

# 치매관리사업의 현황과 개선과제

2014. 8

김상우 · 이채정





# 치매관리사업의 현황과 개선과제

사업평가 14-02(통권 311호)

## 치매관리사업의 현황과 개선과제

총괄 | 조영철 사업평가국장

기획 | 정문중 사회사업평가과장

작성 | 김상우 사회사업평가과 사업평가관

이채정 사회사업평가과 사업평가관

지원 | 박현주 사회사업평가과 자료분석지원요원

이혜 사회사업평가과 자료분석지원요원

「사업평가 보고서」는 국가 주요사업에 대한 종합적이고 체계적인 평가를 통하여 주요 정책 및 사업에 대한 문제점을 진단하고 개선방안을 모색함으로써, 국회의 예산 및 법안 심사와 의제 설정을 실효성 있게 지원하기 위한 것입니다.

문의 : 사업평가국 사회사업평가과 | 02) 788-3782 | peb5@nabo.go.kr

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

# 치매관리사업의 현황과 개선과제

2014. 8.

---

이 보고서는 「국회법」 제22조의2 및 「국회예산정책처법」 제3조에 따라  
국회의원의 의정활동을 지원하기 위하여 작성되었습니다.

---

## 발간사

OECD에 따르면, 우리나라는 2000년에 노인 인구 비율이 7% 이상인 고령화 사회에 도달했고, 2019년에는 노인 인구 비율이 14% 이상인 고령사회에 도달하게 됩니다. 빠른 속도로 진행되는 고령화에 의해 치매 노인 수도 지속적으로 증가하여, 전체 인구 중 치매 노인의 비중이 2013년 1.1%에서 2050년 5.6%로 증가할 전망입니다. 치매는 아직까지 완치방법이 없기 때문에 국가 차원에서 치매관리정책을 수행하지 않을 경우, 치매 환자를 돌보는 모든 어려움(2013년 치매의 사회적 비용 11.7조원)이 치매 환자 가족의 몫이 됩니다.

정부는 2014년 7월부터 노인장기요양보험 요양등급에 ‘치매특별등급’을 도입하고, ‘치매가족휴가제’를 시행하는 등 치매로 인한 사회적 비용을 줄이기 위한 치매관리정책을 확대하고 있습니다. 국회예산정책처는 정부가 추진 중인 치매관리정책의 현황을 파악하고 개선과제를 제시하고자, 치매관리사업을 분석·평가하였습니다.

평가 결과, 치매 조기검진과 약물치료를 시행할 경우 연간 1조원 이상의 사회적 비용이 절감되는 것으로 분석되었습니다. 또한, 일부 시도는 치매환자 수가 많거나 치매 진단공백이 높은데도 불구하고, 광역치매센터가 설치되지 않았거나 시군구 치매관리사업 전담인력 비중이 낮은 것으로 나타났습니다. 따라서, 정부는 국민건강보험공단 건강검진에 치매 선별검사를 포함시키는 등 치매조기검진사업을 적극적으로 추진할 필요가 있습니다. 또한, 광역치매센터의 전문인력이 관내 시군구의 치매관리사업을 지원하도록 하고, 지방자치단체 합동평가 항목에 치매관리사업 관련 지표를 반영하는 방안을 검토해야 합니다. 뿐만 아니라, 인증제도와 서비스 질 관리 등을 통해 치매 전문 노인장기요양기관을 운영하고, 노화 및 노인병 전담 연구기관을 설립하여 체계적인 치매연구사업 수행을 지원해야 할 필요가 있습니다.

본 보고서가 치매관리사업에 관심을 가지고 계시는 의원님들의 의정활동에 기여할 수 있기를 바랍니다.

2014년 8월

국회예산정책처장 국 경 복



## 요 약

- 치매관리사업의 본격적인 확대(2014년 7월 노인장기요양보험 ‘치매특별등급’ 도입 등)에 앞서, 현행 치매관리사업을 평가하여 효율적·효과적 추진 방안을 모색
  - 치매관리사업 예산 규모는 2014년 기준 785억원으로, 중앙정부 부담분 516억원, 지방자치단체 부담분 269억원임.
  
- 평가 결과, 치매 선별검사의 비효율성, 치매관리정책 전달체계 미비, 노인 의료복지시설에 대한 인지훈련프로그램 지원 부족 등의 개선과제가 도출
  - 치매 선별검사 건수는 크게 증가하였으나, 이를 통해 치매로 진단을 받은 노인의 비율은 낮음(2013년 총 159만 3,598명의 수검자 중 치매 확진자는 2.31%인 3만 6,748명).
  - 일부 지역은 치매환자 수가 많거나 치매 진단공백이 높은데도 불구하고, 광역 치매센터가 설치되지 않았거나 시군구 치매관리 업무 전담 인력 비중이 낮음.
  - 치매특별등급의 도입으로 재가복지서비스 이용자에게는 인지훈련프로그램이 제공되지만, 노인의료복지시설 등에 대한 정부의 인지훈련프로그램 지원이 부족함.
  - 개별 조직들이 치매 관련 연구를 진행하고 있어, 연구내용이 중복되거나 연구범위가 제한되는 문제가 발생할 우려가 있음.
  
- 치매조기검진사업의 적극적 추진, 전달체계 확립, 치매관리서비스 제공기관에 대한 평가 및 질 관리 강화, 치매 관련 연구개발의 체계화 등이 필요
  - 국민건강보험공단 건강검진에 치매 선별검사를 포함시키고, 진단 및 감별 검사에 대한 지원을 강화하는 등 치매조기검진사업의 적극적 추진 필요
  - 지방자치단체 합동평가 항목에 치매관리사업 관련 지표를 반영하는 등 치매관리사업의 내실화를 유도하고, 치매 증증도에 적합한 치매관리서비스 제공기관 연계, 사례관리 등 광역치매센터 및 치매상담센터의 역할 확립 필요
  - 인증제도 등을 통하여 전문적인 치매관리서비스 제공기관을 양성하고, 인지훈련프로그램, 치매 진행속도 완화 등을 모니터링하여 질 관리 강화.
  - 노화, 노인병 등을 전담하는 연구기관을 설립하고, 정부 소관 치매연구사업 수행기관의 치매 관련 연구 조정·연계 기능 강화 필요

## 1. 치매관리사업의 현황

### 가. 노인 치매의 실태

- 전체 인구 대비 65세 이상 치매 노인 비중은 2012년 1.1%에서 2050년 5.6%로, 5배 넘게 증가할 것으로 전망됨.
  - 노인 치매 유병률은 2014년 9.58%(61만명)에서 2020년 10.39%(84만명), 2050년 15.06%(217만명)로 증가할 것으로 예측됨.

### 나. 치매관리사업의 예산

- 치매관리사업의 총예산은 2008년부터 2012년까지 300억원대를 유지하다가, 2013년 광역치매센터 설립, 2014년 노인장기요양보험 ‘치매특별등급’<sup>1)</sup> 도입 등이 추진됨에 따라 2014년 785억원으로 증가함.
  - 치매관리사업은 ‘치매관리체계 구축’, ‘노인건강관리’, ‘지역사회통합건강증진사업’, ‘만성병관리기술개발연구’, ‘노인장기요양보험 사업운영’으로 구성됨.
  - 2014년 치매관리사업의 예산은 중앙정부 부담분 516억원, 지방자치단체 부담분 269억원임.

치매관리사업 예산 추이

(단위: 억원, %)

	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
중앙정부 부담분	155 (50.7)	27 (55.1)	150 (50.8)	153 (51.0)	157 (51.1)	315 (55.1)	516 (65.7)
지방정부 부담분	151 (49.3)	22 (44.9)	145 (49.2)	147 (49.0)	150 (48.9)	257 (44.9)	269 (34.3)
합 계	306 (100.0)	49 (100.0)	295 (100.0)	300 (100.0)	307 (100.0)	572 (100.0)	785 (100.0)

주: 2008~2013년은 결산액, 2014년은 예산액 기준임.

자료: 보건복지부의 「2014년 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료」 및 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

1) 정부는 2014년 7월 노인장기요양보험급여로 경증 치매노인에게 방문요양사 등을 파견하여 인지 훈련프로그램을 제공하는 노인장기요양보험 ‘치매특별등급’을 도입함.

## 다. 노인장기요양보험 지출

- 노인장기요양보험 지출 중 치매등록수급자 지출분의 비중은 2010년 31.7%에서 2013년 41.3%로, 9.6%p 증가함.

노인장기요양보험의 치매등록수급자 대상 지출 추이

(단위: 백만원, %)

사업명	2010	2011	2012	2013	연평균 증가율
치매등록 수급자(A)	869,619	1,055,731	1,167,677	1,456,492	18.8
전체 수급자(B)	2,745,586	2,969,051	3,125,570	3,523,434	8.7
A/B*100	31.7	35.6	37.4	41.3	-

주: 치매등록수급자는 전체 노인장기요양보험 수급자 중 치매 질환을 앓고 있다고 등록된 수급자로서, 치매뿐만 아니라 다른 질환을 함께 앓고 있는 경우가 포함됨.

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

- 2014년에는 노인장기요양보험 총지출 3조 6,658억원 중 1,185억원(3.2%)이 ‘치매특별등급’ 적용에 투입될 것으로 추산됨.

## 2. 치매조기검진 확대의 사회적 편익

### 가. 치매의 사회적 비용

- 치매로 인한 사회적 비용은 2013년 기준 11조 7,000억원(GDP의 약 1.0%)이고, 2050년에는 43조 2,000억원(GDP의 약 1.5%)까지 증가할 것으로 예측됨.

치매로 인한 사회적 비용 추이

(단위: 조원)

		2013	2020	2030	2040	2050
실질GDP(A)		1,134.9	1,471.3	1,938.6	2,384.7	2,787.8
치매의 사회적 비용	실질 비용(B)	11.7	15.2	23.1	34.2	43.2
	GDP 대비 비율(B/A)	1.0%	1.0%	1.2%	1.4%	1.5%

자료: 보건복지부의 「치매노인 실태 조사(2011)」 및 국회예산정책처의 「2013~2060년 장기 재정전망 및 분석(2014)」에 의한 추정을 기초로 국회예산정책처 산정

## 나. 치매조기검진과 약물치료의 편익

- 치매 조기검진과 약물치료를 시행할 경우 연간 1조 3,000억원에서 2조 8,000억원의 사회적 비용 절감효과를 기대할 수 있음.
  - 치매조기검진에 의해 약물치료를 실시할 경우 발생하는 경제적 편익은 약 11조원이고, 8개년 동안의 연간 평균 편익은 약 1조 3,000억원임.
  - 다른 선행 연구(Getsios et al., 2012)에 의하면 조기검진과 약물치료를 동시에 수행할 경우 약 2조 7,987억원의 경제적 편익이 발생하는 것으로 시산됨.

## 다. 치매조기검진 확대에 따른 재정소요액 추정

- 보건소(치매상담센터)를 통한 치매 선별검사 건수는 크게 증가하였으나, 이를 통해 치매로 진단을 받은 노인의 비율은 낮음(2013년 총 159만 3,598명의 수검자 중 치매 확진자는 2.31%인 3만 6,748명).
- 조기검진의 효과성을 제고하기 위해서 치매 선별검사를 국민건강보험공단에서 실시하는 건강검진에 포함시키고, 진단 및 감별검사 본인부담액을 소득수준과 관계없이 전액 지원하는 방안을 검토함.
  - 75세 이상을 대상으로 할 경우 2년 동안 488억원, 70세 이상 및 65세 이상으로 확대할 경우 각각 837억원, 1,245억원이 소요될 것으로 추정됨.

## 3. 치매관리사업의 전달체계

### 가. 광역치매센터 및 치매거점병원 확충

- 6개 시도(광주, 울산, 세종, 전남, 경남, 제주)에 광역치매센터가 지정되지 않은 상태이며, 치매거점병원으로 지정된 공립요양병원은 총 7곳에 그침.
  - 광주-전남, 울산-경남 지역의 광역치매센터 통합 운영 등 전달체계가 구축되지 않은 지역은 지리적 근접성과 치매환자 수, 치매진단공백 등을 고려하여 전달체계를 마련할 필요가 있음.

#### 나. 시군구 치매상담센터의 인력 확충

- 전남, 충남, 경북, 제주 등 일부 시도는 치매환자 수, 치매 진단공백 등을 고려할 때 치매관리사업을 적극적으로 수행해야 함에도 불구하고, 치매관리사업 담당 인력을 확보하는 데 소극적임.
- 치매 선별검사 지원, 인지훈련프로그램 제공, 치매 노인 사례관리 등을 수행하는 치매관리사업 전담 인력을 확충하는 데 필요한 재정규모를 추계한 결과, 연간 37~83억원이 소요되는 것으로 나타남.

#### 다. 치매 중증도에 따른 치매관리서비스 제공기관 연계 강화

- 국회예산정책처의 설문조사 결과, 경증은 재가노인복지시설(방문요양, 주야간보호), 중등도는 노인의료복지시설(노인요양공동생활가정, 노인요양시설), 중증은 요양병원(치매거점병원 등)을 이용하는 것이 적절하다고 인식하고 있음.
- 보건복지부의 2011년 「치매노인 실태조사」에 따르면, 노인요양공동생활가정과 요양병원을 이용하는 치매환자 중 각각 34%, 25%는 양로시설이나 가정에 거주하면서 보살피는 것이 적합하고, 양로시설 거주자의 19.4%는 방문요양, 주야간보호 등으로도 돌봄이 가능한 것으로 나타남.

### 4. 치매관리서비스의 질 관리

#### 가. 인지훈련프로그램 운영의 체계화 필요

- 정부는 치매특별등급을 도입하여 재가복지서비스를 이용하는 경증 치매환자에게 인지훈련프로그램을 제공하고 있으나, 노인의료복지시설에 대한 인지훈련프로그램 지원은 부족한 것으로 나타남.

- 국회예산정책처가 수행한 치매관리서비스 기관 설문조사에서 전체 응답자의 24.7%(43명)만이 강사를 초빙하여 인지훈련프로그램을 운영하고 있다고 답하였고, 60.9%(106명)는 시설의 사회복지사, 요양보호사 등의 인력이 프로그램을 운영하고 있다고 응답함.
- 정부는 일선 치매관리서비스 제공기관들이 활용할 수 있는 인지훈련프로그램 제공 방식 및 프로그램 운영인력, 평가방법 등에 대한 가이드라인을 제시할 필요가 있음.
  - 중증도별로 적합한 프로그램을 개발하고, 이를 매뉴얼화하여 개별 기관의 담당자들이 활용할 수 있도록 하며, 시도별로 인지재활전문강사 풀을 구성하여 치매관리서비스 제공기관들이 활용할 수 있도록 함.

#### 나. 전문적인 치매관리서비스 제공기관 구축

- 공립요양병원 중 다수가 입원환자 중 치매환자의 비율이 운영원칙(2/3 이상)에 미치지 못하고, 정신건강의학과와 신경과 전문의가 모두 없는 공립요양병원이 39.4%로 전문 인력 확보도 미흡함.
- 치매 전문 재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 요양병원을 도입하는 방안을 모색할 필요가 있음.
  - 국회예산정책처의 설문조사 결과, 정부가 치매 노인에 대한 지원을 확대함에 있어, 치매거점병원, 치매 전문 노인의료복지시설 및 재가노인복지시설 등의 인프라 구축이 필요하다는 의견이 40.1%(122명)로 가장 많았음.
  - 치매 환자에 맞는 체계화된 인지훈련프로그램을 제공하며, 치매 노인과 비치매 노인의 생활공간을 분리하는 등 시설 운영 방식을 조정한 시설에 대해 치매전문기관 인증제도를 운영하는 방안을 검토할 필요가 있음.

#### 다. 치매관리서비스 제공기관의 서비스 질 평가 강화

- 재가노인복지시설 및 노인의료복지시설, 요양병원은 치매 노인만을 대상

으로 운영되는 기관은 아니지만, 치매관리정책 확대에 따른 효과 및 개선과제 등을 파악하기 위해서 관련 평가 기준을 마련할 필요가 있음.

- 치매관리서비스 제공기관이 위치한 지역의 광역치매센터가 해당 기관을 이용하는 치매 노인에게 제공되는 인지훈련프로그램, 치매 진행 속도 완화 여부 등에 대한 지속적인 모니터링을 하도록 할 필요가 있음.

## 5. 치매연구사업의 추진

- 미국은 국립보건연구원 산하에 국립노화연구소를 두고, 치매 관련 연구를 기획·조정하고 수행함.
  - 국립노화연구소는 대학교, 병원 등 외부 연구진의 노화 관련 연구를 조정·연계하고, 국립치매연구조정본부는 총 29개의 지역별 치매연구본부를 통하여 치매 관련 연구의 데이터베이스를 구축하여 다양한 연구진에게 제공함.
- 일본은 노동후생성 산하 국립정신·신경의료연구센터와 국립장수의료연구센터, 국립장수과학연구소를 통하여 치매연구사업을 수행하고 있음.
  - 국립정신·신경의료센터는 국립병원, 신경과학연구소, 통합 뇌 연구소 등으로 구성되어 있고, 국립장수의료연구센터는 치매 연구뿐만 아니라 각종 노인병 및 노인학 관련 연구를 수행하고 있음.
  - 국립장수과학연구소 산하 치매선진의료개발센터에서는 알츠하이머성 치매와 각종 노인성 질환에 대한 연구를, 노년학·사회과학연구센터는 고령화 관련 사회과학 연구를 수행하고 있음.
- 정부는 노화, 노인병 등을 전담하여 연구사업을 수행하는 연구기관을 별도로 설립하고, 치매 관련 연구의 조정·연계 기능을 강화할 필요가 있음.
  - 중앙치매센터, 한국뇌연구원 등 치매 전문 연구 조직과 노화 관련 질병 연구 수행 기관들을 조정·연계하는 총괄 기관을 두고, 중앙치매센터·광역치매센터를 통하여 치매 연구에 필요한 임상데이터 수집, 임상시험 조정 등을 수행함.
    - 광역치매센터에서 뇌를 기증 받고 뇌 기증자를 대상으로 임상데이터를 수집한 뒤 관련 자료를 한국뇌연구원 국가뇌조직은행에서 관리토록 하며, 치매연구사업 수행 시 임상시험 조정 기능을 수행하도록 함.



# 차 례

I. 서 론 / 1	
II. 치매의 실태 및 치매관리사업의 현황 / 3	
1. 치매의 실태 .....	3
2. 치매관리사업의 현황 .....	7
III. 치매관리사업의 평가 방법 / 21	
1. 통계자료 및 선행연구 분석과 실지조사 .....	21
2. 치매관리서비스 제공기관 담당자에 대한 설문조사 .....	22
3. 치매관리 분야 전문가에 대한 AHP설문조사 .....	23
IV. 치매조기검진 확대의 사회적 편익 / 29	
1. 치매조기검진 및 약물치료의 사회적 편익 추정 .....	29
2. 치매조기검진 확대에 따른 재정소요액 추정 .....	35
V. 치매관리사업의 전달체계 / 41	
1. 치매관리사업 전달체계의 구성 및 현황 .....	41
2. 광역치매센터 및 치매거점병원 확충 .....	44
3. 시군구 치매상담센터의 인력 확충 .....	47
4. 치매 중증도에 따른 치매관리서비스 제공기관 연계 강화 .....	55
VI. 치매관리서비스의 질 관리 / 59	
1. 인지훈련프로그램 운영의 체계화 필요 .....	59
2. 전문적인 치매관리서비스 제공기관 구축 .....	61
3. 공립요양병원 및 치매거점병원의 치매관리서비스 제공 기능 강화 .....	64
4. 치매관리서비스 제공기관의 서비스 질 평가 강화 .....	67

## VII. 치매연구사업의 추진 / 73

1. 우리나라 치매연구사업의 현황 ..... 73
2. 외국의 치매연구사업 추진 사례: 미국과 일본 ..... 74
3. 체계적인 치매연구사업 확대 방안 모색 필요 ..... 78

## VIII. 치매관리사업의 개선과제 / 81

1. 치매조기검진 등에 대한 정부의 투자 확대 필요 ..... 81
2. 치매관리정책 전달체계 확충 방안 모색 ..... 83
3. 치매 전담 요양 및 치료 서비스 제공 인프라 구축 필요 ..... 84
4. 중증도에 따른 치매관리서비스 제공기관 간의 적절한 연계 필요 ..... 86
5. 인지훈련프로그램에 대한 지침 제공 및 지원 필요 ..... 87
6. 치매연구사업의 확대 및 체계화 필요 ..... 89

## 참고문헌 / 91

- [부록 1] 치매관리 분야 전문가 대상 AHP 설문지 / 93
- [부록 2-1] 치매관리서비스 제공기관 담당자 대상 설문지 / 107
- [부록 2-2] 치매관리서비스 제공기관 담당자 대상 설문지 / 113

## 표 차례

[표 1] 65세 이상 노인 치매 환자 수 및 치매 유병률 추이 .....	4
[표 2] 치매관리사업의 구성 .....	8
[표 3] 치매관리사업 예산 현황: 중앙정부 부담분 .....	12
[표 4] 치매관리사업 예산 현황: 지방자치단체 부담분 .....	13
[표 5] 치매에 대한 노인장기요양보험의 적용 수준 .....	14
[표 6] 노인장기요양보험의 치매등록수급자에 대한 지출 현황 .....	15
[표 7] 치매관리사업의 성과관리 현황 .....	18
[표 8] 치매관리사업의 전달체계에 대한 실지조사 .....	22
[표 9] 치매관리서비스 제공기관 설문조사 현황 .....	23
[표 10] AHP 설문조사 응답자의 자격증 보유 현황 .....	24
[표 11] 치매관리정책의 우선순위 조사 결과 .....	26
[표 12] 치매환자 1인당 연간 경제적 비용 .....	30
[표 13] 중증도별 경제적 비용 .....	31
[표 14] 약물치료 여부에 따른 요양시설 입소 비율 비교 .....	31
[표 15] 약물치료에 따른 비용절감 효과 .....	32
[표 16] 의료기관 종별 치매환자 의료이용 현황: 2012년 .....	33
[표 17] 조기검진 및 약물치료의 사회적 편익 .....	34
[표 18] 치매로 인한 사회적 비용 추이 .....	35
[표 19] 치매조기검진방안 비교 .....	37
[표 20] 치매 선별, 진단 및 감별 검사 수검자 추계 .....	38
[표 21] 치매검진 비용: 2014년 기준 .....	39
[표 22] 치매조기검진 확대의 재정소요액 추계 .....	40
[표 23] 시도별 치매관리서비스 제공기관 현황 .....	44
[표 24] 광역치매센터 및 치매거점병원의 설치·운영 현황 .....	45
[표 25] 시도별 65세 이상 치매환자 수 및 치매진단공백 .....	47
[표 26] 시군구 치매상담센터의 운영 및 인력 현황 .....	49
[표 27] 시도별 치매 유병률·부양지수·진단공백: 2012년 .....	50
[표 28] 2013년도 시도별 선별검사 현황 .....	52

[표 29]	치매상담센터 전담인력 확충 재정소요액 추계 .....	54
[표 30]	지역사회 및 치매서비스 제공기관 치매환자의 시설보호등가치 .....	57
[표 31]	공립요양병원의 치매전용병동 현황 .....	63
[표 32]	치매거점병원의 치매전용병동 현황 .....	64
[표 33]	시도별 치매거점병원 및 공립요양병원 분포 현황 .....	65
[표 34]	치매거점병원별 치매환자 현황 .....	66
[표 35]	공립요양병원 소속 정신건강의학과 및 신경과 전문의 현황 .....	67
[표 36]	공립요양병원(37개소)의 인지훈련프로그램 평가 현황 .....	69
[표 37]	요양병원 등급 평가지표 .....	71
[표 38]	미국과 일본의 치매연구사업 수행기관 예산 현황 .....	77
[표 39]	치매 관련 연구과제 수행 현황: 2012년 .....	79
[표 40]	치매조기검진 확대의 재정소요액 추계 .....	82
[표 41]	치매상담센터 전담인력 확충 재정소요액 추계 .....	82
[표 42]	치매관리서비스 제공기관의 증가 추이: 2009~2013년 .....	84

## 그림 차례

[그림 1] 연령대별 치매 유병률 비교 .....	3
[그림 2] 치매의 유형별 분포: 2012년 기준 추산 .....	5
[그림 3] 치매의 중증도별 비중: 2012년 기준 추산 .....	6
[그림 4] 65세 이상 한국 노인의 치매 유병률 및 치매 환자 수 추이 .....	6
[그림 5] 「제2차 국가치매관리종합계획(’13~’15)」의 정책목표 및 추진과제 .....	7
[그림 6] 치매관리사업의 예산 추이 .....	11
[그림 7] 노인장기요양보험 등급체계 개편 .....	16
[그림 8] 치매특별등급으로 인한 재정소요액 추이 .....	17
[그림 9] 국가 치매관리정책의 우선순위에 관한 AHP 분석 체계도 .....	24
[그림 10] 치매관리사업의 전달체계 .....	41
[그림 11] 시군구 치매상담센터의 주요 기능 .....	48
[그림 12] 치매 경중에 따른 적합 기관 및 서비스 .....	55
[그림 13] 치매 노인 대상 인지훈련프로그램 운영여부 .....	60
[그림 14] 치매 노인과 비치매 노인 구분의 적절성 여부 .....	62
[그림 15] 치매노인과 비치매노인 구분 이유 .....	62
[그림 16] 장기요양보험급여 평가지표 .....	70
[그림 17] 미국의 치매연구사업 수행기관 .....	75
[그림 18] 일본의 치매연구사업 수행기관 .....	76
[그림 19] 치매 노인에 대한 지원 확대 방향 .....	85
[그림 20] 치매 전담 방문요양센터 지정의 필요성 .....	86
[그림 21] 경증치매 노인에 대한 노인장기요양보험 적용 방향 .....	88



# I. 서 론

치매는 정상적으로 생활해오던 사람이 다양한 원인에 의해 뇌기능이 손상되면서 이전에 비해 인지기능<sup>1)</sup>이 지속적으로 저하되어 일상생활에 상당한 지장이 나타나는 상태를 뜻한다. 일반적으로 치매 유병률은 연령이 증가할수록 높아지는 것으로 알려져 있다.

통계청에 따르면, 우리나라는 2000년에 65세 이상 노인 인구의 비율이 7% 이상인 고령화사회에 도달하였다. 또한, 2017년에는 노인 인구의 비율이 14% 이상인 고령사회가 되고, 2026년에는 노인 인구의 비율이 20% 이상인 초고령사회가 될 것으로 예측된다. 우리나라는 고령화사회에서 고령사회로 이행하는 데 17년, 고령사회에서 초고령사회로 이행하는 데 9년이 소요될 것으로 전망되어, 세계에서 가장 빠르게 고령화가 진행되고 있는 국가로 손꼽히고 있다.<sup>2)</sup>

이처럼 고령화가 급속하게 진행됨에 따라, 전체 노인 인구에서 차지하는 치매 노인의 비율도 지속적으로 증가할 것으로 보인다. 보건복지부가 실시한 「2012년 치매 유병률 조사」에 따르면, 우리나라 전체 노인 인구에서 차지하는 치매 노인의 비율은 2010년 8.7%에서 2020년 10.4%로 증가하고, 2050년에는 15.1%에 이를 것으로 전망되고 있다.

치매는 장기적인 돌봄이 필요하기 때문에, 치매 노인 및 그 가족이 상당 기간 동안 관련 비용을 부담하게 된다. 보건복지부와 중앙치매센터는 2013년 기준 우리나라의 치매 노인은 약 57만명이며, 배우자, 자녀, 손자녀를 포함한 치매 노인의 가족은 약 230만명에 이르는 것으로 추산하였다. 또한, 치매 노인의 조호자<sup>3)</sup>는 2013년 기준 연간 2,030만원을 치매 노인을 돌보는 데 사용하고 있는 것으로 조사되었다.

- 
- 1) 인지기능은 기억력, 언어 능력, 시공간 파악 능력, 판단력 및 추상적 사고력 등 다양한 지적 능력을 의미함.
  - 2) 통계청, OECD 등에 따르면, 현재까지 가장 빠르게 고령화가 진행된 일본은 고령화사회에서 고령사회로 이행하는 데 24년, 고령사회에서 초고령사회로 이행하는 데 12년이 걸렸음. 한편, 고령화 속도가 가장 늦은 것으로 나타난 프랑스는 고령화사회에서 고령사회로 이행하는 데 115년, 고령사회에서 초고령사회로 이행하는 데 39년이 소요됨.
  - 3) 조호란 도와서 보호한다는 뜻임. 치매 환자의 조호자는 치매 환자의 일상생활 유지를 위한 돌봄(서비스)을 제공하는 사람으로서, 치매 환자의 가족이 주로 해당됨.

이를 토대로, 치매 노인의 수를 고려하여 치매관리에 투입되는 직·간접 비용을 추산하면 2013년 기준 11조원을 넘어서는 것으로 추정된다.

정부는 치매 환자의 증가에 따른 각종 사회적 비용을 경감하고자, 2008년 8월 ‘치매와의 전쟁’을 선포하였다. 정부는 「치매종합관리대책(2008~2014)」<sup>4)</sup>을 발표하고, 「노인복지법」의 일부 조항에 근거하여 시행되던 치매관리사업의 법적 근거를 2011년 8월 제정된 「치매관리법」에 규정하였다. 2012년 7월에는 「제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015)」을 발표하여, 현재 추진 중인 치매관리사업은 「제2차 국가치매관리종합계획」의 내용을 기반으로 하고 있다. 정부는 2014년 7월 노인장기요양보험 요양등급에 ‘치매특별등급’을 포함시키고, ‘치매가족휴가제’를 시행하는 등 치매로 인한 사회적 비용을 줄이기 위하여 치매관리사업을 확대하고 있다.

국회예산정책처는 현행 치매관리사업의 문제점 및 개선과제를 파악하여, 치매관리사업 예산을 효율적으로 집행하고 치매관리사업의 효과성을 제고할 수 있는 방안을 모색하고자 한다. 이를 위하여, 국회예산정책처는 치매의 실태 및 치매관리사업의 현황을 파악하고, 관련 통계자료 및 선행연구, 실지조사 결과, 치매 관련 실무자와 전문가를 대상으로 실시한 설문조사 결과 등을 종합하여 치매관리사업에 대한 평가를 수행하였다.

---

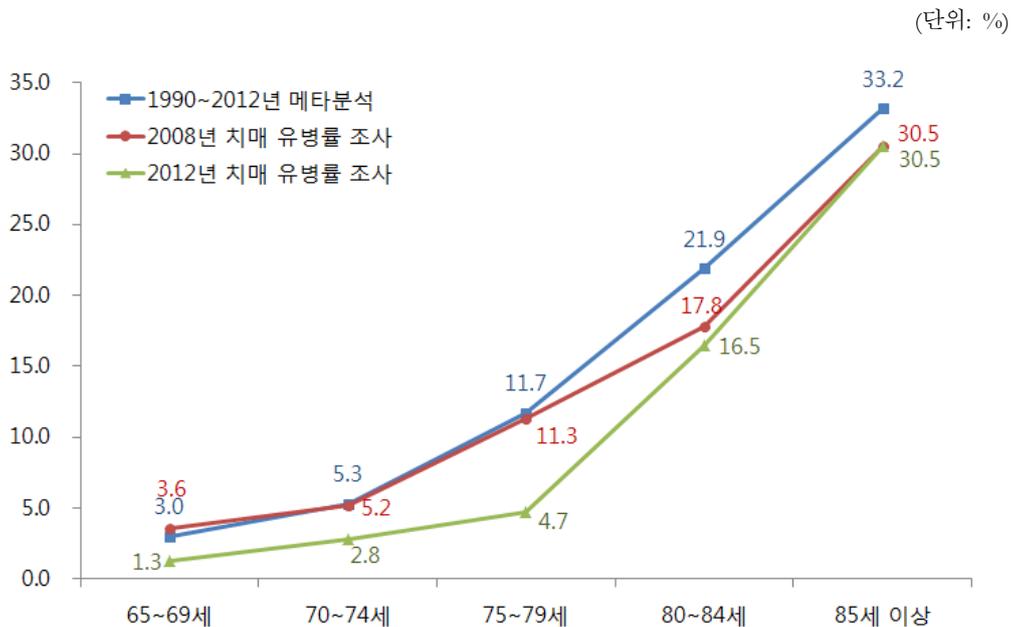
4) 「치매종합관리대책」은 치매조기발견과 예방 강화, 조기 발견된 치매환자에 대한 종합적·체계적 치료·관리, 치매관리 인프라 구축, 노인장기요양보험 대상자 확대를 통한 치매환자 가정의 부담 경감 등을 목표로 하고 있으며, 이는 「제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015)」에서 추진과제로 구체화됨.

## Ⅱ. 치매의 실태 및 치매관리사업의 현황

### 1. 치매의 실태

우리나라의 65세 이상 노인 인구 치매 유병률은 급속한 고령화로 인하여 향후 지속적으로 증가할 전망이다. 일반적으로 치매 유병률은 연령이 증가할수록 높아지기 때문이다. [그림 1]과 같이 연령대별 치매 유병률을 비교한 결과, 65~69세의 치매 유병률은 1.3~3.6%이나, 연령이 증가함에 따라 유병률이 점증하여 85세 이상의 경우 30.5~33.2%인 것으로 나타난다.

[그림 1] 연령대별 치매 유병률 비교



주: 김기웅 외(2011) 논문과 보건복지부 「2012년 치매 유병률 조사」  
 자료: 중앙치매센터 제출자료를 토대로 국회예산정책처 제작성

2010년 인구주택총조사 기준 연령, 성별, 교육, 거주지역 표준화<sup>5)</sup> 치매 유병률 기준으로 추산한 전체 인구 대비 치매 노인 비중은 2012년 1.1%에서 2050년 5.6%로, 5배 넘게 증가할 것으로 전망된다. 연도별 노인의 치매 유병률은 2012년 9.18%, 2020년 10.39%, 2030년 10.03%, 2040년 11.90%, 2050년 15.06%이다. 2040년과 2050년 사이에 치매 유병률이 11.90%에서 15.06%로 급등하는 것은 동 기간 동안에 치매 유병률이 가장 높은 85세 이상 인구가 207만 8,574명에서 369만 9,523명으로 크게 증가하는 것으로 추계되었기 때문이다.

여성의 치매 유병률이 남성보다 높은 것으로 나타난다. 2014년 기준 여성 노인의 치매 유병률은 11.70%로, 남성 노인의 치매 유병률인 6.62%보다 5.08%p 높다.<sup>6)</sup> 2014년 현재 우리나라 65세 이상 노인 인구 중 치매 환자는 약 61만 2,000여명으로, 남성이 약 17만 6,000명(28.7%), 여성이 약 43만 6,000명(71.3%)인 것으로 추정되었다.

[표 1] 65세 이상 노인 치매 환자 수 및 치매 유병률 추이

(단위: 명, %)

		2012	2013	2014	2015	2016	2020	2030	2040	2050
남	환자 수	155,955	165,818	175,957	185,966	196,286	239,930	393,761	625,222	823,991
	유병률	6.42	6.52	6.62	6.72	6.83	6.95	6.93	8.38	10.11
여	환자 수	384,800	410,358	436,090	462,257	489,453	600,081	878,684	1,338,833	1,886,041
	유병률	11.12	11.42	11.70	11.99	12.27	12.95	12.53	14.81	19.17
전체	환자 수	540,755	576,176	612,047	648,223	685,739	840,010	1,272,444	1,964,056	2,710,032
	유병률	9.18	9.39	9.58	9.79	9.99	10.39	10.03	11.90	15.06
전체 인구 대비 치매 노인 비중		1.1	1.1	1.2	1.3	1.3	1.6	2.4	3.8	5.6

주: 2010년 인구주택총조사 연령, 성별, 교육, 거주지역 표준화 치매 유병률로 추산함.

자료: 보건복지부, 「2012년 치매 유병률 조사」, 2012.

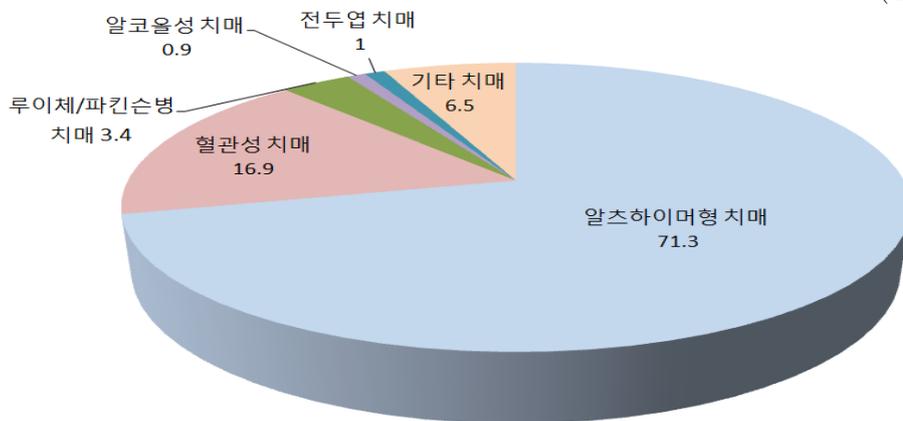
- 5) 치매 유병률은 연령, 성별, 교육, 거주지역 등에 따라 다른 것으로 나타남. 따라서, 치매 유병률 조사에서 선정한 조사 대상자들의 연령, 성별, 교육, 거주지역별 구성비가 실제 우리나라의 연령, 성별, 교육, 거주지역별 구성비와 상이할 경우 치매 유병률 조사에서 도출된 결과가 실제 치매 유병률과 다를 수 있음. 이러한 점을 보완하기 위하여, 치매 유병률 조사에서 제시된 연령, 성별, 교육, 거주지역별 유병률 수치를 2010년 인구주택총조사에서 제시된 노인 인구의 연령, 성별, 교육, 거주지역별 구성비에 적용하여 표준화한 것임.
- 6) 여성의 평균 수명이 남성보다 길기 때문에 치매 유병률이 80세 이상의 연령층에 여성의 비중이 높은 것이 하나의 원인이며, 2012년 치매 유병률 조사 결과에 의하면 80세 이상 연령층의 경우 동일한 연령층에서도 여성이 남성보다 치매 유병률이 높은 것으로 나타남. 예를 들어, 80~84세 구간에서 남성의 치매 유병률은 11.40%인 반면, 여성의 치매 유병률은 이보다 두배 이상 높은 24.15%이며, 85세 이상 구간에서는 남성의 치매 유병률은 25.76%인 반면, 여성의 치매 유병률은 51.84%임.

#### 4·II. 치매의 실태 및 치매관리사업의 현황

[그림 2]는 2010년 인구주택총조사 노인 인구의 연령, 성별, 교육, 거주지역 표준화 치매 유병률을 기준으로 추산한 2012년 기준 치매의 유형별 분포를 나타낸 것이다. 치매는 원인 질환에 따라 알츠하이머성 치매, 혈관성 치매, 루이체 치매, 전측두엽 퇴행, 파킨슨병 등으로 구분할 수 있다. 2012년 기준 알츠하이머성 치매 유병률은 6.5%로 전체 치매의 71.3%를 차지하였고, 혈관성 치매는 1.6%로 전체 치매의 16.9%를 차지하였다. 이 두 유형을 제외한 기타 치매의 유병률은 1.1%로 전체 치매의 11.8%였다.

[그림 2] 치매의 유형별 분포: 2012년 기준 추산

(단위: %)



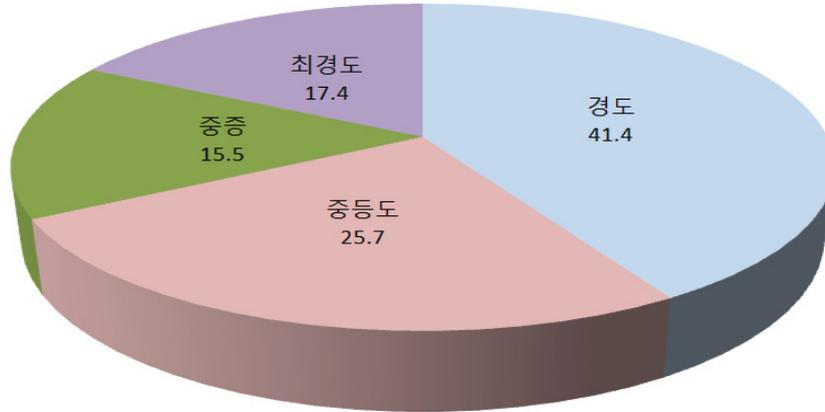
자료: 보건복지부, 「2012년 치매 유병률 조사」, 2012.

[그림 3]은 2010년 인구주택총조사 노인 인구의 연령, 성별, 교육, 거주지역 표준화 치매 유병률을 기준으로 추산한 2012년의 치매의 중증도별 비중(%)을 도식화한 것이다. 최경도 치매, 경도 치매, 중등도 치매, 중증 치매는 각각 전체 치매의 17.4%, 41.4%, 25.7%, 15.5%로 추산되었고, 최경도 및 경도 치매가 전체의 58.8%를 차지하였다.

7) 치매임상평가척도(Clinical Dementia Rating; CDR)을 이용하여 CDR 0.5는 최경도 치매, 1은 경도 치매, 2는 중등도 치매, 3 이상은 중증 치매로 분류함. 임상가가 환자 및 조호자와의 자세한 인터뷰를 통해서 기억력, 지남력, 판단력과 문제 해결 능력, 사회활동, 가정생활과 취미, 개인관리의 여섯가지 세부 항목들을 평가하고 기능을 파악한 뒤 각 영역의 점수를 결정함. 각 영역에서 0점부터 5점까지(0, 0.5, 1, 2, 3, 4, 5) 점수를 매긴 후, 6가지 영역의 평가점수의 합산하고(Sum of Boxes; SOB), 기억력 점수를 고려하여 전반적 임상치매평가 점수(Global Score)를 결정함. 선별 검사인 MMSE 점수도 중증도를 보여주는 하지만, CDR 척도에 비하여 중증도를 구분하는 데 있어서 정확도가 떨어진다고 알려져 있음.

[그림 3] 치매의 중증도별 비중: 2012년 기준 추산

(단위: %)

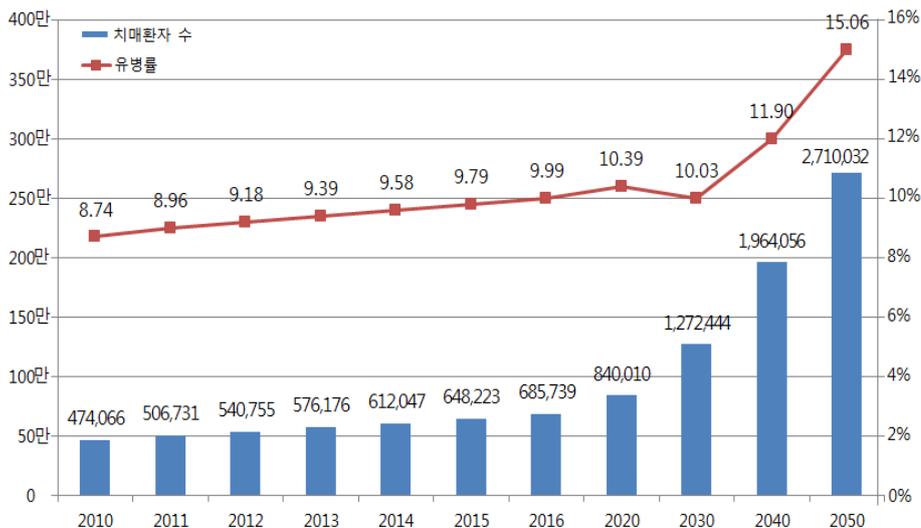


자료: 보건복지부, 「2012년 치매 유병률 조사», 2012.

고령화에 따른 노인 인구의 증가로 우리나라 65세 이상 노인 인구의 치매 환자 수는 가파르게 늘어나, 20년마다 치매 환자 수가 2배 가량 증가할 것으로 예측되고 있다. 2010년 인구주택총조사 기준 연령, 성별, 교육, 거주지역 표준화 치매 유병률로 추산한 결과, 우리나라의 치매 환자는 2011년에 50만명을 넘었으며, 2024년에 100만명, 2041년에 200만명을 넘을 것으로 전망되고 있다.

[그림 4] 65세 이상 한국 노인의 치매 유병률 및 치매 환자 수 추이

(단위: 명, %)



자료: 보건복지부, 「2012년 치매 유병률 조사», 2012.

6 • II. 치매의 실태 및 치매관리사업의 현황

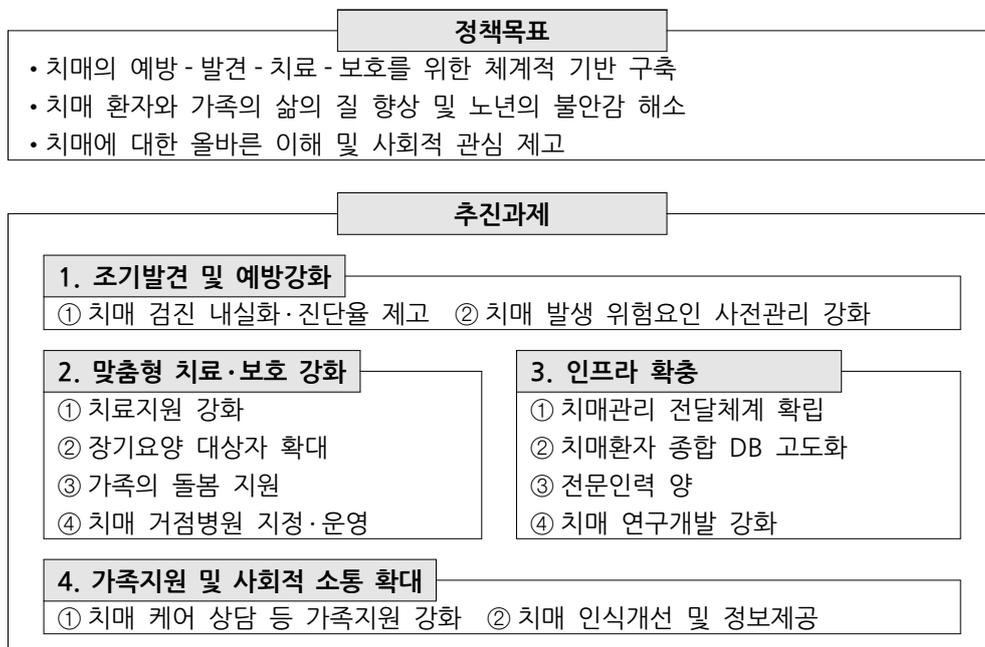
## 2. 치매관리사업의 현황

### 가. 치매관리사업의 개요

정부는 2008년 8월, ‘치매와의 전쟁’을 선포하고, 그 후속조치로 「치매종합관리대책(2008~2014)」을 발표하였다. 또한, 「노인복지법」의 일부 조항에 근거를 두고 시행되던 치매관리사업의 근거 법률을 2011년 8월 제정된 「치매관리법」에 규정하였다. 「치매종합관리대책(2008~2014)」이 끝나기 전인 2012년 7월에는 「제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015)」이 발표되었다.

「제2차 국가치매관리종합계획」의 정책목표 및 추진과제는 다음의 [그림 5]와 같다. 우리나라 치매관리정책의 목표는 1) 치매의 예방-발견-치료-보호를 위한 체계적 기반 구축, 2) 치매 환자와 가족의 삶의 질 향상 및 노년의 불안감 해소, 3) 치매에 대한 올바른 이해 및 사회적 관심 제고이다. 이러한 정책목표의 달성을 위하여, 조기발견 및 예방강화, 맞춤형 치료·보호 강화, 인프라 확충, 가족지원 및 사회적 소통 확대의 4개 추진과제를 설정하였다.

[그림 5] 「제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015)」의 정책목표 및 추진과제



자료: 보건복지부, 「제2차 국가치매관리종합계획」, 2012.

## 나. 치매관리사업의 주요 내용

현재 정부가 추진 중인 치매관리사업은 [표 2]에 제시된 사업들로 구성된다. 대부분의 치매관리사업은 국민건강증진기금으로 수행되며, 일반회계로 수행되는 사업은 ‘치매특별등급’ 도입에 따른 노인장기요양보험 운영 지원에 해당한다. 치매관리사업은 국민건강증진기금으로 수행되는 ‘치매관리체계 구축’, ‘노인건강관리’, ‘지역사회 통합건강증진사업’, ‘만성병관리기술개발연구’와 일반회계로 수행되는 ‘노인장기요양 보험 사업운영’으로 구분된다.

세부사업 ‘치매관리체계 구축’을 살펴보면, 세사업 “국가치매관리사업 운영”은 중앙치매센터에 대한 지원을 통하여 치매전문인력 교육사업, 실종노인방지사업, 홈페이지 및 스마트폰 앱 운영, 치매연구, 홍보 및 인식개선 사업, 지역치매관리, 국제 협력 등을 수행할 수 있도록 하는 것이다. 세사업 “광역치매관리사업 운영”은 현재 11개 시도에 설립·운영 중인 광역치매센터를 지원하는 사업이다. 세사업 “치매상담콜”은 콜센터를 운영하여 치매 환자 및 그 보호자에 대한 상담을 실시하고, 적절한 서비스를 연계해주는 것을 목표로 한다.

[표 2] 치매관리사업의 구성

회계/기금	단위사업	세부사업	세사업명
국민건강 증진기금	노인 의료시설확충	치매관리체계 구축	국가치매관리사업 운영
			광역치매관리사업 운영*
			치매상담콜*
			공립치매병원 기능 보강
	취약계층 의료비지원	노인건강관리	치매치료관리비 지원
			기타 치매예방관리
보건소건강증진	지역사회통합건강증진사업	치매검진사업비	
질병관리연구	만 병관리기 개발연구	고령화대응 노화 및 치매연구	
일반회계	노인 장기요양 보험지원	노인장기요양보험 사업운영	노인장기요양보험 운영지원
			치매특별등급 소요분
			기타의료급여수급권자 급여비용 국가지원 치매특별등급 소요분

주: \*표로 표시된 ‘광역치매관리사업 운영’과 ‘치매상담콜’은 2013년의 경우 일반회계로 추경예산이 편성·반영됨.

자료: 보건복지부의 「2014년 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료」 및 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

## 8 • II. 치매의 실태 및 치매관리사업의 현황

세부사업 ‘치매관리체계 구축’의 세사업인 “공립치매병원 기능 보강”은 공립요양병원 중 기능 보강이 필요한 요양병원을 선정하여 기능보강비를 지원하는 사업이다. 동 사업은 공립치매병원의 쾌적한 환경조성을 통한 치매질환의 악화 방지 및 치매노인 가족의 부담경감을 목표로 한다. 세사업 “공립치매병원 BTL 정부지급금”은 기존의 공립치매병원 신축사업이 2008년부터 BTL사업방식<sup>8)</sup>으로 전환됨에 따라, BTL방식으로 완공된 6개 병원<sup>9)</sup>에 대한 정부지급금을 지급하는 사업이다.

세부사업 ‘노인건강관리’의 세사업 “치매치료관리비 지원”은 약제비 등 치매치료관리비를 월 3만원 상한으로 저소득층 치매환자에게 지원하는 사업이다. 세사업 “기타 치매예방관리”는 치매관리사업 홍보, 치매전문교육 등을 포함한다.

세부사업 ‘지역사회통합건강증진사업’의 예산에 편성된 “치매검진사업비”는 2012년까지는 세부사업 ‘노인건강관리’의 세사업으로 시행되었던 “치매조기검진”과 “치매노인사례관리”를 시군구 보건소를 통해 수행하는 데 투입되는 예산이다. “치매검진사업비”는 시군구 보건소에서 노인을 대상으로 검진을 실시하여 치매 여부를 판정하고, 치매 노인에게 필요한 각종 자원 및 서비스를 연계해주는 데 사용된다.

세부사업 ‘만성병관리기술개발연구’는 치매를 비롯한 만성질환에 대한 연구개발비를 지원하는 사업이며, 동 사업의 예산 산출내역에 “고령화대응 노화 및 치매 연구” 비용이 포함되어 있다.

- 
- 8) 민간투자사업 방식의 하나인 BTL(Build-Transfer-Lease)은 사회기반시설의 준공(Build)과 동시에 당해 시설의 소유권이 국가 또는 지방자치단체에 귀속(Transfer)되고, 사업시행자에게 일정기간의 시설 관리운영권(사용권)을 인정하되 시설 관리운영권을 국가 또는 지방자치단체 등이 협약에서 정한 기간 동안 임차(Lease)하여 사용하는 것임.
- 9) 화순노인전문병원, 부산시립노인전문병원, 의령노인전문병원, 함평공립노인전문병원, 의성공립치매병원, 강남구공립치매병원 등임.

세부사업 ‘노인장기요양보험 사업운영’은 “노인장기요양보험<sup>10)</sup> 사업 추진 경비 지원”, “노인장기요양보험 가입자 및 기타의료수급권자에 대한 국가부담금 지원” 등<sup>11)</sup>을 통하여 노인장기요양보험제도의 안정적인 추진을 도모하는 것을 목적으로 한다. 2014년 7월 노인장기요양보험에 ‘치매특별등급<sup>12)</sup>이 도입됨에 따라, 2014년 예산부터 치매특별등급 운영에 따른 추가비용이 반영되었다.

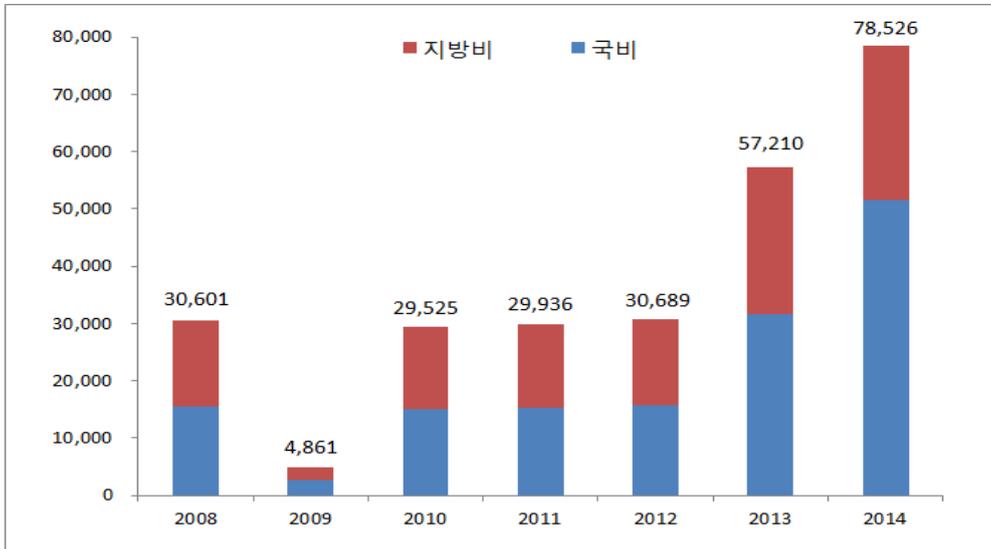
#### 다. 치매관리사업의 예산 현황

치매관리사업에 투입된 총예산은 2008년부터 2012년까지 2009년의 일시적 감소를 제외하고는 300억원대를 유지하다가, 「제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015)」이 발표된 2013년 이후 증가하고 있다. 2008년에는 치매관리사업에 306억 100만원의 예산이 투입되었으나, 광역치매센터 설립 등이 추진된 2013년에는 2008년보다 87.0% 증가한 572억 1,000만원이 투입되었다. 2014년에는 7월부터 노인장기요양보험 요양등급에 ‘치매특별등급’이 도입됨에 따라 발생하는 노인장기요양보험 사업운영 예산 증가분이 반영되어, 전년대비 37.3% 증가한 785억 2,600만원이 편성되었다.

- 
- 10) 노인장기요양보험은 고령이나 노인성 질병 등으로 인하여 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인에게 신체활동 또는 가사활동을 지원하여 노후의 건강증진 및 생활안정을 도모하고, 그 가족의 부담을 경감하기 위하여 2008년 도입된 사회보험제도임.
  - 11) 정부는 매년 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 국민건강보험공단에 지원하고 있음. 또한, 노인장기요양보험 가입자가 공무원 및 사립학교 교직원, 기타의료급여수급권자(기초생활보장 수급권자 등)일 경우에는 이에 대한 국가부담금을 공단에 지급함.
  - 12) 정부는 2014년 7월 1일부터 치매특별등급을 도입하고 수급자 간 기능상태 격차가 커진 현행 3등급을 2개 등급으로 세분화하여, 노인장기요양보험의 장기요양등급체계를 현행 3등급체계에서 5등급체계로 개편할 방침임. 이에 따라, 그동안 노인장기요양보험의 혜택을 받지 못하던 경증치매 환자에게도 장기요양급여가 제공될 예정임.

[그림 6] 치매관리사업의 예산 추이

(단위: 백만원)



주: 1. 2008~2013년은 결산액, 2014년은 예산액 기준임.  
 2. 정부는 2008년부터 “치매조기검진”, “기타 치매예방관리” 등을 ‘노인건강관리’ 사업의 일환으로 추진하면서, 본격적인 치매관리사업을 실시함.  
 자료: 보건복지부의 「2014년 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료」 및 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

[표 3]을 보면, 치매관리사업에 투입된 중앙정부 예산은 2008년 154억 9,600만원에서 2014년 516억 300만원으로 증가하였다. 2013년을 기점으로 광역치매센터 설립, 치매상담콜 운영 등의 사업이 신규로 도입되고 공립치매병원 기능 보강 사업비, 치매치료관리비 지원 등의 예산이 증가함에 따라, 2013년 치매관리사업에 투입된 예산(315억 3,900만원)은 전년대비 101.6% 증가하였다. 또한, 2014년에는 7월부터 노인장기요양보험 치매특별등급이 도입됨에 따라, 치매특별등급 운영지원 소요분이 편성되어 전년대비 63.6% 증가한 516억 300만원의 예산이 편성되었다.

치매조기검진 및 치매노인사례관리는 2013년부터 지역사회통합건강증진사업으로 이관되어, 치매검진사업비로 예산이 편성되고 있다. 2014년 치매검진사업비 예산은 20억 8,000만원으로 전년대비 30.0% 증가하였다. 치매관리체계 구축, 치매검진 등과는 별도로 고령화대응 노화 및 치매연구, 2014년 7월 ‘치매특별등급’ 도입에 의한 노인장기요양보험 사업운영에 치매특별등급 소요분 등에도 예산이 편성되고 있다.

[표 3] 치매관리사업 예산 현황: 중앙정부 부담분

(단위: 백만원)

세부사업	세사업	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
치매 관리 체계 구축	국가치매관리사업 운영	-	-	-	-	250*	1,300	1,600
	광역치매관리사업 운영	-	-	-	-	-	5,150	4,620
	치매상담콜	-	-	-	-	-	1,301	1,706
	공립치매병원 기능 보강	14,305	1,032	6,230	3,300	3,300	7,969	6,000
	공립치매병원 BTL 정부지급금	-	-	-	518	911	1,331	3,722
	소 계	14,305	1,032	6,230	3,818	4,461	17,051	17,648
노인 건강 관리	치매치료관리비 지원	-	-	6,700	8,161	8,161	11,664	11,649
	기타 치매예방관리	400	380	350	300	300	900	855
	치매조기검진	400	800	1,280	1,600	1,600	-	-
	치매노인사례관리	-	-	-	772	772	-	-
	소 계	800	1,180	8,330	10,833	10,833	12,564	12,504
지역사회 통합 건강증진 사업	치매검진사업비	-	-	-	-	-	1,600	2,080
만 병 관리기 개발연구	고령화대응 노화 및 치매연구	391	437	405	634	351	324	836
노인장기 요양보험 사업운영	노인장기요양보험 운영지원 치매특별등급 소요분	-	-	-	-	-	-	17,323
	기타의료급여수급권자 급여비용 국가지원 치매특별등급 소요분	-	-	-	-	-	-	1,212
	소 계	-	-	-	-	-	-	18,535
	합 계	15,496	2,649	14,965	15,285	15,645	31,539	51,603

주: 1. 2008~2013년은 결산액, 2014년은 예산액 기준임.

2. “국가치매관리사업”은 2012년에는 세부사업 ‘노인건강관리’의 내역사업을 조정하여 중앙치매센터 설립·운영에 예산을 투입하였으나, 2013년부터는 세부사업 ‘치매관리체계구축’에 포함됨.

3. 치매조기검진과 치매노인사례관리는 2013년부터 치매검진사업비로 이관됨.

4. 고령화대응 노화 및 치매연구의 예결산액은 2008~2009년은 뇌질환예방관리연구, 2010~2011년은 뇌질환연구, 2012년은 노화 및 노인성 만성질환연구 비용으로 포함된 내역임.

자료: 보건복지부의 「2014년 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료」 및 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

치매관리사업 중 국가치매관리사업 운영, 치매상담콜, 고령화대응 노화 및 치매연구, 노인장기요양보험 사업 운영 등은 중앙정부의 예산으로만 운영되고 있다. 이들 사업을 제외한 8개 세사업은 50~70%의 국고보조율이 적용되는 국고보조사업의 형태로 운영되고 있다. [표 4]를 보면, 2014년에는 치매관리체계 구축에 117억 200만원, 치매치료관리비 지원 및 기타 치매예방관리에 131억 4,100만원, 치매검진사업비에 20억 8,000만원의 지방비가 편성되어, 총 269억 2,300만원의 지방비가 치매관리사업에 투입될 예정이다.

[표 4] 치매관리사업 예산 현황: 지방자치단체 부담분

(단위: 백만원)

세부사업	세사업	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014
치매관리체계구축	광역치매관리사업 운영(70%)	-	-	-	-	-	2,207	1,980
	공립치매병원 기능 보강(50%)	14,305	1,032	6,230	3,300	3,300	7,969	6,000
	공립치매병원 BTL 정부지급금(50%)	-	-	-	518	911	1,331	3,722
	소 계	14,305	1,032	6,230	3,818	4,211	11,507	11,702
노인건강관리	치매치료관리비 지원 (13년 이전 50% → 14년 이후 서울 30%, 지방 50%)	-	-	6,700	8,161	8,161	11,664	12,286
	기타 치매예방관리(50%)	400	380	350	300	300	900	855
	치매조기검진(50%)	400	800	1,280	1,600	1,600	-	-
	치매노인사례관리(50%)	-	-	-	772	772	-	-
	소 계	800	1,180	8,330	10,833	10,833	12,564	13,141
지역사회 통합 건강증진 사업	치매검진사업비(50%)	-	-	-	-	-	1,600	2,080
합 계		15,105	2,212	14,560	14,651	15,044	25,671	26,923

주: 1. 2008~2013년은 결산액, 2014년은 예산액 기준임.  
 2. ( ) 안은 국고보조율로 중앙정부의 부담 비율임.  
 3. “국가치매관리사업”은 2012년에는 세부사업 ‘노인건강관리’에 포함되었으나, 2013년부터는 세부사업 ‘치매관리체계구축’에 포함됨.  
 4. 치매조기검진과 치매노인사례관리는 2013년부터 치매검진사업비로 이관됨.  
 자료: 보건복지부의 「2014년 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료」 및 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

## 라. 치매 관련 노인장기요양보험 지출 현황

노인장기요양보험(2008년 7월 시행)은 고령이나 노인성 질병 등으로 인하여 일상생활을 혼자 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동, 가사지원 등의 장기요양급여를 제공하는 사회보험제도이다. 정부는 2011년에는 노인장기요양보험 요양등급 인정조사 시에 치매가 있을 경우 가점을 줄 수 있도록 하였고, 2013년에는 요양등급 인정점수 산출 시에 치매가 있을 경우 가중치가 반영되도록 인정점수 산출 방식을 조정하였다. 이에 따라, 중증 치매 노인이나 치매와 다른 질환을 복합적으로 앓고 있어 일상생활을 수행하는 데 어려움이 있는 노인은 노인장기요양보험의 혜택을 받고 있다. 정부는 2014년 7월부터 노인장기요양보험 치매특별등급을 도입하여, 경증 치매 노인에게도 장기요양급여를 제공하고 있다.

다음의 [표 5]는 치매에 대한 노인장기요양보험의 적용 수준을 파악하기 위한 것이다. 노인장기요양보험의 혜택을 받는 치매 노인의 수(A)가 치매 노인의 수(C)보다 빠르게 증가하고 있고, 노인장기요양보험의 혜택을 받는 노인 중 치매 질환이 있는 것으로 나타난 노인의 비중(A/B\*100)은 2010년 38.5%에서 2014년 47.7%로 증가하였다. 그러나 전체 치매 노인 중 현행 노인장기요양보험의 혜택을 받는 치매 노인(A/C\*100)은 2014년 3월 기준 30.0% 수준인 것으로 나타났다.

[표 5] 치매에 대한 노인장기요양보험의 적용 수준

(단위: 명, %)

	2010	2011	2012	2013	2014	연평균 증가율
치매 질환이 있는 노인장기요양보험 수급자(A)	121,710	134,008	149,558	177,614	183,772	10.9
노인장기요양보험 수급자(B)	315,994	324,412	341,788	378,493	385,094	5.1
치매 노인(C)	474,066	506,731	540,755	576,176	612,047	6.6
A/B*100	38.5	41.3	43.8	46.9	47.7	-
A/C*100	25.7	26.4	27.7	30.8	30.0	-

주: 1. 노인장기요양보험 인정조사 결과, 치매가 있다고 응답한 자, 1~3등급 판정을 받은 노인을 기준으로 작성함.

2. 치매 노인 수는 보건복지부의 「2012 치매 유병률 조사」를 인용한 추정치임.

3. 2014년 노인장기요양보험 수혜자 및 치매 질환이 있는 노인장기요양보험 수혜자 수는 3월 기준 자료임.

자료: 국민건강보험공단 제출자료와 보건복지부의 「2012년 치매 유병률 조사」 결과를 토대로 국회 예산정책처 작성

2010년부터 2014년까지 우리나라 치매 노인의 수는 2010년 47만 4,066명에서 2014년 61만 2,047명으로, 5개년 평균 6.6% 증가하였다. 동 기간 동안 노인장기요양보험의 1~3등급 판정을 받아 장기요양보험의 혜택을 받게 된 노인 중 치매 질환을 앓고 있는 것으로 확인된 노인의 수는 2010년 12만 1,710명에서 2014년 18만 3,772명으로, 5개년 평균 10.9% 증가하였다. 전체 치매 노인 수 대비 노인장기요양보험의 혜택을 받는 치매 노인 수의 비율은 2010년 25.7%에서 2014년 30.0%로, 5개년 동안 4.3%p 증가한 것으로 파악되었다.

[표 6]은 2010년부터 2013년까지 노인장기요양보험 지출 현황을 정리한 자료이다. 치매 질환을 앓고 있는 것으로 등록된 노인장기요양보험 수급자(치매 등록 수급자)에 대한 지출액과 전체 노인장기요양보험 수급자에 대한 지출액(전체 수급자)을 구분하여 제시하였다.

2010년부터 2013년까지 노인장기요양보험의 전체 지출은 2010년 2조 7,455억 8,600만원에서 2013년 3조 5,234억 3,400만원으로, 4개년 평균 8.7% 증가하였다. 전체 노인장기요양보험 지출 중 치매등록수급자의 지출분은 2010년 8,696억 1,900만원에서 2013년 1조 4,564억 9,200만원으로, 4개년 평균 18.8% 증가하였다.

[표 6] 노인장기요양보험의 치매등록수급자에 대한 지출 현황

(단위: 백만원, %)

사업명		2010	2011	2012	2013	연평균 증가율
치매 등록 수급자	본인부담금	111,498	139,939	158,843	189,651	18.8
	공단부담금	758,121	915,792	1,008,834	1,266,841	
	계(A)	869,619	1,055,731	1,167,677	1,456,492	
전체 수급자	본인부담금	343,299	380,859	407,822	440,441	8.7
	공단부담금	2,402,287	2,588,192	2,717,748	3,082,993	
	계(B)	2,745,586	2,969,051	3,125,570	3,523,434	
A/B*100		31.7	35.6	37.4	41.3	-

주: 치매등록수급자는 전체 노인장기요양보험 수급자 중 치매 질환을 앓고 있다고 등록된 수급자로서, 치매뿐만 아니라 다른 질환을 함께 앓고 있는 경우가 포함됨.

자료: 국민건강보험공단 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

치매등록수급자 지출분의 증가는 2011년과 2013년 노인장기요양보험 요양등급 판정 시에 치매 등과 같은 인지력 장애 부분을 반영할 수 있도록 인정조사 및 인정 점수 산출 방식을 조정함에 따른 것이다. 전체 노인장기요양보험 지출에서 치매등록 수급자 지출분의 비중은 2010년 31.7%에서 2013년 41.3%로, 9.6%p 증가하였다.

### 마. 노인장기요양보험 치매특별등급 도입

노인장기요양보험은 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동·가사활동 지원 등 요양서비스를 제공함으로써 노후 돌봄 및 가족 부담 경감에 기여해 왔으나, ‘신체기능 중심의 중증 노인’ 위주로 제도를 설계하여 OECD 국가와 비교해 수혜범위가 넓지 못하다.<sup>13)</sup> 고령화로 인한 치매환자 급증에 따라 가족의 부담은 증가하지만, 신체기능은 양호하나 간헐적 문제행동을 보이는 경증 치매환자는 장기요양 수급자로 보호받기 어려운 상황이다.

정부는 2014년 7월부터 노인장기요양보험의 3등급체계를 “4+1”등급체계로 개편하고<sup>14)</sup>, 경증 치매환자 중 일상생활 수행에 어려움을 겪는 노인을 대상으로 ‘치매등급(5등급)’을 신설하여, 대상자의 인지기능 유지 및 향상을 위해 치매전문교육을 받은 방문요양사 등이 인지활동형 프로그램을 주 3회 또는 월 12회 이상 제공하고 있다.

[그림 7] 노인장기요양보험 등급체계 개편

현 등급체계	1등급	2등급	3등급	등급외A	등급외B	등급외C	
	요양인정점수 95	75	51	45	40		
등급체계 개편안	1등급	2등급	3등급	4등급	등급외A 치매등급	등급외B	등급외C
	요양인정점수 95	75	?점	51	45	40	

자료: 보건복지부, 「노인장기요양보험 ‘치매등급’ 도입방안」, 2014.

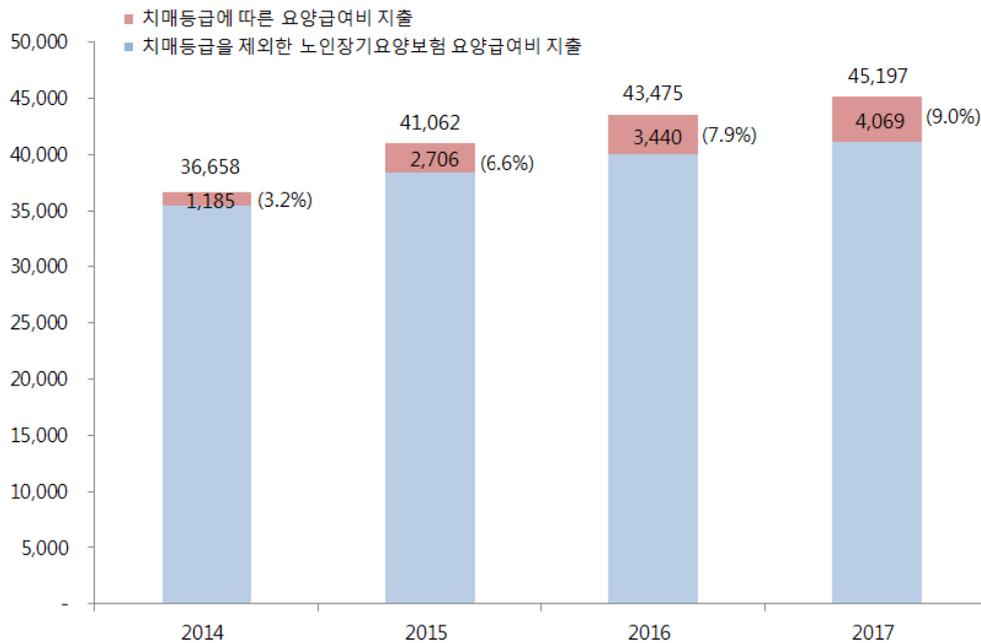
13) 장기요양 인정자 비율이 2013년 10월 기준 6.1%(37.4만명)인데, 2011년 노인 인구 대비 장기요양 수급자 비율의 OECD 평균은 11%이고, 일본 17.7%, 독일 13.7% 등임.  
14) 동일 등급내(특히 3등급) 신체기능 및 인지기능 차이가 커지고 있으나, 동일한 급여량·급여비용을 제공하고 있어 요양필요도에 따라 합리적으로 재조정하고자, 4등급을 도입함.

3등급보다 요양필요도가 낮은 등급외 구간 중 치매노인의 기능상태, 요양필요도 기준(보호필요성), 인정조사 시 변별력 등을 감안하여 “등급외 A(51점~45점)”를 기준으로 치매등급을 설정하였다.

정부는 등급외 A를 기준으로 할 때 대상자 규모가 2014년에 34,888명이 될 것으로 전망하고 있으며,<sup>15)</sup> 2015년 43,715명, 2016년 54,775명, 2017년 61,731명으로 대상자가 증가<sup>16)</sup>할 것으로 예측하고 있다. 정부는 치매특별등급 도입에 따른 필요 재정 규모가 2014년 7월부터 12월까지 6개월 동안 1,185억원이고, 2015년 2,706억원, 2016년 3,440억원, 2017년 4,069억원으로 증가하는 것으로 추정하였다. 이에 따라, 노인장기요양보험 총 요양급여비 지출에서 치매특별등급에 따른 요양급여비 지출이 차지하는 비중도 2014년 3.2% → 2015년 6.6% → 2016년 7.9% → 2017년 9.0%로 증가하는 것으로 예측되었다.

[그림 8] 치매특별등급으로 인한 재정소요액 추이

(단위: 억원)



자료: 국민건강보험공단 제출 자료를 기초로 국회예산정책처 재구성

- 15) 당초 정부는 대상자 규모가 5만명 내외가 될 것으로 추정하였으나, 2012~2013년에 걸쳐 인정점수 완화 정책 시행 시 목표 대상자 수 대비 실제 대상자 증가 수 비율의 평균(68.9%)을 고려하여 하향 조정함.
- 16) 인정점수 완화에 따른 증가율 25.3%를 적용하였는데, 2017년부터는 증가율이 절반인 12.7%로 하락하는 것을 가정함.

## 바. 치매관리사업의 성과관리 현황

정부는 치매관리사업의 성과지표로 “치매위험노인 검진율”과 “공립치매병원 내 치매환자 비율”을 설정하였다. “치매위험노인 검진율”은 지역사회통합건강증진사업의 일환으로 지방자치단체에 지원되는 치매검진사업비 집행의 성과를 파악할 수 있는 지표로서, 성과계획서나 성과보고서에는 포함되지 않았지만<sup>17)</sup> 2012년부터 치매검진사업의 성과 파악에 활용되고 있다. “공립치매병원 내 치매환자 비율”은 성과계획서 상 관리과제 ‘노인의료시설 확충’의 성과지표로 포함되어 있다. 동 지표는 2014년에 성과지표로 설정되었다.

[표 7] 치매관리사업의 성과관리 현황

과지표	측정방법	목표대비를	2010	2011	2012	2013	2014
치매위험노인 검진율 (단위: %)	{(75세 이상 독거노인수+75세 노인수)/(전체선별 검사노인수)}×100	목 표	-	-	30	30	30
		실 적	-	-	30.9	27.7	
		도	-	-	103.0	92.3	
공립치매병원 내 치매 환자 비율 (단위: %)	공립치매병원 내 입원환자 중 치매환자 비율 집계	목 표	-	-	-	신규	56
		실 적	-	-	-	-	
		도	-	-	-	-	

자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

2012년과 2013년에 실적치가 측정된 “치매위험노인 검진율” 지표는 2012년과 2013년 모두 30%를 목표로 설정하였고, 각각 103.0%와 92.3%의 달성도를 보였다. “치매위험노인 검진율” 지표는 60세 이상을 대상으로 치매검진을 실시하여 선별검사를 받을 필요가 있는 것으로 나타난 사람 중 75세 이상 독거노인과 당해 연도에 75세에 진입한 노인의 비율로 산출한다. “공립치매병원 내 치매 환자 비율” 지표는 2014년부터 목표치가 설정되어, 성과를 파악할 수 있는 실적이 없다.

17) 치매검진사업의 성과를 파악할 수 있는 지표를 성과계획서 및 성과보고서에 포함시키지 않은 이유는 보건소의 업무가 지방자치단체로 이양됨에 따라, 지역사회통합건강증진 사업의 세사업인 치매검진사업비 집행 성과를 중앙정부가 세부적으로 파악하는 데 한계가 있기 때문이다. 보건복지부는 성과계획서 및 성과보고서 포함 여부와는 별도로 “치매위험노인 검진율” 파악을 통해, 치매관리사업의 성과를 관리하고 있음.

현행 치매관리사업의 성과지표는 치매관리사업을 구성하는 다양한 사업 중 치매검진과 공립치매병원 관련 성과달성 여부만을 제시하고 있기 때문에, 치매관리사업 전반의 성과를 파악하는 데 한계가 있다. 중앙치매센터 및 광역치매센터, 치매상담콜센터 등 공립치매병원 이외의 치매관리체계와 치매치료관리비 지원, 치매 관련 연구개발비 지원 등의 사업에 대해서도 성과지표를 설정하여, 치매관리사업 전반에 대한 성과를 파악할 수 있도록 할 필요가 있다.



### Ⅲ. 치매관리사업의 평가 방법

본 보고서는 치매관리사업의 실태 및 문제점을 파악하고 개선과제를 제시하기 위하여 정부 제출자료 및 통계자료 분석, 선행연구 등에 대한 문헌조사, 전문가 간담회 개최, 치매관리정책 수행기관 및 치매관리서비스 제공기관에 대한 실지조사, 치매관리사업 수행자에 대한 설문조사, 치매관리 분야 전문가에 대한 AHP기법<sup>18)</sup>을 이용한 정책우선순위 설문조사 등을 실시한 결과를 토대로 작성되었다.

#### 1. 통계자료 및 선행연구 분석과 실지조사

치매의 실태와 치매관리사업의 현황을 파악하기 위하여 보건복지부가 제출한 예·결산 및 사업설명 자료, 관련 법령, 성과계획 및 성과보고, 국민건강보험공단이 제출한 노인장기요양보험급여 지출 추이, 재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 요양병원에 대한 각종 통계자료를 검토·분석하였다. 치매관리와 관련된 국내외 논문 및 연구용역보고서 등 선행연구에 대한 문헌조사를 실시하였고, 미국, 일본 등 외국의 치매관리와 연구개발 정책에 대한 전문가 간담회를 수차례 개최하였다.

[표 8]과 같이 방문요양기관, 주야간보호기관, 노인요양공동생활가정, 노인요양시설, 노인요양병원 등 치매관리서비스를 실제로 제공하고 있는 시설 9개에 대한 실지조사를 실시하였다. 각 시설을 방문하여 시설별 특성과 차이점을 파악하고, 시설장, 요양보호사, 간호(조무)사 등 담당자들과의 면담을 통해 인지훈련프로그램 등 치매관리서비스 제공에 있어서의 애로점과 정부의 지원이 필요한 사항들에 대한 의견을 들었다. 또한, 국립중앙치매센터, 광역치매센터, 치매상담센터, 보건소 등 치매관리사업의 전달체계를 구성하고 있는 기관들을 방문하여 각 기관에서 수행하고 있

18) 계층화 분석법(AHP)은 다수의 대안을 비교할 때 비교기준 내지 속성간의 중요도를 계층적으로 파악함으로써 각 대안의 중요도를 산정하는 기법인데, 복잡한 문제를 계층화하여 주요 원인과 세부 요인들로 분해하고, 이러한 요인들에 대한 쌍대비교(comparative comparison)를 통해 중요도를 도출함.

는 치매관리정책의 현황과 구체적 내용에 대한 설명을 듣고, 정책 수행 과정에서 느끼는 한계 및 문제점, 개선방안에 대한 의견을 들었다.

[표 8] 치매관리사업의 전달체계에 대한 실지조사

구분	날짜	유형	기관명
1차	2014. 3. 17 (월)	노인요양공동생활가정 (개인사업자)	홍성 사랑의 집
		노인요양공동생활가정 (사회복지 법인)	홍성 소망의 집 청로노인요양공동생활가정
		광역치매센터	대전광역치매센터
	2014. 3. 18 (화)	노인요양시설(사회복지법인)	예산노인요양원
		노인요양시설(개인-위탁경영)	은강의 집
		노인요양시설	수덕사노인요양원
2차	2014. 3. 25 (화)	국립중앙치매센터	중앙치매센터
		종합재가시설	성남 은학의 집
3차	2014. 3. 27 (목)	노인요양병원	화순노인요양병원
		보건소	화순군보건소
4차	2014. 4. 2 (수)	서울시 직영 병원	서울특별시 서북병원
		치매지원센터	은평구 치매상담센터

자료: 국회예산정책처 작성

## 2. 치매관리서비스 제공기관 담당자에 대한 설문조사

문헌조사와 현장에 대한 실지조사 결과를 기초로 치매관리서비스의 효율적 수행을 위해 필요한 정책·사업 및 정부의 지원책 등에 대하여 묻는 설문지<sup>19)</sup>를 작성하였고, 재가노인복지시설(방문요양기관 및 주야간보호기관), 노인의료복지시설(노인요양공동생활가정 및 요양시설), 요양병원의 요양보호사, 사회복지사, 간호(조무)사 등 실무자를 대상으로 이메일을 이용한 설문조사를 실시하였다. 각 시설 유형과 지역별 안배를 고려하여 총 300명의 설문대상자를 선정하였고, 이 중에서 213명에게 회답을 받아 응답률은 71.0%이다.

19) 방문요양기관과 그 밖의 시설로 나누어 시설별 특성을 반영한 질문과 공통 질문으로 구성된 두 종류의 설문지를 작성함.

[표 9] 치매관리서비스 제공기관 설문조사 현황

(단위: 명, %)

		설문대상자수	응답자수	응답률
재가노인복지 시설	방문요양시설	60	40	66.7
	주야간보호시설	60	35	58.3
노인의료복지 시설	노인요양공동생활가정	60	48	80.0
	노인요양시설	60	48	80.0
요양병원(치매거점병원)		60	42	70.0
계		300	213	71.0

자료: 국회예산정책처 작성

치매관리서비스 제공기관 종사자에 대한 설문조사 결과는 주로 본 보고서의 V장 및 VI장에서 치매관리사업의 전달체계 및 치매관리서비스의 질 관리를 논의하는 데 활용되었다.

### 3. 치매관리 분야 전문가에 대한 AHP설문조사

치매관리사업의 세부 정책대안 간의 우선순위와 추진 방향에 대한 정책적 함의를 도출하기 위하여, 치매관리 분야 전문가를 대상으로 AHP기법을 활용한 설문조사를 실시하였다.

(뇌)신경의학 분야 전문가, 사회복지 분야 전문가, 중앙치매센터, 광역치매센터, 치매상담센터 등 정부의 치매관리정책 관련 업무 담당자들에게 이메일로 설문지를 발송하였고, 응답의 일관성을 검토하여 미흡한 경우 전화 통화를 통하여 개별적으로 응답 방법을 설명한 후 재응답을 요청하였다. 최종적으로 회수된 72명의 응답을 대상으로 AHP 분석을 수행하였다. 응답자의 자격증 보유 현황을 보면, 간호사가 33명으로 가장 많고, 의사가 19명, 사회복지사가 10명, 작업치료사가 2명, 기타 8명인 것으로 나타났다.<sup>20)</sup>

20) 중앙치매센터, 광역치매센터, 시군구 치매상담센터 등 정부의 치매관리정책 관련 업무 담당자들 중에는 간호사 자격증을 보유한 전문가 및 공무원이 많기 때문에 간호사가 가장 많은 비중을 차지함.

[표 10] AHP 설문조사 응답자의 자격증 보유 현황

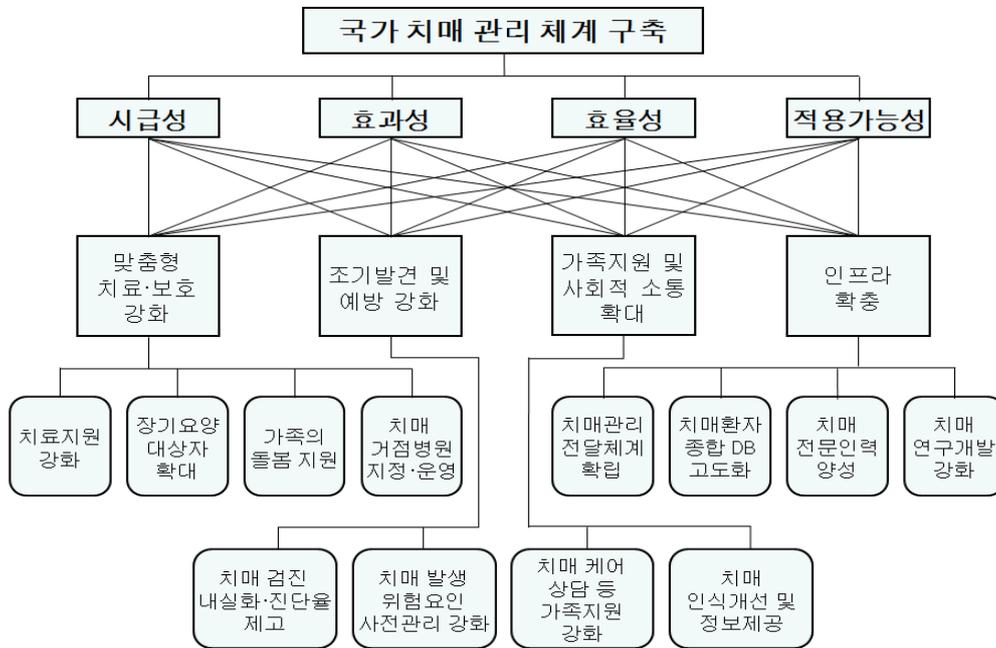
(단위: 명, %)

	의사	간호사	사회복지사	작업치료사	기타	계
인원수	19	33	10	2	8	72
비중	26.4%	45.8%	13.9%	2.8%	11.1%	100.0%

자료: 국회예산정책처 작성

[그림 9]는 치매관리정책의 우선순위에 관한 AHP분석의 체계도이다.

[그림 9] 국가 치매관리정책의 우선순위에 관한 AHP 분석 체계도



자료: 국회예산정책처 작성

AHP분석을 위한 설문은 「제2차 국가치매관리종합계획」<sup>21)</sup>의 치매관리정책을 기초로 다음 3단계의 절차를 거쳐 이루어졌다.

첫째, 국가 치매관리체계 구축이라는 최종적인 정책목표를 달성하기 위한 추진 과제의 중요성을 평가하는 시급성, 효과성, 효율성, 적용가능성 등 4개 평가지표의

21) 구체적인 내용은 본 보고서 II장에서 다루고 있는 치매관리사업의 개요 관련 내용을 참고하기 바람.

중요도를 비교한다. 시급성은 ‘치매 관리를 위하여 우선적으로 실시될 필요성의 정도’를, 효과성은 ‘치매 관리를 실질적으로 향상시킬 수 있는 정도’를, 효율성은 ‘좀 더 적은 예산과 인력을 투입하여 치매를 관리할 수 있는 정도’를, 적용가능성은 ‘현실적인 여건을 고려할 때 정책을 채택·수행할 수 있는 정도’를 의미한다.

둘째, 시급성 등 4개 평가지표 각각을 기준으로 조기발견 및 예방 강화<sup>22)</sup>, 맞춤형 치료·보호 강화<sup>23)</sup>, 인프라 확충<sup>24)</sup>, 가족지원 및 사회적소통 확대<sup>25)</sup> 등 4개 추진과제의 중요도를 비교한다. 마지막으로, 4개 추진과제별로 이를 달성하기 위한 세부 치매관리대책의 중요도를 비교한다.

1단계 분석 결과, 효과성이 0.302으로 가장 중요한 것으로 나타났고, 다음으로 적용가능성 0.294, 시급성 0.243, 효율성 0.161 순서로 중요한 것으로 평가되었다.

2단계 분석 결과, 시급성 측면에서는 조기발견 및 예방 강화(0.281), 맞춤형 치료·보호 강화(0.261), 가족지원 및 사회적소통 확대(0.238), 인프라 확충(0.220) 순서로, 효과성 측면에서는 조기발견 및 예방 강화(0.320), 맞춤형 치료·보호 강화(0.256), 인프라 확충(0.222), 가족지원 및 사회적소통 확대(0.202) 순서로, 효율성 측면에서는 조기발견 및 예방 강화(0.412), 가족지원 및 사회적소통 확대(0.213), 인프라 확충(0.213), 맞춤형 치료·보호 강화(0.166) 순서로, 적용가능성 측면에서는 조기발견 및 예방 강화(0.353), 인프라 확충(0.232), 가족지원 및 사회적소통 확대(0.222), 맞춤형 치료·보호 강화(0.193) 순서로 중요도가 높은 것으로 평가되었다.

1, 2단계 분석 결과를 결합하여 복합우선순위를 구한 결과, 조기발견 및 예방 강화 과제가 시급성, 효과성, 효율성, 적용가능성 측면 모두에서 가장 중요한 것으로 평가되어 0.335로 가장 높은 가중치를 받았고, 맞춤형 치료·보호 강화(0.224), 인프라 확충(0.222), 가족지원 및 사회적소통 확대(0.218) 순서로 분석되었다.

---

22) 뇌 손상이 경미한 초기 단계의 진단 및 효과적 약물치료 실행, 만성질환 관리 등 위험요인 사전 관리에 의한 치매 예방 또는 발병률 감소를 강화하는 것임.

23) 치매환자 보호의 질을 제고하기 위해 치매 유형별, 중증도(초기, 중기, 말기)별 특성에 적합한 치료 및 보호서비스 지원을 강화하는 것임.

24) 치매환자에게 보다 질 좋은 치료·보호서비스를 제공하고 중앙에서 지역까지 표준화된 치매관리사업을 추진하기 위한 인프라를 확충하는 것임.

25) 치매를 치매환자 가족만의 문제가 아닌 사회 전체의 문제로 인식하여, 가족지원을 확대하고 인식 개선을 위한 홍보 및 정보제공을 강화하는 것임.

[표 11] 치매관리정책의 우선순위 조사 결과

추진 과제	세부 치매관리대책	중요도	중요도
조기발견 및 예방 강화 (0.335)	치매 검진 내실화·진단을 제고	0.606	0.203
	치매 발생 위험요인 사전관리 강화	0.394	0.132
맞춤형 치료·보호 강화 (0.224)	치료지원 강화	0.252	0.057
	장기요양 대상자 확대	0.299	0.067
	가족의 돌봄 지원	0.313	0.070
	치매 거점병원 지정·운영	0.136	0.030
인프라 확충 (0.222)	치매관리 전달체계 확립	0.324	0.072
	치매환자 종합 DB 고도화	0.221	0.049
	전문인력 양성	0.273	0.061
	치매 연구개발 강화	0.182	0.040
가족지원 및 사회적 소통 확대 (0.218)	치매케어상담 등 가족지원 강화	0.498	0.109
	치매 인식 개선 및 정보 제공	0.502	0.110

자료: 국회예산정책처가 실시한 「치매관리대책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사」 결과

12개의 세부 치매관리대책별 우선순위를 산정한 결과, 치매 검진 내실화·진단을 제고, 치매 발생 위험요인 사전관리 강화, 치매 인식 개선 및 정보 제공, 치매케어상담 등 가족지원 강화, 치매관리 전달체계 확립, 가족의 돌봄 지원 등이 우선적으로 추진되어야 하는 치매관리대책인 것으로 나타났다.

국회예산정책처는 치매관리정책의 우선순위 조사 결과를 토대로, 치매관리사업의 문제점을 파악하고 개선과제를 논의하고자 한다. AHP설문조사 결과, 정부가 우선적으로 수행해야 할 필요가 있는 것으로 나타난 치매관리정책을 중심으로 해당 정책 수행의 문제점과 개선방안을 제시한다.

먼저, 치매 조기발견 및 예방 강화를 위한 치매 검진 내실화 및 진단을 제고, 치매 발생 위험요인 사전관리 강화는 본 보고서의 IV장에서 다루고 있다. 국회예산정책처는 치매조기검진 확대의 사회적 편익을 추정하고, 치매조기검진 적용대상을 확대할 경우 소요되는 비용을 추산하였다.

맞춤형 치료·보호 강화와 가족지원 및 사회적 소통 확대와 관련하여서는 2014년 7월부터 노인장기요양보험 ‘치매특별등급’이 도입되고 ‘치매가족휴가제’가 시행되고 있다. 이처럼 맞춤형 치료·보호 강화와 가족지원 및 사회적 소통 확대 관련 대책이 시행된 기간이 짧기 때문에, 본 보고서에서는 문제점을 파악하기보다

는 치매관리사업 전달체계, 인지훈련프로그램 등의 보완 방안을 논의하여, 현행 사업이 안정적으로 수행될 수 있는 방안을 제시하고자 한다.

치매관리 전달체계 확립과 치매 연구개발 강화 등 인프라 확충 관련 내용은 본 보고서의 V~VII장에서 다루고 있다. V장 치매관리사업의 전달체계와 VI장 치매관리서비스의 질 관리에서는 중앙치매센터, 광역치매센터, 시군구 치매상담센터 등 치매관리사업 수행기관과 재가복지시설, 의료복지시설, 요양병원 등 치매관리서비스 제공기관의 문제점과 그 개선과제를 논의하였다. 치매 연구개발 강화는 AHP 설문조사에서는 다른 대책에 비하여 우선순위가 높지 않은 것으로 나타났으나, 치매로 유발되는 사회적 비용을 줄이기 위해서는 장기적으로 치매 치료제 개발, 치매 진행 속도 완화를 위한 인지치료 개발 등에 대한 체계적인 지원이 필요하다. 따라서, 미국, 일본 등의 사례와 우리나라의 치매 연구개발 조직을 비교·분석하여, 개선과제를 도출하였다.



## IV. 치매조기검진 확대의 사회적 편익

### 1. 치매조기검진 및 약물치료의 사회적 편익 추정

급속한 고령화에 따른 치매 노인의 증가는 국가적으로 큰 경제적 비용을 유발하는 사회문제라고 할 수 있다. 치매관리사업으로 치매 발생을 예방하고 악화를 지연시키는 것은 이러한 경제적 비용을 절감한다는 점에서 사회적 편익을 발생시킨다고 할 수 있다. 국회예산정책처는 약물치료 지원, 조기검진 등 두 가지 치매관리 사업에 따른 경제적 편익을 추정하였다.

조기검진에 의한 약물치료 지원 사업의 경제적 편익은 「치매노인 실태 조사(2011)」에서 산정한 2010년 기준 1인당 경제적 비용 추계를 이용하여 추정하였다.<sup>26)</sup> 치매환자 1인당 연간 경제적 비용은 직접의료비, 직접비의료비, 장기요양비용 및 간접비를 합산하여 산출된다.

직접의료비는 치매 질환 치료를 위해 투입되는 비용을 의미하며 국민건강보험을 통해 급여되는 의료비와 환자의 비급여 본인부담금<sup>27)</sup>, 본인부담약제비로 나눌 수 있다. 직접비의료비는 의료 이용으로 인해 파생되는 비용과 치매로 인한 관리비용이 포함되는데, 교통비, 간병비, 보조용품구입비용(소모품 구입비, 장비구입비, 시설개선비)이 있으며 의료기관을 방문함으로써 환자와 조호자에게서 발생하는 시간비용도 포함된다. 장기요양비용은 장기요양급여(시설급여 및 재가급여)에 따른 비용을 산정한 것이고, 간접비는 환자가 치매 때문에 평균 퇴직연령보다 조기 퇴직함으로써 발생하는 소득 손실을 생산성손실비용으로 산출한 것이다.

26) 이는 국민건강보험공단 급여자료와 조호평가집 내 설문조사자료를 이용하여 산출된 치매환자 1인당 연간 조호 비용을 이용해 국가의 치매로 인한 질병부담을 산출한 것임(보건복지부, 「치매노인 실태조사」, 2011).

27) 국민건강보험공단의 「2010년 건강보험환자 진료비 실태조사」에 따라 치매입원 환자의 비급여 본인부담 비율 9.5%를 적용함.

[표 12] 치매환자 1인당 연간 경제적 비용

(단위: 원, %)

	1인당 경제적 비용	비율
<b>총 비용</b>	18,513,965	100.0
<b>직접의료비</b>	9,879,301	53.4
의료비	8,607,990	46.5
본인부담약제비	1,271,311	6.9
<b>직접비의료비</b>	6,053,394	32.7
간병비용		
유료 간병인 비용	693,767	3.7
비공식 간병비	3,567,934	19.3
교통비	970,087	5.2
보조용품구입비	576,967	3.1
시간비용		
환자시간비용	30,674	0.2
보호자 시간비용	213,965	1.2
<b>장기요양비용</b>	2,399,709	13.0
<b>간접비</b>		
환자 생산 손실비용	181,561	1.0

자료: 보건복지부, 「치매노인 실태조사」, 2011.

이와 같은 항목들에 대하여 비용을 산정한 결과, [표 12]와 같이 2010년 기준 치매환자 1인당 경제적 비용의 평균은 1,851만 3,965원으로 추정되었고, 동일한 방법을 이용하여 [표 13]과 같이 중증도별 1인당 경제적 비용이 추계되었다.

이와 같이 「치매노인 실태 조사(2011)」 보고서에서 산출된 2010년 기준 중증도별 1인당 경제적 비용을 전체 평균 1,851만 4,000원으로 나누어 중증도별 경제적 비용비율을 구한 후, 2013년 기준 1인당 경제적 비용 평균<sup>28)</sup> 2,030만 1,000원을 곱하여 2013년 기준 중증도별 경제적 비용을 산출하였다.<sup>29)</sup>

28) 2010년 기준 치매환자 1인당 경제적 비용의 평균 1,851만 3,965원에 통계청의 연도별 소비자물가 등락률(전년비) 자료로부터 2007~2010년 4개년의 연평균 증가율을 산출(3.12%)하여 반영함.

29) 이하 약물치료군과 비치료군의 조호비용 차이 도출 과정은 중앙치매센터의 연차 보고서에서 사용된 추정 방법을 원용함.

[표 13] 중증도별 경제적 비용

(단위: 천원/년)

중증도(A)	경제적 비용 (B)	중증도별 경제적 비용 비율 (C=B/18,514)	2013년말기준 경제적 비용 (D=C*20,301)
초경도(0.5)	13,512	0.7298	14,816
경도(1)	15,835	0.8553	17,364
중등도(2)	23,410	1.2644	25,670
중증(3 이상)	29,023	1.5676	31,825

주: 중증도는 치매임상평가척도(CDR : Clinical Dementia Rating)을 이용하여 CDR 0.5는 최경도치매, 1은 경도치매, 2는 중등도치매, 3 이상은 중증 치매로 분류함.

자료: 중앙치매센터 제출자료를 근거로 국회예산정책처 재산정

약물치료 여부에 따른 요양시설 입소 비율 차이를 분석한 연구<sup>30)</sup> 결과를 적용하여, 치료군과 비치료군의 연평균 경제적 비용을 구하였다.

[표 14] 약물치료 여부에 따른 요양시설 입소 비율 비교

(단위: %)

	발병	1년 후	2년 후	3년 후	4년 후	5년 후	6년 후	7년 후	8년 후
치료군	-	-	-	10	10	10	10	10	20
비치료군	-	5	15	50	60	65	70	80	90

자료: Lopez et al.(2002)의 내용을 토대로 국회예산정책처 정리

요양시설에 입소하는 경우는 중증도 환자의 경제적 비용을, 입소하지 않는 경우는 최경도 환자의 경제적 비용을 적용하여 각 연도별로 약물치료군과 비치료군의 경제적 비용 차이를 구하였다. 예를 들어, 약물치료 시 5년 후 요양시설 입소율은 10%인 반면, 치료받지 않은 경우는 65%인 것으로 추정되는데, 이 경우 1인당 연평균 경제적 비용은 치료군은 1,651만 7,000원<sup>31)</sup>이고, 비치료군은 2,587만 2,000원<sup>32)</sup>이 된다.

30) Lopez et al., 2002. Cholinesterase inhibitor treatment alters the natural history of Alzheimer's disease, *Journal of Neurol Neurosurg Psychiatry* 72(3):310~314.

31)  $14,816 \times 0.90 + 31,825 \times 0.10 = 16,517$ (천원)

32)  $14,816 \times 0.35 + 31,825 \times 0.65 = 25,872$ (천원)

[표 15] 약물치료에 따른 비용절감 효과

	발병	1년 후	2년 후	3년 후	4년 후	5년 후	6년 후	7년 후	8년 후	계
약물치료 (천원/인)	14,816	14,816	14,816	16,517	16,517	16,517	16,517	16,517	18,218	
비치료 (천원/인)	14,816	15,667	17,368	23,321	25,021	25,872	26,722	28,423	30,124	
차액 (천원/인)	-	850	2,551	6,803	8,504	9,355	10,205	11,906	11,906	
비용 절감액 (억원)	-	1,956	5,869	15,650	19,563	21,519	23,476	27,388	27,388	142,810
비용 절감현가 (억원)	-	1,863	5,323	13,519	16,094	16,861	17,518	19,464	18,537	109,181

자료: 중앙치매센터 제출자료를 근거로 국회예산정책처 재산정

각 연도별로 약물치료군과 비치료군의 경제적 비용 차이를 구한 후 사업대상 자수를 곱하여 연도별 비용절감액을 산출하였다.

사업 대상자는 「2012년 치매 유병률 조사」 결과를 이용하여 추정하였다. 조기 진단에 의해 약물치료를 최경도 및 경도 환자에게 적용했을 때 요양시설 입소율 하락에 따른 비용절감 효과가 발생한다는 점을 고려하여, 2013년도의 총 치매 환자 추계치 576,176명에 최경도 및 경도 환자 비율 58.8%를 적용하여 최경도 및 경도 환자수(338,791명)를 산출하였다.

그런데 이미 약물치료를 받고 있는 치매 환자들도 있으므로 정부의 조기진단 및 약물치료 지원 확대의 효과를 보기 위해서는 이를 고려해야 한다. 2013년 현재 치매 환자 중에서 어느 정도 비율이 약물치료를 받고 있는지를 정확히 산정하는 것은 어렵다. 여기서는 편의상 건강보험공단 자료를 이용하여 2012년에 치매질환으로 의료기관을 이용한 사람들 중에서 약국을 이용한 17만 3,854명이 약물치료를 받고 있다고 가정하고, 이것을 2012년 치매환자 추계치 54만 755명으로 나눈 32.1%를 약물치료율로 보았다.<sup>33)</sup> 앞서 산출한 최경도 및 경도 환자수 338,791명 중 67.9%인 약 23만명이 사업대상자가 된다.

33) 약국을 이용한 자들 중에는 치매와 관련이 없는 질병에 대한 약품을 구입한 자들이 포함되어 있을 것이기 때문에 실제 약품치료율은 이보다 낮을 것으로 추정됨.

[표 16] 의료기관 종별 치매환자 의료이용 현황: 2012년

	진료실인원(명)	총진료비(백만원)	진료환자 1인당 진료비(원)
종합전문병원	42,490	14,885	350,318
종합병원	104,787	35,478	338,573
병원	70,158	88,916	1,267,368
의원	79,856	17,507	219,232
요양병원	102,407	931,593	9,096,966
보건소	5,537	239	43,164
약국	173,854	101,961	586,475

자료: 보건복지부 내부자료

연도별 비용절감액을 할인율 5%를 적용하여<sup>34)</sup> 2014년초 기준 현재가치로 환산한 결과, 총 경제적 편익이 약 10조 9,181억원인 것으로 나타났다. 편익 추정 기간인 8개년 동안의 평균 편익은 연간 약 1조 3,648억원이 된다.

조기검진과 약물치료를 수행할 경우의 경제적 효과를 추정한 다른 연구<sup>35)</sup>에 의하면, 조기검진과 약물치료를 동시에 수행할 경우 2007년 기준으로 환자 1인당 연간 사회적 편익은 11,400달러이고, 조기검진만을 수행할 경우는 8,400달러인 것으로 추정되었다. 이 추정치를 2007년말 환율을 적용하여 원화로 환산한 후 GDP디플레이터를 이용하여 2013년도 기준치로 환산하면<sup>36)</sup>, 환자 1인당 연간 사회적 편익이 각각 1,217만원, 896만원이 된다. 앞서와 동일한 사업 대상자수 23만명을 곱하여 연간 총 경제적 편익을 산출한 결과, 조기검진과 약물치료를 동시에 수행할 경우 연간 사회적 편익은 약 2조 7,987억원이고, 조기검진만을 수행할 경우는 2조 622억원으로 시산되었다.

34) 사회적 할인율의 적절한 수준에 대해서는 다양한 의견이 있음. 여기서는 「한국개발연구원 공공투자관리센터, 공기업-준정부기관 사업 예비타당성조사 수행을 위한 일반지침 연구(2013.3.)」에서 “5.0~5.5%가 적정범위”라고 판단하였고, 저금리 기조가 지속되고 있는 것을 감안하여 5.0%를 적용함.

35) Getsios et al., 2012, An economic evaluation of early assessment for Alzheimer's disease in the United Kingdom, *Alzheimers Dement* 8(1):22~30.

36) 우리나라와 치매관리체계 및 조호 실태가 다른 영국의 자료를 이용한다는 한계가 있으나, 국내 선행 연구가 없기 때문에 영국 연구를 적용함.

[표 17] 조기검진 및 약물치료의 사회적 편익

		2007년	2013년
조기검진 + 약물치료	편익( 러)	11,400	12,968
	편익(원)	10,695,480	12,166,256
	총편익(백만원)		2,798,718
조기검진	편익( 러)	8,400	9,555
	편익(원)	7,880,880	8,964,609
	총편익(백만원)		2,062,214

자료: Getsios et al.(2012)를 근거로 국회예산정책처 재산정.

이와 같이 조기검진에 의해 약물치료를 시행할 경우 연간 1조 3,000억원~2조 8,000억원의 비용 절감효과를 기대할 수 있는 것으로 추정되었다.<sup>37)</sup> 치매관리사업의 경제성은 각국의 의료비 수준 차이, 동일한 질환에 대한 진료행태 차이, 각 질환별 치료비용의 격차 등에 영향을 받기 때문에 외국에서 수행된 연구 결과를 이용한 추정에는 한계가 있다. 그러나 이러한 추정 결과를 통해 치매관리사업을 통하여 국가적으로 얻을 수 있는 연간 편익이 크고, 고령화에 따라 노인 인구가 증가할수록 그 사회적 편익은 더욱 증가할 수 있음을 알 수 있다.

반면, 치매로 인한 사회적 비용은 지속적으로 증가할 것으로 예측된다. 향후 치매 유병률 증가를 반영한 예상 환자수를 산출한 결과 2013년의 치매 환자수는 57만 6,176명으로 추정되었다.<sup>38)</sup> 여기에 앞서 산정한 2013년의 치매환자 1인당 연간 경제적 비용 2,030만 1,000원<sup>39)</sup>을 곱한 결과, 2013년의 치매로 인한 사회적 비용은 11조 7,000억원으로 추정되었다. 「치매노인 실태 조사(2011)」에서 추정한 치매환자 수 증가 추이를 반영할 경우 치매로 인한 사회적 비용은<sup>40)</sup> 2020년 15조 2,000억원, 2030년 23조 1,000억원, 2040년 34조 2,000억원, 2050년 43조 2,000억원으로 증가될 것으로 예측된다. 2013년의 치매로 인한 사회적 비용 11조 7,000억원은 2013년

37) 동 분석 결과는 조기검진에 의해 국가 전체의 초경도 및 경도 치매환자에게 약물치료를 시행할 경우를 가정한 최대 효과를 추정한 것으로서, 현실적으로 조기진단의 시행 범위 및 정확도에 따라 실제 효과가 결정될 것임.

38) 보건복지부, 「치매노인 실태 조사」, 2011.

39) 2010년 기준 치매환자 1인당 경제적 비용의 평균 1,851만 3,965원에 2007~2010년 4개년의 연평균 소비자물가 증가율 3.12%을 반영함.

40) 2013년 기준 치매환자 1인당 연간 경제적 비용을 치매환자 수 추정치에 곱한 것으로, 물가 상승률은 반영하지 않음.

도 GDP의 약 1.0%이며, 2050년에는 치매로 인한 사회적 비용이 실질 GDP의 약 1.5%까지 증가하게 될 것으로 추정된다.<sup>41)</sup>

[표 18] 치매로 인한 사회적 비용 추이

(단위: 조원)

		2013	2020	2030	2040	2050
실질GDP(A)		1,134.9	1,471.3	1,938.6	2,384.7	2,787.8
치매의 사회적 비용	실질 비용(B)	11.7	15.2	23.1	34.2	43.2
	GDP 대비 비율(B/A)	1.0%	1.0%	1.2%	1.4%	1.5%

자료: 보건복지부의 「치매노인 실태 조사(2011)」 및 국회예산정책처의 「2013~2060년 장기 재정전망 및 분석(2014)」에 의한 추정을 기초로 국회예산정책처 산정

국회예산정책처가 치매관리 관련 전문가들을 대상으로 수행한 치매관리 정책의 우선순위에 관한 AHP 설문조사에서도 치매 예방 및 조기검진 정책이 가장 중요하다는 의견이 제시되었다. 고령화가 급격히 진행되고 있는 우리나라의 현실을 고려할 때, 치매 조기검진 및 약물치료 사업을 확대하는 정책에 대한 정부의 보다 적극적인 투자가 필요할 것으로 보인다.

## 2. 치매조기검진 확대에 따른 재정소요액 추정

정부는 지방자치단체 재정으로 만 60세 이상 노인들에 대하여 보건소에서 치매 선별검사를 무료로 받을 수 있도록 하고 있으며, 선별검사에서 고위험군으로 분류된 취약계층 노인<sup>42)</sup>에게 치매협약병원 등을 통해 진단 및 감별 검사를 받을 경우 본인 부담금 중의 일부를 각각 8만원<sup>43)</sup> 한도 내에서 국고로 지원해 주고 있다.

그런데 2013년도에 총 159만 3,598명이 선별검사를 받은 반면, 진단검사를 받은 사람은 6만 3,325명으로 선별검사 수검자의 3.98%이고, 감별검사를 받은 사람은

41) 국회예산정책처의 「2013~2060년 장기 재정전망 및 분석(2014)」에 의한 실질 GDP 예측치를 적용하여 구함. 정부는 소비자 물가지수를 반영할 경우 2050년의 치매로 인한 사회적 비용이 134조 6,000억원이 되는 것으로 추정하였고, 이 경우 명목GDP의 약 1.9%가 될 것으로 예측됨.

42) 전국가구소득평균 100% 이하에 해당됨.

43) 상급종합병원에서 감별검사를 받을 경우, 11만원 한도 내에서 지원함.

2만 4,211명으로 선별검사 수검자의 1.52%에 불과하다. 또한, 선별검사 수검자 중에서 최종적으로 치매 확진을 받은 사람은 3만 6,748명으로 치매 확진율은 2.31%이다. 이것은 2013년도의 치매 유병률이 9.39%로 추정되는 것을 고려할 때, 매우 낮은 수치라고 할 수 있다. 선별검사의 건수는 크게 증가하였으나, 이를 통해 치매로 진단을 받은 노인의 비율은 낮은 것이다.

조기검진의 효과성을 제고하기 위해서는 선별검사 수행 방법을 바꾸고, 진단 및 감별 검사에 대한 지원을 확대할 필요가 있을 것으로 보인다.

하나의 대안으로서 선별검사를 국민건강보험공단에서 수행하는 건강검진에 포함하여 일정 연령 이상의 노인들이 모두 검사를 받도록 하는 방안을 검토할 수 있다. 2010년부터 만 66세(생애전환기), 만 70세 및 74세(일반건강검진)의 경우 사전 조사지에 치매 관련 5개 문항이 포함되어 있으나, 치매 검진 수단으로는 미흡하다는 비판이 있었다. 이에 따라, 보건복지부는 70세 이상을 대상으로 격년으로 받는 일반건강검진에 주관적 기억감퇴설문(SMCQ)<sup>44)</sup>도구(10문항)를 포함시키기로 결정하였다.<sup>45)</sup> 그러나 SMCQ도구는 국가치매조기검진사업에서 이용 중인 치매 선별용 간이정신상태검사(MMSE-DS)<sup>46)</sup>도구(19문항)에 비해 시행이 편하고 비용이 적게 드는 장점이 있는 반면, 치매진단의 정확도 면에서는 열등하다.<sup>47)</sup>

국회예산정책처는 치매조기진단의 중요성을 고려하여 치매 진단 정확도가 높은 MMSE-DS도구를 이용한 검사를 건강검진에 포함시키는 것을 가정하여 재정 소요액을 추정하였다. 또한, 취약계층 노인(전국가구소득평균 100% 이하)에게만 진단 및 감별검사비용을 지원하는 현행 제도와는 달리 소득수준과 무관하게 선별검사에서 치매고위험군으로 판정된 노인 전체에게 지원하는 것으로 가정하였다.

44) 대상자가 주관적으로 경험하는 기억 장애의 심각도를 평가하는 설문으로 구성되어 있음.

45) 2013년에 보건복지부 노인정책과가 주관하여 전문가들로 구성된 위원회에서 건강검진에 치매 검진도구를 포함시키는 것을 논의하여 결정함.

46) 치매 선별용 간이정신상태검사(Mini-mental Status Examination for Dementia Screening : MMSE-DS)는 치매 환자의 인지기능의 손상을 간단하고 신속하게 측정하고 선별하는 평가 도구로, 비교적 짧은 시간 내에 시간 및 장소 지남력, 기억 등록 및 회상, 주의 집중력, 언어능력(이름대기, 따라 말하기), 구성능력, 실행능력 등 다양한 인지 영역을 포괄적으로 측정할 수 있음. MMSE-DS는 총 19문항(30점 만점)으로 구성되어 있으며 점수가 올수록 인지 기능이 유지되는 것으로 볼 수 있으나, 학력 및 연령, 성별이 점수에 영향을 주고 있으므로 층화된 정상 기준을 활용하여 해석해야 함.

47) 따라서, 본 검진을 통해 주관적 인지감퇴자를 선별하여 국가치매조기검진 사업으로 연계하는 연계 전략의 보완이 필요함.

4대 중증질환에 대하여 산정 특례<sup>48)</sup>제도를 적용하여 법정본인부담률을 5~10%로 낮추어주고 있음을 고려할 때, 치매 조기검진에 대한 정부의 지원을 강화할 필요가 있다. 정부는 타 서비스 대상과의 형평성<sup>49)</sup>과 예산 부담을 고려하여 노인종합돌봄서비스 제공 기준인 전국가구소득평균 150% 이하로 우선 확대 적용하거나, 소득수준에 따라 본인부담액을 차등화하는 것을 고려할 수 있을 것이다.

그러나 선별검사에서 치매 고위험군으로 판정되었음에도 불구하고 진단 및 감별검사를 받지 않을 경우 약물 치료 등 적절한 조치를 할 수 없게 된다. 치매로 인한 사회적 비용 절감을 위해서는 선별검사에서 치매 고위험군으로 판정된 모든 노인들이 진단 및 감별검사를 받도록 지원하는 것이 필요하다는 점과 현실적으로 소득수준별 지원 대상자 수 및 지원액 추정이 어려운 점을 고려하여, 소득과 무관하게 지원하는 것을 전제로 재정소요액을 추정하였다.

[표 19] 치매조기검진방안 비교

	보건복지부안(현행)	국회예산정책처 대안
건강검진 포함 치매검사 유형	주관적 기억감퇴 설문 (SMCQ) : 10문항	치매선별용 간이정신상태검사 (MMSE-DS) : 19문항
진단및감별검사 비용 지원대상	취약계층 노인(전국가구소득 평균 100% 이하)	소득수준과 무관(선별검사에 서 치매고위험군으로 판정된 노인 전체)

자료: 국회예산정책처 작성

건강검진에 치매 선별검사를 포함시키는 대상을 75세 이상으로부터 시작하여 70세 이상, 65세 이상으로 확대하는 것으로 가정하여 수검자수를 추계하였다.

48) 진료비 본인부담이 은 암환자와 희귀난치성질환으로 확진된 경우 의사가 발행한 ‘건강보험 산정특례 등록신청서’를 공단 또는 EDI를 사용하는 요양기관에 제출해 등록하는 제도임. 등록 일로부터 5년까지 산정특례 혜택을 보게 되며, 대상 상병의 외래와 입원진료[질병군 입원진료, 고가의료장비(CT, MRI, PET)사용 및 약국 포함] 시 암은 5%, 희귀난치성질환은 10%만 본인이 부담하는 혜택을 받게 됨. 심장 및 뇌혈관질환은 입원해 수술을 받는 경우 1회 수술 당 최대 30일까지 혜택이 적용되며, 별도의 등록 절차는 필요하지 않음.

49) 장애아동재활치료서비스 등이 전국가구소득평균 100% 이하를 서비스 대상으로 하고 있음.

[표 20] 치매 선별, 진단 및 감별 검사 수검자 추계

(단위: 명)

		추계인구 (A)	치매진단자 (B)	치매비진단자 (C=A-B)	선별검사수검자 (D=C×0.7)	진단 및 감별검사수검자 (E=D×0.0958)
65~69		2,026,187	26,031	2,000,156	1,400,109	134,130
70~74		1,729,106	56,275	1,672,831	1,170,982	112,180
75~79		1,314,319	88,280	1,226,039	858,227	82,218
80~84		805,837	97,102	708,735	496,115	47,528
85세 이상		510,110	106,725	403,385	282,369	27,051
합계	65세 이상	6,385,559	374,413	6,011,146	4,207,802	403,107
	70세 이상	4,359,372	348,382	4,010,990	2,807,693	268,977
	75세 이상	2,630,266	292,107	2,338,159	1,636,711	156,797

자료: 국회예산정책처 추계

2014년을 기준으로 할 때, 75세 이상의 노인 대상 건강검진에 포함하여 선별검사를 실시할 경우 수검 대상자는 약 164만명으로 추정된다. 2014년도 75세 이상 추계 인구 263만명 중에서 이미 치매로 진단을 받은 29만명을 제외한 후, 건강검진 수검율을 70%로 가정하여<sup>50)</sup> 산정한 것이다. 마찬가지로 방법에 의해 70세 이상과 65세 이상의 노인에게 선별검사를 시행할 경우 수검 대상자는 각각 281만명, 421만명으로 추정된다.

선별검사 수검자 중에서 치매 고위험군으로 분류되는 경우 진단 및 감별 검사를 받도록 해야 하는데, 여기서는 선별검사 수검자 중에서 2014년의 치매 유병률 추정치 9.58%에 해당하는 인원이 진단 및 감별 검사를 받는다고 가정하였다. 75세 이상 노인들에게 선별검사를 시행할 경우 약 15만 7,000명이 진단 및 감별 검사 대상자가 되고, 70세 이상, 65세 이상 노인들에게 선별검사를 시행할 경우 각각 약 26만 9,000명, 40만 3,000명이 대상자가 된다.

50) 국민건강보험공단 자료에 의하면 2013년도 건강검진 검진율은 60~69세 75.89%, 70~79세 66.31%임.

건강보험심사평가원 자료<sup>51)</sup>에 의하면 선별검사 비용은 건당 10,673원이다. 치매 감별검사 비용은 병원과 상급종합병원 간의 차이가 크지 않으나 치매 진단검사는 병원별 차이가 크다. 치매 진단검사에 포함되는 치매 신경인지검사 중 비급여 항목이 계속 상승하고 있으며, 병원별 편차가 크기 때문이다.

여기서는 치매 신경인지검사 중 CERAD-K를 포함하는 진단검사와 뇌 CT검사를 포함하는 감별검사의 본인부담액을 2012년도에 병원, 종합병원, 상급종합병원에서 진료를 받은 치매환자의 수를 기준으로 가중평균한 금액인 110,850원<sup>52)</sup>과 88,797원을 정부의 지원액으로 가정하였다.

[표 21] 치매검진 비용: 2014년 기준

(단위: 원)

항목	세부항목	본인 부담액			
		병원	종합병원	상급종합병원	가중평균
치매진단검사 (진찰료포함)	CERAD-K 포함 진단검사	78,200	87,300	222,840	110,850
	SNSB 포함 진단검사	105,700	326,045	405,290	270,434
	現 1인당 지원금액	80,000	80,000	80,000	80,000
치매감별검사	뇌 CT 포함 총 금액	69,600	91,200	114,570	88,797
	뇌 MRI 포함 총 금액	142,150	185,660	232,450	180,764
	現 1인당 지원금액	80,000	80,000	110,000	85,862
2012년 진료 치매환자(명)		70,158	104,787	42,490	217,435

자료: 중앙치매센터의 「치매검진 비용 조사(2014)」를 토대로 국회예산정책처 추정

이와 같이 가정할 경우, 치매조기검진 확대에 따른 재정소요액은 다음 [표 22]와 같다. 75세 이상은 국민건강보험에 의한 건강검진을 통해 선별검사를 받도록 할 경우 2년간<sup>53)</sup> 선별검사 175억원, 진단 및 감별검사 313억원 등 총 488억원이 소요

51) 건강보험심사평가원, 「건강보험요양급여비용」, 2014.

52)  $(78,200 \times 70,158 + 87,300 \times 104,787 + 222,840 \times 42,490) / 217,435 = 110,850$ (원)

53) 국민건강보험의 일반건강검진은 통상 짝수년, 홀수년 출생자로 나누어 격년으로 시행되고, 따라서 75세 이상 전체 노인을 대상으로 한 치매 검진은 2년에 걸쳐 시행됨.

되고, 70세 이상 및 65세 이상으로 확대할 경우 각각 837억원, 1,254억원이 소요될 것으로 추정된다.

[표 22] 치매조기검진 확대의 재정소요액 추계

(단위: 백만원)

적용 범위	선별검사 비용	진단및감별검사비용	계
75세 이상	17,469	31,304	48,773
70세 이상	29,967	53,700	83,667
65세 이상	44,910	80,479	125,389

자료: 국회예산정책처 추계

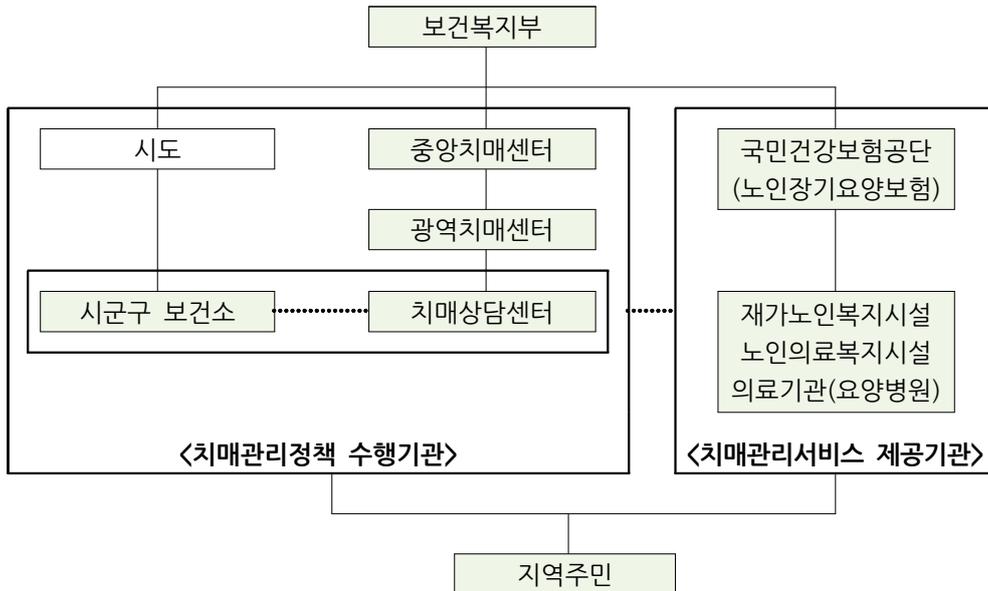
이와 같이 선별검사 범위와 진단 및 감별검사에 대한 지원을 확대함에 따라 치매조기검진의 효과는 상승할 것으로 예상된다. 그러나 치매 선별검사(MMSE-DS)를 건강검진에 포함시킬 경우 검진을 수행하는 병원에 선별검사를 수행하기 위한 인력을 확보해야 하고, 위에서 추계한 바와 같이 선별, 진단 및 감별검사에 대한 지원의 확대에 따라 많은 재정이 소요될 것이다. 따라서 정부는 치매조기검진의 확대에 따른 효과와 이에 수반되는 비용을 분석하는 비용효과 분석을 수행할 필요가 있다.

## V. 치매관리사업의 전달체계

### 1. 치매관리사업 전달체계의 구성 및 현황

치매관리사업의 전달체계는 치매관리정책 수행기관과 치매관리서비스 제공기관으로 구분할 수 있다. 다음의 [그림 10]은 치매관리사업의 전달체계를 도식화한 것이다.

[그림 10] 치매관리사업의 전달체계



자료: 각종 정책자료를 토대로 국회예산정책처 작성

먼저, 치매관리정책 수행기관은 보건복지부, 중앙치매센터, 광역치매센터, 시군구 치매상담센터로 구성된다.

중앙치매센터는 치매관리사업의 컨트롤타워로, 치매환자 통계, 인력관리, 교육과정 개발, 연구개발 총괄 기획 및 관련 신기술 보급을 담당하고 있다. 또한, 치매환자의 진료, 치매관리에 관한 홍보, 치매와 관련된 국내외 협력 등의 업무도 수행할 수 있도록 「치매관리법」에 규정되어 있다.

광역치매센터는 지역 여건에 적합한 서비스 모델을 개발하고, 인력관리 및 교육, 기술지원, 보건소 치매관리사업 평가를 수행하는 조직이다. 「제2차 국가치매관리종합계획」에 따르면, 광역치매센터의 업무는 치료·관리와 요양으로 구분할 수 있다. 치료·관리 업무는 해당 지역의 시군구 치매상담센터와 치매거점병원을 비롯한 공립요양병원, 요양 업무는 치매관리서비스 제공기관과의 연계를 통해 수행된다. 광역치매센터는 치매관리사업의 지원, 지역특화치매지원 프로그램 개발 및 시군구 기술 지원, 교육사업 등을 통하여, 지역사회의 치매 치료·관리와 요양 서비스가 원활하게 제공되도록 지원한다.

시군구 치매상담센터는 정부가 제공하는 각종 치매 관련 서비스를 일반 국민에게 직접 전달한다. 치매상담센터는 치매 조기검진, 사례관리 및 모니터링, 지역사회 전문인력 및 자원을 활용한 가족지원, 예방 교육 및 홍보 등을 수행한다. 정부는 전문 의료기관 및 인력이 풍부한 도시는 민간 위탁, 의료 자원이 부족한 농촌은 보건소가 직영하는 방식으로 치매상담센터를 운영<sup>54)</sup>하도록 하고 있다.

치매관리서비스 제공기관은 보건복지부와 국민건강관리공단의 관리·감독으로 운영되는 재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 요양병원으로 구성된다. 본 보고서에서 논의되는 치매관리서비스 제공기관은 중풍, 치매 등으로 인해 스스로 일상생활 수행이 어려운 노인을 대상으로 요양 및 치료 서비스를 제공하는 장기요양기관, 의료기관 등으로서, 치매 노인만을 대상으로 운영되는 기관이 아니다. 본 보고서에서는 치매관리사업의 수행에 있어 장기요양기관 및 의료기관이 치매로 인해 요양 및 치료가 필요한 노인들에게 치매관리서비스를 제공하는 전달체계이기 때문에 치매관리서비스 제공기관으로 정의하였다.

치매관리서비스 제공기관을 살펴보면, 재가노인복지시설에는 방문요양기관, 주야간보호기관 등<sup>55)</sup>이 있다. 노인의료복지시설에는 노인요양시설, 노인요양공동생활가정이 있다. 요양병원은 병원급 의료기관에 해당된다. 이에 따라, 재가노인복지시설 및 노인의료복지시설을 이용하는 치매 노인(요양등급에 따라 노인장기요양보험의 혜택 여부 및 수준 결정)은 노인장기요양보험의 혜택을 받게 되지만, 요양병원을 이용하는 치매 노인은 국민건강보험의 혜택을 받게 된다.

54) 기본적으로 치매상담센터는 치매환자 방문·사례관리를 위해 필요한 지원인력(사례관리사)을 최소 1명 이상 확보하고, 보건소 포괄보조금사업의 우선사업으로 운영하도록 하고 있음.

55) 재가노인복지시설에는 방문요양, 주야간보호, 방문목욕, 방문간호 등이 포함되지만, 본 보고서에서는 2014년 7월 치매특별등급 도입과 함께 치매 노인이 주로 이용할 것으로 예측되는 방문요양 및 주야간보호 서비스를 중심으로 살펴봄.

재가노인복지시설인 방문요양기관은 상근하는 1인의 시설장(1일 8시간, 월 20일 이상 근무)과 15명 이상의 요양보호사(농어촌지역은 5명)를 두어야 한다. 주야간 보호기관은 재가노인복지시설로 분류되지만, 해당 서비스를 이용하는 노인이 주야간보호센터에 방문하는 방식으로 운영된다. 시설의 규모는 10명 미만과 10명 이상으로 구분된다.

노인의료복지시설인 노인요양공동생활가정과 노인요양시설은 노인들이 해당 시설에 머물면서 요양서비스를 제공받는 장기요양기관이다. 노인요양공동생활가정의 입소정원은 5명 이상 9명 이하이다. 노인요양시설은 입소자 10명 이상 30명 미만과 입소자 30명 이상의 시설로 구분된다.

의료기관인 요양병원은 입원실을 30병상 이상 갖추어야 하며, 입원환자 40명당 의사 1인이 배치되어야 한다.

[표 23]에 따르면, 2013년 말 기준 재가노인복지시설인 방문요양기관과 주야간 보호기관은 각각 8,639개소, 1,446개소가 운영 중이다. 노인의료복지시설인 노인요양공동생활가정과 노인요양시설은 각각 2,150개소, 2,498개소가 운영 중인 것으로 나타났다. 의료기관인 요양병원은 총 1,254개소가 운영 중이다.

[표 23] 시도별 치매관리서비스 제공기관 현황

(단위: 개소)

시도명	재가노인복지시설			노인의료복지시설		의료기관
	방문요양	주야간보호	기타	노인요양 공동생활가정	노인요양시설	요양병원
서울	1,399	238	1,707	358	163	98
부산	570	75	584	45	89	176
대구	471	119	541	178	73	60
인천	493	41	590	115	167	61
광주	349	57	303	29	71	37
대전	348	42	386	34	68	48
울산	124	22	141	12	28	41
세종	19	2	22	2	9	6
경기	1,677	276	2,034	668	698	257
강원	284	56	324	107	131	28
충북	235	49	234	127	116	39
충남	438	77	479	105	146	66
전북	449	80	464	71	150	81
전남	496	99	443	116	168	59
경북	621	111	690	125	196	101
경남	568	69	624	50	171	95
제주	98	33	127	8	54	7
합계	8,639	1,446	9,693	2,150	2,498	1,260

주: 2013년 12월 말 기준 자료임.  
 자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

## 2. 광역치매센터 및 치매거점병원 확충

광역치매센터의 지정 및 역할과 관련된 규정은 「치매관리법」에 별도로 명기되어 있지 않다. 광역치매센터는 중앙치매센터가 수행할 수 있도록 규정된 치매환자 진료, 치매 관련 인력의 교육·훈련 등을 해당 지역 내에서 나누어 수행하고 있다고 볼 수 있다. 「제2차 국가치매관리종합계획」에서는 광역치매센터가 해당 지역의 시군구 치매상담센터와 치매거점병원을 비롯한 공립요양병원과의 연계를 통하여, 치료·관리 업무를 수행하도록 하고 있다.

[표 24]를 보면, 현재까지 6개 시도(광주, 울산, 세종, 전남, 경남, 제주)에 광역 치매센터가 지정되지 않은 상태이며, 치매거점병원으로 지정된 공립요양병원은 총 7곳에 불과하다. 정부는 2012년 7곳의 치매거점병원을 지정한 이후, 2013년에는 25개 공립요양병원에 대한 기능보강을 지원하였을 뿐 추가적인 치매거점병원을 지정하지 않았다. 이에 따라, 광역치매센터와 치매거점병원이 모두 지정된 곳은 17개 시도 중 대구, 인천, 대전, 충북, 전북, 경북 등 6개 지역이다.

[표 24] 광역치매센터 및 치매거점병원의 설치·운영 현황

시도명	광역치매센터	광역치매센터 선정기관명	광역치매센터 선정연도	치매거점병원	치매거점병원 지정연도
서울	서울광역치매센터	서울대병원	2013	-	-
부산	부산광역치매센터	동아대병원	2013	-	-
대구	대구광역치매센터	경북대병원	2013	대구시지 노인전문병원	2012
인천	인천광역치매센터	가천대길병원	2013	인천제1시립 노인전문병원	2012
광주	-	-	-	-	-
대전	대전광역치매센터	충남대병원	2013	대전제1시립 노인전문병원	2012
울산	-	-	-	-	-
세종	-	-	-	-	-
경기	경기광역치매센터	도립노인전문 용인병원	2013	-	-
강원	강원광역치매센터	강원대병원	2013	-	-
충북	충북광역치매센터	충북대병원	2013	청풍호노인사랑병원	2012
충남	충남광역치매센터	단국대병원	2013	-	-
전북	전북광역치매센터	전북대병원	2013	전주시노인전문병원	2012
전남	-	-	-	-	-
경북	경북광역치매센터	동국대경주병원	2013	도립경산 노인전문요양병원	2012
경남	-	-	-	경남도립 김해노인전문병원	2012
제주	-	-	-	-	-

자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

우리나라의 치매관리정책 전달체계는 중앙치매센터나 광역치매센터로 지정된 병원에서 치매환자에 대한 의료서비스 지원을 직접 수행하도록 하는 것이 아니라, 광역치매센터가 정부가 별도로 지정한 치매거점병원 및 공립요양병원에서 제공되는 치매 관련 의료서비스를 관리·연계하도록 하고 있다. 이에 따라, 현재까지 구축된 치매관리정책 전달체계로는 「치매관리법」 및 「제2차 국가치매관리종합계획」에 규정된 치매환자의 진료, 의료서비스 제공 등의 업무를 수행하는 데 한계가 있다.

[표 25]를 보면, 치매환자 수나 치매진단공백이 타 시도보다 높은 지역임에도 불구하고, 치매관리정책 전달체계가 구축되지 못한 지역에 대해서는 조속한 광역치매센터와 치매거점병원의 지정이 필요할 것으로 보인다. 정부는 일률적으로 전국 모든 시도에 광역치매센터와 치매거점병원을 설립하기보다는 지리적 근접성과 치매환자 수, 치매진단공백 등을 고려하여 치매관리정책 전달체계를 마련할 필요가 있다.

광주와 전남 지역을 관할하는 광역치매센터를 설립하여 치매환자 수가 전국에서 다섯 번째로 많은 전남 지역의 치매관리사업을 활성화할 필요가 있다. 울산과 경남 지역은 치매환자의 수가 5만명이 넘어 이미 3만 9천여명을 대상으로 치매관리 사업을 수행하는 부산광역치매센터에서 울산-경남 지역을 소관 하는 데 한계가 있으므로, 별도의 광역치매센터를 설립할 필요가 있다. 경북 지역은 치매환자의 수가 전국에서 세 번째로 많고, 치매진단공백도 37.2%로 높기 때문에 별도의 광역치매센터를 설립·운영하는 방안을 강구할 필요가 있다. 제주 지역은 치매환자의 수가 적기는 하지만 치매진단공백이 33.6%에 달한다는 점을 고려하여, 지방자치단체와 병원급 의료기관의 협조체계 구축을 통해 치매진단공백을 줄이기 위해 노력할 필요가 있다.

[표 25] 시도별 65세 이상 치매환자 수 및 치매진단공백

(단위: 명)

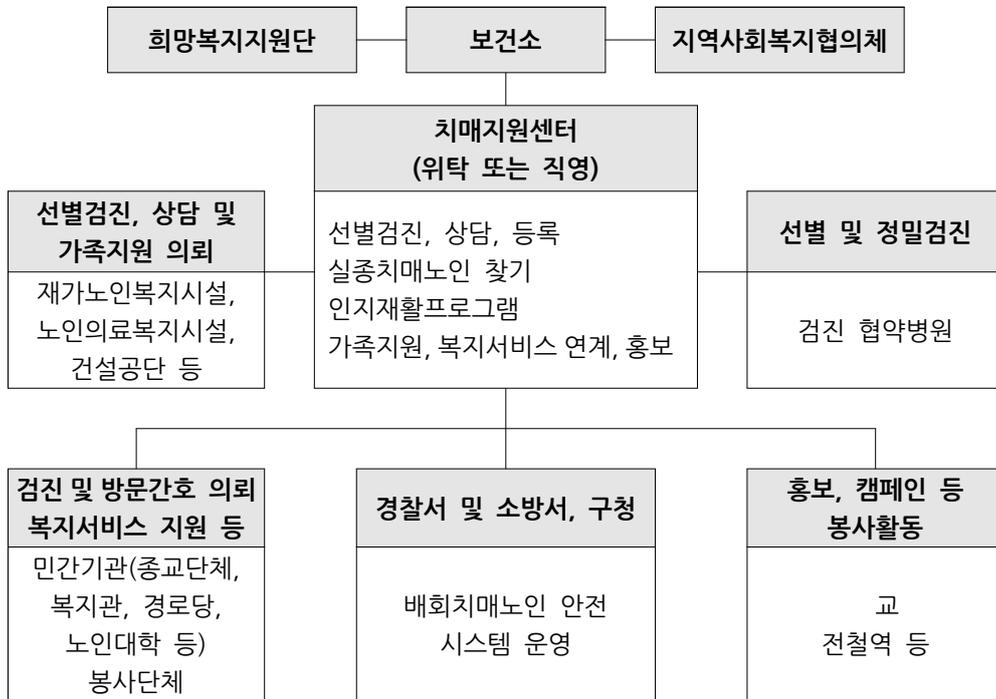
지역	65세 이상 치매환자 수	치매진단공백
서울	95,841	24.5
부산	39,169	14.7
대구	24,846	17.2
인천	26,383	29.4
광주	13,745	1.0
대전	13,935	14.9
울산	8,109	0.0
경기	110,108	25.3
강원	23,432	46.0
충북	22,552	40.5
충남	35,506	39.2
전북	32,621	20.0
전남	40,153	27.6
경북	47,097	37.2
경남	42,776	22.1
제주	8,620	33.6
합계	584,893	25.9

주: 1. 65세 이상 치매환자 수는 2013년 기준이며, 치매 진단공백은 2012년 기준임.  
 2. 세종특별자치시 출범 이전에 작성된 자료로, 현재 세종특별자치시에 해당되는 지역은 충남 지역의 통계에 포함되어 산정됨.  
 3. 치매진단공백은 노인 치매환자 추계 인원 수 대비 건강보험공단에서 치매로 진단을 받은 실 진료인원 수의 비율을 1에서 뺀 값으로, 추정된 치매 환자 중 미진단자의 비율을 의미함.  
 자료: 중앙치매센터 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

### 3. 시군구 치매상담센터의 인력 확충

[그림 11]은 치매상담센터의 주요 기능을 나타낸 것이다. 치매상담센터는 지역사회 의 재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 건강보험공단, 병원, 복지관, 경찰서 및 소방서, 시군구청 등과 네트워크를 구축하여, 치매 선별검진 및 상담·등록, 가족지원, 복지서비스 연계 등을 수행하도록 설계되었다.

[그림 11] 시군구 치매상담센터의 주요 기능



자료: 보건복지부(2012)의 「제2차 국가치매관리종합계획」에 제시된 내용을 토대로 국회예산정책처 재구성

그러나 2013년 말 기준 시군구 치매상담센터의 운영 및 인력 현황을 살펴보면, 대다수의 시군구에서 보건 업무 담당 인력이 치매 관련 업무를 겸임하도록 하고 있는 것으로 나타났다. 이에 따라, 치매상담센터를 통하여 치매관리정책을 수행하는데 한계가 있을 수 있다.

[표 26]의 치매상담센터의 운영 현황을 살펴보면, 전체의 46.5%가 시군구 보건소 내에 치매 관련 업무 담당 조직을 두고 보건소와 공동으로 운영하는 형태를 취하고 있다. 전체 치매상담센터의 37.5%는 별도의 치매상담센터를 개설하여 독립시설로 운영하고 있으며, 나머지 16.0%는 별도의 시설이나 조직을 두지 않고 시군구 보건소의 기존 인력 및 조직을 활용하여 치매 관련 사업을 수행하고 있다.

치매상담센터의 인력 현황을 살펴보면, 전체 인력 830명 중 58.4%에 해당하는 485명이 전담인력이며, 41.6%에 해당하는 345명이 겸임인력이다. 시도별 현황을 살펴보면(세종시 제외), 전남(78.8%), 충남(78.6%), 제주(75.0%), 강원(67.9%), 경기(67.2%) 지역 순으로 겸임인력의 비율이 높은 것으로 나타났다.

[표 26] 시군구 치매상담센터의 운영 및 인력 현황

(단위: 개소, 명, %)

시도명	운영 현황				치매 상담 업무 담당자 현황		
	독립시설	공동운영	시설없음	계	전담	겸임	계
서울	25 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	25 (100.0)	248 (90.5)	26 (9.5)	274 (100.0)
부산	1 (6.3)	10 (62.5)	5 (31.3)	16 (100.0)	12 (42.9)	16 (57.1)	28 (100.0)
대구	0 (0.0)	7 (87.5)	1 (12.5)	8 (100.0)	24 (75.0)	8 (25.0)	32 (100.0)
인천	10 (100.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	10 (100.0)	62 (73.8)	22 (26.2)	84 (100.0)
광주	0 (0.0)	3 (60.4)	2 (40.4)	5 (100.0)	3 (42.9)	4 (57.1)	7 (100.0)
대전	1 (20.0)	4 (80.0)	0 (0.0)	5 (100.0)	3 (37.5)	5 (62.5)	8 (100.0)
울산	2 (40.0)	3 (60.0)	0 (0.0)	5 (100.0)	6 (60.0)	4 (40.0)	10 (100.0)
세종	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	0 (0.0)	1 (100.0)	1 (100.0)
경기	10 (30.3)	14 (42.4)	9 (27.3)	33 (100.0)	45 (32.8)	92 (67.2)	137 (100.0)
강원	2 (11.1)	13 (72.2)	3 (16.7)	18 (100.0)	9 (32.1)	19 (67.9)	28 (100.0)
충북	0 (0.0)	9 (81.8)	2 (18.2)	11 (100.0)	7 (41.2)	10 (58.8)	17 (100.0)
충남	5 (31.3)	8 (50.0)	3 (18.8)	16 (100.0)	9 (21.4)	33 (78.6)	42 (100.0)
전북	3 (21.4)	8 (57.1)	3 (21.4)	14 (100.0)	10 (43.5)	13 (56.5)	23 (100.0)
전남	0 (0.0)	20 (90.9)	2 (9.1)	22 (100.0)	7 (21.2)	26 (78.8)	33 (100.0)
경북	12 (48.0)	9 (36.0)	4 (16.0)	25 (100.0)	18 (40.0)	27 (60.0)	45 (100.0)
경남	6 (30.0)	10 (50.0)	4 (20.0)	20 (100.0)	20 (37.7)	33 (62.3)	53 (100.0)
제주	19 (86.4)	0 (0.0)	3 (13.6)	22 (100.0)	2 (25.0)	6 (75.0)	8 (100.0)
합 계	96 (37.5)	119 (46.5)	41 (16.0)	256 (100.0)	485 (58.4)	345 (41.6)	830 (100.0)

주: ( ) 안의 값은 비중임.

자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

[표 27]을 보면, 치매상담 업무 담당자의 겸임 비율이 높은 것으로 나타난 전남, 충남, 제주, 강원 지역의 치매 유병률, 치매 부양지수, 치매 진단공백이 타 시도

에 비하여 높은 것으로 나타났다. 치매 상담 업무 담당자 중 겸임 직원의 비율과 치매 유병률, 치매 부양지수, 치매 진단공백 각각에 대한 상관분석에서도 양의 상관관계가 있는 것으로 나타났다.<sup>56)</sup> 치매 관련 업무를 적극적으로 수행해야 하는 지역이 치매관리사업 담당 인력을 확보하는 데 소극적인 상황인 것으로 볼 수 있다.

2012년 기준 치매 유병률은 제주(10.66%), 전남(10.39%), 충남(10.12%)의 순으로 높다. 치매 부양지수는 전남(34), 전북·경북(25), 충남(23)의 순으로 높게 나타났다. 치매 진단공백은 강원(46.0%), 충남(39.2%), 경북(37.2%)의 순으로 높았다.

[표 27] 시도별 치매 유병률·부양지수·진단공백: 2012년

(단위: %)

시도명	치매 유병률	치매 부양지수	치매 진단공백
서울	8.11	11	24.5
부산	8.22	14	14.7
대구	8.47	13	17.2
인천	9.16	11	29.4
광주	9.02	12	1.0
대전	9.15	11	14.9
울산	8.87	9	0.0
경기	9.05	11	25.3
강원	9.39	22	46.0
충북	9.76	20	40.5
충남	10.12	23	39.2
전북	10.06	25	20.0
전남	10.39	34	27.6
경북	10.09	25	37.2
경남	9.63	17	22.1
제주	10.66	21	33.6
전국	9.18	15	25.9

주: 1. 치매 유병률은 2012년 전국 치매유병률조사를 토대로 산출된 65세 이상 노인 중 치매환자 비율의 추계치임.

2. 치매 부양지수는 15~64세 생산가능인구 1,000명당 65세 이상 치매환자 추계치를 뜻함.

3. 치매 진단공백은 노인 치매환자 추계 인원 수 대비 건강보험공단에서 치매로 진단을 받은 실 진료인원 수의 비율을 1에서 뺀 값으로, 추정된 치매 환자 중 미진단자의 비율을 의미함.

자료: 중앙치매센터 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

56) 겸임 비율-치매 유병률, 겸임 비율-치매 부양지수, 겸임 비율-치매 진단공백 간의 Pearson 상관계수가 각각 0.719, 0.610, 0.324로 나타났는데, 겸임 비율-치매 유병률, 겸임 비율-치매 부양지수 간의 상관관계는 각각 0.01, 0.05 유의수준에서 유의미하나, 겸임 비율-치매 진단공백 간의 상관관계는 유의미하지 않음.

충남, 제주, 경북 지역은 치매 유병률, 부양지수, 진단공백이 타 시도에 비하여 높으나, 치매 상담 업무 담당자의 대부분이 겸임인력이다. 전남은 치매 유병률(10.39%)과 부양지수(34), 강원은 치매 부양지수(22)와 진단공백(46.0%)이 타 시도에 비하여 높으나, 겸임인력의 비율이 전남 78.8%, 강원 67.2%에 달한다.

특히, 치매상담업무 담당자가 담당하는 중요한 업무 중의 하나인 치매 선별검사 실적을 보면, 겸임인력이 많은 시도가 대체로 1인당 업무 부담이 많은 것으로 나타났다. 2013년 각 시도별 선별검사명수를 치매 상담 업무 담당자 수(가중)<sup>57)</sup>로 나눈 결과, 전남이 1인당 8,761명으로 가장 많았고, 강원과 충남도 각각 8,315명, 6,921명으로 전국 평균 2,703명에 비하여 높게 나타났다. 이것은 이들 시도의 경우 치매 상담 업무 담당자의 업무 부담이 과다할 수 있어, 체계적인 치매 관리에 한계가 있을 수 있음을 보여준다.<sup>58)</sup>

---

57) 치매 관련 업무 비중을 고려하여 전담인력은 1을, 겸임인력은 0.3을 곱하여 구함.

58) 광주와 대전의 경우, 치매 상담 업무 담당자의 절대적 숫자가 작아서 1인당 선별검사명수가 많고, 제주의 경우 선별검사 실적이 작아서 1인당 선별검사명수가 적음.

[표 28] 2013년도 시도별 선별검사 현황

시도명	선별검사명수(A)	치매상담업무 담당자수(가중)(B)	1인당선별검사명수 (A/B)
서울	203,321	255.8	794.8
부산	48,988	16.8	2,916.0
대구	69,318	26.4	2,625.7
인천	78,151	68.6	1,139.2
광주	27,602	4.2	6,571.9
대전	29,450	4.5	6,544.4
울산	22,128	7.2	3,073.3
경기	278,367	72.6	3,834.3
강원	122,226	14.7	8,314.7
충북	65,641	10	6,564.1
충남	130,812	18.9	6,921.3
전북	108,976	13.9	7,840.0
전남	129,668	14.8	8,761.4
경북	142,503	26.1	5,459.9
경남	122,433	29.9	4,094.7
제주	11,234	3.8	2,956.3
전국	1,590,818	588.5	2,703.2

주: 치매 상담 업무 담당자 수(가중)는 전담인력 수행 업무 대비 겸임인력 수행 업무 비중 등에 대한 실태조사를 실시하여 치매 상담 업무 담당자의 자격, 치매상담센터가 설치된 지역 등의 특성을 고려하여 산출해야 하지만, 관련 자료가 없어 국회예산정책처가 실시조사를 통해 수집한 정보를 바탕으로 전문인력은 1을, 겸임인력은 0.3을 곱하여 구함.

자료: 보건복지부 제출자료를 기초로 국회예산정책처 산정

이처럼 치매관리사업을 적극적으로 실시해야 하는 특성을 가진 지역임에도 불구하고, 별도의 치매 전담 인력을 배치하기보다는 기존의 보건 업무 담당 인력을 치매 업무에 투입하고 있어 적극적인 치매관리사업을 수행하는 데 한계가 있을 수 있다. 따라서, 정부는 광역치매센터와 시군구 치매상담센터의 연계 강화, 시군구별 치매관리사업 전담 인력 확보 방안 마련 등을 통하여, 적극적인 치매관리정책 수행이 필요한 지역을 중심으로 치매상담센터의 운영을 활성화할 필요가 있다.

각 시도 치매상담센터의 전담인력을 확충하는 데 필요한 재정소요액을 추정해 보았다.<sup>59)</sup> 현재의 전국 평균 치매상담센터 전담인력 비중 수준인 60%로 각 시도 치매상담센터의 전담인력을 증가시키기 위해서는 총 118명의 전담인력이 추가로 필요하다. 이를 전문인력으로 확충할 경우 연간 약 46억원, 일반인력으로 확충할 경우 연간 약 37억원의 재정이 추가로 필요한 것으로 추계되었다.<sup>60)</sup> 각 시도 치매상담센터의 전담인력 비중을 70%로 증가시키기 위해서는 총 163명을 충원해야 하고, 이를 전문인력으로 확충할 경우 약 63억원, 일반인력으로 확충할 경우 약 51억원의 재정이 추가로 필요하다. 또한, 각 시도 치매상담센터의 전담인력 비중을 80%로 증가시키기 위해서는 총 215명을 충원해야 하고, 이를 전문인력으로 확충할 경우 약 83억원, 일반인력으로 확충할 경우 약 68억원의 재정이 필요한 것으로 추계되었다.

59) 현재 전국 평균 치매상담센터 전담인력 비중을 기준으로 치매상담센터 전담인력 확충에 필요한 재정소요액의 최대치를 추계함. 실제 치매상담센터의 전담인력을 확충할 때에는 전담인력 수행 업무 대비 겸임인력 수행 업무 비중, 치매 상담 업무 담당자가 연간 처리하는 선별검사 및 상담 건수 등에 대한 면밀한 분석을 토대로 시군구 치매상담센터별로 추가적으로 필요한 전담인력의 수를 구하여 재정소요액을 산출할 필요가 있음.

60) 서울특별시의 「2014년도 지역치매지원센터 운영 예산(안) 산출 근거」에 따라서 전문인력에 대해서는 3,870만원, 일반인력에 대해서는 3,140만원을 인건비로 적용함.

[표 29] 치매상담센터 전담인력 확충 재정소요액 추계

(단위: 명, 백만원)

시도명	전담인력 60% 목표			전담인력70% 목표			전담인력 80% 목표		
	필요 인력(명)	재정소요액		필요 인력(명)	재정소요액		필요 인력(명)	재정소요액	
		전문 인력	일반 인력		전문 인력	일반 인력		전문 인력	일반 인력
서울	충족	-	-	충족	-	-	충족	-	-
부산	5	194	157	8	310	251	11	426	346
대구	충족	-	-	충족	-	-	2	77	63
인천	충족	-	-	충족	-	-	6	232	188
광주	2	77	63	2	77	63	3	116	94
대전	2	77	63	3	116	94	4	155	126
울산	충족	-	-	1	39	31	2	77	63
세종	1	39	31	1	39	31	1	39	31
경기	38	1,471	1,194	51	1,974	1,602	65	2,516	2,042
강원	8	310	251	11	426	346	14	542	440
충북	4	155	126	5	194	157	7	271	220
충남	17	658	534	21	813	660	25	968	785
전북	4	155	126	7	271	220	9	348	283
전남	13	503	408	17	658	534	20	774	628
경북	9	348	283	14	542	440	18	697	565
경남	12	464	377	18	697	565	23	890	723
제주	3	116	94	4	155	126	5	194	157
합계	118	4,567	3,707	163	6,308	5,121	215	8,321	6,754

자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

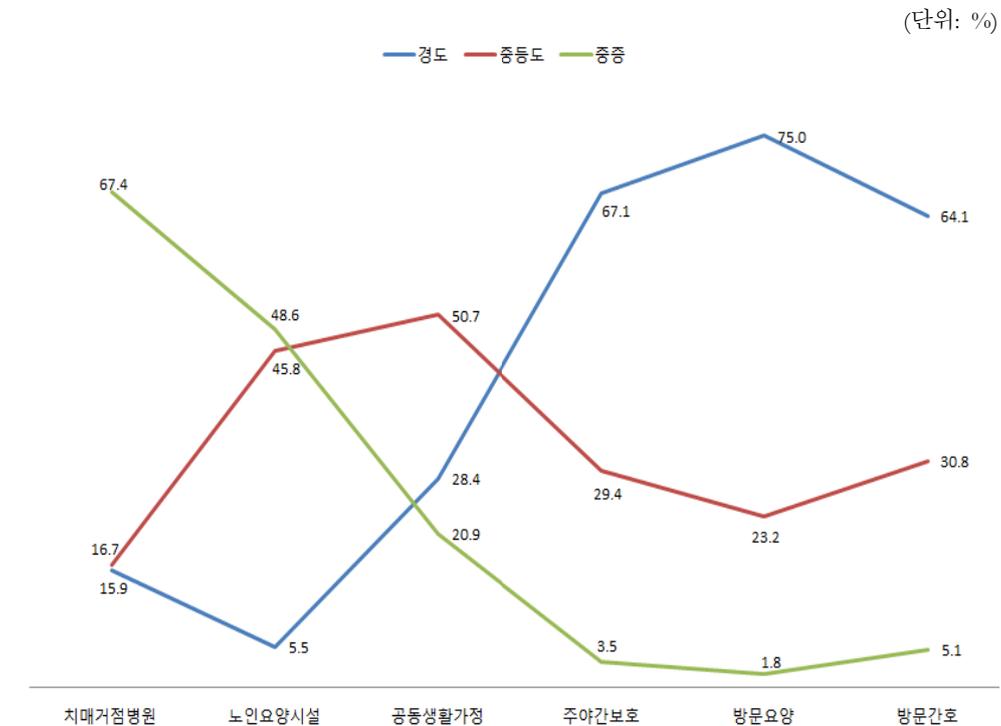
치매관리사업 전담 인력 확보에 필요한 인력, 예산 등의 문제를 단시간에 해결하는 데는 한계가 있으므로, 광역치매센터로 지정된 시도별 의료기관의 전문인력이 해당 지역의 시군구 치매상담센터에 정기적으로 방문하여 시군구 치매관리사업을 지원할 수 있는 방안을 강구해야 한다. 또한, 장기적으로는 별도의 치매상담센터를 개설하지 않더라도 기존의 겸임인력과 소수의 전문인력의 효율적인 업무분장, 지역 사회의 다양한 민간 자원 연계 방안 가이드라인 마련 등을 통해 치매상담센터 운영 방식의 효율성 및 효과성을 제고할 필요가 있다.

#### 4. 치매 중증도에 따른 치매관리서비스 제공기관 연계 강화

정부는 경증 치매 노인은 방문요양, 주야간보호 등 재가노인복지시설을 이용하고, 중증 치매 노인이나 치매관리와 요양서비스가 필요한 질환을 동시에 앓고 있는 중증 노인은 노인요양공동생활가정, 노인요양시설 등 노인의료복지시설, 치매거점병원 등 요양병원을 이용하도록 권고하고 있다.

국회예산정책처는 일선 치매관리서비스 제공기관의 실무자와 중앙치매센터 및 광역치매센터와 시군구 치매상담센터의 전문가 및 실무자, 중앙치매센터에서 추천 받은 치매 관련 전문가를 대상으로 치매의 중증도에 따라 어떤 기관 및 서비스를 연계하는 것이 바람직하다고 생각하는지를 조사하였다. 이를 통하여, 정부가 수행하는 노인장기요양보험 요양등급판정을 통한 요양서비스 연계가 치매의 중증도 등을 고려한 것인지 여부를 살펴보았다. 국회예산정책처가 실시한 치매관리서비스 기관 별 치매의 경중에 따른 적합도 인식 조사 결과를 [그림 12]와 같이 정리하였다.

[그림 12] 치매 경중에 따른 적합 기관 및 서비스



자료: 국회예산정책처가 실시한 「치매관리정책에 대한 의식 조사」 결과

치매거점병원의 경우, 239명의 응답자 중 중증 치매노인이 이용하는 것이 적합하다는 의견이 67.4%(161명)로 가장 높았고, 중등도는 16.7%(40명), 경도는 15.9%(38명)의 비중을 차지했다. 노인요양시설은 응답자 253명 중 중증이 48.6%(123명), 중등도가 45.8%(116명)로 유사한 수준이었으며, 경도의 경우 5.5%(14명)에 수준으로 나타났다. 다음으로, 노인요양공동생활가정은 응답자(148명)의 절반 수준인 50.7%(75명)이 중등도 치매 노인을 배치하는 것이 적합하다고 인식하고 있었으며, 경도는 28.4%(42명), 중증은 20.9%(31명) 수준이었다. 한편, 주야간 보호기관(응답자 231명)과 방문요양서비스(응답자 112명), 방문간호서비스(응답자 78명)에 대해서는 비슷한 응답 패턴을 보였다. 세 가지 모두 경도가 각각 67.1%(155명), 75%(84명), 64.1%(50명)으로 가장 높았으며, 중등도가 29.4%(68명), 23.2%(26명), 30.8%(24명)으로 나타났다. 반면, 중증 치매는 각각 3.5%(8명), 1.8%(2명), 5.1%(4명) 수준인 것으로 파악되었다.

치매 관련 분야 실무자 및 전문가의 경우에도 정부와 마찬가지로 경증 치매 노인은 방문요양, 주야간보호 등 재가노인복지시설, 중등도 치매 노인은 노인요양공동생활가정, 노인요양시설 등 노인의료복지시설, 중증 치매 노인은 노인요양시설이나 치매거점병원과 같은 요양병원을 이용하는 것이 적절하다고 인식하고 있는 것으로 나타났다.

그러나 보건복지부가 분당서울대병원을 통해 수행한 「치매노인 실태 조사(2011)」에 따르면, 노인요양공동생활가정과 요양병원을 이용하고 있는 치매환자의 상당수가 다른 유형의 시설 또는 가정에서 보살피는 것이 적합한 것으로 나타났다. 동 보고서는 치매환자의 전반적인 의존 수준을 의존성 척도(Dependence Scale)<sup>61)</sup>로 측정하여 지역사회에 거주하는 치매환자와 치매관리서비스 제공기관을 이용하는 치매환자의 의존성 척도를 비교하였다.

보건복지부의 「치매노인 실태 조사(2011)」는 치매환자 대상 면담과 치매환자가 받고 있고 필요로 하는 조호 행위에 대한 정보를 기초로, 제한적 가정간호, 양로시설, 건강관련 시설 등 세 가지로 분류하는 시설조호등가치(Equivalent Institutional Care: EIC)를 산출하였다. 시설조호등가치를 기준으로 할 때, 노인요양공동생활가정 이용자의 30.3%는 양로시설<sup>62)</sup>이, 3.6%는 제한적 가정간호(방문요양서비스 등)가 적

61) A~M 까지 13개 척도에 의한 평가에 따라 완전히 독립적인 상태를 수준 0, 전적으로 의존이 필요한 상태를 수준 5로 설정해서, 총 6가지 수준으로 구분한 단위임.

합한 것으로 평가되었다. 한편, 요양병원 이용자의 약 21.8%는 양로시설이 적합하고, 약 3.2%는 제한적 가정간호가 적합한 것으로 나타났다.

이러한 결과는 노인요양공동생활가정과 요양병원을 이용하는 치매환자 중에서 각각 34%, 25%는 양로시설이나 가정에 거주하면서 보살피는 것이 적합하다는 것을 보여준다. 시설조호등가치 상, 현재 양로시설 거주자의 19.4%가 제한적 가정간호가 적합한 것으로 평가되어, 방문요양, 주야간보호, 방문간호 등으로 조호가 가능한 환자군도 양로시설에 입소해 있음을 알 수 있다.

[표 30] 지역사회 및 치매서비스 제공기관 치매환자의 시설조호등가치

(단위: 명, %)

	인원수	시설조호등가치에 따른 분포				계
		제한적 가정간호	양로시설	건강관련 시설	해당없음	
지역	648	47.4	22.7	16.0	15.0	100.0
시설	3,315	4.4	22.4	73.2	0.0	100.0
요양병원	1,172	3.2	21.8	75.0	0.0	100.0
대규모요양병원	606	2.5	21.3	76.2	0.0	100.0
소규모요양병원	566	3.9	22.4	73.7	0.0	100.0
요양시설	2,045	4.4	21.8	73.7	0.0	100.0
대규모요양시설	940	6.0	19.3	74.8	0.0	100.0
중간규모요양시설	627	2.9	19.1	78.0	0.0	100.0
소규모요양시설 (노인요양공동생활가정)	478	3.6	30.3	66.1	0.0	100.0
양로시설	98	19.4	40.8	39.8	0.0	100.0

자료: 보건복지부, 「치매노인 실태 조사」, 2011.

62) 노인을 입소시켜 급식과 그 밖의 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 시설로, 노인주거복지시설의 한 유형임. 노인요양공동생활가정과는 달리 적극적인 요양서비스의 제공이 필요하지 않은 노인들을 대상으로 운영함.

이러한 분석 결과는 치매관리서비스 제공기관 입소자 중 일부는 치매 중증도와 일상생활동작을 수행함에 있어 도움을 필요로 하는 정도와는 달리 해당 시설을 선택하였음을 의미한다.<sup>63)</sup> 정부는 치매관리서비스 제공기관의 치매 노인 수용 실태 조사를 실시하여, 그 결과를 토대로 치매 노인이 중증도와 일상생활 기능 수준에 따라 적절한 치매관리서비스를 제공받을 수 있는 기관을 이용할 수 있도록 하는 방안을 마련할 필요가 있다.

---

63) 치매뿐만 아니라 다른 질환을 복합적으로 앓고 있어, 해당 시설을 이용하고 있을 가능성도 있음.

## Ⅵ. 치매관리서비스의 질 관리

### 1. 인지훈련프로그램 운영의 체계화 필요

정부는 치매특별등급을 도입함에 있어, 경증 치매환자의 인지기능 악화를 방지하고 잔존능력을 유지하기 위하여 주간보호 또는 방문요양(인지활동형) 급여에서 제공되는 ‘인지기능 증진 프로그램’<sup>64)</sup>을 주 3회 이상 우선 이용하도록 제도화하였다. 이처럼 경증 치매환자를 대상으로 하는 인지훈련프로그램이 2014년 7월부터 제공됨에 따라, 기존 치매관리서비스 제공기관의 인지훈련프로그램 제공 실태를 파악하고 개선과제를 도출할 필요가 있다.

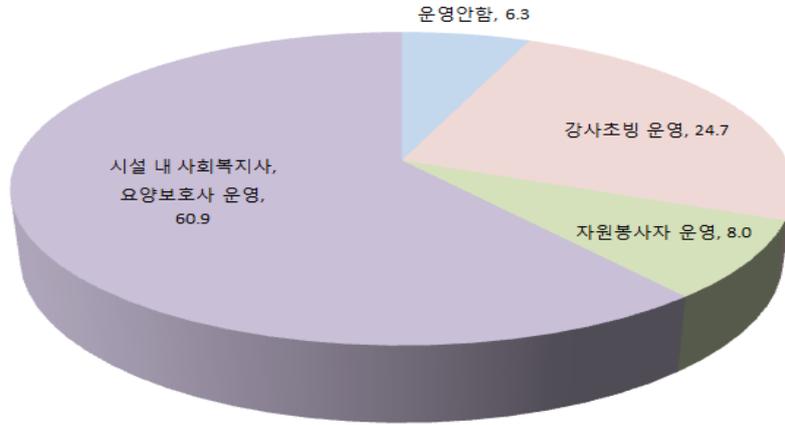
국회예산정책처의 치매관리서비스 제공기관에 대한 실지조사 결과, 인지재활 훈련 및 치료가 체계적으로 수행되지 못하고 있는 것으로 나타났다. 도시 지역의 대규모 요양시설 및 주간보호시설 등에서는 전문적인 강사를 초빙하여 프로그램을 운영하고 있는 것으로 나타났으나, 대부분의 시설들은 치매환자를 돌보는 사회복지사, 요양보호사 등이 자체적으로 일부 프로그램을 운영하고 있거나 사실상 체계적인 프로그램 운영을 실시하지 못하고 있다.

국회예산정책처가 수행한 치매관리서비스 제공기관 설문조사에서도 전체 응답자의 24.7%(43명)만이 강사를 초빙하여 프로그램을 운영하고 있다고 답하였고, 60.9%(106명)은 시설의 사회복지사, 요양보호사 등의 인력이 프로그램을 운영하고 있다고 응답하였다. 8.0%는 자원봉사활동을 통해 운영하고 있으며, 전체의 6.3%는 인지훈련프로그램을 운영하고 있지 않다고 응답하였다.

64) 기억력 향상(workbook), 회상훈련, 수단적 일상생활(장보기, 전화하기 등) 함께 하기 등으로 구성됨.

[그림 13] 치매 노인 대상 인지훈련프로그램 운영여부

(단위: %)



자료: 국회예산정책처가 실시한 「치매관리정책에 대한 의식 조사」 결과

특히, 9인 이하의 정원으로 운영되는 노인요양공동생활가정의 경우, 전체 응답자의 12.5%(6명)만이 강사를 초빙하여 프로그램을 운영하고 있다고 답하였고, 75.0%(36명)은 시설의 사회복지사, 영양보호사 등의 인력이 프로그램을 운영하고 있다고 응답하였다. 「노인복지법」 시행규칙 [별표 4]에 의하면, 노인요양공동생활가정은 사회복지사 1명, 간호사 또는 간호조무사 1명, 입소자 3명당 1명의 영양보호사로 시설을 운영하고 있다. 대부분의 노인요양공동생활가정은 시설의 장이 사회복지사의 역할을 겸하고 있으며, 3명의 영양보호사가 교대로 근무하면서 조리사의 역할까지 수행하고 있다. 주간에 영양보호사 1~2명이 9명의 입소자들을 돌보고 있고, 사회복지사는 시설의 장으로서 모든 행정 업무를 수행하면서 병원 진료 등 입소자의 외출이 필요한 경우는 운전사의 역할까지 담당하는 실정이다. 이러한 상황에서 시설 내의 사회복지사 및 영양보호사가 인지훈련프로그램을 체계적으로 운영하기를 기대하기는 어렵다.

정부의 기존 치매관리서비스 제공기관에 대한 인지훈련프로그램 지원 부족은 인지훈련프로그램의 체계적 운영에 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 치매관리서비스 제공기관이 인지훈련프로그램을 외부강사를 통해 운영하는 경우 수가를 가산해주는 프로그램 가산제를 운영하고는 있으나, 강사 2인이 4주 동안 매주 2회 이상 프로그램을 운영할 경우에 26만원을 지원해주고 있어서 비현실적이라는 지적이 많았다.<sup>65)</sup>

실지조사 결과, 농촌 지역에 위치한 시설의 경우 전문 강사를 초빙하기도 어려운 실정인데, 이 정도의 추가 예산 지원만으로는 인지훈련프로그램을 운영하기 어렵다는 의견이 있었다.

정부와 국민건강보험공단은 노인장기요양보험 치매특별등급 신설에 따라, 주야간보호기관, 방문요양기관 내 사회복지사, 방문요양사 등을 대상으로 치매전문교육을 실시하고, 현장에서 활용 가능한 인지훈련프로그램을 개발·보급하고 있다. 그러나 노인의료복지시설, 요양병원 등에서는 소수의 치매 노인을 위하여 체계화된 인지훈련프로그램을 운영하기가 어려운 상황이며, 정부 또는 국민건강보험공단이 노인의료복지시설과 요양병원에 적합한 인지훈련프로그램에 대한 구체적인 지침 및 커리큘럼을 제공하고 있지 않다. 이에 따라, 시설 내 사회복지사 및 요양보호사의 역량에 따라 프로그램의 질이 결정되고, 이는 치매관리서비스 제공기관에서 제공하는 인지훈련프로그램의 질 관리를 어렵게 하는 원인이 될 수 있다.<sup>66)</sup>

## 2. 전문적인 치매관리서비스 제공기관 구축

치매환자들이 여타 노인성질환 환자와 함께 생활할 경우, 치매환자의 배회, 수면장애, 과격한 행동 등으로 인하여 일반 노인성질환 환자에 대한 적절한 간병 및 치료적 개입이 제한될 수 있다. 따라서, 치매 노인에 대한 전문적인 치료 및 요양서비스 제공을 목표로 운영되는 치매관리서비스 제공기관은 치매 노인과 비치매 노인의 생활공간 및 병동을 구분하여 운영할 필요가 있다.

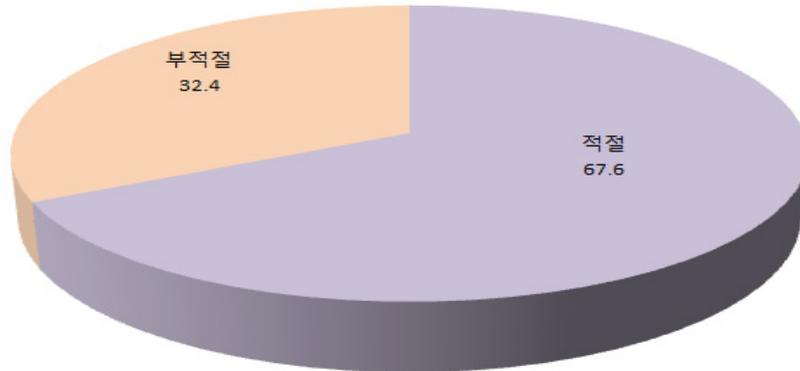
그러나 국회예산정책처가 실시한 치매관리서비스 제공기관 설문조사에 응답한 기관 중 치매 노인과 비치매 노인의 생활공간을 구분하여 운영하고 있다고 응답한 기관은 19.0%(33개소) 수준이었다. 한편, 치매 노인과 비치매 노인을 구분하여 시설을 운영하는 것이 적절한가를 묻는 질문에 대해서는 67.6%(117명)가 적절하다고 답했으며 32.4%(56명)는 적절하지 않다고 응답했다.

65) 실지조사를 위해 방문한 치매관리서비스 제공기관에서 외부 강사에게 지급할 사례비만을 고려하더라도 최소한 80만원의 예산이 필요하다는 의견이 제시되었음.

66) 보건복지부는 주야간보호기관, 방문요양기관 등 재가노인복지시설용 인지활동형 프로그램을 개발하여 국민건강보험공단 홈페이지를 통해 공유함으로써 노인의료복지시설 등에서 활용할 수 있도록 하고 있다고 밝힘. 그러나 노인의료복지시설, 요양병원 등에서 활용할 수 있는 별도의 인지활동형 프로그램에 대한 가이드라인은 제시되어 있지 않음.

[그림 14] 치매 노인과 비치매 노인 구분의 적절성 여부

(단위: %)

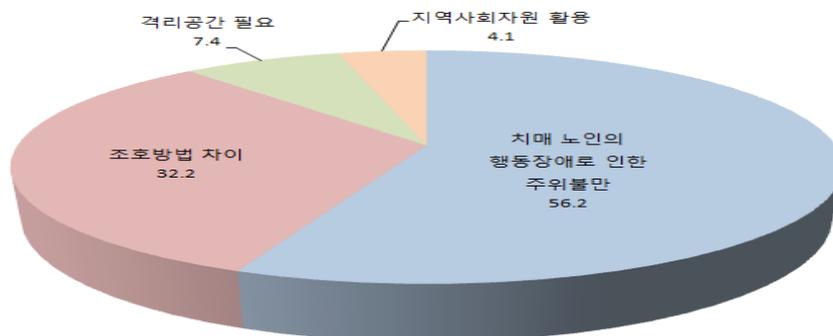


자료: 국회예산정책처가 실시한 「치매관리정책에 대한 의식 조사」 결과

치매 노인과 비치매 노인을 구분하여 시설을 운영하는 것이 적절하다고 생각하는 경우, 그 이유에 대해 질문하였다. 설문 결과를 살펴보면, 다툼, 폭력 등 치매 노인의 행동장애로 인한 비치매 노인 및 그 가족의 불만이 56.2%(68명)으로 가장 많았고, 그 다음으로는 치매 유병 및 경중에 따른 조호방법의 차이가 32.2%(39명)로 나타났다. 이어서, 치매 노인의 배회 등에 따른 격리 공간이 필요하다는 이유가 7.4%(9명), 치매 관련 지역사회자원(병원, 시군구 치매상담센터, 인지훈련 강사, 자원봉사 등)의 활용이 용이하다는 이유가 4.1%(5명)를 차지하였다.

[그림 15] 치매노인과 비치매노인 구분 이유

(단위: %)



자료: 국회예산정책처가 실시한 「치매관리정책에 대한 의식 조사」 결과

일선 실무자들은 치매 노인과 비치매 노인을 구분하여 치매관리서비스를 제공할 필요가 있으며, 함께 요양서비스 제공기관을 이용하는 비치매 노인의 불만뿐만 아니라 치매 노인과 비치매 노인 대상 조호방법의 차이를 고려해야 할 필요가 있다고 인식하고 있었다.

그러나 국회예산정책처의 실지조사 결과, 치매관리서비스 제공기관에서 치매 노인과 비치매 노인의 생활공간을 구분하여 운영하고 있는 경우는 없었다. 보건복지부의 연구용역 결과, 치매 환자에게 우선적으로 요양 및 치료 서비스를 제공하기 위하여 설립한 전체 공립요양병원 중에서도 치매전문병동을 별도로 운영하고 있는 곳은 10곳(14%)에 불과하였다. 치매전문병동을 운영하지 않는 공립요양병원이 79%로 대부분을 차지하고 있다.

[표 31] 공립요양병원의 치매전용병동 현황

(단위: %)

치매전용병동 있음	치매전용병동 없음	무응답	합 계
14 (10개소)	79 (56개소)	7 (5개소)	100 (71개소)

자료: 건국대학교 산학협력단, 「지역사회 장기요양 치매 환자에 대한 안정적 의료서비스 제공을 위한 모델 개발(정책보고서)」, 보건복지부, 2013.

치매거점병원을 통하여 수행되는 치매관리사업에는 치매특화병동 운영이 포함되어 있다. 그러나 7개 치매거점병원 중 치매전문병동을 별도로 운영하고 있는 곳은 3곳으로 집계되었다. 입원환자 대비 치매환자 비율이 2/3를 넘는 치매거점병원이 대부분임에도 불구하고, 치매전문병동에 대한 시설 투자가 충분하지 못한 상태인 것이다.

[표 32] 치매거점병원의 치매전용병동 현황

병원명	치매전용병동 유무
대구시지노인전문병원	○
인천제1시립노인전문병원	×
대전제1시립노인전문병원	○
청풍호노인사랑병원	×
전주시노인전문병원	×
도립경산노인전문요양병원	○
경남도립김해노인전문병원	×

자료: 건국대학교 산학협력단, 「지역사회 장기요양 치매 환자에 대한 안정적 의뢰서비스 제공을 위한 모델 개발(정책보고서)」, 보건복지부, 2013.

정부는 치매관리서비스 제공기관 전반에 대하여 시설의 운영 방식이 치매 노인을 수용하기에 적합한지 여부를 파악하고 향후 치매 노인의 증가 수준 등을 고려하여, 치매 노인을 대상으로 하는 전문적인 치매관리서비스 제공기관을 설립·운영하는 방안을 마련할 필요가 있다.

### 3. 공립요양병원 및 치매거점병원의 치매관리서비스 제공 기능 강화

정부는 치매 노인에 대한 전문적인 치료 및 요양서비스를 제공하여 치매 질환의 악화 방지 및 치매 노인 가족의 부담 경감을 목표로 1996년부터 공립요양(치매)병원 확충 사업을 수행하고 있다<sup>67)</sup>. 또한, 「제2차 국가치매관리종합계획」에 따라 공립요양병원 중 일부를 치매거점병원으로 지정하여, 공립요양병원의 치매 분야 공공서비스 기능을 강화하였다. 2013년 2월 기준 전체 공립요양병원 71곳<sup>68)</sup> 중 7곳이 치매거점병원으로 지정되어 운영 중에 있다. 치매거점병원은 중증 치매환자의 입원 치료와 함께 보건소에 등록된 경증 치매환자와 기억력이 저하된 일반 노인을 대상으로 하는 인지재활프로그램 실시, 무료 치매검진사업, 지역사회 치매 관련 홍보사업 등 치매의 조기 관리와 치료 사업을 지원하는 것을 목적으로 한다.

67) 요양병원 및 노인전문병원으로 개설·운영되었으나 2011년 12월 「노인복지법」 개정으로 ‘노인전문병원’이 폐지됨에 따라, 「의료법」에 따른 ‘요양병원’으로만 기능하고 있음. 정부는 2012년 2월 「치매관리법」 시행에 따라, 치매관리체계를 구축하고 치매 환자 및 가족 지원 확대를 위하여 공공요양병원의 공공보건의료 기능을 재정립하였음.

68) 2014년 7월 현재 총 77개의 공립요양병원이 운영 중임.

[표 33]은 시도별 치매거점병원 및 공립요양병원의 분포 현황을 정리한 것이다. 2013년 기준 전체 요양병원 1,260개 중 공립요양병원은 71개로, 전체 요양병원의 5.6%가 공립요양(치매)병원이다. 공립요양병원의 수가 가장 많은 곳은 13개가 설치 운영 중인 경북 지역이고, 전남 11개, 경남 9개 순으로 공립요양병원의 수가 많은 것으로 나타났다. 시도별 요양병원 수 대비 공립요양병원의 비율을 살펴보면, 전남 (18.6%), 충북(15.4%), 경북(12.9%)의 순으로 나타났다.

[표 33] 시도별 치매거점병원 및 공립요양병원 분포 현황

(단위: 개소, 명, %)

지역	치매거점병원	공립요양병원 (A)	요양병원 (B)	65세 이상 치매환자 수	A/B*100
서울	0	1	98	95,841	1.0
부산	0	3	176	39,169	1.7
대구	1	2	60	24,846	3.3
인천	1	2	61	26,383	3.3
광주	0	1	37	13,745	2.7
대전	1	2	48	13,935	4.2
울산	0	1	41	8,109	2.4
경기	0	7	257	110,108	2.7
강원	0	1	28	23,432	3.6
충북	1	6	39	22,552	15.4
세종	0	6	72	35,506	8.3
전북	1	6	81	32,621	7.4
전남	0	11	59	40,153	18.6
경북	1	13	101	47,097	12.9
경남	1	9	95	42,776	9.5
제주	0	0	7	8,620	0.0
합계	7	71	1,260	584,893	5.6

주: 1. 공립요양병원에는 치매거점병원이, 요양병원에는 공립요양병원의 수가 포함됨.  
 2. 공립요양병원 수는 2013년 2월 기준이며, 2014년 7월 현재 총 77개의 공립요양병원이 운영 중임.  
 자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

공립요양병원은 치매 노인에 대한 전문적인 치료 및 요양서비스 제공을 목표로 설립되었음에도 불구하고 과반수의 기관에서 치매환자 비율이 운영원칙에 미치지 못하는 것으로 나타났다.<sup>69)</sup> 2013년 기준 전국 71개 공립요양병원의 입원환자

중 치매환자의 비율은 평균 58.5%로, 공립요양병원 운영규칙에 제시된 기준인 입원환자의 2/3에 미치지 못하는 것으로 조사되었다. 치매환자 대비 입원환자의 비율이 2/3 이상인 곳은 전체의 39%에 해당하는 28개소였다. 그러나 전체 공립요양병원의 60%에 해당하는 43개소는 치매환자의 비율이 2/3 미만이었다<sup>70)</sup>.

치매거점병원의 입원환자 중 치매환자의 평균 비율은 71.5%로, 운영규칙에 해당하는 2/3를 상회하였다. 각 기관별로 살펴보면, 7개 기관 중 2곳(청풍호노인사랑병원, 전주시노인전문병원)은 입원환자 중 치매환자의 비율이 2/3에 미치지 못하였다.

[표 34] 치매거점병원별 치매환자 현황

(단위: 명, %)

병원명	치매환자 수	입원환자 대비 치매환자 비율
대구시지노인전문병원	165	68.8
인천제1시립노인전문병원	101	87.8
대전제1시립노인전문병원	120	71.4
청풍호노인사랑병원	72	52.9
전주시노인전문병원	110	64.7
도립경산노인전문요양병원	150	80.2
경남도립김해노인전문병원	128	74.9
합 계	846	71.5

주: 2013년 상반기 중 각 치매거점병원을 대상으로 실시된 설문조사 결과이므로, 현 시점의 치매환자 현황과는 다소 차이가 있을 수 있음.

자료: 건국대학교 산학협력단, 「지역사회 장기요양 치매 환자에 대한 안정적 의료서비스 제공을 위한 모델 개발(정책보고서)」, 보건복지부, 2013.

공립요양병원의 치매관리서비스 제공을 위한 전문 인력 확보도 미흡한 것으로 나타났다. 치매 진단 및 증상 치료에 있어 전문적이고 직접적인 개입이 가능한 인력은 정신건강의학과와 신경과 전문의이다<sup>71)</sup>. 그러나 치매 치료 전문 인력인 정신

69) 현재까지 공립요양병원의 치매환자 비율이 운영원칙에 미치지 못하고 있는 이유에 대한 체계적인 조사는 실시되지 않음. 다만, 노인장기요양보험의 혜택을 볼 수 있는 재가노인복지시설이나 노인의료복지시설이 아닌 요양병원을 이용할 경우 발생하는 치매환자 보호자의 추가적인 간병비 지출 등이 공립요양병원의 낮은 치매환자 비율의 원인인 것으로 추측됨.

70) 건국대학교 산학협력단, 「지역사회 장기요양 치매 환자에 대한 안정적 의료서비스 제공을 위한 모델 개발(정책보고서)」, 보건복지부, 2013.

71) 공립요양병원은 중증 치매 환자에게 적합한 치매관리서비스를 제공해야 하는 기관이기 때문에, 치매 관련 질환에 대한 전문적인 치료 및 요양 서비스 제공이 가능한 정신건강의학과와 신경과 전문의를 확보해야 할 필요가 있음.

건강의학과와 신경과 전문의가 모두 없는 공립요양병원이 전체의 39.4%에 해당하  
는 28곳에 달하는 것으로 조사되었다. 정신건강의학과와 신경과 전문의가 각각 1인  
이상씩 근무하고 있는 공립요양병원은 2곳(2.8%)에 불과하였다.

[표 35] 공립요양병원 소속 정신건강의학과 및 신경과 전문의 현황

(단위: 개소, %)

전문 분야	수	비율
정신건강의학과 전문의 1인 이상	4	5.6
신경과 전문의 1인 이상	37	52.1
정신건강의학과 1인 이상, 신경과 1인 이상	2	2.8
정신건강의 과, 신경과 전문의 모두 없음	28	39.4
합 계	71	100.0

주: 1. 2013년 상반기 중 각 공립요양병원을 대상으로 실시된 설문조사 결과이므로, 현 시점의 현황  
과는 다소 차이가 있을 수 있음.

2. ‘정신건강의학과 전문의 1인 이상’, ‘신경과 전문의 1인 이상’에 해당되는 공립요양병원은 각  
각 신경과 전문의, 정신건강의학과 전문의가 없는 경우임.

자료: 건국대학교 산학협력단, 「지역사회 장기요양 치매 환자에 대한 안정적 의료서비스 제공을 위  
한 모델 개발(정책보고서)」, 보건복지부, 2013.

#### 4. 치매관리서비스 제공기관의 서비스 질 평가 강화

##### 가. 치매관리서비스 제공기관 평가 현황

치매관리서비스 제공기관인 재가노인복지시설과 노인의료복지시설, 요양병원에 대한  
평가는 국민건강보험공단, 건강보험심사평가원 등을 통해 수행되고 있다. 노인장기요  
양보험급여를 지급받는 재가노인복지시설과 노인의료복지시설은 국민건강보험공단  
에서, 의료기관인 요양병원은 건강보험심사평가원에서 각각 평가를 담당하고 있다.

재가노인복지시설과 노인의료복지시설은 2년마다 국민건강보험공단이 실시하  
는 정기평가를 받게 된다. 2009년 시설급여(노인의료복지시설), 2010년 재가급여(재  
가노인복지시설)에 대한 평가를 시작으로 2년마다 재가노인복지시설과 노인의료복  
지시설로 구분하여 평가를 실시하고 있다. 이에 따라, 가장 최근의 평가는 재가노인  
복지시설은 2012년, 노인의료복지시설은 2013년에 실시되었다. 또한, 정기평가 결과  
가 좋지 못한 재가노인복지시설 및 노인의료복지시설을 대상으로, 국민건강보험공

단이 장기요양급여의 질 향상을 위해 필요하다고 판단하는 경우에는 비정기적으로 수시평가를 실시할 수 있도록 하고 있다.

의료기관인 요양병원에 대한 평가는 건강보험심사평가원에 의해 수행된다. 건강보험심사평가원은 요양병원에서 제공되는 요양급여의 적정성 평가를 실시하고 있다. 보건복지부와 건강보험심사평가원은 2008년 7~9월 진료분에 대한 초년도 평가에 이어, 2009년과 2010년 10~12월 진료분에 대하여 2차 및 3차 평가를 실시하였다. 현재 2012년 1~3월 진료분을 대상으로 4차 평가가 진행 중에 있다.

정부는 요양병원 입원급여 적정성 평가 결과를 토대로, 2011년 평가 결과 발표분부터 하위 20% 이하에 해당하는 요양병원을 대상으로 환류 조치를 취하고 있다. 환류 조치란 평가 결과 발표 후 2분기 동안 의사인력과 간호인력 확보 수준에 따른 입원료 차등제와 필요인력 확보에 따른 별도 보상제를 적용하지 않는 것이다. 2012년 요양병원 입원급여 적정성 평가 결과를 살펴보면, 평가대상 요양병원 937개의 약 4.3%에 해당하는 40개 요양병원이 환류 조치를 받은 것으로 나타났다.<sup>72)</sup>

#### 나. 치매관리서비스 제공기관 평가 기준 개선

정부는 2014년 7월부터 노인장기요양보험에 치매특별등급을 도입하는 등 치매에 대한 지원을 강화해나갈 방침이다. 이에 따라, 노인장기요양보험 급여로 운영되는 재가노인복지시설과 노인의료복지시설은 신규로 노인장기요양보험의 혜택을 보게 되는 경증 치매 노인의 이용 증가에 대비할 필요가 있다. 뿐만 아니라, 요양병원에 대해서도 신체질환 뿐만 아니라 치매 등 정신질환에 의해 요양서비스가 필요한 환자에게 적합한 요양급여가 제공되고 있는가를 파악할 필요가 있다.

그러나 현행 치매관리서비스 제공기관에 대한 평가 기준은 관련 서비스의 질적 측면을 평가하기에는 부적절한 것으로 보인다. 해당 기관에서 서비스를 이용하는 수요자의 인식이나 평가를 반영하기보다는 시설의 인력과 위생, 안전 측면을 위주로 평가가 수행되고 있는 것으로 나타났다. 또한, 치매관리서비스 제공기관에서 실시하고 있는 인지훈련프로그램의 종류 및 운영 실태, 효과 및 만족도 등에 대한 정보를 파악할 수 없는 상태이다.

72) 재가노인복지시설과 노인의료복지시설에 대한 노인장기요양보험 급여의 가감산제도는 국민건강보험공단의 정기 평가 결과가 아닌 「장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 고시(보건복지부고시 제2014-97호)」를 토대로 운영되고 있음.

치매 노인에 대한 전문적인 치료 및 요양서비스를 제공을 목적으로 설립된 공립요양병원도 실시 중인 인지훈련프로그램에 대한 평가를 체계적으로 수행하고 있지 않았다. 2013년 기준 공립요양병원 71개소 중 37개소를 대상으로 인지훈련프로그램에 대한 평가 실시 현황을 조사한 결과, 평가하고 있지 않다고 대답한 병원이 17개소인 것으로 집계되었다. 인지훈련프로그램을 실시하고 있는 공립요양병원의 경우, 인지기능평가(32.44%), 만족도 평가(32.44%), 우울검사(8.11%), 치매검사(5.41%) 등을 활용하여 인지훈련프로그램의 효과를 평가하고 있는 것으로 나타났다.

[표 36] 공립요양병원(37개소)의 인지훈련프로그램 평가 현황

(단위: 개소, %)

평가 종류	공립요양병원 수	공립요양병원 비율
평가하고 있지 않음	17	45.95
인지기능 평가	12	32.44
만족도	12	32.44
한국형 노인 우울검사(GDS-K)	3	8.11
한국형 치매검사(K-MMSE)	2	5.41
기타	5	13.51

주: 1. 2013년 상반기 중 각 공립요양병원을 대상으로 실시된 설문조사 결과이므로, 현 시점의 현황과는 다소 차이가 있을 수 있음.

2. 복수응답을 허용함.

3. 기타에 해당하는 평가도구는 집단치료평가서, MMT, ROM, 감각평가, 개별관찰일지, 프로그램피드백 등임.

자료: 건국대학교 산학협력단, 「지역사회 장기요양 치매 환자에 대한 안정적 의료서비스 제공을 위한 모델 개발(정책보고서)」, 보건복지부, 2013.

[그림 16]은 재가노인복지시설과 노인의료복지시설에 대한 평가에 활용되는 장기요양보험급여 평가지표를 도식화한 자료이다. 장기요양보험급여 평가는 기관운영, 환경 및 안전, 권리 및 책임, 급여제공과정, 급여제공결과에 대한 평가로 구성된다. 수급자(이용자)의 권리나 만족도, 상태 등을 평가하도록 평가지표를 구성하고는 있으나, 평가문항에서는 급여제공의 범위에 대한 안내 여부, 이용자 및 보호자에 대한 연 1회 이상의 만족도 평가 실시 여부, 이용자 상태 기록 여부 등을 파악하도록 하고 있다.

[그림 16] 장기요양보험급여 평가지표

대분류	중분류
기관운영	• 기관관리, 인적자원관리, 정보관리, 질 관리
환경 및 안전	• 위생 및 감염관리, 시설 및 설비관리, 안전관리
권리 및 책임	• 수급자 권리, 기관 책임
급여제공과정	• 급여개시, 급여계획, 급여제공
급여제공결과	• 만족도 평가, 수급자 상태

자료: 국민건강보험공단, 「2013년도 장기요양보험급여 평가 결과」, 2013.

요양병원에 대한 평가 역시 해당 기관에서 제공하는 서비스에 대한 질적 평가 보다는 시설, 인력, 의료장비 등 병원의 안전 및 위생 상태, 병원에서 제공하고 있는 진료 중 요양병원에서 제공해야 할 진료의 실시 여부 정도를 파악하는 데 그치고 있는 것으로 나타났다.

[표 37]을 보면, 65세 이상 노인 중 입원 시 MMSE검사 실시 환자분율, 일상생활수행능력 감퇴 환자분율(치매환자군/치매환자제외군) 등을 파악하도록 하고는 있지만, 노인 환자에 대한 치매검사 실시 비율, 전체 치매 환자 중 일상생활수행능력 감퇴 비율 등의 지표를 활용하고 있기 때문에 치매 환자의 치매 중증도 및 치매 진행 속도 완화 등을 파악하는 데에는 한계가 있다. 치매 환자에 대한 개별적인 사례 관리가 되고 있지 않기 때문에, 중증환자가 새로 입소할 경우 전체 치매 환자 중 일상생활수행능력 감퇴 비율이 올라가게 되는 반면, 중증환자가 퇴소할 경우 동 비율이 하락하게 된다.

[표 37] 요양병원 등급 평가지표

			평가 항목
구조	시설	기본시설	병실의 병상당 적정 면적 충족률; 다인실(7인실 이상) 병상의 비율; 화장실이 있는 병상의 비율 적정 욕실의 유무; 환자용 편의시설 구비율(식당 휴게실)
		환자안전	바닥의 턱 제거율(병실, 욕실, 화장실); 바닥의 미끄럼방지시설 설치율(욕실, 화장실, 계단); 안전손잡이 설치율(욕실, 화장실, 복도, 계단); 응급호출시스템 구비율(병상, 욕실, 화장실); 감염관리 활동 수행률; 소방점검활동 수행 여부
	인력	의료인력	의사 1인당 환자수; 간호사 1인당 환자수; 간호인력(간호사+간호조무사) 1인당 환자수; 간호인력의 이직률; 야간/휴일 당직의 사 유무
		필요인력	물리치료사 1인당 환자수; 약사(약국 포함) 재직일수율; 방사선사(방사선촬영실 포함) 재직일수율; 임상병리사(임상검사실 포함) 재직일수율; 사회복지사 재직일수율; 의무기록사 재직일수율
의료장비		100병상당 산소공급장비 보유대수; 100병상당 흡인기 보유대수; 100병상당 심전도 모니터 보유대수; 100병상당 혈중 산소포화도 감시장비 보유대수	
진료	과정		65세 이상 노인 중 입원 시 MMSE검사 실시 환자분율; 유치도뇨관이 있는 환자분율(고위험군/저위험군); 당뇨환자 중 HbA1c 검사 실시 환자분율
	결과		일상생활수행능력 감퇴 환자분율(치매환자군/치매환자제외군); 요실금 환자분율_저위험군; 욕창이 새로 생긴 환자분율(고위험군/저위험군); 욕창이 악화된 환자분율_고위험군
	모니터링		적정 엘리베이터 설치 유무; 폐렴 발생률; 패혈증 발생률; 폐렴 치료기간 비율; 패혈증 치료기간 비율; 일상생활수행능력 개선 환자분율; 전문재활치료군; 진료비 고가도 지표

자료: 건강보험심사평가원, 「2012년 요양보험 입원급여 적정성 평가 보고서」, 2013.

재가노인복지시설 및 노인의료복지시설, 요양병원은 치매 노인만을 대상으로 운영되는 기관은 아니지만, 치매관리정책 확대에 따른 효과 및 개선과제 등을 파악하기 위해서 관련 평가 기준을 마련할 필요가 있을 것으로 보인다. 이와 함께, 치매 노인에 대한 관련 요양 및 의료 서비스 제공과 관련하여서는 광역치매센터의 전문가를 활용하여, 평가의 적정성을 제고하는 방안을 마련할 필요가 있다. 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원에서 실시하는 정기적인 평가 외에 치매관리서비스 제공기관이 위치한 지역의 광역치매센터가 해당 기관을 이용하는 치매 노인에게 제

공되는 인지훈련프로그램, 치매 진행 속도 완화 여부 등에 대한 지속적인 모니터링을 하도록 하고, 그 결과를 토대로 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원의 정기평가 시에 의견서를 제출하도록 하는 방식으로 치매관리서비스의 지속적인 질적 관리를 위한 평가체계를 구축할 필요가 있다.

## VII. 치매연구사업의 추진

### 1. 우리나라 치매연구사업의 현황

2013년 12월, G8<sup>73)</sup> 국가들은 런던에서 열린 G8 치매정상회의(Dementia Summit)에서 2025년까지 치매 완치 치료제를 개발하기로 의견을 모으고, 관련 연구를 위한 자금 지원을 확대할 것이라고 밝혔다. G8 국가들은 각국에서 개별적으로 이루어지고 있는 연구를 토대로, 유기적인 국제규모의 치매 관련 연구 등을 추진할 것을 결의하였다.

우리나라는 2012년 2월 5일에 발효된 「치매관리법」 제10조<sup>74)</sup>에 따라, 2012년 11월에 개소된 중앙치매센터를 중심으로 치매연구사업을 추진하도록 하고 있다. 중앙치매센터는 전국 치매 실태 조사 실시, 코호트 연구 강화, 비약물 치료/조호기술 연구 강화, 치매 연구 관리역량 강화 등을 조직이 수행해야 할 치매연구사업 목표로 삼고 있다.

현재, 중앙치매센터는 사업팀 내에 연구기획파트를 조직하여, 치매 관련 연구를 수행하고 있다. 그러나 치매 관련 연구를 수행하는 인력은 사업팀장을 겸임하고 있는 선임연구원을 포함하여 총 4인에 불과하다. 이에 따라, 당초 목표로 했던 다양

73) G8은 미국, 일본, 영국, 프랑스, 독일, 이탈리아, 캐나다 등 서방 선진 7개국(G7)과 러시아로 구성됨.

74) 「치매관리법」 제10조(치매연구사업) ① 보건복지부장관은 치매의 예방과 진료기술의 발전을 위하여 치매 연구·개발 사업(이하 “치매연구사업”이라 한다)을 시행한다.

② 치매연구사업에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 치매환자의 관리에 관한 표준지침의 연구
2. 치매 관련 의료 및 복지서비스에 관한 연구
3. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사업
- ③ 보건복지부장관은 치매연구사업을 추진할 때 학계·연구기관 및 산업체 간의 공동연구사업을 우선 지원하여야 한다.
- ④ 보건복지부장관은 치매연구사업에 관한 국제협력의 증진을 위하여 노력하고 선진기술의 도입을 위한 전문인력의 국외파견 및 국내유치 등의 방안을 마련하여야 한다.
- ⑤ 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항에 따른 종합병원(이하 “종합병원”이라 한다), 「사회복지사업법」 제2조제3호에 따른 사회복지법인, 그 밖의 보건의료 및 복지 관련 단체로 하여금 치매연구사업을 실시하게 할 수 있다.
- ⑥ 치매연구사업 지원에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

한 치매연구사업을 수행하기보다는 전국의 치매 실태를 파악하여 치매관리사업을 실시하는 데 기초가 되는 자료를 생산하고, 외국의 사례를 분석하는 등의 연구를 중심으로 운영되고 있다.

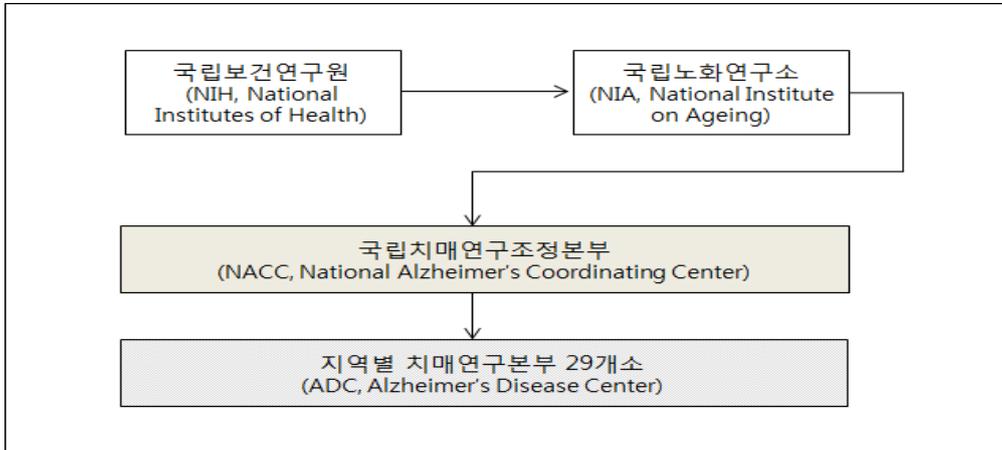
우리나라의 경우, 외국에서 추진하고 있는 치매 완치 치료제 개발 등과 같은 치매 관련 연구개발사업은 뇌과학, 신경과학 등 관련 분야에 대한 개별 부처의 연구용역 의뢰와 국가 소속 연구기관 지원, 대학연구소 등의 개별적 연구 진행 등의 방식으로 진행되고 있다. 즉, 국가 수준에서 치매 분야 연구개발사업의 목표를 설정하고 체계적으로 지원·추진하기보다는 개별 조직들이 산발적으로 관련 분야 연구를 진행하고 있다고 볼 수 있다. 이에 따라, 연구내용의 중복, 소규모 재원 지원으로 인한 연구범위의 한계 등의 문제가 발생할 우려가 있다.

## 2. 외국의 치매연구사업 추진 사례: 미국과 일본

미국과 일본은 정부 차원에서 치매연구사업을 실시하고 있다. 이들 국가는 정부 소속 연구기관에서 직접 치매와 관련된 연구를 수행하기도 하지만, 관련 분야 연구기관, 대학연구소 등 외부 연구진이 수행하는 연구과제를 조정·연계하는 기능을 수행함으로써 연구내용의 중복, 연구범위의 한계 등에 의해 발생하는 문제를 사전에 방지하고 있다.

[그림 17]은 미국의 치매연구사업 수행기관을 도식화한 것이다. 미국은 국립보건연구원(National Institutes of Health) 산하에 국립노화연구소(National Institute on Ageing)를 두고, 치매와 관련된 연구를 기획, 조정, 수행하도록 하고 있다. 국립노화연구소는 27개로 구성된 국립보건연구원의 산하 연구소 중 하나로서, 1974년부터 노화과정, 노화 관련 질병 등을 연구하고 있다.

[그림 17] 미국의 치매연구사업 수행기관



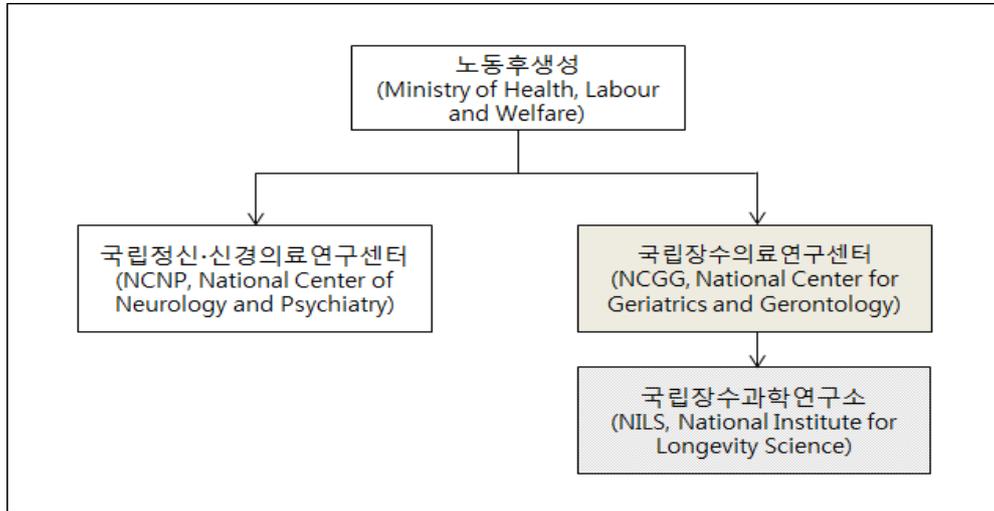
자료: 중앙치매센터 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

국립노화연구소는 관련 분야 연구를 직접 수행하는 동시에, 대학교, 병원 등에 연구비를 지원하여 외부 연구진이 노화 관련 연구를 수행할 수 있도록 연구의 조정·연계 업무를 담당한다. 국립노화연구소는 치매 연구와 관련하여, 국립치매연구조정본부(National Alzheimer's Disease Center)와 협력관계를 구축하고 있다. 1999년부터 정부의 재정 지원을 받고 있는 국립치매연구조정본부는 치매 관련 연구의 데이터베이스<sup>75)</sup>를 구축하고, 다양한 연구자들이 해당 데이터베이스를 활용하여 알츠하이머성 치매와 신경변성질환과 관련하여 국립치매연구조정본부와 공동으로 연구를 수행할 수 있도록 지원하는 역할을 맡고 있다. 국립치매연구조정본부 산하에는 총 29개의 지역별 치매연구본부(Alzheimer's Disease Center)가 설치되어, 미국 전역에서 치매 관련 연구에 필요한 기초자료를 수집하고 있다.

[그림 18]은 일본의 치매연구사업 수행기관을 도식화한 것이다. 일본은 노동후생성(Ministry of Health, Labour and Welfare) 산하 국립정신·신경의료연구센터(National Center of Neurology and Psychiatry)와 국립장수의료연구센터(National Center for Geriatrics and Gerontology)를 통하여 치매연구사업을 수행하고 있다.

75) 미국의 국립치매연구조정본부는 The Minimum Data Set, The Neuropathology Data Set, The Uniform Data Set 등을 구축·배포하여 치매 및 신경질환 관련 연구에 활용될 수 있는 데이터를 확보하고, 이를 관련 분야 연구자들에게 제공하는 역할을 담당하고 있음.

[그림 18] 일본의 치매연구사업 수행기관



자료: 중앙치매센터 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

국립정신·신경의료연구센터는 1986년 기존의 신경 관련 연구를 수행하던 국책연구기관을 합병하는 방식으로 설립되었다. 국립정신·신경의료연구센터는 정신, 신경, 발달 장애 등을 가진 사람들의 삶의 질 향상을 위하여 다양한 의학적 연구를 수행하는 것을 목표로 운영된다. 국립정신·신경의료센터는 정신·신경 질환 환자를 대상으로 운영되는 국립병원, 신경과학연구소, 정신건강연구소, 통합 뇌 연구소, 행동치료연구소 등으로 구성되어 있다.

2004년 설립된 국립장수의료연구센터는 고령화에 대비하여 노인의 신체적·정신적 건강을 증진하는 것을 목적으로 설립되었다. 국립장수의료연구센터는 병원과 연구소로 구성되어 있으며, 치매 연구뿐만 아니라 각종 노인병 및 노인학 관련 연구를 수행하고 있다. 1995년 설립된 국립장수과학연구소(National Institute for Longevity Sciences) 산하 치매선진의료개발센터에서는 알츠하이머성 치매와 각종 노인성 질환에 대한 연구를 수행하고 있다. 또한, 국립장수과학연구소는 산하에 노년학·사회과학연구센터를 설치하여, 고령화 관련 사회과학 연구도 함께 진행하고 있다.

일본 치매연구사업 수행기관의 공통점은 치매만을 별도로 분리하여 연구사업을 진행하기보다는 정신·신경 분야, 노인성 질환 분야 등의 전반을 연구하는 기관을 설립하고, 그 기관 내에 치매 관련 연구사업 수행 조직을 배치한다는 것이다.

즉, 치매와 관련된 다양한 분야의 연구가 융합될 수 있는 연구 환경을 마련하고 있다고 볼 수 있다. 또한, 국립정신·신경의료센터, 국립장수의료연구센터, 국립장수과학연구소 모두 연구 기능뿐만 아니라, 산하에 소속된 병원을 통하여 치료의 기능을 수행하고 있다. 즉, 연구를 통해 개발된 신약 및 치료방법 등에 대한 임상시험을 실시하는 데 유리한 여건을 갖추고 있다고 볼 수 있다.

다음의 [표 38]은 미국의 국립노화연구소와 일본의 국립정신·신경의료센터 및 국립장수과학연구소의 사업비를 정리한 것이다. 미국 국립노화연구소는 2013년 기준, 일본 국립정신·신경의료연구센터와 국립장수과학연구소는 2010년 기준이다.

[표 38] 미국과 일본의 치매연구사업 수행기관 예산 현황

(단위: 천달러, 백만엔)

미국 국립노화연구소 (2013년)		일본			
		국립정신·신경의료연구센터 (2010년)		국립장수과 연구소 (2010년)	
Research Grants	847,332	연구·임상 연구 추진	3,523	연구·임상 연구 추진	1,535
Research Training	24,827	의료의 균일화	1	의료의 균일화	261
R&D Contract	72,554	인재육성	473	인재육성	178
Intramural Research	115,525	정보제공	81	정보제공	11
Research Management and Support	42,452	진료사업	97	진료사업	170
Total	1,102,650	운영기반 안정화	420	운영기반 안정화	392
		합 계	4,595	합 계	3,459

주: 일본은 정부 차원에서 치매연구사업 예산을 일반에 정기적으로 공개하고 있지 않아, 인터넷 검색을 통하여 입수한 최신의 자료인 2010년 예산을 기준으로 작성함.

자료: 중앙치매센터 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

미국 국립노화연구소에 투입된 2013년 예산 11억 265만 달러(약 1조 1,230억 원)는 대부분 정신 및 신경 관련 질환 연구를 지원하기 위한 것이다. 한편, 일본의 국립정신·신경의료연구센터와 국립장수과학연구소의 2010년 예산은 각각 45억 9,300만엔(약 453억 5,730만원), 34억 5,900만엔(약 341억 5,870만원)이다. 일본은 치

매연구사업 수행기관에서 연구사업 뿐만 아니라, 진료, 의료진양성 등의 사업을 함께 수행하고 있다. 이에 따라, 연구사업에 투입된 예산만을 살펴보면, 국립정신·신경의료센터 35억 2,300만엔(약 347억 9,070만원), 국립장수과학연구소 15억 3,500만엔(약 151억 5,860만원) 수준이다.<sup>76)</sup>

### 3. 체계적인 치매연구사업 확대 방안 모색 필요

우리나라는 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있음에도 불구하고, 미국, 일본 등과 같이 노화, 노인병 등을 전담하여 연구사업을 수행하는 연구기관을 별도로 두고 있지 않다. 미국은 국립노화연구소, 일본은 국립장수의료연구센터와 국립장수과학연구소가 중심이 되어 국가 차원에서 수행하는 각종 치매연구의 기획·조정·수행하고 있다. 치매연구사업의 활성화를 위해서는 치매를 비롯한 각종 노인성 질환을 중점적으로 연구하는 연구기관을 설립하고, 중앙치매센터의 연구사업 기능을 강화할 필요가 있다.

다음의 [표 39]는 2012년 정부가 연구비를 지원하여 수행된 치매 관련 연구과제를 부처별로 구분하여 정리한 자료이다. 2012년 치매 관련 연구사업에 투입된 정부연구비는 177억 9,000만원이며, 7개 부처에서 총 131개 연구과제를 수행하였다. 미국, 일본 등 외국의 경우 소관부처별 치매 관련 연구과제의 수와 정부연구비의 규모 파악이 어렵기 때문에 외국과의 단순 비교에는 한계가 있으나, 치매 연구사업에 투입되는 국가예산의 규모가 미국이나 일본에 비해서는 낮은 수준임을 알 수 있다. 뿐만 아니라, 미국이나 일본은 치매 관련 연구사업을 기획·조정·수행하는 별도의 연구조직이 있으나 우리나라는 개별 부처에서 연구사업을 선정하고 연구비를 지원하기 때문에 부처별 칸막이로 인한 연구과제의 중복, 연구비 활용의 비효율성 등이 우려된다. 따라서, 치매 관련 연구사업을 총괄할 수 있는 기능을 중앙치매센터에 부여하는 방안을 검토할 필요가 있다.

76) 미국과 일본의 GDP 대비 치매연구사업 수행기관 예산의 비중을 산출한 결과, 미국은 전체 GDP의 약 0.00656339%, 일본은 전체 GDP의 약 0.00000017%를 치매연구사업 수행기관 운영에 지출한 것으로 나타남.

[표 39] 치매 관련 연구과제 수행 현황: 2012년

(단위: 개, 백만원)

소관부처	수행 연구과제 수	정부연구비
교육부	36	2,103
농림축산식품부	11	510
농촌진흥청	4	150
미래창조과학부	42	6,661
보건복지부	26	4,195
산업통상자원부	1	3,256
중소기업청	11	915
전 체	131	17,790

주: 1. 소관부처명은 2014년 기준임.

2. 국가과학기술지식정보서비스 홈페이지에 등재된 치매 관련 연구과제 중 정부연구비 규모가 공개된 최신 자료는 2012년 기준임. 2013년 자료는 연구 성과 평가, 정산 등에 의해 미공개 상태임.

자료: 국가과학기술지식정보서비스 홈페이지(www.ntis.go.kr)에 등재된 자료를 토대로 국회예산정책처 작성

또한, 일본의 국립정신·신경의료연구센터와 국립장수의료연구센터 및 국립장수과학연구소가 협력관계를 통하여 치매연구를 수행하는 것을 표방하여, 우리나라도 중앙치매센터와 한국뇌연구원의 교류·협력관계를 강화할 필요가 있다. 한국뇌연구원은 미래창조과학부 소관 연구기관으로서, 「뇌연구촉진법」 제17조<sup>77)</sup>에 근거하여 산발적으로 이루어지고 있는 국내 뇌연구 역량을 집중할 수 있도록 국가주도의 거점 연구기관 운영을 목적으로 한다. 2013년 2월 기공식을 갖고, 2014년 6월 준공을 목표로 연구원 설립이 진행 중에 있다.

한국뇌연구원은 국가뇌조직은행과 실험동물운영센터를 중심으로 뇌연구를 진행해나갈 계획이다. 이에 따라, 치매의 원인 규명, 신약개발, 신약에 대한 동물시험 등을 수행하는 데 있어 한국뇌연구원과의 협력관계가 기초가 되어야 할 필요가 있다. 정부는 시도별 대학병원 등에 위탁 운영되고 있는 중앙치매센터와 광역치매센터에서 치매연구에 필요한 뇌 기증자 모집, 뇌 기증자 평가 및 관리, 임상정보 수집 및 관리, 사망 시 뇌조직 수집 등의 업무를 수행할 수 있도록 지원하고, 수집된 뇌

77) 제17조(연구소의 설립) ① 뇌 분야에 관한 연구 및 그 이용과 지원에 관한 기능을 수행하고 뇌 분야에서 학계, 연구기관 및 산업계 간의 유기적 협조체제를 유지·발전시키기 위하여 정부가 출연(出捐)하는 연구소를 설립할 수 있다.

② 제1항에 따른 연구소는 「특정연구기관 육성법」을 적용받는 특정연구기관으로 한다.

조직의 일정 부분을 한국뇌연구원 국가뇌조직은행에 기탁·관리하도록 하는 방안을 고려해야 한다. 이를 통하여, 치매연구를 수행하는 데 필요한 뇌 조직을 연구진에게 체계적으로 지원할 수 있을 것으로 기대된다.

미국은 29개 지역별 치매연구본부를 통하여 추후 연구에 활용될 치매 관련 데이터셋 구축에 필요한 기초자료를 수집하도록 하고 있다. 영국은 알츠하이머성 치매협회(Alzheimer's Society)와 알츠하이머성 치매학회(Alzheimer's Research UK)가 공동으로 설립한 치매연구뇌은행(Brains for Dementia Research)를 통하여, 영국 전역 6개 지역에서 뇌 조직 및 임상데이터를 수집·보관·관리하여 치매연구에 필요한 뇌 조직을 공급하고 있다. 우리나라도 체계적인 치매연구 지원을 위해서는 치매연구에 필요한 뇌 조직과 관련 임상데이터를 수집·관리·공급하는 국가 차원의 조직을 운영할 필요가 있으며, 이는 중앙 및 광역치매센터와 한국뇌연구원의 기능 및 역할을 조정·연계하는 방식으로 달성될 수 있을 것으로 보인다.

뿐만 아니라, 시도별 대학병원 등에 위탁 운영되고 있는 광역치매센터를 활용하여, 치매연구사업 수행 시 임상시험 조정 기능을 수행하도록 하는 방안을 고려할 필요가 있다. 일본 치매연구사업 수행기관의 특징은 병원의 기능을 겸하고 있어, 치매 환자에 대한 치료 기능을 수행하는 동시에 치매 치료제가 개발되었을 경우 임상시험 등을 수행하기에 유리한 조건을 갖추고 있다는 점이다. 우리나라는 현재 구축 중인 광역치매센터를 활용하여, 치매연구사업의 임상시험 조정 기능을 수행하도록 하는 방안을 검토할 필요가 있다.

## VIII. 치매관리사업의 개선과제

### 1. 치매조기검진 등에 대한 정부의 투자 확대 필요

정부는 세부사업 ‘지역사회통합 건강증진 사업’의 세부사업인 “치매검진사업비”, 세부사업 ‘노인건강관리’의 세부사업인 ‘치매치료관리비 지원’, ‘기타 치매예방관리’ 등의 사업을 실시하고 있다. 이들 사업을 기반으로, 정부는 시군구 치매상담센터에서 치매를 조기에 검진하고 필요할 경우 치매치료관리를 지원하여 치매의 진행을 완화하는 치매관리정책을 수행하고 있는 것이다. 그러나 치매조기검진 사업의 대상이 제한적이고 시군구에서 치매관리사업을 수행하는 전담 인력이 부족하여, 정부가 추진하는 치매 예방 및 조기검진 정책이 효과를 거두는 데 한계가 있을 수 있다. 이에 따라, 정부는 치매조기검진과 약물치료의 대상을 확대하고, 시군구의 치매관리사업 전담 인력을 보강하는 방안 등을 검토할 필요가 있다.

국회예산정책처가 치매관리 분야 전문가들을 대상으로 수행한 치매관리정책의 우선순위에 관한 AHP 설문조사에서 치매 예방 및 조기검진 정책이 가장 중요하다는 의견이 제시되었다. 또한, 조기검진을 통해 약물치료를 시행할 경우 연간 1조 3,000억원에서 2조 8,000억원의 사회적 비용 절감효과를 기대할 수 있는 것으로 추정되었다. 고령화가 급격히 진행되고 있는 우리나라의 현실을 고려할 때, 치매 조기검진 및 약물치료 사업을 확대하는 정책에 대한 정부의 보다 적극적인 투자가 필요할 것으로 보인다.

국민건강보험공단을 통해 시행되는 건강검진에 치매 선별검사를 포함시켜 특정 연령 이상의 대상자들은 모두 검사를 받도록 하고, 선별검사에서 치매 고위험군으로 분류된 경우 진단 및 감별검사의 본인부담액을 모두 지원해 주는 경우, 2년 동안 75세 이상에 대하여 시행하면 약 488억원이 소요되고, 70세 이상 및 65세 이상으로 확대하면 각각 837억원, 1,254억원이 소요될 것으로 추정되었다.

[표 40] 치매조기검진 확대의 재정소요액 추계

(단위: 백만원)

적용 범위	선별검사 비용	진단및감별검사비용	계
75세 이상	17,469	31,304	48,773
70세 이상	29,967	53,700	83,667
65세 이상	44,910	80,479	125,389

자료: 국회예산정책처 추계

또한, 치매관리 분야 전문가들을 대상으로 수행한 치매관리 정책의 우선순위에 관한 AHP 설문조사에서 치매관리정책 전달체계의 확립도 중요하다는 의견이 제시되었다. 정부는 광역치매센터와 시군구 치매상담센터의 연계 강화, 시군구별 치매관리사업 전담 인력 확보 방안 마련 등을 통하여, 적극적인 치매관리정책 수행이 필요한 지역을 중심으로 치매상담센터의 운영을 활성화할 필요가 있다.

각 시도별 치매상담센터의 전담인력 비중을 60% 수준 이상으로 증가시키기 위해서는 약 37~46억원, 70% 수준 이상으로 증가시키기 위해서는 약 51~63억원, 80% 수준 이상으로 증가시키기 위해서는 약 68~83억원의 재정이 필요한 것으로 추계되었다.

[표 41] 치매상담센터 전담인력 확충 재정소요액 추계

(단위: 명, 백만원)

전담인력 60% 목표			전담인력 70% 목표			전담인력 80% 목표		
필요 인력(명)	재정소요액		필요 인력(명)	재정소요액		필요 인력(명)	재정소요액	
	전문 인력	일반 인력		전문 인력	일반 인력		전문 인력	일반 인력
118	4,567	3,707	163	6,308	5,121	215	8,321	6,754

자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

## 2. 치매관리정책 전달체계 확충 방안 모색

정부는 “광역치매관리사업 운영”을 통하여 전국의 시도에 광역치매센터를 지정하는 것을 계획하고 있으나, 2014년 기준 총 17개 시도 중 6개 시도(광주, 울산, 세종, 전남, 경남, 제주)에 광역치매센터가 지정되지 않은 상태이다. 중앙치매센터 및 광역치매센터, 시군구 치매상담센터로 연결되는 치매관리정책 전달체계를 통해 정책이 효율적으로 수행되기 위해서는 광역치매센터의 확충이 필요하다. 또한, 광역치매센터의 역할을 명확히 하고 효과적인 업무 수행을 도모하기 위해서는 「치매관리법」에 광역치매센터에 관한 근거 조항을 명문화하는 것이 필요하다.

시군구 치매상담센터의 설치·운영, 치매관리사업 수행 인력의 확보 등은 지방자치단체의 사무로 규정되어 있기 때문에 치매관리사업의 적극적인 추진이 필요한 지역이라도 중앙정부가 관련 사업의 수행을 위한 예산을 지원하고 있지 않다. 2013년 말 기준, 41개 시군구에 치매상담센터가 설치되어 있는 것으로 나타났다. 치매상담센터 업무를 수행하는 직원들 중에서 타 업무를 겸임하고 있는 직원의 비율이 41.6%이며, 서울과 인천을 제외한 지역의 치매상담센터는 겸임 직원의 비율이 62.9%이다. 치매 관련 업무 담당자의 겸임 비율이 높은 것으로 나타난 전남(78.8%), 충남(78.6%), 제주(75.0%), 강원(67.9%) 지역은 치매 유병률, 치매 부양지수, 치매 진단공백이 타 시도에 비하여 높은 것으로 나타났다.

중소도시의 보건소 신축 등이 2005년부터 지방자치단체의 사무로 이양됨에 따라, 정부는 시군구의 보건소가 치매상담센터 설치 등의 치매관리사업을 다른 사업에 우선하여 추진하도록 권고하고 있다. 그러나 지방자치단체별로 중점적으로 추진하는 보건 사업이 있을 경우, 해당 시군구가 적극적인 치매관리사업의 추진이 필요한 지역이라 할지라도 중앙정부가 지방자치단체의 자체 사업에 우선하여 치매관리사업을 추진하도록 강제할 수는 없다.

정부는 치매 유병률, 치매 진단공백 등이 높은 지역을 대상으로 치매관리사업 전담 인력의 인건비를 지원하는 등의 신규사업을 수행하는 방식으로, 일선 시군구에 치매관리사업 전달체계가 조속히 확충되어 치매관리사업이 원활하게 추진될 수 있도록 해야 할 필요가 있다. 또한, 안전행정부가 수행하는 지방자치단체 합동평가 항목에 치매관리사업 관련 지표를 반영하는 등 지방자치단체의 치매관리사업 내실화를 유도할 방안을 마련할 필요가 있다.

### 3. 치매 전담 요양 및 치료 서비스 제공 인프라 구축 필요

2008년 노인장기요양보험이 도입된 이후로 치매관리서비스 제공기관이 지속적으로 증가하고 있다. 2009년부터 2013년까지 5개년 동안 방문요양기관은 2.3%, 주야간보호기관은 30.7%, 노인요양공동생활가정은 130.2%, 노인요양시설은 47.5%, 요양병원은 62.2% 증가하였다.

[표 42] 치매관리서비스 제공기관의 증가 추이: 2009~2013년

(단위: 개소, %)

		2009(A)	2013(B)	(B-A)/A*100
재가노인복지시설	방문요양	8,443	8,639	2.3
	주야간보호	1,106	1,446	30.7
노인의료복지시설	노인요양 공동생활가정	934	2,150	130.2
	노인요양시설	1,694	2,498	47.5
의료기관	요양병원	777	1,260	62.2

자료: 보건복지부 제출자료를 토대로 국회예산정책처 작성

이처럼 치매관리서비스 제공기관의 외연은 확대되었으나, 시설 간 서비스 질의 격차가 커서 치매환자들에게 전문적인 서비스를 제공하기에는 인력 및 시설 등의 여건이 적합하지 못한 시설이 많다. 또한, 각 시설에서 제공하는 서비스의 질을 평가하고 모니터링하는 시스템도 미흡하다. 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원에서 평가를 실시하고 있으나, 시설의 필수 인력 확보 여부와 위생, 안전 등의 측면을 위주로 평가할 뿐, 치매관리와 직접적으로 관련된 인지훈련프로그램의 종류 및 운영 실태, 효과 및 만족도 등에 대한 정보는 파악할 수 없다.

치매거점병원 등 공립요양병원의 경우도 치매관리 측면에서는 부족한 점을 드러내고 있다. 정부는 2013년 기준 71개 공립요양병원을 치매 전문 병원으로 지정하여 운영하고 있다. 그러나 보건복지부 자료<sup>78)</sup>에 의하면, 조사 대상 공립요양병원 71개소 중에서 치매전문병동을 별도로 운영하고 있는 곳은 10개소(14%)에 지나지 않고, 치매전문병동을 운영하지 않는 곳이 56개소(79%)이다. 7개 치매거점병원 중에

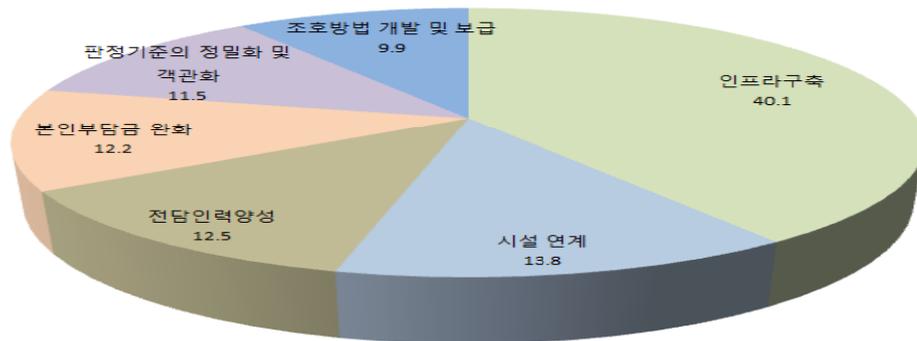
78) 건국대학교 산학협력단, 「지역사회 장기요양 치매 환자에 대한 안정적 의료서비스 제공을 위한 모델 개발(정책보고서)」, 보건복지부, 2013.

서도 3곳만이 치매전문병동을 별도로 운영하고 있다. 또한, 치매 진단 및 증상 치료 전문가인 정신건강의학과와 신경과 전문의가 없는 공립요양병원이 전체의 39.4%인 28곳에 달한다. 정신건강의학과와 신경과 전문의가 모두 1인 이상씩 근무하고 있는 공립요양병원은 2곳에 불과하다.<sup>79)</sup>

국회예산정책처에서 실시한 치매관리서비스 제공기관 설문조사 및 치매관리 분야 전문가 대상 설문조사에서도 정부가 치매 노인에 대한 지원을 확대함에 있어 가장 중요하다고 생각하는 조치에 대하여, 치매거점병원, 치매 전문 노인의료복지시설 및 재가노인복지시설 등의 인프라 구축이 필요하다는 의견이 40.1%(122명)로 가장 많았다.<sup>80)</sup>

[그림 19] 치매 노인에 대한 지원 확대 방향

(단위: %)



자료: 국회예산정책처가 실시한 「치매관리정책에 대한 인식 조사」 결과

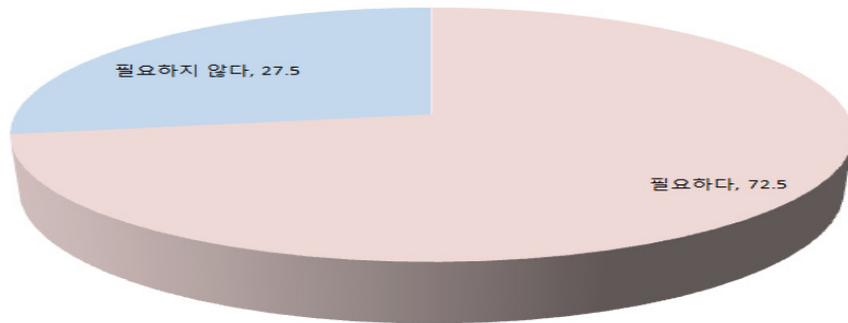
동 설문조사에서 치매 전담 방문요양센터의 지정이 필요한지 묻는 질문에 대하여, 72.5%가 지정이 필요하다고 응답하였다.

79) 보건복지부는 공립요양병원을 중심으로 치매거점병원을 지정하는 것보다는 치매를 전문적으로 치료할 수 있는 인력을 갖추고, 치매전문병동을 운영하는 등 시설기준을 갖춘 요양병원을 대상으로 치매전문병원 인증제(가칭)를 운영하는 방안을 검토할 필요가 있다는 입장을 밝힘.

80) 그 다음으로 치매의 경중에 따라 적절한 수준의 치매거점병원, 노인의료복지시설, 재가노인복지시설의 연계가 필요하다는 답변이 13.8%(42명)로 큰 비중을 차지했고, 치매 전문 사회복지사, 간호사, 방문요양사 등 전담 인력의 양성이 12.5%(38명), 간경비 등 비급여 항목을 포함한 본인 부담금 부담 완화가 12.2%(37명), 노인장기요양보험 등급 판정 시, 치매 판정기준의 정밀화 및 객관화가 11.5%(35명)으로 집계됨.

[그림 20] 치매 전담 방문요양센터 지정의 필요성

(단위: %)



자료: 국회예산정책처가 실시한 「치매관리정책에 대한 의식 조사」 결과

이러한 설문 결과는 치매관리 분야 전문가와 치매관리서비스를 현장에서 제공하는 담당자 모두 치매관리에 특화된 인프라를 구축하는 것이 필요하다는 의견을 가지고 있음을 보여준다. 따라서, 정부는 치매 전담 재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 요양병원을 도입하는 방안을 모색할 필요가 있다. 현행과 같이 단일한 시설에서 치매, 중풍, 거동불편 노인 등을 모두 수용하더라도, 치매 환자의 비중을 높이고 체계화된 인지훈련프로그램을 제공하여, 치매 노인과 비치매 노인의 생활공간을 분리하는 등 시설의 운영 방식을 조정한 시설에 대하여 치매 전담 시설 인증제도를 운영하는 등의 방안을 검토할 필요가 있다.

#### 4. 중증도에 따른 치매관리서비스 제공기관 간의 적절한 연계 필요

치매환자가 생활해 오던 익숙한 환경 속에서 생활하도록 하는 것이 바람직하다는 점에 대해서는 공감대가 형성되고 있으며, 독일, 일본 등도 재가 서비스를 강화하고 있는 추세이다. 우리 정부도 2014년 7월부터 치매특별등급을 도입함으로써 노인장기요양보험의 수혜 범위를 확대함과 동시에 재가 인지훈련프로그램 제공을 제도화할 계획이다.

그러나 국회예산정책처의 치매관리서비스 제공기관 설문조사 결과, 노인요양공동생활가정과 요양병원의 경우 중등도 이하 치매 환자가 큰 비중은 차지하는 것으로 나타났다.<sup>81)</sup> 「치매노인 실태 조사(2011)」에서도 노인요양공동생활가정과 요양병

원에서 생활하고 있는 치매환자 중에서 상당 부분이 다른 유형의 시설 또는 가정에서 보살피는 것이 적합한 것으로 나타났다.<sup>82)</sup>

이러한 분석 결과는 현재의 시설 입소자들 중에서 일부는 환자의 중증도와 일상생활동작을 수행함에 있어 도움을 필요로 하는 정도를 고려하지 않고, 해당 시설을 선택하였음을 의미한다. 정부는 치매관리서비스 제공기관의 치매 노인 수용 실태 조사 결과를 토대로, 치매 노인이 중증도에 따라 적절한 치매관리서비스를 제공하는 기관을 이용할 수 있도록 하는 방안을 마련할 필요가 있다.<sup>83)</sup> 이를 위해서는 주야간보호시설 및 방문요양 서비스의 질을 향상시켜야 하며, 치매환자를 돌보는 가족들의 부담을 완화해주기 위한 단기보호서비스 등을 활성화할 필요가 있다.

## 5. 인지훈련프로그램에 대한 지침 제공 및 지원 필요

치매 환자를 대상으로 하는 인지훈련프로그램이 실시되고는 있으나 제공되는 프로그램이 시설별로 상이하며, 인지훈련프로그램이 치매 환자에게 미치는 영향을 파악할 수 있는 평가도구에 대한 가이드라인도 제시되고 있지 않다. 정부 또는 건강보험공단이 노인의료복지시설, 요양병원 등 재가노인복지시설을 제외한 치매관리서비스 제공기관을 대상으로 하는 인지훈련프로그램에 대한 구체적인 지침 및 커리큘럼을 제공하고 있지 않기 때문에 결국 시설 내 사회복지사 및 요양보호사의 역량에 따라 프로그램의 질이 결정될 수밖에 없다. 이것은 인지훈련프로그램의 질 관리가 어려운 원인이 되고 있다.

---

81) 노인의료복지시설인 노인요양공동생활가정은 경증 치매 노인의 비율이 41.1%, 중등도 치매 노인의 비율이 33.1%로 나타났고, 의료기관인 요양병원은 중등도 치매 노인의 비율이 41.8%, 경증 치매 노인의 비율이 29.7%로 조사되었음.

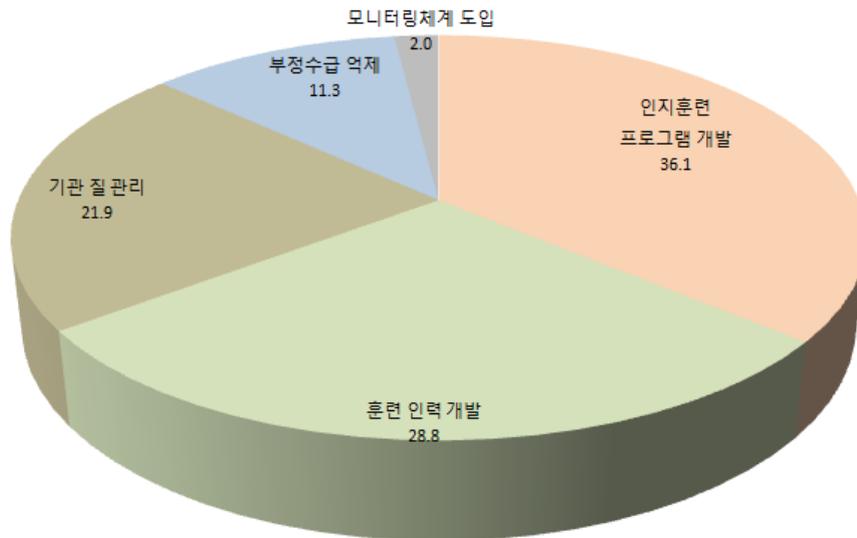
82) 본 보고서의 [표 30]을 보면, 노인요양공동생활가정과 요양병원에 입소한 치매환자 중에서 각각 34%, 25%는 양로시설이나 가정에 거주하면서 보살피는 것이 적합한 것으로 나타남. 또한, 현재 양로시설 거주자의 19.4%는 주야간 보호나 방문 간호 등에 적합한 환자인데도 양로시설에 입소해 있는 것으로 조사되었음.

83) 앞서 언급한 국회예산정책처의 치매관리서비스 제공기관 설문조사 및 치매관리 분야 전문가 대상 설문조사에서도 정부가 치매 노인에 대한 지원을 확대함에 있어 가장 중요하다고 생각하는 조치에 대하여, 치매의 경중에 따라 적절한 수준의 치매거점병원, 노인의료복지시설, 재가노인복지시설의 연계가 필요하다는 답변이 두 번째로 큰 비중을 차지했음.

국회예산정책처가 실시한 치매관리서비스 제공기관 설문조사에서도 인지훈련 프로그램의 개발이 필요하다는 의견이 제시되었다. 노인장기요양보험의 혜택이 경증치매 노인에게 원활하게 적용되기 위해서는 어떠한 조치가 필요한지에 묻는 질문에 대해서 경증치매 노인을 대상으로 하는 인지훈련프로그램의 개발이 가장 중요하다고 답한 의견이 36.1%(109명)으로 가장 많았다. 인지훈련프로그램을 제공하는 인력(사회복지사, 작업치료사, 방문요양사, 방문간호사 등)의 능력 개발이 필요하다는 답변이 28.8%(87명), 치매 전문 주야간보호센터, 방문요양 및 방문간호 기관 대상 인증제도를 통한 질 관리를 꼽은 답변이 21.9%(66명)를 차지하였다.<sup>84)</sup> 인지훈련프로그램 개발이 필요함과 동시에 이를 수행할 인력의 능력 개발 및 기관 대상 인증제도 등을 통해 프로그램의 질을 제고해야 한다는 의견을 제시하고 있다고 볼 수 있다.

[그림 21] 경증치매 노인에 대한 노인장기요양보험 적용 방향

(단위: %)



자료: 국회예산정책처가 실시한 「치매관리정책에 대한 의식 조사」 결과

84) 그 밖에 치매특별등급 판정 과정의 엄격화를 통한 부정수급 억제는 11.3%(34명), 인지훈련프로그램 제공 여부를 확인할 수 있는 모니터링체계의 도입은 2.0%(6명)을 차지하였음.

정부는 일선 치매관리서비스 제공기관들이 활용할 수 있는 인지훈련프로그램 제공 방식 및 프로그램 운영 인력, 평가방법 등에 대한 구체적인 가이드라인을 제시할 필요가 있다. 또한, 중증도별로 각 프로그램의 효과를 평가함으로써 적합한 프로그램을 개발하고, 이를 매뉴얼화함으로써 개별 기관의 담당자들이 활용할 수 있도록 해야 할 필요가 있다.

올 7월부터 노인장기요양보험 치매특별등급이 도입되어, 방문요양 등 재가노인 복지시설을 이용하는 치매 노인은 방문요양사에게 개별적으로 인지훈련프로그램을 제공받을 수 있게 되었다. 반면, 노인의료복지시설이나 요양병원을 이용하는 치매 노인은 치매 이외의 노인성 질환을 앓고 있는 노인들과 공동생활을 하기 때문에 치매관리서비스 제공기관이 소수의 치매 노인을 위해 인지훈련프로그램을 제공하는 데 한계가 있다. 따라서, 정부는 시도별로 인지재활전문강사 풀을 구성하여 해당 시도의 치매관리서비스 제공기관들이 활용할 수 있도록 함으로써, 비용효율적으로 인지훈련프로그램의 질을 관리하고 노인의료복지시설 및 요양병원을 이용하는 치매 노인에게도 체계적인 치매관리서비스를 제공하는 방안을 모색할 필요가 있다.

## 6. 치매연구사업의 확대 및 체계화 필요

정부는 미국, 일본 등과 같이 노화, 노인병 등을 전담하여 연구사업을 수행하는 연구기관을 별도로 설립·운영하는 방안을 검토할 필요가 있다. 미국은 국립노화연구소, 일본은 국립장수의료연구센터와 국립장수과학연구소가 중심이 되어 치매를 비롯한 각종 노인성 질환 관련 연구의 기획·조정·수행 역할을 담당하고 있다. 우리나라도 고령화에 따른 각종 질병을 치료·완화하는 연구를 총괄하는 기관을 두고, 중앙치매센터, 한국뇌연구원 등을 비롯한 각종 치매 전문 연구 조직과 노화에서 파생되는 여러 질병 관련 연구 수행 기관의 역량을 종합하여, 국가 차원에서 치매 등 노인성 질환에 대한 다각적이고 총체적인 연구를 수행할 수 있도록 지원하는 방안을 모색할 필요가 있다.

특히, 중앙치매센터의 연구사업 기능을 강화하여, 미국의 국립치매연구조정본부와 같은 역할을 수행할 수 있도록 해야 할 필요가 있다. 우리나라는 개별 부처에서 연구사업을 선정하고 연구비를 지원하기 때문에 부처별 칸막이로 인한 연구과제

의 중복, 연구비 활용의 비효율성 등이 우려된다. 따라서 국가 차원에서 치매 관련 연구사업의 기획·조정을 총괄하여, 효율적으로 치매 관련 연구사업이 수행될 수 있도록 해야 한다.

또한, 중앙치매센터와 한국뇌연구원의 교류·협력관계를 강화할 필요가 있다. 치매의 원인 규명, 신약개발, 신약에 대한 동물시험 등을 수행하는 데 있어 한국뇌연구원과의 협력관계가 기초가 되어야 한다. 정부는 시도별 대학병원 등에 위탁 운영되고 있는 중앙치매센터과 광역치매센터를 통하여, 치매 연구에 필요한 뇌를 기증 받고 뇌 기증자를 대상으로 지속적인 임상데이터를 수집하도록 한 뒤, 추후에 관련 자료를 한국뇌연구원 국가뇌조직은행에서 관리하도록 할 필요가 있다.

뿐만 아니라, 시도별 대학병원 등에 위탁 운영되고 있는 광역치매센터를 활용하여, 치매연구사업 수행 시 임상시험 조정 기능을 수행하도록 하는 방안을 고려할 필요가 있다. 일본은 치매연구사업 수행기관의 특징은 병원의 기능을 겸하고 있어, 치매 환자에 대한 치료 기능을 수행하는 동시에 치매 치료제가 개발되었을 경우 임상시험 등을 수행하기에 유리한 조건을 갖추고 있다는 점이다. 우리나라는 현재 구축 중인 광역치매센터를 활용하여, 치매연구사업의 임상시험 조정 기능을 수행하도록 하는 방안을 검토할 필요가 있다.

## 참고문헌

- 김기웅 외, 「치매노인 실태조사」, 보건복지부, 2011.
- 건국대학교 산학협력단, 「지역사회 장기요양 치매 환자에 대한 안정적 의료서비스 제공을 위한 모델 개발(정책보고서)」, 보건복지부, 2013.
- 박민정 외, 「2010년 건강보험환자 진료비 실태조사」 연구보고서 2011-06, 국민건강보험공단, 2011.
- 분당서울대학교병원, 「2012년 치매 유병률 조사」, 보건복지부, 2013.
- 선우덕, “독일의 장기요양보험제도를 통한 치매케어정책과 시사점”, 「보건복지포럼」, 2013.
- 이정권 외, 「공공투자관리센터, 공기업·준정부기관 사업 예비타당성조사 수행을 위한 일반지침 연구」, 한국개발연구원, 2012.
- 유애정 외, 「일본의 경증치매대상자 지원대책 추진동향 분석과 그 시사점」, 국민건강보험공단, 2013.
- 장민영, “일본의 치매노인정책”, 「복지저널」, 2013.2
- 건강보험심사평가원, 「2012년 요양병원 입원급여 적정성 평가 보고서」, 건강보험심사평가원, 2013.
- \_\_\_\_\_, 「건강보험요양급여비용」, 건강보험심사평가원, 2014.
- 국민건강보험공단, 「2013년도 장기요양보험급여 평가 결과」, 국민건강보험공단, 2013.
- 국회예산정책처, 「2013~2060년 장기 재정전망 및 분석(2014)」, 국회예산정책처, 2014.
- \_\_\_\_\_, 「2012~2060년 장기 재정전망 및 분석(2012)」, 국회예산정책처, 2012.
- 국회입법조사처, 국가치매관리정책의 문제점 및 개선과제, 「이슈와 논점」 제715호, 국회입법조사처, 2013.
- 보건복지부, 「2014년 예산안 및 기금운용계획안 사업설명자료」, 보건복지부, 2014.
- \_\_\_\_\_, 「노인장기요양보험 ‘치매등급’ 도입방안」, 보건복지부, 2014.
- \_\_\_\_\_, 「제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015)」, 보건복지부, 2012.
- \_\_\_\_\_, 「치매종합관리대책(2008~2014)」, 보건복지부, 2008.
- 서울특별시, 「2014년도 지역치매지원센터 운영 예산(안) 산출 근거」, 서울특별시, 2014.
- 국가과학기술지식정보서비스<<http://www.ntis.go.kr/>>

국가통계포털 <<http://kosis.kr/>>

국립중앙치매센터<<http://www.nid.or.kr/>>

OECD<<http://www.oecd.org/statistics/>>

Getsios, D., Blume, S., Ishak, K. J., Maclaine, G., & Hernández, L., An economic evaluation of early assessment for Alzheimer's disease in the United Kingdom, *Alzheimer's & Dementia*, 8(1):22-30, 2012.

Lopez, O. L., Becker, J. T., Wisniewski, S., Saxton, J., Kaufer, D. I., & DeKosky, S. T., Cholinesterase inhibitor treatment alters the natural history of Alzheimer's disease, *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 72(3):310-314, 2002.

## [부록 1] 치매관리 분야 전문가 대상 AHP 설문지

--	--	--	--

### 치매관리대책의 우선순위 및 추진방식 효율화 방안 조사

안녕하십니까?

인구 고령화와 함께 우리나라의 치매환자 수가 급증하고 있습니다. 2012년 기준 우리나라의 치매 노인인구는 약 53만 명인 것으로 조사되었고, 향후 치매 노인은 20년마다 2배씩 증가하여 2050년에는 약 218만 명에 이를 것으로 추산되고 있습니다. 또한, 치매로 진료를 받은 노인은 1999년 10만 명당 평균 8.2명에서 2010년 66.4명으로, 8배 이상 증가한 것으로 나타났습니다.

이처럼 치매 노인의 수가 급증하고 있음에도 불구하고, 노인장기요양보험의 혜택을 받는 치매 노인은 5명 중 1명에 불과한 것으로 추산되었습니다. 이에 따라, 정부는 2014년 7월부터 노인장기요양보험 치매특별등급을 도입하여 경증치매 노인도 장기요양보험의 적용대상에 포함시킬 계획입니다. 장기요양보험의 적용을 받는 경증치매 노인은 주야간보호 또는 방문요양인지훈련을 주3일 이상 이용할 수 있게 됩니다.

국회예산정책처는 현행 치매관리정책을 평가하기 위하여 정부의 치매관리대책에 대한 전문가들의 의견을 묻는 설문조사를 실시하게 되었습니다. 향후 치매관리정책을 수행함에 있어 우선적으로 고려되어야 하는 사항과 한정된 예산과 인력으로 치매관리정책을 효율적으로 수행할 수 있는 방안에 대한 전문가들의 고견을 듣고자 합니다. 설문결과는 향후 치매관리정책의 개선을 위한 기초자료로 활용될 것입니다.

본 설문결과는 「통계법」 제33조와 제34조에 의거하여 익명으로 처리될 것이며, 연구목적 이외에 어떠한 용도로도 사용하지 않을 것을 약속드립니다. 공사다망하시더라도 꼼꼼하게 설문에 응답하여 주시길 부탁드립니다. 감사합니다.

국회예산정책처 김상우(swkim99@assembly.go.kr, 전화: 02-788-4685)  
이채정(ycj1004@assembly.go.kr, 전화: 02-788-4684)

## << 읽어 보기 >>

다음은 AHP 평가에 대한 이해를 돕기 위하여, 기재요령과 척도설명을 제시한 것입니다. 설문문항표의 각 행에는 오른쪽과 왼쪽에 평가항목들이 나열되어 있습니다. 오른쪽(R)과 왼쪽(L)에 제시된 2개의 항목을 비교하여, 각 항목의 중요성을 평가합니다.

### ※ 기재요령(체크 표시)

- ☞ 첫째 행에서 'A' 와 'B' 를 비교합니다.
  - "같다 ①"를 기준으로 할 때, 'A' 가 'B' 보다 상대적으로 "매우 중요"하다고 판단되면 아래와 같이 왼쪽의 7번에 표시하십시오.
- ☞ 둘째 행에서 오른쪽의 'C' 가 왼쪽의 'A' 에 비해 "중요"하다고 판단되면 오른쪽의 5번에 표시하십시오.
- ☞ 셋째 행에서 왼쪽의 'B' 가 오른쪽의 'C' 에 비해 "약간 중요"하다고 판단되면 왼쪽의 3번에 표시하십시오.

평가항목 (L)	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	평가항목 (R)								
A	⑨	⑧	⑦ ✓	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B
A	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	②	①	②	③	④	⑤ ✓	⑥	⑦	⑧	⑨	C
B	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③ ✓	②	①	②	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C

### ※ 척도설명

중요도	정의	설명
1	같다	어떤 기준에 대하여 두 평가항목이 비슷한 공헌도를 가진다고 판단됨
3	약간 중요	경험과 판단에 의하여 한 평가항목이 다른 평가항목보다 약간 선호됨
5	중요	경험과 판단에 의하여 한 평가항목이 다른 평가항목보다 확실하게 선호됨
7	매우 중요	경험과 판단에 의하여 한 평가항목이 다른 평가항목보다 강하게 선호됨
9	절대 중요	경험과 판단에 의하여 한 평가항목이 다른 평가항목보다 절대적으로 선호됨
2,4,6,8	위 값들의 중간값	경험과 판단에 의한 비교값이 위 값들의 중간에 해당한다고 판단될 경우에 사용함

1. 제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015)의 네 가지 추진과제(조기 발견 및 예방 강화, 맞춤형 치료·보호 강화, 인프라 확충, 가족지원 및 사회적소통 확대)의 중요성을 시급성, 효과성, 효율성, 적용가능성의 측면에서 비교해 주십시오.

1-1. 조기발견 및 예방 강화, 맞춤형 치료·보호 강화, 인프라 확충, 가족지원 및 사회적소통 확대 중 **시급성(치매 관리를 위하여 우선적으로 실시될 필요성의 정도) 측면**을 고려했을 때, 우선되어야 할 추진과제는 무엇이라고 생각하는지 답변해 주십시오.

시급성 측면																
평가지표 (L)	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	평가지표 (R)						
A. 조기발견 및 예방 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 맞춤형 치료·보호 강화
A. 조기발견 및 예방 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 인프라 확충
A. 조기발견 및 예방 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 가족지원 및 사회적 소통 확대
B. 맞춤형 치료·보호 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 인프라 확충
B. 맞춤형 치료·보호 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 가족지원 및 사회적 소통 확대
C. 인프라 확충	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 가족지원 및 사회적 소통 확대
<p><b>A. 조기발견 및 예방 강화:</b> 뇌 손상이 경미한 초기 단계에 진단을 받고 효과적 약물치료를 받도록 하며, 만성질환 관리·적절한 운동 등 위험요인 사전관리로 치매 예방 또는 발병률 감소 강화</p> <p><b>B. 맞춤형 치료·보호 강화:</b> 치매환자 보호의 질 제고를 위해 치매 유형별, 중증도별 특성에 적합한 치료 및 보호서비스 지원 강화</p> <p><b>C. 인프라 확충:</b> 치매환자에게 보다 질 좋은 치료·보호서비스를 제공하고 중앙에서 지역까지 표준화된 치매관리사업을 추진하기 위한 인프라 확충</p> <p><b>D. 가족지원 및 사회적 소통 확대:</b> 치매를 치매환자 가족만의 문제가 아닌 우리 사회 전체의 문제로 인식하여 관심과 지원 확대</p>																

1-2. 조기발견 및 예방 강화, 맞춤형 치료·보호 강화, 인프라 확충, 가족지원 및 사회적소통 확대 중 **효과성(치매 관리를 향상시킬 수 있는 정도) 측면**을 고려했을 때, 우선되어야 할 접근방법은 무엇이라고 생각하는지 답변해 주십시오.

효과성 측면																
평가지표 (L)	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	평가지표 (R)						
A. 조기발견 및 예방 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 맞춤형 치료·보호 강화
A. 조기발견 및 예방 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 인프라 확충
A. 조기발견 및 예방 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 가족지원 및 사회적 소통 확대
B. 맞춤형 치료·보호 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 인프라 확충
B. 맞춤형 치료·보호 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 가족지원 및 사회적 소통 확대
C. 인프라 확충	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 가족지원 및 사회적 소통 확대
<p><b>A. 조기발견 및 예방 강화:</b> 뇌 손상이 경미한 초기 단계에 진단을 받고 효과적 약물치료를 받도록 하며, 만성질환 관리·적절한 운동 등 위험요인 사전관리로 치매 예방 또는 발병률 감소 강화</p> <p><b>B. 맞춤형 치료·보호 강화:</b> 치매환자 보호의 질 제고를 위해 치매 유형별, 중증도별 특성에 적합한 치료 및 보호서비스 지원 강화</p> <p><b>C. 인프라 확충:</b> 치매환자에게 보다 질 좋은 치료·보호서비스를 제공하고 중앙에서 지역까지 표준화된 치매관리사업을 추진하기 위한 인프라 확충</p> <p><b>D. 가족지원 및 사회적 소통 확대:</b> 치매를 치매환자 가족만의 문제가 아닌 우리 사회 전체의 문제로 인식하여 관심과 지원 확대</p>																

1-3. 조기발견 및 예방 강화, 맞춤형 치료·보호 강화, 인프라 확충, 가족지원 및 사회적소통 확대 중 **효율성(좀 더 적은 예산과 인력을 투입하여 치매를 관리할 수 있는 정도) 측면**을 고려했을 때, 우선되어야 할 접근방법은 무엇이라고 생각하는지 답변해 주십시오.

효율성 측면																
평가지표 (L)	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	평가지표 (R)						
A. 조기발견 및 예방 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 맞춤형 치료·보호 강화
A. 조기발견 및 예방 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 인프라 확충
A. 조기발견 및 예방 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 가족지원 및 사회적 소통 확대
B. 맞춤형 치료·보호 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 인프라 확충
B. 맞춤형 치료·보호 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 가족지원 및 사회적 소통 확대
C. 인프라 확충	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 가족지원 및 사회적 소통 확대
<p><b>A. 조기발견 및 예방 강화:</b> 뇌 손상이 경미한 초기 단계에 진단을 받고 효과적 약물치료를 받도록 하며, 만성질환 관리·적절한 운동 등 위험요인 사전관리로 치매 예방 또는 발병률 감소 강화</p> <p><b>B. 맞춤형 치료·보호 강화:</b> 치매환자 보호의 질 제고를 위해 치매 유형별, 증정도별 특성에 적합한 치료 및 보호서비스 지원 강화</p> <p><b>C. 인프라 확충:</b> 치매환자에게 보다 질 좋은 치료·보호서비스를 제공하고 중앙에서 지역까지 표준화된 치매관리사업을 추진하기 위한 인프라 확충</p> <p><b>D. 가족지원 및 사회적 소통 확대:</b> 치매를 치매환자 가족만의 문제가 아닌 우리 사회 전체의 문제로 인식하여 관심과 지원 확대</p>																

1-4. 조기발견 및 예방 강화, 맞춤형 치료·보호 강화, 인프라 확충, 가족지원 및 사회적소통 확대 중 **적용가능성(현실적인 여건을 고려할 때 정책을 채택·수행할 수 있는 정도) 측면**을 고려했을 때, 우선되어야 할 접근방법은 무엇이라고 생각하는지 답변해 주십시오.

적용가능성 측면																
평가지표 (L)	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	평가지표 (R)						
A. 조기발견 및 예방 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 맞춤형 치료·보호 강화
A. 조기발견 및 예방 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 인프라 확충
A. 조기발견 및 예방 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 가족지원 및 사회적 소통 확대
B. 맞춤형 치료·보호 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 인프라 확충
B. 맞춤형 치료·보호 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 가족지원 및 사회적 소통 확대
C. 인프라 확충	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 가족지원 및 사회적 소통 확대
<p><b>A. 조기발견 및 예방 강화:</b> 뇌 손상이 경미한 초기 단계에 진단을 받고 효과적 약물치료를 받도록 하며, 만성질환 관리·적절한 운동 등 위험요인 사전관리로 치매 예방 또는 발병률 감소 강화</p> <p><b>B. 맞춤형 치료·보호 강화:</b> 치매환자 보호의 질 제고를 위해 치매 유형별, 증증도별 특성에 적합한 치료 및 보호서비스 지원 강화</p> <p><b>C. 인프라 확충:</b> 치매환자에게 보다 질 좋은 치료·보호서비스를 제공하고 중앙에서 지역까지 표준화된 치매관리사업을 추진하기 위한 인프라 확충</p> <p><b>D. 가족지원 및 사회적 소통 확대:</b> 치매를 치매환자 가족만의 문제가 아닌 우리 사회 전체의 문제로 인식하여 관심과 지원 확대</p>																

2. 제2차 국가치매관리종합계획(2013~2015)에 따른 네 가지 추진과제(조기발견 및 예방 강화, 맞춤형 치료·보호 강화, 인프라 확충, 가족지원 및 사회적소통 확대)을 수행함에 있어서, 다음에 제시되는 **세부적인 치매관리 대책들의 중요성을 비교**해 주십시오.

2-1 **조기발견 및 예방 강화, 가족지원 및 사회적 소통 확대**에 포함되는 세부적인 치매관리대책들의 중요성을 비교해 주십시오.

조기발견 및 예방 강화, 가족지원 및 사회적 소통 확대																
평가지표 (L)	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	평가지표 (R)						
A. 치매 검진 내실화·진단을 제고	9	8	7	6	5	4	3	1	3	4	5	6	7	8	9	B. 치매 발생 위험요인 사전관리 강화
A. 치매 검진 내실화·진단을 제고	9	8	7	6	5	4	3	1	3	4	5	6	7	8	9	C. 치매케어상담 등 가족지원 강화
A. 치매 검진 내실화·진단을 제고	9	8	7	6	5	4	3	1	3	4	5	6	7	8	9	D. 치매 인식 개선 및 정보 제공
B. 치매 발생 위험요인 사전관리 강화	9	8	7	6	5	4	3	1	3	4	5	6	7	8	9	C. 치매케어상담 등 가족지원 강화
B. 치매 발생 위험요인 사전관리 강화	9	8	7	6	5	4	3	1	3	4	5	6	7	8	9	D. 치매 인식 개선 및 정보 제공
C. 치매케어상담 등 가족지원 강화	9	8	7	6	5	4	3	1	3	4	5	6	7	8	9	D. 치매 인식 개선 및 정보 제공
<b>A. 치매 검진 내실화·진단을 제고: 국가건강검진을 중심으로 치매 검진을 수행하고, 고위험군에 대한 사후관리를 강화하며, 치매 검진 문항의 표준화를 추진</b> <b>B. 치매 발생 위험요인 사전관리 강화: 치매 발생 예방을 위한 만성질환 예방관리 시범사업을 추진하고, 노인운동프로그램을 수요자 중심으로 확대 개선</b> <b>C. 치매케어상담 등 가족지원 강화: 치매 통합상담콜 운영을 통해 맞춤형 정보를 제공하고, 치매환자 가족지원 프로그램을 활성화하며, 자원봉사 인력풀 구축</b> <b>D. 치매 인식 개선 및 정보 제공: 일반국민, 고위험군, 치매가족에 대한 맞춤형 홍보 및 정보 제공으로 부정적 인식을 개선하고, '국가치매지식정보포털' 기능의 강화를 통해 정보의 활용성·대중성 제고</b>																

2-2 **맞춤형 치료·보호 강화**에 포함되는 세부적인 치매관리대책들의 중요성을 비교해 주십시오.

맞춤형 치료·보호 강화																
평가지표 (L)	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	평가지표 (R)						
A. 치료지원 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	B. 장기요양 대상자 확대
A. 치료지원 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 가족의 돌봄 지원
A. 치료지원 강화	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 치매 거점병원 지정·운영
B. 장기요양 대상자 확대	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	C. 가족의 돌봄 지원
B. 장기요양 대상자 확대	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 치매 거점병원 지정·운영
C. 가족의 돌봄 지원	⑨	⑧	⑦	⑥	⑤	④	③	①	③	④	⑤	⑥	⑦	⑧	⑨	D. 치매 거점병원 지정·운영
<p><b>A. 치료지원 강화:</b> 저소득층 치매 환자에 대한 치매 치료·관리비를 지속 지원하고, 인지기능 저하 속도를 지연시키는 인지재활프로그램 통합지원서비스 모델을 개발·보급</p> <p><b>B. 장기요양 대상자 확대:</b> 장기요양 3등급 인정기준을 단계적으로 완화하고, 인지기능 항목 평가 비중을 확대함으로써 치매환자 특성에 적합하게 등급판정 기준 개선</p> <p><b>C. 가족의 돌봄 지원:</b> 치매환자에 대한 재가 돌봄서비스 지원을 확대하며, 주·야간보호기관을 확충하고 등·하원 이동서비스 비용 지원 등을 통해 치매환자가 편안하게 이용할 수 있는 여건 조성</p> <p><b>D. 치매 거점병원 지정·운영:</b> 공립요양병원 등을 치매 거점병원으로 지정하고, 치매병동 시범운영을 실시하며, 요양시설의 전문성제고를 위해 치매환자 케어를 위한 최적 공간 배치 방안 마련·보급</p>																

2-3 **인프라 확충**에 포함되는 세부적인 치매관리대책들의 중요성을 비교해 주십시오.

인프라 확충																
평가지표 (L)	절대중요	매우중요	중요	약간중요	같다	약간중요	중요	매우중요	절대중요	평가지표 (R)						
A. 치매관리 전달체계 확립	9	8	7	6	5	4	3	1	3	4	5	6	7	8	9	B. 치매환자 종합 DB 고도화
A. 치매관리 전달체계 확립	9	8	7	6	5	4	3	1	3	4	5	6	7	8	9	C. 전문인력 양성
A. 치매관리 전달체계 확립	9	8	7	6	5	4	3	1	3	4	5	6	7	8	9	D. 치매 연구개발 강화
B. 치매환자 종합 DB 고도화	9	8	7	6	5	4	3	1	3	4	5	6	7	8	9	C. 전문인력 양성
B. 치매환자 종합 DB 고도화	9	8	7	6	5	4	3	1	3	4	5	6	7	8	9	D. 치매 연구개발 강화
C. 전문인력 양성	9	8	7	6	5	4	3	1	3	4	5	6	7	8	9	D. 치매 연구개발 강화
<p><b>A. 치매관리 전달체계 확립:</b> 중앙치매센터를 컨트롤타워로 하여 인력관리·교육, 보건소 치매관리사업 평가 등을 수행하는 권역치매센터를 단계적으로 확대하고, 지역치매센터(보건소 치매상담센터)를 통해 사례관리 및 모니터링 등을 수행</p> <p><b>B. 치매환자 종합 DB 고도화:</b> 치매환자 진단 시 '국가치매등록시스템'에 자율적으로 등록할 수 있는 시스템을 구축하며, 등록 정보를 통해 치매 치료·관리 실태를 파악하고 정책 수립의 기초자료로 활용</p> <p><b>C. 전문인력 양 :</b> 수준별 현장중심 실질적 교육 프로그램으로 전문인력(의사, 간호사, 사회복지사, 요양보호사) 기본교육을 강화하고, '치매 전문가 과정' 수료 시 인증서를 교부하는 전문교육 인증제를 도입</p> <p><b>D. 치매 연구개발 강화:</b> 전국 치매 실태조사 정착, 치매 관련 인문 사회학적 연구 활성화 등 체계적인 연구 로드맵을 작성하고, 치매 진단 및 치료기술 확보 등을 위한 연구·개발 확대</p>																

다음은 치매관리정책에 대한 의식 조사를 위한 질문입니다.

문1. 정부가 치매 노인에 대한 지원을 확대함에 있어 다음에 제시되는 각 조치를 취한다고 가정할 때, 중요하다고 생각하시는 세 가지 조치를 나열해 주시기 바랍니다.

- 1) 치매거점병원, 치매전문 노인의료복지시설(노인요양시설, 노인요양공동생활가정 등) 및 재가노인복지시설(방문요양서비스, 주야간보호서비스, 단기보호서비스 등) 등의 인프라 구축
- 2) 치매 전문 사회복지사, 간호사, 방문요양사 등 전담 인력의 양성
- 3) 치매의 경중에 따라 적절한 수준의 치매거점병원, 노인의료복지시설, 재가노인복지시설 연계
- 4) 치매의 경중에 따른 구체적인 조호방법(인지치료, 약물복용, 가족상담 등) 개발 및 보급
- 5) 노인장기요양보험 등급 판정 시, 치매 판정 기준의 정밀화 및 객관화
- 6) 간병비 등 비급여 항목을 포함한 본인부담금 부담 완화

1순위	2순위	3순위

문2. 경증치매 노인에 대한 노인장기요양보험 적용의 원활한 정착을 위하여 다음의 각 조치를 취한다고 가정할 때, 중요하다고 생각하시는 두 가지 조치를 나열해 주시기 바랍니다.

- 1) 경증치매 노인 대상 인지훈련 프로그램 개발
- 2) 인지훈련 프로그램을 제공하는 인력(사회복지사, 작업치료사, 방문요양사, 방문간호사 등)의 능력 개발
- 3) 치매특별등급 판정 과정의 엄격화를 통한 부정수급 억제
- 4) 치매 전문 주야간보호센터, 방문요양 및 방문간호 기관 대상 인증제도를 통한 질 관리
- 5) 인지훈련 프로그램 제공 여부를 확인할 수 있는 모니터링체계 도입

1순위	2순위

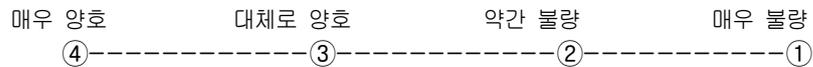
문3. 치매의 경중에 따라 적합한 기관 및 서비스를 연계한다면, 다음의 치매거점병원, 노인의료복지시설, 재가노인복지시설 등을 어떠한 방식으로 배치하시겠습니까? (같은 기관 및 서비스는 한 번만 기입해 주십시오.)

경도(초기)	
중등도(중기)	
중증(말기)	

- 1) 치매거점병원
- 2) 노인요양시설
- 3) 노인요양공동생활가정
- 4) 주야간보호센터
- 5) 방문요양
- 6) 방문간호

**위 표의 빈 칸에 해당되는 기관 및 서비스의 번호를 기입하여 주시기 바랍니다.**

문4. 중앙치매센터-광역치매센터-시군구 보건소 및 치매상담센터 간 업무협조가 잘 이루어지고 있다고 생각하십니까?

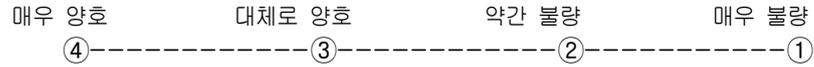


문4-1. 중앙치매센터-광역치매센터-시군구 보건소 및 치매상담센터 간 업무협조를 강화하기 위하여 다음에 제시되는 각 조치를 취한다고 가정할 때, 중요하다고 생각하시는 두 가지 조치를 나열해 주시기 바랍니다.

- 1) 광역치매센터 및 시군구 치매상담센터의 확대를 통한 치매관리체계 강화
- 2) 중앙치매센터 및 광역치매센터의 시군구 보건소 및 치매상담센터에서 수행하는 치매 사업 관련 평가 및 컨설팅 기능 강화
- 3) 중앙치매센터 및 광역치매센터의 시군구 보건소 및 치매상담센터 소속 실무 인력에 대한 교육훈련 기능 강화
- 4) 중앙치매센터, 광역치매센터, 시군구 보건소 및 치매상담센터 간 협조체계 관련 가이드라인 마련
- 5) 정보의 공유 및 치매 관련 임상 자료 축적 등을 위한 중앙치매센터-광역치매센터-시군구 보건소 및 치매상담센터 간 데이터베이스 구축

1순위	2순위

문5. 건강보험공단과 재가노인복지시설(방문요양서비스, 주야간보호서비스 등), 노인의료복지시설(노인요양시설, 노인요양공동생활가정 등), 요양병원 간 업무협조가 잘 이루어지고 있다고 생각하십니까?

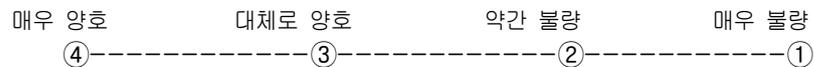


문5-1. 국민건강보험공단과 재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 요양병원 간 업무협조를 강화하기 위하여 다음에 제시되는 각 조치를 취한다고 가정할 때, 중요하다고 생각하시는 두 가지 조치를 나열해 주시기 바랍니다.

- 1) 장기요양등급 판정 시에 장기요양보험 수급 치매 노인에게 적합한 시설에 대한 정보 안내 강화
- 2) 치매 노인이 주로 이용하는 재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 요양병원에 대한 별도의 평가 기준 마련
- 3) 치매 노인이 주로 이용하는 재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 요양병원에 대한 별도의 관리(인력, 시설 설계 등) 기준 마련
- 4) 치매 노인이 주로 이용하는 재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 요양병원에 대한 실태조사 등을 강화하여 엄격한 질 관리
- 5) 치매 노인이 주로 이용하는 재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 요양병원에 대한 평가 및 실태조사 결과를 토대로 성과에 연동한 인센티브제도 강화

1순위	2순위

문6. 치매 관련 사업의 ㉞중양치매센터-광역치매센터-시군구 보건소 및 치매상담센터와 ㉜건강보험공단-재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 요양병원 간 업무협조가 잘 이루어지고 있다고 생각하십니까?



문6-1. 문6에서 제시된 ㉞와 ㉜ 간 업무협조를 강화하기 위하여 다음에 제시되는 각 조치를 취한다고 가정할 때, 중요하다고 생각하시는 두 가지 조치를 나열해 주시기 바랍니다.

- 1) 중앙치매센터 및 광역치매센터에 치매거점병원, 치매 노인 밀집 요양병원에 대한 관리 기능 부여
- 2) 중앙치매센터 및 광역치매센터에 치매전문 간호사, 영양사, 사회복지사 등 조호서비스 제공 인력의 양성(자격부여) 및 보수교육 기능 부여
- 3) 중앙치매센터 및 광역치매센터의 일선 치매 관리·전달체계를 통해 제공되는 인지훈련 프로그램 개발 및 보급 기능 강화
- 4) 일선 치매 전달체계(재가노인복지시설, 노인의료복지시설, 요양병원) 평가 시에 중앙·광역 치매센터와 국민건강보험공단의 공조체제 구축
- 5) 광역치매센터에 해당 지역 시군구별 일선 치매 전달체계 구축 및 운영 방안에 대한 컨설팅 기능 부여

1순위	2순위

문7. 노인장기요양보험이 아닌 중앙정부나 지방자치단체의 직접적 지원이 실시된다고 가정할 때, 다음의 조치들 중 중요하다고 생각하는 두 가지를 나열해주시기 바랍니다.

- 1) 정부 및 지방자치단체가 인건비를 지급하는 방식으로 요양보호사 등을 고용하여, 갑작스런 시설의 필수 인력 부재 시에 파견
- 2) 차량 운영, 조리 지원 등 지역별 특성에 따라 필요한 인력을 활용할 수 있도록 지방자치단체가 인건비 보조
- 3) 치매 노인에 대한 인지훈련 프로그램 등을 수행할 수 있는 전문인력(지방자치단체 등에 소속) 파견
- 4) 소규모 시설(노인요양공동생활가정, 30인 미만 노인요양시설 등) 간 조호서비스(인지훈련, 물리치료 등) 제공 인력 공유를 가능토록 하는 규정 마련 및 정보 공유
- 5) 치매 노인이 다수를 차지하고 있는 시설에 대한 지방자치단체 소속의 보조 인력 파견

1순위	2순위

다음은 통계처리 결과의 정확도를 제고하기 위한 추가 질문입니다.

배문1. 귀하께서는 치매 관리 업무를 수행하거나 관련 정책에 대하여 관심을 가진 지 얼마나 되셨습니까? ( )

- 1) 5년 이상
- 2) 3년 이상 5년 미만
- 3) 1년 이상 3년 미만
- 4) 1년 미만

배문2. 귀하께서는 현재 소속된 기관에서 근무한 지 얼마나 되셨습니까? ( )

- 1) 3년 이상
- 2) 1년 이상 3년 미만
- 3) 6개월 이상 1년 미만
- 4) 6개월 미만

배문3. 귀하께서는 다음 중 어떤 자격증을 소지하고 계십니까? ( )

- 1) 의사 (전공 : )
- 2) 간호사
- 3) 사회복지사
- 4) 상담사
- 5) 작업치료사
- 6) 기타 ( )

## [부록 2-1] 치매관리서비스 제공기관 담당자 대상 설문지

--	--	--	--

### 치매관리정책에 대한 의식 조사

(주야간보호기관, 노인요양공동생활가정, 노인요양시설, 요양병원 대상)

안녕하십니까?

인구 고령화와 함께 우리나라의 치매환자 수가 급증하고 있습니다. 2012년 기준 우리나라의 치매 노인인구는 약 53만 명인 것으로 조사되었고, 향후 치매 노인은 20년마다 2배씩 증가하여 2050년에는 약 218만 명에 이를 것으로 추산되고 있습니다. 또한, 치매로 진료를 받은 노인은 1999년 10만 명당 평균 8.2명에서 2010년 66.4명으로, 8배 이상 증가한 것으로 나타났습니다.

이처럼 치매 노인의 수가 급증하고 있음에도 불구하고, 노인장기요양보험의 혜택을 받는 치매 노인은 5명 중 1명에 불과한 것으로 추산되었습니다. 이에 따라, 정부는 2014년 7월부터 노인장기요양보험 치매특별등급을 도입하여 경증치매 노인도 장기요양보험의 적용대상에 포함시킬 계획입니다. 장기요양보험의 적용을 받는 경증치매 노인은 주야간보호 또는 방문요양인지훈련을 주3일 이상 이용할 수 있게 됩니다.

국회예산정책처는 현행 치매관리정책을 평가하기 위하여 일선에서 치매 노인을 대상으로 요양 서비스 제공 업무를 수행하고 계신 분들의 고견을 듣고자 합니다. 설문결과는 향후 치매관리정책의 개선을 위한 기초자료로 활용될 것입니다.

본 설문결과는 「통계법」 제33조와 제34조에 의거하여 익명으로 처리될 것이며, 연구목적 이외에 어떠한 용도로도 사용하지 않을 것을 약속드립니다. 공사다망하시더라도 꼼꼼하게 설문에 응답하여 주시길 부탁드립니다. 감사합니다.

국회예산정책처 김상우(swkim99@assembly.go.kr, 전화: 02-788-4685)

이채정(ycj1004@assembly.go.kr, 전화: 02-788-4684)



문3-1. 적절하다고 생각하신다면, 그 이유는 무엇입니까? ( )

- 1) 다름, 폭력 등 치매 노인의 행동장애로 인한 비치매 노인 및 그 가족의 불만
- 2) 치매 유형 및 경중에 따른 조호방법의 차이(예: 인지훈련 제공, 요양보호사 1인당 돌봄 가능 인원 등)
- 3) 치매 노인의 배회 등에 따른 격리 공간 필요
- 4) 치매 관련 지역사회자원(병원, 시군구 치매상담센터, 인지훈련 강사, 자원봉사 등)의 활용 용이

문4. 치매의 경중에 따라 적합한 기관 및 서비스를 연계한다면, 다음의 치매거점병원, 노인의료복지시설, 재가노인복지시설 등을 어떠한 방식으로 배치하시겠습니까? (같은 기관 및 서비스는 한 번만 기입해 주십시오.)

경도(초기)	
중등도(중기)	
중증(말기)	

- 1) 치매거점병원
- 2) 노인요양시설
- 3) 노인요양공동생활가정
- 4) 주야간보호센터
- 5) 방문요양
- 6) 방문간호

**위 표의 빈 칸에 해당되는 기관 및 서비스의 번호를 기입하여 주시기 바랍니다.**

문5. 치매 노인을 대상으로 인지훈련 프로그램(미술치료, 음악치료, 회상치료 등)을 실시하고 있습니까? ( )

- 1) 운영하고 있지 않음
- 2) 직접 강사를 초빙하여 운영
- 3) 자원봉사활동을 통해 운영
- 4) 시설의 사회복지사, 요양보호사 등의 인력이 운영

**“1) 운영하고 있지 않음” 으로 응답하셨을 경우, 문5-1도 응답해 주시기 바랍니다.**

문5-1. 치매 노인 대상 인지훈련 프로그램을 운영하고 있지 않다면, 그 이유는 무엇입니까? ( )

- 1) 적절한 수준의 강사를 찾기 어려워서
- 2) 강사료, 재료비, 강사 교통비 등이 부담되어서
- 3) 인지훈련 프로그램 준비 및 정리 등의 업무가 부담이 되어서
- 4) 적합한 인지훈련 프로그램에 대한 정보가 부족해서
- 5) 인지훈련 프로그램의 효과성이 미심쩍어서

문6. 시군구 보건소나 치매지원(상담)센터, 지역별 건강보험공단에서 인지훈련 강사를 파견하는 방식으로 인지훈련 프로그램을 제공한다면, 동참하실 의향이 있습니까? ( )

- 1) 있다
- 2) 없다

**\*2) 없다\* 로 응답하셨을 경우, 문6-1도 응답해 주시기 바랍니다.**

문6-1. 동참할 의향이 없다면, 그 이유는 무엇입니까? ( )

- 1) 이미 자체 인지훈련 프로그램을 운영하고 있어서
- 2) 인지훈련 프로그램 준비 및 정리 등의 업무가 부담이 되어서
- 3) 인지훈련 프로그램의 효과성이 미심쩍어서
- 4) 인지훈련 프로그램의 제공이 필요하지 않은 노인들에게 방해가 되어서

문7. 치매거점병원, 치매전문 노인의료복지시설(노인요양시설, 노인요양공동생활가정 등) 및 재가노인복지시설(주야간보호서비스, 단기보호서비스 등)을 운영하는 데 있어 가장 어려운 점은 무엇입니까? ( )

- 1) 영양사, 간호(조무)사 등 필수 인력을 구하기 쉽지 않은 실정
- 2) 시설의 공석(정원을 채우지 못한 경우)
- 3) 시설 요건 및 정원을 모두 충족했음에도 불구하고 부족한 운영비
- 4) 시설 근무자들의 소진, 과로 등 열악한 근무 여건
- 5) 시설 근무자들의 낮은 임금 수준에 따른 사기 저하 및 잦은 이직

문8. 노인장기요양보험이 아닌 중앙정부나 지방자치단체의 직접적 지원이 실시되고 가정할 때, 다음의 조치들 중 중요하다고 생각하는 두 가지를 나열해주시기 바랍니다.

- 1) 정부 및 지방자치단체가 인건비를 지급하는 방식으로 요양보호사 등을 고용하여, 갑작스런 시설의 필수 인력 부재 시에 파견
- 2) 차량 운영, 조리 지원 등 지역별 특성에 따라 필요한 인력을 활용할 수 있도록 지방자치단체가 인건비 보조
- 3) 치매 노인에 대한 인지훈련 프로그램 등을 수행할 수 있는 전문인력(지방자치단체 등에 소속) 파견
- 4) 소규모 시설(노인요양공동생활가정, 30인 미만 노인요양시설 등) 간 조호서비스(인지훈련, 물리치료 등) 제공 인력 공유를 가능토록 하는 규정 마련 및 정보 공유
- 5) 치매 노인이 다수를 차지하고 있는 시설에 대한 지방자치단체 소속의 보조 인력 파견

1순위	2순위

다음은 통계처리를 위한 질문입니다.

배문1. 해당 시설의 종류는 무엇입니까? (     )

- |            |               |
|------------|---------------|
| 1) 주야간보호센터 | 2) 노인요양공동생활가정 |
| 3) 노인요양시설  | 4) 요양병원       |

배문2. 해당 시설의 정원, 현원, 현원 중 치매 노인의 수를 기입해 주십시오.

정원	현원	현원 중 치매 노인

배문3. 치매 노인의 수를 경도, 중등도, 중증으로 나누어 기입해주십시오.

경도	중등도	중증

배문4. 해당 시설에서는 치매 노인과 비치매 노인의 생활공간을 분리하여 운영하고 있습니까? ( )

- 1) 분리하고 있다                      2) 분리하지 않고 있다

배문5. 해당 시설의 운영 주체는 다음 중 무엇입니까? ( )

- 1) 국공립                                      2) 법인  
3) 개인                                         4) 기타(                                      )

배문6. 해당 시설의 위치 관련 정보를 기입해 주십시오.

특별시/광역시/도	시/군/구

- 응답해 주셔서 감사합니다. -

## [부록 2-2] 치매관리서비스 제공기관 담당자 대상 설문지

--	--	--	--

### 치매관리정책에 대한 의식 조사 (방문요양기관 대상)

안녕하십니까?

인구 고령화와 함께 우리나라의 치매환자 수가 급증하고 있습니다. 2012년 기준 우리나라의 치매 노인인구는 약 53만 명인 것으로 조사되었고, 향후 치매 노인은 20년마다 2배씩 증가하여 2050년에는 약 218만 명에 이를 것으로 추산되고 있습니다. 또한, 치매로 진료를 받은 노인은 1999년 10만 명당 평균 8.2명에서 2010년 66.4명으로, 8배 이상 증가한 것으로 나타났습니다.

이처럼 치매 노인의 수가 급증하고 있음에도 불구하고, 노인장기요양보험의 혜택을 받는 치매 노인은 5명 중 1명에 불과한 것으로 추산되었습니다. 이에 따라, 정부는 2014년 7월부터 노인장기요양보험 치매특별등급을 도입하여 경증치매 노인도 장기요양보험의 적용대상에 포함시킬 계획입니다. 장기요양보험의 적용을 받는 경증치매 노인은 주야간보호 또는 방문요양인 지훈련을 주3일 이상 이용할 수 있게 됩니다.

국회예산정책처는 현행 치매관리정책을 평가하기 위하여 일선에서 치매 노인을 대상으로 요양 서비스 제공 업무를 수행하고 계신 분들의 고견을 듣고자 합니다. 설문결과는 향후 치매관리정책의 개선을 위한 기초자료로 활용될 것입니다.

본 설문결과는 「통계법」 제33조와 제34조에 의거하여 익명으로 처리될 것이며, 연구목적 이외에 어떠한 용도로도 사용하지 않을 것을 약속드립니다. 공사다망하시더라도 꼼꼼하게 설문에 응답하여 주시길 부탁드립니다. 감사합니다.

국회예산정책처 김상우([swkim99@assembly.go.kr](mailto:swkim99@assembly.go.kr), 전화: 02-788-4685)  
이채정([ycj1004@assembly.go.kr](mailto:ycj1004@assembly.go.kr), 전화: 02-788-4684)



문3-1. 적절하지 않다고 생각하신다면, 그 이유는 무엇입니까? ( )

- 1) 방문요양사에 대한 단기교육으로는 인지훈련 서비스를 제공하기에 충분한 지식을 습득하기 어려워서
- 2) 방문요양사가 재가 서비스를 통해 인지훈련 서비스를 제공할 경우, 과중한 업무 부담이 우려되어서
- 3) 치매 노인의 가족, 보호자 등이 방문요양사가 인지훈련 서비스를 제공하기보다는 가사 및 거동 지원 등의 업무를 수행하는 것을 선호하여서
- 4) 인지훈련 프로그램을 제공하였는가를 확인할 수 없으므로
- 5) 인지훈련 서비스의 효과가 미심쩍어서

문4. 치매의 경중에 따라 적합한 기관 및 서비스를 연계한다면, 다음의 치매거점병원, 노인의료복지시설, 재가노인복지시설 등을 어떠한 방식으로 배치하시겠습니까? (같은 기관 및 서비스는 한 번만 기입해 주십시오.)

경도(초기)	
중등도(중기)	
중증(말기)	

- 1) 치매거점병원
- 2) 노인요양시설
- 3) 노인요양공동생활가정
- 4) 주야간보호센터
- 5) 방문요양
- 6) 방문간호

**위 표의 빈 칸에 해당되는 기관 및 서비스의 번호를 기입하여 주시기 바랍니다.**

문5. 치매 노인에 대한 재가 인지훈련 프로그램 제공을 전담하는 방문요양센터를 지정할 필요가 있다고 생각하십니까? ( )

- 1) 필요하다
- 2) 필요하지 않다

**'1) 필요하다' 로 응답하셨을 경우, 문5-1도 응답해 주시기 바랍니다.**

문5-1. 치매 노인에 대한 재가 인지훈련 프로그램 제공 전담 방문요양센터 지정이 필요하다면, 그 이유는 무엇입니까? ( )

- 1) 인지훈련 서비스 제공 방문요양사에 대한 지속적이고 전문적인 교육 필요
- 2) 치매 노인 담당 방문요양사의 과중한 업무량에 대한 대책 마련 필요
- 3) 업무량이 일반적인 거동 불편 노인에 비해 많아 추가적인 인센티브 지원 필요
- 4) 인지훈련 서비스 제공 여부 확인 및 인지훈련 프로그램의 성과 평가 필요

문6. 치매거점병원, 치매전문 노인의료복지시설(노인요양시설, 노인요양공동생활가정 등) 및 재가노인복지시설(주야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문요양서비스 등)을 운영하는 데 있어 가장 어려운 점은 무엇입니까? ( )

- 1) 요양사, 간호(조무)사 등 필수 인력을 구하기 쉽지 않은 실정
- 2) 시설의 공석(정원을 채우지 못한 경우)
- 3) 시설 요건 및 정원을 모두 충족했음에도 불구하고 부족한 운영비
- 4) 시설 근무자들의 소진, 과로 등 열악한 근무 여건
- 5) 시설 근무자들의 낮은 임금 수준에 따른 사기 저하 및 잦은 이직

다음은 통계처리를 위한 질문입니다.

배문1. 해당 시설에서 요양보호사를 파견할 수 있는 노인의 정원, 현원, 현원 중 치매노인의 수를 기입해 주십시오.

정원	현원	현원 중 치매 노인

배문2. 치매 노인의 수를 경도, 중등도, 중증으로 나누어 기입해 주십시오.

경도	중등도	중증

배문3. 해당 시설의 운영 주체는 다음 중 무엇입니까? ( )

- 1) 국공립
- 2) 법인
- 3) 개인
- 4) 기타( )

배문4. 해당 시설의 위치 관련 정보를 기입해 주십시오.

특별시/광역시/도	시/군/구

- 응답해 주셔서 감사합니다. -



사업평가 14-02(통권 311호)  
**치매관리사업의 현황과 개선과제**

---

발간일 2014년 8월 18일  
발행인 국경북 국회예산정책처장  
편 집 사업평가국 사회사업평가과  
발행처 **국회예산정책처**  
서울특별시 영등포구 의사당대로 1  
(tel 02·2070·3114)  
인쇄처 경성문화사 (tel 02·786·2999)

---

1. 이 책의 무단 복제 및 전제는 삼가주시기 바랍니다.
  2. 내용에 관한 문의는 국회예산정책처 사회사업평가과로 연락해주시기 바랍니다. (tel 02·788·3782)
- 

ISBN 978-89-6073-756-3 93350

© 국회예산정책처, 2014