

정책보고서 2009-91

저소득층 치매 치료관리 바우처 지원제도 도입방안

오영희·이윤경·유혜영
박세경·선우덕·김윤수·양영애

보건복지가족부
한국보건사회연구원



우리나라는 고령화 유례를 찾기 어려울 만큼 급격한 인구고령화가 진행되고 있고, 의료기술의 발달과 보건·위생 환경의 개선으로 기대여명이 크게 증가하여 고령인구의 증가가 예상된다. 이에 따라 노인성 질환의 발병률도 크게 증가하고, 치매·중풍 등 장기요양서비스에 대한 수요도 급증할 것으로 전망된다. 2009년 65세 이상 인구의 치매 유병률은 8.6%로 약 45만 명의 치매환자가 있는 것으로 추정되나 2020년에는 75만 명으로 크게 늘어날 것으로 예측된다.

한편, 저출산 현상, 핵가족화, 여성의 사회진출 확대 등으로 치매환자에 대한 가족의 부양능력은 약화되고, 치매의료비가 증가하고 있어 치매환자로 인한 사회·경제적 부담이 클 것으로 예상된다. 전 세계적으로도 치매에 대한 사회적 부담이 매우 큰 편으로 선진국의 질병부담의 순위에서 4위를 차지하고 있다. 이처럼 치매가 고령화 사회의 주요 건강문제로 부각되면서 치매예방 및 인지건강증진에 대한 관심이 증대되고 있다.

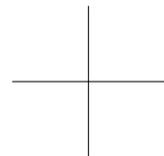
치매는 치료와 요양을 필요로 하는 퇴행성 만성질환이며, 일부 가역성치매는 위험요인을 관리하면 예방할 수도 있고 원인질환을 치유하면 정상으로 되돌아 올 수 있다. 그러나 치매에 대한 국민인식 부족으로 인하여 치매 환자의 대부분이 초기에 적절한 진단과 치료를 받지 못하고 방치되고 있는 실정이다.

이에 대응하기 위하여 정부는 2008년 9월 치매 종합관리대책을 마련하고, 2007년 3.7% 수준인 치매조기검진율을 2012년까지 60% 이상으로 높이고 치매 의료관리 비율은 70%를 달성하는 의무적인 목표를 제시하였

다. 본 연구는 체계적 치
다. 본 연구는 담경감 및
본 연구는 해 치료관리에
다. 본 연구는 연구 현상을 분석
본 연구는 검토하여 효과적인
다. 본 연구는 해 대한 종합적 치료
다. 본 연구는 종합적 치매
다. 본 연구는 것으로 기
본 연구위원의 책임 아래 선우덕 연구
원, 유혜영 연구원을 비롯하여
() 과 인제대학교 직업치료학과 양영애
다. 본 연구는 작성에 귀중한 의견을 준 본원의 기체
다. 본 연구는 원에게 감사의 뜻을 표하며, 본 연구
본 연구는 각 과장은 부장님 주무관 오원성 과장 김혜진 과장,
우남이 사무관 우일기 주무관 등 관계자에게 감사드린다.

끝으로 본 보고서에 수록된 내용은 연구결과에 대한 본 연구원의 공식
적 견해가 아님을 밝혀두고자 한다.

2009년 12월
한국보건사회연구원장
김 용 하



요약	1
제1장 서론	9
제1절 연구의 필요성 및 목적	9
제2절 연구의 내용 및 방법	11
제2장 이론적 배경	17
제1절 치매의 개념	17
제2절 치매의 치료	23
제3절 국내 치매 치료관리 프로그램	43
제4절 외국의 치매 치료관리 프로그램	51
제3장 치매 치료관리 프로그램 운영실태 분석	75
제1절 보건소의 치매 치료관리 프로그램	75
제2절 주간보호시설의 비약물적 치매관리 프로그램	95
제3절 치매 치료관리를 위한 인식개선 및 홍보	109
제4절 시사점	116
제4장 바우처제도 도입의 쟁점과 과제	121
제1절 바우처제도의 이해	121
제2절 저소득층 치매 치료관리사업의 전자바우처 도입시 고려사항	141
제3절 소결	158

제5장 치매 치료관리 지원제도 도입방안 및 추진방향	163
제1절 지원 대상자 자격기준 및 규모 추계	163
제2절 치매 치료관리 서비스 내용	176
제3절 저소득층 치매 치료관리 서비스 전달체계	183
제4절 치매조기검진 사업과의 연계	194
제5절 치매 치료관리를 위한 인식개선 방향	196
제6장 요약 및 결론	203
참고문헌	207
부록	217
부록 I. 치매 치료 약제급여 목록	217
부록 II. 조사기관 명단	221
부록 III. 조사표	224

표 목차

〈표 2- 1〉 제5차 개정 한국표준질병 사인분류에 의한 치매 진단적 분류 ...18

〈표 2- 2〉 치매의 원인 질환19

〈표 2- 3〉 콜린에스터라제 억제제들의 치료 용량26

〈표 2- 4〉 치매환자의 평가항목과 평가도구32

〈표 2- 5〉 임상증상에 따른 인지재활치료의 접근방법39

〈표 2- 6〉 치매 치료관리사업의 법적 근거44

〈표 2- 7〉 주간보호서비스의 치매프로그램 예시47

〈표 2- 8〉 서울시 지역치매지원센터의 사업내용48

〈표 2- 9〉 서울시 C치매지원센터의 인력 구성49

〈표 2-10〉 서울시 C치매지원센터 부설 인자건강센터의 인자건강프로그램 ..49

〈표 2-11〉 서울시 C치매지원센터 부설 인자건강센터의 주간프로그램 ...50

〈표 2-12〉 일본 요개호(요지원)인정자의 치매고령자 자립도 추계
(2002, 9)52

〈표 2-13〉 일본 요개호(요지원)인정자의 치매고령자 자립도 추계
(2005~2030)53

〈표 2-14〉 일본 각 지자체의 치매 관련 사업 시행 현황68

〈표 2-15〉 미국의 치매 프로그램 예시70

〈표 3- 1〉 치매조기검진사업 실시 보건소(조사대상 보건소)76

〈표 3- 2〉 조사에 응답한 보건소의 지역분포76

〈표 3- 3〉 보건소의 치매조기검진사업 실시 시작년도77

〈표 3- 4〉 연도별 치매조기검진사업 실적(2007~2009)78

〈표 3- 5〉 연도별 치매진단검사 건수 대비 치매확진자 비율
(2007~2009)79

〈표 3- 6〉	연도별 평균 등록치매노인수(2007~2009)	80
〈표 3- 7〉	연도별 등록치매노인수별 현황(2007~2009)	80
〈표 3- 8〉	지역별 치매 관리 및 지원 프로그램 실시 비율	81
〈표 3- 9〉	주요 치매 관리 및 지원프로그램 실적(2008, 2009)	82
〈표 3-10〉	지역별 치매 검사비, 약제비, 물품비 지원 비율	83
〈표 3-11〉	치매 진단검사 및 감별검사 지원금	83
〈표 3-12〉	지역별 치매 월 약제비 지원액 현황	84
〈표 3-13〉	지역별 치매 월 약제비 지급방식	84
〈표 3-14〉	지역별 치매 물품비 지원액 현황	85
〈표 3-15〉	지역별 치매 물품비 지급방식	85
〈표 3-16〉	보건소 내에서의 치매 진료 여부	85
〈표 3-17〉	치매조기검진사업 인력 현황	86
〈표 3-18〉	치매조기검진사업 인력의 직렬별 인력 현황	87
〈표 3-19〉	치매조기검진사업 인력의 자격증 보유 현황(중복응답)	87
〈표 3-20〉	치매조기검진사업 인력의 업무형태 현황	88
〈표 3-21〉	치매조기검진사업 인력의 경력 현황	89
〈표 3-22〉	치매조기검진사업 인력의 전문교육 이수 현황	89
〈표 3-23〉	치매조기검진사업 세부 사업별 예산 현황	91
〈표 3-24〉	치매상담운영센터 및 치매 치료관리 지원사업 예산분담 현황	92
〈표 3-25〉	치매홍보 및 교육 사업 예산분담 현황	92
〈표 3-26〉	치매 치료 약제비 지원 적정 수준	93
〈표 3-27〉	치매 가족이나 환자에게 도움이 되는 서비스	94
〈표 3-28〉	치매조기검진사업 수행 중 애로사항	95
〈표 3-29〉	조사에 응답한 노인복지관 부설 주간보호시설의 지역분포	96
〈표 3-30〉	주간보호시설의 서비스 및 프로그램 운영 현황	96

Contents

〈표 3-31〉 주간보호시설의 등록 및 이용 현황	97
〈표 3-32〉 주간보호시설의 성별 이용 현황	97
〈표 3-33〉 주간보호시설의 이용 노인 중 치매노인의 수	98
〈표 3-34〉 주간보호시설 등록인원 대비 치매노인 비율	98
〈표 3-35〉 주간보호시설 이용 노인 중 기초생활보장수급자 수	99
〈표 3-36〉 주간보호시설 인력 현황	99
〈표 3-37〉 주간보호서비스 직원의 배치기준	100
〈표 3-38〉 주간보호시설 인력의 자격증 보유 현황	101
〈표 3-39〉 주간보호시설의 인지재활프로그램 수	102
〈표 3-40〉 주간보호시설 일과 프로그램 I(예시)	102
〈표 3-41〉 주간보호시설 일과 프로그램 II(예시)	103
〈표 3-42〉 인지재활프로그램 유형별 운영 현황(중복응답)	104
〈표 3-43〉 인지재활프로그램 유형별 프로그램 수	104
〈표 3-44〉 인지재활프로그램 유형별 1회 프로그램 운영시간	105
〈표 3-45〉 인지재활프로그램 유형별 1회 참여노인수	106
〈표 3-46〉 인지재활프로그램 유형별 운영일수	106
〈표 3-47〉 인지재활프로그램 유형별 1회 강사료	107
〈표 3-48〉 인지재활프로그램 유형별 1회 운영예산	108
〈표 3-49〉 인지재활프로그램에 대한 가장 시급한 지원	108
〈표 3-50〉 치매환자 및 부양가족에게 도움이 되는 지원	109
〈표 3-51〉 치매상담센터의 인지율, 이용률, 이용희망률	110
〈표 3-52〉 일반특성별 노인복지서비스 인지경로(중복응답)	111
〈표 3-53〉 치매 관련 교육 홍보 현황(2009년 상반기)	112
〈표 3-54〉 치매이해증진교육 실적(2009년 상반기)	113
〈표 3-55〉 치매노인 가족모임 및 기관중사자 교육 실적(2009년 상반기)	113

〈표 3-56〉 치매행사 및 홍보책자 발간 실적(2009년 상반기)	114
〈표 3-57〉 치매조기검진사업 실시 이후 인식개선 정도	114
〈표 3-58〉 치매에 대한 인식이 개선되지 않은 이유	115
〈표 3-59〉 치매 진단검사를 받지 않는 이유	115
〈표 3-60〉 치매에 대한 인식 개선이 시급하다고 생각하는 계층 ...	116
〈표 4- 1〉 공공서비스의 제공 수단별 특성	123
〈표 4- 2〉 바우처방식의 장단점과 실현조건	126
〈표 4- 3〉 사회서비스 전자바우처사업 이용자 수의 변화추이 (2009년 2월 기준)	129
〈표 4- 4〉 전자바우처 방식의 신규서비스 사업 예시	130
〈표 4- 5〉 전자 바우처방식의 운영 주체별 업무	143
〈표 4- 6〉 시장조사의 핵심 목표	144
〈표 4- 7〉 시장과 소비자 중심의 사회서비스 전자바우처 사업의 비용 ..	145
〈표 4- 8〉 바우처 도입에 따른 시장성 분석 및 정책성 분석요소 ..	146
〈표 4- 9〉 바우처방식 도입 타당성 검토사항	147
〈표 4-10〉 바우처방식 전환에 따른 의사결정 확인사항	148
〈표 4-11〉 바우처방식 도입에 따른 정책적 고려요인	150
〈표 4-12〉 전자바우처 운영체계로서 금융방식과 비금융방식의 비교 ..	155
〈표 4-13〉 바우처 도입시 운영적-정책적 고려요인 비교	157
〈표 5- 1〉 복지정책별 소득기준 선정방법의 장단점	170
〈표 5- 2〉 복지사업별 대상자 선정기준	171
〈표 5- 3〉 노인의 소득집단별 구성	172
〈표 5- 4〉 전국가구 월평균소득의 기준 비율별 서비스 대상 가구의 비율 ..	174
〈표 5- 5〉 가구원수별 대상자 선정의 월 소득기준	175
〈표 5- 6〉 정부의 치매종합관리대책 목표와 치매 치료자원 계획(안) ..	176

Contents

〈표 5- 7〉 집단작업치료 프로그램(예시)	179
〈표 5- 8〉 보급형 개인인지재활 프로그램 I(예시)	179
〈표 5- 9〉 보급형 개인인지재활 프로그램 II(예시)	180
〈표 5-10〉 건강보험요양급여 비용 내역 중 직업치료 급여 내용 및 점수 ...	182
〈표 5-11〉 치매 치료관리바우처 사업의 중장기 추진방향	194
〈표 5-12〉 치매 가족부양자에 대한 교육 방법의 장단점	199
〈표 5-13〉 치매노인 가족수발자 지지프로그램(예시)	200

그림목차

[그림 2-1] 작업 수행 모델(Occupational Performance Model) ..	30
[그림 2-2] RehaCom과 OMCOG	37
[그림 2-3] 일본 이바라기현의 치매대책 방안	60
[그림 4-1] 공급자지원 방식과 수요자 지원방식의 비교	133
[그림 4-2] 바우처의 공공서비스 전달방식	134
[그림 4-3] 시장형 사회서비스 전자바우처 시스템 운용체계	136
[그림 4-4] 사회서비스관리센터의 정책정보 활용 구조	137
[그림 4-5] 전자바우처 통합정보관리시스템(Integrated Information Management System) 구성도 ..	141
[그림 4-6] 바우처 적용 타당성 검토 항목	142
[그림 5-1] 치매 치료관리비 지원과정	184
[그림 5-2] 치매 비약물치료프로그램 사업 과정	186
[그림 5-3] 치매 치료관리 바우처의 전달체계	188
[그림 5-4] 전자바우처사업 전환 단계별 정책적·운영적 고려요인 ..	189



1. 서

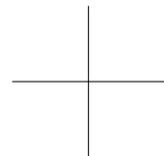
□ 연구

- ~~인구 고령화와 기대수명 증가가 예상되는 가운데~~ 특히 노인층에서 치매 발병률이 급증하기 때문에 ~~노인수의 증가와 함께 치매 유병률도 급증으로 연결될 것으로 전망됨.~~
 - 2009년 65세 이상 노인 중 치매유병률은 8.58%로, 2015년 65세 이상 노인 중 치매를 앓고 있는 노인은 52만 명으로 추정되고, 2012년의 치매유병률은 9.08%(약 52만 명)으로 추정되고, 2020년에는 9.74%(약 75만 명)로 추정됨.
- 치매는 노인의 일반적인 노화현상이 아니라 뇌의 질환으로 인해 생기는 하나의 중추신경계 질환으로 만성적이고 진행성으로 나타나기 때문에 예방과 조기검진 및 치료관리가 필요함.
 - 그러나 치매에 대한 국민인식 부족으로 인하여 치매 환자의 대부분이 초기에 적절한 진단과 치료를 받지 못하고 방치되고 있음.
 - 치매의 조기발견 및 치료의 실패는 치매 환자 및 가족의 삶의 질 저하와 치매관련 의료비 및 보호비의 증가로 이어짐.
- 최근 정부에서는 각종 사회서비스 분야의 정책들에 대해 전자바우처의 도입 및 전환을 검토하고 있으며, 치매 치료관리 지원에 대해서도 정부 기본방향에 따라 서비스 전달방식으로서 바우처 방식의 도입에 대한 검토가 이루어져야 함.

- 본 연구는 치매 치료 관련 분석하고, 치매 치료에 있어 효율적인

2. 이론적 배경

- 치매(Dementia)는 기억력, 판단력, 학습능력, 문제 해결 능력, 언어 능력, 사회적 기능의 장애가 있는 상태를 말한다.
- 원인질환을 치료하면 치매도 호전될 수 있지만, 그렇지 않은 치매에는 정확한 통계가 없지만 비가역적 치매를 발견하기 위한 것
- 치매진단의 목적은 비가역적 치매를 발견하기 위한 것과 치매증상의 정도를 측정하는 것임.
 - 치매를 선별 진단을 위해 피검사자에게 직접 조사하는 방식으로 한국판 간이 지능검사와 MMSE), 간이 블레스트검사(Short Blessed Test) 등이 있으며, 보호자에게 조사하는 방식으로 한국형 치매 선별 설문지(KDS)와 간이형 삼성 치매 설문지(S-SDQ) 등이 있음
 - 치매 선별 진단 및 확진 방법으로는 혈액 및 뇨검사와 심전도검사, 뇌 단층촬영(CT)과 뇌 자기공명촬영(MRI) 등이 시행됨.
- 치매의 치료방법으로는 증상을 완화시키기 위한 약물치료와 남은 기능을 최대한 보존하면서 문제행동을 예방하기 위한 인지재활치료가 처방될 수 있음.
 - 약물치료에 사용되는 약제로는 Donepezil, Rivastigmine, Galatamine, Memantine 등이 임상에 사용되고 있으며, 약물치료를 꾸준히 하면 6~12개월 정도는 치료 전의 증상을 지연시키는 효과가 있음.
 - 비약물치료로는 작업치료, 원예치료, 미술치료, 운동치료, 음악치료



등이 있으며

등의 향상

□ 1998년 노인복

설치 의무화가

담센터가 설치

진사업을 실시

□ 일본에서는 20

대책 마련, 시

위한 지역캠페

고 있음.

3. 치매 치료관

□ 2006년 민간단체의 보조사업으로 치매조기검진사업이 도입되어 2007년 본격적으로 확산되기 시작하였음.

○ 2009년 치매조기검진사업의 전국 시행률은 79.8%로, 시도별 단위 위별로는 시단위가 89.6%, 군단위가 85.5%를 나타냄.

○ 2007년 이후 치매조기검진사업의 세부사업인 선별검사, 진단검사, 감별검사 실적이 꾸준히 증가하고 있으며, 특히 2008년 선별검사 실적이 매우 큰 폭으로 증가하는 등 노력이 경주되고 있음.

□ 치매 관리 및 지원프로그램 실시 현황에 대한 본 연구 조사에 따르면, 조사대상 157개 보건소 중에서 기저귀, 물티슈 등 치매용품 지원에 하는 보건소는 87.3%, 치매 노인 실종방지 인식표 보급은 87.3%, 치매 보건서비스 연계 제공은 85.4%로 나타났다.

○ 반면 인지재활프로그램 제공은 35.7%, 미니게임, 보드판, 미로게임 등의 인지개선용품 대여는 10.2%로 시행률이 매우 낮음.

○ 약제비를 지원하는 보건소는 28.0%(44개소)였으며, 지원액은 4~5만원이 47.7%로 가장 많고, 3만원 이하가 29.5%, 3~4만원이 18.2%

3

약

의 순위는 다음과 같다.

- 약재 지급방식의 경우, 약방전에서 치매치료제 처방 여부를 확인한 후 본인에게 직접 지급하는 경우가 80.0%로 가장 많았고, 약국이나 병원에 사약에 지급하는 방식은 10.0%로 나타났다.

□ 치매조기검진사업의 인력 현황을 살펴보면 대부분의 보건소에서 2명 이하의 인력이 편성되어 있음.

- 업무 형태로는 검침이 61.6%로 비교적 높았으며, 치매조기검진사업 성공요인을 이수한 인력은 41.1%로 인력전문성을 확보를 위한 노력이 요구됨.

□ 주간보호시설(65개소)을 대상으로 한 조사결과, 인지재활프로그램은 거의 모든 주간보호시설(98.5%)에서 실시되고 있음.

- 운영되고 있는 인지재활프로그램 수는 4개 프로그램이 운영되는 시설이 40.6%(26개소), 3개 21.9%, 5개 20.3%의 순으로 나타났다.
 - 인지재활프로그램 유형별로는 미술치료가 89.2%로 가장 많고, 음악치료 73.8%, 원예치료 61.5%, 작업치료 58.5%의 순임.
 - 인지재활프로그램의 강사는 외부강사를 초빙하는 경우가 60.1%이고 나머지 39.9%는 내부 직원이나 자원봉사자를 활용하고 있음.
 - 주간보호시설 인력 중 사회복지사나 요양보호사 자격증 소지자는 많으나 작업치료사 자격증 소지자는 없는 것으로 조사되었음.

4. 바우처제도 도입의 쟁점과 과제

□ 바우처는 사회서비스 공급과정에 대한 재정지원 방식의 하나로 서비스 공급자에게 전달되던 기존의 정부 운영비 지원방식이 이용자(수요자)에 대한 직접적 지원으로 전환된 형태임.

□ 바우처 적용 타당성 검토는 바우처방식의 적용가능 여부, 현재 사업환경 분석, 그리고 정책수행의 효과성 분석 등 3가지 기준에 따름.

- 바우처방식의 적용가능 여부: 재정공급자, 관리기관 그리고 다수의

제공기관 및 이용자 존재

- 사업환경 분석: 시장성 분석과 서비스 만족도 조사
- 시장성 분석과 서비스 만족도: 복리증진 효과와 위법성 및 정치성 그리고 효율성과 경제성의 측면에서 타당성 검토

- 바우처 도입을 위해서는 시장성 분석과 정책성 분석을 선행하여 적합성 여부를 판단하여야 하며, 이를 고려할 때 쟁점이 되는 바우처 이용 대상자 선정기준, 바우처 재원구성 형태, 바우처의 유효기간, 본인부담금 납부와 부담방식, 바우처의 차감 방식, 바우처 운영체제, 결제수단 및 매체, 부정 사용방지를 위한 모니터링 방식 등 구체적인 운영방식이 결정되어야 함.

5. 치매 치료관리 지원제도 도입방안 및 추진방향

- 저소득층 치매 치료관리 지원정책의 대상자 선정 기준
 - 건강기준: 치매 치료의 특성 상 조기발견 및 치료가 매우 중요하므로 치매의 종류 및 중증도에 따른 급여대상자를 선정하고, 노인기초 진료 시 매로 진단받은 노인을 대상으로 선정하는 것이 적합함.
 - 연령기준: 노인복지서비스들이 대부분 65세 이상 노인을 대상으로 제공되고 있으나, 치매상담센터와 치매조기검진 사업의 대상자를 60세 이상인 만큼 연령기준은 만 60세 이상으로 선정하도록 함.
 - 경제적 기준: 저소득층의 범위는 소득차상위계층까지를 포함하는 노인의 하위 소득 40%까지로 선정하고, 이에 해당하는 전국가구 월평균 소득의 50% 이하를 대상가구로 하는 것이 적합함.
- 치매 치료관리 지원 서비스 내용
 - 약물치료의 경우 치매조제약의 성분 중 Donepezil(Aricept), Rivastigmine (Exelon), Galantamine(Reminyl), memantine(Ebixa) 등 4종류 중 1개 이상이 포함된 경우 지원함.
 - 비약물치료는 공급여건이 성숙되지 않아 준비기간이 필요함.
 - 인지재활프로그램 매뉴얼을 작성하여 직업치료사 자격증 소지자를 중심으로 전문강사를 육성하고 복지관 등에 시범 운영을 함으

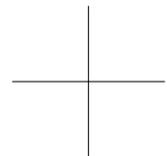
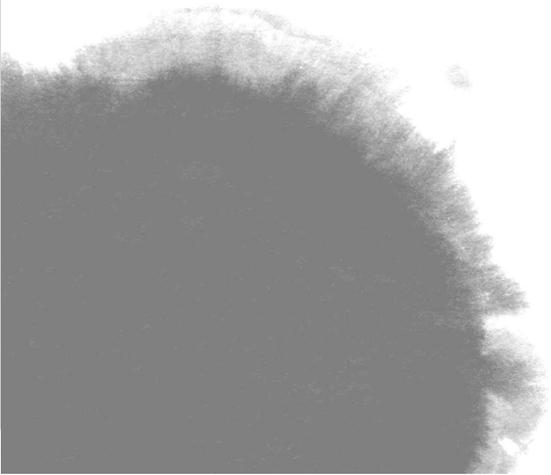
- 로써 인지
 및 만족도
- 치매 치료관리 차등 지원 방안
- 제1안: 현금/현물 지급 방식
 - 지원을 희망하는 대상자를 보건소에 신청하고, 보건소가 신청대상자의 자격을 심사하여 통보 서비스 대상자로 선정되면 병의원 등에서 의료의약품 이용한 이월 영수증을 보건소에 제출하여 사후 지급받음.
 - 제2안: 바우처 방식
 - 대상자의 선정과정은 사군구(구)에서 관리하며, 서비스 대상자는 지원 대상으로 선정된 이월 약국에서 할당된 지원금에 본인부담액을 차감하는 형태로 지원을 받음(현장 지급). 약국에서는 치매 치료관리 바우처 전달기관에 해당 비용을 청구하여 사후 비용을 정산함.
 - 치매 치료관리 바우처를 도입기→안정기→확대기의 단계별로 점차적으로 시행해 가는 방안이 고려될 수 있음.
 - 초기에는 약제비에 한해 바우처를 도입하는 방안이 고려될 수 있음. 즉 도입기에는 사전에 지정된 약국을 통해 월별 한도내에서 약제비의 본인부담액을 포인트 형식으로 차감해 가는 것이 가능함.
 - 결제 매체는 자격대상자를 증명할 수 있는 종이바우처(서비스이용권)가 비용효율적이며, 결제 방식으로는 약국에서 (가칭)치매바우처청구시스템 홈페이지에 접속하여 비용을 청구하는 비금융방식이 바람직함.
 - 서비스가 점차 안정·확대되는 시기에는 약물치료(약제비) 외에 비약물치료(치료프로그램)의 도입을 고려할 수 있음.
 - 약물치료와 비약물치료라는 성격이 다른 두개의 서비스가 하나의 바우처에 공존해야 하기 때문에 설계시 신중할 필요가 있음.

구분	권장 형태	
	약물치료	비약물치료
바우처 진량 처리방식	소멸형	이월형
지급방식	포인트형	쿠폰형

01

K
I
H
A
S
A

서론





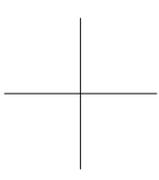
제1절 연구의

우리나라는 인구
서비스에 대한 수요
가에 따라 그 발병
수도 급증할 것으로
률은 8.58%이며,
9.08%(약 52만명)

저출산 현상, 핵
가정부양능력은 의
인한 사회·경제적
따라 일상생활수행
에 더해서 각종 문
게 심각한 수준의
를 한 가족의 문제
이 요구된다.

치매는 노인이 노년기에 찾아오는 노화현상이 아니라 의학적으로 뇌
기능장애로 인해 천천히 발생하는 인지기능의 장애이며, 뇌의 질환으로
인해 생기는 하나의 증군으로 만성적이고 진행성으로 나타나기 때문에
예방과 조기검진 및 치료관리가 필요하다. 즉, 치매는 치료와 요양을 필요

공식적 의
 81명의 공식적
 5만원 정도이다. 이
 평균 비공식
 기타간접비용은 129만원
 이환소득손실금은 각각
 과
 있는 기구년 연간 총 사회경제적 비
 권을 상
 지출하고 있는 것이다.
 치매환자와 가구의 부담을 경감할 수 있는 적극적인 사회적
 이 요구된다. 치매 경우 그 원인에 따라 조기에 치료 관리할 경우 예
 의 차이가 커서 향후 발생할 사회경제적 비용 절감 효과가 크
 서 사회적 지원에 대한 타당성은 확보된다.
 2008년 9월 보건복지가족부는 치매 종합관리대책을 마련하고 2007년
 3.7% 수준인 치매조기검진율을 2012년까지 60%까지 끌어올리고 치매 의
 료관리 비율은 70%를 달성하는 의무적인 목표를 제시하였다. 구체적인



내용으로는 치매관리 인프라 구축, 치매조기검진에 소요되는 검진의료비 지원, 전문인력 양성, 인지재활프로그램의 활성화 등이 포함되어 있다. 한편, 최근 정부에서는 각종 사회서비스 분야의 정책들에 대해 전자바우처의 도입 및 전환을 검토하고 있기 때문에 세부정책의 시행에 있어서는 방법론적 문제도 함께 고민되어야 한다.

기존의 정책수단이 공급자에게 직접 보조금을 지급하던 암묵적 바우처의 형태였다면, 정부에서 서비스 전달방식으로 적극적으로 수용하고 있는 (전자)바우처(voucher) 제도는 정부가 특정한 재화 혹은 서비스를 공급자에게 일정액에 상응하는 구매권을 부여하여 정책수요자의 선택권을 보장하는 방식으로 기존과는 전혀 다른 전달체계에서 운영된다. 이러한 바우처 제도의 기대효과로 현금 지급제도보다 정책목적 실현에 효과적이고 공공부문의 비효율성을 제거할 수 있다는 점이 제시되고 있으나, 바우처의 전제조건인 시장여건이 공공서비스 영역에서 정상적으로 작동하기 어려운 점이 명백하여 해당 사업에 대하여 바우처 메커니즘 적용 가능 여부에 대한 검증과 사업 현황 및 정책수행 효과성 등에 대한 분석이 요구된다.

따라서 본 연구에서는 저소득층 치매 환자 가족의 경제적 부담 경감을 위해 치매 치료 및 관리 프로그램에 대한 본인부담금을 지원하는 제도 도입을 위해 국내외 치매 치료관리 현황을 분석하고, 치매 치료관리 바우처제도 도입을 위한 적합성을 검토하여, 치매 치료비 바우처제도 도입 방안을 모색하고자 한다. 마지막 6장에서는 본 연구의 내용을 요약하고 결론을 정리하였다.

제2절 연구의 내용 및 방법

1. 연구내용

본 연구의 내용은 제1장 서론, 제2장 이론적 배경에서는 치매의 개념 및 치료, 국내 및 외국의 치매 치료관리프로그램 현황을 제시하고자

한다.

제3장 치매 치료관리 프로그램 운영실태 분석에서는 치매조기검진사업을 수행하고 있는 보건소의 치매 치료관리 실태와 노인복지관 부설 주간보호 시설에서 수행하고 있는 인지재활프로그램 등 비약물적 치매관리 프로그램 실태, 그리고 치매 치료관리에 대한 인식개선 및 홍보실태를 파악하고자 한다.

제4장 치매 치료관리 바우처제도 도입의 쟁점과 과제에서는 바우처 제도의 이해, 치매 치료관리 바우처제도 도입의 적합성을 검토하고자 한다.

제5장 치매 치료관리 바우처제도 도입 방안에서는 지원 대상자 자격기준 및 규모를 추계하고, 서비스 내용 및 수준을 설정하여 치매 치료관리 사업의 진행 단계별로 효과적인 전달체계를 검토하고 중장기 전략을 제시하고자 한다. 아울러 치매에 대한 고질적인 부정적 인식을 개선하기 위한 방안을 검토하고자 한다.

2. 연구방법

본 연구는 치매 정책 및 사회서비스 바우처 제도에 관한 문헌연구와 치매 치료관리 운영실태에 관한 우편조사, 그리고 관계 전문가 회의를 통하여 이루어졌다.

문헌연구는 국내외에서 수행되고 치매 치료관리프로그램에 관한 각종 연구문헌 등을 활용하여 치매 치료관리를 위한 이론적 논의를 검토하였다.

치매 조기검진 및 치료관리에 관한 실태조사는 치매조기검진사업을 수행하고 있는 202개 보건소와 노인복지관 부설 주간보호서비스 92개소를 대상으로 우편조사를 실시하였다(부록 II. 조사기관 명단 참조). 조사는 2009년 9월 21일부터 10월 16일까지 보건소 치매조기검진사업 담당자와 노인복지관 주간보호서비스 담당자를 대상으로 전국적으로 실시되었다.

보건소를 대상으로 한 치매 조기검진 및 치료관리에 관한 조사내용으로는 치매조기검진사업 현황, 인지재활프로그램 현황, 교육·홍보사업 현황, 그리고 인력 운영·예산 현황 등이 포함되었다. 노인복지관 부설 주간보호서비스를 대상으로

한 치매 치료관리에 관한 조사표는 주간보호서비스 등록 노인현황, 인지개발프로그램 현황, 그리고 인력 현황 등으로 구성되었다(부록 III 조사표 참조).

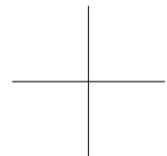
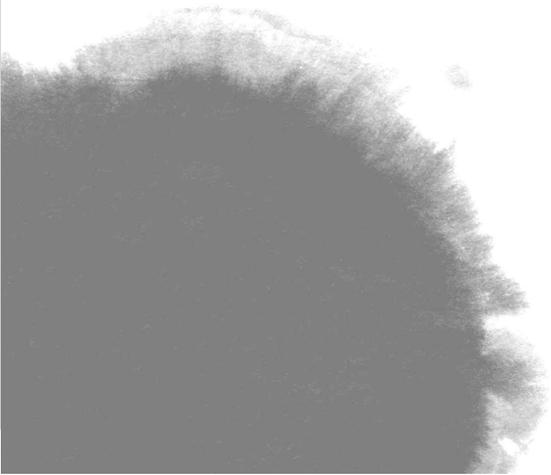
치매 치료관리 지원 대상자 자격기준, 서비스 내용 및 수준 등은 전문가 자문회의를 통해 의견을 수렴하였고, 바우처와 관련된 구체적인 내용은 보건복지가족부의 사회서비스 전자바우처 사업을 수행하고 있는 (재)한국사회서비스관리원의 자문을 받았다.



02

K
I
H
A
S
A

이론적 배경





제1절

1. 치매

치매란 기억력(오병)
지남력(감)
퇴되고
일상적
적 정신

노인
등으로
저하됨
다고 구

국제질
력, 사
함하
의한 증
로
(<http://apps.who.int/classifications>, 2007).

통계청의 한국표준질병·사인분류에 의하면 치매는 알츠하이머병에서의 치매(F00), 혈관성 치매(F01), 달리 분류된 기타 질환에서의 치매(F02), 상세불명의 치매(F03), 알츠하이머병(G30) 등으로 분류된다(표 2-1 참조).

〈표 2-1〉 제5차 개정 한국표준질병·사인분류에 의한 치매 진단적 분류

분류 항목 및 내용 예시	
F00 알츠하이머병에서의 치매(Dementia in Alzheimer's disease)	
알츠하이머병은 신경병리 및 신경 화학적 양상을 특징으로 하는 원인불명의 원발성 퇴행성 대뇌질환이다. 이 장애는 보통 서서히 발병하며 천천히 그러나 꾸준히 여러 해에 걸쳐 발전한다.	
F00.0 조발성 알츠하이머병에서의 치매	F00.2 비정형 혼합형의 알츠하이머병에서의 치매
F00.1 만발성 알츠하이머병에서의 치매	F00.9 상세불명의 알츠하이머병에서의 치매
F01 혈관성 치매(Vascular dementia)	
혈관성 치매는 고혈압성 대뇌혈관 질환을 포함하는 혈관질환에 의한 뇌경색의 결과이다.	
F01.0 급성 발병의 혈관성 치매	F01.3 상세불명의 혈관성 치매
F01.1 다발경색 치매	F01.8 기타 혈관성 치매
F01.2 피질하 혈관성 치매	F01.9 상세불명의 혈관성 치매
F02 달리 분류된 기타 질환에서의 치매(Dementia in other diseases classified elsewhere)	
알츠하이머병 또는 대뇌혈관 질환 이외의 원인에 의한 또는 원인으로 추정되는 치매의 경우. 비록 노년에는 드물지만 인생 어느 시기에도 발병할 수 있다.	
F02.0 피크병에서의 치매	F02.3 파킨슨병에서의 치매
F02.1 크로이츠펠트-야콥병에서의 치매	F02.4 인체 면역결핍 바이러스 질환에서의 치매
F02.2 헌팅턴무도병에서의 치매	F02.8 달리 분류된 기타 명시된 질환에서의 치매
F03 상세불명의 치매(Unspecified dementia)	
초로성 치매	노년 치매
초로성 정신병	노년 우울형 또는 편집형 치매
원발성 퇴행성 치매	노년 정신병
G30 알츠하이머병(Alzheimer's disease)	
포함: 노년 및 초로성 형태(senile and presenile forms)	
제외: 뇌의 노년 변성(senile degeneration of brain) NEC(G31.1)	
노년 치매(senile dementia) NOS(F03)	
노쇠(senility) NOS(R54)	
G30.0 조기발병을 수반한 알츠하이머병(Alzheimer's disease with early onset)	
G30.1 만기발병을 수반한 알츠하이머병(Alzheimer's disease with late onset)	
G30.8 기타 알츠하이머병(Other Alzheimer's disease)	
G30.9 상세불명의 알츠하이머병(Alzheimer's disease, unspecified)	

자료: 통계청(2008). 제5차 개정 한국표준질병·사인분류.

치매를 유발하는 원인은 약 70%는 알츠하이머병과 혈관성 치매이다. 치매가 차지하는 비율은 국가마다, 매 역학 연구에서 치매 원인 질환별로 70%를 차지하며, 혈관성 치매가 20~30%에 이르는 경우도 있는데, 국내에서도 비슷한 양상을 나타내었는데, 2008년 국민건강영양조사에서 연령, 성, 학력, 거주지역을 보정하여 분석한 결과 알츠하이머 치매는 5.9%이고 혈관성 치매는 2.1%, 루이소체 치매는 0.1%로 나타났다. 두부외상이 의한 치매 등 기타 치매는 알츠하이머 치매와 혈관성 치매의 70.7%였고, 혈관성 치매가 24.4%, 알츠하이머 치매가 4.9%였다. 원인질환을 치료하면 치매가 호전될 수 있는 경우도 있지만 그렇지 않은 경우도 있다. 치매의 원인을 정확히 진단하는 것은 정확한 치매의 진단과 치매의 예방을 위한 기초가 된다. 치매의 원인을 정확히 진단하는 것은 치매의 예방을 위한 기초가 된다. 치매의 원인을 정확히 진단하는 것은 치매의 예방을 위한 기초가 된다.

〈표 2-2〉 치매의 원인 질환

구분	원인 질환
퇴행성 뇌질환	알츠하이머 치매, 픽병, 루이체병, 파킨슨병, 진행성 뇌경색, 뇌출혈 등
뇌혈관 질환	뇌경색, 뇌출혈 등
결핍성 질환	베르니케뇌증, 비타민 B ₁₂ 결핍증 등
대사성 질환	저산소증, 갑상선기능저하, 간성뇌병증, 요독증, 일산화탄소중독 등
중독성 질환	알코올중독, 이산화탄소중독, 약물중독, 중금속중독 등
감염성 질환	신경매독, 크로이츠펠트야콥병, 후천성면역결핍증 등
수두증	정상압수두증 등
뇌종양	뇌수막종 등
뇌외상	뇌좌상 등

자료: 조맹제 외(2008), 치매노인 유형별 조사.

2. 치매 증상

치매는 인지기능과 고도정신기능이 감퇴되는 대표적인 기질성 정신장애로 기억장애, 행동장애, 성격변화 등을 수반하는 복합적인 임상증후군이며, 점진

적이고 비가역적인 신경퇴행성장애가 특징이
 실어증과 실행기능 장애를 포함하는 인지적
 기억장애는 모든 치매환자에게서 가장 먼저
 억을 저장하는 뇌 구조물 등 특히 해마와 대
 것으로 알려져 있다. 해마가 파괴되면 단기
 을 수행하는 능력이 떨어지고, 대뇌피질이 파
 감소하게 된다. 그 결과 최근의 일을 기억하
 약화되고 늘 보아온 물건을 기억을 하지 못한
 주변 환경과 활동에 무관심하게 된다. 말기
 타나며, 가족들을 알아보지 못하며, 생각을 못
 하는 운동능력을 상실하게 되어 걷기도 힘들
 치매환자에게 흔히 나타나는 언어장애는
 못하는 실어증, 유사한 단어를 말하는 착어
 향 언어증 등이 있으며, 기억력 장애와 함께
 또한 치매가 어느 정도 진행되면 시력이나
 불구하고 시각적, 청각적, 촉각적 자극을 제
 실인증, 촉각 실인증, 청각적 실인증, 안면
 나타낸다. 그리고 감각기능과 운동기능의 장애
 하기, 옷 입기, 화장실 가기 등의 행동을 정
 2002). 또한, 초기에는 주로 우울해지고 화를
 불안증이 나타나고 호전적이 되며, 오해와
 난다. 파괴적 행동과 정신병은 주로 중기
 가 심하다. 대표적인 파괴적 행동으로 배회, 초조, 공격성, 비협조, 무의미
 한 행동 등이 있으며, 정신병적 증상으로 의심, 비체계적인 망상성 치매,
 환각 등이 나타난다. 그러나 알츠하이머형 치매환자의 망상은 기질적
 버린 사실을 설명하기 위한 노력에 의해 나타나는 것이 대부분이므로 정신
 분열증 같이 치매가 아닌 환자에게서 나타나는 정신병적 증상과는 다르다
 (한경희 외, 2001).

치매는 인지기능의 손실로 정신적인 생활이 어려워지며 질 낮은 악화경로를 나타내어 일상생활활동을 수행 증진하는데 낙상과 위험성도 높으며(Morris et al., 1987) 일상생활 수행 능력과 기억력이 있음이 보고되고 있다(김선미 외, 1998). 혈관성 치매환자력, 계획능력, 정신 운동속도와 같은 결핵의 기능에 운동성 우울증, 행동지체, 정신운동 속도의 저하, 불안과 무감동 등과 변화가 알츠하이머형 치매환자보다 혈관성 치매환자에서 빠르게 나타난다(Roman & Royall, 1999).

치매환자의 경우, 감소된 활동수준은 그외의 활동수준을 수행하는 동안 이동성의 불안정성이 높아져 낙상으로 신체기워진다(Miller & Butin, 2000). 더욱이 감소된 활동수준은 과도적인 기능수행 능력을 저하시켜, 변비, 우울증, 흥분 혼돈과 증가시킨다. 알츠하이머성 치매환자는 정상노인과 비교하여 테스트에서 이동속도가 느리며 움직임의 유연성이 떨어지고, 행하는데 있어 정확성의 감소가 나타나므로 과제 수행능력이진다. 경도 치매의 경우 운동기능은 영하의 수준, 전적으로 나타나지 않는다. 대부분 치매환자는 노화로 인한 변화와 같이 생기고 일상생활활동에 의존성이 증가하고 낙상, 골절과 연결된다(Pettersson et al., 2005).

최경도와 경도 치매는 운동손상이 나타나며 즉, 파킨슨 징후인 운동완만(Bradykinesia), 경직(Rigidity), 자세의 변화와 자세조절에 문제를 일으킨다(Franssen et al., 1991; Lopez et al., 1997). 또한 미세운동기능과 대동작 운동기능인 손의 빠른 반복운동, 보행과 이동 같은 운동기능에 있어 움직임 조절의 손상을 나타낸다고 보고하였다(Goldman et al., 1999). 중등도와 고도 치매환자의 경우 치매가 없는 노인과 비교하여 근육량은 적지만 에너지 소비는 증가되어 결과적으로 신체활동이 치매를 더 악화시킬 수 있다는 연구보고도 있으며, Wang 등(2004)은 알츠하이머를 가진 환자를 치매증상이 없는 노인과 비교했을 때 높은 수준의 신체능을 정확하게 할 수 없다고 하였다(김정기 외, 2007).

3. 치매의 진단

치매의 진단은 환자가 겪고 있는 증상을 판단하고, 환자에게 치매 상태를 유발시킨 원인질환을 찾아내는 과정이다.

현재 치매의 유일한 확진법은 뇌 조직검사를 통한 병상 진단을 위해 뇌 조직검사를 시행하는 경우는 없다. 임상에서는 전문의가 철저한 병력청취와 이학적 검사, 신경학적 검사 및 정신상태검사, 신경심리학적 검사, 혈액 및 뇨검사와 심전도검사, 뇌 단층촬영(CT)과 뇌 자기공명촬영(MRI) 등을 포괄적으로 시행하고, 그 결과를 종합 분석함으로써 치매를 진단하게 된다(조맹제, 2008).

국내에서 치매를 선별하는 검사방법에는 한국판 간이 신경검사(Korean version of Mini-mental state Examination, K-MMSE), 간이 블레스트검사(Short Blessed Test), 한국형 7분 치매선별검사(Korean 7-Minute Screening Test), 한국판 몬트리올 인지평가(Korean version of the Montreal Cognitive Assessment, MoCA-K), 알츠하이머병 사정 척도-인지영역(Alzheimer's Disease Assessment Scale-cognitive section; ADAS-Cog.), 임상치매척도(Clinical Dementia Rating), 루웬스테인 직업치료 인지사정검사-노인(Loewentain Occupational Therapy Cognitive Assessment-Geriatric Population) 등과 같이 검사자가 피검자를 대상으로 직접 조사하는 선별적 인지기능검사와 한국형 치매 선별 설문지(Korean Dementia Screening Questionnaire; KDSQ), 간이형 삼성 치매 설문지(Short form Samsung Dementia Questionnaire; S-SDQ) 등과 같이 검사하고자 하는 피검자를 잘 아는 보호자들을 통해 인지 기능에 대한 설문에 하게 하는 설문지에 의한 선별검사법이 있다(김성열, 2004; 양동원 등, 2004; 최규동, 2005).

최근에는 컴퓨터로 평가할 수 있는 계산화 신경심리검사 장비가 개발되어 사용되고 있다. 컴퓨터를 이용한 신경심리검사가 기존의 검사가 가지는 단점을 보완해주고 있어 새로운 검사 방법으로 주목받고 있다(정종학 등, 2004; Laursen, 1985; Nell et al., 1999). 컴퓨터를 이용한 신경심리검사

은 검사수행 과정과 점수화 과정이 전산화되어 있어 수행 결과 자료 저장 및 변환, 검사자간의 결과 비교가 용이하고, 반응 측정과 분석이 가능하며, 측정의 재현성이 쉽다는 장점이 있다(우리나라에서 표준화된 컴퓨터 인지평가도구로는 서울 전산화 (Seoul Computerized Neuropsychologic Test; SCNT)와 인지조 진단 시스템(Cognitive Assessment & Reference Diagnostic CARDS) 등이 있다.

이 중 CARDS는 석규화 등(2002)이 치매를 다른 노년기 인지장애 및 정상노화 과정과 감별하기 위해 개발한 전산화 검사로서 임상 의사의 치매진단과정과 일치하게 구성된 여섯 개의 섹터를 포함하고, 즉, 일련의 객관적 인지검사로 구성된 CARDS-cog, 검사 대 정보 제공자와의 면담, 검사자 관찰, 신체 검사·신경학적 검사, 뇌영상 촬영 결과 등으로 구성되어 있다.

제2절 치매의 치료

1. 치매의 약물치료

가. 알쯔하이머 치매와 콜린 가설

치매의 근본 원인을 교정하는 치료가 이상적이겠지만, 현재로서는 약물로 치매의 증상을 완화시키는 정도가 약물치료의 목표다. 항에는 치매의 경과를 안정화시키고, 치매를 예방하는 접근이 가능하리라고 본다. 알쯔하이머 병(Alzheimer's disease, AD) 환자에 대한 약물치료의 이론적 배경에는 콜린 가설(choline hypothesis)이 있다. 이는 치매 환자의 인지기능, 행동과 일상생활 수행능력의 장애가 뇌 신경전달물질인 아세틸콜린 결핍에 기인한다는 가설이다. 뇌에서 기억과 가장 관계있는 부위가 해마(hippocampus)이고, 여기에 아세틸콜린을 대량 생산하여 공급하는 곳이 뇌 기저부에 있는

아세틸콜린 효들인데, 알츠하이머 환자에게 치매 경세포가 죽는 곳이 바로 이 해마와 뇌 기저부에서 기억장애가 가장 먼저 나타나는 증상이고, 현 탈콜린을 증가시키는 약물이 많이 개발되어 있다. 뇌에서 아세틸콜린을 증가시키는 방법에는 여러 가지가 있는데, 이 합성되기 전 단계 물질인 아세틸콜린 전구물질에 저장되어 있는 아세틸콜린의 분비를 촉진시키는 약물이 개발되어 있다. 아세틸콜린이 활성성이 없는 물질로 분해되는 것을 막아주는 약물이 개발되어 있다. 아세틸콜린무스카린 수용체를 대신 자극하는 약물이 개발되어 있다. 이 중 심한 알츠하이머 치매가 아닌 경한 알츠하이머 치매에 아세틸콜린 분해를 막는 아세틸콜린에스테라제 억제제들이 사용되고 있다. 혈관성 치매(vascular dementia)에 아세틸콜린에스테라제 억제제들의 효과가 잘 입증되어 있지 않으나, 많은 환자들이 공통적인 병리현상을 보이므로 이 약물도 시험적으로 시도되고 있다.

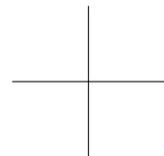
나. 콜린에스테라제 억제제들

1) Tacrine

Tacrine은 미국 FDA에서 최초로 허가된 이후, 많은 국가에서 치료제로 처음으로 사용되었던 약물이다. 작용시간이 짧아 하루 4회 복용해야 했고, 위장관 부작용이 심해 치료 용량까지 약물을 올리는데 많은 시간이 소모되었다. 간 대사 효소의 수치를 증가시켜 간기능 장애가 있었다. 실제 Tacrine은 더 이상 임상에서 사용하지 않는다(Janith et al., 2004).

2) Donepezil

두 번째로 개발된 콜린에스테라제 억제제이며, 현재 가장 많이 사용되고 있다. 이 약물은 반감기가 하루 한번 복용하며, 위장관 부작용이 적고,



간 독성이 없다. 또한 10mg 제형이 있는데, 따라서 복용방법이 매우 간단하다. 처음 하루 5mg 처방이 효과가 없으면 4~8주 후에 하루 10mg 짜리 한 알을 복용하는 것만으로도 인지기능만 호전시키는 것이 아니라 일상생활 수행능력을 향상시킨다고 알려져 있다(Martina et al., 2007).

3) Rivastigmine

세 번째로 개발된 콜린에스터라제 억제제로서 현재 가장 많이 사용되는 약물로 알려져 있다. 이 약물은 하루 두 번 복용하여 인지기능 및 일상생활 수행능력이 호전되는 것으로 알려져 있다. 따라서 의사는 환자를 돌보는 간병인의 평가도 잘 참작하여 용량을 조절하는 것이 필요하다. 처음에는 3mg 알약을 하루 2번 복용하나 이에는 효과를 잘 평가하면서 한 달 간격으로 증량하여 최고 하루 6mg 알약을 하루 두 번 사용할 수 있다(Hanna & Itzchack, 2007).

4) Memantine

이 약물은 환상제제와 구별하여 고려하면 현재까지 개발된 콜린에스터라제 억제제 중에서는 반감기가 가장 길어 하루 한번 복용으로 충분하다. 위장관 부작용도 적고, 임상적으로도 인지기능, 일상생활 수행능력, 전반적 행동과 기능에 효과적이라는 것이 알려져 있다. 불행하게도 이 약물은 고용량에서 일부 환자들에게 간헐적인 수족 마비를 일으킨다는 것이 알려지면서 임상에서 철수되었다(Voglmaier & Edward, 2007).

5) Galantamine

이 약물은 콜린에스터라제 억제제로서 뇌 아세틸콜린 함량을 증가시키는 것 외에도 아세틸콜린 작용부위인 니코틴 수용체에 작용한다는 것이 알려져 있으나, 이 점이 다른 콜린에스터라제 억제제에 비해 더 효과적이라는 확실한 근거는 없다. 하루 16~24mg 복용으로 인지기능, 일상생활 수행능

력, 행동증상과 전반적 기능이 좋아지며, 최근 하루 한번 복용하는 제형이 개발되어 있다. 일 년간 하루 24mg을 사용했을 때 인지기능과 일상생활 수행능력이 치료 전에 비해 나빠지지 않았다는 보고가 있다.

이상과 같이 현재 Donepezil, Rivastigmine, Galantamine 등이 사용되고 있으며, 이 약물들은 경증과 중등도 치매 환자의 인지기능을 물론 기억력, 수행능력, 행동증상과 전반적 기능을 호전시키고, 이들 약물로 계속 치료를 하면 적어도 6~12개월 정도는 치료 전에 비해 환자들이 더 나빠지지 않는 정도의 이득이 있다(표 2-3 참조). 이 효과를 “awakening”이라고 한다. 만약 환자가 이들 약물에 호전이 없거나 심한 치매로 이행하면, 의사는 약물을 끊는 것을 환자나 보호자와 상의해야 한다. 만약 약물을 끊고서 환자가 급속히 나빠지면, 다시 이전 약물이나 다른 콜린에스터라제 억제제들을 사용하면 된다(Janith et al., 2004).

〈표 2-3〉 콜린에스터라제 억제제들의 치료 용량

약물	일일 용량	복용회수
Donepezil	5~10mg	하루 한 번
Rivastigmine	6~12mg	하루 두 번
Galantamine	16~24mg	하루 두 번

다. 콜린에스터라제 억제제와 함께 사용하는 부가치료방법

1) 항우울제와 항정신병약물

치매 환자들에게서 가장 흔한 증상이 우울증이다. Sertraline이나 citalopram과 같은 선택적 세로토닌 재흡수 억제제에 속하는 안전한 항우울제를 사용한다. 환자들의 상당수가 망상이나 환각을 경험하며, 심한 공격성이나 행동장애를 보일 수 있다. 이때 항정신병 약물이 필요하지만, 가장 적합한 약물은 Risperidone, Olanzapine, Quetiapine과 같은 비정형 항정신병약물들이다(Voglmaier & Edward, 2007).

2) 항산화제를 비롯한 여러 약물물
 치매 환자들의 뇌는 퇴행하면서 활성산소라는 독성물질을 만들어내는데
 이 물질이 뇌 세포를 죽인다. 여기에 항산화제들이 도움이 된다. 비타민 E
 (비타민 E)이나 EGb761과 같은 은행나무(Ginkgo biloba)가 항산화제
 하는 항산화제들이다. 그 외 에스타라제(cyclooxygenase-2 억제제와 같
 은 비스테로이드성 항염제들이 사용되기도 한다. 그러나 이들 부가치료제들의
 효과는 충분히 입증되어 있지 않으며, 무조건 모든 환자들에게 이들을 사용
 을 부가적으로 사용하는 것은 추천되지 않는다. 또한 경증 혹은 중증 치매
 환자들에게는 이들 콜린에스터라제 억제제들을 사용하면서 환자를 지지해주
 고 환자의 행동문제들을 상담해주는 프로그램을 병행하는 것이 가장 효과적
 이다(Hanna & Izchack, 2007).

라. 알쯔하이머병의 글루타메이트 과활성 가설

알쯔하이머 병은 물론 치매 중 하나이지만 질환에서 병의 원인으로 주목되고
 있는 신경전달물질이 한 가지 있다. 바로 흥분성 신경전달물질로서 그 활성
 이 강해지면 신경독성이 나타나는 글루타메이트이다. 뇌에서 글루타메이트
 가 작용하는 부위는 10종 이상이 알려져 있는데, 이 중 NMDA 수용체를
 통해서도 글루타메이트가 신경독성을 나타낸다. 이 NMDA 수용체에서의
 글루타메이트 작용을 억제하는 물질(길항제)로 잘 알려진 Memantine이라
 는 약물이 있다. 이론적으로 이 약물은 글루타메이트 과활성으로 인한 신경
 독성을 막을 수 있다.

많은 NMDA 수용체 항 억제제가 낮은 이 약물보다 1980년대에 알쯔
 하이머 환자들에게 큰 부작용 없이 사용할 수 있음이 독일을 비롯한 여러
 에서 보고되었다. 현재 이 약물은 경증 혹은 중증 치매 환자에게 사용되며, 콜
 린에스터라제 억제제에 비해 중증 혹은 심한 알쯔하이머 환자들에게 사용
 되도록 승인되었다. Memantine은 콜린에스터라제 억제제들과 상호작용이
 거의 없기 때문에, 콜린에스터라제 억제제에 반응이 없는 환자들에게 이 약

물을 병용하거나 이 약물로 교체할 수 있다. 이 약물은 하루 두 번 투여하며, 1일 10~20mg에서 효과적이다. 2~4주 기간 동안 두 번에 걸쳐 적량하면 된다(Simon & Serge, 2001).

2. 치매의 비약물적 치료

치매는 만성적인 경과와 신체 질환을 동반하는 특성으로 인해 개인과 가족을 벗어나 사회적, 국가적인 차원에서 대처해야 할 질환으로 인식되고 있다. 치매는 대부분 만성적으로 진행되는 뇌의 질환이기 때문에 약물치료와 더불어 비약물적 치료를 일관성 있게 지속적으로 대처하는 것이 가장 중요하다. 치매의 치료로는 그동안 약물치료가 주를 이루었는데, 최근에는 약물치료와 더불어 치매노인의 남아있는 기능을 최대한 보존하면서 문제행동을 예방하거나 적절히 관리하여 삶의 질을 증진시키는 데 목표를 둔 심리·사회적인 접근을 동시에 활용하는 것이 권장되고 있다(Grasel, Wiltfang & Kornhuber, 2003).

치매는 뇌의 전반적인 기능, 즉 감각운동기능은 물론이고, 기억기능 전체에 영향을 미칠 수 있는 질병이다. 따라서 치매환자에 대한 치료프로그램의 실질적인 내용에 있어서는 상실된 뇌손상으로 오는 여러 가지의 치매 유형에 따라 다양하게 접근해야 한다. 또한 인지기능영역에 따른 다양한 치료프로그램을 치매의 심각도를 고려하여 적용하여야 한다. 궁극적으로 방법, 대상, 정보, 기간 등이 다양해야 하고 언제, 누가, 어디서, 어떤 내용으로 치료할 것인가에 대해서도 장·단기, 개인·그룹, 기본적 욕구와 가능성을 바탕으로 다양한 접근이 필요하다(오병훈 외, 2007).

치매는 퇴행성 과정으로 재생이 불가능하므로 치매환자의 인지재활은 현재 남아 있는 기억 기능을 보존 또는 강화하고, 이를 통해서 손상이 심한 기억 기능을 보완하는 증대를 통해 일상생활에 필요한 기억을 향상 또는 유지시키고자 하는 것을 목표로 한다. 또한 치매 환자는 기억감퇴 뿐만 아니라 자신감 상실, 불안, 우울, 위축 등의 증상이 유발되고, 이로 인해 기억 감퇴가 더

욱 심해지면 이순환을 겪게 된다. 따라서 치매환자의 인지재활은 이리같은 순환의 고리를 끊는 것도 치료의 목표에 포함되어야 한다(서울특별시, 2008).

가. 작업치료

1) 작업치료의 개념

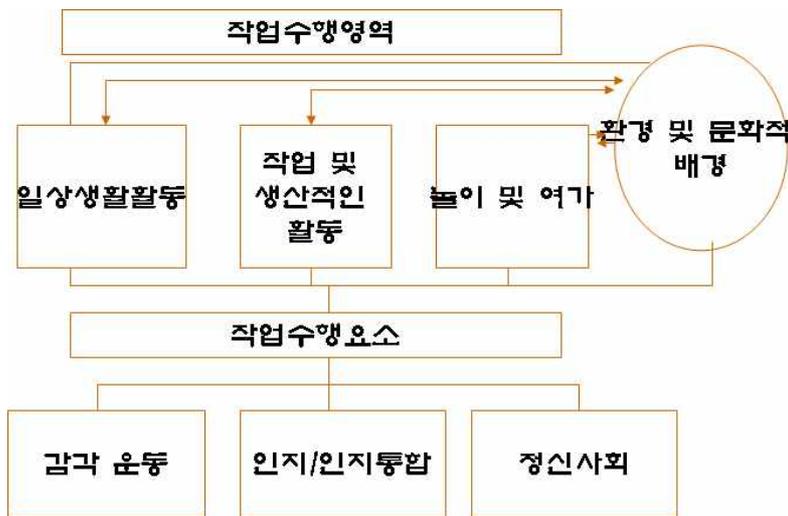
작업치료의 작업이란 사람들이 일상생활에서 흔히 접하게 되는 기구와 일상적인 활동들이라는 뜻이다. 작업이란 단지 육체적 활동뿐 아니라 정신 기능까지 포함하며, 각 개인에게는 의미와 목적이 있는 활동이어야 한다. 작업치료란 환자의 남아있는 기능을 최대한 유지/발전시키기 위해 목적 있는 활동을 수행하게 하여 병적 증상을 감소, 교정하고 건강을 증진시키는 예술이며 과학이다. 작업치료의 목표는 기능을 회복, 유지, 강화하고 자기 존중감을 고취하며 독립적인 일상생활을 유지하고 최대한의 사회참여로 장애로 인한 불편함과 제한점을 최소화하는 것이다.

작업치료 수행영역은 세부분으로 나눌 수 있다(그림 2-1 참조). 첫째, 일상생활활동(ADL)영역에서는 식사하기, 옷 입고 벗기, 이동훈련, 의사소통, 개인위생 등을 환자의 상태에 따라 적절한 방법으로 훈련하며, 이에 필요한 보조도구를 제작하기도 하고, 사용방법들을 지도하며, 남아있는 기능으로 일상생활을 영위할 수 있도록 도와준다. 두번째, 일과 생산적인 활동 영역에서는 집안일 돕기, 가정관리, 학업수행, 직업 훈련활동 등을 평가하고 필요한 기술을 훈련한다. 독립적으로 일을 수행할 수 있도록 돕거나, 일을 수행할 수 있는 환경을 제공하도록 도와준다. 세번째, 놀이와 여가영역에서는 환자에게 적합한 놀이, 취미개발 및 여가활동을 적절히 수행할 수 있도록 함으로써 삶의 질을 향상시키도록 도와준다.

작업치료 수행요소 역시 세부분으로 나눌 수 있다. 첫째, 감각운동요소로 적절한 치료도구나 목적적인 활동을 제공하여 관절 움직임 범위를 넓히거나, 근력을 향상시키고, 균형능력이나 자세 조절능력을 정상화 한다. 둘째,

인지/인지통합요소로 뇌의 기능, 구조 그리고 발달과정에 기초한 재활치료 방법을 통해 인지 지각능력이 저하된 대상자의 기억력, 판단력, 계산능력, 문제해결능력 등의 결함을 교정, 향상시키며 손상된 기능은 대체기능을 통해 보완하도록 한다. 셋째, 정신사회/심리적 요소로 가치, 흥미, 자아에 대한 개념, 역할수행, 대인관계, 자기표현, 시간관리, 자아조절 등의 능력을 향상시킨다.

[그림 2-1] 작업 수행 모델(Occupational Performance Model)



자료: Willard & Spackman's(2008). Occupational therapy 11th(2008).

2) 치매환자의 평가

치매환자에 대한 평가는 할 수 없는 것을 찾는 것이 아니라 할 수 있는 것을 찾는 것이 중요하다. 가령, 인지기능에 대한 기본적인 검사부터 주변 환경이 환자의 작업수행에 도움이 되는지 방해가 되는지 등에 대한 다양한 평가영역이 존재할 수 있다.

치매환자를 평가하기 위한 도구로는 인지기능의 수준을 간단하게 스크리닝 하기 위한 간이 인지기능 평가(K-MMSE, MMSE-KC), 시간차로 회상의 간격을 검사하는 회상 간격 검사(Retention Span Test; RST), 피아제의 인지 이론을 바탕으로 개발되어 작업치료 시 계획을 세우거나 지역사회 복귀를 위한 도움을 줄 수 있는 자료를 제공하는(Allen, 1985) 알렌 인지행동 수준 평가(Allen Cognitive Level Screening Test; ACL), 작업 수행을 위한 ADL 운동 기술과 처리 기술을 관찰하여 평가하는 일상생활기술 평가(Assessment of Motor and Process Skills; AMPS), 개별적인 작업수행에 대한 자기 인식정도와 만족도를 평가하는 캐나다 작업수행측정(Canadian Occupational Performance Measure; COPM), 그리고 여가 활동 점검표(Inetrest Checklist; IC) 등이 있다. 평가도구를 사용한 평가 이외에도 대상자의 전반에 걸친 행동을 관찰하고 정보를 시중환자에게 제공한다.

자료 수집은 환자와 가족의 인터뷰를 통해서 얻으며, 환자를 평가하기 이전에 환자에 대한 충분한 지식을 숙지하고 있어야 한다. 작업 수행 모델(occupational performance model)을 중심으로 평가항목과 평가도구는 <표 2-4>와 같다.

〈표 2-4〉 치매환자의 평가항목과 평가도구

구분	평가항목	평가도구
수행 영역	일상생활 활동	<ul style="list-style-type: none"> · ADL Situational Test · Allen Cognitive Level Screening Test · AMPS · Cognitive Performance Test · Functional Performance Measure · Kingston Geriatric Cognitive Battery · 부엌과제평가 (Kitchen Task Assessment) · 오른손-왼손 구별검사 (Right-Left Discrimination) · Alzheimer's disease Assessment Scale · Blessed Dementia Rating · 치매임상척도(Clinical Dementia Rating) · Global Deterioration Scald · Map-Reading Test · 간이인지기능평가(MMSE-K) · Road-Map Test
	생산적인 활동	
여가		
수행 요소	감각운동	
	인지/인지 통합	
	정신사회/ 심리	
수행 배경	시간/환경	· 가정에서의 안전

자료: 양영애 외(2008a), 노인작업치료학.

3) 작업치료의 목적 및 방법

치매환자는 인지기능 저하, 일상생활활동의 손상, 그리고 각종 문제행동 등으로 인해 독립적인 생활이 어려워질 뿐만 아니라 여러 가지 안전상의 위험에도 노출되기 쉽다. 치매환자를 대상으로 하는 작업치료는 환자의 일상적인 기능을 유지·촉진시키고, 환자가 물리적 환경에 적응할 수 있는 기회를 증가시킬 뿐만 아니라 조호자로 하여금 환자의 행동변화에 효과적으로 대응할 수 있는 조호기술 향상에 기여할 수 있다.

작업치료는 심리적 안정을 유지하고 생활에 적응하는 것을 목표로 환자가 스스로 최대한 독립적인 일상생활을 포함하여 인지 및 감각을 유지하도록 적절한 치료를 제공하여 수행하는 것을 목적으로 한다. 더불어 가족 교

육의 개발과 훈련, 적절한 중요한 요소들이라고 할 수 있다. 환자의 상황에 맞게 수정하고 교육함으로써 질병의 단계에 따라 유지해 나가며, 장애가 악화되어 가는 환자의 상태에 따라 인가 하는 교육도 반드시 필요하다.

세부적 치료 목표로는 기억력 키고, 둘째, 집중력과 기억력에 장애에 효과적인 각종 활동의 참여를 늘리고, 지 않도록 사회 참여와 직업에 대한 적절한 활동의 편의를 제공한다. 또한, 훈련 및 교육, 환경 개조, 작업치료 방법에는 활동 조절, 가족교육, 환경수정, 직업재활 등이다.

① 직업치료적 활동 프로그램

치매환자의 치료를 위하여 환자가 자발적으로 참여할 수 있도록 강제로 참여시켜서는 안 된다. 강제로 참여시켜서는 안 되고, 통해서 차근차근 접근해야 한다.

구축, 욕창, 피로, 우울증, 환자가 자신의 상한 활동에 참여하는 것이 중요하다. 환자에 대한 직업치료활동에는 다양한 치료적 중재 방법(예, 그리기, 모자이크, 리 등)이 포함되어 있으며, 신체기능, 감각기능, 사회성 등을 위한 활동을 제공한다. 모든 활동에는 직업분석을 통하여 활동의 전 과정을 측정하여 객관적으로 분석한 후 치료에 적용할 수 있도록 해야 한다. 치매 환자들은 원인, 증상, 반응 및 기억력 저하의 수준, 행동양상이 다르기 때

문제 개별 평가를 통한 치료 프로그램의 적용이 필요하며 환자에 따라 치료적 접근 방법도 달리 해야 한다.

② 일상생활활동 지도

일상생활활동(ADL) 지도는 주변 환경을 정리하고, 씻기, 옷 입기 등 일상생활을 수행하는 데 도움을 주어 스스로 자기 관리를 할 수 있도록 유도한다. 일상생활활동 훈련을 통해 환자에게 시간과 장소를 자주 확인시키고 사회적인 상호 작용을 체계화 할 수 있도록 유도하며, 환자에게 부족한 일상생활활동의 영역을 지도·교육하여 독립적으로 수행할 수 있는 활동의 범위를 유지·증진 시킨다.

③ 이상행동 조절

행동 관찰이나 평가를 통해 이상행동이 나타나는 환자의 경우, 이상행동 조절을 위해 불안이나 초조함의 원인을 제거할 수 있도록 돕는다. 협동의 거부, 큰소리로 울부짖기, 의도치 않은 공격 행동, 극심한 반작용 등은 과도한 불안으로 인한 감각 정보, 정보의 오해, 피로, 직무 수행을 할 수 없는 것에 대한 공포 등에 의해서 비롯된다. 따라서 이러한 행동에 주의를 집중시키고 재확인하며 현재 일어나고 있는 상황에 대해 말로 설명해서 대응할 수 있도록 한다.

④ 가족교육

가족이 어떻게 대처해야 하는지에 대해 잘 알리기 위해 가족에 대한 적절한 교육과 훈련이 필요하다. 잘 수행하지 못하더라도 환자가 적극 참여함으로써 환자와 가족은 현실 감정을 받아들일 수 있다. 환자의 기능 저하를 예방하기 위해서 가족이 환자 활동 전체를 대신하려고 해서는 안 되므로 가족교육을 시행한다. 직업치료사는 가족들에게 자세 잡기, 관절 가동 범위 훈련, 부전실어증에 대응하는 방법, 들고 움직이는 기술 및 일상생활활동 등에 대해 교육한다.

⑤ 환경수정

환경이 예측 가능하고, 친숙하여 불안 증세를 없애 수 있도록 효율적으로 설계되어 있~~는~~기를 확인하고, 정~~치~~를 수정하며, 불안함을 없앨 수 있는 방향으로 환~~자~~는 구역에 장애물이 없도록 가구배치가 간결하여야 하~~는~~ 질감으로 주위 배경으로부터 대상을 구별해내는데 도~~움~~안감이 생길 가능성이 있는 요인들을 다른 형태로 바~~꾸~~감소시킨다. 상징, 사진, 또는 그림은 방~~식~~수 있다. 안전하게 주변 환경에 익숙해질 수 있는 공~~간~~요 없이 왔다 갔다 하는 경우를 줄일 수 있으므로 환~~자~~업치료사의 개입이 필요하다.

⑥ 인지재활치료

인지 재활프로그램을 통해 현재 남아 있는 기억 기~~능~~을 강화하고, 이를 통해 손상이 심한 기능을 보완할 수 있~~는~~다. 인지손상에 따라서 적절한 활동 보조를 제공하고 이상행동을 고려하여, 여러 다양~~한~~ 활동을 단계별로 상태에 따라 제공한다. 작업치료는 작업분석을 통하~~여~~ 환자에게 적합한 활동에 대하여 평가하고 분석한 이 치료에 적용하여야 하며, 이를 통해 기억회상을 강화 보완하여 인지 기능 유지에 도움이 될 수 있도록 한다.

4) 단계별 인지재활프로그램

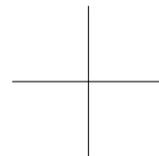
인지재활이란 정보 처리과정을 방해하는 인지과정의 결함을 호전시킬 목~~적으로~~ 주의력, 기억력, 개념형성능력 등에 체계적으로 개입하는 치료과정~~이다~~이다. 중추신경계인 뇌 세포의 손상은 완감~~한~~ 경우에만 개생이 불가~~능~~하지만, 남아있는 다른 뇌 세포로 인한 기능의 대치나 전이, 뇌의 재조직~~화~~ 과정 등으로 인해 결손된 기능이 어느 정도 호전될 수 있다. 특히 급성

기 뇌 손상 환자들에게는 발병 후 손상된 인지결함이 고정되기 전에 적절한 지적자극의 제공과 인지훈련을 통해 뇌의 재회복 과정을 촉진시켜 인지 능력의 회복을 빠르게 할 수 있다. 또한 인지재활은 환자의 행동과 정보를 처리하고 해석하는 능력을 향상시켜 일상생활에서 필요한 기능적 적응 능력, 학습능력, 상황을 이해하는 능력, 문제해결능력 등을 증진시킬 수 있다(박성희, 2007).

노인의 인지기능은 실행, 감각, 주의력 기능과 밀접한 관련이 있다. 인지 기능에는 기억력, 연산력, 기억력, 언어능력, 시공간구별능력 등 다양한 기능이 있으나 기억력이 대표적인 인지문제를 가지므로 대부분 기억력의 향상에 초점을 맞추고 있다. 컴퓨터를 이용한 인지프로그램은 치매 환자에게 뇌의 운동을 도모하기 위한 목적으로 이용된다. 집중력, 주의력, 기억력 등과 같이 치매 환자들에게 있어 손상되기 쉬운 인지기능의 유지 및 향상을 위해서 다양한 형태의 치료활동을 실시하며 이해하기 쉽고 간단하게 할 수 있는 게임 방식을 통하여 언어능력, 수인지력, 공간지각능력 등을 익히는 데 도움을 준다.

최근 외국에서 컴퓨터 보조 인지 프로그램(Computer-assisted cognitive rehabilitation: CACR)을 알츠하이머성 치매에 적용한 사례들이 보고되고 있다. 우리나라에서는 RehaCom, PSS CogReHab, COMCOG와 같은 프로그램이 인지 손상의 재활을 목적으로 이용되고 있다. 결손을 보이는 환자의 재활을 위해서 기억력, 주의력, 집중력, 실행기술, 지각운동기술 등에 적용한 RehaCom, Comcog 등과 같은 프로그램은 문제해결능력과 일상 생활활동을 향상시킬 목적으로 사용하고 있다(김희경, 2010).

RehaCom은 일각각능 향상을 위한 훈련 프로그램으로써 다양하고 실제에 가까운 과제들로 구성되어 있다. 모든 훈련 프로그램에서는 환자의 능력에 맞게 난이도를 조절할 수 있도록 되어 있고 모든 훈련 데이터는 자동으로 저장이 되며 전산으로 분석에 가능하다. 운동성에 장애가 있거나 심한 인지장애 환자들을 위해서 특별히 만들어진 큰 버튼과 조이스틱으로 구성된 환자용 자판이 있어서 컴퓨터를 잘 다루지 못하는 환자들도 쉽게



사용할 수 있다. 또한 인터넷의 연결을 통해 환자가 가정에서도 훈련을 하는 것이 가능하도록 원격지원이 제공된다.

COMCOG은 우리나라 언어와 문화에 가장 적합하도록 컴퓨터 프로그램을 고안하여 인지기능의 장애를 보이는 환자들에게 효과적인 치료를 실시할 목적으로 개발되었다. 환자의 인지기능 장애 정도에 따라 다양한 인지영역을 선택적으로 훈련할 수 있으며 치료사의 도움 없이 환자 스스로 훈련할 수 있도록 설계되었다. 손동작이 부자연스럽거나 컴퓨터에 대한 전문적인 지식이 없어도 쉽게 사용할 수 있도록 특별히 고안된 반응 판넬과 터치스크린을 사용하여 보다 편리하게 훈련 할 수 있다. 뇌손상 환자뿐만 아니라 학습장애 등 발달성 인지장애 아동의 학습능력 증진을 위해서도 사용될 수 있고 병원 및 재활기관 뿐만 아니라 재가 치료용으로도 사용이 가능하다.

[그림 2-2] RehaCom과 OMCOG



인지 재활 프로그램의 설정 시에는 환자의 참여하고 싶은 의지인지를 고려하여 중요하다. 뿐만 아니라 생각과 행동의 일치 상황에서 집중력이 좋은 시간을 활용하여 활동의 다양성을 통해 긍정적 경험의 기회 제공하도록 한다.

① 경도

경도

보존된

용하는

완 기

하는

Traini

자신과

(Mem

(vanis

회상기

다. 다

행할 수

도자의

과정과

② 중

중

한다.

다. 또

각 자

음악

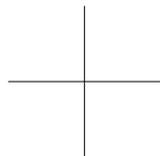
하지

가요를

한다.

고구마

평화롭고



〈표 2-5〉 임상증상에 따른 인지재활치료의 접근방법

단계	임상 증상	접근 방법
초기	- 단기기억력, 집중력, 감정기복의 문제 - 환자는 상처를 부정하고 이렇듯지 않은 척 함	- 가능한 독립적인 활동을 유지할 수 있도록 함 - 스트레스에 대처하는 방법을 보호자에게 교육함
중기	- 지남력, 최근의 기억장애 - 목욕, 옷 입기, 식사하기 말하기의 문제 - 실어증, 실행증, 실인증이 나타남	- 물리적인 운동, 사회화 촉진, 지역사회 생활, 환경의 적응을 장려함
후기	- 가족 구성원을 잇음 - 언어장애와, 지남력의 상실이 심각해짐 - 24시간 보호, 가계가 필요함	- 삶의 질을 최대화 함 - 자신과 다인에 대한 인식을 장려, 감각자극이 필요함
말기	- 일상생활활동의 모든 면에서 완전 의존적임 - 무표정한 얼굴과 의미 없는 언어 또는 기억, 환경과 상호작용하지 못하고, 운동기능이 심각하게 쇠퇴함	- 구축을 예방하고 환자를 안전하게 보호함

자료: 양영애 외(2008a). 노인작업치료학.

나. 원예치료

원예치료란 식물을 대상으로 인간의 다양한 원예활동(농작업, 사회성, 교육적, 심리적 혹은 신체적 재활을 기쁘고 이로 말미암아 육체적 재활과 정신적 회복을 추구하는 전반적인 활동을 의미한다. 식물 및 원예활동을 매체로 한 전문적인 기술과 방법을 통하여 심신의 치료와 재활, 녹색의 쾌적성 및 환경 회복을 얻고자 하는 데 그 목적이 있다.

즉 식물을 이용하는 원예활동을 통해 심신의 재활을 꾀하고 삶의 질 향상을 목적으로 한다. 원예치료는 살아있는 생명을 매개체로 하고 있으며 상호역동적인 특성을 가진다. 또한 창조적 파괴가 가능하며, 비탄원적 기쁨을 바탕에 둔 치료이다(이은희, 2003). 원래 치료는 원래 정신장애인이거나 정신지체아에게 원예활동을 시키는 과정에서 그 효과가 입증된 것이 아니었다. 그러나 최근에는 보다 많은 사람들과 다양한 분야에 적용됨에 따라 그 효과도 다양해지고 있다.

Smith(1998)는 치매노인을 대상으로 한 원예치료 집단평가에서 환자 행

동인식이 증가하는 것으로 나타났고, 그 결과 원예치료는 한지가 계획하고 모든 것을 나누는 행동을 하는 가운데 가정에서의 같은 일러한 활동을 제공하며 환자의 요구를 보여줌으로써 치료적 관계를 증진시킨다고 보고하였다. 또한 원예치료는 치매노인의 우울감소(최상순 등, 2001; 이상훈, 1999)와 자아 존중감의 증가(이상훈, 1999)에 효과가 있는 것으로 밝혀졌다. 치매노인을 위한 원예요법은 식물 관찰하기, 식물 가꾸기, 식물을 이용한 만들기의 세가지 활동으로 구분할 수 있으며, 개인의 자아존중감을 높여주며 노인에게 위협하지 않은 준비물을 준비하고, 식물을 감각적으로 느끼게 할 수 있으며, 빠른 성장속도를 갖거나 과거의 기억을 되살릴 수 있는 것을 이용하는 것(여창호, 2002)이 효과를 높일때 도움이 될 수 있다.

다. 미술치료

미술치료는 개인의 갈등을 조정하고 자기표현과 승화작용을 통하여 자아 성장을 촉진시킬 수 있는 심리치료의 한 분야이다(주리미, 2002). 치매로 인해 인지기능이 떨어진 상태에서 현재 또는 과거의 기억을 되살리는 기회를 주어 본인의 능력에 따라 선, 색, 형태를 스스로 표현할 수 있도록 도와주는 방법으로 성취감과 편안함 그리고 정서적 안정을 얻게 하여 지적활동과 인지적 수행능력을 향상시키는 데 목적이 있다.

미술치료를 통해 소근육 운동과 인지적 기능 향상시킬 수 있다. 또한 그림을 그리거나 활동을 통하여 색채와 형태에 관심과 주의력을 향상시킨다. 미술작업을 하는 동안 기억력을 되살리게 되고 자발적인 이야기를 할 수 있게 하여 주제를 형상화시킨다. 미술치료가 진행되는 동안 이루어지는 상호적 의사소통과 발표 등을 통해 서로를 깊이 이해하게 되며 이로써 신뢰와 협조적 관계로 친목도모 및 의사표현 향상을 기대할 수 있다(김선현, 2008).

미술치료프로그램의 치료적 요인을 살펴보면 미술작업은 신체감각을 발달시킬 수 있어서 잔존기능을 보존·발전시키며, 창조적 작업이 정서를 순화시키는데 도움을 주며, 다양한 표현과정을 통해서 심리적 욕구나 충동, 갈등의

해소를 돕는다. 또한 그림을 통한 대화와 회상작업을 시키며, 남아있는 기억력을 자연스럽게 유도하여 작업의 참여자들은 자신의 경험을 통해 만족감을 얻을 수 있다(이동숙, 2001; 박영애, 2002; 이동숙, 2003).

라. 운동치료

운동치료는 신체운동을 질병이나 손상 및 그 이후증의 치료수단으로 쓰는 것으로 근력의 강화, 지구력의 증대, 정확한 동작을 위한 근육의 협응성 개선, 속도의 단축, 관절의 운동범위의 유지 및 제한되었을 경우의 개선 등을 목적으로 하는 물리치료 방법 중 하나이다. 노인에게 있어 모든 활동은 기립, 걷기와 관련되어 적절성과 활발성이 상실되고, 심지어 모든 움직임을 거절하게 될 수도 있다. 신체적 활동은 신체적 건강을 향상시키고, 스트레스를 줄이고, 우울증을 완화할 수 있으며, 인지 기능을 높이고 노인들의 행동 장애를 줄일 수도 있다. 그러므로 적절한 운동치료는 개인과 그룹을 통하여 상호작용과 그룹 협동의 기회를 제공하고 움직임의 제한으로 인한 부작용을 완화시킬 수 있다. 안전한 몸의 움직임을 익히고 낙상 등 사고를 예방하여 신체적 안전성을 유지하게 된다.

특히 운동, 음악 활동 등은 상처감정을 통하여 적절한 활동을 늘리고 파괴 행동을 줄이기 위해 사용되는 기술이라 할 수 있다. 운동치료 시 강하고 느린 자세변화나 격렬한 움직임은 피해야 하며, 활동의 양이 요구되는 운동은 피해야 한다(김동연 등, 2004).

마. 음악치료

음악은 자연스러운 움직임이 때문에 거부감이 많은 치매 노인들에게 큰 무리 없이 다가갈 수 있다. 음악은 치매 노인들에게 어려운 노력과 의지를 기울이지 않아도 편안하게 들을 수 있으며 이를 통해 자연스럽게

감정을 표현할 수 있다. 음악은 치매 노년층과 일반 노년층에서 보다 자유롭게 자신을 표현하는 분위기로 만들어주며 자신과 집안이 하나라는 전체로서의 느낌을 갖게 한다(양혜경, 2006).

노래를 부를 수 있거나 악기를 다룰 수 있는 노인들은 음악적 재능을 발견할 수 있고 다른 이들의 즐거움을 위해 연주할 수도 있다. 음악 치료는 리듬을 타는 움직임들 통해 운동을 제공할 수 있다. 또한 음악을 통해 과거 회상을 불러일으켜 기억과 정서를 자연스럽게 자극할 수 있다. 치매노인에게 제공되는 적절한 음악치료에는 오래전부터 들어오던 음악을 중심으로 한 노래 부르기나 감상이 기억력을 자극하는 데 도움이 된다(김영숙, 1999).

이 같은 음악적 활동들을 보다 객관적인 근거로 살펴보면, 음악은 시상을 중개자로 하여 대뇌피질과 변연계 내부의 작용으로 사람들에게 정서적인 반응을 불러 일으켜서 결과적으로 행동이 변화하게 만든다. 특히 음악적 경험은 변연계와 밀접하게 연관되어 있는데 변연계에 의해 사출(射出)되는 신경적인 기능인 해마는 단기 기억력을 발달시키고 정보를 영구적으로 간직하기 위해 두뇌의 다른 부분을 위한 메시지를 준비한다(최병철, 1999).

음악은 이리할 뿐 아니라 부상을 통해 신체적 심리적 에너지의 크기와 방향, 긴장과 이완의 크기와 방향에 영향을 준다. 이를 통해 그동안 억눌려 있던 감정을 해방시키며 스스로 그 감정을 표현할 수 있는 기회를 갖게 되고 자기 내부에서 충돌하는 감정들을 외부로 끌어내어 사고의 차원에서 감정의 구별과 통합을 가능하게 한다. 음악을 통해 치매노인들은 자기 안에서 감정을 느끼면서 외부로 표현되지 않은 많은 감정들을 다양한 감정을 분출시킬 수 있게 된다. 또한 옛 노래를 통해 지나간 시절의 일을 회상하게 되면 우울증 완화와 인지기능회복에 큰 도움을 받을 수도 있다(양혜경, 2006).

또한 음악치료가 인지능력이 손상된 대부분의 환자에게서 긍정적인 영향을 끼치기도 한다. 치매노인은 음악을 들을 때 자신을 동일시하기도 하고 과거의 기분이나 과거의 경험을 되살려 생각하게 된다. 따라서 연상은 음악치료를 위한 중요한 것으로 보고되고 있으며 GIM(guidedimagery

and music)이라는 대표적 기법으로 쓰이고 있기도 하다.

Buettner(1997)는 음악치료 프로그램에 참가한 치매환자들이 음악치료 프로그램이 기억력과 자기인식 능력을 향상시켰으며, 의사소통 및 사회화 기술의 향상과 기분상의 긍정적 변화도 일으켰다고 보고하였다. 또한 치매 노인을 대상으로 한 음악치료의 적용은 시간적 공간에 대한 개념을 갖게 하고 참여성, 눈 마주침, 긍정적 언어피드백을 증가시켜 비사회적 행동 감소와 정서적인 기능을 촉진시켜 인지적인 면을 향상·유지시킨다(Brotans & Koger, 1997).

제3절 국내 치매 치료관리 프로그램

1. 법적 근거

노인보건복지사업은 주로 노인복지법을 근거로 인가되어 왔으며, 치매 치료관리사업은 노인복지법을 근거로 보건의료기본법에 의거하여 수행되고 있다. 노인복지법 제29조 치매관리사업의 규정에 의하면 국가 또는 지방자치단체는 치매예방 및 치매퇴치를 위하여 치매연구 및 관리사업을 실시하여야 하고, 시·군·구의 관할 보건소에 치매예방 및 치매환자관리를 위한 치매상담센터를 설치하여야 한다(시행규칙 제11조 치매연구 및 관리사업 등, 노인복지법 시행규칙 제12조 치매상담센터의 업무 등).

보건의료기본법 제4조 국가 및 지방자치단체의 책임 규정에 의하여 국민 건강의 보호·증진을 위하여 필요한 법적·제도적 장치를 마련하고, 이에 필요한 재원을 확보하도록 노력하여야 한다. 또한 보건의료기본법 제29조와 동법 제41조에서 국가 및 지방자치단체는 보건의료의 제공 및 이용체계를 마련하고, 만성질환자에 대한 적절한 보건의료의 제공 및 관리를 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다고 규정하고 있다.

한편, 시·군·구 자치단체에서는 치매지원센터 설립 및 운영 조례 또한

치매환자 의료비 지원에 관한 조례 등과 같은 각각의 조례를 제정하여 관련 사항을 규정하고 있다.

〈표 2-6〉 치매 치료관리사업의 법적 근거

법령 및 조문
<p>노인복지법 제29조 (치매관리사업) ①국가 또는 지방자치단체는 치매예방 및 치매퇴치를 위하여 치매연구 및 관리사업을 실시하여야 한다.</p> <p>②제1항의 치매연구 및 관리사업의 업무내용 및 기타 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.</p> <p>제29조의2 (치매상담센터의 설치) ①시 군 구의 관할 보건소에 치매예방 및 치매환자관리를 위한 치매상담센터를 설치한다.</p> <p>②제1항의 치매상담센터의 업무, 인력기준 그 밖의 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.</p>
<p>노인복지법 시행규칙 제11조 (치매연구 및 관리사업 등) ①법 제29조의 규정에 의한 치매연구 및 관리사업의 업무내용은 다음 각호와 같다</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치매환자의 등록·관리 2. 치매환자의 관리에 관한 표준지침의 연구 3. 노인복지시설의 종사자, 치매환자 및 그 보호자등에 대한 치매관련 전문교육의 실시 4. 치매관련 의료 및 복지서비스에 관한 연구 5. 재택치매관리사업 6. 기타 보건복지가족부장관이 치매연구 및 관리사업에 관하여 필요하다고 인정하는 업무 <p>②보건복지가족부장관은 「의료법」 제3조제3항에 따른 종합병원, 「사회복지사업법」 제2조제2호에 따른 사회복지법인 그 밖의 보건의료 및 복지관련단체로 하여금 제1항 각 호의 치매연구 및 관리사업을 실시하게 할 수 있다.</p> <p>③보건복지가족부장관은 제2항에 따라 치매연구 및 관리사업을 실시하는 종합병원·사회복지법인 또는 보건의료 및 복지관련단체에 대하여 예산의 범위 안에서 사업수행에 필요한 비용을 지원할 수 있다.</p>
<p>노인복지법 시행규칙 제12조 (치매상담센터의 업무 등) ①법 제29조의2에 따른 치매상담센터는 다음 각 호의 업무를 행한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 치매환자의 등록·관리 2. 치매환자 및 그 보호자에 대한 상담 3. 치매의 예방 및 치매환자의 간병요령 등에 관한 교육의 실시 4. 재택 치매환자에 대한 방문·관리 5. 치매환자의 노인전문요양시설 등에서의 입소 안내 6. 그 밖에 시장 군수 구청장이 치매예방 및 치매환자 관리에 관하여 필요하다고 인정하는 업무 <p>②시장 군수 구청장은 보건소에 배치되어 있는 의사·한의사·간호사 또는 정신보건전문요원 중에서 제1항의 업무를 전담할 치매상담전문요원 1인 이상을 지정하여야 한다.</p> <p>③제2항에 따른 치매상담전문요원은 치매환자 및 그 보호자에 대한 상담을 실시한 때에는 별지 제11호서식의 치매환자상담대장에 그 내용을 기록하고 관리하여야 한다.</p> <p>④보건복지가족부장관은 치매상담전문요원에게 치매전문교육을 실시할 수 있다.</p>

〈표 2-6〉 계속

보건의료기본법 제4조의 보호·증진을 위하여 노력하여야 한다.
 ②국가 및 지방자치단체는 노인복지시설의 운영에 관하여 노력하여야 한다.
 ③국가 및 지방자치단체는 노인복지시설의 운영으로부터 발생할 수 있는 위해를 예방·회피하기 위한 시책을 강구하여야 한다.
 ④국가 및 지방자치단체는 노인복지시설의 운영에 관하여는 행정적·재정적 지원을 하여야 한다.
 보건의료기본법 제29조의 규정에 따라 노인복지시설의 인력·시설 및 물자 등에 관하여는 노인복지시설의 운영이 이루어지고 양질의 서비스를 제공하도록 노력하여야 한다.
 ②국가 및 지방자치단체는 노인복지시설의 운영에 관하여는 행정적·재정적 지원을 하여야 한다.
 보건의료기본법 제41조의 규정에 따라 노인복지시설의 운영에 관하여는 노인복지시설의 운영이 이루어지고 양질의 서비스를 제공하도록 노력하여야 한다.

2. 보건소 치매관리사업

1998년 노인복지법 제43조의 규정에 따라 치매관리사업의 실시가 의무화됨에 따라 치매관리사업에 대한 업무는 지방이양사업으로 전환되어 치매관리센터는 전국 253개 보건소에 모두 설치되어 운영되고 있다. 치매관리사업의 목적은 지역거점치매관리사업에 대한 사업의 추진을 위한 다른 관리 및 이에 필요한 상담·지원 등의 사업을 실시하여 치매노인이 보다 건강한 삶을 누릴수 있도록 하는 데 있다. 치매관리사업은 치매노인 등록 및 관리, 치매노인 및 그 보호자에 대한 상담·지원, 치매예방 및 치매노인 간병요령 등에 관한 교육 실시, 치매노인에 대한 방문관리, 치매노인의 노인요양시설 등에 입소 안내 등이다.

특히 최근에는 치매관리사업과 연계 추진을 위하여 시·군·구 보건소는 치매선별검사, 치매진단검사가 필요한 대상자에 대하여 지역거점병원에서 진단검사를 받을 수 있도록 조치하고 있다. 60세 이상 노인을 대상

으로 치매 선별, 진단, 감별검사를 지원하는 치매조기검진사업은 2006년 민간단체인 한국치매협회의 보조사업으로 시작하여 2007년 지방자치단체 보조사업으로 전환되었으며, 사업에 참여하는 보건소가 점차 증가하고 있는 추세에 있다. 「2009년 노인보건복지사업 안내」에 따르면 2009년 전국적으로 76%의 보건소(191개소)에서 사업을 실시하고 있는데, 치매에 대한 지원이 확대되면 사업에 참여하는 보건소는 더욱 증가할 전망이다.

3. 재가 치매노인을 위한 복지서비스

가. 주간보호서비스

노인복지법에서 주야간보호서비스는 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신어 허약한 노인과 장애인을 주간 또는 야간 동안 보호시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하여 이들의 생활안정과 심신기능의 유지 향상을 도모하고, 그 가족의 신체적·정신적 부담을 경감하기 위한 서비스를 제공함을 목적으로 하는 시설로 규정하고 있다. 서비스 내용은 생활지도 및 일상동작훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스, 급식 및 목욕서비스, 그리고 노인 가족에 대한 교육 및 상담 등으로 규정하고 있다. 이용자가 10명 이상인 시설의 인력기준은 시설장, 간호사, 간호(주무)사 또는 물리(작업)치료사 중 1명 이상, 영양보호사(이용자 7명당 1명 이상), 사무원, 조리원, 보조원(운전자) 등을 배치해야 한다.

노인장기요양보험제도 도입으로 재가노인복지시설이 확충되어 2009년 5월 현재 주간보호서비스 시설수는 925개소로 증가하였다.

서울시 A주간보호서비스에서 수행되고 있는 치매 재가복지 프로그램을 보면 기초 건강체크, 물리치료, 운동치료, 작업치료, 레크레이션, 미술작업 등이 이루어지고 있고, 경기도 B주간보호서비스에서는 65세 이상 경증 치매로 진단

1) 일상생활지원은 치매, 노인, 장애인 등 약가생활 서비스이고, 일상동작훈련은 의동, 인지훈련, 기능훈련(물리치료적 훈련, 작업치료적 훈련, 언어치료적 훈련) 등임(보건복지가족부, 2008. 7).

대상자를 대상으로 자기능력 및 인지기능 향상을 위하여 집단작업치료프로그램을 수행하고 있으며, 감각-지각 활동, 신체기능 활동, 인지기능 활동, 사회성 활동, 일상생활활동 등이 수행되고 있다.

〈표 2-7〉 주간보호서비스의 치매프로그램 예시

구분	서울 A주간보호서비스	경기 B주간보호서비스
프로그램명	치매 재가복지 프로그램	집단작업치료 프로그램
인력	사회복지사(2), 물리치료사(1), 자원봉사자	작업치료사(4)
대상	11명	31명
실시회수	주 2회(월, 수)	주 1회(60분), 총 12회
목표	전문가의 지속적인 관리 / 문제 행동의 경감 / 부양능력의 향상 / 치매에 대한 지역사회 이해도 증진	자남력 향상 / 신체능력 증대 / 동기 부여와 자신감 고취 / 주의 집중력 향상
프로그램	기초건강 체크 / 물리치료 / 운동치료 / 작업치료 / 레크레이션 / 미술작업	감각-지각 활동 2회 / 신체기능 활동 2회 / 인지기능 활동 4회 / 사회성 활동 2회 / 일상생활활동 2회

자료: 서울 은평구 A주간보호센터, 경기도 화성시 B주간보호센터(2009). 내부자료.

나. 서울시 지역치매지원센터

서울시 지역치매지원센터는 보건소와 대학병원이 협약하여 운영하고 있으며, 지역에 거주하는 65세 이상 노인 및 치매환자와 그 가족을 대상으로 서비스를 제공하고 있다. 이를 위해 센터에서는 치매 예방, 조기검진, 등록 관리, 치료 및 재활지원 등의 서비스를 지속적이며, 연속적으로 제공하는 “치매통합관리”를 수행함으로써 중증 치매를 예방하고, 노인의 의료비를 절감하여 가족의 부담부담을 경감하고 삶의 질 향상에 기여하고자 한다(서울특별시, 2009).

구체적인 사업내용으로는 치매예방 및 인식개선사업, 치매조기 검진사업 및 치매예방 등록관리사업, 치매치료비 지원사업, 치매지역사회 자원개발사업/특성화사업, 치매통합관리 정보시스템 구축사업 등이 있으며 각 사업 내용은 <표 2-8>에 나타난다.

〈표 2-8〉 서울시 치매지원센터의 사업내용

구분	사업내용	추진방향
치매예방 및 인식개선사업	·교육 및 홍보자료 보급	·교육자재 자체 제작, 홍보자료 발간 및 제작
	·교육 및 홍보프로그램 시행	·각종 교육 프로그램 시행, 인식개선 홍보프로그램 시행
	·언론홍보	·홈페이지 관리, 지역 언론 및 발간물 이용 홍보
치매조기 검진사업 및 치매예방 등록관리사업	·선별검진	·내소 및 방문검진
	·정밀검진	·인지저하 대상자 정밀 검진 시행
	·원인확진 검사비 지원	·A대학교 연계 대상자 지원
	·기초상담	·전화내소방문인터넷 등 다양한 매체를 통한 기초상담 실시
	·등록	·치매통합관리시스템을 통한 등록 ·개인별 차트를 제작하여 관리
·관리서비스제공	·정상, 치매고위험, 치매로 대상자별 차등관리	
치매치료비 지원사업	·저소득층 치매치료비 지원	·저소득층 파악 후 지역 약국과 협약하여 지원
치매지역사회 자원강화사업/특성화사업	·치매이해도 및 치매지원센터 만족도 조사	·센터 내소자 등 지역주민에게 조사
	·인지건강센터 프로그램 지원	·지역 자원 연계를 통한 유관기관 인지프로그램 시행
	·치매유관시설 협의체 구성 및 운영회의	·지역사회협의체 구성을 통한 운영위원회의 진행
	·자문위원회 구성, 운영위원회 구성	·각 동 지역별 및 지역 유계들의 자문위원회 구성
	·직원전문성 향상 교육	·보건소 및 센터 운영자들과의 운영위원회 구성 및 회의
	·기타(자원봉사자 구성)	·분기별 직원전문성 향상 교육 실시
치매통합관리 정보시스템 구축운영사업	·치매통합관리 정보시스템 구축 운영사업	·매월 자원봉사자 회의 및 자원봉사자 사례관리를 통한 통합 관리
	·치매통합관리정보시스템구축	·서울시광역치매센터를 통한 온라인 데이터베이스 구축 지원

자료: 서울특별시·서울시광역치매센터(2009). 2009년 서울시 치매관리사업 안내서.

서울시 C치매지원센터의 인력은 간호사, 사회복지사, 작업치료사 등의 상근 직과 의사 및 치료프로그램을 담당하는 비상근직으로 구성되어 있으며, 인지 재활프로그램으로 작업치료, 미술치료, 원예치료, 음악치료, 문예치료, 동물로봇치료, 실버라운지 등의 다양한 프로그램이 주간계획에 따라 운영되고 있다 (표 2-9~2-11 참조).

〈표 2-9〉 서울시 C치매지원센터의 인력 구성

구분	구성원	근무형태	내용
센터장	000/신경과전문의	비상근	전체사업 총괄, 대외활동, 정밀검사 2차
팀장	000/간호사	상근	사업 기획및 실행, 지역내외연계활동
팀원	000/간호사	상근	치매조기검진사업
팀원	000/간호사	상근	치매조기검진사업 및 예방등록관리사업
팀원	000/간호사	상근	치매조기검진사업 및 예방등록관리사업
팀원	000/작업치료사	상근	인지건강센터 운영
팀원	000/작업치료사	상근	인지건강센터 운영
팀원	000/사회복지사	상근	지역사회지원강화사업, 행정, 차량운행
팀원	000/사회복지사	상근	치매예방인식개선사업, 예산집행, 행정보조, 차량운행, 치매치료비지원사업
팀원	000/사회복지사	상근	기관연계사업, 약제비지원사업, 지역사회지원강화사업
치료진	000/신경과전문의	비상근	정밀검사 2차 진행
치료진	000/신경심리사	비상근	SNSB검진 교육 및 자문
치료진	000/미술치료	비상근	미술치료프로그램
치료진	000/원예치료	비상근	원예치료프로그램
치료진	000/회상치료	비상근	회상치료프로그램
치료진	000/음악치료	비상근	음악치료프로그램
지원인력	실습생(다수)	비상근	치매조기검진 보조, 프로그램 보조
지원인력	치매예방지킴이	비상근	전체 사업 및 프로그램 보조

자료: 서울시 C지역치매지원센터(200). 내부자료.

〈표 2-10〉 서울시 C치매지원센터 부설 인지건강센터의 인지건강프로그램

구분	내용
프로그램명	인지건강 프로그램
인력	작업치료사(2), 강사
대상	치매고위험, 치매 환자
실시회수	주 1회
목표	치매 이행 예방 / 고위험 대상자의 인지기능 유지 및 향상 치매 대상자의 인지재활 및 악화방지 / 정서적 안정 / 신체적 건강증진
프로그램	작업치료 / 미술치료 / 원예치료 / 음악치료 / 문예치료 / 동물로봇치료 / 실버라운지

자료: 서울시 C지역치매지원센터(2009). 내부자료.

〈표 2-11〉 서울시 C지역치매지원센터 부설 인지건강센터의 주간프로그램

요일	월	화	수	목	금
프로그램	작업치료 및 인지증진치료	A Sliver Club B Sliver Club	작업치료 및 인지증진치료	A Sliver Club B Sliver Club	작업치료 및 인지증진치료
프로그램	A 원예 B 미술	작업치료 및 인지증진치료	A 음악 B Robot Pet	작업치료 및 인지증진치료	A 모래놀이 B 문예

자료: 서울시 C지역치매지원센터(2009). 내부자료.

다. 시사점

치매 치료는 의료적 서비스와 더불어 신체적 및 인지기능의 유지와 지속적인 인지재활치료 서비스가 필요한데, 치매노인에게 제공되는 프로그램은 단순한 노인노예를 벗어나 프로그램을 통하여 치매 환자들의 인지기능을 강화하고 사회적응을 돕는데 목적이 있다. 시간, 이름 등을 안드로 돕는 현실적응 프로그램을 통하여 현실감각을 높이고, 음악 및 체육 활동 등은 기억을 향상시키고 감정을 일으키도록 돕는다. 또한 치료적 인지재활프로그램의 경우 프로그램의 시작 전에 인지기능평가를 실시하고 그 결과에 따라 구체적 목표를 설정하고 프로그램을 진행하고, 주기적인 증상의 평가가 필요하다.

현재 보건의료서비스와 복지서비스가 연계하여 치매노인을 위한 체계적인 시스템을 구축하고 있는 주간보호서비스 및 인지건강센터에서는 전문가를 고용하여 안정적이고 전문적인 치매 치료프로그램을 운영하고 있으나, 치매노인을 주 대상으로 하지 않는 대부분의 주간보호서비스는 여가활동프로그램의 형태로 프로그램이 운영되고 있는 실정이며, 노인복지법에서도 주간보호서비스의 사업내용과 관련된 규정은 치매 환자를 수용하기에는 매우 포괄적이다.

인지재활프로그램은 프로그램을 진행하는 전문가가 구체적으로 어떠한 인지기능을 훈련하는 것인지 설명하고 인지기능 문제를 해결하는 것과 관련된 정보를 충실하게 전달하는 역할을 수행하여야 한다. 또한 과학적 근거중심의

정보를 제공
자들에게
따라서
가가 참여
능력과 경
여 대상
기획 및 중

제4절 요

1. 일본

가. 정부의

1) 치매고령자의 현황

일본은 치매고령자가 지속적으로 증가하고 있으며, 이에 따라 치매노인도 더불어 급증하고 있는 현실이다. 치매고령자는 기억장애가 진행되고 있는 허기만, 감정이나 프라이드는 여전히 남아 있는 상태에 있고, 외부에 대한 강한 불만을 지니고 있을 뿐만 아니라 주위사람들에게도 초조감이나 화를 내고 배회, 환각 등의 행동장애도 지니고 있는 특징이 있다. 특히 환경의 변화로 치매증상이 악화되는 특징도 있다.

따라서, 일본은 고령자가 유지해 온 생활이나 개별성을 존중하는 것을 기본으로 하고, 생활의 계속성 및 일상의 생활권역을 중시한 개호서비스의 체계정비를 중요시하고 있다.

치매고령자의 실태를 보면, 일부 지자체에서 추진하고 있는 전문의의 재택방문조사에 근거하여 추계가 이루어져 왔지만, 고령자의 주소나 치매정도를 고려하여 치매고령자의 지역생활을 감안한 추계가 이루어지고 있지 못했다는 점이 지적되고 있다. 그리고 전문의에 의한 의학적 판정과는 다르지만

개호(요지원)인정자의 관점에서 개호인정심사회 자료에서는 치매고령자의 일상생활자립도, 장애고령자의 일상생활자립도 등의 정보가 포함되어 있다.

※생노동성이 개호보험 제1호 피보험자(65세 이상)에 대해서 2002년 1월부터 12월까지의 월간 요개호인정데이터를 바탕으로 9월말 통계를 추계하고 있는데, 이를 보면 <표 2-12>와 같다.

<표 2-12> 일본 요개호(요지원)인정자의 치매고령자 자립도 추계(2002.9)

(단위: 만명)

구분	요개호(요지원) 인정자	인정신청시 소재지				
		거택	특별양호 노인홈	노인보장시설	개호요양형 의료시설	기타시설
전체	314	210	32	25	12	34
자립도 II이상	149	73	27	20	10	19
자립도 III이상	79	28	20	13	8	11

자료: 厚生統計協會(2008). 国民の福祉の動向.

즉, 요개호(요지원)인정자의 2명당 1인은 「어떠한 형태의 개호 지원을 필요로 하는 치매노인(자립도 II이상)」으로 나타나고 있고, 대략적으로 4명당 1인은 「일정한 개호가 필요한 치매노인(자립도 III이상)」으로 나타나고 있고, 그리고 재가인정자중 3명당 1인은 「어떠한 형태의 개호 지원을 필요로 하는 치매노인(자립도 II이상)」으로 나타나고 있고, 대략적으로 8명당 1인은 「일정한 개호가 필요한 치매노인(자립도 III이상)」으로 나타나고 있다.

개호보험의 입소시설에 있는 인정자의 약 80%가 「어떠한 형태의 개호 지원을 필요로 하는 치매노인(자립도 II이상)」으로 나타나고 있고, 대략적으로 60%는 「일정한 개호가 필요한 치매노인(자립도 III이상)」으로 나타나고 있다.

한편, 치매노인의 추계치를 보면 <표 2-13>과 같다. 이를 보면, 「어떠한 형태의 개호 지원을 필요로 하는 치매노인(자립도 II이상)」은 2010년에는 대략적으로 250만 명으로 추정하고, 2025년에는 300만 명을 넘을 것으로 추정하고 있다.

〈표 2-13〉

구분	인구(천명)	노인인구(천명)	노인비율(%)
자립도 II(노년층)	111	111	(3.9)
자립도 III(노년층)	111	111	(3.9)

자료:厚生統計協, 高齢者の生活と福祉の動向.

2) 치매노인사대책의 변천과정

일본의 고령노동성은 1986년

인 사업계획을 수립한 바 있는데, 1993년 이후 다음과 같다. 첫째, 알츠하이머형 치매, 뇌졸중예방 등의 조사연구 추진 및 노인 및 불안 해소시키기 위한 노인복지시설의 정비추진 등의 상담체제 강화, 주간서비스, 가족에 대한 지원대책 확충, 셋째, 치매노인 등 고령자의 생활안정대책의 추진 등이다.

1993년에는 고령자와 관련된 심의위원회(노인보건심의회, 노인복지전문분과회, 공중위생심의회(노인보건부회)의 인대책에 대한 검토회를 설치하여 향후 대책을 마련하기 위한 내용으로 다음과 같다. 첫째, 치매에 관한 종합적인 상담을 위한 대책개호지원센터 및 노인성치매질환센터의 정비추진 및 조기발견, 조기대응의 강화, 셋째, 치매노인의 상태에 따라 할 수 있는 서비스의 확충(주간서비스, 주간케어, 그룹홈, 노인보건시설 등), 넷째, 치매발생메카니즘의 해명 등 기초연구

2004년도에는 「골드 랜21」이 종료되기 때문에 그 이후의 정책의 방향성, 중장기적인 개호보험제도의 과제 및 고령자 생활상을 검토하기 위해서 고령자개호연구회를 설치하였다. 동 연구회에서는 관계자들로 부터의 의견청취, 집중토의(FGI), 현장시찰 등을 실시한 후, 제출한 보고서

의 주요내용은 다음의 첫째, 개호보험 실시, 둘째, 상, 둘째, 문제해결 및 향상 발전방향, 셋째, 대책의 방 및 재활의 강화, 다섯째, 생활의 지속성을 유지하기 위해서 서비스체계, 여섯째, 새로운 케어모델의 확립, 일곱째, 서비스 확보 및 향상 등이 책정되어 있다.

그리고 동년도에는 치매용어의 변경에 대한 검토를 실시하여, 치매 대신 ‘인지증’으로 용어를 변경하였고, 2008년에는 향의 치매대책을 효과적으로 추진하기 위해 ‘비록 치매에 걸렸어도 안심하고 생활할 수 있는 사회’를 조기에 구축하여야 한다’는 의식하에 ‘인지증의 의료 및 생활의 질을 제고시키는 긴급프로젝트’가 시행되었다. 여기에서는 조기의 확정진단을 출발점으로 한 적절한 대응을 촉진시킨다는 것을 기본방침으로 설정하였고, 실태 파악, 연구개발의 활성화, 조기진단의 추진 및 적절한 의료제공, 적절한 케어의 보급 및 본인, 가족지원, 젊은층 인지도 향상을 적극적으로 추진하기 위해서 재원확보를 포함하여 필요한 조치를 강구하여야 한다고 제시한 바 있다.

3) 2008년 치매고령자지원대책의 주요내용

① 상담체제의 정비

치매고령자에 대해 전문의료상담, 감별진단, 야간휴일의 긴급대응 이외에 의료복지서비스의 정보를 제공하는 노인성인지증질환센터가 시도부현별로 설치되어 있다. 2008년에는 전문의료기관으로써의 기능, 지역의료기능의 증추적 기관으로써의 기능, 정보센터로서의 기능을 발휘하는 인지증질환의료센터가 정비되고 있다.

또한, 지역의 일차상담창구로써 고령자종합상담센터의 활용과 지역포괄지원센터의 정비를 추진하고 이들의 연계하에 보건·의료·복지관련의 상담체제, 긴급체제의 정비가 추진되고 있다.

② 재가지원대책

치매노인의 재가생활의 유지향상을 지원하기 위해서 신고령자보건복지추진10개년 전략을 바탕으로 방문개호원(홈헬퍼), 단기입소생활개호(단기보호), 주간개호시설(주간서비스센터), 재택개호지원센터 등의 정비축진을 추진해 왔다.

1992년에는 치매노인을 보호하는 가족의 개호부담을 경감시키고, 주간에 가족의 개호를 받을 수 없는 치매노인에 대해 지속적인 보호가 필요하다는 관점에서 치매노인이 매일 통원하는 노인테이서비스센터(E형)를 개설하였고, 1997년에는 요개호자로 치매상태에 있는 노인 중에서 소규모의 공동생활에 지장이 없는 가를 대상으로 치매대응형노인공동생활원조(치매고령자그룹)사업을 실시하였다.

또한, 재택의 치매고령자를 대상으로 시정촌보건사 등의 방문지도를 실시함과 동시에 개호지식을 보급할 목적으로 개호실습보급센터사업이 추진되고 있다.

③ 시설대책

치매고령자의 시설보호에 대해 살펴보면, 증상, 상황에 따라서 정신과병원, 일반병원의 입원, 특별양호노인홈, 개호노인보건시설의 입소 등의 방법이 있다. 이 중에서 정신과병원에서는 정신증상이나 행동장애가 현저한 노인성치매질환환자를 단기집중적으로 보호하는 병동으로 노인성 치매증 질환 치료병동을 확충하는 한편, 가정에서의 개호부담 경감, 통원의료의 보급, 생활기능의 회복을 위한 훈련, 지도를 실시하기 위해 중증 치매증 질환 데이케어의 확충도 도모하고 있다.

개호노인보건시설에서는 일상생활에 지장을 줄 가능성이 있는 증상이나 행동이 인정되어 개호가 필요한 치매의 입소자에 대해 개호보험시설서비스를 실시하는 경우, 그리고 경증의 치매증입소자의 재택복귀를 목적으로 기억훈련, 일상생활활동의 훈련 등을 고려한 프로그램을 실시하는 치매 중단기 집중재활을 실시하는 경우에 개호 수가에서 가산해 주는 개도가 있다.

④ 조사연구

치매질환의 원인을 과학적으로 해명하거나 치매대책 연구함으로써 치매질환의 병인, 병태, 치료를 제고시키고 고령자의 생활기능이나 행동 등의 특성, 생활기능의 위한 원조기법에 관한 연구개발을 추진하고, 전국 공통해서 연구성과를 환원시킬 목적을 지닌 치매증개호에 3개소가 설치·운영되고 있다. 동 센터는 도도부현의 당할 인재양성을 목적으로 하고 있고, 2001년부터 치매 등이 실시되고 있다.

⑤ 치매인식개선을 위한 지역캠페인

치매에 대한 용어변경(인지증)을 계기로 2005년 이 치매인식개선캠페인을 실시하고 있다. 이러한 캠페인의 취지는 치매상태 및 마음가짐, 가족과의 관계 및 지역주민과의 교류방식, 조기발견 및 조기진단의 중요성 등, 폭넓게 치매에 대한 정보를 국민에게 홍보함과 동시에 치매에 걸려도 생활에 익숙해져 있는 지역에서 지속적으로 생활할 수 있도록 하는 등 지자체나 관계기관 및 민간단체와 협력하여 효과적인 홍보, 정보제공을 실시하고 있다.

⑥ 연수

치매노인의 개호관련 연수사업에 대해서는 1993년부터 특별양호노인홈의 연수 사업을 실시하였고, 2000년부터는 치매개호실무자연수(기초과정, 전문과정)를 실시하였으며, 2005년부터는 치매개호의 전문직원을 양성하고 치매개호기술의 향상을 도모하기 위해서 본인 중심의 새로운 치매케어방식에 대응한 신커리큘럼을 도입하여 치매개호실천연수(실천자연수/실천리더연수)를 실시하고 있다. 다만, 치매개호실천연수와 치매개호지도자양성연수는 2008년부터 국고보조가 폐지되었다.

그리고 2005년부터 치매노인관련 지역케어시스템 중에서 중요한 역할을 담당하는 치매지원의사를 양성하기 위한 연수사업을 실시하고 있다.

⑦

창
하
외
를
지

...추진사업
...중심으로 한
...서비스의 보급, 자
...네트워크의 구축 지원, 차
...단계에 대응한 대책을
20...지원체제 구축 등 추진사업
...를 실시하고 있다.

⑧ **치매고령자지원대책**

...능력이 충분하지 못한 치매노인의 재산 및 권리
...견제도가 2000년부터 실시되고 있다. 또한, 판단
...하지만, 충분치 못하여 자기판단으로 복지서비스 등
...것이 곤란한 자에 대해 자립된 지역생활을 보낼 수
...관리 및 복지서비스 등의 이용을 지원하는 일상생활지
...도도부현 사회복지협의회가 주체가 되어 실시되고 있다

장
이
론
적
배
경

나. 도도부현의 치매고령자지원대책의 실태

일본의 경우에는 지방자치제의 영향으로 중앙정부(생노동성)의 가이드 라인에 따라 지역실정을 감안하여 사업을 추진하도록 유도하고 있기 때문에 도도부현에 따라서 사업내용에 차이가 있다. 따라서 참고가 될 수 있는

몇몇의 도도부현을 선정하여 대책방안을 제시하고자 한다.

1) 이바라기현

1-1. 치매증에 대한 올바른 이해보급 및 계몽

- ‘이바라기현 치매를 이바라기현으로 중점적 계몽사업의 실시. 즉, 2006년도부터 세계알츠하이머데이(9월21일), 노인주간(9월15일~21일)을 포함하여 9월을 ‘이바라기치매를 이바라기현으로 설정
- ‘치매포럼인 이바라기’의 개최
- 치매서포트의 양성

1-2. 본인 및 가족에 대한 지원

- 치매개호가족의 교류집회 개최: 개호가족의 정신적 부담을 경감시키기 위해 치매개호의 경험을 지닌 가족끼리의 교류집회인 ‘치매자 및 가족의 모임’을 개최
- 치매개호 어드바이저의 양성: 치매개호의 전문적 지식을 지닌 자를 이바라기치매개호 어드바이저로 양성, 등록
- 치매서포터의 양성: 지역에서 치매자 및 가족을 지원하는 ~~응원자~~를 양성
- 지역에서의 치매지원체제의 구축
 - 치매지역자원 지도의 작성
 - 배회SOS네트워크의 구축
 - 코디네이터의 배치
- 시정촌에서의 치매개호지원사업의 촉진: 시정촌이 지역지원사업(임의사업)을 활용하고 배회고령자 조기발견시스템 및 안부확인 네트워크 구축 촉진

1-3. 치매예방의 추진

- 시정촌 등의 치매예방사업의 추진: 현이 작성한 ‘개호예방매뉴얼’을 활용하는 등 시정촌이 지역지원사업(개호예방사업) 등으로 실시하는 치매예방 관련 사업을 추진

- 생활습관병 예방대책의 추진: 생활습관병(심질환, 뇌혈관질환, 당뇨병)을 예방하기 위해 영양, 식생활개선의 추진 및 흡연대책 추진, 운동습관의 정착 추진
- 삶의 보람 증진활동의 추진: 집안 온돌상대결 등 주민들의 활성화를 도모하여 고령자 삶의 보람증진활동을 적극적으로 지원

1-4. 조기발견, 조기진단의 추진 및 적절한 의료의 제공

- 주치의를 의한 조기발견체제의 강화
- 치매서포트외사의 양성 등에 의한 의료연계의 추진
- 지역포괄지원센터에서의 조기발견 및 적절한 대응
- 치매질환의료센터의 정비
 - 전화 및 면담에 의한 전문의 의료상담
 - 감별진단 및 이에 기초로 한 초기대응
 - 합병증, 주변증상에 대한 급성기 대응
 - 주치의사 등에 대한 연수회 개최
 - 치매질환의료연계협의회의 개최
 - 보급계몽 및 상담대응 등 치매질환관련 정보발신

1-5. 상담체제의 강화

- 지역포괄지원센터 등에서의 치매상담의 실시추진
- 치매의 상담창구에 관한 정보의 제공
- 치매개호어드바이저 등의 자원봉사자에 의한 상담의 촉진
- 가족모임, NPO조직 등에 의한 상담활동에 대한 지원

1-6. 치매케어의 질 향상

- 개호실무자를 대상으로 한 치매개호연수의 실시
 - 치매개호실천자 연수
 - 치매개호실천리더 연수
 - 치매대응형서비스사업 관리자 연수
 - 치매대응형서비스사업 개설자 연수
 - 소규모 다기능형서비스 등 계획 작성 담당자 연수

- 지도
- 1-7. 고령자
- 의식
- 치매
- 긴급
- 전문
- 고령
- 1-8. 일상생활지원센터, 성년
- 일상생활지원사업에 대한 지원
- 성년
- 성년

[그림 2-3] 일본 이바라기현의 치매대책 방안

[기본전략]

1. 치매를 조기에 발견하고, 적절한 진단 및 서비스이용으로 조기에 대응할 수 있도록 한다
2. 현주민 누구라도 치매에 대해 이해하고 지역전체가 치매고령자를 돌보아주도록 한다
3. 치매고령자가 존엄을 유지하면서 안락한 생활을 영위할 수 있도록 한다
4. 치매고령자를 돌보고 있는 가족이 여유를 갖고 개호할 수 있도록 한다
5. 치매고령자의 상태에 따른 적절한 케어가 제공되도록 한다



[중점적 대책]

- 치매고령자에 대한 올바른 이해의 보급 및 계몽
- 치매의 본인 및 가족에 대한 지원 (치매증지역지원체제의 구축)
- 조기발견, 조기진단의 추진
- 치매케어 질의 향상

2) 미야자키현

1-1. 예방대책의 추진

- 고령자 생활의 보람 조성을 지원하고, 노인복지시설을 확충시키고, 집안
은둔방지 및 자살예방의 추진
- 의료보험자에 의한 특정건강검진, 특정보건지도의 실시를 비롯하여
시정촌에 의한 건강상담, 건강교육 등의 보건사업의 강화, 생활습
관의 개선 추진으로 위험인자가 되는 고혈압증, 동맥경화증을 장
년기부터 예방 추진
- 뇌졸중발병 상황의 경향 및 요인분석의 실시, 뇌졸중등록사업의 강
화를 도모하여 시정촌에 의한 뇌졸중발병자에 대한 영양생활지원
및 가족에 대한 생활지원 추진

1-2. 상담체제의 정비

- 치매고령자를 보호하는 가족이 가까운 장소에서 상담할 수 있도록
지역포괄지원센터 및 시정촌보건센터 등의 상담체제의 정비강화
- 미야자키현 의사회와의 연계하여 치매의 조기발견의 중요성을 계몽
함과 동시에 치매서포터즈의사를 활용한 주치의에 대한 치매대응력
향상을 통해서 치매의 조기진단을 추진

1-3. 치매개호인재의 육성

- 치매개호지도자양성연수를 활용하고 보다 전문성이 높은 치매개호
관련 지식, 기술을 지닌 지도자를 양성함과 동시에 개호직원 및
치매증대응형서비스사업자 등에 대한 연수내용의 강화 및 계획적
실시에 따라 치매개호를 담당하는 인력육성 및 자질 향상을 도모

1-4. 지역의 지원체제 정비

- 현내 3개 지구에서 지역포괄지원센터, 보건소, 전문의료기관, 고령자
종합상담센터 등의 네트워크를 강화함과 동시에 노인클럽 및 자치
회 등 지역의 자원봉사단체와의 연계 추진, 치매의 조기단계로부터
철저한 지원체제 조성 추진
- 치매고령자가 현재 살고 있는 지역에서 생활하도록 하고, 요양병상의

재편성에 따른 의료기관

- 시정촌 및 지역포괄지원
한 올바른 지식 및 기술

1-5. 보호체계의 정비

- 현재의 단체 등에 대해
네트워크 기능의 강화

1-6. 권리옹호

- 미야자키현 사회복지협
일상생활자립지원사업의
령자 등이 복지서비스를
보낼 수 있는 체계조성
○ 시정촌이 실시하는
터가 실시하는 권리옹호에
모
○ 미야자키현 고령자 학대방지
모함과 동시에 고령자학대방지대책을 종합적으로 추진

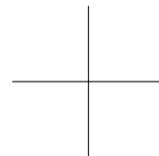
3) 나라현

1-1. 치매관련한 올바른 지식의 보급

- 치매의 올바른 지식을 위한
실 개최

1-2. 치매예방 및 조기발견

- 생활습관병을 적절하게
맥경화 및 뇌졸중, 고혈압
○ 뇌기능은 연령 증가
고 가능한 한 자립된 생활을
지적 활동추진 등에 대한
○ 치매를 조기에 발견하고
적절한 대응을 하기 위해



- 터 및 보건센터 등에서 상담창구 확대를 통해 상담을 받을 수 있도록 정보제공 및 전문연수 실시
- 허약상태의 고령자를 대상으로 치매예방교육, 치매관리서본 치매가 우려되는 고령자를 대상으로 치매예방교육 지도를 실시
- 조기발견, 조기대응만으로도 치매예방효과가 높기 때문에 지역의 연계에 의한 조기발견, 조기대응, 조기치료, 조기연수 등 치매의 조기발견체제의 정비

1-3. 권리옹호의 추진

- ‘고령자학대방지, 고령자의 부양·보호에 관한 법률’의 보급 추진, 각 시정촌의 ‘시정촌 고령자학대방지 매뉴얼’의 작성 지원
- 학대 및 권리옹호의 상담창구 확대를 위하여 지역포괄지원센터를 중심으로 관공서, 보건소, 노인복지관, 노인종합복지관, 노인회관, 노인대학, 노인대학관계기관, 단체 등으로 구성된 ‘고령자 학대 방지 네트워크’ 구축
- 치매고령자의 보호를 위한 성년후견인제도 및 적절한 복지서비스 이용 및 일상적인 금전관리 등을 실시하는 사회복지협회의 지역복지권리옹호사업을 홍보

1-4. 가족개호자의 지원

- 지역포괄지원센터가 치매고령자의 개호가족으로부터의 상담창구 역할을 담당하고 재택개호의 방법 및 개호서비스관련 정보제공, 상담을 실시
- 치매고령자의 가족개호에 의한 신체적, 심리적 부담을 경감시키기 위해 시정촌의 치매대응형 방문개호, 치매대응형 통소개호 등의 지역밀착형 서비스시설의 확충
- ‘배회고령자가족개호지원서비스사업’ 및 ‘치매고령자가족안심지원사업’의 재편으로 지자체 임의사업으로 지속

1-5. 치매개호의 질적 향상

- 치매고령자에 대한 개호서비스의 전문성 강화를 위해서 개호보험서비스 제공시설, 사업소 종사 실무자에 대한 치매개호기술 향상을 위한 연수 실시

- 양질의 개호기술이론 습득을 목적으로 한 ‘고령자치매증개호연구연수센터’(동경도, 아이치현, 미야기현에 설치)에서 실시하는 ~~지도자양~~ 성연수에 직원 파견
- 치매관련 네트워크 구축

1-6. 지원전문기관의 강화

- 노인성치매센터, 보건소, 시정촌 보건센터 등과의 연계를 도모하고 치매고령자 및 가족에 대한 상담체제를 강화
- 현(縣)고령자종합상담센터에 전문상담원을 두어 상담체제 강화

4) 니가타현

1-1. 치매의 조기상담 및 진단체제의 강화

- 치매예방사업으로 동맥경화 및 뇌졸중 등의 생활습관병의 예방 추진
- 조기상담 및 진단체제의 강화(치매질환센터 설치)

1-2. 치매고령자개호지원

- 치매개호서비스시설의 정비
 - 치매노인그룹홈 이외에, 소규모 다기능형 거택개호, 치매대응형 통소개호 등 지역밀착형서비스의 설치 촉진
 - 특별양호노인홈의 시설설비의 안전성 확보 및 유니트케어형시설(개인실) 정비 추진
 - 개호노인보건시설의 치매전문병동, 정신병원의 노인성치매질환 전문병동 정비 촉진
- 지역지원에 관한 연계체제 정비
 - 보건, 의료, 복지 등의 관계기관 및 담당부서의 연계 지원
 - 치매고령자의 이웃, 자원봉사자 등이 치매노인의 가정을 방문, 안부확인, 말벗 등 지역에서 치매고령자를 지원
 - 지역진흥국건강복지(환경)부에서 시정촌, 치매질환센터, 병원 등과의 연계, 치매대책추진위원회 설치, 지역의 치매고령자과제를 해결하기 위한 네트워크 구축

- 배회고령자대책에 대한 관계
크의 효과적 운용 지원

1-3. 치매개호의 질적 향상

- 치매개호관련 상담을 받고 있는
고령자에 대한 개호서비스를 제
담체제의 강화
- 치매고령자에 대해 조기단계부터
지역상호지원 등의 네트워크 구
지역상호지원 등의 네트워크 구
- 치매개호관련 직원 등을 대상의
수지도자를 치매개호연수연구센
수지도자를 치매개호연수연구센
육성
- 치매고령자그룹홈에 대한 자체평
3자 평가(외부평가)의 실시

1-4. 치매고령자의 권리옹호 추진

- 복지관련기관과의 연계 및 성년
견인제도의 홍보
- 복지서비스의 선택 및 결정, 금전관리 등 일상생활을 영위하는데
필요한 복지서비스이용 등을 원조하는
지역복지권리옹호사업 추진

5) 교토부

1-1. 치매관련 이해의 강화

- 시정촌이 실시하는 치매리포터의 양성을 지원하고, 홈페이지 등 다
양한 홍보수단으로 치매에 대한 올바른 이해를 보급
- 보건소, 정신보건복지종합센터에 설치된 상담창구에서 치매를 포함
한 정신보건복지상담에 대응

1-2. 치매예방

- 시정촌이 실시주체가 되어 실시하는
지역지원사업에서 요개호, 요
지원인정을 받기 이전의 단계부터 예방에 힘쓰고, 치매를 조기에
발견하기 위해서 지역지원사업을 적절하게 실시
- 치매의 자기체크리스트의 보급으로 예방의식의 보급 및 계몽, 치매
의 조기발견에 노력

1-3. 상담체제 및 의료·개호서비스의 강화

- 상담체제의 강화
 - 지역포괄지원센터의 치매 대응력을 향상시키기 위해 연수 실시 및 적절한 정보제공
 - 전문의 의료상담 및 치매질환을 정확하게 진단하는 ~~감별진단~~ 적절한 치료케어방침의 선정 등을 통해서 조기에 적절한 의료를 실시하기 위해 고령자관련의 치매질환에 관한 전문의 상담창구를 개설
 - 전문의료기관, 치매증서포트 의사 및 주치의 등과 지역포괄지원센터, 또는 ~~개호지원전문원간~~ 수진 및 상담 등의 연계 강화
 - 치매고령자의 가족이 상담기관에 방문하는 ~~것이~~ 용이하지 않다는 ~~점을~~ 감안하여 보건소의 방문상담으로 가족 상담 제공
 - 치매가능성이 있는 ~~본인~~이나 가족에게 치매의 올바른 이해를 지원하고, 손쉽게 상담창구에 방문할 수 있도록 지원
- 의료·개호서비스의 강화
 - 주치의사의 치매대응력을 향상
 - 치매서포트 의사를 양성하고, 서포트 의사에 의한 조언, 연수 등으로 주치의의 치매대응력 향상 및 의료체제의 강화를 도모하고 치매서포트 의사, 전문의료기관과 주치의의 연계 강화를 도모
 - 치매고령자를 지역에서의 지원기반이 되는 ~~치매대응형~~ 공동생활 개호, 치매대응형 통소개호, 소규모 다기능형 거택개호 등 지역 밀착형서비스 등의 개호보험서비스를 정비
 - 개호실무자 및 지도적 입장에 있는 ~~기~~에 대해 치매개호관련 전문적 연수를 실시하고, 치매질환자를 위한 케어매니지먼트 및 치매개호기술의 향상에 의한 서비스 질의 향상 도모

1-4. 개호자지원

- 지역지원사업 중 임의사업에 대한 지원 강화
- 재택개호를 지원하는 ~~기~~원봉사자 및 가족의 모임 등 상호부조조직의 육성을 도모하고, 가족개호의 노하우를 살려서 개호가족의 부담을 경감

- 개호보험사업소가 축적하고 있는 우수한 치매케어의 노하우를 가족
개호자의 재택케어에 활용
- 1-5. 지역에서의 치매고령자지원체제 구축
 - 지역주민 및 지역의 점포, 사업소 등이 연계하면서 치매고령자를
조기에 발견, 인부확인을 실시
 - 배회 등을 조기에 발견하고, 사고의 방지를 위해 경찰서를 비롯하여 지
역의 각 관계단체와 조정하면서 ‘배회SOS 네트워크’ 등의 시스템 확충
 - 치매케어를 실시하는 개호보험사업소가 지역주민과 협력하여 치매
의 올바른 이해 확산 지원
 - 젊은층 학대 예방 대응으로 개호서비스 이외에 고용계속에 관한
지원 및 장애복지시책을 활용한 지원 등 종합적 지원 실시
- 1-6. 고령자 학대 대책
 - 고령자의 학대방지 및 조기발견, 학대를 받은 고령자와 가족에 대한
적절한 지원을 실시하기 위해 시정촌에서 지역포괄지원센터를 중심으로
관계기관 및 단체 등과의 연계체제(고령자 학대 방지 네트워크)를 구축
 - 부양자의 개호 피로 등에 의한 고령자학대방지를 위해서 시정촌과의
연계하에 지역포괄지원센터 등의 상담을 통하여 적절한 사회복지시설
등으로의 입소 지원
 - 인권옹호의 관점은 물론 인력구축서비스를 제공하고, 고령자 생활
의 질 향상을 위해 신체구속폐지에 노력하고 있는 개호보험시설 및
관련단체에 지원 강화

〈표 2-14〉 일본 각 지자체의 치매 관련 사업 시행 현황

구 분	이바라키현	미야자키현	나라현	니기타현	교토부
치매에 대한 이해 및 홍보	✓		✓		✓
본인 및 가족에 대한 지원	✓	✓	✓		
치매 예방 사업	✓	✓	✓	✓	✓
조기진단 사업	✓	✓	✓	✓	
치매 상담 체제 정비 및 강화	✓	✓	✓	✓	✓
치매개호자 연수케어 질 향상)	✓	✓	✓	✓	
권리옹호(고령자학대방지대책과 연계)	✓	✓	✓	✓	✓
개호자 지원		✓		✓	✓
지역 지원 및 지원 체제 정비		✓	✓	✓	✓

2. 미국

2000년 인구조사에서 65세 이상 인구가 전체 인구의 12.4%를 차지하였으며, 2010년에는 베이비붐 세대가 고령화시기에 접어들기 시작하고, 노인 인구가 매년 30%씩 증가하여 2030년에는 2배가 될 것으로 예상하고 있다(U.S. Department of Housing and Urban Development, 1999).

미국은 식습관, 흡연, 경제적 환경을 개선하기 위해 다양한 노인복지서비스를 발달시켜 왔다. 미국에는 약 400만 명의 노인들이 알츠하이머형 치매로 고생하고 있으며, 65세 이상 치매노인의 약 5%가 심한 치매 증상을 보이며, 요양시설에 입주하고 있는 노인의 경우는 50-80%가 치매증상을 보이고 있다. 앞으로는 치매환자 수가 증가할 것으로 예측되는데, 2040년에는 740만 명의 노인이 심한 치매증상을 갖게 될 것으로 예상된다(서미경 외, 1996).

치매와 관련하여 건강 및 장기보호에 관한 정부정책은 3가지 차원에서 이루어져 있다. 첫째는 보호 접근의 향상, 둘째, 비용의 억제, 셋째, 보호의 질을 확보하는 것이다. 미국의 치매정책의 주요 현안은 문제의 예방, 진단 및 치료를 위한 연구의 촉진과 환자에 대한 서비스 전달의 용이성 등이다. 전자의 경우는 치매의 적절한 진단 및 치료에 대한 지식의 전파가 주관심사였는데 최근에는 치매의 진단 및 치료를 위한 센터가 설립됨과 동시에 치매의 치료, 진단, 연구 및 의료 인력에 대한 훈련, 가족에 대

한 도움 및 서비스 제공에 관심을 갖기 시작했다. 미국은 치매환자를 돌보
하면 가족이 부양, 간호할 수 있는 경우에는 집에서 돌보게 하고 감당하기
어려운 상태가 되거나 돌볼 가족이 없는 경우에는 단기보호시설 또는 장
기요양시설로 보내도록 하고 있다.

단기보호서비스는 개가보호 및 간호사나 자족지원 프로그램의 한 형태
의 서비스를 하게 되거나 혹은 시설 통합의 서비스 즉, 노인 일일보호를
하거나 단기간 주거보호를 하게 된다(안명숙, 2006). 미국에서 일반시설과
분리된 치매노인을 대상으로 하는 주간보호시설은 1980년대 중반부터 시작
되었다. 주간보호시설의 반 정도가 알츠하이머 환자를 위한 특별프로그램을
운영하여(Linderman et al., 1991) 치매노인을 돌보고 있는 배우자나 가족
이 집중한 스트레스에서 벗어날 수 있으며, 지속적인 직장생활이 가능하
도록 돕고 있다(Cohen et al., 1990).

주간보호서비스의 목적은 노인을 하루나 격주수준까지 회복 유지, 활동
이나 훈련을 통한 신체적인 자립의 향상, 사회적 교류, 여가시간의 활용,
가족에게 휴식을 제공하는 곳이다. 주간보호시설에서는 이용자들의 능력과
요구를 평가하고, 손상된 노인의 사회적, 여가적, 재활적 요구에 부응하는 활
동 프로그램을 제공해야 하고, 개인의 능력에 기반한 개인적 돌봄, 식사,
건강검진, 교육, 상담, 재활서비스를 포함한 가정집과 같은 서비스를 제공하
며, 안전한 환경을 제공해야 한다(NADSA, 2001, 광인숙, 2002, 재인용).

미국의 경우 사회보장법 20조에 근거하여 주정부는 저소득 계층의
대상자 노인에게 무상으로 가정봉사원 지원 서비스를 제공할 수 있다. 가정봉사원
은 다수의 노인에게 전문직가가 한 팀을 이루어 운영되는데 이들은 서비스
업무를 수행함에 있어서 사회사업가나 정식 간호사의 지시에 따른다(원영
희, 1996). 경증 치매는 낮거나 또는 약화를 방지하기 위한 의료적 치료가
주어지는 경우가 적지 않다. 현재 미국에서는 치매환자의 약 2/3가
에서 간호를 받고 있다. 이것은 친숙한 환경, 사람들끼리 만남을 지속한다
는 면에서 바람직하게 받아들여진다. 이에 소요되는 비용은 일반적으로 요
양시설에서 제공되는 것보다 저렴하다(박형근, 1996).

미국 내 주간보호시설에서 현재 제공하고 있는 활동과 서비스 프로그램은 다양하며, 시설에 따라 서로 다른 특성을 보이는데 이것은 시설을 구성하고 있는 이용자의 특성과 건강상태에 따라 프로그램 내용이 다르기 때문이다. 활동과 서비스 프로그램은 대부분 재활치료영역에서 정기적기간에 신체치료, 작업치료, 언어치료와 같은 재활치료를 받는다(곽인숙, 2002).

〈표 2-15〉 미국의 치매 프로그램 예시

구분	Alzheimer & Dementia	Catholic Charities	East ADC	St. Ann Center
의료서비스/재활치료	물리치료 언어치료 작업치료 정기적 건강검진	애완동물치료 작업치료 정기적 건강검진 향기치료	물리치료, 언어치료 작업치료 정기적 건강검진 치과치료	정기적 건강검진 마사지 치료, 수중 안마 수중 치료, 물리치료 언어치료, 작업치료
가족지원	가족상담 건강, 영양상담 사회복지사와 상담	가족상담 건강, 영양상담 목욕서비스	가족상담 건강, 영양상담 목욕서비스	목욕서비스 건강, 영양 상담 가족상담 상해 예방교육 치료기술 습득, 향상
치료적 여가활동	과거회상 노래 부르기 단어 맞추기 옛날 비디오보기 이야기하기 자신의 과거회상하기	과거 회상하기 노래 부르기 정원 산책 정원손질	개인별 추억의 비디오 과거회상 단어 맞추기 명찰/드랜지 만들기 색칠하기 시 읽기 약기 다루기 오늘의 뉴스(신문읽기) 음악회 연습 카드 및 알맞추기	감각 훈련 계획세우기 (현장나들이, 게임) 신문 읽어주기 정원 산책 최근 사진 얘기하기
교제	성경공부 집단토록 추추기	강연듣기 현장 나들이 (2회/연)	성경공부 쇼팽물에 산책하기 주사위로 야구놀이	드라이브하기 (소규모버스투어) 세대간 프로그램 (놀이, 식사) 집단 토론 현장 나들이(4회/개월)
오락	공기놀이 공놀이 공작기 영화보기 음악듣기	공기놀이 공놀이 공작놀이 다트볼 말발굽놀이 빙고게임 영화보기 음악듣기 카드놀이 퍼즐게임	테이블게임 공놀이 도미노놀이 빙고게임 속담게임 옛날의 라디오 듣기 퍼즐게임	경매 계란 나르기 공놀이 공작놀이 마른꽃다발 만들기 그림 속 단어 맞추기 단어게임 박자 맞추기 불링 빙고게임 속담풀이 영화보기 옛날 비디오 보기 음악 듣기 카드놀이 퍼즐게임

주: 곽인숙(2002). 재구성.

가족지원

있는 가족

노래 부르

현실 지향

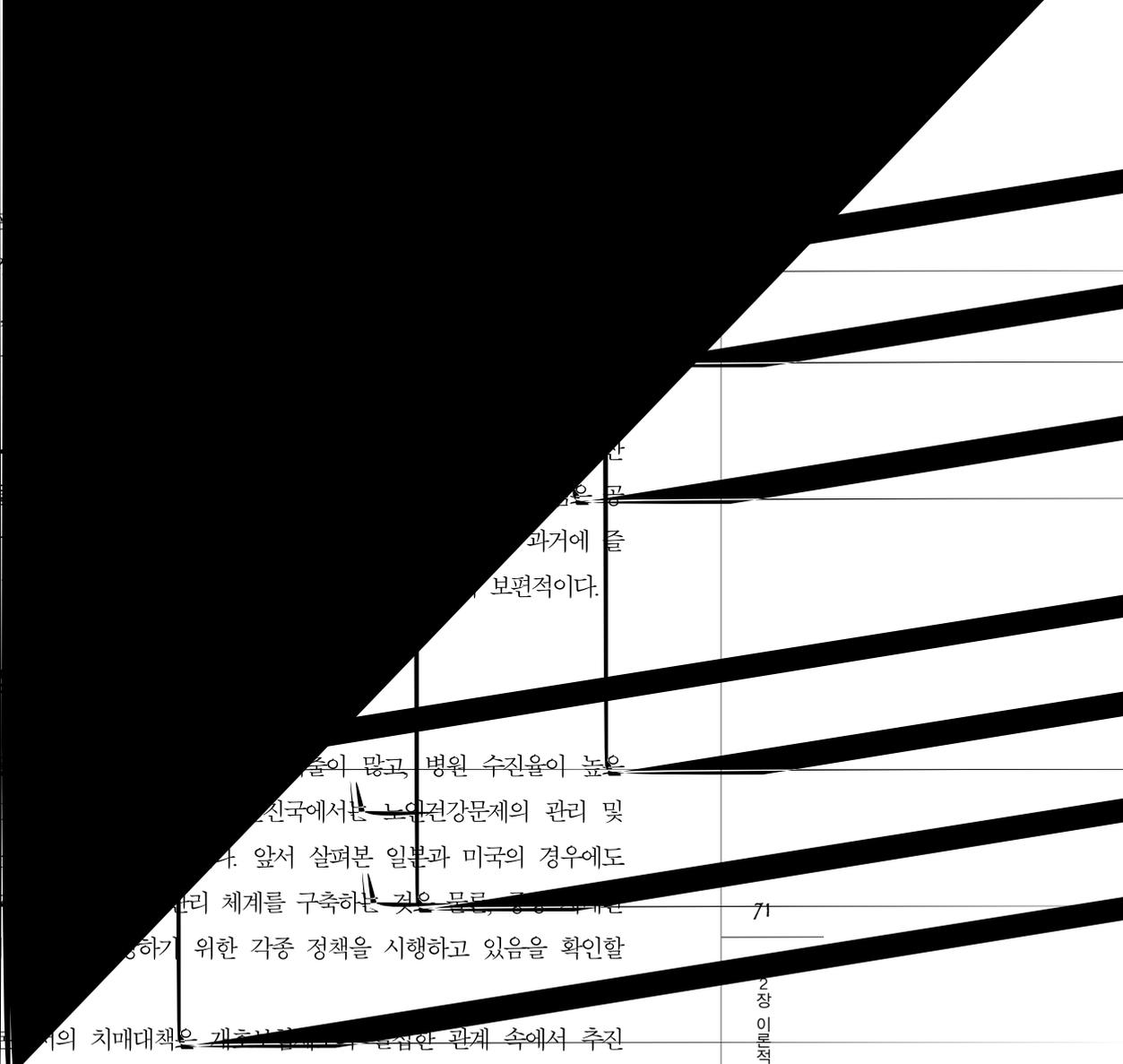
여가를 즐

다. 교제

책, 현장

통적으로

겼던 공



3. 시사

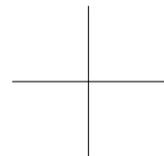
노인집단... 인구가 많이 많고, 병원 수진율이 높은 집단으로... 한국에서는 노인건강문제의 관리 및 예방을 위한... 앞서 살펴본 일본과 미국의 경우에도 '치매'라는... 관리 체계를 구축하는 것은 물론, 공동체... 자로 이환되... 하기 위한 각종 정책을 시행하고 있음을 확인할 수 있다.

특히, 일본의 치매대책은 개호보험제도의 도입과 밀접한 관계 속에서 추진되고 있다. 고령자의 급증에 따라 치매고령자도 더불어 증가하고 있고, 개호보험대상자의 절반이상이 치매환자가 차지하고 있어서 개호보험 재정의 안정화라는 목적을 달성하기 위해서라도 치매에 대한 대책강구는 점차적으로 강화되고 있는 실정이다.

다시 말하면, 치매에 대한 국민들의 인식부족으로 치매환자 뿐만 아니라 치매가족의 경제적, 심리적 부담이 가중된다는 점을 감안하여 올바른 치매 이해에 노력하고 있고, 다른 만성질환관리에서도 볼 수 있듯이 한번 걸리면 완치가 되지 않는다는 측면에서 사전적인 예방사업 및 조기발견/조기진단체계의 구축 및 강화에 힘을 쏟고 있다고 할 수 있다.

예방사업으로 치매의 발병원인을
로 구분할 때 6자의 발병원인이 확
발병원인인 생활습관병(심질환, 뇌혈
이고 있다. 아울러 조기에 치매증상을
나 치료하는데 지원하고 있으며, 장기요양
양서비스 제공시설에서의 보호가 충
공실무자를 비롯하여 관계직원에 대
비스를 제공할 수 있도록 하고 있다.

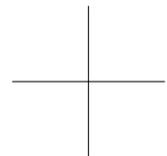
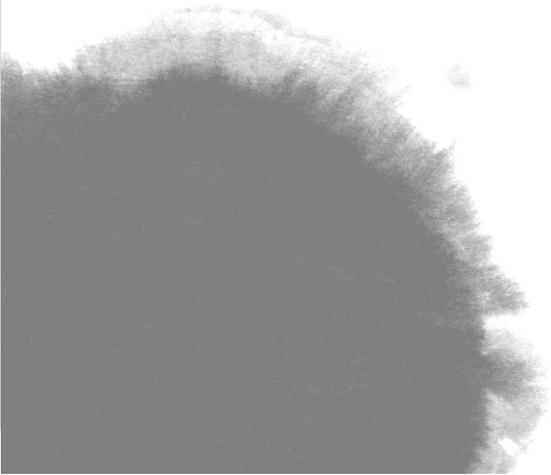
이와 비교하여, 우리나라의 경우
중점을 두고 있는 실정인데, 단순히
효과적이지 못할 가능성이 높기 때
위한 사전적인 예방적 보건복지프로
비스의 질적 제공에 대한 대책이 향



03

K
I
H
A
S
A

차게 치료관리 프로그램 운영실태 분석





제3장 치매 치료관리 프로그램 운영실태 분석

본 장에서는 치매조기검진사업을 시행하고 있는 20개 보건소와 노인종합복지관 부설 주간보호서비스 92개소를 대상으로 치매 치료관리 운영실태를 파악하기 위하여 2009년 9월 21일부터 10월 16일까지 25일간 실시한 우편조사 결과를 분석하였다. 보건소를 대상으로 한 조사내용으로는 보건소 치매관리사업 현황, 인지재활프로그램 현황, 교육홍보 사업 현황, 인력 및 예산 현황 등이고, 주간보호시설을 대상으로 한 조사내용으로는 이용자 등록 현황, 인지재활프로그램, 주간보호서비스 담당 인력 현황 등이다.

제1절 보건소의 치매 치료관리 프로그램

1. 보건소 치매조기검진 사업 일반 현황

본 조사는 2009년 현재 치매조기검진사업을 시행하고 있는 보건소에 한해 진행되었기 때문에 조사대상의 분포가 치매조기검진사업의 시행률을 나타낸다. 2009년 전국적으로 치매조기검진사업의 시행률은 79.8%였으며, 광역구역 단위별로는 시단위가 89.6%, 군단위가 85.5%로 나타났다. 구단위별 시행률을 살펴보면 서울특별시의 경우 80.0%로 높은 편이나 경기도는 52.1%로 상당히 저조하였다. 서울시의 경우 구별로 치매지원센터를 설치하고 치매조기검진 및 지원사업을 적극적으로 추진하고 있으나, 광역시의 경우 노인인구비율이 상대적으로 적어 치매노인을 위한 사업이 저조한 것으

로 보인다. 그러나 2010년부터 치매 치료관리비(약면 치매조기검진사업에 참여하는 보건소는 더욱 확

〈표 3-1〉 치매조기검진사업 실시 보건소(조사대상 보건소)

구분	전체	특별시	광역시
전체 보건소	253	25	4
조사대상 보건소 수	202	20	2
치매 조기검진사업 실시 비율	79.8	80.0	52.0

조사대상기관인 202개 보건소 중 157개의 보건소(응답율 77.7%)에 응을 나타냈다). 조사에 응한 보건소의 지역별 분포는 특별시 12개(7.6%), 광역시 19개(12.1%), 도 126개(60.3%)로 조사되었다.

〈표 3-2〉 조사에 응답한 보건소의 지역분포

구분	전체	특별시	광역시
빈도	157	12	19
비율	(100.0)	(7.6)	(12.1)

치매조기검진사업의 도입 경과를 살펴보면, 2007년 46개 보건소에 도입된 후 2008년 40개 보건소로 조사되었다. 1998년 노인복지법 시행규칙에 치매관리사업의 일환으로 치매상담센터의 설치가 의무화되고, 2006년 민간단체인 한국치매학회 등의 보조사업으로 치매조기검진사업이 도입되어 2007년부터 전국적으로 확산되기 시작했음을 확인할 수 있다. 한편 치매예방센터가 설치된 지역에서는 치매예방 및 치료관리에 관심이 높은 지역(11.1%)이 증가하여 체계적으로 조기검진사업을 추진해 온

2) 조사표가 발송된 곳은 202개 보건소 중 157개의 경우 기흥구, 수지구, 처인구의 치매조기검진사업이 처인구에서 통합 시행되고 있고 통합된 자료가 회신되었기에 3개소를 1개소로 간주함.

것으로 보인다.

지역별로는 서울특별시의 경우 2009년부터 사업을 실시한 곳이 42.1%로 최근에 사업이 본격화된 것으로 조사되었고, 시도위에서는 2007년부터 사업을 해 온 보건소가 많았다. 도시지역보다 고령화가 심각한 군단위에서는 치매조기검진사업 도입 초기인 2006년부터 사업이 시행된 보건소가 상대적으로 많은 것으로 나타났다.

〈표 3-3〉 보건소의 치매조기검진사업 실시 시작년도

(단위: 개소, %)

구분	전체	2009년	2008년	2007년	2006년	2005년이전	
전체	155 (100.0)	39 (25.2)	40 (25.8)	46 (29.7)	13 (8.4)	17 (11.0)	
특별시	19 (100.0)	8 (42.1)	2 (10.5)	6 (31.6)	1 (5.3)	2 (10.5)	
광역시	12 (100.0)	0 (0.0)	4 (33.3)	1 (8.3)	1 (8.3)	6 (50.0)	
도 지역	시	64 (100.0)	13 (20.3)	20 (31.3)	22 (34.4)	3 (4.7)	6 (9.4)
	군	60 (100.0)	18 (30.0)	14 (23.3)	17 (28.3)	8 (13.3)	3 (5.0)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

치매조기검진사업의 수행절차는 치매상담센터 등을 통해 치매선별검사를 실시하고, 선별검사에서 치매가 의심되는 경우 거점병원의 전문의료진을 통해 진단검사를 받도록 하여 치매확진자를 선별해 낸다. 치매확진자에 대해서는 치매의 원인을 정확히 규명하기 위해 혈액검사, CT 촬영 등 보다 정밀한 검사(감별검사)가 시행되는데, 각 검사별 사업실적을 살펴보면 <표 3-4>와 같다.

2007년에 선별검사는 956명, 진단검사는 120명, 감별검사는 32명에게 시행되었고, 2008년에는 선별검사 1,334명, 진단검사 132명, 감별검사 39명의 실적을 나타냈다. 2009년 상반기(1~6월)에는 선별검사 995명, 진단검사 75명, 감별검사 24명의 실적을 보여 전년도에 비해 사업이 많이 활성화 된 것으로 판단된다.

선별검사 실적을 지역별로 살펴보면, 서울시의 경우 2008년 실적이 2007년도에 비해 약 200% 가까이 증가하였고, 2009년 상반기 실적은 2009년 실적을 유추하면 사업 실적은 증가 추세에 있는 것으로 보인다. 선별검사 실적의 증가 추세는 서울시 외에도 시단위나 군단위에서도 목격되는데, 특히 시단위 지역에서 2008년 선별검사 실적이 매우 큰 폭으로 증가하였다. K-MMSE 등 비교적 간단한 치매선별검사를 통해 치매여부를 조기에 발견하기 위한 노력이 경주된 결과로 보인다.

하지만 2008년도 진단검사실적을 보면, 전국적으로 전년대비 실적 증가율이 10.0% 수준이다. 지역별로는 군단위의 경우 23.8%가 오히려 감소하였고, 시단위는 5.6%가 감소하였다. 반면, 치매지원센터를 중심으로 치매조기검진사업이 전폭적으로 시행되고 있는 서울에서 81.1%의 높은 증가율을 나타냈다.

감별검사실적은 진단검사의 경우보다 다소 증가 추세에 있는 것으로 조사되었다. 전국적으로 2007년 대비 2008년 감별검사 실적은 21.9% 증가한 것으로 나타났고, 서울시의 경우 진단검사와 같이 95.9%의 높은 증가율을 보였으며, 광역시에서는 34.8%, 시단위에서는 21.2% 증가하였다.

〈표 3-4〉 연도별 치매조기검진사업 실적(2007~2009)

(단위: 명, %)

구분	2007년			2008년			2009년 ¹⁾			
	선별 검사	진단 검사	감별 검사	선별 검사	진단 검사	감별 검사	선별 검사	진단 검사	감별 검사	
전체	956	120	32	1,334	132	39	995	75	24	
특별시	1,302	244	49	3,909	442	96	2,945	354	98	
광역시	1,182	105	23	7,954	112	31	755	45	12	
도 지 역	시	920	107	33	11,944	101	40	852	52	22
	군	818	101	28	915	77	20	835	50	12

주: 1) 2009년은 상반기(1~6월) 자료이며, 무응답은 분석에서 제외함.

치매진단검사를 통해 치매확진을 받은 노인의 비율은 연도별로 살펴보면, 2007년 30.7%, 2008년 36.2%, 2009년 43.8%의 수준으로 점차 증가하고 있다(표 3-5 참조). K-MMSE 등 객관적 도구를 이용하기는 하지만 기술적 도구에 대한 업무 담당자의 경험축적으로 치매선별 능력이 개선되고 있는 것으로 보인다. 지역별로는 서울에서 2007년 14.5%였던 것이 2008년 40.1%로 크게 증가하였고, 광역시와 시도위에서는 대략 35% 수준을 유지하고 있다. 2009년에는 서울시의 치매확진자 비율이 37.2%로 가장 낮고 군 단위에서 44.7%로 가장 높았는데, 이러한 결과는 첫째, 서울시의 경우 진단검사대상자(분모)가 많고 둘째, 치매 발병이 연령 고연령층에 영향을 많이 받은 것으로 알려진 결과와 함께 고령 고학력 고문화적 수준이 낮은 군단위에서 치매 발병이 많기 때문인 것으로 분석된다.

〈표 3-5〉 연도별 치매진단검사 건수 대비 치매확진자 비율(2007~2009)

(단위: 개수, %)

구분	(대상기관수)	2007년	2008년	2009년 ¹⁾	
전체	(126)	30.7	36.2	43.8	
특별시	(12)	14.5	40.1	37.2	
광역시	(18)	33.6	37.7	38.2	
도지역	시	(53)	33.7	36.9	46.5
	군	(43)	29.1	33.6	44.7

주: 1) 2009년은 상반기(1~6월) 자료이며, 무응답은 분석에서 제외함.

보건소에서 등록·관리하고 있는 평균 치매노인의 수를 살펴보면, 2007년 106.6명, 2008년 115.7명, 2009년 108.4명이었다. 지역별로는 2007년 시도위 단위가 평균 143.3명으로 가장 많았으나 2008년 서울에서 치매검진사업이 본격화되면서 서울시가 평균 174.9명으로 가장 많은 것으로 나타났다(표 3-6 참조). 한편, 치매노인 등록수별 보건소 현황을 살펴보면, 각 연도별로 치매노인 등록수가 50명 미만의 보건소가 약 35% 내외로 가장 많았다. 치매노인 등록수가 100명 이하인 비율을 살펴보면 2007년 58.3%, 2008년 57.4%, 2009년 61.8%의 보건소가 포함되어 아직까지는 보건소로 등록 치매노인이 많지는 않은 것으로 나타났다.

〈표 3-6〉 연도별 평균 등록치매노인수(2007~2009)

(단위: 개소, 명)

구분	(대상기관수)	2007년	2008년	2009년 ¹⁾
전체	(143)	106.6	115.7	108.4
특별시	(12)	95.2	174.9	178.7
광역시	(19)	92.3	89.9	72.4
도지역	시	(61)	143.3	136.9
	군	(51)	74.6	77.6

주: 1) 2009년은 상반기(1~6월) 자료이며, 무응답은 분석에서 제외함.

〈표 3-7〉 연도별 등록치매노인수별 현황(2007~2009)

(단위: 개소, %)

구분	2007년	2008년	2009년 ¹⁾
전체	79 (100.0)	115 (100.0)	144 (100.0)
50명 이하	27 (34.2)	39 (33.9)	53 (36.8)
51~100명	19 (24.1)	27 (23.5)	36 (25.0)
100~150명	16 (20.3)	19 (16.5)	21 (14.6)
150~200명	8 (10.1)	10 (8.7)	12 (8.3)
200명 이상	9 (11.4)	20 (17.4)	22 (15.3)

주: 1) 2009년은 상반기(1~6월) 자료이며, 무응답은 분석에서 제외함.

치매 관리 및 지원프로그램 실시 현황을 보면, 기저귀, 물티슈 등 치매용품
 품을 지원하고 있는 보건소가 87.3%로 가장 많았고, 치매 노인 실종방지
 인식표 보급이 86.0%, 방문보건서비스 연계 제공이 85.4%의 순으로 지원
 되었다. 반면 인지재활프로그램 제공은 35.7%, 노인대학, 보드관, 미로게임
 등의 인지개선용품 대여는 10.2%로 시행률이 매우 낮았다. 치매용품 지원
 실종방지 인식표 보급, 인지개선용품 대여 등은 노인복지프로그램으로 추진
 되고 있는 사업들이기 때문에 인지개선용품 대여의 경우를 제외하고 높은
 시행률을 보이며, 사업지침에 의해 시행되는 사업들이기 때문에 지역별로
 주목할 만한 특성을 나타내지 않았다.

〈표 3-8〉 지역별 치매 관리 및 지원 프로그램 실시 비율

(단위: 개소, %)

구분	치매용품 지원	인지개선 용품	실종방지 인식표	인지재활 프로그램	방문보건 서비스	주간보호 서비스	단기보호 서비스
전체(N=157)	87.3	10.2	86.0	35.7	85.4	10.8	1.9
특별시(N=2)	100.0	0.0	100.0	66.7	83.3	0.0	0.0
광역시(N=9)	94.7	5.3	100.0	26.3	89.5	15.8	0.0
도지역							
시(N=66)	89.4	13.6	84.8	39.4	84.8	9.1	1.5
군(N=60)	80.0	10.0	80.0	28.3	85.0	13.3	3.3

주: 무응답은 분석에서 제외함.

치매용품 지원, 실종방지 인식표 보급 부문에서는 전국적으로 시행률이 높은 치매 관리 및 지원 프로그램의 2008년, 2009년 실적은 <표 3-9>와 같다. 치매용품지원의 경우 2008년에는 평균 310.6명에게 제공되었고, 2009년 상반기 중엔 222.8명에게 지원되었다. 지역별로는 광역시의 지원 실적이 높으나 인구 등의 사업환경의 차이로 도지역의 실적이 상대적으로 높은 것으로 나타나고 있다.

실종방지 인식표의 경우 사업을 시행하고 있다는 보건소는 86.0%로 매우 높았으나(표 3-8 참조), 실제 사업 실적은 매우 미흡했다. 본 조사 결과 약 100여명의 치매 노인이 해마다 추가 등록되고 있고 기 등록된 노인도 고령하면, 보건소에 등록된 치매노인에게 인식이표의 보급 실적은 매우 미흡했다. 또한 2009년 상반기 실적으로 미루어 짐작하건데, 2008년에 비해 2009년의 실적이 크게 개선되고 있는 것으로 나타나지도 않았다. 다만, 치매지원센터를 중심으로 사업을 적극적으로 실시하고 있는 서울시의 경우에만 2008년에 비해 2009년 사업 실적이 크게 향상될 것으로 전망된다.

방문보건서비스의 경우에는 2008년 866.8명에게, 2009년 상반기 중에 521.8명에게 서비스가 제공되었다. 본 조사에서는 치매노인에 대한 지원 정책으로 방문보건서비스의 사업실적을 응 하도록 하였으나 대부분의 보건소에서 치매와는 별도로 방문보건사업 실적을 응 한 경우가 많아 해석에 유의할 필요가 있다.

〈표 3-9〉 주요 치매 관리 및 지원프로그램 실적(2008, 2009)

(단위: 명, %)

구분	치매용품 지원		실종방지 인식표		방문보건서비스		
	2008년	2009년	2008년	2009년	2008년	2009년	
전체	310.6	222.8	25.2	18.7	866.8	521.8	
특별시	294.0	265.3	16.8	37.3	148.9	64.9	
광역시	444.5	213.8	24.1	21.4	361.8	232.4	
도지역	시	278.3	265.3	29.5	16.2	1,283.4	625.5
	군	302.5	222.8	24.3	14.5	794.4	647.7

주: 2009년은 상반기(1~6월) 자료이며, 무응답은 분석에서 제외함.

치매 진단검사비, 감별검사비, 약제비, 물품비 지원 현황을 살펴보면, 진단검사와 감별검사를 실시하고 있는 보건소는 각각 87.3%, 86.0%였고, 약제비를 지원하고 있는 보건소는 35.0%, 치매 물품비를 지원하고 있는 보건소는 26.8%로 나타났다. 치매 진단검사비 및 감별검사비 지원사업은 2007년부터 지방자치단체 보조사업으로 전환되어 국고와 지방비의 매칭형태로 추진되고 있기 때문에 시행률이 높은 것으로 보인다. 약제비 지원사업은 대체로 85% 이상의 높은 시행률을 보였다. 서울시의 경우 진단검사비를 지원하고 있는 보건소의 비율이 58.3%로 상당히 낮게 나타났는데, 이는 조사에 응한 보건소 수가 상대적으로 적기 때문인 것으로 판단된다.

약제비나 물품비 지원은 정부에서 단독으로 지원하는 사업이 아니기 때문에 시행률이 각각 35.0%, 26.8%로 낮은 편이다. 특히 약제비 지원사업의 경우 지역에 따라 사업이 추진되기 때문에 지역 편차도 큰 편이다. 지역별로는 서울에서 약제비를 지원하고 있는 보건소가 66.7%로 가장 많았으며, 군단위 45.0%, 시단위 28.8%의 순이었다. 치매조기검진사업 시행률이 낮았던 광역시의 경우 약제비 지원도 거의 이루어지지 않고 있었다. 물품비의 경우에는 군단위에서 시행률이 31.7%로 가장 높았다.

(단위: 원)

치매감별검사
8,500
25,000
85,000

5만원이 47.7%로 가장 많고, 3만원 이하의 순이었다. 지역별로는 서울시와 시단위에 (각각 85.7%, 46.2%)가 다소 많았고, 군단위를 지원하는 경우가(39.1%)가 다소 많아 약간의 차이

제비 지급방식은 치방전에서 치매치료제 처방 여부를 확인한 후 본인에게 직접 지급하는 경우가 80.0%로 가장 많았고, 약방에서 본인에게 지급하는 방식은 10.0%로 나타났다.

〈표 3-12〉 지역별 차매 월 약제비 지원액 현황

(단위: 개소, %)

구분	계	3만원 이하	3~4만원	4~5만원	5만원 이상	
전체	100.0(44)	29.5	18.2	47.7	4.5	
특별시	100.0(7)	0.0	14.3	85.7	0.0	
광역시	100.0(1)	0.0	0.0	100.0	0.0	
도지역	시	100.0(13)	30.8	13.4	46.2	7.7
	군	100.0(23)	39.1	21.7	34.8	4.3

주: 무응답은 분석에서 제외함

〈표 3-13〉 지역별 차매 월 약제비 지급방식

(단위: 개소, %)

구분	계	직접 지급	약국병원 후불지급	직접지급+ 약국병원지급	기타
빈도 (비율)	55 (100.0)	44 (80.0)	6 (10.9)	3 (5.5)	2 (3.6)

주: 무응답은 분석에서 제외함

물품비 지원액은 2만원 이하가 29.4%로 물품비를 지원하는 보건소의 절반 정도를 차지했고, 2~3만원이 29.4%, 3만원 이상이 23.5%였다. 지역별로는 서울시에서는 3만원 이상 지원하는 곳이 50.0%였고, 시단위에서는 2~3만원이 50.0%, 군단위에서는 2만원 이하가 57.1%로 지역환경에 따라 큰 편차를 나타냈다. 한편 광역시 19개 보건소 중 16.7%가 물품비를 지원하고 있다고 응하였으나 구체적인 지원액은 개기차기 등 분석에서 제외하였다.

물품비 지급방식은 가다 지급등이 88.6%로 매우 높았는데, 비용을 직접 제공하는 것이 아니라 방문보건사업 등과 연계하여 현물을 제공하는 경우가 많기 때문인 것으로 보인다.

〈표 3-14〉 지역별 치매 물품비 지원액 현황

(단위: 개소, %)

구분	계	2만원 이하	2~3만원	3만원 이상	
전체	17 (100.0)	8 (47.1)	5 (29.4)	4 (23.5)	
특별시	2 (100.0)	1 (50.0)	0 (0.0)	1 (50.0)	
도지역	시	8 (100.0)	3 (37.5)	4 (50.0)	1 (12.5)
	군	7 (100.0)	4 (57.1)	1 (14.3)	2 (28.6)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

〈표 3-15〉 지역별 치매 물품비 지급방식

(단위: 개소, %)

구분	계	직접 지급	약국병원 후불지급	기타
빈도(비율)	35 (100.0)	3 (8.6)	1 (2.9)	31 (88.6)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

보건소에서 치매 진료를 하고 있는 경우는 19.5%에 불과하였으나, 군단위에서는 33.9%로 진료를 하고 있는 보건소가 다소 많았다. 보건의료환경이 열악한 군단위 지역에서 보건소가 지역보건의료 창구로 역할을 하고 있음을 확인할 수 있다. 한편, 치매 진료를 하고 있는 경우 처방하고 있는 치료약제로는 니세틸, 아리셉트, 도네페질, 가란타민, 네오카틴, 레미닐, 쉐로켈, 에비사, 엑셀론, 엘카론, 케이세틸, 메만틴, 리바스티민 등으로 조사되었다.

〈표 3-16〉 보건소 내에서의 치매 진료 여부

(단위: 개소, %)

구분	계	진료함	진료안함	
전체	154 (100.0)	30 (19.5)	124 (80.5)	
특별시	12 (100.0)	3 (25.0)	9 (75.0)	
광역시	19 (100.0)	1 (5.3)	18 (94.7)	
도지역	시	64 (100.0)	6 (9.4)	58 (90.6)
	군	59 (100.0)	20 (33.9)	39 (66.1)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

2. 보건소 치매조기검진 사업 인력 현황

치매조기검진사업의 인력 현황을 살펴보면 담당자 1명이 사업을 추진하고 있는 보건소가 69.4%로 가장 많았으며, 2명이 14.6%로 대부분의 보건소에서 2명 이하의 인력이 편성되어 있는 것으로 보인다. 지역별로는 치매지원센터 형태로 운영되고 있는 서울시의 경우 5명 이상의 인력이 편성되어 있는 경우가 66.7%로 가장 많았고, 서울시를 제외하고는 담당자가 1명인 경우가 많았다.

〈표 3-17〉 치매조기검진사업 인력 현황

(단위: 개소, %)

구분	계	1명	2명	3~4명	5명 이상	
전체	157 (100.0)	109 (69.4)	23 (14.6)	8 (5.1)	17 (10.8)	
특별시	12 (100.0)	3 (25.0)	1 (8.3)	0 (0.0)	8 (66.7)	
광역시	19 (100.0)	17 (89.5)	1 (5.3)	0 (0.0)	1 (5.3)	
도 지 역	시	66 (100.0)	46 (69.7)	11 (16.7)	4 (6.1)	5 (7.6)
	군	60 (100.0)	43 (71.7)	10 (16.7)	4 (6.7)	3 (5.0)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

치매조기검진사업의 총인력은 343명이었다. 서울시가 90명, 광역시가 28명, 시단위가 112명, 군단위가 113명으로 조사되었다. 치매조기검진사업 인력을 직렬별로 구분해 보면, 간호직이 48.7%로 가장 많고 보건 의무직 20.4%, 사회복지직 4.7%의 순이었다. 지역별로는 치매지원센터가 있는 서울시의 경우 기능사무직(4.4%)과 행정직(3.3%)을 두고 있는 경우가 있었으며, 광역시의 경우 간호직의 비율이 64.3%로 비교적 높았다. 치매조기검진사업 시행률이 저조한 광역시에서는 방문보건을 담당하고 있는 간호직 종사자에게 치매조기검진사업의 업무를 추가 분담하고 있는 경우가 많은 것으로 나타났다.

〈표 3-18〉 치매조기검진사업 인력의 직렬별 인력 현황

(단위: 명, %)

구분	대상 기관수	전체 인원수	직렬별 인력 보유율					
			행정직	보건·의무직	간호직	사회복지직	기능사무직	
전체	(157)	343	0.9	20.4	48.7	4.7	1.7	
특별시	(12)	90	3.3	10.0	34.4	12.2	4.4	
광역시	(19)	28	0.0	7.1	64.3	0.0	0.0	
도 지역	시	(66)	112	0.0	27.7	58.9	2.7	1.8
	군	(60)	113	0.0	28.3	53.1	1.8	0.0

주: 사례수가 무응답은 분석에서 제외함.

치매조기검진사업 인력의 자격증 보유현황을 보면, 간호사 자격증 소유자가 65.4%로 가장 많았고, 사회복지사 16.1%, 간호조무사 8.8%, 영양보호사 8.2%의 순으로 나타났다. 앞의 직렬별 인력 현황에서 간호직과 보건·의무직의 비율이 높았던 결과와 논리적으로 일치하는 결과라고 하겠다.

한편 치매지원센터가 설치되어 있는 서울시에서는 간호사 자격증 소유자 뿐만 아니라 사회복지사, 작업치료사 자격증 소유자의 비율이 다소 높아 치매 치료관리가 종합적으로 제공되고 있음을 시사하고 있다. 자격증이 없는 경우도 6.8%로 비교적 높았는데, 직렬별 인력 현황 결과에 비추어 보면 사업 및 업무량이 많아짐에 따라 기능사무직으로 행정업무를 담당하는 인력을 별도로 두고 있기 때문인 것으로 분석된다.

〈표 3-19〉 치매조기검진사업 인력의 자격증 보유 현황(중복응답)

(단위: 개수, %)

구분	대상 기관수	치매조기 검진 인원수	없음	자격증							
				의사	간호사	간호 조무사	사회 복지사	물리 치료사	작업 치료사	영양 보호사	
전체	(157)	343	2.9	3.2	65.4	8.8	16.1	1.2	3.2	8.2	
특별시	(12)	90	6.8	4.5	51.1	0.0	19.3	0.0	9.1	2.3	
광역시	(19)	28	0.0	3.6	71.4	0.0	21.4	3.6	0.0	39.3	
도 지역	시	(66)	112	1.8	2.7	62.5	14.3	16.1	2.7	2.7	10.7
	군	(60)	113	1.8	2.7	77.9	12.4	12.4	0.0	0.0	2.7

주: 무응답은 분석에서 제외함.

치매조기검진사업 담당인력의 업무 형태로는 검임이 전담에 비해 23.2%포인트 많았다. 지역별로는 서울시의 경우 전담자가 검임자보다 70.4%포인트 많아 대부분 치매조기검진사업에만 주력하고 있는 것으로 나타났으나 나머지 지역에서는 검임자의 비율이 훨씬 높았다. 치매조기검진사업의 시행률이 높은 시·군 단위에서는 검임 비율이 전담비율에 비해 각각 44.6%포인트, 75.2%포인트 높아 사업인력의 보강이 전적으로 필요함을 시사하고 있다. 실제로 시·군 지역의 보건소에서 치매조기검진사업과 관련하여 애로사항 및 건의사항을 자유롭게 기술하게 한 항목에서 인력 충원을 강력하게 호소하고 있었다.

〈표 3-20〉 치매조기검진사업 인력의 업무형태 현황

(단위: 명, %)

구분	(대상기관수)	치매조기검진 인력수	업무형태	
			전담	검임
전체	(157)	343	38.4	61.6
특별시	(12)	90	85.2	14.8
광역시	(19)	28	39.3	60.7
도지역	시	112	27.7	72.3
	군	113	12.4	87.6

주: 무응답은 분석에서 제외함.

치매조기검진사업 인력의 업무 경력은 6~12개월이 27.1%, 24개월 이상이 18.4%, 13~18개월이 18.1%, 6개월 이하가 16.6%의 순으로 나타났다. 지역별로는 서울시의 경우 13~18개월 경력자가 32.2%로 비교적 많았고 시단위와 군단위에서는 6~12개월 경력자가 많은 가운데 6개월 이상인 인력도 상대적으로 많았다. 시·군 지역에서는 2006년 한국치매협회의 보조사업으로 치매조기검진사업이 시작되었을 때부터 사업에 참여한 보건소가 비교적 많기 때문인 것으로 분석된다.

〈표 3-21〉 치매조기검진사업 인력의 경력 현황

(단위: 명, %)

구분	(대상 기관수)	치매조기검진 인력수	6개월 이하	6~12개월	13~18개월	19~24개월	25개월 이상	
전체	(157)	343	16.6	27.1	18.1	9.6	18.4	
특별시	(12)	90	17.8	20.0	32.2	13.3	14.4	
광역시	(19)	28	17.9	28.6	7.1	10.7	10.7	
도지역	시	(66)	112	18.8	30.4	14.3	10.7	24.1
	군	(60)	113	13.3	29.2	13.3	5.3	17.7

주: 무응답은 분석에서 제외함.

치매조기검진사업 인력의 전문교육 이수 현황은 <표 3-22>에 나타난 바와 같이 치매조기검진 인력 중 치매전문인력 양성교육을 이수한 인력은 41.1%로, 무 응답자 중 전문교육 이수자가 절반에도 못미치는 것으로 조사되었다. 치매전문인력 양성교육 외에 노인상담전문과정, 노인건강프로그램과정 이수자는 각각 3.5%, 3.2%로 저조하였으며, 관련 교육을 전혀 이수하지 않은 인력도 41.1%로 매우 많았다. 치매조기검진사업 인력의 전문성 확보를 위해 치매전문인력 양성교육이나 교육이수자에 대한 보수교육이 지속적으로 개발, 제공되어야 할 것이다.

〈표 3-22〉 치매조기검진사업 인력의 전문교육 이수 현황

(단위: 명, %)

구분	(대상 기관수)	치매조기검진 인력수	없음	전문교육 이수율(중복응답)				
				치매전문인력 양성교육	노인상담 전문과정	노인건강 프로그램과정	기타	
전체	(157)	343	41.1	41.1	3.5	3.2	8.2	
특별시	(12)	90	15.6	56.7	8.9	1.1	12.2	
광역시	(19)	28	25.0	32.1	0.0	7.1	0.0	
도지역	시	(66)	112	47.3	36.6	1.8	4.5	10.7
	군	(60)	113	59.3	35.4	1.8	2.7	4.4

주: 전문교육 이수에 대한 복수 응답자와 무응답자가 포함되어 있음.

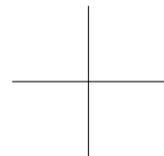
3. 보건소 치매조기검진 사업 예산 현황

치매조기검진사업 세부 사업별 예산은 <표 3-1>과 같이 파악되어 있다. 치매상담센터 총운영비는 대략 평균 4,029만 원 정도이며, 약제비 지원비는 약 평균 1,297만 원, 검사비는 약 평균 1,045만 원 정도로 조사되었다. 치매용품 및 보조용품 지원비는 약 평균 604만 원, 교육 및 홍보비는 약 평균 533만 원 정도였다. 하지만 전국 평균 사업별 예산액이라고 할 수 있는 이 결과는 치매지원센터를 운영하고 있는 서울시의 예산을 포함하여 평균값을 계산한 것이기 때문에 해석에 주의를 기울일 필요가 있다. 지역별 세부 사업 예산을 함께 보으로써 자료의 왜곡을 어느 정도 피할 수 있을 것이다.

치매상담센터 총 운영비는 행정안전부의 분권교부세와 지방비가 매칭되어 운영되는 사업으로 국민건강증진기금으로 치매조기검진 진단 및 선별에 지원되는 치매조기검진사업비와는 구별된다. 다시 말해 지자체의 관심 여하나 사업규모에 따라 지자체의 자율성이 일정 부분 인정된다고 하겠다. 따라서 지역별 세부사업 예산을 살펴보는 것은 결국 향후 사업추진에 대한 정확한 이해를 돕고, 지역별 사업규모 등에 대한 정확한 판단을 위해 필요하다.

지역별로 서울시의 치매상담센터 총운영비는 평균 2억 4,479만 원이었고 약제비 지원으로 1억 8,324만 원, 검사비 지원으로 1억 9,530만 원, 치매용품 및 보조용품 지원에는 704만 원, 치매조기진단 및 선별비로는 1,422만 원, 교육 및 홍보비로는 1,920만 원이 편성되어 있었다. 치매지원센터를 중심으로 사업이 추진되고 있어 전체적인 사업추진에 있어 상당히 높은 것이 특징이다. 반면 교육 및 홍보에 예산 편성이 상당히 높은 편이었다.

광역시외의 경우 치매조기진단 및 선별비용(건강증진기금과 매칭)은 시·도별 예산과 비교적 유사한 수준이었으나 약제비 지원예산은 매우 낮았다. 서울특별시의 시행률이 비교적 높은 군단위 단위(88.9%) 약제비가 1,402만 원, 검사비가 630만 원, 치매용품 및 보조용품 지원비가 641만 원 편성되어 비교적 많은 사업예산이



보되어 있는 것으로 조사되었다.

〈표 3-23〉 치매조기검진사업 세부 사업별 예산 현황

(단위: 원, %)

구분	치매상담센터 총운영비	약제비 지원	검사비 지원	치매용품 및 보조용품지원	치매조기진단 선별비용	교육 및 홍보비	
전체	40,292,056	12,972,357	10,449,556	6,039,570	8,728,209	5,333,445	
특별시	244,790,949	18,324,444	19,530,000	7,040,000	4,218,000	19,196,727	
광역시	18,872,474	2,366,000	2,136,000	3,966,200	9,523,000	3,382,100	
도지역	시	17,434,111	9,247,857	6,414,545	6,175,262	9,166,967	3,724,510
	군	25,782,310	14,021,833	6,307,200	6,408,718	6,978,931	2,075,192

주: 무응답은 분석에서 제외함.

각 세부사업 항목별 예산분담 현황을 보면, 치매예방사업의 경우 정부의 경우 정부 부담율은 14.48%로, 기초자치단체의 부담율은 54.48%로, 광역자치단체의 부담율은 54.48%로 나타났다. 지역별로는 특별시와 광역시에서 기초자치단체의 부담율이 높았다.

치매용품 및 보조용품 지원에 대한 지방비의 비율(광역자치단체 25.9%, 기초자치단체 62.1%)이 높았으며, 전액 기초자치단체 예산으로 사업을 시행한 곳도 35개 지역(특별시 2개소, 시도 15개소, 군단위 18개소)이나 되었다.

약제비 지원의 경우에는 정부 부담율이 2.7% 수준으로 매우 낮고, 광역자치단체와 기초자치단체의 부담율이 각각 25.9%, 62.1%로 높게 나타났다. 치매 치료 약제비에 대한 정부의 공식적인 지원이 이루어지지 않는 상태에서 정부부담율이 조사된 것은 행정안전부와 보건교부제 등을 통해 지원되는 치매상담센터 운영비에서 약제비를 지원할 경우 정부 부담으로 응한 사례가 있기 때문인 것으로 보인다.

약제비나 치매 홍보 및 교육의 경우에도 정부나 광역자치단체의 부담율보다 기초자치단체의 부담율이 높은 것으로 나타났다. 이러한 경향은 협회와 함께 볼 때, 노인인구비율이 높은 군단위에서 상대적으로 지역에서 치매 예방 및

관리·지원사업에 많은 관심을 가지고 사업을 시행하고 있는 것으로 가정할 수 있다.

〈표 3-24〉 치매상담운영센터 및 치매 치료관리 지원사업 예산분담 현황

(단위: 개소, %)

구분	(대상 기관수)	치매상담센터 운영비			치매용품 및 보조용품 지원			약제비 지원			
		국비	광역	기초	국비	광역	기초	국비	광역	기초	
전체	(110)	14.4	31.0	54.4	12.5	25.9	62.1	2.7	27.5	69.9	
특별시	(9)	0.2	50.3	49.5	0.0	45.0	55.0	0.0	50.0	50.0	
광역시	(18)	11.1	68.8	20.1	10.0	69.0	21.0	0.0	100.0	0.0	
도지역	시	(41)	21.1	16.2	62.2	16.0	13.6	70.5	3.8	22.5	73.7
	군	(42)	12.3	25.2	62.6	13.1	16.4	71.3	3.2	16.4	80.4

주: 무응답은 분석에서 제외함.

한편, 치매홍보 및 교육의 경우 기초자치단체에서 전액 부담하고 있는 경우가 40.3%로 매우 높은 편이었다. 치매관련사업의 경우 치매에 대한 인식 개선이나 홍보가 시급하고 중요한 과제이지만, 사업비는 간단 및 선별검사비의 항목으로 정해져서 하달되기 때문에 인식개선 및 홍보에 투여할 예산이 할당되지 않는다. 따라서 인식개선의 필요성을 절감하고 있는 자치단체를 중심으로 자체 예산을 편성하여 사업을 추진하고 있는 것으로 추정된다.

〈표 3-25〉 치매홍보 및 교육 사업 예산분담 현황

(단위: 개소, %)

구분	(대상기관수)	국비	광역	기초	
전체	(110)	6.9	22.7	70.4	
특별시	(9)	0.0	39.9	60.1	
광역시	(18)	16.7	62.8	20.6	
도지역	시	(41)	8.5	12.1	79.4
	군	(42)	4.3	13.7	82.0

4. 치매 치료관리 사업 및 지원에 대한 인식

치매 치료관리 지원에 대한 인식을 알아보기 위해 치매 치료약제비 지원 수준과 치매노인 및 부양가족에게 도움이 되는 서비스를 물어보았다. 먼저, 치매 치료약제비를 지원할 경우 적당한 지원 수준에 대해 ‘5만원’이라는 응답이 65.0%로 가장 많았고, 7만원 17.5%, 3만원 9.8%의 순으로 조사되었다. 현재 치매약제비 지원액이 4~5만원인 경우가 절반정도 되고 있는 것을 미루어 보아 치매조기검진사업 담당자는 현재 지원액이 적당하거나 다소 부족하다고 인식하고 있을 것으로 추정된다. 지역별로는 ‘적당하다’는 의견이 대체로 많은 가운데, ‘7만원’이 적정하다는 의견(35.3%)이 다소 많이 나타났다.

〈표 3-26〉 치매 치료 약제비 지원 적정 수준

(단위: 개수, %)

구분	계	3만원	5만원	7만원	기타	
전체	143 (100.0)	14 (9.8)	93 (65.0)	25 (17.5)	11 (7.7)	
특별시	12 (100.0)	1 (8.3)	9 (75.0)	2 (16.7)	0 (0.0)	
광역시	17 (100.0)	3 (17.6)	8 (47.1)	6 (35.3)	0 (0.0)	
도지역	시	62 (100.0)	5 (8.1)	41 (66.1)	9 (14.5)	7 (11.3)
	군	52 (100.0)	5 (9.6)	35 (67.3)	8 (15.4)	4 (7.7)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

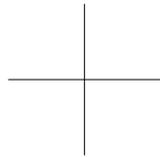
치매 가족이나 환자에게 도움이 되는 치매 치료관리프로그램에 대해 치매환자의 경우 약물치료가 53.5%로 가장 많았고, 비약물치료가 13.9%, 주·단기보호서비스가 9.7%, 검진·진료비 지원이 9.0%의 순이었다. 치매가족에게는 주·단기보호서비스가 도움이 될 것이라는 응답이 51.9%로 가장 많았고, 검진·진료지 지원이 17.3%, 방문요양서비스가 14.3%로 나타났다.

신청자의...를 통한...연계, 치매...의 정도를

응의 비율을 살펴보면...2%, 치매 전담인...%, 서비스 연계는 66%... 58.6%...었다.

치매조기...하면 할수록 신청자의 확보는 더욱 어려워질 수 있으므로...사업과 연계하여 신규 신청자를 안정적으로 확보하는 방안과...자 중 치매로 판정되지 않은 노인에게...로 선별 검사를 받고...유도할 수 있는 장기 마련이 요구된다.

또한 항...치매 치료관리에 대한 지원이 본격화되면 현재 1~2명으로 운용되고 있는 치매조기검진사업의 인력 확충은 필연적...할 것으로 보인다. 그밖에 치매 담당인력의 전문성을 고취하기 위한 전문교육



과정 및 보수 교육과정의 제공, 업무 매뉴얼의 제작, 사^o 관리 프로그램의 개발 등이 정책적 과제로 대두되었다.

〈표 3-28〉 치매조기검진사업 수행 중 애로사항

(단위: 개소, %)

구분	계(N)	전혀 어렵지않음	어렵지 않음	보통	어려움	매우 어려움
치매검진 신청자 확보	100.0(157)	2.5	11.5	31.2	39.5	15.3
사업예산의 확보	100.0(156)	2.6	19.9	49.4	21.8	6.4
치매 전담인력의 부족	100.0(157)	0.0	1.9	12.7	45.9	39.5
교육 및 업무 매뉴얼을 통한 전문성 확보	100.0(156)	1.3	7.7	29.5	50.0	11.5
사후관리를 위한 프로그램 개발	100.0(157)	0.0	1.3	11.5	54.8	32.5
치매환자에 대한 서비스 연계	100.0(157)	0.0	6.4	26.8	56.1	10.8
치매에 대한 일반인의 인식개선	100.0(157)	0.6	5.7	35.0	42.0	16.6

주: 무응답은 분석에서 제외함.

제2절 주간보호시설의 비약물적 치매관리 프로그램

1. 주간보호시설의 일반 현황

본 절에서는 노인복지관 부설 주간보호시설에서 이루어지고 있는 인지재활프로그램에 대한 조사결과를 분석하였다. 조사는 노인복지관 부설 주간보호시설 92개소에 대해 우편으로 진행되었고, 65개소의 시설에서 조사표를 회신하여 70.7%의 회수율을 나타냈다. 조사에 응한 주간보호시설의 지역적 분포는 구단위가 43.1%, 시·군단위가 56.9%였다.

〈표 3-29〉 조사에 응답한 노인복지관 부설 주간보호시설의 지역분포

(단위: 개소, %)

구분	전체	특별시/광역시	도지역
빈도	65	28	37
(비율)	(100.0)	(43.1)	(56.9)

분석대상이 된 65개 주간보호시설 중에서 66.2%인 43개소에서 일반노인 대상의 인지건강프로그램이 운영되고 있었고, 92.3%의 주간보호시설(60개소)에서 인지재활프로그램이 운영되고 있었다. 노인복지관 부설의 주간보호시설이 대부분 장기요양기관이다 보니 장기요양등급 판정자가 주로 이용하거나 기존의 주간보호이용자가 지속적으로 서비스 이용을 유지하고 있기 때문에 일반노인의 접근성은 떨어질 것으로 분석된다.

〈표 3-30〉 주간보호시설의 서비스 및 프로그램 운영 현황

(단위: 개소, %)

구분	전체	특별시/광역시	도지역
인지건강프로그램(일반노인대상)	43 (66.2)	15 (53.6)	28 (75.7)
인지재활프로그램 (대상기관수)	60 (92.3)	25 (89.3)	35 (94.6)
	(65)	(28)	(37)

65개 주간보호시설의 노인 등록현황을 살펴보면, 등록인원은 1,000명(100%)으로 32.3%로 가장 높은 가운데 10~20명(27.7%)과 큰 차이를 보이지 않았으나, 하루 평균 이용인원은 11.1명(11.1%)으로 월등히 높은 것으로 조사되었다. 성별 이용현황을 살펴보면 남성 노인 이용자가 5명(45%)인 경우가 62.5%로 매우 높은 반면, 여성 노인을 11명 이상인 경우가 63.1%로 나타나 주간보호시설의 성별 이용 편차가 큰 것으로 나타났다.

〈표 3-31〉 주간보호시설의 등록 및 이용 현황

(단위: 개소, %)

구분	전체	10명 이하	11~15명	16~20명	21명 이상
등록인원	65 (100.0)	9 (13.8)	21 (32.3)	18 (27.7)	17 (26.2)
하루 평균 이용인원	65 (100.0)	9 (13.8)	26 (40.0)	16 (24.6)	14 (21.5)

〈표 3-32〉 주간보호시설의 성별 이용 현황

(단위: 개소, %)

구분	전체	5명 이하	10명 이하	11~15명	16명 이상
남성	64 (100.0)	40 (62.5)	20 (31.3)	4 (6.3)	
여성	65 (100.0)	8 (12.3)	16 (24.6)	23 (35.4)	18 (27.7)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

주간보호시설을 이용하는 치매노인 수의 경우, 시설이용자 중 치매노인이 6~10명이라고 응한 시설이 38.1%로 가장 많았고, 11~15명(19.0%), 5명 이하(17.5%)의 순으로 나타났다. 지역단위별로는 특별시/광역시의 주간보호시설의 경우 6~10명의 치매노인이 있는 곳이 50.0%로 상당히 높게 나타났으나, 도지역에서는 치매노인 수 구간별로 20~30%의 분포를 나타냈다. 주간보호시설의 등록노인수 대비 치매노인의 비율을 살펴보면, 치매노인의 비율이 50%이하인 시설이 44.6%(29개소)로 조사되었다. 등록 인원 전원이 치매노인인 시설도 6개소(9.2%)나 존재하였으나 주간보호시설을 이용하는 노인 중 치매노인의 수는 시설별로 다양하게 분포하는 것으로 보인다.

〈표 3-33〉 주간보호시설의 이용 노인

구분	전체	없음
전체	63 (100.0)	1 (1.6)
특별시/광역시	28 (100.0)	0 (0.0)
도지역	35 (100.0)	1 (2.9)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

〈표 3-34〉 주간보호시설 등록인원

(단위: 개소, %)

구분	전체	50% 미만	50~99%	100%
전체	65 (100.0)	29 (44.6)	0 (0.0)	6 (9.2)
특별시/광역시	28 (100.0)	10 (35.7)	7 (25.0)	3 (10.7)
도지역	37 (100.0)	19 (51.4)	9 (24.3)	3 (8.1)

노인장기요양보험제도 도입 이후 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급권자는 장기요양기관의 재가 및 시설을 이용할 경우 그 비용이 면제되기 때문에 주간보호시설 이용자 중 기초생활보장 수급권자 현황을 파악해 보았다. 기초생활보장 수급권자가 1명인 주간보호시설이 16개소(25.8%)였고 수급권자가 없는 시설은 24.2%로 나타났다. 지역단위별로는 도지역에서 수급권자가 없는 시설과 4명 이상 있는 시설이 각각 29.4%, 26.5%로 비교적 많았으며, 주간보호시설별로 기초생활보장 수급권자의 이용 편차 큰 것으로 나타났다. 주간보호시설별 치매노인의 수나 국민기초생활보장 수급권자의 수가 도지역에서 지역별 편차를 크게 보이는 것은 특별시/광역시 등에 비해 광범위한 지역이 포함되는 데다가 지역적 다양성이 반영된 결과로 보인다.

〈표 3-35〉 주간보호시설 이용 노인 중 기초생활보장수급자 수

(단위: 개소, %)

구분	전체	없음(0명)	1명	2명	3명	4명 이상
전체	62 (100.0)	15 (24.2)	16 (25.8)	10 (16.1)	7 (11.3)	14 (22.6)
특별시/광역시	28 (100.0)	5 (17.9)	8 (28.6)	7 (25.0)	3 (10.7)	5 (17.9)
도지역	34 (100.0)	10 (29.4)	8 (23.5)	2 (8.8)	4 (11.8)	8 (26.5)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

2. 주간보호시설 인력 운영 현황

주간보호시설의 인력 운영 현황을 살펴보면, 5~6명으로 운영되는 곳이 36.9%로 가장 많고, 7~8명이 24.6%, 4명 이하가 23.1%, 9명 이상이 15.4%의 순으로 조사되었다. 지역별로는 특별시/광역시에서는 도지역에 비해 9명 이상의 인력으로 운영되는 비교적 큰 시설들이 많고, 도지역에서는 5~6명 정도로 운영되는 곳이 많았다. 노인복지법 시행규칙의 주간보호서비스 직원 배치 기준에 따르면 이용자가 10명 미만인 시설은 5명, 10명 이상인 시설은 최소 8명 이상 인력이 필요하다(표 3-37 참조). 또한 각 직군별로는 시설장 1인, 사회복지사 1인, 간호사·간호조무사·물리치료사·작업치료사 중 1인, 영양보호사 1인을 두도록 명시하고 있다. 따라서 주간보호시설의 인원은 5명 내외의 수로 일반적일 것으로 가정할 수 있으며, 본 조사 결과도 이와 크게 다르지 않았다.

〈표 3-36〉 주간보호시설 인력 현황

(단위: 개소, %)

구분	전체	4명 이하	5~6명	7~8명	9명 이상
전체	65 (100.0)	15 (23.1)	24 (36.9)	16 (24.6)	10 (15.4)
특별시/광역시	28 (100.0)	8 (28.6)	8 (28.6)	6 (21.4)	6 (21.4)
도지역	37 (100.0)	7 (18.9)	16 (43.2)	10 (27.0)	4 (10.8)

〈표 3-37〉 주간보호서비스 직원의 배치기준

구분	시설장	사회 복지사	간호사, 간호조무사	물리치료사, 작업치료사	요양보호사	사무원	조리원
이용자 10명 이상	1명	1명 이상	1명 이상		이용자 7명당 1명 이상	필요수	필요수
이용자 10명 미만	1명		1명 이상		이상		필요수

자료: 노인복지법 시행규칙, 별표 9: 재가노인복지시설의 시설기준 및 직원배치기준.

주간보호시설의 인력의 자격증 보유 현황은 <표 3-37> 같다. 자격증 소지자가 한 명 이상이라도 있는 주간보호시설을 보면, 사회복지사 자격증 소지자는 있는 시설이 95.4%, 요양보호사가 있는 시설이 92.3%였다. 앞의 노인복지법 규정에 따라 시설장, 사회복지사, 요양보호사 적으로 배치해야 하기 때문인 것으로 분석된다. 필수 배치 직군이 간호사, 간호조무사, 물리치료사 자격증 소지자가 있는 시설은 각각 44.6%, 36.9%로 나타났다. 선택 배치 직군 중 작업치료사 자격증은 전혀 없는 것으로 조사되었는데, 동 법의 시행규칙에 물리치료사에게 작업치료사 면허 소지자가 추가된 것이 2008년 12월 31일 개정 이후로 최근인데다 문자 그대로 선택 직군이기에 때문에 인력확보가 이루어지지 않은 것으로 분석된다.

또한 사회복지사 자격증과 요양보호사 자격증 소지자의 인원수별 분포를 보면 기준에서 요구하는 사회복지사 및 요양보호사 직군의 인원보다 많은 것을 확인할 수 있는데, 복지관이나 주간보호시설 등에 근무하는 직원이 전문성을 위하여 사회복지사나 요양보호사 등 복수의 자격증을 소지하고 있는 것으로 유추할 수 있다. 주간보호서비스 이용자 중 치매환자의 비중이 높다면 인지재활프로그램의 강화 차원에서 작업치료사의 인력 확보가 장려되어야 할 것이다.

표 3-38) 주간보호시설 인력의 자격증 보유 현황

(단위: 개소, %)

구분	사회복지사	요양보호사	간호사	간호조무사	물리치료사	의사	기타
전체	62 (95.4)	60 (92.3)	26 (40.0)	29 (44.6)	24 (36.9)	3 (4.6)	25 (38.5)
1명	6 (9.2)	4 (6.2)	24 (36.9)	22 (33.8)	23 (35.4)	1 (1.5)	17 (26.2)
2명	22 (33.8)	15 (23.1)	-	6 (9.2)	-	2 (3.1)	4 (6.2)
3명	22 (33.8)	16 (24.6)	2 (3.1)	1 (1.5)	-	-	3 (4.6)
4명	7 (10.8)	11 (16.9)	-	-	-	-	-
5명	3 (4.6)	6 (9.2)	-	-	1 (1.5)	-	1 (1.5)
6명	2 (3.1)	6 (9.2)	-	-	-	-	-
7명	-	2 (3.1)	-	-	-	-	-

출: 65개 기관을 대상으로 분석함.

3. 인지재활프로그램 운영 현황

가. 주간보호시설별 인지재활프로그램 운영 현황

주간보호시설에서 운영되고 있는 인지재활프로그램을 일반적인 노인건강 프로그램과 구별하기 위해 작업치료, 인지치료, 회상치료, 음악치료, 미술치료, 원예치료로 유형화하고 운영 현황을 분석하였다. 65개 주간보호시설에서 6개의 인지재활프로그램 유형 중 4개 이상의 프로그램이 운영되는 곳은 64개(98.5%)로 실시된 거의 모든 주간보호시설(98.5%)에서 인지재활 프로그램이 실시되고 있었다.3) 프로그램 수별로는 4개 프로그램이 운영되는 곳이 40.6%(26개소)로 가장 많았고, 3개(21.9%), 5개(20.3%)의 순으로 조사되었다.

3) 인지재활프로그램이 실시되고 있지 않은 것으로 조사된 주간보호시설 1개소에서는 웃음치료와 국학 기공 프로그램을 제공하고 있었는데, 이는 건강 및 기타 프로그램으로 분류되어 인지재활프로그램 유형에 포함되지 않은 것으로 분석하였다.

〈표 3-39〉 주간보호시설의 인지재활프로그램 수

(단위: 개소, %)

구분	전체	2개	3개	4개	5개	6개 이상
전체	64 (100.0)	7 (10.9)	14(21.9)	26(40.6)	13 (20.3)	4 (6.3)
특별시/광역시	27 (100.0)	4 (14.8)	8(29.6)	7(25.9)	5 (18.5)	3 (11.1)
도지역	37 (100.0)	3 (8.1)	6(16.2)	19(51.4)	8 (21.6)	1 (2.7)

주간보호시설에서 주간 단위로 일과 프로그램을 구성하여 운영하고 있는데, 인지재활프로그램, 건강프로그램, 물리치료 등 의료보건서비스, 특별활동 등을 적절히 혼합하여 운영하기 때문에 주당 3~5개 정도의 인지재활프로그램이 편성되는 것이 가장 일반적인 형태인 것으로 분석된다.

〈표 3-40〉 주간보호시설 일과 프로그램 I (예시)

구분	월	화	수	목	금
09:00~10:00	차량서비스 & 입회				
09:00~10:00	Tea Time & 아침조회				
10:30~11:00	일상동작훈련 / 건강상담체크				
11:00~12:00	원예치료	무용/동작	한방치료	종이공예	음악치료
12:00~13:30	중식 및 체력단련				
13:30~14:30	건강체조	레크레이션	우리춤체조	물리치료	<특별행사> 생일잔치 나들이 가족모임 영화감상 노래교실
14:30~15:30	물리치료	집단상담	물리치료	건강체조	
15:30~16:00	휴과 & 다과				
16:00	귀가 & 차량서비스				

〈표 3-41〉 주간보호시설 일과 프로그램 II(예시)

구분	월	화	수	목	금
09:00~09:30	등원 / 일일OT				
09:30~11:00	건강체크 / 스트레칭				
11:00~12:00	미술치료	인지치료	문예치료	원예치료	그룹치료
12:00~13:00	점심식사 / 휴식				
13:00~14:00	노래교실	시낭송	맷돌제조	지남력훈련	언어,수리영역
14:00~15:00	소그룹 활동(개인면담, 물리치료, TV시청, 산책 등)				
15:00~16:00	발, 경락, 손마사지	공예교실	시창각교실	레크레이션	수지침
16:00	간식				
16:00	귀가지도(차량서비스)				

인지재활프로그램 유형별로는 미술치료가 운영되는 주간보호시설이 89.2%로 가장 많고, 음악치료 73.8%, 원예치료 61.5%, 직업치료 58.5%의 순으로 조사되었다. 미술치료가 가장 많이 운영되고 있는 것은 ‘공예 및 소그룹 활동’이나 별도의 운영비가 소요되지 않고 쉽게 활용할 수 있는 ‘종이접기’ 등 다양한 치료프로그램이 미술치료의 하위프로그램으로 분류되었기 때문인 것으로 보인다.

한편 직업치료의 경우 활동의 범위가 명쾌하지 못한 부분이 있다. 미국 직업치료협회의 기준에 의하면 작업수행 분야는 음식물 먹기, 옷 입기, 위생, 몸치장, 이동, 대상물의 조작 등의 자기간호활동, 집안일, 학교, 직장 등의 직업활동, 게임, 스포츠, 취미 등의 레크레이션이 포함된다(조유향, 2006). 요컨대 광의의 범주로 보자면 주간보호시설의 모든 프로그램이 직업치료의 한 유형이라고 할 수 있다. 하지만 이렇게 범주화했을 경우 각 재활프로그램의 특성이 잘 드러나지 않기 때문에 명백하게 ‘직업치료’라고 명시한 경우만 직업치료로 분류하였고, 따라서 직업치료가 운영되고 있는 시설의 비율이 다른 재활프로그램에 비해 다소 낮게(58.5%) 나타났다. 직업치료로 많이 활용되는 인지치료와 회상치료를 직업치료의 범주에 넣을 경우, 직업치료프로그램이 운영되는 주간보호시설은 75.4%(24개)로 나타났다.

인지재활프로그램이 운영되는 수준과 유사해진다.

〈표 3-42〉 인지재활프로그램 유형별 운영 현황(중복응답)

(단위: 개소, %)

구분	(기관수)	작업치료	인지치료	회상치료	음악치료	미술치료	원예치료
전체	(65)	38 (58.5)	23 (35.4)	6 (9.2)	48 (73.8)	58 (89.2)	40 (61.5)
특별시광역시	(28)	19 (67.9)	9 (32.1)	2 (7.1)	20 (71.4)	23 (82.1)	19 (67.9)
도지역	(37)	19 (51.4)	14 (37.8)	4 (10.8)	28 (75.7)	35 (94.6)	21 (56.8)

나. 인지재활프로그램 유형별 운영 현황

주간보호시설에서 운영하고 있는 것으로 조사된 인지재활프로그램은 총 311개이다. 이를 주간보호시설에서 응 한 인지재활프로그램명을 기준으로 작업치료, 미술치료, 음악치료, 원예치료, 기타 항목으로 분류⁴⁾하여 프로그램 유형별 프로그램 운영현황을 살펴보았다.

먼저, 운영되고 있는 인지재활프로그램의 수를 살펴보면, 미술치료프로그램이 28.3%로 가장 많고, 작업치료프로그램 25.1%, 기타 프로그램 17.0%, 음악치료 프로그램 16.7%의 순으로 나타났다. 앞서 지적한 것과 같이 주간보호시설에서 다양한 프로그램으로 주간 단위 일과 프로그램을 구성하고 있기 때문에 특정한 인지재활프로그램에 편중되는 현상이 적은 것으로 나타났다.

〈표 3-43〉 인지재활프로그램 유형별 프로그램 수

(단위: 개소, %)

구분	전체	작업치료	미술치료	음악치료	원예치료	기타
전체	311 (100.0)	78 (25.1)	88 (28.3)	52 (16.7)	40 (12.9)	53 (17.0)
특별시광역시	131 (100.0)	33 (25.2)	34 (26.0)	23 (17.6)	19 (14.5)	22 (16.8)
도지역	180 (100.0)	45 (25.0)	54 (30.0)	29 (16.1)	21 (11.7)	31 (17.2)

4) 일반적으로 작업치료로 시행되고 있는 인지치료(27개)와 회상치료(6개)는 작업치료로 범주화 하였고, 종이접기(17개)는 미술치료로 포함시켰다. 그밖에 건강, 여가 등의 프로그램은 기타 항목으로 분류하였다.

인지재활프로그램의 1회 운영시간은 60분이 가장 많았으며(50.5%)되고 50분이 34.8%로 50~60분 편성이 일반적인 것으로 조사되었다. 프로그램유형별로는 작업치료프로그램이나 미술치료프로그램에서 40분 이하의 짧은 편성이 각각 25.3%, 10.3%로 다른 치료프로그램에 비해 다소 많았다.

〈표 3-44〉 인지재활프로그램 유형별 1회 프로그램 운영시간

(단위: 개수, %)

구분	전체	40분 이하	50분	60분	60분 이상
전체	305 (100.0)	38 (12.5)	106 (34.8)	154 (50.5)	7 (2.3)
작업치료	75 (100.0)	19 (25.3)	29 (38.7)	27 (36.0)	0 (0.0)
음악치료	52 (100.0)	2 (3.8)	21 (40.4)	28 (53.8)	1 (1.9)
미술치료	87 (100.0)	9 (10.3)	26 (29.9)	49 (56.3)	3 (3.4)
원예치료	39 (100.0)	3 (7.7)	15 (38.5)	20 (51.3)	1 (2.6)
기타치료	52 (100.0)	5 (9.6)	15 (28.8)	30 (57.7)	2 (3.8)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

인지재활프로그램 1회에 참여하는 노인의 수는 16~20명이 34.9%, 11~15명이 34.2%로, 한 개 프로그램의 이용인원은 대체로 11명 이상 20명 정도로 편성되고 있었다. 앞의 <표 3-31>에서 주간보호시설의 등록인원 및 하루 평균 이용인원을 보면 11~15명이 각각 32.3%, 40.0%로 가장 많고, 16~20명이 27.7%, 24.6%로 차순위인 것에 비추어 보면, 실제 프로그램 참여인원이 아니라 프로그램 계획상의 인원을 응 한 기관이 다수 있는 것으로 판단된다.

프로그램 유형별로는 작업치료와 미술치료가 10명 이하의 소수로 운영되는 경우가 다른 프로그램에 비해 많았다. 작업치료의 경우 인지나 회상치료가 포함되어 직원이나 강사와의 대면이 많이 요구되기 때문인 것으로 분석된다. 반면 면대면 소통의 중요성이 상대적으로 약한 음악치료 프로그램 등 기타치료프로그램은 21명 이상을 비율이 21.2%로 다른 프로그램에 비해 비교적 높게 나타났다.

〈표 3-45〉 인지재활프로그램 유형별 1회 참여노인수

(단위: 개소, %)

구분	전체	10명 이하	11~15명	16~20명	21명 이상
전체	304 (100.0)	58 (19.1)	104 (34.2)	106 (34.9)	36 (11.8)
작업치료	74 (100.0)	20 (27.0)	23 (31.1)	24 (32.4)	7 (9.5)
음악치료	52 (100.0)	6 (11.5)	21 (40.4)	18 (34.6)	7 (13.5)
미술치료	87 (100.0)	19 (21.8)	28 (32.2)	31 (35.6)	9 (10.3)
원예치료	39 (100.0)	7 (17.9)	18 (46.2)	12 (30.8)	2 (5.1)
기타치료	52 (100.0)	6 (11.5)	14 (26.9)	21 (40.4)	11 (21.2)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

인지재활프로그램의 운영일수를 살펴보면, 21~30일 운영된 경우가 60.1%로 가장 많았다. 프로그램의 운영일수는 2009년 해당 프로그램이 시행된 총 날짜를 의미하는데, 프로그램이 주간단위로 편성되는 것이 일반적이고 조사가 실시된 시점이 2009년 9월 중순으로 연초부터 34주 정도 경과 되었으므로 이러한 결과가 나온 것으로 분석된다. 한편 프로그램 유형별로는 작업치료프로그램이 31일 이상 운영된 경우가 29.3%로 비교적 많았다. 앞의 프로그램 운영시간과 참여노인수 조사 결과에서 작업치료프로그램의 경우 운영시간이 짧고 참여인원도 적었던 것을 종합해 보면 작업치료프로그램은 소규모 프로그램으로 여러 차례 나누어서 시행되고 있음을 유추할 수 있다. 가령 음악치료프로그램 1회분의 참여자나 운영시간을 작업치료프로그램 2회분으로 나누어서 운영하는 경우를 가정할 수 있다.

〈표 3-46〉 인지재활프로그램 유형별 운영일수¹⁾

(단위: 개소, %)

구분	전체	10일 이하	11~20일	21~30일	31일 이상
전체	291 (100.0)	27 (9.3)	44 (15.1)	175 (60.1)	45 (15.5)
작업치료	75 (100.0)	7 (9.3)	7 (9.3)	39 (52.0)	22 (29.3)
음악치료	38 (100.0)	7 (18.4)	10 (26.3)	20 (52.6)	1 (2.6)
미술치료	48 (100.0)	4 (8.3)	5 (10.4)	33 (68.8)	6 (12.5)
원예치료	83 (100.0)	5 (6.0)	16 (19.3)	53 (63.9)	9 (10.8)
기타치료	47 (100.0)	4 (8.5)	6 (12.8)	30 (63.8)	7 (14.9)

주: 1) 프로그램 총운영일수는 [프로그램 한 단위의 운영횟수 × 2009년 프로그램 실시 횟수로 계산하였음. 가령 음악프로그램의 한 단위가 4회 운영으로 구성되어 있고, 2009년 1월부터 음악프로그램이 2회 운영되었다면 4 × 2 = 8일로 응답함.
2) 무응답은 분석에서 제외함.

인지재활프로그램의 강사는 강사료가 지급되는 외부강사를 초빙하는 경우가 60.1%이고 나머지 39.9%는 내부 직원이나 자원봉사자를 활용하고 있는 것으로 조사되었다. 내부직원의 활용도가 높은 것은 강사료나 요양보호사 등의 자격을 가지고 있어 프로그램 운영이 가능할 뿐만 아니라 프로그램 운영예산을 절감할 수 있기 때문인 것으로 판단된다. 또한 1회 강사료가 2~3만원인 경우가 28.7%, 3~4만원이 11.6%, 2만원 이하가 11.2%로 대부분 저가의 강사료가 지급되고 있는 실정이라서 강사 섭외의 어려움이 예상된다.

〈표 3-47〉 인지재활프로그램 유형별 1회 강사료

(단위: 개수, %)

구분	전체	내부	2만원 이하	2만원~3만원	3만원~4만원	4만원 이상
전체	258 (100.0)	103 (39.9)	29 (11.2)	74 (28.7)	30 (11.6)	22 (8.5)
작업치료	58 (100.0)	45 (77.6)	3 (5.2)	8 (13.8)	1 (1.7)	1 (1.7)
음악치료	44 (100.0)	11 (25.0)	4 (9.1)	11 (25.0)	13 (29.5)	5 (11.4)
미술치료	76 (100.0)	23 (30.3)	13 (17.1)	26 (34.2)	10 (13.2)	4 (5.3)
원예치료	35 (100.0)	7 (20.0)	1 (2.9)	12 (34.3)	6 (17.1)	9 (25.7)
기타치료	45 (100.0)	17 (37.8)	8 (17.8)	17		

〈표 3-48〉 인지재활프로그램 유형별 1회 운영예산

(단위: 개소, %)

구분	전체	2만원 이하	2만원~3만원	3만원~4만원	4만원~5만원	5만원 이상
전체	187 (100.0)	57 (30.5)	46 (24.6)	33 (17.6)	23 (12.3)	28 (15.0)
작업치료	26 (100.0)	15 (57.7)	7 (26.9)	1 (3.8)	2 (7.7)	1 (3.8)
음악치료	31 (100.0)	5 (16.1)	13 (41.9)	10 (32.3)	2 (6.5)	1 (3.2)
미술치료	68 (100.0)	24 (35.3)	12 (17.6)	17 (25.0)	8 (11.8)	7 (10.3)
원예치료	33 (100.0)	2 (6.1)	1 (3.0)	4 (12.1)	8 (24.2)	18 (54.5)
기타치료	29 (100.0)	11 (37.9)	13 (44.8)	1 (3.4)	3 (10.3)	1 (3.4)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

4. 치매 치료관리 지원에 대한 조사 결과

치매의 진행 완화 또는 치료를 돕기 위해 인지재활프로그램에 대한 지원이 이루어진다면 가장 시급히 지원되어야 할 부분에 대해 인지프로그램의 개발이 31.3%, 인지재활프로그램 운영인력의 확대가 29.7%, 인지재활프로그램 이용자에 대한 이용료 지원이 26.6%의 순으로 조사되었다.

〈표 3-49〉 인지재활프로그램에 대한 가장 시급한 지원

(단위: 개소, %)

구분	빈도	비율
인지재활프로그램의 개발	20	31.3
인지재활프로그램 운영인력의 확대	19	29.7
인지재활프로그램 이용자에 대한 이용료 지원	17	26.6
인지재활프로그램 현황 파악 및 연계 체계 구축	7	10.9
인지재활프로그램에 대한 이해 증진 및 홍보	1	1.6

주: 무응답은 분석에서 제외함.

치매환자나 부양가족에게 도움이 되는 지원에 대해서는 치매환자의 경우 비약물치료가 50.9%로 다른 지원서비스에 비해 상당히 높게 나타났고, 주·단기보호서비스 21.1%, 약물치료, 치매용품 지원, 검진·진료비 지원 7.0%의 순으로 응 하였다. 부양가족에 대해서는 주·단기보호서비스 지원이 가

장 도
높이

〈표 3-5〉

구분		
전체		
약물		
비약물		1.7)
치매		
치매		1 (1.7)
방문		-
방문		-
이동		2 (3.4)
주단	1.1)	49 (84.5)
검진	7.0)	4 (6.9)

제3장 치매 관리 프로그램 운영 태 분석

1. 치매 예방 및 조기검진에 대한 인식 현황

노인복지에 시·군·구의 관할 보건소에 치매예방 및 치매환자관리를 위한 치매상담센터를 설치하도록 하는 조항(제29조의2)이 2007년 1월 신설된 이후 치매상담센터를 통해 치매 예방 및 관리 사업이 추진되고 있다.

2008년 노인실태조사에 따르면, 조사대상 노인의 52.5%가 치매상담센터가 있다는 것을 알고 있다고 응 했으며, 연령이 낮을수록 치매상담센터 인지율이 높아 60~64세 노인의 경우 60.9%의 높은 인지율을 보였다. 성별에 따라서는 여성(48.0%)에 비해 남성(58.6%)의 인지율이 10%포인트 이상 높았다. 거주지역에 따라서는 읍면부 거주노인의 43.3%가 알고 있다고 응 한 반면 동부 거주노인의 56.7%가 알고 있다고 응 했다. 노인독거가구

(43.2%)와 기타가구(46.8%)의 인지율이 높았으며, 기능 제한이 있는 노인(53.8%)에 비해 낮은 편이었으며, 기능 제한이 없는 노인(57.0%)의 인지율이 높았다. 또한 월가구 소득이 높을수록 인지율이 높아 전문대 이상의 경우 71.9%, 무학(글자 읽기) 이하의 경우 29.6%로 차이가 크게 나타났다. 또한 월가구 소득이 높을수록 인지율이 대체로 높은 것으로 나타났다.

치매상담센터를 실제로 이용한 경험은 10.7%로 낮은 편이었으며, 치매상담센터에 대한 필요성이 있다고 응답한 노인은 전체의 60.7%로 비교적 높았다. 또한 연령이 낮을수록 이용희망률이 높았고 여성노인(39.8%)에 비해 남성노인(40.8%)의 이용희망률이 다소 높았다. 읍면부 거주노인(33.8%)에 비해 동부 거주노인(43.2%)이 기능 제한이 없는 노인(42.9%)이 기능 제한이 있는 노인(31.4%)에 비해 이용희망률이 높았다(표 3-51 참조).

〈표 3-51〉 치매상담센터의 인지율, 이용률, 이용희망률

(단위: %)

구 분	인지율	이용률	이용희망률
전체			
65세 이상	49.1	0.8	38.2
60세 이상	52.5	0.7	40.2
성별			
남성	58.6	0.8	40.8
여성	48.0	0.7	39.8
연령			
60~64세	60.9	0.5	45.3
65~69세	56.2	0.6	41.7
70~74세	50.3	1.1	38.7
75~79세	46.7	0.7	35.5
80~84세	37.3	0.8	35.1
85세 이상	25.7	1.6	26.7

자료: 보건복지가족부, 계명대학교 산학협력단(2009), 2008년도 노인실태조사.

2004년 노인생활실태조사 결과와 비교하면 2004년 치매상담센터의 인지율이 24.9%였던 것에 비해 2004년 노인포인트나 상승하여 인지도가 개선된 것으로 확인되었다. 이는 노인에게 치매상담센터의 설치로 인지도가 확대해 나간 영향인 것으로 보인다. 그러나 치매상담센터의 이용률은 0.7%로 여전히 매우 낮아 향후 서비스에 대한 보다 적극적인 홍보와 접근성 강화의 필요성이 제기된다.

한편, 동 조사에서 60세 이상의 노인들은 대체로 대중매체 경로를 통해 복지서비스에 대한 정보를 얻는 것으로 나타났다. 이는 앞서 선행연구에서 치매에 관한 정보습득 경로가 대체로 대중매체에 집중되어 있던 것과 일관된 결과이다. 또한 치매상담센터의 경우 노인의 교육수준, 거주지역, 성별에 따른 인지도의 차이가 큰 것으로 나타났다. 치매관리를 위한 복지서비스가 효과성을 거두기 위해서는 일차적으로 이러한 서비스에 대한 노인들의 인지율을 높이는 것이 중요하다는 점을 감안하면, 노인의 일반적 특성별 인지율의 차이를 고려하여 효과적인 홍보 전략을 수립할 필요가 있을 것이다.

〈표 3-52〉 일반특성별 노인복지서비스 인지경로(중복응답)

(단위: %)

구분	대중매체	동사무소/복지기관	가족/친인척	이웃/친구	홍보물	들어본적 없음	기타	(대상자수)
전체								
65세 이상	57.6	41.0	30.9	46.9	7.7	5.6	2.1	(10,798)
60세 이상	61.6	38.9	29.8	46.4	8.4	5.5	2.6	(15,146)
성별								
남성	68.8	38.8	27.3	44.5	10.7	4.1	2.4	(6,452)
여성	55.5	38.9	31.6	47.9	6.7	6.5	2.8	(8,694)
연령								
60-64세	70.1	33.6						

2. 보건소의 치매 교육·홍보 현황

157개 보건소에 대한 본 연구조사 결과를 가지고 2009년 상반기 보건소에서 실시하고 있는 치매에 대한 교육 및 홍보 현황을 정리하면 <표 3-53>과 같다. 먼저 어르신들에 대한 치매이해증진 및 예방교육은 86.6%가 실시하고 있다고 응 하여 높은 수행률을 보였을 뿐만 아니라 치매와 관련된 교육·홍보 활동 중 가장 활발하게 추진되고 있었다.

일반인에 대한 치매 이해증진교육은 조사대상인 157개의 보건소 중 54.1%가 하고 있다고 응 하였고, 치매노인 가족모임인 40.1%의 보건소에서 제공하고 있었으며, ‘치매극복의 날(9월 21일)’ 등 치매관련 행사는 56.7%의 보건소에서 하고 있는 것으로 나타났다. 홍보책자나 리플릿 등은 66.2%의 보건소에서 발간하여 배포하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-53〉 치매 관련 교육·홍보 현황(2009년 상반기)

(단위: 개소, %)

구분	실시율
치매이해증진교육(일반인)	54.1
치매이해증진 및 예방 교육(어르신)	86.6
치매노인 가족 모임	40.1
기관종사자 교육	29.3
치매 전문 도우미 양성교육	5.1
자원봉사(치매서포터즈) 모집 교육	15.9
치매관련 행사	56.7
홍보책자(가이드북 등) 발간 (대상기관수)	66.2 (157)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

치매이해증진 교육실적을 구체적으로 살펴보면 노인대상 교육은 20회 이상 제공하고 있는 보건소가 28.9%로 가장 많았고, 6~10회가 21.9%, 3~5회가 20.3%의 순이었다. 반면 일반인 대상 교육은 1회 이상 제공한 보건소가 22.5%, 3~5회가 18.8%, 2회, 11~15회, 20회 이상이 15.0%로 나

타났다. 이를 통해 노인에게는 대체로 반복적이고 주기적인 교육이 제공되고 있고 일반인에게는 1회적이거나 짧고 단순한 교육이 제공되고 있음을 유추할 수 있다.

〈표 3-54〉 치매이해증진 교육 실적(2009년 상반기)

(단위: 개소, %)

구분	계	1회	2회	3~5회	6~10회	11~15회	16~20회	20회 이상
노인	128 (100.0)	11 (8.6)	10 (7.8)	26 (20.3)	28 (21.9)	8 (6.3)	8 (6.3)	37 (28.9)
일반인	80 (100.0)	18 (22.5)	12 (15.0)	15 (18.8)	4 (5.0)	12 (15.0)	7 (8.8)	12 (15.0)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

치매노인 가족 모임은 2회 개최한 경우가 27.1%로 가장 많았고 1회 22.0%, 1회 18.6%, 7회 이상 16.0%인 것으로 조사되었다. 기관종사자 교육은 1회 개최한 경우가 25.0%로 대부분 1~2회 운영된 것으로 보인다.

치매행사는 1회 개최한 경우가 38.4%, 2회가 23.3%로 대부분 1~2회 정도 개최 운영하였고, 홍보책자는 1건을 발간 보급한 경우가 40.0%, 2건이 31.0%로 1~2건의 홍보물을 제작 배포하고 있는 것으로 조사되었다.

〈표 3-55〉 치매노인 가족모임 및 기관종사자 교육 실적(2009년 상반기)

(단위: 개소, %)

구분	계	1회	2회	3~4회	5~6회	7회 이상
가족모임	59 (100.0)	11 (18.6)	16 (27.1)	9 (15.3)	13 (22.0)	10 (16.9)
기관종사자 교육	44 (100.0)	21 (47.7)	11 (25.0)	4 (9.1)	5 (11.4)	3 (6.8)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

〈표 3-56〉 치매행사 및 홍보책자

구 분	계	1회/간	
치매행사	86	33	
	(100.0)	(38.4)	(38.6)
홍보책자	100	40	6
	(100.0)	(40.0)	(6.0)

주: 무응답은 분석에서 제외함.

치매조기검진사업이 실시된 후 치매조기검진사업 담당자가 느끼기에 치매에 대한 인식이 개선되었는지에 대해 질문에 ‘개선되었다(개선됨+매우 많이 개선됨)’가 42.1%로 응답이 많았다. 지역별로는 군단위에서 ‘개선되었다’는 응답이 가장 높았으며, 시단위에서는 45.5%, 광역시에서는 50.0%가 ‘개선되었다’고 응답 하였다.

치매조기검진사업 실시 이후에 ‘인지 개선이 되지 않았다(전혀 개선 안됨+개선 안 됨□)

〈표 3-58〉

(단위: 개수, %)

구분	치매 예방 및 교육프로그램 부재	치매 치료관리 전문가 부족	기타
빈도 (비율)	1 (5.6)	5 (27.8)	3 (16.7)

주: 치매조기검진사...있다고 느끼는 응답자만을 대상으로 분석하고, 무응답은 제외함.

치매노인...검사를 받지 않은 이유를 보면, 추가 검사의 필요성을 느끼지 못하기 때문이 27.9%, 치매라는 사실을 감추고 싶어서가 25.3%, 진료비 부담 때문이 20.8%로 조사되었다. 이로써 치매가 원인 진단 이후 치료관리되어야 하는 질환이라는 국민적 인식개선과 함께 치매 노인에 대한 사회적 낙인 등 부정적 인식 개선이 매우 요구된다고 하겠다.

〈표 3-59〉 치매 진단검사를 받지 않는 이유

(단위: 개수, %)

구분	계수	진료 및 검사비 부담 때문	추가 검사의 필요성을 느끼지 못하기 때문	치매라는 사실을 감추고 싶어서	검사하는 병원의 접근성이 나빠서	기타	
전체	100.0(154)	20.8	27.9	25.3	14.9	11.0	
특별시	100.0(12)	41.7	25.0	8.3	0.0	25.0	
광역시	100.0(18)	16.7	11.1	38.9	16.7	16.7	
도지역	시	100.0(64)	17.2	34.4	21.9	15.6	10.9
	군	100.0(60)	21.7	26.7	28.3	16.7	6.7

주: 무응답은 분석에서 제외함.

치매에 대한 인식개선이 시급한 계층으로는 65세 이상 노인이 36.2%로 가장 많이 지목되었고, 일반인이 30.9%, 치매노인 가족이 21.1%로 나타났다. 지역별로는 서울시에서는 일반인에 대한 인식개선이 필요하다는 의견이 많았고, 광역시에서 65세 이상 노인과 치매가족에 대한 인식개선이 필요하다는 의견이 비교적 많았으며, 시지역에서는 65세 이상 노인보다는 일반인이나 치매노인 가족에 대한 교육 홍보가 필요하다는 의견이 많았다.

〈표〉

높이는 방안이 강구되어야 할 것이다.

한편, 치매 인식개선에 대한 필요성과 중요성은 인식개선사업 및 홍보 사업에 대한 비중은 적은 것으로 나타났다. 특히, 상담 및 선별검사비의 항목으로 정해져서 하달되기 때문에 인식개선에 투여할 예산이 할당되지 않는 문제점을 지적할 수 있다. 이를 위해서는 홍보비 예산을 별도로 추가하는 방안과 중앙정부 차원의 적극적인 홍보 및 인식개선 사업을 추진하는 방안이 고려될 수 있다.

치매조기검진사업의 안정적인 추진을 위해서 사업담당 인력의 전문교육 훈련도 필요한 것으로 조사되었다. 사업담당자가 1명인 경우보다 그 수가 더욱이 치매조기검진사업만 전담하는 것이 아닌 경우가 많아서 향후 치매 치료관리에 대한 지원이 본격화되면 인력 확충이 필요할 것으로 전망된다. 또한 사업관리자의 전문성 확보를 위해 현재 절반 정도 수준의 전문교육 이수율을 높여가야 할 것이다.

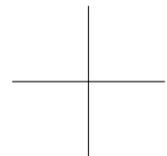
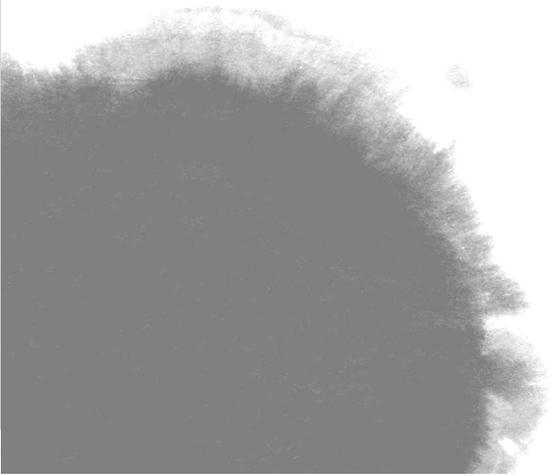
주간보호시설의 인지재활프로그램에 있어서는 대부분의 주간보호시설(92.3%)에서 인지재활프로그램을 운영하고 있다고 응답은 하였으나, 프로그램의 내용이 엄격한 의미에서 ‘인지재활’이라고 규정하기 어려운 점이 지적되었다. 그 근거로 첫째, 외부 강사를 활용하는 경우 저가의 강사료가 지급되기 때문에 인지재활치료를 위한 전문강사라고 판단하기 어렵고 둘째, 내부 직원을 활용하는 비율이 비교적 높는데, 본인이 인지재활프로그램 강사가 있는 주간보호시설은 전혀 없는 실정으로 인지재활치료에 대한 인력의 전문성을 담보할 수 없는 상황이었다. 따라서 치매 치료관리라는 정책 목적에 부합하는 인지재활프로그램의 명확한 기준을 제시함으로써 일반 시설에서도 조건을 충족하기 위한 노력을 경주함으로써 인지재활프로그램의 질적 향상을 꾀할 수 있도록 유도해야 할 것이다.



04

K
I
H
A
S
A

비우치제도 도입의 쟁점과 과제





제4장 바우처제도 도입의 쟁점과 과제

제1 절 바우처제도의 이해

1. 바우처의 개념과 특성

최근 나타난 사회서비스 부문의 급격한 변화들 가운데 두드러지는 특징 중의 하나가 서비스 공급과정에 대한 재정지원 방식의 변화라 할 수 있다. 즉, 그동안 민간 비영리기관을 중심으로 하는 서비스 공급자에게 전달되던 정부의 운영비 지원방식이, 이용자(수요자)에 대한 직접적 지원 형태로의 전환이 전개되고 있다. 특히 이용자 직접지원을 가능하게 하는 정책수단으로써 바우처제도에 대한 관심이 고조되었다. 노인돌봄서비스, 장애인활동보조서비스, 산모·신생아도우미서비스, 지역사회서비스혁신사업 등 2007년 5월 도입된 「사회서비스 전자바우처사업」은 이러한 변화의 구체적 결실을 보여주는 것이다. 이에 따라 학계와 정책집행의 현장에서는 바우처제도에 대한 이해를 도모하는 것은 물론 바우처제도의 도입에 따른 효과성, 기대효과 등에 대한 찬반 논쟁이 계속되고 있다.

바우처제도의 특성과 주요 국가의 운영사례에 대한 선행연구들에서 나타난 논의들을 종합해 보면, 바우처는 계획 또는 서비스를 구매할 수 있도록 구매력을 제공하는 수단으로서, 그 제공방식에 따라 명시적 바우처, 암묵적 바우처, 그리고 환급형 바우처로 구분한다(유한옥, 2006; 정광호, 2008; 이재원, 2007). 명시적 바우처는 계획 또는 서비스에 대한 구매권을 물리적으로

로 제공하지만, 압도적 바우처의 경우 이용자가 공급자를 선택할 수 있는 권리를 보장하고 사회에 공급자에게 비용을 지급하는 방식으로 주로 운영된다. 명시적 바우처는 그 물리적 형태에 따라 종이바우처 또는 전자바우처로 구분하기도 한다.

여타의 정책사업에 대한 정부재정 지원방식과 비교하여 바우처제도의 설계는 제도 유연성이 상대적으로 높을 뿐만 아니라, 특정 재화와 서비스를 특정 공급자들 중에서 소비자가 선택할 수 있도록 하는 제한된 구매력(limited purchasing power)을 제공한다는 점에서 소비자의 선택이 중요시되는 시장적 관점으로부터 도입 활용된다(김진 2007). 즉, 바우처방식은 공공정책을 집행하는 하나의 정책도구로서 사회서비스를 전달하기 위해 정부 보조금을 집행하는 다양한 수단들 중의 하나로서 취사선택 될 수 있다는 점에 주목해야 한다. 제도설계의 목적이나 시행방식에 따라 다양한 유형의 바우처가 있을 수 있고, 구매력이나 구매의 범위에 따라서도 다양한 정책적 시도가 가능하다.

또한 사회서비스의 제공과정에서 바우처의 도입 또는 바우처제도의 추진은 개별 소비자를 위한 기회로서의 특성을 고려하여 결정되어야 하며, 정책수행의 여건이 적절할 때, 당초 정책목적을 달성하기 위한 구체화된 실행수단으로서 활용되어야 한다. 정책수단으로서 바우처제도는 다분히 가치중립적 개념이지만, 바우처방식을 통한 기대효과와 이러한 효과를 산출하기 위한 기본전제를 고려할 때, 바우처방식은 시장경제주의와 경쟁원리를 적극적으로 활용하기 때문에 대표적인 시장기제로 인한 문제(김용득 2009). 이와 같은 측면에서 Saman(1962)은 사회적 재(social goods)를 국가가 직접 공급하는 것이 아니라 경쟁시장에서 구입토록 하기 위해 수요자에게 국가재정으로 보조금을 지급하는 것으로 바우처(voucher)를 정의하였다. 아울러 Barr(1998)은 바우처란 사회적 재화의 공급방식의 하나로 개인의 소비에 관련된 선택과 사회적 재화의 생산과 관련된 일이 일어나고, 재정은 전적으로 국가가 아니라 경쟁영역이 책임지는 방식으로 개념화하였다.

또한 Daniels & Trebilcock(2005)은 바우처를 포함한 수요 측면에 대한 정부 보조금(a tied demand-side subsidy)으로 정의하기도 하였는데, 여기서 “특정한”(tied)이란, 바우처가 특정한 범주의 재화 및 서비스를 구입하는 데 사용될 때에만 상환되는 것을 의미하기 때문에 근본적으로 바우처는 “현금화”될 수 없으며 그 외에 다른 추가적인 제한조건이 다를 수도 있다. 예컨대, 미국의 식품교환권(Food Stamps)은 공급자 당의 음식이나 담배, 알콜 등의 구입에 사용될 수 없다. 또한 “수요측”이란, 바우처가 소비자에게 공급자와 그들이 공급하는 서비스 품목에 미칠 영향력과 구매력을 제공함으로써 소비자의 선택권을 향상시키려는 정책목표를 추구한다는 점을 강조한다.

한편, Bradford & Shaviro(2000)는 바우처제도를 추진하는 과정에서 재화의 생산 또는 공급이 반드시 시장에서만 이루어진다고 하는 주장에 대해 비판적 입장을 제기하였다. 미국의 공립학교에서 통용되고 있는 교육바우처를 실례로 제시하면서, 공공영역에서 바우처기제의 작동 기능성은 다음과 같다. 그리고 현실의 바우처방식은 첫째, 수요자 유형과 필요(needs)에 따른 보조금 지급 수준, 둘째, 중범위 수준의 선택권 부여 정도, 셋째, 공급자 간의 경쟁 수준, 넷째, 보조금의 상한선이 지정되어 있는 이용자의 한계보상률에 대한 체감 수준(declining marginal rate of remuneration) 등 4가지 특성을 각기 상이한 비율로 혼합하고 있다고 보았다.

〈표 4-1〉 공공서비스의 제공 수단별 특성

공급유형에 따른 평가	정부직접	계약	보조금	바우처	시 장
공급성과와 무관한 공급지속성	○			●	○
복수의 공급주체 필요도		○		●	○
서비스 전달의 효율성 및 효과성 증진		○	○	●	○
규모의 경제 달성		○	○	●	○
비용-편익 연계의 용이		○	○	●	○
수요자 중심 공급체계	○		○	●	○
재분배의 촉진	○	○	○	●	
정부인력 확충 필요 없음		○	○	●	○

자료: Savas(1994), p.161.

바우처제도 도입의 의의와 맥락적 고찰을 통해 사회서비스 전자바우처업에 대한 비판적 분석을 시도한 선행연구들에서 제시한 바우처제도의 정적 효과를 정리해보면 다음과 같다(박세경 외, 2008).

첫째, 사회서비스 전달에 있어 현물지급 보다 효율적인 관리가 가능하고 수요자 중심의 시장구조 정립을 통한 선택권을 보장할 수 있다. 따라서 부가 의도하는 특정 분야의 재화나 서비스에 대한 소비를 장려함으로써 비형태에 대한 통제가 가능해진다. 둘째, 각종 서비스나 재화의 향유로부 소외된 계층에 대한 정부지원을 통해 공공복리의 증진을 촉진할 수 있다. 셋째, 공급자간의 유효 경쟁을 유도하여 서비스 가격 인하 및 질적 향 도모할 수 있다. 아울러 서비스 제공여건이 경쟁형태로 변환될 경우, 공 자 간 품질가격을 통한 서비스 품질향상과 가격경쟁을 통한 서비스 가 하락의 효과를 기대할 수도 있다. 넷째, 정부가 직접 생산하기에는 효율 이 떨어지는 서비스의 생산에 민간부문을 적극적으로 이용하는 수단의 활용할 수 있으며, 정부의 직접 지원이나 계약방식을 통해 정부-공급자 탁 및 수요 독점에 따른 비효율성을 방지할 수 있다. 마지막으로 관련 업의 육성 및 활성화를 통한 긍정적 산업 연관효과를 창출할 수 있다.

반면, 바우처제도의 도입에 따른 부정적 효과로는 첫째, 서비스 질적 준에 대한 경쟁보다는 지나친 마케팅 위주의 경쟁으로 왜곡된 시장경쟁 초래할 수 있다는 점이다. 둘째, 경쟁원리의 도입 취지에 역행하는 비효 적 서비스 공급자의 보호수단으로서의 악용될 우려를 간과할 수 없으며, 인효과가 발생할 수 있다. 셋째, 과도한 행정관리 비용을 초래할 수도 있 넷째, 이용자와 공급자 간의 결탁으로 인한 비효율성의 문제에 봉착할 있으며, 소비자의 입장에서 바우처의 전매 혹은 수요자 공급자간 연결 에 의해 정책효과 달성에 지장을 초래할 수 있다. 다섯째, 바우처 방식 이용한 서비스에 대한 충분한 정보제공이 이루어지지 않을 경우 초과적 생비용이 발생할 수 있다.

따라서 바우처제도를 설계할 경우, 다음과 같은 주요 위험과 대응 전략적 인 검토가 필요하다고 주장하였다(Daniels & Trebilcock, 2005). 첫째, 바

우처 지급대상자의 선정에 있어 소득자산 조사에 의해 선별적으로 바우처를 지급할 것인가? 아니면 보편적 지급방식을 채택할 것인가? 일반적으로 보편적 지급방식은 식량통류권 등 공공재의 차원에서 옹호될 수 있으며, 정치적으로 수용가능성이 높다. 그러나 재정부담에 따른 정부책임론을 회피하기 어렵고, 이용자의 선택권을 제약하거나 실질적인 서비스 욕구에 부합되는 충분한 내용의 서비스 전달이 이루어지지 못할 수도 있다.

둘째, 바우처를 이용한 재화 및 서비스 공급자의 자격기준의 결정방식은 어떻게 결정할 것인가? 따라서 서비스 공급시장에 대한 정부의 조정·관리 능력 및 규제수준에 대한 논의가 전제되어야 한다. 셋째, 추가구매 의사에 따른 추가비용에 대해 어느 정도까지 허용할 것인가? 넷째, 서비스 공급자의 대상자 선별에 대해 대응방안은 어떻게 마련할 것인가? 공급자에 의해 경제적 능력이 취약한 소비자를 선별 또는 차별하는 상황이 벌어진다면 ‘서비스 욕구 충족’이라는 기본 정책목표의 달성에 부적합할 뿐만 아니라 바우처제도 추진을 통한 정책 형평성의 획득에 실패할 가능성이 높다.

다섯째, 서비스 공급 및 제공되는 서비스의 질에 대한 정보제공의 충분성은 어떻게 확보할 것인가? Daniels과 Trebilcock(2005)은 정보제공의 중요성에도 불구하고 불충분한 정보에 대한 대응방안으로서 적극적 홍보와 정보제공 공급자에 대한 인센티브를 제공할 것과 현명한 바우처 이용 사례의 보급을 통한 간접홍보 방식의 적극 활용을 제안하였다. 아울러, 소비자 보호를 위한 의무자격제도, 정보공개제도, 보증제도 등이 활용 가능할 것으로 보았다.

마지막으로, 여섯째, 바우처 제도의 도입에도 불구하고 공급자 불충분성에 대한 대응방안은 마련되었는가? 특히 유통과정에서 야기된 공급독점에 대해 어떻게 대응할 것인가의 문제에 대한 대응책이 마련되어야 한다.

〈표 4-2〉 바우처방식의 장단점과 실현조건

장단점		실현조건
장점	<ul style="list-style-type: none"> - 생산자에게 보조금을 주는 방식보다 소비자 선택권을 높여주므로 바람직 함 	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스에 대한 소비자 선호에서 차이 (variation)가 클 때 효과적임 - 소비자가 현명하게 구매를 할 수 있는 능력이 있어야 하며, 서비스의 비용과 질, 구입 장소 등 시장상황에 대해 충분한 정보가 제공되어야 함
단점	<ul style="list-style-type: none"> - 바우처를 통제하는 것은 현물서비스를 통제하는 것 보다 쉽지 않음 - 서비스를 필요로 하는 사람에게는 현물 서비스가 더 적합함 	<ul style="list-style-type: none"> - 경쟁적인 공급자가 많고, 초기 사업비용이 낮아서 수요만 있다면 부가적인 공급자가 시장에 쉽게 진입할 수 있어야 함 - 서비스의 질을 이용자가 쉽게 관별할 수 있어야 함 - 서비스의 가격이 비교적 비싸지 않고, 구매가 자주 행해지는 경우가 바람직(경험으로부터 서비스 관련 정보 취득이 가능)

자료: Savas(1994). pp.161~172.

바우처제도를 도입·적용한 OECD 국가들의 경험을 종합적으로 평가한 결과, 바우처 제도의 가장 중요한 성공조건은 경쟁적 공급구조를 나타냈다(OECD, 2005). 미국의 일부 주에서 나타난 바와 같이, 교육바우처의 경우, 거주지역 내에 학교가 몇 개 없어서 경쟁구조가 제한적일 때, 학교입장에서 학생을 유인하는 성과를 향상시킬 압력이 별로 없기 때문에 교육바우처가 학생들에게 교육서비스의 만족도를 가져올 수 없었다. 또한 제공되는 서비스에 대한 최소한의 기준을 마련하여 재화·서비스의 공급 및 전달에 동일 기준을 적용함으로써 서비스 수준의 표준화를 기하는 것이 중요하다고 지적되었다.

셋째, 소비자가 사용하면서 선택하는 서비스의 경우는 서비스 공급자(제공자)에 대한 충분한 정보제공이 이루어져야 한다. 넷째, 비용구조를 단일하게 가져가기 보다는 수요자의 여건이 충분히 반영될 수 있도록 신축적인 가격구조가 필요한데, 예를 들어, 장애아동 보육서비스, 추가학습이 필요한 학생의 교육서비스, 거동이 힘든 노인의 장기요양서비스 등 다른 서비스에 비해서 고비용이 불가피한 경우, 구매력 부족에 의해 서비스 이용이 제한되지 않도록 가격구조를 설정해야 한다.

앞서 논의된 선행연구를 종합해 볼 때, 바우처제도가 하나의 정책수단으

로서 당초의 정책목표를 달성하기 위해서는 다음과 같은 제도 도입의 전제 조건이 충족되어야 할 것이다. 우선, 바우처제도 도입의 명확한 정책목표가 설정되어야 한다. 이를 근거로 공급자들 간의 유효 경쟁을 촉발하기 위한 시장 환경의 조성 및 다수의 공급자 존재해야 할 것이다. 또한 바우처 이용 수요가 전체 시장수요에서 차지하는 비중이 커야 하며, 서비스 시장이 지역적으로 분리된 경우 지역시장별로 유효한 경쟁이 보장되어야 한다. 또한 해당 서비스에 대한 합리적 시장가격의 형성을 위해 바우처 금액이 충분해야 할 것이다.

한편, 수요자 선택권의 원활한 행사를 위한 서비스 이용 접근성 및 서비스 이용관련 정보접근성이 보장되어야 한다. 따라서 바우처제도에 대한 충분한 정보의 보급·유통 및 홍보가 제도의 안정적 정착을 위해 필수적이며, 해당 서비스의 소비를 통해 이용자가 충분한 효용을 보장받을 수 있어야 한다. 더불어, 바우처제도의 총괄 및 관리·감독을 위한 전담기구를 설치함으로써 효율적이고 지속적인 모니터링과 관리방안이 마련되어야 하며, 공급자 중심의 시장구조에서 수요자 중심으로의 전환에 따른 기득권자의 조직적 저항에 대비해야 한다.

2. 사회서비스 전자 바우처제도

한국에서는 지난 2007년 4월 노인돌봄바우처사업, 장애인활동보조사업을 필두로 바우처방식의 사회서비스제도가 시행되면서, ‘바우처’가 핵심적 정책수단으로 관심을 받기 시작하였다. 이제 바우처방식은 새로운 정책수단으로서 주목받고 있으며, 새로운 영역으로의 바우처제도의 확대도 모색되고 있다. 사회복지부문에서는 이를 기점으로 하여 사회복지서비스 제도의 혁신을 알리는 매우 의미있는 전환기에 진입한 것으로 보인다(강혜규, 2008).

노인돌봄서비스, 중증장애인활동보조서비스와 같은 돌봄서비스가 확대되면서, 정책적으로 보장하는 서비스 욕구의 범위가 크게 확대되었다. 특히 돌봄서비스(care services; 노인, 장애인, 산모신생아)의 수요, 이동발달

(인지능력향상, 건강관리) 수요에 대한 사회적 대응체계가 마련되면서 2000년대 초에 집중되었던 보육서비스의 확장, 노인장기요양보험제도와 함께 사회보장제도의 틀을 재구조화하고 한 단계 진보시켜나가고 있다. 과거 취약계층 중심의 시설서비스가 주류이던 사회복지서비스 이용가능 계층을 크게 넓혀 이용자의 욕구를 중심으로 유효하게 되었다. 이에 따라 사회복지서비스를 처음 경험한 국민이 크게 늘면서 복지서비스 분야에서 “보편적” 사회복지서비스로 자리매김 하게 된 것이 특징이다.

보건복지가족부가 발표한 「사회서비스 전가바우처사업 추진계획」(2009. 4. 7)에 따르면, 2007년 3개 사업(노인돌봄보미사업, 장애인활동보미사업, 산모신생아사업)으로 총 2,722억원의 예산이 투입된 바우처사업은 2008년 6개 사업(2,772억원)으로 확대되었고, 2009년 6개 사업(3,201억원)이 시행되고 있으며, 동년도 9월부터는 보육바우처사업(산모신생아사업)과 장애인활동보미사업(장애인활동보미사업)이 추가 도입되었다. 2009년 2월 현재, 6개 사업에 총 3,201억원이 투입되었으며, 바우처 수혜지수는 28만여 명에 달하며, 서비스 제공기관 2,896개소와 서비스 제공인력은 4만 5천여 명에 달하고 있다. <표 4-3>은 지난 2년간 주요 사회복지서비스 바우처사업별 이용현황을 제시한 것이다. 노인돌봄보미사업의 경우 시행 첫 달부터 이용자 수가 급격하게 증가하여 시행 1년여 만에 1만 5천명까지 증가하였으며, 장애인활동보미사업의 경우 양보험 시행 시점에서 보험제도로 편입되면서 이용자는 6천여 명에서 8천명까지 증가하는 추세를 보이고 있다. 장애인활동보미사업의 경우 노인돌봄보미사업에 비해 초기 이용자 규모가 컸으며, 이용자도 지속적으로 늘어 현재 2만명 수준을 유지하고 있다. 반면, 지역사회서비스혁신사업, 산모신생아사업, 가사간병사업의 이용자는 추가 2~3개월의 변화 이후에는 이용자의 변동이 두드러지지 않고 있다.

〈표 4-3〉 사회서비스 전자바우처사업 이용자 수의 변화호려 관 민민

서는 유용하나 일부 사업에서는 부적절할 수 있다는 점을 간과해서는 안 된다. 바우처방식과 다른 대안적 정책도구들을 혼용하여 사업과 영역에 적용될 수 있다. 다시 말해, 바우처는 보조금 지급의 단순한 한 가지 수단일 뿐이며, 거의 무한한 모든 영역에 적용될 수 있다. 바우처는 그 자체가 목적이 아니라 어느 목적을 향한 수단으로 작용하기 때문이다(Steuerle et al., 2000).

이러한 이유에서 새로운 (전자)바우처사업을 개발하기 위해서는 서비스 공급기관이나 새로운 유효 이용자의 발굴이 필요하다. 이러한 면에서 공급자지원 방식에서는 제공기관이 지정되었으나, 사회서비스 전자바우처 사업의 경우에는 신규 제공기관의 양적 증가와 함께 영리기관 등 제공기관의 유형이 다양화되고 있다. 제공기관이 비영리 사회복지시설에서 대학, 병원, 개인비영리시설 및 영리기업 등으로 다양화되고 있는 것이다. 2008년 11월 현재 전국의 대학 71개교, 영리기업 284개소, 병원 등 비영리시설 230개소 등이 사회서비스 전자바우처 사업의 서비스 공급자로 참여하고 있다. 또한, 신규 서비스의 개발에 따라 새로운 수요자 및 공급자가 나타나고 등 사회 서비스 대상사업이 확장되는 추세이다.

〈표 4-4〉 전자바우처 방식의 신규서비스 사업 예시

사 업 명	서비스 내용
▪ 맞춤형 휠체어 렌탈 및 리폼서비스	장애인의 성장단계에 맞는 휠체어 대여 또는 기존 휠체어 리폼서비스
▪ 아동 조기개입 서비스	언어, 음악, 놀이, 미술 등 맞춤형 재활지원서비스
▪ 고령자 은퇴후 생애설계서비스	은퇴 후 금전관리, 취업, 자기개발 등 맞춤형 상담서비스
▪ 새터민 정신건강지원	각종 심리상담, 사례관리, 질병예방 프로그램 제공
▪ 장애인 성재활 통합서비스	장애인 및 가족 대상 성 재활 및 상담, 성교육 등 서비스

사회복지 누수영역 발생 등 기존의 공급자지원방식의 현안사항을 개선하기 위한 것이다(보건복지백서, 2006). 다른 부처에서도 각종 공공서비스 분야를 전자바우처로 전환하는 것을 검토하고 있다. 주로 목시적 바우처 형태로 제공되고 있던 각 부처의 사회서비스 사업은 원래의 업무에 부합하는지에 대한 모니터링 업무가 불가능한 면이 존재하였기 때문이다(정광호, 2008). 반면, 전자바우처는 목시적 바우처와 종이바우처에 비해 바우처 운영현황에 대한 모니터링, 운영과정 전반의 각종 정보 수집과 정산업무, 다른 복지 서비스와의 연계를 통한 종합사회서비스 제공 등의 장점을 가진다(이재원, 2007).

한편, (전자)바우처방식의 경우, 지정된 서비스에 서비스의 사용이 제한되어 있기 때문에 이용자의 다양한 욕구를 충족하기에는 한계가 나타난다. 바우처는 이용자에게 지정된 재화나 서비스를 제공하는 방식으로 운영되나, 이용자가 원하는 여러 서비스 이용을 제한하거나 한정한다. 이러한 측면에서는 기존의 공급자 지원방식과 크게 다르지 않다. 다만 지정된 서비스 이외의 다른 서비스를 필요로 하는 이용자에게 동일 제공기관이 타 서비스자원을 제공하거나 연계가 가능하다. 예를 들면, 아동인지능력향상 사업(CSI)의 경우 이용자는 제공기관이나 도우미를 통해 다양한 맞춤형사업 관련 정보를 제공받고 있다. 표준화된 공급자 중심의 획일적 서비스보다 이용자의 선택과 서비스의 다양성 확보에 유리한 바우처가 보다 효과적이다. 특히, 여러 가지의 서비스를 하나의 카드에 통합하고 이용자가 서비스 종류와 이용량을 스스로 선택하는 바우처 방식의 운영도 가능하다. 포인트 결제방식의 경우, 잔여 포인트를 전환하는 방식으로 이용자가 자신에게 맞는 다양한 서비스 선택도 가능하다. 하지만 현재 각종 서비스의 유형별 사업 위탁에 따른 소요인력 판단, 적정 수수료 및 가격 산정 등에 참고할 수 있는 표준화된 바우처 기준이 없어 사업설계에 어려움이 있다. 가격 또한 노인 치매 치료관리바우처의 도입을 검토하는 과정에서 간과해서는 안 될 점이다.

전자바우처 방식을 적용하여 제공되는 서비스의 유형별 제공 서비스의 내용, 서비스 제공절차, 그리고 해당 사업의 성과지표와 성과관리, 사업의

타당성, 수수료 및 가격산정 등이 포함된 표준적 관리, 사업의 지속적 확충을 유도할 수 있는 사업 유형별, 이용자 형태별 특성 및 업무수행 특성을 분석하여 표준화된 모델 및 매뉴얼을 개발하는 등 정가격 산정, 서비스 이용기간 등 표준화 또는 일관성과 집중성 및 방향성을 갖추게 할 수 있다. 서비스 내용, 대상자, 제공절차 및 제공서비스 바우처 적용 타당성 등이 포함되어야 한다. 적용 가능여부 검증과 사업현황 및 정책수행 또한 해당 사업 시뮬레이션 및 전자바우처 도입이 선행되어야 한다.

다음은 현재 운영되고 있는 사회서비스 전자바우처 제도의 운영체계를 보다 상세히 살펴본다.

3. 사회서비스 전자 바우처제도의 운용

가. 운용수단으로서 전자바우처

바우처는 정부가 지정한 특정 재화나 서비스를 구매할 수 있는 권리를 가진 것으로 할 수 있다. 일정한 자격을 갖춘 바우처 수혜자는 정부에서 정한 가격으로 서비스나 재화를 구매할 수 있으며, 필요시 정부에서 정한 가격에서 부족한 금액을 지원한다. 이 과정에서 수혜자는 정부에서 제공하는 서비스 또는 재화에 대한 선택권을 보장하기 때문에 다양한 형태의 사회서비스가 먼저 존재해야 한다.

기초사회복지사업은 공급기관이 복지서비스를 일괄적으로 제공하는 공급기관 지원방식을 채택하였으나, 2007년 이후, 전자바우처 사업에서는 [그림 4-1]과 같이 수요자 지원방식이 도입되었다. 공급기관 지원방식과 수요자 지원방식간 시스템 상의 차이는 다음과 같다. 공급기관 지원방식은 서비

스 대상을 기초생활수급자 등 저소득층을 중심으로 하고 단일화된 공급기관에서 정형화된 서비스를 제공하는 반면, 수요자 지원방식에서는 서비스 대상은 기초생활수급자를 넘어 중산층까지 확대되며, 다수의 공급기관에서 다양한 서비스를 제공하도록 되어 있다. 또한 서비스 제공 측면에서 공급기관 지원방식은 중앙·지방정부에 부담이 있는 반면에, 수요자 지원방식은 일부 본인 부담이라는 점에서 차이가 있다.

[그림 4-1] 공급자지원 방식과 수요자 지원방식의 비교



이런 바우처시스템은 기존 공급자 지원방식인 공급기관 지원방식보다 수요자 지원방식에 적합한 운영시스템이다. 기존 공급기관 지원방식이 저소득층을 수급 대상으로 하여 서비스의 획일적인 공급에 초점을 맞춘 일방적인 서비스 지원방식이었다면, 수요자 지원방식은 서비스 이용비를 저민 및 중산층까지 확대하는 한편 비용의 일정부분에 대한 부담을 수급자에게 부담하게 함으로써 소비자인 수급자가 서비스를 선택할 수 있도록 하여 공급자간 경쟁을 유도할 수 있는 방식이다. 이런 소비자주권주의(Consumerism)를 통해 이용자는 기존의 획일적인 서비스가 아닌 공급자들로부터 다양한 서비스 제공을 요구할 수 있다.

바우처사업이 유용한 영역은 [그림 4-2]과 같다. 다만 바우처와 같이 주체는 민간부분이 담당하고 수단적인 요소에서 시장의 방식과 행정행위 방식의

두면이 공존하는 영역이라 할 수 있다. 그러나 바우처 사업의 영역에도 다수의 공급기관이 존재하여 경쟁이 가능한 부문과 기존 인프라가 부족하여 민간위탁의 형태로 직접적인 지원을 하는 방식이 효과적인 부문이 있다.

공공서비스 전달방식의 하나인 바우처방식을 간단히 그림으로 설명하면 아래와 같다.

[그림 4-2] 바우처의 공공서비스 전달방식

		주체	
		공공부문	민간부문
수단	권력	일반행정 <국가 기본 기능>	민간위탁 <안정적 서비스 공급>
	시장	책임경영 <공적책임이 강한 경우>	사회서비스 전자바우처 사업 민영화 <시장 탄력적 공급>

특정 사회서비스의 합리적인 가격 설계를 위해서는 여러 가지 요소가 고려되어야 한다. 가격설계에 있어 합리적인 방안은 정부에서 서비스를 제공하는 유사한 사회복지서비스와 일반시장상품의 중간 수준에서 사회서비스 전자바우처 상품 가격을 설계하는 것이다. 또한 민간복지기관이 보호시장에서 경쟁하는 노인돌보미바우처 사업의 경우에는 가격 설계에서 돌보미의 임금 수준도 주요한 변수로 고려해야 한다. 특히 전자바우처 서비스 가격의 경우, 시장에서 자연스럽게 형성되는 균형가격이 아닌 정부가 인위적으로 설계하는 가격이기 때문에 초과수요와 초과공급의 문제가 쟁점으로 항상 제기될 수 있다. 또한 정부의 가격 보조를 통해 인위적인 시장 공급자가 확대되는 과정에서 지역의 노동시장과의 균형 조정문제도 발생할 수 있다.

상품 가격이 높아지면 사회기반확충 효과나 소비자의 만족, 그리고 사회서비스시장의 일자리 창출 효과는 크기만 지역 노동시장의 균형이 깨져 자

원배분의 왜곡이 발생할 수 있다. 반대로
형에 대한 부정적 효과는 적지만 사회투
결국 자원배분의 효율성 관점에서 새로
지 여부에 대한 지속적인 모니터링이 필
경우 서비스공급기관의 진입·탈퇴 여부를
도 하였다.

나. 전자바우처 운용절차

전자바우처를 사용하고자 하는 서비스
사회서비스를 신청하면 해당 지자체는
결과를 토대로 적합여부 판정하도록 되
도의 예산수준과 이용대상자의 규모에
정된다. 즉 이용대상자의 소득 및 건강
서 서비스를 제공하고자 하기 때문에
이용할 수 있는 보편적 서비스로 나아
어 들 필요가 있다. 해당 지자체에서 이
원을 거쳐 금융기관으로 전송하게 되면
드를 발급하여 이용자에게 우송한다.

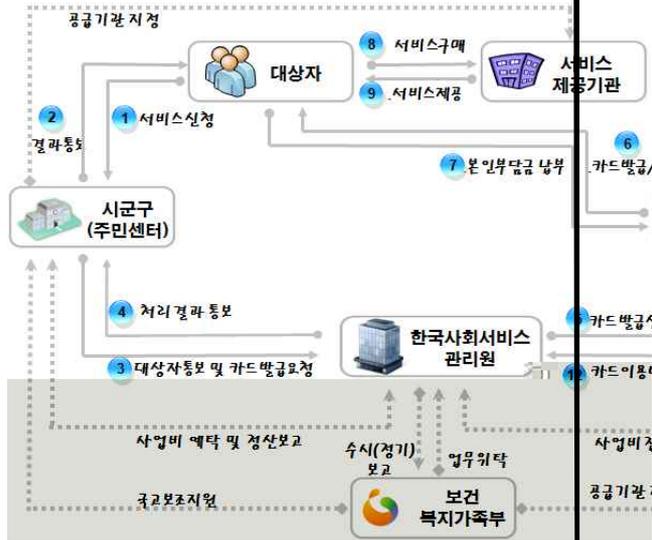
자격심사에서 적합판단을 받은 신청
담금을 납부하게 되면 정부지원액이 지
를 발급해 우송하고, 이용자는 여러 사회
공급기관을 선택하여 서비스를 이용한
가 바우처카드로 공급기관에 결제한
한 정보가 (재)한국사회서비스관리원에
실시간 정보입력과 매달 서비스 이용에
관한 사항을 진단하게 된다.

서비스 제공기관별 서비스 내역을 실시간 확인하여 3~6일 서비스

결과
과제

비용을 제공기관에 지급하면 지불 정산과정이 끝난다. 한편 기관 서비스 취소에 따른 본인부담금 환불관리를 처리한다.

[그림 4-3] 시장형 사회서비스 전자바우처 시스템 운용체계

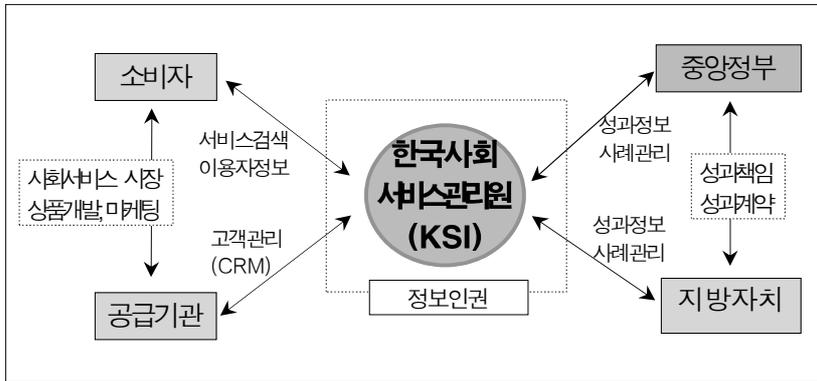


다. 전자바우처 전달체계

사회서비스 위탁기관인 (재)한국사회서비스관리원은 사회적
 지불 및 정산업무를 수행하며, 바우처의 운용과정과 정책성
 고, 바우처 통합정보관리시스템을 운영한다. 사회서비스 비
 산업무는 각 사회서비스 바우처 사업에 대해 바우처 관련
 용자 부담금을 관리하는 것으로, 제공기관에게 서비스 비용
 과 이용자의 중도해지시 이용자 부담금을 반환하여 정산하
 포함된다. 또한 (재)한국사회서비스관리원에서는 바우처의
 성과에 대한 모니터링을 통해 부정수급자에 대한 감시와
 이용자의 선호 및 만족도를 측정한다. 또한 이를 통해 향
 표준모델 개발 및 사회서비스 품질관리에 대한 정책 정보를 형성한다.

바우처 통합정보관리시스템은 바우처 신청과 공급자간의 모든 거래를 통합정보시스템 기반의 전자적 방식으로 운영하며, 공급기관, 공급인력, 수요자, 서비스내용 등 모든 정보를 통합하여 관리한다. 이때 개인 정보보호, 정보인권 등을 위하여 확실한 보안이 필수적으로 요구된다. 한편, 금융기관은 각 각자별 신용보증 및 본인부담금을 관리하며, 바우처카드를 발급하여 이용자에게 배송하는 역할을 담당한다.

[그림 4-4] 사회서비스관리센터의 정책정보 활용 구조

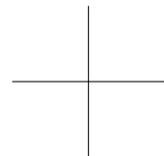


한편, 중앙정부와 지방정부는 사회서비스 바우처제도에 대하여 각각 성과책임을 진다. 중앙정부는 전국적 수준에서 사회서비스에 대한 수요와 공급을 기획하고, 지방자치단체는 해당 지역에서의 사회서비스의 수요와 공급에 대한 집행관리를 하게 된다. 서비스의 공급과 수요는 인증된 해당 공급기관과 소비자간 ‘경쟁과 선택’이라는 시장 논리에 따라 움직이지만, 원활한 수급을 조절하고 제도 운용에 대해서는 정부가 성과책임을 진다. 특히 지방자치단체는 해당지역의 특수적 상황에 따라 제도운영의 탄력성을 부여할 수 있으며 지역민의 수요에 따라 신청대상자의 자격관리의 재량권도 행사할 수 있다. 이러한 관리와 집행을 위하여 지자체는 시·군·구 복지행정시스템을 경유하여 바우처 이용자의 신청을 등록하고 바우처 카드의 발급을 관리한다.

그 밖에 소비자는 다수의 공급기관이 제공하는 각
에서 한 가지를 선택하여 이용하며, 각 공급기관들은
해 제공하므로 타 기관들과 경쟁이 나타난다. 소비
공급기관은 소비자의 선택을 위하여 노력하고, 소비
는 서비스 중에서 선택을 하게 된다. 즉, 이용자의 선
에서 공급자간 경쟁이 활성화 되도록 하는 원리이다.
정보관리시스템에서 공급기관이 사용하는 업무관리시
기관정보를 관리하며, 제공기관에서는 서비스를 제공하
력, 단말기 상황을 관리한다. 이러한 관리는 제공기관
하여 접속되며, 서비스 제공인력에 대한 교육현황, 인

라. 전자바우처 통합정보관리시스템(Integrated Inform System: IIMS)

통합정보관리시스템은 서비스 제공과 같은 제반 사
하여 자동화, 정보화를 통하여 통합적으로 운영·관리
이러한 통합정보관리시스템은 농기, 농림정책, 관우자
데이터 등 각 분야의 자료를 통합하여 효율적으로 관
예를 들면 농림사업통합정보시스템(AGRIS)은 농기주
현황, 농지현황, 농림정책자금정보 등을 구성하고 있다. 도로
관리측면의 통합정보관리시스템에서도 도로에 관련된
로점유물, 지하시설물 등 도로관련 자료로 통합적 관
하였다(임인
섭 외, 2003). 또한 원자력 분야 학술정보 통합정보관
시스템(MIS)와 연계하여 주제별 맞춤정보, 상호작용, 이
속서비스 등이 가능
하였다(천영춘, 2003). 그리고 행정자치부는 2003년 시·군·구 및 16개 시·
도, 자치정보화조합의 기술지원센터(TAC) 등에 통합정보관리시스템을 구축
하였는데, 이는 각각별로 운영되고 있는 정보관리시스템을 통합하여 장애
성능·자산·데이터베이스·KIOSK·보고서 등의 관리를 효율적으로 구현하기



위험이다.

(재)한국사회서비스관리원의 통합
필요한 모든 정보를 관리하고, 분산
통합-통제를 자동화하고, 운영에 필
용, 바우처관리 및 정산업무 등)를
모하기 위하여 개발된 IT시스템이다
능을 보다 구체적으로 살펴보면 다

1) 대상자관리

대상자관리란 사회서비스의 이용
하면 대상자 선정 기준에 따라 대상
또한 관리자는 서비스의 신청접수,
아니라 전체적으로 대상자별 지원의

2) 회원 고객관리

회원 고객관리시스템에서는 (재)한국사회서비스관리원내에 소장된 정보를
통하여 회원의 서비스 신청 사항과 서비스 이용 내역, 주제별 서비스이용 내역,
가격, 분담금 내역, 바우처잔량 정보 등을 조회할 수 있다. 특히 정보제공
에 있어서 이용자와 상호작용이나 연속서비스를 연계가 가능하며, 관리자는
지역별, 일자별, 대상별 통계를 추출할 수 있다.

3) 서비스 관리

서비스 관리란 서비스 공급자들이 이용자에게 제공하였던 사회서비스를
관리하는 것으로, 서비스의 접수 및 각각의 서비스 제공에 대한 일정관리가
있다. 이와 아울러 서비스에 대한 내역과 서비스 이용에 대한 정산을 관리
하도록 되어 있다. 서비스관리에서는 이용자와 공급자간의 부정수급에 관한
문제와 서비스의 질적 관리를 위하여 모니터링 기능도 함께 고려되고 있다.

4) 도우미 관리

도우미관리시스템은 사회적기업 제공서비스의 공급인력인 도우미들을 대상으로 개인별로 맞춤형 정보시스템이다. 공급인력 개개인이 소지하고 있는 자격증 유무, 나이, 성별, 지역을 보여주는 신상정보를 관리하고, 도우미들의 서비스 제공시간 및 제공대상자의 수와 같은 근무관리 및 도우미들의 추가적인 보충훈련 및 사회서비스 교육에 대한 관리가 포함된다. 또한, 도우미들이 서비스 제공시에 사용하는 도우미카드에 대한 관리도 이루어진다.

5) 바우처 이용자가 접속하는 포털(www.socialservice.or.kr)

사회서비스 바우처이용자는 바우처통합정보시스템의 포털시스템을 통하여 서비스 제공현황 및 내역을 조회할 수 있으며, 노인 등의 이용자는 서비스의 발급신청을 요청할 수 있다. 이 포털 안에는 제도 및 이용절차 소개, 공급기관 정보 및 Q&A, 서비스별 지역별 커뮤니티가 운영되고 있다.

6) 상호인증시스템과 포인트 결제방식 활용

재가서비스 이용시에 도우미의 휴대용 바우처전용단말기를 통해 사용자 카드와 도우미카드를 동시에 결제함으로써 서비스가 승인되므로 바우처 카드사용의 오·남용을 사전에 방지할 수 있다. 또한 서비스 이용자는 방문서비스에서 도우미카드를 신분을 확인하여 이용자 안전을 확보할 수 있다. 종이바우처의 경우에는 특정 상품에 대한 특정 수량만 이용할 수 있는 한계가 있으나, 전자바우처의 경우에는 포인트로 전환된 표준화된 결제수단을 적용하여 다양한 형태의 사회서비스를 소비자가 원하는 수준에서 이용할 수 있다. 또한 자기부담 수준을 소비자가 스스로 결정하여 바우처 카드의 잔량을 포인트로 전환하여 다양한 수준의 서비스 이용이 가능하다.

[그림 4-5] 전자바우처 통합정보관리시스템(Integrated Information Management System) 구성도



141

제2절 저소득층 차대 치료관리사업의 전자바우처 도입시 고려사항

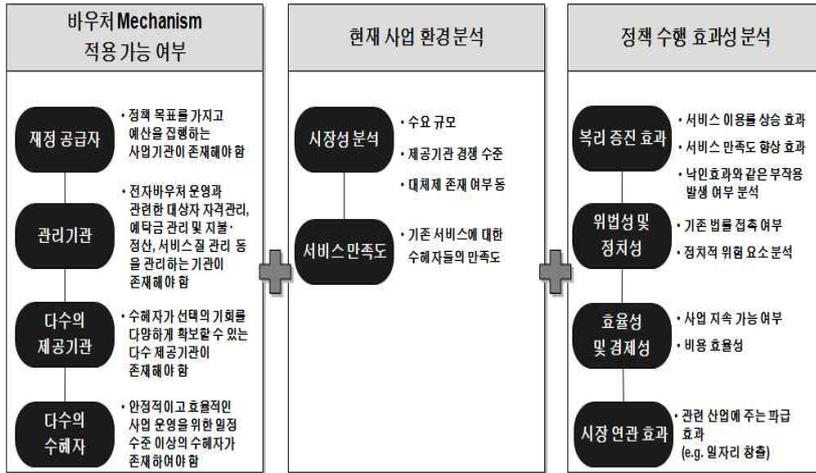
바우처 적용의 타당성 검토는 바우처방식의 적용가능 여부, 현재 사업환경 분석, 그리고 정책수행의 효과성 분석 등 3가지 기준을 중심으로, 각각의 주요 요소에 대한 충족여부를 검토해보아야 한다.

1. 바우처방식의 적용가능 여부

바우처제도가 운용되기 위해서는 재정공급자, 관리기관 그리고 다수의 제공기관 및 이용자가 존재하여야 한다. 재정 공급자는 정책 목표를 가지고

예산을 집행하는 사업기관이 존재하여야 하는데 주로 중앙행정부처(보건복지가족부), (재)한국사회서비스관리원, 지자체 등이 이에 해당된다. 또한 전자바우처 운영과 관련한 대상자 자격관리, 예탁금 관리 및 지불정산, 서비스 질 관리 등을 관리하는 기관이 존재하여야 하는데 (재)한국사회서비스관리원이 현재 이러한 업무를 수행하고 있다.

[그림 4-6] 바우처 적용 타당성 검토 항목



다음으로, 수혜자가 선택의 기회를 실질적으로 보장 받을 수 있는 다수의 제공기관이 존재해야 한다. 이를 위해 공급자들의 자유로운 진입과 퇴출이 이루어질 수 있도록 진입장벽이 낮추되, 업체들의 담합 등을 방지하기 위한 정부의 적절한 규제가 필요하다. 단, 과도한 규제는 경쟁을 억제하는 효과를 수반할 수 있다.

또한 안정적이고 효율적인 사업 운영을 위해 일정 수준 이상의 수혜자가 존재하여야 한다. 따라서 일정 수준 이상의 수혜자를 확보하기 위해서는 시장의 범위를 넓게 설정한다.

〈표 4-5〉 전자 바우처방식의 운영 주체별 업무

관련 기관		기능
보건복지가족부		<ul style="list-style-type: none"> - 사업 기본계획 수립, 지침 작성, 국고보조, 홍보 등 사업 총괄조정 - 제도 모형 개발 - 시설기준 및 활동보조인 양성 방안 수립 - 평가 및 지도감독 - 바우처 운영계획 수립 및 관리 - 전자바우처 시스템 구축 및 관리
(재)한국사회서비스관리원		<ul style="list-style-type: none"> - 바우처 비용의 지급 및 정산 등 - 바우처의 유통 구조 모니터링 - 지역 특화적 서비스 혁신사업 발굴, 보급 - 정책 성과 연구조사 - 바우처에 대한 교육 및 홍보
지자체	사도	<ul style="list-style-type: none"> - 시군구별 예산 배정 - 사업량 조정 - 시군구 및 읍면동 사업 관리 감독 - 사도 교육기관 지정관리
	사군구	<ul style="list-style-type: none"> - 바우처 사업 관리 및 예산 예약 총괄 - 서비스 제공기관 지정 - 서비스 대상자 선정 - 서비스 제공 지도 감독 - 사업 홍보
	읍면동	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스 신청 접수 - 신청자 조사표 확인
서비스 제공기관 (교육기관)		<ul style="list-style-type: none"> - 서비스 제공인력 모집, 교육 - 서비스 제공 및 모니터링 - 사업 홍보

자료: 정광호(2007). 바우처 연구.

2. 사업환경 분석

사업환경을 분석하기 위해서는 시장성 분석과 서비스 만족도에 대한 연구가 요구된다. 시장성 분석은 일정한 기간을 통해 제품이나 서비스의 소비자 또는 최종 사용자의 행동과 태도에 관한 정보를 수집하는 프로세스이다. 회사가 당면한 특정 마케팅 상황에 관한 데이터를 체계적으로 기획, 수집, 분석, 보고하는 것이며, 사람들의 생각이나 행동 패턴을 잘 안다는 착각에서 벗어나 사람들이 실제로 어떤 생각과 행동을 하는지 알아내는 것이다. 이는 제품과 서비스의 제공자가 그 제품과 서비스를 구매하고 이용하

는 사람들의 욕구와 필요를 지속적으로 파악하기 위해 사용하는 방법이다. 시장성 분석시 측정 항목으로는 수요 규모, 제공기관 경쟁 수준, 대체재 존재 여부 등이 있다.

한편, 사업환경 분석에서 중요한 것으로는 기존 서비스에 대한 수혜자들의 만족도 조사이다. 이를 통해 사회서비스 바우처 사업의 개선에 필요한 단서를 확보하고, 관련 연구기관에 기여할 연구자료로 제공하며, 필요시 조사결과를 언론에 발표해 바우처 사업에 대한 인식전환을 유도할 수 있다.

〈표 4-6〉 시장조사의 핵심 목표

시장조사의 기능	시장조사를 통해 할 수 있는 핵심 목표
UMEP :	
·이해(Understanding)	·고객과 그들이 지닌 욕구 이해
·측정(Measuring)	·경쟁 관계의 이해 및 측정
·해석(Explaining)	·변화의 힘 예측
·예측(Predicting)	·새로운 마케팅과 브랜딩 작업(전술 혹은 전략)의 결과를 예측, 측정, 해석

3. 정책수행 효과성 분석

정책수행을 통한 효과성 분석은 복리증첩 효과성, 투명성 및 정치성, 효율성 및 경제성, 그리고 고용창출의 측면에서 살펴볼 수 있다.

우선 복지증진의 효과성 측면에서 고려되는 서비스 이용율 상승 효과는 서비스의 욕구와 내용이 다양화되는 현실상황에 발맞추어 전자바우처는 지원대상자의 편의를 용이하게 하였다. 아울러, 서비스 구매와 정산의 편리성을 높였으며, 바우처 발급부터 이용까지의 전 프로세스에 대한 편의성을 가능하게 했다. 이런 편의성은 서비스 이용의 안정적인 기반을 제공해 주어 다양한 사회서비스의 개발 및 확충을 용이하게 하였다. 그 결과 300여개의 지역맞춤형 사업을 개발하여 운영하고 있으며, 바우처 발급이 2007년 5월 3,000여명에서 같은 해 11월 1만 3천여명으로 7배가 증가하였다.

바우처시스템은 수요자의 편의성을 확대하여 수요자로 하여금 소극적인

구매자에서 능동적인 구매자로 변화하게 만든다. 그 결과 수요자는 자신이 원하는 서비스를 선택하게 됨으로써 서비스 이용도를 제고할 뿐만 아니라 만족도까지 높아지는 결과를 낳았다. 2007년 한국갤럽의 조사에 따르면 노인, 장애인, 산모, 지역혁신 사업들에 대한 만족도가 모두 70점을 상회하였고, 이는 다른 정부정책에 비하여 높은 수준이었다.

전자바우처사업의 특성상 기존 공급자와의 계약 관계, 인건비, 부정부패 등과 같은 부작용을 최소화할 필요가 있다. 이는 본인부담금의 납부로 인해 이용자는 수혜자가 아닌 소비자로서의 권리의식이 강화된다. 또한 본인부담률 차등에도 불구하고 제공기관에서 소득식별이 곤란하여 소득에 따른 등급의 차이가 노출되지 않는다.

한편, 위법성 및 정치성 측면에서는 기존 법률 저촉 여부와 정치적 위험요소를 살펴보아야 하며, 효율성 및 경제성 측면에서는 사업 지속 가능 여부와 비용 효율성을 고려하여야 한다.

<표 4-7>은 사회적 기업 전자바우처 사업의 비용과 효과를 해당 주체별로 간단히 정리해 본 것이다.

<표 4-7> 시장과 소비자 중심의 사회서비스 전자바우처 사업의 비용

구분	중앙정부·지자체	제공기관	이용자
직접 비용	- 기획, 심사, 승인, 시장관리 - 사회서비스시장관리기구 - 사회서비스 상품 홍보 - 대상자 선정과 전산입력	- 결제장치 구입비 - 결제장치 이용료	
간접 비용	- 시장경쟁관리와 독점 - 지역간 시장 격차	- 수요 여건에 따른 시장 수입 불안정성	
간접 효과	- 정책정보 체계적 관리 - 시장일자리 창출	- 제공기관의 사회적 기업화 - 제공인력의 신축운용 - 비영리기관의 경영활동	- 소비자 선택 강화 - 소비자 권리 증진

한편, 일자리 창출과 같이 관련 산업에 주는 파급 효과를 고려할 수 있다. 보건복지가족부 바우처사업을 통해 여러 형태의 사회서비스 일자리사업이 대폭 확대되었다(노동부 포럼, 2008). 이러한 사회서비스 일자리창출사업에

대하여 저임금의 단기계약직 일자리만 양산하였다는 비판이 있지만, 여가시간을 활용한 시간제 근무, 놀이치료·음악치료·언어치료 등 정서장애 전문가의 활용 등 일자리의 다양화 측면에서는 긍정적이라고 평가할 수 있다.

또한 취약계층에 적합한 일자리가 창출되었는데, 그동안 노동시장에서 약자로 인식되어 왔던 40세 이상의 여성취업이 두드러지게 늘어났다. 돌봄 서비스 제공자 1만 2천 명 중 여성이 88%이며, 41세 이상이 67%에 해당된다. 일자리의 양적 확대에서 독서지도관련 지역사회서비스혁신사업의 W사와 I사는 2007년 신규로 각각 1,600명과 1,900명 정도를 고용했던 사례가 있다. 결국 좋은 일자리는 기업이든 정부든 혜택이 돌아갈 수밖에 없는 현실을 고려하여야 한다.

〈표 4-8〉 바우처 도입에 따른 시장성 분석 및 정책성 분석요소

대항목	소항목	개별 유의사항
시장성 분석	경쟁 수준	- 바우처의 수요 규모 - 민간시장에 다수 공급자의 존재 유무, 가격품질 경쟁 정도, 공급자의 소비자 차별성 (creaming selection 여부) - 바우처 시장의 계층성 존재정도 - 바우처 사용범위(지역적/전국적)
	선택권 행사	- 바우처 상품서비스에 대한 정보(performance report cards, consumer report cards) 공개 및 유통정도(정보 비대칭성 존재와 해소방안) - 바우처 수급권자 정보접근성 정도 - 선택권 행사시 이동성 문제, 접근의 편리성 문제 등
정책성 분석	복리증진	- 바우처 관련 대상집단의 소외정도
	형평성	- 바우처 실시에 따른 형평성 제고/저해 정도 - 다른 정책수단과 비교할 때 더 나은 형평성을 가져오는가?
	효율성	- 행정비용(수급자 선정비용, 자격판정문제, 규제비용 등) - 다른 정책수단과 비교할 때 효율적인가?
	정치성 위법성 낙인효과	- 바우처 실시에 따른 예상치 못한 정치적 위험 - 기존 헌법, 법률과 배치되는 문제는 없는가? - 낙인효과에 따른 부작용 여부?
	관리운영 문제	- 바우처 재원확보 문제 - 바우처 주관 내지 대행기관 선정 문제 및 선정기관의 전문성과 공공성 - 바우처 유통이나 품질규제 문제(얼마나 어떻게 규제할 것인가?)
	대체성	- 연관산업, 상품, 서비스에 미치는 영향 - 바우처 수급집단의 소비행태에 대한 예측
	산업연관 효과	- 관련 산업에 주는 파급효과

자료: 정광호(2007), 앞의 책.

〈표 4-9〉 바우처방식 도입 타당성 검토사항

기준	검토 항목	검토 사항	결과	근거
바우처 방식 적용 타당성	1. 재정 공급자 존재	· 정책 목표를 가지고 예산을 집행하는 사업기관이 존재하는가?		
	2. 다수의 제공기관	· 수혜자의 선택권을 보장할 수 있는 다수의 제공기관이 존재하는가?		
	3. 다수의 수혜자	· 안정적이고 효율적 운영이 가능한 다수의 수혜자가 존재하는가?		
현재 사업 환경 분석	4. 시장성 분석	· 바우처 서비스에 대한 수요는 충분한가?		
		· 제공기관의 서비스 경쟁력 및 시장내 경쟁구도는 사업 적용에 적합한가?		
		· 바우처 서비스를 대체할 수 있는 서비스가 존재하는가?		
5. 서비스 만족도	· 기존 서비스에 대한 수혜자의 만족도가 낮은가?			
정책 수행 효과성 분석	6. 서비스 제공범위	· 서비스 지역이 일부지역인가 전국 대상인가? · 시간적 범위는 몇 년 단위인가 몇 월 단위인가? · 예산 범위는 어떻게 되는가?		
	7. 복리 증진 효과	· 서비스 이용률 및 만족도의 상승 효과를 기대할 수 있는가? · 낙인 효과와 같은 부작용은 없는가?		
	8. 위법성 및 정치성	· 기존 법률에 저촉되지는 않는가? · 정치적 위험 요소를 극복할 수 있는가?		
	9. 효율성 및 경제성	· 지속 가능하게 운영할 수 있는 사업인가? · 비용 효율성이 향상되는가?		
	10. 시장 연관 효과	· 관련 산업에 주는 파급효과가 큰가?		

가. 정책적 고려

치매지원사업의 바우처 전환시 정책적 사항으로는 목적적합성, 수단적합성, 집행용이성, 상업성 등을 우선 검토한다. 목적적합성으로는 공공성과 정치성 그리고 민주성을 들 수 있으며 치매지원사업이 공공적인 목적에 적합한지, 바우처 전환에 따른 이해관계자의 예상치 못한 결과가 나타날 수 있는지 여부를 반영해야 한다. 또한 바우처 전환의 과제가 일부 이해당사자만의 결정이 아니라 이해관계자간의 목적 합의가 필요하다.

다음으로는 수단적합성을 검토해야 하는데, 이에선 효과성, 효율성, 형평성, 적시성 등이 존재한다. 바우처를 이용하여 사업취지에 맞는 공공복지 등의 효과가 발현될 수 있는지, 비용대비 성과가 어느 수준에서 나타나는지, 다른 정책수단에 비해 이해당사자의 이익을 형평성 있게 제공하는지, 바우처 도입시기가 현실적으로 적합한지 여부를 살펴보아야 한다. 또한 바우처 집행에 있어서 다른 법률과의 저촉성 여부와 부정사용을 방지할 수 있는 요인을 고려하여야 한다. 또한 이해 당사자는 바우처 도입의 반대가 적어야 하는 행위의 순응성이 존재해야 한다.

마지막으로 상업성을 고려하여야 하는데 바우처 수단을 적극 활용함으로써 연관 산업의 상품과 서비스 제공에 긍정적 영향을 미쳐 시너지 효과가 나타나는지 살펴볼 필요가 있다. 상업성 측면에서는 시장성이라는 측면에서 기존 서비스 시장에 악영향을 미치지 않고 경쟁을 유도하여 보다 나은 품질을 제고시키도록 방향을 설정해야 한다. 즉, 치매지원 서비스 사업이 규모의 경제를 이룩하여 고용창출을 활성화하던 인근산업에 직간접적 영향을 미쳐 긍정적인 요소가 나타나도록 해야 한다. 이러한 요인들에 대해 <표 4-11>와 같이 살펴볼 필요가 있다.

〈표 4-11〉 바우처방식 도입에 따른 정책적 고려요인

정책영역	고려요인		
목적 적합성	공공성	해당 서비스의 공공적인 성격	
	정치성	바우처 도입에 따른 국민통합 또는 예상치 못한 정치적 위험	
	민주성	바우처 도입이 민주적인 합의에 의한 것인지 여부	
수단 적합성	효과성	바우처를 통해 공공복리증진 등의 효과 / 정책목표달성도	
	효율성	다른 정책수단보다 적은 비용을 최대의 효과를 달성하였는지 여부 BC분석	
	형평성	다른 정책수단과 비교할 때 더 나은 형평성을 제고/저해 정도	
	적시성	바우처를 통한 서비스 제공이 시기적으로 적절한 지 여부	
집행 용이성	위법성	바우처 도입이 기존 헌법, 법률과 배치되는 지 여부	
	투명성	바우처를 통한 사회서비스 제공/집행에 대한 신뢰도	
	순응성	바우처 도입시 지자체, 제공기관, 제공인력, 서비스 이용자 등 관련 행위자들의 순응성	
상업성	대체성	연관 산업, 상품, 서비스에 미치는 영향	
	시장성	경쟁수준	다수 공급자의 존재여부, 품질보장, 경쟁을 위한 지역단위
		산업환경	제공기관과 제공인력에 대한 정보공개와 유통정도, 선택권 행사 시 이동성, 접근의 편리성 문제
	산업성	해당 서비스 산업화의 가능성, 고용창출의 효과 등	

나. 운영적 고려

1) 선정기준

치매 치료관리 서비스의 신청자 중에서 소득수준 이외에도 선정과 관련된 요건들을 종합적으로 고려하여 사업에 맞는 신청자의 우선 순위 기준을 마련하여 대상자 선정기준으로 활용할 수 있다. 이에 해당하는 요건들은 일상활동의 어려움을 기증하는 장기요양등급정도, 장애정도, 연령, 임신, 한부모, 조손가구, 맞벌이부부, 다문화가정 등의 가정상태와 만성질환자, 치매환자 등의 질병상태 등을 고려할 수 있다.

소득기준에는 기초생활수급자와 최저생계비나 도시가구평균소득을 기준으로 할 수 있는데, 예를 들면 장애인활동보조사업에서 기초생활수급자와 최저생계비 120%를 기준으로 정하였다. 욕구판정에서는 장기요양판정등급, 장애인활동보조판정등급 등을 고려하는데 장애인활동보조사업에서는 4등급

의 판정기준으로 월 40~100시간 제공하기로 하였으며, 연령(65세이상 또는 미성년자, 질병(만성질환자, 장애인(한부모, 조손가구, 맞벌이부부, 다문화가정, 독거노인) 다. 치매 치료관리사업에서도 장애인활동보조사업에 대하여는 특별지원을 고려해 볼 수 있다. 또한 장애인 장 잘 부합할 수 있고 그 대상계층 내에 서비스의 필요성으로 판단되는 계층에 대한 우선 순위를 정하여 다 활용할 수 있다. 예를 들면 지역사회서비스투자사업의 경우 1순위~5순위를 기초생활수급자, 장애인 아동, 조손가정, 다문화가정 등을 고려하고 있다.

2) 바우처의 구성

바우처 구성이란 서비스 대상자가 일정기간 일정한 금액을 위해 바우처가 생성되는 계원구성 형태를 의미한다. 바우처는 본인부담금으로 형성되는데, 정부지원금과 본인부담금으로 형성되는데, 정부지원금과 본인부담금으로 형성될 경우에는 일정 자격등급의 경우 본인부담금 없이 정부지원금과 함께 바우처를 생성한다. 이러한 사업은 노인돌봄조사사업, 노인돌봄종합서비스, 산모신생아도우미지원사업이 대표적이다. 주로 주요하게 구성되는 사업은 지역주민건강관리사업, 시간병방문도우미, 장애인동태활치료사업 등이 있으며, 일정 자격등급의 경우 정부지원금과 본인부담금으로 바우처를 생성하고 본인부담금은 서비스 제공기관에게 납부하도록 운영하고 있다. 치매 치료관리사업에서도 정부지원금과 본인부담금의 구성을 서비스 대상자의 소득수준에 따라 다르게 적용할 수 있다.

3) 바우처 유효기간

바우처유효기간은 서비스 제공기관이 생성액의 서비스를 구입할 수 있는 바우처 사용이 가능한 기간을 의미한다. 바우처유효기간의 형태는 소멸형과 이월형으로 구분될 수 있다. 소멸형은 서비스 제공기관이 일정기간 바우처를

사용하지 않는 바우처를 사용하지 않은 경우, 정기적으로 소멸되는 유형이다. 이때 월단위를 기준으로 유효기간을 정하는 유형도 있고, 1개월 정기간 경과 후 바우처가 소멸하는 유형도 있다. 정기적으로 소멸되는 유형을 생성할 경우 전월 바우처를 일괄적으로 소멸시킬 수 있다. 월별 소멸이 있는 사업에는 기사간병방문도우미, 장애인활동보조사업이 있다. 그 밖에 분기단위(3개월) 또는 반기단위(6개월) 등 일정 기간을 기준으로 유효기간을 정하고 그 유효기간 경과 후 바우처가 소멸하는 유형도 있다. 이 경우 주어진 바우처에 대한 1개월 이상의 별도 유효기간을 두고 유효기간이 경과하면 소멸하는 기간별 소멸을 지정할 수 있다. 이러한 유형으로는 기사사회서비스투자사업이 있다.

이월형은 일정기간 바우처를 사용하지 않은 경우, 기한이 만료될 때까지 연장되는 방식이다. 이월되는 바우처의 금액 또는 포인트가 사용된 바우처의 일정한도를 초과하지 못하는 방식이 CAP방식이다. 이월형에 일정량(CAP)만이 이월가능하도록 제한을 둔 방식으로 지역사회투자사업, 장애인활동보조사업, 노인돌봄종합서비스사업 등 이월방식은 사용하지 않는다. 이월되는 바우처의 금액 또는 포인트가 기간이 만료된 후 한 없이 이월되는 방식으로 이월시에 전달의 잔량을 조건 없이 이월하는 방식이다. 치매 치료관리사업에서는 소멸형과 이월형에 대해 균형 있게 이월형에 필요한 분기단위처럼 일정기간을 두어 서비스의 사용을 촉진할 수 있도록 유도하는 것이 바람직하다.

4) 본인부담금 납부와 부담방식

바우처 지원액중에서 본인부담액에 대한 납부방식에는 선납(先納) 방식이 있다. 선납(先納) 방식은 서비스 이용 전에 본인부담금을 납부하는 방식으로, 정기적 방식에는 기동이체 또는 CMS방식이 있고, 수시적 납부 방식에는 계좌이체 방식이 있으며, 본인부담금이 납부되어야만 바우처가 생성되어 사용이 가능하다. 이러한 유형으로는 장애인활동보조사업, 노인돌봄 종합서비스, 산모신생아도우미지원사업이 있다.

이에 비하여 '납(後納)방식'은
방식으로, 신용 및 금융거래를
이 있다. 여기에는 신용 및 체크
신출산지원사업과, 계좌이체로
업이 있다.

바우처 지원액중에서 본인부담
제가 있다. 정액제본 선정기준에
등에 따라서 서비스 제공량이 변
계없이 일정 금액이 본인부담금
이다. 예를
들면 장애인활동보조사업의 나
금(월4만원)이
동일하지만 판정등급에 따라 서
다. 이에 비하여 정율제는 사용
자격등급별로 본인부담율을
정하여 부담하는 방식이다. 즉,
로 본인부담금을 구성하는 방식
본인부담율은 15%로
있다. 치매 치료관리사업에서도 치매
상태가 지속적으로 나타나므로
의 형태로 운용하되 소득수준과 욕구에
따라 서비스 제공량과 서비스 시간을
고려해 본인부담금을 산정할 필요가
있다.

5) 바우처의 차감

치매지원서비스에서 바우처사업시 생성된 바우처에 대해서 이용료를 제
공서비스 이용내역에 따라 차감하는 방식을 고려해야 하는데 여기에는
폰형과 포인트형이 있다. 쿠폰형은 서비스 제공기관이 일정 시간동안 유
지되는 서비스가 가능한 경우, 바우처 차감도 일정기준에 맞게 차감이 가능
하도록 바우처를 논리적으로 쿠폰형태로 구성하여 차감 처리하는 방식이다.
이러한 방식에는 장애인활동보조사업(시간쿠폰으로 40~180장으로 구성),
노인돌봄종합서비스(시간쿠폰으로 2,736장으로 구성)가 있다.

이에 비하여 포인트형은 서비스 제공기관별로 서비스 제공기관별로 다양한

바우처 비용을 자유롭게 정해서 서비스를 제공하는 방식이다. 관공제와 기
드결제와 같이 현금과 같은 형태를 포인트로 전환하여 포인트를
차감하여 처리하는 방식으로 장애아동치료를사업, 지역사회서비스투자사
업, 임신출산진료비 지원사업이 있다. 향의 치매 치료관리사업에서도 약물치
료, 비약물치료 등 다양한 서비스가 존재하고 대상자의 질병수준이 다르기
때문에 서비스 이용을 여러 가지 형태로 구성할 필요가 있다.

6) 바우처 운영체계

바우처 운영체계는 이용자의 신청에서 바우처자격관리, 결제승인처리, 결
제수단관리, 지불장산업무 등의 핵심업무에 대한 역할별 권한 및 책임 등에
대한 구성체계이다. 여기에는 금융방식, 비금융방식, 금융과 비금융방식의
조합한 형태가 있다.

금융방식은 바우처 운영체계에 금융기관이 전체 또는 일부의 핵심업무
를 맡아 운영하는 방식이다. 이 금융방식은 하나의 금융기관을 활용하는 방
식인 단일금융기관 방식과 둘 이상의 금융기관을 활용하는 방식이 있는데,
복수금융기관 방식은 은행결제시스템에 원금제도에서 사용된다. 비금융방
식은 바우처 운영체계에 금융기관을 활용하지 않고 사업운영기관이 모두
핵심업무를 운영하는 방식으로 문화바우처, 스포츠바우처 등이 있다. 금융
과 비금융방식의 조합은 바우처 운영체계에 금융기관과 비금융기관을
함께 활용하는 방식으로 다양한 조합에 따라 다양한 방식이 가능하다. 치매
치료관리사업에서도 금융방식과 비금융방식을 선택하여야 하는데 시스템
구축비용 규모와 단기의 구축기간을 고려하면 우선 비금융방식으로 운용할
수 있을 것이다.

〈표 4-12〉 전자바우처 운영체계로서 금융방식과 비금융방식의 비교

구분	금융 방식		비금융 방식
	단일금융기관	복수금융기관	
장점	<ul style="list-style-type: none"> - 복수금융기관에 비해 시스템 구축비용 및 구축기간 최소화 - 비금융기관방식에 비해 초기 투자비용의 민간부담으로 인한 예산부담 없음 - 사업운영 업무의 효율화 - 개인정보유출 위험성 - 통제가 수월 	<ul style="list-style-type: none"> - 사업의 안정성 증가 - 단일 금융기관에 비해 이용자의 카드선택권 확대 - 기존 금융카드 활용가능 	<ul style="list-style-type: none"> - 시스템구축비용 및 구축기간 최소화 - 민간 독과점 없이 공공기관운영을 통한 공공성 향상 - 결제수수료가 낮아짐 - 사회서비스정책 변화에 따른 시스템 탄력적 운영가능 - 개인정보유출 위험성 최소화 - 통합민원처리로 시간단축 및 만족도 향상 - 비금융카드발급을 인한 이용자 거부감이 없음 - 금융기관 제휴를 통한 금융카드 사용욕구 충족가능
단점	<ul style="list-style-type: none"> - 사업의 안정성 감소 - 수혜자의 선택권 배제됨 - 독과점 심화로 인한 금융기관 확대시 어려움 - 복수금융기관보다 결제수수료가 낮으나 지속적으로 상승 부담 - 카드관련업무와 자격관련업무의 민원이원화로 만족도 낮음 - 사회서비스정책 변화에 따른 시스템 탄력적운영 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> - 시스템 구축비용 및 구축기간 증가 - 사업운영시 협업작업증가로 업무효율성 저하 - 개인정보유출 위험성증가 - 결제수수료가 제일 높아짐 - 카드관련업무와 자격관련업무의 민원이원화로 만족도 낮음 - 사회서비스정책 변화에 따른 시스템 탄력적운영은 매우 어려움 	<ul style="list-style-type: none"> - 시스템초기구축비용의 부담 및 관리운영비(관리인력,콜센터중원등) 상승 - 핵심업무(결제승인,카드발급업무, 단말기관리 등)의 운영노하우 부족으로 안정성 검증요구

7) 결제수단 및 매체

결제지원서비스에 전자바우처방식을 도입할 경우 결제수단과 결제매체 방식을 정의할 필요가 있다. 즉 이용자에게 바우처 결제를 위해 지급되는 결제매체를 전자카드로 할 것인가 아니면 종이로 할 것인가 선택하여야 하며, 서비스제공기관이 서비스제공에 대한 결제를 자동 청구할 수 있는 결제 수단인 단말기의 유형을 전용기기 또는 핸드폰 유용기기 등으로 선택하여야 한다.

결제매체로는 금융카드, 비금융카드, 종이바우처 형식을 선정할 수 있다. 금융카드는 금융기관이 발행하는 신용카드, 체크카드, 전용카드 등이 있으며, 비금융카드는 금융기관이 아닌 사업주관기관에서 발급한 마그네틱형태의 전용카드이며, 종이바우처는 종이로 된 쿠폰형태를 의미한다.

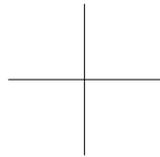
결제수단
 전용단말
 카드나
 를 수행
 를 처리
 용한다.
 페이지
 우, 서비
 에 접속
 등에서
 이나 음
 방식으로

8) 부

치매
 관 등에
 는 시간
 용에 대
 청구여부
 비용지급
 면에 사
 금액을
 이용 및
 및 행정

9) 타사업과의 관계

치매 치료관리 지원서비스가 타 사업과의 관계에 있어서 병행서비스 또



중복서비스에 해당하는지 여부를 고려하여 서비스의 관련성을 살펴보아야 한다. 병행서비스가 가능한 서비스를 말하며, 서비스 제... 있다. 서비스제공기관 중복은 서비스를 고려하고 서비스 대상자 중복은 서비스를 의미하며, 만일 병행서비스에 해당하는 경우... 전달체계와 통합 필요가 있다. 한편 중복서비스는 동일한 동일 또는 유사한 내의 서비스가 제공되는 것을 의미한다. 중복서비스에 해당하는 경우 중복된 서비스 제공을 막기 위한 대책으로 중복수혜방지책과 서비스 제공 중복여부를 점검하고 확인하는 일인 시 모니터링 방식을 고려할 수 있다.

〈표 4-13〉 바우처 도입시 운영적-정책적 고려요인 비교

정책적 요인	운영적 요인	선정 기준	재원 구성	효력 기간	부담 시기	부담 방식	지원 차감	운영 체계	결제 수단	부정 사용	타사업
목적 적합성	공공성	●	●	●		●				●	
	정치성		●							○	○
	민주성	●	○							●	○
수단 적합성	효과성		●	●				○	○	○	
	효율성	○						●			
	형평성	●								○	●
집행 용이성	적시성				○				●		
	위법성						○			●	●
	투명성				●		●	●	●	○	●
상업성	순응성				○	○	●	○	○		●
	대체성		●			●			○		
	시장성		●						○	●	●
	산업성		●						○	●	●

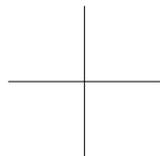
주: ● 정책적요인과 운영적 요인의 중요도가 큼
 ○ 정책적요인과 운영적 요인의 중요도가 중간정도임
 빈칸은 정책적요인과 운영적 요인의 중요도가 상대적으로 작음

제3절 소결

본 장에서는 노인 치매 관리 인프라 구축을 위한 정책적 고려되어야 할 주요 정책적 검토사항을 도출하였다. 이 공공부문에서 서비스 전달을 위한 인프라 구축을 고려되어야 함을 누차 강조하였다. 특히, 노인 치매 관리 인프라 구축을 위한 전달방식으로 바우처제도가 도입될 경우, 공공부문에서 바우처제도가 도입될 경우, 공공부문에서 충족되어야 할 것이다. 특히, 사회적응, 인지, 기능, 노인 치매 치료관리 바우처 사업을 추진하기 위한 시스템적 요건을 갖추는 것이 노인 치매 치료관리 바우처의 목적적합성, 수단적합성, 재정영역에서 정책적 타당성이 확인되었다. 한편, 노인 치매 치료관리 시스템을 구축의 비용효과적 측면에 대한 고려가 필요하다.

엄태호(2009)의 노인 치매 치료관리 재정비용효율성 분석 결과에 따르면 가사간병서비스, 노인 치매 치료관리 서비스의 경우 327억 지점에서 순익분기점이 100억 지점으로 나타났다. 따라서 노인 치매 치료 관리 바우처 사업의 경우, 이러한 면을 고려할 수 있다.

또한, 전자바우처 기반 인프라를 구축하기 위해서는 사업추진의 제 측면에 대한 명확한 목표가 드러나야 한다. 인프라 구축비용은 바우처 사업 운영모델에 따라 크게 달라질 수 있기 때문이다. 다시 말해, 앞서 살펴본 바와 같이 금융방식과 비금융방식 중에서 선택이 이루어져야 하며, 사업예산 및 규모, 이용자의 바우처 사용빈도 및 사용자 특성, 그리고 공급기관의 선정과 규모(예: 제공기관을 약국으로 할 경우 등) 등 사업시행 환경에 따라 투입되어야 할 비용규모의 편차가 매우 클 수 있다. 특히, 금융방식은 카드발급 대상(카드발급의 남용)가 아닌 사람에게도 신용카드가 발급된다든지 카드사용을 원하지 않는 사람도 바우처 카드를 발급 받아야 하는 등의 사회적 이슈가 발생할 수밖에 없다. 한편, 비금융 방식은 초기에 인프라를(서버 등) 구축해야하기 때문에 투입 비용이 커질 수밖에 없



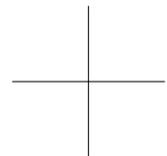
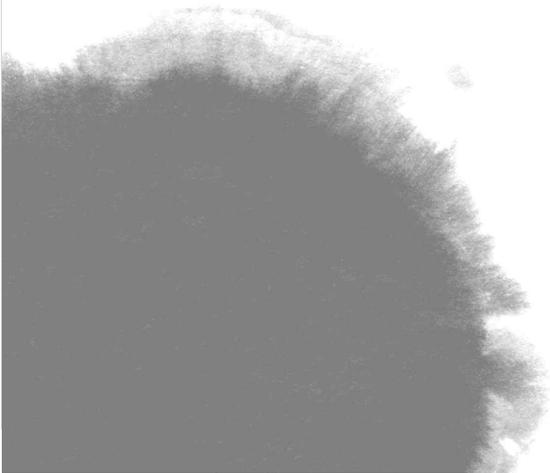
지만, 사업진행에 따라 부가적인 비용 추가가 없기 때문에 대상자가 적고 지속성을 갖는 사업이라면 고려할 만한 것으로 알려져 있다.

2009년 현재 논의되고 있는 노인 치매 치료관리바우처 사업의 경우, 사업예산 규모 및 대상자 규모가 전자바우처 방식을 선택하여 즉각적 시행을 추진하기에는 여러 가지 현실적 한계를 갖고 있는 것으로 판단된다. 이에 다음 장에서는 노인 치매 치료관리의 일환으로 우선 약제비 지원방식을 중심으로 바우처방식의 도입방안을 제시해 보았다.



05

차별 치료관리 비우체제도 도입방안 및 추진방향





제5장 치매 치료관리 지원제도 도입방안 및 추진방향

저소득층 치매 치료관리 지원 정책을 설계할 때는 본 정책이 대상으로 하고 있는 대상자의 특성에 대한 고려가 우선시 되어야 한다. 본 정책의 대상자는 치매질환을 갖고 있어 인지기능이 저하되어있는 상태로 독립적인 일상생활 관리가 어려운 상태이며, 대상자가 대부분 노인층이라는 점을 각 별히 고려해야 할 것이다. 특히 본 정책의 대상이 저소득층 노인이며, 자녀 등의 가족에 의해 부양받고 있는 경우가 많기 때문에 급여를 위한 행정절 차를 간소화시켜 이용에 대한 접근성을 높일 수 있도록 해야 할 것이며, 치매의 특성상 예방적 접근을 필요로 한다. 이와 같은 대상자의 특성에 공 책의 대상자 선정기준, 급여내용, 전달체계 등에서 충분히 고려되어 정책설 계가 이루어져야 할 것이다.

제1절 지원 대상자 자격기준 및 규모 추계

1. 저소득층 치매 치료관리 지원정책의 대상자 선정 기준

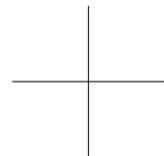
본 정책을 새롭게 도입하고자 하는 목적은 저소득층 치매 치료비 지 원을 통해 치매 치료에 대한 접근성을 높이는 것 뿐 아니라 기존에 치매 질환에 대한 인식 개선을 목적으로 한다. 많은 사람들이 치매라는 용어가 불 가능한 질환으로 생각하여 치료하지 않고 방치하는 경향이 있다. 그러나 치 매는 예방이 가능하고 조기 발견 할 경우 완치 및 중증화 지연이 가능한

질환이므로 치매
대한 대처방법의
방 및 조기발견
이루어져야 할 것
사회복지정책
의 선정기준을 차
편 종류의 평등
는 비효율의 문제
지 인정할 것인가
자원은 제한된다

상 논란의 소지
저소득층 치매
수 있는 기준은
논의점은 치매의
어 기준으로 반
연령기준을 활용
의 논의, 그리고
적 수준은 약
득층 치매 치료
구체적인 결정시

가. 건강기준: 치

우선 고려되어
이다. 본 정책의
을 갖고 있는
중류와 질환의
것이다. 치매는
우선 고려되어
이다. 본 정책의
을 갖고 있는
중류와 질환의
것이다. 치매는



이 떨어져서 일상생활을 제대로 수행하지 못하는 임상 증후군으로 정의되고(서울대병원, 2008), 치매를 유발하는 것으로 알려진 원인은 약 70%가 이른다. 또한 원인질환을 치료하면 치매가 호전될 수 있는 경우도 있지만 치매라 하고 그렇지 않은 경우를 구분하는 것이 어렵다. 치매는 원인에 따라 종류가 다양하며 대부분의 치매가 조기에 발견하여 치료할 경우 진행을 지연시키거나 증상을 호전시킬 수 있는 것으로 나타난다(조맹기 외, 2008). 치매의 종류에 따라 치료의 효과는 차이가 날 것이라고 판단되지만, 본 정책에서는 치매의 종류를 구분하여 치매 지원대상자를 분리하는 것은 행정효율성의 측면에서 부적합하다고 판단된다. 즉, 정책이 지원하는 수준에 비해 치매의 종류와 원인을 밝히기 위한 노력이 과도하다고 판단된다. 따라서 본 정책에서의 치매상태는 원인이나 종류에 무관하게 치매관련 전문의료기관에 의해서 치매로 판정된 경우를 모두 포함하도록 한다.

또한 치매는 중증도에 따라 경증, 중증, 최중증 또는 확장적 치매, 치매 의심 등으로 구분되고 있으나 그 기준이 일률적이지는 못하다. 치매진단을 위해 활용하고 있는 도구인 MMSE-K의 검사결과 점수가 24점 이상은 확장적 정상, 19점 이하를 확장적 치매로 하며, 20~23점을 치매의심으로 구분한다(박종한 권용철, 1989). GDS 척도(Global Deterioration Scale)에서는 1단계에서 7단계로 구분하고 1단계는 인지장애 없음, 2~3단계는 경미한 인지장애, 4단계는 중증도의 인지장애, 5단계는 초기 치매 인지장애, 6단계는 중기 치매 인지장애, 7단계는 말기 치매 인지장애로 구분하고 있다. 앞서 언급한 것과 같이 치매는 중증도에 따라 구분하고, 치매 치료관리는 초기에 행해질 경우 더욱 효과적인 것으로 나타난다. 하지만 치매 중증도의 구분방식이 통일되어 있지 못하기 때문에 본 정책에서는 중증도에 따른 구분과 차등 지원은 도입하지 않는 것이 부적합하다고 판단된다.

따라서 본 정책에서는 치매 치료의 특성 상 조기발견 및 치료가 매우 중요하므로 치매의 종류 및 중증도에 따른 급여대상자를 구분하기 보다는 치매로 진단받은 모든 국민을 대상으로 선정하는 것이 적절하다고 판단된다.

또한 치매의 진단은 전문가에 의한 전문가적인 판단을 기준으로 하는 것

이 가장 적합할 것이다. 의료법 시행규칙 제100조의 기재 사항에서 질병명은 「통격적」 제100조 제1항 진단에 따라 표시된 한국표준질병 사인 분류에 따른다. 이 분류에 의하면 치매는 5장 정신 및 행동 장애(F00~F03)와 6장 신경계통(G30)의 질환에 속한다. 현재 우리나라는 전문의 제도가 도입되어 각 진료부문에 대한 전문성을 고취하고 있고, 치매의 진단이 신경학적 검사 및 정신상태검사, 신경심리학적 검사, 혈액 및 뇨검사와 심전도검사, 뇌 단층촬영(CT)과 뇌 자기공명촬영(MRI) 등의 결과를 종합 분석함으로써 이루어진다는 점을 감안하면 신경과나 정신과 전문의의 진단이 바람직할 것이다. 그러나 노인인구의 비율은 높으나 상대적으로 취약한 농촌지역의 경우 신경과나 정신과 전문의가 상주하는 거점병원⁵⁾을 지정하여 정확한 진단이 이루어지도록 해야 할 것이다.

종합하면, 저소득층 치매 치료관리 사업 대상자의 건강기준은 신경과나 정신과 전문의 진단에 따른다. 한국표준질병 사인 분류에 의하면 치매(F00~F03, G30) 진단을 받은 사람이 해당될 수 있겠다.

나. 연령 기준

저소득 치매 치료관리 지원정책의 정책대상자를 선정하는 두 번째 기준으로는 연령을 고려해 볼 수 있다. ‘치매’라고 하면 대부분 노인성 치매로 인식하고 있어 노인에게 발생하는 질환이라는 인식이 높다. 하지만 치매가 반드시 노인성 치매만이 있는 것이 아니며, 따라서 노인이 아닌 연령층에서도 나타나고 있다. 단, 노인에게 많이 발생하고 있는 질환이기 때문에 노인 보건복지 영역에서 다루어지고 있다. 노인보건복지영역에서 이루어지는 대표적인 정책들의 연령기준은 다소 상이하다⁵⁾이다.

우선 치매를 대상으로 하는 치매상담센터와 치매조기검진사업의 대상자는 만 60세 이상자를 대상으로 하고 있다. 그리고 노인소득보장 영역인 기

5) 치매 거점병원 선정기준: 동 사업 수행 능력을 갖춘 정신과 전문의 또는 신경과 전문의 등을 1인 이상 확보하고 있는 의료기관(보건복지가족부, 2009년 노인보건복지사업안내)

초노령연금에서는 만 65세를 기준으로 하며, 노인장기요양보험에서 또한 만 65세를 기준으로 하되, 노인성질병에 대해서는 만 64세 미만자를 포함하고 있다. 노인일자리 사업에서는 만 65세 이상자를 대상으로 하되 사업 종류 및 운영형태에 따라 만 60~64세인 자도 가능하도록 설계되어 있다. 노인여가복지서비스는 노인복지관 및 노인교실은 만 60세 이상을 대상으로 하며, 경로당은 만 60세 이상을 대상으로 하고 있다. 노인보건복지사업에서는 사업별로 노인의 기준을 만 60세 또는 만 65세를 기준으로 사업이 수행되고 있는 것으로 나타났다. 노인보건복지사업 내의 개별 사업에 따라 대상자의 연령기준은 상이하며, 노인성 질환과 관련된 부분이나 건강보장 부분에서 치료 및 보호관련 서비스 등에서는 만 65세를 기준으로 하는 경향이 보이며, 활동적인 노인을 대상으로 하는 노인일자리사업, 적극적인 여가문화활동을 중점으로 하는 노인복지관 사업이나, 건강보장 부분에서 예방과 조기 치료가 중요한 부분에서는 만 60세를 대상자 기준으로 활용하고 있다.

따라서 치매 치료관리 지원사업 또한 치매의 특성상 조기발견과 예방, 조기 치료의 중요성이 부각되며, 현재 치매를 대상으로 하고 있는 사업들이 만 60세를 대상자 선정기준으로 활용하고 있는 점을 고려하여 연령기준에서는 만 60세 이상을 선정하는 것이 적합할 것으로 판단된다.

다. 경제적 기준: 소득 및 재산기준

소득 및 재산기준은 사회복지정책의 정책대상자를 선정하는 대표적인 기준으로 활용되고 있다. 이는 사회복지정책이 지향하고 있는 평등의 가치를 구현하기 위한 빈곤계층에 대한 지원 정책을 설계할 때 특히 많이 활용된다. 경제적 능력(economic capacity)을 판단하는 방법은 계산, 인적, 주관의 세 가지로 나눌 수 있다. 사회복지정책에서는 이들 기준 중 재산은 소득화가 가능하므로 재산과 소득을 함께 고려하며, 소비의 경우는 계산과 소득이 없을지라도 소비에 대한 욕구는 높을 수 있으며 그 반대 상황 또한 가능하므로 대부분 정책대상자 선정기준에서 고려하지 않고 있다.

우리나라에서 이루어지고 있는 자산조사에서는 대부분 재산과 소득을 함께 고려하고 있다. 대표적인 국민기초생활보장제도를 비롯하여 차상위 계층을 대상으로 하는 정책에서는 재산과 소득을 함께 고려한다. 하지만 이는 국가별로 다소 차이가 있는데, 사회복지가 발전한 국가들에서는 부가 많아도 소득이 적으면 급여자격을 주는 경향이 있다(송근원, 김태성, 2001). 또 다른 유형으로는 소득 중에서도 특정 소득만을 고려하여 자격을 결정하는 경우도 있다. 예를 들어 근로소득과 자본소득 중에서 하나만을 조사하여 자격여부를 결정하는 경우이다.

또 한 가지 자산기준을 활용할 때 논의점은 조사대상 단위를 개인, 가족, 가구의 세 가지로 구분된다. 개인을 기준으로 하여 소득 조사를 하는 것은 정책이 추구하는 가구의 총족, 평등의 추구하고 싶은 목표를 가장 확실하게 실현할 수 있다. 하지만 현실에서 실질적인 소비단위가 가족 혹은 가구의 경우를 가구 내에서 소득분배가 이루어지는 경우를 실제로 자산조사의 대상은 개인의 부부 또는 가족을 기준으로 삼고 있다.

본 정책을 설계함에 있어 자산기준 설정에서 고려되어야 할 점은 첫째 누구의 소득을 기준으로 할 것인가의 문제와 둘째, 국민기초생활보장제도를 높이기 위한 방법은 무엇일지 생각해 볼 필요가 있다. 이를 위해서는 기존의 노인복지 및 유사복지정책에서 활용하고 있는 대상자 선정의 자산기준과 자산 조사방법에 대한 검토를 필요로 한다. 이는 가구를 기준으로 하는 방식과 개인(부부)을 기준으로 하는 방식으로 구분하여 자산을 파악하는 세부적인 방법을 살펴보고자 한다.

대상자 선정기준에서 가구의 소득과 재산을 활용할 때 대표적인 정책은 공공부조성인 국민기초생활보장제도이다. 본 제도에서는 가구원의 소득과 재산을 소득으로 환산한 소득인정액을 대상자 선정의 기준으로 파악하고 있다. 이와 같은 방식은 가구원들을 함께 평가함으로써 경제적 능력을 비교적 정확하게 파악할 수 있으나, 이를 파악하기 위한 행정적 비용의 소비가 높다는 단점을 갖고 있다.

가구의 소득을 기준으로 대상자를 선정하는 대표적인 정책은 노인돌봄서비스이다. 노인돌봄서비스에서 제시하는 경제능력의 파악은 통계청 가구조사에서 제시되는 전국 가구 월평균 소득액의 150%이하 가구를 대상으로 하고 있다. 또한 소득수준을 파악하는 방식으로 건강보험료를 기준으로 하는 방식을 택하고 있다. 그러나 건강보험료의 본인부담금 기준으로 소득을 측정하는 방식은 직장보험료와 지역보험가입자간의 차이가 존재한다. 건강보험료는 직장보험가입자의 경우 소득만을 고려하여 산정되지만, 지역보험가입자의 경우 소득 뿐 아니라 자산이 고려되어 보험료가 산정되는 방식이기 때문에 직장보험가입자와 지역보험가입자간의 경제적 수준 측정에 있어 불평등이 존재한다. 하지만 이 방식은 정책의 대응성을 향상함에 있어 별도의 소득조사를 실시하지 않기 때문에 행정적 편리성을 갖고 있다. 또한 건강보험의 경우 가구를 달리하더라도 피부양자로 등록될 수 있기 때문에 노인의 경우 동일 가구를 구성하지 않더라도 실제 부양자(예, 별거하는 이들)의 건강보험에 피부양자로 등록되므로, 소득조사의 범위가 실 부양자까지 확대된 범위라고 볼 수 있다.

최근 도입된 기초노령연금정책은 대상자 선정기준을 노인 개인과 부부까지로 한정하는 방식으로 노인과 배우자의 소득과 재산을 소득인정액으로 평가하는 방식을 추하고 있다. 우리나라 사회복지정책에서는 개인소득을 기준으로 급여를 지급하는 정책은 호환성이 높고, 소득인정액과 같은 소득과 재산을 고려하는 노인부양 책임은 본인과 배우자로 한정하여, 가구 또는 가족까지 노인부양의 책임을 확대하지 않고 노인부양에 있어 사회적 책임을 강조한 것이라고 볼 수 있다. 또한 소득조사에서 직접적인 조사가 아닌 건강보험, 국민연금, 은행결산장 등의 행정적 자료를 통해 파악되는 소득과 재산만을 대상자 선정 기준으로 삼음으로써 행정적 효율성이 높은 방법이다. 이 정책과 같이 정책의 대응성 향상 기준 중 경제적 능력은 다양한 접근이 가능하며, 각 방식에 따라 목표효율성과 관리효율성의 장단점을 갖고 있다(표 5-1 참조).

〈표 5-1〉 복지정책별 소득기준 선정방법의 장단점

복지정책종류	소득기준 및 조사방법	장점	단점
국민기초생활보장제도	가구원의 소득과 재산을 소득으로 환산한 소득인정액	-경제적 능력에 대한 정확한 파악 가능	-행정 비용이 큼
노인돌봄서비스	전국 가구 월평균 소득액 50%이하 가구의 건강보험료	-행정적 편리성 -실 부양자를 포함한 가구소득 조사 가능	-건강보험료 종별 경제 수준 측정에 불평등 존재
기초노령연금정책	건강보험, 국민연금, 은행잔산망 등의 행정적 자료에 근거한 소득과 재산에 대한 소득인정액	-행정적 편리성	-가구소득이 아닌 노인 개인이나 부부소득임

저소득층 치매 치료관리 정책에서는 지원하고자 하는 경제적 능력의 수준을 ‘저소득층’으로 규정하고 있다. 일반적으로 저소득층을 활용하고 있는 ‘저소득층’은 차상위계층을 개념으로 사용되고 있다. 차상위계층에 대해 국민기초생활보장법 제2조 제11호에서는 “소득인정액이 대통령령이 정하는 기준 이하인 계층”으로 규정하고 있고, 동법 시행령 제3조의 2에서 소득인정액이 최저생계비의 100분의 120 이하인 자라고 명시하고 있다.

그러나 최근 복지정책의 대상자 확대를 통해 차상위의 범위는 좀더 세부화되고 있어, 차상위는 법정차상위, 소득차상위, 소득인정액 차상위 등으로 나뉘고 있다. 그 기준은 소득인정액이 최저생계비의 120% 이하인 가구(국민기초생활보장제도 수급자: 일반수급, 조건부수급 포함, 일부수급 제외), ②법정 차상위(국민기초생활보장제도 수급가구를 제외하고 소득인정액이 최저생계비의 120% 이하인 가구), ③소득 차상위(소득인정액이 최저생계비의 120% 초과하고 소득은 최저생계비의 120% 이하인 가구), ④소득 차상위(소득이 최저생계비의 120% 이상~180% 미만인 가구), ⑤일반(소득이 최저생계비 대비 180% 이상 가구)으로 구분할 수 있다.

차상위 계층에 대한 구체적 선정 기준 및 방식은 복지정책의 종류, 지원 서비스 등에 따라 상이하게 나타난다. 보건복지정책에서 활용되는 차상위 개념의 다양성은 <표 5-2>와 같다. 한편 노인인 안검진 및 개인수술은 법정차상위(일반수급, 노인돌봄종합서비스)는 전국 가구 월평

균소득 150%이하를, 장애이동재활치료 사업은 전국가구 월평균 소득의 50%이하를 사업 대상으로 설정하고 있다.

〈표 5-2〉 복지사업별 대상자 선정기준

구분	대상자 선정기준
가시간병방문서비스	국민기초생활보장수급자, 차상위계층
노인 안검진 및 개인수술	60세 이상 국민기초생활보장 수급권자 및 의료급여 수급권자와 60세 이상의 차상위계층(법적 차상위 계층)
노인돌봄종합서비스	전국가구 월평균소득 150%이하
기초노령연금	65세 이상 전체 노인 중 소득인정액 기준 하위 70%를 선정 ¹⁾
장애이동재활치료 사업	전국가구 월평균소득 50% 이하
성인 암환자 의료비 지원	건강보험 하위 50% 직장 62,000원, 지역 70,000원, 2009년 기준)
미숙아 및 선천성이상아 의료비 지원	도시평균소득 130% 이하
산모·신생아 도우미 지원사업	전국가구 월평균소득 50% 이하
서울시 치매 노인의 약제비 지원	건강보험료 직장가입자는 월 60,000원, 지역가입자는 월 72,000원 이하인 자

주: 1) 소득인정액이란 노인가구의 월소득과 재산가액에 연리 5%로 계산한 금액을 합한 금액으로 독신노인은 68만원 이하, 노인부부인 경우는 108.8만원 이하임.

그러나 일반적으로 저소득층의 개념은 차상위 계층을 다룬 점을 고려할 때 노인 치매 치료관리 사업의 저소득층 또한 차상위로 하는 것이 적합할 것이다. 이현주 외(2008)에 의하면 차상위계층은 전체 가구소득의 6.99%에 해당하는 규모이며, 노인가구의 경우 빈곤한 계층이 만연한 경우 소득 차상위까지의 저소득층은 노인의 40%까지가 해당된다(표 5-3 참조). 따라서 저소득층 치매 치료관리 지원정책에서의 저소득층의 범위는 소득차상위계층까지를 포함하는 노인의 하위 소득 40%까지를 정책의 대상으로 하는 것이 적합할 것으로 판단된다.

〈표 5-3〉 노인의 소득집단별 구성

(단위: %)

소득계층	노인가구	노인가구			일반가구 (2006년)
		가구	개인		
			비율	누적 비율	
A. 수급자	6.9	6.1	6.1	3.75	
B. 법정 차상위	17.6	16.8	22.9	6.39	
C. 소득 차상위	14.8	17.1	40.0	6.99	
D. 차차상위	19.5	19.3	59.3	13.35	
E. 일반	41.2	40.7	100.0	69.52	
합계	100.0(1,304가구)	100.0(1,667명)		100.0	

주: 소득 = 경상소득+총소득-기타소득
 자료: 이현우 외(2008), 2006년 차상위계층 실태분석 및 정책방안.

노인의 소득하위 40%이하인 자를 정책대상자로 할 경우, 소득조사도 이들을 선정하는 방식은 매우 어렵다. 앞서 살펴본 것과 같이 소득조사에서 포함할 소득의 종류와 범위가 다양할 수 있으나 저소득층 치매치료지원 사업의 대상자 선정방식의 소득기준 설정이 현실적으로 적용하는 대상은 노인의 소득대응이므로 행정적 신청 및 이용이 편리해야 한다는 점이다. 따라서 기존의 노인보건복지정책으로 수행되고 있는 정책 중 대상자 선정에서 행정적 용이성이 나타난 노인돌보미바우처 방식과 기초노령연금 대상자 선정방식이 본 제도의 대상자 선정방식 결정의 주요 예시가 될 것이다.

최근 도입된 기초노령연금의 대상자 선정방식은 소득수준이 매우 용이성의 장점을 갖고 있다. 기초노령연금제도에서 활용하는 소득기준은 동일할 경우 한 65세 이상의 노인은 별도로 소득수준이 기초노령연금제도에서 활용하는 소득인정액을 활용가능하다. 그러나 본 사업의 연령기준을 60세 이상으로 할 경우 60~64세의 소득조사가 별도로 이루어져야 하는 문제가 있다.

다음은 노인돌보미바우처에서 활용하는 전국가구 월평균 소득을 활용

하는 방안이다. 노인돌봄종합서비스 신청 시 소득기준 이하를 기준으로 대상자 선정하는 방식은 의미의 가구단위 소득수준을 반영하지 않는다고 보는 방식이다. 특히 분할세대가 많은 경우 해당 대상자를 선정할 때 건강보험료 납부 가구만 이날지라도 노인이 건강보험료에 가입된 동거 부양자를 고려한다고 할 수 있다. 현재는 건강보험료 우체 방식으로 지원되고 있으며, 건강보험료 납부 부담으로 환료로 환산하여 판정함으로써 소득기준이 반영되어 있다. 따라서 저소득층 치매 치유사업 선정의 편익성과 노인을 대상으로 하는 유망사업 선정에 전국가구 월평균 소득의 일정비율 이하의 가구를 대상으로 선정하는 방식을 하는 것이 타당하다고 판단된다.

치매 치료관리 지원대상자를 선정할 때, 이는 노인가구의 하위 40%까지 포함되는 수준으로 노인가구의 하위 40%이하가 포함되는 소득기준을 전국 가구 대비 월평균 소득기준으로 정하기 위해 전국 가구를 가구규모를 고려하여 1인 가구~6인 이상 가구로 구분하고, 가구규모별 월평균 가구소득을 산정한 후 노인가구의 40%가 포함되는 수준을 계산하였다. 분석 결과에서 전국 가구 월평균 소득의 40%수준은 65만 원으로 1인 이상 주거가구의 35.4%가 포함되며, 월평균 소득의 50% 수준은 노인가구의 46.4%가 포함되는 것으로 나타났다. 노인가구의 40%가 포함되기 위해서는 전국 가구 월평균 소득의 44%인 것으로 나타났다(표 5-4 참조).

전국 가구 월평균 소득의 44%수준을 가구규모별로 산정하여 그에 해당하는 건강보험료로 대상자를 선정할 경우 고려해야 할 점은 현실 우리 주거 환경에서 건강보험료 체계는 가구의 개념을 실 거주를 기준으로 하지 않고 있는 점이다. 건강보험제도에서는 주 부양자 개념이 존재하여, 노인의 경우 거주를 달리할지라도 자녀 등의 피부양자로 등록되어있는 경우가 많다. 즉, 노인의

실 거주 개념의 가구 소득이 파악되지 않다는 한계로 인해 가구 차등과 별거하며 건강보험은 자녀의 가구 소득으로 등록되어 있을 경우, 실제 노인가구의 소득파악이 아닌, 자녀 또는 자녀가 포함된 가구의 소득으로 산정되게 된다. 이러한 점을 고려할 때 노인가구 하위 40% 이하가 포함되어 있는 전국 가구 월평균 소득의 44%이하보다 그 기준점을 상향조정해야 할 필요성이 제기된다.

따라서 치매 치료관리 지원의 소득기준은 노인가구의 하위 소득 40% 이하로 선정하되 건강보험제도의 실 부양자 개념을 고려하여, 전국가구 월평균 소득의 50% 수준으로 상향 조정하는 것이 바람직해 보인다.

〈표 5-4〉 전국가구 월평균소득의 기준 비율별 서비스 대상 가구의 비율

전국 가구 월평균 소득 기준	기준 이하 가구의 비율 (전체가구)	65세 이상 노인 1인 이상 거주가구의 비율	비 노인가구의 기준 이하 가구 비율
10.0%	2.4	4.0	1.9
20.0%	5.4	11.7	3.4
30.0%	10.3	23.3	6.3
40.0%	16.3	35.4	10.6
44.0%	19.3	40.0	12.9
50.0%	23.3	46.4	16.4
60.0%	31.7	55.3	24.3
70.0%	39.7	62.7	32.5
80.0%	47.8	69.4	41.1
90.0%	55.3	75.0	49.5
100.0%	61.9	79.6	56.4

자료: 통계청(2008). 2008년도 가계조사, 원자료 재분석.

이상의 저소득층 치매 치료 관리 지원정책의 대상자 선정기준과 방식을 정리하면 다음과 같다. 대상자는 경신과 및 신경과 전문의에 의해 F00~F03, G30) 진단을 받은 만 60세 이상으로 가구 소득이 전국 가구 월평균 소득의 50% 이하인 자이다. 가구소득의 기준은 가구원 수를 고려하여 1인 가구에서 6인 이상 가구로 구분하여 기준이 되는 소득액을 제시하였다(2008년 4/4분기~2009년 3/4분기 기준). 적정 소득기준의 판단은

월 건강보험료 이하의 치매환자를 대상으로 한다.

〈표 5-5〉 가구원수별 대상자 선정의 월 소득기준

(단위 : 원)

가구원 수	1인	2인	3인	4인	5인	6인이상
전국가구 월평균소득 ¹⁾	1,273,440	2,385,810	3,374,850	3,906,020	4,185,500	4,474,340
전국가구 월평균소득 50%	636,720	1,192,900	1,687,420	1,953,010	2,092,750	2,237,170

주: 1) 통계청(2009). 가계조사, '08년 4/4분기~'09년 3/4분기 평균값임.

라. 치료관리여부

치매 치료관리 지원정책의 지원대상자는 ~~이상에서~~ 제시한 연령, 건강, 경제적 기준을 충족함과 동시에 치매 치료관리를 받고 있어야 한다. 치매 치료관리 ~~는~~ 약물치료와 비약물치료를 포함할 수 있다.

2. 대상자 규모 추정

저소득층 치매 치료관리 지원정책의 대상자 ~~는~~ 규모는 2010년 약 10만 3천명으로 예상된다. 사회보장 5개년 계획에 따르면 치매검진을 목표가 2010년 15%, 2013년 60%이고, 2008년도에 발표된 치매종합관리대책에서 ~~는~~ 2012년 치매검진율과 치매의료관리율을 각각 60%, 70%로 설정하였다. 이에 따라 2010년 치매조기검진률 ~~은~~ 15%이고, 치매의료관리율은 건강보험료 중 치매 급여수준이 치매추정환자의 30.0% 수준임을 감안하여 치매 환자의 1/3(33%)이 의료관리를 받을 것으로 가정하였을 때, 2010년 65세 치매 추정환자 중 소득계층 하위 40% 미만 치매환자 약 9만 3천명이 지원을 받을 것으로 추정된다. 참고로 이미 바우처방식으로 서비스 되고 있는 노인돌봄종합서비스 지원 수준인 전국 가구 월평균 소득 150%

이하까지 치매 치료관리비를 지원한다고 가정하면, 치매 노인의 약 40%(약 19만 명)가 치료 관리될 것으로 기대된다.

〈표 5-6〉 정부의 치매종합관리대책 목표와 치매 치료지원 계획(안)

구분	2010년	
치매종합관리대책 목표		
치매초기검진율	15%	
치매의료관리 비율 ¹⁾	33%	
치매추정환자수(65세 이상 전체)	469,478명	
치료관리비 지원 대상 범위(인구)	65세 이상 노인인구 대비 비율	치매추정인구수
1층: 기초생활보장수급자	8.0%	37,558명
2종의료급여	2.1%	9,859명
2층: 하위 40%수준까지	29.9%	140,374명
(참고) 노인돌봄종합서비스 수준까지 ²⁾	92.4%	433,798명
치료관리비 지원 실인구	정부 계획	노인돌봄종합서비스 수준
	93,740명	190,570명
1층: 기초생활보장수급자	37,558명(100%)	
2종의료급여	9,859명(100%)	
2층: 하위 40%수준	140,374명 × 33% = 46,323명	
(참고) 노인돌봄종합서비스 수준까지	433,798명 × 33% = 143,153명	

주: 1) 2008년 건강보험공단의 급여실적 자료에 따르면 65세이상 노인의 치매의료관리 비율은 약 35.0% 수준임. 이를 감안하여 치매 환자의 약1/3 정도가 의료관리를 받을 것으로 추정함.

2) 노인돌봄종합서비스의 지원 기준은 가구소득 기준을 적용하기 때문에 노인 개인의 지원 범위를 파악하기 어려우므로, 이 서비스의 지원기준인 '전국 가구 월평균 소득 150% 이하'에 해당하는 노인가구 비율을 사용하여 추계함.

제2절 치매 치료관리 서비스 내용

1. 약물치료 지원

노인성 치매의 치료는 ~~치료시기~~에 따라서 크게 좌우되기 때문에 시급하게 제공될 필요가 있다. 초기단계에는 ~~인지기능~~의 회복에, 중기에는 ~~정신 행동~~ 증상의 호전 및 일상생활유지에, 말기에는 ~~신체적~~ 합병증의 관리에 초점을 맞추게 된다(오병훈 외, 2007). 치매 초기단계의 인지기능 호전에 가장 중요한 치료 약물로서 아세틸콜린분해효소 억제제인 Donepezil(Aricept), Rivastigmine

(Exelon), Galantamine(Reminyl) 등이 임상에서 사용되고 있으며 중증 및 고도의 치매 환자에게는 Memantine(Ebixa)가 사용되고 있다.

2008년도 노인실태조사 결과에 의하면, 65세 이상 노인의 경우 현재 의사진단 만성질환수가 평균 2.1개로 전체노인 중 2가지 이상 만성질환을 복합적으로 지니고 있는 비율(59.6%)이 매우 높다. 치매질환에 대한 치료비를 어느 정도의 수준으로 지원할 것인가에 관하여 국가, 치매치료비 지원액 기준은 건강보험공단의 약제비 중 보험자 부담금을 제외한 피보험자 본인부담금의 기준으로 산출하기 때문에 치매 합병증 약제비는 큰 비중을 차지 않을 것으로 예상된다. 또한 치매 원인은 매우 다양하고 특정 약제의 사용 가능성이 높고, 치매 치료와 함께 처방된 조제 내역을 모두 확인하여 치매 치료 약제만 확인하기는 현실적으로 어려운 실정이다.

따라서 치매 치료를 위하여 의사의 처방을 받고, 그 처방전에 의해 약사로부터 조제된 경우는 약제비 지원 대상에 포함되어야 할 것으로 판단된다. 그러나 조제약의 성분 중에는 가장 기본 치매 치료약물로 사용되고 있는 Donepezil(Aricept), Rivastigmine(Exelon), Galantamine(Reminyl), memantine (Ebixa) 등 4종류(부록 I. 치매 치료 약제급여 목록 참조) 중 1개 이상이 포함된 환자용 처방전과 그 처방전으로 약국(병의원) 등에서 받은 진료과 영수증에 대한 확인이 필요하다.

2. 비약물치료 지원

비약물치료 지원으로는 작업, 인지, 원예, 음악, 미술, 화상 치료 등 인지 기능 향상을 돕는 인지재활프로그램을 치매노인이 이용할 수 있도록 제공하는 것을 고려할 수 있다. 이 경우 서비스 수요 예측에 앞서 서비스 공급여건이 수요를 소화할 수 있을 정도로 양적으로나 질적으로 성숙되어 있는가에 대한 평가가 선행되어야 한다. 노인복지관 부설 주간보호서비스에 대한 본 조사 결과, 98.5%의 주간보호서비스에서 적어도 한 개 이상의 인지재활프로그램이 실시되고 있었다. 이 결과만 고 보면 양적인 공급여건은

긍정적으로 판단되지만 비약물치료 지원을 주간보호서비스의
프로그램을 공유하여 시행하는 것에는 몇 가지 문제점이 제기된

첫째, 주간보호서비스의 인지재활프로그램은 시설이용에
맞게 설계되어 일반 치매노인이 이용하기에는 어려움이 있다.
공간 또한 주간보호시설 등록 정원에 맞게 구성되어 있기
때문에 노인에게 인지재활프로그램을 개방하는 것은 부적합할
따라서 시설 여건이 보다 여유로운 노인종합복지관이나 사
인지재활프로그램을 개발·보급하는 방안을 고려해볼만 하다.

둘째, 현재 주간보호서비스에서 제공되는 인지재활프로그램
실상 치료보다는 건강여가프로그램의 성격이 강하다. 본
60.1%의 인지재활프로그램이 외부 강사에 의해 운영되고
39.9%는 내부 직원이나 자원봉사자를 활용하고 있는 것으로
아직 우리나라에서는 직업치료가 많지 않고 노인의 인지재
이해와 관심이 부족하여 전문성이 확보되지 못한 상황이다.
시에서 지역치매지원센터를 중심으로 전문적인 인지재활프
으로 실시하거나(성동구), 강사지원(동대문구)을 하는 등 주
가고 있지만, 그 외의 주간보호서비스에서 외부강사를 초
인지재활프로그램도 치료 목적의 인지재활프로그램으로 보
이 직업치료가 전혀 없는 인력 구성 상태에서 내부직원의
재활프로그램의 전문성은 명약관화할 것이다.

셋째, 주간보호서비스를 대상으로 한 본 연구조사 결과에
프로그램에 대한 명확한 기준이 공유되지 않아 레크리에이션
프로그램부터 작업치료가 실시하는 인지재활치료까지 그 범주
되고 있었다. 인지재활프로그램 이용에 대해 비약물치료 지원
면, 서비스 대상자가 자율적으로 이용하는 다양한 인지재활프
동일한 시간 수가를 적용해야 하기 때문에 서비스 공급 인력, 대상
자 규모 등의 서비스 형식과 치료 내용을 엄격히 적용할 수 없다. 즉
인지재활프로그램은 직업치료를 위해 치매평가를 실시한 노년도에 따

른 적절한 인지재활중재프로그램을 실시하고 다시 재평가를 실시해야 한다. 이런 과정을 위해서는 치매를 이해하고 적절한 평가와 중재가 가능한 작업 치료사 등 전문가의 도입이 반드시 요구된다.

표준화된 인지재활프로그램의 개발을 위해 서울시 C치매지원센터 부설 인지건강센터의 인지건강프로그램(표 2-12 참조)이나 경기도 소재 주간보호 센터에서 운영된 집단작업 치료 프로그램(표 5-7, 5-8 참조), 2008년도 치매 예방과 치료를 위한 인지재활 프로그램 교육매체 개발 및 보급 사업으로 개발되었던 보급형 개인인지재활 프로그램(표 5-9 참조) 등을 활용할 수 있을 것이다.

〈표 5-7〉 집단작업치료 프로그램(예시)

구분	내용	구분	내용
프로그램명	집단작업치료 프로그램	목 표	지남력 향상, 신체능력 증대 동기 부여와 자신감 고취, 주의 집중력 향상
인 력	작업치료사		
대 상	31명	프로 그램	감각-지각 활동 2회, 신체기능 활동 2회 인지기능 활동 4회, 사회성 활동 2회, 일상생활활동 2회
실시회수	주 1회(60분), 총 12회		

〈표 5-8〉 보급형 개인인지재활 프로그램 I (예시)

구분	내용
주관기관	지자체, 지역거점병원
목 표	치매어르신의 자기능력 향상, 인지기능 향상, 일상생활동작훈련, 질병부담 최소화
인 력	의사, 간호사, 작업치료사, 물리치료사, 사회복지사
대 상	화성시에 거주하는 65세 이상 노인성질환대상자
프로그램 구성	1. 간호서비스: 혈압측정, 건강검진, 보건교육, 예방접종 2. 의료재활서비스 ◦ 선별검사 ◦ 물리치료, 운동 및 보행훈련 ◦ 작업치료, 인지치료, 일상생활훈련

〈표 5-9〉 보급형 개인인지재활 프로그램 II(예시)

구분	내용
프로그램명	개인인지재활 프로그램
목표	경도 치매 환자의 효과적인 인지 향상을 위해 시간차 회상 기법을 기반으로 구성
인력	작업치료사
대상	경도 및 중등도 치매 환자 및 경도인지손상 군
인원	1명
실시회수	세션 당 20분, 주 2회, 총 24 세션 (3개월), 3개월씩 총 2 회기 실시 (6개월)
프로그램 구성	<p>세션 1: 선별 검사(대상자 평가)</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 기억 회상 간격 검사 ◦ 일상생활능력평가 ◦ 전반적 작업능력 평가 <p>세션2: 기억재활훈련</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 사용도구 <ul style="list-style-type: none"> - 시간차 회상기법에 사용되는 도구 : 단어카드, 부착판, 가리개, 초시계 - 회상 간 활동에 사용되는 도구 : 도형 만들기, 그림 조각 맞추기, 나무토막 쌓기, 차이점 발견하기, 잘못된 점 찾아내기, 감정 알아맞히기, 과일그림 맞추기, 공간 구성 하기, 문제 해결하기, 숫자 배열하기, 숫자/색깔 조합하기, 그림 기억하기 ◦ 치료 방법 <ul style="list-style-type: none"> - 회상간격검사를 통해서 선별된 환자를 대상으로 인지 재활치료를 시작 - 초기 평가에서 성공하지 못한 단어의 개수부터 시작함 - 같은 단어 개수에서 3번 연속 12분 성공하면 단어의 개수를 한개 더 늘려 적용 - 치료는 총 6-22회기로 두 달 동안 주 1~3회 진행 - 수행시간은 20-30분으로 진행 ◦ 회상 간 활동 방법 (Inter Retrieval Activity ; IRA) <ul style="list-style-type: none"> - 시간간격 (interval Time 0초, 45초, 1.5분, 3분, 6분, 12분)을 기준으로 활동을 선정하여 진행 - 가능하면 시간 간격에 맞춰서 활동을 끝낼 수 있도록 함 - verbal/visual memory와 연관된 활동은 제외함 - 활동 별로 Motor, Cognitive, Perceptual Emotional, Social Components로 분류된 목적에 맞춰서 진행함 - 치료 시작 전에 오늘 사용할 도구들을 준비 - 작업치료사는 활동을 마다 주의 깊게 관찰해야할 항목에 맞춰 활동을 관찰하고 기록지를 작성함 <p>세션3: 기억재활 효과 평가</p> <ul style="list-style-type: none"> ◦ 프로그램 시행 전후 인지기능 변화 ◦ 프로그램에 대한 만족도 조사

자료: 보건복지가족부(2008). 2008년도 치매 예방과 치료를 위한 인지재활 프로그램 교육매체 개발 및 보급 사업, 내부자료.

또한 병원에서 전문의의 처방 아래 이루어지고 있는 작업치료에 대한 기준 및 비용이 참고가 될 수 있을 것이다. 현행 국민건강보험법 제39조에

따르면 진찰 검사, 약제 치료재료의 지급, 처치
 입원, 간호, 이송에 대해 요양급여를 실시하도록
 여 비용 내역에서 작업치료는 제7장 의학요법
 시되어 있는데 그 내용은 <표 5-16>과 같다.
 치료(Cognitive Rehabilitation Therapy)에 대
 의 소정점수에 포함된다고 개정 고시(고시 제2
 여기에서 주목할 것은 결과적으로, 예년
 정한 면적의 치료실과 장비가 갖추어져 있고
 따라 상근하는 작업치료사가 있어야 한다는
 정신과 전문의 지도하에 정신과 전공의 또는
 작업 및 오락요법을 실시하는 경우에도 수가를
 한편, 요양급여비용은 단순작업치료 103A05,
 업치료 150.11의 점수가 할당되어 있는데, 2
 65원 정도이므로 1만원 내의 수준이다. 이 비
 비용이 아니라 건강보험에서 적용하는 요양급
 가 있으며, 작업치료학회 등에서 작업치료에 대
 다른 문제를 꾸준히 제기하고 있다. 다시 말해
 는 병원 등의 시설 인프라, 인력 비용 등이 차
 점을 유념할 필
 요가 있다.

이상의 내용을 종합하여 말하면, 현재 상태
 도입하는 것은 매우 어렵다고 보인다. 향후 비약물치료에 대한 지원이
 이루어지기 위해서는 앞서 논의한 바와 같이 치매 치료에 대한 효과가 어
 느 정도 입증된 표준화된 인지재활프로그램의 개발과 공급 인력의 육성이
 요구되며, 비약물치료 제공의 주체를 선정하는 것이 필요하다. 비약물치료
 는 인지 및 일상생활전반에 대해 전문적인 지식을 가지고 있는 작업치료사
 가 수행하도록 하며, 이러한 제반여건이 성숙되기 전 단계에서는 인지재활
 프로그램 매뉴얼을 작성하여 작업치료사 자격증 소지자를 중심으로 전문강
 사를 육성하고 복지관 등에 시범 운영함으로써 인지재활프로그램의 효과,

정책대상자(치매노인)의 참여도 및 만족도를 모니터링 하여 점차 확대해 나가는 것이 바람직할 것이다.

〈표 5-10〉 건강보험요양급여 비용 내역 중 작업치료 급여 내용 및 점수

제7장 이학요법료			
제3절 전문재활치료료			
<p>주: 1) 해당 항목의 물리치료를 실시할 수 있는 일정한 면적의 해당 치료실과 실제 사용할 수 있는 장비를 보유하고 있는 요양기관에서 재활의학과 전문의가 상근하고, 해당 전문의 또는 전공의의 처방에 따라 상근하는 물리치료사(작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 재활사회사업, 연하장애재활치료 제외) 또는 해당분야 전문치료사(작업치료사는 작업치료, 일상생활동작 훈련치료, 연하장애재활치료에 한하고, 사회복지사는 재활사회사업에 한함)가 실시하고 그 결과를 진료기록부에 기록한 경우에 산정한다.</p>			
분류번호	코드	분 류	점수
사-123	MM111	작업치료 Occupational Therapy 가. 단순작업치료 Simple 주 : 1인의 작업치료사가 2인 이상의 환자를 상대로 동시에 10분 이상의 훈련을 실시하는 경우에 산정한다.	65.03
	MM112	나. 복합작업치료 Complex 주 : 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 10분 이상~30분 정도 실시한 경우에 산정한다.	93.73
	MM113	다. 특수작업치료 Special 주 : 1인의 작업치료사가 1인의 환자를 1대 1로 중점적으로 30분 이상 다양한 치료를 실시한 경우에 산정한다.	150.11
제8장 정신요법료			
[산정지침]			
<p>(1) 정신요법료는 정신과 전문의가 정신과 환자에게 행한 경우에 산정하되, 반드시 분류항목별 치료행위에 관한 내용을 진료기록부 등에 기록한 경우에 산정할 수 있다.</p> <p>(2) 위 “(1)”의 규정에도 불구하고 다음의 분류항목은 정신과 전문의 지도하에 정신과 전공의가 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 다만, “(가)”는 3년차 이상 전공의가 실시한 경우에 산정할 수 있다.</p> <p>(가) 심층분석요법(아-1-다), 분석집단정신치료(아-2-나), 약물이용면담(아-5)</p> <p>(나) 지지요법(아-1-가), 집단요법(아-1-나), 가족치료(아-3), 전기충격요법(아-7), 지속적 수면요법(아-8)</p> <p>(3) 위 “(2)”에서 규정한 분류항목 이외는 정신과 전문의 지도하에 정신과 전공의 또는 상근하는 전문가(정신간호사, 사회복지사 등)가 실시한 경우에도 산정할 수 있다. 다만, 정신의학적 사회사업(아-11)은 사회복지사가 직접 실시한 경우에만 산정한다.</p>			
아-4	NN040	작업 및 오락요법 [음악, 서화, 조각, 운동, 작업 등] Occupational or Recreation Therapy 주 : 1. 실시종목수에 관계없이 소정점수를 산정한다. 2. 외래의 경우 주 1회 입원의 경우 주 5회 이내만 산정한다. 3. 각종 소모재료 비용은 별도 산정하지 아니한다.	50.69

자료: 보건복지가족부(2009). 2009년 1월분 건강보험요양급여비용.

제3절 저소득층 치매 치료관리 서비스

저소득층 치매 치료관리 지원정책의 전달체계는 노인노인 자인 노인과 가족의 이용이 용이하여야 하며, 운영을 위해 행정수행기관의 업무를 간소화하고 이를 위한 중복업무가 발생하지 않도록 해야 한다. 저소득층 치매 치료관리 전달체계 설계시 고려해야 할 기존 유사 사업은 노인복지사업으로, 지자체에서의 치매관련 사업과 연계 및 통합 운영이 가능하도록 설계되어야 할 것이다.

급여내용과 대상자 규모 및 선정방식에 따라 여러 가지 지원 방식을 고려할 수 있으며, 그 내용에 따라 전달체계의 선택이 달라지기 때문에 상기 내용에 대한 논의가 우선되어야 한다. 본 정책의 주요 내용은 추가적인 약제비에 대한 지원이 우선 이루어질 것이며, 이는 치매의 비약물 치료에 대한 지원으로 단계적으로 확대될 것이다. 또한 지원대상자의 규모는 노인 약 9만 3천명으로 치매노인의 20% 수준이며, 전체노인의 약 2%에 해당하므로 규모로 지원대상 규모가 타 사업에 비해 상대적으로 소규모이다. 또한 대상자 선정기준으로 건강, 연령, 경제적 조건이 부합해야 하고 선정방식은 건강보험료를 기준으로 한 소득수준 파악이라는 점을 고려할 필요가 있다.

또한 전달체계에 앞서 논의되어야 할 것은 급여 지급 방식이다. 본 사업의 급여내용은 약제비 지원 서비스로, 약제비는 현금 또는 바우처로 지급할 수 있으며, 비약물치료서비스는 서비스(현물) 또는 바우처 방식의 급여형태를 채택할 수 있다. 따라서 전달체계는 급여내용을 바우처 방식으로 할 때와 현금/현물방식으로 할 경우에 따라 달라질 수 있다.

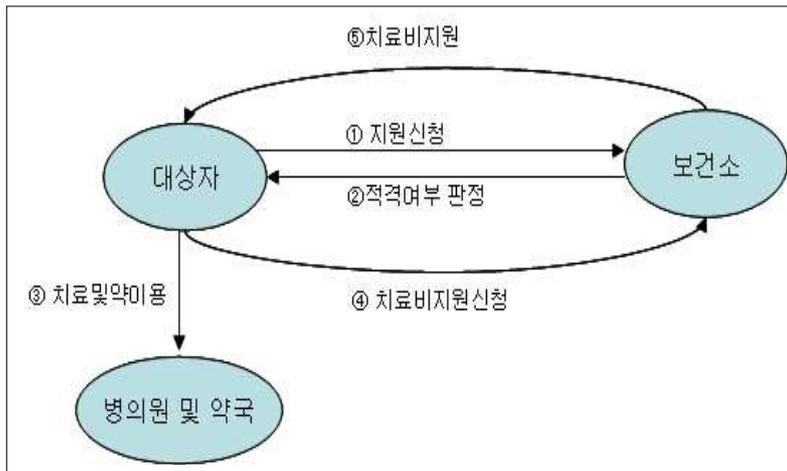
1. 제1안: 현금/현물 직접 지원 방식

치매 치료관리 지원정책에서 약물치료를 현금으로 지급하고, 비약물치료에 대해서는 프로그램을 이용할 수 있도록 하는 방식이다.

의
에
부
서
상
는
과
지
있

대상자로 확정 통보를 받은 후에 해당 대상자가 의료비 부담을 이용한 이후 해당 영수증을 보건소에 제출한 이후에 신청한다. 보건소 사업담당자는 치매 치료약제 리스트(부록 I. 치매 치료약제 급여 목록 참조)를 참조하여 해당 약제가 처방전에 포함되어 있는지를 파악하고 약제비 청구자에게 약제비 지원 한도 내에서 지원금을 사후 지급한다(그림 5-1 참조).

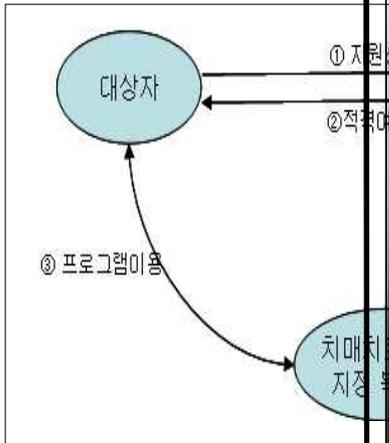
[그림 5-1] 치매 치료관리비 지원과정



약물치료 지원에 있어 현금/현물 직접 지원 방식은 서비스 이용자인 노인 입장에서 보았을 때 절차가 간단하고 치매환자 본인에게 직접 현금이 제공되기 때문에 정책만족도와 호응도가 높아질 수 있는 장점이 있으나, 전소의 업무가 증가하여 행정효율성은 떨어질 수 있다. 특히, 본 연구조사 결과 치매상담센터 및 치매조기검진사업 인력이 1~2명인 경우가 일반적이고(84.0%, 표 3-17참조), 그나마 인력도 전담인력이 아니라 겸임인 경우가 많아(61.6%, 표 3-20 참조) 사업이 본격화 되면 인력 충원 없이는 정상적인 사업 추진이 어려울 것으로 전망된다. 또한 사업 인력이 대부분 간호직으로(48.7%, 표 3-18 참조) 의약품을 전문적으로 다루는 약사가 아니고 치료약제의 종류와 수가 매우 다양하기 때문에 운영상의 어려움이 있을 수 있다.

치매관리의 비약물치료프로그램에 대한 지원은 지역내 비약물치료프로그램을 실시하기에 적합한 기관을 지정하여, 사업을 위탁하여 실시하도록 한다. 치매치료를 위한 비약물치료프로그램은 직업치료, 인지치료, 미술치료, 인지치료 등이 관련 기관에서 실시할 수 있으나 표준화, 전문화 되지 않은 실정이다. 따라서 비약물치료프로그램의 개발과 더불어 사업이 실시될 수 있도록 지역사회내 신뢰할 수 있는 복지기관 또는 치매전문센터에 위탁하여 운영될 수 있도록 한다. 지원대상 적격자로 선정된 치매환자는 지역에서 지정된 기관의 프로그램을 이용하도록 한다.

[그림 5-2] 치매 비약물치료프로그램 서비스 전달체계



2. 제2안: 바우처 지원 방식

가. 바우처 지원방식 전달체계

치매 치료관리의 급여형태를 바우처 지원방식으로 하는 경우 [그림 5-3]과 같다. 대상자의 선정과정은 [그림 5-3]과 같다. 대상자의 선정과정은 [그림 5-3]과 같다. 지원자는 지원대상으로 선정된 이 치매 비약물치료관리프로그램의 경우 지역 내 해당 치매 비약물치료관리프로그램 등의 기관과의 계약을 통해 서비스를 이용하게 된다. 바우처 지원방식에 따른 조제를 하였거나 비약물프로그램 서비스를 이용하는 전담 금융기관에 해당 비용을 청구하고, 바우처 비용은 해당 금융기관에서 정산한다. 전담 금융기관에서는 (가)한국사회서비스관리원과 바우처 비용을 정산하도록 한다.

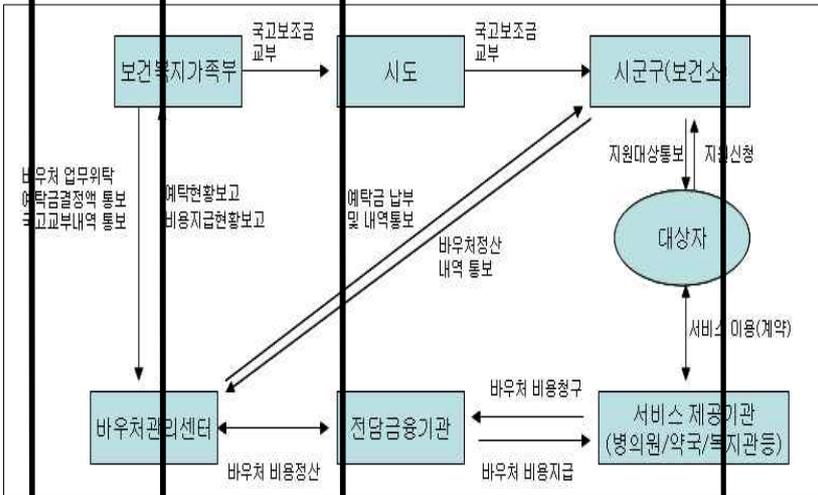
치매 치료관리를 바우처 방식으로 할 경우 서비스 전달체계에서의 장점은 서비스를 이용하는 대상자에게는 서비스 이용 시 현금으로 지급받을 때와는 달리 영수증을 별도로 제출하여야 하는 불편함이 없다는 점이다. 또한 비약물프로그램 서비스를 이용할 경우 지정된 기관 이외에 자유롭게 서비스를 이용할 수 있다는 장점을 갖고 있다.

그러나 바우처 (재)한국사회서비스관리원의 운영 추가 발생한다. 특히 저소득층 치 대상자의 규모가 전체노인의 약 2%로 규모 면 바우처 방식 도입의 신중을 기할 필요가 있다.

한편, 서비스 이용자가 노인이라는 점에서 바우처 방식에 대해 서비스 지원을 받기 위해서는 지정된 병원이나 약국만을 이용하는 불편함이 있다. 2007년 5월 도입된 노인 돌보미바우처의 경우 초기에는 서비스 이용자가 빠르게 증가하였으나 장기요양보험 도입 이후 이용자가 급감하여 2009년 2월 현재 7,731명이 이용하고 있을 뿐이다(표 4-3 참조). 바우처가 공급자 중심으로 운영되었던 사회적 지원을 이용자의 자율성과 소비자로서의 권리를 인정해 주는 방식으로 전환하는 계기가 되었다는 점에서 상징적 의미는 있으나 서비스 이용자인 노인에게 ‘바우처’는 여전히 생소하고 복잡한 제도임에 틀림없다. 더욱이 치매 치료관리 지원에 있어 약물치료 지원은 이용자가 접근하기가 극히 제한적이기 때문에 바우처 도입이 갖는 상징적 의미와도 이율배반적인 측면이 존재한다.

마지막으로 바우처방식을 지금과 같이 치매치료의 비약물프로그램이 전 문화되지 못하고 시장이 발달하지 못한 상황에서 도입할 경우, 시장을 조속히 확대시킬 수 있는 장점이 있을 수 있으나, 반대로 질적 측면에서 저질의 서비스를 확대·양산할 수 있는 부작용의 가능성을 갖고 있다는 점 또한 고려해야 할 것이다.

[그림 5-3] 치매 치료관리 바우처의 전달체계



나. 치매 치료관리 바우처 단계별 도입방안

앞서 바우처 지원방식 전달체계의 흐름과 장단점을 차례로 살펴보았다. 대체로 치매 치료관리 지원제도가 신규 사업으로 서비스 규모를 예측하기 어렵고 서비스 내용의 특성 상 명목적으로는 바우처 도입에 많은 장애요인 존재함을 확인하였다. 하지만 최근 정부에서는 각종 사회서비스 재정지원방식에서 바우처의 도입을 기향하고 있고, 바우처에도 여러 가지 다양한 운영방식이 존재하기 때문에 미래지향적인 관점에서 이를 적극적으로 검토할 필요가 있다. 따라서 사업의 진행 단계별로 바우처의 운영방식과 도입방안에 대해 살펴보기로 한다.

정책적 요인인 목적적합성, 수단적합성, 집행용이성, 상업성을 운영적 측면의 요인과 연결하고, 치매 치료관리바우처 제도의 도입기-안정기-확립기의 단계별 고려사항을 제시하면 다음과 같다. 구체적으로 목적적합성은 선장기관에 대한 부담과 같은 측면에서, 수단적합성은 집행용이성과 집행용이성은 기술개발을 통한 부담금 방식과 운영체계에 관계가 나타

난다. 그리고 상업성의 정책적요인은 개인구상과 의무금과의 관계면에서 중요성이 나타난다고 할 수 있다.

[그림 5-4] 전자바우처사업 전환 단계별 정책적·운영적 고려요인

도입기	안정기	확대기
<p>목적적합성</p> <p>정치성(바우처구성)</p>	<p>공공성(바우처유효기간, 본인부담금부담방식, 부정사용방지)</p>	<p>정치성(바우처구성)</p> <p>민주성</p>
<p>수단적합성</p> <p>효율성(바우처운영체계)</p> <p>형평성(선정기준, 병행서비스)</p> <p>적시성(결제수단/매체)</p>	<p>효과성</p> <p>형평성(선정기준, 병행서비스)</p>	<p>효과성</p> <p>적시성</p>
<p>집행용이성</p>	<p>투명성(바우처운영체계, 결제수단/매체)</p> <p>순응성(본인부담금, 바우처차감)</p>	<p>위법성(부정사용방지, 중복서비스)</p>
<p>상업성</p>	<p>산업성</p>	<p>대체성</p> <p>시장성</p> <p>산업성</p>

1회 정도의 빈도를 감안한다면, 카드방식보다는 종이바우처 방식이 더 비용 효율적으로 판단된다. 이를 운영하는 방식도 (재)한국사회서비스관리원 등에 위탁을 맡겨 운영하는 비금융방식 도입이 적합하다. (재)한국사회서비스관리원에서 위탁운영하고 현행 전자바우처 통합정보시스템의 시스템을 활용을 감안하면 아래와 같은 추가인프라투입비용이 추정될 수 있다. 사.공.구 보건소담당자가 사회복지통합망을 통해 서비스 신청, 심사, 결정 등의 자격관리를 위해 활용하는 치매 치료관리 바우처시스템의 구축이 필요하며, (재)한국사회서비스관리원에서 치매 치료관리 바우처에 대한 비용청구, 정산처리 등을 관리할 수 있는 치매 치료관리 바우처운영지원시스템의 구축이 요구된다.

2) 안정기

대상자 선정기준은 소득기준(소득상위 계층(소득하위 40%)과 차상위 계층(최저생계비 120% 이상)이상 대상자 중에서 치매로 진단받은 경우)로 한다. 소득수준과 치매정도에 따라 정부지원액을 차등 지급하도록 하며, 소득수준이 높은 대상자에게 본인부담금을 부담시킬 수 있도록 복수 관정등급체계가 요구된다. 대상자 중에서 기초생활수급자, 독거노인, 조손가정에 해당하는 경우, 다른 대상자보다 우선권 부여가 필요하다. 본인부담금 차상위계층 이상에게 사용량에 따라 본인부담금 면제되는 경우를 제외 방식이 많은 부담이 적은 방식이 타당하다. 소득수준이 낮은 계층의 경우 본인부담금에는 바우처지원액이 전부 정부지원금으로 구성되나, 차상위계층의 경우에는 바우처지원액이 본인부담금과 정부지원금이 합산된 금액으로 구성된다.

약제비의 경우에는 월별로 비사용하는 바우처 잔량에 대해서 소멸처리하는 소멸형이 적합하며, 비약물치료에 대한 바우처는 서비스 제공인력이 수요보다는 공급이 부족한 초기 인프라 상황을 고려할 때 이용자가 자유롭게 사용량을 조정할 수 있는 이월형이 적합하다. 약제비의 경우 월별 한도 내에서 일정하지 않기 때문에 이에 대한 본인부담액에 대한 지원을 위해서는 포인트형이 보다 적합하다. 비약물치료에 대한 일부 서비스에 대하여 시간

단위로 단가를 구성하여 이용자가 부담하는 부담형태가 적합하다.

대상자인원이 9만 4천명 이상 되고 예산규모도 1,466억 원으로 증가한 상황에서는 금융방식과 비금융방식 중 어느 방식을 택할 것이 필요하며, 역할별로 두 방안의 차이는 다음과 같다. 첫째 방안인 비금융방식에서 시·군·구는 신청접수, 자격심사 결정, 대상자 사후 관리업무, 제공기관 지정 등을 담당하며 (재)한국사회서비스관리원에서 가격관리, 바우처 생성통제, 결제승인, 결제매체배송, 결제수단보급, 비용지급, 예탁금 정산처리 등을 한다. 두 번째 방안인 금융방식에서 시군구의 업무는 비금융방식 방안과 동일하고 (재)한국사회서비스관리원에서는 가격관리, 바우처 생성통제, 예탁금 정산처리 등을 하며, 금융기관에서는 결제승인, 결제매체배송, 결제수단보급, 비용지급을 담당한다.

운영체계 방안별로 인프라 구축비용이 다르게 산정되며, 각기 시스템 구축범위는 다르게 적용된다. 운영체계에 따라 결제수단과 매체는 다르게 적용할 수 있으며, 결제매체로 카드가 가장 효과적으로 판단된다. 운영예산도 금융방식의 경우, 결제금액의 수수료가 발생하고 있으나 서비스 제공기관이 부담하고 있어 정부측에서는 가격관리와 정산업무에 대한 (재)한국사회서비스관리원의 관리·운영비용만을 고려하면 된다. 비금융방식의 경우, 결제금액에 수수료를 부과하지 않고 위탁운영기관에서 모든 비용을 정부로부터 위탁수수료를 받은 방식을 택할 경우 일반운영비에 외에 시스템운영에 소요되는 비용이 추가적으로 필요로 하게 된다. 단, 두 방식 모두 단말기는 제공기관에서 구입비를 부담하므로 별도의 비용을 산정하지 않는다.

3) 확대기

대상자 선정기준으로는 소득기준은 별도로 정하고, 소득수준에 따라 차등하여 치매로 진단받은 경우에 우선적으로 지원한다. 그리고 소득수준과 치매정도에 따라 정부지원액을 차등으로 지급하도록하며, 소득수준이 높은 대상자에게는 본인부담금을 부담시킬 수 있도록 복수 판정등급체계가 필요하다. 또한 대상자 중에서 기초생활수급자, 독거노인, 조손가정에 해당하는 경우,

다른 대상자보다 우선권 부여
 저소득계층에게는 본인부담
 사용량에 따라 본인부담금이
 이를 방지할 필요가 있다. 본
 이 증가하면서 예산의 효율적
 스 이용자가 판단하여 사용할
 한다. 그리고 본인부담금을 일
 도록 제한조건을 두는 것이
 은 비용이
 원액이 본인부담금과 정부지
 바우처 유효기간을 살펴보
 처 잔량에 대해서 소멸처리하
 비스수급이 안정적인 인프라
 처리하는 소멸형이 적합하다.
 인부담액에 대한 지원을 위해
 서비스가 다양해지고 서비스
 적용이 어렵기 때문에 포인트
 원이 20만 5천 명 이상 되고
 은 금융방식과 비금융방식 함
 의 차이는 다음과 같다. 첫 번
 수, 자격심사결정, 대상자 사
 한국사회서비스관리원에서는
 체배송, 결제수단보급, 비용지급, 예탁금정산처리 업무를 담당한다.

〈표 5-11〉 치매 치료관리비우치 사업의 중장기 추진방향

단계구분		도입기	안정기	확대기
기간		2010년-2011년	2012년-2015년	2016년 이후
목표		-최소한의 비우치전환검토	-비우치의 인프라 구축	-비우치의 양적확대
추진 방향		-재정확보의 효율성 중시 (낭비적 요소 금지) -비우치전환의 사각적 질적성 -기본적인 Setting 중시	-서비스제공인력 양성 -대상자 선별이 중요시됨 -효과상여부는 약하게 검토	-예산확보의 중시 -본인부담금 확대 -품질관리 및 연관산업의 발달
대상자 수	치매 노년층	47만명	52만명	64만명
	서비스 대상자	6.7만명	9.4만명	20.5만명
	비율	14.3%	18%	32%
선정 기준	치매 정도	전체	전체	전체
	소득 수준	차상위(소득기준 120%)	차차상위(소득기준 140%)	일반
	주거 상태	일반주거	일반주거	일반주거
사업규모 (예산장도)	241억 (6.7만명×3만원×12월) ¹⁾	1,466억 (9.4만명×13만원×12월) ²⁾	3,198억 (20.5만명×13만원×12월) ²⁾	
서비스내용	약제비	약제비+소규모프로그램	약제비+전체프로그램	
서비스 제공기관	약국: 6,930 ³⁾ 보건소/복지관: 253개 기관	약국: 13,860 ⁴⁾ 보건소/복지관: 506개 기관	약국: 20,790 ⁵⁾ 보건소/복지관: 759개 기관	

주: 1) 아리셀트(10mg) 복용시 3,294원 × 30%(일반 본인부담율) × 30일 = 29,646원

2) 약제비 3만원 + 재활프로그램 이용료 10만원(1만원 × 10회)

3) 동읍면(3,465개) × 2개 약국, 시·군·구(253개소) × 1개소

4) 동읍면(3,465개) × 4개 약국, 시·군·구(253개소) × 2개소

5) 동읍면(3,465개) × 6개 약국, 시·군·구(253개소) × 3개소

제4절 치매조기검진 사업과의 연계

치매는 예방과 조기발견이 중요한 질병이다. 치매상담센터는 전국 보건소를 중심으로 조직되어 지역사회 치매노인의 등록 및 관리, 치매노인 및 그 보호자에 대한 상담 및 지원 등을 위한 기반을 다져왔다. 지역사회 치매환자에 대한 다양한 서비스에 대한 욕구를 충족시켜 주기에선 진단인력 및 예산의 부족, 전문성의 결여, 통합관리주체에 대한 책임의 모호 등의 한계가 지적되었으나 보건소 조직을 통한 전국적 사업수행이 가능하다는 추

면에서 발전가능성이 높고, 검진사업과 연계 추진될 예정이다. 현재 보건소 치매조기검진사업을 수행하고, 치매 진단검거점병원은 치매 진단사업자에게 통보한다. 거점병원은 진단다. 치매검진내역은 대안다.

보건복지가족부의 2008년도 조치내역을 보면 상담으로 종결되고, 치매조기검진사업과의 연계사업에 의한 선별검진이 약 28% 하였다. 즉, 조기검진 사업을 통한 치료관리로 연결되지 못하고 있다. 치매는 조기 발견과 조기 치료를 현저히 줄일 수 있으나, 국내 치매 환자의 대부분이 치료를 받지 못하고 방치되고 있을 뿐 아니라, 진단 경우에도 증상 발현으로부터 치료 개시 시점 간의 간격이 적기를 치는 경우가 많다 (조맹제 외, 2008).

따라서 치매가 의심되는 증상이 있으면 조기검진사업을 통해 치매 여부와 원인을 파악하고, 조기진단 적절한 치료의 연결로 병의 증상을 완화하고 병의 경과를 둔화시킬 수 있을 것이다. 따라서 치료비 부담이 어려운 저소득층 치매환자에 대한 치매 약제비 지원을 통해 경제적 부담을 덜어주고 치매 중증화를 지연시킴으로써 개인적 부담뿐만 아니라 사회적 비용을 경감시킬 수 있을 것이다. 또한 보건소의 치매 조기검진 및 등록관리 대상자가 일반노인까지 단계적을 확대되고, 치매 약제비 지원에 의한 치료관리가 연계된다면 치료의 연속성과 효과성이 제고될 것이다.

한편 보건소의 치매 조기검진 및 진단 사업과 치매 치료를 위한 약제비 및 인지재활프로그램의 지원, 노인 장기요양보험제도에 의한 요양서비스 제

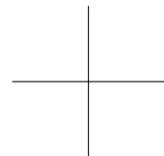
공 등 지역사회내 자원을 통합적으로 관리하고 연계하는 사례관리, 즉 네트워크 중계자가 지역사회 통합 사례관리 주체가 된다면 치매의 조기 발견, 치료 및 재활에 이르기까지 지역사회 단위의 통합적 서비스 제공이 가능해질 것이다.

제5절 치매 치료관리를 위한 인식개선 방향

치매는 대표적인 노인성질환으로 알려져 있으며, 과거에는 노망, 망령이라고 하여 노인들이 가장 두려워하는 질병의 하나로 여겨지고 있다. 그만큼 치매의 증상은 노인에게 심한 심리적 충격을 안겨주어 성인이라면 누구든지 알고 있을 정도로 인지도는 매우 높은 편이다. 그러나 노화의 과정에서 누구도 불가항력적으로 겪을 수 있는 현상으로서 인식이 보편적이며, 다만 많은 노인들이 치매를 질병으로 인식하지 않을 것이라고 생각하는 경향(황희숙, 1998)이 있다.

치매의 원인이나 증상, 치료 등에 대한 일반인의 인식 조사 연구(김영란, 1993)를 살펴보면, 김영란(1993)은 치매에 대한 개념을 다섯가지 요인으로 범주화 했는데, 이 연구에서 치매의 원인을 하나의 질병으로 보기보다는 신체적 허약이나 자연스러운 노화과정으로 보고 적절한 치료를 부정하고 있는 것으로 파악하였다. 김남초(1999)는 교육정도가 낮고, 취미생활을 하지 않고, 치매교육이나 정보와의 접촉이 없었던 노인에게서 치매 지식정도가 낮다고 보고하였고, 송영희(2002)는 중년을 대상으로 치매 지식을 조사한 결과 성별, 학력, 직업, 소득, 치매에 대한 정보 유무에 따라 유의한 인식 차이를 보인다고 하였다.

한편, 주혜선(2004)은 치매 일반인 대상자를 대상으로 조사한 결과 치매 증상에 대한 인식은 전반적으로 낮아져 있다고 보고하였다. 특히, 저학력자와 무직자, 소득이 낮은 고령층은 치매 예방과 치료에 대한 인식에서 치매는 조기발견이 불가능하다는 인식이 높았으며, 일반인의 경우 전



문적 지식이 토대가 되는 치매의 발병원인과 치매 예방 인식에 관한 인식이 충분한 경우가 많은 것으로 나타났다. 대학생들의 치매노인에 관한 인식을 연구한 권병인(2008)은 치매에 대한 일반인식에서 치매가 질병이라는 인식이 일반적 노화의 결과라는 인식보다 다소 높았고 치매가 치명적이라는 인지도 49.4%로 비교적 높았으며, 치매에 대한 지식을 대중매체를 통해서 습득하고 있는 것으로 보고하였다.

비교적 최근 연구로 성동구 치매지원센터를 이용한 주민을 대상으로 김희진 외(2008)의 연구에서는 치매에 대한 지역주민의 일반인식 이해정도는 비교적 낮은 것으로 나타났다. 치매에 관한 이해도에 있어 치매 예방 및 조기 치료에 대한 이해는 높은 편이었으나 관리에 대해서는 이해도가 낮은 편이었다.

이러한 연구결과들을 종합해 볼 때, 1997년 보건소에 치매상담센터가 설치된 등 치매 관련 사업들이 추진되면서 일반 상식으로 치매의 예방이나 조기 치료에 대한 이해는 다소 개선되고 있는 것으로 보인다. 또한 치매조기검진 사업담당자에 대한 본 연구조사 결과에서도 사업 실시 이후 치매에 대한 일반 인식이 ‘개선되었다’는 응답이 42.1%로 긍정적인 응답이 많았다.

그러나 치매의 발병원인과 치료, 관리에 대한 정보가 부족하거나 잘못되어 오히려 모르고 있는 경우보다 인식 개선의 장애가 우려되는 상황이다. 실제로 조맹제 외(2008)의 조사결과에 따르면, 이웃과 같은 비전문가를 통해 치매 관련 지식을 습득한 경우에는 치매인식도 평균 점수가 전체 평균 점수보다 유의하게 낮아, 비전문가를 통한 정보 습득이 오히려 치매에 대한 편견과 오해를 조장할 수 있을 것이라 지적이 제기되었다.

한편, 학력이나 소득 등 개인의 인구특성에 따라 지식의 편차가 보고되고 있는 만큼 치매 인식 개선을 위한 홍보 전략이 대상에 따라 더욱 구체적이고 치밀하게 구성되어야 할 것으로 보인다.

치매에 대한 정보 수집 경로에 대해서는 텔레비전, 신문 등이 대중매체가 가장 많이 언급되고 있다(주혜선, 2004; 권병인, 2008). 서울시 성동구 치매

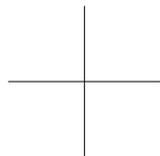
센터 이용자에 대한 조사에서도 치매에 대한 정보를 가장 많이 접하는 방법으로 방송매체가 가장 많았으며, 그 다음으로는 가족이나 친지, 신문의 순이었다. 반면 교육 자료를 통한 정보 획득은 매우 낮았다.

또한 조맹제 외(2008)의 치매 노인 유형별 정보 획득 경로에 따르면 치매의 지식 습득은 방송매체를 가장 많이 접했으며, 이웃을 통한 경우가 19.1%의 순이었다. 신문, 보건소, 병원을 통한 정보의 습득은 각각 12.1%와 11.1%였고, 치매에 대한 지식을 전혀 얻지 못한 경우도 14.3%로 나타났다.

현대사회에서 대중매체는 다른 어떤 매체보다 정보제공 기능이 우수하기 때문에 차치하면, 대중매체 외에 치매에 대한 정보 채널이 거의 부재한 것을 확인할 수 있다. 뿐만 아니라, 대중매체를 통한 치매에 대한 정보의 접근도 지극히 부족한 형편이다. 많은 연구자들이 대중매체 정보의 습득 경로로 대중매체를 지적하고 있는 것과 같이 일반국민이 쉽게 접하는 대중매체를 적극적으로 활용하는 치매가 노화의 늑이나 불치의 병이 아니라 지속적으로 치료 관리하면 증상의 완화나 지연효과를 볼 수 있다는 점을 강조해 나가야 할 것이다.

한편, 치매의 경우 일반인의 인식개선과 함께 치매 부양가족에 대한 교육과 정보제공이 매우 요구된다. 고령자들은 직업을 통해 배우는 지식을 습득하는 경우가 많아서 치매 부양가족 등에 대한 교육은 차라리 직업교육을 통한 잠재적 고령층에 대한 홍보의 밑거름이 될 가능성도 존재한다.

치매 가족부양자에 대한 교육은 개인적 개입과 집단적 개입방식으로 구분할 수 있는데, 개인적인 개입은 가족부양자를 대상으로 서비스를 받을 수 있다는 장점이 있는 반면, 집단의 장점을 활용한 개입의 효과를 기대하기 어렵다는 한계가 있다. 반면, 집단개입은 집단의 영향력을 통한 변화와 가족부양자간의 정보교류와 사회적인 위상정립이라는 측면에서 강점을 갖고 있지만, 가족부양자들을 자발적으로 참여시키기 어렵고, 자발적 회의에 걸친 집단프로그램은 일회성 교육보다 여러 주제를 다룸으로써 교육 효과를 높일 수 있다는 이점이 있다. 그러나 이러한 프로그램은 시간이 지남에 따라 중도탈락자가 발생할 소지가 커서 그 효과를 예측하기 쉽지 않다.



제약도 있다. 게다가 집단 프로그램은 종료 후에도 구성원들의 자조모임을 구성하여 지속적으로 상호지지할 수 있다는 이점도 있으므로 장기적인 측면에서 효용성이 높다(김수영 외, 2007).

〈표 5-12〉 치매 가족부양자 교육 방법의 장단점

구분	개인적 접근	집단적 접근
장점	-치매노인으로부터 벗어날 수 없는 부양자의 여건에 대한 배려가 가능	집단의 역동성(상호작용) 반영 연속된 교육으로 교육 완성도 및 효과가 높음 교육 후 자조모임으로 발전
단점	-교육전문가의 확보 -다른 가족부양자와의 상호작용 불가능	참여자 확보가 어려움 참여자의 중도 탈락

이와 같이 두 가지 접근 방식이 있으나 사회교육 차원에서는 전문강사 등 교육자원의 한계와 교육 효율성의 이유에서 집단적 접근방식이 이용된다. 현재, 한국치매가족협회 등을 통해서 가족 수발자 교육이나 가족모임 등이 추진되고 있다. 본 연구조사 결과 치매조기검진 사업을 실시하고 있는 보건소에서 2009년 상반기 중 치매노인 가족 모임을 2회 제공한 보건소가 27.1%로 가장 많았고, 5~6회 22.0%, 1회 18.6%, 7회 이상 16.9%의 순으로 조사되었다(표 3-55 참조).

치매노인의 부양자를 위한 프로그램들은 노인부양자의 물리적, 심리적인 지원을 목적으로 한다. 다시 말해 신체적, 심리적 부담을 완화시키고, 부양자에게 교육적, 지지적 접근을 제공하여 가족부양자가 외부의 도움없이 치매노인을 수발할 수 있는 능력을 배양하고자 하는 것이다.

그래서 치매 부양가족을 위한 프로그램은 다음의 내용을 포함하도록 한다. 첫째, 정보의 제공이다. 치매에 대한 일반적인 정보와 지식을 제공하여 부양자가 알고 있는 잘못된 정보를 수정하고 치매의 만성적 장애 효과와 영향에 대한 이해를 도모하여 효과적인 재가수발이 가능하도록 돕는다. 또한 지역사회 자원의 구체적 정보를 포함하여 치매부양자에게 유용한 소스를 제공한다. 둘째, 정서적 지지이다. 치매노인 부양자들의 문제와 관심에

대해서 서로 확인하고 해결 접근을 위한 정보를 공유하며 새로운 작업
직접적인 도움을 얻기 위한 토론이 이루어지는 가운데 심리적 지지를
할 수 있다.

<표 5-13>은 2009년 호서대학교 벤처전문대학원에서 실시한 치매
가족수발자를 위한 무료 지지프로그램으로, 앞서 논의한 부양가족 프
의 내용이 포함되어 있는 것을 확인할 수 있다. 이 프로그램은 수발자
1년 이상 된 치매노인 가족수발자 35명에게 무료로 제공되었으며, 향이 치
매가족 교육프로그램 등의 내용으로 참고가 될 수 있을 것이다.

<표 5-13> 치매노인 가족수발자 지지프로그램(예시)

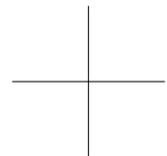
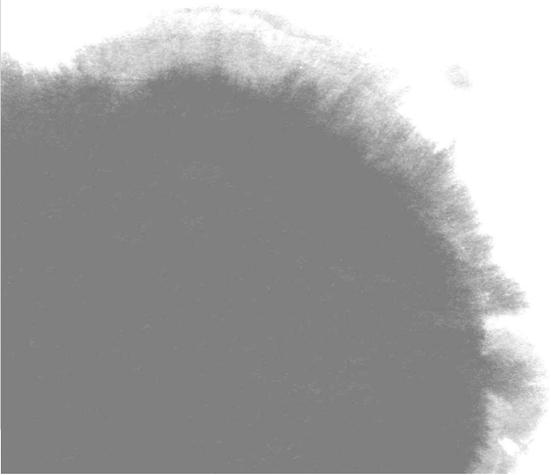
회기	일시	프로그램 내용	목표	세부내용
예비 모임	2009.07.01(수) 10:00~12:00	오리엔테이션	프로그램에 대한 전반적 이해	-프로그램 개요 -혈액검사 -검사지 작성
1	2009.07.08(수) 10:00~12:00	치매환자의 이해	치매에 대한 이해	-치매의 증상과 경과 -중복질환 -집에서의 care 방법
2	2009.07.15(수) 10:00~12:00	건강관리	생활만족도 증가	-운동요법 및 영양관리
3	2009.07.22(수) 10:00~12:00	미술치료	우울감소, 생활만족도 증가	-수발자 대상 미술치료
4	2009.07.29(수) 10:00~12:00	가족갈등해소	대처행동능력강화, 자기효능감증가	-가족내에서의 어려움 나누기 -가족의 역할배분이나 나이갈 방향에 대해서 토의하기
5	2009.08.05(수) 10:00~12:00	치매노인과의 의사소통, 대처방법	대처행동능력강화, 치매노인과의 관계개선	-치매노인과의 적절한 의사소통 -문제행동에 대한 대처방법 -집단간 대처 전략 세워보기
6	2009.08.12(수) 10:00~12:00	스트레스관리	스트레스완화, 정서적지지	-수발 부담에 대한 스트레스 -스트레스 해소 방안 -스트레스 관리 계획 세워보기
7	2009.08.19(수) 10:00~12:00	웃음치료	스트레스 관리, 우울감소	-수발자 대상 웃음치료
8	2009.08.26(수) 10:00~12:00	지역사회자원제 공 및 마무리	정보제공, 마무리	-사회적지지망 정보제공 -혈액검사 -검사지 작성

자료: 호서대학교 벤처전문대학원(2009).

06

K
I
H
A
S
A

요약 및 결론





우리나라는 노인성 치매노인수의 증가 뿐 아니라 치매 고 위험군인 노년층의 수가 지속적으로 증가할 것으로 예상된다. 또한 저출산, 핵가족화, 사회진출 확대 등으로 치매환자에 대한 가족 부 양능력이 감소하고 치매환자의 의료비가 증가하고 있어 치매환자로 인한 사회적 부담이 증가할 것으로 전망된다.

치매는 노년층의 일반적인 노화현상이 아니라 뇌의 질환으로 인해 생기는 하나의 증후군으로 만성적이고 진행성으로 나타나기 때문에 예방과 조기검진 및 치료 관리가 반드시 필요하다. 그러나 노인성 치매에 대한 국민인식의 부족으로 질병으로 인식되지 못하여 치매의 조기발견과 치료가 늦다. 치매 종류는 매우 다양하며 다수의 치매는 조기에 발견하여 적절히 치료하면 진행을 지연시키거나 증상을 호전시킬 수 있으나, 치매 추정노인중 치매 치료를 위하여 의료기관에서 진료를 받은 환자는 10.8%에 불과하다.

따라서 본 연구에서는 저소득층 치매 환자 가족의 경제적 부담을 경감하기 위해 치매 치료관리를 지원하는 제도 도입을 위해 치매조기검진사업을 수행하고 있는 보건소와 노인복지관 부설 주간보호서비스에 대해 치매관리 프로그램 현황을 살펴보고, 치매 치료관리 바우처제도 도입의 적합성을 검토하여, 치매 치료관리 지원제도 도입방안을 제시하였다.

보건소의 치매 관리 및 지원프로그램 실시 현황에 대한 결과를 살펴보면 주간보호서비스를 제공하는 비율은 10.8%이며, 약제비 지원액은 35.0%이며, 그 지원액은 4.5만원으로 2.7%로 가장 많았다. 약제비 지원액의 적

정수준에 대한 태도는 5만원이라는 응 이 65.0%로 가장 높고 치매 약제비 지원방식은 치매진료비 지원, 치매치료제 처방 여부를 확인한 본인에게 직접 지원하는 경우가 80.0%였다. 치매조기검진사업 담당자는 간호사 또는 간호조무사 자격 보유자가 74.2%로 매우 높고, 사회복지사가 16.1% 등이다. 업무형태별로는 검진자가 61.6%, 전담자는 29.7%로, 치매전문인력양성교육을 받은 인수가 각각 44.1%로 나타나서 전담인력의 확보 또는 인력의 전문성 확보를 위한 지속적 교육훈련이 요구된다. 치매 가족이나 환자에게 도움이 되는 프로그램에 대해 약물치료비 69.5%로 가장 많고, 그 다음은 비약물치료 15.9%, 주간보호서비스 9.7%, 검진 및 진료비 지원이 9.0% 등의 순으로 나타나서 약제비 지원에 대한 욕구가 높다는 것을 알 수 있다.

노인복지관 부설 주간보호시설에서 이루어지고 있는 프로그램에 대한 조사결과에서, 응 시설의 92.3%가 인지재활프로그램을 실시하고 있다고 응 하였으나, 등록노인 대비 치매노인의 비율이 50% 미만인 시설이 44.6%이며, 운영프로그램의 유형으로는 미술치료가 가장 많고, 음악치료, 원예치료, 작업치료 등의 순이다. 한편 치매의 진행 완화 또는 치료를 돕기 위해 인지재활프로그램에 대한 지원이 이루어진다면 가장 시급히 지원되어야 할 부분에 대해 인지재활프로그램의 개발이 31.3%, 인지재활프로그램 운영인력의 확대가 29.7%, 인지재활프로그램 이용자에 대한 이용료 지원이 26.6%의 순으로 인지재활프로그램의 개발 또는 운영인력 지원에 대한 욕구가 높다. 그러나 보건의료기관과 복지서비스가 연계되어 치매노인을 위한 인지재활프로그램이 운영되는 치매전문주간보호시설이 아닌 일반적인 노인주간보호서비스의 경우 대부분 여가활동프로그램 형태로 제공되고 있는 실정이다.

본 연구에서 논의되고 있는 노인 치매 치료관리 바우처 사업의 경우, 사업예산 규모 및 대상자 규모가 전자바우처 방식을 선택하여 즉각적 시행을 추진하기에는 여러 가지 현실적 한계를 갖고 있는 것으로 판단되어 노인 치매 치료·관리의 일환으로 치료(약제)비 지원을 중심으로 바우처 방식을 먼저 도입하는 것을 제안하였다.

제도 도입초기에는 세 이상 치매 노인이 관의 처방전에 의해 직접 지원방식제도를 인프라가 구축되면 1를 바꾸어 방식으로 를 바꾸어 방식으로 비약물치료의 경우 인지재활프로그램 운영 인 시스템을 구축하여 노인에게 대한 사전 사 재 역할을 수행할 수 있는 환경이 조성되어야 한다. 인복지시설인 주간보호서비스에서 제공되는 프로그램 로 운영되고 있는 실정이고 노인복지법에서도 증가 용과 관련된 규정은 치매에 관한 인지재활프로그램을 개발·보급하고 직업치 성하여 노인복지관 등에서 시범사업으로 프로그램을 그 효과 및 정책대상자의 참여도 및 만족도 등을 분석하여 추 도입하는 것이 바람직할 것이다.

또한 저소득층 치매 치료관리 지원제도 도입과 함께 현재 매우 부정적으로 인식되고 있는 치매에 대한 일반인의 인식개선 노력이 병행될 때 치매를 조기에 발견하여 치료받게 함으로써 치매노인과 부양가족들의 삶의 질을 제고하고자 하는 정책목표를 달성할 수 있을 것이다.

결과적으로 의사에 의한 조기진단 및 치료에만 치중한 치매대책은 비용효과적이지 못할 가능성이 높기 때문에, 적절한 치료를 통한 질병 악화의 방지 등 의료적 치매대책과 더불어 노인 건강증진이나 예방적 인지재활프로그램의 개발·보급, 치매에 관한 올바른 지식보급 및 인식개선을 위한 홍보교육, 부양가족에 대한 지원서비스 등과 보편적 노인복지서비스의 확대 그리고 노인 장기요양보험제도와와의 관계 속에서 함께 논의되어야 할 것이다.



참고 문헌

- 강혜규, 박세경, 김형용 외(2008). 사회서비스 성과지표 개발 및 시범 성과 평가 연구, 사회서비스 활성화를 위한 품질 및 성과관리체계 구축방안. 사회서비스관리센터, 보건복지가족부.
- 곽인숙(2002). 치매나 알츠하이머 환자를 위한 주간보호시설의 프로그램에 관한 미국사례연구. 대한가정학회지, 40(10).
- 권병인(2008). 대학생들의 치매노인에 대한 인식과 태도 연구: 충청북도 지역 대학교 학생들을 중심으로 석사학위논문, 청주대학교
- 권육상(2000). 최신 노인복지론. 유헤출판사.
- 권중돈(2007). 노인복지론. 학지사.
- 권중돈, 고효진, 이성희, 임승은, 장우철(2007). 치매와 가족. 서울: 학지사.
- 김남초(2005). 재가 치매노인가족 단기방문프로그램의 가족수발자 효과. 노인간호학회지, 제7권 제1호
- 김남초, 재가 치매노인가족 단기방문프로그램의 가족수발자 효과, 노인간호학회지, 제7권 제1호, 2005, pp.79-87.
- 김동연, 김인숙, 김태유, 박래준, 박정미, 손기철(2004). 치매예방 및 인지 재활 프로그램. 현문사.
- 김선현 역(2008). 치매와 미술치료(언어가 그 의미를 잃었을 때). 미진사.
- 김성열(2004). 외래에서 쉽게 하는 노인의 인지 기능 평가. 가정의학회지, 25(11).
- 김수영, 김재우, 손수경, 민소영(2007). 치매노인 가족부양자 대상 집단교육 프로그램의 효과성. 노인복지연구, 통권 36호, pp.7-34.

- 김영희(2007). 치매환자를 위한 사회적응 프로그램 개발을 위한 연구: 일반인을 대상으로 석사학위논문, 한양대학교 석사학위논문.
- 김영희(2007). 치매환자를 위한 사회복지사의 역할에 관한 연구. 노인복지학, 20(1), 11-17.
- 김영희 외(2009). 지역개발형 지역사회서비스투자사업 성공을 위한 방안 연구. 보건복지가족부, 성공회대학교 산학협력단.
- 김영희 외(2009). 치매환자를 위한 사회적응 프로그램 개발을 위한 제도적 방안연구. (재)한국사회복지연구소 관리원.
- 김유수(2009). 사회서비스분야에서 전자바우처사업의 발전방안. 2009년도 한국거버넌스학회 춘계학술대회 발표논문집, 한국거버넌스학회.
- 김정기, 정복희(2007). 신체활동이 치매환자에게 미치는 영향. 고령자치매 작업치료학회지, 1(2), pp.70-79.
- 김진(2007). 바우처제도의 이해와 현황. 복지와 선택을 중심으로 재정포럼, 한국조세연구원, 제131호.
- 김훈주(2008). 전산화 인지재활프로그램의 고찰. 고령자치매작업치료학회지, 2(2), pp.35-46.
- 김희진, 박기봉, 김승현(2008). 치매이해도 및 요구도(성동구 치매지원센터에서의 조사). 대한치매학회지, 제7권 제2호.
- 민성길(2006). 최신 정신의학. 일조각.
- 박성희(2007). 인지재활프로그램이 노인성 치매환자의 인지기능에 미치는 효과에 관한 연구. 석사학위논문, 동국대행정대학원.
- 박세경, 강혜규, 최현수 외(2008). 포괄보조금 세부 운영실태 분석을 통한 지역사회서비스혁신사업 발전방향 연구-미국사례를 중심으로. 보건복지가족부, 한국보건사회연구원.
- 박영애(2002). 집단미술치료 프로그램이 치매노인의 정신건강에 미치는 효과. 석사학위논문, 대구대학교 대학원.
- 박종한, 권용철(1989). 노인용 한국판 Mini-Mental State Examination (MMSE-K)의 표준화 연구. 신경정신의학, Vol.28 No.1.

- 박형근(1996). 외국의 치매정책과 서비스 프로그램. 노인복지학, 1(1), pp.211-231.
- 보건복지가족부. 계명대학교 산학협력단(2009). 2008년 노인복지사업평가보고서. 보건복지가족부.
- 보건복지가족부(2007). 노인복지 생활시설 수 및 생활실태조사보고서. 보건복지가족부.
- 보건복지가족부(2009). 2009년 1월판 건강보험요양급여지침. 보건복지가족부.
- 보건복지가족부(2009). 2009년도 노인보건복지사업안내. 보건복지가족부.
- 보건복지가족부(2009). 노인돌봄서비스 사업안내. 보건복지가족부.
- 보건복지가족부(2009). 지역사회서비스투자사업 안내. 보건복지가족부.
- 사공준(2002). 면접 및 컴퓨터 신경행동검사의 신뢰도와 타당도. 노인복지학, 7(1), pp.494-500.
- 서울특별시. 서울시광역치매센터(2009). 2009년 서울시광역치매센터 사업보고서. 서울특별시.
- 서울특별시. 서울시광역치매센터(2009). 인지건강센터 프로그램. 서울특별시.
- 송영희(2002). 중년의 치매에 관한 인식과 태도-사오리지역을 중심으로. 덕여자대학교 석사학위논문.
- 안명숙(2006). 효과적인 치매관리를 위한 정책과제. 2006년 치매관리사업보고서 정책 자료집 시리즈, 제6권, pp.91-93.
- 양동원, 김범생, 심동석, 정성우, 이광수, 한설희, 김상우, 정슬기(2004). 한국판 하세가와 치매척도 개정본의 신뢰도 및 타당도의 평가. 대한신경과학회지, 22(4), pp.315-316.
- 양영애 외(2005). 노인작업치료학. 계축문화사.
- 양영애 외(2008a). 노인작업치료학. 계축문화사.
- 양영애 외(2008b). 측정 및 평가. 메디컬코리아.
- 양혜경(2006). 음악을 활용한 치료레크리에이션이 치매노인의 인지기능에 미치는 효과. 한국노년학, 26(4), pp.749-765.
- 여창호(2002). 원예활동이 치매노인의 인지적, 정서적 향상에 미치는 영향. 석사학위논문, 동의대학교 행정대학원.
- 오병훈 외(2006). 지역사회 치매통합관리시스템구축. 연세대학교 산학협력단, 연세대학교 의과대학 정신과, 세브란스 정신건강병원.

- 유영옥(2001). 치매환자 돌봄을 위한 노인-바우처 제도를 위한 연구. 석사학위논문. 서울대학교 석사학위논문.
- 유영옥(2001). 치매환자 돌봄을 위한 노인-바우처 제도를 위한 연구. 석사학위논문. 서울대학교 석사학위논문.
- 이동숙(2003). 치매환자 돌봄을 위한 노인-바우처 제도를 위한 연구. 표현예술치료협회 학술대회 논문집.
- 이상훈(1999). 치매환자 돌봄을 위한 노인-바우처 제도를 위한 연구. 석사학위논문. 서울대학교 석사학위논문.
- 이은희(2003). 치매환자 돌봄을 위한 노인-바우처 제도를 위한 연구. 석사학위논문. 서울여자대학교 석사학위논문.
- 이재원(2007). 치매환자 돌봄을 위한 노인-바우처 제도를 위한 연구. 영문문화사.
- 이현심, 김승영(2003). 치매환자 돌봄을 위한 노인-바우처 제도를 위한 연구. 한국노년학, 23(1), 1-10.
- 이현주 외(2003). 치매환자 돌봄을 위한 노인-바우처 제도를 위한 연구. 보건복지가족부, 한국노년학, 23(1), 1-10.
- 정광호(2008). 치매환자 돌봄을 위한 노인-바우처 제도를 위한 연구. 법문사.
- 정중학, 김창욱, 사공준(2004). 컴퓨터를 이용한 유기용제 폭로 근로자의 신경행동학적 장애검사. 대한산업의학회지, 6, pp.219-241.
- 조맹제 외(2008). 치매노인 유병률 조사. 서울대학교병원, 보건복지가족부.
- 주리아(2002). 미술치료는 미술치료. 학지사.
- 주혜선(2004). 치매에 대한 사회적 문제와 개선방안 연구. 석사학위논문. 인천대.
- 최규동(2005). 노인기능평가도구 1(인지기능평가). 가정의학회지, 26(4).
- 최병철(1999). 음악치료학. 서울: 학지사.
- 최상순, 임부영, 유혜숙(2001). 노인복지시설에서의 원예치료 효과 비교-치매노인의 우울 및 인지기능을 중심으로. 제14회 KHTA학술 심포지엄 자료집, pp.188-198.

통계청(2006). 장래인구추계 결과.
 통계청(2008). 2008 고령자 통계.
 통계청(2008). 제5차 개정 한국표준질병·사인분류.
 한경희, 김대년, 김옥태, 김인숙, 김정숙(2001). 노인성 치매연구. 서울: 교문사.
 황희숙(1998). 노인치매의 인식정도와 생활만족도에 관한 연구. 석사학위논문, 계명대.

Barr, N.(1998). *The Economics of the Welfare State*. Stanford Univ. Press.
 Bradford, D. F., Shaviro, D. N.(2000). The Economics of Vouchers. In Steuerle, C. E., Van Doorn Ooms, Peterson, G., Reischauer R. D.(eds). *Vouchers and the Provision of Public Services*. Washington D.C.: Brooking Institution Press, pp.40-91.
 Bronstone, M., koger, S.(1997). Music and dementia: a review of literature. *Journal of Music therapy*, 34, pp.204-245.
 Buettner, L., & Ferrario, J. A.(1997). Therapeutic intervention for nursing home residents with dementia. *American Therapeutic Recreation Association Annual*, pp.21-28.
 Cohen U., J. Weisman, K. Day, Robinson, Dicker, Meyer.(1990). *Environment for people with dementia; Illustrative designs*. Institute on Aging and Environment. University of Wisconsin.
 Daniels Ronald J. and Trebilcock Michael J.(2005). *Rethinking The Welfare State: The Prospects for Government by Voucher*.
 Daniels, R. J., Trebilcock, M. J.(2005) *Rethinking the Welfare State: Prospects for Government by Voucher*. Routledge.
 Franssen, E.H., Reisberg, B., Kluger, A.K., Sinaiko, E., & Boja, C.(1991). Cognition-independent neurologic symptoms in normal ageing and probable Alzheimer's disease. *Arch Neurol*, 48.

pp.148-154.

Friedman, M.(1962). *Capitalism and Freedom*. University of Chicago Press.

Goldman, W.P., Baty, J.D., Buckles, V.D., Sahrman, S. & Morris, J.C.(1999). Motor dysfunction in mildly demented AD individuals without extrapyramidal signs. 53(5). pp.956-962.

Grasel, E., Wiltfang, J., Kornhuber, J.(2003). Non-drug therapies for dementia: An overview of the current situation with regard to proof of effectiveness. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 15(3), pp.115-125.

Hanna P., Itzchack P.(2007). Trends in Neurosciences. pp.54-61.

Janith C. W., Bryan G. F., Richard E. L., Marie I. A., Paul F. A., Wayne C. H.(2004). *Biochemical Pharmacology*, 68, pp.383-394.

Laursen P, Jorgensen T.(1985). Computerized neuropsychological test system: In Neurobehavioral Method in Occupational and Environmental Health. *WHO Environmental Health Document*, 3 WHO Copenhagen.

Lindeman, D. A., N. H. Corby, R. Downing, & B. Sanborn(1991). *Alzheimer's day care: A basic guide*. Hemisphere Publishing Co.

Lopez, O. L., Wisniewski, S. R., Becker, J. T., Boller, F., & DeKosky, S. T.(1997). Extrapyramidal signs in patients with probable Alzheimer disease. *Arch Neurol*, 54(8), pp.69-975.

Martina Z., Barbara B., Flaminio C., Alessandro P., Monica D. L.(2005). *Neurobiology of disease*, pp.237-242.

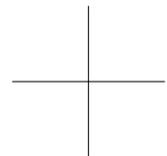
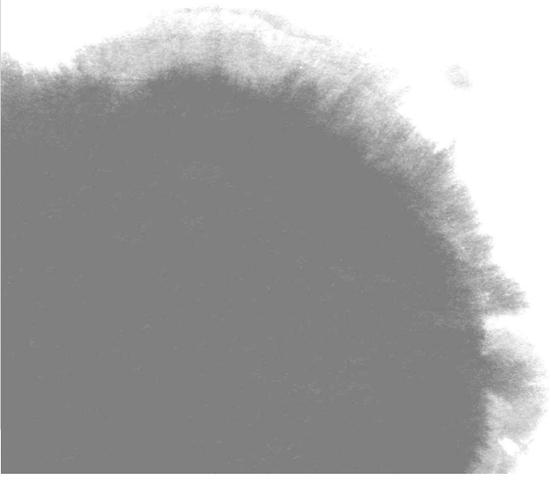
Miller, P. A., & Butin, D.(2000). The role of occupational therapy in dementia-C.O.P.E.(Caregiver options for practical experiences). *Int J Geriatr Psychiatry*, 15(1), pp.86-89.

Morris, J. C., Rubin E. H., Morris, E. J. & Mandel, S. A.(1987).

- Senile dementia of the Alzheimer's type: An important risk factor for serious falls. *J Gerontol*, 42, pp.421-417.
- Nell v.(1999). *Cross-Cultural Neuropsychological Assessment: Therapy and practice*. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates.
- Roman, G. C. & Royall, D. R.(1999). Executive control function: a rational basis for diagnosis of vascular dementia. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 13(3), pp.69-80.
- Savas, E.S. 저, 박종화 역(1994). *민영화의 길*. 한마음사.
- Simon L & Serge G.(2001). *Management of dementia*. Martin Duniz Ltd. London.
- Simon, L., and Serge, G.(2001). *Management of dementia*. Martin Duniz Ltd. London.
- Steuerle C. Eugene.(2000). *Common Issues for Voucher Program*. Vouchers and the Provision of Public Services, Washington, DC: Brookings Institution Press.
- Voglmaier, S.M and Edwards, R. H.(2007). Do different endocytic pathway make different synaptic vesicle?. *Curr Opin Neurobiol*, 17(3), pp.374-380.
- Wang, P. N., Yang, C. L., Lin, K. N., Chen, W. T., & Chwang, L. C. et al.(2004). Weight loss, nutritional status and physical activity in patients with Alzheimer's disease. A controlled study, *J Neurol*, 251(3), pp.314-320.



부 록





부록

부록 1. 치매 치료 약제급여 목록

(보건복지가족부 고시 제2009-166호, 2009. 9. 1일 기준)

제품명	업소명	규격	단위
donepezil HCl 10mg			
A09203601	실버캡트정10mg	명인제약	1 정
A60304371	알리캡트정	그린제약	1 정
A09704241	환인도네페질정10mg	환인제약	1 정
A12400921	익수염산도네페질정10mg	익수제약	1 정
A09506001	일양도네페질정10mg	일양약품	1 정
A30608431	하이페질정10mg	현대약품	1 정
A22503661	한캡트정	한불제약	1 정
A11603481	에이페질정10mg	씨제이제일제당	1 정
A05003471	도네펠정	삼일제약	1 정
A78000181	아리페정	성원애드록제약	1 정
A20705391	아립트정10mg	신일제약	1 정
A02705911	아캡정10mg	대한약품공업	1 정
A50703531	알즈머정10mg	유니메드제약	1 정
A03505531	알즈캡트정10mg	한올제약	1 정
A02107931	중외도네페질정10mg	중외제약	1 정
A78800561	케이캡트정10mg	한국콜마	1 정
A07208631	필렌정10mg	근화제약	1 정
A37804001	한림도네페질정10mg	한림제약	1 정
A12654471	바스티아정10mg	한국파마	1 정
A03006321	국제도네페질정	국제약품공업	1 정
A12855011	대원염산도네페질정10mg	대원제약	1 정
A10703851	도나캡트정	진양제약	1 정
A01402561	도네페트정10mg	이연제약	1 정
A05404901	미라세트정	대우제약	1 정
A00307121	바로페질정10mg	신풍제약	1 정
A31855201	캡트페질정10mg	명문제약	1 정
A01258401	뉴로페질정10mg	중근당	1 정
A15902391	뉴로캡트정10mg	고려제약	1 정

치매 치료 약제급여 목록 계속

제품명		업소명	규격	단위
donepezil HCl 10mg				
A10004021	브렌셉트정	메디카코리아	1	정
A04506821	아리페질정10mg	유한양행	1	정
A06602221	알렙트정	한국알리코팜	1	정
A18702011	하이도네정10mg	이텍스제약	1	정
A21454501	도네질정10mg	한미약품	1	정
A01508841	아리도네정10mg	동아제약	1	정
A12703531	뉴토인정	삼진제약	1	정
A04705461	도네프정10mg	코오롱제약	1	정
A05705871	돈페질정10mg	동화약품	1	정
A03805931	아네트정	건일제약	1	정
A22607161	알도셉트정	광동제약	1	정
A03602821	알즈필정	한서제약	1	정
A03405391	디멘셉트정10mg	일동제약	1	정
A06957011	하이셉트정10mg	영진약품공업	1	정
A04391011	아리셉트정10mg	대웅제약	1	정
donepezil HCl 10mg				
A09306661	도네프속봉정10mg	보령제약	1	정
A01209231	뉴로페질오디정10mg	종근당	1	정
A04305791	아리셉트에비스정10mg	대웅제약	1	정
A18902151	엘다임오디정10mg	SK케미칼	1	정
제품명		업소명	규격	단위
donepezil HCl 5mg				
A82801671	도네프정5mg	우리팜제약	1	정
A78000471	아리페정5mg	성원애드록제약	1	정
A20705631	아립트정5mg	신일제약	1	정
A03505681	알즈셉트정5mg	한울제약	1	정
A78801621	케이셉트정5mg	한국콜마	1	정
A09203931	실버셉트정5mg	명인제약	1	정
A09754421	환인도네프제정5mg	환인제약	1	정
A09506201	일양도네프제정5mg	일양약품	1	정
A37804171	한림도네프제정5mg	한림제약	1	정
A12400911	익수염산도네프제정5mg	익수제약	1	정
A08603471	가미탈정5mg	태극제약	1	정
A15902581	뉴로셉트정5mg	고려제약	1	정
A12703641	뉴토인정5mg	삼진제약	1	정
A10704041	도나셉트정5mg	진양제약	1	정
A36706151	도네프정5mg	삼익제약	1	정
A05405711	미라세트정5mg	대우제약	1	정
A10004341	브렌셉트정5mg	메디카코리아	1	정
A31855191	셉트페질정5mg	명문제약	1	정
A22607561	알도셉트정5mg	광동제약	1	정
A03602971	알즈필정5mg	한서제약	1	정
A23004461	위더페질정	위더스제약	1	정
A01402871	도네프트정5mg	이연제약	1	정

치매 치료 약제급여 목록 계속

제품명		업소명	규격	단위
donepezil HCl 5mg				
A04705671	도네프정5mg	코오롱제약	1	정
A22457191	도페질정	한국파비스카이오텍	1	정
A05706461	돈페질정5mg	동화약품	1	정
A00357801	바로페질정5mg	신풍제약	1	정
A12604291	바스티아정	한국파마	1	정
A06603611	알셉트정5mg	한국알리코팜	1	정
A11604301	에이페질정5mg	씨제이제일제당	1	정
A04507011	아리페질정5mg	유한양행	1	정
A01258951	뉴로페질정5mg	종근당	1	정
A21454491	도네프정5mg	한미약품	1	정
A01509561	아리도네프정5mg	동아제약	1	정
A12804591	대원염산도네프제정5mg	대원제약	1	정
A03405631	디멘셉트정5mg	일동제약	1	정
A06907191	하이셉트정5mg	영진약품공업	1	정
A04391001	아리셉트정	대웅제약	1	정
donepezil HCl 5mg				
A09306161	도네프속봉정5mg	보령제약	1	정
A18907661	엘다임오디정5mg	SK케미칼	1	정
A01209251	뉴로페질오디정5mg	종근당	1	정
A04305781	아리셉트에비스정	대웅제약	1	정
memantine HCl(as memantine 8,31mg) 10mg				
A66352271	뉴로비스액	넥스팜코리아	1	g
A05351451	뉴로비스액	아남제약	1	g
E25650011	에빅사액	한국룬드벡	1	g
A24655003	조아염산메만틴정	조아제약	1	정
A34051791	유넥스정	유영제약	1	정
A03851791	건일염산메만틴정	건일제약	1	정
A12958251	메비탄정	한국유나이티드제약	1	정
A15254481	마빅스정	한국웨이즈제약	1	정
A20653111	아멘틴정	미래제약	1	정
A06951421	뉴로케이정	영진약품공업	1	정
A05753831	동화메만틴정	동화약품	1	정
A03451831	메만토정10mg	일동제약	1	정
A10752221	디멘사정	진양제약	1	정
A09252101	펠로정10mg	명인제약	1	정
A12653601	일빅스정	한국파마	1	정
A25055541	디멘틴정	영풍제약	1	정
A17652171	메빅스정	경동제약	1	정
A37031301	에만틴정	서울제약	1	정
A15951241	에이디메드정	고려제약	1	정
E25650021	에빅사정	한국룬드벡	1	정
memantine HCl 6,67mg				
A10703931	디멘사건조시럽	진양제약	1	g

치매 치료 약제급여 목록 계속

제품명	업소명	규격	단위
rivastigmine 1.5mg			
E01630611 엑셀론캡셀1.5mg	한국노바티스	1	캡슐
rivastigmine 3mg			
E01630621 엑셀론캡셀3mg	한국노바티스	1	캡슐
rivastigmine 4.5mg			
E01630631 엑셀론캡셀4.5mg	한국노바티스	1	캡슐
rivastigmine 6mg			
E01630641 엑셀론캡셀6mg	한국노바티스	1	캡슐
galantamine hydrobromide(as galantamine) 24mg			
E02170641 레미닐피알서방캡슐24mg	한국안센	1	캡슐
galantamine hydrobromide(as galantamine) 24mg			
A30608591 타미린서방정24mg	현대약품	1	정
galantamine hydrobromide(as galantamine) 8mg			
A21404961 갈라닐피알서방캡슐	한미약품	1	캡슐
E02170621 레미닐피알서방캡슐8mg	한국안센	1	캡슐
galantamine hydrobromide(as galantamine) 8mg			
A30608961 타미린서방정8mg	현대약품	1	정
galantamine hydrobromide(as galantamine) 16mg			
E02170631 레미닐피알서방캡슐16mg	한국안센	1	캡슐
galantamine hydrobromide(as galantamine) 16mg			
A30608951 타미린서방정16mg	현대약품	1	정

부록 II. 조사기관 명단

1. 치매조기검진사업 수행 보건소

시·도 (개소)	보건소명
전체	202 개소
서울 20	강남구, 강동구, 강북구, 관악구, 광진구, 구로구, 노원구, 도봉구, 동대문구, 마포구, 서대문구, 서초구, 성동구, 성북구, 송파구, 양천구, 영등포구, 용산구, 은평구, 중랑구
부산 6	남구, 부산진구, 북구, 수영구, 중구, 해운대구
대구 3	남구, 수성구, 중구
인천 6	동구, 부평구, 서구, 연수구, 중구, 강화군
광주 4	광산구, 남구, 동구, 북구
대전 5	대덕구, 동구, 서구, 유성구, 중구
울산 1	북구
경기 36	과천시, 광명시, 구리시, 군포시, 김포시, 남양주시, 동두천시, 시흥시, 안성시, 양주시, 의왕시, 의정부시, 파주시, 포천시, 화성시, 가평군, 양평군, 여주군, 연천군, 고양시 덕양구, 고양시 일산동구, 고양시 일산서구, 부천시 소사구, 성남시 분당구, 성남시 중원구, 성남시 수정구, 수원시 영통구, 안산시 단원구, 안산시 상록수, 안양시 동안구, 안양시 만안구, 용인시 기흥구, 용인시 수지구, 용인시 처인구, 평택시 송탄, 평택시 평택
강원 18	강릉시, 동해시, 삼척시, 속초시, 원주시, 춘천시, 태백시, 고성군, 양구군, 양양군, 영월군, 인제군, 정선군, 철원군, 평창군, 홍천군, 화천군, 횡성군
충북 10	제천시, 충주시, 괴산군, 보은군, 옥천군, 음성군, 진천군, 청원군, 청주시 상당구, 청주시 흥덕구
충남 16	계룡시, 공주시, 논산시, 보령시, 서산시, 아산시, 천안시, 금산군, 당진군, 부여군, 서천군, 연기군, 예산군, 청양군, 태안군, 홍성군
전북 12	군산시, 김제시, 남원시, 익산시, 전주시, 정읍시, 고창군, 무주군, 부안군, 순창군, 장수군, 진안군
전남 22	광양시, 나주시, 목포시, 순천시, 여주시, 강진군, 고흥군, 곡성군, 구례군, 담양군, 무안군, 보성군, 신안군, 영광군, 영암군, 완도군, 장성군, 장흥군, 진도군, 함평군, 해남군, 화순군
경북 23	경산시, 경주시, 구미시, 김천시, 문경시, 상주시, 안동시, 영주시, 영천시, 고령군, 군위군, 봉화군, 성주군, 영덕군, 영양군, 예천군, 울진군, 의성군, 청도군, 청송군, 칠곡군, 포항시 남구, 포항시 북구
경남 14	거제시, 김해시, 사천시, 양산시, 진주시, 진해시, 창원시, 통영시, 거창군, 남해군, 산청군, 창녕군, 하동군, 함안군
제주 6	서귀포시, 제주시, 서귀포시 동부, 서귀포시 서부, 제주시 동부, 제주시 서부

2. 노인복지관 부설 주간보호시설

시·도 (개소)	노인복지관명
전체	92개소
서울 18	강남구노인복지관 강남주간보호소, 성가정 노인종합복지관 성가정노인주간보호센터, 시립 강동 노인종합복지관, 시립 광진 노인종합복지관 광진주간보호센터, 시립 구로 노인종합복지관, 시립 금천 노인종합복지관 천주간보호센터, 시립 노원 노인종합복지관 노원노인치매주간, 시립 도봉 노인종합복지관 주간보호센터, 시립 동작 인종합복지관 동작주간보호센터, 시립 서대문 노인종합복지관 주간보호센터, 시립 서초 노인종합복지관 초노인주간보호센터, 시립 성북 노인종합복지관 주간보호센터, 구립 송파 노인종합복지관 송파치매주간보호센터, 구립영등포 노인종합사회복지관 주간보호센터, 시립용산 노인종합복지관 용산노인예향주간보호센터, 시립 은평 인종합복지관 은평주야간요양보호센터, 구립 신내 노인종합복지관 구립신내노인주간보호센터, 시립 중랑 인종합복지관 중랑노인 주간보호센터
부산 7	기장군노인복지회관 재가복지센터, 동구노인복지관 효자손노인복지센터, 실버벨노인복지관 버벨노인주간보호센터, 부산광역시 노인종합복지관 주간보호센터, 영도구노인복지관 혜원영도구주야간보호센터, 중구노인복지회관 중구노인복지센터, 어진샘노인종합복지관 주간노인복지센터
대구 4	대덕노인복지관 남구노인복지센터, 달서구 노인종합복지관 노인복지센터, 동구노인복지관 동구노인복지센터, 대구광역시 노인종합복지관 대구노인복지센터
인천 4	남구노인복지관 남구노인복지센터, 동구노인복지관 동구노인복지센터, 서구노인문화센터 서구노인복지센터, 연수구노인복지회관 노인주간보호센터
광주 4	광산구노인복지관 광산희망노인복지센터, 남구노인복지회관 노인복지센터, 북구노인종합복지회관 광주노인복지센터
대전 1	대전광역시 노인복지관 늘푸른노인복지센터
울산 4	문수 실버복지관 노인복지센터, 남구 노인복지관 노인복지센터, 울산광역시 노인복지관 울산노인복지센터, 동구 노인복지관 동울산노인복지센터
경기 26	덕양 노인종합복지관 고양시 치매노인주간보호센터, 일산 노인종합복지관 일산 실버주간보호센터, 과천시 노인복지관 주간보호센터, 광주시 노인종합복지회관 주간보호센터, 김포시 노인종합복지관 노인주간보호센터, 남양주시 노인복지관 주간보호센터, 남양주시 동부노인복지관 동부주간보호센터, 소사구 노인복지관 소사주간보호센터, 오정구 노인복지관 오정주간보호센터, 원미구 노인복지관 원미실버주간보호센터, 수정 노인종합복지관 수노을노인주간보호센터, 수정중앙 노인종합복지관 수정치매주간보호센터, 중원 노인종합복지관 주간보호센터, 버드내 노인복지관 노인복지센터, 서호노인복지관 노인복지센터, 단원구 노인복지관 리사랑장기요양센터, 안양시 노인복지센터 주간보호, 용인시 노인복지관 용인시주간보호센터, 노인복지회관 아름채 릉채 주간보호센터, 송산 노인복지관 송산노인복지센터, 이천시 노인종합복지회관 주간보호센터, 파주시 노인복지회관 주간보호센터, 서부 노인복지관 주간보호센터, 평택남부 노인복지관 노인주간보호센터, 평택북부 노인복지관 노인주간보호센터, 화성시 남부노인복지관 주간보호센터

2. 계속

시 도 (개소)	노인복지관명
강원 3	동해시 노인종합복지관 주간복지센터, 원주시 노인복지관 원주노인복지센터, 춘천시립 노인복지회관 자비손노인복지센터
충북 4	보은군 노인복지회관 보은군노인복지센터, 옥천군 노인복지회관 옥천노인복지센터, 음성군 노인종합복지관 음성군노인복지센터, 명락 노인복지관 제천 재가노인지원센터
충남 3	보령 노인종합복지관 보령주간노인복지센터, 천안시 노인종합복지관 천안노인복지센터, 아우내 은빛복지관 주야간보호센터,
전북 7	고창군 노인복지회관 고창군주간보호센터, 군산 노인종합복지관 군산노인복지센터, 김제 노인종합복지관 주간보호센터, 덕진 노인복지관 덕진노인복지센터, 서원 노인복지관 서원노인복지센터, 인골 노인복지관 인골노인복지센터, 양지 노인복지관 양지노인복지센터
전남 4	고흥군 노인복지관 고흥종합복지센터, 목포시 노인복지관 재가센터, 하당 노인복지관 이랜드하당 재가센터, 동여수 노인복지관 동여수노인복지관
경북 2	김천시 노인종합복지관 중앙노인복지센터, 예천군 노인복지회관 예천소규모 노인요양시설
경남 2	김해시 노인종합복지관 노인복지센터, 금강 노인복지관 마산금강노인복지센터

자료: 보건복지가족부(2008). 2008년 노인복지시설현황.

부록 III. 조사표

치매 조기검진 및 치료·관리 방안 조사표

지역	조사
----	----

(※ 위의 네모란에는 기입하지 마십시오)

안녕하십니까?
 한국보건사회연구원에서는 보건복지부 위탁과제로 '저소득층 치매 치료·관리 바우처 지원제도 도입방안' 연구를 수행하고 있습니다. 본 연구는 치매환자 중 저소득층을 대상으로 치매치료프로그램 이용과 관련한 바우처 제도의 도입 방안을 연구하는 데 목적이 있습니다. 본 연구의 일환으로 실시되는 본 조사에서는 보건복지부 인종합복지관을 대상으로 하여 치료·관리 현황을 파악하고자 합니다.
 본 조사에 응답하신 용은 연구 이외에는 절대 사용되지 않으며, 통계법 제13조(비밀의 보호 등) 및 제14조(관계작성사무 종사자 등의 의무)에 의거하여 비밀이 보장됩니다.
 또한 응답하여 주신 용은 치매 치료·관리 바우처 지원제도 도입을 위한 중요한 정책 자료로 활용될 것이오니 바쁘시더라도 저희 조사에 응해 주시면 감사하겠습니다.
 2009년 9월
 한국보건사회연구원 원장 김 용 하

※ 조사에 문의사항이 있으시면 본 연구진에게 연락하여 주십시오.
 한국보건사회연구원 저출산고령사회연구실(서울시 은평구 진흥로 268, 우편번호: 122-705)
 (02) 380-8363(유혜영), 380-8242(오영희)

기관명			
소재지	_____시·도 _____시·군·구 _____읍·면·동		
응답자	성명		
	소속부서		직위
	전화번호	() _____	_____

【조사표 회신】 응답 완료된 조사표는 동봉한 회신용 봉투를 이용하여 2009. 9. 30(수)까지 당 연구원에 도착할 수 있도록 적극 협조하여 주시기 바랍니다.

보건복지가족부 · 한국보건사회연구원

※ 각 질문 항목에 대하여 해당 용을 기입하거나 체크(V) 표시를 해주십시오.

I. 치매관리사업 현황

I-1. 귀 보건소에서 치매조기검진사업이 시작된 것은 언제부터입니까?

_____년 _____월부터

I-2. 귀 보건소에서 치매조기검진을 받은 노인의 현황은 어떻게 됩니까?
2007년~2009년 실적을 각각 기입하여 주십시오.

사업 구분	2007년 실적	2008년 실적	2009년 1~6월 실적
(1) 치매선별검사	_____명	_____명	_____명
(2) 치매진단검사	____명(치매확진 ____명)	____명(치매확진 ____명)	____명(치매확진 ____명)
(3) 치매감별검사	_____명	_____명	_____명
(4) 등록치매노인수	_____명	_____명	_____명

※ 서울시 치매조기검진사업의 경우 진단검사는 ~~경말검진~~ 감별검사는 ~~원인확진~~ 검사를 의미함.

I-3. 귀 보건소에서 실시하고 있는 치매 관리 및 지원 프로그램의 실시여부를 표시하시고, 해당 사업의 실적을 기입하여 주십시오.

치매 관리 및 지원 프로그램	프로그램 실시여부	사업실적(연인원)	
		2008년	2009년 1~6월
(1) 치매용품(기저귀, 물티슈 등) 지원	<input type="checkbox"/> 0. 미실시 <input type="checkbox"/> 1. 실시	건	건
(2) 치매환자 인지개선용품 ¹⁾ 대여	<input type="checkbox"/> 0. 미실시 <input type="checkbox"/> 1. 실시	건	건
(3) 치매환자 실종방지 인식표 배포	<input type="checkbox"/> 0. 미실시 <input type="checkbox"/> 1. 실시	건	건
(4) 인지재활프로그램 ²⁾	<input type="checkbox"/> 0. 미실시 <input type="checkbox"/> 1. 실시	명	명
(5) 방문보건(간호)서비스	<input type="checkbox"/> 0. 미실시 <input type="checkbox"/> 1. 실시	명	명
(6) 주간보호서비스	<input type="checkbox"/> 0. 미실시 <input type="checkbox"/> 1. 실시	명	명
(7) 단기보호서비스	<input type="checkbox"/> 0. 미실시 <input type="checkbox"/> 1. 실시	명	명

- 1) 위탁사업으로 실시되고 있는 경우에도 '실시'에 표시하시고 위탁기관의 실적을 기입하여 주십시오.
- 2) 2009년 노인보건복지사업 안 에 따르면 인지개선용품은 시각에 의한 메모리판, 보드판, 미로 게임, 레이스하기, 코끼리연결하기, 촉감인지보드판, 비교보드판과 원형분류판 등이 포함됨.
- 3) 인지재활프로그램은 작업, 인지, 원예, 음악, 미술, 회상 치료 등 인지기능 향상을 돕는 프로그램임.

I-4. 귀 보건소의 치매노인에 대한 약제비 및 검사비, 물품비 등 현물 지원 여부 및 지원금, 지급방식을 기입하여 주십시오.

지원항목	지원 여부 및 지원액(대상노인 1인당 지원 상한액)	지급방식 (보기 참조)
(1)약제비	<input type="checkbox"/> 0. 미지원 <input type="checkbox"/> 1. 지원 (① 월 _____ 천원 ② 년 _____ 천원)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
(2)진단검사비	<input type="checkbox"/> 0. 미지원 <input type="checkbox"/> 1. 지원 (_____ 천원)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
(3)감별검사비	<input type="checkbox"/> 0. 미지원 <input type="checkbox"/> 1. 지원 (_____ 천원)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③
(4)물품비	<input type="checkbox"/> 0. 미지원 <input type="checkbox"/> 1. 지원 (① 월 _____ 천원 ② 년 _____ 천원)	<input type="checkbox"/> ① <input type="checkbox"/> ② <input type="checkbox"/> ③

【지급방식 보기】
 1. 영수증 확인 후 본인에게 지급 2. 약국·병원에 후불 지급 3. 기타 (_____)

- 1) 각 지원금은 대상노인 1인당 월 상한액 또는 연간 상한액을 기입하여 주시고, 지급방식은 [지급방식 보기]에서 해당 항목의 번호를 기록하여 주십시오.
- 2) 서울시 치매조기검진사업의 경우 진단검사비는 정밀검진비, 감별검사비는 원인확진검사비를 의미합니다.

I-5. 치매노인에 대한 치료약제비 지원이 이루어진다면, 노인 1인당 월 상한액은 어느 정도가 적정하다고 생각하십니까?

1. 3만원 2. 5만원 3. 7만원 4. 기타(_____)

I-6. 귀 보건소에서는 치매노인에 대해 의료 진료를 하고 있습니까?

1. 하고 있다 (⇒I-6-1번 문항으로) 2. 하고 있지 않다 (⇒II-1번 문항으로)

I-6-1. 의료 진료를 하고 있다면, 치매환자에게 처방되는 가장 일반적인 처방약 두가지만 ▶ 체적인 이름을 기록하여 주십시오. [예: Donepezil (아리셉트), Rivastigmine(엑셀론), Galantamine(레미닐), Selegeline(셀레질린), Memantine(에빅사) 등]

- 1) _____ 2) _____

II. 인지재활프로그램 현황

※ 인지재활프로그램으로는 직업 인지 원예 음악 미술 화상 치료 등 인지가능 향상을 돕는 프로그램을 의미합니다

II-1. 귀 보건소에서는 치매노인을 위한 인지재활프로그램을 운영하고 있습니까?

1. 하고 있다 → (질문 II-2로 가시오) 2 하고 있지 않다 → (질문 III-1로 가시오)

II-2. 귀 보건소에서 운영하고 있는 인지재활치료프로그램¹⁾ 현황을 기입하여 주십시오.

구분	프로그램명	1회 운영 시간(분)	1회 인원수 (명)	2009년 1-6월 총운영일수 ²⁾	1회 이용자중 평균차별노인(명)	1회 강사료 (원) ³⁾	1회 평균 운영예산 (원) ⁴⁾
(1)							
(2)							
(3)							
(4)							
(5)							

- 1) 인지재활프로그램은 작업, 인지, 원예, 음악, 미술, 회상 치료 등 인지기능 향상을 돕는 프로그램임.
- 2) 프로그램 총운영일수 계산방법: [프로그램 한 회기의 운영횟수×2009년 프로그램 실시 횟수], 가령 음악프로그램의 한 회기가 4회로 ▶ 성되어 있고, 2009년 1월부터 상기 음악프로그램이 2회 운영되었다면 4×2 = 8일
- 3) 강사가 부인력인 경우 추가 강사비가 지급되면 그 강사료를 기입하시고, 그렇지 않으면 "부"라고 기입하십시오.
- 4) 강사료, 재료비 등의 프로그램 직접 운영비를 기입하여 주십시오.

II-3. 인지재활프로그램 이용 노인은 별도의 이용료를 지불해야 합니까?

0. 무료 1. 유료 (_____ 원 / 회 ※ 1회당 비용으로 환산하여 기입하십시오)

II-4. 대상노인이 인지재활프로그램을 이용할 수 있는 기간이나 횟수가 제한되어 있습니까?

1. 제한 없음 2. 제한 있음 (제한기준: _____)

II-5. 치매 증상의 진행 완화 또는 치료를 돕기 위해 인지재활프로그램에 대한 지원이 이루어진다면, 지원이 가장 시급한 것은 어떤 부분이라고 생각하십니까? 중요한 순서대로 **두가지**만 응답하여 주십시오.

- 1) 1순위: _____ 2) 2순위: _____

- 1. 인지재활프로그램의 개발
- 2. 인지재활프로그램 운영 인력의 확대
- 3. 인지재활프로그램 이용자에 대한 이용료 지원
- 4. 인지재활프로그램의 현황 및 연계 체계 ▶ 축
- 5. 인지재활프로그램에 대한 이해 증진 및 홍보
- 6. 기타(_____)

III-4. 귀하께서는 치매선진진단검사나 감별검사를 받으신 적이 있으신가요?
한가지만 표시해 주시기 바랍니다.

- 1. 진료 및 검사비에 어려움이 있습니다.
- 2. 치매는 치료되지 않는다는 사실을 알게 되었습니다.
- 3. 치매라는 사실을 알게 되었습니다.
- 4. 진단·감별검사를 받으신 적이 없습니다.
- 5. 기타(이유: _____)

III-5. 귀하께서는 다음의 서비스 중에서 가족에게 가장 도움이 될 것이라고 생각하십니까?
한 선택하여 그 번호를 기입하십시오.

- 1) 치매환자: _____ 부양가족: _____
- 1. 약물치료
 - 2. 치매교육
 - 3. 치매용품 지원
 - 4. 치매상담
 - 5. 방문 보건서비스
 - 6. 치매예방 인식표
 - 7. 이동목욕서비스
 - 8. 치매예방 캠페인
 - 9. 검진 진료비 지원

III-6. 귀하께서 치매조기검진에 참여하시는데 어려움은 어느 정도 입니까?

다음 각 항목에 대해 느끼는 어려움

항 목	매우 어려움	어려움	보통	어렵지 않음	전혀 어렵지 않음
(1) 치매검진 신청자의 확보	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤
(2) 사업 예산의 확보	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤
(3) 치매 전담 인력의 부족	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤
(4) 교육 및 업무 매뉴얼을 통한 전문성 확보	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤
(5) 사후관리를 위한 프로그램 개발	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤
(6) 치매 환자에 대한 서비스 연계	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤
(7) 치매에 대한 일반인의 인식 개선	<input type="checkbox"/> ①	<input type="checkbox"/> ②	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> ⑤

IV. 인력 운영·예산 현황 및 기타

IV-1. 귀 보건소 치매상담센터의 인력 현황을 아래의 용을 참고하여 기입하여 주십시오. (추가 필요시 다른 지면을 활용하여 주십시오.)

구분	1) 직렬	2) 성별	3) 만연령	4) 치매조기검진 업무경력	5) 업무 형태	6) 근무 형태	7) 자격증	8) 전문교육이수
	(보기 참조)	1. 남자 2. 여자			1. 전담 2. 겸임	1. 정규 2. 비정규	(보기 참조, 해당 항목 모두 응답)	(보기 참조, 해당 항목 모두 응답)
(1)			만 _세	_년 _개월				
(2)			만 _세	_년 _개월				
(3)			만 _세	_년 _개월				
(4)			만 _세	_년 _개월				
(5)			만 _세	_년 _개월				
(6)			만 _세	_년 _개월				
(7)			만 _세	_년 _개월				
(8)			만 _세	_년 _개월				
(9)			만 _세	_년 _개월				
(10)			만 _세	_년 _개월				
(11)			만 _세	_년 _개월				
(12)			만 _세	_년 _개월				
(13)			만 _세	_년 _개월				
(14)			만 _세	_년 _개월				
(15)			만 _세	_년 _개월				

【보 기】							
1) 직렬	1. 행정직	2. 보건·의무직	3. 간호직	4. 사회복지직			
	5. 기능사무직	6. 자원봉사자	8. 기타(무엇 _____)				
7) 자격증소자	0. 없음	1. 의사	2. 간호사	3. 간호조무사			
	4. 사회복지사	5. 물리치료사(재활치료사)	6. 작업치료사	7. 영양보호사			
	8. 기타(무엇 _____)						
8) 교육이수	0. 없음	1. 치매전문인력 양성교육	2. (노인)상담 전문과정				
	3. 노인건강프로그램 과정	5. 기타(무엇 _____)					

IV-2. 귀 보건소의 2009년 치매조기검진 사업의 세부사업별 예산액과 예산출처를 기입하여 주십시오. (※ 위탁사업의 경우에도 예산액을 기입하여 주시고, 실시하지 않는 사업의 경우에는 “0”으로 기입하여 주십시오.)

치매관리프로그램	2009년도 예산액(천원)	예산분담액		
		국비(천원)	광역자치단체(천원)	기초자치단체(천원)
(1) 치매상담센터 총운영비 ¹⁾				
- 치매용품 및 보조용품 지원				
- 약제비 지원				
- 검사비 지원				
(2) 치매조기진단 선별 비용 ²⁾				
(3) 치매 홍보 및 교육				
(4) 인지재활프로그램				
(5) 방문보건(간호)서비스				
(6) 주간보호서비스				
(7) 단기보호서비스				

- 1) 치매상담센터 총운영비는 행안부의 분권교부세와 지방비가 매칭되어 운영되는 사업비를 의미함. (단, 치매용품 및 보조용품 지원, 약제비 지원, 검사비 지원 등 개별사업항목에서는 지자체사업비로 운영되어도 포함시켜 주시기 바람)
- 2) 치매조기진단 선별 비용은 보건복지가족부의 치매조기검진사업비와 매칭되어 운영되는 사업비를 의미함.

IV-3. 귀하께서 치매조기검진 및 치료관리사업을 수행하면서 느낀 애로사항이나 건의사항이 있으면 자유롭게 기술하여 주십시오.

※ 본 설문조사에 응답해 주셔서 대단히 감사합니다.

응답 완료된 조사표는 동봉한 회신용 봉투를 이용하여 **2009. 9. 30(수)까지** 한국보건사회연구원에 도착할 수 있도록 적극 협조하여 주시기 바랍니다.

치매 조기검진 및 치매 치료·관리 바우처 지원제도 도입방안 조사표 (노인복지관 담당자용)

지역	조사

(※ 위의 네모란에는 기입하지 마십시오)

안녕하십니까?

한국보건사회연구원에서는 보건복지부 위탁과제로 '저소득층 치매 조기검진 및 치매 치료·관리 바우처 지원제도 도입방안' 조사를 수행하고 있습니다. 본 조사는 치매환자 중 저소득층을 대상으로 치매치료프로그램 이용과 관련된 바우처 제도의 도입 방안을 조사하는 데 목적이 있습니다. 본 연구의 결과로 실시되는 본 조사에서는 보건복지부 노인복지관을 대상으로 하여 치매 치료·관리 현황을 파악하고자 합니다.

본 조사에 응답하신 용은 연구 이외에는 절대 사용되지 않으며, 통계법 제13조(비밀의 보호 등) 및 제14조(관계작성사무 종사자 등의 의무)에 의거하여 비밀이 보장됩니다.

또한 응답하여 주신 용은 치매 치료·관리 바우처 지원제도 도입을 위한 중요한 정책 자료로 활용될 것이오니 바쁘시더라도 저희 조사에 응해 주시면 감사하겠습니다.

2009년 9월
한국보건사회연구원 원장 김 용 하

※ 조사에 문의사항이 있으시면 본 연구진에게 연락하여 주십시오.
한국보건사회연구원 저출산고령사회연구실(서울시 은평구 진흥로 268, 우편번호: 122-705)
(02) 380-8363(유혜영), 380-8242(오영희)

시설명			
소재지			
응답자	성명	* 노인 주간보호사업 담당자가 응답하여 주십시오.	
	직위		
	전화번호	()	—

【조사표 회신】 응답 완료된 조사표는 동봉한 회신용 봉투를 이용하여 **2009. 9. 30(수)까지** 당 연구원에 도착할 수 있도록 적극 협조하여 주시기 바랍니다.

보건복지가족부 · 한국보건사회연구원

※ 각 질문 항목에 대하여 해당 용을 기입하거나 체크(✓) 표시를 해 주십시오.

1. 귀 시설에서는 노인을 위한 다음과 같은 서비스 및 프로그램을 운영하고 있습니까?

구분	프로그램 실시여부	
(1) 주간보호서비스	<input type="checkbox"/> 0. 미운영	<input type="checkbox"/> 1. 운영
(2) 인지건강프로그램(일반노인대상)	<input type="checkbox"/> 0. 미운영	<input type="checkbox"/> 1. 운영
(3) 인지재활프로그램*	<input type="checkbox"/> 0. 미운영	<input type="checkbox"/> 1. 운영

* 인지저하 노인을 위한 인지재활프로그램을 운영하고 있다면, <질문 3>에 반드시 응 하여 주십시오

2. 귀 시설의 주간보호서비스를 이용하는 어르신의 등록 현황에 대하여 기입하여 주십시오(2009년 기준).

구분	인원수(명)	구분	인원수(명)
(1) 등록인원	총 _____ 명	(5) 성별	
(2) 하루 평균 이용인원	총 _____ 명	남자	_____ 명
(3) 국민기초생활보장수급자수	_____ 명	여자	_____ 명
(4) 치매노인 수	_____ 명		

3. 귀 주간보호서비스에서 운영하고 있는 인지재활프로그램¹⁾ 현황에 대하여 기입하여 주십시오.

구분	프로그램명	1회 운영시간 (분)	1회 참여인원 (명)	2009년 1~6월 총운영일수 ²⁾ (일)	1회 평균 강사료 (천원) ³⁾	1회 평균 운영 예산 (천원) ⁴⁾
(1)						
(2)						
(3)						
(4)						
(5)						

- 1) 인지재활프로그램으로는 작업, 인지, 원예, 음악, 미술, 회상 치료 등 인지기능 향상을 돕는 프로그램임.
- 2) 프로그램 총운영일수 계산방법: [프로그램 한 단위의 운영횟수 × 2009년 프로그램 실시 횟수], 가령 음악프로그램의 한 단위가 4회 운영으로 구성되어 있고, 2009년 1월부터 음악프로그램이 2회 운영되었다면 4 × 2 = 8일
- 3) 강사가 부인력인 경우 추가 강사비가 지급되면 그 강사료를 기입하시고, 그렇지 않으면 “ 부”라고 기입하십시오.
- 4) 강사료, 재료비 등의 프로그램 직접 운영비를 기입하여 주십시오.
- 5) 인지재활프로그램 관련 팜 렛 사업계획서 등이 있는 경우 조사표와 함께 첨부하여 주시기 바랍니다.

4. 치매 증상의 진행 완화 또는 치료를 돕기 위해 인지재활프로그램에 대한 지원이 이루어진다면, 지원이 가장 시급한 것은 어떤 부분이라고 생각하십니까? **한가지**만 응답하여 주십시오.

- 1. 인지재활프로그램의 개발
- 2. 인지재활프로그램 운영 인력의 확대
- 3. 인지재활프로그램 이용자에 대한 이용료 지원
- 4. 인지재활프로그램의 현황 파악 및 연계 체계 구축
- 5. 인지재활프로그램에 대한 이해 증진 및 홍보
- 6. 기타(_____)

5. 귀하께서는 다음의 치매 관리프로그램 및 서비스 중에서 치매환자나 가족에게 가장 도움이 되는 것이 무엇이라고 생각하십니까? 각각 **한가지**만 선택하여 그 번호를 기록하여 주십시오.

1) 치매환자: _____ 2) 부양가족: _____

- 1. 약물치료
- 2. 비약물 치료(작업 인지 원예, 음악, 미술 치료 등)
- 3. 치매용품 지원
- 4. 치매환자 배회 예방 인식표
- 5. 방문 보건서비스
- 6. 방문 요양서비스
- 7. 이동목욕서비스
- 8. 주. 단기보호서비스
- 9. 검진·진료비 지원
- 10. 기타(_____)

6. 귀 시설에서 주간보호사업을 담당하고 있는 인력 현황을 [보기]의 용을 참고하여 기입하여 주십시오. (추가 필요시 다른 지면을 활용하여 주십시오.)

구분	1) 직명	2) 성별	3) 만연령	4) 학력	5) 근무형태	6) 현 주간보호 서비스 근무 기간	7) 사회봉사기관 총경력	8) 자격증 (보기 참조, 해당 항목 모두 응답)
	(보기 참조)	1. 남자 2. 여자		(보기 참조)	1. 정규 2. 비정규			
(1)			세			년 개월	년 개월	
(2)			세			년 개월	년 개월	
(3)			세			년 개월	년 개월	
(4)			세			년 개월	년 개월	
(5)			세			년 개월	년 개월	
(6)			세			년 개월	년 개월	
(7)			세			년 개월	년 개월	

【보 기】				
1) 직명:	1. 시설장	2. 부장·과장	3. (선임)사회복지사	4. 간호사(간호조무사)
	5. 물리치료사	6. 작업치료사	7. 요양보호사	8. 사무원
	9. 조리원	10. 보조원	11. 운전사	12. 기타()
4) 학력:	1. 중졸 이하	2. 고교졸업(중퇴)	3. 전문대학재학·중퇴·졸업	
	4. 대학 재학·중퇴·졸업	5. 대학원 재학·중퇴·졸업	6. 기타()	
8) 자격증:	0. 없음	1. 사회복지사	2. 의사	3. 간호사
	4. 간호조무사	5. 물리치료사(재활치료사)	6. 작업치료사	
	7. 요양보호사	8. 기타()		

7. 귀하께서 주간보호사업을 담당하면서 느낀 애로사항이 있으면 자유롭게 기술하여 주십시오.

※ 본 설문조사에 응답해 주셔서 대단히 감사합니다.

- 응답 완료된 조사표는 동봉한 회신용 봉투를 이용하여 **2009. 9. 30(수)까지** 한국보건사회연구원에 도착할 수 있도록 적극 협조하여 주시기 바랍니다.
- 인지재활프로그램 관련 팸플렛, 사업계획서 등이 있는 경우 조사표와 함께 첨부하여 주시기 바랍니다.