

초고령사회를 대비한 불교 터미널케어 활성화 방안 연구

서 병 진(성운)*

- I. 들어가는 말 II. 우리나라 고령화 실태 III. 우리나라 호스피스 현황
IV. 불교 터미널케어에 대한 이해
V. 불교 터미널케어 문제점 및 활성화 방안 VI. 결어

요약문 [주제어: 초고령사회, 불교 터미널케어, 비하라, 호스피스, 불교사회복지]

현대사회는 인간의 수명연장과 급속한 인구의 고령화로 인해 터미널케어를 필요로 하는 대상자 역시 급증하고 있다. 임종기까지 안락한 삶을 영위하고, 편안하게 죽음을 맞이할 수 있도록 삶의 질과 죽음의 질을 동시에 높여주는 서비스를 요한다. 이것이 곧 터미널케어요, 불교사회복지의 궁극적인 목적이다.

불교는 병든 환자를 간병하는 것이 최고의 복전이며, 부처님을 간호하듯 하라고 가르친다. 이는 불교 터미널케어를 통한 보살행의 실천적 원동력이자 당위성을 제기한다. 반면 그에 대한 활동은 타 종교에 비해 아주 미약한 실정이다.

따라서 지역사찰 및 신도조직을 활용한 물질·인적 인프라 구축, 시설 및 재가 임종간호프로그램 개발·활용, 전문인력 양성, 불교 터미널케어 네트워크 구축의 방안을 제시하였다.

* 동국대학교(서울) 불교대학원 겸임교수

I. 들어가는 말

불교는 生死一如라 하여 생과 사를 하나로 보고 있으며, 삶의 주기를 四有로 구분한다. 개개인의 업에 따라 태어나는 순간을 生有, 생을 받은 뒤 죽음에 이르기 직전까지를 本有, 죽는 순간을 死有, 죽어서 다시 태어나기 전까지 중음의 상태인 49일을 말하는 中有의 4단계이다. 이는 죽음을 삶의 斷滅로 인식하는 것이 아니라 삶의 연장선으로 해석하는 것이다. 이러한 불교의 生死觀에 대한 인식에서 불교 터미널케어는 출발한다.

그런데 왜 문명이 고도로 발달한 현대사회에서 터미널케어가 중요한 문제로 부각되는 것일까. 복지를 표방하고 풍요라 불리우는 모든 것들은 물질만능주의의 현대문명이 不知不識 간에 추구해온 결과물으로써 우리나라 도덕적 규범 대신에 수량이나 경제적 가치로 환산된 것들에 의해 진정한 인간의 존엄을 간과한 것이다. 즉, 진정한 인간의 존엄은 태어나서 죽음에 이르기까지 전반적인 복지로의 재구축과 自淨作用이 현실화된 것으로 볼 수 있다.

여기에 인구의 고령화는 급속히 진행되고 있고, 그로 인해 터미널케어의 필요로 하는 대상이 급증하고 있다고 할 수 있겠다. 따라서 대상자들이 임종에 이르기까지 안락한 삶을 영위하고, 두려움 없이 죽음을 편안하게 맞이할 수 있도록 삶의 질과 죽음의 질을 동시에 높여주는 서비스가 필요하다. 이것이 곧 터미널케어요, 불교사회복지의 궁극적인 목적이라고 할 수 있다.

이에 본 논문은 현재 우리나라의 고령화 실태와 불교 터미널케어 현

황 및 문제점을 점검하여 터미널케어를 불교적 차원에서 활성화 할 수 방안을 제시하고자 한다.

II. 우리나라 고령화 실태

윌리엄 노벨리 미국은퇴자협회(AARP) 회장은 2002년 5월 OECD 포럼에서 “오래 산다는 것은 아동질병의 근절, 의료기술의 발달 등에 힘입은 20세기 최대 성과 중의 하나”라고 강조했다.¹⁾ 즉, 인간의 오랜 염원인 장수가 현실화 되었으나, 경탄할 일만은 아니다. 그 이면에는 저출산과 점점 핵가족화 되는 가족구조의 변화와 맞물려 점점 가속화되는 고령화로 인해 그만큼 빈곤, 질병, 고독, 무위의 四重苦에 시달리는 시간이 길어졌다는 뜻이기도 하다.

고령화사회가 진전될수록 시름을 앓는 것은 가족만이 아니다. 치매나 노인성질환을 앓는 부모에 대한 수발은 ‘효심’만으로 감당하기에는 정신적·육체적으로 너무 벅찬 중노동이며, 저출산, 가족구조의 변화와 맞물려 자식된 도리로 버틸 수 없는 한계에 이른 것이다. 이것이 학대, 방치, 자살 등의 문제로 이어져 심각한 사회문제로 확산되는 것이다.

1. 고령화 속도

우리나라는 2000년을 기점으로 65세 이상의 노인인구가 전체인구의 7.2%를 차지하면서 본격적인 고령화사회(aging society)에 진입했다. 이

1) 김동선 외(2005), p.31.

러한 고령화 속도는 2018년에 14%로 ‘고령사회(aged society)’에 이르
고, 2026년에는 20.8%로 ‘초고령사회(super-aged society)’에 도달할 것
으로 전망하고 있다.²⁾ 이러한 전망이 현실화된다면 향후 16년 후에는
초고령사회에 진입한다는 결론이다.

고령화사회에서 고령사회에 도달하는 데 프랑스 115년, 스웨덴 85년,
미국 73년, 이탈리아 61년, 그리고 지금까지 가장 빨랐던 일본의 24년에
비해 우리나라는 18년밖에 걸리지 않았다.³⁾ 그야말로 光速에 가까운 고
령화 속도로 세계에서 類例 없이 고령화가 가장 빠른 나라, 대한민국은
빠르게 늙어가고 있음을 극명하게 보여준다.

2. 65세 이상 노인인구 증가추이

우리나라 총인구는 2010년 7월 1일 현재 4,887만5천 명이며, 총인구
대비 65세 이상 노인인구는 1980년 146만 명(3.8%)에서 535만7천 명으
로 증가하여 전체 인구의 11.0%를 차지하는 것으로 나타났다.⁴⁾

이러한 지속적인 노인인구의 증가추세는 향후 2018년에는 7,075만 명
으로 ‘고령사회’에 진입하고, 2026년에는 1,021만8천 명으로 ‘초고령사회’
에 진입할 것으로 전망하고 있다. 즉, 인구 5명당 1명이 노인인 셈이다.

이러한 노인인구의 증가는 부양문제를 수반하는데, 노년부양비⁵⁾를 살
펴보면, 2010년 생산가능인구(15~64세) 6.6명이 노인 1명을 부양하고, 현
재의 저출산이 지속될 경우 2020년에는 5명이 1명을, 2040년에는 2명이

2) UN 고령화사회의 분류 기준에 따르면 65세 이상 고령인구 비율이 7% 이상 ~ 14% 미만인 사회는 고령화사회(aging society), 14% 이상 ~ 20% 미만의 사회는 고령사회(aged society), 20% 이상인 사회는 초고령사회(super-aged society)에 해당한다.

3) 통계청(2010), p.11.

4) 통계청(2010), p.10.

5) 노년부양비 = (65세 이상 인구/15~64세 인구) X 100

1명을 부양해야 할 것이라는 전망이다. 또한 노령화지수⁶⁾는 2010년 현재 67.7로 유소년인구(0~14세) 100명당 65세 이상 노인은 68명이며, 2016년에 이르면 노령화지수가 100.7로 고령인구가 유소년인구를 초과할 것으로 내다보고 있다.⁷⁾

여기에 부양할 가족이 없는 독거노인의 증가 또한 빠르게 진행되고 있다. 통계청에 따르면 만 65세 이상 독거노인이 2010년 현재 102만 1,008가구로 100만 명을 넘어섰으며, 2020년에는 150만 명을 넘어설 것으로 전망하고 있다. 이는 총가구수 1,715만2,277가구의 6.0%를 차지⁸⁾하는 것으로 전체 노인 535만7천 명 가운데 5명 중 1명이 독거노인이라는 결과이다.

더욱이 노후준비가 되어 있지 않다는 응답이 74.5%⁹⁾를 차지하였는데, 이는 4명 중 3명이 노후준비가 되어 있지 않을 뿐 아니라 준비할 능력도 없어 대부분 자녀에게 의탁하는 것 외에는 별다른 대책이 없는 것으로 나타나 큰 충격을 주고 있다.

이렇듯 고령화가 문제가 되는 것은 세계 최단기의 고령화 진행속도가 아니라 그로 인한 파장이다. 생산인구의 감소로 인한 성장 약화라는 경제적인 측면, 노인부양 비용증가로 인한 사회보장비용 증가의 사회적 측면, 노인부양 외에 자신의 노후대비를 해야 하는 이중부담의 개인적 측면 등이다.

6) 노령화지수 = (65세 이상 인구/0~14세 인구) X 100

7) 통계청(2010), p.13.

8) 통계청(2010), p.11.

9) 통계청(2010), p.29.

3. 불교인구의 고령화추이

1985년부터 2005년까지 20년 간 종교인구는 꾸준히 증가하고 있다. ‘2005년 인구주택총조사 종합분석보고서’에 따르면 종교를 가지고 있는 인구는 2,497만1천 명으로 전체 인구의 53.1%를 차지하고 있으며, 무종교인은 46.9%인 것으로 조사되었다.¹⁰⁾

종교유형별 분포를 보면 불교가 1,072만6천 명(22.8%)으로 가장 많고, 개신교 861만6천 명(18.3%), 천주교 514만6천 명(10.9%) 등의 순이다. 그러나 10년 전인 1995년에 비해 불교와 개신교 인구는 각각 23.2% → 22.8%, 19.7% → 18.3%로 소폭 감소한 반면, 천주교는 6.6% → 10.9%로 증가하였다.

이 가운데 연령별 불교인구의 구성비 변화를 살펴보면, 60~69세가 34.1%로 가장 많고, 50~59세가 31.7%, 70세 이상 31.1%, 40~49세 26.6% 등의 순이다. 결론적으로 60세 이상 불교 노인인구는 1985년 58.4%, 1995년 65.0%, 2005년 65.2%로 지속적인 고령화를 보이고 있다. 반면 개신교는 60세 이상이 34.8%, 천주교는 22.3%로 조사되었다. 이렇게 볼 때 타 종교에 비해 불교 노인인구는 이미 초고령사회에 도달했다고 극언할 수 있다.

10) 아시아경제, <http://www.asiae.co.kr>. 2010년 9월 20일 검색.

Ⅲ. 우리나라 호스피스 현황

우리나라에서 호스피스 활동을 최초로 시작한 것은 1965년 3월 15일 강원도 강릉시의 ‘마리아의 작은예수회’ 소속 수녀들에 의한 갈바리 의원이 설립되면서부터이다. 이후 주로 천주교계 병원과 종합병원을 비롯하여 독립시설, 가정간호, 봉사자모임에 이르기까지 다양한 형태로 전개되고 있다.

한국호스피스·완화의료학회 자료에 의하면 2008년 우리나라 호스피스 기관은 110개에 이르는 것으로 조사되었다. 운영별 형태를 보면 병동형, 병동+방문형, 방문형, 독립형, 독립+방문형, 병동+산재+방문형, 병동+독립시설+방문형, 산재형, 산재+방문형, 산재+방문+독립시설형, 간호사+봉사자형, 봉사자모임, 가정호스피스형 등으로 분류하고 있다.

우리나라의 일반적인 호스피스 모델의 형태는 ①병원 밖에 독립시설을 갖추고 전인적인 호스피스 봉사를 제공하는 독립된 호스피스 기관, ②병원 내 호스피스 환자만을 위한 병동이 별도로 설치되어 있는 병원 내의 호스피스 병동, ③병원 내 일반환자와 말기환자가 함께 있는 상태에서 호스피스 봉사가 제공되는 산재형 호스피스, ④가정에 머물고 있는 말기환자에 대한 호스피스 봉사를 제공하는 가정호스피스의 네 가지로 분류된다.

이러한 호스피스 모델들의 주된 내용은 ①입원환자를 위한 활동 (Impatient Care), ②가정의 환자를 위한 주간활동(Home based Day Care), ③가정호스피스(Home care), ④사별 후의 추후관리(Bereavement follow-up Care)를 들 수 있다. 이를 다시 세분하면 통증조절 프로그램,

증상관리 프로그램, 사별가족 프로그램, 가족지지 프로그램, 아동 호스피스 프로그램, 호스피스 제공자의 소진해소 프로그램, 의사소통 프로그램, 종교적 지지 프로그램 등을 들 수 있다.¹¹⁾

하지만 최근 영국 경제전문지 이코노미스트 그룹의 정보분석기관 EIU가 발표한 결과는 40여 년의 역사를 가지고 있는 우리나라의 호스피스 활동의 수준을 적나라하게 보여준 것이다. OECD 30개국과 자료수집이 가능한 특정 10개국을 포함한 40개국을 대상으로 조사한 ‘죽음의 질’ 지수¹²⁾에서 우리나라는 하위권인 32위¹³⁾인 것으로 나타나 우리나라의 호스피스 전반에 대한 실태 및 향후 과제를 시사하고 있다.

IV. 불교 터미널케어에 대한 이해

터미널케어는 호스피스케어, 종말기케어, 완화케어, 임종간호 등 다양하게 지칭되고 있으나 거의 같은 뜻으로 쓰여지고 있다.

우선 용어의 변천과정을 살펴보면, 1950년 ~ 1960년대에는 末期醫療를 통칭하여 ‘터미널케어(terminal care)’라는 용어가 사용되었다. 그리고 1970년대에는 호스피스 운동이 활발해지면서 ‘호스피스케어(hospice care)’란 말이 사용되기 시작했으며, 1980년대에는 ‘緩和 케어(palliative care)’란 용어를 사용하게 되었다.

완화케어에 대해 우리나라는 암관련법 제2조에서 “완화의료라 함은

11) 윤현숙(2006), p.377.

12) ‘죽음의 질’ 지수는 임종을 포함한 말기환자에 대한 간호환경 수준을 평가하는 것이다. 호스피스케어의 질에 가장 큰 비중(40%)을 두고 호스피스 케어의 가용성(25%), 호스피스 헬스케어 기초환경(25%), 호스피스 케어 비용(15%) 등 4개 부문으로 나누어 평가한다.

13) 인터넷 뉴데일리. <http://www.newdaily.co.kr>. 2010년 9월 16일 검색.

통증 및 증상 완화 등을 포함한 신체적·심리사회적·영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암 환자 및 그 가족의 삶의 질 향상을 목적으로 하는 의료”라고 명시하고 있다. WHO를 비롯해 대부분의 나라에서 “호스피스”라는 용어대신 “완화의료”라는 용어를 사용하고 있으며, 1990년 세계보건기구(WHO)는 말기의료의 바람직한 모습으로서 완화 케어를 다음과 같이 定義하였다.

“완화 케어란 병의 치료가 불가능하게 되었을 때 행하게 되는 적극적인 全人的 케어(total care)이며, 통증이나 기타 증상의 컨트롤, 정신적·사회적 나아가 靈的 問題(spiritual problems)의 해결이 가장 중요한 과제이다. 완화 케어의 목표는 환자와 그 가족에게 있어 가능한 한 최고의 삶의 질(QOL)을 실현하는 데 있다.”¹⁴⁾

이와 같이 명칭이 가지고 있는 역사와 해석에 있어 미묘한 차이가 있고 또 혼용되고 있으나 실제로는 ‘호스피스’라는 용어가 일반적으로 사용되어지고 있으며, 불교계도 예외는 아니다. 하지만 목적은 오직 한 가지이다. 인간다운 죽음, 바로 그것이다. 이는 남녀노소를 막론하고 가장 인간으로서의 존엄을 존중받고, 중국에는 인간다운 죽음을 맞이할 수 있도록 그에 필요한 모든 원조를 제공하고자 하는 데 있는 것이다.

1. 불교의 생사관

불교는 부처님의 생로병사에 대한 목격에서 출발하여 이에 대한 해결 방법을 모색하는 것이라고 할 수 있다. 즉 부처님은 인간 존재의 실상을 제대로 파악하여 生으로 인한 고통과 死의 두려움으로부터 벗어나는 방법을 전하려고 하였다. 이것이 이른바 12연기이며, 여기에서 불교의

14) 정윤무(2006), p.194.

생사관을 찾아볼 수 있다.

『쌍웃따 니까야』에서 12연기에 대해 다음과 같이 말하고 있다.

수행승들이여, 연기라는 것은 무엇인가. 수행승들이여, 무명을 조건으로 형성이 생겨나고, 형성을 조건으로 의식이 생겨나며, 의식을 조건으로 명색이 생겨나고, 명색을 조건으로 여섯 감각이 생겨나며, 여섯 감각을 조건으로 접촉이 생겨나고, 접촉을 조건으로 감수가 생겨나며, 감수를 조건으로 갈애가 생겨나고, 갈애를 조건으로 취착이 생겨나며, 취착을 조건으로 존재가 생겨나고, 존재를 조건으로 태어남이 생겨나며, 태어남을 조건으로 늙고 죽음, 우울, 슬픔, 고통, 불쾌, 절망이 생겨난다. 이와 같이 해서 모든 괴로움의 다발들이 함께 생겨난다.¹⁵⁾

이러한 流轉緣起는 무명에서 비롯되어 생사의 괴로움이 생성되는 과정을 나타내고 있다. 즉 무명에 의해 못 중생들이 인간 존재의 실상을 바로 보지 못하기 때문에 일시적으로 생겨나서 소멸하는 ‘거짓 나’에 집착하고, 그에 따른 행위의 결과로 業을 만들어내며, 그 業報에 의해 생사의 고통이 계속 반복된다는 윤회, 인과를 설명하고 있는 것이다. 다시 말해서 生의 윤회에 따라 業이 되고, 業은 또 새로운 생을 가능하게 하는 動인이며 生은 老病死의 고통이 발생하는 원인인 것이다. 따라서 생과 사는 언어적 분리일 뿐 실제로는 둘이 아닌 表裏關係¹⁶⁾에 존재하는 것으로 이를 바로 보지 못하기 때문에 삶이 괴롭고, 죽음에 대해 두려움을 갖는 것이다.

살펴본 바와 같이 생사의 괴로움의 원인은 무명에서 기인하였음을 알 수 있는데 이를 멸하는 방법에 대해 『쌍웃따 니까야』에서는 무명을 멸함으로써 생사의 괴로움을 멸하게 되는 과정을 다음과 같이 말하고 있다.

15) 전재성 역(1999), 제12쌍웃따, pp.25~26.

16) 조문숙(2002), pp.35~36.

그러나 무명이 남김없이 사라져 소멸하면 형성이 소멸하고, 형성이 소멸하면 의식이 소멸하며, 의식이 소멸하면 명색이 소멸하고, 명색이 소멸하면 여섯 감각이 소멸하며, 여섯 감각이 소멸하면 집착이 소멸하고, 집착이 소멸하면 감수가 소멸하며, 감수가 소멸하면 갈애가 소멸하고, 갈애가 소멸하면 취착이 소멸하며, 취착이 소멸하면 존재가 소멸하고, 존재가 소멸하면 태어남이 소멸하며, 태어남이 소멸하면 늙고 죽음, 우울, 슬픔, 고통, 불쾌, 절망이 소멸한다. 이와 같이 해서 모든 괴로움의 다발들이 소멸한다.¹⁷⁾

즉 부처님은 12연기를 통해 생과 사는 별개의 것이 아니라 表裏關係 속에 존재하는 일련의 과정이며, 이를 통해 생사의 괴로움에서 벗어나 생과 사가 없는 무한한 생명, 즉涅槃으로 중생을 이끌고자 한 것이다. 이러한 불교의 생사관은 현대가 추구하는 터미널케어와 일맥상통하며, 터미널케어를 통한 대승적 수행실천이라고 할 수 있다.

2. 불교 터미널케어의 기원

불교 터미널케어의 기원은 비하라와 무상원에서 찾아볼 수 있다.

비하라(vihāra)는 부처님 재세 시에 스님들이 수행하며 생활하는 수행자들만 전용으로 이용하는 생활 및 수행공간을 의미하였다.¹⁸⁾ 비하라(vihāra)는 “사원이라는 의미와 동시에 안식의 장, 병원 등의 기능을 하는 진료소의 역할도 담당했으며, 사찰 내에는 ‘無常院’이라고 하는 임종환자 간병시설” 등도 있었다.¹⁹⁾

한편 주목할 만한 것은 무상원인데 중증 임종환자를 위한 최후의 간병을 행했던 곳으로 그들을 위한 간병방법으로 ‘臨終行爲’가 시행되었다

17) 전재성 역(1999), 제12쌍웃따, pp25~26.

18) 김응철(2010), p.442.

19) 김영희(2000), pp.109~113.

고 볼 수 있다.

무상원은 인도의 祇園精舍 49外院의 하나로 정사의 서북쪽에 위치하고 있다. 병든 승려를 입소시켜 無常을 관하게 하고 淨土를 설교하며 염불을 외우게 하여 세상에의 집착을 버리게 하고, 안락국에 왕생케 하는 장소이다. 行事鈔下四之一에는 “中國本傳에 말하기를 기원정사 서북쪽에 無常院이 있어 병든 이를 모시었다. … 그 건물 안에는 한 분의 立像을 모시고 金薄을 입혔다. 서쪽을 향하고 오른손은 들고, 왼손에는 15綵幡을 매고 다리 아래로 드리우고 땅에 끈다. 왼손에 幡脚을 잡는 것은 부처님을 따라 정토에 왕생한다는 뜻이다.”라고 기록되어 있다.²⁰⁾

살펴본 바와 같이 불교 터미널케어의 기원은 교단설립 초기부터 시행된 비하라와 무상원에서 찾아볼 수 있는데 불교는 이러한 사례를 현대 사회에 맞는 터미널케어 시설 및 임종간호프로그램 개발에 적극 응용해야 한다.

3. 불교 터미널케어의 경전적 근거

『증일아함경』에 보면, 붓다가 羅闍城 迦蘭陀竹園에 계실 때 한 병든 비구를 간호해 주는 사람이 없었다. 그런데 이 비구에게 부처님은 친히 더러운 자리를 거두어 내고 새로 깨끗한 자리를 깔아주며, 그를 부축하여 깨끗한 물로 목욕시킨 후 음식을 먹여 간호한 다음 모든 수행승들에게 이렇게 말씀하셨다.

“너희들은 출가한 자로서 같은 스승 아래 물과 젖처럼 화합한 자들이 다. 그런데도 서로를 보살피지 않는구나. 지금부터는 부디 서로 서로 보

20) 불교학대사전(2001), p.407.

살피도록 하라. 만일 병든 비구에게 제자가 없거든 대중들이 차례를 정해 병자를 간호하도록 하라. 왜냐하면 이 외에 병자를 간호하는 것보다 그 큰 복과 더 훌륭한 일을 보지 못했기 때문이다. 병자를 돌보는 것은 나를 돌보는 것과 다름이 없느니라.”²¹⁾

경전에서와 같이 간병은 환자의 신분과 관계없이 모든 사람의 의무임을 강조하고 있으며, 임종간호는 죽음에 대한 두려움과 걱정에서 벗어날 수 있도록 정신적·심리적 안정은 물론 생활에 불편함이 없도록 청소, 목욕, 적절한 음식물 제공 등 생활에 불편함이 없도록 구체적으로 전하고 있다.

4. 불교 터미널케어의 개념

터미널케어는 주로 종교계를 중심으로 민간부문의 주도적인 역할을 통하여 발전해왔다. 터미널케어가 의료나 간호영역에서의 치료적 관점보다는 인간이 단순히 생리적 존재만이 아닌 사회적·심리적·영적으로 통합된 하나의 유기체적 존재로서 부분의 합 이상이므로 총체적인 간호 접근의 필요성이 강조²²⁾되기 때문이다. 즉, 환자를 중심으로 하는 삶의 질(Quality of life)의 향상이라는 측면에서 의료계는 종교의 도움을 적극적으로 인정하기에 이르렀으며, 이러한 의료계의 변화로 인해 종교계가 적극적으로 터미널케어에 참여하게 된 배경이 되고 있다.²³⁾

터미널케어(terminal care)는 ‘종점’ ‘말기의’ ‘불치의’란 의미의 터미널(terminal)과 ‘돌봄’ ‘보살핌’의 의미인 케어(care)의 합성어이다. 문자 그대로 해석하면 치유가 불가능한 사람 혹은 임종에 가까운 사람을 돌보

21) 『증일아함경』(T125), pp.1087~1091.

22) 노유자 외(1997), p.121.

23) 윤현숙(2004), p.118.

는 행위이다. 원래 터미널은 ‘경계’를 의미하는 라틴어의 트미네스(terminus)에서 비롯되었다고 한다.²⁴⁾ 이는 일반적으로 터미널이 종착역인 동시에 시발역인 것과 같이 삶과 죽음의 경계에 이르는 사람에 대한 돌봄이라고도 해석할 수 있다. 이러한 의미에서 논자는 실제로 많이 사용되는 ‘호스피스’라는 용어 대신에 ‘터미널케어’라는 용어를 채택하였다. 호스피스(Hospice)는 십자군 원정에서 비롯된 기독교적 용어이기도 하지만 대상자를 “암으로 인하여 회생 가능성이 없으며, 남은 수명이 3개월에서 6개월을 남겨둔 환자”로 국한하고 있기 때문이다.

불교는 병든 환자를 간병·간호하는 것을 최고의 복전이며, 부처님을 간호하듯 하라고 가르치고 있다. 이러한 가르침은 불교 터미널케어를 통한 보살행의 실천적 원동력이자 당위성을 제기하는 것이다.

이러한 맥락에서 불교 터미널케어는 불교가 터미널케어를 제공하는 주체가 되어 돕는 행위라고 간단하게 말할 수 있다. 불교는 生死一如, 즉 생과 사를 같은 선상에 위치하면서 분리될 수 없는 필연적인 관계로 해석한다. 결국 이생에서의 죽음은 삶의 완성이고 회향지점이며, 죽으면 모든 것이 완전히 끝나는 것이 아니라 다음 생으로 가기 위한 환승역인 것이다.

따라서 불교 터미널케어는 불교의 생사관에 대한 올바른 인식에서 출발하여 생명의 존엄을 기본전제로 죽음 앞에서 고통 받는 중생들에 대한 대승적 수행실천이라고 정의할 수 있다.

5. 불교 터미널케어의 실천원리

불교는 자비사상이 모든 실천행의 근간을 이루고 있으며, 복지를 실

24) 하세가와 마사토시 외(2009), p.24.

천하는 근간²⁵⁾이기도 하다. ‘慈’란 ‘사람들에게 이익과 安樂을 가져다 주겠다고 바라는 것[與樂]’이요, ‘悲’란 ‘사람들로부터 불이익과 고통을 제거하고자 바라는 것[拔苦]’이라고 풀이하고 있다. 그러므로 ‘자비’는 보통 즐거움을 주는[與樂] ‘慈’와 고통을 제거하는[拔苦] ‘悲’의 뜻을 내포하는 合成語로서, 살아 있는 모든 生命에 대한 普遍的 사랑을 의미한다.²⁶⁾ 이러한 자비에 대해 어머니가 자기 身命을 돌아보지 않고 자식을 사랑하는 것과 같은 심정으로서 일체 중생을 사랑하라고 초기불교는 다음과 같이 강조하고 있다.

마치 어머니가 자기의 한 子息을 身命을 바쳐서 守護하듯이, 일체의 生命에 대해서도 무량한 慈愛로운 마음을 일으켜야 한다. 또한 온 世界에 대하여 무량한 慈愛로운 마음을 일으켜라. 위로 아래로 또한 옆으로, 障礙가 없고 원한이 없고 敵意가 없는 자애로움을 행하라. 서 있으면서도, 걸으면서도, 앉아 있으면서도, 누워 있으면서도 잠을 자지 않는 한 이 자애로운 마음가짐을 확고히 가져라. 이 세상에서는 이 상태를 崇高한 경지라고 말한다.²⁷⁾

이와 같이 자비는 중생구제의 가장 근원적인 원동력이며 무한한 활동을 촉진시키는 정신적 원천이라고 할 수 있다. 이러한 자비사상에 근간하여 이타행을 실천하는 보살의 실천덕목으로 四無量心과 四攝法을 들 수 있는데, 논자는 이 두 가지 덕목에서 불교 터미널케어를 실천할 수 있는 정신적 원천과 실천적 덕목으로서의 원리를 찾고자 한다.

먼저 사무량심에 대해 『대지도론』에서 다음과 같이 말하고 있다.

25) 守屋茂(1971), pp.8~12.

26) 서병진(2005), p.96.

27) Sn pp.149-151.

4무량심(無量心)이란 자(慈)·비(悲)·희(喜)·사(捨)를 말한다. 자는 중생들을 사랑하고 염려해서 항상 안온하고 즐거운 일을 구하여 요익하게 해 주는 것이요, 비는 중생들이 5도에서 갖가지 몸을 받아서 몸과 마음으로 괴로워함을 가없이 여기는 것이요, 희는 중생들로 하여금 즐거움에서 환희를 얻게 하고자 하는 것이요, 사는 세 가지 마음을 버리고 오직 중생들을 생각하되 미워하지도 않고 사랑하지도 않는 것이다.²⁸⁾

즉 사무량심은 일체 중생을 사랑하는 마음[慈]으로 다른 사람의 불행과 고통[悲], 기쁨[喜]을 함께 하며, 오직 중생에게 기쁨과 이익 그리고 즐거움을 무한히 나누어 주고자 하는[捨] 네 가지 무량한 마음을 말한다. 이 중 주목할 만한 것이 悲無量心이다. 비무량심은 터미널케어에 있어서 죽음에 대한 두려움과 공포로 고통 받고 있는 대상자와 사랑하는 대상자를 떠나보내야 하는 가족들에 대한 슬픈 마음과 고통을 함께 하는 대비심이다. 이는 케어를 직접 제공하는 인력이 지녀야 할 정신적인 원천이라고 할 수 있다.

다음으로 사섭법은 사무량심이 구체화된 실천행으로서 『중아함경』에서 다음과 같이 말하고 있다.

“거사의 아들이여, 네 가지 섭사[四攝事]가 있나니, 어떤 것이 네 가지인가? 첫째는 惠施요, 둘째는 愛言이며, 셋째는 利行이요, 넷째는 동리等利이다.”

이에 세존께서 이 계승을 말씀하셨다.

은혜를 베풀고[惠施] 정답게 말하며[愛言]

항상 남을 위하여 이롭게 행하고[利行]

중생과 함께 이익을 같이하면[同利]

그 좋은 이름 멀리 퍼지느니라.²⁹⁾

28) 『대지도론』(T1509), p.782c.

29) 『중아함경』(T26), p.987.

즉 사섭법은 고통과 실의에 빠진 대상자와 그 가족들에게 필요한 물질이나 따뜻한 위로의 말 등을 아낌없이 베풀고, 그들과 한 마음이 되어 고통을 함께 나누는 同體大悲心에 근거를 둔 行이라고 할 수 있다.

布施는 베푸는 내용에 따라 『우바새계경』권4에서는 財施, 法施, 無畏施로 나눈다. 재시는 물질로써 상대방의 어려움을 돕는 행위이고, 법시는 佛法을 설하여 인격적인 개선과 치료를 통해 바른 생활태도를 갖도록 원조하는 것을 의미한다. 무외시는 좌절과 실의에 빠진 사람에게 희망과 용기를 심어줌으로써 생활의 불안, 정서불안, 불안정에 대해 그 불안을 해소 내지 정화하는 것을 말한다.³⁰⁾ 특히 무외시는 중생을 공포에서 벗어나도록 베푸는 것으로, 죽음에 대한 고통 사후세계에 대한 고통을 안고 있는 환자의 두려움을 없애줄 수 있다고 하는 면에서 불 때 이는 불교적 터미널케어의 중요한 요소라고 할 수 있다.³¹⁾

愛語는 죽음을 맞이하여 두려움과 공포를 겪고 있는 대상자 및 가족에게 따뜻한 말로 위로해주는 행이다.

利行은 몸과 말과 생각으로 대상자와 그 가족을 우선적으로 이롭게 하는 이타행이다.

同事는 대상자와 일심동체가 되어 그들의 삶에 들어가 생사고락을 함께 나누는 同體大悲心에 근거를 둔 행이다.

살펴본 바와 같이 사무량심과 사섭법은 죽음에 대한 고통, 사후세계에 대한 두려움을 안고 있는 대상자와 유족이 겪게 되는 가족 상실의 비통함과 그로 인해 생기는 막연한 미래에 대한 불안을 해소 내지 정화할 수 있다는 데에서 터미널케어에 대한 불교적 실천원리가 될 수 있다고 보는 것이다.

30) 서병진(2005), pp.102~103.

31) 윤현숙(2006), p.376.

5. 불교 터미널케어의 현황

불교계에서 독립시설을 갖추고 터미널케어를 전문적으로 시행하는 곳은 정토마을이 유일하며, 주로 병원 내 법당을 중심으로 자원봉사자인 스님과 많은 불자들이 활동하고 있으나 타 종교계의 활동에는 미치고 있지 못한 실정이다.

1995년부터 독립시설인 정토마을 아미타 호스피스스는 불교호스피스 자원봉사자 교육기관을 병행하고 있으며, 대원사에서는 ‘한꽃호스피스회’가 자원봉사단을 조직하여 죽음에 관한 교육을 실시하고 있다. 이 외에 니르바나(천태종), 불교자원봉사연합회(서울), 불심봉사단(부산), 통도사 자비원(경남 양산), 자비신행회(광주), 동국대 경주병원 불교회(경주), 능인사회복지법인, 수효사(서울), 법해사(경기도 군포), 관음사 영남불교대학(대구) 등을 들 수 있다. 그리고 2004년도 2학기부터 학문적 체계를 갖추고 출발한 동국대학교 불교대학원 장례문화학과와 호스피스전공 개설은 터미널케어에 관한 학제적 연구의 필요성을 불교계가 잘 반영한 것이라고 하겠으며, 향후 학문적 성과도 기대된다고 할 수 있다.³²⁾

한편 천주교와 기독교는 이미 1991년 한국가톨릭호스피스협회, 한국 호스피스협회를 각각 설립하여 조직적으로 활동하며 발전하고 있는 반면, 불교계는 20여 년이나 뒤쳐진 지난 2009년 10월에 사단법인 한국불교호스피스협회가 출범하였는데 향후 활동에 귀추가 주목된다.

각 종교별 호스피스 기관 현황을 살펴보면, 최근 국민일보가 자체적으로 조사한 결과로는 총 168개소로 집계되었는데 이는 2008년 한국호스피스·완화의료학회 자료에 비하면 2년 사이에 60여 개 시설이 증가

32) 윤현숙(2006), p.380.

한 셈이다. 이 중 기독교가 98개로 가장 많고, 천주교 68개, 불교 2개의 순³³⁾으로 나타났다. 단적으로는 이것이 불교 터미널케어의 현 주소이며, 어느 종교보다 삶과 죽음을 하나로 보는 생사관을 가지고 있는 불교계의 소극적인 활동이 그대로 반영된 것이라 할 수 있다.

V. 불교 터미널케어 문제점 및 활성화 방안

우리 사회는 초고령사회로의 진입을 16년 남겨놓은 오늘날 노인들이 임종에 이르기까지 안락한 삶을 영위하고, 두려움 없이 죽음을 편안하게 맞이할 수 있도록 삶의 질과 죽음의 질을 동시에 높여주는 서비스를 절실히 요구하고 있다. 하지만 노인들에게 현재 제공되는 서비스는 현재 사는 문제에 대한 정책이 시행될 뿐 편안하게 죽음을 맞이할 수 있는 정책은 시행되고 있지 않다. 따라서 다른 어떤 종교보다도 삶과 죽음에 대처하는 지혜와 방법을 가르치는 불교는 초고령사회를 대비하여 임종에 가까운 노인들에게 편안히 죽음을 맞이할 수 있도록 다양한 지지를 해야 할 것이다.

이에 ①제도적인 측면, ②재정적인 측면, ③시설·인력의 측면, ④네트워크 측면에서 가시화된 문제점을 적극 비판하고, 그에 대한 활성화 방안을 제시하고자 한다.

33) 국민일보 쿠키뉴스. <http://news2.kukinews.com>. 2010년 8월 9일 검색.

1. 제도적인 측면

현행 호스피스 관련법으로는 ‘호스피스·완화의료에 관한 법률안’이 암관리법에 포함돼 2010년 4월 28일 국회 본회의를 통과하였고, 2011년 5월 법 시행을 앞두고 있다. 호스피스·완화의료에 관한 법률(제정안)은 제1조에서 호스피스·완화의료에 관하여 필요한 사항을 규정함으로써 말기암 환자의 안위를 도모하고 말기암 환자 및 가족의 삶의 질 향상에 이바지함을 목적으로 하며, 대상자는 제6조에서 호스피스·완화의료의 대상자는 제3조 제1항의 진단을 받은 말기암 환자로서 본인이 호스피스·완화의료의 이용을 희망하는 자로 규정하고 있다.³⁴⁾

앞서 살펴본 것과 같이 암관리법과 호스피스·완화의료에 관한 법률안은 대상자를 말기암 환자로 국한하고 있어 이외에 환자들은 서비스를 받고 싶어도 받을 수가 없는 것이다.

이러한 제도조차 시행을 앞둔 실정이라는 하나 대상자에게 적절한 터미널케어를 제공하기 위해서는 제도권 안으로 들어가야 한다. 서비스의 대상자와 내용, 서비스의 체계 및 재원조달 등의 문제에 있어서 터미널 케어에 대한 특성을 보장할 수 있는 법제화가 필요하다.

따라서 현재 법률안에 명시된 말기암 환자라는 국한된 대상자의 범위를 임종을 맞이하는 노인으로 확대하여 그에 필요한 서비스 내용, 체계 및 보험수가, 서비스 제공자의 자격, 시설, 인력, 장비 등에 관한 기준 등을 명시하는 제도적 장치가 마련되어야 한다. 보험수가는 케어는 물론 정신적 케어서비스를 포함하여 보험혜택을 받도록 하여 대상자로 하여금 인간다운 죽음을 맞이할 수 있는 환경을 만들어야 한다. 더욱이

34) 재단법인 동행(2008), 『호스피스·완화의료에 관한 법률제정공청회 자료집』, p.21.

현재는 의료기관뿐 아니라 노인요양시설에서 임종을 맞이하는 사례가 증가하고 있어 노인요양시설에 임종실 설치를 의무화하는 법률이 함께 마련되어야 한다.

이러한 법제화가 이루어지기 위해서는 터미널케어에 대한 사회적 여론을 조성하여 쟁점화해야 할 것이다. 그러기 위해서는 지역사찰과 종단이 공조체계를 갖추어 죽음준비교육과 터미널케어의 필요성에 대한 홍보를 불교계가 가지고 있는 각종 매체나 거리캠페인, 법회 등을 활용하여 터미널케어에 관한 특별법 제정에 불교계가 앞장서야 할 것이다.

2. 재정적인 측면

앞선 법제화의 효율적인 운영을 위해서는 무엇보다 재정적 뒷받침이 뒤따라야 한다. 그러나 호스피스 시설의 대부분이 종교계를 중심으로 한 민간부문의 영역으로 병원예산, 건강보험공단, 환자 부담금 등으로 충당하고 있는 병원과는 달리 기부금, 후원금 등에 의해 운영되고 있는 실정이다. 그렇기에 기부금, 후원금 등에 지역사회의 적극적인 참여를 꾀하는 것이 필요하다고 하겠다.

일례를 들면 영국의 경우 호스피스 관련 시설에 대한 비용은 국가에서 3분의 1이 지원되고, 나머지는 기부금, 복권수입, 지방자치단체의 보조금으로 이루어진다. 미국의 켈호스피스는 세계적인 인터넷 서점인 Amazon.com과의 협력을 통한 도서판매 수익의 일부가 적립된다. 후원회원으로 가입하면 켈호스피스센터와 협력하고 있는 레스토랑 등 상점의 명단을 받아 볼 수 있게 된다. 이 곳을 이용하면 역시 수익금의 일부가 지원된다. 그리고 대만 자제공덕회는 정부의 지원 없이 후원금과

스님들이 제작한 물건의 수입금으로 재정을 충당하고 있다.³⁵⁾

이러한 외국의 사례 등을 분석하고 참고하여 우리나라의 정서와 현실에 맞는 합리적인 재정확충 방안을 마련해야 할 것이다. 이렇게 마련된 재정으로 터미널케어 대상자의 의료비 감면, 가족이 쓸 수 있는 공간 마련, 시설 건립비 및 운영비 등을 보조하는 데 활용해야 한다. 소액의 기부에서부터 시설건립이나 장례 등에 관련된 업체의 물품후원 역시 적극 유도해야 한다.

3. 시설·인력 측면

먼저 시설측면에서의 문제점을 살펴보기로 하겠다.

앞서 국내 종교별 호스피스 기관현황에서 살펴보았듯이 총 168개의 시설 중 불교 터미널케어 기관은 2개로 수적으로 열세함을 알 수 있다. 더욱이 천주교와 기독교는 이미 1991년 한국가톨릭호스피스협회, 한국호스피스협회를 각각 설립하여 조직적으로 활동하며 발전하고 있는 반면, 불교계는 20여 년이나 뒤쳐진 지난 2009년 10월에 조계종 포교원 산하에 사단법인 한국불교호스피스협회(KRBHA)를 출범시켜 조직적인 활동면에서도 역부족인 상태이다.

이러한 수적 열세는 2005년 기준 60세 이상 불교인구가 65.2%인 불자조차도 수용할 수 없는 현실이며, 실령 우수한 전문인력을 많이 양성한다고 해도 그들이 활동할 수 있는 공간이 제한될 수밖에 없다. 또한 교육과정에서 현장실습이 가장 중요하다. 이 때문에 광림사 연화원, 수효사 효림원, 조계종 복지재단 등의 교육기관은 병원법당과의 연계를 지속적으로 이어나가기 위해 노력하고 있지만 그렇다고 해서 현장실습

35) 황경자(2005), p.87.

이 바로 가능한 것은 아니다. 해당 병원이 규정하고 있는 일정 수준의 교육을 추가로 이수해야 하는 경우가 대부분이기 때문에 병원 측의 교육을 이수할 때까지 일반 봉사자로 활동하며 시기를 기다려야 하는 경우가 빈번하다. 그 과정에서 공백이 생겨 중도에 포기하는 이들이 많기에 불교 봉사자가 적을 수밖에 없는 것이다.³⁶⁾

이와 같이 불자들조차 수용할 수 있는 시설이 부족한 문제는 결국 불교가 이들을 타 종교시설에 내몰고, 중국에는 개종사태까지를 초래한 것이라 할 수 있다.

다음으로 인력측면에서의 문제점을 살펴보기로 하겠다.

2008년 사회복지봉사활동 인증센터에 등록된 종교별 자원봉사현황³⁷⁾에서 전체 봉사자 91만5,122명 가운데 전체의 85%를 차지하는 종교가 없는 봉사자 63만6,756명을 제외하고, 기독교가 5만4,826명(7%)으로 가장 많으며, 불교 3만3,033명(5%), 천주교 2만5,281명(3%) 등의 순이다. 이러한 결과를 2005년 불교인구 현황에 대비했을 때 1,072만6천 명 가운데 3만3,033명인 약 3% 정도만 자원봉사활동을 하고 있다는 결론이다.³⁸⁾ 이는 불교가 타 종교에 비해 많은 인적 자원을 보유하고 있음에도 이를 적극 활용하지 못하고 있다는 것이다.

2004년 법보신문이 한국 호스피스·완화의료학회와 한국호스피스협회 등에 등록되어 있는 민간 호스피스 기구와 불교계 호스피스 기구 등 59 곳을 전화 인터뷰 방식으로 조사해 종교별 자원봉사자 수를 분석한 결과, 불교는 284명이 등록해 활동하고 있는 것으로 집계되었다. 반면 기독교 봉사자 수는 불교의 11배에 달하는 2,675명에 달하는 것으로 확인되었다. 이러한 기독교 호스피스 봉사의 원동력은 기독교 재단 병원과

36) 법보신문, <http://www.beopbo.com>, 2010년 9월 10일 검색.

37) 보건복지가족부 외(2009), pp.18~19.

38) 인구주택총조사는 5년마다 실시하는 것으로 2005년 시행 후 2010년인 현재 조사 중이므로 아직 그에 대한 집계가 이루어지지 않아 2005년 통계를 기준으로 함.

교회, 호스피스 기구, 시설 등이 유기적으로 연결되어 있다는 점이다. 기독교인 봉사자들에게 ‘하나님의 사랑을 죽음을 앞둔 환자들에게 베푼다’는 자긍심을 심어주고 봉사자에게는 병원 진료비를 할인해 주는 등 다양한 혜택을 주는 것이 강점이다.³⁹⁾

한국불교호스피스협회는 전국에서 활동 중인 불교 호스피스 봉사자가 1,200여 명이 넘을 것으로 판단하고 있지만 현재 정식 CMS 등록을 마친 회원은 250여 명에 불과한 것으로 나타났다.⁴⁰⁾

살펴본 바와 같이 타 종교계와의 경쟁력이 절대적으로 부족한 시설은 제도과 재정 면에서 충분한 뒷받침이 이루어져야 하는 만큼 장기적인 계획에 의해 해결해야 할 과제이다.

따라서 불교는 가정방문 및 노인요양시설 등 새로운 봉사처를 발굴하는 것이 최선책일 것이다. 대상자가 시설보다는 자택에서의 임종을 원하는 경우나 경제적인 이유로 시설을 이용할 수 없는 경우 기본적인 신체적 돌봄으로 대상자를 돌보는 데 지친 가족과 대상자에게 정신적으로 큰 의지처가 되어 줄 수 있는 사상적 힘을 가지고 있기 때문이다.

지역사찰은 이에 필요한 신도조직을 결성하여 임종시까지 정기적·지속적으로 재가방문을 통해 불교의 생사관, 죽음준비교육, 사후 장례식·추선⁴¹⁾, 유족에 대한 불교적 케어 등의 서비스를 제공하는 것이다. 또한 고령화정책의 일환인 노인장기요양보험제도의 시행으로 급증한 노인요양시설 중 타 시설과의 차별성을 확보하고 경쟁력을 높이기 위해 임종실을 별도로 마련하는 시설이 늘고 있다. 이는 임종을 앞둔 노인들에게

39) 법보신문. <http://www.beopbo.com>. 2010년 9월 10일 검색.

40) e-불교관. <http://www.e-buddhapan.com>. 2010년 9월 20일 검색.

41) 『불교대사전』에 의하면 追善이란 追善供養·追薦·追福이라고 한다. 사람이 죽은 뒤 망령의 고통을 덜고 명복을 축원하기 위하여 善根福德을 닦아 그 공덕을 회향하는 것을 말한다. 죽은 후 7일마다 49일 탈상까지의 추선(追善), 게다가 100일 기(忌)·년기(年忌) 등의 추선공양을 하며, 불상·당탑(堂塔)을 만들고, 재물·법구 등을 행함이라고 정의하고 있다.(불교학대사전, 2001:1556)

가장 필요한 서비스이다.

여기에는 임종행위가 함께 이루어져야 하는데 이러한 역할을 해줄 수 있는 전문인력이 바로 웰다잉 전문지도사이다. 현재 동국대학교 경주캠퍼스 불교문화대학원이 국내 최초로 매주 8시간씩 14주 동안 죽음 준비교육에 대한 이론과 호스피스, 임종체험, 실기 수업 등으로 진행하여 웰다잉 전문지도사(강사) 총 114명을 배출하였다. 이러한 전문인력을 재가 방문 및 노인요양시설과 연계하여 봉사자 및 간병인에 대한 죽음준비교육 및 임종간호프로그램을 정기적으로 교육시키고, 임종 이후 상례에 이르기까지 대상자와 그 가족들에게 케어를 제공할 수 있도록 해야 한다.

4. 네트워크 측면

앞서 살펴본 제도적인 측면, 재정적인 측면, 시설·인력의 측면에서 나타난 문제점의 가장 큰 요인은 타 종교에 비해 터미널케어에 대한 인식이 낙후된 것이라고 할 수 있다. 그 다음으로는 이러한 일련의 활동이 산발적으로 행해지고 있다는 것이다. 종단차원이나 불교를 대표하는 교계신문조차도 현재 불교계 시설현황 및 교육기관, 신도 수, 봉사자 수 등 정확한 통계자료가 하나도 없다는 것이다. 수요가 정확하게 파악이 되어야 그에 필요한 공급을 원활하게 할 수 있는데 오히려 타 종교계 보고서에서 자료를 얻고 있는 것이다. 이는 터미널케어 분야만이 아닌 불교사회복지 전반의 문제점이기도 하다.

따라서 종단은 불교의 실태에 관한 정확한 자료수집이 선행되어야 한다. 이를 기반으로 산하에 불교 터미널케어 전담기구를 설립하고, 전담기구 산하에 재정전담반, 연구기관, 교육기관, 의료기관, 터미널케어 시

설, 자원봉사자 관리은행 등을 통합된 네트워크를 구축하고, 지역사회 및 지역사회와 유기적 관계를 형성해야 한다. 이렇게 통합된 구축을 기반으로 정부의 정책변화에 민감하게 대응하며 불교 터미널케어의 대중화에 나서야 할 것이다.

VI. 결어

본 연구는 현대사회에서 특정질병, 즉 암으로 인해 죽음이 예측된 환자와 가족을 대상으로 행해지는 ‘호스피스’나 ‘완화의료’라는 용어 보다는 초고령사회를 대비하여 임종기에 가까운 노인들을 주된 대상으로 불교적 차원에서 활성화 할 수 있는 방안을 모색하고자 하였다.

우리나라는 세계에서 가장 빠른 고령화로 전망대로라면 불과 16년 후에는 초고령사회에 진입할 것이다. 이미 전체 인구의 11.0%가 노인이고, 독거노인이 100만 명을 넘어서며 이는 심각한 사회문제로 대두되었다. 특히 불교는 生死一如라 하여 죽음이 삶의 완전한 斷滅로 인식하는 것이 아니라 삶의 연장선으로 해석한다. 따라서 불교 터미널케어는 불교의 生死觀으로 임종기에 놓인 노인들에게 죽음을 지혜롭게 맞이할 수 있도록 불교적 가르침으로 보살행을 실천하고자 하는 것이다.

그리하여 현 고령사회의 심각성을 파악하기 위해 II. 우리나라 고령화 실태에서 고령화 속도, 65세 이상 노인인구 증가추이, 독거노인인구 증가추이와 함께 불교인구의 고령화추이를 살펴보았다.

III. 우리나라 호스피스 현황에서는 2008년 현재 우리나라 호스피스 기관의 실태와 운영모델 및 운영프로그램에 대해 살펴보았다.

IV. 불교 터미널케어에 대한 이해에서는 12연기를 통한 불교의 생사

관을 고찰하고, 비하라와 무상원에 대한 기록으로 불교 터미널케어의 기원을 찾았으며, 제자를 위한 부처님의 간호행위 사례를 구체적으로 설한 『증일아함경』을 근거로 불교 터미널케어의 정의를 도출하였다. 이는 불교의 자비사상을 근간으로 중생구제의 정신적 원천인 사무량심과 실천행의 원천인 사섭법에서 그 실천원리를 찾아보았다. 그리고 타 종교에 비해 낙후된 불교 터미널케어의 실태를 살펴보았다.

V. 불교 터미널케어 문제점 및 활성화 방안에서는 크게 제도, 재정, 시설·인력, 네트워크의 네 가지 측면에서 문제점을 파악하고, 그에 따른 활성화 방안을 제시하였다. 불교 터미널케어를 활성화하기 위해서는 어느 한 분야의 노력만으로는 이루기 어렵다. 즉, 종단과 사찰, 그리고 출·재가자들이 삼위일체가 되어 이 과제를 풀어나가야 한다.

따라서 제도적으로는 정부의 적극적인 협조를 이끌어낼 수 있는 특별법을 마련하고, 국가의 재정지원과 종단의 예산확대, 그리고 2천만 불자를 포함한 전 국민의 기부 및 후원을 유도하여 터미널케어 시설 및 운영예산을 확보해야 한다. 이렇게 마련된 제도와 재정을 바탕으로 불교 터미널케어 시설을 확충해 나가고, 그에 필요한 전문인력 양성 및 지역사회차별 신도조직을 결성하여 재가방문과 노인요양시설의 봉사자로 파견하는 방안을 활성화해야 한다.

이러한 일련의 활동이 원활하게 이루어지기 위해서는 우선 종단 차원에서 정확한 자료수집이 이루어져야 한다. 또한 전담기구 설립 및 사찰, 의료기관, 지역사회와의 연계망을 구축하여 불교적 가르침으로 대사회적인 역할을 해야 할 것이다.

끝으로 노인인구가 총인구의 11.0%, 독거노인이 100만 명을 초과하고, 불교 인구의 65.2%가 노인인구를 차지하며 초고령사회로의 진입을 16년밖에 남겨놓지 않은 오늘날 임종을 지켜줄 부양가족이 없고, 장례비용조차 없어 쓸쓸한 죽음을 맞이해야 하는 노인인구는 지속적으로 증

가할 것이다. 이미 오래전부터 타 종교는 이러한 대상자들의 장례 전반에 걸친 모든 역할을 적극적으로 수행해오고 있다. 반면 불교는 이들을 위해서 무엇을 해왔고, 앞으로 어떻게 해주어야 하는가에 대한 각성이 절대적으로 필요하다. 이것이 초고령사회를 대비한 불교 노인복지의 완성이요, 터미널케어를 통한 불교사회복지의 궁극적인 목표인 것이다.

■ 참고문헌

T : 大正新修大藏經

Suttanipāṭa(經集). PTS.

後秦 龜茲國 鳩摩羅什 譯, 『大智度論』(T1509)

승가제바 역, 『중아함경』(T26)

승가제바 역, 『증일아함경』(T125)

김동선 외(2005), 『고령화쇼크』, 서울, 굿인포메이션.

김영희(2000), 『불교 임종간호의 현황과 과제』, 『호스피스 완화의료학회 지』 제3권 1호, 한국호스피스완화의료학회.

김응철(2010), 『초기 경전에 나타난 불교호스피스(비하라) 서비스 원형 연구』, 『한국불교학』 제56집, 한국불교학회.

노유자 외 3명(1997), 『호스피스와 죽음』, 서울, 현문사.

守屋茂(1971). 『불교사회사업의 연구』, 경도, 다르마장관.

서병진(2005). 『아쇼카왕의 복지사상 연구』, 서울, 동국대학교 대학원 박사학위논문.

윤현숙,

2004_『임종행의와 불교적 터미널 케어를 위한 시론』 『정도학연구』 제7집, 한국정도학회.

2006_『불교 터미널케어(호스피스) 용어 정립 및 활성화 방안』, 『불교사회복지 실천과제와 전략』, 대한불교조계종사회복지재단 불교사회복지연구소.

전재성(1999), 『쌍웃따 니까야』 제2권, 서울, 한국빠알리성전협회.

정윤무(2006), 『장수혁명시대의 고령자 문화』, 서울, 아인북스.

- 조문숙(2002), 『儒·佛·道家의 죽음관 연구』, 전북대학교 석사학위논문.
- 재단법인 동행(2008), 『호스피스·완화의료에 관한 법률제정공청회 자료집』, 서울.
- 하세가와 마사토시 외(2009), 『복된 임종을 위한 불교의 가르침』, 서울, 도서출판 솔바람.
- 황경자(2005), 『정토신앙을 중심으로 한 불교호스피스에 관한 연구』, 동국대학교 석사학위논문.
- 보건복지가족부·한국사회복지협의회(2009), 『2008 사회복지 자원봉사 통계연보』.
- 불교학대사전(2001), 서울, 도서출판 흥법원.
- 통계청(2010), 『2010 고령자통계』 보도자료.
- e-불교판(<http://www.e-buddhapan.com>) 2010년 9월 20일 검색.
- 국민일보 쿠키뉴스(<http://news2.kukinews.com>) 2010년 8월 9일 검색.
- 법보신문(<http://www.beopbo.com>) 2010년 9월 10일 검색.
- 아시아경제(<http://www.asiae.co.kr>) 2010년 9월 20일 검색.
- 인터넷 뉴데일리(<http://www.newdaily.co.kr>) 2010년 9월 16일 검색.

[Abstract]

Study on How to Promote Buddhist Terminal Care in Preparation for the Super-Aged Society

Seo, Byung-Jin(Ven. Seoung Woon)

In modern society, the number of persons in need of terminal care is rising sharply due to the prolongation of human life and rapid aging of the population. This situation requires services that help people enjoy a high quality of life until death and meet their death in peace. These services represent terminal care and constitute the ultimate purpose of Buddhist social welfare.

Buddhism teaches that attending to patients is the most sublime deed one can perform and preaches that sick people must be cared for as if they were Buddha. Such teaching provides the motivation and rationale for the acts of Bodhisattva (Awakened Truth) through Buddhist terminal care. In practice, however, such activities lag far behind those of other religious groups.

This study presents ways to establish a necessary system and organization using local temples and Buddhist groups, develop and utilize deathbed nursing programs at specialized facilities and homes,

foster professional staff, and build a Buddhist terminal care network.

Key words: super-aged society, Buddhist terminal care, vihara, hospice, Buddhist social welfare

접 수 일: 2010년 10월 10일

심사수정일: 2010년 11월 3일-12일

게재확정일: 2010년 11월 16일