

연구보고서 2018-15

치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색



유재언 · 배혜원 · 이윤경 · 임정미 · 김수진 · 정경희 · 이선희

【책임연구자】

유재언 한국보건사회연구원 부연구위원

【주요 저서】

노노돌봄 현황 실태조사
국가인권위원회·한국보건사회연구원, 2018(공저)
치매 통계 생산 및 관리 체계화 방안
보건복지부, 한국보건사회연구원, 2018(공저)

【공동연구진】

배혜원 한국보건사회연구원 전문연구원
이윤경 한국보건사회연구원 연구위원
임정미 한국보건사회연구원 부연구위원
김수진 한국보건사회연구원 부연구위원
정경희 한국보건사회연구원 부원장
이선희 한국보건사회연구원 전문연구원

연구보고서 2018-15

**치매노인과 돌봄제공자를 위한
맞춤형 정책방안 모색**

발행일 2018년 12월
저자 유재언
발행인 조흥식
발행처 한국보건사회연구원
주소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)
전화 대표전화: 044)287-8000
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>
등록 1994년 7월 1일(제8-142호)
인쇄처 (주)한디자인코퍼레이션

© 한국보건사회연구원 2018
ISBN 978-89-6827-525-8 93330

발간사 <<

치매인구의 급격한 증가로 인적·재정적 부담이 증가함에 따라 치매관리를 위한 국가 정책의 중요성이 커지고 있다. 2016년 우리나라 전체 노인의 10%인 약 66만 명이 치매환자로 추정되고 있으며, 2050년에는 300만 명 이상으로 급증할 전망이다. 또한, 치매환자 1명을 돌보는 데 연간 약 2054만 원 정도의 재원이 소요되어 우리나라 치매환자 전체에 대한 연관리비용은 국내총생산(GDP)의 약 0.85%인 13조 6000억 원에 이른다.

한편, 치매노인의 증가는 치매환자 당사자뿐만 아니라 공식적·비공식적 돌봄제공자에게도 장기간 신체·정서·경제·일상생활에서의 어려움을 초래한다는 점에서 보다 포괄적인 정책의 필요성도 높아지고 있다.

이러한 대응의 일환으로 한국 정부는 2008년 제1차 치매종합관리대책을 시작으로, 2020년까지 시행될 '제3차 치매종합관리대책'을 수립·시행하면서 노력하고 있다. 또한, 2017년부터는 국가 정책의 핵심적인 국정과제로 치매에 대한 사회의 책임을 강화할 것이라는 '치매국가책임제'도 공표했다. 치매관리법, 치매종합관리대책, 노인장기요양보험법, 치매국가책임제를 토대로 지난 10년간 우리나라의 치매돌봄정책도 대폭 확대되었다고 높이 평가할 수 있다. 그리고 이제는 급속히 확대되어 온 치매관리사업을 면밀하게 검토하여 내실을 다지고, 중장기적인 정책 추진 과제를 논의할 시점이다.

이러한 배경하에 본 연구는 현행 치매관리정책이 치매노인과 공식적·비공식적 돌봄제공자의 정책적 욕구를 포괄하고 있는지 다각도에서 검토하고, 이용자 욕구에 기반한 정책방안을 모색하고자 한다. 특히 치매의

특성상 완치가 어렵고 악화가 진행된다는 점에서 치매 진행 과정에서 치매노인과 돌봄제공자가 느끼는 정책적 욕구를 파악하고 이를 충족시킬 수 있는 대응방안을 모색하고자 하였다.

본 보고서는 유재언 부연구위원의 책임하에 원내의 배혜원 전문연구원, 이윤경 연구위원, 임정미 부연구위원, 김수진 부연구위원, 정경희 부원장, 이선희 전문연구원, 김예원 연구인턴이 참여하여 수행되었다. 본 연구진은 아니지만 바쁘신 중에도 본 연구의 진행 과정에서 자문을 주신 원내의 김유경 선임연구위원과 공주대학교 모선희 교수, 그리고 소중한 검토 의견을 주신 익명의 평가위원에게 감사드린다. 또한 본 연구에 의미 있는 자문을 해 주신 전문가와 실무자, 인터뷰에 응해 주신 노인과 돌봄 제공자에게도 깊은 감사의 마음을 전한다.

마지막으로 본 연구가 관련 연구 분야의 토론과 논의를 활성화하는 데 조금이나마 기여하기를 바라며, 그 결과가 치매노인과 돌봄제공자를 위한 정책적인 지원으로 이어질 수 있기를 기대한다.

2018년 12월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식

목 차

Abstract	1
요 약	5
제1장 서론	11
제1절 연구의 배경 및 목적	13
제2절 연구의 분석틀	15
제3절 연구의 내용 및 방법	18
제2장 치매돌봄정책 분석	21
제1절 치매관리법과 치매관리종합계획	23
제2절 치매돌봄정책 개요	30
제3절 치매돌봄정책 분석	42
제4절 소결	55
제3장 치매돌봄정책 해외 사례	57
제1절 국제기구	59
제2절 영국	66
제3절 일본	69
제4절 소결	78

제4장 치매검진: 실태, 어려움, 정책적 요구	81
제1절 치매검진 실태	84
제2절 치매검진의 어려움과 정책적 요구	110
제3절 소결	116
제5장 치매 돌봄: 실태, 어려움, 정책적 요구	119
제1절 치매노인과 배우자의 돌봄 요구 및 돌봄 수혜	121
제2절 비공식적 돌봄제공자의 어려움과 정책적 요구	140
제3절 공식적 돌봄제공자의 어려움과 정책적 요구	162
제4절 소결	171
제6장 결론 및 정책적 제언	173
제1절 결론	175
제2절 정책적 제언	177
참고문헌	181
부 록	185

표 목차

〈표 1-1〉 비공식적 돌봄 심층면접 참여자-치매노인 기본정보	19
〈표 1-2〉 공식적 돌봄제공자(연구참여자) 기본정보	20
〈표 2-1〉 치매관리법 구성(2018. 6. 12. 개정 기준)	25
〈표 2-2〉 치매관리종합계획 포함 항목(치매관리법 제6조)	26
〈표 2-3〉 치매관리종합계획 비교표(제1차~제3차)	28
〈표 2-4〉 치매관리사업 관련 개요(2018~2019년)	41
〈표 2-5〉 치매서비스 제공기관 현황	54
〈표 3-1〉 WHO 국제치매공동대응계획의 7가지 원칙	61
〈표 3-2〉 WHO 국제치매공동대응계획의 7가지 실행 영역	62
〈표 3-3〉 WHO 치매정책 수립의 3단계	64
〈표 3-4〉 OECD의 치매환자 삶의 질 향상을 위한 정책 권고	65
〈표 3-5〉 영국의 치매 대응 전략 주요 과제	67
〈표 3-6〉 일본 치매유병률	69
〈표 3-7〉 치매 관련 정책의 변천 과정	71
〈표 3-8〉 오렌지플랜 주요 내용(2012년)	73
〈표 3-9〉 신오렌지플랜 7가지 전략(2015년)	75
〈표 4-1〉 국가건강검진사업의 KDSQ-C 5문항	85
〈표 4-2〉 일반건강검진 대상 및 수검 인원 현황	86
〈표 4-3〉 일반건강검진 정신건강검사(인지기능장애) 결과(70, 74세)	87
〈표 4-4〉 일반건강검진 정신건강검사(인지기능장애) 결과(70세)	88
〈표 4-5〉 일반건강검진 정신건강검사(인지기능장애) 결과(74세)	89
〈표 4-6〉 66세 생애전환기 건강진단 1차 검진 수검률	90
〈표 4-7〉 66세 생애전환기 건강진단 2차 검진 참여율	92
〈표 4-8〉 65세 이상 노인 특성별 치매검진 여부	94
〈표 4-9〉 65세 이상 노인 특성별 치매검진 및 인지저하 여부	97
〈표 4-10〉 2016년 시군구(N=229) 단위 피어슨 상관관계	106

〈표 4-11〉 시군구 보건의료·복지서비스와 치매진단을 간의 피어슨 상관관계	107
〈표 4-12〉 시군구 재정, 보건의료 예산, 노인 관련 인구·가구, 노인 대상 보건의료·장기요양·복지 공급에 따른 치매진단을	109
〈표 5-1〉 인지저하자와 치매확진자의 일상생활수행능력 도움 필요	122
〈표 5-2〉 인지저하자와 치매확진자의 도구적일상생활수행능력 도움 필요	124
〈표 5-3〉 인지저하자와 치매확진자의 돌봄제공자	125
〈표 5-4〉 인지저하자와 치매확진자가 가족, 친구, 주변 지인에게 돌봄받는 내용	126
〈표 5-5〉 인지저하자와 치매확진자의 보건의료·돌봄 서비스 이용률	128
〈표 5-6〉 인지저하·치매확진자의 개인 특성에 따른 돌봄 수혜 유형 다항로지분석 결과	132
〈표 5-7〉 65세 이상 노인 부부 단위 인지저하·치매 비율	134
〈표 5-8〉 인지저하·치매확진자 배우자의 만성질환과 ADL 돌봄 욕구	136
〈표 5-9〉 인지저하·치매확진자 배우자의 만성질환과 IADL 돌봄 욕구	138
〈표 5-10〉 인지저하·치매확진자 배우자의 보건의료·돌봄 서비스 이용	139
〈표 6-1〉 치매 진행에 따른 치매관리 및 돌봄정책의 방향	178

그림 목차

[그림 1-1] 본 연구의 치매돌봄정책 분석틀	16
[그림 2-1] 지역사회 중심 통합적 서비스 이용 체계(안)	38
[그림 2-2] 치매돌봄정책 전달체계	39
[그림 2-3] 치매안심센터 업무 흐름도	40
[그림 2-4] 2008~2017년 치매환자 추정 인구 변화	43
[그림 2-5] 치매 조기 검진과 진단 현황(2016년)	44
[그림 2-6] 노인의 기능 등급별 인지요양 프로그램 및 일상생활 지원 서비스	48
[그림 3-1] 치매노인 개호보험 이용률	70
[그림 3-2] 치매 조기 진단과 대응을 위한 전달체계	77
[그림 4-1] 2016년 시군구별 치매유병률 국지적 모란지수	102
[그림 4-2] 2016년 시군구별 경도인지장애유병률 국지적 모란지수	103
[그림 4-3] 2016년 시군구별 치매상병률 국지적 모란지수	104
[그림 4-4] 2016년 시군구별 치매진단율 국지적 모란지수	105
[그림 5-1] 인지저하자와 치매환자의 돌봄 수혜 잠재계층분석 결과	130

부그림 목차

[부그림 1] 연구 분석틀의 참고 자료: OECD 치매정책 목표(상), 제3차 치매관리종합계획(하) ..	185
[부그림 2] 2016년 시군구별 치매유병률	186
[부그림 3] 2016년 시군구별 경도인지장애유병률	187
[부그림 4] 2016년 시군구별 치매상병률	188
[부그림 5] 2016년 시군구별 치매진단율	189



Abstract <<

Public Policy for the Older Adults with Dementia and Their Caregivers

Project Head: Yoo, Jaeon

Dementia torments the patients suffering from it and burdens their caregivers physically, emotionally, and economically. Eventually, the life of the entire family can be devastated by it. As Korean society has been aging rapidly, it is expected that the number of demented older adults will surge to be more than 3 million by 2050. Consequently, the burden of South Korea due to dementia will increase.

Since the South Korean government declared war on dementia and announced 'the First Comprehensive Dementia Management Plan' in 2008, the policy for the patients with dementia has been expanded rapidly. Although the policies and services for the older adults with dementia have been improved greatly owing to the efforts of the South Korean government, there are still many parts to be supplemented in the future because new policies have been introduced and changed in a very short period of time. It is necessary to closely examine the current situation (e.g., whether the current dementia management program has been provided to demented older adults people

Co-Researchers: Bae, Hyewon · Lee, Yoonkyung · Lim, Jungmi · Kim, Soojin · Jung Kyunghye · Lee, Sunhee.

and their caregivers without a blind area) to provide effective and customized dementia management program. It is also needed to closely diagnose and evaluate whether the current dementia management program has been provided in the customized fashion to resolve various difficulties and desires of demented older adults and their caregivers officially and unofficially.

The objectives of this study were to closely examine the situations that the demented older adults and their diverse caregivers could experience in the progress of dementia, identify their difficulties and needs, and seek ways to provide appropriate tools satisfying their needs in each stage of dementia. In order to achieve these objectives, this study evaluated the dementia management policies (i.e., long-term care system, older adults care basic and integrated services, and national and local dementia center projects) for the early, intermediate, and terminal stages of dementia. Moreover, this study summarized the major dementia policies of other countries and international organizations (i.e., WHO and OECD). This study also analyzed the daily life, caring needs, and caring benefits according to the dementia status of the demented older adults and their psychological behavioral abnormalities. Additionally, this study examined the difficulties of dementia caregiving, care provision, and care demand of family members, caregivers, and institutional staffs, who officially and unofficially cared the de-

mented older adults, and their relationship by the stages of dementia. This study aimed to identify new mid- and long-term tasks and suggest ways to improve the dementia management policy of South Korea so the policy can embrace all needs of users.



1. 연구의 배경 및 목적

□ 연구 배경

- 치매노인의 증가는 치매환자 본인뿐만 아니라 공식적·비공식적 돌봄제공자에게도 장기간 신체·정서·경제·일상생활에서의 어려움을 초래하고 국가재정에도 부담을 가중시킴.
 - 현재 치매관리종합계획을 비롯한 치매관리사업이 급속히 확대되면서 이에 대한 면밀한 진단 및 평가가 필요한 상황이며,
 - 치매노인과 돌봄제공자를 포괄하는 실효성 높은 중장기적 치매관리정책에 대한 논의가 필요한 시점임.
- 이에 현행 치매관리정책이 치매노인과 공식적·비공식적 돌봄제공자의 욕구를 포괄하고 있는지 다각도에서 진단·점검하고, 이용자의 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 중장기적인 정책방안이 모색되어야 함.

□ 연구 목적

- 치매 진행 과정에서 치매노인과 다양한 돌봄제공자가 가지고 있는 정책적 욕구를 파악하며 이를 충족시켜 줄 수 있는 정책방안을 모색함.

2. 주요 연구 결과

가. 국내외 치매돌봄정책 분석

□ 국내 치매돌봄정책

- 2008년 제1차 치매종합관리대책 수립 이후 치매 지원 서비스 대상자와 인프라 지속적 확대.
 - 치매노인을 위한 인지지원등급 확대 및 보장성 강화, 전국적 치매안심센터 설치·운영 등.
- 그러나 돌봄정책의 명확성 확보 및 제도 간 연계 강화, 이용자 중심의 제도 구축 등은 여전히 과제로 남아 있음.
 - 노인장기요양보험, 노인돌봄종합서비스 등 노인 대상 돌봄 서비스와의 명확성 및 제도 간 연계 강화 필요.
 - 치매노인, 돌봄제공자 등 이용자 중심의 제도 운영 및 사례관리 강화 필요.

□ 해외 치매돌봄정책

- 치매인구 증가로 인한 인적·재정적 부담 증가로 치매관리를 위한 국제사회 노력에 대한 중요성이 커지고 있음.
- 세계보건기구(WHO), 경제협력개발기구(OECD) 등의 국제기구 및 일본, 영국 등의 선제적 치매 대응 전략을 통해 다음과 같은 시사점을 도출할 수 있음.
 - 치매정책의 실행 주체, 역할, 세부 지표 및 전략 등의 명확성 확보 필요.

- 치매친화적 사회 조성 전략에 대한 구체적 운영 방안 제시 필요.
- 치매환자의 가족 및 돌봄제공자를 포괄하는 신체·심리·정서·교육 프로그램 마련.
- 치매연구 및 기술개발을 위한 연구·개발(R&D) 구축을 통한 중장기적 치매정책계획 필요.

나. 치매검진 과정에서의 정책적 욕구 및 시사점

- 치매검진 참여율 분석 결과, 검진 참여율 증가 외에 검사 이후 악화를 예방하는 실질적인 치매예방정책 강화 요구.
- 1차 검진 비율은 약 80%, 2차 검진 비율은 40% 정도에 불과.
 - 이는 현행 지표가 60세 이상 인구 대비 선별검진 인구 비율, 정밀검진 비율, 치매환자 발견 비율이 높을수록 좋은 평가를 받는 데서 기인함.
- 치매검진정책에서 다음과 같은 정책적 고려 필요.
 - 선별검사 이후 진단 및 감별검사에 대한 비용 지원 필요.
 - 지역 치매 관련 인력에 대한 보수교육과 전문인력 양성 지원 필요.

다. 치매 돌봄 과정에서의 정책적 욕구 및 시사점

- 치매 돌봄의 어려움은 공식적 또는 비공식적 돌봄제공자에 따라 상이하게 나타나며, 주요 결과는 다음과 같음.
- 비공식적 돌봄제공자의 어려움 및 정책적 요구는 다음과 같음.

8 치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색

- 비공식적 돌봄제공자의 돌봄 어려움.
 - 치매로 인한 행동정신이상증상의 다양성.
 - 치매노인의 일상생활 전 영역에 대한 돌봄 제공.
 - 가정 내 치매노인 돌봄을 위한 가족 구성원의 역할 부담이 중요.
 - 공식적 돌봄 서비스 이용에 대한 경제적 부담.
 - 비공식적 돌봄제공자의 정책적 요구.
 - 치매 조기 발견을 위한 경증치매노인 돌봄제공자 대상의 교육 및 상담서비스 제공 확대.
 - 주야간보호시설 확충 및 송영(送迎)서비스 시설 제공.
 - 장기요양시설에서의 의료서비스 접근성 향상.
 - 서비스 질 향상을 위한 요양보호사 처우 개선.
 - 새로운 제도와 서비스에 대한 안내 및 홍보 강화.
 - 보호자 대상의 교육·상담·자조모임 활성화.
- 공식적 돌봄제공자의 어려움 및 정책적 요구는 다음과 같음.
- 시설요양보호사의 열악한 근무 환경 및 처우.
 - 치매노인 가족과의 관계에서 발생하는 긴장 및 갈등.
 - 치매노인 돌봄에 대한 전문성 요구.
 - 성추행에 대한 보호장치 부족.

3. 결론 및 시사점

- 치매가 진행되는 전 과정에서의 연속적이고 통합적인 사례관리와 서비스 제공.
 - 치매안심센터의 치매 예방, 조기 검진, 치매환자 등록 및 관리, 사례관리 및 자원 연계 운영.
 - 치매 상태별 케어플랜 제공 및 경과 모니터링.

- 비공식적인 돌봄제공자를 위한 치매교육, 상담, 자조모임, 서비스 홍보 및 안내 등의 복합적인 서비스 제공 및 확대.
 - 비공식적 돌봄과 공식적 돌봄의 균형 정책 및 이에 대한 지원 필요.
 - 특히 비공식적 돌봄제공자의 돌봄 역량 강화를 위한 전문적인 치매 및 치매환자 대응 교육, 이용 가능한 공공서비스 안내와 돌봄 휴식을 위한 자조모임, 상담, 휴가제 등의 다각적인 서비스 접근 필요.

- 공식적 돌봄제공자를 위한 전문적인 치매지식교육, 노동자로서의 권익 보호, 처우 및 인식 개선 방안 마련.
 - 노동자의 권익 보호를 위한 제도적 장치 강화.
 - 노동 환경, 급여, 사회적 인식 등의 처우 개선을 통한 서비스 질 향상 도모.

*주요 용어: 치매, 노인돌봄, 돌봄제공자, 정책 대안



제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 분석틀

제3절 연구의 내용 및 방법



제1절 연구의 배경 및 목적

“(뇌병변 2급인) 내가 여기(요양원)를 (치매인 아내 만나러) 일주일에 한 번, 한 번 왔다 가요. 힘들어요. 폐지 줍고 밥해 먹고 그래. 요양원비가 보통 부담이 가는 게 아니에요. 치매... 병원비 하고 지난달에는 107만 원 냈거든요. 나한테 국민연금 들어 놓은 거 40만 원 하고 그리고 아들한테 한 30만 원 부치라고 그러는데. 그것도 한두 번이지. 한 1년도 좋고 2년도 좋고 누가 자꾸 돈을 내... 아들도, 형제도 많다면 모르지만은 하나 있는 걸 자꾸 돈을 내라 하니, 지들도 어려운데. 참... 나는... 사는 게 너무 너무 힘들어요. 나는 살기 싫은 거예요. 솔직히 얘기해서, 솔직히 얘기해서 몇 번 죽으려고 했거든요. 그런데 내, 내가 죽으면 여기 (아내가) 좀 그런 거야. (아내만) 혼자 남겨 있으면 안 된다 그래서 죽지도 못하고. 나는 꼭... 죽었으면 좋겠어, 정말. 너무 너무 힘들어요.”(연구 참여자 I-O-C)

완쾌될 희망 없이 소중한 사람들과의 기억을 잃어가며 생을 마감하게 되는 질병. 의학적·법률적으로 치매는 “퇴행성 뇌질환 또는 뇌혈관계 질환 등으로 인하여 기억력, 언어 능력, 지남력, 판단력 및 수행능력 등의 기능이 저하됨으로써 일상생활에 지장을 초래하는 후천적인 다발성 장애”를 말한다(「치매관리법」 제2조(정의)). 암, 심혈관 질환보다도 노인에게 가장 두려운 질환인 치매(구슬 외, 2016)는 인지기능 장애뿐만 아니라 신체적 활동과 일상생활수행능력(ADL: Activities of Daily Living)에서의

저하와 행동심리이상증상(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)을 동반한다. 치매가 발병하면 우울 수준도 높아지고, 노년기 삶의 질에도 치명적인 악영향을 미친다(김종필, 현미열, 2013). 치매는 그 질병을 앓고 있는 환자뿐만 아니라 보호자에게도 신체·정서·경제적인 부담을 주고(조윤희, 김광숙, 2010), 결국 가족 전체의 삶을 피폐하게 만든다.

2016년 현재 우리나라 전체 노인의 10%인 66만 명 정도가 치매환자로 추정된다. 치매환자 한 명을 일 년간 돌보는 데 약 2054만 원 정도가 들어, 국가 전체의 치매환자 연 관리비용은 국내총생산(GDP)의 약 0.8%인 13조 6000억 원에 이른다(남효정 외, 2017). 한국 사회의 급속한 고령화에 따라서 치매노인 수는 2050년 300만 명 이상으로 급증할 전망이다(남효정 외, 2017).

이에 대응하기 위해 한국 정부는 2008년 치매와의 전쟁을 선포하고 ‘제1차 치매종합관리대책’을 발표했다. 2011년에는 치매관리법을 제정하고, 2012년에는 ‘제2차 치매관리종합계획’을 수립했다. 2016년부터 2020년까지는 ‘제3차 치매종합관리대책’을 시행하고 있다. 2008년부터 도입된 노인장기요양제도에서도 치매노인에 대한 등급 인정 허용 기준을 점차 완화하고 있다. 또한, 2017년 집권한 이번 문재인 정부에서는 국가정책의 핵심적인 국정과제로 치매에 대한 사회의 책임을 강화하기 위해 ‘치매국가책임제’를 공표했다. 치매관리법, 치매종합관리대책 노인장기요양보험법, 치매국가책임제를 토대로 지난 10년간 우리나라의 치매돌봄정책도 대폭 확대되어 왔다.

정부의 노력 덕분에 치매노인을 위한 정책과 서비스가 많은 발전을 이루었지만, 워낙 단기간에 새로운 정책이 도입되고 변화되는 중이기에 앞으로 더 보완해 나가야 할 부분도 남아 있다. 치매돌봄정책이 치매노인들

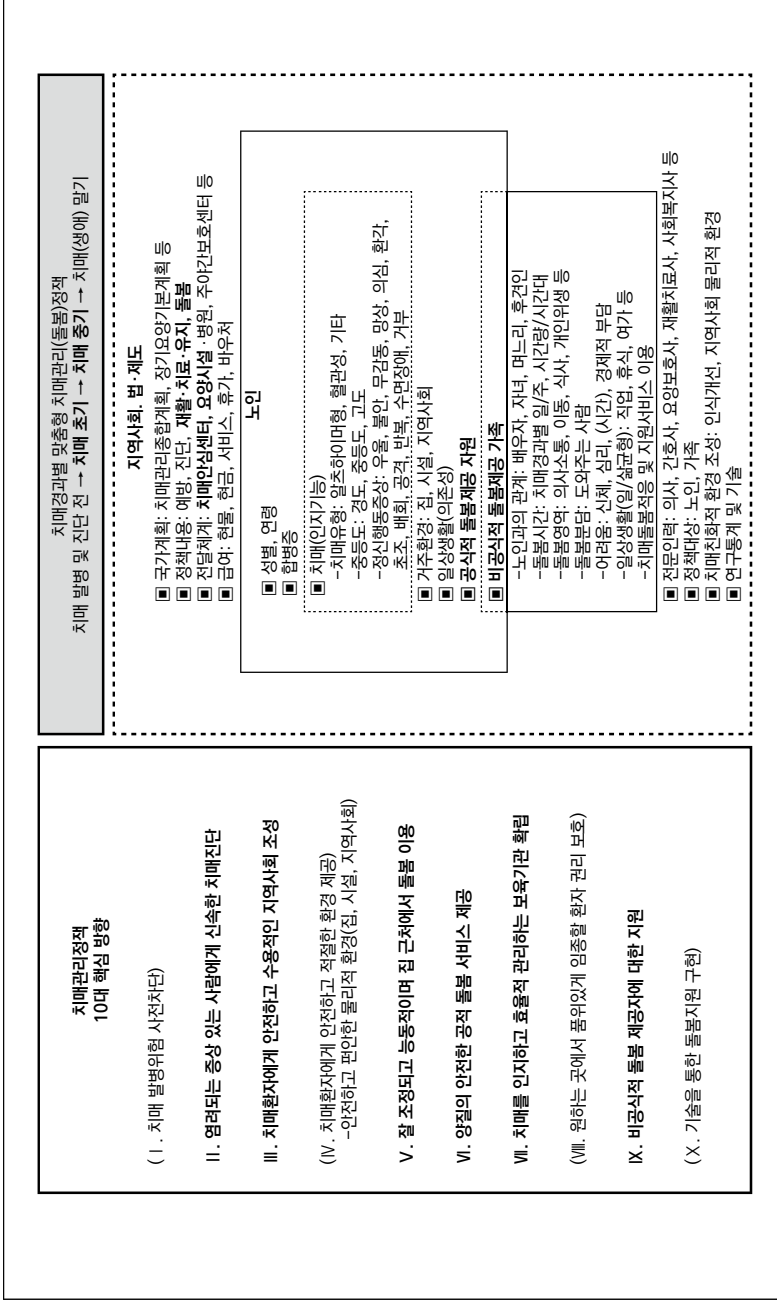
과 돌봄제공자들에게 사각지대 없이 제공되고 있는지 현재 상황을 면밀하게 진단·점검하고, 실효성 높은 치매돌봄정책을 제공하기 위한 방안이 모색되어야 한다. 또한, 현행 치매돌봄정책이 치매노인과 공식적·비공식적 돌봄제공자의 다양한 어려움과 욕구를 해소해 줄 수 있도록 지원되고 있는지 면밀하게 진단하고, 평가할 필요가 있다. 이를 통해 향후 치매돌봄정책이 모든 수요자의 욕구를 포용할 수 있도록 새로운 중장기 과제를 발굴하고, 개선방안도 제시되어야 할 것이다.

이러한 배경에서 본 연구는 치매노인과 다양한 돌봄제공자가 치매 진행에 따라 겪는 상황을 자세히 살펴보고, 이들이 느끼는 어려움과 정책적 요구를 파악하여, 이를 충족시킬 정책이 제공될 수 있도록 방안을 모색하려는 게 목적이다.

제2절 연구의 분석틀

치매 경과에 따른 치매노인과 돌봄제공자의 일상생활 실태를 면밀히 파악하고 치매돌봄정책을 진단하여 정책적 시사점을 도출하기 위하여 이러한 연구 목적과 내용을 아우를 수 있는 분석틀을 [그림 1-1]과 같이 마련하였다. 본 연구에서의 분석틀은 [그림 1-1]에서 알 수 있듯이 OECD 치매정책 목표와 우리나라의 제3차 치매관리종합계획 비전, 목표, 핵심영역을 참고해서 초안을 만들고, 연구진 회의와 외부 전문가 자문회의에서의 수정·보완 과정을 거쳐 확정했다.

[그림 1-1] 본 연구의 치매돌봄정책 분석틀



OECD와 우리나라 제3차 치매관리종합계획에서는 치매돌봄정책의 10대 핵심 방향을 제시하고 있다. 10대 핵심 방향은 I. 치매·발병 위험 사전 차단, II. 염려되는 증상 있는 사람에게 신속한 치매진단, III. 치매환자에게 안전하고 수용적인 지역사회 조성, IV. 안전하고 편안한 물리적 환경, V. 잘 조정되고 능동적이며 집 근처에서 돌봄 이용, VI. 양질의 안전한 공적 돌봄 서비스 제공, VII. 치매를 인지하고 효율적으로 관리하는 보육기관 확립, VIII. 원하는 곳에서 품위 있게 임종할 환자 권리 보호, IX. 비공식적 돌봄제공자에 대한 지원, X. 기술을 통한 돌봄 지원 구현이다.

이와 같은 10대 핵심 방향을 본 연구에서도 빌려와서 사용하지만, 이번 연구는 돌봄에 초점을 맞추고 있으므로 관련성이 높은 항목(II, III, V, VI, VII, IX) 중심으로 치매돌봄정책을 분석하려고 한다. 치매돌봄정책은 치매관리종합대책과 장기요양기본계획 등을 토대로 시행되고 있는 노인 장기요양제도, 노인돌봄종합·기본서비스, 치매안심센터 사업을 분석 대상으로 하여 치매 경과별로 검토한다. 또한, 치매를 가진 노인의 치매 상태와 심리행동이상증상에 따른 일상생활, 돌봄 요구도, 돌봄 수혜 상황도 분석한다. 이와 함께 치매노인을 비공식적·공식적으로 돌보는 가족, 요양보호사, 기관 종사자가 겪는 치매 돌봄의 어려움, 돌봄 제공, 도움 요구도, 서로 간의 관계 등 실태도 치매 진행 과정 중심으로 알아본다.

제3절 연구의 내용 및 방법

제2절의 [그림 1-1]에서 소개한 분석틀을 토대로 수행한 연구 내용과 연구 방법을 장별로 간단히 소개한다. 가장 먼저, 제2장에서는 2008년 이후 치매돌봄정책의 역사적 발전 과정을 되돌아보고, 현재의 치매 관련 제도·서비스를 분석한다. 제3장에서는 그동안 우리나라 치매돌봄정책의 발전 과정에 참고자료가 됐고, 앞으로의 치매돌봄정책 제언을 할 때도 함의를 줄 수 있는 국제기구와 선형 국가의 치매통계, 최근 동향, 정책 내용을 정리한다. 제4장부터 제5장까지는 치매검진 및 돌봄 과정에서의 상황, 어려움, 서비스 이용, 정책적 요구를 자세히 다룬다. 이를 위해 행정자료, 통계, 2017년 노인실태조사 원자료를 양적으로 분석하고, 대표성은 보장되지 않지만 치매 돌봄 과정에서의 상황을 자세히 파악할 수 있도록 비공식적(21명<표 1-1>)·공식적(27명<표 1-2>) 돌봄제공자 총 48명의 심층면접 자료를 질적으로 분석하는 혼합 방법을 적용한다. 마지막 제6장 결론에서는 본 연구에서의 분석 결과를 종합하고, 정책적 제언을 한다.

〈표 1-1〉 비공식적 돌봄 심층면접 참여자-치매노인 기본정보

연구 참여자 특성			치매노인 특성		
번호	연령	치매 노인과 관계	연구 참여자와 관계	연령	치매 중증도
I-O-A	58	아들	부	83	고도
I-O-A	58	아들	모	82	중증
I-O-B	70	아들	모	91	중증
I-O-C	69	남편	아내	69	중증
I-O-D	55	딸	모	81	중증
I-O-E	60	아들	모	92	고도
I-O-F	53	아들	모	92	고도
I-O-G	86	남편	아내	84	중기
I-O-H	50	며느리	시모	83	경증
I-O-I	55	사위	장모	90	경증
I-N-11	45	며느리	시모	78	중증
I-N-12	59	아내	남편	71	중증
I-N-13	63	며느리	시부	별세 (91)	고도
I-N-14	45	며느리	시모	82	경증
I-N-15	78	아내	남편	82	중증
I-N-21	41	손녀	할머니	별세 (94)	고도
I-N-22	53	아들	모	81	중증
I-N-23	65	여동생	언니	79	중증
I-N-24	62	며느리	시모	89	중증
I-N-25	49	딸	친모	85	경증
I-N-26	50	딸	친모	80	중증

20 치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색

〈표 1-2〉 공식적 돌봄제공자(연구참여자) 기본정보

번호	성별	연령대	기관	직위	자격
F-O-A	남성	40대	치매안심센터(신설)	센터장	공무원
F-O-B	여성	40대	치매안심센터(신설)	팀장	공무원
F-O-C	여성	30대	치매안심센터(신설)	팀원	간호사(공무원)
F-O-D	남성	50대	광역치매센터	센터장	정신과 의사
F-O-E	여성	40대	요양시설	원장	-
F-O-F	여성	70대	요양시설	이사장	-
F-O-G	남성	30대	요양시설	사무국장	-
F-O-H	여성	50대	요양시설	요양국장	사회복지사
F-O-I	남성	50대	재가기관	요양보호사	요양보호사
F-O-J	여성	40대	치매안심센터(기존)	팀장	간호사
F-O-K	여성	40대	치매안심센터(기존)	팀장	간호사
F-O-L	여성	40대	치매안심센터(기존)	팀장	간호사
F-O-M	여성	40대	치매안심센터(기존)	팀장	간호사
F-O-N	여성	20대	치매안심센터(기존)	팀원	간호사
F-O-O	여성	30대	치매안심센터(기존)	팀장	간호사
F-O-P	여성	50대	치매안심센터(기존)	팀장	간호사
F-O-Q	여성	50대	치매안심센터(기존)	팀장	간호사
F-N-11	남성	50대	요양시설	요양보호사	요양보호사
F-N-12	여성	60대	방문목욕, 방문요양	요양보호사	요양보호사
F-N-13	여성	60대	방문목욕, 방문요양	요양보호사	요양보호사
F-N-14	여성	60대	방문목욕·요양, 단기보호	요양보호사	요양보호사
F-N-15	여성	60대	방문목욕·요양, 방문간호	기관장	간호사
F-N-21	여성	50대	방문목욕, 방문요양	요양보호사	요양보호사
F-N-22	여성	60대	방문목욕, 방문요양	요양보호사	요양보호사
F-N-23	여성	50대	방문목욕, 방문요양	요양보호사	요양보호사
F-N-24	여성	50대	방문요양	요양보호사	요양보호사
F-N-25	여성	50대	주야간보호	요양보호사	요양보호사

제 2 장

치매돌봄정책 분석

제1절 치매관리법과 치매관리종합계획

제2절 치매돌봄정책 개요

제3절 치매돌봄정책 분석

제4절 소결



제1절 치매관리법과 치매관리종합계획

1. 치매관리법 연혁 및 구성

치매정책은 치매관리법에 근거를 두고 실시되고 있다. 치매관리법¹⁾은 2011년 8월, 국가가 노인 대상 치매검진사업 등 치매 예방과 홍보 및 관리사업을 지원할 수 있도록 필요한 정책을 마련하고 치매환자의 삶의 질을 개선하며 더 나아가 가족 및 사회경제적 부담을 덜어 국민의 건강과 복리증진에 이바지하려는 목적으로 제정되었다. 기존 「노인복지법」의 일부 조항에 기반하여 시행되던 치매관리사업의 법적 근거가 「치매관리법」에 규정됨으로써 국가치매관리사업의 정책적 당위성이 확보되었다고 평가할 수 있다(김기웅 외, 2015).

치매관리법은 제정 이후 3차례의 일부개정이 이루어졌다. 1차 개정은 2015년에 이루어졌으며 주요 사항은 다음과 같다.

- 국가의 의무를 구체화
- 치매관리종합계획의 포함 내용(치매가족 환자 지원) 추가
- 치매환자의 가족지원사업
- 중앙치매센터의 설치: 지정 → 설치
- 광역치매센터의 설치
- 치매상담전화센터의 설치

1) 법제처 국가법령정보센터. 치매관리법.

■ 비용의 지원: 광역, 상담전화센터 비용

2015년 개정을 통해 치매에 대한 국가의 의무를 강화하고, 치매관리를 체계적이고 책임 있게 수행하기 위한 중앙치매센터-광역치매센터-치매상담센터(현재는 치매안심센터로 변경됨)로 이어지는 중앙정부와 광역·기초지방자치단체의 전달체계를 구축하게 된다. 또한, 치매환자의 가족 지원 강화를 통해 치매관리정책의 범위를 확대하는 근간이 마련된다. 2017년 9월 이루어진 2차 개정에서는 12조 3의 ‘성년후견제 이용지원’이 신설되고 이를 통해 치매환자의 권리 보장을 위한 근거를 마련하였다.

2018년 6월에 이루어진 3차 개정에서는 문재인 정부의 ‘치매국가책임제’ 구현을 위한 실효성 있는 공급체계 마련의 차원에서 공립요양병원 설치, 치매안심병원 지정, 치매안심센터(치매상담센터)의 기능 확대를 주요 내용으로 한다. 「치매관리법」 제2조 3항에 따르면, ‘치매관리’란 치매의 예방과 치매환자에 대한 보호·지원 및 치매에 관한 조사·연구 등으로 (2018. 12. 13. 시행) 정의되며, 이는 이전까지 예방과 진료·요양 및 조사·연구로 정의했던 범위에서 확대된 것이다. 즉, 진료와 요양을 보호와 지원으로 변경함에 따라 치료라는 의료의 좁은 의미를 ‘보호’로 대체함으로써 의료, 돌봄을 포괄하는 넓은 의미로 확대되었다고 해석된다. 이러한 변화가 담긴 3차 개정 사항은 2018년 12월 13일부터 시행됐다.

치매관리법은 2011년 제정되었으나, 2015년 개정을 통해 치매환자와 환자 가족에 대한 지원이 이루어질 수 있는 국가책임과 전달체계의 법적 근거가 마련되고, 2018년 3차 개정을 통해 치매관리의 의료와 돌봄이 이루어질 수 있는 안정적 법적 근거가 마련되었다.

(표 2-1) 치매관리법 구성(2018. 6. 12. 개정 기준)

구성	조항
제1장 총칙	제1조 목적 제2조 정의 제3조 국가 등의 의무 제4조 다른 법률과의 관계 제5조 치매 극복의 날
제2장 치매관리종합계획의 수립·시행 등	제6조 치매관리종합계획의 수립 등 제7조 국가치매관리위원회 제8조 위원회의 구성 제9조 위원회의 기능
제3장 치매연구사업 등	제10조 치매연구사업 제11조 치매검진사업 제12조 치매환자의 의료비 지원사업 제12조의 2 치매환자의 가족지원 사업 제12조의 3 성년후견제 이용지원 제13조 치매등록통계사업 제14조 역학조사 제15조 자료제공의 협조 등 제16조 중앙치매센터의 설치 제16조 2 광역치매센터의 설치 제16조 3 공립요양병원의 설치 및 운영 제16조 4 치매안심병원의 지정 제17조 치매안심센터의 설치 제17조 2 치매상담전화센터의 설치
제4장 보칙	제18조 비용의 지원 제19조 비밀누설의 금지 제20조 위임과 위탁
제5장 벌칙	제21조 벌칙

치매관리법에서 치매환자와 치매 가족에 대한 돌봄정책의 근거가 되는 조항은 치매검진사업(제11조), 치매환자의 가족지원 사업(제12조 2), 성년후견제 이용지원(제12조의 3)이다. 그리고 이러한 지원은 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터에서 실시되는 치매 관련 예방, 치료, 보호, 지원의 다양한 서비스이며, 2018년 12월부터 공립요양병원과 치매안심병원에서도 치매질환자에 대한 진단과 치료가 확대될 것으로 기대된다.

2. 치매관리종합계획의 수립

치매관리법 제6조에서는 ‘치매관리종합계획’을 수립하도록 법제화하고 있다. 치매관리종합계획은 치매질환자와 가족을 위한 보호와 지원, 치매질환에 대한 대응을 위한 홍보 및 교육, 연구, 인력 양성 등을 포괄하고 있다. 동법 시행령 제3조에 의하면 치매관리종합계획은 5년마다 수립하도록 하고 있다.

〈표 2-2〉 치매관리종합계획 포함 항목(치매관리법 제6조)

1. 치매의 예방·관리를 위한 기본시책
2. 치매검진사업의 추진계획 및 추진방법
3. 치매환자의 치료·보호 및 관리
4. 치매에 관한 홍보·교육
5. 치매에 관한 조사·연구 및 개발
6. 치매관리에 필요한 전문인력의 육성
7. 치매환자가족에 대한 지원
8. 그 밖에 치매관리에 필요한 사항

자료: 국가법령정보센터(<http://www.law.go.kr>). 치매관리법(2018. 9. 25.)

치매관리종합계획²⁾은 2008년 제1차 치매종합관리대책 수립 후 현재까지 총 3차례 수립되었으며, 현재 제3차 치매관리종합계획(2016~2020년)이 실시 중이다. 제1차 치매종합관리대책(2008~2012년)³⁾은 2008년 8월 정부가 ‘치매와의 전쟁’ 선포 후, 후속 조치로 같은 해 9월 발표되었다. 4대 사업 목표로 1) 치매 조기 발견 및 예방 강화, 2) 종합적·체계적인 치매 치료관리, 3) 효과적 치매관리를 위한 인프라 구축, 4) 치매환자 부양 부담 경감 및 부정적 인식 개선을 설정하였다. 이를 바탕으로 전국 시군구

2) 치매관리종합계획은 치매관리법이 제정되기 전 1차 계획이 수립되고, 법에 근거하여 2차 계획이 2012년에 제정됨. 2차 계획은 4년 계획으로 활용, 3차 계획부터 5년간 계획으로 수립됨. 1~2차 계획이 4년 계획으로 수립된 이유에 대해서는 근거를 찾을 수 없었음.
3) 보건복지부(2008). 치매종합관리대책(2008~2012).

보건소에 ‘치매상담센터’ 설치 및 치매의 조기 발견과 꾸준한 관리를 통한 중증화 지연을 위하여 치매검진사업, 치매진료·약제비 지원 사업 등의 초석을 다졌다. 제1차 치매관리종합대책의 추진 중 2011년 「치매관리법」이 제정되어 2차 치매관리종합계획은 치매관리법에 근거하여 수립되었다.

제2차 치매관리종합계획(2012~2015년)⁴⁾은 4대 사업 목표로 1) 치매 조기 발견 및 예방 강화, 2) 맞춤형 치료 및 보호 강화, 3) 효과적 치매관리를 위한 인프라 확충, 4) 가족지원 강화 및 사회적 인식 개선을 설정하였다. 중앙·광역치매센터 및 치매상담콜센터 설치, 공립요양병원 치매기능 보강 지원 등 치매관리사업의 전달체계 및 인프라 확충, ‘치매 극복의 날’ 행사, ‘치매극복 걷기대회’ 등을 통한 치매 인식 개선 노력이 이루어졌다.

3차 치매관리종합계획(2016~2020년)은 4대 사업 목표로 1) 지역사회 중심 치매 예방 및 관리, 2) 편안하고 안전한 치매환자 치료·돌봄 제공, 3) 치매환자 가족지원 확대, 4) 연구·통계 및 기술개발을 통한 치매 인프라 확충을 설정하였다.

치매관리종합계획은 치매관리법이 제정된 2012년 이후 수립된 2차 기본계획부터 본격적인 실효성을 갖고 추진되고 있다. 2차에서는 치매관리의 틀을 마련하고, 치매 조기 발견을 위한 검진사업과 광역치매센터를 확대하는 것에 중점을 두었다. 3차 치매관리종합계획에서는 가족과 주변인의 관심과 돌봄이 필요한 특성이 부각되어 ‘지역에서의 돌봄’을 위한 지역 단위 치매상담센터를 확대하고, 가족에 대한 지원을 강화하는 것을 주요 내용으로 한다.

제3차 치매관리종합계획이 수립된 이후 문재인 정부의 ‘치매국가책임제’가 발표되면서 3차 기본계획보다 진일보한 치매관리정책이 추진되고 있다.

4) 보건복지부(2012). 제2차 치매관리종합계획(2012~2015).

28 치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색

〈표 2-3〉 치매관리종합계획 비교표(제1차~제3차)

구분	제1차 치매관리종합계획	제2차 치매관리종합계획	제3차 치매관리종합계획
목표		<ul style="list-style-type: none"> • 치매 예방-발견-치료-보호를 위한 체계적 기반 구축 • 치매환자와 가족의 삶의 질 향상 및 노년의 불안감 해소 • 치매에 대한 올바른 이해 및 사회적 관심 제고 	<ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 중심의 치매 중증도별 치매치료·돌봄 • 치매환자의 권리·안전보호와 가족 부담 경감 중심의 지원체계 마련
추진 내용	<p>① 치매 조기 발견 및 예방 강화</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치매 조기 검진 확대 • 치매 발생 위험요인 관리 • 인지건강 프로그램 개발·보급 • 치매 치료를 위한 바우처 지원 <p>② 종합적·체계적 치매 치료 및 관리</p> <ul style="list-style-type: none"> • 국가치매등록관리 DB 구축·관리 • 인지재활 프로그램 활성화 • 재가서비스 확대 및 다양한 서비스 개발 • 치매노인 실종 방지 및 찾아주기 사업 강화 • 치매 시설의 전문화·특성화 • 치매 예방·치료 등에 대한 연구개발 강화 <p>③ 효과적 치매관리를 위한 인프라 구축</p> <ul style="list-style-type: none"> • (가칭) 국가치매사업추진단 설치·운영 • 중앙·권역별·지역별 단위 치매센터 설치 및 운영 • 효과적 업무 추진을 위한 치매 전담부서 설치 • 치매 전문인력 양성 • 치매 실태조사 등 연구 강화 • 장기요양보험제도의 대상자 확대 <p>④ 치매환자 부담 경감 및 부정적 인식 개선</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치매가족 지원사업 강화 • 치매 질환의 예방·치료·관리 가능성 홍보 • 치매환자에 대한 부정적 사회 분위기 개선 	<p>① 조기 발견 및 예방 강화</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치매검진 내실화 및 진단율 제고 • 치매 발생 위험요인 사전 관리 강화 <p>② 맞춤형 치료 및 보호 강화</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치료지원 강화 • 장기요양 대상자 확대 • 가족의 돌봄 지원 • 치매 거점병원 지정 및 운영 <p>③ 인프라 확충</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치매관리 전달체계 확립 • 치매환자 종합DB 고도화 • 치매 전문인력 양성 • 치매 연구개발 강화 <p>④ 가족지원 및 사회적 소통 확대</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치매 케어 상담 등 가족지원 강화 • 치매 인식 개선 및 정보 제공 	<p>① 지역사회 중심의 치매 예방 및 관리</p> <ul style="list-style-type: none"> • 생활 속 치매 예방 실천 지원 • 치매에 대한 부정적 인식 개선 및 치매 친화적 환경 조성 • 3대 치매 고위험군 관리 및 지속적 치매 조기 발견 지원 <p>② 편안하고 안전한 치매환자 진단, 치료, 돌봄 서비스 제공</p> <ul style="list-style-type: none"> • 지역사회 중심의 치매치료, 관리체계 확립 및 전문성 제고 • 치매환자 재가 및 시설 돌봄 지원 • 중증, 생애말기 치매환자 권리보호 및 확대 방지 등 지원체계 마련 <p>③ 치매환자 가족의 부양부담 경감</p> <ul style="list-style-type: none"> • 치매환자를 돌보는 가족을 위한 상담, 교육, 자조모임 등 지원 • 치매환자 가족의 간병부담 경감을 위한 사회적 지원 확대 • 치매환자 가족의 간병부담 경감을 위한 경제적 지원 확대 <p>④ 연구·통계 및 기술을 통한 인프라 확충</p>

주: 차수별 치매관리종합계획을 참고로 재정리함.

3. 문재인 정부의 ‘치매국가책임제’

문재인 정부의 ‘치매국가책임제’는 치매에 대한 국가의 지원이 크게 확대된 계기로 평가된다. 치매국가책임제 발표 이전에는 치매관리법과 치매종합계획에 따라 노인복지의 한 영역으로 사업이 실시되었다고 할 수 있다. 하지만 국정과제로 채택되면서 기존 제3차 치매관리종합계획을 바탕으로 추가적인 정책이 수립 및 시행되고 있다.

치매국가책임제에서는 치매관리 전달체계 수립과 돌봄 서비스 확대가 주요 내용이다.

첫째, 시군구별 치매안심센터 확대 운영을 통해 지역을 기반으로 한 치매관리가 이루어지도록 한다. 치매안심센터는 맞춤형 사례관리를 통해 치매 관련 맞춤형 상담, 1:1 사례관리, 서비스 연계 실시, 치매안심센터와 치매상담콜센터를 통해 365일 24시간 상담 가능한 치매 핫라인 구축을 내용으로 한다.

둘째, 치매환자에 대한 치료와 돌봄 서비스 확대이다. 노인장기요양보험에서 기존 등급(1~5등급)에 해당하지 않는 치매환자를 별도의 ‘인지지원등급’으로 지원하는 것이다. 또한, 치매안심요양병원 확충을 통해 치매환자의 의료서비스를 확대하고자 한다. 인지지원등급자에게는 지역 노인복지관(전국 350여 곳)을 통해 치매 고위험군 대상 인지활동서비스를 제공하도록 한다.

셋째, 치매환자의 서비스 이용 비용을 줄여 주기 위해 장기요양비의 본인부담금 경감, 중증 치매노인의 의료비 감면, 기저귀 등 필요한 물품에 대한 비용을 지원한다. 장기요양보험 본인부담금 경감 대상자를 기존 중위소득 50% 이하로 확대하는 방안을 추진하며, 중증 치매환자의 건강보험 본인부담률을 인하하고 치매진단검사에 건강보험 적용, 기저귀 등 복지

용구와 시설의 식재료비에 대한 장기요양급여의 확대를 추진하고자 한다.

그 외에도 치매노인의 안전과 권리보호를 위한 치매노인 실종 제로사업 실시, 치매노인 공공후견제도 시행, 치매 조기 발견을 위한 국가건강검진의 인지기능검사 지원을 강화하였다.

문재인 정부의 공정과제로서 국가치매책임제는 치매로 고통받는 환자와 가족, 그리고 치매에 대한 사회적 관심을 촉구하여 치매 보호 확대에 크게 기여할 것으로 기대된다.

제2절 치매돌봄정책⁵⁾ 개요

1. 치매돌봄정책의 대상자 및 급여 내용

치매돌봄정책은 1) 치매노인에 대한 진단, 2) 치매노인 상담과 지원서비스, 3) 치매노인 요양서비스, 4) 치매가족 지원 서비스 등으로 구분된다.

가. 치매검진 지원

치매 질환은 비가역성인 경우가 대부분이며, 현재까지는 조기 발견하여 진행을 늦추고 질병에 적응하며 생활하는 것이 중요하다. 따라서 치매에 대해 조기 발견을 위해 치매검진 지원 정책이 이루어지고 있다.

5) 본 연구에서 치매노인에 대한 '돌봄' 정책이라고 함은 치매관리법에서 제시하고 있는 치매 관리의 보호와 지원 중 치매질환자와 치매 가족에 대한 요양, 상담·교육 등의 지원, 일상 생활지원 등의 사회서비스의 범위이며, 따라서 의료 영역인 의료비지원사업, 그 외의 치료의 영역은 제외하고자 함. 대부분의 치료·의료 영역과 달리 치매검진은 치매관리종합계획과 치매국가책임제에서 핵심적인 정책 영역이어서 연구 내용에 포함함. 또한 치매질환자의 요양과 보호를 장기요양서비스와 노인돌봄 서비스를 범위로 포함하고자 함.

치매검진 지원은 치매안심센터에서 지역을 기반으로 치매정책의 주요 사업으로 실시하고 있다. 치매검진사업의 대상은 치매 위험이 높은 만 60세 이상 노인이며, 「치매관리법」 제11조(치매검진사업)에 근거하여 실시하고 있다.

치매안심센터의 치매검진은 3단계로 이루어진다. 1차 검사인 치매선별검사에서는 치매선별용 간이정신상태검사(MMSE-DS)로 치매위험 여부를 파악하고, 2차 치매진단검사를 실시한다. 2차 검사는 치매선별검사 결과 일정 점수에 미달하는 경우 전문의 진찰, 치매척도검사, 치매신경인지검사, 일상생활척도검사 등을 실시한다. 3차 검사는 치매감별검사로 치매진단검사 결과 원인에 대한 감별검사가 필요한 경우 실시(혈액검사, 뇌 영상촬영 등)한다.

일차적으로 선별검사 대상은 만 60세 이상 모든 노인으로 하며, 진단검사는 치매안심센터 관할 시군구에 주소지를 두고 거주하는 만 60세 이상으로 치매로 진단받지 않은 모든 노인이 대상이며, 선별검사 결과 ‘인지저하’로 판정된 자, 치매 의심증상이 뚜렷한 자도 대상이 된다. 진단검사는 전문의 진찰, 치매척도 검사, 치매신경인지검사, 일상생활척도 검사 등을 실시한다. 3단계 감별검사는 2단계 진단검사 결과에서 치매로 진단된 자 중 치매의 원인에 대한 감별검사가 필요한 자를 대상으로 하며, 혈액검사, 뇌 영상촬영(CT 두부)을 통해 이루어진다. 감별검사는 소득 기준 중위소득 120% 이하인 사람에게 비용을 지원한다(보건복지부, 2018년 치매정책 사업안내, p. 38).

2018년부터는 치매 조기 검진 이후의 사후관리를 강화하고, 독거노인과 고연령층은 집중적인 관리를 한다. 진단검사 결과에서 치매는 아니나 경도인지장애(고위험군 집중검진)로 판단될 경우 매년 검진을 받게 한다. 또한 인지저하자(선별검사에서 인지저하로 분류되었으나 진단검사를 받

지 않은 경우), 독거노인, 만 75세 진입자의 경우 집중적 관리가 이루어지도록 한다.

나. 치매노인 돌봄 서비스

치매노인의 돌봄 서비스는 치매안심센터에서 제공되는 상담과 사례관리, 쉼터 이용과 노인장기요양보험에서 제공되는 요양서비스, 노인돌봄 종합서비스가 있다. 그 외에는 요양병원 등의 의료기관에서 이루어지는 돌봄이 있다. 이들 서비스는 치매노인의 상태별로 주로 이용하게 되는 서비스에 차이가 있다. 치매 초기의 경우 치매안심센터에서 제공되는 쉼터, 노인장기요양보험의 5등급과 인지지원등급에서 제공되는 서비스, 노인돌봄종합서비스를 이용할 수 있다. 치매 중기는 돌봄이 필요한 정도가 높아지므로 노인장기요양보험에서의 방문요양과 주야간보호서비스 중심의 재가급여와 시설급여, 그리고 요양병원 등에서의 보호가 중심이 된다.

1) 치매 초기 돌봄 서비스

치매안심센터의 치매환자 쉼터는 치매 확진 이후 초기 경증 치매질환자를 대상으로 하는 초기 안정화를 위한 단기 이용시설이다. 쉼터에서는 초기 경증 치매질환자의 치매 악화 지연을 위한 인지재활 프로그램, 상담·교육, 송영서비스 등 낮 시간대 보호를 제공한다. 정원은 25명 내외로 전담 인력 2~3명을 배치하도록 한다(보건복지부, 2018년 치매정책 사업안내, p. 38).

노인장기요양보험의 5등급과 인지지원등급은 장기요양보험에서 신체적 기능상태에는 크게 제한이 없으나 치매로 인한 인지기능 저하가 있는

경우이다. 5등급⁶⁾은 일부 일상생활에 어려움이 있는 치매 초기의 노인이며, 인지지원등급은 노인장기요양보험의 1~5등급은 아니지만 치매노인이 해당된다. 따라서 인지지원등급의 노인은 대부분 치매 초기이다. 노인장기요양 5등급은 월 급여 한도액 93만 800원, 인지지원등급은 51만 7800원 이내에서 급여를 이용할 수 있다. 5등급은 인지활동형 방문요양, 주야간보호, 방문간호 등의 재가서비스를 이용할 수 있으며, 인지지원등급은 주야간보호만을 이용할 수 있다. 복지용구는 모든 장기요양등급자가 연 160만 원 이내에서 이용할 수 있다.

치매 초기의 경우 노인장기요양보험의 1~5등급 수준의 요양 필요도는 아니지만 돌봄이 필요하면 노인돌봄종합서비스를 이용할 수 있다. 노인돌봄종합서비스 중 치매노인이 주요 대상인 서비스로는 방문서비스·주간보호서비스가 있다. 주요 대상자는 노인장기요양등급 외 A, B 판정자이며, 소득 기준은 가구 중위소득 160% 이하이며, 대상자 선정에서 우선순위를 두어 1순위는 독거노인, 2순위는 치매질환자, 3순위는 기타 노인성 질환자로 하고 있다. 노인돌봄종합서비스의 방문서비스로는 월 27시간과 36시간을 선택할 수 있으며, 주간보호서비스 또한 월 9일과 월 12일 중에서 선택할 수 있다. 방문서비스의 내용은 식사·세면 도움, 옷 갈아입히기, 신체기능의 유지·증진, 화장실 이용 도움, 외출 동행, 생필품 구매, 청소·세탁 등의 서비스 제공이다. 주간보호서비스의 내용은 심신 기능 회복 서비스(여가, 물리치료·작업치료·언어치료 등의 기능 훈련), 급식 및 목욕, 노인 가족에 대한 교육 및 상담 등이다.

6) 노인장기요양보험 5등급은 박근혜 정부의 국정과제(치매특별등급 도입)로 2015년 도입되었으며, 요양인정점수 기준으로는 장기요양등급이 아니지만 치매로 인해 추가적 도움이 필요함을 인정하여 요양인정점수 45점 이상~51점 미만인 자임.

2) 치매 중기 이후 돌봄 서비스

치매 중기 이후의 돌봄 서비스는 노인장기요양보험에서의 급여와 요양병원 등에서의 의료적 돌봄 서비스가 있다. 노인장기요양보험에서 치매 중기 이후는 주로 1~4등급자로 보험에서 제공되는 모든 급여를 선택하여 이용할 수 있는 권리가 있다. 따라서 재가급여인 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주야간보호서비스, 단기보호를 등급별 월 급여 한도액 내에서 이용할 수 있다. 또한 노인요양시설과 노인요양공동생활가정을 이용할 수 있으며, 특히 치매가 아닌 노인은 1~2등급에 한하여 시설급여를 이용하도록 하지만 치매노인은 3등급 이하도 건강보험공단의 승인으로 시설급여 이용을 허가받을 수 있다.

노인장기요양에서는 치매전담형 장기요양기관을 두어 치매에 전문화된 서비스를 제공하고 있다. 치매전담형 장기요양기관은 노인요양시설 내 치매전담실(가형 및 나형), 치매전담형 노인요양공동생활가정, 주야간보호 내 치매전담실이 있다. 치매전담형은 기존 장기요양기관의 인력 기준과 시설 설비 기준을 강화하여 치매노인이 기관에서 안전하고 치매에 특화된 서비스를 받을 수 있도록 한다. 치매전담형 장기요양기관 제도⁷⁾는 2016년 6월 노인복지법 시행규칙 개정을 통해 도입되었다.

의사소견서에 ‘치매상병’이 기재되어 있거나, 최근 2년 이내 치매진료 내역이 있는 2~4등급 수급자[2등급자 중 노인장기요양보험법 시행령 제6조 제1호에 해당하는 자(심신 상태나 거동 상태 등이 현저하게 불편한 자) 제외]는 치매전담형 장기요양기관인 노인요양시설 내 치매전담실, 치매전담형 노인공동생활가정, 주야간보호 내 치매전담실을 이용할 수 있다. 장기요양 5등급 수급자와 인지지원등급 수급자의 경우는 주야간보호

7) 보건복지부(2018. 3.), 치매전담형 장기요양기관.

내 치매전담실만을 이용할 수 있으며 노인요양시설과 노인요양공동생활 가정은 이용할 수 없다.

치매전담형 기관은 일반형 기관보다 시설과 인력, 교육과 서비스에서 강화된 기준을 적용받는다. 시설에서는 1인실 또는 1인 생활실을 1실 이상 설치해야 하며, 1인당 침실 면적 확대와 공동거실 설치(노인요양시설, 노인요양공동생활가정)를 의무로 한다. 요양보호사 배치 기준은 치매전담형 노인요양시설과 노인요양공동생활가정의 경우 기존의 노인 2.5명당 요양보호사 1명, 또는 노인 3명당 요양보호사 1명에서 노인 2명당 요양보호사 1명으로 변경되어 일반 기관의 기준보다 상향되었다. 또한, 치매전담형 주야간보호는 치매노인 7명당 요양보호사 1명에서 치매노인 4명당 요양보호사 1명으로 상향되었다.

치매노인에게 특화된 프로그램을 제공하기 위해 시설장, 요양보호사, 프로그램관리자는 의무적으로 치매전문교육을 이수하고, 프로그램관리자는 치매 맞춤형 프로그램을 운영한다.

의료시설인 요양병원은 치매노인이 주요 이용 대상자이지만, 치매노인을 위한 특화된 시설인력 기준과 서비스 제공 기준은 없다.

이와 같은 서비스 이외에도 직접적인 돌봄 서비스는 아니지만 간접적인 돌봄 지원을 위해 치매안심센터에서는 돌봄에 필요한 물품을 무료로 제공하거나 대여하는 서비스(조호물품 제공)와 배회 가능 어르신 인식표 발급 서비스를 하고 있다. 돌봄 물품으로는 기저귀, 방수매트, 식사용 에이프런 등의 위생소모품과 그 외의 조호기구 등이 있다. 이들 비용은 치매안심센터의 사업비로 충당되며, 이로 인해 장기요양서비스 제공으로 유도하도록 하고 있다.

배회 가능 어르신 인식표 발급은 실종 위험이 있는 치매환자에 대해 인식표를 발급하여 실종 시 치매환자의 조속한 발견과 복귀를 지원하고 있다.

다. 치매노인 가족 지원 서비스

치매노인의 가족에 대한 지원 서비스는 치매안심센터에서 이루어지는 상담과 교육서비스, 치매환자에 대한 가족교실, 자조모임, 가족카페 운영과 노인장기요양보험 및 노인돌봄종합서비스에서 이루어지는 치매가족 휴가제가 대표적이다.

치매안심센터의 치매노인 가족에 대한 지원으로는 상담과 교육, 가족교실, 자조모임, 가족카페 운영 등이 이루어진다. 치매노인 가족에 대한 상담과 교육서비스는 치매안심센터에서 이루어지며, 1:1 대면상담을 통해 돌봄 부담 분석, 치매에 대한 정보 제공, 정서 지원, 돌봄 지원 등을 한다. 가족교실은 치매환자 가족에 대해 약 8회에 걸친 10명 이내의 집단 프로그램을 운영하여 치매에 대한 이해, 돌봄에 대한 정보를 제공한다.

치매가족 자조모임은 치매노인을 돌보는 가족 모임으로 온라인, 오프라인 자조모임 등 지역에서 치매노인을 돌보는 가족 간 정보 교류, 심리적 부담 경감, 사회적 고립을 완화하기 위한 프로그램이다.

치매안심센터의 가족카페는 치매노인이 치매안심센터의 쉼터를 이용하는 동안 치매노인의 가족이 정보교환, 휴식, 자조모임 등을 할 수 있는 치매카페를 설치하여 정서적 지지를 받을 수 있게 한다. 가족카페는 센터별 요구와 지역 특성에 맞추어 운영되고 있다.

치매가족휴가제는 노인장기요양보험 대상자 혹은 노인돌봄종합서비스 이용자 중 치매환자인 경우 사용할 수 있다. 노인장기요양보험은 노인장기요양보험제도 대상자(1, 2급) 중 치매가 있는 대상자를 돌보는 경우, 같은 달에 시설 또는 단기보호 급여를 이용하지 않는 이용자와 인정조사표상 치매 및 수발 부담이 큰 망상, 폭언, 폭행 등 8개 항목 중 1개 이상에 해당하는 수급권자를 대상으로 한다. 이들에 대해서는 연간 15일 미만에

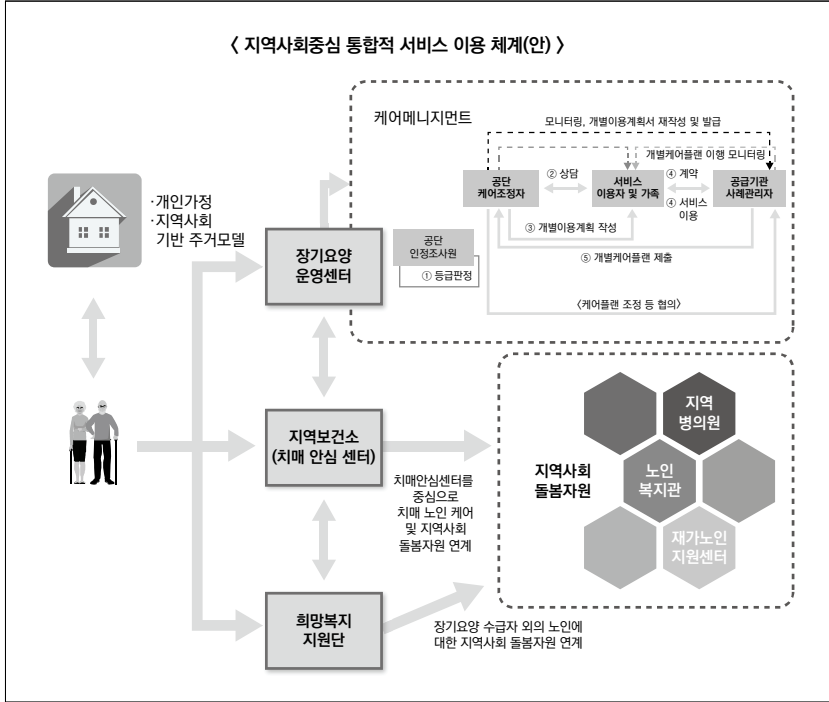
서 24시간 방문요양서비스를 제공하도록 하며, 2018년 기준 1일 1인 7만 5000원(본인부담 1만 원), 1박 2일 1인 15만 원~3인 36만 원(본인부담 1만 5000~7만 5000원)을 지원한다.

노인돌봄종합서비스는 노인돌봄종합서비스 이용자(방문서비스, 주간보호서비스) 중 최근 6개월 이내에 발급받은 의사진단서 및 소견서로 치매노인으로 입증된 자의 경우 서비스 대상이 된다. 이들에게는 연간 6일 내에서 기존 서비스 이외에 단기보호서비스를 추가로 이용할 수 있는 바우처를 지급한다.

2. 치매돌봄정책의 전달체계

치매돌봄정책은 치매노인을 포함하여 돌봄이 필요한 노인돌봄체계 안에서 이루어진다. 지역사회 노인장기요양보험, 치매안심센터, 노인돌봄 서비스를 비롯한 지역사회서비스 등이 연계되어 이루어지도록 계획하고 있다. ‘제2차 노인장기요양기본계획’에서 제시한 ‘지역사회 중심 통합적 서비스 이용체계(안)’에서도 이와 같은 각 복지 영역 간의 유기적 필요성을 제기하였다.

[그림 2-1] 지역사회 중심 통합적 서비스 이용 체계(안)



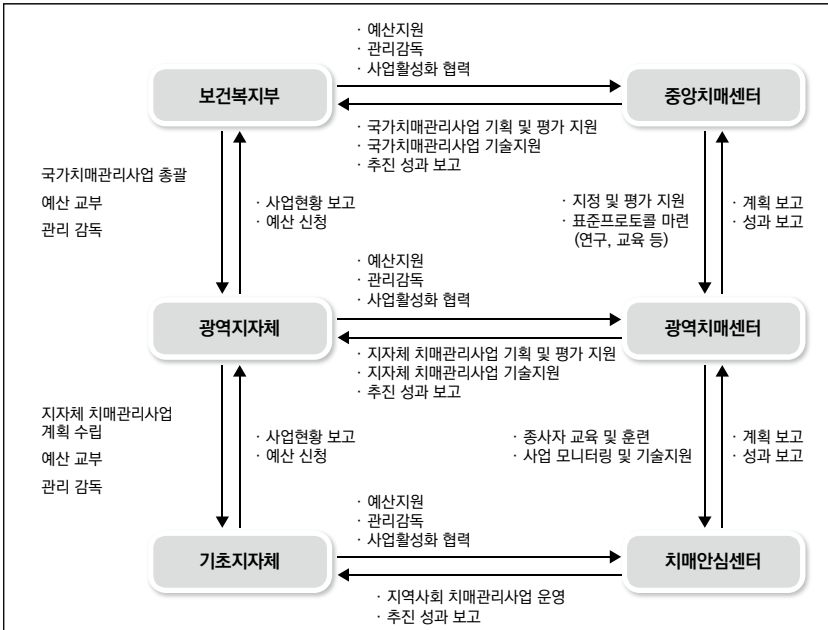
자료: 보건복지부(2017). 2018-2022 제2차 장기요양기본계획.

치매돌봄은 치매안심센터를 중심으로 한 치매관리, 사회보험의 노인장기요양보험과 지자체의 노인돌봄 서비스를 통해 서비스가 이루어진다.

정부 치매정책의 추진은 보건복지부(중앙정부) - 광역지방자치단체 - 기초지방자치단체와 중앙치매센터 - 광역치매센터 - 치매안심센터의 유기적 역할을 통해 정책의 수립과 관리, 사업 운영으로 이루어진다. 보건복지부는 국가치매관리사업을 총괄하며, 광역과 기초지자체에 예산 교부 및 관리·감독을 한다. 중앙치매센터는 보건복지부의 국가치매관리사업 기획 및 평가를 지원하며 또한 광역치매센터와 치매안심센터에 사업 운영을 지원한다. 광역지자체와 광역치매센터는 광역시 단위에서의 치매관

리와 사업 운영을 하며 특히 기초지자체 단위의 치매안심센터 종사자 교육 및 훈련 등을 지원한다.

[그림 2-2] 치매돌봄정책 전달체계

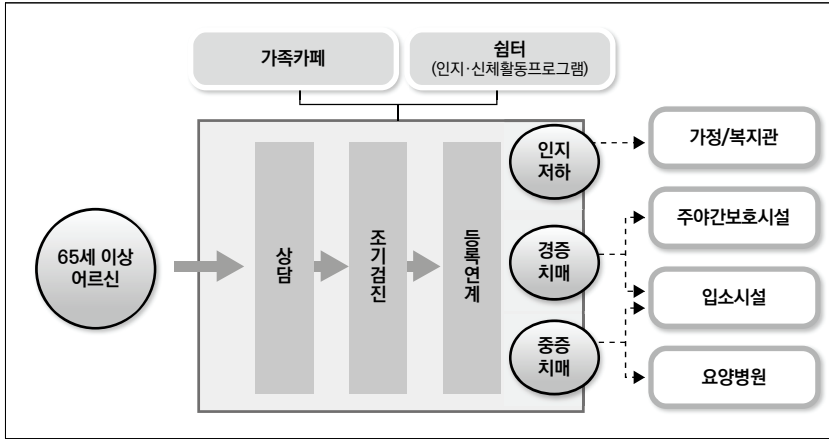


보건복지부에서 추진하는 치매정책 대부분은 치매안심센터를 통해 이루어지고, 국가치매책임제에서도 치매안심센터의 사례관리를 강화할 것이라고 발표하였다. 치매안심센터에서는 상담, 조기 검진을 하여 치매노인등록관리시스템에 등록하고, 치매안심센터의 쉼터, 가족카페를 이용하거나 치매 중증도에 따라 장기요양이나 기타 복지서비스와 연계하도록 한다.

특히 돌봄 사각지대에 있는 치매환자에 대해서는 ‘사례관리사업’을 실시한다. 돌봄 사각지대에 있는 치매환자란 치매지원서비스에 대한 교육

이나 정보 제공만으로는 상황을 스스로 개선할 수 없는 경우로 치매지원 서비스를 적극적으로 제공 및 연계하여 돌봄 사각지대를 해소하고자 하는 게 목적이다.

[그림 2-3] 치매안심센터 업무 흐름도



자료: 보건복지부. 2018년 치매정책 사업안내.

3. 치매관리 예산 현황

현 정부의 치매국가책임제의 실시는 치매관리사업 국가 예산이 크게 증가하는 계기가 되었다. 2018년 치매관리사업에 투입된 총 예산은 3050억 원이며, 2019년 예산은 4334억 원으로 1년 만에 42% 증가하였다. 특히 치매안심센터 운영비와 치매전담형 요양시설 확충에서 큰 폭으로 증가하였고, 이는 제도를 크게 확대하면서 필요한 기초 운영비와 초기 투자비용에 해당된다.

〈표 2-4〉 치매관리사업 관련 개요(2018~2019년)

(단위: 원)

회계	단위사업	세부사업	세부 사업명	'18년 예산	'19년 예산	증감	
국민 건강 증진 기금	노인의료 시설 확충	치매관리체계 구축	국가치매관리사업 운영	24억	24억	△0.4억	
			광역치매센터 운영(17개소)	72.3억	72.3억	전년 동일	
			치매상담콜센터	15억	15억	전년 동일	
			치매안심센터 기능 보강(47개소)	226억	-	-	
			공립요양병원 치매기능 보강 (2개소)	8억	33.5억	△25억	
			공립치매병원 BTL 정부지급금 (6개소)	37.4억	37.4억	전년 동일	
			치매안심센터 운영(252개소)	1,035억	2,087억	△1,052억 (△2개소)	
			치매안심요양병원 공공사업 지원	40억			
			치매안심센터 시스템 개선	-	17.4억	순증	
			중증치매노인 공공후견	-	4억	순증	
	치매 등 예방을 위한 운동 프로그램 개발	-	3억	순증			
	공립요양병원 공공사업 지원 (79개소/보조율 50%)		37.5억	37.5억	전년 동일		
	취약계층 의료비 지원	노인건강관리	치매치료관리비 지원 (12만 명, 단가 2만 4000원)	143억	143억	전년 동일	
보건소 건강증진			지역사회통합 건강증진사업	치매검진사업비	662억 ²⁾	669억	△7억
질병관리 연구			만성질병관리 기술개발연구	국가치매극복기술개발(R&D) -전 주기적 치매연구 지원	79.5억	120.3억	△40.8억
일반 회계	노인요양 시설 확충	노인요양시설 확충	치매전담형 요양시설 확충	670.3억	1,065억	△394.7억	
응급 의료 기금	의료 및 분만 취약지 지원	의료취약지 의료이용지원	치매 재활 원격협진 모형 지역 확대	-	6억	순증	

주: 1) 보건복지부(2018~2019) 중 치매관리사업으로 분류되는 사업과 이 외에 치매 관련 예산에 대해 정리한 내용임.

2) 통합건강증진사업 전체 예산으로, 치매검진사업비 별도 예산 미확보됨.

자료: 1) 보건복지부(2018). 2018년 예산안 및 기금운용계획 자료.

2) 보건복지부(2018). 2018년도 보건복지부 소관 예산안 및 기금운용계획안 개요.

제3절 치매돌봄정책 분석

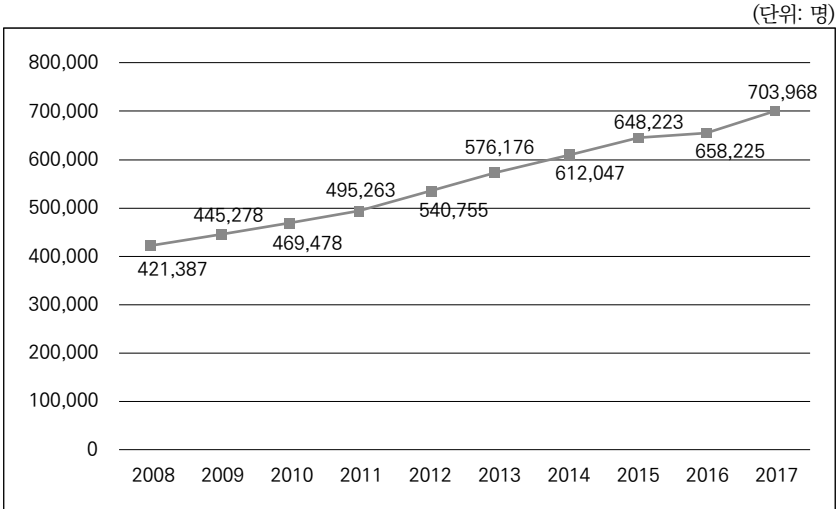
치매돌봄정책이 본격화된 것은 2015년 제2차 치매종합계획이 수립된 이후부터이며, 현 정부(문재인)의 치매국가책임제로 더 급격히 추진되고 있다. 2015년 이전 정책은 치매검진 및 치매약제비 지원을 중심으로 한 지원으로, 돌봄에 대한 서비스는 부족한 상태였다. 따라서 치매돌봄정책 분석은 정책에 대한 성과 중심으로 평가하기보다는 향후 정책의 효과가 발휘될 수 있도록 하는 제도 설계 중심으로 하고자 한다.

1. 치매 돌봄 보장 규모의 적절성

가. 치매노인 규모 추정

2017년 현재 우리나라 65세 이상 노인 인구 중 치매질환자의 비율은 10.2%로 70만 명 이상으로 추정되고 있다. 성별로는 남성 노인이 28.6%, 여성 노인이 71.4%이며, 연령별로는 65~69세 6.9%, 70~74세 6.6%, 75~79세 20.4%, 80~84세 25.8%, 85세 이상 40.3%이다. 여성이며 고령일수록 치매환자의 비중은 높게 나타난다. 중증도별 비율을 살펴보면 최경도는 16.8%, 경도 40.3%, 중등도 26.9%, 중증이 16.0%이다 (중앙치매센터 홈페이지, https://www.nid.or.kr/info/today_list.aspx. 2018. 10. 30. 발췌).

[그림 2-4] 2008~2017년 치매환자 추정 인구 변화



자료: 김기웅 외(2008, 2012, 2016). 치매유병률조사. 보건복지부. 중앙치매센터.

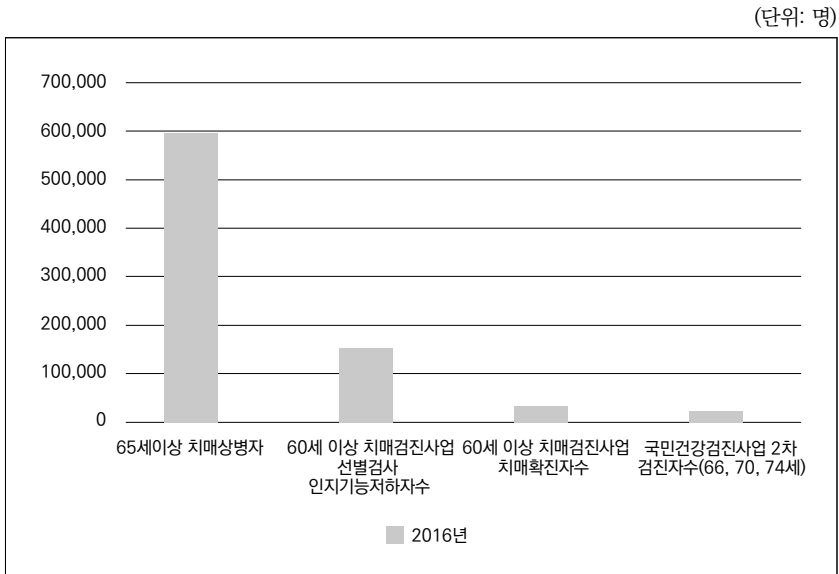
치매는 조기 발견하여 진행 속도를 늦추는 것이 중요하다. 따라서 1차 치매종합대책과 치매관리법이 시행되었던 초기부터 치매 조기 발견 사업에 주력하였다. 현재 치매 조기 발견을 위해서 치매안심센터를 중심으로 한 사업이 추진되고 있으며, 치매질환에 대한 사회적 관심 증가로 진단 비율도 높아지고 있다. 중앙치매센터에서 발표한 공식적인 진단율은 2015년 기준 73.6%로 나타났다(중앙치매센터 홈페이지, https://www.nid.or.kr/info/today_list.aspx. 2018. 10. 30. 발췌).

2016년 기준으로, 의료기관에서 치매상병코드로 진료를 받았다고 입력되어 있는 치매상병자 수는 추정 치매환자의 84% 수준인 약 58만 명(주상병 치매코드 8개 기준)이었다. 그에 비해 60세 이상 치매검진사업에서 발견한 인지기능저하자 수는 15만 명 정도로 적었고, 치매확진까지 받은 수는 3만 5000명 정도로 더욱 적다. 66세, 70세, 74세 연령을 대상으로 하는 국민건강검진사업에서의 검진자 수는 2만 4000명 정도로 그보

44 치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색

다도 적었다. 즉, 의료기관에서 치매상병코드로 입력된 치매상병자 수에 비해 치매검진을 통해 확진을 받은 치매노인 비율은 매우 낮은 실정이라고 할 수 있다.

[그림 2-5] 치매 조기 검진과 진단 현황(2016년)



자료: 1) 김기웅 외(2017). 치매환자 관리 누락 방지를 위한 국가치매관리체계 개선방안 연구. 감사원. 중앙치매센터.

2) 남효정, 황성희, 김유정, 변선정, 김기웅(2017). 대한민국 치매현황 2017. 보건복지부. 중앙치매센터.

나. 치매돌봄정책 대상자의 보장성

치매노인에 대한 돌봄정책은 치매안심센터의 서비스와 노인장기요양보험, 노인돌봄종합서비스, 노인돌봄기본서비스가 대표적이다. 이들 정책 중 치매안심센터의 서비스와 노인장기요양보험은 치매노인은 누구나 이용할 수 있도록 설계되어 있다.

그러나 치매안심센터에서의 치매돌봄정책은 치매쉼터가 대표적인 서비스로 치매진단 이후 장기요양서비스를 포함한 치매지원서비스를 신청했으나 아직 판정 결과가 나오지 않은 대기자이며, 소득 기준에 따라 저소득층 우선, 독거나 노인 부부 가구 우선으로 하며, 이용 정원이 오전, 오후 각각 최대 20명으로 하고 있다(보건복지부, 2018년 치매정책 사업 안내). 따라서 치매안심센터의 쉼터에서 돌봄을 이용할 수 있는 보장 규모는 매우 작다.

반면 노인장기요양보험에서는 인정조사를 통해 인지기능을 비롯한 일상생활수행능력과 신체기능 등의 종합적 요양 필요도 조사를 통해 1~4등급자의 경우 치매 여부와 상관없이 요양급여를 이용할 수 있다. 요양 필요도 45~51점 이하의 경우 5등급, 45점 미만의 치매일 경우 인지지원등급으로 판정된다. 따라서 치매 질환자는 다른 조건 없이 노인장기요양서비스의 대상자가 된다. 따라서 치매질환자의 경우 노인장기요양보험에서 대상자의 보장성은 100%이다. 그러나 실제 노인장기요양보험 1~5등급의 치매질환자는 25만 1011명(국민건강보험공단, 2017 노인장기요양보험통계연보)이며, 인지지원등급은 9328명(노인장기요양보험 홈페이지, 등급판정현황 2018년 9월, 2018. 11. 5. 발췌)이다. 따라서 노인장기요양보험의 치매질환자는 26만 339명으로 전체 치매질환자의 35.9%(2017년 치매질환자 수 추정 75만 명 기준) 수준이다.

그 외의 치매질환자에 대해 서비스를 이용하는 수급 범위가 파악된 것은 1) 의료기관에서 치매진단을 받아서 치매상담센터에 등록·관리되고 있는 60세 이상 치매환자 수는 32만 명 정도로 보고되며, 2) 치매치료를 처방받은 치매환자 수는 28만 명, 3) 2016년 치매상담센터(치매안심센터) 인지재활 프로그램에 참여한 치매환자 수는 약 9만 명, 4) 노인돌봄 기본서비스를 이용한 치매환자 수는 26만 명, 5) 실증 예방을 위한 배회

인식표를 받은 치매환자는 약 1만 6000명으로 나타났다(남효정 외, 2017). 노인돌봄종합서비스는 장기요양등급외자 중 치매질환자를 주요 대상으로 설계하고 있으나, 전체 돌봄종합서비스 이용자 중 치매질환자의 규모는 파악되지 않는다.

치매돌봄정책 대상자의 보장성은 제도 설계상으로는 노인장기요양보험제도에 의해 보장성 100%를 달성하고 있다. 그러나 실제 보장 규모는 50%를 넘지 못하는 것으로 나타나며, 또한 각종 돌봄정책 간에 대상자 규모가 일부 파악되고 있으나 서비스 간 중복으로 인하여 이용하는 규모가 파악되지 못하는 한계가 있다.

치매돌봄정책 대상자의 보장성을 평가하기 위해 치매 상태별로 돌봄의 내용과 정도, 수준을 기준으로 한 보장성 규모의 적정성이 평가되어야 한다. 하지만 현재는 개별 정책에서 치매 수급자의 중증도가 파악되지 않음으로 인해 정책 대상자의 보장성에 대한 적정성을 평가하는 것이 부적절한 상태이다.

2. 급여(서비스) 내용과 중복 제한의 적절성

노인돌봄정책이 다양하게 도입되면서 정책 간 중복을 금지하고 있다. 예를 들어 노인장기요양 수급권자의 경우 노인돌봄종합서비스 이용이 제한되어 있다.

치매돌봄정책의 서비스 내용은 인지요양프로그램과 일상생활 지원으로 구분할 수 있다. 치매질환자 돌봄 서비스는 치매 상태에 따라 필요로 하는 서비스를 달리하지만, 또한 치매질환자의 인지기능뿐 아니라 신체적 기능이 종합적으로 평가되어 필요로 하는 서비스가 결정된다. 따라서 단순히 치매노인이라고 치매중증도만을 기준으로 필요로 하는 서비스를

일반화할 수는 없다. 인지기능 저하는 신체기능과 일상생활수행능력에 영향을 미치는 주요한 기능 중 하나이다.

장기요양등급은 인지기능을 비롯하여 신체기능과 일상생활수행능력을 종합적으로 평가하여 등급을 판정하므로, 이들 등급을 기준으로 하여 제공되는 서비스를 살펴보고 특히 치매 특화된 서비스를 살펴보면 다음과 같다. 우선 장기요양 1~4등급에서는 비치매노인과 동일한 요양서비스를 이용할 수 있다. 그러나 2~4등급은 최근 도입된 치매전담형 장기요양기관을 통해 치매 특화된 인지활동형 서비스를 이용할 수 있도록 하였다. 또한, 5등급은 일부 일상생활기능에 제한이 있는 치매노인으로 인지활동형 주야간, 인지활동형 방문요양 등을 통해 장기요양서비스를 이용하되 인지기능을 촉진하기 위한 인지활동형 서비스를 받을 수 있도록 설계되어 있다.

가장 최근에 도입된 노인장기요양보험의 인지지원등급의 경우 주야간 보호(인지활동형 주야간보호)를 이용할 수 있으며 일상생활에 대한 서비스는 이용할 수 없도록 되어 있다. 반면 치매이지만 장기요양등급을 신청하지 않은 경우 치매안심센터의 쉼터 또는 노인돌봄종합서비스의 방문요양서비스를 통해 가사지원 등 일상생활지원서비스를 이용할 수 있다.

하지만 노인돌봄종합서비스는 현재 신청 자격이 장기요양등급외자이므로, 치매노인이 돌봄종합서비스 이용을 희망하여 장기요양등급을 신청할 경우 치매진단을 받은 기록에 의해 인지지원등급을 받으면 인지요양 프로그램은 이용할 수 있으나 일상생활지원은 받을 수 없게 된다. 따라서 현재 치매노인 중 노인돌봄종합서비스를 이용하고 있는 노인은 인지지원등급으로의 이동을 꺼리는 것으로 나타나고 있다. 이는 인지지원등급의 경우 일상생활수행능력(ADL)에는 제한이 없어도 지역에서 생활하는 데 필요한 도구적일상생활수행능력(IADL)에 제한이 있으면 인지요양 프

48 치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색

그럼 외에도 일상생활 지원이 필요하기 때문이다. 특히 가족이 없는 1인 가구 또는 노부부 가구는 특히 일상생활 지원과 인지요양의 중복 이용에 대한 욕구가 있다.

인지기능 향상(유지)에 초점을 둔 서비스는 ADL과 IADL의 기능 제한을 보완하는 돌봄 서비스가 아니지만, 일상생활을 보조하는 돌봄 서비스 간의 중복을 허용하지 않아서 여전히 미충족되는 욕구가 존재한다고 할 수 있다. 따라서 제도(서비스) 간 중복 제한이 지역사회 내에서 생활하는 치매노인에게 서비스 사각지대를 발생시키는 원인으로 작용하고 있는 상황이다.

[그림 2-6] 노인의 기능 등급별 인지요양 프로그램 및 일상생활 지원 서비스

	인지 요양 프로그램(돌봄)	일상생활지원원(가사 등)
장기요양 1등급	일반 요양 서비스	
장기요양 2~4등급	치매전담형 장기요양기관(치매서비스)	
장기요양 5등급	인지활동형 방문요양/주야간/방문간호	
인지지원등급	인지활동형 주야간	X
장기요양등급미신청	치매안심센터(치매쉼터)	노인돌봄종합서비스

3. 서비스 전달체계의 적절성

가. 치매안심센터와 건강보험, 노인장기요양 간의 역할 정립

치매국가책임제에서는 치매안심센터를 중심으로 치매노인에 대한 관리 체계가 구축되어 있다. 치매노인이 치매안심센터의 치매 상담과 조기 검진 사업을 통해 여러 서비스와 연계되도록 설계하고 사례관리도 이루어지도록 하였다.

그런데 치매진단은 치매안심센터뿐만 아니라 지역에서 접근성이 높은 병의원에서도 하고 있어 치매안심센터의 등록·관리시스템에서 누락되는 경우가 발생할 수 있다. 치매 비용 지원의 일환으로 건강보험보장성이 확대되면서 병원을 통한 치매진단의 비용 부담이 감소해 시군구 내 1개 소만 있고 협력의사를 통해 진단을 하는 치매안심센터보다는 병의원 이용이 늘어날 수 있다. 또한, 병원에서 진단뿐만 아니라 약물치료, 인지 기능 작업치료도 확대할 가능성이 있다.

치매진단 이후에는 치매안심센터를 통하지 않고 직접 병원의 의료서비스나 노인장기요양보험서비스를 이용한다면 돌봄 서비스 연계가 제대로 이루어지지 않을 수 있다. 노인장기요양보험에서 치매 전체 노인을 대상으로 한 보장성이 확대됨에 따라 치매노인 처지에서는 건강보험공단에서 등급을 받아야 하므로 이를 돌봄 서비스 이용의 일차적 창구로 이용할 수 있기 때문이다.

그러므로 치매안심센터는 조기 검진, 인지 향상 서비스와 같은 직접적 서비스와 함께 건강보험과 노인장기요양보험의 두 축을 연결해 주는 중요한 역할을 담당해야 할 것이다. 건강보험, 노인장기요양보험, 더 나아가 지역사회서비스 간의 체계 내에서 치매안심센터가 담당해야 하는 연계 역할을 더욱 강화할 방안을 모색할 필요가 있다.

나. 의료 및 영양복지 간 통합적 사례관리

치매노인을 중심으로 한 케어매니지먼트의 필요성은 매우 크다. 치매노인과 가족의 입장에서 처음 ‘치매’로 진단된 이후에 무엇을 어떻게 해야 할 것인지 정보를 파악하기가 어렵다.

예를 들어, 85세 혼자 사는 남자 A 노인이 치매가 의심되어 병원을 방문하여 치매진단을 받았다. 병원에서는 매일 복용하라며 치매치료제 3개 월분을 처방하였다. A 노인은 약국에서 약을 받고 난 이후 무엇을 해야 할지 충격과 혼란에 빠졌다. A 노인과 아버지의 치매 사실을 알게 된 딸은 무엇을 해야 할까요?

A 노인에 대한 종합적 케어플랜이 작성되기 위해서는 의료, 영양, 복지에 대한 욕구를 판정하고 그에 맞는 지역사회에서의 서비스를 소개하고 연계해야 한다.

A 노인에 대해 케어매니지먼트를 실시한다면, A 노인과 가족에 대해서는 우선적으로 현재 노인의 인지기능을 비롯한 일상생활상태 등에 대한 진단을 통해 향후 어떻게 변화할 것이며, 현재 무엇이 도움이 될 것인가 등에 대한 상담과 정보를 필요로 한다. 그리고 혼자 살고 있으므로 최대한 타인과의 접촉을 늘리기 위한 주간서비스, 치매로 인한 화재 예방서비스, 안전한 주택 점검서비스, 그리고 인지기능 악화를 예방하기 위한 인지향상 프로그램이 필요하다. 함께 거주하지 않는 딸에 대해서는 아버지의 상태에 대한 이해, 필요로 하는 도움이 무엇이고 가족 도움의 방법 등에 대한 교육을 필요로 한다. 이와 같은 케어플랜이 작성되고 지역에서 서비스 제공이 가능하도록 연계하고 서비스를 받도록 하며 계속적으로 모니터링을 한다.

현재는 이와 같은 치매노인과 가족에 대한 종합적인 진단과 케어플랜이 실시되지 못하고 있다. 노인장기요양보험에서 시범사업으로 사례관리를 실시하고 있으나 다른 서비스까지 포괄하는 종합적 사례관리는 이루어지지 못한다. 특히 점차 독거노인이나 노인 부부 가구가 증가함에 따라 한정적인 정보만을 가진 노인이 주체적으로 필요한 서비스를 찾아서 이용하는 게 어렵다. 더구나 치매질환은 의료와 요양, 복지서비스의 다양한 서비스가 동시에 필요해서 가족 자원만으로는 치매노인의 일상생활에서의 모든 욕구를 충족시켜 주기에 버겁다. 따라서 치매노인에 대한 통합적인 케어가 이루어질 수 있도록 전달체계를 구축하는 것이 필요하다.

다. 치매안심센터 운영 내실화

치매국가책임제가 발표되고 어느 지역에서든 체계적인 치매관리를 받을 수 있도록 모든 시군구에 치매안심센터를 설치·운영하게 했다. 기존 치매상담센터(또는 치매지원센터) 시절부터 운영되던 치매안심센터는 47개에 불과했지만, 이제는 전국적으로 256개의 치매안심센터가 설치·운영되고 있다는 점에서 긍정적인 평가를 받아 마땅하다. 인프라 구축은 완비되어 가지만, 2018년 9월 기준으로 144개의 치매안심센터는 부분 개소만 한 상태이기 때문에 앞으로는 치매안심센터 사업 운영을 내실화하는 과제에 주력할 때다.

최근 치매안심센터와 관련해서 지적되고 있는 사항들은 다음과 같다. 첫째, 임상심리사, 간호사 등 전문적인 인력 채용과 촉탁의 지정에 난항을 겪고 있는데, 이러한 현상은 특히 중소도시와 농어촌에서 나타나고 있다. 둘째, 10년 가까이 대학병원에 위탁 방식으로 운영되고 있던 서울 지역의 치매안심센터와 최근 2년 이내에 보건소 직영 방식으로 신규로 설

치되는 지방의 치매안심센터 간 상황이 너무 달라 서로의 모형 적용을 시도할 때 적합성이 떨어진다. 셋째, 조기 검진, 상담, 사례관리, 치매환자 등록·연계, 쉼터 운영 등 치매안심센터의 사업이 다양하다는 것은 장점이지만 노인복지관, 주야간보호센터 등 기존 전달체계와 역할이 중복되거나 모호한 상황도 발생하고 있다. 넷째, 전국적으로 표준화된 설치·운영 모형과 규정에 다소 경직적인 부분이 있어서 지역별 특성을 고려한 인력 및 사업 운영을 하는 데 제한이 있다.

치매안심센터라는 전달체계를 단기간 내에 전국적으로 확충하는 과정에서 이러한 문제가 불가피하게 벌어졌지만, 정부와 중앙치매센터에서도 문제를 충분히 인식하고 있어서 머지않아 보완될 것으로 생각된다. 지방에서는 정해진 전문인력을 단기간 내에 채용하기 어려우므로 자격증을 갖춘 전문인력이 배출될 때까지 치매안심센터 인력을 다소 자율적으로 구성할 수 있도록 몇 년만이라도 완화하는 방안을 적용할 수 있다. 이와 동시에 임상심리사나 의사 자격을 갖춘 것은 아니지만 수년 이상 임상 경력이 있는 간호사에게 선별·진단검사를 전문적으로 교육하여 활용한다. 또한, 다른 전달체계와 연계하여 상승효과가 생길 수 있게 치매안심센터의 주된 기능과 역할을 명확하게 설정할 필요가 있다. 마지막으로 지자체의 상황에 따라 적절하고 특화된 사업과 인력을 운용할 수 있게 재량권 허용 범위를 넓힐 수 있다.

라. 치매 돌봄 서비스 제공기관의 양적 확대

치매 관리를 총괄하는 중앙치매센터 홈페이지의 치매시설정보를 살펴보면, 치매지원서비스기관으로서 치매센터, 정신건강증진센터, 치매협약 병원과 요양병원, 장기요양기관, 노인돌봄종합서비스가 모두 포함되어

있다. 이는 현재의 치매노인이 다양한 기관에서 서비스를 받고 있다는 사실을 보여 주는 것이다. 치매관리법에서 제시한 79개의 공립요양병원 이외에도 1428개의 사립요양병원에서 치매노인들이 보호받고 있으며, 이 중 치매협약병원이라고 하는 요양병원급은 33개소다. 또한, 재가 장기요양기관 중 방문요양은 1만 개를 넘어서며, 시설급여를 제공하는 노인요양시설과 노인요양공동생활가정은 2707개소에 이르고 있다. 인지활동형 프로그램이 제공되는 기관도 3659개소로 많다. 하지만 치매전담형 장기요양기관은 43개소로 매우 적다.

치매노인에게 서비스를 제공할 수 있는 기관의 수는 치매안심센터를 비롯하여 의료기관과 장기요양기관으로 크게 확대되고 있으나, 치매에 전문화된 서비스가 실질적으로 제공되고 있는지는 장담할 수 없다. 요양병원의 수는 많으나 이곳에서의 전문적인 치매 서비스 제공 내용은 파악되지 않기 때문이다. 또한, 노인장기요양보험에서도 치매전담형 기관 운영은 아직 매우 제한적이기도 하다.

따라서 치매노인 돌봄 강화를 위해서는 치매전문 서비스 기관의 확대를 지속적으로 추진하고, 요양병원에서의 전문적인 치매 서비스도 강화해야 할 것이다. 이와 함께 의료 및 그 외의 전문인력, 돌봄 인력에 대한 전문적인 치매교육도 반드시 병행되어야 할 것이다.

54 치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색

〈표 2-5〉 치매서비스 제공기관 현황

(단위: 개)

구분		기관 수	
치매센터	중앙치매센터	1	
	광역치매센터	17	
	치매안심센터	256	
정신건강증진센터		226	
의료기관	요양병원	공립요양병원	79
		사립요양병원	1,428
	치매협약병원	상급종합병원급	31
		종합병원급	174
		요양병원급	33
		병원급	189
		의원급	101
장기요양기관	재가	주야간보호	2,188
		방문간호	576
		방문요양	10,483
		방문목욕	8,543
		단기보호	258
		복지용구	1,734
	시설	노인요양공동생활가정	1,041
장기요양기관	치매전담형 장기요양기관	요양시설 내 치매전담실	29
		치매전담형 노인요양공동생활가정	1
		치매전담형 주야간보호	13
	인지활동형 프로그램 제공기관	주야간보호(5등급)	43
		방문요양(5등급)	3,540
노인돌봄종합서비스	노인돌봄미	1,983	
	노인단기가사서비스	1,930	
기타	노인보호전문기관	31	
	치매극복선도도서관	47	

자료: 중앙치매센터 홈페이지 치매시설정보, 2018. 9. 25.

제4절 소결

현 정부의 국정과제이기도 한 치매돌봄정책은 지난 10년간 급격히 확대되어 왔다. 특히 서비스 대상자와 인프라가 확대된 점이 이 과정에서 가장 크게 변화된 부분이다. 서비스 대상자의 경우 노인장기요양보험에 ‘인지지원등급’이 도입되면서 보장성 범위가 대폭 확대되었다. 인프라의 경우는 기초지자체마다 치매안심센터를 설치·운영하게 되었다.

하지만 정책이 급속히 확대되면서 기존 노인의 요양 필요도 수준과 상태를 고려한 정책 간 대상자 역할 분담 기준을 다시 설정해야 하는 과제가 생겼다. 기존에는 노인장기요양보험에서 1~5등급은 노인장기요양급여, 등급외(A, B)는 노인돌봄종합서비스, 등급외자 중 독거노인은 노인돌봄기본서비스, 그 외에는 지역사회 돌봄 서비스를 이용하게 하는 체계였다. 그런데 인지지원등급이 도입되면서 지역에서 이루어지고 있는 서비스 간의 역할 구분 기준이 모호해졌다.

현재는 돌봄 서비스 간 중복 이용을 금지하고 있는데, 돌봄 서비스에서도 의료-요양-일상생활서비스는 서로 다른 욕구라는 측면을 감안한다면 일부 서비스는 중복하여 이용할 수 있도록 허용하는 방안을 고려할 필요가 있다. 이는 불필요한 병원 입원·시설 입소를 줄이고 지역사회 내 계속 거주를 늘리는 데도 도움이 될 수 있다.

치매노인과 가족의 서비스 체감도를 높이고 서비스 이용을 편리하게 하려면 사례관리 체계도 잘 갖춰야 한다. 지금도 다양한 의료, 요양, 일상생활지원 서비스가 많지만, 공급자 중심으로 설계되어 이용자 입장에서 각각의 서비스를 연계하는 데 어려움이 있다. 따라서 치매노인과 가족을 중심으로 설계·관리·연계를 하는 통합적 사례관리 체계를 구축할 필요가 있다.

마지막으로 치매노인은 치매 질환의 증증도별로 필요한 서비스가 달라 지므로, 향후 서비스 공급 계획을 수립할 때는 서비스별 수요를 파악해야 할 것이다. 이를 위해서는 현재 서비스를 이용하고 있는 노인 개인의 증증도와 서비스 이용 정보를 모두 수집·관리·추출·결합할 수 있는 체계를 갖추어야 한다. 그렇게 되면 증증도와 노인의 다양한 개별 특성별로 이용하는 서비스 패턴을 파악할 수 있고, 분석 결과를 근거로 돌봄 서비스 자원도 효율적으로 활용할 수 있을 것이다.

제 3 장

치매돌봄정책 해외 사례

제1절 국제기구

제2절 영국

제3절 일본

제4절 소결



3

치매돌봄정책 해외 사례 <<

급속한 치매인구의 증가로 인적·재정적 부담이 가중되면서 치매관리를 위한 국제사회의 노력과 국가 주도 공공정책의 중요성이 커지고 있다. 이에 따라 주요 국제기구들은 치매를 범국가적인 차원의 질환으로 간주하여 공동대응방안을 모색하고 있다. 한편, 개별 국가들도 국가치매관리 계획을 수립하는 등의 노력을 기울이고 있다. 따라서 본 절에서는 주요 국제기구 및 해외 국가의 치매 관련 정책을 검토하고, 우리나라 치매관리 정책에 시사하는 바를 논의한다.

제1절 국제기구

1. 세계보건기구(WHO: World Health Organization)

WHO는 2008년 ‘Mental Health Gap Action Programme’(이하 mhGAP)에서 치매가 우선적으로 대응책을 마련해야 하는 주요 질환임을 강조하기 시작한 이래, 국제적 치매 공동대응 전략을 마련하는 노력을 하고 있다. 2008년부터 국제적인 정신보건 및 신경학적 질병 문제를 해결하려면 mhGAP를 진행해야 하며, 치매는 mhGAP에서 우선순위로 대응책을 마련해야 하는 질환 중 하나다.

특히 2017년에는 국제치매공동대응계획으로 「WHO Global Action Plan on the public health response to dementia(2017-2025)」를

발표하고 모든 국가에서 치매관리계획을 수립할 것을 권고했다. 이 계획은 치매환자와 가족, 그 외에 돌봄을 제공하는 비공식적·공식적 돌봄제공자, 지역사회와 국가를 아우르는 다차원적인 측면을 고려하고 있다. 또한 2016년부터 전 세계 치매정책, 서비스 제공, 정보 및 연구의 세 가지 영역에서 국가와 국제 수준의 상황을 모니터링하는 플랫폼인 ‘Global Dementia Observatory(GDO)’ 개발을 추진 중이다.

가. 국제치매공동대응계획

2017년 수립된 국제치매공동대응계획은 치매환자와 가족 및 돌봄을 제공하는 비공식·공식적 돌봄제공자의 삶의 질을 향상시키고, 지역사회와 국가에 미치는 영향을 감소하는 것을 목표로 하고 있다(WHO, 2017). 이에 따라 1) 치매환자의 인권, 2) 치매환자와 돌봄제공자의 역량 및 참여, 3) 치매 위험 감소 및 돌봄을 위한 증거 기반의 중재, 4) 치매 대응을 위한 공중보건의 다각적 협력, 5) 치매를 위한 보편적 건강보험 및 사회보험, 6) 형평성, 7) 적절한 치매 예방, 치료 및 돌봄의 7가지 원칙을 토대로 계획을 실행할 것을 제시하였다(〈표 3-1〉 참조).

〈표 3-1〉 WHO 국제치매공동대응계획의 7가지 원칙

구분	원칙	내용
1	치매환자의 인권	장애인 권리 협약 및 기타 국제, 지역 인권 규정에 따라 정책, 계획, 입법, 프로그램, 중재 및 실행 계획은 치매환자의 필요, 기대 및 인권에 민감하게 대응
2	치매환자와 돌봄제공자의 역량 및 참여	치매환자, 돌봄제공자 및 이들을 대표하는 조직에 권한을 부여하고 옹호, 정책, 계획, 입법, 서비스 제공, 모니터링 및 치매 연구에 참여
3	치매위험 감소 및 돌봄을 위한 증거 기반의 중재	과학적 증거 및 모범 사례를 토대로 사람 중심, 비용 효과적, 지속가능한 치매위험 감소 및 관리를 위한 전략 및 중재 방안을 개발하고, 공중보건 원칙 및 문화적 측면을 고려
4	치매 대응을 위한 공중보건의 다각적 협력	예방, 위험 감소, 진단, 치료 및 관리를 향상시키기 위해 모든 이해관계자 간의 협력 필요
5	치매를 위한 보편적 건강보험 및 사회보험	보편적인 건강보험을 위한 건강 프로그램을 설계하고 실행하는 것은 재정적 위험의 보호를 포함해야 하며 치매와 그 돌봄제공자들을 위한 광범위한 진료, 예방, 진단 및 돌봄 서비스(완화, 재활 및 사회적 지원 포함)에 공평한 접근성 보장
6	형평성	치매에 대한 공중보건 대응을 실시하려는 모든 노력은 성평등의 지원과 양성평등한 관점을 가져야 하며, 지속 가능한 발전을 위한 2030년 어젠다에 따라 취약계층을 고려
7	적절한 치매 예방, 치료 및 돌봄	기존의 지식과 경험을 활용하여 치매환자와 돌봄제공자를 위한 예방, 위험 감소, 돌봄 및 지원을 개선하고, 질병병경 처리나 치료, 효과적인 위험 감소 중재 및 혁신적인 모델을 찾는 새로운 지식을 창출하는 것을 포함

자료: World Health Organization(WHO). (2017). The Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025.

또한, 이러한 원칙하에 7개의 주요 영역별 실행계획을 제시하였고 각 실행 영역별로 목표, 지표, 검증 수단과 이를 실현하기 위한 회원국, WHO 사무국, 지역 및 국가 파트너 등의 개별 역할을 명시하고 있다. 각 영역은 1) 주요 공중보건 어젠다로 치매 선정, 2) 인식 개선 및 친화적 사회 형성, 3) 치매 위험 감소, 4) 치매진단, 치료, 조호 및 지원, 5) 치매 돌봄제공자 지원, 6) 치매정보시스템, 7) 치매 연구 및 혁신의 7개 영역으로 구분된다(〈표 3-2〉 참조).

62 치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색

〈표 3-2〉 WHO 국제치매공동대응계획의 7가지 실행 영역

구분	영역	목표
1	주요 공중보건 어젠다로 치매 선정	WHO 회원 국가의 75%: 2025년까지 독립된 국가치매관리 계획 수립 또는 다른 관련 정책 및 계획과의 통합한 정책, 전략, 계획 또는 틀 개발 및 고도화
2	인식 개선 및 치매친화적 사회 조성	1) 2025년까지 치매 통합사회를 발전시키기 위한 최소 한 번의 전 국민 대상 치매인식 캠페인 실시 - 모든 WHO 회원 국가의 100% 달성 2) 2025년까지 치매 통합사회를 발전시키기 위한 최소 한 번의 치매친화적인 이니셔티브 실시 - WHO 회원 국가의 50% 달성
3	치매 위험 감소	NCDs의 예방과 관리를 위한 국제적인 실행 계획(2013-2020)에 정의된 관련 글로벌 목표 및 향후 개정 달성 여부
4	치매진단, 치료, 조호 및 지원	2025년까지 WHO 회원 국가의 50%, 전 세계 치매가 있는 사람들의 50% 진단율 달성
5	치매 돌봄제공자 지원	2025년까지 WHO 회원 국가의 75%까지 치매환자의 모든 돌봄제공자를 위한 지원 및 훈련 프로그램 제공
6	치매정보시스템 구축	WHO 회원 국가의 50% -2025년까지 2년마다 보고하는 국가 보건·복지 정보 시스템을 통해 치매핵심지표를 정기적으로 수집
7	치매 연구 및 혁신	2017년에서 2025년 사이에 2배의 글로벌 치매 연구 결과 및 성과물 창출

자료: World Health Organization(WHO). (2017). The Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025.

최근 WHO는 국제치매공동대응계획의 일환으로 『Towards a dementia plan: a WHO guide(2018)』를 발간하였다. 이 안내서의 핵심 내용은 치매계획의 개념과 단계적인 치매계획의 수립이다.

먼저, 치매계획이란 치매환자의 가치를 인정하고 보건 및 사회 영역의 통합을 통해 치매환자 및 돌봄제공자를 위한 예방, 치료 및 돌봄을 강화하기 위한 정책 변경의 필요성을 제시하는 것으로, 정부와 민간이 파트너로서 공동의 행동 기반을 제공하는 것이다. 또한, 치매계획은 ‘독립적(Stand-alone) 계획’과 ‘통합적(integrated) 계획’으로 구분하여 설명할 수 있다. 독립적 치매계획이란 주로 치매를 다루는 데 중점을 두는 것으로

로서 치매를 핵심적인 정부 우선 과제로 강조하여 별도의 치매계획을 수립하는 것이다.

또한, 통합적 치매계획은 포괄적이고 다각적인 분야별 대응 가능성을 극대화하기 위해 기존 계획에 독립형 치매계획을 개발하되 빈곤, 건강 분야의 계획에 치매를 우선순위로 포함하는 것이다. 예를 들어, 스위스의 「Strategie nationale Prevention des maladies nontransmissibles (strategie MNT) 2017-2024」, 호주의 「Accessible mental health services for people with an intellectual disability (2014)」 등은 지적장애 및 정신건강 지원정책 등에 치매를 우선순위로 채택하는 통합형 치매계획을 채택하고 있다. 이러한 측면에서 보면, 우리나라의 치매계획은 기존에는 소극적인 형태의 통합적 치매계획을 채택했다면, 치매국가책임제의 도입으로 보다 적극적인 통합적 치매계획으로 이행하고 있다고 볼 수 있을 것이다.

한편, 치매계획에 대한 수립은 A) 치매계획 준비, B) 치매계획 개발, C) 치매계획 실행의 세 가지 단계를 필요로 하며, 각 영역은 다시 세부적인 단계를 필요로 한다. 여기에서 주목할 점은 앞서 살펴본 바와 같이, WHO에서 지향하는 치매계획이란 치매환자를 중점에 두되 보호자 및 공식적·비공식적 돌봄제공자, 이해관계자 및 지역사회, 국가 등 다각적인 측면에서 치매계획을 마련하고 있다는 점이다(〈표 3-3〉 참조).

〈표 3-3〉 WHO 치매정책 수립의 3단계

구분	영역		내용
A	치매계획 준비	A-1. 상황 분석	치매, 보호자 및 가족, 핵심 이해관계자, 서비스 제공, 기존 자원 및 정책, 욕구 및 건강상태 파악
		A-2. 우선순위 파악 분석	A-1을 토대로 한 우선순위 설정
B	치매계획 개발	B-1. 전략 분석틀 마련	치매계획의 범위, 비전, 지침, 원칙, 목표, 목적, 영역 등의 확정 및 근거 마련
		B-2. 자원 영향요인 사정	자원 동원 전략 마련
		B-3. 이해관계자 정치적 승인	다양한 이해관계자와 사회적 합의 달성
C	치매계획 실행	C-1. 예산배정	필요한 자원 및 치매예산 비교
		C-2. 모니터링 및 평가	치매환자 및 보호자, 가족에 대한 계획의 영향 등 모니터링, 평가
		C-3. 구체적인 운영작업 계획	전략적 우선순위 및 목표를 치매 개입과 연결, 필요 자원 설명, 부문 간 이해관계자 역할 강조

자료: World Health Organization(WHO). (2018). Towards a dementia plan: a WHO guide.

2. 경제협력개발기구(OECD)

OECD는 치매와 관련하여 회원국들에서 치매로 인해 발생하는 사회·경제적 부담 완화 및 해소를 주요 역할로 규정하고 있다. 2004년 처음으로 OECD는 호주, 캐나다, 프랑스, 독일, 미국, 일본, 스페인, 스웨덴, 영국 등의 9개국에 대한 치매관리(Dementia Care)를 비교분석함으로써 보다 효과적인 치매돌봄정책을 수립하는 데 기초자료를 제공하였다. 이후 2014년 「G7 Dementia Legacy Meeting」에서 치매 극복을 위한 국가의 전략적 접근 체계인 10대 핵심 치매정책을 제시하였다. 2015년 발간된 『Addressing Dementia: The OECD Response』는 치매관리의 초점을 치매 치료 중심에서 치매환자와 그 가족들의 삶의 질 향상 중심으로 전환함과 동시에 서비스 공급자인 정부 관점이 아닌, 수요자인 치매환자와 가족이 지니는 서비스 욕구를 기반으로 생애단계별 치매정책 대응

방안을 제시하고 있다.

최근에는 OECD 회원국가의 치매환자가 2050년까지 2.2배 증가할 것으로 전망하고 각국의 치매정책 현황과 도전 요인을 분석함으로써 치매 케어의 효과 제고, 사회적 비용 절감, 치매환자와 보호자의 삶의 질 제고를 위한 정책 권고를 제시하였다. 특히 1) 치매 조기 진단 및 치료, 2) 치매 친화적 사회 조성, 3) 중증 치매 케어의 세 가지를 강조하였으며, 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 치매 조기 진단 및 진료와 관련하여, OECD 회원국 중 국가 차원에서 치매진단율을 규명할 수 있는 국가는 40%에 불과한 것으로 나타났으며, 이는 기존 의료데이터의 연계가 불충분한 데서 기인하는 것으로, 치매진단 정확도의 제고를 강조하였다.

〈표 3-4〉 OECD의 치매환자 삶의 질 향상을 위한 정책 권고

구분	영역	목표
1	치매진단	<ul style="list-style-type: none"> · 초기 단계에서의 치료가 효과적이며, 이를 위한 진단의 정확성과 접근성 제고 필요 - 일차의료 인력의 진단 역량 제고를 위해 가이드라인 개발, 평생교육 확대, 교육 참여에 대한 인센티브 제공 - 치매진단기관의 효과성 제고를 위한 역할 규정 및 표준 제정 - 의료 영역별 데이터의 연계 강화 및 치매 등록체계 강화
2	치매 친화적 사회 조성	<ul style="list-style-type: none"> · 치매환자의 자택 거주, 다양한 케어 간 체계적 연계, 사회 통합, 의료 성과 기준 및 측정 강화, 비공식케어 인력의 역량 강화 등 지원 필요 - 인지능력 개선, 운동, 예술 치료 등 다양한 케어의 공급 확대, 접근성 제고 및 정보 공유 강화 - 일반 국민에 대한 치매 이해 제고 캠페인, 공공서비스의 치매 대응 역량 강화, 치매환자에 대한 의료 성과 목표 규정 - 비공식 케어 인력의 부담 경감 및 역량 강화
3	중증 치매 케어	<ul style="list-style-type: none"> · 새로운 케어 시설 도입, 장기요양의 질 및 병원치료 개선, 환자의 존엄성 유지를 위한 생애 말기 케어 등 강화 필요 - 환자의 고통감을 해소하는 요양 시설 개발 및 인센티브 제공 - 부적절한 케어 감소를 위한 모니터링 및 가이드라인 강화 - 치매환자의 병원 치료의 효과성 제고 - 치매환자의 생애 말기 케어 및 완화치료 접근 개선

자료: OECD. (2018). Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia.

둘째, 치매환자를 위한 안전하고 포용적이며 접근 가능한 공동체 구축을 권고하였다. 이를 위해서는 치매환자의 대부분이 자택에서 치료받기를 원하기 때문에 이에 관한 기술 및 지원 정책이 필요하며, 환자의 수요에 기반하여 다양한 치매 케어를 조정하고 체계적으로 지원할 필요가 있음을 강조하였다. 예를 들어, 프랑스는 복합적인 치매에 대한 진단부터 케어까지 체계화된 지원서비스를 운영하고 있다.

셋째, 환자의 존엄성을 지키고 건강 성과를 개선하는 중증치매환자 케어 강화 정책을 제시하였다. 이를 위해서는 새로운 치매 케어 시설을 도입하고 장기요양의 질 및 병원 치료를 개선하며 환자의 존엄성 유지를 위한 생애말기 케어 등을 강화할 필요가 있음을 주지하였다. 특히 네덜란드의 치매마을 모델(dementia village model)은 환자에게 기존 시설보다 높은 자율성을 보장하고 공동체 전체가 치매환자의 수요에 기반하도록 설계된 새로운 치매 케어 시설이라 할 수 있다.

제2절 영국

영국은 치매로 인한 부담 완화 및 치매 극복을 위한 치매정책과 연구를 다각적으로 실행하고 있는 대표적인 선진 국가이다. 2007년 이전에는 치매환자 및 돌봄제공자를 위한 임상적인 지침 마련에 주력하였으나, 영국의 치매환자 진단 및 치료 수준이 전체 유럽연합국가들 중 최하위 세 번째라는 평가로 인해 포괄적이고 효율적인 국가치매관리대책의 필요성이 제기되었다.

이에 2009년 제1차 국가치매관리계획 수립을 시작으로 3년마다 계획을 수립하고 있다. 특히 영국은 서비스를 제공하는 공급자의 관점이 아닌 치매환자와 돌봄제공자의 욕구를 반영하여 수요자 중심의 국가치매관리계획

과 정책을 구축해 가고 있다. 최근에는 2016년 ‘The Well pathway for dementia(2016~2020)’ 이행계획을 추진 중이다.

〈표 3-5〉 영국의 치매 대응 전략 주요 과제

구분	영역	목표
1	치매 위험 요인 감소	· 대중의 치매 예방 및 치매 위험 감소 전략 개발 · 전 세계 치매 부담 감소를 위한 국제적 치매 위험 감소 전략 실시
2	치매진단의 접근성 향상	· 치매진단을 향상 · 치매진단 후 서비스 제공
3	치매 치료	· 치매 친화적 병원 환경 구성 추진 · 치료 지원 서비스 개선 · 항정신성 약물의 부적절한 처방 감소
4	돌봄 서비스 지원	· 가족 돌봄제공자 지원 강화 · 치매환자를 위한 돌봄 지원 서비스 제공 · 치매환자와 가족돌봄제공자를 위한 생애말기 케어 지원
5	치매 전문인력 양성	· 치매교육, 훈련 및 인력 강화
6	치매 인식 개선과 치매 친화적 사회 조성	· 치매 인식 개선 향상 · 치매 친화적인 사회 조성을 위한 사회적 활동 추진
7	치매연구	· 치매연구 투자 확대 · 다양한 치매 연구 추진 및 강화 · 치매연구 역량 강화
8	국제협력	· 국제협력을 통한 국제 치매 대응 전략 모색(정책 부문) · 국제협력을 통한 국제 치매 대응 전략 모색(연구 부문)

자료: OECD. (2018). Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia.

영국의 치매 대응 전략 주요 과제는 1) 치매 위험 요인 감소, 2) 치매진단의 접근성 향상, 3) 치매 치료, 4) 돌봄 서비스 지원, 5) 치매 전문인력 양성, 6) 치매 인식 개선과 치매 친화적 사회 조성, 7) 치매연구, 8) 국제 협력으로 크게 구분할 수 있다.

영국은 치매 극복과 발병 예방을 위해 다양한 예방 전략을 추진하고 있으며, 세부 사업으로는 치매 예방 캠페인, 근거 중심의 치매 예방 정보 공유, 치매정보 네트워크 개발, 치매진단 기간 최소화 등을 추진하고 있다. 이에 따라 영국은 치매진단율(치매 추정 환자 대비 진단율) 제고를 위한 목표 수립 이후

진단율이 2010년 42.6%에서 2017년 67.6%로 상승하였다(OECD, 2018).

치매 치료를 위해서는 병원 및 요양원에 치매 친화적 의료 및 돌봄 환경 마련 기준안 합의 및 치매진단기관 정의, 가이드라인, 표준 개발 등을 하고 있다. 또한 치매코딩교육을 통해 치매진단의 정확도를 제고하고 있다.

돌봄 서비스 지원을 위해서는 통합 돌봄 서비스 지원을 강화하고, 치매 관련 서비스 실적 및 정보를 지원하며, 돌봄제공자 지원을 점차 확대 추진하고 있다. 또한 서비스의 질을 결정하는 치매 전문인력 양성을 위해 의료진의 치매 대응 전략 강화, 돌봄인력 양성 및 보수교육, 치매 특화 교육 등을 실시하고 있다. 이 외에 최근 영국에서는 약사를 대상으로도 치매환자 케어 프로그램을 실시 중이다.

영국에서 가장 두드러지는 치매 정책 중 하나는 치매 인식 개선과 사회적 활동이다. 치매 인식 개선을 위해 다양한 인식 캠페인을 실시하고 있으며, 전 세대를 대상으로 치매 인식 개선 교육을 강화하고 있다. 가장 대표적인 것은 ‘Dementia Friends’ 캠페인 활동으로 국가 차원의 캠페인 프로그램을 실시하였으며, 2014년 이후로 200만 명을 대상으로 실시되었다(OECD, 2018). 이 외에도 치매 친화적인 디자인을 도입한 지역사회 형성을 추진하고 치매 친화적 기업 및 산업을 선정하고 있다.

마지막으로 영국은 치매연구를 위해 막대한 예산을 투자하고 있으며, 2020년까지 약 3억 파운드 투자를 계획하고 있다. 재원 마련을 위해 대학, 연구단체, NHS 및 중소기업을 포함한 민간 기업과 단체 등 자선 부문의 역할 증대에도 힘쓰고 있다. 이와 함께 치매연구 인력을 확대하고, 2020년 내에 영국에 국제치매기관을 설립하는 것을 추진 중이다. 더불어 치매환자의 인권을 강화하고 치매케어에 대한 국제 표준 개발을 추진하기 위한 국제 협력도 과제로 규정하고 있다.

제3절 일본

1. 치매 현황

가. 65세 이상 노인 치매유병률

2012년 치매환자는 약 462만 명이고 여기에 치매 전 단계인 경도인지장애(MCI: Mild Cognitive Impairment)로 추산되는 400만 명을 더하면 65세 이상 노인 4명 중 1명이 치매 혹은 그 예비군이라고 할 수 있다(厚生労働省, 2015). 또한, 2015년 일본의 65세 이상 노인 치매유병률은 15.7%, 베이비붐 세대가 75세 이상 노인이 되는 2025년에는 치매유병률이 19%로 상승할 것으로 추정된다(厚生労働省, 2015). 65세 이상 노인 5명 중 1명이 치매노인이라는 점에서 치매케어에 대한 대책 마련이 시급해진 것이다.

〈표 3-6〉 일본 치매유병률

(단위: 만 명)

	2012년	2015년	2020년	2025년	2030년	2040년	2050년	2060년
치매 환자1	462 (15%)	517 (15.7%)	602 (17.2%)	675 (19.0%)	744 (20.8%)	802 (21.4%)	797 (21.8%)	850 (25.3%)
치매 환자2		525 (16.0%)	631 (18.0%)	730 (20.6%)	830 (23.2%)	953 (25.4%)	1,016 (27.8%)	1,154 (34.3%)

주: 1) 각 연령층 치매유병률이 일정하다고 가정할 경우 장래추계.

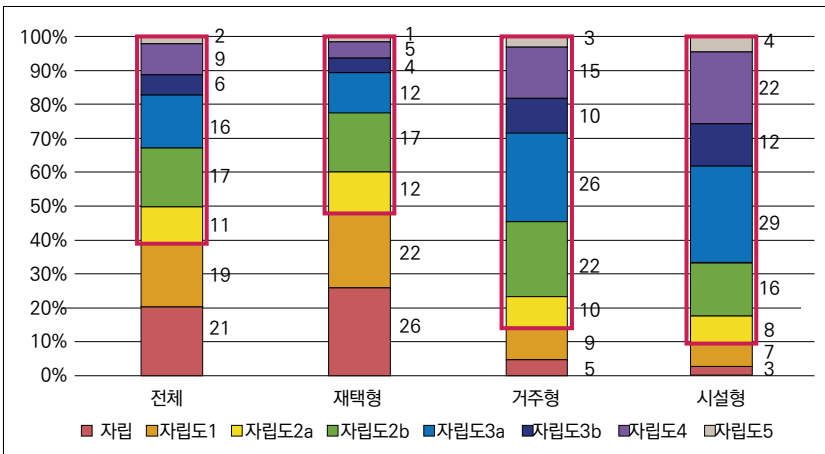
2) 각 연령층 치매유병률이 상승한다고 가정할 경우 장래추계.

자료: 厚生労働省(2015). 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて.

나. 치매노인 개호보험 이용률

개호급부비분과회(介護給付費分科会, 2016)에 따르면 개호보험 이용 노인 중 약 60%의 치매노인이 개호보험서비스를 이용하였다. 치매노인의 개호(돌봄)서비스 이용률은 재택형서비스보다 시설형서비스에서 더 높았다. 재택형개호서비스¹⁾의 치매노인 이용률은 52%, 거주형개호서비스²⁾의 치매노인 이용률은 86%, 시설형개호서비스³⁾의 치매노인 이용률은 90%였다. 거주형개호서비스와 시설형개호서비스 이용자의 85~90%가 치매노인이라는 점에서 의료와 돌봄 서비스 제공자가 함께 연계한 치매케어 모델이 요구된다.

[그림 3-1] 치매노인 개호보험 이용률



자료: 介護給付費分科会(2016)를 참고로 작성.

- 1) 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 방문재활, 주간보호, 소규모 다기능 거택개호, 복지용구 대여 등의 서비스를 말한다.
- 2) 치매대응형 그룹홈, 특정시설입거자생활개호(유료노인홈, 경비노인홈 등), 지역밀착형 특정시설입거자 생활개호(30인 미만의 유료노인홈, 경비노인홈 등)를 말한다.
- 3) 개호노인복지시설(특별양호노인홈), 개호노인보건시설, 개호요양형의료시설, 지역밀착형개호노인복지시설 등을 말한다.

2. 일본 치매관리정책 동향

일본의 치매관리정책은 1984년 치매케어에 관한 연수사업, 1989년 노인성 치매질환센터 설립, 1992년 치매 대응형 주간보호센터 설립, 1997년 치매 대응형 그룹홈 설치 등을 통해 점진적으로 발전해 왔다. 2004년에는 치매라는 용어를 인지증으로 변경하여 치매노인이라는 용어가 가진 부정적 이미지와 국민적 오해⁴⁾를 불식시키고자 노력하였다. 이렇듯 일본의 초기 치매관리정책은 노인복지법과 노인보건법, 개호보험법에 근거해 발전해 오다가 급격한 고령화로 인한 치매노인 증가와 조기대응의 필요성에 따라 치매시책 추진 5개년 계획을 수립하기에 이르렀다.

〈표 3-7〉 치매 관련 정책의 변천 과정

연도	내용
1963년	노인복지법 개정
1982년	노인보건법 개정
1984년	치매케어에 관한 연수사업 실시
1987년	후생성 치매노인 대책 추진 본부 보고서
1989년	노인성 치매질환센터 개시
1992년	치매대응형 주간보호 센터 개시
1994년	치매노인 대책 검토회 보고서
1997년	치매대응형 그룹홈 설치
2000년	개호보험법 제정
2004년	치매라는 용어를 인지증으로 변경
2005년	치매서포터의사 양성연수, 치매서포터 양성연수 개시
2006년	주치의 치매대응능력 향상 연수 실시
2008년	치매의료와 치매환자 삶의 질을 높이기 위한 긴급 프로젝트 보고서
2012년	치매시책추진 5개년 계획(오렌지플랜) 책정
2015년	치매시책추진 종합전략(신오렌지플랜) 책정
2017년	신오렌지 플랜 개정

자료: 社会保障審議会 介護保険部会 第45回(2013). 認知症施策關係를 참고로 작성.

4) 후생노동성 치매 용어 검토회는 치매(痴呆)라는 용어에 '미치고 어리석다'라는 뜻이 포함되어 있어 노인의 존엄을 침해할 뿐 아니라 치매노인의 상태와 증상에 오해를 불러일으킬 수 있다는 의견에 근거해 2004년 치매를 인지증으로 변경하였다.

가. 치매시책 추진 5개년 계획(오렌지플랜)

2012년 65세 이상 노인인구의 치매유병률은 15%(65세 이상 노인인구 3079만 명), 경도인지장애(MCI: Mild Cognitive Impairment) 유병률은 13%로, 65세 이상 노인 약 7명 중 1명이 치매노인이라는 점(厚生労働省, 2015)⁵⁾에서 치매 조기 발견 및 대응의 필요성이 그 어느 때보다 높아졌다. 또 베이비붐 세대가 75세가 되는 2025년에는 의료·요양비용이 폭발적으로 증가하고 치매노인 케어 문제가 심화될 것을 우려하여 그 대응을 위해 2012년 치매시책 추진 5개년 계획(오렌지플랜)을 책정하였다. 오렌지플랜의 주요 내용은 표준적인 치매케어패스 작성 및 보급, 조기 진단과 대응, 지역에서의 삶을 지지하는 의료서비스 구축, 지역에서의 삶을 지원하는 개호(돌봄)서비스 구축, 지역에서의 일상생활·가족 지원 강화, 초로성치매(젊은 치매) 시책 강화, 의료·개호서비스 담당 인재 육성이다(〈표 3-8〉 참조). 이는 지금까지의 치매케어가 주로 치매 행동심리증상(BPSD: Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)이 발생한 이후의 사후 대응 수준에 머무르고 있다는 비판⁶⁾을 극복하기 위한 것으로 치매 조기 진단, 위기회피기능을 강화한 것이다(厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム, 2012). 예를 들어 치매 초기단계의 집중 지원(진단과 환자 본인 및 가족지원)을 위해 치매초기 집중지원팀을 결성하고 이를 치매케어 초기 단계에 필요한 개입으로 규정했다. 또 치매 질환의료센터 설립[기간형, 지역형, 근접형(身近型)]을 확대하고 치매 정밀진단과 야간긴급대응, 신체합병증으로 입원이 필요한 치매노인 케어와 같은 치매 조기 진단과 위험회피 대응체계의 준비를 도모하였다.

5) 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン):認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12300000-Roukenkyoku/0000079008.pdf>개요에서 2018. 9. 15. 인출.

6) 사후 대응 수준의 치매케어는 오히려 치매 증상을 악화시킬 가능성이 있고 불필요한 시설 입소와 정신병원 입원으로 이어질 수 있음을 염려함(厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム, 2012).

〈표 3-8〉 오렌지플랜 주요 내용(2012년)

- 표준적인 치매케어패스 작성 및 보급
 - 치매 상태에 맞는 적절한 서비스 제공
- 조기 진단, 조기 대응
 - 주치의의 치매 대응력 향상
 - 치매 초기 집중지원팀 설치, 치매시책 추진을 위한 치매지역지원추진원 배치
 - 사례관리를 위한 간단한 도구 검토·보급
 - 조기 진단을 위한 치매질환의료센터 정비
 - 치매환자에게 적절한 케어플랜 작성을 위한 체제 정비와 연대 강화
- 치매노인 지역사회 돌봄을 위한 의료서비스 구축
 - 치매 약물치료에 관한 가이드라인 책정
 - 일반병동의 치매환자 수술 처치에 관련 환경 구축
 - 일반병원의 치매 대응 능력 향상
 - 정신과병원에 입원이 필요한 노인의 상태상 명확화
 - 정신과병원으로부터의 원활한 퇴원, 재택 복귀 지원
- 치매노인 지역사회 돌봄을 위한 개호서비스 구축
 - 의료·개호서비스의 원활한 연대
 - 치매에 적합한 개호서비스 정비
 - 지역 치매 거점으로 그룹홈 활용 추진
 - 행동심리증상을 원인으로 재택생활이 곤란한 경우 개호보험시설 대응 능력 강화
 - 개호보험시설의 치매 대응 능력 향상
- 지역에서의 일상생활·가족 지원 강화
 - 치매에 관한 개호 예방 추진
 - 치매지역지원추진원 설치
 - 치매 서포터스 지속적인 양성
 - 시민후견인 육성과 활동 지원
 - 가족에 대한 지원
- 초로성치매(젊은 치매) 시책 강화
- 의료·개호서비스 담당 인재 육성

자료: 厚生労働省(2015) 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて.

나. 치매시책 추진 종합전략(신오렌지플랜)

2014년 인지증 서밋 일본 후속 이벤트 개최식에서 아베 신조 총리는 치매케어 및 예방에 관한 국가적 대응의 중요성을 언급하고, 치매대응시책을 진전(가속화)시키기 위한 국가전략의 책정을 지시했다. 이에 2015년 치매시책 추진 종합전략(신오렌지플랜)이 공표되었다.

2012년에 책정된 오렌지플랜이 치매 대응을 위한 인프라 구축에 초점을 두었다면 신오렌지플랜은 치매 대응 시책을 지역포괄케어 추진 전략과 밀접히 연대시켜 치매노인이라도 지역에서 살아갈 수 있도록 하는 시책을 강화하였다. 예를 들어, 치매에 관한 국민적 이해 확산, 치매 발생 단계에 맞는 서비스와 자원 가시화(치매케어패스 활용), 치매노인 및 가족의 시점을 정책에 반영한 순환형, 연속적 돌봄체계 구축 등이다. 또 2017년에는 신오렌지플랜 일부를 개정하였는데, 이는 치매대응 정책의 실현·현실화를 위해 개호보험법과 연동시킬 필요성이 높아짐에 따라 2017년 개호보험법 내에 신오렌지플랜의 추진 목표와 내용을 구체화(서술)한 것이다.

조기 진단과 대응을 강화하기 위해 노인의 상태 변화를 긴밀히 수시로 체크할 수 있는 주치의를 대상으로 주치의 치매 대응 연수를 실시하고, 2016년에는 주치의 5만 3000명이 이 연수를 수강하였다. 또 주치의가 치매진단과 상담을 잘할 수 있도록 그들을 지원하는 치매서포트의를 양성하는 사업을 강화하였고, 2016년에는 이 과정을 6000명의 의사가 수강하였다(厚生労働省, 2017). 약사, 치과의사, 간호사의 치매 대응 능력 향상 연수 역시 실시되고 있다(2016년 약사 4000명, 치과의사 8000명, 간호사 4000명에게 연수 실시). 이들은 2015년 신오렌지플랜이 내세운 2017년도 추진 목표를 상회하는 수치였기 때문에 2017년 신오렌지플랜 개정 시 그 목표 수치가 상향 조정되었다(厚生労働省, 2017). 반면 정확

한 조기 진단과 감별을 위해 2008년부터 설립된 치매질환의료센터는 실제 많은 수의 대기자를 양산해 조기에 치매를 진단하는 기능을 충분히 소화할 수 없다는 지적에 따라 기존의 기간형, 지역형에서 근접형까지 설치수를 확대하였고, 2016년 375개소가 설치되었다(厚生労働省, 2017). 하지만 이는 2017년도 말 치매질환의료센터 500개소 설치라는 목표에 크게 밀도는 결과이다(厚生労働省, 2017).

또, 치매 조기 진단, 치매노인과 그 가족의 상담을 위해 전국의 시정촌에 치매초기집중지원팀을 설치할 수 있도록 규정하였고, 2016년 703개소가 설치되었다(厚生労働省, 2017). 치매노인과 그 가족의 돌봄에 대한 신체, 정서적 부담을 줄이기 위해 치매카페를 전국 시정촌에 설치하도록 의무화하고, 2016년 47개 도도부현(광역자치단체) 722개 시정촌에 2253개의 치매카페를 설치하였다(厚生労働省, 2016).

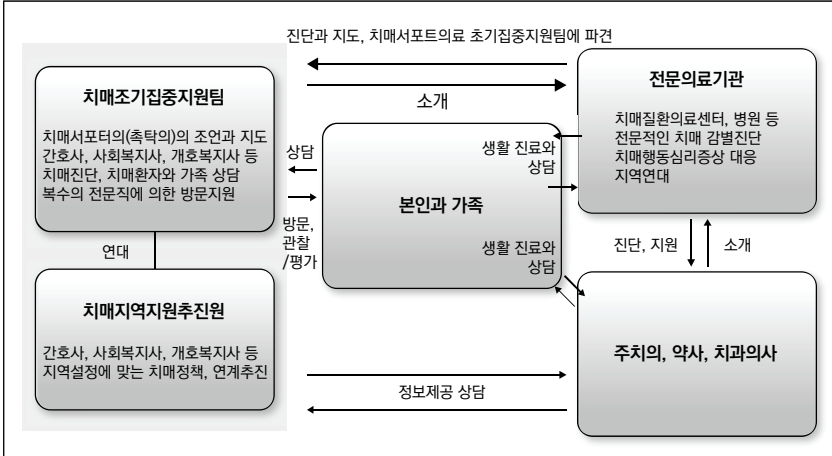
〈표 3-9〉 신오렌지플랜 7가지 전략(2015년)

- 치매에 대한 이해를 높이기 위한 계몽, 교육 추진
 - 치매 이해를 높이기 위한 전국 캠페인 추진, 치매서포터 양성
 - 초중고교의 교과 과목에 치매노인을 포함한 노인에 대한 이해를 높이기 위한 교육 편성
- 치매 상태를 고려한 적시, 적절한 의료, 간호 서비스 제공
 - 기능장애를 개선하기 위한 재활치료 모델 개발
 - 치매케어패스(치매케어의 흐름을 가시화)를 이용해 치매노인과 그 가족, 의료, 간호관계자 등이 치매 증상에 따라 어떠한 자원을 이용할 수 있는지 이해 가능하게 하고, 이를 통해 서비스가 끊임 없이 연속적으로 제공될 수 있도록 함
 - 치매노인의 상태(초기, 중기, 말기)에 따라 필요한 서비스양, 지역 자원 등을 제시
 - 지역연대시트: 치매노인의 상태, 투약정보, 서비스 투입량 등을 기록하여 당사자, 가족, 의료기관, 간호서비스 제공자가 공유

- 초로성 치매 시책 강화
 - 광역지자체에 초로성 치매환자의 자립 지원, 취로 상담 창구를 설치하고 당사자와 가족을 위한 교류 공간을 제공함으로써 치료와 일을 양립할 수 있도록 지원
- 치매 공식, 비공식 개호자 지원
 - 치매카페 등을 설치, 운영함으로써 돌봄자의 돌봄 부담 경감 도모
 - 돌봄자의 신체적 부담 경감을 위해 개호로봇 개발, 복지용구의 활용을 지도
- 치매노인이 살기 좋은 지역 만들기 추진
 - 생활지원(소프트면): 물건 구매, 청소 등 가사활동, 물건 및 식품 구매가 어려운 사람을 위한 택배 서비스 제공, 노인 클럽 등의 설치 지원
 - 생활하기 쉬운 환경 지원(하드면): 케어 제공 노인 집합주택 등 다양한 노인의 주거권 확보, 교통시설, 건축물 등의 장벽 없애기 추진, 공공교통을 이용한 이동 수단 확보
 - 취업, 사회참가 지원: 취업, 지역활동, 봉사활동 등의 사회참여 촉진
- 치매 예방법, 진단법, 치료법, 재활치료 모델, 치매케어모델 등의 연구개발과 성과 보급
- 치매노인과 그 가족의 시점 반영
 - 초기 치매환자의 욕구 파악과 생활 지원
 - 치매정책의 기획과 입안 그리고 평가 시 치매환자 본인과 그 가족의 참여 지원

자료: 厚生労働省(2015) 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて.

[그림 3-2] 치매 조기 진단과 대응을 위한 전달체계



자료: 厚生労働省(2016)을 참고로 작성.

다. 개호보험법 내 치매 관련 정책

2000년 개호보험법이 시행됨에 따라 노인복지법에 근거해 실시되고 있던 치매대응형 주간보호센터와 그룹홈이 개호보험 안으로 제도화되었다. 특히 고령화로 치매노인 증가가 예상되고, 요보호자⁷⁾ 2명 중 1명이 치매질환의 영향을 받고 있다는 지적에 따라 2005년 개호보험법 개정 시 기존의 신체케어 중심 서비스 모델을 치매케어 중심 서비스 모델로 전환하였다(介護保険制度史研究会, 2016). 신체 지원에서 벗어나 치매노인의 인격과 존엄을 존중하는 사람 중심 케어를 제공하고자 한 것이다. 또, 치매노인의 다양한 욕구에 통합적으로 대응할 수 있는 소규모 다기능 거택 개호센터가 설립되어 방문요양, 목욕, 주간보호와 단기보호서비스가 통합적으로 지원되기 시작하였고 치매노인 전용 주간보호센터도 창설되었

7) 장기요양 등급을 받은 노인을 말한다.

다. 2011년 개호보험법 개정에서는 초로성 치매환자 대책과 치매노인을 위한 권리옹호제도가 추가되었고, 2014년에는 치매정책을 포괄적 지역 지원사업으로 규정하여 각 시정촌이 치매 조기진단과 대응, 치매에 대한 지역주민 이해 촉진 사업을 수행할 것을 명시하였다. 2015년 신오렌지플랜이 시행되면서 2017년 개호보험 개정 시에는 신오렌지플랜에서 강조하는 치매초기집중지원팀과 치매지역지원추진원 배치 등의 치매정책 추진에 대한 도도부현의 지원을 의무화하였다.

제4절 소결

급속한 인구고령화로 인한 치매인구의 증가로 인적·재정적 부담이 증가함에 따라 치매관리를 위한 국제사회 및 국가의 정책적 노력에 대한 중요성이 커지고 있다. 이에 우리나라에서도 치매국가책임제를 실시하는 등 다각적인 노력을 기울이고 있다. 우리나라 치매정책의 수립 방향과 관련 정책은 다양한 영역을 포괄하고 있으나, 국제기구 및 해외 주요국의 치매계획 전략 및 권고와 비교했을 때 보완할 부분도 찾아볼 수 있다.

첫째, 우리나라의 치매관리종합계획은 치매 진행 단계별로 다양한 전략들이 제시되고는 있으나 실행의 주체와 역할, 세부 지표 및 전략 등이 명시되어 있지 않아 목표 달성에 모호성을 줄 수 있다. 이제 한국에서도 보건복지부 치매정책과 관할하에 치매관리정책의 증추 역할을 할 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매안심센터의 전달체계가 구축되고, 노인장기요양보험에서 인지지원등급이 도입되는 등 기틀이 잡혔으니 향후 수립될 제4차 치매관리종합계획에서는 구체적인 실행 전략도 제시될 수 있을 것으로 기대된다.

둘째, WHO와 OECD에서는 무엇보다 치매환자의 가족 및 돌봄제공

자를 위한 정책을 강조하고 있다. 일례로, 돌봄제공자를 위한 온라인 교육 프로그램인 iSupport를 개발하였다. 이는 돌봄제공자마다 맞춤형 돌봄 실습의 커리큘럼으로 된 교육 프로그램이고, 즉각적인 피드백도 받을 수 있도록 한다. 이처럼 우리나라도 치매환자 돌봄제공자를 위한 다양한 실습 중심의 신체·심리·정서·교육 프로그램을 개발하고 적극적으로 보급해야 할 것이다.

마지막으로, 치매연구 및 기술개발을 위한 R&D 구축을 통해 중장기적인 치매연구 및 전망을 토대로 하는 치매정책계획이 필요할 것이다. OECD의 분석에 따르면, 대다수 국가에서 치매환자의 삶의 질과 자립을 치매정책의 목표로 설정하고 있으나, 실제로 치매환자의 삶의 질을 측정하는 기준 및 데이터는 부재한 것으로 나타났다. 우리나라에서도 치매정보시스템을 구축하고 치매유병률, 발생률, 진단율, 사망률 등의 통계가 생산 및 관리되어야 이에 근거하여 현상을 정확하게 진단하고 적절한 대응도 할 수 있다. 그러므로 치매정책의 명확한 목표와 성과 측정을 위해 서라도 이에 관한 기초 연구가 선행되어야 할 것이다.



제 4 장

치매검진: 실태, 어려움, 정책적 요구

제1절 치매검진 실태

제2절 치매검진의 어려움과 정책적 요구

제3절 소결



4

치매검진: << 실태, 어려움, 정책적 요구

“(증상이) 심해지기 전에 그 상황들이 있어요. 있는데 단지 나이가 들어서. 그리고 또 특히 전화로 ‘야, 내가 요새 굉장히 뭘 잘 잊어버려. 그니까 잘 잊어버리기도 하고 잊어버리기도 하고 내가 그래.’ 이러면 ‘엄마 나도 그래.’ 제가 그랬거든요. 근데 그러면 안 됐던 거였어요... 우리는 떨어져 있으니까 눈에 안 보이니까 걱정을 하면서도 항상 안 보이니까, 눈에 보이지 않으니까 그냥 이렇게 등한시켰다가 눈에 보이면 또 걱정을 하고. 그게 반복이 되면서 사실은 자식들이 그거를 다 캐치가 돼요. 사실 그냥 딱 살짝 외면해 버리는 거지...그게 나를 좀 한번 봐 줘 하는 첫 번째 신호였어요. 그러면은 그냥 대부분이 다 그렇게 (치매) 과정이 돼요. 근데 저는 엄마가 설마 그랬는데. OO병원에 딱 모시고 갔을 때, (의사) 선생님이 하시는 말이 ‘중증입니다.’ 그러세요. 초기도 아니고... 그렇게 진단받고 나니까 엄마가 안 하는 행동을 점점 강도가 세지는 거예요. 갑작스럽게, 갑작스럽게 한 일 년도 안 돼서 아주 날카로워지고 굉장히... 목소리조차도 밖에 내놓지 않는 분인데, 욕을 하고 뭐, 거울을 집어던져서 발에 밟히고, 밥을 먹다가 벽에다 다 집어 버리고.”(연구참여자 I-O-D)

치매가 중증도 이상으로 진행되면 약물치료를 하더라도 증상이 확연히 나아지거나 완쾌되는 경우가 적고, 전문지식이 없는 가족들은 다양한 행동정신이상 증상을 보이는 치매노인을 가정 내에서 돌보는 데 많은 어려움을 경험하며 사회적 비용도 급격히 증가한다. 그래서 가급적 치매를 조기에 발견하여 약물치료로 진행을 지연시키는 것이 중요하다. 이러한 취지에서 치매검진은 앞에서 살펴본 국제기구와 해외 선진국에서 중점적으

로 추진하는 정책 영역이며, 이는 최근 우리나라 치매관리정책에서도 마찬가지다. 그러므로 본 보고서의 주된 연구 내용이 돌봄임에도 불구하고 치매검진과 관련된 실태, 어려움, 정책적 요구도 짚고 넘어가려고 한다.

제4장 제1절에서는 행정통계와 2차 자료 양적 분석을 통해 치매검진 실태를 파악한다. 치매검진 실태가 개인과 지역의 특성별로 차이가 컸기 때문에 치매검진과 관련된 이 두 수준의 특성 각각을 파악하기 위하여 개인과 시군구를 단위로 한 분석을 모두 실시한다. 이를 위해 행정자료는 국민건강보험공단의 국민건강검진통계연보, 보건복지부·중앙치매센터의 ‘대한민국 치매현황 2017(남효정 외, 2017)’, 국가통계포털의 시군구 단위 예산 및 시설 통계, 설문조사 자료로는 ‘2017년 노인실태조사’를 사용한다. 이러한 자료를 활용하여 기술통계, 상관관계, 회귀모형, 공간시차 모형의 계량적 분석을 실시한다. 제2절에서는 치매검진에서 당사자인 개인들이 경험하는 구체적인 어려움과 정책적 요구를 살펴본다. 이를 위해 사전에 구성된 반구조화된 설문지를 통해 2018년 4~9월 치매노인의 공식적·비공식적 돌봄제공자 48명을 대상으로 심층대면조사를 실시하고 질적 자료를 분석한 결과를 제시한다. 이를 토대로 제3절에서는 치매검진에 관한 주된 분석 결과를 정리하고 정책적 제언을 한다.

제1절 치매검진 실태

1. 건강검진사업에서의 치매검진 실적

대부분의 치매는 한번 발생하면 완쾌되기가 어려우므로 가능한 한 조기에 인지기능장애를 발견하여 치매 발생과 진행을 지연시켜야 한다. 인지기능저하와 치매를 가능한 한 조기에 발견하기 위한 목적에서 66세,

70세, 74세를 대상으로 한 국가건강검진사업에서 인지기능장애 검사를 하고 있다. 일반건강검진에서는 70세와 74세에 인지기능장애검사를 실시하도록 정하고 있고, 2007년에 시작된 생애전환기 건강검진(40세와 66세 대상)에서는 66세에 인지기능장애 검사를 시행한다.¹⁾

〈표 4-1〉 국가건강검진사업의 KDSQ-P 5문항

문항	응답
1. 자신의 기억력이 친구나 동료들에 비해 못하다고 생각하십니까?	1: 아니요 2: 가끔(조금) 그렇다 3: 자주(많이) 그렇다
2. 자신의 기억력이 1년 전에 비해 더 나빠졌다고 생각하십니까?	
3. 중요한 일을 하는 데 있어서도 기억력이 문제가 되는 경우가 있습니까?	
4. 자신의 기억력이 떨어진 것을 남들도 알고 있습니까?	
5. 잘해 오던 일상적인 일을 하는데 예전보다 서툴러졌다고 생각하십니까?	

1차 검사는 〈표 4-1〉과 같은 5가지 문항(KDSQ-P: Pre-screening Korean Dementia Screening Questionnaires)으로 간단하게 검사를 하고, 이상소견이 발견될 경우 더 정밀한 2차 검진을 실시한다. 인지기능장애 여부는 2차 검진의 결과로 판단하게 된다.

〈표 4-2〉는 2016년 기준으로 70~74세 연령대의 일반건강검진 수검 인원을 보여 준다. 1차 검진에서의 수검률은 75.3%이고, 성별로 차이가 적다. 반면, 1차 검진 수검자 중에서 정밀검진이 필요한 15.4% 정도만 대상자(1차 검진 대상자 기준: 11.6%)가 되는 2차 검진에서의 수검률은 35.3%로 급감한다. 1차 검진과 달리 2차 검진에서는 성별로 수검률 차이가 크다. 70~74세 연령대에서 남자의 수검률은 39.0%로 여자의 수검률 31.8%에 비해 7.2%포인트가 높다.

1) 2018년부터 66세 이상 노인에게 대해 2년마다 인지기능 장애 검사를 실시하는 것으로 바뀌었다.

일반건강검진에서의 인지기능장애 정신건강검사 결과도 살펴보겠다. 인지기능장애 정신건강검사 대상자인 70세와 74세 전체에서는 수검자 49만 638명 중에서 약 92%에 해당하는 45만 1481명은 특이소견이 없는 것으로 나타났지만, 8% 정도인 3만 9157명은 2차 추가 진단이 필요하다라는 결과가 나왔다. 2차 검진은 2차 추가 진단이 필요하다라는 결과가 나온 대상자의 약 31.5%(1만 2343명)이 받았고, 그중에서 5038명이 인지기능저하라는 판정을 받았다.

〈표 4-2〉 일반건강검진 대상 및 수검 인원 현황

(단위: 명, %)

70~74세	1차 검진			2차 검진		
	대상 인원	수검 인원	수검률	대상 인원	수검 인원	수검률
전체	1,004,392	756,759	75.3	116,505	41,152	35.3
남자	466,184	354,923	76.1	57,367	22,367	39.0
여자	538,208	401,836	74.7	59,138	18,785	31.8

자료: 국민건강보험공단. 2016년 국가건강검진통계연보.

성별로 구분해서 봤을 때는 여성의 8.4%가 1차 검진에서 2차 추가 진단이 필요하다라는 결과를 받아서 남성보다 0.9%포인트 높았다. 반면, 2차 검진 수검률은 남성이 35.1%로 여성 28.7%에 비해 높았다.

1차 검진에서 2차 추가 진단이 필요하다라는 결과가 나온 비율이 시·도별로도 차이 났다. 세종(12.4%), 대전(10.9%), 경기(10.0%)에서는 2차 추가 진단이 필요하다라는 결과가 나온 비율이 10% 이상으로 높았고, 대구(4.9%), 전남(4.0%), 경북(5.2%)에서는 2차 추가 진단이 필요하다라는 결과가 5% 수준으로 낮았다. 2차 검진 수검률도 지역별로 편차가 컸다. 부산(41.1%), 대전(39.9%), 울산(43.0%)은 대략 40%로 높았으나 세종(22.4%), 충남(16.7%), 경북(22.0%), 경남(22.5%)은 20% 초반 이하로 낮았다.

70세와 74세를 연령별로 나눠서 비교해도 2차 추가 진단이 필요하다

는 결과가 나온 비율, 2차 검진 수검률에 차이가 있었다. 1차 검진에서 2차 추가 진단이 필요하다는 결과가 나온 비율이 74세에서는 8.4%로 70세 7.6%에 비해 0.8%포인트 증가했다. 이와 반대로, 2차 추가 검진 수검률은 70세에서 34.1%로 74세 29.3%에 비해 높았다.

〈표 4-3〉 일반건강검진 정신건강검사(인지기능장애) 결과(70, 74세)

(단위: 명, %)

70, 74세	1차 검진			2차 검진		
	계	특이소견 없음	2차 추가 진단 필요	계	특이소견 없음	인지기능 저하
전체	490,638	451,481	39,157	12,343	7,305	5,038
성별						
남자	227,049	209,997	17,052	5,992	3,788	2,204
여자	263,589	241,484	22,105	6,351	3,517	2,834
시·도						
서울	93,341	84,487	8,854	2,837	1,680	1,157
부산	36,669	33,930	2,739	1,125	765	360
대구	22,057	20,987	1,070	372	218	154
인천	22,721	20,604	2,117	771	452	319
광주	13,626	12,669	957	322	219	103
대전	12,596	11,222	1,374	548	345	203
울산	7,120	6,523	597	257	171	86
세종	1,625	1,424	201	45	28	17
경기	95,883	86,320	9,563	3,195	1,823	1,372
강원	19,743	18,103	1,640	493	280	213
충북	17,649	16,378	1,271	324	166	158
충남	23,515	21,522	1,993	332	180	152
전북	26,363	24,773	1,590	489	290	199
전남	29,721	28,527	1,194	313	196	117
경북	32,398	30,700	1,698	373	188	185
경남	30,245	28,378	1,867	420	231	189
제주	5,366	4,934	432	127	73	54

자료: 국민건강보험공단, 2016년 국가건강검진통계연보.

88 치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색

〈표 4-4〉 일반건강검진 정신건강검사(인지기능장애) 결과(70세)

(단위: 명, %)

70세	1차 검진			2차 검진		
	계	특이소견 없음	2차 추가 진단 필요	계	특이소견 없음	인지기능 저하
전체	236,578	218,708	17,870	6,097	3,727	2,370
성별						
남자	111,369	103,488	7,881	2,937	1,914	1,023
여자	125,209	115,220	9,989	3,160	1,813	1,347
시·도						
서울	47,994	43,748	4,246	1,409	866	543
부산	18,678	17,356	1,322	577	386	191
대구	10,247	9,762	485	182	108	74
인천	11,805	10,758	1,047	400	241	159
광주	6,639	6,215	424	152	102	50
대전	6,011	5,400	611	250	160	90
울산	3,556	3,287	269	131	89	42
세종	724	641	83	24	13	11
경기	48,833	44,377	4,456	1,553	926	627
강원	9,417	8,633	784	262	155	107
충북	7,674	7,184	490	143	82	61
충남	9,976	9,187	789	165	92	73
전북	11,651	10,981	670	231	144	87
전남	12,632	12,143	489	168	109	59
경북	13,194	12,536	373	373	91	73
경남	14,646	13,812	420	420	122	93
제주	2,901	2,688	127	127	41	30

자료: 국민건강보험공단. 2016년 국가건강검진통계연보.

〈표 4-5〉 일반건강검진 정신건강검사(인지기능장애) 결과(74세)

(단위: 명, %)

74세	1차 검진			2차 검진		
	계	특이소견 없음	2차 추가 진단 필요	계	특이소견 없음	인지기능 저하
전체	254,060	232,773	21,287	6,246	3,578	2,668
성별						
남자	115,680	106,509	9,171	3,055	1,874	1,181
여자	138,380	126,264	12,116	3,191	1,704	1,487
시·도						
서울	45,347	40,739	4,608	1,428	814	614
부산	17,991	16,574	1,417	548	378	169
대구	11,810	11,225	585	190	110	80
인천	10,916	9,846	1,070	371	211	160
광주	6,987	6,454	533	170	117	53
대전	6,585	5,822	763	298	185	113
울산	3,564	3,236	328	126	82	44
세종	901	783	118	21	15	6
경기	47,050	41,943	5,109	1,642	897	745
강원	10,326	9,470	856	231	125	106
충북	9,975	9,194	781	181	84	97
충남	13,539	12,335	1,204	167	88	79
전북	14,712	13,792	920	258	146	112
전남	17,089	16,384	705	145	87	58
경북	19,204	18,164	1,040	209	97	112
경남	15,599	14,566	1,033	205	109	96
제주	2,465	2,246	219	56	32	24

자료: 국민건강보험공단. 2016년 국가건강검진통계연보.

90 치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색

〈표 4-6〉 66세 생애전환기 건강진단 1차 검진 수검률

(단위: 명, %)

구분	전체			남성		여성	
	대상 인원	수검 인원	수검률	대상 인원	수검 인원	대상 인원	수검 인원
전체	402,079	323,423	80.4	191,678	152,049	210,401	171,374
지역(합)	140,219	107,289	76.5	69,657	51,997	70,562	55,292
지역세대주	90,660	67,969	75.0	63,411	47,231	27,249	20,738
지역세대원	49,559	39,320	79.3	6,246	4,766	43,313	34,554
직장(합)	261,860	216,134	82.5	122,021	100,052	139,839	116,082
직장가입자	58,640	50,832	86.7	40,944	35,043	17,696	15,789
직장피부양자	203,220	165,302	81.3	81,077	65,009	122,143	100,293
서울	81,165	63,647	78.4	38,124	29,417	43,041	34,230
부산	33,812	27,301	80.7	16,051	12,862	17,761	14,439
대구	19,949	16,025	80.3	9,486	7,491	10,463	8,534
인천	19,309	15,720	81.4	9,499	7,669	9,810	8,051
광주	10,500	8,893	84.7	4,917	4,090	5,583	4,803
대전	10,962	9,190	83.8	5,284	4,358	5,678	4,832
울산	8,026	6,446	80.3	4,052	3,256	3,974	3,190
세종	1,361	1,134	83.3	655	536	706	598
경기	79,510	63,613	80.0	37,771	29,788	41,739	33,825
강원	11,954	9,768	81.7	5,538	4,466	6,416	5,302
충북	12,028	9,913	82.4	5,835	4,770	6,193	5,143
충남	18,490	14,676	79.4	8,853	6,924	9,637	7,752
전북	19,190	16,045	83.6	9,144	7,511	10,046	8,534
전남	19,454	15,936	81.9	9,380	7,538	10,074	8,398
경북	25,418	20,386	80.2	12,292	9,737	13,126	10,649
경남	26,423	20,614	78.0	12,678	9,746	13,745	10,868
제주	4,528	3,353	74.1	2,119	1,505	2,409	1,848

자료: 국민건강보험공단. 2016년 국가건강검진통계연보.

〈표 4-6〉을 통해 2016년 건강검진통계연보 자료를 이용하여 66세 생애전환기 건강검진의 인지기능 검사를 받은 사람들의 특성도 살펴보았다. 구체적으로 살펴본 내용은 수검 대상 인원 중 1차 검진에 참여한 노인 비율과, 2차 추가 진단이 필요한 노인 중 2차 검진에 참여한 비율이다. 66세 생애전환기 건강검진 전체 대상자 수는 40만 명이었고, 이 중에서 80%가 검사를 받았다. 성별로 봤을 때 남녀 간의 참여율은 유사하였다. 직장과 지역보험으로 나눌 경우 직장보험가입자와 피부양자가 지역세대주, 세대원에 비해 참여율이 높은 편이었다. 시도별로 살펴볼 경우 수검률이 가장 높은 곳과 낮은 곳은 10%포인트 차이가 났다. 광주에서 84.7%로 1차 검진 수검률이 가장 높은 지역은 84.7%인 광주였고, 1차 검진 수검률이 가장 높은 지역은 74.1%인 제주였다.

〈표 4-7〉은 인지기능장애 1차 검진 이후 2차 추가 진단이 필요하다고 판정받은 인원수와 2차 검진 수검률을 보여 준다. 1차 검진 참여율에 비해 2차 검진 참여율은 낮은 수준이다. 전체적으로 약 3만 명이 2차 추가 진단이 필요하다고 판정받았으나, 약 40%에 해당하는 1만 2000명만 2차 검진에 참여했다. 이는 성별로 구분해도 크게 다르지 않다. 지역별로 살펴볼 경우 2차 검진 수검률은 울산에서 가장 높고(58.1%) 충남에서 가장 낮았다(26.4%).

이러한 결과를 종합적으로 정리하면, 70세와 74세를 대상으로 하는 일반건강검진과 66세를 대상으로 하는 생애전환기 1차 건강검진율은 낮지 않은 편이지만, 인지기능저하가 우려되는 사람들을 대상으로 하는 2차 검진의 수검률이 저조한 편이다. 그러므로 2차 추가 진단이 필요하다고 판정받은 사람들의 수검률을 향상시키고 등록·관리하며 인지기능 상태를 정기적으로 검진해서 치매 예방 및 조기 발견의 사각지대를 좁혀야 한다.

92 치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색

〈표 4-7〉 66세 생애전환기 건강진단 2차 검진 참여율

(단위: 명, %)

지역	전체			남성			여성		
	대상 인원	수검 인원	수검률	대상 인원	수검 인원	수검률	대상 인원	수검 인원	수검률
전체	29,228	11,775	40.3	11,991	4,844	40.4	17,237	6,931	40.2
서울	6,613	2,654	40.1	2,572	1,013	39.4	4,041	1,641	40.6
부산	2,359	1,215	51.5	983	487	49.5	1,376	728	52.9
대구	982	433	44.1	396	170	42.9	586	263	44.9
인천	1,402	608	43.4	578	241	41.7	824	367	44.5
광주	757	366	48.3	309	159	51.5	448	207	46.2
대전	1,014	477	47.0	402	189	47.0	612	288	47.1
울산	739	429	58.1	310	172	55.5	429	257	59.9
세종	101	36	35.6	43	15	34.9	58	21	36.2
경기	6,588	2,638	40.0	2,616	1,049	40.1	3,972	1,589	40.0
강원	961	327	34.0	403	155	38.5	558	172	30.8
충북	870	297	34.1	396	137	34.6	474	160	33.8
충남	1,436	379	26.4	639	178	27.9	797	201	25.2
전북	1,048	454	43.3	449	213	47.4	599	241	40.2
전남	960	300	31.3	424	136	32.1	536	164	30.6
경북	1,364	501	36.7	583	226	38.8	781	275	35.2
경남	1,654	511	30.9	727	235	32.3	927	276	29.8
제주	380	150	39.5	161	69	42.9	219	81	37.0

자료: 국민건강보험공단, 2016년 국가건강검진통계연보.

2. 65세 이상 노인의 개인 특성에 따른 치매검진 및 인지저하

앞서 살펴본 일반건강검진(70세, 74세)과 생애전환기 건강검진(66세) 1, 2차 수검률과 인지기능저하 진단 결과를 통해, 성·나이의 개인 특성과 시·도 지역의 특성에 따라 인지저하 검진을 받는 정도에 차이가 있다는 사실을 확인할 수 있었다. 하지만 국민건강보험공단의 국가건강검진통계 연보에서는 개인과 지역의 더 자세한 특성별로 인지기능장애 검사를 받은 정도와 결과에 차이가 있는지를 확인하기가 어렵다. 그래서 이번에는 우리나라 지역사회 내에 거주하는 65세 이상 전체 노인을 대상으로 실시한 2017년 노인실태조사 자료를 활용해 보다 구체적인 개인 특성별로 지난 2년 내 치매검진을 받았는지에 차이가 있는지를 분석했다.

2017년 노인실태조사에 참여한 전체 대상자(N=10,298)를 지난 2년 내 치매검진을 받았는지 여부로 분류하였다. 남녀 모두 검진받은 비율은 50%가 되지 않지만 여성의 검진받은 비율이 높았다. 연령대별로 볼 경우 연령이 증가할수록 전반적으로 검진받은 비율이 증가했다. 교육 수준으로 나누면, 교육 수준이 낮을 때 검진받은 비율이 약간 더 높았다. 배우자 유무에 따라서는 배우자가 없을 때 검진받은 비율이 약간 더 높았다. 교육 수준이나 배우자 유무에 따른 결과는 연령에 따른 차이일 수도 있다. 연령이 증가하면서 치매검진을 받은 비율이 높아졌는데, 이는 고연령층에서 교육 수준이 낮고 배우자가 없는 경우가 많으므로 이들 집단에서 치매검진을 받은 비율이 더 높다는 결과로 나타났을 수 있다. 근로 여부로 나눠서 보면, 근로하지 않는 경우 치매검진을 받은 비율이 더 높았다. 또한 의사가 진단한 만성질환이 있거나, 우울증이 있거나, ADL 제한이나 IADL 제한이 있거나, 장기요양등급을 받았거나, 장애판정을 받은 집단에서 치매검진을 받은 비율이 더 높았다. 건강보장 형태에 따라서는 의료급여수급자이거나, 소득 수준이 낮거나, 읍면리에 거주하는 경우 치매검진을 받은 비율이 더 높았다.

94 치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색

〈표 4-8〉 65세 이상 노인 특성별 치매검진 여부

특성	전체 (사례 수=10,298)		검진받음 (사례 수=4,275)		검진 안 함 (사례 수=6,023)	
	사건 수	비율 (%)	사건 수	비율 (%)	사건 수	비율 (%)
성별						
여성	5,923	(57.5)	2,725	45.8	3,219	54.2
남성	4,375	(42.5)	1,550	35.6	2,804	64.4
연령대						
65~69세	3,332	32.4	1,006	30.4	2,304	69.6
70~74세	2,559	24.9	1,093	42.6	1,470	57.4
75~79세	2,176	21.1	1,094	50.0	1,096	50.0
80~84세	1,356	13.2	682	50.0	681	50.0
85세 이상	875	8.5	400	45.9	472	54.1
교육 수준						
초졸 이하	6,008	58.3	2,593	43.1	3,425	56.9
중졸	1,735	16.9	722	41.7	1,011	58.3
고졸 이상	2,555	24.8	961	37.7	1,588	62.3
배우자 유무						
없음	3,772	36.6	1,753	46.3	2,032	53.7
있음	6,526	63.4	2,522	38.7	3,991	61.3
근로 여부						
비근로	7,178	69.7	3,089	43.0	4,089	57.0
근로	3,120	30.3	1,186	38.0	1,934	62.0
의사 진단 만성질환						
없음	1,059	10.3	304	28.9	748	71.1
있음	9,239	89.7	3,971	42.9	5,275	57.1
우울						
우울증 아님	8,121	78.9	3,333	41.0	4,794	59.0
우울증	2,177	21.1	942	43.4	1,229	56.6
ADL 제한						
없음	9,400	91.3	3,848	40.9	5,556	59.1
있음	898	8.7	427	47.8	467	52.2
IADL 제한						
없음	7,766	75.4	3,121	40.2	4,649	59.8
있음	2,532	24.6	1,154	45.6	1,374	54.4
장기요양등급						
비대상(등급외 포함)	9,889	96.0	4,054	41.0	5,836	59.0
1~5등급	409	4.0	221	54.2	187	45.8
장애등급						
비장애	9,064	88.0	3,716	41.0	5,347	59.0
장애판정	1,234	12.0	559	45.3	676	54.8
건강보장형태						
건강보험	9,479	92.1	3,883	41.0	5,594	59.0
의료급여	819	8.0	392	47.9	429	52.4
균등화 가구소득						
1분위	2,385	23.2	1,090	45.7	1,301	54.5
2분위	2,377	23.1	1,066	44.8	1,316	55.4
3분위	2,635	25.6	1,028	39.0	1,601	60.8
4분위	2,901	28.2	1,091	37.6	1,805	62.2
거주지역						
읍면리	3,232	31.4	1,394	43.1	1,841	57.0
동	7,066	68.6	2,881	40.8	4,182	59.2

자료: 2017년 노인실태조사 자료를 분석함.

이번에는 개인 특성에 따른 치매검진과 인지저하 여부를 함께 살펴보기 위해 우리나라 지역사회에 거주하는 노인들을 지난 2년 내 치매검진을 받았고 인지기능도 정상인 집단(집단1), 지난 2년 내 치매검진은 받았지만 인지저하인 집단(집단2), 지난 2년 내 치매검진은 안 받았지만 인지기능이 정상인 집단(집단3), 지난 2년 내 검진도 안 받았고 인지저하인 집단(집단4)으로 구분했다. 집단을 이렇게 구분한 이유는 집단별로 맞춤형 서비스를 제공하기 위해서이다. 예를 들어, 집단2에는 인지저하가 치매로 발전하는지를 정기적으로 검진하면서 인지재활 프로그램 서비스를 제공해 줘야 한다. 집단3에는 직접적인 의료·돌봄 서비스보다는 치매검진 참여를 유도하는 것이 필요하다. 그리고 가장 위험군인 집단4에는 의료·돌봄 서비스 제공과 함께 정기검진 참여 독려도 해야 한다.

이러한 방식으로 집단을 구분한 결과, 전체 노인의 33.0% 정도만 지난 2년 내 치매검진도 받았고 인지기능도 정상인 집단1이었고, 인지기능은 정상이더라도 치매검진을 받지 않은 집단3이 46.2%로 더 많은 비율을 차지했다. 인지기능은 저하됐더라도 지난 2년 내 치매검진을 받아서 앞으로 등록·관리를 받을 수 있는 가능성이 높은 집단2의 비율은 8.5% 정도였다. 하지만 인지기능은 저하됐는데 지난 2년 내 치매검진도 안 받은 집단4의 비율이 집단2보다 더 많은 12.3%였다.

위험군인 집단4에 속하는 비율을 인구집단별로 살펴본 결과, 남성에서 집단4에 속하는 비율이 높고(여 10.5%, 남 14.7%) 고연령대에서도 집단4에 속하는 비율이 높았다(85세 이상에서 18.6%). 교육 수준에 따라서는 중졸에서 그 비율이 초졸이나 고졸보다 높은 편이었다(각 교육 수준별로 초졸 11.4%, 중졸 15.1%, 고졸 12.3%). 근로 여부에 따라서는 근로하지 않는 경우(비근로 13.1%, 근로 10.4%), 우울증 있는 경우(우울증 아님 11.5%, 우울증 있음 15.3%), ADL이나 IADL 제한이 있는 경우 집단4에 속하는 비율이 높았다.

참고로, 치매검진서비스에 대한 인지도가 치매검진 참여에 영향을 미

치는 요인일 수 있다. 노인실태조사 2011년 자료에서는 치매 예방 서비스 인지도를 조사하였는데 해당 자료를 분석한 연구(이성은, 2015)에 따르면, 치매 조기 검진 서비스의 인지율은 41.5%, 치매 예방 및 인지건강 프로그램의 인지율은 22.4%로 노인의 치매 예방 서비스 인지율이 낮은 수준이었다. 두 서비스 인지도에 영향을 미치는 요인은 성별, 교육 수준, 경제 상태, 거주지역, 배우자 유무 등으로 나타났는데 연령이 낮을수록, 남성에서, 중학교 졸업 이상 노인에서, 경제 상태가 높을수록, 도시 거주자에서, 배우자가 있는 경우 치매 조기 검진 서비스 인지도가 높았다. 2011년은 치매 조기 검진 사업이 도입된 지 몇 년 되지 않은 시점이어서 최근의 경향과는 다를 수 있지만, 2017년 노인실태조사에서는 관련 문항이 조사되지 않아 직접적인 비교를 할 수 없었다(이성은, 2015).

〈표 4-9〉 65세 이상 노인 특성별 차매검진 및 인지저하 여부

특성	전체 (사례 수=10,298)		집단1(사례 수=3,401) (차매검진O & 인지정상)		집단2(사례 수=874) (차매검진O & 인지저하)		집단3(사례 수=4,760) (차매검진X & 인지정상)		집단4(사례 수=1,263) (차매검진X & 인지저하)	
	수	비율(%)	수	비율(%)	수	비율(%)	수	비율(%)	수	비율(%)
성별										
여성	5,923	57.5	2,218	65.2	507	58.0	2,595	54.5	624	49.5
남성	4,375	42.5	1,183	34.8	367	42.0	2,165	45.5	639	50.5
연령대										
65~69세	3,332	32.4	817	24.0	189	21.7	1,896	39.8	408	32.3
70~74세	2,559	24.9	904	26.6	189	21.6	1,193	25.1	277	22.0
75~79세	2,176	21.1	892	26.2	202	23.1	849	17.8	247	19.6
80~84세	1,356	13.2	536	15.8	146	16.7	512	10.8	169	13.4
85세 이상	875	8.5	252	7.4	148	17.0	310	6.5	162	12.8
연령 평균	74.1	6.7	74.8	6.2	76.5	7.4	72.9	6.5	74.8	7.3
교육 수준										
초졸 이하	6,008	58.3	2,094	61.6	499	57.1	2,736	57.5	689	54.5
중졸	1,735	16.9	545	16.0	177	20.2	750	15.8	261	20.7
고졸 이상	2,555	24.8	763	22.4	198	22.69	1,275	26.8	313	24.8
배우자 유무										
없음	3,772	36.6	1,405	41.3	348	39.8	1,569	33.0	463	36.6
있음	6,526	63.4	1,996	58.7	526	60.2	3,191	67.1	800	63.4

(단위: 명, %)

〈표 4-9〉 65세 이상 노인 특성별 치매검진 및 인지저하 여부(계속)

특성	전체 (사례 수=10,298)		집단1(사례 수=3,401) (치매검진O & 인지정상)	집단2(사례 수=874) (치매검진O & 인지저하)	집단3(사례 수=4,760) (치매검진X & 인지정상)	집단4(사례 수=1,263) (치매검진X & 인지저하)				
	7,178	69.7	2,375	69.8	714	81.7	3,152	66.2	937	74.2
근로 여부										
비근로	3,120	30.3	1,026	30.2	160	18.3	1,608	33.8	326	25.8
의사 진단 만성질환										
없음	1,059	10.3	264	7.8	40	4.6	607	12.8	141	11.2
있음	9,239	89.7	3,137	92.3	834	95.4	4,153	87.3	1,122	88.8
우울										
우울증 아님	8,121	78.9	2,748	80.8	585	66.9	3,863	81.2	931	73.7
우울증	2,177	21.1	653	19.2	289	33.1	897	18.9	332	26.3
ADL 제한										
없음	9,400	91.3	3,171	93.2	677	77.5	4,444	93.4	1,112	88.1
있음	898	8.7	230	6.8	197	22.5	316	6.6	151	12.0
IADL 제한										
없음	7,766	75.4	2,617	77.0	504	57.7	3,802	79.9	847	67.1
있음	2,532	24.6	784	23.1	370	42.3	958	20.1	416	32.9
장기요양등급										
비대상 (등급외 포함)	9,889	96.0	3,314	97.4	740	84.7	4,630	97.3	1,206	95.5
1~5등급	409	4.0	87	2.6	134	15.3	130	2.7	57	4.5

(단위: 명, %)

〈표 4-9〉 65세 이상 노인 특성별 차매검진 및 인지저하 여부(계속)

(단위: 명, %)

특성	전체 (사례 수=10,298)		집단1(사례 수=3,401) (차매검진O & 인지정상)		집단2(사례 수=874) (차매검진O & 인지저하)		집단3(사례 수=4,760) (차매검진X & 인지정상)		집단4(사례 수=1,263) (차매검진X & 인지저하)	
	사례 수	비율 (%)	사례 수	비율 (%)	사례 수	비율 (%)	사례 수	비율 (%)	사례 수	비율 (%)
장애등급										
비장애	9,064	88.0	2,984	87.8	732	83.7	4,244	89.2	1,103	87.3
장애판정	1,234	12.0	417	12.3	142	16.3	516	10.8	160	12.7
건강보장형태										
건강보험	9,479	92.1	3,106	91.3	777	88.9	4,420	92.9	1,174	92.9
의료급여	819	8.0	295	8.7	97	11.1	340	7.1	89	7.1
균등화 개인소득										
1분위	2,385	23.2	862	25.4	228	26.1	1,030	21.6	271	21.5
2분위	2,377	23.1	861	25.3	205	23.5	1,001	21.0	315	25.0
3분위	2,635	25.6	797	23.4	231	26.5	1,235	25.9	366	29.0
4분위	2,901	28.2	882	25.9	209	24.0	1,494	31.4	311	24.6
거주지역										
읍면리	3,232	31.4	1,109	32.6	285	32.6	1,441	30.3	400	31.7
동	7,066	68.6	2,292	67.4	589	67.4	3,319	69.7	863	68.3

자료: 2017년 노인실태조사 자료를 분석함.

3. 지역 특성에 따른 치매진단

앞서 2017년 노인실태조사 원자료 분석을 통해 65세 노인의 개인 특성에 따라 치매검진 여부에 차이가 있는지를 살펴봤지만, 시군구 지역 특성에 따라서 치매진단 정도에 차이가 있는지는 확인할 수가 없었다. 그런데 국민건강보험공단의 국가건강검진통계에 따르면, 시도별 수검률 편차가 상당히 컸다. 그래서 이번에는 시군구 지역 단위에서의 치매진단을 차이를 자세하게 알아보려고 한다. 치매유병률²⁾과 치매상병률³⁾ 간의 차이로 계산되는 치매진단율⁴⁾을 통해 지역사회 내 치매환자를 얼마나 발견해서 치료·관리하고 있는지를 가늠할 수 있다. 이러한 분석을 통해 치매검진사업에서 더 관심을 기울여야 할 지역을 파악하고 과소·과대 진단을 하는 시군구 지역 특성을 밝혀냄으로써 치매검진정책에 관한 시사점을 도출하고자 한다.

본격적으로 시군구 노인 대상 보건의료·돌봄 서비스에 따른 치매진단율을 분석하기 전에 보건복지부·중앙치매센터가 발행한 남효정 외(2017) ‘대한민국 치매현황 2017’ 통계자료를 이용하여 시군구 지역별로 성·연령 표준화 치매유병률, 치매상병률, 경도인지장애유병률,⁵⁾ 치매진단율 편차가 존재하는지부터 살펴보겠다. 등급 내 값 평균편차는 최소화하고 등급 간의 분산은 극대화하여 자연스러움이 최적화된 지도로 구현하는 Natural Breaks 5등급으로 전체 229개 시군구를 구분했다.

그 결과, 시군구 치매유병률 평균은 약 10%였는데, 치매유병률이

2) 치매유병률=추정된 치매노인 수/전체 노인 수(주민등록 연앙인구)×100

3) 치매상병률=치매상병코드(F00, F01, F02, F03, G30, G31, G31.82, F10.7) 기준 의료기관에서 진료받은 실수진자(보험청구 지급 기준)/전체 노인 수(주민등록 연앙인구)×100

4) 치매진단율=65세 이상 치매상병자 수/65세 이상 치매 추정 환자 수×100

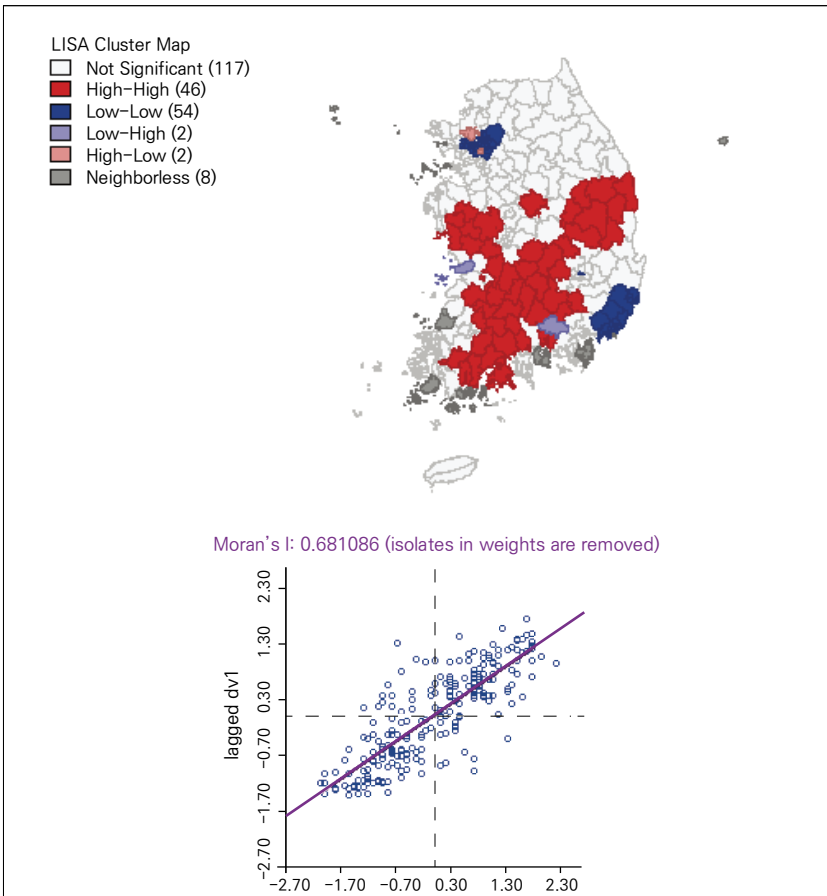
5) 경도인지장애유병률=추정된 경도인지장애노인 수/전체 노인 수(주민등록 연앙인구)×100

9.0% 미만인 시군구는 38개, 치매유병률이 9.0~9.9% 미만인 시군구는 57개, 치매유병률이 9.9~10.7% 미만인 시군구는 46개, 10.7~11.7% 미만인 시군구는 60개, 치매유병률이 11.7% 초과인 시군구는 28개였다. 시군구 경도인지장애율 평균은 23% 정도였고, 경도인지장애율이 21.9% 미만인 시군구는 22개, 21.9~22.4% 미만인 시군구는 62개, 22.4~22.9% 미만인 시군구는 54개, 22.9~23.4% 미만인 시군구는 48개, 23.4% 이상인 시군구는 43개였다. 시군구 치매상병 비율 평균은 치매유병률보다 조금 낮은 9.5% 수준이었고, 치매상병 비율이 7.8% 미만인 시군구가 49개, 7.8~9.4% 미만인 시군구는 84개, 9.4~11.2% 미만인 시군구는 47개, 11.2~13.6% 미만인 시군구는 35개, 13.6% 이상인 시군구는 14개였다. 마지막으로, 시군구 치매진단율 평균은 92.3%였는데, 최소 55.7%에서 최대 155.8%로 편차가 컸다. 치매진단율이 77.1% 미만인 시군구는 47개, 77.1~89.4% 미만인 시군구는 57개, 89.4~100.1% 미만인 시군구는 55개, 100.1~117.6% 미만인 시군구는 53개, 117.6% 이상인 시군구는 17개였다.

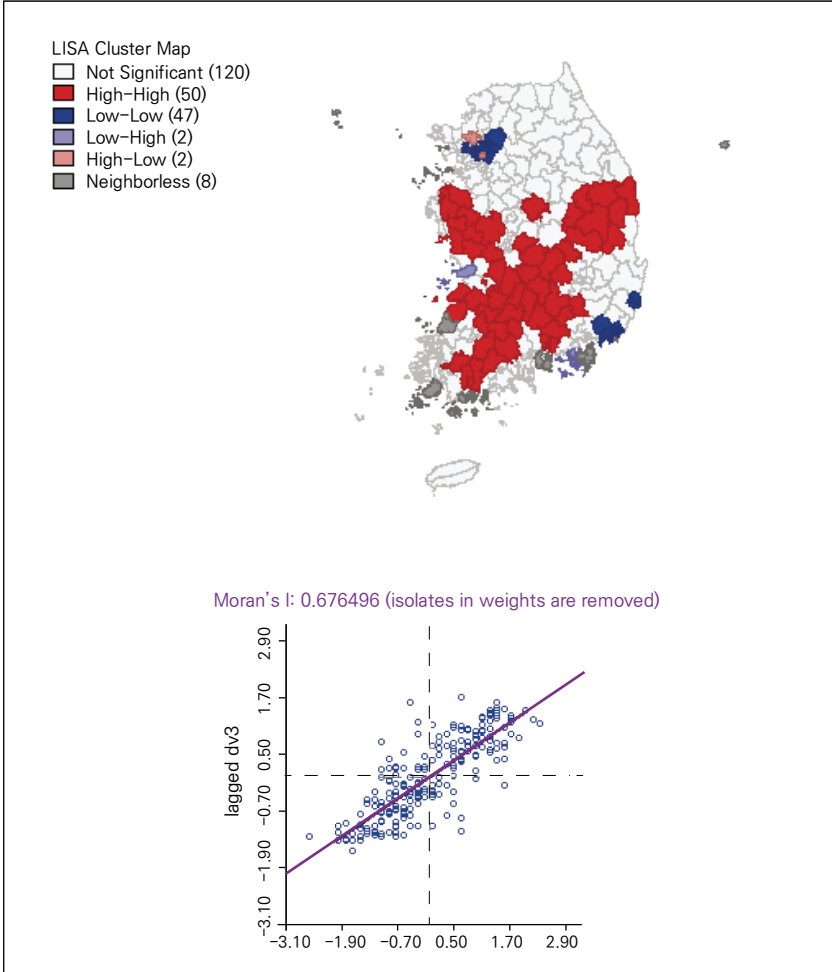
[그림 4-1]부터 [그림 4-4]까지는 시군구별 치매유병률, 경도인지장애유병률, 치매상병률, 치매진단율을 군집화했을 때 인근 시군구에 비해 상대적으로 어떠한 수준인지, 그리고 이러한 지역 간 차이가 통계적으로도 유의한지를 국지적 모란지수로 분석한 결과다. 국지적 모란지수는 치매유병률 0.68, 경도인지장애유병률 0.68, 치매상병률 0.70, 치매진단율 0.64로 모두 높은 수준이어서 공간적 자기상관성을 가지고 있다고 말할 수 있다. 유의한 공간적 자기상관이 군집화되어 나타나는 지역은 치매유병률과 경도인지장애율이 거의 유사하고, 치매상병률과 치매진단율도 지역적으로 비슷한 양상이다. 치매유병률과 경도인지장애유병률이 높은 시군구들이 밀집해 있는 지역(High-High)은 서울, 경기, 부산, 경남 지역이었다. 치매유병률과 경도인지장애유병률이 낮은 시군구들이 밀집해 있

는 지역(Low-Low)은 경북, 충남, 전북, 전남 일대였다. 치매상병률과 치매진단율에서는 이와 다른 군집의 형태가 발견되었다. 치매상병률과 치매진단율이 높은 시군구들이 밀집해 있는 지역은 경남 일부, 전북, 전남 일대였다. 반면, 치매상병률과 치매진단율이 낮은 시군구들이 밀집한 지역은 서울, 경기, 강원 일대였다.

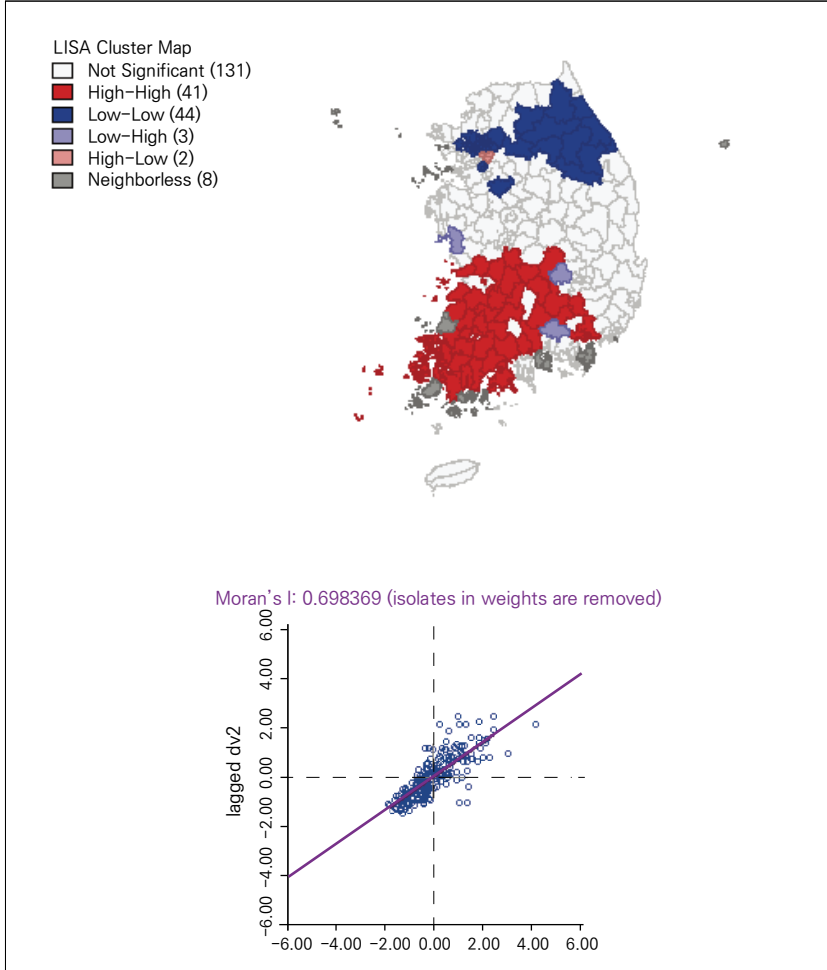
[그림 4-1] 2016년 시군구별 치매유병률 국지적 모란지수



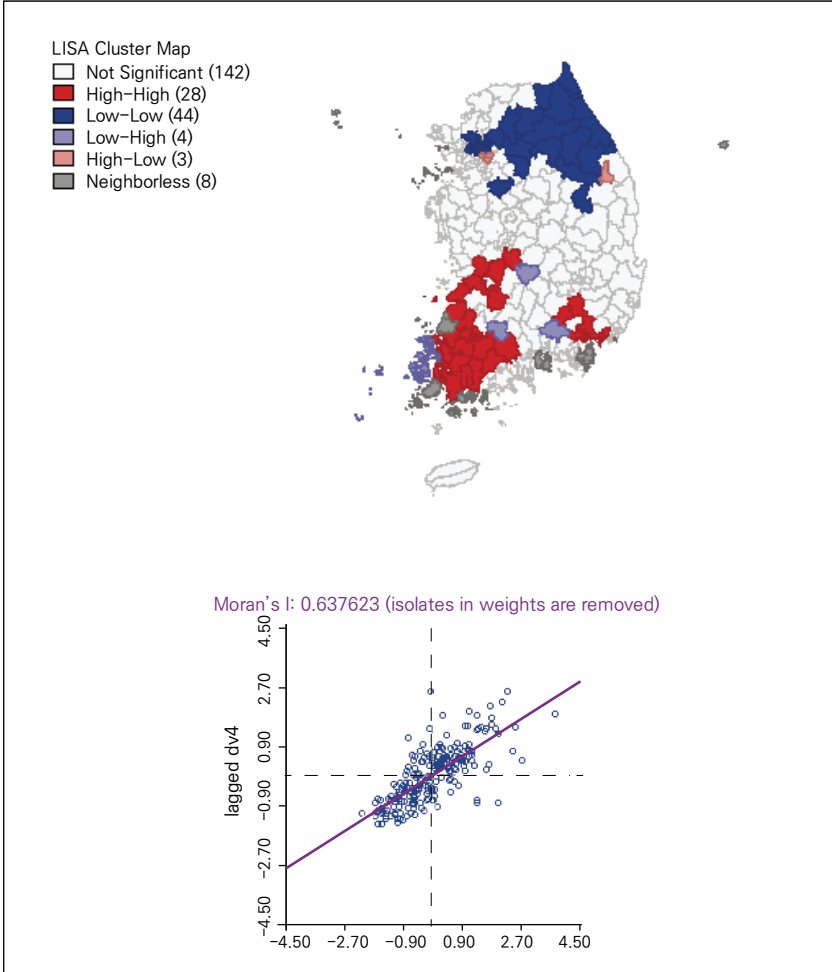
[그림 4-2] 2016년 시군구별 경도인지장애유병률 국지적 모란지수



[그림 4-3] 2016년 시군구별 치매상병률 국지적 모란지수



[그림 4-4] 2016년 시군구별 치매진단율 국지적 모란지수



국지적 모란지수 분석에 이어 시군구 치매유병률, 치매상병률, 경도인지장애유병률, 치매진단을 간의 관계는 어떠한지 알아보기 위해 <표 4-10>과 같이 피어슨 상관관계 분석을 실시했다. 시군구 수준 치매유병률과 경도인지장애유병률은 거의 같은 지표라고 할 수 있을 정도로 상관관계가 .96으로 매우 높았다($p < .001$). 치매유병률과 경도인지장애유병률 서로 간의 상관관계 정도까지는 아니지만 치매유병률·경도인지장애유병률과 치매상병률 간의 상관관계도 .64, .68 수준으로 높았다($p < .001$). 그에 비해서 치매유병률·경도인지장애유병률과 치매진단을 간의 상관관계는 통계적으로 유의하긴 하지만 각각 .21($p < .01$), .29($p < .001$) 정도로 높은 수준은 아니었다. 치매진단을 치매유병률이나 경도인지장애유병률보다는 치매상병률과의 상관관계가 .88로 매우 밀접한 것으로 나타났다($p < .001$).

<표 4-10> 2016년 시군구(N=229) 단위 피어슨 상관관계

변수	치매유병률	치매상병률	경도인지장애유병률	치매진단을
치매유병률	1.00			
치매상병률	.64***	1.00		
경도인지장애유병률	.96***	.68***	1.00	
치매진단을	.21**	.88***	.29***	1.00
평균	10.21	9.46	22.67	92.25
표준편차	1.16	2.30	.65	17.24
최소	7.8	5.18	21.0	55.7
최대	12.9	19.05	24.2	155.8

주: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

〈표 4-11〉 시군구(N=229) 보건의로 복지서비스와 차매진단을 간의 피어슨 상관관계

변수	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)	(11)
(1)	1.00										
(2)	-.19**	1.00									
(3)	-.06	-.40***	1.00								
(4)	.21**	.15*	-.41***	1.00							
(5)	.31***	.15*	-.44***	.98***	1.00						
(6)	.27***	-.41***	.26***	-.41***	-.37***	1.00					
(7)	.20**	-.22***	.08	-.20**	-.15*	.49***	1.00				
(8)	.10	-.23***	.17**	-.23**	-.19**	.30***	.62***	1.00			
(9)	-.08	.30***	-.09	-.09*	-.08	-.05	.25***	.39***	1.00		
(10)	-.06	.31***	-.17*	-.04	-.04	-.02	.06	.12	.71***	1.00	
(11)	.38***	.34***	-.44***	.77***	.82***	-.33***	-.11	-.17*	.12	.13*	1.00
평균	92.25	60.52	2.56	18.64	10.31	86.22	.02	1.95	.77	25.74	13.77
표준편차	17.24	10.81	.63	7.84	5.78	53.42	.18	.82	.48	13.57	9.74
최소	55.7	28.8	1.17	6.65	3.00	1.12	0	.42	.06	1.39	1.96
최대	155.8	87	4.89	37.48	24.74	301.32	1.72	10.15	3.19	81.24	41.07

주: *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

(1) 차매진단율, (2) 재정자주도, (3) 일반회계 중 보건의로 예산비율, (4) 전체 인구에서 차지하는 65세 이상 노인 비율, (5) 전체 가구에서 차지하는 노인 1인 가구 비율, (6) 65세 이상 노인 천 명당 명상 수, (7) 65세 이상 노인 천 명당 요양병원 수, (8) 65세 이상 노인 천 명당 재가장기요양급여기관 수, (9) 65세 이상 노인 천 명당 시설장기요양급여기관 수, (10) 65세 이상 노인 천 명당 입소 정원, (11) 65세 이상 노인 천 명당 노인여가복지시설 수

치매진단율이 보건의료·복지서비스를 받는 치매상병률과 매우 높은 상관관계를 보였기 때문에 시군구의 재정, 보건의료 예산, 노인 관련 인구·가구, 노인 대상 보건의료·장기요양·복지 공급 중에서 보다 구체적으로 어떤 특성과 밀접한 관련이 있는지를 살펴보기 위해 추가적으로 상관관계 분석을 했고, 그 결과는 <표 4-11>과 같다. 분석 결과, 치매진단율은 재정자주도($r=-.19^{**}$), 전체 인구에서 차지하는 65세 이상 노인 비율($r=.21, p<.01$), 전체 가구에서 차지하는 노인 1인 가구 비율($r=.31, p<.001$), 65세 이상 노인 천 명당 병상 수($r=.27, p<.001$), 65세 이상 노인 천 명당 요양병원 수($r=.20, p<.01$), 65세 이상 노인 천 명당 노인여가복지시설 수($r=.38, p<.001$)와 유의한 상관관계가 있는 것으로 나타났다. 하지만 일반회계 중 보건의료 예산 비율, 65세 이상 노인 천 명당 재가장기요양급여기관 수, 65세 이상 노인 천 명당 시설장기요양급여기관 수, 65세 이상 노인 천 명당 노인의료복지시설 입소정원과는 상관관계가 유의하지 않았다.

상관관계 분석은 여러 지역 특성을 동시에 고려할 수 없으므로 다변량 회귀분석을 실시하였다. 인접한 시군구 간 치매진단율이 서로 밀접한 관련성이 있어서 이러한 공간적 자기상관성을 통제하는 공간시차모형으로 분석을 했고, 일반적으로 사용되는 최소자승선형회귀모형 분석 결과도 함께 비교용으로 제시하였다. <표 4-12>에서의 공간시차모형 분석 결과, 재정자주도가 1%씩 상승할수록 치매진단율은 0.3%씩 하락했다. 전체 인구에서 차지하는 노인 인구 비율이 1%씩 상승할수록 치매진단율은 2.7%씩 하락했다. 반면, 전체 가구에서 차지하는 노인 1인 가구 비율이 1%씩 상승할수록 치매진단율은 3.8%씩 상승했다. 노인 인구 천 명당 병상 수가 1개씩 늘어날수록 치매진단율도 0.07%씩 상승했다. 노인 인구 천 명당 노인여가복지시설 수가 1개씩 늘어날수록 치매진단율도 0.7%씩 상승

했다. 이를 종합적으로 정리하면, 노인 인구 비율이 높고 재정자주도가 낮은 지역보다, 노인 1인 가구 비율이 높거나 병상과 노인여가복지시설 공급이 많은 지역에서 치매진단율도 높다고 볼 수 있다.

〈표 4-12〉 시군구 재정, 보건 의료 예산, 노인 관련 인구·가구, 노인 대상 보건 의료·장기요양·복지 공급에 따른 치매진단율

변수(종속: 치매진단율)	선형회귀모형		공간시차모형	
	b	se	b	se
인접지역 영향력(λ)	-	-	0.12**	0.04
상수	105.59***	10.74	95.56***	10.96
재정자주도	-0.33**	0.11	-0.30**	0.10
일반회계 대비 보건 의료 예산	0.86	1.68	0.84	1.61
전체 인구 대비 노인 인구	-2.89***	0.60	-2.73***	0.58
전체 가구 대비 노인 1인 가구	4.01***	0.93	3.82***	0.89
노인 대비 병상 수	0.08***	0.02	0.07**	0.02
노인 대비 요양병원 수	3.85	7.01	4.58	6.73
노인 대비 재가장기요양기관	0.12	1.54	-0.36	1.49
노인 대비 시설장기요양기관	-2.39	3.10	-2.19	2.97
노인 대비 노인 의료 복지 시설	-0.02	0.10	-0.02	0.09
노인 대비 노인 여가 복지 시설	0.84***	0.19	0.73***	0.19
N(df)	229(218)		229(217)	
R ²	.44		.46	
F/rho	17.23***		.12	
Moran's I(error)	5.29***			
likelihood ratio			7.65(1)**	

주: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

제2절 치매검진의 어려움과 정책적 요구

앞서 양적 자료를 이용하여 치매검진 관련 현황을 분석하였다면 본 절에서는 치매환자 가족, 치매안심센터 근무자 등을 대상으로 진행한 인터뷰 자료를 이용하여 관련 현황을 분석하였다. 인터뷰 내용 결과를 바탕으로 치매검진 이용자 입장에서 그리고 치매안심센터 차원에서 치매검진사업과 관련하여 어떤 어려움을 겪고 있고 정책적으로 요구하는 바가 무엇 인지를 조사하였다.

1. 치매검진 관련 이용자 입장

우선 이용자 입장에서 비용이나 기관 이용에 대한 장애요인을 제거하는 것이 중요하다. 치매검진사업은 시군구 보건소와 국가건강검진사업을 통해 이루어진다. 이 중 시군구 보건소에서 진행하는 검진사업은 만 60세 이상 모든 노인을 대상으로 1단계 치매선별검사를 하며, 보건소와 지·연계한 거점병원에서 치매진단·감별검사를 실시한다. 치매선별검사는 무료이지만 치매진단검사는 의료급여 가입자와 기준 중위소득 120% 이하자에 대해서는 최대 8만 원을 지원하고 8만 원을 초과하는 검사비는 본인이 부담한다. 치매감별검사는 의원·병원·종합병원급일 경우 최대 8만 원을 지원하고 협약병원이 상급종합병원일 경우 최대 11만 원을 지원한다. 이에 대해 치매안심센터 관계자는 비용 지원을 받지 못하는 노인들의 경우에도 검사 비용이 서비스 이용에 대한 장애요인으로 작용하고 선별 검사에서 이상이 발견될 경우 협약병원을 다시 예약해서 가도록 하는 방식이 검진 참여를 저해하는 요인이라고 지적한다. 앞서 국가건강검진을 통해 선별검사를 받는 비율이 80% 정도인 반면 2차 검진 참여율은

40% 정도에 불과했는데 비용 측면이나 검사기관에 대한 접근성 문제가 2차 검진 참여를 저해하는 요인인지 확인이 필요하다.

“이분들이 80이 넘어서 거의 인지기능이 떨어져 있는 부분인데 지금 의사들은 선별만 센터에서 하고 진단검사는 병원에 맡기라고 하는데 ... (중략)... 이분들이 7만~8만 원을 내고 예약해서 병원을 가야 하는데...”
(연구참여자 F-O-L)

다음으로 가족, 그리고 사회적인 인식 개선이 중요하다. 우선은 노인과 함께 거주하는 가족들의 인식 개선이다. 노인과 함께 거주하는 가족들이 치매에 대해 인식하고 있고 검진 대상 연령이 되었을 때 검진에 참여하도록 독려할 필요가 있다. 현재 치매검진 연령에 도달할 경우 지역치매안심센터에서 검진에 대한 안내문을 보내는데 검진 대상자에게뿐 아니라 노인 가족들이 치매에 대해 잘 이해하도록 함께 안내물을 보내는 방식 또한 고려 가능하다. 가족들뿐 아니라 지역사회의 인식 개선 또한 중요하다. 검사 참여나 진단, 치매관리가 더 잘 이루어지기 위해서는 주변의 독려가 필요하다. 이를 위해서는 치매를 숨기는 방식이 아니라 노인들이 스스로 치매환자임을 쉽게 얘기할 수 있는 환경 조성이 필요하다. 이럴 경우 치매진단도 더 빨리 이루어질 수 있고 치매 예방 노력도 더 잘할 수 있다.

“이분들이 치매환자라는 부분들을 마을에서 이야기할 수 있고 그럼 진단도 자연스럽게 빨리...(중략) 치매 예방도 더 열심히 하고...(중략)... 피해 보는 게 없고 오히려 사람들이 ... 칭찬해 주시고 격려해 주시면....”(연구참여자 F-O-D)

2. 치매안심센터의 상황, 어려움, 정책적 요구

가. 치매 예방에 기여하는 역할 설정과 실효성 있는 목표 지표 설정

지역치매안심센터의 경우 인력이 제한되어 있다 보니 어떤 사업에 집중할 것인가에 대한 고민이 많았다. 이와 관련하여 ○○지역안심센터에서는 치매안심센터가 지역사회에서 치매 예방과 관리에 집중할 수 있도록 기능과 역할을 명확히 해야 한다고 지적했다. 말하자면 치매 관련 모든 사업을 센터가 진행하는 방식이 아니라 센터는 지역사회에서 치매 예방과 관리사업을 중심으로 진행하면서 그 외 각 정부기관들과 필요한 부분들은 연계하여 조정하는 역할을 하는 것이 적절할 것이다. 하지만 치매안심센터가 생기면서 치매 관련 모든 사업이 치매안심센터로 집중되는 현상이 나타났는데, 예를 들어 기존에 다른 정부기관에서 하던 공공후견 인제도와 지문인식등록사업 등의 센터로의 이관이다.

“안심센터 기능, 장기요양기관 기능을 써 봤으면서도 실제 모든 사업은 치매센터로 가져오는 경향이 있는 게...(중략)...저희는 지금 지역사회 기반으로 어르신들을 관리하도록 만들어진 시스템인데 기타 부수적인 것을 다 가지고 와서 치매라고 하면 모든 기능을 다 센터에다가 넣으려고...”
(연구참여자 F-O-J)

이는 다른 한편으로 치매예방센터가 질병 예방, 관리 사업과 복지 연계 사업 중 무엇을 중심으로 사업을 전개할 것인가에 대한 고민으로도 연결된다. 이에 대해 ○○지역안심센터에서는 치매 발생 후 관리에 현재 정책이 집중되어 있다며 지역사회에서 중요한 것은 조기 발견과 개입이라고

강조했다. 이와 함께 치매진단 이후에는 실제로 할 수 있는 일이 많지 않다는 점에서도 치매안심센터가 예방사업을 보다 적극적으로 진행할 수 있도록 정책 방향이 수립되어야 한다고 강조했다. 하지만 사업의 평가나 지표가 치매진단 이후의 지원사업에 초점이 있다 보니 경도인지장애 단계에서 미리 확인하고 관리할 경우 직접적으로 치매발생률을 낮출 수 있음에도 경도인지장애가 치매로 악화되는 것을 예방하는 사업은 간과되거나 제대로 평가받지 못한다는 우려를 제기했다.

“경도인지장애가 나와서 어디에서도 해 주지 않는 서비스를 센터에서 해 주고 있었고 이 사람들의 치매가 예방되고 있었던 부분은 어디에서 인정을 하고 있지 않거든요.”(연구참여자 F-O-M)

치매안심센터의 구성원들이 지역사회에 대한 헌신을 가지고 사업을 진행하더라도 현실적으로 중앙 차원에서 정해지는 평가지표를 무시할 수는 없다. 이는 내실 있는 사업 운영보다는 평가지표를 따라가는 문제도 야기할 수 있다. 예를 들어 선별검진의 중요성이 강조되면서 경로당 등을 찾아가서 관련 사업 등을 진행하고 있는데 경우에 따라서는 실제 치매 예방을 위해 사업이 진행되기보다는 목표를 채우기 위한 사업이 전개되기도 한다. 이는 중앙 차원에서 목표 지표 설정을 면밀하게 설정해야 함을 의미한다.

나. 지역 현황을 고려한 사업 운영의 필요성

지방의 경우 인구밀도가 낮다 보니 여기저기 흩어져서 살고 있는 반면 교통시설은 좋지 않아 사업 전개에 어려움을 겪는다. 이는 인력 부족과도

맞물려서 더 어려움을 낳는 요인이다. 직접 찾아가서 치매 조기 검진 사업을 해야 하는데 보건소에서 관련 인력은 부족하다.

“도심지의 몇 군데 말고 딱 벗어나면 전부 다들 사업하기엔 전부 다 외곽지로 가야 되고. 그래서 저희들이 어찌 보면 사각지대가 참 많은 데라서...”(연구참여자 F-O-D)

지역적 어려움과 함께 지방은 서울에 비해 사업이 늦게 시작되어 더 어려운 부분도 있다. 하지만 문제는 중앙정부 차원에서 평가 등에 있어 이러한 시작 시점의 차이나 지방에서 사업을 수행하는 어려움을 고려하지 않는다는 점이다.

“지방하고 서울하고 차이가 난다고 하는데 복지부가 그 차이를 인정하지 않고 지방하고 맞춰서 평가나 뭐나 다 맞추라고 하고 평가하니까 신경을 안 쓸 수도 없고 예산이 들어오는데 평가를 초기 단계 사업이랑 같이 평가한다고 하니까 서울에서는 올해 지역사회 병의원 협력 ‘치매안심주치의’를 하고 있는데 똑같이 평가한다고 하면 답답하고...”(연구참여자 F-O-P)

지역 상황에 적합한 프로그램 개발 또한 중요하다. 대도시 지역에 비해 노인들의 연령층이 높고 이로 인해 교육 수준이 낮다는 점에서도 어려움을 겪는다. 80세 이상의 고령자나 무학인 경우가 많고, 그러다 보니 글을 못 쓰는 사람들이 많다. 이로 인해 서울과 같은 대도시 지역에서 상대적으로 젊고 교육 수준이 높은 노인을 대상으로 개발된 인지재활 프로그램 등이 잘 맞지 않는 문제들이 발생한다.

“인지재활 프로그램을 이렇게 뭘 해 갖고 와서 해야 되겠다 했는데. 막 상 시범사업으로 OO 가까운데 경로당 가 보니까 이게 안 되더라고요.”
(연구참여자 F-O-D)

다. 치매안심센터 인력과 역량 문제

지역 현황에 맞는 프로그램 개발이나 사업 수행은 각 센터가 가지고 있는 역량의 문제와도 연결되는데 이는 인력 자체와 인력이 갖추고 있는 관련 영역에 대한 전문지식이나 경험이다. 지방도시 같은 경우는 간호 인력이나 임상심리사 등을 구하기 어렵다. 또한 중앙치매센터의 경우 전문가도 많고 이용할 수 있는 자원도 많지만 지역으로 내려올 경우 전문가도 많지 않고 관련 사업의 경험이나 훈련 수준도 높지 않은 편이다. 이와 함께 사업 관련 인력의 고용과 신분이 보장되지 않다 보니 인력을 뽑기가 더 어렵다. 이는 운영 형태와 관련되는데 자율적으로 지자체에 맡겨 진행하다 보니 무기계약제, 시간선택제로 인력을 고용하게 되고 이로 인해 고용이 불안정하니 오려는 사람도 제한적이다. 인력 문제를 해소하기 위해서는 처우 개선이 필요하고 별정직과 같은 방식이 고려 가능하다고 지적한다.

“자율적으로 지자체에 맡기면서 다양한 형태의 고용이 생기고 있는데 인력이 안 뽑힌다 말하고 있지만 신분보장이 안 되니까 안 오는 거예요.”
(연구참여자 F-O-J)

이와 함께 지방에 있는 직원들의 역량 강화가 필요하다고 지적했다.

“지역사회 롤모델이 없어서 서울 가서 배우면 좋겠다 생각했고... 자기

들끼리 꾸려 가는데 사업안내서 지표는 문자적인 거고.”(연구참여자 F-O-L)

제3절 소결

치매검진 참여율을 분석한 결과 1차 검진 참여율이 80% 정도로 높은 수준임에 비해 인지기능 이상자에서 2차 검진에 참여한 비율은 40% 정도에 불과했다. 이는 현재 정책이 선별검사를 받는 노인의 수를 늘리는 것을 넘어서 실질적인 치매예방정책으로 가야 함을 의미한다. 이에 대해 고진경, 조문기(2018)는 현재 치매상담센터의 운영 실적 지표가 센터에 치매환자를 많이 등록하고 검진을 많이 하면 지표가 상승하고 좋은 평가를 받도록 설계되어 있음을 문제로 지적했다. 즉, 현행 지표는 60세 이상 인구 대비 선별검진을 받는 인구 비율이 높을수록, 정밀검진 비율이 높을수록, 치매환자 발견 비율이 증가할수록 좋은 평가를 받는다(고진경, 조문기, 2018).

현재의 정책이 검진 참여율을 올리는 것을 넘어 검사 이후 악화를 예방하는 방향으로 이동하기 위한 고민이 필요하다. 원인이 더 구체적으로 파악되어야겠지만 크게 두 가지 측면에서 정책적 고려가 가능하다. 우선은 선별검사 이후 진단검사 비용은 저소득층 노인에게만 지원된다는 점에서 노인의 비용 부담 문제가 있을 수 있다. 선별검사 이후 진단, 감별검사에 대한 비용 지원이 필요한지 검토가 필요하다. 이와 함께 선별검사에서 이상이 발견된 경우 바로 진단, 감별검사와 관리로 이어질 수 있도록 제도를 정비하는 것이 필요하다. 치매안심센터에서 일괄적으로 시행하도록 하는 방안, 혹은 진단의뢰경로(Referral Pathway)를 구축하는 방안이 가능하다. 예를 들어 영국에서는 빠르고 정확한 치매진단과 관리가 이루어

어질 수 있도록 지역사회 병·의원과 대학병원 간, 다른 전공을 가진 병·의원 전문의 사이에 협력체계를 구축하여 진단의뢰 등을 시행하고 있다(김빈나 2017).

이와 함께 지역 치매 관련 인력에 대한 교육과 교육받은 인력을 확보하기 위한 지원이 필요하다. 예를 들어 보건소 조기 검진 담당자의 치매 관련 경험과 전문성 제고이다. 이는 본 연구에서 심층면접을 한 지역 치매안심센터 근무자들이 제기하기도 했지만 선행연구들(고진경, 조문기, 2018; 오병훈, 2008)에서도 문제로 지적되었다. 치매안심센터 근무자뿐만 아니라 의료진을 포함하여 치매 조기 검진 교육 등 치매 전문교육이 필요하다. 특히 농어촌 지역의 경우, 치매 전문 진료 경험이 부족한 의료진이 관여하는 경우가 많아 의료진을 대상으로 하는 조기 검진 교육 프로그램 또는 교육과정을 개설하고 이를 통해 사업 참여 의사의 치매 대응력을 향상시켜야 할 것이다. 치매 조기 검진 2단계에서 이루어지는 신경심리검사의 경우, 자격을 갖춘 임상심리 전문가나 신경심리 전공자가 없어서 간호사, 사회복지사 등의 인력이 신경심리 평가자로 일하는 상황도 발생한다. 그러므로 치매 전문교육뿐만 아니라 간호사, 사회복지사 등이 신경심리검사의 업무를 수행해도 정확한 검사를 할 수 있도록 하는 교육과 훈련도 병행되어야 할 것이다(고진경, 조문기, 2018).

노인 개인과 거주하는 지역사회 특성에 따라 치매수검률과 치매진단을 편차가 크지 않도록 사각지대를 파악하고 표적집단을 설정하여 효율적으로 치매검진을 실시해야 한다. 그 이유는 지역사회에 거주하는 전체 노인의 58%나 지난 2년 내 치매검진을 받은 적이 없었고, 전체 노인의 약 12%는 인지기능저하 상태인데도 지난 2년 내 치매검진을 받은 적이 없었을 정도로 치매검진의 사각지대가 크기 때문이다. 치매진단율이 77% 미만으로 저조한 시군구가 47개나 된다는 본 연구의 분석 결과도 이와 같

은 맥락으로 볼 수 있다. 그런데 치매검진의 사각지대가 존재하는 동시에 치매 상병코드로 진료를 받은 환자 수가 추정 치매환자 수의 117% 이상으로 과도하게 많은 시군구도 17개나 있는 상황이다. 치매진단율이 과도하게 높은 것은 곧 부정확하거나 비효율적인 치매 진료·치료가 이루어지고 있다는 것이라고 추정할 수 있고, 이는 자칫 의료 재정 낭비로 이어질 수 있다. 그러므로 치매검진에서의 사각지대를 해소하려는 실천적 노력과 함께 과도한 치매진단·진료를 규제하는 제도적 장치도 마련되어야 한다.

제 5 장

치매 돌봄: 실태, 어려움, 정책적 요구

- 제1절 치매노인과 배우자의 돌봄 요구 및 돌봄 수혜
- 제2절 비공식적 돌봄제공자의 어려움과 정책적 요구
- 제3절 공식적 돌봄제공자의 어려움과 정책적 요구
- 제4절 소결



5

치매 돌봄: << 실태, 어려움, 정책적 요구

제5장 제1절에서는 2017년 노인실태조사 원자료를 활용하여 치매노인과 배우자의 돌봄 요구와 돌봄 수혜 실태를 알아본다. 이를 위해 기술 통계, 잠재계층분석(LCA: Latent Class Analysis), 다항로지스틱회귀분석을 실시한다. 이어서 제2절과 제3절에서는 치매노인의 비공식적 돌봄 제공자, 공식적 돌봄제공자가 치매돌봄을 경험하면서 호소하는 어려움과 정책적 요구가 무엇인지를 자세히 살펴본다. 이러한 내용을 알아보기 위해 2018년 4~9월 비공식적 돌봄제공자 21명, 공식적 돌봄제공자 27명을 심층면접하고, 녹취록을 질적 분석한다. 제4절 소절에서는 제1~3절의 주요 분석 결과를 정리하고 이와 관련된 정책적 제언을 한다.

제1절 치매노인과 배우자의 돌봄 요구 및 돌봄 수혜

치매노인과 배우자의 돌봄 요구와 돌봄 수혜 실태를 파악하기 위해 2017년 노인실태조사 자료를 분석했고, 구체적인 분석 결과를 순서대로 보겠다.

1. 치매노인의 돌봄 요구

인지저하자를 포함한 치매환자가 일상생활의 어느 영역에 도움을 필요로 하는지 살펴본 결과는 <표 5-1>과 같다. 일상생활수행능력은 (1) 옷 입기, (2) 세수, 양치질, 머리 감기, (3) 목욕 또는 샤워하기, (4) 차려 놓은

음식 먹기, (5) 누웠다 일어나 방 밖으로 나가기, (6) 화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷 입기, (7) 대소변 조절하기의 7개 영역으로 구분된다.

〈표 5-1〉 인지저하자와 치매확진자의 일상생활수행능력 도움 필요

(단위: 명, %)

일상생활수행능력 영역		인지저하자(N=1,989)		치매확진자(N=252)	
옷 입기	완전 자립	1,899	95.5	177	70.2
	도움 필요	90	4.5	75	29.8
세수, 양치질, 머리 감기	완전 자립	1,907	95.9	169	67.1
	도움 필요	82	4.1	83	32.9
목욕 또는 샤워하기	완전 자립	1,772	89.1	125	49.6
	도움 필요	217	10.9	127	50.4
차려 놓은 음식 먹기	완전 자립	1,956	98.3	210	83.3
	도움 필요	33	1.7	42	16.7
누웠다 일어나 방 밖으로 나가기	완전 자립	1,969	99.0	226	89.7
	도움 필요	20	1.0	26	10.3
화장실 출입 및 대소변 후 닦고 옷 입기	완전 자립	1,951	98.1	194	77.0
	도움 필요	38	1.9	58	23.0
대소변 조절하기	완전 자립	1,924	96.7	194	77.0
	도움 필요	65	3.3	58	23.0
평균, 표준편차		0.27	0.93	1.86	2.42

자료: 2017년 노인실태조사 원자료를 분석함.

인지저자자는 평균 0.3개 영역의 일상생활에 도움을 필요로 했고, 치매확진자는 그보다 많은 평균 1.9개 영역의 일상생활에서 도움을 필요로 했다. 도움을 필요로 하는 일상생활수행능력 영역별로 보면, 인지저자자는 목욕 또는 샤워하기에 도움이 필요한 경우가 10.9%로 가장 많았고, 이어서 옷 입기 4.5%, 세수, 양치질, 머리 감기 4.1%, 대소변 조절하기 3.3%, 화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷 입기 1.9%, 차려 놓은 음식 먹기

1.7%, 누웠다 일어나 방 밖으로 나가기 1.0% 순이었다. 치매확진자는 목욕 또는 샤워하기 50.4%, 세수, 양치질, 머리 감기 32.9%, 옷 입기 29.8%, 화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷 입기 23.0%, 대소변 조절하기 23.0%, 차려 놓은 음식 먹기 16.7%, 누웠다 일어나 방 밖으로 나가기 10.3% 순으로 일상생활수행에서 도움을 필요로 하는 경우가 많았다. 인지저하자와 치매확진자 간에 비율 차이는 있지만 목욕 및 샤워, 세수, 양치질, 머리 감기, 옷 입기 영역에 돌봄을 필요로 하는 경우가 공통적으로 많은 것이다.

인지저하자와 치매확진자가 도구적일상생활수행에서 도움을 필요로 하는 영역이 무엇인지도 <표 5-2>에서 살펴봤다. 도구적일상생활수행능력은 (1) 몸단장, (2) 집안일, (3) 식사 준비, (4) 빨래, (5) 제시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기, (6) 금전 관리, (7) 근거리 외출하기, (8) 물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기, (9) 전화 걸고 받기, (10) 교통수단 이용하기의 10개 영역으로 구성된다. 인지저하자는 평균 1.6개 영역의 도구적일상생활수행능력에서 도움이 필요하다고 응답했고, 치매확진자는 그보다 많은 4.6개 영역에서 도움을 필요로 했다. 인지저하자와 치매확진자 모두 일상생활수행능력에서의 제한보다 도구적일상생활수행능력에서의 제한이 더 많았다. 도구적일상생활수행능력 영역별로 보면, 인지저하자는 집안일 24.9%, 교통수단 이용하기 23.5%, 빨래 22.4%, 식사 준비 22.1%, 전화 걸고 받기 19.1%, 금전 관리 16.6%, 물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 9.3%, 근거리 외출하기 9.2%, 몸단장 6.8%, 제시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기 5.3% 순으로 도움이 필요하다고 했다. 치매확진자의 경우 집안일 65.9%, 교통수단 이용하기 65.8%, 식사 준비 64.7%, 금전 관리 63.5%, 빨래 58.7%, 전화 걸고 받기 50.2%, 근거리 외출하기 46.4%, 제시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기 42.9%, 물건 구매

결정, 돈 지불, 거스름돈 받기 41.1%, 몸단장 37.7% 순으로 도움을 필요로 했다. 인지저하자와 치매확진자 모두 집안일, 교통수단 이용하기, 식사 준비, 빨래 영역에서의 돌봄 욕구가 높았다. 인지저하자와 비교했을 때, 치매확진자는 금전 관리에서의 완전 자립이 안 되는 것이 특징적이었다.

〈표 5-2〉 인지저하자와 치매확진자의 도구적일상생활수행능력 도움 필요

(단위: 명, %)

도구적일상생활수행능력 영역		인지저하자(N=1,989)		치매확진자(N=252)	
몸단장하기	완전 자립	1,853	93.2	157	62.3
	도움 필요	136	6.8	95	37.7
집안일하기	완전 자립	1,493	75.1	86	34.1
	도움 필요	496	24.9	166	65.9
식사 준비	완전 자립	1,549	77.9	89	35.3
	도움 필요	440	22.1	163	64.7
빨래하기	완전 자립	1,543	77.6	104	41.3
	도움 필요	446	22.4	148	58.7
제시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기	완전 자립	1,884	94.7	144	57.1
	도움 필요	105	5.3	108	42.9
금전 관리	완전 자립	1,658	83.4	92	36.5
	도움 필요	331	16.6	160	63.5
근거리 외출하기(도보)	완전 자립	1,807	90.9	135	53.6
	도움 필요	182	9.2	117	46.4
물건 구매하기	완전 자립	1,799	90.7	122	58.9
	도움 필요	184	9.3	85	41.1
전화 걸고 받기	완전 자립	1,609	80.9	110	49.8
	도움 필요	380	19.1	111	50.2
교통수단 이용하기	완전 자립	1,521	76.6	81	34.2
	도움 필요	466	23.5	156	65.8
평균, 표준편차		1.57	2.59	4.55	3.88

자료: 2017년 노인실태조사 원자료를 분석함.

2. 치매노인의 돌봄 수혜 실태

이번에는 일상생활수행능력과 도구적일상생활수행능력 한 영역에서라도 도움을 필요로 하는 경우 누구에게 도움을 받는지를 <표 5-3>에서 살펴보고 있다.

인지저하자의 경우 동거 가족원에게 도움을 받는 경우가 56.0%였고, 30%는 비동거 가족원에게 도움을 받았고, 장기요양보험·노인돌봄 서비스(15.2%), 개인 간병인이나 가사 도우미(6.3%)에게 도움을 받는 경우는 적었다. 치매확진자는 동거 가족원에게 도움을 받는 경우가 70.2%로 가장 많았지만, 절반 정도가(48.7%) 장기요양보험·노인돌봄 서비스의 도움을 받았고, 그다음으로 비동거 가족원(34.6%), 개인 간병인이나 가사 도우미(9.4%)가 도움을 주는 것으로 조사됐다.

<표 5-3> 인지저하자와 치매확진자의 돌봄제공자

(단위: 명, %)

돌봄제공자	인지저하자(N=743)		치매확진자(N=191)	
동거 가족원	416	56.0	134	70.2
비동거 가족원	223	30.0	66	34.6
개인 간병인이나 가사 도우미	47	6.3	18	9.4
장기요양보험·노인돌봄 서비스	113	15.2	93	48.7

자료: 2017년 노인실태조사 원자료를 분석함.

〈표 5-4〉 인지저하자와 치매확진자가 가족, 친구, 주변 지인에게 돌봄받는 내용

(단위: 명, %)

돌봄 내용	인지저하자(N=1,989)		치매확진자(N=252)	
청소, 빨래, 시장 보기	453	22.8	131	52.0
외출 동행	350	17.6	134	53.2
식사 준비(음식 준비)	366	18.4	127	50.4
목욕 등 신체기능 유지 지원	175	8.8	88	34.9

자료: 2017년 노인실태조사 원자료를 분석함.

다음은 일상생활수행능력이나 도구적일상생활수행능력에 제한이 있어서 가족, 친척, 이웃·친구·지인에게 도움을 받는 인지저하자와 치매확진자만을 대상으로 하여 어떤 도움을 얼마나 받는지를 알아봤다. 청소, 빨래, 시장 보기의 도움을 받는 인지저하자는 전체 인지저하자의 22.8%로 가장 많았고, 그다음으로 식사 준비 18.4%, 외출 동행 17.6%, 목욕 등 신체기능 유지 지원 8.8% 순이었다. 치매확진자의 경우 청소, 빨래, 시장 보기(52.0%), 외출 동행(53.2%), 식사 준비(50.4%)는 절반 정도가 가족, 친척, 이웃·친구·지인에게 도움을 받고 있었지만, 목욕 등 신체기능 유지 지원의 돌봄을 받는 비율은 34.9%로 적었다. 이를 〈표 5-4〉의 결과와 함께 생각해 본다면, 치매확진자는 목욕 등 신체기능 유지에 도움이 필요한 비율이 절반이나 되지만, 가족, 친척, 이웃·친구·지인에게 도움을 받는 경우(34.9%)는 그에 못 미치는 상황이라고 할 수 있다.

인지저하자와 치매확진자가 이용하고 있는 보건의료·돌봄 서비스를 살펴봤다. 지난 1년 내 병원에 입원한 경험이 있는 경우가 인지저하자는 19.4%였고, 치매확진자는 26.6%였다. 지난 1개월 내 의료기관을 이용한 경험이 있는 경우는 인지저하자와 치매확진자 각각 77.8%, 81.7%로 대부분이 평소에도 의료기관을 이용하고 있는 것으로 나타났다. 장기요양 등급 신청 경험이 있는 인지저하자는 6.9%로 비율이 매우 적었지만, 치

매확진자는 절반 가까이(46.0%)가 장기요양등급신청을 한 적이 있었다고 응답했다. 장기요양서비스를 하나라도 이용하고 있는 인지저하자는 4.9%에 불과했지만, 치매확진자의 35.7%는 장기요양서비스를 최소 하나 이상 이용하고 있는 것으로 나타났다. 장기요양서비스를 급여별로 세분화해서 보면, 인지저하자의 4.3%가 방문요양서비스를 이용하고 있었고 나머지 복지용구(1.8%), 방문목욕(0.7%), 주야간보호(0.5%), 방문간호(0.2%) 이용은 거의 없었다. 치매확진자도 방문요양을 이용하는 경우가 20.2%로 가장 많았고, 이어서 복지용구 10.7%, 주야간보호 6.8%, 요양시설 입소 6.4%, 방문목욕 5.2%, 방문간호 1.6% 순이었다. 장기요양서비스에 이어 경로식당·식사배달서비스 이용 여부를 보면, 다른 서비스와 달리 인지저하자가 6.6%로 치매확진자 4.8%보다 이용 경험 비율이 높았다. 경로당도 인지저하자는 24.7%가 이용하였지만, 치매확진자는 16.7%만 이용하고 있었다. 노인복지관도 인지저하자는 6.7%가 이용하고, 치매확진자는 4.4%가 이용했다. 이를 종합하면, 대부분의 인지저하자와 치매확진자가 평소에 의료기관은 일상적으로 이용하고 있는 것에 반해, 다른 서비스는 일부만 이용을 하는 것이다. 그리고 의료기관과 장기요양서비스는 치매확진자가 인지저하자보다 많이 이용하지만, 지역사회 내 복지서비스는 인지저하자가 치매확진자보다 더 많이 이용하고 있다고 정리할 수 있다.

〈표 5-5〉 인지저하자와 치매확진자의 보건 의료·돌봄 서비스 이용률(N=1,989)

(단위: 명, %)

보건 의료·돌봄 서비스 이용	인지저하자(N=1,989)		치매확진자(N=252)	
지난 1년 병원 입원 경험	386	19.4	67	26.6
지난 1개월 의료기관 이용	1,547	77.8	205	81.7
장기요양등급신청	137	6.9	116	46.0
장기요양서비스 이용(전체)	97	4.9	90	35.7
방문요양 이용	86	4.3	51	20.2
방문간호 이용	4	0.2	4	1.6
방문목욕 이용	14	0.7	13	5.2
주야간보호 이용	9	0.5	17	6.8
요양시설 입소	-	-	16	6.4
복지용구 이용	36	1.8	27	10.7
경로식당·식사배달	132	6.6	12	4.8
경로당 이용	492	24.7	42	16.7
노인복지관 이용	133	6.7	11	4.4

주: 해당 서비스 이용에 '예'라고 응답한 비율임.
 자료: 2017년 노인실태조사 원자료를 분석함.

3. 치매노인의 돌봄 수혜 유형과 영향요인

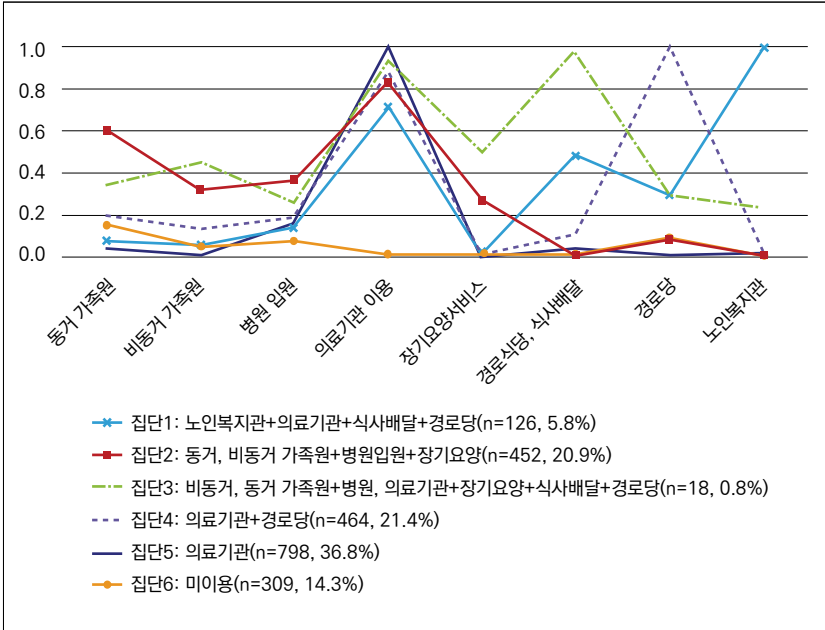
지금까지 치매노인이 받는 돌봄 내용에 대해 알아보았다. 그런데 이러한 분석에서는 돌봄제공자나 돌봄 내용별 비율은 알 수 있지만, 치매환자 입장에서 이런 돌봄을 어떻게 조합해서 받고 있는지는 확인할 수가 없다. 치매환자 관점에서의 보편적인 돌봄 조합과 돌봄 조합별 비율은 어떠한지 총체적으로 살펴보기 위해 잠재계층분석(LCA: Latent Class Analysis)을 실시했다. 치매환자가 받는 돌봄 내용을 중심으로 집단을 구분하는 잠재계층분석에서 (1) 동거 가족원 돌봄, (2) 비동거 가족원 돌봄,

(3) 병원 입원, (4) 의료기관 이용, (5) 장기요양서비스 이용, (6) 경로식당·식사배달서비스 이용, (7) 경로당 이용, (8) 노인복지관 이용이 집단 구분의 기준이 되는 돌봄 내용으로 투입되었다. 잠재계층분석은 집단 수를 2, 3, 4, 5, 6, 7개로 하나씩 늘려 가면서 실시했고, 각 모형의 적합도 지수를 비교하여 집단 수가 6개인 경우가 최적의 모형으로 결정되어 이 보고서에는 그 결과를 제시한다. 집단 수가 6개인 잠재계층분석의 모형 적합도 엔트로피지수(Entropy)는 .83으로 분류가 제대로 됐는지를 판단할 수 있는 기준점 .80보다 높았다.

인지저하자와 치매확진자 2167명을 대상으로 했을 때, 비율이 가장 높은 집단(집단5)은 의료기관만 이용하는 경우(36.8%)였다. 비율이 두 번째로 높은 집단(집단4)은 의료기관과 함께 경로당을 이용하는 경우였고, 21.4%를 차지했다. 동거 가족원과 비동거 가족원에게 돌봄을 받으면서 지난 1년 내 병원 입원도 했고 지난 1개월 내 의료기관을 이용하면서 장기요양서비스를 이용하는 집단(집단2)도 20.9%나 되었다. 돌봄제공자는 이 집단을 돌볼 때 부담이 가장 클 것으로 판단된다. 동거 가족원과 비동거 가족원에게 돌봄을 받으면서 지난 1년 내 병원 입원도 했고 지난 1개월 내 의료기관을 이용하면서 장기요양서비스를 받고 경로식당·식사배달서비스, 경로당, 노인복지관까지 두루 이용하는 집단(집단3)도 있었지만, 그 비율은 0.8%로 아주 낮았다. 약 5.8%는 가족의 돌봄을 받지 않지만 노인복지관, 의료기관, 경로당을 이용하면서 경로식당·식사배달서비스를 이용하는 집단(집단1)으로 나타났다. 마지막으로 이러한 돌봄을 다 받지 않는 집단(집단6)의 비율은 14.3% 정도였다.

[그림 5-1] 인지저하자와 치매확진자의 돌봄 수혜 잠재계층분석 결과

(단위: %)



주: 인지저하자와 치매확진자 2167명이 분석 대상임.
 자료: 2017년 노인실태조사 원자료를 분석함.

어떤 특성을 가진 치매노인이 [그림 5-1]에서의 각 집단에 소속되는지를 알아보기 위해 다항로지스틱회귀분석을 실시했고, 그 결과는 <표 5-6>과 같다. [그림 5-1]에서의 집단3은 사례 수가 18명으로 다항로지스틱회귀분석을 실시하기에 너무 적어서 제외하고, 나머지 2148명을 대상으로 분석했다. 다항로지스틱회귀분석에서 기준 집단은 사례 수가 가장 많은 의료기관만 이용하는 집단(집단5)이고, 이 집단과 나머지 집단1, 집단2, 집단4, 집단6을 각각 비교했다.

<표 5-6>의 다항로지스틱회귀분석 결과에서 노인복지관, 의료기관, 경로식당·식사배달, 경로당을 이용하는 집단1에 포함된 치매노인들의 특성부

터 살펴보겠다. 연령대 중에서 75~79세(RRR=2.267, $p<.01$), 80~84세(RRR=2.402, $p<.05$)가 65~69세에 비해 집단1에 소속할 확률이 각각 127%, 140%씩 높았다. 우울증이 있으면(RRR=0.362, $p<.01$) 집단1에 소속할 확률이 64% 낮았다. 도구적일상생활수행능력에 도움이 필요하면(RRR=2.192, $p<.05$) 집단1에 소속할 확률이 119% 높았다. 장기요양인정자(RRR=0.000, $p<.001$)는 집단1에 소속할 확률이 매우 낮았다. 균등화개인소득이 3분위(RRR=0.419, $p<.05$)이면 집단1에 소속할 확률이 58% 낮았다. 동 지역에 거주(RRR=0.598, $p<.05$)하면 집단1에 소속할 확률이 41% 낮았다.

동거 가족원과 비동거 가족원에게 돌봄을 받으면서 지난 1년 내 병원 입원도 했고 지난 1개월 내 의료기관을 이용하면서 장기요양서비스도 이용하는 집단2에 포함된 치매노인들의 특성도 살펴보겠다. 유배우자(RRR=3.366, $p<.001$)는 집단2에 소속할 확률이 236% 높았다. 만성질환 수가 1개씩 늘어날수록(RRR=0.291, $p<.05$) 집단2에 소속할 확률이 71%씩 낮아졌다. 일상생활수행능력에 도움이 필요하면(RRR=5.077, $p<.001$) 집단2에 소속할 확률이 408% 높았다. 도구적일상생활수행능력에 도움이 필요하면(RRR=13.991, $p<.001$) 집단2에 소속할 확률이 1299% 높았다. 장기요양인정자(RRR=16.879, $p<.001$)는 집단2에 소속할 확률이 1588% 높았다. 균등화개인소득이 3분위면(RRR=2.862, $p<.01$) 집단2에 소속할 확률이 186% 높았다. 동 지역에 거주하면(RRR=0.408, $p<.001$) 집단2에 소속할 확률이 59% 낮았다.

132 치매노인과 돌봄제공자를 위한 맞춤형 정책방안 모색

〈표 5-6〉 인지저하-치매확진자의 개인 특성에 따른 돌봄 수혜 유형 다항로지분석 결과

특성	기준: 집단5			
	집단1	집단2	집단4	집단6
	RRR	RRR	RRR	RRR
치매확진(기준: 인지저하)	0.696	0.805	0.585	1.026
남성(기준: 여성)	0.968	0.732	0.588**	1.126
연령대(기준: 65~69세)				
70~74세	1.791	0.622	1.765*	1.086
75~79세	2.267**	1.132	3.238***	1.121
80~84세	2.402*	1.166	4.061***	1.192
85세 이상	1.113	1.967	4.143***	1.937
학력(기준: 초졸 이하)				
중졸	2.187	0.903	0.602*	1.432
고졸 이상	1.766	1.435	0.373***	1.636*
유배우자(기준: 없음)	1.057	3.366***	1.174	1.730*
근로(기준: 근로 안 함)	1.476	0.507	1.568*	1.060
만성질환 수	0.392	0.291*	0.245***	0.032***
우울증	0.362**	0.858	0.553**	0.615*
ADL 도움 필요	2.488	5.077***	2.031	2.826**
IADL 도움 필요	2.192*	13.991***	4.217***	6.110***
장기요양인정자	0.000***	16.879***	1.737	2.361
장애판정(기준: 비장애)	1.130	1.340	0.901	0.872
의료급여(기준: 건강보험)	0.977	0.869	0.488	0.726
균등화개인소득(기준: 1분위)				
2분위	0.741	1.130	0.935	0.836
3분위	0.419*	2.862**	0.989	0.789
4분위	0.580	1.372	0.994	1.268
동 지역(기준: 읍면리)	0.598*	0.408***	0.117***	0.853
상수	0.316	0.004***	3.386**	3.435**
pseudolikelihood	-1394459.3			
Wald χ^2 (df)	16003.77(84)***			
N	2,148			

주:1) *p<.05, **p<.01, ***p<.001.

- 2) 집단1: 노인복지관+의료기관+경로식당·경로당 이용(n=126, 5.8%)
- 3) 집단2: 동거, 비동거 가족원돌봄+병원입원+장기요양 이용(n=452, 20.9%)
- 4) 집단3: 사례 수 적어서 분석에서 제외(n=18, 0.8%)
- 5) 집단4: 의료기관+경로당 이용(n=464, 21.4%)
- 6) 집단5: 의료기관 이용(n=798, 36.8%)
- 7) 집단6: 미이용(n=309, 14.3%)

자료: 2017년 노인실태조사 원자료를 분석함.

의료기관과 함께 주로 경로당을 이용하는 집단4에 포함된 치매노인들의 특성도 살펴보겠다. 남성(RRR=0.588, $p<.01$)은 집단4에 소속할 확률이 41% 낮았다. 연령대가 70~74세(RRR=1.765, $p<.05$), 75~79세(RRR=3.238, $p<.001$), 80~84세(RRR=4.061, $p<.001$), 85세 이상(RRR=4.143, $p<.001$)으로 높아질수록 집단4에 소속할 확률이 높아졌다. 학력이 중졸이거나(RRR=0.602, $p<.05$) 고졸 이상이면(RRR=0.373, $p<.001$) 집단4에 소속할 확률이 각각 40%, 63%씩 낮았다. 근로하면(RRR=1.568, $p<.05$) 집단4에 소속할 확률이 57% 높았다. 만성질환 수가 1개 늘어날수록(RRR=0.245, $p<.001$) 집단4에 소속할 확률이 75%씩 낮아졌다. 우울증이면(RRR=0.553, $p<.01$) 집단4에 소속할 확률이 45% 낮았다. 도구적일상생활수행능력에 도움이 필요하면(RRR=4.217, $p<.001$) 집단4에 소속할 확률이 322% 높았다. 동 지역에 거주하면(RRR=0.117, $p<.001$) 집단4에 소속할 확률이 82% 낮았다.

돌봄을 다 받지 않는 집단6에 포함된 치매노인의 특성을 마지막으로 살펴보겠다. 학력이 고졸 이상(RRR=1.636, $p<.05$)은 집단6에 소속할 확률이 64% 높았다. 유배우자(RRR=1.730, $p<.05$)는 집단6에 소속할 확률이 73% 높았다. 만성질환 수가 1개 늘어날수록(RRR=0.032, $p<.001$) 집단6에 소속할 확률은 97%씩 낮아졌다. 우울증이면(RRR=0.615, $p<.05$) 집단6에 소속할 확률이 38% 낮았다. 일상생활수행이나(RRR=2.826, $p<.01$) 도구적일상생활수행(RRR=6.110, $p<.001$)에 도움이 필요하면 집단6에 소속할 확률이 각각 183%, 511%씩 높았다.

4. 치매노인 부부의 돌봄 요구

치매노인에게 배우자가 있으면 그 배우자가 주된 돌봄제공자가 된다. 그런데 주된 돌봄제공자인 배우자 역시 노인인 경우가 많아서 치매노인을 돌보고 있는 배우자에게도 돌봄 욕구가 있을 수 있다. 치매는 죽음으로 삶을 마무리할 때까지 완쾌되거나 상태가 잘 진전되지 않아서 비공식적 주된 돌봄제공자에게 부담도 크다. 그래서 이번에는 치매환자의 노인 배우자가 가진 돌봄 욕구와 돌봄 수혜 상황을 알아보려고 한다. 여태까지의 분석은 치매노인 개인을 단위로 한 분석이었다면, 앞으로는 부부 단위 분석이라는 점에서 차이가 있다.

〈표 5-7〉 65세 이상 노인 부부 단위 인지저하·치매 비율

(단위: 명, %)

남편	아내		
	인지 정상	인지저하·치매	전체
인지 정상	1,487(65.7)	225(9.9)	1,712(75.6)
인지저하·치매	399(17.6)	156(6.9)	555(24.5)
전체	1,886(83.3)	381(16.8)	2,267(100.0)

자료: 2017년 노인실태조사 원자료를 분석함.

〈표 5-7〉을 보면, 우리나라 지역사회 거주 노인을 대표할 수 있는 2017년 노인실태조사자료에서 남편과 아내 모두 나이가 65세 이상이고 조사에 참여한 2267쌍 가운데 남편과 아내 둘 다 인지저하자인 경우는 6.9%였다. 남편은 인지 정상이지만 아내가 인지저하자인 경우는 전체 노인 부부의 9.9%였다. 아내는 인지 정상이지만 남편이 인지저하자인 경우는 전체 노인 부부의 17.6%였다. 이를 다 더하면 전체 노인 부부의 약 3

분의 1은 남편과 아내 둘 중에서 적어도 한 명에게 인지저하가 있는 것이다.

〈표 5-8〉에서 인지저하·치매확진자의 배우자가 가진 돌봄 욕구를 먼저 알아보겠다. 남편이 인지저하·치매일 때 아내가 가진 만성질환 수 평균은 3.0개(표준편차 1.6)였고, 아내가 인지저하·치매일 때 남편이 가진 만성질환 수 평균은 그보다 적은 2.3개(표준편차 1.6)였다. 남편이 인지저하·치매일 때 아내가 일상생활수행 돌봄 욕구를 가진 경우는 8.5%였고, 아내가 인지저하·치매일 때 남편이 일상생활수행 돌봄 욕구를 가진 경우는 9.7%로 조금 더 많았다. 일상생활수행능력 영역별로 구분해서도 살펴보겠다. 남편이 인지저하·치매일 때 아내가 가진 일상생활수행 돌봄 필요 영역 비중은 목욕 또는 샤워하기(6.1%), 대소변 조절하기(3.4%), 세수, 양치질, 머리 감기(3.2%), 옷 입기(3.1%), 화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷 입기(1.8%), 차려 놓은 음식 먹기(1.6%), 누웠다 일어나 방 밖으로 나가기(1.6%) 순이었다. 반대로, 아내가 인지저하·치매일 때 남편이 돌봄을 필요로 하는 일상생활수행 영역은 목욕 또는 샤워하기(8.9%), 옷 입기(4.5%), 세수, 양치질, 머리 감기(3.7%), 대소변 조절하기(3.4%), 화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷 입기(3.2%), 차려 놓은 음식 먹기(2.1%), 누웠다 일어나 방 밖으로 나가기(1.1%) 순으로 비율이 높았다. 큰 차이는 아니지만 이는 배우자가 인지정상일 때에 비해 일상생활수행에서의 도움이 필요한 비율이 높다는 것을 보여 주는 결과이다.

〈표 5-8〉 인지저하·치매환자 배우자의 만성질환과 ADL 돌봄 욕구(인지정상과 비교)

(단위: 명, 개, %)

만성질환 및 일상생활수행능력 영역		아내		남편	
		남편 인지정상 (N=1,712)	남편 인지저하·치매 (N=555)	아내 인지정상 (N=1,886)	아내 인지저하·치매 (N=381)
만성질환 수		2.8 (1.6)	3.0 (1.6)	2.4 (1.6)	2.3 (1.6)
일상생활수행능력	완전 자립	1,595 (93.2)	508 (91.5)	1,732 (91.8)	344 (90.3)
	도움 필요	117 (6.8)	42 (8.5)	154 (8.2)	37 (9.7)
옷 입기	완전 자립	1,668 (97.4)	538 (96.9)	1,810 (96.0)	364 (95.5)
	도움 필요	44 (2.6)	17 (3.1)	76 (4.0)	17 (4.5)
세수, 양치질, 머리 감기	완전 자립	1,666 (97.3)	537 (96.8)	1,813 (96.1)	367 (96.3)
	도움 필요	46 (2.7)	18 (3.2)	73 (3.9)	14 (3.7)
목욕 또는 샤워하기	완전 자립	1,626 (95.0)	521 (93.9)	1,744 (92.5)	347 (91.1)
	도움 필요	86 (5.0)	34 (6.1)	142 (7.5)	34 (8.9)
차려 놓은 음식 먹기	완전 자립	1,687 (98.5)	546 (98.4)	1,843 (97.7)	373 (97.9)
	도움 필요	25 (1.5)	9 (1.6)	43 (2.3)	8 (2.1)
누웠다 일어나 방 밖으로 나가기	완전 자립	1,687 (98.5)	546 (98.4)	1,858 (98.5)	377 (99.0)
	도움 필요	25 (1.5)	9 (1.6)	28 (1.5)	4 (1.1)
화장실 출입과 대소변 후 닦고 옷 입기	완전 자립	1,677 (98.0)	545 (98.2)	1,839 (97.5)	369 (96.8)
	도움 필요	35 (2.0)	10 (1.8)	47 (2.5)	12 (3.2)
대소변 조절하기	완전 자립	1,659 (96.9)	536 (96.6)	1,837 (97.4)	368 (96.6)
	도움 필요	53 (3.1)	19 (3.4)	49 (2.6)	13 (3.4)

주: 일상생활수행능력의 정도는 일부라도 수행할 수 있는 것을 의미함.
자료: 2017년 노인실태조사 원자료를 분석함.

〈표 5-9〉에서 도구적일상생활수행 영역별로 보면, 남편이 인지저하·치매일 때 도구적일상생활수행에 도움을 필요로 하는 아내는 27.3%가 있었다. 아내가 인지저하·치매일 때 도구적일상생활수행에 도움을 필요로 하는 남편은 그보다 적은 19.8%였다. 남편이 인지저하·치매일 때 아내가 돌봄을 필요로 하는 도구적일상생활수행 영역은 집안일(16.0%), 전화 걸고 받기(15.1%), 빨래(14.6%), 교통수단 이용하기(13.1%), 식사 준비(11.0%), 금전 관리(8.5%), 근거리 외출하기(6.0%), 물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기(4.2%), 몸단장(3.8%), 제시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기(3.2%) 순이었다. 이는 남편이 인지정상인 경우와 비교했을 때 아내가 도구적일상생활수행에서의 도움을 필요로 하는 비율이 높다는 것도 알 수 있는 결과이다. 반대로, 아내가 인지저하·치매일 때 남편이 필요로 하는 도구적일상생활수행 영역은 집안일(16.0%), 식사 준비(15.2%), 빨래(15.0%), 교통수단 이용하기(12.1%), 전화 걸고 받기(7.5%), 금전 관리(7.4%), 근거리 외출하기(6.6%), 몸단장(6.0%), 물건 구매 결정, 돈 지불, 거스름돈 받기(4.5%), 제시간에 정해진 양의 약 챙겨 먹기(3.9%) 순으로 비율이 높았다.

〈표 5-9〉 인지저하·치매확진자 배우자의 만성질환과 IADL 돌봄 욕구(인지정상과 비교)
(단위: 명, %)

도구적일상생활수행능력 영역		아내		남편	
		남편 인지정상 (N=1,712)	남편 인지저하·치매 (N=555)	아내 인지정상 (N=1,886)	아내 인지저하·치매 (N=381)
도구적 일상생활수행능력	완전 자립	1,330 (77.7)	397 (72.7)	1,513 (80.2)	299 (80.2)
	도움 필요	382 (22.3)	149 (27.3)	373 (19.8)	74 (19.8)
몸단장	완전 자립	1,660 (97.0)	534 (96.2)	1,788 (94.8)	358 (94.0)
	도움 필요	52 (3.0)	21 (3.8)	98 (5.2)	12 (6.0)
집안일	완전 자립	1,465 (85.6)	466 (84.0)	1,608 (85.3)	320 (84.0)
	도움 필요	247 (14.4)	89 (16.0)	278 (14.7)	61 (16.0)
식사 준비	완전 자립	1,532 (89.5)	494 (89.0)	1,614 (85.6)	323 (84.8)
	도움 필요	180 (10.5)	61 (11.0)	272 (14.4)	58 (15.2)
빨래	완전 자립	1,509 (88.1)	474 (85.4)	1,627 (86.3)	324 (85.0)
	도움 필요	203 (11.9)	81 (14.6)	259 (13.7)	57 (15.0)
약 챙겨 먹기	완전 자립	1,670 (97.6)	537 (96.8)	1,805 (95.7)	366 (96.1)
	도움 필요	42 (2.5)	18 (3.2)	81 (4.3)	15 (3.9)
금전 관리	완전 자립	1,616 (94.4)	508 (91.5)	1,741 (92.3)	353 (92.7)
	도움 필요	96 (5.6)	47 (8.5)	145 (7.7)	28 (7.4)
근거리 외출하기	완전 자립	1,629 (95.2)	522 (94.1)	1,780 (94.4)	356 (93.4)
	도움 필요	83 (4.9)	33 (6.0)	106 (5.6)	25 (6.6)
물건 구매하기	완전 자립	1,654 (97.6)	526 (95.8)	1,773 (95.3)	358 (95.5)
	도움 필요	40 (2.4)	23 (4.2)	87 (4.7)	17 (4.5)
전화 걸고 받기	완전 자립	1,514 (89.1)	466 (84.9)	1,692 (91.1)	348 (92.5)
	도움 필요	185 (10.9)	83 (15.1)	166 (8.9)	28 (7.5)
교통수단 이용하기	완전 자립	1,506 (88.3)	479 (86.9)	1,658 (88.7)	333 (87.9)
	도움 필요	200 (11.7)	72 (13.1)	212 (11.3)	46 (12.1)

주: 1) 일부 영역의 경우, 무응답으로 케이스 수가 일치하지 않음.
 2) 도구적일상생활수행능력은 일부 영역이라도 수행할 수 있는 것을 의미함.
 자료: 2017년 노인실태조사 원자료를 분석함.

5. 치매노인 배우자의 보건의료·돌봄 서비스 이용

인지저하·치매확진자의 배우자가 이용하고 있는 보건의료·돌봄 서비스를 <표 5-10>에서 살펴보겠다. 남편이 인지저하·치매일 때, 지난 1년 내 병원에 입원한 경험이 있는 아내는 15.5%였고, 지난 1개월 내 의료기관을 이용한 아내는 85.1%나 되었다.

<표 5-10> 인지저하·치매확진자 배우자의 보건의료·돌봄 서비스 이용(인지정상과 비교)

(단위: 명, %)

보건의료·돌봄 서비스 이용	아내		남편	
	남편 인지정상 (1,712)	남편 인지저하·치매 (N=555)	아내 인지정상 (N=1,886)	아내 인지저하·치매 (N=381)
지난 1년 내 병원 입원	296 (17.3)	86 (15.5)	331 (17.6)	63 (16.5)
지난 1개월 내 의료기관 이용	1,383 (80.8)	472 (85.1)	1,419 (75.3)	285 (74.8)
장기요양등급 신청	61 (3.6)	25 (4.5)	74 (3.9)	18 (4.7)
장기요양서비스 이용(전체)	48 (2.8)	19 (3.4)	48 (2.6)	13 (3.4)
방문요양 이용	42 (2.5)	16 (2.9)	27 (1.4)	10 (2.6)
방문간호 이용	1 (0.1)	2 (0.4)	5 (0.3)	1 (0.3)
방문목욕 이용	8 (0.5)	1 (0.2)	8 (0.4)	1 (0.3)
주야간보호 이용	2 (0.1)	1 (0.2)	8 (0.4)	1 (0.3)
요양시설 입소	3 (0.2)	1 (0.2)	7 (0.4)	1 (0.3)
복지용구 이용	17 (1.0)	11 (2.0)	18 (1.0)	7 (1.8)
경로식당·식사배달	63 (3.7)	23 (4.1)	100 (5.3)	20 (5.3)
경로당 이용	467 (27.3)	165 (29.7)	463 (24.6)	100 (26.3)
노인복지관 이용	152 (8.9)	45 (8.1)	177 (9.4)	29 (7.6)

주: 해당 서비스 이용에 '예'라고 응답한 비율임.
자료: 2017년 노인실태조사 원자료를 분석함.

남편이 인지정상인 경우와 비교했을 때 아내가 지난 1개월 내 의료기관을 이용한 비율은 약 4%포인트 높은 수치이기도 하다. 남편이 인지저하·치매일 때, 장기요양등급을 신청하거나 이용하는 아내는 5% 미만으로 매우 적었다. 남편이 인지저하·치매일 때, 아내의 경로식당·식사배달 서비스 이용은 4.1%, 경로당 이용은 29.7%, 노인복지관 이용은 8.1%였다.

한편, 아내가 인지저하·치매일 때, 지난 1년 내 병원에 입원한 경험이 있는 아내는 16.5%였고, 지난 1개월 내 의료기관을 이용한 아내는 74.8%였다. 아내가 인지저하·치매일 때, 장기요양등급을 신청하거나 (4.7%) 이용하는(3.4%) 남편은 매우 적었다. 아내가 인지저하·치매일 때, 그 배우자인 남편의 경로식당·식사배달 서비스 이용은 45.3%, 경로당 이용은 26.3%, 노인복지관 이용은 7.6%였다. 남편이 인지저하·치매일 때의 그 아내와 비교하면, 아내가 인지저하·치매인 경우의 그 남편은 평소 의료기관 이용은 적지만 나머지 보건의료·복지서비스 이용에서는 차이가 별로 없는 것이다.

제2절 비공식적 돌봄제공자의 어려움과 정책적 요구

1. 정부의 치매 지원 정책 및 서비스에 대한 만족

치매노인의 가족들은 우리나라에서 시행하고 있는 치매 지원 제도들을 이용하면서 만족도가 높은 경우가 많았다고 이야기한다. 특히 과거와 비교했을 때 급속도로 치매 관련 서비스와 지원이 늘어나고 있어 이를 실감하고 각종 지원을 해 주는 정부에 대한 고마운 마음도 가지고 있었다.

“그런데 이제 이렇게 쪽 우리가 의논을 했지만 제가 느끼는 거는 우리

대한민국이 많이 달라졌다는 걸 느껴요. 나는 감사해. 우리나라가. 나는 진짜 많이 내가 놀라. 이렇게 이런 뭐 좋은 것들을 더 필요하지만. 야, 우리나라 참.”(연구참여자 I-N-23)

“보건소에서도 그래서 이렇게 수첩을 주더라고요. 제가 이번에 그래서 한번 가서 인지검사를 했거든요? 그랬더니 뭐 모자, 자동차 뭐 그런 거 생각하고서는 지나갔다가 조금 이따가 모자, 자동차 뭐 이렇게 하는데 거기에 대해서 수첩을 주더라고요. 그러면서 몇 년도 뭐 해서 몇 점 이렇게 점수를 주고 다음에 또 이제 그게 주민센터를 통해서 주민센터에 각각 이렇게 해서 동별로 그걸 이렇게 공지가 뜨더라고요. 그래서 저도 한번 가서 하고 그다음에 마스크하고 수첩을 주더라고요... 지금은 많이 좋아져서 보험도 많이 혜택을 많이 받았어요. 우리 어머니 같은 경우는 뭐 이번에도 뭐 MRI도 찍고 뭐 하고 막 이런 거 하는데 그래도 많이 검사도 받고 또 저 3등급 뭐 이런 거 다니까 뭐 에어매트리스 병원에 안 되어 있어서 그거 그 병원에. 성모병원은 됐는데 다른 병원으로 옮기니까 에어매트리스가 없더라고요. 그래서 그거 대여하는 데 1년 대여하는 데 4만 얼마? 그러니까 굉장히 싸더라고요. 그래서 그런 혜택은 참 많이 받았어요. 뭐 이렇게 빌리는 거. 대여하는 것도 그렇고. 또 이제 화장실을 갔다가 넘어지지 않게 다 방치하는 그런 거...”(연구참여자 I-N-24)

“저기 뭐 나가려고 하더니 그렇지만 지금은 전혀. 그래서 보건소에서 이런 것이 많이 있어요. 치매환자들. 같이 이제 보호자들 따라다니면 같이 가서 이제 교육도 받고 무슨 미술도 하고. 화분 같은 것도 만들고 꽃꽂이도 하고 계속 다니는데 이제 움직이는 걸 못 하니까...보건소도 치매환자들 계속 손에 쓰고 발에 쓰고 머리 쓰고 하는 교육을 계속해요. 1년 내

내 해. 그렇게 해서 하면 된대. 이제 우리 영감이 걸어 다닐 수가 없으니
까 그것밖에 나는 가서 하려고 해도 안 돼.”(연구참여자 I-N-15)

“우리 시어머니는 지금 주간보호센터랑 간병인 쓰시잖아요? 예. 거기
서 나라에서 지원해 주고 최대한. 장기요양보험. 예. 그거를 쓰고 그리고
모자라는 거는 그냥 실비에서 하고. 예. 그렇게 하고 있어요.”(연구참여자
I-N-14)

“처음에는 걱정을 많이 했죠. 요양원을 모셔다 드리면은 뭐 좀 옛날 뭐,
나쁜 소문도 있고 그래서 그랬는데. 사전에 와서 보니까는 시설도 잘돼
있고 직원들도 친절하고 그러니까. 노인네가 여기 오시니까 얼굴이 퍼지
시는 거야. 집에 이제 계시는 거보다. 그래, 정부에서도 치매 정책 해 가
지고는 또 보조도 많이 해 주고...저는 뭐 정부에다 고맙게 생각하고 있어
요. 그리고 특히 그 뭐야, 시설에 있는 분들이 친절하게 잘해 주고 그러니
까. 집에서 모시면 그렇게 못 모셔요. 그래 가지고 많이 바뀌었더라고요.
옛날보다.”(연구참여자 I-O-B)

“그래서 저는 지금 두 분을 그 보건소에 등록을 해서, 치매 등록을 해서
저희 약값을 지원을 받고 있어요. 그게 인제 제가 알기로는 뭐 3개월 후
에, 만약에 오늘, 오늘 치매 약을 드셨다 그러면 3개월 후에 정산이 들어
오더라고. 그래서 그런 제도가 있는 게 상당히 참 좋고 경제적으로도 도
움이 많이 되고...그래서 지금 보통 뭐, 2만, 그렇게 말씀하시니까 진짜 한
3만 원 내외? 3만 원 좀 오버하는 것 같은데. 한 분당.”(연구참여자
I-O-A)

“거기서 앰블런스를 해서 000(요양원)로 모셨는데. 거기서는 제가 참 이렇게 와락 하고 눈물이 났던 게 뭐냐면 시트가 너무 하얗고 깨끗해서 제가 진짜 확 눈물이 나고, 방이 이렇게 한 보호사가 하나 이렇게 방이 제가 처음으로 봤어요. 엄마 이렇게 모시면서. 두 사람 있을 때도 있고 한 사람 있을 때도 있고 많아 봤자 셋이예요. 여유가 있고... 어우, 너무 만족 하죠. 제가 오죽하면 보호자 대표를 제가 하고 만사 다 제쳐 놓고 가서 회의 참석하고, 또 제가 재능기부를 거기다 일부를 또 하고. 너무, 너무 행복하고 거기 모신 후로는 죄책감이 덜하고 너무 행복해요.”(연구참여자 I-O-D)

“건강보험공단에서 그 책에 다 나와 있어요. 뭐 실버카는 얼마인데 15% 하면 얼마 그 뒤에 보면 수가랑 뭐 이제 다 나와 있어요. 그러니까 공단에서 그 책이 하나 있거든요? 그러니까 자기가 이제 어느 어디에 위치하냐에 따라서 그 공단에 가면 수시로 이제 그거 교육도 한 번씩 보호자할 때 이렇게 등급받는 거에 대해서 설명을 해 주거든요? 그러니까 그거 보면 그 책에 다 돼 있고 만약에 보호자가 누구냐까지 다 적어 있어요. 거기. 증서에 보면 그 보호자가 누구인가에 따라서 그렇게 하기 때문에 그걸 보면 아, 내가 1년에 자기가 필요한 복지용구를 살 수 있는 가격이 등급에 따라 딱딱 나와 있으니까 보면 되거든요.”(연구참여자 I-N-24)

2. 비공식적 돌봄제공자의 어려움

치매노인을 돌보는 가족들이 우리나라 치매돌봄정책이 급속히 늘어나고 있다는 긍정적인 평가를 하기도 했으나, 정책 시행 기간이 길지 않아 앞으로 더욱 발전할 부분도 남아 있다. 그러므로 향후 치매돌봄정책이 보

다 노력을 기울여야 하는 부분을 파악하기 위해 정책 대상자이자 치매노인을 돌보는 협력자인 비공식적 돌봄제공자들의 상황과 의견을 심층면접 조사했다.

가. 다양한 치매 행동 정신이상증상

치매로 인한 문제행동이 다행히 적은 경우도 간혹 있지만, 대부분의 치매노인의 가족들은 치매로 인해 나타나는 다양한 행동정신이상증상을 곁에서 지켜보며 일상생활을 함께 해야 하는 데서 어려움을 겪었다. 가족들이 어려움으로 호소하는 행동정신이상증상은 공격성, 의심, 무감정, 불면증, 환청, 환각 등 다양각색이고, 행동정신이상증상이 수시로 반복해서 나타나서 이들이 경험하는 피로감이 가중됐다. 행동정신이상증상에 적응하거나 약을 통해 증상이 완화되기도 하나 치매가 진행되면서 다른 형태의 행동정신이상증상이 또 생기기도 하고, 가족들은 적응하기까지 한동안 당황스러운 시기를 맞게 된다고 말했다. 치매로 인한 행동정신이상증상에 가족들이 적응하지 못하거나 지치면 치매노인을 더는 가정 내에서 돌보지 못하고 요양병원 또는 장기요양시설로 모시기로 하는 결정을 하게 됐다.

“자기 모습인데 흉물스럽게 변한다고 생각하니까. 이제 들어가면 약을 쓰기 시작을 하고...내가 왜 이럴까. 또 이렇게 어느 순간 보면 내 주위 막 더럽혀져 있고 막 자기가 안 하던 행동을 보이고 그러니까. 이제, 이제 두 가지 마음이 악마하고 천사가 싸우기 시작을 하는데. 그게 스트레스를 받으니까. 목소리조차도 밖에 내놓지 않는 분인데, 욕을 하고 뭐, 거울을 집어 던져서 발에 밟히고, 밥을 먹다가 벽에다 다 집어 버리고 그러고 일단

은 욱을 그렇게 많이 하세요. 우리 엄마가 그렇게 욱을 잘하는 사람인 줄 처음 알았습니다. 그리고 이게 분노조절장애가 안 되는 겁니다.”(연구참여여자 I-O-D)

“이제 조금 더 진행됐을 때는 샤워하는 그런 거 용변 보고 이러는 게 힘들니까 자꾸 이제 돌아오면 너무 싫어하세요. 본인이 그런 부분을 보인다는 걸 자식이지만 보이고 저저 한다는 거에 대해서... 주무시는 것도 저희 엄마는 잘 주무셔요. 그래서 막 그렇게 정말 저도 제가 되게 힘든 줄 알았어요. 저가 제일 힘든 줄 알았는데 제가 다른 분 들어 보고 또 다른 사람들 주변에 지인분들 얘기 들어 보면 저희 엄마는 정말 예쁘게 왔더라고요, 치매가.”(연구참여여자 I-N-26)

“감정의 기복이 없더라고요.”(연구참여여자 I-N-24)

“처음에 제가 직접 집에서 치매가 걸리셨는데. 모셔 보니까는 진짜 못 모시겠더라고요. 밤에 잠을 안 주무시고 계속 다니시면서 식구들 깨우고... 밤에 잠 안 주무시고 그런데 낮에도 안 주무시는 거예요. 밤에 안 주무시더니. 이 잠을 주무시면 한 5분 주무시다 깨 가지고 계시고 그러니까. 또 자식들도 못 자게 해요. 밤새도록 다니면서.”(연구참여여자 I-O-B)

“나중에는 약을 다 뺐었는데 그러다가 냉장고에 넣었는데도 그것도 중간중간 생각나는지 갖다가 없을 때 막 한꺼번에 잡수는 모양이라. 그래서 막 위급해서 응급실로도 가고 이랬는데 그런 부분도 있고 그래서 약도 다 뺐고. 그다음에 나중에는 너무 심해져서 막 벗고 계시고 또 또 소변 이런 거 봐 놓고. 걷어는 다니시거든, 멀쩡해. 막 그러면서 싸놓고 아랫도리 후

벗고 뱅글뱅글 막 돌고....”(연구참여자 I-N-13)

“올해부터는 이제 거기다 또 오심증상이 너무 심해서 환청, 환상 다 있거든요. 환각 증세까지. 사람을 거부하더라고요...초반에는 돈 진짜 숨겨서 그거 찾아내라고 난리치는데 한 1년은 고생했구요. 그다음에 야, 본인이 무조건 자기가 가지고 있어야 돼요. 저희가 계속 먹으니까 잊어버리고 또 드시니까 숨기니까 그거 가지고 또 난리. 그러니까 아예. 치매라는 게 정말 워낙 성격이 좀 납의 이걸 저, 좀 거부해요. 다른 사람의 도움을. 그전에도 이렇게 어? 돌보미 보내 드리면 그냥 내쫓아 버리고 그러거든요? 그러니까 성격이 이상하죠.”(연구참여자 I-N-25)

나. 치매 돌봄의 내용: 일상생활 전반

가족들이 수행하는 돌봄의 내용도 식사, 외출, 배변, 옷 갈아입기, 목욕, 집안일 등 가히 일상생활의 모든 활동이라고 할 수 있을 정도로 다양했다. 수십 년을 함께 살던 배우자는 치매노인의 행동정신이상증상이 심각하더라도 어느 정도 감수를 하고 가능한 오랫동안 집에서 돌보려고 하나 부모와 떨어져 살다가 치매인 것을 인지하고 나서 치매 부모를 모시기 시작한 중장년의 자녀들은 결국 몇 달을 버티지 못했다고 이야기했다. 가정 내에서 치매 부모를 모시려면 바로 곁에서 온종일 전담하며 돌봄을 제공해야 하는데 그러기 위해서 자녀는 본인의 직업, 취미, 사회활동 등을 희생해야 하는 상황에 놓이게 됐다. 이를 여러 가족 구성원이 돌봄을 함께 할 수 있는 환경이면 그나마 부담도 분담하지만, 수개월 이상 중장년의 자녀 세대가 생계까지 포기하며 치매 부모 돌봄을 홀로 감당하기에는 버거운 상황이었다고 토로한다.

“밥이죠, 뭐. 약하고 밥인데. 약을, 약 챙겨 드려야 되잖아요. 때마다. 근데 우리는, 젊은 사람은 하루에 한 끼도 먹고 진짜 그야말로 두 끼 먹음 잘 먹잖아요. 소화도 안 되고 뭐, 해 가지고. 그 먹고 나면은 설거지 다 해야지요. 그다음에 이불 빨래, 아버지가 실수한 거 다 빨아 햇볕 쪽으로 다 내다 널어야지요. 어머니 기저귀 갈아 드려야 되죠. 그게 도저히 감당이 안 되더라고. 그러다 나중에는 그 재가, 재가 복지사를 썼어요. 밥만 좀 해 주라. 밥만 해 주는 걸로. 그렇게도 뭐, 좀 해 봤고. 근데 이제 그걸로는 해결이 안 돼. 나도 이제 일을 해야지, 내 가족하고 나도 살아야 되니까. 또 다시 인제 그렇게 모셔 놓고 갔죠. 일하러.”(연구참여자 I-O-A)

“나중에는 막 낮에 저 혼자 있을 때 막 목 조르려고 대들고 금세 식사하셨는데 밥 안 준다고. 그래서 어쩔 수 없이 막 목 조르고 막 때리려고 하는데 그럴 때는 눈에 광기가 막 서려요. 보시면 되게 무서워요. 막 광기가 막 나고 보통 때 막 치매 있으셔서 할 때 보면 초점이 이런 몽롱한 막 이상한 막 이런 눈빛 벌써 알고. 그런데 나중에는 포악해지세요. 포악해지고 금세 드시고도 안 드셨다 그러고. 식사하시고 화장실 갔다 나오셔서 식탁으로 다시 와서 밥 달라 그러시고. 그렇게 변하고.”(연구참여자 I-N-13)

“할머니는 이제. 그러니까 사실은 본인이 혼자서 할 수 있는 건 없으니까 저희가 이제 목욕시켜 드리는 거랑 그다음에 식사는 저희 외할머니는 이제 조금 심해, 그러니까 그렇게 심하지는 않으셔서 혼자 드실 때도 있고 안 드실 때도 있고. 그러면 마냥 혼자 드시면 조금 흘리더라도 혼자 드시게 하고 아닐 때는 저희가 이제 보통 먹여 드려야 되고. 할머니가 직접하실 수 있는 거 옷 갈아입기 이런 거 그거는 힘들죠. 그러니까 그때는 연세가 더 많이 드셨기 때문에 그것도 조금 힘드시니까 옷 갈아입혀 드리고

그런 것도 다 저희가 해 드렸어요. 화장실도 그냥 기저귀로....”(연구참여자 I-N-21)

“이제 뭐 밥에서부터 점점 목욕도 못 하고. 혼자 못 하시니까 목욕시켜 드리고 밥 드시는 거 보고 오고... 한 2년은 제가 잡은 OO동이지, 엄마 집은 OO이죠. 거의 죽음으로 다니면서 진짜. 엄마를 보내고 싶다는 마음이 아주 굴뚝 같이 솟을 정도로 막 그랬었거든요. 그때 가면 식사, 청소, 빨래 다 하죠. 목욕까지 하죠. 예. 주 2회는 목욕시켜야 되고요. 다음에 장도 같이. 그때는 걸어 다니셨으니까 백화점 같이 가서 이렇게 하고 산책도 하셨고. 올케가 3회 오고 제가 3회 가고. 그리고 언니는 이제 일요일 날. 직장을 안 가니까. 그러니까 온 식구가....”(연구참여자 I-N-25)

“옷 갈아입는 거 저희가 해 드려야 돼요. 예. 입혀 드려야지. 이동하거나 대중교통 이용 그런 거는 전혀 못 하세요. 다리를 무릎 한쪽을 수술하셨는데 한쪽도 수술하셨어야 됐는데 치매가 심하셔서 수술 못 했거든요. 그래서 그렇게 거동을 쉽게 하지는 않으세요. 식사도 떠 드려야 되죠. 하나만 드시고 예. 그러셔서....”(연구참여자 I-N-14)

다. 가족 구성원들이 교대로 치매 돌봄 분담

가정 내에서 치매노인 한 명을 돌보려면 여러 명의 자녀, 자녀의 배우자, 손자녀까지 일가족이 주중, 주말, 밤낮으로 교대를 해야 하는 상황이다. 치매노인이 거주하는 집과 본인 집을 오가는 것이 고되긴 해도 가족들이 치매 돌봄을 분담하기 때문에 치매노인을 요양병원에 입원시키거나 장기요양시설에 입소시키는 것을 최대한 늦추고 지역사회 내 계속 거주

를 할 수 있었다. 하지만 치매 부모님 돌봄을 특정 자녀가 전담하는 경우 형제 간 분란의 원인이 되기도 했다. 특히 치매 돌봄 전담 여부와 무관하게 재산 상속이 결정되면 치매 돌봄을 전담하는 자녀와 그 배우자는 치매 부모를 부양하는 데 회의감을 가지기도 했다.

“지금 시어머니가 치매세요. 시어머니는 과전에 시아버지랑 사시고 계시는데 시아버지가 케어는 안 되시니까 아침에 아주버님 오셔서 케어 좀 하시고 주간보호센터로 넣어 주시고 7시쯤에 나오셔서 아주버님 또 오셔서 씻기고 식사 드리고 뭐 이렇게 깨끗하게 하고 이렇게 주무시게 하고. 예. 그것까지 마무리하고 가시는 거. 예. 그리고 저희는 주말에 가서 케어 거의 하고...”(연구참여자 I-N-14)

“이제 나 혼자서도 못 하니까 딸들이 저 주일마다 이제 도중에도 뭐 아들은 이 서울에서 이제 저 토요일날 와서 일요일날 또 보고 가고. 수시로 제가 하고 우리 큰딸이 주로 와서 같이 하고. 그리고 전혀 대소변을 전혀 대화가 안 되니까 둘 다 말을 못 해. 딸만 통하면 화장실에 가서 앉혀 놓고... 내가 4남매거든. 아들 하나 딸이 셋이야. 그래서 같이 와서 도와주고. 이렇게 하고 하는데...”(연구참여자 I-N-15)

“저희는 맏이인 입장에서 뭐 강심제 같은 걸 못 쓰게 그 얘기를 못 하잖아요. 다른 자식들 협조를 우리는 하나도 안 했어요. 아니 평소에도 오지도 않지만 치매, 그거를 딱 알고 나서는 뒤로 몰래 땅을 자기네 명의로 돌려놓고 막 할 정도는 하면서 집은 안 왔어, 잘. 그 정도였고 오로지 아주 우리만 장남만 책임이었고... 맏이인데 다른 자식들이 아주 배신이야, 배신. 왜 그러냐면 안 모셔도 요새는 법이 옛날에는 뭐 그 재산 바라고 안 바

라고를 떠나서 우리 연령대만 해도 당연히 모신다고 생각하거든요? 그런데 요새 사람들은 안 모셔도 N분의 1이다.”(연구참여자 I-N-13)

라. 요양원의 비좁은 물리적 공간

시내에 자리 잡은 요양원들은 물리적 공간이 비좁아 노인들이 생활하는 데 답답하고 운동과 산책을 하기에 어려운 상황이라는 가족들의 지적이 있었다.

“아휴, 저기 병원이 같이 있는 데는요. 병원 병실 있잖아요. 그거랑 똑같아요. 그래, 단지 이거 건너가는 이 정도만 붙여 놨는데. 지금 OO에도, OO의원에도 이제 같이 붙어 있는데. 그 병원에 그 조금 이제 넓혀가지고는 이제 그걸 요양시설이라고 하는데. 저는 너무 답답해 가지고 그런 데는 못 모시겠더라고.”(연구참여자 I-O-B)

마. 공식적 돌봄 서비스 이용의 경제적 부담

치매 증상이 심해지고 가족에 의한 돌봄만으로 한계가 오면 가정 내에서 재가 요양보호사나 간병인의 도움을 받거나 시설에 입소를 하게 된다. 그런데 재가서비스를 이용하든 시설 입소를 하든 그 비용이 치매노인의 가족들에게 경제적인 부담이 된다. 장기요양시설에 입소하면 월 60만 원대의 본인부담금이 발생하는 데 비해 요양보호사나 간병인을 재가장기요양서비스 외에 추가로 고용하면 200만~300만 원대까지 비용을 지불해야 한다. 이로 인해 치매노인을 돌봐야 하는 가족들은 신체·심리·시간적 어려움뿐만 아니라 경제적 부족에도 처하게 된다.

“요양원비가 보통 부담이 가는 게 아니에요. 치매... 병원비하고 지난달에는 107만 원 냈거든요. 그리고 보통 때는 한 60만 원 내는데.”(연구참여여자 I-O-C)

“그래도 우리나라는 아직도, 아직도 평균이거나 평균 이하의 사람들이 더 많이 사는 세상인데. 그 돈 또한도 돈 액수가 크고 작고를 떠나서 사실은 부모가 하나 아프기 시작하면 가장 예민해지잖아요. 형제간의 우애가 좋든 안 좋든 상당히 그게 뭐, 금액을 떠나서 사실 예민해지는 구간이거든요.”(연구참여여자 I-O-A)

“이제 저희가 간병인을 쓰고 있잖아요? 그러니까 그 비용 문제가 어머님이 언제까지 병원에 계실지 모르기 때문에 사실은 그게 되게 큰 부분이에요. 그래서 그걸 어떻게 계속할 건지도 되게. 사실은 그게 현실적인 문제거든요? 돈을 계속 줘야 되잖아요.”(연구참여여자 I-N-11)

“그래서 비용적인 면에서도 막 침대 빌리고 뭐 하는 것도 수가가 모자라서 예. 저희 돈 막 이제 갖다 내면서. 그리고 솔직히 요양보호사 쓰는 시간은 나라에서 3시간밖에 안 줘요. 그거 가지고 택도 없거든요? 그러니까 개인적인 돈이 엄청 들어가요.”(연구참여여자 I-N-25)

“제가 요양센터에다 내놓은 돈하고 요양사하고 해서 그냥 나가는 돈이 그냥 돈이 현찰로 그냥 (월) 200만 원 이상이 또 나가요(연구참여여자 I-N-24). 저희 (월) 300만 원 더 나가요. 토요일에도 쓰거든요... 목욕에 관해서. 그런데 그 3시간씩 다 주말까지 쓰기 때문에 안 나온대요, 수가가. 목욕이동서비스가. 그래서 목욕하려면 차가 와서 내가 8만 원을 또 내

야 된대요. 예. 8만 원. 지금 내는 것도 많아 죽겠는데 8만 원을 내야 된대요.”(연구참여자 I-N-25)

3. 비공식적 돌봄제공자의 정책적 요구

가. 치매 조기 발견 및 가족에 대한 교육·상담 서비스

가족들은 치매를 가능한 한 이른 시기에 발견할 수 있는 전문적인 기관과 인력이 확충되고, 경증 치매노인을 가정 내에서 가족들이 돌볼 수 있도록 치매에 대한 지식과 돌봄 방법을 교육·상담해 주는 서비스가 제공되기를 바라고 있었다. 여러 가족들이 치매가 중증도 이상으로 진행된 이후에야 치매를 인지하게 됐는데 그때는 이미 늦었다는 후회를 하고 있었다.

“조금은 엄마가 정말, 정말 다른 이상인 증후가 보이면 모시고 와야야 됐는데. 나이가 드니까 뭐, 아날 저야 우리 엄마는, 우리 아버지는, 내 부모는 그러다 보니까 시간이 지났고. 이런 가까운 기관에서도 사실 그렇게 말 그대로 인력이 모자라서 정말 이 부분에 있어서 전문 인력은 아니더라도 교육 훈련해서 상담하는 사람들이 조금만 도움을 줬더라면, 저는 우리 어머니가 노인복지관에 같이 나오기 때문에 항상 그런데 뭐가 있으면은, 소일거리 하듯이 가서 혈압 재고, 당뇨 재고 일 없어도 다 그런 거 해요. 하는데도 저 그게 안타깝고 속상하고. 그래서 일단 초기 그렇게 진행이 돼서....”(연구참여자 I-O-D)

나. 주야간보호시설 및 송영서비스 확대

현재는 가족들이 치매노인을 가정과 지역사회에서 모시려고 할 때 낮 또는 밤에 돌봄을 함께 분담할 주야간보호시설이 부족하다고 말한다. 주야간보호시설이 있어도 버스 등으로 송영서비스를 제공하지 않는 경우 가족들이 직접 치매노인을 모시고 다닐 수 없어서 이용하지 못하는 경우도 발생하고 있었다. 그래서 치매노인을 지역사회와 분담해서 돌보기를 원하는 가족들은 주야간보호시설 인프라가 더 확충되어야 하고 접근성을 향상시키기 위해 송영서비스도 제공될 필요가 있다고 말했다.

“아침에 인제 아이들 태우러 오고 태우고 이제, 저녁에 인제 데려다 주고 보호자가 그 시간대에 움직이는 거 그런 것도 한번 시도를 해 봤는데. 일단 나오지를 않으세요. 차가.”(연구참여자 I-O-D)

“주간보호센터를 다니시는데 나라에서 지원을 해 주는 게 한 달에 20일 8시간을 꼭 채워야 예. 그 보험을 지원을 그만큼 받으시고 20일을 못 나가시면 지원을 못 받아요. 그런데 구정 끼고 쉬는 날 뭐 빼고 우리 시어머니 컨디션이 안 좋다, 나 못 갔다, 이렇게 배째라 그러면 못 가고 그럼 지원을 다 못 받는 거예요. 그래서 그거를 얘기를 하면 이래서 우리가 못 갔다. 안 인정해 줘요. 그날따라 컨디션이. 예, 예. 그래야지 나라에서 지원을 받고 뭐 그게 뭐 나라에서 그게 뭐가 돼 있다고 그러더라고요. 왜냐 하면 거기서 이름만 올려놓고 그런 거 때문에. 그런데 아니신 분이, 예. 아니신 분이 희생을 당하시니까. 저희는 몇 번 못 받았거든요.”(연구참여자 I-N-24)

“데이케어센터에서도 야간 운영하는 거 늦게까지 하는 케이스가 있는데 그것도 데이케어센터에도 왜냐하면 좀 치매가 심하지 않거나 자기의 대소변을 가리거나 또 사람들하고 어느 정도 이게 되지 않으면 데이케어 센터가 안 받아 줘요. 그러니까 그런 것도 좀 문제가 있고.”(연구참여자 I-N-24)

다. 촉탁의만으로 충분하지 않은 의료 이용

요양원에 지정된 촉탁의가 일주일에 한 번씩 요양원을 방문하여 치매 노인들의 상태를 간소하게 진료하고 있었는데, 가족들은 촉탁의만으로는 치과 등 보다 전문적인 의료서비스를 이용하는 데 충분하지 않다는 걱정이 있었다. 이러한 배경에서 가족들은 요양원에 있는 치매노인들의 의료 서비스 접근성을 향상시킬 수 있는 방안이 모색되기를 바라고 있었다.

“여기 (요양원은) 간호사가 상주를 하는데도 의사가 상주가 없잖아요. 사람은 한... 여기 내가 알기로는 〇〇하고 여기하고 한 80명 이상이 돼요. 그러니 이제 여기서 촉탁을 해서 두 분 와 가지고 그걸 하니. 특히 또 치과 같은 게 있잖아요. 치과 같은 거는 휠체어 타고 2층에 올라가지를 못해요. 〇〇(시골) 같은 데는... 치과의사도 간혹 가다 한 번 와가지고 인제 전부 다 틀니하고 계시니까는 좀 이렇게 봐 주고 그러셔야 하는데. 그런 게 좀 부족한 것 같아요.”(연구참여자 I-O-B)

라. 시설 운영자, 관리자, 요양보호사에 대한 직업윤리 교육 강화

일부 요양시설에서는 보호자 방문이 적은 주중에는 시설 관리를 소홀

히 하거나 보호자 방문 시 별도로 금품 등을 요구하는 경우도 있어 시설 운영자, 관리자, 요양보호사에 대한 직업윤리 교육을 강화할 필요성이 제기되었다.

“주중에 대부분 보호자들이 안 오니까, 주말에 오니까. 주중에는 오물 냄새 때문에 기저귀 한 번도 제대로 안 갈아 주고. 근데 주중에는 말끔, 아주 이렇게 하고 있다 주말에는 보호자들이 오니까 말끔하고 이 마인드 자체에서 제대로 된 교육을 받지 않은 사람들이기 때문에 저 사람이 부모를 여기다 갖다 났으니까 죄인이야, 지들도 알아, 그니까 우리가 요구를 하면 안 주고는 못 배겨. 어떨 때는 밑에 1층까지 따라 내려와요. 뭘 이렇게 돈을 집어 주지 않으면.”(연구참여자 I-O-D)

마. 요양보호사에 대한 처우 개선

가족들은 요양보호사와 간병인에게 고마운 마음을 가지고 있고 이들에 대한 처우가 개선되어야 돌봄 서비스의 질도 그만큼 향상될 것이라고 말했다. 현재는 요양보호사와 간병인의 휴식공간도 불충분하고 임금 수준도 낮아서 자발적이든 비자발적이든 요양보호사와 간병인 등 시설 내 공식적인 돌봄제공자들에게 별도로 사례를 하는 일들이 발생하고 있었다.

“우리는 아예 그냥 요양병원이지만 5인 1실이나 4인 1실 이런 식으로 돼 있어서 거기 간병인 상주를 하잖아요. 그래서 하는데 우리가 해도 얼마나 힘들까 싶어서 우리는 해 봤으니까. 그러니까 그 사람들 요구하고 상관없이 수시로 갈 때마다 뭐 사다 주고 돈은 항상 10만 원씩 드렸어요. 별도로.”(연구참여자 I-N-13)

“요양, 그 보호사들 쉬는 공간도 없어요. 병실에. 그리고 이거 바깥에 저실이 있잖아요. 그럼 이제 환자들이 왔다 갔다 하며 노는 거기를 밥을 박스를 깔아 놓고 거기서 밥을 먹어요. 그럼 그 밥 냄새도, 저녁에 보니까 그 요양보호사가 그 안에다가 라면박스를 이렇게 해 놓고 환자 밑에서 이렇게 하고 쉬더라고.”(연구참여자 I-O-D)

“너무너무 인력이 부족하다 보니까 어쩔 때는 요양보호사들도 보면 이 해는 가요. 일단은 월급이 그렇게 많지는 않아요. 3D 업종 중에 하나인데도 불구하고. 이거는 조금 다른 얘기인데, 제가 관심이 있어서 물어보면 구하기가 힘들어요...병원의 간병인 같은 경우는 사실은 깨끗하고 다 밑에서 관리해 주고 하나까 그 사람만 케어를 하면 되지만, 여기는 사실은 이 사람뿐만 아니라 한 사람이 여럿이 머리서 발끝까지 치워 줘야 되고 입혀 줘야 되고 먹여 줘야 되고 씻겨 줘야 되거든요. 그니까 이 사람 입장에서 생각하면 대우를 해 줘야지만 그게 오거든요. 그것도 맞아요. 그니까 보호사들 처우 개선도 대우도, 사실은 제가 제일 말해야지 하는 생각이 요양보호사들에 대한 대우를 좋게 해 주고 인력을 정말 그 수준에 맞게 아니면 그 사람들을 대우해 주고 교육시키고 그만한 월급을 주면 충분히 그건 환자한테로 간다고 보거든요, 제가 보면.”(연구참여자 I-O-D)

바. 새로운 제도와 서비스 홍보 강화

치매 조기 검진, 사례관리, 보호자교육 등 치매노인을 모시는 가족들이 제안한 정책 개선 아이디어의 상당 부분은 예전부터 시행 중이거나 치매 국가책임제에서 최근 도입되기 시작한 서비스인데 그 정보를 정확하게 모르고 있는 경우가 많아서 치매 관련 제도와 서비스 홍보를 강화할 필요가

있다. 치매노인을 둔 가족들이 관련 정보를 모르면 대다수의 일반 국민들은 이에 대해 더 모르고 가족 중 누군가가 치매를 진단받은 후에는 난감한 상황에 처하게 된다. 이미 잘하고 있는 치매와 관련된 제도와 서비스를 더 적극적으로 홍보하고 정보 접근성을 높일 수 있도록 해야 한다.

“신경과 저희 엄마는 뇌경색으로. 그러니까 아무나 되는 게 아니라 그 약 코드번호가 있거든요? 그래서 받았는데 결국은 약 못 드시니까. 그런데 이제 CT나 그런 거 찍을 때 어, 저기 그 5%밖에 안 되더라고요. 그래서 그런 거는 예. 미리 알았으면 모르겠는데 그게 된 지 얼마 안 됐어요. (연구참여자 I-N-25) 거기는 홍보가 안 됐네. 난 몰랐어. (연구참여자 I-N-23) 그러니까 이제 저 같은 경우는 그러니까 사실은 이걸 전혀 몰랐거든요. 그러니까 어떤, 어떤 걸로 해서 있는 건지를 전혀 모르는....”(연구참여자 I-N-21)

“치매 무슨 센터다 그래서 전화번호가 있던데? 좀 제가 보기에는 홍보가 필요한 것 같아요. (연구참여자 I-N-25) 많이 몰라요, 몰라요. 많이 몰라, 진짜. (연구참여자 I-N-23) 그 인터넷 뒤져 보면 나와 있고 센터도 뭐 요양병원이나 아니면 요양 그런 것도 그렇게 등급을 받은 게 뭐 뭐는 목욕시설이 있음 없음 해서 이렇게 다 동그라미 쳐 있고 이런 게 있더라고요. 그러니까 그 자료를 달라 그러면 줘서 제가 어느 쪽을 어떻게 갈까 이런 걸 알 수도 있거든요. (연구참여자 I-N-24) 원래는 보험공단에 들어가면 저기에 지역별로 다 있어요. 그런데 저는 이제 인터넷을 잘하니까 찾는 거고. (연구참여자 I-N-25) 어려워. 어렵다니까.”(연구참여자 I-N-23)

“연령이 딱 되시면 뭐 60세 이후라든지 뭐 나이가 젊다고 해서 안 오는

건 아니고 저희도 깜박깜박하니까. 그 건강검진 왜 40세, 45세 이렇게 되면 되듯이 그거를 좀 60세 정도 되면 그때부터는 좀 기간을 짧게 해서 기본적인 검사 정도는 해 주고 그다음에 이제. 그러니까 좀 지속적으로.”(연구참여자 I-N-11)

“저는 건강보험공단에서 그런 게 있었으면 좋겠어요. 아, 우리 한 번씩 검사 무슨 검사, 무슨 검사가 있잖아요. 1년에 뭐. 암 검사처럼. 이제 요즘은 빨라져서, 빨라져서 요즘에는 칠십대도 오고 육십대도. 치매가 와요. 그래서 제가 제 생각은 그래요. 저도 50이 넘으니까 엄마를 보면서는 제가 저도 사실은 걱정이 되고 두려워요. 그런데 저도 안 오라는 법은 없잖아요. 그래서 건강보험공단에서 이제 다른 검사를 뭐 하나 빼더라도 하나가 이제 치매라는 게 다른 아까도 말씀하신 것처럼 다른 병보다 더 큰 병이거든요. 그래서 하나 추가적으로 검사가 이제 있었으면 좋겠어요.(연구참여자 I-N-26) 그런데 이번에 보건소에서 치매검사 무료로 해 주던데요?(연구참여자 I-N-23) 60세, 65세 이렇게 하면 보건소에서 이제(연구참여자 I-N-24). 아주 기초적인 거지만 해 주더라고요.(연구참여자 I-N-23) 이제 지금 정말 정확하게 검사가 안 되면 이제 치매라고 판정이 안 돼요.(연구참여자 I-N-26) MRI 찍어 봐야 돼요.(연구참여자 I-N-25) 그렇죠. 그러니까 그러기 위해서 초기에 이게 뭐냐 하면 진행 속도도 늦어지고 어떻게 되면 고칠 수도 있잖아, 심해지지는 않잖아요. 심해져서 가족 모두가 정말 힘들어지고 이러면서 본인도 힘들고 그런 상황이 오지 않게끔.”(연구참여자 I-N-26)

“만약 치매로 됐을 때 이렇게 딱 매뉴얼이 있었으면 좋겠어요. 사실 딱 막해요. 그런 매뉴얼을 딱 만들어 놓으면 당황하지 않고...그냥 병원도 돌

리기에 바빠요. 그냥 자식이 여기 가서 아, 이런데 여기도 가 보자 가 보자. 그냥 엄마 끌고 돌아다니기 바빠요. 결론은 뭐냐, 하나예요. 다시 왔어, 원점으로. 가장 가까운 병원으로 택해 놓고 다니다가 그냥 가까운 신경정신과 하시든가. 뭐, 뭐 다음 예약 만들어 놓고 한 달 뒤에 오세요, 이저저든요. 너무 막막하잖아요. 그니까 거기에 대한 매뉴얼을 만들어서 당황하지 않게 서로 도움이 되고자. 물론 그걸 다 이용하지는 않겠지만 저 같은 경우는 절실히 필요로 했어요. 누군가 딱 이렇게 얘기를 해주면 시간 낭비하지 않고 매뉴얼대로 움직이고.”(연구참여자 I-O-D)

“저는 이제 네이버에 치노사모라고 치매를 사랑하는. 예. 거기 가서 정보들 막 파악을 해요. 왜 삼킴장애 있을 때 어, 뭘 해야 되나? 이제 막 그런 걸 해서. 그런데 이제 그런 게 뭐 나라에서 홍보하는 그런 게 딱 사이트가 있거나 그러면 거기 들어가서 내가 필요한 걸 거기서 이제. 거기서 이제 산정특례도 거기서 알아낸 저저든요? 그런 식으로. 치노사모. 치매를 사랑하는 노인. 저 사랑하는 모임인가? 하여튼 간에 네이버에 치면 나와요.”(연구참여자 I-N-25)

“구청이나 시청에 이렇게 치매센터라든가 그 치매교육을 받을 수 있는 돌볼 수 있는, 가족이나 누구나 이렇게 치매 가족은 누구나 교육을 받을 수 있는 그런 시스템이 하나 있었으면 좋겠어요. 그럼 가깝게 가서 내가 언제든지 가서 내가 어떤 교육을 받고 싶다 그러면 아, 이거, 그런 게 있었으면 좋겠어요.”(연구참여자 I-N-26)

“그런데 이런 것도 이제 의사 선생님 신경과를 다니는 의사 선생님이 몰라요, 오히려. 제가 얘기해 줘서 산정특례해 주시고 저 가정간호서비스

그것도 제가 이거 있다는데요? 그랬더니 그런 게 있어요? 간호사들 불러서. 그래서 처방 내려 주고 그러거든요. 모르는 게 너무 많더라고요, 의사 선생님도. 치매예방센터 의사 선생님인데도 모르더라고요.”(연구참여자 I-N-26)

사. 보호자 교육·상담·자조모임

치매노인의 가족들은 보호자를 대상으로 한 정보 제공, 교육, 상담, 자조모임에 대한 필요성을 인식하고 있고 이를 위한 서비스가 제공되기를 바라고 있었다. 사실 이러한 제도와 서비스는 이전부터 제공되고 있었지만, 보호자들이 가지고 있는 수요보다 적었다고 보는 것이 합당하겠다. 최근 설치·운영되고 있는 치매안심센터에서 보호자 교육, 상담, 자조모임을 운영하고, 정보 제공을 할 것이기 때문에 이 부분이 개선되리라 기대된다.

“저희도 어머니 등급 때문에 이제 그 이제 남부 건강보험공단에 가서 보호자들 따로 이렇게 큰 방에다가 해서 교육을 시키더라고요. 그런데 지금은 뇌졸중이나 뭐 심근경색, 당뇨 이렇게 그 3대 질병 그런 거에만 건강보험공단이 많이 치중되어 있는데 이제 노인인구가 길어지면서 그 병보다는 더 무서운 게 치매 같아요. 그런데 치매는 등급도 사실 낮은 등급받기가 굉장히 어려워요. 왜냐하면 이거를 머리 뒤 그런 걸 증명할 뭐가 없어요. 예. 수치가 없고 그러니까 지금 생각에 제가 볼 때는 그때는 어머니 등급은 넘어져서 이렇게 해서 그것 때문에 공단을 가서 그 등급하면서 교육을 받았었는데 사실은 치매가 좀 더 세분화되고 거기에 대해서 좀 더 잘 그게 하는 게 있었으면 좋겠다는 생각이 들어요.”(연구참여자 I-N-24)

“국민건강보험 같은 경우는 저희가 들어가 보면 어떤 뭐 병에는 뭐가 수가가 되고 이런 게 다 알 수 있잖아요. 그런데 이 병은 어디에 들어가서 어떤 루트로 알아봐야 되는지를 알 수, 그러니까 모르는 거죠. 일반적으로 정말 그러니까 이 병이 길어져서 나중에 되어서야 알게 되는 거지. 저는 돌아가시고 나서. 그러니까 저는 돌아가시고 나서 알았어요. 돌아가시고 나서 제가 도대체 이거 뭐지? 해서 찾아보니까 있더라고요. 그러니까. 그런 거에 대해서 전혀. 보호자에게 안 알려주는 거예요.”(연구참여자 I-N-21)

“치매는 돌봄도 중요한데 그 가족에 대한 케어도 그러니까 그 뭐 정신적인 케어라든지 그런 것도 분명히. 그러니까 그게 어떤 그러니까 뭐라 그래야 되지? 같이 따라와야 한다고 생각하거든요? 그러니까 지금은 뭐 정신과 가면 이런 상담 같은. 네. 그런 게 어느 정도 뒷받침되어야 되는 그런 서비스도 같이 있어야 되는 건 아닌가. 그러니까 이분만 케어하는 게 중요한 게 아니고 다른 가족. 아주 뭐 저희 엄마 같은 경우는 지금 조금 우울증 같은 게 있으시거든요. 그러니까 그런 것도 필요할 것 같아요.”(연구참여자 I-N-21)

“이렇게 주기적으로 무슨 모임이나 뭐 이런 그런 걸 해서 서로 얘기 듣고. 비슷하잖아요, 이렇게 공유하는 게. 그러니까 응? 그러면 좀 속이 확 풀리지 않을까. 응.(연구참여자 I-N-25) 저도 딸이 이걸 사실 신청했어요. 엄마 가서 좀 도움도 되고. 그렇게 자주는 아니지만 그게 자꾸 버거우니까 제가. 어머니만 하는 게 아니라 애들도 딸들도 아들딸들이 있으니까 좀 반찬도 하려면 네 집, 네 집 거를 해요. 그러니까 그리고는 뭐 그래도 그게 이렇게 스트레스가 되고 몸에 무리가 오는 것 같더라고요. 그래서

저기서 하는 그 상담 그게 참 좋더라고요 보니까. 그래서 이렇게 여기도 이렇게 좀 이렇게 치매 가족들을 위한 그런 게 있었으면 하는 생각이 들어요.”(연구참여자 I-N-24)

“치매보호자들을 위한 또 매뉴얼이 있었으면 좋겠어요. 그 사람들이 위로받고.(연구참여자 I-N-23) 치매등급을 받으면 아까 말씀하신 그런 거 자료들을 집으로 보내 줬으면 좋겠어요. 그렇죠? 어떻게 그걸 간병을 하고.(연구참여자 I-N-26) 그거는 참 좋다. 집으로 보내는 거.(연구참여자 I-N-23) 그런 게 뭐 책자라든가 뭐라도 이렇게 프로그램이 있으면 프로그램 어떤 게 있고 그런 가족들은 여기 가서 좀 실 수 있는 공간이나 뭐 이런 여러 가지가 딱....”(연구참여자 I-N-26)

제3절 공식적 돌봄제공자의 어려움과 정책적 요구

1. 시설 요양보호사의 고된 노동환경

시설에서 근무하는 요양보호사들은 고된 노동 강도로 인한 어려움을 호소했다. 재가 방문요양서비스를 제공하는 요양보호사들과 다르게 시설의 요양보호사들은 하루 8시간 이상 돌봄노동을 하고 있었다. 거기에 한 달에 4~5회 야간 근무가 있고, 야간 근무를 하는 날은 평소보다 더 장시간 돌봄노동을 하고 있었다. 요양보호사 한 명이 2.5명의 노인을 돌보도록 규정되어 있지만, 휴식시간 중인 요양보호사까지 감안하면 요양보호사 한 명이 실제로 돌봐야 하는 노인 수는 그 이상이 된다고 했다. 거기에 치매노인과 인지기능이 정상인 노인이 시설 내에 섞여 있는데 각자의 특

성과 필요로 하는 돌봄 내용이 달라서 요양보호사의 피로가 가중되고, 이는 결국 돌봄의 질을 낮추는 요인으로 작용했다.

“우리는 뭐 보통 하루에 원래 규정상 2.5명당 1명인데 머릿수만 세워놓은 거고 실시간 2.5명당 1명으로다가 그 케어를 하면요. 어, 좋은 그 양질의 어떤 그 케어를 해 줄 수 있는데 그게 안 되는 거죠. 그러니까 쉬는 사람 빼고 뭐 이렇게 빼다 보면 한 사람이 보통 5명에서 7명 정도. 치매도 있고 인지 있으신 분도 있고 같이 섞여 있어요. 요양시설은 같이 공동으로 모여서 여러 사람들이 같이 들어가야 되니까 여기 재가처럼 1대1 케어가 안 되는 거죠. 엄청 힘들죠. 여기 재가에 비하면 뭐 한참 힘들다고 봐야죠. 하루에 8시간. 기본이 8시간이고 토요일, 일요일은 그 쉬는 거로 다 돼 있고요. 야간 들어와야죠. 야간 한 달에 4번에서 5번. 야간은 13시간... 야근을 하게 되면 야근은 오후 8시에 출근해서 그다음 날 9시까지 13시간을 일을 하는 거죠. 그런데 야근할 때가 힘들어요. 그리고 야근, 주간 할 때는 보통 5명에서 7명? 7, 8명. 이렇게 한 사람당 그 인구 배정을 하고. 야근할 때는 보통 23명, 24명, 25명, 1인당. 그러면 이제 하루 빵이 치는 거죠. 그리고 와상인 어르신들은 무조건 다 뒤집어야 돼. 그것도 밤에 2번 해야 돼. 그 욕창이나 뭐 이런 거 있는 사람들은 어차피 수시로 케어, 저 체위 변경을 해야 되고. 밤에 근무하면 3시간을 자는데, 3시간 자라고 하는데 그게 자는 게 아니죠. 그냥 앞에서 그냥 졸고 있고. 어디 갈 데도 없어요. 그 앞에서 대기하고 이러면서 졸면서 뭐 인지 있으신 분이 또 있어요. 인지 있으신 분은 콜을 해요. 오줌 똥다 그러면 오줌 똥다라고 그리고 뭐 물 먹여 달라고 하고. 뭐 뭐 아무튼 요구하는 것들이 많아요.”(연구참여자 F-N-11)

2. 장기요양시설에서도 꺼리는 치매노인

치매노인의 행동심리이상증상은 가정 내에서뿐만 아니라 시설 입소 시에도 문제가 되곤 했다. 장기요양시설 측에서는 심한 공격성의 행동심리이상증상을 가진 치매노인이 치매가 아닌 다른 노인들과 한 공간에서 지낼 때 발생할 수 있는 안전사고를 염려하여 치매노인의 입소를 꺼리기도 했다. 하지만 치매노인만을 전담으로 하는 장기요양시설은 공급이 아직 충분하지 않아서 결국 입주 간병인을 통해 가정에서 중증의 치매노인을 모시게 된다.

“시설에 요양 그 치매 어르신이 오면 너무 난폭하시니까 다른 분들한테 피해를 주잖아요. 그래서 그날 오실 때는 막 일부러 막 좋게 해서 오셨는데 그날 저녁 한번 해 보면 도저히 이분을 우리가 모실 수가 없다 그래서 보호자 보고 모시고 가라고 그래요. 왜냐하면 이분만 사시는 게 아니라 여기에 60명씩 사시는데 그분 때문에 다른 사람들이 피해를 보기 때문에 시설에는 그렇게 중증 어르신들은 못 모셔요. 대부분들이 이렇게 입주, 입주간병. 저기 요양보호사들을 하시는데 그럴 수밖에 없는. 지금 치매만 전담해서 어르신을 모시는 데가 별로 없어요.”(연구참여자 F-N-13)

3. 가족과 요양보호사 간의 긴장과 갈등

치매노인을 돌보는 데 있어 요양보호사와 가족은 근본적으로 협력해야 하는 관계인데도 불구하고 긴장과 갈등을 겪기도 했다. 요양보호사들은 자신들의 역할과 돌봄 서비스 범위에 대해 가족들이 가진 개념이 명확하지 않고 가사도우미 정도로 여기기 때문이라고 생각했다. 치매노인의 가

족들은 장기요양서비스 내용을 넘어선 과도한 요구를 하고 그러한 요구를 승낙하지 않으면 섭섭해했다. 이에 대해 요양보호사들은 결국 공식적인 치매 돌봄제공자로서의 역할을 정립하기 위해서는 불가피하지만 당장의 긴장과 갈등은 감수하고 가족들에게 반복해서 자신들의 역할을 인식시켜 주는 것이 중요하다고 말했다.

“이 보호자들도 지금은 쉽게 말하면 와, 우리 엄마 오면 밥해 줘, 청소해 줘, 다 해 준다 이렇게 생각을 해요...저한테 유리창을 닦자 얘기하더라고요. 25평 아파트인데. 그래서 제가 딱 어르신을 보고 그랬어요. 어르신, 어머니, 저 얘기를 정확하게 하겠습니다. 파출부, 유리창 청소 닦는 거는 파출부 영역이지 저는 아버님을 케어하러 왔다. 현재 상태에서 아버님이 병이 더 진행되지 않고 지금보다 더 삶의 질을 유지하기 위해서 온 거지 이 청소해 주러 온 게 아니다. 청소를 하게 되면 그만큼 아버님에 대해서 케어하는 시간이 줄어든다. 파출부 어르신 지난번에 온 사람 다 했다는 거예요. 그래서 그분은 영역이 그 하시는 일이 파출부가 하는 일이고 저는 전문요양보호사입니다. 전혀, 그리고 절대 저는 손빨래 안 합니다. 빨래를 하게 되면 세탁기로 해 드리지 손빨래 전혀 안 합니다. 그래서 저는 손빨래 안 했고 유리창 닦는 거 안 하니까 혼자서 막 81세 되신 할머니가 하는 거예요. 그래서 제가 어르신 교육을 막 하면서 치매교육을 다 른 걸 하면서 어르신, 천천히 하세요. 어르신 다 교육 끝나면 제가 시간 나면 줌 도와 드릴게요. 딱 그랬어요. 그랬더니 아니, 안 해도 돼. 딱 이러는 거예요. 그러니까 기분이 나빴다는 거죠. 그런데 그런 부분에 대해서 자꾸 보호자들한테 인식을 시켜 줘야 될 필요가 있다는 거죠.”(연구참여자 F-N-11)

“복지는 잘하는데 제대로 이 복지를 받으시는 분들이 그걸 감사함을 모르고 어렵히 다 해 주는 거라 이 생각하는 인식의 전환을 국가가 딱 주도를 해서 해 줘야 되고요.”(연구참여자 F-N-12)

4. 성추행에 대한 보호 장치 부재

재가 요양보호사들이 성추행을 당하고도 제대로 보호받지 못하는 상황이 발생하기도 했다. 나이가 들고 치매에 걸려도 성(性)적 본능을 가진 치매노인들이 재가 요양보호사를 신체·언어적으로 성추행하는 경우가 있었다. 성추행을 당한 요양보호사가 소속된 기관에 신고를 하면 다시는 그러한 일이 재발하지 않도록 치매노인이더라도 당연히 제재를 가하고 피해자에 대한 보호 장치가 있어야 한다. 하지만 성추행을 당한 요양보호사가 오히려 해고를 당하고 후임 요양보호사가 다시 성추행을 당하는 일이 반복되는 사례가 FGI에서 드러났다. 성추행을 당하고도 제대로 보호받지 못하는 요양보호사의 사례는 비단 본 연구에서의 심층면접뿐만 아니라 권나경, 양난주(2017)의 연구에서도 문제를 제기한 바가 있었다. 그러므로 성추행 등의 문제가 발생했을 때 요양보호사가 신고할 수 있는 공식적인 경로나 인력을 국민건강보험공단에 배치하고 치매노인이지만 성추행 가해자의 수급 자격을 제한하는 등의 적극적인 보호 장치를 제도적으로 마련해야 할 것이다. 이와 더불어 돌봄 서비스의 이용자를 대상으로 한 사전 예방 안내를 도입하고, 기관관리자와 요양보호사를 대상으로 한 성추행 대처, 신고, 대응 절차 등의 교육도 강화할 필요가 있다.

“가장 중요한 게 뭐냐면 성추행에 대해서 말을 하고 싶어요. 치매의 특성상 보면 맨 마지막에 남는 것이 본능이라 그랬어요. 먹고 싸는 거. 그

거기에 포함해서 성적인 본능도 남아요. 그런데 여자분들도 그런 말씀을 하세요. 남편이 잘해 줘? 뭔데요? 그러면 뭐를요? 그러면 아이, 밤에 하는 거 있잖아. 그래서 어머니, 성적인 말씀을 하지 말라 그랬잖아요. 말씀드렸잖아요...문제는 그러면 센터장님이 거기 체결을 할 때 센터장님 알았을 거 아니에요. 그런 것에 대해서 정보를 일절 주지 않아요...부엌에서 이제 간단한 요리를 해 드리는데 싱크대 이렇게 하는데 백허그하는 거예요. 뒤에서...너 나 아니라도 누군가 돌보러 들어올 텐데, 응? 여기 사람 들어와서 눈물 빼느니 내가 그냥 하자 해서 했는데 자기 하는 대로 안 되니까 쫓아내요. 부당하고...제가 이제 아웃됐어요. 그런데 전화가 막 와요. 그만두고서는 한 3일인가 4일인가 됐는데 모르는 번호예요. 그런데 저는 모르는 번호도 받아야 되는 그런 입장이잖아요, 직업이 그러니까. 받았는데 선생님 막 다급한 소리가 들리는 거예요. 저는 그렇지 막 울먹 울먹하면서 보니까 후임 요양사예요...그런데 그분이 와서는 목욕을 시키는데 팬티 입히고 씻기는데 팬티 갑갑하다고 벗자고 그러더라고. 그 선생님이 그럼 벗으라고 그런 거예요. 그래서 이제 씻겨 놓고서 선생님이 먼저 나오고 마무리하고 나오세요. 했는데 나와서 선생님이 이렇게 하고 있었던 거야. 그런데 뒤에 와서 꼭 끌어안은 거죠. 나체로 끌어안으니까 얼마나 기겁을 해요. 그래서 이제 이틀 만에 그만뒀어요. 또 후임이 왔어요.”(연구참여자 F-N-15)

5. 치매에 대한 전문적인 교육

치매노인들은 일반적인 노인장기요양서비스 수급자들과 다른 행동정신이상증상이 있었고 그에 따라 돌봄 방식도 달라져야 해서 요양보호사들은 치매에 대한 전문적인 교육을 받고 싶어 했다. 현재도 장기요양기관

종사자와 요양보호사들을 대상으로 한 치매 교육이 있다. 하지만 기관관리자는 치매교육을 받을 수 있는 대상자가 제한적이고, 치매교육을 수료한 요양보호사에게 이중 인지케어에 대한 추가 수당을 지급해야 하는 등 업무가 부담이 된다는 입장이었다. 한편, 요양보호사는 자비로 치매교육을 받아야 하는 데다 이 기간 동안 근로를 하지 못한다는 어려움을 토로했다. 이는 건강보험공단 차원에서 치매교육을 실시하면서 발생하는 한계점인데 치매국가책임제에서 새로 설치되는 치매안심센터에서 장기요양기관 종사자와 요양보호사를 대상으로 한 치매교육을 제공한다면 보다 전문적이고 합리적인 방식으로 운영이 가능할 것이라는 제안이 나오기도 했다.

“요즘 올해부터 그 치매 뭐 국가책임제 해서 여러 가지 제도가 지금 많이 바뀌었어요. 뭐 24시간 휴가제, 치매케어휴가제 이렇게 바뀌었는데 그래서 아까 선생님 잠깐 뭐 요양보호사 교육을 2명씩 뭐 권고 사항이라 하는데 이게 센터에 2명씩밖에 교육을 못 가요. 보내려고 해도. 그러면 치매 교육을 받고 오면 그 돈이 수당이 더 붙어요. 그리고 그만큼 1시간은 이중 인지케어를 해야 돼. 그런 게 있는데 그 저는 이제 방문 간호 가면 뭐 일단 의학적인 뭐 소변줄이라든지 뺏줄이라든지 목줄이라든지 일단 기본적으로 그런 거는 하고 그 외에는 그 환자인지에 대한 거를 케어를 해 주고 그리고 또 직원들 관리도 아까 선생님 센터에서 뭐 해 준다 그랬잖아요. 그런 거를 직원들한테 제공을 해 줘야 돼요.”(연구참여자 F-N-15)

“저는 그 치매교육. 치매교육에 대해서는 저는 이 지금 돈을 주고 저희가 6만 원을 주고 받잖아요, 10일 동안 그리고 시험을 쳐서... 저희 자격증 다 받았습시다. 저희. 그런데 그제 실제로 강의를 했을 때 그 물론 다 전

혀 100% 도움이 안 된다고 하지는 않아요. 어느 정도 도움이 많이 되죠. 지식 습득도 할 수 있고 또 다른 사람 말도 듣고 하니까. 그런데 굳이 그 10일을 저희 근무 못 하잖아요. 근무도 못 하면서 6만 원을 주고 가면서 자격증도 아닌 수료증입니다. 그거를....”(연구참여자 F-N-11)

“그분(시설 종사자)들의 입장에서는 그런 체계적인 교육을 받을 수 있는 게 없다고 얘기를 하시더라고요. 그거를 이제 저희 치매안심센터가 센터 역할을 하면서 그런 교육이나 이런 걸 보급하는 역할을 하면 좋을 것 같아요.”(연구참여자 F-O-A)

6. 요양보호사에 대한 인식 개선

요양보호사들은 단순히 물질적인 차원의 처우 개선이 아니라 공식적 돌봄제공자라는 직업에 대한 사회적인 인식 수준이 향상되고 돌봄 활동에 대한 사회적 가치를 인정받기를 희망했다. 현재는 요양보호사와 이들이 하는 돌봄 활동이 그 가치를 존중받지 못하고 있어서 자존감과 사명감도 저하된다고 말했다. 요양보호사는 정부로부터 교육을 받고 자격증을 취득하여 공식적인 돌봄 서비스를 제공하는 만큼 그에 합당한 사회적 대우를 받을 수 있도록 현재 등급판정 때에만 일회성으로 진행되는 보호자교육이 정기적으로 더 철저하게 실시되기를 바라고 있었다.

“가족교육이 굉장히 중요한 게 가족들이 생각할 때 아, 센터에서 파견을 시켜 줬구나. 이렇게 하면 정말 결코 과연 요양보호사한테 온 집 안 청소 다 해라, 시장 봐 와라, 다 자기 그 가족들의 거를 그냥 얹으면서 같이 들어갈 수 있을까? 그러니까 이 사고의 전환이 가족들한테 안 되고는 요

양보호사가 아니, 무슨 중간호사도 아니고 준파출부도 아니고 가운데서 다 하고. 부아가 안 날 수가 없지. 하면서 이걸 그러니까 자존감이 떨어져. 이 마인드컨트를 굉장히 잘해야 되겠구나 싶더라고. 왜냐하면 완전 자존감을 떨어뜨리는 그런. 그런데 그게 누구 책임인가? 교육시킨 정부 책임이라고요. 교육기관에서 우리가 뭐야, 이렇게 자격증 따서 이렇게 하는데 자격증 자체도 굉장히 홀대받고 있고. 그러니까 어떤 사명감을 갖기가 참 어렵게 돼 있어요.”(연구참여자 F-N-14)

“요양보호사라 하면 나쁜 인식이 있고 파출부 인식이 있어서 그것이 문제다. 그래서 국가적으로 이렇게 매스컴에다가 요양보호사는 이런 일을 하고 이래 좋은 사회공헌을 한다는 이런 인식 전환을 좀 해 줬으면 좋겠다는 이야기를 하시더라고. 그러면서 이제 내가 요양보호사를 하면서도 과연 내 친구, 대학교 동창이나 여고 동창한테 내가 요양보호사를 이렇게 자부심 있게 한다는 소리를 당당하게 할 수 있겠느냐 지금은. 그런 사회가 왔으면 좋겠다.”(연구참여자 F-O-13)

“그런데 보호자들이요. 이 어떤 경우가 있냐면 이 할아버지가 성추행 그러니까 성추행하고 하는 거를 할머니들이 어떻게 생각하시냐 그 교육이 필요한 게 왜 그러냐면 이 할머니들이 어른이. 아니요, 뭐라 그러냐면 어른이 좋아서 그러는 걸 뭘 그거 갖고 그래. 이렇게 나오시는 어르신들이 옛날 어르신들이 많아요. 그러니까 보호자 교육이 철저하게 필요하다는 거.”(연구참여자 F-O-11)

제4절 소결

2017년 노인실태조사 원자료를 활용하여 인지저하자·치매확진자의 돌봄 수혜 유형을 잠재계층분석한 결과, 의료기관만 이용(37%)하거나 의료기관과 경로당만 이용(21%)하는 비율이 58%를 차지하여, 의료서비스 이외에 일상생활수행에서 비공식적·공식적으로 돌봄을 받지 않는 노인이 절반 이상이라는 것을 알 수 있었다. 심지어 아무런 돌봄을 받지 않는 인지저하자·치매확진자의 비율도 14%나 되었다. 이러한 인지저하자와 치매확진자는 증상이 더 악화됐을 때 주변에서 즉각적인 돌봄을 받지 못하고 방치될 우려가 있어서 돌봄 서비스 대상자 확대 등 보장성이 강화될 필요성이 제기된다. 한편, 인지저하자·치매확진자의 약 21%는 지난 1년 내 병원 입원을 경험했고, 지난 1개월 내 의료기관을 이용했으며, 장기요양서비스도 이용하면서 가족원에게도 돌봄을 받는 유형이었다. 이러한 치매노인을 돌보는 가족들의 부양 부담이 매우 높을 것이므로 이들을 표적집단으로 한 비공식적 돌봄제공자 지원 서비스가 모색될 필요가 있다. 그 밖에 공식적 돌봄 서비스를 두루 이용하는 유형(6%)과 비공식적·공식적 돌봄을 모두 조합하여 받는 유형(1%)의 비율은 매우 작았는데, 가족들의 부양 부담을 경감시키고 지역사회 내 사회적 돌봄을 강화한다는 측면에서 향후 이 유형들이 늘어나는 방향으로 나아가야 할 것으로 생각된다.

노인 부부를 단위로 한 양적 분석에서는 개인을 단위로 살펴봤을 때 보다 높은 수준인 약 3분의 1이 인지저하·치매로 밝혀졌다. 인지저하자·치매확진자의 배우자 중 약 9%는 본인도 일상생활수행에 제한이 있고, 20% 이상은 본인도 도구적일상생활수행(아내 27%, 남편 20%)에 제한이 있는 것으로 조사되었지만, 재가장기요양서비스를 이용하는 경우는 아주 적은 것으로 나타났다. 따라서 노인 부부의 경우 개인이 아닌 가족 관점

에서 두 명의 요양 필요도를 함께 사정하여 가산점을 부여하거나 추가적인 서비스를 제공하는 등 새로운 등급 산정 기준 도입을 검토할 여지가 있다.

대표성이 보장된 연구참여자라고 할 수는 없지만 비공식적 돌봄제공자를 대상으로 심층면접한 결과에서는, 최근 우리 정부의 치매관리정책에 대해 긍정적으로 평가하고 있지만 치매노인을 돌보는 데 어려움도 겪고 있는 것으로 드러났다. 비공식적 돌봄제공자들이 호소하는 어려움은 주로 1) 치매로 인한 행동정신이상증상이 다양하고, 2) 치매노인의 일상생활 전 영역을 돌봐야 하며, 3) 가정 내에서 치매노인을 돌보려면 가족 구성원이 교대로 역할을 분담해야만 하고, 4) 요양원은 물리적 공간이 좁고 답답한데, 5) 공식적 돌봄 서비스 이용은 경제적으로 부담이 된다는 것이었다. 비공식적 돌봄제공자들이 가진 정책적 요구는 1) 치매를 조기에 발견할 수 있도록 하고 경증 치매노인을 가정 내에서 돌보는 가족들에게 교육·상담 서비스 제공을 확대하고, 2) 주야간보호시설을 확충하고 송영서비스도 실시하며, 3) 장기요양시설에서의 의료서비스 접근성을 향상시키고, 4) 서비스 질을 높이기 위해 요양보호사 처우를 개선하며, 5) 새로운 제도와 서비스를 바로 알 수 있도록 홍보를 강화하고, 6) 보호자 대상 교육·상담·자조모임을 활성화해 달라는 것이었다.

한편, 공식적 돌봄제공자들이 심층면접조사에서 밝힌, 치매노인을 돌볼 때의 어려움은 1) 재가 요양보호사보다 고된 시설 요양보호사의 노동환경, 2) 치매노인 가족들과의 관계에서 긴장과 갈등 발생, 3) 치매가 아닌 노인들보다 전문성이 요구되는 치매노인 돌봄, 4) 성추행에 대한 보호장치 부족 등이 있었다. 공식적 돌봄제공자들은 치매에 대한 전문적인 교육이 더 제공되고, 돌봄제공자를 위한 적극적인 보호장치와 인식 개선 방안이 마련되기를 바라고 있었다.

제 6 장

결론 및 정책적 제언

제1절 결론

제2절 정책적 제언



6

결론 및 정책적 제언 <<

제1절 결론

본 보고서는 치매노인과 다양한 돌봄제공자가 치매 진행 과정에 따라 경험하는 상황을 자세히 살펴보고, 이들이 가지고 있는 어려움과 정책적 요구를 분석하여, 이를 토대로 정책적 시사점을 도출하는 것이 연구 목적이었다. 제6장에서는 본 보고서의 제2~6장에서 밝혀낸 주요 분석 결과를 정리한 다음, 치매 과정에 따른 정책적 제언을 하면서 마무리하려고 한다.

우리나라의 치매돌봄정책을 분석한 제2장의 연구 결과를 보면, 2008년 제1차 치매종합관리대책 수립 이후 지난 10년 동안 치매 지원 서비스 대상자와 인프라가 지속적으로 확대되어 왔다. 노인장기요양보험에서 치매노인을 위한 인지지원등급의 보장성을 강화하고, 치매안심센터를 전국적으로 설치·운영하고 있는 것이 단적인 예라고 할 수 있다. 하지만 치매 관리정책이 급격히 확대되면서 기존의 다른 노인 대상 돌봄 서비스[노인 장기요양보험, 노인돌봄종합(기본)서비스 등]와의 관계를 명확하게 정리하고 제도 간 연계를 강화해야 하는 점은 앞으로 풀어야 할 과제로 남아 있다. 또한, 치매노인과 가족들이 본인들의 상황과 욕구에 맞는 다양한 서비스를 편리하게 이용할 수 있도록 공급자 중심에서 이용자 중심으로 제도를 운영하고 사례관리를 강화해 가야 할 필요성도 나타나고 있다. 이를 위해서는 치매안심센터 인프라 구축을 조속히 마무리하고 기능과 역할도 명확하게 설정해서 치매와 관련된 여러 보건의료·돌봄 서비스 연결 고리로서 자리매김을 해야 할 것이라는 제언을 했다.

제3장에서는 치매돌봄정책의 해외 사례를 살펴봤다. 우리나라의 치매 종합관리계획이 그동안 치매 관련 서비스와 정책이 발전하는 데 큰 기여를 해 왔다는 공로를 인정해야 한다. 다만, WHO와 OECD 등 국제기구의 치매계획 전략 및 권고와 비교했을 때 향후 실행 주체와 역할, 세부 지표 및 전략 등 성과지표와 치매친화적 사회 조성을 위한 추진 전략, 치매 환자의 돌봄제공자를 위한 지원 방안 등이 더 구체화될 수 있다는 보완·발전의 여지도 있는 것으로 판단되었다. 또한, 국제기구에서 강조하는 바와 같이 치매유병률, 발생률, 진단율, 사망률 등 정확한 통계에 근거한 정책이 수립될 수 있도록 치매환자등록·관리시스템을 비롯한 치매정보시스템 고도화도 거듭 강조되어야 하는 과업으로 생각된다.

제4장에서는 치매검진 과정에서의 실태와 어려움, 정책적 요구를 살펴봤다. 치매를 조기 발견하는 것이 그 무엇보다 중요함에도 모든 노인 인구를 대상으로 한 선별검사는 현장에서의 부담이 크고 고위험군에 대한 진단검사까지 연계하기가 어렵다는 보완점도 나타나고 있었다. 노인의 개인 특성이나 거주하는 지역에 따른 검진을 편차도 큰 상황이었다. 그런데 이는 현재 추진되고 있는 바와 같이 지역사회 의료기관 간의 협력체계를 구축하고, 조기 검진을 할 수 있는 전문인력을 전국적으로 양성 및 교육함으로써 오래 지나지 않아 문제점을 보완할 수 있을 것으로 보인다.

제5장에서는 치매노인과 돌봄제공자들이 돌봄과 관련해서 가지고 있는 어려움과 정책적 요구를 심층적으로 조사·분석했다. 분석 결과, 인지저하자·치매확진자 중 상당수가 의료기관 이용 외에 일상생활수행에서의 비공식적·공식적인 돌봄은 못 받고 있는 상황이고, 여러 비공식적·공식적 자원을 조합해서 돌봄을 받는 유형의 비율은 높지 않았다. 치매노인 당사자뿐만 아니라 주된 돌봄제공자인 배우자도 노인이기에 인지기능이 저하되었거나 돌봄 욕구를 가지고 있는 경우도 많은 것으로 밝혀졌다. 배

우자, 자녀, 며느리, 사위, 손자녀 등 치매노인을 돌보는 가족들은 치매로 인한 다양한 행동정신이상증상 대처에 힘겨워하다가 가정·지역사회·시설에서의 공식적 돌봄 서비스를 이용하게 되었다. 하지만 공식적 돌봄 서비스의 지원을 받더라도 경제적 부담을 가지고 있었다. 그래서 여러 돌봄 제공자 간의 협력적 관계 형성을 위한 서비스 안내, 보호자교육·상담·자조모임이 활성화되기를 희망했다. 또한, 공식적 돌봄제공자의 노동환경, 처우, 인식이 개선되고 치매돌봄에 대한 전문적인 교육이 늘어나면 좋겠다는 제안을 했다.

제2절 정책적 제언

2008년 이후 3차에 걸친 치매관리종합계획 수립 및 시행, 노인장기요양서비스 도입 및 확대, 2011년 치매관리법 제정, 이번 정부 치매국가책임제 발표에 이르기까지 지난 10년 동안 우리나라의 치매관리정책은 더 할 나위 없이 빠르게 발전해 왔다. 치매관리정책이 수십 년 전부터 수립되고 시행되어 온 유럽 등의 선진 국가와 비교하면 그에 못 미치는 부분이 있는 것도 사실이지만 2000년대 중반까지만 해도 치매 지원 서비스를 할 수 있는 법적 근거와 인프라가 거의 없었다는 측면을 감안하면 우리 정부의 정책적 노력은 높게 평가받아 마땅하다. 특히 이번 정부 들어서 치매국가책임제가 국가의 핵심 국정과제로 자리를 잡고 추진되고 있는 상황이므로 향후 우리나라의 치매관리정책은 더욱 발전하여 치매노인과 돌봄제공자 모두가 만족할 수 있도록 발돋움할 것이라는 기대를 갖기에 충분하다. 아직 여러 치매관리정책이 시행된 지 오래되지 않았기 때문에 시행착오를 경험하며 안착하는 데까지 일정 기간이 필요한 것은 불가피한 상황이다. 최근 들어 급격히 확대되고 변화하는 여러 치매관리정책이

무리 없이 근시일 내에 자리 잡아 치매노인과 가족, 공식적 돌봄제공자에게 도움이 될 수 있도록 현장 당사자들의 어려움과 정책적 요구를 조사하였고, 큰 방향에서의 정책적 제언을 한다. 세부적이고 구체적인 정책방안은 각 장의 본문과 소결을 참고하기 바란다.

〈표 6-1〉 치매 진행에 따른 치매관리 및 돌봄정책의 방향

구분		치매관리, 치매돌봄정책 방향			
		발병 전		발병 후	
돌봄 대상자	인지정상 노인	예방 (홍보, 교육)			
	인지기능저하 노인	예방 (조기 개입)	조기 검진	지역사회 돌봄	
	경증치매 노인			지역사회 돌봄	입소 돌봄
	중증치매 노인			지역사회 돌봄	입원/입소 돌봄
돌봄 제공자	비공식적 돌봄제공자	홍보, 교육, 인식 개선	검진 지원, 인식 개선	재가돌봄 지원 돌봄 부담 완화	돌봄 부담 완화
	공식적 돌봄제공자	충분한 인력 양성, 전문성 강화 교육, 돌봄 노동에 대한 인식 과 처우 개선 등			

〈표 6-1〉과 같이 앞으로의 치매관리·돌봄정책은 치매노인의 인지기능 및 치매 중증도에 따른 예방, 검진, 지역사회 돌봄, 입원·입소 돌봄 서비스와 아울러 돌봄제공자에 대한 지원도 고려하는 방향으로 나아가야 할 것이다. 치매가 발병하기 전 인지기능이 정상인 노인에게는 치매 예방 홍보와 교육을 하고, 인지기능저하 노인에게는 정기적인 검진을 통해 치매를 초기부터 치료받을 수 있도록 한다. 이 시기에 노인의 비공식적 돌봄 제공자를 대상으로도 치매는 조기 발견하여 지속적인 관리를 받아야 한다는 인식을 심어 주기 위한 홍보, 교육, 검진지원을 함으로써 치매검진의 사각지대를 최소화해야 한다. 치매가 발병한 후에는 가능하면 오랜 기간 지역사회 내에서 거주하며 돌봄을 받을 수 있도록 재가·지역사회 돌봄

서비스를 제공한다. 치매가 중증도 이상으로 진행되어 입원·입소를 하더라도 인권을 보장받으며 생애 말기를 보낼 수 있도록 의료·돌봄 서비스를 제공한다. 이와 함께 비공식적 돌봄제공자인 가족의 일상생활수행과 돌봄에서의 부담을 완화시켜 줄 수 있는 지원도 강화한다. 이뿐만 아니라 치매노인을 가정, 지역사회, 의료기관, 시설에서 돌보는 공식적 돌봄제공자 인력을 충분히 양성하고 교육해야 하며 동시에 정당한 사회적 돌봄의 가치를 인정받을 수 있게끔 처우와 인식 개선을 위한 노력도 기울여야 할 것이다.

이러한 전체적인 방향으로 나아가기 위해 중점적으로 추진해야 할 과제는 다음과 같다.

첫째, 치매 진행 전 과정에서 연속적이고 통합적인 사례관리와 서비스가 이루어져야 한다. 치매에 걸리면 완치되기가 힘들고 증상이 악화되기 때문에 치매 예방과 조기 발견이 가장 중요하고, 치매진단을 받은 후에는 지속적으로 복약을 하고 가정, 지역사회, 시설에서 돌봄을 받을 수 있어야 한다. 이를 위해 치매안심센터의 치매 예방, 조기 검진, 치매환자등록·관리, 사례관리 및 자원 연계가 조속히 전 지역에서 이루어질 수 있도록 해야 한다. 또한, 치매안심센터가 전국에서 안정적으로 서비스를 제공할 수 있게 되면 치매 예방 홍보·교육, 조기 검진뿐만 아니라 장기요양보험 및 노인돌봄종합·기본서비스를 이용하는 중증 치매환자에게도 치매상태 별로 케어플랜을 제공하고 경과를 모니터링할 수 있도록 통합적 돌봄 체계도 구축해야 할 것이다.

둘째, 치매노인의 비공식적 돌봄제공자를 위한 치매교육, 상담, 자조모임, 서비스 홍보·안내가 확대되어야 한다. 치매노인이 가능한 한 오래 지역사회 내에서 계속 거주할 수 있으려면 공식적 돌봄만으로는 24시간 서비스 제공에 한계가 있으므로 가족들이 치매노인 돌봄 역할을 분담해 줘

야만 한다. 하지만 치매로 인한 행동정신이상증상에 익숙하지 않은 가족들이 방임이나 학대를 저지르거나 치매노인의 의사와 무관하게 시설 입소를 결정하는 경우도 있다. 가정 내에서 성심껏 부양을 하더라도 돌봄제공자가 신체·정서·시간·경제적으로 과도한 부담을 떠안아 힘들어한다. 치매노인과 비공식적 돌봄을 제공하는 자신들이 어떤 자원을 어떻게 활용할 수 있는지 정확하게 숙지하지 못해 서비스를 이용하지 못하거나 이용을 하면서도 공식적 돌봄제공자에게 불합리한 요구를 하는 경우도 발생한다. 그러므로 치매노인의 행동정신이상증상에 따른 돌봄 방법, 치매 관련해 이용 가능한 공공 서비스 등 보호자를 대상으로 한 교육과 안내가 더욱 강조될 필요가 있다.

마지막으로, 공식적 돌봄제공자를 대상으로 한 전문적인 치매교육, 노동자로서의 권익 보호, 처우 및 인식 개선 방안을 마련해야 한다. 치매는 공격성, 의심, 무감정, 불면증, 환청, 환각 등 행동정신이상증상이 다양하고 치매가 진행될수록 행동정신이상증상의 양상도 변화하기 때문에 증상에 따른 대처 방법 등 전문적인 치매지식을 공식적 돌봄제공자가 지니고 있어야 하고 이를 위한 교육도 확대할 필요가 있다. 또한, 공식적 돌봄제공자가 소속 기관, 치매노인, 치매노인의 가족들에게 불합리한 대우를 받지 않고 노동자로서의 권리를 보호받을 수 있도록 제도적 장치도 강화하여야 한다. 이뿐만 아니라 공식적 돌봄제공자의 노동환경, 급여, 사회적 인식 등 처우를 개선하여 치매노인에 대한 서비스 질도 향상시킬 수 있도록 해야 한다.

참고문헌 <<

- 고진경, 조문기. (2018). 치매조기검진제도에 대한 한·일 비교연구. **日本文化研究**, 67, 331-344.
- 구슬, 조주희, 안은미, 조승연, 박현영. (2016). 노령층에서의 건강정보이용 현황 조사 연구: 성별 및 지역에 따른 건강정보이용 경로와 신뢰 정도 분석. **보건의사회연구**, 36(2), 454-479.
- 국민건강보험공단. (2016). **2016년 국가건강검진통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단. (2018). **2017 노인장기요양보험통계연보**. 원주: 국민건강보험공단.
- 국민건강보험공단 노인장기요양보험. (2018). **등급판정현황 2018년 9월**. 원주: 국민건강보험공단.
- 권나경, 양나주. (2017). **노인과 요양보호사의 갈등에 관한 연구**. 노인복지연구, 72(3), 141-165.
- 김기웅, 조맹제, 김명희, 김문두, 김봉조, 김신겸, 김정란. (2008). **치매노인 유병률 조사**. 서울: 서울대학교병원.
- 김기웅, 광경필, 김봉조, 김성윤, 김신겸, 김정란, 김태희, 문석우, 박준혁. (2012). **2012년 치매 유병률 조사**. 서울: 보건복지부.
- 김기웅, 이석범, 유애정, 권중돈, 김성윤, 성수정, ... 최부열. (2015). **제3차 국가 치매관리종합계획 수립을 위한 연구**. 서울: 보건복지부.
- 김기웅, 김기원, 김유정, 김한나, 남효정, 김빈나, ... 정세희. (2017). **치매환자 관리 누락 방지를 위한 국가치매관리체계 개선방안 연구**. 서울: 감사원. 중앙치매센터.
- 김빈나. (2017). 해외 치매정책 비교를 통한 국내 치매관리 전략 방안. **HIRA 정책동향**, 11(4), 25-33.

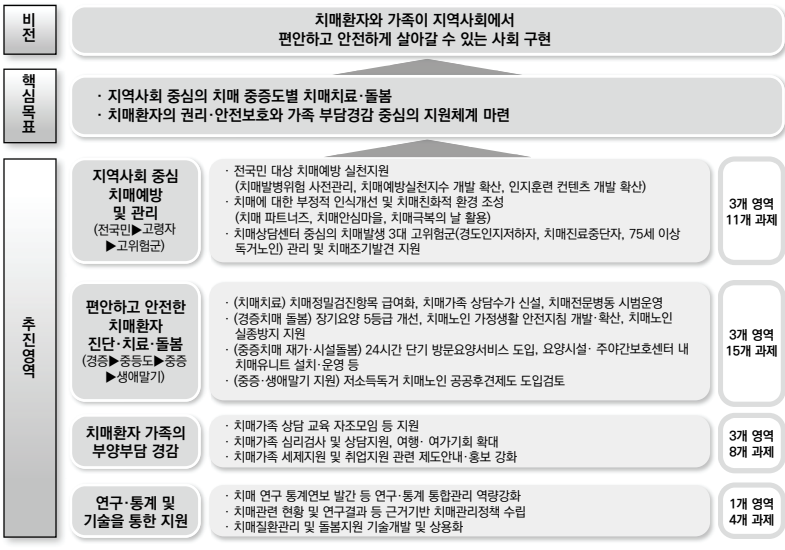
- 김종필, 현미열. (2013). 치매노인의 우울과 자살의도. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 43(2), 296-303.
- 남효정, 황성희, 김유정, 변선정, 김기웅. (2017). **대한민국 치매현황 2017**. 서울: 보건복지부. 중앙치매센터.
- 법제처 국가법령정보센터. (2018). **치매관리법**. 세종: 법제처.
- 보건복지부. (2008). **치매종합관리대책(2008~2012)**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2012). **제2차 치매관리종합계획(2012~2015)**. 서울: 보건복지부.
- 보건복지부. (2015). **제3차 치매관리종합계획(2016~2020)**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2018). **2018년 치매정책 사업안내**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2018). **치매전담형 장기요양기관**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2018). **2018-2022 제2차 장기요양기본계획**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2018). **2018년 예산안 및 기금운용계획 자료**. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2018). **2018년도 보건복지부 소관 예산안 및 기금운용계획안 개요**. 세종: 보건복지부.
- 오병훈. (2008). 치매의 조기발견 및 위험인자관리. **대한임상노인의학회 추계학술대회**, 354-360.
- 이성은. (2015). 지역사회 노인의 치매예방서비스 인지도 관련요인. **한국지역사회복지학**, 53, 143-171.
- 조윤희, 김광숙. (2010). 재가 치매노인의 증상에 따른 가족의 부담감 및 전문적 도움 요구. **한국노년학**, 30(2), 369-383.
- 중앙치매센터. (2018). **치매시설정보(2018. 9. 25.)**. 서울: 중앙치매센터.
- 중앙치매센터. (2018). 치매오늘은. https://www.nid.or.kr/info/today_list.aspx 에서 2018. 10. 30. 인출.
- 介護給付費分科会. (2016). (6)介護保険サービスにおける認知症高齢者へのサービス提供に関する実態調査研究事業 (結果概要). Retrieved from https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000116472.pdf#search='%E8%A%A%8D%E7%9F%A5%E7%97%87+%E4%BB%8B%E8%AD%B7%E4%BF%9

- D%E9%99%BA%E5%88%A9%E7%94%A8%E7%8A%B6%E6%B3%81'
 介護保険制度史研究会. (2016). 介護保険制度史—基本構想から法施行まで. 社会保険研究所.
- 厚生労働省認知症施策検討プロジェクトチーム. (2012). 今後の認知症施策の方向性について. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002fv2e-att/2r9852000002fv5j.pdf>
- 厚生労働省. (2015). 認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン) 認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて. Retrieved from <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12401000-Hokenkyoku-Soumuka/0000076554.pdf>.
- 厚生労働省. (2016). https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_Shakaihoshoutantou/0000136026.pdf#search='%E8%AA%8D%E7%9F%A5%E7%97%87%E3%82%A%E3%83%95%E3%82%A7+%E6%95%B0'
- 厚生労働省. (2017). 1-1 新オレンジプランの改定について. <https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12301000-Roukenkyoku-Soumuka/0000196653.pdf#search='%E6%94%B9%E6%AD%A3+%E6%96%B0%E3%82%AA%E3%83%AC%E3%83%B3%E3%82%B8%E3%83%97%E3%83%A9%E3%83%B3'>
- 社会保障審議会 介護保険部会 第45回. (2013). 認知症施策関係 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000033t43-att/2r98520000033t9f_1.pdf.
- Organisation for Economic Co-operation and Development.(2015). *Addressing dementia: The OECD response*. OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development.(2018). *Care needed: Improving the lives of people with Dementia*. OECD Publishing.
- World Health Organisation.(2017). *Global action plan on the public health response to dementia(2017-2025)*. WHO.
- World Health Organisation.(2018). *Towards a dementia plan: a WHO guide*. WHO.



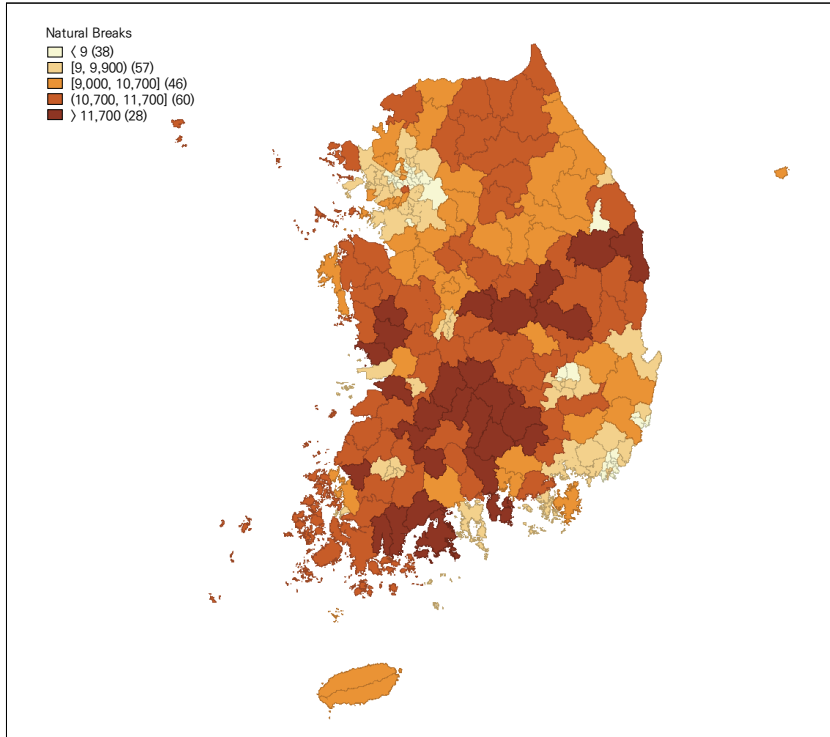
[부그림 1] 연구 분석들의 참고 자료: OECD 치매정책 목표(상), 제3차 치매관리종합계획(하)

1	The risk of developing dementia is minimised	Healthy ageing strategies targeting generic risk factors
2	Dementia is diagnosed quickly once someone becomes concerned about symptoms	Increase the availability and accessibility of diagnostic services; provide training to primary care staff in identifying dementia (and what to do next); incentivise primary care staff to identify and manage dementia; post-diagnostic support to link people to appropriate health and long-term care services
3	Communities are safer for and more accepting of people with dementia	Public awareness campaigns to reduce stigma; dementia education in schools; targeted education of those who come into contact with people with dementia (e.g. shopkeepers, bus drivers)
4	Those who care for friends and relatives with dementia are supported	Increase the availability and uptake of respite care services; provide training to carers; peer-to-peer support networks
5	People with dementia live in safe and appropriate environments	Provide guidance and financial support to help people to make their homes suitable for living with dementia; accelerate the introduction of alternative models or institutional care that promote dignity
6	People with dementia have access to safe and high quality long-term care services	Implement guidelines and standards or practice for dementia care; develop a comprehensive approach to recruiting and training a dementia care workforce; systematically monitor the management of behavioural symptoms, including the use of antipsychotics and physical restraints; promote independence and self-determination through user-directed support
7	Health services recognise and effectively manage people with dementia	Establish dementia registries or electronic health records to ensure that diagnoses are always shared; train staff in recognising and responding to people with dementia; specialist staff and dedicated wards in hospitals
8	People with dementia die with dignity in the place of their choosing	Increase access to end-of-life care outside of hospitals; train care home staff in palliative care
9	Care is co-ordinated, proactive and delivered closer to home	Provide more proactive primary care for people with dementia; encourage establishment of multidisciplinary and co-ordinated services; provide acute services outside of hospital where possible; better management of comorbidities; primary care physicians available on-site or on call in care institutions; better recording and sharing of patient data
10	The potential or technology to support dementia care is realised	Support an increased focus on user requirements in the development of new technologies; promote robust, independent evaluations; develop care technology assessment processes; integrate effective technologies into health and care systems



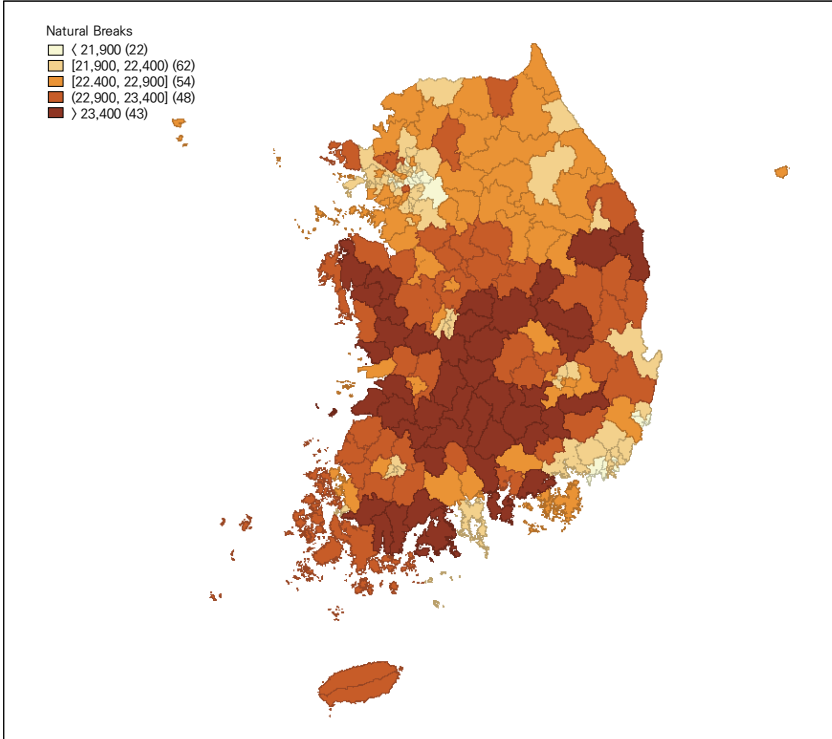
자료: OECD(2015), 보건복지부(2015).

[부그림 2] 2016년 시군구별 치매유병률



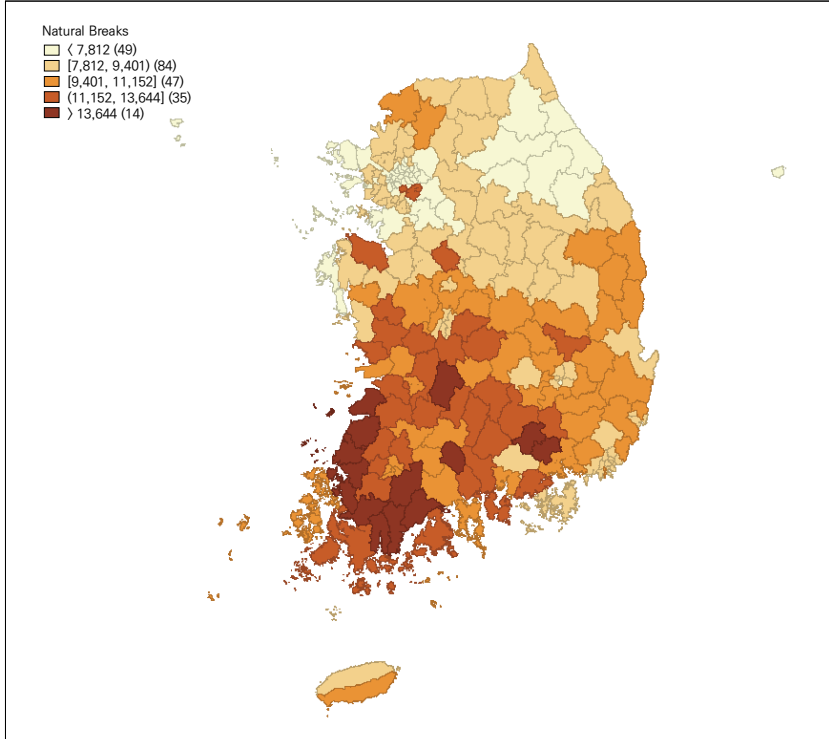
자료: 남효정 외(2017).

[부그림 3] 2016년 시군구별 경도인지장애유병률



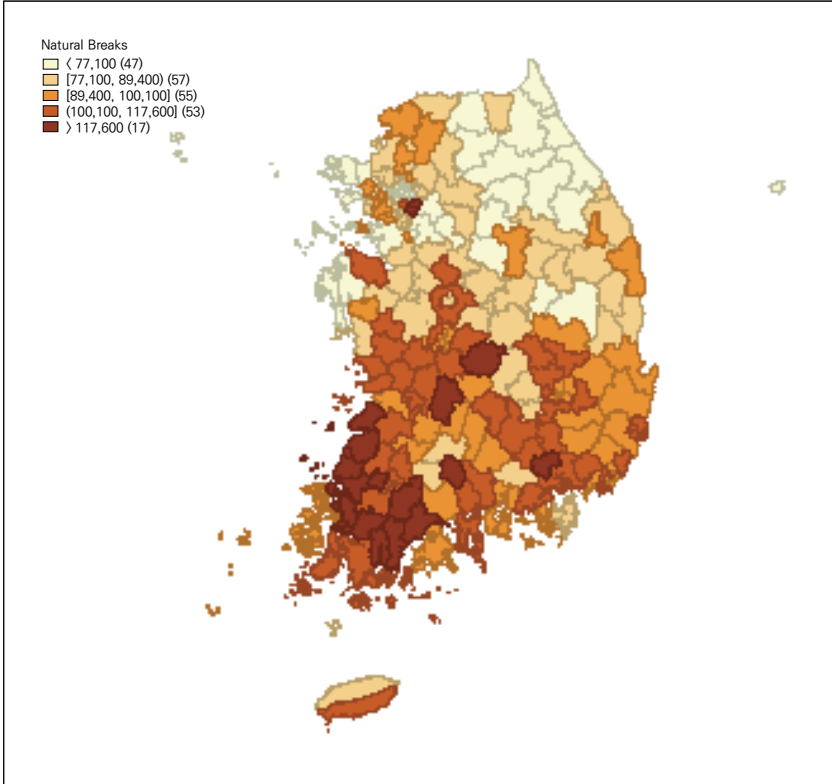
자료: 남효정 외(2017).

[부그림 4] 2016년 시군구별 치매상병률



자료: 남효정 외(2017).

[부그림 5] 2016년 시군구별 치매진단율



자료: 남효정 외(2017).



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 |