

간호의 견지에서 본 치매대응체계 진단과 제언

홍(손)귀령*
(한양대학교)

박 경 옥
(극동대학교)

오 은 미
(한양대학교)

치매는 인지저하와 함께 점진적으로 나타나는 신체적, 정신적 증상의 증후군으로 치매환자는 장기적인 집중 보호와 관리가 필요하며, 동반질환과 건강상태의 특성으로 인해 복잡한 간호요구를 발생 시킨다. 이에 대한 책임은 환자, 가족, 지역사회, 국가를 넘어 나아가 세계적인 차원으로 관리해야 할 중요한 보건 정책 과제이다. 따라서 본 연구는 이제 첫 발걸음을 내딛는 치매 국가 책임제가 성공적으로 정착하고 발전할 수 있도록 치매대응체계를 간호의 견지에서 진단하고 관련 과제를 풀어가기 위한 제언을 통해 치매환자와 그들 가족의 삶의 질을 증진시키는데 도움이 되고자 시도되었다. 본론에서는 장기요양서비스의 질을 결정하는 가장 중요한 요소인 치매 간호 인력과 치매 가족간호의 현황과 문제점, 그리고 재가 서비스에서 의료서비스와 요양서비스의 분리로 인한 문제점에 관해 문헌고찰을 통해 진단했다. 치매인력의 서비스 질 향상을 위한 제언으로는 전문 간호사의 활용, 표준화된 치매전문교육 내용 및 케어 가이드라인 개발, 치매간호의 새로운 모델 개발과 적용, 지역 내와 지역 간 통합서비스 개발의 필요성, U-Health를 이용한 치매노인 관리를 제언하였다. 결론으로, 장기요양보험을 비롯하여 체계화된 공적 서비스를 통해 치매노인과 치매가족의 삶의 질이 한층 더 높아질 것이다.

주요 용어: 치매, 치매가족, 간호인력, 통합서비스

논문의 초고는 '제2회 『보건사회연구』 콜로키움: 치매노인을 위한 공적책임의 강화(2017.12.8.)'에서 발표되었으며, 본 논문의 완성을 위해 유익한 논평을 해주신 토론자와 심사위원들께 감사를 드린다.

* 교신저자: 홍(손)귀령, 한양대학교(grson@hanyang.ac.kr)

■ 투고일: 2018.1.18 ■ 수정일: 2018.3.7 ■ 게재확정일: 2018.3.27

I. 서론

노인 인구의 증가와 함께 치매노인의 수가 증가하는 것은 전 세계적인 현상이다 (World Health Organization(WHO), 2012). OECD 보고서에 따르면 우리나라는 고령화 속도가 세계에서 가장 빠르게 진행되고 있는 것으로 보고되었으며(He, Goodkind, & Kowal, 2016), 2017년 8월 우리나라 전체 인구 중 65세 이상 인구 비율은 14% 이상으로, 2000년에 고령화 사회에 진입한지 17년 만에 고령사회가 되었고(행정안전부, 2017), 2060년에는 41%가 될 것으로 예상된다(통계청, 2017).

노인 인구의 증가와 함께 우리나라의 치매노인의 수도 빠르게 증가하고 있다. 2016년 국내의 치매환자 수는 전체 노인의 약 10%이며 2024년에는 100만 명, 2041년에는 200만 명 이상이 될 것으로 추산된다(중앙치매센터, 2016). 치매 유병률의 증가에 따라 치매 관리를 위한 비용도 급속히 증가하고 있다. 전 세계적으로 치매로 인한 경제적 비용은 2015년 818억 달러로 2010년 보다 35% 증가하였으며, 비용의 대부분은 의학적 치료 보다는 케어비용으로 사용되었다(Wimo et al., 2017). 우리나라의 치매로 인한 경제적 비용은 2016년 약 13조원이었으며, 10년에 약 2배씩 증가하여 2050년에는 약 106조원에 이를 것으로 추산된다(중앙치매센터, 2016).

이와 같이 치매노인의 수가 증가함에 따라서 치매노인을 돌보는 요양보호사와 치매 간호 인력에 대한 관심도 함께 증가하고 있다. 치매는 만성적인 진행성 질환으로 치매노인이 치매 이외에 다른 만성질환을 동반하는 경우가 많아 치매노인의 건강관리를 위해서는 노인 간호에 대한 전문적인 지식과 경험을 가진 충분한 수의 전문화된 인력이 필요하다. 치매노인의 전반적인 건강상태와 관련된 특성을 살펴보면, 첫째, 치매노인의 대부분은 치매와 함께 여러 가지 만성질환을 동반하고 있다. 미국의 medicare수혜를 받는 65세 이상의 치매노인이 가지고 있는 만성질환의 비율을 살펴보면 심혈관계 질환(38%), 당뇨(37%), 만성신부전(29%), 울혈성 심부전(28%), 만성 폐쇄성 폐질환(25%), 뇌졸중(22%), 암(13%)을 동시에 가지고 있는 것으로 보고되었다(Alzheimer's Association, 2017에서 재인용). 둘째, 만성질환을 동반한 치매노인의 경우 기저질환으로 인한 의료서비스 이용이 증가하게 된다. 실제로 만성 폐쇄성폐질환, 만성신부전, 심혈관계 질환, 당뇨, 그리고 암과 같은 기저질환을 가지고 있는 치매노인은 기저질환이 없는 치매노인들보다 병원입원 일수가 현저히 높았다(Alzheimer's Association, 2017에

서 재인용). 셋째, 치매가 사망의 직접적인 원인이 될 수 있다. 미국의 경우 2000~2014년 동안 사망진단서에 치매가 사망의 원인으로 밝혀진 경우가 89%로 증가한 반면, 심장 질환과 같이 하나의 질환으로 사망한 경우는 14%로 줄어들었다(Kochanek, Murphy, Xu, & Tejada-Vera, 2016). 따라서 치매노인의 건강관리를 위해서는 노인의 전반적인 건강상태에 대한 지식과 실무를 갖추고 치매의 특성에 대하여 교육을 받은 충분한 수의 전문적인 역량이 있는 간호사가 확보되어야 한다. 또한 요양보호사를 포함한 치매 간호 인력의 역량강화를 위해 지속적인 교육이 필요하다. 따라서 만성질환을 동반하는 치매노인의 건강상태를 고려하였을 때 이들을 돌보는 간호의 견지에서 치매환자와 관련된 문제점과 해결방안을 살펴볼 필요가 있겠다.

치매와 함께 동반되는 행동변화나 심리적 증상을 치매의 행동심리증상(behavioral and psychological symptoms of dementia, BPSD)이라고 한다. BPSD는 치매노인에게 매우 흔하게 나타나며(Kales, Gitlin, & Lyketsos, 2015) 치매환자를 돌보는 가족들에게 부담을 주는 가장 큰 요인일 뿐만 아니라(Chiao, Wu, & Hsiao, 2015), 치매노인이 장기요양시설로 입소하게 되는 가장 중요한 원인으로 작용한다(Afram et al., 2014). 따라서 이러한 치매가족의 부담감을 덜어주기 위한 주야간보호소와 같은 국가적 차원의 지원과 지속적인 치매가족을 위한 교육이 필요할 것이므로 이와 관련된 문제와 해결방안을 살펴볼 필요가 있겠다.

이와 같이 인지저하와 함께 점진적으로 나타나는 신체적, 정신적인 치매 증상의 특성으로 인해 치매노인에게서는 장기적인 집중 보호와 관리가 필요하며 특히 장기요양서비스 체계에서 의료서비스의 이용이 제한된 재가 치매노인에게서는 적절한 의료서비스와 요양 서비스를 통합하여 제공할 필요가 있다. 통합된 의료와 요양 서비스를 통해 치매노인의 상태를 호전시키는 것은 장기적으로 시설 입소와 같은 부정적 결과를 예방할 수 있을 뿐 아니라 치매노인과 가족의 삶의 질을 향상시키는데 크게 기여 할 수 있다. 치매노인의 관리에 대한 인적, 재정적 부담에 대한 책임은 환자 개인과 가족, 그리고 그들이 포함되어 살고 있는 지역사회 전체의 문제로 점차 확대되고 있다. 그리고 이제 치매노인의 관리는 지역사회와 국가 차원을 넘어 세계적인 차원으로 관리해야 할 중요한 보건 정책 과제가 되었다(WHO, 2012). 우리나라의 경우 2008년부터 장기요양보험이 시작되었고 2014년 치매특별등급이 도입되었으며, 2018년에는 경증 치매에 대한 지원이 확대 될 예정이다. 또한 최근 정부는 치매의 국가적 해결방안으로 '치매 국가책임제'

정책을 추진 중이며 ‘치매통합관리 서비스’를 국민에게 제공할 계획이다. 이와 함께 효과적인 치매 대응책을 마련하고 치매환자와 가족, 지역사회, 전 국민의 삶의 질을 향상시키고자 치매안심센터를 설치, 운영할 것이다.

치매에 대한 사회적 책임을 실현하기 위한 치매관리 정책이 확대되고 있는 현재의 시점에서 치매노인과 가족의 건강관리를 위한 ‘치매 국가책임제’ 사업이 어떻게 효율적으로 치매노인과 가족, 사회에 전달될 수 있을 지에 대한 문제이다. 효율적인 정책 실현을 위해서는 그 무엇보다 치매노인의 건강 상태가 고려되어야 한다.

간호는 인간의 신체적 변화와 함께 정서적, 영적으로 대상자를 돌보는 것에 관심을 갖고 통합적 관점으로 인간의 건강을 연구하는 학문이다(Kim, 2010). 본 연구는 이제 첫 발걸음을 내딛는 치매 국가 책임제가 성공적으로 정착하고 발전할 수 있도록 치매대응체계를 간호의 관점에서 진단하고자 한다. 따라서 관련 과제를 풀어나가기 위해 치매간호인력, 치매가족의 현황과 문제점, 지역사회 재가 서비스에서 의료서비스와 요양서비스의 분리에 대한 현황을 살펴볼 것이다. 본 연구의 목적은 지역사회에 거주하는 치매노인과 관련된 간호현장의 문제들을 진단하여 앞으로 치매노인을 위한 간호가 나아갈 방향에 대해서 제언하는 것이다. 따라서 간호의 견지에서 본 치매 대응 체계로 인력적인 측면과 법·제도와 같은 시스템 측면으로 나누어 인력적인 측면은 치매 간호 인력의 구성과 전문성의 문제와 치매간호 인력 중 비공식 간호 인력인 치매환자 가족이 간호를 제공할 때의 문제점에 대하여 기술하고자 한다. 그리고, 시스템 측면에서는 지역사회 재가서비스에서 의료와 요양서비스가 분절적으로 제공되고 있는 문제를 중심으로 기술하고자 한다.

II. 치매 대응체계 진단

1. 치매간호인력

가. 치매 간호 인력의 현황과 의료서비스 질에 대한 문제점

치매대응체계를 구성하는 요소 중 치매 간호 인력은 치매환자에게 제공되는 장기요양 서비스의 질을 결정하는 가장 중요한 요소이므로 본 장에서는 치매 간호 인력의 현황과 문제점에 대해서 기술하였다. 노인시설 및 요양병원에서 입소인원에 따른 전문 인력의 법적 배치기준은 아래 <표 1>과 같다. 노인복지법과 의료법에 따르면 노인요양시설에서는 촉탁의 배치가 의무적이고 간호사 또는 간호조무사가 입소자 25명 당 1인이 배치되어야 한다(법제처, 2017a; 법제처, 2017b).

표 1. 노인 시설 및 요양병원 전문 인력의 법적 배치기준

구분		의사 (한의사를 포함)또는 촉탁의사	간호사 또는 간호조무사	물리치료사 또는 작업치료사	요양보호사	
노인요양 시설	노인요양 시설	입소자 30명 이상	1명 이상	입소자 25명당 1명	1명(입소자 100 명 초과할 때마다 1명 추가)	입소자 2.5명당 1 명(치매 전담실은 2명당 1명)
	노인의료 복지시설	입소자 30명 미만 10명이상	1명	1명	-	입소자 2.5명당 1명
	노인요양 공동 생활가정	-	-	1명	-	입소자 3명당 1명 (치매 전담형은 2 명당 1명)
재가노인 복지시설	주간야간 보호기관	이용자 10명 이상	-	1명 이상	-	이용자 7명당 1명 이상(치매 전담형 의 경우에는 4명 당 1명 이상)
	방문간호 기관	-	-	1명이상	-	-
	단기보호 기관	이용자 10명 이상	-	이용자 25명당 1명	1명(이용자 30명이상)	이용자 4명 당 1명 이상

구분	의사 (한의사를 포함) 또는 축탁의사	간호사 또는 간호조무사	물리치료사 또는 작업치료사	요양보호사
이용자 10명 미만		1명	-	
요양병원	연평균 1일 입원 환자 80명까지는 2명으로 하되, 80 명을 초과하는 입 원환자는 매 40명 마다 1명을 기준 으로 함(한의사를 포함하여 환산함). 외래환자 3명은 입원환자 1명으로 환산함	연평균 1일 입원 환자 6명마다 1명 을 기준으로 함 (다만, 간호조무 사는 간호사 정원 의 3분의 2 범위 내에서 둘 수 있 음). 외래환자 12 명은 입원환자 1 명으로 환산함	-	-

자료: 노인의료복지시설의 시설기준 및 직원배치기준(노인복지법 시행규칙 제 22조 제 1항 관련) 2017. 9. 15. 개정, 재가노인복지시설의 시설기준 및 직원배치기준(노인복지법 시행규칙 제 29조 제 1항) 2017. 9. 15. 개정, 의료 기관에 두는 의료인의 정원(의료법 시행규칙 제 38조 관련) 2015. 5. 29. 개정

2016년 전국 장기요양기관의 전문 인력 현황에 의하면 전체 인력 중 요양보호사는 313,013명(90.93%), 사회복지사 14,682명 (4.27%), 간호조무사 9,080명(2.64%), 간호사 2,675명(0.78%), 물리/작업 치료사 1,974명(0.57%), 의사 1,683명(0.49%), 그리고 치위생사 4명(0.001%)이 노인요양시설과 재가복지시설을 포함한 장기요양기관에 종사하는 것으로 보고되었다. 그 중 의사는 1,649명(98%)이 노인요양시설에 종사하였고, 의사와 함께 노인요양시설의 중요한 의료서비스를 제공하는 간호 인력인 간호사는 2,675명 중 56%인 1,506명이 노인요양시설에 종사하였다. 간호보조 인력인 간호조무사는 72%인 7,036명이 노인요양시설에 종사하고 있고 간호사를 대신하여 노인요양시설에 의료서비스를 제공하고 있었다(통계청, 2016). 노인요양시설에 거주하는 노인 대부분이 급성 및 만성질환을 함께 가지고 있어서 노인요양시설은 축탁의 배치가 의무이기는 하지만 축탁의가 항상 상주하지 않는 곳이 많다. 따라서 노인요양시설에서 의료서비스에 대한 지식과 실무를 갖고 있는 간호사와 같은 의료 인력의 역할이 중요하다고 할 때(박민정, 서은영, 이정면, 2013) 많은 요양시설에서 의료인이 아닌 간호조무사가 간호사를 대신하여 의료서비스를 제공하고 있는 상황이므로 현재 노인요양시설에서 행

해지는 의료서비스가 적절한 인력으로부터 적절한 서비스가 제공되고 있는지 재고해보아야 할 것이다.

장기요양서비스를 제공하는 또 다른 핵심 인력인 요양보호사는 대부분 방문요양을 하는 재가노인시설에 종사하고 있다. 현재 장기요양시설에 종사하는 요양보호사의 수는 31만 명으로 많은 수의 요양보호사가 자격만 획득하고 실무에서 일을 하고 있지 않은 실정여서 여전히 요양보호사 수급에 어려움을 겪고 있다. 요양보호사는 고용상태의 불안정성과 높은 노동 강도의 업무, 그리고 업무의 내용과 범위가 명확히 규정되어 있지 않은 점 등 요양보호사의 근무여건과 처우에 대해서 많은 문제가 제기되고 있다(박경옥, 문설화, 윤종철, 홍(손)귀령, 2017). 따라서 요양보호사 수급의 안정을 위해서는 처해있는 문제점이 시급히 개선되어야 함을 시사하고 있다.

장기요양기관은 아니지만 노인환자의 입원과 치료가 많이 이루어지는 의료기관인 요양병원에서 간호 인력의 현황과 문제점을 살펴보고자한다. 요양병원에 종사하는 인력의 법적 배치기준은 입원환자 40명당 1명의 의사와 입원환자 6명당 1명의 간호사를 두어야 한다고 의료법에 명시되어 있다. 요양병원은 법적 인력기준을 충족하는 최상위 기관에 보상을 주어, 투입되는 인력 보장을 통해 양질의 의료서비스를 제공하려는 취지로 2008년부터 인력가감산 제도를 시행하고 있다(이성우, 김명화, 박진관, 2016). 하지만 요양병원의 법적 인력 배치기준이 환자 수 대비 간호사수의 비율이 6:1이라 하더라도 간호인력 중 2/3을 간호조무사로 대체 가능하기 때문에 병상 규모의 확대와 입원환자 수 증가에 따라 필요한 간호 인력을 간호사 대신 간호조무사로 대신하고 있어 간호 인력의 양적인 보강이 의료서비스의 질적인 향상으로 이어지지 않고 있다(이성우 등, 2016; 김은희, 이은주, 2015).

간호 인력을 간호사 대신 간호조무사로 대체 할 경우 발생할 수 있는 더 큰 위험은 위임여부가 가능한 간호행위에 대한 분명한 구분이 있어야하나, 그렇지 못한 실정여서 현장에서는 많은 혼선이 일어나고 있다는 것이다. 14개 요양병원 174명의 간호사를 대상으로 간호중재의 수행도를 파악한 일 연구(김선미, 정석희, 이명하, 김현경, 2017)의 결과를 보면, 8개 임무 47개 업무에서 감염관리와 같은 “안전 및 감염관리”와 응급상황에 대처하거나 환자상태를 모니터링하는 것과 같은 “잠재적 위험요인 관리”에 대한 수행도가 가장 높았다. 또한 개인위생이나 배변관리와 같은 “기본간호 업무”에 대한 수행도는 가장 낮아 기본간호와 같은 간호중재는 간호조무사나 요양보호사에게 위임되는

것으로 나타났다. 이러한 현황으로 보아 우리나라의 요양시설이 일상생활지원과 같은 요양서비스를 중심으로 서비스가 이루어지고 있음을 알 수 있으며, 향후 최소한의 안전 및 의료서비스에 대한 요구를 수용하여 요양서비스가 개선되어야 할 필요가 있겠다.

나. 치매 간호 인력의 교육현황과 문제

치매는 다른 노인성 질병과 달리 인지기능의 저하로 일상생활의 의존도가 높고 행동심리증상과 같이 반복행동이나 폭력행동이 나타나며 점진적으로 악화되는 질병의 특성을 가지고 있다. 따라서 치매 노인을 간호하는 인력은 노인 간호에 대한 지식뿐 아니라 치매에 대한 교육을 받는 것이 필수적이다. 그러나 의사, 간호사, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사 등 치매관리에 종사하는 치매 전문 인력의 정규 교과과정을 살펴보면 치매관리에 대한 충분한 이론 교육과 실습을 하고 있지 않다. 따라서 졸업 후 개인의 필요에 따라 각 직역별로 진행되는 치매전문교육프로그램을 이수하거나 보수교육의 형태로 치매관리에 대한 필요한 지식과 실습교육을 받고 있다(홍(손)귀령 등, 2014). 치매 간호 인력인 간호사는 성인간호학, 정신간호학, 노인 간호학에서 치매와 관련된 내용을 배우고 있으나 치매노인을 간호하기에 충분한 내용의 이론과 실습을 배우고 있지 않다(홍(손)귀령 등, 2014). 간호보조 인력인 간호조무사도 자격 과정에서 기초간호학의 한 부분으로 노인 간호에 대한 교육을 받고 있으나 다른 직역과 마찬가지로 치매환자를 간호하기에 충분한 교육을 받고 있지 않다. 따라서 현재 증가하는 치매환자의 수와 그들의 욕구 수준을 고려할 때 각 직역에서 치매에 대한 내용을 정규 교육과정에 필수로 지정하여 교육을 강화하는 것이 필요하다(홍(손)귀령 등, 2014).

요양보호사는 240시간의 교육과정동안 노인의 신체수발과 기본 건강상태를 확인하는 내용을 배우고 이 교육과정의 이수와 시험을 통해 자격증을 취득할 수 있다. 요양보호사를 대상으로 한 포커스 그룹 인터뷰와 설문조사에 따르면 치매노인을 간호하는 데 가장 어려운 점은 행동심리증상에 대처하는 것이라고 응답하여 행동심리증상에 대한 교육 요구도가 높음을 알 수 있다(홍(손)귀령 등, 2014). 이처럼 요양보호사의 자격 교육과정으로는 치매노인을 케어하기 위한 구체적인 지식과 실무를 습득하기 어려워 2007년부터 한국치매협회에서 치매 관리에 관한 70시간의 교육과정을 운영하고 있고, 2014년부터는 중앙 치매센터, 건강보험공단과 보건복지부가 주관하여 60시간의 치매전문

인력 교육을 운영하고 있다(국민건강보험공단, 2017). 요양보호사의 전문역량을 강화하기 위하여 공공기관이 주관하여 통일된 교육내용으로 치매전문교육을 실시하는 것은 바람직하나 교육시간이 짧고 이론중심의 교육이며 재가시설의 요양보호사의 경우 교육기간동안 급여가 보장되지 않아 생계가 곤란한 문제점 또한 지적되고 있다(이건복, 2017). 이와 같은 요양보호사의 전문교육체계의 마련과 처우개선은 장기요양 전문 인력의 90% 이상을 차지하는 요양보호사를 전문인력으로 양성할 수 있는 중요한 방법임을 제안한다.

보수교육의 경우, 일 연구(홍(손)귀령 등, 2014)에서 치매에 대한 보수교육 경험을 묻는 질문에서 간호사의 67.5%가 받은 경험이 있다고 응답하였고, 교육 내용으로는 정신행동장애에 대한 직접적인 케어에 대한 교육요구가 높았다. 요양보호사는 인지 치료가 포함된 비약물 치료에 대한 교육 요구가 높았고 80% 이상이 시설 내에서 보수교육을 받았다고 응답하여 관리자에 의한 일상적인 교육이 중요함을 보고하였다. 따라서 정규교육과정에서 치매에 대한 교육을 강화하는 것과 더불어 보수교육을 통한 지속적인 교육이 필요하다.

2. 치매가족간호의 현황과 문제점

현재 우리나라는 65만 명의 치매노인이 있다. 그리고 그 뒤에는 숨겨진 환자(hidden patients)로 불리는 260만명 치매가족이 있다(김원경, 2014). 치매환자는 인지기능이 저하되어 타인에 대한 의존도가 높아지고 일상생활을 스스로 할 수 없는 경우가 많다. 따라서 치매가족은 치매환자를 24시간 돌보아야하는 부담감을 가지고 있다(Donaldson, Tarrier, & Burns, 1997). 치매가족의 부양부담감에 대한 연구(Chiao et al., 2015)에 따르면 치매가족이 느끼는 부담감의 가장 큰 부분은 행동심리증상 때문이라고 보고하고 있다. 치매노인의 행동심리증상은 가족과 같은 비공식간호제공자(informal caregiver)의 가장 큰 부담감이기도 하지만 공식간호제공자(formal caregiver)인 요양보호사에게도 가장 간호하기 힘든 증상이기도 하다(홍(손)귀령 등, 2014). 정부는 2차 치매관리종합대책을 통해 치매가족을 지원하는 정책을 시작하여 다양한 방법으로 치매가족을 지원하고 있다. 치매가족을 지원하는 서비스 중 주·야간보호와 단기보호에 지출된 급여는 2011년 전체 재가급여 중 6% 정도였는데 2015년에는 13%로 증가하여 치매가족의 부담감

을 덜어주는데 기여하고 있다. 치매가족에 대한 지원이 지속적으로 증가되는 것은 긍정적이나 현재 운영되는 2,007개의 주·야간보호소는 대부분 도시 지역에 집중되어 있어서 농촌지역을 포함하여 지속적으로 확대되는 것이 필요하다(황도경, 신영석, 최병호, 김찬우, 박금령, 김은아, 2016).

치매가족을 지원하는 서비스 중의 하나인 Respite care는 치매가족에게 일시적 안위를 제공하여 부양부담감과 스트레스를 경감시켜 가족으로서의 유대감을 지속하도록 지원하는 사회적 서비스이다(장성옥, 송미령, 공계순, 천숙희, 2012). 현재 우리나라 장기요양보험제도는 치매 상담 센터를 통한 가족모임이나 치매노인 돌봄에 대한 교육을 제공하여 치매가족을 지원하고 있다. 그러나 가족부양이 치매노인 관리에서 중요함에도 불구하고 가족 수발자가 자신의 건강을 돌보면서 신체적, 정신적, 사회적으로 건강하고 만족한 삶의 유지할 수 있도록 하는 공식적인 지원은 미흡한 실정이다(천숙희, 장성옥, 공계순, 송미령, 2011)

다음은 치매가족에 대한 교육문제이다. 치매노인의 부양의 질을 높이기 위해서 공적인 장기요양서비스를 받는 것 이외에도 가족으로부터 받는 부양 서비스도 매우 중요하다. 치매가족의 교육에 대한 요구도가 가장 높은 시기는 치매 진단을 받거나 장기요양 등급판정을 받을 때와 같은 초기 치매단계이다(장지은, 최희승, 2016). 이때는 가족이 치매라는 질병에 대한 지식과 치매노인을 어떻게 돌봐야하는지, 어디에서 도움을 받는 지 등을 가장 궁금해 하는 시기이므로 이 시기를 이용하여 교육하는 것이 중요하다.

3. 지역사회 재가 노인에 대한 통합적 요양, 의료서비스 제공의 문제

앞에서 언급한 바와 같이 치매노인은 요양시설 입소보다는 지역사회 재가 서비스를 이용하는 경우가 많고(맹진영, 이용재, 2017) 치매노인은 기존의 동반된 만성질환과 함께 행동심리증상 등을 가지고 있는 경우가 많아 요양서비스뿐만 아니라 의료서비스를 필요로 하는 경우가 많다. 노인실태조사를 바탕으로 한 노인의 의료 및 요양에 대한 욕구분석에서도 연령이 증가할수록 의료와 요양에 대한 복합욕구를 가진 비율이 높았으나(황도경 등, 2016) 현재 우리나라 장기요양서비스 중 재가서비스는 신체수발 및 가사 지원과 같은 방문요양 중심으로 급여 이용이 편중되어 있어(선우덕, 2016) 요양과 의료 서비스를 통합적으로 제공받고자 하는 소비자의 요구를 반영하고 있지 못하고 있다.

방문간호는 기동성이 떨어진 대상자가 의료기관을 방문하지 않아도 의료서비스를 받을 수 있는 수요자 중심의 서비스이다. 방문간호는 의료보험에서 지원하는 의료기관 가정간호 서비스, 기초생활보장수급자와 같이 취약계층에게 제공하는 보건소 방문보건 사업, 그리고 장기요양보험에서 제공하는 방문간호 서비스가 있다. 이중 방문간호 서비스는 장기요양보험의 재가 서비스 중 유일하게 의료서비스를 제공하는 급여이지만 이용률이 낮아 의료에 대한 요구를 가지고 있는 장기요양 대상자에게 적절한 의료서비스를 제공하고 있지 못한 실정이다(김명희, 2009). 방문간호는 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 “방문간호지시서”라 한다)에 따라 수급자의 가정을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생을 제공한다. 그런데 방문간호지시서의 발급절차가 복잡하고 발급해주는 의사가 실제 주치의가 아닌 경우가 많아 효율적으로 환자를 관리하는데 어려움이 있다. 또한 방문간호의 수요를 고려한 지역중심의 통합적인 방문간호 전달체계의 구축이나 방문간호와 의료서비스의 연계체계 문제는 장기요양서비스에서 방문간호를 활성화 시키기 위해 개선해야 하는 문제점들이다(임지영, 김은주, 최경원, 이정석 노원정, 2012).

방문간호의 질을 결정하는 인력의 전문화 문제에서도 방문간호는 ‘간호업무경력이 2년 이상인 간호사 또는 간호보조 업무경력이 3년 이상인 간호조무사로서 간호조무사 교육(700시간)을 이수한 자로 규정하고 있으며 현재 방문 간호를 하고 있는 인력의 수는 방문간호사 1,249명, 방문 간호조무사 2,730명으로 추산된다(국민건강보험공단, 2017). 재가시설의 의료서비스에 대한 높은 요구도와 다양한 만성질환을 가진 지역사회 치매노인의 건강상태를 고려할 때 의료인이 아닌 방문간호조무사가 의료서비스를 제공하고 있는 것이 적절한 지에 대해서도 고려해야 할 것 이다.

다음은 방문간호수가에 대한 문제이다. 현재 노인 장기요양 방문간호수가는 수급자의 질병 명, 장기요양등급과 방문지역 등을 불문하고 1회 방문 당 제공된 서비스 시간을 기준으로 하며, 교통비와 방문간호서비스에 소모된 각종 재료를 포함하고 있지 않다(김은경, 김은미, 김명애, 2010). 따라서 장기요양보험에서의 방문간호의 역할과 기능에 대한 모델을 기반으로 정확한 직접비용과 간접비용을 계산하여 수가가 책정되어야 할 것이다. 방문간호 장애요인에 대한 일 연구(임지영, 김은주, 최경원, 이정석 노원정, 2012)에서 방문간호 서비스를 받는 이용자, 공급자, 장기요양 요원 모두가 지적한 장애요인은 방문간호서비스가 방문요양만큼 홍보가 되지 않아 인식도가 낮다는 점이다. 하

지만 2016년 장기요양보험 통합재가급여모델구축을 위한 시범사업 결과를 보면 방문간호, 다 횡수 방문요양, 목욕 서비스의 통합서비스 제공에서 방문간호를 통한 건강관리서비스에 대한 만족도가 매우 높다고 보고되어 방문간호에 대한 전 국민적인 홍보는 향후 방문간호 이용률을 높이고 대상자의 건강관리 수준도 높일 수 있을 것으로 기대된다(유애정, 2017).

III. 치매 대응체계 제언

1. 치매인력의 서비스 질 향상에 대한 제언

치매인력의 서비스 질 향상을 위해서 간호인력의 등급과 시간을 차별적으로 평가하는 지침을 마련하여 장기요양기관들이 적절한 인력을 통해 질 높은 의료서비스를 제공할 수 있도록 유도하는 것이 필요하다. 예를 들면, 미국의 Nursing Home Compare의 평가 영역 및 지표에서는 입소자가 하루에 받는 전체 간호시간이 중요하게 평가되는데, 이때 총 간호시간은 정규 간호사(registered nurse, RN), 면허 실무 간호사(licensed practical nurse, LPN), 그리고 간호조무사의 시간을 합하여 평가한다. 이때 간호업무의 전문성을 고려하여 상급 간호를 제공할 수 있는 정규간호사 간호시간(RN hours per resident day)을 구분하여 평가하고 있다(Centers for Medicare & Medicaid Services, 2017). 즉, 미국의 경우 노인 환자를 간호하는 간호시간을 계산할 때 간호 인력의 학력과 면허의 종류에 따라 그 등급을 차별화하여 간호시간을 계산 하고 있어 간호의 질을 유지하기 위해 노력하고 있다는 점을 볼 수 있다.

치매 인력의 서비스 질 향상을 위해 간호인력 및 요양보호사 등 각 직역의 특성 및 선행 지식에 적절한 표준화된 치매전문교육 내용을 개발하여야 할 필요성이 있다. 각 직역의 정규교육과정에는 치매관리에 대한 내용을 별도의 교과목으로 교육시켜 최근 증가하는 치매 인구와 전문적인 치매관리의 요구에 부응하도록 하는 것이 필요하다. 또한 개발될 표준 치매전문교육과정은 각 직역의 치매 관리에 요구되는 소양교육 뿐만 아니라 직무교육 내용이 포함되어야 하며 각 직역의 특성에 맞게 선택과목과 필수과목

으로 나누고 직역의 전문성의 정도에 따라 일반적인 내용부터 전문적인 내용에 이르기까지 위계를 갖고 체계적으로 구성되어야 할 것이다. 치매전문교육은 이후 중앙기관에서 교육이력에 대한 관리를 통해 이후 장기요양시설을 평가하거나 시설의 질 관리 지표로도 활용 될 수 있다. 치매전문교육을 받은 개별 전문 인력은 이후 교육이력을 등록하고 관리하여 개인의 경력관리로 활용할 것을 제안한다.

또한 현재 증가하는 치매환자를 고려할 때 전문적인 교육역량을 갖춘 민간교육기관의 위탁교육을 통해 치매 전문 인력을 육성하는 방법도 제안한다. 현재 적지 않는 수의 간호대학이 간호사 및 장기요양인력을 대상으로 치매에 대한 이론과 실습을 교육하고 있다. 예를 들면 노인 및 치매 간호 과정(한양대학교 임상간호정보대학원, 2017), 노인 전문간호사 과정, 가정전문간호사 과정 등이 있으므로 이를 활용 해 볼 수 있을 것이다(한국전문간호사협회, 2017).

치매 인력의 질 향상을 위해 전문 간호사의 활용을 고려할 수 있을 것이다. 현재 우리나라의 장기요양 서비스 제도에서 전문 간호사를 장기요양서비스를 제공하는 인력으로 포함하고 있지 않다. 전문 간호사는 해당 분야의 실무경험이 있는 간호사로 300시간 이상의 임상실습을 포함한 대학원 석사수준의 교육을 받고 자격시험에 합격한 자로(한국전문간호사협회, 2017) 치매 간호 인력으로 충분히 활용할 수 있는 인력이다. 현재 우리나라의 13개 분야의 14,682명의 전문 간호사가 38개 전문교육기관으로부터 교육을 받아 배출되었으며 이중 가정 전문 간호사는 6,468명이 배출 되었으며 노인 전문 간호사는 2,102명이 배출되었다(Korean Accreditation Board of Nursing Education, 2016). 전문 간호사는 부족한 의사를 대체할 목적으로 미국의 경우 1965년부터(American Association of Nurse Practitioners, 2017), 대만은 1984년부터 양성되었으며(Wei, Tung, Tsay, & Lin, 2012) 현재 외국에서는 일차의료(primary care)를 담당하는 중요한 인력으로 성장하고 있다(설미이, 신용애, 임경춘, 임초선, 최정화, 정재심, 2017). 전문 간호사는 건강문제의 사정과 중재, 의학적 중재의 지원, 대상자의 상담과 교육을 제공할 수 있으며 치매환자 간호처럼 전문적인 지식과 실무 능력이 필요한 영역에서 상급수준의 전문가적 간호를 제공할 수 있어 의사가 상주하지 않은 노인요양시설의 의료서비스 질 향상을 위해 유용하게 활용할 수 있는 인력이다.

2. 치매가족간호에 대한 제언

치매환자는 장기요양시설에 거주하기 보다는 가정에서 가족과 함께 가능한 오랜 기간 동안 삶을 영위할 수 있다면 이상적일 것이나 치매환자를 돌보는 가족은 스트레스와 부담감이 높으므로 그를 경감할 수 있는 주·야간보호소나 단기 입소시설을 이용하도록 할 수 있다. 하지만 대부분 주·야간보호소나 단기 입소시설은 도시 지역에 집중되어 있어서 농촌지역을 포함하여 지속적으로 확대되는 것이 필요하다. 치매가족 뿐 아니라 공식 간호제공자를 위한 정서적인 지원, 상담 제공과 같은 서비스 확대가 국가 차원에서 이루어 져야 할 것이다.

또한, 치매가족의 교육은 교육 요구도가 가장 높은 시기인 치매 진단을 받거나 장기요양 등급판정을 받을 때와 같은 초기 치매단계에 치매 질병에 대한 지식과 치매노인 돌봄 기술, 지역사회 자원 이용 체계 등에 관해 교육하는 것이 중요하다. 현재 치매가족에 대한 교육은 치매가족 협회, 중앙치매센터, 상담콜 센터 등 여러 공 기관과 민간 기관에서 제공하고 있다. 하지만 이러한 교육은 개인의 의지에 따라 선택적으로 받는 교육이어서 개인에 따라 치매에 대해서 알고 있는 지식과 정보의 편차가 크다. 만일 치매가족이 받는 교육이 개인의 선택에 의해서 받는 것 이외에 현재 제도적으로 반드시 받도록 한다면 모든 치매가족이 치매에 대한 필수적인 지식과 정보를 얻을 수 있어서 치매노인 부양에 많은 도움이 될 것으로 사료된다. 그리하여, 치매가족이 인정조사를 받을 때나 등급판정 후 공단에서 표준장기요양이용계획서에 대한 설명을 들을 때, 장기요양보험공단이 치매가족을 대상으로 좀 더 자세한 정보와 지식을 전달할 수 있으면 교육의 효과는 매우 클 것으로 기대된다.

3. 지역사회 재가노인에 대한 통합적 요양, 의료 서비스 제공에 대한 제언

지역사회 재가노인에 대한 요양, 의료서비스의 통합적 제공을 위해서 방문 간호를 활성화시키는 것이 중요하다. 건강보험에서 제공하는 병원 중심의 가정간호서비스는 현재 지역사회에서 의료서비스를 받을 수 있는 중요한 서비스이지만 가정간호서비스를 받기 위해서는 병원 진료를 받아야한다. 또한 병원 중심의 가정간호서비스는 요양서비

스가 포함되어 있지 않아 서비스 수혜자의 입장에서 매우 불편하다. 그리고 장기요양 대상자가 병원 진료 후 건강보험공단의 급여로 가정간호서비스를 받는다면 의료만 제공되고 요양이 제공되지 되지 않는 문제점이 있다. 따라서 장기요양보험의 방문간호서비스를 활성화시켜서 현재 제공되는 요양서비스와 방문 간호를 통한 의료서비스를 통합적으로 제공한다면 지역사회 재가노인에 대한 장기요양서비스의 질이 높아질 것이라 기대한다.

두 번째로 현재 시도되고 있는 통합재가서비스의 확대 및 적용이 필요함을 제언한다. 2016년 장기요양보험 공단에서는 건강관리 및 간호처치, 전문목욕서비스, 요양서비스를 통합하는 통합재가급여 모델을 구축하고 시범사업을 수행하였다. 통합재가급여모델은 기존의 방문요양을 중심으로 급여가 편중되는 문제를 해결하고 이용자 중심의 케어 매니지먼트 체계를 구축하고자 시도되었다. 따라서 궁극적으로는 통합적 재가서비스를 통하여 시설 입소를 예방하고 노인의 자립능력 향상에 목표를 두고 있다. 통합재가급여 시범사업 운영 결과 건강관리 서비스에 대한 만족도는 높은 수준으로 나타났고 대상자 및 보호자 만족도 높게 평가되었다. 특히 건강관리서비스 중 “어르신 신체의상태 유지 및 악화방지”에 가장 만족하다고 보고하였고 가족에 의해 요양서비스를 받고 있는 대상자에게도 건강관리 서비스 제공이 필요하다는 의견이 제시되어 2차 시범 사업에는 가족 요양대상자도 포함하는 것을 검토하고 있다.

여기서 통합재가간호 시행계획에서 치매노인을 위한 전문 간호와 전문 요양이 포괄적이고 통합적으로 이루어 질 때 국내의 장기 요양 서비스가 최대의 효과를 볼 수 있으리라 사료되나 치매 가족의 통합서비스에 관한 인식 부족으로 인해 이용하는 사례가 적을 수 있으므로 적극적인 홍보를 제언한다. 또한, 통합서비스를 운영할 수 있는 센터 수의 부족 등의 문제점이 있을 수 있으므로 지역적 형평성을 고려한 통합재가서비스가 이루어지길 제언한다.

셋째, 장기요양서비스 제공에서 각 직역간의 협업의 중요성을 제언한다. 현재 국내에서 제공되는 치매노인과 그들의 가족에게 제공되는 서비스는 의사, 간호사, 사회복지사, 간호조무사, 요양보호사 등을 통해 각각 직역 간의 통합과 조정 없이 분절된 서비스가 진행되고 있다. 치매를 단순한 질환으로 여기고 급성기 증상에만 초점을 두어 각 직역에서 분절된 서비스를 제공하게 된다면 치매노인의 진단과 관리에 대한 소통이 부족하여 (Richters, Nieuwboer, Perry, Rikkert, Melis, & van der Marck, 2017) 결국은 치매노인

과 가족에게 부정적으로 작용하게 될 것이다. 치매노인을 위한 통합서비스의 필요성을 언급한 연구(Richters et al., 2017)를 참고하면 제한된 전문 분야 간 의사소통과 협력관계 그리고 전문 분야 간의 이해 부족은 치매노인에 대한 진단과 관리에 대한 지식 부족으로 이어지며, 복잡하고 만성적인 질환을 갖고 있는 치매노인의 급성 치매 증상에만 집중하게 되거나 치료의 지속성을 잃게 된다고 하였다. 선행연구(Peeters, Pot, de Lange, Spreeuwenberg, & Francke, 2016; Vroomen et al., 2012)에 따르면 기존에 중요하다고 여겨 온 치매사례관리(case management)는 가족 부담감과 대상자의 케어 욕구나 삶의 질에 큰 효과가 없는 것으로 나타났다. 결국, 일반적으로 제공된 단순한 사례관리사의 서비스 혹은 지역간의 분절된 서비스 대신 서비스 제공자 간의 연계를 통해 지역 간 효과적으로 의사소통할 수 있는 통합된 서비스를 제공할 수 있는 모델이 절실히 필요함을 알 수 있다.

치매노인에게 통합된 서비스 제공의 필요성이 커짐에 따라 이와 관련된 연구들이 시도되고 있다. 우선 네덜란드에서 시도된 연구(Richters et al., 2017)를 살펴보면 네덜란드에서는 DementiaNet이라는 통합된 네트워크에 근거한 (integrated network-based care) 프로그램을 통해 치매 관리에 대한 사회적 부담감을 줄이고자 시도하였다. 여기서 통합된 네트워크에 근거한 관리는 상당히 높은 수준의 협업(collaboration)이며 협업 지도자의 역할이 중요하다. DementiaNet에서 각 지역은 개인 네트워크에 맞는 목표를 설정하기 위하여 지속적으로 평가를 하고 있고, 그 평가를 통해 치매환자를 관리하고 있다. 또한 전문가 간의 훈련과 실무에 근거하여 교육 내용을 개발하고 이를 통해 치매 관리전문가를 육성하고 있다. 이러한 DementiaNet이라는 통합된 네트워크에 근거한 케어를 통해서 의사, 간호사, 사회복지사는 지역사회에 거주하는 각 개별 치매노인에게 적합한 목표와 계획을 세우고 양질의 치매노인 관리를 제공할 수 있게 되므로 이러한 통합된 네트워크에 근거한 치매노인의 관리 시스템이 국내에도 도입하는 것이 필요하다.

또 다른 지역간의 네트워크를 이용한 통합 모델의 예는 미국의 Partners in Dementia Care (PDC)(Bass et al., 2013)로 의료 서비스(Veterans Affairs Medical Centers; VAMCs)와 비의료 서비스(Alzheimer's Association chapter; 지역사회의 치매협회)간의 통합프로그램이며 이러한 의료서비스와 비 의료서비스 통합을 통해 서비스의 접근을 향상시킨 예이다(Bass et al., 2013). PDC는 전자 케어 정보 시스템을 이용하여 대상자

에 관한 정보를 공유하며, 표준화된 프로토콜을 이용하여 사정, 목표설정, 지속적인 모니터링/재사정의 과정을 거치면서 치매노인과 그들의 가족을 위한 공통의 목표를 향해 지속적으로 치매노인에게 서비스를 제공할 수 있다. 따라서 국내에서도 이러한 직역간의 네트워크를 이용한 통합 모델을 통해 치매 전문가들의 협업이 필요하다고 본다.

다음은 국내에서 실제적인 직역간의 협업 방법을 제시해보고자 한다. 각 직역간의 협업은 고유의 직무를 바탕으로 여러 직역의 전문 영역을 하나의 공통된 교육 프로그램이 개발 될 수 있으며, 이는 치매환자를 돌보는 모든 직역의 종사자들에게 교육이 될 수 있다. 이런 내용의 교육프로그램으로 교육 받은 종사자들은 치매에 관한 포괄적이며 최신의 정보를 교육받을 수 있으며, 다른 직역의 교육 영역을 인정함과 동시에 다른 직역의 관점에 가치를 부여함으로써 서로 상호 존중하는 방향의 치매 돌봄이 이루어질 것을 확신한다. 해외에서 이를 적용한 파일럿 연구에서는 연구에 참여한 여러 직역(예, 간호사, 사회복지사, 영양사, 작업치료사 등)의 치매에 대한 지식, 인식, 치매환자와의 대화기술을 증가시킬 수 있음을 알 수 있다(Gerolimatos, Page, Balestracci, & Hinrichs, 2018). 또한, 여러 임상증상과 정신행동증상을 보이는 치매환자는 어느 한 직역만이 그들의 문제를 해결 할 수는 없다. 정기적으로 신경과 의사, 정신과 의사, 간호사, 요양보호사, 사회복지사, 물리치료사, 영양사 등이 만나 환자의 문제를 포괄적으로 접근함으로써 약물만이 아닌 비약물 중재 등으로 문제 해결을 찾을 수 있을 것이다. 해외에서는 치매노인 뿐 아니라 노인의 문제를 접근할 때는 직역간의 협업을 가장 기본적인 접근 방법으로 시행하고 있다.

4. 치매간호의 새로운 모델 개발과 적용

과거에는 치매를 희망이 없는 퇴행성 질환이라고 생각했으나 최근에는 치매를 대상자의 기억력, 인지기능, 행동에 영향을 주는 만성질환으로 정의하고, 적절한 시기에 치료, 지지, 그리고 관리를 받으면 삶의 질을 유지할 수 있는 역동적인 질환으로 보고 있다. 따라서 이러한 변화된 관점을 적용할 수 있는 치매간호의 모델개발과 구체적인 치매간호를 위한 프로토콜 개발이 필요하다. 기존에 치매간호를 위한 새로운 모델의 예로 영국의 Kitwood(1993)가 제안한 치매노인의 입장에서 대상자를 간호하는 인간중심의 철학적 모델인 Person-centered care 모델이 개발되었으며, Algase 등(1996)은 치매노인 개

인의 욕구 중심의 간호제공을 강조하고 치매노인에 대한 공감과 깊이 있는 관찰을 통해 개인의 욕구를 이해하고 접근하는 전략을 제시했다.

치매간호를 위한 새로운 모델의 예로 미국에서 시작되어 세계적으로 확산되고 있는 자연주의 요양원 운영 철학적 모델인 Eden alternatives, Green house model 등이 있다. 이러한 새로운 모델들은 기존의 케어모델이 분절화 되어있고 업무중심적인 케어로 제공되는 문제점을 해결하기 위해 개인의 선택권을 존중하고 다양한 기관들의 다양한 서비스들이 연계될 수 있도록 했다. 예를 들면 12인 이하의 소형화된 요양원에서 모두 1인실을 사용하며 가능한 개인의 선택권을 허용하고 직원들의 업무 환경을 최적화한 환경을 제안했으며 간호사는 시설마다 상주하지는 않으나 필요 시 바로 연계가 가능한 구조로 운영하고 있다(Sharkey 등, 2011). 그밖에도 최근 치매간호를 위한 새로운 모델의 예로 네델란드에서 운영되고 있는 치매인 마을 모델인 Hogeweyk dementia village(호그벡 치매마을) 등이 있다.

치매 간호를 위한 가이드라인과 프로토콜 개발을 살펴보면 스웨덴은 대상자 중심의 케어 철학을 적용한 치매노인 관리를 위한 국가치매가이드라인을 개발하여 그 효과성 검증을 위한 연구를 시행하였다(Edvardsson, Sandman, & Borell, 2014). 호주에서는 치매노인의 행동심리증상을 관리하기 위한 임상프로토콜을 개발하고 그 유용성 검증을 위한 연구를 시행한 결과 치매노인의 행동심리증상이 효과적으로 관리되었으며 치매간호 인력의 자기효능감이 증가되는 등 긍정적인 효과가 있었다(McCabe et al., 2015). 영국에서는 일반 병원에서 치매노인 간호의 질을 높이기 위해 치매 위험 사정을 위한 경제적 지원을 하고 있다(United Kingdom Department of Health, 2015). 이와 같이 변화하는 환경 속에서 우리나라의 치매노인도 존엄을 유지하며 지역사회 이웃과 함께 살아갈 수 있도록 국가와 전문가가 함께 치매 간호에 대한 철학과 그들을 간호하는 가이드라인 개발이 필요함을 제언한다.

다음으로, U-Health를 이용하여 치매노인을 관리하는 모델을 제안한다. 노인들은 스스로 시설에 입소하기 보다는 가능한 최대한 오랜 기간 동안 본인이 살던 장소(Aging in Place)에서 상주하길 원한다(Farber, Shinkle, Lynott, Fox-Grage, & Harrell, 2011). 치매를 포함 한 만성 질병을 가진 노인 인구가 증가하는 상황에서, U-Health를 이용하여 지역사회에 상주하는 치매노인의 상태를 지속적으로 모니터링하여 관리하는 것은 효과적인 재가 간호서비스 제공에 중요한 역할을 할 수 있다. 국외의 체계적 문헌고찰 연구

를 살펴보면, 스마트 홈서비스를 통해 지역사회에 거주하는 노인들의 일상생활활동, 인지 감소와 심장 상태를 상시적으로 모니터링 하는 것이 가능하다고 언급하고 있다(Liu, Stroulia, Nikolaidis, Miguel-Cruz, & Rincon, 2016). 국내의 U-Health를 이용한 연구로 강원도에서 스마트폰을 이용하여 환자의 건강상태를 모니터링한 tele medicine의 예를 들 수 있다(Kim et al., 2015). 간호사가 고혈압과 당뇨관리, 그리고 의사는 치매 관리를 tele medicine을 통해 운영한 결과 혈압관리, 당뇨 관리, 신체 활동의 모니터, 디지털 식사 일지 등을 보건소, 보건지소에서 스마트폰으로 효과적으로 관리할 수 있었다. 이러한 서비스로 인해 노인들의 치료와 약물에 대한 순응도는 증가하였으며, 만족도도 증가하였음을 보고하고 있다. 또한, 치매노인을 대상으로 GPS, accelerometer, illumination 센서를 가진 스마트 워치 (smart watch)를 활용한 연구결과는 이러한 장치들을 통해 질 높은 의료 서비스가 제공 될 수 있음을 보여 주어 장차 치매노인을 대상으로 한 방문 간호, 재가 간호 서비스 등에서도 과학기술을 적용한 장치가 활발히 개발되어 그 효과를 볼 수 있기를 기대해 본다.

IV. 결론

본 연구에서는 치매노인의 증가에 따른 사회적 변화에 대응하는 간호의 견지에서 치매대응체계의 문제와 그에 대한 제언을 기술하였다. 첫째, 간호 인력과 요양보호사 등의 각 직역에 적절한 표준화된 치매전문교육의 개발과 지속적인 교육 실시, 전문 간호사의 활용을 통해 치매 인력의 서비스 질 향상이 가능할 것이다. 둘째, 주·야간 보호소와 같은 시설을 전국적으로 확대 설치하고 치매가족에 대한 교육을 체계적으로 제공하여 치매노인을 돌보는 가족의 부담 부담감을 덜어 줄 수 있을 것이다. 셋째, 지역사회 재가 서비스에서 방문간호 서비스를 확대 적용하고 의료서비스와 요양서비스를 통합하여 제공하며, 효과적인 서비스 제공을 위한 직역 내와 직역간의 통합서비스를 제공한다면 치매노인의 의료와 요양에 대한 요구를 효과적으로 충족시킬 수 있을 것이다. 마지막으로, 치매를 희망이 없는 퇴행성 질병이라 생각했던 과거의 치매에 대한 관점에서 치매 노인에게 적절한 관리를 통해 삶의 질이 개선될 수 있다고 보는 역동적인 변화된 관점을

적용할 수 있는 치매 간호의 새로운 모델 개발과 적용을 통해 치매노인도 인간으로의 삶의 질을 유지하며 여생을 마감할 수 있을 것이라 기대한다.

치매환자와 가족의 삶의 질을 보장하기 위하여 정부와 간호계는 함께 해법을 찾아야 할 것이다. 우선 정부는 실적 위주의 현재 성과중심의 정책방향을 피하고 질적 향상을 위해 통합재가 서비스와 치매안심센터와 같은 새로운 국가 정책이 안착될 수 있도록 시범적용하고 지속적으로 확대하도록 노력해야 하겠다. 다음으로 간호계에서는 노인인구 및 치매노인이 증가하고 있는 현시점에서 급성기 환자 간호뿐만 아니라 장기요양간호에도 관심을 갖는 노인 간호에 대한 패러다임의 전환이 필요하겠다.

홍(손)귀령은 한양대학교에서 학사학위, University of Connecticut에서 석사학위, 그리고 Case Western Reserve University에서 박사학위를 받았으며, 현재 한양대학교에서 교수로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인 대상의 전반적인 양적연구와 도구개발이며, 현재 치매노인 대상의 비약물적 중재, 노인의 허약성 등을 연구하고 있다.

(E-mail: grson@hanyang.ac.kr)

박경옥은 한양대학교에서 학사, 석·박사학위를 받았고, University of Cincinnati에서 성인 전문간호사 과정을 이수했으며 현재 극동대학교 교수로 재직 중이다. 주요 관심 분야는 장기요양 인력 중 요양보호사, 치매노인의 비약물 중재이며, 현재 치매노인을 대상으로 한 비약물중재의 효과를 분석하는 메타분석, 로봇을 이용한 중재 등을 연구하고 있다.

(E-mail: kopark@kdu.ac.kr)

오은미는 한양대학교에서 학·석·박사학위를 받았으며, 현재 한양대학교에서 강사로 재직 중이다. 주요 관심분야는 노인복지, 노인 대상의 도구개발, 뇌졸중 노인의 우울이며, 현재 치매노인 대상의 비약물적 중재, 노인의 허약성, 노인의 낙상두려움 등을 연구하고 있다.

(E-mail: oem76@hanyang.ac.kr)

참고문헌

- 국민건강보험공단. (2017). 종사자 교육. www.longtermcare.or.kr/npbs/d/m/000/moveBoardView?menuId=npe0000002581&bKey=B0150에서 2017.12.28. 인출.
- 김명희. (2009). 노인 장기 요양보험제도에 의한 방문간호사의 역할 · 업무분석, *한국보건간호학회지*, 23(2), pp.232-250.
- 김선미, 정석희, 이명하, 김현경. (2017). 요양병원의 간호중재에 대한 중요도, 수행도 및 간호사 수행률. *대한간호학회지*, 23(4), pp.359-372.
- 김원경. (2014). 치매 가족의 자살 및 살인사건에 대한 신문기사 분석. *보건사회연구*, 34(2), pp.219-246.
- 김은경, 김윤미, 김명애. (2010). 노인 장기요양 방문간호서비스의 소요시간별 방문당 원가 분석. *대한간호학회지*, 40(3), pp.349-358.
- 김은희, 이은주. (2015). 요양병원 간호인력 확보수준에 따른 입원환자의 간호결과. *한국데이터정보과학회지*, 26(3), pp.715-727.
- 맹진영, 이용재. (2017). 재가장기요양기관 지역별 분포의 불평등과 변화. *노인복지연구*, 72(2), pp.85-112.
- 박경옥, 문설화, 윤종철, 홍(손)귀령. (2017). 시설 요양보호사의 실무경력에 따른 장기요양서비스 제공빈도와 숙련도, 난이도의 차이. *노인간호학회지*, 19(2), pp.135-144.
- 박민정, 서은영, 이정면. (2013). 노인요양시설 입소자들의 의료적 요구에 대한 간호직 종사자들의 관리 경험, *성인간호학회지*, 25(4), pp.409-421.
- 법제처. (2017a). 노인복지법 시행규칙. <http://www.law.go.kr/lsBylInfoR.do?bylSeq=7179520&lsiSeq=198754&refYd=20171103>에서 2017.12.28. 인출.
- 법제처. (2017b). 의료법 시행규칙. <http://www.law.go.kr/법령/의료법시행규칙에서>에서 2017.12.28. 인출.
- 선우덕(2016). 노인 건강 및 장기요양정책의 현황과 과제, *보건복지포럼*, 239, pp.34-48.
- 설미이, 신용애, 임경춘, 임초선, 최정화, 정재심. (2017). 한국 전문 간호사제도의 현황과 활성화 전략. *간호학의 지평*, 14(1), pp.37-44.
- 유애정. (2017). 장기요양보험 통합재가 서비스 시행 방향. 2017년 노인간호학회 춘계학

술대회. 노인간호학회, pp.21-50.

- 이건복. (2017). 요양보호사가 바라본 노인 장기요양 10년 평가와 개선요구. 노인장기요양보험 전면개혁을 위한 대토론회 자료집. pp.15-38.
- 이성우, 김명화, 박진관. (2016). 요양병원 인력가산 효과평가. 원주: 건강보험심사평가원.
- 임지영, 김은주, 최경원, 이정석 노원정. (2012). 노인장기요양보험 방문간호의 장애요인 및 활성화 방안. 한국콘텐츠학회지, 12(8), pp. 283-299.
- 장성옥, 송미령, 공계순, 천숙희. (2012). 재가 치매가족의 돌봄: 개념명료화. 기본간호학회지, 19(1), pp.23-34.
- 장지은, 최희승. (2016). 초기 치매 환자의 가족돌봄제공자를 위한 정서중심 개별중재의 효과. 정신간호학회지, 25(2), pp.101-112.
- 중앙치매센터. (2016). 중앙치매센터 연차보고서 2016. https://www.nid.or.kr/notification/notice_view.aspx?board_seq=1299에서 2017.12.28. 인출.
- 천숙희, 장성옥, 공계순, 송미령. (2011). 치매노인 가족수발자를 위한 지역사회기반 휴식 프로그램 개발 및 적용효과, 기본간호학회지, 18(3), pp.337-347.
- 통계청. (2016). 시·군·구별 장기요양기관 전문 인력 현황. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=350&tblId=DT_35006_N022&conn_path=13에서 2017.12.28. 인출.
- 통계청. (2017). 2017 고령자 통계. http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/3/index.board?bmode=read&bSeq=&aSeq=363363&pageNo=1&rowNum=10&navCount=10&currPg=&target=title&target=txt에서 2017.12.28. 인출.
- 한국전문간호사협회. (2017). 정의와 자격. http://www.kaapn.or.kr/new/sub02/2_1.php에서 2017.12.28. 인출.
- 한양대학교 임상간호정보대학원. (2017). 임상간호정보대학원 안내. <http://hydnghanyang.ac.kr/academics/introduce.php>에서 2017.12.28. 인출.
- 행정안전부. (2017). 17년 8월말 주민등록 인구수 5,175만 명. http://www.mois.go.kr/fri/bbs/type010/commonSelectBoardArticle.do?bbsId=BBSMSTR_000000000008&mtId=59453에서 2017.12.28. 인출.
- 홍(손)귀령, 윤종철, 박애자, 김혜령, 이선혜, 박영선 등. (2014). 치매 전문인력 표준 교육 과정 개발 연구. 성남: 중앙치매센터.

- 황도경, 신영석, 최병호, 김찬우, 박금령, 김은아. (2016). 노인 의료와 요양 서비스 수요 분석 및 공급체계 다양화 연구-공급의 통합적 연계 체계 구축. 세종: 한국보건사회연구원.
- Afram, B., Stephan, A., Verbeek, H., Bleijlevens, M. H., Suhonen, R., Sutcliffe, C., et al. (2014). Reasons for institutionalization of people with dementia: informal caregiver reports from 8 European countries. *Journal of the American Medical Directors Association*, 15(2), pp.108-116.
- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., Richards, K., et al. (1996). Need-driven dementia-compromised behavior: an alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 11(6), pp.10-19.
- Alzheimer's Association. (2017). *2017 Alzheimer's disease facts and figures*. https://www.alz.org/documents_custom/2017-facts-and-figures.pdf에서 2017.12.28. 인출.
- American Association of Nurse Practitioners. (2017). *Historical timeline*. <https://www.aanp.org/all-about-nps/historical-timeline>에서 2017.12.28. 인출.
- Bass, D. M., Judge, K. S., Lynn Snow, A., Wilson, N. L., Morgan, R., Looman, W. J. et al. (2013). Caregiver outcomes of partners in dementia care: Effect of a care coordination program for veterans with dementia and their family members and friends. *Journal of the American Geriatrics Society*, 61(8), pp.1377-1386.
- Centers for Medicare & Medicaid Services. (2017). *Design for nursing home compare five-star quality rating system: technical users' guide*. Baltimore: Centers for Medicare & Medicaid Services.
- Chiao, C. Y., Wu, H. S., & Hsiao, C. Y. (2015). Caregiver burden for informal caregivers of patients with dementia: a systematic review. *International Nursing Review*, 62(3), pp.340-350.
- Donaldson, C., Tarrier, N., & Burns, A. (1997). The impact of the symptoms of dementia on caregivers. *The British Journal of Psychiatry*, 170(1), pp.62-68.

- Edvardsson, D., Sandman, P. O., & Borell, L. (2014). Implementing national guidelines for person-centered care of people with dementia in residential aged care: effects on perceived person-centeredness, staff strain, and stress of conscience. *International Psychogeriatrics*, 26(7), pp.1171-1179.
- Farber, N., Shinkle, D., Lynott, J., Fox-Grage, W., & Harrell, R. (2011). *Aging in place: A state survey of livability policies and practices*. <https://assets.aarp.org/rgcenter/ppi/liv-com/aging-in-place-2011-full.pdf>에서 2017.12.28. 인출.
- Gerolimatos, L. A., Page, K. S., Balestracci, P. B., & Hinrichs, K. L. M. (2018). Interdisciplinary development and implementation of a dementia skills training program in a VA community living center: a pilot study. *Geriatric Nursing*, <https://doi.org/10.1016/j.gerinurse.2017.12.012>에서 2017.12.12. 인출.
- He, W., Goodkind, D., & Kowal, P. R. (2016). *An aging world: 2015*. Washington DC: United States Census Bureau.
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., & Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350(7), pp1-16. doi:10.1136/bmj.h369
- Kim, H. G., Ahn, M. E., Choi, Y. A., Choi, E. H., Kim, D. W., Shin, S. G. et al. (2015). Fifteen-year experience with telemedicine services in Gangwon Province in Korea. *Healthcare Informatics Research*, 21(4), pp.283-291.
- Kim, H. S. (2010). *The nature of theoretical thinking in nursing*. New York: Springer Publishing Company.
- Kitwood, T. (1993). Towards a theory of dementia care: the interpersonal process. *Ageing & Society*, 13(1), pp.51-67.
- Kochanek, K. D., Murphy, S. L., Xu, J., & Tejada-Vera, B. (2016). Death: final data for 2014. *National Vital Statistics Reports*, 65(4). pp.1-122.
- Korean Accreditation Board of Nursing Education. (2016). *2016 Korean advanced practice nurse annual report*. Korean Accreditation Board of Nursing Education.
- Liu, L., Stroulia, E., Nikolaidis, I., Miguel-Cruz, A., & Rincon, A. R. (2016). Smart

- homes and home health monitoring technologies for older adults: a systematic review. *International Journal of Medical Informatics*, 91, pp.44-59.
- McCabe, M. P., Bird, M., Davison, T. E., Mellor, D., MacPherson, S., Hallford, D. et al. (2015). An RCT to evaluate the utility of a clinical protocol for staff in the management of behavioral and psychological symptoms of dementia in residential aged-care settings. *Aging & Mental Health*, 19(9), pp.799-807.
- Peeters, J. M., Pot, A. M., de Lange, J., Spreuwenberg, P. M., & Francke, A. L. (2016). Does the organisational model of dementia case management make a difference in satisfaction with case management and caregiver burden? An evaluation study. *BMC geriatrics*, 16, 65.
- Richters, A., Nieuwboer, M. S., Perry, M., Rikkert, M. G. O., Melis, R. J., & van der Marck, M. A. (2017). Evaluation of DementiaNet, a network-based primary care innovation for community-dwelling patients with dementia: protocol for a longitudinal mixed methods multiple case study. *BMJ open*, 7(8), e016433.
- Sharkey, S. S., Hudak, S., Horn, S. D., James, B., & Howes, J. (2011). Frontline caregiver daily practices: a comparison study of traditional nursing homes and the green house project sites. *Journal of the American Geriatrics Society*, 59(1), pp.126-131.
- United Kingdom Department of Health. (2015). Policy paper 2010 to 2015 government policy: dementia. <https://www.gov.uk/government/publications/2010-to-2015-government-policy-dementia/2010-to-2015-government-policy-dementia>에서 2017.12.28. 인출.
- Vroomen, J. M., Van Mierlo, L. D., van de Ven, P. M., Bosmans, J. E., van den Dungen, P., Meiland, F. J. et al. (2012). Comparing Dutch case management care models for people with dementia and their caregivers: the design of the COMPAS study. *BMC health services research*, 12(1), 132.
- Wei, C. W., Tung, H. H., Tsay, S. L., & Lin, C. W. (2012). Nurse practitioners in Taiwan: today and tomorrow. *Journal of the American Association of Nurse*

Practitioners, 24(3), pp.138-142.

Wimo, A., Guerchet, M., Ali, G. C., Wu, Y. T., Prina, A. M., Winblad, B. et al.
(2017). The worldwide costs of dementia 2015 and comparisons with 2010.

Alzheimer's & Dementia, 13(1), pp.1-7.

World Health Organization. (2012). *Dementia: a public health priority*. Geneva: WHO.

Assessment and Suggestion on Strategies to Overcome Dementia and Its Tasks: Nursing Perspectives

Hong, Gwi-Ryung Son
(Hanyang University)

Park, Kyongok
(Far East University)

Oh, Eunmi
(Hanyang University)

Dementia is a combination of physical and psychological symptoms with declining cognitive health. Therefore, persons with dementia need long-term care and management, an important health policy issue which can be accomplished by the patients themselves, their family members, communities, nations as well as the whole world. Thus, the purpose of the study was to examine the current issues related to dementia care and to suggest possible strategies to solve the issues from nursing perspectives. This study reviewed issues related to nursing manpower for dementia care, educational preparation and its problems, family caregiver, and current divided systems of medical and care models. In order to improve the quality of services for dementia, we suggest the following: utilization of nurse practitioners; development of guidelines for professional dementia care; development of an up-to-date dementia care model; development of intra-disciplinary and inter-disciplinary collaboration model; and management using U-health. In conclusion, the quality of life in persons with dementia and their family members will be improved through systematically well designed long-term care policies.

Keywords: Dementia, Family Caregiver, Nursing Manpower, Integrated Service