



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

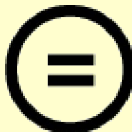
다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

碩士學位論文

癡呆老人家族의 扶養負擔 輕減方案에
관한 研究

2011年

The logo of Hansung University is a large, stylized blue 'H' with a white square in the center. To the right of the 'H' is the text 'HANSUNG UNIVERSITY' in a light blue, sans-serif font.

漢城大學校 行政大學院

社會福祉學科

社會福祉相談專攻

安 載 浩

碩士學位論文

指導教授 黃振洙

癡呆老人家族의 扶養負擔 輕減方案에
관한 研究

A Study on the Policies to reduce burdens of
family with senile dementia

2010年 12月 日

漢城大學校 行政大學院

社會福祉學科

社會福祉相談專攻

安 載 浩

碩士學位論文

指導教授 黃振洙

癡呆老人家族의 扶養負擔 輕減方案에
관한 研究

A Study on the Policies to reduce burdens of
family with senile dementia

위 論文을 社會福祉學 碩士學位 論文으로 提出함

2010年 12月 日

漢城大學校 行政大學院

社 會 福 祉 學 科

社會福祉相談專攻

安 載 浩

安載浩 의 社會福祉學 碩士學位論文을 認准함

2010年 12月 日

審査委員長 _____ 印

審査委員 _____ 印

審査委員 _____ 印

目 次

제1장 서 론	1
제1절 연구의 의의와 목적	1
제2절 연구의 방법과 범위	2
제2장 이론적 배경	4
제1절 치매의 개념과 노인치매의 특성	4
1. 치매의 정의	4
2. 치매의 분류	4
3. 노인치매의 특성	9
제2절 치매의 증상과 예방	11
1. 치매의 증상	11
2. 치매의 예방	16
제3절 치매노인가족 부양부담의 특성	16
1. 사회활동 제한 부담	17
2. 가족관계에 미치는 부정적 영향	17
3. 심리적·정서적 부담	18
4. 재정 및 경제활동상의 부담	20
5. 건강상의 부담	21
제3장 치매노인가족 부양부담 현황과 연구의 흐름	22
제1절 치매노인가족 부양부담의 외국사례	22
1. 일본	22
2. 미국	25
3. 네덜란드	29
제2절 우리나라 치매노인가족 부양부담의 현황	32
1. 정책·제도적 현황	32
2. 시설 현황	35

3. 지원 현황	38
제3절 연구의 흐름	40
제4장 치매노인가족 부양부담 대책의 문제점	42
제1절 시설 및 서비스 지원의 문제점	42
제2절 직접 지원의 문제점	42
제3절 정책과 제도적 지원의 문제점	44
1. 정책적 측면의 문제점	44
2. 제도적 측면의 문제점	45
제5장 치매노인가족 부양부담의 개선방안	48
제1절 시설 및 서비스 지원의 개선방안	48
제2절 직접 지원의 개선방안	54
제3절 정책과 제도적 지원의 개선방안	61
1. 정책적 측면의 개선방안	61
2. 제도적 측면의 개선방안	62
제6장 결론	65
1. 요약 및 제언	65
2. 연구의 한계	70
【참고문헌】	71
ABSTRACT	75

【 표 목 차 】

<표 3-1> 노인장기요양보험제도 요양급여의 종류와 내용	36
<표 3-2> 치매 노인 복지서비스의 종류	39
<표 5-1> 치매노인 부양방법에 관한 교육의 주요내용	57



【 그림 목 차 】

<그림 3-1> 연구의 흐름도	41
------------------------	----



제1장 서론

제1절 연구의 의의와 목적

치매와 심장병, 암, 뇌졸중 등은 세계 4대 질병으로 간주되는 중요한 기질성 정신장애로 알려져 있다. 이 중에서도 특히 치매는 뇌세포 손상에 의한 것으로 주로 노인에게 발병율이 높아, 최근의 인구 고령화 문제와 함께 전 세계적으로 관심을 모으고 있다. 의학적인 관심뿐만이 아니라 경제·사회문제와의 관련성과 함께 정책적인 관심에 의해서도 다루어지고 있는 사안이 되었다.

특히 인구의 고령화문제와 관련해서 볼 때, 노인성 치매는 사회적으로 큰 문제를 유발시킬 수 있다. UN의 발표에 의하면 오는 2050년에는 전 세계 인구가 100억 명으로 증가하고 이 가운데 60세 이상 노령인구는 20억 명에 이를 것으로 전망하고 있다. 현재 6억 500만 명인 60세 이상 노령 인구가 50년 뒤 3배 이상 폭증하여 사상 처음으로 14세 이하 아동인구의 수준을 앞지를 것으로 보고 있다.¹⁾

우리나라의 경우는 2010년 현재 65세 이상 고령인구가 전체 인구에서 차지하는 비중이 11.0%로 OECD국가들의 평균 14.3%보다는 낮지만 고령화의 진전 속도는 다른 나라에 비해 너무 빨라서 2019년에 고령화 사회에서 고령사회로 진입할 것²⁾이라는 예상과 함께, 2026년에는 고령인구가 전체의 21%를 초과할 것³⁾이라는 데에 긴장으로 이에 대한 대책을 강구하는 활발한 움직임들이 일어나고 있다.

이와 아울러 노인성 치매환자 수의 증가는 치매노인만의 문제가 아닌 이를 부양하는 가족들의 부담문제로 발현되고 있으며, 가족들의 부양부담은 단순히 한 가정의 병수발에 그치지 않고, 사회적인 문제로까지 확대되

1) 장인협 최성재. 『노인복지학』. 서울대학교출판부. 2001

2) 김진덕. 「고령화 사회에 대응한 충북지역 고령인구의 인적자원 개발방향」. 2006.12. 충북개발연구원. p.1.

3) 박차상. 『한국노인복지론』. 양서원. 2002.

어 나타날 수가 있다. 치매노인을 부양하는 가족들이 겪는 고통은 단순한 간병 수준이 아니다. 치매라는 병의 특성상 간병을 하는 가족이 24시간 옆에 붙어 있어야 하므로 사회·경제적 활동에 막대한 영향을 끼치게 되고, 지치고 힘들어지는 등의 심리적, 육체적 고통까지 수반하게 된다.

그러므로 본 연구는 치매노인과 그 가족들이 겪는 부양부담에 대해서 살펴보는 것을 주제로 하여, 현재 우리나라의 현황을 기초로 하여 치매노인 가족의 부양부담에 대한 문제점과 개선방안을 파악해 보고자 한다.

제2절 연구의 방법 및 범위

치매노인환자 가족들의 부양부담에 대한 문제점과 개선방안을 도출하고자 하는 본 연구는 연구목적의 실현을 위하여 문헌연구와 사례조사를 실시하였다.

우선, 치매와 치매노인 가족의 부양부담에 대한 개념과 유형, 특성 등을 살펴보기 위하여 관련 자료 및 도서를 수집하여 조사하였으며, 치매노인 가족의 부양부담에 대한 해외사례와 우리나라의 현황을 조사하기 위하여, 단행본, 간행물, 보도자료, 선행연구논문 등을 수집하여 문헌연구를 실시하였다. 이 문헌연구를 통해 얻을 수 있었던 것은 치매노인 가족의 부양부담을 유형화할 수 있었고 이를 기준으로 부양부담의 문제점과 개선방안을 도출하는 분석의 틀을 설정할 수가 있었다.

이와 같은 과정을 통하여, 본 연구는 제2장에서 이론적인 배경으로 치매의 개념과 노인치매의 특성을 살펴봄으로써 치매의 정의와 분류 그리고 노인치매의 특성을 알 수 있었다. 또한 치매의 증상과 예방, 치매노인가족 부양부담의 특성을 파악할 수 있었다. 제3장에서는 치매노인가족 부양부담의 사례를 해외사례와 우리나라의 현황으로 나누어 살펴보았는데, 해외사례는 일본, 미국, 네덜란드의 사례를 통해 우리나라의 현황과 비교할 수 있는 시사점을 파악하는 근거가 될 수 있었다. 특히 우리나라 치매노인가족 부양부담의 현황은 정책적, 제도적인 현황과 시설현황, 지원현황의 3가

지 차원에서 살펴보고, 이러한 과정을 통해 부양부담을 유형화 할 수 있었다. 유형화된 부양부담은 크게 시설과 서비스 지원 및 직접적인 지원과 간접적인 정부의 대책으로 나눌 수 있었다. 시설과 서비스 지원은 시설지원에 대한 문제점과 개선방안 그리고 서비스 지원에 대한 문제점과 개선방안을 살펴보는 기준이 되고, 직접적인 지원은 치매부양가족에 대한 직접적인 접근방식으로써의 지원이며, 치매부양가족에 대한 직접서비스의 문제점과 개선방안을 살펴보는 기준이 되었다.

이 기준을 토대로 선행연구자료인 관련 논문과 학술지, 보도자료, 간행물, 정책자료 등을 분석하여 제4장에서는 치매노인 가족이 겪는 부양부담에 대한 문제점을, 제5장에서는 개선방안에 대하여 분석을 실시하였다.

마지막으로 분석을 통한 정책적 제언과 요약 그리고 연구의 한계를 제6장에서 기술하였다.



제2장 이론적 배경

제1절 치매의 개념

1. 치매의 정의

치매는 주로 노년기에 많이 생기는 것으로 과거에는 자연적인 노화현상으로 보았으나 현재에는 심장병, 암, 뇌졸중 등에 이어 세계 4대 질병으로 간주되는 중요한 기질성 정신장애의 하나로 받아들여지고 있다.

치매(dementia)란 라틴어 dement에서 유래된 말로 ‘제정신이 아니다’ 혹은 ‘정신이 나갔다’라는 의미를 가지고 있다. 이것은 프랑스의 정신과 의사인 Pinel이 처음 사용하면서 임상증후군으로 정의되었다. 그리고 세계보건기구는 치매에 대해 “뇌의 만성 또는 진행성 질환에서 생기는 증후군이며 이로 인한 기억력, 사고력, 이해력, 계산능력, 학습능력, 언어 및 판단력 등을 포함하는 고도의 대뇌피질 기능의 다발성 장애라고 정의하고 있다.”(세계보건기구, 국제질병분류10판[ICD-10])⁴⁾ 즉, 치매는 인지기능과 고등정신기능이 감퇴되는 대표적인 기질성 정신장애(organic mental disorder)로 단기 및 장기기억장애가 특징적으로 나타나며, 추상적 사고장애, 판단장애, 고위 대뇌피질장애, 성격변화 등이 점차적으로 수반됨으로써 직업, 일상적 사회활동 또는 대인관계에 지장을 받게 된다.⁵⁾

2. 치매의 분류

치매를 연대기, 환자의 상태, 발병 원인에 따라서 분류할 수 있는데, 일반적으로 노인의 기준을 연대기적으로 우리나라에서는 만60세 이상으로

4) 송영희, 「중년의 치매에 대한 인식과 태도-사·오십대를 중심으로」, 동덕여자대학교 여성개발대학원 석사논문 2002.4.

5) 권중돈, 「치매노인가족의 부양부담 사정에 관한 연구」, 연세대학교 대학원 박사학위 논문, 1994.9

여기는 전통이 있지만 평균 수명이 증가하면서 이 기준은 점점 그 설득력을 잃어 가고 있다. 실제로 오늘날 노인복지에 관련된 법규들에서는 65세 이상을 노인으로 여기고 있다. 때문에 65세 이후에 발병한 경우를 노인성 치매(senile dementia) 그리고 65세 이전에 발병한 경우를 초로성 치매(presenile dementia)라고 표현한다. 하지만 연령만을 고려하여 노인을 정의하는 것은 한계가 있고 초로성 치매는 전체 치매에서 차지하는 비율이 낮기에 보통 치매라고 할 때 노인성치매를 가리키는 것이 통상적이다.

DSM-III-R⁶⁾에서는 치매의 상태에 따라 세부분으로 분류한다. 사회적인 기능을 발휘하는 데는 장애가 있지만 독립적인 생활이 가능하여 치매로 인식되지 않는 경우를 가벼운 치매(mild dementia)라고 한다. 여기서 더 진행된 것이 온건한 치매(moderate dementia)이다. 독립적인 생활을 하는데 어려움을 겪어 보호 및 감독이 필요한 상태가 되는 것을 가리킨다. 하루 24시간 끊임없는 보호와 감독이 필요할 정도로 치매증상이 나타나는 경우에는 심각한 치매(severe dementia)로 분류한다.

치매는 한 가지 원인에 의한 것이 아니라 복합적인 요인에 의해 발병된 결과요 상태이다. 치매의 원인이 되는 질환으로는 내과, 신경과, 및 정신과 질환 등 70여 종류로 알려져 있다. 그 중에서 가장 중요시되는 것은 원발성(Primary) 퇴행성 치매인 알츠하이머병과 뇌동맥경화증 및 기타 뇌혈관 장애가 원인이 되는 혈관성 치매 중 다발경색성 치매가 대표적이다. 기타 질병으로 인한 치매로는 픽크병, 크로이츠펔트-야콥병, 헌팅톤병, 후천성면역결핍증감염에 의한 치매가 있고, 그 외 알코올성 치매, 우울증으로 인한 가성 치매 등이 있다.⁷⁾

알츠하이머는⁸⁾ 뇌세포의 점진적인 손상에서 기인하지만 뇌세포의 손상

6) 미국 정신의학회의 정신과 질환의 진단 분류.

7) 송영희, 전게서, p.4.

8) 알츠하이머병은 1907년에 독일의 의사 알로이스 알츠하이머가 51세된 여자 환자에게 치매가 진행되고 있음을 보고한 데서 알려지기 시작했다. 당시에 많은 사람들이 매독에 걸려 치매 증상을 보였기 때문에 매독과는 다른 질병으로서 치매 자체가 주요 증상으로 나타나는 병이 있다고 보고하였다. 심각한 치매 증상을 고루 갖춘 51세의 여성 환자가 사망하자 두개골을 해부해 본 결과 일반 정신질환 환자와는 달리 신경 원 섬유 농축제(neurofibrillary tangle)라고 불리는 뇌신경 섬유조직의 일부가 심하게 꼬여 있는 것을 발견하였다. 1960년대에 이르러 전자 현미경이 개발됨에 따라 심한 정신질환을 앓고 있는 노인들의 뇌에서 알츠하이머가 이미 발견한 것과 똑같은 모양으로 뒤엉킨 신경섬유가 관찰되기 시작하면서부터 비로소 의학계의 주목을 받게 되었으며 정부

이 일어나는 근본적인 원인에 대해서 아직 정확하게 밝혀진 것은 없다. 현재까지 알려진 것 중에는 뇌에 아미노산 배열이 뭉쳐져 베타아밀로이드라는 독성 물질로 변하는데, 이 독성 물질이 신경세포의 세포벽을 파괴하기 때문이라는 주장이 가장 유력하다. 베타아밀로이드는 신경전달물질인 아세틸콜린의 활성 상태를 감소시키는 것으로 알려져 있다. 알츠하이머 환자에 대한 뇌 단층촬영(CT)이나 자기공명촬영(MRI)자료에 의하면, 대개의 경우 뇌는 위축되어 있으며 피질구와 뇌실(腦室)⁹⁾은 확대되어 있는 것으로 나타난다. 또한 알츠하이머의 유전적 소인(素因)을 볼 때 특히 조발성 알츠하이머는 친족들 사이에서 나타날 확률이 높다. 또한 만발성 치매에도 유전적 소인이 있는 것으로 알려져 있다. 일부 가족의 경우, 알츠하이머가 염색체 21,14,19번과 연관되어 우성 형질로 유전되었다고 한다. 특히 베타아밀로이드의 합성에 21번 염색체가 관련되어 있다는 연구 보고가 있다. 그러나 유전적 소인이 치매 발병에 미치는 과정은 아직 정확하게 알려져 있지 않다.¹⁰⁾ 이밖에도 베타아밀로이드의 생성에 영향을 미치는 요인으로

와 학계에서 본격적인 관심을 쏟기 시작한 것은 환자가 급격히 늘어나 점차 큰 사회문제로 등장하기 시작한 극히 최근의 일이다. 1964년에 키드(Kid)는 전자 현미경으로 신경원섬유의 미세한 구조를 확인했는데, 변화된 신경원섬유의 구조에는 다수의 미세한 섬유가 다발로 모여 있고 쌍나선 필라멘트 혹은 PHF(paired helical filament)라는 두 개의 10나노미터(10만분의 1밀리미터)섬유가 파배기처럼 주기적으로 꼬여 있는 단위 섬유로 되어 있다. 이와 같은 구조는 신경세포 안에 있는 정상 섬유 구조인 미소관(micro-tubule)이나 뉴로피탈라멘트(neurofilament)와 쉽게 구별할 수 있다. 1984년에 미국의 글래너(Glenner)가 뇌혈관 아밀로이드를 순수 분리하고 특수 구조를 가진 단백질이라는 사실을 확인하였다. 이 단백질을 베타형이라 불리는 특수한 구조를 갖고 있어서 베타 아밀로이드 단백질이라 불린다. 이후 마스터즈(Masters)연구실에서 알츠하이머 환자의 뇌에 생긴 노인반에서 아밀로이드를 분리하여 이것 역시 베타 아밀로이드 단백질을 확인하였다. 이 연구를 통해 아밀로이드가 신경세포의 독성을 갖고 있는 것이 확인됐다. 1991년에 테리(Terry)가 시냅스에만 존재하는 특수 단백질인 시냅토피진(synaptophysin)의 항체를 사용하여 면역 조직학의 방법으로 시냅스의 밀도를 조사했다. 조사한 보고에 따르면 환자의 치매 정도와 대뇌피질 전두엽의 시냅스 밀도가 서로 깊은 관계를 갖고 있다. 즉, 치매가 심한 환자의 뇌를 조사한 결과 시냅스 밀도가 크게 낮아져 있음을 밝혀냈다. 1991년에 가족성 알츠하이머 환자 집안에서 APP 유전자가 점 돌연변이된 것을 발견하였다. 아밀로이드 전구체 단백질의 아미노산 배열 중에서 바린(valine)이 아이소류신(isoleucine)으로 변이함으로써 알츠하이머병이 일어난 것이며, 베타 아밀로이드 섬유의 변이가 알츠하이머의 발병 원인임을 알아낼 수 있었다. 1995년까지 가족성 알츠하이머 환자의 유전자 돌연변이에 여러 가지가 있음을 알게 되었다. 1995년에는 셰링톤(Sherrington)과 로가예프(Rogaev)두 연구 그룹이 러시아 볼가 계곡에 사는 독일계 가족에게서 제1번 염색체에서 불리는 STM2라 불리는 단백질(프리세니린2)을 지배하는 유전자 이상을 발견하였다. 따라서 가족성 알츠하이머의 유전자 이상은 제21번, 제14번, 제1번 염색체 이상에 원인이 있음이 확인되었다.

9) 수액으로 채워져 있는 뇌 안의 빈 곳을 가리킨다.

10) 민경배, 「치매의 원인, 치료 그리고 예방」, 『상담과 선교』 34(2001), 한국상담선교연구원,

여러 가지 환경적 요인에 대한 주장이 제기되고 있다. 예컨대, 환경오염과 가공식품 섭취에 의해 체내에 알루미늄이 축적되면 베타아밀로이드의 생성이 촉진된다는 연구 보고가 있다. 또한 과도한 정신적 스트레스나 지나치게 소극적이고 폐쇄적인 생활도 베타아밀로이드의 생성에 영향을 미친다고 한다.

알츠하이머는 가장 전형적인 치매 유형으로 65세 이상의 노인 가운데 2-4% 정도에서 나타나는 것으로 추산되고 있다. 이러한 유병률(有病率)은 나이가 많아짐에 따라서 증가하며, 특히 75세 이후에는 급격히 증가하는 경향이 있다. 한편 알츠하이머는 남성 노인보다 여성 노인에게 더 흔하게 나타난다. 또한 75세 이상의 교육받지 않은 사람의 경우 8년 이상 과거에 교육을 받았던 사람에 비해 유병률이 2배에 달한다. 이러한 알츠하이머는 초기에 정상적인 지능지수(IQ)를 보이므로 진단하기가 매우 어렵다.

치매의 뇌세포 손상 원인이 밝혀지지 않는 경우가 많지만 치매 증세를 나타나게 한 뇌손상의 원인이 분명하게 밝혀진 경우도 있는데, 혈관성 치매가 그 대표적인 경우이다. 혈관성 치매는 뇌출혈이나 뇌졸중 등으로 인해 뇌혈관이 막혀 치매증상이 나타난다. 뇌혈관이 막히면 산소와 영양 공급이 차단되어 뇌세포에 손상이 생기고 그 결과 치매 증상이 유발되는 것이다. 이렇게 혈관성 치매는 전형적으로 여러 번의 뇌졸중¹¹⁾으로 인해 뇌의 여러 부위에 경색이 생김으로써 인지기능이 황폐화되는 다발성 경색 치매에 의해 발생한다. 따라서 뇌혈관 장애의 주요 원인이 되는 고혈압, 심장질환, 동맥경화증, 고지혈증, 당뇨병, 알코올 중독, 과도한 흡연, 비만, 심리적 스트레스 등도 역시 혈관성 치매의 원인이 될 수 있다.¹²⁾ 혈관성 치매는 전형적으로 알츠하이머보다 초기에 발병하며, 여성보다 남성에게 더 빈번하고, 흔히 우울증을 동반한다. 하지만 혈관성 치매는 병의 원인을 아는 만큼 예방이 가능하다. 기타원인에 의한 치매인 픽크병은 천천히 진행되는 치매로 전두엽이 위축되면서, 실어증, 실행증, 무감각증 등의 증상

pp.21-22

11) “한 번의 뇌경색이 비교적 제한적인 정신 상태의 변화를 일으킬 수 있으나, 일반적으로는 혈관성 치매를 일으키지는 않는다.”(민경배, 전제논문, p.24.)

12) 민경배, 상계서, p.24.

이 나타나며 임상적으로 알츠하이머와 구분이 어렵다.

크로이츠펔트 야콥 병은 서서히 증식하는 바이러스에 의한 감염이 그 원인이며 일부는 전염된 사람의 각막을 이식 받아서 생기기도 한다. 뇌 조직에 스펀지처럼 구멍이 나는데 질병의 말기에는 심한 치매증상과 함께 전반적인 근육통과 언어장애를 일으킨다. 젊은 연령에서 인지기능 및 뇌기능의 장애가 의심되면 이 질환을 의심해 볼 수 있다.

헌팅톤씨 병은 유전적인 질환으로 상염색체 우성유전(G8 agment of chromosome 4)염색체를 가지고 있는 모든 사람들에게서 발병한다. 35세에서 50세에 주로 발병되어 우울, 불안, 신경질과 같은 행동 및 성격의 변화가 서서히 나타나면서 점진적으로 진행되는 치매이다. 이 밖에도 기억회상, 행동 수행, 판단 등에 어려움이 나타나면 혼란된 언어와 정신병적 증상이 나타나기도 한다.

파킨슨병은 서서히 진행되는 신경질환으로서 몸이 떨리고 경직되며 자세가 불안정해지는 증상을 나타내는데, 파킨슨병을 지닌 사람의 20-60%가 치매로 발전한다는 보고가 있다. 이 유형의 치매는 인지기능과 운동기능이 느려지고, 행동 수행에 어려움이 나타나며, 기억된 내용을 회상하는데 장애가 나타난다. 또한 파킨슨병에서 가장 흔한 정신과적 증상으로 우울증이 있다. 때로는 치료약이 정신증과 섬망(譫妄)¹³⁾을 유발하기도 한다.

후천성면역결핍증(HIV)에 의한 치매는 인간 면역결핍 바이러스에 감염되어 나타나는 후천성면역결핍증의 병리적 결과로서 뇌의 백질부와 피질하 영역에 광범위한 파괴가 일어나면서 생기는 치매로 주요 증상은 잦은 망각, 행동이 느려짐, 주의집중력의 저하, 문제해결의 곤란 등이다. 또한 정서적으로 무감각해지고 사회적으로 위축되며, 섬망, 망상, 환각 등의 증상이 함께 나타날 수도 있다.

물질의 복용으로 유발되는 치매도 있는데, 이러한 물질은 다양하다. 우선 알코올, 흡입제, 진정제, 최면제, 항불안제 등과 같은 중독성 물질이 치매를 유발할 수 있다. 때로는 항경련제와 같은 일부 치료약물이 치매를 유발할 수 있다. 그리고 납, 수은, 일산화탄소, 살충제, 산업용 용해제와 같은

13) 의식 장애 상태의 한 가지로 외계(外界)에 대한 의식이 잃어지고, 망상이나 착각이 일어나는 증세이다.

독성 물질도 치매 증상을 유발할 수 있다. 이러한 물질은 복용을 중단한 후에도 치매 증상이 지속될 수 있으며, 이러한 경우를 물질에 의한 지속성 치매(substance-induced persisting dementia)라고 한다.

가성 치매는 우울증에서 기인하는 것으로 노인의 15%에서 존재하는 우울증상을 가진 노인들 중 15%에서 가성 치매가 발생한다. 치매는 일관되게 인지기능 및 기억력 장애가 나타나지만 가성치매의 경우 장애가 시기와 장소에 따라 다르게 나타난다. 또한 질문에 엉뚱한 대답보다 ‘모른다’라는 말을 쉽게 사용한다. 신체적 질환의 초기 증세로 우울증이 나타날 수가 있으나 이러한 우울증의 치료가 때로는 신체적인 부작용을 유발하거나 신체적인 질병에 대한 치료가 우울증을 야기하기도 한다.

3. 노인치매의 특성

노인성 치매는 노인의 연령에 따라 초로성 치매(presenile dementia)와 노인성치매(senile dementia)로 구분하고, 원인에 따라 크게 알츠하이머씨 치매와 혈관성 치매로 나눌 수 있다. 유병률에 있어서는 알츠하이머씨 치매가 모든 치매의 50% 정도를 차지하는 반면 혈관성 치매는 약 10~20%를 차지하며 나머지 20%는 복합적인 치매에 해당된다고 하였다.

알츠하이머씨 질환은 뇌 피질의 위축, 신경세포의 쇠퇴, 뇌 균열의 심화, 정상적인 신경세포가 실처럼 엉킨 상태로 대치되는 상태 등을 포함하는 뇌의 기질적 변화와 관계가 있다. 혈관성 치매는 여러 번의 뇌졸중, 특히 수차례 걸친 경미한 뇌경색의 결과로 흔히 발생한다. 이 유형의 치매에는 고혈압이 있고 한 번쯤 중풍증을 가졌던 사람들이 걸릴 확률이 높다. 알츠하이머씨 치매가 서서히 시작되어 장기간 지속되는 질환이라면, 혈관성치매는 갑작스럽게 시작되고, 단계적으로 악화되는 것이 특징이다.¹⁴⁾

치매 환자들의 공통적인 증상에는 지적기능장애, 정신 기능장애, 행동장애 등이 있다. 정상이던 사람이 뇌의 각종 질환으로 인하여 장애를 일으켜

14) 이윤로, 『치매노인과 사회복지서비스』, 학지사, 2003, pp.14-15

직업활동, 일상적 사회활동, 대인관계 등의 자립생활에 상당한 어려움을 야기한다.

우병환¹⁵⁾은 치매의 증상을 구체적으로 다음과 같이 설명하였다. 치매노인의 지적기능 장애는 의사소통을 곤란하게 하고 일상생활에 혼란을 가져온다. 치매노인은 자신의 기억력 저하를 보완하기 위해 사실처럼 꾸미는 작화 증상을 보이기도 한다. 지남력(指南力)장애가 심화되면서 시간, 장소, 사람을 알지 못하거나 일부분을 잘못 알게 된다. 계절 감각이 없어 의복착用に 문제가 생기고, 장소 혼란으로 길을 잃고 헤매기도 하며, 자기 집에 있으면서도 다른 곳에 있다고 착각하여 한밤중에 외출을 고집하기도 한다. 심한 경우 가족이나 친척 인물을 오인하거나 기억하지 못하기도 한다.

추상적 사고 능력이 저하하여 생기는 장애는 새로운 상황이나 과업에 대처하는 능력이 상실되고 판단 및 행동통제에 많은 문제를 발생시킨다. 어떤 일을 처리해야 할 때나 복잡한 정보를 처리해야 하는 상황에서도 판단이 어려워진다. 치매노인은 새로운 과업이나 상황을 회피하거나 할 수 없다는 것에 대한 자존심(self-respect) 때문에 자제력을 잃고 화를 내기도 한다. 사소한 일에도 실수가 잦게 되고 더 진행되면 습관처럼 해 왔던 일에도 장애를 보여 도움 없이는 일상생활을 해 나갈 수조차 없게 된다.

언어기능의 저하는 초기에는 건망성실어증(anomia), 착어증(paraphasia)으로 시작된다. 그러나 증상이 심화될수록 내용을 알 수 없고 의미 없는 말을 한다. 대화의 내용을 이해하지 못하며 완전하지 않은 문장을 사용하거나 모호하고 부정확한 언어를 사용하거나 똑같은 말을 반복하고 끊임없이 이야기하여 가족들을 힘들게 한다. 반대로 치매노인이 혼잣말로 일관하거나 가족들과 거의 대화를 하지 않고 조용히 지내며 수동적으로 생활하여 매우 점잖으신 분으로 착각하지만 가족들이 모르는 동안 언어기능의 저하가 급진전될 수 있다.

정신기능장애로 정신증(psychosis), 불안증(anxiety), 우울증(depression)을 보이는 경우 불안, 초조, 조증, 우울증, 심한 감정의 변화, 무감동, 자극과민성, 공격성 등의 정동증상을 동반한다. 모든 일에 의욕이 없고 귀찮아

15) 우병환, 「치매노인 가족의 부양부담 경감방안 연구」, 동국대학교 행정대학원 석사학위논문, 2004, p.7

하며 무감동하거나 무관심하여 의사소통에 어려움을 겪게 된다. 치매노인이 망상현상을 보이는 경우는 사실과 다른 것을 사실이라고 믿기 때문에 때로는 도둑으로 피해를 주는 인물로 주장하여 동거하는 가족은 가족 간 심한 스트레스를 경험한다. 또한 치매노인은 무엇을 보거나 들어도 곧 잊어버리게 되므로 생활의 연속성이 없게 되고, 마치 삶의 일부분 속에서 살아가는 것 같은 느낌이 들어 하루에도 많은 심리적 변화를 갖게 된다. 따라서 치매노인은 만성적 불쾌감, 불안상태, 우울과 혼란, 감정변화, 피해의식, 과거와 현실의 혼돈 등과 같은 심리적 특성을 갖게 된다.

행동장애에서 치매노인은 개인에 따라 운동능력과 감각기능이 정상적이며 검사자의 말씀을 잘 이해하고 협조할수 있는 상태임에도 불구하고 지시하는 내용의 동작을 잘 수행하지 못하는 실행증을 보이기도 한다. 증상이 심해지면 옷 입기, 식사하기, 머리 빗질하기, 신발 신기, 용변 후 신변처리 등 익숙했던 일들도 할 수 없게 되어 가족의 더 많은 손길을 필요로 하게 된다. 뇌혈관성 치매로 진전되면서 보폭이 좁아지며 시간이 경과할수록 균형감각이 떨어지고 행동둔화를 보여 자립보행이 곤란해지고 요실금이 잦아질수도 있어 가족의 더 많은 관심과 간호가 필요해진다.

이러한 노인성 치매증이 진행되는 과정에는 몇 가지 공통적인 특징이 나타나는데, 첫째, 노인 자신이나 가족들이 증세의 시작을 깨닫지 못할 정도로 서서히 나타나 점차 심해지며, 둘째, 노인은 자신의 지적 능력이 현저히 떨어져 있고 행동이 이상하다는 사실을 잘 인식하지 못하며, 셋째, 늘 접하는 환경이나 대인관계에서는 어느 정도 적응을 보여 평소와 다른 점이 두드러지지 않으나 새로운 상황을 대하게 되면 증상이 뚜렷하게 나타난다.¹⁶⁾

제2절 치매의 증상과 예방

1. 치매의 증상

16) 우병환, 전제논문, 2004, p.7

정상적인 노화에서는 기명력(記銘力)과 기억력의 저하는 있어도 식별력이 없어지지는 않기에 정상적인 노화와 치매는 식별력 장애가 있느냐 없느냐에 따라 진단이 가능하다. 식별력이 저하되면 낮과 밤의 구별도 없어지고 장소를 구별하지 못하기 때문에 자신의 집이나 병실을 찾지 못해 멀리까지 돌아다니게 된다. 또한 가족이나 의사, 그동안 알고 지내던 사람도 구별하지 못하게 되고, 가족의 이름까지도 모르게 된다.

치매의 초기 증상으로 가장 두드러지게 나타나는 것은 기억력 장애¹⁷⁾이다. 이는 치매의 뚜렷한 특징 가운데 하나로 가족들이 제일 먼저 알게 되는 증상이다. 최근에 있었던 일을 기억하지 못하는 증상을 보이는데, 눈앞에서 몇 가지 물건을 보여주고 곧바로 물건 이름을 물어보면 기억하지 못한다. 그러나 수십 년 전에 알고 있었던 사물의 이름은 잘 외우고 있어서 극히 대조적이다. 단기 기억은 없으나 장기 기억은 있는 것이 특징이라 하겠다.

치매는 성격의 변화도 일으켜 자기중심적이고, 완고하여 제멋대로 행동하기도 하며, 소심해지기도 하는 등 언어나 행동에 변화를 일으킨다. 사소한 일에 자극을 받아 흥분하고 화를 내는 경우가 많으며, 병 증세가 진행됨에 따라 도덕적인 억제력이 없어지고 반사회적 행동이나 성격 이상 행동을 보이기도 한다. 치매로 인하여 나타나는 성격변화 중에서 가장 일반적인 현상은 무감동이다. 이전에는 타인을 배려하던 사람이 다른 사람에게 관심이 없어지고 자기중심적으로 되어간다. 그리고 활동적이던 사람이 냉담해지고, 사회적 참여나 활동범위가 줄어들며, 활기가 없어지기도 한다.

치매는 환각, 망상 등 여러 가지 정신 이상 증상이 나타나기도 한다. 이러한 증상에서 비롯된 방황, 불결 행위, 공격적 행위와 같은 행동 이상이 나타나게 된다.¹⁸⁾

17) “환자에 따라서는 기억력 장애를 감추기 위해서 엉터리 이야기나 즉흥적인 이야기를 하기도 하는데 이를 ‘작화’라고 한다. 의사나 가족들이 던지는 질문과 아무 관계가 없는 말을 아무렇게나 늘어놓은 것으로, 이러한 작화는 알츠하이머 환자에게서 흔히 볼 수 있고 뇌혈관성 치매환자의 경우에는 솔직하게 모르겠다고 대답하는 경우가 많다”(김승업, 「알츠하이머병의 이해」, 『상담과 선교』 34 (2001), 한국상담선교연구원, p.36).

18) 상계논문, pp.35-38.

배회증상은 치매환자를 돌보는 사람을 힘들게 하는 증상으로 가족들이 환자를 병원에 입원시키게 하는 중요한 증상 중 하나이다. 공격성 또한 치매 환자들에게서 흔하게 나타나는 문제로 보호자들이 공격 부양에 도움을 청하는 가장 흔한 이유의 하나이며, 환자에게 약을 많이 투여하게 되는 이유이기도 하다. 공격성은 매우 중요한 행동심리 증상의 하나이나, 아직 그 원인과 치료 방법에 대해서 알려진 것은 적다.

치매의 유형별로 나타나는 증상에는 조금씩 차이가 있다. 알츠하이머는 발전할 때까지 환자가 이를 인식하지 못하고, 단순한 건망증으로 착각할 수 있다. 알츠하이머로 진단된 대다수의 사람들이 65세 이상이지만, 비교적 젊은 층인 30-40대에서도 발병율이 증가하는 추세이므로, 초기 알츠하이머 환자의 증세를 일시적 또는 부분적인 건망증과는 반드시 구분해야 미리 예방할 수 있다.¹⁹⁾

알츠하이머의 첫 번째 병인론적 증상은 대뇌피질의 신경세포들 주변에서 발견되는 노인성 반점들(senile plaques)이다. 이것은 아밀로이드(amyloid)라는 끈적끈적한 단백질 성분에 의해서 생성되는데, 이 반점들이 신경세포들을 퇴화시키는 주요한 역할을 하며, 그로인해 인지기능의 퇴화나 성격의 변화를 초래하게 된다. 물론 이러한 반점들은 정상적인 노인들의 뇌 속에서도 발견되지만 알츠하이머 환자는 정상노인에 비하여 생성된 반점들의 빈도가 훨씬 높게 나타난다.

알츠하이머의 두 번째 병인론적 증상은 신경세포 내부에 두 개의 원섬유 가닥이 나선형으로 얽혀 꼬여져 있는 현상(neurofibrillary tangles, NFT로 약칭함)이다. 이 NFT가 왜 생기는지 아직 불분명하지만, 이것도 정상노인의 뇌보다 치매노인²⁰⁾의 뇌에서 더 많이 발견된다. NFT는 대뇌피질의 모든 영역에 걸쳐서 발견되지만, 치매환자의 경우 특히 해마(hippocampus)부위에서 그 밀도가 높으며, 이것도 신경세포들을 파괴시키고 인지기능을 손상시키는 원인이 된다. 정상인도 나이가 들면 신경세포수가 감소하며, 뇌의 부위에 따라 감소하는 비율도 다르다. 이에 비해 치매

19) 한소엽 외 2, 「노인성 치매」, 『화학세계』 38, 1998, p.44.

20) 치매가 자연스러운 노화가 아니라 병이라는 것을 강조하기 위하여 치매노인을 이 글에서는 치매환자로 표현하겠다.

환자는 신경세포 수가 대단히 빨리 감소한다. 특히 알츠하이머의 경우, 신경세포 중에서도 신경 전달 물질인 아세틸콜린(acetylcholine)을 생산하는 대뇌 반구 내부의 마이너트(Meynert)기저핵 신경세포가 80%이상 사멸되어 있으며, 또한 대뇌피질의 대형 신경세포인 추체신경세포(Pyramidalcell)도 대량으로 죽어 있다.²¹⁾ 알츠하이머에 걸린 환자의 대뇌피질에 있는 신경세포가 대량으로 사멸한다는 것은 시냅스²²⁾의 수가 대량으로 감소하는 것을 의미한다.

알츠하이머의 임상증상으로는 환자 자신의 지적능력의 감퇴와 건망증에 대한 호소, 지나친 정리, 대인관계를 피함, 사소한 일에 지나치게 관심, 갑작스러운 분노의 폭발, 감정의 기복이 심함, 옷차림새가 단정하지 못하고, 공허한 얼굴표정을 짓는 것 등이 있다. 또한 원래 지녔던 성격이 더욱 강화되고, 피해망상으로 인해 공격적으로 변한다. 지남력(指南力)²³⁾ 장애로 인해 집을 잃거나 거리를 헤맬 수도 있다. 환자의 20-30%가 환각을 경험하고, 30-40%는 망상을 갖는다. 장애는 기억력, 언어, 시공간 개념순으로 진행된다.

혈관성 치매의 증상은 알츠하이머와 유사하게 기억을 비롯한 인지적 기능에 장애가 나타나며, 이로 인해 일상생활의 적응에 현저한 어려움이 초래된다. 또한 고혈압과 심장이나 신장의 이상이 동반되는 경우가 많다. 치매 증상이 서서히 나타나는 알츠하이머와는 달리 혈관성 치매는 갑자기 발병하여 급속히 발전하는 경우가 많다. 이러한 병의 진행 상태를 그래프로 나타내 보면 계단모양으로 진행되는 것을 볼 수 있다. 밤에 더욱 증세가 악화되며, 신체적인 불편을 호소하기도 한다. 대개 장애의 형태는 뇌의 어느 영역이 파괴되었느냐에 따라 달라진다. 일부 환자들은 조기에 특정한 인지장애가 나타나는 반면, 어떤 환자들은 뚜렷한 장애가 없이 유지되기도 한다. 국소적인 신경학적 증상으로는 이상 반사, 사지의 무력, 보행 장애 등이 나타난다.

21) 한국상담선교연구원편집실, 「알츠하이머병의 원인과 치료」, 『상담과 선교』 9, 한국상담선교연구원, 2001, p.43.

22) 한 뉴런의 축색돌기 말단과 다음 뉴런의 수상돌기 사이의 연결 부위로서 이곳에서 한 신경 세포에 있는 충격이 다음 신경 세포로 전달된다.

23) 자기가 처해 있는 공간, 시간 및 상대하고 있는 사람을 구체적으로 인지하는 능력을 가리킨다.

노인성 치매에 대한 가능성 있는 위험요인들로 연령의 증가와 다운증후군의 가족력, 노인성 치매의 가족력 그리고 두부손상의 과거력이 있다. 그 외 가능성 있는 위험요인들로서는 낮은 사회교육 상태, 낮은 출산력, 페나세틴(phenacetin)²⁴⁾과 같은 진통제의 남용, 식수의 알루미늄의 량,²⁵⁾기질성 용매에 노출된 작업경력, 칼슘의 결핍정도 등이 제안되고 있다.²⁶⁾

치매상태는 대부분 진행되지만 일부는 가역적(可逆的)이라 회복될 수도 있는데, 벡(Beck)은 조기에 진단하여 적절한 치료를 하면 치유될 수 있는 가역적 원인에 의한 치매가 20%라고 보고함으로써 치매의 조기진단과 치료의 중요성을 강조하였다.²⁷⁾ “우리나라의 경우에는 예방이 가능하고 어느 정도의 치료가능성이 있는 혈관성 치매의 유병률이 서양보다 높은 것으로 추정되고 있다. 하지만 치매발병 후 의료기관에서 정확하게 치매진단을 받은 적이 없는 노인들이 56.2%로 나타나는 것을 통해 아직도 치매를 병적인 현상으로 인식하기보다는 나이가 들면 겪게 되는 당연한 노화과정의 일부로 인식하는 경우가 많다는 것을 알 수 있다. 치매의 가장 효과적인 보호대책은 치료보다 예방에 있기 때문에 성인 및 노인을 대상으로 한 보건사업 강화와 아울러 일반인에 대한 치매교육과 홍보사업 강화를 통한 예방에 힘써야 하겠다. 또한 조기 치료를 통하여 완치나 질병의 진전을 완화시킬 수 있는 집단이 치매환자의 1/3정도임을 감안할 때 치매환자의 조기발견은 매우 중요하다.”²⁸⁾

연령적으로 치매가 발생하기 쉬운 70세에서 80세에 이르는 연령층이 익숙한 환경에서 생활하는 경우 갑작스러운 치매 증세를 일으키지는 않는다.

24) 해열,진통 작용이 있는 흰색 결정 또는 결정성 가루로서 감기,두통,치통,신경통,생리통 등의 치료에 사용한다.

25) 알루미늄이 뇌에 축적되면 이것이 신경독이 되어 신경 세포를 죽이고,신경세포가 많이 죽으면 치매를 일으키는 한편 그 밖에 다른 신경질환을 일으키는 것은 분명한 사실이다. 그러나 지금까지 연구 결과에 따르면 수돗물 속에 녹아 있는 알루미늄이나 각종 약제에 포함된 알루미늄 화합물이 알츠하이머의 발병과는 직접적인 관계가 없다고 한다. 한국상담선교연구원편집실, 전개논문, p.54.

26) 김인숙·정경옥, 「노인성 치매 및 치매관리에 관한 고찰」, 『김천과학대학논문집』 21, 1995, p.125.

27) 변영순·이정인, 「노인의 치매 유병률에 관한 조사연구」, 『간호과학』 9, 이화여자대학교 간호과학연구소, 1997., p.63.

28) 송영희, 「중년의 치매에 대한 인식과 태도-사·오십대를 중심으로」, 동덕여자대학교 여성개발대학원 석사논문 2002.4., p.12.

하지만 생활환경이 갑자기 변할 경우 알츠하이머 증세가 나타나는 예가 많다. 또한 오랫동안 무의식적으로 하던 습관적 행동에 변화가 오면 노년의 뇌 속에 혼란이 일어나고, 경우에 따라 혼란이 회복되지 못하고 치매 증상으로 발전하기도 한다. 치매 환자 중에서도 심리적으로 안정되어 있는 경우에는 치매의 진행 속도가 지연된다. 반대로 심리적으로 불안한 치매 환자는 치매 증세가 급속하게 진행되어 문제 행동도 많아지게 된다. 때문에 심리적 스트레스를 어떻게 처리할 수 있는지가 치매 예방의 커다란 과제 중 하나이다.

2. 치매의 예방

해결 방안으로는 치매환자 자신의 불만이나 스트레스를 털어버릴 수 있는 친구나 카운슬러가 있는 것이 가장 이상적이다. 또한 역학 조사에 따르면 혼자 사는 노인들이 식사, 빨래, 쇼핑을 모두 자기가 하는 경우 치매의 발병이나 진행이 가족과 함께 살며 남에게 의존하고 있는 노인이나 요양원에 수용된 노인보다 훨씬 늦게 일어난다고 한다. 노후에 자기가 흥미를 가지고 있는 직업을 가지거나 운동 취미생활은 고독감이나 우울증을 해소하고 방지하는데 큰 효과가 있다.²⁹⁾

제3절 치매노인가족 부양부담의 특성

일반 재가 노인의 경우 기능적 능력이 저하될수록 사회적 지지망이 확대되는 것과 달리 치매노인의 경우 지지체계가 축소되는 차이점이 있다. 즉, 치매가족의 경우 일반노인을 부양하는 가족과 마찬가지로 부양시설인 공적 지지체계를 이용하지 않으려 한다. 치매노인의 지지체계가 축소되는 이유는 인지기능의 저하로 사회적 지지망에 대한 개인적 영향이 줄어들고,

29) 한국상담선교연구원편집실, 전계논문, pp.51-53.

치매 증상에 대처하기 어렵기 때문에 가족외의 다른 외적 자원으로부터 원조를 받기 어려우며, 정신질환에 대한 낙인을 두려워하여 가족들이 외부로부터 원조 받기를 꺼려하기 때문이다.³⁰⁾

이러한 이유 때문에 치매노인의 가족이 겪는 상황과 현실에 대한 파악과 이해의 노력이 절실하게 요구된다.

부양부담에 관한 정의는 부양에 따르는 정서적 비용으로 국한하는 경우에서부터 생활리듬의 변화와 같은 부양자의 일상생활의 구체적인 변화, 심리적 변화까지도 포함하는 경우에 이르기까지 매우 다양하고 광범위하다. 권중돈(1994)은 이러한 부양부담을 부양자가 겪는 사회활동 제한, 가족관계에 미치는 부정적 영향, 심리·정서적 부담, 재정 및 경제활동상의 부담, 건강상의 악화 등 5개 차원으로 나누어 설명하였다.

1. 사회활동 제한 부담

부양가족들은 치매노인의 인지기능 저하와 문제행동으로 노인의 행동에 하루 종일 주의를 집중해야 함으로 시간에 대한 요구와 압력이 많아, 사회적 관계망과 접촉, 사회적 역할 수행에 필요한 개인적 시간과 자유를 가질 수 없게 되어 사회적 활동에 많은 제한이 따른다.

부양에 대한 과다한 시간 투여와 압력으로 개인시간을 갖지 못하고, 정신질환에 대한 낙인을 두려워하고, 치매노인의 증상이나 문제행동으로 인하여 이웃에 미칠 피해를 염려하여 이웃과의 접촉 기회도 줄어든다. 또한 교회활동, 여가활동, 사교적 모임참석 등에도 많은 제약을 받을 뿐 아니라 취미생활을 할 여유도 갖지 못한다고 한다. 정상적인, 특히 여성과 젊은층의 부양인들은 치매노인으로 인하여 사회적 관계를 잘 맺지 못하고 사회적 역할을 상실하게 됨으로써 자아상실을 경험하기도 한다.

2. 가족관계에 미치는 부정적 영향

30) Birkel and Jones, 1989, pp.114~115; 권중돈, 「치매노인가족의 부양부담 사정에 관한 연구」, 연세대학교 대학원 박사학위 논문, 1994.9, pp.15~16 에서 재인용.

부양부담은 노인과 부양자 사이를 부정적으로 변해가게 한다. 치매 발병 이전에 비하여 치매노인-부양자의 친밀감이 증진되고, 결속력이 강화되는 등의 긍정적 변화가 일어나는 경우도 있지만, 부정적 방향으로 변화하는 경우가 많은 것이다. 치매노인은 무조건적으로 가족들에게 의지하는 경우가 많은데 이러한 지위 변화와 역할의 전환과정에서 치매노인들은 자기 자신이 살아야 할 가치를 느끼지 못하는 등 부정적 감정을 느끼게 된다. 또한 가족이나 부양자에 대해서는 죄의식 또는 배신감을 경험하게 된다. 부양책임이 주부양자 한명에게 집중되는 경우 부양자는 역할 가중을 겪게 되므로 다른 역할에 따르는 책임을 적절히 수행하지 못하게 되는데, 이로 인해 가족성원들 간의 갈등 관계가 형성되게 된다.

치매노인 부양자는 노인을 부양하는 과정에서 긴장감, 분노, 조작당하는 느낌과 같은 부정적 감정을 경험한다. 또한 환자의 지나친 요구와 의존성 등에 화가 나고, 신경이 날카로워지거나 우울해지며, 노인을 원망하는 감정을 경험한다. 부양자의 한 개인적 차원의 이러한 감정변화는 부양자의 인격을 파탄에 이르게 하고 가정에도 부정적인 영향을 미치게 하여 또 다른 문제를 야기하게 된다.

처음에는 가족체계 한 부분의 변화였던 것이 점차 가족의 항상성을 위협하여 세대간의 관계, 부부관계, 형제관계 등에 갈등을 초래하고 더 나아가 부부간 이혼 등으로 가정이 파괴되는 문제를 초래하기도 한다. 부양자와 다른 가족성원들 간에 갈등이 일어나는 이유는 나머지 가족성원들이 부양자 노인에게 적절한 원조를 제공하지 못한다고 하여 부양자의 행동을 비난하거나 간섭을 할 경우이다. 이에 비해 치매노인 부양자들은 가족성원들이 자신의 어려움을 이해해주지 않는 것에 대한 섭섭한 감정을 갖기도 하며, 가족들이 노인을 돌보지 않는 것에 대해 화를 내는 등 가족관계에서 부정적 변화를 경험하게 된다.

3. 심리적 · 정서적 부담

대부분의 치매노인을 부양하는 가족은 함께 정상적으로 생활해오던 노

인이 갑작스럽게 보여주는 이상행동에 대하여 당혹스러워하며 부정·혼란·분노·거절·체념·수용 등의 심리적 단계를 거치게 된다. 즉, 1단계에서는 이 현상을 받아들이지 않고 부정을 한다. 왜냐하면 지금까지 치매노인은 모든 일에 정상이었다가 갑자기 변하여 가족을 의심하기 시작하기도 하고 지금까지 간단하게 했던 일을 어려워하기 때문에 가족들은 이러한 일에 대하여 인정하고 싶지 않게 된다. 치매노인은 그 가정을 이끌어온 가장이었고 아직도 존경해야 할 어른의 위치에 있다고 생각하기 때문이다. 이 단계를 지나면 혼란·분노·거부의 감정적 기복을 겪게 된다. 치매 증상 때문에 가족은 정신적·육체적 피로를 겪게 되며 치매성 노인의 이상 행동에 대해 혼란스럽고 자신이 왜 이러한 일을 겪어야만 하는지에 대해 분노하게 되며 노인이 치매라는 사실을 아직 받아들이지 못하고 계속 거부하게 되는 것이다. 그러다가 치매 가족은 화가 나기도 하고 안절부절 못하지만 본인에게 도움이 되지 않으며 손해라는 것을 생각하며 체념하고 수용하는 경지에 이른다. 이 단계에서는 오히려 사태를 받아들이고 적응하게 되지만, 주 부양자와 떨어져 사는 자녀나 형제, 친척들과의 인식의 차이를 보여 보호의 부담을 가중시키기도 한다.

상황을 수용하지만, 치매노인 부양 역할에 대한 확실한 역할 처방이 없기 때문에 부양자는 불안에 직면하게 된다. 노인의 원조방법에 대한 불안, 부양에 따른 개인적 생활변화에 대한 불안, 자신과 노인의 미래에 대한 불안, 부양으로 인한 자원 고갈에 대한 두려움과 대처할 수 없는 부양 상황 발생에 대한 두려움, 치매의 유전에 대한 불안, 화재와 같은 안전사고에 대한 불안, 노인의 공격적 행동으로 인한 피해에 대한 불안 등을 느낀다.

이러한 불안은 부양자들의 심리적 안녕상태에 부정적인 영향을 주는 경우가 많다. 부양자들은 중요한 일이 아닌 사소한 일에도 화를 잘 내고, 치매노인과의 관계, 부부관계, 부모-자녀관계, 형제관계 등 전체 가족관계에서 화를 내는 경우가 많다. 치매노인 부양자들의 경우 어떤 일을 하고자 하는 의욕도 생기지 않고, 생활에 대한 흥미도 없어지고, 자신이 처한 상황이 아무런 희망도 없는 것처럼 느껴지고, 낙담하거나 우울해 하는 경우가 많으며, 자신이 아무 쓸모가 없는 존재라는 생각을 하는 등 우울증세를

보이는 경우가 많다.

치매노인 가족들은 노인에게 잘 해드리지 못하는 것, 과거에 잘못된 것에 대하여 죄책감을 느끼고, 노력에 비하여 치매의 치료 가능성이 매우 낮은 것, 치매 증상에 효과적으로 대처하지 못하는 것에 대한 무력감을 경험하기도 한다. 노인의 일상생활 동작능력 저하로 인한 부양애로, 재정적 긴장, 개인시간의 부족, 가사에 대한 부담, 정서적 지지의 변화로 인한 좌절감 등도 경험한다.

4. 재정 및 경제활동상의 부담

치매노인의 부양자는 치료와 간호에 소요되는 비용의 절대액이 부족하거나 치매노인의 의료비로 인하여 가족 내에서 발생하는 다양한 재정적 요구를 충족시켜줄 수 없는 등의 재정적 부담을 경험하며, 경제활동과 치매노인의 부양이라는 두 가지 과업사이에서 갈등을 겪고, 경제활동에 지장을 받기도 한다.

치매가족의 경우 가계경제의 15%를 치매노인의 치료와 간호비용으로 지출함으로써 가계에 압박을 받고, 이로 인해 수입 보전에 대한 요구가 증가하며 특히 소득 수준이 낮은 가족이 높은 수준의 재정적 부담을 체감하게 된다.

우리나라의 경우 치매를 정상적인 노화과정으로 간주하는 관계로 치료와 간호에 소요되는 의료비 지출 규모가 작으며, 의료비로 인하여 가계에 부담을 느끼는 경우는 그리 많지 않은 것으로 알려지고 있다³¹⁾. 그러나 재정적 부담은 상대적이기 때문에 소득수준이 낮은 가족일수록 의료비 부담은 높고, 의료비 지출 규모가 클 수록 재정적 부담은 더 심하다.

경제활동에 참여하는 치매노인의 부양자들은 부양과 경제활동에 따르는 요구를 동시에 충족시켜주어야 하기 때문에 역할 긴장을 경험하며 부양으로 인하여 경제활동 시간의 단축, 재교육 및 훈련기회의 상실, 잦은 결근과 외출, 부양에 대한 염려로 인한 업무 방해, 경제활동의 중단, 승진기회

31) 권중돈, 전개논문, p.40.

상실 등의 부담으로 2중의 어려움을 겪게 된다.

5. 건강상의 부담

노인부양은 육체적·정신적 건강에 많은 영향을 미치는 것으로 알려져 있으며, 부양자의 신체 및 정신적 건강에 부정적 영향을 주는 것으로 나타나고 있다. 우리나라 치매노인 주 부양자의 경우 66%정도가 치매노인을 부양한 이후 요통, 심장질환, 고혈압, 관절염, 소화기 질환 등의 신체적 질환을 한 가지 이상 앓고 있다.³²⁾ 이는 부양에 따르는 신체적 질환으로 건강상의 부담이 매우 높음을 말해준다.

치매노인 부양자들은 부양 역할 뿐만 아니라 가사, 경제활동, 자녀양육 등의 다양한 역할을 수행하는 과정에서 2중 노동에서 오는 피로를 거의 83%정도 느낀다. 특히 주 부양자와 주 가사 담당자의 역할을 동시에 수행하는 경우와 수면이 부족하다고 느끼는 경우 피로도가 더 높은 것으로 나타났다. 우리나라의 부양상황은 며느리(42.7%), 배우자(24.3%), 딸(22.3%)의 순서로 여성이 남성에 비해 압도적으로 많다.

신체질환, 피로 및 수면부족 이외에 건강상의 부담요인으로 지적되고 있는 것은 건강유지 및 증진활동을 할 수 있는 시간 부족, 건강에 대한 불안, 질병 이환(罹患)에 대한 염려 등이다.

32) 권중돈, 전개논문, p.71

제3장 치매노인가족 부양부담 대책현황과 연구의 흐름도

제1절 치매노인가족 부양부담의 외국사례

1. 일본

일본은 현재 초 고령 사회에 직면하고 있다. 이러한 상황 하에서 일본은 ‘풍요롭고 건강한 장수사회’의 실현을 어떻게 이룩할 수 있을 것인가 하는 문제를 21세기의 가장 큰 목표로 삼고 있다. 장수사회에서는 의례 치매문제가 제기되게 마련이다. 이러한 맥락 하에 일본정부는 치매문제를 주요현안 문제의 하나로 인식하고, 치매노인에 관한 대책을 종합적인 노인대책의 일환으로 다루고 있다.

1) 치매노인 현황

일본의 경우, 1990년 65세 이상의 치매성 노인 수는 6.8%인 1,009천명, 1995년 1,295천명(6.9%), 2000년 1,558천명(7.2%), 2005년 1,888천명(7.5%), 2015년에는 2,622천명으로 증가할 것으로 예상하고 있다. 이에 따라 심각한 치매성 노인문제에 대처하기 위해 재택개호, 가족에의 지원강화, 발생예방, 치료의 추진 등 치매성 노인대책의 종합적 추진, 전문 진단체제, 특히 긴급 시 의료대책의 정비, 전문치료병동 등의 시설대책을 강구하고 있다.

일본의 경우 평균수명은 세계 최고 수준이지만, 노인인구의 증가와 더불어 치매노인도 증가 추세여서 노인의 개호를 가족이 감당하기 어려운 처지에 놓이게 되었다.³³⁾

2) 치매관련 정책

일본에서는 1982년 기존의 치료위주의 의료체제를 질병예방 건강증진체계 확립의 필요성을 절감하고 노인에 대한 보건 및 의료서비스 제공을 원활하게 하기 위하여 노인보건법을 제정, 공포하였다.³⁴⁾ 노인인구비율이 높은 일본은 정부가 치매환자 대책에 적극적으로 개입하여 효율적인 서비스 체계를 구축하고 있으며 치매노인에 대한 보건대책은 종합적인 노인대책의 일환으로 이루어지고 있다.³⁵⁾

현재 일본후생성은 보건의료와 복지를 통합, 연계시키는 방향으로 각종 노인복지정책을 펴나가고 있다. 일본은 노인관련 보건, 의료, 복지서비스가 지역에서 일괄적, 계획적으로 제공될 수 있도록 지역에서의 서비스 체계를 구축해 왔다. 치매노인에 대한 보건대책은 종합적인 노인대책의 일환으로서 다루어지고 있으며 치매노인에 대한 서비스는 상담, 재가 서비스, 시설 중심서비스로 구분되어 있다. 즉 보건소와 치매센터의 노인정신보건 상담 사업 외에 일상생활의 자립을 돕기 위한 기능훈련, 방문지도와 필요한 간호서비스의 제공 등 노인보건법에 규정된 재가서비스가 제공되며, 그 외에 재가서비스를 위한 보건의료시설로는 노인주간보호소가 이용되기도 한다.³⁶⁾ 또한 요양시설 등에서는 가정간호촉진사업, 단기거주서비스, 야간간호서비스 등의 재가서비스를 결들여 수행하고 있다.

현재 일본에서는 치매노인을 위한 간호 인력의 확보를 위해 사회복지사 및 개호복지사의 자격을 제도화 하였으며, 자원봉사자들을 대상으로 하는 강습회를 통해 이들의 자질향상을 도모하도록 단계적으로 연수체계를 갖추고 있다. 보건소에서는 가정주부 등을 대상으로 가정간호에 대한 교실을 개설하고 있을 뿐만 아니라 지역과 시설에서의 치매노인의 처우에 관한 인력의 자질향상을 도모하기 위해 보건소 직원 및 간호사, 의사 외에 지역

33) 국회의원 이재선의원실, 「치매노인환자 부양실태와 개선방안」, 2003.9.

34) 武田安, 『福祉改革の福祉補助金』, 1990, pp.15-17.

35) 이명숙, 「치매노인을 위한 사회복지서비스 방안」, 동국대학교 석사학위논문, 2000, p.20.

36) 송명숙, 「치매노인을 위한 사회적 지원 서비스 체계에 대한 연구」, 중앙대학교 행정대학원 석사학위논문, 2005, p.44.

의 개업의에 대해서도 특별연수를 실시하고 있다.

지방자치단체의 보건부는 치매노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 그들이 필요로 하는 서비스를 제공하고 있다. 주간보호시설에서는 치매노인에 대한 목욕, 식사, 일상동작훈련 등의 서비스를 제공하고, 수발담당자에 대해 교육도 실시하고 있다. 1992년부터는 치매노인전용의 주간보호센터를 발족시켰다.³⁷⁾ 또한 간병인이 질병이나 사고로 인해 간병하는 것이 일시적으로 곤란한 경우, 와상노인, 치매노인 등을 시설에서 단기 보호하도록 함과 동시에 가정에서 돌볼 수 없는 치매노인을 양로시설에 입소시켜 돌보게 하고 있기도 하다.³⁸⁾

3) 복지서비스

(1) 재가보호서비스

일본은 일찍이 치매노인을 지역 내에서 함께 생활해 나가도록 지역사회를 중심으로 치매에 대한 종합적인 대책을 수립하여 실시하고 있다. 따라서 일본은 다른 나라에 비해 상대적으로 재가서비스가 잘 발달되어 있는데, 이는 가정을 중심으로 한 일상생활의 장에서 필요한 의료 및 간호가 행해지도록 하는 것을 최대 목표로 하고 있다.

일본의 재가서비스는 노인보건법에 근거하여 기초자치단체가 주체가 되어 재가서비스로 상담 및 방문지도, 노인주간보호소, 가정간호 촉진사업, 야간보호서비스 등을 70세 이상 노인을 대상으로 실시하고 있다. 비용의 부담은 이용자, 공비, 의료보험의 부담금으로 이루어지고 있으며 가정에서 와상상태 또는 그에 준하는 상태에 있는 노인 의료수급대상자에게 주치의가 방문간호의 필요성을 인정한 노인에게 방문을 통하여 요양상의 시중 또는 필요한 진료의 보조인 간호서비스를 제공한다. 또한 민간 가정봉사원을 두어 노쇠, 심신의 장애 및 상병의 이유로 병상에 누워있어 일상생활을

37) 조유향, 「일본의 재가노인 복지사업」, 『재가노인복지서비스』, 서울 : 한국재가노인복지협회, 1999, pp.211-212.

38) 박형근, 「외국의 치매정책과 서비스 프로그램」, 『노인복지정책연구』, 하계호, 1996, p.21.

영위하는데 지장이 있는 대략 65세 이상 노인이 있는 가정으로 저소득세대는 무료, 저소득 세대는 시간단위로, 소득수준에 맞추어 비용을 부담한다. 신체의 개호 및 가사보호, 상담 및 간호, 양호에 관한 조언 등을 서비스한다.³⁹⁾

(2) 시설보호서비스

시설서비스에는 단기보호사업의 일환으로 가족을 대신하여 거동이 불편한 노인을 일시적으로 보호할 필요가 있는 경우 노인 홈에서 노인들을 보호함으로써 노인의 복지증진 및 가족들의 부담을 덜어주고 있다.⁴⁰⁾

이러한 노인 홈에서 제공되는 서비스로서 창구는 시청노인복지과이며 이곳에서 서비스에 대한 티켓을 받아 특별양호 노인 홈에 직접 신청하기도 한다. 또한 단기 입소서비스를 두고 있는데 이는 노인복지시설에서 제공되는 서비스로서 기간은 14일 이내이며 창구는 노인 보건시설과 이다.

이외에도 모든 행정구역의 시청, 재택개호 지원센터를 통하여 치매노인들을 위한 주택개조를 실시하고 있으며 개조비용의 1/3만 노인환자가 부담하거나 또는 무료로 이용할 수 있다.

2. 미국

미국에서 치매문제가 일반인에게 관심을 갖게 된 것은 최근의 일로서, 이는 노인인구의 증가 및 노화관련 전문집단의 증가, 의료비용에 대한 정책적 관심에 의해서 이루어지고 있는데 지난 세기 이래 미국인구의 기대수명은 계속 증가추세에 있다. 특히 지난 30여 년간 공중건강 치료, 음식조절, 그리고 건강형태는 낮은 출산율과 함께 인구고령화라는 극적인 인구변동을 야기했다. 또한 85세 이상의 노인인구는 가장 빠르게 증가되는 인구층으로 대두되고 있는데, 이와 함께 알츠하이머병을 비롯한 치매병은 고령후기 노년층에 더욱 발병률이 높으므로 이 인구층을 위한 건강보호

39) 송명숙, 전제논문, p.46.

40) 이명숙, 전제논문, p.28.

에 소요되는 막대한 비용은 또 하나의 관심사로 제기되고 있다.⁴¹⁾

1) 치매노인 현황

미국의 경우, 치매환자는 약 400만 명으로 추산되며, 이중 65세 이상 노인의 5% 정도가 심한 치매증상을 보이고 있다. 요양시설에 입주하고 있는 노인의 경우에는 50-80%가 치매증상을 보이고 있고⁴²⁾, 소요비용은 환자 1인당 1년에 약 47,000불로 추정된다. 미국에서는 치매와 관련하여 예방, 진단, 치료를 위한 연구의 촉진과 환자에 대한 서비스 전달의 용이성 등을 위하여 치매의 진단 및 치료를 위한 센터를 설립함과 동시에 치매의 치료, 진단, 연구, 의료 인력에 대한 훈련, 가족에 대한 도움 및 서비스를 제공하고 있다.

미국의 노인문제는 장기요양보호(long-term care)라는 개념에서 접근되고 있다. 장기보호는 신체 또는 정신적 기능장애를 가진 노인들이 안락한 노후생활을 영위하도록 각종 의료 및 복지서비스를 제공해 주는 체계를 말한다. 2000년에는 약900만 명의 노인이 장기보호를 요구하고 있으나, 2040년까지 1,900만 명에 이를 것으로 예상되나, 메디케어와 메디케이드가 급성질환중심으로 되어 있어 만성질환으로 장기요양시 고비용이 요구되므로, 노인환자들은 시설보호보다는 지역사회보호를 받아야 하는 실정이라 가족의 부양부담이 부각되고 있는 실정이다.⁴³⁾

2) 치매관련 정책

치매와 관련하여 미국의 건강 및 장기보호에 있어서의 정부정책은 세가지 기본목표에 의해 이루어져왔다. 첫 번째는 보호의 접근을 향상하는 것, 두 번째는 비용을 억제하는 것, 세 번째는 보호의 질을 확보하는 것이다.

41) 송명숙, 전계논문, p.29.

42) 이경숙, 「치매노인의 의료서비스 개선방안에 관한 연구」, 원광대학교 행정대학원 석사학위논문, 2004. p.29.

43) 국회의원 이재선의원실, 전계논문.

이와 같은 미국의 치매정책의 주요 현안으로 다루어지는 문제는 예방, 진단, 치료를 위한 연구의 촉진과 환자에 대한 서비스 전달의 용이성이다.

전자의 경우는 치매의 적절한 진단 및 치료에 대한 지식의 전파가 주 관심이었지만 최근에는 치매의 진단 및 치료를 위한 센터가 설립됨과 동시에 치매의 치료, 진단, 연구, 의료 인력에 대한 훈련, 가족에 대한 도움 및 서비스제공에 관심을 갖기 시작했다.

미국의 서비스체계는 일반 의료부분, 노인서비스 체계, 정신 건강체계 등3가지 분야로 나누어 살펴볼 수 있는데, 현재 미국사회에서는 치매환자가 각 체계의 서비스 혜택을 받는 일반 환자와 특별한 구분이 이루어지지 않고 있다. 그러나 의료체계에서는 치매환자가 병약 노인으로, 정신건강체계에서는 정신질환노인으로 분류된다. 그러나 각 서비스는 특정집단을 위한 것으로서 치매서비스 제공은 조정이 용이하지 않은 실정이다. 정신건강 서비스는 일반정신질환 및 약물재활 등에 대한 급여를 제공한다. 의료서비스에 있어서는 급성질환의 경우에만 의료서비스 급여를 제공하고 있을 뿐 장기보호서비스를 필요로 하는 치매환자에 대해서는 정부보조프로그램에서 제외시키고 있는 것이 문제이다.⁴⁴⁾

3) 복지서비스

(1) 정부보호서비스(특별간호병동)

미국에서는 치매환자를 위해 일반 요양 시설 내에 특별간호병동(SpecialCareUnits:SCUS)이 설치·운영되고 있는데, 특별간호병동은 원래 노인정신병동의 의미를 지닌다. 이를 특별간호병동으로 부르게 된 이유는 정신병동의 이름에 수반되는 치매노인 및 치매가족의 오명과 이에 의한 염려를 줄이려는 의도에서 비롯되었다.

특별간호병동 운영이외에 정부가 치매환자들의 보호를 위해서 하고 있는 일들을 요약하여 보면, 건강 및 장기보호 서비스에 관한 행정 업무, 공

44) 박형근, 전개논문, 전계서, p.216-217.

적프로그램 즉 메디케이드(Medicaid)등을 통한 의료혜택 업무, 치매와 관련된 시설 및 서비스 제공자에 대한 면허부여 업무, 보호부양 인력의 훈련 및 연구자에 대한 연구비 지원과 법률서비스의 제공 등이다.⁴⁵⁾

(2) 재가보호서비스

미국에서 노인을 위한 장기적 보호는 전통적으로 지속적인 의료 서비스, 재활서비스 등을 필요로 하는 만성 장애인들을 위한 서비스 전달시설로서 요양원(NursingHome), 양로원 또는 확대된 보호시설 등이 있다. 장기간호를 요하는 만성질환과 노인의 간호는 시설과 저택에서 제공되고 있으며, 이중 시설간호는 요양원, 정신병원 및 급성병원에서 제공되고 있다.

미국의 노인 보건의료체계에서 가장 특징적인 것은 요양원이 잘 발달되어있다는 점이다. 급성질환 또는 수술대상자에 대하여는 병원에서 일정기간 동안(평균9일)집중 치료한 후 계속적인 간호요양서비스는 요양원에서 받도록 하고 있다.

① SkilledNursingHome(전문간호요양기관,기술집약적양로원)

개인적 일상생활이 불가능하고 비교적 증상이 심한 환자가 주 대상이며, 의사의 지시에 따라 정규등록간호사(Registered Nurse)에 의해 지속적으로 전문적이고 집중적인 치료와 간호가 제공된다.

② SkilledandintermediateNursingHome(준전문간호요양기관)

일상생활과 치료에 도움이 꼭 필요한 사람들이 대상이며 전문 간호요양기관에 비하여 덜 집중적이지만 약물치료 등의 지속적인 의료서비스를 등록 간호사에 의해 제공받는다.

45) 김윤재, 「치매노인부양자의 부양부담감소를 위한 지원체계 대처전략에 관한 연구」, 상명대학교 대학원 박사학위논문, 2004, p.36.

③ IntermediateandOther(비전문간호요양기관)

평상적인 자기활동이 가능하고 사고나 인지력에 별 문제가 없어서 자가 치료가 어느 정도 가능한 노인을 대상으로 단순한 관리보호조치가 이루어지며 주로 정규 간호사의 감독을 받는 간병인이나 보조원들이 간단한 차원의 시중이나 간호를 제공한다.

미국의 휴식, 보호시설에는 치매노인뿐만이 아니라 치매노인의 가족구성원을 위한 휴식보호 역할을 하는 주간 보호서비스, 일부의 은퇴자 집단 주거지, 병원, 요양시설 등에서 이용되지 않는 병상을 치매노인이 사용하도록 배려하는 단기시설보호, 경제적으로나 신체적으로 자활능력이 없는 치매노인을 정부가 특정 개인 가정에 보호를 위탁하는 위탁보호, 저렴한 비용으로 요양시설에서 제공되는 수준에 준하는 보호를 제공받을 수 있는 주거보호시설, 건강할 때는 일반 노인시설에 있다가 장차 몸이 노쇠하게 되면 보조적이고 숙련 간호를 제공하는 요양시설로 옮겨 필요한 서비스를 제공 받게 되는 유료 양로시설 등 다양한 서비스가 있다. 또한 노인 상담 프로그램의 일환으로 치매노인들을 위해 치매노인의 가족과 전문가로 구성되어 24시간 치매에 관련된 정보를 제공해주는 통신서비스를 실행하고 있다.⁴⁶⁾

3. 네덜란드

네덜란드에서는 최근 ‘알츠하이머 환자들이 일광욕을 많이 할수록 불면 증세가 완화되고 기억력이 회복 된다’든가 ‘매일 1-3잔의 술을 마시는 사람은 술을 전혀 마시지 않는 사람에 비해 치매에 걸릴 확률이 절반 가까이 낮다’는 등의 다양한 치매연구결과들을 발표하고 있다. 이처럼 네덜란드의 치매에 대한 사회적 관심은 매우 높으며 여러 가지 효과들을 거두고 있는 것으로 나타났다. 또한 네덜란드의 치매 케어시설에서는 치매환자에게 기쁨을 주는 공간으로는 시설분위기가 나는 곳보다는 가정 같은 곳이

46) 이남주, 「치매노인을 위한 사회복지서비스의 향상에 관한 연구 : 복지향상을 위한 프로그램안 개발을 중심으로」, 동국대학교 석사학위논문, 2000, p.26.

라는 전제위에 그림, 음악, 음식, 동식물 등으로 안녕과 즐거움을 느끼게 하고 있으며, 배우자·가족·직원에게도 좋은 시설이 될 수 있어야 한다는 방침이다.⁴⁷⁾

1) 치매노인현황

현재 네덜란드의 약 13만 명의 노인이 간호보호센터에 거주하고 있으며, 이들 노인의 10-12%가 치매증세를 보이는 것으로 밝혀지고 있다. 보호주택(Protected Living)에서도 전문 간호사에 의한 보호서비스를 제공하고 있다. 주간 및 야간보호는 장기보호병원에서 이루어지는데 네덜란드에서 정신노인병 환자를 위한 병상 수는 2만 5천개 병상으로 알려져 있다. 앞으로 2만 9천개로 증가할 것으로 예상되지만 치매환자의 수요에 비해 8천개의 병상이 부족한 수이다.

2) 치매관련 정책

네덜란드에서는 정부가 장기보호 병원에 근무하는 임상 의사, 노인병 전문 의사, 개업 의사, 노인 정신병 의사 등을 대상으로 치매노인 보호에 관한 교육을 하는데 치매노인을 위한 복지정책의 핵심을 두고 있다.⁴⁸⁾

이러한 네덜란드에서는 건강보호비용의 85%는 보험이 부담하고 15%는 환자 자신이 부담한다. 보험료는 근로자 및 고용주에 의해 지불되며 보험료의 산정액수는 정부에 의해 승인된다. 또한 네덜란드에서는 노인의 시설 입소를 최소화시키고, 가능한 지역사회에서 거주하도록 가정보호, 자원봉사자간호 및 전문 가정간호를 강화하고, 휴식간호(RespiteCare)를 위해 많은 노력을 경주하고 있다. 네덜란드 정부는 그 동안 치매에 대한 일반인의 관심을 계속 증가시키는데 많은 노력을 하였으며, 치매에 관한 정보로 고통에 나타나는 망각증세와 치매에 대한 불필요한 공포감을 줄이는데 기여를 하였다. 이러한 노력에도 불구하고 네덜란드의 치매에 대한 민간인 보

47) 송명숙, 전계논문, p.48.

48) 이명숙, 전계논문, p.30.

호자의 보호수준은 아직 최적 상태가 아니기 때문에, 정부는 시설관련자들을 대상으로 치매환자의 보호에 관한 교육에 주력하는 것이다.

한편, 1991년 일반 의사협회는 ‘치매 증상 표준’에 관한 책자를 만들어서 보급하고 있는데, 이는 치매 진단 시 주의해야할 규칙, 치매에 대한 정책, 환자 및 간호자에 대한 보호서비스를 표준화시키도록 하기 위한 방법의 일환이 되고 있다.

3) 복지서비스

(1) 재가보호서비스

네덜란드에서 제공되는 재가서비스는 다음과 같다.⁴⁹⁾ 네덜란드는 치매환자를 돕기 위한 새로운 조직체가 구성되었는데 지역간호사제도가 바로 그것이다. 지역간호사는 치매관련 전문가들에 의해 사례관리자로 인식되고 있다. 이들은 치매환자 및 치매중심 간호사 및 보호자들을 방문한 이후 그들에 대한 가장 적합한 보호계획을 세워주며, 이 계획은 치매관련 모든 전문가들에 의한 토론의 장을 열어주기도 한다. 따라서 이 제도는 환자와 간호자들이 치매간호에 필요로 하는 정보를 빠른 시간 내에 제공받을 수 있도록 해준다. 이 서비스는 1주일 내내 주·야간 상관없이 이용이 가능하다.

(2) 시설보호서비스

네덜란드에서는 요양시설과 독립적 거주사이의 중간시설의 성격을 띤 GrayArea가 최근에 발달되었다. 이는 지방정부, 보호서비스 그룹, 주택회사 등의 협력을 통해 shelteredhousing형태가 이루어진다. 대개 75-150개의 아파트세대로 구성되며, 각 세대는 각기 2-3개의 방이 있어서 시설에서도 독립적 주거형태의 삶을 영위 할 수 있도록 구성되어 있다.

49) 서미경 외, 「치매노인 재가복지서비스의 현황과 정책」, 서울 : 한국보건사회연구원, 1996, pp.49-51.

네덜란드에서 치매환자를 위한 간호서비스의 비용은 일반보험에 의해 부담된다. 현재 노인을 위한 간호보호센터의 약 60%는 이러한 혜택을 받고 있다.⁵⁰⁾ 이는 치매환자들이 그들의 건강과 필요에 따라 입주여부가 결정되는 중간 보호시설은 개인에게 일괄적 보호를 제공한다는 점에서 유용성을 가진다.

휴식보호(Respite Care)는 주간치료 (Day Treatment), 주간보호(Day Care), 야간보호(NightCare), 일시보호(Temporary Admittance)등 휴식보호의 여러 형태의 서비스가 이루어지고 있다. 장기보호 병원과 노인을 위한 보호소 및 홈케어 조직 등은 휴식보호를 제공하는 데 많은 기여를 하고 있다.

현재 네덜란드에서는 약 3,600개소에서 주간치료 서비스를 제공하고 있으며, 상대적으로 야간보호와 단기간 서비스는 적게 제공되고 있다. 또한 일반가정에서 치매환자를 통제하는 것은 가족보호가 가능할 경우에만 가능하다. 따라서 네덜란드에서는 간호인을 위한 지원, 휴식보호에 대한 충분한 기회제공은 매우 중요한 것으로 인식되고 있다.

제2절 우리나라 치매노인가족 부양부담의 현황

1. 정책·제도적 현황

1) 정책적 현황

치매 환자는 노인인 경우가 대부분인데 치매 환자인 경우에도 치매가 없는 다른 노인들과 마찬가지로 사회 보험, 공적 부조, 사회 수당, 경로우대, 생업 지원, 취업증진, 세제혜택 등의 소득보장 정책과 의료 보험과 의료 보호 서비스의 의료보장정책이 있다. 우리나라에서는 정책적 차원에서 치매노인에 대한 복지서비스는 노인복지서비스의 일환으로 다루어지고 있는

50) 이남주, 전제논문, p.27.

것이 현실이다. 앞에서 살펴본 바와 같이 노인에 대한 복지정책은 시설복지서비스와 재가노인복지서비스로 나눌 수 있는데, 치매노인에 대한 서비스는 이들의 일부로서 포함되어 있다. 치매노인에 대한 시설복지서비스로는 치매요양시설, 치매전문병원 등이 있으며, 재가복지서비스는 노인요양보장제도⁵¹⁾ 등이 있다. 이 사업들은 노인복지사업과 거의 일치하는데, 그 이유는 치매사업을 노인복지사업의 일부로 보기 때문이다. 그 결과 치매가족만을 위한 복지서비스는 국가적 차원에서 거의 별도로 운영되지는 않는다. 노인복지의 일환으로서의 치매노인에 대한 서비스는 결국 가족의 경제적·심리적 부담 감소를 가져오기 때문에, 치매노인 부양가족이 받는 재가서비스는 결국 노인에 대한 재가서비스와 일치한다고 할 수 있다. 노인장기요양보험제도를 통한 노인재가서비스가 치매노인 부양가족에 대한 재가서비스인 셈이다.

또한 부양자들이 지치지 않고 지속적으로 치매노인을 부양할 수 있도록 재가 복지 파견서비스나, 주·야 단기보호 등의 사회적 자원, 치매에 대한 정확한 이해 및 부양자의 대처와 관련한 부양자의 대처 전략의 교육 및 훈련, 치매에 대한 홍보와 교육 프로그램, 사회적지지 요구를 위한 가족 모임과 자조집단을 형성할 수 있도록 하여야 할 것이다.⁵²⁾ 그러나 치매노인 부양가족들이 원하는 서비스는 이보다 훨씬 지대하기 때문에, 실제로 이들을 위한 서비스는 순수한 정부차원보다는 민간 혹은 민간·정부 협력 차원에서도 제공되고 있다.

상기의 기관들은 서비스의 공급형태 차원에서 보면 순수 공공부문의 시·도립 치매요양병원을 제외하고는 순수한 민간재원에 의하여 운영되기 보

51) 노인장기요양보험제도는 2000년부터 2002년까지 ‘노인장기요양보호정책기획단’이 기초연구를 수행하였고, 2003년 3월부터 2004년 2월까지 ‘공적노인요양보장추진기획단’이 설치 및 운영되었고, 2004년 3월부터 2005년 2월까지 ‘공적노인요양보장제도실행위원회’가 구성되었으며, 2001년 8월15일, 8.15 대통령 경사에서 노인요양보장제도 도입을 제시한 이후로 2002년 대선에서 대통령 공약사항으로 포함됨으로써 제도도입의 포문을 열었다. 이어 2005년 10월19일부터 11월8일까지 입법예고가 되었고, 2006년 2월16일 정부입법이 국회에 제출되었다. 이 법안은 4월17일 국무회의 의결을 거쳐 4월27일 공포되었고 2008년 7월1일부터 시행될 수 있게 되었다. 이 제도의 대상자는 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성 질병을 가진 자로서 거동이 현저히 불편하여 장기요양이 필요한 자이며, 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 등급판정위원회에서 인정 받은 자이고 요양급여의 내용은 크게 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 구분된다.

52) 김성현. 「치매 노인 부양자의 부담 감소에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」, 서울여자대학교 대학원 석사학위논문, 2000.

다는 정부의 지원을 일부 받아서 설립·운영되거나 사업의 일부를 정부로부터 위탁받아 운영하는 형태가 대부분이다. 치매노인 부양가족의 입장에서는 이러한 서비스들도 가족의 부담을 줄일 수 있는 대체수단이다. 가능하다면 시설복지서비스 중 무료로 운영되는 치매요양병원이 치매노인 부양가족의 경제적 부담을 줄이기에는 가장 바람직한 서비스라고 볼 수 있다. 그러나 공급자인 정부의 입장에서는 이러한 시설을 늘리는 것은 비용이 많이 들어가는 사업이기도 하다.

2) 제도적 현황

치매 노인의 가족들이 겪는 부양부담을 극복하는데 도움이 될 수 있는 가능한 모든 지원체계를 확보하여야 한다. 즉, 한 기관에서 치매 노인 가족의 다양한 욕구를 모두 수용할 수 있는 서비스 프로그램을 운영하는 것이 어렵기 때문에 전문가들은 가족들이 어떤 문제로 갈등을 느끼고 있는지, 필요한 도움을 얻는데 있어 장애가 되는 요소가 무엇인지 파악하여 그들의 문제를 해결하는데 가장 적절한 서비스 체계와 연결되도록 해야 하는데 그러기 위해서는 지역 사회 내에 치매 노인을 위한 어떤 기관이 있고 그 기관의 서비스 프로그램 운영과 이용방법 등의 정확한 정보를 가지고 있어야 한다. 치매노인 서비스 중 재가복지서비스에 해당하는 것으로는 치매관련의료기관, 시·도립치매요양병원 및 치매전문요양시설 등이 해주는 가족 상담이나 교육을 우선 생각할 수 있으나 이는 소수의 가족들만이 혜택을 볼 수 있는 형태이다. 치매협회, 법률적 상담기관 및 가정방문간호사업 등이 치매노인 부양가족이 보다 많은 재가혜택을 볼 수 있는 서비스의 형태라고 볼 수 있다. 그리고 이들 외에 앞에서 언급한 노인장기요양보험제도는 가장 직접적으로 가족들이 혜택을 누릴 수 있는 서비스라고 볼 수 있다. 비록 정부 차원의 노인이거나 치매환자 복지가 실시되고 있기는 하지만 수요에 비하여 공급이 크게 부족하며, 특히 치매환자 혹은 부양가족에 대한 재가서비스는 절대적으로 부족하다는 사실이다. 치매 노인을 위한 사회 서비스는 가족 기능이 원활하게 유지 될 수 있도록 돕고, 부양자의

부양부담을 경감시키기 위해 치매 노인이 이용할 수 있는 서비스로 복지봉사센터, 보건소, 지역사회복지관, 병원 등에서 제공하는 보건의료 서비스를 들 수 있다. 치매 노인을 보호 부양하기에 가장 적합한 장소는 가정이다. 따라서 치매노인보호 정책은 가족지원정책과 병행되어야 한다. 그러나 우리나라의 치매 노인 보호 정책은 시설보호서비스가 중심축을 이루고 있으며 가족 지원 서비스는 매우 미비한 실정이다. 그러므로 먼저 치매 노인 가족과 지역사회 내에서 생활할 수 있도록 가족의 부양 기능을 강화하고 치매 노인의 부양으로 인해 겪게 되는 부담을 경감 및 보완적 가족 서비스를 제공하여야 하는 것이 바람직하다.

2. 시설 현황

시설의 현황을 살펴보기에 앞서 2008년 7월1일부터 시행된 노인장기요양보험제도가 가지고 있는 요양급여의 종류와 내용을 먼저 검토해 볼 것이다.

노인장기요양보험제도의 요양급여의 종류와 내용은 다음의 표와 같다.

<표 3-1> 노인장기요양보험제도 요양급여의 종류와 내용

급여		내용
재 가 급 여	방문요양서비스	가정을 방문하여 신체, 가사활동 지원
	방문목욕서비스	목욕설비를 갖추고 가정방문, 목욕서비스제공
	방문간호서비스	간호사가 의사 한의사 치과의사의 방문간호지시서에 따라 가정을 방문하여 간호, 진료보조, 영양상담, 구강 위생서비스제공
	주,야간보호서비스	하루일정시간동안 장기요양기관에 보호, 신체활동 및 심신기능의 유지 향상을 위한 교육 훈련제공
	단기보호서비스	일정기간동안 장기요양기관에 보호, 신체활동 및 심신기능의 유지, 향상을 위한 교육 훈련 제공
	복지용구	복지용구제공, 재활에 관한 지원 이동변기, 목욕의자, 보행차, 지팡이 욕창예방방석, 수동 휠체어, 이동욕조, 목욕리프트제공등
시설급여		노인의료복지시설에 장기간 입소, 신체활동 심신기능유지 향상을 위한 교육 훈련 제공
특별현금급여		가족요양비(도서벽지 거주자 등에게 지급)특례요양비(장기요양기관이 아닌 노인요양시설 이용시 요양급여비용의 일부 제공), 요양병원간병비제공

그러나 이 제도가 가지고 있는 목적이 치매만을 위한 것이 아니므로 본 연구에서 파악하고자 하는 시설 현황은 노인장기요양보험이 실시되기 전의 노인복지서비스 제도를 기준으로 한다.

1) 주간보호시설 서비스

주간 보호 사업은 1993년 노인복지법 개정으로 노인 복지 사업의 공식적인 프로그램이 되었다. 이 사업 서비스는 인건비, 운영비 등 사업비 일부를 국가 및 지방 자치 단체에서 보조금 형식으로 보조하며 각 종 시설의 이용 노인 수나 제공 서비스 등에 따라 운영 실적을 평가하여 차등 있게 지원하고 있다.

주간 보호 시설의 운영 형태로 보호기간은 1일로써 낮 시간(평일은 오전 7시~오후 7시30분, 토요일은 오전 7시~오후 3시30분) 동안 보호하는 것이

원칙이나 이용 노인과 그 가정의 형편에 따라 신축성 있게 운영되고 있다.⁵³⁾

위와 같은 조사에서 주간 보호 시설의 이용 희망에 대해서는 전체 응답자의 38.0%가 이용을 희망하는 것으로 나타났다. 이중 무료라면 이용하겠다는 응답자가 30.5%이며 유료라도 이용하겠다는 응답자는 7.5%이다. 60세 미만에서는 수발자의 연령이 적을수록 주간보호시설서비스 이용 희망률이 높아지는 경향이 있으나 60세 이상의 경우는 36.7%가 서비스 이용을 희망하고 있다. 연령이 적을수록 교육수준이 높을수록 가구소득이 높을수록 유료라도 이용을 하겠다는 응답은 증가하는 것으로 나타났다.⁵⁴⁾ 또한, 주간 보호 서비스는 극히 일부시설에서만 운영되고 있기에 많은 수의 치매 가족들이 이용하기에는 절대적으로 부족한 형편이라고도 할 수 있겠다.

2) 단기보호시설서비스

부득이한 사유로 인해 치매 노인 등 만성질환자들 중 가족의 부양을 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 경우에 단기간 입소시켜 보호하고 필요한 각종 서비스를 제공하여 치매 노인 및 치매 노인 가족의 복지 증진을 도모하는데 커다란 목적을 두고 운영하고 있다. 이러한 단기 보호시설은 유료로 하는 것이 원칙이나 개인이나 단체도 참여할 수 있는 복지시설이라고 할 수 있다. 보호기관은 15일 이내이며 연간 이용 일수는 3개월을 초과할 수 없도록 규정하고 있다.⁵⁵⁾

예산 지원 기준은 인건비, 운영비 및 사업비 일부를 국가 및 지방자치단체에서 보조금을 통해서 보조하고 있으며 각 시설의 이용 노인 수, 제공 서비스 등 운영 실적에 따라 차등하여 지원하고 있는 실정이다. 단기보호시설 역시 주간 보호 시설처럼 그 수가 아주 적을 뿐만 아니라 지역적으로 편중되어 있는 경향을 보이며 치매 전문 노인 시설은 아님에 주의를

53) 정진숙, 「치매 노인 부양부담에 관한 연구」, 중앙대학교 행정대학원 석사학위논문, 2001.

54) 상계논문

55) 상계논문

해야 할 것이다.

이용희망에 대해서는 전체 응답자의 33.4%가 이용을 희망하는 것으로 나타났으며 무료라면 이용하겠다는 응답자는 27.5%이며 유료라도 이용하겠다는 응답자는 5.9%이다. 연령이 적을수록 교육수준과 소득수준이 높을수록 유료 이용을 희망하는 비율은 증가하는 것으로 나타났다. 이용 희망률에서도 비취업자의 서비스 이용 희망률(36.5%)이 취업자(30.1%)보다 높으며 노인과의 관계에서는 단기보호시설서비스 이용 희망률이 기타 가족(42.1%), 딸(40.9%), 며느리(35.0%) 순으로 나타났으며 며느리인 경우 유료라도 이용하겠다는 비율이 9.3%이다.⁵⁶⁾

3. 지원 현황

1) 가사 지원 서비스

청소, 세탁, 음식 만들기와 설거지, 시장보기, 특별식 준비 등을 위한 가사서비스 이용희망에 대해서는 전체 응답자의 28.7%가 이용을 희망하는 것으로 나타났다. 이중 무료라면 이용하겠다는 응답자가 24.1%이며 유료라도 이용하겠다는 응답자는 4.6%로 많은 응답자가 무료이용을 희망하는 것으로 나타났다. 부양자의 연령이 높을수록 가사서비스 이용 희망률이 감소하는 경향이 있으나 60세 이상의 경우는 30.7%가 가사서비스를 희망하고 있다. 유료라도 이용하겠다는 응답은 가구소득이 많을수록 증가하였다. 노인과의 관계에서는 기타 가족인 경우 가사서비스 이용 희망률(38.6%)이 가장 높게 나타났다.⁵⁷⁾

2) 간병 서비스

세수, 대소변 보기, 휠체어 타고 내리기, 가래 받아내기, 약복용 관리, 외출 시 수행보조, 치매노인 보호 등을 주요 서비스내용으로 하는 간병서비

56) 정진숙, 전제논문

57) 상계논문

스에 대한 향후 이요희망태도가 제시되었다. 간병서비스 이용희망에 대해서는 전체 응답자의 36.8%가 이용을 희망하는 것으로 나타났다. 이중 무료라면 이용하겠다는 응답자가 30.0%이며 유료라도 이용하겠다는 응답자는 6.7%이다. 부양자의 연령이 높을수록 간병서비스 이용 희망률이 낮아지는 경향이 있으나 60세 이상의 경우는 35.5%가 간병서비스를 희망하고 있다. 특히 간병서비스에 대해 유료라도 이용을 희망하는 비율은 교육수준이 높을수록 증가하는 것으로 나타났다.⁵⁸⁾

<표 3-2> 치매 노인 복지서비스의 종류

종류	사업내용			예산지원	개수
가정봉사원파견시설	가정봉사	가사지원	취사, 시장보기, 주변정돈, 필품구매등	대상기관은 국민기초생활수급대상 및 실비이용대상 노인을 대상으로 하는 사업기관(정부지원시설)이며 인건비나 운영비를 국가나 지방자치단체가 보조	2008년 현재 141개소
		개인활동서비스	신체청결, 외출시 부축 등		
		우애서비스	전화 및 방문 말벗, 편지써주기, 생활상담		
	상담및교육	지역사회내에서 노인의 자립생활에 대한 상담			
		장애노인 수발자를 위한 상담 및 교육			
	노인결연	무의탁 노인 후원을 위한 결연사업			
주간보호시설	생활지도 및 일상동작훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스			인건비, 운영비 등 사업비 일부를, 국가 및 지방자치단체에서 보조(국민기초생활보호수급권자는 무료원칙, 저소득층은 실비징수, 나머지는 사적 계약에 따라 이용료 부담)	2008년 현재 102개소
	급식 및 목욕서비스 등				
	무의탁 노인 후원을 위한 결연사업				
	취미오락운동 등 여가생활 서비스				
	이용노인 가족에 대한 상담 및 교육				
단기보호시설	생활지도 및 일상동작훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스			인건비, 운영비 등 사업비 일부를, 국가 및 지방자치단체에서 보조(국고 40%, 지방비 60%, 국고보조의 경우는 국민기초생활보호수급권자는 무료원칙, 저소득층은 실비징수, 나머지는 사적 계약에 따라 이용료 부담, 보호기간은 45일, 연간 이용일수는 3월)	2008년 현재 33개소
	급식 및 목욕서비스 등				
	무의탁 노인 후원을 위한 결연사업				
	취미오락운동 등 여가생활 서비스				
	이용노인 가족에 대한 상담 및 교육				

출처: 보건복지부(www.mohw.go.kr), 한국재가노인복지협회(www.kacold.or.kr)

58) 정진숙, 전계논문

제3절 연구의 흐름

일반적으로 부담이라는 용어는 '객관적 부담'의 사실과 '주관적 부담'으로 구분하여 다루어 왔다. 즉, '객관적 부담'이란 부양자의 개인 생활 및 가정내적 사정에 있어서 부정적인 변화의 정도를 의미하고, '주관적 부담'이란 부담과 관련한 사실적 경험에 대한 태도나 감정적 반응⁵⁹⁾을 포함한 내용들로 표현된다.

Rankin 등⁶⁰⁾과 McCubbin과 Patterson(1983)는 Double ABCX 모형에 입각한 치매노인 가족에 대한 부양부담을 스트레스로 구분하고 있다. 즉, Rankin 등은 부양에 따르는 주관적 부담과 부양이 신체, 심리, 재정 등의 구체적 생활영역에 미치는 영향만을 규정하였고, 부양의 결과로 나타난 우울증, 가족만족도의 변화는 긴장의 개념으로 규정하였다. 이에 반해 Gatz⁶¹⁾는 부양부담을 부양의 결과로 규정하고 있다. 즉 Gatz는 스트레스 또는 부양부담을 Rankin 등이 규정하는 스트레스 유발인자에 대한 주관적 평가뿐만이 아니라 부양의 결과로 나타난 부양자의 심리적 고통이나 실질적인 생활상의 변화까지도 포함하는 개념으로 규정하고 있다.

이러한 치매노인 가족의 부양부담에 대하여 Novak과 Guest(1989)의 CBI(Caregiver Burden Inventory)는 부양부담을 시간의존적, 신체적, 정서적, 사회적, 개인적 부담의 하위영역으로 구분하였다.⁶²⁾ 또한 앞서 제2장의 이론적배경에서 살펴보았던 치매노인가족 부양부담의 특성에 관한 권중돈(1994)의 분류에서는 부양부담을 사회활동 제한부담, 가족관계에 미치는 부정적 영향, 심리적·정서적부담, 재정 및 경제활동상의 부담, 건강상의 부담으로 구분하였다.

59) R. J. Montgomery et al., "Caregiving and The Experience of Subjective and Objective Burden", *Family Relations*, Vol. 34, National Council on Family Relations, 1985, pp.19-26

60) H. L., McCubbin and J. M., Patterson, "The Family Stress Process: The Double ABCX Model of Adjustment and Adaption". in McCubbin, H. I. et al., (eds.). *Social Stress and the Family*, N. Y.; The Haworth Press, 1983, pp.7-38.

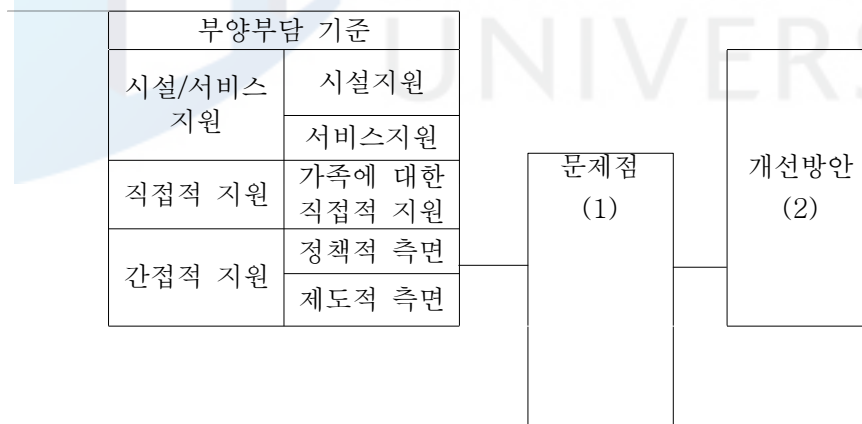
61) M. Gatz., et al. "Caregiving Families". in J. E. Birren and K. W. Schaie(eds). *Handbook of the Psychology of Aging* (3rd ed). San diego: Academic Press, Inc., 1990, pp.404-445

62) M Novak . and C. Guest. "Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory", *The Gerontologist*. The Gerontological Society of America, 1989. 29(6), pp.798-803

이를 종합해 보면, 결국 치매노인 가족의 부양부담은 ‘시간의존적이어서 사회활동이 제한되는 부담’, ‘신체적이고 건강상의 부담’, ‘심리적이면서 정서적인 부담’, ‘재정문제 및 경제·사회활동상의 부담’, ‘개인적이면서 가족간의 관계에 미치는 영향에 관한 부담’ 등으로 구분되어질 수 있을 것이다.

이를 토대로 본 연구에서 제시하고자 하는 치매노인 가족의 부양부담 경감방안에 대한 기준은 크게 부양부담 대한 시설과 서비스 지원 및 직접적인 지원과 간접적인 정부의 대책가족에 이다. 시설과 서비스 지원은 시설지원에 대한 문제점과 개선방안 그리고 서비스 지원에 대한 문제점과 개선방안을 살펴보는 기준이 되고, 지원은 치매부양가족에 대한 직접적인 접근방식으로써의 지원이며, 치매직접적인 부양가족에 대한 직접서비스의 문제점과 개선방안을 살펴보는 기준이 될 것이다. 또한 간접적인 정부의 대책은 정책적인 측면과 제도적인 측면으로 나누어 고려하여 문제점과 개선방안을 살펴볼 수 있을 것이다.

<그림 3-1> 연구의 흐름도



제4장 치매노인가족 부양부담 대책의 문제점

제1절 시설 및 서비스 지원의 문제점

노인의 복지시설 문제는 고령화 사회와 더불어 등장하는 노인의 욕구충족이 문제이다. 과거에는 무의탁 노인을 대상으로 하는 무료의 양로 및 요양시설이 노인복지의 주된 내용이었다. 그리고 자녀와 동거하는 것이 당연한 것으로 여겨졌지만 이제는 자녀와 별거하는 것, 특히 경제력이 허용하는 한 편리한 서비스를 받으면서 노년들은 친구들과끼리 같이 어울려 사는 노인전용시설에 관심이 쏠리고 있다.

이러한 노인의 새로운 욕구들을 충족시키기 위해서는, 먼저 무료·실비 양로 및 노인요양시설을 확충하고, 건물구조의 개선, 기능회복을 위한 전문 프로그램의 개발, 소규모 사설시설들의 양성화, 저소득 노인을 위한 임대주택제도의 활성화가 필요하다. 국가 및 지방 시·군·구청에서 예산부족으로 치매노인시설을 못하고 있는 것이 문제점이다. 전국적으로 양로시설, 요양시설, 재가노인복지시설, 주간보호시설, 노인전문의료 시설 및 치매노인시설, 노인복지시설이 부족하여 문제가 된다.

이러한 노인복지시설 중 치매전문시설을 제외한 대부분은 대소변을 가릴 능력이 있는 노인을 대상으로 서비스를 제공하고 있고, 심각한 치매증상을 보이는 노인은 다른 노인에게 피해를 준다는 이유로 시설보호를 피하고 있다. 이와 같은 현상은 여전히 치매노인의 가족들에게 부양에 따른 부담이 되고 있다.

제2절 직접지원의 문제점

치매노인의 가족들이 직접적으로 겪는 스트레스 중에서는 치매환자를 집에 남겨두고 외출할 때 받는 스트레스가 가장 크게 나타나는 것으로 나타난다.⁶³⁾ 치매환자의 인지기능 저하와 문제행동으로 인하여 노인의 행동에 하루 종일 주의를 집중해야 하므로 부양가족들은 시간에 대한 요구와

압력을 받는다. 주부양자들이 치매환자의 간호와 수발을 위하여 하루에 투입되는 시간을 보면 3-4시간 정도와 5-6시간 정도가 각각 23.3%로 가장 많았으며 하루 평균 6시간 25분 정도 부양하는 것으로 나타난다. 또한 노인의 치매 정도가 심해짐에 따라 주부양자의 하루 평균 부양시간이 길어진다.⁶⁴⁾ 부양자는 부양에 대한 과다한 시간 투여로 인하여 개인적인 시간을 갖지 못하게 되고⁶⁵⁾ 사회적인 활동이 줄어들게 됨으로 인해 사회와의 관계망이 축소된다. 이와 더불어 부양자는 치매환자의 문제행동으로 인해 이웃에 피해를 입히게 될지 염려하게 되면서 자연스럽게 이웃과의 접촉기회가 줄어들기도 한다.

이러한 현상 뿐만 아니라 경제적인 어려움도 극심해지는데, 세계의 노인 부양비⁶⁶⁾는 1950년에 8.5%에서 1990년에는 10.0% 그리고 2010년에는 11.2%, 2050년에는 22.7%로 높아질 것으로 예상된다. 우리나라 역시 1950년에 5.5%이던 것이 1990년에는 7.2% 그리고 2010년에는 15.0%, 2050년에는 72.0%로 매우 빠르게 높아질 전망이다.⁶⁷⁾

부양자가 치매환자의 부양으로 겪게 되는 경제적 부양부담에는 재정적 부담과 경제활동의 제약을 가져오는 것이 있다. 부양자는 치매환자의 치료와 간호에 소요되는 비용이 부족하거나 치매환자의 의료비로 인하여 가족 내에서 발생하는 다양한 재정적 요구를 충족시킬 수 없는 재정적 부담을 경험한다. 또한 치매환자의 부양으로 경제활동에 지장을 받게 된다.

실제로 이현주⁶⁸⁾의 조사에 따르면, 치매노인 부양자의 생활실태를 보면 치매가족의 월 평균 수입액은 '100-200만원 미만'이 40.2%로 가장 많고 그 다음이 '200만원 이상'(34.4%)이었다. 치매노인 가족의 반 정도는 치료 및

63) 마정수, 「치매노인의 문제행동이 가족스트레스에 미치는 영향」, 이화여대대학원 석사학위논문, 1994, p.48.

64) 권중돈 외 5, 『치매와 가족』, 학지사, 2002, p.20.

65) 부양자가 치매환자의 부양, 가사활동, 경제활동 그리고 가족부양의 역할에서 벗어나 자신을 위해 쓸 수 있는 개인시간은 하루 평균 2시간 30분 정도이며, 개인시간이 전혀 없는 경우가 31.1%, 1-2시간 정도가 20.4%, 3-4시간 정도가 32.1%, 5시간 이상인 경우가 16.6%인 것으로 나타났다. 권중돈 외 5, 상계서, p.446

66) 노인부양비는 부양연령층(15-64세)인구와 피부양 노인연령층(65세 이상)의 인구비를 나타낸다.

67) 정대현, 「고령화 사회에서 비노인층의 노인 부양 의식에 관한 연구」, 건국대학교 행정대학원 석사학위논문, 2005, p.23.

68) 이현주, 「치매노인의 간호와 부양부담에 관한 실증적 연구」, 경희대학교 행정대학원 석사학위논문, 2002, pp.56-77

간호를 위한 의료비를 전혀 지출하지 않으며, 치매노인 치료와 간호에 소요되는 의료비는 월 평균 가족 수입액의 7.6%를 차지하며, 월 평균 가족 수입액의 '10%이상'을 치매노인 의료비로 지출하는 가족이 27%정도인 것으로 나타났다고 한다.⁶⁹⁾

이러한 문제와 함께 우리나라에서 치매 노인의 진료에 들어가는 비용은 국가 전체 의료비의 0.04%에 불과하여, 치매 노인에게 소요되는 의료비가 거의 없는 실정이다. 또한, 노인의 치매 증상에 대하여 56%가 의료기관에서 정확한 치매 진단을 받은 적이 없는 것으로 나타났다.⁷⁰⁾ 그러나 치매는 조기발견 및 치료에 의해 치매 증상의 진행을 예방, 지연시킬 수 있으나 경제적인 부담 등의 이유로 재활 치료 등 적절한 보호 관리 서비스를 받지

못한 상태에서 방치되고 있다. 왜냐하면, 치매 노인의 의료비는 치매 정도에 따라서 결정 것이 아니라 가족의 경제적 상황에 의해 결정되기 때문이다. 그러므로 치매 노인에 소요되는 의료비 등은 계속적으로 소요되는 것으로 일상적이고 정상적으로 수입으로는 치매노인이나 가족들이 부담하기 어렵기 때문에 재정 지원 등 다양한 비용 부담 체계가 필요하다.

제3절 정책과 제도적인 측면의 문제점

1. 정책적 측면의 문제점

치매 노인의 수의 증가는 치매 환자나 치매 가족 그리고 국가적으로도 심각한 문제로 인식되고 있다. 그러나 우리나라에서 치매 노인을 전문적으로 수용하고 치료해 주는 기간을 이용하는 사례는 많지 않고 대부분 배우자나 자녀의 보호를 받고 있는 실정이다. 이와 같이 가족 차원에서 치매 노인을 하루 24시간 보호하고 수발하는데 평균 5년 이상의 장기간을 보낸

69) 이현주, 전제논문, pp.56~77

70) 정진숙, 전제논문.

다는 것은 신체적, 심리적 피로와 사회적 고립, 경제적 문제로 인한 가족 간의 갈등을 초래한다. 치매 노인 가족들은 대부분 치매 노인을 부양한 이후 신체적 질병을 한 가지 이상 앓고 있는 경우가 대부분이며, 이런 측면에서 볼 때 치매 가족, 특히 주부양자는 치매 노인을 위한 주요 지지자인 동시에 숨겨진 환자 또는 치매의 2차적인 희생자로 불릴 만큼 많은 부담을 안고 있을 뿐만 아니라 가족들은 심각한 위기를 맞게 된다. 그래서 치매 노인의 부양을 더 이상 가족에게만 의존하지 말고, 국가의 적극적인 개인 의지와 과감한 복지 재정의 투입이 요구 되고 있다. 그리고 치매 노인 가족을 치매 노인에 대한 부양 의무자로만 보는 정책적 관점에서 벗어나 치매 노인을 부양하는 가족 역시 보호 욕구를 지닌 보호대상이라는 점을 인식해야 할 것이다.

재가복지사업은 가족의 노인부양과 보호기능을 보완하는 사회적 서비스로 우리나라 역시 고령화 사회로서의 진입과 함께 매우 중요한 사업으로 등장하고 있다. 그러나 아직까지 정부 예산에서 차지하는 보건복지부의 예산비중이 낮고 노인 복지예산 중에서도 재가복지사업이 차지하는 비중이 매우 낮다. 따라서 정부의 소극적 재가 복지사업이 차지하는 비중이 매우 낮다. 따라서 정부의 소극적 태도는 사업 대상을 전체노인이 아닌 국민기초생활보장 대상 노인을 중심으로 제한하고 있으며, 서비스의 양도 질도 제한되어 있다. 가정봉사원 파견사업 등 재가복지서비스의 대상자는 국민기초생활 보장 대상 노인에게 국한되어 있기 때문에 보호가 필요한 저소득층이나 중산층 치매노인의 경우 이용할 만한 마땅한 시설 자체가 크게 부족한 실정이다. 현실적으로 치매 노인의 부양을 주로 가족이 담당함으로써 치매 노인 부양가족의 부담을 가중시켜 가족 해체의 위기를 초래하고 심지어는 많은 사회적인 문제를 야기 시키고 있다.

2. 제도적 측면의 문제점

우리나라 서비스의 대상범위를 확대하여 국민기초생활보장 대상 노인뿐만 아니라 치매 노인 서비스를 일반 저소득층 및 중산층 노인들에게까

지 확대하여 이들의 재정형편에 따라 유료, 실비, 무료로 필요한 보건, 의료, 복지 서비스를 받을 수 있도록 하여야 할 것이다. 그러기 위해서는 제도적으로 서비스 이용에 대한 요건을 완화하여 보편적인 서비스가 제공될 수 있도록 하여야 한다. 현재 우리나라 재가복지 사업은 완전 무료 및 완전 유료만 있을 뿐 일부 유료의 개념은 도입되지 않고 있다. 그러나 국민 기초생활보장 대상 노인에게는 기존의 정책대로 무료로 서비스를 이용할 수 있도록 하고 중산층 및 그 이상의 이용자에게는 이용자 부담의 원칙에 따른 비용을 징수하는 방안을 적극적 도입해야 할 것이다. 또 현실적으로 실비 이용 대상 노인의 선정 기준인 도시 근로자 월 평균소득은 대다수 노인 가구의수입이 분명하지 않은 점과 농·어촌 지역 거주 노인 가구는 제외되는 점으로 인하여 노인가구의 경제상태 측정에 어려움이 기능적 장애를 의미하는 것인지 또는 전문적 질환인지 모호하게 있으며, “일상생활을 영위하기 어려운 정도”라는 기준도 명확하지 않는 등 재가복지서비스 대상자의 범위가 지나치게 좁게 규정되어 있다.

그리고 재가 서비스의 내용 역시 매우 제한적이다. 현행 노인 복지법상 규정되어 있는 재가복지사업은 가정 봉사원 파견 사업, 주간보호사업, 단기 보호 사업으로 제한되어 있다. 선진국의 경우 주로 제공되고 있는 방문 의료, 안부전화, 목욕, 교통편의 제공, 식사 배달 서비스 등은 전혀 포함되고 있지 않다. 복지관에 따라 이러한 서비스를 일부 도입하고 있으나 아직까지 노인들의 욕구를 충족하기에는 미흡한 실정이다. 또한 서비스의 질에 있어서도 대부분 무급 자원봉사자를 활용하고 있어 단순한 가사보조서비스 이외의 서비스는 제공되지 못하고 있다. 주간 보호시설 및 단기 보호시설과 같은 다양한 형태의 재가복지서비스의 제공으로 치매 노인 가족에게 부양책임에서 일시적으로나 떠나 있게 할 필요가 있다. 현재 우리나라는 가족과 함께 치매 노인을 수용할 수 있는 장기 치료기관은 전혀 없으며, 부양 과정에서 오는 신체적, 정신적, 상담, 교육, 재정 지원 등의 서비스가 거의 없는 형편이다. 그러므로 치매 노인을 위한 재가복지서비스는 빠른 속도로 증가하는 병약한 치매 노인과 가족들을 보호하기 위하여 절대 필요한 서비스이며, 치매 노인을 위한 복지 서비스는 부양가족을 위한 복지

서비스와 반드시 병행되어야 한다. 치매 노인의 장기보호를 위해서는 치매 전문 병원이나 치매 요양 시설에 수용하여 보호할 수도 있지만, 병원이나 시설 보호는 환자의 개별적인 욕구나 특성에 맞는 서비스를 제공하기 어렵다. 또한, 시설 운용에 필요한 경비가 많이 소요되기 때문에 치매 노인이나 가정, 그리고 국가 재정에 커다란 부담이 되고 있다.

따라서 치매 노인을 위한 서비스의 대안으로 재가 복지 파견 사업, 주간 보호, 단기 보호 등 재가복지사업을 확충하려는 노력이 필요하다. 그러나 이러한 재가복지사업은 자원조달, 서비스 대상, 전달 체계 등의 측면에서 많은 문제점을 갖고 있다.



제5장 치매노인가족 부양부담의 개선방안

치매 노인 가족에 대한 현황을 살펴볼 경우에 따르면 장기적인 부양부담에도 불구하고 대부분의 가족들이 치매 노인 질환을 가진 노인을 지속적으로 모시고 있기 때문에 이러한 부양 부담이 가족 간의 갈등과 극단적인 가족 해체를 가져올 수 있는 정도까지 이르고 있음을 알 수 있다. 그리고 치매 노인 등의 의료비용 증가와 의료 체계의 편중적인 형태로 인해 이용하기가 곤란할 지경까지 이르게 되었다. 따라서 치매 노인의 가족 서비스를 지원하여 노인이 가족 내에서 보호받을 수 있도록 하는 동시에 치매 노인 가족은 노인의 부양부담으로 인해 문제가 생기지 않도록 지원 받도록 하는 지원 체계를 구축해 나가야 할 것이다. 이를 위해서 앞으로 그에 대한 해당 서비스 지원 정책 방안을 알아보도록 한다.

제1절 시설 및 서비스 지원의 개선방안

1. 시설복지와 서비스 인력의 확대

1) 치매치료기관과 요양시설의 확충

치매 노인은 가정에서 보호하는 것이 가장 효과적이라고 하나 증상이 심해지면 요양 시설을 이용하여야 하는 경우도 있으나 우리나라의 치매요양 시설은 70여개소로 정도이고, 또한 치매요양시설의 이용을 생활보호대상자로 한정하여 저소득자나 일반 가정의 경우 이용을 희망해도 이용을 못하고 있다. 현재 노인알로시설이나 사회보호시설의 경우 희망자는 많으나 자격요건 때문에 시설이 정원 미달로 운영된다는 것이 지적되고 있는 것으로 보아 장래 치매요양시설도 그럴 가능성이 있다. 또 치매는 병원 입원 시 월 150~300만원이 소요되어 경제적 부담이 크므로 일반 가정에서도

실비를 내고 그 시설을 이용할 수 있도록 하는 것이 가정의 부담을 줄이고 노인의 유기 등을 방지하는 데에도 도움이 될 것이다. 그러므로 향후 치매요양시설을 늘리고 그 이용대상의 제한을 철폐하며 다만 대상자의 소득수준에 따라 이용료를 차별화하는 방안을 검토해야 할 것이다.

참고적으로 미국에서는 치매환자를 위해 일반 요양 시설 내에 특별간호 병동(SpecialCareUnits:SCUS)이 설치·운영되고 있다. 그리고 미국의 노인 보건의료체계에서 가장 특징적인 것은 요양원이 잘 발달되어있다는 점이다. 급성질환 또는 수술대상자에 대하여는 병원에서 일정 기간 동안(평균9일)집중 치료한 후 계속적인 간호요양서비스는 요양원에서 받도록 하고 있다.

네덜란드에서는 요양시설과 독립적 거주사이의 중간시설의 성격을 띤 GrayArea가 최근에 발달되었다. 이는 지방정부, 보호서비스 그룹, 주택회사 등의 협력을 통해 shelteredhousing형태가 이루어진다. 대개 75-150개의 아파트세대로 구성되며, 각 세대는 각기 2-3개의 방이 있어서 시설에서도 독립적 주거형태의 삶을 영위 할 수 있도록 구성되어 있다.

2) 치매 전문 인력의 양성

우리나라에서 치매에 관심을 갖기 시작한 것이 비교적 최근의 일이므로 치매에 관한 전문적인 지식을 갖춘 보건 의료 인력과 사회복지인력이 매우 부족하여 치매 노인을 위한 서비스의 실시와 질적 수준을 제고하는데 많은 어려움이 따르고 있다. 치매 노인을 위한 질적인 의료 복지 서비스의 제공은 전문적인 교육과 훈련을 받은 전문 요원의 확보에 있다. 특히, 치매노인서비스에 필요한 간호, 재활, 간병을 담당할 인력의 확보 및 관리체계의 정비가 시급하다. 현재 단순한 가사지원이나 수발을 제공하고 있는 무료 가정봉원 외에도 치매노인의 의료와 간호의 보조원 역할을 할 수 있는 유급봉사원제도를 확충하여 간병 인력을 증원하여야 한다. 현재 서울에서 실시하고 있는 ‘가정도우미’ 제도를 전문화하여 ‘치매노인 도우미’ 역할을 수행할 수 있도록 필요한 교육과 훈련을 제공하는 것도 바람직하다. 또

한 치매노인의 보건교육, 상담, 개별관리를 담당할 보건 교육과 훈련을 제공하는 것도 바람직하다. 치매노인의 보건교육, 상담, 개별관리를 담당할 치매 전문 의료인(의사, 간호사), 사회복지사, 심리학자, 간병인, 가정봉사원 등 인력의 양성이 필요하다.

외국의 사례를 살펴보면, 일본의 경우, 치매노인을 위한 간호 인력의 확보를 위해 사회복지사 및 개호복지사의 자격을 제도화 하였으며, 자원봉사자들을 대상으로 하는 강습회를 통해 이들의 자질향상을 도모하도록 단계적으로 연수체계를 갖추고 있다. 보건소에서는 가정주부 등을 대상으로 가정간호에 대한 교실을 개설하고 있을 뿐만 아니라 지역과 시설에서의 치매노인의 처우에 관한 인력의 자질향상을 도모하기 위해 보건소 직원 및 간호사, 의사 외에 지역의 개업의에 대해서도 특별연수를 실시하고 있다. 미국의 경우, 건강 및 장기보호 서비스에 관한 행정 업무, 공적프로그램 즉 메디케이드(Medicaid)등을 통한 의료혜택 업무, 치매와 관련된 시설 및 서비스 제공자에 대한 면허부여 업무, 보호부양 인력의 훈련 및 연구자에 대한 연구비 지원과 법률서비스를 제공하고 있다.

2. 재가복지서비스의 강화

치매 노인을 위한 재가복지서비스는 빠른 속도로 증가하는 치매 노인과 가족들은 보호하기 위하여 절대 필요한 서비스이다. 치매노인의 장기보호를 위해서는 치매전문병원이나 치매요양시설에 수용하여 돌보아 줄수도 있지만 병원이나 시설보호는 환자의 개별적인 욕구나 특성에 맞는 서비스를 제공하기 어렵다. 임상적인 관점에서 볼 때 혈관성 치매노인의 경우는 치료가 어느 정도 가능하지만 알츠하이머병 치매는 치료보다 보호가 필요하고 이러한 보호 서비스는 가족과 지역사회에서 격리시키지 않은 상태에서 보호하는 것이 바람직하다. 인지기능이 떨어져 있는 치매 노인이 환경에 익숙하지 못한 낯선 병원이나 시설에 입소하게 되면 정신상태가 악화될 수도 있는 때문이다.

또한 시설운영에 필요한 경비가 많이 소요됨으로 환자 자신이나 가정,

그리고 국가 재정에 커다란 부담이 되고 있다. 따라서 치매 노인을 위한 서비스 대책방안으로 재가 복지 파견사업, 주간보호, 단기보호, 가정방문 간호사업 등 재가복지사업을 다양하게 개방하고 개선해나가야 한다.

1) 재가 복지 파견서비스 사업의 개선

현재 시행되고 있는 재가 노인복지 서비스 내용을 살펴보면 주로 무료 봉사하는 가정 봉사원들이 노인 가정을 방문하여 가사 지원이나 간단한 심리 사회적 서비스가 단편적으로 제공하고 있다. 앞으로는 적어도 가정 봉사원의 8%가량(65세 이상의 치매 유병률)을 치매 담당 봉사원으로 확보하여 치매노인이나 가족들이 필요로 하는 간병이나 가사지원 서비스를 제공할 수 있도록 해야 할 것이다. 그리고 치매노인에게 제공하는 서비스의 횟수와 서비스의 제공시간을 현재 1~2시간에서 서비스의 요구량에 맞추어 더 연장이 필요하다. 그리고 최소한 전문성을 가지고 있는 유급 가정봉사원의 교육과정에 간호 관련 부분을 강화하기 위해 현재의 40시간 교육시간을 일본 수준으로 더욱 증대시켜야 한다.

현재는 주로 무료 봉사하는 가정 봉사원들이 노인 가정을 방문하거나 가사 지원이나 간단한 심리, 사회적 서비스가 단편적으로 제공되고 있다. 앞으로는 가정봉사원의 8.3%가량을 치매 담당 봉사원으로 확보하여 치매노인이나 가족들이 필요로 하는 간병이나 가사 지원 서비스를 제공할 수 있도록 해야 할 것이다. 그리고 치매노인에게 제공하는 서비스의 횟수와 서비스의 제공 시간을 현재 1~2시간에서 서비스의 요구량에 맞추어 더 연장이 필요하다. 가정봉사원 서비스가 지원체계상 대상 단순한 지원에 그치지 않도록 하기 위하여 전문성을 가지고 있는 유급 가정봉사원의 교육과정 케어관련부분을 강화하여야 하므로 현재의 40시간 교육 시간을 일본수준으로 더욱 증대시켜야 한다. 교육의 강화는 가정봉사원들이 보다 전문화된 직업의식을 가지고 노인들에게 헌신적으로 봉사 할 수 있도록 하기도 한다.

또한 대상자 선정기준의 적용을 완화하여 유연성 있게 실시하여야 하여

더 많은 저소득 계층 노인들이 무료로 서비스를 받을 수 있도록 하고 실비로 이용하는 노인들의 경우도 부담을 최소화하고 공급자에게는 충분한 보상을 할 수 있도록 사회보험의 제도의 마련이 필요하다. 비록 자격기준이 미달된다고 하더라도 특별히 보호를 필요로 하는 일반 저소득층의 대상자 노인 선정에 확대 적용될 수 있도록 접근성, 전문성, 통합성 등이 활성화 될 수 있는 방안이 확대되어야 한다. 치매 노인에게 제공하는 서비스의 횟수와 서비스 제공 시간을 현재 1~2시간에서 서비스의 요구량이 맞추어 더 연장해야 할 것이다.

외국의 사례를 살펴보면, 일본의 경우, 지방자치단체의 보건부는 치매노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 그들이 필요로 하는 서비스를 제공하고 있다.

네덜란드의 경우, 지역간호사제도를 시행하고 있는데 지역간호사는 치매관련 전문가들에 의해 사례관리자로 인식되고 있다. 이들은 치매환자 및 치매중심 간호사 및 보호자들을 방문한 이후 그들에 대한 가장 적합한 보호계획을 세워주며, 이 계획은 치매관련 모든 전문가들에 의한 토론의 장을 열어주기도 한다. 따라서 이 제도는 환자와 간호자들이 치매간호에 필요로 하는 정보를 빠른 시간 내에 제공받을 수 있도록 해준다. 이 서비스는 1주일 내내 주·야간 상관없이 이용이 가능하다.

2) 주간 보호 사업의 개선

서비스 제공인력의 부족으로 치매노인을 위한 개별서비스가 이루어지지 않고 있으므로 특히 생활 보조원과 간호조무의 인력이 절대적으로 필요하다. 주간보호사업도 단순보호에서 치매노인이나 중풍노인을 위한 치료보호 프로그램을 확대하고 주간보호센터가 직접 치매 노인을 위한 프로그램을 개발하도록 하는 것 외에도 정부에서 적절한 프로그램의 개발과 보급을 돕는 것이 유용할 것이다.

또한 일반 노인과 치매 노인을 함께 수용할 경우 노인들의 갈등뿐만 아니라, 대상자별 차별화된 프로그램의 진행이 어려우므로 일반 노인과 치매

노인을 구별하여 서비스를 제공할 수 있도록 치매 노인 전담소의 형태가 확대되어야 한다. 주간보호시설의 기준은 서비스 이용자에 대한 특별한 기준이 없이 연면적으로만 정해져 있어 이용자의 특성별로 탄력 있게 적용되지 못하고 있기 때문에 설치 기준은 명확한 근거에 따라 다시 규정되어야 하며, 이용자의 수와 특성이 반드시 고려되어야 한다.

이용 시간도 낮 시간 뿐만 아니라 이른 새벽, 야간, 주간 및 공휴일에도 환자와 부양자의 요구에 따라 융통성 있게 연장 운영되어야 할 것이다.

외국의 경우 일본은 주간보호시설에서는 치매노인에 대한 목욕, 식사, 일상동작훈련 등의 서비스를 제공하고, 수발담당자에 대해 교육도 실시하고 있다. 1992년부터는 치매노인전용의 주간보호센터를 발족시켰다.

3) 단기보호사업의 개선

치매노인을 전문으로 보호하는 단기보호소가 필요하며 치매 노인의 특성에 맞는 서비스 프로그램을 구분하여 실시하는 것이 효율적이며 단기보호사업도 치매노인의 일시적 보호뿐만 아니라 노인을 돌보고 있는 가족부양자를 입소시켜 간병에 대한 교육, 훈련 및 필요한 휴식을 취하도록 하는 것이 좋다고 본다. 단기보호시설의 서비스 제공기관도 15일로 규정되어 있으나 퇴소 후 계속해서 낮 동안 돌봐줄 가족이 없는 경우나 주간호자의 장기 질병 시에는 연장보호가 가능하도록 서비스 제공기간에 대한 탄력적인 운영이 요구된다. 단기보호시설도 치매노인전담시설로의 전문화와 프로그램의 다양화가 필요하다. 현재 단기 보호소를 이용하는 치매 노인의 비율이 낮기 때문에 치매노인을 전문으로 보호하는 단기 보호소가 필요하고, 치매 노인의 특성에 맞는 프로그램을 구분하여 실시하는 것이 효율적이며, 단기보호사업도 치매노인의 일시적 보호뿐만 아니라 노인을 돌보고 있는 가족 부양자를 입소시켜 간병에 대한 교육, 훈련 및 필요한 휴식을 취하도록 하는 것이 필요하다.

서비스 제공 기간도 퇴소 후 계속해서 낮 동안 돌봐줄 가족이 없는 경우나 주간호자의 장기 질병 시에는 연장 보호가 가능하도록 서비스 제공

기간에 대한 탄력적 운영이 요구된다.

외국의 사례를 살펴보면 일본의 경우, 간병인이 질병이나 사고로 인해 간병하는 것이 일시적으로 곤란한 경우, 와상노인, 치매노인 등을 시설에서 단기 보호하도록 함과 동시에 가정에서 돌볼 수 없는 치매노인을 양로 시설에 입소시켜 돌보게 하고 있다.

제2절 직접지원의 개선방안

1. 치매부양가족을 위한 서비스의 강화

1) 부양자의 자기 관리 방법에 대한 교육 훈련

치매환자가족의 주된 부양자는 사회적 활동제한, 심리적 부담 등의 생활상의 스트레스와 함께 피로, 질병 등의 건강상의 문제를 호소하는 경우가 많다는 점을 근거로 하여 볼 때, 치매 환자 가족에게 건강관리방법에 관한 교육과 스트레스 관리방법에 대한 교육 및 훈련이 필요하다. 치매노인 부양자의 부양부담을 경감하기 위해서는 치매노인의 증상을 완화 시킬 수 있는 의료적 처치, 가정봉사원 파견서비스, 주간 보호 및 단기보호 등의 휴식 서비스, 상담 또는 가족치료, 자조집단 프로그램 등 다양한 개입 방법들을 활용할 수 있다.

2) 치매가족 모임 또는 자조집단 프로그램의 활성화

치매 가족들로 구성된 자조집단은 정서적 지지는 물론 자신들이 필요로 하는 자원과 정보를 상호 교환할 수 있는 이점을 지니고 있다. 우리나라에서와 같이 노인복지 재정이 미흡한 상황에서 치매노인의 가족 부양기능을 강화하고 가족들의 부양부담을 경감하기 위해서는 이러한 형태의 자조집단을 활성화할 필요가 있다. 자조집단은 구성방법에 따라 성원들이 자발적

으로 구성된 집단과 전문가가 개입하여 조직한 집단으로 그 유형을 구분할 수 있다. 우리나라의 경우 가족 문제는 가족 내에서 스스로 해결하려는 의식이 강하고 주부양자들의 대부분이 시간적 제약을 받기 때문에 이들이 자발적으로 자조집단을 구성하기는 어려울 것으로 보인다. 따라서 우리나라의 현실을 고려해 보면 전문가가 개입하여 집단을 구성하여 초기단계에서는 집단운영절차 등에 대해 자문을 제공하되 점차적으로 지도력을 성원에게 이양하는 형태의 자조집단이 바람직할 것이며 현재 조직되어 있는 한국치매가족협회를 확대해 나가는 것이 바람직할 것이다.

3) 부양자를 위한 휴식서비스

휴식서비스는 치매 노인에게 일상생활 원조와 같은 구체적인 서비스를 제공함과 동시에 주부양자들에게는 부양책임에서 벗어나 자신만의 시간을 가질 수 있게 해 주므로, 주부양자의 부양부담과 역할부담을 경감함은 물론 신체 및 정신 건강과 사기를 증진시키며, 지속적인 부양역할수행에 대한 확신을 증진시켜주는 효과를 지니고 있다.

치매노인의 재활을 원조함과 동시에 가족에게 부양책임에서 벗어나 휴식을 취할 수 있도록 원조하는 두 가지 목적을 성취할 수 있는 휴식서비스로는 부양 휴가 제도, 치매 노인 주간보호, 단기보호 등이 있는데, 치매노인이 주간보호 프로그램에 참여하는 동안에 부양자는 휴식을 취하거나 개인적 용무를 볼 수 있으며, 주간보호 프로그램에 공동으로 참여하여 부양책임을 다른 가족들과 분담하고, 자정에서 실시할 수 있는 여러가지 재활 훈련방법을 학습할 수 있는 기회를 가질 수도 있다.

외국의 사례에서 미국의 휴식, 보호시설에는 치매노인뿐만이 아니라 치매노인의 가족구성원을 위한 휴식보호 역할을 하는 주간 보호서비스, 일부의 은퇴자 집단 주거지, 병원, 요양시설 등에서 이용되지 않는 병상을 치매노인이 사용하도록 배려하는 단기시설보호, 경제적으로나 신체적으로 자활능력이 없는 치매노인을 정부가 특정 개인 가정에 보호를 위탁하는 위탁보호, 저렴한 비용으로 요양시설에서 제공되는 수준에 준하는 보호를 제

공받을 수 있는 주거보호시설, 건강할 때는 일반 노인시설에 있다가 장차 몸이 노쇠하게 되면 보조적이고 숙련 간호를 제공하는 요양시설로 옮겨 필요한 서비스를 제공 받게 되는 유료 양로시설 등 다양한 서비스가 있다.

4) 치매노인부양방법에 대한 교육 및 정보제공 서비스

부양가족이 치매환자의 증상과 요구에 효과적으로 대처하기 위하여 치매에 대한 명확한 이해를 가져야만 하므로, 먼저 치매가족모임, 교육집단 프로그램, 병원 진료 시 전문의와의 상담, 그리고 정보통신 등의 교육 매체를 통하여 치매의 임상적 특성에 대한 교육이 이루어져야 한다. 치매에 대한 이해를 도모함과 아울러 부양방법과 기술에 대한 훈련서비스가 이루어져야 하는데, 먼저 치매노인의 부양을 함에 있어서 지켜야 할 원칙과 부양실습훈련을 받게 하는 방안이 바람직하다.



<표 5-1> 치매노인 부양방법에 관한 교육의 주요내용

교육영역	세부 교육내용	교육방법
치매의 이해	① 치매의 원인과 경과 ② 주요 치매증상 ③ 치매 치료방법	① 정신과 전문의의 강의와 토론
치매증상별 대처방법	① 인지장애 및 문제행동별 대처방법 ② 가정에서 활용 가능한 재활치료 방법	① 임상간호사에 의한 강의와 실습
치매노인과 의사소통 방법	① 언어적 의사소통방법 ② 비언어적 의사소통방법 ③ 정서적 교류 방법	① 치매노인과 가족의 의사소통에 관한 전문가의 강의와 모의 실험
치매노인의 건강관리	① 신체적 질병의 조기발견 및 건강 점검 방법 ② 일상생활 동작 능력의 유지 및 증진 방법 ③ 영양 관리 방법	① 간호사에 의한 강의와 실습 ② 기능치료사에 의한 강의와 실습 ③ 영양관리사에 의한 식단표 설계 실습
생활환경의 정비	① 치매노인에게 적합한 생활환경 유지방법 ② 치매증상으로 인한 안전사고의 종류와 예방·대처방법	① 치매에 관한 전문지식을 갖춘 관계 전문가에 의한 강의와 실습

자료: 권중돈. 한국치매가족연구, 1995, 서울: 홍익재

외국의 사례에서 미국의 경우, 노인 상담프로그램의 일환으로 치매노인들을 위해 치매노인의 가족과 전문가로 구성하여 24시간 치매에 관련된 정보를 제공해주는 통신서비스를 실행하고 있다.

네덜란드의 경우는 정부가 장기보호 병원에 근무하는 임상 의사, 노인병 전문 의사, 개업 의사, 노인 정신병 의사 등을 대상으로 치매노인 보호에 관한 교육을 하는데 치매노인을 위한 복지정책의 핵심을 두고 있다.

5) 개인상담 및 가족치료서비스

가족성원이 치매증상이 있으면 가족관계의 재조정과 전체가족의 적응이 필요하게 되고 이러한 위기상황을 적절히 대응하지 못할 경우 역기능적 가족 상호작용의 연쇄과정이 형성하게 된다. 가족 내에 역기능적 가족상호작용의 연쇄과정이 형성, 반복되지만 부양자는 치매노인의 부양역할을 계속해서 수행해야 하므로 전체가족관계와 노인-주부 양자관계라 부정적인 방향으로 변화하는 정도가 더욱 심하게 된다. 이러한 가족관계상의 문제를 해결하기 위해서는 역기능적 가족 상호 작용유형을 변화시키고 주부양자의 부양부담 경감과 가족성원간의 역할 분담과 주부양자의 부양활동을 지원하고 협조하는 가족분위기를 형성할 수 있는 가족 상담이나 가족치료가 필요하다. 이러한 가족 상담 치료 또는 개인 상담을 위해서는 현재 운영되고 있는 민간 상담소, 가족치료소, 정신과에 내원하여 치료받을 수 있다.

2. 교육적 치료적 서비스 확대

1) 치매 예방을 위한 홍보와 교육

치매는 가능한 한 예방 치료하여 건전한 정신 상태에서 노후를 마칠도록 하는 것이 노인 복지의 중요한 대책이 될 것이다. 치매는 의학적으로 노인의 질병으로 일어난다. 정신의학계의 분류에 따르면 뇌의 병적인 변화에 의하여 일어나는 치매와 뇌 이외의 2차적 요인에 의하여 일어나는 경우가 있는데 단일 원인으로의 치매 발생은 거의 없으며 여러 가지 복합되어 발생하는 경우가 많다고 한다.

알츠하이머병 노인 치매는 그 원인을 바이러스설, 유전설, 두부 손상 또는 뇌신경세포 손상설 등이 있으나, 아직은 원인을 정확히 파악하지 못하여 현재로서는 확실한 치료 방법은 없다고 한다. 단지 그 증상을 완화시키기 위하여 항정신성 약물, 진정제, 수면제, 항우울제, 기타 비타민류 영양제 등의 약물을 사용할 수 있고, 심리적인 문제를 극복하기 위하여 가능한 환경을 개선하거나 사회참여의 기회를 증대하여 좌절감과 열등감에 빠지지 않도록 해 주는 일이 좋다고 하지만 이것도 초기 단계에서만 도움이

되는 일이지 고령에 이르는 치매 노인의 경우는 커다란 진행성 정신장애이므로 치료 효과가 거의 없다고 볼 수도 있다.

가능한 한 정신적인 스트레스를 받지 않고 마음 편히 살고 적당한 운동을 하면서 염분이나 동물성 지방을 억제한 고른 식사와 금연으로 고혈압, 당뇨병, 동맥경화 등을 예방하는 것이 혈관성 치매예방의 최상방법이다.

이와 같이 치매를 올바르게 이해하고 치매 노인을 인격적으로 대하여 환자의 개별적인 환경과 욕구에 따라 필요한 서비스를 가정에서나 사회에서 다양하게 제공할 수 있도록 홍보와 교육을 통한 국민의 의식 전환이 필요하다. 가역성 치매의 경우 조기진단에 의한 적절한 치료를 제공하는 것이 가장 중요하고, 비가역성 치매의 경우 안전한 환경에서 치매 노인이 요양 서비스를 제공받게 함으로써 치매 환자 부양가족의 고통을 덜어 줄 수 있도록 해야 할 것이다. 또한, 치매 환자에 대해 의료인의 지속적인 진료와 간호를 받을 수 있도록 장기요양 시설 및 병원, 그리고 상담사업과의 연계를 통한 종합적인 대책 또한 이루어져야 할 것이다,

2) 치매진단과 치료를 위한 지원

치매는 단순한 건망증과는 다른 데에도 치매를 이와 혼동하는 경우가 많아 초기 치료의 기회를 놓치거나 치매의 원인에 따라 치료 방법이 다른 데에도 정확한 진단을 받지 못해 적절한 치료를 받지 못하는 경우가 많다. 즉 우리나라는 치매진단의 기준 자체가 명확히 설정되어 있지 않으며 치매 진단을 할 수 있는 병원도 적고 치매의 원인을 잘못 파악하는 경우가 30% 달한다고 한다. 보호의 질을 확보하는 차원에서 치매예방, 진단, 치료를 위한 연구를 촉진하고 특히 일반인이나 간호 인력이 보다 쉽게 치매를 평가할 수 있는 표준화된 치매진단도구의 개발이 시급히 요청된다.

또한, 치매의 예방에 있어서 정부는 ‘치매 노인 10년 대책’에서 치매발생 예방 및 환자 조기 발견을 위해 치매상담신고센터를 각 보건소에 운영하고 있다. 그러나 이 치매상담신고센터는 결국 시후 신고를 받아 필요한 서비스 이용을 안내하는 것으로서 진정한 예방이라고는 할 수 없을 것이다.

이보다는 치매종합센터나 치매전문병원 등에서 치매예방에 관한 연구를 하도록 하여 이를 널리 보급하는 방향으로 나아가야 할 것이다.

치매를 일으키는 뇌병변에서 대표적인 것은 알츠하이머병 치매와 뇌혈관성장애(뇌경색, 뇌출혈)인데 이 두 가지가 치매 원인의 80~90%를 차지하고 있다.⁷¹⁾

알츠하이머병 치매는 그 원인을 밝히지 못하고 있으며 예방이 불가능할 뿐만 아니라 진행성이기 때문에 치료가 안 된다. 알츠하이머병 치매는 그 원인을 바이러스설, 유전설, 두부 손상 또는 뇌신경세포 손상설 등이 있으나 아직은 원인을 분명히 파악하지 못하며 현 단계에서는 치료 방법도 없다고 한다.

단지 그 증상을 완화하기 위하여 향정신성 약물, 진정제, 수면제, 항우울제, 기타 비타민류 영양제 등의 약물을 사용할 수 있고, 심리적인 문제를 극복하기 위하여 가능한 한 환경을 개선하거나 관광 여행 등 사회 참여의 기회 증대로 좌절감, 열등감을 갖지 않도록 해주는 것이 좋다고 하지만 이것도 초기 단계에서나 효과를 기대할 수 있는 것이지 고령에 이르면 알츠하이머병은 위약 진행성 정신장애인 까닭으로 치료효과는 없다고 한다.

이와는 달리 혈관성 치매는 예방이 가능하고 증상이 악화되기 전에 치료하며 완치되는 경우도 적지 않으며 완치는 안된다하더라도 치매 증상을 많이 경감할 수 있다. 혈관성 치매는 다발성 뇌경색으로 뇌 속에 미세혈관이 막혀서 생기는 뇌질환의 원인으로 발생하는 것이다. 즉 뇌동맥이 파손되어 혈액덩어리가 뇌를 압박하거나 뇌내출혈로 동맥이 막혀서 뇌세포가 괴사하여 뇌졸중을 일으키는 데서 혈관성 치매가 발생하는 것이다. 따라서 뇌졸중을 예방하는 것이 곧 치매 예방으로 이어지는 것이며 뇌졸중을 치료하는 과정에서 혈관성 치매의 초기 단계는 치료가 가능한 것이다.

따라서 조기치료를 통하여 완치 및 질병의 진전을 완화시킬 수 있는 집단이 치매 집단의 1/3정도임을 감안할 때 치매 환자의 조기 발견이 중요한 이유이다. 치매는 단순한 건망증과는 분명히 다른 데도 불구하고 이와 혼동하는 경우가 많아 초기 치료의 기회를 놓치거나 치매의 원인에 따라

71) 현대건강연구회편, 『치매예방법과 치료법』, 1997

치료 방법이 다른데도 정확한 진단을 받지 못해 적절한 치료를 받지 못하는 경우가 많다. 즉, 우리나라는 치매 진단의 기준자체가 명확하지 않고, 치매 진단을 할 수 있는 병원도 적으며, 치매의 원인은 잘못 파악하는 경우가 20~40%에 달한다고 한다. 보호의 질을 확보하는 차원에서 치매 예방, 진단, 치료를 위한 연구를 촉진하고, 특히 일반인이나 간호 인력이 보다 쉽게 치매를 평가할 수 있는 표준화된 치매진단도구가의 개발이 시급히 요청된다고 하겠다.⁷²⁾

알츠하이머병 등 병인 규명과 항치매약물 개발과 같은 치매에 관한 전문적인 연구, 조사가 가능하도록 전문연구기관을 설치하고 이에 대한 적극적인 지원을 함으로써 치매에 고나한 연구가 활성화 될 수 있도록 하여야 하겠다.

제3절 정책과 제도적 지원의 개선방안

치매 노인과 부양가족을 위한 복지 서비스는 치매 예방 서비스, 가족의 부양 기능 강화와 부담 경감을 위한 보완적 서비스, 치매 노인의 시설 보호를 중심으로 한 대체적 서비스가 균형을 이루면서 치매 노인과 가족의 복지 욕구가 충분히 반영된 재가 서비스나 시설보호서비스를 실시되어야 한다. 노인 치매의 경우 우리나라의 전통적인 효에 바탕을 둔 가족 문화와 지역 사회와 국가는 치매 노인 부양가족을 비롯한 아름다운 삶을 살 권리 차원에서 사회공동체적인 책임 하에 사회복지서비스를 조직화하고 서비스의 향상을 위해 노력하여야 한다.

1. 정책적 측면의 개선방안

치매 노인을 위한 각종 의료 및 복지 시설의 부족으로 치매 노인의 부양을 가족에게 주로 의존하고 있으나, 가족의 부양기능은 약화된 반면 치

72) 현대건강연구회편, 전게서.

료 노인을 지원할 수 있는 사회적 여건이 미비한 관계로 치매 노인을 부양하는 가족들의 경우 가족 관계의 악화, 비용부담 능력의 부족 등으로 가족의 갈등을 초래하고 있으며, 심지어는 가족 해체까지 이어지고 있는 실정이다. 따라서 향후의 치매 노인의 복지 문제를 해결하기 위해서는 정부, 지역사회, 가족 등이 상호 적절한 역할 분담을 모색하는 등 사회 공동체적인 노력이 절실히 요구되는 이를 위한 문제 해결이 주요한 정책 과제가 되고 있다.⁷³⁾ 치매 노인의 부양책임은 일차적으로 가족에게 있지만 치매 노인과 그 가족을 적극적으로 지원하기 위해서 지역사회는 이러한 가족에게 치매 노인을 위한 의료 및 사회복지 서비스 제공자의 역할을 담당하고 정부는 민간단체나 서비스 제공 기관에 대한 재정적 지원과 함께 치매 전문 인력의 양성, 치매 시설의 확충 등에 주도적인 역할을 수행해야 한다. 정부의 역할만으로는 치매 노인 문제를 해결하기 어려우므로 보완적인 역할을 분담할 수 있도록 민간 참여의 대책을 지속적으로 강구해야 한다.

외국의 경우, 일본후생성은 보건의료와 복지를 통합, 연계시키는 방향으로 각종 노인복지정책을 펴나가고 있다. 일본은 노인관련 보건, 의료, 복지 서비스가 지역에서 일괄적, 계획적으로 제공될 수 있도록 지역에서의 서비스 체계를 구축해 왔으며, 치매노인에 대한 보건대책은 종합적인 노인대책의 일환으로서 다루어지고 있다.

2. 제도적 측면의 개선방안

현재 많은 서비스와 제도적 장치가 존재하기는 하나, 현실적으로는 치매 노인 부양을 주로 가족이 담당하게 됨으로써 치매 노인 부양가족의 부양 부담을 가중시켜 가족 해체의 위기를 발생시키고, 심지어는 치매 노인을 시설보호서비스에 맡기고 찾아보지 않는 유기의 현상 또한 나타나서 심각한 사회 문제를 초래하기도 한다. 그래서 우리 사회는 현실에 적용할 수 있는 사회 복지 제도를 실행할 수 있도록 노력에 심혈을 기울려야 할 것이다, 이처럼 서비스의 접근성을 제고하기 위해서는 치매의 예방, 진단, 치

73) 김태환, 「시설입소 치매노인이 주부양자의 생활에 미치는 영향에 관한 연구」, 건국대학교 행정대학원 석사학위논문, 2001.

료, 보호를 담당할 치매 관련 기관을 확충해야 할 것이다. 이와 같은 치매 관련 서비스는 치매 노인의 치매 특성이나 치매 노인 가족의 부양능력 등에 따라 적절한 서비스를 주민의 가까이에서 제공할 수 있도록 전달체계를 조직적으로 체계화하여 서비스의 효율성을 극대화하여야 할 것이다. 치매는 완치가 어려운 질병이지만, 치매의 진행을 느리게 함으로써 치매의 정도가 심각한 상황에 도달하지 않도록 하기 위해서는 치매의 상담 및 여러 가지 치매와 관련된 정부의 제공을 제공받기 위해서는 치매 상담소의 확충이 요구된다. 이러한 제도적 장치에 뒷받침해서 앞에서 언급한 서비스 이용에 대한 요건을 보완하여 보편적 서비스가 제공될 수 있도록 해야 할 것이다. 이를 위해서는 지역 사회마다 설치되어 있는 보건소의 적극적인 활용방안을 마련할 필요가 있으며 치매종합센터의 건립을 추진하여야 한다. 이를테면, 가벼운 증상을 가진 경증의 치매 노인에 대해서는 재가복지서비스를 받도록 하고, 중증의 치매 노인에 대해서는 시설보호서비스를 제공할 수 있도록 하는 것이 바람직하다.⁷⁴⁾

따라서 경증의 치매 노인을 위해서는 가정 봉사원 파견 센터, 주간 및 단기 보호시설의 확충이 필요하며 이를 위해서는 기존의 노인 종합 복지관 및 부설 재가복지센터 뿐만 아니라 양로원, 요양원 등 노인 관련 시설을 활용하여 재가복지서비스 제공 기관의 수를 지속적으로 확충해야 할 것이며, 가정에서 돌보기가 어려울 정도로 심한 치매 노인은 시설에 수용 및 보호하되 시설의 형태는 지역사회에 위치하고 있는 재활 중심의 서비스를 제공하는 의료기능이 강화된 치매 전문 요양원을 만들어 보급하는 것이 시급한 시책이라고 할 것이다. 이러한 시설은 공공기관 보다는 민간이 운영하는 것이 더 효율적일 수 있으므로 민간이 보다 쉽게 이들 시설을 설치 및 운영할 수 있도록 설립 요건과 운영 기관을 완화하는 조치가 필요하며, 재원조달, 시설확보, 인력 개방 훈련, 기본 의료 시설, 복지 시설과 연계 측면에서 노인과 가족의 요구를 충족하는데 미흡하므로 관련법의 재정과 지원을 모색해야 할 것이다.

치매 노인과 가족을 위한 서비스는 매우 다양하다. 그것은 치매의 일상

74) 이임숙 「치매노인가족의 부양부담에 관한 연구」, 동아대학교 정책과학대학원 석사학위논문, 2001.

경과에 따라 치매 노인이 나타내는 정신적, 신체적 증상이 매우 다양하고 또 대다수 치매 노인에게는 치매 이외의 신체질환을 가지고 있어서 정신과, 내과, 외과, 피부과, 정형외과, 신경외과 등 다양한 의료 서비스를 받아야 할 필요가 있고, 가족의 경제적, 사회적, 심리적 특성이 다양하여 개개인의 특성에 맞는 욕구를 충족시키기 위해서는 치매노인과 가족을 위한 복지시설이나 서비스를 통합하여 클라이언트에게 적절한 서비스를 할 수 있는 전달 체계 망 구축이 반드시 필요하다.

외국의 사례에서 일본의 경우 1982년에 노인보건법을 제정하여 기존의 치료위주의 의료체제를 질병예방 건강증진체계 확립의 필요성을 절감하고 노인에 대한 보건 및 의료서비스 제공을 원활하게 하고 있다.



제6장 결 론

제1절 요약 및 제언

인구의 고령화문제와 관련해서 볼 때, 노인성 치매는 사회적으로 큰 문제를 유발시킬 수 있다. 치매는 뇌세포 손상에 의한 것으로 주로 노인에게 발병률이 높아, 최근의 인구 고령화 문제와 함께 전 세계적으로 관심을 모으고 있는데, 이는 단순히 치매의 치료를 위한 의학적 관심과 문제뿐만이 아니라 치매노인을 부양하는 가족들이 겪는 부양부담에 대한 고통과 함께 사회적인 문제로까지 확대되어 나타나고 있다. 즉 치매라는 병의 특성상 간병을 하는 가족이 24시간 옆에 붙어 있어야 하므로 사회·경제적 활동에 막대한 영향을 끼치게 되고, 지치고 힘들어지는 등의 심리적, 육체적 고통까지 수반하게 되므로, 치매노인 가족에 대한 부양부담의 경감을 위하여 정부의 정책적인 대책이 시급히 요구되고 있는 것이다.

그러므로 본 연구는 치매노인과 그 가족들이 겪는 부양부담에 대해서 살펴보는 것을 주제로 하여, 현재 우리나라의 현황을 기초로 하여 치매노인 가족의 부양부담에 대한 문제점과 개선방안을 파악해 보고자 하였다.

이를 위하여 문헌연구와 사례조사를 실시하였고, 먼저 이론적인 배경으로써 치매의 개념과 노인치매의 특성을 살펴봄으로써 치매의 정의와 분류 그리고 노인치매의 특성을 살펴보고, 치매의 증상과 예방, 치매노인가족 부양부담의 특성에 대하여도 조사하였다. 그리고 치매노인가족 부양부담의 사례를 해외사례와 우리나라의 현황으로 나누어 살펴보았는데, 해외사례는 일본, 미국, 네덜란드의 사례를 통해 우리나라의 현황과 비교할 수 있는 시사점을 파악하는 근거가 되었다.

본 연구는 이러한 이론적 배경의 과정을 통하여 부양부담을 유형화 할 수 있었다. 유형화된 부양부담은 크게 시설과 서비스 지원 및 직접적인 지원과 간접적인 정부의 대책으로 나눌 수 있었다. 시설과 서비스 지원은 시

설지원에 대한 문제점과 개선방안 그리고 서비스 지원에 대한 문제점과 개선방안을 살펴보는 기준이 되고, 직접적인 지원은 치매부양가족에 대한 직접적인 접근방식으로써의 지원이며, 치매부양가족에 대한 직접서비스의 문제점과 개선방안을 살펴보는 기준이 되었다.

이 기준을 토대로 치매노인 가족이 겪는 부양부담에 대한 문제점과 개선방안에 대하여 분석을 실시하였다.

첫째, 치매노인 가족이 겪는 부양부담에 대한 문제점은 크게 시설 및 서비스 지원의 문제점과 직접지원의 문제점, 정책과 제도적인 측면의 문제점으로 나누어 살펴보았다. 시설 및 서비스 지원의 문제점으로는 치매노인환자의 욕구를 충족시키기 위한 먼저 무료·실비 양로 및 노인요양시설을 확충하고, 건물구조의 개선, 기능회복을 위한 전문 프로그램의 개발, 소규모 사설시설들의 양성화, 저소득 노인을 위한 임대주택제도의 활성화가 필요하다는 것을 강조하였다. 아울러 국가 및 지방 시·군·구청에서 예산부족으로 치매노인시설을 못하고 있는 것이 문제점으로 발견되었다.

직접지원의 문제점으로는 우리나라에서 치매 노인의 진료에 들어가는 비용이 국가전체의료비의 0.04%에 불과하여, 치매 노인에게 소요되는 의료비가 거의 없다는 것과 노인의 치매 증상에 대하여 56%가 의료기관에서 정확한 치매 진단을 받은 적이 없다는 것을 근거로 치매 노인의 의료비는 치매 정도에 따라서 결정되는 것이 아니라 가족의 경제적 상황에 의해 결정되기 때문임을 밝히고 이에 따라 치매 노인에 소요되는 의료비 등은 계속적으로 소요되는 것이기 때문에 일상적이고 정상적으로 수입으로는 치매노인이나 가족들이 부담하기 어렵기 때문에 재정 지원 등 다양한 비용 부담 체계가 필요하다는 것을 강조하였다.

정책과 제도적인 측면의 문제점의 경우 정책적 측면의 문제점과 제도적 측면의 문제점으로 나누어 살펴보았는데, 먼저 정책적 측면의 문제점으로는 치매 노인 가족들은 대부분 치매 노인을 부양한 이후 신체적 질병을 한 가지 이상 앓고 있는 경우가 대부분이며, 이런 측면에서 볼 때 치매 가족, 특히 주부양자는 치매 노인을 위한 주요 지지자인 동시에 숨겨진 환자

또는 치매의 2차적인 희생자로 불릴 만큼 많은 부담을 안고 있을 뿐만 아니라 가족들은 심각한 위기를 맞게 되므로, 치매 노인의 부양을 더 이상 가족에게만 의존하지 말고, 국가의 적극적인 개인 의지와 과감한 복지 재정의 투입이 요구 되고 있음을 강조하였다. 제도적 측면의 문제점으로는 서비스의 대상범위를 확대하여 국민기초생활보장 대상 노인뿐 만이 아니라 치매 노인 서비스를 일반 저소득층 및 중산층 노인들에게까지 확대하여 이들의 재정형편에 따라 유료, 실비, 무료로 필요한 보건, 의료, 복지 서비스를 받을 수 있도록 하여야 할 것임을 강조하면서 국민기초생활보장 대상 노인에게는 기존의 정책대로 무료로 서비스를 이용할 수 있도록 하고 중산층 및 그 이상의 이용자에게는 이용자 부담의 원칙에 따른 비용을 징수하는 방안을 적극적 도입해야 할 것이라고 주장하였다.

치매노인 가족의 부양부담 경감을 위한 개선방안으로는 문제점의 분류 방식과 같이 시설 및 서비스 지원의 개선방안과 직접지원의 개선방안 그리고 정책과 제도적 지원의 개선방안으로 크게 나누어 살펴보았다.

먼저 시설 및 서비스 지원의 개선방안을 살펴보면, 이는 다시 시설복지와 서비스 인력의 확대, 재가복지서비스의 강화로 나눌 수 있었고, 시설복지와 서비스 인력의 확대는 치매치료기관과 요양시설의 확충, 치매전문인력의 양성으로 분류할 수 있었다. 특히 치매치료기관과 요양시설은 그 수를 늘리고 이용대상의 제한을 철폐하며 다만 대상자의 소득수준에 따라 이용료를 차별화하는 방안을 검토해야 할 것임을 강조하였다. 그리고 치매전문인력의 양성은 치매노인의 보건교육, 상담, 개별관리를 담당할 치매전문 의료인(의사, 간호사), 사회복지사, 심리학자, 간병인, 가정봉사원 등 인력의 양성이 필요함을 제시하였다.

시설 및 서비스 지원의 두 번째 개선방안으로써 재가복지서비스의 강화의 경우는 다시 가정봉사원 파견사업의 개선과 주간 보호사업의 개선, 단기보호사업의 개선으로 나눌 수 있었다. 가정봉사원 파견 사업의 개선은 치매노인에게 제공하는 서비스의 횟수와 서비스의 제공시간을 현재 1~2시간에서 서비스의 요구량에 맞추어 더 연장이 필요하며, 최소한 전문성을 가지고 있는 유급 가정봉사원의 교육과정에 간호 관련 부문을 강화하기

위해 현재의 40시간 교육시간을 일본 수준으로 더욱 증대시켜야 함을 강조하였다. 주간 보호 사업의 개선은 단순보호에서 치매노인이나 중풍노인을 위한 치료보호 프로그램을 확대하고 주간보호센터가 직접 치매 노인을 위한 프로그램을 개방하도록 하는 것 외에도 정부에서 적절한 프로그램의 개발과 보급을 돕는 것을 제시하였다. 단기보호사업의 개선은 치매노인의 일시적 보호뿐만 아니라 노인을 돌보고 있는 가족부양자를 입소시켜 간병에 대한 교육, 훈련 및 필요한 휴식을 취하도록 하여야 하며, 단기보호시설의 서비스 제공기관도 15일로 규정되어 있으나 퇴소 후 계속해서 낮 동안 돌봐줄 가족이 없는 경우나 주간호자의 장기 질병 시에는 연장보호가 가능하도록 서비스 제공기간에 대한 탄력적인 운영이 요구됨을 강조하였다.

직접적인 개선방안으로는 치매부양가족을 위한 서비스의 강화와 교육적 치료적 서비스의 확대를 나눌 수 있었다. 먼저 치매부양가족을 위한 서비스의 강화는 부양자의 자기 관리방법에 대한 교육 훈련으로 치매노인 부양자의 부양부담을 경감하기 위해서는 치매노인의 증상을 완화 시킬 수 있는 의료적 처치, 가정봉사원 파견서비스, 주간 보호 및 단기보호 등의 휴식 서비스, 상담 또는 가족치료, 자조집단 프로그램 등 다양한 개입 방법들을 활용할 것을 제안하였고, 치매가족 모임 또는 자조집단 프로그램의 활성화는 전문가가 개입하여 집단을 구성하여 초기단계에서는 집단운영절차 등에 대해 자문을 제공하되 점차적으로 지도력을 성원에게 이양하는 형태의 자조집단이 바람직할 것임을 제안하였다. 또한 부양자를 위한 휴식 서비스를 제안하여 주부양자들에게는 부양책임에서 벗어나 자신만의 시간을 가질 수 있게 해 주므로, 주부양자의 부양부담과 역할부담을 경감함은 물론 신체 및 정신 건강과 사기를 증진시키며, 지속적인 부양역할수행에 대한 확신을 증진시켜주는 효과를 주어야 함을 강조하였다. 그리고 치매노인부양방법에 대한 교육 및 정보제공 서비스를 실시하여야 함을 제안하였다. 또한 주부양자의 부양부담 경감과 가족성원간의 역할 분담과 주부양자의 부양활동을 지원하고 협조하는 가족분위기를 형성할 수 있는 가족상담이나 가족치료가 필요함도 제시하였다.

교육적 치료적 서비스의 확대 방안으로는 먼저, 치매 예방을 위한 홍보와 교육이 필요함을 제안하였고, 초기의 치매진단과 치료를 위한 정부의 지원이 있어야 함을 강조하였다. 이를 위하여 특히 일반인이나 간호 인력이 보다 쉽게 치매를 평가할 수 있는 표준화된 치매진단도구가의 개발이 시급히 요청됨을 제시하였다.

정책과 제도적 지원의 개선방안은 정책적 측면의 개선방안과 제도적 측면의 개선방안으로 나누어 살펴보았는데, 먼저 정책적 측면의 개선방안으로는 지역사회와 정부의 역할이 중요함을 강조하였다. 즉, 지역사회는 이러한 가족에게 치매 노인을 위한 의료 및 사회복지 서비스 제공자의 역할을 담당하고 정부는 민간단체나 서비스 제공 기관에 대한 재정적 지원과 함께 치매 전문 인력의 양성, 치매 시설의 확충 등에 주도적인 역할을 수행해야 한다. 정부의 역할만으로는 치매 노인 문제를 해결하기 어려우므로 보완적인 역할을 분담할 수 있도록 민간 참여의 대책을 지속적으로 강구해야 하는 것이다.

제도적 측면의 개선방안으로는 치매의 예방, 진단, 치료, 보호를 담당할 치매 관련 기관을 확충해야 하고, 적절한 서비스를 주민의 가까이에서 제공할 수 있도록 전달체계를 조직적으로 체계화하여 서비스의 효율성을 극대화하여야 할 것임을 강조하였다. 예를 들어 벼운 증상을 가진 경증의 치매 노인에 대해서는 재가복지서비스를 받도록 하고, 중증의 치매 노인에 대해서는 시설보호서비스를 제공받을 수 있도록 한다든가 가정 봉사원 파견 센터, 주간 및 단기 보호시설의 확충과 기존의 노인 종합 복지관 및 부설 재가복지센터 뿐만 아니라 양로원, 요양원 등 노인 관련 시설을 활용하여 재가복지서비스 제공 기관의 수를 지속적으로 확충해야 할 것임을 제안하였다.

제2절 연구의 한계

본 연구는 치매노인 가족의 부양부담에 대한 문제점과 개선방안을 파악해 보는데 연구의 의의와 목적을 두고 있다. 또한 이 목적을 실현하기 위하여 연구의 방법으로 문헌연구를 통한 사례조사의 방식을 취하였다. 그렇기 때문에 연구의 도구는 주로 선행연구자료에 많이 의존할 수 밖에 없었다.

치매노인의 가족이 겪는 실제적인 고통과 부담을 실증적으로 연구하기 위해서 가장 좋은 방법은 가족들을 대상으로 하는 면밀하고도 직접적인 조사가 가장 좋을 것이다. 인터뷰나 설문조사를 통하여 가족들의 심리적, 정신적, 육체적, 경제적 고통을 파악하는 것은 치매노인 가족의 부양부담을 측정하는데 가장 직접적인 도구가 될 수 있었을 것이다. 본 연구도 이러한 시도를 하려고 하였으나, 치매노인의 가족이라는 설문조사의 적절한 샘플을 확충하는데 어려움이 있었다.

그러므로 기존에 이러한 방식으로 시도되었던 선행연구를 통하여 간접적으로 치매노인 가족의 부양부담에 대한 실증적인 조사결과를 파악하려고 하였다. 조사를 통해 알 수 있었던 한 가지 흥미로운 사실은 과거 10~20년간부터 조사되어진 치매노인 가족의 부양부담이 현재에 이르기까지 큰 변화가 없었다는 것이다. 즉, 치매노인 가족이 겪는 심리적, 정신적, 육체적, 경제적 고통은 과거부터 현재까지 계속되고 있었다는 것이다.

본 연구가 연구의 방법상 한계는 있었으나, 기존의 실증적 선행연구자료를 조사하면서 얻은 것은 아직까지도 정부나 지역사회가 치매노인 가족들에게 많은 관심과 지원을 아끼지 말아야 한다는 것이다.

【참고문헌】

1. 국내문헌

[단행본]

- 권중돈, 『한국치매가족연구』, 홍익재, 1995.
권중돈 외 5, 『치매와 가족』, 학지사, 2002.
박차상, 『한국노인복지론』, 양서원, 2002.
이윤로, 『치매노인과 사회복지서비스』, 학지사, 2003.
장인협·최성재, 『노인복지학』, 서울대학교출판부, 2001.
현대건강연구회편, 『치매예방법과 치료법』, 1997.

[논문]

- 김성현, 「치매 노인 부양자의 부담 감소에 영향을 미치는 요인에 관한 연구」, 서울여자대학교 대학원 석사학위논문, 2000.
김승업, 「알츠하이머병의 이해」, 『상담과 선교』 34, 한국상담선교연구원, 2001.
김윤재, 「치매노인부양자의 부양부담감소를 위한 지원체계 대처전략에 관한 연구」, 상명대학교 대학원 박사학위논문, 2004.
김인숙·정경옥, 「노인성 치매 및 치매관리에 관한 고찰」, 『김천과학대학논문집』 21, 1995.
김진덕, 「고령화 사회에 대응한 충북지역 고령인구의 인적자원 개발방향」, 충북개발연구원, 2006.12.
김태환, 「시설입소 치매노인이 주부양자의 생활에 미치는 영향에 관한 연구」, 건국대학교 행정대학원 석사학위논문, 2001
권중돈, 「치매노인가족의 부양부담 사정에 관한 연구」, 연세대학교 대학원 박사학위 논문, 1994.

- 마정수, 「치매노인의 문제행동이 가족스트레스에 미치는 영향」,
이화여대대학원 석사학위논문, 1994.
- 민경배, 「치매의 원인, 치료 그리고 예방」, 『상담과 선교』 34, 한국상담
선교연구원, 2001.
- 박형근, 「외국의 치매정책과 서비스 프로그램」, 『노인복지정책연구』,
1996. 하계호.
- 변영순·이정인, 「노인의 치매 유병률에 관한 조사연구」, 『간호과학』 9,
이화여자대학교 간호과학연구소, 1997.
- 서미경 외. 「치매노인 재가복지서비스의 현황과 정책」,
한국보건사회연구소, 1996.
- 송명숙, 「치매노인을 위한 사회적 지원 서비스 체계에 대한 연구」,
중앙대학교 행정대학원 석사학위논문, 2005.
- 송영희, 「중년의 치매에 대한 인식과 태도-사·오십대를 중심으로」,
동덕여자대학교 여성개발대학원 석사학위논문, 2002.
- 우병환, 「치매노인 가족의 부양부담 경감방안 연구」, 동국대학교
행정대학원 석사학위논문, 2004.
- 이경숙, 「치매노인의 의료서비스 개선방안에 관한 연구」, 원광대학교
행정대학원 석사학위논문, 2004.
- 이남주, 「치매노인을 위한 사회복지서비스의 향상에 관한 연구 :
복지향상을 위한 프로그램안 개발을 중심으로」, 동국대학교
석사학위논문, 2000.
- 이명숙. 「치매노인을 위한 사회복지서비스 방안」, 동국대학교
석사학위논문, 2000.
- 이임숙, 「치매노인가족의 부양부담에 관한 연구」. 동아대학교
정책과학대학원 석사학위논문, 2001.
- 이재선 국회의원실, 「치매노인환자 부양실태와 개선방안」, 2003.9.
- 이현주, 「치매노인의 간호와 부양부담에 관한 실증적 연구」, 경희대학교
행정대학원 석사학위논문, 2000.
- 정대현, 「고령화 사회에서 비노인층의 노인 부양 의식에 관한 연구」,

- 건국대학교 행정대학원 석사논문 2005.
- 정진숙. 「치매 노인 부양부담에 관한 연구」, 중앙대학교 행정대학원 석사학위논문, 2001.
- 조유향, 「일본의 재가노인 복지사업」, 『재가노인복지서비스』, 한국재가노인복지협회, 1999.
- 한국상담선교연구원편집실, 「알츠하이머병의 원인과 치료」, 『상담과 선교』 9, 한국상담선교연구원, 2001.
- 한소엽 외 2, 「노인성 치매」, 『화학세계』 38, 1998.

[기타]

- 보건복지부(www.mohw.go.kr)
- 한국재가노인복지협회(www.kacold.or.kr)
- 한국치매협회(www.silverweb.or.kr)
- 한국치매가족협회(www.alzza.or.kr)

2. 외국문헌

- 武田安, 「福祉改革の福祉補助金」, 1990, pp.15-17.
- Gatz., M. et al. "Caregiving Families". in J. E. Birren and K. W. Schaie(eds). *Handbook of the Psychology of Aging* (3rd ed). San diego: Academic Press, Inc., 1990, pp.404-445
- McCubbin, H. L. and Patterson, J. M., "The Family Stress Process: The Double ABCX Model of Adjustment and Adaption". in McCubbin, H. I. et al., (eds.). *Social Stress and the Family*, N. Y.; The Haworth Press, 1983, pp.7-38.
- Novak, M., and Guest., C. "Application of a Multidimensional Caregiver Burden Inventory", *The Gerontologist*. The Gerontological Society of America, 1989. 29(6), pp.798-803

Montgomery, R. J. et al., "Caregiving and The Experience of Subjective and Objective Burden", *Family Relations*, Vol. 34, National Council on Family Relations, 1985, pp.19-26



ABSTRACT

A Study on the Policies to reduce burdens of family with senile dementia

Ahn, Jae-Ho

Major in Counselling of Social Welfare

Dept. of Social Welfare Administration

Graduate School of Public Administration

Hansung University

Among four world-wide diseases of Alzheimer, heart disease, cancer and stroke, Alzheimer is due to damaged brain cells and main occurs in seniors, therefore getting world-wide attention with the aging of population. It became an issue not only with medical interest but also political interest with relevancy to socio-economic problems.

Especially related to aging of population, Alzheimer can be a big social problem. Increasing number of Alzheimer patients are not only an issue of patients themselves but also an issue of family who feel supporting burdensome. Also, bearing the load of supporting patient can be expand to being social problem. The burden of patients' families who are supporting cannot be underestimated as just 'nursing'. The nature of the Alzheimer requires supporting families being around the patient 24 hours a day, so it has a huge impact on socio-economic

activities and comes with mental/physical pain.

This research aims at finding out the load of supporting that patients' families are bearing, and the way to alleviate the pain for both patients and families based on the current situation of Korea.

For this, I collected and analyzed related data and books to figure out the concept, type and characteristic of Alzheimer and the burden of supporting families. Also I collected books, publications, news and earlier reports to study the abroad cases and domestic cases of burden of supporting families.

As a result, the problems that supporting families are having were studied in the aspect of facilities/service supports, direct supports and policy/institutional supports.

As solutions for the problems, I classified them into 3 sections, improvement in facilities/service supports, direct supports, and policy/institutional supports as I did when classifying problems.

