

노인장기요양보험의 치매 노인 지원 현황과 과제



Protection Status and Policy Issues for the
Elderly with Dementia in Long-term
Care Insurance

권진희 | 국민건강보험공단 건강보험정책연구원 연구위원

노인장기요양보험에서 그간 추진한 치매 지원은 치매 중심의 장기요양 수급 대상자 확대, 치매 노인 대상 전문서비스 제공, 그리고 치매 가족의 부양 부담 완화로 구분된다. 치매 중심의 장기요양 수급 대상자 확대를 위해 등급 판정 시 치매가점제를 적용하고 5등급과 인지지원등급을 신설하였다. 치매 노인 대상 전문서비스 제공을 위해서는 치매전문교육을 실시하고 인지활동형 프로그램을 제공하였으며 치매전담형 장기요양기관을 운영하였다. 또한 치매 가족의 부양 부담 완화를 위해서는 치매가족휴가제, 본인부담금 경감 대상자 확대 정책을 추진하였다. 앞으로 노인장기요양보험의 치매 지원 정책은 증가하는 치매 노인의 규모와 특성에 대한 정확한 파악을 기초로 신체 및 인지기능 상태가 다양한 치매 노인과 가족의 욕구에 적극적으로 대응하는 방향으로 개발되어야 할 것이다.

1. 들어가며

노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사활동 지원 등 장기요양급여를 제공하여 노후의 건강을 증진하고 생활 안정을 도모하며 가족의 부담을 덜어 줌으

로써 국민의 삶의 질을 높이고자 하는 목적으로 도입된 제도이다. 정부와 국민건강보험공단은 노인장기요양보험제도가 원래의 취지대로 운영될 수 있도록 장기요양 수급 대상자 확대를 최우선으로 추진해 왔다. 그중에서도 신체기능은 비교적 양호하지만 인지기능이 저하되어 일상생활을 수행할 때 누군가의 도움이 필요한 경증 치매 노

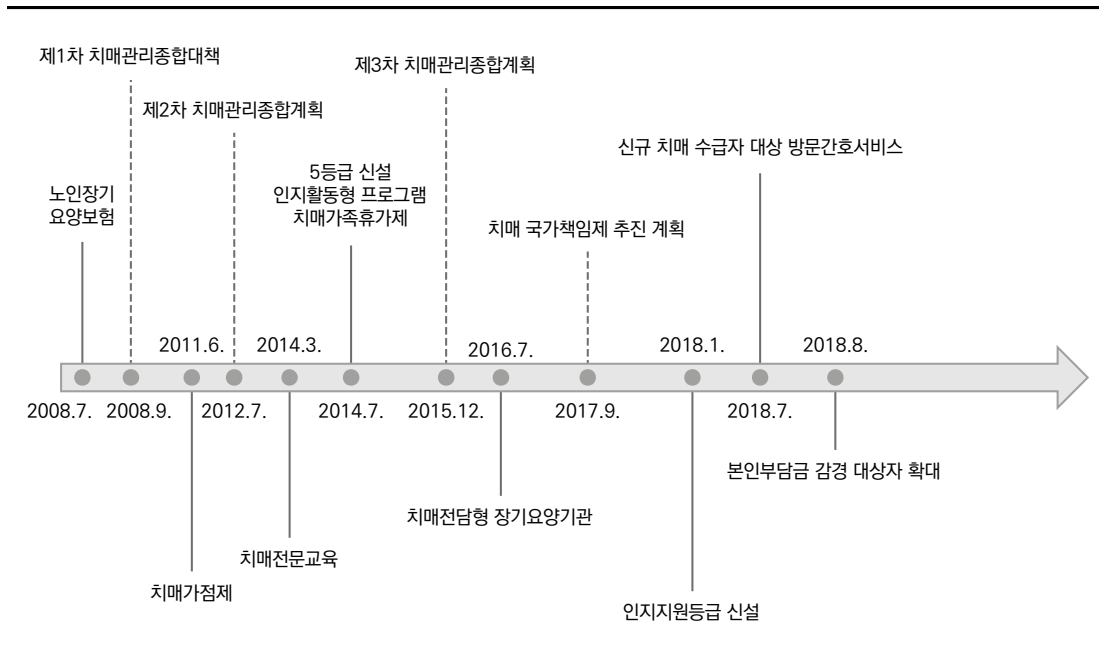
인을 중심으로 보장성 확대 정책을 시행하였다. 그 결과, 장기요양 인정자 가운데 치매 노인의 비율이 증가하였다. 이와 함께 장기요양 인정자인 치매 노인에게 특화된 서비스를 제공하기 위한 노력도 있었다.

노인장기요양보험의 치매정책은 제1~3차 치매관리종합계획, 치매국가책임제 추진 계획과 같은 국가 차원의 치매관리종합계획의 성공적 실행을 지원하기 위하여 추진되었다. 특히 2017년 9월 18일 치매국가책임제 추진 계획이 발표됨에 따라 인지지원등급을 신설하고, 신규 치매 수급자¹⁾에게 무료로 방문간호서비스를 제공하며, 치

매전담형 장기요양기관을 확충하는 등 치매 노인을 위한 장기요양서비스를 확대해 왔다. 또한 치매 요양비 부담을 완화하기 위해 본인부담금 경감 대상자 선정 기준을 조정하여 그 규모를 확대하였다.

그간 노인장기요양보험에서 치매 노인과 그 가족을 지원하기 위해 추진된 정책과 서비스는 [그림 1]과 같다. 노인장기요양보험에서는 신체 기능에는 이상이 없어도 인지기능 저하나 문제행동을 보이는 치매 특성이 반영되어 등급 판정이 이루어질 수 있도록 도입한 치매가점제를 시작으로 치매 노인에 대한 보장성 확대를 위한 정책이

그림 1. 노인장기요양보험 치매 지원 정책과 서비스 추진 경과



1) 신규로 장기요양등급을 받은 장기요양 인정자 가운데 치매가 있는 사람을 의미한다.

다수 추진되었다. 이러한 정책은 크게 치매 중심의 장기요양 수급 대상자 확대, 치매 노인 대상 전문서비스 제공, 그리고 치매 가족의 부양 부담 완화를 위한 정책으로 구분된다. 각 정책과 서비스의 내용 및 추진 현황을 노인장기요양보험 10년사(보건복지부, 국민건강보험공단, 2018), 장기요양급여 제공 기준 및 급여비용 산정 방법에 관한 고시(국민건강보험공단, 2019a), 통계연보(국민건강보험공단, 2009-2019b) 등에 근거하여 살펴보았다.

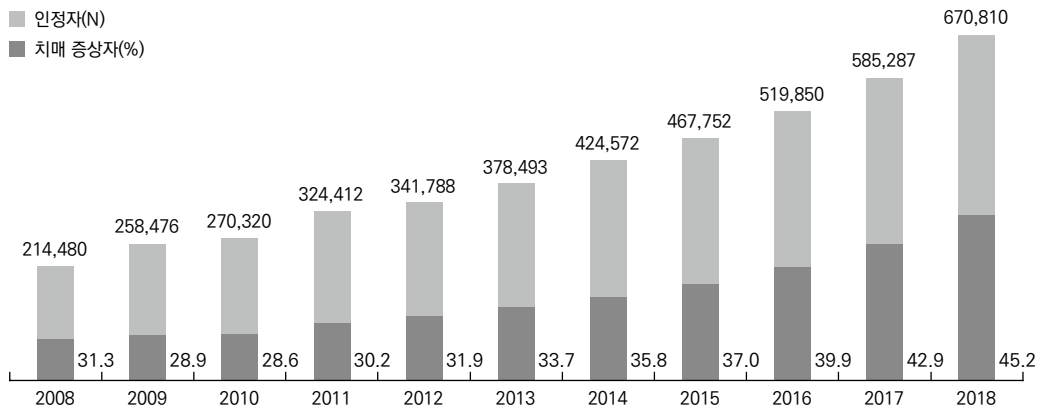
2. 치매 노인과 가족 지원 현황

가. 치매 중심의 장기요양 수급 대상자 확대
노인장기요양보험에서는 장기요양서비스가

필요한 사람들이 혜택을 누릴 수 있도록 장기요양 대상자를 지속적으로 확대해 왔으나, 장기요양이 필요하지만 등급을 받지 못한 치매 노인의 수급권 확대에 대한 요구는 여전히였다. 따라서 노인장기요양보험의 대상자 확대 정책은 치매를 중심으로 이루어졌다. 대표적인 제도가 등급 판정 시 치매가점제 적용, 5등급과 인지지원등급 신설이다.

2018년 말 기준 장기요양 인정자는 67만 810명이고, 치매 중심의 장기요양 대상자 확대 정책으로 포함된 5등급과 인지지원등급은 각각 5만 3898명, 1만 1271명으로 장기요양 인정자의 8.0%, 1.7% 수준이다. 노인장기요양보험 인정자 가운데 치매 증상이 있다고 응답한 사람의 비율은 2008년 31.3%에서 2018년 45.2%로 10년 사이에 약 1.4배 증가하였다(그림 2).

그림 2. 노인장기요양보험 인정자 중 연도별 치매 증상자 비율



주: 치매 증상자는 장기요양인정조사표의 질병 및 증상에서 '치매', '치매+중풍'에 응답한 사람의 값을 합한 값을 의미함.
자료: 국민건강보험공단. (2009-2019b). 노인장기요양보험 통계연보.

1) 등급 판정 시 치매가점제 적용

장기요양 인정점수 1~2점 차이로 급여를 받지 못하는 경증 치매 노인과 가족들의 불만이 지속됨에 따라 노인장기요양보험에서는 치매 질환자를 중심으로 장기요양 수급 대상자를 확대하기로 하였다. 이때, 등급 판정 모형의 변수 대부분이 일상생활 영역 항목으로 구성되어 있어 치매 대상자의 특성이 제대로 반영되지 못한다는 여론을 수용하여 치매가점체계를 도입하게 되었다. 2011년 6월 도입 시에는 두 가지 유형의 산식에 따라 등급을 상향(3등급 → 2등급, 등급외A → 3등급)하였다. 2014년 7월에는 등급 체계 개편 및 5등급 신설에 따라 3·4등급을 2·3등급으로 상향하는 것은 유지하고, 등급외자를 등급내자로 상향하는 방안은 폐지하였다. 1차 판정 결과, 인정점수 51점 이상 ~ 75점 미만(3 ~ 4등급) 시, 치매 증상이 있고 일상생활 자립도의 인지증이 불완전 자립 이상에 해당하는 경우에 치매가점 모형을 적용하는 것이다.

2) 5등급 신설

등급 판정 시 치매가점제를 적용했음에도 불구하고 일상생활에 어려움이 있는 경증 치매 노인이 장기요양 인정자로 포함되지 못하는 문제를 해결해야 한다는 요구가 지속됨에 따라 치매 노인에 대한 추가적인 보호체계 구축의 필요성이 제기되었다. 따라서 기존의 3등급을 인정점수 60점 기준으로 3등급과 4등급으로 구분하고, 5등급(치

매특별등급)을 신설하였다. 5등급은 등급외자 가운데 치매 환자로서 장기요양 인정점수가 45점 이상 51점 미만인 자로 정하였다. 5등급은 2014년 7월 1일에 신설되었고, 이에 따라 장기요양 등급 판정 체계는 3등급 체계에서 5등급 체계로 개편되었다. 5등급자의 규모는 2014년 1만 456명(인정자 대비 2.5%)에서 2018년 5만 3898명(인정자 대비 8.0%)으로 증가하였다.

3) 인지지원등급 신설

경증 치매 노인을 장기요양 인정자에 포함시키기 위해 다양한 노력을 기울였지만, 경증 치매 노인 및 가족 지원 부족에 대한 문제 제기는 여전하였다. 이에 정부는 2017년 9월 18일에 발표한 치매국가책임제 추진 계획에 장기요양서비스 확대를 주요 내용으로 포함하였고, 이를 달성하기 위해 2018년 1월 1일 '인지지원등급'을 신설하였다. 인지지원등급은 치매가 확인된 경우 신체적 기능과 관계없이 장기요양보험의 급여 대상자가 될 수 있는 등급이다. 인지지원등급자는 주야간보호서비스를 이용할 수 있고 그 외에도 복지용구, 치매가족휴가제를 이용할 수 있다. 인지지원등급 신설로 노인장기요양보험의 등급 체계는 1~5등급과 인지지원등급의 6등급 체계로 바뀌었다. 인지지원등급 신설로 변화된 장기요양 등급 체계는 [그림 3]과 같고, 2018년 말 기준 장기요양 인정자의 등급별 규모는 <표 1>과 같다.

그림 3. 인지지원등급 신설에 따른 등급 체계 변화

장기요양등급	1등급	2등급	3등급	4등급	등급외 A*	등급외 B~C*
					5등급	인지지원등급(신설)
장기요양 인정점수	95이상	95~75	75~60	60~51	51~45(치매)	45 미만(치매)
제공 급여	재가+시설		재가**		재가** (주야간보호, 인지활동형 방문요양, 방문간호, 방문목욕, 단기보호)	주야간보호
기타 재가급여인 복지용구 구입 및 대여 가능						

*비치매 환자 중 소득 요건 등 돌봄종합서비스 요건 충족 노인에 대해 서비스 제공.

**시설 급여는 예외적으로 허용: ① 동일 세대의 가족구성원으로부터 수발이 곤란한 경우 ② 주거 환경이 열악하여 시설 입소가 불가피한 경우 ③ 심신 상태 수준이 재가급여를 이용할 수 없는 경우

자료: 보건복지부, 국민건강보험공단. (2018). 노인장기요양보험 10년사를 바탕으로 재구성함.

표 1. 노인장기요양보험 등급별 인정자 수 및 비율(2018년 12월 기준)

구분	계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
인정자(명)	670,810	45,111	84,751	211,098	264,681	53,898	11,271
비율(%)	100.0	6.7	12.6	31.5	39.5	8.0	1.7

자료: 국민건강보험공단. (2019b). 2018 노인장기요양보험 통계연보.

나. 치매 노인 대상 전문서비스 제공

1) 치매전문교육 실시

치매전문교육은 2014년 3월부터 실시되었다. 치매전문교육이란 치매 노인의 인지기능 악화 방지 및 잔존 능력 유지를 위해 인지활동형 급여 제공 인력(요양보호사 등)의 치매 이해도 및 돌봄 역량 향상을 목적으로 하는 교육이다. 5등급(치매특별등급) 신설 및 치매전담형 기관 운영 계획에 따라 요양보호사를 대상으로 하는 치매전문교육의 필요성이 커졌다. 치매 노인은 인지기능이 저하되어 일상생활에서 도움을 필요로 하거나 문제행동을 일으킬 수 있으므로, 신체기능 저하로

일상생활에서 도움을 필요로 하는 비치매 노인과는 차별화된 서비스가 필요하다. 치매 노인에게 맞춤형 서비스를 제공하기 위해서는 치매에 대한 전문적인 이해와 돌봄 능력을 가진 전문 인력이 필요하다.

치매전문교육의 대상은 방문요양 및 주야간보호기관, 치매전담형 기관의 요양보호사와 프로그램 관리자[시설장, 사회복지사, 간호(조무)사, 물리(작업)치료사]이다. 교육 시간은 요양보호사가 60시간, 프로그램 관리자가 73시간이다. 치매전문교육 수료는 집합교육을 100% 이수하고 시험 성적이 60점 이상인 경우를 의미한다(국민건강

보험공단, 2018b). 치매전문교육을 수료한 요양보호사가 시설의 장 또는 프로그램 관리자가 수립한 계획에 따라 치매 환자에게 특화된 프로그램을 제공하는 역할을 수행한다. 치매전문교육 총괄은 보건복지부, 운영은 국민건강보험공단(본부, 지역본부), 교육과정 구성은 중앙치매센터가 담당하며 교육은 연중 실시된다. 치매전문교육의

교육과정은 <표 2>에 제시된 것과 같다.

2015년에 처음으로 프로그램 관리자 및 요양보호사 1만 1502명이 교육과정을 수료하여 5등급인 치매특별등급 수급자에게 서비스를 제공하기 시작하였다. 2019년 6월 말 기준으로 치매전문교육을 수료한 프로그램 관리자 및 요양보호사는 총 9만 4636명이다(표 3).

표 2. 치매전문교육 교육과정

구분	기본 과정	요양보호사		프로그램 관리자 과정
		방문요양 과정	시설 과정	
시간	40시간	20시간	20시간	13시간
교과	치매 증상, 치매의 치료, 돌봄개론, 돌봄기술, 가족돌봄, 관찰 기록	치매 재가 돌봄개론, 재가 돌봄기술, 평가	치매 시설 돌봄개론, 시설 돌봄기술, 평가	프로그램 관리자 역할, 인지활동형 프로그램 계획 수립 사례, 평가
대상 기관	치매전담형 기관 주야간보호기관 방문요양기관	방문요양기관	치매전담형 기관 주야간보호기관	치매전담형 기관 주야간보호기관 방문요양기관
교육 대상	프로그램 관리자 요양보호사	프로그램 관리자 요양보호사	프로그램 관리자 요양보호사	프로그램 관리자
교육 내용	치매의 특성을 이해하고 그에 맞춘 의사소통과 관계 형성 등 돌봄기술과 영양 관리, 치매 가족에 대한 이해 등을 통한 급여 제공 능력 함양	재가 치매 수급자에게 맞춘 인지 자극, 신체활동, 일상생활 지원 등 급여 제공 능력 함양	시설 치매 수급자에게 맞춘 인지 자극, 신체활동, 일상생활 지원 등 급여 제공 능력 함양	치매 환자 개인별 급여 및 프로그램 계획 수립, 실시 관리·감독, 슈퍼비전 능력 함양

자료: 보건복지부, 국민건강보험공단. (2018). 노인장기요양보험 10년사.

표 3. 치매전문교육 수료자(2019년 6월 말 현재)

(단위: 명)

구분	계	프로그램 관리자	요양보호사
계	94,636	24,155	70,481
2019년 6월	16,720	4,041	12,679
2018년	29,697	5,824	23,873
2017년	20,008	4,738	15,270
2016년	16,709	4,635	12,074
2015년	11,502	4,917	6,585

주: 2014년에는 1차 교육만 진행되어 수료자가 없음.

자료: 국민건강보험공단. (2019c). 2015~2018 치매전문교육 현황(미발간).

2) 인지활동형 프로그램 도입

인지활동형 프로그램이란 회상활동, 음악활동, 기억력 향상 활동 등의 인지자극활동은 물론 수급자와 함께 식사 준비, 청소하기, 빨래 개기 등의 잔존기능 유지를 위한 훈련을 제공하여 수급자 스스로 일상생활을 할 수 있도록 지원하는 훈련 프로그램이다. 치매전문교육을 수료한 프로그램 관리자가 수급자의 특성 등을 고려하여 프로그램 제공 계획을 수립하면 치매전문교육을 받은 요양보호사가 수급자에게 프로그램을 제공하는 방식으로 운영된다. 5등급자는 신체기능은 양호하지만 치매 질환으로 인지기능이 약화되어 일상생활에 어려움을 겪는다는 점을 감안하여, 이들에게는 인지기능이 약화되는 것을 방지하기 위한 인지활동형 프로그램을 제공하도록 하였다. 5등급자는 주야간보호기관을 이용하거나, 치매전문교육을 이수한 요양보호사가 가정방문을 하는 방식으로 인지활동형 프로그램을 이용할 수 있다. 2016년 9월에는 그동안 5등급자에게만 제공하던 인지활동형 프로그램을 치매가 있는 1~4등급 치매 노인도 모두 이용할 수 있도록 대상을 확대하였다. 또한 인지활동형 방문요양의 1회 방문당 급여 시간도 2시간에서 3시간으로 확대하여 더 많은 혜택을 받을 수 있도록 개선하였다.

3) 치매전담형 장기요양기관 운영

노인장기요양보험에서는 가능한 한 경증의 치매 노인도 장기요양의 혜택을 누릴 수 있도록 노력한 결과, 장기요양 인정자 중 치매 노인의 비율

이 높아졌다. 하지만 치매 노인의 특성을 고려한 서비스는 부족하였다. 치매 노인이 안정감을 느낄 수 있는 시설 환경을 조성하고 훈련받은 전담 인력을 배치하여 치매 노인에게 맞춤형 돌봄서비스를 제공하는 등 치매 노인의 특성에 맞는 서비스 제공 기관 운영의 필요성이 증대되었다. 따라서 노인장기요양보험에서는 치매 노인 전용 공간을 조성하고 치매전문교육을 이수한 요양보호사를 배치하여 치매에 최적화된 맞춤형 요양서비스를 제공하는 치매전담형 장기요양기관을 구상하게 되었다. 이에 정부는 치매전담형 장기요양기관 도입을 위해 2014년 6월부터 12월까지 6개월여 동안 시범사업을 실시하여 한국형 치매 대응형 케어 모형을 개발하였고, 2016년 7월 1일 치매전담형 장기요양기관이라는 이름으로 서비스를 제공하기 시작하였다.

치매전담형 장기요양기관은 노인요양시설 내 치매전담실과 치매전담형 노인요양공동생활가정, 주야간보호 내 치매전담실로 구분되어 있다. 의사 소견서에 '치매' 상병이 기재되어 있거나 최근 2년 이내에 치매 진료 내역이 있는 2등급(심신·거동이 현저히 불편한 자는 제외)에서 5등급까지의 장기요양등급 인정자 및 인지지원등급자(노인요양시설 및 노인요양공동생활가정 이용 불가)가 이용할 수 있다.

치매전담형 장기요양기관은 2019년 6월 말 기준으로 114개 기관 140실이 운영되고 있다(표 4). 정부는 치매국가책임제의 정책 목표를 달성할 수 있도록 좀 더 많은 치매 환자에게 질 높은

표 4. 치매전담형 장기요양기관 현황

(단위: 개소)

구분	계	노인요양시설 내 치매전담실	치매전담형 노인요양공동생활가정	주야간보호 내 치매전담실
2019년 6월	114	53	7	54
2018년 12월	75	43	3	29
2017년 12월	42	28	1	13

자료: 국민건강보험공단. (2019d). 치매전담형 장기요양기관 현황(미발간).

서비스를 제공하고자 지속적으로 치매전담형 시설을 확충해 가기로 하였다. 이를 위해 2022년 12월 31일까지 치매전담형 기관으로 사업을 개시한 기관에 한해 수급자에게 최초의 급여를 제공하는 달부터 36개월간 한시적으로 지원금을 지원하기로 하였다. 2019년 4월부터는 치매전담형 장기요양기관을 확충하기 위해 1인(생활)실 의무 설치를 기관 자율로 하고, 치매전담형 노인요양공동생활가정의 요양보호사 배치 기준을 2:1에서 2.5:1로 조정하는 등 치매전담형 기관 설치 기준을 완화하였다.

4) 신규 치매 수급자 대상 방문간호서비스 제공

2017년 9월 18일 발표된 치매국가책임제 추진 계획의 장기요양서비스 확대 영역에는 새롭게 등급을 받는 치매 노인의 신체기능 유지와 증상 악화 방지를 위해 간호사가 가정을 방문하여 복약 지도나 돌봄 관련 정보를 제공하는 내용이 포함되었다. 장기요양등급을 처음 판정받은 1~5등급 치매 노인은 등급을 받은 날부터 60일 이내에 월 한도액과 관계없이 방문간호급여를 총 4회 범위 내에서 월 2회까지 이용할 수 있다. 신규 치매

수급자 대상 방문간호서비스는 치매 돌봄 정보 제공, 교육·상담 등을 위해 치매전문교육을 이수한 간호(조무)사가 제공한다. 이는 2018년 7월부터 시행되고 있다.

다. 치매 가족의 부양 부담 완화

1) 치매가족휴가제

치매가족휴가제는 가정에서 치매가 있는 장기요양 인정자를 돌보는 가족의 휴식을 위해 월 한도액과 관계없이 연간 6일 이내의 단기보호급여를 이용하거나 방문요양급여를 1회당 12시간 동안 이용할 수 있도록 한 제도로서, 2014년 7월에 도입되었다. 도입 당시 치매가족휴가제는 1~2등급 치매 노인을 돌보는 가족에게 월 한도액과 관계없이 15%의 본인부담만으로 연간 6일 범위 내에서 노인을 단기보호기관에 맡기는 방식으로 시작되었다. 2018년 1월부터는 이 제도를 활성화하여 치매 가족들의 실질적인 휴식권을 확보할 수 있도록 치매가족휴가제의 대상을 인지기원등급을 포함한 전 등급의 치매 노인으로 확대하였다.

표 5. 치매가족휴가제 유형별 특성

구분	단기보호기관 입소	종일 방문요양
대상	장기요양 1~5등급 치매 수급자 및 인지기원등급 수급자	장기요양 1~2등급 치매 수급자
제공 기관	단기보호기관	방문요양급여를 방문간호, 주야간보호 또는 단기보호급여와 함께 제공하는 기관
시기	2014년 7월	2016년 9월

자료: 보건복지부, 국민건강보험공단. (2018). 노인장기요양보험 10년사.

하지만 치매가족휴가제는 단기보호기관 부족 및 지역 간 불균형 문제, 거동이 불편한 중증 치매 노인들도 가정을 떠나기를 꺼리는 문제가 나타났다. 이를 해결하기 위해 2016년 9월 ‘24시간 방문요양서비스’를 도입하였다. 24시간 방문요양서비스는 요양보호사 1인이 수급자 가정을 방문하여 일대일로 24시간 돌봐 주는 새로운 형태의 서비스이다. 다만, 서비스 제공자와 수급자의 안전 문제, 재정 여건을 고려하여 1~2등급자로 대상을 제한하였다. 그러나 이번에도 역시 서비스 제공 기관이 부족하여 이용률은 크게 높아지지 않았다. 따라서 24시간 방문요양을 통한 치매가족휴가제 활성화를 위해 이용 대상은 장기요양 1~2등급으로 하고, 서비스 제공 기관의 요건을 완화하였으며, 급여비용도 인상하였다. 또한 2019년 1월 1일부터 연속하여 24시간 동안 이용하는 것을 1회당 12시간 동안 이용하는 ‘종일 방문요양급여’로 변경하여, 치매 가족들이 치매가족휴가제를 필요에 맞게 편리하게 쓸 수 있도록 개선하였다(표 5).

2) 장기요양 본인부담금 감경 대상자 확대

노인장기요양보험에서는 일정 수준 이하의 소득·재산을 가진 저소득층을 대상으로 본인일부 부담금을 50% 감경하는 본인일부부담금 감경 제도²⁾를 2009년 7월부터 운영해 왔다. 본인부담금 감경제도는 2018년 8월부터 본인부담금 감경 대상자의 규모를 중위소득 100% 수준까지 확대하고, 감경률을 60%, 40%로 소득 수준별로 차등화하는 것으로 변경하였다(보건복지부, 2019). 본인부담금 감경 대상자 확대는 치매국가책임제 추진 계획의 치매 요양비 부담 완화를 위해 검토되기 시작하였으나, 장기요양 인정자의 상당수가 치매를 앓고 있다는 점을 감안하여 치매 여부와 관계없이 소득 기준으로 감경 대상자를 확대하게 되었다. 본인부담금 감경 대상자는 2017년 말 10만 9385명(인정자의 18.7%)에서 2018년 말 23만 664명(인정자의 34.4%)으로 약 2배 증가하였다.

2) 본인일부부담금 감경 제도는 2018년 8월 이후부터 본인부담금 감경 제도로 명칭이 변경되었다.

3. 장기요양 치매 노인과 가족을 지원하기 위한 정책 과제

치매 노인과 가족을 지원하기 위한 노인장기요양보험의 정책 과제를 치매 노인 대상 전문서비스 제공 측면과 치매 가족 부양 부담 완화 측면으로 구분하여 살펴보았다.

가. 치매 노인 대상 전문서비스 제공 관련 정책 과제

치매 노인의 특성에 맞는 서비스를 제공하는 것은 치매 노인과 가족의 삶의 질과 제도에 대한 만족도 제고 측면에서 중요한 일이다. 노인장기요양보험에서는 치매 노인에게 전문화된 서비스를 제공하기 위해 노력하고 있으나, 현행의 정책과 서비스만으로는 치매 노인과 가족의 욕구를 충족시키기에 부족하다고 여겨진다. 치매 노인의 특성과 욕구에 맞는 전문서비스를 제공하기 위해서는 양적으로 확대된 치매 노인의 규모와, 신체·인지기능 상태가 너무나 다른 치매 노인이 혼재되어 있는 상황을 고려해야 한다. 치매 노인 대상의 전문서비스 제공을 위한 개선 과제를 정리하면 다음과 같다.

첫째, 모든 장기요양기관이 치매 노인에게 대응할 수 있는 체제를 마련하는 것이다. 장기요양 인정자의 절반이 치매를 앓고 있는 상황에서 현재의 치매전담형 장기요양기관 규모로는 이 문제를 해결하기 어렵다. 앞으로는 모든 장기요양기관이 기본적으로 치매 노인에 대응할 수 있어야

할 것이다. 이를 위해서는 우선, 치매에 대한 종사자의 이해와 지식을 높여야 한다. 또, 요양보호사 양성 과정에서 치매 관련 교육을 강화해야 한다. 치매 관련 교육의 대상을 치매전담형 장기요양기관의 프로그램 관리자와 요양보호사뿐만 아니라 장기요양에 종사하는 모든 인력으로 확대하는 방안도 검토할 필요가 있다.

둘째, 치매 노인의 신체·인지기능 상태별 맞춤형 서비스 제공이 필요하다. 이를 위해서는 정확한 욕구 파악과 서비스 제공 계획 수립, 개인별 맞춤형 서비스 제공 등을 할 수 있도록 인력이 배치되어야 한다. 장기요양의 인력 배치 기준 강화는 서비스 질 향상이라는 긍정적인 측면이 있지만, 급여비용과 본인부담금 인상으로 이어질 수 있기 때문에 사회적 합의가 필요하다.

셋째, 경증 치매 노인의 특성을 고려한 서비스 제공 및 연계가 필요하다. 현재 노인장기요양보험에서는 제도 도입 당시보다 경증 치매 노인의 비율이 높다. 경증 치매 노인은 신체·인지기능이 모두 악화된 중증 치매 노인과는 특성과 욕구가 분명히 다를 것이다. 경증 치매 노인의 신체·인지기능 저하를 지연시킬 수 있는 적절한 관리는 치매 노인과 가족의 삶의 질과 제도의 지속 가능성에도 큰 영향을 끼칠 수 있으므로 경증 치매 노인의 특성과 욕구에 맞는 서비스 제공 전략을 개발해야 한다. 따라서 노인장기요양보험에서 경증 치매 노인의 욕구에 맞는 서비스를 개발하여 직접 제공하는 방안과 지역사회 자원을 활용하여 연계하는 방안을 함께 검토할 필요가 있다.

나. 치매 가족 부양 부담 완화 관련 정책 과제

최근 경제협력개발기구(OECD)에서는 치매 노인에게 지역사회 기반의 서비스를 제공해야 한다고 강조하면서 치매 노인을 돌보는 비공식 돌봄자 지원을 치매 돌봄의 핵심이라고 언급하였다(OECD, 2018). 우리나라 노인장기요양보험에서는 치매가족휴가제(단기보호, 종일 방문요양), 본인부담금 감경 제도를 통해 치매 가족의 부담을 덜어 주려는 정책을 펴 왔다. 현재 실시되고 있는 이러한 정책들의 활성화 방안과 함께 다양한 방안들을 추가적으로 검토할 필요가 있다. 현행 치매 가족 지원 정책의 활성화를 위해서는 치매 가족의 욕구를 정확히 파악하여 가족들이 부담 완화를 체감할 수 있는 방향으로 관련 제도를 보완하고 개발해야 할 것이다.

또한, 치매 가족의 부담 완화를 위해 추가적으로 검토가 필요한 최우선 과제로는 장기요양 인정자가족 대상 치매교육을 강화하는 것이다. 장기요양 인정자 가족 대상 치매교육은 장기요양 현장에서 치매 노인을 돌보는 운영자와 치매 가족이 제안한 의견이기도 하다. 장기요양 인정자가 점차 나이 들어 가면서 치매를 앓게 되는 경우에도 그 가족들은 치매에 대한 이해가 부족하여 더 큰 불안과 부담을 느끼는 경향을 보인다고 한다. 자신들의 가족이 치매 진단을 받게 되었을 때 어떻게 대처해야 하는지, 치매 진행 단계별로 어떠한 증상들이 나타나는지, 어떤 서비스를 이용할 수 있는지 등에 대한 교육이 제공되면 가족들

이 준비를 할 수 있으므로 가족들에 대한 치매교육이 필요하다는 것이다.

4. 나가며

노인장기요양보험에서는 치매를 중심으로 장기요양 인정자의 범위를 확대해 왔고, 치매 노인의 특성에 맞는 서비스를 제공하고자 인지활동형 프로그램, 치매전담형 장기요양기관을 운영해 왔으며, 치매 노인을 돌보는 가족의 부양 부담을 완화하기 위해 치매가족휴가제, 본인부담금 경감 대상자 확대 정책을 추진하였다. 노인장기요양보험이 경증 치매 노인까지 포함하게 됨에 따라 장기요양 인정자인 치매 노인의 신체 및 인지기능 상태는, 신체기능은 양호한 경증 치매부터 신체기능과 인지기능이 모두 악화된 중증 치매까지 다양해졌다. 신체 및 인지기능 수준이 다르다는 것은 장기요양 인정자인 치매 노인과 가족이 개인별로 다양한 욕구를 가지고 있다는 것을 의미한다. OECD(2015)와 제3차 치매관리종합계획(보건복지부, 2015)에서도 치매 진행 단계별로 핵심 추진 목표와 접근 방식을 달리해야 한다고 강조하였다. 앞으로 노인장기요양보험에서도 다양한 수준의 상태상을 보이는 장기요양 수급 치매 노인과 가족의 욕구를 파악하여 맞춤형 서비스를 제공하는 방안을 고민할 필요가 있다. 따라서 앞으로 노인장기요양보험의 치매 지원 정책은 증가하는 치매 노인의 규모와 특성에 대한 정확한 파악을 기초로 신체 및 인지기능 상태가 다양

한 치매 노인과 가족의 욕구에 적극적으로 대응하는 방향으로 개발되어야 할 것이다. ■

참고문헌

국민건강보험공단. (2009). 2008 노인장기요양 보험 통계연보. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2010). 2009 노인장기요양 보험 통계연보. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2011). 2010 노인장기요양 보험 통계연보. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2012). 2011 노인장기요양 보험 통계연보. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2013). 2012 노인장기요양 보험 통계연보. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2014). 2013 노인장기요양 보험 통계연보. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2015). 2014 노인장기요양 보험 통계연보. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2016). 2015 노인장기요양 보험 통계연보. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2017). 2016 노인장기요양 보험 통계연보. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2018a). 2017 노인장기요양보험 통계연보. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2018b). 치매전문교육 관리 업무처리 매뉴얼. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2019a). 장기요양급여 제공 기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시·세부사항. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2019b). 2018 노인장기요양보험 통계연보. 국민건강보험공단.
 국민건강보험공단. (2019c). 2015~2018 치매

전문교육 현황(미발간).
 국민건강보험공단. (2019d). 치매전담형 장기요양기관 현황(미발간).
 보건복지부. (2015). 제3차 치매관리종합계획 (2016~2020) 수립 연구. 보건복지부.
 보건복지부, 국민건강보험공단. (2018). 노인장기요양보험 10년사. 국민건강보험공단.
 보건복지부. (2019). 장기요양 본인부담금 감경에 관한 고시(보건복지부고시 제2019-18호 (2019. 1. 29.)).OECD. (2015). Addressing Dementia: The OECD Response. OECD Health Policy Studies, Paris. OECD Publishing.
 OECD. (2018). Care Needed: Improving the Lives of People with Dementia. OECD Health Policy Studies, Paris. OECD Publishing.