

碩士學位論文
指導教授 辛在周

癡呆老人을 위한 在家福祉 서비스
改善方案 研究

A Study on Improvement of the Services of the Dementia
for the Elderly Residing at Home

2002年 8月 日

漢城大學校 行政大學院

福祉行政學科

社會福祉專攻

徐 商 明

碩士學位論文
指導教授 辛在周

癡呆老人을 위한 在家福祉 서비스
改善方案 研究

A Study on Improvement of the Services of the Dementia
for the Elderly Residing at Home

위 論文을 行政學 碩士學位論文으로 提出함

2002年 8月 日

漢城大學校 行政大學院

福祉行政學科

社會福祉專攻

徐 商 明

徐商明의 行政學 碩士學位 論文을 認定함

2002年 8月 日

審査 委員長 印

審査 委員 印

審査 委員 印

목 차

제 1 장 서 론	1
제 1 절 연구의 목적	1
제 2 절 연구의 범위 및 방법	5
제 2 장 이론적 고찰	7
제 1 절 장기요양보호노인의 환경적 요소	7
1. 사회요인의 변화	7
2. 가족관계 요인의 변화	8
3. 문화적 요인	9
제 2 절 재가복지의 개념	10
1. 재가복지의 정의	10
2. 재가복지 서비스의 분류	12
제 3 절 치매의 개념	14
1. 치매의 정의	14
2. 치매의 분류	16
3. 재가치매노인가족의 부담감	26
제 4 절 재가치매노인복지의 서비스 사업	27
1. 주간보호사업	28
2. 단기보호사업	32
3. 가정봉사원파견 사업	33
4. 방문의료서비스	37

제 3 장 우리 나라 및 각국의 치매노인 현황과 복지 실태	39
제 1 절 각 국의 치매 노인현황 및 복지실태	39
1. 미국	39
2. 일본	42
3. 영국	46
4. 네덜란드	49
제 2 절 우리 나라 재가치매노인복지 서비스의 실태	52
1. 치매노인의 현황 및 복지실태	52
2. 재가치매노인가족 실태	61
제 4 장 재가치매노인을 위한 재가복지 서비스 문제점	65
제 1 절 주간보호 사업의 문제점	65
1. 전문적인 프로그램의 미비	65
2. 시설의 부족과 지역편중	65
3. 서비스 제공인력의 부족	66
4. 재정현황 파악의 문제	66
5. 시설설치 기준의 문제	67
제 2 절 단기보호사업의 문제점	67
1. 서비스 프로그램의 다양화	67
2. 이용부담의 문제	68
3. 시설부족과 지역편중	68
4. 인력배치기준의 문제	69
5. 시설전문성의 문제	69
6. 시설기준의 문제	70
7. 서비스 제공기간의 문제	70

제 3 절 가정봉사원 파견사업의 문제점	71
1. 전문성의 결여	71
2. 서비스제공의 문제	71
3. 이용범위와 비용의 문제	72
4. 의식부족	72
5. 봉사원 확보의 문제	73
6. 방문의료서비스 문제	73
제 5 장 재가치매노인의 서비스 개선방안	75
제 1 절 주간보호사업 활성화방안	75
1. 시설확충과 전문화	75
2. 서비스 프로그램의 세분화	76
3. 인력 배치기준의 강화	76
4. 시설기준의 강화	77
제 2 절 단기보호사업 활성화방안	78
1. 시설의 전문화	78
2. 인력배치기준 강화	79
3. 시설기준 강화 및 안전시설 확보	80
4. 서비스 프로그램의 다양화	80
5. 입소기간의 연장	81
제 3 절 가정봉사원 파견사업의 개선방안	82
1. 파견업소의 내실화와 확충	82
2. 공급의 적정화	83
3. 서비스 대상의 확대	83
4. 비용부담체계 개선	84

5. 인력의 전문화 및 교육의 강화	85
제 6 장 결론	87
참고문헌	91
ABSTRACT	97

표 목 차

<표 2-1> 치매의 분류	18
<표 2-2> 주간보호소 서비스 제공현황	30
<표 2-3> 치매가족과 가정봉사원의 제공서비스	35
<표 2-4> 경제상황별 정부의 지원현황	36
<표 3-1> 1960-2030년까지의 장래인구 추이	53
<표 3-2> 치매유병률 추계	54
<표 3-3> 치매노인 수 추계	55
<표 3-4> 성별·연령별 치매노인 수 추계	55
<표 3-5> 치매정도별 치매노인 수 추계	56
<표 3-6> 재가서비스 이용대상 치매노인 수 추계	57

국문초록

인구의 고령화로 치매노인에 대한 문제해결이 주요한 정책과제로 대두되고 있는 실정에서, 본 연구는 치매노인의 현황과 각국의 재가복지서비스 실태, 재가치매노인가족의 실태를 통하여 우리 나라 재가복지서비스의 문제점을 파악하고 이를 토대로 하여 재가복지서비스의 활성화방안을 모색하고자 하는데 초점을 두었다.

우리 나라의 치매노인은 노인의 수가 증가함에 따라 급속히 증가하여 2010년에는 26만명, 2020년에는 40여만 명까지 증가될 것으로 예측된다. 이러한 급속한 치매노인들의 증가에도 불구하고 치매노인들을 보호할 수 있는 시설이 다른 선진국들에 비해 양적으로나 질적으로나 많이 부족한 실정이다.

더욱이 이러한 치매노인들의 부양자는 노인을 간호하는 과정에서 신체적, 정서적, 경제적, 사회적 부양부담을 경험하여, 가족의 부양기능의 약화는 물론, 치매노인을 지원할 수 있는 사회적 여건이 미비하여 가족해체로까지 이어지고 있는 상황이다.

실제로 치매부양가족들이 이용하고 싶어하는 재가복지서비스는 주간탁로 보호, 가정봉사원파견서비스, 가정간호서비스, 치매상담, 목욕서비스, 치매정보제공 등 다양하지만 현재 우리 나라는 사회복지서비스 제공기관이 부족하고 또한 생활보호대상자 위주로 서비스를 제공하고 있어서 다수 중산층의 노인들 또는 저소득취약계층이라 할지라도 부양가족이 있는 치매노인들은 재가복지서비스를 받지 못하고 있다. 게다가 치매전문요양시설, 노인전문병원이 전국적으로 골고루 분포되어 있지 않아 치매노인이나 치매부양가족들이 시설 부족의 어려움을 겪고 있다.

치매노인들의 부양자는 노인을 간호하는 과정에서 신체적, 정서적, 경제적, 사회적 부양부담을 경험하여, 가족의 부양기능의 약화는 물론, 치매노인을 지원할 수 있는 사회적 여건이 미비하여 가족해제로까지 이어지고 있는 상황이다.

따라서 본 연구에서는 재가서비스의 문제점을 토대로 재가서비스의 활성화 방안을 다음과 같이 모색해 보았다.

첫째, 치매노인과 치매가족의 수요에 대응할 수 있도록 가정봉사원 파견소를 확대하고 각 가정봉사원 파견사업소에는 치매노인을 전담하는 가정봉사원을 배치하여 전문적인 기존의 재가복지봉사센터를 활용하도록 하고, 단기보호시설은 현재 충분히 이용되지 못한 노인요양시설을 활용하는 것을 고려하도록 한다.

둘째, 재가복지사업이 확대되면 이용자의 지불능력에 따라 이용자부담을 차등화 하여 사회적 형평성도 높이고 경제적 효율성도 높여야 한다.

셋째, 치매노인을 대상으로 하는 재가서비스 내용의 질적 향상 문제이다. 치매노인 대상서비스의 경우에는 간호서비스를 강화해야 하며 교육과정에 간호관련부문을 강화하도록 해야 한다.

넷째, 주간 및 단기보호소는 대상의 특성을 고려한 차별화된 규정의 정립이 필요하다. 치매노인을 전담하는 보호소의 경우에는 일반보호소에 비해 기준을 강화하여, 치매노인이 생활하는데 불편이 없도록 더 넓은 공간의 확보 및 안정장치가 강화된 규정의 정립이 필요하다.

그러므로 고령화사회에 대비한 향후의 치매노인의 복지문제를 해결하기 위해서는 정부, 지역사회, 가족 등이 상호 적절한 역할분담을 모색하는 등 공

동체적인 노력이 절실히 요구된다. 치매노인의 부양책임은 일차적으로 가족에게 있지만 지역사회는 이러한 가족에게 치매노인을 위한 의료 및 복지서비스 제공자의 역할을 담당하고 정부는 민간단체나 서비스제공기관에 대한 재정적 지원과 함께 치매전문인력의 양성, 치매시설의 확대 등에 주도적인 역할을 수행함으로써 치매노인과 그 가족을 적극 지원할 수 있을 것이다.

제 1 장 서 론

제 1 절 연구의 목적

자연적인 인구의 증가, 의학의 발달, 생활 수준의 향상으로 인하여 전체 인구 중에서 노인인구의 비율이 높아지고 있다. 우리 나라에 1백세가 넘는 사람은 모두 2천2백20명인 것으로 집계됐다. 또 2000년에 태어난 아이들은 10명 중 3명이 85세 이상 장수하고, 2백명 중 3명 꼴로 1백세 이상 살 것으로 예측됐다.¹⁾

최근 보건복지부. 통계청에 의뢰해 작성한 국내 인구동향 분석에 따르면 1980년에 2백24명이었던 1백세 이상 인구가 20년 사이에 10배로 불어났고, 앞으로 얼마나 살 수 있을지를 보여주는 기대여명도 3년 이상 늘어난 것으로 나타났다. 이 계산이라면 지금 65세인 남자는 평균 78.6세, 여자는 82.3세까지 살 수 있다. 이처럼 고령인구의 증가율은 일본. 미국. 스웨덴 등을 단연 앞서 우리 나라도 급속히 장수국가로 들어가고 있는 모습이다.

우리 나라는 지난해 7월 전체 인구에서 차지하는 65세 이상 연령층이 고령사회의 기준인 7%를 넘어 2001년 2월말에는 전국민의 7.4%인 3백54만 명이였다. 서울대 보건대학원 인구학과 이시백 교수는 "60년대 이후 태어난 베이비 붐 세대를 중심으로 1백세 이상 인구가 대폭 늘어날 것" 이라고 전망했다. 이에 따라 현행 복지사회 제도의 노인연령 기준인 65세를 상향조정하는

1) 김정석, 「우리 나라의 노인보건복지정책」, 보건복지부, 2001.

등 제도개혁이 필요하다는 지적이다.

임용택 한국과학기술원 교수는 "실버인구의 증가로 관련산업도 성장하고 있는데 그 가운데 수요가 가장 큰 의료기술은 80%를 해외에 의존하고 있다"며 "국가적인 차원에서 실버기술 산업을 키워야 한다"고 말했다. 실버 시장은 2010년 우리 나라 민간 총 소비지출의 16.8%에 이를 전망이다.²⁾

이에 따라 의존성 노인의 부양문제는 사회적으로 주요한 관심의 영역으로 되고 있으며, 특히 가족과 사회에 대한 의존도가 아주 높은 치매노인의 관리 문제는 더욱 심각한 사회문제가 되고 있다. 일반적으로 치매가 단지 노화의 한 과정으로 알려져 있지만 치매는 노년기의 기질적 정신장애의 하나로서, 다양한 정신기능의 장애 때문에 치매노인 자신의 정신적 활동과 기본적인 일상생활 대부분이 어려워지게 될 뿐만 아니라 연로한 부모를 둔 사람들 사이에 치매에 대한 두려움이 확산되고 있다.

우리 나라의 경우 치매환자 수는 지난 95년 21만 여명으로 추산됐으나 급속한 고령화의 진행으로 2000년에는 6만 명이 증가한 27만 여명으로 추산됐으며 고령사회에 진입하게 되는 올해에는 62만 여명에 달할것이라는게 전문가의 전망이다.³⁾

따라서 우리 사회는 앞으로 치매로 인해 심각한 사회 경제적 부담을 떠안게 됐다. 그리고 치매노인을 부양하고 있는 가족까지도 부양하는데 있어서 많은 어려움을 겪고 있다.

의학적으로 치매는 뇌의 기질적 변화로 인한 기억력 장애, 언어장애, 행동 장애, 성격변화 및 기타 지적 능력의 상실이 특징적으로 나타나는 치료가 어

2) <http://weekly.chosun.com/news/html/200202/200202260015.html>

3) 이재홍, 「고령화사회, '치매' 공포가 물려온다」, 주간조선, 2002, 2.

려운 노인질환이다. 치매노인은 이와 같은 문제점의 노출로 직업활동, 사회활동, 대인관계에 있어서 어려움을 겪게되고 일상생활과 사회활동에 있어서 많은 제한을 받게되며, 타인의 도움을 절대적으로 필요하게 된다. 치매는 다른 노인성 질환에 비하여 매우 낮은 치료율이 문제점으로 지적되고 있는데, 대략 10-20%만이 치료가능한 가역성 치매로 알려지고 있다.⁴⁾

우리 나라의 경우 아직 정확한 치매유병률이 제시되지 않고 있어 정확한 치매노인 수를 추정하기는 어렵지만 치매는 연령층이 높아짐에 따라 유병률이 높아지는 것은 세계적으로 보편적인 현상이다. 이러한 상황에서 우리 나라는 1994년 12월 한국치매협회가 창립되어 치매에 관한 연구사업지원을 계획하고 있는 등 치매에 관한 사회적인 관심을 보이기 시작하고 있다. 보건복지부에서는 ‘노인-장애인복지종합대책’에서 1997년-2001년까지 8천억 원의 예산을 투입하여 노인복지와 건강관리 사업에 역점을 두며 ‘치매노인의 10년 대책’에 따라 1997년까지 전국 보건소에 치매 상담소를 설치하고 2005년까지 치매전문병원 및 요양시설을 각각 15개, 70개로 확충할 계획임을 발표한 바 있다. 그러나 이 대책은 정부의 예산지원의 확인 없이 계획된 것이어서 일부 사업만 현재까지 시행되고 있을 뿐이다.

적지 않은 인구가 치매문제로 고통받고 있음에도 불구하고 아직까지 치매노인 수조차도 정확히 파악하지 못하고 있으며, 그들의 인구학적 특성이나 생활실태는 물론 치매노인을 부양하고 있는 보호자나 가족들에 대해서도 구체적인 연구, 조사, 보호대책이 거의 없는 실정이다. 뿐만 아니라 치매노인의 상태에 따라 이용할 수 있는 다원적 형태의 서비스 개발이 미흡하며, 치매부

4) 최용민, 치매노인의 건강한 삶을 위한 노인복지정책 방향, 「생명과학회지」, 1998, 12월호, p. 729.

양가족을 위한 서비스 역시 한정적이다. 이처럼 치매노인에 대한 소극적인 사회복지서비스정책으로 말미암아 치매노인에 대한 보호나 부양문제는 주로 가족에게 의존하고 있는 실정이다. 대략 우리 나라 치매환자의 30%정도가 의료기관 이용 경험이 전혀 없으며 95%이상이 배우자나 자녀의 보호를 받고 있고 전문적 치매환자 수용 치료기관에 수용된 경험이 거의 없는 것으로 나타나 치매환자의 관리가 매우 취약한 실정이다. 따라서 치매노인, 치매노인의 부양을 전담하게 된 가족은 매우 큰 부양부담을 느낄 수밖에 없고, 부양가족의 고통은 늘어가고 있다.

최근 확대되고 있는 여성의 사회참여는 잠재인력의 활용 등 사회적으로 긍정적인 효과가 크지만, 다른 한편으로는 가족 내에서 노인을 주로 부양해 온 이들 여성의 가족 내 부양기능이 축소될 것으로 예상된다. 이러한 점은 치매노인을 위한 부양부담을 더 이상 가족에게만 맡길 수 없는 상황에 이르렀으며, 지역사회와 정부가 공동으로 치매노인문제의 해결을 위해 노력하여야 함을 시사하는 것이다.

따라서 치매노인을 위한 다양한 서비스가 제한된 실정으로 점차 증가하는 노인인구와 더불어 치매환자와 그의 가족이 가정과 지역사회에서 적절한 진단과 예방, 치료, 재활을 위한 서비스를 이용할 수 있도록 정부주도의 치매노인을 위한 재가서비스, 치매전문병원, 치매전문요양시설 등의 시설보호서비스 확충뿐만 아니라 치매노인부양가족의 복지서비스를 도입하고 더욱 강화하는 정책을 추진할 필요가 있다.

이에 본 연구에서는 치매의 정의 및 증상 등에 대해 간단히 고찰하고, 사회복지적 측면에서 복지선진국의 치매노인을 위한 서비스 고찰과 함께 치매

유병률, 치매노인수의 추계, 치매가족이 겪고 있는 부양부담 및 치매노인과 치매가족을 위한 사회복지서비스의 실태를 조명해 봄으로써 그에 대한 개선 방안을 강구해 보고자 한다. 이로써 치매노인과 치매부양가족의 삶의 질을 향상시켜 궁극적으로 그들의 복지향상을 도모하는 데에 이바지하고자 한다.

제 2 절 연구의 범위 및 방법

치매에 관한 연구 특히 치매노인의 복지향상에 관한 연구는 기본적으로 의학, 사회복지학, 노인학, 가족학 등의 다양한 지식과 학제적 접근을 필요로 하는 분야이다. 그러나 본 연구는 사회복지학적 입장에서 노인치매환자의 복지문제라는 것을 연구내용으로 하여 치매유병률과 치매노인수의 추계, 치매노인의 특성 등 치매노인가족의 현황과 실태를 주요분석대상으로 하고 다음으로 치매노인을 위한 사회복지서비스의 현황, 그 관리 운영의 문제점과 제한요인, 정책적인 지원방안, 치매환자의 효율적인 관리 및 기존시설이용과 발전적 정책방안, 제시 등을 연구의 범위로 한다.

구체적인 연구 범위로는 제 1장 서론에서는 연구의 목적과 연구의 범위 및 방법에 대해 기술하였고, 제 2장에서는 재가치매노인 복지서비스에 대한 이론적 고찰로 재가복지의 개념 및 치매의 개념과 재가치매노인복지의 필요성에 대해 살펴본다. 제 3장에서는 우리 나라의 재가복지 정책의 실태 및 각국의 노인현황 및 복지실태를 파악하고 제 4장에서는 재가치매노인 및 가족의 문제점을 도출하여, 제 5장에서는 재가노인가족의 서비스 개선방안에 대해 언급하고자 한다. 마지막 제 6장에서는 결론으로 총 6장으로 구성하였다.

본 연구에서는 주로 문헌연구방법을 사용하여 기존 국내의 문헌을 최대한 활용하고자한다. 노령화 사회에 이미 진입하여 이미 상당한 수준의 치매정책을 실시하고 있는 외국의 치매정책의 경향을 분석하고 우리 나라의 치매노인 정책의 실태와 문제점을 종합적으로 비교, 분석함으로써 우리의 장래에 발전적인 재가노인 가족의 서비스 개선방안을 모색하려고 했다.

제 2 장 이론적 고찰

제 1 절 장기요양보호노인의 환경적 요소

1. 사회요인의 변화

우리 나라에서는 1960년대부터 급격한 산업화, 도시화, 핵가족화가 나타나기 시작하였다. 산업화가 시작되기 전 1955년에는 1차 산업(농업, 어업, 수산업)이 주종을 이루고 근로자의 대부분이 1차 산업에 종사하였으나 1991년에 와서는 1차 산업 근로자는 줄어들고 2차 산업의 제조업에 그리고 서비스나 사무직의 3차 산업에 종사하는 것으로 나타났다.⁵⁾ 이는 우리 나라가 농업 중심의 산업 구조에서 공업 중심의 제조업이나 서비스업으로 변화되고 있음을 알 수 있다. 이러한 산업구조의 변화는 인구의 수평적 이동을 가져와 결과적으로 도시 인구가 급격하게 증가하게 되었다.

1966년 우리 나라 도시인구는 전체인구의 33.5%에 불과하였다. 그러나 1985년에는 65.4%로 증가하였고 1995년에는 인구의 85.7%가 도시에 살고 있는 것으로 보고되었다.⁶⁾ 이처럼 급격한 도시인구의 급증은 자연인구의 증가보다는 젊은 층 노동력의 이농향도형 인구이동의 결과라고 볼 수 있다. 농촌 지역의 젊은이들은 학교나 직장을 찾아 도시로 나가고 노인층은 그래도 남아 있어 농촌노인들의 부양문제가 또 하나의 심각한 노인문제로 나타나고 있다.

5) 김태현, 「노년학」, 교문사, 1994.

6) 통계청, 「한국통계연감」, 서울: 통계청.

2. 가족관계 요인의 변화

최근 우리 나라가 산업화, 도시화, 핵가족화가 계속되면서 노인들이 자녀들과 별거하는 현상이 증가하고 있다. 1981년의 노인주거형태를 보면 노인 혼자서 혹은 노부부만 따로 사는 경우는 전체 노인의 41.7%로 증가하였다. 특히 농촌에서는 자녀들의 도시진출로 절반 이상의 노인들이 자녀들과 떨어져 사는 것으로 나타났다. 이처럼 현대가족의 형태가 변화하고 있다. 핵가족화와 더불어 평균가족원 수가 줄어드는 소가족과 편모가족이 늘어나고 있다.⁷⁾

1960년에는 우리 나라 평균가족원 수가 5.7명이었는데, 1990년대에는 3.7명이 되었고 2000년에는 3.2명으로 줄었다.⁸⁾ 요즘 남편과의 사별이나 이혼 후 재혼하지 않고 독신으로 살아가거나 자녀들과 같이 살아가는 편모가족이 증가하고 있다. 이와 같은 가족원 수의 감소와 편모가족의 증가는 노부모 부양기능의 악화를 뜻하며 가정에서 노부모를 부양하고 있는 여성 수발자들의 과중한 부담을 나타내기도 한다.

이처럼 전통적으로 우리 나라의 노인에 대한 주부양자는 배우자, 며느리, 딸 등 가족인 경우가 99%이상으로 노인 부양은 변화하는 사회 속에서도 가족이 여전히 노인부양의 핵심을 담당하고 있다.

최근 들어 산업화, 도시화로 인한 가족구조의 변화 및 노인의 주된 부양자였던 여성의 사회진출이 증가되어 유교적 전통 속에서 당연시 되어왔던 가족

7) 황진수, 「노인 장기요양시설정책의 개선방안」, 한국사회복지시설연구회 제 3권, 2001, p. 8.

8) 김태현, 전계서, p.43.

보호가 점차적으로 무너졌다. 이에 노인부양기능을 강화·보충 또는 대신할 사회적 지원이 절대적으로 필요하게 되었다.

3. 문화적 요인

전통적인 사회에서의 노인부양은 가족에 의해서 제공되었다. 그러나 국제화, 산업화, 도시화, 핵가족화 등의 급격한 사회환경 변화 속에서 국민들의 경노효친 사상이나 자녀들의 효도관이 달라지고 있다. 효의 실천에 있어서 과거의 무조건 복종이나 전통적인 부모봉양은 약화되고 지금은 보다 실용적이고 합리적인 방법으로 변화하고 있다. 자녀들의 과거 부자중심의 전통적인 대가족주의 가치관에서 부부와 자녀를 중심으로 하는 핵가족 단위의 생활체제로 변화하고 있으며 더 나아가 과거 가문과 가족을 중요시하던 경향에서 지금은 개인의 성공이나 이익을 더 중시하는 경향으로 바뀌고 있다.⁹⁾

요즘 신세대 젊은이들을 가리켜 pants족이라고 하고 신세대 노인들을 dink족 또는 tonk족이라고 하는 표현이 있다. 이 말을 풀이하면 pants족은 젊은이들이 개인주의적이고 흥미본위이며 자연스러움을 좋아하며 성별 구분이 모호하며 극단적인 자기사랑에 빠진 세대라는 뜻이다. dink족이나 tonk족이라고 하는 말은 노인 부부가 둘 다 일하면서 근로소득을 가지고 있으나 자녀와 같이 살고 있지 않으며, 은퇴한 후에 자녀와 같이 살지 않고 노부부만 따로 생활하는 경향을 말하고 있다. 이와 같은 노인층이나 젊은이들의 의식변화는 앞으로 더욱 더 심화될 것이 예상되며, 결과적으로 노인부부 가구나 독거노

9) 장인협, 최성재, 「노인복지학」, 서울대출판부, 1992.

인 가구를 증가시키게 되어 이들의 자립적인 노후생활과 사회활동을 지원하기 위한 재가노인서비스와 장기요양시설서비스가 더욱 요구될 것이다.¹⁰⁾

제 2 절 재가복지의 개념

1. 재가복지의 정의

노인을 대상으로 하는 사회복지에는 크게 시설보호와 지역사회보호로 대별된다. 시설보호는 보호대상 노인을 입소시켜 급식, 치료, 기타 편의를 제공하는 서비스를 말하며, 대표적인 시설이 노인요양원이다. 지역사회보호는 세부적으로는 재가노인보호서비스와 지역사회서비스의 두 종류로 나누어지는데, 전자는 대상노인의 가정에서 행해지는 서비스로 가정을 방문하여 이루어지는 가정간호와 가정봉사원서비스 등이 여기에 해당된다. 후자는 재가노인을 대상으로 지역사회 내에서 일시적으로 보호하는 서비스로 대상노인에게 주간보호를 제공하는 주간보호와 일정기간의 보호를 제공하는 단기보호서비스가 있다. 그러나 지역사회서비스도 노인이 가정에 있으면서 주간의 일부시간 혹은 단기간 동안만 가정 밖에서 보호를 받는 것이므로, 결국 가정에 기반을 두면서 지역사회서비스를 제공한다는 점에서 재가노인보호서비스와 크게 다를 바 없다. 따라서 재가노인복지서비스란 좁게는 재가노인보호서비스만을 한정하나, 넓게는 지역사회서비스까지 포함하는 것으로써 시설보호의 상대적

10) 고양곤, “노인요양시설 운영 현황과 개선방안에 관한 연구”. 강남대학교 「논문집」, 1999. p. 127.

인 개념으로 해석하기도 한다.¹¹⁾

Kadushin은 재가복지서비스란 교육이나 훈련을 받은 자들이 사회복지기관에서 어린이의 보호나 수혜 대상자의 기능을 유지·강화·보호하기 위해 도움을 주는 것이라고 하였다. 이는 도움이 필요한 자들이 지역사회 내 기관이나 가정에서 도움을 받을 수 있는 서비스로, 가족의 약화된 부분을 보완하는 보충적 서비스라고 정의하고 있다. Dexter와 Harbert도 이와 유사한 내용으로 재가복지서비스란 충분한 자격을 갖춘 사람이 대상자의 가정에서 가족 단위로 서비스를 제공하거나 또는 환자, 능력이 없는 자, 편부모, 노인 그리고 사회적, 건강상의 이유로 도움을 필요로 하는 개인들을 돕는 것이라고 하였다.¹²⁾ 그리고 김범수는 재가복지서비스란 여러 가지 도움이 필요한 노인, 장애인, 아동들을 시설에 수용하지 않고 지역사회 내에서 가정봉사원을 가정으로 파견하거나 또는 재가복지센터로 통원을 하게 하여 일상생활을 위한 서비스와 자립할 수 있는 프로그램을 제공하는 것이라고 정의하고 있다.¹³⁾

이러한 정의를 종합해 볼 때, 재가복지서비스는 보호대상자를 시설보호가 아닌 대상자가 거주하는 곳에 생활하게 하면서 다양한 사회복지서비스를 제공해 주는 것이라고 할 수 있다.

11) 오세희, “재가복지서비스 활성화의 과제”, 신라대학교 여성대학원, 석사학위논문, 2000, pp. 13-14.
12) 최일섭·류진석, 「지역사회복지론」, 서울대학교출판부, 1997, p. 354. 재인용.
13) 김범수, 「재가복지론」, 홍익제, 1992, pp. 136-137.

2. 재가복지 서비스의 분류

(1) 예방적 서비스

예방적 서비스는 보호서비스들을 필요로 하는 요보호자가 되지 않도록 하기 위한 전문적 서비스를 말한다. 구체적 서비스로는 복지정보제공, 복지상담, 건강교육, 식생활 개선, 주거생활 개선, 조기건강 진단, 장애인 발생 방지 등의 서비스를 들 수 있는데, 이와 같은 서비스의 대상으로는 요보호대상이 될 수 있는 사람뿐만 아니라 일반주민도 해당된다.¹⁴⁾

이와 같은 예방적 복지서비스는 일반적 서비스와 특징적 서비스를 포함한다. 일반적 예방서비스는 지역사회전반에 걸친 경제적, 사회적 위험을 감소시키는 보편적 서비스를 말한다. 특징적 예방서비스는 특정위험이 진행되어 곤란을 일으킬 우려가 있는 개인이나 가족을 지원하여 그 곤란의 악화를 예방하는 서비스를 말한다.¹⁵⁾

(2) 복지증진서비스

복지증진 서비스는 아동, 노인, 장애인 등 복지대상자의 참가를 위한 지원 활동이다. 이와 같은 지원활동은 요보호자 뿐만 아니라 집단이나 일반인들도 그 대상이 될 수 있으며 시설제공이나 기회제공을 할 수 있다. 구체적 서비스로 노인, 아동, 장애인 등의 일반주민과 교류할 수 있는 장을 제공하는 것, 수화, 점자 등의 기술습득, 도서관, 취미교실, 아동문고 등과 같은 사회참여의

14) 김범수, "재가노인복지와 데이케어센터", 「노인복지연구」, 한국노인복지학회, 1996, p. 112.

15) 오세희, 전제논문, p. 16-17.

장 마련과 수단을 창출하는 것, 취업, 문화, 오락, 취미, 스포츠, 레크레이션 등의 활동프로그램 정보제공수단 개발, 강사 및 지도원 파견, 작품전시장 개설 등과 같은 보람된 삶을 위한 프로그램을 개발하는 것, 그리고 계단 없애기, 복지화장실, 복지엘리베이터 증설, 장애인용 자동차 개발 등과 같은 복지 참가의 조건을 형성하는 것이 있다.¹⁶⁾

(3) 재가보호서비스

재가보호서비스는 대인복지서비스로써 대체·보완적 욕구충족을 위한 서비스 공급의 한가지 형태이다. 대체·보완적 욕구충족은 가족구성원에 의한 일상생활의 보호, 양육, 핵가족화, 맞벌이 세대의 증가, 세대동거율의 저하 등으로 점차 어려워지고 공적부문으로도 많은 부분 해결이 불가해 부족한 욕구충족기능을 복지적으로 대체하는 것을 말한다. 욕구의 대상자 개인의 생활상태만이 아니라, 가족부양방식에 따라 규정되고 일상생활의 다양한 변화에 따라서도 그 충족을 위한 여러 가지 형태의 대체·보완적 서비스를 요구하게 되는 것이다. 민간차원의 재가보호서비스를 간추려 보면, 가정봉사원 파견서비스, 급식서비스, 목욕서비스, 데이케어서비스, 전화·우정방문서비스, 이동서비스, 긴급연락서비스 등을 들 수 있다.¹⁷⁾

(4) 전문적 보호서비스

전문적 보호서비스는 가족구성원의 상호지원이나 일상생활원조로는 충족될 수 없는 전문적 또는 준 전문적 욕구에 대한 서비스이다. 일정수준 이상

16) 이창희, 「재가 노인을 위한 가정봉사의 이론과 실제」, 홍익재, 1992, p. 23.

17) 이창희, 상계서, p. 24.

의 의료, 간호, 재활, 특수교육, 카운셀링 등 전문가 또는 전문기관이 아니면 서비스를 제공할 수 없는 것과 전문시설이 아니면 제공될 수 없는 사회복지 서비스를 포함하고 있다.

재가의 노인이나 장애인에 대한 방문의료, 방문간호, 방문특수교육 등과 같은 각종 방문서비스, 이용시설을 활용한 재활서비스, 각종 훈련이나 보호사업이 여기에 해당된다.¹⁸⁾

제 3 절 치매의 개념

1. 치매의 정의

치매(dementia)란 용어는 원 뜻이 '제 정신이 아니다'라는 의미의 라틴어 dement에서 유래된 것으로 프랑스의 정신과 의사인 페넬이 처음으로 사용하였다.¹⁹⁾ 그러나 현재 정신의학회에서 사용하고 있는 치매는 의식의 장애 없이 인지기능의 다발성 장애를 특징으로 하는 증후군으로 일반지능, 학습능력과 기억력, 언어기능, 문제해결능력, 指南力, 지각, 판단력 등 인지기능의 장애를 가져오는 것을 의미한다.²⁰⁾

미국정신의학회(American Psychiatric Society)에 의하면 치매는 의식이 또렷한 상태에서 장기 또는 단기기억장애와 함께 추상적 사고의 장애, 판단력의 문제, 대뇌고등기능장애, 성격변화 중 하나 이상을 가지고 있으면서

18) 오세희, 전계논문, p. 18.

19) 양병환, "치매의 정의와 분류", 「약학정보」, 1993, pp. 24-26.

20) 연병길, "치매란 무엇인가?", 「녹십자의보」, 1999, 2월호, p. 319.

직업생활, 사회생활 등 대인관계에 장애가 있는 상태²¹⁾라고 하였으면, 세계보건기구의 국제 질병 분류 10판(ICD-10)에서 치매는 보통 뇌의 만성 또는 진행성 질환으로 생긴 증후군이며 이로 인해 기억력, 사고력, 指南力, 학습능력, 언어 및 판단력을 포함한 고도의 대뇌피질 기능의 다발성 장애라고 정의하고 있다.²²⁾

통계청에서는 한국표준질병사인분류에서 치매를 기억력, 사고력, 指南力, 이해력, 학습능력 등을 포함하는 고위피질 기능의 장애가 증후군으로, 의식은 분명하지 않으며 위의 인지기능의 손상이 자주 동반되고 때로는 감정조절, 사회적 행동 또는 동기부여 등의 저하가 먼저 일어난다고 정의하고 있다.²³⁾

치매에 대한 여러 연구들에서의 정의를 살펴보면 민성길의 연구에서는 현재 정신의학회가 말하는 치매는 정신박약이 아닌 사람이 의식이 청명한 상태에서 통상적인 사회생활이나 대인관계에 장애를 초래할 정도로 기억을 비롯한 여러 인지기능의 장애가 있는 것을 말한다²⁴⁾고 하였으며, 우종인의 연구에서는 치매가 진행되어 지적 기능의 감퇴가 뚜렷해지면 매일 매일의 일상생활, 즉, 식사, 착의, 세면, 개인 위생, 배뇨 및 배변 등에 이르기까지 장애를 초래하게 되면 임상적으로 확실히 치매라고 정의²⁵⁾할 수 있다고 하였다.

한편, 김범생의 연구에서는 치매란 하나의 특정한 질환이나 진단에 대한

21) 박태룡, "재가 치매노인 주부양자의 부양부담에 관한 연구", 대구대학교 사회개발대학원, 석사학위논문, 1999, p. 6. 재인용.

22) 이부영, 「정신 및 형태장애」, 일조각, 1994, p. 63.

23) 통계청, 「한국표준질병사인분류」, 1993, p. 61.

24) 민성실, 「최신정신의학」, 일조각, 1993, p. 421.

25) 우종인, 이정희, "치매환자를 위한 서비스개발 심포지움", 한국보건사회연구소, 1995, p. 6.

명칭이 아니라 여러 가지 원인질환에 의해 발생하는 뇌 기능의 전체적인 저하상태를 뜻한다고 하였으며 이러한 증상이 노년기에 나타나면 노인성 치매라고 하였다. 그러나 중요한 것은 치매란 정상적인 노화에 따른 건망증은 뇌세포의 활력이 감소하여 두뇌작용의 속도나 강도가 떨어지는 현상으로써 뇌의 전반적인 기능은 유지되기 때문에 일상생활이 거의 지장을 받지 않는 반면, 노인성 치매는 뇌세포가 병적인 요인에 의해 심하게 그리고 지속적이고도 반복적으로 손상을 입어 기억력, 추상력, 판단력 등이 떨어지는 병적인 현상이라고 하였다.²⁶⁾

치매에 대한 여러 가지 정의를 종합해 보면 치매란 노년기 정신장애의 일종으로 뇌의 기능장애를 일으켜 기억력과 판단 및 사고력 등의 장애로 일상생활의 지장을 초래하는 것이라고 할 수 있다.

따라서 본 연구에서는 치매를 인지기능과 고등정신기능이 감퇴되는 대표적인 기질성 정신장애로써 단기 및 장기기억장애가 특징적으로 나타나고 추상적 사고장애, 판단장애, 고위 대뇌피질장애, 성격변화 등이 점차 수반됨으로써 직업, 일상적 사회활동 또는 대인관계에 지장을 받게 되는 복합적인 임상증후군이라고 정의하고자 한다.

2. 치매의 분류

과거에는 치매를 원인의 판명여부 또는 치료가능여부로 분류하였다. 그러나 최근에는 의학의 발달로 인하여 치매를 그 원인에 따라 분류하려는 경향

26) 김범생, 「치매노인에게 건강한 노후들」, 바이엘코리아, 1993, pp. 7-8.

으로 바뀌고 있다. 따라서 치매는 진단이 내려진 후에도 원인질환을 파악하는 것이 중요하다.²⁷⁾ 치매의 원인질환은 70-100가지에 달할 정도로 다양하다. 뇌외상, 뇌염, 뇌종양, 뇌혈관 장애, 갑상선 기능 저하증, 진행성 매독, 알콜성 치매, 영양장애, 알츠하이머씨병, 파킨슨씨병, 헌팅톤씨병(Huntington's disease), 피크씨병, 야콥-크로이트펠트병(Jakob-Creutzfeldt disease) 등이 있다.²⁸⁾

치매를 유발할 수 있는 질환에는 성인치매의 원인 중 50-60%를 차지하는 알츠하이머씨병과 반복되는 뇌졸중으로 뇌의 여러 부위에 결함이 생기므로써 인지기능이 황폐화되는 혈관성치매가 대표적이다. 혈관성치매는 서구사회에서는 치매의 원인 중 두 번째로 흔한 것으로 약 20%를 차지하며, 또 약 15-20%에서는 알츠하이머씨병과 함께 나타났다.

이 밖에 알콜중독성 치매, 산소결핍성 치매와 기타 요인에 의한 치매가 있다. 그러나 구미의 경우엔 알츠하이머형이 약 50%, 혈관성이 약 15-20%, 혼합형이 약 15-20%, 기타가 약 10-20%의 분포를 이루고 있는 것으로 추정²⁹⁾되는 데 반해, 일본을 위시한 동양권에서는 알츠하이머형 보다 혈관성 치매의 비율이 더 높은 것으로 추정되고 있어 우리 나라도 이와 유사한 유병 형태를 가질 것으로 보인다. 그러나 이중에서도 노인성 치매의 원인으로 가장 중요시되는 것은 원발성 퇴행성 치매(primary degenerative dementia)로

27) 이남주, "치매노인을 위한 사회복지서비스의 향상에 관한 연구", 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1999, p. 4.

28) 이은숙, "가족의 효과적인 치매노인 보호방안", 중앙대학교 사회개발대학원, 석사학위논문, 2000, p. 5.

29) 이연주, "치매노인의 주간보호 사업에 관한 연구", 한양대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1997, p. 17.

알츠하이머 치매와 뇌동맥경화증과 기타 뇌혈관 장애가 원인이 되는 혈관성 치매 중 다발경색성 치매(multi-infarct dementia) 그리고 특히 우리 나라 환자에게서 보이고 있는 알코올성 치매 등이 대표적이다.³⁰⁾

<표 2-1> 치매의 분류

F00 알츠하이머형 치매
F00.0 조발성 알츠하이머형 치매
F00.1 만발성 알츠하이머형 치매
F00.2 비정형 또는 혼합형 알츠하이머형 치매
F00.3 분명하지 않은 치매
F01 혈관성 치매
F01.0 급성 혈관성 치매
F01.1 다발성 경색 혈관성 치매
F01.2 피질하 혈관성 치매
F01.3 혼합형 혈관성 치매
F01.8 기타 혈관성 치매
F01.9 분명치 않은 혈관성 치매
F02 기타질병에 의한 치매
F02.0 Pick병
F02.1 Creutzfeldt-Jakob병
F02.2 Huntington 병
F02.3 parkinson 병
F02.4 HIV 감염에 의한 치매
F02.8 기타 치매
F03 분명치 않은 치매

자료: 통계청, 「한국표준 질병사인분류」, 1993.

이 연구에서는 국제질병 분류 제 10판(ICD-10)에서 규정하고 있는 치매 분류방법을 사용하여 알츠하이머형 치매, 혈관성치매 그리고 기타질병에 의

30) 대한노인정신의학회 편, 「노인정신의학」, 중앙문화사, 1998, pp. 146-147.

한 치매의 증상과 특징을 구체적으로 살펴보고 또한 이 분류방법에는 속하지 않으나 우리 나라에서 특히 많이 발병하고 있는 알코올성 치매의 특징과 증상을 구체적으로 살펴보고자 한다.

1) 알츠하이머형 치매

치매의 50%를 차지할 정도로 가장 흔하고 원인적 치료가 불가능한 질환이다. 알츠하이머병은 기억, 사고와 행동에 장애를 초래하는 뇌의 진행성, 퇴행성 병명이다. 이 병은 1907년 Alois Alzheimer에 의해 처음 기술되었다. 그 후로 많은 연구자들이 특징적인 뇌 조직변화와 행동들이 밝혀졌다. 현재까지 밝혀진 주된 위험인자는 연령, 성, 치매의 가족력과 두부손상이다.³¹⁾ 알츠하이머병으로 진단된 대부분의 환자들은 65세 이상이지만 40대나 50대에 발병하는 경우도 있다.

알츠하이머형 치매의 특징은 증상이 천천히 진행되는 것이며, 생존율은 발병 후 5-12년 정도로 보고되고 있다. 알츠하이머형 치매의 특징적인 병리소견은 뇌의 전반적인 위축 이외에도 신경섬유 뭉치, 노인반, 혈관내 아밀로이드의 침착, 과립공포변성, 신경세포의 소실 등이 있다. 이러한 이상소견은 내측 측두엽 조직과 전두엽에서 가장 심하게 나타난다.³²⁾

알츠하이머형 치매는 최근 일어난 일에 대한 기억력이 감퇴되고, 자기 주변사항에 대한 전반적인 판단을 서서히 상실해 간다. 초기에는 우울, 불안 등 정신증상이 두드러지지만 점차 치매증상이 심화되어 발병 10-15년 후에는

31) 이은숙, "가족의 효과적인 치매노인 보호방안", 중앙대학교 사회개발대학원, 석사학위논문, 2000, p. 7.

32) 대한 노인정신의학회 편, 전개서, p. 148.

황폐상태에 이른다. 국소적 신경증상은 보이지 않지만 전신경력 근육이 움쭉 거리는 간대성 근경련, 근육이 굳어지는 근경직이나 실어, 실행 등 증상이 흔히 수반되는데 알츠하이머형 치매로 인한 운동기능 장애와 체력의 약화가 환자를 기관에 수용하게 한다고 하였다.³³⁾

알츠하이머형 치매의 경과를 분류에 따라 3-5단계로 나누어지는데 3단계로 분류한 초기, 중기, 말기의 각 단계별 증상은 다음과 같다. 발병 초기 2-3년간은 주로 기억장애가 주 증상이다. 증상이 서서히 시작되고 인지기능 정도 또한 심하지 않기 때문에 타인의 도움 없이도 독자적인 생활이 가능하다. 따라서 건강한 노인에게서 발생하는 건망증과 비슷하여, 전문가의 진찰을 받지 않으면 감별이 되지 않는 경우가 많다.³⁴⁾ 초기에는 환자가 경미한 기억력의 감퇴를 호소하지만 직장이나 사회활동에 큰 지장이 없다가 점차 진행하면서 가족이나 동료들이 환자의 기억력과 집중력 감퇴를 알아차리게 된다. 초기에 흔히 나타나는 증상은 다음과 같다. 어떤 물건을 특정한 장소에 잘 놓아두고도 그 장소를 잊어버려 찾지 못한다던가, 일상을 되풀이하는 일인데도 그 순서를 틀리게 한다던가, 남과의 약속도 흔히 잊어버리고 친한 친구의 이름도 잘 떠오르지 않아서 스스로 당황하게 된다. 조금 전에 했던 말을 반복하거나 물었던 것을 되묻는다. 쉽게 화를 내고 조그마한 일에도 크게 자극을 받고 관심과 의욕이 없고 자발성이 저하되어 있으며 매사에 소극적이다.³⁵⁾

그 후 수년간에 걸치는 중기에는 증상이 진행되면서 인지기능 장애, 공간지남력의 장애라든가 그 밖에 국소신경 증상이 나타나게 되어 치매임을 쉽게 알 수 있다. 이 시기에는 부분적이라도 타인의 도움을 받아야만 생활이 가능

33) 이은숙, 전제논문, p. 9.

34) 장운배, "치매노인가족 재가복지서비스 개선방안에 관한 연구", 단국대학교 행정경영대학원, 석사학위논문, 2001, p. 6.

35) 장운배, 상제논문, p. 8.

할 수 있다. 중기에 흔히 나타나는 증상은 다음과 같다. 집밖에 나가면 낮익은 길인데도 길을 헤매게 되고 집을 찾아오지 못하게 되기도 한다.³⁶⁾ 시공간 장애와 구성행위 장애도 나타나게 되어, 식사나, 변 보는 것도 제대로 하지 못하고 그 순서조차 틀리게 된다. 그 밖에 언어, 글씨 등도 마음대로 안되어 의사소통에 큰 불편을 느끼고 나중에는 전혀 이해를 못하는 말이나 글을 쓰게 된다. 환자에 따라서는 파킨슨 증상이나 간대성 근경련 등도 나타난다.

더 진행되어 말기 1-2년간은 치매가 심해져서 인지 기능의 장애가 한층 더 심해지고 여러 가지 신경학적 증상들도 동반되게 되어 모든 면에서 타인의 도움을 필요로 한다. 말기에 흔히 나타나는 증상은 다음과 같다. 혼자 중얼거리지만 그 내용을 전혀 알 수 없게 되고 흔히 병어리처럼 말을 하지 않기도 하며 대소변을 보고 식사하는 것이나 옷 입고 벗는 것 등 기본적인 일상생활을 못하게 되는 인격의 황폐상태에 높이가 된다. 결국에는 모든 기능을 잃게 되면서 누워서 지내게 된다. 이런 상태에서 폐렴이나 다른 감염질환이 발생하면 사망한다.³⁷⁾

치매노인은 의존적인 지위로 전락하게 되며 자기 자신이 쓸모 없는 존재이며 더 이상 살아야 할 가치를 느끼지 못하는 등의 부정적 감정을 갖게 되고 부양자에 대해서는 죄의식 또는 배신감 등을 경험하게 된다. 부양자는 노인을 대할 때 긴장하게 되고 화가 나며 신경이 날카로워지거나 짜증이 나고 우울해지며 노인의 지나친 요구를 하기 때문에 노인이 보기 싫어지고 부양책

36) 이홍태, “치매노인을 위한 사회복지정책 추진 방향에 관한 연구 : 치매유형별, 정도별 서비스 프로그램 개발을 중심으로”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1997, pp. 11-12.

37) 정산, 김기웅, “치매의 증상”, 「치매개론」, 경기도립노인전문병원, 2000, pp. 34-36.

입을 빨리 벗어나고 싶어지며 노인의 증상 행동 때문에 창피감을 느끼며 앞으로 노인을 어떻게 부양해야 할 지에 대해 불안해하게 된다.³⁸⁾

2) 혈관성치매

혈관성치매는 혈관의 질환으로 인해 초래되는 이차적 뇌기능 장애로 일어나는 치매증후군으로 뇌경색이 어느 부위에 발생하였는지 또한 뇌경색된 부피가 전체적으로 얼마나 되는지가 중요하다. 어느 정도의 치유가 가능한 치매로 뇌졸중에 의해 뇌조직의 일부분에 특히 큰 동맥의 폐색보다는 세동맥의 폐색으로 인해 더욱 흔히 발생한다. 혈액이 통하지 않게 됨으로써 신경세포가 파괴되며 신체의 오른쪽이나 왼쪽에 마비가 오고 운동장애로 인해 휠체어 생활을 하게 되는 경우가 많고 와상노인이 되는 경우가 많다.³⁹⁾

혈관성치매의 발생 빈도는 서양의 역학적 연구에서는 알츠하이머병이 과반수 이상을 차지하며 혈관성치매는 약 20%정도를 차지한다고 알려져 있다. 국내에서는 아직 이에 대한 자료가 없으나 일본에서의 조사에 의하면 오히려 혈관성치매가 더 많은 원인으로 차지하는 것으로 알려져 우리 나라에서도 혈관성치매의 빈도가 알츠하이머병 못지 않을 것으로 추측된다.⁴⁰⁾

이러한 뇌혈관성 치매의 특징으로 갑자기 또는 서서히 계단식으로 악화되는 것이며 뇌졸중의 발생 또는 다른 위험요인으로 누적된 효과로 인하여 뇌세포가 파괴된 증후군이 있는 것으로, 이에 속하는 치매의 위험요인에는 심장질환, 고혈압, 당뇨병, 뇌졸중, 말초혈관 질환, 고지질증, 비만, 흡연 등이

38) 이은숙, 전제논문, p. 9.

39) 장운배, 전제논문, p. 7.

40) 방오영, “혈관성 치매”, 「치매개론」, 경기도립노인전문병원, 2000, p. 49.

포함되며 증상에 따른 보조요법에 의하여 증상의 완화, 진행억제 또는 악화 방지 등이 가능하다. 치매가 나타나기 전에 한번 이상의 뇌졸중을 경험하고 있으며 갑자기 악화된 후 일정기간 안정성을 보이다가 또 다시 갑자기 악화 되는 계단식의 경과를 보이며 두통이나 어지러움 기타 국소적인 신경과적 증상을 보이는 것이 특징적이다.⁴¹⁾

3) 알코올성 치매

특히 우리 나라에서만 많이 보이고 있는 알코올성 치매는 코르사코프(Korsakoff) 기억상실증에서처럼 심한 기억장애를 보이지는 않지만 오랜 기간 다량의 알코올 섭취로 인하여 전반적인 인지기능의 장애가 나타난 경우를 말하며, 이러한 환자의 경우 심한 뇌위축이 뇌의 각 부위에 따라 그 정도가 다르게 나타날 수 있다.

알코올성 치매는 주정중독으로 입원한 환자의 3%정도에서 나타나며 인지 장애가 의심되어 검사 받는 환자의 약 7%정도가 알코올성 치매로 추정된다는 보고도 있다. 이 치매의 위험인자로 여성, 50세 이상인 경우, 지속적인 음주 증이 있다. 주정중독이 많은 우리 나라에서는 심각한 문제로 부각되고 있으며 주정중독을 조기에 치료하거나 대량의 티아민을 투여함으로써 알코올성 치매의 발생을 예방할 수 있다.⁴²⁾

특히 알코올성 치매는 다른 치매와는 달리 만성 알코올 중독 증상을 동반하게 되어 파괴적인 행동과 정신적인 황폐가 심하게 나타나므로 가족과 주

41) 최인근, “치매의 원인과 진단”, “치매전문간호의 실제”, 「한국치매협회」, 1998. p. 22.

42) 대한노인정신의학회 편, 전개서, p. 150.

수발자에게 부담감을 더욱 가중시켜 가정에서 돌보는데 커다란 어려움을 겪게 되는 것이 보통이며 사회적으로 표면에 들어 나지 않고 대개는 도시보다 지방에 더 많이 분포하고 있으며 치료나 재활에도 어려움이 더 큰 것으로 나타났다.⁴³⁾

4) 기타 치매들

본 연구에서 기타 치매는 국제 질병분류 제 10판에서 분류한 ‘기타 질병에 의한 치매’와 ‘분명치 않은 치매’를 말하는 것이다. 다음에는 기타 질병에 의한 치매 중 픽씨(Pick)병, 크로이츠펠트-야콥(Creuzfeldt-Jakob)씨 병, 헌팅톤(Huntington)씨 병, 파킨슨(Parkinson)씨 병에 대하여만 살펴보기로 한다.⁴⁴⁾

① 픽(Pick)씨병

알츠하이머형 치매보다는 비교적 빨리 발병하여 50대가 초발연령이며 유전적 경향이 있고 여자가 많다. 기억력 장애보다는 인격장애, 의욕감퇴, 부적절하 정서, 언행의 퇴행 등 전두엽 증상이 먼저 나타난다. 때로는 잔인하고 기괴한 언행을 보이며 기억력 감퇴와 함께 전형적 치매가 된다. 구조 및 시각, 공간적 판별력은 비교적 최후 단계에서 유지된다. 컴퓨터 단층촬영상에 전두엽이 측두엽에 비해 상대적으로 많이 위축되어 있는 경우가 있어 감별진단에 도움이 되기도 한다. 그러나 말기에 가면 알츠하이머형 치매와의 감별이 불가능해진다.⁴⁵⁾

43) 이홍태, 전제논문, p. 14.

44) 조남옥, “치매노인 간호자의 사회복지 욕구와 대응서비스 개발에 관한 연구”, 서울대학교 석사학위논문, 1996, pp. 42-43.

45) 이명숙, “치매노인을 위한 사회복지서비스 방안”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2000, p. 13.

② 크로이츠펠트-야콥씨(Creutzfeldt-Jakob)씨 병

수주일 또는 수개월에 걸쳐 치매가 급속히 진행하여 결국에 종말을 가져오는 전염성 치매이다. 유전적 소인이 있는 노인에게서 바이러스성 감염이 주원인으로 의심되고 있다. 최초의 전구적 증상으로는 무감동, 불면, 우울, 불안증 등의 신경적 증상이 나타나는 경우가 많아 조기진단을 놓치게 된다. 매우 짧은 시간에 걸친 급속한 치매의 진행과 각종 신경과적 및 정신증적 증상의 동반이 알츠하이머형 치매와 다른 점이다.⁴⁶⁾

③ 헌팅톤(Huntington)씨 병

우선 유전에 의해 발병하는 이 질환은 30대 후반과 40대가 연령으로서 행동장애, 무도병, 치매가 주된 증상이다. 전형적인 치매에 비해 망상, 환청, 기괴한 언행 등 정신적 증상이 주로 초기에 두드러지며 망상증, 정신분열증과 혼동되기도 한다. 무도병이 있는 경우는 다른 치매와의 감별이 비교적 쉽다.⁴⁷⁾

④ 파킨슨(Parkinson)씨 병

이 병은 뇌의 기저 핵에서 도파민이라는 신경전달물질이 저하되어서 생기는 질병으로 진전, 경직, 서동을 특징적으로 보인다. 이 병으로 인한 치매의 알츠하이머병과는 달리 기억장애나 언어장애가 초기에는 많지 않지만 여러 가지 운동장애를 보이기 쉽다.⁴⁸⁾

46) 이은숙, “가족의 효과적인 치매노인 보호방안”, 중앙대학교 사회개발대학원, 석사학위논문, 2000, pp. 7-8.

47) 이남주, “치매노인을 위한 사회복지서비스의 향상에 관한 연구”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1999, p. 6.

48) 연병길, “치매의 정의와 임상증상”, 「약업신문사」, 1999, p. 41.

3. 재가치매노인가족의 부담감

치매노인 가족들은 돌보는 역할을 처음 맡게 되는 치매 초기단계에서 역할의 모호성을 느낀다. 그러나 점차 돌보는 역할을 수행하게 되면서 일상 생활의 패턴이 깨지게 되고 가족간의 갈등이 생기며 재정압박이 심해지고 피로감, 생활의 불안정감, 신체적, 정신적 소진을 경험하게 된다. 마지막으로 부양 부담으로 인해 돌보는 역할을 남에게 이양하고 싶은 욕구가 발생한다고 한다.⁴⁹⁾

치매노인 가족들은 노인의 기억력 상실과 행동 문제로 사회적 활동의 제한, 심리적, 재정적, 건강의 악화와 같은 부담감을 느낀다. 즉, 치매노인 부양자들은 사회로부터의 고립, 과도한 역할 수행과 가족 갈등, 가족관계의 변화 등으로 인해 사회적 건강상 그리고 심리적 측면에서 어려움을 겪는 것으로 나타났다.

이로 인해 치매노인 부양자들은 만성적 피로, 무력감, 외로움, 우울증과 같은 정서적 영향으로 고통을 당하고 있으며 특히 같은 연령의 일반이들 보다 건강에 대한 지각이 더 나쁘고 약물이나 병원을 찾는 횟수가 더 높게 나타났다. 불안이나 죄의식, 자기비난 등의 정서적 영향 또는 치매 노인 부양자들에게 빈번하게 나타나는 증상들이다.⁵⁰⁾

조남옥의 연구에서 주 수발자가 배우자가 자식에 비해 돌보는 역할에 스트레스를 덜 느끼며, 딸이 아들보다 정서적으로 밀착되어 스트레스가 더 큰

49) 유은정, 노인성, “치매환자가족의 간호요구에 대한 연구”, 서울대학교 대학원 석사학위논문, 1995, p. 12.

50) 이은숙, 전개논문, p. 27.

것으로 나타났다고 보고하였다. 돌보는 경험은 배우자나 자녀보다 며느리에게서 더욱 부정적인 경향이 강하였으며 돌보는 시간이 길어짐에 따라 나타난 사회적 고립감, 우울감, 절망감은 배우자보다 미혼자녀와 며느리에게서 높았다. 또 환자가족이 자기부양이 가능하고 경제적 수준이 높은 남자일 때 가족의 지지가 가장 높고 부정적 경험이 낮다고 보고하였다. 또 연구는 감정을 숨기거나 삭이는 것보다는 감정을 노출하며 푸는 것이 더 긍정적 효과를 보였다고 하였다. 그리고 주 수발자의 배우자의 지지는 노인의 기능장애와 수발자의 부담의 관계를 중재하여 배우자의 지지를 많이 받는 수발자는 노인의 기능장애가 심해질 때 오히려 수발부담을 적에 느끼는 것으로 나타났다.⁵¹⁾

제 4 절 재가치매노인복지의 서비스 사업

보건복지부에 의하면 재가노인복지사업은 '정신적·신체적인 이유로 일상생활을 수행하기에 불편이 있는 노인가정에 대하여 필요한 각종 서비스를 제공함으로써, 노인이 지역사회에서 가족 및 친지와 더불어 건전하고 안정된 생활을 영위할 수 있도록 하고, 가족의 수발부담을 덜어주도록 함'에 그 목적을 두고 있음을 말하고 있다. 실시주체는 무료 또는 실비사업인 경우에는 국가 또는 지방자치단체, 사회복지법인, 비영리법인에서 운영하도록 하며 유료사업은 개인, 기업, 사회복지법인, 비영리법인 등에서 하도록 되어있다.⁵²⁾

서비스 대상은 65세 이상의 국민기초생활 수급 대상이나 부양의무자로부터

51) 조남옥, 전계논문, p. 6.

52) 이영주, "치매노인과 가족을 위한 사회복지서비스 개선방안에 관한 연구", 한일장신대학교 기독교사회복지대학원, 석사학위논문, 2000, p. 59.

터 적절한 부양을 받지 못하는 노인은 무료로 서비스를 제공받고, 저소득층 노인은 실비로, 그 외의 노인들(60세 이상)에게는 유료로 재가노인서비스를 제공하고 있다. 주요사업 내용은 (1) 주간보호사업, (2) 단기보호사업 (3) 가정봉사원 등이며 구체적인 사업내용과 시설현황은 다음과 같다.

1. 주간보호사업

1) 기본방향과 목적

주간보호서비스는 치매환자 및 중풍과 같은 만성질환이나 기능장애로 거동이 불편한 노인들이 낮 시간에 가족의 보호를 받을 수 없을 때 지역사회의 복지시설에서 노인에게 서비스를 제공하여 노후생활의 안정, 시신기능의 유지를 도와 부양가족의 경제적, 심리적, 신체적 부담을 경감시켜주는 사업이다.⁵³⁾

치매노인을 대상으로 한 주간보호사업의 목적은 치매노인과 치매노인을 부양하고 있는 가족에 대한 내용으로 나눌 수 있다. 치매노인에 대한 지원사업으로는 ① 치매노인의 정신증상과 문제행동을 경감시켜 치매노인이 가정생활에 적응할 수 있도록 하며, ② 치매노인의 정신기능을 활발하게 하고 ③ 그룹워커를 통해 풍부한 감정표출과 의욕의 향상을 꾀할 수 있도록 한다는 것이다. 치매노인의 가족에 대한 지원사업으로는 ① 가족에게 휴식시간을 줄 수 있으며 ② 가족에게 치매에 대한 올바른 지식을 주고 치매노인의 간호와

53) 이명숙, “ 치매노인을 위한 사회복지서비스 방안”, 동국대학교 행정대학원, 석사 학위논문, 2000, p. 61.

문제행동에 대한 접근방법에 관한 구체적으로 개별적인 치료를 가능하게 하며, ③ 치매가족 모임을 만들어 다른 가족과 정보를 교환하고 상호부조가 가능하도록 하는 것이다.⁵⁴⁾

2) 서비스 대상

주간보호 서비스 대상은 원칙적으로 60세 이상이어야 하고 생활보호 대상자나 저소득층 노인이 정부지원을 받는 사회복지단체로부터 서비스를 받는 경우는 65세 이상이 되어야 한다.⁵⁵⁾

3) 서비스 내용

주간보호서비스의 내용은 ① 생활지로 및 일상생활훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스, ② 급식 및 목욕서비스, ③ 취미와 오락, 운동 등 여가 생활서비스, ④ 장애노인에 대한 교육 등이다.⁵⁶⁾

이러한 주간보호시설에서 치매노인을 위한 구체적인 서비스 내용은 기관의 실정에 따라 다양한 서비스가 제공되고 있다.

평균수명의 연장으로 노인들의 수명은 증가되고 있으며 긴 노년기를 보다 풍요롭게 보내고자 하는 건강한 노인을 위하여 다양한 여가프로그램을 개발, 제공할 필요가 있다.

54) 권중돈, 「한국치매가족연구」, 홍익제, 1997, pp. 87-88.

55) 이명숙, 전제논문, p. 62.

56) 장운배, “치매노인가족 재가복지서비스 개선방안에 관한 연구”, 단국대학교 행정경영대학원, 석사학위논문, 2001, p. 6.

<표 2-2> 주간보호소 서비스 제공현황

구분	북부	남부	서부	남부
건강체크	혈압 몸무게 무료진료	혈압 맥박 무료진료 내과진료	혈압 한방진료 내과진료	혈압 당뇨체크 몸무게 한방진료
교육프로그램	교양강좌	교양, 건강강좌 문예교실 한글교실 한문교실	한글공부 색칠공부	미술요법 시청각교실
취미활동	한문한글서예 사군자 에어로빅 건강교실 등산교실 장구, 민요교실 포크댄스 풍물놀이 게이트볼	가요교실 우리가락 우리노래 한국무용 노래방	노래부르기 종이 접기	치료레크레이션
기타	목욕, 식사, 작업치료, 물리치료 비디오 시청 건강체조 및 운동, 레크레이션	목욕, 식사 작업치료 물리치료 비디오시청 건강체조 및 운동, 레크레이션	식사 작업치료 물리치료 건강체조 및 운동	식사 작업치료 물리치료 건강체조 및 운동 비디오 시청
치매환자를 위한 특별서비스	음악요법 인지활동 회상요법 미술요법 원예요법 재활레크레이션	음악요법 인지활동 회상요법 미술요법 원예요법	인지활동 미술요법	음악요법 인지활동 회상요법 미술요법

자료: 북부종합복지관, 「치매노인 단기보호 및 가족모임지원」, 1997, 삼성문화재단

4) 서비스 전달체계와 이용방법

전달체계는 노인복지법에 의해 보건복지부(노인복지과)→ 특별(직할)→ 시·도(가정복지과)→ 시·군·구(가정복지과, 사회복지과)→ 주간보호소를 통하여 노인에게 전달함을 원칙으로 하고 있다.

주간보호서비스는 사업기관과 이용자간의 계약에 의해 무료와 유료로 제공된다. 생활보호대상자 등 저소득층 노인은 무료로 이용함을 원칙으로 하되 식비 등 서비스 내용에 따라 실비를 징수 할 수 있으며 보호기간은 1일 낮 동안 보호함을 원칙으로 한다.⁵⁷⁾

5) 재정지원

예산지원 기준을 보면 인건비, 운영비 등 사업비 일부를 구가 및 지방자치단체에서 보조(국고 40%, 지방비 60%)하는데, 사업비 부족분은 지방자치단체가 추가로 보조할 수도 있다. 각 시설의 이용 노인 수, 제공하는 서비스 등 운영실적에 따라 차등지원을 한다.⁵⁸⁾

6) 시설현황

1992년부터 서울에 3개소(한국노인복지회, 은천노인복지재단, 천사양로원)를 시범적으로 운영하여 오다가 1994년에 부산에 2개소(남광사회복지재단, 애광원), 경기도에 1개소(신양원)를 신설하여 6개가 되었으며, 1998년까지 42개소가 집계되었고 그중 37개소는 무료로 그리고 5개소는 실비로 서비스를 제공하고 있다. 2001년에는 전국에 97개소가 설치되었으며, 이는 재가노인협회에 등록되어 재정보조를 받고 있는 기관의 수이고 기타 책자나 인터넷에서 수집한 자료를 합하면 더 많은 수의 주간보호시설이 존재한다. 서울이 36개소로 가장 많았으며 다음으로 부산 12개소, 경기 10개소, 경북 6개소, 충북 6

57) 이명숙, “치매노인을 위한 사회복지서비스 방안”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2000, p. 62.

58) 이명숙, 상계논문, p. 63.

개소, 대구 5개소, 인천, 광주, 대전, 충북, 충남, 전북, 전남, 경북지역은 각각 2-3개소의 순으로 나타났다.⁵⁹⁾ 이 중 치매전문 주간보호소는 2개소이고 각 주간보호소의 주간보호 전담인력은 대개 2-3명이다. 주간보호사업을 위한 시설은 기존의 노인복지 이용 및 수용시설이나 다른 사회복지시설에 병설하여 운영하고 있다.⁶⁰⁾

2. 단기보호사업

1) 기본방향과 목적

단기보호서비스는 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없어 일시적으로 보호가 필요한 심신이 허약한 노인과 장애인을 시설에 단기간 입소시켜 보호함으로써 노인 및 노인 가정에 복지증진을 도모하기 위한 사업이다.

이 시설의 입소기간은 15일 이내로 유료를 원칙으로 하며 영리추구를 위한 개인이나 단체도 참여 가능하다.⁶¹⁾

2) 서비스 내용

제공되는 서비스는 목욕, 식사, 작업치료, 물리치료를 기본으로 하고 있으며, 또한 건강체크, 교육프로그램, 취미활동프로그램이 이루어지고 있다.⁶²⁾

59) 보건복지부, 「재가노인복지」, 2001, p. 10.

60) 보건복지부, 「보건복지백서」, 1999, pp. 141-143.

61) 윤유신, “치매노인정책에 관한 연구”-치매노인정책의 실태 및 재가복지 서비스를 중심으로-, 성균관대학교 행정대학원, 1999, p. 44.

62) 이명숙, “치매노인을 위한 사회복지서비스 방안”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2000, p. 63.

3) 시설현황

1996년에는 10개소에 불과하였던 단기보호시설이 1998년에는 15개소로, 1999년에는 19개로 점차 증가하였다.⁶³⁾ 2001년 현재 전국에 33개의 단기보호사업소가 운영되고 있으나, 23개소만 국고보조를 받고 있다. 또한, 단기보호시설은 지역적으로 편중되어 있으며 단기보호시설 중 절반 정도가 30명 미만의 노인을 지원하고 있으며, 1일 평균 보호인원도 32명에 불과하다. 기관별로도 5명에서 83명까지 그 규모의 차이가 매우 크다.⁶⁴⁾

이중에서 치매노인을 대상으로 단기보호서비스를 제공하고 있는 기관은 인덕노인복지관, 신목치매노인단기보호소, 공릉노인단기보호센터, 송파노인종합복지관, 성심노인의 집, 은파노인복지 사업소, 부처중부 노인종합복지관, 순애원, 효경의 집, 남광재가복지관, 초정치매요양원, 춘천 종합사회복지관, 벨엘타운 등이며 평화종합사회복지관, 은천노인복지관은 주간보호와 함께 단기호보를 겸하고 있다.⁶⁵⁾

3. 가정봉사원파견 사업

1) 기본방향과 목적

가정봉사원서비스는 노인복지법제20조2항의 정의에 따라 신체적, 정신적 장애로 일상생활을 영위해 나가기 곤란한 노인이 있는 가정에 가정봉사원을 파견하여 노인의 일상생활에 각종의 편의를 제공하여 지역사회 안에서 안정

63) 보건복지부, 「노인복지사업지침」, 1999, p. 4.

64) 장운배, 전계논문, p. 44.

65) 이명숙, 전계논문. pp. 63-64.

된 노후생활을 영위하도록 하는 사업이다.⁶⁶⁾

한국노인복지회가 처음으로 1987년 자원봉사자를 모집하여 저소득층 노인들을 대상으로 가정봉사원 파견서비스를 시작하였다. 가정봉사원서비스는 사업 초기부터 자원봉사자를 이용한 무료사업으로 실시하여 왔으나, 1993년 노인복지법이 개정되면서 일반노인을 대상으로 하는 실비 또는 유료 가정봉사원 서비스도 가능하게 되었다. 1995년에는 서울특별시에서 가정보우미 프로그램을 개발하여 병약한 노인들을 위해 간병 및 가사보조를 제공하였다.⁶⁷⁾

2) 서비스 내용

가정봉사원이 치매노인에게 제공하는 서비스는 첫째로 가정봉사원에 관한 사항으로 가사지원서비스인 식사시중, 시장보기, 주변정돈, 생필품의 구매가 있고 일상지원서비스인 신체청결, 안마, 외출시 부축동행, 우애서비스로는 말벗이 되어드리는 것 등이다. 둘째로 상담 및 교육에 관한 사항이고 셋째는 노인결연에 관한 사항으로 구분된다.

66) 윤유신, 전계논문, pp. 47-48.

67) 이명숙, “치매노인을 위한 사회복지서비스 방안”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2000, pp. 59-60.

<표 2-3> 치매가족과 가정봉사원의 제공서비스

구분	치매노인 가족의 제공서비스	가정봉사원의 제공서비스
가사 지원	식사보조, 식이요법, 침대정리, 잔심부름	식사시중, 청소, 세탁, 생필품의 구매, 잔심부름
개인활동지원	세수, 양치, 머리감기, 목욕, 좌욕, 머리정돈, 옷벗고 입히기, 대소변 보조, 구토물 처리, 용변 후 처리, 침상체위 변경, 휠체어 운전	목욕, 세수, 위생관리, 용변관리, 외출시 동행
우애서비스	환자의 요구 전달 치료, 간호 지시내용 설명	말벗(상담 등), 전화문안
간호보조·기능훈련	곤장, 투약보조, 냉·온찜질, 욕창간호, 마사지, 수동관절운동, 능동관절운동, 필요한 운동교육	안마, 병간호 수발

자료: 김경혜 외, 「노령인구를 위한 재가복지서비스 확대방안」, 1995.

식사, 청소, 세탁, 잔심부름, 외출시 동행은 수단적 일상생활 수행에 있어 지장이 있는 노인에게 제공되는 서비스이며 이 서비스는 무급, 유급, 유료가 정봉사원 모두 제공하고 있다.

그러나 목욕, 세수, 위생관리, 용변관리는 수단적 일상생활 외에도 자신을 관리하기 어려운 즉, 일상생활 수행에 지장이 있는 노인에게 제공되는 서비스로서 무급가정봉사원에게는 전혀 제공되지 않고 유급가정봉사원에게서 일부가 제공되고 있을 뿐이다.⁶⁸⁾

3) 서비스대상

대상자는 65세 이상 노인으로 국민기초생활보장 수급 대상은 무료로 서비스를 제공하고, 저소득층 노인(도시근로자 가족 4명당 월 평균소득 244만원 미만인 가구의 65세 이상)에게는 실비로, 그리고 무료나 실비이용 대상노인

68) 이명숙 전개논문, pp. 60-61.

이외의 노인에게는 유료로 서비스를 제공하고 있다.⁶⁹⁾

4) 재정지원

가정봉사원 사업에서 정부는 서비스 대상자를 경제상황별로 3가지로 구분해 서비스를 지원하고 있다. 첫째로 생활보호대상자, 둘째로 실비 이용대상자, 셋째로 유료 이용 대상자로 나누어 가정봉사원 서비스를 재정지원하고 있다.⁷⁰⁾

<표 2-4> 경제상황별 정부의 지원현황

구분	자격기준	서비스이용	정부지원	공급주체
생활보호대상자	1인당 월소득 19만원(대도시, 중소도시), 20만원(농어촌) 및 가구당 재산액 2,500만원 미만인 65세 이상의 노인	무료	중앙 및 지방정부 보조	공공/민간위탁
실비이용대상자	4인 가족 기준 도시근로자 가구당 월평균소득(244만원)미만인 가구의 65세 이상의 노인	기본서비스: 2시간 2,000원 30분당 250원 추가 특별서비스: 1회당 1000원 추가	중앙 및 지방정부 보조	공공/민간위탁
유료이용대상자	생활보호대상자 및 실비이용대상자 제외자	기본서비스: 4시간 12,000원, 8시간 22,000원 특별서비스: 5,000원 추가	이용자 전액부담	민간

자료: 보건복지부, 「노인복지사업지침」, 2001.

69) 보건복지부, 「노인복지사업지침」, 2001, p. 10.

70) 장운배, 전개논문, pp. 52-53.

4) 시설현황

가정봉사원 파견사업에 참여하는 기관으로는 2000년에 가정봉사원 파견시설(113개소), 노인종합복지(회)관(68개소), 그리고 서울시 가정도우미 팀 운영센터(107개소) 등을 들 수 있다. 2001년 현재 가정봉사원 파견시설중에서 88개소만이 개소당 7700만원의 국고보조를 받아 무급봉사원 사업뿐만 아니라 유급봉사원 사업(2명)도 병행하고 있다.⁷¹⁾

가정봉사원이 치매노인을 방문하는 횟수는 주 2-3회가 가장 많고 1회 방문당 서비스 제공시간은 평균 1인 1주당 3.3시간으로 노인복지법의 최소규정인 주 3시간에 그치고 있다.⁷²⁾

4. 방문의료서비스

우리 나라는 20여년 전부터 가정간호에 대한 관심을 가지고 그 필요성이 간호사들에 의하여 논의되기 시작하였다. 1974년 원주기독병원에서는 지역보건과 사업으로 보건간호사를 가정에 파견하여 환자의 간호 및 관리, 가족의 교육과 상담 등의 방문의료서비스를 제공하기 시작하였다. 그 이후 정부는 노인인구의 증가, 주민의 질병양상의 변화, 만성질환자 증가에 따른 장기적인 의료서비스 욕구 증가, 3차 의료기관의 입원환자 대기 기간 단축, 상승하는 의료비 절감의 필요성, 그리고 환자의 조속한 회복과 안정 등을 위한 가정간호서비스의 필요성을 인식하고 1990년 1월, 의료법 시행규칙 54조를 개정하

71) 보건복지부, 전개서, p. 10.

72) 윤유신, “치매노인정책에 관한 연구”-치매노인정책의 실태 및 재가복지 서비스를 중심으로-, 성균관대학교 행정대학원, 1999, p. 49.

여 분야별 전문간호사에 가정간호사를 추가하였다. 현재 우리 나라의 방문의료서비스는 4가지 형태로 제공되고 있다. 보건소에서 제공되는 방문간호사업, 간호협회에서 제공되는 가정간호사업, 병원중심의 가정간호사업, 그리고 지역복지관에서 제공하는 지역사회 의료서비스이다. 특히 전국 보건소(245개소), 보건지소(1,315개소) 그리고 보건진료소(약 1,996개소) 등을 통한 방문간호서비스는 재가노인들의 보건의료사업에 커다란 역할을 담당하고 있다.⁷³⁾

73) 고양곤, 「재가노인복지사업의 현황과 정책과제」, 2001

제 3 장 우리 나라 및 각국의 치매노인 현황과 복지 실태

제 1 절 각 국의 치매 노인현황 및 복지실태

1. 미국

1) 치매노인 현황과 대책

현재 미국에는 65세 이상 노인 인구의 15%인 약 400만 명이 치매환자이며, 전체노인의 약 5%가 심한 치매증상을 보이고 있다. 앞으로 2030년대에는 740만 명으로 증가할 것으로 추정하고 있다. 요양시설에 입주하고 있는 노인의 경우는 50-80%가 치매증상을 보이고 있다. 앞으로 치매노인의 수가 더욱 증가할 것으로 예상되는데 2040년에는 7백 40만 명의 노인이 심한 치매현상을 나타나게 될 것으로 예상하고 있다. 스텐포드의 후버연구소에 따르면 미국에서 치매 치료에 소용되는 비용은 1년에 약 280-310억불이며 치매간호자를 위해 지출되는 간접적 비용은 100-120억불로 추정하고 있다.⁷⁴⁾

이러한 치매와 관련하여 미국의 건강 및 장기보호에 있어서의 정부정책은 세 가지 기본목표에 의해 이루어져 왔다. 첫 번째는 보호의 접근을 향상하는 것, 두 번째는 비용을 억제하는 것, 세 번째는 보호의 질을 확보하는 것이다. 이와 같은 미국의 치매정책의 주요 현안으로 다루어지는 문제는 예방, 진단, 치료를 위한 연구의 촉진과 환자에 대한 서비스 전달의 용이성 등이다. 전자

74) 박형근, "외국의 치매정책과 서비스 프로그램", 「노인복지정책연구」, 1996년 하계호, p. 45.

의 경우는 치매의 적절한 진단 및 치료에 대한 지식의 전파가 주 관심이었지만,⁷⁵⁾ 최근에는 치매의 진단 및 치료를 위한 센터가 설립됨과 동시에 치매의 치료, 진단, 연구, 의료인력에 대한 훈련, 가족에 대한 도움 및 서비스제공에 관심을 갖기 시작했다.

미국의 서비스체계는 일반의료부분, 노인서비스체계, 정신건강체계 등 3가지 분야로 나누어 살펴볼 수 있다. 현재 미국사회에서는 치매환자가 각 체계의 서비스 혜택을 받는 일반환자와 특별한 구분이 이루어지지 않고 있다. 그러나 의료체계에서는 치매환자가 신체적 장애노인으로 구분되며 노인서비스 체계에서는 병약노인으로, 정신건강체계에서는 정신질환노인으로 분류된다. 그러나 각 서비스는 특정 목표집단을 위한 것으로서 치매서비스 제공은 조정이 용이하지 않은 실정이다. 정신건강서비스는 일반정신질환 및 약물 재활 등에 대한 급여를 제공한다. 의료서비스에 있어서는 급성질환의 경우에만 의료서비스 급여를 제공하고 있을 뿐 장기보호서비스를 필요로 하는 치매환자에 대해서는 정부보조 프로그램에서 제외시키고 있는 것이 문제이다.⁷⁶⁾

2) 복지서비스

(1) 정부보호서비스(특별간호병동)

미국에서는 치매환자를 위해 일반 요양시설 내에 특별간호병동을 설치, 운용하고 있는데, 특별간호병동은 원래 노인정신병동의 의미를 지닌다. 이러한 병동은 1980년에 들어와서 나타나기 시작했으며 최근 들어 특별간호병동

75) 이명숙, “ 치매노인을 위한 사회복지서비스 방안”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2000, p. 24.

76) 박형근, 전계논문, pp. 216-217.

은 급격한 증가추세를 보이고 있는데, 1987년에는 특별간호변동이 53,798(3.3%)개 병상이었던 것이 1991년에는 99,298(6.0%)개 병상으로 증가하였다. 특별간호변동 운영이외에 정부가 치매환자들의 보호를 위해서 하고 있는 일들은 건강 및 장기보호 서비스에 관한 행정 업무, 공적 프로그램 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.

(2) 재가보호서비스

미국에서는 치매환자가 발생하면 가족이 부양, 간호할 수 있는 경우에는 집에서 돌보게 되는데, 현재 미국에서는 치매노인의 약 2/3가 집에서 간호를 받고 있다. 가족에 의한 간호는 치매노인에게 있어서 친숙한 환경과 사람들과의 만남을 지속시킬 수 있다는 점에서 바람직한 것으로 여겨지고 있다. 자원봉사자 및 유료간호사 등에 의해 제공되어지는 가정방문 보호서비스는 치매노인을 위해 간호보호자가 가정을 방문하여 일정시간 간호를 제공한다. 이는 치매노인이 치매치료를 위해 번거로운 교통수단을 이용할 필요가 없고 새로운 환경에 다시 적응할 필요성을 없애고자 하였다.⁷⁷⁾

(3) 시설보호서비스

휴식·시설보호에는 치매노인 뿐만 아니라 치매노인의 가족성원을 위한

77) 이흥태, “치매노인을 위한 사회복지정책 추진 방향에 관한 연구 : 치매유형별, 정도별 서비스 프로그램 개발을 중심으로”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1997, p. 19.

휴식보호 역할을 하는 주간보호서비스, 일부의 은퇴자 집단거주단지, 병원, 요양시설 등에서는 이용되지 않는 병상을 치매노인이 사용하도록 배려하는 단기시설보호, 경제적으로나 신체적으로 자활능력이 없는 치매노인을 정부가 특정 개인가정에 보호를 위탁하는 위탁보호, 저렴한 비용으로 요양시설에서 제공되는 수준에 준 하는 보호를 제공받을 수 있는 주거보호시설, 건강할 때는 일반노인시설에 있다가 점차 몸이 노쇠하게 되면 보다 보조적이고 숙련간호를 제공하는 요양시설로 옮겨 필요한 서비스를 제공받게 되는 유료양로시설 등 다양한 서비스가 있다.⁷⁸⁾ 또한 노인 상담 프로그램의 일환으로 치매노인들을 위해 치매노인의 가족과 전문가로 구성하여 24시간 치매에 관련된 정보를 제공해 주는 통신서비스를 실행하고 있다.⁷⁹⁾

2. 일본

1) 치매노인 현황과 대책

일본의 65세 이상 노인인구는 1,624만 명으로 전체 인구에서 차지하는 비율이 1995년 13.9%였으며, 2000년에는 2,110만 명으로 현재 전체인구에 17.0%에 이르고 있다. 그리고 치매유병율은 1995년 약 126만 명으로 전체의 6.9%이었던 것이 2000년에는 156만 명으로 전체의 7.2%로 현저히 증가하였다.⁸⁰⁾

78) 이홍태, 상계논문, p. 19.

79) 이남주, “치매노인을 위한 사회복지서비스의 향상에 관한 연구”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1999, p. 26.

80) 이명숙, “치매노인을 위한 사회복지서비스 방안”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2000, p. 20.

일본의 경우 대부분의 치매노인은 가정에서 자녀 또는 가족에 의해서 보호받고 있으나, 1980년대 이후 대학 병원이나 종합병원 정신과 의료기간, 노인병원, 노인보건시설, 요양시설 등에서 치료를 받고 있는 노인들의 비율은 날이 갈수록 증가하는 추세이다.⁸¹⁾

노인인구비율이 높은 일본은 정부가 치매환자 대책에 적극적으로 개입하여 효율적인 서비스 체계를 구축하고 있으며 치매노인에 대한 보건대책은 종합적인 노인대책의 일환으로 이루어지고 있다. 재택노인에 대한 서비스로는 가정봉사원서비스, 주간보호서비스, 단기보호서비스를 운영하고 이러한 재택서비스는 상담 및 시설 서비스와 통합하여 운영하고 있다.⁸²⁾

이러한 일본의 노인복지대책을 구체적으로 살펴보면, 일본은 1982년 기존의 치료위주의 의료체계를 질병예방 건강증진체계 확립의 필요성을 절감하고 노인에 대한 보건 및 의료서비스 제공을 원활하게 하기 위한 노인보건법을 제정, 공포하였다. 그리고 후생성은 노인정신 보건대책으로 1986년 '치매노인 대책추진 본부'를 설치하고 치매노인대책 전문위원회를 구성하였다. 이 위원회는 1987년 보건의료와 복지와의 연계를 강조하면서 그것을 기초로 하여 조사연구의 추진, 예방대책의 충실, 재택보건복지대책, 모든 시설의 정비, 그 밖의 기반정비를 시행하고 있다.⁸³⁾

일본의 치매예방 및 치료연구의 대책을 좀더 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 즉, 치매성 노인 처우기술연수사업으로 특별양호요원들과 보모에게 연수실시를 수행하고 치매성 노인, 간호자 및 가족에게 서비스를 제공하는 요

81) 이남주, "치매노인을 위한 사회복지서비스의 향상에 관한 연구", 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1999, p. 22.

82) 이명숙, 전개논문, p. 20.

83) 최경석·송정부, 「현대노인복지정책」, 한국복지정책연구소, 1990, p. 183.

원들에 대한 정기적인 교육을 실시하고 치매성질환 대책 조사연구, 노인보건 사업을 하고 있다.

현재 일본에서는 치매노인을 위한 간호인력의 확보를 위해 사회복지사 및 보호복지사의 제도를 제도화하였다. 그리고 자원봉사자들을 대상으로 하는 강습회를 통해 이들의 자질향상을 도모하도록 단계적 연수체계를 갖추고 있다. 보건소에서는 가정주부를 등을 대상으로 가정간호에 대한 교실을 개설하고 있을 뿐만 아니라 지역과 시설에서의 치매성 노인의 처우에 관한 인력의 자질향상을 도모하기 위해 보건소직원 및 간호사, 의사 외에 지역의 개업의에 대해서도 특별연수를 실시하고 있다. 또한 노인에 대한 보건, 의료, 복지의 서비스를 종합적으로 추진하기 위해 보건소에 서비스조정추진회의를 설치하여 지역의 서비스 망 구축을 적극적으로 서둘러 나가고 있다.⁸⁴⁾

2) 복지서비스

(1) 재가서비스

노인보건법에 근거하여 기초자치단체가 주체가 되어 재가서비스로 상담 및 방문지도, 노인주간 보호소, 가정간호 촉진산업, 야간보호서비스 등이 70세 이상 노인을 대상으로 실시하고 있다. 비용의 부담은 이용자. 공비, 의료보험의 각출금으로 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 가정 봉사원을 두어 노쇠, 심신의 장애 및 상병의

84) 박형근, 전제논문, p. 231.

이유로 병상에 누워 있어 일상생활을 영위하는데 지장이 있는 대략 65세 이상 노인이 있는 가정으로 저소득세대는 무료, 과세대 세대는 시간단위로, 소득수준에 맞추어 비용을 부담한다. 신체의 간호 및 가사보호, 상담 및 간호, 양호에 관한 조언 등을 서비스한다.⁸⁵⁾

(2) 시설서비스

시설서비스에는 단기보호사업의 일환으로 가족을 대신하여 거동이 불편한 노인을 일시적으로 보호할 필요가 있는 경우 노인홈에서 노인들을 보호함으로써 노인의 복지증진 및 가족들의 부담을 덜어주고 있다.⁸⁶⁾ 이러한 노인홈에서 제공되는 서비스로서 창구는 시청 노인복지과이며 이곳에서 서비스에 대한 티켓을 받아 특별양호노인홈에 직접신청하기도 한다. 또한 단기입소를 두고 있는데 이는 노인보건시설에서 제공되는 서비스로써 기간은 14일 이내이면 창구는 노인보건시설과이다.

이외에도 모든 행정구역의 시청, 재택간호지원센터를 통하여 치매노인들을 위한 주택개조를 실시하고 있으며 개조비용의 1/3만 노인환자가 부담하거나 또는 무료로 이용할 수 있다.⁸⁷⁾

이처럼 일본에서는 보건의료와 복지를 통합, 연계시키는 방향으로 각종 노인복지시책을 펴가고 있다. 일본은 노인관련 보건, 의료, 복지서비스가 지

85) 이흥태, “치매노인을 위한 사회복지정책 추진 방향에 관한 연구 : 치매유형별, 정도별 서비스 프로그램 개발을 중심으로”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1997, p. 20.

86) 박선희, “시설이용노인 및 재가노인의 보건, 의료복지 정책에 관한 연구”, 경기대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1999, pp.34-35.

87) 이명숙, “치매노인을 위한 사회복지서비스 방안”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2000, p. 28.

역에서 일괄적, 계획적으로 제공될 수 있도록 지역에서의 서비스체계를 구축해 왔다. 치매노인에 대한 서비스는 상담, 재가서비스, 시설중심서비스로 구분되어 있다. 즉, 보건소의 치매센터의 노인정신보건 상담사업 외에 일상생활의 자립을 돕기 위한 기능훈련, 방문지도와 필요한 간호서비스의 제공 등 노인보건법에 규정된 재가서비스가 제공되며 그 외에 재가서비스를 위한 보건 의료시설로는 노인주간보호소가 이용되기도 한다.⁸⁸⁾

3. 영국

1) 복지정책(국민보건서비스)

영국에서는 국민보건서비스제도를 통하여 의료보장을 받게 되는데, 이 법에 의거하여 국고를 재원으로 전국민에게 약값을 제외한 무료의료서비스를 제공하고 노인에게는 약값까지도 받지 않는 완전 무료서비스를 제공하여 노인들의 의료가 보장되어 있다. 또한, 세계 최초의 노인병과와 노인병전문의 제도가 1940년대부터 실시되고 있다. 노인의료비를 비롯한 노인복지비용의 상승을 억제하고 효과적인 서비스를 제공하기 위하여 노인에 대한 소득보장, 의료보장, 주택보장 및 사회적 서비스 보장에 모두 관련성을 갖고 있는 지역 사회보호라는 개념을 도입하였다. 지역사회보호의 개념은 병원이나 수용시설 밖의 지역사회 내에서 가족, 친지, 이웃, 자원봉사자 또는 유급봉사자가 전문가의 지도를 받아 지역 노인의 서비스 요구에 따라 가정 생활중심의 일상생

88) 남정은, “개호노인 보호관리에 관한 연구”, 단국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1997, p. 50.

활에 있어서 도움을 필요로 하는 신체적 도움, 심리적 및 사회적 지지의 서비스를 제공하는 것을 말한다. 지역사회보호 서비스 중에서 가장 일반적이고 흔한 경우는 건강보호 서비스와도 연계되는 가정봉사원서비스이다.⁸⁹⁾

지역사회보호에 기반 한 사회서비스의 전달은 비용효과성을 높이고 서비스 이용자의 선택권 강화를 달성하기 위해 독립적 생활보장을 위한 가정중심 서비스의 제공, 보호자에 대한 실질적 지원, 욕구의 평가와 도움을 필요로 하는 사람을 위해 서비스를 조직하고 감독하는 양질의 사례관리, 개별적인 서비스 공급자의 지원, 서비스 수행의 책임성 보장, 새로운 기능 체계의 도입과 같은 원칙을 따른다. 의료서비스의 경우는 서비스의 직접적인 공급자와 이 서비스를 구매하는 기관이 구분되어 있는데 건강관리기관이 주로 구매자의 역할을 하며 지역주민들의 의료욕구를 파악하고 의료서비스를 위탁 또는 구매하여 대상자에게 전달한다. 또한 직접적인 의료서비스 공급기관의 서비스를 감독한다. 지역사회보호를 위하여 사회서비스부서는 많은 자원봉사단체들에게 재정을 지원하고 지역사회 보호서비스를 공급하도록 하거나 서비스 공급을 위탁하며 이 기관들은 대부분 자원봉사자를 활용한다. 또한 민간영리 기관들은 주말이나 저녁, 야간 등 사회서비스부서에 의해 서비스가 제공되지 않는 경우 이를 보완해주는 역할을 한다. 사회서비스부서는 이 기관들의 목록을 작성하여 주민들에게 정보를 제공하고 계속적으로 서비스의 내용 및 질을 보장하기 위해 감독한다.

요양시설 서비스 관리는 지역보건소의 간호사가 파견되어 서비스를 제공하도록 하고 있으며 노인의 질환상태에 따라 노인병과, 노인병원, 홈 등을 이

89) 남정은, 상계논문, pp. 47-49.

용하도록 하고 50,000개 병상이 운영되고 있다. 요양시설로 간단한 간호서비스 및 생활서비스가 제공되는 Residential Care Home 과 가정에서 일반의나 지역사회간호사에 의하여 서비스를 받는 노인주택형 양로시설이 활발히 운영되고 있다.⁹⁰⁾

2) 복지서비스

(1) 재가서비스

병원에 입원하여야 할 정도는 아니지만 간호를 받아야 하는 경우 일반의가 청구하면 간호사가 파견되어 일반의의 처방에 따라 환자의 가정을 방문하여 주사를 놓거나 투약, 상처치료 등과 같은 의료처치와 간호를 하고 노인을 돌보는 가족에게 간호에 도움이 되는 조언을 해준다. 상태가 위독하지만 자기 집에서 임종을 원하는 노인을 간호하기도 하며 가정에서 노인을 간호하는데 필요한 여러 가지 치료기구를 지역의료기관에서 빌려다 주고 각종 자원봉사자를 알선하기도 한다. 또한 집안 일을 스스로 할 수 없고 친지의 도움을 받을 수 없는 노인들을 위하여 집수리, 집안정리, 청소, 장보기 등의 집안 일을 대신하거나 도와준다. 이 서비스에 대한 신청이 들어오면 각 지방자치단체 사회복지사부의 가사보조조직가나 조정인이 서비스 대상자의 건강상태, 일상생활 행동, 친인척의 원조가능성, 주거상황 등을 평가하여 가사보조원일 해야할 일의 내용을 결정하고 비용을 합의하여 결정하게 된다. 본래는 무료였으나 현재는 이용자의 소득에 따라 소득비례제, 균일제 등의 여러 가지 방법으로 비용을 부담시키고 있다. 가사보조원과 이용자가 동시에 매년 증가하고 있으

90) 박선희, “시설이용노인 및 재가노인의 보건, 의료복지 정책에 관한 연구”, 경기대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1999, pp. 43-45.

나 법적 뒷받침과 예산 그리고 인력의 부족으로 인하여 이용하려는 사람에 비해 공급이 따르지 못하고 있는 형편이며 가사보조원에 대한 훈련도 충분히 못하여 개선이 요구되고 있다.⁹¹⁾

(2) 시설서비스

의료서비스로서 노인전문병원 또는 종합병원과 밀접하게 연관된 병원으로써 진단과 평가, 치료, 재활치료 등을 받을 수 있다. 지속적인 보호나 치료를 받아야 하는 노인이 특별한 증세나 고통이 있을 때 이를 완화시키기 위해 단기간 노인 병원에 입원시킨다.⁹²⁾ 또한 가정에서 보호받는데 어려움을 겪고 있는 환자들은 보통 1주일에 2-3번 주간보호 병원에 오고 전체의 83%의 주간병원이 1주일에 5일 이상을 개방하며 주간병원의 직원들로서는 의사, 간호사, 사회사업가 작업치료사 등이다. 그리고 지속적인 장기치료가 필요한 노인들은 종합병원이나 종합병원에 부설되어 있는 특수장기 입원 시설에 입원시켜 돌보는데 가족이나 친지와 쉽게 접촉할 수 있도록 배려한다.⁹³⁾

4. 네덜란드

1) 복지정책

네덜란드에서는 정부가 장기보호 병원에 근무하는 임상 의사, 노인병 전문

91) 이남주, 전계논문, pp. 27-28.

92) 박선희, “시설이용노인 및 재가노인의 보건, 의료복지 정책에 관한 연구”, 경기대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1999, p. 46.

93) 남정은, 전계논문, p. 47.

의사, 개업의사, 노인정신병의사 등을 대상으로 치매노인의 보호에 관한 교육을 하는데 치매노인을 위한 복지정책의 핵심을 두고 있다.⁹⁴⁾ 이러한 네덜란드에서는 건강보호 비용의 85%는 보험이 부담하고 15%는 환자 자신이 부담한다. 보험료는 근로자 및 고용주에 의해 지불되며 보험료의 산정액수는 정부에 의해 승인된다.⁹⁵⁾

또한 네덜란드에서는 노인과 관련된 정부정책으로 노인의 시설입소를 최소화하고 가능한 한 지역사회에서 살도록 하는 재가복지사업의 활성화에 역점을 두고 정부는 가정보호, 치매환자를 위한 자원봉사자간호 및 전문가정간호를 강화하고 휴식간호를 위해 더 많은 노력을 기울이고 있다. 네덜란드 정부는 그 동안 치매에 대한 일반인의 관심을 계속 증가시키는데 많은 노력을 하였으며, 치매에 관한 정보는 고령에 나타나는 망각증세와 치매에 대한 불필요한 공포감을 줄이는데 기여를 하였다.

이러한 노력에도 불구하고 네덜란드의 치매에 대한 민간인 보호자의 보호수준은 아직 최적상태가 아니기 때문에, 정부는 장기보호병원에 있는 임상 의사, 노인병원전문의사, 개업의사, 노인정신병의사 등은 치매환자의 보호에 관한 교육에 주력하고 있다. 한편, 1991년 네덜란드 일반의사협회는 '치매증상 표준'에 관한 책자를 만들어서 보급하고 있는데, 이는 치매진단시 주의해야 할 규칙, 치매에 관한 정책, 환자 및 간호자에 대한 보호서비스를 표준화시키도록 하기 위한 방법의 일환이 되고 있다.

94) 이명숙, 전계논문, p. 30.

95) 이홍태, "치매노인을 위한 사회복지정책 추진 방향에 관한 연구 : 치매유형별, 정도별 서비스 프로그램 개발을 중심으로", 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1997, p. 21.

또한 네덜란드 몇몇 도시에서는 노인정신 신경과팀이 구성되어 전문가들에 의한 치매상담 및 진단이 이루어지고 있다. 지역에 따라 전문가들의 구성이 다르므로 지역간 협동 및 그들이 작성한 보고 등은 치매환자에게 가장 적합한 진단을 제공하고 있어 필수적이 되었다.⁹⁶⁾

2) 복지서비스

(1) 재가서비스

네덜란드에서는 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 간호사 등이 치매간호에 필요로 하는 정보를 빠른 시간 내에 제공받을 수 있도록 해 준다. 이 서비스는 1주일 내내 주야간 상관없이 이용 가능하다.⁹⁷⁾

(2) 시설서비스

네덜란드에서는 요양시설과 독립적 주거사이의 중간시설의 성격을 띤 Gray Area가 최근에 발달되었다. 이는 지방정부, 보호서비스 그룹, 주택회사 등의 협력을 통해 sheltered housing 형태가 이루어진다. 치매환자들은 그들의

96) 이남주, “치매노인을 위한 사회복지서비스의 향상에 관한 연구”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1999, pp. 28-29.

97) 이홍태, “치매노인을 위한 사회복지정책 추진 방향에 관한 연구 : 치매유형별, 정도별 서비스 프로그램 개발을 중심으로”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1997, pp. 21-22.

건강과 필요에 따라 입주여부가 결정되는 중간보호시설은 개인에게 일괄적 보호를 제공한다는 점에서 유용성을 가진다. 또한 네덜란드에서는 간호보호 센터를 운영하면서 간호인을 위한 지원, 휴식보호에 대한 충실한 기회를 제공하고 있다. 현재 네덜란드의 약 13만 명의 노인이 간호보호센터에 거주하고 있으며 이들 노인의 10-12%가 치매 증세를 보이고 있다.⁹⁸⁾

제 2 절 우리 나라 재가치매노인복지 서비스의 실태

1. 치매노인의 현황 및 복지실태

1) 치매노인의 현황

(1) 노인인구 현황

모든 사회에 있어서 그 환경과 문화가 발달함으로써 인간의 평균수명이 늘어나고 사회구성인구 중 노인인구가 차지하는 비율이 높아지게 마련이다. 우리 나라는 1960년대 이후의 급속한 경제성장과 산업화로 인한 도시화의 진전은 그간 격심한 이농현상과 더불어 인구의 도시집중 현상을 낳았고 농촌에는 젊은이들이 떠나고 노인인구가 상대적으로 많아지는 부모세대와 자녀세대의 분리현상이 초래되었다. 더욱 출산저하에 따른 가족규모의 소형화와 근대적 도시생활양식에 의한 핵가족 선호경향은 전통적인 노인의 가족 내 부양구조를 무너뜨리는 세대간의 가치간의 차이는 세대간의 분리를 조장하는 원인

98) 이남주, 전제논문, pp. 29-30.

이 되었다. 그리고 아울러 산업사회에서 노인의 역할감소로 지위하락에 따른 소외현상은 앞으로의 노인문제에 대한 심각성을 예고해주고 있다.⁹⁹⁾

한편, 현대사회에서 인구의 고령화는 의료기술의 발달과 생활개선에 따른 수명의 연장에서 온다고 볼 수 있다. 그러나 노인인구가 늘어남에 따라 노인들의 신체적 약화로 인하여 다양한 질병을 보유하게 된다. 그러나 다양한 질병 가운데에 노인치매환자가 차지하는 비율이 점차 높아지게 되었다. 우리나라는 아직도 치매노인의 유병율에 대한 정확한 자료가 제시되고 있지 않아 치매유병율에 대한 현황을 파악하기가 힘든 실정이다. 먼저 우리나라의 노인인구를 파악하기 위해 통계청의 '1960-2030년까지의 장래인구 추이'를 참고하고자 한다.

<표 3-1> 1960-2030년까지의 장래인구 추이

연도	총인구	-14세(%)	15-64세(%)	65세+(%)	80세+(%)
1960	25,012	10,188(42.3)	14,258(57.0)	726(2.9)	59(0.2)
1970	32,241	13,709(42.5)	17,540(54.4)	991(3.1)	101(0.3)
1980	38,124	12,951(34.0)	23,717(62.2)	1,45(3.8)	178(0.5)
1990	42,869	10,974(25.6)	29,701(69.2)	2,195(5.1)	302(0.7)
1995	45,093	10,537(23.4)	31,900(70.7)	2,657(5.9)	382(0.8)
2000	47,275	10,233(21.6)	33,671(71.2)	3,371(7.1)	480(1.0)
2010	50,618	10,080(19.9)	35,506(70.1)	5,032(9.9)	803(1.6)
2020	52,358	9,013(17.2)	36,446(69.6)	6,899(13.2)	1,335(2.5)
2030	52,744	8,448(16.0)	34,430(64.7)	10,165(19.3)	1,775(3.4)

자료: 통계청, 「장래인구 추이」, 1996.

1960년 우리 국민의 평균수명은 52.4세였으나 1995년에는 73.5세로, 35년 만에 국민의 평균수명은 21년 이상 연장되었고 또한 2000년에는 74.9세에 이

99) 권태희·김태현·최진호, 「한국의 인구와 가족」, 일신사, 1995, pp. 54-55.

르고 2020년에는 78세 그리고 2030년에는 79세가 넘을 것으로 예상된다.

(2) 치매의 유병률

우리 나라 노인의 치매유병률(치매노인수/전체노인인구수)은 조사시기, 장소 그리고 방법에 따라서 각기 다르게 나타나고 있다. 보건연구원에서는 65세 이상 노인 중 7.0%, 2010년에 8.6%, 2020년에 9%로 나타나고 있다.¹⁰⁰⁾

이와 같이 치매의 유병률은 연구자에 따라 큰 차이를 보이는 것은 각각의 사회 문화적 특성과 인구의 연령구조, 그리고 연구대상지역의 선정 및 표본의 추출방법 등이 다르기 때문이다. 이러한 이유로 연구에 따라 치매유병률은 차이를 보이고 있으나 공통적인 특성은 유병률은 노인연령의 증가와 더불어 증가하는 것이 일반적이라고 하는 것이다.

<표 3-2> 치매유병률 추계

연도 노인수(%)	추계 치매 노인의 수					
	1995	2000	2005	2010	2015	2020
치매노인수 60+	138,845	170,259	212,148	261,833	325,517	372,175
65+	128,389	158,112	198,753	246,728	307,332	365,457
치매노인비율 60+	3.4	3.4	3.6	3.8	4.0	4.0
(%) 65+	5.0	5.0	5.0	5.3	5.7	5.9
노인인구비율 60+	8.4	10.7	12.1	13.7	12.9	19.5
(%) 65+	5.7	6.8	8.2	9.4	10.7	12.5

자료: 변용찬, 「치매관리 Mapping개발연구」, 한국보건사회연구원, 1997.

100) 김옥희, "치매노인 부양가족의 문제와 사회복지서비스 정책 전망", 「노인복지 연구」, 1998, 12월호, p. 182.

(3) 치매노인 수

우리 나라에서의 치매노인은 65세 이상 노인인구의 8.3%(1997년 기준)로 추정되며, 2000년에는 28만 여명, 2020년에는 62만 여명으로 증가하고, 이후 지속적으로 증가할 것으로 예상된다.

<표 3-3> 치매노인 수 추계

연령	연도	치매 노인의 수 추계						
		1995	1997	2000	2005	2010	2015	2020
65-69		23,744	26,143	30,299	36,696	38,161	43,413	53,400
70-74		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	324,547
치매노인수		218,096	241,889	277,748	351,025	433,918	527,068	619,132
치매유병률		8.3	8.3	8.2	8.3	8.6	9.0	9.0

자료: 변용찬, 「치매관리 Mapping개발연구」, 한국보건사회연구원, 1997.

<표 3-4> 성별·연령별 치매노인 수 추계

성별	전 체		남 자		여 자	
	노인인구	치매노인(%)	노인인구	치매노인(%)	노인인구	치매노인(%)
65-69	1,043,979	23,744(2.3)	420,873	5,050(1.2)	623,106	18,693(3.0)
70-74	762,544	35,298(4.6)	293,696	7,636(2.0)	468,848	27,662(5.9)
75-79	455,673	62,068(13.6)	160,498	8,246(5.1)	295,175	53,722(18.2)
80+	378,009	96,986(25.7)	99,637	15,145(15.2)	278,372	81,841(29.4)
전 체	2,640,205	218,096(8.3)	974,704	36,177(3.7)	1,665,501	181,918(10.9)

자료: 통계청, 「1995 인구주택 총 조사보고서」, 1996

성별에 따른 치매노인수의 차이를 살펴보면 위의 표에서도 알 수 있듯이 여자가 남자보다 두 배 이상 치매에 많이 걸리는 것으로 나타났으며 연령별에서는 80세 이상이 치매노인연령 중 가장 많은 것으로 나타났다.

<표 3-5> 치매정도별 치매노인 수 추계

성별 연령	비율 (%)	치매노인수					
		1997	2000	2005	2010	2015	2020
경증	59.2	143,198	164,427	207,800	256,879	312,024	366,526
중등증	27.2	65,794	75,547	95,479	118,026	133,362	168,404
중증	13.6	32,897	37,774	47,739	59,639	71,681	84,202
전 체	100.0	241,889	277,748	351,025	433,918	527,068	619,132

자료: 변용찬, 「치매관리 Mapping개발연구」, 한국보건사회연구원, 1997.

치매의 임상적 정도를 경증, 중등증, 중증으로 나누었는데, 경도의 치매는 사회생활이나 직업상의 능력이 비록 상실되더라도 아직 독립적인 생활을 영위할 수 있고, 적절한 개인위생을 유지하며, 비교적 온전한 판단력을 보유하고 있는 상태이며, 중등증의 치매는 독립적인 생활이 매우 위험하고 타인에 의한 감독이 필요한 상태로써, 전체 치매노인의 대략 27% 정도가 이러한 상태에 있을 것으로 추정된다. 그리고 중증치매의 경우는 일상생활의 능력이 심하게 감퇴되어 지속적인 감독이 필요한 상태로 최소한의 개인위생도 유지할 수 없게 되며, 우리 나라 치매노인의 대략 13%정도가 이러한 상태에 있을 것으로 추정된다.

(4) 재가서비스 이용치매노인

치매노인의 장래인구를 추정하여 보면 1995년에 21만 8천명에서 1997년에는 24만 2천명, 2000년에는 27만 8천명으로 늘어났고 2020년에는 61만 9천명으로 크게 증가할 전망이다. 이중에서 재가서비스 이용노인을 추정하여 보면, 중증 치매노인으로 시설입소 대상자를 제외하고 가정에 남아 있는 환자와

경증 치매노인 수를 합하여 일차적인 대상으로 간주할 수 있다.

그러나 재가서비스 실수요자 파악이나 서비스 요구율에 관한 전국적인 조사가 없기 때문에 기존연구들을 토대로 추정하여 볼 수밖에 없다.

<표 3-6> 재가서비스 이용대상 치매노인 수 추계

	추계 치매 노인의 수					
	1995	2000	2005	2010	2015	2020
치매노인수 60+	138,845	170,259	212,148	261,833	325,517	372,175
65+	128,389	158,112	198,753	246,728	307,332	365,457
치매노인비율 60+	3.4	3.4	3.6	3.8	4.0	4.0
(%) 65+	5.0	5.0	5.0	5.3	5.7	5.9
노인인구비율 60+	8.4	10.7	12.1	13.7	12.9	19.5
(%) 65+	5.7	6.8	8.2	9.4	10.7	12.5

자료: 변용찬, 「치매관리 Mapping 개발연구」, 한국보건사회연구원, 1997.

2) 복지실태

(1) 치매노인 관련법

우리 나라 정부의 치매에 관한 정책의 기본은 정부가 ‘삶의 질 세계화’를 위해 구성한 국민복지기획단을 구성하여, 1996년 3월에 ‘삶의 질 세계화를 위한 노인, 세계화를 위한 노인·장애인 복지종합대책’에서 ‘치매노인 10년 대책’을 마련하였으며 또한 노인의 복지증진을 위하여 노인복지법(1997. 8. 22) 및 동법시행령(1998. 6. 20), 시행규칙(1998. 9. 4)을 전면 개정하였다.

‘치매노인 10년 대책의 내용을 요약해 보면 다음과 같다. 첫째, 치매예방 또는 조기발견 사업의 강화, 둘째, 치매전문요양시설의 확충을 위해 1996년부터 2005년까지 매년 92억 내지 238억원씩 총 2,006억원을 지원, 셋째, 치매전문병원을 건립하기 위해 1996년부터 올해까지 매년 92억 내지 160억원씩 총

612억원을 지원, 넷째, 치매종합센터 설립비 300억원, 운영비 10억원씩 10년간 100억 원 규모 지원, 다섯째, 치매원격진료 정보통신망 구축 운영 등이다.¹⁰¹⁾

시행규칙 제 12조는 시장·군수·구청장이 관할 보건소에 치매예방 및 치매환자관리를 위한 치매상담신고센터를 설치하고 치매상담전문요원을 1인 이상 지정하여, 치매환자의 등록·관리, 치매환자 및 그 보호자에 대한 상담, 치매의 예방 및 치매환자의 간병요령 등에 관한 교육의 실시, 재택치매환자에 대한 방문·관리, 치매환자의 노인전문요양시설 입소안내 등의 업무를 실시하도록 규정하고 있다.

노인복지법의 목적은 노인의 질환을 사전예방하고 또는 조기발견, 질환상태에 따른 적절한 치료, 요양으로 심신의 건강을 유지하고, 노후의 생활안정을 위하여 필요한 조치를 강구함으로써 노인의 보건복지증진에 기여함에 있다고 명시하고 있다. 또한 노인의 보건복지증진의 책임은 국가와 지방자치단체에 있고 이를 위한 시책을 강구하여 추진하여야 함을 제 4조에 명시하고 있다. 그리고 제 7조에는 노인의 복지를 담당하기 위하여 시·군·구에 노인복지 상담원을 두도록 되어 있으므로 치매의 조기발견에 활용할 수 있도록 하고 있다.¹⁰²⁾

(2) 치매노인 복지서비스

101) 배상수, "노인성 치매환자의 지역사회 관리방안", 한국농촌의학회지, 1997 제 1호, p. 127.

102) 이명숙, "치매노인을 위한 사회복지서비스 방안", 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2000, pp. 48-49.

가. 치매상담 신고센터

치매상담 전화는 1990년 5월에 개통되어 사회사업가와 일정기간의 치매에 대해 교육을 이수한 자원봉사자로 구성된 상담원에 의해 서비스가 제공되고 있다. 이 서비스의 목적은 치매성 노인을 보호하는데 있어서 필요한 각종 정보를 제공하고 노인보호로 인한 보호 제공자의 어려움을 감소시키는데 있다.¹⁰³⁾

나. 치매노인 가족 모임

치매노인 가족 모임은 매월 1회 정기적으로 개최되며 치매성노인 가족과 치매에 관심이 있는 일반인 및 보건의료복지관계자들을 대상으로 치매성노인의 심리, 질병에 대한 예방과 보호기술 등에 대한 전문가의 교육과 참가자 토론으로 프로그램이 진행된다. 치매노인 가족모임은 이외에도 시청각 교재를 활용한 외국의 치매성노인 실태 및 서비스 현황에 대한 안내, 보호하는데 있어서 필요한 특수 옷, 방수용 시트 등의 보호물품 주문, 판매도 실시하고 있다. 또한 치매에 관심이 있는 일반인과 보호제공자를 위한 치매관련 책자도 출판하여 치매에 대한 이해와 보호에 필요한 적절한 정보를 제공하고 있다.¹⁰⁴⁾

다. 치매노인 보호대책

지역사회의 치매노인들을 위한 보호대책으로써 치매노인 가족모임, 지역

103) 이남주, “치매노인을 위한 사회복지서비스의 향상에 관한 연구”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1999, pp. 30-31.

104) 이남주, 상계서, p. 31.

의 사회단체 운동, 신원 확인 팔찌를 개발·보급하고 경찰청과 한국노인복지시설협회 등을 연계하여 치매노인의 실종 예방을 중장기 발전계획으로 하고 있다. 특히, 치매환자 중 배회증상을 가진 환자가 많은 관계로 보건복지부와 한국치매협회에서 신원확인 팔찌를 개발하여 보급하고 보건소 치매상담신고센터를 통해 팔찌를 배포하고 있다. 그 밖에도 서울시에는 100명의 치매 전문도우미를 훈련하여 각 가정에 파견하도록 하고 있다.¹⁰⁵⁾

라. 노인건강진단 사업

현재 우리 나라에서 노인이 받고 있는 의료보장은 각종 의료보험과 의료보호 및 의료부조가 있으며 의료보장제도와는 별도로 노인복지법에 근거하여 1983년부터 무료로 노인건강진단사업을 실시하고 있다.¹⁰⁶⁾

마. 치매전문병원

치매를 위한 전문병원으로 사회복지법인 태화회에서 설립한 인천 은혜병원이 노인보건센터의 역할을 강조하며 치매환자에게 입원의 기회를 제공하고 있으며, 서울대병원과 삼성의료원에서는 치매클리닉을 개설하여 치매의 원인 및 증상분류, 예방에까지 진료를 담당하고 있다. 그 외 치매노인을 위한 전문병원으로는 인천 안드레병원, 축령복음병원, 가락정신병원 등이 있다. 치매노인을 위한 사회복지시설로는 대구, 인천, 경기도 고양시에 있는 요양원 등이 있다.

바. 시설보호서비스

105) 이명숙, 전개논문, p. 54.

106) 최경석·송정부, 전개서, p. 194.

전국에 치매노인을 위한 전문요양시설은 치매와 중풍 등 중증의 질환 노인을 입소시켜 무료 또는 저렴한 요금으로 급식, 기타 일상생활에 필요한 편의시설을 제공하는 것으로, 전액 국비 또는 지방비로 설립된 서울특별시의 중계노인복지관과 경기도 파주에 있는 정원치매노인요양원, 인천의 영락전문요양원, 대구의 대구카톨릭치매센터 등이 있다.

사. 재가서비스

치매노인이 이용할 수 있는 재가복지서비스로 주간복지시설, 단기보호시설, 가정봉사원 파견사업소를 운영하고 있다. 엄밀히 재가노인복지 프로그램에는 가정봉사원 파견사업, 주간보호사업, 단기보호사업, 방문간호사업을 포함하게 된다. 그러나 가정방문의료 또는 가정방문간호는 중요하나 정부의 현실 여건상의 문제로 포함시키지 않고 있다.¹⁰⁷⁾

2. 재가치매노인가족 실태

가족이 치매노인을 부양하면서 경험하는 신체적, 심리적, 또는 정서적, 사회적, 재정적 문제가 생기게 되는데 이를 재가치매노인 가족의 부양부담이라고 한다. 다시 말해서 부양부담은 치매노인을 가정에서 부양하면서 노인의 인지장애, 문제행동, 신체적 의존성, 일상생활 동작능력 등의 제한으로 인하여 야기되는 노인의 욕구를 충족시키기 위해 가족들이 겪는 어려움을 뜻한다.

107) 이명숙, “ 치매노인을 위한 사회복지서비스 방안”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2000, pp. 54-59.

Horowitz와 Dorobrof는 부양으로 인하여 나타나는 재정, 개인적 생활, 대인관계 및 여가시간과 같은 부양자의 생활영역에서 나타나는 변화, 즉 부양의 영향을 부양부담이라고 보았다. 또한 Zarit는 치매노인의 행동이나 기능변화와 같은 상황 및 사건과 관련하여 부양자가 경험하게 되는 정서적 안정, 신체적 건강, 사회생활, 재정상의 어려움과 불편함의 정도라고 보고 있다.¹⁰⁸⁾

이를 토대로 하여 본 연구에서는 가족들이 겪게 되는 부양부담을 정서적, 신체적, 경제적, 사회적 부담감으로 나누어 살펴보고자 한다.

1) 정서적

치매노인을 부양한 결과로 부양자들은 심리적 안녕 상태에 부정적인 영향을 받는 경우가 많다. 이는 노인에게 갖게 되는 부양자의 부정적인 감정과 더불어 이러한 부정적인 감정에 대한 죄책감까지도 포함한다.

치매가족들이 경험하는 고통은 노인에게 잘해드리지 못하는 것, 과거에 잘못된 것, 노인을 집에서 더 이상 모실 수 없다는 생각을 한 것 등에 대해 느끼는 죄책감 그리고 치매의 치료가능성이 매우 낮다는 것이다. 아무리 노력하여도 더 이상 노인이 나아질 것 같이 않아 허무한 생각이 들고, 자신이 치매노인의 증상에 효과적으로 대처하지 못한 것이 됨으로써 무력감을 경험하게 된다. 또한 신체적 손상정도가 심하면 일상생활동작을 돕기 위해 부양자는 대부분의 시간을 노인과 보내야 하는데 이는 노인과의 관계나 노인의 태도 등을 통해 정서적으로 부정적인 경험을 할 가능성이 높아진다.¹⁰⁹⁾

108) 장운배, 전계논문, p. 16. 재인용.

109) 이영주, 전계논문, pp. 30-31

2) 신체적

치매노인의 부양자들은 지속적인 부양활동 뿐만 아니라 가사, 경제활동, 자녀양육 등의 다양한 역할을 수행하는 과정에서 신체적 피로를 경험할 가능성이 매우 높다.

Rabins의 연구에 의하면 치매노인의 부양은 주부양자는 물론 다른 가족구성원들의 신체적 피로를 가중시키는 것으로 나타났으며, 우리 나라 치매노인 주부양자의 83%정도가 신체피로를 느끼는 것으로 나타났다.

치매노인의 부양자의 경우 노인의 주야 전도 증상으로 밤에 충분한 수면을 취하지 못하는 경우가 많으며 이로 인해 피로 및 수면부족 이외에 건강 유지 및 증진활동을 할 수 있는 시간의 부족 등이 있다.¹¹⁰⁾

3) 경제적

부양자는 재정적 부담과 경제활동 제약에 대한 두 가지 부담을 경험하게 된다. 첫째, 재정적 부담으로는 치매노인의 치료와 간호에 대한 비용부담의 증가로 가계에 압박을 받게 된다. 따라서 다른 가족생활 영역에서 발생하는 재정적 요구에 효과적으로 대처하지 못하게 되며, 취업을 통한 수입보전에 대한 요구가 증가하게 되는 것이 일반적인 경향이다.

둘째, 경제활동의 제약은 부양으로 인하여 경제활동 시간이 단축되고 회의 및 훈련기회를 놓치는 경우가 많으며, 잦은 결근과 외출로 인하여 직장을 떠나 있는 시간이 증가하며, 일할 때 부양에 대한 걱정 등으로 인하여 업무에 방해를 받게 된다. 또한 직장 동료들에게 피해를 주지 않을까 염려하게

110) 김민식, "간호노인 부양부담에 영향을 주는 요인에 관한 연구", 한성대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2001, pp. 11-12

되어 경제활동을 중단하는 비율이 높고 승진기회를 놓치는 경우가 많으며 생산성이 줄어드는 경향이 있다.¹¹¹⁾

4) 사회적

역할갈등에서 비롯된 부양자의 부정적인 감정을 일컫는데 특히 결혼한 부양자의 경우, 기존의 역할과 새롭게 부각된 부양역할을 어떻게 수행해 나갈지에 대해 자신의 배우자나 다른 가족들과 갈등을 겪을 수 있으며 종종 자신이 다른 가족원들로부터 소외당하고 있다고 느끼기도 한다. 이러한 부정적인 감정들은 부양자들이 치매노인과의 관계에서 부정적인 변화가 나타날 수도 있으며, 부양자의 태도나 부양전략에 대해 가족간의 의견차이가 존재하여 가족관계의 부정적인 변화를 경험할 수 있게 된다. 또한 시간상의 제약으로 다른 사람과의 관계나 직장생활에서 문제가 발생하기도 한다.¹¹²⁾

111) 홍윤표, “치매노인가족의 부양부담 경감에 관한 연구, 상지대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2001, p. 14.

112) 김민식, 전계논문, p. 12.

제 4 장 재가치매노인을 위한 재가복지 서비스 문제점

제 1 절 주간보호 사업의 문제점

1. 전문적인 프로그램의 미비

갈수록 치매노인의 치료와 간호에 있어서 주간보호서비스가 중요성을 띄어 가고 있다. 이러한 사실로 향우 집단 프로그램의 활성화와 보편화가 반드시 필요하지만, 아직까지 국내에서는 체계적인 연구가 전혀 이루어지지 못하고 있는 실정이다. 프로그램의 내용과 질적인 면에서 아직 그 수준이 낮고 또한 이론적인 보급이나 프로그램 실시후의 평가 또한 질적으로 낮은 수준에 있다.

2. 시설의 부족과 지역편중

주간보호소의 수가 절대적으로 부족하고 지역적으로 편중되어 있는 것이다. 주간보호사업 기관은 서울에 36개소로 편중되어 있는 것을 알 수 있으며 그 중 치매노인을 보호하고 있는 곳을 5개 기관에 불과하다. 이러한 시설부족과 도심지 편중으로 인해 지방에 거주하는 노인들은 더욱더 불편함을 느끼게 된다고 볼 수 있다.

3. 서비스 제공인력의 부족

치매 주간보호소를 분리하여 운영하고 있는 노인종합복지관의 경우 사회복지사, 간호사, 자원봉사자, 물리치료사, 작업치료사, 촉탁의사 등이 운영에 참여하고 있다. 이렇게 사회복지관의 기존인력과 자원봉사자의 인력을 활용하고 있으나, 주간보호소에서 일반노인과 같이 수용하고 있는 경우 전문인력이나 보조인력의 부족으로 치매노인들을 위한 개별서비스가 거의 이루어지지 못하고 있다. 치매노인들의 증상은 다양하고 복잡함으로 그것을 파악하고 그에 맞는 치료와 보호를 받기 위해서는 개별서비스가 중요하며 이러한 개별서비스가 이루어지기 위해서는 보다 많은 서비스인력이 필요할 것으로 본다.

4. 재정현황 파악의 문제

주간보호소의 재정현황 파악은 매우 어려운 형편이다. 그것은 주간보호소가 서로 다른 예산체계를 가지고 있기 때문이다. 예를 들어 북부노인종합복지관의 경우는 기능회복실, 사회교육프로그램, 치매탁로실이 함께 조직되어 있으며, 남부노인종합복지관의 경우는 치매탁로소, 주간보호실, 기능회복실, 의무실이 함께 조직되어 있다. 그러므로 예산체계도 주간보호소에 대한 예산이 따로 책정되어 있는 것이 아니라 몇 가지 사업과 함께 책정되어 있다. 이는 주간보호소의 재정을 파악하는 데에 있어 어려움을 준다. 이러한 재정측정의 어려움으로 인하여 주간보호소의 시설 확충과 프로그램 전문화를 위한 재정적인 원조 또한 더 어려울 것으로 파악된다.

5. 시설설치 기준의 문제

현재 노인시설 설치기준은 이용자에 대한 기준이 없이 일반노인요양시설의 기준이 수용인원 50명당 250평을 준하는 등의 연면적으로 정하고 있어, 주간보호소의 이용자 또는 특성별로 적용하지 못하고 있다. 일반요양시설의 설치기준을 특수한 치매시설의 설치기준으로 적용한다고 하는 것은 불합리하며, 설비 및 구조설비 기준도 구체적이지 못하다. 또한 치매노인들은 고연령의 다양한 증상들을 나타내고 있기 때문에 어떤 다른 복지시설보다도 더 세심하고 구체적인 기준이 필요하다고 하겠다.

제 2 절 단기보호사업의 문제점

1. 서비스 프로그램의 다양화

일반노인과 치매노인이 혼합되어 수용·보호되어 있어서 치매노인만을 위한 프로그램을 현재의 시설과 인력으로 실시하는 것은 매우 어려운 형편이다. 따라서 시설과 인력을 확보하도록 하되 우선은 치매노인을 위한 재활서비스나 생활적응 훈련과 같은 프로그램을 실시할 수 있도록 일선 단기보호소 직원의 재교육, 정부의 감독과 홍보가 필요하다. 이와 같은 이유로 단기보호소는 다른 서비스사업에 비해 이용도가 떨어지기 때문에 더욱더 단기보호소에 대한 관심이 부족해지고 이에 대한 정책방안 또한 미비해 질 수밖에 없는 상황에 있다고 할 수 있다.

2. 이용부담의 문제

시설의 이용에서 비용은 생활보호대상자와 저소득층의 노인들에게는 큰 문제일 수 있다. 예를 들어 은천·은파단기보호소(서울 동대문)의 경우 1일 비용으로 5천원을 받으며, 대소변 및 거동 서비스와 같은 추가서비스의 경우 은천은 5천원을, 은파의 경우는 1천원을 추가로 받는다. 순애원(경기도 고양시)과 남광(부산시 금정구)은 일괄적으로 1만 5천원을 받고 있다. 이 정도의 비용이라 할지라도 무의탁 저소득층 노인에게는 큰 이용부담이 될 수 있다. 한편, 고소득층의 노인들은 사용료를 높여서라도 좀더 좋은 시설이 갖추어져 있는 단기보호시설을 바라기 때문에, 이에 대한 차별적인 대안 시설이 필요하다고 본다.

3. 시설부족과 지역편중

단기보호시설의 수적 부족과 함께 지역적으로 편중되어 있다는 점이다. 주로 단기보호시설은 주로 서울지역에 집중되어 있으며 또한 단기보호시설 중에서 치매노인을 전문으로 하는 곳은 한곳도 없는 실정이다. 그나마 치매노인을 일부분 수용하고 있는 단기보호시설이 몇 곳에 갖추어 있기는 하지만 그것만으로는 많은 치매노인들을 수용하기에는 훨씬 역부족이다. 이는 아직까지 지방에 거주하는 치매노인들에 대한 통계자료가 부족하고 그에 대한 자료분석 또한 잘 이루어지지 않았기 때문으로 사료된다.

4. 인력배치기준의 문제

단기보호소를 이용하는 노인 중에서 치매노인이 차지하는 비율이 현저히 낮은 이유는 치매노인을 수용하고 보호할 만한 시설과 인력이 부족한데에 있다. 단기보호소에서는 치매전담인력이 거의 없다시피한 관계로 치매노인이 단기보호소에 수용되어 있다하더라도 적합한 서비스의 공급이 이루어 질 수 없다. 단기보호소 전체의 인력도 부족한 상태에서 치매노인만을 위한 전담인력이 배치되기는 매우 어려운 실정이지만, 적절한 전담인력의 공급은 반드시 필요하다. 무엇보다도 단기보호소를 찾는 치매노인들을 특성을 파악하기 위한 의료서비스인력도 또한 부족한 실정으로 정확하고 올바른 서비스를 제공하기 위해서는 이들을 파악할 수 있는 의료담당자의 확보가 시급하다고 하겠다.

5. 시설전문성의 문제

우리 나라의 노인단기보호사업은 치매노인을 전문적으로 수용·보호하지 못하고 있다. 치매노인을 일부분 받아들이고 있는 단기보호소 조차도 중풍 등 여러 가지 만성질환을 갖고 있는 노인들을 중심으로 사업을 하고 있는 실정이다. 현재 단기보호소를 이용하는 치매노인의 비율이 매우 낮은 것은 치매노인들이 단기보호소에서 치매노인의 특성에 맞는 전문화되고 개별화된 서비스를 받지 못하고 있는 증거이다. 또한 단기보호시설에 대한 어떠한 법적인 제약이나 기준이 없기 때문에 시설을 열악할 수밖에 없다.

6. 시설기준의 문제

현행 노인복지법령에서 규정하고 있는 주요 설비기준에 의하면 거실면적은 1인당 1평 이상, 정원은 1실당 6인 이하 등으로 되어 있다. 그러나 여기에 복도에 대한 규정은 없다. 치매노인이 주로 이용하는 시설은 치매노인이 배회하기에 적당한 공간과 창문의 보호망, 잠금장치 등의 안전설비가 구비된 배회용 거실, 현관문이 설치되어야 한다. 또 배회하는 치매노인을 통제할 수 있는 직원도 필요하지만 아직까지 이에 대한 준비는 없는 실정이다. 이로 인해 보호와 치료를 위해 단기보호소를 찾은 노인들이 위험한 사고를 겪게 되는 경우가 종종 있다.

7. 서비스 제공기간의 문제

서비스 제공기간은 15일로 규정되어 있으나, 평균 수용기간은 14.5일로 나타나고 있다. 평균 수용기간이 14.5일로 거의 제한 일자를 다 채우고 있다는 사실은 단기보호소에 대한 복지수요가 높다는 것을 의미한다. 단기보호시설의 이용자 또는 가족의 경우 법적 입소규정기간인 15일이 짧다고 생각한다. 이러한 치매노인 가족들의 불만에도 불구하고 아직까지 이에 대한 대책마련이 없다고 하겠다. 그 이유는 아직까지 시설이 부족하여 입소규정기간만 늘어난다면 심한 중증의 치매노인들마저 수용할 수 없게 되는 경우가 발생할 것이다.

제 3 절 가정봉사원 파견사업의 문제점

1. 전문성의 결여

가정봉사원이 제공하는 서비스의 내용이 극히 일반적이고 전문적이지 못하다. 현재 가정봉사원이 제공하고 있는 서비스 중 가사지원 및 노인의 말벗 역할을 가장 많이 하고 있는 것으로 나타났으며, 특히 치매노인의 경우에는 말벗, 외출시의 동행, 식사, 청소 등 가사지원 외에도 위생관리, 목욕, 용변관리 등 수발, 병간호서비스를 제공하고 있다. 하지만 치매가족이 치매노인에게 제공하는 서비스에 비해 가정봉사원의 서비스는 극히 제한되어 있는 것을 알 수 있다. 즉, 치매가족과 치매노인은 가정봉사원에게 의료서비스 및 기능 훈련 등의 보조서비스를 기대하고 있지만 가정봉사원은 이들 욕구에 대응하지 못하고 있다. 또한, 가정봉사원이라함은 거의 무료로 활동하기 때문에 이러한 전문적인 지식이나 기능을 갖추고 있기가 힘들 것으로 추정된다.

2. 서비스제공의 문제

가정봉사원이 치매노인에게 제공하는 서비스의 횟수 및 서비스 제공시간에 문제이다. 가정봉사원이 치매노인을 방문하는 횟수는 주 2-3회가 가장 많고 1회 방문당 서비스 제공시간은 1-2시간으로 평균 1인당 1주당 방문 시간은 3.3시간으로, 노인복지법의 최소규정인 주 3시간 정도에 그치고 있다. 이 때문에 치매환자와 같이 중증의 질환을 가져 일상생활에 도움을 많이 필요로

하는 노인인 경우는 형식적인 서비스를 제공받을 수밖에 없다. 가정봉사원도 인력부족으로 치매노인 한사람에게 많은 시간을 투자할 수 없는 상황으로 최소규정인 주 3시간에 그칠 수밖에 없는 것이다.

3. 이용범위와 비용의 문제

현재의 보건복지부에서 이용하는 생활보호대상자의 선정기준이 너무 낮아서, 실제로 많은 저소득 계층이 생활보호대상자로 선정되지 못하고 있으며, 실비이용대상자의 자격기준이 도시근로자의 월 평균 소득은 대부분의 노인가구 수입이 불분명하다는 점에서 노인가구의 경제상태를 측정하는 데에도 어려움이 따른다. 따라서 서비스 수요와 지불능력이 있는 사람에게는 비용을 부담하게 함으로써 이용자 부담을 차등화하여 형평성을 높일 수 있도록 해야 한다. 이러한 문제점을 정부와 기관 모두 알고 있으나 이에 대한 대책을 마련하기가 경영상의 문제와 재정상의 많은 문제들과 복합되어 있기 때문에 미루어 오고 있는 것이다.

4. 의식부족

봉사자의 경우 자원봉사활동에 대한 책임 및 의식부족으로 인해 일단 활동을 시작한 가정봉사원의 경우에 중도 탈락의 비율이 매우 높다. 가정봉사원으로 활동하는 자원봉사자가 6개월 이내에 탈락하는 비율이 대체로 30% 이상으로 집계되고 있다. 이 같은 문제는 책임 및 의식부족 뿐만 아니라 봉

사자들의 경제적인 문제와도 연결되어 있을 것이다. 그러므로 이들에 대한 경제적 지원도 가정봉사파견사업의 문제점으로 인식해야만 할 것이다. 치매 노인을 돌보는 가정봉사원과 국민들이 치매를 올바로 이해하고 치매환자를 인격적으로 대하며, 환자의 개별적인 환경과 욕구에 따라 필요한 서비스를 가정에서나 사회에서 다양하게 제공할 수 있도록 홍보와 교육을 통한 의식의 전환이 필요하다.

5. 봉사원 확보의 문제

가정봉사원 확보의 어려움이다. 가정봉사원도 사회상을 반영하듯 3D 종류의 서비스를 기피한다. 즉 비교적 서비스의 내용이 쉽다고 할 수 있는 정서적 서비스 제공을 신청하는 자원봉사자는 많으나, 노인의 세탁, 병수발 등의 시간과 노력봉사가 많이 요구되는 일에는 자원봉사자 신청이 매우 적다는 것이 가정봉사원 확보에 있어서의 문제점으로 지적되고 있다. 이는 사회적으로 힘든 일을 기피하는 현상으로 가정봉사원의 확보를 위해서는 무엇보다도 사회적인 의식전환이 필요하다고 하겠다.

6. 방문의료서비스 문제

재가복지 주 대상자는 장애 또는 노인성 질환을 앓고 있기 때문에 대상자의 특성상 간병과 의료서비스의 욕구가 매우 강하다. 재가복지서비스는 보건과 복지의 유기적인 결합이 절대적으로 요구된다.

그러나 보건전문인력 부재로 인해 독자적으로 의료서비스 제공이 불가능하며 상당수의 기관이 외부 자원을 활용한 무료진료 형태로 의료서비스를 실시하고 있다. 무료진료형태의 의료서비스는 대상자의 특성상 효과적이지 못하고 오히려 일상적으로 그리고 지속적으로 질병관리가 가능한 방문의료서비스 형태가 효과적이라고 할 수 있다.

또한 긴급을 요하거나 계속적으로 간병이 요구되는 요보호대상자의 경우 안정적인 인력확보의 어려움으로 간병서비스 제공이 어려운 실정이다.

제 5 장 재가치매노인의 서비스 개선방안

제 1 절 주간보호사업 활성화방안

1. 시설확충과 전문화

현재 우리 나라에서는 치매노인만 수용하고 있는 치매탁로소와 일반노인과 함께 수용하고 있는 2가지 유형의 주간보호소가 있다. 일반노인과 치매노인을 함께 수용할 경우 노인들간의 갈등뿐 만 아니라, 대상자별 차별화된 프로그램의 진행이 어려우므로 일반노인과 치매노인을 구별하여 서비스를 제공할 수 있도록 치매노인 전담 탁로소의 형태가 지속적으로 확대·발전되어야 할 것이다. 또한, 주간보호소의 시설확충도 중요하지만 치매노인의 일반노인에 대해 다른 점을 고려한 전문화된 주간보호소가 설립되어 치매노인과 부양가족에 대한 수준 높은 복지서비스를 제공하여야 한다. 또한, 치매노인만이 이용 가능한 주간보호센터를 독립된 하나의 유형으로 규정하는 것이 인력 또는 서비스 내용면에서 양질의 서비스를 제공하는 데에 도움을 줄 수 있다.

이러한 시설 확충과 전문화를 위해서는 주간보호사업만을 위한 재정적인 확보와 지원이 무엇보다 우선되어야 하며, 매년 치매노인인구를 조사하여 그에 수치에 따른 시설확충을 고려해 보는 것 또한 필요하다고 하겠다.

2. 서비스 프로그램의 세분화

치매환자의 경우 치매의 정도에 따라 얼마든지 재활 가능한 경우가 많다. 단순히 시간을 떼운다는 생각에서 벗어나 치매환자 주간보호소에서는 여러 가지 프로그램을 제공함으로써 치매환자의 정신기능 유지를 돕는 것은 매우 중요하다. 그러나 노인복지법에서 규정한 주간보호소 프로그램의 내용은 구체적이지 못하고 치매노인을 위해 세분화되어 있지 못하고 포괄적으로 되어 있다. 따라서 주간보호소에서 제공하는 서비스의 내용 및 이용노인의 특성에 따라 기준을 세분화하고 치매노인대상 주간보호소의 확장이 단순히 수적인 확장으로 그치지 않도록 프로그램의 지속적으로 개발하여 치매환자들의 사회적응을 도와줄 수 있도록 하여야 한다.

노인들의 치매증상은 너무나도 다양하기 때문에 이에 대한 프로그램의 개별화와 전문화는 치매노인들의 올바른 치료와 보호를 위해서는 무엇보다 우선시 되어야 하며, 이러한 프로그램의 세분화와 동시에 시설의 질적 개발도 함께 이루어져야만 보다 효과적인 주간보호서비스사업이 이루어질 수 있을 것이다.

3. 인력 배치기준의 강화

주간보호소는 주간동안 노인들을 위한 여러 가지 프로그램이 이루어져야 하기 때문에, 특히 생활보조원과 간호조무사에 대한 인력이 절대적으로 필요하고 치매노인을 전문으로 하는 의료보조인력은 더 많이 요구되고 있는 실정

이다. 그러나 현행 노인복지법에서 규정하고 있는 주간보호소의 직원배치기준은 사업기관의 장, 사회복지사 또는 생활보조원, 물리치료사 또는 간호조무사, 사무원, 취사부, 보조원 또는 운전기사 1인으로 되어 있어 이러한 기준을 실정과 비교해 볼 때 이에 대한 수정이 요구된다. 다 고치지는 못하더라도 치매노인을 전문으로 하는 주간보호소의 경우에는 생활보조원과 간호조무사를 각각 사회복지, 물리치료사와 별도로 두는 것이 바람직하다.

그러나 이보다는 치매노인 한명당 생활보조원, 간호조무사, 사회복지, 물리치료사가 각각 한명씩 배치하여 치매노인들 각자의 특성을 파악하여 치료하는 것이 가장 이상적인 인력배치라고 할 수 있을 것이다.

4. 시설기준의 강화

주간보호시설의 기준은 서비스이용자에 대한 특별한 기준이 없이 연면적으로만 정하여져 있어 이용자의 특성별로 탄력 있게 적용되지 못하고 있다. 설치기준을 명확한 근거에 따라 다시 규정되어야 하며 이용자의 수와 특성을 반드시 고려하여야 할 것이다. 주간보호시설에 대한 법적인 기준이 없는 이러한 상황에서는 어떠한 위험시설에 대한 법적인 대안마련도 필요하지만, 그로 인해 피해를 당한 노인들을 위한 대책마련이 무엇보다 우선시 되어야 하겠다.

제 2 절 단기보호사업 활성화방안

1. 시설의 전문화

우리 나라의 노인 단기보호사업은 현 단계에서 치매노인을 전문적으로 수용·보호하지 못하고 있다. 치매노인을 일부분 받아들이고 있는 단기보호소도 중풍 등 여러 가지 만성질환을 갖고 있는 노인들을 중심으로 사업을 실시하고 있다. 현재 단기보호소를 이용하는 노인 중에서 치매노인이 차지하는 비율이 낮은 이유는 무엇보다도 수용·보호할 만한 시설과 인력이 갖추어져 있지 못하기 때문이다. 이러한 사실은 또한 치매노인들이 단기보호소에서 적절하고 전문화된 보호를 받지 못하고 있다는 것을 반증하는 것이다.

치매노인을 위한 전문화된 단기보호소가 있어야 함은 당연한 것이며, 전문화된 시설을 갖추는 방법으로는 크게 두 가지 방안을 제시할 수 있다.

첫째, 일반노인과 치매노인을 한 장소에 같이 수용하되, 충분한 면적을 확보함으로써 최소한 서로 각각 다른 방에서 프로그램이 진행되도록 하는 것이다. 이러한 방안은 시설과 인력에 대한 현실을 고려할 수 있고 치매노인과 다른 노인과의 교류를 증진시킬 수 있는 장점이 있다. 그러나 치매노인을 위한 시설과 인력이 비전문화되거나 치매노인을 방치할 위험이 있다.

또 다른 방안은 치매노인만을 전담하는 단기보호소를 만들어 가는 것이다. 치매노인에게 맞는 시설과 인력을 갖춘 치매노인 중심 단기보호소를 설립운영 함으로써 서비스의 극대화와 전문화를 꾀할 수 있을 것이다. 그러나 시설과 인력공급이 용의치 못하고 치매노인이 고립될 수 있다는 문제점을 지

적할 수 있다.

이러한 단기보호사업의 시설확충과 전문화를 위해서는 정부나 기관의 재정적인 지원이 무엇보다 우선시 되어야 하고 정부나 기관의 재정적인 지원을 위해서는 단기보호사업에 대한 필요성의 의식이 높아져야만 할 것이다.

2. 인력배치기준 강화

치매노인 대상 단기보호소에서는 사회복지가, 간호조무사가 필수적인 것은 말할 것도 없으며, 특히 생활보조원에 대한 충분한 인력공급이 필요하다. 치매노인은 거의 1대1의 보호가 필요한 상태가 많으므로 요양시설의 생활보조원에 대한 기준보다는 더욱 강화되어야 한다.

현재 요양시설에서는 생활보조원을 이용한 5인당 1인 이상을 둘 수 있게 되어 있지만, 치매노인을 주 대상으로 운영하는 단기보호소의 경우에는 생활보조원을 이용자 3인당 1인 이상을 두도록 하고 3교대 근무를 하도록 하여 충분한 서비스가 제공되도록 해야 할 것이다.

또한 재가복지봉사센터의 인력배치 기준은 전담인력 사회복지사 2인(과장급 1명 포함)과 운전기사 1인을 배치하도록 되어 있는데 운전기사를 사회복지사로 대체 채용하여 서비스 제공인력을 확보하거나 과장을 일반 사회복지사로 채용하는 기관이 상당수이다.

재가복지서비스의 질을 담보해 낼 수 있는 요건 중 인력은 매우 중요한데 사회복지사와 자원봉사자가 그 핵심인력으로서, 사회복지사의 경우 1인당 상당수의 요보호대상자와 자원봉사자를 관리하게 된다. 또한 서비스 제공인력

의 부족과 자원봉사자 활용의 여러 문제로 인해 사회복지사는 직접 서비스 제공자의 역할을 담당해야 하기 때문에 사업의 전체 관리자로서 그리고 사례 관리자로서 사회복지사 역할 수행이 어렵다.

이러한 사회복지사의 업무과중은 대상자에 대한 개별적인 관리나 전문적인 서비스제공의 어려움을 갖게 하는 원인이 된다. 따라서 재가복지봉사센터의 인력배치기준을 준수하여야 할 것이다.

3. 시설기준 강화 및 안전시설 확보

노인복지법령에서 규정하고 있는 주요 설비기준으로는 거실면적이 1인당 1평 이상, 정원은 1실당 6인 이하 등으로 되어 있을 뿐 복도에 대한 규정이 없고 현재 단기보호소에는 적당한 공간과 창문의 보호망, 잠금장치, 거실, 현관문 등의 시설과 공간이 거의 없는 상태이기 때문에 치매노인을 위한 수준 높은 서비스를 제공하기 위해 이러한 시설을 반드시 갖추어야 한다.

이외에도 치매노인 각 개인에게 필요한 시설들을 구체적으로 설문조사나 면접 등으로 파악하여 대다수가 원하거나 반드시 필요한 시설들을 갖출 수 있도록 해야만 할 것이며, 또한 부대시설이나 편의시설에 대한 기준도 필요하다고 사료된다.

4. 서비스 프로그램의 다양화

단기보호소에서도 주간전문보호소와 마찬가지로 다양한 치매증상을 보이

는 노인들을 위한 세분화된 서비스 프로그램들이 마련되어야 한다. 증상별로 구분하여 그에 맞는 프로그램들을 개발하여야만 보다 효과적인 서비스를 수행할 수 있으며 노인들의 재활에도 보다 큰 도움을 줄 수 있다. 그러므로 정부차원에서나 교육기관에서 노인들의 치매에 대한 단계별 프로그램을 개발해야만 할 것이다. 이보다도 더욱 우선시 되어야만 하는 것은 치매노인 치매증상 뿐만 아니라, 각각의 개인적인 특성을 고려하여 그에 맞는 개별화되고 차별성된 프로그램이 필요하다고 하겠다.

단기보호소는 주간보호소와는 달리 짧은 기간동안 머물러 있는 곳이므로 주간보호소와는 다른 프로그램의 개발이 필요하다고 본다.

5. 입소기간의 연장

단기보호시설의 이용자 또는 가족의 경우는 법적 입소규정기간인 15일이 사실상 짧다고 생각하고 있으므로, 15일 이상을 필요로 할 경우에도 이용할 수 있도록 이용기간을 탄력적으로 운영해야만 한다. 15일이 지난 후에 곧바로 새입소하는 방법도 있을 수 있으나, 단기보호소의 충분한 기능을 살리기 위해서는 이용상의 융통성이 고려되어야 할 것이다. 따라서 법적 규정일을 15일로 하되, 필요한 경우 연장할 수 있도록 법적 근거를 마련하도록 해야 한다.

구체적으로 말하면, 한달 이상 이용할 수 있도록 하는 것이 현재의 치매 노인들의 증상이나 상태를 고려할 때 필요할 것으로 사료되며, 이를 위해서는 보다 많은 단기보호시설이 확충되어야만 할 것이다.

제 3 절 가정봉사원 파견사업의 개선방안

1. 파견업소의 내실화와 확충

많은 예산 및 인원을 새로이 배치하지 않고도 효율적으로 가정봉사원 파견사업을 실시할 수 있도록 기존의 가정봉사원 파견사업을 실시하는 재가복지봉사센터를 활용하도록 한다. 지역별로는 서울시의 경우 서울시에서 관할하는 가정봉사원 파견사업소외에도 도우미를 합하면 필요 개소수에 근접하기 때문에 서울시는 더 이상의 신설보다는 현재 운영하고 있는 재가복지봉사센터의 내실화를 기하는 것이 바람직하다. 그러나 서울특별시와 5개 광역시와는 달리, 그 외의 도지역은 가정봉사원 파견사업소가 현저히 부족하다. 따라서 수적인 시설확장과 함께 가정봉사원 파견사업소가 지역 및 인구별로 고르게 공급될 수 있도록 하는 것이 필요하다. 현재 도우미는 서울특별시 가정복지과, 가정봉사원 파견사업소는 보건복지부 노인복지과, 사회복지관 부설 재가복지봉사센터는 보건복지부 복지자원과, 장애인복지관 부설 순회재활센터는 보건복지부 장애인복지과로 각기 분산되어 운영이 되고 있는 실정이다. 앞으로는 재가복지봉사센터간의 통합 및 연계작업을 통한 효율적인 운영이 이루어져야 한다.

따라서 가정봉사원의 확충과 적절한 배치를 위해서는 무엇보다 시도별 치매노인의 수치를 파악하는 일이 중요하며, 이를 토대로 하여 가정봉사원을 배치하는 것이 중요하다고 하겠다.

2. 공급의 적정화

치매노인 중 경증과 중등증의 일부인 치매노인의 67.4%-86.4%정도는 가정봉사원 파견사업을 포함한 재가서비스를 필요로 하므로 이들을 가정봉사원 파견사업의 대상으로 삼아야 한다. 그러나 현재 치매환자 중 가정봉사원 파견사업소를 통하여 가정봉사원을 이용한 노인은 월평균 60명 정도로 추정되고 있을 뿐이다. 이처럼 대다수의 치매노인이 가정봉사원 서비스를 이용하지 못하는 것을 알 수 있다. 이를 보완하기 위한 두 가지 방안을 제안할 수 있다.

첫째, 공급의 적정화를 이루기 위한 방안으로 기존의 가정봉사원 파견사업을 실시하는 재가복지봉사센터를 활용하는 것이 효율적일 것이다. 각 가정봉사원파견사업소별로 치매노인에게 서비스를 제공할 수 있는 전문적인 훈련을 받은 가정봉사원을 배치하도록 하여 치매노인이 가까운 거리에서 서비스를 이용할 수 있도록 배려하여야 한다.

둘째, 서비스 공급의 효과성을 극대화하기 위하여 과거의 생활보호대상자를 위주로 한 사업에서 탈피하여 전체 노인을 대상으로 가정봉사원서비스가 필요한 노인 및 노인가정을 대상으로 삼고 사업계획을 수립한 후, 이들의 경제상태에 따라 비용의 부담방안의 차별화를 강구하여야 한다.

3. 서비스 대상의 확대

보건복지부에서는 생활보호대상자에게는 무료, 4인 가족 기준 도시근로자

가구당 월평균 소득 180만원 미만인 가구의 노인에 대하여는 실비, 그 외의 노인은 유료로 구분하고 있으며, 무료 및 실비 이용대상자에 대한 서비스는 정부에서 지급을 하고 있다. 그러나 현재의 생활보호대상자의 선정기준은 매우 낮아 실제로 많은 저소득 계층이 대상자로 선정되지 못하고 있다.

우선 생활보호대상자의 범위를 확대하기 위해서는 월 소득, 가구당 재산액의 최저액을 점차적으로 상향조정하여 생활보호대상자를 확대하도록 하고 실비 이용대상자의 범위의 확대 및 세분화도 연차적으로 추진해야만 한다.

4. 비용부담체계 개선

비용부담을 줄이기 위해서는 서비스 비용을 이용자의 경제적 능력에 따라 차등적으로 부담토록 하도록 해야 한다. 그러기 위해서는 먼저 경제적 능력에 따라 집단을 구분하고 각 집단별로 적용되는 비용부담 기준을 정해야만 한다. 또한, 전액을 부담하는 중산층 이상의 노인, 즉 정부의 지원대상에서 제외되는 50% 정도의 유료 이용자에게는 부담을 최소화하고 공급자에게는 충분한 보상을 할 수 있는 사회보험제도의 마련이 필요하다. 대안으로써 서비스요금 지불을 의료보험에서 분담하는 방안을 강구할 수 있다. 이 경우 현재의 의료보험에서 의료와 연관되어 가정봉사원서비스를 이용하였을 경우, 일정액을 부담하도록 하는 방안과 공공의료보험으로 별도의 장기의료보험을 창설하여 이 보험에서 장기요양에 관련된 부분에 대하여 비용을 지급하도록 하는 방안이 있으며, 또한 공공의료보험외에도 사보험을 육성하는 방안도 강구할 수 있다.

이외에도 단체나 기관의 재정적인 지원이나 개인적인 재정적 지원이 이루어질 수 있도록 가정봉사원에 대한 필요성의 의식을 확고히 사회전반에 심어 줌으로써 보다 확고한 재정적 지원이 이루어져, 비용에 대한 부담감을 줄일 수 있을 것이다.

5. 인력의 전문화 및 교육의 강화

현재 각 가정봉사원별 서비스 제공 및 교육현황을 비교했을 때, 치매노인을 담당하는 가정봉사원제도는 무료가정봉사원 보다는 저소득층을 대상으로 유급가정봉사원제도를, 중상층 이상은 유료가정봉사원제도가 적합한 것으로 나타났다. 여기에는 몇 가지 제도적인 개선이 필요하다.

우선, 유급가정봉사원이 단순히 많은 노인을 방문하는 것보다 집중적이고 지속적인 서비스가 필요한 치매 등 중증의 노인들에게 많은 시간 방문할 수 있도록 하기 위해서 현재의 평가기준 즉, 1개 팀당 80명의 대상노인, 가정봉사원 1인당 8명의 대상노인이라는 기준을 대상노인의 수와 서비스요구도와 방문시간 및 제공서비스의 내용에 따라 조정할 수 있도록 탄력적인 운영이 필요하다. 그러므로 일선 가정봉사원 파견사업소에서 대상노인의 수를 채우기보다는 질적인 서비스를 제공하도록 유도하여야 한다.

그리고 노인이 희망하는 가정봉사원서비스의 내용은 간호 및 수발서비스이며 치매노인의 경우는 간호서비스에 대한 요구가 높은 편이다. 그러나 이제까지의 가정봉사원서비스는 간호서비스보다는 주로 가사지원서비스에 치중하여 왔다. 따라서 앞으로는 가정봉사원의 서비스가 특히 치매 등 중증의 노

인을 대상으로 하는 서비스의 경우에는 간호서비스를 강화하여야 할 필요가 있으며 이를 위해서는 교육과정에서 간호관련 부문을 강화하여야 할 것이다.

우리 나라 가정봉사원은 아직 치매 등 중증의 질환노인을 대상으로 서비스를 제공할 준비가 되어 있지 않다. 그러므로 유급 및 유료가정봉사원을 강화할 필요가 있으나 모든 유급 및 유료가정봉사원을 전문적인 간호기술을 습득하게 하는 것보다는 간호기능을 강화할 건강관리 가정봉사제도를 도입하는 것을 고려해 볼 수 있다. 즉, 가정봉사원 중에 치매노인 등 중증의 질환노인을 담당할 간호 및 개호전문 가정봉사원을 별도로 양성하여 현재의 가정봉사원과 차별화하고 이들이 치매노인을 돌보게 하는 것이다.

현재 단순한 가사지원이나 수발을 제공하고 있는 무료가정봉사원 외에도 치매노인의 의료와 간호의 보조원 역할을 할 수 있는 유급가정봉사원제도를 확충하여 간병인력을 증원하여야 한다. 현재 실시하고 있는 가정도우미제도를 전문화하여 치매노인 도우미역할을 할 수 있도록 필요한 교육과 훈련을 제공하는 것도 바람직하다.

이외에도 이미 전문적인 기술이나 기능을 가진 봉사원들을 확보하는 일이 필요한 것으로, 이를 위해서는 사회복지측면에서 많은 혜택을 줌으로써 그들을 가정봉사원으로 일할 수 있는 제도적 여건을 마련하는 일이 무엇보다 필요하다고 하겠다.

제 6 장 결론

우리 나라의 노인문제는 오늘날 경제발전과 사회구조의 산업화, 전통적인 생활양식들의 붕괴와 함께 더욱 심각화 되고 있다. 그리고 노인인구의 급속한 증가로 인한 인구고령화와 핵가족화, 여성의 사회참여율 증가, 세대간 별거 등으로 노인에 대한 가족 부양기능이 점차 악화되고 있는 실정이다. 이러한 노인인구의 증가와 더불어 치매노인도 급속도로 증가하는 있는 상황에서 노인에 대한 복지정책의 마련은 더욱 시급하다고 하겠다.

이에 노인이나 치매노인들의 일상생활을 원조하는 재가복지서비스의 중요성이 부각되면서, 정부에서도 노인복지법을 개정하여 보호를 요하는 노인들을 위한 가정봉사원 파견사업, 노인을 위한 주간 및 단기보호사업 등을 실시하고 있다. 그러나 서비스의 제공에 비해 실질적으로 그 효과가 높지 못한 실정이다. 따라서 새로운 복지수요 및 복지여건에 대응할 수 있는 양적이고 질적인 개선이 뒤따라야 한다는 것이다.

이처럼 인구의 고령화로 치매노인에 대한 문제해결이 주요한 정책과제로 대두되고 있는 실정에서, 본 연구는 치매노인의 현황과 각국의 재가복지서비스 실태, 재가치매노인가족의 실태를 통하여 우리 나라 재가복지서비스의 문제점을 파악하고 이를 토대로 하여 재가복지서비스의 활성화방안을 모색하고자 하는데 초점을 두었다.

우리 나라의 치매노인은 노인의 수가 증가함에 따라 급속히 증가하여 2010년에는 26만명, 2020년에는 40여만 명까지 증가될 것으로 예측된다. 이러한 급속한 치매노인들의 증가에도 불구하고 치매노인들을 보호할 수 있는 시

설이 다른 선진국들에 비해 양적으로나 질적으로나 많이 부족한 실정이다.

더욱이 이러한 치매노인들의 부양자는 노인을 간호하는 과정에서 신체적, 정서적, 경제적, 사회적 부양부담을 경험하여, 가족의 부양기능의 약화는 물론, 치매노인을 지원할 수 있는 사회적 여건이 미비하여 가족해체로까지 이어지고 있는 상황이다.

이처럼 노인인구가 증가하고 가족의 노인부양기능과 부양의식이 약화되어 감에 따라 치매노인의 부양문제는 앞으로 심각한 사회문제로 대두될 가능성이 높다. 치매노인의 부양을 더 이상 가족에게만 맡겨서는 안되면 국가의 적극적인 개입의지와 복지재정의 투입이 요구된다.

실제로 치매부양가족들이 이용하고 싶어하는 재가복지서비스는 주간탁로 보호, 가정봉사원파견서비스, 가정간호서비스, 치매상담, 목욕서비스, 치매정보제공 등 다양하지만 현재 우리 나라는 사회복지서비스 제공기관이 부족하고 또한 생활보호대상자 위주로 서비스를 제공하고 있어서 다수 중산층의 노인들 또는 저소득취약계층이라 할지라도 부양가족이 있는 치매노인들은 재가복지서비스를 받지 못하고 있다. 게다가 치매전문요양시설, 노인전문병원이 전국적으로 골고루 분포되어 있지 않아 치매노인이나 치매부양가족들이 시설 부족의 어려움을 겪고 있다.

이러한 재가서비스의 문제점을 토대로 재가서비스의 활성화 방안을 모색하면 다음과 같다.

첫째, 치매노인과 치매가족의 수요에 대응할 수 있도록 가정봉사원 파견소를 확대하고 각 가정봉사원 파견사업소에는 치매노인을 전담하는 가정봉사

원을 배치하여 전문적인 기존의 재가복지봉사센터를 활용하도록 하고, 단기 보호시설은 현재 충분히 이용되지 못한 노인요양시설을 활용하는 것을 고려하도록 한다. 또한 주간 및 단기보호소는 각 시설의 특성에 맞추어 일반노인과 치매노인을 분리 수용함으로써 대상자별로 차별화된 프로그램을 운영하도록 해야 한다. 분리수용의 방법으로는 일반노인과 치매노인을 한 장소에 같이 수용하되, 충분한 면적을 확보함으로써 서로 각기 다른 방에서 프로그램을 진행하도록 하는 것과, 치매노인에게 맞는 시설과 인력을 갖춘 별도의 치매노인중심 주간 및 단기보호소를 설립 운영하는 방법을 모색해야만 한다.

둘째, 재가복지사업이 확대되면 이용자의 지불능력에 따라 이용자부담을 차등화하여 사회적 형평성도 높이고 경제적 효율성도 높여야 한다. 이를 위해서는 월소득 및 가구당 재산액의 최저액을 점차적으로 상향조정하여 생활 보호대상자를 확대하도록 하고, 실비대상자 범위의 확대와 세분화도 연차적으로 추진하되, 실비대상자의 기준 지표를 개선하여 실제로 측정이 가능한 지표를 활용해야 한다. 기준 지표는 현재의 지표인 도시가계수입 및 지출현황 방법을 개선하거나, 소득세 및 재산세 등 과세액을 기준으로 할 수도 있으며, 이미 표준화된 의료보험 납부액 등급을 적용시키는 것도 한 방법이다. 이 외에도 전액을 부담하는 중산층 이상 노인의 부담을 최소화하고 공급자에게는 충분한 보상이 따르는 사회보장제도의 마련이 시급하다.

셋째, 치매노인을 대상으로 하는 재가서비스 내용의 질적 향상 문제이다. 치매노인 대상서비스의 경우에는 간호서비스를 강화해야 하며 교육과정에 간

호관련부문을 강화하도록 해야 한다. 장기적으로는 가정봉사원 제도를 이원화하여 간호기능을 강화한 가정봉사원제도를 도입하여 치매 등 중증의 질환 노인을 담당할 간호 및 재가전문 가정봉사원을 별도로 양성하는 방안도 고려해야 한다. 한편, 주간·단기보호소는 생활보조원과 간호조무사에 대한 인력이 절대적으로 필요하며 치매노인을 전문으로 하는 주간보호소인 경우에는 생활보조원과 간호조무사를 각각 사회복지사, 물리치료사와 별도로 두는 것이 바람직하다. 특히, 인력이 많이 필요한 생활보조원은 노인복지법에서 규정하는 노인요양시설의 기준과 같이 이용자 5인당 1인 이상을 두도록 하여, 이용자당 인력배치 기준을 상향조정하고 치매노인이 주 대상자인 단기보호소인 경우는 생활보조원을 이용자 3인당 1인 이상을 두도록 하고 3교대 근무를 하도록 하여 충분한 서비스가 제공되도록 해야 한다.

넷째, 주간 및 단기보호소는 대상의 특성을 고려한 차별화된 규정의 정립이 필요하다. 치매노인을 전담하는 보호소의 경우에는 일반보호소에 비해 기준을 강화하여, 치매노인이 생활하는데 불편이 없도록 더 넓은 공간의 확보 및 안정장치가 강화된 규정의 정립이 필요하다.

그러므로 고령화사회에 대비한 향후의 치매노인의 복지문제를 해결하기 위해서는 정부, 지역사회, 가족 등이 상호 적절한 역할분담을 모색하는 등 공동체적인 노력이 절실히 요구된다. 치매노인의 부양책임은 일차적으로 가족에게 있지만 지역사회는 이러한 가족에게 치매노인을 위한 의료 및 복지서비스 제공자의 역할을 담당하고 정부는 민간단체나 서비스제공기관에 대한 재정적 지원과 함께 치매전문인력의 양성, 치매시설의 확대 등에 주도적인 역할을 수행함으로써 치매노인과 그 가족을 적극 지원할 수 있을 것이다.

참고문헌

1. 국내문헌

1) 단행본

- 권중돈, 「한국 치매 가족 연구」, 홍익재, 1997.
- 권태희·김태현·최진호, 「한국의 인구와 가족」, 일신사, 1995.
- 김범생, 「치매노인에게 건강한 노후들」, 바이엘코리아, 1993.
- 김범수, 「재가복지론」, 홍익재, 1992.
- 김태현, 「노년학」, 교문사, 1994.
- 민성실, 「최신정신의학」, 일조각, 1993.
- 이부영, 「정신 및 형태장애」, 일조각, 1994.
- 이창희, 「재가 노인을 위한 가정봉사의 이론과 실제」, 홍익재, 1992.
- 장인협, 최성재, 「노인복지학」, 서울대출판부, 1992.
- 황진수 외, 「고령화 사회의 위기와 도전」, 나남출판사, 1993.
- , 「현대복지행정론」, 대영문화사, 1993
- 데이케어센터, 「치매노인과 사회복지실천」, 학지사, 2000.
- 데이케어프로그램연구, 「노인복지를 위한 데이케어 프로그램 연구」, 홍익재, 2000.

2) 논문 및 간행물

- 고양곤, “노인요양시설 운영 현황과 개선방안에 관한 연구”. 강남대학교 논문집, 1999.
- 김대용, “치매노인 가족을 위한 재가복지 지원방안 연구”, 단국대학교 대학원, 석사학위논문, 1999.
- 김민식, “간호노인 부양부담에 영향을 주는 요인에 관한 연구”, 한성대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2001.
- 김범수, “재가노인복지와 데이케어센터”, 「노인복지연구」, 한국노인복지학회, 1996.
- 김수춘 외, “노인복지의 현황과 정책과제”, 보건사회연구원, 1995.
- 김옥희, “치매노인 부양가족의 문제와 사회복지서비스 정책 전망”, 「노인복지연구」, 1998, 12월호.
- 김춘미, “재가 치매노인을 돌보는 가족원의 대처과정”, 서울대학교 대학원, 석사학위논문, 2001.
- 남정애, “개호노인 보호관리에 관한 연구”, 단국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1997.
- 박선희, “시설이용노인 및 재가노인의 보건, 의료복지 정책에 관한 연구”, 경기대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1999.
- 박애자, “치매노인 부양가족을 위한 복지서비스에 관한 연구”, 고려대 경영정보대학원, 2001.
- 박태룡, “재가 치매노인 주부양자의 부양부담에 관한 연구”, 대구대학교

- 사회개발대학원, 석사학위논문, 1999.
- 박형근, “외국의 치매정책과 서비스 프로그램”, 「노인복지정책연구」, 1996년 하계호.
- 방오영, “혈관성 치매”, 「치매개론」, 경기도립노인전문병원, 2000.
- 배상수, “노인성 치매환자의 지역사회 관리방안”, 「한국농촌의학회지」, 1997, 제 1호.
- 변용찬, 「치매관리 Mapping개발연구」, 한국보건사회연구원, 1997.
- 변재관, 「21세기 노인복지정책의 과제와 전망」, 한국보건사회연구원 보건복지부, 「보건복지백서」, 1999.
- , 「노인복지사업지침」, 1999.
- , 「노인복지사업지침」, 2001.
- , 「재가노인복지」, 2001.
- 연병길, “치매란 무엇인가?”, 「녹십자의보」, 1999, 2월호.
- 연병길, “치매의 정의와 임상증상”, 「약업신문사」, 1999.
- 오세희, “재가복지서비스 활성화의 과제”, 신라대학교 여성대학원, 석사학위논문, 2000.
- 우국희, “치매노인 수발인의 수발 및 사회적 지지에 대한 주관적 경험”, 서울대학교 대학원, 1997.
- 우종인, 이정희, “치매환자를 위한 서비스개발 심포지움”, 한국보건사회연구원, 1995.
- 유은정, “노인성 치매환자 가족의 간호요구에 대한 연구”, 서울대학교 대학원, 석사학위논문, 1995.

- 윤유신, “치매노인정책에 관한 연구”-치매노인정책의 실태 및 재가복지서비스를 중심으로-, 성균관대학교 행정대학원, 1999.
- 이남주, “치매노인을 위한 사회복지서비스의 향상에 관한 연구”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1999.
- 이명숙, “치매노인을 위한 사회복지서비스 방안”, 동국대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2000.
- 이연주, “치매노인의 주간보호 사업에 관한 연구”, 한양대학교 행정대학원, 석사학위논문, 1997.
- 이영주, “치매노인과 가족을 위한 사회복지서비스 개선방안에 관한 연구”, 한일장신대학교 기독교사회복지대학원, 석사학위논문, 2000.
- 이은숙, “가족의 효과적인 치매노인 보호방안”, 중앙대학교 사회개발대학원, 석사학위논문, 2000.
- 이흥태, “치매노인을 위한 사회복지정책 추진 방향에 관한 연구 : 치매유형별, 정도별 서비스 프로그램 개발을 중심으로”, 동국대학교 행정대학원, 1997,
- 장운배, “치매노인가족 재가복지서비스 개선방안에 관한 연구”, 단국대 정책경영대학원, 2001.
- 장인순, “치매환자 가족의 경험과 간호요구에 관한 연구”, 서울대학교 대학원, 1996.
- 정산, 김기웅, “치매의 증상”, 「치매개론」, 경기도립노인전문병원, 2000.
- 조남옥, “치매노인 간호자의 사회복지 욕구와 대응서비스 개발에 관한 연구”, 서울대학교 석사학위논문, 1996.

- 최경석·송정부, 「현대노인복지정책」, 한국복지정책연구소, 1990.
- 최용민, 「치매노인의 건강한 삶을 위한 노인복지정책 방향」, 생명과학회지, 1998, 12월호.
- 최인근, “치매의 원인과 진단”, 「치매전문간호의 실제」, 한국치매협회
- 최일섭, 「사회복지관 활성화를 위한 지역자원 활용전략」, 열린충남발전연구원, 1996, 2권 2호.
- 통계청, 「한국표준질병사인분류」, 1993.
- 한국노인정신의학회 편, 「노인정신의학」, 중앙문화사, 1998.
- 홍윤표, “치매노인가족의 부양부담 경감에 관한 연구”, 상지대학교 행정대학원, 석사학위논문, 2001.
- 황진수, “노인 장기요양시설정책의 개선방안”, 한국사회복지시설연구회 제3권, 2001.
- , “지역사회복지실현을 위한 이론과 실천적 과제”, 「한국사회복지학회」, 31호 1997.

2. 외국문헌

Anthony, J. C., LeResche, L., Niza, U., von korff, M. R., Folstein, M. F., "Limits of the Mini-Mental State as a screening test for dementia and delirium among hospital patients", *Psychol Med*, 12, 1982, pp.397-408.

Cohen, U., Day, K., *Copntemporary environments for people with dementia*, 1st ed, London, The Johns Hopkins University press, 1993, pp.177-220.

Davous, P., Lamour, Y., Debrand, E., Rondot, P., "A comparative evaluation of the short orientation memory concentration test of cognitive impairment", *J. Neurol Neurisurg Psychiatry* 50, 1987, pp.132-137.

Hay, J. W., Ernst, R. L., "The economic costs of Alzheimer's disease", *Journal of public health*, 1987, pp.169-175.

Rabins, B. V., "The practice of geriatric psychiatry in the countries", *International J. Geriatr Psychiatry* 5, 1982, pp.875-882.

3. 기타

<http://www.silverweb.or.kr>

<http://www.rich.chonnam.ac.kr>

<http://www.geocities.com>

<http://www.alz.co.uk>

ABSTRACT

A Study on Improvement of the Services of the Dementia for the Elderly Residing at Home

Seo, Sang-Myung

Major in Social Welfare

Dept., of Welfare Administration

The Graduate School of Public Administration

Hansung University

Due to increase of the elderly people, it has become important to solve the problems facing the dementia elderly. Under such a circumstance, this study was aimed at reviewing the conditions of the dementia elderly in Korea, foreign home welfare services and the conditions of the dementia elderly's family members, and thereby, addressing the problems, and thereupon, exploring some ways to improve the services for the dementia elderly residing at home.

The family members taking care of the dementia elderly suffer from some physical, emotional, financial and social burdens, and therefore, their capacity to support other family members are weakening, while the social support of the dementia elderly lacks. The result may be dissolution of the families.

In reference to the problems involving home care of the dementia elderly, the following solutions have been suggested to improve the services for the dementia elderly residing at home.

First, it is deemed necessary to expand the home service centers in order to meet the increasing demands from the dementia elderly and their family members. Furthermore, home service specialists in charge of the dementia elderly should be dispatched to the centers in order to help the dementia elderly to be treated with the special services. In addition, it may well be necessary to use the currently under-used asylum facilities for those dementia elderly who need to be taken care of for a short period of time.

Second, it seems to be necessary to differentiate the fees for the home services for the purpose of social equity and economic efficiency when they are activated.

Third, it is deemed essential to improve the quality of the services for the dementia elderly residing at home. In particular, the nursing services need to be enhanced, so the nursing course for the dementia elderly should be included in the nursing curriculum.

Fourth, it is necessary to arrange some differentiated regulations for the daycare and shorter-term protection facilities for the dementia elderly. To be specific, the regulations for the shorter-term protection facilities need to be stricter compared with the general protection facilities in order

to help the dementia elderly live a more convenient life. To this end, the area of the facilities should be expanded with more safety facilities.

All in all, in order to solve the problems involving the well-being of the dementia elderly in preparation for the upcoming age of the older population, it is absolutely required to divide the roles among government, community and family. Although the families are primarily responsible for supporting the dementia elderly, the community are obliged to provide them with medical and welfare services, while the government is urged to subsidize the service programs, train the specialists in charge of the dementia elderly and expand the treatment facilities to help the dementia elderly and their families.