

치매노인의 서비스 희망과 이용의 일치 여부에 영향을 미치는 요인

박종연, 강임옥, 이상이*[†], 서수라, 서남규, 박형근*
국민건강보험공단 건강보험연구원, 제주대학교 의과대학 의료관리학교실*

<Abstract>

The Correspondence of the Demented Patient's Desired Service with Received Service Type and Its Affecting Factors

Chong Yon Park, Im Ok Kang, Sang-Yi Lee*[†], Su Ra Seo, Nam Kyu Suh,
Hyeung-Keun Park*

*Institute for National Health Insurance, National Health Insurance Corporation
Department of Health Policy and Management, School of Medicine, Cheju National University**

Korean government is preparing the long-term care financing and delivery system in order to cope with rapid population aging. The system should be designed to provide demented patients with an appropriate services that the patients want to take, and considered to be necessary for them. In this regard, this study aims to analyse empirically a relationship between the types of long-term care services that demented patients wanted to take and they actually received during 2004.

The caregivers of 609 dementia patients, who were randomly selected in a manner of proportional allocation from a nationwide claim database of the Korean National Health Insurance Corporation, were interviewed in September, 2005. Independent variables include socio-demographic characteristics, Activities of Daily Living(ADL) and Instrumental Activities of Daily Living(IADL). To explore the correspondence of the types of long-term care services that demented patients wanted to take and that they actually received, and

* 접수 : 2006년 9월 17일, 심사완료 : 2007년 4월 11일

† 교신저자 : 이상이, 제주대학교 의과대학 의료관리학교실(016-262-7038, health21@cheju.ac.kr)

its affecting factors, we conducted chi-square test and logistic regression analysis. Main findings are as follows. First, while only 20% of study subjects wanted home services as a long-term care services, those who wanted to use the long-term care facilities and general hospital were 37%, 43% respectively. Second, the correspondence rate was just 38% on average, and extremely low in the demented patients who wanted to use long-term care facilities. Third, the demented patients who resided in urban areas and received relatively high level of education showed high correspondence rate. Fourth, the high ADL score was closely related to low correspondence rate.

Key Words : Dementia, Long-term care, Correspondence rate, ADL

I. 서 론

우리나라의 노령화 속도는 다른 선진 산업국가들 보다도 매우 빨라서 2000년에 이미 전체 인구 중 65세 이상 노인인구의 비율이 7.2%로 노령화사회로 진입하였고, 2018년에는 노령사회(14.3%)로, 2026년에는 초고령사회(20%)가 될 것으로 전망하고 있다(통계청, 2005). 이렇게 급격하게 다가오는 고령사회를 대비하기 위해 정부는 노인장기요양보장제도를 추진 중에 있다. 이 제도의 기본 골자는 일상생활에서 도움이 필요한 노인과 노인성질환을 갖고 있는 성인에게 필요한 서비스를 제공하자는 것이다. 노인성질환이면서 일상생활에 큰 지장을 초래하는 것으로 알려져 있는 대표적인 질환 중에는 치매(dementia)와 뇌졸중(cerebrovascular accident, stroke)을 빼놓을 수 없다.

최근 들어, 노인 부양이 사회문제로 부각되면서, 특히 치매가 사회적 관심의 대상이 되는 이유는 단순히 치매의 발병율이나 유병율이 증가하고 있다는 것뿐만 아니라(Fratiglioni et al, 1999; Lobo et al, 2001; Moise et al, 2004; Park et al, 1994; 서국희, 2002; 박중환, 1991), 치매질환이 갖는 독특한 증상과 특성 때문이기도 하다. 치매는 시간이 지남에 따라 증상이 점차 악화되어 나중에는 망상, 환각, 분노, 배회 등과 같은 여러 가지 위험을 동반하는 증상을 보이기도 하고, 이것이 심각한 사회적 문제를 유발하기도 한다(박중환, 1989; Suh, 1998). 이러한 상태가 되면, 가족 단위에서 치매환자를 관리하는 것이 매우 어려워지거나 또는 거의 불가능해지기 때문에 치매환자를 부양해야 하는 가족구성원이나 부양자의 입장에서는 많은 시간과 노력, 비용을 지불하게 된다(Montgomery et al, 1985; Bull, 1990; Huang et al, 1998; Leon et al, 1998). 경우에 따라서는 경제적 부담뿐만 아니라 정서적 부담감이 감내하기 어려

을 정도에까지 이르기도 한다(Zarit et al, 1986; Novak & Guest, 1989; 김완희 등, 2003).

우리나라에서 도입을 준비 중인 노인장기요양보험제도는 이러한 특성을 지닌 치매환자에게 재가서비스이든 시설서비스이든 간에 가장 적절한 서비스를 제공할 수 있도록 구상되어야 할 것이다. 여기서 적절한 서비스의 제공이란 치매환자 자신이 희망하면서도 환자에게 필요한 서비스를 적시에 제공하는 것을 의미한다. 그렇다면 어떤 특성의 치매환자가 어떤 형태의 서비스를 원하는지, 그들에게 서비스를 제공할 수 있는 서비스 제공자는 충분한지, 실제로 자신이 원하는 형태의 서비스를 이용하고 있는 지에 대한 대답이 먼저 제시되어야 할 것이다.

이에 본 연구는 치매노인이 희망하는 서비스와 실제로 이용하는 서비스 간의 관계를 실증적으로 분석하고자 하였다. 다시 말해, 치매노인이 원하는 서비스를 실제로 이용하고 있는지를 살펴보고자 한 것이다. 또한, 희망하는 서비스와 실제로 이용한 서비스가 일치되는 것에 영향을 미치는 요인이 무엇인지를 살펴보고자 하였다. 본 연구는 향후 노령화에 따라 급증할 것으로 예상되는 치매환자가 원하는 형태의 서비스를 이용할 수 있도록 하는 사회적 방안과 치매환자의 관리방안을 마련하는 데 기초 자료로 활용될 수 있을 것이다.

II. 연구방법

1. 조사대상 및 방법

본 연구의 대상자는 건강보험 급여자료에서 파악된 치매 의료이용자들이다. 치매 진단을 받고 진료 받은 환자들을 모집단으로 표본을 선정하여 표준화된 질문지를 이용한 조사를 실시하였다. 2004년도 국민건강보험공단 급여자료에서 치매와 관련된 진단명 코드를 주상병과 부상병 가운데 하나라도 가지고 있는 자를 추출하였고, 여기에는 건강보험 가입자뿐만 아니라 의료급여 해당자를 모두 포함하였다. 치매와 관련된 진단명 코드는 의과코드의 경우 F00, F01, F02, F03, G30, 한방코드의 경우는 I01, I02를 사용하였다. 2004년 1월부터 12월까지 진료 받은 치매환자의 급여자료를 사용하였으며, 이에 해당되는 실인원수는 총 85,281명이었다. 이 중 서면청구 건과 주소지 정보가 없는 건들을 제외한 53,165명(62.3%)을 모집단으로 하여, 이들 중 성, 연령, 지역을 기준으로 비례할당표집 하여 최종적으로 609명의 자료를 추출하였다. 연령은 65세 이하, 65-69세, 70-74세, 75-79세, 80-84세, 85세 이상으로 구분하였고, 지역은 7개 권역으로 구분하였다. 비례할당기준에 따라 모집단의 분포를 감안하여 표집 인원을 결정하되, 64세 미만의 치매환자 표본수는 오차범위 내에서 최소화하였다. 치매질환의 특성을 감안하여 설문조사 대상자는 치매환자의 주부양자로 하고, 2005년 9월에 해당 가구를 방문하여 일대일 개별면접조사를 시행하였다.

2. 조사내용 및 분석변수

설문조사를 위해 구조화된 질문서를 개발하였고, 전문가 자문과 사전조사(preliminary survey)를 거쳐 조사도구를 확정하였다. 조사도구에는 치매환자 또는 그 부양자의 희망서비스 형태와 서비스 이용 실태를 비롯하여 환자와 부양자의 성, 연령 등 기본적인 특성변수들을 포함하였다(표 1).

종속변수에 해당하는 조사내용은 희망서비스 형태와 이용서비스 형태였다. 우선 치매환자(또는 주부양자)가 어떤 형태의 서비스를 받길 원하는 지에 관한 선호도는 가정, 요양시설, 병원서비스로 구분하여 답하도록 하였다. 가정요양의 경우는 간호사나 의사, 또는 다른 사회복지서비스 인력이 가정을 방문하는 서비스 형태를 모두 포함시켰다. 요양시설의 경우 낮

〈표 1〉 분석에 사용된 변수의 정의

구 분		내 용		
종속변수	희망서비스	1=가정요양 2=요양시설이용 3=병원이용		
	이용서비스	가정요양	0=이용 1=이용안함	
		요양시설이용	0=이용 1=이용안함	
		병원이용	0=이용 1=이용안함	
희망과 이용 서비스의 일치여부*		0=일치 1=불일치		
독립변수	치매환자 특성	성	0=남자 1=여자	
		연령	실수	
		결혼상태	0=유배우자 1=기타	
		학력	0=초등학교졸 이하 1=중학교졸 이상	
		거주지역	0=중소도시, 군지역 1=대도시	
		가구 월 소득	0=100만원 이하 1=100만원 이상	
		ADL 수준	실수	
		IADL 수준	실수	
		치매 진단시기	실수(년 전)	
		외래 방문횟수	실수	
		주부양자 특성	성	0=남자 1=여자
			연령	실수
			학력	0=초등졸 이하 1=중,고등졸 2=대졸 이상
			환자와의 관계	0=배우자 1=아들, 며느리 2=기타

* 조사내용은 아니지만 분석을 위하여 2차적으로 정의한 변수임.

에는 시설에 있다가 밤에 귀가하는 주간요양시설이나 요양시설에 입소하여 간호사나 다른 인력의 처치나 도움을 받는 것을 모두 포함하였다. 다만, 병원 입원은 의료기관에 입원하여 의사의 처치를 받는 것으로 하였다. 다음으로 치매환자가 실제로 지난 1년 동안 어떤 형태의 요양이나 서비스를 이용하였는지 살펴보았다. 가정에서 요양을 하면서 필요한 서비스를 재가 서비스 형태로 받을 수도 있지만 일시적으로 병원이나 요양시설에 입원 또는 입소할 수도 있기 때문에 이용한 서비스 형태는 중복될 수도 있다. 대상자별로 자신이 희망하는 서비스 형태와 실제로 이용한 서비스 형태가 일치되는 지를 살펴보고, 이것을 최종 종속변수로 사용하였다. 예를 들어, 요양시설을 이용하길 원하는 치매환자가 요양시설과 병원이나 가정을 모두 이용하였다면, 이는 일치되는 것으로 간주하였다. 다시 말해, 자신이 원하는 서비스 형태를 지난 한 해 동안 한 번이라도 받은 적이 있으면 일치된 것으로 간주하였다.

독립변수로는 치매환자의 인구사회학적, 기능적, 임상적 특성과 주부양자의 인구사회학적 특성을 사용하였다. 다만 가구 월 소득은 주로 의료비를 부담하는 사람이 포함되어 있는 가구의 월 소득을 조사하였다. 환자의 기능적 특성을 알기 위해 일상생활수행능력(이하 ADL; Activities of Daily Living)과 도구적 일상생활수행능력(이하 IADL; Instrumental Activities of Daily Living)을 측정하였으며, 이것은 2002년에 발표된 한국형-ADL(ADL-K), IADL(IADL-K)을 사용하였다(원장원, 2002). ADL은 옷 갈아입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 자리에서 일어나기, 화장실 이용하기, 대소변보기 등 총 7개 항목으로 구성되어 있고, 각 문항은 3점 척도로 되어 있어서 점수는 7~21점까지의 분포를 갖는다. IADL의 경우는 머리 손질하기, 일상적 집안일하기, 식사 준비하기, 빨래하기, 도보 외출하기, 교통수단으로 외출하기, 물건 구입하기, 돈 관리하기, 전화 걸고 받기, 투약하기 등 총 10개 문항으로 구성되어 있고, 각 질문내용에 따라 약간씩 척도가 다르지만 대체로 3점 척도로 되어 있고 점수분포는 10~32점까지이다.

3. 분석방법

본 연구에서는 치매환자 또는 주부양자가 희망하는 서비스와 실제 이용한 서비스 형태 간의 일치도와 그에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위하여 SAS 9.1을 이용하여 다음의 분석을 수행하였다.

첫째, 연구대상자의 특성에 따라 희망하는 서비스와 이용한 서비스 형태에 차이가 있는 지를 살펴보기 위해 chi-square 검증을 실시하였다.

둘째, 연구대상자가 희망하는 서비스와 이용한 서비스 간의 일치여부를 알아보기 위해 각각의 경우별로 빈도를 살펴보았다.

셋째, 연구대상자의 희망 서비스와 이용 서비스 형태 간의 일치여부에 영향을 미치는 요인을 살펴보기 위해 로지스틱 회귀분석(logistic regression)을 실시하였다. 이때 독립변수 간에 다중공선성(multicollinearity)이 있는지를 살펴보았다.

Ⅲ. 연구결과

연구대상 치매환자와 주부양자의 특성은 표 2와 같다. 이용한 서비스에 관한 질문에 응답한 연구대상자 중 가정에서 요양한 사람이 차지하는 비율은 67.9%, 병원에 입원한 적이 있는 경우는 26%인데 반해, 요양시설에 입소한 적이 있는 사람은 6%에 불과하였다¹⁾. 치매환자의 특성을 구체적으로 살펴보면, 65.5%가 여자이고 반 정도가 75세 이상의 고령자였다. 70.4%가 초등학교 졸업 이하의 학력을 가지고 있었다. 의료비를 주로 부담하는 사람이 포함된 가구의 월 소득이 100만원 이하인 경우가 28.8%, 200만원 이상인 경우는 37.3%였다. 환자 자신은 현재 직업이 없는 경우가 대다수였다. ADL 점수가 14점 이상인 경우가 반 정도이고 IADL 점수가 22점 이상인 경우가 46.8%였다. 45.7%가 치매를 진단받은 지 2년 이상인 경우였고, 지난 1년 동안 5회 이상 의료기관 외래를 방문한 경우가 약 55.7%였다. 한편, 주부양자의 경우 50세 이하인 경우가 40%였고, 65세 이상도 29.2%로 치매환자 부양자의 노령화가 심화되어 있음을 알 수 있었다. 환자와의 관계를 보면, 주부양자의 대부분이 배우자이거나 아들·며느리로서 각각 전체 응답자의 40.9%, 45%에 해당하였다. 학력은 중·고졸인 경우가 48.6%로 가장 많았고 초등학교졸업 이하인 경우는 약 26.4%였다.

이들이 어떤 종류의 서비스를 이용하였는지 구체적으로 살펴보면, 배우자가 있는 치매환자는 요양시설에 입소하는 경우가 36.7%에 불과하였다. 가구 월 소득이 100~200만원인 치매환자는 요양시설에 입소하는 경우가 18.4%로 낮은 편이었다. 반면, ADL 수준이 14점 이상으로 중증이어서 타인의 도움을 더욱 필요로 하는 경우일수록 요양시설이나 병원을 이용하는 경우가 각각 73.5%, 66.8%로 시설형태에서 제공하는 서비스에 의존하는 경우가 많았다. 치매로 진단받은 시기가 2년 이상 경과된 경우 가정에 머무는 경우가 43.6%, 병원 이용이 38.9%였는데 비하여 요양시설에 입소하는 경우가 57.1%로 장기 환자일수록 요양시설 이용이 많았다. 한편, 주부양자가 중·고졸의 학력인 경우, 그리고 주부양자가 아들·며느리인 경우는 치매

1) 우리나라의 경우 요양시설의 수가 매우 적고, 대부분의 요양시설이 무료나 실비시설로 저소득층이나 기초생활수급자를 대상으로 하여 입소자격이 매우 제한되어 있는 실정이다. 일부 유료시설이 있기는 하지만, 이 경우 입소비용이 월 평균 200만원 이상이 필요한 경우가 많아 서민층에게는 부담이 되는 실정인 이상 실제로 요양시설을 이용하는 사람은 적은 수에 불과하다.

환자를 요양시설에 입소시키는 경우가 각각 61%, 59%로 다른 경우에 비해 높았다. 반대로 주부양자가 배우자인 경우는 환자를 요양시설에 입소시키는 경우가 약 25%였다.

〈표 2〉 치매환자와 주부양자의 특성별 이용서비스 (단위: 명, %)

		전체	가정	χ^2	시설입소/입원	
					요양시설	병원
계		609(100.0)	551(67.9)		49 (6.0)	211(26.0)
치매환자 특성						
성	여자	399(65.5)	352(63.9) **		35(71.4)	131(62.1)
연령	75+(세)	303(49.8)	267(48.5) *		32(65.3) *	106(50.2)
결혼상태	유배우자	342(56.2)	326(59.2) **		18(36.7) **	115(54.5)
학력	초등학교졸 이하	429(70.4)	382(69.3)		39(79.6)	151(71.6)
거주지역	대도시	389(63.9)	351(63.7)		33(67.4)	124(58.8)
가구 월 소득 ¹⁾	<100(만원)	172(28.8)	157(28.5)		17(34.7)	57(27.0)
	100~200	203(33.9)	187(33.9)		9(18.4)	68(32.2)
	200+	223(37.3)	197(35.8)		22(44.9)	80(37.9)
현재 직업유무	직업 없음	593(97.4)	535(97.1)		48(98.0)	206(97.6)
ADL ²⁾	14+(점)	306(50.3)	266(48.3) **		36(73.5) **	141(66.8) **
IADL ²⁾	22+(점)	285(46.8)	265(48.1) *		28(57.2)	123(58.3) **
치매 진단시기 ³⁾	2+(년)	278(45.7)	240(43.6) **		28(57.1)	82(38.9) **
외래 방문횟수	5+(회/년)	339(55.7)	339(61.5) **		14(28.6) **	104(49.3) *
주부양자 특성						
성	여자	391(64.2)	357(64.9)		31(63.3)	135(64.0)
연령	<50(세)	243(40.0)	219(39.8) **		19(38.8)	77(36.5)
	50~64	188(30.8)	161(29.2)		20(40.8)	74(35.1)
	65+	178(29.2)	171(31.0)		10(20.4)	60(28.4)
환자와의 관계	배우자	249(40.9)	240(43.6) **		12(24.5) **	87(41.2)
	아들/며느리	274(45.0)	233(42.3)		29(59.2)	93(44.1)
	기타	86(14.1)	78(14.2)		8(16.3)	31(14.7)
학력	초졸 이하	161(26.4)	155(28.1) *		8(16.3)	64(30.3)
	중고졸	296(48.6)	264(47.9)		30(61.2)	97(46.0)
	대졸 이상	152(25.0)	132(24.0)		11(22.5)	50(23.7)

* p<0.05 **< 0.01

주: 서비스 이용형태는 중복 가능함.

1) 의료비를 주로 부담하는 사람의 가구의 월 소득을 의미함. 무응답은 제외함.

2) ADL은 7~21점 까지, IADL은 10~32점까지 분포함.

3) 무응답은 제외함

희망하는 서비스 형태가 무엇인지 질문하였을 때, 응답자 580명 중 19.7%만이 가정을 원한다고 답하였고, 요양시설 입소를 원하는 경우는 36.9%, 병원에 입원하기를 원하는 경우는 43.4%였다(표 3). 가정에 의사나 간호사가 방문할 수 있다고 하더라도 요양시설이나 병원을 원하는 경우가 매우 많은 편이었다. 이때 이용하고 싶지 않다고 응답하였거나 응답하지 않은 29명은 제외하였다. 환자에게 현재 배우자가 있는 경우는 가정을 희망하는 경우가 67.5%로 다른 경우에 비해 많았다. 마찬가지로 주부양자가 배우자인 경우는 가정을 희망하는 경우가 56.1%로 아들·며느리나 기타의 경우에 비해 더 많았다. 반면, 주부양자가 아들·며느리인 경우는 병원에 입원하는 것을 더 많이 희망하였다(50.4%). 특이하게도, 환자가 연간 5회 이상 외래를 방문하는 경우는 오히려 병원에 입원하길 원하는 경우가 약 48.8%로 다른 경우에 비해 적었다.

다음은 응답자가 희망하는 서비스와 실제로 치매환자가 이용한 서비스가 어느 정도 일치하는지를 살펴보았다(표 4). 가정을 희망하는 114명 중 대부분인 94.7%가 가정에서 요양을 하고 있었다. 이에 비하여 병원서비스를 희망하는 경우에는 42.5%, 요양시설 입소를 희망하는 경우는 불과 8.4%만이 실제 이용과 일치하였다. 원하는 서비스 형태대로 서비스를 받은 사람은 총 233명으로 전체 응답자의 38%였다. 나머지 62%는 어떠한 이유에서든지 원하는 형태의 서비스를 받지 못한 것으로 판단된다. 이들 경우 중에서 가장 높은 비중을 차지하는 것은 요양시설이나 병원을 원하였지만 가정에서 요양한 경우이다. 특히, 요양시설 입소를 원하였지만 가정에 있는 경우는 요양시설을 희망한 응답자의 93.5%나 되어 요양시설 입소 요구에 대한 충족이 상당히 미흡함을 보여주고 있다.

다음은 치매환자가 희망하는 것과 실제 이용하는 것을 일치시키는 데에 영향을 미치는 요인이 무엇인지 살펴보기 위해, 일치여부를 종속변수로 하여 로지스틱 회귀분석을 실시하였다(표 5). 각각의 회귀분석 시, 독립변수들 간에 다중공선성이 나타나지 않았다. 환자의 특성만을 독립변수로 사용한 회귀모형에 의하면, 환자의 거주지가 중소도시나 군단위인 경우에 비해 대도시인 경우에 희망하는 것과 이용하는 것이 일치할 확률이 1.51배 높았다. 초등학교졸업 이하의 학력인 경우에 비해 그 이상의 교육을 받은 경우에 일치할 확률이 1.58배 높았다. 또한, ADL 수준이 나쁠수록(ADL 점수가 높을수록) 오히려 일치할 확률이 적었는데, 이를 거꾸로 해석하면 ADL 수준이 좋을수록 희망 서비스와 이용 서비스의 종류가 일치할 확률이 1.14배였다. 한편, 환자의 특성뿐만 아니라 주부양자의 특성까지 포함한 로지스틱 회귀분석(모형 2)에 의하면, 주부양자의 특성은 모두 통계적으로 유의하지 않았고, 환자의 학력 변수 또한 유의한 변수에서 제외되었다.

다음으로는 각 서비스별로 치매환자들이 희망하는 서비스와 실제 이용한 서비스의 일치여부에 영향을 미치는 요인을 살펴보았다(표 6). 이것은 가정을 희망하여 가정을 이용하게 되

〈표 3〉 치매환자와 주부양자의 특성별 희망서비스 (단위 : 명, %)

		전체	가정	시설입소/입원		χ^2	
				요양시설	병원		
계		580(100.0)	114(19.7)	214(36.9)	252(43.4)		
환 자 특 성	성	여자	383(66.0)	68(60.0)	150(70.1)	165(65.5)	
	연령	75+(세)	289(49.8)	56(49.1)	107(50.0)	126(50.0)	9.02*
	결혼상태	유배우자	320(55.2)	77(67.5)	109(50.9)	134(53.2)	
	학력	초등학교졸 이하	416(71.7)	84(73.7)	149(69.6)	183(72.6)	
	거주지역	대도시	369(63.6)	74(64.9)	138(64.5)	157(62.3)	
	가구 월 소득 ¹⁾	<100(만원)	163(28.1)	38(33.3)	61(28.5)	64(25.4)	
		100~200	192(33.1)	34(29.8)	76(35.5)	82(32.5)	
		200+	216(37.2)	40(35.1)	75(35.1)	101(40.1)	
	현재 직업유무	직업 없음	567(97.8)	111(97.4)	210(98.1)	246(97.6)	
	ADL ²⁾	14+(점)	295(50.9)	60(52.6)	95(44.4)	140(55.6)	
IADL ²⁾	22+(점)	275(47.4)	56(49.1)	101(47.2)	118(46.8)		
치매 진단시기 ³⁾	2+(년)	262(45.2)	49(43.0)	90(42.1)	123(48.8)		
외래 방문횟수	5+(회/년)	318(54.8)	68(59.7)	127(59.4)	123(48.8)	6.25*	
주 부 양 자 특 성	성	여자	373(64.3)	68(59.7)	142(66.4)	163(64.7)	
	연령	<50(세)	237(40.9)	32(28.1)	98(45.8)	107(42.5)	12.03*
		50~64	180(31.0)	38(33.3)	62(29.0)	80(31.7)	
		65+	163(28.1)	44(38.6)	54(25.2)	65(25.8)	
	환자와의 관계	배우자	228(39.3)	64(56.1)	73(34.1)	91(36.1)	19.55**
		아들/며느리	266(45.9)	39(34.2)	100(46.7)	127(50.4)	
		기타	86(14.8)	11(9.7)	41(19.2)	34(13.5)	
	학력	초졸 이하	147(25.3)	46(40.4)	44(20.6)	57(22.6)	
		중고졸	284(49.0)	40(35.1)	104(48.6)	140(55.6)	
		대졸 이상	149(25.7)	28(24.6)	66(30.8)	55(21.8)	

* p<0.05 **< 0.01

주 : 1) 의료비를 주로 부담하는 사람의 가구 월 소득을 의미함. 무응답은 제외함.

2) ADL은 7~21점 까지, IADL은 10~32점까지 분포함.

3) 무응답은 제외함.

〈표 4〉 희망서비스와 이용서비스의 일치도 (단위: 명, %)

희망서비스	재가서비스 이용		시설서비스 이용	
	가정 (n=551)	요양시설 (n=49)	병원 (n=211)	
가정(재가서비스) (n=114)	108(94.7)	5(4.4)	39(34.2)	
요양시설 (n=214)	200(93.5)	18(8.4)	58(27.1)	
병원 (n=252)	214(84.9)	26(10.3)	107(42.5)	

주 : 서비스 이용 형태는 중복 가능함.

〈표 5〉 치매환자의 희망서비스와 이용서비스의 일치여부에 대한 로지스틱회귀모형(1)

	모형 1		모형 2	
	OR	CI	OR	CI
환자특성				
성 (남=0)	1.48	0.92-2.39	1.48	0.85-2.62
연령	0.99	0.96-1.01	0.98	0.95-1.01
결혼상태 (유배우자=0)	0.87	0.55-1.36	1.16	0.65-2.06
거주지역 (중소도시/군=0)	1.51	1.04-2.19	1.57	1.07-2.26
학력 (초졸이하=0)	1.58	1.01-2.47	1.50	0.93-2.42
가구월소득 (100만원 이하=0)	1.11	0.74-1.65	1.00	0.65-1.54
직업유무 (직업있음=0)	0.99	0.29-3.35	1.06	0.31-3.62
ADL 수준	0.88	0.84-0.92	0.87	0.83-0.92
IADL 수준	0.99	0.96-1.02	0.99	0.96-1.03
치매진단시기	1.04	0.98-1.11	1.04	0.98-1.11
외래방문횟수	1.00	0.99-1.01	1.00	0.99-1.01
주부양자특성				
성 (남=0)			1.37	0.89-2.12
연령			1.01	0.98-1.04
환자와의 관계(배우자=0)			1.59	0.63-4.00
학력 (초등졸이하=0)			1.47	0.87-2.50
-2logL	774.67		771.77	

는 요인 또는 시설을 위하여 시설을 이용하게 되는 요인이 무엇인지를 살펴보기 위한 것이다. 노인장기요양보험제도의 도입을 준비하고 있는 우리나라의 현 시점에서 우리의 중요한 관심사의 하나는 요양대상자를 어떻게 하면 가능한 한 가정에 머물도록 할 수 있을까 하는 문제이다. 치매환자의 경우도 건강상태가 점점 악화되면 가정보다는 시설로 이동할 확률이 커질 것으로 예상되므로 이들이 최대한 가정에 머물면서도 적절한 서비스를 받을 수 있도록 하는 제도적 장치를 정착시키는 것이 관건이다. 이 분석은 가정을 희망하는 치매환자가 가정에 머물도록 하는 데에 영향을 미치는 요인이 무엇인지를 집중적으로 보기 위한 것이다.

가정을 원하는 사람이 가정에 있는 데에는 배우자의 유무만이 유의한 요인변수로 나타났다. 배우자가 있는 경우에 비해 그렇지 않은 경우는 서비스 제공 공간으로 가정을 희망하고 재가서비스를 받을 확률이 유의하게 낮았다. 다시 말하면, 배우자가 있는 경우에는 그렇지 못한 경우에 비하여 가정을 희망하고 가정을 이용할 확률이 2.26배나 높았다.

한편, 시설을 희망하고 시설을 이용하게 하는 요인은 가정의 경우와 반대로 배우자가 있는 경우에 비해 없는 경우가 1.79배 높았다. 또한, 중소도시에 거주하는 경우보다 대도시에 거주하는 경우가 1.82배 높았고, ADL 수준이 나쁠수록 오히려 시설을 희망하고 시설을 이용할 확률이 낮았다. 다시 말하면 일상생활수행능력정도가 좋을수록 시설을 이용할 확률이 1.17배 높았다.

<표 6> 치매환자의 희망서비스와 이용서비스의 일치여부에 대한 로지스틱회귀모형(2)

	재가서비스		시설서비스	
	OR	CI	OR	CI
성 (남=0)	1.23	0.88-2.54	1.49	0.82-2.71
연령	0.99	0.96-1.02	0.99	0.96-1.01
결혼상태 (유배우자=0)	0.44	0.25-0.78	1.79	1.03-3.10
거주지역 (중소도시/군=0)	0.98	0.62-1.54	1.82	1.18-2.82
학력 (초졸이하=0)	1.49	0.88-2.54	1.28	0.75-2.20
가구월소득 (100만원이하=0)	1.27	0.79-2.05	0.88	0.54-1.45
직업유무 (직업있음=0)	1.05	0.28-3.98	0.78	0.15-4.13
ADL 수준	0.97	0.91-1.02	0.86	0.81-0.91
IADL 수준	0.99	0.95-1.03	0.99	0.95-1.03
치매진단시기	1.03	0.96-1.11	1.03	0.96-1.10
외래방문횟수	1.00	0.99-1.01	0.99	0.99-1.01
-2logL	539.47		599.36	

IV. 고찰 및 결론

본 연구는 치매환자들이 이용하고 있는 서비스와 희망하는 서비스 형태 간의 관계를 분석하여 노령화에 따라 급증할 것으로 예상되는 치매환자를 합리적으로 관리하는 방안을 마련하는 데에 기여하기 위한 것이다. 치매환자와 그 부양자들의 서비스 요구를 정확히 파악하는 것은 정책적 고려의 출발점이다. 더욱이, 우리나라가 노인장기요양보험을 통해 노인요양제도를 정착시키고자 하는 현 시점에서 이 제도의 주요한 대상자인 치매노인을 대상으로 이러한 문제를 실증적으로 검토하였다는 점에서 이 연구의 의의를 찾을 수 있을 것이다. 게다가, 본 연구는 국민건강보험공단 급여자료에서 치매진단 코드를 가지고 있는 환자를 모두 추출한 후, 비례할당표집을 통해 조사대상자를 추출한 것이어서 전국적인 대표성을 갖는다고 볼 수 있다.

이 연구가 갖는 이러한 의의에도 불구하고 몇 가지 한계점을 가질 수밖에 없는데, 첫째, 건강보험공단의 급여자료를 사용하였기 때문에 치매환자를 광범위하게 포함시켰지만 2004년도 1년 동안 병원이나 노인요양병원 등의 의료기관을 한 번도 이용한 적이 없는 경우는 원칙적으로 연구대상자에서 제외될 수밖에 없다. 현실적으로 드러나지 않는 치매환자를 찾아내기란 거의 불가능하기 때문에 이것은 현재의 치매환자 관리시스템이 갖는 한계라고 보아야 할 것이다. 둘째, 치매는 인지기능과 고도의 정신기능이 점진적으로 손상되는 질병이기 때문에 이들의 인지기능에 따라 치매의 중증도를 파악하는 경우가 많고, 이때 주로 사용하는 도구가 간이정신상태검사법(MMSE)이다. 그러나 이 도구를 의학적 지식이 없는 일반인 조사원이 사용하기에는 어려움이 있고, 조사시간이 5-10분 정도가 소요되며, 치매환자가 시설이나 병원에 있어서 주부양자가 설문에 응답하여야 할 경우에는 조사원이 치매환자를 직접 볼 수 없다는 문제가 있다. 이에 본 연구에서는 이 도구를 사용할 수 없었고, 대신 치매환자의 일상생활 지장 정도를 가장 잘 나타내는 것으로서 광범위하게 사용되고 있는 ADL과 IADL를 측정도구로 사용하였다.

이 연구의 결과를 요약하면 다음과 같다. 첫째, 가정에서 서비스를 받기를 원하는 사람은 약 20%에 불과한 반면 응답자의 37%는 요양시설을 43%는 병원을 원하고 있었다. 이는 가정에서의 재가서비스 보다 요양시설이나 병원을 더 원하는 것으로 볼 수도 있겠다. 그러나 현재의 우리나라 보건의료체계에서는 의사나 간호사가 가정을 방문하여 치매환자에게 적절한 서비스를 제공하는 경우가 거의 없었다는 점을 감안하면, 실제로 이용해 본 적이 없는 서비스를 이용해 본 적이 있거나 들은 적이 있는 서비스보다 더 많이 선호하기는 어려울 것으로 보인다. 실제로 노인요양보장제도가 정착된다면, 이러한 선호도 수치가 바뀔 가능성도 있을 것으로 판단된다. 그러나 현재까지 분명한 것은 우리나라 치매환자와 주부양자들에게는

재가서비스보다는 시설서비스, 전문의료서비스에 대한 요구도가 더 높다는 점이다.

둘째, 각 서비스 형태에 대한 희망과 이용 간의 일치정도를 살펴본 결과에 의하면, 자신이 원하는 서비스 형태대로 서비스를 받은 비율은 38%에 불과하였다. 특히, 재가서비스에 대한 요구는 대체적으로 충족되고 있는 데 비해, 시설서비스를 희망하는 경우에는 충족정도가 매우 낮았다. 요양시설이나 병원을 원하였음에도 가정에서 요양하는 경우가 많다는 점은 시설에 대한 서비스 요구 충족이 상당히 미흡한 실정임을 나타내는데, 이것은 현재 우리나라에 시설요양을 위한 인프라가 절대적으로 부족한 것과 연관이 있을 것으로 보인다.

셋째, 서비스 이용 희망과 실제 이용 간의 일치여부에 영향을 미치는 요인을 살펴본 바에 의하면, 중소도시나 군단위에 거주하는 경우 보다 대도시에 거주하는 경우에서 일치할 확률이 유의하게 더 높았다. 일반적으로 농어촌지역의 노령화가 도시지역보다 더 심각하지만, 오히려 이들 지역의 치매노인이 원하는 형태의 서비스를 받을 확률이 더 떨어지는 것을 볼 수 있다. 다른 지역에 비해 농촌지역에서 장기요양 서비스 제공체계나 인프라가 더 미흡한 지를 확인해 볼 필요가 있다. 또한, 저학력에 비해 고학력인 치매환자가 서비스 희망과 실제 이용이 일치할 확률이 더 높았는데, 이것도 위의 결과와 연관이 있는 것으로 판단된다. 대체로 도시보다 농어촌지역의 노인의 학력이 더 낮다는 점을 감안한다면, 이것은 단순히 학력만의 문제라기보다는 지역적 인프라나 문화 등의 문제와도 연관이 있을 것으로 추정된다.

넷째, ADL 수준이 나쁠수록 서비스 희망과 이용 간의 일치 확률이 오히려 낮았다. 치매환자의 관리측면에서 보았을 때, ADL 수준이 나빠질수록 환자나 부양자가 원하는 서비스를 더 이용할 수 있도록 배려하는 것이 필요하다고 생각되는데, 현실적으로는 오히려 그렇지 못한 것으로 판단된다. 이러한 현상이 나타나는 주요한 원인이 무엇인지, ADL 수준이 나빠질수록 가정을 원함에도 시설로 가게 되는 것인지, 아니면 그 반대의 경우가 많은 것인지는 정확치 않다. 치매환자 관리의 최종적인 목표가 그들에게 필요하고 그들이 원하는 서비스를 최대한 제공하는 것에 있다고 한다면, 차후의 연구에서는 희망하는 것과 이용하는 것이 일치하지 않는 이유를 명확히 하고, 이를 해결하기 위한 방안을 강구할 필요가 있을 것이다. 또한, 경증보다는 중증 치매환자에 대한 서비스 개선에 우선순위를 둘 필요가 있어 보인다.

국내의 치매에 관한 기존 연구들 중 보건학적 측면에서의 수행된 연구는 주로 특정 중재가 치매환자의 기능 향상의 요인이 되는지(김정순, 2005; 이선영, 2005), 또는 치매환자나 보호자가 느끼는 우울이나 만족도, 가족관계에 관한 것들(박경원, 2005; 이소영, 2005; 김경민, 2005; 김주성, 2004; 김수영, 2004; 이금재, 2004; 이해정, 2003)이 대부분이다. 치매환자를 대상으로 요양서비스의 요구를 살펴본 연구는 거의 없는 실정이다. 치매환자를 대상으로 한 것은 아니지만 노인의 건강관리 측면에서 요구도를 조사한 연구들은 몇몇 있다(장현숙, 2002; 이광옥, 2002; 이선자, 2001; 허명숙, 2001; 김기련, 2000). 그러나 이것들은 특정 요양시설 또

는 특정 서비스의 규모를 파악한 것이거나 특정 지역의 요양 요구 정도를 살펴본 것들이다. 요양시설이나 퇴원 이후 가정간호서비스와 같은 특정 서비스만을 살펴본 연구들은 해당 서비스에는 유효하지만, 노인을 대상으로 한 전체 서비스를 모두 고려해야 하는 노인장기요양 보장제도를 논의하고 있는 현재의 시점에서 이러한 연구결과를 국가보건정책에 활용하기는 어렵다. 본 연구의 경우도 치매노인을 대상으로 한 것이어서 다른 질환을 가진 요양 필요 노인을 포함하지 않고 있으나, 치매환자를 전국 단위로 추출하여 연구에 포함시켰다는 점에서 그 의미를 찾을 수 있겠다. 게다가 이전의 연구들은 요구도만을 중심으로 분석한 것이어서 그 요구도가 어느 정도 충족되고 있는 지에 대해서는 알 수가 없었다. 본 연구는 치매환자들이 실제 이용하고 있는 서비스에 대해서도 분석을 수행함으로써 희망하는 장기요양서비스의 종류가 실제로 어느 정도 충족되고 있는 지를 살펴볼 수 있었다.

현재 정부가 추진하고 있는 노인장기요양보험이 도입되면, 치매환자의 상당부분이 이 제도에 의해 서비스를 받게 될 것이라는 점을 고려할 때, 본 연구의 결과는 노인장기요양보험제도 하에서의 서비스 제공체계를 보다 구체화하는 데 유용한 자료가 될 수 있을 것으로 판단된다.

참 고 문 헌

- 강임옥, 박종연, 이용갑, 서수라, 김경하, 최숙자. 치매환자의 사회경제적 비용분석. 국민건강보험공단, 2005.
- 김경민, 이은남. 재가 치매노인을 돌보는 주간호자의 스트레스와 건강상태. 재활간호학회지 2005; 8(1): 3-20.
- 김기련. 부산시 생활보호대상 독거노인의 가정간호 요구조사. 간호학회지 2000; 30(2): 425-436.
- 김수영, 김진선, 윤현숙. 치매노인을 돌보는 가족부양자의 우울과 삶의 만족 예측요인. 한국노년학 2004; 24(2): 111-128.
- 김완희, 박종연, 이지전, 강임옥. 유료 노인전문요양원 이용경험에 관한 질적 연구. 보건행정학회지 2003; 13(1): 1-22.
- 김정순, 정정심. 민속놀이 프로그램이 치매노인의 인지기능, 일상생활수행능력 및 문제행동에 미치는 영향. 대한간호학회지 2005; 35(6): 1153-1162.
- 김주성, 이해정. 가족관계 유형별 치매노인 가족의 간호제공 상황평가, 소진 및 대처유형. 한국노년학 2004; 24(4): 3-29.
- 박경원, 김수영, 김응규, 김재우, 김태유, 성상민 등. 치매환자 가족 부양자의 우울과 생활 만족도에 영향을 미치는 요인. 대한신경과학회지 2005; 23(6): 776-783.

- 박종한, 고효진. 경북 영일군 1개면 노인들의 치매의 원인적 분류 및 주요 치매의 상대적 유병율. *신경정신의학* 1991; 30: 885-891.
- 박종한. 고령 환자의 신경정신과 치료. *대한의학협회지* 1989; 32(1): 26-31.
- 서국희. 한국의 치매: 추세와 추계. *노인정신의학* 2002; 6(2): 79-87.
- 원장원. 한국형 일상생활활동 측정도구(K-ADL)와 한국형 도구적 일상생활활동 측정도구(K-IADL)의 소개. *WebHealth Research* 2002; 5: 1-13
- 이광옥, 임미림. 요양시설 거주 노인의 간호서비스 요구도에 대한 연구. *간호과학* 2002; 14(2): 45-56.
- 이금재, 이신영. 치매노인, 치매의심노인 및 일반노인의 우울에 영향을 미치는 요인. *기본간호학회지* 2004; 11(2): 166-176.
- 이선영. 라벤더 향요법 마사지가 치매노인의 인지기능, 정서 및 공격행동에 미치는 영향. *대한간호학회지* 2005; 35(2): 303-312.
- 이선자, 신은영, 장숙량. 노인 입원환자의 퇴원계획 프로그램 개발을 위한 퇴원 서비스 요구도 조사. *한국보건간호학회지* 2001; 15(2): 376-386.
- 이소영, 박호란, 이수진, 최소은. 재가 치매노인 주간호자의 우울과 우울 영향요인. *정신간호학회지* 2005; 14(3): 250-259.
- 장현숙, 김은경, 박수경, 김동석. 노인의 재활보조기구 이용실태 및 요구도에 관한 연구. *한국노년학* 2002; 22(1): 21-30.
- 통계청. *장래인구 특별추계*, 2005.
- 허명숙, 조유향, 김학렬, 김기순. 노인교육 수강자와 비수강자의 노인교육프로그램 요구도 조사. *한국노년학연구* 2001; 10(1): 159-174.
- Bull MJ. Factors influencing family caregiver burden and health. *Western Journal of Nursing Research* 1990; 12: 756-776.
- Fratiglioni L, De Ronchi D, Aguero-Torres H. Worldwide prevalence and incidence of dementia. *Drugs Aging* 1999; 15(5): 365-375.
- Huang LF, Cartwright WS, Teh-Wei H. The economic cost of senile dementia in the United States. *Public Health Reports* 1998; 103: 3-7.
- Leon J, Cheng CK, Neumann PJ. Alzheimer's disease care: Costs and potential saving. *Health Affairs* 1998; 17: 206-216.
- Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. *Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology* 2000; 54(11):

S4-9.

- Moise P, Schwarzinger M, Um MY. Dementia care in 9 OECD countries: A comparative analysis. OECD Health Working Papers DELSA/ELSA/WD/HEA (2004)4, 2005.
- Montgomery RJV, Gonyea JG, Hooyman NR. Caregiving and experience of subjective and objective burden. *Family Relations* 1985; 34(1): 19-26.
- Novak M, Guest CI. Application of a multidimensional caregiver burden inventory. *The Gerontologist* 1989; 29: 798-803.
- Park JH, Ko HJ, Park YN, Jung CH. Dementia among the elderly in a rural Korean community. *The British Journal of Psychiatry* 1994; 164: 796-801.
- Suh GH, Kim JK, Cho MJ. Prevalence and risk factors of dementia of the Alzheimer's type and vascular dementia in the Korean elderly. Presented at the 'Aging 2000' the Joint Meeting of International Psychogeriatric Association, Munchen, Germany. September 14, 1998 In 서국희. 한국의 치매: 추세와 추계. 노인정신의학 2002; 6(2): 79-87.
- Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives a caregivers : A longitudinal study. *The Gerontologist* 1986; 26: 260-266.