에 중점을 두고 의료 시스템의 구성 요소로 완화치료에 대한 접근을 개선할 것을 촉구한 결의안을 발표한 바 있다.

구체적으로 첫째, 완화치료를 범국가적 질병 관리 및 보건의료 체계에 통합(포함), 둘째, 질병 단계 및 관리 수준 전반에 걸쳐 통합된 완화치료의 윤리적 이슈 해결, 셋째, 완화치료 의약품 접근 개선을 위한 회원국 지원, 넷째, UNICEF와의 협력하에 어린이를 위한 완화치료 지원 강화, 다섯째, 완화치료 접근성 및 완화치료 프로그램 진행에 대한 평가 강화, 여섯째, 인프라 취약 국가에 대한 완화치료 프로그램 및 연구 지원, 마지막

으로 저소득 및 중위소득 환경에서 효과적인 완화치료 모델에 대한 증거 기반 구축 등에 대한 내용을 담고 있다.

현재까지 전문 의료인의 훈련 부족 및 완화치료에 대한 그릇된 인식 등이 완화치료 진입 및 확산의 장애 요인으로 작용하고 있다. 세계적인 인구 고령화 및 만성질환에 따른 진료비 부담 등으로 인해 미래 사회 완화치료에 대한 필요성은 더욱 높아질 것으로 예견된다. 초기 질병 단계에서 완화치료에 대한 개입이 이루어질 경우, 불필요한 입원 및 의료서비스 남용을 방지할 수 있고 환자의 삶의 질이 나아질 수 있다는 점에서 WHO는 개별 국가 및 범국가적 차원에서의 관심 촉구를 강조하고 있다.

2. EU의 대응¹⁵⁾

유럽연합(European Union, 이하 EU)은 웰다잉 관련 정책적 대응 방안 모색에 가장 구체적인 관심을 보이는 국제 조직 중 하나이다. 특히 완화치료(Palliative care)에 대한 관심이 크다. 완화치료는 일부 국가에서는 호스피스치료와 혼용되나, 호스피스치료가 임종 말기의 특별한 케어를 제공하는 것이라면 완화치료는 고통 및 기타 불편한 증상 전반을 완화시키는 치료 방법이라는 점에서 차이를 둔다(Secretariat of the Commission of the Bishops' Conferences of the European Community, 2016). 이러한 관심은 WHO와 맥을 같이하는 것이다.

유럽 국가들은 2014년 '2014 완화의료에 대한 유럽 선언(2014 European Declaration on Palliative Care)'을 통하여 완화치료에 대한 지역, 국가, 국제적 책무에 대해 공표하였다. 유럽에서 완화치료에 대

15) 이하의 내용은 EU 완화의료 홈페이지 <http://palliativecare2020.eu/declaration>에서 2018. 10. 26. 인출하여 관련 내용을 재작성함.

한 논의는 노르웨이와 스웨덴을 중심으로 시작되었으며, 현재는 40여 개국이 유럽 완화치료협회(European Association for Palliative Care)에 참여한다.

유럽 국가들이 준용하는 단계별 접근 원칙은 지역사회 차원에서의 완화치료에 대한 인식 개선 및 정보 제공, 국가별 보건 전략의 필수 요소로 완화치료 포함, 다학제적 접근을 통한 완화치료의 전문화, 국제적 차원에서의 완화치료에 대한 다각적인 연구의 확장 등이다. 구체적으로는 첫째, 공공보건서비스는 고품질의 완화의료서비스 제공과 접근을 전제로 한다. 둘째, 국가 및 국제적 보건 전략의 발전-건강한 노화, 장기요양, 치매 등에 있어, 완화치료는 필수 구성 요소이다. 셋째, 완화치료에 대한 구체적 정책 발전에 있어 환자와 그의 가족들에게 질병의 예후나 환자의 연령, 기대수명 및 치료 환경에 관계없이 욕구에 부합하는 의료서비스를 적시에 제공해야 한다. 넷째, 완화치료서비스는 다학제적 전문가 혹은 보건 영역의 팀 접근을 통해 이루어져야 한다. 다섯째, 완화치료 기술이 보건 전 영역으로 확장될 수 있도록 패러다임의 변화가 요구되며, 맞춤형 접근을 기반으로 한 환자 중심적·가족 중심적인 접근을 강화해야 한다. 여섯째, 전문가 및 다학제적 협업은 완화치료의 고품질 케어 및 교육의 기반이다. 일곱째, 학부 및 대학원 차원에서 보건 및 사회복지 전 분야에 걸쳐 완화치료 커리큘럼을 개발해야 하며, 관련 인프라에 대한 투자가 요구된다. 여덟째, 지역사회 차원에서 대중 교육 및 가족 부양자 등에 대한 훈련을 통해 인식 함양이 이루어져야 한다. 아홉째, 완화치료에 대한 국가적, 국제적 연구 기회가 확장되어야 한다. 열째, 완화치료에 대한 질 평가와 개선을 위한 지속적인 접근이 이루어져야 한다.

기 및 인체 조직 기증·이식에 대한 일련의 업무를 진행한다. OTA는 2009년 설립되어 호주의 건강관리국(Australian Government Health) 내 독립적 기관으로 운영되며, 2008년 호주의 장기 및 인체 조직 기증·이식에 관한 법률(Australian Organ and Tissue Donation and Transplantation Authority Act)을 근간으로 운영된다.

장기 기증 절차는 장기 기증자 등록, 가족의 동의 절차, 사후 장기 기증 및 이식의 4단계로 수행된다. 첫째, 장기 기증은 호주 장기 기증 시스템(Australian Organ Donor system)이나 휴먼서비스 부서(Department of Human Services)를 통해 온라인 등록 등으로 신청한다. 둘째, 신청 후 위원회는 장기 기증자 및 그 가족들과의 충분한 논의를 통해 가족의 동의를 받아야 한다. 셋째, 장기 기증자의 사후에 장기 및 인체 조직 기증이 이루어지며, 사망 시점은 뇌사와 호흡 정지의 두 가지 차원 모두를 고려한다. 마지막으로 대기자에게 이식을 완료함으로써 모든 절차가 완료된다. 장기 이식을 위한 대기자 명단에 등록되기 위해서는, 건강 상태 평가와 함께 호주·뉴질랜드 장기이식회(Organ Transplantation from Deceased Donors, Transplantation Society of Australia and New Zealand)의 임상 가이드라인 항목을 준용해야 한다. 이식 대기자 명단에 등록된 이후, 이식 적격 여부에 대한 검토를 바탕으로 이식 코디네이터가 관련 절차를 수행한다. 호주 정부는 장기 기증에 대한 국가적 관심을 높이기 위해 매년 Donation Life Week를 열어 장기 기증 인식 개선에 대한 기회를 마련하고 있다.

의사의 사망선고 이후 보호자 혹은 장례 대리인은 휴먼서비스 부서에 사망신고를 하고 사후 절차를 준비하게 된다.¹⁷⁾ 호주의 휴먼서비스 부서

17) 이하의 내용은 호주정부 휴먼서비스 부서 홈페이지

<https://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/what-do-following-death>에서 2018. 10.

19. 인출하여 관련 내용을 재작성함.

는 유족에게 상담 및 정보 제공 등의 사회복지서비스와 유족수당(Bereavement allowance), 일시적 유족지원금(Bereavement payment), 부가연금(Pension Bonus Bereavement Payment) 등의 경제적인 지원을 함께 제공한다. 유족수당은 사별한 배우자에게 지급되는 단기 지원금이며, 일시적 유족지원금은 배우자나 부양자 등이 사망한 경우, 급변한 재정 상황에 적응할 수 있도록 일시적으로 지원되는 비용이다. 부가연금은 사망 전 상여금을 청구하지 않은 경우, 부가연금 제도에 가입한 유족인 배우자에게 지급되는 경제적 지원금이다. 이 외에도 유족의 심리적, 정서적 지원을 위해 다양한 사회서비스가 마련되어 있으며, 관련 정보는 호주의 휴먼서비스 부서에 게시되어 있다. 이 외 장례식과 관련해서는 호주 장례식 협회(Australian Funeral Directors Association)를 통해 정보를 확인할 수 있다.

나. 국가 완화의료 전략(National Palliative Care Strategy 2010)

의료기술의 발달 등으로 호주 국민 역시 기대수명이 높아졌다. 2010년 기준 기대수명은 82.45세이다(WorldBank 홈페이지, 2018. 10. 26. 인출). 그러나 길어진 노년기는 만성질환의 유병 시기 역시 연장하였다. 생의 위협이 되는 만성질환이 아닌 경우, 수명 자체에 영향을 미치진 않으나 개인의 웰빙과 의료 욕구에 영향을 끼치게 된다. 단 치매, 심혈관 질환, 호흡기 질환과 같은 중증 만성질환은 수명을 위협할 뿐 아니라 죽음의 유형 역시 변화하게 한다.

대부분 건강한 호주의 국민들은 죽음의 장소로 그들의 가정을 선호하였으나, 2010년 기준 실제 비율은 16%에 그쳤으며 병원과 시설 등에서 사망하는 비율은 약 30%에 육박하였다(Australian Health Minister,

2010). 이는 국가 재정에 부담이 될 뿐 아니라 잠재적으로 죽음의 질을 낙후시키는 요인으로 작용한다.

이에 따라 호주 정부는 국민 삶의 질과 국가 재정의 지속 가능성 관점에서 국가 차원의 완화의료 전략을 2000년부터 실시하였다(Australian Health Minister, 2010). 초기 국가 완화의료 전략은 1) 완화의료에 대한 인식과 이해 제고, 2) 완화의료의 질과 효과성 제고, 3) 완화의료의 협력 관계 강화 관점에서 실시되었다(Currow & Phillips, 2017). ‘호주인의 생애 말기 삶의 질 지원’이라는 부제하에 2010년 개정되어 현재 1) 완화의료에 대한 인식 제고, 2) 완화의료의 적합성 및 효과성 향상, 3) 리더십과 거버넌스, 4) 역량과 능력 제고의 세부 전략을 명시하고 있다.

〈표 3-1〉 호주의 국가 완화의료 전략 2010

전략	세부 목표
완화의료에 대한 인식 제고	1) 죽음을 삶의 연속적인 과정에서 일어나는 자연스러운 과정으로 인식하도록 개선 2) 완화의료서비스에 대한 지역사회와 전문가의 인식 향상
완화의료의 적합성 및 효과성 향상	- 적정하고 효과적인 완화의료에 전 호주 국민의 욕구에 기인하여 제공
리더십과 거버넌스	- 통합적이고, 진취적이며, 효과적인 정부의 국가 완화의료 전략에 따른 자원 및 접근 방법 지원
역량과 능력 제고	- 완화의료와 관련된 건강 및 사회서비스의 수용 능력 강화

자료: Australian Health Ministers(2010). National Palliative Care Strategy 2010. p.10.

호주 정부는 이를 구현하고자 의료인 등을 중심으로 한 전문인력 양성 지원, 욕구에 따른 평가도구 개발 프로그램 개발, 노인 요양시설과 전문 간호 요양시설에 적용될 완화의료 지침과 지역사회 노인을 위한 완화의료 지침 개발, 완화의료 협력 관계 강화를 위한 시범사업을 실시하였다(Currow & Phillips, 2017). 호주의 완화의료는 대표적으로 병원 기반 시설, 1차 의료기관, 노인거주시설 등에서 수행되며, 병원 기반 시설은

민간 및 공공 병원을 중심으로 원내 호스피스 병동을 마련하거나 독립된 호스피스 시설을 운영하는 형태로 이루어진다(Currow & Phillips, 2017).

2016년 2차 국가 완화의료 전략에 대한 평가가 실시되었으며, 완화의료서비스의 지속적 확대를 위한 기반이 구축되었다는 평가가 뒤따른다(Kurti, Greal, & Wise, 2016).

단 완화의료에 대한 인식 제고에 대해서는 호주 내의 문화적 다양성을 염두에 두어야 한다는 평가가 있다. 즉, 호주 원주민과 토레 해협 섬 주민(Torres Strait Islander) 간 문화 및 언어적 다양성이 상존한다는 것이다. 호주의 정책관료들은 내국민 간에는 좋은 죽음에 대한 인식 전환과 사회적 논의의 장이 마련되고 있는 추세이나, 문화적 이질성이 존재하는 주민들의 경우 이를 받아들이기 어려운 장벽이 존재한다고 언급하였다(Kurti et al., 2016). 대안으로 국가 차원에서의 인식 전환을 도모하는 것보다 지역사회를 중심으로 대중의 인식 개선을 시도하는 것이 보다 효과적일 것으로 제안하였다. 일례로 호주의 비영리 단체인 The Ground Swell Projects는 ‘Dying to Know Day’를 국가 공휴일로 선정하기 위해 노력하는 등 인식개선에 힘썼다. 이와 함께 죽음에 대해 지역사회 차원에서 편하게 논의할 수 있는 카페(Death Cafe) 등을 마련하여 죽음에 대한 낙인감을 감소시키려 노력하고 있다(Kurti et al., 2016).

2. 네덜란드

가. 법적 및 제도적 기반

상속법은 네덜란드 민법(Dutch Civil Code) 제4조(Law of Succession)에 명시되어 있다.¹⁸⁾ 해당 법의 적용 범위는 1989년 헤이그 상속 조약(Hague Inheritance Treaty)을 기준으로 하며, 현재 네덜란드에 거주하거나 사망 전 5년간 네덜란드에 거주한 외국인 거주자에게 적용된다. 그러나 외국인에 대한 적용은 EU 국가 간 조항 변화에 따라 해석이 달라질 수 있다. 상속은 재산뿐 아니라 부동산 자산, 채무를 포괄하며 부동산의 가치는 사망 직후 재산의 가치를 의미한다. 유가족과 배우자(동반자)에게 상속이 허용되며, 자녀나 배우자(동반자)가 다른 친척에 비해 우선권을 지닌다.

유언장은 증인 앞에서 작성되면 유효하며, 유언장의 후속 등록은 의무적이다. 유언장에는 자녀 보호 의무, 재산 분배 및 부동산, 기업 소유에 대한 상속 계획, 특정 개인의 상속권 침해에 관한 조항까지 포함될 수 있다.

또 다른 준비 사항인 장기 기증과 관련하여 2018년 네덜란드 상원은 새로운 장기 기증 제도(ADR: Active Donor Registration)에 대한 법안(The New Donor Act)을 가결하였다.¹⁹⁾ 새로운 법안이 2020년 중반

18) 이하의 내용은 아래 Web 정보를 참고하여 재작성함.

① 네덜란드정부 장기기증 관련 홈페이지 <https://www.government.nl/topics/organisatie-donation/new-donor-act-active-donor-registration>에서 2018 10 19 인출.

② 네덜란드 민법 관련 홈페이지 www.dutchcivillaw.com/civilcodebook044.htm에서 2018 10 19 인출.

19) 이하의 내용은 아래 Web 정보를 참고하여 재작성함.

① 네덜란드정부 장기기증 관련 홈페이지 <https://www.government.nl/topics/organisatie-donation/new-donor-act-active-donor-registration>에서 2018 10 19 인출.

② 네덜란드 장기기증 관련 기사 링크 <https://www.dutchnews1.nl/news/2018/02/news-dutch-organ-donation-law-will-apply-to-everyone-officially>

이후 효력이 발생하게 되면, 18세 이상의 네덜란드 거주자에게 모두 장기 기증 의사 여부를 묻는 서한이 발송될 것이다. 현재의 장기 기증 시스템은 장기 기증 등록 기관(transplant foundation)에 사후 장기 기증을 진행할 것인지 여부와 그 결정을 누가 할 것인지에 대해 장기 기증자 혹은 유족들의 명백한 동의를 바탕으로 4가지 항목을 선택하도록 되어 있으나 기증 비율이 높지 않다.²⁰⁾ 이에 개정된 제도는 18세 이상의 모든 네덜란드 거주자에게 해당 사항(장기 기증 여부, 친척 또는 특정인 위임권)에 대해 선택할 수 있도록 6개월 동안 2회에 걸쳐 우편물을 발송하고, 6주 이내에 응답이 없을 경우 장기 기증자로 자동 등록되도록 변경할 예정이다. 단 발송 후, 장기 기증 의사 여부에 대해 변경할 수 있으며, 사망자가 장기 기증을 찬성하였다고 할지라도 여전히 유족들에게 최종 발의권이 주어진다. 변경안을 두고 사망 후 시신 처리와 관련해 정부에 지나친 권력을 부여하는 것이 아니냐는 우려의 시선이 존재하나, 네덜란드 보건국은 장기 기증 문화의 확산을 위한 조치라는 입장을 표명하고 있다.

나. 국가 완화의료 프로그램(National Palliative Care Program)

네덜란드 정부는 2014년 ‘국가 완화의료 전략 2014~2020’을 수립하였다. 네덜란드 보건연구개발원에 의해 개발되어 네덜란드 보건복지·체육청에 의해 수행된다. 네덜란드 정부는 2020년까지 5100만 유로를 투자할 계획임을 밝힌 바 있다.

본 프로그램에서는 완화치료에 대한 국민들의 넓고 통합적인 인식을 마련하고자 실행, 교육, 연구의 측면에서의 상응성을 강조하였다. 케어서

-registered-in-nl/에서 2018. 10. 19. 인출.

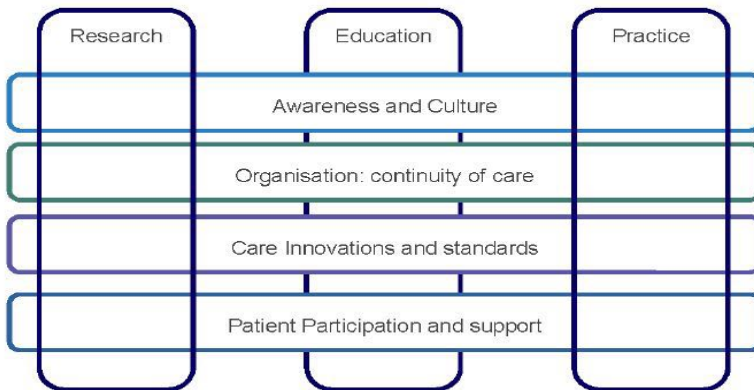
20) ① 장기 기증을 허락한다. ② 장기 기증을 허락하지 않는다. ③ 나의 동반자나 가족이 결정한다.

④ 결정을 내릴 특정인을 지정하였다.

비스 제공 개선을 위해 환자와 그 가족의 욕구에 기반하며, 정기적인 의 료서비스를 가능한 한 가정과 같은 환경에서 제공하는 것을 목표로 한다 (ZonMw, 2015).

이를 위해 실행, 교육, 연구의 매트릭스하에 4가지 주제-인식 개선, 조 직 및 케어의 연속성, 케어의 혁신 및 표준화, 환자의 참여 및 지지-를 통 해 프로그램을 실천한다.

[그림 3-1] 네덜란드의 국가 완화의료 프로그램 2014-2020의 매트릭스



자료: ZonMw(2015). Palliative Care Programme 2014-2020. p.16.

구체적으로 죽음이 삶의 자연스러운 과정으로 받아들여지도록 환자와 서비스 제공자, 나아가 지역사회를 아우르는 인식개선이 해당된다. 특히 서비스 제공자의 경우, 개개인의 완화치료에 대한 인식향상은 물론 서비 스 제공자 간 임종기 치료에 대한 통상적 논의가 가능해지도록 문화의 장 을 마련하기 위한 활동이 포함된다. 또한 더 많은 사람이 가정을 비롯한 본인의 희망 장소에서 임종을 맞이할 수 있도록 케어의 연속성을 담보하 기 위한 프로그램 역시 수행된다. 서비스 표준화를 위한 매뉴얼 등을 마

련하며, 특히 이 과정에서 단순 의료 지식뿐 아니라 사회적, 영적 측면이 간과되지 않도록 한다. 마지막으로 임종기에 처한 환자와 그 가족들의 욕구가 전 과정에서 반영될 수 있도록 인력 양성 및 완화의료 서비스를 제공하고자 한다.

〈표 3-2〉 네덜란드의 국가 완화의료 프로그램 2014-2020

전략	세부 목표
인식 개선 (Awareness and Culture)	1) 죽음을 삶의 자연스러운 과정으로 인식하도록 대중 인식 개선 2) 서비스 제공자의 완화치료에 대한 인식 향상 및 치료 지속 여부에 대한 논의의 자율화
조직 및 케어의 연속성 (Organisation and Continuity of Care)	1) 더 많은 사람이 가정을 포함하여 그들의 임종 장소를 선택 2) 가정과 최대한 근접한 케어 환경의 조성 3) 정기적인 의료서비스 제공 및 노인 및 복지서비스 간 연계 4) 다학제 간 신속한 접근: 사회적, 영적 속성에 대한 고려 5) 24시간 완화의료서비스 제공 실시
케어의 변화 및 표준화 (Care Innovations and Standards)	1) 완화의료 개선 방안 표준화 2) 사회적, 영적 측면을 포함하여 완화의료 전문가들이 관련 지식 탑재 3) 죽음으로 인하여 불필요하게 경험하게 되는 고통 및 스트레스 감소 4) 특별히 고려되어야 할 완화치료 집단(치매 노인, 장애인, 아동, 노숙인 등)에 대한 서비스 강화
환자의 참여 (Patient Participation)	1) 임종기에 처한 환자 및 그들 가족의 욕구를 기반으로 서비스 제공 2) 가족 부양자들의 부양 부담 감소 3) 가능한 한 희망하는 곳에서 임종을 맞이할 수 있도록 전문 훈련된 자원봉사자 개발

자료: ZonMw(2015). Palliative Care Programme 2014-2020. p.1.

3. 영국

가. 법적 및 정책적 기반

영국의 상속권 및 신탁자에 대한 법률(Inheritance and Trustee's Powers Act)은 2014년 잉글랜드(England) 및 웨일스(Wales) 지역을 중심으로 일부 개정되었다.²¹⁾ 공정한 상속 시스템 마련을 위한 조치로 자녀가 없는 부부의 경우, 배우자가 전체 재산을 상속받게 된다. 한편 입양

자녀의 경우, 부모가 사망한 경우 유산 상속에 있어 후순위가 되지 않도록 하는 조치가 마련되었다. 현재 상속세는 사망자의 유산(금전 및 자산 포함)에 대한 세금으로, 2018년 기준 표준상속세율은 40%로 고시되고 있다.

유언장의 기능은 영국 역시 네덜란드나 호주와 동일하다.²²⁾ 즉, 사후의 재산 관리, 상속 등에 대한 권한 지정을 유언장 작성을 통해 수행할 수 있으며, 유언장 작성 시 상속세를 필요 이상으로 지불하지 않을 수 있다. 유언장이 법적 효력을 발생하기 위해서는 몇 가지 요건이 갖추어져야 한다. 첫째, 유언장 작성자가 18세 이상이어야 한다. 둘째, 자발적으로 작성되어야 하며, 셋째, 의사소통이 명확한 상태에서 작성되어야 한다. 넷째, 서면 작성을 원칙으로 하며, 다섯째, 작성된 유언장에 서명 시 증인 2명(18세 이상)이 있어야 하고 그들 역시 직접 서명해야 한다. 다만 증인은 배우자를 포함하여 유언장과 직접적 관련이 있는 사람은 해당될 수 없다. 만약 유언장을 남기지 않고 사망한 경우, 처분해야 할 재산 등이 있을 때 행정서신 등이 유족에게 발송될 것이다.

장기 기증 확산에 대한 국가적 노력은 영국에서도 발견된다.²³⁾ 장기 기증법은 영국 내의 여러 지역에 따라 다양하다. 현재 영국 내 7개 지역 중 장기 기증자의 사전 동의를 통해 사망 시 장기 기증이 이루어지는 옵트인(opt-in) 방식으로 장기 기증이 수행되는 곳은 웨일스를 제외한 전 지역

21) 이하의 내용은 아래 Web 정보를 참고하여 재작성함.

① 영국 BBC 뉴스(상속세 관련)링크. <https://www.bbc.com/news/uk-29436533>에서 2018. 10. 26. 인출.

② 영국정부 유산 및 상속 관련 홈페이지. <https://www.gov.uk/guidance/trusts-and-inheritance-tax#history>에서 2018. 10. 26. 인출.

③ 영국정부 상속세 관련 홈페이지. <https://www.gov.uk/inheritance-tax>에서 2018. 10. 26. 인출.

22) 이하의 내용은 영국정부 유언관련 홈페이지 <https://www.gov.uk/make-will>에서 2018. 10. 26. 인출된 내용을 참고하여 재작성함.

23) 이하의 내용은 영국정부 장기기증 관련 홈페이지 <https://www.organdonation.nhs.uk/faq/is-organ-donation-law-changing>에서 2018. 10. 26. 인출된 내용을 참고하여 재작성함.

이 포함된다. 오직 웨일스만이 옵트아웃(opt-out)방식을 채택한다. 옵트아웃 제도란 사전에 장기 기증 희망 여부에 대해 명확히 밝히지 않은 경우, 잠재적 장기 기증자로 고려되는 장기 기증 방식을 의미한다. 즉, 장기 기증 등록 시스템을 통해 장기 기증 동의/거부 여부, 사후 장기 기증 선택 결정권자 등 지정 의사를 명확히 하지 않은 경우 장기 기증을 희망하는 것으로 간주된다.

일명 Max's law(맥스 법)²⁴⁾로 불리는 새로운 장기기증법에 대한 논의 확산에 따라, 2020년 4월 이후 웨일스(Wales), 잉글랜드(England), 스코틀랜드(Scotland), 저지섬(Jersey) 지역에서 옵트아웃 제도를 잇따라 추진할 것으로 나타났다. 이 외 건지섬(Guernsey)과 맨섬(Isle of Man) 지역은 의회 차원에서 동의 여부에 대한 논의가 진행되는 것으로 발표되었다.

옵트아웃 제도가 이미 도입되었던 웨일스 지역은 장기 및 조직 기증 등록 시스템에 동의 여부나 사후 장기 기증 선택 결정권자 등을 지정하지 않은 경우, 장기 기증에 반대하지 않는 것으로 간주한다(Deemed consent). 잉글랜드 지역은 현재 옵트인 방식으로 장기 기증 제도가 운영되며, 2020년 4월 이후 옵트아웃 제도가 시행될 것으로 논의된다. 스코틀랜드 지역 역시 현재는 옵트인 방식으로 장기 기증이 진행되나, 2018년 6월 11일 의회에 옵트아웃 조항이 포함된 '인체 조직(승인) 조항(The Human Tissue(Authorisation(Scotland) Bill))이 논의됨에 따라, 구체적 조율을 통해 시행될 것으로 보인다. 저지섬 지역 역시 현재는 옵트인 방식을 고수하나, 2018년 4월 의회에서 옵트아웃 제도로 변경하는 법안을 통과시켰다. 다만 2019년 7월 이후 법적 효력이 발생할 것으로 논의되며, 이전

24) 10살 소년인 맥스(Max)가 심장 이식을 통해 새 생명을 얻게 됨에 따라, 영국 사회의 장기 이식에 대한 국가적 관심이 고조되었으며 2017년 옵트아웃 제도에 대한 국회 법안이 상정된 바 있다(영국 BBC 뉴스(Maxs law) 관련 링크 <https://www.bbc.co.uk/newsround/43975784>에서 2018. 10. 26. 인출).

까지는 종전의 제도가 유지된다. 노스아일랜드(North Island)는 옵트아웃 시스템을 도입하지 않는 것으로 결정하였으나, 장기 기증 확산을 위한 자구적인 노력을 도모할 것으로 밝혔다.

옵트아웃 제도가 시행되더라도, 생전에 장기 기증 등록 시스템을 통해 본인의 동의 여부 혹은 사후 장기 기증 선택 결정권자에 대한 지정 등이 가능하며, 본인의 결정에 대해 가족들과 충분한 논의와 동의를 거쳐야 함을 강조하고 있다.

나. 완화돌봄

영국에서 호스피스·완화의료에 대한 발전은 종교적 전통, 자선·기부 문화의 정착 및 국가 보건의료 시스템(National Health Service, NHS)을 근간으로 한다(한국호스피스·완화의료학회, 2018).

1990년대 후반까지 말기 암 환자를 중심의 호스피스·완화의료서비스가 이루어졌으나, 2004년 National Council for Palliative Care(이전 명칭: National Council for Hospice and Specialist Palliative Care Services) 기관을 통해 모든 말기 환자를 대상으로 한 연속적 돌봄으로 확대되었다(한국호스피스·완화의료학회, 2018).

2008년 국가 차원의 생애말기 돌봄 전략(End of Life Care Strategy)이 발표되어 모든 말기 환자를 대상으로 호스피스 및 완화의료를 제공하는 기틀이 마련되었다(Department of health and social care, 2008). 영국의 보건당국(Department of health and social care)이 2008년 발표한 생애말기 돌봄 전략은 총 6단계로 구성된다. 1단계에서 말기 환자의 돌봄에 대한 논의가 이루어지며, 2단계에서는 돌봄 전략 수립 및 검토가 진행된다. 3단계에서 수립된 전략에 대한 상호 조정 작업을 거친 후, 4단계에

서 다양한 장소에서 양질의 돌봄서비스가 제공된다. 5단계에서는 임종기로 판단된 경우, 임종 장소나 임종기 요구에 따른 돌봄서비스가 제공된다. 마지막 6단계에서는 환자 사망 후 유가족에 대한 정서적 지지를 비롯해 전반적인 돌봄서비스가 수행된다. 아울러 전 단계(all stages)에서 말기 환자는 물론 그를 돌보는 가족에게 수시로 심리·정서적 지지와 정보 제공이 이루어져야 하며, 이 과정에서 영적인 영역까지도 포괄해야 함을 강조한다.

이를 바탕으로 지역 단위에서 원활한 생애말기 돌봄서비스 제공을 위한 기본 원칙(Ambitions for Palliative and End of Life care: A National Framework for Local action 2015-2020)이 발표되었다(National Palliative and End of Life Care Partnership, 2015). 본 기본 원칙에서 정의하는 완화치료의 정의는 WHO의 정의를 차용한다. 즉, 임종기에 직면한 환자의 고통 완화와 환자 및 그 가족의 신체적, 심리·사회적, 영적 문제에 대한 접근을 포괄하는 개념이라 할 수 있다. 이를 포괄하기 위해 기본 원칙에서는 6가지 목표와 그에 따른 선행 조건을 제시한다. 6가지 목표는 첫째, 모든 사람의 개별성 인정, 둘째, 돌봄서비스에 대한 공정한 절차 준수, 셋째, 평안과 웰빙의 극대화, 넷째, 돌봄서비스에 대한 조정, 다섯째, 서비스 제공자의 돌봄서비스에 대한 대비, 여섯째, 지역사회 간 공조 체계 마련으로 구성되며, 개별 목표 수행을 위한 실행 요건이 <표 3-3>과 같이 정리된다. 이 같은 목표를 수행하기 위해 근간이 되어야 할 8가지 선행 조건이 함께 제시되었는데, 개별화된 돌봄 계획(personalized care planning), 기록 공유(shared records), 근거 및 정보(evidence and information), 임종기 환자에게 중요한 사항(those important to the dying person), 교육 및 훈련(education and training), 24시간 접근성(access 24/7), 공동 설계(co-design), 리더십(leadership)이다.

〈표 3-3〉 영국의 생애말기 돌봄서비스 제공을 위한 기본 원칙(2015-2020)의 6가지 목표

목표	실행 요건
모든 사람의 개별성 인정 (Each person is seen as individual)	-정직한 대화(honest conversation) -사람 중심의 돌봄 체계(systems for person centered care) -명확한 기대(clear expectations) -사회적 돌봄의 접근(access to social care) -관리 및 통제에 대한 도움(helping people take control) -통합적 돌봄(integrated care) -사별 관리를 포함한 생애말기 돌봄(good end of life care includes bereavement)
돌봄서비스에 대한 공정한 절차 (Each person gets fair access to care)	-기존 데이터 활용(using existing data) -지역사회 파트너십(community partnership) -새로운 데이터 생성(generating new data) -지속적 헌신(unwavering commitment) -인구집단에 기반한 욕구사정 및 의뢰(population based needs assessment and commissioning) -사람 중심의 성과 측정(person centered outcome measurement)
평안과 웰빙의 극대화 (Maximizing comfort and wellbeing)	-고통에 대한 인식/인정(recognizing distress whatever the cause) -전문화된 평가 및 증상 관리(skilled assessment and symptom management) -모든 형태의 고통 해소(addressing all forms of distress) -임종기 돌봄에 대한 우선순위(priorities for care of the dying person) -전문 완화돌봄(specialist palliative care) -재활 완화돌봄(rehabilitative palliative care)
돌봄서비스에 대한 조정 (Care is coordinated)	-기록 공유(shared records) -역할과 책임 명확화(clear roles and responsibilities) -광범위한 대응(a system wide response) -모든 사람에 대한 중요성 인식(everyone matters) -지속적인 파트너십(continuity in partnership)
전체 서비스 제공자의 돌봄 서비스에 대한 대비 (All staff are prepared to care)	-직업윤리(professional ethos) -지식에 기반한 판단(knowledge based judgement) -법률에 대한 인식(awareness of legislation) -지지 및 회복탄력성(support and resilience) -신기술 활용(using new technology) -경영 관리(executive governance)
지역사회 간 공조 체계 마련 (Each community is prepared to help)	-지지적이고 회복탄력성이 있는 지역사회(compassionate and resilient community) -대중 인식(public awareness) -실질적 지원(practical support) -자원봉사자(volunteers)

주: 자료를 바탕으로 저자가 재구성함.

자료: National Palliative and End of Life Care Partnership(2015). Ambitions for Palliative and End of Life care: A national framework for local action 2015-2020. pp.11~35.

제3절 소결

죽음과 관련하여 국제기구가 제시하고 있는 방향성과 개별 국가의 법적 및 제도적 기반 현황을 검토하였다. 이러한 검토 결과 도출된 시사점을 정리해 보면 다음과 같다. 첫째, 좋은 죽음을 구현하기 위해서는 공공서비스가 중심이 되어야 한다. 예를 들어 질 높은 완화의료서비스가 가능하기 위해서는 공공보건서비스가 기반이 되어야 한다. 둘째, 맞춤형 접근이 이루어지기 위해서는 환자 중심과 가족 중심의 접근이 이루어져야 한다. 셋째, 체계적이며 국제적인 연구와 협업이 요구된다. 이러한 맥락에서 특히 완화치료에 대한 관심이 높은 유럽 국가의 경우, 유럽완화치료협의회가 구성되어 있다. 넷째, 교육 및 훈련 등 기본적인 인프라에 대한 지속적인 관심이 필요하며, 사회 구성원의 인식 함양이 이루어져야 한다. 즉 물리적 및 문화적 기반을 마련하는 작업이 중요하다. 이를 위해서는 경제적, 심리정서적 지원에 대한 종합적인 관심과 함께 국가뿐만 아니라 NGO, 지역사회 등 다양한 주체의 참여가 필수적이다.

이 같은 기본 방향이 개별 국가에 어떻게 구현되고 있는가를 정리해 보면 <표 3-4>와 같다. 검토한 호주, 네덜란드, 영국 모두 유산 및 상속에 대한 법적 기반을 마련하고 있다. 그러나 단독 법을 갖고 있는 국가(호주, 영국)와 민법에 포함하고 있는 국가(네덜란드)로 구체적인 방식은 상이하다. 둘째, 완화치료에 대한 관심은 모든 국가에서 나타나고 있으며 이를 위한 장기 전략을 마련하고 구체적인 방안을 도출하려는 노력을 하고 있다. 셋째, 이 보고서에서 검토한 국가들은 중요한 타자의 죽음 후 경험하는 다양한 문제의 대처 기제를 지원하기 위해 사후서비스는 물론 인식 제고를 위한 노력 등 좀 더 다각적이고 대상자의 다양성을 고려한 맞춤형 접근이 이루어진다는 특징을 갖고 있다.

〈표 3-4〉 국가별 법적 및 제도적 기반 비교

	호주	네덜란드	영국
유산 및 상속	- 상속법을 기준으로 한 주정부별 기반 구축	- 민법에 포함	- 상속권 및 신탁자에 대한 법률
장기 기증	- 장기 및 인체 조직 기능 이식에 관한 법률 - 장기·조직위원회(OTA) 구성 - 장기 기증 시스템 운영 (휴먼서비스 부서)	- 장기 기증 문화 확산을 위한 새로운 장기 기증 제도('18) 법안 통과 및 시행 예정('20 중반 이후)	- 사전 동의를 통한 장기 기증을 실시하는 옵트인(opt-in) 방식에서 옵트아웃(opt-out) 방식으로의 전환 추진
사후서비스	- 사망신고에 기초한 사후 서비스 제공(휴먼서비스 부서): 경제적, 심리정서적 지원 제공	-	-
장례식	- 장례식협회를 통한 정보 제공	-	-
완화치료	- 국가 완화의료 전략 마련('00, '10) 및 평가	- 국가 완화의료 전략 마련('14) - 인식 개선, 케어의 연속성 유지, 혁신 및 표준화, 환자의 참여 및 지지 강조	- 모든 말기 환자를 대상으로 한 (6단계의) 호스피스·완화의료서비스 제공
인식 제고	- NGO 및 지역사회 중심의 인식 개선 - 문화적 다양성 인정	-	-

제 4 장

죽음의 질에 대한 인식과 좋은 죽음의 유형

제1절 연구 방법 및 절차

제2절 중년이 인식하는 좋은 죽음

제3절 노인이 인식하는 좋은 죽음

제4절 소결

4

죽음의 질에 대한 인식과 《 좋은 죽음의 유형

죽음은 인간에게 보편적인 생애 과정의 일부이나 어느 누구도 자신의 죽음을 경험적으로 설명할 수는 없다. 생애의 가장 마지막 단계인 죽음에 대한 경험적 이해는 자신의 죽음에 대한 예측과 타인의 죽음에 대한 간접 경험을 통해서 일부 가능하나 다분히 주관적이다. 이에 본 장에서는 주관성을 객관화하는 과학적 연구 방법인 Q방법론을 적용하여 죽음에 대한 인식을 유형화하는 작업에 초점을 맞추고자 한다.

제1절 연구 방법 및 절차

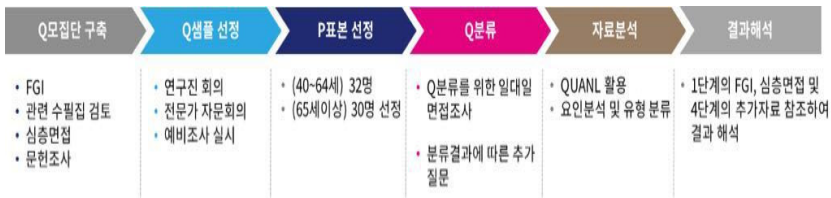
Q방법론은 의사소통을 통해 표현할 수 있는 개인의 생각, 감정, 태도 등 주관적 단서들을 활용하여, 사람들 간의 인식 차이 혹은 상황에 따라 역동적으로 변화하는 한 개인 내의 다양한 심리적 반응을 확인하는 연구 방법이다. Stephenson(1953)은 주관성 연구는 결국 행동에 관한 연구로 보았다. 즉, 인식의 다양성을 확인하는 과정은 발생 가능한 행동을 추론할 수 있는 유용한 방법이다.

본 연구에서는 죽음에 대한 경험적 이해를 위해 노인과 비노인(중년층)을 대상으로 각각 죽음에 대해 어떻게 인식하고 있는지 분석해 보았다. 노인에게는 자신의 죽음을, 비노인에게는 가족의 입장에서 중요한 타자의 죽음을 어떻게 인식하는지 살펴보았다. 이렇게 죽음에 대한 주관적 경험을 관측하기 위해 복수의 앵글을 설정한 것은 누구도 자신의 경험을 이야기할 수 없는 죽음 연구의 원천적인 한계를 극복하기 위한 장치라 할

수 있다. 이로써 죽음에 대한 비교적 포괄적인 주관적 인식을 드러내고자 하였다.

연구 절차는 Q모집단 구축, Q표본 선정, P표본 선정, Q분류, 자료 분석, 결과 해석 등 6단계로 진행되었다.

[그림 4-1] Q방법 연구 절차



1. Q모집단 구축

본 연구에서 Q모집단은 죽음에 관해 사람들이 표현하는 자아참조적인 의견들의 총체로 진술문의 형태로 확보하였다. Q항목을 수집하기 위해서 심층면접과 FGI, 문헌조사 등이 이루어졌다. 먼저, 심층면접에는 죽음에 대한 간접 경험이 풍부할 것으로 판단되는 관련 업종 종사자, 배우자 및 부모의 죽음을 직접 경험한 사례, 죽음에 관한 전문적인 지식을 갖고 있는 노인복지 전문가, 80대 이상 노인 등 총 10명에 대한 심층면접을 진행하였다. 심층면접은 60분에서 80분 정도 소요되었으며 연구 참여자의 사전 동의에 따라 면접에 방해가 되지 않는 장소에서 이루어졌다. 둘째, FGI는 4차에 걸쳐 진행되었으며, 연명의료 관련 의료인, 요양시설 종사자, 호스피스·완화치료서비스 제공자 및 기관 종사자 등이 참석하였다. 마지막으로 문헌조사에서는 죽음 관련 선행연구, 수필 등을 참고하여 진술문을 확보하였다.

〈표 4-1〉 Q모집단 구축을 위한 심층면접 및 FGI 참여자 특성

		성별	연령	특징
1대1 인터뷰	대상자1	남	30대	- 유물정리업체 운영자
	대상자2	여	50대	- 배우자 및 부모의 죽음 경험
	대상자3	여	50대	- 부모의 죽음 경험, - 자택 사망/불교적 관점
	대상자4	남	40대	- 장례지도사
	대상자5	남	60대	- 노인복지 전문가
	대상자6	여	60대	- 아들 죽음 경험
	대상자7	여	80대	- 유배우자 - 독자적인 생활에 대한 강한 의지
	대상자8	남	80대	- 유배우자, 중산층 - 웰다잉 프로그램 참여
	대상자9	남	80대	- 무배우자 - 아내 사망 시 호스피스 전문 병원 이용 - 자살 가능성 높음
	대상자10	여	40대	- 죽음 준비 교육 전문가
FGI	1차	연명의료 관련 의료인		- 호스피스 연명의료결정법 관련 · 의료진이 겪는 어려움, 의료진 보호 조항 의 필요성 · 법 제정 이후 긍정적, 부정적 영향 - 요양병원에서의 호스피스 연명의료 - 호스피스 연명의료 제도에 대한 문화적 기반 마련 - 노인 임종기 돌봄의 특수성
	2차	요양시설 종사자		- 노인의 자기결정권 확보의 어려움 - 서비스 이용자의 인식 개선 필요 - 요양시설에서의 생애말기 경험/ 호스피스 운영
	3차	호스피스완화치료 병원 에서의 서비스 제공자		- 호스피스 완화의료 자원봉사/사회복지사 제 공 서비스 관련 - 호스피스 완화의료 제도 현황 - 호스피스 완화의료의 영적 돌봄
	4차	호스피스완화치료 권역 호스피스 센터 담당자		- 권역 호스피스센터 현황 - 호스피스 완화의료 수가 체계 - 호스피스 완화의료 제공자로서의 경험 - 호스피스 완화의료 제공자로서 죽음에 대한 생각 등

2. Q표본 선정

Q모집단에서 확보된 죽음 관련 진술문들은 1차적으로 죽음의 질 제고라는 연구의 목적에 따라 ‘좋은 죽음’의 요건이 될 수 있도록 통합과 해체를 반복하였고, 의미상 중복되는 문항이 없도록 검토하였다. 또한 연구대상을 노인과 비노인으로 구분하여 노인에게는 자신의 죽음을, 비노인에게는 의미 있는 타자의 죽음을 떠올리며 명확하게 의견이 표출될 수 있도록 그 내용과 진술문의 표현 방식을 연구 참여자의 특성을 고려하여 일부 변경하였다.

Q표본의 수는 Q모집단을 대표하되 연구 주제 및 연구 참여자 특성 등을 고려하여 선정하게 된다. 이해 당사자의 의견이 복잡하게 상충되는 경우라면 관련 의견이 다양하여 Q모집단이 커지고 Q표본의 수를 늘리는 것이 연구의 타당도를 높이는 데 유리하다. 그러나 본 연구는 죽음이라는 인간의 보편적인 경험에 대한 연구이고, 연구 참여자에 노인을 포함하고 있어 너무 많은 수의 Q표본을 제시할 경우 조사 결과의 신뢰도를 저해할 수 있으므로 40개 이내로 정하는 것이 합리적이라 판단하였다. Q표본의 타당도는 자료 수집 과정에서 포괄적인 의견 수렴을 통해 어렵지 않게 확보될 수 있다. 문항들에 대한 상대적 중요도의 판단을 통해 의견의 차이를 분석해 내는 Q방법의 특성상 응답의 신뢰도를 저해하는 요인이 예상될 경우에는 이를 사전에 통제하는 것이 바람직하다.

일련의 과정을 거쳐 선정된 Q표본은 노인 대상의 경우 34개, 비노인(중년층) 대상의 경우 36개로 <표 4-2>와 같다.

〈표 4-2〉 Q표본

① 중년층(40~64세)

노인 연번	연번	진술문
1	1	임종 때까지 정신이 온전해야 좋은 죽음이다.
2	2	팔팔하게 살다가 이를 정도 앓고 죽는 것이 좋은 죽음이다.
3	3	가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이다.
-	4	너무 나이 들어서 죽는 것도, 너무 일찍 죽는 것도 좋은 죽음이 못 된다.
-	5	오랫동안 자리보전을 하면서 살다가 죽는 것은 좋은 죽음이 아니다.
4	6	걱정도 미련도 없이 죽는 것이 좋은 죽음이다.
5	7	좋은 죽음이 되려면 임종할 때 조용하고 성스러운 분위기에서 임종이 이루어져야 한다.
6	8	임종 때 존중받는 느낌을 가질 수 있어야 좋은 죽음이다.
(7)	9	죽은 후의 모습이 편안해 보이면 좋은 죽음이라 할 수 있다.
8	10	잘 살았으면 좋은 죽음이다.
-	11	죽지 않으려고 미련을 떨면 좋은 죽음이 될 수 없다.
10	12	죽을 때 가족들과 관계가 나빠지면 좋은 죽음이 아니다.
11	13	간병비나 병원비로 가족을 고생시키고 죽는 것은 좋은 죽음이 아니다.
12	14	유족이 오래 슬퍼하면 좋은 죽음이 될 수 없다.
13+14	15	너무 갑자기 죽는 것은 좋은 죽음이 아니다.
	16	사랑하는 사람들과 죽음에 대하여 미리 이야기를 나누어 두어야 한다.
15	17	숨을 거두는 마지막 순간에 사랑하는 사람이 주위에 있어야 좋은 죽음이다.
17	18	이름을 남기고 죽어야 좋은 죽음이다.
18	19	가진 재산을 마음껏 써 보지도 못하고 죽으면 좋은 죽음이 아니다.
19	20	갖고 있는 재산을 가족에게 다 주고 죽으면 좋은 죽음이 될 수 있다.
10	21	갖고 있는 재산을 사회에 기부하고 죽으면 좋은 죽음이 될 수 있다.
20	22	유족들이 유산 상속 분배로 다투어선 좋은 죽음이 될 수 없다.
21	23	신체 장기 기증을 하면 좋은 죽음이 될 수 있다.
22	24	장례식장에 많은 사람이 와야 좋은 죽음이다.
23	25	죽은 후에도 주변 사람들에게 오래 기억되어야 좋은 죽음이다.
24	26	죽은 후에 무덤(또는 납골당 등)에 찾아오는 사람이 많아야 좋은 죽음이다.
25	27	좋은 죽음이 되려면 죽은 후에도 좋은 곳에 유골이 안치되어야 한다.
26	28	죽은 후에도 제삿밥을 잘 얻어먹어야 좋은 죽음이다.
27	29	좋은 죽음이 되려면 생사와 관련된 결정을 본인이 해야 한다.
29	30	두려워하지 않으면서 죽음을 맞이할 수 있어야 좋은 죽음이다.
30	31	무의미한 심폐소생술이나 인공호흡기 치료를 하면 좋은 죽음이 될 수 없다.
32	32	죽기 전에 자신의 장례 절차까지 미리 준비해 두어야 좋은 죽음이 될 수 있다.
33	33	아프지 않게 관리해서 고통스럽지 않게 죽을 수 있어야 좋은 죽음이다.
34	34	살던 익숙한 곳(집이나 시설)에서 임종을 맞이해야 좋은 죽음이다.
-	35	죽은 후에 남겨진 사람이 뒤처리할 일이 많다면 좋은 죽음이 못 된다.
-	36	가족들이 겪을 고통을 생각하면 자살하는 것은 좋은 죽음이 아니다.

76 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

② 노인(65세 이상)

중년층 연번	연번	진술문
1	1	임종 직전까지 온전한 정신을 유지하다가 죽음을 맞이하고 싶다.
2	2	팔팔하게 살다가 이를 정도만 앓다가 죽었으면 좋겠다.
3	3	가능한 한 오래 살다가 죽고 싶다.
6	4	걱정도 미련도 없이 죽을 수 있다면 좋겠다.
7	5	조용하고 성스러운 분위기에서 나의 임종이 이루어지면 좋겠다.
8	6	죽을 때 존중받고 있다는 느낌을 갖고 싶다.
9	7	깨끗하고 정갈한 모습으로 죽음을 맞이하고 싶다.
10	8	지금껏 잘 살았으니 남은 생애도(또는 앞으로도) 잘 살다가 마무리하고 싶다.
12	9	가족이 나의 죽음을 함께 겪고 준비하는 과정에서 사이가 나빠지는 일이 일어나지 않았으면 좋겠다.
	10	죽기 전에 가족, 친구 또는 사랑하는 사람들과 양금이 남아 있다면 풀고 서로 화해하고 죽음을 맞이하고 싶다.
13	11	가족들이 죽어 가는 나를 수발하느라 고생하거나 병원비나 간병비 때문에 힘들어하지 않았으면 좋겠다.
14	12	나의 죽음으로 유족들이 오래 슬퍼하지 않았으면 좋겠다.
15/	13	죽음을 차근차근 준비할 수 있는 시간을 가질 수 있으면 좋겠다.
15/	14	가족이나 사랑하는 사람들과 나의 죽음에 대해 미리 이야기를 나누어 두고 싶다.
16	15	숨을 거두는 마지막 순간에 사랑하는 사람이 나의 곁을 지켜주면 좋겠다.
-	16	자녀를 앞세우는 일만은 없었으면 좋겠다.
17	17	세상에 나의 이름을 남기고 죽을 수 있으면 좋겠다.
18	18	갖고 있는 재산은 자식에게 물려주지 않고 내가 다 쓰고 죽겠다는 생각을 하곤 한다.
19+20	19	재산을 사회에 기부하고 죽으면 좋은 죽음이 될 수 있겠다는 생각을 하곤 한다.
21	20	유족들이 유산 상속 분배로 다투면 나의 죽음은 좋은 죽음이 될 수 없다.
22	21	신체 장기 기증을 하고 죽으면 좋은 죽음이 될 수 있겠다는 생각을 하곤 한다.
23	22	나의 장례식장에 많은 사람이 왔으면 좋겠다.
24	23	내가 죽은 후에도 주변 사람들이 오랫동안 나를 좋은 사람으로 기억해 주면 좋겠다.
25	24	죽은 후에 가족들이 내가 안치된 곳(무덤, 납골당 등)에 자주 찾아왔으면 좋겠다.
26	25	죽은 후 나의 유골이 좋은 곳에 안치되었으면 좋겠다.
27	26	죽은 후에 제삿밥을 잘 얻어먹을 수 있으면 좋겠다.
28	27	생사와 관련된 결정은 내가 하고 싶다.
-	28	병들어 소생의 여지가 없다면 고통을 끊는 등 자연스럽게 죽을 수 있는 방법을 선택하고 싶다.
29	29	죽음을 두려워하지 않으면서 맞이하고 싶다.
30	30	무의미한 심폐소생술이나 인공호흡기 치료를 하고 싶지 않다.
-	31	죽음에 가까웠을 때 심리적으로 편안하게 죽음을 맞이하도록 도와주는 전문가가 있으면 좋겠다.
-	32	내가 죽은 후의 장례 절차는 미리 생각해 준비해 두고 싶다.
32	33	죽을 때 통증이 있으면 아프지 않게 관리받으면서 고통스럽지 않게 죽음을 맞이하고 싶다.
33	34	내가 살던 익숙한 곳(집이나 시설)에서 머무르다 임종을 맞이하고 싶다.

3. P표본 선정

P표본은 Q분류에 참여하는 연구 참여자로 그 수는 소표본의 원칙에 따라 Q표본의 과반수 이상으로 Q표본 수를 넘지 않는 것이 일반적이다 (Watts & Stenner, 2012). 본 연구의 P모집단은 40세 이상의 성인 남녀로, 비노인(중년층)과 노인 연구 참여자 모두 성별이 고르게 분포하도록 선정하였다. 연구에 참여한 P표본의 성별 및 연령별 현황은 <표 4-3>과 같다.

먼저 비노인 P표본은 눈덩이표본추출에 의해 연구 참여자를 모집하였다. 연구 목적을 설명한 후 참여에 대한 동의를 받아 진행하였다. 한편 노인 P표본은 지역사회에 거주하는 일반 노인들로 연구의 목적을 이해한 눈덩이표본추출 및 노인복지관의 연구 협조 등을 통해 연구 참여자를 모집하였다. 연구에 참여하기 전에 연구의 목적을 이해하고 진술문을 반복적으로 읽어, 호불호를 가려내는 조사상의 지시 사항에 적절하게 반응할 정도의 인지적 기능을 갖추고 있는지 사전 확인이 필요했다. 특히 노인복지관 이용 노인의 경우 연구자가 직접 기관을 방문하여 조사에 대한 응답이 가능한지 확인 후 조사를 진행하였다.

<표 4-3> P표본

(단위: 명)

	비노인		구분	노인	
	남	여		남	여
40대	5	6	60대 후반	5	8
50대	2	8	70대	7	5
60대 전반	6	3	80대	3	2
계	13	17	계	15	15

주: 비노인의 경우, 당초 설정된 바와 같이 32명의 표본이 조사되었으나 응답자의 연령 착오로 인해 2명의 표본을 제외하고 분석을 실시함.

4. Q분류 실시

Q분류는 Q표본을 0점을 기준으로 좌우 대칭인 정상 분포에 가까운 분포도에 동의 및 비동의 수준에 따라 자신의 의견을 표출하는 과정이다. Q분류 전에 연구 참여자에게 지시 조건을 먼저 제시하였는데, 중년과 노인에게 대한 지시문은 다음과 같다.

중년 대상 Q분류 지시문
다음은 자신에게 중요한 사람의 죽음을 생각할 때, 떠올릴 수 있는 다양한 생각을 담은 진술문들입니다. 당신에게 중요한 타자는 누구입니까? 부모님 혹은 배우자, 자녀 등 가족일 수도 있고 친구가 될 수도 있습니다. 당신에게 중요한 타자의 죽음을 생각할 때, 당신은 어떤 죽음을 '좋은 죽음'으로 생각하십니까? 다음 진술문 카드를 읽으면서 나의 생각을 가장 잘 표현하는 문항에 대해서는 동의로, 나의 생각과는 거리가 멀거나 상대적으로 덜 중요하다고 생각해 온 문항들에 대해서는 비동의로 당신의 의견을 표현해 주시기 바랍니다.
노인 대상 Q분류 지시문
다음은 노인들이 생각하는 좋은 죽음에 대한 다양한 생각을 담은 진술문들입니다. 당신은 평소 자신의 죽음을 생각할 때 어떤 죽음을 '좋은 죽음'으로 생각하십니까? 다음 진술문 카드를 읽으면서 나의 생각이나 바람, 행동을 가장 잘 표현하는 문항에 대해서는 동의로, 나의 생각과는 거리가 멀거나 상대적으로 덜 중요하다고 생각해 온 문항들에 대해서는 비동의로 당신의 의견을 표현해 주시기 바랍니다.

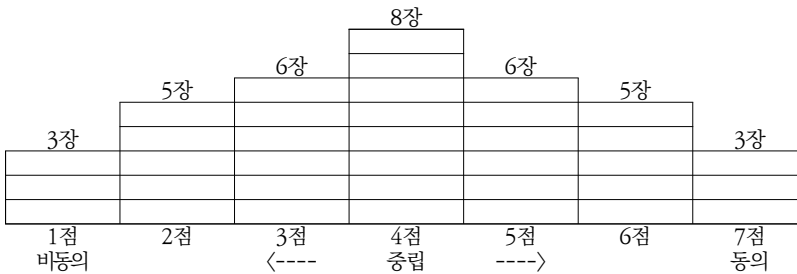
Q분류의 첫 단계로 연구 참여자는 지시문에 따라 Q표본의 문항들을 동의, 비동의, 중립의 세 집단으로 선별하게 된다. 그 후, 동의 문항들을 상대적으로 더 동의하는 수준에 따라 구분하게 된다. 동의 문항들의 분포도에 따른 배치가 끝나면 비동의 문항에 대해서도 가장 비동의하는 순서대로 문항들을 선별하게 된다. 마지막으로 중립의 문항들을 분포도에 맞게 동의 수준에 따라 배치하게 한다. 중년 및 노인의 Q분류 분포도는 [그림 4-2]와 같다.

Q분류가 진행되는 동안 연구 참여자는 상대적 동의 수준을 가려내야 하기 때문에 제시된 전체 문항을 반복해 읽으면서 자신만의 배열을 만들어 가게 된다. 이는 각 진술문에 어느 정도 동의했는지를 독립적으로 응

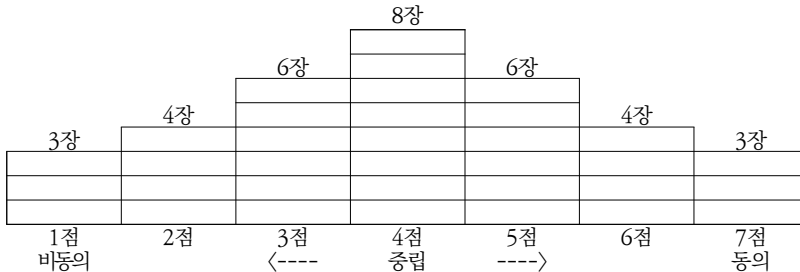
답 받는 일반적인 설문조사와는 매우 상이하다. 각 문항에 대한 평균과 표준편차가 고정된 상태에서 개인 내 중요성의 차이를 드러나게 하는 것이 Q분류의 핵심이다. 또, 비동의 또는 동의의 양극단에 배치된 문항들은 연구 참여자의 의사를 가장 확고하게 드러내는 문항들로 가장 동의하거나 가장 비동의하는 각각의 세 문항에 대한 의견을 추가 면접을 통해 수집하여 기록하였다. 이로써 연구 참여자 각 개인에 대한 이해도를 높이고, 결과 해석의 근거로 활용하고자 하였다. 덧붙여 성별, 연령, 종교, 결혼 상태, 가족 사항, 교육 수준, 건강 상태, 죽음 경험 등을 추가 설문하여 해석의 단서로 활용하고자 하였다.

[그림 4-2] Q분류 분포도

① 중년 대상(40~64세)(36개 진술문)



② 노인 대상(65세 이상)(34개 진술문)



5. 자료 분석

Q분류 자료는 PC용 QUANL 프로그램을 이용하여 주요인 분석(Principal Component Factor Analysis, Varimax)을 실시하였다. 요인의 수는 연구자가 직접 입력하여 분석하고, 통계치와 해석 가능성을 고려하여 연구 결과로서 적합한 요인 구조를 찾아내게 된다. QUANL 프로그램에 의한 요인 분석은 유사한 응답을 한 연구 참여자들을 요인별로 구분하며, 참여자 개별 요인값과 요인별 진술문의 전형성을 의미하는 표준점수를 제공한다. 본 연구에서는 표준점수의 절대값이 1 이상인 문항들을 자료로 정리하여 제시하고 해석의 결정적 단서로 활용하고자 한다.

6. 해석

Q요인의 해석은 대개 그 안에 감추어진 마음을 읽기 위해 수집한 정보와 직관을 동원하며, 정해진 해석의 방식은 없다(김홍규, 2008). 다만 해석이 문항별 표준점수에 근거해 동의 수준의 차이를 밝히는 정도로 유형별 특성을 설명하는 것은 바람직하지 않다. 해석은 마치 복잡한 퍼즐을 맞추어 나가듯 분석적이면서도 치밀한 의미상 조합을 만들어 가는 과정이다. 해석의 초점은 가설 생성에 있으므로 각 유형 내의 고유성과 유형간의 상이성을 부각시키면서 연구 내용의 핵심을 드러낼 수 있어야 한다.

해석의 정확성을 높이기 위해 Q분류에 극단의 동의 및 비동의 문항에 대한 추가 의견 자료를 활용하였다. 또한 유형별로 요인값이 높은 연구 참여자에게 해석된 원문을 읽게 하여 자신의 생각을 적절하게 반영했는지 의견을 구하였다. 이로써 연구자의 일방적 해석이 아닌 연구 참여자의 시각에서 의미와 본질을 밝힘으로써 해석의 타당도를 높이고자 하였다.

제2절 중년이 인식하는 좋은 죽음

1. 자료 분석 결과

연구 참여자 30명 중 요인 구조 형성을 저해하는 1명을 제외한 총 29명을 대상으로 분석을 실시하였다. 요인 분석에서 요인 수를 2~4개로 설정하였으며, 통계치 및 해석 가능성을 고려했을 때 3요인 구조가 적합한 것으로 판명되었다. 각 요인의 eigen value와 변량은 <표 4-4>와 같으며, 본 연구 결과는 전체 변량의 54.92%를 설명하는 것으로 나타났다. 또한 각 요인에 속하는 연구 참여자의 성별과 연령을 분석한 결과 요인 1에는 남성 8명, 여성 9명, 요인 2에는 남성 1명, 여성 3명, 요인 3에는 남성 3명, 여성 5명이 할당되었으며, 평균 연령은 요인 1과 요인 3은 약 53세인 반면 요인 2에 할당된 대상자의 평균 연령은 48세로 차이를 보이고 있다.

<표 4-4> 요인별 통계치: 비노인이 인식하는 좋은 죽음

구분	요인 1	요인 2	요인 3
eigen value	11.69	2.74	2.04
요인별 변량 비율(%)	38.97	9.14	6.81
누적 변량 비율(%)	39.97	48.11	54.92
인원수	17명	4명	8명
성별	남자 8명, 여자 9명	남자 1명, 여자 3명	남자 3명, 여자 5명
연령	53.6세	48.0세	53.4세

최종 분석에 활용된 사례들의 특성을 정리하여 유형별로 제시해 보면 <표 4-5>와 같다.

〈표 4-5〉 최종 분석에 활용된 연구 참여자의 특성: 중년층

유형	사례 번호	성별	연령	종교	결혼 상태	자녀	교육 수준	건강 평가	(최근 5년 이내) 질병 경험	언급한 질병	(최근 5년이 내) 가까운 타자의 죽음 경험
1	1	남	42	무교	결혼	1명	전문대졸 이상	건강	없음	-	없음
	2	남	46	무교	결혼	2명	전문대졸 이상	매우 건강	없음	-	없음
	3	여	47	기독교	결혼	없음	전문대졸 이상	건강	없음	-	없음
	8	남	64	무교	결혼	2명	고졸	보통	있음	-	없음
	9	여	50	무교	결혼	2명	고졸	보통	없음	-	없음
	10	여	49	무교	결혼	2명	전문대졸 이상	건강	없음	-	없음
	11	남	43	무교	결혼	1명	전문대졸 이상	보통	없음	-	없음
	12	여	63	기독교	결혼	2명	전문대졸 이상	보통	없음	-	없음
	13	남	47	무교	결혼	1명	전문대졸 이상	보통	없음	-	없음
	18	남	64	무교	결혼	2명	고졸	건강하지 않음	없음	-	없음
	20	남	63	무교	결혼	2명	고졸	건강하지 않음	없음	-	없음
	25	여	57	천주교	결혼	2명	전문대졸 이상	매우 건강	있음	-	없음
	27	여	51	기독교	결혼	2명	전문대졸 이상	건강	없음	-	없음
	29	남	42	무교	결혼	1명	전문대졸 이상	보통	없음	-	없음
	30	여	64	기독교	결혼	2명	고졸	보통	있음	-	없음
	31	남	62	기독교	결혼	2명	전문대졸 이상	보통	있음	-	없음
	32	여	57	기독교	결혼	2명	전문대졸 이상	건강하지 않음	있음	-	없음
2	14	여	43	기독교	결혼	1명	전문대졸 이상	보통	없음	-	있음
	15	여	46	기독교	결혼	2명	전문대졸 이상	보통	없음	-	없음
	19	남	63	천주교	결혼	2명	고졸	건강하지 않음	없음	-	있음
	28	여	40	무교	결혼	2명	전문대졸 이상	보통	없음	-	없음

유형	사례 번호	성별	연령	종교	결혼 상태	자녀	교육 수준	건강 평가	(최근 5년 이내) 질병 경험	언급한 질병	(최근 5년 이내) 가까운 타자의 죽음 경험
3	4	남	51	기독교	결혼	2명	전문대졸 이상	보통	없음	-	없음
	16	남	56	천주교	결혼	1명	전문대졸 이상	보통	없음	-	있음
	17	여	55	천주교	이혼	2명	전문대졸 이상	보통	있음	-	있음
	21	남	60	무교	결혼	2명	전문대졸 이상	매우 건강	없음	-	있음
	22	여	56	기독교	결혼	1명	전문대졸 이상	매우 건강	없음	-	있음
	23	여	51	무교	결혼	2명	전문대졸 이상	매우 건강	없음	-	있음
	24	여	41	무교	결혼	없음	전문대졸 이상	매우 건강	있음	수술경험	있음
	26	여	57	천주교	결혼	1명	전문대졸 이상	매우 건강	없음	-	있음

주: 유형 간 구분을 위해 음영 표기함.

2. 중년층이 인식하는 좋은 죽음

중년기는 자신의 죽음보다는 부모와 같은 중요한 타자의 죽음이 더 가까이 느껴지는 시기이다. 그러나 인간은 죽음을 피할 수 없다는 점에서 서서히 자신의 죽음에 대하여 생각하기 시작하는 단계이기도 하다. 이러한 점은 인터뷰 진행 과정에서도 관찰되었다. 중요한 타자의 죽음을 상징하고 Q분류를 진행하는 과정에서도 ‘난 죽을 때 이러이러했으면 좋겠어요’ 등과 같은 언급이 이루어져 결과를 해석하는 데도 그러한 현상을 반영하고자 하였다. 즉 Q분류에서 나타난 유형은 중요한 타자의 죽음에 대해 남겨진 자로서 바라보는 좋은 죽음에 관한 유형임과 동시에 자신의 죽음에 대한 희망 사항을 담은 죽음의 당사자로서의 관점도 반영된 측면이 있다고 하겠다.

가. 1유형: 담담히 맞이하는 죽음이 좋은 죽음이다

1유형은 좋은 죽음은 당사자가 담담히 맞이하는 것이라고 생각한다. 그런데 죽음을 담담히 맞이하기 위해서는 두려움도 걱정도 생에 대한 미련도 없어야 한다고 본다(문항 1, 문항 6). 즉, 담담히 맞이하는 죽음은 당사자가 마음의 준비를 하고 온전한 정신을 유지하면서 자신의 삶을 정리할 때 가능한 것이다.

담담한 죽음이 가능하기 위해서는 임종 때까지 정신이 온전한 상태에서 사랑하는 사람이 주위에 있어야 하며 당사자가 죽음에 대하여 두려움이 없어야 한다고 본다(문항 1, 문항 7). 즉 담담한 죽음을 가능케 하는 요건은 두려움을 갖지 않는다고 하는 당사자 요인과 사랑하는 사람과 같은 주변 요인인 것이다.

한편 답답한 죽음을 맞이할 수 없게 하는 방해 요인은 시간이다. 시간적으로 ‘너무’ 갑자기 죽는다면 주변 사람들에게 충격일 뿐만 아니라 당사자에게도 죽음을 대면할 수 있는 시간이 부족하기 때문에 답답히 죽음을 맞이할 수 없을 것으로 보고 있다(문항 15). 그러나 이와 대척점에서, 팔팔하게 살다가 이를 정도 앓고 죽는 것은 주위 사람들에게 폐를 끼치지 않을 뿐만 아니라 당사자도 자신의 본모습이 훼손되지 않은 상태에서 죽을 수 있다는 점에서 좋은 죽음으로 간주된다.

이와 더불어 관심을 두어야 할 것은 비동의하고 있는 문항들이다. 장례식장이나 무덤에 많은 사람이 찾아오는 것(문항 24, 문항 26), 제삿밥을 잘 얻어먹는 것(문항 28), 이름을 남기는 것(문항 18) 등과 같이 사후에 남은 자들이 행하는 행동은 좋은 죽음과는 무관하다고 보는 것이다. 즉, 죽음 전까지의 과정이 중요하지 죽음 후의 과정은 좋은 죽음을 구성하는 요소로 간주되지 않고 있다.

〈표 4-6〉 1유형의 긍정 및 부정의 주요 진술문

구분	NO	진술문	전형성
동의	2	팔팔하게 살다가 이를 정도 앓고 죽는 것이 좋은 죽음이다.	1.88
	33	아프지 않게 관리해서 고통스럽지 않게 죽을 수 있어야 좋은 죽음이다.	1.85
	30	두려워하지 않으면서 죽음을 맞이할 수 있어야 좋은 죽음이다.	1.29
	1	임종 때까지 정신이 온전해야 좋은 죽음이다.	1.13
	17	숨을 거두는 마지막 순간에 사랑하는 사람이 주위에 있어야 좋은 죽음이다.	1.05
	15	너무 갑자기 죽는 것은 좋은 죽음이 아니다.	1.00
	6	걱정도 미련도 없이 죽는 것이 좋은 죽음이다.	1.00
비동의	18	이름을 남기고 죽어야 좋은 죽음이다.	-1.16
	3	가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이다.	-1.17
	27	좋은 죽음이 되려면 죽은 후에도 좋은 곳에 유골이 안치되어야 한다.	-1.51
	24	장례식장에 많은 사람이 와야 좋은 죽음이다.	-1.77
	26	죽은 후에 무덤(또는 납골당 등)에 찾아오는 사람이 많아야 좋은 죽음이다.	-1.83
	28	죽은 후에도 제삿밥을 잘 얻어먹어야 좋은 죽음이다.	-2.03

나. 2유형: 좋은 사람으로 기억되어야 좋은 죽음이다

2유형은 좋은 죽음의 주요 구성 요소로 당사자가 남은 사람들에게 어떠한 모습으로 남을 것인가에 초점을 두고 있다. 가장 분명하게 자살은 좋은 죽음이 될 수 없는데 이는 가족들이 고통을 겪을 것이기 때문이다(문항 36). 즉 적어도 남은 가족들에게 고통을 주는 죽음은 좋은 죽음이 될 수 없는 것이다. 가장 직접적인 표현으로는 죽은 후에 주변 사람들에게 오래 기억되어야 하며(문항 25), 죽을 때 가족들과 관계가 나빠지면 안 된다(문항 12)는 것이다. 죽을 때 가족들과 관계가 나빠지면 떠난 자는 좋은 사람으로 기억될 수 없을 것이기 때문이다. 즉, 좋은 죽음은 기본적으로 사망 후 편안해 보이는 모습이어야 하며, 가족과 좋은 관계를 유지하고 존중받는 느낌을 가지면서 죽음을 맞이할 때 그리고 주변 사람들에게 오래 기억될 수 있을 때 성립할 수 있다.

이를 떠난 자와 남은 자의 시각에서 각각 보면 떠난 자는 내가 좋은 모습으로 남을 것이라는 기대에서 안도감을, 남은 자의 관점에서는 부모나 배우자와 같은 중요한 타자의 좋은 모습을 마지막 모습으로 기억하고 싶은 희망 사항이 반영된 것이라 볼 수 있다.

〈표 4-7〉 2유형의 긍정 및 부정의 주요 진술문

구분	NO	진술문	전형성
동 의	36	가족들이 겪을 고통을 생각하면 자살하는 것은 좋은 죽음이 아니다.	1.75
	17	숨을 거두는 마지막 순간에 사랑하는 사람이 주위에 있어야 좋은 죽음이다.	1.48
	8	임종 때 존중받는 느낌을 가질 수 있어야 좋은 죽음이다.	1.39
	9	죽은 후의 모습이 편안해 보이면 좋은 죽음이라 할 수 있다.	1.17
	15	너무 갑자기 죽는 것은 좋은 죽음이 아니다.	1.13
	12	죽을 때 가족들과 관계가 나빠지면 좋은 죽음이 아니다.	1.12
	25	죽은 후에도 주변 사람들에게 오래 기억되어야 좋은 죽음이다.	1.03
비 동 의	28	죽은 후에도 제삿밥을 잘 얻어먹어야 좋은 죽음이다.	-1.04
	2	팔팔하게 살다가 이를 정도 앓고 죽는 것이 좋은 죽음이다.	-1.13
	27	좋은 죽음이 되려면 죽은 후에도 좋은 곳에 유골이 안치되어야 한다.	-1.17
	7	좋은 죽음이 되려면 임종할 때 조용하고 성스러운 분위기에서 임종이 이루어져야 한다.	-1.35
	5	오랫동안 자리보전을 하면서 살다가 죽는 것은 좋은 죽음이 아니다.	-1.38
	3	가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이다.	-1.43
	18	이름을 남기고 죽어야 좋은 죽음이다.	-1.48
	20	갖고 있는 재산을 가족에게 다 주고 죽으면 좋은 죽음이 될 수 있다.	-1.94

다. 3유형: 내가 결정하는 죽음이 좋은 죽음이다

3유형은 나의 존엄성을 지키면서 죽음을 맞이할 수 있어야 좋은 죽음이라고 본다. 존엄성이라 하는 것은 평생 지켜 온 본인의 모습을 유지하는 것으로 이를 위해서는 고통이 없어야 하며(문항 33), 의미 없는 심폐소생술이나 인공호흡기 치료를 하는 아름답지 못한 모습, 평생 유지해 온 자신의 모습과는 다른 모습을 타인에게 보여 주고 싶어 하지 않는다. 이에 더하여 임종 때 존중받는 느낌을 가질 수 있다면 최고로 좋은 죽음일 수 있다(문항 16). 그런데 이렇게 그려 내는 바람직한 또는 이상적인 모습에 더하여 그러한 마지막 모습은 자신의 결정에 의한 것이어야 하며(문항 29), 사랑하는 사람들에게 널리 알려 두어야 한다(문항 16)고 생각한다.

88 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 4-8〉 3유형의 긍정 및 부정의 주요 진술문

구분	NO	진술문	전형성
동 의	16	사랑하는 사람들과 죽음에 대하여 미리 이야기를 나누어 두어야 한다.	2.09
	8	임종 때 존중받는 느낌을 가질 수 있어야 좋은 죽음이다.	1.52
	30	두려워하지 않으면서 죽음을 맞이할 수 있어야 좋은 죽음이다.	1.27
	31	무의미한 심폐소생술이나 인공호흡기 치료를 하면 좋은 죽음이 될 수 없다.	1.24
	33	아프지 않게 관리해서 고통스럽지 않게 죽을 수 있어야 좋은 죽음이다.	1.15
	29	좋은 죽음이 되려면 생사와 관련된 결정을 본인이 해야 한다.	1.00
비 동 의	20	갖고 있는 재산을 가족에게 다 주고 죽으면 좋은 죽음이 될 수 있다.	-1.04
	24	장례식장에 많은 사람이 와야 좋은 죽음이다.	-1.22
	19	가진 재산을 마음껏 써 보지도 못하고 죽으면 좋은 죽음이 아니다.	-1.46
	27	좋은 죽음이 되려면 죽은 후에도 좋은 곳에 유골이 안치되어야 한다.	-1.57
	18	이름을 남기고 죽어야 좋은 죽음이다.	-1.64
	3	가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이다.	-1.90
	28	죽은 후에도 제삿밥을 잘 얻어먹어야 좋은 죽음이다.	-2.13

제3절 노인이 인식하는 좋은 죽음

1. 자료 분석 결과

연구 참여자 30명에 대한 요인 분석에서 요인 수를 2~4개로 설정하여 각각 분석한 결과 반복적으로 요인 구조의 형성을 저해하는 4명의 응답 자료가 발견되어 해당 자료를 삭제 후 최종 분석을 실시하였다. 분석 결과의 통계치 및 해석 가능성을 고려했을 때 3요인 구조가 적합한 것으로 판명되었다. 각 요인의 eigen value와 변량은 <표 4-9>와 같으며, 본 연구 결과는 전체 변량의 54.64%를 설명하는 것으로 나타났다. 또한, 각 요인에 속하는 연구 참여자의 성별과 연령을 분석한 결과 요인 1에는 남성 5명, 여성 8명, 요인 2에는 남성 4명, 여성 4명, 요인 3에는 남성 3명, 여성 2명이 할당되었으며, 평균 연령은 72세 정도였다. 아래 <표 4-9>는 최종 분석에 활용된 사례들의 특성을 정리하여 유형별로 제시한 표이다.

<표 4-9> 요인별 통계치: 노인이 인식하는 자신의 죽음

구분	요인 1	요인 2	요인 3
eigen value	10.52	1.99	1.68
요인별 변량 비율(%)	40.47	7.69	6.48
누적 변량 비율(%)	40.47	48.16	54.64
인원수	13명	8명	5명
성별	남성 5명, 여성 8명	남성 4명, 여성 4명	남성 3명, 여성 2명
연령	72.31세	71.38세	72.00세

〈표 4-10〉 최종 분석에 활용된 연구 참여자의 특성: 노인

유형	사례 번호	성별	연령	종교	결혼 상태	자녀	교육 수준	건강 평가	(최근 5년 이내) 질병 경험	언급한 질병	(최근 5년 이내) 가까운 타자의 죽음 경험
1	2	여	68	불교	결혼	2명	전문대졸 이상	보통	있음	당뇨	있음
	3	여	72	무교	결혼	3명	중졸	보통	있음	혈압	있음
	4	여	84	불교	사별	4명	무학	건강	있음	-	있음
	5	여	70	천주교	결혼	2명	고졸	건강하지 않음	있음	부정맥	있음
	6	여	70	불교	사별	1명	초졸	건강	있음	관절염	있음
	8	여	78	기독교	사별	4명	중졸	보통	있음	관절염	있음
	13	여	67	불교	결혼	2명	고졸	건강	없음	간이식경험有	없음
	14	여	66	천주교	결혼	1명	고졸	건강	없음	과거 고지혈증과 복용	없음
	18	남	71	천주교	결혼	2명	전문대졸 이상	건강	있음	허리수술	있음
	20	남	66	기독교	결혼	2명	고졸	매우 건강	없음	-	있음
	21	남	74	무교	결혼	3명	중졸	건강하지 않음	있음	관절염	없음
	23	남	72	천주교	결혼	2명	고졸	보통	있음	혈압	있음
	24	남	82	천주교	결혼	4명	고졸	보통	있음	부정맥, 심장박동기	없음
	1	여	78	무교	결혼	3명	중졸	보통	있음	심장박동기	있음
	9	여	68	무교	결혼	5명	고졸	건강	있음	-	없음
2	11	여	67	불교	결혼	6명	초졸	보통	없음	-	있음
	12	여	65	무교	결혼	2명	초졸	보통	있음	관절염	있음
	15	남	67	무교	결혼	2명	중졸	보통	있음	혈압	있음
	17	남	72	불교	결혼	4명	고졸	보통	없음	-	있음
	22	남	69	무교	결혼	1명	전문대졸 이상	건강	있음	혈압	있음
	26	남	85	무교	결혼	4명	전문대졸 이상	건강	있음	비뇨기과	있음

유형	사례 번호	성별	연령	종교	결혼 상태	자녀	교육 수준	건강 평가	(최근 5년 이내) 질병 경험	언급한 질병	(최근 5년 이내) 가까운 타자의 죽음 경험
3	7	여	80	불교	사별	4명	고졸	건강	있음	당뇨	있음
	10	여	67	불교	사별	4명	중졸	보통	있음	-	없음
	16	남	69	무교	결혼	6명	초졸	건강	없음	-	있음
	19	남	72	기독교	이혼	3명	초졸	건강하지 않음	없음	-	없음
	25	남	72	무교	미혼	0명	무학	건강	있음	신장	있음

주: 유형 간 구분을 위해 음영 표기함.

2. 노인이 인식하는 좋은 죽음

가. 1유형: 좋은 죽음은 두려움 없이 죽음을 맞이하는 것이다

1유형의 노인들은 죽음은 삶의 반의어로 삶의 끝이 곧 죽음이라 생각한다. 이들은 죽음을 부정하지도 죽음을 주의 깊게 의식하며 살아가지도 않는다. 그저 죽음은 막연한 미래의 어느 날, 인간이면 필연적으로 맞이하게 되는 하나의 생애 사건이며 생의 종결인 것이다.

1유형은 죽음을 떠올리며 두려움의 정서를 강하게 느낀다(문항 29). 이러한 정서는 두 가지에 기인한다. 첫째, 인간이 죽음을 통제할 수 없다는 점을 수용하기 때문이다. 실제로 1유형이 자녀를 앞세우는 일만은 없었으면 좋겠다는 문항 16에 동의하는 것은 죽음에 대한 불가지성에 근거한 두려움을 보여 주는 지점이라 할 수 있다. 둘째, 삶과 죽음의 경계를 관통하기 직전에 실존적으로 경험할 수 있는 부정적인 쇠퇴 경험이 두려움을 야기한다. 1유형에 속하는 응답자들(사례 2, 23)은 깨끗하고 정갈한 죽음(문항 7)의 예시로 잠을 자다가 죽는 죽음(사례 2, 23)을 꼽았다. 이들에게 잠은 살아서 경험할 수 있는 죽음의 한 형태로 고통이 생략된 죽음(문항 33)과 같다. 하지만 1유형은 정갈하고 편안한 죽음을 스스로 선택할 수 없다는 것을 알고 있다. 또, 고통이 동반된 죽음을 맞이할 가능성을 인식하고 있기에 이것이 두려움을 야기하게 된다.

통제 불가능한 죽음의 필연성과 불가지성을 인정한 상태에서 1유형이 집중하는 화두는 죽음이 아니라 삶이고, 얼마나 오래 사는가가 아니라(문항 3) 어떻게 살 것인가이다. 지금껏 잘 살아온 것처럼 잘 마무리된 죽음(문항 8)을 떠올린다거나 걱정도 미련도 없는 죽음(문항 4)을 원하는 것은 삶에 집중하는 것이 곧 죽음을 준비하는 것이라는 인식을 보여 준다. 구

체적인 예시로, 이들은 자신의 생명을 쉽게 포기하지 않아서 생명 연장을 위한 의료 행위의 필요성을 인정한다(문항 30). 이는 죽음에 대한 저항감의 표출이기보다 삶에 대한 애착의 표현으로 1유형의 입장에서는 좋은 죽음의 한 방법이라 할 수 있다.

한편 1유형은 죽음이라는 두려운 생애 사건을 맞이하기 전까지 최선을 다해 살아 내지만 죽음 이후에 대한 관심도는 높지 않다. 즉 이들은 실존하는 나를 통해 존재의 의미를 찾는 데 집중하나 실존적 세계의 경계를 넘어서 죽음을 맞이하였을 때는 가치나 의미성도 모두 사라진다고 생각한다. 이에 죽은 후 나의 유골이 좋은 곳에 안치되는 것(문항 25)은 그다지 중요한 웰다잉의 요건이 되지 못한다. 관계에서도 마찬가지이다. 숨을 거두는 마지막 순간에 배우자든 자녀든 사랑하는 사람이 나의 곁을 지켜 주기를 바라지만(문항 15) 죽은 후 나와 타인의 관계성(문항 22, 24, 26)은 더 이상 중요하지 않다. 자신의 죽음 이후에 발생하는 인간적 관계는 실존적 세계를 살아가는 사람들의 관점에서 중요한 것일 뿐 더 이상의 의미를 찾기 어려운 것이다.

〈표 4-11〉 1유형의 긍정 및 부정의 주요 진술문

구분	NO	진술문	전형성
부 정 의	16	자녀를 앞세우는 일만은 없었으면 좋겠다.	1.97
	33	죽을 때 통증이 있으면 아프지 않게 관리받으면서 고통스럽지 않게 죽음을 맞이하고 싶다.	1.52
	15	숨을 거두는 마지막 순간에 사랑하는 사람이 나의 곁을 지켜 주면 좋겠다.	1.27
	7	깨끗하고 정갈한 모습으로 죽음을 맞이하고 싶다.	1.24
	29	죽음을 두려워하지 않으면서 맞이하고 싶다.	1.19
	4	걱정도 미련도 없이 죽을 수 있다면 좋겠다.	1.05
	8	지금껏 잘 살았으니 남은 생애도(또는 앞으로) 잘 살다가 마무리하고 싶다.	1.04
	30	무의미한 심폐소생술이나 인공호흡기 치료를 하고 싶지 않다.	-1.06
비 동 의	3	가능한 한 오래 살다가 죽고 싶다.	-1.18
	18	갖고 있는 재산은 자식에게 물려주지 않고 내가 다 쓰고 죽겠다는 생각을 하곤 한다.	-1.56
	22	죽은 후 나의 유골이 좋은 곳에 안치되었으면 좋겠다.	-1.57
	25	나의 장례식장에 많은 사람이 왔으면 좋겠다.	-1.62
	26	죽은 후에 제삿밥을 잘 얻어먹을 수 있으면 좋겠다.	-1.66
	24	죽은 후에 가족들이 내가 안치된 곳(무덤, 납골당 등)에 자주 찾아왔으면 좋겠다.	-1.66

나. 2유형: 좋은 죽음은 집이 되기 전에 떠나는 것이다

2유형의 노인들은 죽음의 과정에서 자신이 무엇을 경험하는가보다 배우자나 자녀 등 가족의 테두리 안에서 타인이 경험하게 되는 불편함과 어려움을 우선 고려하면서 자신의 웰다잉을 생각한다.

2유형이 원하는 죽음은 신체적으로나 인지적으로 건강한 상태를 유지하다가 죽는 것이다(문항 1, 2). 이들이 보이는 죽음에 관한 정서적 특성을 살펴보면 1유형처럼 죽음에 대한 막연한 두려움을 관측하기는 어렵다. 오히려 이들은 자신의 죽음이 남겨진 가족에게 ‘피해(사례 11, 15)’가 되지 않는지를 염려한다. 그래서 이들은 ‘아플 거면 빨리 가는 게 좋다(사례 17)’는 생각을 할 수 있는 것이다.

이뿐만 아니라 2유형에게는 오래 사는 것보다 건강하게 사는 것이 더 중요하다(문항 3). 2유형에 속하는 사람들은 ‘가능한 한 짧게 사는 것이 고통도 없고 자녀들에게 큰 도움이 되는 일(사례 22)’이라거나 ‘오래 살아서 집이 되는 것보다는 사람답게 사는 것이 중요(사례 15)’하다고 생각한다. 즉, 가족에게 피해되지 않고 도움이 되는 죽음이 2유형에게는 핵심적인 웰다잉의 요건이다. 갖고 있는 재산이 있다면 물려주고 죽는 것(문항 18)이나 자신의 죽음과 관련하여 사회적 가치에 관심에 두지 않는 것(문항 19)도 동일한 맥락에서 이해될 수 있다.

2유형은 죽음이 가까워 온다면 쉽게 수용하고 삶에 대한 집착 없이 자연스럽게 죽음에 이르기를 바란다. 죽음에 가까웠을 때 안정감을 줄 수 있는 전문가의 도움을 받는 것에는 찬성하지만(문항 31), 심폐소생술이나 인공호흡기 치료(문항 30)는 생명의 자연스러운 소멸을 거부하는 일에 불과하다고 생각한다.

이들은 죽음에 대해 언급하면서 먼저 태어난 사람이 먼저 죽는 것(문항

16, 사례 15, 26), 죽음이 다가올 때 순응하는 것(사례 12, 26)과 같은 죽음의 이치나 순리를 강조하기도 한다. 이는 2유형이 갖고 있는 주관적 믿음 체계의 표현이라 할 수 있다. 따라서 이들은 자신의 생각이 옳다고 믿고 주관적인 믿음대로 살아가며, 죽음에 있어서는 필요하다고 판단되면 적극적으로 준비하고 실천하거나 가족들에게 자신이 원하는 바를 적극적으로 요구하는 유형이다(사례 26).

2유형은 죽음이란 생물학적 죽음과 동의어로 호흡이 끊어지는 순간이 존재의 종말이라고 본다. 그래서 자신의 죽음 이후 관계나 의례 등이 중요하지 않다고 생각한다(문항 22, 24, 26).

〈표 4-12〉 2유형의 긍정 및 부정의 주요 진술문

구분	NO	진술문	전형성
긍 의	2	팔팔하게 살다가 이틀 정도만 앓다가 죽었으면 좋겠다.	1.89
	30	무의미한 심폐소생술이나 인공호흡기 치료를 하고 싶지 않다.	1.85
	16	자녀를 앞세우는 일만은 없었으면 좋겠다.	1.74
	1	임종 직전까지 온전한 정신을 유지하다가 죽음을 맞이하고 싶다.	1.17
	31	죽음에 가까웠을 때 심리적으로 편안하게 죽음을 맞이하도록 도와주는 전문가가 있으면 좋겠다.	1.02
부 의	19	재산을 사회에 기부하고 죽으면 좋은 죽음이 될 수 있겠다는 생각을 하곤 한다.	-1.23
	24	죽은 후에 가족들이 내가 안치된 곳(무덤, 납골당 등)에 자주 찾아왔으면 좋겠다.	-1.38
	22	나의 장례식장에 많은 사람이 왔으면 좋겠다.	-1.43
	3	가능한 한 오래 살다가 죽고 싶다.	-1.44
	18	갖고 있는 재산은 자식에게 물려주지 않고 내가 다 쓰고 죽겠다는 생각을 하곤 한다.	-1.53
	26	죽은 후에 제삿밥을 잘 얻어먹을 수 있으면 좋겠다.	-1.86

다. 3유형: 개똥밭에 굴러도 이승이 좋다

3유형의 노인들은 죽음을 부인하고 삶에 집중하기를 원한다. 이들에게는 현재 살아야 하는 분명한 이유가 있으므로 어떤 죽음도 좋은 죽음이 될 수는 없다.

3유형의 죽음에 대한 인식은 가능한 한 오래 살다가 죽고 싶다는 문항 3에서 단적으로 드러난다. 오래 살고 싶은 이유는 각자의 상황마다 다를 수 있다. 사례 26은 ‘좋은 것을 보고 느낄 수 있기 때문에’, 사례 10은 ‘자식들에게 아직은 도움이 될 수 있기 때문에’라고 응답하였다. 사실 3유형에 속하는 노인들에게 사는 것이 죽는 것보다 좋은 이유가 무엇인가는 중요하지 않다. 중요한 것은 살아야 하는 분명한 이유를 가지고 죽음을 의식하지 않는 삶을 살고 싶어 한다는 점이다. 그래서 이들은 생명을 지키기 위해서라면 어떤 방법이라도 취하기를 원한다. 무의미한 심폐소생술이나 인공호흡기 치료를 하고 싶지 않다는 진술문에 반대하는 이유도 그런 맥락에서 이해할 수 있다(문항 30).

삶이 중요한 3유형에게 자신의 죽음을 위한 준비는 불필요하며(문항 13, 21, 32), 죽음에 대한 생각이 자신의 행동을 결정하지도 않는다(문항 18). 오히려 죽음 준비 혹은 죽음을 의식하는 삶은 두려움, 슬픔 등의 부정적인 감정과 연결될 수 있다. 한편, 전술한 1유형 역시 통제 불가능한 죽음의 불가지성과 필연성으로 인해 실존적인 두려움을 경험한다. 1유형이 죽음을 의식하며 삶을 잘 살아야 하는 이유를 찾는다면, 3유형은 자신의 죽음을 부정하거나 죽음과 관련된 정서를 억압한 채 삶에 집중하는 경향을 보인다. 실제로 3유형의 사람들이 가지고 있는 죽음에 대한 부정적인 정서는 진술문에서 직접적으로 드러나지 않는다. 그러나 이 유형에 속하는 사례 7은 자신이 집에서 죽게 되면 유족들에게 그 공간이 두려움과 공포의 공간이 될 수 있다고 언급하며 죽음에 대한 부정적 정서를 간접적으로 표현하였다(문항 34).

3유형은 죽음에 대한 인식에서 이중적인 관점을 보이는데, 이는 이들의 내세관을 보여 준다.

첫째, 죽음을 어느 순간의 정태적 상태로 생각할 수 있다. 죽음에 대해

이렇게 접근하면 삶은 그저 삶이고, 죽음은 순간의 사건이며 웰다잉은 고통 없는 죽음이면 된다. 즉, 이들에게 삶과 죽음을 연결 지어 생각하는 것은 불편한 진실일 뿐이다. 실제로 웰다잉을 내포하는 일부의 문항들에 대해서도 삶에 대한 바람으로 그 의미를 전환하여 응답하는 경향을 보인다. 구체적으로 문항 2는 신체적으로 건강하게 살고 싶다, 문항 1은 온전한 정신을 유지하고 싶다, 문항 4는 걱정도 미련도 없는 삶을 살고 싶다는 의미로 받아들인다.

둘째, 죽음을 또 다른 세계로의 전환이라는 역동적인 사건으로 인식할 수 있다. 이 경우 죽음은 삶의 세계와 사후 세계의 경계 지점이 된다. 삶과 죽음 이후 세계의 경계를 넘어가는 상황에서 3유형이 원하는 것은 조용하고 성스러운 분위기이다(문항 5). 또, 사후에 어떤 세계가 펼쳐질지 몰라서 느끼는 긴장감은 긍정적일 수도, 부정적일 수도 있다. 그래서 이들은 편안한 죽음을 맞이하도록 전문가의 도움을 원하기도 한다(문항 31).

〈표 4-13〉 3유형의 긍정 및 부정의 주요 진술문

구분	NO	진술문	전형성
의미 부	2	팔팔하게 살다가 이틀 정도만 앓다가 죽었으면 좋겠다.	1.82
	3	가능한 한 오래 살다가 죽고 싶다.	1.74
	1	임종 직전까지 온전한 정신을 유지하다가 죽음을 맞이하고 싶다.	1.50
	33	죽을 때 통증이 있으면 아프지 않게 관리받으면서 고통스럽지 않게 죽음을 맞이하고 싶다.	1.42
	31	죽음에 가까웠을 때 심리적으로 편안하게 죽음을 맞이하도록 도와주는 전문가가 있으면 좋겠다.	1.25
	4	걱정도 미련도 없이 죽을 수 있다면 좋겠다.	1.24
	5	조용하고 성스러운 분위기에서 나의 임종이 이루어지면 좋겠다.	1.16
의미 부	13	죽음을 차근차근 준비할 수 있는 시간을 가질 수 있었으면 좋겠다.	-1.04
	34	내가 살던 익숙한 곳(집이나 시설)에서 머무르다 임종을 맞이하고 싶다.	-1.25
	18	갖고 있는 재산은 자식에게 물려주지 않고 내가 다 쓰고 죽겠다는 생각을 하곤 한다.	-1.34
	21	신체 장기 기증을 하고 죽으면 좋은 죽음이 될 수 있겠다는 생각을 하곤 한다.	-1.34
	30	무의미한 심폐소생술이나 인공호흡기 치료를 하고 싶지 않다.	-1.93
	32	내가 죽은 후의 장례 절차는 미리 생각해 준비해 두고 싶다.	-2.17

제4절 소결

40대 이상의 중노년층을 대상으로 한 Q방법론 결과 40~64세 중년층의 경우는 담담히 맞이할 수 있는 죽음, 좋은 사람으로 기억되는 죽음, 내가 결정하는 죽음의 3가지 유형이, 노년층을 대상으로 한 결과는 두려움 없는 죽음, 짐이 되지 않은 죽음, 어떤 경우에도 오래 사는 죽음을 좋은 죽음으로 보는 3개 유형이 도출되었다. 이러한 유형에서 공통적으로 발견되는 좋은 죽음은 당사자가 두려움 없이 담담히 맞이하는 유형이다. 이는 당사자나 남게 되는 주위의 가족에게 모두 좋은 죽음이 되어야 한다는 생각을 기반으로 하고 있다. 또한 죽음이 가시화된 생애 단계에서는 가족에게 짐이 되지 않는 것이 좋은 죽음이라는 소극적인 희망 사항을, 중요한 타자의 죽음을 바라보며 자신의 죽음에 대해 생각하게 되는 중년층의 입장에서는 좋은 사람으로 정리되고 싶다는 상대적으로 적극적인 희망 사항을 갖게 되는 것으로 보인다. 또한 중년층에서는 나의 결정권을 갖고 죽음을 설계하겠다는 유형이, 노년층에서는 삶에 대한 애착이 상대적으로 부각되는 유형이 도출되었다.

제 5 장

죽음에 대한 인식 및 서비스 욕구

제1절 전화조사 개요

제2절 조사 대상자의 일반적 특성

제3절 죽음 관련 태도 및 서비스에 대한 욕구

제4절 좋은 죽음에 대한 태도

제5절 소결

5

죽음에 대한 인식 및 서비스 욕구

본 장에서는 일반 국민의 죽음 및 웰다잉에 대한 인식 실태를 살펴보고자 한다. 구체적으로는 죽음과 관련한 서비스에 대한 인지 및 이용 욕구와 좋은 죽음에 대한 태도에 대해 파악하였다.

제1절 전화조사 개요

일반 국민의 죽음 및 웰다잉에 대한 인식을 살펴보기 위해 다음과 같이 전화조사를 실시하였다. 구체적인 조사 방법 및 자료 처리와 분석, 표본 설계 방식 등은 다음과 같다.

1. 조사 방법

조사 대상은 전국의 만 40세 이상 79세 이하 남녀 1500명을 대상으로 실시하였다. 조사는 연구진 회의를 통해 완성된 구조화된 조사표를 이용한 전화면접조사(Computer Aided Telephone Interview, 이하 CATI)로 이루어졌다. 전화조사 기간은 2018년 9월 15일부터 18일까지 4일간 숙련된 조사원을 통해 실시되었다.

〈표 5-1〉 웰다잉에 대한 전 국민 인식조사 개요

구분	내용
모집단	전국의 만 40세 이상 79세 이하 성인 남녀
표본 수	1500명
조사 방법	구조화된 설문지를 이용한 전화면접조사(CATI, Computer Aided Telephone Interview)
조사 기간	2018년 9월 15일~2018년 9월 18일
표본 추출 방법	2018년 8월 기준 행정안전부 주민등록 인구 현황을 활용한 지역별, 성별, 연령별 비례 할당
표본 오차	무작위 추출을 전제할 경우, 95% 신뢰 수준에서 최대 허용 표집 오차는 $\pm 2.5\%$

2. 자료 처리 및 분석

정확한 조사를 위하여 CATI 시스템을 사용해 관리하고 실시간 감청을 실시하였다. CATI 시스템을 사용하여 응답 결과를 자동으로 저장하여 자료 처리를 쉽게 하였고, 입력의 오류 등이 발생하지 않도록 관리하였다. 아울러 실시간 감청을 진행하여 조사원의 면접 상황을 체크하며 면접원을 통제, 관리함으로써 보다 효과적인 조사 운영이 가능하도록 하였다.

조사가 이루어진 조사표에 대해서는 슈퍼바이저와 전문 리뷰어를 통해 100% 리뷰를 실시하였다. 응답자의 성별, 연령, 직업 등의 인구학적 특성에 대해 집중적으로 리뷰를 실시하였다.

슈퍼바이저는 조사표 로직체크, 실제 조사 여부 확인, 무응답 검토 등을 통하여 보완 및 수정 작업을 진행하였다. 만약 조사 과정에서 응답의 오류가 있다고 느껴지는 경우, 감청을 통해 검증하였다.

검증이 완료된 데이터로 통계 분석을 실시하였으며, SPSS 통계패키지를 이용해 주제별 연구 결과 분석이 이루어졌다. 승수 적용 결과 반올림에 의하여 백분율이 100.0을 약간 넘거나 모자라는 경우에도 ‘계’에서는 100.0으로 제시하였다.

3. 표본 설계 개요

본 조사의 표본 크기는 전국의 만 40세 이상 79세 이하 남녀 1500명이다. 조사의 표본은 지역의 대표성을 확보하기 위해 전국 단위의 동부와 읍면부로 층화한 후 성별, 연령별로 표본 수를 비례 배분하였다.

표본 추출 단계는 크게 2단계로 이루어지며, 1단계 지역 층화 후 2단계 전화번호 추출이 실시되었다. 구체적으로 살펴보면, 지역 층화는 세부적으로 3단계에 걸쳐 실시되었다. 첫째, 17개 시·도 및 광역시·도 단위의 분류, 둘째, 서울과 읍면부가 없는 광역시(대전, 광주)는 동부로 구분, 셋째, 세종시와 9개 도 지역, 일부 읍면 지역이 포함된 광역시는 동부와 읍면부로 구분하는 과정을 거쳤다.

〈표 5-2〉 층화 방법

구분	지역	1차 층화	2차 층화	총 수
동·읍·면	서울, 광역시	서울, 2개 광역시	동 지역	3
	세종시, 광역시, 도 지역	세종시, 4개 광역시, 9개 도 지역	동 지역	14
			읍면 지역	14

둘째, 전화번호 추출 단계에서는 시·도별 동부와 읍면부로 분류하여 31개 표본집단을 우선적으로 생성하였다. 다음으로 RDD(Random Digit Dialing) 방식으로 전화번호를 생성하였으며, 생성된 전화번호로 무작위 표본 추출하되 표본 할당표 기준에 맞게 추출하는 과정을 거쳤다.

본 조사의 모집단을 파악하기 위해 2018년 8월 기준 행정안전부 「주민등록 인구 현황」 자료를 사용하였다. 모집단의 분포는 〈표 5-3〉과 같으며 성별, 연령별, 지역별(동부와 읍면부)로 나누어 인구 분포를 파악하였다. 이를 토대로 표본 수에 맞게 표본을 할당하였으며, 실제 표본 할당은 표 〈5-4〉와 같다.

〈표 5-3〉 모집단 분포

(단위: 명)

행정구역	성별	40대	50대	60대	70대	계
동부	남	3,571,162	3,430,712	2,163,892	1,103,657	10,269,423
	여	3,576,863	3,475,020	2,312,153	1,374,679	10,738,715
읍면부	남	780,991	892,932	685,171	426,242	2,785,336
	여	633,952	782,384	673,693	556,704	2,646,733
계		8,562,968	8,581,048	5,834,909	3,461,282	26,440,207

자료: 행정안전부(2018). 주민등록 인구 통계. <http://27.101.213.4/index.jspdoptj>에서 2018. 8. 30. 인출.

〈표 5-4〉 표본 할당

(단위: 명)

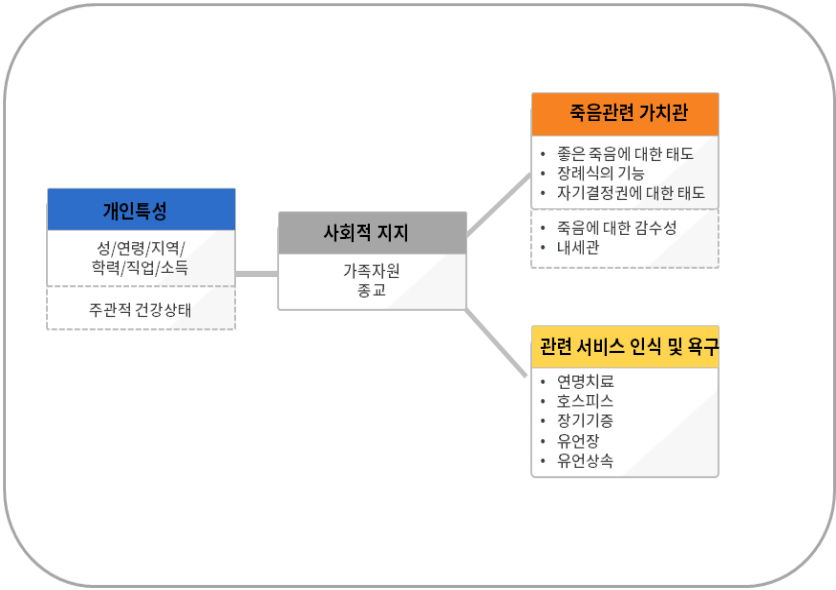
행정구역	성별	40대	50대	60대	70대	계
동부	남	202	195	123	63	583
	여	203	197	131	78	609
읍면부	남	44	51	39	24	158
	여	36	44	38	32	150
계		485	487	331	197	1,500

주: 본 연구를 위해 진행된 조사의 표본 할당 내용임.

4. 조사 내용 개요

설문지 내용의 기본 방향은 죽음과 관련된 영역들에 대한 이해와 욕구를 파악하고 좋은 죽음에 대한 생각을 파악할 수 있도록 설계하였다(그림 5-1 참조). 아울러 조사의 논리성 등을 고려하여 용어의 설명을 덧붙이고 질문 내용을 포괄할 수 있도록 보기 문항을 구성하였다. 확정된 조사표의 내용은 〈표 5-5〉와 같다.

[그림 5-1] 전화조사 설문지 구성 틀



〈표 5-5〉 죽음 및 웰다잉에 대한 전 국민 인식조사 내용

대분류	세부 문항
A. 죽음 관련 태도 및 서비스 욕구	(1) 호스피스·완화의료서비스에 대한 인지 (2) 호스피스·완화의료서비스 이용 의사 (3) 연명치료에 대한 생각 (4) 사전연명의료의향서에 대한 인지 (5) 사전연명의료의향서 작성 의사 (6) 장기 기증에 대한 생각 (7) 유언장 작성에 대한 생각 (8) 유언장 작성 여부 (9) 재산 처리 방법에 대한 생각 (10) 연명치료와 같은 죽음 관련한 결정을 누가 해야 하는지에 대한 생각 (11) 죽음을 앞둔 사람을 위해 가족이 가장 신경 써야 하는 것 (12) 장례식을 하는 가장 큰 이유
B. 좋은 죽음에 대한 태도	(1) 임종 때까지 정신이 온전해야 좋은 죽음인지에 대한 동의 여부 (2) 가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음인지에 대한 동의 여부 (3) 죽을 때 두려워하지 않아야 좋은 죽음인지에 대한 동의 여부 (4) 죽을 때 가족들과 관계가 나빠지면 좋은 죽음이 아닌지에 대한 동의 여부 (5) 간병비나 병원비로 가족을 고생시키고 죽는 것이 좋은 죽음이 아닌지에 대한 동의 여부 (6) 죽기 전에 스스로 죽음을 준비할 수 있는 것이 좋은 죽음인지에 대한 동의 여부 (7) 죽음에 대해 주변 사람들이 함께 준비할 수 있는 것이 좋은 죽음인지에 대한 동의 여부 (8) 숨을 거두는 마지막 순간에 사랑하는 사람이 주위에 있어야 좋은 죽음인지에 대한 동의 여부 (9) 죽은 후에도 주변 사람들에게 오래 기억되어야 좋은 죽음인지에 대한 동의 여부 (10) 좋은 죽음이 되려면 생사와 관련된 결정을 본인이 해야 하는지에 대한 동의 여부 (11) 자신의 죽음에 대해 생각해 봤는지 여부 (12) 사후 세계에 대한 생각
C. 일반 사항	(1) 성별 (2) 연령 (3) 지역 (4) 읍면동 (5) 최종 학력 (6) 직업 (7) 종교 (8) 건강 상태 (9) 혼인 상태 (10) 자녀 유무 (11) 부모님 유무 (12) 형제자매 유무 (13) 가구소득

제2절 조사 대상자의 일반적 특성

조사 대상자의 일반적 특성은 <표 5-6>과 같다. 전체 1500명의 대상자 중 남성은 49.4%, 여성은 50.6%였으며, 연령대는 40대 32.3%, 50대 32.5%, 60대 22.1%, 70대 13.1%의 분포를 보인다. 지역별 분포는 동부 지역 79.5%, 읍면부 20.5%로 나타났다. 교육 수준별로는 초졸 이하 11.1%, 중졸 10.4%, 고졸 33.8%, 전문대졸 이상 44.7%로 나타나 과반수가 고졸 이상의 학력을 보유한 것으로 나타났다. 대상자의 61.3%는 현재 취업 중이었으며 무급가족종사자 32.1%, 사무종사자 19.8%, 서비스종사자 18.0%, 관리자 및 전문직 10.8% 등의 순이다. 대상자의 54.4%는 종교가 있었으며 기독교, 불교, 천주교 등의 다양성을 보인다. 본인의 주관적 건강 상태에 대해 59.4%는 건강하거나 매우 건강한 것으로 인식하였으며, 12.0%는 정반대의 양상을 보인다. 사회적 관계망과 관련하여 배우자, 자녀, 부모 및 형제자매에 대해 파악하였다. 배우자는 전체의 85.1%가 있었으며, 자녀는 93.2%가 있는 것으로 나타났다. 반면 생존해 계신 부모는 64.7%만이 해당되며, 형제자매는 96.8%가 있는 것으로 나타났다. 즉, 관계 유형별로 1명 내지 2명의 인적 자원을 보유한 것으로 나타났다. 마지막으로 가구소득 분포에 있어 월 가구소득 200만 원 이상 400만 원 미만인 대상자가 31.7%로 가장 많았으며, 다음으로 400만 원 이상 600만 원 미만 25.2%, 200만 원 미만 23.7% 등의 순으로 나타났다.

조사 대상자를 65세를 전후로 비노인(40~64세)과 노인집단(65~79세)으로 구분하여 일반 특성을 살펴보고자 한다. 비노인집단은 남성과 여성이 동등한 분포를 보였으며 40대 43.3%, 50대 43.5%, 60대 13.1%의 분포를 나타냈다. 동부 지역에 거주하는 대상자가 81.6%로 절대적으로

많았으며, 고졸 및 전문대졸 이상의 학력 보유자가 89.5%로 압도적으로 많은 분포를 차지했다. 비노인 집단 중 71.6%는 현재 취업 중이며 무급 가족종사자 25.3%, 사무종사자 24.6%, 서비스종사자 20.0% 등의 순을 차지하였다. 52.0%는 현재 종교가 있으며, 66.0%는 본인을 건강하다고 인식하고 있다. 사회적 관계망과 관련해서는 89.1%는 배우자가 있었으며, 92.0%는 자녀가, 78.9%는 부모님이, 97.3%는 형제자매가 생존한 것으로 나타나 전체 조사 대상자와 유사한 분포로 나타났다. 가구소득과 관련해서는 200만 원 이상 400만 원 미만 33.6%, 400만 원 이상 600만 원 미만 30.8% 등의 순으로 나타났다.

한편 노인집단은 여성이 52.4%로 남성에 비해 많았으며, 70대가 51.7%로 60대에 비해 다소 많다. 73.1%는 동부 지역에 거주하였으며, 26.9%는 읍면부 지역에 거주하는 것으로 나타났다. 교육 수준과 관련해서는 중졸 이하가 53.6%로 연령대별 교육 수준의 차이가 발견된다. 노인 중 취업 중인 비율은 31.2%에 그쳤다. 61.5%는 종교가 있으며, 다양한 종교 분포를 보인다. 노인 중 40.4%는 본인을 건강하다고 인식하였으나, 24.9%는 건강이 좋지 않은 것으로 인식하고 있다. 사회적 관계망과 관련해서는 배우자가 존재하는 비율이 73.7%로 비노인집단에 비해 낮다. 자녀는 96.8%, 형제자매는 95.0% 생존한다고 응답하였으나, 생존해 계신 부모는 22.9%에 해당하였다. 마지막으로 가구소득은 200만 원 미만이 60.9%로 압도적으로 많으며, 다음으로 200만 원 이상 400만 원 미만이 26.3% 등의 순으로 나타났다.

〈표 5-6〉 조사 대상자의 일반적 특성

(단위: %(명))

구분	전체	비노인(40~64세)	노인(65~79세)
전체	100.0(1,500)	100.0(1,119)	100.0(381)
성별			
남성	49.4	50.0	47.6
여성	50.6	50.0	52.4
연령			
40대	32.3	43.3	0.0
50대	32.5	43.5	0.0
60대	22.1	13.1	48.3
70대	13.1	0.0	51.7
연령			
40~64세	74.6	100.0	0.0
65~79세	25.4	0.0	100.0
지역			
동부	79.5	81.6	73.1
읍면부	20.5	18.4	26.9
교육 수준			
초졸 이하	11.1	3.6	32.9
중졸	10.4	6.9	20.7
고졸	33.8	36.6	25.5
전문대졸 이상	44.7	52.9	20.9
취업 유무			
취업	61.3	71.6	31.2
미취업	38.7	28.4	68.8
직업 종류			
관리직 및 전문가	10.8	12.3	5.1
사무종사자	19.8	24.6	1.9
서비스종사자	18.0	20.0	10.5
판매종사자	6.9	7.3	5.4
농림어업종사자	4.1	2.6	9.7
기능직 및 조립공	5.2	5.6	3.7
단순노무 외	3.0	2.3	5.6
무급가족종사자	32.1	25.3	58.1
종교			
종교 없음	45.6	47.9	38.5
종교 있음	54.4	52.1	61.5
불교	19.9	18.6	24.0
기독교	21.0	20.9	21.3
천주교	12.1	11.3	14.6
유교	0.6	0.4	1.1
원불교	0.2	0.3	0.2
기타	0.6	0.7	0.2

110 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

구분	전체	비노인(40~64세)	노인(65~79세)
주관적 건강 상태			
(매우) 건강	59.4	66.0	40.4
보통	28.5	26.5	34.6
(매우) 나쁨	12.0	7.6	24.9
배우자 유무			
유배우자	85.1	89.1	73.3
무배우자	14.9	10.9	26.7
생존 자녀 유무			
자녀 있음	93.2	92.0	96.8
자녀 없음	6.8	8.0	3.2
생존 부모 유무			
부모 있음	64.7	78.9	22.9
부모 없음	35.3	21.1	77.1
형제 자매 유무			
형제 자매 있음	96.8	97.3	95.0
형제 자매없음	3.2	2.7	5.0
사회적 관계망의 수			
4명 이하	7.8	7.4	9.2
5명~8명 이하	45.9	45.0	48.5
9명~12명 이하	43.0	44.4	38.7
13명 이상	3.3	3.2	3.6
가구소득			
200만 원 미만	23.7	11.0	60.9
200만~400만 원 미만	31.7	33.6	26.3
400만~600만 원 미만	25.2	30.8	8.5
600만~800만 원 미만	10.8	13.9	1.7
800만 원 이상	8.6	10.7	2.6

- 주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.
 2) 직종은 취업한 사람만을 대상으로 재분석한 결과임.
 3) 사회적 관계망의 수는 대상자가 응답한 배우자, 부모, 자녀, 형제자매의 수를 합산하여 구간화한 값임.

제3절 죽음 관련 태도 및 서비스에 대한 욕구

죽음과 관련하여 현재 제공되는 서비스에 대한 일반 국민의 인지 및 이용 의사 등은 관련 정책 마련의 단초가 될 수 있다. <표 5-7>~<표 5-18>은 죽음과 관련한 주요 서비스에 대한 인지 및 이용 여부, 이 외 죽음 관련 준비 실태에 대해 살펴본 것이다. 주요 질문 항목은 호스피스·완화의료, 연명치료(사전연명의료의향서), 장기 기증, 유언장 작성 및 재산 처리 방식, 장례식, 죽음에 대한 결정권 및 준비 사항 등이다.

전체의 25.1%만이 호스피스·완화의료에 대해 잘 알고 있다(<표 5-7> 참조). 연명의료결정법이 2016년 2월 제정되어 관계 부처의 홍보를 위한 적극적 노력이 더해졌음에도 불구하고, 해당 서비스에 대해 제대로 인지하는 비율은 전체의 3분의 1에 불과하였다.

제 특성별로 구체적으로 살펴보면 성별 차이는 두드러지지 않는다. 반면 연령대별로는 60대에서 서비스에 대한 인지율이 30.0%로 가장 높으나, 70대는 16.8%만이 서비스에 대해 인지하고 있어 연령대 간 차이가 두드러졌다. 지역별로는 동부 지역 거주자의 인지율이 26.7%로 읍면부 지역 거주자 19.2%에 비해 높다. 교육 수준별로는 교육 수준이 높아질수록 서비스에 대한 인지율이 높아져 전문대졸 이상인 경우 30.5%가 서비스에 대해 제대로 인지하는 것으로 나타났다.

취업 여부에 따른 차이는 없으나, 취업자 중 사무종사자인 경우 서비스에 대한 인지율이 31.0%로 가장 높게 나타났다. 종교 여부 역시 차이가 없다.

주관적 건강 상태를 (매우) 나쁘다고 인지한 경우, 호스피스·완화의료 서비스에 대한 인지율은 13.2%로 (매우) 건강하다고 인지한 경우 (27.4%)의 약 2분의 1 수준에 그쳤다.

사회적 관계망 특성의 경우, 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 서비스 인지율이 더 높게 나타났다(26.6%, 25.7%). 반면 생존해 계신 부모 여부는 서비스 인지율에 차이가 없다. 비슷한 연배의 배우자나 혹은 자녀가 있는 경우 서비스와 관련한 정보 접근성이 더 높기 때문일 것으로 볼 수 있다. 가구소득의 경우 소득이 높아질수록 서비스에 대한 인지율 역시 높아져 800만 원 이상 집단의 서비스 인지율은 36.0%로 나타났다.

〈표 5-7〉 일반 특성별 호스피스·완화의료에 대한 인지 여부

(단위: %(명))

구분	잘 알고 있다	들어는 봤지만 잘 알지 못한다	모른다	χ^2	계(명)
전체	25.1	43.2	31.7		100.0(1,500)
성별					
남성	22.7	39.3	38.0	26.485***	100.0(741)
여성	27.5	46.9	25.6		100.0(759)
연령					
40대	24.6	43.5	32.0	231.220***	100.0(485)
50대	25.8	47.4	26.8		100.0(487)
60대	30.0	41.1	28.9		100.0(331)
70대	16.8	35.2	48.0		100.0(197)
연령					
40~64세	26.5	45.1	28.4	22.540***	100.0(1,119)
65~79세	21.1	37.4	41.5		100.0(381)
지역					
동부	26.7	44.1	29.2	18.575***	100.0(1,192)
읍면부	19.2	39.4	41.4		100.0(308)
교육 수준					
초졸 이하	11.0	26.8	62.2	94.504***	100.0(166)
중졸	21.3	42.5	36.2		100.0(156)
고졸	23.9	47.8	28.2		100.0(507)
전문대졸 이상	30.5	43.8	25.7		100.0(671)
취업 유무					
취업	25.0	43.3	31.6	0.026	100.0(917)
미취업	25.4	43.0	31.6		100.0(578)
직업 종류					
관리직 및 전문가	27.4	38.4	34.2	42.425***	100.0(146)
사무종사자	31.0	40.7	28.3		100.0(268)
서비스종사자	27.0	44.8	28.2		100.0(244)

구분	잘 알고 있다	들어는 봤지만 잘 알지 못한다	모른다	X ²	계(명)
판매종사자	21.0	54.1	24.9		100.0(93)
농임업종사자	12.3	32.6	55.1		100.0(55)
기능직 및 조립공	14.3	52.0	33.8		100.0(70)
단순노무 외	9.1	44.7	46.2		100.0(40)
무급가족종사자	26.2	46.9	26.9		100.0(435)
종교					
종교 있음	26.7	44.2	29.1	6.005	100.0(816)
종교 없음	23.3	41.9	34.8		100.0(684)
주관적 건강 상태					
(매우) 건강	27.4	43.6	29.0	28.240***	100.0(891)
보통	25.5	43.8	30.7		100.0(428)
(매우) 나쁨	13.2	39.6	47.3		100.0(181)
배우자 유무					
유배우자	26.6	44.5	28.9	30.315***	100.0(1,275)
무배우자	17.2	35.6	47.2		100.0(223)
생존 자녀 유무					
자녀 있음	25.7	43.6	30.7	9.944**	100.0(1,398)
자녀 없음	17.8	36.5	45.7		100.0(102)
생존 부모 유무					
부모 있음	25.7	45.2	29.1	9.267*	100.0(970)
부모 없음	24.0	39.4	36.6		100.0(530)
가구소득					
200만 원 미만	15.0	34.4	50.6	107.868***	100.0(327)
200만~400만 원 미만	22.3	46.7	31.0		100.0(438)
400만~600만 원 미만	29.1	48.5	22.4		100.0(347)
600만~800만 원 미만	35.4	43.6	21.0		100.0(149)
800만 원 이상	36.0	42.5	21.5		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001

3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

한편, 호스피스·완화의료서비스에 대한 이용 의사에 대해서는 46.0%가 이용할 의향이 있는 것으로 나타났다(〈표 5-8〉 참조). 아직 잘 모르겠다는 응답 역시 44.0%로 적극적 이용 의사와 비슷한 수준을 보인다.

구체적으로 살펴보면, 여성이 남성에 비해 높은 이용 의사를 나타낸다(여성 49.1%, 남성 42.9%). 연령대별로는 50대에서 55.7%로 가장 높은 이용 의사를 나타낸 반면, 70대에서는 30.1%로 가장 낮은 이용 의사를 보여 연령대 간 차이가 두드러진다. 지역별로는 동부 지역 거주자가 읍면

부 지역 거주자에 비해 높은 이용 의사를 보인다(동부 47.2%, 읍면부 41.4%). 교육 수준이 높을수록 적극적 이용 의사를 보여, 전문대졸 이상인 경우 52.6%가 이용할 의사를 나타냈다. 서비스 인지 여부와 유사한 경향성을 확인할 수 있다.

한편 취업자의 호스피스·완화의료에 대한 이용 의사가 미취업자에 비해 높았으며(49.0%), 직종별로는 농(임·어)업 종사자가 타 직종에 비해 가장 낮은 이용 의사를 보였다(20.9%). 종교 여부는 큰 차이를 보이지 않았다.

주관적 건강 상태에 있어, 스스로를 (매우) 건강하다고 인지하는 집단에서 가장 높은 이용 의사(48.5%)를 보였다. 반면 건강 상태를 나쁘다고 인지하는 집단은 30.3%로 이용 의사의 차이를 보인다.

사회적 관계망 특성에 있어, 서비스 인지 여부와 마찬가지로 배우자가 있는 경우, 자녀가 있는 경우 서비스 이용 의사가 높다(48.6%, 47.1%). 반면 생존해 계신 부모가 있는 경우 49.7%가 서비스 이용 의사를 보여 서비스 인지 여부와 차이를 보인다. 마지막으로 가구소득이 높은 집단에서 가장 높은 이용 의사를 보인다.

〈표 5-8〉 일반 특성별 호스피스·완화의료서비스 이용 의사

(단위: %(명))

구분	그렇다	아니다	아직 모르겠다	χ^2	계(명)
전체	46.0	10.0	44.0		100.0(1500)
성별					
남성	42.9	13.2	44.0	17.852***	100.0(741)
여성	49.1	6.9	44.0		100.0(759)
연령					
40대	44.7	9.1	46.2	46.144***	100.0(485)
50대	55.7	10.9	33.4		100.0(487)
60대	43.2	9.2	47.6		100.0(331)
70대	30.1	11.3	58.6		100.0(197)
연령					
40~64세	50.4	9.8	39.8	36.041***	100.0(1119)
65~79세	33.1	10.6	56.3		100.0(381)

구분	그렇다	아니다	아직 모르겠다	X ²	계(명)
지역					
동부	47.2	9.5	43.3	3.484	100.0(1192)
읍면부	41.4	11.7	46.9		100.0(308)
교육 수준					
초졸 이하	21.0	10.5	68.5	74.494***	100.0(166)
중졸	31.4	14.4	54.2		100.0(156)
고졸	49.9	9.0	41.0		100.0(507)
전문대졸 이상	52.6	9.5	37.8		100.0(671)
취업 유무					
취업	49.0	11.0	39.9	16.595***	100.0(917)
미취업	41.6	8.0	50.4		100.0(578)
직업 종류					
관리, 전문, 준전문	56.9	9.7	33.5	49.134***	100.0(146)
사무종사자	51.5	8.4	40.1		100.0(268)
서비스종사자	48.2	10.2	41.5		100.0(244)
판매종사자	55.9	13.1	31.0		100.0(93)
농림어업종사자	20.9	23.4	55.7		100.0(55)
기능, 조립공	45.9	14.1	40.0		100.0(70)
단순노무, 군인, 기타	36.9	11.3	51.9		100.0(40)
무급가족종사자	43.3	6.5	50.2		100.0(435)
종교					
종교 있음	47.1	9.6	43.3	1.081	100.0(816)
종교 없음	44.7	10.5	44.9		100.0(684)
주관적 건강 상태					
(매우) 건강	48.5	9.6	41.9	20.736***	100.0(891)
보통	47.5	9.1	43.5		100.0(428)
(매우) 나쁨	30.3	14.0	55.7		100.0(181)
배우자 유무					
유배우자	48.6	9.4	42.0	22.633***	100.0(1275)
무배우자	31.2	13.2	55.6		100.0(223)
생존 자녀 유무					
자녀 있음	47.1	9.4	43.5	13.670**	100.0(1398)
자녀 없음	30.9	18.0	51.1		100.0(102)
생존 부모 유무					
부모 있음	49.7	9.0	41.3	15.457***	100.0(970)
부모 없음	39.2	11.8	49.0		100.0(530)
가구소득					
200만 원 미만	28.4	13.1	58.5	96.183***	100.0(327)
200만~400만 원 미만	46.3	9.3	44.3		100.0(438)
400만~600만 원 미만	53.6	8.8	37.6		100.0(347)
600만~800만 원 미만	60.9	6.6	32.5		100.0(149)
800만 원 이상	65.8	8.3	26.0		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001

3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

〈표 5-9〉~〈표 5-11〉은 연명치료 및 사전연명의료의향서에 대한 인지 및 이용 의사에 대한 결과이다. 전체의 75.7%가 연명치료에 대해 반대하였다. 사전연명의료의향서는 17.9%만이 제대로 인지하고 있으나, 이미 작성했거나 향후 작성할 의향이 있는 비율은 47.1%로 높게 나타났다.

연명치료 동의 여부에 대한 제 특성별 차이는 두드러지지 않았다(〈표 5-9〉 참조). 다만 연령대별 차이는 존재하였으며, 50대의 연명치료 반대율이 82.1%로 다른 연령대에 비해서 높다.

사전연명의료의향서에 대한 인지 여부의 제 특성별 차이를 〈표 5-10〉을 통해 살펴보았다. 우선 성별에 있어 남성에 비해 여성의 인지율이 높다(여성 19.2%, 남성 16.6%). 연령대별로는 50대 20.7%, 60대 19.1% 순으로 높았으며, 이 외 연령대는 15% 내외로 비슷하였다. 지역별로는 동부 지역 거주자가(19.2%), 교육 수준에 있어서는 전문대졸 이상인 경우(23.3%) 사전연명의료의향서를 더 많이 인지하고 있다.

취업자인 경우 사전연명의료의향서에 대해 더 많이 인지하고 있었으나, 미취업자와의 차이는 크지 않다. 단 종사 직종에 있어 관리자 및 (준)전문가인 경우 사전연명의료의향서 인지율이 26.2%로 타 직종에 비해 높아 직종 간 차이를 드러냈다.

종교 여부 역시 영향이 있었으며, 종교가 있는 경우 사전연명의료의향서에 대한 인지율이 20.4%인 반면 무교는 14.9%로 나타났다. 주관적 건강 상태가 좋은 집단에서 사전연명의료의향서에 대한 인지율이 19.7%로 가장 높다.

사회적 관계망에 있어서는 배우자, 자녀 및 부모가 있는 경우 사전연명의료의향서에 대해 더 많이 인지하는 것으로 나타났다(18.8%, 18.4%, 18.3%). 마지막으로 가구소득이 높은 집단에서 사전연명의료의향서에 대해 가장 높은 인지율을 보이고 있다(30.1%).

사전연명의료의향서 작성 의사에 대한 제 특성별 차이는 <표 5-11>과 같다. 성별에 있어서는 여성이 남성에 비해 작성 의사가 더 높게 나타났다(여성 49.7%, 남성 42.8%). 연령대별로는 50대에서 작성 의사가 53.1%로 가장 높다. 70대는 향후 작성 의사는 26.1%로 연령대별 비교 시 가장 낮으나, 이미 작성한 비율은 4.1%로 가장 높다. 지역별로는 동부 지역 거주자가 읍면부 거주자에 비해 사전연명의료의향서에 대한 작성 의사가 높게 나타났다(동부 48.3%, 읍면부 38.5%). 교육 수준이 높을수록 작성 의사가 높았으며, 전문대졸 이상은 55.0%가 향후 작성할 의사가 있는 것으로 보고하였다.

취업 여부에 따른 차이는 적으나, 직종별 비교 시 농(임·어)업 종사자의 경우 향후 사전연명의료의향서 작성 의사가 21.2%로 타 직종 종사자에 비해 낮았다. 또한 주관적 건강 상태가 좋은 집단에서 향후 사전연명의료의향서를 작성하겠다는 응답이 가장 높게 나타났다(49.7%).

한편 사회적 관계망에 있어서는 배우자, 자녀 및 부모가 있는 경우 사전연명의료의향서 작성 의향을 더 높게 보고하였다(48.5%, 47.2%, 50.0%). 가구소득이 높은 집단의 경우 사전연명의료의향서에 대해 더 높은 작성 의사를 나타냈다.

118 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 5-9〉 일반 특성별 연명치료에 대한 찬성 정도

(단위: %(명))

구분	매우 찬성	찬성하는 편	그저 그렇다	반대하는 편	매우 반대	χ^2	계(명)
전체	1.7	7.4	15.2	44.0	31.7		100.0(1,500)
성별							
남성	1.8	8.5	17.2	44.9	27.6	14.569**	100.0(741)
여성	1.5	6.4	13.2	43.1	35.7		100.0(759)
연령							
40대	1.3	9.1	21.8	44.6	23.3	62.929***	100.0(485)
50대	2.3	4.0	11.6	47.4	34.7		100.0(487)
60대	1.3	6.8	13.2	39.6	39.1		100.0(331)
70대	1.7	13.1	11.4	41.2	32.7		100.0(197)
연령							
40~64세	1.6	6.6	15.6	45.5	30.6	8.456	100.0(1,119)
65~79세	1.8	9.8	13.9	39.4	35.0		100.0(381)
지역							
동부	1.8	7.4	14.9	43.6	32.3	2.207	100.0(1,192)
읍면부	1.1	7.4	16.4	45.6	29.4		100.0(308)
교육 수준							
초졸 이하	3.1	11.5	17.2	38.2	30.0	14.461	100.0(166)
중졸	2.6	6.5	17.3	38.2	35.3		100.0(156)
고졸	1.6	7.0	13.6	45.2	32.5		100.0(507)
전문대졸 이상	1.1	7.0	15.4	45.8	30.7		100.0(671)
취업 유무							
취업	1.6	7.6	16.7	44.9	29.1	9.363	100.0(917)
미취업	1.7	7.2	12.7	42.5	35.9		100.0(578)
직업 종류							
관리직 및 전문가	1.6	7.1	14.5	44.7	32.1	39.660	100.0(146)
사무종사자	1.0	8.7	17.3	43.9	29.1		100.0(268)
서비스종사자	0.8	7.7	16.4	44.8	30.2		100.0(244)
판매종사자	2.5	7.2	17.3	45.2	27.9		100.0(93)
농림어업종사자	5.0	11.4	21.1	43.0	19.4		100.0(55)
기능직 및 조립공	0.0	5.1	15.0	50.8	29.0		100.0(70)
단순노무 외	7.5	2.1	18.5	43.3	28.5		100.0(40)
무급가족종사자	1.5	5.3	11.9	42.0	39.2		100.0(435)
종교							
종교 있음	2.3	7.6	14.6	43.5	32.0	5.323	100.0(816)
종교 없음	0.9	7.3	16.0	44.5	31.4		100.0(684)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	1.3	7.1	15.3	43.4	32.9	4.728	100.0(891)
보통	2.4	7.8	15.8	43.3	30.7		100.0(428)
(매우) 나쁨	1.5	8.4	13.4	48.3	28.3		100.0(181)
배우자 유무							
유배우자	1.7	7.2	14.1	44.9	32.1	11.015*	100.0(1,275)
무배우자	1.5	8.8	21.9	37.9	29.9		100.0(223)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	1.4	7.2	14.3	44.5	32.7	27.460***	100.0(1,398)
자녀 없음	4.9	11.4	27.7	37.4	18.6		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	1.8	7.2	16.1	44.5	30.4	3.962	100.0(970)
부모 없음	1.4	7.9	13.6	42.9	34.2		100.0(530)
가구소득							
200만 원 미만	2.5	10.8	18.0	38.3	30.4	41.941	100.0(327)
200만~400만 원 미만	1.8	6.5	16.3	45.6	29.7		100.0(438)
400만~600만 원 미만	1.6	6.2	12.0	45.8	34.3		100.0(347)
600만~800만 원 미만	2.0	8.0	11.4	46.3	32.3		100.0(149)
800만 원 이상	0.0	6.2	9.3	45.9	38.6		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

〈표 5-10〉 일반 특성별 사전연명의료의향서에 대한 인지 여부

(단위: %(명))

구분	잘 알고 있다	들어는 봤지만 잘 알지 못한다	모른다	X ²	계(명)
전체	17.9	35.0	47.1		100.0(1,500)
성별					
남성	16.6	34.6	48.8	2.297	100.0(741)
여성	19.2	35.3	45.5		100.0(759)
연령					
40대	15.3	40.7	44.0	38.742***	100.0(485)
50대	20.7	35.8	43.4		100.0(487)
60대	19.1	34.3	46.6		100.0(331)
70대	15.2	19.9	65.0		100.0(197)
연령					
40~64세	18.6	37.8	43.6	22.764***	100.0(1,119)
65~79세	15.8	26.7	57.5		100.0(381)
지역					
동부	19.2	37.2	43.6	29.368***	100.0(1,192)
읍면부	12.7	26.4	60.8		100.0(308)
교육 수준					
초졸 이하	8.1	12.1	79.8	111.155***	100.0(166)
중졸	13.1	29.2	57.7		100.0(156)
고졸	15.4	38.8	45.8		100.0(507)
전문대졸 이상	23.3	39.1	37.6		100.0(671)
취업 유무					
취업	18.6	37.2	44.2	7.516*	100.0(917)
미취업	16.9	31.7	51.4		100.0(578)
직업 종류					
관리직 및 전문가	26.2	29.0	44.8	48.918***	100.0(146)
사무종사자	20.2	40.2	39.6		100.0(268)
서비스종사자	22.0	40.1	37.9		100.0(244)
판매종사자	12.5	45.1	42.4		100.0(93)
농림어업종사자	4.3	26.4	69.3		100.0(55)
기능직 및 조립공	5.7	34.5	59.9		100.0(70)
단순노무 외	16.0	31.1	52.9		100.0(40)
무급가족종사자	16.6	33.5	49.9		100.0(435)
종교					
종교 있음	20.4	34.6	45.0	7.766*	100.0(816)
종교 없음	14.9	35.4	49.7		100.0(684)
주관적 건강 상태					
(매우) 건강	19.7	37.2	43.1	19.241**	100.0(891)
보통	16.5	33.3	50.2		100.0(428)
(매우) 나쁨	12.2	28.1	59.7		100.0(181)
배우자 유무					
유배우자	18.8	36.4	44.8	20.008***	100.0(1,275)
무배우자	12.9	26.0	61.1		100.0(223)
생존 자녀 유무					
자녀 있음	18.4	35.1	46.5	4.632	100.0(1,398)
자녀 없음	10.6	33.9	55.5		100.0(102)
생존 부모 유무					
부모 있음	18.3	39.0	42.7	24.615***	100.0(970)
부모 없음	17.1	27.6	55.3		100.0(530)
가구소득					
200만 원 미만	12.0	21.8	66.2	111.313***	100.0(327)
200만~400만 원 미만	17.8	39.8	42.4		100.0(438)
400만~600만 원 미만	16.1	42.5	41.4		100.0(347)
600만~800만 원 미만	25.8	38.2	36.0		100.0(149)
800만 원 이상	30.1	32.8	37.1		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

120 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 5-11〉 일반 특성별 사전연명의료의향서 작성 의사

(단위: %(명))

구분	작성 의사 있음	작성 의사 없음	아직 모르겠음	이미 작성	χ^2	계(명)
전체	46.3	12.7	40.2	0.8		100.0(1,500)
성별						
남성	42.8	15.4	41.4	0.4	16.544**	100.0(741)
여성	49.7	10.1	39.0	1.3		100.0(759)
연령						
40대	47.5	10.3	42.2	0.0	69.596***	100.0(485)
50대	53.1	12.5	33.8	0.6		100.0(487)
60대	46.5	12.8	40.2	0.5		100.0(331)
70대	26.1	19.0	50.8	4.1		100.0(197)
연령						
40~64세	50.5	11.5	37.7	0.3	46.866***	100.0(1,119)
65~79세	33.9	16.3	47.4	2.5		100.0(381)
지역						
동부	48.3	11.9	38.9	0.9	10.931*	100.0(1,192)
음면부	38.5	15.9	45.1	0.6		100.0(308)
교육 수준						
초졸 이하	23.8	14.3	59.1	2.8	86.891***	100.0(166)
중졸	27.2	16.8	55.5	0.5		100.0(156)
고졸	48.0	13.4	37.7	0.9		100.0(507)
전문대졸 이상	55.0	10.8	33.8	0.4		100.0(671)
취업 유무						
취업	47.6	13.1	38.9	0.4	6.902	100.0(917)
미취업	44.6	12.0	41.9	1.5		100.0(578)
직업 종류						
관리직 및 전문가	59.6	12.8	27.6	0.0	63.176***	100.0(146)
사무종사자	50.2	7.3	42.1	0.4		100.0(268)
서비스종사자	45.9	13.8	40.3	0.0		100.0(244)
판매종사자	50.0	20.2	28.4	1.5		100.0(93)
농림어업종사자	21.2	21.0	57.8	0.0		100.0(55)
기능직 및 조립공	43.5	14.9	41.6	0.0		100.0(70)
단순노무 외	34.1	18.8	43.2	3.8		100.0(40)
무급가족종사자	45.8	10.6	42.2	1.4		100.0(435)
종교						
종교 있음	46.8	13.6	38.5	1.1	3.725	100.0(816)
종교 없음	45.6	11.6	42.2	0.5		100.0(684)
주관적 건강 상태						
(매우) 건강	49.7	11.8	37.6	0.9	19.936**	100.0(891)
보통	44.7	13.8	40.8	0.7		100.0(428)
(매우) 나쁨	33.1	14.3	51.7	0.9		100.0(181)
배우자 유무						
유배우자	48.5	12.1	38.8	0.6	24.389***	100.0(1,275)
무배우자	33.9	16.0	47.6	2.5		100.0(223)
생존 자녀 유무						
자녀 있음	47.2	11.7	40.1	0.9	19.139***	100.0(1,398)
자녀 없음	33.2	25.8	41.0	0.0		100.0(102)
생존 부모 유무						
부모 있음	50.0	11.3	38.4	0.3	24.470***	100.0(970)
부모 없음	39.5	15.2	43.5	1.8		100.0(530)
가구소득						
200만 원 미만	28.6	17.6	51.4	2.4	94.913***	100.0(327)
200만~400만 원 미만	48.6	13.7	37.5	0.2		100.0(438)
400만~600만 원 미만	51.9	9.8	37.3	0.9		100.0(347)
600만~800만 원 미만	56.2	8.3	35.0	0.5		100.0(149)
800만 원 이상	66.2	7.2	26.6	0.0		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

장기 기증에 대한 질문에서는 전체의 64.6%가 찬성하는 것으로 나타났다(〈표 5-12〉 참조). 제 특성별로 구체적으로 살펴보면, 성별 및 지역에 따른 차이는 거의 없으나 저연령 집단에서 찬성 정도가 가장 높게 나타났다(40대 69.1%). 교육 수준에 따라서는 전문대졸 이상 집단에서 장기 기증에 가장 높은 찬성률을 보였고(68.5%), 취업자가 미취업자에 비해 장기 기증 찬성률이 더 높다(취업자 67.6%). 종사 직종에 있어서 농(임·어)업 종사자의 경우 찬성률이 46.8%로 타 직종에 비해 약 15%포인트 내외 낮게 나타났다.

주관적 건강 상태가 좋은 집단에서 장기 기증에 대한 찬성률 역시 높았으며(67.3%) 배우자, 자녀 및 부모와 사회적 관계망을 보유한 경우 장기 기증에 대한 찬성률이 더 높다(65.9%, 64.8%, 68.1%). 가구소득은 앞선 분석과 마찬가지로 가구소득이 높을수록 장기 기증에 대한 찬성률 역시 높다.

유언장 작성과 관련해서는 전체의 67.5%가 작성해야 한다고 응답하였으며(〈표 5-13〉 참조), 66.4%는 이미 작성했거나 향후 작성할 의사가 있다고 응답하였다(〈표 5-14〉 참조).

유언장 작성에 대한 생각을 제 특성별로 구체적으로 살펴보면(〈표 5-13〉 참조), 여성인 경우(70.6%), 40대 연령층에서(76.4%) 유언장 작성에 대한 찬성률이 높다. 지역별로는 동부 지역 거주자(69.0%)가, 교육 수준별로는 전문대졸 이상 학력 소지자(78.2%)가 유언장 작성 찬성률이 더 높다.

취업자의 유언장 찬성률은 71.9%로 미취업자에 비해 높다. 직종별로는 관리직 및 전문가 직종의 경우 84.9%로 가장 높은 반면 농(임·어)업종 사자는 36.1%에 그쳐 직종 간 차이가 뚜렷하다.

주관적 건강 상태가 좋은 경우(72.4%), 배우자, 자녀, 형제자매 및 부

모와 사회적 관계망을 보유한 경우 유언장 작성에 대하여 긍정적으로 인식하였다(69.9%, 67.8%, 74.2%). 가구소득이 높을수록 유언장 작성에 대해 긍정적으로 인식하였으나, 800만 원 이상 고소득집단에서 다소 감소하여 해석에 주의가 요구된다.

유언장 작성 여부에 대한 제 특성별 차이는 <표 5-14>와 같다. 유언장 작성 의사와 마찬가지로 여성(69.5%), 40대 연령층(74.9%)에서 유언장을 이미 작성했거나 향후 작성할 의사가 있는 것으로 나타났다. 지역별로는 동부 지역 거주자(68.2%)가, 교육 수준별로는 전문대졸 이상 학력소지자(77.2%)가 유언장 작성 경험이 있거나 향후 작성할 의사가 가장 높다. 한편 초등학교 졸업 이하의 학력 소지자는 35.3%만이 유언장 작성 경험이 있거나 향후 작성할 의사가 있는 것으로 나타나, 학력 간 차이가 두드러진다.

취업자의 70.4%는 유언장 작성 경험이 있거나 향후 작성할 의사가 있는 것으로 나타났다. 직종별로는 관리직 및 전문가 직종이 83.0%로 가장 높은 반면, 농(임·어)업 종사자는 34.7%로 차이가 뚜렷하다.

주관적 건강 상태가 좋은 경우 72.1%가 유언장 작성 경험이 있거나 향후 작성할 의사가 있는 것으로 응답하였다. 반면 주관적 건강 상태가 나쁜 경우 약 절반(49.5%)이 유언장 작성 의사가 없는 것으로 응답하였다. 사회적 관계망 및 가구소득의 경우 유언장 작성 찬성률과 유사한 경향을 보인다.

〈표 5-12〉 일반 특성별 장기 기증에 대한 찬성 정도

(단위: %(명))

구분	매우 찬성 찬성하는 편 그저 그렇다 반대하는 편 매우 반대					X ²	계(명)
전체	16.6	48.0	25.6	8.1	1.7		100.0(1,500)
성별							
남성	16.0	47.6	25.7	8.9	1.9	2.177	100.0(741)
여성	17.3	48.3	25.6	7.3	1.5		100.0(759)
연령							
40대	15.4	53.7	22.9	7.5	0.6	28.545**	100.0(485)
50대	19.2	46.9	24.9	7.2	1.9		100.0(487)
60대	15.3	45.5	30.0	7.5	1.8		100.0(331)
70대	15.8	40.6	27.0	12.6	4.0		100.0(197)
연령							
40~64세	17.3	50.2	24.0	7.3	1.3	16.820**	100.0(1,119)
65~79세	14.8	41.5	30.5	10.5	2.7		100.0(381)
지역							
동부	16.9	48.1	25.3	8.2	1.5	2.266	100.0(1,192)
읍면부	15.6	47.5	26.7	7.6	2.6		100.0(308)
교육 수준							
초졸 이하	10.5	36.7	34.5	14.9	3.3	45.997***	100.0(166)
중졸	13.5	41.0	32.2	10.3	3.1		100.0(156)
고졸	17.3	50.9	24.8	5.3	1.7		100.0(507)
전문대졸 이상	18.4	50.1	22.6	7.9	1.0		100.0(671)
취업 유무							
취업	16.6	51.0	23.9	7.0	1.5	10.878*	100.0(917)
미취업	16.8	43.3	28.0	9.9	2.0		100.0(578)
직업 종류							
관리직 및 전문가	19.2	51.4	21.2	5.1	3.1	60.272***	100.0(146)
사무종사자	14.7	54.5	23.1	7.3	0.3		100.0(268)
서비스종사자	21.4	50.1	19.8	7.7	0.9		100.0(244)
판매종사자	18.3	53.2	18.5	9.1	0.9		100.0(93)
농림어업종사자	8.3	38.5	44.7	1.4	7.1		100.0(55)
기능직 및 조립공	7.9	51.2	34.6	4.3	2.0		100.0(70)
단순노무 외	13.1	42.3	29.9	14.6	0.0		100.0(40)
무급가족종사자	17.4	44.8	28.4	7.5	1.9		100.0(435)
종교							
종교 있음	17.6	49.8	23.4	7.6	1.7	6.322	100.0(816)
종교 없음	15.4	45.8	28.4	8.7	1.7		100.0(684)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	17.8	49.5	24.5	7.0	1.1	25.248**	100.0(891)
보통	16.2	45.7	28.4	7.3	2.5		100.0(428)
(매우) 나쁨	11.9	45.6	24.5	15.4	2.6		100.0(181)
배우자 유무							
유배우자	16.2	49.7	25.1	7.3	1.7	14.045**	100.0(1,275)
무배우자	19.3	37.5	28.9	12.3	1.9		100.0(223)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	16.1	48.7	25.8	7.6	1.8	12.320*	100.0(1,398)
자녀 없음	23.8	37.2	23.7	14.5	0.9		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	17.7	50.4	24.4	6.3	1.3	20.140***	100.0(970)
부모 없음	14.7	43.5	27.9	11.4	2.4		100.0(530)
가구소득							
200만 원 미만	15.8	38.6	32.3	10.5	2.8	74.221**	100.0(327)
200만~400만 원 미만	14.5	50.9	26.4	6.5	1.8		100.0(438)
400만~600만 원 미만	18.3	48.9	22.9	9.1	0.8		100.0(347)
600만~800만 원 미만	16.7	57.1	21.5	4.2	0.5		100.0(149)
800만 원 이상	24.7	52.0	18.8	3.8	0.8		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

124 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 5-13〉 일반 특성별 유언장 작성에 대한 찬성 정도

(단위: %(명))

구분	작성해야 한다	작성하지 않아도 된다	χ^2	계(명)
전체	67.5	32.5		100.0(1,500)
성별				
남성	64.2	35.8	6.957*	100.0(741)
여성	70.6	29.4		100.0(759)
연령				
40대	76.4	23.6	78.080***	100.0(485)
50대	72.9	27.1		100.0(487)
60대	59.1	40.9		100.0(331)
70대	45.9	54.1		100.0(197)
연령				
40~64세	73.0	27.0	61.713***	100.0(1,119)
65~79세	51.3	48.7		100.0(381)
지역				
동부	69.0	31.0	5.896*	100.0(1,192)
읍면부	61.6	38.4		100.0(308)
교육 수준				
초졸 이하	39.0	61.0	112.730***	100.0(166)
중졸	52.3	47.7		100.0(156)
고졸	67.2	32.8		100.0(507)
전문대졸 이상	78.2	21.8		100.0(671)
취업 유무				
취업	71.9	28.1	21.419***	100.0(917)
미취업	60.4	39.6		100.0(578)
직업 종류				
관리직 및 전문가	84.9	15.1	63.322***	100.0(146)
사무종사자	74.4	25.6		100.0(268)
서비스종사자	74.3	25.7		100.0(244)
판매종사자	76.0	24.0		100.0(93)
농림어업종사자	36.1	63.9		100.0(55)
기능직 및 조립공	59.7	40.3		100.0(70)
단순노무 외	55.3	44.7		100.0(40)
무급가족종사자	65.2	34.8		100.0(435)
종교				
종교 있음	69.1	30.9	2.119	100.0(816)
종교 없음	65.5	34.5		100.0(684)
주관적 건강 상태				
(매우) 건강	72.4	27.6	27.877***	100.0(891)
보통	62.6	37.4		100.0(428)
(매우) 나쁨	54.6	45.4		100.0(181)
배우자 유무				
유배우자	69.9	30.1	22.342***	100.0(1,275)
무배우자	53.8	46.2		100.0(223)
생존 자녀 유무				
자녀 있음	67.8	32.2	1.112	100.0(1,398)
자녀 없음	62.7	37.3		100.0(102)
생존 부모 유무				
부모 있음	74.2	25.8	56.484***	100.0(970)
부모 없음	55.2	44.8		100.0(530)
가구소득				
200만 원 미만	47.2	52.8	116.806***	100.0(327)
200만~400만 원 미만	67.3	32.7		100.0(438)
400만~600만 원 미만	79.4	20.6		100.0(347)
600만~800만 원 미만	83.9	16.1		100.0(149)
800만 원 이상	76.7	23.3		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001

3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

〈표 5-14〉 일반 특성별 유언장 작성 여부

(단위: %(명))

구분	이미 작성	아직 작성하지 않았지만 향후 작성	작성하지 않았고 앞으로도 작성 안 함	X ²	계(명)
전체	1.5	64.9	33.6		100.0(1,500)
성별					
남성	1.0	62.3	36.7	8.709*	100.0(741)
여성	2.0	67.5	30.5		100.0(759)
연령					
40대	0.5	74.4	25.2	93.371***	100.0(485)
50대	1.2	71.2	27.6		100.0(487)
60대	3.2	55.7	41.1		100.0(331)
70대	2.1	41.6	56.3		100.0(197)
연령					
40~64세	1.1	71.3	27.6	80.601***	100.0(1,119)
65~79세	2.8	46.1	51.1		100.0(381)
지역					
동부	1.4	66.8	31.8	9.566**	100.0(1,192)
읍면부	2.1	57.5	40.5		100.0(308)
교육 수준					
초졸 이하	0.5	34.8	64.7	127.027***	100.0(166)
중졸	2.1	48.2	49.7		100.0(156)
고졸	1.9	65.4	32.7		100.0(507)
전문대졸 이상	1.3	75.9	22.8		100.0(671)
취업 유무					
취업	1.0	69.4	29.5	21.993***	100.0(917)
미취업	2.3	57.8	40.0		100.0(578)
직업 종류					
관리직 및 전문가	1.6	81.4	17.0	67.040***	100.0(146)
사무종사자	1.1	71.7	27.1		100.0(268)
서비스종사자	1.1	71.3	27.6		100.0(244)
판매종사자	0.0	76.1	23.9		100.0(93)
농림어업종사자	3.0	31.7	65.3		100.0(55)
기능직 및 조립공	0.0	59.7	40.3		100.0(70)
단순노무 외	0.0	53.5	46.5		100.0(40)
무급가족종사자	2.4	62.7	34.9		100.0(435)
종교					
종교 있음	1.8	67.1	31.1	5.703	100.0(816)
종교 없음	1.2	62.3	36.6		100.0(684)
주관적 건강 상태					
(매우) 건강	1.2	70.9	27.9	46.755***	100.0(891)
보통	1.5	60.3	38.2		100.0(428)
(매우) 나쁨	3.2	46.3	50.5		100.0(181)
배우자 유무					
유배우자	1.7	67.6	30.7	70.559***	100.0(1,275)
무배우자	0.7	49.7	49.6		100.0(223)
생존 자녀 유무					
자녀 있음	1.6	65.4	33.0	2.937	100.0(1,398)
자녀 없음	0.8	58.2	41.1		100.0(102)
생존 부모 유무					
부모 있음	1.3	71.4	27.3	51.131***	100.0(970)
부모 없음	1.9	53.0	45.1		100.0(530)
가구소득					
200만 원 미만	2.0	44.3	53.7	125.284***	100.0(327)
200만~400만 원 미만	1.4	65.5	33.1		100.0(438)
400만~600만 원 미만	0.5	76.5	22.9		100.0(347)
600만~800만 원 미만	2.0	80.4	17.7		100.0(149)
800만 원 이상	2.5	76.2	21.2		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

〈표 5-15〉의 임종 전 재산 처리 방식에 대해서는 과반수가 자녀 또는 가족에게 상속하겠다고 응답하였다(52.3%). 다음으로는 본인이 쓰고 싶은 곳에 지출하겠다는 응답이 26.1%, 일부는 자녀에게 상속하고 일부는 사회에 환원하겠다는 응답이 19.1%, 사회에 전 재산을 환원하겠다는 응답이 2.4% 등의 순을 차지하였다.

제 특성별로 살펴보면, 성별 및 지역별 차이는 거의 없다. 연령대별로는 70대에서 자녀 또는 가족에게 상속한다는 비율이 49.9%로 타 연령대에 비해 낮은 반면, 자신을 위해 사용하겠다는 응답은 35.7%로 가장 높아 재산 처리 방식에 대한 연령대별 경향성 차이를 확인할 수 있다. 교육 수준에 있어서는 자녀 또는 가족에게 상속하겠다는 응답은 비등한 수준이나, 본인을 위해 쓰겠다는 응답은 초등학교 졸업 이하 집단에서 36.7%로 가장 높게 나타났다. 취업 및 종교 여부는 뚜렷한 경향성을 보이지 않았다.

주관적 건강 상태가 나쁜 경우, 자녀 또는 가족에게 상속하겠다는 비율이 56.8%로 건강 상태가 좋거나 보통인 경우에 비해 높다. 사회적 관계망에 있어서는 배우자가 있거나 자녀가 있는 경우는 그렇지 않은 경우에 비해 가족에게 상속하겠다는 응답이 높게 나타났다(53.9%, 53.8%). 단, 부모의 유무는 재산 처리 방식에 큰 차이를 보이지 않았다.

한편 가구소득이 가장 낮은 집단(200만 원 미만)에서는 가족에게 상속하겠다는 비율이 가장 낮은 반면(47.8%), 자신을 위해 사용하겠다는 응답은 가장 높게 나타났다(34.9%).

〈표 5-15〉 일반 특성별 임종 전 재산 처리 방법

(단위 : %(명))

구분	자녀(가족) 상속	자녀 상속 및 사회 환원	사회에 전 재산 환원	본인이 희망하는 곳에 사용	기타 ⁴⁾	X ²	계(명)
전체	52.3	19.1	2.4	26.1	0.1		100.0(1,483)
성별							
남성	52.2	19.9	2.3	25.4	0.2	1.853	100.0(733)
여성	52.4	18.3	2.4	26.9	0.0		100.0(750)
연령							
40대	52.3	22.8	2.0	22.8	0.0	33.461**	100.0(482)
50대	54.0	21.2	1.9	22.6	0.3		100.0(481)
60대	51.3	15.7	2.5	30.5	0.0		100.0(325)
70대	49.9	10.3	4.2	35.7	0.0		100.0(195)
연령							
40~64세	52.7	21.5	2.0	23.7	0.1	26.220***	100.0(1,107)
65~79세	51.2	12.0	3.5	33.3	0.0		100.0(376)
지역							
동부	52.4	19.1	2.1	26.3	0.1	1.785	100.0(1,182)
읍면부	52.0	19.2	3.4	25.4	0.0		100.0(301)
교육 수준							
초졸 이하	51.6	7.1	4.5	36.7	0.0	67.271***	100.0(164)
중졸	51.3	10.6	3.0	35.1	0.0		100.0(152)
고졸	51.1	16.9	2.8	28.9	0.3		100.0(501)
전문대졸 이상	53.6	25.6	1.3	19.4	0.0		100.0(666)
취업 유무							
취업	52.2	21.5	1.5	24.7	0.2	18.552**	100.0(910)
미취업	52.3	15.3	3.8	28.5	0.0		100.0(570)
직업 종류							
관리직 및전문가	47.5	31.3	1.4	19.8	0.0	67.109***	100.0(145)
사무종사자	55.0	25.4	1.0	18.0	0.5		100.0(267)
서비스종사자	51.0	22.2	1.7	25.1	0.0		100.0(240)
판매종사자	59.9	12.0	0.8	27.3	0.0		100.0(93)
농림어업종사자	41.3	13.7	1.5	43.5	0.0		100.0(55)
기능직 및 조립공	57.2	8.5	0.0	34.3	0.0		100.0(70)
단순노무 외	46.6	11.6	7.4	34.5	0.0		100.0(40)
무급가족종사자	52.2	15.5	3.0	29.3	0.0		100.0(429)
종교							
종교 있음	52.8	22.0	2.8	22.3	0.2	20.088***	100.0(803)
종교 없음	51.7	15.7	1.9	30.7	0.0		100.0(680)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	50.5	21.4	1.8	26.1	0.2	19.311*	100.0(882)
보통	54.2	18.0	2.3	25.5	0.0		100.0(422)
(매우) 나쁨	56.8	10.1	5.3	27.7	0.0		100.0(178)
배우자 유무							
유배우자	53.9	19.6	2.0	24.5	0.1	19.842**	100.0(1,261)
무배우자	43.1	16.5	4.7	35.7	0.0		100.0(221)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	53.8	18.7	2.3	25.1	0.1	18.460**	100.0(1,381)
자녀 없음	32.4	24.2	3.7	39.7	0.0		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	53.0	21.0	1.9	23.9	0.1	14.219**	100.0(960)
부모 없음	51.0	15.5	3.2	30.3	0.0		100.0(523)
가구소득							
200만 원 미만	47.8	11.9	5.4	34.9	0.0	83.099***	100.0(323)
200만~400만 원 미만	52.0	18.2	1.3	28.5	0.0		100.0(431)
400만~600만 원 미만	55.0	21.5	1.1	22.4	0.0		100.0(345)
600만~800만 원 미만	55.2	24.3	2.1	18.4	0.0		100.0(149)
800만 원 이상	51.3	29.7	0.8	18.3	0.0		100.0(118)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001

3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임. 4) 셀 빈도가 5보다 적을 경우, 분석에서 제외됨.

연명치료를 비롯한 죽음과 관련하여 필요한 결정의 주체에 대해서는 본인이 74.5%로 압도적으로 높으며, 가족 18.1% 전문가 7.4%의 순으로 나타났다(〈표 5-16〉 참조).

구체적으로 살펴보면, 여성이 남성에 비해 죽음과 관련한 본인의 결정권을 더 높이 두었다(여성 80.6%, 남성 68.3%). 연령대별로는 본인의 결정권에 있어서는 큰 차이가 없으나, 전문가가 결정해야 한다는 비율에 있어서는 연령 간 차이가 다소 존재하여 40대에서 9.1%로 가장 높다. 지역 및 교육 수준에 있어서는 뚜렷한 경향성이 없다.

주관적 건강 상태가 좋은 경우, 본인이 결정해야 한다고 응답한 비율이 76.1%로 그렇지 않은 경우에 비해 높다. 한편 전문가의 결정을 따라야 한다는 응답은 주관적 건강 상태가 나쁜 집단에서 11.0%로 가장 높아 건강 상태 인식에 따른 경향성 차이를 보인다.

죽음에 대한 본인의 결정권에 대해서는 배우자나 자녀 존재 여부에 따른 큰 차이가 없었다. 단, 가족이 결정해야 한다는 응답은 배우자가 있거나 자녀가 있는 경우 더 높게 나타났다(각 18.3%). 이 외 생존해 계신 부모에 따른 차이는 적었다.

가구소득과 관련해서는 본인에 대한 결정권은 가구소득이 높을수록, 가족에 대한 결정권은 가구소득이 낮을수록 높은 경향성을 보인다.

〈표 5-16〉 일반 특성별 연명치료와 같은 죽음과 관련한 결정 주체

(단위: %(명))

구분	본인	가족	전문가	X ²	계(명)
전체	74.5	18.1	7.4		100.0(1,496)
성별					
남성	68.3	23.1	8.6	30.608***	100.0(737)
여성	80.6	13.1	6.3		100.0(758)
연령					
40대	73.5	17.4	9.1	6.473	100.0(484)
50대	74.7	19.6	5.7		100.0(487)
60대	77.2	16.1	6.7		100.0(329)
70대	72.2	19.2	8.6		100.0(195)
연령					
40~64세	74.5	18.0	7.5	0.063	100.0(1,118)
65~79세	74.4	18.3	7.2		100.0(378)
지역					
동부	74.8	17.2	8.0	5.115	100.0(1,190)
읍면부	73.3	21.5	5.2		100.0(305)
교육 수준					
초졸 이하	68.2	23.3	8.5	10.319	100.0(165)
중졸	71.8	21.1	7.1		100.0(154)
고졸	73.1	19.6	7.3		100.0(506)
전문대졸 이상	77.8	14.9	7.3		100.0(670)
취업 유무					
취업	73.2	19.1	7.7	2.255	100.0(916)
미취업	76.6	16.5	6.8		100.0(575)
직업 종류					
관리직 및 전문가	77.7	17.4	4.9	31.982**	100.0(146)
사무종사자	76.4	13.8	9.8		100.0(268)
서비스종사자	70.4	21.8	7.8		100.0(244)
판매종사자	79.6	16.0	4.4		100.0(93)
농림어업종사자	74.8	20.9	4.3		100.0(54)
기능직 및 조립공	61.6	28.6	9.8		100.0(70)
단순노무 외	55.9	32.4	11.6		100.0(40)
무급가족종사자	79.6	14.8	5.5		100.0(434)
종교					
종교 있음	75.4	17.5	7.1	0.606	100.0(814)
종교 없음	73.5	18.7	7.8		100.0(682)
주관적 건강 상태					
(매우) 건강	76.1	17.3	6.6	5.618	100.0(891)
보통	73.1	19.2	7.7		100.0(425)
(매우) 나쁨	69.9	19.1	11.0		100.0(180)
배우자 유무					
유배우자	74.2	18.3	7.5	0.309	100.0(1,273)
무배우자	75.9	16.8	7.3		100.0(220)
생존 자녀 유무					
자녀 있음	74.7	18.3	7.1	3.730	100.0(1,395)
자녀 없음	72.6	14.9	12.4		100.0(100)
생존 부모 유무					
부모 있음	75.1	17.2	7.7	1.479	100.0(968)
부모 없음	73.5	19.6	6.9		100.0(527)
가구소득					
200만 원 미만	68.9	22.1	9.0	33.440*	100.0(325)
200만~400만 원 미만	75.5	16.6	7.9		100.0(437)
400만~600만 원 미만	77.8	16.2	6.0		100.0(347)
600만~800만 원 미만	76.8	18.6	4.7		100.0(149)
800만 원 이상	80.9	11.3	7.8		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

죽음을 앞둔 사람을 위해 가족들이 가장 신경 써야 하는 부분에 대해서는 스스로 죽음을 잘 준비할 수 있도록 하는 것(35.7%), 자주 접촉하여 사랑을 표현하는 것(23.5%), 신체 통증 감소를 위한 관리(21.0%) 등의 순으로 나타났다(〈표 5-17〉 참조).

제 특성별로는 성별에 따른 차이는 부재한 반면, 연령대별로는 고연령 집단에서 신체 통증에 대한 관리를 신경 써야 한다는 응답이 높다(70대 30.9%). 지역에 따른 차이는 뚜렷하지 않으며, 교육 수준 역시 연령별 차이와 마찬가지로 신체 통증에 대한 관리 부분에 있어 차이가 발견되었다. 즉 초졸 이하 집단에서 신체 통증에 대한 관리가 필요하다는 응답이 타 학력집단보다 높다(30.2%).

취업 및 종교 여부에 따라서는 별다른 차이가 없다. 주관적 건강 상태에 있어서는, 건강 상태가 좋은 경우 스스로 죽음을 잘 준비할 수 있도록 지원해야 한다는 응답이 37.5%로 타 집단에 비해 높다. 반면 건강 상태가 나쁜 경우, 신체 통증에 대한 관리 호소가 33.3%로 타 집단에 비해 높아 건강 상태에 따른 뚜렷한 차이를 보인다.

사회적 관계망에 있어서는 자녀나 부모가 있는 경우, 자주 접촉하여 사랑을 표현해 주었으면 하는 응답이 각 23.9%, 24.4%로 그렇지 않은 경우에 비해 높다. 가구소득에 따른 차이는 신체 통증을 덜 느끼도록 관리해 주길 바라는 응답에서, 가구소득이 낮은 집단이 가장 높은 응답률을 보인다(29.2%).

〈표 5-17〉 일반 특성별 임종 전 가족들이 가장 신경 써야 하는 부분

(단위: %(명))

구분	스스로 준비 지원	찾은 접촉 및 애정	신체 통증 감소	죽음 두려움 감소	사후 절차 준비	법(행정)적 정리	기타 ⁴⁾	X ²	계(명) ⁵⁾
전체 성별	35.7	23.5	21.0	14.3	3.7	1.7	0.1		100.0(1,486)
남성	37.1	22.8	21.4	12.3	4.2	2.3	0.0	9.839	100.0(731)
여성	34.4	24.2	20.7	16.3	3.3	1.1	0.1		100.0(755)
연령									
40대	37.5	29.1	14.4	13.6	3.4	2.1	0.0	44.908***	100.0(484)
50대	36.3	20.4	22.1	16.3	3.5	1.5	0.0		100.0(483)
60대	32.7	23.4	23.4	14.3	4.9	1.3	0.0		100.0(328)
70대	34.9	17.0	30.9	11.3	3.3	2.1	0.4		100.0(191)
연령									
40~64세	36.6	24.4	18.7	15.1	3.6	1.6	0.0	18.870**	100.0(1,112)
65~79세	32.9	20.8	27.9	12.1	4.2	2.0	0.2		100.0(374)
지역									
동부	35.4	23.8	20.8	14.6	3.6	1.8	0.1	1.523	100.0(1,182)
읍면부	36.8	22.2	21.8	13.4	4.3	1.5	0.0		100.0(304)
교육 수준									
초졸 이하	31.8	21.4	30.2	10.8	4.0	1.9	0.0	64.375***	100.0(160)
중졸	34.1	17.5	25.9	11.9	7.8	2.9	0.0		100.0(154)
고졸	30.5	20.7	23.4	19.5	3.5	2.2	0.2		100.0(502)
전문대졸 이상	40.9	27.4	15.9	11.9	2.9	1.0	0.0		100.0(670)
취업 유무									
취업	36.7	25.2	19.1	13.8	3.5	1.8	0.0	9.703	100.0(911)
미취업	34.3	20.9	23.6	15.4	4.1	1.6	0.1		100.0(571)
직업 종류									
관리직 및 전문가	37.6	27.8	22.3	8.4	2.4	1.6	0.0	64.609*	100.0(146)
사무종사자	42.8	27.9	14.5	11.9	1.9	1.0	0.0		100.0(267)
서비스종사자	33.9	23.6	19.1	16.3	6.3	0.9	0.0		100.0(241)
판매종사자	27.8	27.9	16.8	21.5	1.1	5.0	0.0		100.0(91)
농림어업종사자	31.6	19.1	33.9	11.3	1.5	2.6	0.0		100.0(55)
기능직 및 조립공	34.8	22.6	16.2	16.4	6.6	3.4	0.0		100.0(70)
단순노무 외	39.5	14.9	27.1	12.0	4.3	2.2	0.0		100.0(40)
무급가족종사자	34.5	22.0	22.4	16.8	3.3	0.9	0.2		100.0(431)
종교									
종교 있음	33.3	26.2	20.4	14.2	4.7	1.0	0.1	19.351**	100.0(810)
종교 없음	38.5	20.2	21.8	14.5	2.5	2.5	0.0		100.0(676)
주관적 건강 상태									
(매우) 건강	37.5	25.0	17.9	14.7	3.1	1.8	0.1	33.668**	100.0(887)
보통	32.6	23.7	22.3	15.7	4.8	0.9	0.0		100.0(421)
(매우) 나쁨	34.3	15.6	33.3	9.6	4.2	3.0	0.0		100.0(178)
배우자 유무									
유배우자	36.2	24.0	20.2	14.3	3.6	1.6	0.1	5.068	100.0(1,263)
무배우자	33.0	20.4	25.2	14.5	4.4	2.3	0.0		100.0(221)
생존 자녀 유무									
자녀 있음	35.6	23.9	21.2	14.3	3.4	1.5	0.1	10.760	100.0(1,386)
자녀 없음	37.1	18.0	17.7	14.6	8.1	4.4	0.0		100.0(101)
생존 부모 유무									
부모 있음	36.9	24.4	18.8	15.3	3.1	1.6	0.0	14.754*	100.0(965)
부모 없음	33.5	21.8	25.1	12.6	4.8	2.0	0.2		100.0(521)
가구소득									
200만 원 미만	31.5	19.4	29.2	13.3	4.2	2.4	0.0	89.397**	100.0(322)
200만~400만 원 미만	32.9	23.4	20.0	16.6	5.8	1.1	0.2		100.0(437)
400만~600만 원 미만	35.5	26.1	17.3	17.5	2.5	1.1	0.0		100.0(346)
600만~800만 원 미만	49.2	29.7	11.9	5.5	2.9	0.8	0.0		100.0(149)
800만 원 이상	38.2	25.0	18.2	15.0	0.6	2.9	0.0		100.0(118)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음. 2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001
 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임. 4) 셀 빈도가 5보다 적을 경우, 분석에서 제외됨.
 5) 무응답 14명을 제외하고 분석함.

장례식을 하는 이유에 대한 분석 결과(〈표 5-18〉 참조), 가까운 지인들에게 이별할 기회를 제공하기 위해서가 31.2%로 가장 높게 나타났다. 다음으로는 고인을 추모하기 위해서가 28.7%, 자녀 등 남은 가족의 도리이기 때문에 18.9%, 사망 소식을 알리기 위함이 11.5% 등의 순이다.

구체적으로는 여성인 경우, 가까운 사람에게 이별할 기회를 제공하기 위해 장례식을 한다는 응답이 33.3%로 남성 29.0%에 비해 높다. 연령대별로는 40대에서 가까운 사람과의 이별을 위해서라는 응답이 39.5%로 가장 높은 반면, 자녀 등 남은 가족의 도리라는 응답은 70대에서 33.7%로 가장 높아 연령대별 뚜렷한 차이가 발견된다.

지역별로는 동부 지역에 거주하는 경우, 가까운 사람과 이별할 기회를 제공하기 위해서라는 응답이 32.8%로 읍면부 지역 거주자에 비해 높은 반면, 자녀 등 남은 가족의 도리라는 응답은 반대의 경향을 보인다.

교육 수준에 있어서는 전문대졸 이상 집단에서 가까운 사람과의 이별 기회 제공을 위해 장례식을 치른다는 응답이 39.2%로 타 집단에 비해 높다. 반면 자녀 등 남은 가족의 도리라는 응답은 초졸 이하 집단에서 가장 높은 32.7%로 나타났다.

취업자의 경우 가까운 사람과 이별할 기회를 제공하기 위해서(33.4%), 혹은 고인을 추모하기 위해서(30.5%)라는 응답이 미취업자에 비해 높다.

주관적 건강 상태가 좋은 경우, 가까운 사람과의 이별 기회 제공을 위해 장례식을 한다는 응답이 34.8%로 타 집단에 비해 높다. 주관적 건강 상태를 나쁘게 인식하는 경우, 자녀 등 남은 가족의 도리이기에 장례식을 한다는 응답이 27.9%로 타 집단에 비해 높아 건강 상태에 따른 경향성 차이를 나타낸다.

사회적 관계망에 있어서는 배우자나 부모가 있는 경우, 가까운 사람과 이별할 기회를 제공하기 위해 장례식을 한다는 응답이 그렇지 않은 경우

에 비해 높다(32.9%, 35.2%). 반면 같은 항목에 대해 자녀가 없는 경우 더 높은 응답률을 보인다(35.1%).

가구소득에 따라 장례식을 하는 이유에 있어, 자녀 등 남은 가족의 도리라는 응답(27.5%)과 사망 소식을 알리기 위해서라는 응답(14.5%)이 가구소득 200만 원 미만의 저소득집단에서 가장 높았다.

134 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 5-18〉 일반 특성별 장례식을 하는 가장 큰 이유

(단위: %(명))

구분	사망 소식 알림	지인들 이별할 기회 제공	남은 가족 도리	고인 추모	남은 가족 위로	기타 ⁴⁾	X ²	계(명) ⁵⁾
전체	11.5	31.2	18.9	28.7	9.4	0.3		100.0(1,480)
성별								
남성	11.4	29.0	19.7	29.4	10.0	0.5	5.261	100.0(731)
여성	11.5	33.3	18.2	28.1	8.8	0.1		100.0(749)
연령								
40대	11.0	39.5	11.8	28.7	8.9	0.0	89.489***	100.0(482)
50대	10.7	31.7	16.4	31.7	9.5	0.0		100.0(485)
60대	10.2	28.4	24.7	26.3	9.3	1.1		100.0(326)
70대	16.7	13.1	33.7	25.3	10.7	0.5		100.0(187)
연령								
40~64세	11.1	34.5	14.7	30.1	9.3	0.2	61.556***	100.0(1,111)
65~79세	12.7	21.0	31.6	24.7	9.6	0.5		100.0(369)
지역								
동부	11.1	32.8	18.4	27.8	9.6	0.3	8.676	100.0(1,177)
읍면부	12.9	24.9	21.0	32.3	8.7	0.3		100.0(303)
교육 수준								
초졸 이하	15.8	11.6	32.7	26.0	13.3	0.5	71.306***	100.0(159)
중졸	12.5	26.5	24.0	26.3	10.2	0.5		100.0(154)
고졸	12.4	28.2	18.0	31.7	9.6	0.2		100.0(498)
전문대졸 이상	9.5	39.2	15.2	27.7	8.2	0.3		100.0(669)
취업 유무								
취업	10.8	33.4	16.7	30.5	8.3	0.2	16.170**	100.0(908)
미취업	12.4	27.8	22.3	26.0	11.0	0.4		100.0(568)
직업 종류								
관리직 및 전문가	11.5	44.0	13.0	24.6	6.2	0.6	67.787**	100.0(145)
사무종사자	10.4	39.1	12.7	31.4	6.4	0.0		100.0(267)
서비스종사자	7.5	33.4	19.9	31.0	7.8	0.4		100.0(241)
판매종사자	9.1	29.2	15.7	34.3	11.7	0.0		100.0(92)
농림어업종사자	12.2	14.2	31.9	33.9	7.8	0.0		100.0(55)
기능직 및 조립공	17.6	20.1	16.7	28.4	17.2	0.0		100.0(68)
단순노무 외	22.0	16.3	18.3	33.9	9.5	0.0		100.0(39)
무급가족종사자	12.3	30.1	19.8	26.6	11.0	0.2		100.0(427)
종교								
종교 있음	11.1	31.7	18.7	29.1	9.4	0.0	5.320	100.0(804)
종교 없음	11.9	30.6	19.2	28.2	9.4	0.6		100.0(676)
주관적 건강 상태								
(매우) 건강	11.0	34.8	17.8	26.8	9.4	0.1	33.636***	100.0(885)
보통	12.8	29.2	17.5	32.0	8.1	0.4		100.0(417)
(매우) 나쁨	10.6	17.8	27.9	30.4	12.4	1.0		100.0(178)
배우자 유무								
유배우자	10.6	32.9	17.5	29.5	9.2	0.2	25.728***	100.0(1,260)
무배우자	16.5	21.6	26.8	24.4	9.9	0.7		100.0(218)
생존 자녀 유무								
자녀 있음	11.4	30.9	18.8	29.2	9.4	0.3	5.163	100.0(1,381)
자녀 없음	12.9	35.1	20.7	21.5	9.0	0.8		100.0(99)
생존 부모 유무								
부모 있음	10.9	35.2	15.8	29.1	8.7	0.3	30.609***	100.0(963)
부모 없음	12.6	23.7	24.7	28.0	10.7	0.3		100.0(518)
가구소득								
200만 원 미만	14.5	17.5	27.5	29.0	10.9	0.5	151.614***	100.0(320)
200만~400만 원 미만	12.4	27.7	19.1	29.9	10.7	0.2		100.0(432)
400만~600만 원 미만	10.5	42.5	16.4	23.6	7.1	0.0		100.0(345)
600만~800만 원 미만	8.1	38.8	12.5	34.1	6.5	0.0		100.0(149)
800만 원 이상	6.9	45.0	12.4	26.5	7.7	1.5		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음. 2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001
3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임. 4) 셀 빈도가 5보다 적을 경우, 분석에서 제외됨. 5) 무응답 20명을 제외하고 분석함.

제4절 좋은 죽음에 대한 태도

〈표 5-19〉~〈표 5-28〉을 통하여 좋은 죽음에 대한 인식 및 태도를 확인하였다. 연구진 간 논의를 통해 선정된 좋은 죽음과 관련한 10가지 항목에 대해, ‘전혀 동의하지 않는다’부터 ‘매우 동의한다’의 4점 척도로 이를 분석했다.

‘임종 때 정신이 온전해야 좋은 죽음이다’라는 항목에 대해서는 전체의 80.8%가 (매우) 동의하는 것으로 나타났다(〈표 5-19〉 참조). 제 특성별로는 성별에 따른 차이는 적었으며, 연령대별로 70대에서 동의하는 비율이 87.0%로 타 연령대에 비해 높다. 지역별 차이에 있어서는 읍면부 거주자의 동의율이 동부 거주자에 비해 높고(읍면부 83.1%, 동부 80.1%), 교육 수준별로는 초졸 이하 집단에서 동의율이 가장 높다(88.2%).

주관적 건강 상태와 관련하여, 스스로 건강하지 않다고 인식하는 경우 임종 때 정신이 온전해야 좋은 죽음이라고 인식하는 비율이 가장 높다(83.6%). 사회적 관계망과 관련해서는 관계망 유형에 따른 인식 차이가 발견되었다. 배우자 유무에 따른 인식 차이는 적으나, 자녀가 있는 경우는 그렇지 않은 경우에 비해 임종 때 정신이 온전해야 좋은 죽음이라는 것에 더 동의하였다(80.9%). 반면 부모가 없는 경우 임종 때 정신이 온전해야 좋은 죽음으로 인식하였다(85.3%). 가구소득에 있어서는 200만 원 미만의 저소득 집단에서 정신이 온전해야 좋은 죽음이라고 인식하는 비율이 가장 높게 나타났다(84.0%).

136 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 5-19〉 일반 특성별 '임종 때 정신이 온전해야 좋은 죽음이다'에 대한 동의율

(단위: %(명), 점)

구분	전혀 않음	동의하지 않는 편	동의하는 편	매우 동의	평균	F	계(명)
전체	2.7	16.6	45.3	35.5	3.1		100.0(1,500)
성별							
남성	3.1	14.0	45.3	37.6	3.2	3.868*	100.0(741)
여성	2.3	19.2	45.2	33.4	3.1		100.0(759)
연령							
40대	3.3	17.9	44.3	34.6	3.1	2.045	100.0(485)
50대	3.4	17.7	44.5	34.5	3.1		100.0(487)
60대	1.3	16.5	46.4	35.8	3.2		100.0(331)
70대	2.0	11.0	47.6	39.4	3.2		100.0(197)
연령							
40~64세	3.2	17.8	44.1	34.9	3.1	5.267*	100.0(1,119)
65~79세	1.3	13.1	48.6	37.0	3.2		100.0(381)
지역							
동부	2.8	17.1	44.8	35.3	3.1	0.889	100.0(1,192)
읍면부	2.1	14.8	46.9	36.2	3.2		100.0(308)
교육 수준							
초졸 이하	1.4	10.5	50.0	38.2	3.2	1.844	100.0(166)
중졸	2.8	14.1	48.6	34.5	3.1		100.0(156)
고졸	3.2	20.2	41.2	35.4	3.1		100.0(507)
전문대졸 이상	2.6	15.9	46.4	35.1	3.1		100.0(671)
취업 유무							
취업	2.5	15.8	45.4	36.3	3.2	1.619	100.0(917)
미취업	3.0	17.8	45.3	34.0	3.1		100.0(578)
직업 종류							
관리직 및 전문가	2.4	5.6	47.9	44.1	3.3	2.226*	100.0(146)
사무종사자	2.9	20.0	43.9	33.2	3.1		100.0(268)
서비스종사자	2.6	16.3	44.8	36.3	3.1		100.0(244)
판매종사자	4.1	12.5	45.4	38.0	3.2		100.0(93)
농림어업종사자	0.0	13.8	61.8	24.5	3.1		100.0(55)
기능직 및 조립공	2.1	24.8	33.9	39.2	3.1		100.0(70)
단순노무 외	0.0	16.4	47.0	36.5	3.2		100.0(40)
무급가족종사자	2.3	19.6	47.2	30.9	3.1		100.0(435)
종교							
종교 있음	2.8	17.0	46.2	34.0	3.1	1.147	100.0(816)
종교 없음	2.6	16.1	44.1	37.2	3.2		100.0(684)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	2.7	16.9	44.3	36.1	3.1	0.618	100.0(891)
보통	2.7	17.1	46.8	33.4	3.1		100.0(428)
(매우) 나쁨	2.6	13.8	46.3	37.3	3.2		100.0(181)
배우자 유무							
유배우자	2.7	16.8	45.0	35.4	3.1	0.105	100.0(1,275)
무배우자	2.4	15.5	46.8	35.3	3.1		100.0(223)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	2.8	16.3	45.7	35.2	3.1	0.085	100.0(1,398)
자녀 없음	1.5	20.5	38.9	39.1	3.2		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	3.2	18.7	44.3	33.9	3.1	9.585**	100.0(970)
부모 없음	1.8	12.8	46.9	38.4	3.2		100.0(530)
가구소득							
200만 원 미만	2.3	13.7	47.5	36.5	3.2		100.0(327)
200만~400만 원 미만	3.4	17.7	46.0	32.9	3.1	0.979	100.0(438)
400만~600만 원 미만	2.3	18.7	39.7	39.4	3.2		100.0(347)
600만~800만 원 미만	2.2	18.9	46.9	32.0	3.1		100.0(149)
800만 원 이상	4.1	17.2	40.8	37.9	3.1		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

〈표 5-20〉을 통해 ‘가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이다’에 대한 태도를 확인하였다. 전체의 63.3%는 가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이 아닌 것으로 인식하였다.

일반 특성별로는 가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이 아니라고 인식하는 비율이 여성(71.6%)이 남성(69.8%)에 비해, 70대(69.8%)가 타 연령대에 비해 높다. 지역별로는 읍면부 거주자가 동부 거주자에 비해 동 비율이 근소하게 높다(65.8%). 교육 수준별로는 저학력집단에서 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이 아니라고 인식하는 비율이 상대적으로 더 높게 나타났다(초졸 이하 69.4%). 미취업자의 경우, 취업자에 비해 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이 아니라고 인식하는 비율이 더 높다(70.0%).

주관적 건강 상태를 나쁘게 인식하는 경우, 가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이 아니라고 인식하는 비율이 72.1%로 다른 경우에 비해 높다.

사회적 관계망에 있어서는 배우자나 자녀가 있는 경우, 동 비율이 높게 나타났다. 우선 배우자가 있는 경우, 그렇지 않은 경우에 비해 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이 아니라고 인식하는 비율이 64.0%로 더 높다. 한편 자녀가 있는 경우 동 비율이 64.9%로 자녀가 없는 경우에 비해 23.6% 포인트 더 높아 뚜렷한 차이를 보인다. 배우자나 자녀의 경우, 부양 부담과 직결된 관계가 될 가능성으로 인해 응답에 영향을 미쳤을 것으로 해석된다. 생존한 부모의 유무에 대한 차이는 적었으며, 가구소득에 있어서도 특별한 경향성이 발견되지 않았다.

138 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 5-20〉 일반 특성별 '가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이다'에 대한 동의율

(단위: %(명), 점)

구분	전혀 동의하지 않음	동의하지 않는 편	동의하는 편	매우 동의	평균	F	계(명)
전체	13.4	49.9	27.4	9.3	2.3		100.0(1,500)
성별							
남성	10.3	44.5	31.5	13.7	2.5	58.048***	100.0(741)
여성	16.4	55.2	23.5	4.9	2.2		100.0(759)
연령							
40대	10.3	49.4	31.5	8.9	2.4	2.444	100.0(485)
50대	13.4	50.0	26.5	10.1	2.3		100.0(487)
60대	15.3	49.4	26.6	8.7	2.3		100.0(331)
70대	17.8	52.0	21.1	9.1	2.2		100.0(197)
연령							
40~64세	12.7	49.5	28.6	9.3	2.3	2.183	100.0(1,119)
65~79세	15.4	51.2	24.0	9.3	2.3		100.0(381)
지역							
동부	13.0	49.6	28.0	9.4	2.3	0.986	100.0(1,192)
읍면부	14.7	51.1	25.3	8.9	2.3		100.0(308)
교육 수준							
초졸 이하	16.5	52.9	23.4	7.3	2.2	1.232	100.0(166)
중졸	14.1	50.4	23.0	12.6	2.3		100.0(156)
고졸	13.9	48.8	28.3	9.1	2.3		100.0(507)
전문대졸 이상	12.1	50.0	28.8	9.1	2.4		100.0(671)
취업 유무							
취업	11.1	47.9	30.4	10.6	2.4	22.193***	100.0(917)
미취업	16.8	53.2	22.9	7.0	2.2		100.0(578)
직업 종류							
관리직 및 전문가	16.0	44.0	26.2	13.8	2.4	5.069***	100.0(146)
사무종사자	11.7	45.4	33.6	9.3	2.4		100.0(268)
서비스종사자	7.9	52.0	34.3	5.9	2.4		100.0(244)
판매종사자	10.6	47.2	25.9	16.3	2.5		100.0(93)
농림어업종사자	5.0	53.3	26.6	15.1	2.5		100.0(55)
기능직 및 조립공	13.8	51.2	20.8	14.3	2.4		100.0(70)
단순노무 외	14.0	42.0	33.5	10.5	2.4		100.0(40)
무급가족종사자	18.3	54.7	22.1	4.9	2.1		100.0(435)
종교							
종교 있음	14.5	50.0	26.2	9.4	2.3	1.271	100.0(816)
종교 없음	12.1	49.8	28.9	9.2	2.4		100.0(684)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	11.9	47.0	31.0	10.0	2.4	7.147**	100.0(891)
보통	16.0	52.6	23.2	8.2	2.2		100.0(428)
(매우) 나쁨	14.1	58.0	19.8	8.1	2.2		100.0(181)
배우자 유무							
유배우자	12.6	51.4	27.1	8.9	2.3	0.036	100.0(1,275)
무배우자	18.0	41.7	29.0	11.3	2.3		100.0(223)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	13.5	51.4	26.3	8.8	2.3	15.182***	100.0(1,398)
자녀 없음	12.1	29.2	42.3	16.5	2.6		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	12.4	48.4	29.7	9.6	2.4	6.058*	100.0(970)
부모 없음	15.2	52.8	23.3	8.8	2.3		100.0(530)
가구소득							
200만 원 미만	15.6	48.7	25.6	10.1	2.3	0.292	100.0(327)
200만~400만 원 미만	14.1	48.7	27.5	9.7	2.3		100.0(438)
400만~600만 원 미만	10.1	54.1	26.9	8.9	2.3		100.0(347)
600만~800만 원 미만	10.9	47.8	35.9	5.3	2.4		100.0(149)
800만 원 이상	17.3	50.1	20.5	12.1	2.3		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

〈표 5-21〉에서는 ‘죽을 때 두려워하지 않아야 좋은 죽음이다’에 대한 태도를 파악하였으며, 전체의 87.5%는 이에 동의하였다. 제 특성별 차이는 두드러지지 않았으며, 대체로 두려움이 없는 죽음을 좋은 죽음으로 인식하였다.

〈표 5-22〉에서는 ‘죽을 때 가족들의 관계가 나빠지면 좋은 죽음이 아니다’에 대한 태도를 파악하였으며, 88.2%는 이에 동의하였다. 즉 대다수는 죽을 때 가족 간 관계가 좋은 것을 좋은 죽음 중 하나로 생각하는 것으로 바뀌어 말할 수 있다. 이 역시 제 특성별 차이는 적었다.

〈표 5-23〉은 ‘간병비나 병원비로 가족을 고생시키고 죽는 것은 좋은 죽음이 아니다’에 대한 태도를 확인하였다. 전체의 86.5%는 이에 동의하였다. 남성보다는 여성이 이에 대해 적극적 동의를 표하였으며(여성 87.8%, 남성 85.2%), 70대 연령에서 가장 높은 동의율을 보였다(91.4%). 신체적 기능 저하로 간병비나 병원비 지출 가능성이 높은 연령 대임을 감안한 응답 결과로 생각해 볼 수 있다. 주관적 건강 상태나 사회적 관계망에 따른 차이는 거의 없었으나, 가구소득이 가장 적은 집단에서(200만 원 미만) 가장 높은 동의율을 보였다(89.2%).

〈표 5-24〉는 ‘죽기 전에 스스로 죽음을 준비할 수 있는 것이 좋은 죽음이다’에 대한 태도이다. 전체의 95.0%는 스스로 준비할 수 있는 죽음이 좋은 죽음이라 생각하고 있다. 구체적 특성별로 차이는 적은 편이나, 사회적 관계망 유형 중 생존해 계신 부모가 없는 경우가 그렇지 않은 경우에 비해 동의율이 근소하게 높다(부모 없음 95.6%, 부모 있음 94.7%).

140 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 5-21〉 일반 특성별 '죽을 때 두려워하지 않아야 좋은 죽음이다'에 대한 동의율

(단위: %(명), 점)

구분	전혀 동의하지 않음	동의하지 않는 편	동의하는 편	매우 동의	평균	F	계(명)
전체	1.7	10.8	54.5	33.0	3.2		100.0(1,500)
성별							
남성	1.7	10.4	53.2	34.6	3.2	1.069	100.0(741)
여성	1.6	11.2	55.7	31.5	3.2		100.0(759)
연령							
40대	2.5	10.9	57.7	28.8	3.1	3.030*	100.0(485)
50대	1.5	12.1	54.0	32.5	3.2		100.0(487)
60대	0.8	9.2	53.5	36.5	3.3		100.0(331)
70대	1.6	10.2	49.5	38.6	3.3		100.0(197)
연령							
40~64세	1.9	11.0	55.8	31.3	3.2	4.7773*	100.0(1,119)
65~79세	1.0	10.4	50.6	37.9	3.3		100.0(381)
지역							
동부	1.7	10.7	54.9	32.6	3.2	0.138	100.0(1,192)
읍면부	1.5	11.3	52.8	34.4	3.2		100.0(308)
교육 수준							
초졸 이하	1.9	9.7	56.6	31.9	3.2	0.731	100.0(166)
중졸	0.0	9.7	56.8	33.5	3.2		100.0(156)
고졸	1.7	8.7	56.7	32.9	3.2		100.0(507)
전문대졸 이상	2.0	13.0	51.8	33.2	3.2		100.0(671)
취업 유무							
취업	1.6	10.2	55.0	33.2	3.2	0.563	100.0(917)
미취업	1.8	11.9	53.8	32.5	3.2		100.0(578)
직업 종류							
관리직 및 전문가	0.5	11.9	50.8	36.7	3.2	2.892**	100.0(146)
사무종사자	3.0	15.4	52.6	29.1	3.1		100.0(268)
서비스종사자	1.0	5.8	59.2	34.0	3.3		100.0(244)
판매종사자	0.0	3.2	55.9	40.9	3.4		100.0(93)
농림어업종사자	0.0	8.2	65.5	26.4	3.2		100.0(55)
기능직 및 조립공	5.1	10.5	53.0	31.4	3.1		100.0(70)
단순노무 외	0.0	14.5	47.2	38.3	3.2		100.0(40)
무급가족종사자	1.8	12.0	55.4	30.8	3.2		100.0(435)
종교							
종교 있음	0.9	10.5	52.9	35.8	3.2	8.441**	100.0(816)
종교 없음	2.6	11.2	56.4	29.7	3.1		100.0(684)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	1.4	9.9	54.8	33.8	3.2	1.170	100.0(891)
보통	2.3	12.8	52.4	32.5	3.2		100.0(428)
(매우) 나쁨	1.4	10.5	58.0	30.1	3.2		100.0(181)
배우자 유무							
유배우자	1.5	11.1	54.2	33.1	3.2	0.000	100.0(1,275)
무배우자	2.4	9.1	55.6	32.9	3.2		100.0(223)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	1.6	10.7	54.6	33.1	3.2	0.471	100.0(1,398)
자녀 없음	2.7	12.1	53.6	31.7	3.1		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	2.2	9.9	56.1	31.8	3.2	1.028	100.0(970)
부모 없음	0.7	12.4	51.6	35.2	3.2		100.0(530)
가구소득							
200만 원 미만	1.6	9.7	53.1	35.6	3.0	0.710	100.0(327)
200만~400만 원 미만	1.3	9.6	56.1	33.0	3.2		100.0(438)
400만~600만 원 미만	1.6	12.0	53.2	33.2	3.2		100.0(347)
600만~800만 원 미만	2.7	11.2	56.4	29.7	3.1		100.0(149)
800만 원 이상	2.7	15.4	46.6	35.3	3.1		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

〈표 5-22〉 일반 특성별 '죽을 때 가족들과 관계가 나빠지면 좋은 죽음이 아니다'에 대한 동의율

(단위: %(명), 점)

구분	전혀 동의하지 않음	동의하지 않는 편	동의하는 편	매우 동의	평균	F	계(명)
전체	1.5	10.3	48.8	39.4	3.3		100.0(1500)
성별							
남성	1.3	11.3	47.8	39.5	3.3	0.133	100.0(741)
여성	1.6	9.4	49.7	39.4	3.3		100.0(759)
연령							
40대	1.1	10.4	48.9	39.6	3.3	0.062	100.0(485)
50대	1.4	10.3	50.0	38.3	3.3		100.0(487)
60대	1.8	11.8	44.9	41.6	3.3		100.0(331)
70대	2.1	7.8	51.8	38.4	3.3		100.0(197)
연령							
40~64세	1.4	10.8	49.0	38.8	3.3	0.646	100.0(1119)
65~79세	1.7	9.1	48.0	41.2	3.3		100.0(381)
지역							
동부	1.6	11.0	48.4	39.1	3.2	2.070	100.0(1192)
읍면부	0.9	7.8	50.4	40.9	3.3		100.0(308)
교육 수준							
초졸 이하	0.9	10.1	50.5	38.5	3.3	2.771*	100.0(166)
중졸	1.1	8.0	49.1	41.8	3.3		100.0(156)
고졸	2.2	10.7	52.7	34.3	3.2		100.0(507)
전문대졸 이상	1.1	10.7	45.3	43.0	3.3		100.0(671)
취업 유무							
취업	0.9	10.9	48.5	39.7	3.3	0.326	100.0(917)
미취업	2.3	9.5	49.2	38.9	3.2		100.0(578)
직업 종류							
관리직 및 전문가	0.0	7.7	37.8	54.5	3.5	2.682**	100.0(146)
사무종사자	1.5	11.1	46.2	41.1	3.3		100.0(268)
서비스종사자	0.7	10.8	54.0	34.5	3.2		100.0(244)
판매종사자	1.3	8.9	49.8	40.0	3.3		100.0(93)
농림어업종사자	0.0	10.9	63.3	25.8	3.1		100.0(55)
기능직 및 조립공	2.1	13.9	48.0	35.9	3.2		100.0(70)
단순노무 외	0.0	22.1	45.2	32.8	3.1		100.0(40)
무급가족종사자	2.1	9.8	49.8	38.3	3.2		100.0(435)
종교							
종교 있음	1.1	10.2	46.5	42.2	3.3	4.521*	100.0(816)
종교 없음	1.8	10.5	51.5	36.2	3.2		100.0(684)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	1.7	9.7	48.4	40.2	3.3	0.347	100.0(891)
보통	1.1	12.6	47.8	38.6	3.2		100.0(428)
(매우) 나쁨	0.9	8.2	52.9	37.9	3.3		100.0(181)
배우자 유무							
유배우자	1.3	10.2	48.7	39.8	3.3	1.066	100.0(1275)
무배우자	2.1	11.3	49.4	37.2	3.2		100.0(223)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	1.5	10.2	48.9	39.3	3.3	0.029	100.0(1398)
자녀 없음	0.9	11.9	46.3	41.0	3.3		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	1.2	10.9	48.8	39.0	3.3	4.606*	100.0(970)
부모 없음	1.9	9.2	48.7	40.2	3.3		100.0(530)
가구소득							
200만 원 미만	1.7	10.0	49.4	38.9	3.3	2.767*	100.0(327)
200만~400만 원 미만	1.1	11.7	50.3	36.8	3.2		100.0(438)
400만~600만 원 미만	2.8	10.5	44.0	42.7	3.3		100.0(347)
600만~800만 원 미만	0.5	13.0	53.5	32.9	3.2		100.0(149)
800만 원 이상	0.0	7.1	40.8	52.0	3.4		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

142 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 5-23〉 일반 특성별 '간병비나 병원비로 가족을 고생시키고 죽는 것은 좋은 죽음이다'에 대한 동의율

(단위: %(명), 점)

구분	전혀 동의하지 않음	동의하지 않는 편	동의하는 편	매우 동의	평균	F	계(명)
전체	1.2	12.3	45.6	40.9	3.3		100.0(1,500)
성별							
남성	1.7	13.1	44.8	40.4	3.2	1.545	100.0(741)
여성	0.7	11.5	46.3	41.5	3.3		100.0(759)
연령							
40대	1.7	15.9	47.8	34.6	3.2	5.787**	100.0(485)
50대	1.0	11.9	43.5	43.6	3.3		100.0(487)
60대	0.8	10.6	44.2	44.4	3.3		100.0(331)
70대	1.2	7.3	47.3	44.1	3.3		100.0(197)
연령							
40~64세	1.2	13.4	45.4	40.0	3.2	3.892*	100.0(1,119)
65~79세	1.1	9.0	46.1	43.7	3.3		100.0(381)
지역							
동부	1.3	12.9	45.3	40.4	3.2	2.263	100.0(1,192)
읍면부	0.7	9.9	46.6	42.9	3.3		100.0(308)
교육 수준							
초졸 이하	0.5	11.1	48.3	40.1	3.3	1.838	100.0(166)
중졸	0.6	7.5	44.9	47.1	3.4		100.0(156)
고졸	1.3	12.6	47.1	39.0	3.2		100.0(507)
전문대졸 이상	1.5	13.5	43.9	41.2	3.2		100.0(671)
취업 유무							
취업	1.2	12.9	45.6	40.4	3.3	0.571	100.0(917)
미취업	1.3	11.2	45.7	41.8	3.3		100.0(578)
직업 종류							
관리직 및 전문가	2.0	8.8	36.1	53.1	3.4	1.804	100.0(146)
사무종사자	1.5	13.2	46.9	38.4	3.2		100.0(268)
서비스종사자	0.0	10.7	49.9	39.4	3.3		100.0(244)
판매종사자	1.5	17.5	44.3	36.7	3.2		100.0(93)
농림어업종사자	0.0	11.8	62.9	25.3	3.1		100.0(55)
기능직 및 조립공	2.1	18.1	37.3	42.4	3.2		100.0(70)
단순노무 외	1.9	20.7	38.9	38.5	3.1		100.0(40)
무급가족종사자	1.1	11.5	45.6	41.8	3.3		100.0(435)
종교							
종교 있음	1.0	11.2	43.7	44.0	3.3	7.167**	100.0(816)
종교 없음	1.4	13.6	47.8	37.2	3.2		100.0(684)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	1.0	10.9	46.3	41.8	3.3	1.961	100.0(891)
보통	1.9	16.0	41.7	40.4	3.2		100.0(428)
(매우) 나쁨	0.4	10.7	51.2	37.7	3.3		100.0(181)
배우자 유무							
유배우자	1.3	12.5	45.1	41.2	3.3	0.010	100.0(1,275)
무배우자	0.7	11.4	48.5	39.4	3.3		100.0(223)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	1.3	11.6	45.4	41.7	3.3	7.085**	100.0(1,398)
자녀 없음	0.0	22.0	48.0	30.0	3.1		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	1.6	13.3	45.2	39.9	3.2	4.606*	100.0(970)
부모 없음	0.5	10.4	46.2	42.9	3.3		100.0(530)
가구소득							
200만 원 미만	1.2	9.5	48.9	40.3	3.3	1.442	100.0(327)
200만~400만 원 미만	1.3	14.3	41.9	42.5	3.3		100.0(438)
400만~600만 원 미만	1.2	11.6	45.6	41.6	3.3		100.0(347)
600만~800만 원 미만	1.9	18.1	44.5	35.5	3.1		100.0(149)
800만 원 이상	0.0	12.1	43.8	44.0	3.3		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

〈표 5-24〉 일반 특성별 '죽기 전에 스스로 준비할 수 있는 것이 좋은 죽음이다'에 대한 동의율
(단위: %(명), 점)

구분	전혀 동의하지 않음	동의하지 않는 편	동의하는 편	매우 동의	평균	F	계(명)
전체	0.7	4.3	48.6	46.4	3.4		100.0(1,500)
성별							
남성	1.0	4.9	49.4	44.7	3.4	3.086	100.0(741)
여성	0.5	3.7	47.8	48.0	3.4		100.0(759)
연령							
40대	1.4	3.6	52.9	42.0	3.4	2.227	100.0(485)
50대	0.4	4.5	45.6	49.4	3.4		100.0(487)
60대	0.2	3.7	47.1	48.9	3.4		100.0(331)
70대	0.4	6.5	47.6	45.4	3.4		100.0(197)
연령							
40~64세	0.8	4.2	48.5	46.5	3.4	0.000	100.0(1,119)
65~79세	0.4	4.6	48.9	46.1	3.4		100.0(381)
지역							
동부	0.7	4.6	49.3	45.4	3.4	2.524	100.0(1,192)
읍면부	0.6	3.3	45.9	50.2	3.5		100.0(308)
교육 수준							
초졸 이하	0.9	5.1	55.2	38.9	3.3	1.720	100.0(166)
중졸	0.5	4.1	46.6	48.7	3.4		100.0(156)
고졸	0.3	4.9	49.9	44.8	3.4		100.0(507)
전문대졸 이상	1.0	3.7	46.4	48.9	3.4		100.0(671)
취업 유무							
취업	1.0	4.3	48.2	46.5	3.4	0.152	100.0(917)
미취업	0.3	4.3	49.1	46.3	3.4		100.0(578)
직업 종류							
관리직 및 전문가	2.0	2.9	41.0	54.1	3.5	0.568	100.0(146)
사무종사자	1.5	5.8	47.0	45.8	3.4		100.0(268)
서비스종사자	0.3	4.1	51.7	43.9	3.4		100.0(244)
판매종사자	0.0	2.8	49.2	48.0	3.5		100.0(93)
농림어업종사자	0.0	5.4	51.5	43.1	3.4		100.0(55)
기능직 및 초립공	2.1	4.3	46.7	46.8	3.4		100.0(70)
단순노무 외	0.0	3.4	57.8	38.8	3.4		100.0(40)
무급가족종사자	0.4	4.0	49.1	46.5	3.4		100.0(435)
종교							
종교 있음	0.7	3.6	46.2	49.5	3.4	7.217**	100.0(816)
종교 없음	0.7	5.2	51.5	42.7	3.4		100.0(684)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	0.9	4.0	46.9	48.2	3.4	1.070	100.0(891)
보통	0.3	5.1	50.4	44.2	3.4		100.0(428)
(매우) 나쁨	0.8	4.0	52.6	42.5	3.4		100.0(181)
배우자 유무							
유배우자	0.8	4.2	48.5	46.5	3.4	0.079	100.0(1,275)
무배우자	0.3	5.2	49.1	45.4	3.4		100.0(223)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	0.8	4.2	48.5	46.5	3.4	0.046	100.0(1,398)
자녀 없음	0.0	5.4	49.9	44.8	3.4		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	0.7	4.6	48.1	46.6	3.4	0.017	100.0(970)
부모 없음	0.7	3.8	49.5	46.1	3.4		100.0(530)
가구소득							
200만 원 미만	0.5	4.4	50.3	44.8	3.4	2.047	100.0(327)
200만~400만 원 미만	0.9	3.2	49.7	46.2	3.4		100.0(438)
400만~600만 원 미만	0.7	5.0	47.1	47.2	3.4		100.0(347)
600만~800만 원 미만	1.9	2.5	52.7	42.8	3.4		100.0(149)
800만 원 이상	0.0	5.5	33.1	61.4	3.6		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

〈표 5-25〉는 ‘사람들이 함께 준비할 수 있는 죽음이 좋은 죽음이다’에 대한 파악으로, 전체의 84.9%는 이에 동의하였다. 성별에 따른 태도 차이는 적었으나, 연령대별로는 차이가 확연하였다. 40대에서 동 항목에 대한 동의율은 88.7%로 가장 높은 반면 70대에서는 76.2%로 12.5포인트 낮았다. 〈표 5-24〉의 ‘스스로 준비할 수 있는 죽음이 좋은 죽음이다’와 관련해 연령별 차이가 적었던 것과 비교하여, 차이가 두드러진다.

지역별로는 읍면부 지역 거주자(86.9%)가 동부지역 거주자(84.4%)에 비해 더 높은 동의율을 보인다. 교육 수준별로는 전문대졸 이상 학력 소지자(86.5%)가, 취업 여부에 따라서는 미취업자인 경우(82.6%)가 함께 준비할 수 있는 죽음을 좋은 죽음으로 더 많이 인식하였다.

한편 주관적 건강 상태가 양호한 집단에서 동 항목에 대한 동의율이 가장 높았으며(86.3%), 건강 상태가 좋지 않은 집단과 5.6%포인트 차이를 둔다.

사회적 관계망 특성에 따른 좋은 죽음에 대한 태도 차이 역시 확인된다. 자녀를 제외하고, 배우자나 생존해 계신 부모가 있는 경우는 그렇지 않은 경우와 비교하여 함께 준비하는 죽음을 더 좋은 죽음이라고 인식하였다(85.2%, 87.8%). 다만 자녀의 경우, 자녀가 없는 집단에서의 동의율이 89.0%로 4.4%포인트 더 높게 나타났다. 사회적 관계망의 질적 측면이 함께 고려되어야 하겠으나, 자녀에게 본인의 죽음으로 인한 심리적, 재정적 부담을 주고 싶지 않아 생긴 차이로 생각해 볼 수 있다.

한편 가구소득이 가장 낮은 집단(200만 원 미만)에서 함께 준비하는 죽음이 좋은 죽음이라고 인식하는 비율이 가장 낮았다(81.0%).

(표 5-25) 일반 특성별 '죽음에 대해 주변 사람들이 함께 준비할 수 있는 것이 좋은 죽음이다'에 대한 동의율

(단위: %(명), 점)

구분	전혀 동의하지 않음	동의하지 않는 편	동의하는 편	매우 동의	평균	F	계(명)
전체	1.1	14.1	51.5	33.4	3.2		100.0(1,500)
성별							
남성	1.4	14.7	52.2	31.6	3.1	2.952	100.0(741)
여성	0.7	13.4	50.8	35.1	3.2		100.0(759)
연령							
40대	0.6	10.6	53.7	35.0	3.2	4.039**	100.0(485)
50대	1.1	14.1	52.2	32.6	3.2		100.0(487)
60대	1.0	14.7	49.8	34.6	3.2		100.0(331)
70대	2.5	21.4	47.1	29.1	3.0		100.0(197)
연령							
40~64세	0.9	12.8	52.5	33.9	3.2	4.583*	100.0(1,119)
65~79세	1.7	17.9	48.6	31.8	3.1		100.0(381)
지역							
동부	1.0	14.6	51.3	33.1	3.2	0.717	100.0(1,192)
읍면부	1.3	11.8	52.4	34.5	3.2		100.0(308)
교육 수준							
초졸 이하	1.9	18.2	53.4	26.5	3.0	4.789**	100.0(166)
중졸	1.1	14.3	52.5	32.1	3.2		100.0(156)
고졸	1.2	14.4	55.0	29.4	3.1		100.0(507)
전문대졸 이상	0.8	12.8	48.1	38.4	3.2		100.0(671)
취업 유무							
취업	1.2	12.6	52.4	33.8	3.2	1.215	100.0(917)
미취업	0.8	16.5	49.8	32.8	3.1		100.0(578)
직업 종류							
관리직 및 전문가	1.9	11.0	43.6	43.4	3.3	2.774**	100.0(146)
사무종사자	1.1	16.3	46.9	35.7	3.2		100.0(268)
서비스종사자	0.4	6.5	57.5	35.6	3.3		100.0(244)
판매종사자	0.8	13.7	60.9	24.6	3.1		100.0(93)
농림어업종사자	0.0	16.3	61.9	21.8	3.1		100.0(55)
기능직 및 조립공	3.5	13.5	53.5	29.5	3.1		100.0(70)
단순노무 외	3.8	21.0	55.3	19.9	2.9		100.0(40)
무급가족종사자	0.4	15.3	49.5	34.9	3.2		100.0(435)
종교							
종교 있음	1.1	13.4	49.1	36.4	3.2	4.998*	100.0(816)
종교 없음	1.0	14.9	54.3	29.7	3.1		100.0(684)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	1.1	12.5	51.1	35.2	3.2	3.126*	100.0(891)
보통	0.7	15.8	52.0	31.5	3.1		100.0(428)
(매우) 나쁨	1.8	17.4	52.3	28.4	3.1		100.0(181)
배우자 유무							
유배우자	0.9	13.9	51.0	34.2	3.2	2.861	100.0(1,275)
무배우자	2.1	15.1	53.6	29.2	3.1		100.0(223)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	1.2	14.3	51.2	33.4	3.2	0.568	100.0(1,398)
자녀 없음	0.0	11.0	55.9	33.1	3.2		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	0.8	11.3	53.2	34.6	3.2	11.561**	100.0(970)
부모 없음	1.5	19.1	48.4	31.0	3.1		100.0(530)
가구소득							
200만 원 미만	1.7	17.3	50.1	30.9	3.1	2.622*	100.0(327)
200만~400만 원 미만	1.2	12.2	55.1	31.6	3.2		100.0(438)
400만~600만 원 미만	0.5	13.4	50.1	36.0	3.2		100.0(347)
600만~800만 원 미만	0.9	14.8	48.5	35.8	3.2		100.0(149)
800만 원 이상	0.0	13.9	39.3	46.8	3.3		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

〈표 5-26〉은 ‘숨을 거두는 마지막 순간에 사랑하는 사람이 주위에 있어야 좋은 죽음이다’에 대한 태도로, 전체의 84.3%는 이에 동의하였다. 여성이 남성에 비해 근소하게 더 높은 동의율을 보였으며(여성 85.5%), 기타 다른 특성별 동의율 차이는 적다.

단, 사회적 관계망 유무에 따른 동 항목의 차이가 있다. 배우자나 자녀, 생존해 계신 부모가 없는 경우, 숨을 거두는 순간 사랑하는 사람이 주위에 있어야 좋은 죽음으로 인식하는 비율이 더 높다(86.4%, 88.0%, 85.5%).

〈표 5-27〉은 ‘죽은 후에도 주변 사람들에게 오래 기억되어야 좋은 죽음이다’에 대한 태도를 파악한 것으로, 68.1%가 이에 동의하였다. 성별에 따른 차이는 적으며, 연령대별로는 차이가 발견되었다. 40대에서 동 항목에 동의하는 비율은 70.6%로 가장 높으나, 70대의 동의율은 65.5%로 가장 낮다. 사회적 관계망과 관련해서는 자녀가 없는 경우 동 항목의 동의율이 상대적으로 더 높다(71.9%).

〈표 5-28〉은 ‘좋은 죽음이 되려면 생사와 관련된 결정을 본인이 해야 한다’는 문항으로 90.2%는 이에 동의한다. 성별에 따른 차이는 없으며, 연령대별로는 70대 연령층이 타 연령층에 비해 낮은 동의율을 보인다(87.3%). 교육 수준에 따라서는 초졸 이하 학력 소지자가 83.5%로 가장 낮은 동의율을 보이며, 고졸 학력 소지자가 91.3%로 가장 높은 동의율을 보인다. 기타 다른 특성에 따른 차이는 적으나, 사회적 관계망과 관련하여 자녀가 없는 경우 94.2%의 높은 동의율을 나타낸다. 생사와 관련한 결정에 있어 도움을 받을 수 있는 지지망 체계가 상대적으로 적기 때문에 본인의 결정권을 높이 인식하는 것으로 해석된다.

(표 5-26) 일반 특성별 '숨을 거두는 마지막 순간에 사랑하는 사람이 주위에 있어야 좋은 죽음이다'에 대한 동의율

(단위: %(명), 점)

구분	전혀 동의하지 않음	동의하지 않는 편	동의하는 편	매우 동의	평균	F	계(명)
전체	1.0	14.6	52.8	31.6	3.1		100.0(1,500)
성별							
남성	1.4	15.3	51.4	31.8	3.1	0.492	100.0(741)
여성	0.7	13.8	54.2	31.3	3.2		100.0(759)
연령							
40대	0.9	14.6	53.7	30.8	3.1	0.943	100.0(485)
50대	1.3	13.1	55.5	30.1	3.1		100.0(487)
60대	1.0	17.6	49.8	31.7	3.1		100.0(331)
70대	0.9	13.1	49.0	37.1	3.2		100.0(197)
연령							
40~64세	1.1	14.8	53.9	30.1	3.1	2.858	100.0(1,119)
65~79세	0.9	13.9	49.5	35.7	3.2		100.0(381)
지역							
동부	1.2	14.5	53.5	30.8	3.1	1.040	100.0(1,192)
읍면부	0.5	14.9	50.3	34.4	3.2		100.0(308)
교육 수준							
초졸 이하	0.5	12.5	50.2	36.8	3.2	1.856	100.0(166)
중졸	0.6	12.7	53.7	33.1	3.2		100.0(156)
고졸	1.0	16.4	53.9	28.6	3.1		100.0(507)
전문대졸 이상	1.3	14.1	52.4	32.1	3.2		100.0(671)
취업 유무							
취업	1.1	14.1	54.3	30.5	3.1	0.554	100.0(917)
미취업	0.8	15.0	50.7	33.5	3.2		100.0(578)
직업 종류							
관리직 및 전문가	2.7	10.2	50.2	36.9	3.2	0.822	100.0(146)
사무종사자	0.6	14.8	55.3	29.4	3.1		100.0(268)
서비스종사자	0.7	13.9	59.5	25.9	3.1		100.0(244)
판매종사자	1.5	13.2	47.5	37.8	3.2		100.0(93)
농림어업종사자	0.0	17.5	56.7	25.8	3.1		100.0(55)
기능직 및 조립공	2.1	18.9	50.2	28.8	3.1		100.0(70)
단순노무 외	0.0	14.5	50.6	34.9	3.2		100.0(40)
무급가족종사자	0.7	14.4	51.8	33.1	3.2		100.0(435)
종교							
종교 있음	0.8	15.1	49.7	34.5	3.2	3.364	100.0(816)
종교 없음	1.4	14.0	56.6	28.1	3.1		100.0(684)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	0.9	13.7	53.5	31.9	3.2	2.519	100.0(891)
보통	1.8	16.9	51.9	29.5	3.1		100.0(428)
(매우) 나쁨	0.0	13.5	51.6	34.9	3.2		100.0(181)
배우자 유무							
유배우자	1.0	14.9	52.7	31.3	3.1	0.410	100.0(1,275)
무배우자	1.3	12.3	53.8	32.6	3.2		100.0(223)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	1.1	14.8	52.6	31.5	3.1	0.646	100.0(1,398)
자녀 없음	0.0	12.0	55.8	32.2	3.2		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	1.2	15.1	53.8	29.9	3.1	3.552	100.0(970)
부모 없음	0.8	13.6	50.9	34.6	3.2		100.0(530)
가구소득							
200만 원 미만	0.5	14.0	50.2	35.3	3.2	3.016*	100.0(327)
200만~400만 원 미만	2.1	12.0	53.6	32.3	3.2		100.0(438)
400만~600만 원 미만	0.2	18.6	48.1	33.1	3.1		100.0(347)
600만~800만 원 미만	2.8	17.4	56.2	23.7	3.0		100.0(149)
800만 원 이상	0.0	8.3	55.3	36.4	3.3		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

148 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 5-27〉 일반 특성별 '죽은 후에도 주변 사람들에게 오래 기억되어야 좋은 죽음이다'에 대한 동의율

(단위: %(명), 점)

구분	전혀 않음	동의하지 않는 편	동의하는 편	매우 동의	평균	F	계(명)
전체	3.0	28.9	43.1	25.0	2.9		100.0(1,500)
성별							
남성	3.3	28.4	40.8	27.5	2.9	1.339	100.0(741)
여성	2.7	29.4	45.3	22.6	2.9		100.0(759)
연령							
40대	3.4	26.0	46.7	23.9	2.9	0.070	100.0(485)
50대	3.1	28.9	42.4	25.5	2.9		100.0(487)
60대	3.0	30.7	41.0	25.3	2.9		100.0(331)
70대	1.7	32.9	39.3	26.2	2.9		100.0(197)
연령							
40~64세	3.3	27.7	44.2	24.8	2.9	0.080	100.0(1,119)
65~79세	2.2	32.3	39.9	25.7	2.9		100.0(381)
지역							
동부	3.2	28.5	43.8	24.5	2.9	0.364	100.0(1,192)
읍면부	2.2	30.2	40.4	27.2	2.9		100.0(308)
교육 수준							
초졸 이하	3.2	26.5	44.8	25.5	2.9	1.129	100.0(166)
중졸	2.9	27.3	44.7	25.1	2.9		100.0(156)
고졸	3.0	32.1	42.1	22.8	2.8		100.0(507)
전문대졸 이상	3.0	27.4	43.0	26.6	2.9		100.0(671)
취업 유무							
취업	3.5	27.6	43.9	25.0	2.9	0.012	100.0(917)
미취업	2.1	31.0	41.7	25.2	2.9		100.0(578)
직업 종류							
관리직 및 전문가	4.2	26.0	38.1	31.7	3.0	0.880	100.0(146)
사무종사자	3.4	24.9	46.6	25.1	2.9		100.0(268)
서비스종사자	2.3	29.8	47.3	20.5	2.9		100.0(244)
판매종사자	2.3	25.8	46.7	25.2	2.9		100.0(93)
농림어업종사자	0.0	29.7	43.9	26.5	3.0		100.0(55)
기능직 및 조립공	7.1	33.1	30.8	29.0	2.8		100.0(70)
단순노무 외	9.7	28.8	42.7	18.7	2.7		100.0(40)
무급가족종사자	2.2	30.6	43.4	23.8	2.9		100.0(435)
종교							
종교 있음	2.6	30.0	41.2	26.2	2.9	0.251	100.0(816)
종교 없음	3.5	27.6	45.3	23.6	2.9		100.0(684)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	3.1	27.7	43.0	26.2	2.9	0.848	100.0(891)
보통	3.2	29.8	44.1	23.0	2.9		100.0(428)
(매우) 나쁨	2.3	32.7	41.0	23.9	2.9		100.0(181)
배우자 유무							
유배우자	2.8	28.6	43.4	25.1	2.9	0.463	100.0(1,275)
무배우자	4.2	29.6	41.5	24.8	2.9		100.0(223)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	3.1	29.1	42.9	25.0	2.9	0.494	100.0(1,398)
자녀 없음	2.4	25.8	45.7	26.2	3.0		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	2.9	27.8	44.4	24.9	2.9	0.612	100.0(970)
부모 없음	3.2	30.9	40.7	25.2	2.9		100.0(530)
가구소득							
200만 원 미만	2.0	28.5	41.9	27.6	3.0	1.865	100.0(327)
200만~400만 원 미만	3.5	33.1	41.2	22.2	2.8		100.0(438)
400만~600만 원 미만	2.2	27.3	43.6	26.9	3.0		100.0(347)
600만~800만 원 미만	7.0	24.8	42.9	25.3	2.9		100.0(149)
800만 원 이상	2.9	27.3	42.0	27.8	2.9		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

(표 5-28) 일반 특성별 '좋은 죽음이 되려면 생사와 관련된 결정을 본인이 해야 한다'에 대한 동의율

(단위: %(명), 점)

구분	전혀 동의하지 않음	동의하지 않는 편	동의하는 편	매우 동의	평균	F	계(명)
전체	0.7	9.0	54.7	35.5	3.3		100.0(1,500)
성별							
남성	0.8	9.6	53.8	35.7	3.2	0.153	100.0(741)
여성	0.6	8.4	55.6	35.4	3.3		100.0(759)
연령							
40대	1.4	8.1	56.4	34.1	3.2	1.077	100.0(485)
50대	0.2	8.0	54.2	37.6	3.3		100.0(487)
60대	0.7	9.9	56.1	33.3	3.2		100.0(331)
70대	0.4	12.2	49.7	37.6	3.2		100.0(197)
연령							
40~64세	0.8	8.0	55.4	35.8	3.3	1.234	100.0(1,119)
65~79세	0.4	12.0	52.8	34.8	3.2		100.0(381)
지역							
동부	0.7	8.8	56.2	34.4	3.2	0.901	100.0(1,192)
읍면부	0.9	10.0	49.1	40.0	3.3		100.0(308)
교육 수준							
초졸 이하	1.2	15.3	52.4	31.1	3.1	2.658*	100.0(166)
중졸	1.2	6.2	56.0	36.6	3.3		100.0(156)
고졸	0.5	8.2	58.7	32.6	3.2		100.0(507)
전문대졸 이상	0.7	8.7	52.0	38.6	3.3		100.0(671)
취업 유무							
취업	0.7	8.9	53.5	37.0	3.3	1.419	100.0(917)
미취업	0.8	9.1	56.7	33.4	3.2		100.0(578)
직업 종류							
관리직 및 전문가	0.0	7.1	45.5	47.4	3.4	2.239*	100.0(146)
사무종사자	0.6	9.4	53.8	36.3	3.3		100.0(268)
서비스종사자	0.6	8.6	59.3	31.5	3.2		100.0(244)
판매종사자	0.9	6.3	47.3	45.5	3.4		100.0(93)
농림어업종사자	0.0	14.4	52.8	32.8	3.2		100.0(55)
기능직 및 조립공	2.1	11.0	50.3	36.6	3.2		100.0(70)
단순노무 외	1.9	8.5	65.8	23.8	3.1		100.0(40)
무급가족종사자	0.7	8.4	58.1	32.8	3.2		100.0(435)
종교							
종교 있음	0.6	10.3	51.2	38.0	3.3	0.986	100.0(816)
종교 없음	1.0	7.4	59.0	32.6	3.2		100.0(684)
주관적 건강 상태							
(매우) 건강	0.9	8.4	54.5	36.2	3.3	1.734	100.0(891)
보통	0.2	9.8	53.2	36.8	3.3		100.0(428)
(매우) 나쁨	1.1	10.2	59.5	29.2	3.2		100.0(181)
배우자 유무							
유배우자	0.6	9.4	54.6	35.4	3.2	0.115	100.0(1,275)
무배우자	1.2	7.1	55.7	35.9	3.3		100.0(223)
생존 자녀 유무							
자녀 있음	0.7	9.3	54.5	35.5	3.2	0.584	100.0(1,398)
자녀 없음	1.2	4.6	57.5	36.7	3.3		100.0(102)
생존 부모 유무							
부모 있음	0.9	8.3	55.2	35.6	3.3	0.136	100.0(970)
부모 없음	0.5	10.3	53.9	35.4	3.2		100.0(530)
가구소득							
200만 원 미만	1.2	11.7	55.4	31.7	3.2	1.889	100.0(327)
200만~400만 원 미만	1.1	6.8	55.4	36.8	3.3		100.0(438)
400만~600만 원 미만	0.3	10.4	52.9	36.5	3.3		100.0(347)
600만~800만 원 미만	1.0	7.7	55.7	35.5	3.3		100.0(149)
800만 원 이상	0.0	9.4	46.7	43.8	3.3		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

〈표 5-29〉는 자신의 죽음에 대한 생각 여부를 파악한 것으로, 가끔 생각해 본다 66.1%, 전혀 생각해 본 적 없다 22.3%, 자주 생각하는 편이다 11.6% 순으로 나타났다.

자주 생각해 본 적이 있다는 응답을 기준으로 살펴볼 때, 여성의 비율이 남성보다 근소하게 더 높다(여성 12.9%, 남성 10.3%). 연령대별로는 70대에서 동 비율이 21.5%로 가장 높으며 40대 6.3%의 약 3배 이상인 것으로 나타났다. 반면 전혀 생각해 본 적이 없다는 비율은 40대에서 26.3%로 가장 높으며, 다음으로 70대에서 25.9%의 순으로 나타났다. 70대의 경우, 절반 정도는 본인의 죽음을 가끔 떠올리며(52.6%), 전혀 생각해 보지 않거나(25.9%), 자주 생각해 보는 등(21.5%) 죽음에 대한 다양한 양상이 혼재된 것으로 보인다.

지역 및 교육 수준 등의 차이는 없으나, 주관적 건강 상태가 나쁜 경우 자주 죽음을 생각하는 비율이 28.0%로 건강 상태가 양호한 집단과 비교하여 월등히 높다. 사회적 관계망과 관련해서는 배우자나 자녀, 부모가 없는 경우 상대적으로 본인의 죽음을 자주 생각하는 것으로 나타났다(21.5%, 13.3%, 15.7%). 특히 배우자의 경우, 배우자가 있는 경우에 비해 없는 경우, 본인의 죽음을 자주 생각한다는 응답이 약 2배 이상 높다.

마지막으로 사후 세계에 대한 질문(〈표 5-30〉 참조)에 대해, 잘 모르겠다 38.5%, 존재하지 않는다 34.7%, 존재한다 26.9% 순으로 응답하였다. 구체적으로 살펴보면 남성의 경우 사후 세계가 존재하지 않는다는 응답이 43.6%로 가장 높다. 반면 여성은 중립적 응답(40.0%)을 제외하고 사후 세계가 존재한다는 응답이 34.1%로 성별에 따른 응답의 차이를 보인다. 기타 다른 특성에 따른 차이는 적으나, 종교가 있는 경우 사후 세계가 있다고 응답한 비율은 43.4%로 무교에 비해 약 6배 정도 높아 차이를 보인다.

〈표 5-29〉 일반 특성별 본인의 죽음에 대한 생각 여부

(단위: %(명))

구분	전혀 생각해 본 적이 없다	가끔 생각해 본다	자주 생각하는 편이다	X ²	계(명)
전체	22.3	66.1	11.6		100.0(1,500)
성별					
남성	26.6	63.1	10.3	16.422***	100.0(741)
여성	18.1	69.0	12.9		100.0(759)
연령					
40대	26.3	67.3	6.3	42.582***	100.0(485)
50대	18.8	68.6	12.6		100.0(487)
60대	19.4	68.5	12.0		100.0(331)
70대	25.9	52.6	21.5		100.0(197)
연령					
40~64세	22.1	68.3	9.7	17.806***	100.0(1,119)
65~79세	23.0	59.7	17.3		100.0(381)
지역					
동부	22.2	66.4	11.4	0.528	100.0(1,192)
읍면부	22.6	64.7	12.6		100.0(308)
교육 수준					
초졸 이하	30.0	46.8	23.2	41.591***	100.0(166)
중졸	25.5	63.3	11.3		100.0(156)
고졸	23.2	66.6	10.2		100.0(507)
전문대졸 이상	19.0	71.1	9.9		100.0(671)
취업 유무					
취업	22.0	68.7	9.3	13.804**	100.0(917)
미취업	22.5	62.1	15.4		100.0(578)
직업 종류					
관리직 및 전문가	13.8	73.6	12.6	33.474**	100.0(146)
사무종사자	24.3	70.5	5.2		100.0(268)
서비스종사자	23.1	67.4	9.4		100.0(244)
판매종사자	19.4	70.2	10.4		100.0(93)
농림어업종사자	19.2	72.9	7.9		100.0(55)
기능직 및 조립공	24.0	63.7	12.3		100.0(70)
단순노무 외	36.5	45.7	17.9		100.0(40)
무급가족종사자	20.1	65.0	14.9		100.0(435)
종교					
종교 있음	21.9	65.1	13.0	3.345	100.0(816)
종교 없음	22.8	67.3	10.0		100.0(684)
주관적 건강 상태					
(매우) 건강	25.1	66.6	8.3	541.286***	100.0(891)
보통	17.6	70.8	11.6		100.0(428)
(매우) 나쁨	19.5	52.5	28.0		100.0(181)
배우자 유무					
유배우자	22.2	68.0	9.8	26.194***	100.0(1,275)
무배우자	22.5	56.1	21.5		100.0(223)
생존 자녀 유무					
자녀 있음	22.0	66.6	11.5	2.318	100.0(1,398)
자녀 없음	27.1	59.6	13.3		100.0(102)
생존 부모 유무					
부모 있음	23.1	67.5	9.4	13.242**	100.0(970)
부모 없음	20.9	63.4	15.7		100.0(530)
가구소득					
200만 원 미만	26.6	53.4	20.0	60.353***	100.0(327)
200만~400만 원 미만	22.4	67.9	9.7		100.0(438)
400만~600만 원 미만	20.9	70.7	8.4		100.0(347)
600만~800만 원 미만	20.8	68.2	11.0		100.0(149)
800만 원 이상	11.3	76.6	12.1		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

152 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

〈표 5-30〉 일반 특성별 사후 세계에 대한 생각 여부

(단위: %(명))

구분	사후 세계가 있다	사후 세계가 없다	잘 모르겠다	X ²	계(명)
전체	26.9	34.7	38.5		100.0(1,500)
성별					
남성	19.4	43.6	36.9	64.674***	100.0(741)
여성	34.1	25.9	40.0		100.0(759)
연령					
40대	26.3	36.5	37.2	24.194***	100.0(485)
50대	30.9	36.8	32.3		100.0(487)
60대	25.4	32.2	42.3		100.0(331)
70대	20.5	29.0	50.5		100.0(197)
연령					
40~64세	28.1	36.3	35.6	15.645***	100.0(1,119)
65~79세	23.1	29.9	47.1		100.0(381)
지역					
동부	27.7	34.2	38.1	2.034	100.0(1,192)
읍면부	23.6	36.6	39.8		100.0(308)
교육 수준					
초졸 이하	17.7	23.8	58.5	43.510***	100.0(166)
중졸	21.0	31.2	47.7		100.0(156)
고졸	28.5	37.5	34.0		100.0(507)
전문대졸 이상	29.2	36.1	34.8		100.0(671)
취업 유무					
취업	25.7	40.0	34.2	31.259***	100.0(917)
미취업	28.6	26.3	45.1		100.0(578)
직업 종류					
관리직 및 전문가	26.4	43.7	29.9	60.267***	100.0(146)
사무종사자	20.9	45.9	33.2		100.0(268)
서비스종사자	34.2	34.2	31.6		100.0(244)
판매종사자	27.3	30.0	42.7		100.0(93)
농림어업종사자	15.0	43.6	41.4		100.0(55)
기능직 및 조립공	22.9	39.7	37.4		100.0(70)
단순노무 외	20.0	42.4	37.5		100.0(40)
무급가족종사자	31.8	23.4	44.7		100.0(435)
종교					
종교 있음	43.4	23.9	32.8	256.319***	100.0(816)
종교 없음	7.1	47.6	45.3		100.0(684)
주관적 건강 상태					
(매우) 건강	27.7	37.4	34.9	12.315*	100.0(891)
보통	25.9	30.9	43.3		100.0(428)
(매우) 나쁨	25.1	30.4	44.5		100.0(181)
배우자 유무					
유배우자	26.7	35.3	38.0	1.435	100.0(1,275)
무배우자	28.0	31.2	40.8		100.0(223)
생존 자녀 유무					
자녀 있음	26.7	34.2	39.0	3.293	100.0(1,398)
자녀 없음	28.4	41.0	30.6		100.0(102)
생존 부모 유무					
부모 있음	28.1	35.2	36.7	4.111	100.0(970)
부모 없음	24.5	33.7	41.8		100.0(530)
가구소득					
200만 원 미만	24.1	26.8	49.1	74.909***	100.0(327)
200만~400만 원 미만	26.9	35.7	37.4		100.0(438)
400만~600만 원 미만	25.1	37.3	37.6		100.0(347)
600만~800만 원 미만	30.6	41.8	27.6		100.0(149)
800만 원 이상	34.9	43.9	21.2		100.0(119)

주: 1) 가중치 적용 결과로 각 셀의 합은 100%를 상회할 수 있음.

2) *p<.05, **p<.01, ***p<.001 3) 직종은 취업자(917명)를 대상으로 분석한 결과임.

제5절 소결

전화조사를 통해 죽음에 대한 인식을 살펴본 결과, 현재까지 죽음에 관한 다양한 서비스에 대해 전반적인 인지 수준이 높지 않은 것으로 나타났다. 무엇보다 먼저 관련 법령이 제정되었음에도 불구하고 응답자 4명 중 1명만이 호스피스·완화의료에 대해 잘 알고 있었다. 또한 사전연명의료의향서는 20%만이 제대로 인지하고 있었고, 들어는 봤지만 잘 알지 못한다는 응답도 35.0%이다. 정확히 알고 있는 사람의 두 배 이상이 이미 작성했거나 향후 작성할 의향이 있다는 것은 사전연명의료의향서에 대하여 잘 알게 될수록 작성 의향이 높아질 수 있음을 보여 준다.

한편 4명 중 3명이 연명치료에 대해 반대하고 있었다. 또한 절반 정도는 호스피스·완화의료서비스에 대한 적극적인 이용 의사를 갖고 있었고, 사전연명의료의향서를 이미 작성했거나 향후 작성할 의향을 갖고 있는 것으로 나타났다. 장기 기증에 대해서는 이보다 조금 높은 64.6%가 찬성하고 있고 유언장 작성과 관련해서는 66.4%는 이미 작성하거나 향후 작성할 의사를 갖고 있다.

〈표 5-31〉 전화조사 결과 종합

(단위: %)

	인지율	이용 의사	기실천	찬성(반대) 태도
호스피스·완화치료	25.1	46.0		-
사전연명의료의향서	17.9 (+35.0)	46.3	0.8	75.7 ¹⁾
장기 기증	-	-		64.6 ²⁾
유언장	-	64.9	1.5	67.5 ³⁾

주: 1) 연명치료를 반대하는 비율임.

2) 장기 기증 제도에 찬성하는 비율임.

3) 유언장 작성의 필요성에 찬성하는 비율임.

이러한 인식과 의사를 제 특성별로 비교해 보면 대체로 연령과 지역, 교육 수준에 따른 차이가 커, 연령이 낮을수록 인지도가 높은 경향이 있고 적극적인 이용 의사를 갖고 있다. 또한 도시 지역 거주자이거나 교육 수준이 높을수록 서비스에 대한 인지율이 높다. 더불어 사전연명의료의 향서의 경우 종교가 있을 때 인지율이 높았다.

한편, 임종 전 재산 처리 방식에 대해서는 과반수가 자녀 또는 가족에게 상속하겠다고 응답하였고, 다음으로는 본인이 쓰고 싶은 곳에 지출하겠다(26.1%), 일부는 자녀에게 상속하고 일부는 사회에 환원하겠다(19.1%)의 순이며 사회에 전 재산을 환원하겠다는 응답은 소수이다.

[그림 5-2] 연령·교육 수준별 죽음 준비 관련 주요 서비스 인지 및 이용 의사

① 연령별 죽음 준비 관련 주요 서비스 인지 및 이용 의사



주: 본문 내 <표 5-7>~<표 5-8>, <표 5-10>~<표 5-13>을 도식화한 값임.

156 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

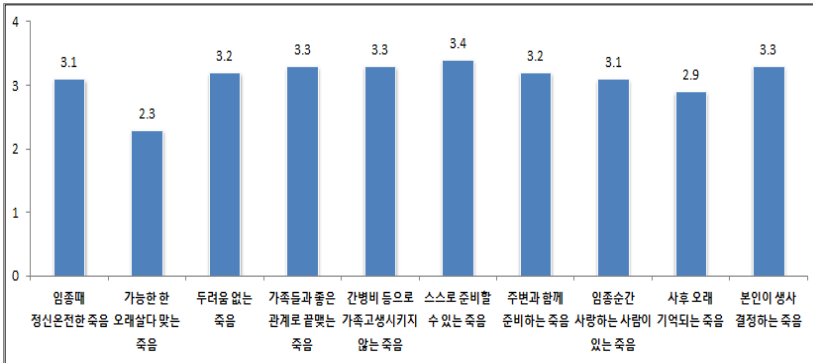
② 교육 수준별 죽음 준비 관련 주요 서비스 인지 및 이용 의사



주: 본문 내 <표 5-7>~<표 5-8>, <표 5-10>~<표 5-13>을 도식화한 값임.

다음으로 좋은 죽음에 대한 태도를 종합해 보면 ‘죽기 전에 스스로 죽음을 준비할 수 있는 것이 좋은 죽음이다’에 대한 동의 정도가 가장 높다(평균 3.4점). 이와 더불어 좋은 죽음이 되려면 생사와 관련된 결정을 본인이 해야 한다(평균 3.3점)도 동의 정도가 높아서 본인이 준비하고 결정하는 자율성을 매우 중요한 항목으로 평가하고 있다. 이와 함께 ‘죽을 때 가족들과 관계가 나빠지면 좋은 죽음이 아니다’(평균 3.3점)에 대한 동의 정도도 높게 평가하고 있다. 반면 ‘가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이다’(평균 2.3점)와 ‘죽은 후에도 주변 사람들에게 오래 기억되어야 좋은 죽음이다’(평균 2.9점)가 가장 동의 정도가 낮은 항목이다. 이는 생존 기간이라는 양적 측면이 아니라 질적인 측면이 중요시되고 있음을 의미하는 것이며, 죽은 후의 상황은 좋은 죽음의 중요 요소로 간주되지 않는 것을 보여 주는 것이다.

[그림 5-3] 좋은 죽음에 대한 태도(평균)



제 6 장

국내의 법적 및 제도적 기반 검토

제1절 법적 기반 검토

제2절 제도적 기반 검토

제3절 소결

6

국내의 《 법적 및 제도적 기반 검토

본 장에서는 좋은 죽음을 가능케 하기 위한 법적 및 제도적 기반의 현황을 살펴보고 시사점을 알아보고자 한다. 검토의 범위는 앞서 이루어진 이론적 검토 및 한국의 중노년층이 생각하고 있는 좋은 죽음의 내용을 반영하여 설정하였다.

제1절 법적 기반 검토

1. 법률상 죽음 및 웰다잉

가. 사람의 사망 시점(終期)

형법상 사람의 죽음의 판정 기준에 관해서는 맥박중지설, 호흡중지설, 종합설 등이 있고, 그중 심장의 고동인 맥박이 영구적으로 정지한 때로 보는 맥박중지설이 통설이다. 사회 통념상으로도 죽음의 판정 기준은 심장의 고동과 호흡의 정지, 즉 심폐 기능의 정지로 해석하면 충분하였다. 그러나 의학 기술의 발달에 따라 정지된 심장도 심폐소생술로 다시 움직이게 하고, 인공심장까지 등장하게 되었다. 뿐만 아니라 뇌의 활동이 정지된 사람에 대하여도 호흡과 맥박을 계속하게 하는 길이 열림에 따라 종래의 사망 시기 기준에 대해 논란이 발생하였고, 이에 따라 모든 뇌 기능이 종국적으로 정지된 뇌사 상태에 이르렀을 때 사망했다고 보는 뇌사설이 등장하였다(이재상, 2013).

우리나라에서도 장기 등 이식에 관한 법률(법률 제15900호, 2018.

12. 11. 시행)을 통해 뇌사자의 장기 적출을 허용하고 있는바, 동법 제4조 제5호에서 “뇌사자란 이 법에 따른 뇌사판정 기준 및 뇌사 판정 절차에 따라 뇌 전체의 기능이 되살아날 수 없는 상태로 정지되었다고 판정된 사람을 말한다.”라고 규정하고 있어 뇌사설을 채택하고 있는 것처럼 보일 수 있다. 그러나 동조 제5호 전단에서 “살아있는 사람이란 사람 중에서 뇌사자를 제외한 사람을 말하고”라고 정의함으로써 뇌사자도 살아 있는 사람의 한 부류로 취급하고 있고, 이를 통해 뇌사설 논란을 일축하고 있다. 다만 동조 제6호에서 살아 있는 사람·뇌사자 또는 사망한 자 등으로 구분함으로써 사실상 생존자와 사망자의 중간 지점에 위치하는 존재로 분류하여 뇌사자의 장기 적출 가능성을 열어 두고 있다. 뇌사자의 구체적 사망 시기와 관련해서는 동법 제21조 제2항에서 뇌사자의 사망 시각은 뇌사판정위원회가 뇌사 판정을 한 시각으로 한다고 하여 뇌사판정시가 뇌사자의 사망 시기라고 표현하고 있다. 하지만 이는 장기 적출의 적법성을 담보하기 위한 불가피한 형식적 명시에 불과하고, 동조 제1항에서 ‘뇌사자가 장기 등의 적출로 사망한 경우에는’이라고 함으로써 실질적인 측면에서는 장기 적출 시기, 즉 장기 적출로 인한 심장박동 정지 시기를 사망 시기로 보고 있다고 봐야 한다. 결국 우리 법률도 실질적 면에서는 사회적 통념과 부합하는 수준, 즉 심폐 기능의 정지가 구체적인 사망 시점에 해당한다고 볼 수 있다.²⁵⁾

25) 단락 내의 관련 법률은 법제처 홈페이지 <http://www.law.go.kr>(2018. 9. 30.)를 참고하여 작성함.

나. 죽음의 법적 효과

죽음의 의미는 의학, 생물학, 신학, 법학 등 전문 영역에 따라 달리 해석되는 경향이 있지만, 법률상의 죽음은 법적 권리 즉, 공권 또는 사권의 대상 또는 범죄행위의 객체가 아니게 된 때 죽음이 있는 것으로 본다. 즉, 자연인으로서 가진 인격, 곧 일반적 권리와 능력을 상실하고, 재산적 권리 의무의 상속이 시작된다. 아울러 생래적으로 부여된 자연권으로서의 존엄권, 즉 인간으로서의 가치가 있으며 존중받고 윤리적인 대우를 받을 권리도 죽음을 원인으로 하여 자동적으로 소멸된다. 이후 유가족 등을 통한 시신 처리, 장례, 유품 등 사후 정리, 상속 등의 사후 절차가 진행된다.

다. 웰다잉을 위한 죽음의 질 확보

1) 죽어 가는 과정

사망이라는 하나의 사건을 계기로 인간으로서의 삶 자체는 종결된다. 사망이라는 특정 시점 이전에 필연적으로 죽어 가는 과정이 있을 수밖에 없으며, 웰다잉은 문어적 의미 그대로 비참하고 고통스러운 죽음을 맞이하는 것이 아니라 나름 행복하게 잘 죽는 과정이라 할 수 있다.

현행법상 죽어 가는 과정과 관련된 명시적 규정은 호스피스·완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(이하 연명의료결정법)상 임종 과정에 있는 환자 또는 말기 환자의 정의에서 찾아볼 수 있다. 임종 과정에 있는 환자는 사망에 임박한 상태의 환자를 의미하고, 말기 환자는 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 환자를 의미한다(법제처 홈페이지, 2018. 9. 30. 인출). 그런데 전자는 죽어 가는 과정에서의 마지막

시점을 의미하여 죽어 가는 과정으로 간주하기에는 지나치게 협소하다. 한편 말기 환자는 회복의 가능성이 없이 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은 환자로 정의되고 있으므로 죽어 가는 과정에 가장 부합한다고 볼 수 있다. 하지만 말기 환자가 아니라도 노환 등으로 죽어 가는 과정에 놓여 있는 사람이 있을 수 있고, 여러 가지 상황하에서 의사의 진단이 개입된다는 점에서 이 또한 죽어 가는 과정으로서의 웰다잉과 합치하는 법적 개념이라고 보기는 어렵다.

구체적이지 않은 내용은 법률에서 다루지 않는다는 것을 감안한다면, 사회적 관점으로 접근할 수밖에 없고 이는 생애 말기와 연관될 수도 있다. 하지만 이 역시 기간과 관련한 구체적 정의도 없고 법적 기준도 없다. 통상 생애 마지막 1년 동안 평생 의료비의 약 20%를 지출하는 것으로 알려져 있다(석상훈, 2012). 신현철, 최미영, 최병호(2012)는 사망하기 이전 1년 동안 지출한 의료비를 생애말기 의료비로 정의하고 이를 계산한 결과, 사망자 의료비는 생존자 의료비의 9.3배에 달하는 수준이라는 결과를 제시하였다. 이를 감안한다면, 사회적 관점에서 다루어지고 있는 생애 말기, 특히 사망하기 이전 1년 이상의 기간을 죽어 가는 과정으로 보는 것이 보다 적절할 것으로 판단된다.

2) 웰다잉

웰다잉은 죽어 가는 과정에서 비참하고 고통스러운 죽음이 되지 않도록 도와주는 것이다. 그런데 법이라는 것은 살아 있는 사람을 대상으로 조화롭게 잘 살아갈 수 있도록 규율하는 것이 보편적이라, 죽어 가는 사람을 대상으로 하는 법 규정은 흔치 않다. 하지만 연명의료결정법의 등장에 따라 죽어 가는 사람을 대상으로 하는 실정법도 등장하였다. 즉 동법

은 죽어 가는 사람에 대해 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 대 원칙으로, 환자의 최선의 이익 보장과 자기 결정 존중을 핵심적 법적 가치로 구현하고 있으며, 이와 관련해 필요한 사항들을 규정하고 있다. 다만 자기 결정 존중에 관하여는 충분한 장치가 마련되어 있다고 볼 수 있으나, 환자의 최선의 이익 보장과 관련해서는 일부 미비점이 남아 있는 것으로 판단된다. 이에 구체적인 미비점을 살펴보면 다음과 같다.

2. 웰다잉 관련 법체계²⁶⁾

법체계는 일정한 법이념 내지 법원리에 의해 통일된 법질서를 의미한다.

웰다잉 관련 법체계는 죽어 가는 과정에 있는 사람을 대상으로 마지막 죽는 시점까지 인간으로서의 존엄과 가치를 보장받을 수 있도록 제도적 장치를 마련하는 것이며, 최고 규범인 헌법과 헌법 이념을 구현하기 위한 법률, 법률의 입법 취지에 따라 이를 효과적으로 시행하기 위하여 그 위임 사항과 집행에 관하여 필요한 사항을 정하는 대통령령·총리령·부령 등 행정상의 입법으로 체계화되어 있다.

가. 헌법

헌법 제10조는 ‘모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다’고 하여 인간의 존엄과 가치를 헌법상 최고 원리로 보장하고 있다. 아울러 동조 후단에서 ‘국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다’고 하여 모든 국가권력을 구속하고 있다. 죽어 가는 과정에 있는 사람 또한 모든 국민

26) 이하 법령 내용은 법제처 홈페이지 <http://www.law.go.kr>(2018. 9. 30.)를 참고하여 작성함.

에 포함되므로 당연히 국가는 이를 보장할 의무를 지고 있으며, 필요한 경우 국가로부터 보호받을 권리를 갖는다(헌법 제34조 제5항). 다만 이는 살아 있는 동안에 한한다. 현행법상 사람은 생존한 동안 권리와 의무의 주체가 되기 때문이다(민법 제3조).

나. 민법

죽어 가는 사람의 웰다잉을 위한 노력은 1차적으로 친족 내에서 이뤄지도록 하고 있고, 이는 부양 의무를 통해 구현된다. 민법 제974조는 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이하는 기타 친족 간 부양 의무가 있음을 명시함으로써 우선적으로 개별 가계에서 웰다잉을 지원할 책임을 지우고 있다. 부양 의무는 피부양자가 자력 또는 근로에 의하여 생활을 유지할 수 없는 경우에 한하여 이행할 책임이 발생하는데(민법 제975조), 죽어 가는 사람은 거의 모두 여기에 해당되므로 개별 가계 내 이행 책임은 당연히 발생한다. 그러나 부양 의무자가 없거나, 부양 의무자가 있어도 부양 능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람은 2차적으로 국가의 보호를 받는다. 이는 국민기초생활보장법, 노인복지법, 노인장기요양보험법 등 제반 법률을 통해 보호 내용이 구체화된다.

아울러 가정법원은 질병, 장애, 노령, 그 밖의 사유로 인한 정신적 제약으로 사무를 처리할 능력이 지속적으로 결여된 사람에 대하여 성년후견 심판을 통해 사인 간의 각종 권리 관계에 대한 보호를 받을 수 있도록 하고 있다.

다. 형법

형법은 죽어 가는 사람의 유기, 학대에 관하여 엄히 책임을 묻고 있다. 제271조는 노유, 질병 기타 사정으로 인하여 부조를 요하는 자를 보호할 법률상 또는 계약상 의무 있는 자가 유기한 때에는 유기죄로, 자기의 보호 또는 감독을 받는 사람을 학대한 자는 학대죄로 처벌하고 있으며, 특히 유기, 학대로 치사상에 이르게 한 때에는 가중처벌하고, 직계존속으로서 사망까지 이르게 한 경우에는 무기 또는 5년 이상의 징역에 처하도록 하고 있다(제275조). 존속 유기, 학대로 인한 사망의 경우 무기징역까지 형량을 정할 수 있도록 한 것은 죽어 가는 인간 또는 사망할 개연성이 높은 사람의 생명권 침해로 보호법익이 매우 크다. 헌법상 최고 원리인 인간의 존엄권 보호를 구현하기 위한 것으로 볼 수 있을 뿐 아니라, 1차적 부양 의무를 진 직계비속의 보호 책임이 누구보다 엄중하다는 것을 표현한 것이라 할 수 있다.

형법은 죽어 가는 사람에 대한 범죄 관련 처벌 규정뿐만 아니라 죽은 사람에 대한 범죄에 대해서도 별함으로써 죽은 이후에도 여전히 보호해야 할 법익이 남아 있다는 것을 명시적으로 선언하고 있다. 형법 제12장 신앙에 관한 죄가 그것인데, 장례식방해죄, 사체오욕죄, 분묘발굴죄, 사체영득죄, 사자명예훼손죄 등이 있다. 이들을 신앙에 관한 죄로 묶어 규정하여 죽은 이후에는 조상으로서 신과 같은 성스러운 존재이므로 불경스러운 행위를 해서는 안 된다는 점을 명확히 하고 있다.

라. 노인복지법

노인복지법은 기본 이념(제2조)을 통해 노인은 죽을 때까지 건전하고

안정된 생활을 보장받는다고 천명하고 있다. 이를 위해 홀로 사는 노인에게 대한 지원(제27조의 2), 노인성 질환에 대한 의료 지원(제27조의 4), 상담·입소 조치(제28조) 등을 포함한 각종 보건·복지 조치(제3장)와 함께 노인복지시설의 설치·운영(제4장)을 통해 웰빙과 웰다잉을 동시에 실현할 수 있도록 제도적 기반을 마련하고 있다.

마. 연명의료결정법

연명의료결정법은 죽어 가는 사람의 존엄권 보호를 직접적으로 구현하는 데 결정적 역할을 하는 법률이다. 동법은 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기 결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다고 명시적으로 선언하고 있고, 존엄권 보호를 위한 자기결정권을 핵심으로 한다(제1조). 동법은 죽어 가는 과정에 관련된 제반 사항, 즉 임종 과정, 임종 과정에 있는 환자, 말기 환자, 연명의료, 호스피스·완화의료 등에 대해 구체적으로 정의하고, 호스피스·완화의료와 연명의료, 연명의료 중단 등 결정 및 그 이행에 필요한 사항을 규정하고 있다.

동법상 ‘연명의료’는 임종 과정에 있는 환자에게 하는 심폐소생술, 혈액 투석, 항암제 투여, 인공호흡기 착용 등 의학적 시술로서 치료효과 없이 임종 과정의 기간만을 연장하는 것으로 중단 결정을 내릴 수 있으며, 연명의료 중단 결정 이행 시 통증 완화를 위한 의료 행위와 영양분 공급, 물 공급, 산소의 단순 공급은 지속하도록 하고 있다(제2조 제4호 및 제19조).

‘호스피스·완화의료’는 암, 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기 질환, 만성 간경화, 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 질환으로 말기 환자로 진단을 받은 환자 또는 임종 과정에 있는 환자와 그 가족에게 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적

인 평가와 치료를 행하는 것이며, 호스피스 전문기관의 지정을 통해 호스피스 사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있도록 규정하고 있다(제2조 제6호 및 제19조). 여기에서의 말기 환자는 임상적 증상, 다른 질병 또는 질환의 존재 여부, 약물 투여 또는 시술 등에 따른 개선 정도, 종전의 진료 경과, 다른 진료 방법의 가능 여부, 기타 보건복지부 장관이 특히 필요하다고 인정하는 기준 등의 진단 기준을 종합적으로 고려하여 담당 의사와 해당 분야 전문의 1명이 말기 환자 여부를 진단한다(동법 시행 규칙 제2조).

바. 기타

앞서 살핀 형범을 포함한 몇몇 현행법률은 죽은 이후에도 일정한 보호를 꾀하고 있다.

장사 등에 관한 법률은 장사시설의 설치·조성 및 관리 등에 관한 사항을 주로 규정하고 있지만(제1조), 사후 존엄권 확보 차원에서 시신의 위생적 관리와 전문적 장례 지도를 위한 장례지도사에 관한 규정(제29조의 2 내지 제29조의 5)을 두고 있을 뿐만 아니라, 기초자치단체장으로 하여금 관할 구역 안에 있는 시신으로서 연고자가 없거나 연고자를 알 수 없는 시신에 대해서는 일정 기간 매장하거나 화장하여 봉안하도록 하고 있다(제12조).

시체 해부 및 보존에 관한 법률은 시체에 대한 예의를 강조하고 있는데, 동법은 시체를 해부하거나 시체의 전부 또는 일부를 표본으로 보존하는 사람은 시체를 취급할 때 정중하게 예의를 지켜야 함을 명시하고(제17조), 이를 위반할 경우 벌칙으로 1년 이하의 징역 또는 1000만 원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있다(제19조).

3. 웰다잉 관점에서 현행법 진단

가. 호스피스 대상 질환의 범위 협소

연명의료결정법 제2조 제6호에서 정의하는 호스피스 대상 질환은 암, 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기 질환, 만성 간경화, 그 밖에 보건 복지부령으로 정하는 질환으로 한정하고 있다(법제처 홈페이지, 2018. 9. 30.인출). 현재까지는 부령에서 대상 질환을 추가 지정하고 있지 않고 있기 때문에 대상 질환은 4가지에 한하고, 대상 질환의 범위가 너무 좁은 측면이 있다. 완화의료는 통증과 증상의 완화가 핵심인데(제2조 제6호), 통증의 원인은 다양하며, 극심한 통증은 신경 또는 척수 손상, 외상 환자 등 다른 질환자에게도 발생한다(법제처 홈페이지, 2018. 9. 30. 인출). 따라서 대상 질환에 대한 면밀한 검토가 필요하다. 그리고 동법 제25조에서 호스피스전문기관에 대해 호스피스 사업에 드는 비용의 전부 또는 일부를 차등 지원할 수 있다고 함으로써 대상 질환에 포함되느냐 여부에 따라 개인이 부담하는 비용은 크게 차이 날 수밖에 없다. 환자의 완화의료 이용성을 높이고 의료비 부담을 낮추기 위해서는 질환의 추가 지정을 서두를 필요가 있을 것으로 본다.

나. 유족에 대한 종합적 치료 미흡

연명의료결정법은 제2조 제6호를 통해 호스피스 대상 환자뿐만 아니라 그 가족까지 확대하여 신체적, 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료가 이뤄진다. 하지만 호스피스 외 다른 형태의 의료서비스 이용자가 사망하거나 비이용자의 일반적 사망의 경우에는 가족에 대한 의료행위가 적용되지 않는다. 죽음이란 사망한 사람 본인에게만 국한되는 단순 사건에 그치는 것이 아니라 그 가족 및 혈족에게는 심각한 후유증을 유발할 수도 있는 큰 사건이며, 특히 생계를 같이하는 가족의 경우 더욱 그러하다. 따라서 이와 관련한 정책적 고려로서 최소한 심리사회적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료가 반드시 수반될 필요가 있을 것이다.

다. 사회·문화적 토대 구축과 호스피스 이용 기반 조성 내실화

연명의료결정법 제5조는 국가 및 지방자치단체의 책무로서 환자의 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 사회적·문화적 토대 구축 노력과 환자의 최선의 이익을 보장하기 위한 호스피스 이용의 기반 조성에 필요한 시책 우선 마련을 규정하고 있다. 그럼에도 연명의료결정법이 도입된 지 얼마 되지 않은 관계로 정책적 움직임은 더딘 것으로 보이며, 지방자치단체는 더욱 그러하다. 현재 고령화율이 급격히 상승하는 흐름에 놓여 있는 상황에서, 노인부부가구 및 1인가구의 증가와 가족 내 비공식적 돌봄 곤란 상황을 감안한다면, 경우에 따라서는 불가피하게 호스피스 이용이 급증할 가능성이 있다. 따라서 중앙, 지방 구분 없이 환자의 인간으로서의 존엄과 가치 보호 및 최선의 이익 보장을 위해 사회·문화적 토대 구축과 호스피스 이용 기반 조성 내실화에 많은 힘을 기울여야 할 것이다.

라. 무연고 사망자 장례에 대한 정책적 배려

무연고 사망자의 시신 처리는 전적으로 기초자치단체의 의무 사항이다. 장사 등에 관한 법률 제12조는 시장 등은 관할 구역 안에 있는 시신으로서 연고자가 없거나 연고자를 알 수 없는 시신에 대해서는 일정 기간 매장하거나 화장하여 봉안하여야 한다고 함으로써 무연고 시신의 처리에 관해 규정하고 있다. 이에 따라 무연고 사망자의 시신은 각 기초자치단체에서 의무적으로 수습하여 처리하고 있다. 그러나 장례와 관련해서는 아무런 규정이 없다. 전통적인 상장례에 따라 연고자가 있는 경우 통상 상장례 절차를 거치게 되는 것이 일반적이다. 하지만 무연고자의 경우 장례를 치러 줄 사람이 없기 때문에 장례 절차는 생략하고 바로 시신 처리로 들어가는 것이 일반적이다.

연고자가 없다는 이유로 인해 고대로부터 이어져 온 상장례 절차를 통한 남은 자의 추모 의식 없이 매화장으로 곧바로 진행된다는 것은 비정상적이고 초라한 형태로서, 사회적 통념상 웰다잉의 마지막 단계가 심각하게 훼손되는 상황이라고 볼 수도 있다. 물론 특수하게 무연고자 장례에 관한 기초자치단체의 조례가 있는 경우에는 장례식이 거행되는 경우도 있다. 하지만 조례가 없는 경우가 일반적이므로 이에 대한 관심과 정책적 배려가 필요할 것으로 본다.

마. 사체오욕죄와 유사 범죄 간 형량 조정

우리 형법은 제12장에 신앙에 관한 죄를 규정하고, 장례식방해죄(제158조), 사체오욕죄(제159조), 분묘발굴죄(제160조), 사체영득죄(제161조), 사자명예훼손죄(제308조) 등을 규정하고 있다. 사체오욕죄는 사체,

유골, 유발을 오욕, 즉 더럽히고 욕되게 하는 행위를 한 사람에 대해 형벌을 부과하는 것이며, 그 형량은 2년 이하의 징역 또는 500만 원 이하의 벌금에 처하도록 하고 있다. 그런데 이는 유사 범죄인 사체영득죄²⁷⁾의 7년 이하 징역, 분묘발굴죄의 5년 이하 징역, 분묘발굴·사체영득 경합범죄의 10년 이하 징역에 비해 형량이 크게 낮고, 장례식방해죄의 3년 이하 징역 또는 500만 원 이하 벌금에 비해서도 낮다. 그리고 사자명예훼손죄의 2년 이하 징역 또는 500만 원 이하 벌금과는 동일한 수준이다.

사체오욕죄는 시신을 더럽히고 욕되게 하는 행위로서 사망자의 존엄성 확보 시각에서 바라볼 때, 사체영득죄나 분묘발굴죄에 비해서는 그 죄질이 가볍다고 할 수 있으나 장례식, 제사, 예배 또는 설교를 방해하는 경우 적용되는 장례식방해죄에 비해서는 가볍다고 보기 어렵다. 그럼에도 사체오욕죄를 더 가볍게 벌하고 있어 죽은 사람을 상대적으로 경시하는 듯한 경향을 보여 준다. 한편 공연히 허위 사실을 적시하여 사자의 명예를 훼손한 사자명예훼손죄와 동일한 형량으로 벌하고 있다. 물리적으로 시신을 더럽히고 욕되게 하는 행위와 물리적 개입 없이 단순히 사자의 명예를 훼손하는 행위가 동일한 형량으로 규율된다는 것은 산 자와 죽은 자의 개념 구분을 떠나 보호 법익을 고려할 때 충분히 논란의 여지가 있다고 판단된다. 법이란 생존하고 있는 사람을 중심으로 하여 규율하는 게 보편적이라, 생존자인 유가족 입장을 중시한다면 경우에 따라 약간은 이해할 수 있는 수준일 수도 있을 것이나, 사망자의 존엄성 확보를 중시한다면 받아들이기 어려운 수준일 수도 있을 것이다.

형법 제12장은 신앙에 관한 죄를 별도로 편제하여 사망한 사람에 대해 종래 조상신으로 간주하여 믿고 받들도록 하고, 사망한 이후에도 존엄성

27) 형법 제161조(사체 등의 영득) ①사체, 유골, 유발 또는 관내에 장치한 물건을 손괴, 유기, 은닉 또는 영득한 자는 7년 이하의 징역에 처한다. ②분묘를 발굴하여 전향의 죄를 범한 자는 10년 이하의 징역에 처한다.

이 여전히 유지된다는 것을 법으로 표현한 것이라 할 수 있다. 따라서 사체오욕죄와 장례식방해죄, 사자명예훼손죄의 형량은 사망자 본인의 존엄성 유지·확보를 최우선적으로 고려하여 조정하는 부분에 대해 검토할 필요가 있다고 판단된다.

제2절 국내의 제도적 기반 검토

자연인으로서 개인의 권리와 의무는 사망으로 소멸된다. 하지만 1942년 영국 베버리지 보고서(Beveridge report) ‘요람에서 무덤까지(From the cradle to the grave)’라는 유명한 구호에서 알 수 있듯이, 사회보장에 대한 국가의 책임은 개인이 사망한 후에도 존속된다. 개인의 존엄한 죽음을 보장하기 위한 국가의 책임은 단지 선언에 그치지 않고, 생애말기 요양·의료서비스 제공, 고독사 예방, 장례 지원, 장사 기준 제시 등의 제도로 발전되어 왔다. 특히 최근 한국에서는 연명의료가 사회적 이슈로 부각되면서 이와 직간접적으로 연관된 제도로도 빠르게 확대되는 추세이다.

이번 절에서는 넓게는 죽음, 좁게는 웰다잉과 관련하여 현재 우리나라에서 시행되고 있는 제도를 살펴보고자 한다. 우선은 죽음 여정에서의 개별적인 공공제도와 민간사업들을 하나씩 살펴본 후, 후반부에서는 이를 종합적으로 진단할 것이다.

1. 죽음 및 웰다잉 관련 제도: 죽음 여정과 사업 주체별 분류

죽음 및 웰다잉에 관한 다양한 제도들을 총체적으로 검토하기 위해 사업 주체와 죽음 여정이라는 틀을 적용한 분류를 했다. 공공과 민간의 사

업 주체 중에서 공공은 중앙부처와 지자체로 다시 구분하였고, 죽음 여정은 생애후반기, 임종전기, 임종, 임종후기로 나누었다. 이러한 틀을 기준으로 제도·사업들은 정리한 결과는 <표 6-1>과 같다.

<표 6-1> 죽음 및 웰다잉 관련 제도: 사업 주체와 죽음 여정 분류 틀 적용

사업 주체		죽음 여정	생애 후반 기	임종 전기	임종 기	임종 후기
공공	중앙부처	장기·인체 조직 기증 및 이식(보건복지부)	○	○	○	○
		요양비(보건복지부)	○	○		
		호스피스·완화의료서비스(보건복지부)		○	○	
		연명의료		○	○	
		장사제도(보건복지부)			○	○
		유족연금(보건복지부)				○
		사망신고(대법원)				○
	지자체	웰다잉 문화 조성에 관한 조례(서울, 부산, 대전, 울산, 경기, 충북, 충남, 경북, 경남, 제주의 31개 지자체)	○	○	○	
		고독사 예방 사업(132개 지자체) 예: 서울시 '나비남 프로젝트', 서울 강남구 '청장년 1인 가구 고독사 예방 종합대책', 전남 '고독사 지킴이단' 등	○	○		
		죽음 준비 교육·상담(서울 종로구, 광주 서구) 예: 서울 종로구 '인생의 아름다운 마무리', 광주광역시 '장수노트 어르신 건강지킴이'	○	○		
		가정 호스피스완화의료사업(대전시)		○	○	
		공영장례 사업(서울 금천구, 광주 서구, 대전 서구, 충북 괴산군, 전남 신안군) 예: 서울시 '그리다', 서대문구 '두레' 등		○	○	○
		죽음 준비 교육·상담 프로그램 예: 대한웰다잉협회, (사)시니어희망공동체, 불교여성개발원	○			
민간		사전연명의료의향서(국립연명의료관리기관)	○	○		
		상조보험	○		○	
		유류품 처분				○

주: 본문의 '2. 죽음 및 웰다잉과 관련된 주요 제도' 내용을 토대로 연구자가 분류한 것으로, 2018년 5월 29일 각 제도별 현황을 기준으로 함.

우선, 사업 주체 측면에서의 분류 결과, 중앙부처 중에서 보건복지부가 장기·인체 조직 기증 및 이식, 요양비, 호스피스·완화의료서비스, 연명의료, 장사, 유족연금과 같이 죽음 및 웰다잉과 관련해서도 다수의 제도를 담당하고 있었다. 주무부처가 보건복지부는 아니지만 대법원에서 관할하는 사망신고도 죽음 및 웰다잉과 관련해서 중앙부처가 시행하는 제도라고 할 수 있다.

중앙부처와 함께 지자체도 죽음 및 웰다잉 관련 공공제도를 시행하고 있다. 죽음 및 웰다잉과 간접적으로 관계된 고독사 예방 사업을 조례로 제공하여 운영하고 있는 지자체는 이미 절반 이상으로 확대되었다. 아직은 그 수가 많지 않지만 웰다잉 문화 조성에 관한 조례를 발의하고 제정한 지자체도 최근 몇 년 동안 늘어나는 추세이다. 여기서 한 단계 더 나아가 일부 지자체에서는 죽음 준비 교육·상담, 가정 호스피스·완화의료, 공영장례 등의 사업도 수행하고 있다.

그 밖에 민간에서도 죽음 준비 교육·상담 프로그램을 제공하고, 사전연명의료의향서를 작성하게 하며, 상조보험 상품을 판매하는 등 죽음 및 웰다잉과 관련된 사업들을 활발히 벌이고 있다.

이러한 사업을 죽음 여정 단계별로 분류해 보면 다음과 같다. 죽음 여정 중에서 생애말기보다 앞선 생애후반기와 밀접한 관계가 있는 제도·사업으로는 장기·인체 조직 기증, 요양비 지급, 웰다잉 문화 조성, 고독사 예방, 죽음 준비 교육·상담, 사전연명의료의향서 작성 및 홍보, 상조보험 등이 있다. 이 중에서 여러 제도·사업은 생애후반기에 이어지는 죽음 여정인 임종전기에도 거듭해서 연관되지만, 호스피스·완화의료서비스는 임종전기에 그 중요성이 대두되는 제도다. 호스피스·완화医료를 포함한 대부분의 제도는 임종 때까지 사망하는 자에게 효력이 발생하다가 사망 후에 그 효력을 상실한다. 임종후기에는 상조보험, 유족연금처럼 가입자가

고인이더라도 유족들을 지원하는 제도로서의 역할을 하게 된다. 장례·장사제도, 유류품 처분, 사망신고 등의 제도로 임종후기에 유족들이 고인과 예(禮)로써 사별하고, 일상적인 거주 공간에 남겨진 고인의 물품과 흔적을 정리하며, 사망한 자의 법적 지위 및 책임을 정지시킬 수 있도록 도와준다.

2. 죽음 및 웰다잉과 관련된 주요 제도

가. 중앙부처 제도

1) 호스피스·완화의료

앞서 논의한 바와 같이 임종 과정과 관련하여 연명의료결정법이 제정되어, 2018년 2월부터 제도가 시행되고 있다(보건복지부 생명윤리정책과, 2018. 1. 24.).

호스피스·완화의료는 환자와 가족의 신체·심리·사회·영적 고통을 경감시키기 위하여 의사, 간호사, 사회복지사, 성직자, 자원봉사자 등으로 구성된 완화의료 전문가가 팀 단위로 서비스를 제공하는 것을 목적으로 한다(국가암정보센터 홈페이지, 2018. 11. 30. 인출). 호스피스·완화의료의 이용 대상자는 2017년 8월부터 암, 후천성면역결핍증(AIDS), 만성 폐쇄성 호흡기 질환, 만성 간경화의 4개 질환 말기 환자로 확대되었다. 하지만 해당 질환이 4개로 한정되어 있고, 단서로 붙은 말기도 '적극적인 치료에도 불구하고 근원적인 회복 가능성이 없고 점차 증상이 악화되어 보건복지부령으로 정하는 절차와 기준에 따라 담당 의사와 해당 분야의 전문의 1명으로부터 수개월 이내에 사망할 것으로 예상되는 진단을 받은

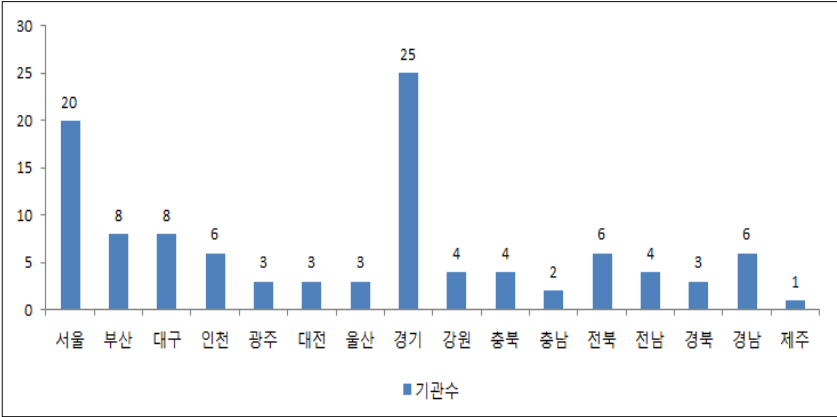
경우(국가암정보센터 홈페이지, 2018. 11. 30. 인출)'로 제한적이다. 이러한 말기 환자 중에서 본인이 이용을 희망하는 경우 신청할 수 있고, 본인에게 의사 결정 능력이 없을 경우 사전에 지정해 둔 대리인이 신청할 수 있으며, 지정 대리인이 없을 때 배우자, 직계비속, 직계존속, 형제자매 순으로 신청할 수 있다.

호스피스·완화의료서비스 내용은 신체·심리·사회·영적 돌봄, 임종 관리, 사별 관리로 크게 구분된다. 통증과 기타 증상을 치료하기 위한 신체적 돌봄과 함께 심리·정서적 측면에서 가족들을 대상으로 교육도 한다. 또한 연결 가능한 사회적 자원이나 정보를 제공하고, 환자와 가족의 영적·종교적 요구도 존중하여 지원한다. 임종이 임박하기 전에는 환자와 가족이 임종을 준비할 수 있도록 돌봄과 교육, 임종 후에는 사별 관리 서비스를 제공한다. 호스피스·완화의료는 장소에 따라 보건복지부가 지정한 호스피스 전문 기관에 입원하는 입원형, 가정에서 지내는 가정형, 이 둘의 중간 형태로 일반 병동이나 외래 진료를 받는 자문형으로도 구분된다(호스피스·완화의료 홈페이지, 2018. 11. 30. 인출).

〈부표 1-1〉과 같이 2018년 11월 말 현재, 106개소의 호스피스·완화의료 전문기관이 지정·운영되고 있다(호스피스완화의료 홈페이지, 2018. 11. 30. 인출). [부도 1-1]에서 지역별로 보면 서울(20개소), 경기(25개소), 인천(6개소)의 수도권에 절반 가까이 분포하고 있고, 나머지 지역에는 아직 평균 5개소 미만으로 적었다. [그림 6-2]를 통해 기관 종류별로 보면, 종합병원이 46개소로 가장 많았고, 그다음으로 상급종합병원(22개소), 요양병원(15개소), 의원(13개소), 병원(10개소) 순이다.

[그림 6-1] 호스피스·완화의료 전문기관 시도별 지정 현황(2018. 11. 30.)

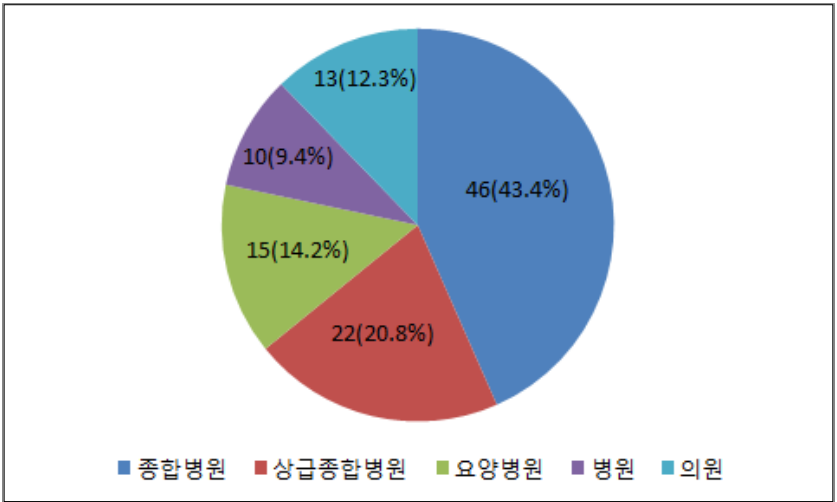
(단위: 개소)



주: 2018년 11월 30일 기준임.
자료: 호스피스완화의료 홈페이지. hospice.cancer.go.kr에서 2018. 11. 30. 인출.

[그림 6-2] 호스피스·완화의료 전문기관 종류별 지정 현황(2018. 11. 30.)

(단위: 개소, %)



주: 2018년 11월 30일 기준임.
자료: 호스피스완화의료 홈페이지. hospice.cancer.go.kr에서 2018. 11. 30. 인출.

2) 연명의료

연명의료결정법에서의 연명의료는 임종 과정의 환자에게 심폐소생술, 인공호흡기 착용, 혈액 투석, 항암제 투여 등의 의료 기술을 통해 치료효과 없이 임종 과정 기간만을 연장시키는 것을 뜻한다. 연명의료결정법 시행에 따라 2018년 2월부터 연명의료결정제도가 본격적으로 시행되면서 환자가 연명의료계획서([부도 1-2] 참조)를 작성했거나 임종기에 2명 이상의 가족이 일치된 진술을 하고, 가족 전원이 합의한 경우 등의 상황에서 연명의료 중단을 결정할 수 있도록 하고 있다.

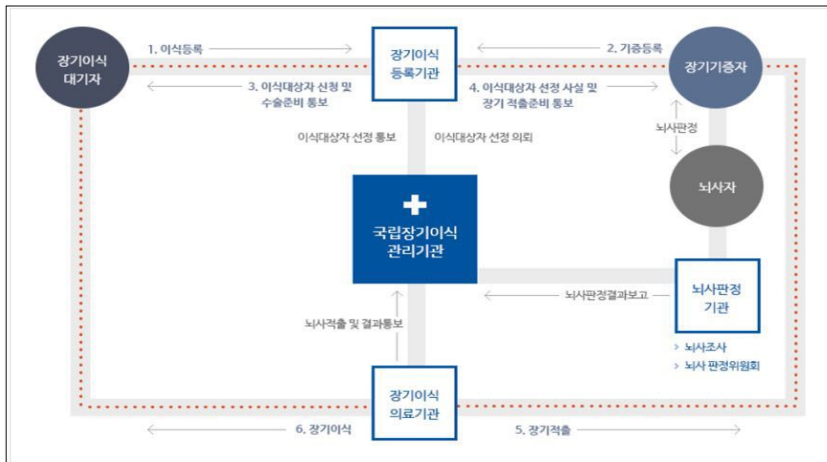
3) 장기·인체 조직 기증 및 이식

장기·인체 조직 기증 및 이식도 죽음 및 웰다잉과 관련된다. 1999년에 제정된 장기 등 이식에 관한 법률에 근거하여 시행되는 장기 기증 및 인식 제도는 신장, 간장, 췌장, 심장, 폐, 소장, 위장, 십이지장, 대장, 비장, 췌도, 골수, 안구 13종 장기에 대해 이식 대상자를 공정하게 선정하고, 뇌사를 판정하며, 장기 기증 절차를 마련하고, 장기 매매를 방지하기 위한 목적을 가지고 있다(보건복지부 장기기증지원과, 2017. 12. 27.). 동 법을 기준으로 국립장기이식관리기관(KONOS) 설립을 통해 합법적 차원의 장기 이식 사업을 진행하고 있다. 장기 이식은 국가 차원의 생명 윤리 정책의 일환으로 진행되었으며, 장기 등의 기증에 관한 사항과 다른 사람의 장기 등의 기능 회복을 위해 적출 및 이식에 관한 법률 규정을 통해 행해진다. 장기 기증 및 관리 체계는 뇌사 및 사후 기증과 살아 있는 자의 기증의 두 가지 차원에서 이루어진다. 전자는 장기 이식 대기자의 장기 이식 등록 기관에 이식 등록, 장기 기증자의 동 기관에 대한 기증 등록 후 이식 대상

자 신청 및 선정, 장기 적출 및 이식 등의 과정으로 행해지며, 최종 결과는 국립장기이식관리기관으로 통보된다. 살아 있는 자의 경우, 앞서와 달리 장기 기증자의 기증 등록 후 이식 대상자 선정 및 승인 과정을 거쳐 장기 이식을 진행하게 된다. 전반적인 과정은 [그림 6-3] 과 같다.

뇌사 장기 기증자 수는 2011년 368명(1548건)에서 2016년 573명(2319건)으로 점진적으로 상승하다가 2017년 515명(1921건)으로 소폭 감소했다. 이와 달리 사망자 안구 인식 기증자 수는 2011년 131명(252건)에서 2017년 43명(80건)으로 전체적으로 감소 추세를 보이고 있다(보건복지부 장기기증지원과, 2017. 12. 27.).

[그림 6-3] 장기 기증 및 이식 관리 체계: 뇌사 및 사후 기증



자료: 보건복지부 장기·인체조직 기증 및 인식 홈페이지 http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06300403&PAGE=3&topTitle=장기.인체조직 기증 및 이식에서 2018. 11. 30. 인출.

한편 2004년에 제정된 인체 조직 안전 및 관리 등에 관한 법률에 근거한 인체 조직 기증 제도는 뼈, 연골, 근막, 양막, 피부, 인대, 건, 심장판막,

혈관 등 9종 인체 조직의 기증·채취·분배·이식의 안전성 확보를 목적으로 한다(보건복지부 장기·인체조직 기증 및 인식 홈페이지, 2018. 11. 30. 인출). 이를 위한 관리 체계로 조직기증지원기관이 설치·운영되고 있다가 사망자가 발생하면 유족들과 상담하여 동의를 받고, 식품의약품안전처의 허가를 받은 조직은행이 인체 조직을 채취·저장·처리(가공)·보관·분배하여 의료기관에서 치료에 사용한다. 인체 조직 기증 뇌사자 수는 2011년부터 2016년까지 100명대에서 소폭 변동되다가 2017년 77명으로 감소했다. 이와 유사하게 인체 조직 사후 기증자 수도 2011년 93명에서 2016년 128명으로 변동 폭이 적었고 2017년 51명으로 최저치를 기록하였다(보건복지부 장기기증지원과, 2018. 11. 5.).

현재 장기 및 인체 조직 기증 희망 등록은 모바일, 인터넷, 방문 신청 등을 통해 모두 가능하며, 미성년자의 경우 법정 대리인의 동의 및 관련 서류가 요구된다. 단 생전에 기증 희망 등록을 했어도 선순위 유가족(배우자-직계비속-직계존속-형제자매 순) 1인의 동의가 없으면 기증이 불가하다(보건복지부 장기·인체조직 기증 및 인식 홈페이지, 2018. 11. 30. 인출). 2017년 질병관리본부에서 국내 19세 이상 성인을 대상으로 실시한 인식조사에서 장기 기증에 대한 인지도는 98.1%, 인체 조직 기증 인지도는 45.5%, 의향도 역시 67.0%로 전년도 대비 상승한 것으로 조사되었으나(보건복지부 장기기증지원과, 2018. 11. 5.), 실제 이행 건수는 동기간 대비 감소한 것으로 나타나 제도의 정착 및 확산에 보다 많은 시간이 소요될 것으로 보인다.

〈표 6-2〉 2011~2017년 장기·인체 조직 이식 및 기증 현황

(단위: 명, 건)

연도	뇌사 장기 이식 건수 (기증자 수)	사망자 안구 이식 건수 (기증자 수)	인체 조직 기증 뇌사자 수	인체 조직 사후 기증자 수
2017	1,921(515)	80(43)	77	51
2016	2,319(573)	156(83)	157	128
2015	2,003(501)	115(63)	135	138
2014	1,827(446)	140(75)	115	106
2013	1,743(416)	154(82)	128	101
2012	1,751(409)	194(99)	175	69
2011	1,548(368)	252(131)	141	93

자료: 보건복지부 장기기증지원과(2017. 12. 27.). '10명 중 7명은 장기 조직 기증 의향 있어'. 보건복지부 보도자료. p.5.

지금까지 소개한 제도들이 주로 임종전기와 임종기 과정에서 사망하는 자와 관계된 보건·의료적 성격이었다는 게 특징이라면, 앞으로 소개할 유언 및 상속, 장사제도, 유족연금, 사망신고는 임종기와 임종후기 과정에서 유족을 대상으로 한 예식(禮式), 사회보험, 법·행정적 성격이라는 것이 차이다.

4) 유언 및 상속

존엄한 죽음을 위한 준비로 유언 및 상속 역시 고려될 수 있다. 유언²⁸⁾은 법률적으로 사망한 후 법률관계를 정하려는 생전의 최종적 의사 표시로 사망을 통해 그 효력이 발생한다. 유언은 자유롭게 행해질 수 있으나, 유언의 방식 및 유언 사항에 대해서는 민법이 정한 바에 따라야 한다는 점에서 중앙부처의 제도를 기반으로 하여 살펴보았다. 민법에 따라 유언

28) 법제처(2018). 찾기 쉬운 생활법령 정보(2018. 8. 15. 기준)의 내용을 참고하여 작성함.

은 만 17세 이상의 의사 능력이 있는 자가 할 수 있는 것으로 규정되며, 의사 능력의 유무는 유언할 때를 기점으로 판단된다. 민법에서 정한 유언 사항에는 가족 관계, 재산의 처분 및 상속, 유언의 집행에 관한 사항이 포함된다. 가족 관계에 관한 사항은 친자 관련 사항과 후견인 지정 등에 대한 내용이 해당된다. 재산의 처분에 관한 사항에서는 유증, 즉 유언을 통해 재산상의 이익을 무상으로 타인에게 제공할 수 있다는 사항과 재단 법인 설립을 위한 재산 출연 행위, 신탁 설정 등의 내용이 포함된다. 상속에 관한 사항은 상속 재산의 분할 방법 지정 및 위탁, 상속 재산의 분할 금지 관련 사항이 포함되며, 마지막으로 유언 집행자의 지정 및 위탁과 관련 사항이 해당된다. 법률에서 정한 유언의 방식은 자필 증서, 녹음, 공정 증서, 비밀 증서, 구수 증서의 총 5가지 유형으로 정해지며, 자필 증서 외 나머지 방식에 있어서는 증인을 필요로 한다. 증인은 유언이 진정으로 성립하였다는 것, 즉 유언자의 진정한 뜻에 의해 진행되는 것임을 입증하는 사람으로 유언자는 증인을 미리 섭외해야 한다. 단 미성년자, 유언으로 이익을 받을 사람 및 그의 배우자나 직계혈족 등은 증인이 될 수 없다.

마지막으로 상속²⁹⁾과 관련하여 현재 상속세 및 증여세법을 통해 상속 및 증여와 관련한 사항들이 논의되고 있다. 민법에서 의미하는 상속이란 사람이 사망한 경우, 생전의 재산상 지위가 법률의 규정에 따라 특정 사람에게 포괄적으로 승계되는 것을 의미한다. 현행법상 상속은 재산 상속만이 인정된다. 상속은 피상속인의 사망으로 개시되며, 사망 시점은 생명이 절대적, 영구적으로 정지된 시점을 의미한다. 상속은 피상속인의 주소지에서 개시되며, 상속세란 사망을 계기로 무상으로 이전되는 재산에 대해 그 재산의 취득자에게 과세되는 조세를 의미한다. 상속세의 납세 의무는 유언의 효력이 발생하는 때에 성립하며, 그 시점은 유언자가 사망한

29) 법제처(2018). 찾기 쉬운 생활법령 정보(2018. 8. 15. 기준)의 내용을 참고하여 작성함.

때이다. 현행법상의 상속 순위는 피상속인의 배우자 및 직계비속, 직계존속, 형제자매, 4촌 이내의 방계혈족 순이다.

상속되는 재산은 상속인에게 이익이 되는 적극재산뿐 아니라 채무와 같은 소극재산까지 포함되는 포괄적 승계이다. 즉 적극재산은 물건, 채권, 물건 등의 상속 재산이며, 소극재산은 채무가 해당된다.

5) 장사제도

장사제도는 매장 위주였던 장사 방식을 합리적으로 개선하여 화장 문화로 전환을 도모하고 보건위생상의 위해를 방지하여 국토를 효율적으로 활용하고 공공복지를 증진하려는 목적으로 추진되고 있다(보건복지부 장사제도 홈페이지, 2018. 11. 30. 인출). 장사 방식은 시신이나 유골을 땅에 묻어 장사하는 매장, 매장한 시신이나 유골을 다른 분묘나 봉안시설에 옮기거나 화장 또는 자연장을 하는 개장, 시신, 죽은 태아, 개장 유골을 불살라 장사를 지내는 화장, 화장한 유골의 골분을 수목·화초·잔디 등의 밑이나 주변에 묻는 자연장으로 크게 구분된다. 장사제도에서는 각각에 대해 시기, 장소, 방법 및 처리 기준, 신고 절차를 규정하고 있다. 매장의 경우, 시기는 사망이나 사산한 때부터 24시간이 경과한 후에 할 수 있고, 장소는 공설묘지나 사설묘지로 제한하고 있다. 매장 방법도 공중위생에 해를 끼치지 않도록 지면으로부터 1m(화장 유골은 30cm) 이상의 깊이로 하고, 매장을 한 자가 매장 후 30일 이내에 매장지 관할 지자체장에게 사후 신고를 하도록 한다. 매장을 예로 들었지만 화장, 개장, 자연장도 매장 과 마찬가지로 방식별로 세부적인 규정이 있고, 위반 시 벌칙을 주거나 과태료를 부과한다(보건복지부 장사제도 홈페이지, 2018. 11. 30. 인출).

6) 유족연금

유족연금은 국민연금 가입자나 연금을 지급받던 자가 사망했을 때 사망자에게 생계를 의지했던 유족에게 급여를 지급해서 안정된 삶을 살 수 있도록 하는 목적의 지원 제도이다. 유족연금의 수급 요건은 사망자가 노령연금 수급권자이거나, 국민연금 가입 기간이 10년 이상인 가입자 또는 가입자였거나, 사망일 5년 전부터 사망일까지의 기간 중 연금보험료를 낸 기간이 3년 이상인 가입자 또는 가입자였거나, 장애등급이 2년 이상인 장애연금 수급권자라는 요건 중 하나에 해당하면 된다. 유족연금을 수급하는 유족의 범위는 배우자→자녀→부모→손자녀→조부모 순이다(단, 자녀와 손자녀는 25세 미만이거나 장애등급 2급 이상, 부모와 조부모는 62세 이상이거나 장애등급 2급 이상인 경우). 급여는 사망자의 가입 기간에 따라 기본 연금액의 40~60% 수준이다. 그 외에 가입자 또는 가입자였던 사람이 사망했을 때 유족연금을 지급받을 수 있는 유족이 없으면 장제부조금 성격의 급여를 주는 사망일시금 제도도 있다(국민연금공단 유족연금 홈페이지, 2018. 11. 30. 인출).

7) 사망신고

사망신고는 가족 관계의 등록 등에 관한 법률 제84조 제1항에 근거해 주민등록에서 삭제하여 고인의 법적 지위를 공식적으로 소멸시키는 행정 절차다. 사망신고 의무자는 사망자와 동거하던 친족이나 사망 장소 관리자, 사망 장소의 동장·통장·이장이다. 사망신고 시기는 의무자가 사망 사실을 인지한 날로부터 1개월 이내여야 한다. 사망신고서에는 사망자의 인적 사항을 식별할 수 있는 성명, 성별, 등록기준지, 주민등록번호와 함

께 사망의 연월일시와 장소를 기재하도록 되어 있다([부도 1-3] 참조). 사망신고의 장소는 사망지·매장지·화장지에서 가능하고, 절차는 사망신고 의무자가 진단서 또는 검안서의 사망 사실을 증명하는 서류를 시·구·읍·면·동에 제출하고 신분 확인을 하면 된다.

나. 지자체 제도

앞서 소개한 중앙부처 제도처럼 전국적으로 동일하게 시행되지는 않지만, 죽음 및 죽음의 질과 관련해 지자체가 조례를 제정하거나 자체적으로 사업을 개발하여 시행하고 있는 사례는 다음과 같다.

1) 고독사 예방 사업 및 조례

다수의 시·도, 시·군·구에서 고독사를 예방하기 위한 조례를 제정하고 이에 근거한 사업들을 하고 있다. 예를 들어 2017년 말, 제주특별자치도는 50~64세 장년층 단독가구의 신체·정서·사회·경제적 고립을 완화시키고 고독사를 예방하기 위한 조례를 제정하였다(제주특별자치도 공보관실, 2017. 12. 29.). 기초지자체인 의정부시에서도 독거노인의 고독사 예방을 위한 시장의 책무, 고독사 예방 추진 계획 수립, 고독사 예방 체계 구축, 고독사 위험자 등에 대한 지원 내용이 담긴 조례를 2017년 4월에 제정하여 시행 중이다(박재규, 2017. 3. 26.).

구체적인 사업으로, 전라남도는 도 차원에서 ‘고독사 지킴이단’이라는 이름의 자원봉사단을 만들고, 고독사 고위험군과 자원봉사자를 일대일로 연계시켜 정기적인 가정 방문, 안부 전화 등의 활동을 하고 있다(박정옥, 2018. 2. 9.). 서울 양천구에서도 전남의 ‘고독사 지킴이단’과 비슷하게,

2017년부터 50대 독거남 고독사 예방 프로그램인 ‘나비남 프로젝트’를 운영하고 있다. 나는 혼자가 아니라는 뜻의 ‘나비남’도 50대 독거남과 동반인 남성을 일대일로 맺어 주는 방식이며, 노인이 아닌 50대 독거남으로 사회적 고립과 고독사 문제를 확대했다는 측면에서 특징적이다(조인원, 2018. 4. 19.). 여기서 한발 더 나아가 서울 강남구는 고독사 예방 사업의 대상자를 20~60대 청장년층까지 확대했다. 2017년 서울 강남구는 청장년 단독가구를 위한 종합계획에 맞춤형 고독사 예방 사업 내용을 포함시켰다. 구체적인 사업으로는 음성 메시지 전송 후 수신 상태를 확인하는 안부 확인 전화 서비스, 은퇴한 공무원이 고위험 대상자의 야간 안부를 확인하는 야간 안심 서비스, 동별 가족 봉사단 및 자원봉사 캠프 운영 등이 있다(고웅석, 2017. 7. 18.).

2) 공영장례 사업

일부 지자체들은 공영장례 사업을 하고 있다. 공영장례의 목적은 고인의 존엄성을 유지하고 상부상조의 공동체 의식과 ‘요람에서 무덤까지’라는 사회복지의 가치를 실현하는 것이다. 이를 위해 가족 해체와 빈곤 등으로 장례를 치를 수 없는 무연고자 및 저소득층에 대한 장례 지원과 이들의 빈소를 마련하는 등 안정적으로 장례를 치를 수 있도록 지원한다.

2018년부터 서울시는 고독사, 무연고 사망자, 저소득층을 대상으로 하는 장례의식 지원 서비스 ‘그리다’를 실시하고 있다(주성남, 2018. 4. 29.). 서울시가 빈소를 지원하는 ‘그리다’에서는 고인의 종교를 고려해 간소하지만 검소하고 존엄한 의식을 치르게 한다. 무연고 사망자 입장에서는 염습, 입관, 운구, 화장, 봉안으로 이어지는 일반적인 장례 절차를 따르게 되고, 시립승화원에 전용 빈소를 마련하여 추모할 수 있도록 한다. 그 외

에도 4곳의 장례식장 빈소를 저소득 시민에게 제공하고 있으며, 협력 장례식장을 더 확대할 계획을 가지고 있다.

2013년부터 서울 서대문구에서도 복지사업과 사업으로 마을장례지원단 ‘두레’를 운영한다(차운주, 2014. 12. 10.). ‘두레’ 사업은 지역사회의 여러 자원 연계를 강조한다는 것이 특징이다. 무연고 사망자가 발생하면 서대문경찰서가 사망자를 동신병원에 안치하고, 동신병원이 장례를 할 수 있는 추모 공간을 제공하며, 사망자가 거주하던 곳의 동장, 동 지역사회복지협의체, 복지통장이 상주 역할을 한다. 또한 서대문구 사회복지협의회에서는 장례문화 개선 사업으로 꼭 연락해야 할 사람, 장례 방식, 장례식 때 와 주었으면 하는 사람 등 마지막 부탁 사항과 유품 처리 등 사후 처리해야 할 사항을 기입하는 임종노트 작성 운동도 하고 있다. 서울 서대문구와 유사하게, 광주 서구에서도 공영장례서비스를 하고 있다. 광주 서구에서는 독거노인에게 공영장례를 홍보하고 사망 처리에 관하여 사전에 의사 표시를 할 수 있도록, ‘장수노트 어르신 건강지킴이’라는 노트를 발간했다. 이 장수노트에는 사후 처리뿐만 아니라 생전 건강 진단, 안전사고 및 노인범죄 예방 점검 사항 등의 내용도 담고 있다(박선강, 2018. 4. 19.).

다. 민간사업

중앙부처와 지자체로 세분화했지만 지금까지 알아본 제도들은 사업 주체가 공공이라는 공통점이 있다. 이 외 민간이 사업 주체라도 사업의 취지가 공공성을 갖거나, 중앙부처와 지자체에서 사업비를 지원받아 서비스를 제공하는 경우, 공공제도가 미비하여 사각지대에 보완이 필요한 경우 등이 있다. 그동안은 민간사업으로 추진되어 왔지만, 향후에는 공공제도로써 국민들의 요구가 높아질 가능성도 있어 죽음 및 웰다잉과 관련해

활성화된 민간사업 사례도 짚어 보려고 한다.

1) 죽음 준비 교육·상담 프로그램

죽음 및 웰다잉과 관련해 민간에서 활발하게 하고 있는 사업으로 죽음 준비 교육·상담 프로그램이 있다. 죽음 준비 교육·상담은 노화와 죽음에 관한 전반적인 이해를 향상시키고 준비하는 과정을 갖게 해 궁극적으로 의미 있는 삶을 영위할 수 있도록 하는 것을 목표로 한다(전성곤, 2008). 죽음 준비 교육·상담 프로그램은 노인대학, 경로당, 노인복지관, 사회복지관, 주부대학, 병원, 의료원, 호스피스, 교회, 성당 등 다양한 전달 체계를 통해 제공되고 있다.

회기, 프로그램 주관 기관 및 장소, 대상자 생애주기에 따라 약간의 차이는 있지만 대한웰다잉협회의 대표적인 죽음 준비 교육·상담 프로그램은 크게 노년기 신체·심리·사회적 발달에 대한 이해, 성공적 노화를 위한 준비 등의 총론과 아름다운 이별을 위한 준비의 각론으로 구성된다(대한웰다잉협회, 2018). 아름다운 이별을 위한 준비라는 각론에서 죽음 준비 교육의 정의와 필요성, 죽음에 대한 의학적·심리적·학문적 이해, 존엄사와 연명치료, 전통적·종교적·법률적(유언장) 죽음, 장례문화, 용서와 화해, 자살 예방, 자서전 쓰기와 새로운 인생 설계 등 죽음과 웰다잉에 관한 내용을 중점적으로 다룬다. 대한웰다잉협회 외에도 한국농어촌공사의 지원을 받은 (사)시니어희망공동체가 ‘찾아가는 웰다잉 법률 지원’ 사업을 한 사례가 있고, 엔딩노트 및 유언장 교육·상담·작성·보조, 웰다잉 교육 및 상담, 성년후견서비스 교육·상담의 내용이 이 사업에 포함되어 있다. 그 외에도 행정안전부의 지원을 받아 불교여성개발원이 수행한 ‘웰다잉 교육: 아름다운 마침표, 그 마지막 성장과 하나 됨’이라는 프로그램이 진

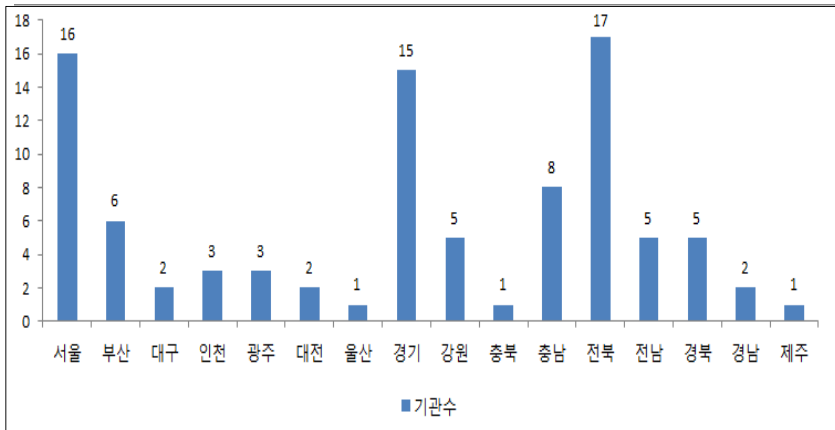
행되기도 했다. 이 프로그램에서는 마음나무, 인생 회상, 웰다잉을 공부하는 목적, 품위 있는 죽음의 내용을 교육하였다(이동명, 2014. 8. 26.). 이처럼 민간의 여러 단체·기관들이 통일된 내용은 아니더라도 웰다잉에 초점을 맞춘 죽음 준비 교육·상담 프로그램을 운영하고 있다.

2) 사전연명의료의향서 작성 및 보관

사전연명의료의향서 작성 및 보관도 민간에서 역할을 하고 있다. 2018년 2월부터 시행되고 있는 연명의료결정제도에서는 임종 과정에 있는 환자가 되었을 때를 대비하여 연명의료 및 호스피스에 관한 의향을 사전연명의료의향서로 작성할 수 있도록 했다.

[그림 6-4] 시·도별 사전연명의료의향서 등록기관 현황(2018. 11. 30.)

(단위: 개소)



주: 2018년 11월 30일 기준임.

자료: 국립연명의료관리기관 홈페이지. www.lst.go.kr에서 2018. 11. 30. 인출.

사전연명의료의향서는 전국 238개 국민건강보험공단 본부, 지사, 출장소와 더불어 보건복지부의 지정을 받은 92개 사전연명의료의향서 등록기관에서 작성할 수 있다. 아직 제도 시행 초기라 향후 변동이 클 수 있지만 2018년 11월 말 기준으로 봤을 때 지역적으로는([그림 6-4] 참조), 전북 17개소, 서울 16개소, 경기 15개소로 많았고, 나머지 시·도는 각각 1~10개소 미만으로 적은 분포를 보인다. 등록 기관을 통해 작성·등록된 사전연명의료의향서는 국립연명의료관리기관(재단법인 국가생명윤리정책원)의 연명의료 정보 처리 시스템의 데이터베이스에 보관된다. 연명의료의향서를 관리하는 국가생명윤리정책원도 그렇지만 <부표 1-2>에서도 알 수 있듯이, 사전연명의료의향서를 작성할 수 있는 등록 기관의 상당수가 민간 단체 및 기관이다. 즉 민간이 사전연명의료의향서를 작성, 보관, 관리하는 역할을 주로 맡고 있는 것이다.

3) 상조보험

무의탁 독거노인이 고독사 했을 때 일부 지자체에서 조례와 자체 사업으로 장례 지원을 하는 경우가 없지는 않지만, 대부분은 민간 상조보험에 개인적으로 가입하여 장례 대비를 한다. 2017년 3월 기준으로 공정거래위원회가 발표한 자료에 따르면 전국적으로 186개의 상조업체가 등록되어 있었고, 가입자 수도 483만 명이 넘었다(대한민국 정책브리핑 홈페이지, 2018. 11. 30. 인출).

상조보험의 서비스는 가격별로 차이가 있지만 A업체의 상품 중 중간 정도 가격인 B상품을 예로 들어 소개하면 다음과 같다. <표 6-3>을 보면 상조서비스 내용은 크게 인적서비스, 고인용품서비스, 입관용품서비스, 상복 및 의전용품서비스, 의전차량서비스, 추모서비스로 구분된다. 첫째,

인적서비스로는 전문의전지도사, 의전매니저, 의전관리사를 파견하여 지원한다. 둘째, 고인용품서비스로는 관, 수의, 영정 액자, 기타 용품(도포, 원삼, 천금, 지금, 베개, 습신, 멧베 등)을 제공한다. 셋째, 입관용품서비스로는 명정, 관보, 기타 용품(알코올, 탈지면, 운아, 폐백, 다라니경, 공포, 한지, 초석, 결관바, 칠성판, 수시포 등)을 제공한다. 넷째, 상복 및 의전용품서비스로는 전통복, 현대식 상복, 의전 제례용품을 대여해 준다. 다섯째, 의전차량서비스로 링컨리무진, 장의버스, 꽃 장식을 제공한다. 여섯째, 추모서비스로 우제상서비스, 제단 장식, 헌화 꽃, 30년 기일 안내, 사이버 추모관, 고인 일대기 추모 DVD 제작을 해 준다.

〈표 6-3〉 상조서비스 내용 예시: A업체의 상조서비스 B상품

구분		서비스 내용
인적 서비스	전문의원지도사	3일간 전담 파견(3일장 기준)
	의전매니저	입관 시 1명 지원
	의전관리사	주간 8명 / 야간 2명(1일 / 8시간 기준)
고인용품 서비스	관	오동나무 2단 관
	수의	고급 항제 수의
	영정 액자	LED 영정 액자 + 포토샵 영정 사진 제공
	기타 용품	도포, 원삼, 천금, 지금, 베개, 습신, 멧베 등 규격품 제공
상복 및 의전용품 서비스	전통복	직계 상주 필요 수량 제공
	현대식	남자: 10벌 대여(검정 양복, 검정 넥타이, 와이셔츠) 여자: 개량형 상복 10벌 대여 또는 치마저고리 (흰색 또는 검정색) 필요 수량 제공
	의전 제례용품	완장, 상장, 장갑, 위패, 향/초, 부의록, 근조 리본, 혼백함, 위패, 액자 리본 등 제공, 근조기 대여
의전차량 서비스	타운카 또는 리무진	전국 무료
	장의버스	전국 무료
	꽃 장식	국장급 리무진 꽃 장식
추모 서비스	우제상서비스	반제상 제공
	제단 장식	제단 꽃 장식 지원비 60만 원 지원
	현화 꽃	100송이 제공
	30년 기일 안내	휴대전화 문자 메시지(SMS) 통한 기일 안내 서비스
	사이버 추모관	상조회사 홈페이지에 사이버 추모관 제공
	고인 일대기 추모 DVD 또는 CD 제작	고인의 추모 동영상, 사진, 멀티미디어 DVD 또는 CD 제공

자료: A업체(☎000)의 홈페이지 상품 안내.

아직까지 공공제도로서의 장례 지원이 매우 한정적인 상황인데, 민간 상조서비스가 복잡하고 어려운 장례 절차를 간편하게 처리할 수 있도록 지원한다는 측면에서는 긍정적인 평가를 할 수 있다. 하지만 상조보험 총 납입 금액이 수백 만 원에 달해 가입자에게 경제적 부담이 된다. 또한 상조회사가 부도, 폐업, 파산한 경우도 잦아 많은 피해자가 발생하고 있다.³⁰⁾ 그러므로 민간 상조보험의 운영 안정성을 높이거나 공공제도로 지원하는 등의 방안이 모색되어야 한다.

3. 죽음 및 죽음의 질 관련 제도에 대한 진단

죽음 및 죽음의 질 관련 제도들을 종합적으로 살펴본 결과, 공공과 민간이 생애후반기, 임종전기, 임종기, 임종후기로 이어지는 죽음 여정에서 각자의 역할을 적절하게 분담하고 있는 것으로 나타났다. 예를 들어 중앙부처가 연명의료결정법 같은 법을 제정하면서, 지자체도 웰다잉 문화 조성에 관한 조례를 만들어 관련 사업을 시행하고, 민간에서는 교육·상담·홍보를 통해 죽음 준비와 사전연명의료의향서를 작성·보관하는 역할을 하고 있다. 장례·장사제도에서도 보건복지부가 법률로 모든 국민에게 적용할 수 있는 통일된 규정을 정해 주고, 지자체에서는 취약계층을 위한 고독사 예방 사업 및 공영장례를 보완적으로 시행하며, 민간에서는 상조보험 상품을 판매해 대다수의 국민이 장례·장사를 치를 수 있도록 서비스하는 역할을 하고 있다. 이처럼 중앙, 지자체, 민간의 세 사업 주체의 지원이 죽음 여정에서 각자의 역할을 갖고, 톱니바퀴처럼 맞물려 돌아간다는 측면에서 긍정적인 평가를 할 수 있다.

30) 상조매거진 홈페이지 http://www.sangjomagazine.com/sub_read.html?uid=1976§ion=sc4에서 2018. 10. 30. 인출.

다만 연명의료결정법이 시행된 기간이 길지 않은 상황이라서 앞으로 죽음 및 웰다잉 관련 제도가 정착되려면 보완되고 개선되어야 할 부분도 남아 있다. 첫째, 아직까지는 호스피스·완화의료 전문기관이 수도권 소재 종합병원·상급종합병원에 편중되어 있어 중소도시와 농어촌에서의 접근성 향상이 이루어져야 한다. 둘째, 앞선 논의와 유사한 맥락에서 사전연명의료의향서 등록 기관도 지역별 편차가 크고 국민들의 인식도도 낮은 상황이라, 대국민 홍보가 강화되어야 한다. 셋째, 사전연명의료의향서 등록 기관에는 민간의 단체·법인도 다수 포함되어 있어, 어떤 기관을 방문 하더라도 충분한 설명과 안내를 받아 사전연명의료의향서를 작성할 수 있도록 전문화·표준화하는 방안이 요구된다. 넷째, 뇌사자와 사망자의 장기·인체 조직 기증 건수는 2010년대 초반에도 적었지만 2017년에 최저 수준을 기록했기 때문에 그 원인을 찾고 장기·인체 조직 기증 필요성에 대한 홍보를 확대할 필요가 있다. 다섯째, 지자체에서 시행하고 있는 죽음 준비 교육·상담, 공영장례, 고독사 예방 사업, 웰다잉 문화 조성에 관한 조례 등의 정보가 서로에게 공유되지 않고 있어, 지자체 사업과 조례에 관한 정보 교류 창구를 만들어 타 지자체의 우수 사례를 참고하고 경쟁할 수 있게 해 주어야 한다. 마지막으로, 다수의 국민이 가입되어 있는 민간의 상조보험이 가격은 비싸고 폐업하는 경우도 자주 있어, 공공제도로 지원하거나 규제하는 장치가 모색되어야 한다.

제3절 소결

본 장에서는 넓게는 죽음, 좁게는 웰다잉과 관련한 우리 사회의 법적 및 제도적 기반을 살펴보고 법적 검토와 제도적 기반 검토에서 도출된 시

사점을 정리해 보았다. 이러한 검토 결과 나타난 특징을 종합해 보면 무엇보다 먼저 법적 및 제도적 기반이 상정하고 있는 죽음의 범주가 매우 협소하다는 점이 두드러진다. 주요 정책 대상이 특정 질환에 한정된 경향이 있으며, 죽음을 삶의 연속선상에서 파악하기보다는 죽음을 하나의 이벤트로만 간주하여 직전과 직후에 필요한 법적 및 제도적 기반을 구축하는 데 초점을 두고 있다. 따라서 본 연구가 강조하고자 하는 웰빙의 한 구성 요소로서의 웰다잉과, 노후 준비의 일부로서 좋은 죽음의 준비가 구현될 수 있는 법적 및 제도적 기반이 부족하다 하겠다.

다음으로는 관심을 두고 있는 서비스의 영역이 협소하다는 점도 지적할 수 있다. 특히 심리·사회 영역과 관련한 관심이 부족하고, 가족을 대상으로 한 서비스 필요성 인식과 정책적 기반 마련이 초기 단계이며, 죽음을 회피하기보다는 삶의 한 요소로 편하게 논의할 수 있는 분위기를 만들어 가야 한다는 인식이 부족한 상황이다.

우리 사회에서 웰다잉에 대한 관심이 아직 초기 단계이기 때문에 가장 시급한 대상과 영역에 초점을 두고 법적 및 제도적 기반이 마련되고 있다는 점을 감안하더라도, 초기부터 적절한 시각이 정립되고 틀이 마련되지 않으면 적절한 방향으로 진전할 수 없다는 점을 간과해서는 안 될 것이다. 이를 위해서는 본 장에서 제시한 구체적인 방안 외에도 큰 틀에서 현재의 관심 대상과 영역의 협소함을 극복하기 위한 노력이 필요하다 하겠다.

제 7 장

결론

제1절 종합

제2절 정책적 함의와 과제

본 장에서는 본 연구의 주요 결과를 종합하고 정책적 함의를 도출해 보고자 한다. 본 연구는 2개년 연구의 1차 연도 연구로서 좋은 죽음에 대한 개념을 구체화하고 그에 기초하여 도출된 정책의 방향성과 정책과제를 제시해 보고자 한다. 이에 기초하여 2차 연도 연구에서는 구체적인 방안을 모색해 볼 것이다.

제1절 종합

본 연구를 통하여 도출된 주요 결과를 정리해 보면 다음과 같이 정리될 수 있다. 무엇보다 먼저 본 연구의 목적인 좋은 죽음과 관련된 결과는 다음과 같다.

첫째, 좋은 죽음을 구성하는 데 있어 중요한 개념은 자기결정권이다. 자기결정권은 Q방법론과 전화조사에서 모두 공통적으로 나타난 개념으로 중노년층은 좋은 죽음은 자기가 결정권을 갖고 죽음의 시기와 구체적 결정을 하는 것이라 보고 있다. 전화조사의 경우 74.5%가 죽음과 관련된 결정에 있어 본인이 주체가 되어야 한다고 생각하고 있다. 이러한 맥락에서 95%의 전화조사 응답자가 죽기 전에 ‘스스로’ 준비할 수 있어야 좋은 죽음이라고 응답하고 있다. 또한 법에서도 이러한 자기결정권이 중요시 되고 있는데, 연명의료결정법의 경우 환자의 최선의 이익을 보장하고 자기 결정을 존중하여 인간으로서의 존엄과 가치를 보호하는 것을 목적으로 한다고 명시적으로 선언하고 있다.

둘째, Q방법론이나 전화조사를 통해 죽음의 가시성이 높아지는 중노년층이 생각하는 좋은 죽음은 무엇보다 두려움 없이 담담하게 죽음을 맞이하는 것이며, 자신이 죽은 후에 남아 있는 중요한 타자에게 좋은 사람으로 기억될 수 있는 것으로 생각하고 있다. 또한 본인은 죽음의 과정에서 고통이 없고 가족에게는 간병비 등으로 인한 부담을 주지 않아야 한다고 생각하고 있다. 육체적인 고통은 본인을 힘들게 할 뿐만 아니라 평생에 유지해 왔던 본인의 모습을 훼손시킬 수 있다는 점에서 좋은 죽음을 저해하는 요인으로 간주되는 것이다. 또한 질병의 발생 등으로 죽음이 가시화된 이후 실제 사망까지의 기간이 길어질수록 병원비 등으로 인한 경제적 부담과 더불어 수발 과정 속에서 가족 관계의 악화가 발생하면 안 되는 것으로 간주한다. 이러한 요소들은 좋은 죽음을 구성하는 요소라기 보다는 좋은 죽음이 되기 위해 피해야 할 ‘소극적인’ 요소라고 할 수 있다. 이러한 우려는 현실에서 노년기에 발생하는 주요 사망 원인이 악성신생물(암)이나 심장 질환 등과 같이 장기간의 관리와 투병을 요한다는 점에서 당연한 귀결이라 할 수 있다.

이러한 좋은 죽음의 개념을 현실에서 다양한 형태의 죽음에 대입해 보면 <표 7-1>과 같다. 병사나 자연사의 경우 고통의 경험, 경제적 부담, 가족 및 지인과의 유대라고 하는 세 가지 차원에서 한 가지라도 문제가 생길 경우 웰다잉이 구현되기 어렵다. 사고사나 타살의 경우 본인과 가족, 지인 모두 죽음을 준비할 시간이 없다는 점에서 좋은 죽음의 기본 요소인 준비하는 죽음이 구현되지 않는 죽음이다. 이에 더하여 남은 가족 및 지인은 심리적 타격에 대응하고 해결해야 하는 과제를 갖게 된다. 한편 자살의 경우 사망자 자신의 결정에 의한 죽음이므로 부정적 측면의 자기결정권이 행사된 죽음이라 할 수 있다. 자신이 죽음을 준비했지만 이는 일방적인 것으로 가족 및 지인이 죽음을 준비할 시간이 없고, 심리적 타격

에 대응하고 해결해야 하는 과제를 갖게 된다. 이렇게 죽음의 종류별로 웰다잉이 구현되는 경우와 그렇지 않은 경우를 비교해 보았으나, 이와는 다른 차원에서 독거사를 살펴볼 필요가 있다. 독거사는 형태 그 자체로 웰다잉이 될 수 없기 때문이다.

〈표 7-1〉 웰다잉 관점에서 본 죽음의 분류

구분	웰다잉 구현	웰다잉 미(未)구현
병사/자연사	- 고통이 없으며, 병원비 등으로 인한 경제적 부담이 발생하지 않고 가족 및 지인과의 유대를 유지하면서 사망	- 고통 수반, 병원비 등으로 인한 경제적 부담 발생, 가족 및 지인과의 관계 악화
사고사/타살	-비해당	- 본인과 가족 및 지인 모두 죽음을 준비할 시간이 없고, 남은 가족과 지인이 심리적 타격에 대응하고 해결해야 하는 과제를 지님
자살	-비해당	- 가족 및 지인이 죽음을 준비할 시간이 없고, 심리적 타격에 대응하고 해결해야 하는 과제를 지님
기타	-비해당	- 생을 마무리할 때 함께할 사람이 없음

셋째로 본인, 가족, 보건의료서비스 등 다양한 주체의 참여가 있어야 적절한 죽음 준비를 통한 좋은 죽음이 가능해진다는 점이다. 무엇보다 먼저 자신이 스스로 죽음을 잘 준비해야 한다. Q방법론을 활용한 유형 분류에서도 자신의 준비를 통한 담담하고 두려움 없는 죽음이 한 유형으로 분류되었으며, 전화조사에서도 35.7%가 스스로의 준비를 가장 신경 써야 할 점으로 언급하고 있다. 한편 가족의 역할과 관련해서는 자주 접촉하여 사랑을 표현해야 하며, 좋은 죽음의 중요 요소 중 하나로 사망 시에 사랑 하는 사람이 주위에 있어야 한다는 것이 언급된 바 있다. 또한 신체 통증 감소를 위한 관리도 신경 써야 하는 점으로 언급되었는데, 이는 본인의 신체적 괴로움과 더불어 그러한 고통을 감내해 내는 본인을 지켜봐야 하는 가족 및 지인의 어려움을 반영한 것이라 하겠다.

다음으로 국내외의 법적 및 정책적 대응에 대한 검토 결과 도출된 특징은 다음과 같이 요약될 수 있다.

첫째, 현재의 법적 및 제도적 기반은 일부 죽음에만 초점을 두고 있다. 구체적인 예로 연명의료결정법에서 정의되고 있는 대상은 4가지 질환(암, 후천성면역결핍증, 만성 폐쇄성 호흡기 질환, 만성 간경화)에 국한되어 있으며 호스피스 이용 가족만을 관심 대상으로 하고 있다. 죽음은 변화 과정이며 당사자와 가족 중심의 접근이 요구된다는 점에서 다양한 상황에서 발생하는 죽음이 좋은 죽음이 될 수 있도록 제도적 기반을 마련하는 노력이 필요할 것이다.

둘째, 관련된 법과 정책에 있어 서비스 영역이 매우 협소하게 설정하고 있을 뿐만 아니라 파편적인 접근이 이루어지고 있다. 연명의료, 호스피스, 장례와 같이 죽음의 발생 전후 시기에 관련된 서비스뿐만 아니라 죽음을 삶의 일부로 받아들이고 논의할 수 있도록 하는 단계별·연속적인 접근이 이루어져야 한다. 또한 물질·인적 인프라 확보와 함께 전 국민의 인식 함양 및 관련 교육이 체계적으로 이루어질 필요가 있다.

셋째, 좋은 죽음을 구현하기 위해서는 지역사회와 NGO의 생활 밀착형 대응이 이루어져야 하지만 그러한 노력의 중심에는 공공서비스가 있어야 한다는 점이 확인되었다. WHO나 EU에서는 공공서비스의 중요성을 강조하고 있으며, 적극적인 노력을 하고 있는 호주의 경우 지역사회의 문화적 특징을 이러한 기본 방향에 기초하되 국가 내에 상존하는 문화적 다양성을 고려할 때 지역사회와 NGO의 활동 또한 중요함을 강조하고 있다.

제2절 정책적 함의와 과제

1. 지향성과 추진 과제

좋은 죽음의 구현을 위해 시행되고 있는 정책 현황은 <표 7-2>와 같이 정리될 수 있다. 사회 구성원이 공유하고 있는 좋은 죽음의 구성 요소와 이러한 정책 현황 진단에 기초하여 우리 사회에서의 웰다잉 구현을 위해 지향해야 할 방향성과 사회적 과제를 정리해 보고자 한다.

<표 7-2> 주요 측면별 법적·제도적 기반 및 실천 현황

구분	호스피스·완화의료	연명치료 (사전연명의료 의향서)	장기 기증	유언장 작성	상속
법적 및 정책적 기반	-호스피스·완화의료 및 임종 과정에 있는 환자의 연명치료 결정에 관한 법률 (2016. 2.)	-연명치료결정제도(2018. 2.)	-장기 등 이식에 관한 법률 (1992)	-(민법)	-상속세 및 증여세법 (1997. 1.)
인지도	-정부의 적극적인 홍보 대비 높지 않은 인지도 (약 1/4)	-낮은 인지도 (17.9%)	-	-	-
관련 서비스 이용 의사	-대부분 이용 의사 있으나, 적극적인 의사는 약 1/2에 불과	-약 3/4이 연명치료 반대 -낮은 인지도에 비해 약 절반이 사전 연명의료의향서 작성 의사 지님	-1/2 이상이 찬성 (64.6%)	-1/2 이상이 필요성 인정(67.5%)	-
실천 상황	-	-사전연명의료의향서 작성 의사는 중년층에서 높으나, 실제 작성한 비율은 70대에서 높음	-	-1/2 이상이 작성 의사 가짐	-1/2 이상이 가족 상속 선호 -일부 또는 전부 사회 환원 선호는 21.5%

주: 관련 법률의 괄호 안 숫자는 제정 일자를 나타냄.

무엇보다 먼저 전 국민이 체계적인 준비를 통하여 좋은 죽음을 맞이할 수 있는 기반을 만드는 것을 목표로 설정 및 선언하고, 이러한 목표하에 다음과 같은 기본 원칙을 준수해야 할 것이다. 첫째, 죽음과 관련한 자기 결정권이 구현될 수 있는 사회적인 기반을 만들어 가야 할 것이다. 둘째, 죽음까지의 과정 속에서 경제적 부담이나 수발 부담 등으로 인하여 가족 등 중요한 타자와의 관계가 악화되지 않도록 해야 할 것이다. 셋째, 죽음의 당사자나 중요한 타자가 경험하는 다양한 상황에 맞춤형 대응이 이루어져야 한다. 특히 다양한 생애 단계에서 경험하는 직간접적인 죽음에 대한 적절한 대응을 통하여 생애 마지막 단계에서의 존엄성이 확보되고 중요한 타자가 삶의 의미를 상실하지 않도록 해야 한다. 넷째, 물질·인적 인프라뿐만 아니라 교육과 홍보 등 인식 전환을 위한 준비도 함께 이루어져야 할 것이다. 마지막으로 이러한 다각적·종합적인 대응을 위해서는 중앙정부, 지방정부뿐만 아니라 지역사회, NGO 등 다각적인 주체의 참여와 협력이 요구된다.

이러한 기본 방향을 구현하기 위해서는 다음과 같은 과제를 구현해 가야 할 것이다.

무엇보다 먼저 웰다잉도 삶을 잘 준비하고 마무리하는 단계 중 하나임을 인식시키고 웰다잉을 준비하는 것의 중요성에 대한 대국민 홍보가 강화되어야 한다. 필요성에 대한 인식이 있어야 다양한 서비스와 인프라를 확보할 수 있는 동력이 만들어지고 행동으로 실천할 수 있을 것이기 때문이다. 이를 위해서는 오피니언 리더의 참여를 통한 공유와 전 국민 대상 인식 개선 캠페인, 죽음에 대해 지역사회 차원에서 편하게 논의할 수 있는 공간(예: 각종 사회복지관, 학교 등)과 프로그램을 만들어 가야 할 것이다.

둘째로 웰다잉과 관련된 다양한 법률을 검토하여 모든 죽음의 형태에

있어 웰다잉이 구현될 수 있는 법적 기반을 마련해야 할 것이다. 현재의 몇 가지 법률이 웰다잉에 대한 관심을 갖고 있으나 관심의 범위가 제한적이다. 연명의료결정법의 경우는 ‘환자’에게 국한되고 있어 환자가 아닌 사람의 죽음에 있어서의 존엄성에 대한 관심은 없다. 장사 등에 관한 법률이나 시체 해부 및 보존에 관한 법률은 사후 존엄권 확보와 관련하여 시신에 관한 규정만을 두고 있을 뿐이다. 무엇보다 신체적 측면뿐만 아니라 심리·사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 관심이 요구된다. 더불어 죽음 당사자뿐 아니라 가족에게까지 점검의 범위를 확대해야 할 것이다. 죽음은 사망자 본인뿐 아니라 가족 및 지인에게도 후유증을 유발할 수 있는 큰 사건이며, 이들과의 관계는 사망자 본인이 사망에 이르기까지 중요시하는 측면이기 때문이다. 즉, 이러한 두 가지 측면에 기초하여 웰다잉 구현 관련 법적 기반의 사각지대를 검토하고 보완해 가야 할 것이다.

셋째로, 웰다잉 관련 서비스 대상자와 내용의 범위를 확대해 가야 할 것이다. 즉 죽음 당사자뿐만 아니라 가족 및 지인들에게 다양한 측면의 서비스가 제공될 수 있어야 할 것이다. 웰다잉에 대한 적극적 관심을 두고 있는 호주와 네덜란드 모두 유족들에게 의료적 측면과 더불어 사회적·영적 측면도 고려한 서비스를 제공하고 있다. 호주의 경우 휴먼서비스 부서를 통하여 유족에게 경제적 지원 관련 정보와 서비스를 제공함과 동시에 심리·정서적 지원을 위한 다양한 사회서비스를 마련하고 있다. 좀 더 구체적인 정책과 관련해서는 연명의료결정법상의 호스피스 대상 질환을 확대해 갈 필요가 있다.

넷째로, 상대적으로 부족한 죽음 준비 항목에 관한 사회적 관심을 제고하고 제도적 기반을 마련해 가야 할 것이다. 준비하는 죽음을 좋은 죽음으로 인식하고 있지만 실제로 죽음 준비 교육을 통해 당사자뿐만 아니라 유족들에게 체계적 죽음 준비가 이루어질 수 있도록 해야 할 것이다. 죽

음과 관련한 경험들의 사실적 정보 제공뿐 아니라 죽음, 사별에 대한 감정 및 태도를 처리하는 정서적 측면에 대한 내용도 교육되어야 할 것이다. 현재 노인의 경우 아주 소수만이 죽음 준비 교육을 받은 적이 있는 것으로 나타나는 등 실제 참여는 매우 미미한 상황이다. 또한 서비스는만 들어졌지만 확산이 미미한 서비스의 경우 다양한 주체가 참여하여 적극적인 확산 노력을 경주해야 할 것이다. 본 연구의 전화조사 결과 사전연명의료의향서는 20%만이 제대로 인지하고 있었고, 들어는 봤지만 잘 알지 못한다는 응답도 35.0%인 상황으로 적극적인 홍보가 요구된다. 또한 정확히 알고 있는 사람의 두 배 이상이 이미 작성했거나 향후 작성할 의향이 있다고 하는 점은 제도에 대한 인식이 높을수록 실천 가능성이 높아진다는 것을 보여 주는 것이라 할 수 있다. 사전연명의료의향서의 확산을 위해서는 제도화가 요구된다. 생애전환기 건강검진³¹⁾과 연계하여 생애말기를 위한 준비를 할 수 있도록 지원하는 방안, 노후 준비 지원(노후준비지원법³²⁾)에서 생애말기 준비 지원을 위한 교육을 추가하는 방안도 모색해 볼 만하다.

이러한 서비스의 적절한 확산을 위해서는 서비스 내용의 전문화·표준화와 정보의 공유가 요구된다. 현재 다양한 서비스가 민간단체의 선도적 활동을 통해 실시되고 있다. 대표적인 것이 사전연명의료의향서이다. 사전연명의료의향서 등록 기관의 다수는 민간단체 또는 민간법인인데, 이

31) 현재 생애전환기 검진이 40세와 66세에 이루어지고 있지만, 평균수명 연장, 75세 이후 급격한 신체·정신 기능 저하 등을 고려하여 현재 노년기 시작 시점인 66세 생애전환기 건강검진 외 추가적 건강검진이 필요하다는 지적이 있었음(선우덕, 강희정, 박은자, 전진아, 전승훈, 김성태 외, 2016). 또한 검진의 내용 확대도 요구되는데, 후기노인에게 발병 가능성이 높은 치매 관련 검진을 비롯하여 생애말기 준비를 위한 항목들이 추가될 필요성이 높음.

32) 정부는 노후준비지원법에 기초하여 2016년 12월에 제1차 노후 준비 지원 5개년 기본계획(2016~2020)을 발표한 바 있음. 우선 베이비부머 세대를 대상으로 정년퇴직 이전에 최소 1회 이상의 노후 준비 진단과 상담, 교육서비스를 제공하는 것을 주요 내용으로 포함하고 있으나, 노후 준비 내용에 죽음 준비 교육이 적시되어 있지는 않음.

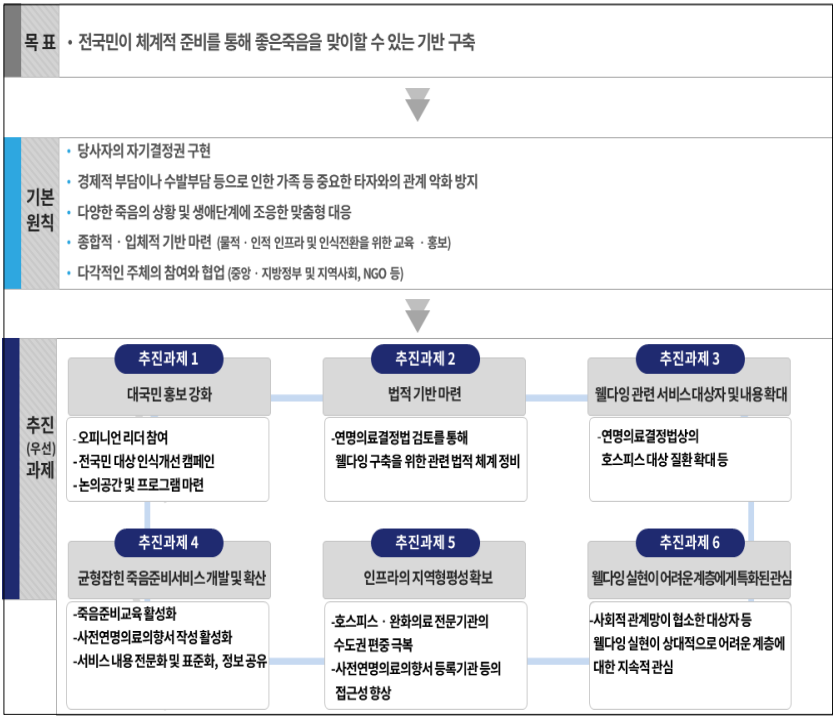
러한 시도들을 표준화하여 확산하기 위한 기제가 마련되어야 할 것이다. 또한 지방자치단체에서 실시하고 있는 다양한 사업(죽음준비 교육, 상담, 공영장례, 고독사 예방사업 등)이나 조례 등이 공유될 수 있어야 할 것이다.

다섯째로 관련된 인프라 확보를 위한 노력이 필요하다. 가장 시급한 것은 수도권에 편중되어 있는 호스피스·완화의료 전문 기관이나 사전연명의료의향서 등록 기관을 중소도시와 농어촌에서도 확보하여 접근성을 향상시키는 것이다.

마지막으로 웰다잉이 어려운 대상에 대한 특화된 관심이 필요하다. 대표적인 것이 무연고 사망자나 고독사의 대상들이다. 무엇보다 먼저 고독사가 발생하지 않도록 하는 접근이 강화되어야 하며, 고독사가 발생했을 때 사망자의 시신을 조기 발견하고 이들의 존엄성이 확보된 상태에서 상장례가 이루어질 수 있는 기반이 마련되어야 할 것이다. 서울시에서 최근 발표한 고독사 예방 종합대책(2018. 3. 20.)과 같이 고독한 삶이 없도록 고립된 이들을 찾아내어 사회적 관계망을 회복하고 보건의료 관련 공공 서비스를 지원하며 죽음 이후의 존엄한 장례를 실시하는 것과 같은 정책적 접근이 전국적으로 확산되어야 할 것이다. 또한 자살, 타살, 사고사 등 준비되지 않은 가족이나 지인을 두고 있는 유족들의 심리적 타격에 대한 상담이나 법적·행정적 과제를 정리하여 알려주는 서비스 등이 요구된다.

210 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

[그림 7-1] 좋은 죽음 구현을 위한 추진 과제



2. 주체별·생애단계별 과제

앞서 제시한 추진 과제를 구현하는 데 있어 중심적인 역할을 수행해야 할 주체를 중심으로 하여 정리해 보면 <표 7-3>과 같다. 중앙정부의 경우 법적 기반을 마련하고 정비하는 과제에 있어 중심 역할을 수행해야 한다. 즉, 중앙정부는 법 제정 등 법적 기반 마련을 통해 모든 국민에게 적용할 수 있는 통일된 규정을 마련해야 한다.

현재 1차 기본 계획이 마련되어 있는 노후 준비 지원 계획 내용에 죽음 준비 교육 등을 포함하도록 하는 노력과 더불어 기존의 연명의료결정법을 보완하는 과제가 우선순위로 하겠다. 이와 동시에 유족에 대한 종합적 치료 제공 관련 법적 기반을 어떤 방식으로 만들어 갈 것인가에 대한 논의를 시작해야 할 것이다. 이러한 법적 기반이 마련되어야 연동하여 관련 서비스를 확산할 수 있을 것이다. 또한 66세에 진행되고 있는 생애전환기 검진에 치매 관련 검진 및 생애말기 준비 항목에 대한 진단 항목을 추가하여 본인의 죽음에 대한 준비 상황을 점검하고 준비할 수 있는 기반을 만들어 가야 할 것이다. 동시에 전문화·표준화된 가이드라인을 마련하고 공유하는 역할을 해야 하며, 관련 사업 실시 기관에 대한 관리 감독 역시 요구된다. 아직 보편화되지 못하거나 불충분한 정보로 인해 소비자 권리가 충분히 확보되지 못할 가능성이 있기 때문이다(예: 상조보험 등). 더불어 웰다잉에 대한 인식 제고 및 홍보 전략을 마련하는 구심점이 되어야 할 것이다.

또한 국민의 인식을 개선함으로써 태도의 변화와 실천을 유도하는 데 중앙정부의 역할이 중요하다. 전반적인 인식 개선 캠페인을 설계하고 계층별 특화된 홍보 전략을 마련하여 지방정부나 지역사회, NGO가 참여할 수 있도록 유도하여야 할 것이다.

한편, 지방정부의 경우 일부 지자체에서 마련하고 있는 웰다잉 문화 조성에 관한 조례를 제정하고 다양한 지역 밀착형 서비스를 선도해 가야 할 것이다. 지방정부의 의지에 따라 선도적으로 실시할 수 있는 대표적인 서비스로는 다양한 형태의 호스피스·완화의료 사업 실시, 유족에 대한 종합적인 평가와 상담 서비스 제공, 독거사에 대한 적극적인 대응(예방 사업 등) 및 장례에 대한 정책적 배려(공영장례 사업 활성화 등), 자살 예방 서비스 제공 등이 있다. 또한 이러한 사업 수행에 필요한 지역사회 서비스 기반을 강화하고 서비스 제공 기관을 발굴, 관리해 가야 할 것이다.

지역사회와 NGO는 웰다잉의 사각지대에 있는 구성원에 대한 관심을 제고하고 선도적인 프로그램을 개발하며, 전 국민 인식 개선 캠페인 등을 통하여 사회 구성원의 죽음에 대한 부정적인 인식 저하 및 지역주민의 논의가 활발히 진행될 수 있는 분위기를 만들어 가는 데 있어 가장 중요한 주체라 하겠다. 또한 현장의 목소리를 취합하여 선도적 프로그램을 개발하는 역할을 해야 할 것이다. 아직 웰다잉에 대한 다각적 관심이 구체화되지 않은 단계라는 점을 고려할 때, 민간단체가 이슈를 선도하는 역할을 꾸준히 수행해 가야 할 것이다.

마지막으로 기업의 경우 유료 서비스를 통한 이윤 창출이 가장 큰 목적이긴 하지만 서비스 내용에 대한 사회 구성원의 필요성 인식이 선행되어야 한다는 점에서 인식 제고와 홍보에 적극 참여해야 할 것이다. 존엄성 확보가 중요한 주제라는 점에서 인권과 존엄성의 침해가 발생하지 않도록 하는 자발적 노력이 요구된다.

〈표 7-3〉 주요 주체별 과제

	법적 기반 마련 및 정비	서비스 제공 기반 마련	인식 개선
중앙정부	- 호스피스 대상 확대 (연명의료결정법) - 유족에 대한 종합적 치료 제공 관련 법적 기반 마련 - 노후 준비 내용에 죽음 준비 교육 포함(노후준비 지원법)	- 유족에 대한 종합적인 평가와 상담 서비스 제공 - 생애전환기 검진에 생애말기 준비 항목 추가 - 자살 예방 서비스 제공	- 전 국민 인식 개선 캠페인
지방정부	- 웰다잉 문화 조성에 관한 조례 마련	- 다양한 호스피스·완화의료 사업 실시 - 유족에 대한 종합적인 평가와 상담 서비스 제공 - 독거사에 대한 적극적인 대응 (예방 사업 등) - 무연고 사망자 장례에 대한 정책적 배려 - 공영장례 사업 활성화 - 자살 예방 서비스 제공	- 전 국민 인식 개선 캠페인
지역사회와 NGO	-	- 웰다잉 사각지대 구성원에 대한 관심	- 전 국민 인식 개선 캠페인
기업		- 다양한 유료 서비스 개발	- 전 국민 인식 개선 캠페인

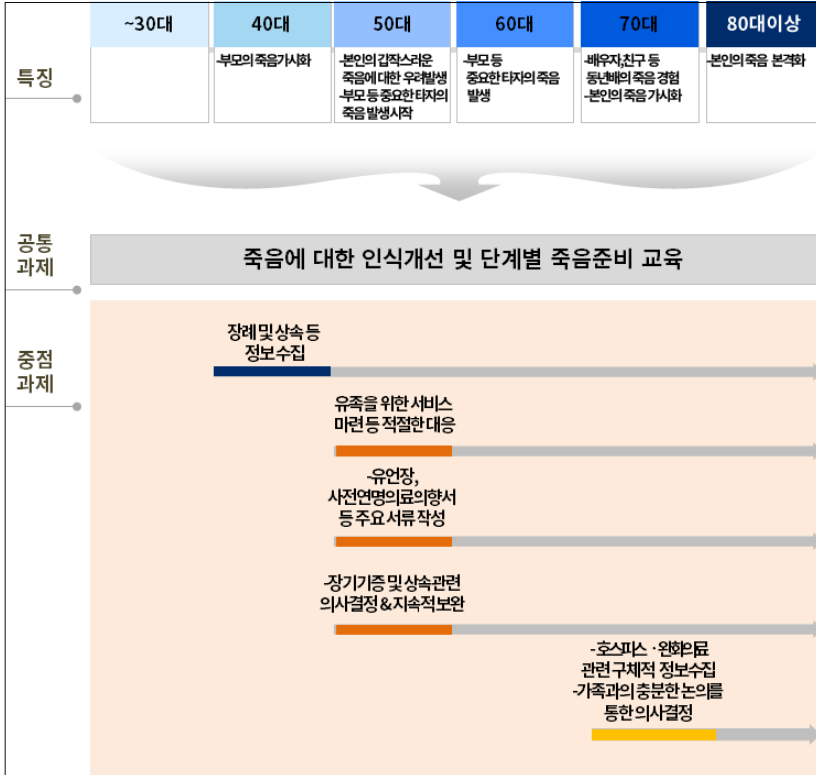
이러한 정책과제를 연령단계별로 정리해 보면 [그림 7-2]와 같다. 30대 이전까지는 일반적으로 본인의 일상적인 삶에서 죽음을 경험하지 않는 연령대이므로 죽음에 대한 부정적인 인식을 완화시키기 위한 교육이 중심이 되어야 할 것이다. 기본적으로 학교 교육 중 사회 교육의 일부로 포함하는 방안이 있을 수 있으며, 직장에서의 노후 준비 교육 내용에 포함하는 방안도 적극 모색되어야 할 것이다. 이러한 죽음 관련 인식 개선과 교육은 모든 연령층에서 지속적으로 이루어져야 하므로, 다수가 퇴직한 60대 이후부터는 노인복지관 등 다양한 복지관과 민간기관의 프로그램을 통하여 관련 교육이 이루어질 수 있을 것이다.

한편 적어도 40대부터는 장례 및 상속 등에 대한 정보를 파악하는 작

업이 이루어져야 할 것인데, 이는 유언장 작성에 대한 매우 긍정적인 태도를 가지고 있는 연령층일 뿐만 아니라 실제 부모의 사망이 시작되면서 장례나 상속과 관련한 가족 간의 조정이 필요한 단계이기 때문이다. 연령이 높아질수록 자신의 장례와 상속에 대한 의사 결정을 하기 위한 정보의 필요성이 증가할 것이다. 또한 유언장, 사전연명의료의향서 등 주요 서류 작성, 장기 기증 및 상속에 대한 의사 결정을 하고 향후 지속적으로 보완하는 작업이 이루어져야 할 것이다. 특히 현재의 50대는 다른 연령에 비하여 호스피스·완화의료, 사전연명의료의향서 등에 대해 들어는 보았지만 정확하게 알고 있지 못하기 때문에 정확한 정보 제공이 필요한 대상이라 하겠다.

유족에 대한 서비스 활용을 통한 적절한 대응 또한 50대부터는 본격적으로 제공될 수 있도록 공공 및 민간 프로그램이 개발되어야 할 것이다. 한편 70대부터는 호스피스·완화의료에 대한 구체적인 정보가 제공되어 직접적인 서비스로 이어질 수 있어야 할 것이며, 본인의 죽음에 대하여 결정한 사항을 가족 등 지인과 공유함으로써 유족 등 남은 사람들과 이별을 준비해 심리적·경제적 타격을 완화할 필요가 있겠다.

[그림 7-2] 연령군별 중점 과제



참고문헌 <<

- 가족관계의 등록 등에 관한 법률, 법률 제14963호 (2017. 10. 31.). Retrieved from <http://www.law.go.kr/법령/가족관계의등록등에관한법률에서> 2018. 9. 30. 인출.
- 강경아. (2010). 죽음준비교육 참여군과 비 참여군의 삶의 의미 및 죽음에 대한 태도 비교. **종양간호학회지**, 10(2), 156-162.
- 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단(2018). **2017년 건강보험통계연보**.
- 고웅석. (2017. 7. 18.). 서울 강남구, 1인 가구 청장년 고독사 막는다. **연합뉴스**
Retrieved from <https://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LS&mid=sec&sid1=102&oid=001&aid=0009414079>에서 인출.
- 국민건강보험공단(2017). **2017 노인장기요양보험통계연보**.
- 김기태, 류기형, 박병현, 박봉길, 이경남. (2001). 중년여성의 노인부양과 상속에 대한 태도 및 관련요인분석. **노인복지연구**, 13, 55-80.
- 김상득, 손명세. (2000). 안락사: 정의, 분류 그리고 윤리적 정당화. **생명윤리**, 1(1), 97-111.
- 김숙, 한정란. (2012). 성인들의 죽음에 관한 인식, 죽음준비, 죽음불안. **인구교육**, 5(1), 23-48.
- 김은철, 김태일. (2013). 죽음에 관한 자기결정권과 존엄사. **미국헌법연구**, 24(1), 97-124.
- 김중곤. (2012). 의학에서 바라보는 죽음. **인격주의 생명윤리**, 2, 31-54.
- 김학태. (2018). 죽음의 의미와 결정에 관한 법윤리적 고찰-호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률의 쟁점과 비판. **외법논집**, 41(1), 411-440.
- 김현숙, 장혜경, 신성례. (2016). 지역사회거주 노인의 연명치료 중단에 대한 자기결정 영향 요인. **Korean Journal of Adult Nursing**, 28(3), 334-342.

- 김현식, 황선재. (2013). 자녀동거가 유산상속 선호형태에 미치는 영향. **보건사회연구**, 33(4), 72-104.
- 김형석. (2015). **수사실무기반 법의학 교육자료 개발에 관한 연구**. 대검찰청, 전남대학교.
- 김형수, 김지민. (2013). 노인의 종교성에 따른 심리적 안정감 및 죽음태도 차이. **가족과 상담**, 3, 79-92.
- 김혜경. (2008). 노인의 유산상속과 사회적 지원. **한국노년학**, 28(2), 309-323.
- 김흥규. (2008). **Q 방법론: 과학철학, 이론, 분석 그리고 적용**. 커뮤니케이션북스.
- 남기민, 정은경. (2011). 여성독거노인들이 인지한 사회활동과 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향. **노인복지연구**, 52, 325-348.
- 노동일. (2010). 헌법상 연명치료중단에 관한 자기결정권 입론의 비판적 검토. **헌법학연구**, 16(4), 283-321.
- 노인복지법, 법률 제15880호 (2018. 12. 11.). Retrieved from <http://www.law.go.kr/법령/노인복지법에서> 2018. 9. 30.인출.
- 노재현, 신용석, 원도연. (2017). 한국 노인들의 유산상속 동기는 무엇인가: 자산이 유산상속의향에 미치는 영향에서 관계만족도 <http://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%85%B8%EC%9D%B8%EB%B3%B5%EC%A7%80%EB%B2%95>, 정서적 지지의 조건부 과정분석. **보건사회연구**, 37(3), 36-72.
- 대한민국헌법. (1988. 2. 25.). Retrieved from <http://www.law.go.kr/법령/대한민국헌법에서> 2018. 9. 30.인출.
- 대한웰다잉협회. (2018). **제9기 대한웰다잉협회 심화교육**. 대한웰다잉협회.
- 문남숙, 남기민. (2008). 노인의 죽음준비도와 성공적 노화의 관계. **한국노년학**, 28, 1227-1248.
- 민법, 법률 제14965호 (2018. 2. 1.). Retrieved from <http://www.law.go.kr/법령/민법에서> 2018. 9. 30. 인출.
- 박경숙. (2015). 임종기 노인의 고통에 대한 사회학적 고찰. **한국사회학**, 49(2),

125-160.

박경은, 권미형, 권영은. (2013). 여성노인의 우울, 죽음불안, 삶의 질의 관계.

한국보건간호학회지, 27(3), 527-538.

박선강. (2018. 4. 19.). 광주 서구, 장수노트 어르신 건강지킴이 발간. **아시아경제**. Retrieved from <https://news.naver.com/main/read.nhn?mode=LSD&mid=sec&sid1=102&oid=277&aid=0004221762>에서 인출.

박재구. (2017. 3. 26.). 의정부시의회, '의정부시 홀로 사는 노인 고독사 예방 및 지원 조례안' 원안 가결. **중부일보**. Retrieved from <https://news.join.com/article/21406533>에서 인출.

박정옥. (2018 2. 9.). 전남도 고독사 지킴이단 전국에 확산. **광주일보**. Retrieved from <http://www.kwangju.co.kr/read.php3?aid=15181020006238970>에서 인출

법제처. (2018). **찾기 쉬운 생활법령정보**.

변은경, 최혜란, 최애리, 홍권희, 김나미, 김행선. (2003). 중환자실 간호사와 중환자가족의 연명치료 중단에 대한 태도 조사. **임상간호연구**, 9(1), 112-124.

보건복지부 노인지원과. (2017. 12. 7.). 2016년 화장률 82.7%, 전년보다 1.9%p 증가. **보건복지부 보도자료**. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=343065에서 인출.

보건복지부 생명윤리정책과. (2018. 1. 24.). 18년 2월 4일, 연명의료결정제도 본격 시행. **보건복지부 보도자료**. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=343672에서 인출.

보건복지부 장기기증지원과. (2017. 12. 27.). 10명 중 7명은 장기조직 기증 의향 있어. **보건복지부 보도자료**. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=343309&page=1에서 인출.

- 보건복지부 장기기증지원과. (2018. 11. 5.). 제1회 생명나눔 주간 맞아 장기 등 기증자의 희생정신 기리는 다양한 행사 개최. **보건복지부 보도자료**. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/re-act/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=345968&page=1에서 인출.
- 상속세 및 증여세법, 법률 제 16102호(2018). Retrieved from <http://www.law.go.kr/법령/상속세및증여세법>에서 2018. 9. 30. 인출.
- 석상훈. (2012). 사망 관련 비용이 의료비 지출에 미치는 영향. **보건사회연구**, 32(2), 402-426.
- 선우덕, 강희정, 박은자, 전진아, 전승훈, 김성태 ... 이선희. (2016). **사회보장제도 노인건강분야 기본평가**. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 송인주. (2016). **서울시 고독사 실태파악 및 지원방안 연구**. 서울시복지재단.
- 신현철, 최미영, 최병호. (2012). 사망자의 생애말기 진료비의 양상. **보건행정학 회지**, 22(1), 29-48.
- 오세근, 조준, 김영희, 최정민. (2012). 노인의 우울감과 죽음불안 간 관계에서 자아존중감의 조절효과. **한국콘텐츠학회논문지**, 12(2), 243-254.
- 윤명숙, 김준수. (2015). 저소득 노인의 연명치료 중단의사에 영향을 미치는 요인. **정신보건과 사회사업**, 43(3), 192-219.
- 이경희, 이용환. (2009). 노인의 죽음에 대한 태도와 죽음준비교육 요구에 관한 연구. **한국비교정부학보**, 13(2), 427-444.
- 이동명. (2014. 8. 26.). 어르신 돌봄기관 웰다잉 강사파견. **강원도민일보**. Retrieved from <http://www.kado.net/news/articleView.html?idxno=695478>에서 인출.
- 이미애. (2016). 노인의 자아통합적 특성이 연명치료 선호도에 미치는 영향. **디지털융복합연구**, 14(2), 489-499.
- 이삼식, 박중서, 김수봉, 이지혜, 신윤정, 정영철 ... 오재일. (2011). **사회환경 변화에 따른 묘지제도 발전방향**. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 이성희, 이현수. (2013). 독거노인 고독사 관리를 위한 지능형 서비스에 관한 연

- 구. **한국주거학회 학술대회논문집**, 85-89.
- 이재상. (2013). **형법총론**. 서울: 박영사.
- 인체조직안전 및 관리 등에 관한 법률, 법률 제15898호. (2018. 12. 11.). Retrieved from <http://www.law.go.kr/법령/인체조직안전및관리등에관한법률에서> 2018. 9. 30. 인출.
- 임승희, 노승현. (2011). 노인의 주관적 삶의 질 모형 연구: 죽음불안의 매개효과를 중심으로. **한국노년학**, 31(1), 1-14.
- 장기등 이식에 관한 법률, 법률 제15900호 (2018. 12. 11.). Retrieved from <http://www.law.go.kr/법령/장기등이식에관한법률에서> 2018. 9. 30. 인출.
- 장지영, 김용석. (2011). 연명치료 중단에 대한 태도 연구 암환자 가족을 대상으로. **정신보건과 사회사업**, 38, 5-30.
- 전성곤. (2008). **인문학으로서의 죽음교육**. 인간사랑.
- 전영주. (2009). 환자의 연명치료중단에 대한 자기결정권. **법학연구**, 33, 455-476.
- 정경희, 오영희, 강은나, 김경래, 이윤경, 오미애 ... 홍송이. (2017). **2017년도 노인실태조사**. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- 정순돌, 김수현, 구미정. (2014). 죽음관련 요인과 죽음준비의 관계. **한국인구학**, 37(1), 131-153.
- 정승윤, 이해정, 이성화. (2014). 임종기 연명치료 중단관련 특성과 사전의료의향서에 대한 노인환자의 태도. **동서간호학연구지**, 20(2), 103-111.
- 정한채, 임현승. (2016). 노인 죽음태도에 영향을 주는 변인에 관한 연구. **지역복지정책**, 27, 37-50.
- 제주특별자치도 공보관실. (2017. 12. 29.). **제주특별자치도보**. 제694호.
- 조규범. (2010). 존엄사에 대한 입법론적 고찰. **법학논총**, 17, 217-247.
- 조용기. (2016). 현대인에게 있어 웰빙 (well-being) 과 웰다잉 (well-dying) 의 진정한 의미. **한국엔터테인먼트산업학회지**, 8(1), 32-59.
- 조인원. (2018. 4. 19.). 중년 남자의 외로움을 아는가? - 외로운 독거남 돕는 양천구 '나비남' 프로젝트. **조선일보**. Retrieved from <http://m.chosun.c>

- om/svc/article.html?contid=2018041902027#Redyho에서 인출.
- 주성남. (2018. 4. 29.). 서울시, 장례의식 지원 추모서비스 ‘그리다’ 전국 지자체 최초 시작. **뉴스웨이**. Retrieved from <http://www.newsway.co.kr/news/view?tp=1&ud=2018042923551793946>에서 인출.
- 차윤주. (2014. 12. 10.). 서대문구 마을장례지원단 ‘두레’, 무연고자 배웅. **News1**. Retrieved from <http://news1.kr/articles/?1995351>에서 인출.
- 최령, 황병덕. (2012). 대학생들의 연명치료증지에 대한 인식 및 태도가 장기기증의사에 미치는 영향. **생명윤리**, 13(2), 35-47.
- 통계청 인구동향과. (2017. 12. 5.). 2016년 생명표 작성결과. **통계청 보도자료**. Retrieved from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/1/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=365073에서 인출.
- 통계청 사회통계기획과. (2017. 11. 7.). 2017년 사회조사 결과(복지, 사회참여, 문화와 여가, 소득과 소비, 노동). **통계청 보도자료**. Retrieved from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/3/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=364361에서 인출.
- 통계청 인구동향과. (2018a. 2. 28.). 2017년 출생·사망통계 잠정 결과. **통계청 보도자료**. Retrieved from http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/2/3/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=366414에서 인출.
- 통계청 인구동향과. (2018b. 11. 19.). 2017년 사망 원인 통계 보도자료. **통계청 보도자료**. Retrieved from https://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/6/2/index.board?bmode=read&aSeq=370710에서 인출.
- 한국호스피스완화의료학회. (2018). **호스피스·완화의료**. 군자출판사.
- 행정안전부(2018). **주민등록인구통계**. <http://27.101.213.4/index.jspdoptj>에서 2018. 8. 30. 인출.
- 형법, 법률 제15982호 (2018. 12. 18.). Retrieved from <http://www.law.go.kr/법령/형법>에서 2018. 9. 30. 인출.
- 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률, 법률

- 제14013호 (2017. 8. 4.). Retrieved from <http://www.law.go.kr/법령/호스피스.완화의료및임종과정에는있는환자의연명의료결정에관한법률에서>
2018. 9. 30. 인출.
- 황선재, 김현식. (2014). 재산상속대상 결정요인 분석. **한국인구학**, 37(1), 81-108.
- Australian Health Ministers. (2010). *National palliative care strategy 2010*.
- Corr, C. A. (2009). *Death and dying, life and living*. Wadsworth.
- Cook, A. S., & Oltjenbruns, K. (1998). *Dying and grieving: Life span and family perspectives*. Harcourt Brace College Publishers.
- Currow, D., & Phillips, J. (2017). 호주의 완화의료 및 생애말기의료 정책 동향. **국제사회보장리뷰**, 3, 64-73. Retrieved from http://kiss.kstudy.com/search/detail_page.asp?key=3567614
- Department of Health and Social Care. (2008). *End of life care strategy-promoting high quality care for all adults at the end of life*. UK.: Department of Health and Social Care.
- Doorenbos, A. Z., Wilson, S. A., Coenen, A., & Borse, N. N. (2006). Dignified dying: Phenomenon and actions among nurses in india. *International Nursing Review*, 53(1), 28-33. doi:10.1111/j.1466-7657.2006.00458.x
- Erikson, E. H. (1959). *Identity and the life cycle*. New York: Internat. Univ.
- Kurti, L., Grealy, C., & Wise, P. (2016). *Evaluation of the national palliative care strategy 2010 final report*. URBIS.
- National Palliative and End of Life Care Partnership. (2015). *Ambitions for palliative and end of life care: A national framework for local action 2015-2020*.
- Secretariat of the Commission of the Bishops' Conferences of the

- European Community. (2016). *Opinion on palliative care in the European Union*.
- Stephenson, W. (1953). *The study of behavior Q technique and its methodology*. Chicago [u.a.]: Univ. of Chicago Press.
- Watts, S., & Stenner, P. (2012). *Doing Q methodological research: Theory, method and interpretation*. Sage.
- WHO. (2015). *WHO health statistics*.
- ZonMw. (2015). *Palliative care programme 2014-2020*.

전자자료

- 국가암정보센터 홈페이지. Retrieved from www.cancer.go.kr에서 2018. 11. 30. 인출.
- 국립연명의료관리기관 홈페이지. Retrieved from www.lst.go.kr에서 2018. 11. 30. 인출.
- 국민연금공단 유족연금 홈페이지. Retrieved from http://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_04_04.jsp에서 2018. 11. 30. 인출.
- 네덜란드 민법 관련 홈페이지. Retrieved from www.dutchcivillaw.com/civilcodebook044.htm에서 2018. 10. 19. 인출.
- 네덜란드 장기기증 관련 기사 링크. Retrieved from <https://www.dutchnews1.nl/news/2018/02/news-dutch-organ-donation-law-will-apply-to-everyone-officially-registered-in-nl/>에서 2018. 10. 19. 인출.
- 네덜란드정부 장기기증 관련 홈페이지. Retrieved from <https://www.government.nl/topics/organ-tissue-donation/new-donor-act-active-donor-registration>에서 2018. 10. 19. 인출.
- 대한민국 정책브리핑 홈페이지. Retrieved from <http://www.korea.kr/policy/pressReleaseView.do?newsId=156212248>에서 2018. 11. 30. 인출.
- 법제처 홈페이지. Retrieved from www.law.go.kr에서 2018. 9. 30. 인출.
- 보건복지부 e하늘장사정보시스템 홈페이지. Retrieved from www.ehaneul.go.kr에서 2018. 11. 26. 인출.
- 보건복지부 장기·인체조직 기증 및 인식 홈페이지. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06300403&PAGE=3&topTitle=장기.인체조직기증및이식에서 2018. 11. 30. 인출.
- 보건복지부 장사제도 홈페이지. Retrieved from http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06390203&PAGE=3&topTitle=장사제도에에서 2018. 11. 30. 인출.
- 상조매거진 홈페이지. Retrieved from http://www.sangjomagazine.com/sub_read.html?uid=1976§ion=sc4에서 2018. 10. 30. 인출.

영국 BBC 뉴스(Max's law 관련) 링크. Retrieved from <https://www.bbc.co.uk/newsround/43975784>에서 2018. 10. 26. 인출.

영국 BBC 뉴스(상속세 관련) 링크. Retrieved from <https://www.bbc.com/news/uk-29436533>에서 2018. 10. 26. 인출.

영국정부 상속세 관련 홈페이지. Retrieved from <https://www.gov.uk/inheritance-tax>에서 2018. 10. 26. 인출.

영국정부 유산 및 상속 관련 홈페이지. Retrieved from <https://www.gov.uk/guidance/trusts-and-inheritance-tax#history>에서 2018. 10. 26. 인출.

영국정부 유언 관련 홈페이지. Retrieved from <https://www.gov.uk/make-will>에서 2018. 10. 26. 인출.

영국정부 장기기증 관련 홈페이지. Retrieved from <https://www.organdonation.nhs.uk/faq/is-organ-donation-law-changing>에서 2018. 10. 26. 인출.

통계청 장래인구추계 홈페이지. Retrieved from www.kosis.kr에서 2018. 11. 26. 인출.

호스피스완화의료 홈페이지. Retrieved from hospice.cancer.go.kr에서 2018. 11. 30. 인출.

호주정부 유언 및 상속 관련 홈페이지. Retrieved from <http://www.australia.gov.au/inform-and-services/family-and-co.,unity/wills-and-owners-of-attorney>에서 2018. 10. 19. 인출.

호주정부 휴먼서비스 부서 홈페이지. Retrieved from <https://www.humanservices.gov.au/individuals/subjects/what-do-following-death>에서 2018. 10. 19. 인출.

EU 완화의료 홈페이지. Retrieved from <http://palliativecare2020.eu/declaration>에서 2018. 10. 26. 인출.

WHO 완화의료 홈페이지. Retrieved from www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/palliative-care에서 2018. 10. 26. 인출.

WORLD BANK 홈페이지. Retrieved from http://data.worldbank.org/indicator/SP_DYN.LE00.IN에서 2018. 10. 26. 인출.

부록 1. 호스피스·완화의료 전문 기관 및 사전연명의료의향서 등록 기관 현황

〈부표 1-1〉 호스피스·완화의료 전문 기관 현황(106개소)

지역	기관 종류	기관명
서울	상급종합병원	가톨릭대학교서울성모병원
서울	종합병원	가톨릭대학교성바오로병원
서울	종합병원	가톨릭대학교여의도성모병원
서울	종합병원	강동성심병원
서울	상급종합병원	고려대구로병원
서울	종합병원	국립중앙의료원
서울	상급종합병원	서울대학교병원
서울	상급종합병원	서울아산병원
서울	종합병원	서울적십자병원
서울	종합병원	서울특별시동부병원
서울	병원	서울특별시북부병원
서울	병원	서울특별시서남병원
서울	병원	서울특별시서북병원
서울	종합병원	서울특별시서울의료원
서울	상급종합병원	연세대세브란스병원
서울	종합병원	이화여대목동병원
서울	의원	인성기념의원
서울	의원	전`진`상의원
서울	종합병원	중앙보훈병원
서울	종합병원	한국원자력의학원원자력병원
부산	상급종합병원	고신대학교복음병원
부산	병원	동래성모병원
부산	종합병원	메리놀병원
부산	상급종합병원	부산대학교병원

228 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

지역	기관 종류	기관명
부산	종합병원	부산보훈병원
부산	종합병원	부산성모병원
부산	종합병원	온종합병원
부산	요양병원	인창요양병원
대구	상급종합병원	계명대학교동산병원
대구	상급종합병원	대구가톨릭대학교병원
대구	종합병원	대구보훈병원
대구	종합병원	대구의료원
대구	종합병원	대구파티마병원
대구	의원	사랑나무의원
대구	상급종합병원	영남대학교병원
대구	상급종합병원	칠곡경북대학교병원
인천	상급종합병원	가천대길병원
인천	종합병원	가톨릭관동대학교국제성모병원
인천	상급종합병원	가톨릭대학교인천성모병원
인천	요양병원	봄날요양병원
인천	요양병원	아암요양병원
인천	상급종합병원	인하대학교병원
광주	종합병원	광주기독병원
광주	종합병원	광주보훈병원
광주	의원	천주의성요한의원
대전	종합병원	가톨릭대학교대전성모병원
대전	종합병원	대전보훈병원
대전	상급종합병원	충남대학교병원
울산	종합병원	울산대학교병원
울산	요양병원	이손요양병원
울산	요양병원	정토마을자재요양병원
경기	요양병원	가은병원
경기	종합병원	가톨릭대학교부천성모병원
경기	종합병원	가톨릭대학교성빈센트병원
경기	종합병원	가톨릭대학교의정부성모병원
경기	종합병원	경기도의료원의정부병원
경기	종합병원	경기도의료원파주병원
경기	종합병원	국가암센터

지역	기관 종류	기관명
경기	종합병원	국민건강보험일산병원
경기	의원	굿피플의원
경기	병원	남천병원
경기	종합병원	메트로병원
경기	의원	모현센터의원
경기	요양병원	보바스기념병원
경기	상급종합병원	분당서울대학교병원
경기	의원	새오름가정의원
경기	병원	샘물호스피스병원
경기	의원	수원기독의원
경기	요양병원	수원브이아이피요양병원
경기	상급종합병원	아주대학교병원
경기	종합병원	안양샘병원
경기	요양병원	연세나을암요양병원
경기	의원	연세메디칼내과의원
경기	종합병원	인제대학교일산백병원
경기	종합병원	지샘병원
경기	의원	하량내과의원
강원	의원	갈바리의원
강원	종합병원	강원대학교병원
강원	요양병원	바른요양병원
강원	요양병원	원주민중요양병원
충북	요양병원	참사랑요양병원
충북	요양병원	청주원광효도요양병원
충북	종합병원	청주의료원
충북	상급종합병원	충북대학교병원
충남	종합병원	홍성의료원
충남	종합병원	천안의료원
전북	종합병원	군산의료원
전북	종합병원	남원의료원
전북	병원	엠마오사랑병원
전북	요양병원	익산성모병원
전북	병원	재단법인원불교원병원
전북	상급종합병원	전북대학교병원

230 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

지역	기관 종류	기관명
전남	종합병원	순천성가롤로병원
전남	병원	순천의료원
전남	요양병원	전남제일요양병원
전남	상급종합병원	화순전남대학교병원
경북	병원	계명대학교경주동산병원
경북	종합병원	안동의료원
경북	종합병원	포항의료원
경남	상급종합병원	경상대학교병원
경남	종합병원	마산의료원
경남	의원	성심메디컬의원
경남	상급종합병원	양산부산대학교병원
경남	종합병원	창원파티마병원
경남	의원	희연의원
제주	종합병원	제주대학교병원

주: 2018년 11월 30일 기준임.
자료: 호스피스·완화의료 홈페이지, 호스피스·완화의료 전문 기관 소개 지도 hospic.canver.go.kr

〈부표 1-2〉 사전연명의료의향서 등록 기관 현황(92개소)

지역	기관명	주소	전화번호
서울	(사)사전의료의향서 실천모임	서울특별시 중구 을지로 245	02-2281-2670
서울	(사)희망도레미	서울특별시 서대문구 통일로 107-39	02-393-9987
서울	(재)국가생명윤리정책원	서울특별시 중구 남대문로 113	02-778-7589
서울	각당복지재단	서울특별시 종로구 경희궁1길 29	070-7166-5583
서울	대한불교조계종 불교여성개발원	서울특별시 종로구 우정국로 45-13	02-722-2101
서울	더조은요양병원	서울특별시 노원구 화랑로 323	02-941-7800
서울	사단법인 누가선교회 누가한의원	서울특별시 중구 을지로14길 12	02-2264-0404
서울	삼성서울병원	서울특별시 강남구 일원로 81	02-3410-1212
서울	삼육서울병원	서울특별시 동대문구 망우로 82	02-2210-3419
서울	서울대학교병원	서울특별시 종로구 대학로 101	02-2072-3066
서울	서울아산병원	서울특별시 송파구 올림픽로43길 88	02-3010-2322
서울	서울 금천구 보건소	서울특별시 금천구 시흥대로73길 70	02-2627-2686
서울	서울특별시중구보건소	서울특별시 중구 다산로39길 16	02-3396-6405
서울	연세의료원(신촌)	서울특별시 서대문구 연세로 50-1	02-2228-4301
서울	이대의대부속목동병원	서울특별시 양천구 안양천로 1071	02-2650-2654
서울	한국메멘토모리협회	서울특별시 강남구 논현로 608	02-3392-4120
부산	고신대학교복음병원	부산광역시 서구 감천로 262	051-990-5225
부산	부산 사상구 보건소	부산광역시 사상구 학감대로 242	051-310-3371
부산	부산웰다잉문화연구소	부산광역시 부산진구 서천로37번길 26	051-322-7701
부산	생애말기돌봄연구소	부산광역시 금정구 오륜대로 74-3	051-510-0786
부산	의료법인정선의료재단온종합병원	부산광역시 부산진구 가야대로 721	051-607-0290
부산	허브휴병원	부산광역시 사하구 비봉로 70	070-5105-5102
대구	대구의료원	대구광역시 서구 평리로 157	053-560-7451
대구	리더스웰다잉협회	대구광역시 남구 현충로 58	053-657-5566
인천	대한호스피스웰다잉협회	인천광역시 남동구 호구포로 808	032-471-4311
인천	인천 부평구 보건소	인천광역시 부평구 부흥로 291	032-509-8224
인천	지방공사 인천의료원	인천광역시 동구 방축로 217	032-580-6552
광주	KS병원	광주광역시 광산구 왕버들로 220	062-975-9397
대전	대전웰다잉연구소	대전광역시 서구 관저동로 64-63	042-535-5049

232 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

지역	기관명	주소	전화번호
대전	충남대학교병원	대전광역시 중구 문화로 282	042-280-8632
울산	[사]한국불교호스피스협회	울산광역시 울주군 상북면 소야정길 216-39	052-255-8530
경기	고양시일산동구보건소	경기도 고양시 일산동구 중앙로 1228	031-8075-4098
경기	국가암센터병원	경기도 고양시 일산동구 일산로 323	031-920-0023
경기	국민건강보험공단일산병원	경기도 고양시 일산동구 일산로 100	031-900-0100
경기	근로복지공단 안산병원	경기도 안산시 상록구 구룡로 87	031-500-1771
경기	느티나무의원	경기도 구리시 건원대로 36	031-555-8004
경기	로아신경과의원	경기도 성남시 분당구 성남대로 168	031-718-6700
경기	부천시민의원	경기도 부천시 원미로97번길 31	032-675-7517
경기	부천시보건소	경기도 부천시 옥산로10번길 16	032-625-4194
경기	사단법인 하이패밀리	경기도 양평군 서종면 잠실2길 35-43	031-772-3223
경기	세제로요양병원	경기도 파주시 경의로1240번길 39	031-932-4200
경기	의료법인아가페의료재단시티병원	경기도 의왕시 오전천로 29	031-340-2235
경기	의료법인일심의료재단우리병원	경기도 포천시 소흘읍 호국로 661	031-542-0229
경기	의료법인효산의료재단안양샘병원	경기도 안양시 만안구 삼덕로 9	031-467-9197
경기	효산의료재단지샘병원	경기도 군포시 군포로 591	031-389-3123
경기	힐링웰요양병원	경기도 남양주시 호평로46번길 14	031-595-0055
강원	강원도 원주의료원	강원도 원주시 서원대로 387	033-760-4622
강원	국민건강보험공단	강원도 원주시 건강로 32	033-736-4370
강원	아라웰다양연구회	강원도 동해시 동굴1길 4-3	033-534-8788
강원	한림대학교부속춘천성심병원	강원도 춘천시 삭주로 77	033-240-5436
강원	효제요양병원	강원도 홍천군 홍천읍 번영로 69	033-434-4111
충북	(법)인화재단한국병원	충청북도 청주시 상당구 단재로 106	043-255-2900
충남	단국대학교대학부속병원	충청남도 천안시 동남구 망향로 201	041-550-6890
충남	당진웰다양문화연구회	충청남도 당진시 북문길 1-5	041-355-1355
충남	대한웰다양협회	충청남도 천안시 동남구 청수12로 48	041-911-5556
충남	부여군보건소	충청남도 부여군 부여읍 성왕로 205	041-830-8638
충남	서천군보건소	충청남도 서천군 서천읍 사곡길 26	041-950-6730
충남	천안시 동남구 보건소	충청남도 천안시 동남구 버들로 34	041-521-2652
충남	천안시 서북구 보건소	충청남도 천안시 서북구 번영로 156	041-521-2553
충남	충청남도 천안의료원	충청남도 천안시 동남구 충절로 537	041-570-7345

지역	기관명	주소	전화번호
전북	(의)백상의료재단가족 사랑요양병원	전라북도 김제시 하동1길 13	063-540-1569
전북	고창군보건소	전라북도 고창군 고창읍 전봉준로 90	063-560-8718
전북	김제시보건소	전라북도 김제시 성산길 138	063-540-1317
전북	무주군보건의료원	전라북도 무주군 무주읍 한풍루로 413	063-320-8220
전북	부안군보건소	전라북도 부안군 부안읍 오리정로 124	063-580-3805
전북	사단법인 원불교호스피스회	전라북도 익산시 익산대로25길 18	063-843-3530
전북	소비자교육중앙회 전북지부	전라북도 전주시 완산구 공북로 52-1	063-272-4430
전북	예수병원	전라북도 전주시 완산구 서원로 365	063-230-8004
전북	완주군보건소	전라북도 완주군 삼례읍 삼봉로 215-20	063-290-3042
전북	웰다잉전북연구원	전라북도 전주시 완산구 안행로 9	063-226-4433
전북	전북대학교병원	전라북도 전주시 덕진구 건지로 20	063-250-2370
전북	전주시보건소	전라북도 전주시 완산구 전라감영로 33	063-2816-234
전북	정읍시보건소	전라북도 정읍시 수성1로 61	063-539-6121
전북	진안군의료원	전라북도 진안군 진안읍 진주로 1145	063-430-7108
전북	효사랑가족요양병원	전라북도 전주시 완산구 용머리로 77	063-711-1106
전북	효사랑전주요양병원	전라북도 전주시 완산구 팔달로 272	063-259-2403
전남	광양시보건소	전라남도 광양시 광양읍 인덕로 1100	061-797-4106
전남	순천시보건소	전라남도 순천시 중앙로 232	061-749-6827
전남	여수시노인전문요양병원	전라남도 여수시 둔덕5길 29	061-653-9119
전남	전남제일요양병원	전라남도 화순군 화순읍 덕음로 999	061-900-1166
전남	화순전남대학교병원	전라남도 화순군 화순읍 서양로 322	061-379-7349
경북	경상북도립안동노인 전문요양병원	경상북도 안동시 남후면 남일로 1463	054-851-6164
경북	문경시보건소	경상북도 문경시 점촌1길 9	054-550-8071
경북	보라수연세안심프롤로의원	경상북도 문경시 모전로 61	054-541-2057
경북	울진군보건소	경상북도 울진군 울진읍 읍내8길 61-8	054-789-5030
경북	의료법인한성재단포항 세명기독병원	경상북도 포항시 남구 포스코대로 351	054-289-1770
경남	성심메디컬의원	경상남도 진주시 서장대로213번길 5	070-8990-2091
경남	예산요양병원	경상남도 진주시 진주대로 839	055-791-7551
제주	제주대학교병원	제주특별자치도 제주시 아란13길 15	064-717-1099

주: 2018년 11월 30일 기준임.

자료: 국립연명의료관리기관 홈페이지 www.lst.go.kr

부록 2. 관련 서식

[부도 1-1] 연명의료계획서 양식

연명의료계획서			
※ 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 표기합니다			
등록번호		※ 등록번호는 의료기관에서 부여합니다	
환자	성명	주민등록번호	
	주소		
	전화번호		
	환자 상태	[] 말기환자 [] 임종과정에 있는 환자	
담당의사	성명	면허번호	
	소속 의료기관		
연명의료 중단등결정 (항목별로 선택합니다)	[] 심폐소생술		[] 인공호흡기 착용
	[] 혈액투석		[] 항암제 투여
호스피스 이용 계획	[] 이용 의향이 있음		[] 이용 의향이 없음
담당의사 설명사항 확인	설명 사항	[] 환자의 질병 상태와 치료방법에 관한 사항 [] 연명의료의 시행방법 및 연명의료중단등결정에 관한 사항 [] 호스피스의 선택 및 이용에 관한 사항 [] 연명의료계획서의 작성·등록·보관 및 통보에 관한 사항 [] 연명의료계획서의 변경·철회 및 그에 따른 조치에 관한 사항 [] 의료기관윤리위원회의 이용에 관한 사항	
	확인 방법	[] 서명 또는 기명날인 년 월 일 성명 (서명 또는 인) [] 녹화 [] 녹취 ※ 법정대리인 년 월 일 성명 (서명 또는 인) (환자가 미성년자인 경우에만 해당합니다)	
환자 사망 전 열람허용 여부	[] 열람 가능 [] 열람 거부 [] 그 밖의 의견		
「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률」 제10조 및 같은 법 시행규칙 제3조에 따라 위와 같이 연명의료계획서를 작성합니다.			
		년 월 일 담당의사 (서명 또는 인)	

[부도 1-2] 사전연명의료의향서 양식

사전연명의료의향서

※ 색상이 어두운 부분은 작성하지 않으며, []에는 해당되는 곳에 표시를 합니다.

※ 등록번호는 등록기관에서 부여합니다.

등록번호		
작성자	성 명	주민등록번호
	주 소	
	전화번호	
연명의료 중단등결정 (항목별로 선택합니다)	[] 심폐소생술 [] 인공호흡기 착용	
	[] 혈액투석 [] 항암제 투여	
호스피스 이용 계획	[] 이용 의향이 있음 [] 이용 의향이 없음	
사전연명의료 의향서 등록기관의 설명사항 확인	설명 사항	[] 연명의료의 시행방법 및 연명의료중단등결정에 대한 사항 [] 호스피스의 선택 및 이용에 관한 사항 [] 사전연명의료의향서의 효력 및 효력 상실에 관한 사항 [] 사전연명의료의향서의 작성·등록·보관 및 통보에 관한 사항 [] 사전연명의료의향서의 변경·철회 및 그에 따른 조치에 관한 사항 [] 등록기관의 폐업·휴업 및 지정 취소에 따른 기록의 이관에 관한 사항
	확인	년 월 일 성명 (서명 또는 인)
환자 사망 전 열람허용 여부	[] 열람 가능 [] 열람 거부 [] 그 밖의 의견	
사전연명의료 의향서 보관방법		
사전연명의료 의향서	기관 명칭	소재지
등록기관 및 담당자	상담자 성명	전화번호

본인은 「호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자에 대한 연명의료결정에 관한 법률」 제12조 및 같은 법 시행규칙 제8조에 따라 위와 같은 내용을 직접 작성하였습니다.

작성일

년 월 일

작성자

(서명 또는 인)

등록일

년 월 일

등록자

(서명 또는 인)

236 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

[부도 1-3] 사망신고서 양식

사 망 신 고 서		(년 월 일)		※ 뒷면의 작성방법을 읽고 기재하시되 선택항목은 해당번호에 “○”으로 표시하여 주시기 바랍니다.	
① 사망자	성명	한글		성 별	주민등록번호
		한자		①남 ②여	
	등록기준지				
	주소	세대주·관 의			
	사망일시	년 월 일 시 분(사망지 시각: 24시간제로 기재)			
사망장소	장소	시(도) 구(군) 동(읍,면) 리 번지			
	구분	①주택내 ②의료기관 ③시설기관(양로원, 교아원 등) ④산업장 ⑤DOA(병원 이송 중 사망) ⑥공로(도로,차도) ⑦기타()			
②기타사항					
③ 신고인	성명	① 또는 서명		주민등록번호	-
	자격	①동거친족 ②비동거친족 ③동거자 ④기타(자격:)			
	주소			전화	이메일
④제출인	성명			주민등록번호	-
※ 다음은 국가의 인구정책 수립에 필요한 자료로 「통계법」 제32조 및 제33조에 의하여 성실응답 의무가 있으며 개인의 비밀사항이 철저히 보호되므로 사실대로 기입하여 주시기 바랍니다.					
⑤ 사망종류	①병사 ②사고사⇒ ③기타	⑥ 사고	종류 ①교통사고 ②자살 ③추락사고 ④익사사고 ⑤타살 ⑥기타()		
		발생 지역	①현주소지와 같은 시군구 ②다른 시군구(시도 시군구) ③기타()		
⑦ 사망원인	직접 사인	⇒ 발병부터			
	①의 원인	⇒ 사망까지			
⑧ 사망자	②의 원인	⇒ 기간			
	③의 원인	⇒			
사망자	기타의 신체상황	진단자 ①의사 ②한의사 ③기타			
	국적	①한국인 ②귀화한 한국인(이전국적:)			
	최종 졸업학교	①무학 ②초등학교 ③중학교 ④고등학교 ⑤대학(교) ⑥대학원이상			
	발병(사고)당시 직업	혼인상태		①미혼 ②배우자 있음 ③이혼 ④사별	
※ 아래사항은 신고인이 기재하지 않습니다.					
읍면동접수	가족관계등록관서 송부	가족관계등록관서 접수 및 처리			
		년 월 일(인)			

부록 3. 전화조사표

☎	웰다잉에 대한 전국민 인식 조사										ID										
응답자이름		지역		시도		시군구		읍면동		성별		① 남		② 여		면접원이름		에디팅		검통	

안녕하십니까? 저는 여론조사기관 에스티아이의 면접원 000입니다.
 정부출연 전문연구기관인 한국보건사회연구원에서는 **웰다잉에 대한 국민들의 인식**을 파악하고자 만
 40세에서 만 79세 국민을 대상으로 조사를 실시하고 있습니다.

최근 우리 사회에는 남은 생을 의미 있게 보내며 죽음을 스스로 미리 준비하는 ‘웰다잉’에 대한 관심이 높
 어지고 있습니다. 이에 본 조사를 통해 웰다잉에 대한 국민의 의견과 서비스 욕구를 파악하고자 합니다. 응
 답해주시는 자료는 연구와 향후 관련 정부정책을 위한 자료로 귀중하게 사용될 예정입니다. 바쁘시겠지만 참
 시만 협조해 주시면 대단히 감사하겠습니다.

2018년 9월 한국보건사회연구원 T. _____
 조사수행기관 : (주)에스티아이 T. 02-785-9564

1. 성별? (→ 음성으로 판단)

☐ ① 남성☐ ② 여성

2. 최종하지만 만으로 연세가 어떻게 되시는지요? (만 _____ 세)

☐ ① 40대☐ ② 50대☐ ③ 60대☐ ④ 70대☐ ⑤ 해당없음 (→조사종료)

3. 선생님께서 거주하시는 지역은 어디입니까?

☐ ① 서울☐ ② 부산☐ ③ 대구☐ ④ 인천☐ ⑤ 광주☐ ⑥ 대전☐ ⑦ 울산☐ ⑧ 세종☐ ⑨ 경기☐ ⑩ 강원☐ ⑪ 충북☐ ⑫ 충남☐ ⑬ 전북☐ ⑭ 전남☐ ⑮ 경북☐ ⑯ 경남☐ ⑰ 제주

4. 거주하시는 읍면동은 어디입니까? ()

4-1. 읍면동 분류 (→문지 않고 조사원이 작성할 것)

☐ ① 동부☐ ② 읍면부

※ 조사원 유의사항

1) 조사 당시 응답자가 응답을 꺼리는 경우는 해당 문항을 ‘무응답(⑤, ⑥)’ 처리함.

2) 세부문항 중 상위문항의 응답에 의해 해당되지 않는 경우는 모두 ‘해당없음(③, ④)’ 처리함.

죽음 관련 태도 및 서비스 욕구

5. 선생님께서는 호스피스·완화의료 서비스에 대하여 알고 계십니까?

- ☐① 잘 알고 있다
☐② 들어는 봤지만, 잘 알지 못 한다
☐③ 모른다

6. 호스피스·완화의료 서비스는 죽음을 앞둔 환자에게 수명연장을 위한 치료보다는 편안한 임종을 맞을 수 있도록 지원하는 서비스를 말합니다. 선생님께서는 향후 호스피스·완화의료 서비스를 이용할 의사가 있습니까?

- ☐① 그렇다
☐② 아니다
☐③ 아직 모르겠다

7. 환자가 의식불명이거나 살기 어려운데도 살리려고 하는 의료 행위를 연명치료라고 합니다. 선생님께서는 연명치료를 하는 것에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- ☐① 매우 찬성한다
☐② 찬성하는 편이다
☐③ 그저 그렇다
☐④ 반대하는 편이다
☐⑤ 매우 반대한다

8. 선생님께서는 사전연명의료의향서에 대하여 알고 계십니까?

- ☐① 잘 알고 있다
☐② 들어는 봤지만, 잘 알지 못 한다
☐③ 모른다

9. 사전연명의료의향서란, 자신이 향후 임종과정에 있는 환자가 되었을 때를 대비하여 연명의료 및 호스피스·완화의료에 관한 의향을 미리 작성해두는 것을 말합니다. 선생님께서는 향후 사전연명의료의향서를 작성할 의사가 있습니까?

- ☐① 그렇다
☐② 아니다
☐③ 아직 모르겠다
☐④ 이미 작성했다

10. 선생님께서는 환자가 뇌사 상태나 사망 시 장기를 기증하는 것에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- ☐① 매우 찬성한다
☐② 찬성하는 편이다
☐③ 그저 그렇다
☐④ 반대하는 편이다
☐⑤ 매우 반대한다

11. 선생님께서는 생전에 유언장을 작성하는 것에 대하여 어떻게 생각하십니까?

- ☐① 작성해야 한다.
☐② 작성하지 않아도 된다.

12. 선생님께서는 혹시 유언장을 작성하셨습니다까?

- ☐① 작성했다.
☐② 아직 작성하지 않았지만 작성할 것이다.
☐③ 작성하지 않았고 앞으로도 작성하지 않을 것이다.

13. 선생님께 재산이 있다면 임종 전에 어떻게 처리하고 싶으십니까? 하나만 선택하여 주십시오.

- ☐① 자녀 또는 가족에게 상속한다.
☐② 일부는 자녀에게 주고 일부는 사회에 환원한다.
☐③ 사회에 전 재산을 환원한다.
☐④ 내가 쓰고 싶은 곳에 다 쓴다.
☐⑤ 기타(무엇: _____)

14. 선생님께서는 연명치료와 같은 죽음과 관련하여 필요한 결정을 누가 해야 한다고 생각하십니까?

- ☐① 본인
☐② 가족
☐③ 전문가
☐④ 기타(_____)

15. 선생님께서는 죽음을 앞둔 사람을 위해 가족들이 가장 신경써야 하는 것이 무엇이라고 생각하십니까?

- ☐① 스스로 죽음을 준비할 수 있도록 하는 것
☐② 자주 접촉하여 사랑을 표현해주는 것
☐③ 신체통증을 덜 느끼도록 관리해주는 것
☐④ 죽음에 대한 두려운 마음을 덜어주는 것
☐⑤ 장례 등 사후절차를 잘 준비하는 것
☐⑥ 법적·행정적인 정리를 잘 행하는 것
☐⑦ 기타(_____)

16. 선생님께서는 장례식을 하는 가장 큰 이유가 무엇이라고 생각하십니까?

- ☐① 사망 소식을 알리기 위하여
☐② 가까운 사람에게 이별할 기회를 주기 위하여
☐③ 자녀 등 남은 가족의 도리이기 때문에
☐④ 고인을 추모하기 위하여
☐⑤ 남은 가족들을 위로하기 위하여
☐⑥ 기타(_____)

240 죽음의 질 제고를 통한 노년기 존엄성 확보 방안

좋은 죽음에 대한 태도

17. 지금부터 좋은 죽음에 대한 표현을 읽어드릴 텐데요. 제가 읽어드리는 내용이나 상황을 들으시고, 그것에 대하여 동의하는 정도에 따라 숫자로 말씀해주시면 됩니다.

진술문	응답
1) 임종 때까지 정신이 온전해야 좋은 죽음이다.	☐ ① 매우 동의한다 ☐ ② 동의하는 편이다 ☐ ③ 동의하지 않는 편이다. ☐ ④ 전혀 동의하지 않는다
2) 가능한 한 오래 살다 죽는 것이 좋은 죽음이다.	☐ ① 매우 동의한다 ☐ ② 동의하는 편이다 ☐ ③ 동의하지 않는 편이다. ☐ ④ 전혀 동의하지 않는다
3) 죽을 때 두려워하지 않아야 좋은 죽음이다..	☐ ① 매우 동의한다 ☐ ② 동의하는 편이다 ☐ ③ 동의하지 않는 편이다. ☐ ④ 전혀 동의하지 않는다
4) 죽을 때 가족들과 관계가 나뉘지않 <u>좋은 죽음</u> 이 아니다.	☐ ① 매우 동의한다 ☐ ② 동의하는 편이다 ☐ ③ 동의하지 않는 편이다. ☐ ④ 전혀 동의하지 않는다
5) 간병이나 병원비로 가족을 고생시키고 죽는 것은 <u>좋은 죽음</u> 이 아니다.	☐ ① 매우 동의한다 ☐ ② 동의하는 편이다 ☐ ③ 동의하지 않는 편이다. ☐ ④ 전혀 동의하지 않는다
6) 죽기 전에 스스로 죽음을 준비할 수 있는 것이 좋은 죽음이다.	☐ ① 매우 동의한다 ☐ ② 동의하는 편이다 ☐ ③ 동의하지 않는 편이다. ☐ ④ 전혀 동의하지 않는다
7) 죽음에 대해 주변 사람들이 함께 준비할 수 있는 것이 좋은 죽음이다.	☐ ① 매우 동의한다 ☐ ② 동의하는 편이다 ☐ ③ 동의하지 않는 편이다. ☐ ④ 전혀 동의하지 않는다
8) 숨을 거두는 마지막 순간에 사랑하는 사람이 주위에 있어야 좋은 죽음이다.	☐ ① 매우 동의한다 ☐ ② 동의하는 편이다 ☐ ③ 동의하지 않는 편이다. ☐ ④ 전혀 동의하지 않는다
9) 죽은 후에도 주변 사람들에게 오래 기억되어야 좋은 죽음이다.	☐ ① 매우 동의한다 ☐ ② 동의하는 편이다 ☐ ③ 동의하지 않는 편이다. ☐ ④ 전혀 동의하지 않는다
10) 좋은 죽음이 되려면 생사와 관련된 결정을 본인이 해야 한다.	☐ ① 매우 동의한다 ☐ ② 동의하는 편이다 ☐ ③ 동의하지 않는 편이다. ☐ ④ 전혀 동의하지 않는다

18. 선생님께서는 자신의 죽음에 대하여 생각해본 적이 있으십니까?

☐① 전혀 생각해본 적이 없다 ☐② 가끔 생각해 본다 ☐③ 자주 생각하는 편이다

19. 선생님께서는 사후 세계가 있다고 생각하십니까?

☐① 그렇다 ☐② 아니다 ☐③ 잘 모르겠다

일반 사항

☞ 다음은 귀하의 일반사항에 관한 문항입니다.

20. 선생님의 최종학력은 어떻게 되십니까?

☐① 초등학교 이하 ☐② 중졸 ☐③ 고졸

☐④ 대졸 ☐⑤ 대학원 이상

(※ 제학 또는 중퇴의 경우에는 어전 학력으로 간주함.)

21. 선생님의 현재 직업은 무엇입니까?

☐① 의회·의원, 교원임직, 관리자 ☐② 전문가
☐③ 기술공 및 준전문가 ☐④ 사무종사자
☐⑤ 서비스종사자 ☐⑥ 판매종사자
☐⑦ 농업·임업 및 어업종사자 ☐⑧ 기능원 및 관련 기능종사자
☐⑨ 기계, 기계조작 및 조립종사자 ☐⑩ 단순노무종사자
☐⑪ 군인 ☐⑫ 주부
☐⑬ 기타(학생) ☐⑭ 무직
☐⑮ 무응답

22. 선생님의 종교는 무엇입니까?

☐① 없음 ☐② 불교 ☐③ 개신교(기독교) ☐④ 천주교
☐⑤ 유교 ☐⑥ 원불교 ☐⑦ 기타

23. 선생님은 평소의 자신의 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?

☐① 매우 건강하다 ☐② 건강한 편이다 ☐③ 그저 그렇다
☐④ 건강이 나쁜 편이다 ☐⑤ 건강이 매우 나쁘다

24. 선생님의 혼인상태는 무엇입니까?

☐① 미혼 ☐② 유배우(기혼) ☐③ 사별(기혼) ☐④ 이혼(기혼)
☐⑤ 별거(기혼) ☐⑥ 기타()

25. 선생님은 자녀가 있으십니까? 있다면 몇 명입니까?

☐① 없음 ☐② 있음()명

26. 선생님은 생존해계신 부모님이 있으십니까? 있다면 몇 명입니까?

배우자가 있는 경우 배우자의 부모님도 포함하여 말씀해주시시오.

☐① 없음 ☐② 있음()명

27. 선생님은 형제자매가 있으십니까? 있다면, 몇 명입니까? 돌아가신 형제자매도 포함하여 말씀해주시시오.

☐① 없음 ☐② 있음()명

28. 선생님 역의 월 평균 가구소득은 대략 얼마 정도입니까?

☐① 100만원 미만 ☐② 100만원 이상 - 200만원 미만 ☐③ 200만원 이상 - 300만원 미만
☐④ 300만원 이상 - 400만원 미만 ☐⑤ 400만원 이상 - 500만원 미만 ☐⑥ 500만원 이상 - 600만원 미만
☐⑦ 600만원 이상 - 700만원 미만 ☐⑧ 700만원 이상 - 800만원 미만 ☐⑨ 800만원 이상 - 900만원 미만
☐⑩ 900만원 이상 - 1000만원 미만 ☐⑪ 1000만원 이상

☞ 바쁘신 중에 끝까지 성의있게 협조에 주셔서 감사드립니다.

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 |