2019 제2차 여성·가족정책포럼

초고령 사회에서 치매정책의 방향과 과제

2019. 11. 1. (금) 15:00 ~ 17:30

제주특별자치도 근로자종합복지관 대강당(3층)

제주여성가족연구원

2019 제2차 여성·가족정책포럼

초고령 사회에서 치매정책의 방향과 과제

2019 제2차 여성·가족정책포럼

초고령 사회에서 치매정책의 방향과 과제

2019. 11. 1. (금) 15:00 ~ 17:30

제주특별자치도 근로자종합복지관 대강당(3층)

Program

14:45~15:00	15분	**사전 등록**
15:00~15:10	10분	**참석자 소개**
15:10~15:20	10분	**개 회 사:** 이은희(제주여성가족연구원장) **축　　사:** 임태봉(제주특별자치도 보건복지여성국장)
15:20~16:00	각 20분	**주제발표 1: 국가의 치매노인 정책전략과 방향** 이현주(대구대학교 사회복지학과 교수) **주제발표 2: 제주지역 치매노인 부양가족 서비스 욕구실태와 정책과제** 정여진(제주여성가족연구원 선임연구위원)
16:00~16:10	10분	휴　　식
16:10~17:10	각 10분	**좌　장:** 고승한(제주연구원 석좌연구위원) **토론 1:** 장혜경(한국여성정책연구원 명예선임연구위원) **토론 2:** 한정원(부산가톨릭대학교 노인복지보건학과 교수) **토론 3:** 이은주(대구시 기억학교협회 회장) **토론 4:** 박경희(제주특별자치도 광역치매센터 사무국장) **토론 5:** 이성덕(제주특별자치도 재가노인복지협회장) **토론 6:** 이명희(원광요양원 원장)
17:10~17:30	20분	**질의 응답**
17:30		**폐　　회**

제주여성가족연구원

목 차

개회사 이은희(제주여성가족연구원장) ····· 05

주제발표 1: 국가의 치매노인 정책전략과 방향
이현주(대구대학교 사회복지학과 교수) ····· 08

주제발표 2: 제주지역 치매노인 부양가족 서비스 욕구실태와 정책과제
정여진(제주여성가족연구원 선임연구위원) ····· 24

토론문
장혜경(한국여성정책연구원 명예선임연구위원) ····· 40
한정원(부산가톨릭대학교 노인복지보건학과 교수) ····· 43
이은주(대구시 기억학교협회 회장) ····· 47
박경희(제주특별자치도 광역치매센터 사무국장) ····· 54
이성덕(제주특별자치도 재가노인복지협회장) ····· 59
이명희(원광요양원 원장) ····· 61

개회사

안녕하십니까? 제주여성가족연구원 원장 이은희입니다. 바쁘신 가운데 이렇게 참석해주시어 자리를 빛내주신 여러분께 감사드립니다. 오늘 많은 도민 여러분을 모시고 2019년 제2회 여성·가족정책 포럼을 개최하게 되어 무척 기쁜 마음입니다. 아울러 오늘 포럼을 축하해주실 많은 내외 귀빈여러분께 깊이 감사드립니다.

우리사회는 고령화가 빠르게 진행되어 2017년 이미 고령사회에 진입하였고 2026년에는 초고령사회에 접어들게 될 것으로 예상합니다. 고령화 사회가 도래함에 따라 치매유병률도 증가하여 2018년 통계자료에 의하면 65세이상 인구의 10%이상이 치매유병률을 기록하고 있습니다. 이에 정부는 2017년 치매 국가책임제를 발표하고 치매를 국가가 책임져야할 사회문제로 인식하고 관련정책을 마련하여 실행하고 있습니다.

이번 포럼에서는 현 정부의 치매정책 기조에 따라 치매노인을 부양하는 가족의 역할 및 돌봄실태와 지역현안을 살펴보고 가족의 부양 부담을 줄이고 지역공동체에 부합하는 방안을 논의하기 위하여 마련하였습니다.

이번 포럼에 주제발표를 맡아주실 대구대학교 이현주 교수님과 본 연구원의 정여진 선임연구위원께 감사드립니다. 또한 좌장을 맡아주실 고승한 제주연구원 석좌연구위원님, 토론을 해주실 장혜경 한국여성정책연구원 명예선임연구위원님, 한정원 부산가톨릭대학교 노인복지보건학과 교수님, 이은주 대구시 기억학교협회 회장님, 박경희 제주특별자치도 광역치매센터 사무국장님, 이성덕 제주특별자치도 재가노인복지협회장님, 이명희 원광요양원 원장님께 감사드립니다.

오늘 포럼에서 나온 다양한 의견들을 바탕으로 제주지역 치매정책의 방향 수립과 도민들이 체감할 수 있는 방안을 마련하는데 소중한 계기가 되기를 희망합니다.

감사합니다.

주제발표 1

국가의 치매노인 정책전략과 방향

이현주(대구대학교 사회복지학과 교수)

제주여성가족연구원 제2차 여성가족정책포럼

국가 치매노인 정책전략과 방향

2019. 11. 1

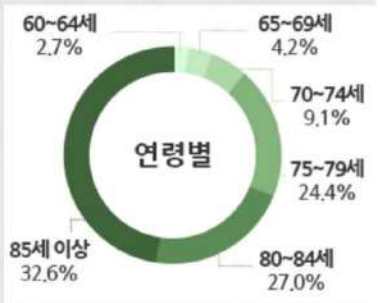
대구대학교 사회복지학과 이현주

인구고령화와 치매

- 2017년 고령사회(aged society) 진입
- 현재 노인인구와 동일한 725만의 베이비부머 세대 2020년 노인세대 진입
- **2026년 초고령사회 진입!**
- 초고령 인구 급격히 증가
- **한국은 세계 최장수 국가!** 2030년생 한국 여성 평균수명 90.82세 (Kontis et al., 2017)
- 95세 이상 치매 유병률 약 50%

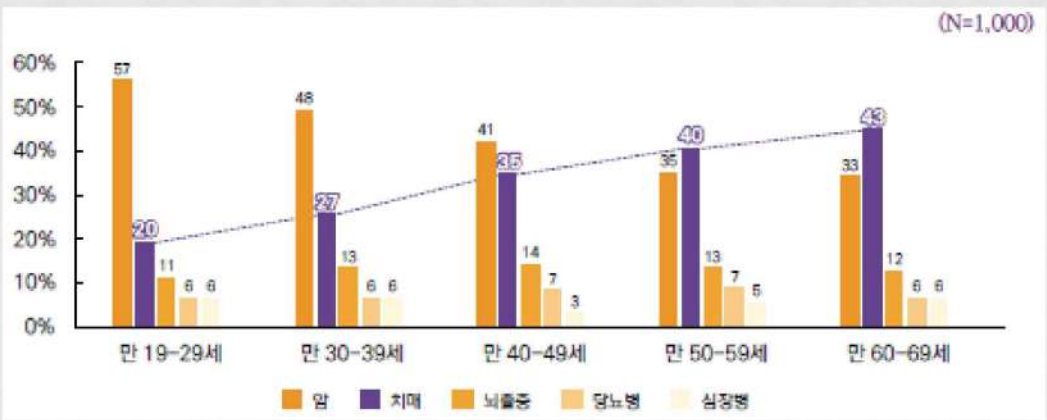
우리나라 치매노인 현황

- 2018년 65세 이상 치매인구는 75만 명(유병률 10.16%)
- 2024년 100만 명



치매에 대한 불안

- 우리나라 50대 이후에 가장 두려운 질환은 치매
- 50대 이전에도 암 다음으로 두려운 질환



자료: 중앙치매센터(2014)

개인과 가족의 고통

- 전반적 인지기능, 행동, 독립성 상실
- 진단 이후 유병기간 약 10년
- 의료, 장기요양, 사회서비스 등 포괄적 서비스 필요
- 65세 이상 10대 노인질환 중 알츠하이머 치매가 총 진료비, 내원일수, 1인당 진료비, 진료비 증가율 모두 1위
- 1인당 연간 관리비용 2017년 2,074만원. 노인부부가구소득 대비 57.3%
- 가족돌봄자의 68% 높은 부양부담, 이중 65% 우울증상

국가 치매노인 정책전략

치매국가책임제

- 추진배경
  - 인구고령화와 치매 인구 증가
  - 가족해체 등 치매 가족의 고통 심화
  - 치매로 인한 사회적 비용 부담
  - 이전 치매 지원체계의 한계
- 2017년 9월 치매국가책임제 발표
  - 치매를 국가가 책임져야 할 사회 전체의 문제로 인식하고 치매 예방에서부터 의료, 돌봄, 사회서비스에 이르기까지 국가 주도하에 치매에 대한 정책을 실행하겠다는 의지

치매국가책임제

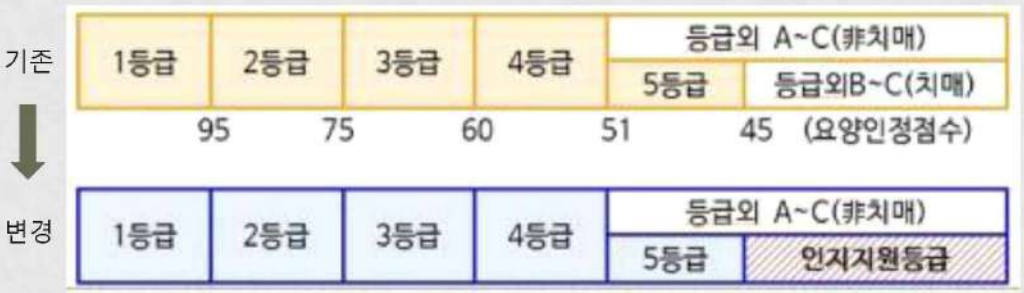
분야	중점과제
맞춤형 사례관리	치매안심센터 설치·운영
장기요양서비스 확대	경증치매 대상 확대
	주야간보호시설 확충 및 통합형 방문서비스 제공
	장기요양입소시설 확충
	장기요양시설 지정갱신제 도입
치매환자 의료지원 확대	치매안심요양병원 확충
	중증치매환자 의료비 본인부담률 경감
	치매신경인지검사 및 영상검사(MRI) 급여화
치매 요양비 부담 완화	장기요양 본인부담금 경감 확대/ 식재료비, 기저귀 급여화 검토
치매예방 및 치매친화적 환경 조성	노인복지관 치매예방 프로그램 제공
	국가건강검진 인지기능 검사 정밀화
	치매가족휴가제, 실종예방, 공공후견인 제도 등

치매국가책임제

- 전국 256개 보건소에 **치매안심센터** 설치
  - 1:1 맞춤형 상담, 검진, 관리, 서비스 연결, 가족지원 등 통합적인 지원

치매국가책임제

- **장기요양서비스 확대**
  - 신체기능과 상관없이 경증치매노인도 장기요양보험혜택 적용
  - 2018년 1월 **인지지원등급** 시행
  - 1만2천700명 인지지원등급 판정(2019년 5월 기준)



치매국가책임제

- 의료지원을 통한 부담 완화
  - 중증치매 본인부담율 20~60% → 10%로 대폭 감소
  - 치매의심단계 신경인지검사 30~40만원 → 15만원
  - MRI 60만원 → 33만원(상급종합병원기준)
  - 2019년 내 공립요양병원 50곳 치매전문 병동 설치
  - 장기요양 본인부담경감 대상 기존 중위소득 50%(건강보험료 순위 25%이하)에서 건강보험료 순위 50% 이하로 확대

치매국가책임제

- 치매예방 및 치매 친화적 사회환경 조성
  - 치매파트너즈
  - 치매안심마을
  - 치매노인 실종예방사업
  - 저소득 중증 독거 치매노인을 위한 공공후견제도
  - 노인종합복지관 인지활동서비스

커뮤니티케어

- 커뮤니티케어
  - 살던 곳에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 사회서비스 정책 (보건복지부, 2018)
- 커뮤니티케어의 의미
  - 분리된 대형시설에서 지역사회로 탈시설화 (deinstitutionalization)
  - 중앙정부에서 지방정부로의 권한이양 (decentralization)
  - 지역사회 다양한 주체의 참여와 지원

➡ 무엇부터, 어떻게 시작할 것인가?

커뮤니티케어

4대 핵심요소	내용
주거	• 노인 맞춤형 케어안심주택 • 집수리 사업 • 커뮤니티케어형 도시재생뉴딜
건강의료	• 집중형 방문건강서비스 • 방문의료 • 노인 만성질환 전담 예방·관리 • 병원 '지역연계실 ' 운영
요양돌봄	• 차세대 노인장기요양보험 구축 • 재가 의료급여 신설 • 식사 배달 등 다양한 신규 재가서비스 • 회복·재활서비스
서비스 연계	• '케어안내창구' 신설(읍면동) • 지역케어회의 등 지역사회 민·관 서비스 연계·협력(시군구)

커뮤니티케어 공통 제공기반

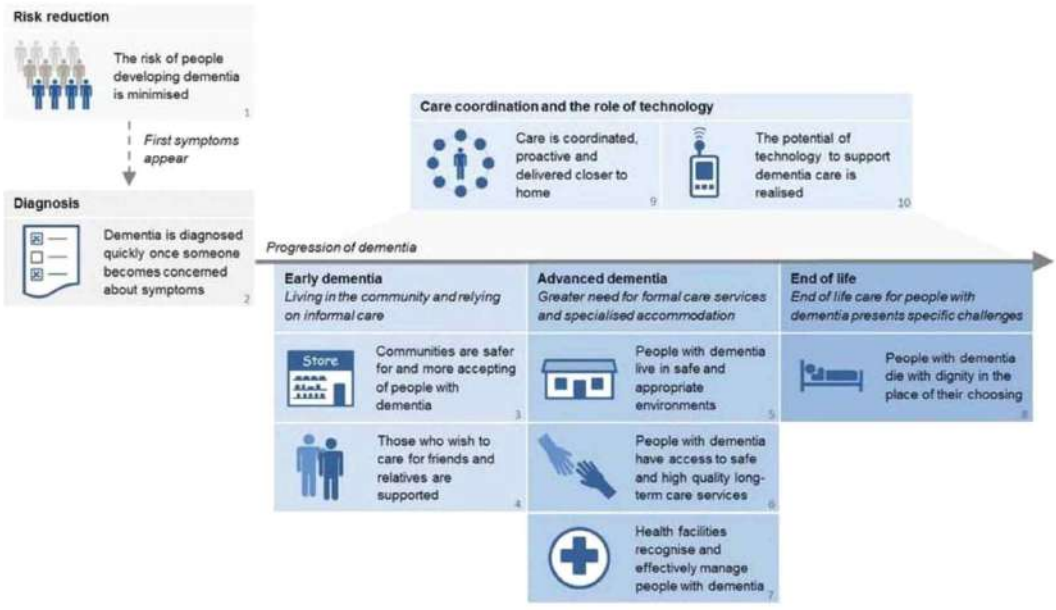
- 읍면동 '케어안내창구'
  - 케어가 필요한 사람에 대한 기초욕구 조사, 서비스 정보 통합 안내, 서비스 신청 접수·대행 등
  - 읍면동 단위에서 해결이 어려운 복합 사례는 시군구 지역케어회의로 의뢰
- 시군구 '지역케어회의'
  - 읍면동에서 의뢰된 복합적 욕구를 가진 대상자에 대한 종합 욕구사정, 심층 사례관리 및 서비스 연계

치매정책의 원칙

치매정책의 원칙

- OECD 국가들 치매정책 공통의 원칙(2004)
  - 탈시설화(deinstitutionalization)
  - 가족돌봄자 적극 지원
- OECD(2015) Addressing Dementia: The OECD Response
  - 치매를 가진 사람의 삶의 질 향상
  - 치매 진행 단계별 욕구에 맞게 접근
    - 초기치매
      - 지역사회거주, 주택개조, 치매 친화적 지역사회
      - 비공식적 돌봄의 역할 중요, 그러나 지속가능하지 않을 수 있음
    - 중기치매
      - 공식적 돌봄서비스, 전문인력에 의한 장기요양서비스
      - 소규모 가정과 같은 환경의 living arrangement
    - 말기
      - 완화 돌봄(palliative care), 존엄한 죽음
    - Care co-ordination

OECD 치매정책의 핵심목표



치매정책의 방향

탈시설화

- '자신이 살던 곳에서 나이 들어가기(Aging in Place)'를 실현할 수 있는 **지역사회의 역량 강화**
  - 지역사회 서비스 확대
    - 시설입소를 대체할 수 있는 수준의 통합적 서비스
    - 경증의 치매노인을 위한 지역사회 서비스
    - 지역 간 불평등
  - 시설돌봄의 대안으로 소규모의 다양한 주거모델
    - 지역사회 돌봄의 장점(존엄성과 독립성)과 시설 돌봄의 장점(안전, 의료 및 돌봄서비스 접근성)을 결합한 소규모 가정과 같은 환경의 living arrangement

탈시설화

- 대안적 노인주거모델의 해외사례
  - 독일
    - 서비스주거(Servicewohnen), 노인주거(Seniorenwohnen), 노인레지던스(Senioren-Resindenz) 등 가사지원, 식사, 돌봄 필요에 따라 수발서비스를 이용할 수 있는 여러 형태의 돌봄주거
    - 돌봄 주거공동체(Betreute Wohngemeinschaften)는 3-11명의 사람들이 한 집에 거주하면서 주방, 거실, 화장실 등을 공유하며 개인 침실을 갖춘 주거형태로, 재가 수발서비스에 수발과 돌봄을 위임
    - 치매노인 돌봄 주거공동체의 경우 돌봄 및 수발 담당자가 상주
    - 여러 요수발자가 한 집에 거주할 경우 재가급여를 이용하여 수발 서비스를 단체계약으로 제공받음.
  - 일본의 그룹홈
    - 치매환자 5~9명이 한 집에 거주
    - 각자 자신의 방을 갖고 있으며 욕실과 거실을 공유
    - 식사준비와 가사일에 거주자들이 참여하도록 독려함으로써 집에 대한 주인의식과 독립심을 갖게 함

탈시설화

- **가족돌봄자 역량 강화**
  - 가족이라는 관계만으로는 할 수 없는, 치매 돌봄자로서의 새로운 지식, 기술, 태도 요구됨
  - 치매 진행에 따라 남아 있는 능력과, 수행할 수 있는 활동 수준 파악할 수 있어야 함
  - 치매가 진행되면서 이전의 방식은 더 이상 효과가 없으므로, 계속 새로운 전략과 새로운 의사소통방식이 시도되어야 함

➡ <u>지지(support)를 넘어서는 교육과 훈련(training) 필요</u>

- 가족을 지원하는 다양한 정책들

사람 중심(PERSON-CENTERED)의 통합적 서비스

- 치매노인의 삶의 질 향상
  - 치매는 치료할 수도, 질병의 진행을 막을 수도 없다.
  - 그렇다면 치매돌봄자는, 치매 정책은 무엇을 목표로 해야 할 것인가?

➡ 치매를 치료할 수는 없지만, 더 나은 정책을 통해 치매를 가진 사람들의 삶을 개선할 수 있고, 이것이 치매 정책의 목표가 되어야 한다!

- 치매노인의 삶의 질이 향상된다는 것은 무엇을 의미하는가?

사람 중심(PERSON-CENTERED)의 통합적 서비스

- 무엇이 치매를 가진 사람의 삶의 질을 결정하는가?

사람 중심(PERSON-CENTERED)의 통합적 서비스

- **사례관리 강화**
  - 서비스 분절, 파편화 속에서 서비스 중복과 누락
  - 사례관리가 부재하기 때문에, 서비스 선택과 이동은 온전히 가족의 몫이 됨
  - 지역사회 허브기관의 다학제적 팀에 의한 초기집중지원과 사례관리
  - 치매노인의 욕구에 맞는 서비스를 통합적이고 지속적으로 제공
  - 특정 정책이나 서비스를 도입하는 것이 아니라 전체 사회서비스 정책과 서비스, 전달 체계의 재구성(김보영, 2018)
  - 현재의 치매안심센터나 통합사례관리로 정책 성공을 기대하기 어려움.
  - 누가 어떻게 담당할 것인가?
- **양질의 인력, 교육체계, 처우개선의 뒷받침**

공공성 강화

- 의료와 돌봄서비스 공급기관 모두 민간이 대다수
- 대상자의 욕구에 따른 적합한 서비스 기관으로의 흐름은 제도적으로 일어나기 어려움
  - 노인요양공동생활가정과 요양병원을 이용하는 치매 대상자 중에서 각각 34%, 25%는 양로시설이나 가정에 거주하면서 보살피는 것이 적합한 것으로 나타남(치매노인실태조사, 2011)
  - 요양병원의 경증 치매 노인의 비율 29.7%
- 장기요양 공공인프라 확충

예방중심의 서비스

- 치매를 완전히 예방할 수는 없지만, 위험요인을 관리함으로써 치매의 위험을 최소화

감사합니다!

주제발표 2

제주지역 치매노인 부양가족 서비스 욕구실태와 정책과제

정여진(제주여성가족연구원 선임연구위원)

제주지역 치매노인 부양가족의 서비스 욕구 실태와 정책과제

일 시 : 2019. 11. 1
장 소 : 근로자종합복지관
발표자 : 정여진 선임연구위원

제주여성가족연구원
JEJU WOMEN & FAMILY RESEARCH INSTITUTE

연구개요

■ 연구목적

• 노인장기요양보험 서비스 등급에 해당되지 않는 최경도와 경도 치매노인은 제주지역 전체 치매노인의 55.1%에 달함
• 가족에 의해 주로 돌봄을 받고 있는 치매노인 및 그 부양가족의 실태조사를 통하여, 부양부담 완화 및 지역사회 삶 영위에 기여할 수 있는 정책 과제를 제안하고자 함

■ 설문조사

• 조사대상 : 최근 6개월 이상 치매노인을 부양하고 있는 주부양자(N=446)
• 조사방법 : 치매안심센터, 재가노인복지시설의 주간보호, 방문요양 이용자 및 재가치매노인 부양자 1:1 면접조사
• 조사시기 : 2019. 4.11 ~ 5. 1
• 표본오차 : ±4.%p, 95%신뢰수준

연구개요

■ 응답자 일반적 특성

- **성별** : 여성 63.9%(285명), 남성 36.1%(161명)
- **평균 연령** : 57.9세, 여성(57.7세), 남성(58.4세)
- **결혼상태** : 유배우자 가구(79.4%), 사별(10.1%), 미혼(5.2%), 이혼(4.5%)
- **직업** : 판매/서비스직(30.2%), 농림어업/기능직(25.0%), 전업주부(14.1%)
- **치매노인과의 관계** : 딸(30.9%), 아들(30.0%), 며느리(23.3%), 배우자 (12.1%)
- **월평균 소득** : 200~299만원(24.2%), 200만원 미만(34.7%), 300~399만원(21.1%)

연구개요

■ 피부양자 치매노인 특성

- **성별** : 여성 76.9%(343명), 남성23.1%(103명)
- **평균 연령** : 84.4세, 여성(84.7세), 남성(81.0세)
- **발병 후 확진 소요시간**: 1년 미만(44.2%), 1~2년(29.1%), 2~3년(11.0%)
- **현재 치료 방법** : 정기적 진료/약복용(78.3%), 필요시만 진료(14.8%), 진료받지 않음(5.2%)
- **장기요양 등급** : 4~5등급(59.2%), 1~3등급(26.0%)
- **주거주지** : 본인집(57.6%), 자녀의 집(40.1%)
- **치매 외 타질환 보유** : 있음(89.2%)
  여성 - 고혈압(59.2%), 관절염(45.8%)
  남성 – 고혈압(50.5%) , 당뇨병(28.2%)

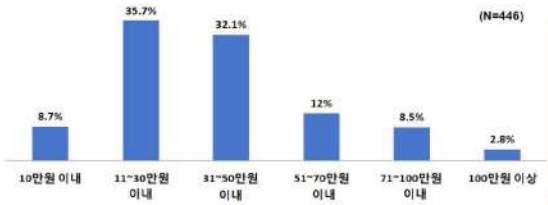
조사 결과

■ 치매노인 돌봄 기간 및 비용

돌봄 기간

- **총 돌봄 기간 : 평균 50.28개월(약 4년 1개월)**
  - 1년~3년 40.8%, 3년~5년 20.4%, 5년~10년 16.4% 순
  - 주부양자가 배우자인 경우, 10년 이상 돌봄의 비율이 아들, 딸, 며느리 등에 비해 2배 가량 높음
- **하루 평균 돌봄 시간 : 9.6시간**
  - 10시간 이상의 경우 : 형제자매(75%), 배우자(74.1%)>며느리, 딸(44.2%)>아들(35.8%)

돌봄 비용

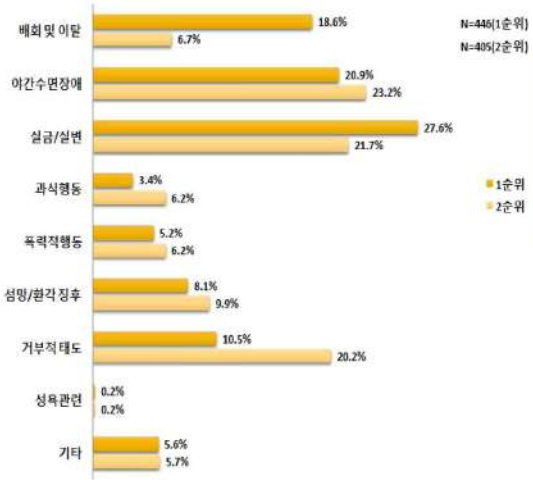


- **한달 평균 : 43만9천원**
- **돌봄 비용 부담자**
  - 자녀 공동(24.4%), 장남(17.9%), 본인(15.7%), 배우자(14.1%)

조사 결과

■ 치매노인 부양 부담

부양 시 애로점



- **'실금/실변' 49.3%, '야간 수면장애' 44.1%, '거부적 태도' 30.7%, '배회 및 이탈' 25.3%**

조사 결과

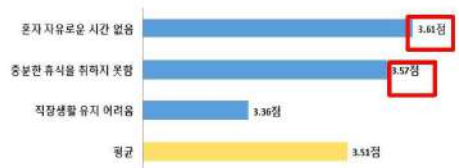
■ 치매노인 부양 부담

영 역	평균		t
	여성	남성	
시간적 부담	3.52	3.47	0.53
심리적 부담	3.04	2.84	1.87
신체적 부담	3.40	3.04	3.67***
경제적 부담	3.63	3.45	1.27
사회활동 제한	3.38	3.25	1.27
가족관계 변화	2.87	2.77	0.88
돌봄 환경	2.96	2.91	0.53
전반적 부담	3.47	3.19	2.63**
total	3.23	3.12	1.19

조사 결과

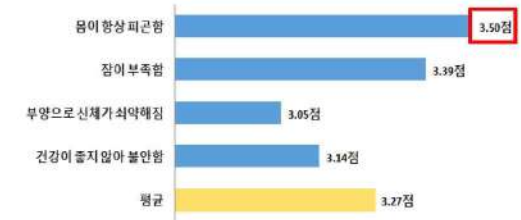
■ 치매노인 부양 부담

시간적 부담

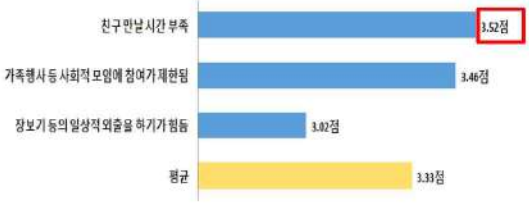


심리적 부담

신체적 부담



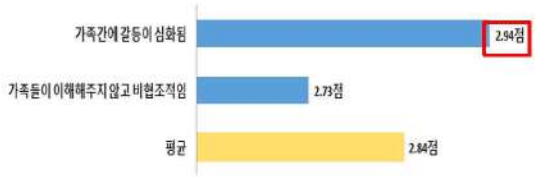
사회활동 제한



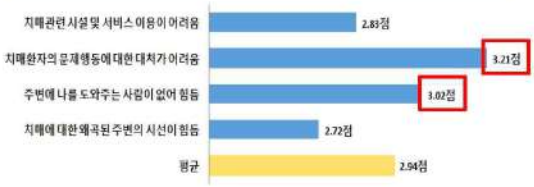
조사 결과

■ 치매노인 부양 부담

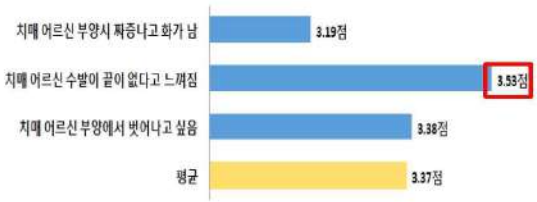
가족관계 변화



돌봄 환경



전반적 부담



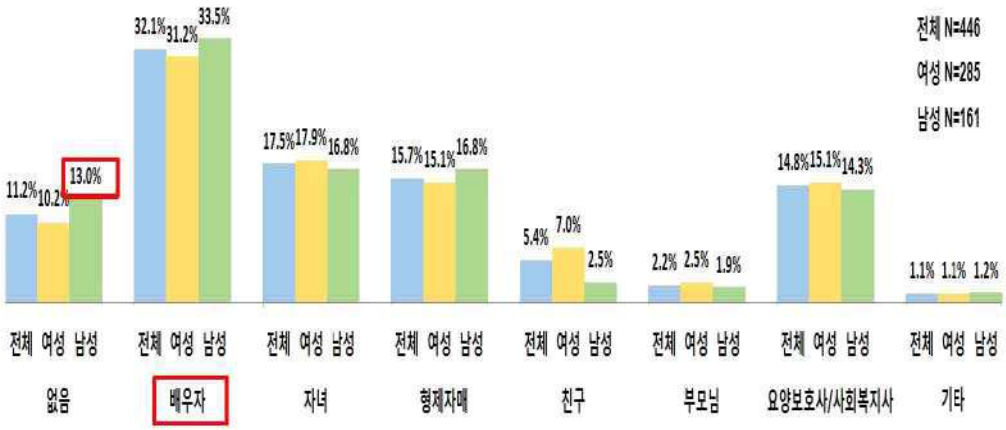
경제적 부담

•'치료와 간호비용이 부담됨'이라는 문항에 대하여, 주부양자들은 평균 3.33점으로 보통 상회

조사 결과

■ 치매노인 부양 부담

부양 부담 의논 상대



조사 결과

■ 치매노인 부양 부담

치매노인 외 부양가족 유무

조사 결과

■ 치매노인 부양 부담

치매노인 부양으로 인한 실직 경험

구 분		전 체	있 음	없 음	
전체		446(100)	111(24.9)	335(75.1)	
성별	여성	285(100)	87(30.5)	198(69.5)	13.43***
	남성	161(100)	24(14.9)	137(85.1)	
지역	제주시	292(100)	81(27.7)	211(72.3)	3.68
	서귀포시	154(100)	30(19.5)	124(80.5)	
건강상태	나쁨	125(100)	40(32.0)	85(68.0)	13.75***
	보통	228(100)	61(26.8)	167(73.2)	
	좋음	93(100)	10(10.8)	83(89.2)	
취업형태	직업 없음	78(100)	29(37.2)	49(62.8)	
	시간제	93(100)	28(30.1)	65(69.9)	11.72**
	전일제	275(100)	54(19.6)	221(80.4)	

조사 결과

■ 치매노인 부양 부담

치매노인 부양 스트레스 해소 방법

구분		전체	①	②	③	④	⑤	⑥	
전체		446(100)	156(35.0)	165(37.0)	11(2.5)	69(15.5)	37(8.3)	8(1.8)	
성별	여성	285(100)	85(29.8)	114(40.0)	9(3.2)	41(14.4)	32(11.2)	4(1.4)	18.90**
	남성	161(100)	71(44.1)	51(31.7)	2(1.2)	28(17.4)	5(3.1)	4(2.5)	
결혼	배우자 동거	343(100)	118(34.4)	133(38.8)	9(2.6)	47(13.7)	28(8.2)	8(2.3)	43.14*
	배우자 별거	11(100)	1(9.1)	7(63.6)	2(18.2)	0(0.0)	1(9.1)	0(0.0)	
	사별	45(100)	15(33.3)	12(26.7)	0(0.0)	15(33.3)	3(6.7)	0(0.0)	
	이혼	20(100)	10(50.0)	3(15.0)	0(0.0)	3(15.0)	4(20.0)	0(0.0)	
	미혼	23(100)	11(47.8)	8(34.8)	0(0.0)	3(13.0)	1(4.3)	0(0.0)	
	기타	4(100)	1(25.0)	2(50.0)	0(0.0)	1(25.0)	0(0.0)	0(0.0)	
건강 상태	나쁨	125(100)	57(45.6)	29(23.2)	1(0.8)	29(23.2)	7(5.6)	2(1.6)	31.69***
	보통	228(100)	72(31.6)	90(39.5)	9(3.9)	30(13.2)	21(9.2)	6(2.6)	
	좋음	93(100)	27(29.0)	46(49.5)	1(1.1)	10(10.8)	9(9.7)	0(0.0)	
취업 형태	직업 없음	78(100)	25(32.1)	29(37.2)	0(0.0)	12(15.4)	8(10.3)	4(5.1)	26.42**
	시간제	93(100)	26(28.0)	40(43.0)	7(7.5)	10(10.8)	10(10.8)	0(0.0)	
	전일제	275(100)	105(38.2)	96(34.9)	4(1.5)	47(17.1)	19(6.9)	4(1.5)	

① 혼자 참고 넘긴다 ② 가족이나 지인들과 의논한다 ③ 전문상담기관의 도움을 받는다
④ 사회복지사나 요양보호사와 의논한다 ⑤ 신앙생활을 통해 해소한다 ⑥ 기타

χ^2

조사 결과

■ 치매정보 및 교육

치매에 대한 인식 정도

구분		N	평균	F
전체		446	3.06	
성별	여성	285	3.14	8.22*
	남성	161	2.91	

치매에관한 정보 습득 경로

구분		N	대중매체	의료기관	보건소	복지관	관련서적	주변치매 가족	없음	기타	
전체		446	199(44.6)	93(20.9)	38(8.5)	15(3.4)	13(2.9)	66(14.8)	12(2.7)	10(2.2)	
성별	여성	285	120(42.1)	51(17.9)	28(9.8)	13(4.6)	10(3.5)	49(17.2)	6(2.1)	8(2.8)	15.52*
	남성	161	79(49.1)	42(26.1)	10(6.2)	2(1.2)	3(1.9)	17(10.6)	6(3.7)	2(1.2)	

χ^2

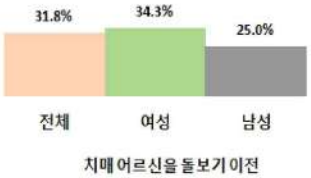
조사 결과

■ 치매정보 및 교육

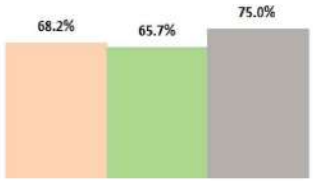
치매에 관한 교육

		전체	있음	없음	
전체		446	148(33.2)	298(66.8)	
성별	여성	285	108(37.9)	177(62.1)	7.90**
	남성	161	40(24.8)	121(75.2)	

교육경험 시점



치매어르신을돌보기이전



치매어르신을돌보기시작한이후

χ^2

조사 결과

■ 치매정보 및 교육

교육의 도움 정도

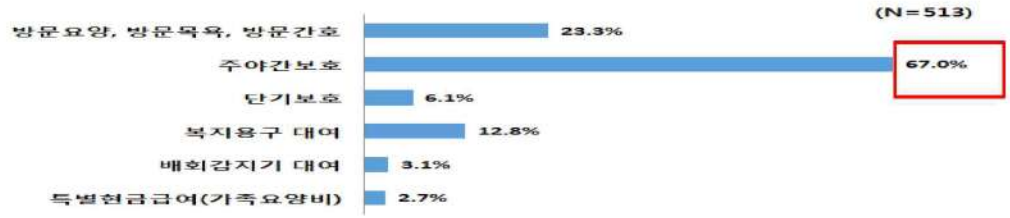
		전체	전혀 도움안됨	별로 도움안됨	보통	조금 도움됨	매우 도움됨	
전체		148	0(0)	7(4.7)	41(27.7)	48(32.4)	52(35.1)	
성별	여성	108	0(0)	5(4.6)	32(29.6)	32(29.6)	39(36.1)	1.62
	남성	40	0(0)	2(5.0)	9(22.5)	16(40.0)	13(32.5)	

치매에 관한 가족 교육 필요성

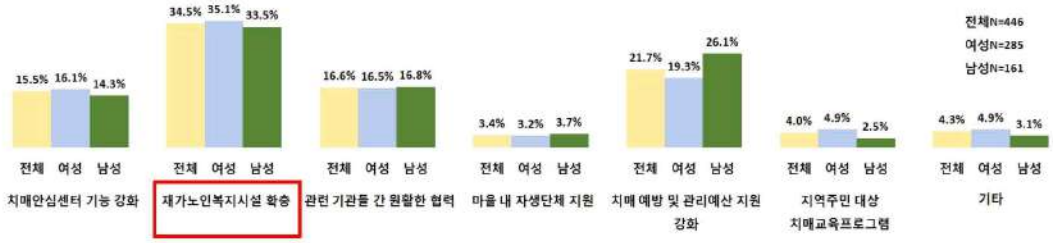
조사 결과

■ 치매가족 지원정책 및 서비스

현재 이용 서비스



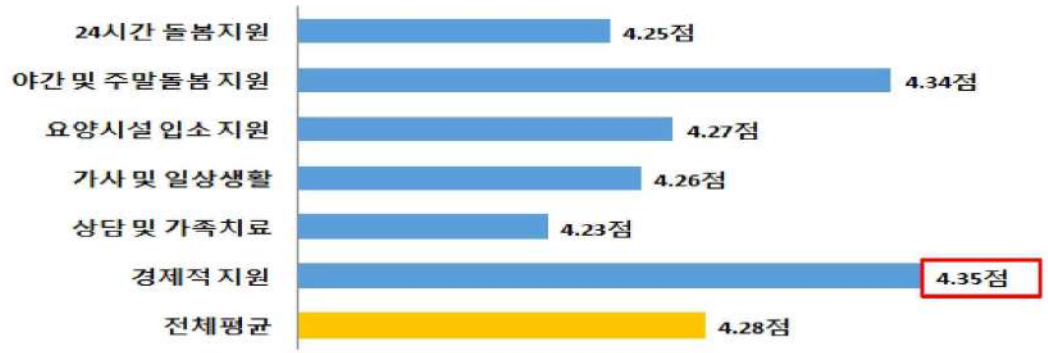
치매노인 재가 돌봄을 위해 필요한 지원



조사 결과

■ 치매가족 지원정책 및 서비스

치매노인 부양가족 지원 서비스 필요성



조사 결과

■ 치매안심센터 서비스 인식 정도

상담 및 등록 관리 사업

조기검진 및 예방 관리 사업

조사 결과

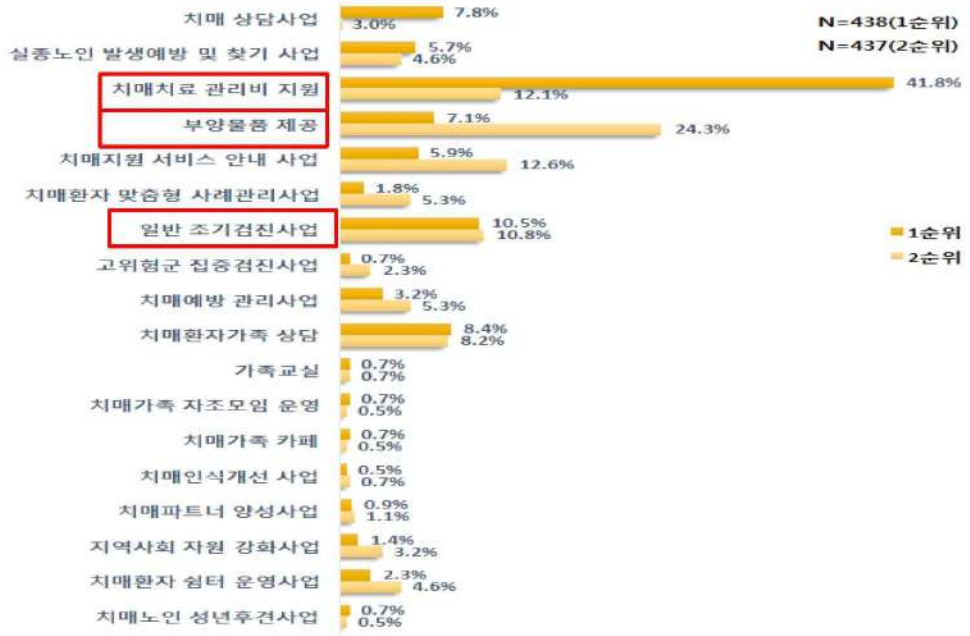
■ 치매안심센터 서비스 인식 정도

치매가족지원 사업

인식개선 및 교육홍보 사업

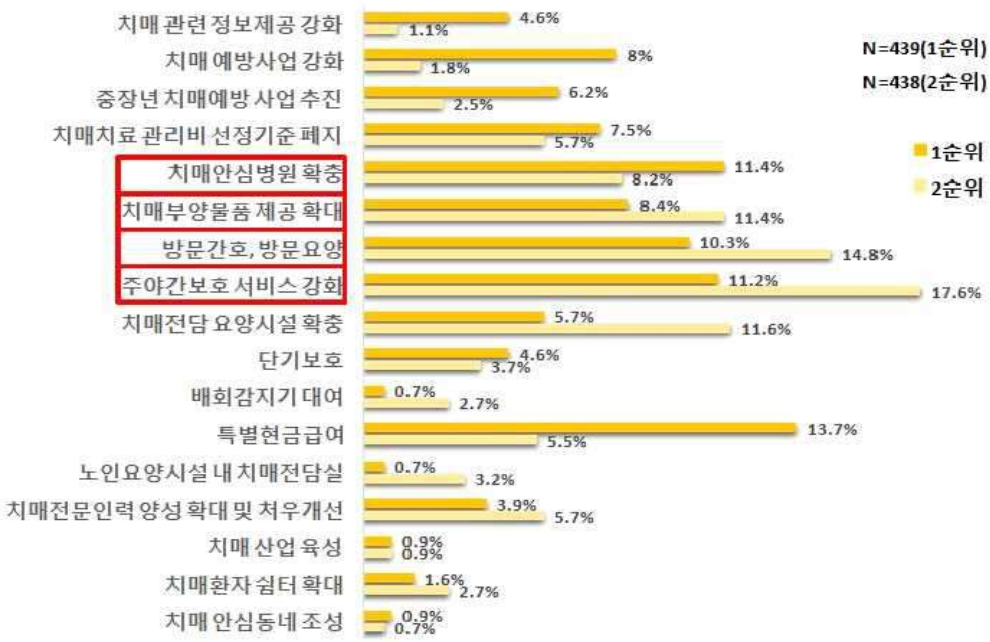
조사 결과

■ 치매안심센터 서비스 중 확대 필요 사업



조사 결과

■ 치매지원 정책 중 확대 필요 사업



정책적 대응과제

■ 정책추진 전략

- 치매노인 부양가족을 위한 원스톱 지원 전략
- 수요자 중심의 맞춤형 지원 전략
- 치매노인 부양가족을 위한 특화사업 추진 및 자립 역량 강화 전략
- 정부의 치매관리정책과의 연계 강화 전략
- 치매친화형 지역사회 조성 전략

정책적 대응과제

■ 향후 대응과제

치매노인 부양가족 정책의 질적 개선

- (가칭)제주특별자치도 치매관리 및 지원에 관한 조례 제정
- 제주특별자치도 치매관리종합계획 수립
- 치매노인 부양가족의 일가정 양립 지원체계 구축

정책적 대응과제

■ 향후 대응과제

수요자 중심의 치매 부양가족 지원 전달체계 구축

- **제주특별자치도 광역치매센터 역할 강화**
  - ✓ 지역사회 치매인식 개선 사업
  - ✓ 치매예방강사 양성 과정 활성화
  - ✓ 치매노인 부양가족 수요조사 및 평가 사업 추진
  - ✓ 지역사회 치매협의체 네트워크 활성화

- **치매안심센터 운영 활성화 및 수요자 중심 사업 추진**
  - ✓ 치매안심센터 컨트롤 타워 필요
  - ✓ 수요자 중심 "찾아가는 프로그램" 개발 및 활성화
  - ✓ 치매노인 부양가족 경제적 부담완화 및 서비스 확대
  - ✓ 지역사회 중심의 민관협력 "(가칭)반딧불이 사업" 체계 구축

정책적 대응과제

■ 향후 대응과제

수요자 중심의 치매 부양가족 지원 전달체계 구축

- **재가노인복지시설 운영 활성화**
  - ✓ 가족휴식제도 추진을 위한 단기보호 제도 운영
  - ✓ 주야간 보호 활성화
  - ✓ 예방적 치매관리 프로그램 강화
  - ✓ 제주지역 재가노인복지협회 활성화

- **보건의료와 복지 분야의 통합적 치매관리 지원체계 구축**

결론 및 제언

■ 향후 대응과제

치매친화형 지역사회 조성 사업의 구상 및 실천

- 제주지역 치매대응형 서비스 체계 구축
  - ✓ 치매에 대한 지역주민의 의식 변화
  - ✓ 치매에 대한 지역주민 교육 및 홍보 강화
  - ✓ 지역사회 자원봉사자 인력 활용
  - ✓ 치매 관련 정보 제공의 일원화
  - ✓ 치매노인 재가부양 지원 확대
  - ✓ 치매노인 교통약자이동서비스 지원
- (가칭) 혼디 기억학교 운영

결론 및 제언

■ 향후 대응과제

치매친화형 지역사회 조성 사업의 구상 및 실천

- 공무원 대상 치매교육 프로그램 개설 및 운영
- 치매 케어 매니저 육성 사업 추진
- (가칭)제주형 치매안심마을 조성 사업

결론 및 제언

■ 향후 대응과제

치매노인 부양가족 돌봄 역량 강화 사업

- 치매노인 부양가족 돌봄 임파워먼트 프로그램 개발 및 운영
- 치매노인 돌봄 설계 지도 프로그램 운영
- 치매노인 부양가족 사회적 지지 프로그램 지원 강화

감사합니다

토론문

장혜경(한국여성정책연구원 명예선임연구위원)
한정원(부산가톨릭대학교 노인복지보건학과 교수)
이은주(대구시 기억학교협회 회장)
박경희(제주특별자치도 광역치매센터 사무국장)
이성덕(제주특별자치도 재가노인복지협회장)
이명희(원광요양원 원장)

토론문: 치매노인 가족지원 과제

장혜경(한국여성정책연구원 명예선임연구위원)

고령화는 늙어가는 상태로 시간의 차이가 있을 뿐 살아있는 모든 사람들이 당면해가는 자연적인 현상이다. 평균기대수명의 증가는 인간이 얼마나 오래 살 수 있을까를 열어놓음으로써 건강한 장수는 전 세계적으로 중요한 이슈가 되고 있다. 건강한 노화, 건강한 장수의 삶에 치매는 치명적인 방해꾼으로 치매당사자의 삶과 특히 이를 돌보는 가족원의 삶에 부정적인 영향을 미칠 수밖에 없다. 대부분의 경우, 노화와 치매가 함께 나타남으로써 치매노인이 있는 가족의 삶이 조명되어야하는 것은 매우 중요한 과제이다.

사회통계들은 자녀가 부모의 노후를 책임지는 소위 '세대간 부양 관계'에 대한 세대 간 암묵적 약속이 해체됨으로 인해 부양에 대한 국가적 책임의 요구가 증대하고 있을 보여주고 있는데, 부모부양의식에서 부모생활비 지원주체에서 전반적으로 부모 스스로 해결하고 있다는 응답이 2006년 44.3%에서 2016년 52.6%로 증가하였고 노년기 부모부양의 책임 주체에서는 가족과 정부·사회라는 견해가 2002년 18.2%에서 2016년 45.5%에 달하고 있다 (통계청, 각년도 「사회조사」). 이러한 추세는 노년기의 삶을 스스로 해결하거나 정부나 사회가 많은 부분 지원해주어야한다는 가치관과 사회적 책임성의 욕구가 자리 잡고 있어 노년기 삶에 대한, 특히 치매와 같은 질병관리 및 치료에 정책거버넌스가 보다 중요해 지고 있음을 반영하고 있다.

이러한 가운데 정여진 박사의 연구는 국가치매노인정책과 여타 지자체의 노력들, 그리고 조사를 통해 제주지역 치매노인 부양가족의 삶을 조명하고 이를 지원할 수 있는 정책과제를 도출해 낸 것은 그 의의가 크다. 정책의 방향과 추진전략, 향후대응과제의 제시는 질병으로서의 치매발생을 예방하고 관리(생활습관 등)하는 것이 얼마나 중요한가를 생각할 수 있게 하고 (치매발생 전에 대한 것은 연구범위에 없지만) 발생 시 맞춤형 치료관리를 종합적으로 제시하여 이를 위한 정책적 준비에 많은 기여를 하고 있다. 무엇보다도 정책추진에 있어 추진 주체들로 가족, 지역사회, 국가가 함께 협력해야 함을 제시하고 있어 현재의 정책상황에서

어디에, 무엇을. 어떻게 개입할 수 있을지를 조명해 주고 있다.

본 토론자는 정여진 박사가 제시한 정책과제들의 중요성을 공감한다. 이러한 정책들이 단기·중기·장기적인 로드맵을 가지고 각 시기별로 실효성 있게 추진되기를 기대하며 생각해볼 지점으로 세 가지 측면에서 논의해 보고자 한다.

첫째, 정책과제들이 전반적으로 매우 포괄적·거시적·종합적으로 제시됨으로써 이현주 교수의 발제문인 "국가 치매노인 정책전략과 방향" 내용의 범위와 유사하다. 국가차원을 제주차원에서 조명한 것은 의의가 있으나 연구의 목적이 표방하는 바대로 치매노인 **가족지원**을 중심으로 좀 더 초점을 맞추면 정책실행에 있어 보다 효율적일 것으로 생각된다. 이를 위해서는 **가족에 대한 (돌봄자) 직접적·근거리 지원차원과 가족(돌봄자)을 둘러싼 간접적·원거리 지원차원에서 정책들을 재구성**해 보는 것이다. 이러한 작업은 현재 제주에서 다양한 주체들이 실행하고 있는 사업들의 현주소를 파악하게 함으로써 가족지원에 대한 우선순위의 사업들과 예산을 고려하게 하고 사업의 평가를 통한 보완과 폐지, 신규 등의 사업이 준비될 수 있도록 할 것이다. 가족이 필요한 것은 돌봄의 시간에 대한 지원과 돌봄자로서의 휴식이 가장 우선할 것인데 이는 직접적으로 제공해야하는 것들이다. 제시된 과제들을 중심으로 집합해 봄으로써 어떻게 할 것인가를 기획할 수 있다 (돌봄로봇을 통한 돌봄자 역할 지원이 직접적 지원이 될 수 있다면 이의 실행화를 위한 방법, 치매가족교실 활성화, 돌봄자의 건강증진, 돌봄역량강화 등). 근거리 차원에서는 마을 혹은 지역공동체내에서의 제공할 수 있는 것들이다. 예를 들어 치매는 누구라도 당면할 수 있다는 인식의 보편화와 건강하게 살아가는 사소한 습관들의 중요성에 대한 교육 및 홍보이다. 치매노인 가족과 일반가정, 학교, 직장, 기업, 공공기관 등의 공감은 공동체 차원에서 치매노인 가족에게는 큰 정서적 지원이 되며 일반인들에게는 예방과 관리의 중요성을 인식하게 할 수 있다. 치매노인 가족지원 사업들이 상호 유기적으로 연동될 때 사업과 돌봄자가 밀착되는 한뼘거리 정책이 될 것이다 (전달체계의 활성화, 정보제공, 반딧불이 사업, 기억학교 등).

둘째, **가족의 변화추세에서 노인 및 노인 가족에 대한 시사점을 고려하여 치매노인 가족지원에 반영될 필요**가 있다는 점이다. 우리나라의 주된 가구유형이 4인 가구에서 1인가구로 바뀌고 있고 1세대가구의 증가와 1세대가구 중 부부만으로 구성된 가구가 2000년 12.3%에서 2017년 15.9%로 증가하였다. 통계청의 장래

가구추계를 보면 2035년에는 1인가구가 34.3%, 부부가구가 22.7%로 증가할 것으로 전망하고 있다(통계청, 2012, 장래가구추계). 제주도의 인구전망도 예외는 아니다. 이러한 1인 가구 및 1세대 부부가족 증가는 (예측한 것 보다 속도나 비율의 증가가 빠르게 커질 수도 있을 것이다) 인구고령화와 함께 치매노인1인가구와 치매노인부부가족의 발생이 예측되지 않을 수 없다. 가족지원으로서 돌봄자의 일·가정양립지원이슈에서 더 나아가 치매노인을 돌보는 돌봄자로서 노인배우자는 어떻게 지원할 것인가가 함께 조명되어야 한다는 것이다. 가족의 변화 및 가족원수의 규모, 가족형태, 가치관의 변화 등의 추이는 부양자 유무, 주 부양자와 부부양자, 그리고 그 외의 가족원 등의 유무와 규모 등을 고려하게 하여 그에 따른 가족지원의 내용이나 성격, 지원서비스 양태 등이 달라져야할 것임은 분명하다.

셋째, **가족지원을 위해** 당장 손에 쥐는 현금이나 바우처 등도 좋지만 무엇보다도 **필요한 것은 직·간접, 근거리·원거리의 모든 정책들이 연결된 치매친화적 지역사회로서의 인프라 구축을 위한 예산이라고 생각**한다. 연구에서 제시된 과제들을 중심으로 인프라 형성을 위한 과제들을 집약하여 과제들을 구체적으로 조명하고 추가 예산의 범위와 조달 방안. 기존 전달체계의 조정과 통합, 관련부서의 의지와 무엇보다도 정책결정자의 의사결정을 이끌어 낼 수 있는 노력이 경주될 필요가 있다.

토론문: “치매와 잘 살아가기”(Living Well with Dementia)

한정원(부산가톨릭대학교 교수/라파엘노인데이케어 센터장)

고령화와 치매 유병률, 사회적 비용의 증가

우리나라는 지난 2017년 전체노인인구비율이 14%를 넘으면서 고령사회로 진입하였다. 앞으로도 총인구 대비 노인인구비율은 2030년 24.3%, 2050년 37.4%로 급박하게 증가할 것으로 예상되며, 75세 이상 인구비율은 2015년 5.5%에서 2030년 9.7%, 2050년 22.1%로 증가할 것으로 전망된다. 2018년 초고령사회로 진입한 일본은 1994년 고령사회 이후 24년이 소요되었지만, 한국은 2017년 고령사회로 진입하고 2026년 초고령사회로 진입하여 불과 9년이 소요될 예정이다.

고령인구의 증가는 대표적인 노인성질환인 치매 유병률의 증가로 이어진다. 실제로 2014년 65세 이상 치매 유병률은 9.6%로 61.2만명으로 추산되지만 2015년에는 전체노인의 15%인 271만명으로 증가한 것으로 보고되고 있다(보건복지부, 2016). 2014년 의료서비스를 이용한 치매환자는 44만 3천명이며 연평균 20%씩 증가하고 있다. 치매로 인한 연간 총 진료비는 2014년 1조 6천억원이며 1인당 진료비는 약 364만원 수준이다(건강보험공단, 2015). 장기요양서비스 이용자 중 치매환자는 이용자의 절반이 넘으며(54.3%), 연평균 약 10%씩 증가하고 있다. 2013년 기준 치매로 인한 사회적 비용은 약 11.7조원이고 2050년에는 약 43.2조원으로 증가할 것으로 예측된다(국회예산정책처, 2014).

인구고령화와 치매인구의 증가로 2016년 말 69만명의 치매환자가 2030년에는 127만명까지 증가할 것으로 전망되고 치매환자 및 가족의 고통을 경감하기 위해 치매에 대한 조기진단과 예방부터 상담, 사례관리, 의료지원까지 종합적 치매지원체계를 구축하기 위해 2017년 9월 치매국가책임제 추진계획이 발표되었다. 추진계획은 전국 252개 치매안심센터를 설치하여 맞춤형 사례관리를 실시하고 치매장기요양비의 본인부담금 경감 확대, 전국 350여개의 지역 노인복지관을 통해 치매고위험군 대상 인지활동서비스를 제공하는 등의 내용을 담고 있다.

실제로, 2017년 12월부터 전국 보건소에 치매안심센터를 설치하고 서비스를 제공하기 시작하였고 2018년 1월부터 노인장기요양 등급 중 ‘인지지원등급’이 신설

되어 경증치매환자에게 장기요양의 혜택이 돌아가게 되었다. 2019년 현재 전국에 256개 치매안심센터를 설치, 운영 중이며 그 중에 치매상담센터, 치매까페 등 필수 서비스를 모두 제공하는 정식개소 기관은 2018년 12월 말 기준으로 166개소이다(보건복지부 보도자료, 2019. 01)

치매노인서비스의 현황과 문제점

병원이나 요양원에 보호 조치되지 않은 치매노인이 집에 거주하거나 지역사회의 주·야간보호센터, 보건소의 치매안심센터에서 받을 수 있는 서비스는 지역노인복지관, 치매안심센터, 방문요양이나 주간보호센터와 같은 재가복지서비스 등으로 나누어져 있다. 즉, 노인장기요양법에 의거한 치매특별등급인 5등급이나 치매국가책임제 이후 개설된 인지지원등급인 경우, 주로 방문요양이나 지역의 주·야간보호센터에서 인지지원프로그램을 제공받을 수 있다. 치매안심센터에서는 치매위험군이나 인지지원등급자에게 1:1맞춤형 사례관리나 프로그램을 제공하고 있으나 현실적으로 맞춤형 사례관리는 제공되기 어려운 실정이다. 지역의 노인복지관은 치매안심센터와 함께 치매위험군 조기발굴의 의무를 가지고 치매발병위험이 높은 독거노인이나 인지능력이 약화된 노인분들을 대상으로 복지관 내 프로그램을 제공하고 있다. 2020년부터 시행되는 노인맞춤돌봄서비스도 지역복지관에서 시행할 가능성이 높다.

현재 치매환자서비스의 문제점은 다음과 같다. 첫째, 국가주도 및 공급자 결정에 따른 top-down방식이다. 국가는 노인장기요양보험을 강력히 주도해 오면서 등급자에게 제공할 수 있는 급여항목 또한 관리하고 평가해 왔다. 노인장기요양보험은 강력한 국가개입이 제도의 도입과 발전을 이끌었던 좋은 예이지만, 서비스공급 방식에서는 관료주의와 획일주의의 부작용을 지적할 수 있다. 치매의 정도와 종류에 따라 다양한 서비스를 받아야 할 현장에서 시간과 프로그램의 내용과 회수까지 이미 정해져있다. 이용자는 맞추어놓은 틀 안에 들어가서 정해져있는 내용을 고스란히 듣고 나오는 경우가 허다하다. 사용자의 선택은 현실적으로 불가능하다. 의료현장에서도, 치매는 다양한 요인과 원인, 치료법이 있지만 대부분 알츠하이머 치매약을 처방하고 요양시설로 보낸다는 지적이 있다. 따라서 치매 진료비는 지속적으로 증가 할 수밖에 없다. 이는 '환자 중심'이 아니라 공급자들이 제공 가능한 서비스에 따라 환자를 맞추고 있기 때문이다(메디파나, 2017). 둘째, 서비스의 구체적인 내용이 없어 높은 수준을 기대하기 힘들다. 건강보험공단에서 제공하

는 ‘반짝반짝 뇌운동’을 비롯하여 체조와 인지능력을 향상시키는데 도움이 되는 ‘검증’받은 프로그램들은 개별성을 존중하기 힘들다. 실제로 주·야간보호센터에서는 종사자들이나 이용자들이 몇 년이 지나도록 같은 프로그램을 운영하는 경우가 많아 장기 이용자의 흥미를 자극하지 못하고 있다. 셋째, 서비스 제공자들은 행정업무에 시달리는 사회복지사, 작업치료사거나, 5~60대 요양보호사가 대부분으로 인지프로그램 등을 비롯한 다양한 개별형 서비스업무 제공이 힘들다. 서비스 제공 인력의 수준이 서비스 품질에 직접적인 영향이 있음에도 불구하고 돌봄종사자의 교육 및 자격조건심사는 엄격하지 않다. 경력이 있는 유능한 종사자더라도 근무환경을 감안하면 맞춤형 사례관리를 하기는 매우 힘든 상황이다.

사용자의 선택 없는 치매노인돌봄 서비스

그동안 노인돌봄연구에서 노인의 목소리가 충분히 들리지 않는다는 지적이 늘 있어왔다. 치매노인에 대한 연구에서도 돌봄 종사자나 가족의 관점이 주를 이루어 왔다. 주로 치매노인 돌봄 종사자나 부양자의 스트레스와 부담에 대한 연구가 생산되고 치매노인에 대한 연구임에도 정작 핵심적 당사자는 배제되는 일들이 빈번하게 일어나 왔다. 이에 대한 원인은 첫째, 치매노인과의 의사소통 및 접근이 매우 어렵기 때문이다. 치매노인은 특성상 낯선 이를 경계하며 혼돈스러워한다. 또한 가족이나 돌봄 종사자도 치매노인을 연구 환경에 노출시키는 것에 대해 익숙하지 않다. 둘째, 사회전반에서 노인을 자기 돌봄이나 삶에 있어서 적극적 주체로 보는 인식이 매우 부족하다. 즉, 치매노인은 국가제도의 일방적인 수혜자이다. 따라서 재가복지시설 등에서 제공하는 노인서비스나 인지프로그램 등은 예방이나 자립이 주목적이 아니고 ‘보호’와 ‘수발’이 중심이 되어왔다. 노인은 보호해야 할 대상이기 때문에 자기 선택이나 주장을 제기할 여지가 주어지지 않는다. 관점의 차이가 서비스를 달리하게 하기 때문에 ‘보호’에서 ‘자립’으로 서비스의 관점을 전환해야 한다. 셋째, 치매노인에 대한 구체적인 사례연구가 절실히 부족하다. 치매노인은 개별성이 존재하지만, 치매노인이라는 단일성 안에 갇혀 있다. 개인의 다양한 삶에서 나오는 세밀한 치매경험의 차이는 매우 중요하지만, 사소하게 간과되어 버린다. 따라서 치매노인의 대한 당사자경험연구가 매우 부족한 상태에서 이해관계자들의 관점으로 치매노인서비스 및 관련연구가 결정되고 진행되는 상황이다.

여성주의 분석과 통합적 접근 필요

돌봄노동은 여성주의분석의 중요한 주제이다. 최근 다양한 연구를 통해 치매노인돌봄노동이 분석되고 있고 젠더분석의 필요성이 제기되고 있다. 돌보는 사람도, 돌보아지는 사람도 여성이 대다수이다. 치매노인을 위한 적절한 '사람중심 서비스'가 제공되어야 함과 동시에 가족돌봄노동자의 needs 파악과 관련 서비스 또한 고민되어야 할 것이다. 또한 영국 등의 선진복지국가에서는 치매는 극복해야 하는 병으로 보기 보다는 '같이 잘 살아가야 하는' 동반자로 보는 관점을 선택하고 있다. dementia patient라는 표현이 dementia people로 바뀌고 있다. 우리나라에서도 어리석고 우둔하다는 뜻의 '치매'라는 표현에 대한 재고가 필요하다. 일본에서 '인지증', '인지적 약자'라는 표현을 선호하면서 국가적 인식을 변화시키는 데 주요한 작용을 했다고 본다. 장기적이고 통합적 접근으로 예방과 치료를 위한 다양한 서비스를 제공하기 위한 국가체제를 확립할 필요가 있다.

토론문: 경증치매노인의 삶의 질 향상을 위한 인지재활 통합서비스 사업 - 대구시 기억학교 사례를 중심으로 -

이은주(대구시 기억학교협회 회장)

Ⅰ. 들어가며

유엔에서는 전체인구에서 고령인구(만65세 이상)의 비율이 7%이면 고령화사회, 14%이면 고령사회, 20%이상일 때 초고령사회라고 분류한다. 이러한 기준에 의하면, 우리나라는 2000년에 고령화사회에 진입하였으며 불과 17년만인 2017년에 고령사회에 접어들었다. 또한 2019년 통계청 장래 인구추계에 따르면 2025년이면 초고령사회가 될 것이라고 내다봤다(한경 경제용어사전).

중앙치매센터는 2018년 65세이상 노인인구는 738만명이고, 그 중 추정치매환자수는 75만명에 이르며, 추정치매유병률은 10.16%로 보고 있다. 또한 치매관리비용이 2017년 기준 14조 6,337억원에 달하고 있으며, 추정치매환자대비 건보공단 치매상병자 비율은 93.7%에 이르고 있는 것을 보았을 때 사회적 비용이 크게 늘어나고 있음을 알 수 있다. 이에 따라 치매노인을 돌보는 가족의 신체적, 경제적, 정서적 부담도 높을 것으로 예상된다.

Ⅱ. 기억학교의 운영 특성과 성과

치매어르신의 삶의 질 향상과 그 가족의 부양부담 경감을 위해 설립된 대구광역시 경증치매노인종합지원시설인 「기억학교」의 지난 7년간 운영사례와 성과를 바탕으로 제주특별자치도에 치매에 대한 정책적 제안을 하고자 한다.

1. 목적

기억학교는 전국 최초, 대구광역시 특화사업으로 노인장기요양등급을 받지 못한

경증치매 및 경도인지장애 어르신들을 낮동안 보호하며, 전문화된 사회복지사들이 각종 인지재활 및 치매예방, 특성화된 프로그램 등의 복지서비스를 제공하여 가족의 부양 부담을 경감하고 어르신의 삶의 질 향상에 기여하고 있다.

2. 기억학교 현황

대구시 기억학교는 2013년 4개소를 시작으로, 2014년 4개소, 2016년 4개소, 2018년 2개소, 2019년 1개소가 설립되어 현재 15개 시설이며 종사자 135명이 600명의 어르신을 매일 모시고 있다.

3. 시설운영기준

기억학교 이용대상자는 대구에 거주하는 60세 이상의 치매질환을 가진 자로서 노인장기요양등급을 받지 못한 자 중 치매확진자, 치매고위험군, 인지저하자가 그 대상이다. 입소비율은 무료이용자가 40%(기초수급자, 차상위계층 등), 유료이용자가 60%(일반)이다.

인력기준은 시설장 1명, 사회복지사 5명, 간호인력(간호,물리,작업) 1명, 사무원 1명, 조리원 1명으로 총 9명이다.

시설기준은 정원 40명에, 연면적 295㎡이상이고 설치신고는 노인복지법상 재가노인복지시설(주야간보호서비스) 신고(단, 장기요양코드는 받지 않음)하도록 하며, 그 밖의 사항은 노인복지법상 시설 및 설비기준을 준수하도록 하고 있다.

4. 서비스 내용

주요사업은 5개 영역으로 치매상담(컨설팅) 및 교육, 치매 치료 및 관리, 인지재활 프로그램 운영, 주간보호서비스, 지역사회서비스연계 등이 있다.

① 치매상담(컨설팅) 및 교육

●상담사업 : 이용 및 초기상담, 보호자상담, 어르신상담, 사례회의, 보호자 자조모임

●교육사업 : 어르신교육, 보호자교육, 직원교육

② 치매 치료 및 관리

●의료기관 연계 : 병원진료 및 약처방 동행

●치매관리 : 바이탈 및 당뇨체크, 투약관리

③ 인지재활프로그램 운영

●재활프로그램 : 작업교실, 원예교실, 미술교실, 음악교실, 웃음교실, 놀이교실, 요리교실, 회상교실, 칠교교실, 한방교실, 한궁프로그램, 전산인지프로그램 등

●기능회복지원 : 건강체조, 치매예방체조, 물리치료

●일상생활지원 : 몸단장, 건강약차, 문화생활, 일상생활훈련 등

●특별사업지원 : 생신잔치, 어버이날행사, 나들이행사, 명절행사, 절기행사 감사의 날 행사, 성탄절 등 기타 특별행사

④ 주간보호서비스

●송영서비스 : 오전·오후 송영(차량지원)서비스 제공

●식사서비스 : 중·간식서비스 제공

⑤ 지역사회서비스연계

●지역자원연계 : 치매관련행사 및 지역복지행사 등

●후원 및 봉사활동 : 후원자 및 자원봉사자, 운영위원회 관리

5. 정규 교과개발 및 운영

기억학교는 자체 공통교과를 개발하여 운영하고 있는데 칠교 및 한자교실은 주 1회, 연 40회기, 기억여행(일기쓰기)은 주 1회, 회상교실은 월 2회, 연 20회기로 교과과정을 편성하여 수업을 하고 있다. 또한 수업관련 공통교재 및 교안은 협회 차원에서 매년 연구개발하며, 개발된 교과는 기억학교 전체가 공유하도록 협회에서 각 회원시설로 제공하고 있다.

6. 운영성과

대구시민을 대상으로 「2018년 대구를 빛낸 우수시정 선정 Best of best 10」을 뽑기 위한 온라인 및 오프라인 시민 투표와 전문가 자문이 시행되었는데, **경증치매 노인 기억학교 사업이** 최종 선정회의를 거쳐 **우수시정 5위에 선정**되는 성과를 이루었다. 이로 인하여 전국 최초로 설치된 기억학교가 복지사각지대 해소와 어르신들의 인지재활 및 돌봄의 어려움을 겪는 부양가족의 부담을 경감하는데 큰 기여를 하는 우수한 사업으로 평가를 받았다.

Ⅲ. 기억학교 조사연구사업

기억학교 이용자를 대상으로 실시한 조사연구사업의 결과를 살펴보면 본 사업은 지속적으로 수행되어져야 할 필요성과 보다 깊은 연구를 통하여 발전시켜나가야 할 사업으로 파악된다.

1. 기억학교 이용자의 일반적 특성

2013년 3월부터 2018년 3월까지 12개 시설이 운영될 때까지의 기억학교 이용자의 일반적 특성은 다음과 같다.

이용자의 **성별**로는 남자 23.4%, 여자 76.6%, 이용자의 **나이**는 70세미만 5.4%, 70세~79세 28.9%, 80~89세 56.3%, 90세 이상 9.4%로 나타나 80대 이상이 65.7%로, 기억학교를 이용하시는 어르신의 평균연령 81.32세로 매우 높음을 알 수 있다. 이는 적절한 보호와 관리가 이루어지면, 사회적 비용이 많이 드는 장기요양시설이 아닌 지역사회내에서 오랫동안 생활이 가능함을 보여주고 있다.

이용자의 **학력**은 무학이 36.9%, 초졸이하 34.0%, 중졸이하 8.9%, 고졸 이하 14.9%, 대학이상 5.3%로, 초졸 이하의 저학력자가 전체 70.9%로 나타나 교육혜택을 충분히 받기 힘든 어려운 시절에 성장하였음을 알 수가 있다.

문해능력은 기억학교에서 인지프로그램 활동에 참여가 가능한 정도를 고려한 한글을 읽을 수 있는 정도수준의 문해능력을 파악한 것으로 문해능력이 있음 77.1%, 문해능력이 없음 22.9%로 나타나 기억학교의 인지프로그램에 참여하는데 무리가 없지만, 다만 읽기가 어려운 어르신들을 고려한 다양한 프로그램이 필요하다는 것을 알 수 있다.

거주형태로는 독거 38.6%, 노인부부 16.0%, 가족과 동거 45.0%, 기타 0.4%로 가족의 돌봄과 관심속에 기억학교를 이용하고 있으며, 동시에 보호자의 부양부담 경감을 위해 기억학교를 보내는 경우가 많음을 고려 할 수가 있다.

소득구분으로는 국민기초생활수급권자가 31.6%, 차상위 8.2%, 일반 60.2%로 나타났다. 이는 기억학교 이용 대상에 대한 취약계층(국민기초생활수급권자 및 차상위) 40%, 일반 60%의 비율을 유지하도록 한 대구시의 정책에 따른 것으로 볼 수 있다.

2. 기억학교 이용자의 치매 및 질병 관련 특성

기억학교를 이용하는 어르신들은 치매확진자가 41.5%, 치매고위험자 25.8%,

인지저하자가 32.7%로 나타났다.

이 구분에서 치매확진자는 병의원을 통해 치매진단을 받고 치매관련 투약을 하고 있는 경우이며, 치매고위험자는 병의원에서 경도인지장애(MIC, mild cognitive impairment)로 확인된 경우이며, 인지저하자는 보건소 등에서 간이치매선별검사를 통한 결과로 치매의 위험이 높거나 인지저하가 있다고 나타난 경우에 해당된다. 기억학교 이용자들의 질병유형을 중복응답으로 조사한 결과 고혈압 29.5%, 당뇨 16.7%, 뇌경색 5.7%, 파킨슨 2.3%, 퇴행성 관절 및 기타 다양한 질환 45.8%로 나타났다.

3. 기억학교 이용자의 만족도

지난 2015년 8월에 기억학교협회에서 실시한 「기억학교 보호자 및 이용자 만족도 조사」에 보호자 245명과 어르신 118명이 참여하였다. **기억학교 이용에 대한 만족도 정도**에서는 등·하원 차량(송영)서비스 95.1%, 점심식사와 간식 92%, 편의시설과 환경 90.7%, 직원의 전문적인 지식과 책임감을 가진 친절의 정도 99.2%가 만족한다고 답변하였다. **기억학교 프로그램에 관한 만족 정도**에서 프로그램의 수준 91.9%, 서비스 종류 95.9%의 만족하다는 답변을 하였다.

기억학교 이용에 대한만족 정도에서 앞으로도 지속적으로 이용 99.4%, 주위에 추천 97.8%, 기억학교의 추가 개설 필요성 96.2%, 부양부담 감소에 도움 93.3%로 나타났다.

기억학교 이용에 대한 유익을 묻는 질문(복수응답)에 '어르신의 지루함을 덜어줌(여가선용)'에 전체 응답자의 84.8%, '이용노인의 치매진행 속도 지연'에 전체 응답자의 70%, '정신적 육체적 피로 등의 부양부담 감소'에 55.6%, '가족의 휴식 및 여가활동'에 전체 응답자의 35.8%, '가족의 사회경제 활동의 증가(취업 등)'에 전체 응답자의 24.8%, '가족 간 갈등의 감소'에 대해 전체 응답자의 15.4%가 도움이 된다고 응답하였다. 이를 통해 만족 정도를 묻는 전체 문항의 평균이 95.1%로 응답자가 만족한다는 답변을 하여 기억학교에 대한 보호자와 이용자의 만족도가 매우 높다는 것을 알 수 있었다. 또한 보호자에게도 매우 의미 있는 수준에서 부양부담 감소에 도움이 되고 있음을 알 수 있었다.

4. 기억학교 이용자의 인지 및 우울변화의 정도

기억학교는 초기상담 및 이용기간 중 정기적으로 인지 및 우울변화에 대하여 검사

를 실시하고 있다. 2017년에서 2018년 사이에 1년간 이용자의 인지 및 우울변화의 정도는 다음과 같다.

기억학교 이용자의 **한국형 간이치매선별검사(이하 K-MMSE) 점수의 변화 정도**는 사전검사에서 17.70으로, 사후검사에서 18.04로 나타났으며, 그 차이가 0.34 증가했다. K-MMSE 검사결과에서 15~19점 사이를 '경증치매의심'으로 판단하고 있으며, 따라서 기억학교 이용자의 치매정도는 평균적으로 경증치매에 해당되는 것으로 알 수 있다.

또한 K-MMSE 점수는 높아질수록 정상에 가깝고, 점수가 낮아질수록 치매정도가 심해지는 검사지로, 기억학교를 이용한 어르신들의 K-MMSE 변화 정도가 0.34 증가로 나타났다는 것은 기억학교 이용이 기억력 향상에 어느 정도 효과가 있다는 것으로 판단 할 수 있다.

기억학교 이용자의 **한국형 노인우울검사(KGDS) 점수의 변화 정도**는 사전검사에서 12.67로, 사후검사에서 11.42로 나타나 그 차이가 1.25 감소한 것으로 나타났다. KGDS 검사결과에서 0~13점 사이를'정상'으로, 14~18점 사이를 가벼운 우울로 판단하고 있으며, 따라서 기억학교 이용자들의 우울 정도는 평균적으로 큰 문제가 있는 것은 아니라는 점을 알 수 있다. 그러나'정상'범위 내에서는 점수가 비교적 높게 나타나서 우울에 대한 주의가 필요한 정도임을 알 수 있다.

또한 우울 정도가 감소한 것을 통해 경증치매 및 경도인지장애 어르신들이 기억학교를 이용하는 것을 통해'기분'이 호전되었다는 것을 알 수 있다.

5. 작업치료를 통한 연구사업

대구보건대학교에서 2018년 5월부터 12월까지 7개월간 주 1회씩 기억학교 3곳에서 120명의 어르신을 대상으로 「작업치료활동을 통한 지역사회노인의 DPP(Dementia Prevention Program)사업」에 대한 연구가 있었다. 이 연구에서 기억학교 어르신을 대상으로 실시한 프로그램 시행 전후의 변화가 뚜렷이 나타났고, 통계학적으로 유의미한 변화를 보여 경도인지장애 및 경증치매 노인을 대상으로 한 교육의 효과성이 입증되어 기억학교의 확대에 대한 필요성이 제기된 바가 있다.

6. 기타 연구사업

대구경북과학기술원(DGIST)과 영남대학교병원이 공동 연계한 치매연구사업이 2019년 5월부터 9월까지 기억학교 어르신을 대상으로 이루어졌으며, 또한 기억학

교 이용전후에 대한 연구는 11월까지 이어지며, 이에 대한 결과는 12월경에 나올 예정이다.

대구시 기억학교는 이용어르신의 인지와 우울의 향상, 기억학교 프로그램 효과성에 대한 입증에 대한 조사연구사업을 끊임없이 실시 해 오고 있다. 그동안 기억학교에서 해 온 여러 연구에서도 알 수 있듯이 경도인지장애 및 경증치매어르신들의 기억학교 이용은 인지재활과 우울증에 매우 유용성이 있다는 것을 시사하고 있으며, 가족의 부양부담을 경감시킨다는 것을 알 수 있다.

Ⅳ. 정책적 제언

대구광역시의 특화사업으로 진행되어온 기억학교의 사례를 바탕으로 경도인지장애 및 경증치매노인을 위한 치매정책의 장점을 살펴보면, 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째, 경도인지장애 및 경증치매어르신 대상 기억학교 프로그램은 인지향상 및 우울감소로 어르신들의 삶의 질을 향상시킨다.

둘째, 치매어르신의 낮동안 보호를 통한 가족의 휴식 및 사회생활을 지원함으로써 부양에 따른 가족간의 갈등해소 및 부양부담을 경감시킨다.

셋째, 지역사회내 보호를 통하여 어르신들의 삶의 질을 향상시키고 노인장기요양보험으로의 진입을 지연시켜 사회적 비용을 절감할 수 있다.

대구시의 경증치매 및 경도인지장애 어르신을 위한 기억학교는 매우 성공적인 정책이다. 촘촘한 복지안전망 구축과 복지사각지대 해소에 기여하고 있으며, 저출생 고령화시대를 맞이하여 대구시민의 복지향상에도 큰 기여를 하고 있음을 알 수 있다.

이에 대구광역시의 성공적인 기억학교 운영사례와 기억학교에 대한 각종 긍정적인 연구결과를 토대로 “가족이 가장 힘들어 하는 질병 1위, 치매”로 인한 부양가족의 부양부담을 완화하고, 사회적 비용을 절감할 수 있는 정책으로 (가칭)제주기억학교 설립을 제주특별자치도에 제안하고자 한다.

토론문

박경희(제주광역치매센터 사무국장)

먼저 현장에서 치매관리사업를 담당하는 한 사람으로서 “제주지역 치매노인 부양가족”에 대한 연구를 진행하고 값진 결과를 내 주신 제주여성가족연구원에 감사드린다.

두 분의 주제발표 원고를 접하고 국가 치매정책이 추진력 있게 진행되고 있는 반면, 제주지역의 치매노인 부양가족의 현실은 여전히 어렵고, 현장에서 해야 할 일이 많다는 생각이 들었다. 저는 주제발표에 대한 토론 보다는 현장에서 치매관리사업을 진행하는 실무자로서 국가 치매정책이 제주 지역사회에 정착되기 위해 고려해 봐야 할 내용 중심으로 말씀드리고자 한다.

지난 1~3차 국가치매관리종합계획(2009~2020) 추진으로 2011년 치매관리법 제정, 2012~2017년 기간에 걸쳐 국가 치매관리사업의 중추역할을 담당 하는 중앙치매센터와 전국 16개 광역에 광역치매센터가 설치되었다.

더불어 2017년 치매국가책임제 시행으로 전국 보건소 내에 256개 치매안심센터가 설치되면서 4,000명 가까이 되는 인력이 치매사업을 위해 배치되었다. 도(道)의 발 빠른 대응으로 타 지역보다 선도적으로 도내 6개 보건소에도 치매안심센터가 설치되고 간호사, 사회복지사, 작업치료사 등 다양한 전문인력 60명(2019.9월말)이 충원되어 현재 사업을 진행하고 있다.

중앙치매센터에서 발간한 「대한민국 치매현황 2016」 내용(치매상담센터 전임·겸임 포함 전국 934명, 제주 7명)과 비교할 때 제주는 10배 수준의 인력이 증원된 셈이다.

그 외, 제주에 취약했던 치매전문안심병동과 치매전담 주야간보호센터등도 내년

되면 개소할 예정이라 그동안 문제되어 왔던, 정신행동문제의 급성기 치매환자들에 대한 응급대처도 가능해 질 전망이다. 이로써 그동안 단기보호시설의 부재로 치매가족휴가제 등의 제도를 시행하지 못했던 부분들도 일정부분 해소될 것으로 기대하고 있다.

치매관리사업을 위한 인프라는 이처럼 국가정책과 맞물려 지난 2년간 시설과 인력 등 양적인 면에서 의미 있는 변화를 맞았다. 그러나 광역치매센터와 치매안심센터의 성공적 정착과 내실을 위해서는 몇 가지 고려해 봐야 할 사항들이 있다.

○ 광역치매센터와 치매안심센터의 협력. 제주는 이 두 기관의 협력관계가 비교적 안정적이다. 이러한 데에는 지자체 주관부서의 조정과 협력의 역할이 컸으며, 서비스 이용자 중심으로 사업을 운영해야 한다는 동일한 가치철학이 두 기관을 협력하도록 이끌었다고 본다. 그러나 아직도 민·관의 협력이 어려운 타 지역이 있는 것도 사실이다.

협력을 어렵게 하는 이유 중 하나가 광역평가지표에 있다고 본다. 매년 이루어지는 광역평가지표의 60%가 안심센터 관련 업무로 이루어져 있다. 물론 아직 안심센터가 개소되지 못했거나 개소 중이거나, 혹은 개소한지 얼마 되지 않은 곳에서는 지자체와 광역의 협력이 필요하고 광역이 이를 얼마나 수행하고 있는지 평가하는 것도 타당하다. 그러나 제주처럼 초기에 개소 완료한 곳에서는 지나친 개입이 될 수 있다. 다른 차원에서 보면 지역사회 치매관리사업 중 안심센터 사업은 공공보건으로서의 한 축을 담당하는 것이지 전체는 아니라고 본다. 광역이 지역사회 치매사업 전반에 걸쳐 국가정책을 시행하고 관리하기 위해서는 공공보건 행정력이 미치지 못하는 사각지대를 아우르는 것과 타 민간 서비스 기관들과의 협력도 필요하다고 보기 때문에 광역평가지표는 개선될 필요가 있다.

협력 차원에서 한 가지 더 생각해 봐야 할 것은 공공의 폐쇄성이다. 역설 같지만 특히 제주 지역 공공기관의 문턱은 너무 높다는 의견이 많다. 타 지역은 민간의 다양한 협의체에 공공기관 담당자들이 의무적으로 참석하여 그들과 함께 하고 있다. 단독 기관의 역량만으로는 지역사회에 산재해 있는 다양하고 복잡한 문제들을 해결 해 낼 수 없다는 점에서 인식을 같이하고 연대하고 있는 것이다. 광역과

안심센터도 지역사회의 일부로서 적극적인 참여가 필요하다고 본다. 또한 지역사회에서도 광역과 안심이 참여할 수 있도록 문을 열어주었으면 한다.

광역치매센터는 보건소 안심센터와의 협력 뿐 아니라 도내 노인복지시설들과의 협력도 매우 중요하다. 치매관리사업 측면에서 치매와 관련된 대상자들이 모여 있는 경로당, 노인돌봄기본·종합서비스기관, 장기요양기관, 노인복지관, 시니어클럽, 경로당지원센터, 노인전문보호기관 등 이러한 기관들과 협력하지 않고는 치매관리사업의 보편화 작업을 수행하기 어렵다. 치매예방과 인식개선 사업이 우선적으로 이들 기관의 대상자들을 중심으로 이루어져야 하기 때문이다. 협력의 강조는 지나침이 없다고 본다.

○ 보건소 조직 내에서의 안심센터 관리체계 및 종사자. 치매안심센터 모델은 서울 25개 구에서 지난 10여 년 간 지역 치매관리사업을 성공적으로 수행해 온 치매지원센터이다. 각 구의 치매지원센터는 2009년부터 지자체 민간위탁(관악센터 2017년 보건소 직영전환)으로 운영되고 있다(현재 보건소 직영전환 준비 중). 정신건강의학과 혹은 신경과 전문의를 비상근직 센터장으로 두고 팀장체제로 업무를 진행한다. 안심센터도 처음 이러한 모델로 추진되었으나 직영운영으로 결정되면서 새로운 조직형태를 취하게 되었다.

위탁과 직영운영의 장·단점은 따로 언급하지 않겠다. 안심센터가 지역 공공보건의 핵심인 보건소 조직으로 직영된다는 것은 치매관리사업의 안정적인 운영과 양질의 서비스 제공 측면에서 도민의 신뢰를 얻기에 충분하다.

그러나 제주의 안심센터는 조직 내 독립된 부서 혹은 팀으로 운영되는 것이 아니라 한 팀의 세부단위사업으로 운영되면서 사업 관리자의 업무과중을 야기하고 있다. 또한 관리자의 정기적이며 잦은 인사이동은 직영운영의 단점으로 지적되고 있다.

안심센터 종사자에 대한 인력 설계 당시, 수년간 공공보건 현장을 지켜온 전문가들이 일치되는 목소리로 공무직 설계에 대한 부정적인 견해를 냈었으나 받아들여지지 않았다. 물론, 다양한 변수들로 인해 간단하게 해결할 수 있는 문제들이

아닌 것은 짐작이 간다. 그러나 치매문제의 심각성과 증가하는 사회적 비용문제를 고려할 때 시·도 지자체관련 부서와 도지사는 지금이라도 의지를 갖고 이 문제에 대해 귀 기울여 주었으면 한다. 채용된 전문인력들이 시간이 지나면서 타 기관으로 유출될 것에 대한 노파심 때문이다(2019년 퇴사자 20%, ANSYS자료).

급격하게 변화하는 보건복지 환경에 유연하게 대처하고 도민이 체감하는 서비스를 제공하기 위한 동력의 하나로 조직력을 뽑는다. 그러한 면에서 보건소 내에서의 안심센터 관리체계가 독립된 팀 체제로 전환되어야 할 것과 현장 경력자인 안심 팀장제의 장점을 살리기 위한 방안, 종사자들에 대한 처우도 내부적으로 모색해 봐야 할 시점이라고 본다.

○ **치매안심센터사업.** 2011년 치매관리법이 제정될 당시 보건소“치매상담센터 설치”의 조항을 보면 10개 세부사업을 제시하고 있다. 현재 치매안심센터에서 진행하는 사업과의 차이점은“치매환자를 위한 단기쉼터의 운영, 치매등록통계사업” 등의 추가된 내용을 제외하면 대동소이하다. 2017년까지만 해도 이 사업들은 제주 전체 7명의 인력들이 진행하고 있던 사업들이다. 표면적으로 보았을 때 10배 정도의 인력을 충원했음에도 불구하고 치매사업은 달라진 게 없다는 목소리가 적지 않다.

그러나 이러한 목소리의 주 원인은 전국 지자체 합동평가 지표의 검진사업 편중화와도 무관하지 않다. 검진사업은 센터 업무의 일부분이다. 그러나 짧은 시간에 평가의 이점을 살리고 센터별 비교가 쉽다는 점으로 인해 전국의 안심센터 현장에서는 무리하게 검진수를 늘리는 무리수를 두고 있으며, 불필요한 경쟁에 센터 인력이 과도히 투입됨으로서 다른 업무에 지장을 초래하고 있다.

단기쉼터 사업 운영에 있어서도 운영초기라 대상자 모집이 쉽지 않고 복지서비스의 이데올로기 접점에서 센터 설립목적에 부합하는 대상자 선정 및 운영방안에 대한 고민을 하고 있다고 알고 있다. 하지만, 독거노인이 많은 지역적 특성, 이동성 제약 · 교통편의 제공 등의 요인이 노인의 삶에 어떠한 영향을 미치는지, 더 나아가 적극적인 치매 조기관리가 치매노인 뿐 아니라 가족에게 어떠한 영향을 미치는지 고려할 때 취약계층에 대한 송영서비스와 종일반 운영에 대해 긍정적인

검토가 이루어져야 한다고 생각한다.

마지막으로, 치매가 다른 질환에 비해 상대적으로 지원이 강화되면서 일부 도민으로부터 오는 다양한 민원에 대응하느라 안심센터 전화벨이 쉴 틈이 없다. 안심센터 사업이 지역실정에 맞게 정착되고 운영되기 위해서는 시간이 필요하다. 안심에서는 할 수 있는 최선을 다해 홍보와 인식개선사업, 치매가족교실, 예방교육을 비롯하여 가족의 부양부담 경감을 위한 치매치료관리비지원, 조호물품지원, 실종예방지원사업 등 다양한 사업을 진행하고 있다. 그러나 아직은 도민이 체감할 정도의 수준까지 이르지 못한 것뿐이다. 그리고 민간의 다양한 치매관련 사업을 진행하는 기관들과 협력하면서 본연의 역할을 수행하는데도 시간이 필요하다고 본다. 지역사회와 도민의 긍정적 관심을 부탁드린다.

발제에서 언급했듯이 지역사회 의료와 돌봄서비스의 공공성 강화가 돌봄의 사회화라는 측면에서 중요한 화두이다. 정부는 이를 지역사회와 연계된 통합돌봄으로 실현하고자 하고 있다. 이러한 시점에서 지자체와 광역, 그리고 안심센터는 어떻게 하면 지역과 협력하며, 공공보건과 복지서비스 간 단절이 없도록 이용자 맞춤 서비스를 제공할 것인지 각자의 위치에서 역할에 대한 고민이 필요한 때이다.

제주지역 치매노인 부양가족의 욕구실태와 정책과제에 대한 토론
-제주재가노인복지 현장을 중심으로-

이성덕(제주특별자치도 재가노인복지협회장)

대구대학교의 이현주 교수는 “국가 치매노인 정책전략과 방향”이라는 연구에서 우리나라가 2017년 고령사회에 진입한 후 초고령 사회를 준비하는 과정에서 만나게 될 치매노인 현황과 치매에 대한 불안과 고통의 정도에 대한 심각성을 잘 알려주었습니다.

그리고 국가 정책전략으로 치매국가 책임제와 커뮤니티케어에 대하여는 전반적으로 사람중심의 통합서비스가 이루어져 “치매를 치료할 수는 없지만 더 나은 정책을 통해 치매를 가진 사람들의 삶을 개선할 수 있고, 이것이 치매정책의 목표가 되어야 한다”라고 주장했습니다. 이 부분은 방향성면에서 옳다고 보이며 또한 노인복지를 현장에서 실천하고 있는 우리들의 바램이기도 합니다. 앞으로도 연구되어지는 내용들이 현장에서 현실성 있게 실현되었으면 합니다.

저는 정여진 연구자께서 발제하신 “제주지역 치매노인 부양가족의 서비스 욕구실태와 정책과제”를 중심으로 토론의 주제를 찾아보고자 합니다.

3장의 “제주지역 치매노인 현황 및 부양가족 지원정책”에서는 제주의 읍·면·동 지역은 초고령 사회에 이미 진입하였다고 했습니다. 그리고 치매노인 정책과 부양부담의 욕구실태를 통해서 제주지역 치매노인 현황과 부양가족 지원사업을 살펴보고 지원정책을 수립하는데 기여한 것은 큰 의미가 있습니다. 또한 현재 진행되고 있는 사업과 앞으로 지원확대를 해야 하는 부분들에 대한 제언도 의미가 있다고 봅니다.

그리고 앞으로 치매관리 사업의 핵심목표는 “치매 친화적 지역사회 구축, 지역사회 중심의 돌봄, 가족부양부담 경감, 지역사회 치매인프라 구축”에 있다고 했습니다. 이를 위해서 제주특별자치도 광역치매센터와 치매 안심센터 그리고 재가노인복지시설 등이 실질적으로 그 역할을 효과적으로 할 수 있도록 연계 및 지원할

필요가 있다고 하겠다고 했습니다.

– 제주재가노인복지협회는 노인들이 거주하는 집에서 생활할 수 있도록 지역사회 자원을 활용한 예방적 복지 및 사회 안전망을 구축하고 어르신의 안전과 보호자들의 부양부담을 경감하는데 최선을 다하고 있다. 장기요양 대상자들을 대상으로 방문요양, 방문목욕, 방문간호 그리고 주간보호 사업을 하고 있으며 단기보호 시설은 없는 상태라고 연구는 밝히고 있다. 이는 부양자들의 가족휴식제도 추진을 위해 단기보호의 필요성이 제기되고 있는데 실제로 단기보호시설을 어떤 방법으로 활성화시켜야 할지에 대한 현실적인 대안이 필요하다. 이에 대해 여러 대안들을 제시했는데 현실적인 지원과 운영이 가능하도록 하는 정책으로 가기를 바란다.

– 주야간보호센터에 대해서도 보호자들은 늦은 저녁 혹은 야간과 주말에도 서비스 이용을 원한다. 그러나 장기요양보험으로는 현실적(수가대비 인건비, 야간차량 이동 등)으로 운영에 어려움이 크다. 제주지역 치매노인가족의 부양부담을 덜어주기 위해서는 반드시 야간에 서비스를 이용할 수 있도록 정책적 지원이 필요하다.

– 2020년에는 돌봄이 필요한 취약노인(거동불편 및 독거 등)에게 예방적 맞춤형 돌봄서비스를 제공하여 장기요양 진입을 늦추고, 어르신의 삶의 질 향상을 도모하고, 사회 안전망을 강화하려고 한다. 사람은 누구나 자신의 집에서 최대한 행복하고 건강한 삶을 살기를 원한다. 이를 위해서는 형식적인 서비스로 전락하지 않도록 상담과 모니터링이 전문적으로 이루어져야 한다.

제주특별자치도에서는 기존사업(노인돌봄 기본, 노인돌봄 종합, 단기 가사, 사회관계 활성화, 지역사회 연계)을 통합해서 제주형 커뮤니티케어, 노인 맞춤형 돌봄서비스가 효과적으로 실행될 수 있도록 충분한 제도적 지원이 되기를 기대해 본다.

– 끝으로 치매노인 부양가족에 대한 지원정책들과 치매예방프로그램들이 성공적으로 효과를 보기 위해서는 치매 가족들이 적극적으로 참여할 수 있도록 홍보와 교육이 전제되어야 한다. 제주특별자치도에서도 제주형 치매안심마을조성이나 제주형 기억학교를 개강 할 수 있기를 기대해 봅니다.

토론문: 치매 노인이 지역사회에서 사람답게 살려면…

이명희(제주원광요양원 원장)

복지부 발표 자료에 따르면, 2017년 현재 65세 이상 노인인구 중 치매환자는 72만 5천명으로 추산되는데 이는 노인 10명 중 1명(유병률 10.2%)이 치매환자인 셈이며, 치매환자 수는 지속적으로 늘어나 2024년 100만명, 2041년 200만명, 2050년 270만명에 이를 것으로 예측하고 있습니다.

또한 치매에 의한 사회적 비용도 2013년 11조7000억원에서 2050년 43조2000억원(GDP의 1.5%)까지 늘어날 것으로 예측되고 있고, 치매환자 한 사람을 돌보는 데에도 연간 약 2000만원이나 들게 될 것으로 나타나고 있기 때문에 이제는 개인이나 가족만으로는 환자를 책임질 수 없다는 위기의식이 치매국가책임제를 시행하게 된 계기가 된 것으로 보입니다.

이 제도가 잘 정착이 되어 치매 환자들도 지역사회에서 사람답게 살 수 있게 되면 좋겠습니다. 왜냐하면 나도 받을 서비스이니까요.

먼저 주제발표를 해주신 이현주교수님, 정여진박사님 두분께 수고하셨다는 말씀을 드립니다.

2002년 제주원광 전문요양원을 건축할 때 비록 시설이긴 하지만 가정과 같은 분위기를 만들기 위해 건물내부를 4개의 어르신 삶의 공간인 유니트와 물리치료실 사무실등의 지원 공간으로 건축하게 되었습니다. 준공 후에 유니트내에서는 삼시세끼 밥을 했고 그 밥물 냄새가 어르신들의 식욕을 자극하고, 당신 빨래를 직접 하시겠다는 분들은 드럼 세탁기안을 드려다보시면서 당신 빨래가 나오기를 기다리셨고, 식기세척기는 식사를 늦게 하신 분의 그릇을 세척하느라고 돌아가고 있었습니다. 그리고 어르신들은 이야기도 나누시고 바느질도 하시고 어느 어르신은 배회도 하시고, 어쩌면 그런게 삶이 아니었는가 합니다.

요즘 어르신들은 요양원에서 인지기능관리프로그램, 여가프로그램 등 일과에 맞추어서 바쁘게 살고 계십니다.

제가 말씀드리고 싶은 것은 치매어르신 이야기에서는 치매어르신이 주인공이라는 겁니다.
그 분이 하는 것은 다 옳은 것입니다.

우리가 익히 알고 있는 호그벡도 실제 마을이 아니라 3,600평 정도 되는 공간에 출입구는 단 하나 있고 건물을 울타리처럼 배치해 놓고 있고, 연구 자료에는 없지만 care-farm(치유농업이라고 번역되기도 함)이라고 하는 곳도 면적이 넓어서 경계를 인식하지 못할 뿐 농장의 울타리들과 1개의 출입문을 통해 안전이 확보되어 있습니다.
하지만 우리나라의 사회보장수준에서 볼 때 호그벡과 같은 시설을 보편화하기가 매우 어렵고, 또 그것이 가능하다고 하더라도 소위 낙인효과와 같은 문제는 또 어떻게 해결할 것인지가 중요한 과제가 될 수도 있을 것입니다.

한편 그냥 노출된 지역사회에서라면 호그백이나 care-farm 에서는 나타나지 않는 2개의 큰 어려움이 내재되어 있을 것입니다. 하나는 실종사고입니다. 이 경우에는 Gps수신 발신기를 부착하면 될 것이라고 하지만, 치매인이 상시 그것을 부착하고 다닐 지에 대한 의문도 있을뿐더러 나아가 개인정보보호법에 의한 제한도 있을 것입니다.(다른 용도로 사용될 위험성 때문에) 또 하나는 교통사고입니다. 당사자는 조심해서 다니시겠지만 관광객 이동 통로 상이라면 가능성이 높을 것입니다.

하지만 그럼에도 불구하고 우리 사회의 여건에 비추어 보면 역시 호그벡과 같은 모형보다는 지역사회 내에서의 돌봄체계를 어떻게 구성하고 적용할 것인지가 우선 고려되어야 할 것으로 생각합니다.

그러한 의미에서 두 발제자의 자료에는 없지만 오래 전부터 언론이나 다른 연구자료를 통해서 보고되고 있는 일본의 오오무타시 모델이 우리에게 많은 시사점을 줄 것으로 생각됩니다.

따라서 이를 기초로 치매어르신을 지역 사회에서도 불편함 없이 살 수 있도록 하려면 지역사회가 어떻게 구성되어야 할 것인지에 대한 의견을 드리면 다음과 같습니다.

1. 지역을 구성하는 모든 사람들에게 알리고(교육) 호응을 얻어야 할 것입니다.(모든 지역민의 치매 지킴이)
- 지역 내 각 공공기관, 통·반장, 직장, 모임, 단체, 각급학교와 심지어 유치원 아동들에게까지 이르는 정기적 교육과 이를 통한 인식개선이 필요할 것입니다.
- 각종 사항에 대비한 매뉴얼이 있어야 합니다.
(예, 길거리에서 넘어졌을 때 - 발견자에 따라 다른 매뉴얼이 필요합니다.)

2. 치매 노인들에 대한 적절한 프로그램이 제공될 필요가 있습니다.
- 그 전에 하던 일을 지속적으로 할 수 있도록 (스트레스 받지 않음) 지원
- 배우지 않아도 할 수 있는 농사(carefarm 형태) 등
- 체력에 따라 적당한 노동시간
(1-2시간, 2-3시간 등, 기능유지 차원의 노동)
- 사회적 참여 내지 사회적 일자리 등에 대한 지속적인 제공

3. 지역 내 자원봉사 시간반영(주민센터 등)
- 학생들의 자원봉사 활동을 지역사회내로 끌어드림
(예 아침, 저녁 문안인사 - 어려움 발견시 연락, 이웃 어르신집 청소 등)

4. 치매어르신으로 구성된 봉사대
- 경증과 중증 혼합(보는 대로 따라하는 능력은 있음)
- 마을 일손돕기
- 다른 노인 말벗해주기(소통)

5. 봉사자 인력풀
- 어르신들에게 맞는 자원봉사업무 연결
(청소, 세탁, 수리, 외출동행, 병원동행 등)
- 정기적인 나들이/외출/서비스

- 추억만들기 여행 (수발자와 치매환자가 함께 나들이가기)
- 외출시 차량 봉사, 전구끼워주기 등

6. 주거환경개선(일명 barrier-free(진입벽 개선))
- 도시 재생 사업시 어르신이 좋아하는 그림, 도색 등 적용(집찾기 용이)
- 생활패턴 분석(취침 중 기상 - 화장실, LED등이 자동으로 화장실까지 쭉 켜져 화장실 안내 - 낙상방지)
- 일상생활에 불편한 거주·생활환경의 개선 등

김기웅 중앙치매센터 센터장님은 현재까지 치매를 완치할 수 있는 약은 없기 때문에 치매 증세를 조기에 발견해 적극적으로 치료하는 게 핵심"이라고 말했다. 실제로 치매는 초기에 치매징후를 발견해 치료를 받으면 15%만이 치매에 걸리지만, 반면 시기를 놓치게 되면 치매에 걸릴 확률은 75%로 급격히 높아진다. 그는 "치매예방을 위해서는 생활 습관에 변화가 필요하며, 습관이 좋아지면 치매발생률을 50%까지도 낮출 수 있다"고 덧붙였다.

제주여성가족연구원