

치매노인의 현황과 노인장기요양보험법상의 개선방안

조현¹, 고준기²

¹인제대학교 보건행정학과, 인제대학교 보건과학정보연구소

²동아대학교 국제법무학과, 김해외국인력지원센터

Current State of Senile Dementia and Improvement of the Long Term Care Insurance for Elderly People

Cho, Hyun¹ and Ko, Zoonki²

¹Dept. of Health Care Management, Inje University,
Institute of Health Science and Informatics, Inje University

²Dept. of International Law, Donga University,
Gimhea Foreign workers Center

요약 인구가 고령화되면서 치매환자는 매년 급증하고 있고 이로 인한 치매환자의 치료 및 관리비용 등 사회적 비용은 크게 늘고 있어 이에 대한 대책이 절실하다. 외국에서도 국가차원에서 치매에 관한 국가전략을 수립하거나 효율적인 치매관리를 위한 국가차원의 대책을 세우거나 관련 법제도를 마련하고 있다. 치매에 대한 법제도적 대응방안으로 노인복지법, 노인장기요양보험법, 치매관리법이 존재한다. 보다 효과적인 치매관리 대책을 위해 관련법과 정책의 추진에 있어서 다음과 같은 개선이 필요하다. 첫째, 치매 검진을 65세 이상노인에 대한 국민건강보험의 건강검진 항목에 반드시 포함시키고 1차 검진에서 이상이 발견되면 진료를 계속 받을 수 있도록 하는 것이 필요하다. 둘째, 치매의 특성상 치매는 증상이 심해질수록 치료 효과가 적고 가족들의 부담도 급격히 증가한다. 치매예방사업과 조기 검진을 통해 치매 발병을 예방하거나 발병 시기를 늦추고 조기 발견하여 치료를 받도록 하여 사회적 비용을 최소화하는 것이 필요하다. 셋째, 현재와 같은 노인장기요양보험법의 장기요양급여내용의 획일성으로는 경증 치매 등 요양노인의 욕구를 다양하게 충족시키기 어려우므로 등급판정기준 완화와 서비스 이용대상의 확대가 필요하다.

Abstract As the society has been ageing, senile dementia increase rapidly. Thus social costs of dementia treatment and management increase exceedingly. There is a desperate need of finding out improvements. For example, foreign countries come with the solutions about this issue by establishing national strategy about Dementia, setting effective Dementia Management in national level and preparing legal systems. Older Welfare Act, Long Term Care Insurance Act for the Aged and Dementia Management Act exist as legal system of improvements. Improvement about this issue is needed due to more effective Dementia management and pushing ahead policies. First of all, the government needs to include dementia checkup into the list of national health insurance checkup toward senior citizen of older than 65-year-old. Secondly, as one of the characteristics of dementia, when more symptoms of dementia appear, there is less effect of treatment. Therefore, in order to reduce the social costs of Dementia, the government needs to promote Dementia prevention industry and early checkups. Thirdly, there is a need of setting a class judgement standard appeasement policy and expansion of using target. The reason of processing this statement is that there are difficulties of satisfying the needs of senior citizens due to current conformity of long-term pay recuperation according to laws of welfare.

Key Words : Dementia, Aged(Aging) Society, Dementia Management Act, Welfare Act for the aged Long-Term Care Insurance Act for the Aged, Elderly care services

본 논문은 2012학년도 인제대학교 교내학술연구비에 의하여 수행되었음

*Corresponding Author : Zoonki Ko (Donga University)

Tel: +82-55-338-2727 email: kozk@naver.com

Received November 15, 2012 Revised December 4, 2012 Accepted December 6, 2012

1. 서론

고령화 사회로 진전하면서 사람들이 노후에 가장 무서워하는 정신장애 중의 하나는 치매일 것이다. 우리나라는 급속한 고령화에 따른 치매환자는 매년 급증하고 있다. 누구든 치매가 걸릴 가능성에서 배제될 수 없다. 치매 유병률은 80세 이상의 초고령에서 크게 증가하는 것이 일반적이다. 치매 유병률은 매년 크게 증가할 것으로 예측되고 있어 치매 등 환자의 치료 및 관리비용 증가로 인해 국가의료재정에 큰 부담으로 작용하고 있다. 치매로 인한 피해를 최소화하기 위한 대책마련이 절실하다.

고등안 정부는 치매대책을 수립해왔지만 관련 법률과 이에 따른 예산이 제대로 뒷받침 되지 못해 큰 성과는 보지 못했다. 2008년 치매 유병률 조사 결과에 따라 2050년이면 65세 이상 노인 13.2%에 해당하는 213만 명이 치매노인이 될 것이라는 사실을 심각하게 받아들여 2008년 9월부터 복지부에서는 치매와의 전쟁을 선포하고 이후 대책을 수행해왔다. 마침내 2011년 8월 치매관리법을 제정하고 2012년 2월부터 시행하기에 이르렀다. 치매관리법 시행은 급속한 고령화 사회로의 진전에 대비한 중요한 정책으로서 그 의미가 크다. 치매관리법 제정으로 정책의 일관성을 크게 확보할 수 있고 또한 법률에 따른 예산 확보도 쉬워져 치매관리 정책에 큰 발전을 기대할 수 있을 것이다. 보건복지가족부가 「노인복지법」에 근거하여 실시한 2011년 노인실태조사 결과에 따르면 치매 조기검진서비스의 인지도가 높은 편이나 치매예방프로그램의 인지도는 낮은 편이다. 노인성치매에 대한 홍보와 인식부족으로 아직 많은 사람들이 치매를 질병이라기보다는 ‘노망’이라 하여 자연스러운 노화과정으로 간주하고 질병으로 받아들이지 않고 있으며 이는 치매의 발견과 치료의 장애요인으로 작용하고 있다[1].

치매는 환자 자신의 사망률 증가, 삶의 질 저하뿐 아니라 장기간 동안 타인에 대한 의존성을 높임으로서 부양자의 심각한 정신적·심리적·육체적·경제적 부담을 초래하는 중증질환이다. 치매 질환의 증가로 인해 발생하는 노인 의료비의 증가는 사회적, 국가적 부담의 가중을 초래하고 있다. 최근 미국, 영국, 프랑스 등 서구 선진국을 중심으로 국가차원의 치매관리대책이 수립되어 시행되고 있다. 이 논문에서는 노인의 치매현황을 검토하고, 외국의 치매관리 정책에 대한 비교를 통하여 우리나라 치매노인의 노인장기요양보험법상의 요양인정 문제 등 치매관리를 둘러싼 정책적 문제점을 도출하고 이에 대한 개선방안을 제시하고자 한다.

2. 노인의 치매현황과 문제점

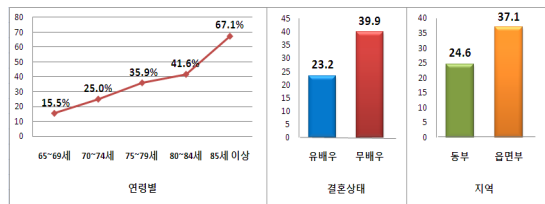
고령화에 따른 뇌혈관성질환, 치매 유병률 등 노인성질환이 급격히 증가함에 따라 국가부담이 증대되고 있다. 노인성질환 진료비 상위 질환으로는 고혈압, 뇌혈관질환, 골관절염, 당뇨, 치매 순이다. 특히, 치매 등 환자의 치료 및 관리비용 증가로 인해 국가의료재정에 큰 부담으로 작용하고 있다(표 1).

[표 1] 연령대별 노인 주요 질환
[Table 1] Major disease of elderly people at age

[연령대]	진료비 1위 질환
65 ~ 4세	고혈압
75 ~ 84세	뇌혈관질환
85세 이상	치매

*materials : analysis of the treatment cost of elderly people over 65-year old, 1st half-year in 2010, NHIC

치매환자로 인한 사회적비용은 연간 3조4천억(한국)이다. 노인성 치매 중 알츠하이머치매(약 70%) 및 혈관성 치매(약 21%)가 전체 치매환자의 약 90%이다.[2] 노인의 14.9%는 기능상의 제한(기본적인 일상생활수행능력 7개, 수단적 일상생활수행능력 10개 항목 중 1개 이상 제한)을 경험하고 있다. MMSE-KC(Mini-Mental State Examination in the Korean version of CERAD assessment packets, 한국형 치매 자가진단테스트)를 활용한 인지기능저하자를 산출한 결과 응답자의 28.5%가 인지기능 저하자로 나타났고 고연령, 무배우자, 읍면지역에서 인지기능 저하자의 비율이 높게 나타났다(그림 1).



[그림 1] 노인의 MMSE-KC

[Fig. 1] MMSE-KC of elderly people

*MMSE-KC : Mini-Mental State Examination in the Korean version of CERAD assessment packets

치매는 뇌기능의 장애 때문에 만성적으로 기억·판단·언어·감정 등의 정신기능이 감퇴되어 일상생활에 지장을 초래하는 질병이다. 치매는 환자 자신의 인격을 파괴시키고 자신을 부양하는 사람들의 삶마저 황폐화시키는 비극적인 질병이라고 할 수 있다. 현재 치매를 완벽하

게 치료할 수 있는 치료법은 개발되어 있지 않다. 다만 치매 역시 다른 질병과 마찬가지로 건강한 생활습관으로 예방이 가능한 질병이며 발병하더라도 조기에 발견할 경우 치료 가능성이 높아지고 중증(重症)으로 가는 것을 크게 지연시킬 수 있다는 것이 의료계의 확립된 의학상식이다. 그러나 현재 우리 사회에서는 치매라는 질병이 갖고 있는 비극성 때문에 치료를 필요로 하는 질병으로 인식되기 보다는 노화(老化)의 한 발현형태로서 인식되기도 하는 것이 현실이다.

치매로 인한 의료비 등 사회경제적 비용이 급증하면서 환자의 증가 수준보다 더욱 빠르게 늘고 있다. 치매 진료 현황을 보면 2002년 48천명·561억원에서 2009년 215천명·6,211억원으로 급격히 상승하였다. 65세 이상 11명 중 1명이 걸릴 정도로 노인에게 흔한 질병인 치매는 개인의 품위를 유지할 수 없을 수준으로 인격이 황폐화되고 독립적인 일상생활이 어려워 가정에도 부담이 큰 질환이다. 실제노인성 치매를 앓고 있는 노인이나 중풍으로 거동이 불편한 노인의 경우 자녀들이 그와 함께 살려 하지 않기 때문에 문제가 발생한다. 치매를 앓고 있다 해도 인지능력이 다소 떨어지는 것 이외에는 건강상태는 양호한 경우도 많다. 하지만 자녀들은 이러한 노인을 경제적 이유 등으로 서로 부양하려 하지 않는 경우가 많아 노인전문병원 등에서 일시보호를 받는 경우도 있다.

[표 2] 치매노인의 증가 추이 및 전망
[Table 2] Growth trend & prospect of senile dementia
 (unit : 1,000 person)

연도 구분	'08년	'10년	'11년	'20년	'30년	'40년	'50년
65세 이상 인구 수	5,016	5,357	5,357	7,701	11,811	15,041	16,156
65세 이상 치매노인 수	421	469	495	750	1,135	1,685	2,127
치매유병률(%)	8.4	8.8	8.9	9.7	9.6	11.2	13.2

*materials : prevalence rate of dementia in 2008, MOHW

보건복지부의 '2008년 전국 치매 유병률 조사'에 따르면 전국 65세 이상 노인 치매환자는 65세 이상 노인 전체 인구 501만 6천여 명 중 8.4%에 해당하는 42만 1천여 명으로, 현재와 같이 급속한 속도로 고령화가 진행될 경우 2027년에는 치매환자가 100만 명이 넘을 것으로 전망하고 있다(표 2). 한편 서울대학교병원의 조사에 따르면, 65세 이상 노인의 치매환자는 2010년 현재 469,478명(전체 노인의 8.76%)으로 추정되고, 2011년 495,263명(8.94%), 2012년 521,516명(9.08%), 2020년 749,719명(9.74%), 2030년 1,135,441명(9.61%)으로 추정되어 급속

한 고령화 진행에 따라 치매환자도 급증할 것으로 전망하고 있다[3].

치매환자가 증가함[4]에 따라 치매환자(치매환자 진료 인원, 2002년 48천명, 2005년 84천명, 2007년 135천명으로 증가)에 대한 의료비도 증가(2002년 561억원, 2005년 1,306억원, 2007년 3,268억원으로 증가)[15]하고 있으며, 치매환자에 대한 가정 부양 부담으로 인하여 사회적 비용(치매로 인한 간접비용을 포함한 전체적인 사회·경제적 비용이 추계방법에 따라 최소 연간 3조 4천억 원에서 최대 연간 7조 3천억 원에 달할 것이라고 추정)을 야기하고 있는 실정이다[5]. 치매의 종류는 약 70여종에 달하는 것이나 다수의 치매는 조기에 발견하여 적절하게 치료하면 진행을 지연시키거나 증상을 호전시킬 수 있다. 치매의 일부는 사전예방도 가능하고, 10~15% 정도의 치매는 치료를 통하여 정상적으로 호전될 수도 있다. 그럼에도 불구하고 치매에 관한 사회적 인식은 치매를 노화현상으로 보고 치료가 불가능하다는 부정적인 인식을 갖고 있다 [6]. 치매는 노인이면 당연히 겪는 노화현상이 아니라 뇌기능의 장애로 인하여 지적 능력이 떨어지는 퇴행성 질환이다. 조기에 검진하여 예방하고 꾸준히 진료하면 질환의 진행속도나 증상을 늦출 수 있다. 그럼에도 불구하고, 치매환자는 적절한 진단과 치료가 제공되지 못한 채 가족과 사회의 무관심 속에서 방치되고 있으므로 국가적 차원에서의 치료대책과 사회적 인프라 확보가 시급한 실정이다.

3. 외국의 치매관리의 비교 검토와 시사점

3.1 미국

미국의 치매에 대한 입법정책의 주요 현안은 예방, 진단, 치료에 대한 연구의 촉진과 환자에 대한 서비스 전달의 용이성 등을 들 수 있다. 미국에서 치매환자는 각 체계의 서비스 혜택을 받는 일반 환자와 특별히 구분되어 있지는 않지만 의료체계에서는 치매환자가 신체적 장애 노인으로, 노인 서비스 체계에서는 병약 노인으로 정신 건강 체계에는 정신질환 노인으로 분류된다[6]. 미국은 치매에 관한 일반적이고 종합적인 법은 없다. 노인복지법(Older American Act)과 기타의 사회보장법(Social Security Act)의 적용영역에 치매를 포함하고 있다. 특히 치매의 중요성을 연방정부차원에서 인식하고 치매연구를 증진하기 위하여 1992년 알츠하이머 질병 및 관련연구법(Alzheimer's Disease and Related Dementias Research Act

of 1992)을 제정한다. 미국의 건강과 인간 서비스부(Department of health and human services)는 치매문제를 다루는 주무부서이다. 2007년 7월11일 미국의회는 알츠하이머병에 대한 task forces에 Alzheimer's study group(ASG)을 만들고 국가전략을 수립하기 위한 준비를 시작하였다. Alzheimer's study group(ASG)은 전문가와 심층 인터뷰, 각종 논문 및 보고서에 대한 고찰, 개인 및 단체의 의견수렴과정을 거쳐 2009년 3월 National Alzheimer's Strategic Plan을 국회에 제출하였다. 이 보고서에서 ASG는 두 개의 커다란 권고안을 제시하였다. 첫째는 Alzheimer Solution project이며 두 번째는 rally support이다. Alzheimer Solution project는 예방에 대한 구상, 부양향상에 대한 구상, 민관협력의 3개 내용으로 구성된다. rally support는 Alzheimer Solution project의 성공을 위해 국가가 적극적으로 협조해야 한다는 내용으로 구성되어 있다.

3.2 유럽

1996-1998년 유럽의회(Parliament)가 노인인구의 증가와 치매환자의 증가에 대한 우려를 표명했을 뿐 진전은 없었다가 2006년 6월 29일 알츠하이머 유럽과 그 구성원들은 파리에서 유럽연합(EU), 세계보건기구(WHO), 유럽이사회(EU 회원국 정상회의) 및 국가 정부에게 알츠하이머병과 치매를 정책적 우선순위에 두도록 하는 파리선언을 만장일치로 채택하였다. 2007년에는 유럽의회의 예산 지원을 받은 'EuroCoDe'프로젝트의 결과를 바탕으로 정책 결정자들이 이루어야 할 목표와 부양자들에 대한 사회적 지원의 제공을 위한 권고사항을 포함한 보고서를 발간하고 권고사항을 제시하였다.

프랑스는 2001년과 2004년 두 차례의 국가계획을 통해 알츠하이머 질환은 장기간에 걸친 질병으로 인식하고 이와 관련된 모든 건강부양비용은 건강보험에 의해 지원되었다. 2007년에는 치매를 '국가의 커다란 사건으로' 선전하고 대중의 인식증진을 위한 캠페인을 각 지방정부의 기금으로 실시하였다. 사르코지 정부는 2008년 향후 5년 동안 추진하게 될 '알츠하이머병과 연관질환에 대한 국가계획 2008-2012(National plan for Alzheimer and related disease)을 공개했다.

영국은 2006년 1월에 영국 최초의 치매에 대한 포괄적인 지침인 NICE/SCIE 지침(the National Institute for Health and Clinical Excellence<NICE> and the Social Care Institute for Excellence<SCIE> guideline)이 개발되었다. NICE/SCIE 지침은 치매치료 및 개입과 관련하여 약물학적, 심리학적 및 사회적 개입 및 서비스의 역할과 경제적 측면을 평가하고 치매환자와 부양자를 위한 최상

의 지침을 제시하였다. 2007년에는 영국 NAO의 보고서(Improving services and support for people with dementia) 및 Alzheimer's Society의 보고서(Dementia UK)가 발표되었다. 두 보고서를 통해 영국에서의 치매에 대한역학, 치매의 조기진단과 치료, 지역사회에서의 치매 부양관리, 재원현황 등 치매관련 제반 사항의 현 상태에 대한 면밀하게 분석되었고 포괄적이고 효율적인 치매관리를 위한 국가차원의 대책을 추동하는 주요 근거가 되었다. 이에 2007년 8월 국가치매전략(National Dementia Strategy)을 개발계획이 공표되고, 2009년 2월 영국최초의 치매에 대한 전반적인 관리지침인 국가치매전략이 발표되었다.

3.3 일본

일본의 현재 인구 1억 2000만 명 가운데 20%인 2500만 명 정도가 노인인구이다. 치매인구는 약 8%인 200만 명으로 추정하고 있다. 일본에서 치매노인 문제가 거론되기 시작한 것은 1970년대 초반이지만, 1986년 후생성내에 치매노인대책본부와 치매노인대책전문위원회를 설치하였다. 1993년 재택개호지원센터와 노인성치매질환센터의 정비촉진, 발병예방과 조기발견, 조기대응의 철저, 치매노인의 상태에 따른 제공서비스 확충, 치매발병기전에 대한 규명 등을 주요내용으로 하는 대책이 제시되면서 본격적인 치매시스템 구축에 돌입하게 되었다. 하지만 최근까지도 일본의 치매관리서비스는 대체로 치매환자만을 위해 특수화되지는 못했으며 대부분 일반 노인이나 장애인을 위한 서비스를 치매환자도 같이 사용할 수 있다[6].

4. 치매노인의 노인장기요양보험법상 요양인정의 문제점과 개선방안

4.1 치매요양서비스를 둘러싼 치매관리법과 다른 법령과의 연계

일반적으로 요양서비스는 시설보호와 재가복지서비스를 통해 이루어진다. 이는 일반적인 규범은 사회 복지 사업법에 규정하고 있다. 노인에 관하여는 노인복지법과 노인장기요양법이 특별법으로 존재한다. 치매관리 및 치매환자에 대한 지원에 관하여는 치매관리법이 특별법으로 존재한다.

노인장기요양보험에서 가입자와 대상자가 일반적으로 불일치하다. 가입자는 전 국민인데 반하여 그 혜택은 65세 이상의 노인 및 65세 미만의 자이다. 다만 치매 뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진

자에게도 그 혜택이 주어지고 있다(동법 제2조 제1호). 특히 치매를 둘러싼 요양서비스와 관련하여 노인 장기요양 보험법과 노인복지법은 다음과 같은 법의 취지나 목적과 성격이 서로 다르다.

노인 장기요양 보험법 제정으로 기초수급권자·차상위 계층 및 저소득 노인위주의 복지서비스 공급체계를 서비스가 필요한 모든 노인으로 확대되고 서비스의 양·질적으로 향상되었다. 특히 치매·중풍 등 질환 노인에 대한 의료 대체적 내지 의료 보완적 기능으로서 요양서비스가 제공되는 계기가 되었다. 그럼에도 불구하고 노인복지법의 관점에서 보면 시설서비스나 재가서비스 모두 그 수급자 범위에 특별한 변화는 없어 보이며 오히려 예방적 측면에서는 일반수급자나 장기요양등급탈락자 등에 적절한 대응하지 못하고 있다. 즉, 장기요양보험법상 수급권자임에도 서비스 이용이 현저하게 곤란한 자, 치매환자로서 요양등급이 하락하거나 수급권자로 진입하지 못한 자, 4-5등급임에도 적절한 서비스를 받지 못하는 자 및 노인 장기요양 보험 시행이후 노인복지법상 노인복지서비스 대상에서 제외된 자 등에 대한 보호체계는 고려되지 있지 않다[7]. 노인 장기요양 보험 제도로 인하여 그동안 수행했던 노인복지법상 서비스 제공은 그대로 유지되면서 장기요양보험제도가 함께 연계성을 강화하고, 조화롭게 운영되도록 하는 것이 노인 장기요양 보험 법제 개선의 과제이다[8].

4.2 치매관련 외국의 장기요양보험제도와외의 비교 및 시사점

4.2.1 피보험자와 수급권자

OECD 주요국가의 대부분은 장기요양 보호 대상을 노인만으로 한정하는 경우는 없고 전 국민을 대상으로 하고 있다. 그러나 노인이 가장 대표적이고 주된 장기요양 보호 대상자가 되고 있다. 독일 장기요양보험(Pflegeversicherung: 양호보험, 간호보험)의 경우 연령이나 원인에 관계없이 모든 국민을 대상으로 하는 보편적 사회보장제도이다. 의료보험의 피보험자는 법에 의하여 당연히 장기요양보험의 가입자이다(SGB XI 제1조 제1항, 제20조). 수급자격은 육체적·정신적 또는 정서적 질병이나 장애로 인하여 일상생활을 통상적·반복적으로 수행하는데 적어도 6개월 이상 타인의 조력을 필요로 하는 사람을 그 대상으로 한다(SGB XI 제14조 제1항). 이는 일본과 우리나라가 노인 또는 노인성 질환을 앓고 있는 자만을 수급권자로 인정하고 있는 것과 차이가 있다[9].

일본의 개호보험은 피보험자를 제1호와 제2호 피보험자로 구분한다. 제1호 피보험자는 65세 이상 노인으로서 요개호·요지원 상태가 되면 그 원인에 관계없이 수급자격

을 갖는다. 제2호 피보험자는 40세 이상에서 64세까지의 료보험 가입자로 뇌졸중, 노인의 초기치매 등 16종의 특정 질병에 수반하여 발생하는 요지원·요개호 상태에 대해서만 보험급부를 받는다(개호보험법 제9조). 요개호 상태는 노쇠하여 질환 중에 있거나 치매 등으로 주택 및 시설 서비스 개호를 항상 받아야 하는 경우를 말하고, 요지원 상태는 요개호 상태로는 인정할 수 없으나 사회적으로 일상생활을 보내기 위해 지원이 필요한 상태를 말한다. 개호급여 수급자격은 신체상·정신상의 장애로 인하여 목욕, 배설, 식사 등의 일상생활에서 기본적인 동작의 전부 또는 일부에 대해서 타인의 도움을 필요로 하는 개호필요상태가 6개월 이상 지속되는 사람에게 주어진다(개호보험법 제19조).

우리나라의 경우 노인요양보험 가입자는 국민건강보험 가입자와 같이 전 국민이다(동법 제7조 제3항). 수급자는 일본과 같이 65세 이상의 노인은 제1호 수급자로 원인과 관계없이 보험급여의 수급권이 발생한다. 45세에서 64세까지의 노화 및 노인성 질환 대상자는 제2호 수급자로 노화에 따른 질병으로 인해 요양보호가 필요하다고 판단될 때에만 인정된다.

4.2.2 요양서비스의 종류와 수준

장기요양서비스는 국가에 따라 차이가 많지만 전체적으로 보면 다양한 서비스들이 제공되고 있다. 서비스의 종류는 실제로 장애를 가지고 있어 도움을 필요로 하는 노인과 노인을 수발하는 가족 수발 자를 위한 것(① 비물질적 서비스: 교육 훈련, 정보제공, 안내, 가족보호자 교대 서비스(respite care), 가족 보호자 자조집단 지원 등, ② 물질적 서비스: 수발수당, 교대/휴가 수당, 수발기간 연급납입기간으로 인정, 소득지원 등)으로 크게 나누어 볼 수 있다. 장기요양보호 서비스가 가족 이외의 공식적 서비스에 의존하는 비율은 점차 증가하고 있지만 아직도 가족에 의존하는 비율이 훨씬 높다. 가족 수발 자에게 노인을 수발하는 과정에서 피로, 스트레스, 타 가족원과의 갈등, 개인 사생활 시간의 박탈, 수발기술 부족으로 인한 어려움 등이 많이 나타나 가족 수발 자 자신도 서비스를 받아야 할 경우가 많아지게 되었다. 장기요양보호 서비스에 있어서는 노인뿐만 아니라 노인의 가족 수발자도 대상자가 되고 있다[10].

독일의 경우 재가급여와 시설급여 및 요양서비스 제공자에 대한 급여로 나뉘어 진다(SGB XI 제28조). 재가급여가 우선이고 재가보호로 충분한 요양보호를 받을 수 없는 경우에 한하여 단기보호급여를 청구할 수 있다. 이러한 방법으로도 충분한 요양보호가 이루어질 수 없는 경우에만 시설에 입소시켜 시설보호를 받는 것이 독일

장기요양보험제도의 원칙이다(SGB XI 제3조). 급여형태로는 현물급여, 현금급여, 현물과 현금의 혼합급여가 있다. 단 시설급여는 현물급여만이 제공된다. 급여는 최고 한도액까지 장기요양보험에서 부담하고 초과금액은 본인이 부담하여야 한다. 이외에 재가요양보호 제공자에 대한 급여가 있다.

일본은 재가서비스, 시설서비스로 나눌 수 있다. 재가 서비스는 다시 재가서비스, 지역밀착형서비스, 케어메니지먼트로 나누어진다(개호보험법 제10조). 이들은 모두 비용급여로서 규정형식은 현금 급여이다. 요개호자로 인정된 자는 재가서비스와 시설서비스 모두 이용이 가능하나 요지원자는 재가서비스 중 신 예방급여만을 이용할 수 있다.

우리나라는 장기요양보호 대상 노인을 위한 급여와 가족요양보호제공자를 위한 급여로 분류되는데, 전자는 재가급여와 시설급여로 분류된다. 재가급여(동법 제23조 제1항 제1호)는 가정에서 요양보호사와 간호사 등으로부터 식사 도움, 화장실 도움, 세면, 목욕, 말벗, 외출동행, 간호서비스 등을 받으며 집안청소 등 일상가사 지원서비스도 받을 수 있는 급여를 말한다. 시설급여(동법 제23조 제1항 제2호)는 수급자를 장기요양기관이 운영하는 노인복지법 제34조의 규정에 따른 노인의료복지시설(노인전문병원은 제외)에 장기간 동안 입소시켜 장기간 동안 입소시켜 신체활동 지원 및 기능회복훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 말한다. 특별현금급여(동법 제23조 제1항 제3호)로는 가족요양비(제24조), 특례요양비(제25조) 요양 병원 간병비(제26조) 등 3종을 규정하고 있다.

최근 다수의 국가에서는 중요 질병이나 장애에 대하여 복합적이고 연속적인 서비스 체계(continuum of care) 프로그램을 개발하고 특히 재가 또는 지역사회 서비스를 강화하거나 다양화하며, 가족 수발자 지원 서비스를 강화하는 등 보호의 연속체계가 유지될 수 있도록 하는 추세이다. 최근 선진 OECD 국가의 가장 두드러진 장기요양보호 서비스 동향은 재가보호(communitary care: 본래의 의미대로라면 지역사회보호라 하는 것이 바람직하지만 우리나라에서는 이를 재가보호로 부르고 있다)를 강조하는 경향이다. 재가보호 서비스를 다양화하고 서비스 질을 강화하여 지역사회에서 재가보호 서비스를 받도록 하는 것이 비용도 절약하고 노인의 심리적 및 사회적 측면에서도 바람직한 것으로 인정되고 있다. 그렇기 때문에 OECD 국가에서는 가족 수발자의 적극적 참여를 이끌어 내는 여러 가지 서비스를 제공하는 방향을 추구하고 있다[11]. 또한 주거공간의 구조가 노인이 신체적 장애를 가지고 생활할 수 있도록 잘 설계되면 어떤 면에서 주거공간 자체도 중요한 장기요양보호 서비스가 될 수 있기

때문에 장애인노인의 신체적 독립성을 높여줄 수 있는 주거 서비스로서 보호주택(sheltered housing), 의존주택(assisted living facility), 계속보호 실버타운(CCRC) 등의 제공과 입주 인센티브 등을 제공하는 등 주거 서비스도 주요 장기요양보호 서비스로 고려되고 있다[10].

4.2.3 시사점

OECD 국가는 서비스 대상을 노인으로 한정하는 경우는 드물고 전 국민을 대상으로 하는 서비스를 제공하고 있다는 점, 대체로 증가되는 장기요양보호 비용을 고려하여 본인부담을 증가시키는 추세에 있다고 볼 수 있는 점, 서비스 종류 및 수준에서는 보호의 연속체계(continuum of care)를 강화하고 있는 점, 재가보호 서비스에 중점을 두면서, 특히 비용을 절약하는 측면에서 재가보호 또는 지역사회보호를 지향하는 방향으로 나가고 있다는 점, 가족 수발자의 적극적 참여를 이끌어 내는 여러 가지 서비스를 제공하는 방향을 추구하고 있다는 점[10], 주거 서비스를 주요 장기요양보호 서비스로 간주하고 있는 점은 우리나라에서도 시사하는 바가 크다.

전달체계의 측면에서 보면 선진외국의 사례에서 볼 때 의료 서비스와 사회 서비스의 통합·조정 필요하다는 점, 시설 입소 전에 노인이 독립적 생활 기능이 어느 정도인가를 정확히 평가하는 것이 필요하다는 점, 장기요양보호 서비스에서 케이스 매니지먼트를 중요시하는 방향으로 나아가야 한다는 점, 보호 계획과 서비스 선택에 가족 참여하도록 해야 한다는 점, 비용의 절약과 더불어 서비스의 효과성을 높이기 위하여 서비스의 질을 높여야 한다는 점 역시 우리나라에 시사하는 바가 크다.

4.3 치매 요양서비스의 다양화와 급여확대를 위한 법적 개선방안

4.3.1 서비스 다양화 및 급여확대

관련연구조사에서도 재가서비스를 이용하고 있는 주 돌봄자들은 현재 제공되고 있는 서비스의 종류와 양이 충분치 않다고 응답하고 있다[12]. 서비스 이용의 경직성을 완화하고 노인의 기능 상태에 따라 서비스 이용시간을 차별화하고 서비스 종류를 다양화 할 필요가 있다. 예컨대, 독일의 수발보험의 경우 장기요양 1등급~3등급에 따라 서비스 공급량을 조정하고 있으며, 수발 필요자(care recipient)는 재가서비스기관이 제공하는 현물서비스를 등급에 따라 차등적으로 이용(1등급:384유로, 3등급: 1,432유로)할 수 있다. 예외적으로 중풍과 치매를 동반한 24시간 수발이 필요한 상태, 암 말기상태 등의 경우 급여액을 상향조정(1,918유로까지) 해주고 있다. 가족이

일시적으로 노인을 돌볼 수 없을 때 민고 맡길 수 있는 주야간보호시설 및 단기보호서비스를 확충하고, 일시 돌봄자를 고용할 수 있는 비용의 지급방안을 고려할 필요가 있다.

현행법은 65세 이상 노인이 요양급여가 필요할 경우 질병 종류에 관계없이 서비스를 받을 수 있고, 65세 미만 40세 이상의 자는 치매나 중풍 같은 노인성 질환을 가진 환자만이 요양급여를 신청할 수 있다. 이는 일본 개호보험법과 유사하게 되어 있는 것으로 전 국민을 수급대상으로 하고 있는 독일입법방식은 우리에게 많은 참고가 될 수 있다[9].

경증 치매·중풍 등으로 보호가 필요한 노인에 대한 장기요양 혜택을 확대하기 위해 등급판정기준 완화 서비스 이용대상의 확대에는 증장기적인 적정부담수준에 대한 사회적 합의를 바탕으로 해야 할 것이다. 향후 인구고령화에 따라 노인 장기 요양 수요가 지속적으로 증가할 것으로 예상되는 만큼 노인 장기 요양 보험을 안정적으로 운용하는 틀 속에서 대상자를 단계적으로 확대할 필요가 있다. 보건복지부는 실제 요양이 필요한데도 서비스를 받지 못하는 노인을 위해 경증 치매·중풍 등으로 보호가 필요한 노인 등에게 장기요양서비스를 확대하여, 장기요양 3등급 기준을 완화장기요양 3등급 인정 점수 하한을 현행 55점에서 53점으로 완화하는 것을 주된 내용으로 하고 있다. 현행 장기요양급여 대상자는 심신의 기능상태 장애로 일상생활에서 전적으로[1등급], 상당부분[2등급] 또는 부분적으로[3등급] 다른 사람의 도움이 필요한 자로서 아래 장기요양 인정 점수를 받은 자이다. 1등급 : 95점 이상, 2등급 : 75점 이상 95점 미만, 3등급 : 55점 이상 75점 미만임)하는 내용의 「노인장기요양보험법 시행령」 개정안을 마련하여 2012년 7월 1일부터 시행하였다(표 3).

[표 3] 3등급 인정점수 완화상태

[Table 3] Alleviated approval score of grade 3 (enforced at 2012.7.1)

3등급 인정 점수 완화	(현행) 55점 이상 ~ 75점미만 ⇒ (개선) 53점 이상 ^ 75점미만
완 화 대 상	보행이 불가능할 정도로 신체기능이 저하되고 경증치매로 인해 인지기능 저하 및 간헐적 문제행동

하지만 까다로운 등급 판정으로 혜택을 받기 어려웠던 치매 노인들을 중심으로 지속적인 대상자를 확대할 필요가 있다. 무엇보다 요양보호사의 돌봄 서비스를 받을 수 있는 노인 장기 요양보험 수급을 신청해도 등급 외 판정

을 받은 경우가 발생하고 있다. 이는 현재 장기요양보험 등급이 신체 활동 여부를 중심으로 판정이 이뤄지고 있기 때문에 발생하는 문제이다. 특히 혼자 어디 가서 물건을 사기 어렵고 판단력이 떨어져서 언어장애도 있는 치매 환자의 경우, 기억력 장애, 판단력, 의사소통 전달 등에 대해 종전보다 가점을 부여하는 등 치매 노인에 대한 서비스 판정 기준을 완화하여 요양보험의 혜택을 부여할 필요가 있다. 장기요양 수혜자의 인정 점수 기준을 완화(예컨대 75-53점에서 75-51점으로 완화)하고 치매 노인에 대한 서비스 판정 기준을 개선할 필요가 있다. 특히 기존 신체 중심으로 이뤄졌던 치매 노인의 서비스 판정 기준을 환자의 인지 능력 중심으로 변화시킬 필요가 있다. 심각한 중증도 인지장애뿐만 아니라 간헐적 인지장애, 가족의 상시수발 필요 여부, 장거리 외출의 어려움, 목욕·식사 준비 도움 필요 여부 등을 세부적으로 따져 보다 쉽게 보험 혜택을 받을 수 있도록 해야 한다.

4.3.2 등급판정체계의 개선

연구보고에 따르면[13] 2008년 노인 장기 요양 보험제도가 도입될 당시는 노인인구 대비 2.9%가 대상자였으나 2012.2.현재는 노인인구의 5.6%로 급격히 증가했다. 제도 도입 초기와 달리 2~3등급의 규모가 크게 늘었다.

[표 4] 인정자 수 대비 등급별 비율

[Table 4] No. of the approved vs grade rate

연 도	전체 인정자수	1등급	2등급	3등급
2008년	214,480	57,396	63,587	102,241
인정자수 대비 비율	100.0	26.8%	29.6%	47.7%
2012.2 추정치	32만5천명	4만명	7만2천	21만3천
인정자수 대비 비율	100.0	12.3%	22.2%	65.5%

*modified materials from the report OHW, 2012

그만큼 기능상태가 최중증인 노인을 주요 대상으로 두고 설계했던 장기요양보험의 대상이 기능상태 경증인 노인으로 확대되고 있다는 것을 보여준다. 현재 등급체계를 기계적으로 분류하다 보니, 1~3등급에 진입하지 못하면 혜택을 받을 수 없기 때문에(즉, 현재 3등급 체계는 요양 인정점수가 95점 이상이면 1등급, 75~95점 미만이면 2등급, 55~75점 미만은 3등급 식으로 기계적 분류를 하고 있어, 3등급이 전체의 65%를 차지하는 현상이 나타나고 있음) 허위진술 등의 문제도 발생하고 있다. 1~3등급에 진

입하지 못해도 일정수준의 요양이 필요하다. 이를 위한 대상자의 확대와 함께 등급을 세분화해 차등급여가 이뤄져야 한다. 장기요양서비스를 받을 수 없는 등급 외 판정자에 대한 노인성질환예방사업은 법적 근거가 있음에도 불구하고 지방자치단체의 예산부족 등의 사정으로 인하여 체계적·지속적으로 실시되지 못하고 있는 실정이다.

주돌봄자와 현장전문가들이 공통적으로 지적하고 있는 것이 등급과정체계의 개선이다. 현행 등급판정체계는 노인의 신체기능에만 초점을 두고 있어 인지적, 사회적 기능에 대한 평가가 잘 이루어지지 않는 것으로 보인다 [12]. 즉, 노인의 상태를 다양한 측면, 예컨대 신체적 기능 상태, 치매, 정신질환 등 인지기능상태, 심리·정서적 상태 등 객관적으로 측정할 수 있는 합리적이고 객관적인 지표를 개발하고 전문적 조사방법을 도입해야 할 것이다.

선진 주요 국가에서도 이러한 입법례를 찾아볼 수 있다. 독일의 경우 ‘독일장기요양보험 개혁 2008’을 통해 재가급여영역에서 치매환자와 정신질환자에 대한 급여제공을 확대하고, 상대적으로 증상이 심하지 않은 치매환자들이 급여를 제공받을 수 있도록 제도를 보완하였다. 일본의 경우에도 2006년 ‘기능 상태에 문제가 적은 치매환자’에 대한 욕구판정의 기준을 개정하여 세밀한 조사표를 개발·적용하고 있다. 미국의 경우 inter RAI(Resident Assessment Instrument)를 사용하여 대상자의 기능 상태를 평가하고 있는데 이 측정도구는 사정대상자의 욕구에 따라 다양한 척도(예컨대, 재가서비스 이용자용, 시설서비스 이용자용 등)가 존재하고, 전문가의 판단에 상당한 비중을 둔다는 특징이 있다. 이와 함께 경제상황, 돌봄 가능시간, 집안환경 등 사회적 측면에 대한 평가를 추가로 포함시키는 방안도 모색하여야 한다.

4.3.3 가족 돌봄에 대한 경제적 보상과 가족 돌봄자를 위한 서비스 지원확대

노인은 가족으로부터 돌봄을 받는 것을 선호하는 것으로 나타나고 있다[12]. 이에 다른 재가서비스 확대와 함께 가족 돌봄에 대한 지원방안이 필요하다. 첫째, 가족 돌봄에 대한 경제적 보상이다. 가족 돌봄에 대한 경제적 보상 문제를 긍정적인 입장이 있지만 많은 한계점도 제기된다. 예컨대 경제적으로 보상할 경우 부수적으로 파생되는 전통적 성역할의 고착화 효과 급여에 대한 사회적 적정선 설정의 어려움, 급여의 오용과 남용에 대한 통제의 한계, 비공식적 수발자가 제공하는 서비스 질 관리의 문제 등이 제기된다. OECD국가들의 경우 돌봄 수당(carer's allowance)을 제공하거나 유럽 국가들은 연금기여 크레딧(pension contribution credits)을 도입하고 있다. 이는 가족돌봄자들에게 불충분한 연금수급권을 개선하거나

강화하기 위해 출산, 양육, 케어, 비자발적 실업 등을 사회적 공익기여기간으로 인정해 보험료를 납부한 기간으로 인정해주는 제도이다. 예컨대 영국의 경우 1년에 48주 이상, 주당 35시간 이상 누군가에게 돌봄서비스를 제공한 자는 가정책임보호규정(Home Responsibilities Protection)의 수급권을 보호받을 수 있다. 우리나라에도 이러한 현금지원이나 연금 기여 크레딧 도입방안에 대해 검토할 필요가 있을 것이다. 둘째, 가족 돌봄자들을 위한 서비스지원의 확대가 필요하다. 이를 위해 노인수발에 필요한 전문적 지식을 습득하고 가족갈등 해결방안 및 가족부양자로서 자기 위상과 책임을 느낄 수 있도록 교육 및 상담프로그램을 확대할 필요가 있다. 돌봄 가족에 대한 건강지원서비스 제공, 가족 돌봄자들을 위한 휴식지원 서비스, 가족 돌봄자를 위한 포괄적 정보제공체계의 구축, 외출 시 동행, 부축 등 개인 활동 지원서비스 제공 확대 방안도 필요하다.

5. 결론

고령화 사회로 진전하면서 치매환자는 매년 급증하고 있다. 이로 인한 치매환자의 치료 및 관리비용 등 사회적 비용은 크게 늘고 있어 이에 대한 대책이 절실하다. 외국에서도 국가차원에서 치매에 관한 국가전략을 수립하거나, 효율적인 치매관리를 위한 국가차원의 대책을 세우거나 관련 법제도를 마련하고 있다.

치매에 대한 법제도적 대응방안으로 노인복지법, 노인장기 요양 보험법, 치매관리법이 존재한다. 정부는 치매관리법 시행에 따라 치매관리를 보다 체계적이고 지속적으로 추진할 필요가 있다. 보다 효과적인 치매관리 대책을 위해 관련법과 정책의 추진에 있어서 다음과 같은 개선이 필요하다[14].

첫째, 치매 검진을 65세 이상노인에 대한 국민건강보험의 건강검진 항목에 반드시 포함시키고, 1차 검진에서 이상이 발견되면 2차 검진부터는 소득에 따라 차등적으로 부담하고서라도 진료를 계속 받을 수 있도록 하는 것이 바람직하다.

둘째, 치매의 특성상 치매는 증상이 심해질수록 치료 효과가 적고, 가족들의 부담도 급격히 증가한다. 치매에 방사업과 조기 검진을 통해 치매 발병을 예방하거나, 발병 시기를 늦추고, 조기 발견하여 치료를 받도록 하여, 치매로 발생되는 여러 문제를 겪게 되는 어려움을 예방하거나 최소화하는 것이 필요하다. 치매 조기검진 및 치료관리지원 등 ‘노인보건복지종합계획’을 수립하여 추진할 필요가 있다. 인지기능 저하 자에 대한 치매 조기검진 활

성화를 위해 국가건강검진체계를 개편하고, 치매 고위험군에 대한 보건소의 사후관리 강화, 특히 ‘치매’에 대해서는 조기검진과 치료비 및 케어서비스 지원 등 집중적인 예방 및 치료관리 정책을 추진하여야 한다. 지자체 보건소에서는 60세 이상을 대상으로 치매 조기검진사업을 실시하여 치매 유소견자에 대한 관리를 적극적으로 실시하고 있으나 60세 이상을 대상으로 하고 있어 매년 발생이 증가하고 있는 젊은 층에 대한 치매검진과 관리는 부족한 실정이다. 따라서 치매발생의 잠재 그룹인 40~50대를 대상으로 한 조기진단 및 관리 프로그램의 서비스 확대가 필요하다.

셋째, 현재와 같은 노인 장기 요양 보험법상의 장기요양급여내용의 확실성으로는 경증 치매 등요양노인의 욕구를 다양하게 충족시키기 어려운 부분이 있기 때문에 등급판정기준 완화와 서비스 이용대상의 확대가 필요하다. 또한 현행 등급판정체계는 노인의 신체기능에만 초점을 두고 있어 인지적 기능에 대한 평가가 잘 이루어지지 않고 있다. 치매, 정신질환 등 인지기능상태, 심리-정서적 상태 등 객관적으로 측정할 수 있는 합리적이고 객관적인 지표를 개발하고 전문적 조사방법을 도입해야 할 것이다. 아울러 치매노인의 가족 돌봄자들을 위한 노인수발에 필요한 전문적 지식습득 등 포괄적 지원서비스 제공 확대 방안도 필요하다[12].

넷째, 지방정부의 복지예산 부담 증가로 인하여 치매관리사업 예산을 지방정부와 분담으로 인한 예산확보의 어려움이 가중되고 있어 법 시행을 위한 적절한 예산이 확보되어야 한다.

References

- [1] G. E. Kim, Confronting tasks of Kyung-nam Prov. Government in compliance with the enactment of dementia management law, Brief on Kyung-nam Policy, 2011. 10.
- [2] Ministry of Health and Welfare, Survey on the occurrence of dementia in 2008.
- [3] SNU Hospital, Survey on the occurrence of senile dementia in 2008.
- [4] SNU Hospital, Survey report on the Korea elderly people's cognition of dementia, 2008.
- [5] National Health Insurance Corp., Analysis of Socio-economical cost of dementia patient, 2005.
- [6] SNU Institute of Industry and Academy, Study on the preparation of dementia management law, 2010,
- [7] B. S. Jang, Role of the law of elderly welfare following

the enactment of the law of long term treatment insurance for elderly people, Chunchuk university's compendium of law, Vol. 32, 2011. 5

- [8] H. Y. Lee, Present situation and problems of the law for elderly welfare of Korea, Collection of treaties on law, Vol. 32(2), 2011.
- [9] J. H. Cho, Problems and its solutions of the law of long term treatment insurance for elderly people, Committee of law for elderly, Sam-woo publish co., 2009.
- [10] S. J. Choi, Issues and problems of the enforcement of elderly care insurance law, Korea society of elderly science and research, the 9th Forum on the aging society, 2006. 2.
- [11] OECD, Long-term Care for Older People. Paris, 2005
- [12] I. H. Choi, Policy of the support on family care for elderly people: Improvement of the law of long term treatment insurance for elderly people and additional support, 2011 Issue paper of KWDI, 2011. 12
- [13] The status and problems of grade evaluation in implementing the law of long term treatment insurance for elderly people, Korea institute for health and social affairs, 2012. 5
- [14] S. J. Choi, What we expect from the dementia management law, article of Friday column, Senescence Times, 2012. 5. 4
- [15] National Health Insurance Corp., 「2002~2007, Result of the analysis on the treatment trend in geriatric disease, 2008.

조 현(Cho, Hyun)

[정회원]



- 1993년 2월 : 서울대학교 보건대학원(보건학박사)
- 1998년 8월 : Georgetown University (post Doc.)
- 1993년 9월 ~ 현재 : 인제대학교 보건행정학과 교수

<관심분야>

호스피스완화의료, 치매보건의료정보, 노인보건복지

고 준 기(Ko, Zoonki)

[정회원]



- 1976년 ~ 1983년 : 군산교대/전주대학교 법정대학(법학사)
- 1985년 2월 : 한양대학교 대학원
- 1991년 2월 : 한양대학교 대학원
- 동아대학교 국제법무학과겸임교수, 외국인력지원센터장

<관심분야>

노동법학, 사회복지법, 노인복지법