

노인복지정책의 관점에서 본 치매대응체계 진단과 과제

권 중 돈

(목원대학교)

본 연구는 노인복지정책의 관점에서 치매대응체계의 현상을 진단하고, 이를 강화하기 위한 정책과제를 제시하는데 목적을 두고 있다. 이를 위해 Gilbert와 Specht 그리고 Gilbert와 Terrell의 사회복지정책 분석틀을 사용하여 현행 치매대응체계를 배분, 급여, 전달, 재정 영역으로 나누어서 현상을 평가하였다.

그 결과 현행 치매대응체계는 정책 대상에서 제외된 넓은 사각지대의 존재, 맞춤형 사례관리서비스의 미흡, 치매가족을 위한 직접적 서비스의 부족, 보건복지서비스에 대한 낮은 접근성 등의 한계를 지니고 있다. 치매대응체계를 강화하기 위해서는 지역사회에 숨겨진 치매노인을 찾아내기 위한 조기발견 체계의 강화, 가정방문 맞춤형 사례관리 서비스의 강화, 보건-복지 전달체계간의 연계 강화, 가족의 부양부담 경감을 위한 서비스의 확대, 사회보험제도의 재정적 지속가능성 확보 등이 이루어져야 한다.

주요 용어: 치매노인, 배분, 급여, 전달, 재정

이 논문은 '제2회 『보건사회연구』 콜로키움: 치매노인을 위한 공적책임의 강화(2017.12.8.)'에서 발표한 자료를 수정·보완함.

■ 투고일: 2018.1.18 ■ 수정일: 2018.3.12 ■ 게재확정일: 2018.3.22

I. 서론

치매에 대한 사회적 관심이 높고 국가적 차원의 적극적 치매대응체계가 수립되고 있다. 그러나 노인복지정책의 관점에서 보면, 치매는 제한된 범위의 노인문제에 불과하다. 즉, 치매문제는 사회문제로서의 노인문제 즉, 빈곤, 질병, 고독과 소외, 무위라는 노년기의 4고(四苦) 중에서 질병 문제, 그것도 정신건강문제라는 매우 제한된 범위의 사회문제이다(권중돈, 2016). 그럼에도 불구하고 노인복지정책에서 치매문제에 대한 적극적 대응체계를 구축하기 위해 노력해야 하는 이유는 크게 세 가지 정도로 압축된다.

먼저 치매라는 정신장애가 지닌 높은 삶의 파괴력에서 노인복지분야에서 치매대응체계를 구축해야 하는 이유를 찾을 수 있다. ‘인간다운 노후생활의 영위’라는 노인복지의 목표와는 정반대로 치매는 치매노인 자신의 삶을 파괴할 뿐 아니라 가족 등 친근한 사회관계망의 삶의 질을 저하시키는 부정적 영향력이 매우 강하므로, 노인복지의 목표달성을 위해서라도 견고한 치매대응체계의 구축이 필요하다.

또 하나의 이유는 빠른 인구고령화와 함께 나타나는 치매노인 인구의 급격한 증가에서 찾을 수 있다. 보건복지부(2012)에서 발표한 치매 유병률을 기준으로 했을 때 우리 사회가 고령사회(aged society)에 진입한 2018년의 치매노인 수는 75만 2천여 명이지만, 초고령사회(super aged society)에 진입하는 2025년에는 107만 9천여 명으로 증가할 것으로 추계되고 있다. 이처럼 사회와 가족에 대한 의존성과 복지욕구가 가장 높은 치매노인의 수가 급증함에 따라 국가적 차원의 치매대응체계 구축이 필요하다.

또 다른 이유는 치매노인 보호부양에 따르는 사회적 비용이 증가하고 있는 점이다. 치매노인 부양비는 2015년 1.8명에서 2060년 13.5명으로 7.5배 증가할 것으로 전망(보건복지부, 중앙치매센터, 2016)되며, 치매노인 1인당 연간 보호비용은 2017년 2,277만 원 정도에 이를 것으로 추정(분당서울대학교병원, 2011)되고 있다. 국회예산정책처(2014)에 의하면 2050년 치매노인 보호비용은 43조 2천억원으로 실질 국내총생산액의 1.5%에 이를 것으로 추계되고 있다. 이처럼 가족과 국가의 치매노인 보호비용에 대한 부담이 급증함에 따라 보다 효율적인 치매대응체계의 구축 필요성이 높아지게 되었다.

이러한 필요성에 입각하여 우리 사회의 치매대응체계는 매우 빠른 속도로 확대되어 왔다. 우리 사회에서 치매에 대한 사회적 관심이 일어난 시기는 1990년대 초반이며, 공식적 치매대응체계가 처음으로 제시된 것은 1996년 “삶의 질 세계화를 위한 노인복지

종합대책”(보건복지부, 1996)이며, 치매대응체계의 법적 기초가 다져진 것은 1997년 노인복지법 5차 전문 개정을 통해서이다. 일반적으로 특정 사회적 관심사가 사회문제로 인정되고 공식적 대책이 수립되는 데까지 20년 정도 소요되는 점에 비하면, 우리나라의 치매대응체계 구축과정은 매우 빠르게 진행되었다고 할 수 있다(권중돈, 2012).

치매에 대한 사회적 대응체계가 빠르게 수립되었지만, 이후 다양한 정치사회적 제약 요인으로 인하여 초기의 치매대응체계에 포함된 치매관련 사업들은 적극적으로 추진되지 못하였다. 하지만 치매노인을 비롯한 중증질환을 앓는 노인을 가족 내에서 부양하는데 한계가 있다는 점을 인식하여 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도를 시행하면서 치매노인에 대한 장기요양서비스가 빠르게 확대되었다. 같은 해 9월에는 소위 ‘치매와의 전쟁’으로도 불린 치매종합관리대책이 발표(보건복지가족부, 2008.9.)되었다. 2011년 8월에는 치매관리법이 제정되었으며, 2012년에는 제2차 치매관리종합계획(보건복지부, 2012)이 수립되었고, 2015년에는 제3차 치매관리종합계획(보건복지부, 2015)이 수립되어 추진되고 있다. 그리고 문재인 정부에서 ‘치매 국가책임제 추진계획(보건복지부, 2017.9.)을 발표하여, 치매대응체계가 한 단계 도약할 수 있는 기회를 갖게 되었다.

국가가 치매문제를 노인보건복지분야의 핵심 국정과제로 선정하고, 이에 필요한 재정, 인력, 시설 등의 자원을 투입하여 다른 어떤 노인문제보다도 적극적으로 대응하고 있다. 하지만 빠른 대응이 늘 좋은 결과로 이어지는 것은 아니며, 때로는 정책적 부실로 귀결될 위험성을 내포하기도 한다. 따라서 보다 견고하고 지속가능한 치매대응체계를 구축하기 위해서는 현행 체제에 대한 보다 냉철한 평가를 기반으로 한 개선방안의 모색이 필요하다. 이에 본 논문에서는 노인복지정책의 관점에서 치매대응체계의 현상을 진단하고, 이를 기반으로 치매대응체계 강화를 위한 정책과제를 제시해 보고자 한다.

II. 연구의 분석틀

특정 분야의 정책을 분석하기 위한 다양한 정책분석틀이 제시되고 있다(Park, 2014). 그 중에서 Gilbert와 Specht(1974)와 Gilbert와 Terrell(2013)의 사회복지정책 분석틀은 노인복지정책(이준우, 2009; 남희순, 2010; 전용호, 2012; 정경희 등, 2014; 박정훈 등,

2017), 아동복지정책(정은아, 2010), 보육정책(송주미, 손현숙, 2005), 청소년복지정책(백혜영, 강현아, 2016), 장애인복지정책(김만호, 최영신, 2006; 홍유진, 장현, 2012), 가족복지정책(이종택, 심미승, 2015) 등의 다양한 정책연구의 분석틀로 활용되고 있다. 이에 본 연구에서도 Gilbert와 Specht(1974)와 Gilbert와 Terrell(2013)의 사회복지정책 분석틀을 활용하여 차세대응체계를 분석해보고자 한다. 이들의 분석틀에서는 사회복지정책을 프로그램이나 서비스로 전환하기 위해서는 배분, 급여, 전달, 재정이라는 네 가지 영역과 관련된 가치의 선택이 필요하다고 보는데, 이에 대해 간략히 살펴보면 다음과 같다.

배분은 노인복지정책을 통해 급여나 서비스를 받을 수 있는 자격요건을 결정할 때 작동되는 가치선택의 영역이다. 노인복지정책의 배분 즉, 정책대상의 범위를 결정함에 있어서는 ① 노인의 욕구 내용과 수준, ② 사회적으로 부당한 손해에 대한 보상 수준, ③ 장애에 대한 전문가의 판단, ④ 개인 또는 가족의 자산상태라고 하는 네 가지 자격기준을 고려해야 하며, 평등과 공평, 선별주의 대 보편주의, 비용 효과성 대 사회적 효과성과 관련된 가치의 선택이 이루어져야 한다.

급여는 급여 대상에게 어떤 형태의 급여를 줄 것인가와 관련된 가치선택의 영역이다. 자격기준을 갖춘 대상에게 제공할 수 있는 급여의 형태는 기회, 권력, 사회적 서비스, 현금, 현물, 서비스나 물품 교환권 등이 있다. 이들 급여 중에서 어떤 급여를 제공할 것인가는 ① 수급권자에게 선택의 자유를 부여할 것인가 아니면 사회적 통제의 목적을 달성할 것인가, ② 급여의 적정 수준을 어떤 수준으로 정할 것인가, ③ 모든 사람에게 동일한 급여를 할 것인가 아니면 능력이나 기여도에 따라 각기 다른 수준의 급여를 할 것인가와 관련된 가치선택에 의해 결정된다.

전달은 급여나 서비스를 어떤 방법으로 수급권자에게 전달한 것인가와 관련된 가치선택 영역이다. 급여나 서비스의 전달방법과 관련하여 선택할 수 있는 대안으로는 ① 권력의 집중(중앙집권-지방분권), ② 급여나 서비스의 수, ③ 급여 제공 장소, ④ 급여 제공자의 전문성, ⑤ 서비스 전달체계간의 협력 수준, ⑥ 공공부문과 민간부문의 역할 분담 등 다양하다. 급여나 서비스의 전달방법은 중앙집권-지방분권, 관 주도 또는 민간주도라는 가치 중에서 어느 쪽 가치를 선택하는가에 따라 달라진다.

재정은 급여나 서비스를 제공하는데 필요한 재원을 어떻게 마련할 것인가와 관련된 가치선택 영역이다. 재정마련 방법으로 선택할 수 있는 대안으로는 ① 수급자 부담,

② 민간모금, ③ 사회보험료, ④ 조세 등이 있으며, 하나 또는 그 이상의 방법을 동시에 활용할 수 있다. 이러한 재정마련 방법을 선택함에 있어서도 평등 대 공평, 적절성, 중앙 집권 대 지방분권의 가치가 게재되며, 어떤 가치를 더 중시하는가에 따라 실질적인 재정의 원천이나 부담률이 결정된다.

본 연구에서는 현행 치매대응체계를 배분, 급여, 전달, 재정이라는 네 개 영역으로 나누어 분석하려 한다. 이를 위해 활용한 자료는 최초의 치매대응체계가 마련된 1996년부터 2017년까지의 보건복지부 치매 관련 계획과 정책자료, 통계청의 노인인구 자료, 국민건강보험공단의 건강보험 및 노인장기요양보험 통계자료, 중앙치매센터의 치매 관련 통계자료와 그 기간 동안에 전문학술지에 발표된 치매 관련 주요 학술논문들이다.

Ⅲ. 치매대응체계의 현상과 진단

1. 배분 영역에 관한 진단

현행 치매대응체계에 포함된 정책대상을 결정함에 있어서 가장 우선적으로 적용되는 자격기준은 심신장애에 대한 전문가의 판단이라는 기준이며, 그 다음으로는 노인의 욕구 내용과 수준 그리고 자산상태라는 기준이다. 즉, 치매 관련 노인복지정책의 정책대상을 결정하는 1차적 기준은 전문가에 의한 치매 진단이며, 진단 이후의 급여나 서비스 대상을 결정하는 과정에서는 치매노인의 증상이나 기능상태 등의 문제나 욕구라는 기준이 적용되며, 급여나 서비스 이용 비용을 부담시키는 단계에서는 치매노인과 가족의 자산상태라는 기준이 적용된다. 그러므로 치매대응체계의 배분 영역에서는 전반적으로는 보편주의보다는 선별주의의 가치를 더욱 선호하는 경향이 강하다.

하지만 치매대응체계의 배분 가치와 관련된 선택은 치매의 진행단계에 따라 달라진다. 치매와 관련된 증상이나 장애가 전혀 나타나지 않는 무병기(無病期)와 전병기(前病期)는 노인의 욕구가 중요한 배분 선택의 기준이 되며, 증병기(證病期)부터 진병기(進病期) 그리고 정병기(停病期)에는 전문가에 의한 치매진단과 기능평가라는 기준과 자산상태라는 기준이 주로 적용된다. 따라서 무병기와 전병기에는 배분과 관련된 가치 중 평

등, 보편주의, 사회적 효과성의 가치를 중시하지만, 증병기부터 정병기까지는 공평, 선별주의, 비용 효율성의 가치를 중시하여, 정책대상을 결정하게 된다.

무병기나 전병기의 치매예방서비스는 연령이나 소득에 관계없이 국민 누구에게나 이용할 자격이 주어지고 있다는 점에서 보편주의 가치를 충실히 따르고 있다. 그러나 현행 치매대응체계는 잠재적 정책대상인 국민 중에서 개인적 관심이나 욕구가 없거나, 치매에 대한 정보나 지식이 부족하거나, 사회적 지지망이 없는 경우에는 자신도 알지 못한 채 정책대상에서 제외된다. 그리고 스스로 정책대상이 되기를 거부하거나 수급자로서 갖는 권리를 스스로 포기하는 경우가 많아, 본래의 정책의도와는 달리 정책대상에 제외될 가능성이 존재한다.

무병기와 전병기의 치매대응체계는 보건의료분야가 중심이 되는 광역치매센터나 치매안심센터가 주된 역할을 하고 있으며, 노인복지 기관과 시설은 주변적 역할을 담당하고 있다. 치매관리법 제정 이후 노인복지법에서 치매관리사업에 대한 조항이 없어지면서, 노인복지관 등 노인복지 이용시설의 치매대응사업은 크게 위축되어, 무병기와 전병기의 이용 노인이 정책대상에서 의도치 않게 배제되는 모습을 볼 수 있다. 더구나 노인복지관 등의 이용시설을 이용하지 않는 지역사회 노인은 무병기와 전병기의 치매대응체계의 정책대상에서 배제될 가능성은 더욱 크다.

증병기(證病期)에서는 공평과 선별주의 그리고 비용 효율성의 가치를 더욱 선호하여, 주로 전문가에 의한 선별 및 감별진단 결과에 따라 정책대상이 결정된다. 증병기 단계에서는 노인 자신이나 가족이 치매를 조기발견하기가 어렵기 때문에 정책대상에서 배제될 위험이 높다. 이러한 배제 가능성을 고려하여, 김기웅(2015)은 현행 치매대응체계는 인지기능 손상 위험이 높은 75세 이상의 후기고령노인에게만 비용 효율성을 기대할 수 있다고 평가하고 있다. 실제로 노인돌봄기본서비스의 서비스 제공자인 생활관리사의 치매에 대한 인식 부족으로 인하여 초기단계에 치매를 조기 발견하여 진단을 의뢰하는 사례는 많지 않기 때문에, 독거노인이 정책대상에서 제외되는 경우가 많다. 현행 치매검진사업에서 보건소 방문이 어려운 독거노인, 빈곤노인, 치매고위험군 노인 등을 대상으로 경로당, 노인복지관, 노인회관, 보건예방교육 등을 통한 찾아가는 치매검사를 실시하고 있지만, 가정방문 검사가 아닌 관계로 노인복지 이용시설을 이용하지 않는 노인은 조기검진 대상에서 제외될 수 있다. 그리고 중위소득 120% 이하의 노인에게만 치매검진 및 치료관리비를 지원(보건복지부, 2017)함으로써 그 이후의 치료과정 과정에

서의 비용부담으로 인해 자발적 또는 비자발적으로 정책대상에서 제외되는 노인이 존재할 가능성이 높다. 그리고 노인복지관이나 경로당과 보건 의료기관이 아주 느슨한 연계 체계를 구축하고 있는 관계로, 적극적인 조기발견과 검진을 위해 의뢰를 하는 사례가 매우 적기 때문에 치매위험군 노인이 정책대상에 포함될 수 있는 기회를 상실하는 경우가 많다. 실제로 현재 60세 이상 노인의 83.5%는 선별검사를 받지 않고 있으며, 선별검사상 인지저하자의 55.7%는 정밀검진을 받지 않으며, 선별검사를 통한 치매 발견율은 2.1%로 치매유병률의 약 20% 수준에 불과한 것으로 나타나, 치매대응체계의 사각지대에 놓여 있는 치매노인이 다수에 이르고 있다(감사원, 중앙치매센터, 2017). 치매대응체계의 배분영역과 관련된 더 큰 문제는 일원화된 치매등록 관리시스템의 부재로 인하여 치매노인의 정책대상 여부를 정확히 판단할 수 없어 정책대상 결정에 혼란이 초래되고 있다(변선정, 2017)는 점이다.

진병기부터 정병기까지도 공평과 선별주의 그리고 비용 효율성의 가치를 더욱 선호하여, 주로 전문가에 의한 진단 및 기능평가 결과에 따라 정책대상에 포함될 수 있는지의 여부가 결정된다. 현행 치매대응체계에서 진병기부터 정병기까지의 투약과 치료 등은 보건의료분야의 역할이 대부분이고, 노인복지분야는 주로 치매노인의 돌봄 및 장기요양 서비스 기능을 담당하고 있다. 치매 국가책임제의 시행과 아울러 치매 진료와 치료에 따르는 진료비의 본인부담금 비율을 인하함으로써 이전보다는 정책대상에서 제외되는 비율은 분명 줄어들 것이지만, 가족의 높은 간병비 및 간접비용에 대한 부담으로 인하여 자발적 또는 비자발적으로 정책대상에서 제외될 가능성은 여전히 존재하고 있다. 즉, 치매 국가책임제의 시행으로 보편주의적 가치를 실현하고자 하지만, 현행 치매대응체계는 여전히 선별주의적 배분체계를 지니고 있음을 부인할 수 없다.

진병기부터 정병기까지 치매노인이 노인장기요양서비스를 이용하기 위해서는 치매 진단이라는 자격기준에 추가하여 노인장기요양 등급판정이라는 또 다른 자격기준 판정 절차가 존재(보건복지부, 2017)함으로써 경도 치매노인이 정책대상에서 제외될 가능성이 높지만, 이들을 위한 서비스 연계, 치료지원 등은 매우 미진한 실정이다. 설령 5등급 이내의 장기요양 등급을 판정받더라도 노인장기요양보험의 본인부담금에 대한 비용 부담, 강한 효 및 가족주의 의식, 장기요양시설의 낮은 접근성 등으로 인하여 정책대상에서 자발 또는 비자발적으로 정책대상에서 제외될 가능성이 존재하게 된다. 그리고 노인 돌봄기본서비스와 노인돌봄종합서비스에는 치매노인의 투약과 증상관리, 돌봄서비스가

서비스 내용에 포함되어 있지 않거나, 서비스 제공자의 돌봄 역량의 한계로 인하여, 정책 대상에 포함되더라도 필요한 급여나 서비스를 적절히 이용할 수 없는 것이 현실이다.

정병기에서부터 사망에 이르는 시기에 치매노인은 호스피스·완화의료 및 임종과정에 있는 환자의 연명의료결정에 관한 법률(국가법령정보센터, www.law.go.kr)에서 정한 말기환자의 범주에서 제외됨으로써 존엄한 죽음을 맞이하는데 필요한 정책의 대상에서 배제될 수밖에 없는 것이 현실이다. 다시 말해 현행 치매대응체계는 치매노인의 생애 마지막 순간에는 거의 작동하지 않는 체계(박건우, 2017)라 할 수 있다.

치매는 겉으로 드러난 환자(identified patient)인 치매노인뿐 아니라 숨겨진 환자(hidden patient)인 가족도 배분 즉, 정책의 대상이 되어야 한다. 그러나 무병기부터 전병기까지 치매가족은 자발적으로 참여하지 않는 한 치매예방서비스의 정책대상이 되지 않으며, 증병기에 노인의 치매 조기발견과 진단에 이르기까지의 과정에서 가족은 전적인 책임을 부과받을 뿐 어떠한 서비스나 급여도 받을 수 없는 것이 현실이다. 진병기와 정병기 동안에도 치매 치료비용이나 장기요양비용의 본인부담금 뿐만 아니라 심리 사회적 비용, 노동력 손실로 인한 가구소득 감소 등의 간접비용에 이르기까지 제반 비용의 부담책임 또한 주어진다.

현행 치매대응체계의 노인돌봄종합서비스, 지역사회서비스, 노인장기요양보험제도의 재가서비스 등은 치매노인의 돌봄에 초점이 맞춰져 있으며 치매노인을 돌봐줌으로써 가족에게 간접적인 휴식서비스(respite service)를 제공하려는데 목적을 두고 있다. 그리고 치매가족을 위한 치매안심센터의 가족 자조모임, 가족 카페, 가족 간호 교육프로그램 등은 치매가족이 직접적 정책대상이 되지만, 실제 서비스 이용 과정에서의 치매노인을 위한 일시보호서비스나 각종 편의지원서비스가 미비하여 자발적 의지를 갖고 참여하지 않는다면 정책대상으로서 갖는 권리를 보장받을 수 없는 실정이다.

치매가족휴가제의 경우 경제활동에 참여하는 가족의 경우 기업의 적극적 지원이 없는 경우에는 실질적으로 사용하기가 어려울 뿐 아니라 휴가기간 동안 치매노인의 단기보호 서비스를 이용할 수 있는 시설이 제한되어 있고, 이용일수가 매우 단기간이어서 휴가제도를 이용할 수 없는 경우가 많다. 치매상담콜센터 등의 치매가족 상담서비스는 모든 가족에게 기회가 열려 있지만, 치매가족내의 가족갈등 해결이나 부양 협력체계를 구축하는 과정에서는 실질적인 도움을 받지 못함으로써 부분적 정책대상으로서의 자격만을

연게 되는 한계가 있다. 이와 같이 현행 치매대응체계에서 치매가족은 정책대상으로서의 권리보다는 부양의무를 강요받는 지위에 머물러 있다(권중돈, 2012)고 해도 과언이 아니다. 치매 국가책임제의 시행을 통해 치매에 국가책임주의를 강화하고자 하지만, 그럼에도 불구하고 가족책임주의가 매우 강하게 자리 잡고 있는 것이 현실이다.

치매문제에 적절히 대응하기 위해서는 치매친화적 지역사회 환경의 구축이 필수적이다. 제3차 국가치매관리종합계획(보건복지부, 2015)에는 치매파트너 100만 양성과 치매안심마을 확대 등을 추진하여 치매친화적 사회문화를 조성할 계획을 제시하고 있고 실제 이들 사업이 일정 부분의 효과(성수정, 2015; 윤종철, 2015; 김선희, 이미란, 2016)를 거두고 있는 것으로 나타났다. 그러나 이들 사업 역시 지역사회의 일부 훈련된 주민이나 치매 관련 기관과 시설만을 참여시켜 치매노인과 그 가족을 지원하는 사업을 실시하고 있을 뿐, 지역사회의 물리적 환경개선과 지역사회의 다양한 단체와 자원을 조직화하여 지역사회 전체를 치매친화적 환경으로 변화시키는 것과는 다소 거리가 있다.

2. 급여 영역에 관한 진단

현행 치매대응체계에서 진단, 치료, 돌봄, 가족지원서비스를 제공함에 있어서 노인장기요양보험제도의 가족요양비를 제외하고는 현금이나 현물의 급여보다는 서비스라는 급여형태를 주로 활용하고 있다. 따라서 현행 치매대응체계의 급여영역에서는 개인의 선택의 자유라는 가치보다 사회통제라는 가치를 더욱 중시하고 있음을 알 수 있다.

치매의 진행단계에 따라서는 무병기와 전병기에는 치매정보제공, 치매교육, 건강유지 및 관리지원 등 무형의 서비스를 주로 제공하며, 이들 서비스 이용은 개인의 선택의 자유를 최대한 보장하는 방향으로 가치선택이 이루어진다. 증병기에서는 치매검진사업을 통해 선별검사, 진단 및 감별검사라는 서비스를 저소득 노인을 대상으로 공적 치매대응체계에서 지원하고 있으나, 그 이상 소득계층에 속한 노인을 위한 서비스는 공적 치매대응체계가 아닌 개인의 자유 선택에 의해 급여의 수급 여부가 결정된다. 이런 점에 근거해 볼 때, 현행 치매대응체계는 개인 및 가족책임주의의 가치를 더욱 선호하고 있다.

진병기부터 정병기에서도 치매치료관리비 지원사업을 통해 저소득 노인에게만 치매 치료와 투약을 지원하고 있으며, 그 이상의 소득계층에 속한 노인을 위한 의료서비스는

개인의 자유 선택에 의해 수급 여부가 결정된다. 이로 인해 투약과 치료라는 서비스를 이용할 때 소요되는 진료비용은 물론 간병비 부담으로 인하여 필요한 서비스를 받지 못하는 사례가 발생할 수 있다. 그리고 국민건강보험제도를 이용한 치매상병자의 45% 정도만 적절한 약물치료를 받고 있으며, 비약물 치료 서비스 제공 기관과 인력 등의 부족으로 인하여 비약물치료 수혜율이 낮은 편이다(감사원, 중앙치매센터, 2017),

치매 국가책임제 하에서의 치매 의료비 경감 대상 확대와 본인부담률의 인하 등의 조치로 인해 서비스 수급의 가능성은 높아질 것으로 예측된다. 그리고 치매안심요양병원의 확충을 통하여 치매노인의 증상과 기능 상태에 적합한 전문적 맞춤형 치료를 받을 가능성 또한 높아질 것으로 기대되고 있다. 또한 치매안심센터의 지역사회 거주 치매노인을 위한 사례관리서비스를 강화하겠다는 계획을 제시하고 있지만, 간호사, 사회복지사, 요양보호사 등의 전문사례관리팀에 의한 정기적인 맞춤형 가정방문 사례관리서비스가 활성화되지 않는다면 실질적 효과를 거두지 못할 것이다.

노인돌봄종합서비스에서 치매가족휴가지원서비스의 일환으로 제공되는 서비스 기간은 연간 6일에 불과하고, 노인장기요양보험제도에서는 장기요양 1~2등급을 대상으로 24시간 방문요양서비스를 제공(유애정, 2016)하고 있으나, 실제 이용하는 치매가족은 매우 제한되어 있다. 노인돌봄기본서비스에서는 치매노인을 고위험군으로 분류하여 특별 관리하도록 권장하고 있으나 치매등록노인의 개인정보 보호와 보건소와의 연계협력 체계의 미구축 등의 문제로 인하여 치매노인의 정보를 얻는데 현실적 제한을 받고 있다. 그리고 노인돌봄기본서비스의 내용 또한 전화나 방문을 통한 복약 지도 등에 한정되어 있어 독거 치매노인은 치매증상 관리나 일상생활 영위에 필요한 실질적인 서비스를 제공받지 못하고 있는 실정이다.

노인장기요양보험제도에서는 장기요양 1~5등급 판정을 받은 자에 한하여 급여를 제공함으로써 사회적 통제의 가치를 강조하지만, 등급판정을 받은 이후에는 개인의 서비스 선택권을 보장하고 있다. 그러므로 치매노인의 장기요양서비스 급여 수급 여부는 개인의 자유 선택에 의해 결정되며, 개인과 가족이 서비스를 이용하기로 선택만 한다면 급여 내용에 있어서의 차등은 없다. 현재 노인장기요양보험제도에서 치매노인의 돌봄서비스를 위해 활용하고 있는 방법론은 사례관리(care or case management)이다. 하지만 국민건강보험공단에서 제공하는 표준장기요양이용계획서의 사정(assessment) 결과를 기반으로 추가적으로 치매노인의 증상, 기능상태, 욕구 등에 대한 상세한 사정을 실시하

고 이를 근거로 맞춤형 사례관리서비스를 제공하는 노인장기요양시설은 많지 않다(유애정, 2017). 따라서 치매노인은 인지개선, 정신증상 완화 등의 치료적 돌봄서비스를 적절히 받을 수 없는 것이 현실이다. 이러한 문제를 개선하기 위하여 2016년 7월부터 노인요양시설 내의 치매전담실, 치매전담형 노인요양공동생활가정, 그리고 치매전담형 주간보호시설을 설치하고 있지만, 1년이 지난 시점까지 시설 수가 29개소(국민건강보험공단, 2017.7.)에 불과하여, 치매노인이 맞춤형 사례관리서비스를 받을 수 있는 기회는 매우 제한되어 있는 상황이다.

치매노인의 부양자가 배우자인 경우에는 치매노인의 부양자 역할뿐 아니라 주 가사담당자의 역할을 동시에 감당해야 하므로, 과도한 역할부담을 겪게 되고 타인의 도움을 필요로 할 가능성이 매우 높다(권중돈, 2012). 그러나 노인장기요양보험법 시행규칙 제 14조 장기요양급여의 범위 등에 관한 조항에서는 장기요양서비스는 수급자인 치매노인에 대해서만 제공해야 하며, 그 가족을 위한 서비스 행위는 금지하고 있다. 2017년 현재 65세 이상 노인가구 중에서 부부가구가 32.7%를 차지하고 있으며 앞으로도 유사한 비율을 보일 것이라는 점(통계청, 2017.5.)을 고려하면, 65세 이상의 치매노인 배우자인 부양자는 높은 수준의 부양부담을 경험할 가능성이 존재한다. 또한 노인가구 중에서 1인가구의 비율이 지속적으로 증가함에도 불구하고, 독거 치매노인의 경우 노인돌봄기본서비스를 이용할 경우 중복서비스 이용에 관한 제한조항(보건복지부, 2017) 때문에, 노인장기요양보험제도의 서비스를 이용하지 못하게 함으로써, 치매의 악화는 물론 생활안전의 문제 발생의 위험이 높아지고 있다. 이러한 중복서비스 이용 제한 조치는 필요한 급여와 서비스에 대한 개인 선택의 자유를 엄격히 제한하고, 사회통제의 목적을 달성하려는 현행 치매대응체계의 급여 관련 가치선택을 명확히 드러내고 있는 것이다.

노인장기요양보험제도 하에 운영되고 있는 노인요양시설이나 노인요양공동생활가정에서 생활하는 노인의 인권보호를 위한 지침이 2006년에 제정되어 시행(보건복지부, 2006)되고 있음에도 극단적인 인권침해 사례는 줄어들지 않고 있다. 2016년에 노인의료복지시설에서 발생한 노인학대 사례는 221건이며, 이 중 62% 정도에 이르는 148건이 치매로 의심되거나 치매로 진단받은 노인(보건복지부, 중앙노인보호전문기관, 2017)으로 나타났다. 노인학대의 특성상 숨겨지는 경향이 강한 점을 고려하면, 노인의료복지시설의 노인학대를 포함한 전반적인 노인인권 침해 사례는 알려진 것보다 훨씬 더 많을 것으로 추정된다. 노인 차별과 학대 등의 인권침해 사례가 상존하고 있음에도 조사권과

행정조치권을 가진 노인복지 ombudsman 제도가 도입되지 않아, 치매노인의 인권보호와 장기요양서비스 질적 수준 제고를 위한 노력은 강화되지 않고 있다(권중돈, 2012).

치매가족을 위한 서비스는 치매가족휴가제, 온오프라인을 통한 치매가족상담, 치매가족 자조모임, 치매가족 교육프로그램, 치매안심센터의 치매가족 카페 등이 있다. 그러나 치매가족 상담을 제외하고는 모두 서비스 제공기관을 방문하여 이용해야 하는 관계로, 사회활동 참여에 제한을 받고 있는 치매가족의 서비스 접근성과 이용률은 매우 낮은 실정이다. 물론 치매 국가책임제의 시행으로 치매가족의 의료비 지출로 인한 경제적 부담은 줄어들고, 치매전담형 요양서비스의 확대로 휴식서비스(respite service)의 기회는 늘어날 수 있을 것이다. 그러나 가족갈등, 건강상의 부담, 사회활동 및 경제활동 참여 제한, 가사 및 조호부담, 심리적 부담 등의 부양부담(보건복지부, 2011; 권중돈, 2012)을 경감해줄 수 있는 치매가족을 대상으로 한 직접적 서비스는 매우 제한되어 있다. 따라서 치매 국가책임제의 시행에도 불구하고 치매가족은 가족책임주의의 멍에에서 짧은 시간 내에 벗어날 수 없을 것으로 예측된다.

3. 전달 영역에 관한 진단

현행 치매대응체계의 전달체계를 권력의 집중이라는 잣대에서 평가해 보면, 치매안심센터, 치매 검진사업, 치매치료관리비 지원사업, 광역치매센터의 운영, 노인장기요양보험제도의 재가 및 시설급여는 전국적으로 통일된 기준에 의해 시행되고 있기 때문에 지방분권적 성격보다는 중앙집권적 성향이 강하다. 치매 국가책임제의 시행으로 중앙집권적 성격이 보다 강화될 것이며, 지방정부체에서 치매안심센터의 설립운영 형태를 자율적으로 결정할 수 있는 권한을 부여하여 지방정부에 권력의 일부만을 이양하고 있다.

현행 치매대응체계에서 치매노인이 얼마나 많은 수와 양의 서비스나 급여를 이용할 것인가는 수급자 자신이나 가족의 자유의사에 따라 개인간에 많은 차이를 보인다. 치료적 허무주의에 빠져 있는 경우에는 치매 관련 급여나 서비스를 전혀 이용하지 않을 가능성이 농후하고, 치매에 관한 인식이나 정보가 부재한 경우에는 공적 전달체계에서 제공하는 급여나 서비스를 이용하는데 많은 제한을 받을 것이 분명하다. 이에 반해 경제적 여유가 있고 치매가족의 부양의지가 강하면서 치매에 관한 보건-의료-복지서비스에 대한 정보가 많은 경우에는 다수의 급여와 서비스를 이용할 것이다. 실제로 2016년 치매

로 국민건강보험제도의 급여를 받은 노인의 수는 408,792명이며, 1인당 내원일수는 49.2일이며, 1인당 급여일수는 196.6일(건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 2017)로서 의료서비스 이용 노인은 다수의 급여를 받은 반면 전체 치매노인 중에서 27만 6천여명은 보건의료서비스를 전혀 이용하지 않는 것으로 나타나 급여와 서비스 이용의 편차가 큰 것으로 나타났다. 그리고 2015년 치매진단율이 74% 수준이고, 전국의 치매안심센터에서 등록 관리하고 있는 치매노인의 수는 302,492명으로 전체 치매노인의 43% 정도(보건복지부, 중앙치매센터, 2016)라는 점을 고려할 때, 치매 관련 급여나 서비스에 넓은 범위의 사각지대가 존재함을 알 수 있다.

급여 제공 장소의 기준에서 현행 전달체계를 분석해보면, 2016년 노인장기요양보험제도 수급자 중 치매상병 노인의 비율을 시설 급여 수급자에 동일하게 적용하면 노인요양시설과 노인요양공동생활가정에서 생활하는 치매노인은 10만 7천여명인 반면 재가급여를 이용하는 치매노인은 23만 3천여명으로 추정(국민건강보험공단, 2017)되며, 의료기관에 입원한 치매노인이 11만 4천여명(건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 2017)으로 나타났다. 이런 통계수치를 근거로 해볼 때, 치매 관련 서비스의 주된 제공 장소는 노인복지시설이나 의료기관보다는 치매노인의 가정이라고 할 수 있지만, 가정에서 치매관련 서비스를 이용하는 노인보다는 이용하지 않는 노인이 더 많다는 점과 찾아가는 서비스의 부족으로 인하여 치매노인의 서비스 접근도가 낮다는 점은 지역사회 기반의 전달체계가 구축되지 않았음을 보여준다. 이처럼 치매 국가책임제의 시행에도 불구하고, 현행 치매대응체계의 전달영역에서도 가족책임주의가 강하게 자리 잡고 있다.

급여 공급자의 전문성을 기준으로 현행 치매대응체계를 진단해보면, 2015년 기준 치매노인 1천명 당 정신건강의학과 및 신경과 의원은 1.6개소, 정신건강의학과 및 신경과 전문의는 7.3명(중앙치매센터, 2017)이지만, 지역사회의 노인이 가장 많이 이용하는 1차의료기관의 치매관련 전문 의원과 전문의가 많지 않기 때문에 치매의 조기발견과 치료에 어려움을 겪을 수 있다. 뿐만 아니라 농어촌 지역의 경우 보건소 내 한정된 인력과 자원으로 기본적인 치매관리서비스를 제공함으로써 치매 관련 서비스 수요를 충족시키지 못하고 있는 반면 전문적인 서비스 공급이 대도시에 집중되어 지역간 서비스 편차로 인한 불평등이 야기되고 있는 실정이다(장하나, 2016).

노인장기요양시설의 경우에도 치매 관련 급여 공급자의 전문성에 많은 한계를 보이고 있다. 2017년 6월말 현재 노인장기요양기관 중에서 치매안심형 주야간보호시설이 7개

소, 치매전담형 노인요양공동생활가정이 1개소, 노인요양시설내 치매전담실을 설치한 시설이 21개소(국민건강보험공단, 2017.7.)로 매우 제한적이다. 치매 국가책임제 시행을 통해 치매안심형 시설을 확대할 계획에 있지만, 시설 개조 비용 부담, 치매전담실 운영으로 인한 재정적 손실 발생, 치매노인 입소정원 제한에 따른 입소 수요와 공급의 불균형, 치매전담실 입소노인과 미입소 노인간의 위화감 조성 등으로 인하여 치매안심형 시설은 빠르게 확대될 것으로 보이지 않는다(강순옥, 2017).

노인장기요양시설에서 치매노인에게 직접적 서비스를 제공하는 핵심인력인 요양보호사의 전문성에도 한계가 있다. 요양보호사 자격증 취득을 위해 치매요양보호 기술과 관련된 6시간의 이론 교육과 6시간의 실기교육 등 총 12시간의 교육만을 이수하면 되므로 치매노인 돌봄서비스와 관련된 전문역량을 갖추지 못한 경우가 많다. 치매안심형 시설의 시설장, 요양보호사, 프로그램관리자에게 치매전문교육을 이수하도록 하고 있으나, 교육프로그램의 내용이 이론적 측면에 치중되어 있어 치매 전문프로그램 개발 역량을 함양하는데 한계가 있는 것으로 평가되고 있다(강순옥, 2017). 이와 같이 노인장기요양기관에서 치매노인을 위한 인지프로그램이나 돌봄서비스를 제공할 수 있는 전문역량을 갖춘 인력을 확보하지 못함으로써, 치매안심형 시설의 질 높은 서비스를 담보하는데 많은 시간이 소요될 것으로 보인다.

공공부문과 민간부문의 역할 분담을 기준으로 현행 치매 전달체계를 진단해보면, 모든 기초자치단체에 설치될 치매안심센터는 보건소에서 직접 운영하는 경우가 대부분으로 공공부문의 역할분담 정도가 높다. 그러나 병원과 요양병원을 포함한 치매 관련 의료서비스 기관의 절대 다수가 민간부문이 운영하고 있음에도 민간부문 의료기관의 참여와 역할 제고 방안에 대한 계획은 수립하지 않은채 공립요양병원 중심의 확충 계획만 제시되고 있어 치매안심요양병원의 확충이 수요만큼 이루어질 수 있는지는 불투명하다. 치매안심형 노인요양시설과 재가노인복지시설 또한 민간부문과 개인이 운영주체인 경우가 대부분인 관계로 치매안심형 시설의 운영에 어느 정도 적극적으로 동참할지는 의문이다. 그리고 치매예방과 조기발견에 중요한 역할을 하게 될 노인복지관의 대다수도 민간위탁운영의 형태를 취하고 있으며 여가 및 평생교육서비스 제공만으로도 서비스 공급역량을 초과하는 상황에서, 인지기능이 약화된 75세 이상 노인을 위한 인지활동프로그램을 얼마나 적극적으로 실시할 것인지도 의문이 들 수밖에 없다. 따라서 치매에 대한 국가책임주의를 구현하고 싶어도, 민간주도적 전달체계에 국가가 얼마나 적극적으

로 지원하는가에 치매 국가책임제의 성공 여부가 달려있다고 해도 과언이 아닐 것이다.

서비스 전달체계간의 협력수준을 갖대로 하여 현행 치매 관련 전달체계를 진단해보면, 광역 및 기초자치단체의 치매노인 보호계획을 심의하는 지역사회보장협의체와 지역 사회 치매협의체에 치매 관련 서비스 제공기관의 종사자가 참여는 하고 있지만 실질적인 정책협의 기능은 거의 존재하지 않은채 상호 분리되어 있는 실정이다. 그리고 노인요양시설과 요양병원의 역할이 엄연히 구분되어야 마땅하나, 급여대상이나 급여내용에 큰 차이가 없는 상황임에도 현재로서 이들간의 역할조정방안이 심도 깊게 논의되지 못하고 있다(김주경, 2017). 그리고 치매안심센터와 민간의료기관, 노인장기요양기관 등의 노인보건의료시설과 노인복지시설과의 연계와 협력, 조정 또한 거의 이루어지지 않고 있다. 그러므로 치매 관련 의료와 노인복지 서비스 제공을 연계, 조정, 협력, 통합하는데 어려움을 겪고 있다(김기웅, 2015).

4. 재정 영역에 관한 진단

현행 치매대응체계에서는 급여나 서비스 종류에 따라 각기 다른 자원마련방안을 활용하고 있다. 먼저 치매안심센터 운영, 치매 조기발견 및 검진, 치매 치료관리비 지원제도는 조세로 재원을 마련하고 있다. 2017년 본예산으로 이 세 가지 치매 관련 복지급여와 서비스에 투입되는 노인복지예산은 154억 5백만원이었으나 치매 국가책임제 시행에 따른 추가경정 예산 편성으로 2,176억 7,700만원으로 증액되어 예산증가율이 1,313%를 기록하였다. 그러나 현행 치매대응체계 구축에 투입되는 예산액은 노인복지 총 예산액의 2.3%에 그치고 있는 실정이다(보건복지부, 2017).

치매노인의 진단과 치료 그리고 재활에 소요되는 진료비는 사회보험료와 본인부담금으로 주로 재원을 마련한다. 국민건강보험제도에서 2016년에 치매노인 진료에 투입된 진료비는 1조 6,804억 3,022만원이며, 건강보험 급여비는 1조 2,252억 2,590만원으로 총 진료비의 2.7%, 총 급여비의 2.6%를 차지하고 있으며, 치매노인 1인당 연간 진료비는 394만 5천원 정도, 급여비는 287만 6천원 정도로 나타났다(건강보험심사평가원, 국민건강보험공단, 2017). 치매 국가책임제에서 치매에도 건강보험 본인부담금 산정특례를 적용하여 10% 수준으로 본인부담금을 낮춘다면, 가족의 진료비 부담을 경감할 수 있을 것이다. 그러나 치매노인에 대한 간호·간병통합서비스를 확대하고 간병비 부담

경감 방안이 마련되지 않는 한, 가족의 경제적 부담은 지속될 수밖에 없을 것이다(방병관, 2017). 그리고 의료인력의 도덕적 해이로 인하여 무분별한 치매진단의 남용 등으로 국가재정의 누수현상이 발생(임현국, 2017)할 수 있어, 국민건강보험제도의 급여비 부담은 지속적으로 증가할 것으로 보인다.

치매노인의 장기요양급여 제공에 소요되는 비용은 사회보험료와 본인부담금 그리고 조세 지원의 방법을 활용하여 재원을 마련하고 있다. 노인장기요양보험에서 2016년 치매노인의 돌봄비용으로 지출된 총급여액은 2조 6,777억 4,766만원으로 치매노인 1인당 연간 돌봄비용으로 910만 2천원의 비용이 지출되었으며, 재가급여 이용 치매노인은 415만 1천원, 시설급여 이용 치매노인은 434만 2천원의 돌봄 비용을 지출한 것으로 나타났다(국민건강보험공단, 2017). 치매 국가책임제에서 치매안심형 시설을 증설하고 특별 수가기준을 적용할 경우 노인장기요양보험제도의 비용 부담은 더욱 늘어날 것이다.

하지만 위에서 살펴본 치매노인 보호비용은 치매노인과 가족이 비공식적으로 지출하는 돌봄비용과 간접비용을 포함하고 있지 않으므로, 치매노인 보호를 위해 투입해야 할 전체적인 재원의 규모를 파악하기 위해서는 이러한 비용이 포함된 치매노인 1인당 연간 돌봄 비용을 파악해야 한다. 분당서울대학교 병원(2011)에서 2010년을 기준으로 조사한 치매노인 1인당 돌봄비용을 보면, ① 의료비와 본인부담 약제비를 포함한 직접 의료비가 987만 9천원, ② 간병비용과 교통비 보조용품구입비, 시간비용을 포함한 직접 비의료비가 605만 3천원, ③ 장기요양비용이 239만 9천원, ④ 환자 생산성손실비용을 포함한 간접비가 18만 1천원 정도로서, 치매노인 1인당 돌봄비용은 1,851만 4천원 정도에 이르는 것으로 나타났다. 이를 기준으로 연평균 소비자물가 상승률을 반영하여 환산해보면, 2014년 2,093만 4천원 정도, 2017년에는 2,295만 6천원 정도 그리고 2020년에는 2,517만 3천원 정도에 이를 것으로 추정된다(보건복지부, 한국보건사회연구원, 2015; 국가예산정책처, 2017.6.).

이러한 치매노인 1인당 보호비용과 치매노인 수를 근거로 하여 보면, 치매노인 보호에 투입되어야 할 총 비용은 2017년에는 16조 6천억원, 2020년에는 18조 9천억원, 2030년에는 38조 9천억원이 소요될 것으로 예측되고 있다(분당서울대학교병원, 2011). 이와 같은 치매노인 보호비용의 추계결과를 근거로 해볼 때, 현재 국민건강보험제도의 총수지율이 94.1%이고, 노인장기요양보험제도의 총수지율이 99.0%인 점을 고려하면,

장기적인 재원마련방안이 마련되지 않으면 안 될 것이다. 그리고 이상의 치매노인 보호 비용에는 가족돌봄제공자의 시간비용과 심리사회적 부담 치료비용 등의 간접비용 (Alzheimer's Association, 2016)은 포함되어 있지 않으므로, 이 비용을 추가적으로 고려하면 치매노인 보호에 투입되어야 할 공적 재원의 부담규모는 더욱 커질 것이다.

IV. 치매대응체계 강화를 위한 정책과제

1. 배분 영역의 정책과제

치매 발병 이전부터 사망에 이르기까지의 전체 질병 주기에서 치매노인이 정책대상에서 제외되지 않도록 하려면 우선적으로 일원화된 치매등록관리체계를 구축하여 할 것이다. 이를 전제로 현행 치매대응체계의 배분 영역과 관련된 한계를 보완하기 위한 정책과제를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 중장기적으로 전 국민을 대상으로 한 치매교육과 홍보활동을 강화하여 60세 이상 노인의 치매 조기검진 수검률을 향상시켜야 나가야 한다.

둘째, 숨겨진 잠재적 치매노인을 발견하기 위하여 지역사회의 구석구석을 뒤져서 찾아내는 선별검사를 실시해야 한다. 치매에 대한 개인적 관심이나 정보가 없는 노인과 적절한 사회적 지지망이 없는 노인, 노인복지관이나 경로당 등의 노인복지시설을 이용하지 않는 노인, 저소득노인 등의 잠재적 치매위험군은 가정을 직접 방문하여 찾아내지 않으면 발견하기 어려우므로, 지역사회 노인 가구 전체를 대상으로 한 방문형 선별검사를 실시해야 한다.

셋째, 노인돌봄기본서비스의 현황조사 기간 동안에 발견되는 잠재적 치매위험군에 대한 집중적 선별검사를 실시해야 한다. 치매대응체계의 정책대상에서 제외될 가능성이 높은 독거노인 중에서 노인돌봄기본서비스 현황조사에서 치매의 가능성이 있다고 확인된 독거노인에 대해서는 치매안심센터의 검진팀이 가정방문을 통한 치매선별검사 실시를 의무화하고, 치매 진단 노인을 등록 관리하도록 해야 한다.

넷째, 치매관리법의 시행 이후 약화된 노인복지관 등 노인복지 이용시설의 인지기능

유지 및 치매예방을 1차적 목적으로 하는 프로그램과 서비스를 확대 실시하도록 지원하여야 한다. 이때 보건복지부(2018)의 제2차 장기요양 기본계획에 나타난 바와 같이 노인복지관 등에서 인지지원등급자로 판정받은 자에 한정해서만 인지기능개선 프로그램을 실시하도록 제한한다면, 잠재적 치매위험군 노인의 대다수가 치매대응체계의 배분 대상에서 제외될 가능성이 매우 높을 것이다.

다섯째, 장기요양 등급 판정을 받고도 본인부담금 비용 부담, 강한 효 및 가족주의 의식, 장기요양시설의 낮은 접근성 등으로 인하여 재가 또는 시설급여를 이용하지 않을 경우 정책대상에서 지속적으로 제외될 수 있으므로, 이들을 위한 특별 관리체계를 마련하여야 한다. 이때 보건복지부(2018)의 제2차 장기요양 기본계획에 나타난 것처럼 본인부담금 경감 혜택을 확대하는 지원 대책만으로는 한계가 있을 것이며, 종합적인 사례관리서비스가 뒷받침되어야 한다.

여섯째, 공적 노인돌봄서비스의 중복서비스 이용 제한 규정을 완화해야 한다. 노인돌봄기본서비스, 재가노인지원서비스 등의 공적 노인돌봄서비스를 이용하는 경우 치매관련 서비스가 전혀 포함되지 않은데도 노인돌봄종합서비스나 노인장기요양보험급여를 이용하지 못하도록 제한하고 있어, 치매대응체계의 정책대상에서 배제되므로 중복서비스 이용 제한 규정을 완화해야 한다.

일곱째, 치매가족과 지역사회를 중요한 정책대상으로 고려해야 한다. 치매가족이 치매노인을 보호함으로써 간접적 도움을 받는 부차적 정책대상이어서는 안되며, 서비스의 제한과 낮은 서비스 접근성으로 인하여 비자발적으로 정책대상에서 제외되지 않도록 해야 한다. 즉, 치매가족을 핵심적 정책대상으로 고려하고 가족을 위한 서비스를 확대해 나가야 할 것이다. 그리고 치매친화적 지역사회를 구축하기 위하여 지역사회의 다양한 민간 조직이나 업체 등이 치매대응체계에 참여할 수 있는 방안을 마련해 나가야 한다.

2. 급여 영역의 정책과제

치매대응체계에서 치매노인과 가족을 위한 급여를 강화하기 위해서는 예방-진단-치료-돌봄서비스의 연속적 대응체계의 구축과 아울러 인간중심형 돌봄서비스(person-centered care service)를 강화해야 한다. 이러한 전제 하에 현행 치매대응체계의 급여 영역과 관련된 한계를 보완하기 위한 정책과제를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 치매가족의 간병비 경감방안을 마련해야 한다. 이를 위해서는 치매 국가책임제에는 치매가족의 실질적인 경제적 부담이 가장 높은 간병비 경감방안이 포함되어 있지 않아 국민건강보험제도의 본인부담금 경감만으로는 그 효과를 극대화할 수 없으므로, 직접적인 간병비 경감 조치나 간호·간병통합 서비스의 확대 등의 조치를 추가적으로 강구해야 한다.

둘째, 치매노인에 대한 전문서비스를 표준화하고, 최소서비스 기준을 마련하여 시행해야 한다. 현행 치매대응체계에서는 치매유형과 정도에 따라 어떠한 서비스를 제공해야 한다는 표준화된 서비스 모형이 없고, 노인장기요양보험제도에서는 인두제(人頭制) 급여방식을 선택하고 있으므로 치매노인에 대한 최소한의 서비스조차도 규정되어 있지 않으므로, 이의 개선이 요구된다.

셋째, 치매노인을 위한 맞춤형 사례관리서비스의 강화가 이루어져야 한다. 치매안심센터의 경우 의사, 간호사, 사회복지사, 재활치료사, 요양보호사로 구성된 사례관리팀에 의한 방문형 사례관리서비스를 강화해야 한다. 노인장기요양보험제도에서는 표준장기요양이용계획서를 고도화하여 치매노인 개인별 맞춤형 사례관리계획을 보다 상세하게 수립하여 장기요양기관에 통지하고, 노인장기요양시설에서는 이를 바탕으로 증상에 맞춘 복약관리, 인지 및 신체 기능과 욕구에 적합한 요양서비스, 증상 유지 및 악화 방지를 위한 서비스를 패키지 형식으로 제공하는 실질적인 사례관리서비스를 제공해야 한다.

넷째, 노인가구 형태 변화를 반영한 급여체계의 개선이 요구된다. 노인 부부가구 형태의 비율이 높은 점을 고려하여 60세 이상의 배우자가 주된 돌봄제공자인 경우에 치매노인만이 아니라 그 배우자에 대한 방문요양서비스 제공을 허용해야 한다. 1인 가구의 증가추이를 반영하여 독거 치매노인의 경우 욕구와 기능상태에 따라 노인장기요양 재가급여, 노인돌봄서비스, 노인돌봄기본서비스를 중복 이용할 수 있도록 허용함으로써 치매의 악화를 방지하고 고독사, 실종 등의 생활안전문제를 동시에 방지할 수 있어야 한다.

다섯째, 가정과 노인복지시설에서의 치매노인 인권보호 및 학대예방을 위한 조치를 강구해야 한다. 이를 위해서는 치매노인에 대한 차별과 학대 등의 인권 침해행위에 대한 조사권과 행정조치권을 가진 진정한 의미의 노인복지 옴부즈맨(ombudsman) 제도를 도입 실시할 필요가 있으며, 성년후견제도의 활성화가 요구된다.

여섯째, 말기 치매환자가 본인이 원하는 임종을 맞이할 수 있도록 지원해야 한다.

치매노인은 일명 존엄사법의 대상에서 제외되어 있고 현행 치매대응체계에서도 임종단계의 서비스가 없으므로, 이를 보완하기 위한 서비스의 개발이 요구된다.

일곱째, 치매가족에 실질적 도움이 되는 종합적 돌봄서비스를 제공해야 하며, 이들 서비스를 이용하지 않는 가족에 대해서는 돌봄수당을 지급해야한다. 치매가족휴가지원 제도로 실시되고 있는 노인돌봄종합서비스의 이용 기간 제한 조항의 완화, 노인장기요양보험제도의 24시간 방문요양서비스 이용 제한 규정 완화, 방문요양서비스 이용시 최초 1개월 동안 주 1회 방문간호서비스를 의무화하고 월 한도액을 예외로 인정하는 제도의 도입 등이 이루어져야 한다. 그리고 치매안심센터에서는 단순하게 치매가족이 모여 정보교환하고 비공식적 지지를 하는 치매카페 정도로는 부족해 보이며, 치매가족을 직접적 대상으로 한 평생교육프로그램, 문화여가프로그램, 돌봄교육프로그램 등을 실시하도록 가족지원 기능을 강화해야 한다. 이와 같은 서비스의 확대에도 불구하고 가족이 치매노인의 돌봄을 전담하고자 하는 가족에 대해서는 치매노인 돌봄수당을 지급하는 것이 바람직하다.

3. 전달 영역의 정책과제

치매대응체계에서 전달체계 개선을 위해서는 공공부문과 민간부문 그리고 보건의료 분야와 노인복지분야의 협력체계 구축과 함께 치매가족-지역사회-전문인력과 전문시설 간의 역할분담에 관한 충분한 논의가 이루어져야 한다. 이러한 전제 하에 현행 치매대응체계의 전달 영역과 관련된 한계를 보완하기 위한 정책과제를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 치매에 관한 대국민 홍보와 교육 강화, 치매 관련 급여나 서비스에 관한 상세한 가이드북 제작 보급, 지역사회와 가정을 찾아가는 서비스의 강화 등을 통하여 치매노인과 가족의 치매 관련 전달체계에 대한 접근성을 높여나가야 한다.

둘째, 치매 전문 의료기관의 지역간 불균형 문제와 1차 의료기관의 치매 관련 전문성 강화가 요구된다. 농어촌 지역의 치매전문 의료기관과 전문인력의 공동화 문제를 해결할 수 있는 방안의 수립과 함께 노인이 가장 먼저 접근하는 1차 의료기관의 치매 진단 및 치료기능을 강화하기 위한 방안이 마련되어야 한다.

셋째, 민간부문 의료기관과 노인장기요양시설의 치매 국가책임제에의 동참을 촉진할 수 있는 방안을 마련해야 한다. 민간 의료기관이 절대 다수를 차지하는 상황에서 공립요

양병원을 중심으로 한 치매안심요양병원의 확충 계획은 실질적 효과를 거두기 어렵다. 노인요양시설에서 치매안심형 시설로 전환 운영함으로써 일반 노인을 돌보는 경우보다 재정적 손실을 입어야 하는 상황에서는 치매안심형 시설을 수요만큼 확충할 수 없으므로 민간부분의 참여를 유인하기 위한 실효성 있는 대책이 수립되어야 한다. 그리고 한국 치매가족협회, 한국치매협회 등의 자생적 민간단체가 치매인식개선, 치매환자 인권과 옹호활동을 적극적으로 수행할 수 있도록 행·재정적 지원을 강화해야 한다.

넷째, 전체 노인장기요양시설의 치매 관련 서비스의 강화와 치매안심형 시설에 대한 지원을 확대해야 한다. 치매노인을 위한 인지활동 프로그램 등의 최소서비스 기준을 모든 노인장기요양시설에 적용하고, 치매안심형 시설 전환에 따르는 시설보강비 지원, 치매노인 장기요양 수가 재조정, 입소정원 제한 완화 등의 지원 대책을 마련해야 한다.

다섯째, 치매 전달체계에 속한 조직의 새로운 역할 분담방안을 수립해야 한다. 치매안심센터의 확대 설치에 따라 치매안심센터-공공 및 민간 의료기관-노인장기요양기관-노인복지기관간의 역할 분담 및 연계방안을 새롭게 마련해야 한다. 그리고 요양병원과 노인요양시설의 명칭은 상이하나 서비스 내용에 있어 차이가 없는 문제를 해결하기 위해 보건복지부(2018.2.)의 제2차 장기요양 기본계획에 입각하여 요양병원은 노인 환자의 치료와 재활에 집중하도록 하고, 일상생활 영위에 필요한 돌봄서비스는 노인요양시설이 담당하는 방향으로 명확한 기능 분담방안이 마련되어야 한다.

여섯째, 치매 돌봄 및 요양서비스 제공인력의 치매돌봄 전문역량 강화와 처우개선이 이루어져야 한다. 요양보호사 자격취득을 위한 교육과정에서 치매 관련 교육시간을 확대하여 치매노인에 대한 기본적 돌봄역량을 강화하여야 한다. 그리고 치매안심형 시설 종사자를 대상으로 한 치매전문교육에서 현장적용능력을 강화할 수 있는 교과목을 추가 배정하여 치매전문프로그램의 개발과 적용 능력을 강화해야 한다. 이러한 서비스 제공 인력에 대한 전문역량강화와 아울러 종사자의 인권보호, 안전관리 및 처우개선을 위한 방안도 동시에 마련되어야 한다.

4. 재정 영역의 정책과제

치매대응체계의 과도한 비용 증가를 억제하고 지속 가능한 재정확보를 위해서는 국민 건강보험제도 및 의료급여, 노인장기요양보험제도에 투입되는 비용을 마련할 수 있는

중장기 재정계획을 수립해야 한다. 이러한 전제 하에 현행 치매대응체계의 재정 영역과 관련된 한계를 보완하기 위한 정책과제를 제시하면 다음과 같다.

첫째, 치매에 대한 국민건강보험 본인부담금 산정특례 적용에 따르는 비용 억제 방안을 마련해야 한다. 현재 국민건강보험제도의 최근 3년간 누적 치매상병 실인원 중 40% 정도가 연도가 바뀌면서 치매상병이 없어지거나 치매상병으로 진료를 받지 않는 점(감사원, 중앙치매센터, 2017)을 고려할 때, 치매 국가책임제의 시행으로 치매에 대해 건강보험 산정특례를 적용할 경우 무분별하게 치매진단을 남용할 위험성이 높다. 그리고 치매증상이 없는 노인을 치료하는 것이 재정 수입 측면에서 유리(박건우, 2017)하기 때문에 민간의료기관에서 치매노인의 치료를 기피할 위험성이 높다. 그러므로 치매 국가책임제 시행에 따라 나타날 수 있는 의료기관의 도덕적 해이현상을 예방할 수 있는 적극적 대책의 마련이 요구된다.

둘째, 치매노인 장기요양시설 입소를 억제하고, 지역사회 중심의 돌봄서비스 체계를 구축해야 한다. 치매노인 돌봄비용을 억제하기 위해서는 노인장기요양시설에의 입소를 최대한 억제하고, 재가급여를 이용하면서 가족과 함께 지역사회에서 생활하도록 원조하는 것이 가장 바람직하다. 이에 주·야간보호센터의 증설, 방문요양서비스 이용 시간의 점진적 확대, 통합적 재가서비스의 이용 등과 같은 노인장기요양보험 급여제도의 개선이 필요하다. 그리고 치매가족의 간병비 부담 경감을 위한 간호·간병통합서비스의 확대와 간병비 지원방안이 마련되어야 한다.

셋째, 치매가족의 비공식적 돌봄비용에 대한 보전이 이루어져야 한다. 우리 사회의 공식적 치매돌봄비용 산정에서는 치매가족 돌봄제공자의 노동생산성 손실비용, 심리사회적 부담에 따르는 치료 비용 등의 간접비용 자체를 인정하지 않고 있다. 따라서 치매가족이 치르고 있는 비공식적 돌봄비용을 산정하기 위한 모델을 개발하고, 이를 근거로 치매가족에 대한 비용부담 경감방안을 마련해 나가야 한다.

V. 결론

본 연구에서는 치매 국가책임제 시행과 즈음하여 Gilbert와 Specht(1974) 그리고 Gilbert와 Terrell(2013)의 사회복지정책 분석틀을 활용하여 노인복지정책의 관점에서 현행 치매대응체계를 배분, 급여, 전달 및 재정 영역으로 나누어 그 현상을 진단하고, 향후 추진해야 할 정책과제를 모색하였다. 그 결과 치매 국가책임제의 시행 초기인 점을 감안하더라도, 현행 치매대응체계는 국가책임주의보다는 가족책임주의가 더 강조되고 있으며, 보편주의보다는 선별주의적 경향이 강하게 남아 있는 것으로 평가되었다.

배분 영역에서는 전체적으로 보편주의보다는 선별주의의 가치를 더욱 선호하는 경향이 강한 것으로 나타났다. 이로 인해 치매의 진단과 치료, 장기요양서비스 이용의 잠재적 정책대상 중에서 다수가 배분 대상에서 제외되는 한계를 노정하고 있었다. 뿐만 아니라 치매 국가책임제의 시행에도 불구하고 가족책임주의가 매우 강하게 자리 잡고 있어 치매가족이 배분 대상에서 제외되는 한계점이 있었다. 이러한 한계를 보완하기 위해서는 일원화된 치매등록관리체계의 구축, 치매 조기검진 수검률 향상, 잠재적 치매노인 발견을 위한 가정방문 선별검사의 강화, 노인복지 이용시설의 인지기능 개선 프로그램의 실시, 장기요양서비스 미이용 등급판정자에 대한 종합적 사례관리서비스, 노인돌봄 서비스의 중복서비스 이용 제한 규정 완화 등의 정책과제가 추진되어야 한다.

급여 영역에서는 현금보다는 사회서비스를 주된 내용으로 하고 있으므로 사회통제의 목적을 달성하려는 경향이 있으나, 치매 진단 및 자산상태에 따라 서비스와 급여를 제한함으로써 개인 및 가족책임주의의 가치를 더욱 선호하고 있었다. 이로 인해 치매진단 및 치료를 받지 않는 치매노인이 다수 존재하며, 정기적인 맞춤형 사례관리서비스가 제공되지 않아 적절한 급여를 받지 못하고 있었다. 치매가족의 경우에는 부양자로서의 책임은 강조되는 반면 제한된 서비스로 인해 부양부담을 경감 받지 못하고 있었다. 이러한 한계를 보완하기 위해서는 치매가족의 간병비 경감, 치매서비스의 전문화, 맞춤형 사례관리서비스의 강화, 노인가구 형태 변화를 반영한 급여체계의 개선, 치매노인 인권 보호 및 학대예방 조치의 강화, 존엄사 및 임종 서비스의 강화, 치매가족에 대한 종합적 돌봄서비스 및 돌봄 수당 지급 등의 정책과제가 추진되어야 한다.

전달영역에서는 치매 관련 서비스를 이용함에 있어서 정보나 지식수준에 따라 개인간 편차가 매우 큰 관계로 넓은 범위의 서비스 사각지대가 존재하고 있었다. 치매의 특성상

가정방문서비스의 필요성이 높지만, 의료기관이나 노인복지시설에서 주로 서비스가 이루어져 욕구와 서비스간에 괴리현상이 심하였다. 치매 관련 전문 의료기관과 의료인이 대도시 지역에 편중되어 있어 지역간 서비스 편차로 인한 불평등이 야기되고 있었다. 뿐만 아니라 노인복지시설과 요양보호사는 치매 전문서비스 역량에 한계를 보이고 있으며, 서비스 전달체계간의 협력수준이 매우 낮은 것으로 평가되었다. 이러한 한계를 보완하기 위해서는 치매노인과 가족의 서비스 접근성 향상, 치매 전문 의료기관의 지역간 불균형 해결, 민간부문 전달체계의 적극적 참여 조장, 노인요양시설의 치매전문서비스 강화, 치매 전달체계에 속한 조직간의 역할분담 및 협력 강화, 서비스 제공인력의 치매 돌봄 전문역량 강화와 처우개선 등의 정책과제가 추진되어야 한다.

재정 영역에서는 치매노인의 증가, 치매에 대한 산정특례 적용 등으로 사회적 보호비용이 빠르게 증가할 것으로 예측되지만, 가족의 입장에서는 간병비 부담과 간접비용의 부담으로 인하여 경제적 부담을 느끼고 있는 것으로 나타났다. 이러한 한계를 보완하기 위해서 치매 산정특례 적용에 따르는 비용 억제 방안 마련, 지역사회 중심의 돌봄서비스 체계 구축, 치매가족의 비공식적 돌봄비용에 대한 보전 등의 정책과제가 추진되어야 한다.

권중돈은 연세대학교 대학원에서 사회복지학 석박사학위를 받았으며, 현재 목원대학교 사회복지학과에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인복지, 가족복지 등이며, 현재 독거노인 돌봄체계, 인권관점 노인복지실천, 유학과 사회복지의 융합 등을 연구하고 있다.

(E-mail: kjd716@mokwon.ac.kr)

참고문헌

- 감사원, 중앙치매센터. (2017). 치매환자 관리 노력 방지를 위한 국가치매관리체계 개선방안 연구. 서울: 감사원, 중앙치매센터.
- 강순옥. (2017). 치매전담시설 확대에 따른 실천사례: 문제와 대안, 한국노인복지실천연구회, 대한민국 고령사회 진입, pp.113-124.
- 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단. (2017). 2016년 건강보험 통계연보. 원주: 건강보험심사평가원, 국민건강보험공단.
- 국가예산정책처. (2017.6.). 2017년도 제1회 추가경정예산안 분석. 서울: 국가예산정책처.
- 국민건강보험공단. (2017). 2016 노인장기요양보험 통계연보. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2017.7.). 장기요양 기관 현황. 원주: 국민건강보험공단.
- 국회예산정책처. (2014). 치매관리사업의 현황과 개선과제. 서울: 국가예산정책처.
- 권중돈. (2012). 인권과 노인복지실천. 서울: 학지사.
- 권중돈. (2012). 치매환자와 가족복지: 환원과 통섭. 서울: 학지사.
- 권중돈. (2016). 노인복지론(6판). 서울: 학지사.
- 김기웅. (2015). 대한민국의 제3차 국가치매관리종합계획 개요 한-영 치매극복 국제심포지엄: 국가치매관리정책 효과 제고 전략, pp.9-11.
- 김만호, 최영신. (2006). 보건소중심 CBR사업에 대한 산출분석: 길버트(Gilbert)와 스펙트(Specht)의 산출분석을 중심으로. 사회복지정책, 24, pp.31-59.
- 김선희, 이미란. (2016). 지역사회 치매관리 및 예방 사업의 효율성 제고를 위한 지역 인프라 연계 방안. Asia-pacific Journal of Multimedia Services Convergent with Art, Humanities, and Sociology, 6(6), pp.93-101
- 김주경. (2017). 노인 의료서비스 제공체계 현황과 문제점 및 개선방안. 국회입법조사처. 고령사회 대응 노인의료복지 제공체계 개선방안, pp.3-15.
- 남화순. (2010). 기초노령연금의 정책과정과 정책내용 분석연구. 노인복지연구, 50, pp.313-334.
- 박건우. (2017). 치매국가책임제에 바란다. 권미혁 국회의원, 한국치매협회, 제1차 치매국가책임제 추진전략 포럼, pp.31-34.
- 박정훈, 박근영, 심경수. (2017). 노인주거보장정책에 관한 비교연구: 독일, 영국, 스웨덴

- 사례를 중심으로 인문사회 21, 8(4), pp.1175-1191.
- 방병관. (2017). 노인요양서비스 제공체계 현황과 과제. 국회입법조사처. 고령사회 대응
노인의료복지 제공체계 개선방안, pp.45-51.
- 백혜영, 강현아. (2016). 가출청소년 정책 분석: Gilbert와 Terrell의 분석틀을 적용한 청소년
쉼터 정책. 교정복지연구, 43, pp.3-66.
- 변선정. (2017). 국가 치매등록체계의 필요성과 구축전략. 중앙치매센터, 2017 국가치매
관리워크숍, pp.9-22.
- 보건복지가족부. (2008. 9.). 치매종합관리대책. 서울: 보건복지가족부.
- 보건복지부, 중앙노인보호전문기관. (2017). 2016년 노인학대 현황보고서. 세종: 보건복
지부, 중앙노인보호전문기관.
- 보건복지부, 중앙치매센터. (2016). 대한민국 치매현황 2016. 세종: 보건복지부, 중앙치매
센터.
- 보건복지부, 한국보건사회연구원. (2015). 2014년 노인실태조사. 세종: 보건복지부, 한국
보건사회연구원.
- 보건복지부. (1996). 삶의 질 세계화를 위한 노인·장애인복지 종합대책. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부. (2006). 노인복지시설 인권보호 및 안전관리지침. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부. (2012). 2012년 치매 유병률 조사. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부. (2012). 2차 치매관리종합계획(2012-2015). 서울: 보건복지부.
- 보건복지부. (2015). 제3차 치매관리종합계획(2016-2020). 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2017). 노인보건복지 사업안내. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2017.9.). 치매 국가책임제 추진계획. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2018.2.) 제2차 장기요양 기본계획. 세종: 보건복지부.
- 분당서울대학교병원. (2011). 치매노인실태조사. 성남: 분당서울대학교병원.
- 성수정. (2015). 치매파트너즈 사업소개. 중앙치매센터. 2015 국가치매관리워크숍: 치매
친화적 지역사회 구축전략, pp.103-110.
- 송주미, 손현숙. (2005). 한국 보육정책의 문제점과 과제. 아동복지연구 3(2), pp.1-22.
- 유애정. (2016). 달라진 노인장기요양보험제도 및 서비스 중앙치매센터, 2016 국가치매
관리워크숍: 치매환자 가족지원 전략, pp.57-66.
- 유애정. (2017). 치매 국가책임제의 효과적인 추진 전략. 치매환자 돌봄, 노인장기요양보

- 협제도로 더 든든하게. 권미혁 국회의원, 한국치매협회, 제1차 치매 국가책임제 추진전략 포럼, pp.43-50.
- 윤종철. (2015). 치매행복마을 사업소개. 중앙치매센터. 2015 국가치매관리워크숍: 치매 친화적 지역사회 구축전략, pp.137-148.
- 이종택, 심미승. (2015). Gilbert & Terrell 분석틀을 활용한 한부모가족지원사업에 관한 연구. *한국정책연구*, 15(4), pp.285-305.
- 이준우. (2009). 노인장기요양보험 재가서비스의 문제점과 개선방안. *한국노년학*, 29(1), pp.149-175.
- 임현국. (2017). 치매 전문가가 보는 치매 국가 책임제의 성공적 정착을 위한 제언. 권미혁 국회의원, 한국치매협회, 제1차 치매 국가책임제 추진전략 포럼, pp.37-41.
- 장한나. (2016). 치매지원서비스 공급체계의 지역격차 연구: 227개 기초 지방자치단체를 중심으로. *보건사회연구*, 36(2), pp.385-420.
- 전용호. (2012). 한국 노인장기요양보험의 주요한 문제점과 개선방안 : 길버트와 테렐의 분석틀을 중심으로. *한국지역사회복지학*, 43, pp.345-384.
- 정경희, 오영희, 황남희, 권중돈, 박보미. (2014). 노인단독가구의 생활 현황과 정책 과제. 세종: 한국보건사회연구원.
- 정은아. (2010). 희망스타트 사업에 대한 복지정책적 분석. *사회복지실천*, 9, pp.59-70.
- 통계청. (2016.12.) *장래인구추계*. 대전: 통계청.
- 통계청. (2017.5.) *2015~2045 장래가구추계*. 대전: 통계청.
- 홍유진, 장현. (2012). 장애인활동지원제도의 문제점과 개선과제 재할복지, 16(4), pp.19-38.
- Alzheimer's Association. (2016). *2016 Alzheimer's disease facts and figures*. Chicago: Alzheimer's Association.
- Gilbert, N. & Specht, H. (1974). *Dimensions of social welfare policy*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Gilbert, N. & Terrell, P.(2013). *Dimensions of Social Welfare Policy*(8th ed.), London: Pearson Education Ltd.
- Park, S. B.(2014). The Analytic Framework of Social Policy. *한국지방정부학회 학술발표논문집*, 2014(4), pp.37-56.

Evaluation and Policy Considerations of the Dementia Care System in the Perspectives of the Social Welfare Policy for the Elderly

Kwon, Jung Don

(Mokwon University)

This study was aimed to evaluate the current dementia care system and suggest the policy considerations in the perspective of the welfare policy for the elderly. This study used the policy analysis framework of Gilbert & Specht (1974) and Gilbert & Terrell (2013) and identified 4 major criteria such as ① allocation, ② benefit, ③ delivery, ④ finance. The current dementia care system had various limitations such as the largest blind spots of the policy target population, inadequate client-tailored services, deficiency of the direct services supporting the families, poor access to health and welfare services. The efforts to improve the dementia care system should involve enhancing the early detection programmes of hidden patients in the community, reinforcing the tailored outreach case management services, strengthening the linkage between health and welfare delivery system, expanding of at-home support to reduce the burden of family caregivers, and enhancing the financial sustainability of the social insurance systems.

Keywords: Demented Elderly, Allocation, Benefit, Delivery, Finance