

치매 등 LTC 필요서비스 수요자에 대한 바람직한 임상적 접근방법

Clinical Approaches to the Long-term Care Service focused on Dementia

오 병 훈

연세의대 세브란스정신건강병원 정신과

경기 광주시 탄벌동 696-6

Byoung Hoon Oh, M.D.

Department of Psychiatry

Yonsei University College of Medicine, Severance Mental Health Hospital

E-mail : drobh@chol.com

서 론

우리나라의 인구고령화 추세는 '인구충격(age-quake)'이라는 용어가 나올 만큼 중대한 문제로 부각되고 있다. 고령화의 문제 중 치매, 중풍을 비롯한 만성 질환 등으로 인한 장기요양보장제도(long-term care, LTC) 문제는 노후생활의 최대위험으로 다가오고 있는 것이 사실이다. 이러한 상황에서 정부가 추진하고 있는 노인요양보장제도는 우리나라 노인의 건강과 삶의 질을 한 단계 높이고, 국민의 노후생활의 불안을 해소하는 사회 안전망(safety-network)으로서 매우 중요한 과제임에는 틀림없을 것이다. 노인요양보장제도를 제정한 이유는 고령화의 급속한 진전에 따라 치매·중풍 등의 장애를 지닌 고령자에게 간

Abstract

The long-term care(LTC) service for frail elderly persons is one of the most challenging issues throughout the world. The public provision of LTC in Korea is still in its infancy. The main policy concerning LTC should include qualitative aspects such as autonomy, privacy, and consumers' right of elderly persons. Dementia is a brain disorder characterized by acquired losses of cognitive, emotional and functional abilities. Dementia has emerged as a major morbidity not only to health care providers and the families but also to the social health policy. The dementia service system has been developed as a national policy model such as the ten-year plan of dementia (1996~2005), and the LTC system has been mainly focused on institutionalization. Although chronic facilities such as large nursing homes for the service for dementia can relieve the economic burden, the dementia service needs a community-based, comprehensive care system encompassing early detection and diagnosis of dementia.

Keywords : Long term care(LTC) service; Dementia

핵심용어 : 장기요양 서비스; 치매

병·수발·기능훈련·기타 복지서비스가 시급히 필요해졌기 때문이며, 이 제도의 주요내용은 인구의 고령화에 따른 신체 및 정신적 기능 상실·저하·질병·부상 또는 장애로 일상생활을 독자적으로 영위할 수 없는 국민에 대하여 자립적인 일상생활 영위에 필요한 보건·의료 및 복지서비스를 제공함으로써 국민 삶의 질을 향상시켜 사회보장 증진을 도모하는 것이다(1). 즉 요양이 필요한 고령자에 대한 간병·수발 등의 문제를 사회보험방식을 통하여 해결함으로써 노인가정의 부담을 경감하고, 고령자의 자립생활 지원 및 노후불안을 해소하여 국민들의 삶의 질을 향상하는 데 있으며, 핵심개념은 고령화, 보건, 의료, 복지, 사회보장을 주요 골자로 하고 있다(2). 장기요양서비스의 개념 및 범위를 선진국의 예에서 살펴보고, 현재 가장 중요시 되고 있는 치매를 중심으로 한 치료모형을 제시해 보고자 한다.

장기요양서비스의 개념 및 범위

1. 장기요양서비스의 정의

“장기요양서비스는 기능적 장애를 가진 사람들에게 그들이 최대한 독립적인 일상생활 활동을 할 수 있도록 장기간 공식적 혹은 비공식적으로 제공되는 건강이나 건강과 관련된 지원적 서비스를 말한다.” 노화과정에서 발생하는 신체적, 정신적 및 사회적 기능의 저하로 인해 독립적인 생활에 지장이 초래되기도 하고, 급·만성 질환으로 인해 독립적인 생활이 불가능해져 타인에게 의존해야만 생존할 수 있는 상태에 이르게 되는 경우가 많다. 또한 평균수명의 연장, 장수노인의 증가, 핵가족화 및 가족의 노인 보호기능의 약화로 인해 장기요양서비스의 수요 증가가 오늘날 전 세계적인 문제로 부각되고 있는 것이 사실이다. 미국 보건서비스의 만성 질환 기준에 의하면, 장기

는 90일 이상을 의미한다. 장기요양서비스는 이렇게 한정된 기간 동안 필요할 수도 있지만, 치매 등과 같은 퇴행성 뇌질환에서는 남은 생존기간 내내 필요하다. 급성기 의료서비스는 치료가 목적이지만, 장기요양서비스의 목적은 기능적인 독립을 가능한 최고의 수준으로 유지시키는 것이다(3).

2. 장기요양서비스 체계의 구성

급성기 의료서비스와 장기요양서비스는 전혀 별개로 인식될 수 있으나, 연속성의 개념으로 이해되어야 한다. 요양은 예방, 진단, 치료, 재활 및 지속적인 요양서비스를 연속적으로 제공하는 것을 의미하며, 이상적인 장기요양 서비스 체계는 포괄적이고 통합적인 치료를 지속적으로 제공하면서, 동시에 변화하는 환자의 요구에 부합하는 다양한 치료를 제공해야 한다.

효과적인 장기요양서비스란 급성기 서비스와 장기서비스를 두 개의 개별적인 서비스가 아닌 하나의 연속성을 지닌 체계로 통합하여 제공하는 것을 의미한다. 연속성을 가진 의료서비스는 ① 중복 서비스나 부적절한 서비스 제공을 피하고, ② 환자 상태를 점검하여 변화하는 요구에 부응하는 서비스를 제공하고, ③ 다양한 의료 수료를 조정하고, 제공되는 다양한 의료서비스를 통합하고, ④ 효율적으로 필요한 서비스에 접근할 수 있도록 하고, ⑤ 의료이용 관련 자료를 통합하여 보관하고 체계적으로 운영할 수 있어야 한다(4).

3. 장기요양서비스의 범위

기능 저하를 지연시키고, 만성 질환이나 기능손상 노인을 보호하는 다양한 종류의 서비스가 제공될 수 있어야 한다. Pfeiffer는 이를 네 가지로 구분하여 유지적, 지지적, 치료적 및 조정적 서비스로 분류하였다(표 1).

표 1. 장기요양서비스의 범위

구 분	장기요양서비스
유지적 서비스 (maintenance service)	교통편의 제공 식료품 구입 서비스 숙소 제공 서비스
지원적 서비스 (supportive service)	지속적 감독 식사준비 행정적, 법률적 서비스
치료적 서비스 (remedial service)	사회적, 오락적 고용 치료적 훈련과 고용 정신건강 간호 의료 물리치료 정신약물 보철물
조정과 정보 서비스 (coordination & information)	배치 배치 이송 다면적 평가 재정지원

Pfeiffer E. General Services of the Long-term Care Patients. Medical care 1976; 4: 160 - 3

장기요양서비스에 근거한 선진국의 노인 치료

장기입원 환자의 퇴원을 촉진하고 이후의 입원을 제한하며 응급시 단기입원만을 허용하는 탈수용화 정책이 전 세계적으로 실시되고 있다. 즉 시설수용보다는 지역사회에서의 치료로 전환하는 추세가 두드러진다. 기본적으로 장기요양 필요도가 높은 사람에게 지역사회 서비스를 통하여 시설입소를 예방 또는 지연하는 데 정책의 초점이 맞추어져 있다. 미국의 경우 새로운 형태인 Program of All-inclusive Care for the Elderly(PACE) 장기요양 체계를 발전시키고 있다.

이 사업의 주 목적은 대상자의 시설 입소를 최대한 지

연시키는 것이다. PACE는 노인주간보호센터를 중심으로 한 포괄적인 장단기 요양서비스를 제공하며, 전문의 진료, 급성병원, 요양시설, 가정간호, 처방약, 재활치료 등이 급역에 포함되어 있는 것이 특징이다. 이를 통해 사회복귀 및 재활에 필요한 다양한 서비스의 개발로 삶의 질을 높임은 물론 이를 통한 의료비의 절감이 가능하기 때문이다. 한편, 사설기관에서 운영되고 있는 노인의료서비스 시스템은 지속적 체계의 돌보기(continuing care) 프로그램에서 의사, 간호사, 사회복지사, care management 등 지속적인 여러 프로그램의 연속성을 한 장소에서 제공하고 있는 것이 특징이다. 즉, ① 급성 체계(Acute medical care)에서 급성 병동(Acute geriatric unit), 재택병원 프로그램(Home hospital program), 아급성 병동(Subacute care unit)의 서비스를 제공하고 있으며, ② 외래프로그램(Programs in ambulatory care)은 특수 클리닉의 형태로 서비스를 제공하고 있다. ③ 지역사회 장기요양보호(Community-based long-term care)는 재택보호 프로그램(Elder house call program) 및 주간보호센터 서비스를 제공하고 있고, ④ 장기요양 보호노인의 시설보호(Institutional long-term care) 및 ⑤ 실버시설(Continuing care communities), 즉 노인의 상태에 따라 질병치료, 재활, 장기요양보호, 호스피스, 건강증진 및 질병 예방 등을 위한 보건복지가 병원, 재택, 보호시설, 집단거주형태 등에서 지속적으로 이루어지고 있는 것이 특징이다(5).

장기요양시설의 서비스는 입소자의 주요 임상적 특성 및 기능 상태에 따라 자원 이용이 상이한 7개의 군으로 분류된다. 즉 재활집중군(rehabilitation), 진료집중군(extensive services), 특수치료군(special care), 복합증후군(clinically complex), 인지장애군(impaired cognition), 행동장애군(behavioral problem), 신체기능저

하군(reduced physical functions)이다. 재활집중군의 경우는 재활서비스의 강도에 따라 5개의 군으로 나뉜다. 장기치료에 해당하는 경우로 목적은 가능한 빨리 회복시켜 가정으로 복귀시키는 데 있다. 단기 및 주간보호 서비스는 치료, 재활 및 간병자에 대한 휴식제공 등이 포함되며, 주간보호 활동은 노인성 치매나 정신장애, 기타 치료와 재활을 필요로 하는 사람들은 낮동안 치료하고 재활시키는 지원제도이다. 스웨덴의 요양시설은 네 가지로 구분되는데, 중앙시설(central nursing home)은 일반적으로 노인병원에 부속되어 운영되고, 지방요양시설(local nursing home)은 당국이 지정하는 지역의사로 일차 진료 서비스체제를 갖고 있다. 사립 요양시설(private nursing home)은 개인이 운영하며 전체 장기진료 요양시설의 4% 정도를 차지하고 있다. 집단주거시설(group dwelling)은 미국이나 캐나다의 노인용 특수요양시설과 같은 성격의 것으로 주로 치매 환자들을 대상으로 하고 있다(6).

장기요양서비스에 근거한 노인성 치매 치료의 한국형 모델

우리나라도 고령화 사회에 접어들면서 치매, 중풍을 비롯한 만성 노인병이 사회적 문제로 제기되고 있다. 그동안에 연구된 여러 역학조사를 종합하면 치매의 유병률은 노인 인구의 8.3%로, 279천명의 치매 노인이 있다고 추계된다. 정부는 1996년 치매 노인 10년 대책을 발표한 이후 치매전문요양병원, 노인전문요양시설, 재가노인복지시설 등을 확충하고자 노력해왔다. 그러나 정부의 치매에 대한 정책은 시설 위주로 치매 환자를 위한 효과적인 프로그램 개발은 이루어지지 못하고 있다(5).

아직도 우리나라에서는 많은 치매 환자들이 “노망”이

나 “망령”이라는 일종의 노화에 따른 자연 현상으로 여겨져 제대로 진단이나 치료를 받지 못하고 가정에서 방치되고 있다. 그러나 최근 들어 핵가족화되고 우리 사회가 산업화 근대화되면서 치매 환자를 가정에서 돌보기 어려워짐에 따라 치매에 대한 관심이 점차 고조되어 가고 있으며 사회 문제로 대두되고 있다(7). 치매를 올바르게 치료하기 위해서는 의료 뿐만 아니라 복지·국가정책적 측면이 함께 마련되어야 한다. 치료시설도 병원 뿐만 아니라 단기 또는 장기 치료시설, 주간치료시설 등 여러가지의 형태가 필요하며 여기에 여러 복지서비스가 함께 제공되어야 하지만 효율적으로 이루어지지 못하고 있다. 그 이유 중 하나는 집중적인 관리가 이루어지지 않고 있고 특히 선택적인 치료전달체계가 확립되어 있지 않기 때문으로 생각된다(8).

장기요양서비스 측면에서 볼 때, 건강과 질병은 이분법적으로 나누어지는 것이 아니라 하나의 연속선(continuum) 상에 위치하며, 특히 중복질환들을 가지고 있는 대부분 노인들의 경우는 단일 질환에 비해 매우 넓고, 질환의 정의가 매우 어렵다는 특징을 가지고 있다. 따라서 장기요양서비스의 내용도 그 대상에 따라 매우 다양한 정책과 서비스들이 존재해야 한다. 장기요양서비스를 국가정신보건정책의 우선적인 대상으로 설정하는 이유는 이들이 스스로의 건강을 돌볼 능력이 취약하고, 가족의 지지가 미약한 경우가 많다. 또한 보건복지서비스를 구매할 수 있는 능력도 취약하여 적절한 서비스에 대한 접근능력이 떨어져 있는 경우가 많고, 도움 없이 방치될 경우, 개인과 가족들이 겪는 어려움이 매우 크기 때문이다. 따라서 국가정신보건체계의 가장 중요하고 우선적인 정책목표가 되는 장기요양서비스를 중심으로 한 우리나라 노인의료서비스 전달체계를 제시하면 다음과 같다.

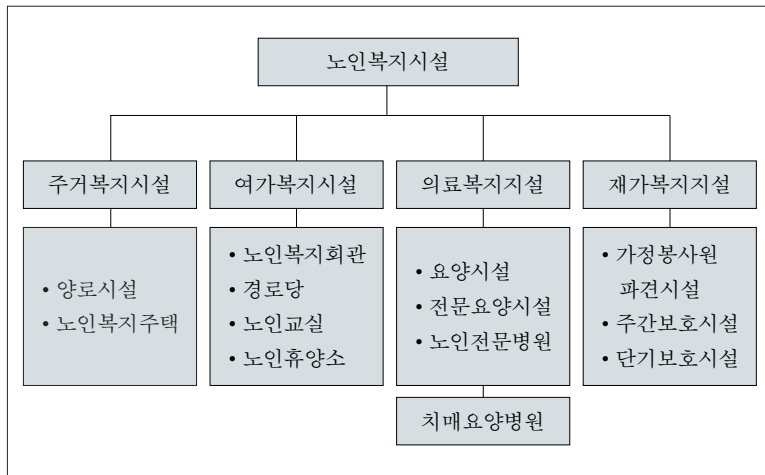


그림 1. 한국의 노인의료복지시설 체계(출처:보건복지부 노인보건과, 2002)

노인의료서비스 전달체계

현재 노인의료서비스는 공공의료기관, 1, 2, 3차 의료기관, 노인병원 등에서 일정한 체계없이 제공되고 있다. 노인성 질병은 대부분 만성, 퇴행성 및 비가역적 경과로 진행되는 경우가 많으므로 서비스 전달체계를 예방적(1, 2, 3차) 접근법과 질병의 경과에 따라 설정하는 것이 바람직하다(5).

1) 예방 시스템의 전달체계

노인성 질환의 1차적 예방은 성인병의 출현 연령인 40대부터 정기적인 건강검진, 건강교육, 건강증진 프로그램의 개발과 생활화 등을 통해 성취될 수 있다. 개개인의 건강상태와 그 변화를 연령별로 기록해 나가는 건강수첩제도의 도입도 유용할 것으로 보인다. 노인건강검진은 연 1회씩 의무적으로 시행될 수 있도록 제도화하고, 이 검진에 노인성 치매의 선별검사를 포함시킴으로써 치매 조기진단과 치료를 통한 2차적 예방을 도모할 수 있으며, 질병이 발생한 경우에는 체계화된 의료서비스와 적극적 재활프로그램을

통해 외상 환자를 줄이는 3차적 예방이 가능하도록 해야 할 것이다.

2) 의료서비스 전달체계

노인에 대한 의료서비스 전달체계는 질병의 경과(급성기, 아급성기, 만성기)에 따라 설정되는 것이 바람직할 것으로 생각된다.

(1) 급성기 의료서비스 전달체계

노인성 질병의 급성기는 기존의 1, 2, 3차 의료기관으로 구성된 의료전달 시스템을 통해 관리할 수 있다. 향후 고려되어야 할 점은 최근의 의료기관의 특화 내지 전문화 추세에 맞추어 노인성 질병을 전문적으로 치료하는 노인전문병원 및 3차 의료기관 내 노인병 전문센터를 설치할 수 있는 근거를 마련하는 것이다.

(2) 아급성기 의료서비스 전달체계

아급성기 치료를 위해서는 회복기 또는 재활기 병상의 설치를 제도화 할 필요가 있다. 재활병상은 급성기 치료를 담당하는 2, 3차 의료기관 내에 병설하거나, 현재 운영 중인 노인병원의 병상을 재활형 병상과 요양 치료형 병상으로 분리 운영하는 방안이 있을 수 있다. 아급성기 노인 환자에 대해 3개월간의 치료기간을 설정하고 재활치료 프로그램을 집중적으로 시행한 후 치료 평가에 따라 가정 복귀 후 통원 치료 및 가정 간호 서비스를 받거나 노인보건시설 또는 요양 병동으로 전원하여 지속적인 의료서비스를 제공받을 수 있다.

(3) 만성기 의료서비스 체계

만성기 의료서비스는 의료기관에 의한 치료요양서비스

표 2. 질병의 경과에 따른 노인의료서비스 전달체계

급성기	아급성기(회복기, 재활기)	만성기(장기치료기)	장기요양기
1, 2, 3차 의료기관 노인전문병원 노인병센터	노인 재활 병원, 병동	노인요양 병원, 병동 가정간호 가정재활	노인의료복지시설 (요양원, 전문요양원) 재가복지시설 (주간보호, 단기보호, 가정봉사원)
의료서비스			복지서비스

와 재가의료서비스(통원치료, 가정간호, 가정 재활서비스)가 있으며, 노인 의료복지시설(요양원, 전문 요양원)에 대한 의료서비스 지원도 이 범주에 포함된다. 현재 노인요양병원들이 대부분 만성기 의료서비스를 제공하고 있는데, 앞으로 노인병원의 의료법상 지위, 시설과 인력 기준, 요양급여체계 그리고 노인복지시설(의료복지시설 및 재가복지시설)과의 연계체계와 지원체계가 정립되어야 할 것이다(그림 1).

(4) 노인의료 전달체계의 한 모형

질병의 경과에 따른 노인 의료서비스 전달체계모형을 제시하면 표 2와 같다.

문제점 및 제한

이상에서 노인요양보장제도, 특히 치매를 중심으로 한 장기요양서비스에 대한 개념과 범위를 주요 선진국의 예 및 이를 근거로 한 한국의 노인병 치료 모델을 제시해 보았다. 현재 복지부는 시민단체, 의료계 등의 강력한 반대에도 불구하고 당초의 노인요양보장제도에서 크게 후퇴한 건강보험과 같은 사회보험방식의 “노인수발보장법”을 입법예고하고 있다(표 3).

그러나 노인수발보장법의 문제는 장기요양 서비스의 범주에서 의료영역이 제외된 복지서비스에 국한되어 있다는

것이다. 전문적 의료행위가 아닌 ‘수발’로서 치매, 중풍 노인을 책임질 수 있을까 하는 점이다. 즉, 수발만을 통해서 노인의 삶의 질을 향상시키고 인간 존엄과 가치가 존중되는 삶을 영위할 수 있을까? 적극적인 예방과 치료개념이 배제된 노인수발보장법의 한계는 너무도 자명한 일일 것이다. 노인에게 가장 근본적인 문제는 기존의 만성 질병의 악화를 예방하고 회복이 가능한 기능의 재활, 남아있는 기능의 유지, 부족한 기능의 보조를 위해서 보건, 의료, 복지 서비스가 통합적으로 제공되어야 한다. 이 경우 의료가 배제되어서는 절대로 올바른 제도로 정착될 수 없기 때문이다.

사실상 이미 노인요양보장제도의 기본 시안은 발표되고 7월부터 5~6개 시·군·구를 대상으로 시범사업이 시작된 시점에 와있기 때문에 이러한 방향전환은 매우 중대하게 인식되어야 한다. 또한 노인요양보장제도의 첫 번째 수혜대상자는 65세 이상의 노인과 45세 이상 65세 이하의 치매·중풍 등 노인성 질환 대상자이며, 정부에서 도입하고자 하는 노인요양보험은 「치매·중풍보험」으로 불리어지듯이 주로 치매와 중풍을 앓고 있는 노인 환자를 대상으로 하고 있으며, 가족들의 정신적, 경제적 고통을 감소시키는 것이 주 목적이기 때문이다. 그러나 가장 걱정되는 부분은 우리나라처럼 공공의료가 충분히 발전하지 않은 사회에서 장기요양제도가 확립될 경우 의료적인 치료를 받아야 할 많은 노인들이 적절한 치료를 받을 기회를 상실하고 요양시설에 입원하게 되는 것이 아닐까 하는 점이다.

표 3. 노인수발보장법에 따른 단계별 확대 서비스

시행시기	가입자의 연령	요양필요등급	단계별 확대 서비스
2007. 7. 1	65세 이상	5등급 (의료급여수급권자는 4등급 이상)	<ul style="list-style-type: none"> • 요양급여 재가서비스 중 방문간병·수발, 방문목욕, 방문간호, 방문재활, 주간보호, 단기보호, 유료양로시설입소자생활지원 • 요양급여의 시설서비스 • 요양계획서 작성
2010. 7. 1	65세 이상	1등급 이상	<ul style="list-style-type: none"> • 요양급여의 재가서비스 중 요양관리지도, 복지용구 대여지원 • 복지용구 구입
2013. 7. 1	45세 이상	1등급 이상	<ul style="list-style-type: none"> • 요양급여의 재가서비스 중 그룹 홈(공동생활 지원) • 간병수발수당 • 요양비

치매의 경우 의학의 급속한 발달로 현재까지 완치는 아니지만, 이미 1993년도부터 유효성이 입증된 항치매 치료제가 다수 개발되어 기억력의 증진은 물론 '노망'으로 일컬어지며 가장 힘들게 느꼈던 정신행동 증상들도 항정신성 약물로 충분히 완화시킬 수 있는 단계에 와있다. 이러한 사실을 모르고 있는 환자들 및 가족들은 치료를 포기한 채 저렴하고 장기간 입원시킬 수 있는 요양시설을 최선의 방책으로 알고 선호하고 있으며 이러한 취약점은 비단 치매 환자 뿐만이 아닐 것이다. 따라서 장기요양제도의 적용을 받기 전에 노인의 기능저하가 의료적인 문제에 의한 것이 아닌지 확인하고 필요하면 선택과 집중적인 치료가 무엇보다도 우선되어야 한다. 또한, 재택원격진료 시스템 개발을 통한 가정간호 및 지속적인 지역서비스 관리를 최대한으로 받은 후 장기요양시설의 서비스를 제공받게 하는 제도적 장치가 필요할 것이다.

보건복지부는 국가보건의료체계의 기획과 국가표준의 제시 및 조정과 통합의 기능을 수행하고, 관련 인력들에 대한 지침개발과 교육, 훈련을 지원하는 기능을 수행함으로써 국가정신보건정책의 전문성과 일관성을 확보하여야 할 것이다. 또한 치매 환자를 비롯한 장기요양서비스를 필요로 하는 환자들을 등록하고 종합관리하며, 관련기관을 유기적으로

연결시켜 치료전달 시스템을 확립할 수 있는 중심기관을 설립하고 이를 체계적이고 효율적으로 운영 관리할 수 있는 전문 인력의 양성에 과감한 투자가 있어야 할 것이다. ⑦

참 고 문 헌

1. 배상수. 고령화 사회를 대비한 보건의료제도. 노인정신의학. 2002; 6: 269 - 78
2. 보건복지부. 공적 노인요양보장제도 도입 추진. 보건복지부 보도자료, 2005
3. 장병원. 노인장기보양보장제도 정책방향. 보건복지부. 한국보건산업진흥원, 2003
4. 대한노인정신의학회. 한국노인환자 장기요양서비스 체계의 바람직한 방향을 위한 공청회, 2003
5. 대한노인정신의학회. 노인정신의학. 서울: 중앙문화사, 2004
6. Jacoby R, Oppenheimer C. Psychiatry in the elderly. 3rd ed. Oxford, 2002
7. Maj M, Sartorius N. Dementia. WPA Series Evidence and Experience in Psychiatry. New Jersey: Wiley, 2000
8. Qizilbash N, Schneider LS. Evidence-based Dementia Practice. Oxford: Blackwell, 2002