

치매국가책임제의 성공적 도입과 시행을 위한 제언



서동민 교수
백석대학교 사회복지학부

1. 들어가며

우리나라 국민은 암, 관절염, 고혈압에 이어 치매를 미래에 발병할 것으로 걱정하는 주요 질환으로 꼽고 있다(보건복지부, 2016)¹⁾. 그만큼 치매라는 질병과 이로 인한 부담이 특정 연령이나 계층이 아닌 누구에게나 일어날 수 있고 부담이 될 수 있다는 사회적 인식이 형성되었다는 의미이기도 하다. 한편 복지부 발표 자료에 따르면, 2017년 현재 65세 이상 노인인구 중 치매환자는 72만 5천명으로 추산되는데 이는 노인 10명 중 1명(유병률 10.2%)이 치매환자인 셈이며, 치매 환자 수는 지속적으로 늘어나 2024년 100만명, 2041년 200만명, 2050년 270만명에 이를 것으로 예측하고 있다(이만우, 2017).

이러한 사회적 공감대나 위기의식을 반영이나 한 듯, 문재인 대통령은 지난 대통령 선거공약에서 주요 저출산·고령화 대책의 하나로 국가치매책임제²⁾ 시행을 핵심 공약으로 내놓았으며, 취임 이후에는 치매 대책을 가장 앞서 복지공약으로 발표하였다. 현재 정부는 치매국가책임제의 도입을 위해 치매안심센터와 치매안심병원의 확충 및 지정, 치매의료비와 노인장기요양보험 본인부담금 등 가족의 경제적 부담 경감, 등급인정기준 완화를 통한 치매관리 대상 범위의 확대 등 구체적인 실행 방안들을 차례로 마련하여 발표하고 있다. 당장 올해부터 시행될 치매국

1) 건강보험심사평가원에서 실시한 ‘국민 걱정 질환 조사(2016.11)’ 결과에 따르면, 미래에 발병할 것으로 걱정되는 질환은 암(13.6%), 관절염(10.2%), 고혈압(10.0%), 치매(9.9%), 치과질환(9.7%) 순인 것으로 나타났다.

2) 대통령선거 공약에서는 국가치매책임제로 명시하였으나, 최근에는 치매국가책임제로 사용하고 있다.

가책임제를 앞두고 국민적 기대가 크지만, 한편으로는 전문 시설 및 인력 인프라의 확보나 소요 재원의 마련 등을 둘러싼 우려의 목소리가 있는 것도 사실이다.

본 고에서는 본격적인 치매국가책임제의 시행에 앞서 주요 내용 및 과제를 살펴보고, 보건 의료복지의 다양한 관점에서 향후 치매국가책임제의 성공적인 도입과 운영을 위해 고려해볼만한 몇 가지 사항들을 제안해보고자 한다.

2. 치매국가책임제의 주요 내용

그동안 정부는 늘어나는 치매 문제에 대응하기 위하여 치매종합관리대책(2008~2014)을 마련하고 치매관리법을 제정(2012)하는 한편, 제2차(2013~2015) 및 제3차 국가치매관리종합계획(2016~2020)을 발표하고, 중앙-광역 치매센터, 보건소 치매상담센터, 치매상담콜센터 설치, 치매정밀검진비용의 건강보험급여 전환, 24시간 방문요양 도입, 치매가족상담 수가 신설, 치매전담실 도입 등 다양한 치매관련 대책을 내놓은 바 있다. 그러나 이러한 노력들에도 불구하고 치매전문시설의 부족, 지자체간 불균형 및 재정 격차, 치매전문인력 양성프로그램 미흡, 중앙-권역-지역단위의 전달체계 미비, 제도간 연계 부족 및 분절적 대응 등의 문제점이 지속적으로 제기되어 왔다.

이러한 상황에서 2017년 치매국가책임제가 본격적으로 추진된다. 대통령선거 정책공약집에 나타난, 당시 국가치매책임제의 주요 내용을 정리해보면 아래 표와 같다. 즉, 지역사회를 단위로 치매지원센터³⁾를 거점기관으로 확대·설치하고, 보건의료와 장기요양, 국민건강보험과 노인장기요양보험을 양대 축으로 하여 치매안심병원과 장기요양기관(그룹홈, 단기, 주·야간보호시설) 등 시설을 확충하는 것과 함께 이들 기관에 근무할 사회복지사, 간호사, 요양보호사 등 인력을 확보하는 한편, 국민이 부담하는 국민건강보험과 노인장기요양보험의 본인부담 수준을 경감하겠다는 안으로 요약 가능하다.

표 1. 국가치매책임제의 주요 내용

구분	내용
지역사회 치매지원센터 확대 설치	치매검진 및 조기 발견, 의료 복지 돌봄 요양 서비스 제공 및 연계
치매안심병원 설립	전국적으로 치매책임병원 지정하여 진단 및 치료 서비스 제공
치매 의료비 90% 건강보험 적용	치매 환자 진단 치료 합병증 치료 전 단계에 걸쳐 본인부담 완화
치매관련 시설 확충	치매 환자 등의 사회복귀를 위한 그룹홈, 단기 주야간보호시설 등 확충
치매관련 인력 확충	치매 환자 돌봄을 위한 사회복지사 간호사 요양보호사 등 인력 확충
노인장기요양보험 본인부담 상한제 도입	노인장기요양보험에 건강보험 본인부담상한제 기준 적용

자료: 더불어민주당 대통령선거 정책공약집(2017.4)에서 재정리

3) 현재는 치매안심센터로 명칭이 정리되었다.

현재 이중에 구체화된 안들을 몇 가지 살펴보면, 우선 정부는 현재 47개소에 불과한 치매안심센터를 252개소로 전국 시군구 단위로 확대·설치할 계획이다. 지역사회 치매안심센터에는 치매의 감진 및 조기발견을 위한 의료기관의 연계 및 의료·복지·요양·돌봄 서비스를 통합적으로 제공하는 것을 목표로, 의사, 간호사, 사회복지사, 정신보건전문요원 등 배치인력을 현재 10명 안팎에서 20명 내외로 2배 수준으로 늘려 배치하게 된다. 치매안심센터는 확충된 인력 및 시설 인프라를 토대로 일반인 대상의 치매 예방교육과 홍보, 정기 선별검진, 인지재활프로그램과 치매환자 대상의 정밀검사진단비, 치료관리비 등 경제적 지원, 치매환자 조호물품 지원 등, 치매단기쉼터 및 코디네이터 매칭, 치매진료 및 약제비 지원, 치매가족 대상의 헤아림 가족교실 자조모임 지원, 가족카페 설치 등의 기능을 수행한다. 정부는 이와 별도로 치매안심병원을 지정하여 전국 공립요양병원 79개소에 현 34개인 치매전문병동을 79개소로 확충하고 치매에 특화된 전문 진단 및 치료서비스를 제공할 방침이다(보건복지부, 2017).

최근 정부는 중증치매 의료비에 대해 건강보험으로 90%수준을 보장한다는 방침을 발표했다. 중증치매 환자의 의료비 부담을 완화하기 위하여 질환 자체의 중증도가 높은 치매는 별도의 일수 제한 없이, 환자의 상태에 따라 의료적 필요가 발생하는 치매는 연간 최대 120일간 산정특례를 적용하여 본인부담율을 10%로 인하할 예정이다(보건복지부 보도자료, 2017.8.18.). 발표 자료에 따르면, 치매는 난치성 질환으로 치매 환자를 돌보기 위한 비용 중 의료비가 큰 비중을 차지하고 있으나 건강보험 보장률은 다른 질환에 비해 낮은 편으로, 2015년 기준 치매노인 1인당 의료·요양 비용은 2,033만원(직접의료비 1,084만원)이었으며, 보장률은 69.8%로 상위 30위 질환의 평균인 77.9%보다 낮았다.

이 외에도 노인장기요양보험의 등급산정기준 완화 및 등급인정자 확대, 장기요양기관 등 치매관련 시설과 인력 확충·강화, 노인장기요양보험의 본인부담을 둘러싼 논의 등이 활발히 전개되고 있다.

3. 치매국가책임제의 성공적 도입과 시행을 위한 제언

가. 보건·의료·복지의 연계, 조정, 통합의 제도화

우선, 치매국가책임제의 성공적인 시행을 위해서는 보건·의료·복지의 연계를 제도화함으로써 실제 실천 현장에서 직종 간 협업과 제공서비스의 통합이 가능하도록 해야 한다. 치매국가책임제에서도 의료·복지·돌봄·요양 서비스 연계와 통합적 제공을 가장 우선적인 과제로 제시하고 있다. 올바른 방향이다. 그러나 연계는 분야를 막론하고 거의 모든 정책 방안들에서 만능 해법으로 등장하고 있지만, 이를 현장에서 제대로 구현해내기는 어렵다는 사실을 우리는 경

험적으로 잘 알고 있다. 수년간 지역사회 재가노인의 건강과 복지수준 향상을 위해 새로운 사업들이 시도되어 왔지만, 그 사업의 수만큼이나 제도는 더욱 복잡해지고 다양한 제공주체의 등장으로 서비스의 중복과 누락은 더욱 빈번히 발생하고 있는 상황이며, 치매관련 사업들도 예외가 아니다.

치매노인에게 제공되는 주된 서비스로서 장기요양(long-term care)은 기본적으로 3가지 개념적 요소를 포함하고 있다. 첫째, 장기요양보호가 필요한 자를 신체적이나 정신적인 제한을 지니고 있어 타인에게 의존하는 자로 정의하고 있으며(Pratt, 1999; Binstock, 1998; Kane, et al., 1998; Evashwick, 1996; OECD, 1996), 둘째, 그러한 신체적 또는 인지정신적인 제한이 장기간 지속적이어야 하고(Doty, et al., 1985; Evashwick, 1996; Kane, et al., 1998; Binstock, 1998; Pratt, 1999; OECD, 1996), 셋째, 그러한 장기요양보호대상자에게 제공되는 서비스는 복지서비스뿐만 아니라 보건의료서비스 및 기타 사회서비스까지 총망라(Doty, et al., 1985; Pratt, 1999; Evashwick, 1996; OECD, 1996)하는 것으로 되어 있다(선우덕 외, 2012). 결국 장기요양서비스는 보건의료 또는 복지서비스 중에 선택될 수 있는 것이 아니라, 복합적 욕구를 지닌 대상자에 대응 가능한 장기적이고 포괄적인 보건·의료·복지 서비스가 되어야만 한다는 것을 의미한다.

따라서 치매대책에서는 더더욱 보건, 의료, 복지 서비스 간의 연계를 단순히 규범적으로 받아들이는 것이 아니라, 반드시 달성해야할 목표로 설정하고 연계와 협업의 관계를 법적으로 명문화하는 등 제도화하여야만 한다. 이를 위해 우리보다 앞서 고령화와 치매 문제에 직면한 일본의 경험과 시도들을 참고해볼 만하다. 일본은 개호보험(우리의 노인장기요양보험에 해당) 도입 이후, 다수의 제공자가 보건의료복지서비스를 자기 종결적으로 제공할 수 있는 보건의료복지복합체(약칭, 복합체)로 재편된 바 있으며, 최근에는 지역의료와 지역포괄케어의 충실화를 추진하고 지역의료구상이라는 목표를 달성하기 위해 지역의료연계추진법인제도를 창설하였다. 이는 2차 의료권을 원칙으로 지역 내 복수의 의료법인 등이 참가하여 하나의 법인을 만들어 복수의 의료기관이나 개호(우리의 장기요양에 해당)시설을 통일적인 방침 하에 일체적으로 운영하는 것이 가능하게 한 제도이다⁴⁾.

치매국가책임제는 궁극적으로 개별 기관의 독립성을 유지하며 제한적으로 이루어지는 연계(linkage)의 차원을 넘어, 보다 적극적으로 이용자 중심의 관점에서 서비스의 양과 질을 조정(coordination)하고 실제 서비스를 통합(integration)하는 차원으로 발전할 필요가 있다.

4) 2015년 제7차 의료법 개정에서는 지역의료연계추진법인제도의 창립과 의료법인제도의 개정이 주요 골자가 되었다. 지역의료연계추진법인제도의 창립은 의료기관 상호간의 기능분담 및 업무연계를 추진하는 것을 목적으로 하고 있다(厚生労働省, 2015).

나. 치매안심센터의 실질적 권한과 사례관리 기능 강화

치매국가책임제의 중심 기관으로 치매안심센터가 지역사회에서 그 기능을 원활히 수행할 수 있도록 실질적인 권한을 부여하고, 사례관리를 중심으로 주요 역할과 기능을 명확히 해야 한다. 즉, 전국 시,군,구에 확대 설치될 252개소의 치매안심센터의 양적 증가에만 머물러서는 안 되며, 질적 측면에서도 실질적 권한을 가지고 명확한 기능과 역할을 수행할 수 있어야 한다는 것이다.

치매안심센터의 사업 대상이 일반인, 치매환자, 치매가족 등 지역주민 전체를 대상으로 하고 있는 만큼, 효과적인 대상자 선정과 서비스 제공을 위해서는 지역사회 내에서 센터가 가져야 할 명확한 위치를 설정하는 것이 필수적이다. 그러나 장애인과 비장애인, 노인장기요양보험의 등급인정자와 등급외자, 기초생활수급권자와 차상위 등 다양한 대상자 계층들과 지자체, 보건소, 복지관, 협약병원 등 개별 기관들은 서로 다른 조직 및 법체계 하에서 적용 또는 운영되는 경우가 대부분이며, 따라서 현 구조에서는 실제 이들 기관 사이의 협업을 이끌어 내고 필요에 따라서는 직접적 개입을 수행하는데 제한점이 따를 수밖에 없다.

치매국가책임제에서 치매안심센터에 부여된 기능과 역할을 종합해보면, 지역사회에 기반한 일종의 전문 사례관리조직으로서의 성격이 강한 것으로 판단된다. 정부안에서도 전문인력으로서 ‘치매전담사례관리사’를 통해 대상자를 관리하고 치매관련 서비스를 직·간접적으로 제공하는 구조를 채택하고 있다. 사례관리는 사례관리자가 복합적 욕구(니즈)를 가진 대상자(클라이언트)에게 지역사회의 다양한 자원을 연계·조정·통합하는 일련의 활동을 의미하는데(서동민, 2017), 일반적으로 사례관리 대상자, 사례관리자, 사회 자원, 사례관리과정, 사례관리 운영체계를 사례관리의 구성요소로 보고 있다. 모든 요소들이 중요하겠지만, 사례관리의 질을 결정하는 가장 핵심적인 요소는 사례관리자(또는 조직)의 자질과 역량이다. 동일한 대상자와 지역, 자원이 라도 사례관리자의 역량에 따라 서로 다른 성과가 나타날 수 있기 때문이다.

이러한 관점에서 일본의 지역포괄케어시스템을 중심으로 한 지역지원사업은 우리나라에도 여러 차례 소개된 바 있으나, 여전히 참고해볼 만하다. 지역지원사업의 거점 시설로서 지역포괄 지원센터⁵⁾는 고령자가 생활해온 지역에서 자립된 생활을 하도록 지원하는 것을 목표로 개호예방 매니지먼트와 종합 상담 등을 실시하며, 주임 케어 매니저, 보건사, 사회복지사 등의 직원이 배치되어 각 분야의 전문 지식과 기능을 서로 함께 활용, 고령자와 그의 가족 등에게 포괄적이

5) 지역포괄지원센터는 구시정촌(우리의 시군구에 해당)이 인구 2만에서 3만 정도의 지역을 대상으로 거점시설 1개소를 설치하며, 주요사업으로는 개호예방사업, 개호예방케어매니지먼트, 종합상담 및 지원사업, 권리옹호, 포괄적 계속적 케어매니지먼트 등이 있다.

고 종합적인 지원을 실시하고 있다. 특히 케어매니저로 불리는 개호지원전문원⁶⁾은 개호보험제도 창설 시에 새롭게 만들어진 자격으로, 대상자 인정,케어플랜의 작성, 급여 관리, 모니터링 업무를 수행하는 고도의 전문성과 권한, 윤리성이 요구되는 직종이다.

치매안심센터가 지역사회에 소재한 여러 유형의 기관 중 하나의 기관으로 단지 추가되어서는 안 된다. 치매안심센터가 치매국가책임제의 중추적 기관으로서 본연의 역할과 기능을 수행할 수 있도록 실질적 권한을 강화해야 하며, 병원, 보건소, 복지관, 장기요양기관 등 지역사회 관련 기관의 실제 서비스 제공과정에 개입할 수 있는 법적 근거가 마련되어야 한다. 이와 함께 배치하고자 하는 전문 인력인 전담사례관리사의 역량과 자질을 강화할 수 있는 방안을 마련하고 그 자격과 직무, 권한과 책임을 명확히 제시하여야 한다. 장기적으로는 치매안심센터를 사례관리자 개인의 역량과 자질에만 의존하는 것이 아니라 사례관리팀, 통합사례관리체계, 전문수퍼바이저, 솔루션(solution) 체계 등 조직적인 사례관리운영체제로 발전시켜나가는 것이 바람직하다.

다. 재가 및 지역사회의 역할 확대와 AIP의 실현

치매국가책임제는 그 실천의 장으로서 시설과 함께 재가 및 지역사회의 역할을 보다 강조하고 거주지에서의 노화(Ageing in place; AIP)를 실현하는 구조로 설계되어야 한다. 치매국가책임제의 내용을 보면, 주요 서비스 제공 인프라로 치매안심병원이나 그룹홈, 단기, 주·야간보호 시설 등 주로 시설 중심의 서비스(institutional care) 제공체계를 구상하고 있는 것으로 보인다. 반면 치매 노인과 가족이 거주하는 터전으로서 지역사회의 역할에 대한 논의나 방문 등 가정에서의 서비스(home care)는 상대적으로 덜 다루어지고 있는 듯하다. 치매국가책임제는 말 그대로 국가적 차원에서 시작되는 정책이지만, 구체적인 정책 개발과 실천 수준에서는 개별 지역사회의 특성과 여건을 고려하는 것이 바람직하다.

사실, 서비스 제공의 장소가 시설인가 지역사회 또는 재가인가의 문제는 오래된 논의 주제이기도 하다. 과거 시설수용을 통한 보호와 관리 중심의 서비스로 인해 사회문제로서 시설병(hospitalism)이 등장하는 등 시설보호의 한계와 비효율성이 부각되면서 탈시설화(deinstitutionalization)가 가속화 되었으며, 지역사회보호(community care)가 정책과 실천현장에 주목받기도 하였다. 반면 사회복지나 노인복지현장에서는 정상화(normalization)의 개념을 주로 강조하는데, 가능한 만큼 사람들에게 가치 있는 사회적 역할을 습득, 정립, 유지시키기 위해 문화적으로

6) 개호지원전문원은 보건, 의료, 복지에 대해서 폭넓은 지식과 기술이 필요하다는 점에서 ‘보건, 복지, 의료의 법정자격 보유자’와 ‘상담원조업무의 경험이 있는 자’로 응시요건이 한정되며, 서비스 계획과 보건의료서비스 및 복지서비스에 관한 지식 및 기능을 평가하여 자격을 부여한다. 5년 마다 자격 갱신제를 통해 질 향상을 도모하고 있다.

가치 있는 수단을 이용하는 것 또는 사람들이 문화적으로 가치 있는 삶을 영위 할 수 있도록 하기 위하여 문화적으로 가치 있는 수단들을 이용하는 것을 의미한다. 즉 기존의 시설을 가정과 같이 만들고(동화(同化)로서의 정상화), 지역사회의 장애를 제거하여 편리하게 바꾸어 가는(이화(異化)로서의 정상화) 시설과 지역사회 모두를 함께 변화시키는 활동이다⁷⁾. 한편 보다 발전된 개념으로 AIP(aging in place)는 거주지에서의 노화 또는 삶터에서의 요양 등으로 번역되며, 가능한 한 인생을 마칠 때까지 익숙한 장소(공동체)에 남아서 생활하기(Harris, 1988: 18; Frank, 2001에서 재인용), 시설보다는 독립성을 지니면서 지역사회 공동체 안에 남아서 생활하기(Davey, et al., 2004), 사람들이 사는 공간에서 돌봄관계와 역할을 통해, 그리고 독립성과 자율성을 통해 정체감을 가지는 것(Wiles, et al., 2011), 최대한 가정과 같은 환경에서 살기, 시설에서의 자율권 강화(Chapin, et al., 2001)등을 의미한다(임정기, 2015)⁸⁾. AIP의 핵심은 시설이나 재가 또는 지역사회냐의 선택이 아니라, 현재 노인이 살고 있는 그곳에서 가능한 한 늘어갈 권리를 적극적으로 보장해야한다는 이념으로, 노인복지 선진국에서는 정책수립과 실천현장의 이념적 토대로 적극 활용하고 있다. 우리 주변을 둘러보면 치매나 와상 노인이 자식이나 주변인의 설득에 못 이겨 자신이 평생을 살던 집과 마을을 힘겹게 떠나 요양병원이나 노인요양시설에 입원·입소하고, 몇 년 뒤 죽음이 되어 돌아오는 일, 그리고 그 모습을 남겨진 마을 노인들이 담담히 바라보는 풍경이 이미 낯설지 않다. 치매노인을 위한 일차적 인프라는 본인의 집과 거주지, 지역사회가 되어야 한다. 투입되는 예산의 경제적 논리나 서비스의 질적 수준에 대한 우려의 차원을 넘어, 인간으로서 자연스러운 모습을 최대한 보장할 필요가 있기 때문이다.

치매국가책임제 시행을 위한 인프라 확충을 고려할 때, 시설과 재가를 대체의 관점이 아닌 상호 보완의 관점으로 보고 접근해야하며⁹⁾, 특히 시설서비스와 재가서비스 간의 적정 구성(assuring the availability of an appropriate mix of long-term-care service)을 확보¹⁰⁾하는 것은 이용자의 접근성이나 서비스 질 향상을 위해서도 매우 중요한 일이 될 것이다. 또한 그 기반으로서 지역사회를 그 중심에 두어야 하며, 우리 사회도 구체적 정책개발이나 실천 이념으로서 AIP의 실현을 강조해야할 시점이 되었다. 예를 들어 치매국가책임제에서 확충을 제시한 단기보호는 본질적으

7) 1960년대 후반, 스칸디나비아에서 정신지체장애인을 대상으로 하는 서비스 실천 원칙의 하나로 제기된 이념으로 1970년대와 1980년대 초반, 울펜스버그(Wolfensberger) 등에 의해 정교화되었고, 대상이 점차 확대되었으며, 이후 재가복지의 정책형성 이념과 서비스 실천에 있어 가장 중요한 원칙의 하나로 자리매김하고 있다.

8) 시설과 재가, 지역사회의 경계를 넘어, 마을 전체를 중증치매노인을 돌보는 요양원으로 디자인한 네덜란드의 호그벡 마을 사례가 대표적이다.

9) 재가서비스의 확충으로 시설서비스를 감소시키는 것은 불가능하고, 재가서비스와 시설서비스 모두의 확충이 필요하다는 것은 국제적으로도 확인되고 있는 의료경제학의 상식이다(二木 立, 2008).

10) OECD보고서에 따르면, “대부분의 사람들이 되도록 가정에서 요양을 받고 싶어 한다는 조사결과에 비추어 볼 때, 시설수용은 더 이상 장기요양서비스에 대한 수요(needs)를 충족시키는 유일한 대안이 될 수 없다”고 지적하면서도, “재가서비스와 시설서비스 간의 적정 구성의 확보를 제한”하고 있는 것도 이러한 사실을 뒷받침해주고 있다(서동민, 2008).

로 치매 수발가족의 부양부담을 덜어주고 소진을 예방하는 가족휴가제(respite)로서, 주·야간보호는 낮 시간 보호와 맞춤형 프로그램 제공을 통해 재가 및 지역사회의 거주를 지원하고 시설입소를 억제하는 서비스로서 AIP의 실현을 위해 매우 유용하게 활용될 수 있다. 또한 그룹홈(노인요양공동생활가정)은 여러 제한 속에서도 가정과 같은 분위기로 제한적 요양과 함께 거주가 가능한 지역기반의 소규모 시설로서 활용가치가 높다.

라. 치매가족에 대한 지원과 참여 경로 보장

치매국가책임제는 ‘치매를 국가가 가족을 대신하여 책임’지는 방향이 아니라, ‘치매를 국가가 가족과 함께 책임’지는 방향으로 제도가 설계되고 운영되어야만 한다. 즉, 가족의 부담을 경감하는 한편, 가족의 참여를 지원하는 체계가 동시에 마련되어야 한다. 현재 발표된 치매국가책임제의 내용에는 국민건강보험의 치매 의료비와 노인장기요양보험의 본인부담에 대한 경제적 부담 경감에 중점을 두고 있는 것으로 보인다. 물론 치매환자를 돌보기 위한 비용에서 의료비가 큰 비중을 차지하고 있으며, 이에 반해 건강보험의 보장률은 낮은 상황에서 본인부담경감은 반드시 필요한 정책이다. 다만 우려하는 것은 치매노인이나 가족의 부담이 단순히 경제적 부담으로 규정되거나, 그 과정에서 가족이 배제되는 구조가 고착화되어서는 안 된다는 것이다.

우선, 치매가족을 위한 전문 프로그램을 개발하고, 필요시 즉각적인 지원이 가능한 체계를 갖추어야 한다. 대부분의 치매 관련 사업은 일반적인 질병치료 및 건강증진사업들과 달리 대상자 본인만이 아니라, 그 배우자나 가족을 주된 대상으로 포함하고 있다. 그만큼 치매로 인한 가족의 부담이나 소진 경험이 높고, 극단적으로는 학대나 폭력 사건이 발생하는 경우도 있기 때문이다. 치매국가책임제에서 치매상담콜센터를 통한 치매안심센터 연계와 헤아림 가족교실 자조모임 지원, 가족카페 설치 등을 제시하고 있는 만큼, 치매가족에 대한 실질적인 지원이 될 수 있도록 다양한 사업을 개발해나가야 할 것이다.

다음으로 제반 과정에서 치매가족의 참여와 피드백이 가능한 통로를 확보해 주어야 한다. 치매국가책임제를 통해 단순히 가족의 부양부담을 나눠지겠다는 표현은 해석에 따라 노인을 짐으로 규정하고 가족의 책임과 참여를 배제시키는 등 연령차별주의(ageism)적 요소를 내포하고 있다고 해석될 소지가 있다. 정작 중요한 것은 노인 자신이며, 노화의 과정 속에서도 기능 유지와 악화방지를 통해 제한적이거나 자립을 유도하여 가능한 일상생활을 수행할 수 있도록 지원하는 데 사업의 중점이 맞추어져야 한다. 그리고 동거하는 가족 또는 동거하지 않는 가족이라도 일정 부분 그 과정에 참여할 수 있도록 경로를 보장해주어야 한다. 장기요양서비스의 제공자는 사회복지사와 간호사, 요양보호사 등 공식적 인력은 물론, 가족과 자원봉사자를 포함하는 비공식적 인력도 중요한 부분을 차지하고 있으며, 본인의 거주지와 일상생활을 중심으로 장기간 지속되

는 서비스의 특성 상 경우에 따라서는 비공식적 인력이 보다 중요한 역할을 수행하기도 하기 때문이다.

4. 나가며

치매국가책임제는 실질적으로 국민들에게 도움이 될 수 있는 대책들을 압축적으로 담고 있으며, 그동안 치매 대책을 중심으로 제기되어 오던 문제점들을 종합적으로 재정비하고 새로운 패러다임을 제시하였다는 점에서 사회적 관심만큼이나 거는 기대가 크다. 이러한 치매국가책임제가 실제 정책 및 실천 현장에서 성공적으로 자리 잡기 위해서는 그 전제 조건이 되는 보건·의료·복지의 연계와 통합을 법적·제도적으로 뒷받침하고 중심기관으로서 치매안심센터에 실질적 권한과 전문적 기능을 부여하는 한편, 지역사회를 기반으로 재가와 시설서비스의 균형적인 제공여건을 확보하고 치매노인은 물론 치매가족에 대한 지원과 참여를 보다 적극적으로 보장할 필요가 있다.

오는 9월 21일은 10회째 맞이하는 치매극복의 날이다. 1995년 WHO와 국제알츠하이머병 협회(ADI)가 가족과 사회의 치매환자 돌봄을 새롭게 인식하는 계기를 마련하고자 전 세계적으로 지정한 날이며, 우리나라는 2008년부터 매년 전국단위의 행사를 실시하고 있다. 치매에 대한 우리사회의 올바른 인식과 함께 새로이 시작하는 치매국가책임제의 성공적인 도입과 제도적 발전을 기대해 본다. ✕

참고문헌

-
- 더불어민주당. 제19대 대통령선거 정책공약집. 2014.
- 보건복지부. 치매부담 대폭 경감된다-제3차 치매관리종합계획('16~'20) 발표. 보건복지부 보도자료. 2015.
- 보건복지부. 치매전담실 도입, 인력기준 재정비 등 장기요양서비스 질 개선 추진. 보건복지부 보도자료. 2016.
- 보건복지부. 중증치매 의료비, 건강보험이 90% 책임진다. 보건복지부 보도자료. 2017.
- 서동민. 노인장기요양보험제도의 재정구조와 전망. 보건경제와 정책연구 14(2). 2008.
- 서동민. 요양보호사의 노동 현실과 노인장기요양보험법, 한국 법제학회 발표자료. 2016.
- 선우덕, 서동민 외. 최신 노인장기요양보험제도 현황과 과제. 노인연구정보센터. 2012.
- 이만우. 치매국가책임제 시행의 문제점 및 보완과제. 이슈와 논점. 국회입법조사처. 2017.
- 임정기. 복지 관점에서의 삶터요양: Aging in place, 한국장기요양학회 2015 춘계학술대회, 2015.
- 厚生労働省. 医療法人の事業展開等に関する検討会. 地域医療連携推進法人制度(仮称)の創設及び医療法人制度の見直しについて. 2015.