치매 지원 정책·사업 평가

손동희



국회예산정책처
NATIONAL ASSEMBLY BUDGET OFFICE

치매 지원 정책 · 사업 평가

치매 지원 정책 · 사업 평가

총 괄 | 임명현 예산분석실장

기획·조정 | 전용수 사업평가심의관
임길환 사회행정사업평가과장

작 성 | 손동희 사회행정사업평가과 예산분석관

지 원 | 김선정 사회행정사업평가과 행정실무관
김성훈 사회행정사업평가과 자료분석연구원

본 보고서는「국회법」제22조의2 및「국회예산정책처법」제3조에 따라 국회의원의 의정활동을 지원하기 위하여 발간되었습니다.

문 의 : **예산분석실 사회행정사업평가과** | 02) 6788-3773 | sae@nabo.go.kr

이 책은 국회예산정책처 홈페이지(www.nabo.go.kr)를 통하여 보실 수 있습니다.

• 이 보고서는 재생지를 사용하였습니다.

치매 지원 정책·사업 평가

2026. 11.

국회예산정책처
National Assembly Budget Office

이 보고서는「국회법」제22조의2 및「국회예산정책처법」제3조에 따라 국회의원의 의정활동을 지원하기 위하여, 국회예산정책처 보고서발간심의위원회의 심의(2026. 11. 12.)를 거쳐 발간되었습니다.

차 례

CONTENTS

요 약 / 1

Ⅰ. 개 요 / 1

1. 평가의 배경 및 목적 ····· 1
2. 평가의 구성 및 방법 ····· 4

Ⅱ. 주요 현황 / 6

1. 치매의 주요 개념 ····· 6
   가. 치매 관련 법적 개념 및 범위 ····· 6
   나. 치매와 장애 ····· 9
2. 치매환자 규모 및 사회적 비용 ····· 11
   가. 치매환자 현황 ····· 11
   나. 치매 관련 사회적 비용 ····· 13
3. 치매 관련 주요 법령 및 계획 ····· 15
   가. 주요 법령 ····· 15
   나. 주요 계획 ····· 16
4. 치매 정책·사업 관련 주요 전달체계 ····· 18
   가. 치매관리 전달체계 ····· 18
   나. 노인장기요양보험 관련 주요 전달체계 ····· 21
   다. 의료·요양·돌봄 통합지원 체계 ····· 25
   라. 노인맞춤돌봄서비스 전달체계 ····· 26
5. 치매 관련 재정사업 예·결산 현황 ····· 29
   가. 치매 관련 재정사업 범위 설정 ····· 29
   나. 제4차 치매관리종합계획 연계 재정사업 현황 ····· 30
   다. 제5차 치매관리종합계획 연계 재정사업 현황 ····· 33



CONTENTS

Ⅲ. 주요 쟁점 분석 / 35

1. 치매관리 전달체계 분석 ····· 35
가. 재정자립 수준, 노년부양비, 치매환자 비중 등 지역 여건을 고려한 치매 관련 국고보조율 차등화 방안 검토 필요 ····· 35
나. 치매안심센터 운영의 내실화 필요 ····· 38
(1) 치매안심센터 인력·사업비의 지역별 수요 기반 배분 방안 검토 필요 ····· 38
(2) 치매안심센터 전문인력 확보와 인력 운용 기준 정비 필요 ····· 42
(3) 치매안심센터 운영평가 하위기관 관리 강화 방안 검토 필요 ····· 44
다. 치매 조기검진·진단 연계체계 강화 및 기능 정비 필요 ····· 46
라. 치매 전문 의료 인프라 개선·확충 필요 ····· 51
(1) 공립요양병원 기능보강 사업의 실집행 부진 해소 필요 ····· 51
(2) 치매안심병원 지정의 지역 간 편차 해소와 인력 지원 강화 필요 ····· 53
마. 치매 원격상담·의사결정 지원 기능 정비 필요 ····· 55
(1) 중앙치매센터 치매상담콜센터의 특화서비스 제공 및 분담·연계체계 강화 필요 ···· 55
(2) 치매공공후견과 치매환자재산관리지원서비스의 체계적 연계 방안 마련 필요 ···· 58
바. 치매환자 가족 지원 강화 필요 ····· 61
사. 의료·요양·돌봄 통합지원 상 치매전문관리 연계에 대한 지역 간 격차 완화 방안 검토 필요 ···· 63
2. 노인장기요양보험 지원체계 분석 ····· 68
가. 장기요양보험 재정의 지속가능성 제고 필요 ····· 68
(1) 경증 등급 중심의 급여비 증가에 대응한 중증화 지연 관리 강화 필요 ····· 68
(2) 장기요양보험 국고지원에 대한 사후정산 체계 마련 검토 필요 ····· 70
나. 치매환자의 장기요양 인정·급여이용 개선 필요 ····· 73
(1) 치매 특성을 반영한 장기요양 인정조사 보완 필요 ····· 73
(2) 치매전담형 노인요양시설 확충 사업의 건축단가 현실화 등 집행 효율화 방안 검토 필요 ···· 75
(3) 치매전담형 장기요양기관의 접근성 제고 방안 검토 필요 ····· 77
다. 장기요양 인력의 처우 개선 및 수급 확대 방안 검토 필요 ····· 79
라. 노인학대 관련 장기요양기관 등급 판정 개선 방안 검토 필요 ····· 83

Ⅳ. 결론 및 시사점 / 88

요 약

Ⅰ. 개요

1. 평가의 배경 및 목적

❑ 초고령사회 진입으로 노인인구와 치매상병자가 늘고, 치매로 인한 개인·사회적 비용도 빠르게 증가

- ○ 65세 이상 노인인구 995만 5,476명(전체 인구의 19.5%, '24년), 노년부양비('21년) 23.6명 → ('25년) 29.9명, 노령화지수 143.0 → 205.2
- ○ 65세 이상 추정 치매환자는 2050년 약 226만명 전망

❑ 정부는 「치매관리종합계획」과 「치매국가책임제」 등의 정책을 수립·추진하고 있으며, 치매 지원 관련 재정사업 예산도 확대되는 경향

- ○ 2008년 「치매종합관리대책」 이후 「치매관리법」(2011년 제정)에 따른 제2~4차 「치매관리종합계획」 수립·시행, 「치매국가책임제」(2017.9.~)로 치매안심센터 256개소 설치, 장기요양 인지지원등급 신설 등 추진
- ○ 「치매관리종합계획」 연계 재정사업 예산: ('21년) 3,943억원 → ('27년 예산안) 9,069억원

❑ 해외와 비교하면 노령(old age) 정책영역의 공공지출 수준은 낮은 반면, 치매로 인한 부담은 높은 편

- ○ GDP 대비 노령 정책영역 공공사회지출은 3.56%('21년) 수준으로, OECD 평균(8.04%)의 절반에도 미치지 못하는 실정

❑ 치매와 관련한 다양한 정책과 사업이 추진되어 왔으나, 치매안심센터 등록·관리의 지역 간 편차, 인력기준 미충족, 치매 인프라 확충사업의 저조한 실집행, 가족 돌봄부담과 가족지원 제도의 낮은 이용 등 다양한 문제가 제기

❑ 이에, 본 보고서에서는 제4~5차 치매관리종합계획을 중심으로 치매 지원 정책 · 사업의 현황과 성과를 분석 · 평가하고 치매관리 전달체계와 노인장기요양보험 지원체계를 중심으로 주요 쟁점을 점검하고 개선방안을 제시

2. 평가의 구성 및 방법

[치매 지원 정책 · 사업 평가의 구성과 주요 내용]

구분		주요 분석 내용
Ⅰ. 개요		• 평가의 배경 및 목적 • 평가의 구성 및 방법
Ⅱ. 주요 현황		• 치매의 주요 개념 • 치매환자 규모 및 사회적 비용 • 치매 관련 주요 법령 및 계획 • 치매 정책 · 사업 주요 전달체계 • 치매 관련 주요 재정사업 예 · 결산 현황
Ⅲ. 주요 쟁점 분석	1. 치매관리 전달체계 분석	• 치매 관련 국고보조 구조 검토 • 치매안심센터 지역별 배분, 전문인력 확보 및 인력 운용 기준 분석 • 치매안심센터 운영평가 결과 검토 • 조기검진 · 진단 연계체계 점검 • 공립요양병원 및 치매안심병원 등 치매 전문 의료 인프라 구축 실태 분석 • 치매상담콜센터 및 공공후견지원 제도 검토 • 치매환자 가족 지원체계 점검 • 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원을 통한 치매지원 실태 분석
	2. 노인장기요양보험 지원체계 분석	• 장기요양보험 재정의 지속가능성 점검 • 장기요양 인정조사 등 판정체계 분석 • 치매전담형 요양시설 실태 점검 • 장기요양 인력 처우 및 지원체계 분석 • 노인학대 관련 관리체계 검토
Ⅳ. 결론 및 시사점		• 총괄 제언

Ⅱ. 주요 현황

1. 치매의 주요 개념

❑ (법적 개념) 「치매관리법」은 치매를 기억력 · 언어능력 · 지남력 · 판단력 등의 저하로 일상생활에 지장을 초래하는 후천적 다발성 장애로 정의

○ 「노인장기요양보험법」 상 치매 관련 노인성 질병: F00*(알츠하이머병에서의 치매), F01(혈관성 치매), F02*, F03(상세불명의 치매), G30(알츠하이머병)

○ 「국민건강보험법」 상 산정특례(중증난치질환) 및 「대한민국 치매현황」의 치매상병자 산출에는 G31(달리 분류되지 않은 신경계통의 기타 퇴행성 질환)이 추가로 포함

❑ (장애 판정) 「장애정도판정기준」 고시(보건복지부)에서는 "노인성 치매"를 지적장애에서 제외하고 있어 치매 진단만으로는 장애인으로 등록되지 않으며, 중증치매로 신체기능 제약이 동반될 때 지체 · 뇌병변장애 등에 해당될 수 있음

○ 보건복지부는 발달기 지적장애와 퇴행성 인지저하의 구별, 장기요양급여 등과의 중복지원 최소화를 (노인성) 치매의 장애 판정 제외 사유로 설명

2. 치매환자 규모 및 사회적 비용

❑ 치매상병자는 ('20년)91만명 → ('24년)111만명으로 증가. 이 중 65세 이상 노인 비중이 90%를 상회하며, 치매상병자 비중과 유병률에 지역 간 격차가 존재

○ 65세 이상 치매상병자 수(비중): ('20년)82.9만명(91.0%) → ('24년)104.2만명(94.0%)

- 65세 이상 인구 대비 치매상병자 비율은 서울 8.2~8.7%, 전남 14.2~15.4%로 도 지역이 높은 경향

○ 치매 유병률(2023년 치매역학조사): 광역시 3.79% 및 도 8.49%, 동 5.50% 및 읍 · 면 9.35%로 농어촌 지역이 높은 수준

❑ (사회적 비용) 65세 이상 치매환자 연간 총 관리비용은 ('20년)17.3조원 → ('24년)24.6조원으로 확대

○ 직접의료비 · 장기요양비용 비중이 크고 가족의 비공식 간병비 부담도 상당

○ 1인당 치매환자 연간 관리비용 ('20년)2,061만원 → ('24년)2,699.6만원

- 치매환자 1인당 연간 관리비용 구성('24년): 직접의료비 42.3%, 장기요양비용 41.8%, 직접비의료비 12.6%(비공식 간병비 9.9%), 간접비 3.3%

3. 치매 관련 주요 법령 및 계획

❑ (법령) 「치매관리법」, 「노인장기요양보험법」 등이 치매 지원 정책 · 사업의 주요 법적 근거

❑ (주요 계획) 「치매관리법」 제6조에 따라 5년 단위 법정계획인 치매관리종합계획을 수립 · 시행, 2026년 2월 「제5차 치매관리종합계획(2026~2030)」 발표

○ 국정과제(2025.9.): "78. 지금 사는 곳에서 누리는 통합돌봄", "91. 인구가족 구조 변화 대응 및 은퇴세대 맞춤형 지원"(재산관리지원서비스 시범사업 도입)

○ 제5차 치매관리종합계획: 대표지표를 "지역사회 치매관리율"('30년 84.4%)로 변경, 재산관리지원서비스 본사업 · 치매관리주치의 전국 확대('28년) 계획

4. 치매 정책·사업 관련 주요 전달체계

❑ (전달체계) 보건복지부-중앙 · 광역치매센터-치매안심센터와 치매안심병원 · 공립요양병원으로 이어지는 "치매관리 전달체계", 국민건강보험공단이 운영하는 "장기요양 지원체계" 등을 중심으로 제공

○ (주요 치매관리 전달체계) 중앙치매센터 1개소, 광역치매센터 17개소, 치매안심센터 256개소, 치매안심병원 25개소, 공립요양병원 76개소('25년 말)

○ (주요 장기요양 지원체계) 2025년 기준 장기요양기관은 총 29,734개소로, 수도권에 전체의 44.0% 입지

- 장기요양인정자 수는 ('20년)86만명 → ('25년)124만명으로 증가세를 보였으며, 연평균 증가율 5등급 9.7% · 인지지원등급 9.4%로 높음

5. 치매 관련 재정사업 예 · 결산 현황

❑ (제4차 치매관리종합계획 연계 재정사업 규모) 통합돌봄 선도사업 등 시범사업 종료, 일부 사업의 지방이양, 노인요양시설 확충 예산 감소로 예산이 ('21년) 3,943억원 → ('25년) 2,735억원으로 감소

○ 2021~2025년간 재정사업 실집행률: 77.2~92.3%

❑ (제5차 치매관리종합계획 연계 재정사업 규모) 예산(안)은 ('26년) 8,563억원 → ('27년안) 9,069억원으로 증가. 노인맞춤돌봄서비스(5,894억원 → 6,404억원)가 새로 연계된 데 기인

○ 노인맞춤돌봄서비스 비중은 68.8%('26년)에서 70.6%('27년 예산안)로 증가. 국정과제 관련 치매환자재산관리지원서비스 시범사업은 18.7억원 → 33.4억원 규모로 2026년 예산부터 신규 편성

Ⅲ. 주요 쟁점 분석

1. 치매관리 전달체계 분석

가. 재정자립 수준, 노년부양비, 치매환자 비중 등 지역 여건을 고려한 치매 관련 국고보조율 차등화 방안 검토 필요

❑ 치매 관련 재정사업은 지방비 매칭 국고보조사업이 많으나 국고보조율은 서울 · 지방 2단계에 그쳐 지역 간 재정 여건과 치매 수요를 반영하는데 한계 → 재정자립도 · 노년부양비 · 치매환자 비중 등을 반영한 국고보조율 기준 재설계 검토 필요

○ 시 · 도 재정자립도('25년): 서울 73.6%~전북 23.6%(3배 이상 격차)

○ 노년부양비('25년): 전남 43.4명, 경북 40.5명, 강원 40.1명

○ 방문간호기관이 없는 시 · 군 · 구 43곳도 경북 · 경남 · 강원 등 도(道) 지역 집중

○ 재정사업 국고보조율: 치매안심센터 운영지원 서울 50% · 지방 80%, 광역치매센터 운영 서울 50% · 지방 70%, 노인맞춤돌봄서비스 서울 30% · 지방 70%

나. 치매안심센터 운영의 내실화 필요

❑ (인력 · 사업비 배분) 치매안심센터 등록률, 개소당 · 인력당 등록자 수에 지역 간 2배 수준 편차가 있고 신경과 · 정신건강의학과 전문의가 많은 대도시의 등록률이 낮은 경향 → 치매환자 규모 · 인력 · 접근성 · 전문의 분포 등을 고려한 지원 기준 마련 필요

- ○ 치매안심센터 등록률('24년): 전북 76.7%~서울 44.5%(1.7배), 센터당 등록자 전북 3,359.9명~강원 1,247.2명(2.7배), 인력 1인당 등록자 1.9배 차이
- ○ 치매안심센터 등록 · 관리율('25년): 57.1%(제4차 계획 목표 80%에 미달)
- ○ 신경과 전문의의 27.1% · 정신건강의학과 전문의의 29.0%가 서울에 소재

❑ (전문인력) 치매안심센터 인력기준 미충족 지속. 해당 인력기준 미충족은 대체로 임상심리사 부족에 기인. 2026년 지침의 간주 규정(타 직종 수행 시 충족 인정)은 임시 조치 성격으로 보임 → 인력기준의 기능 중심 정비 및 법령 개정, 우선순위에 기초한 직역별 인력 공유 방안 등 검토 필요

- ○ 임상심리사 배치 센터 85~109개소(전체 256개소의 33.2~42.6%), 농촌 유형은 13.8~29.9%로 낮은 수준('21~'25년)

❑ (운영평가) 치매안심센터 운영평가 최하위등급(D등급) 센터도 희망하는 경우에만 컨설팅을 받아 평가 결과가 개선으로 이어지는 데 한계 존재 가능성 → 향후 평가부터는 D등급 컨설팅 의무화 기준과 방안을 마련하고, 컨설팅 효과 · 대상 기준 등 환류 방안 병행 검토 필요

- ○ 1주기 운영평가('23~'24년, 총 256개소 대상) D등급 25개소 중 맞춤형 컨설팅 수혜는 6개소. A~C등급의 경우 231개소 중 24개소가 컨설팅 수혜

다. 치매 조기검진·진단 연계체계 강화 및 기능 정비 필요

❑ (조기검진) 치매안심센터 선별검사에서 발견된 인지저하자의 진단검사 연계가 충분치 못하고 지역 편차도 발생하는 등으로 인해 조기검진-진단-등록-서비스 연계

에 부정적인 영향을 미치고 있으며, 일부 기능이 유사한 기관도 존재 → 수검률 확대, 대기시간 단축, 등록 혜택 · 진단 후 절차 안내, 유사 기관 연계 강화 방안에 대한 종합적 검토 필요

- ○ 2024년 기준 선별검사 528.2만명 → 인지저하자 83.1만명(15.7%) → 진단검사 1단계 수검률 70.4%(대구 40.9%~서울 94.5%)
- ○ 치매상병자 대비 등록률 56.2%, 등록 치매환자의 서비스 이용률 80.49%, 경도인지장애진단자 등록률 5.1%, 치매관리주치의 시범사업 등록환자의 치매안심센터 이용률 57.1%
- ○ 노인복지관(인지활동서비스 · 치매 종합상담), 정신건강복지센터(치매 초기 증상 상담 · 연계)가 치매안심센터와 일부 유사한 기능 수행

라. 치매 전문 의료 인프라 개선 · 확충 필요

❑ (공립요양병원 기능보강) 행동심리증상(BPSD[1]) 등 전문치료를 위한 시설 · 장비비 지원 사업이나 실집행률이 10%에도 미치지 못한 기간이 존재하고, 치매안심병원 지정도 공립요양병원 중 일부에 그침 → 치매전문치료 역량 강화를 목표로 사업 선정 단계부터의 집행가능성 검토와 지정 확대까지 이어질 수 있도록 면밀한 사업관리 필요

- ○ 예산('21~'25년): 15~52억원
- ○ 공립요양병원 기능보강 실집행률: ('22년)10.0%, ('23년)8.5%, ('25년)4.5%

❑ (치매안심병원) 공립요양병원 중 치매안심병원 지정 비중이 저조하고 세종 · 강원은 미설치되었으며 민간요양병원 지정은 미미 → 권역별 확충 방안 점검 및 지정 후 인력 운영에 대한 수가 · 예산 지원 강화 병행 검토 필요

- ○ 공립요양병원 74개소 중 치매안심병원 26개소(35.1%, '26.8.), 민간요양병원은 1,206개소 중 2개소(0.2%)

1) 행동심리증상(BPSD)은 기억력 저하 등 인지기능 저하 외에 치매로 인해 부수적으로 나타나는 망상, 환각, 공격성, 배회, 부적절한 행동 등 다양한 정신행동증상을 말한다. (자료: 보건복지부, 「제5차 치매관리종합계획(2026~2030)」, 2026.2.)

마. 치매 원격상담 · 의사결정 지원 기능 정비 필요

❑ (치매상담콜센터) 보건복지상담센터(129)와 기능이 일부 유사하나 명시적인 분담 · 연계 규정이 미비하고 자원연계 실적이 면밀히 관리되지 않음 → 일반 정보상담의 공동 안내 · 이관 기준 마련, 전문 상담 특화, 자원연계 관리 강화 방안 검토 필요

○ 치매상담콜센터: 상담사 22명, 상담 124,235건('25년) 중 정보상담이 88.5%
- 보건복지상담센터(129) 상담 1,414,733건('25년)

○ 맞춤형 사례관리 3,554건('25년), 자원연계 실적은 별도로 집계하지 않음

❑ (공공후견 · 재산관리) 치매공공후견과 치매환자재산관리지원서비스 시범사업은 대상 · 기능 · 결정대리 구조가 유사하나 연계 방안이 미비하고, 재산관리지원서비스는 법적 근거 없이 시행 중 → 국회와의 논의를 통한 「치매관리법」 개정의 신속 추진과 두 사업 간 연계 방안 마련 필요

○ 치매공공후견: 지원인원 ('25년)256명 → ('30년)1,900명
- 예산 규모: ('26년)10.3억원 → ('27년안)17.3억원

○ 치매환자재산관리지원서비스: 750명('26년) → 11,000명('30년)
- 예산 규모: ('26년)18.7억원 → ('27년안)33.4억원
- 후견인이 대리하여 신탁계약을 체결한다는 점에서 치매공공후견과 연계 강화 필요

바. 치매환자 가족 지원 강화 필요

❑ (가족지원) 가족의 돌봄부담과 우울 수준이 높은 수준이나 가족지원 정책의 인지도가 낮고 가족상담수가 제도도 미도입 → 경제적 부담 경감, 돌봄서비스 시간 확대, 정신건강 전문상담 연계 및 심리상담 비용 지원 중심의 가족지원 체계 정비 필요

○ (2023년 치매실태조사) 지역사회 치매환자 가족의 돌봄부담 45.8%, 우울 의심군 21.5%, 주당 비공식 돌봄 75.9시간 대비 외부 서비스 이용 7.8시간

○ 정책 인지도: 치매상담콜센터 17.2%, 가족지원 프로그램 9.2%, 치매가족휴가제 6.1%, 인적공제 4.9%, 장기요양 이용자 가족의 돌봄부담 51.6%('25년)

사. 의료·요양·돌봄 통합지원 상 치매전문관리 연계에 대한 지역 간 격차 완화 방안 검토 필요

❑ (통합지원) 치매와 관련성이 높은 '건강관리'(치매전문관리 포함) · '장기요양' 분야의 연계 실적에서 적지 않은 지역 간 격차 존재 → 지역 재정 여건, 농어촌 · 소멸위험지역 등을 고려한 우선순위 지원 기준의 법적 근거 마련, 인력 · 기관의 효율적 확충 · 배치를 위한 지속적 제도 점검 · 개선 필요

- ○ 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 신청 · 접수자 93,139명 중 68,715명(73.8%)를 대상으로 실제 연계('26.3.~8.)
  - 연계 절차 진행 중: 24,424명('26.3.~8.) / 연계 비중: 대전 82.3%~울산 53.8%
- ○ 치매전문관리 11,447건(전체의 4.9%, 세종 9.2%~경남 2.4%)
  - 장기요양 27,459건(11.8%, 세종 18.8%~대구 6.1%)
- ○ 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 서비스 신청부터 연계까지 평균 15.5일(경남 12.2일~세종 22.8일)

2. 노인장기요양보험 지원체계 분석

가. 장기요양보험 재정의 지속가능성 제고 필요

❑ (중증화 지연) 장기요양급여를 이용하는 치매상병자와 급여비용이 늘고 경증 등급의 증가율이 높으나 중증화 지연 · 방지 관리 체계 미흡 → 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 체계를 활용한 중증화 지연 관리체계 강화 등 장기요양급여 지출 관리 방안에 대한 면밀한 검토 필요

- ○ 급여이용 치매상병자 수: ('20년)36.5만명 → ('24년)49.2만명 / 연평균 7.7% 증가
  - 연평균 증가율 인지지원등급 12.9%·5등급 11.1%
- ○ 치매상병자 장기요양급여비용: ('20년)4조 8,965억원 → ('24년)8조 2,829억원, 인지지원등급 연평균 19.5% 증가

❑ (국고지원) 국고지원은 보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 법정 기준으로 설정하고 있으나 2027년 예산안에서는 예상수입액의 18.9% 수준으로 편성되었고, 실제 수입과의 차액을 정산하는 규정이 없으며 수년 내 준비금 고갈에 대

한 전망도 존재 → 지속가능성 강화 측면에서 사후정산 체계 등 국고지원 체계 정비 방안 마련 검토 필요

예상수입 대비 국고지원 19.0%('20년), 18.9%('27년안)

- 실제수입 대비 ('21~'23년)1,138억원 과소, ('24~'25년)1,311억원 초과 지원 (실제 수입 대비 비중: 19.5~20.9%)

○ 기획재정부(2025.9.)와 국회예산정책처(2025.2. 및 2025.6.) 모두 장기요양보험 준비금이 2030년 고갈될 것으로 전망

나. 치매환자의 장기요양 인정·급여 이용 개선 필요

❑ (인정조사) 판정결과에 대한 (재)심사청구가 늘고 있으나 1회 방문 조사로는 치매의 상태 변동을 반영하는데 한계 존재 → 가족 진술 · 의사소견과 차이가 클 때 재방문 조사, 치매안심센터 정보 · 진료 이력의 인정조사 연계 등 제도 개선 필요

○ 심사청구 인용: ('20년)140건 → ('25년)136건, 인용률 3.9~16.4%

○ 재심사청구 인용: ('20년)3건 → ('25년)5건, 인용률 3.7~7.1%

❑ (건축단가) 치매전담형 노인요양시설 확충의 실집행률이 저조하고 미집행의 대부분이 건축단가로 인한 사업 포기 → 건축단가 현실화, 선정 단계 집행가능성 검토 강화, 농어촌 · 소멸위험지역과 미설치 · 부족 지역 우선 추진 검토 필요

○ 치매전담형 노인요양시설 확충 실집행률: 11.8~29.9%('23~'25년)

○ 신축 지원단가 ㎡당 198만원은 노유자시설 평균 건축단가의 45.8~58.0%, 미집행 21건 중 15건이 건축단가로 인한 사업 포기

❑ (치매전담형 장기요양기관) 「제4차 치매관리종합계획(2021~2025)」 목표('25년)를 상회하는 수준으로 확충(619개소)되었으나, 이용 경험이 낮고 국공립 기관 · 병원이 부족한 시 · 군 · 구가 존재 → 홍보와 접근성 확대 방안 검토 필요

○ 제도를 아는 가족 중 이용 경험: 치매전담 주야간보호 14.8%, 치매전담실 · 공동생활가정 10.0%('25년), 국공립 기관 · 병원이 부족한 시 · 군 · 구 53개 존재

다. 장기요양 인력의 처우 개선 및 수급 확대 방안 검토 필요

❑ (요양보호사) 증가율이 수급자 증가율에 못 미치고 수도권 집중(47.7%) · 고령화가 진행되며 자격 취득자 중 실제 종사자는 약 5분의 1 수준 → 경제적 처우 개선과 장기요양기관 · 치매안심센터 등으로의 (재)취업 연계 경력 지원 검토 필요

- ○ 2021~2025년간 요양보호사 1인당 수급자 1.77명 → 1.85명으로 확대
- ○ 자격 취득자 중 종사자 비중은 21.4~23.0%('21~'24년) 수준
- ○ 재가 요양보호사 월평균 임금 108.8만원(월 78.7시간 / 시간당 13,817원)
- ○ 장기요양요원 중 60세 이상 비중: 63.4%('25년)

❑ (장기요양요원지원센터) 17개[2] 광역시 · 도 중 11곳에만 설치되었으나 2027년 예산안은 17개소 운영을 전제로 편성되어 과다편성 소지 → 조속한 설치 확대와 실제 운영 개소 기준의 예산 조정 검토 필요

- ○ 17개 시 · 도 중 부산 · 대구 · 세종 · 충남 · 경북 · 경남 등 6개 시 · 도 미설치('26.8.)
- ○ 2027년 예산안 산출근거: 10억 9,400만원(17개소×1억 2,875만원×50%)

라. 노인학대 관련 장기요양기관 등급 판정 개선 방안 검토 필요

❑ (노인학대) 장기요양기관 노인학대의 대부분이 치매 노인 대상이나, 노인학대 사례판정을 받은 기관 중 상위 평가등급 기관이 다수 → 노인보호전문기관의 노인학대 판정 결과의 평가등급 연계 강화, 사례판정 단계부터 등급 하향 · 가산금 회수(기관의 소명 절차는 보장), 반복 발생 기관 불이익 강화 방안 검토 필요

- ○ 장기요양기관 노인학대 491건('21년) → 587건('25년), 이 중 치매의심 · 치매진단 노인 대상이 86.6~92.9%
- ○ 2025년 시설급여 정기평가: 학대 사례판정 기관 360개소 중 양호 이상(A~C등급) 269개소, 최하위(E등급) 40개소(11.1%)

---

2) 2026년 7월부터 전남광주통합특별시 설치에 따라 광역시 · 도 수가 기존 17개에서 16개로 개편되었으나, 보건복지부 제출자료 및 보건복지부의 「2027년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료(Ⅱ-1)」(2026.9.)에 기초하여 본 보고서의 해당 분석에서는 17개 시 · 도를 기준으로 분석 · 평가하였다.

Ⅳ. 결론 및 시사점

❑ (치매관리 전달체계) 지역 여건을 반영한 국고보조율 재설계, 치매안심센터의 수요 기반 지원 기준·인력기준 정비·최하위 평가등급 컨설팅 의무화, 진단검사 연계 강화와 유사 기관 연계, 공립요양병원 기능보강 집행관리와 치매안심병원 인력 지원, 치매상담콜센터-보건복지상담센터 분담, 치매공공후견-재산관리 연계, 가족지원 정비, 통합지원의 지역 격차 완화 방안에 대한 면밀한 검토 필요

❑ (노인장기요양보험 지원체계) 통합지원 체계를 활용한 경증 치매환자 중증화 지연관리, 국고지원 사후정산 체계 마련, 인정조사 보완, 건축단가 현실화와 우선순위 지역 추진, 치매전담형 기관 접근성 확대, 요양보호사 처우 개선·(재)취업 연계, 장기요양요원지원센터 확대와 예산 조정, 노인학대 판정의 평가등급 연계 강화 방안에 대한 종합적 검토 필요

Ⅰ 개 요

1 평가의 배경 및 목적

우리나라는 급속한 고령화로 초고령사회에 진입하였으며, 치매환자 수와 치매로 인한 사회적 비용도 빠르게 증가하고 있다.

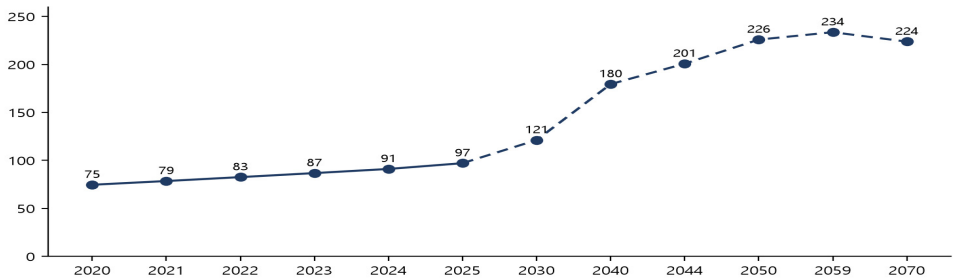
2024년 65세 이상 노인인구는 995만 5,476명으로 전체 인구의 19.5%를 차지하였고, 생산연령인구 100명당 고령인구(65세 이상 인구)를 나타내는 '노년부양비'는 2021년 23.6명에서 2025년 29.9명으로, 유소년인구(0~14세) 100명당 고령인구인 '노령화지수'는 143.0에서 205.2로 높아졌다.[1)]

같은 해 치매 상병으로 의료기관을 이용한 치매상병자 수는 65세 이상 인구 중 10.5%인 1,042,180명에 이르렀다.

치매환자 1인당 연간 관리비용은 2024년 2,699.6만원으로 연간 가구소득의 43.1% 수준이며, 65세 이상 치매환자의 연간 총 국가치매관리비용은 약 24.6조원으로 GDP의 0.96%에 해당한다. 65세 이상 추정 치매환자 수는 2050년 약 226만 명으로 확대될 것이라는 전망도 존재한다.

[65세 이상 추정 치매환자 수 추이 및 전망(2020~2070년)]

(단위: 만명)



주: 1. 65세 이상 추정 치매환자 수는 연도별 주민등록연앙인구(국가데이터처, 각연도)에 2023년 치매역학 · 실태조사(보건복지부 · 중앙치매센터, 2024) 성 · 연령별 유병률 적용하여 산출한 값임
2. 2025년을 포함한 점선 부분은 전망치임

자료: 보건복지부 · 국립중앙의료원 중앙치매센터, 「대한민국 치매현황 2025」, 2026.7.

1) 국가통계포털(KOSIS), '주요 인구지표: 노년부양비, 노령화지수'(2026.10.2.검색기준)

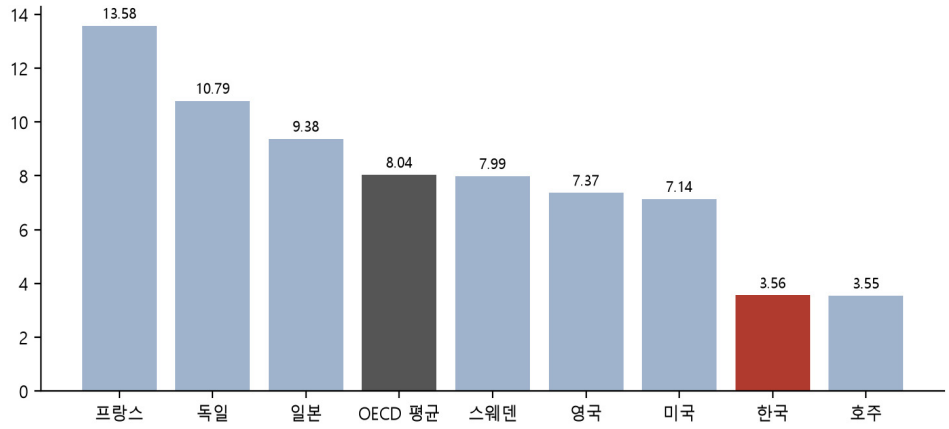
정부는 이에 대응하여 2008년「치매종합관리대책(2008~2012)」이후「치매관리법」(2011년 제정)에 따른 5년 단위 법정계획인 제2~4차「치매관리종합계획」을 수립 · 시행하였고,「제3차 치매관리종합계획(2016~2020」의 계획기간 중인 2017년 9월부터「치매국가책임제」를 통해 전국 256개 치매안심센터 설치, 중증치매 의료비 본인부담률 10%로 인하, 장기요양 인지지원등급 신설 등을 추진하였다.

이와 함께,「치매관리종합계획」에 따른 치매 관련 재정사업 예산도 2021년 3,943억원에서 2027년 예산안 기준 9,069억원까지 확대되었다.

한편, 해외와 비교하면 우리나라의 노령(old age) 정책영역의 공공지출은 높지 않은 수준으로 보인다. OECD 사회지출 통계(SOCX)에 따르면, 우리나라의 GDP 대비 노령(old age) 정책영역 공공사회지출[2]은 2021년 기준 3.56%(2022년 3.81%)로 OECD 평균(2021년 8.04%)의 절반에도 미치지 못하였으며, 일본(9.38%), 독일(10.79%), 영국(7.37%), 미국(7.14%)보다 낮은 수준이었다.

[주요국의 GDP 대비 노령(old age) 정책영역 공공사회지출 비중 (2021년)]

(단위: %)



주: OECD 평균은 2021년 자료가 있는 회원국 평균(OECD 집계치). 한국 2022년 3.81%
자료: OECD, Social Expenditure Database(SOCX), Public expenditure on old age(% of GDP), (2026.9.25.검색기준)을 바탕으로 재작성

2) OECD 공공사회복지지출(Social Expenditure) 정책영역 중 노령(old age)은 노동시장에서 은퇴한 사람들에 대한 노령연금, 조기퇴직연금, 노인을 위한 재가복지, 장기요양서비스 등으로 구성된다.

또한, 우리나라의 치매 관리비용은 GDP의 약 1% 수준에 이르고 있고, OECD 19개국의 65세 이상 인구 1,000명당 추정 치매환자는 평균 61명인데 비해 우리나라는 93명 수준으로 높은 편이다.[3)]

이처럼 치매 관련 정책과 재정사업이 확대 · 다변화되고 있으나, 고령화와 치매에 따른 개인과 사회적 부담은 확대되고 있으며 치매안심센터 등록 · 관리의 지역 간 편차, 인력기준 미충족, 치매 인프라 확충사업의 저조한 실집행, 치매환자 가족의 돌봄 부담과 가족지원 제도의 낮은 이용 등과 같은 다양한 문제가 제기되고 있는 실정이다.

이에 본 보고서에서는 2021년부터 시행되어 온 제4차 및 제5차 「치매관리종합계획」을 중심으로 치매 지원 정책 · 사업의 현황과 성과를 분석 · 평가하고, 치매 지원 주요 추진체계인 치매관리 전달체계와 노인장기요양보험 지원체계를 중심으로 주요 쟁점 사항을 점검하여 개선방안을 제시하고자 한다.

3) 2024~2025년 자료 기준이며 국가별로 기준연도와 정의에 차이가 존재하므로 비교 시 유의할 필요가 있다.

2 평가의 구성 및 방법

본 보고서에서는 치매 지원 정책 · 사업 관련 주요 정책 및 사업 현황, 문제점 및 성과를 심층적으로 분석 · 평가하고, 주요 쟁점에 따른 개선과제를 검토하였다.

주요 현황 측면에서는 치매의 주요 개념, 치매환자 규모 및 관련 사회적 비용, 주요 법령 및 계획과 함께 치매 정책 · 사업 관련 주요 전달체계를 치매관리 전달체계와 장기요양 체계를 중심으로 검토하였다. 예 · 결산 현황의 경우 보건복지부에서 제출한 제4차 및 제5차 치매관리종합계획 추진과제의 연계 재정사업을 치매 관련 재정사업으로 간주하고 사업내역을 검토하였다.

주요 쟁점 분석에서는 본 보고서의 중점주제인 치매관리 전달체계와 관련하여 크게 치매 관련 국고보조 구조, 치매안심센터 운영 내실화, 조기검진 · 진단 연계체계, 치매 전문 의료 인프라, 상담 및 의사결정, 치매환자 가족 지원, 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원을 중심으로 분석을 진행하였다.

이와 함께, 치매 관리의 또 다른 중요 전달체계인 노인장기요양보험을 통한 지원체계와 관련하여, 재정의 지속가능성, 치매환자의 장기요양급여 이용, 장기요양 인력 처우개선, 노인학대 관련 관리체계에서의 치매 관련 지원 과제를 중점 검토하였다.

아울러, 분석의 객관성 제고를 위하여, 보건복지부와 국립중앙의료원, 국민건강보험공단 등 관계부처 및 기관과 협의하고 전문가간담회를 실시하였으며, 각종 문헌 및 통계자료, 세미나 및 토론회 자료 등을 종합적으로 활용하였다.[4)]

4) 참고로, 2026년 7월부터 전라남도와 광주광역시를 통합한 전남광주통합특별시가 설치(근거법령: 「전남광주통합특별시 설치를 위한 특별법」 등)됨에 따라 광역시 · 도 수가 기존 17개에서 16개로 개편되었으나, 분석 · 평가 대상 기간, 수록자료의 성격 등을 고려하여 17개 시 · 도와 16개 시 · 도를 병행하여 사용하였다.

[치매 지원 정책 · 사업 평가의 구성과 주요 내용]

구분		주요 분석 내용
Ⅰ. 개요		• 평가의 배경 및 목적 • 평가의 구성 및 방법
Ⅱ. 주요 현황		• 치매의 주요 개념 • 치매환자 규모 및 사회적 비용 • 치매 관련 주요 법령 및 계획 • 치매 정책 · 사업 주요 전달체계 • 치매 관련 주요 재정사업 예 · 결산 현황
Ⅲ. 주요 쟁점 분석	1. 치매관리 전달체계 분석	• 치매 관련 국고보조 구조 검토 • 치매안심센터 지역별 배분, 전문인력 확보 및 인력 운용 기준 분석 • 치매안심센터 운영평가 결과 검토 • 조기검진 · 진단 연계체계 점검 • 공립요양병원 및 치매안심병원 등 치매 전문 의료 인프라 구축 실태 분석 • 치매상담콜센터 및 공공후견지원 제도 검토 • 치매환자 가족 지원체계 점검 • 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원을 통한 치매지원 실태 분석
	2. 노인장기요양보험 지원체계 분석	• 장기요양보험 재정의 지속가능성 점검 • 장기요양 인정조사 등 판정체계 분석 • 치매전담형 요양시설 실태 점검 • 장기요양 인력 처우 및 지원체계 분석 • 노인학대 관련 관리체계 검토
Ⅳ. 결론 및 시사점		• 총괄 제언

II 주요 현황

1 치매의 주요 개념

가. 치매 관련 법적 개념 및 범위

치매의 법적 개념과 범위와 관련한 주요 법령으로는 「치매관리법」, 「노인장기요양보험법」, 「국민건강보험법」 등을 들 수 있다.

(1) 치매관리법 상 치매 관련 정의

「치매관리법」 제2조(정의)에서는 '치매'를 퇴행성 뇌질환 또는 뇌혈관계 질환 등으로 인하여 기억력, 언어능력, 지남력(指南力)[5], 판단력 및 수행능력 등의 기능이 저하됨으로써 일상생활에서 지장을 초래하는 후천적인 다발성 장애로 정의하고 있다. 또한, 같은 조에서는 '치매환자'를 치매로 인한 임상적 특징이 나타나는 사람으로서, 의사 또는 한의사로부터 치매로 진단받은 사람으로 규정하고 있다.

이와 같이, 치매는 인지기능 저하와 이에 따른 일상생활 지장을 포괄하는 기능상태로 볼 수 있다.

[「치매관리법」 상 주요 개념]

구분	개념 및 정의
치매	퇴행성 뇌질환 또는 뇌혈관계 질환 등으로 인하여 기억력, 언어능력, 지남력(指南力), 판단력 및 수행능력 등의 기능이 저하됨으로써 일상생활에서 지장을 초래하는 후천적인 다발성 장애
- 치매환자	치매로 인한 임상적 특징이 나타나는 사람으로서 의사 또는 한의사로부터 치매로 진단받은 사람
경도인지장애	기억력, 언어능력, 지남력, 판단력 및 수행능력 등의 기능이 객관적인 검사에서 확인될 정도로 저하되어 있으나 일상생활을 수행하는 능력은 보존되어 있어 치매가 아닌 상태

자료: 「치매관리법」 제2조(정의)를 바탕으로 재작성

5) 지남력(指南力)이란 시간과 장소, 상황이나 환경 따위를 올바로 인식하는 능력을 의미한다. (자료: 찾기쉬운 생활법령정보 웹페이지)

(2) 노인장기요양보험법 상 치매 관련 질병 범위

「노인장기요양보험법」 제2조 및 같은 법 시행령 제2조에서는 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 '노인등'을 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매 · 뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자로 정의하고 있다.

「노인장기요양보험법」에 따르면, 치매 관련 질병은 질병코드를 기준으로 F00*(알츠하이머병에서의 치매), F01(혈관성 치매), F02*(달리 분류된 기타 질환에서의 치매), F03(상세불명의 치매), G30(알츠하이머병)을 대상으로 하고 있다.

[「노인장기요양보험법」 상 노인성 질병]

질병명	질병코드	질병명	질병코드
알츠하이머병에서의 치매	**F00***	기타 뇌혈관질환	I67
혈관성 치매	**F01**	달리 분류된 질환에서의 뇌혈관 장애	I68*
달리 분류된 기타 질환에서의 치매	**F02***	뇌혈관질환의 후유증	I69
상세불명의 치매	**F03**	파킨슨병	G20
알츠하이머병	**G30**	이차성 파킨슨증	G21
지주막하출혈	I60	달리 분류된 질환에서의 파킨슨증	G22*
뇌내출혈	I61	기저핵의 기타 퇴행성 질환	G23
기타 비외상성 두개내출혈	I62	중풍후유증	U23.4
뇌경색증	I63	진전(震顫)	R25.1
출혈 또는 경색증으로 명시되지 않은 뇌졸중	I64	척수성 근위축 및 관련 증후군	G12
뇌경색증을 유발하지 않은 뇌전동맥의 폐쇄 및 협착	I65	달리 분류된 질환에서의 일차적으로 중추신경계통에 영향을 주는 계통성 위축	G13*
뇌경색증을 유발하지 않은 대뇌동맥의 폐쇄 및 협착	I66	다발경화증	G35

주: 1. 질병명 및 질병코드는 「통계법」 제22조(표준분류)에 따라 고시된 한국표준질병 · 사인분류(KCD) 기준. KCD에서 별표(*)는 다른 질환 때문에 나타난 증상이나 장기별 발현(manifestation)을 뜻하는 코드임

2. 진전(震顫)은 무의식적으로 몸이 떨리는 증상을 의미하며, 보건복지부장관이 정하여 고시하는 범위로 함

3. 굵은 글씨는 노인성질병 중 치매와 직간접적으로 연관성이 높은 노인성질병을 의미

자료: 「노인장기요양보험법」 제2조(정의) 등을 바탕으로 재작성

(3) 국민건강보험법에 따른 치매 관련 범위

「국민건강보험법」에 따른 고시인 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(고시 제2026-162호, 2026.7.일부개정) [별표 4의2](중증난치질환자 산정특례 대상)에 따르면, 치매 관련 중증난치질환은 다음과 같이 정의하고 있다.

「노인장기요양보험법」의 치매 관련 질병 범위와 비교하였을 때, 질병코드 상으로는 G31(달리 분류되지 않은 신경계통의 기타 퇴행성 질환)이 추가되어 있는 것으로 보인다.

[중증난치질환자 산정특례 대상 중 치매 관련 질병 범위]

구분	질병(상병)코드	구분	질병(상병)코드
조기발병 알츠하이머병에서의 치매	F00.0	루이소체치매	G31.82
알츠하이머병 2형	F00.0	만기발병 알츠하이머병에서의 치매	F00.1
초로성 치매, 알츠하이머병	F00.0	알츠하이머병 1형	F00.1
알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 초로성 발병	F00.0	알츠하이머형의 원발성 퇴행성 치매, 노년발병	F00.1
피크병에서의 치매	F02.0	알츠하이머형의 노년성 치매	F00.1
조기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.0	비정형 또는 혼합형 알츠하이머병에서의 치매	F00.2
피크병	**G31.00**	비정형치매, 알츠하이머형	F00.2
전두측두치매	**G31.00**	급성 발병의 혈관성 치매	F01.0
의미변이원발진행실어증	**G31.01**	다발-경색치매	F01.1
비유창원발진행실어증	**G31.02**	주로 피질성 치매	F01.1
로고페닉원발진행실어증	**G31.03**	피질하 혈관성 치매	F01.2
달리 분류되지 않은 원발진행실어증	**G31.04**	혼합형 피질 및 피질하 혈관성 치매	F01.3
진행성 고립성 실어증	**G31.04**	만기발병을 수반한 알츠하이머병	G30.1

주: 굵은 글씨는 질병코드 G31 관련을 표시한 것임
자료: 보건복지부 고시, 「본인일부부담금 산정특례에 관한 기준」(고시 제2026-162호, 2026.7.일부개정) [별표 4의2](중증난치질환자 산정특례 대상)

보건복지부 · 국립중앙의료원 중앙치매센터에서 발간하는 「대한민국 치매현황 2025」(2026.7.)에서는 '치매상병자'를 상기와 같이 노인장기요양보험법 상 노인성 질병(F00*, F01, F02*, F03, G30)에 'G31'(달리 분류되지 않은 신경계통의 기타 퇴행성 질환)을 포함하여 산출하고 있다.

나. 치매와 장애

「장애인복지법」에 따른 보건복지부의 「장애정도판정기준」 고시(보건복지부고시 제2025-228호, 2025.12.일부개정)에서는 장애유형을 16개로 구분하고 있다.

[「장애정도판정기준」 고시에 따른 16개 장애유형]

대분류	중분류	소분류
신체적 장애	외부 신체기능의 장애 (6개)	지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면장애
	내부기관의 장애 (7개)	신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애, 장루 · 요루장애, 뇌전증장애, 췌장장애
정신적 장애	발달장애 (2개)	지적장애, 자폐성장애
	정신장애 (1개)	정신장애

자료: 보건복지부 고시, 「장애정도판정기준」 고시(보건복지부고시 제2025-228호, 2025.12.일부개정)

상기 고시에 따르면, 장애인 등록은 특정 질환의 진단만으로 가능하다기보다는, 유형별로 정하는 신체적 · 정신적 기능 손상의 정도에 해당될 때 가능하다. 이에, 치매 진단만으로는 장애 해당 여부를 판단하는 데 한계가 있으며, 오랜 침상생활 등으로 관절구축 등의 신체기능 제약이 동반되는 중증치매의 경우 지체장애, 뇌병변장애 등에 해당될 수 있다.

다만, 「장애정도판정기준」 고시 제2장(장애유형별 판정기준) 중 '6. 지적장애 판정기준'의 '라. 판정개요'에서는 "노인성 치매를 지적장애에서 제외"한다고 명시적으로 규정하고 있다. 이에 따라 노인성 치매는 지적장애로 등록될 수 없으며, 장애수당의 지급대상이 되지 않는다.[6)]

[「장애정도판정기준」 고시에 규정하는 노인성 치매 관련 지적장애 판정 개요]

구분	판정 개요
장애유형별 판정기준 중 '지적장애' 판정기준	(3) 선천적인 지능저하인 경우 지적장애로 판정하며, 뇌손상, 뇌질환으로 지능저하가 온 경우에도 상기 기준에 근거하여 지적장애에 준한 판정을 할 수 있다. **단, 노인성 치매는 제외**한다

자료: 보건복지부 제출자료 및 보건복지부, 「장애정도판정기준」(보건복지부고시 제2025-228호, 2025.12. 일부개정)를 바탕으로 재작성

6) 다만, 초로기 치매(64세 이전 발생)에 대해서는 지적장애 기준에 해당하는 경우 장애인 등록이 가능하다.

관련하여, 보건복지부에서는 노인성 치매를 지적장애에서 제외하는 주된 사유로 발달 과정에서의 지체 또는 지연으로 인한 '지적장애'와 지적 발달이 정상적으로 완성된 이후에 퇴행성 질환에 따른 인지 저하가 구별된다는 점을 들고 있다.

또한, 치매 등의 노인성 질환에 대해서는 「노인장기요양보험법」에 따라 장기요양급여 등 특화된 서비스를 제공받을 수 있으므로, 복지행정의 효율성 및 지속가능성을 위해 동일 대상에 대한 중복지원을 최소화하는 취지도 포함되어 있다고 설명하고 있다.

2 치매환자 규모 및 사회적 비용

가. 치매환자 현황

2020~2024년간 치매상병자 수는 91만명에서 111만명으로 지속적으로 증가하였고 이 중 65세 이상 노인 치매상병자 비중이 90%를 상회하였으며, 치매상병자 비중과 유병률 등에서 지역 간 격차도 존재하였다.

2020~2024년간 치매상병자 수는 2020년 911,529명에서 2024년 1,108,491명으로 지속적인 증가세를 보였으며, 이 중 노인(65세 이상) 치매상병자의 비중이 2020년 91.0%(829,227명)에서 2024년 94.0%(1,042,180명)로 치매상병자의 대부분을 차지하였다.

[치매상병자 추이(2020~2024년)]

(단위: 명, %)

구분	2020	2021	2022	2023	2024
전체 치매상병자 수 (A)	911,529	972,436	1,000,077	1,030,524	1,108,491
65세 이상 치매상병자 수 (B)	829,227	892,002	923,003	961,830	1,042,180
- 전체 치매상병자 대비 65세 이상 치매상병자 비중 (B/A)	91.0	91.7	92.3	93.3	94.0

주: 치매상병자는 치매 상병코드(F00~F03, G30, G31)를 주상병으로 입원·외래·약국을 연 1회 이상 이용한 사람(건강보험·의료급여 포함, 사망자 등 제외) 수임

자료: 보건복지부·국립중앙의료원 중앙치매센터, 각 연도별 「대한민국 치매현황」을 바탕으로 재작성

같은 기간 동안의 65세 이상 노인인구 대비 65세 이상 치매상병자 비율을 17개 광역시·도별로 살펴보면, 서울이 8.2~8.7% 수준으로 가장 낮았으며 전남이 14.2~15.4%로 가장 높은 65세 이상 치매상병자 비율을 보였다. 한편, 65세 이상 노인인구 대비 치매상병자 비중이 전국 대비 높은 지역은 충북, 충남, 전북, 전남, 경북, 경남, 광주 등으로 대체적으로 도(道) 지역이었다.

[65세 이상 노인인구 대비 치매상병자 비중]

(단위: %)

구분		2020	2021	2022	2023	2024
전국		10.2	10.4	10.2	11.0	10.5
수도권	- 서울	8.2	8.4	8.3	8.7	8.3
	- 인천	9.4	9.4	9.3	10.2	9.5
	- 경기	9.3	9.5	9.3	10.1	9.5
비수도권	- 부산	9.5	9.6	9.5	10.4	9.9
	- 대구	9.8	10.3	10.1	11.3	10.7
	- 광주	11.1	11.1	10.8	11.5	11.0
	- 대전	10.1	10.1	9.9	10.8	10.2
	- 울산	9.1	9.2	9.3	10.4	9.7
	- 세종	10.7	10.7	10.5	11.0	10.3
	- 강원	9.3	9.4	9.2	9.4	9.4
	- 충북	11.1	11.2	11.0	11.7	11.1
	- 충남	12.2	12.5	12.4	13.5	13.0
	- 전북	13.1	13.4	13.2	14.2	13.7
	- 전남	14.2	14.8	14.7	15.4	14.9
	- 경북	11.4	12.0	11.9	12.9	12.4
	- 경남	11.9	12.2	12.0	12.7	12.1
	- 제주	9.9	10.1	9.7	10.8	10.3

주: 65세 이상 노인인구 대비 치매상병자 비중은 (65세 이상 치매상병자 수 / 지역별 65세 이상 인구수)로 산출. 2024년 기준 수치는 보건복지부 · 국립중앙의료원 중앙치매센터, 「대한민국 치매현황 2025」, 2026.7.에 수록된 수치를 기재하였으며, 타년도의 경우 상기 산식에 따라 산출

자료: 보건복지부 · 국립중앙의료원 중앙치매센터, 각 연도별 「대한민국 치매현황」을 바탕으로 재작성

관련하여, 「치매관리법」 제14조(역학조사)에 근거하여 시행되는 치매역학조사 중 2024년 11월 발표된 최신 역학조사인 「2023년 치매역학조사」에 따르면, 지역별 치매 유병률(65세 이상 인구 중 치매환자 수의 비율)의 경우에도 ①동 단위 5.50%, 읍 · 면 단위 9.35%, ② 광역시 3.79%, 도 단위 8.49%로 도시보다 농어촌의 유병률이 높은 것으로 조사된 바 있다.

[지역별 치매 유병률(2023년)]

(단위: %)

지역 구분	유병률(%)	지역 구분	유병률(%)
광역시	3.79	읍·면	9.35
도	8.49	동	5.50

주: "광역시 · 도"와 "읍 · 면 · 동"은 서로 다른 지역 구분 기준임

자료: 보건복지부 · 국립중앙의료원 중앙치매센터, 「2023년 치매역학조사」, 2024.11.을 바탕으로 재작성

나. 치매 관련 사회적 비용

최근 5년간 65세 이상 치매환자에 대한 연간 총 관리비용은 2020년 17.3조원에서 2024년 24.6조원으로 지속적으로 확대되었으며, 1인당 관리비용도 증가세를 보인 가운데 해당 관리비용 중 직접의료비와 장기요양비용이 가장 많았으며, 직접비의료비 중에서는 가족에 의한 비공식 간병비가 가장 높은 비중을 보였다.

65세 이상 치매환자의 연간 총 국가치매관리비용은 2020년 17.3조원에서 2024년 24.6조원으로 증가하였고, 65세 이상 추정 치매환자 수의 증가속도보다 총 관리비용의 증가속도가 높아 1인당 관리비용도 동반하여 증가하는 경향을 보였다.

[65세 이상 치매환자 관리비용 추이(2020~2024년)]

(단위: 조원, 명, 만원)

구분	2020	2021	2022	2023	2024
총 관리비용	17.3	18.7	20.8	22.9	24.6
65세 이상 추정 치매환자	840,192	886,173	935,087	867,803	910,898
1인당 관리비용	2,061	2,112	2,220	2,639	2,699.6

주: 1. 2020~2022년 추정 치매환자 수는 각 연도 「대한민국 치매현황」 발간 당시 유병률(2016년 조사) 기준, 2023~2024년은 2023년 조사 유병률 기준으로 산출되어 추계 기준이 상이함에 유의
2. 1인당 관리비용은 65세 이상 추정 치매환자 수 대비 총 관리비용을 의미

자료: 보건복지부 · 국립중앙의료원 중앙치매센터, 각 연도별 「대한민국 치매현황」을 바탕으로 재작성

세부적으로, 치매환자 1인당 연간 관리비용은 크게 직접의료비, 직접비의료비, 장기요양비용, 간접비로 구성된다.[7] 직접의료비와 장기요양비용이 가장 높은 비중을 보였으며, 직접비의료비 중에서는 가족에 의한 비공식 간병비 비중이 높은 것으로 나타나 다양한 지원이 이루어지고 있음에도 불구하고 가족의 돌봄 부담이 여전히 적지 않은 수준인 것으로 보인다.

7) 직접의료비는 치매 치료를 위한 비용으로 의료비와 약제비로 구성된다. 직접비의료비는 간병비(유료간병비 및 비공식 간병비), 병원이용 교통비, 보조물품 구입비와 환자 · 가족 등 보호자가 의료기관을 방문함으로써 발생하는 시간 비용을 포함한다. 이때, 유료간병비는 간병인 및 가사도우미 고용비를 의미하고, 비공식 간병비는 가족이 치매환자에게 직접적으로 돌봄을 제공함으로써 발생하는 비용을 의미한다. 간접비는 조기 퇴직 등 치매로 인해 환자에게 발생하는 생산성 손실비용을 의미한다.

[치매환자 1인당 연간 관리비용 구조]

(단위: 천원, %)

구분	2020		2021		2022		2023		2024	
	천원	비율	천원	비율	천원	비율	천원	비율	천원	비율
연간 관리비용 전체 ((1)+(2)+(3)+(4))	20,609	100.0	21,124	100.0	22,202	100.0	26,389	100.0	26,996	100.0
(1) 직접의료비	10,997	53.4	11,272	53.4	11,847	53.4	11,155	42.3	11,411	42.3
- (1-1) 의료비	9,582	46.5	9,822	46.5	10,323	46.5	9,822	37.2	10,048	37.2
- (1-2) 약제비	1,415	6.9	1,451	6.9	1,525	6.9	1,332	5.0	1,363	5.0
(2) 직접비의료비	6,738	32.7	6,907	32.7	7,259	32.7	3,313	12.6	3,389	12.6
- (2-1) 간병비용	4,744	23.0	4,863	23.0	5,111	23.0	2,811	10.7	2,875	10.7
·(2-1-1) 유료간병인 비용	772	3.7	792	3.7	832	3.7	197	0.7	202	0.7
·(2-1-2) 비공식 간병비	3,972	19.3	4,071	19.3	4,279	19.3	2,613	9.9	2,673	9.9
- (2-2) 병원이용 교통비	1,080	5.2	1,107	5.2	1,163	5.2	54	0.2	56	0.2
- (2-3) 보조용품 구입비	642	3.1	658	3.1	692	3.1	110	0.4	112	0.4
- (2-4) 시간비용	272	1.3	279	1.3	293	1.3	338	1.3	346	1.3
·(2-4-1) 환자 시간비용	34	0.2	35	0.2	37	0.2	191	0.7	196	0.7
·(2-4-2) 보호자 시간비용	238	1.2	244	1.2	257	1.2	147	0.6	150	0.6
(3) 장기요양비용	2,671	13.0	2,738	13.0	2,878	13.0	11,038	41.8	11,292	41.8
(4) 간접비	202	1.0	207	1.0	218	1.0	884	3.3	904	3.3

주: 비율은 연간 관리비용 전체 대비 각 비용별 비중을 의미

자료: 보건복지부 · 국립중앙의료원 중앙치매센터, 각 연도별 「대한민국 치매현황」을 바탕으로 재작성

3 치매 관련 주요 법령 및 계획

가. 주요 법령

치매 지원 정책·사업의 주요 관계법률로는 「치매관리법」, 「노인장기요양보험법」, 「노인복지법」, 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」 등이 있으며, 각 법률의 주요 내용은 다음과 같다.

[치매 지원 정책·사업 관련 주요 법령과 규정 내용]

법령	조문	주요 내용
「치매관리법」	제6조	5년 단위 치매관리종합계획 수립(보건복지부장관), 시행계획 수립·평가
	제11조	치매검진사업(치매 조기발견을 위한 검진)
	제12조의2	치매환자 가족 지원사업(상담·교육·자조모임 등)
	제12조의3	성년후견제 이용지원(치매공공후견)
	제12조의4	경도인지장애진단자 지원사업
	제14조, 제14조의2	치매역학조사, 치매실태조사(5년 주기 법정조사)
	제16조, 제16조의2	중앙치매센터, 광역치매센터 설치·운영
	제16조의3	공립요양병원 설치·운영(지방자치단체)
	제16조의4	치매안심병원 지정 및 시설·인력·장비 확충 경비 지원
	제17조	치매안심센터 설치(시·군·구 보건소)
	제17조의2	치매상담전화센터 설치·운영
	제18조	치매환자 의료비 등 비용 지원
「노인장기요양보험법」	제15조, 제22조, 제58조 등	장기요양 등급판정(인지지원등급 포함), 장기요양 인정 신청 대리, 국가의 국고지원(보험료 예상수입액의 20%)
「노인복지법」	제27조의2 등	홀로 사는 노인 지원(노인맞춤돌봄서비스), 노인보호전문기관, 노인요양시설 인력기준
「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」	2024.3. 제정, 2026.3. 시행	시·군·구 통합지원 대상자 발굴·판정, 개인별 지원계획, 서비스 연계
「실종아동등의 보호 및 지원에 관한 법률」	제7조의2 등	실종 예방을 위한 사전신고(치매환자 포함), 정보연계시스템
「공공보건의료에 관한 법률」	-	공공보건의료기관(공립요양병원 등)의 공공보건의료 사업

자료: 보건복지부, 「2027년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료(Ⅱ-1)」, 2026.9. 및 「2026년 노인보건복지사업안내」, 2026.3., 개별 법률을 바탕으로 재작성

나. 주요 계획

정부는 국정과제와 더불어 「치매관리법」 제6조에 따라 5년 단위 법정계획인 「치매관리종합계획」을 수립 · 시행하고 있으며, 2026년 2월 「제5차 치매관리종합계획(2026~2030)」을 발표한 바 있다.

최근 5년간 발표된 국정과제 중 치매와 관련하여 다음과 같은 국정과제가 포함된 바 있다. 최근 발표된 현(現) 정부의 치매 관련 국정과제(2025.9.)는 "78. 지금 사는 곳에서 누리는 통합돌봄"과 "91. 인구가족구조 변화 대응 및 은퇴세대 맞춤형 지원" 중 치매 어르신 등 대상 재산관리지원서비스 시범사업 도입 등이 있다. 전(前) 정부의 치매 관련 국정과제(2022.7.)로는 "45. 100세 시대 일자리 · 건강 · 돌봄체계 강화"가 포함되었다.

또한, 치매 관련 주요 법정계획으로는 「치매관리법」 제6조(치매관리종합계획의 수립 등)에 따라 5년 단위로 수립되는 「치매관리종합계획」이 있으며, 최근(2026.2.) 「제5차 치매관리종합계획(2026~2030)」이 발표되었다. 동 종합계획에서는 치매 예방 · 진단 이후 관리의 연속성 부족, 지역 여건을 고려하지 않은 일률적 지원, 돌봄 부담의 가족 집중, 기관 간 연계 부족 등을 제4차 계획의 한계로 제시하면서, 대표 지표를 치매안심센터 등록률뿐 아니라 경도인지장애진단자 등록률, 치매환자·보호자 이용률 등을 가중합산한 "지역사회 치매관리율"로 변경한 바 있다.

「치매관리종합계획」의 차수별 정책 초점은 "조기발견·인프라 구축"(제1~2차)에서 "의료·요양 보장성 강화와 전달체계 완성"(제3차·치매국가책임제), "지역사회 거주 지원과 초기 집중관리"(제4차), "권리 보장과 지역 맞춤형 관리체계"(제5차)로 이동하여 왔다. 차수별 계획의 비전 · 목표, 핵심 과제와 주요 성과는 다음과 같다.

[제1차~제5차「치매관리종합계획」 및 치매국가책임제의 비전·목표, 핵심 과제 및 주요 성과]

구분(기간)	비전 및 주요 목표	핵심 과제	주요 성과·당시 여건
제1차 (2008~2012)	"치매와의 전쟁" 선포 조기검진율 3.7%('07) →60%('12)	보건소 치매상담센터 전국 확대, 조기검진, 치료약제비 지원, 국가치매등록DB	지자체 조기검진 의무화, 치매극복의 날 / 추정 치매환자 약 40만명
제2차 (2013~2015)	장기요양 대상자·재가서비스 확대	조기발견·예방, 맞춤형 치료·보호, 중앙·광역치매센터, 가족지원	장기요양 5등급('14.7.), 치매가족휴가제, 치매상담콜센터('13.12.) / 치매환자 53만명('12)
제3차 (2016~2020)	지역사회·예방 중심 전환 치매파트너즈 50만명 ('20)	신경인지검사 급여화, 치매가족상담수가 신설 추진, 치매안심병동(치매전문병동), 치매안심마을	정밀검진도구 급여화, 단기방문요양, 치매공공후견제 도입
치매국가책임제 (2017.9.~)	치매 관리를 국가가 책임지는 체계 구축	치매안심센터, 중증치매 본인부담 경감, 인지지원등급, 치매안심병원	안심센터 256개소('19), 본인부담 최대 60%→10%, 인지지원등급 1.7만명('20.8.)
제4차 (2021~2025)	치매안심센터 등록·관리율 80%('25)	고위험군·초기 집중관리, 쉼터 5등급 개방, 가족휴가제 12일, 가족상담수가 도입 추진, 전담형기관 310개소, 안심병원 22개소	한국형 선별검사도구(CIST), 치매관리주치의 시범('24.7.), 운영평가 시행('23)
제5차 (2026~2030)	"일상을 누릴 권리가 보장되는 사회" 지역사회 치매관리율 84.4%('30)	5대 전략·10대 과제·73개 세부과제: 경도인지장애 조기진단, 돌봄소진 예방, 재산관리 지원, 지역별 관리체계 고도화	재산관리지원서비스 본사업('28), 치매관리주치의 전국 확대('28) 계획

자료: 각 차수별「치매관리종합계획」 및「치매국가책임제」를 바탕으로 재작성

4 치매 정책 · 사업 관련 주요 전달체계

치매 지원 정책 · 사업은 보건복지부-중앙치매센터-광역치매센터-치매안심센터와 함께 치매안심병원 · 공립요양병원 등으로 이어지는 "치매관리 전달체계", 국민건강보험공단이 운영하는 "장기요양 지원체계" 등을 중심으로 제공된다.

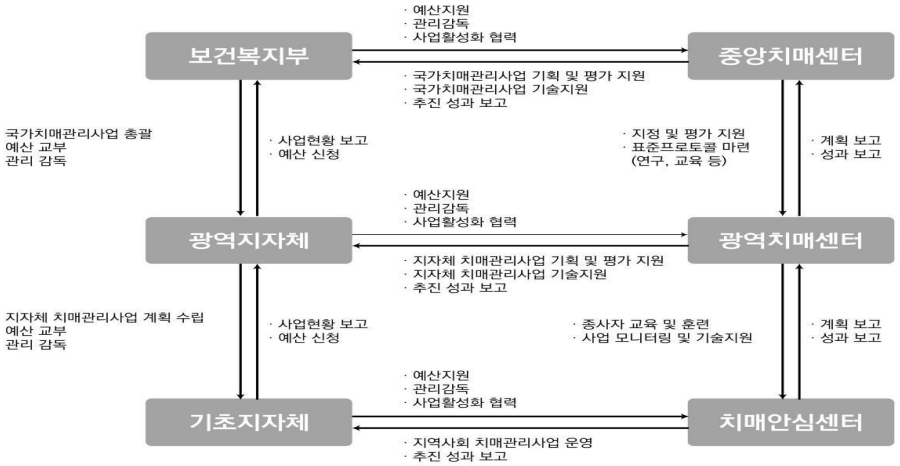
치매 관련 주요 정책 · 사업이 다수의 관계법령에 근거하여 시행되고 있는 만큼 추진체계도 다양한 구조로 운영되고 있다.

각 체계는 근거 법률, 재원, 전달기관이 서로 달라 치매환자 한 사람이 여러 체계의 서비스를 동시에 이용할 수도 있는 구조이다.

가. 치매관리 전달체계

치매관리 전달체계는 보건복지부의 대표적인 치매 관련 재정사업인 "치매관리체계구축"을 통해 추진되며, 해당 전달체계 상 주요 추진주체로는 보건복지부와 광역지자체 및 기초지자체, 중앙 · 광역치매센터 및 치매안심센터가 있다.

[치매관리체계구축 사업 주요 전달체계]



자료: 보건복지부, 「2027년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료(Ⅱ-1)」, 2026.9.

보건복지부는 「치매관리종합계획」 수립 · 평가 및 예산 지원을, 중앙치매센터(국립중앙의료원에 위탁)는 국가치매관리사업 기획 · 연구, 치매안심통합관리시스템(ANSYS) 및 치매상담콜센터(1899-9988) 운영을, 광역치매센터는 시 · 도 시행계획 지원과 종사자 교육을, 치매안심센터는 조기검진 · 등록관리 · 사례관리 · 쉼터 · 가족지원 · 공공후견 등을 수행한다.

[치매관리체계구축 사업의 추진주체별 주요 역할]

구분	주요 역할
보건복지부	• 치매관리종합계획 수립·시행 및 평가 • 국가치매관리사업 총괄 및 전달체계 수립 및 관리·지원 • 중앙치매센터 설치 및 운영 • 광역치매센터·치매안심센터 예산 지원 및 지도·감독 • 광역치매센터·치매안심센터 운영지침 수립 • 성과평가를 통한 사업 질 관리 및 운영 효율화 도모
중앙치매센터	• 치매관리종합계획 수립 및 시행계획 추진실적 평가 지원 • 국가치매관리사업 기획 및 연구 • 치매관리사업수행기관 기술 지원 및 평가 지원 • 치매관리사업 운영지침 개발 및 보급 • 치매전문인력 종사자 교육 • 치매정보시스템 구축·운영 및 치매등록통계사업 지원 • 치매안심센터 업무 지원 • 치매 인식개선 교육 및 홍보
광역지자체	• 치매관리에 관한 시행계획 수립·시행 및 평가 • 지역치매관리사업 총괄 및 관리·지원 • 광역치매센터 설치 및 운영 • 광역치매센터·치매안심센터 행정적·재정적 관리·지원
광역치매센터	• 광역지자체의 치매관리시행계획 수립 및 시행지원 • 지역치매관리사업 기획 및 연구 • 치매안심센터 및 노인복지시설 등의 사업수행을 위한 기술지원 • 치매안심센터 성과평가 지원 • 치매전문인력 종사자 교육 • 치매공공후견사업 후견인후보자 관리, 사업 담당자 교육지원 등 • 지자체 내 치매 예방·치료 관련 기관 연계체계 마련 • 치매 예방·인식개선 교육 및 홍보

구분	주요 역할
기초지자체	• 치매관리에 관한 시행계획 수립·시행 • 치매안심센터 설치 및 운영 • 치매안심센터 행정적·재정적 관리·지원
치매안심센터	• 치매 관련 상담 및 조기검진 • 치매환자의 등록·관리 • 치매환자 사례관리(케어플랜), 자원연계 계획 수립 및 실시 • 치매환자쉼터 운영 • 치매환자 가족지원사업 • 장기요양인정신청 등의 대리 • 치매공공후견사업 실시(대상자 발굴, 후견심판청구 및 후견감독 등) • 치매 예방·인식개선 교육 및 홍보

자료: 보건복지부, 「2026년 치매정책 사업안내」, 2026.3.

이외에도, 치매안심병원과 공립요양병원이 운영되고 있다. 이 중, 치매안심병원은 「치매관리법」 제16조의4(치매안심병원의 지정)에 근거하여, 치매의 진단과 치료·요양 등 치매 관련 의료서비스를 전문적이고 체계적으로 제공하기 위하여 필요한 인력·시설 및 장비를 갖추었거나 갖출 능력이 있다고 인정하여 보건복지부 장관이 지정한 기관을 지칭한다.[8)]

2025년 말 기준 치매관리 수행기관은 중앙치매센터 1개소, 광역치매센터 17개소, 치매안심센터 256개소, 치매안심병원 25개소, 공립요양병원 76개소 등이 있으며, 지역별 설치현황은 다음과 같다. 광역치매센터는 각 광역시·도별로 1개소씩 지정되어 있으며, 치매안심센터의 경우에도 지역별 편차는 존재하나 17개 광역시·도 전체에 설치되어 있다. 한편, 2025년 기준으로 치매안심병원의 경우 대구, 세종, 강원에는 설치되어 있지 않았으며, 공립요양병원의 경우 세종, 제주[9)]에서 설치가 이루어지지 않은 것으로 나타났다.

8) 치매안심병동(치매전문병동)은 치매안심병원의 30~60병상 입원실 및 필수실 등 시설과 인력, 장비 기준을 충족한 병원 내 구역(ward)을 지칭한다. (자료: 보건복지부, 「2026년 치매정책 사업안내」, 2026.3.)

9) 다만, 보건복지부에 따르면, 제주의 경우 제주의료원부속요양병원이 별도 법인체 형태로 운영되고 있어 공립요양병원으로 포함(분류)되지는 않고 있으나, 제주시 소유의 사실상 공립요양병원이라고 설명하고 있다.

[치매관리체계구축 사업에 따른 치매관리 전달체계 주요 수행기관 현황 (2025년)]

(단위: 개소)

구분		중앙치매센터	광역치매센터	치매안심센터	치매안심병원	공립요양병원
전국		1	17	256	25	76
수도권	- 서울		1	25	1	1
	- 인천		1	10	2	2
	- 경기		1	46	4	8
비수도권	- 부산		1	16	1	4
	- 대구		1	9	-	2
	- 광주		1	5	1	1
	- 대전		1	5	1	2
	- 울산		1	5	1	1
	- 세종		1	1	-	-
	- 강원		1	18	-	2
	- 충북		1	14	1	6
	- 충남		1	16	3	4
	- 전북		1	14	2	7
	- 전남		1	22	1	12
	- 경북		1	24	4	15
	- 경남		1	20	2	9
	- 제주		1	6	1	-

자료: 보건복지부, 「2026년 치매정책 사업안내」, 2026.3.을 바탕으로 재작성

나. 노인장기요양보험 관련 주요 전달체계

노인장기요양보험은 「노인장기요양보험법」에 근거하여 추진되고 있으며, 국민건강보험공단이 단일 보험자로서 등급판정 · 급여비용 지급 · 기관 평가 등을 수행하고 있다. 2025년을 기준으로 29,734개 장기요양기관(재가 23,373개소, 시설 6,361개소)에서 급여를 제공하고 있다.

노인장기요양보험은 국민건강보험공단의 장기요양보험 일반회계 및 특별회계를 재원으로 하여 국가재정 외로 운영된다.

치매와 관련해서는 기존 1~4등급 이외에도 2014년 7월 치매특별등급(5등급), 2018년 1월 인지지원등급이 신설되어 상대적으로 신체기능이 양호한 경증 치매환자도 장기요양 수급자가 될 수 있게 되었다. 이에 따른 장기요양등급별 판정 기준은 다음과 같다.

[노인장기요양보험에 따른 등급 판정 기준]

장기요양등급	등급 판정 기준	
1등급	심신의 기능상태 장애로 일상생활에서	• '전적으로' 다른 사람의 도움이 필요한 자 • 장기요양인정 점수: 95점 이상
2등급		• '상당 부분' 다른 사람의 도움이 필요한 자 • 장기요양인정 점수: 75점 이상~95점 미만
3등급		• '부분적으로' 다른 사람의 도움이 필요한 자 • 장기요양인정 점수: 60점 이상~75점 미만
4등급		• '일정 부분' 다른 사람의 도움이 필요한 자 • 장기요양인정 점수: 51점 이상~60점 미만
5등급	**치매환자**로서, 장기요양인정점수가 45점 이상~51점 미만인 자	
인지지원등급	**치매환자**로서, 장기요양인정점수가 45점 미만인 자	

주: 장기요양 5등급 및 인지지원등급에서의 치매는 「노인장기요양보험법 시행령」 제2조(노인성 질병)에 따른 치매로 한정
자료: 「노인장기요양보험법 시행령」을 바탕으로 재작성

2020~2025년간 장기요양인정자 수는 2020년 86만명에서 2025년 124만명으로 증가하였으며, 치매를 포함한 경증 장기요양등급 인정자 수의 연평균증가율이 상대적으로 높은 수준을 보였다.

[연도별 · 등급별 장기요양보험 인정자 수 현황 (2020~2025년)]

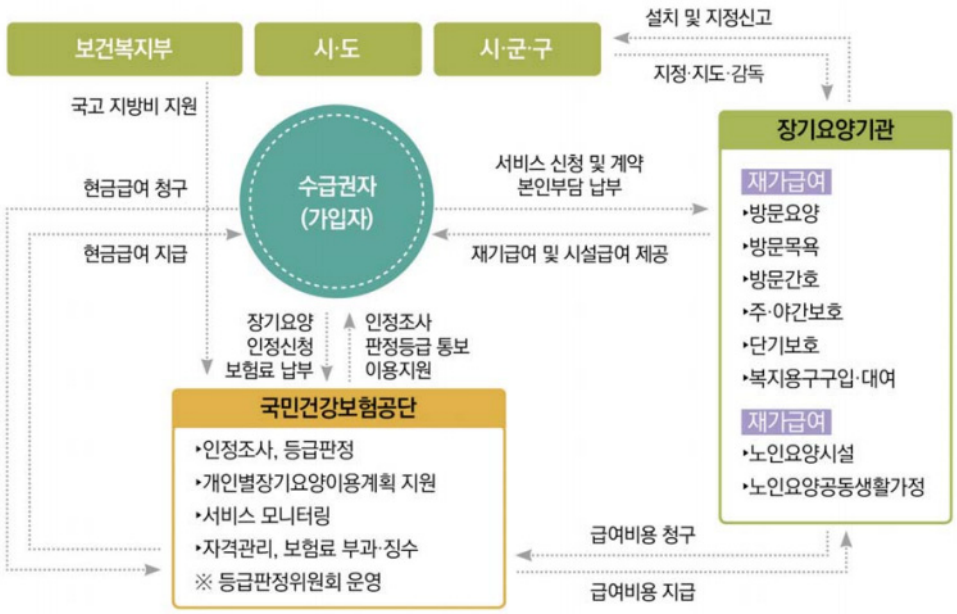
(단위: 명, %)

구분	계	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원등급
2020	857,984	43,040	86,998	238,697	378,126	91,960	19,163
2021	953,511	47,800	92,461	261,047	423,595	106,107	22,501
2022	1,019,130	49,946	94,233	278,520	459,316	113,842	23,273
2023	1,097,913	52,913	98,015	297,796	499,584	123,971	25,634
2024	1,165,030	55,340	99,429	310,717	536,261	135,448	27,835
2025	1,235,045	54,999	100,686	325,661	577,572	146,088	30,039
연평균증가율	7.6	5.0	3.0	6.4	8.8	9.7	9.4

자료: 국민건강보험공단, 각 연도별 「노인장기요양보험통계연보」를 바탕으로 재작성

노인장기요양보험 추진체계 상 주요 주체의 역할을 살펴보면, 보건복지부는 장기요양보험 사업을 관장하고, 장기요양기본계획을 수립 · 시행한다. 국민건강보험공단은 노인장기요양보험의 단일보험자로서, 장기요양보험가입자 및 그 피부양자와 의료급여수급권자의 자격관리, 장기요양보험료의 부과 · 징수, 신청인 조사, 등급판정위원회의 운영 및 장기요양등급판정, 장기요양인정서의 작성 및 개인별 장기요양이용계획서 제공, 장기요양급여의 관리 및 평가, 수급자 및 가족에 대한 정보제공 · 안내 · 상담 등 장기요양급여 관련 이용지원에 관한 사항, 재가 및 시설급여비용의 심사 및 지급과 특별현금급여 지급 등 노인장기요양보험 운영 전반에 대한 사무를 수행한다.

[노인장기요양보험 주요 추진체계]



자료: 국민건강보험공단, 「2025 노인장기요양보험통계연보」, 2026.6.을 바탕으로 재작성

2025년 기준으로 전체 노인장기요양기관 중 44.0%가 수도권에 위치하고 있다.

[서비스유형별 노인장기요양기관 현황 (2025년)]

(단위: 개소)

구분		2025
전체 (A+B)		29,734
재가급여	소계 (A)	23,373
	- 방문요양	18,392
	- 방문목욕	11,026
	- 방문간호	898
	- 주야간보호	5,598
	- 단기보호	96
	- 복지용구	2,139
시설급여	소계 (B)	6,361
	- 노인요양시설	4,802
	- 노인요양공동생활가정	1,559

주: 재가급여의 소계는 각 유형별 중복을 제외한 수치임

자료: 국민건강보험공단, 각 연도별 「노인장기요양보험통계연보」를 바탕으로 재작성

[지역별 노인장기요양기관 현황 (2025년)]

(단위: 개소)

구분		2025		
		합계	재가	시설
전국		29,734	23,373	6,361
수도권	- 서울	3,842	3,359	483
	- 인천	1,931	1,419	512
	- 경기	7,316	5,092	2,224
비수도권	- 부산	1,559	1,433	126
	- 대구	1,584	1,319	265
	- 광주	985	875	110
	- 대전	907	748	159
	- 울산	455	384	71
	- 세종	101	80	21
	- 강원	1,010	676	334
	- 충북	1,130	810	320
	- 충남	1,498	1,135	363
	- 전북	1,515	1,261	254
	- 전남	1,482	1,153	329
	- 경북	2,009	1,572	437
	- 경남	2,143	1,861	282
	- 제주	267	196	71

자료: 국민건강보험공단, 각 연도별 「노인장기요양보험통계연보」를 바탕으로 재작성

다. 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 체계

의료 · 요양 · 돌봄 통합지원은 기존에 지역기반 의료 · 요양 · 돌봄 서비스의 분절적 제공 체계를 개선하기 위하여 다양한 서비스를 통합 · 연계 제공하는 체계를 마련할 필요성이 확대되면서 2026년 3월부터 전국 단위로 추진되고 있다.

2026년 3월 「의료 · 요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」이 시행되면서 시 · 군 · 구가 통합지원 대상자를 발굴 · 판정하고 개인별 지원계획을 수립하여 보건의료 · 장기요양 · 일상돌봄 · 주거 서비스를 연계하는 법적 근거가 마련되었다.

의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 서비스는 그간 시범사업으로 추진되다가 2026년 3월 전국으로 확대 시행되었으며, 2026년 30종에서 2030년까지 60종으로 확대될 예정이다.

동 통합지원은 읍 · 면 · 동 신청이나 국민건강보험공단 빅데이터, 보건소 · 치매안심센터의 시스템 연계 의뢰 등으로 대상자를 발굴하고, 사전조사와 통합판정조사를 거쳐 시 · 군 · 구 통합지원회의에서 개인별 지원계획을 확정한 뒤 서비스를 연계하는 절차로 운영되도록 하고 있다.

동 통합지원의 우선지원대상은 노인(장기요양 재가급여자 및 등급외자, 노인맞춤돌봄 중점군, 퇴원환자 등 입원 · 입소 경계선상의 65세 이상), 장애인(의료적 필요도가 높은 모든 고령장애인과 지체, 뇌병변 등 심한 장애로 의료 · 돌봄 필요도가 높은 장애인(2026년 현재 시범사업)이다.

[의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 체계]



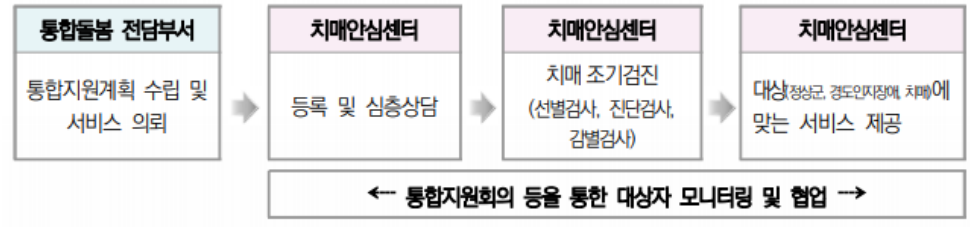
자료: 보건복지부, 「2027년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료(Ⅱ-1)」, 2026.9.

치매와 관련해서는, 치매안심센터가 통합지원의 발굴·안내 창구이자 치매 전문 서비스 제공기관으로 참여하는 체계를 운영하고자 하였다.

예를 들어, 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 서비스 중 “건강관리” 분야의 연계 서비스에 ‘치매전문관리’가 포함되어 있으며, 이들 업무를 수행하는 핵심 기관이 치매안심센터이다.[10]

의료 · 요양 · 돌봄 통합지원을 통한 치매관리와 관련하여, ①시 · 군 · 구 전담부서에서 장기요양 인지지원 등급자, 초기치매환자, 경증치매 환자 및 사례관리 도중에 치매가 의심되는 대상자에 대하여 치매안심센터로 대상을 의뢰하거나, ②인지 관련 서비스가 필요한 대상자에 대해 각 지자체별 치매안심센터 본소 및 분소에서 발굴 · 의뢰한 대상자에 대한 통합지원을 실시한다.

[의료 · 요양 · 돌봄 통합지원체계 상 치매관리 연계 절차]



자료: 보건복지부, 「2026년 의료 · 요양 통합돌봄 사업안내」, 2026.3.

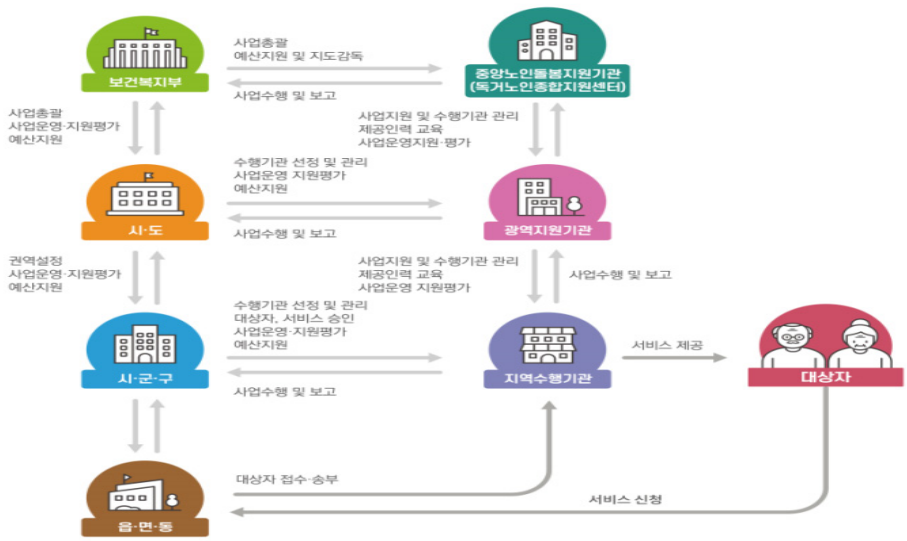
라. 노인맞춤돌봄서비스 전달체계

노인맞춤돌봄서비스는 건강한 노화(Healthy aging), 지역사회 거주(AIP, Aging in Place), 장기요양 · 요양병원 등 고비용 돌봄 진입 예방을 위한 예방적 돌봄 강화를 목적으로 「노인복지법」에 근거하여 추진되는 사업이다. 동 서비스는 시 · 군 · 구가 선정한 노인맞춤돌봄서비스 수행기관이 전담사회복지사와 생활지원사를 통해 이용자 48만 1,788명(현원, 2026년 7월)에게 안전지원 · 사회참여 · 생활교육 · 일상생활지원 서비스를 제공하며, 중앙노인돌봄지원기관과 광역지원기관이 수행기관을 지원한다.

10) 보건복지부 제출자료

노인맞춤돌봄서비스 제공기관 수는 2025년 기준으로 중앙노인돌봄지원기관 1개소(독거노인종합지원센터), 광역지원기관 16개소(16개 광역시 · 도), 지역수행기관 670개소가 있다.

[노인맞춤돌봄서비스 주요 추진체계]



자료: 보건복지부, 「2026 노인맞춤돌봄서비스 사업안내」, 2026.2.를 바탕으로 재작성

[노인맞춤돌봄서비스 사업수행기관 현황]

(단위: 개소)

구분	2025년
중앙노인돌봄지원기관	1 (독거노인종합지원센터)
광역지원기관	16 (세종 제외 16개 광역시 · 도)
지역수행기관 수	670

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

한편, 치매를 포함한 장기요양과 관련해서는, 노인맞춤돌봄서비스를 제공하는 생활지원사가 동 서비스 이용자의 건강상태 악화 등으로 인해 장기요양서비스가 필요하다고 판단되는 경우 전담사회복지사에게 보고하고 노인맞춤돌봄서비스 이용자의 장기요양인정조사 신청을 권고하도록 하고 있다.

또한, 노인맞춤돌봄서비스 이용자가 장기요양보험 수급자로 신분상의 변동이 발생하는 경우 시설입소 대신 방문요양 등의 재가서비스를 우선적으로 받을 수 있도록 지원하도록 하고 있다.

단, 노인맞춤돌봄서비스는 장기요양 전(前) 단계의 취약노인을 대상으로 돌봄을 제공하여, 상태 악화를 방지하고 장기요양 진입 등을 선제적으로 예방하고자 하는 목적으로 추진되는 사업으로, 노인맞춤돌봄서비스와 노인장기요양보험 서비스의 동시 지원은 제한된다.[11] 관련하여, 장기요양으로의 유인 문제가 확인될 경우 수행기관 위탁계약을 중도해지하거나 향후 재위탁을 제한하도록 하고 있다.

11) 참고로, 장기요양보험 등급자가 장기요양서비스를 포기하고 노인맞춤돌봄서비스를 신청하는 것은 허용되지 않는다. 다만, 장기요양 등급 유효기간 만료자는 신청이 가능하고, 노인장기요양보험 등급포기자가 요청하고, 시장 · 군수 · 구청장이 노인맞춤돌봄서비스가 필요하다고 인정하는 경우에는 예외적으로 노인맞춤돌봄서비스 신청이 가능하다. (자료: 보건복지부, 「2026 노인맞춤돌봄서비스 사업안내」, 2026.2.를 바탕으로 재작성)

5 치매 관련 재정사업 예·결산 현황

가. 치매 관련 재정사업 범위 설정

본 보고서에서의 치매 관련 재정사업 분석 · 평가는 2021년 본예산부터 2027년 예산안에 편성된 중앙정부의 재정사업 중 「치매관리종합계획」의 추진과제와 연계된 재정사업을 대상(비예산사업으로 시행된 추진과제 제외)으로 진행하였다.

세부적으로, 「제4차 치매관리종합계획(2021~2025)」과 연계된 2021~2025년 재정사업과 「제5차 치매관리종합계획(2026~2030)」과 연계된 2026년 및 2027년 예산안 상의 재정사업을 대상으로 현황 검토와 더불어 분석 · 평가하였다.

「제4차 치매관리종합계획(2021~2025)」의 추진과제와 연계된 2021~2025년간 재정사업은 보건복지부 등 5개 부 · 청의 12개 세부사업이 있었으며, 이들 세부사업의 내역사업 중 「제4차 치매관리종합계획(2021~2025)」과 직접적으로 연계된 내역사업[12]은 20개였다.

「제5차 치매관리종합계획(2026~2030)」의 추진과제와 연계된 2026년 예산 및 2027년 예산안에서는 보건복지부 등 3개 부 · 청의 10개 세부사업이 추진되었으며, 이들 세부사업의 내역사업 중 「제5차 치매관리종합계획(2026~2030)」과 직접적으로 연계된 내역사업은 17개였다.

다만, 이들 세부사업 중 보건복지부에서 제출한 내역사업을 기준으로 본 보고서에서의 분석대상 사업 예산(본예산) · 결산(실집행) 내역을 정리하였으므로, 세부사업 전체의 예 · 결산 내역 합계와는 차이가 있을 수 있다는 점에 유의할 필요가 있다.

제4차~제5차 「치매관리종합계획」에 따른 연도별 예산(안) 규모는 2021년 3,943억원에서 2025년 2,735억원으로 감소하였다가, 2026년 8,563억원, 2027년 예산안에서는 9,069억원으로 증가하였다.

---

12) 본 보고서에서의 「치매관리종합계획」에 따른 내역사업 수는 해당 내역사업이 포함된 세부사업 전체가 「치매관리종합계획」 상의 추진과제 연계사업일 경우에도 내역사업 수에 포함하여 계산한 것임에 유의할 필요가 있다. 예를 들어, 보건복지부의 "독거노인 · 중증장애인 응급안전안심서비스(2831-300)" 세부사업의 경우, 제4차~제5차 「치매관리종합계획」에서 해당 세부사업의 내역사업 일부가 아닌 전체 세부사업이 연계 재정사업이므로, 내역사업 수 계산에서 1개 내역사업으로 간주하여 내역사업 개수를 산출하였음에 유의할 필요가 있다.

[치매 관련 재정사업 예산 현황 (2021~2027안)]

(단위: 백만원)

구분	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027안
치매관리종합계획 차수	제4차 치매관리종합계획					제5차 치매관리종합계획	
예산(안) 규모	394,297	375,404	306,094	290,124	273,532	856,297	906,898

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

나. 제4차 치매관리종합계획 연계 재정사업 현황

「제4차 치매관리종합계획」 연계 재정사업 예산은 의료·요양·돌봄 통합지원 사업의 시행에 따라 그간 시범사업으로 추진되던 공공사회복지전달체계 개선 및 지역사회 통합돌봄 선도사업이 종료되었고, 일부 사업이 지방이양되었으며, 노인요양시설 확충 사업의 예산이 감소하면서 2021년 3,943억원에서 2025년 2,735억원으로 감소한 가운데, 2021~2025년간 실집행률은 77.2~92.3% 수준이었다.

2021~2025년간 치매 관련 재정사업은 내역사업 기준으로 총 20개가 「제4차 치매관리종합계획」과 연계되었으며, 보건복지부가 16개로 가장 많았고, 농림축산식품부·해양수산부·농촌진흥청·질병관리청에서 각 1개의 내역사업을 수행하였다.

같은 기간 동안의 예산 규모는 본예산 기준으로 2021년 3,942억 9,700만원에서 2025년 2,735억 3,200만원으로 감소세를 보였다. 이와 같은 예산 감소의 주된 사유는 2026년 3월부터 전국단위로 본격 시행되기 전에 시범사업 성격으로 추진되었던 "공공사회복지전달체계 개선"과 "지역사회 통합돌봄 선도사업"이 2022년 종료되고, 치매치료관리비가 2022년 지방이양되어 "노인건강관리" 사업의 「제4차 치매관리종합계획」 추진과제 연계분이 229억 7,500만원에서 10억 8,000만원으로 줄었으며, '노인요양시설확충(기능보강)' 연계분이 664억 5,900만원에서 255억 500만원으로 감소한 데 따른 것이다.

세부사업 단위로 살펴보면, 2021~2025년간 "치매관리체계구축"과 "치매극복 연구개발사업", "농촌취약계층복지지원", "전자약기술개발(R&D)"은 실집행률이 90% 이상이었으나, '노인요양시설확충(기능보강)'은 19.1~57.3%, 해양수산부의 '해양치유센터건립(해양레저관광기반)'은 0.0~43.5%로 연계 재정사업 중 상대적으로 실집행률이 저조하였다.

[「제4차 치매관리종합계획」 연계 재정사업 예·결산 현황 (2021~2023년)]

(단위: 백만원, %)

구분	2021			2022			2023		
	본예산	실집행	실집행률	본예산	실집행	실집행률	본예산	실집행	실집행률
치매관리체계구축 (복지부, 건진기금)	**196,657**	**188,600**	95.9	**199,744**	**180,304**	**90.3**	**180,301**	**173,321**	**96.1**
- 공립요양병원 기능보강	5,220	3,900	74.7	4,650	466	10.0	1,500	127	8.5
- 광역치매센터운영	7,382	7,382	100.0	7,539	7,525	99.8	7,634	7,630	99.9
- 국가치매관리사업운영	2,433	2,393	98.4	3,793	3,457	91.1	4,053	3,748	92.5
- 치매공공후견 지원	897	897	100.0	947	796	84.1	947	884	93.3
- 치매관리사업	-	-	-	-	-	-	-	-	-
- 치매상담콜센터	1,501	1,501	100.0	1,501	1,380	91.9	1,521	1,489	97.9
- 치매안심센터시스템개선	200	200	100.0	495	421	85.1	1,061	736	69.4
- 치매안심센터운영지원	179,024	172,327	96.3	180,819	166,259	91.9	163,585	158,707	97.0
노인요양시설확충 (복지부, 지특회계)	**66,459**	**16,444**	**24.7**	**61,232**	**11,706**	**19.1**	**40,091**	**9,384**	**23.4**
- 노인요양시설확충(기능보강)	66,459	16,444	24.7	61,232	11,706	19.1	40,091	9,384	23.4
만성병관리기술개발연구 (R&D) (질병청, 일반회계)	**3,940**	**3,694**	**93.8**	**4,902**	**3,921**	**80.0**	**3,984**	**3,933**	**98.7**
- 뇌질환연구기반조성연구	3,940	3,694	93.8	4,902	3,921	80.0	3,984	3,933	98.7
독거노인·중증장애인 응급안전 안심서비스 (복지부, 지특회계)	**21,167**	**15,113**	**71.4**	**25,110**	**19,053**	**75.9**	**28,514**	**25,196**	**88.4**
공공사회복지전달체계 개선 (복지부, 일반회계)	**24,897**	**23,544**	**94.6**	**21,042**	**20,942**	**99.5**	**-**	**-**	**-**
- 보건복지전달체계 시범사업	24,897	23,544	94.6	21,042	20,942	99.5	-	-	-
농촌자원소득화지원 (농진청, 지특회계)	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
- 수요자 맞춤형 치유농장 대표모델 육성	-	-	-	-	-	-	-	-	-
치매극복연구개발사업 (복지부, 일반회계)	**20,194**	**20,194**	**100.0**	**26,631**	**26,631**	**100.0**	**28,365**	**28,365**	**100.0**
- 예측 및 진단기술개발	2,100	2,100	100.0	2,100	2,100	100.0	2,100	2,100	100.0
- 원인 규명 및 발병기전 연구, 예측 및 진단기술개발, 예방 및 치료기술개발	18,094	18,094	100.0	24,531	24,531	100.0	26,265	26,265	100.0
지역사회 통합돌봄 선도사업 (복지부, 일반회계)	**18,188**	**16,735**	**92.0**	**15,866**	**13,366**	**84.2**	**-**	**-**	**-**
노인건강관리 (복지부, 건진기금)	**22,975**	**24,668**	**107.4**	**1,080**	**1,048**	**97.0**	**972**	**969**	**99.7**
- 치매관리사업	22,975	24,668	107.4	1,080	1,048	97.0	972	969	99.7
해양레저관광기반 (해수부, 지특회계)	**17,300**	**4,121**	**23.8**	**12,150**	**5,291**	**43.5**	**13,120**	**2,494**	**19.0**
- 해양치유센터건립	17,300	4,121	23.8	12,150	5,291	43.5	13,120	2,494	19.0
전자약기술개발(R&D) (복지부, 일반회계)	**-**	**-**	**-**	**2,775**	**2,775**	**100.0**	**5,875**	**5,875**	**100.0**
농촌취약계층복지지원 (농식품부, 농특회계)	**2,520**	**2,483**	**98.5**	**4,872**	**4,605**	**94.5**	**4,872**	**4,693**	**96.3**
- 농촌돌봄서비스활성화지원	2,520	2,483	98.5	4,872	4,605	94.5	4,872	4,693	96.3
합계	**394,297**	**315,596**	**80.0**	**375,404**	**289,642**	**77.2**	**306,094**	**254,230**	**83.1**

주: 1. 본 표에 수록된 "농촌취약계층복지지원"(세부사업)과 '농촌돌봄서비스활성화지원'(내역사업)은 2024~2025년의 사업명으로, 2021~2023년간의 경우 "농업농촌사회적가치확산지원"(세부사업)과 '사회적 농업 활성화지원'(내역사업)이었음

2. 굵은 글씨는 각 내역사업별 합산액을 세부사업 단위에서 표시한 것임

3. 복지부는 보건복지부를, 질병청은 질병관리청을, 농진청은 농촌진흥청을, 해수부는 해양수산부를, 농식품부는 농림축산식품부를 의미

4. 건진기금은 국민건강증진기금을, 지특회계는 지역균형발전특별회계를, 농특회계는 농어촌구조개선특별회계를 의미

5. 보건복지부에서 「제4차 치매관리종합계획」과 연계된 세부사업 및 내역사업 기준으로 예산(본예산)·결산(실집행) 내역을 정리함에 따라 세부사업별 전체 내역사업이 아닌 일부 내역사업만 포함되어 있을 수 있으므로, 각 세부사업별 전체 내역사업의 예·결산 내역 합계와는 차이가 있을 수 있음

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

[「제4차 치매관리종합계획」 연계 재정사업 예 · 결산 현황 (2024~2025년)]

(단위: 백만원, %)

구분	2024			2025		
	본예산	실집행	실집행률	본예산	실집행	실집행률
치매관리체계구축 (복지부, 건진기금)	**184,071**	**179,686**	**97.6**	**168,041**	**153,475**	**91.3**
- 공립요양병원 기능보강	1,500	1,101	73.4	3,287	147	4.5
- 광역치매센터운영	7,776	7,774	100.0	7,928	7,927	100.0
- 국가치매관리사업운영	4,094	3,776	92.2	4,452	4,277	96.1
- 치매공공후견 지원	946	907	95.9	954	925	97.0
- 치매관리사업	861	832	96.6	843	817	96.9
- 치매상담콜센터	1,551	1,512	97.5	-	-	-
- 치매안심센터시스템개선	296	282	95.3	-	-	-
- 치매안심센터운영지원	167,047	163,502	97.9	150,577	139,382	92.6
노인요양시설확충 (복지부, 지특회계)	**18,552**	**10,625**	**57.3**	**25,505**	**11,558**	**45.3**
- 노인요양시설확충(기능보강)	18,552	10,625	57.3	25,505	11,558	45.3
만성병관리기술개발연구(R&D) (질병청, 일반회계)	**4,505**	**4,479**	**99.4**	**4,394**	**4,384**	**99.8**
- 뇌질환연구기반조성연구	4,505	4,479	99.4	4,394	4,384	99.8
독거노인·중증장애인 응급안전안심서비스 (복지부, 지특회계)	**29,267**	**27,834**	**95.1**	**31,098**	**32,010**	**102.9**
공공사회복지전달체계 개선 (복지부, 일반회계)	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
- 보건복지전달체계 시범사업	-	-	-	-	-	-
농촌자원소득화지원 (농진청, 지특회계)	**1,490**	**1,490**	**100.0**	**1,070**	**1,070**	**100.0**
- 수요자 맞춤형 치유농장 대표모델 육성	1,490	1,490	100.0	1,070	1,070	100.0
치매극복연구개발사업 (복지부, 일반회계)	**28,202**	**28,202**	**100.0**	**25,091**	**25,091**	**100.0**
- 예측 및 진단기술개발	2,100	2,100	100.0	2,100	2,100	100.0
- 원인 규명 및 발병기전 연구, 예측 및 진단기술개발, 예방 및 치료기술개발	26,102	26,102	100.0	22,991	22,991	100.0
지역사회 통합돌봄 선도사업 (복지부, 일반회계)	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
노인건강관리 (복지부, 건진기금)	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**	**-**
- 치매관리사업	-	-	-	-	-	-
해양레저관광기반 (해수부, 지특회계)	**11,565**	**3,170**	**27.4**	**6,120**	**2**	**0.0**
- 해양치유센터건립	11,565	3,170	27.4	6,120	2	0.0
전자약기술개발(R&D) (복지부, 일반회계)	**7,600**	**7,600**	**100.0**	**6,900**	**6,900**	**100.0**
농촌취약계층복지지원(2024~2025) (농식품부, 농특회계)	**4,872**	**4,709**	**96.7**	**5,313**	**5,219**	**98.2**
- 농촌돌봄서비스활성화지원(2024~2025)	4,872	4,709	96.7	5,313	5,219	98.2
합계	**290,124**	**267,795**	**92.3**	**273,532**	**239,709**	**87.6**

주: 1. 본 표에 수록된 "농촌취약계층복지지원"(세부사업)과 '농촌돌봄서비스활성화지원'(내역사업)은 2024~2025년의 사업명으로, 2021~2023년간의 경우 "농업농촌사회적가치확산지원"(세부사업)과 '사회적 농업 활성화지원'(내역사업)이었음
2. 굵은 글씨는 각 내역사업별 합산액을 세부사업 단위에서 표시한 것임
3. 복지부는 보건복지부를, 질병청은 질병관리청을, 농진청은 농촌진흥청을, 해수부는 해양수산부를, 농식품부는 농림축산식품부를 의미
4. 건진기금은 국민건강증진기금을, 지특회계는 지역균형발전특별회계를, 농특회계는 농어촌구조개선특별회계를 의미
5. 보건복지부에서 「제4차 치매관리종합계획」과 연계된 세부사업 및 내역사업 기준으로 예산(본예산) · 결산(실집행) 내역을 정리함에 따라 세부사업별 전체 내역사업이 아닌 일부 내역사업만 포함되어 있을 수 있으므로, 각 세부사업별 전체 내역사업의 예 · 결산 내역 합계와는 차이가 있을 수 있음

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

다. 제5차 치매관리종합계획 연계 재정사업 현황

「제5차 치매관리종합계획」 연계 재정사업 예산(안)은 2026년 8,563억원에서 2027년 예산안 9,069억원으로 증가하였으며, 「제4차 치매관리종합계획」의 계획기간 중 예산보다 규모가 커진 주요 사유로 「제5차 치매관리종합계획」의 추진과제 연계 재정사업으로 예산안 규모가 5,894억원에서 6,404억원 수준인 "노인맞춤돌봄서비스"가 신규로 연계되었다는 점을 들 수 있다.

2026년부터 2027년 예산안의 치매 관련 재정사업은 세부사업 기준으로 총 10개였으며, 보건복지부가 8개로 가장 많았고, 문화체육관광부와 질병관리청의 세부사업이 각각 1개씩 포함되었다.

「제4차 치매관리종합계획」과 비교하였을 때, 세부사업 기준으로 "노인맞춤돌봄서비스", "고독사예방관리체계구축", "문화예술교육 활성화", "치매의료기술연구개발사업", "한국형 ARPA-H 프로젝트"가 새로 연계되었고, "치매관리체계구축"의 내역사업으로 치매환자재산관리지원서비스 시범사업이 현(現) 정부 국정과제에 따라 신규 편성되면서 「제5차 치매관리종합계획」의 추진과제와 연계되었다.

2026년 본예산은 8,562억 9,700만원이었으며, 2027년 예산안은 9,068억 9,800만원으로 확대되었으며, 이 중 가장 높은 예산 비중을 보인 「제5차 치매관리종합계획」 상 신규 연계 사업인 "노인맞춤돌봄서비스"는 2026년 본예산이 5,893억 8,100만원, 2027년 예산안이 6,403억 8,700만원으로, 각 연도별 예산(안)의 68.8%, 70.6%를 차지하였다.

[「제5차 치매관리종합계획」 연계 재정사업 예산 현황 (2026~2027안)]

(단위: 백만원)

구분	2026 본예산	2027 예산안
치매관리체계구축 (복지부, 건진기금)	**173,996**	**184,115**
- 치매안심센터운영지원	156,665	163,615
- 국가치매관리사업운영	4,397	4,546
- 치매관리사업	850	788
- 광역치매센터운영	7,963	9,022
- 치매상담콜센터운영	1,678	1,929
- 치매환자재산관리지원서비스 시범사업 운영	1,874	3,340
- 치매안심센터시스템개선	569	875

(단위: 백만원)

구분	2026 본예산	2027 예산안
노인맞춤돌봄서비스 (복지부, 지특회계)	**589,381**	**640,387**
- 노인맞춤돌봄서비스	589,381	640,387
독거노인·중증장애인 응급안전안심서비스 (복지부, 지특회계)	**32,937**	**36,275**
- 응급안전안심서비스	32,937	36,275
노인요양시설확충 (복지부, 지특회계)	**23,635**	**19,536**
- 노인요양시설확충(기능보강)	23,635	19,536
치매극복연구개발사업 (복지부, 일반회계)	**17,991**	**6,029**
- 원인규명·예측진단·예방치료기술개발	9,742	5,092
- 글로벌 공동연구	8,249	937
고독사예방관리체계구축 (복지부, 일반회계)	**6,900**	**6,900**
- 고독사예방및관리사업	6,900	6,900
한국형 ARPA-H 프로젝트(R&D) (복지부, 일반회계)	**4,000**	**2,964**
- 임무중심 R&D	4,000	2,964
치매의료기술연구개발사업 (복지부, 일반회계)	**1,650**	**4,375**
- 차세대 맞춤형 진단·치료·예방기술 개발	1,650	4,375
만성병관리기술개발연구 (질병청, 일반회계)	**4,907**	**5,417**
- 뇌질환연구기반조성연구	4,907	5,417
문화예술교육 활성화 (문체부, 일반회계)	**900**	**900**
- 사회문화예술교육 지원	900	900
합계	856,297	906,898

주: 1. 굵은 글씨는 각 내역사업별 합산액을 세부사업 단위에서 표시한 것임
2. 복지부는 보건복지부를, 질병청은 질병관리청을, 문체부는 문화체육관광부를 의미
3. 건진기금은 국민건강증진기금을, 지특회계는 지역균형발전특별회계를 의미
4. 보건복지부에서 「제5차 치매관리종합계획」과 연계된 세부사업 및 내역사업 기준으로 예산(본예산) 내역을 정리함에 따라 세부사업별 전체 내역사업이 아닌 일부 내역사업만 포함되어 있을 수 있으므로, 각 세부사업별 전체 내역사업의 예산 내역 합계와는 차이가 있을 수 있음

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

Ⅲ 주요 쟁점 분석

1 치매관리 전달체계 분석

가. 재정자립 수준, 노년부양비, 치매환자 비중 등 지역 여건을 고려한 치매 관련 국고보조율 차등화 방안 검토 필요

치매 관련 재정사업의 상당수는 지방비 매칭을 전제로 한 국고보조사업 형태로 시행되는데, 2025년 기준 시·도별 재정자립도는 서울 73.6%와 전북 23.6% 사이에서 3배 이상 차이가 나고, 재정자립도가 낮은 도 지역일수록 노년부양비가 높으며 방문간호기관이 없는 시·군·구도 도 지역에 집중되어 있으나, 치매 관련 국고보조율은 서울과 지방의 2단계로 구분되어 있으므로, 지방재정 여건과 치매 관련 수요를 함께 반영하도록 국고보조율 기준을 재설계하는 방안을 검토할 필요가 있다.

치매 관련 주요 재정사업의 국고보조율을 살펴보면, 대체적으로 서울과 지방 2개 권역으로 구분하여 국고보조율을 설정하고 있다. 예를 들어, “치매관리체계구축” 사업의 내역사업인 ‘치매안심센터 운영지원’의 국고보조율은 서울 50%, 지방 80%이며, ‘광역치매센터 운영’의 경우 서울 50%, 지방 70%로 이원화되어 있다. “노인맞춤돌봄서비스”의 국고보조율은 서울 30%, 지방 70%였으며, “노인요양시설 확충”의 내역사업인 ‘노인요양시설 확충(기능보강)’ 중 치매전담형 요양시설의 경우 서울 50%, 지방 70%로 규정하고 있다.

[치매 관련 주요 재정사업의 국고보조율과 지방비 부담 구조 예시 (2027년 예산안 기준)]

세부사업(내역사업)		재원	국고보조율(%)
치매관리체계구축	(치매안심센터 운영지원)	국민건강증진기금	서울 50, 지방 80
	(광역치매센터 운영)	국민건강증진기금	서울 50, 지방 70
노인맞춤돌봄서비스		지역균형발전특별회계	서울 30, 지방 70
노인요양시설확충(기능보강)		지역균형발전특별회계	치매전담형 요양시설의 경우 서울 50·지방 70

자료: 보건복지부, 「2027년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료(Ⅱ-1)」, 2026.9.를 바탕으로 재작성

한편, 단위 지역별 통합재정자립도[13]를 살펴보면, 전국 기준으로 2019년 51.3%에서 2025년 48.7%로 하락하였으며, 2025년을 기준으로 가장 높은 특별시·광역시·특별자치시 지역과 가장 낮은 군 지역 간에 42.3%p의 격차를 보였다. 통합재정자주도[14]의 경우에도 2019년 72.8%에서 2025년 69.7%로 하락하였으며, 가장 높은 특별시·광역시·특별자치시 지역과 가장 낮은 자치구 간 격차는 2025년 기준으로 25.0%p 차이를 보였다.

[자치단체 유형별 통합재정자립도 및 통합재정자주도 추이(2019~2025년)]

(단위: %)

구분	통합재정자립도			통합재정자주도		
	2019	2022	2025	2019	2022	2025
전국 평균	51.3	49.6	48.7	72.8	72.0	69.7
- 특별시·광역시·특별자치시	62.6	59.1	56.8	70.6	67.3	64.7
- 도·특별자치도	35.9	39.1	36.3	47.2	49.7	46.3
- 시	38.3	33.4	32.6	64.9	62.5	59.4
- 군	14.0	13.4	14.5	61.9	61.8	59.9
- 자치구	27.0	26.2	24.5	43.8	43.5	39.7

자료: 국회예산정책처, 「2026 대한민국 지방재정」, 2026.9.를 바탕으로 재작성

또한, 2025년 기준으로 노년부양비(생산연령인구(15~64세 인구) 100명당 65세 이상 인구)가 전남(43.4명), 경북(40.5명), 강원(40.1명), 전북(39.4명) 순으로 높은 등 재정자립도가 낮은 도(道) 지역에서 고령화가 더 진행되었으며, 방문간호기관이 없는 43개 시·군·구도 경북·경남·강원 등 도(道) 지역에 집중되어 있는 것으로 나타났다. 이외에도, 치매안심병원과 공립요양병원이 설치되지 않은 지역도 존재하였다.

이를 감안할 때, 지역별 재정자립도·자주도를 면밀히 고려하지 않고 서울과 지방의 2단계로만 구분된 국고보조율을 적용할 경우 지역별 치매관리 여건을 충분히 반영하기 어려울 수 있어 지역 간 치매관리의 불균형이 초래될 수 있다.

13) 통합재정자립도는 지방자치단체의 전체 재원(통합재정수입)에 대한 자주재원(자체수입)의 비율로, $\frac{\text{경상수입}+\text{자본수입}+\text{융자회수}}{\text{통합재정수입}}\times 100(\%)$로 산출된다.

14) 통합재정자주도는 지방자치단체 전체 재원(통합재정수입) 중 '자주재원 및 의존재원 중 특정 목적이 정해지지 않은 의존재원'의 비율로, $\frac{\text{경상수입}+\text{자본수입}+\text{융자회수}+\text{이전수입(보조금 제외)}}{\text{통합재정수입}}\times 100(\%)$로 산출되며, 실질적인 자주재원의 비중을 나타내는 지표이다. 통합재정자주도는 이전수입 중 보조금을 제외한 지방교부세와 조정교부금을 포함하여 재정력을 산출한다는 측면에서 통합재정자립도와 차이가 존재한다.

[시도별 재정자립도·재정자주도, 노년부양비, 방문간호기관이 없는 시·군·구 현황 (2025년)]

(단위: %, 생산연령인구 100명당 명, 개)

구분	재정자립도	재정자주도	노년부양비	방문간호기관이 없는 시·군·구
서울	73.6	74.7	28.3	1 (광진구)
부산	42.7	55.5	37.9	1 (강서구)
대구	41.9	60.0	32.1	2 (중구, 군위군)
인천	49.2	60.3	26.3	1 (옹진군)
광주	39.8	58.3	26.3	0
대전	41.1	59.8	26.3	0
울산	46.1	66.2	25.7	0
세종	54.3	62.3	16.6	0
경기	55.7	63.2	24.5	4 (의왕시, 안성시, 연천군, 양평군)
강원	25.7	70.6	40.1	6 (홍천군, 정선군, 철원군, 양구군, 고성군, 양양군)
충북	31.8	64.6	32.0	3 (보은군, 괴산군, 단양군)
충남	32.2	63.7	32.2	3 (계룡시, 서천군, 청양군)
전북	23.6	61.9	39.4	4 (무주군, 장수군, 임실군, 순창군)
전남	23.7	64.8	43.4	3 (함평군, 진도군, 신안군)
경북	24.3	65.6	40.5	8 (영주시, 청송군, 영양군, 영덕군, 청도군, 고령군, 성주군, 울릉군)
경남	34.3	65.8	33.3	6 (사천시, 의령군, 고성군, 남해군, 함양군, 합천군)
제주	33.1	64.4	28.4	1 (서귀포시)

주: 1. 방문간호기관 없는 시·군·구는 「2025 노인장기요양보험통계연보」의 시·군·구별 장기요양기관 현황에서 방문간호 기관 수가 0인 시·군·구의 시·도별 합계임
2. 노년부양비 = (65세 이상 인구/15~64세 인구(생산연령인구)) × 100

자료: 국회예산정책처, 「2026 대한민국 지방재정」, 2026.9. 및 국민건강보험공단, 「2025 노인장기요양보험통계연보」, 2026.6.을 바탕으로 재작성

이와 관련한 주요 원인을 구체적으로 살펴보면, 첫째, 현행 차등보조율이 치매 관련 지역별 수요를 면밀히 반영하지 못하는 구조가 영향을 미칠 수 있을 것으로 보인다. 예를 들어, 치매안심센터 운영지원은 서울과 지방의 2단계 보조율만 적용되어 재정자립도 및 재정자주도와 관계없이 동일한 국고보조율(80%)이 적용된다.

둘째, 치매 관련 인프라 확충이 지방자치단체의 신청과 지방비 매칭을 전제로 하는 공모 방식으로 이루어져 지방비 확보 여건에 따라 지역 간 편차가 발생할 여지가 존재한다.

따라서 보건복지부는 「보조금 관리에 관한 법률」과의 정합성을 고려하는 가운데, 치매 지원 재정사업의 국고보조율을 지역별 재정자립도 · 재정자주도와 치매환자 규모 등 수요 지표를 함께 반영하는 방식으로 세분화하여 운영하거나, 농어촌 · 소멸위험지역을 포함한 재정 여건이 열악한 치매 인프라 공백 지역을 우선 선정하

여 공공을 포함한 민간의 진입도 함께 지원할 수 있는 방안을 검토할 필요가 있다.

나. 치매안심센터 운영의 내실화 필요

(1) 치매안심센터 인력·사업비의 지역별 수요 기반 배분 방안 검토 필요

치매안심센터 등록률, 개소당·인력당 등록자 수 등에서 지역 간 2배 수준의 편차를 보였으며, 신경과·정신건강의학과 전문의 비중이 높은 대도시 지역에서 치매안심센터 등록률이 낮은 경향을 보이고 있는 점 등을 감안할 때, 지역별 치매환자 규모, 치매안심센터 인력 및 등록자 규모, 치매안심센터 접근성, 신경과·정신건강의학과 등 치매 관련 전문의 분포 등을 종합적으로 고려하여 향후 치매안심센터 지원 기준 수립 및 적용을 위한 상세 계획 수립에 반영할 필요가 있다.

치매안심센터 개소 수, 등록자 수, 인력 수 등에서 지역 간 편차가 나타났다. 주요 지표별로 살펴보면, 2024년 기준으로 치매안심센터는 전국에 256개소가 있었으며, 경기가 46개소로 가장 많았고 서울이 25개소로 두 번째로 많았으며, 세종이 1개소로 가장 적었다. 치매안심센터 등록자 수는 경기가 107,652명으로 가장 많았고 서울이 69,923명으로 두 번째로 많았으며, 세종이 2,330명으로 가장 적었다.

치매안심센터 등록률(전체 치매상병자 대비 치매안심센터 등록자 수)의 경우 전북이 76.7%로 가장 높았고 서울이 44.5%로 가장 낮았으며, 최대 지역과 최소 지역 배율은 1.7배 수준이었다. 치매안심센터 1개소당 치매안심센터 등록자 수의 경우 전북이 3,359.9명으로 가장 많았고 강원이 1,247.2명으로 가장 적었으며, 최대 지역과 최소 지역 배율은 2.7배 규모였다. 치매안심센터 총 인력 수 대비 치매안심센터 등록자 수의 경우, 최소 지역(강원 84.1명) 대비 최대 지역(전북 161.6명) 배율이 1.9배 수준이었다.

치매안심센터 등록률, 치매안심센터 1개소당 등록자 수, 치매안심센터 인력 1인당 등록자 수 지표에서 지역 간 2배 수준의 격차를 보이는 등 지역별 치매안심센터 수요 대비 공급 자원의 편차가 나타나고 있다.

한편, 치매안심센터 등록률의 경우, 대체로 대도시 지역(서울·부산·대구·인천·광주·대전·울산·세종·경기 등 9개)에서 전국(56.2%) 대비 낮은 등록률을 보였다. 또한, 치매안심센터 1개소당 등록자 수의 경우에도 3개 대도시(부산·울산

· 세종), 치매안심센터 인력 1인당 등록자 수의 경우 4개 대도시(서울 · 부산 · 인천 · 울산)에서 전국 대비 낮은 수준을 보였다.

[지역별 치매안심센터 수 및 등록자 수 현황 (2024년)]

(단위: 명, %, 개소, 명/개소, 명/인력, 배)

구분	치매안심센터 개소 수 (A)	치매안심센터 치매환자 등록자 수 (B)	등록률	치매안심센터 총 인력 수 (C)	센터당 등록자 수 (B/A)	센터 인력당 등록자 수 (B/C)
전국	256	622,764	56.2	5,006	2,432.7	124.4
서울	25	69,923	44.5	620	2,796.9	112.8
부산	16	38,114	47.5	331	2,382.1	115.1
대구	9	25,600	46.8	195	2,844.4	131.3
인천	10	25,832	48.7	283	2,583.2	91.3
광주	5	14,373	51.2	115	2,874.6	125.0
대전	5	12,772	46.4	87	2,554.4	146.8
울산	5	8,539	45.0	78	1,707.8	109.5
세종	1	2,330	48.9	17	2,330.0	137.1
경기	46	107,652	48.3	904	2,340.3	119.1
강원	18	22,449	59.8	267	1,247.2	84.1
충북	14	25,952	64.4	222	1,853.7	116.9
충남	16	43,342	68.6	286	2,708.9	151.5
전북	14	47,038	76.7	291	3,359.9	161.6
전남	22	53,028	71.5	381	2,410.4	139.2
경북	24	56,128	67.4	449	2,338.7	125.0
경남	20	61,136	69.7	408	3,056.8	149.8
제주	6	8,556	63.8	72	1,426.0	118.8
경기 포함						
최대/최소	46.0	46.2	1.7	53.2	2.7	1.9
경기 제외						
최대/최소	25.0	30.0	1.7	36.5	2.7	1.9

주: 등록률은 전체 치매상병자 수 대비 치매안심센터 치매환자 등록자 수를 의미
자료: 보건복지부 · 국립중앙의료원 중앙치매센터, 「대한민국 치매현황 2025」, 2026.7.

또한, 치매안심센터 등록 · 관리율의 경우 보건복지부의 「제4차 치매관리종합계획(2021~2025)」의 대표 성과지표로서, 2025년 목표를 80%로 설정한 바 있으나, 2025년의 실적치는 57.1% 수준으로 목표를 달성하지 못하였다.

[제4차 치매관리종합계획 성과지표별 목표 및 달성 여부]

분야	성과지표	기준 ('19)	4차 계획상 2025년 목표	2025년 기준 실적치
대표	치매안심센터 치매환자 등록·관리율	51.5%	80%	57.1%*

주: * 60세 이상 추정 치매환자 중 치매안심센터 등록 치매환자 비율
자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

상기와 같이 대도시에서 전국 대비 낮은 실적을 보인 이유를 살펴보면, 대도시의 경우 도 지역보다 치매 관련 의료기관의 접근성이 높다는 점이 영향을 미쳤을 가능성이 존재한다.[15)]

예를 들어, 치매안심센터에서 상담, 조기검진(선별검사 · 진단검사 등), 사례관리 등을 포함한 다양한 기능을 수행하고 있으나, 실제 진단의 경우 치매안심센터 협약병원 등 관련 과가 포함된 병원에서 감별검사를 받아야 하는 구조로 운영된다. 이와 함께, 치매안심센터의 서비스 수혜를 위해 등록을 해야 할 경우, 질병분류코드가 포함된 진단서 등을 치매안심센터에 제출하도록 하고 있어 치매안심센터 방문만으로는 등록을 진행하는 데 한계가 있다.

또한, 치매안심센터의 설치 · 운영 여부를 인지하지 못하거나, 신경과 및 정신건강의학과 등 치매 진단 · 치료 · 처방이 가능한 병원에 대한 접근성이 높을 경우 치매의심환자가 치매안심센터를 거치지 않고 해당 과가 운영되는 병원으로 직접 내원할 가능성이 높으며, 치매안심센터 등록률이 낮은 요인으로도 작용할 수 있다.

관련하여, 시도별 신경과 및 정신건강의학과 전문의 규모의 경우, 치매안심센터 등록률이 가장 낮은 서울이 해당 과 전문의의 1/4 이상을 차지하였다.

[시도별 신경과 및 정신건강의학과 전문의 인력 현황 (2024년 4/4분기)]

(단위: 명, %)

구분	신경과		정신건강의학과	
	명	%	명	%
전체	2,208	100.0	4,252	100.0
서울	599	27.1	1,231	29.0
부산	165	7.5	320	7.5
대구	142	6.4	215	5.1

15) 참고로, 본문의 2024년 4/4분기의 시군구별 · 전문과목별 전문의 인력 현황의 경우, 국가통계포털(KOSIS)에서 구득가능한 최근 자료인 2026년 2/4분기의 시군구별 · 전문과목별 전문의 인력 현황에서와 유사한 경향을 보였다.

(단위: 명, %)

구분	신경과		정신건강의학과	
	명	%	명	%
인천	97	4.4	189	4.4
광주	73	3.3	118	2.8
대전	88	4.0	140	3.3
울산	31	1.4	65	1.5
세종	6	0.3	23	0.5
경기	487	22.1	903	21.2
강원	52	2.4	87	2.0
충북	50	2.3	118	2.8
충남	64	2.9	123	2.9
전북	68	3.1	141	3.3
전남	44	2.0	124	2.9
경북	81	3.7	176	4.1
경남	137	6.2	238	5.6
제주	24	1.1	41	1.0

자료: 국가통계포털(KOSIS), "시군구별 · 전문과목별 전문의 인력 현황"을 바탕으로 재작성(2026.10.10.검색기준)

전술한 바와 같이, 금년(2026년)부터 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원으로 정책 추진체계의 구조 변화가 시작되고 있으며, 치매안심센터가 치매발견 · 기본관리에 대한 통합지원의 발굴 · 안내 창구이자 치매 전문서비스 제공기관으로 기능하게 된다.

이를 고려할 때, 특히 금년부터는 치매안심센터 등록률 제고가 단순히 치매 관련 검진 · 비용지원 등 기존 서비스를 제공하는 데만 그 효과가 국한되는 것이 아니라, 의료 · 요양 · 돌봄 통합돌봄 지원체계 하에서 포괄적인 서비스 연계까지 이어지는 기초자료로 활용될 수 있으므로, 개인뿐 아니라 국가 차원의 치매관리 정책수립에도 기여할 수 있어 그 중요성이 확대될 것으로 보인다.

이에, 보건복지부는 지역별 치매환자 규모, 치매안심센터 인력 및 등록자 규모, 치매안심센터 접근성, 신경과 · 정신건강의학과 등 치매 관련 전문의 분포 및 관련 의료기관 이용 치매환자의 치매안심센터 등록 여부 등을 종합적으로 고려하여 지역별 치매안심센터 지원 기준 개선 방안을 검토할 필요가 있다.

관련하여, 보건복지부에서는 「제5차 치매관리종합계획」 상에서 대도시 · 농촌 등 치매안심센터 유형에 따른 향후 지원 방향 예시로 서비스형 · 예방형 · 검진형 등 지역 여건을 고려하겠다고 밝힌 바 있으나, 아직 구체적인 지역별 지원 방향은 수립되지 않은 상태이므로, 상세 계획 수립 시 상기 제안과 같은 다양한 지표들을 종합적으로 고려할 필요가 있다.

또한, 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 체계 상에서 치매안심센터가 치매환자 및 자원 연계에 핵심적인 전달체계로 포함되어 있는 점을 감안하여, 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 (세부)계획 수립 · 추진 시, 상기에서 검토된 지역별 치매안심센터 지원 기준을 함께 반영하여, 치매관리종합계획과 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 계획 상의 치매 대응이 유기적으로 연계될 수 있도록 할 필요가 있다.

(2) 치매안심센터 전문인력 확보와 인력 운용 기준 정비 필요

치매안심센터의 인력 기준 미충족이 지속되고 있고 대체로 임상심리사 부족에 기인하는 경향이 많았으며, 2026년부터 관련 지침 개편을 통해 타 직역에서 미배치 직역의 업무 수행 시 인력 기준을 충족한 것으로 간주하도록 하였으나, 이 같은 임시 조치는 직역별 특성과 타 직역군 업무 가중도 함께 고려해야 하므로, 치매안심센터의 인력 기준의 기능 중심 정비 및 법령 개정, 우선순위에 기초한 직역별 인력 공유 방안 등 치매안심센터의 현실적 · 효율적 인력 운용 방안을 검토할 필요가 있다.

치매안심센터는 「치매관리법 시행규칙」 제8조(치매안심센터의 시설 · 인력 기준) 및 [별표 2의3]에 따라, 간호사, 1급 사회복지사, 작업치료사, 임상심리사를 각각 1명 이상 두도록 하고 있다.

[「치매관리법 시행규칙」 제8조에 따른 치매안심센터 인력 기준]

구분	규정
인력 기준	• 간호사, 1급 사회복지사, 작업치료사, 임상심리사를 각각 1명 이상 둘 것 - 다만, 보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 경우에는 그렇지 않음

자료: 「치매관리법 시행규칙」 [별표 2의3] 치매안심센터의 시설 · 인력 기준을 바탕으로 재작성

한편, 최근 5년간(2021~2025년) 실제 치매안심센터의 인력 기준 충족현황을 살펴보면, 대체로 임상심리사 부족에 기인하여 인력 기준을 충족하지 못하는 경향을 보였다.

2021~2025년간 전체 256개 치매안심센터 중 임상심리사가 충족된 개소 수는 85~109개소(33.2~42.6%)로 전체의 절반에도 미치지 못하였다. 특히, 농촌 유형의 인력 기준 충족 비율이 도시 유형과 도농복합 유형 대비 지속적으로 낮은 수준을 보였다.

[치매안심센터 유형별 인력 기준 충족 현황 (2021~2025년)]

(단위: 개소, %)

구분		전체 개소 수 (D)	충족 개소 수				
			간호사	사회복지사	작업치료사	임상심리사 (E)	임상심리사 충족 비율 (E/D)
합계 (A+B+C)	2021	256	256	234	250	93	36.3
	2022	256	256	234	248	94	36.7
	2023	256	256	227	249	85	33.2
	2024	256	256	230	242	88	34.4
	2025	256	256	234	242	109	42.6
- 도시 유형 (A)	2021	103	103	99	101	43	41.7
	2022	103	103	99	100	45	43.7
	2023	103	103	96	101	46	44.7
	2024	103	103	99	100	45	43.7
	2025	103	103	99	100	52	50.5
- 도농복합 유형 (B)	2021	66	66	59	65	24	36.4
	2022	66	66	57	65	24	36.4
	2023	66	66	60	64	27	40.9
	2024	66	66	62	63	29	43.9
	2025	66	66	60	63	32	48.5
- 농촌 유형 (C)	2021	87	87	76	84	26	29.9
	2022	87	87	78	83	25	28.7
	2023	87	87	71	84	12	13.8
	2024	87	87	69	79	14	16.1
	2025	87	87	75	79	25	28.7

자료: 보건복지부 제출자료

이와 관련하여, 보건복지부는 「2026년 치매정책 사업안내」(2026.3.)부터는 「치매관리법 시행규칙」 [별표 2의3] 단서 조항("보건복지부장관이 필요하다고 인정하는 경우에는 그렇지 않다")을 근거로, 일부 직종을 배치하지 못하였더라도 직역별 업무 범위를 지키면서 미배치 직역의 업무를 다른 직종이 수행하면 인력 기준을 충족한 것으로 간주하도록 지침을 개정한 바 있다.

[「2026년 치매정책 사업안내」에 따른 치매안심센터 인력 구성 지침]

구분	인력 구성 관련 지침 내용
인력 구성 지침	• 직역별(간호사, 1급 사회복지사, 작업치료사, 임상심리사) 1명 이상 채용원칙. 해당 직군에 대한 채용공고에도 채용자가 없을 경우, 대체 인력 채용 허용(3년간 한시적으로 허용) - 다만, 일부 직종을 배치하지 못하였더라도 직역별 업무 범위를 준수하면서 미배치 직역의 업무를 타 직종이 수행하고 있는 경우 인력 기준을 충족한 것으로 간주

자료: 보건복지부, 「2026년 치매정책 사업안내」, 2026.3.을 바탕으로 재작성

그러나 이와 같은 단서 조항에 근거한 지침 개편은 임상심리사의 부족에 대응하기 위한 임시 조치 성격을 지니며, 현장에서 해당 지침이 작동하기 위해서는 간호사, 사회복지사, 작업치료사, 임상심리사의 직역별 특성과 함께, 지침 개정에 따른 각 인력군의 업무 부담 증가도 함께 고려되어야 실질적으로 기능할 것으로 보인다.

따라서 궁극적으로는 임상심리사 부족에 대응하기 위하여 임상심리사 육성과 더불어 치매안심센터로의 원활한 유입을 위한 방안이 선행되어야 하겠으나, 현실적인 한계가 존재할 경우 치매안심센터 인력 기준에 대한 법령 개정 논의도 고려할 필요가 있을 것으로 보인다.

이에, 보건복지부는 치매안심센터 인력 기준을 직역별 필수 배치에서 기능 중심(진단검사 수행자격 등)으로 정비하고 필요 시 관련 법령의 개정을 검토하며, 임상심리사 등 공급이 부족한 직역의 수급 통계를 정비하여 인력 기준 미충족 비중이 높은 농촌 지역 순회·공동 채용 등 우선순위에 기초한 인력 공유 방안 등과 같은 치매안심센터의 현실적·효율적 인력 운용 방안을 검토할 필요가 있다.

(3) 치매안심센터 운영평가 하위기관 관리 강화 방안 검토 필요

2023년부터 치매안심센터 운영평가가 실시되고 있으나, 평가 최하위등급의 경우에도 컨설팅을 희망에 따라 받도록 하고 있어 평가하위등급의 개선이라는 평가 본연의 취지를 살리기 어려울 가능성이 존재하므로, 3주기 운영평가 시부터 D등급 센터를 대상으로 컨설팅을 의무화하는 방안을 검토하되, 평가개시 초기인 점을 감안하여 맞춤형 컨설팅의 등급 변동 효과, D등급 내에서의 의무적 컨설팅 해당 기준 마련 등 세부적인 평가 형태 및 환류 방안을 병행하여 고려할 필요가 있다.

치매안심센터 운영평가는 「제4차 치매관리종합계획(2021~2025)」의 추진과제 중 “1-1-⑥ 치매안심센터 평가체계 개발”을 추진 근거로 하여, 치매안심센터 운영 효율화 및 서비스 질 향상 등을 통한 치매관리서비스 수준 향상을 목적으로, 2023년 최초 시행되어 2026년 현재 2주기 치매안심센터 운영평가가 시행되고 있다.

평가가 완료된 1주기 치매안심센터 운영평가의 평가대상기관은 256개소였으며, 평가대상기간은 2021~2022년이나 코로나19로 인해 2021년은 제외되었다. 동 운영평가의 평가영역은 크게 치매안심센터의 ‘치매인프라 구축’, ‘치매서비스 제공 및 관리’, ‘지역 치매역량 강화’ 등 3대 평가영역의 24개 조사항목(2주기의 경우 27개)이었으며, 평가결과는 지역유형별(특별시 · 광역시 · 일반시 · 도농복합시 · 군) A등급(상위 10%), B등급(차상위 40%), C등급(차차상위 40%), D등급(하위 10%) 등 4개 등급으로 부여된다.

D등급의 경우 컨설팅 대상으로 분류되나, 1주기 컨설팅의 경우 사업의 현장적용가능성 등을 검토하기 위해 희망기관 대상으로만 컨설팅을 실시하였다.

1주기 치매안심센터 운영평가 결과 256개 치매안심센터 중 D등급의 경우 25개였으며, 이 중 6개 센터만 맞춤형 컨설팅을 제공받았다. 한편, 상위등급인 A등급의 경우 4개, B등급 10개, C등급 10개 치매안심센터가 컨설팅을 받은 점을 고려할 때, 최하위 등급인 D등급 센터를 대상으로 한 컨설팅 실적이 높다고 보기 어려운 실정이다.

한편, 2주기 치매안심센터 운영평가의 경우에도 D등급 기관 및 컨설팅 희망기관 중 광역치매센터 의견 등을 고려하여 컨설팅 대상기관을 선정하도록 하고 있다는 점을 고려할 때, 1주기 운영평가 결과와 같이 D등급 센터의 컨설팅 신청이 적극적으로 이루어지지 않을 가능성도 배제하기 어려울 것으로 보인다.

[치매안심센터 1주기 운영평가 등급 분포 및 컨설팅 대상 기관(2023~2024년)]

(단위: 개소)

지역유형	평가 대상	A등급	B등급	C등급	D등급	D등급 기관 소재 시·도
특별시	25	3	10	10	2 (1)	서울 2
광역시	47	5 (2)	19	18 (2)	5 (2)	인천 3, 부산 1, 울산 1
일반시	32	3	13	13 (2)	3 (1)	경기 3
도농복합시	73	7 (1)	30 (3)	29 (3)	7 (1)	경기 5, 충북 1, 경북 1
군	79	8 (1)	32 (7)	31 (3)	8 (1)	경북 2, 전남·강원·인천·대구·충북·경기 각 1
계	256	26 (4)	104 (10)	101 (10)	25 (6)	10개 시·도

주: 괄호 안의 수치는 실제 컨설팅을 받은 치매안심센터 수를 의미
자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

이는 치매안심센터 운영평가 하위 기관에 대한 후속 지원과 평가결과의 환류체계를 약화시켜, 평가등급 하위기관의 개선을 도모하려는 평가 본연의 목적을 달성하기 어렵게 할 수 있다.

이에, 보건복지부는 운영평가 결과 하위 10%인 D등급 센터를 대상으로는 3주기 운영평가 시부터 컨설팅을 원칙적으로 의무화하는 방안을 고려할 필요가 있다.

다만, 치매안심센터 운영평가 자체가 2023년 최초 시행되어 2026년 현재 2주기 운영평가가 진행되고 있는 초기 단계라는 점을 고려할 때, 치매안심센터 운영평가에 따른 맞춤형 컨설팅 효과가 등급 변동에 어떤 영향을 미치는지, D등급 내에서도 어떤 기준에 해당될 때 컨설팅을 의무적으로 받도록 할지 등과 같은 세부적인 평가 형태 및 환류 방안에 대해서도 함께 검토할 필요가 있을 것으로 보인다.

다. 치매 조기검진 · 진단 연계체계 강화 및 기능 정비 필요

치매 조기검진의 중요성이 높으나 치매안심센터 선별검사를 통한 인지저하자의 진단검사 연계 비율이 충분치 않고 지역 간 편차도 발생하고 있으며, 이로 인해 조기검진-진단-등록-서비스 간 연계에도 부정적인 영향을 끼치고 있고, 일부 기능 측

면에서 유사 기관도 존재하므로, 진단검사 수검률 확대 방안 설계, 조기검진 대기시간 절감 등 절차상 애로사항 해소, 치매안심센터 혜택 및 진단 후 치료·돌봄 절차 안내 강화, 유사 기능 수행기관 간 연계 강화 등에 대한 종합적 검토가 필요하다.

치매의 경우 조기 치료가 이루어질 때 질병의 경과를 1~2년 지연시킬 수 있으며, 치매 악화로 인한 입원·입소를 줄여 사회적 부담을 감소시킬 수 있다. 이에, 치매에 대한 조기검진은 치매관리·치료를 보다 이른 시기에 경증 단계부터 시작할 수 있도록 하는 중요한 초기 단계[16]라 할 수 있다.[17]

치매안심센터에서는 조기검진과 관련하여, 선별검사, 진단검사 1단계 및 2단계 서비스를 제공하고 있다. 동 센터에서의 조기검진 절차는 첫 번째로 인지기능 감퇴를 선별하는 인지선별검사(CIST)를 수검하도록 하고, 해당 검사 결과 인지저하 또는 정상이라 할지라도 치매 의심증상이 뚜렷한 경우 신경심리검사를 포함한 진단검사 1단계를 실시하도록 하고 있다. 이후 진단검사 2단계에서는 치매안심센터의 협력의사가 치매임상평가(치매척도검사)를 실시하며, 진단검사 2단계 결과 치매이거나 협력의사 소견에 따라 감별검사가 필요한 대상에 대하여 감별검사를 실시하도록 하고 있다.[18]

치매안심센터의 조기검진 실적을 살펴보면, 2024년을 기준으로 528만 1,563명에게 선별검사를 실시하여 83만 1,009명(전체 수검자 중 15.7%)의 인지저하자를 발견하였고, 진단검사를 통해 경도인지장애진단자 21만 5,444명과 치매환자 28만 8,470명을 진단한 바 있다.

다만, 선별검사에 따른 인지저하자 중 진단검사 1단계 수검률은 70.4% 수준에 그쳐, 선별검사를 통한 치매의심군이 진단검사로 이행하는 비율이 높지 않은 수준인 것으로 보인다. 이는 현행 진단검사에 1~2시간이 소요되고 진단검사가 필요한 경우에도 대기가 발생하여 경도인지장애 조기 발견에 제약으로 작용하고 있다는 문제점과 맥락을 같이 하는 것으로 보인다.

---

16) 「2023년 치매실태조사」(보건복지부·국립중앙의료원 중앙치매센터·한국보건사회연구원, 2024.11.)에 따르면, 조사(조기검진) 과정에서 처음 치매로 진단된 비율은 지역사회 거주 치매환자의 57.1%였고, 이미 진단받은 지역사회 치매환자의 28.6%는 의심증상 발생 후 진단까지 6개월 이상 걸렸으며 그 이유는 "노화 과정이라고 생각하여"(85.0%)가 대부분이었다.

17) 보건복지부·국립중앙의료원 중앙치매센터, 「2023년 치매역학조사」, 2024.11.

18) 감별검사는 치매안심센터의 협약병원 등을 포함한 병원에서 실시한다.

또한, 수검률이 가장 높은 지역(서울 94.5%)과 가장 낮은 지역(대구 40.9%)의 격차도 53.6%p에 이르는 등 지역 간 수검률 격차도 존재하였다.

[치매안심센터의 조기검진 주요 내역 (2024년)]

(단위: 명, %)

구분	선별검사		진단검사 1단계 결과		진단검사 2단계 결과	
	합계	인지저하	합계		경도인지장애	치매
전국	5,281,563	831,009	585,023	(70.4)	215,444	288,470
- 서울	958,434	175,590	166,010	(94.5)	80,719	49,366
- 부산	369,543	60,155	41,837	(69.5)	16,831	18,303
- 대구	265,630	40,038	16,359	(40.9)	5,706	10,173
- 인천	192,646	31,939	18,730	(58.6)	6,600	9,825
- 광주	109,952	16,535	9,650	(58.4)	3,368	5,425
- 대전	92,782	13,951	10,402	(74.6)	3,730	5,060
- 울산	108,258	10,558	5,856	(55.5)	2,068	3,835
- 세종	13,937	2,532	1,804	(71.2)	589	754
- 경기	916,884	132,473	92,781	(70.0)	32,298	46,903
- 강원	198,925	27,695	20,921	(75.5)	7,710	9,628
- 충북	197,832	31,684	17,068	(53.9)	4,436	11,116
- 충남	328,061	44,101	26,631	(60.4)	7,216	16,651
- 전북	271,276	45,677	30,833	(67.5)	12,533	20,957
- 전남	381,356	61,605	35,335	(57.4)	8,755	23,383
- 경북	359,003	54,316	37,794	(69.6)	8,272	26,926
- 경남	448,081	69,596	45,285	(65.1)	11,332	27,450
- 제주	68,963	12,564	7,727	(61.5)	3,281	2,715

주: 1. 본 표에서의 진단검사 1단계 결과는 진단검사 1단계인 CERAD-K, SNSB, LICA, SNSB-C 검사의 합계임

2. 괄호 안의 수치는 선별검사에 따른 인지저하자 수 대비 진단검사 1단계 수검자 수 비율을 의미

자료: 보건복지부 · 국립중앙의료원 중앙치매센터, 「대한민국 치매현황 2025」, 2026.7.을 바탕으로 재작성

선별검사를 통한 조기검진(진단검사 등)으로의 연계율이 충분히 높지 못할 경우 치매의심군의 발견을 지체하게 하여, 치매안심센터를 중심으로 한 치매 조기검진-진단-등록-서비스 간의 연계 구조에도 악영향을 초래할 수 있다.

한편, 치매관리 단계별 주요 지표를 기준(2024년)으로 살펴보면, 조기검진 및 진단 단계에서는 선별검사에 따른 인지저하자의 약 70%만이 진단검사 1단계를 수검하였다. 등록 단계의 경우 치매상병자의 치매안심센터 등록률이 56.2% 수준으로, 전체 치매상병자의 절반가량만이 치매안심센터에 등록되어 있었다. 서비스 단계의 경우 치매안심센터에 등록한 치매환자의 서비스 이용률이 80.49%였다. 또한, 2024

년 기준으로 경도인지장애진단자의 치매안심센터 등록률과 인지강화교실 등 서비스 이용률이 각각 5.1% 수준[19]에 불과하였으며, 2024년 7월부터 시작된 "치매관리주치의 시범사업" 등록환자의 치매안심센터 이용률의 경우에도 57.1% 수준이었던 것으로 보고된 바 있다.

[치매 관리 단계별 이행 현황 (2024년)]

단계	관련 지표	수치	비고
초기 발견	선별검사 인지저하자	831,009명	수검자 5,281,563명 중 15.7%
진단 연계	인지저하자 중 진단검사 1단계 이용률	70.4% (인지저하자 831,009명 중 585,023명)	지역별 40.9~94.5%
등록	치매상병자 대비 치매안심센터 등록률	56.2%	지역별 44.5~76.7%
서비스	치매안심센터 등록 치매환자의 서비스 이용률	80.49%	지역별 66.39~92.62%
전 단계 관리	경도인지장애진단자 안심센터 등록	5.1%	진단자 377,938명
의료-지역 연계	치매관리주치의 시범사업 등록환자의 치매안심센터 이용	57.1%	시범사업 등록 치매환자 5,416명 중 3,091명

자료: 보건복지부 · 국립중앙의료원 중앙치매센터, 「대한민국 치매현황 2025」, 2026.7., 건강보험심사평가원, 「치매관리주치의 시범사업 효과 평가 연구」, 2026.7. 및 보건복지부, 「제5차 치매관리종합계획」, 2026.2. 등을 바탕으로 재작성

즉, 치매안심센터에 등록하게 될 경우 그 서비스를 이용하는 비율이 높은 수준이므로, 치매안심센터 등록률을 선제적으로 확대할 필요성이 높다. 또한, 치매안심센터 등록률 제고를 통해 국가는 조기 단계부터 치매관리를 개시할 수 있어 치매로 인한 사회적 비용의 절감 가능성을 제고할 수 있으며, 치매환자 및 그 가족들은 적시에 서비스를 받을 가능성을 높여 치매로 인한 돌봄부담을 완화시키는 데 기여할 수도 있다.

다만, 현행과 같이 인지저하자 중 조기검진 수검률이 충분치 않고 치매안심센터 등록률 자체가 저조한 상황에서는 경증 단계부터 치매안심센터의 서비스를 제공받을 수 있는 치매환자 및 그 가족들의 규모가 확대되기는 용이하지 않을 수 있다.

19) 보건복지부, 「제5차 치매관리종합계획」, 2026.2.

이를 고려할 때, 조기검진이 치매안심센터 서비스 제공의 실질적인 시작 단계임을 감안하여, 치매안심센터의 선별검사와 진단검사를 보다 원활히 할 수 있도록 할 필요성이 높다.

한편, 치매안심센터의 상담, 치매예방·인지강화교실 등과 일부 기관들 간의 기능적인 유사성도 존재하는 것으로 보인다. 예를 들어, 「노인복지법」에 따른 '노인복지관'의 경우에도 경도인지저하자, 75세 이상 독거노인 등과 같은 치매발병 고위험군을 대상으로 한 인지활동서비스, 치매 종합상담, 치매예방 인지활동 프로그램 등을 수행하고 있다. 또한, 「정신건강복지법」에 따른 '정신건강복지센터'에서도 고령층을 대상으로 한 치매 초기 증상 상담과 연계 업무를 일부 수행하고 있다.

[치매 관련 서비스 제공 주요 기관별 기능]

구분	치매안심센터	노인복지관	정신건강복지센터
근거법령	「치매관리법」	「노인복지법」	「정신건강복지법」
지원대상	주민 전체, 치매환자 및 가족	60세 이상 노인 전체(저소득층 우선)	지역주민 전체
치매 관련 주요 지원기능	선별·진단검사(무료), 협약병원 검사비 지원, 등록·**상담**, **치매예방·인지강화교실**, 쉼터, 가족교실·자조모임, 맞춤형 사례관리, 치료관리비, 실종 예방(인식표), 공공후견 등	치매발병 고위험군(경도인지저하자, 75세 이상 독거노인 등) 인지활동서비스, **치매 종합상담**, **치매예방 인지활동 프로그램** 등	정신질환 예방, 조기 발견, 상담, 사례관리 등 - 고령층 대상 **치매 초기 증상 상담** 및 **연계** 업무 일부 포함

자료: 보건복지부, 「2026년 노인보건복지사업안내」, 2026.3. 등을 바탕으로 재작성

따라서 보건복지부는 치매의심군 및 그 가족들을 대상으로 ①선별검사 상 인지저하(의심)자를 대상으로 진단검사 1단계 수검률을 확대할 수 있는 방안을 설계할 필요가 있다. 더불어, 선별검사와 그 이후 치매안심센터 등록까지 유기적으로 연계될 수 있도록 ②조기검진 대기시간 절감 등 절차 상 애로사항 해소, ③치매안심센터 등록을 통한 혜택 안내, 진단 직후 치료·돌봄 절차 안내 등을 포함한 사업 홍보를 보다 이해하기 쉽고 활용이 용이한 형태로 제공하는 방안을 검토할 필요가 있다. 또한, ④치매와 관련하여 치매안심센터와 일부 기능이 유사한 기관들 간 서비스 제공 형태와 연계 강화 방안도 함께 검토할 필요가 있다.

라. 치매 전문 의료 인프라 개선 · 확충 필요

(1) 공립요양병원 기능보강 사업의 실집행 부진 해소 필요

공립요양병원 기능보강은 행동심리증상(BPSD) 등 치매증상에 대한 전문적 치료를 제공하기 위한 시설 · 장비비 지원 사업이나 최근 5년간 실집행률이 10%에도 미치지 못하는 기간이 존재하였으며, 공립요양병원 중 일부만이 치매안심병원으로 지정되어 있거나 미설치된 지역도 있다는 점을 고려하여, 치매전문치료 역량 강화를 목표로 사업 선정 단계의 집행가능성 검토와 치매안심병원 지정 확대까지 이어질 수 있도록 사업관리를 면밀히 수행할 필요가 있다.

보건복지부의 "치매관리체계구축"의 내역사업인 '공립요양병원 기능보강'은 공립요양병원에 행동심리증상(BPSD, Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia)[20] 등 전문적 치매환자 치료를 위한 시설 · 장비비 지원을 통해 치매안심병원 지정 · 운영을 위한 치매안심병동(치매전문병동, 치매안심병원의 특정 구역(ward)으로 치매안심병원 지정의 선결 조건) 설치를 지원하는 사업이다.

「제5차 치매관리종합계획」에서는 기존 종합계획의 추진에도 불구하고 BPSD 대응역량 부족으로 돌봄공백이 발생한 점을 한계로 지적하고 있고, 현실에서도 BPSD로 인해 요양기관 입소가 거부되는 등 치매가족의 돌봄부담이 존재하는 상황이므로, 공립요양병원 치매안심병원(치매전문병동)의 역할이 BPSD 대응에 중요한 요소라 할 수 있다.

한편, 최근 5년간(2021~2025년) '공립요양병원 기능보강' 내역사업의 예 · 결산 내역을 살펴보면, 예산 규모는 15~52억원 수준이었으며, 2022년(10.0%), 2023년(8.5%), 2025년(4.5%)의 경우 10.0% 이하의 저조한 실집행률을 보였다.

---

20) 행동심리증상(BPSD)은 기억력 저하 등 인지기능 저하 외에 치매로 인해 부수적으로 나타나는 망상, 환각, 공격성, 배회, 부적절한 행동 등 다양한 정신행동증상을 말한다. (자료: 보건복지부, 「제5차 치매관리종합계획(2026~2030)」, 2026.2.)

[공립요양병원 기능보강 내역사업 예 · 결산 내역 (2021~2022년)]

(단위: 백만원, %)

구분	2021			2022		
	본예산	실집행	실집행률	본예산	실집행	실집행률
치매관리체계구축	196,657	188,600	95.9	199,744	180,304	90.3
- 공립요양병원 기능보강	5,220	3,900	74.7	4,650	466	10.0

주: 본 표에서의 "치매관리체계구축" 본예산 및 실집행 내역은 보건복지부에서 제4차~제5차 「치매관리종합계획」과 연계된 내역사업 기준으로 정리한 것으로, "치매관리체계구축" 세부사업 전체의 예 · 결산 금액과는 차이가 있을 수 있음

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

[공립요양병원 기능보강 내역사업 예 · 결산 내역 (2023~2025년)]

(단위: 백만원, %)

구분	2023			2024			2025		
	본예산	실집행	실집행률	본예산	실집행	실집행률	본예산	실집행	실집행률
치매관리체계구축	180,301	173,321	96.1	184,071	179,686	97.6	168,041	153,475	91.3
- 공립요양병원 기능보강	1,500	127	8.5	1,500	1,101	73.4	3,287	147	4.5

주: 본 표에서의 "치매관리체계구축" 본예산 및 실집행 내역은 보건복지부에서 제4차~제5차 「치매관리종합계획」과 연계된 내역사업 기준으로 정리한 것으로, "치매관리체계구축" 세부사업 전체의 예 · 결산 금액과는 차이가 있을 수 있음

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

보건복지부에서는 이와 같은 실집행 부진을 시설공사 사업이라는 특성 상 장기간이 소요되고, 2025년의 경우에는 공립요양병원 위탁 운영자 변경에 따른 사업 포기가 발생한 지자체(경북 고령군)가 있다고 설명한 바 있다.

그럼에도, 치매전문치료 역량 확보를 위해 치매안심병원의 운영이 중요한 상황이므로 동 기능보강 사업의 집행이 충실히 이행될 필요성이 존재한다.

따라서 보건복지부는 기능보강 사업 선정 단계에서 설계 완료 여부, 지방비 확보, 위탁운영 계획 등을 종합 검토하여 연내 집행가능성이 높은 사업을 우선 선정하고 적정 규모의 예산을 편성하여 불용을 해소하는 등 집행률 제고 방안을 보다 면밀히 검토할 필요가 있다.

(2) 치매안심병원 지정의 지역 간 편차 해소와 인력 지원 강화 필요

공립요양병원 74개소 중 치매안심병원으로 지정된 곳은 26개소(2026.8.)에 불과하고 세종·강원에는 치매안심병원이 없으며 민간요양병원의 지정 비중은 0.2%에 그치고 있으므로, 권역별 치매안심병원 확충 방안을 점검하는 가운데 시설·장비비 외에 치매안심병원 지정 후 인력 운영에 대한 수가·예산 지원 강화 방안도 함께 검토할 필요가 있다.

보건복지부는 「치매관리법」 제16조의4(치매안심병원의 지정)[21]와 「공공보건의료에 관한 법률」 제6조(공공보건의료기관의 설치·운영)[22]에 근거하여 "치매관리체계구축"의 내역사업으로 '공립요양병원 기능보강' 사업을 시행하고 있다.

치매안심병원은 치매환자 전문 치료·관리를 위해 「치매관리법」에서 정한 일정한 시설·장비·인력 기준을 갖춘 병원으로 지정하고 있으며, 치매안심병원 지정 신청 시 공립요양병원에의 지정을 우선적으로 고려할 수 있도록 규정하고 있다.

공립요양병원 중 치매안심병원 지정 현황을 살펴보면, 2026년 8월 기준 공립요양병원은 74개소였으나, 이 중 35.1%인 26개소만이 치매안심병원으로 운영되고 있다. 또한, 세종, 강원 지역의 경우에는 치매안심병원이 아직 미설치되어 있는 것으로 나타났다.[23] 민간요양병원의 경우, 치매안심병원 비중은 0.2%로 미미한 수준

---

21) 「치매관리법」
제16조의4(치매안심병원의 지정) ① 보건복지부장관은 치매의 진단과 치료·요양 등 치매 관련 의료서비스를 전문적이고 체계적으로 제공하기 위하여 필요한 인력·시설 및 장비를 갖추었거나 갖출 능력이 있다고 인정되는 의료기관을 치매안심병원으로 지정할 수 있다.
② 치매안심병원으로 지정받으려는 의료기관은 보건복지부장관에게 신청하여야 한다. 이 경우 제16조의3제1항에 따른 공립요양병원이 신청하면 그 지정을 우선적으로 고려할 수 있다.
③ 국가 또는 지방자치단체는 제1항에 따라 지정된 치매안심병원이 치매전문병동을 설치·운영하거나 치매 관련 의료서비스를 제공하기 위한 시설·인력·장비를 확충하는 경우에는 소요 경비의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.
④ 치매안심병원으로 지정받은 의료기관은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 적정한 치매 관련 의료서비스를 제공하기 위한 계획을 수립하고 그 시행 결과를 보건복지부장관에게 보고하여야 한다.
⑤ 치매안심병원 지정의 기준, 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

22) 「공공보건의료에 관한 법률」
제6조(공공보건의료기관의 설치·운영) ① 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관을 설치·운영하여 국민의 기본적인 보건의료 수요를 형평성 있게 충족시킬 수 있도록 노력하여야 한다.
② 국가와 지방자치단체는 공공보건의료기관의 설치·운영에 필요한 비용을 보조할 수 있다.

23) 다만, 보건복지부에 따르면, 제주의 경우 제주의료원부속요양병원(2021.12. 치매안심병원 지정)이 별도 법인체 형태로 운영되고 있어 공립요양병원으로 포함(분류)되지는 않고 있으나, 제주시 소유의 사실상 공립요양병원이라고 설명하고 있다.

을 보였다. 이를 고려할 때, 치매안심병원 지정에는 지역적 편차가 존재하는 것을 알 수 있다.

[공립 · 민간요양병원 중 치매안심병원 지정 현황 (전국 기준)]

(단위: 개소, %)

구분	2021	2022	2023	2024	2025	2026.8.
공립요양병원 수(전체) (A)	77	77	76	76	76	74
- 공립요양병원 중 치매안심병원 수 (B)	6	9	12	17	20	26
- 공립요양병원 중 치매안심병원 비중(B/A)	7.8	11.7	15.8	22.4	26.3	35.1
민간요양병원 수(전체) (C)	1,387	1,358	1,316	1,266	1,231	1,206
- 민간요양병원 중 치매안심병원 수 (D)	-	-	1	1	1	2
- 민간요양병원 중 치매안심병원 비중(D/C)	-	-	0.1	0.1	0.1	0.2

주: 2025년 기준 치매안심병원은 총 25개소이며, 이 중 공립 · 민간요양병원에 포함되지 않는 제주의료원부속요양병원, 서산의료원, 홍성의료원, 서울특별시서북병원 등 4개소(2026.8. 기준 포항의료원 포함 5개소)를 제외한 21개소를 수록

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

[지역별 공립요양병원 중 치매안심병원 현황]

(단위: 개소)

구분	2021	2022	2023	2024	2025	2026.8.
합계(전국 합산)	6	9	12	17	20	26
- 서울	-	-	-	-	-	1
- 인천	-	2	2	2	2	2
- 경기	-	-	-	4	4	6
- 부산	-	-	-	-	1	1
- 대구	-	-	-	-	-	2
- 광주	1	1	1	1	1	1
- 대전	1	1	1	1	1	2
- 울산	-	1	1	1	1	1
- 세종	-	-	-	-	-	-
- 강원	-	-	-	-	-	-
- 충북	1	1	1	1	1	1
- 충남	-	-	-	-	1	1
- 전북	-	-	1	1	1	1
- 전남	-	-	1	1	1	1
- 경북	3	3	4	4	4	4
- 경남	-	-	-	1	2	2
- 제주	-	-	-	-	-	-

주: 보건복지부에 따르면, 제주의 경우 제주의료원부속요양병원(2021.12. 치매안심병원 지정)이 별도 법인체 형태로 운영되고 있어 공립요양병원으로 포함(분류)되지는 않고 있으나, 제주시 소유의 사실상 공립요양병원이라고 설명하고 있음

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

이러한 문제가 나타나는 원인 중 하나로, 보건복지부가 '공립요양병원 기능보강' (내역)사업을 통한 시설 · 장비 관련 재정지원 체계는 갖추고 있으나, BPSD 치료에 필요한 치매안심병원 인력을 대상으로 한 보상 체계가 미흡한 점도 영향을 미치는 것으로 보인다.

시설 · 장비비의 경우 공립요양병원 기능보강으로 치매안심병원 지정 전부터 치매안심병동(치매전문병동) 설치 단계에서의 지원이 가능하나, 지정 이후 치매안심병원 인력 운영에 대한 예산이나 지원체계는 미진한 실정이다. 이는 민간요양병원의 수익성 저하에 영향을 미칠 수 있어 치매안심병원 신청을 저해하는 요인으로도 작용할 수 있다.

이를 고려하여, 보건복지부는 치매안심병원 지정 후 인력 운영에 대한 수가 또는 예산 지원체계를 강화하고, 치매안심병원이 없으나 민간요양병원은 운영되고 있는 지역에 대해 민간 치매안심병원 지정 등 권역별 확충 방안을 점검할 필요가 있다.

마. 치매 원격상담 · 의사결정 지원 기능 정비 필요

(1) 중앙치매센터 치매상담콜센터의 특화서비스 제공 및 분담 · 연계체계 강화 필요

치매상담콜센터의 경우 보건복지상담센터와 일부 기능 상의 유사성이 존재하나 두 센터 간 기능분담 및 연계를 위한 명시적인 규정 · 지침이 미비하고 치매상담콜센터의 자원연계 실적 관리의 필요성이 존재하는 점을 고려하여, 보건복지상담센터와 일반 정보 상담에 대한 공동 안내 · 이관 기준을 마련하고 치매상담콜센터에서는 전문 상담 기능에 특화하도록 역할을 재정립하는 분담체계에 대한 규정 · 지침을 마련하고, 치매상담콜센터의 자원연계 관리 강화 방안도 함께 검토할 필요가 있다.

치매상담과 관련하여, 대표적인 상담전화로 「치매관리법」 제17조의2(치매상담전화센터의 설치)에 근거하여 국립중앙의료원 중앙치매센터에서 보건복지부로부터 위탁받아 운영하는 치매상담콜센터(1899-9988)가 있다.

치매상담콜센터에서는 일반 국민과 치매환자 및 그 가족을 대상으로, 치매 정보 및 돌봄 관련 상담, 맞춤형 사례관리, 가족 심리상담 등의 업무를 수행한다. 2026년 7월 말 기준 치매상담콜센터의 상담자 수는 22명으로 대부분 사회복지사로 구성되어 있다. 2025년 기준 주요 상담유형(상담분류체계 대분류 상 정보상담 및

돌봄상담)을 살펴보면, 정보상담이 109,922건으로 전체(124,235건)의 88.5%로 대부분을 차지하였다.

[치매상담콜센터 인력현황 및 상담실적 (2021~2026.7.)]

(단위: 명, 건)

구분		2021년	2022년	2023년	2024년	2025년	2026.7.
상담사 수	소계	20	18	22	23	22	22
	- 사회복지사 수	17	16	19	19	18	18
상담 유형별 실적	소계	166,099	151,486	113,895	109,311	124,235	59,668
	- 정보상담	141,425	134,697	90,641	86,466	109,922	51,216
	- 돌봄상담	24,674	16,789	23,254	22,845	14,313	8,452

주: 2021~2022년은 만 75세 이상 고령운전자 운전면허 갱신·적성검사 관련 인지선별검사 문의 증가로 정보상담 실적이 높게 나타남

자료: 국립중앙의료원 제출자료를 바탕으로 재작성

한편, 보건복지부에서는 보건복지상담센터(129)도 운영하고 있는데, 이는 보건복지부에서 직접 운영하며, 전 국민을 대상으로 보건복지 전 분야에 대한 상담·연계, 위기대응 및 긴급복지 연계 등을 수행하고 있다.

[치매상담콜센터와 보건복지상담센터(129)의 기능·실적 비교]

구분	치매상담콜센터(1899-9988)	보건복지상담센터(129)
운영 주체·방식	중앙치매센터(국립중앙의료원) 위탁	보건복지부 직접 운영
기능	치매 정보·돌봄상담, 맞춤형 사례관리, 가족 심리상담	보건복지 전 분야 상담·연계, 위기대응·긴급복지 연계
대상	일반 국민, 치매환자 및 가족	전 국민
상담 분야	치매정보 중심 상담	보건의료·사회복지·노인장애인 등 보건복지 전 분야 상담
연간 상담건수	124,235건(2025), 2023년 113,895건 대비 9.1% 증가	1,414,733건(2025), 2023년 1,237,682건 대비 14.3% 증가

자료: 국립중앙의료원 제출자료 및 보건복지부, 「2027년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료(Ⅱ-1)」, 2026.9. 및 「세입세출 및 기금 결산 사업설명자료(Ⅱ-1)」, 2026.2.를 바탕으로 재작성

치매상담콜센터가 치매와 관련하여 돌봄상담, 맞춤형 사례관리, 가족 심리상담 등 장시간 상담 서비스를 제공하는 데 특화되어 있는 것으로 보이나, 상기의 치매상

담콜센터와 보건복지상담센터의 기능 · 상담 분야 등을 고려할 때 2개 유 · 무선상담센터의 기능적인 유사성을 배제하기 어려운 것으로 보인다.

이와 관련하여, 두 센터 간 기능중복 해소 및 연계를 위한 명시적인 규정이나 지침도 미비한 것으로 보인다.

같은 맥락에서, 치매상담콜센터에서는 상담 이후 사례관리와 자원연계[24]를 실시하고 있으나, 자원연계의 경우 별도 실적지표로 관리 · 집계하지 않고 있다고 설명하고 있다.

[치매상담콜센터 상담 이후 사례관리 및 자원연계 실적 (2021~2026.7.)]

(단위: 건)

구분		2021년	2022년	2023년	2024년	2025년	2026년 (1~7월)
사례관리 실적	맞춤형 사례관리	3,905	3,719	4,996	5,589	3,554	2,132
	헤아림 가족자조모임 지원상담	4,866	4,221	5,735	5,273	3,169	2,165
	언택트 기억e음교실 인지활동	1,931	1,099	4,222	2,870	2,337	1,920
자원연계 실적	별도 실적지표로 관리 · 집계하지 않음						

주: 맞춤형 사례관리는 지속적인 상담 및 지원이 필요한 대상자를 선정하여 대상자의 상황과 욕구에 맞는 맞춤형 상담 및 지원을 제공하는 사업임. '헤아림' 가족자조모임 지원상담은 치매환자 가족(보호자)을 대상으로 심리·정서적 상담을 제공하고, 치매안심센터 가족자조모임 참여자에 대한 상담 및 지원을 제공하는 사업임. '언택트 기억e음교실' 인지활동은 치매상담팀 특화사업으로 상담사가 대상자와 1:1로 진행하는 맞춤형 인지·회상훈련 프로그램임

자료: 국립중앙의료원 제출자료를 바탕으로 재작성

따라서 보건복지부는 일반 정보상담은 보건복지상담센터(129)와의 공동 안내 · 이관 기준을 마련하여 분담하는 체계를 구축하고, 치매상담콜센터는 사례관리 · 가족상담 등 전문 상담 기능에 집중하도록 역할을 재정립하는 등 유사 · 중복 기능 방지, 상담자의 업무 부담 경감과 함께 상호 간 연계 기능 강화를 위한 지침이나 규정을 설계 · 마련할 필요가 있다.

다만, 콜센터 특성상 보다 잘 알려진 센터로 연락하여 한 번에 모든 서비스에

24) 치매상담콜센터의 주요 자원연계 사항(내용)으로는, ①보건소 치매조기검진, 치매치료비, 인지재활프로그램 등 보건의료 서비스연계, ②장기요양보험, 방문요양 등 장기요양 서비스, ③말벗, 도시락 배달, 가스차단, 기저귀 지원 등 복지 · 여가 서비스연계, ④가족교육 등 교육 연계, ⑤후원물품 연계 등이 있다. (자료: 국립중앙의료원 중앙치매센터의 치매상담콜센터 사업안내 웹페이지)

대한 안내와 설명, 연계를 받으려는 경향이 있으므로, 두 센터 중 어느 하나로 연락이 왔을 때 치매환자나 그 가족으로 하여금 타 센터로 직접 연락을 다시 하게 하는 시스템보다는, 두 기관 중 어느 기관으로 연락을 하더라도 업무 분담에 따라 센터에서 직접 연결 · 교환해주는 시스템 등과 같이 이용자 편의성을 증진하는 방향으로 설계할 필요가 있다.

또한, 콜센터의 경우 상담 기관으로 실제 서비스 제공기관과의 연계가 중요하다는 점을 고려하여, 치매상담콜센터에서는 필요 시 상담인력을 증원하는 등의 조치를 마련하여, 자원연계에 대한 관리도 함께 수행할 필요가 있다.

(2) 치매공공후견과 치매환자재산관리지원서비스의 체계적 연계 방안 마련 필요

치매환자와 가족의 재산관리 · 의사결정을 지원하는 치매공공후견과 치매환자재산관리지원서비스 시범사업은 대상, 기능, 결정대리 구조 등에서 밀접한 유사성이 존재하나 구체적인 연계 방안이 확립되지 않고 있으며, 치매환자재산관리지원서비스의 법적 근거도 확보되지 못한 상황이므로, 국회와의 논의를 통해 치매환자재산관리지원서비스 본사업 전환을 위한 「치매관리법」 개정 노력을 보다 신속하게 추진하는 가운데 두 사업 간 구체적인 연계 방안도 함께 검토할 필요가 있다.

치매는 질병 특성 상 원활한 의사결정이 이루어지기 어려워 가족이나 주변인의 지원이 필수적이다. 이를 고려하여 「치매관리법」 제12조의3(성년후견제 이용지원)을 근거로 치매환자가 자력으로 후견인을 선임하기 어려울 경우 치매공공후견 제도를 이용할 수 있도록 규정하고 있다.

'치매공공후견' 사업("치매관리체계구축"의 내역사업)은 의사결정 지원이 필요하나 가족 지원이 없는 치매환자를 대상으로 하고 있으며, 기초생활수급권자 · 차상위 · 기초연금수급권자 등과 같은 저소득층을 우선 지원대상으로 하고 있다. 치매공공후견 사업을 통한 주요 지원 내용으로는 후견심판 청구, 공공후견인의 재산관리, 복지서비스 신청 대리, 의료 동의 등이 있으며, 시 · 군 · 구 치매안심센터에서 공공후견인을 발굴 · 감독하고 양성하는 등의 역할을 담당하고 있다.

치매공공후견 지원 인원은 2025년 256명에서 2027년 500명, 2030년 1,900명으로 확대할 계획이며, 2027년 예산안은 1,729백만원(2026년 1,027백만원)으로 전년 대비 68.4% 증액되었다.

[치매공공후견과 치매환자재산관리지원서비스 비교]

구분	치매공공후견	치매환자재산관리지원서비스 (시범사업)
근거	「치매관리법」 제12조의3	법적 근거 없음
대상	의사결정 지원이 필요하나 가족 지원이 없는 치매환자(기초생활수급권자·차상위·기초연금수급권자 등 저소득층 우선)	재산관리 위험이 있는 치매환자·경도인지장애진단자 중 기초연금수급권자
지원 내용	후견심판 청구, 공공후견인의 **재산관리**·복지서비스 신청 대리·의료 동의 등 의사결정 지원	신탁계약에 따른 **재산** 배분·지출 지원, 지원인·대리인 지정과 모니터링
수행 체계	시·군·구(치매안심센터) 발굴·감독, 광역지원단 후견인 양성, 중앙지원단(중앙치매센터) 심판청구 지원	국민연금공단(본부·지역본부·지사) 상담·계약·관리, 치매안심센터·통합돌봄 전담부서 서비스 연계
두 사업의 관계	후견인이 신탁계약을 대리	치매환자는 후견인이 대리하여 신탁계약 체결
지원 규모 (목표)	256명('25) → 500명('27) → 1,900명('30)	750명('26) → 1,500명('27) → 11,000명('30)
예산(백만원)	1,027('26) → 1,729('27안)	1,874('26) → 3,340('27안)
비용	후견인 활동비 월 20만원, 심판청구비 1인당 최대 50만원	시범기간 중 이용료 면제(기초연금 비수급자는 신탁재산의 연 0.5%)

자료: 보건복지부, 「2027년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료(II-1)」, 2026.9., 보건복지부, 「제5차 치매관리종합계획(2026~2030)」, 2026.2.를 바탕으로 재작성

또한, 현(現) 정부 국정과제(91. 인구가족구조변화 대응 및 은퇴세대 맞춤형 지원) 상 '치매 어르신 등 대상 재산관리지원서비스 시범사업 도입'에 근거하여 2026년 신규 도입된 '치매환자재산관리지원서비스 시범사업'("치매관리체계구축"의 내역사업) 예산은 2026년 18억 7,400만원에서 2027년 예산안 기준 33억 4,000만원으로 증액되었다. 현재 시범사업으로 추진되고 있고, 「치매관리법」과 같은 법적 근거는 갖추지 못하고 있다.

한편, 이들 2개 사업 간에는 대상, 기능, 결정대리 구조 등 다양한 측면에서 밀접한 유사성이 존재하는 것으로 보인다. 첫째, 치매공공후견은 의료 동의, 복지서비스 신청 대리 등 의사결정 전반을 지원한다는 점에서 치매환자재산관리지원서비스와 차이가 있으나, '치매환자의 재산보호'라는 목적은 두 사업에 동일하게 포함되어 있는 것으로 보인다.

둘째, 치매환자나 경도인지장애진단자를 주요 지원대상으로 하되 저소득층 치매환자를 우선적으로 지원한다는 점, 주요 지원내용에 재산관리가 공히 포함되어 있다는 점에서, 제도적으로 동일한 치매환자에 대하여 치매공공후견인과 국민연금공단의 치매환자재산관리지원서비스가 동시에 이루어질 여지도 존재한다.

셋째, 의사능력이 부족한 치매환자의 경우 치매환자재산관리지원서비스의 신탁계약도 후견인이 대리하여 체결해야 한다는 점에서 두 사업 간 유사성이 존재한다.

이러한 점을 고려할 때, 치매공공후견과 치매환자재산관리지원서비스 시범사업의 경우 운영주체는 상이하나, 수혜자(사업대상)와 지원 내용이 일부 유사하거나 중첩적으로 제공될 소지가 있어, 역할 분담과 연계 방안이 면밀히 마련되지 않을 경우 현장에서 혼선을 야기할 가능성을 배제하기 어렵다.

이와 같이 두 제도(사업) 간 밀접한 유사성이 존재함에도 불구하고, 「제5차 치매관리종합계획(2026~2030)」(2026.2.)에서 치매환자재산관리지원서비스 시범사업과 치매공공후견의 연계와 이용확대 방안을 마련하겠다고 밝힌 이후, 현재까지 구체적인 연계 방안에 대해서는 발표가 이루어지지 않고 있다.

따라서 보건복지부는 우선적으로 국회와의 논의를 통해 치매환자재산관리지원서비스 본사업 전환(2028년)을 위한 「치매관리법」 개정 노력을 보다 신속하게 추진할 필요가 있다. 이때, 공공후견과의 역할 분담(후견인의 재산관리 권한과 신탁 지원의 관계), 대상자 우선순위, 중복 지원 방지 기준을 함께 규정하여 현장에서 구체적인 지침을 활용할 수 있도록 하는 방안도 함께 검토할 필요가 있다. 또한, 치매안심센터와 국민연금공단 간 대상자 발굴 · 의뢰 · 회송 절차와 정보 공유 체계 등을 포함한 두 제도(사업) 간 구체적인 연계 방안도 검토할 필요가 있다.

더불어, 치매환자재산관리지원서비스가 2026년부터 시작되어 치매공공후견 사업 대비 초기 단계인 점을 고려할 때, 치매공공후견 사업에 대한 인지도가 상대적으로 높을 것으로 예상되므로, 치매환자재산관리지원서비스에 대한 홍보 강화도 병행될 필요가 있다.

바. 치매환자 가족 지원 강화 필요

2023년 치매실태조사에서 지역사회 치매환자 가족의 45.8%가 돌봄에 부담을 느끼고 우울 의심군 비율은 21.5%로 높았으며, 가족은 주당 75.9시간을 돌봄에 쓰는 반면 외부 서비스 이용은 주당 7.8시간에 그쳤으나, 가족 대상 정책의 인지도는 4.9~17.2%에 불과하고 가족 상담에 대한 비용지원(가족상담수가)도 도입되지 않은 점을 고려하여, 가족의 욕구가 높은 경제적 부담 경감, 돌봄서비스 시간 확대, 정신건강 전문상담 연계 및 비용 지원 확대를 중심으로 가족지원 체계를 정비할 필요가 있다.

「2023년 치매실태조사」(2024.11.)에서는 지역사회 거주 치매환자 가족의 45.8%(매우 부담 12.9%, 부담 32.9%)가 돌봄에 부담을 느끼고 있는 것으로 조사된 바 있다.

또한, 장기요양 이용자 가족을 대상으로 한 「2025년 장기요양실태조사」(2025.11.)에서도, 응답자의 절반 이상(총 51.6%(매우 부담 11.9%, 부담 39.7%))이 돌봄에 부담을 느끼는 것으로 나타났다.

관련하여, 돌봄부담 완화를 위해 필요한 지원은 경제적 비용 부담 경감(33.4%)이 가장 높은 응답률을 보였으며, 돌봄서비스 제공시간 확대(30.9%), 심리상담 서비스 제공(13.2%), 단기보호 또는 장기요양 가족휴가제 확대(11.0%) 순으로 높은 응답률을 보였다.[25)]

반면, 「2023년 치매실태조사」(2024.11.)에서 치매환자 가족지원 제도(치매상담콜센터, 치매안심센터 가족교실 · 자조모임, 가족휴가제, 연말정산 인적공제)[26)]에 대한 지역사회 치매환자 가족의 인지도는 치매상담콜센터 17.2%, 가족지원 프로그램 9.2%, 치매가족휴가제 6.1%, 연말정산 인적공제 4.9%에 그쳤고, 향후 이용 의향은 60.7~70.6%로 높아 인지도와 이용 의향 간 차이가 컸다.

---

25) 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 「2025년 장기요양실태조사」, 2025.11.

26) 치매환자 가족지원제도에 대한 개요는 다음과 같다. ①치매상담콜센터에서는 일반 국민과 치매환자 및 그 가족을 대상으로, 치매 정보 및 돌봄 관련 상담, 맞춤형 사례관리, 가족 심리상담 등을 지원한다. ②치매안심센터 가족교실 · 자조모임은 치매가족의 돌봄 이해 및 역량 향상을 위한 교육으로 치매안심센터를 중심으로 제공하는 가족지원 프로그램이다. ③치매가족휴가제는 치매가 있는 장기요양 수급자의 가족을 대상으로, 단기보호 또는 종일방문요양을 이용해 가족이 쉴 수 있도록 지원하는 프로그램(연간 한도는 단기보호 11일, 종일방문요양 22회)이다. ④치매가족 연말정산 인적공제는 기본공제 대상인 치매환자를 부양하는 가족(근로자 등)을 대상으로, 기본공제와 별도로 연 200만원을 추가로 공제하여 주는 제도이다.

[치매환자 가족의 돌봄부담과 가족지원 정책 인지 · 이용 · 욕구 관련 응답률]

구분	지표	지역사회 거주 치매환자 가족	시설 · 병원 거주 치매환자 가족	실태조사 연도
돌봄부담	돌봄에 부담을 느끼는 비율	45.8%	-	2023
	우울 점수(CESD-11) / 우울 의심군	10.4점 / 21.5%	8.2점 / 10.7%	2023
	비공식 돌봄시간 / 외부 서비스 이용시간 (주당)	75.9시간 / 7.8시간	-	2023
	입소(원) 전 가정 돌봄기간	-	평균 27.3개월	2023
정책 인지도	치매상담콜센터	17.2%	32.7%	2023
	치매가족지원 프로그램 (가족교실·자조모임 등)	9.2%	16.3%	2023
	치매가족휴가제	6.1%	15.3%	2023
	치매가족 연말정산 인적공제	4.9%	15.8%	2023
가족지원 정책 욕구 (1순위)	경제적 비용 부담 경감	42.9%	42.7%	2023
	돌봄서비스 제공시간 확대	28.6%	19.3%	2023
	가족 심리상담 서비스 제공	15.7%	14.0%	2023
	단기보호 또는 치매가족휴가제 확대	4.3%	10.7%	2023
장기요양 이용자 가족	이용자 돌봄에 부담을 느끼는 비율	51.6% (재가·시설 이용자 가족 전체)		2025
	필요 지원: 경제적 부담 경감 / 서비스 시간 확대 / 심리상담 / 단기보호·가족휴가제	33.4% / 30.9% / 13.2% / 11.0%		2025

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 「2025년 장기요양실태조사」, 2025.11. 및 보건복지부 · 국립중앙의료원 중앙치매센터 · 한국보건사회연구원, 「2023년 치매실태조사」, 2024.11.을 바탕으로 재작성

이러한 문제가 나타나는 주요 원인을 살펴보면, 우선 가족지원 제도가 여러 사업으로 구분되어 있어 개별 제도에 대한 인지를 충분히 하기 용이하지 않다. 또한, 가족의 정서적 부담에 대한 지원이 교육 · 자조모임 중심이고 전문 상담에 대한 비용지원 및 수가체계가 미흡하여, 중장기적으로 치매환자를 돌보는 가족들에 대한 현실적이고 효과적인 부담 경감 방안으로 활용되는 데 한계가 있을 것으로 보인다.

따라서 보건복지부는 가족의 욕구가 높은 경제적 부담 경감, 돌봄서비스 시간 확대 방안을 검토하는 가운데, 우울 등 정신건강 위험이 높은 가족을 우선적으로 선

별하여 치매상담콜센터의 전문 상담으로 연계하는 체계를 구축하고, 치매가족의 정신건강의학과 등 전문상담 비용 지원을 강화하는 방안을 함께 검토할 필요가 있다.

사. 의료·요양·돌봄 통합지원 상 치매전문관리 연계에 대한 지역 간 격차 완화 방안 검토 필요

의료·요양·돌봄 통합지원 서비스 중 치매와 연관성이 높은 '건강관리' 및 '장기요양' 분야의 연계 실적에서 적지 않은 지역 간 격차가 존재함을 고려하여, 지역별 재정수준, 농어촌 및 소멸위험지역 등 지역 여건을 고려한 우선순위 지원 기준에 대한 법적 근거를 마련하고, 인력·기관이 효율적으로 확충·배치될 수 있도록 지속적으로 제도를 점검·개선할 필요가 있다.

의료·요양·돌봄 통합지원은 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」에 근거하여 2026년 3월부터 전국 단위 사업으로 확대되었다.

치매는 치매환자와 그 가족, 나아가 사회적 부담 경감 차원에서 의료·요양·돌봄 통합지원이 절실한 분야로, 의료·요양·돌봄 통합지원 체계 내에서 '건강관리' 분야의 주요 내용으로 '치매전문관리' 등을 포함하고 있다. 또한, 치매환자를 포함하여 수급권자 등급부여 및 서비스 제공이 이루어지는 '장기요양'의 경우에도 연계 대상 서비스 분야로 운영하고 있다.

[의료·요양·돌봄 통합지원 서비스의 주요 지원 내용]

구분	주요 서비스 내용
보건의료	방문진료, 방문간호, 방문재활
건강관리	방문구강관리, 방문복약관리, 건강관리, 장애인건강관리, 치매전문관리, 정신건강관리
장기요양	방문요양, 방문간호, 방문목욕, 주야간보호, 단기보호, 복지용구
일상돌봄	일상생활지원, 가사지원, 이동지원, 식사지원, 방문이·미용, 의사소통지원, 스마트돌봄
주거복지	주거공간개선, 주거지 지원

주: 기타 분야는 제외
자료: 보건복지부 제출자료

전국 단위 사업으로 추진된 2026년 3월부터 8월 말 현재까지의 의료·요양·돌봄 통합지원 서비스 제공 현황을 살펴보면, 본 사업 시행 후 신청·접수자

93,139명 중 73.8%인 68,715명을 대상으로 서비스 연계가 이루어졌다. 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 서비스 신청자 중 서비스 연계가 확정되지 않은 절차 진행 중인 대상인원은 24,424명 수준이었다.

한편, 신청 · 접수인원 대비 실제 서비스 연계 인원 비중의 경우 지역별로 차이를 보였다. 전국 연계 비율(73.8%)보다 높은 지역은 16개 광역시 · 도[27] 중 대전, 전남, 부산, 전북, 경북, 경남, 제주 등 7개 시 · 도에 불과하였으며, 가장 연계 비중이 높은 대전(82.3%)과 가장 낮은 울산(53.8%) 간 격차는 28.5%p에 이르렀다.

[의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 신청 및 처리 현황 (2026.3.27.~8.31.)]

(단위: 명, %)

구분	신청·접수 인원 (A)	조사인원 (B)	서비스 연계 인원 (C)	연계 절차 진행 중인 인원 (A-C)	신청·접수 인원 대비 서비스 연계 인원 비중 (C/A)
전국 합계	93,139	82,237	68,715	24,424	73.8
- 서울	14,808	12,249	9,543	5,265	64.4
- 전남	12,045	11,092	9,850	2,195	**81.8**
- 부산	7,908	7,370	6,381	1,527	**80.7**
- 대구	5,085	4,278	3,427	1,658	67.4
- 인천	2,869	2,449	1,957	912	68.2
- 대전	2,259	2,073	1,860	399	**82.3**
- 울산	1,204	982	648	556	53.8
- 세종	328	293	228	100	69.5
- 경기	14,618	12,937	10,549	4,069	72.2
- 강원	3,953	3,339	2,882	1,071	72.9
- 충북	3,359	2,944	2,463	896	73.3
- 충남	3,944	3,557	2,879	1,065	73.0
- 전북	4,737	4,015	3,539	1,198	**74.7**
- 경북	6,461	5,825	4,962	1,499	**76.8**
- 경남	7,084	6,516	5,533	1,551	**78.1**
- 제주	2,477	2,318	2,014	463	**81.3**

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

이와 함께, 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 서비스 연계 건수를 살펴보면, 총 232,083건이 연계되었다. 분야별로 살펴보면, '일상생활돌봄' 분야가 가장 높은 비중을 차지하였으며, '건강관리', '장기요양', '주거복지', '보건의료' 분야 순으로 서비스 연계 실적이 높은 것으로 나타났다.

27) 2026년 7월부터 전남광주통합특별시 설치(근거법령: 「전남광주통합특별시 설치를 위한 특별법」 등)에 따라 광역시 · 도 수가 16개로 개편되어, 본 절에서는 16개 시 · 도 기준으로 분석 · 평가하였다.

세부적으로, 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 서비스 분류체계 상 치매와 직간접적 관련성이 높은 '건강관리'와 '장기요양' 분야의 연계 실적의 경우 전국 기준으로 '건강관리' 분야의 연계실적이 47,887건(전국 연계실적 대비 20.6%)이었고, 이 중 치매전문관리는 11,447건(전국 대비 4.9%) 수준이었다. '장기요양'은 27,459건으로 전국 대비 11.8%였다.

광역시 · 도별 '치매전문관리' 서비스 연계 실적을 중심으로 살펴보면, 적지 않은 수준의 지역 간 격차가 있는 것으로 보인다. 전국 대비 치매전문관리 서비스 연계 비중이 높은 곳은 울산, 세종, 경기, 강원, 충북, 충남, 경북, 제주 등 8개 광역시 · 도로 전국 광역시 · 도 중 절반 수준에 불과하였다. 또한, 동 서비스 연계 비중이 가장 높은 세종(9.2%)과 경남(2.4%) 간에는 3.8배 수준의 격차를 보였다.

'장기요양' 분야의 경우에도 서비스 연계 비중이 가장 높은 세종(18.8%)과 가장 낮은 대구(6.1%) 간 3배 이상의 격차를 보였다.

[시도별 의료·요양·돌봄 통합지원 서비스 연계 및 치매전문관리 제공 현황 (2026.3.~2026.8.)]

(단위: 건, %)

구분	연계 서비스 건수						
	합계	보건의료	건강관리	치매전문관리	장기요양	일상생활돌봄	주거복지
전국	232,083 (100.0)	17,232 (7.4)	47,887 (20.6)	11,447 (4.9)	27,459 (11.8)	101,774 (43.9)	25,792 (11.1)
- 서울	35,197 (100.0)	3,633 (10.3)	9,932 (28.2)	1,483 (4.2)	4,134 (11.7)	12,312 (35.0)	4,169 (11.8)
- 전남	29,900 (100.0)	1,994 (6.7)	4,882 (16.3)	1,297 (4.3)	4,446 (14.9)	14,461 (48.4)	3,411 (11.4)
- 부산	23,125 (100.0)	1,860 (8.0)	3,876 (16.8)	785 (3.4)	2,483 (10.7)	10,634 (46.0)	2,452 (10.6)
- 대구	11,238 (100.0)	332 (3.0)	2,255 (20.1)	464 (4.1)	690 (6.1)	6,383 (56.8)	811 (7.2)
- 인천	6,185 (100.0)	702 (11.4)	1,256 (20.3)	294 (4.8)	854 (13.8)	2,833 (45.8)	359 (5.8)
- 대전	5,819 (100.0)	928 (15.9)	743 (12.8)	264 (4.5)	894 (15.4)	2,225 (38.2)	369 (6.3)
- 울산	2,513 (100.0)	81 (3.2)	629 (25.0)	133 (5.3)	292 (11.6)	1,092 (43.5)	312 (12.4)
- 세종	781 (100.0)	49 (6.3)	179 (22.9)	72 (9.2)	147 (18.8)	255 (32.7)	56 (7.2)
- 경기	37,399 (100.0)	2,701 (7.2)	8,972 (24.0)	2,485 (6.6)	4,527 (12.1)	14,457 (38.7)	3,883 (10.4)
- 강원	9,405 (100.0)	425 (4.5)	1,603 (17.0)	468 (5.0)	861 (9.2)	4,925 (52.4)	1,132 (12.0)
- 충북	9,932 (100.0)	943 (9.5)	1,971 (19.8)	639 (6.4)	1,254 (12.6)	4,400 (44.3)	1,193 (12.0)
- 충남	10,032 (100.0)	615 (6.1)	1,795 (17.9)	695 (6.9)	1,717 (17.1)	4,378 (43.6)	1,027 (10.2)
- 전북	12,055 (100.0)	1,188 (9.9)	1,974 (16.4)	587 (4.9)	1,718 (14.3)	5,120 (42.5)	1,614 (13.4)
- 경북	13,887 (100.0)	826 (5.9)	2,777 (20.0)	752 (5.4)	1,065 (7.7)	6,562 (47.3)	1,826 (13.1)
- 경남	15,862 (100.0)	637 (4.0)	2,753 (17.4)	379 (2.4)	1,398 (8.8)	8,265 (52.1)	1,783 (11.2)
- 제주	8,753 (100.0)	318 (3.6)	2,290 (26.2)	650 (7.4)	979 (11.2)	3,472 (39.7)	1,395 (15.9)

주: 합계는 '기타' 분야 포함 수치임
자료: 보건복지부

한편, 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 서비스의 실제 연계를 위해서는 신청 · 접수 후 가정방문을 통한 욕구판정 조사, 개인별 지원계획 수립, 통합지원회의 등을 거쳐 서비스 연계를 확정하는 절차를 거치게 되므로, 신청부터 실제 서비스 연계까지는 일정기간이 소요된다.

다만, 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 서비스의 신청부터 실제 연계되기까지의 평균 소요일수에서도 지역 간 격차가 존재하였다. 예를 들어, 해당 평균 소요일수가 가장 적은 경남(12.2일)과 가장 많은 세종(22.8일) 간 1.9배 수준의 격차를 보였다.

[의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 서비스 신청부터 실제 연계 간 평균 소요일수]

(단위: 일)

구분	신청-서비스연계 평균소요일 수
전국	15.5
- 서울	20.9
- 전남	14.0
- 부산	14.0
- 대구	12.3
- 인천	17.9
- 대전	16.7
- 울산	19.8
- 세종	22.8
- 경기	16.3
- 강원	12.9
- 충북	14.0
- 충남	13.4
- 전북	17.0
- 경북	13.7
- 경남	12.2
- 제주	16.1

자료: 보건복지부 제출자료

따라서 보건복지부는 치매를 포함한 의료·요양·돌봄 통합지원이 지역 간 격차를 완화하는 가운데 이루어질 수 있도록 지역별 재정수준, 농어촌 및 소멸위험지역 등 지역 여건을 고려한 우선순위 지원 기준에 대한 법령 상의 근거를 마련하고, 이에 기초하여 효율적인 인력·기관 등의 자원이 확충·배치될 수 있도록 지속적으로 제도를 점검하고 개선해 나갈 필요가 있다.

2 노인장기요양보험 지원체계 분석

가. 장기요양보험 재정의 지속가능성 제고 필요

(1) 경증 등급 중심의 급여비 증가에 대응한 중증화 지연 관리 강화 필요

장기요양급여를 이용한 치매상병자와 이들의 장기요양급여비용도 확대되었으며, 상대적으로 경증의 장기요양급여 이용 증가율이 높게 나타났고, 경증에서 중증화로의 지연·방지를 관리하는 체계가 미흡한 점을 고려하여, 의료·요양·돌봄 통합지원 체계를 활용하여 경증 치매환자의 중증화 지연 관리체계 강화에 적용하는 등 장기요양급여 지출 관리 방안을 면밀히 검토할 필요가 있다.

장기요양급여 이용현황을 치매상병자로 한정하여 살펴보면, 장기요양급여이용 치매상병자 수는 2020년 365,141명에서 2024년 491,631명으로 연평균 7.7%의 증가세를 보였다. 장기요양등급별 증가율을 기준으로 살펴보면, 인지지원등급의 연평균증가율이 12.9%로 가장 높았으며, 5등급이 11.1%로 두 번째로 높았다.

치매상병자의 장기요양급여비용의 경우, 2020년 4조 8,965억원에서 2024년 8조 2,829억원으로 확대되었으며, 급여비용의 경우에도 인지지원등급의 연평균 증가율 19.5%로 가장 높았으며, 5등급이 세 번째로 높았다. 장기요양급여별 이용한도액이 인지지원등급에 가까울수록(경증일수록) 낮게 설정되어 있다는 점을 고려할 때, 이용자 증가율이 높은 경증 등급이 중증 등급으로 진행될 경우 급여비 부담이 커질 수 있으므로, 경증 단계에서부터 중증화 지연을 위한 관리가 중요하다.

[치매상병자의 장기요양 등급별 이용 현황 (2020~2024년)]

(단위: 명, 억원, %)

구분	연도	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원	계
장기요양 급여이용 치매상병자 수	2020	15,203	37,982	103,896	147,747	56,079	4,234	365,141
	2021	16,918	38,469	105,902	151,473	64,065	5,328	382,155
	2022	18,849	40,490	114,227	163,533	69,833	5,367	412,299
	2023	20,262	42,635	123,735	180,697	76,870	6,056	450,255
	2024	22,121	45,173	132,720	199,204	85,534	6,879	491,631
	증가율	9.8	4.4	6.3	7.8	11.1	12.9	7.7

(단위: 명, 억원, %)

구분	연도	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지지원	계
치매상병자 장기요양 급여비용	2020	2,876	6,606	15,344	18,597	5,421	121	48,965
	2021	3,519	7,455	17,289	20,669	6,341	163	55,435
	2022	4,162	8,276	19,572	22,962	6,928	177	62,077
	2023	4,830	9,419	22,734	27,311	8,229	212	72,736
	2024	5,590	10,547	25,536	31,509	9,401	247	82,829
	증가율	18.1	12.4	13.6	14.1	14.8	19.5	14.0

주: 증가율은 2020~2024년간 연평균증가율을 의미
자료: 보건복지부 · 국립중앙의료원 중앙치매센터, 각 연도별 「대한민국 치매현황」을 바탕으로 재작성

이와 같은 실태의 경우 직접적으로는 경증 치매환자를 위한 5등급 및 인지지원 등급이 신설(각 2014년 및 2018년)되면서 경증 치매환자가 장기요양급여이용 대상으로 편입됨에 따라, 기존 대비 상대적으로 장기요양보험 체계에서의 지원대상군이 확대된 것에 기인한 것으로 볼 수 있다.

이와 함께, 경도인지장애[28] 등 장기요양급여 지급대상에 포함되지 않는 치매 전(前)단계에서 치매로 진행되어 장기요양보험 체계로 편입되는 것을 지연 · 방지하는 것과 관련하여, 장기요양보험체계만으로는 중증화 관련 성과지표의 설정과 대응체계를 마련하는 데 한계가 있는 점도 영향을 미친 것으로 보인다.

더불어, 장기요양보험 내에서도 장기요양급여가 제공한 서비스 양에 따라 비용(수가)이 산정 · 지급되어, 기능 유지 · 악화에 따른 등급 상향 지연 · 방지 성과에 대한 보상 구조를 찾아보기 어렵고, 이를 정량적으로 확인할 관리체계도 미흡한 데 기인하는 것으로 보인다.

이에, 보건복지부와 국민건강보험공단은 경증 치매 수급자의 등급 변화(중증화 속도)와 시설 입소 시점을 추적하는 정량적 · 정성적 성과지표 도입을 검토할 필요가 있다. 이때, 2026년 3월부터 전국 단위로 확대되어 시행 중인 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 체계를 활용할 필요가 있다.

세부적으로, 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 상 '건강관리' 분야에서의 대상자별 서비스 제공내용을 살펴보면, 장기요양 대상자뿐 아니라, 장기요양 외 대상자에 대해

28) 경도인지장애는 기억력이나 기타 인지기능의 저하가 객관적인 검사에서 확인될 정도로 뚜렷하게 감퇴된 상태이나, 일상생활을 수행하는 능력은 보존되어 있어 아직은 치매가 아닌 상태를 의미한다. (자료: 서울대학교병원 의학정보 - 경도인지장애(mild cognitive impairment))

서도 치매전문관리 등을 지원하도록 하고 있다. 이를 활용할 경우 장기요양보험 체계로의 편입 이전부터 장기요양보험 대상이 되는 경우를 포함하여 장기요양보험 내의 등급 변화까지, 개인 단위의 포괄적 이력 추적이 가능할 것으로 보이므로, 해당 자료를 체계적으로 축적 · 관리하여 중증화 지연 실적에 대한 정량적 성과지표의 도입 및 관리에 적용할 필요가 있다.

[의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 건강관리 분야에서의 장기요양 및 장기요양 외 대상자 공통 지원 사항]

구분	장기요양 대상자 및 장기요양 외 대상자 공통 지원 사항
건강관리 분야	방문구강관리, 방문복약관리, 건강관리, **치매전문관리**, 정신건강관리 등

자료: 보건복지부 제출자료 등을 바탕으로 재작성

(2) 장기요양보험 국고지원에 대한 사후정산 체계 마련 검토 필요

「노인장기요양보험법」에서는 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 국고로 지원하도록 규정하고 있으나 2027년 예산안에서는 예상수입액의 18.9% 수준의 예산안이 편성되었고, 실제 수입액의 20%와의 차액도 발생하고 있으나 실제 수입액과의 차액을 정산할 수 있는 규정은 마련되어 있지 않고, 수년 내 준비금 고갈에 대한 전망이 존재하는 점을 종합적으로 고려하여, 지속가능성 강화 측면에서 사후정산 체계 등 국고지원 체계 정비 방안 마련을 검토할 필요가 있다.

「노인장기요양보험법」 제58조(국가의 부담)[29]에서는 국가가 매년 예산의 범위 안에서 해당 연도 장기요양보험료 예상수입액의 20%에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하도록 규정하고 있다.

---

29) 「노인장기요양보험법」
제58조(국가의 부담) ①국가는 매년 예산의 범위 안에서 해당 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원한다.
②국가와 지방자치단체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 의료급여수급권자의 장기요양급여비용, 의사소견서 발급비용, 방문간호지시서 발급비용 중 공단이 부담하여야 할 비용(제40조제2항 및 제4항제1호에 따라 면제 및 감경됨으로 인하여 공단이 부담하게 되는 비용을 포함한다) 및 관리운영비의 전액을 부담한다.
③제2항에 따라 지방자치단체가 부담하는 금액은 보건복지부령으로 정하는 바에 따라 특별시 · 광역시 · 특별자치시 · 도 · 특별자치도와 시 · 군 · 구가 분담한다.
④제2항 및 제3항에 따른 지방자치단체의 부담액 부과, 징수 및 재원관리, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

2020년부터 2027년 예산안까지의 장기요양보험료 예상수입 대비 국고지원액 비율을 살펴보면, 2020년의 경우 19.0%로 법정 기준(목표)인 20% 대비 -1.0%p, 2027년 예산안에서도 18.9% 수준으로 편성되어 -1.1%p 차액(과소 지원)이 발생한 것으로 보인다.

한편, 「노인장기요양보험법」 제58조(국가의 부담)에서는 "예산의 범위에서"와 "예상수입액"을 기준으로 규정하고 있어, 예상수입액 대비 국고지원액이 20%를 초과하거나 미달할 경우에 이를 보전할 사후정산 체계가 마련되어 있지 않은 것으로 보인다.

장기요양보험료 실제수입액 대비 국고지원액 비율을 살펴보면, 2020년과 2024~2025년에는 20.2~20.9%였으나, 2021~2023년에는 19.5~19.6%로 20%에 미치지 못하였다. 금액 측면에서, 국고지원액이 2021~2023년에는 실제 수입의 20%보다 1,138억원 적게, 2024~2025년에는 1,311억원 초과하여 지원되었다.

[노인장기요양보험 국고지원의 법정 기준(목표) 대비 현황(2020~2027년)]

(단위: 억원, %)

구분	2020	2021	2022	2023	2024	2025	2026	2027안
보험료 예상수입(A)	65,338	75,932	90,069	99,580	111,338	113,396	116,016	122,960
실제 보험료수입(B)	61,605	77,314	91,688	102,266	106,696	111,485	-	-
국고지원(C)	12,414	15,186	18,014	19,916	22,268	22,679	23,203	23,231
예상수입 대비 국고지원(C/A)	19.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0	18.9
실제수입 대비 국고지원(C/B)	20.2	19.6	19.6	19.5	20.9	20.3	-	-
실제수입 20%와의 차액(0.2*B-C)	△93	276	324	538	△928	△382	-	-

주: 차액이 양(+)이면 법정비율 대비 과소지원, △는 초과지원을 의미
자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

또한, 「노인장기요양보험법」 제51조(권한의 위임 등에 관한 준용) 및 「국민건강보험법」 제38조(준비금) 등에 따라 부족한 장기요양보험급여비용의 충당과 국민건강보험공단 업무 수행 관련 지출 현금 부족의 경우에 사용할 수 있도록 준비금을 적립하도록 규정하고 있으나, 기획재정부(2025.9.)와 국회예산정책처(2025.6.)의 전

망에 따르면 해당 준비금은 2030년 고갈될 것으로 전망하고 있어 재정의 지속가능성에 대한 부담도 존재하는 상황이다.[30]

[노인장기요양보험 재정전망 주요 사례]

구분	주요 전망 내용
기획재정부 (2025.9.)	• 전망 결과 - 전망기간: 2025~2065년 - 당기수지 적자 전환 시점: 2026년 / 준비금 고갈 시점: 2030년 - GDP 대비 재정수지(%): ('25년)0.01→('35년)△0.25→('45년)△0.82→('55년)△1.39→('65년)△1.72 • 주요 가정 - 건강보험료 대비 장기요양보험료율은 12.95% 유지 - 장기요양보험 수가는 연평균 3.88% 지속 인상 등 ※국민건강보험법에 따라 건강보험료율은 8%(법적 상한) 도달 후 유지 가정
국회예산정책처 (2025.2. 및 2025.6.)	• 전망 결과 - 전망기간: 2025~2072년 - 당기수지 적자 전환 시점: 2027년 / 준비금 고갈 시점: 2030년 • 주요 가정 - 건강보험료 대비 장기요양보험료율은 2025년의 경우 旣결정된 12.95%를 적용, 2026년부터는 2024년 인상률(1.09%, '25년 인상률 동결)에 따라 인상 ※국민건강보험법에 따라 건강보험료율은 8%(법적 상한) 도달 후 유지 가정 - 장기요양보험 수가는 NABO 전망 명목임금 상승률 적용 등

주: 당기수지는 각 연도별 (노인장기요양보험 수입액-노인장기요양보험 지출액)을, 준비금은 각 연도말 현재 법정준비금 누적액을 의미

자료: 국회예산정책처, 「노인장기요양보험 정책 · 사업 평가」, 2025.11. (원자료: 기획재정부, 「2025~2065 장기재정전망」, 2025.9., 국회예산정책처, 「노인장기요양보험 지출 증가요인 및 시사점」, 2025.6. 및 「2025~2072년 NABO 장기재정전망」, 2025.2.을 바탕으로 재작성)

이를 고려할 때, 장기요양보험 재정의 지속가능성 측면에서, 보건복지부와 국민건강보험공단은 장기요양보험료 예상수입액을 보다 면밀히 추계하는 방안을 지속적으로 검토할 필요가 있다. 이 과정에서, 추계 오차 등에 따른 차액을 사후에 정산하는 체계 마련을 검토하되, 재원배분의 효율성을 고려하여 정산 시점 및 방식을 병행 검토할 필요가 있다.

30) 국회예산정책처, 「노인장기요양보험 정책 · 사업 평가」, 2025.11.을 바탕으로 재작성하였다.

나. 치매환자의 장기요양 인정 · 급여이용 개선 필요

(1) 치매 특성을 반영한 장기요양 인정조사 보완 필요

장기요양보험 판정결과에 대한 (재)심사청구가 지속적으로 확대되고 있어 인정조사에 대한 신청자의 수용성이 중요한 상황이나, 인정조사 시점의 상태급변 등과 같은 치매의 특수성을 감안할 때 현행 1회 방문을 통한 인정조사로는 한계가 있을 것으로 보이므로, 치매(의심)자에 대한 인정조사 결과와 가족진술 · 의사소견에 차이가 존재할 경우 재방문조사 실시, 치매안심센터의 선별검사 · 사례관리 정보, 진료이력 등의 인정조사 연계 등 제도 개선 방안을 강구할 필요가 있다.

장기요양보험 서비스의 수혜 여부는 장기요양급여 신청자에 대한 국민건강보험공단의 인정조사를 시작으로 개시되며, 인정조사 시점에서의 장기요양급여 신청자의 건강 여부는 등급판정에 유의미한 영향을 미칠 수 있다.

현행 장기요양보험 인정조사는 국민건강보험공단 직원의 방문을 통해 신청인의 심신상태 등을 세부 조사항목에 따라 기재하고, 장기요양등급판정위원회에서 해당 자료를 토대로 등급판정을 진행하는 구조로 진행된다.

[노인장기요양인정 및 서비스 이용절차]

구분	주요 내용
인정 신청	• 65세 이상 또는 65세 미만의 자로서, 치매 · 뇌혈관성 질환 등 노인성 질병을 가진 자 - 장기요양인정신청서, 의사소견서 등을 국민건강보험공단에 제출 ※의사소견서의 경우, 장기요양인정신청서와 함께 제출하도록 하고 있으나, 65세 이상인 경우 등급판정위원회에 심의자료 제출 전까지 제출 가능
↓	
인정 조사	• 장기요양인정신청서 제출 후 국민건강보험공단 직원(간호사, 사회복지사 등)이 방문하여 신청인의 심신상태 등을 조사 - 신체기능, 인지기능, 행동변화, 간호 · 처치, 재활영역 등 90개 항목 및 특기사항
↓	
등급 판정	• 국민건강보험공단 직원에 의한 인정조사 결과와 의사소견서 등을 참고하여 신청일로부터 30일 이내에 전국 시 · 군 · 구의 “장기요양등급판정위원회”에서 6개월 이상 일상생활을 수행하기 어려운 정도에 따라 등급을 판정 - 장기요양등급판정위원회 구성: 「의료법」에 의한 의료인(의사, 한의사, 간호사 등), 사회복지사, 시 · 군 · 구 소속 공무원, 법학 · 장기요양에 관한 학식과 경험이 풍부한 자
↓	
결과 통보	• 장기요양인정(1~5등급 및 인지지원등급)자: 장기요양인정서, (표준 · 개인별)장기요양이용계획서, 복지용구급여확인서 등 교부 및 서비스 이용(급여 제공) • 불인정(등급外)자: 지역사회 보건복지서비스 안내

자료: 국회예산정책처, 「노인장기요양보험 정책 · 사업 평가」, 2025.11.

한편, 장기요양보험 인정조사에 따른 판정결과에 대한 이의 제기는 확대되는 경향을 보이고 있다. 이의 제기의 경우 「노인장기요양보험법」 제55조(심사청구)에 따른 국민건강보험공단 대상 심사청구와 함께, 해당 심사청구 결정에 불복할 경우 같은 법 제56조(재심사청구)에 따른 보건복지부 장기요양재심사위원회 대상 재심사청구를 할 수 있도록 규정하고 있다.

그러나 장기요양보험 인정조사에 따른 판정결과의 변경은 용이하지 않은 상황이다. 2020~2025년간 국민건강보험공단에 접수된 장기요양 심사청구 접수 건수를 살펴보면, 2020년 1,303건에서 2025년 2,132건으로 63.6% 증가하였고, 이 중 장기요양 등급에 관한 청구가 대부분(2025년 기준 76.8%)을 차지하였다. 심사청구 인용 건수는 62~140건이었으며, 심사청구 결정 건 중 인용 결정 건 비율(인용률)은 3.9~16.4%에 불과하였다.

또한 보건복지부 장기요양재심사위원회에 대한 당해연도 재심사청구 처리 건수 대비 재심사청구 인용률도 3.7~7.1% 수준에 불과하였다.

[장기요양 관련 이의 제기를 위한 심사청구·재심사청구 접수 및 인용 현황(2020~2025년)]

(단위: 건, %)

구분	2020	2021	2022	2023	2024	2025
심사청구(국민건강보험공단)						
접수	1,303	1,566	1,673	1,943	2,054	2,132
- 장기요양 등급	1,086	1,204	1,253	1,313	1,496	1,637
- 장기요양 급여	210	358	417	622	549	477
- 보험료·기타	7	4	3	8	9	18
결정	853	1,151	1,201	1,353	1,590	1,477
인용	140	110	91	82	62	136
심사청구 결정 건 중 인용 결정 건 비율(인용률)	16.4	9.6	7.6	6.1	3.9	9.2
재심사청구(보건복지부 장기요양재심사위원회)						
청구	91	153	215	331	397	345
처리 (A)	57	63	56	70	85	136
인용 (B)	3	3	4	3	4	5
인용률 (B/A)	5.3	4.8	7.1	4.3	4.7	3.7

주: 1. 각 연도별 심사청구 접수 건수 및 재심사청구 건수 기준
2. 결정은 각 연도별 심사청구 접수 건 중 장기요양심사위원회 심의·의결 및 각하 건수 기준으로, 취하 건은 제외
3. 인용은 일부인용 포함. 심사청구 인용률은 심사청구 결정 건 중 인용 결정 건의 비율, 재심사청구 인용률은 당해 처리 건 중 인용 건의 비율
4. 보험료·기타는 장기요양보험료 등과 기타(제도 불만 등)의 합계

자료: 보건복지부 및 국민건강보험공단 제출자료를 바탕으로 재작성

물론 초기의 장기요양보험 인정조사가 면밀하게 진행되어 판정결과에 대한 이의 제기가 없는 것이 가장 이상적이기는 하나, 현실적으로 장기요양 심사청구가 2020~2025년간 1,303~2,132건/연(전체 접수 기준), 재심사청구가 91~397건/연으로 확대되고 있는 점을 고려하면 초기 인정조사에 대한 신청자의 수용성을 높이는 것이 중요함을 알 수 있다.

이와 같은 장기요양보험 인정조사에 따른 판정결과에 대한 이의 제기는 조사방식이 질환의 특수성을 면밀히 포착하기 어려운 데 기인하는 것으로 보인다. 예를 들어, 인정조사는 원칙적으로 조사원(국민건강보험공단 직원) 1회 방문으로 이루어지고 인지기능과 행동심리증상 항목은 “최근 한 달간의 상황을 종합”하여 판단하도록 하고 있다.

한편, 치매는 증상의 변동이 있어 인정조사 당일의 상태가 평소와 다르게 나타날 수 있고, 1회 방문으로 인정조사가 이루어지므로 사실상 조사 당일 조사원의 관찰과 치매환자(신청자) 본인과 가족의 진술에 의존할 수밖에 없다. 또한, 의사소견서의 경우에도 장기요양등급판정위원회가 개최되기 직전까지만 제출하면 되므로, 장기요양인정조사 시에는 조사원이 의사의 진단을 참고하기에는 한계가 존재한다.

따라서 보건복지부와 국민건강보험공단은 치매(의심)자에 대한 인정조사 결과와 가족 진술 · 의사소견이 크게 다른 경우 재방문 조사를 하도록 하는 인정조사 지침의 보완을 검토할 필요가 있다. 이와 함께, 인정조사 결과의 수용성(품질)을 보다 향상시킬 수 있도록 치매안심센터의 인지검사 ·사례관리 정보 및 병원에서의 치매진료 이력의 인정조사 활용 · 연계 방안을 검토하는 등의 추가적인 제도 개선 노력을 기할 필요가 있다.

(2) 치매전담형 노인요양시설 확충 사업의 건축단가 현실화 등 집행 효율화 방안 검토 필요

치매전담형 노인요양시설 확충의 실집행률이 저조한 가운데, 동 사업을 통한 건축 지원단가가 같은 기간 노유자시설 평균 건축단가의 45.8~58.0% 수준에 머물렀으며 전체 미집행 건수의 대부분이 건축단가로 인한 사업포기에 기인한 점을 고려하여, 건축단가를 현실화하고 사업대상선정 단계부터 연내 예산 집행 가능성에 대한 검토를 강화하고, 농어촌 · 소멸위험지역과 치매전담형 장기요양기관 미설치 · 부족지역을 중심으로 우선순위를 부여하여 사업을 추진하는 방향도 검토할 필요가 있다.

치매전담형 노인요양시설 확충 사업은 보건복지부의 “노인요양시설 확충” 사업 중 ‘노인요양시설 확충(기능보강)’ 내역사업의 내내역사업으로, 공립 치매전담형 요양시설 신축 및 리모델링(증개축) 지원 등을 목적으로 추진되며, 치매전담형 요양시설의 경우 서울 50%, 지방 70%의 국비지원비율을 기준으로 지원된다.

2023~2025년간 치매전담형 요양시설 확충 예산의 실집행률은 11.8~29.9% 수준으로 저조하였으며, 최근 3년간 미집행 21건 중 15건이 건축단가로 인한 사업 포기였던 것으로 나타났다.

이와 같은 문제가 발생한 주요 원인을 살펴보면, 예산 상의 건축(지원)단가가 실제 공사비를 반영하지 못하는 점을 들 수 있다. 예를 들어, 2023~2025년간 치매전담형 요양시설 신축 지원단가는 1㎡당 198만원(국비 및 지방비의 합)으로 동결되어 있었으며, 이는 2023~2025년 노유자시설[31] 평균 건축단가의 45.8~58.0% 수준이었다.

[치매전담형 노인요양시설 확충사업의 예산, 건축단가 및 미집행·포기 현황(2023~2025년)]

(단위: 백만원, %, 만원/㎡, 건)

구분		2023	2024	2025
예·결산 내역	치매전담형 요양시설 확충(내내역사업) 예산(백만원)	27,198	13,149	21,673
	치매전담형 요양시설 확충(내내역사업) 실집행률(%)	11.8	29.9	19.1
건축 단가	노유자시설 평균 건축단가(만원/㎡, A)	420.3	341.2	432.0
	신축 지원단가(만원/㎡, B)	198.0	198.0	198.0
	지원단가 비율(B/A, %)	47.1	58.0	45.8
미집행 사유	전체 건수(집행 및 미집행을 포함한 연간 전체 건수)	34	22	21
	- 전체 미집행 건수	10	3	8
	* 미집행 건 중 건축단가로 인한 사업포기 건수	9	3	3

주: 예산은 본예산 기준
자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

31) 노유자시설이란 「건축법 시행령」 제3조의5(용도별 건축물의 종류) 및 같은 시행령 [별표 1]의 ‘11. 노유자시설’에 따른 것으로, ①가. 아동 관련 시설(어린이집, 아동복지시설, 그 밖에 이와 비슷한 것으로서 단독주택, 공동주택 및 제1종 근린생활시설에 해당하지 아니하는 것을 말한다), ②나. 노인복지시설(단독주택과 공동주택에 해당하지 아니하는 것을 말한다), ③다. 그 밖에 다른 용도로 분류되지 아니한 사회복지시설 및 근로복지시설을 지칭한다.

이같이, 실제 건축단가를 반영하지 못한 예산편성은 지방비 매칭 문제뿐 아니라 사업 포기 · 지연 등을 통한 연내 집행가능성 감소 요인으로도 작용할 수 있다.

관련하여, 보건복지부에 따르면, 2025년 기준으로 정원 100명 규모의 치매전담형 요양시설을 신축할 경우 실제로 개소당 101억 9,520만원이 소요(432만원/㎡×100명×23.6㎡[32])되는데, 예산편성 상 단가인 198만원/㎡와 국비지원비율 70%를 적용할 경우 국비지원금액은 32억 7,096만원(198만원/㎡×100명×23.6㎡×0.7)이며, 이는 실제 건축비용 대비 32.1% 수준에 불과하였다.

이에, 예산편성 기준으로는 서울을 제외한 지방에 대해서는 국비 70%와 지방비 30%로 지원이 이루어지나, 실질적으로는 지자체의 부담비중이 60%대에 이른다고 설명하고 있어, 지방의 부담이 적지 않은 수준이다.

따라서 보건복지부는 동결된 건축지원단가를 공사비 변동에 연동하여 현실화하고 이에 따른 예산을 편성할 필요가 있다. 또한, 사업의 연내 집행률 제고를 위해 지방비 및 부지 확보, 인·허가 진행 상황, 설계 및 시행계획 완료 여부, 운영 계획 등을 종합적으로 검토하여 연내 집행 가능성이 높은 사업을 우선 선정하는 방안도 함께 검토할 필요가 있다.

이 과정에서, 「제4차 치매관리종합계획(2021~2025)」 상 치매전담형 장기요양기관 수의 2025년 목표인 310개소를 초과달성(619개소[33])한 점을 고려하여, 농어촌 · 소멸위험지역과 치매전담형 장기요양기관 미설치 · 부족 지역을 중심으로 우선순위를 부여하여 사업을 추진하는 방향도 함께 검토할 필요가 있다.

(3) 치매전담형 장기요양기관의 접근성 제고 방안 검토 필요

치매전담형 장기요양기관은 2025년 말 619개소로 목표를 상회하였고 정원 대비 현원 비율도 81.8%로 높아졌으나, 제도를 아는 가족 중 이용 경험은 10.0~14.8%에 그쳤고, 치매전담형 주야간보호의 이용률이 상대적으로 낮으며 치매 관련 국공립기관과 병원이 부족한 시 · 군 · 구도 53개에 이르므로, 치매전담형 장기요양기관에 대한 홍보와 접근성을 확대하는 방안을 검토할 필요가 있다.

---

32) 「노인복지법 시행규칙」 제22조(노인의료복지시설의 시설기준등) 및 [별표 4]에 따른 노인요양시설 입소정원 10명 이상 시 입소정원 1명당 연면적 23.6㎡ 이상의 공간을 확보하도록 규정하고 있다.

33) 보건복지부, 「2026년 노인복지시설 현황」, 2026.6.

2025년 기준 치매전담형 장기요양기관 수는 619개소로 「제4차 치매관리종합계획」의 2025년 목표치인 310개소를 2배 규모로 상회하였다.

치매전담형 장기요양기관의 이용 실태를 살펴보면, 치매전담형 장기요양기관의 정원 대비 현원 비율은 2024년 말 73.3%(정원 8,500명, 현원 6,234명)에서 2025년 말 81.8%(정원 9,046명, 현원 7,397명)로 확대되었다.

[치매전담형 장기요양기관의 정원 · 현원 및 이용 실태]

(단위: 개소, 명, %)

구분	2024년 말			2025년 말		
	기관 (개소)	정원/현원 (명)	현원 비율 (%)	기관 (개소)	정원/현원 (명)	현원 비율 (%)
치매전담형 장기요양기관 소계	582	8,500/6,234	73.3	619	9,046/7,397	81.8
- 노인요양시설 내 치매전담실	323	4,021/3,279	81.5	363	4,489/3,728	83.0
- 치매전담형 노인요양공동생활가정	48	391/343	87.7	40	347/327	94.2
- 치매전담형 주야간보호	211	4,088/2,612	63.9	216	4,210/3,342	79.4
수요자 조사						
2025년 장기요양실태조사(재가급여 이용자 가족): 치매전담 주·야간보호 인지 58.9%, 인지자 중 이용 14.8%, 향후 이용 의향 44.4% / 치매전담실·공동생활가정 인지 51.0%, 이용 10.0%, 의향 41.5%						

주: 현원 비율은 정원 수 대비 현원 수를 의미

자료: 보건복지부, 「노인복지시설 현황」(2025 및 2026) 및 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 「2025년 장기요양실태조사」, 2025.11.을 바탕으로 재작성

한편, 「2025년 장기요양실태조사」에서 재가급여 이용자 가족의 치매전담 주야간보호 인지율은 58.9%, 치매전담실·치매전담형 공동생활가정은 51.0%였으나, 이를 알고 있는 치매환자 및 그 가족 중 실제 이용 경험은 각각 14.8%, 10.0%에 불과하였다.[34]

이에 보건복지부는 치매환자 및 가족의 치매전담형 장기요양기관 이용 경험과 치매전담형 주야간보호 서비스의 이용률을 제고하는 보완책을 마련할 필요가 있다. 또한, 국 · 공립기관이나 병원이 부족한 시 · 군 · 구도 53개(2026.2.)에 달하는 점을 고려하여[35] 이들을 우선순위로 한 치매전담형 시설 확충을 위한 구체적 실행방안 설계도 함께 검토할 필요가 있다.

34) 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 「2025년 장기요양실태조사」, 2025.11.

35) 보건복지부, 「제5차 치매관리종합계획(2026~2030)」, 2026.2.

다. 장기요양 인력의 처우 개선 및 수급 확대 방안 검토 필요

첫째, 장기요양기관 종사인력 중 가장 높은 비중을 차지하는 요양보호사 수가 확대되고는 있으나 장기요양 수요자 증가율에는 미치지 못하고 있으며, 수도권에 절반가량의 요양보호사가 집중되어 있고 60대 이상이 절반을 상회하며, 요양보호사 자격증 취득자 중 21.4~23.0%만 실제 기관에서 종사하고 있는 점을 고려하여, 요양보호사의 경제적 처우개선 방안을 검토하고, 장기요양기관 및 치매안심센터 등 치매 관련 기관으로의 (재)취업을 연계하는 경력 지원 방안을 검토할 필요가 있다.

2021년과 2025년의 장기요양 수요와 종사인력 증가율을 살펴보면, 2025년 장기요양급여이용 수급자 수는 1,207,651명으로 2021년 대비 34.3% 증가하였으나, 같은 기간 장기요양 종사인력의 경우 가장 많은 비중을 차지하는 요양보호사의 증가율이 28.9% 수준으로 장기요양 수요 증가율에는 미치지 못하고 있다.

[장기요양 수요와 종사 인력의 증가율 비교(2021년 및 2025년)]

(단위: 명, %)

구분		2021	2025	증가율(%)
장기요양 수요	장기요양 인정자 수	953,511	1,235,045	29.5
	급여이용 수급자 수 (A)	899,113	1,207,651	34.3
장기요양 종사인력	요양보호사 수 (B)	507,473	654,034	28.9
	- 요양보호사 1인당 급여이용 수급자 (A/B)	1.77	1.85	4.2
	사회복지사 수	33,736	44,909	33.1
	간호조무사 수	14,196	17,300	21.9
	간호사 수	3,645	5,719	56.9

주: 각 연도 12.31. 기준. 종사자는 장기요양기관 인력신고 기준(기관 간 중복 가능), 급여이용 수급자는 연간 실인원

자료: 국민건강보험공단, 각 연도별 「노인장기요양보험통계연보」를 바탕으로 재작성

또한, 요양보호사의 절반가량이 서울 · 인천 · 경기 등 수도권에 집중(2025년 기준 47.7%)되어 있어, 비수도권 시 · 도의 요양보호사 인력규모가 상대적으로 적은 상황이 지속적으로 나타나고 있다.

[시 · 도별 요양보호사 현황 (2021~2025년)]

(단위: 명)

구분		2021	2022	2023	2024	2025
합계		507,473	564,243	610,069	636,900	654,034
수도권	- 서울	87,312	99,050	105,764	107,444	109,508
	- 인천	32,672	36,101	38,885	39,973	41,524
	- 경기	122,445	136,514	149,340	156,370	160,958
비수도권	- 부산	35,638	39,234	41,788	44,011	44,422
	- 대구	24,228	26,836	29,547	31,462	33,102
	- 광주	19,360	21,480	22,647	23,550	23,825
	- 대전	17,056	17,904	19,233	19,681	19,941
	- 울산	8,283	9,735	9,974	10,330	10,508
	- 세종	1,898	2,075	2,226	2,289	2,267
	- 강원	16,431	17,820	18,956	19,949	20,894
	- 충북	17,179	18,990	20,543	21,638	22,209
	- 충남	26,385	29,017	31,530	32,649	32,914
	- 전북	24,115	26,923	28,741	29,480	30,186
	- 전남	24,085	27,130	28,771	30,404	31,477
	- 경북	34,414	38,112	40,422	42,141	42,942
	- 경남	37,943	43,239	47,023	49,341	50,303
	- 제주	4,358	4,602	5,006	5,342	5,625

주: 지자체 인력신고 등록기준 자료로 행정구역별 · 급여종류별 중복 계산될 수 있어, 전국 수치와 지역별 합산 수치 간에 차이가 있을 수 있음

자료: 국가통계포털(KOSIS), "시 · 군 · 구별 장기요양기관 인력 현황"(2026.10.11.검색기준)을 바탕으로 재작성

이와 함께, 요양보호사 자격증 취득자 중 실제 업무 종사자 비율을 살펴보면, 2021~2024년간 21.4~23.0% 수준에 불과하였다.

[요양보호사 자격 취득자 중 실제 종사자 수 (2021~2024년)]

(단위: 명, %)

2021		2022		2023		2024	
자격 취득자 수 (누계)	실제 업무 종사자 수	자격 취득자 수 (누계)	실제 업무 종사자 수	자격 취득자 수 (누계)	실제 업무 종사자 수	자격 취득자 수 (누계)	실제 업무 종사자 수
2,206,730	507,473 (23.0)	2,524,912	564,243 (22.3)	2,807,559	610,069 (21.7)	2,970,359	636,900 (21.4)

주: 괄호 안의 수치는 요양보호사 자격 취득자 수 대비 실제 업무 종사자 수 비율을 의미

자료: 국가통계포털(KOSIS), "시 · 군 · 구별 장기요양기관 인력 현황"(2026.10.11.검색기준) 및 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 「2025년 장기요양실태조사」, 2025.11.을 바탕으로 재작성

이러한 문제가 나타나는 주요 원인을 살펴보면, 요양보호사의 낮은 월소득과 단시간 근로가 인력 유입을 제약하고 고령화를 유발하는 것으로 보인다. 「2025년 장기요양실태조사」(2025.11.)에 따르면 재가 요양보호사의 월평균 임금은 108.8만원(월 78.7시간)으로 시설 요양보호사(219.8만원, 월 164.7시간)의 절반 수준이나 시간당 임금은 비슷하여, 낮은 소득은 짧은 근로시간에서 비롯된 것으로 보인다.

한편, 사회복지사와 간호(조무)사의 월평균 임금은 재가 요양보호사보다 2배 이상 높았다.[36] 또한, 장기요양요원 중 60세 이상 비율이 2022년 62.9%에서 2025년 63.4%로 증가한 점을 고려할 때, 낮은 소득과 단시간 근로가 청 · 장년층 인력 유입을 제약하는 요인으로 작용할 수 있다.

[장기요양요원의 직종별 임금 · 근로시간 및 연령 구조(2025년)]

(단위: 만원, 시간, 원)

구분	월평균 임금	월 근로시간	시간당 임금
재가 요양보호사	108.8	78.7	13,817
시설 요양보호사	219.8	164.7	13,345
사회복지사	236.9	-	-
간호(조무)사	220.5	-	-

주: 1. 장기요양요원 중 60세 이상 비율: 62.9%(2022년) → 63.4%(2025년)
2. 처우개선 요구 1순위: 임금수준 향상 62.2%, 인력채용을 운영상 어려움으로 꼽은 기관 67.2%, 수급자 중 치매 수급자 51.2%(2025년)

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 「2025년 장기요양실태조사」, 2025.11.을 바탕으로 재작성

이에, 보건복지부는 요양보호사 · 간호인력 등 핵심 직종의 수급 추계를 정례화하고 지역 단위 관리 체계를 수립할 필요가 있다. 이와 함께, 요양보호사의 근로시간 확대와 경력 · 치매전문교육 가산 등 임금체계 개선 방안을 검토할 필요가 있다. 더불어, 자격증은 취득하였으나 실제 업무에 종사하지 않는 요양보호사 등 비활동 장기요양인력의 (재)취업 경로를 치매안심센터 · 장기요양기관과 연계하는 인력풀 구축 및 연계시스템 도입 방안도 병행 검토할 필요가 있다.

둘째, 장기요양요원의 권리 향상을 위하여 장기요양요원지원센터를 운영할 수 있도록 하고 있으나 17개 시 · 도 중 11개에만 설치 · 운영되고 있으며, 2027년 예산안에서는 아직 설치되지 않은 시 · 도를 포함한 17개 운영을 전제로 예산안을 편성하

36) 시설 요양보호사의 경우 사회복지사와 간호(조무)사보다는 월평균 임금 수준이 낮았으나, 간호(조무)사와는 0.7만원 차이로 유사한 수준이었다.

고 있어 과다편성 소지가 있다는 점을 고려하여, 장기요양요원지원센터를 조속히 확대하여 지역의 장기요양요원들의 지원범위를 넓히고 예산안 심의 시 현재 운영되고 있는 개소 수를 기준으로 운영비용 예산을 조정하는 방안을 검토할 필요가 있다.

장기요양요원지원센터는 「노인장기요양보험법」 제47조의2(장기요양요원지원센터의 설치 등)에 근거하여 국가와 지자체로 하여금 장기요양요원의 권리를 보호하기 위하여 설치 · 운영할 수 있도록 하고 있다.

장기요양요원지원센터는 장기요양요원의 권리 침해에 관한 상담 및 지원, 역량 강화를 위한 교육지원, 건강검진 등 건강관리 사업 등을 지원하는 역할을 수행한다. 해당 센터 지원은 보건복지부의 "노인요양시설 확충"의 내역사업으로 편성되어 있으며, 2027년 예산안 기준으로 10억 9,400만원이 편성되었다.

한편, 장기요양요원지원센터는 2026년 8월 기준으로 17개[37] 시 · 도 중 11개 시 · 도에서 각 1개의 센터가 운영되고 있으며, 부산 · 대구 · 세종 · 충남 · 경북 · 경남 등 6개 시 · 도에는 설치 · 운영되지 않고 있다.

[지역별 장기요양요원지원센터 설치 현황 (2026.8.)]

(단위: 개소, 명)

구분	기관명	개소 수	종사자 수
합계		11	59
- 서울	서울특별시 장기요양요원지원센터	1	24
- 인천	인천광역시 장기요양요원지원센터	1	3
- 경기	경기도 장기요양요원지원센터	1	5
- 부산	**미설치**	-	-
- 대구	**미설치**	-	-
- 광주	광주광역시 장기요양요원지원센터	1	3
- 대전	대전광역시 장기요양요원지원센터	1	3
- 울산	울산광역시 장기요양요원지원센터	1	3
- 세종	**미설치**	-	-
- 강원	강원특별자치도 장기요양요원지원센터	1	5
- 충북	충청북도 장기요양요원지원센터	1	3
- 충남	**미설치**	-	-
- 전북	전북특별자치도 장기요양요원지원센터	1	3
- 전남	전라남도 장기요양요원지원센터	1	2
- 경북	**미설치**	-	-
- 경남	**미설치**	-	-
- 제주	제주특별자치도 장기요양요원지원센터	1	5

자료: 보건복지부 제출자료

37) 참고로, 2026년 7월부터 전남광주통합특별시 설치(근거법령: 「전남광주통합특별시 설치를 위한 특별법」 등)에 따라 광역시 · 도 수가 기존 17개에서 16개로 개편되었으나, 보건복지부 제출자료 및 보건복지부의 「2027년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료(Ⅱ-1)」(2026.9.)에 기초하여 본 절에서는 17개 시 · 도를 기준으로 분석 · 평가하였다.

그러나 2027년도 예산안에서는 17개소 설치를 전제로 운영비 국비를 10억 9,400만원(≈17개소×1억 2,875만원×50%)으로 전년 대비 56.8% 증액 편성하였다.[38] 보건복지부에 따르면, 2029년까지 광역지자체별로 장기요양요원지원센터를 1개소씩 우선 설치할 수 있도록 미설치 시·도를 독려하겠다는 계획을 밝힌 바 있다. 이에, 2027년 예산안에서 아직 운영되지 않고 있는 6개 시·도의 경우에도 시설 운영 예산안을 편성한 것은 과다편성 소지가 있다.

따라서 보건복지부는 장기요양요원지원센터가 광역시·도별로 1개 이상은 설치될 수 있도록 미설치 6개 시·도의 설치 계획을 점검하고 신속한 추진이 이루어질 수 있도록 지원체계를 검토할 필요가 있으며, 2027년 예산안의 경우 현재 운영되고 있는 11개소를 기준으로 하거나 미설치 6개 시·도의 2027년 설치 계획을 검토하여 이들을 추가 대상으로 한 범위 내에서 예산 규모를 조정할 필요가 있다.

라. 노인학대 관련 장기요양기관 등급 판정 개선 방안 검토 필요

장기요양기관에서 치매 노인에 대한 학대가 대부분을 차지하고 있는 가운데, 노인학대로 판정된 장기요양기관 중 상위 등급을 받은 장기요양기관이 다수 존재하므로, 노인보호전문기관의 노인학대 판정 결과를 보다 면밀히 연계하는 체계를 구축하여 평가등급 결정·조정에 반영하고, 노인학대로 인한 행정처분 이전의 사례판정 단계에서 평가등급 하향 결정·조정 강화 및 가산금 회수, 지속적 노인학대 판정기관 대상 불이익 조치 확대 등 보다 강화된 대응체계 마련을 검토할 필요가 있다.

최근 5년간(2021~2025년) 장기요양기관에서의 노인학대 건수가 2021년 491건에서 2025년 587건으로 증가하는 경향을 보였다. 이 중 치매의심 및 치매진단 노인에 대한 학대비중이 86.6~92.9%로 대부분을 차지하는 등 장기요양기관에서의 치매 노인에 대한 학대 관리가 중요한 과제로 보인다.

38) 보건복지부, 「2027년도 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료(Ⅱ-1)」, 2026.9.

[장기요양기관에서의 노인학대 및 치매의심 및 치매진단 노인학대 현황]

(단위: 건, %)

구분	2021	2022	2023	2024	2025
장기요양기관에서의 노인학대 건수 (A)	491	579	537	566	587
- 장기요양기관에서의 치매의심 노인학대건수 (B)	41	48	40	41	34
- 장기요양기관에서의 치매진단 노인학대건수 (C)	384	484	441	485	499
(B+C)/A	86.6	91.9	89.6	92.9	90.8

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

이와 같은 노인학대 판정은 「노인복지법」에 근거하여 운영되는 "노인보호전문기관"에서 노인학대 의심사례를 접수 · 조사하고 "노인학대사례판정위원회"의 심의를 거쳐 확정된다.

이와 함께, 장기요양보험의 단일 보험자인 국민건강보험공단은 노인보호전문기관의 노인학대 판정과는 별도로, 「노인장기요양보험법」에 따라 장기요양기관이 장기요양급여의 제공기준 및 방식, 절차를 준수하여 장기요양급여를 제공하였는지 등에 대하여, 급여유형별(재가급여 · 시설급여)로 3년 단위 정기평가를 포함한 평가를 실시할 수 있도록 규정하고 있다.

노인학대와 관련하여, 「장기요양기관 평가관리 시행세칙」(2025.12., 국민건강보험공단) 제17조(평가등급 조정)에 따르면, 국민건강보험공단은 「사회복지사업법」, 「노인복지법」 등에 의해 노인학대로 '행정처분'을 받은 경우 기존 평가등급을 조정할 수 있도록 하고 있다. 이와 함께, 같은 조에 「노인복지법」 제39조의5(노인보호전문기관의 설치 등)에 의해 노인보호전문기관의 노인학대 '사례판정'을 받은 경우에도 평가등급을 조정할 수 있도록 하고 있다.[39]

또한, 국민건강보험공단의 「2025년 시설급여 장기요양기관 정기평가 추진계획」(2024.12.) 및 「2026년 재가급여 장기요양기관 정기평가 추진계획」(2025.12.)에서는 위의 평가등급 조정과 관련하여 "직전 정기평가 가산지급일부터 당해 평가 가산지급일 사이에 노인학대로 인하여 행정처분을 받은 장기요양기관"에 대하여 평가등급을 '최하위'(미흡)로 조정할 수 있도록 하고 있다.

39) 2024년 12월 공고의 경우에는 「사회복지사업법」 등에 의해 노인학대로 행정처분을 받은 경우에 대해서만 평가등급 조정 규정이 명시적으로 적시되어 있었으며, 「노인복지법」에 따른 노인보호전문기관의 노인학대 사례판정의 경우에는 2025년 12월부터 해당 시행세칙에 명시적으로 규정되었다.

[노인학대 장기요양기관 대상 평가등급 조정 규정]

구분	주요 규정
장기요양기관 평가관리 시행세칙	「사회복지사업법」, 「노인복지법」 등에 의해 노인학대로 행정처분 또는 사례판정을 받은 경우 기존 평가등급 조정 가능
장기요양기관 정기평가 추진계획	직전 정기평가 가산지급일부터 당해 평가 가산지급일 사이에 노인학대로 인하여 행정처분을 받은 장기요양기관에 대하여 평가등급을 최하위(미흡)로 조정하는 대상에 포함

자료: 국민건강보험공단, 「장기요양기관 평가관리 시행세칙」(2025.12.) 및 2025~2026년 「장기요양기관 정기평가 추진계획」을 바탕으로 재작성

한편, 2025년 시설급여 장기요양기관 정기평가에서는 노인보호전문기관으로부터 노인학대 사례판정을 받은 장기요양기관 중 상위 등급 기관이 다수 존재하는 것으로 나타났다.

세부적으로, 상기 평가에서 노인학대로 인해 행정처분이나 사례판정을 받은 기관 수는 522개소로 전체의 9.7% 수준이었으며, 이 중 노인학대 사례판정을 받은 기관 비중이 6.7%(360개소)로 행정처분 기관보다 높은 비중을 보였다. 이 중, 노인학대 사례판정을 받은 기관 중 양호 이상 등급(A등급~C등급)은 269개소에 달하였으며, 보통(D등급)도 51개소에 이르렀다. 반면, 최하위 등급인 미흡(E등급)의 경우, 40개소로 전체 노인학대 사례판정 개소 중 11.1%에 불과하였다.[40]

[2025년 정기평가 결과에 따른 노인학대 행정처분 및 사례판정 기관 현황 (2026.10.12.기준)]

(단위: 개소, %)

구분		개소 수	등급별 개소 수				
			A등급	B등급	C등급	D등급	E등급
전체 기관 수 (A)		5,406	1,381	2,111	1,141	390	383
- 노인학대(행정처분 및 사례판정) 소계	기관 수 (B)	522	38	117	114	51	202
	비중 (B/A)	9.7	2.8	5.5	10.0	13.1	52.7
* 노인학대(행정처분)	기관 수 (C)	162	0	0	0	0	162
	비중 (C/A)	3.0	0.0	0.0	0.0	0.0	42.3
* 노인학대(사례판정)	기관 수 (D)	360	38	117	114	51	40
	비중 (D/A)	6.7	2.8	5.5	10.0	13.1	10.4

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

40) 국민건강보험공단의 「2025년 시설급여 장기요양기관 정기평가 추진계획」(2024.12.)에 따른 장기요양기관 평가 등급 분류는 크게 5개로 A등급(최우수)은 평가점수 90점 이상, B등급(우수)은 80점 이상, C등급(양호)은 70점 이상, D등급(보통)은 60점 이상, E등급(미흡)은 D등급 기준을 충족하지 못한 장기요양기관으로 구분하고 있다.

또한, 2025년 시설급여 장기요양기관 정기평가에서는「장기요양기관 평가방법 등에 관한 고시」제9조(가산 지급기준) 등에 따라 일정 조건을 충족한 기관에 대하여 가산금을 지급하거나 지급을 제외하는 규정을 두고 있다.[41]

한편, 보건복지부에 따르면 노인학대 사례판정을 받은 기관 중 B등급 기관에 3,700만원의 가산금이 지급되어 현재 환수 조치 중에 있다고 설명한 바 있다.

이와 같은 환수 조치가 이루어지고 있는 것은 바람직하나, 노인학대 행정처분 및 사례판정이 가산금 지급 전에 반영될 수 있도록 하는 방안도 함께 검토하여 행정력의 낭비를 방지할 필요성도 있는 것으로 보인다.

이와 같이 노인학대 판정을 받은 장기요양기관이 상위 평가등급을 받은 사례 등과 관련하여, 2026년도 국회 보건복지위원회 국정감사(2026.10.7.)에서도 후속조치 미흡에 대한 보건복지부의 개선방안 마련 필요성이 언급된 바 있다.

---

41)「장기요양기관 평가방법 등에 관한 고시」
제9조(가산 지급기준) ① 공단은 정기평가 결과 다음 각 호에 따라 장기요양기관에 대하여 전년도에 심사하여 지급하기로 결정한 공단부담금의 일부를 가산하거나 품질개선가산금을 일시불(이하 '가산금'이라 한다)로 지급할 수 있다. 다만, 직전 정기평가 결과에 의한 가산 지급일부터 당해 정기평가 결과 가산 지급일 사이에 행정처분을 받았거나 그 밖의 사유로 가산지급이 부적절한 것으로 평가위원회가 심의·의결한 기관에 대하여는 가산지급대상에서 제외할 수 있다.
1. 정기평가결과 상위 100분의 10범위에 속하면서, 최고 등급(제4조 제3항에 따른 공고에서 평가지표 등을 고려하여 정한 방법에 따라 결정한다)을 받은 장기요양기관에 대하여 공단부담금의 100분의 2
   다만,「노인장기요양보험법 시행령」제9조에 따른 기타재가급여를 제공하는 기관(이하 이 항에서 "복지용구사업소"라 한다)에 대하여는 대여품목에 관한 공단부담금의 100분의 1.
2. 정기평가결과 상위 100분의 10 초과 20 이하 범위에 속하면서, 최고 등급 (제4조 제3항에 따른 공고에서 평가지표 등을 고려하여 정한 방법에 따라 결정한다)을 받은 장기요양기관에 대하여 공단부담금의 100분의 1
   다만, 복지용구사업소에 대하여는 대여품목에 관한 공단부담금의 100분의 0.5.
3. 직전 정기평가 결과 대비 등급이 현저히 상승한 장기요양기관에 대하여 평가위원회에서 심의·의결한 품질개선 가산금액
4. 제3호와 제1호 또는 제2호가 중복하여 적용되는 경우에는 중복하여 지급하지 아니하고, 그 중 큰 금액을 가산금으로 지급한다.
② 공단은 평가위원회의 심의를 거쳐 제1항에 해당하는 장기요양기관을 급여종류, 시설 규모 등으로 구분하여 결정하고 가산금의 최대한도를 정할 수 있다.
③ 공단은 제1항에 따라 가산금을 받는 장기요양기관에 대하여 평가위원회의 심의를 거쳐 가산금의 일정부분을 종사자의 처우개선을 위하여 사용하도록 할 수 있다.

[2025년 정기평가 결과에 따른 노인학대 행정처분 및 사례판정 기관 가산지급액 현황 (2026.10.12.기준)]

(단위: 개소, 백만원)

구분	개소 수	평가등급별 개소 수 및 가산금 지급액									
		A등급		B등급		C등급		D등급		E등급	
		개소	금액	개소	금액	개소	금액	개소	금액	개소	금액
전체 기관 수	5,406	1,381	9,793	2,111	37*	1,141	-	390	-	383	-
- 노인학대(행정처분) 기관 수	162	-	-	-	-	-	-	-	-	162	-
- 노인학대(사례판정) 기관 수	360	38	-	117	37*	114	-	51	-	40	-

주: *보건복지부에 따르면, 노인학대 사례판정을 받은 1개소에 대해 평가등급 하향(1개 등급) 조치 및 기지급 가산금 환수 중

자료: 보건복지부 제출자료를 바탕으로 재작성

이에 보건복지부와 장기요양급여를 집행·관리하는 국민건강보험공단은 치매(의심)환자에 대한 장기요양기관의 노인학대 비중이 절대적으로 높은 점을 고려하여, 노인보호전문기관의 노인학대 판정 결과를 국민건강보험공단의 자체 정기평가 등과 연계하여 평가등급 결정·조정에 반영할 수 있도록 보다 면밀한 연계 체계를 구축할 필요가 있다.

이때, ①노인보호전문기관의 노인학대 사례판정이 행정처분으로 이어지기 전까지 기간의 경우에도 사례판정에 대한 기관의 소명·이의 절차를 보장하되 장기요양기관 평가등급을 최하위등급으로 결정·조정하는 방안, ②노인학대 사례판정(및 행정처분) 시점과 가산금 지급 시기를 연계함으로써 환수에 소요되는 행정력 낭비 방지 방안, ③지속적 노인학대 판정기관 대상 불이익 조치 강화 등 보다 강화된 대응 체계 마련도 병행 검토할 필요가 있다.

Ⅳ 결론 및 시사점

치매상병자는 2020년 91만명에서 2024년 111만명으로 늘었고 65세 이상 치매환자의 연간 총 관리비용도 같은 기간 17.3조원에서 24.6조원으로 확대되었으며, 관리비용 중 직접의료비와 장기요양비용의 비중이 높고 가족의 비공식 간병비 부담도 적지 않다.

치매 지원 정책·사업은 「치매관리법」 등에 근거하여 치매관리 전달체계와 장기요양 체계를 중심으로 제공되고 있고, 2026년 3월부터는 의료·요양·돌봄 통합지원이 전국에서 시행되고 있다. 치매관리종합계획 연계 재정사업 예산은 2021년 3,943억원에서 2026년 8,563억원, 2027년 예산안 9,069억원으로 확대되었다.

본 보고서는 이러한 현황을 바탕으로 치매관리 전달체계와 노인장기요양보험 지원체계의 주요 쟁점을 점검하여 다음과 같은 시사점을 도출하였다.

치매관리 전달체계 측면에서, 치매 관련 재정사업은 지방비 매칭을 전제로 한 국고보조사업이 많으나 시·도 간 재정자립도가 3배 이상 차이 나고 재정자립도가 낮은 도 지역일수록 고령화가 진행되고 방문간호기관이 없는 시·군·구가 많은데도 국고보조율이 서울과 지방의 2단계로만 구분되어 있으므로, 재정자립도·노년부양비·치매환자 비중 등 지역 여건을 반영하도록 국고보조율 기준을 재설계하는 방안을 검토할 필요가 있다.

치매안심센터는 등록률과 개소당·인력당 등록자 수에서 지역 간 2배 수준의 편차가 있고 전문의가 많은 대도시의 등록률이 낮으므로, 지역별 치매환자 규모, 인력·등록자 규모, 접근성, 치매 관련 전문의 분포를 종합적으로 고려하여 지원 기준을 마련할 필요가 있다. 또한 임상심리사 부족에 따른 인력기준 미충족은 지침상 간주 규정과 같은 임시 조치에 그치지 않고 인력기준의 기능 중심 정비와 법령 개정, 직역별 인력 공유 방안으로 대응하여야 하며, 운영평가 D등급 센터에 대해서는 3주기 평가부터 컨설팅을 의무화하되 컨설팅 효과와 의무 대상 기준 등 환류 방안을 함께 마련할 필요가 있다.

조기검진은 선별검사에서 발견된 인지저하자의 진단검사 연계가 충분하지 않고 지역 간 편차도 커 조기검진-진단-등록-서비스로 이어지는 연계를 약화시키고 있으

므로, 진단검사 수검률 확대와 대기시간 단축 등 절차상 애로 해소, 등록 혜택과 진단 후 치료 · 돌봄 절차 안내 강화와 함께 노인복지관 · 정신건강복지센터 등 기능이 유사한 기관과의 연계를 강화할 필요가 있다. 치매 전문 의료 인프라의 경우 공립요양병원 기능보강 사업은 실집행률이 10%에도 미치지 못한 해가 있었으므로 사업 선정 단계에서 집행가능성을 검토하고 치매안심병원 지정 확대까지 이어지도록 관리하여야 하며, 공립요양병원 중 치매안심병원 지정 비중이 낮고 미설치 지역이 남아 있는 점을 고려하여 권역별 확충 방안을 점검하고 지정 후 인력 운영에 대한 수가·예산 지원을 강화할 필요가 있다.

치매상담콜센터와 보건복지상담센터(129)는 기능이 일부 유사하지만 기능 분담과 연계에 관한 규정 · 지침이 없으므로, 일반 정보상담은 공동 안내 · 이관 기준을 마련하여 분담하고 치매상담콜센터는 사례관리 · 가족상담 등 전문 상담에 집중하도록 하며 자원연계 실적 관리도 강화하여야 한다. 치매공공후견과 치매환자재산관리지원서비스는 대상과 기능, 결정대리 구조가 밀접하게 겹치나 연계 방안이 마련되지 않았고 재산관리지원서비스는 법적 근거도 없으므로, 본사업 전환을 위한 「치매관리법」 개정을 신속히 추진하면서 두 사업 간 구체적인 연계 방안을 함께 마련할 필요가 있다. 치매환자 가족은 돌봄부담과 우울 수준이 높으나 가족지원 정책의 인지도가 낮고 가족상담수가도 도입되지 않았으므로, 경제적 부담 경감, 돌봄서비스 시간 확대, 정신건강 전문상담 연계 및 심리상담 비용 지원을 중심으로 가족지원 체계를 정비하여야 한다. 아울러 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원에서 치매와 관련성이 높은 건강관리(치매전문관리) · 장기요양 분야의 연계 실적이 낮고 지역 간 격차가 크므로, 지역 재정 여건과 농어촌 · 소멸위험지역 등을 고려한 우선순위 지원 기준의 법적 근거를 마련하고 인력과 기관이 효율적으로 확충 · 배치되도록 제도를 지속적으로 점검 · 개선할 필요가 있다.

노인장기요양보험 지원체계 측면에서, 장기요양급여를 이용하는 치매상병자와 급여비용이 늘고 특히 경증 등급의 증가율이 높으나 중증화 지연 · 방지를 관리하는 체계가 미흡하므로, 의료 · 요양 · 돌봄 통합지원 체계를 활용하여 경증 치매환자의 중증화 지연 관리체계를 강화하는 등 장기요양급여 지출 관리 방안을 면밀히 검토할 필요가 있다.

장기요양보험 국고지원은 보험료 예상수입액의 20%가 법정 기준이나 2027년 예산안이 예상수입액의 18.9% 수준으로 편성되었고 실제 수입과의 차액을 정산하는 규정도 없으며 준비금이 2030년 고갈될 것으로 전망되므로, 재정의 지속가능성 측면에서 사후정산 체계를 마련하는 방안을 검토할 필요가 있다. 장기요양 인정조사는 1회 방문 조사로 치매의 상태 변동을 반영하기 어렵고 판정결과에 대한 (재)심사청구가 늘고 있으므로, 조사 결과와 가족 진술 · 의사소견이 크게 다를 경우 재방문 조사를 실시하고 치매안심센터의 선별검사·사례관리 정보와 진료 이력을 인정조사에 연계하는 방안을 강구할 필요가 있다.

공립 치매전담형 노인요양시설 확충사업은 건축 지원단가가 노유자시설 평균 건축단가의 45.8~58.0% 수준에 머물러 미집행 사업의 대부분이 사업 포기로 이어졌으므로, 건축단가를 현실화하고 사업 선정 단계부터 연내 집행가능성 검토를 강화하며 농어촌 · 소멸위험지역과 치매전담형 장기요양기관 미설치 · 부족 지역을 우선하여 추진할 필요가 있다. 치매전담형 장기요양기관은 목표를 넘어 확충되었으나 제도를 아는 가족의 이용 경험이 낮고 국공립 기관 · 병원이 부족한 시 · 군 · 구가 남아 있으므로 홍보와 접근성을 확대할 필요가 있다.

장기요양 인력의 경우 요양보호사 증가율이 수급자 증가율에 미치지 못하고, 요양보호사가 수도권에 절반가량 집중되어 있으며 60대 이상이 절반을 넘고, 자격취득자 중 실제 종사자는 약 5분의 1에 그치므로, 요양보호사의 경제적 처우를 개선하고 장기요양기관과 치매안심센터 등으로의 (재)취업을 연계하는 경력 지원 방안을 검토하여야 한다. 또한 장기요양요원지원센터는 17개 시 · 도 중 11곳에만 설치되어 있으나 2027년 예산안은 17개소 운영을 전제로 편성되었으므로, 미설치 지역의 설치를 조속히 추진하는 한편 예산안 심의 시 실제 운영 개소 수를 기준으로 운영비 예산을 조정하는 방안을 검토할 필요가 있다.

마지막으로, 장기요양기관에서 발생하는 노인학대의 대부분이 치매 노인을 대상으로 하고 있음에도 노인학대 사례판정을 받은 장기요양기관 중 상위 평가등급을 받은 기관이 다수 존재하므로, 노인보호전문기관의 노인학대 판정 결과를 국민건강보험공단의 평가등급 결정 · 조정에 면밀히 연계하고, 행정처분 이전의 사례판정 단계에서도 평가등급 하향과 가산금 회수가 이루어지도록 하며, 노인학대가 반복되는 기관에 대한 불이익 조치를 강화하는 등 대응체계를 보다 강화할 필요가 있다.

치매 지원 정책 · 사업 평가

발간일 2026년 11월 16일

발행인 국회예산정책처장 이신우

편 집 예산분석실 사회행정사업평가과

발행처 **국회예산정책처**
서울특별시 영등포구 의사당대로 1
(tel 02 · 2070 · 3114)

인쇄처 ㈜디자인여백플러스(tel 02 · 2672 · 1535)

이 책은 국회예산정책처 홈페이지(www.nabo.go.kr)에서 보실 수 있습니다.

ISBN 979-11-6799-278-9 93350

Ⓒ 국회예산정책처, 2026

국민과 함께 미래를 여는 국회

(07233)서울특별시 영등포구 의사당대로 1
Tel. 02-2070-3114 www.nabo.go.kr

발 간 등 록 번 호
31-9700487-002336-01

국회예산정책처
NATIONAL ASSEMBLY BUDGET OFFICE