

지역사회 치매노인 서비스 관리 현황 연구

Study on Dementia Elderly Service Management Status in Local Community of Korea

Kum Ju Kwon

Dept of Social Welfare, Seoul Cyber University, 60, Solmae-ro 49-gil, Gangbuk-gu, Seoul, Korea

Abstract

A dementia management service is provided in Korea under the Act on Dementia Control, the Act on Elderly Long Term Care Insurance, and the Law for Welfare of the Aged and the Health Care Law. The purpose of this study is to examine whether the service meets the various demands of the elderly with dementia and whether the related laws are executed in an interrelated manner. This study investigate the problems and possible solutions in a service delivery system. First, it propose to establish a service delivery system covering comprehensive elderly with dementia case management. Second, a multi-disciplinary, multi-dimensional and community relevant service delivery system needs to be created. Third, as the lack of dementia care service providers gives negative influence to the quality of the service, it propose to cultivate managerial personnel in dementia care, both in health and welfare sectors, and encourage them to carry out their duties in a cooperative manner under a dementia care plan.

Key words: elderly welfare, dementia elderly, act on dementia control, dementia care management

국문초록

본 연구는 우리나라에서 치매노인을 위한 서비스가 치매관리법, 노인장기요양보험법, 노인복지법, 그리고 의료법 등 여러 개의 법조항에 의거하여 제공되고 있지만, 치매노인 및 그 가족의 다양한 욕구에 따른 서비스를 제공하고 있는지, 그리고 각 관련법이 상호 연계되어 진행되고 있는지를 전달체계 중심에서 문제점과 해결방안을 살펴보았다. 연구결과 첫째, 치매관리법에 의한 서비스는 보건의료 중심의 접근의 한계점을 가지고 있어 이를 극복하기 위해서는 종합적인 치매노인사례관리(care management)를 포함한 전달체계를 구축해야 한다. 둘째 치매관

* Tel. +82-2-944-5000. Fax. +82-2-980-2222. E-mail. pangbest@naver.com

Submission & Publication Process

Received: Nov. 3, 2015 / Revised: Nov. 13, 2015 / Accepted: Nov. 23, 2015

런 정책들은 차별성없는 서비스 및 중복 서비스 제공, 서비스 사각지대 존재하고 있어 이를 해결하기 위해서는 다학제-다차원적인 지역밀착형 서비스 체계를 수립해야 한다. 셋째, 치매관련 인력 부재는 서비스 질에 영향을 줄 수 밖에 없어 의료보건 및 복지 각 분야별로 치매케어메니저 인력 양성과 더불어 치매케어플랜에 따른 상호협력적 업무수행이 필요하다.

주제어: 노인복지, 치매노인, 치매관리법, 치매케어메니저먼트

1. 서론

인구고령화의 불안 중 하나는 가족이나 사회에 의존하는 노인의 증가인데, 이러한 의존성 노인 중에서도 가족과 사회에 대한 의존성이 가장 높은 경우는 치매노인이다(Kwon, 2012). 인지하다시피 인구고령화로 치매환자는 매년 급증하고 있다. 치매유병률조사추이(Ministry Health & Welfare, 2012) 결과를 보면 2015년 기준 65세 이상의 치매유병률은 9.79%로 약 64만8천명이 치매환자로 추이되며, 2030년에 100만을 넘어 2050년에는 65세 이상 인구의 15.06%인 270만명 정도가 치매환자로 예상되고 있다.

세계보건기구(WHO)의 국제 질병분류(ICD-10: 2015)에서 치매는 뇌의 질병으로 만성 또는 진행성을 가진 증후군으로서 고도의 대뇌피질 기능의 다발성 장애라고 정의하고, 기억력, 사고력, 이해, 계산, 지남력, 학습능력, 언어, 판단 및 의식 등이 어려움을 가지며 일상생활에서 감정통제, 사회적 행동의욕 저하 등이 있다고 규정하고 있다. 즉, 치매는 대표적인 노인성질환 중 하나로 성장기에는 정상적인 지적 수준을 유지하다가 후천적으로 인지기능의 손상 및 인격의 변화가 발생하여 독립생활이 어려워지는 것 뿐 아니라, 인간다움까지 잃게 되어 개인의 고통과 피해 뿐 아니라, 가족과 사회의 부담도 높다.

우리나라 치매관련 연구 동향을 살펴보면 1980년 후반치매가 무엇인지, 치매 진단 및 이해 관련 논문(Yoon, 1986)을 시작으로 1990년에 치매 간호와 돌봄의 부담, 치매 관련 서비스 및 자원의 필요성, 치매환자의 환경구성 등을, 2000년 들어서는 치매에 대해 좀 더 심도 있게 다루기 시작하여 치매 관련 다양한 영향요인, 효과적인 치매관리 또는 치료방법과 예방, 더 나아가 치매를 사회문제로 인식하면서 치매노인을 위한 노인복지정책(Choi, 1998; Kim, 1998; Rim, 2000; Choi & Lee, 2003; Kim, 2005)을 논하는 등 의학, 간호학, 사회복지학 등 다양한 분야에서 연구를 진행하여 왔다.

한편, 정부의 치매관리정책은 크게 노인장기요양보험법과 치매관리법 제정이라는 성과를 이뤄냈다. 우선, 2008년 7월부터 시행된 노인장기요양보험에서는 치매를 노인성 질환 중 하나로 취급하고 있으며, 이 질환으로 장기요양 욕구를 가지고 일정 점수의 요양등급을 받게 되면 재가 또는 시설 서비스를 통해 제공하고 있다. 이 제도는 이후 치매 관련하여 2011년 6월에 치매가점제도를 도입하였고, 2013년 7월 치매가점체계 모형을 개선하였으며, 그리고 최근 2014년 7월에는 치매특별등급제도 도입하여 치매노인에 대한 관심을 표명하고 있다.

치매와 관련하여 직접적인 노력은 2011년 치매관리법 제정이다. 법 제정과정을 살펴보면, 1997년 8월 노인복지법개정을 통해 치매예방 및 치매연구 등의 실시를 제시하고 1998년 노인복지법 시행규칙

에 치매관리사업 실시 및 치매상담센터의 설치를 실시하였다. 2006년부터는 치매예방사업으로 치매조기검진사업을 실시하고, 2010년부터 저소득층의 치매노인을 지원하기 위해 치매약제비 및 진료비의 본인부담금을 지원하는 치매치료 관리비 지원사업을 2008년에는 치매종합관리대책을 마련하여 치매의 조기발견 및 예방 강화, 종합적이고 체계적인 치매치료와 관리체계 구축, 치매관리를 위한 인프라 구축, 치매환자 부담경감 및 부정적 인식 개선 등을 위한 사업을 전개해 왔다. 이후, 2011년 치매관리법 제정까지 이르러 정부가 일정한 주기로 치매관리종합계획을 수립하고 국가치매관리위원회를 구성하며, 치매연구사업을 진행하고 치매검진과 의료비지원사업, 중앙치매센터와 치매상담센터 등의 설치에 관한 규정을 두어 치매 관련하여 체계적으로 사업을 추진하기에 이른다(Lee, 2014). 개별 질환에 대해 별도로 법을 제정하여 관리하는 예는 많지 않음에도, 치매관리법이라는 치매에 대해 개별법령을 제정하여 국가 주도로 특별히 관리하고자 하는 것은 그만큼 치매에 대한 부정적 인식, 치매 환자 가족의 심리, 신체, 경제적 부담, 치매환자의 진료비 등의 증가 등이 사회적으로 큰 부담이 되고 이에 대해 국가의 각별한 정책의지가 있음을 시사하고 있다(Kim, 2011)

그러나 치매관리서비스는 현재 치매로 진단받은 중경도의 치매대상자뿐 아니라, 고위험군인 경도인지장애노인, 그리고 치매진단 받지 않은 정상노인 모두 관리의 대상이 되며, 더 나아가 치매노인만이 아닌 가족까지 포함하는 지역사회가 책임질 주요 문제이다. 그러므로 치매를 사전에 예방하는 접근부터 치매 진단을 받고 증상이 진행되는 치매대상자 및 그 가족의 인간다운 삶의 질 향상을 목표로 대상자의 잔존능력 유지 및 향상과 그 가족의 부양부담을 해소하기 위해 지역 내 다양한 사회자원을 활용하면서 보건-복지연계에 기반하여 복합적인 서비스 욕구를 지원해야 하는 만성적 사례관리 대상이라 할 수 있다(Yoo, 2013). 그렇다면 현재 치매 관련하여 우리나라의 정책 및 서비스들은 다양한 치매 관련하여 다양한 욕구를 가진 대상자 및 그 가족에게 서비스가 제공되고 있는지, 치매관리법, 노인장기요양법, 그리고 노인복지법 등의 법체계 아래 수립되고 진행되는 정책 및 서비스가 상호 연계되어 진행되고 있는지 살펴보는 것은 중요하다.

본 연구에서 이와 같은 질문을 풀어보고자 우선 치매노인 현황 및 사회적 문제점을 기본적으로 살펴보고 둘째, 우리나라 지역사회에서 치매대상자 관련한 치매관리서비스의 현황에 대해 관련법을 기준으로 정책 및 서비스 내용과 한계점을 분석하고 셋째, 우리나라 치매관리 전달체계 중 서비스 접근성을 중심으로 분석하고자 한다. 이 분석은 정책 시행과정에서 나타나고 있는 정책 선택의 근본적 요소를 분석하는데 장점이 있는 길버트와 테렐(Gilbert & Terrell)의 정책분석 틀(Kim, *et al.*, 2011) 중 ‘서비스 공급체계 및 서비스 접근성’에 초점을 두고 분석하고자 한다. 이는 어떻게 급여를 전달하는가와 관련된 전달체계 측면에서 서비스의 공급체계와 서비스의 질과 양에 있어 접근성 보장 내용을 평가해보는데 의의가 있다. 이와 같은 분석 과정을 통해 마지막으로 앞으로 치매관리 발전 방안에 대한 시사점을 제시하고자 한다. 즉, 현재 치매노인 중심으로 현재 시행되고 있는 치매 관련법과 정책, 그리고 서비스 등의 현황을 통해 보건과 복지의 통합적 관점에서 효과적 지원방안을 논의하고자 한다.

II. 치매노인의 개념 및 현황

치매라는 말은 라틴어에서 유래된 말로서 ‘정신이 없어진 것’이라는 의미하며, 황폐화 된 정신상태(Deteriorated Mentality)라는 영어의 줄임 용어로서 ‘dementia’라고 표기되는데, 용어 그대로 정서, 기억, 사고, 인지능력 등이 저하되면서 나타나는 여러 가지 증상들을 총칭하는 용어로 인식되고 있다(Rim, 2000). 우리나라 노인복지법 제1조의 2에서는 치매관리법 2조(정의) 근거에 기초하여 치매를 퇴행성 뇌질환 또는 뇌혈관계 질환 등으로 인하여 기억력, 언어능력, 지남력(指南力), 판단력 및 수행능력 등의 기능이 저하됨으로써 일상생활에서 지장을 초래하는 후천적인 다발성 장애로 정의하고 있다. 치매 중 가장 흔한 유형은 서서히 신경세포가 죽어가는 퇴행성 질환인 알츠하이머 치매가 가장 높고, 두 번째는 뇌혈관 질환의 이상에 의해 발생하는 혈관성 치매이며 그 외 루이테 및 파킨슨치매, 가성 치매, 회상성 치매 등 기타 치매 등이 있다.

치매의 증상과 기준과 관련하여 임상경과는 치매의 원인에 따라 매우 다양한 양상을 보이므로 일률적으로 말하기는 무척 어렵다. National Health Insurance Service(2013)에서는 이를 간단하게 정리하고 있는데 치매는 인지기능의 장애와 동시에 정서적 조절 및 사회적 행동의 감퇴 또는 동기의 결여가 나타나고, 경우에 따라서는 인지기능장애가 발생하기 이전에 이러한 증상이 나타나기도 한다. 치매가 진행되어 지적 기능의 감퇴가 뚜렷해지면 일상생활, 즉, 식사, 옷입기, 세면, 개인위생, 배뇨 및 배변 등에 장애가 나타난다. 장애유형별 특징을 살펴보면 기억력 장애는 알츠하이머 치매 뿐 아니라 여러 치매에서 공통적으로 나타날 수 있는 증상으로 초기에 단기 기억력의 감퇴가 주로 나타나며 이로 인하여 새로운 정보를 습득하는 능력을 잃게 되고 시간이 지남에 따라 장기 기억력의 감퇴도 동반하게 된다. 언어 장애는 기억력의 감퇴와 마찬가지로 치매의 초기에서부터 나타날 수 있는데 처음에는 단어나 사람이름이 잘 떠오르지 않는 증상으로 시작하고, 알츠하이머 치매의 경우 초기에 나타나는 흔한 증상이다. 시공간 능력 장애는 환자가 익숙한 거리에서 길을 잃거나 심하게는 집안에서 방이나 화장실 등을 찾아가지 못하는 증상으로까지 발전할 수도 있는데, 자동차를 운전하는 경우에 목적지를 제대로 찾아갈 수 없게 되기도 한다. 실행능력 장애는 감각 및 운동기관이 온전한데도 불구하고 어떤 의도적인 행동을 못하는 경우로, 초기에 환자는 몇 가지 순서를 밟아야 되는 일, 가령 식탁 차리기에 어려움을 느끼게 되며, 치매가 진행됨에 따라 식사를 하거나 옷을 입는 단순한 일에서조차 장애가 나타난다.

또한 치매의 증상에 따라 단계를 나눠 그 정도를 살펴보기도 하는데, 최경도치매, 경도치매, 중등도치매, 중증치매로 구분할 때, 우리나라는 2012년 기준 최경도 치매 17.4%, 경도치매 41.4%, 중등도치매 25.7%, 중증치매 15.5%로 나타나고 있으며, 노인인구 중에서 동일 연령대에 비해 인지기능이 떨어져 있는 상태, 일상생활을 수행하는 능력은 보존되어 있어 정상에서 치매로 이행되는 중간단계로 보는 경도인지장애 유병율도 27.32%로 나타났다(Ministry Health & Welfare, 2013).

치매는 주로 노년기에 많이 생기는데, 치매의 유병률은 다소 차이는 있지만 연령이 높아질수록 빈

도도 비례적으로 높아져 80세 이상에서는 약 20%에 이른다고 보고하고 있고, 심장병, 암, 뇌졸중에 이어 4대 주요 사인으로 불릴 정도이다(Kim & Kim, 2011). 실제 2008년 보건복지부가 서울대병원과 함께 조사한 노인의 치매 유병률을 살펴보면 65~69세는 3.64%, 70~74세는 5.19%, 75~79세는 11.33%, 80~84세는 17.08%, 85세 이상은 30.49%로 연령이 증가함에 따라 치매 유병률은 급격하게 증가함을 알 수 있다. 또한 치매는 발병 후 만성적으로 진행하여 악화되는 비가역성 질환이므로 부양하는 가족에게 심각한 고통을 주고 이로 인한 부양스트레스는 암 환자를 부양하는 것 보다 더욱 크다고 한다(Clipp & Gerge, 1993). 2014년 기준 전국의 치매환자를 61만 명으로 추정할 때, 치매로부터 자유롭지 못한 가족은 배우자, 자녀, 손자녀를 포함해서 약 245만 명에 이르며, 치매환자 관련한 사회비용도 치매환자의 돌봄으로 매일 6~9시간 소요와 연간 약 2천만 원을 치매환자를 보살피기 위해 사용하고 있다(National Institute of Dementia, 2014).

치매 치료 및 관리는 일반적으로 치매의 진행 단계에 따라 계획·실행해야 한다고 보며, 약물 및 비약물 치료관리, 일상생활 케어 및 사회적 서비스 이용 계획 등도 개인 증상 및 단계에 따라 적용되어야 한다. 그러나 치매단계별 증상을 치료로 통해 완전히 완치될 수 없으며 증상완화 정도의 효과가 있는 것으로 보고 있다(Won, 2010). 최근 조기 진단하고 체계적으로 치료 및 관리를 통해 치매 증상 지연 또는 완화를 제시하면서 치매예방 지원체계 구축의 중요성이 강조되고 있지만, 한편 치매로 인한 당사자 및 가족의 부담과 더불어 치매대상자라고 할지라도 그들의 잔존 능력을 보존하고 마지막까지 삶의 질 향상을 위한 다양한 지원과 관리도 강조해야 한다.

III. 치매의 사회적 문제점

앞에서도 언급하였듯이 치매는 치료하기 어려운 질병의 하나라는 인식만이 아니라, 일상생활 전반에 걸쳐 치매 노인 본인의 고통은 물론이거니와 그를 수발해야 하는 가족들의 고통과 경제적 부담 등도 심각하게 위협하여 사회적 삶의 질을 저하시키는 사회적 질병이라 할 수 있다. 따라서 치매는 개인의 문제가 아닌, 사회적 관점에서 다뤄져야 하며, 이와 관련하여 현재 치매 관련하여 사회적 문제점은 크게 세 가지로 정리할 수 있다.

첫째, 치매에 대한 인식 부족이다. 노인성 치매에 대한 홍보와 인식 부족으로 인해 아직 많은 사람들이 치매를 질병이라기보다는 자연스러운 노화 과정으로 간주하고 질병으로 받아들이지 않고 있다. 이는 치매의 발견과 치료의 장애가 되고, 병원 치료 등을 지연시키는 결과를 낳고 있다. 외국은 병원에 찾아오기 까지의 기간이 평균 1.4년임에 비해 우리나라는 평균 2.7년으로 평균 2배에 달해(Kim, 2011) 초기에 치매 진단·치료 및 서비스 접근성이 낮은 편이다. 뿐만 아니라, 보건복지부 2008년 조사에서 노인들의 치매 인식수준은 100점 만점에 60점 수준으로 낮게 나와 정부는 치매에 대한 체계적 교육과 홍보에 상당히 주력하고 있으며, 2011년 치매관리법 제정 이후 국립중앙치매센터 및 지역치매

지원(상담)센터를 통해 치매의 올바른 인식과 조기 발견을 위한 아웃리치 등의 사업 등을 활발히 진행하고 있다.

둘째, 치매치료, 관리 비용증가로 사회·경제적 부담 가중되고 있다. 보건복지부에 의하면 2014년 기준으로 치매관리에 투입된 직·간접비용은 약 13조원에 이를 것으로 추산되며, 더욱 큰 문제는 경제 규모가 커지면서 치료비용을 비롯한 조호비용이 늘어나기 때문에 종합적으로 비용은 10년마다 2배씩 증가하게 된다는 것이고, 2050년에는 사회적비용이 100조원에 가까울 것으로 전망되어 치매에 관심을 쏟을 수밖에 없다(National Institute of Dementia, 2014). 실제 연간 치매 관련 총진료비는 2010년 8,100억 원으로 노인성 질환 중 2위에 해당되며, 1인당 진료비는 연간 310만 원으로 5대 만성질환 보다 높은 수준이라고 한다. 이 외에 치매 관련하여 사회·경제적 총 비용은 연간 8조7천억 원(2010년)으로 10년마다 두 배씩 증가할 것으로 추정한다(Ministry Health & Welfare, 2013) 따라서 치매의 사회적 비용은 암, 심장질환, 뇌졸중 세가지 질병을 모두 합한 비용을 초과하며, 중증치매환자(2,341만 원)는 경증치매환자(1,351만 원)에 비해 2배 이상 비용이 소모되어 치매 고위험군의 조기발견, 치매 초기단계부터 약물 치료, 치매환자 가정에서의 보호 등을 통한 치매 관련 비용을 절감할 필요가 있다.

셋째, 치매대상자 및 가족들에게 정신적, 신체적, 경제적으로 심각한 부담을 초래한다. 치매가족은 예기치 못한 상황 및 준비되지 않은 상황에서 부양의 역할을 할 때 그 스트레스는 더 크다. 특히 치매가족은 계속적으로 지원을 해야 하는 정서적 부담감, 부양 서비스와 관련된 지식과 자원이 부족하여 환자 보호와 관련된 일들을 처리하지 못할 때 느끼는 죄책감이나 허탈감(Furline, 2001; Suh & Chun, 2009) 등을 경험하며, 부양으로 인해 사회적 활동의 제한과, 치료비 등으로 인한 재정적 어려움도 겪게 되는데, 가족들이 이러한 부담을 극복할 수 있다면 장기간 지역사회에서 보호할 수 있겠으나 그렇지 못할 경우 시설에의 입소를 결정하는 과정을 밟고 있다(Kim, *et. al.*, 2014) 치매노인의 시설입소로 부양가족의 신체적 부담은 적어졌다고 하더라도 정신적으로 양가감정 등을 경험할 수 있으며, 노인장기요양 비급여 노인은 가족이 고스란히 경제적 부담 떠안게 된다.

따라서 치매노인을 부양하는데 있어서 공식적·비공식적인 사회적 지지망 구축 등의 지역사회 지지체계를 통해 치매노인 부양부담을 안고 있는 가족의 부담과 어려움을 지원할 수 있는 가족치료 및 상담, 종합적 서비스제공체계 구축 등이 제공될 필요가 있다(Kim, 2003; Song & Choe, 2007, Lee & Park, 2008). 현재 우리나라 치매 관련 정책은 치매대상자의 증상 및 문제에 따라 받을 서비스를 통합적으로 연계하여 제공하는 시스템이 작동되고 있지 못해 관련 서비스 접근성은 쉽지 않다.

IV. 우리나라 치매 관련 제도 및 서비스

치매에 대한 관련법으로는 노인복지법, 노인장기요양보험법, 치매관리법, 의료법이 존재하며, 이중 치매관리법은 치매관련 독자적인 법체계라 할 수 있다. 이 장에서는 이 세 가지 법에서 치매 관련한

주요 내용 및 전달체계 관련한 문제점을 살펴보겠다.

1. 치매관리법과 치매(상담)센터 서비스

치매관리법은 치매의 경우 증상이 심해질수록 치료효과가 적어지고 가족의 부담은 증가한다. 따라서 예방이나 검진으로 조기에 발견함으로써 발생될 수 있는 문제점이나 어려움을 최소화 하는 것이 필요하다고 보고 2011년 별도의 특별법으로 제정하여 2012년부터 시행에 들어갔다.

치매관리법은 치매의 예방과 치매환자의 진료요양 및 치매퇴치를 위해 연구 등에 관한 정책을 종합적으로 수립하고 시행함으로써, 치매로 인한 개인적 고통과 피해 및 사회적 부담을 줄이고 국민 건강 증진에 이바지하는 것을 목적으로 하고 있다. 이는 치매로 인한 고통이 사회적 부담이 되고 있고 그에 대한 국가의 각별한 정책의지가 있음을 나타내고 있어 이 법은 치매정책의 수립, 시행하기 위한 국가의 의무 및 당위성을 제시한 총론이라 할 수 있다. 치매관리법은 크게 총칙, 치매관리 종합계획, 치매연구사업, 보칙, 벌칙 등 5장으로 나뉘지며, 치매관리법에서 다루고 있는 주요 사업은 ① 국가치매관리위원회의 심의를 거쳐 5년마다 치매관리종합계획 수립, ② 치매의 예방과 치료·관리를 위한 연구사업, 치매검진사업, 의료비 지원사업, 등록통계사업 등의 실시, ③ 치매에 관한 전문적 연구·치매관리사업의 지원을 위한 중앙치매센터 지정, ④ 지역사회 치매예방 및 치매환자 관리를 위하여 보건소에 치매상담센터 설치, ⑤ 치매관리사업 수행에 따른 비용의 지원 등으로 주로 치매관련 연구 및 종합계획에 비중을 두고 있다.

치매관리법 제16조에는 ‘중앙치매센터’, 제17조에는 ‘치매상담센터’를 설치토록 하고 있다. 이 법에 근거하여 현재 중앙치매센터(1개소)를 설치하고 치매상담센터는 지역보건법(제9조)에 근거하여 보건소를 중심으로 설치·운영하고 있다. 그러나 법 규정에는 제시되지 않은 광역치매센터(11개소) 운영하고 있으며, 서울시의 경우는 치매상담센터 대신 2007년 치매지원센터 4개소를 시작으로 100% 시비지원의 서울시광역치매센터 1개소와 25개소 자치구 치매지원센터 운영하고 있다. 중앙치매센터와 치매상담센터의 주요업무를 살펴보면 지역사회 기반의 통합적 접근을 지향한다고 하나 주로 보건체계 안에서 치매 예방과 홍보, 교육, 치매환자의 등록을 통해 치매통계사업, 그리고 치매조기검진 등의 역할에 치중되어 있음을 알 수 있다. 즉, 독립된 치매 관련 기관임에도 불구하고 지역사회 기반에서 모든 치매대상자 및 가족을 포괄하는 서비스 제공은 미흡한 실정이다.

치매관리법에 의거한 ‘1차 치매관리종합계획’에 의해 초기부터 실시한 치매검진 등은 치매위험 조기 발견에 있어 큰 성과를 거두었다. 그러나 치매라는 특성이 만성질환의 하나로 조기발견과 더불어 장기적이고 통합적인 관리시스템이 요구됨에도 불구하고 검진사업 이후 치료관리 부분은 상대적으로 간과되고 있고, 발견된 치매대상자의 질적 관리 확인 및 추적을 통한 맞춤형서비스 제공 목적 충족은 미흡한 편이라 치매관리의 최전방 전달체계인 치매상담센터의 치매관련 진단인력의 배치, 효과적 사업 진행의 모니터링 등은 부족하다. 치매관리법은 치매대상자 지원을 위한 다양한 주체의 적극적 노력과

협력이 필요함을 제시하고 서비스 전달체계를 명확히 제시하고자 하는 주요 의미를 내포하고 있음에도 현재 치매관리법은 주로 의료보장과 관련된 법체계적 특성으로 인해, ‘돌봄시스템 구축’과 ‘사례관리’의 적극적 개입보다는 조기진단 및 예방 등 보건의료적 대인서비스 강화에 중점을 두고 있어, ‘지역단위 돌봄체계 구축’의 시각에서 보건-복지 연계 및 기존의 복지서비스 전달체계와의 유기적인 협력, 치매케어모델 등의 내용이 다소 미흡하다고 할 수 있다. 따라서 중앙-광역치매센터-지역치매센터(치매상담센터)간 유기적인 연계와 더불어 지역적 특성을 기반으로 한 관련 기관과의 긴밀한 연계 등은 미흡한 실정이다.

2. 노인장기요양보험제도에서 치매 관련 서비스

노인장기요양보험제도는 노인의 평균 수명이 연장됨으로서 노인인구가 크게 증가하는 고령사회에 노령이나 기타 질병에 의해 거동이 불편하여 타인의 도움과 보호를 필요로 하는 사람들의 사회적 보호, 즉 장기요양보호(Long Term Care)의 비용을 사회보험 방식으로 조달하기 위한 제도이다. 2008년 7월부터 본격적으로 시행된 노인장기요양보험제도는 고령이나 치매·중풍 등의 노인성 질병으로 인하여 일상생활을 혼자 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여를 제공하는 사회보험제도이다. 이 제도는 노인장기요양보험법에 근거하여 시행되고 있으며, 등급 기준 1, 2, 3 등급 내에 있는 거동이 불편한 어르신들에게 장기요양서비스를 제공함으로써 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고 부양가족의 부담을 덜어줌으로써 국민의 삶의 질을 향상하도록 하는데 목적을 둔다.

노인장기요양보험제도에서 치매노인 처우는 제도 시행 초기와는 다르게 인정점수 최저기준을 하향조정하는 등의 보장범위를 확대하는 큰 변화 속에서 이뤄지고 있다. 즉, 2011년 6월에는 등급판정체계에 치매가점제도를 도입하고 인정점수를 하향조정하여 당시 등급의 판정을 받은 치매질환자들을 포함시켰고, 2013년 7월에는 인정점수를 추가로 하향조정하고(53점에서 51점으로 하향), 치매가점체계 모형을 개선하여 치매환자의 일상생활지원 및 가족의 수발부담을 완화시키고자 하였으며, 등급판정이 신체기능 중심으로 되어 있어 치매대상자의 특수성을 반영하지 못한다는 점을 적극 수용하여 2014년 7월 치매특별등급제도를 도입하여 경증치매노인 5만명 정도가 서비스 혜택 가능해졌다(Lee, 2014).

그러나 노인장기요양보험에서 보호하고 있는 치매노인은 일상생활에 상당 부분 지장을 초래하는 중등도 이상의 치매여서 경도 치매이고 신체적인 기능 제한이 적은 경우는 아직도 장기요양인정을 받기 어려운 실정이다. 또한 기본적으로 우리나라는 노인장기요양제도 혜택 비율이 다른 나라(10~15%)에 비해 상대적으로 낮은 상태여서 치매특별등급제도로 치매노인 일부를 제도권 내로 포함한 것은 의미 있으나, 근본적으로 노인장기요양제도의 케어플랜이라 할 수 있는 ‘표준 장기요양 이용 계획서’를 송부할 뿐, 치매대상자 관리를 별도로 하고 있다고 볼 수 없다. 이 외에도 치매대상자 중 등급제외자 발생으로 여전히 치매노인의 사각지대 발생 문제는 해소되지 않았으며, 이는 치매관리법에서 강조하고

있는 치매 조기 발견 및 개입이 중요하다는 점을 여전히 간과하고 있고, 등급 제외자에 관리 및 서비스 연계도 정보제공에 그치고 있다. 선행연구에 따르면 치매노인 가족이 선호하는 재가서비스의 경우 돌봄과 인지재활프로그램을 제공하는 주야간보호서비스는 재가서비스 중 7%에 그쳐, 치매특별등급 대상자를 위한 차별적 서비스 제공이 미흡하며, 중증치매대상자가 주로 이용하는 요양시설의 경우는 치매전문 인력 및 서비스 제약이 발생하고 있다(Lim, 2009).

3. 노인복지법에서 치매 관련 서비스

우리나라는 노인복지법 제27조의2(홀로 사는 노인에 대한 지원)에 근거하여 혼자 힘으로 일상생활을 영위하기 어려운 노인과 독거노인에게 욕구에 따라 안전 확인, 생활교육, 서비스 연계, 가사·활동 지원, 주간보호서비스 등 맞춤형 복지서비스를 제공하고 있다(Ministry Health & Welfare, 2014). 서비스의 종류는 ‘독거노인보호사업’, ‘노인돌봄종합서비스’로 구성되어 있고 독거노인보호사업은 독거노인 종합지원센터를 중심으로 독거노인의 사회활동, 사회적 접촉, 식사횟수, 건강상태 등 6개 항목의 수준을 평가하여 보호 필요 점수가 높은 순으로 대상자를 선정하며, 생활관리사가 요보호 독거노인을 정기적인 안전 확인을 통한 정서적 지원을 도모하고, 건강 영양관리 등의 생활교육, 복지서비스 자원 발굴, 연계 등의 서비스를 제공하고 있다(Ministry Health & Welfare, 2015).

독거노인보호사업에서는 치매관련 서비스를 직접적으로 제공하지 않는다. 단, 서비스 대상자 중 독거노인이면서 치매 문제를 가진 경우가 포함될 수 있으며, 주로 최경도치매, 경도치매 또는 정상에서 치매로 이행되는 중간단계로 보는 경도인지장애치매 노인이 포함될 수 있다. 즉, 치매초기 대상자 발굴 및 예방이 가능한 영역이라 할 수 있으나, 사업에서는 치매관련 전문 서비스 및 인력도 부재하고 치매의심 또는 치매노인을 위한 조기진단 및 예방교육 등의 서비스를 수행하지 않아 독거노인보호사업 인력을 통해 치매를 조기에 발견하기 쉽지 않으며, 필요한 경우 지역 치매상담(지원)센터에 연계할 수 있으나, 이는 임의적 차원에서 진행되는 것일 뿐, 공식적 차원에서 상호 연계하여 의무적으로 치매노인을 발견, 의뢰, 진단, 치료 등을 수행하지는 않는다.

노인돌봄종합서비스는 노인장기요양보험에 진입하지 못한 대상자의 보완서비스라고 할 수 있으나 그 출발선부터 목적이 뚜렷하지 않아 실천현장에서는 혼란이 지속되고 있다(Bae, Song & Park, 2011). 기본내용은 65세 이상자 중 건강상태와 소득상태를 평가하여 신변·활동지원, 가사·일상생활지원, 주간보호시설 이용이 가능하다. 2014년부터는 노인장기요양등급의 A 또는 B 판정을 받고 가구소득 기준이 전국 가구 평균소득의 150% 이하(건강보험료 본인부담금으로 판정)여야 신청 가능하며, 이를 종합적으로 판단하여 대상자를 선정한다. 서비스 이용은 월 27시간 또는 36시간을 선택하여 사용하고 바우처를 이용하여 본인부담금과 정부지원금으로 충당하며, 소득 수준에 따라 본인부담금은 월 무료에서 64,000원까지 책정한다(Ministry Health & Welfare, 2015).

노인돌봄종합서비스는 노인장기요양보험제도의 등급에 해당되지 않은 일정 소득 수준 이하에서 노

인성질환을 가진 자를 대상으로 하고 있기에 치매의심 또는 경증의 노인 돌봄 사각지대를 담당하고 있다고 할 수 있으나, 연령, 소득, 건강상태, 그리고 지자체의 여건에 따라 선정 절차에서 제외될 수 있어 여전히 돌봄에서 제외되는 사각지대가 존재한다. 즉, 노인돌봄종합서비스는 소득과 건강상태 기준을 충족하더라도 시·군·구별 예산 한도 범위 내에서 지원하는 것을 원칙으로 하고 서비스 대상자 수가 예산 범위 초과가 예상되는 경우는 우선순위에 따라 산정하고 있기 때문에 국가적 차원의 노인 복지 서비스라고 할지라도 많은 대상자들이 서비스 대상에서 제외된다(Lee, 2012). 또한 서비스 이용 대상자도 급여 이용시간이 노인장기요양급여 시간보다 적으며, 주로 저소득층 노인을 대상으로 하고 있어 초과 이용시 본인부담금을 지출하면서 서비스를 이용하는 경우는 적어 서비스 제한 문제가 있다. 물론 노인돌봄종합서비스도 치매노인을 위한 특별한 인력과 서비스는 제공되지 않고 있어 치매 증상이 중증으로 진행되는 것을 예방하거나 지역사회에 가능한 머무를 수 있도록 서비스를 제공하는 측면도 미흡한 편이다.

4. 의료법에서 치매 관련 서비스

치매노인이 지역사회에 더 이상 머물지 못할 때 이용하는 서비스는 장기요양보험제도 내 시설급여 외에 노인요양병원을 이용할 수 있다. 노인요양병원¹⁾은 「의료법」에 따른 ‘요양병원’에 해당되며, 의료현장에서 요양병원 수요자의 대부분이 노인으로 채워지면서 ‘노인요양병원’이라는 명칭을 사용하고 있다. 노인요양병원은 의사 또는 한의사가 요양환자 30인 이상을 수용할 수 있는 시설을 갖추고 주로 장기요양이 필요한 노인성 질환과 장애가 있는 자에 대한 입원, 외래 및 재활 치료 등의 의료서비스 제공을 목적으로 하는 의료기관으로 급성기 치료 이후 회복기에 있는 환자나 신체기능을 회복시키는 재활치료 환자, 호스피스 제공이 필요한 환자, 요양시설이나 집에 있는 환자 중 급성질환 치료가 필요한 환자, 뇌졸중 등 뇌혈관질환으로 인해 발생하는 재활치료 환자, 아급성기 노인환자들의 입원치료가 목적이다. 따라서 노인요양병원은 노인의료 측면에서 중요한 서비스 제공 기관으로 부각되어 수요·공급의 두 측면에서 모두 확대되는 양상이 나타나고 있다.

공급 측면에서 노인요양병원은 2000년 19개에 불과했는데 최근 급증하여 2005년 202개소, 2009년 777개, 2011년 988개, 2014년 현재 1,239개소로 급증하였으며(Health Insurance Review & Assessment Service, 2014), 수요 측면에서는 2005년 한 해 동안 노인요양병원에 입원하였던 노인은 27,000명 정도이었으나 2009년에는 122,900명으로 증가하였고, 건강보험급여비용도 2007년에는 6천 7백억원에서 2012년에는 2조 6천 2백억여 원으로 늘어났다(National Human Rights Commission of The Republic of Korea, 2014). 이용 환자의 주요 질환은 치매질환자가 평균 42.7%로 가장 많았고, 노인성 질환자와 중

1) 의료법에는 노인요양병원이라는 법정명칭은 없으며 요양관련 명칭은 ‘요양병원’으로 제시되어 있다. 단, 현장에서 요양병원 입원 대상 가운데 하나인 ‘노인’을 주로 대상으로 함을 강조하는 의도로 ‘노인요양병원’ 명칭을 사용하고 있다. 본 글에서는 노인요양병원으로 사용한다.

풍질환자가 그 다음으로 많았으며, 알zheimer 환자가 가장 적은 것으로 나타나(Choi & Lee, 2010) 입원환자 중 치매노인이 요양병원에 입원하거나 이용하고 있음을 알 수 있다.

노인요양병원에 입원하는 치매환자는 중증 또는 중등증에 해당되는 경우가 많은데 이들은 지역사회 치매노인 관리 영역에서 배제되는 경향이 있으며, 노인요양시설과 노인요양병원 대상자 중복으로 인한 지나친 환자 유치를 위한 편법 발생, 서비스 질 관리를 위한 모니터링의 부재 등의 다양한 부작용이 초래되고 있음에도(Kim, 2013) 노인요양병원 치매환자를 포함한 서비스 질 관리는 거의 무방비 상태이다. 또한 2008년 7월 전체 요양병원의 신경과 의사는 141명(10.6%) 2012년 12월에는 183명(6.5%)으로 요양병원에서 전문의가 적절히 배치되지 않고 있어 일부 요양병원을 제외하고 다수의 병원에서 전문적 치료를 받지 못하고 있다(National Human Rights Commission of The Republic of Korea, 2014).

V. 우리나라 치매관리 전달체계 고찰

치매는 치매당사자의 독립생활이 어려워지는 것 뿐 아니라, 인간다움까지 잃게 되어 개인의 고통과 피해 뿐 아니라, 가족과 사회의 부담도 큰 만성적 질환이다. 따라서 치매대상자 및 그 가족은 매우 복잡한 욕구를 갖고 있어 진단과 치료라는 의료·보건서비스 차원을 넘어서서 지역사회를 기반으로 하여 통합적 관점에서 지원 방안을 강구해야 한다. 이러한 지역지원체계 구축을 위해서는 치매노인 및 그 가족 입장에서 밀착형 서비스를 제공할 필요가 있다. 이를 평가하기 위해 우리나라 치매관리 전달체계 고찰을 위해 길버트와 테렐(Gilbert & Terrell)의 정책분석 틀 중 ‘서비스 공급체계 및 서비스 접근성’ 기준으로 고찰해보면 다음과 같은 문제점이 발견된다.

우선 우리나라 치매관리 전달체계에서 서비스 공급체계는 공공의 영역부터 시장경쟁 영역을 포함한 민간영역까지 포괄하고 있다. 공공 영역은 보건복지부가 주축이 되어 관련법에 따라 정책을 세우고 관련 사업을 지도감독하고 있다. 세부 내용을 살펴보면 치매관리법에 의거한 ‘국가치매관리종합계획’ 수립 및 관련 사업 추진, 노인장기요양보험제도 관련한 정책 추진 및 사업 감독, 노인복지법에 의거하여 독거노인돌봄사업 및 노인돌봄종합서비스사업 추진과 지도감독을 실시한다. 전술한 내용 중 공공 차원에서 치매와 관련한 주된 정책 실천은 치매관리법에 의거한 내용이라 할 수 있다. 왜냐하면 공공 차원에 요구하는 제도, 예산, 조직, 시설, 인력, 프로그램은 치매관리법이며, 이 법률에서 치매관리사업을 총망라하여 제시될 것을 기대하기 때문이다. 특히 개별질환에 대해 별도의 법으로 관리한다는 것은 그만큼 치매로 인한 고통이 사회적 부담이 되고 이에 대해 각별한 정책 의지를 표명했다는 면에서 치매관리법은 그 의미가 크다(Park, 2012).

그러나 치매대상자의 대부분인 노인은 보건과 복지의 통합성을 추구해야 하는 계층이라는 점에서 현 치매관리법 및 관련 정책 등은 노인복지 개별법 간의 상호보완성 결여나 위계성 등 관계의 모호성으로 인해 급여공백이나 관련법들 간의 중복성 등이 문제점으로 발생하고 있고(Lee, 2011) 관련한 현

장 서비스 등에서도 상호 연계성이 단절된 체 공급자 중심으로 서비스가 전달되고 있다.

그 내용을 구체적으로 살펴보면 첫째, 치매관리법에서 제시한 치매사업은 치매연구사업(제10조), 치매검진사업(제11조), 치매환자의 의료비지원사업(제12조), 치매등록통계사업(제13조), 중앙치매센터지정(제16조), 치매상담센터 설치(제17조)를 중심으로 제시되어 치매대상자 입장에서 그들의 겪는 고통과 일상생활에서 요구되는 다양한 욕구에 관심을 가진 포괄한 법률이기보다 치매로 인한 사회적 부담을 줄이는데 초점을 둔 정책을 입안한 법률처럼 보인다. 특히 서비스전달체계수립에서 치매관리법은 중앙치매센터를 정책의 컨트롤 타워로, 각 각 기초지자체에 설치된 기존 치매상담센터를 활용하여 공적 영역에서의 치매서비스를 제공하고 있는데 과연 그 허브 역할을 잘 수행하고 있는가에 대해 의문을 제기하고 있다. 왜냐하면 현 치매센터는 치매환자 종합 인프라 확충에 주력해야 함에도 주된 역할은 치매검진 또는 진단 그리고 치료가 필요한 경우 병원으로 연계하는 의료전달체계 형태로 운영되고 있어 치매노인 및 그 가족의 다양한 욕구에 부응하기 어렵고, 특히 치매 관련 하여 유기적 연계의 허브 역할을 수행하지 못하고 있기 때문이다. 물론 보건의료적 접근도 중요하지만 치매가 어느 정도 진행되면 보건의료 접근 이상 치매노인의 생활지원을 어떻게 할 것인가가 더 중요해진다. 즉, 장기요양보험법 내에서 제공되는 재가 및 시설 급여 서비스를 제공하는 현장의 치매케어 접근 및 노인복지법에 의거한 노인돌봄종합서비스 내의 치매노인 관련 서비스, 그리고 보건·복지 외에 고용·주거·문화 등 참여범위를 사회보장 전 분야로 확장하여 연계·협력을 기반으로 하는 지역사회보장협의체 등을 포함한 종합적인 치매노인사례관리(care management)를 포함한 전달체계를 구축해야 한다.

둘째 앞서 살펴본 것처럼 치매관리법을 비롯한 관련법 내에서 연계성은 단절되어 있으며, 제공되는 서비스가 한정되어 있고, 상호 차별화되어 있지 못하다. 서비스 연계성 단절은 각 관련 법률에 의해 각 수행기관별로 서비스를 제공하고 있을 뿐, 하나의 협력체계로 진행되고 있지 못함을 앞서 살펴보았고, 이로 인한 서비스의 한정과 중복 문제는 당연히 귀결되어 발생하는 문제라 할 수 있다. 예를 들면 노인장기요양보험에서 제공하는 서비스와 장기요양보험에서 탈락한 어느 정도 일상생활 수행이 가능한 경증 치매노인이라 추정할 수 있는 등급외자를 대상으로 한 노인돌봄종합서비스의 제공 서비스를 보면 대상만이 다를 뿐 차별된 내용이 없다. 그나마 2014년 7월부터 시행된 치매특별등급제도는 현행의 노인장기요양보험 등급체계를 유지하면서 일부의 치매노인을 대상으로 등급 인정점수를 조정하여 등급의 A 판정자(45점 이상 51점 미만자) 중 치매질환으로 일상생활에 장기요양보호를 필요로 하는 자가 의료기관으로 부터 치매진단 및 증상과 일상생활 관련 일정 점수를 취한 경우에 주야간보호 급여와 인지훈련방문요양급여와 같은 재가서비스를 이용할 수 있게 된 것은 고무적이다

치매특별등급제도는 치매와 관련된 차별적 서비스로서 그 실효성을 아직 평가하긴 어렵지만, 그러나 치매와 관련된 차별적 서비스의 시작으로 치매노인 사례관리(care management)를 포함한 전달체계를 구축하기 위해서 가져야 할 관점은 치료와 케어를 포괄하는 다학제-다차원적 연계성을 기반으로 한 지역밀착형 서비스 전달체계를 수립하여 서비스를 제공하도록 해야 한다. 일본의 경우 인지증 대상자 지원에 있어서 공공-민간-지역주민간의 연계성을 끈고히 하면서 보건의료-복지-개호간의 팀

케어 체계를 구축하고 있다. 이 과정에서 주치의 및 전문의료기관에서 치매증상 초기단계의 발견, 검진유도, 지역의 인지증개호서비스 관련 기관과의 연계 등을 수행한다면, 지역포괄지원센터에서는 보건사, 사회복지사, 케어매니저가 팀케어 체계를 구축하여 치매대상자가 치료 및 개호서비스를 받으면서 지역 내에서 원활한 생활을 영위해 나가도록 지원하고 있다. 또한 지역단위별로 종합적인 지원체계를 마련하여 지역에서 생활을 영위해 나갈 수 있도록 의료, 개호, 및 생활지원을 위한 서비스를 유기적으로 네트워크화하여 시정촌 단위의 관련 종합정책을 실시하고 있다(Yoo, 2013; Lee, 2014).

따라서 인간 자체가 다양한 상황과 환경에서 존재하고 욕구가 다르기 때문에 치매노인 또한 다양한 삶과 경험을 가졌고, 치매로 인한 증상 및 진행과정, 그리고 그들이 처한 환경도 다양하기 때문에 지역사회 생활 기반의 다양한 인프라가 구성되어야 한다. 이 인프라는 치매진단 전에는 예방 중심으로, 그 이후에는 케어 중심으로 보는 관점이 필요하며, 이를 위해 의료보건과 복지뿐만 아니라 심리, 영양, 여가, 가족지원 등의 영역까지 넓혀 상호연계하는 다학제적 접근과 개별 치매노인의 욕구에 따른 맞춤형 케어플랜에 따라 다차원적 서비스가 제공될 수 있도록 구성되어야 한다.

셋째, 치매관리법에는 치매전문인력을 어떻게 양성할 것인가에 언급이 없다. 노인요양보험제도에서도 요양보호사 교육 및 양성만 규정되어 있을 뿐, 치매전문인력에 대해 따로 제시하고 있지 않다. 치매를 관리하겠다는 정책 수립에서 이를 수행할 인력과 구체적인 직무를 제시하지 않겠다는 것은 수요자 중심의 치매 서비스의 질 확보보다는 공급자 입장에서 치매노인을 관리하겠다는 의미로 해석될 수 있다. 실제 치매노인을 가장 많이 포괄하는 노인장기요양보험에서도 표준장기요양이용계획서라는 단순한 서비스 안내서만을 제공하고 수요자가 케어매니저가 되어 자신의 등급에 맞는 서비스를 스스로 알아서 정하고 신청하며, 갱신하는 시스템을 갖고 있다. 즉, 개별노인의 욕구를 기반으로 서비스 제공자가 세워야 할 관리 계획과 모니터링이 우리나라는 부재한 체계로 지속되고 있다. 이 외 노인돌봄종합서비스의 경우 주로 사회복지관련 기관에서 사업이 관리되는 경우도 사례관리 접근 측면에서 서비스를 제공하려고 하지만, 실제 사업 내용 내에서 이를 계획하고 과정을 진행하며 모니터링 및 평가를 실시하는 과정을 갖기에는 한계가 있다.

그러므로 케어매니지먼트 체계를 도입해야 하는데, 케어매니지먼트는 학자에 따라 조금씩 다르게 정의되지만, 다양한 욕구를 가진 대상자들의 문제해결을 위해 복수의 서비스를 적절하게 연결하는 것으로 팀 단위로 활동하는 일련의 과정으로 보는 견해는 공통적이다. 따라서 종합적인 치매노인 관리 체계 내에 서비스 질 확보를 위해서는 의료보건 및 복지 각 분야별 치매케어매니저 인력 양성과 치매케어플랜에 따른 상호협력적 업무수행이 필요하다. 치매노인케어에 대한 다학제- 다차원적인 서비스가 제공되고 종합적이고 체계적인 케어시스템을 실현하는데 가장 중요한 것이 치매노인 대상자에게 양적으로나 질적으로나 이들의 케어욕구를 충족시킬 인적자원인 케어 전문 인력에 대한 제도의 마련이다. 특히 양질의 서비스를 효율적이면서 효과적으로 대상자에게 제공하기 위한 체계적인 지원방법으로 대상자의 욕구 충족을 위한 사회자원의 동원과 사회적 지지망의 효율적 연계와 조정을 의미하는 치매케어매니지먼트 및 치매케어매니저 양성에 대해 다시 관심을 가지고 검토해야 할 것이다. 이는

새로운 케어서비스 스페셜리스트 양성하는 방안을 고려할 수도 있으나, 기존 요양보호사에게 추가적인 교육을 제공하여 전문인력을 양성하는 방안을 고려해볼 수도 있다.

VI. 결론 및 논의

치매는 질병의 개념으로 접근한 의료적 서비스만을 강조할 수 없는 복합적인 문제를 가지고 있는 질환으로 다양한 전문영역의 상호연계가 필요함에도 현재 우리나라 치매관리 관련 서비스는 포괄적이지 못하며 단절된 서비스를 제공하고 있다. 본 연구에서는 현재 우리나라 치매노인 서비스 현황을 치매관리법, 노인장기요양보험법, 그리고 노인복지법 및 의료법에 의거하여 제공되는 서비스와 제공된 서비스가 치매노인 및 그 가족의 다양한 욕구를 얼마나 충족하고 있으며, 이를 위해 각 관련법이 상호 연계되어 진행되고 있는지를 전달체계 중심에서 현황, 문제점과 해결방안을 살펴보았다.

연구결과 우선 치매관리법에 의한 서비스는 보건의료 중심의 접근의 한계점을 가지고 있는 바, 이를 극복하기 위해 종합적인 치매노인사례관리(care management)를 포함한 전달체계를 구축해야 함을 제안하였고 둘째, 치매관련 정책들의 차별성 없는 서비스 제공과 여전히 존재하는 서비스 사각지대를 해결하기 위해서 초기진단에서 발견된 경증치매대상자를 지역 내에서 집중적으로 지원하여 중증치매로 진전을 지연하여 가급적 오랫동안 지역에서 생활할 수 있도록 지역밀착형 다학제-다차원적 서비스 전달체계 구축 수립을 강조하였다. 그리고 마지막으로 치매관련 인력 부재는 서비스 질에 영향을 줌으로 의료보건 및 복지 분야에서 요구되는 치매케어매니저 인력 양성이 반드시 선행되어야 하며 이를 인력에 의한 치매케어플랜은 상호협력적 업무수행을 통해 진행되어야 함을 제안하였다.

즉, 치매노인 당사자와 치매발병 가능성을 가진 노인 전체, 그리고 부양가족을 포함하여 중단기적 치매관리 계획을 수립하고 사업을 수행할 서비스의 ‘포괄성’, 보건과 복지, 나아가 심리상담, 주거 분야 등의 다학제적 연계성뿐 아니라, 관련법과 부처 간의 연계성, 그리고 전달체계 담당기관 간의 다차원적 연계성 속에서 지역밀착형으로 ‘연계성’을 보장해야 하며, 그리고 치매발병 고위험군인 정도인 지장애부터 경증, 중증의 치매로 진행되는 과정 동안 치매케어매니저에 의해 개별 치매케어플랜을 기본으로 한 ‘관리의 지속성’을 갖춘 국가치매관리종합계획이 수립되어야 한다. 무엇보다 치매노인은 예방, 치료, 돌봄 등을 장기간에 걸쳐 전문적인 접근이 필요하므로 수요자 중심에서 그들이 살던 지역사회에서 가능한 벗어나지 않고 연속적으로 서비스 제공이 될 수 있는 통합적 관리체계 구축이 필요하다. 이를 위해서 현재 치매노인에게 서비스를 제공하고 있는 지역사회 서비스 공급주체간 연계적 전달체계가 가능하도록 치매노인을 위한 사례관리 모델을 개발하여 활용하도록 해야 한다.

References

- Bae, Eun-Suk, Young-Ji Song, and Byung-Hyun Park. 2011. A Study on the Issues of Elderly Care Service Contents in the Service Providers' Point of View. *Social Science Research*. 28: 101-125.
- Choe, Gyung Goo. 2003. The Long-Term Care and Dementia Policy in Welfare States. *Korea Welfare Policy*. 17: 55-75.
- Choi, Yong-Min. 1998. Health Policy for The Senile Dementia in Korea. *Journal of Life Science*. 8(6): 729-736.
- Choi In Duck and Eun Mi Lee. 2010. Study on the Efficient Integration of Long-term Care Facilities and Geriatric Hospitals by Using NHIC Survey Data. *Journal of Korea Gerontological Society*. 30(3): 855-869.
- Clipp, E. C. and L. K. George. 1993. Dementia and Cancer: A Comparison of Spouse Caregivers. *The Gerontologist*. 33: 534-541.
- Furline, L. 2001. The Parent They Knew and the "New" Parent: Doughter' Perception of Dementia of the Alzheimer's Type. *Home Health Care Services Quarterly*. 20: 13-38.
- Gilbert, N. and P. Terrell. 2005. *Dimensions of Social Welfare Policy*(6th). Person Education, Inc.
- Health Insurance Review & Assessment Service Homepage. 2014. <http://www.hira.or.kr/main.do>
- Kim, Deok Ju and Mi Kyeong Kim. 2011. A Study on Policy for Dementia in Long-term Care Insurance System for the Elderly. *The Journal of Korean Association Occupational Therapy Policy for Aged Industry*. 3(1): 33-43.
- Kim, Go Eun. 2011. Gyeongnam' Policy Recommendations from Law of Dementia management. *Gyeongnam Policy Brief*. 2011(33): 1-8.
- Kim, Hye Sook, Jae Kwan Koo, and Yong Min Son. 2014. A Study on the Burden of Family caregivers of Early-dementia Who Are Using the Daycare Program for Rating out of Long-term Care Insurance. *Korean Journal of Welfare for the Aged*. 66: 167-188.
- Kim, Jin Soo. 2013. *A Study on the Reinforcing Medical Service Linkage between Nursing Home Facilities and Health Care Institutes*. Korea Institute for Health and Social Affairs.
- Kim, Man-Ho, Joo-Hang Jung, and Young-Shin Choi. 2011. A Study on the Publicness of Long-Term Care Insurance in Korea. *The Korean Association for Public Welfare Administration*. 21: 101-136.
- Kim, Su Young. 2003. Suggestions of Political Alternatives Factors Affecting on the QOL of the Demented Elderly Caregivers. *Social Welfare Policy*. 17: 77-105.

- Kim, Ok Hee. 2005. A Study on the Policy for Dementia Care Welfare. *Dong-Eui Law and Political Science Review*. 22: 103-130.
- Kim, Ok Hee. 1998. Problem of Imbecile Supporting Family & Prospect for Social Welfare Service Policy. *Korean Journal of Welfare for the Aged*. 2: 181-210.
- Kwon, Jung Don. 2012. *Dementia Patients and Family Welfare*. Seoul: Hakjisa.
- Lee, Ho Yong. 2011. Status and Prospects of the Legislation for the Welfare of the Aged in Korea. *Dankook Law Review*. 35(2): 3-34.
- Lee, Jun Sang and Ae Sun Park. 1996. A Study of Factors Influencing on Family Caregiver's Burden for the Elderly With Dementia - Focused on the Day Care Center and Nursing Home User' s Family. *Korean Journal of Welfare for the Aged*. 40: 225-248.
- Lee, Seo Young. 2014. A Study on the Efficient Dementia Management in The Long-term-care Insurance System. 2014 Symposium The Spring Korea Long-term-care.
- Lee, Soo kyung. 2012. The Search of the Improvement Direction of Elderly Care Service; In the Four Terms of Analysis(Allocation, Benefits, Delivery system, Finance). *The Korean Journal of Local Government Studies*. 16(3): 329-346.
- Lim, Jeong Gi. 2009. A Study on Factors of Elderly Home and Community Care Service Utilization. *Korea Social Policy Review*. 16(1): 193-234.
- Ministry Health & Welfare. 2015. The Manual Book of Elderly Care Services.
- Ministry Health & Welfare. 2014. The Manual Book of Health & Welfare of Elderly.
- Ministry Health & Welfare. 2013. Policy Direction of Dementia in 2013.
- Ministry Health & Welfare. 2010. A Study on the Role of Nursing home facilities and Health care institutes.
- Ministry Health & Welfare. 2008. A Research of Dementia Patients in 2008.
- National Health Insurance Service. 2013. An Analysis on Statistics Long-Term Care Insurance of First Half of 2013
- National Human Rights Commission of The Republic of Korea. 2014. Elderly Human Rights Status Survey in Senior Care Hospitals.
- National Institute of Dementia. 2014. Annual Report of National Institute of Dementia.
- Park, Yong Kun. 2012. A Study on the Problems of the Elderly Welfare Law Section and Improvement. Chonbuk National University Doctoral Degree Paper.
- Rim, Choon Seek. 2000. Welfare Policy Issues on Caring the Aged with Dementia. *Journal of Korea Gerontological Societ*. 20(1): 37-54.
- Suh, Kyung Hyun and Kyung Im Chun. 2009. Moderate Effect of Social Support on Family

Caregivers' Burdens and Health and Quality of Life with Demented Patients. *Korean Journal of Psychology: Culture and Social Problems*. 15(3): 339-357.

Song, Mi Young and Gyung Goo Choe. 2007. The Decision Factor on Primary Care-giver's Burden for Senile Dementia Elderly. *Korean Journal of Welfare for the Aged*. 37: 131-160.

Won, Suk Jo. 2010. *The Elderly Welfare*. Seoul: Knowledge Community

Yoo, Ae-Jung. 2013. The Access to Dementia in Social Welfare. 2013 Symposium The Autumn of The Korea Gerontological Society. 49-71.

Yoon, Jin. 1986. Alzheimer's Disease and The Behavioral Characteristics. *Journal of Emotional & Behavioral Disorders*. 2(2): 79-81.

Korean References translated from the English

건강보험심사평가원. 2014. 건강보험심사평가원홈페이지. 2014. <http://www.hira.or.kr/main.do>

국가인권위원회. 2014. 노인요양병원 노인권상향 실태 보고서.

국립중앙치매센터. 2014. 중앙치매센터 연차보고서.

국민건강보험공단. 2013, 2013 상반기 노인장기요양보험 주요통계.

권중돈. 2012. 치매환자와 가족복지. 서울: 학지사.

김고은. 2011. 치매관리법 제정에 따른 경남의 대응과제. *경남정책 Brief*. 2011(33): 1-8.

김덕주, 김미경. 2011. 노인장기요양보험제도의 치매 정책에 관한 고찰. *한국고령친화건강정책학회지*. 3(1): 33-43.

김만호, 정주향, 최영신, 2011. 노인장기요양보험제도의 공공성 연구. *한국복지행정학회*. 21: 101-136.

김수영. 2003. 치매노인 가족부양자의 삶의 질에 미치는 영향요인: 가족부양자를 위한 정책대안의 모색. *사회복지정책*. 17: 77-105.

김옥희. 2005. 치매노인복지정책에 관한 연구. *동의법정*. 22: 103-130.

김옥희. 1998. 치매노인 부양가족의 문제와 사회복지서비스 정책 전망. *노인복지연구*. 2: 181-210.

김진수. 2013. 요양병원과 요양시설의 역할정립 방안 연구-연계방안을 중심으로-. *한국보건사회연구원*.

김혜숙, 구재관, 손용민. 2014. 등급 외 치매노인주간보호 프로그램을 이용하는 초기치매노인 가족의 부양부담 변화에 대한 연구. *노인복지연구*. 66: 167-188.

박용근. 2012. 노인복지법제의 문제점 및 개선방안에 관한 연구. *전북대학교 대학원 박사학위논문*.

배은석, 송영지, 박병현. 2011. 공급자관점에서 노인돌봄종합서비스 내용상 쟁점에 관한 연구. *사회과학연구*. 28: 101-125.

보건복지부. 2015. 노인돌봄종합서비스 사업 운영지침.

- 보건복지부. 2014. 노인보건복지사업안내.
- 보건복지부. 2013. 2013년도 치매정책 방향.
- 보건복지부. 2010. 노인요양시설과 요양병원 역할 정립 방안 연구 보고서.
- 보건복지부. 2008. 2008년 치매환자 유병률 조사.
- 서경현, 천경임. 2009. 치매환자 가족부양자의 부양부담과 건강 및 삶의 질에 대한 사회지원의 중재효과. 한국심리학회지 : 문화 및 사회문제. 15(3): 339-357.
- 송미영, 최경구. 2007. 치매노인 주부양자의 부양부담에 영향을 미치는 요인. 노인복지연구. 37: 131-160.
- 유애정. 2013. 치매의 사회복지적 접근. 2013년 한국노년학회 추계학술대회 자료집. 49-71.
- 윤진. 1986. 노인성 치매증과 그 행동특성. 정서·행동장애연구. 2(2): 79-81.
- 원석조. 2010. 노인복지론. 공동체.
- 이서영. 2014. 노인장기요양보험제도권 안에서의 치매대응방안. 2014년 한국장기요양학회 춘계학술대회 자료집.
- 이수경. 2012. 노인돌봄종합서비스의 발전방향 모색: 네 가지 측면(대상, 급여, 전달체계, 재정)의 정책분석을 중심으로. 지방정부연구, 16(3): 329-346.
- 이준상, 박애선. 1996. 치매노인 가족보호제공자의 부양부담에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 - 노인복지센터와 노인요양시설 이용노인 가족을 중심으로. 노인복지연구. 40: 225-248.
- 이호용. 2011. 우리나라 노인복지법제의 현황과 과제. 법학논총. 35(2): 3-34.
- 임정기. 2009. 재가노인요양서비스 종류별 이용예측 요인에 관한 연구. 한국사회정책학회. 16(1): 193-234.
- 임춘식. 2000. 치매노인을 위한 노인복지정책의 과제. 한국노년학. 20(1): 37-54.
- 최경구. 2003. 복지국가의 장기요양보호와 치매정책. 사회복지정책. 17: 55-75.
- 최용민. 1998. 치매노인의 건강한 삶을 위한 노인복지정책 방향. 생명과학회지. 8(6): 729-736.
- 최인덕, 이은미. 2010. 실태조사를 통한 장기요양시설과 요양병원의 효율적 연계방안. 한국노년학. 30(3): 855-869.

권금주: 이화여자대학교에서 박사학위를 받고(논문: 노인학대 과정에 관한 연구: 가해머느리 경험을 중심으로, 2007년 7월), 현재 서울사이버대학교 사회복지학부 조교수로 재직 중이다. 노인복지, 노인학대, 노인인권, 성공적 노후 등이 주요 관심분야이며, 주요 논문으로는 “노인복지 생활시설 읍부즈맨 발전 방안 연구(2015)”, “베이비부머의 성공적 노후 척도 개발 연구(2013)” 등이 있다(kkj@iscu.ac.kr).