

## 癡呆老人의 健康한 삶을 위한 老人福祉政策 方向

최 용 민<sup>†</sup>

善隣大 行政科

## Health Policy for The Senile Dementia in Korea

Yong-Min Choi<sup>†</sup>

Department of Public Administration, Sunlin College, Pohang 791-940, Korea

### Abstract

The purpose of this study is to examine the senile dementia in Korea and then provides policy alternatives for the healthy life of the aged. The increase of life expectancy is the hope for all, accordingly unhealthy life will be misfortune for them including their family. The physiological dysfunction of human body causes diverse problems. Among them, the most serious one is the malfunction of brain to include both Alzheimer's disease and senile dementia. When considering the poor analysis for senile dementia and the non-systematic aspect of national health policy for the aged, this paper has concluded that more planned programs should be developed for the aged in viewpoint of national criteria.

*Key words : senile dementia, the aged, Alzheimer's disease, health policy*

### 序 論

#### 1. 研究의 背景

인구의 고령화 현상은 세계적인 현상이며 한국도 빠른 속도로 고령화사회에 진입하고 있다. 한국의 65세 이상 노인 인구는 97년 현재 291만명이며, 전체 인구의 6.3% 이르고 있으며, 2000년에는 전체인구의 7.1%(평균수명은 74.9세)에 이르고, 2010년에는 10.0%에 이르러 본격적인 고령화사회에 도달 할 것으로 예상된다. 이에 따라 의존성 노인의 부양문제는 사회적으로 주요한 관심과 고민의 영역으로 되고 있으며, 그 중에서도 가족이나 사회에 대한 의존도가 아주 높은 치매노인의 관리문제는 더 더욱 심각

한 사회적 고민을 던져주고 있다. 일반적으로 치매의 유병률은 65세 이상의 노인중 동서양을 막론하고 대략 5~15%로 추정하고 있다.

한국의 경우 정확한 치매유병률이 제시되지 않고 있어 정확한 치매노인수를 추정하기는 어렵다. 그러나 이미 고령화사회로 진입한 미국, 일본등에서의 노인인구의 증가와 더불어 치매노인수의 증가가 이루어 졌던 점을 고려할 때 한국의 경우도 급격한 노인인구 증가 및 치매노인 인구의 증가가 예측된다. 치매는 의학적으로 보았을 때 뇌의 기질적 변화로 인한 기억력장애, 언어장애, 행동장애, 성격변화 및 기타 지적능력의 상실이 특징적으로 나타나는 치료가 어려운 노인성 악성질환이다. 치매노인은 이와같은 문제점의 노

<sup>†</sup> Corresponding author

출로 직업활동, 사회활동, 대인관계에 있어서 어려움을 겪게되고 일상생활과 사회활동에 있어서 많은 제한을 받게되며, 타인의 도움을 절대적으로 필요하게 된다. 치매는 다른 노인성 질환에 비하여 매우 낮은 치료율이 문제점으로 지적되고 있는데, 대략 10~20 %만이 치료가능한 가역성 치매로 알려지고 있다(Clarfeld, 1987 : 476~486).

치매는 이러한 특징과 아울러 적절한 치료법과 치료약물의 개발 및 보급이 되어있지 않아서 특별한 보호부양을 필요로 하는 정신적 질환으로 구분된다. 특별히 치매노인들은 일반적인 노인성 질환자들에 비하여 더 집중적인 그리고 장기간의 치료가 요구되며 많은 조력과 기간이 소요된다. 현재의 실상은 치매노인의 사회적 문제와 이환된 환자들에 대한 적절한 관리대책이 없이 방치된 실정이다. 정부와 사회의 관심과 적절한 정책적인 접근이 시급히 요청되고 있는 시점이라고 판단된다.

## 2. 研究目的

치매노인의 현황과 실태를 분석하고 그 관리 운영의 문제점과 제한요인들을 파악하여 사회적인 관심을 유도하고 정책적인 지원방안을 모색하고 치매원인의 효율적인 관리 및 발전적 정책방안의 제시에 연구의 목적을 두고자 한다.

## 癡呆의 理論的 準據

### 1. 癡呆의 定義

치매(dementia)란 용어는 원뜻이 ‘정신이 나갔다’ 혹은 ‘제 정신이 아니다’라는 의미의 라틴어 dement에서 유래된 것으로 프랑스의 정신과 의사인 Pinel이 처음으로 사용하였다. 치매란 인지기능과 고등정신기능이 감퇴되는 대표적인 기질성 정신장애로(organic mental disorder) 즉, 단기 및 장기기억장애가 특징적으로 나타나며, 추상적 사고장애, 판단장애, 대뇌피질장애, 성격변화 등이 점차적으로 수반됨으로서 직업, 일상적 사회활동 또는 대인관계에서 지장을 받게되는 복합적인 임상증후군이라고 할 수 있다(APA, 1987 : 103~104 ; Raskind, 1989 : 315). 치매는 이러한 특징외에 ①선천적이 아니고 후천적이어야 한다 ②뇌의 국부적인 결손으로 인한 국부적 증상이 아니라 전반적인 증상이라야 한다. ③의식의 장애가 없어야 한다고 대부분의 의사들은 주장한다.

치매의 원인으로는 여러 가지가 있을 수 있겠지만 현재 까지 알려진 주요 원인으로는 원인불명이 48%, 알콜성 치매가 7%, 다발성 경색치매가 9%, 가성치매가 7%, 정상 압뇌수증이 6%, 두개강내종양이 5% 등의 순위 것으로 밝혀지고 있다. 원인불명의 치매는 주로 Alzheimer형 치매를 말하며, 알콜성치매는 Korsakoff 증후군으로 알려져 왔다. 산업재해 및 교통사고로 인한 외상후 치매도 주요원인으로 지적되고 있다. 치매의 핵심적인 증상은 ①단기기억 장애 ②장기기억장애 ③계산능력장애 ④지남력장애 ⑤추상적 사고능력의 장애 ⑥인격의 붕괴이며 주변적 증상으로서는 ①홍분, 공격적 행동 ②망상 ③환각 ④인물오인 ⑤이식 등의 섭식장애 ⑥불결행동 ⑦수집벽등이 있다(津田司. 新津ふみ子, 1992 : 105)

치매의 발병과 진행경로는 기저의 원인이 어떤 것인가에 따라 다르다. 알쓰하이머형 치매의 경우에는 일반적으로 점진적 발병과정을 거치며 대부분 65세 이상의 노년기에 발병하여 진행성 퇴행과정을 거치는 것이 일반적이지만 ICD-10의 분류에서 보는 바와 같이 노년기 이전에 발병하는 경우도 있다. 혈관성치매의 경우에는 1~3개월 이내에 비교적 급격하게 발병하는 경우도 있으며, 점진적인 퇴행과정을 거치기 보다는 계단식 퇴행과정을 거친다. 그리고 정상 압수증, 약물 및 독물증독, 비타민 결핍증, 갑상선 기능 저하 등에 의해 발병한 치매 등 치매의 10~20% 정도는 치매의 진행을 억제하거나 치매발병 이전 수준의 인지기능을 회복할 수도 있다. 하지만 치료가능한 이차성 치매와는 달리 원발성 치매의 경우 뇌의 구조적 장애가 확대되면서 점진적인 퇴행과정을 거치는 것이 일반적이다(Reisberg et al., : 1136~1139).

### 2. 癡呆로 인한 機能上의 問題

노년기에 이르게 되면 일반적으로 정신기능과 신체기능에 있어서의 기능저하가 나타난다. 치매노인의 경우에는 정상적 노화로 인한 기능변화와는 다른 기능변화 양상을 보인다. 치매노인은 기억력, 추상적 사고능력, 판단력 및 충동자제능력, 언어기능 등의 저하와 성격변화, 신체적 기능의 변화로 인하여 직업, 일상적 사회활동, 대인관계 등에 많은 어려움을 받게 된다(APA, 1987 : 104~107 ; Raskind, 1989 : 315~318 ; 津田司・新津ふみ子, 1992 : 106~108).

치매의 가장 특징적인 증상인 기억장애는 치매 초기단계

에 특징적으로 나타나는데, 장기기억보다는 최근에 일어난 사건에 대한 단기기억의 상실이 현저하다. 치매노인들은 의사소통에서 같은 말을 반복하고 익숙하지 않은 환경에서는 방향을 잊어버리고 약속시간, 사람의 이름이나 전화번호 등을 잊어버리고 기억의 손실을 보충하기 위하여 없는 사실을 꾸며서 말하는 작화증을 나타내기도 한다. 치매가 진행하게 되면 비교적 잘 유지되었던 장기기억도 심한 장애를 입게되어 자신의 생년월일을 기억하지 못하고 가족의 얼굴조차도 알아보지 못하게 된다.

추상적 사고능력의 장애로 인하여 치매노인들은 새로운 과업에 대처하는데 애로를 느끼며, 새롭고 복잡한 정보를 처리해야 하는 상황이나 과업을 회피하는 경향이 있다. 판단 및 충동통제능력의 장애로 인하여 치매노인들은 거친 언어사용과 부적절한 농담, 자신의 외모와 위생에 대하여 무관심해 지거나 성적인 이상행동을 나타내기도 한다. 고위 피질 기능의 장애로 인하여는 모호하고 부정확한 언어를 사용하거나, 똑같은 말을 반복하기도 하고 길게 얘기를 하기도 한다. 그리고 알쓰하이머형 치매나 다른 퍼질성 치매의 경우에는 초기에 견망성 실어증과 착어증으로 시작하지만 치매가 진행됨에 따라 대화 중에 의미없는 문장을 만들어내고 자신이 읽은 것을 이해하지 못하고 대화의 내용을 이해하지 못하며, 유머를 분별해 내지 못하고 완전한 문장을 만들어 내지 못하는 증상을 보이는 언어장애인 실어증을 나타내기도 한다(Bayles and Tomoeda, 1991 : 212-213).

그리고 운동마비나 운동장애가 아니면서 행동을 이해하지 못하며 또한 수의적 행동이 불가능한 실행증(apraxia)으로 인하여 목욕, 간의, 식사, 화장실사용 등을 제대로 못하는등 신체적 일상생활 동작능력의 제한을 받게 되어 자기보호능력이 떨어진다. 치매 초기에는 직업이나 일상적인 사회활동에는 제한을 받지만 개인위생과 같은 일상생활에 필요한 행동은 혼자서도 할 수 있다. 그러나 치매가 진행됨에 따라 일상생활 동작능력이 점진적으로 저하되어 말기에는 최소한의 일상생활 동작조차도 할 수 없게 되어 타인의 지속적인 원조를 받아야만 일상생활이 가능해진다. 치매로 인하여 나타나는 성격변화중에서 가장 보편적인 것은 무감동이다. 이전에 타인에 대해 보호적인 태도를 보이던 사람이 치매에 걸린 이후 다른 사람의 욕구에 대해서 전혀 관심이 없어지고, 자기중심적이 되어 간다. 활동적인 사람의 경

우 치매발병 후 냉담해지고 철퇴하며 사회적참여나 활동의 범위가 줄어들고, 활기가 없어진다.

그리고 발병이전보다 화를 자주내고 공격적행동을 하는 경우가 많아지고 불안·우울해지고 더욱 완고해지고 부적절한 성적행동이나 반사회적 행동을 하는 경우가 점차 나타나기도 한다. 이와 같이 발병전의 성격적 특성이 변화되는 경우가 있는가 하면 발병전 특성이 더욱 강화되기도 한다. 이러한 치매의 핵심적증상으로 인한 기능변화 이외에 우울증, 환각이나 망상, 수면장애 등이 수반되기도 한다. 치매와 우울증을 동시에 나타내는 노인은 1/5 정도되며, 이러한 우울증은 치매초기에는 뚜렷이 구분되지만 치매가 진행됨에 따라 구분하기 힘들어진다(Reifler, 1982 : 855-859); Reding et al., 1985 : 894-896). 환각과 피해망상이 치매노인에게서 자주 나타나는데 이로 인해 도둑을 맞았다면 주위 사람들에게 심한갈등을 일으키기도 한다. 수면장애로 인하여 밤에 잠을 자지 않고 쉬지 않고 돌아다니거나, 배회하기도 하며, 잠자는 가족을 깨우기도 한다.

치매노인들의 경우 신체적 스트레스 유발인자에 매우 취약하여 치매이외의 다른 신체적 질환에 이환되는 경우가 많이 있다. 치매에 이환된 이후 신체적 기능에 있어서는 청력저하, 시력저하, 체중감소 등의 변화가 나타난다(高崎絹子・野川とも江 : 1991 : 163). 신체적 움직임이 증가하는 경우도 있지만 대부분 치매가 진행됨에 따라 근위축증으로 인하여 신체적 움직임이 줄어들게 되고, 보행이 불안전해지며 대소변을 실금(incontinence)하게 된다. 심한 치매의 경우에는 보행이 불가능해지고 보행이 어려워진 약 1년 후에는 앓아 있는 것이 불가능해져 와상상태에 이르게 되는 경우가 많다(津田司・新津ふみ子, 1992 : 107). 신체적 질병에 대한 저항력의 약화로 인하여 합병증을 일으키는 경우가 많은데 치매노인의 절반이상이 신체질환을 갖고 있으며, 고혈압, 뇌출증, 신경통, 피부과적질환, 호흡기질환, 마비, 심장 및 신장질환 등에 이환되는 경우가 많은 것으로 나타났다(Hekkheimer, 1989 : 310-311 ; 宿谷行治郎, 1991 : 124).

## 癡呆老人 福祉施設 現況

### 1. 老人福祉施設 現況

#### 1) 老人福祉施設 및 收容現況

96년말 현재 노인복지시설 수 및 수용인원의 현황은

## 최 용 민

〈표 1〉 노인복지시설 수 및 수용인원(1996.12.30) (단위 : 개소, 명)

구 분	계				무료시설			실비시설		유료시설	
	합계	양로	요양	치매	양로	요양	치매	양로	요양	양로	요양
개 소 수	165	102	60	3	87	47	3	3	12	12	1
이용노인	8,996	5,058	4,685	443	4,628	2,958	443	82	502	348	35

자료 : 보건복지부, 「1997년도 노인복지시설현황』, 1997

〈표 1〉과 같다. 이 테이블에서 느낄 수 있는 사실은 치매 노인 복지시설을 포함한 제 복지시설이 절대적으로 부족하다. 따라서 무엇보다도 먼저 전체 요양시설의 대폭적인 확대가 필요하다. 각각의 시설 즉, 무료시설, 실비시설, 유료시설의 확대가 필요하다. 특히 치매복지시설이 절대적으로 부족한 바 이는 사회적으로 큰 문제로 대두되고 있는 치매 병리현상에 대한 적절한 대처가 어려운 실정이고, 정부의 집중적인 정책적 지원과 재정적 투자가 필요하다. 유료시설을 대폭적으로 늘리는 것은 행정적인 규제만 완화된다면 빨리 이루어질 수 있을 것으로 판단되므로 이 부분부터 적극적으로 추진할 필요가 있다.

치매요양병원의 경우도 제반시설이 극히 부족한데 치매 환자의 급격한 증가와 치료시설에 대한 요구가 폭증하고 있는 실정을 감안할 때 유료시설부터 확대해 나가는 방안이 현실적일 수 있다.

### 2) 老人福祉施設 收容者 保健實態

노인복지법 제 2조 제 1항 제3호의 규정에 의하면 65세 이상의 자로 신체 또는 정신상의 현저한 결함이 있어 항상 보호가 필요한 노인보호를 위한 시설을 노인요양시설이라고 규정하고 있다. 질병노인을 대상으로 하는 노인요양시설 입소연령은 현재의 유료노인복지시설 입소연령인 60세보다 높은 65세 이상인자로 하여 무료의 폭을 제한하고 있고 실비의 혜택도 규제하고 있다. 복지혜택의 확대를 위하여 연령을 60세로 낮추어야 한다.

전국에 산재되어 있는 노인복지시설에 수용되어 있는 노인의 건강실태는 〈표 2〉에서 보는 바와 같다. 신체적인 질환의 경우도 여러 가지 형태의 다양한 질환이 있을 수 있다. 즉 정신질환적인 치매환자와 일반질환자로 대분할 수 있을 것이고 그 치료방법에도 많은 차이가 있는 데도 불구하고 이를 혼합수용하고 있어 치료의 효율성이 매우 떨어질 뿐만 아니라 여러 가지 문제가 발생할 소지가 많다고 판단된다. 이러한 근본적인 제도상의 문제점의 노출로 인하여 이

〈표 2〉 전국노인 복지시설 수용자 건강실태

(단위 : %)

구 分	양로시설 노인요양시설	
	전 장	0
소 계	87.2	100.0
치매 및 알콜리즘	11.4	26.1
거동불능 중증환자	9.0	25.1
비건강	4.4	6.5
지체장애인	29.4	18.2
내과질환자	25.5	16.4
신경통 및 관절염	7.5	7.7
시각 및 청각장애인	100.0	100.0

자료 : 한국노인 복지시설협회, 내부자료, 1996.

러한 시설을 사용하고 싶어하는 노인들의 대다수가 시설 사용을 꺼리는 것으로 파악되고 있으며, 이는 전국 55개 노인요양시설의 수용정원 5,000명의 약 70%에 불과한 3,400명 만이 입소하여 요양중에 있는 사실이 결코 위의 문제점과 무관치 않을 것이다.

### 3) 老人福祉施設 需要展望

1994년 한국보건사회연구원이 조사한 노인생활실태조사에서 노인의 일상생활 수행능력을 알아보기위하여 식사하기, 앉기, 목욕하기, 화장실이용, 옷갈아입기, 외출하기 등의 6개항목을 조사하였는데 이들 모든 항목에 대하여 불편한 상태에 있는 노인, 즉 와상노인이 65세 이상 노인의 5.6% 가 되는 것으로 조사되었다. 연령별로 보면 65~69세가 1.9%, 70~74세가 3.7%, 75세 이상에서 12.9%인데, 이를 1996년 통계청에서 발표한 인구추계의 연령별 노인인구에 적용하여 산출한 와상노인수는 〈표 3〉과 같다. 추정되는 와상노인수는 2000년에 20만명에서, 2010년에 32만명, 2020년에는 45만명으로 증가할 것으로 예상된다. 와상 노인수의 대부분은 치매노인일 것이므로 결국 치매복지시설의 수요는 급격한 상승지수를 나타낼 것이다.

〈표 3〉 외상노인수 추정

(단위: 명)

	1995	2000	2005	2010	2015	2020
65~69세	19,916	25,958	31,956	33,598	38,340	47,249
70~74세	28,371	33,705	44,315	54,838	57,836	66,315
75세 이상	108,572	141,052	177,154	229,844	292,240	338,003
합 계	156,859	200,715	253,425	318,280	388,416	451,567

자료 : 통계청, 『장래인구추계』, 1996.

한국보건사회연구원, 『노인복지의 현황과 정책과제』, 1995.

〈표 4〉 연령별 추정 치매유병율

(단위: %)

	계	60~64	65~69	70~74	75~79	80+
추정치매유병율	3.4	0.7	1.4	2.8	5.6	20.8

자료 : 서미경외, 「치매노인의 재가복지서비스현황과 정책과제」, 한국보건사회 연구원, 1996.

## 2. 癡呆老人 現况

전국규모의 치매유병율을 밝힐수 있을 정도의 대규모 역학조사는 실시된 바 없지만 1990이후 일부 지역사회를 중심으로 치매유병율을 조사한 바에 의하면 대략 60세 이상 노인의 3.4%, 65세이상노인의 5.0%가 치매일 것이라고 추정하고 있다.

일반적으로 치매의 유병율은 연령의 증가와 더불어 증가하는 것이 일반적이며 연령이 5세 증가하면 치매의 유병율은 대략적으로 2배씩 증가하는 것으로 알려지고 있다. 〈표 4〉에서 보는 바와같이 우리나라 60~64세 노인의 치매유병율은 0.7% 이지만 65~69세 노인의 경우 2배 증가한 1.4%가 되고, 70~74세는 2.8%, 75~79세는 5.6%, 80세 이상노인의 경우 5명중 1명인 20.8%가 치매에 걸린 것으로 추정하고 있다. 향후 평균수명의 연장으로 인하여 75세 이상의 후기 노인인구가 증가하게 되면 우리나라의 치매유병율은 더욱 높아질 것으로 전망된다.

이렇게 볼 때 1996년 현재 우리나라의 치매노인수는 약 14만 5천명으로 추정되고 있다.

이러한 치매노인은 임상적 정도에 따라 크게 경증, 중등증, 중증으로 나눌 수 있다. 경증치매는 사회생활이나 작업상의 능력이 비록 상실되더라도 아직 독립적인 생활을 영위하고 있고, 적절한 개인위생을 유지하며, 비교적 정상적인 판단을 보유하고 있는 상태를 나타내고 있으며, 14만 5천명의 치매노인중 약 60%인 약 8만6천여명이 이에 해당하는 것으로 추정되고 있다.

중등치매노인은 독립적인 생활이 곤란하고 타인에 의한 부분적인 감독과 간호가 필요한 상태로서, 치매노인중 약 27%인 약 3만 9천명이 이러한 중등증의 상태에 있을 것으로 추정된다. 그리고 치매의 상태가 가장 심각한 중증치매의 경우는 일상생활 능력이 심하게 감퇴되어 지속적인 감독이 필요한 상태로 최소한의 개인위생도 유지할 수 없게 되며 대개는 반복되는 언어구사나 학구적인 모습을 보이며, 우리나라 치매노인의 약 13%인 약 2만명 정도가 이러한 상태에 있을 것으로 추정되고 있다.

노인복지법상 노인복지시설은 양로시설(무료), 노인요양시설(무료), 실비양로시설, 실비노인요양시설, 실비노인복지주택, 유료양로시설, 유료노인 요양시설, 유료노인 복지주택, 노인복지회관 등의 9종으로 되어 있다. 중증 치매노인의 경우 재가보호도 가능하겠지만 치매환자 본인 뿐만아니라 가족에게도 엄청난 고통을 부담시키게 되므로 이러한 상태에 있는 치매노인이 시설보호의 주 대상자로 분류될 수 있다. 97년 6월 현재 치매노인시설은 국·공립시설 1개소에

〈표 5〉 추정 치매노인수 (60세이상)

(단위: 명)

	계	경 증	중등증	중 증
1996	145,144	85,925	39,349	19,740
2000	170,259	199,793	46,311	23,155
2005	212,148	125,592	57,704	28,852

자료 : 서미경외, 「치매노인의 재가복지서비스현황과 정책과제」, 한국보건사회 연구원, 1996.

258명이 수용되어 있고, 사립 3개시설에 295명이 수용되어 있을 뿐이다. 시설의 수적인 면에서나 수용인원의 측면에서도 절대적으로 부족한 실정이다. 중증 치매노인 추정예상수의 약 2.7%만이 수용되어 있을 뿐이고, 나머지 대부분의 치매노인들의 경우는 재택보호 상태에 놓여져 있고, 따라서 그 부양가족들의 엄청난 부담을 예상할 수 있다.

치매노인의 정확한 현황파악이 우선적으로 이루어져야 할 것이고 아울러 수용시설의 확대 및 제도적인 지원과 정책이 무엇보다도 시급하다.

### 3. 美國과 日本의 癡呆老人 現況

#### 1) 美國

치매노인의 의료서비스와 생활보호대책을 지원하기 위하여 1986년에 ‘알쓰하이머병 및 관련 치매서비스 조사법’(Public Law 99-660)을 제정한후 치매에 관한 다각적인 연구, 조사, 치료, 교육활동을 추진하고 있으며, 1991년에는 치매노인을 위한 의료비용으로 약 900억달러 (72조원)를 투입했다. 현재 약 4백만명의 미국인이 알쓰하이머병에 걸린 것으로 추정되고 있고, 약 2백7십만명이 이병으로 치료를 받고 있는 것으로 나타났다. 대략 1,900만명이 가족 중에 이 질환을 갖고 있다고 말하고 있으며, 약 3천 7백만 미국인이 알쓰하이머병에 대해 알고 있는 것으로 조사되었다. 그리고 이 질환자의 약 70% 이상이 가정에서 보호되고 있을 뿐이며, 요양시설에는 불과 30% 정도 만이 혜택을 받고 있는 것으로 나타났다.

#### 2) 日本

현재 초고령화 사회를 눈앞에 둔 일본의 치매노인의 수는 1990년 현재 약 100만명으로 추계되고 있으며 이중 가정에 약 74만명, 병원, 노인홈 등의 시설수용자가 약 25만명이 있는 것으로 알려지고 있는데 이는 65세 이상 인구의 약 6.7%에 해당한다. 이중에서도 치매성 노인은 독특한 정신증상이나 문제행동을 야기시키고 그로 인하여 간호하는 측 특화 가족에 있어서 커다란 정신적, 육체적 부담을 주고 있고 동시에 사회, 경제적으로도 커다란 문제를 야기시킬 것으로 본다. 특히 일본에서는 구미와는 다르게 뇌혈관장애에 의한 치매가 많아 남성이 50%, 여성이 40%정도를 차지하고 있다. 이는 일본의 사회환경과 그로 인한 정신적 스트레스의 가중을 원인으로 꼽을 수 있을 것이다.

치매노인의 수는 2020년이 되면 270만명이 넘을 것으로

로 예상하고 있다. 일본정부에서는 이에 대비하기 위하여 1986년 ‘치매성 노인 대책본부’를 후생성안에 두고 치매노인에 대한 정책개발, 시설의 보급 및 조사, 연구, 치료, 관리방법 등의 대응책을 다각도로 세우고 있다. 일본은 경제적인 우위를 바탕으로 하여 치매노인에 대한 의학적 연구와 관리는 매우 다양하고 적극적으로 실시하고 있다.

## 考察 및 提言

### 1. 法・制度에 의한 支援政策

치매의 병인은 크게 세가지로 나눌 수 있고 그 첫째가 유전적 원인이다. 최근에 알쓰하이머 병의 특징적 뇌병리학적 소견인 아밀로이드 플라그(Amyloid Plaque)를 형성하는 아밀로이드 단백질 코팅(Amyloid Protein Coding) 유전자가 21번 염색체에 존재함이 발견되면서 신빙성을 더해주고 있다. 두번째는 알루미늄 독성가설이다. 신부전증 환자의 치료방법인 투석을 사용하는 동안 환자에서 치매가 발생되었고 이를 환자에서 치매의 특징적인 뇌병리학적 요소인 신경섬유가 발견되었으며 또한 이와 같은 투석성 뇌질환의 원인이 투석액속에 들어있는 알루미늄이라는 것이 밝혀졌다. 세번째는 Unconventional Slow Virous가설이다. 사람에서 Unconventional Slow Virous에 의한 질환인 Kuru나 Creutzfeldt-Jakob Disease(CJD)환자에서 대부분 치매가 나타난다는 사실에서 알 수 있다.

위에서 본 바와 같이 치매의 주요한 요인들은 매우 다양하며 예방이 가능한 질환이다. 그래서 무엇보다 치매 발생기전에 대한 홍보가 매우 중요하고 필요하다. 특히 노인을 두고 있는 경우에는 특별한 주의와 관심이 매우 필요하다. 특별한 치료법이 없는 치매는 예방이 다른 질병보다 중요한 것이다. 그리고 국가의 치매노인들을 위한 보건복지정책이라는 것도 예방정책적 차원에서 정책이 계획되고 집행되어져야 한다. 또 법과 제도적 차원에서는 기존의 노인복지법안에 치매노인에 관한 제관리규정을 두던지 아니면 별도의 치매노인법을 제정하여 법제도적인 차원에서 치매노인에 대한 관리와 국가차원의 선진복지 정책이 세워져 나가야 할 것이다.

### 2. 서비스 對象者 擴大

복지서비스 대상자를 확대하여 보편적인 서비스가 제공

될 수 있도록 하여야 한다. 현재의 가정봉사원 제도나 시설 보호서비스의 대상자는 생활보호대상자에게 국한되어 있기 때문에 실제로 보호가 필요한 저소득층이나 중산층 치매노인의 경우 이용할 만한 마땅한 시설자체가 크게 부족한 실정이며 결국은 부양의 책임이 가족에게 전가되므로 가족체의 위기에 직면하게 되는 등 이들에 대한 사회적인 보호의 접근성은 매우 낮은 실정이다.

우선 서비스 대상의 범위를 대폭 확대하여 생활보호대상자 뿐만아니라 저소득층, 중산층 치매노인들까지도 다양한 복지서비스 혜택을 받을 수 있도록 시혜대상자를 먼저 확대하는 방안이 필요하다.

### 3. 癡呆療養施設 擴大

최우선적으로 치매의 예방, 진단, 치료, 재활을 담당할 치매치료 전문시설을 확보하는 것이 필요하다. 그리고 부가적으로 치매전문병원, 치매요양원 등의 시설기관과 지원인력측면에서 필요한 호스피스제도와의 연계성등이 조직적이고 체계적으로 연구되고 관리 통제될 필요가 있다. 치료비용 부담차원에서 치매병원 및 관련시설에서의 제 비용을 의료보험이 되도록 하여 환자나 그 가족들의 의료비 부담을 경감시켜 주어야 한다. 치매는 완치가 지극히 어려운 질병이다. 그러나 치매의 정도에 따라 그 상태를 경감시키고 지연시킬 수는 있는 것이므로 먼저 건강증진사업기관을 전국적으로 조직하는 것이 요구된다. 즉, 치매의 예방, 등록, 상담을 위한 치매상담소의 설치가 요구되며, 이를 위해 지역사회마다 설치되어 있는 보건소와 보건지소의 조직을 이용하는 것이 좋을 것이다. 이 조직을 이용하여 치매환자나 가족을 찾아내고 치료를 위한 정보를 제공하는 등의 기능이 절실히 한다.

경증 치매노인의 경우는 재가복지서비스를 제공 할 수 있는 체계를 구축하는 것이 필요하며 이를 위하여 가정봉사원제도를 활성화 할 필요가 있을 것이다. 전국적 조직과 규모의 가정봉사원 관리센터, 주간 및 단기보호시설의 신설 및 증설이 필요하다. 그리고 특히 가정에서 보호하기가 어려운 중증 치매노인환자의 경우 가급적 시설에서 수용, 보호되어져야 한다. 치료 병원보다는 의료시설이 잘 갖추어진 요양원을 많이 지어 수용환자를 늘려가는 정책이 우선 적절하다고 본다.

### 4. 癡呆의豫防機能強化

치매연구기관의 신·증설이 요구된다. 우선 기존의 의과대학 및 정부기관 산하의 연구기관 설립이 필요하고, 범정부차원의 치매노인치료센터를 지역별로 골고루 분산 설립하여 과학적이고 체계적인 연구기능을 갖추어야 하고, 치료보다는 예방기능의 강화, 치매의 발병원인에 대한 보건사회적 차원의 홍보기능이 지금보다 훨씬 더 강화되어져야 할 것이다. 현재의 가정봉사원 기능을 단일화된 상태로만 운영할 것이 아니라 정도에 따른 등급의 차등화를 둘 필요가 있다. 예를 들면, 간호사 업무를 치료와 보조의 2영역으로 대부분한 다음 그에 맞게 간호사 양성제도가 나누어질 필요가 있다. 일본의 경우 1급(처우곤란 노인담당), 2급(와상노인 등 신체개호업무담당), 3급(가사지원업무 담당)으로 나누어진 가정봉사원제를 채택하고 있다. 즉, 치매노인의 상태에 따른 적정한 치료를 위한 다양한 치매전문인력의 양성이 모색되어져야 한다.

## 要 約

노령 인구의 계속적인 증가, 그로 인한 노인문제의 발생과 더불어 증가일로에 있는 치매노인의 문제는 대부분의 복지국가의 주요한 사회복지문제의 하나로 급격히 대두되고 있다.

노인문제 및 치매노인문제에 대한 적절한 법·제도적인 복지정책 입안을 위해 심각히 고민해야 할 시점에 와 있다. 치매노인을 위한 적절한 치료 및 연구, 의료시설이 절대적으로 부족한 관계로 치매노인의 문제는 대체적으로 그 가족의 문제로 한정되어 방치되고 있는 실정이다. 가족에 지원 부양의 부담은 가족관계의 악화, 비용부담의 가중으로 인하여 심한 가족간의 갈등을 겪게 될 것이고 종국적으로는 가족의 해체까지도 우려 하지 않을 수 없는 것이다.

고령화사회에 대비한 치매노인문제의 해결과 정책은 정부, 지역사회, 가족등이 상호연대하여 노력하는 공동적인 관심과 협조가 절대적으로 필요하다. 치매노인의 부양부담의 문제는 일차적으로는 가족에게 있다고 보지만 지역사회와 국가기관은 그 가족 및 환자에게 의료 및 복지서비스의 제공을 위해 적극적인 역할을 하여야 할 것이며, 또 서비스를 제공할려는 모든 단체 및 개인에게 행·재정적인 지원과 노력을 아끼지 말아야 할 것이다. 특별히 치매노인 복지센

터를 운영할려고 하는 민간기업에게는 세제상의 특혜도 고려할 필요가 있다고 본다. 치매노인의 문제는 우리모두의 문제라는 인식의 확대가 필요하고 정부 단독으로, 혹은 지방자치단체만의 힘으로는 한계가 있다. 민간, 정부, 기업이 공동으로 노력할 때 가장 바람직한 선진화된 치매노인복지 정책방안이 모색되어질 수 있을 것이다.

### 감사의 글

본 연구는 1998년도 선린대학 연구비 지원에 의해 수행되었습니다.

### 参考文献

1. Amaducci, L., Fratiglioni, L., Rocca, W. A. *Risk factors for clinically diagnosed Alzheimer's disease : A case-control study of an Italian population*, Neurology, 36, 922-931(1986).
2. Aronson, M. K., Ooi, W. L., Morgenstern, H. Women, myocardial infarction, and dementia in the very old. Neurology, 40, 1102-1106(1990).
3. Brown, G. W. and Birley, J. L. *Crisis and Life Changes and the Onset of Schizophrenia*. Journal of Health and Social Behavior, 8, 203-219(1968).
4. Fryer, D. G. *Summer dementia in the elderly*. Bulletin for the Mason Clinic, 37, 67(1983).
5. Henderson, A. S. *The epidemiology of Alzheimer's disease*. Br Med Bull. 42, 3-10(1986).
6. Hughes, C. P., Berg, L., & Danziger, W. L. *A new clinical scale for the stag of dementia*, Br. J. Psychiatry, 140, 566-572(1982).
7. Johnson, M. L., "Great Britain". In J. I. Kosberg (Ed.), International Handbook on Service for the Elderly, 154-174(1994).
8. Katzman R & Jackson, J. E. *Alzheimer's disease : Basic and Clinical Advances*. JAGS, 39, 516-525(1991).
9. Liptzin, B., Grob, M. C., and Eisen, S. V. *Family Burden of Demented and Depressed Elderly Psychiatric Inpatients*. The Gerontologist, 28(3), 397-401(1988).
10. Lowy, L. *Social Policies and Programs on Aging*. Lexington : Lexington Books.(1980).
11. O'Connor, G. "Case Management : System and Practice", Social Casework, 33, 1, 97-106(1988).
12. Pajik, M. *Alzheimer's disease : Inpatient care* American Journal of Nursing, 232(2), 215-222(1984).
13. Pierson, P. *Dismantling the Welfare state ?*. Cambridge : Univ. Press.(1994).
14. Rabins, P. V., Mace, N. L. and Lucas, M. J. *The Impact of Dementia on the Family*, JAMA, 248(3), 333-335(1982).
15. Rothman, J. *Empically Based Model of Case Management*, Social Work, 36, 6, 520-528(1991).
16. Wilson, H. S., *Family caregiving for a relative with Alzheimer's dementia : Coping with Negative choices*, Nursing Research, 38(2), 94-98(1989).
17. 岡村重夫三浦文夫, 「老人の福祉と社会保障」, 東京, 城内出版株式会社, (1973).
18. 小笠原祐次 外, 「老人福祉論」, 東京, ミネルヴァ書房, (1995).