

碩 士 學 位 論 文

치매 전문 요양시설의 개선
방안에 관한 연구

1 9 9 8 年

漢城大學校 行政大學院

福 祉 行 政 學 科

社 會 福 祉 專 攻

金 成 一

석사학위논문

지도교수 이창원

치매 전문 요양시설의 개선
방안에 관한 연구

**A Study on the improvement plan
of the Service of Welfare Centre
for the Senile Dementia
in korea**

1999年6月

漢城大學校 行政大學院

福祉行政學科

社會福祉專攻

金 成 一

석사학위논문

지도교수 이창원

치매 전문 요양시설의 개선

방안에 관한 연구

**A Study on the improvement plan
of the Service of Welfare Centre**

for the Senile Dementia

in korea

위 論文을 行政學 碩士學位論文으로 提出함

1999年6月

漢城大學校 行政大學院

福祉行政學科

社會福祉專攻

金 成 一

金成一의 行政學 碩士學位 論文을 認定함

1999年 6 月 日

審査 委員長 _____ 印

審 査 委 員 _____ 印

審 査 委 員 _____ 印

目 次

제 1 장 서 론	1
제 1 절 문제제기 및 연구목적.....	1
제 2 절 연구 범위 및 방법.....	4
제 2 장 치매의 이론적 배경	5
제 1 절 치매의 원인 및 종류	5
1. 치매의 정의	5
2. 원인과 종류	7
제 2 절 치매의 특성과 증상 · 예방	12
1. 특성	12
2. 증상 · 예방	15
제 3 장 치매의 유병율과 대응방안	18
1. 유병율	18
2. 대응방안	23
제 4 장 한국 치매전문 요양 시설의 사례연구	24
제 1 절 영락전문요양원 사례	24
1. 소개	24

2. 시설의 실태와 현황	25
제 2 절 정원치매 노인요양센타 사례	32
1. 소개	32
2. 시설의 실태와 현황	32
3. 두 시설의 비교와 개선점	38
 제 5 장 치매전문 요양 시설의 서비스에 대한 문제점과 개 선 방안	47
제 1 절 치매요양시설의 서비스에 대한 문제점	47
1. 정부의 법적·제도적 문제점	47
2. 시설 보호에 대한 문제점	50
제 2 절 치매노인을 위한 개선방안	54
1. 정부의 법적·제도적 개선	54
2. 시설보호에 대한 방안	60
 제 6 장 결 론	65
 참고문헌	69
 ABSTRACT	72

<부 록 1> 영락전문요양원 식단표	75
<부 록 2> 정원치매노인요양센터 식단표	76
<부 록 3> 두 시설에서 나타난 치매의 증세.....	77
<부 록 4> 일본 치매노인에 대한 현황	84
<부 록5 > 미국 정부의 치매 노인에 대한 대책방안	88

표 목 차

〈표 1〉 노인 인구 증가	1
〈표 2〉 노인 평균 연령 증가	2
〈표 3〉 치매의 원인과 빈도수	8
〈표 4〉 치매의 3 가지 원인	9
〈표 5〉 일반적 특성	14
〈표 6〉 치매의 증상	16
〈표 7〉 치매의 노인수 추계	19
〈표 8〉 지역사회 조사에서의 치매발생율.....	20
〈표 9〉 연령별 치매 발생율	21
〈표 10〉 치매의 정도별 유발율	21
〈표 11〉 치매환자의 정도별 일상생활의 기능장애.....	22
〈표 12〉 보호노인 현황	25
〈표 13〉 능력장애별 현황	26
〈표 14〉 합병증 현황	26
〈표 15〉 치매의 종류	27
〈표 16〉 치매정도 분류	27
〈표 17〉 종사자 직종별 현황	27
〈표 18〉 자원봉사원 일반적 특성	28
〈표 19〉 영양 섭취별 현황	29

〈표 20〉 시행 프로그램.....	30
〈표 21〉 치매노인의 문제행동현황	31
〈표 22〉 직원학력	31
〈표 23〉 직원연령	31
〈표 24〉 보호노인현황.....	32
〈표 25〉 능력장애별 현황	33
〈표 26〉 합병증 현황	33
〈표 27〉 치매 종류	34
〈표 28〉 정도 분류	34
〈표 29〉 종사자 직종별 현황	35
〈표 30〉 치매노인의 문제행동 현황	35
〈표 31〉 영양섭취별 현황	35
〈표 32〉 시행 프로그램	36
〈표 33〉 자원봉사원 일반적 특성	37
〈표 34〉 직원 학력	37
〈표 35〉 직원 연령	38
〈표 36〉 서비스인력 구조 체계.....	38
〈표 37〉 의복착용	39
〈표 38〉 건물에 대한 이용.....	39
〈표 39〉 복지프로그램 진행체계.....	40
〈표 40〉 물리치료.....	40
〈표 41〉 생활서비스 비교 및 개선점	41
〈표 42〉 신앙생활	41

〈표 43〉 의료서비스	42
〈표 44〉 세탁서비스	42
〈표 45〉 목욕서비스	43
〈표 46〉 식사서비스	43
〈표 47〉 환경(실·외내)	44
〈표 48〉 치매시설 노인 1인당 월보조 내역	49
〈표 49〉 노인전문요양시설 직원 배치에 대한 비교표.....	56
〈표 50〉 개선방안의 직원 1일 3교대 필수직원 업무량 산출내역.....	57
〈표 51〉 치매노인들을 위한 프로그램	64

제 1 장 서 론

제 1 절 문제제기 및 연구 목적

최근 전체인구 중에서 노인 인구가 차지하는 비율이 전 세계적으로 점점 높아지고 있다. 이러한 사회의 고령화 현상이 우리나라의 인구조사에서도 두드러지게 나타나고 있다. 즉, 1990년에는 65세이상의 인구가 전체인구의 5.1%였고, 1998년 전 인구 46,429천명 가운데, 현재 우리나라의 65세이상 노인인구는 3,051천명으로 전체 인구의 6.3%에 이르고 있으며, 2000년에는 7.1% 3,371천명, 2010년에는 9.9% 5,010천명으로, 2020년에는 13.2%인 6,899천명, 2022년에는 14.3% 7,521천명 이를 것으로 추정되고 있으며, 본격적인 고령화 사회에 진입할 것으로 보고 있다.¹⁾

노인 인구 증가

<표1>

(단위: 천명)

연 도	1980년	1990년	1998년	2000년	2010년	2020년	2022년
비 율	3.8%	5.1%	6.6%	7.1%	9.9%	13.2%	14.3%
65세이상	1,456	2,195	3,051	3,371	5,010	6,899	7,521

* 서울 : 보건복지부 (노인사업 지침서) 1998 *

<표1>과 같이 노인인구의 증가는 그 자체가 이미 심각한 사회문제로서 대두되고 있다. 그리고 노인인구의 증가로 인해 평균수명의 연장과 관련이 많은데 1995년도에는 73.5세(남 69.6세, 여 77.4세)이르렀고, 2000년에는 74.9세(남 71.0세, 여

1) " '98년도 노인복지사업 지침서", (서울:보건복지부, 1998), p. 7.

78.6세), 2020년 우리나라 국민의 평균수명은 78.1세(남 74.5세, 여 81.7세) 이상으로 평균수명이 전망되어 노인들의 건강문제는 앞으로 더욱 심각해 질 것으로 보고 있다.²⁾ <표2>와 같이 노인인구의 증가에 따라 평균연령도 높아지며 노인성 질환에 비례하여, 노인에 대한 사회문제도 더 크게 대두되고 있다.

<표2> 노인 평균 연령 증가

구 분	'70년	'80년	'90년	'95년	2000년	2020년
평 균	63.2세	65.8세	71.6세	73.5세	74.9세	78.1세
남	59.8세	62.7세	67.7세	69.6세	71.0세	74.5세
여	66.7세	69.1세	75.7세	77.4세	78.6세	81.7세

* 서울 : 보건복지부 (노인사업 지침서) *

엄청나게 늘어나고 있는 치매노인들의 현재 60세 이상의 노인을 기준으로 하였을 때 1996년에 3.4%(14만 5천명)이며, 2020에는 4.0%(39만 7천명)으로 증가 될 것으로 추정된다.³⁾ 이제 우리사회는 그들을 어떻게 다루어야 하는가 하는 문제가 우리 사회가 맞고 있는 큰 과제이다.

더우기 우리사회는 고도산업화의 결과로 전통적인 가족 형태가 해체되어 핵가족화 되어 있는 가정들 문제는 이런 가족의 변화로 말미암아 치매노인에 대한 가족에게 주는 불만과 고통 때문에 현재 사회적으로 많은 문제를 야기하고 있는 실정이다.

그래서 최근 치매 증세를 보이는 아버지와 아들이 동반자살하거나 치매노인인 아내와 남편이 동반자살하는 사건, 치매노모를 폭행치사하거나 창고에 가두어 결국 숨지게 하는 사건등 치매와 관련한 일련의 사건이 발생하면서 치매가 사회적 문제로 크게 부각되고 있다.

2) 서울시의회, 보건복지부 1999.

3) “치매노인의 재가복지서비스 현황과 정책과제”, (서울:한국보건 연구원, 1997), p. 57.

특히 “치매”는 특유의 정신장애와 문제행동으로 인해 일반노인과는 질적·양적으로 다른 보호가 필요하고 보호하는 시설의 직원은 매우 큰 정신적, 육체적 부담을 안고 보호을 하고 있다. 적절한 치매관리를 위해서는 치매의 전문요양원, 정신병원의 통합적인 서비스 체계를 요하는 독특한 질환이다.

현재 우리나라는 치매관련시설이나 서비스 전달체계가 정비 되어 있지 못하지만 최근들어 치매에 대한 관심이 높아지고 이를 단순한 노망이나 망령으로 받아들이는 것이 아니라, 질병으로 여기고 치료에 의해 나아질수 있다는 것을 인식하고 있다. 그러나 현재 치매는 서울대 의료전문가들의 통상적으로 치료가 없다고 단정하고 있는 실정이다.

젊은 시절에는 혼신의 힘을 다해온 그들이 이제 치매노인이 되어 오늘날 사회적으로 심각한 소외를 당하고 있는 시점에 노인성 치매라는 더 큰 장벽의 산이 기다리고 있는 것이다.

치매 노인들에 대한 배려는 없고 마음을 들수 있는 시설이라도 제대로 갖추어져 있다면 그래도 다행이지만 그러나, 문제는 시설마저도 터무니 없는 상태가 지금의 현실이다. 이로인해 치매 노인들은 무관심속에 방치되어 있고 노인들이 급작스런 질병이나 사망의 위험이 도사리고 있고 그러한 가운데 노인들을 이러한 상태로 계속 방치해 둔다는 것은 비인도적인 처사라고 생각한다.

그러므로 치매노인들을 보호하고, 돌보고, 노인들의 심신의 건강을 떠 맡을수 있는 시설이 서울 인천 경기 지역에 70명-100명의 보호시설이라도 충분히 있어야 한다. 시설을 통해 치매노인들이 여가를 즐기고 건강에 대한 체크를 수시로 제공받으면서 치매노인으로서의 삶의 질을 보장 받을 수 있는 제도적 장치가 마련, 이를 위하여 본 연구에서는 치매노인의 보호에 관한 연구에서는 가장 기본적인 이론으로 바탕하여 치매 노인들이 시설에서 보다 나은 복지적인 서비스를 제도와 그 목적을 가지고 제시하고자 한다.

제 2 절 연구 범위 및 방법

본 연구의 방법은 한국 치매노인복지시설 서비스에 대한 연구를 함에 있어서 문헌연구를 중심으로 국내·외의 문헌과 각종 자료, 그리고 선학들의 연구논문을 참조, 인용하였으며, 한국 사회복지협의 회의 각종자료와 치매노인복지시설의 실태를 파악하고자, 두 개의 시설 경영자와 중간자, 실무자 개별면담을 실시하였다.

본 연구는 노인 인구의 증가에 따른 치매 노인들의 문제를 해결하고자 연구의 범위를 현재 치매노인들을 보호하고 있는 인천지역에 있는 영락전문요양원과 경기도에 있는 정원치매노인요양센터의 시설의 문제점을 보고, 치매의 이해의 이론적인 바탕으로 치매노인 보호시설 서비스의 보호의 실제적인 문제점과 서비스 개선방안을 제시하고자 한다.

본 연구의 구성 및 전개는 다음과 같다.

첫째로는 치매의 정의, 원인, 종류, 증상, 예방, 특성, 현황, 발생을 이론을 설명하였다.

둘째는 보다 나은 치매노인들의 문제해결을 위한 외국의 치매현황 및 서비스 실태를 기술하였으며,

셋째는 본 사례를 영락전문요양원과 정원치매노인요양센터를 중심으로 운영실태와 서비스를 조사하였고,

넷째는 두 시설의 서비스에 대한 문제점과 개선방안으로 법적인·제도적인 면과 시설의 보호개선방을 제시하였으며 마지막으로 지금까지 연구한 내용들에 대한 결론을 맺었다.

본 연구의 주제의 목적과 방법을 달성하기 위하여 문헌 연구와 방문조사를 병행하였지만 전국적인 조사를 실시하지 못하고, 인천, 경기도에 있는 두 시설의 대상으로 하였기에 전국적으로 표본출처 하기에는 다소의 한계가 있음을 밝힌다.

제 2 장 치매의 이론적 배경

제 1 절 치매의 원인 및 종류

1. 치매의 정의

치매(癡呆)는 라틴어의 Dement에서 유래된 말로서 정신적인 마음에서 이탈된 것, 정신이 없어진 것, 제 정신이 아닌것(Out of Mind) 이라는 의미를 갖고 있다. 그러나 현재 정신의학에서 사용하고 있는 치매는 의식의 장애 없이 인지기능의 여러장애에 다발성 장애를 나타내는 증후군을 말한다. 치매의 의해 영향을 받는 인지기능은 일반지능, 학습능력과 기억력, 언어기능, 문제해결능력, 지남력, 지각주의와 집중력, 판단력, 그리고 사회적 능력등이며 노인의 인격 또한 영향을 받는다. 치매는 하나의 질병이 아니라, 여러 원인에 의하여 일어날 수 있는 증후군으로 주로 의식의 혼탁이 없이 기억력의 장애를 중심으로 다른 여러인지 기능이 장애를 가져온다고 할수 있다.⁴⁾ 이상 행동이 나타나는 뇌의 퇴행성 질환이다. 치매 노인의 50-60%를 차지하는 알츠하이머씨병과 17-26% 차지하는 혈관성 치매가 있다고 한다.⁵⁾

노인성 치매는 노인에게 있어서 기억력과 아울러 다른 지적능력이 일단 정상적으로 성숙한 뇌가 후천적인 외상이나 질병등 외인(外因)에 의해서 기질적으로 손상 내지는 파괴되어 전반적으로 기억력장애, 사고력, 언어장애, 행동장애, 성격변화 및 기타 인지기능과 고등정신기능이 감퇴되는 복합적인 임상증후군을 일괄하여 지칭하는 것이다. 이로 인하여 사회활동, 직업활동, 대인관계등 제한을 받게 되고 모든 일상생활 영역에서 타인의 원조를 필요로 하게 된다. 만성적이고 대부분 진행성인지기능의 저하, 대개 뇌의 병적인 변화 때문에 일어난다.

4) 연병길, “치매의 정의와 임상증상”, 「월간 의약정보」, (서울: 약업신문, 1997), p. 14.

5) 우행원, “치매의 약물치료”, 「노인정신의학」, (서울:신경정신의학, 1997), p. 49.

치매는 노인에게서 가장 흔히 볼수 있고 방금 기억했던 것을 되새겨 떠올리지 못하는 건망증으로 시작되는 경우가 많다.

치매는 주로 노년기에 많이 생기며, 현재 심장병, 암, 뇌졸중에 이어 4대 주요 사인으로 불릴 정도로 중요한 기질성 장애의 하나이다.⁶⁾⁷⁾ 초기증상으로는 착각, 성급함, 인격장애에 등을 들수 있다. 예전에는 65세 이상의 노인에게 발생한 치매를 “노망”이라 했고 그보다 젊은 사람들의 치매는 초로치매 또는 알츠하이머병이라고 불렀다.

그러나 지금은 나이와 관계없이 모든 치매노인들에게 똑같은 증상이 나타나는 것으로 인식되고 있다. 치매노인들은 대부분 뇌가 퇴화하는 알츠하이머병이라는 불치의 뇌 질환을 앓고 있다. 이런 치매노인들은 처음에는 최근의 기억을 잃어버리고 판단력과 추상적인 추론 같은 고도의 지적 기능을 상실한다. 이처럼 많은 부분들이 노인들에게 나타나고 있다. 치매는 언어력(Language), 기억력(Memory), 시공간기능(Visuospatial skill) 인격 (Personality) 및 인지력(Cognition)과 같은 정신질환 (Mental Acti-vity)중 최소한 3가지 이상 영역에 장애가 발생함으로써 지적기능(Intellectual Function)의 지속적인 상실이 초래되는 질병으로 정의되어 왔다.⁸⁾

따라서 뇌의 만성적 진행성 질환에 의해 흔히 나타나는 기억력 상실은 주로 전적으로 임상적인 측면에서의 증상을 위주로 하여 내린 것으로서 좀 더 자세히 살펴 보면 다음과 같다. 의식의 장애가 없어 여러 영역의 지적 능력에 있어서 후천적으로 서서히 지속적으로 감퇴되는 현상을 특징으로 하는 임상증후군으로서 대체로 대뇌의 기질적인 변화에 기인하며, 과거에는 이런 치매를 노년기 치매라 하여 노화에 따르는 생리적인 현상으로 간주하였으나 최근에는 중추신경계의 질환으로 인식하게 되었다.

6) 이윤로·김영숙, “치매의 이해” 「치매환자의 치료와 간호」, (서울:학서당, 1996), p. 111.

7) 이성희, “치매질환의 이해” 「치매상담 매뉴얼」, (서울:서울시 치매종합센터, 1997), p. 55.

8) 한일우, “치매의 사회 환경적 치료”, 「의약정보」, (서울: 약업신문, 1997), p. 36.

치매의 정의의 결론은 첫째는 선천적인 것이 아니고 후천적으로 나타난 현상으로 나타난다. 둘째는 뇌의 국부적인 결손으로 인한 국부적인 증상이 아니라, 전반적인 정신증상으로 나타난다. 셋째는 기억, 지능, 인격기능의 장애가 전반적으로 있어야 한다. 넷째는 의식의 장애가 없어야 한다.⁹⁾

2. 원인과 종류

가. 치매의 정의

치매는 내과, 신경과 및 정신과 질환등으로 치매를 발생하는 원인은 매우 다양하게 약 70여가지에 이른다. 가장 중요한 것은 전체 치매 원인의 50%를 차지하는 뇌동맥경화증 치매 15-20 %, 양자의 혼합 15-20%를 차지하고 있다.¹⁰⁾

서울대 병원의 연구에 따르면 연령에 따른 치매의 발생율은 65-69세가 7.6%, 70-74세는 13.4%, 75-79세는 30.2%, 80세 이상은 52.3%로 나타났다.¹¹⁾ 노인들중에 헌팅턴무도병에 걸린 노인들도 치매 증세를 나타내는 경우가 많으며 부전마비와 일부 유형의 뇌염에서도 치매증상이 나타난다.

증상이 다양하고 임상적 경과 또는 매우 다양하기 때문에 대표적으로 신경병리학 적, 소견에 의한 분류, 원인에 따른 분류 병명의 진행에 따른 분류등이 이루어지고 있다.¹²⁾

치매의 원인으로 가장 중요시되는 것은 원발성퇴행성치매로 알츠하이머 (Primary Degenerative Dementiu, Alzheimer's Disease)과 뇌동맥경화증 및 기타 뇌혈관장애가 원인이 되는 혈관성 치매 중 다발성경색치매가 대표적으로 나타난다.

치매의 원인과 빈도수는 <표3>와 같다¹³⁾

9) 이윤로·김영숙, 치매의 현황과 과제 p. 12 나남사.

10) “국회사무처” 「치매노인에 대한 정책현황 및 향후 개선방향」, 제97-11호(통권 제 33호), 1997, p. 4.

11) 손인자, “치매” 「월간의약정보」, (서울:약업신문, 1997), p. 84.

12) 이윤로·김영숙, 치매의 현황과 과제 p. 13 나남사.

<표3>

치매의 원인과 빈도수

치매의 원인	빈도(%)	회복가능한 치매의 원인	빈도(%)
알츠하이머	56.8	우울증	26.2
다발성 뇌경색	13.3	약물	24.3
우울증	4.5	정상방뇌수줄증	10.7
알콜	4.2	갑상선질환	6.8
대사성질환	1.6	경막하죄혈종	5.8
암	1.5	암	4.0
약물	1.5	알콜중독	4.0
파킨슨씨병	1.2	간질환	1.9
헌팅톤씨병	0.9	칼슘대사장애	1.9
감염	0.6	기타	14.6
기타	9.3		

박 재간 “노인의 정신건강” 서울나남.1995.

그리고 노년층에서 일어나는 뇌조직의 위축과 신경조직의 광범위한 소실로 지적능력의 상실과 성격의 변화로 오는 질환등에 생기는 것이 아니며 정확한 원인은 밝혀지지 않았다. 이러한 질환이 생긴 사람은 대부분 피하지방의 감소 근육쇠약, 피부탄력성 상실, 머리카락이 가늘어지고 희어지는 등 노화증상이 나타난다.¹⁴⁾

(1) 병리학적 원인 : 뇌의 정보수집기능을 담당하는 신경세포가 손상된 경우로 인간의 기억력을 관장하는 부분의 신경이 잘못된 경우에 치매가 발생한다는 학설이다. 특히 지적능력 장애자에게서 치매가 진전되는 경우는 뇌세포의 장애로 이해하고 있다. 그런 치매의 원인은 복합적인 원인이 작용이 작용하는 것으로 이해하고 있다. 즉, 환자의 발생연령, 가족력, 정신과 질환발생빈도, 비행행동, 의사소통장애 등과도 치매는 관련이 있다.¹⁵⁾

13) 박재간, “노인의 정신건강” 「고령화 사회의 위기와 도전」, (서울:나남, 1995), p. 153.

14) 이윤로·김영숙, 치매의 현황과 과제 p. 12 나남사.

15) 이선자, “치매의 예방과 간호” 「노인치매의 현황과 과제」, 노인문제연구소,(서울:동인, 1996), p. 67.

(2) 생물 의학적 원인 : 분야의 연구 결과에 의하면, 진행과정은 평균 기산이 8-10년 경과하면서 진행되는 것으로 보고되고 있다. 치매의 발생원인은 유전적소인, 면역 계통 기능 저하, 내분비 계통 기능 이상, 영양상태 불량으로 인하여 체 내에서 신진대사에 필요한 산소공급이나, 산소운반 기능이 저하되어 포도당과 단백질 대사기능이 저하되게 한다.

(3) 사회문화적인 원인 : 연구결과에 의하면 교육수준이 낮은 경우에 치매 발병율이 높은 것으로 보고 있다. 따라서 교육수준을 높이면 뇌의 기억력 기능을 활성화시켜서 치매 발생을 5년정도 늦추 수 있을것으로 예측하고 있다.¹⁶⁾ 그러므로 <표4>을 통하여 3가지 원인을 요약하였다.¹⁷⁾

(표4) 치매의 3가지 원인

병리학적 원인	생물학적 원인	사회문화연구결과
-뇌의 정보를 수집하는 신경세포의 손상으로 기억력 관장하는 부분 신경이 잘못된 경우 치매발생	-유전, 면역계통기능저하, 내분비계통 기능이상 -체내에 필요한산소기능저하 -포도당, 단백질 대사기능 저하로 인한 에너지대사 저하	-교육수준이 낮으면 치매 발생률이 높다. -두뇌활동 지속시키면 치매 발생율을 낮출 수 있다.

* 치매노인 지침서(홍익대.1998) *

나. 치매의 종류

(1) 알츠하이머(Alzheimer) 병

알츠하이머 병의 가설은 현재까지 완전하게 밝혀 있지 않으나, 알루미늄 중독설, 면역기능 장애설, 유전학적 가설, 아세틸콜린 대사 장애설이 있는 가설들을 요약정리해 보겠다.

16) 서울시의회 보건복지부 1999.

17) 조일아, "치매노인요양시설의 배회복도 실내디자인에 관한연구", (서울:홍익대, 1997) p. 6.

(가) 알루미늄 중독설은 알츠하이머 병 환자의 뇌조직에서 알루미늄의 농도가 높고 또한 알루미늄 농도는 신경 섬유성 농축체와 관련이 있으며, 대뇌의 알루미늄 농도의 증가가 신경계에 독성 작용을 한다는 가설이다.

(나) 면역기능 장애설은 알츠하이머 병 환자의 혈청단백에서 이상성이 발견되었는데 이러한 면역학적 이상이 일차성인지 혹은 이차성인지는 잘 모르지만 아밀로이드가 면역계 장애의 산물이며, 특히 β -아밀로이드가 세포 내외의 혈관에 침착되어 그 결과 뇌기능의 광범위한 장애가 온다는 가설이다.

(다) 유전학적 가설로서 세가지 유전좌우가 알츠하이머 병과 관련이 있고 발병연령에 따라 발현되는 유전자 부위가 다른 것으로 알려져 있다.

(라) 아세틸콜린 대사 장애설은 피질의 노인반이 전뇌에서 기사되는 콜린계 신경섬유의 변성 때문에 생긴다는 가설이다.¹⁸⁾

(2) 혈관성치매(Vascular Dementia)

혈관성치매의 유형 : 다발성 경색 치매, 빈스방거병, 대뇌 아밀로이드 혈관증, 다발성 대뇌 색전증, 두 개의 동맥질환 그리고 심장성치매가 있다.

특징 : 다발성 경색 치매는 시작이 급성이고 경과가 계단식으로 악화되는 것이 특징이며, 국소적, 신경학적 증상인 전반사 증가, 가성구 연구마비, 보행장애 및 사지무력증을 동반하기도 한다.

병리적 소견은 뇌의 다발적이며 광범위한 국소연화의 병소를 볼수 있고, 뇌 영상 연구에서는 대뇌 피질과 피질하 구조물에 다발의 혈관성 병명으로 나타내고 있다. 뇌졸중이 동반된 60세 이상 노인의 8%가 치매로 발전된 반면, 뇌졸중 이 동반되지 않은 60세 이상 노인에서는 단지 1%만이 치매로 발전되었다고 보고 되었다.

18) 곽동일, “노인성 치매”, 「신경정신의학」, (서울:노인정신의학, 1997), p. 5.

(3) 파킨슨(Pick)병

특징 : 운동완서, 톱니바퀴형 경직, 진전, 가면양 얼굴, 자세이상 및 보행장애를 특징으로 하여 서서히 진행되는 질환이다.

파킨슨 병 노인의 20-60%에서 치매가 동반되며 병의 후기에 빈번하다. 우울증과 약물치료 동안 정신병적 증상이 발생되기도 한다.

파킨슨병의 치매 양상은 자발적인 활동, 시각의 장애, 문제해결능력의 지속적 장애, 기억력 장애, 시공간적 지각 장애, 개면 형성 장애, 연구 구사 능력장애 및 정보 처리 능력의 감퇴등이다.

(4). 픽병과 전두엽 치매

특징 : 초기단계에서 인격의 변화 실행기능의 장애, 감정둔마, 행동적 탈억제, 현저한 언어장애를 특징으로 한다.

기타 기억력 장애, 실행증등의 증상들이 동반되기도 한다.

치매가 진행되면서 무감동증 혹은 극한 초조증이 나타날 수 있다.

(5) 진행성 치매질환

특징 : 헌팅톤 병의 경우 염색체 4번의 단완에 위치하는 생명색체가 우성 유전을 하는 유전병으로 무도증이 치매 특징적으로 나타난다.

이 질환은 뇌의 광범위한 위축이 나타나며 특히 미상핵과 피각에서 심하게 나타난다.¹⁹⁾

(6) 기타 치매 질환: AIDS-치매복합, Huntington무도병, 알코성치매, 외상후, 정상압 수두증, 관절염, 두통, 수혈, 갑상선, 흡연과 음주 중독등으로 인한 노인성 치매 질환으로 나타나고 있다.²⁰⁾

이상과 같이 열거된 노인성 치매를 일으킬수 있는 대표적인 질환을 간단하게

19) 서울시의회 보건복지부 1999.

20) 연병길, “노인치매의 원인 및 치료” 「노인치매의 현황과 과제」, 노인문제연구소, (서울 동인, 1996), p. 31.

설명하였다. 이러한 질환들은 조기 발견과 적절한 치료를 시행한다면 치료가 가능할 것이라고 정신과 의사는 이러한 내과적 그리고 신경학적 질환에 대해 친숙할 필요가 있다고 보고 있다.

제 2 절 치매의 특성과 증상 예방

1. 특성

가. 심리적 특성

(1) 우울, 무감동, 위축 : 치매 초기에 기력이 허해지거나 능력저하를 자각하여 우울해지는 경우가 있다. 대부분의 치매노인은 무엇인가 잘못되어 간다는 자각을 하게 되며 실패감, 격리감등을 경험하게 되면 우울감의 원인이 된다.

우울은 일시적이며 특정원인을 가진 슬픔과는 다르다. 노인이 우울에 빠질 경우 즐거운 활동에서 위축되며 초조해 보이기도 하며, 집중을 할수 없게 된다. 우울증의 치매노인은 이상적인 기능이 더욱 저하되고, 집중시간은 더욱 짧아진다. 항우울제 투약은 비록 치매노인을 호전시키지는 못하나 치매노인의 느낌을 기분 좋게 만들어주는 효과가 있다.

(2) 의심 환자 : 누군가가 자신의 물건을 사용, 훔쳐갔다거나 누군가 훔치기 위해 자기를 감시하고 있다고 주장한다. 치매가 진전 될 수록 노인은 점점 더 자신이 믿을 수 없는 일들을 경험하게 된다. 자신이 물건을 어디에 두었는지를 잊어버렸다는 사실 등을 치매노인들은 받아들이기 힘든 것이다. 치매노인들은 이러한 현상에 대해 그 원인을 외부로 돌림으로써 자기 존중감을 유지하려고 하는 것이다.²¹⁾

나. 형태적 특성

(1) 배회 : 배회는 경우에 따라 매우 위험한 결과를 초래하며 개호자의 스트레

21) 1999년도 노인사업 지침서 (서울:보건복지부, 1998).

스의 큰 원인의 하나이다. 치매노인은 가만히 앉아 있으려 하지 않으며 계속적으로 돌아다닌다. 피곤해져도 쉬지 않는다. 배회는 심각한 문제를 야기시키므로 그 원인에 대한 이론이 다양하게 제시되었다. 일부 이론은 발병 이전의 삶의 방식에서 스트레스를 조절할수 없었던 것을 그 원인으로 들고 있으며 일부 심리학자들은 치매노인들이 현재 환경을 참을수 없어 하는 것이 배회의 원인이라고 한다. 또한 현재의 상실감을 채우기 위해서 익숙한 환경을 찾거나 과거의 아동기의 행복했던 보호감을 찾기 위해서 일 수도 있다고 한다.

(2) 뒤집, 훔침, 쌓아둠 : 치매노인들은 자신이 무엇인가를 잃어버렸다고 생각하고 찾으려 돌아다닌다. 치매노인의 자신은 스스로를 정확한 사람으로 인식하고 자신이 그 물건을 어딘가에 잘못 두었을 리가 없으며 반드시 누군가가 훔쳐갔다고 간주한다.

그러므로 이것을 찾으려 남의 물건을 뒤지고 자기 것으로 간주되는 것을 가져온다. 치매노인은 자신의 물건과 남의 물건을 구별할 능력이 없으며 남의 물건을 자기 것이라고 우기기도 한다. 남의 방에 들어가 자기 침대라고 떼쓰는 경우도 그 예이다. 혼히는 자기를 돌보는 사람이나, 시설의 경우 방을 같이 쓰는 노인을 그 범인으로 지목한다.

(3) 파국적 행동: 파국적 행동이란 어느 상황이 치매노인의 사고와 반응능력을 넘어설 때 노인에게서 나타나는 행위를 지칭한다. 행위를 말하면 급격한 기분변화, 오랫동안 울며 달래지지도 않음, 격노와 의심의 증가, 초조와 보충, 배회의 증가, 호전적, 완고함, 근심혹은 긴장이다. 치매노인은 상황에 비해 지나치게 완고해지고 비판적이거나 감정적이 된다. 이러한 행위들은 여러가지 사건에 의해 야기될수 있다.

치매노인은 최종적으로 어른으로써 판단을 상실하게 된다. 한 사건의 심각성을 평가하거나 자신의 행위가 타인에 미칠 영향을 예측할수 없다. 또 한 환경에서의 단서를 잘못 인지하고 그 잘못된 판단에 입각해 행위한다.²²⁾

22) 사회복지정책, 보건복지부 1998.

다. 신체적 특성

(1) 감각장애 : 알츠하이머 병은 감각에도 장애를 일으키게 된다. 예를 들면 눈, 코, 귀, 등의 감각기관이 정상이라 할지라도 자신의 눈에 비치고, 귀에 들리고, 맛보고, 느껴지고, 냄새나는 것들이 무엇인가 하는 판단 능력이 저하되거나 변화되어 버린다. 그러므로 정기적으로 감각기관을 의사에게 진찰 받도록 해야 한다. 노인에게 이러한 장애가 있을 때 안경, 의치, 보청기 등을 사용하여 장애가 된 부분을 교정시킬 수도 있다고 본다.

알츠하이머 병으로 인해 여러 가지 시각 장애를 일으킬수 있다. 예를 들면 “시각 살인”은 눈에 보여지는 물체가 무엇인지 정확하게 이해할수 있는 능력이 없는 상태를 말한다. 눈 자체의 기능의 이상은 없다 할지라도 뇌장애로 인해 치매노인은 본 물체를 정확하게 감지할수 없기 때문이다. 또한 인식능력이나 거리감각이 변하는 경우도 있다. 이러한 장애는 안전상문제가 되므로 주의하도록 한다.

(2) 청각장애 : 그 기능이 완전히 상실되거나 저하되는 경우가 많이 있다. 촉각장애란 병은 뇌기능 장애로 인하여 피부감각이 둔해진다. 그러므로 더위나, 추위, 불쾌감등을 이해하지 못하게 된다. 미각장애의 치매노인은 위험한 물건을 구별하지 못하고 배설물을 입속에 넣기도 한다. 청각장애의 치매노인은 보통 청력이 있다 하더라도 들었던 것을 정확하게 이해할수 있는 능력이 상실되는 경우가 있다. 그러므로 노인이 혼란하거나 흥분하게 되는 원인이 된다.²³⁾

결론적으로 일반적인 특성은 <표5>와 같이 요약할수 있다.

<표5>

일반적 특성

심리적 특성	형태적 특성	신체적 특성
우울, 무감동, 위축, 의심	배회, 뒤짐, 흠칫, 쌓아둠, 과국적 행동	시각 · 청각 · 촉각 · 미각장애

* 자료 : 보건복지부(노인성 치매의 대책방안) 1999 *

23) 사회복지정책, 보건복지부 1998.

2. 증상 . 예방

가. 치매 증상

치매의 증상은 40세 이전에 발생하는 경우는 비교적 드물고, 50세 이후에 아주 서서히 발병하며, 초기에는 가족들도 모른다. 65세이후에는 일반적으로 기억력과 지남력이 현저하게 저하된다.

최근에 있었던 일이나 몇 분 전에 일어난 일을 기억하지 못하는가 하면 익숙한 거리에서도 길을 잃게 된다.

일반적인 치매의 증상으로는 기억력 장애, 새로운 정보의 습득과 유지의 어려움, 지남력장애, 언어장애, 사물의 인지 장애, 언어 기능장애 상실, 실행능력의 장애, 시공간능력의 장애, 판단력 장애, 외모에 대한 무관심, 이상 행동과 인격의 변화, 신체적장애, 계산력 저하 등이다. 또 이유없이 이곳 저곳을 배회한다든가, 밤이 되면 흥분한다든가, 의미없는 것을 몇번이고 반복한다든가 하는 등의 행동이나 환시, 환청등이 나타난다.

다음과 같이 치매 증상을 요약한다면 <표6>와 같다.²⁴⁾

그러나 증상을 알기 위해서는 치매의 진단이 필요하다. 노인성 치매의 진단에서 일차적으로 가장 중요한 것은 치매노인의 교육정도, 사회활동, 대인관계, 경제적·사회적 성취도, 병전 성격 등의 기본적인 정보이다. 중요한 조사 내용으로는 증상의 발현이 급성 혹은 만성인지, 증상이 지속적 혹은 간헐적인지, 망상 혹은 환청 등의 정신병적 증상을 동반하고 있는지, 치매의 가족력이 있는지 과거에 정신질환의 병력이 있는지, 현재 복용하고 있는 약물 즉 알코올 남용이나 약물 남용의 병력이 있는지 등의 1차적인 진단이 필요하다.²⁵⁾ 또 진단기준은 첫째로, 이전에 습득했던 상실로 사회적·직업적 기능을 수행하는데 심한 지장을 초래한다. 둘째로, 기억력 장애가 특징적이다. 셋째로, 추상적 사고나 판단 추론조절의 장애가 있다. 넷째로 고위뇌피질 기능장애(실어증, 실행증, 인격변화)가 있다.²⁶⁾ 그러

24) 연병길, “노인치매의 원인 및 치료” 노인문제연구소.

25) 서울시의회 보건복지부 1999.

26) 김범생, “ 치매의 원인과진단”, 「월간의약정보」, (서울:약업신문, 1997), p. 21.

므로 진단의 필요한 기본 검사로는 혈액검사, 간기능검사, 혈당검사, 혈중지질농도, 전해질, 갑성선기능검사, vitamin B12농도, ESR, 소변검사, 흉부 X선검사를 한다. 뇌영상에 대한 검사로는 모든 치매노인에게 최소 1회이상 CT Scan을 실시해야 한다.²⁷⁾

<표6>

치매의 증상

주요 증상에 따른 분류	① 기억장애, 고도의 인지 장애, 행동·판단장애 ② 기능장애, 가정 대인관계의 장애, 사회생활전반의 장애
증상의 심각도에 따른 구분	① 초기(Mild)-전망기(2-3년) : 기억장애(특히 최근기억) 계산착오 ② 중기(Moderate)-혼란기(5-6년) : 지남력장애, 수면장애 지각장애(환각), 사고장애(피해망상등) ③ 말기(Severe)-치매기(5-10년) : 고도의 인지장애(판단력장애등), 요실금 등의 신체증상
문제행동 증상에 따른 구분	① 야간착락-수면장애, 환각, 환청 ② 지남력장애-시간(식사간 등), 사람을 못 알아보고 배회 ③ 정신적 장애-불안, 초조, 도난망상, 피해망상 ④ 행동장애-초조, 분노, 화 밖으로 나가려함,성적,목욕거부,실금
노인성치매 주요 증상	① 잊는 횟수가 잦고 다시 기억해 내는 일이 거의 없다. 또 한번 들은 얘기를 금방 잊어버리고 자꾸 되풀이해 묻는다. ② 평소에 아주 익숙해 있던 일도 잘 하지 못한다. ③ 말할 때 적절치 않은 단어를 사용하거나 의사전달이 잘 되지 않는다. ④ 시간과 장소의 감각이 없어지고, 판단력이 떨어진다. ⑤ 숫자를 잘 모르고 숫자가 무엇을 하는것인지도 모름. ⑥ 물건을 어디다 두었는지 모르고 엉뚱한 곳에서 찾음. ⑦ 기분과 행동이 짧은 시간사이에 순간적으로 변한다. ⑧ 성격이 급변해 흥분과 의심, 두려움을 반복적으로 나타낸다. ⑨ 피동적으로 변하고 나서는 경우가 절대 없다.

* 한국치매 가족회(치매모임회보)1996 지역사*

27) 서병숙, “노인에 대한 이해” 「노인 연구」, (서울:교문사, 1994), p. 11.

나. 치매의 예방

노인성치매에 대한 예방법은 실증적으로 증명되지는 않았으나, 대체적으로 일컬어지고 있는 예방법은 첫째, 신체의 건강 유지와 둘째, 혈압의 조절 및 동맥경화를 지연시킬 것이며 셋째, 당뇨병등 여러 가지 질환을 조기에 발견하여 적절한 치료를 행할 것이 중요하다. 넷째, 걷는 일은 건강의 기본이다. 다섯째, 손을 가늠한 쓰는 일이다. 두뇌활동을 꾸준히 계속하도록한다. 다른 사람들과 만남을 계속유지한다. 소리를 내서 노래를 부르거나 대화를 하는 것도 중요하다. 아울러 균형잡힌 영양, 적당한 운동, 활발한 정신 활동의 유지, 정서적 안정, 과잉된 스트레스를 경감시키는 일들이 중요한 방안이 될 수 있다.²⁸⁾

본인의 평소에 혈압을 알아두는 것. 식생활을 통한 건강관리가 노아방지에 도움을 준다. 스트레스 해소방법이 중요하다. 추위는 노인에게 무서운 적이 된다. 운동하는 것이 좋으며. 체중관리로 살지찌지 않도록 한다. 짜증내는 건수를 줄이고 마음의 안정을 도모하는 것이 좋다.

깊게 심호흡을하여 폐활량을 늘리는 것도 심신이 안정에 도움을 준다. 이상에서 열거한 사항은 일반적인 섭생으로 노화예방과 치매예방을 위한 조언이라고 할 수 있다.²⁹⁾ 또 치매의 예방에 도움이 되는 것으로는 지속적인 교육, 심혈관계운동, 에스트로겐(ESTR -OGEN) 대체요법, 항산화제(antioxidants), 소염제와 궤양치료제(H₂ block- ers)등을 들수 있다.

(1) 지속적인 교육

최소한 8년간이 교육을 받은 사람에게서 치매의 위험도가 감소되어 있다고 볼 때 읽기, 쓰기, 산수 같은 사고 기능을 적극적이고 규칙적으로 사용하도록 추천하는 것이 합리적이다.

28) 보건복지부 1998 자료제공.

29) 이선자, op, cit., pp. 72-74, 사회복지행정론 이계탁, 경희대학교 사회복지학과.

(2) 심혈관계 운동

심혈관계운동은 인지능력의 수행에서 우수함을 보여 준다고 한다. 성장인자는 일반적으로 뇌세포를 보호하고 손상에서 회복시키는 작용을 한다.

(3) 에스트로겐 대체요법

폐경기 이후 에스트로겐이 결핍된 여성은 뇌졸중, 심장질환, 골다공증, 치매의 위험성이 증가된다. 에스트로겐 대체요법은 질환의 위험성을 낮춘다.

이러한 치료가 또한 치매의 발달의 위험성을 줄이는지, 치매 진행의 속도를 느리게 하는지 혹은 몇몇 기능을 향상시키는지의 여부는 현재 평가 중에 있다고 한다.³⁰⁾ 이와같이 치매의 질환을 치료한다는 것은 없고 진행성을 감소하는데 있다.

제 3 장 치매의 유병율과 대응방안

1. 유병율

1996년 발표된 장래추계 인구를 기초로 하여 2020년까지 우리나라의 장래치매 노인수 및 치매 발생율을 추계한 것이 <표7>이다. 도표에서 보는 바와 같이 우리나라의 치매발생율은 1995년 65세 이상 노인인구의 8.3%에서 서서히 증가하여 2020년에는 1995년에 비해 0.7% 포인트가 증가한 9.0%가 될 것으로 전망하고 있으며, 치매노인수는 고령화의 전진과 더불어 지속적으로 증가 1995년 218천명에서 2020년에는 619천명으로 약 2.8배가 증가할것으로 전망된다.

이러한 사정을 고려하여 치매노인의 발생율에 대한 외국자료의 데이터 분석을 통하여 우리나라의 치매노인수를 추계한바 한국보건사회연구원들이 조사한 그 내용은 다음 <표7>과 같다.³¹⁾

30) 최인근, “치매원인과 예방” 「치매전문간호의 실제」, (서울:한국치매협회, 1997), pp. 47-48.

31) 하용찬, “치매유병률 추계”, 「치매관리Mapping개발연구」, (서울:한국보건사회연구소, 1997), p. 69.

명 연령	추계 치매노인의 수						
	1995년	1997년	2000년	2005년	2010년	2015년	2020년
65-69	23,744	26,143	30,299	36,606	38,161	43,413	53,400
79-74	35,298	37,632	42,241	54,274	65,977	69,023	78,892
75-79	62,068	69,718	83,331	100,328	128,396	155,367	162,292
80-	96,986	108,396	121,877	159,817	201,383	259,264	619,132
치매노인수	218,096	241,889	277,748	351,025	433,918	527,068	619,132
치매발생율	8.3	8.3	8.2	8.3	8.6	9.0	9.0

* 하 용찬 “한국보건사회연구소1997” *

노인인구의 증가와 함께 평균 연령이 1995년에는 73.5세(남 69.6세, 여 77.4세)로 연장되며, 앞으로 2020년에는 78.1세(남 74.5세, 여 81.7세) 치매노인이 급속히 늘어날 것으로 예상되고 있다. 즉 고령화사회에 접어들수록 치매노인이 크게 증가할것으로 추정되며, 서구사회가 50-100년에 걸쳐 도달한 고령화 사회가 우리나라는 불과 20여년정도의 빠른 추세로 증가하고 있다.

이러한 속도는 세계속에 없는 짧은 기간에 고령화 사회에 접어들어간 일본 보다 더 빠르게 진행되고 있어 우리나라가 부담하게 될 고령자 문제 특히 치매노인들의 문제가 더욱 심각하게 받아들여지고 있다.

그리고 노인성 치매 발생율(치매노인수 / 총 노인수)은 치매의 개념 및 조사에 따라 매우 다르다. Jorm A. F. (1987)등의 추계에 근거하여 우리나라 치매노인의 96년에 이르기까지 매 5,1년마다 2배로 증가하고 있으며, 연령별 치매 발생율은 60-64세 0.7%-5.6%, 80-84세 10.5%. 86-89세 20.8%, 90-95세 38.6%로 제시하였다.

외국의 치매조사결과(1986-1993년)를 종합한 연구 결과 65세이상은 2.2-8.4 %, 75세이상은 10.5-16.3%, 85세이상은 15.2-38.9%를 나타내고 있으며,³²⁾ 우리나라의

최근 발생을 조사결과도 다음과 아래와 같이 <표8>의 기록과 같이 65세 이상 노인이 2.0%에서 11.3%까지 다양하게 나타나고 있다.³³⁾

(표8) 지역사회 조사에서의 치매발생율 (단위: 나이(+))

연구자	연도	조사대상	발생율(%)
박종환등	1991	경북 영일군 1개면 거주 65세이상 노인 766명 중 응답자 692명	1차검사: 11.3(65+) 2차검사: 26.2(75+)
서울대학교	1994	1차:2,147(경기도 연천군 65세 이상 노인의 50%) 2차:436명(1차 검사자중 비비례 무작위층표본 추출)	1차검사: 9.5(65+) 2차검사: 9.7(70+)
한국보건사회연구원	1994	만 60세이상 106개 표본 조사구 거주 2,417명	1.5 (60+) 2.0 (65+) 5.1 (75+)
전남대학교	1996	1차: 광주 동구 65세 이상 노인의 5% 2차: 110(1차 검사자 중무작위 추출)	8.4 4.9 (65+) 16.2 (75+)

* 배 상수 : 한림대학교 의과대학 사회교실 1998 *

그런데 위 조사결과에서도 보듯이 치매의 발생율은 나이가 많아질수록 높아지는 특징이 있기 때문에 앞으로 고령화시대로 말미암아 평균수명의 연장으로 치매노인의 발생비율도 한해 한해 갈수록 높아지며, 노인인구가 증가됨에 따라 치매노인의 수도 증가할것으로 많은 학자들은 예측을 하고 있다. 따라서 <표9> 과 같은 치매 발생율로 나타나고 있다.³⁴⁾

32) “국회사무처” 제공.

33) 배상수, “광명시 치매관리모형 개발”, 「치매환자의 지역관리의 필요성」, (경기: 한림대학교 의과대학 사회의학 교실, 1997), p. 2.

34) 박경호, “치매노인 복지대책의 이론과 실제”, 「치매전문간호의 실제」, (서울:치매협

<표9>

연령별 치매 발생율

(단위: %)

연구자	전체	60-64세	65-69세	70-74세	75-79세	80세이상
박종환등	11.3	-	3.1	7.0	16.1	38.9
서울대학교	9.5	-	3.7	6.7	14.9	27.2
한국보건 사회연구원	2.0	0.3	0.9	0.5	2.2	8.8
보건사회 연구원	7.0	2.6	4.7	6.6	7.0	31.5

* 박 경 호 : 치매 협회 1997 *

한국보건사회연구원은 1997년 전국의 추정 치매발생율은 8.3%로(경증1.1%, 중등증 2.3%, 중증 4.9%) 타나났다. 위 <표9>와 같이 박종환 11.3%와 우종인등 9.5%에 비해 약간 낮은 수준이었다. 우리나라 여성노인의 치매발생율이 10.9%로서, 남성노인의 3.7%에 비해 상당히 높으며 연령증가에 따라 치매발생율도 계속 증가하는 것으로 나타났다.³⁵⁾ 아래 <표10>에서 그를 평균하여 보면 경증노인은 59.2%, 중등증노인은 27.2%, 중증노인은 13.5%로 나타나고 있다.

<표10>

치매의 정도별 유발율

(단위: %)

연구자	전체	정도별 구성비		
		경증	중등증	중증
박종환등	100.0	53.8	30.8	15.4
서울대학교	100.0	64.7	23.6	11.7
평균치	100.0	59.2	27.2	13.6

* 하 용찬 : 치매현황과 과제 1999 나남사 *

회, 1997), p. 5.

35) 국회사무처제공 1998.

치매노인의 정도별 일상생활 활동의 기능장애의 정도는 다음 <표11>에서 보는 바와 같다. 이를 보면 치매노인들은 수단적 일상생활 수행능력이 특히 낮음을 알수 있다.

<표11> 치매환자의 정도별 일상생활의 기능장애 (단위: %)

특 성	구 분	경증	중등증	중증	계
일상생활수행능력	걷기	8.0	52.2	50.0	33.3
	목욕	12.0	87.0	83.3	55.0
	배뇨관리	4.0	43.4	50.0	28.3
	배변관리	20.0	82.6	83.3	56.7
	옷입기	28.0	65.2	100.0	56.7
	식사하기	4.0	65.2	58.3	38.3
	거동하기	4.0	30.4	58.3	25.0
	몸단장하기	8.0	43.4	91.7	38.3
수단적 일상생활수행능력	방청소	40.0	78.3	100.0	66.7
	식사준비	40.0	78.3	100.0	73.3
	약먹기	8.0	52.2	83.3	40.0
	차타고외출하기	52.0	91.3	100.0	76.7
	돈관리하기	48.0	91.3	100.0	75.0
	전화받기	44.0	95.7	100.0	75.0
	장보기	36.0	100.0	100.0	73.3

* 국회 사무처 제공 *

위<표11>를 참고로 하면 경증노인 및 중등증노인의 일부 또는 전부는 가정에서 일상생활이 가능하며 중증의 치매노인은 가정에서 보다는 시설에서의 간병 및 치료가 용이할 것으로 판단하게 된다. 그럴 경우 위 조사에 따르면 시설보호 또는 상시 간병인이 필요한 치매노인은 최소한 치매 노인의 11.7-15.4%로서 96년의 경우 최소한 1만 7천명 내지 2만 2천명이 상시 간호가 필요한 것으로 나타나고 있다.³⁶⁾ 우리나라의 시설현황은 치매노인만을 위한 요양보호시설이 있을뿐 치매 전문병원은 거의 없으며 다만 일부병원에서 치매노인들을 대상으로 진료활동 및

36) “국회사무처” 제공 1998.

입원치료를 행하고 있으며, 사회복지관등에서 주간보호, 단기보호등 재활치료 및 프로그램을 운영하고 있는 실정이다 대한 적십자사가 발표한 것은 22곳으로 복지관, 요양시설, 요양센터, 상담소등으로 나타나고 있다.

2. 대응방안

치매는 뇌의 혈액이나 산소가 부족해서 생기는 병이 아니기 때문에 혈관을 확대시키는 약들이 치매에는 효과가 없다. 또한 치매가 비타민이 부족해 생기는 병이 아니기 때문에 비타민 또한 효과가 없다.

최근들어 뇌향상법 프로그램을 개발하여 치매 방지 및 치료 효과적이라는 뚜렷한 결과는 없지만 뇌향상 프로그램의 효과성을 증명하기 위해 많은 학자들이 노력하고있다.

어떤의사들은 뇌에서 해로운 알루미늄을 제거하는 .킬레이팅.(chelating)치료법을 선전하기도 한다. 이런 치매치료법들은 대개 비싸지만 치매를 치료하지는 못한다. 우리는 치매가 알루미늄으로 인해 발생하는지조차 확실히 모르는 상태임을 명시해야 한다. 노망은 모든 사람들이 두려워하는 질병이고 치매환자를 돌보는 가족들은 절망감을 느끼며 치료책을 필사적으로 찾기 때문에 현혹적인 치매치료제가 대중에 소개되곤 한다.

그리고 노인성 치매는 퇴행성 정신질환의 일종으로써 한 번 진행되면 조기 치료를 할 경우에는 3 / 6개월이면 치료가 가능키도 하지만 증세 호전이 없거나 상당히 진행된 상태에서는 지속적 치료와 함께 관리가 중요하다.

치매 환자의 기본적 증상은 기억력 장애 및 언어장애 또는 엉뚱한 행동 등이므로 이에 대처할 수 있도록 가족이나 주변 사람들은 다음과같은 대처 요령을 알고있는게 좋다

첫째, 너무 아이 취급을 하지 않도록 하며 마음의 안전을 갖도록 편안한 환경을 만들어 주도록 한다.

둘째, 배회하는 특징이 있으므로 문밖 출입을 할수 있는 장치를 해두거나 한자의 팔에 주소나 전화번호등 명찰을 달아 만일 혼자될 경우에 대한 대비를 해 두어야 한다.

셋째, 환각이나 착각에 빠질수 있으므로 자극적인 요소들은 접하지 않도록 해야 한다.

넷째, 자각 능력이 없으므로 입속에 들어가기 쉬운 것이나 위험이 있는것 등은 치워 두는것이 돌발사태를 방지하는 것이다.

제 4 장 한국 치매전문 요양 시설의 사례연구

영락전문요양원 및 정원치매요양센터에 대해서 시설 사례중심으로 소개하고 결론적으로 치매노인을 보호함에 있어 문제로 대두되는 것과 분야별서비스등에 대해 살펴보려고 한다.

Care란 시중, 수발, 보호, 감독, 개호등 의미를 갖고 있다. Care라는 말 자체는 특별한 뜻이 담긴 사회복지의 전문용어는 아니지만 어디서 행해지느냐에 따라 시설보호, 재가보호, 지역사회보호 등의 중요한 의미를 가지며 또 어떻게 제공되느냐에 따라 양로원에서 제공하는 원조형보호 혹은 요양원에서 제공하는 간호형 보호등으로 구분될수 있다.

제 1 절 영락전문요양원 사례

1. 소개

인천광역시 연수구 동춘동 786 - 2 번지에 소재하고 있는 무료 노인전문요양시설인 영락전문요양원은 치매노인의 특성에 맞는 회랑형 원형기둥 구조와 최신식 장비

를 갖추어 1996년 10월 1일자에 정원 180명으로 시설허가를 받아 현원 159명의 치매노인들을 보호하고 있다. 영락전문요양원에 거주하고 있는 노인들을 분류한다면, 65세 이상의 노인에게 많이 유발되는 뇌신경 파괴 (알츠하이머) 노인인 불치의 노인성 치매자가 97.8%, 알콜중독 의존증후군자가 2.2%가 있다.

이러한 질환 및 정신장애로 인하여 정신적 안정을 현저하게 어지럽히는 절대요보호 만성질환상태 곧 정신상의 조건이 장기요양을 필요로 하는 무의무탁한 노인들에게 급식 및 생활서비스, 의료서비스, 정서적 안정을 위한 프로그램 및 작업치료 실시와 원격진료 통신망 등을 통한 복지 서비스를 제공하고 있다. 그러나 치매노인 보호에 대한 시설로써 보호의 여러가지 발생되는 문제점과 개선방향이 나타나고 있다.

2. 시설의 실태와 현황

가. 보호노인 현황

노인현황을 살펴보면 아래의 <표12>과 같이 남 53명, 여103명으로 여자가 남자의 약 2배정도이고, 남자의 주 연령층은 65세-74세까지이며,여자의 경우는 70세-84세까지, 전체적으로 보면 주 보호 대상연령은 75세-84세까지로 나타나고 있다.

<표12> 보호노인 현황 (98. 2현재, 단위: 명)

구분	계	65세미만	65-69세	70-74세	75-79세	80-84세	85-89세	90세이상
계	159	14	27	34	30	37	13	4
남	55	7	14	17	11	4	1	1
여	104	7	13	17	19	33	12	3

* 영락 전문 요양원 제공 *

※평균연령: 남 72.1세, 여77.2세, 전체 75.4세

나. 능력장애별 현황

다음 <표13>를 살펴보면 의사소통 장애가 82명, 걷기장애가 74명, 배변장애는 47명, 식사장애는 26명, 수면장애가 51명, 와상노인이 36명으로 능력별장애가 나타났다.

<표13> 능력장애별 현황 (단위: 명)

구분	계	의사소통	걷기	식사	배변	수면	와상	기타
계	341	82	74	26	47	51	36	25
남	89	14	32	9	13	2	12	7
여	252	68	42	17	34	49	24	18

* 영락 전문 요양원 제공 *

또한 <표14>의 합병증 현황과 같이 고혈압으로 인한 중풍이 44.6%, 피부염이 18.8% 순으로 가장 많은것으로 나타난다.

다. 합병증 현황

<표14> 합병증 현황 (단위: 명)

구분	계	고혈압	중풍	퇴행성 관절염	간질	호흡기 질환	위장 질환	비뇨기 질환	시각 장애	피부염	청력 장애	심장 질환	기타
계	159	45	23	10	6	11	2	2	5	30	5	11	9
남	55	22	12	3	2	4	1	-	1	7	-	1	3
여	104	23	11	7	4	7	1	2	4	23	5	10	6

* 영락 전문 요양원 제공 *

라. 치매노인의 종류 및 정도분류

아래 <표15>에 명시된바와 같이 현재 전체 퇴행성질환은 30.8%, 뇌혈관질환은 19.4%, 질환을 알수 없는 치매노인은 38.9%로 치매노인의 질환은 퇴행성질환의 비율이 크게 나타났다.

<표15>

치매의 종류

(단위: 명)

구분	계	퇴행성 질환	대사성 질환	뇌혈관 질환	결핍성 질환	중독성 질환	감염성 질환	정신 질환	기타 질환
계	159	49	1	31	2	3	0	11	62
남	55	7	-	12	-	2	-	1	23
여	104	42	1	19	2	1	-	10	39

* 영락 전문 요양원 제공 *

아래 <표16>에서는 치매정도의 분류에서는 경증노인 20.1%, 중경증 노인 34.5%, 중증노인 45.2%로 많은 부분으로 시설에서 보호를 받고 있으며 남자보다 여자가 1.9배로 많은 질환을 알고 있다.

<표16>

치매 정도 분류

(단위: 명)

구분	계	경증	중경증	중증
계	159	32	55	72
남	55	15	15	25
여	104	17	40	47

* 영락 전문 요양원 제공 *

마. 종사자 직종별 현황

다음으로 <표17>에 명시된바와 같이 현재 159명의 치매노인들을 돌보고 있는 직원수는 40명이며, 생활보조원 27명 중에는 사무원 2명, 물리치료 보조 1명, 운전기사 1명, 영선기사 1명, 레크레이션 담당자 1명, 총 6명을 배치하고 있어 실질적인 생활보조원은 주·야간 모두 합쳐 21명인 셈이다.

<표17>

종사자 직종별 현황

(단위: 명)

구분	직종	계	시설장	총무	의사	생활 지도원	간호사	물리 치료사	생활 보조원	취사부	청소 세탁부	영양사	사무원
현재 인원수	계	40	1	1	1	1	3	1	27	4	1	0	0
	남	7	-	1	1	1	-	1	3	-	-	-	-
	여	33	1	-	-	-	3	-	24	4	1	-	-

* 영락 전문 요양원 제공 *

바. 자원봉사원의 일반적 특성

아래<표18>와 같이 97년동안의 자원봉사원들의 수와 연령과 교육정도, 종교, 직업등으로 분류하였다.

여기서 문제가 되는 것은 86%가 10대 20대이고, 그 나머지는 불과 14%정도만 성인 자원봉사자로 되어 있는 실정이다.

그동안의 자원봉사자의 모든 대상자가 불과 10대 20대라는 것은 앞으로 좋은 결과를 가져오지만 현 실태로서는 성인들의 복지의식들이 현저하게 떨어지고 있다는 것이다.

<표18> 자원봉사원 일반적 특성

구분	인원	연령			교육정도							종교					직업		
		10-20	30-40	50-	초등	중등	고등	대재	대졸	대원졸	기타	기독교	천주교	불교	기타	무교	학생	직장	기타
남	2317	86%	10%	4%	10%	25%	45%	8%	8%	2%	2%	35%	7%	2%	45%	11%	70%	20%	10%
여	3307																		

* 영락 전문 요양원 제공 *

사. 영양 섭취별 현황

아래<표19>에 노인들의 영양 섭취별 현황이 구별되어있다. 영양사는 없지만 생활보조원의 경험과 원장이 자격증을 소지하고 있어 노인들에게 필요한 칼로리에 맞게 식단을 짜고 있고, 밥을 드시는 분은 전체 89%로 식사를 잘하고 있는 것으로 나타나며 <부록1> 내용과 같이 90%이상 지키고 있다.

<표19>

영양 섭취별 현황

(단위: 명)

구 분	계	밥	당뇨식	영양죽	미음
계	159	143	7	9	-
남	54	48	3	3	-
여	105	95	4	6	-

* 영락 전문 요양원 제공 *

그리고 영락전문요양원의 하루일과는 7:00 아침식사, 9:00-9:20예배, 9:20- 30체조 9:30~산책, 10:00-12:00 원격진료와 레크리에이션및 작업치료 프로그램 진행(2층노인), 11:30-12:30 점심식사, 14:30-15:40 레크리에이션이 있다

그리고 작업치료 프로그램 진행(3, 4층노인), 16:30-17:20 저녁식사, 그외 자유시간에는 물리치료실, 의무실 이용 및 음악치료, 치과치료, 원격진료, 이·미용실, 침술, 목욕등의 서비스를 받는다.

뇌기능에 자극을 주어 치매의 진행속도를 늦추거나 기억력 상실을 완화하고 삶의 의욕과 자신감을 유도한다는 뜻에서 <표20>과 같은 다양한 프로그램을 실시하고 있다.

그러나 영락전문요양원은 개원한지 15개월밖에 되지 않았고, 치매프로그램에 대한 경험과 지식이 부족하기 때문에 적합한 프로그램(신체 가능 여부, 흥미도, 참여도, 재활효과등의 평가 미흡)을 마련하는데 어려움이 있고 실험적 단계에 그치고 있다.

그러나 지속적인 연구와 경험을 축적하여 치매노인을 위한 다양하고 효과적인 프로그램을 개발하고자 한다.

구 분	회상요법	음악	미술	산책	체육	치료Rec	인지요법	작업요법	성경공부
월-토	목	수, 금	목	월, 화, 수, 목, 금	월, 화, 수, 목, 금	월, 화, 수	목	월, 화, 수, 목, 금	목
참여도%	5%	7-8%	5%	10%	70%	25%	5%	3%	10%
내 용	· 대화방법 · 만족놀이 · 상잉모션 · 한미당 놀이	· 음악감상 · 노래 부르 기 · 음악을 이용한 체조 · 악 기 다루기 · 찬양예배	· 모 형 그리기 · 협력하여 그리기 · 병풍 만들기 · 볼펜두경 짚기 · 티슈에 물감 짚기	· 가까운근 교도보로 산책 · 완버스로 근교로 드라이브 · 간식대 화 관람 · 노 래 장기지랑	· 드리볼 패스 · 실내농구 · 실내축구 · 후프놀이 · 머니골프 · 볼링 · 캐거루 달리기 · 풍선배구 · 물고 달리기 · 협력하여 달리기 · 풍선축구 · 열축구	· 매일체조 · 레크레이 션댄스 · 관람게임 · 요가 · 음악치료 · 수중체조 · 산책	· 퍼즐 맞추기 · 낱자 맞추기 · 숫자한 글 공부 · 주제토론	· 색종이접 가만들기 · 퍼즐놀이 · 뜯고오려 붙이기 · 협력하여 만들기 · 쌓기놀이 · 블록놀이 · 자점토	· 교재를 이용해 성경에 대한 쉬운공부 진행

* 영락 전문 요양원 제공 *

이곳에 처음 입소하셨을때는 환경이 바뀌어서인지 걱정과 두려움으로 안절부절 못하시던분들이 지금은 함께 예배를 드리고 놀이와 처치등 직원들과의 상호교류를 통해 따뜻한 사랑을 느끼시면서 심적안정을 되찾아 가시는 모습이다.

자. 치매 노인의 문제 행동

각자의 문제 행동에서 <표21>을 보면, 목욕능력 14.4%, 세탁능력13.5%, 자가투약능력13.8%로 나타나고 있으며 남자보다 여자가 2.5배로 문제행동에서 많은 차이를 보이고 있다.

<표21>

치매노인의 문제행동 현황

(98, 2월.현재)

구분	계	시력 청력	식사 능력	의복 착용 능력	보행 능력	세탁 능력	계단 오르 기능력	목욕 능력	화장 실출 입능력	노실 금. 실변	수면 상태	자가 투약 능력	몸치장 능력 (여)	대화 소통
계	868	29	16	71	59	118	76	125	56	46	36	120	58	58
남	251	5	4	17	16	46	22	46	15	11	4	45	-	20
여	637	24	12	54	43	72	54	79	41	35	32	75	58	38

* 영락 전문 요양원 제공 *

차. 직원들의 학력 및 연령

아래 <표22>와 같이 고졸학력이하가 전체 직원의 47.5%를 차지하며 여자는 57.6%로 거의 생활요원이고, 고졸이상은 주로행정요원과 의료요원이다.

<표22>

직원 학력

(단위: 명)

구분	계	무학	국졸	중졸	고졸	전문대졸	대졸이상
계	40명	0	12	7	13	7	1
남	7명	-	-	-	3	3	1
여	33명	-	12	7	10	4	-

* 영락 전문 요양원 제공 *

<표23>의 연령 분포가 남자직원은 30대가 많고, 여자는 40대가 가장많으나, 50-60대가 20대의 약 5배가 되며 전체직원의 35%를 차지하고 있다.

<표23>

직원 연령

(단위: 명)

구분	계	20-	30-	40-	50-	60-	70-
계	40명	3	10	13	8	6	0
남	7명	-	5	2	-	-	-
여	33명	3	5	11	8	6	-

* 영락 전문 요양원 제공 *

제 2 절 정원치매 노인요양센터 사례

1. 소 개

경기도 파주시 광탄면 분수리 28-16 에 소재하고 있는 무료 치매 전문요양시설인 정원치매노인요양센터는 치매노인의 특성에 맞는 일자형 구조와 최신식 장비를 갖추어 1996 년 11 월 1 일자에 정원 174명으로 시설허가를 받아 현원 162명의 치매노인들을 보호하고 있다. 본시설에 거주하고 있는 노인들을 분류한다면, 65세 이상의 노인에게 많이 유발되는 뇌신경 파괴 (알츠하이머) 환자와 불치의 노인성 치매자 (노망, 망녕)가 95%, 알콜중독 의존증후군자가 5 %가 있다. 이러한 질환 및 정신장애로 인하여 정신적 안정을 현저하게 어지럽히는 절대요보호 만성질환상태 곧 정신상의 조건이 장기요양을 필요로 하는 무의무탁한 노인들에게 급식, 생활서비스, 의료서비스, 정서적 안정을 위한 프로그램으로 각종 서비스를 제공하고 있다. 그러나 치매노인 보호에 대한 시설로써 여러가지 발생되는 문제점과 개선방향이 나타나고 있다.

2. 시설의 실태와 현황

가. 보호노인현황

보호 노인현황을 살펴보면 아래의 <표24>와 같이 남 31명, 여131명으로 여자가 남자의 약 4배정도이고, 남자의 주 연령층은 65세 - 89세까지이며, 여자의 경우는 75세 - 90세까지, 전체적으로 보면 주 보호 대상연령은 65세 - 89세까지로 나타나고 있다.

<표24>

보호노인 현황

(98. 2.현재.단위: 명)

구분	계	65세미만	65-69	70-74	75-79	80-84	85-89	90이상
계	162명	19	15	10	44	11	55	8
남	31명	8	8	2	4	3	5	1
여	131명	11	7	8	40	8	50	7

* 정원 치매노인 요양센터 제공 *

※ 평균연령: 76.4세, 남자 65.9세, 여자 77.9세

나. 능력장애별 현황

다음 <표25>을 살펴보면 전체 162명중 의사소통 장애가 99명, 걷기장애가 72명, 식사장애가 46명, 배변장애는 91명, 수면장애가 8명, 와상노인이 35명으로 조사되었으나, 정확한 기준을 세우기가 애매하여, 더러는 간호사의 주관적 판단으로 조사된 것이다.

<표25> 능력장애별 현황 (98. 2.현재.단위: 명)

구분	계	의사소통	걷기	식사	배변	수면	와상	기타
계	366	99	72	46	91	8	35	15
남	68	24	21	8	6	2	4	3
여	298	75	51	38	85	6	31	12

* 정원 치매노인 요양센터 제공 *

다. 합병증 현황

또한 <표26>의 치매노인들의 합병증으로 나타나는 상태는 고혈압으로 인한 중풍 44.4%, 퇴행성 관절염 21.6% 순으로 가장 많은 것으로 나타난다.

<표26> 합병증 현황 (단위: 명)

구분	계	중풍	퇴행성 관절염	간질	호흡기 질환	비뇨기 관질환	피부염	고혈압	기타
계	162	52	35	3	8	2	2	20	40
남	31	10	5	1	2	-	1	5	7
여	131	42	30	2	6	2	1	15	33

* 정원 치매노인 요양센터 제공 *

모든 치매노인들이 두 세가지 이상의 질환을 가지고 있다.(치매, 당뇨, 중풍, 뇌경색, 뇌출혈, 관절, 허리디스크, 여러 가지 수술 후유증 등)

라. 치매노인의 종류 및 정도 분류

치매의 종류에서는 <표27>와 같이 퇴행성질환 49.3%이고, 뇌혈관 질환 32.0%로 나타나고 있는데 남자보다 여자가 4.2배로 많은 것으로 나타나고 있다.

<표27> 치매 종류 (단위: 명)

구분	계	퇴행성 질환	뇌혈관 질환	감염성 질환	뇌종양 질환	정신 질환	중독성 질환	기타 질환
계	162	80	52	2	1	2	-	25
남	31	15	10	-	1	1	-	4
여	131	65	42	2	-	1	-	21

* 정원 치매노인 요양센터 제공 *

치매의 정도분류에서는 <표28>와 같이 경증치매노인이 18.5%, 중등증치매노인 44.4%, 중증치매노인 37.0%로 나타나며, 남자보다 여자가 약 4.2배많은 것으로 나타난다.

<표28> 정도 분류 (단위: 명)

구분	계	경증	중등증	중증
계	162	30	72	60
남	31	9	10	12
여	131	21	62	48

* 정원 치매노인 요양센터 제공 *

마. 종사자 직종별 현황

다음으로 <표29>에 명시된바와 같이 현재 162명의 치매노인들을 돌보고 있는 직원수는 60명으로 3교대 근무를 하고 있다.

<표29>

종사자 직종별 현황

(단위: 명)

구분	직종	계	시설장	총무	의사	생활 지도원	간호사	물리 치료사	생활 보조원	취사부	기사,세 탁부	영양사	사무원 관리인
직원수	계	60	1	1	2	0	9	1	39	6	0	1	0
	남	10	1	1	2	-	-	-	7	-	-	-	-
	여	50	-	-	-	-	9	1	32	6	-	1	-

* 정원 치매노인 요양센터 제공 *

바. 치매 노인의 문제행동

각자의 문제 행동에서 <표30> 보면, 화장실출입능력 14.8%, 요실금, 변12. 1%, 식사능력 17.1%로 대화소통 11.6% 나타나고 있으며, 남자보다 여자가 4배 정도로 문제행동에서 많은 차이를 보이고 있다.

<표30>

치매노인의 문제행동 현황

(단위: 명)

구분	계	시력 청력	식사 능력	의복 착용 능력	보행 능력	세탁 능력	계단 오르기 능력	목욕 능력	화장실 출입 능력	요실금, 실변	수면 상태	자가 투약 능력	몸치장 능력 (여)	대화 소통
계	849	8	146	80	72	15	58	30	125	103	20	45	48	99
남	183	2	28	15	21	-	18	10	22	23	5	15	-	24
여	666	6	118	65	51	15	40	20	103	80	15	30	48	75

* 정원 치매노인 요양센터 제공 *

사. 영양 섭취별 현황

아래 <표31> 식단표는 계절에 맞게 주간마다 변경된다. <부록2>와 같이 영양사가 노인들에게 필요한 칼로리에 맞게 식단을 짜고 있으며 99%이상 지키고 있다고 한다.

<표31>

영양 섭취별 현황

(단위: 명)

구 분	계	밥	당뇨식	영양죽	미음
계	162	121	36	2	3
남	31	23	8	-	-
여	131	98	28	2	3

* 정원 치매노인 요양센터 제공 *

정원치매요양센터는 5:30-6:30 아침식사로 하루의 일과가 시작된다. 9:00- 11:00 치료 레크리에이션 프로그램 진행, 11:30-12:30 점심식사, 14:30 -15:40 각자의 물리치료와 각종 행사참여, 16:30-17:30 저녁식사, 그외 자유시간에는 항상 open되어있는 시설(공중목욕탕, 이미용실, 물리치료실, 간호실 등)을 이용 한다.

아. 시행 프로그램

시행프로그램

구분	회상요법	음악	미술	산책	체육	치료 Rec	인지요법	작문요법	기타
월 - 토 참여도 %	화	금	수	화, 목	수	월, 수, 금	월	화	기도모임
	1%	2%	1%	10%	2%	40%	1%	5%	5%
	· 웃놀이	· 노래 부르기 · 손벽치며 박자 맞추기	· 모형 그대로 그리기	· 가까운 뜰과 헬체위로 산책.	· 공던지기 · 볼링게임 · 미로게임	· 산책 · 나물캐기	· 숫자공부 · 말잇기 공부	· 지점토 놀이 · 색종이 접기	· 찬양 부르기

자. 자원봉사원의 일반적 특성

아래<표33>와 같이 자원봉사원들은 주로 종교단체에서 나오며, 50-60세가 많고 학력은 고졸과 대졸이 70%이상을 차지하고 있다. 직업으로는 주부가 70%이상을 차지하고 있으므로 바람직한 자원봉사의 일반적 특성을 알수 있었다.

단, 특이한 점은 초·중·고학생들은 자원봉사의 대상에 제외시켰다. 왜냐하면 일시적인 자원봉사보다 지속적인 자원봉사자들만 기록한 것이다.

<표33> 자원봉사원 일반적특성 (98. 2. 현재)

구분	인원	연령			교육정도							종교					직업		
		30세	40세	50-60세	초등	중등	고등	대재	대졸	대원졸	기타	기독교	천주교	불교	기타	무교	주부	직장	기타
남	20	20%	30%	50%	5%	20%	40%	-	30%	5%	2%	30%	40%	20%	-	10%	70%	20%	10%
여	65																		

* 정원 치매노인 요양센터 제공 *

차. 직원 학력 및 연령

<표34>과 같이 고졸학력이하가 전체 직원의 16.6%, 고졸이상은 83%로 주로 행정요원과 의료원이다. 생활요원의 학력수준이 높은 편으로 나타나고 있다.

<표34> 직원 학력 (단위: 명)

구분	계	무	국졸	중졸	고졸	전문졸	대졸이상
계	60	1	7	2	31	12	7
남	10	-	1	2	4	2	1
여	50	1	6	-	27	10	6

* 정원 치매노인 요양센터 제공 *

아래<표35> 연령 분포가 남자직원은 40대가 많고 여자는 40대가 가장많으나 40-50대가 20-30대의 약 4.2배가 되며 전체직원의 78.3%를 차지하고 있다.

<표35>

직원 연령

(단위 : 명)

구분	계	20-	30-	40-	50-	60-	70-
계	60	0	11	31	16	0	0
남	10	-	1	3	6	-	-
여	50	2	10	28	10	-	-

* 정원 치매노인 요양센터 제공 *

이상과 같이 두시설의 현황을 기술하였다.

3. 두 시설의 비교와 개선점

1. 서비스 인력 구조체계

치매노인을 보호함에 있어 가장 중요하다고 할수 있는 보호부분은 서비스 인력구조 체계에 관하여 아래의 <표36>에 기술하고 한다.

<표36>

서비스 인력 구조체계

(99. 2.현재)

영락전문요양원	정원치매노인요양센터	개 선 점
· 전체 40명의 직원중 33명은 주관care를 하고 있고 7명만 야간을 care를 하고 있다.	· 전체 60명의 직원중 중요 직원 30명을 제외한 나머지 30명의 직원은 (주로 생활보조원)용역으로 채용하여 3교 대 Care를 하고 있다.	· 노인들에게 최대한의 서비스를 제공하려면 먼저 인력의 확보가 중요하다. 현재 법정기준 예산지원 기준에 더 보강되어야 하겠지만 우선 현기준으로도 용역기관과의 연계를 맺어 자유롭게 활용한다면, 노인들에게 최대한의 서비스를 제공하기위한 기반이 되며, 운영면이나 예산면이나 직원채용면에 있어 유익하리라 본다.

2. 다음 <표37>에서는 치매노인들의 의복착용에 관하여 느낀 차이점과 의견을 제시하고자 한다.

영락전문요양원	정원치매노인요양센터	개 선 점
· 일괄적으로 환자복을 착용하여 병원 같은 분위기가 짙게 깔려 있다.	· 일상가정생활처럼 자유로운 복장을 입고 있다.	· 침대를 사용하거나 대·소변을가리지 못하는 분은 의료적 측면에서 환자복을 입혀 청결유지와 처치에 편리를 도모하고 그외 거동이 가능한 분은 복지적 측면에서 자유복을 입고 생활토록 하는 것이 개인차를 존중하고 정서적 분위기를 조성하는데 바람직하다고 본다.

3. 아래의 <표38>에서는 건물에 대한 이용면을 비교하므로 개선점을 찾고자 한다.

<표38>

건물에 대한 이용

영락전문요양원	정원치매노인요양센터	개 선 점
· 화장실 : 층별마다 공동으로 있고 방에는 이동용 변기를 비치하고 있다. · 작업치료실:물리치료실과 함께 사용하고 있다. · 주방이 좁은 관계로 여름에는 너무덥고 배수구가 좁다.	· 화장실 : 방방 입구마다 있다. · 주방이 넓고 대형식기세척기가 있으며 대형 환기통이 있다. · 작업치료실:간호사실에서 함께 사용하고 있다.	· 두 시설 모두건물은 치매노인들에게 적당하다고 본다. 그러나 면적에 여유가 있으면 화장실은 층별보다 방별로 이용토록하는 것이 더 편리할 것 같다. · 작업치료실 및 프로그램 진행실이 별도로 있으면 좋겠다. 영락은 실내공간이 탁트이게 넓은 것이 정원은 아늑한 자원봉사자실이 인상적이다. · 예산이 확보된다면 대형식기세척기를 주방에 비치하여 부족한 인력을 보완 하는 것이 바람직하다고 보며, 다수의 음식을 조리하는 시설의 주방배수구는 대형 호텔이나 대형 식당들의 설계를 입하는 것이 바람직하다고 본다.

4. 치매노인들에게 복지프로그램을 진행함에 있어 전문보호자 및 진행체계는 매우 중요하다. 이상적인 대안을 <표39>에 제시하고자 한다.

<표39> 복지프로그램 진행체계

영락전문요양원	정원치매노인요양센터	개선점
· 사회복지사 1명, 레크레이션 담당자 1명으로 직원 2명이 진행을 하고 있다.	· 간호사들이 진행을 하고 있다.	· 의료사회사업가가 필수적이다. 치매노인들에게는 보다 전문성이 필요하므로 의료, 복지, 레크레이션 3가지의 자격을 겸비한 종합적인 전문인력이 2-3명 정도 필요하다고 본다.

5. 다음<표40>에서는 물리치에 관하여 언급하고자 한다.

<표40> 물리치료

영락전문요양원	정원치매노인요양센터	개 선 점
· 물리치료사 1명과 보조 1명으로 직원 2명이 1일 80명이상의 노인에게 서비스 하고 있으며 이용률이 약 50정도이다.	· 물리치료사 1명이 1일 30-40명의 노인에게 서비스를 하고 있으며 , 중증 치매노인이 많아 불과 20% - 25% 정도만 받고 있다.	· 초기는 어느정도 물리치료가 필요 가능하지만 중기, 말기에는 어려움이 많고 필요의 가치가 그다지 많지 않은 것으로 보인다. 지역내의 영세노인들도 함께 공유하도록 Open하는 것도 바람직할 것 같다. 또한자원봉사자를 충원하면 개개인의 재활서비스에 주력하는데 도움이 되리라 본다.

6. 다음<41>에서는 치매노인들을 실질적으로 보호하고 있는 생활보조원들을 중심으로 하여 서비스 제공에 대한 어려움 및 한계점에 초점을 맞춰 제한하고자 한다.

<표41>

생활서비스 비교 및 보안점

영락전문요양원	정원치매노인요양센터	보 안 점
· 실제적인 생활서비스의 주관 Care가 14명, 야간 Care자가 7명으로, 주관 중심의 보호를 하고 있으며 대부분 간병인 교육을 이수하지 못했다.	· 실제적인 생활서비스를 제공하는 수가 15명씩 3교대의 Care를 하고 있으며, 모두가 간병인 교육을 이수하였다. (직원채용문제 : 시설↔용역기관↔간병인협회)	· 치매노인의 특성과 증상을 볼 때 24시간 Care자들이 필요하다는 것은 당연하다. · 정원과 같이 3교대 운영이 바람직하며 일선에서 직접적으로 Care를 제공하는 생활보조원들에게 정기적인 교육 프로그램을 세워 실시하는 것이 아주 중요하다. 생활보조원 1명당 노인 2.5명이 바람직하다.

7. 다음<표42>에서는 비교 및 개선점이라기 보다 시설과 지역교회들간의 연계를 통해 도입·개발할수 있는 지혜를 제안하고자 한다.

<표42>

신앙 생활

영락전문요양원	정원치매노인요양센터	제 안
· 목회자가 상주하면서 매일 아침마다 예배를 드리고 있다.	· 지역교회의 목회자가 주일 예배와 주간 심방예배를 한다.	· 치매노인들에게 있어 기도와 찬송과 말씀의 위로로써 영적인 삶을 유도하는 것은 바람직하다고 본다. 지역교회의 찬양팀들이 로테이션으로 시설에 와서 봉사하는 것도 좋을 것 같다.

8. 치매노인들은 여러가지 합병증을 앓고 있어 의료서비스에 의존하는 비중이 크다. 다음<표43>에서는 전문의료진 구성에 대한 비교 및 개선점을 찾고자 한다.

<표43>

의료서비스

영락전문요양원	정원치매노인요양센터	보안점
· 공동 목욕탕이 있으나 동절기에는 전혀 하지 않고 있는 실정이다. 자동욕조를 주로 사용하는 입장이며, 화장실에서도 목욕을 시키는 경우가 많다.	· 공동 목욕탕 있으나 전혀 사용하지 않는 실정이며, 목욕탕이 너무 좁고 활용적이지 못해, 현재 수리 계획중에 있다 최대한 주로 자동욕조를 이용한다.	· 치매노인들에게 실용적이지 못하게 설계된 부분도 있으나 이용하는데 드는 시설의 재정적인 어려움과 인력 부족이란 이유도 크다고 하겠다. 거동을 못하는 분들은 자동욕조를 최대한 이용하고 거동이 가능한 분들은 소규모형 1층 목욕탕으로 실용성 있게 개조하여 이용토록하는 것이 바람직하며, 아울러 난방연료비, 공용요금등의 운영비 지원이 활성화 되어야 할 것이다.

11. 치매노인들의 음식 및 식사서비스에 관하여는 각별한 주의를 해야 한다.
다음<표46>의 개선점에서 구체적으로 제시하고자 한다.

<표46>

식사서비스

영락전문요양원	정원치매노인요양센터	개선점
· 1층 식당에서 조리한 음식을 층별로 이동분배하여 층별노인끼리 식사를 하신 후에 직원은 1층식당에서 식사를 한다. 노인과 직원의 식사 장소는 다르나 메뉴는 같다.	· 식당이 1층 로비에 Open 되어 있고 같은장소에서 같은 메뉴로 노인과 직원들이 순서대로 식사를 하며 영양사가 따로 있어 서비스 제공을 한다.	· 여러 가지 여건상 두 시설 모두 음식을 한꺼번에 준비하여 제공하고 있으나, 치매노인들의 효과적인 식생활을 위해서는 경증노인식이, 중증노인식이와 직원식이 등으로 반찬을 구분하여 조리해야하며, 특히 중증노인식이는 잘게 썰거나 다져서 제공하는 것이 중요하다. 또한 영양사가 따로 있는 것이 바람직하다고 본다

12. 끝으로 아래의<표47>에 나타난 바와 같이 두 시설 모두 치매노인보호에 기본적 자원이 되는 좋은 실내의 환경을 갖추고 있다. 그러나 장기간 경험을 토

대로 치매노인들에게 합당한 대처 환경을 조성해 나가는 지소적인 노력이 있어야 할 것이다.

<표47>

환경(실내·외)

영락전문요양원	정원치매노인요양센터	개 선 점
· 도심지에서 그다지 떨어지지 않은 근교 중심있어 크게 정서적인 환경은 못되나 치매노인들의 생활전반적인 면에서 볼 때 양호한 편이다.	· 조용하고, 안정되어 치매노인 정서에는 좋으나 외부와 단절이 되는 불편한 점도 있다. 그러나 치매노인들의 생활전반적인면에서 볼 때 양호한 편이다.	· 치매노인들에게 있어서 주변 환경과 건물내부는 치료와 간호를 위한 재활적인 자원이 되어야 하며, 능률적인 작업수행, 잠재력 있는 유용성을 대변할수 있어야 한다. 그러므로 소외된 상태에 고립화 되어서는 안되며, 정서와 질적수준을 높이기 위한 정원과 공간이 구비된 건물구조와 환경이 필요하다고 본다.

위와 같이 두 시설을 비교 연구하면서 다양한 문제점들을 발견할수 있었다. 이를 복지적, 의료적, 물리치료를 정리하면 다음과 같다.

첫째로는 사회복지적인 면에서 영락전문요양원에서는 치매노인에 대한 진단 및 치료방향을 종합적인 차원에서 진행하지 못하며 서울대 원격진료 주의와 인천 의료원, 축탁의사등의 도움에도 불구하고 현실적으로 적절한 간호와 치료가 미흡하다.

물론 의료적인 문제에 있어서는 간호사 자신이나 의사의 관찰아래 적절한 도움이 제공되기는 하지만 그외 생활요원, 사회복지사, 물리치료사, 레크레이션 담당자, 사무실등과의 디스커션이 여의치 않아 각자의 업무과중, 치매노인 개개인에 대한 정확한 진단을 인지하고 적절한 개입의 방법을 모색하는데 부족한 점이 많다.

(1) 사무적인 측면의 문제에서는 주치의를 통해서 혹은 간호사, 생활보조원 사회복지사등 직원들에 의해 관찰된 치매노인의 문제점과 치료방법을 적어도 일주

일에 한번씩 모여서 각 기능별로 어떻게 보호을 할 것인지 틀을 세워야 한다. 치매노인에 대해 단순히 즉흥적인 보호가 아닌 장기적인 관점에서 보호할 수 있는 계획을 세워야 하며, 종합적인 개인별 차트가 필요한 일이다.

(2) 복지적인 문제에서는 직원 스스로 치매노인을 보호함에 있어서 전문적인 직업의식의 필요성과 사명감이 필요하다. 예를들면 치매노인에 대한 전문적인 지식이 필요하며 신체적, 심리적, 정서적 반응에 대한 적절한 대응 방법의 교육이 필요하다. 봉사를 통한 치매노인에 대한 세심한 보호의 제공이 필요하다. 예를들어서 각종의 전문적이고 정기적인 봉사자 개발과 연, 월, 일을 구분하여 계획적이고도 확실한 봉사자 개발을 하여야 한다. 그리고 후원자를 발굴하여 필요한 물품 충족과 복지 서비스지원을 제공유도 하여야 한다.

(3) 환경적인 문제에서는 치매노인을 위한 통제된 정원이 없다. 즉 나무와 꽃이 있는 정원, 의자가 있는 아늑한 쉼터의 공간이 꼭 필요하다. 시설노인정원에 못미치는 물품부족과 전문적으로 배분화된 직원의 부족으로 인한 여러 문제점들을 발견할 수 있다.

(4) 시설구조적인 문제점은 레크레이션, 작업치료실 공간확보가 미비한 상태이다. 치매 전문서적을 쉽게 볼 수 있는 책과 책꽂이가 없고, 상담실이 없다. 치매노인이 적합한 세면대가 필요하고 자원봉사자 탈의실과 정보교환을 할 수 있는 쉼터가 없다. 문제행동이 있는 노인을 위한 특수 방이 층별로 2-3개정도 필요하며, 여유 있고 쾌적한 식당공간이 필요하다.

둘째, 의료적인 면에서 문제점을 발견할 수 있었다. 대표적인 것은 상근의사가 없으므로 약물투약 및 처방의 문제에 어려움이 발생되며 의료적인 문제에 있어서 간호사가 책임을 질 수 있는 실정이 아니므로 혹 문제가 발생할 경우를 대

비, 상근의사가 있어야 한다(영락전문요양원은 상근의사가 없음). 인력부족으로 인한 개별적인 서비스를 할수 없는 실정이다. 층별로 2명정도는 배치가 되어야 문제를 극소화 시킬수 있기 때문이다. 한분 한분에게 제대로 하지 못하는 상태라 아쉽다. 그리고 응급장비가 없다는 것이 문제점으로 발견되고 있다. 식사에 대하여 문제점을 말하고자 한다. 즉 반찬을 잘게 하지 않으면 뒤에 따르는 문제는 의료적인 문제로 발생되는데 생선가시 등의 조리불찰로 인한 것 등이다. 식이요법을 체계적으로 하지 못하는 것도 문제점이 된다. 병원에서 C.T 촬영을 필요에 따라 할수 있어야 하는데 하지 못하는 문제점, 즉 의료보험의 혜택을 받지 못한다. 중풍, 합병증에서는 C.T촬영이 보험처리가 되는데 치매는 되지않는다. 제도적인 측면에서 병원측과 의료보험과의 연계성이 필요한 시점으로 남아있다. 정신적인 욕구들을 말하고자 한다. 의복에서도 정신적인 치료가 포함되는데 환자복을 입은 것이 문제점으로 발견된다.

셋째, 물리치료에 대한 시설의 문제점을 발견할수 있었다. 일반적으로 물리치료는 재활의 비중이 크다. 그러나 치매의 경우는 좀더 다른 측면에서 접근해야 되리라 생각한다. 우선 치료사와 노인의 협조가 전혀 이루어지지 않으며, 정확한 진통부위 호소를 하지 못한다. 그러므로 정확한 치료를 하지 못하는 경우도 있다. 따라서 치료사가 치료의 보람을 쉽게 찾기 어려운면도 있다. 결국 치료사가 노인의 행동 자세, 증상을 보고 치료 대상환자 여부와 치료부위를 찾아야 하는 어려움이 있고, 치료의 능률이 떨어지며 쉽게 치료자가 지쳐버리는 문제점도 발견한다. 이런 위의 사항들을 종합하면 치매도 일종의 광범위한 장애로 분류해서 인원과 장비의배치를 해야 한다. 인원이 4명이 필요한 시점이며, 장비는 기존의 동일 품목의 장비를 여러대 배치하고 휴대가 간편한 장비에 대한 추가 지원이 필요하다. 그리고 한방쪽의 욕구가 크다. 침으로 인해 노인들에게 보호할 수 있는 부분도 크다고 생각된다. 내과적 물리치료기의 보급, 보행이 안되는 중환자 및 와상 노인의 경우 보행을 가미한 기립선 저혈압, 혈액순환증진을 위한 경사 테이블이

필요하다고 본다.

제 5 장 치매전문 요양 시설의 서비스에 대한 문제점과 개선방안

우리나라는 급성장 선진국 대열에 진입하게 되는 과정속에서 사회복지선진화와 21세기의 고령화 사회를 대비할 정부의 획기적이고도 종합적인 장·단기의 노인 복지정책을 수립, 실행해야 한다. 인간행복의 근원지인 가정을 상실한 수많은 요보호 대상 노인들과 가정이 있기는 하나 여러 가지 특수한 사정으로 해소될수 없는 갈등 및 불안요소 때문에 원만한 가족관계가 무너짐으로 인하여 어쩔수 없이 치매시설의 보호를 필요로 하는 수많은 노인들에게 안정된 가정의 역할을 대신할 수 있는 치매재활, 보호시설서비스 체계가 발전적으로 이루어 져야 한다. 따라서 현재 한국의 치매노인에 대한 문제가 무엇이고, 앞으로 개선방안이 무엇인가를 논하고자 한다.

제 1 절 치매요양시설의 서비스에 대한문제점

1. 정부의 법적·제도적 문제점

정부기관의 노인복지 관계부서 만으로는 날로 급증하는 노인복지업무의 수요로 인하여 통상업무만도 과중될뿐 아니라 고도의 전문성을 요하는 정책을 시행하기 어렵다. 현 시대상황에 신속히 대처하는 선도적 정책개발 또는 제도적 개선이 선행되지 않고는 오히려 노인복지 증진의 저해요인이 될 수 있다. 뿐만아니라 치매노인에 대한 정부의 지원이 현저하게 떨어진다는 불과 몇 군데밖에 없는 실정으로 보아 시설의 확대가 불가피한 실정이다.

가. 시설 설치기준의 비현실화

재활과 보호의 서비스를 제공하려면 무엇보다 정상적으로 시설 설치기준이 확대되어야 하는데 현재 보호정원 50명당 250평으로 되어 있는데 건축법상 지하층에 일정한 대피소를 두어야 한다는 것을 감안하지 않은 채 전근대적인 시설기준으로 남아 있다.

치매노인들은 배회라는 질환이 있어 넓은 실내공간이 소요되는 동시에 식당, 물리치료실, 휴게실, 복도, 현관, 작업실, 기타 등 공용서비스시설을 넓고 다양하게 설치해야 되므로 현재의 설치기준은 부적합한 것이다.³⁷⁾

나. 직원 배치기준의 부족

노인 전문요양시설은 24시간 지속적인 보호를 필요로 하는 중증 질환노인이 대부분이고 그 중에서 가장 중점적으로 보호하여야 할 치매 노인들인 관계로 항상 상주 직원이 배치되어야 한다. 그리고 많은 시설의 보호체계인 반면에 법정기준에 못미치는 상황으로 되어져 나가고 있다. 예를 들면 법정기준에 영양사 및 사무원을 노인 100명이상의 시설에 1인씩 배치토록 되어 있으나, 실제로 예산지원이 되고 있지 않으며, 운전기사와 위험물관리 및 방화관리자등의 직원이 필수적으로 필요한데 반해 법령규정상 누락되어 시설운영관리에 많은 어려움이 따르고 있다.

다. 재정지원의 결어

노인 전문요양 시설의 운영비는 아래의 <표48>와 같이.³⁸⁾ 정부에서 지원하고 있으나, 재정 부족으로 인한 난방비, 공공요금, 보호기관경비, 의약품비, 위생재료

37) 은만기, 「노인복지시설 현황 및 문제점과 개선방향」, (서울 한국노인복지협회, 1998), pp. 8-9.

38) “영락전문요양원”, 「1998년도 치매시설의 예산 지원내역」, 1998, 2.

비, 차량유지비, 특별급식비, 환경부담금, 각종 보험료 등 어려움이 많다. 현재 지원방식은 입소인원에 따라 지원되고 있으나 너무나 낮은 산출 근거를 기포로 한 지원단가와 건물 규모가 커짐으로 인한 부수적인 추가 경비와 이를 관리할 인력 부족으로 많은 어려움이 따르고 있다. 특히 시설운영비 중 기본비용이 절대 부족하다.

<표48>

<치매시설의 예산 지원 내역>

구 분	주식비	부식비	연료비	피복비	운영비	간식비	총계
노인 1인당 1개월 기준	· 백미1,874 원×30일× 456g =25,630원 · 정맥660원 ×114g×30 일=2,250원	1,470원×30 일=44,100원	83원×30일 =2,490원	8,710원	819,240원÷1 2월=68,270원	1,100원×30 일=33,100원	184,450원

* 영락 전문요양원 “1998년도 치매 시설의 예산 1998년 ” *

라. 보건·의료서비스의 한계성

노년기에는 신체적, 정신적 기능저하와 질병에 대한 저항력의 약화로 인하여 질환에 걸릴 확률이 높고 보건의료의 욕구가 증가하게 된다. 노인의 질환을 조기에 발견하고 노인의 건강증진을 도모하기 위해 실시 되는 예방적 조치는 1983년부터 저소득층을 위해 실시된 무료 건강진단제도 이외에는 전무한 실정이다.

1996년에는 약 2만7천명이 진단을 받을 것으로 예상되었고, 이 제도는 수혜대상이 저소득층으로 한정되어 있고 실시일정도 부정기적이며 진단과목이 제한되고 치료대책이 미흡하여 개선이 요구되고 있다. 또 노인성질환이 거의 만성 퇴행성 질환으로 복합적 투약과 치료를 요구하는 특성을 지니고 있음에도 불구하고 치매 노인전문병원은 치매요양시설을 포함해 전

국에 10개 미만이며, 종합병원 내에 노인병동이 있는 곳도 별로 없는 실정이다. 보건사회부 통계연보에 따르면 1992년 현재 의료기관의 약 90%는 시부에 집중되어 있는 것으로 나타나 농촌지역의 급속한 노령화 현상을 고려할 때 농촌 노인들에 대한 보건의료체계에 문제점이 드러나고 있다.³⁹⁾

2. 시설 보호에 대한 문제점

가. 생활 Care에 대한 부족한점

치매 노인들은 주로 대소변을 가리지 못하기 때문에 하루에 5-6번씩 기저귀를 갈아드려야 한다. 또한 기저귀를 빼거나 장소 구분없이 배설후 뭉개고 먹고 진흙 주물르듯 가지고 놀면서 남에게 선물인양 주기도 하며 옷, 이불, 벽 등 아무데나 페인트 칠 하듯이 도배를 하는 불결행위를 자칫 자행하게 된다. 액체비누나, 피죤 청소로 냄새가 배지않도록 환경을 깨끗이 유지해야 한다.

또한 ct의 대소변 시간을 정확히 진단하여 미리 이동용 변기나 화장실로 인도 하여도, 그래도 비정기적으로 용변을 보시는 분들에 대하여는 어쩔수가 없다.

중증치매 와상노인의 경우 침을 심하게 흘리거나 가래를 계속해서 내뿜는 분들에 대해서도 특별한 관심을 가지고 치워드려야 하며 특히 양치질 시키는 일이 중요하고 시간이 많이 걸린다 옷 갈아입히기, 머리깎는일, 면도하는일 등에 거의 순응하지 않아 돌보아 드리기가 수월치 않으며, 손톱, 발톱이 굳고 두꺼워서 깎기가 힘들고 피부에 비늘이 끼어 있어 목욕후 바세린을 바르는데도 여전하여 위생적이지 못한 원인이 되기도 한다.

현재 전체노인들의 의사소통이 잘 되지않고 있으며 과격한 성격과 감정을 조절하지 못하는 위험한 문제행동이 언제, 어디서, 어떻게 발생하는지 모르게 불시에 나타나고 자기와 남의물건을 구별하지 못하여 일방적이고 자기중심적으로만

39) 이윤로·박종한, “한국 노인복지정책의 현황과 과제”, 「치매의 원인과 치료」, (서울:학문사, 1996), pp. 187-188.

고집하다보면 설새없이 타인과의 충돌을 불러 일으키므로 care시 세심한 관찰과 치밀한 감시,또한 각별한 주의가 요구되며 이러한 증상들 때문에 부득불 출입까지 통제할수 밖에 없는 안타까운 현실이다.

(거동 가능한 분은 불쑥 도로에 뛰어 들수 있음) 노인을 이동시킬때나 목욕시킬때 업무과중으로 신속히 하려다 보면 부주의하게 팔이나 옷자락만 잡고 이동을 시킬 경우 신체가 약한 상태이므로 몸이나 팔에 멍이 들고 심할 경우에는 넘어져 상처를 꿰메거나 골절상을 입는다든지 팔이나 어깨가 빠질 우려도 있으므로 개인차에 따른 배려적인 처치가 필요하다. 와상치매 노인의 경우 계속 누워 있는 상태이기 때문에 피부가 짓눌려 있어서 욕창으로 발전할 수 있기 때문에 항상 청결한 상태 유지와 아울러 체위변경 처치를 정기적으로 해드려야만 한다.

그리고 치료효과를 위해서는 횡설수설하고 반복되는 내용이라도 본인이 하고 싶은 이야기를 최대한 할 수 있도록 유도하여 삶의 자존감을 갖게 한다. 노인들은 대부분이 허리, 어깨, 관절염등이고 물리치료를 받으면 완치될것이라는 생각을 가지고 계시므로 1주일 정도 지속하신 다음에 별효과가 없으면 스스로 짜증을 내시며 그만 둔다고 하시는 경우가 있다. 또한 노인들은 자각 능력이 부족하여 Hot Pack(물찜질)이나 Ict(간섭 파치료기) 사용시 뜨거운 정도를 스스로 느끼지 못하여서 본의 아니게 Burn(화상) 상태를 겪는 경우가 있어 이를 방지하기 위해 현재 Hot Pank 온도를 75 °c로 유지하고 있으나 절반정도는 좋다하시고 절반정도는 뜨겁지 않다며 거부하시는 경우도 있어 애로가 된다.

특히 대부분이 관절염 이나 뇌출혈로 인해 보행에 지장이 많아 물리치료실 까지 왕래하지 못하시고 직접 Rounding해서 돌보아 드려야 하기 때문에 치료장비 운반이나 수거시 애로사항이 많다. 거의 대부분의 노인들이 물리치료를 받는다는 사실에 만족하여 1일 1회씩 전체를 해드리고 싶으나 현재 매일 치료받으시는 치매노인분은 50여명이상으로써 물리치료사 1명과 보조원 1명이 감당하기에도 좀

벽찬감이 있으며 증상등에 대해서 질문을 해도 대답을 잘 못하시므로 완쾌정도를 파악하기가 어려운 실정이다. 영락전문요양원은 촉탁의사가 1주에 한번씩 방문진찰을 하여 소견서에 따라 투약을 하고 있고 또한 심한 환자나, 응급노인을 빼고서는 노인이 직접 병원에 가지 않고서도 원격진료를 받을 수 있는 협조체계가 잘 이루어져 수월합니다만 동일한 약물치료에만 의존하고 있어 좀 아쉽다.

원격화상진료를 통해서 개별증상에 따른 심층연구와 적합한 진료개선으로 치매노인에 대한 처방과 치료방법이 조속히 개발되었으면 한다. 정원치매요양센터는 상근의사가 있어 항시 수월한 진료를 받을 수 있는 것이 장점이나 병원 시스템이 되어 있지 않아, 심환 환자나 응급노인이 발생할 경우에는 서울에 있는 병원까지 가야 하는 번거로움이 발생하는 것이 문제이다.

첫째, 원격진료시 원격 화면이 작다. 10명의 노인만 진료를 하게 되어 있어 비효율적이다.

즉 현장에서 진료시에는 상대방의 표정, 몸짓, 행동을 정확히 파악할수 있으나 원격진료시 화면이 작아 모든 것을 한번에 보기가 힘들다.

둘째, 청력장애가 있는 노인진료시 스피커 음량을 크게 조절해도 잘 알아 듣지 못하여 진료에 어려움이 있다.

셋째, 인력부족으로 인한 원활한 체계의 운영 수행이 힘들다.

넷째, 잦은 고장으로 체계의 관리 유지가 힘들다.

다섯째, 장애 발생시 사후 처리가 즉각적으로 되지 않아 업무 수행에 어려움이 따른다.

여섯째, 진료행위로서의 원격진료가 인정되어 있지 않고 있으므로 처방전 차트와 같은 전문성에 대한 실효성을 보완하는 법 제도의 개선이 필요하다.

나. 사회복지적인 개발 미비점

현재 실시되고 있는 여가 및 재활 프로그램은 치매노인의 특성과 그에 따른 보

조인력의 한계로 인해 실내 프로그램을 위주로 하고 있어 자연 환경과 접할 수 있는 기회를 다양하게 제공할 수 없음이 가장 안타깝게 여겨지고 있다. 전문적인 인력의 미흡과 관련책자 등의 정보 부재로 성취도, 흥미감을 유발할 수 있는 다양한 프로그램을 개발하기가 쉽지 않다. 관련 기관과의 긴밀한 협조체제를 구축하여 관련정보와 자료, 프로그램을 보급, 교환 할 수 있기를 바란다.

프로그램 진행자와 함께 할 수 있는 프로그램의 개발도 중요하지만 진행자 없이도 치매노인 혼자, 또는 노인들끼리 즐길 수 있는 기구들의 개발 및 설치도 중요하다고 사료된다. 치매노인 가족의 복지 서비스혜택에 대한 욕구는 지대한 반면에 실제로 이용할수 있는 사회적 서비스는 극히 제한되어 있다. 현재 4개의 주간보호시설과 4개의 단기보호시설에서 치매환자에게 서비스를 제공하고 있으며 가정봉사원의 서비스 제공 대상 중 1% 미만이 치매노인으로 보고되고 있다.

또한 현재 치매노인이 이용할수 있는 요양시설로는 치매전문요양시설, 노인요양시설, 정신요양시설, 노인양로시설의 4가지가 있으며, 각각의 시설을 이용하고 있는 치매노인의 수는 최대한으로 추계하여도 1,667명에 불과하다.⁴⁰⁾

다. 치매노인의 영양 서비스 한계

치매노인은 증상이 다양하므로 다양한 증상에 맞추어 이루어지는 영양관리가 필요하다. 독거 치매노인의 경우 초기에는 기억력과 판단력이 흐려지면서 식품을 구매하고 저장하는 일이 어렵게 되어 어떤때는 상한 음식을 먹는다. 기억뿐 아니라 뇌에 식욕을 조절하는 부분이 장애를 받게 되어 감각 기관에 변화가 일어나서 냄새를 감지하거나 인식하기가 어렵게 되므로 단음식, 짬음식, 좋은 음식만 먹는다.⁴¹⁾ 중기에는 동요가 심해지면 에너지 필요량이 하루에 1,550kcal로 늘어나 노

40) 서울시의회 보건복지부 1999.

41) 손숙미, “치매환자의 영양관리” 「치매전문간호의 실제」, (서울: 한국치매협회, 1997), p. 183.

인들의 식욕이 좋아 질수가 있는데 늘어나는 에너지 필요량을 채우기 위해서는 역부족이다. 그러므로 체중이 감소되며 감염율이 높아진다.⁴²⁾

어떤 노인은 이때 삼키지는 않고 입에 물고만 있는 경우도 있으며 삼키기 전에 충분히 씹지를 않아 질식할 염려도 있다. 또한 도구를 사용하지 않고 숟가락만 쓴다거나 손가락으로 음식을 집어먹을 수도 있다. 말기에는 영양 문제가 가장 심각해 진다. 어떤 노인들은 더 이상 음식을 인식하지 못하며 숟가락으로 받아먹던 노인들은 먹기를 거부하거나 입을 벌리지 않는다.

또 어떤 노인들은 Kluver-Bucy 증후군을 보인다고 한다. 일반적으로 체중이 1년에 5kg이 감소 된다고 한다. 단백질 영양부족으로 더욱 심해진다.

이렇게 치매 노인들은 초기부터 말기까지 영양의 문제가 발생하는 것을 볼수 있다.⁴³⁾

제 2 절 치매노인을 위한 개선방안

상기한 몇가지 관점에서 치매노인에게 이상적인 Care를 제공하기 위한 구체적인 방안에 대해 각 간단히 언급하여 보기로 한다.

1. 정부의 법적·제도적 개선

치매노인을 위한 서비스체계의 구축 및 운영에 있어서 정부의 법적인 지원이 요청된다.

그동안은 전문적 치료, 요양 서비스를 제공받지 못하고 가정에서 막연하게 격리 보호 상태에 놓여있었는데 앞으로 치매 자체가 전문적 의료서비스의 대상이 될 수 있도록 연구, 치료, 요양 체계를 재정립하여야 할것이다.⁴⁴⁾

42) 하영숙, “ 치매의 간호”, 「월간의약정보」, (서울:약업신문, 1997), p. 42.

43) 보건복지부 자료제공 1999.

44) 서미경, “치매환자 서비스의 정부의 역할” 「치매환자를 위한 서비스 개발」, (서울:

예를 들면, 치매사업에 필요로 하는 제도적인 사항들을 노인건강법에 반영하는 방안을 모색하는 것이다.

'97년7월 30일 노인복지법이 개정되었으나 이와 별도로 노인보건법을 제정하여 하위 법령 및 시행규칙 등을 재정비 할뿐만 아니라 보건복지부에 노인보건복지국을 신설하여 노인정책과, 노인복지과, 노인보건과 등으로 구분하고 시·도 광역자치 단체에는 중앙부서에 상응한 노인복지 전달체계의 재정비 및 개선조치가 시급히 요망되고 있다.

가. 시설의 설치기준의 현실성이다.

시대에 부합되도록 과감히 개정하여 보호노인 100명 단위의 시설 설치기준을 800평 이상으로 개정하여 노인의 주거생활 환경이 시급히 개선되어야 한다.

나. 대부분의 노인들이 생활자체를 스스로 해결하지 못하고 누군가의 도움을 전적으로 필요로 하고 있는데 비해 실질적으로 보호를 하는 생활보조원수가 너무 부족한 것이 큰 비현실화이다. 현재 인건비 지원을 받는 생활보조원 수가 치매노인 5명당 1명으로 되어 있고 노인 3명당 1명으로, 간호사 한명이 되어있었으며 노인 50명당 1명으로 되어 있는 의사가 2명으로 늘어 놓으며 물리치료사 요양시설당 1명으로 되어 있는 것이 노인 35명당 1인으로 개선되었으면 한다.<표49>

치매노인 우울증세, 공격적 언동(폭력, 자상, 흥분, 기물파손, 괴성을 지름 등)의 이상행동과 더욱이 밤에도 잠을 자지 않는 수면장애로 끊임없이 24시간 배회하므로, 주·야간 3교대 근무제를 반드시 실시해야 한다고 생각한다.<표51>⁴⁵⁾

또는 전문 의료사회사업가, 영양사, 작업치료사, 사무원, 운전기사, 영선기사직, 면적에 따른 보일러 기사에 대한 제도적 보강과 지원이 시급하다.

한국치매협회, 1995), p. 61

45) "광명시 치매관리모형 개발" op, cit., p. 221.

치매노인의 보호의 질을 향상시키기 위해서는 각 치매시설에 필요한 치매전문 인력을 양성하여 보급하는 것이 무엇보다도 시급한데, 이는 현재 국내의 치매시설 및 인력실태의 조사연구를 토대로 하여 이루어질 수 있다고 생각한다.⁴⁶⁾

다. 재원의 확보를 위해서는 복지기금의 활용, 정부예산수립에 정책적 반영, 현행 복지정책의 제도적 개선을 통한 치매노인을 위한 예산의 특정화 등의 방법들이 고려될 수 있다. 또한 획일적인 지원보다는 합리적인 지원이 필요하다.

<표49> 노인전문 요양시설 직원 배치에 대한 비교표 (단위 : 명)

구분	노인복지시행규칙 제12조 (노인양시설(요보호))		98년 노인복지 예산지침		노인전문요양원 직원배치기준 개선방안	
	지원기준	100명	지원기준	100명	지원기준	100명
계		36		30		62
시설장	시설당 1인	1	시설당 1인	1	시설당 1인	1
총무	시설당 1인	1	시설당 1인	1	시설당 1인	1
생활지도원	100명 이상 1인	1	100인당 1인	1	50인당 1인	2
생활보조원	5인당 1인	20	5인당 1인	20	3인당 1인	34
의사	시설당 1인(촉탁의사)	1	시설당 1인	1	시설당 1인(상근의사)	1
간호사	20인 1인	5	50인 이상 1인	2	20인당 1인	5
물리치료사	시설당 1인	1	시설당 1인	1	50인당 1인	2
취사부	50인당 1명	2	시설당 1인	1	35인당 1인	3
세탁부	50인당 1명	2	시설당 1인	1	35인당 1인	3
전기직						1
기계직						1
경비원						3
작업치료사						1
운전기사						2
사무원	시설당 1인	1	시설당 1인	1	시설당 1인	1
영양사	50인 이상 1인	1	시설당 1인		시설당 1인	1

* 국회 사무처 제공 *

46) 강남대 사회복지 월간자료 1999. 치매 p. 59.

<표50> 개선방안의 직원 1일 3교대 필수직원 업무량 산출 내역

직 책	정원 100명당 직원수	1일 근무시간	직원 1인 /1일 담당노인수
간 호 사	5명	1.6명	62.5명
생활보조원	34명	11.3명	8.8명
경 비 원	3명	1명	
운전기사	2명	1명	

* 국회 사무처 제공 *

라. 보건, 의료서비스의 개선점이다.

첫째, 치매는 만성적 질환으로서 이에 대한 체계적인 치료관리를 위해서는 치매노인의 진단등록이 우선 이루어져야 한다. 효율적으로 진단등록 사업을 하려면 각 지역별로 치매노인을 진료할 수 있는 치매진단 클리닉을 선정하고 전국적으로 이를 통합관리할 수 있는 치매종합센타를 설립하여 운영해 나가는 것이 필요하다. 치매노인의 이러한 전국적인 진단등록관리는 역시 정보통신망의 개발운용을 통하여 신속, 정확하게 이루어질 수 있다고 생각한다.⁴⁷⁾

둘째, 정보통신망의 구축은 의료기관과 각 가정사이를 연결하는 것 뿐만이 아니라 각 종류의 치매시설간에도 유기적인 연결을 가능하게 함으로써 의사가 상주하지 않는 주간치매센타나 치매요양시설에 있는 노인들을 위하여 자문진료 서비스도 제공할 수 있게 된다. 또한 치매의 임상경과에 따라 치매노인을 적절하게 의뢰할 수 있는 다원적인 진료체계를 효율적으로 운영하는 것이 필요한데, 각 치매시설들 간의 신속한 상호정보교환을 가능하게 하며, 치매의료 및 복지자원의 활용을 촉진하는데도 도움을 줄수 것이다.⁴⁸⁾

셋째, 치매노인의 치료는 치매노인의 현재 기능수준을 유지하거나 더욱 증진시킬 수 있는 재활치료가 무엇보다도 중요한데, 이러한 서비스가 치매전문시설

47) 박경호, “국가 치매종합대책 10년개년 계획”, (서울:한국치매협회, 1997), p. 8.

48) 이정희·우종인, “치매환자를 위한 서비스개발”, (서울:한국치매협회, 1995), pp. 14-15.

어느 곳에서나 제공될 수 있어야 한다. 특히 주간치매 센터의 프로그램을 통하여 치매노인에 대한 전문적인 간호를 비롯한 오락치료, 물리치료, 작업치료 및 언어치료 등의 서비스가 가능할 뿐 아니라, 가족들에게 치매노인에 대한 개별적인 전문상담을 제공할 수 있게 된다.

넷째, 각 치매시설에서 종사하는 간호인력에 대한 전문적인 교육이 요청되는데 이는 치매노인의 정신적 및 신체적 변화의 관찰과 이에 대한 치료적 접근에 대한 기본적인 훈련을 필요로 한다.

다섯째, 치매 노인들에게는 모든 의료적인 혜택을 주어야 한다. 보험처리가 되지 않는 것이 너무 많이 있기에 제도적인 문제에서 병원과 연계성이 필요하고 개선되어야 한다. 치매노인의 치료 및 보호에 관련된 특수 보험숫가의 개발을 연구하여 현행, 의료보험제도에 반영하는 방안을 고려할 필요가 있다.

여섯째, 상근하는 의사가 필요한 입장이다. 정부에서 책정된 급여으로는 정신과 의사나, 내과 의사들이 시설에 충원되기가 어려운 실정이다. 종합병원 처럼 급여를 높게 책정하여 치매 노인 들에게 최대한 서비스를 제공할수 있는 방안이 필요하다.

일곱째, 현재 기존하는 치매시설이나 앞으로 증설될 새로운 형태의 치매시설 등을 운영하는 데는 각 종류의 치매시설(병원, 요양원, 일부 진료기능을 갖는 요양원, 주간치매센터 등)의 시설기준을 설정하고 그 운영지침을 수립해 주는 것이 필요한데 이를 위해서는 역시 국내의 실태조사 및 국외 치매전문시설에 대한 조사분석을 위한 연구가 선행되어야 한다고 본다.

여덟째, 요양치료시설의 개발도 필요하다. 일본의 경우 전 체 치매환자의 약 ¼ 이 특별양호노인홈, 일반병원, 노인병원, 정신병원, 양호노인홈, 노인보호시설 등에서 관리되고 있고, 미국 양호요양원 보호자의 50% 이상이 치매성 노인이다.⁴⁹⁾

49) 송건용, “치매의 보건·의료적측면에서 서비스” (서울:한국치매협회, 1995), p. 23.

아홉째, 원격치매 진료은 원격치매 진료 시스템은 멀티미디어 기술과 최첨단 초고속 정보통신기술을 이용하여 동영상 진단 자문 시스템, 치매 진료정보시스템 및 통신망 시스템을 구축함으로써 의사가 상주하지 않는 치매 진료보호시설에 있는 치매노인이 병원에 가지 않고도 전문 진료서비스를 받을 수 있으므로 효과가 적이다 그래서 확대 실시하는 것이 좋다. 치매 시설에 입소하는 대부분의 치매노인이 정확한 진단없이 입소 하는 경우가 대부분이므로 정확한 진단을 받을 수 있어 효과적이고, 치매 노인은 자신의 병에 대한 인식이 부족하여 지속적인 간호와 동반 내원이 필요하며 만성적인 병의 진행 상태에 따라 다원적인 치료서비스를 필요로 하므로 원격진료를 통하여 치매노인의 효율적인 장기지속 진료, 이송수용의 감소, 의료복지자원의 활용극대화를 이룰수 있으며, 원격을 통하여 원격진료 및 치료서비스, 치매노인의 간병에 대한 원격 간호 및 교육, 치매에 관한 원격교육, 상담을 받을 수있다.

마. 사회복지 측면에서의 서비스

첫째, 공동체 복지 차원에서 지역사회 복지의 향상에 상호 참여한다는 취지로써 치매노인이 속한 지역사회내의 자원봉사자들이 치매노인의 가정이나 치매시설, 특히 주간치매센터에서 치매노인의 보호 및 재활을 돕는데 참여할 수 있도록 유도하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

이를 위한 구체적 방법으로 치매 인력개발 은행을 설립하여 운영 하도록 추진해 보는 것이 바람직하다.

둘째, 치매노인을 위한 사회복지 서비스에 대한 여가 및 프로그램을 통하여 서비스를 제공하기 위한 복합성을 지닌 서비스가 필요하다. 즉 의료사회사업가, 사회복지사, 레크레이션 3가지를 갖춘 지도자가 필요하다.

즉 치매노인은 복지적인 문제도 있지만 의료적인 것이 많기 때문에 복합성을 지

닌 보호가 있어야 한다. 시설에서 어느 한 분야만 담당하면 그 특정 부분에는 잘 이루어져 있겠지만 다른 분야도 함께 이루어져야 하는 연계성에서 문제가 발생된다.

즉, 의료적인 용어에 대한 문제와 간호사와 복지사와 레크레이션 담당자가 서로 연계를 하지 못하는 문제들이 발생되기에 치매 노인들에게는 서비스 측면에서는 꼭 앞으로 복합성을 지닌 서비스가 필요하다고 본다. 그에 따른 인원으로는 치매 노인 25명인 1명으로 지원이 시급하다.

그러므로 치매노인을 위한 사회복지 서비스의 내용, 경제적안정, 건강보장, 치매노인을 위한 보호, 적절한 주택, 일상생활의 보조, 재활, 정신적 안정과 지지, 여가활동, 치매가족을 위한지지등 최대한 서비스 제공을 해야하며, 보장제도에 있어서는 소득보장, 의료보장, 주택보장, 각종 사회복지 서비스등을 제공하여야 한다고 본다.

2. 시설보호에 대한 방안

시설 보호의 대한 방안으로는 시설의 특징은 한마디로 말해서 생활 환경이 균일하다는 것이다. 시설에 있으면서 모두가 같은 조건하에서 생활하지 않으면 안되는 경우가 많다.

치매성 노인의 보호에 있어서 고도의 개별화가 요구되므로, 시설이 가진 균일성과 상반되므로 시설 보호의 단점이 되는 것이며, 이용자의 프라이버시를 지키기 어려운 점도 시설의 단점으로 들고 있다.

장점으로는 시간 근무를 들을 수 있다. 몇 명의 스텝진이 함께 생각하고 지혜를 짜냄으로써 보호의 질의 향상을 기대할수 있다. 또 스텝진에 의한 사례검토, 사례분석이 대단히 유용하기 때문에 시설 보호의 장점으로 들을 수 있다.⁵⁰⁾

50) 장세철, “치매성 노인의 시설 Care에 관한연구”, (서울:한국치매협회, 1997), p. 22.

이하의 내용은 치매성 노인이 얼마남지 않은 여생을 시설에서 행복하게 보낼 수 있도록 하기 위하여 시설직원 및 가족이 갖추어야 할 보호에 대하여 논하고자 한다.

가. 영 양

시설에서의 실제로 치매 노인들의 식단 작성 방안으로는 다음과 같다.

식사의 에너지 함량은 너무 높지 않아야 하므로 1회 분량의 크기를 야간줄이고 당분이나 지방함량이 높은 식품의 사용을 제한하고, 복합당질과 섬유질의 함량은 충분히 한다. 씹기가 불편한 경우에는 딱딱한 생과일이나 야채대신 과일 통조림, 잘 익힌 야채, 콩류, 해조류 등을 사용하면서 지방의 함량이 너무 높지 않게 한다. 그리고 단백질 섭취가 충분하도록 하며 동물성과 식물성 급원을 골고루 사용한다.

우리나라의 경우 전통적으로 동물성식품의 섭취가 낮는데 노인들의 경우 이러한 경향이 지속되기 쉬우므로 이를 충분히 고려 수분섭취가 충분하도록 물과 함께 국, 우유, 주스, 다양한 차종류 등의 형태로 여러 가지 음료를 제공한다. 비타민, 무기질의 급원이 되는 식품들을 골고루 사용하도록 한다. 녹황색채소, 두류, 종류가 다른 육류, 어패류, 우유 및 유제품, 통곡류등을 많이 사용하여 에너지에 비하여 권장량이 높은 비타민, 무기질이 공급에 유의한다. 잘 씹을 수 없는 치매노인들에게는 부드러운 형태로 가공하여 제공 한다.

그러나 연식을 위주로 식단을 작성하는 것은 식단이 단조롭고 식욕을 떨어뜨리기 쉬우므로 될 수 있으면 식품이 형태를 살리도록 하고, 많은 치매노인들이 연식보다 일반식을 더 선호하므로 일반식으로 공급하는 것이 영양상태 호전에 도움이 된다고 보고되고 있다.⁵¹⁾

전통적인 음식을 자주 사용하고 선택할수 있도록 하며, 식사하는 방법을 자세히

51) 백희영, “노인요양시설의 영양”, 「한국노년, 노인병, 노화학연합회 학술대회」(서울:한국 노년학, 1994), p. 35.

가리켜 준다. 손으로 집어먹을 수 있는 식사를 준비하며, 음식을 잘게 썰어 목에 막히지 않도록 하고, 말기에는 으깨거나 쥬스로 만들어 준다. 서두르지 말고 천천히 먹이며 온도에 대한 감각이 없으므로 뜨거운 것을 주의해서 드시게 한다.조금씩 드시게 하고, 치매노인을 위한 특수 유동식 켄을 사용한다.

나. 목 욕

치매 노인들은 목욕하는 것을 잊어버리거나 아예 필요성을 느끼지 못하는 경우가 있으며 이런 상황에서는 치매노인의 자존심을 상하지 않도록 잘 설득하는 것이 중요하다. 노인이 싫어 할때는 기분이 좋을 때를 기다려서 다시 실시한다. 자신이 닦을 수 있는 부분은 자신이 하도록 유도한다.

과거습관을 고려하여 규칙적으로 항상 같은 방식으로 시행하며, 온도를 적당히 유지, 단계별로 나누어 이야기하며, 목욕시간은 자기전에 하는것도 좋은 방법이고, 조용하고 부드럽게 한다.

다. 의복 갈아 입히기

치매노인은 옷 입는 방법을 잊어버리거나 옷을 갈아입을 필요성을 못 느끼기도 하며, 또한 계절이나 상황에 맞지 않는 옷을 입기도 한다. 입는 순서대로 옷을 놓고, 입기 힘든 옷은 피하며, 노인 자신이 옷을 입도록 도와주며, 옷 입는 방법을 반복하여 가리켜 준다. 신발을 미끄러지지 않는 것으로 신겨 준다.

라. 화장실 사용과 대소변 실금

치매성 노인들은 화장실에 가야 할 때를 모르거나 화장실이 어디 있는지 그 곳에서 무엇을 해야 할 지 모른다. 그래서 화장실에 가는 시간을 미리 알아둔다. 문에 노인이 알아보기 쉽게 밝은 색상이나 글씨로 화장실을 구분하고, 화장실 문을 열어 놓으며, 쉽게 벗을 수 있는 옷을 입힌다. 되도록이면 잠자기 전에는 마실 것을 줄이도록 하며, 침대옆에 간이 변기를 준비해 놓는다.

마. 반복행동 : 노인들은 자신들이 한 얘기를 쉽게 잊어버린다.

노인들이 다른곳에 신경을 쓰도록 유도한다.(적당한일) 자주 물어보는 것은 미리 대답을 정해 두고, 만약 환자가 좋아한다면 따뜻하게 포용해준다.

바. 의존적인 행동

노인들은 대개 매우 의존적인 심리상태가 되어 하루종일 간호사를 따라 다니는 경우가 있다. 다른곳으로 주위를 집중시키며, 간호하는 사람을 바꾸어 가며 한다.

사. 도둑망상

노인들은 자신이 물건을 어디에 두었는지 잊어버리고 다른 사람이 가져갔다고 말한다. 항상 물건을 어디에 두는지를 잘 관찰하며, 중요한 물건은 보이지 않는 곳에 둔다 (열쇠, 귀중품)

자. 수면

노인은 수면이 얇고 중단이 많은 것이 특징이다.

치매성 노인의 경우도 이러한 노화의 특징을 가지고 있는 것으로 생각되어 진다그리고 수면은 정신이나 체력의 척도이며 수면을 충분히 취하지 않으면 안정을 취하지 못하거나, 기분이 나빠지는 등 심신에 영향이 나타난다. 때문에 충분한 수면을 취할 수 있도록 하는 원조가 필요하게 된다.

차. 프로그램 : 체계적인 프로그램으로 활성화 시켜야 된다.(예시: <표51>⁵²⁾

52) 이윤로·김영숙, 치매의 이해 「치매환자의 치료와 간호」, (서울:학서당 1996), p. 143.

구 분	프로그램 내용	기 대 효 과
신체활동영역	건강체조, 기체조, 산책, 공놀이 배구, 실내볼링, 다트게임	신체잔존기능유지,건강증진,야간 숙면유도로 야간이상행동 경감
음악영역	옛노래, 가족부르기, 창가부르기 음악감상, 즐거운찬송노래방	정서적안정감부여,과거회상동기 부여, 긴장과불안해소,정서협양 영적회복기대효과
혼자하는행동	일상활동중 잊기쉬운 행동의 반 복	정상적인 일상생활 동작의 유지 및 문제행동 개선
미술영역	색칠하기, 물감볼기, 숨은그림찾 기, 종이접기	인지능력 유지원조, 창조능력 개 발
공예영역	지점토공예, 홈패션(부엌장갑등)	성취감, 경험을 통해 삶에 대한 애착증진
여러가지영역	날말맞추기,풍선치기,고리던지기	생활상의 즐거움을 제공, 급격한 감정변화로 인해 야기되는 충동 적 행동억제
원예,가사영역	화초가꾸기, 나물다듬기, 음식만 들기, 새끼꼬기	과거에 경험한 일을 다시하게 함 으로써 흥미유발 및 과거회상
인지활동영역	소리구별하기, 퍼즐맞추기, 블럭 쌓기, 편지읽어주기	현실감 부여로 지남력증진, 일상 생활 동작훈련, 자기표현 및 이 지력향상
작업치료영역	지퍼올리기, 종이접기, 콩고르기, 물건집어 올리기등	작업을 통한 치매노인의 잔존기 능 발견 및 유지
물리치료	이론치료, 온열치료	신체기능 유지에 도움
목 욕	목욕	개인위생관리, 씻기 싫어하는 행 동수정

* 이 윤로.김 영숙(치매환자의 치료와 간호) p / 143 *

제 6 장 결 론

사회발전의 과정에서 노인들의 문제와 그 심각성은 오히려 증대되는 측면이 있다. 소득수준 및 보건환경의 향상으로 국민들이 장수하는 것은 사회발전의 바람직한 결과인 반면에 장수사회는 노인들의 치매 발생율을 높이는 경향이 있다.

노년기가 진정으로 건강하고 행복한 기간이 되려면 치매노인의 예방 및 보호를 위해 국민들 자신과 정부가 적극적인 노력을 해야한다. 만성퇴행성 질환인 치매는 다양한 정신기능의 장애로 노인의 정서적 활동 뿐만아니라, 식사, 배뇨 등 일상생활상의 기초적 기능의 수행도 어렵게 된다. 또한 치매노인 자신의 삶이 변질 되는데서 끝나지 않고 부양 가족에게도 많은 어려움을 가지고 온다.

1994년 노인의 생활실태조사에 의하면 노인의 수발 필요에 대한 설문에서 전체 노인의 12%이상이 자주 수발을 필요로 하며 약 44%는 가끔씩 수발이 필요하다고 응답하였다.⁵³⁾

치매노인을 위한 서비스의 개발은 치매라는 질병의 개념에서부터 출발하여야 하며 이것을 퇴치하기 위하여 보건의료, 복지 및 문화의 측면에서 보호의 문제점을 지속적으로 연구하여 지역사회와 치매공동체의 실현 및 공동체복지 차원의 사업으로 추진, 정착해 나가야 할 것이다.

종합적인 관점에서 치매 노인문제를 사회적으로 해소하기 위하여 1996년부터 2005년까지의 10년 동안 국가가 수행할 치매 관리 대책을 70개소로 확대⁵⁴⁾ 다음과 같이

53) 이윤로·박종한, 치매환자의 치료와 간호, (서울:학서당, 1996) p. 188.

54) “국회사무처” 제공 p. 31.

첫째, 급증하고 있는 치매노인에 대한 의료비 등 비용의 부담을 완화기 위해서는 치료를 중심으로 하는 치매전문병원보다는 요양이 중심이 되는 치매요양 시설의 확대가 요청된다. 특히 이러한 요양시설은 치매의 정도에 따라 치매노인을 분리 보호할수 있도록 전문화 하고 이와 함께 의료서비스 제공기능을 강화할 필요가 있다. 이러한 요양시설이 치매보험기간으로 받을 수 있도록 노인복지법 및 의료보험법 등 관련 법 개정이 필요하다.

그러므로 가정에서 부양·보호가 힘들고, 상시 전문적인 요양 서비스가 필요한 중증 치매 노인을 위하여 정부, 민간등을 모든 총동원해서 치매노인이 이용할 수 있는 치매 전문요양의 시설의 확충이 필요하다.

둘째, 치매노인의 소득수준에 따라 정부 전액지원시설, 일부지원시설, 민간시설로 구분하여 서비스의 대상범위를 일차적 치매노인에까지 확대하는 것으로 가정하여 필요로 하는 시설과 인력을 추정하여 그 결과를 제시하여 정부는 모든 치매노인이 필요로 하는 서비스를 충분히 받을 수 있도록 기반을 정비하고 우선적으로 생활보호노인과 저소득노인을 위한 설립에 주력하고, 중산층노인을 위해서는면을 민간시설의 설립을 적극유도하여 중산층노인의 보호를 담당할수 있도록 제도적인 강화 하여야 할 것이다. 치매노인에 대한 전문요양시설이 지방자치단체에서 지역마다 1개소씩 설치되어야 한다.

셋째, 종사자 전문교육의 필요성 : 치매노인에 대한 체계적인 간병이나, 관리에 대한 교육이 거의 없거나, 민간차원에서 산발적으로 이루어 지고 있어 일선 보건소의 간호사나 노인복지시설 종사자들이 환자 상담이나 간병에 애로가 많다. 치매 노인을 시설에서 효과적으로 보호하기 위해서는 모든 종사자 (원장을 비롯한 총무, 복지사, 간호사, 사무원, 생활보조원, 기사 등)가 전문교육을 받아야 하는데

우리나라의 시설에 있는 생활보조원들의 학벌에 문제점이 있기 때문에 앞으로 직원 채용시에는 학력을 고려해야 한다고 본다.

넷째, 치매노인보호의 질을 확보하기 위해서는 무엇보다도 치매의 전달체계 및 예방, 진단, 치료기법의 연구와 보급, 치매전문인력 (의사, 간호사, 간병인력, 의료 사회복지사등)의 양성 및 치매관련각종 정보 자료를 제작 보급할수 있는 치매 종합 연구소 설치를 장기적인 관점에서 검토하여 치매에 대한 종합적인 관리체계가 구분될수 있도록 해야 한다.⁵⁵⁾ 이것은 정부의 지원 뿐만 아니라, 민간단체에서도 지속적인 노력이 필요하다고 본다.

다섯째, 건물의 환경 : 치매노인들에게 있어서 보호하는 곳으로 ‘집’과 같은 분위기를 위해 노력이 필요하다. 일률적인 가구나 마감재, 색상은 시설과 같은 느낌을 준다. 자신이 쓰던 가구를 가져다 놓거나 방마다 다르게 디자인하면 치매노인들이 자신의 방을 찾기도 용이하고 시설과 같은 느낌을 줄수 있으므로 바람직하다. 마지막으로, 노인복지 예산은 1998년의 경우 정부예산에서 차지하는 비율은 0.30%에 불과하여 너무나 빈약한 수준이다. 이는 일본의 3.7% 미국, 북유럽의 12-15%와 비교해 볼 때 국민소득 격차와 국력의 열세를 감안한다 하더라도 국민 조세부담에 맞는 최소한 2%이상의 수준으로 올려야만이 어느 정도 정부 재정의 공정성과 형평성을 유지할수 있으리라 생각된다.

고령화 사회의 경제적으로 어려운 사람들이 많이 살고 있는 시점에 치매요양시설이 설립되어 치매노인문제는 선진국의 경험이 시사하는 바와 같이 정부의 힘만으로는 해결하기 어려운 것이므로 민간이 보완역할을 분담할수 있도록 제도개발 및 유인책을 지속적으로 강구해 나가야 할 것이다. 그리고 보건소등 정부기관이 직접모든 서비스를 제공할수 없지만 필요한 상황이 있다고 본다. 즉 민간기관이

55) “국회사무처” 제공, 1999.

접근하기 어려운 부문이나 아직 접근할 준비가 되어 있지 않은 경우에 시대적 상황의 도래의 의하여 공공기관이 먼저 접근할 수 있어야 된다 현재 치매관련 시설이 바로 이런 상황에 처해있다고 본다.

본 연구는 치매노인들에 대한 보호가 필요한 시점에서 더 많은 노력과 이를 통하여 치매노인을 위한 제반의 서비스를 구체적으로 개발할 뿐만 아니라, 국가와 지방자치제와 민간이 서로 협력하여, 개개인의 서비스를 통합하여 심도 있게 운영해 나가는 것이 현실적으로 치매노인들에게 안정을 줄것이며 지속적인 지원이 뒤따라야 할 것이다.

참고 문헌

《단행본》

- 권중돈, 『한국치매가족 연구』. 홍익제, 1995.
- 김동배, 『노인복지의 현황과 과제』. 발표문서, 1996.
- 김성순, 『생활노년학』. 운산문화사, 1994.
- 박성택, 『지역복지의 이론과 실제』. 한국사회복지관협회, 1995.
- 박재간, 『고령화 사회의 위기와 도전』. 나남, 1995.
- , 『노인복지정책연구』. 한국노인문제연구소, 1996.
- 서병숙, 『노인 연구』. 교문사, 1994.
- 이윤로 · 김영숙, 『치매환자의 치료와 간호』. 학서당, 1996.
- 이윤로 · 박종한, 『치매의 원인과 치료』. 학문사, 1996.
- 장인협, 『지역복지실례방법론』. 서울대학교. 1995.
- 장호상, 『브리테니커 세계대백과 사전』. 웅진출판사, 1993.
- 최경석, 『한국노인복지의 실태와 서비스개선 방향』. 1996.
- 최순남, 『현대노인복지론』. 한신대학교 출판사, 1995.
- 하시즈메고지, 『치매공포』. 등지, 1997.
- 하용찬, 『치매관리 Mapping 개발 연구』. 한국보건사회연구원, 1997.
- 한국사회과학연구소, 『한국사회복지의 이해』. 한울아카데미, 1995.
- 한국치매협회, 『한국치매협회회보』. 중앙문화사, 1997.
- 한국노인문제연구소, 『노인치매의 현황과 과제』. 동인, 1996.
- 한국노년학회, 『한국노년학』. 한국노년학회, 1995-9.
- , 『노인문제 대 토론회』. 한국노년학회, 1994.
- 사단법인 한국치매협회, 『치매전문간호의실제』. 1999.

《정기 간행물》

- 곽동일, 『노인정신의학(노인성치매)』. 대한 노인정신의학회, 1997.
- 김진훈, 『치료레크레이션』. 서울대, 1999.
- 배상수, 『광명시 치매관리모형』. 한림대학교 의과대학 사회의학교실, 1997. 12
- 하양숙, 『간호면에서의 서비스』. 서울대, 1996.
- 학술심포지움, 『치매노인복지대책의 이론과실제』. 치매협회, 1997.
- 한일우, 『노인정신의학(노인성치매)』. 대한노인정신의학회, 1998.

《잡지 문서》

- 기백석, 『노인성치매환자의 관리』. 전통과 현실, 1996. 12
- 김도관, 『알츠하이머병 치매와 최근 연구동향』. 의약정보, 1997. 6
- 박정현, 『치매환자 Care 문제점은 무엇인가?』. 의약정보, 1997. 1
- 손인자, 『치매』. 의약정보, 1996. 7
- 이성희, 『치매노인의 특성과 보호방법』. 노인복지정책연구소, 1996.
- 이윤로 · 성규탁, 『노인성 치매환자의 보호자를 위한 지원 방안』. 사회복지, 1995. 4
- 이정희, 『노화와 치매』. 의약정보, 1997. 6
- 은만기, 『노인복지시설 현황 및 문제점과 개선방안』. 한국노인복지시설협회, 1998. 2
- 연병길, 『노인치매의 원인 및 치료』. 노인복지정책연구소, 1996. 8
- , 『치매의 정의와 임상증상』. 의약정보, 1997. 7
- 우행원, 『치매』. 의약정보, 1996. 10
- 장대일, 『치매』. 경의의학, 1997. 3
- 전정창하, 『노인성치매』. 한국의 침구, 1996. 9
- 전현길, 『치매의 원인과 증상』. 의약정보, 1998. 6

조성봉, 『노인성 치매 방지를 위한 운동프로그램』. 한신논문집,
1995. 11
하양숙, 『치매의 간호』. 의약정보, 1997. 6

<논문집>

김상숙, 『노인의 치매불안정도 연구』. 성신여대 석사논문, 1998.
박선희, 『한국판 치매평가 검사의 알츠하이머성 치매의 진단적 변별
력 연구』. 성신여대 석사논문, 1998.
오진수, 『치매노인 보건관리에 관한 연구』. 서울대 박사논문, 1995.
조일아, 『치매노인요양시설의 배회복도 실내디자인에 관한연구』. 홍
익대 석사논문, 1997. 8

<외국 문헌>

- Website Internet, <http://www.alz.org/dinfo/factsheet/ADS.html>
- Harel Zev and Dunkle Ruth E. Ediors, 「Matching People With
Services in Long-Term Care」 Spriner Publishing
Company, New York, NY, 1995.
- Gelfand Donald E, 「The Aging Network- Programs and
Services (Fourth Edition)」 Springre Publishing
Company, New York, 1993,
- 老人福祉のてびき, 「厚生省老人保健福祉局, 老人福祉計劃課・
老人福祉振興課」財團法人 長壽社會開發センタ, 平成 9年
10月.
- 女・老いにのぞむ 「第13호回女性による高齢社會シソポジウム
の記録/高齢社會をよくする女性の會」. 京都, 1995.

ABSTRACT

A Study on the improvement plan of the Service of Welfare Centre for the Senile Dementia in Korea

Kim, Sung il

Major in Social Welfare

Dept. of Welfare Administration

Graduate School of Public

Administration

Hansung University

In the traditional korean family system, parents have been served as a master of that family, so the status of the old has been high in the family or society, and the problem of welfare of old age has not appeared. But changes like industrialization and urbanization are threatening the traditional family system with the reduction of family attendances. And in the society with older and older members, the old are weaker and their physical, mental problems are increasing rapidly.

Since long age, we have thought from the deep inside of us that senile dementia is a dotage, and regarded it as a shame to family. But now in the problems of old age, the senile dementia is understood as a disease, and not only the others but also that man affected it recognizes his illness.

The senile dementia became known through the socialization only 4 or 5 years ago. Therefore, while social counterplans or institutions for it are few, the affected who want to use institutions are increasing. It is inevitable to commit the affected by senile dementia to institutions because they are dropped in social function as well as physical and mental functions, so the family couldn't take care of them. Then it is necessary to present some adequate services which the institutions can give.

This study is a research on the service of Korean institutions for the senile dementia, and describes theoretical basis and literary studies centering around especially Yung-Rak sanitarium and Jung-Won senile dementia sanitarium. First of all, it must be considered that the health problems of the old are connected very narrowly with the extension of average span of life. To offer them a best service, it is important to guarantee the talented brains above all and to give them medical and financial support from the governmental and private organizations.

To raise the quality of service, first, there must be at least a senile dementia sanitarium in a district to offer the affected by senile dementia a accurate diagnosis and specialized medical services. And secondly, people as well as the government must try positively to prevent and secure the senile dementia to make old ages as a healthy and happy one. Thirdly, a synthetic

environment like the transmission system of the affected, the arrangement of specialists and the improvement of qualities of carers must be accomplished for a effective care. And fourthly, the institutions must offer comfortable surroundings like 'my home' to the affected.

As a conclusion, the problem of care must be studied consistently in the welfare and medical, cultural fields, and the institutions for the senile dementia must be exploited as a realization of cure-unity and social work of unity, and there must be a related support for it..

영락전문요양원 식단표

	아 침			점 심			저 녁		
월	보리밥	두부감자국	물김치 쭈포무침 숙주무침	팔 밥	된 장국	김치 돼지불고기 상추쌈,된장 오이무침	보리 밥	무우 새우국	김치 계란찜 쭈갓나물
화	밥	계란김국	물김치 호박새우젓조림 다시마튀김	보리 밥	설 렁탕	김치 감자조림 참치김치볶음	밥	된 장국	김치 생선구이 무나물
수	밥	미역국	물김치 초장 시금치나물	조 밥	만 두국	김치 생선조림 도라지볶음	밥	하 이 라 이 스	김치 묵무침 양배추쌈 된장
목	밥	콩나물국	물김치 청포볶음 부추양파무침	수수 밥	된 장국	김치 생선구이 생미역 초고추장	밥	돼 지 뼈 감 자 탕	김치 우무무침 맛살계란부침
금	밥	오뎅국	물김치 미역튀김 순두부 양념장	보리 밥	비 지국	김치 야채튀김 멸치볶음	밥	김 치 국	김치 생선조림 깻잎조림
토	밥	호박된장국	물김치 김구이 콩나물 무침	오곡 밥	동 태국	김치 양배추햄볶음 쭈갓·상추겉절 이	밥	김 치 국	김치 무나물 잡채
일	밥	홍합국	물김치 오뎅볶음 감자사라다	보리 밥	북 어국	김치 버섯양파볶음 게젓	밥	된 장국	김치 파래,묵무침 생선조림

정원치매노인요양센터 식단표

월	일	아 침	점 심	저 녀	비고
2	월	밥 소고기 감자국 잔멸치볶음 쑥갓무침	밥 콩비지국 떡볶음 무판지 무침	밥 근대 된장국 코다리 조림 오이부추무침	요구 르트
	화	밥 미역국 계란 장조림 무나물	밥 버섯들깨찌게 물미역회, 초장 조기구이	밥 무오뎡국 제육볶음 상추겉절이	요구 르트
	수	밥 두부찜국 감자채 볶음 조개젓 무침	밥 통가루쑥 된장국 닭조림 봄동 겉절이	밥 동태국 무,파래무침 고구마 조림	요구 르트
	목	밥 북어계란국 마늘쫄면치 볶음	밥 소고기 미역국 잡채 생선전, 오이생채	밥 아욱전새우된장국 깻순볶음 이면수 튀김	요구 르트
	금	밥 콩나물 김치국 어묵조림 고사리볶음	밥 감자탕 오징어 야채볶음 오이,도라지무침	밥 소고기 무국 물미역 무침 두부 조림	요구 르트
	토	밥 배추된장국 감자볶음 돈육장조림	밥 맑은 된장국 카레라이스 김치	밥 순두부국 계란찜 치커리 볶음	요구 르트
	일	밥 콩나물북어계란국 창란젓무침 도라지볶음	밥 미역홍합국 감자샐러드 봄동겉절이	밥 시금치 된장국 연두부 초장 굴미나리무침	요구 르트

두 시설에서 나타난 치매의 증세

각 내용들은 위의 두 시설에서 보호자들이 실제로 경험한 것과 보고 듣고 느낀 것에 대한 일들을 그대로 정리하였다.

1. 위험한 배회

시설입소 노인 중 배회에 대한 종류는 두가지로 구분된다. 목적이 있어서 배회하는 것과 목적이 없이 배회하는 것이 있다. 그런데 치매의 정도가 심할수록 목적이 없이 배회하는 비율이 증가된다.

(사례 1)

'97년10월에 입소한 A 노인은 나이 67세의 할머니로서 약간의 언어장애가 있으며 평상시 낮에는 주로 거실 쇼파에 앉아서 있거나, 아니면 본인 방에 있다. 가끔씩 화장을 한다고 하면서 비누, 치약등을 이용하여 화장품을 바르듯이 얼굴과 온몸에 바르려고 한다.

ct는 처음 영락전문요양원에 입소하면서부터 97년도말까지 만해도 하루에 1-2회 정도 집에 가야 한다며 엘리베이터 옆이나 중앙복도문 옆에서 서성이다가 문이 열리는 기회를 보아서 나가려고 하신다. 현재까지 2번 정도 가출, 배회를 하기도 하셨으며, 한번은 추운날씨에 영락전문 요양원에서 4km정도 떨어진 거리까지 나가기도 하셨다. 그외에도 밖으로 나가려는 것을 도중에 막을 수 있었지만 언제, 어떻게 나갈지 알수 없었다.

배회증세의 이유는 대체로 “머리가 아프고 답답하다”, “저기만 가면 집이 있다”, “나가야지 살거같다” 등 다양한 이유를 말씀하신다.

ct에게 산책 프로그램을 통해 자주 밖으로 나가게 함으로써 ct의 답답한 마음을 달래주고, 이야기를 통해 안정을 취하게 함으로써 ct의 가출배회증세를 줄이려 하

고 있으며, 다행히 요즈음은 거의 그런 가출, 배회증세를 보이지 않으신다. 가출, 배회증세를 예방하는 적극적인 치료계획을 세워서 위험한 사고를 사전에 예방해야 한다. 왜냐하면 심각한 불안증세를 겪을 경우 난간을 이용해서 정신없이 나가려고 함으로써 떨어지는 위험이 있을 수도 있고, 불의의 교통사고 및 겨울철에는 동상, 감기등의 질병을 얻어 더 큰 위험한 질병에 걸릴 위험이 있을 수 있다.

(사례 2)

B 노인은 96년6월12일 구청의 행여자로 발견되어 입소 함, 나이와 과거력을 전혀 알수 없는 할머니이다. 상담을 통해 단지 무학이라는 것과 남편과 사별했다는 것 밖에는 알아내지 못했다. 신경학적 검사 소견은 정상이나 96년 9월 좌측 눈의 실명진단을 받고, 우측눈도 시력이 떨어져 있는 상태이다.

청력장애가 있고 왼쪽 귀는 중이염을 앓고 있어 간간이 이비인후과 진료를 받고 있으며 큰소리로 대화시에만 겨우 의사소통이 가능하다.

97년 8월 흉부 x-ray 검사상 만성 폐쇄성 폐질환이란 진단을 받아 내과 약물복용중에 있으며 가래 분비물이 계속되고 있는데도 간간이 약물 복용에 대한 거부증상 보였다.

98년 4월 원격화상진료를 통해 인지기능 장애가 있고 기억력, 지남력, 판단력의 저하가 있어 알츠하이머병 치매로 추정되나 과거력을 알수가 없어 달리 분류되지 않는 치매로 진단을 받았다. 물건 수집행위가 있어 신발, 더러운 옷, 양말, 컵등 모든 물건을 숨기며 흥분을 잘하여 크게 소리지르고 밤이면 배회하며 다른 할머니들 방에 들어가 옷, 이불등을 꺼내온다. 타 할머니에게 폭력을 당하는 경우가 자주 발생한다.

현재치매노인에게 있어서 배회로 인해 파생되는 사고에 대한 안전이 제일 중요하므로 약물 치료로 환자의 수면을 돕고 타 노인으로부터의 구타를 각별히 예방하고 있다.

(사례 3)

C 노인은 62세의 할머니로서 1997년 12월 19일 치매요양센터에 입소한 분이다. 잠시도 가만히 못 앉아 계시고 바쁘게 걸어다니시며 밖으로 자꾸 나가려고 하신다. 원만한 의사소통은 가능하며 폭력적인 행동은 없으신분이다.

건강하시고 명랑하시며 ADL에는 지장이 없으시며 기억손상이 있고 목적없는 가출이 되풀이 되어 요양원에 입소하게 되었다.

안정제를 투입하며 치매 치료제를 드시게 한다음 휴식을 취하게 하며 지점토등 앉아서 하는 프로그램을 통해 잠시라도 집중할수 있는 여건을 조성해 드린다.

프로그램을 통한 치료는 산책, 지점토, 색종이 접기, 공던지기등으로 참여시켜 배회하는 것을 억제시키는 실정이다.

문을 항상 잘 잠그고 탐지기를 착용하여 실종의 위험을 줄인다. 치료의 진전은 거의 없으나 배회하시는 횟수는 줄어드는 것이 특징으로 나타나고 있다.

2. 노인을 괴롭히는 망상

물건을 잃어버리는 망상이나, 질투망상, 버려졌다는 망상 등이 치매증 노인을 괴롭힌다. 특히 망상은 나타나기 쉽고 가까이서 돌봐주는 사람을 불쾌하게 한다. 치매증 노인이 귀중히 여기는 저금통장이나 지갑, 안경이나 악세서리 등 몸 근처의 물건을 챙기거나, 놓아두고 잊어버린다. 그리고 자신도 잊어버렸다는 것을 자각하지 못하기 때문에 다른 사람이 가져갔다고 생각한다. 직접 간병하고 있는 근처의 사람을 의심한다. 가져가지 않았다고 해도 노인은 납득하지 않는다. 현실로 물건이 눈에 보이지 않기 때문이다. 아니라고 하거나 설득하려하면 더욱 강하게 불신하다. 물건이 없다는 사실을 받아들이고 함께 찾는 것이 제일이다. 노인의 행동을 자세히 관찰하고 있으면 사람에 따라 물건을 감추는 장소가 정해져 있다.

(사례 1)

'97년 10월에 입소한 D 노인은 73세의 할머니로서 중증의 치매노인이다. ct는 낮밤이 없을 정도로 거의 자지 않으며 배회를 하면서 계속해서 이해할수 없는 자기의 망상된 내용들의 것들을 언어로 표출한다. ct는 다른 사람에게 해를 끼치는 심각한 문제행동 즉 폭력행위는 하지 않으나, ct가 망상된 내용들을 다른 분들에게 계속해서 표출을 하다보니 주위 분들이 싫어하고 미워해서 몇번씩 맞기도 하시고 혼나기도 하셨다.

ct가 망상하는 내용은 너무 다양하다. 예)“ 돈이 어디로 갔어”--하고 소리치기도 하며 “ 이리와 이리와”, “왜 안데려가는 거야”, “갈이가 갈이가” 하며 다양한 내용의 망상된 것들을 언어로, 몸으로 표출하신다.

ct에게 계속되는 망상된 것들은 ct를 자극해서 끊임없이 말하게 하고 주위 사람들을 귀찮게 하며 잠을 못자게 하는 원인이 되고 있다.

이러한 ct를 괴롭히는 망상된 것들을 건전한 방향으로 발전시키기 위해서 S,W가 심신의 안정을 돕는 적극적인 상담과 낮에는 활동적인 생활을 할수 있도록 하여 잔존기능을 활성화 시키는데 주력하고 있다. 현재는 ct를 필요시 특수방에 따로 모셔서 피해를 예방하고 있지만 적극적인 팀 치료에 의하지 않는한 치료가 어려울 것으로 보인다.

(사례 2)

E 노인은 95년 5월 행여자로 입소한 치매노인이다. 과거력을 알수가 없고 노인의 이름, 나이도 정확히 알수가 없는 할머니이다.

신경학적 검사, 이학적 검사 소견은 정상이나.“ 선천성 연구개 결손으로 발음 장애가 있으나 의사 소통은 가능함”

97년 4월 원격화상진료실시 과거력을 모르게 때문에 진단내리기가 불문명하나 과거에 만성정신질환을 앓았을 것으로 추정되어 “달리 분류되지 않는 치매”로 진단 내려졌다.

사고 장애, 인격장애가 두드러지며 “자신이 요양원도 만들고 대통령 집도 만들었다. 병원 원장이다”라는 내용의 지리멸렬한 과대망상적 사고가 있고 “다리가 붓고 아프다. 눈이 아프다”라는 신체적인 내용에 사고가 집중되어 다른 생각을 하지 못한다.

밤마다 이물질을 온몸에 바르는 강박적 행위가 계속되어 수면장애가 있고 편집증적 성향이 있어 의심이 많고 약물을 거부하는 행동을 보였다.

치료자에게 “너를 내가 낳았고 만들었으니 어니 얼굴과 몸을 달라”는 괴상망치한 망상을 보인다.

현재 약물 치료중이며, 약물 치료로 수면장애와 강박적 행위가 호전되고 있다, 치료적 접근으로는 잘못된 믿음에 대해 논쟁하거나 부정하지 않고 일관성 있게 대하고 있다.

(사례 3)

F노인은 84세의 할머니로서 1998년 2월 25일 정원치매요양센터에 입소한분이다. 밤에 잠을 못 주무시고 항상 안절 부절 하시며 우시기도 하신다. 평소에는 기운이 없으시고 느리신 편인데 무엇인가 쫓겨 도망치실때는 빠른 속도로 뛰시고 누가 죽이려고 한다고 물건으로 간병인을 쫓아다니며 때린신다 어떤 때는 벌벌 떨시면서 간호실 책상 밑이나 쇼파 뒤에 숨어 있기도 하신다. 알아듣지 못하는 말을 계속 하면서 다니시고 “혼난다”는 소리를 잘하심.

딸과 함께 살았으나 밤에 잠을 안 주무시고 배회하시며 가출이 잦아져 입소하심 식사나 배변은 스스로 하시나 도움이 필요한 분이다.

안정제와 치매 치료제를 복용한다. 안아드리기도 하고 다독거리며 안정된 분위기를 만들어 드린다. 빨래 개는 일이나 바닥 걸레질등을 시켜 다른데로 관심을 가지도록 한다. 치료의 진전이나 증상의 완화는 거의 없다.

3. 불안, 초조감으로 두려워함

치매증 노인은 조금 전에 한 것을 잊어버린다. 또한 시간도, 계절도, 자신이 있는 장소도 분명하지 않다. 그리고 주변과의 관계도 알 수 없게 된다. 이러한 증상이 있는 치매증 노인은 사소한 것에서 불안이나 초조감에 시달린다. 치매증상이 가볍거나 중간정도 무렵에 불안과 초조감이 강한 경향이 있다. 그 때문에 몹시 혼란해하거나 침착성이 없어지거나 불쾌해 한다. 자주 볼 수 있는 것으로 저녁이 되면 침착성이 없어지고 불안과 초조감을 보이는 노인이 있다. 치매증노인은 하루종일 이해할 수 없는 상황속에서 불안과 긴장의 시간을 보낸다. 그 때문에 저녁때에는 피곤해 진다고 한다. 밤시간의 불안과 초조감은 보통 1~2시간에 끝난다. 저녁식사가 끝나면 대부분의 노인들이 침착해진다. 노인의 불안과 초조감을 덜어주기 위해서는 저녁시간 전에 한참 동안 노인과 함께 보내는 배려가 필요하다.

(사례 1)

'96년 12월에 입소한G 노인은 나이를 알수 없는 할머니로서 예전에는 기도원에서 정신증세를 치료한다고 하여 수년동안 계시기도 하셨으나, 오히려 상태가 더 안 좋아진 상태로 영락전문요양원에 오시게 되었다.

처음에는 정신증세로서 시작이 되었으나 현재는 치매와 함께 진행되어 가고 있는 것으로 진단을 내렸다. ct는 평상시에 거실쇼파나 벽에 등을 기대고 있는데 주로 한곳에서 서성이며, 아무에게도 말을 건네거나 인간관계를 맺지를 않는다.

ct는 대체로 다른 사람들의 사는 모습을 지켜보면서 자기에게 손을 닿게 한다면 말을 걸어오면 손을 휘저으면서 내쫓으려고 하신다. 조금만 ct에게 다가서려고 하면 흥분하면서 불안해하며 도망 가려고 하며 가까이 올때에는 때리려고 하신다.

ct는 피해망상이 있는 것으로 보이며 따라서 항상 안정된 모습으로 있지 않아 보인다. 음식을 드실때도 옷을 입을때도 다른 사람의 도움을 거부하며 본인 스스로

로 하려고 한다.

다행한 것은 심한 폭력적 행위는 없으시며 불안초조감 증세를 안으로 조용히 갖고 있다는 것이다.

ct에게 설블리 다가서기 보다는 항상 조금은 떨어진 상태에서 친절하게 다가서는 것이 중요하고 그러한 다음 친밀한 관계를 갖도록 하는 것이 중요하다.

(사례 2)

H노인은 나이를 알수 없는 할머니로서 92년 9월 행여자로 구청을 통해 입소하였다. 노인에 대한 정보제공자가 없어 과거력을 정확히 알수 없다.

치매노인 자신의 정보로서는 무학이며, 남편과는 사별했다고 하며, 자녀가 있기는 하나 어디에 사는지 소식을 모른다고 한다.

신경학적, 이학적 검사 소견상 특이사항은 없으나 청력 장애가 있어 큰소리의 짧은 단어로만 의사소통이 가능하여 대화시 어려움이 따름 97년 4월 원격화상 진료를 통하여 달리 분류되지 않는 치매로 진단 받았다.

환청이 있어 “성령이 동방박사---라는 찬송을 5번씩 연습하라”라며 중얼거리는 독백과, 손가락으로 횡수를 세는 행동을 보인다. 환촉이 있어” 나라에 버찌 벌레가 알을 까서 아프다“ 고 하면서 벌레를 잡는다며 옷을 벗어서 털고 빗자루로 방안을 청소하는 행위를 나타낸다. 환각으로 수면장애가 계속되고 불안초조가 심해지며 화 짜증이 증가하면서 간간이 크게 소리지르는 증상도 동반된다.

현재 약물치료로 수면장애는 호전되었으며 환각의 정도는 미약하지만 계속 되고 있다.

일본치매 노인에 대한 현황

가까운 일본도 1990년도 65세 이상의 치매성노인수는 6.8%로 1,009천명 1995년에는 6.9%로서 1,259천명, 2000년에는 7.2%로서 1,558천명이며, 2000년 시점에서는 인구의 고령화에 따라 65세이상의 치매노인이 급증할것으로 예상되며, 2005년에는 7.6%로 1,888천명, 2015년에는 8.4%로 2,622천명으로 증가 할 것으로 추정된다.<표52> 이에따라 심각한 치매성노인문제에 대처하기 위해 재택개호, 가족에의 지원강화, 발생예방, 치료의 추진등 치매성노인대책의 종합적추진, 전문진단체제, 특히 긴급시 의료대책의 정비, 전문치료병동등의 시설 대책의 충실을 보도 하고 있다.

<표52> 일본의 치매노인 추계(65세이상) (단위:%,천명)

구분	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020
노인인구 비율	11.7	13.9	16.2	18.1	20.1	22.9	24.2
치매노인 의 비율	6.8	6.9	7.2	7.6	8.1	8.4	8.9
치매노인수	1,009	1,259	1,558	1,888	2,256	2,622	2,916

자료: 厚生省(1995). 癡呆性 老人對策 推進の今後の方向(p. 17).

1. 재택보건복지 대책

(1) 보건소에서의 노인 정신보건복지 상담 지역에 노인성치매질환 등에 관한 상담 창구를 마련하고, 방문지도를 행하는 것으로 하고 있다. 852개소의 전 보건소에서 실시한 1992년도의 노인정신보건상담은 연간65,889명, 노인정신보건 방문지도는 년 47,837명이다. 사업내용은 보호개발, 건강 상담, 방문지도, 관계기관과의 연결 등을 하고 있다.

(2) 고령화 종합상담 센터(1987년부터 설치) : 고령자 종합 상담센터의 상담원 또는 의사들의 전문상담원에 따라 고령자나 그의 가족이 갖고 있는 걱정, 근심되는 것에 대한 상담등을 행하는 것을 하고 있다. (실시장소 47개소)

(3) 보건부, 가정봉사원 위한 방문지도 : 보건부가 치매성노인등을 부양하는 가족을 방문하여 보건지도를 행하는 것이다. 가정봉사원이 치매성노인등을 부양한 가족을 방문 하여 개호등을 행하는 것이다. 가정봉사원의 수는 97년에 151,908명으로서 방문지도를 하고 있다.

(4) 치매성노인 배회 감지기구 대여 : 노인일상생활 용구 급부등 사업에 의해 치매성노인에 대한 배회감지 기구를 대여하는 것이다.

(5) 주간보호서비스, 재택개호지원센터 : 주간보호서비스 시설에 있어서 신체가 허약하거나 누워지내야만 하는 상태 또는 치매 때문에 일상생활에 지장 있는 노인에 대한 하루의 개호서비스를 제공하는 사업이다. 치매성노인에 대해 입욕서비스, 식사서비스, 일상동작훈련의 서비스를 제공하는 것이다. 주간보호 서비스시설은 97년도에 8,923개소가 있으며, 가정개호로 고생하고 있는 가족이 가까운 곳에서 가벼운 마음으로 상담할수 있는 곳이며, 보건·복지 서비스를 받을 수 있도록 조정하고 있다. 재택개호 지원센터는 97년도에 6,172개소가 있다.

(6) 단기보호 사업 : 와상노인과 치매노인등을 특별양호노인홈 또는 양호노인홈에서 단기 보호하고 있다. 또 야간의 개호가 힘든 와상노인 또는 치매노인을 야간만 특별 양호노인홈에서 단기보호하는 야간보호사업을 행하고 있다. 1991년부터는 “치매성 노인가산”(치매노인이 입소한 경우 월 21,390円을가산금을 지급하는 것이다)을 창설하여 치매성노인을 적극적으로 보호할 수 있게 하고 있다. 보호요건에는 질병, 사고등의 사회적이유 외에 개호 부담자가 너무 지치는 등의 사적 이유도 대상이 된다. 보호 대상자는 65세이상의 와상노인 (65세 미만에서는 초기 치매에 해당하는 자), 뇌가 허약한노인도 대상이 된다. 전용거실의 정비 즉, 특별양호노인홈에 단기보호의 사업적용의 거실을 정비, 97년도에 44,832호실이 있다.

(7)노인성 치매 질환 주간보호의 실시 : 1988년에 설치되어 재택의 노인성 치매질환 대상 노인들에게 생활기능 회복 훈련 및 지도, 가족에 위한 훈련 지도들을 행해 노인성 치매질환 주간보호를 발전시키고 있다.

(8) 노인성 치매의 그룹홈 : 소규모 주택공간에서 소인수의 치매성노인이 전속스텝에 의해 보호를 받으며, 공동생활을 할수 있도록 하여 치매의 진행을 늦추고 가족의 부담 경감을 도모하는 것이다.

(9) 보건 사업 : 치매를 예방하기 위해서는 치매의 원인이 되는 뇌혈관질환을 예방하기 위한 대책이 중요하다. 그를 위해 노인 보건법에 따라 보건 사업에 있어 뇌졸중을 예방하기 위한 순환기질환대책(건강교육, 건강상담, 건강진단)을 실시하고 있다.
(96년도 보건 사업비가 462억엔)

2. 노인성치매질환 센터

노인성치매등에 관한 전문의료상담, 감별진단, 치료방침선정, 야간, 휴일에 긴급대을 행하는 동시에 지역의 보건·의료·복지관계자에게 기술원조등을 행하도록 하여 지역의 노인성치매 질환 환자등의 보건의료 복지서비스의 향상을 도모하는 것을 목적으로 하는 노인성치매질환센터가 전국 119개소 설치되어 있다.

(1) 시설 대책

1) 특별양호노인홈에의 입소 : 가족에서 부양할수 없는 치매성노인을 특별양호노인홈에서 개호하고 있다. 특별양호노인홈의 시설수는 3,201개소이며 정원 220,916명이다.(1995년 10월 일 회복지 시설조사), 특별양호 노인홈 또는 양호노인홈에는 정신과 의사를 배치하기 위한 비용을 처치비에 산입하고 있다. 또 草花 62년도부터 특별양호 노인홈의 입소자중에서 중도의 치매성노인이 1/3이상 입소하고 있는 특별양호노인홈에는 치매성노인 개호가 산을 행해 특별양호노인홈의 치매성노인의 적극적 보호와 처우에 충실하고 있다.

2) 노인성 치매질환치료 병동의 정비 : 정신증상이나 문제행동이 현저하게 나타

나는 치매 질환노인에 대해 단기집중적으로 치료하는 노인성 치매 질환 병동의 정비를 도모하고 있다.

3) 노인성치매 질환 요양병동의 정비 : 정신증상이나 문제행동을 갖고 있는 만성기에 도달한 노인성 치매질환노인에 대해 장기적으로 치료를 행하는 노인성 치매질환요양병동의 정비를 도모하고 있다.

4) 노인보건의설에의 입소 : 입원에 따른 치료는 필요하지 않으나 치매로 인해 일상생활의 자립이 곤란하고 그 상태가 계속된다고 여겨지는 중증도 이상의 치매 노인을 입소대상으로하여 치매전문동의 정비도 하고 있다. 또한 노인보건의설에서는 치매성 노인을 위한 주간보호와 단기보호 입소를 실시하고 있다.

3. 조사 연구

치매질환에 관해서는 임상병리학등의 분야에 있어서 미해결의 부분이 많으므로 치매질환에 관해 종합적 연구를 실시하고 있다.

다음과 같이 화상해석을 통한 치매성질환의 진단과 병태 해석을 하며, 치매질환의 실태와 발증관련요인의 계통적파악에 관한 연구로서, 알츠하이머형 치매와 감별을 요하는 1차성 뇌변성질환의 분자화학적, 조직화학적, 병리학적 해명과 더불어 치매질환에 있어서 이상물질 침착메카니즘의 분자 생물학적 연구하며, 치매질환에 요구되는 약물의 병리적 연구 개발 및 임상적 평가방법의 확립에 관한 연구와 치매 질환의 신경심리, 정신병리학적 연구의 토대로 치매질환의 진단, 메카의 검토, 초기진단방법의 확립하여, 뇌혈관장애 부터 뇌실질장애를 초래하는 질태의 해명연구하여, 치매질환 Care 시스템에 관한 연구 및 치매에 있어서 세포와 그 방어기구 치매질환의 유형화 병기분류에 관한 신경생리학적 치매질환의 생활기능유지를 위한 훈련요법에 관한연구 등을 통하여 연구하여 치매성 노인에 대한 배려를 국가적으로 심혈을 기울이고 있다.

4. 연 수

(1) 임상등에 대한 전문적 지식, 기술의 연수는 의사, 보건부, 간호부 및 사회복지사 등 노인성 치매의 보건의료에 종사하는 자에 대하여 매 년 2개소에서 연수를 행하

고 있다.

(2) 치매성 노인 처우기술 연수사업은 특별양호노인홈의 요모등을 대상으로 치매성 노인의 개호 처우에 관한 실전적 연수를 행하여 특별 양호노인홈에 있어서 치매성 노인의 보호를 일층 추진하는 것이다. (실시개수: 59개소).

<부록5>

(미국 정부의 치매 노인에 대한 대책방안)

1. Alzheimer `s Disease(A.D)의 현황

미국의 경우 현재 65세 이상의 노인 인구는 약 3,300만명으로 인구의 13%정도를 차지하고 있다. 노인치매의 주요원인은 알츠하이머병으로 치매노인의 약 50-80%를 차지하고 있다. 치매노인은 약 4백만명의 이상으로 매년 25만명이 새로운 치매노인의 진단되고 있으며 약 10만명의 노인이 사망하고 있다.

현재 미국에는 1백5십만명의 노인들이 중증의 치매현상을 나타내고 있다.이를 위해 계속적인 보호를 요구하고 있다. 65세이상 전체노인의 약 5%가 심한 치매증을 보이며 다른 10%는 가벼운 치매현상을 나타내고 있다.

앞으로 치매노인수가 더욱 증가할 것으로 예상되는데 2040년에는 7백4십만명의 노인이 심한 치매증 현상을 갖게 될것으로 보고 있다.

만약에 예방이나 치료하는 방법이 발견되지 않으면, 일천사백만명의 미국인들이 21세기 중반에 노인성치매에 걸릴것으로 예상된다. 현재 65세 이상 노인 10명중 1명이 노인성 치매이고, 85세 이상 노인 10명중 5명이 노인성치매에 걸리는 것으로 조사되어 있다. 그리고 소수의 퍼센테이지 사람들이 40-50대에서도 치매에 걸리는 경우도 있다. 노인성치매에 걸린 환자노인의 평균수명은 8년이고, 길게는 20년 또는 그 이상을 노인성치매의 증상과 함께 살아가고 있다.

미국은 연간 적어도 1,000억불을 노인성치매에 쓰고 있고 Medicare나 사적(개인적)건강보험은 오랜 기간동안의 노인성치매의 여러 가지 필요를 커버하지 못한다.

노인성치매의 10명중 7명이 넘는 숫자가 가정에서 살고 있으며 거의 75%의 수발이 가족이나 친구에 의해서 이루어진다.

가정에서 1명의 노인성치매노인을 돌보는데 연간 평균 \$12,500이들며, 가족들이 그 대부분을 부담하고 있다.

또한 Nursing Home 에 입주하고 있는 노인의 경우 현재 50-80%가 노인성치매나 노인성치매와 관련된 질병으로 고생하고 있다.

현재 Nursing Home의 입원 비용은 1인 평균 1년에 \$42,000이든다. 어떤 곳은 \$70,000이 넘는 곳도 있다. 노인성치매 1명당 걸려있는 총기간의 비용은 평균 \$174,000이다. 노인성치매는 미국에서 3번째로 비용이 많이 드는 질병이다. 첫째는 심장질환이고 둘째는 암이며 셋째가 노인성치매라는 질환이다.

1996년 미 연방정부는 약 \$309,000,000를 노인성치매 연구에 투자했는데, 이 액수는 현재 미국 사회가 지불하는 정부 이외의 액수 \$174,000의 324대 1만큼의 적은 돈이다. 그러나 연방정부가 심장질환, 암 그리고 에이즈, 가족, 일반구성, 친구들 각자에게 투자하는 돈이 4배에서 7배까지 많다.

The Alzheimer's Association(치매협회)은 전국적으로 퍼져있는 민간치매건강 조직으로 원인연구, 치료연구, 처방 그리고 예방과 교육 그리고 노인성치매노인과 그들의 가족, 그리고 돌보는 사람들을 돕는 기구이다.

2. 노인전문 병원 서비스

1992년에 미국에서 노인성치매는 4번째의 노인들의 죽음의 직접적인 요인으로 등장했다. 그런데 현재 미국에서 그들을 위한 Day - Treatment나 그외의 서비스가 매우 미약한 것이 사실이다 노인성치매나 Dementia의 서비스는 크게 입원노인(Inpatient)와 외래치매노인(Outpatient)의 진단과 처우(치료) 프로그램으로 나눌수 있다.

입원노인(Inpatient)의 서비스는 진단 분야(Diagnostic Unit)와 행동치료분야(Behavioral Unit) 그리고 장기입원치료(Long - Term Care Unit)로 나눌수 있다. 외래치매노인의 클리닉은 진단클리닉(Diagnostic Clinics)와 또는 의료적 그리고 행동치료(Medical and Behavioural Management)의 지속적인 서비스를 포함한다.

현재 전 미국에 걸쳐 56개의 노인전문병원(Veterans Affairs Medical Center)이 전문적인 Dementia Units를 가지고 있다. 대부분 그들 병원은 Inpatient 와 Outpatient (외래환자) 에 대한 프로그램을 동시에 가지고 있다.

3. The Older Americans Act(O A A)

OAA는 1961년의 White House Conference on Aging의 영향으로 1965년에 Congress에 의해서 만들어진 미국의 대표적인 노인복지 서비스 법이다.

현재까지 11번의 개정을 통해서 노인복지서비스의 발전을 주도하고 있다.

이 법의 목적은 "Help older persons"(노인을 돕는다) 인데 이것은 각 주정부로 하여금 Services Training(서비스 훈련), 그리고 Research(연구)를 하게끔 연방정부가 재정을 지원하고 또 각 주정부도 실질적인 Social Work Agency (사회복지 기관)들에게 재정 지원을 유도한다.

이러한 일을 총괄하는 부서는 The Administration on Aging(노인복지행정국)이며, 실질적으로 각주의 State Offices on Aging에서 노인복지서비스를 담당하는데 28주가 Human Services Department 산하에 Offices on Aging를 두고 21개 주가 Offices on Aging를 독립해서 서비스에 치중하고 있다.

그리고 이 법(OAA)에 의하면 각주의 주지사가 Area Agencies on Aging를 만들고 AAA 는 또 Local Area Agencies(지역소규모단위)로 조직되고 (AAAs) 들이 노인건강과 정신건강 계획등의 프로그램등을 실질적으로 실행하며, 1990년도에 약 680개의 AAAs가 전 미국지역에서 노인복지 서비스를 실시하고 있다.

4. 보호서비스 프로그램

현재 미국에서 치매노인을 간호하는 서비스는 간호장소 및 간호형태에 따라 여러 가지 유형이 있는데 그 중에는 At-Home Care / In-Home Respite Care / Out-of-the Home Respite Care 등이 있다.

가. At-Home Care : 치매 초기증상을 가진 대부분의 치매노인은 집에서 간호가 가능하다. 현재 미국에서는 치매노인의 약 2/3가 집에서 간호를 받고 있다. 집에서의 간호는 치매노인에게 있어서 친숙한 환경과 사람들과의 만남을 지속시킬수 있다는 점에서 바람직한 것으로 여겨지고 있다. 집에서의 보호는 비록 거의 일부를 병원과 유사하게 만드는 것을 수반하기는 하지만 이에 소요되는 비용은 일반적으로 요양시설에서 제공되어지는 비용보다 저렴하다.

나. In-home Respite Care : 치매노인을 위해 간호보호자가 집에서 일정시간 간호를 제공한다. 이는 치매노인이 치매치료를 위해 번거로운 교통수단을 이용할 필요가 없고 새로운 환경에 다시 적응할 필요성을 없앤다. Home respite care는 자원봉사자 및 유료간호사 등에 의해 제공되어진다. 유료간호의 경우 간호의 수준에 따라 시간당 5불에서 25불(환화 8,000 -40,000)이 지급된다.

다. Out-of-the Home Respite Care : 가정 밖 휴식보호로서 이중에는 주간보호서비스, 단기보호시설, 위탁보호, Bed\Board, Bed\Care, Board, Life-Care Communities 등 다양한 서비스가 있다.