

치매국가책임제의 현재와 미래

최호진^{ab} 김승현^b 이재홍^c 이애영^d 박건우^e 이은아^f 최성혜^g 나덕렬^h 정지향ⁱ

한양대학교구리병원 신경과^a, 한양대학교 의과대학 신경과학교실^b, 울산대학교 의과대학 서울아산병원 신경과^c, 충남대학교 의과대학 충남대학교병원 신경과^d, 고려대학교 의과대학 고려대학교 안암병원 신경과^e, 해브리병원 신경과, 인하대학교 의과대학 인하대병원 신경과^f, 성균관대학교 의과대학 삼성서울병원 신경과^g, 이화여자대학교 의과대학 이대목동병원 신경과^h

National Responsibility Policy for Dementia Care: Current and Future

Hojin Choi, MD, PhD^{ab}, Seung Hyun Kim, MD, PhD^b, Jae-Hong Lee, MD, PhD^c, Ae Young Lee, MD, PhD^d, Kun Woo Park, MD, PhD^e, Eun Ah Lee, MD, PhD^f, Seong Hye Choi, MD, PhD^g, Duk L. Na, MD, PhD^h, Jee Hyang Jeong, MD, PhDⁱ

Department of Neurology, Hanyang University Guri Hospital, Guri, Korea^a

Department of Neurology, Hanyang University College of Medicine, Seoul, Korea^b

Department of Neurology, Asan Medical Center, University of Ulsan College of Medicine, Seoul, Korea^c

Department of Neurology, Chungnam National University Hospital, Chungnam National University College of Medicine, Daejeon, Korea^d

Department of Neurology, Korea University Anam Hospital, Korea University College of Medicine, Seoul, Korea^e

Department of Neurology, Heavenly Hospital, Goyang, Korea^f

Department of Neurology, Inha University Hospital, Inha University School of Medicine, Incheon, Korea^g

Department of Neurology, Samsung Medical Center, Sungkyunkwan University School of Medicine, Seoul, Korea^h

Department of Neurology, Ewha Womans University Mokdong Hospital, Ewha Womans University School of Medicine, Seoul, Koreaⁱ

With the world's fastest-growing aged population, dementia care has become a major public health concern in Korea, prompting the emergence of the policy of national responsibility for dementia care. Over the past one year since the introduction of the new policy, it has shown its strengths and weaknesses. Now is the time for us to put the current status of this policy into perspective in terms of the benefits for patients and caregivers as well as the cost-effectiveness in the management of dementia. In addition, we will suggest the optimal quality control system and education program for dementia care hospitals, highlighting the critical role of neurologists for the success of the national responsibility policy for dementia care.

J Korean Neurol Assoc 36(3):152-158, 2018

Key Words: Dementia, Care, National responsibility policy

서론

치매국가책임제란 개인이 아닌 국가가 치매를 돌보는 문제를 해결하고자 하는 정책을 의미한다. 2017년 9월 치매국가책임제가 발표되기 이전에는 가족 중 한 명이 치매를 진단받게 되면, 치매에 걸린 환자를 돌보기 위하여 가족 전체의 경제적, 정신적 부담이 매우 컸다. 이 정책이 잘 실현된다면 치매 환자의 돌봄에 관련된 여러 단계에서 국가가 직접 개입함으로써 치매 환자의 가족이 짚어지는 부담이 일부 줄어들 수 있게 되었다. 치매국가책임제가 등장

Received June 16, 2018 Revised July 4, 2018

Accepted July 4, 2018

Address for correspondence: Jee Hyang Jeong, MD, PhD
Department of Neurology, Ewha Womans University Mokdong Hospital, Ewha Womans University School of Medicine, 1071 Anyangcheon-ro, Yangcheon-gu, Seoul 07985, Korea
Tel: +82-2-2650-2776 Fax: +82-2-2650-2652
E-mail: jjeong@ewha.ac.kr

하게 된 중요한 배경은 한국의 인구 구조의 변화에 따른 치매 인구의 급증과 핵가족화에 따른 치매 부양 가능한 인구의 급감이다.

한국은 극심한 출산율 저하와 지속적인 평균 수명의 연장과 맞물려 세계에서 유례를 찾아보기 힘들 정도로 빠르게 고령화가 진행되고 있다. 2017년은 한국의 고령 사회 진입을 알리는 원년으로서, 65세 이상 노령인구가 전체 인구의 14%를 넘어섰다.¹ 경제협력개발기구 35개 회원국의 향후 기대수명 예측 역시, 한국이 일본과 프랑스를 제치고 세계 최장수 국가가 될 가능성이 있다고 전망하였다.² 사회의 급속한 고령화에 따라 한국의 65세 이상 인구 중 치매 환자는 2017년에는 약 70만 명(유병률, 9.94%)이었고, 향후 2024년에는 100만 명(유병률, 10.25%), 2034년에는 150만 명(유병률, 10.50%)으로, 치매 유병률의 급격한 증가가 예상된다.³ 따라서 치매 환자의 개인적인 부담뿐 아니라 이를 관리하기 위한 사회적 부담 역시 기하급수적으로 증가할 것이다. 치매 환자의 연간 총 관리비용은 2015년 13조 2천억 원(GDP의 약 0.9%)이었지만, 2050년 106조 5천억 원(GDP의 약 3.8%)으로 약 8배 가량 증가할 것으로 예상된다.³ 이러한 추정 비용은 암, 심장질환, 뇌졸중과 같이 현재 한국 의료체계의 많은 물적, 인적 자원이 집중된 질병들의 연간 총 관리비용을 모두 합한 비용을 넘어선다.⁴

현재 시점에 국가가 적극적으로 치매를 관리하기 위한 정책을 마련하고 준비하는 것은 치매 환자를 위하여 다행스럽고 무척 환영할 만한 일이다. 그러나 국가 정책의 특성상 한 번 시행된 후에는 문제점을 발견하더라도 즉각적 정책 수정이 어려우며, 설사 반영할 수 있다 하더라도 그 과정에서 필연적으로 국가적 예산 낭비와 정책으로 인한 선의의 피해가 발생할 수 있다. 따라서 치매국가책임제 역시 정책의 입안과 시행 과정을 다각적으로 검토할 필요가 있다. 본 논문에서는 치매국가책임제의 주요 내용을 구체적으로 소개하겠다. 또한, 치매 전문가이자 치매국가책임제의 실제적인 시행을 담당할 주축으로써 정책이 성공적으로 정착할 수 있도록 현 정책의 문제점에 대한 해결방안을 신경과 전문가의 입장에서 제안하고자 한다.

본 론

1. 치매국가책임제의 주요 내용

국가 차원에서 체계적으로 치매를 관리할 필요성을 절감함에 따라 2008년에 제1차 국가 치매 관리 계획이 수립되면서 치매 조기 검진사업이 시작되었다. 이후 한국 정부는 제2차 및 제3차 국가 치매 관리 계획이 추가로 발표함으로써 치매에 대하여 지속적으로

관심을 기울였다. 그런데도 치매 환자가 폭발적으로 증가하고, 가족 구조의 변화로 인하여 가족이 치매 환자를 돌보는 것이 현실적이지 않게 되었으며, 지방 자치단체나 국가 차원에서 치매를 관리하는 일 역시 많은 인적 자원과 물적 자원을 필요하게 되었다. 따라서 치매 고위험군을 조기에 진단하고 치료하며, 치매 고위험군 및 치매 환자를 지속적으로 적극 관리할 수 있도록 좀 더 획기적인 정책인 치매국가책임제를 도입하게 되었다.

최근 발표한 치매국가책임제 실행 계획은 다음과 같은 사업을 주 골자로 하고 있다. 첫째, 전국 256개 지역에 치매안심센터를 개소하여 검진에서 추가 서비스 연결에 이르기까지 1:1 맞춤형 상담 및 관리를 통합적으로 제공하기로 하였다. 특히 치매안심센터의 사례관리 내역은 치매 노인 등록 관리시스템을 통하여 전국 어디서나 연속적으로 관리될 수 있도록 할 예정이다. 둘째, 장기요양등급 체계를 개선하고 확대 적용함으로써 그 동안 이 체계에서 제외되었던 경증 치매 환자를 장기요양보험체계에 편입하였다. 셋째, 가정에서 돌보기 어려운 치매 환자를 단기간 치료하고 관리할 수 있는 치매안심요양병원을 확충하기로 하였다. 넷째, 치매 환자 및 가족의 의료비 부담을 경감하기 위하여 중증 치매 환자의 건강보험 본인부담률을 종전 20-60%에서 2017년 10월부터 10%로 인하하였다. 향후에는 본인부담금 경감 혜택을 받는 대상을 중위소득 50% 이하에서 그 이상으로 점차 확대할 예정이라고 한다. 다섯째, 치매 연구 및 개발과 관련하여 민간전문가를 중심으로 국가 치매 연구개발위원회를 구성하여 10개년 국가 치매 연구 및 개발을 위하여 투자계획을 수립하고 연구개발을 위한 투자 확대를 명시하였다. 이를 바탕으로 치매 진단, 예방, 치료, 돌봄 관련 문제를 통합적으로 해결하기 위한 중장기적인 계획을 제시할 예정이다.

2. 치매국가책임제의 문제점과 해결방안

1) 치매의료비와 요양비의 부담 경감

현재 치매 환자의 관리비용은 연간 1인 당 2,033만 원 정도이며 이 중에서 의료비 비중은 53.3%로 약 1,000만 원이 넘는다.⁴ 우리나라 가계 평균 소득이 연 4,400만 원인 점을 고려하여 1/4에 해당하는 치매 의료비는 단일질환에 대한 의료비임을 고려할 때 평균적인 한국 가정에 매우 큰 부담이다. 따라서 치매국가책임제는 환자 및 가족의 의료비를 줄이는 정책을 포함하였다. 우선 진단검사 측면에서는 치매 진단 과정에 필요한 검사를 적극적으로 급여화하여 검사에 대한 의료비 부담을 개인과 정부가 분담하였다. 치매 환자의 전체 의료비 지출 측면에서는 중증 치매에 산정 특례를 적용하여 본인 부담금을 10%로 대폭 낮춤으로써 개인의 의료비 부담

을 획기적으로 줄였다.

치매 환자나 가족은 직업을 잃게 될 가능성이 높고, 이에 따라 경제적 소득은 줄지만 치매가 단일질환으로서 갖는 의료비 부담은 어떤 질환과 비교하여도 높기 때문에, 치매 환자와 가족이 겪는 어려움은 상상을 초월한다. 따라서 치매 환자 및 가족이 필연적으로 맞닥뜨리게 되는 치매의 재앙적 진료비를 절감하기 위한 정책은 꼭 필요하다. 그러나, 이 정책을 집행하기 위한 재원을 마련하고 실제 집행하기 위하여서는 사회적 합의 과정이 필수다. 치매는 장기적으로 관리가 필요한 만성 질환일 뿐 아니라, 앞에서 설명한 한

국의 인구 구조의 변화로 인하여 향후 환자가 급증할 것으로 예상하는 상황이다. 따라서 치매국가책임제를 적절히 진행하기 위하여서는 막대한 재정이 뒷받침되어야 하고, 이를 위하여서는 국가 재정의 상당 부분이 이 정책에 투입되어야 함을 의미한다. 치매를 앓지 않거나 치매 환자가 가족이 아닌 수많은 사회 구성원이 단일 질환에 대한 전문학적인 재정 지원에 대하여 동의하기 위하여서는 사회적 합의를 도출하기 위한 충분한 노력이 필요하다. 또한 지속적으로 정책을 집행하기 위한 재원을 마련하고, 실행하기 위한 세심한 계획을 수립하여야 한다. 시간이 흐르면서 인구 구조의 변화

Table 1. Criteria of dementia catastrophic health care expenditure

치매산정특례 기준	
◇ 질환 자체가 중증도가 높은 경우와 환자의 상태에 따라 중증도가 다른 경우	
◇ CDR 2(중등도 치매) 이상 및 MMSE 18점 이하 환자 대상 적용(CDR 3점, MMSE 10점 이하인 경우 신경심리검사를 실시하지 않되, 신경과 또는 정신건강의학과 전문의가 확인한 경우 산정특례 신청 가능)	
그룹1	질환 자체가 의료적 필요도가 크고 중증도가 높으며 희귀난치성 질환인 치매는 일수 제한 없이 산정특례 적용** * 조발성 알츠하이머병에서의 치매, 루이소체를 동반한 치매 등 14개 질환 ** 현행 희귀난치성 질환 산정특례와 동일: 해당 질환으로 확진 후 산정특례 등록신청, 등록질환으로 진료 시 5년간 본인부담률 10% 적용, 일정 기준 충족 시 재등록 가능
그룹2	질환 자체로 중증도를 알 수 없으나 환자의 상태에 따라 중증의 의료적 필요가 발생할 경우 산정특례 적용 (* 만발성 알츠하이머병에서의 치매, 피질하혈관성 치매 등 12개 질환) 산정특례 등록기준(검사항목 및 검사기준)을 충족하여 치매질환(그룹1 제외)*으로 진단받은 환자가 산정특례 등록(5년) 신청한 후 다음 중 한 가지 상황 발생 시에 적용 가능 ☞ 연간 기본 60일 (i) 치매 및 치매와 직접 관련되어 중증의 의료적 필요가 발생하여 입원 및 외래진료가 필요한 경우 (ii) 문제행동이 지속적으로 심하여 잦은 통원 혹은 입원치료가 필요한 경우 (iii) 급속한 치매 증상의 악화로 의료적 재접근이 필요한 경우 (iv) 급성 심방 상태로 치료가 필요한 경우 - 다만, 병원급 이상 의료기관(의료법 제3조 제2항 제3호 라목의 요양병원 제외)에서 신경과·정신과 전문의가 의료적으로 필요하다고 인정한 경우 ☞ 예외적으로 60일 추가 인정 알츠하이머병의 경우에만 한정된 특별한 임상진단 방법이 있는 것은 아니다. 아래와 같은 검사들을 종합하여 진단을 한다. (임상증상이 중요하므로 신경과 또는 정신건강의학과 전문의에 한한다.) 1. 병력청취: 인지기능장애(언어능력, 지남력, 구성능력, 추상적 사고력, 문제해결능력, 실행능력의 장애)에 대한 발병 이전의 상태와 비교, 감퇴 여부 확인). 초로기 알츠하이머병인 경우 인지적 감퇴속도가 빠르고 경과도 나쁘며, 유전적 소인이 커 가족력을 가진 환자가 더 많다. 2. 신경학적 검사: 치매의 다른 원인 여부 확인 3. 뇌영상(뇌 MRI나 뇌 CT): MRI로 다른 치매유발 질환의 유무를 확인하며, 해마와 각 대뇌피질 부위의 위축 여부를 관찰하고, 동반되는 혈관성 병변 여부를 확인한다. 필수검사이며, 되도록 뇌 MRI로 검사를 하나 검사가 어려운 경우 뇌 CT로 확인한다. 4. 생물학적 지표: 뇌척수액 내 베타아밀로이드 1-42와 타우단백질의 비율과 노인판의 아밀로이드에 선택적으로 결합하는 물질을 방사성추적자로 이용한 PET영상을 통하여 진단한다. 5. 혈액검사: 치료 가능한 치매질환 선별 6. CDR (Clinical Dementia Rating, 임상치매척도), MMSE (Mini-mental State Examination, 간이정신상태검사) 7. 신경심리검사: 인지기능장애를 객관적으로 평가(알츠하이머병은 초기에 기억력 장애와 시공간능력의 장애, 이듬대기 장애가 두드러지고, 진행할수록 실행기능 및 전두엽 집행기능 장애가 뚜렷해진다. 이는 혈관성 치매를 비롯한 다른 치매를 유발하는 병과 알츠하이머병을 구별하는 중요한 단서를 제공), 또한 초로기 알츠하이머병인 경우 기억장애 이외의 시공간기능, 언어기능, 집행기능의 저하 및 실행증을 보이는 비전형적인 양상의 환자가 많다. 검사는 SNSB나 CERAD를 통하여 검사를 시행한다. 위 검사 결과 중 영상검사와 신경심리검사 결과 해당 치매상병의 임상소견을 보이고, CDR (Clinical Dementia Rating, 임상치매척도) 검사 결과 중등도 2점 이상 그리고 MMSE (Mini-mental State Examination, 간이정신상태검사) 결과 18점 이하의 검사 결과를 보이는 중등 치매 환자에 대하여 산정특례 등록 신청 가능하다. 단, CDR 3점 이상, MMSE 10점 이하의 질환자의 경우, 신경심리검사를 실시하지 않되 신경과 및 정신의학과 전문의가 확인한 경우에 산정특례 등록신청 가능하다. * 영상검사 외 필요 시 혈액검사를 충족할 수도 있다.

CDR; clinical dementia rating, MMSE; Mini-mental State Examination, MRI; magnetic resonance imaging, CT; computed tomography, SNSB; Seoul Neuropsychological Screening Battery, CERAD; Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease.

는 예측대로 또는 예측보다 빨리 악화되어 치매 위험군 및 치매 환자는 급속히 증가하게 되면 재원 부담이 기하급수적으로 늘어나기 때문에 사회적 저항에 부딪힐 가능성이 높다. 이는 결국 치매를 앓고 있는 환자와 가족에게 새로운 부담을 안길 가능성이 있다.

치매 진료비의 경감을 위한 정책이 성공하기 위하여서는 충분한 재원 마련과 그 활용에 대하여 신중한 접근이 필요하다. 특히 재원 확보 및 서비스의 질적 보장을 위하여 이미 선진국에서 시행하고 있는 민간보험과의 연계성도 고려할 수 있다.⁵

2) 의료급여화 및 중증치매 산정특례

중증치매 산정특례 적용에 있어 치매 전문의료진도 어떤 치매 환자에 대하여 어떤 적용이 타당한지를 어려워할 정도로 현재의 정책은 복잡하다(Table 1). 이러한 복잡함에도 불구하고 사각 지역이 존재한다. 예를 들자면, 임상치매척도(Clinical Dementia Rating, CDR) 3 이상, 간이정신상태검사(Mini-mental State Examination, MMSE) 10점 미만인 중증 치매 환자는 신경심리검사를 면제받을 수 있다. 그러나 이 기준에 미치지 못하지만 임상적 중중인 치매 환자들은 현 기준에 의하면 신경인지검사를 반드시 받아야 한다. 이 경우, 환자가 검사를 위하여 병원에 내원하기 어렵고, 내원한다 하더라도 오랜 시간이 걸리는 신경심리검사를 받지 못하여 혜택이 꼭 필요한 환자가 정책에서 배제될 것이다.

따라서 현행 치매 산정특례보다 더 구체적이고 실제 의료 현실에 바탕을 둔 세부 기준이 정립되어야 한다. 예를 들어, 산정특례 중증등록 단계에서 바로 신경심리검사를 할 수 없는 상태라면 치매전문의사의 의료적 판단에 따라 이전에 검사하였던 자료가 있고, 중증등록이 시급한 상태라면 선등록 후 검사를 시행, 치매 환자와 가족에게 혜택을 바로 줄 수 있도록 예외사항을 둘 필요가 있다.

뇌 자기공명영상에 대한 건강보험 적용 여부를 경도인지장애의 경우 신경심리검사 결과에 따라 결정하도록 이원화되어 있다. 단

계별로 검사를 하는 것은 이상적인 의료 환경에서는 적절한 방법일 수 있지만, 한국의 의료 현실에서는 진단을 지연시킴으로써 치매 고위험군의 조기 진단 및 치료라고 하는 국가책임제의 주요 목적에도 부합하지 못한다. 또한 신경심리검사는 항목마다 기능 저하 기준에 대한 통계적 의미가 다를 수 있는데, 이 점 역시 정책 수립시 묵과되었다(Table 2).

신경심리검사의 특성상 검사를 하는 시기에 따라, 검사자에 따라 수행 정도가 달라질 수 있다. 간이정신상태검사와 임상치매척도를 시행한 사람이라 하더라도, 포괄적인 신경심리검사에 포함된 간이정신상태검사 및 임상치매척도검사를 받게 된다. 그러나 현재는 검사 경비를 청구할 때, 의학적 필요에 따라 급여화 여부에 대하여 평가를 하지 않고, 간이정신상태검사 점수 및 임상치매척도 점수, 환자의 연령에 따라 일괄적으로 평가를 함으로써 검사 경비에 대한 환자 및 가족과 의료 기관 간에 갈등이 발생할 수 있다. 경제적 부담을 줄여 주기 위하여 오히려 심리적 부담을 안겨주는 부작용을 내포하고 있다. 또한 신경심리검사 건강보험 적용을 60세 이상으로 제한함으로써 최근 증가하고 있는 중·장년 치매 환자와 의료비부담 형평성에 큰 문제가 있다. 초로기치매 환자는 산정특례 등록이 가능하고, 노인성 알츠하이머병치매나 혈관치매 등보다 훨씬 더 오래 중증혜택을 받을 수 있는데, 60세 미만의 치매 의심 환자가 신경심리검사를 받을 때 치매 진단이 되어도 80% 본인 부담을 하게 되어 있는 현 제도는 반드시 수정되어야 한다. 따라서, 연령으로 일괄적으로 의료비 경감 여부를 구분하기보다는 의학적 필요성을 최우선으로 고려한 정책 수정이 필요하다. 또한 치매보호자 교육프로그램의 급여화도 시급하다.

3) 치매안심센터

치매안심센터의 설립 목적은 치매국가책임제의 중추적 기관으로서 치매 관련 상담과 지역사회 무료검진을 통하여 치매 가능성

Table 2. New reimbursement criteria for MRI & neuropsychological test in mild cognitive impairment patient

신경심리검사 급여기준	- 만 60세 이상 - 경도인지장애, 경증치매 혹은 중등도치매 - MMSE 10점 이상, CDR: 0.5-2, GDS: 2-6점 - 진단 시 1회, 추적검사는 진단일 이후 년1회 인정(그 외 추가시행은 사례별로 인정) - 인지기능점수를 충족하는 60세 이상인 환자로 횡수 초과시(단순추적 관찰) 또는 60세 미만의 환자의 경우 선별급여(80% 본인부담), 그 외에는 비급여(일반가)
경도인지장애환자에서 뇌 MRI 급여기준	- (종합검사) 신경심리검사 결과 1가지 이상 영역에서 1.5SD(표준편차)이하 인지기능저하가 확인된 경우 - 만 60세 이상 - 인정횟수: 1) 진단 시 1회, 2) 급격한 인지기능 변화 등 진료상 추가 촬영의 필요성이 있는 경우 - 그 외 단순 경과관찰을 위하여 촬영하는 경우(최대 2년에 1회는 본인부담률 100분의 80)

MRI; magnetic resonance imaging, MMSE; Mini-mental State Examination, CDR; clinical dementia rating, GDS; Global Deterioration Scale, SD; Standard Deviation.

유무를 확인 후, 확진 진단 연결 및 질병의 진행 단계에 적합한 서비스를 연속적, 통합적으로 제공하여 의료와 복지 서비스 간에 단절이 없도록 하기 위함이다.⁶

그동안 서울, 인천 지역과 일부 시·군 지역에서만 치매지원센터가 운영되었다. 그러나 치매국가책임제 하에서는 이를 확대하여 전국에 256개 치매안심센터가 운영될 예정이다.

치매안심센터는 서울과 인천 지역의 치매지원센터를 모델로 하여 계획되었다. 주요 사업은 치매 조기검진사업, 치매예방 등록관리사업, 가족지원사업, 치매인식개선 및 교육홍보사업, 치매지역사회자원 강화사업 등이다. 새로이 추가된 치매쉼터 및 가족 카페는 기존에 미흡하였던 환자 및 가족의 실질적 일상 지원에 일조하기 위함이다.

과거 중앙치매센터와 광역치매센터는 지역 실정에 맞는 치매 관리의 큰 틀을 짜고, 각 지역의 보건소 단위 치매상담센터는 지역 치매 사업에 필수적인 인프라였음에도 불구하고 전국적으로 50개 미만의 센터만이 가능하고 있었다. 치매안심센터가 전국적으로 확대가 결정되면서 인력과 시설이 제대로 지원된다면 지역 치매 사업이 본격적으로 제 역할을 할 수 있을 것이다.

본 사업은 수행을 위하여 센터마다 일정한 시설과 25명 내외의 인력에 대한 기준을 마련하고 보건 업무를 담당할 협력 의사는 신경과 또는 정신건강의학과 전문의로 지정할 것을 명시하였다. 이 계획이 현실적으로 적용할 수 있으려면 몇 가지 당면 과제를 먼저 풀어야 한다.

첫째, 전문인력 부족 문제이다. 센터 사업을 수행할 수 있는 전문 인력이 부족한 것은 이 정책을 실패로 이끌 위험성이 높은 핵심적인 사항이다. 기존에 지역 치매센터가 운영되던 곳은 인력 수급이 비교적 원활한 대도시와 수도권이었다. 이 운영방식을 모델로 치매안심센터의 시설과 인력 기준을 마련하고 추진하면 의료와 복지 관련 인프라가 부족한 많은 지역에서 기준에 합당한 시설과 인력 수급에 차질이 발생하는 것은 필연적이다.

둘째, 협력 의사의 역할 부분으로, 안심센터는 일률적으로 보건소 직영으로 운영하되 민간병원이 “협력 의사”를 안심센터로 파견하도록 규정하고 있다. 치매안심센터의 핵심기능인 의료적 필요성을 고려한다면 치매 전문가인 신경과 전문의가 중심이 되어야 한다. 그러나 현재는 치매의 관리 및 시행이라는 행정적 필요성을 우선시함으로써 보건소장이 치매안심센터장을 겸임한다. 이에 따라 가장 중심이 되어야 하는 사안이 ‘치매’라는 질병이 아닌, 치매를 위한 ‘행정’에 방점이 찍힌 운영을 할 가능성이 높다. 한편, 지역 내 치매 전문 의료기관과 치매안심센터 사이에 네트워크를 먼저 형성하여 서로의 역할 분담을 명확히 하는 것이 우선인데, 이 부분

을 무시함으로써 업무 분담이 효율적이지 않게 될 가능성이 높다. 지역 민간 의료기관의 역량, 인력에 대한 지원과 같은 기본적인 사안에 대하여 충분한 사전 협의 없이 치매안심센터에서 민간기관의 인력 및 자원을 일방적으로 이용하는 방식이다. 현재 많은 안심센터에서 협력 의사를 확보하지 못하고 있는 것은 이런 연유로 인한 것이다. 치매안심센터를 치매국가책임제의 목적에 부합하게 운영할 수 있으려면, ‘행정’에 방점을 두지 말고, ‘치매’에 중점을 두으로써 치매 전문의의 역할을 강화하여야 한다.

셋째, 센터에서 수행하기로 되어 있는 신경심리검사는 의료법에서 법리적인 논쟁 및 치매 진단의 근거를 흔들 수 있는 심각한 부작용을 유발할 수 있다. 기존의 25개의 서울시 치매지원센터의 중요 업무 중 하나가 치매 조기검진사업이었다. 조기검진사업은 치매에 대한 사회적 관심을 환기시키고, 방치되어 있던 환자를 초기부터 관리하면서 치매 관리비용을 줄일 수 있다는 장점이 있었다. 그러나 정부의 정책 평가의 기준을 치매 환자의 검진 및 관리의 질적 향상에 두지 않고 기관에 일괄적으로 배정한 목표설적 달성에 두었기 때문에 단순 대규모 검진만 늘어났다.⁷ 서울시 치매지원센터는 조기 검진 후 1차 정밀검진인 신경심리검사까지 시행하였지만, 보건소에서 수행한 치매관리사업에서는 치매선별검사를 하여 치매 위험성이 높은 환자를 협력병원에 의뢰하여 정확한 진단 검사를 진행하였다. 치매국가책임제 정책에서는 의료적 진단을 위한 중요한 과정 중 하나인 신경심리검사까지 전국 치매안심센터에서 시행하도록 바뀌었다. 현재 치매안심센터에서 수행하게 되는 신경심리검사인 CERAD (Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease), SNSB (Seoul Neuropsychological Screening Battery) 및 LICA (Literacy-independent Cognitive Assessment) 검사 등은 엄밀히 말하면 치매조기검진 도구가 아니라 정밀검사 도구이다. 이를 위하여서는 숙련된 검사자가 필요하고, 검사 결과의 질관리를 위한 전문의사의 관리 감독이 지속될 수 있는 시스템이 있어야 한다. 치매정밀검사를 보건소 치매안심센터의 검증 받지 않은 직원에게 수행하도록 하고, 한 안심센터당 몇 건을 하였느냐에 따라 실적평가를 하는 현 상황은, 치매의 오진 및 과잉진단의 부작용도 일으킬 수 있다. 또한 결과만을 바탕으로 치매를 진단하도록 유도하는 것은 기본적으로 다른 질환을 배제하는 것이 원칙인 치매의 진단 원칙과도 어긋난다.

따라서 치매안심센터가 사업을 잘 수행하려면, 인력 기준에 적합한 인원을 선발하고 충분한 교육을 함으로써 치매국가책임제의 목적에 부합하고 치매안심센터를 설립하고 운영할 수 있도록 하여야 한다. 만약 예정보다 정책 집행이 지연된다 할지라도 무작정 서두르기보다는 각 지역 특성에 맞는 유연하면서도 구체적 운영지침

을 마련하고 단계적으로 확대하여 나가는 것이 중요하다. 또한 안심센터 운영을 지역 실정에 맞게 직영 또는 민간위탁을 할 수 있도록 충분한 민·관 협의가 필요하다. 협력 의사로 파견한 전문가가 부족한 지역은 인근 협력병원에 신경심리검사를 의뢰하거나 광역 치매센터에서 전문의를 채용하여 지역 치매안심센터에 파견하는 방식을 고려할 수 있다. 치매안심센터의 운영에 핵심 인력인 의료진 및 의료기관의 동기 부여를 위하여서는 의료진의 역할과 권한을 확대하고 의료진을 파견한 의료기관에 대한 적극적인 보상도 도움이 될 것이다. 또한 정책의 초기 단계에서 치매안심센터는 치매에 관한 모든 일을 하게 되겠지만, 향후 정책이 정착할 이후에는 치매 예방사업과 치매 환자등록 및 관리에 더 많은 예산과 인력을 집중할 필요가 있다. 치매는 대표적인 만성 질환으로서 완치법이 발견되지 않았다. 장기적으로 한국 사회 전체가 떠안을 위협성이 높은 질병으로 인한 부담을 감소시키기 위하여서는 이미 질병이 발생한 환자보다는 질병을 미리 예방하는 정책이 훨씬 중요하다. 정상 노인과 치매 고위험군에 맞는 치매 예방 프로그램을 다양하게 개발하고 적극적으로 적용하여야 한다. 우리보다 먼저 이 길을 걸어간 서구의 선진국에서 치매 예방에 도움이 되는 건강한 생활 습관을 제공하고 교육하는 광범위하고 지속적인 인식개선 및 홍보 사업이 치매 유병률을 낮추었다는 보고를 눈여겨보아야 한다.⁸ 치매안심센터는 치매예방 프로그램을 운영하는 허브 역할을 하여야 하며 광역치매센터를 포함한 지역 기관과 연계하여 프로그램 개발과 적용을 위한 지속적인 고민과 지원이 필요할 것이다.

4) 치매안심병원

요양병원에서 치매 환자를 관리하기 위하여서는 다른 어떤 질환보다 많은 인력과 시설이 필요하다. 그러나 한국의 현행 의료수가 체계는 이 점에 대한 고려가 부족해, 실제 치매 환자가 요양 시설에 입소하여야 할 상태임에도 그렇지 못한 일이 종종 발생한다. 이 문제를 해결하기 위하여 치매안심병원이 도입되었으며 전국 79개 국·공립요양병원에 치매안심병동설립을 진행하고 있다. 치매안심병동 운영은 치매 환자의 신경행동증상(neurobehavioral symptoms of dementia)이 심하여 주간 보호센터나 가정에서 돌보기 어려운 경우 단기적으로 의료시설 내에서 관리할 수 있도록 하기 위한 제도이다. 원칙적으로 6개월 이내 단기 집중치료를 하며 입원 대상은 신경행동증상이 심하여 전문 약물치료와 비약물치료가 필요한 치매 환자이다. 치매 치료가 가능한 의료진과 관련 인력을 확충하고 치매 환자 관리에 필요한 시설을 확보하여 치매 진단에 필요한 정밀 검사 외에 인지기능, 신경행동증상, 신경계징후, 일상생활수행능력에 대한 전문적, 종합적 평가를 토대로 맞춤형 치료 전

략을 제공하도록 하였다. 약물치료 외에도 비약물치료와 함께 다양한 인지 프로그램을 시행하고 퇴원 후 지역 기반 서비스와 프로그램 연계까지 할 수 있도록 계획하였다. 안정적인 치매 치료를 위하여 전국적으로 안심병동을 확대하는 것은 필요한 일이지만 현실적으로 적용하기 위하여는 몇 가지 고려할 사항이 있다.

우선 치매안심병동에 환자 관리를 위하여 필수 인력을 배치할 필요가 있지만, 현실적으로 기준에 맞는 인력을 구하기 어렵다. 특히, 중·소도시나 농·어촌지역 국·공립요양병원은 필요한 인력을 구하기가 어렵기 때문에 지역 인력을 제대로 교육하는 방안을 마련하거나 잘 훈련된 다른 지역의 인력이 인력 확보가 어려운 곳에서 일할 수 있도록 충분한 지원을 할 필요가 있다.

두 번째로, 입원 기준을 현실에 맞게 조정하여야 한다. 현재의 입원 기준에 포함된 신경행동증상이나 섬망은 치매 환자에서 중요한 증상일 뿐 아니라 요양시설에 입소하는 주된 원인이기도 하다. 그러나 치매 환자를 집에서 돌보기 어려운 이유는 그뿐이 아니다. 치매 환자는 인지기능이 떨어지고 거동이 불편해지면서 전반적인 건강 상태가 악화되고 여러 합병증이 발생할 수 있으며 낙상 같은 외상도 발생한다. 이러한 부분에 대한 충분한 고려 없이 지금처럼 신경행동증상과 섬망으로 입원 기준을 한정할 경우, 외상이나 내과적 질환으로 인하여 입원이 필요한 치매 환자의 치료가 방치되거나 지연될 수 있으므로 입원 기준에 대한 조정이 필요하다.

마지막으로 치매안심병동의 구체적인 목표와 운영 프로그램의 부재이다. 안심병동 운영을 위한 인력과 시설에 대한 기준은 비교적 구체적으로 마련되어 있지만, 실제 안심병동의 운영목표와 적용할 프로그램의 양적 질적 수준에 대한 기준은 마련되어 있지 않다. 치매안심병원에서 효율적인 환자 관리가 이루어지기 위하여서는 의학적 목표를 명확히 세분화하고 이 목표에 따라 프로그램을 준비하고 진행하여야 불필요한 입원이나 방만한 운영을 방지할 수 있다. 이는 여러 분야의 전문가로 구성된 위원회를 구성하여 치매 안심병동에 대한 정기적인 모니터링과 감독을 함으로써 기존 요양병원에서 발생하던 환자 관리 또는 안전시설 문제를 예방할 수 있을 것이다.

결론

이번 치매국가책임제 시행이 본격화되면서 세부적으로 들여다 보면 부족한 부분이 많고 부작용도 우려되는 부분도 있지만 빠른 고령화로 인하여 치매 문제의 해결이 중요해지는 시점에서 절대적으로 필요하다.⁹

이를 위하여서는, 치매국가책임제를 통하여 많은 예산이 집중적

으로 치매 관리 사업에 투입되는 만큼 공공기관이 적극적으로 민간의료기관의 활용 및 협력을 통하여, 진정한 치매국가책임제를 이루어내야 할 것이다. 특히 국가가 치매국가책임제를 시행하면서 일방적으로 공공기관의 확충으로만 치중하지 말고, 본 사업의 긍정적인 면을 치매라는 뇌질환의 전문가를 중심으로 국민에게 제대로 홍보하여 사업의 신뢰성을 높이고, 지역 내 전문가들의 자발적 협의체 구성을 독려하여 지역사회 치매 극복의 리더 그룹으로 육성하고 지역사회의 민간의료기관과 전문가와 협력하는 체계를 끌어내야 할 것이다. 무엇보다 자칫 공공기관과 민간의료기관의 경쟁 구도로 비춰질 수 있는 현재의 틀을 바꾸어서 치매 환자를 돌보는 것이 수입 면에서도 불리하지 않도록 수가 개편을 하여 지역사회 치매 전문가가 양성될 토양을 마련하는 것이 중요하다. 또한 의료계도 수동적 정책 집행에 참여보다는 적극적으로 정책 개선 방안에 대하여 의견을 개진하고 관련 연구를 진행하는 비판적 참여 자세가 필요할 것이다. 이를 통하여 치매국가책임제가 성공적으로 운영되고 치매 문제를 우리 사회가 적극적으로 해결하고 치유할 수 있는 길이 열리기를 바라며 그 과정에 신경과가 중요한 파트너로서 함께 할 수 있기를 간곡히 바란다.

REFERENCES

1. Statistics Korea. Current Korean population and prospective. [online] 2015 [cited 2017 Jul 30]. Available from: URL: http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/2/2/6/index.board.
2. Kontis V, Bennett JE, Mathers CD, Li G, Foreman K, Ezzati M. Future life expectancy in 35 industrialised countries: projections with a Bayesian model ensemble. *Lancet* 2017;389:1323-1335.
3. National Institute of Dementia. 2017 National Institute of Dementia Annual Report. [online] 2018 Feb 6 [cited 2018 Jul 7]. Available from: URL: https://www.nid.or.kr/info/dataroom_view.aspx?bid=168.
4. National Institute of Dementia. Korean Dementia Observatory 2016. [online] 2017 Feb 9 [cited 2017 Jul 30]. Available from: URL: https://www.nid.or.kr/info/dataroom_view.aspx?bid=160.
5. Park KW, Kim JY. New proposal of private insurance program for dementia patients: design of sustainable private insurance program in Korea. *Dement Neurocognitive Disord* 2017;16:1-6.
6. Lee DW. What is needed for the success of national responsibility for dementia. *J Korean Med Assoc* 2017;60:618-621.
7. Choi H, Kim HJ, Kim KH, Oh SI, Kim SH. The consideration about usefulness of mass screening for dementia. *Dement Neurocognitive Disord* 2014;13:117-120.
8. Satizabal CL, Beiser AS, Chouraki V, Chene G, Dufouil C, Seshadri S. Incidence of dementia over three decades in the Framingham Heart Study. *N Engl J Med* 2016;374:523-532.
9. Ministry of Health and Welfare. National Dementia Care Policy. [online] 2018 Feb 6 [cited 2018 Jul 7]. Available from: URL: http://치매국가책임제.nid.or.kr/sub/nid00_3.html.