

## 보건·복지서비스 전달체계를 수요자 중심으로 재편해야 한다

### -치매안심센터 사례를 중심으로-

김기식 소장, 어유경 연구원  
(재)더미래연구소

## I. 서론

- 치매는 노인 인구 10명 중 1명이 앓는 질환이며, 고령화가 빠르게 진전되면서 환자 수 또한 증가하고 있다. 유병률이 높은 흔한 질환이지만 근본적인 치료법이 아직 없고, 기억상실과 이상행동으로 인해 환자뿐만 아니라 가족과 주변인을 고통스럽게 만든다.
- 그럼에도 불구하고 한국에서 치매에 대응하는 보건복지체계는 매우 열악한 수준이다.
  - 근본적 치료가 불가능한 현 상황에서 치매 대응은 시설 수용 또는 재가 복지가 주를 이룬다. 장기간 시설 수용 또는 재가 돌봄을 위해서는 장기요양보험에서 등급을 받는 것이 중요하다. 그러나 실제 치매환자 수에 비해 장기요양보험 등급 수혜자 수는 훨씬 적다. 2016년 65세 이상 치매환자 수 추정치는 약 66만 4천명<sup>1)</sup>이었으며, 그 중 약 31.3%(207,559명)<sup>2)</sup>만이 장기요양보험 등급을 받았다.
  - 치매환자 다수가 등급을 받지 못했던 이유는 장기요양보험이 정신질환 정도와 상관없이 신체 기능에 따라 판정하기 때문이었다. 이에 정부는 2018년부터 신체 기능과 관계 없이 경증치매노인에게도 급여를 제공할 수 있도록 장기요양 인지지원등급을 신설하였다. 그러나 이들을 위한 보호·이용시설 등이 부족한 실정이다.<sup>3)</sup>
  - 경증, 중증 치매환자를 위한 서비스 공급이 부족하여, 등급외자는 물론, 등급을 받아도 서비스를 이용하지 못하는 사례가 많다. 공급이 부족하기 때문에 가족들이 돌봄을 전담하게 되고, 열악한 시설 환경을 개선하기 어려워지며 환자들은 지역사회에서 삶을 유지하기가 어렵다.
  - 이로 인해 환자의 가족들이 지는 정신적, 경제적 부담이 매우 크다. 2014년 서울시의 치매노인 조사에 의하면, 재가 치매 노인의 주조호자<sup>4)</sup>들은 환자를 돌보는데 하루 평균 8.7시간을 소요하고 있었으며, 주조호자의 55.3%는 교대로 조호해 줄 사람이 없다고 응답하였다.
- 이에 정부는 2017년 9월 ‘치매 부담없는 행복한 나라를 위한 치매국가책임제’를 발표하고, 그 핵심 사업 중 하나로 치매안심센터 설립을 추진 중이다.<sup>5)</sup>
  - 치매 국가책임제는 인지등급 신설 등 장기요양보험 서비스 확대, 치매 의료비 및 요양비 부담 완화 등을 통해 치매환자와 가족의 부담을 줄이는데 목적을 둔다. 이 중 치매안심센터를 통한 치매 초기대응 및 맞춤형 사례관리는 핵심사업으로 추진되고 있다.
- 치매안심센터는 시군구 보건소마다 설치되며, 치매 초기 환자 대응을 주 목적으로 한다. 치

1) 2016년 65세 이상 인구 6,775,118명 중 9.8%를 치매 인구로 추정함. 치매유병률 9.8%는 2015년 추정치로, 2012년 보건복지부 치매유병률 조사에 근거함. 치매 유병률은 꾸준히 증가하고 있으므로 2016년 치매 인구는 66만 4천명 수준이거나 다소 많을 것으로 추정할 수 있음

2) 치매 또는 치매+중풍이 주요질병 및 증상으로 기록된 등급자 수

3) 국민일보. (2018.01.14.). ‘경증치매’ 요양·보호시설 수용력 들쭉날쭉.

4) 주조호자의 93.5%는 가족 구성원임

5) 보건복지부. (2017.09.15.). “치매, 안심하세요. 이제 국가가 책임집니다!” 1:1 맞춤형 상담·사례관리부터 치료지원까지 <치매 국가책임제 추진계획> 발표 「보도자료」

매환자 상담, 초기 환자 주간보호, 가족을 위한 쉼터 제공이 대표적인 서비스이다.

- 치매 초기 대응을 강화하는 서비스를 추가하고자 하는 정부의 의도는 바람직하다. 치매 서비스 전반이 열악하며 특히 초기 대응에 관한 서비스가 부족하기 때문이다. 치매는 조기 발견 시 치료를 통해 진행을 더디게 할 수 있고 환자와 가족이 삶의 질을 유지할 수 있다는 점에서 초기 대응이 매우 중요하다.
- 그러나 기존의 보건복지 서비스 전달체계를 활용하는 대신 치매 초기 대응에 특화된 기관을 새로 설치하는 방식은 역설적으로 초기 대응 기능을 제대로 수행하기 어렵게 만드는 측면이 있다. 접근성이 낮고, 분절성과 중복성은 높으며, 종합적인 서비스를 제공하기 어렵기 때문이다.
  - 치매환자 및 가족이 직접 센터에 방문하여 신청을 하는 방식은 치매 서비스 접근을 어렵게 만든다. 일반인들은 치매 증상에 대한 이해도가 낮고 정신건강 서비스에 대한 거부감이 크다.
  - 치매안심센터가 제공하고자 하는 서비스들은 복지관 등 기존 기관들도 제공하고 있는 치매 관련 서비스들과 유사하다. 더구나 기존 서비스들과의 연계방안도 분명하지 않다. 특히, 노인들과 접점이 많은 전달체계는 복지서비스 영역임에도 현재 치매안심센터는 보건 직렬로 설치되어 긴밀한 연계가 힘들다.
  - 치매환자와 가족들은 치매뿐만 아니라 기타 노인성 질환, 돌봄으로 인한 문제 등 다양한 수요를 지닌다. 치매안심센터는 치매라는 단일한 문제에 특화되어있어 대상자의 다양한 욕구에 맞추어 종합적인 서비스를 제공하기 어렵다.
- 치매 초기 대응을 위해서는 기존의 복지서비스 전달체계를 활용하는 것이 별도의 기관을 설치하는 것보다 효과적이다.
  - 치매환자 발굴과 서비스 연계는 노인들의 접근성이 높거나 노인들이 이미 이용하고 있는 프로그램들을 활용하여 제공하는 것이 효과적이고, 센터는 낮시간 보호 기능에 중점을 두어야 한다.
- 치매뿐만 아니라 보건복지 서비스 전달체계 전반의 분절성은 오래된 문제이다. 공급자 중심적인 시각으로 서비스 전달체계를 확충해온 결과, 비효율성은 높아지고 접근성은 낮아졌다. 수많은 기관들이 중복으로 서비스를 제공하고 서비스간 연계는 부족하며 사례 발굴을 위한 자원은 부족해졌다. 투입되는 복지재원은 점점 늘어감에도 실질적인 복지 체감도는 낮은 수준에 머물고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 보건복지 서비스 전달체계를 수요자 중심으로 전환해야 한다.
- 치매안심센터의 사례를 중심으로 공급자 중심적이고 분절된 서비스 전달체계의 문제를 전반적으로 분석하고, 보건복지 서비스 전달체계를 수요자 중심으로 재편할 방향을 제안하고자 한다.

## II. 치매안심센터 추진방안의 문제점과 개선방향

### 1. 정부의 치매안심센터 사업내용과 추진현황

- 치매안심센터는 치매 초기 단계 대응을 주 목적으로 하며, 보건소 직영으로 운영된다.
  - 치매안심센터는 치매 예방, 상담, 조기진단, 자원 연계 및 교육 등을 제공한다.
  - 설치 및 운영주체는 시·군·구 지자체의 장이며, 센터장은 보건소장이 겸직한다.
- 치매안심센터는 치매 환자 및 가족에 대한 서비스인 쉼터와 카페를 위한 공간을 최소 각 1개소 이상 설치해야 한다.
  - 쉼터는 낮시간에 환자를 보호하는 공간으로, 인지·신체활동 프로그램 및 상담교육을 제공한다.
  - 카페는 치매환자 가족들이 정보를 교환하고 휴식을 취하며 자조모임을 갖는 공간이다.
  - 다만 한시적(최대 2년)으로 별도 공간을 마련하기 전까지, 쉼터와 카페는 다른 시설과 겸용할 수 있다.
- 지역 특성을 고려하여 통합형, 거점형, 방문형, 소규모형 중 지자체가 선택하여 설치한다.
  - (통합형) 쉼터 1~2개소, 카페 1개소로 구성된 형태로, 광역시 및 대도시와 같이 접근성이 좋으면서 유관자원이 많은 지역에 적합하다.
  - (거점형) 쉼터 2~4개소, 카페 1개소로 구성된 형태로, 중소도시와 같이 면적이 넓어 접근성이 낮은 지역에 적합하다.
  - (방문형) 쉼터 1개소, 카페 1개소의 소규모로 구성하는 형태로, 유관자원이 적고 접근성 또한 낮은 농어촌에 적합하다.
  - (소규모형) 쉼터와 카페를 기존 유관시설을 활용하여 설치하는 형태로, 지역 면적은 좁지만 노인인구와 접근성 수준이 다양한 도서지역 및 소도시에 적합하다.
- 현재 임시개소를 포함, 대부분의 지역에서 치매안심센터가 개소하였으며 이 중 일부는 기존에 운영되어온 지역치매지원센터를 전환한 것이다.
  - 2017년 12월까지 전국 252개 보건소에 치매안심센터를 설치할 계획이었다. 2017년 10월 발표한 사업안내에 따르면, 2017년 말까지 보건소 기존 치매상담센터 공간을 활용하고 신규 인력을 확대하여 상담 및 검진업무 등을 수행하도록 할 계획이었다. 이후 2018년 6월까지 치매안심센터 전용 공간을 확보하고 인력을 채용하고 정식개소 후 운영할 계획이다.<sup>6)</sup>
  - 기존 유사 기관으로는 광역치매센터 17개, 치매상담센터 255개(2015년 기준 전국 보건소에 설치), 지역치매지원센터 47개가 설치되어있었다. 일부 지자체는 치매상담센터의 기능을 확

6) 치매국가책임제 홈페이지. 중앙치매센터. <http://치매국가책임제.nid.or.kr>

장하여 지역치매지원센터를 운영해왔으며, 지역치매지원센터는 치매안심센터로 전환될 예정이다거나 이미 전환하였다.<sup>7)</sup>

## 2. 치매안심센터 추진방안의 문제점

### 1) 치매안심센터 추진과정의 문제

- 치매안심센터 사업은 신규 기관을 설치하는 것이 아니라, 지역치매지원센터가 없는 205개 시군구의 치매상담센터들을 지역치매지원센터급으로 전환하는 것이다.
  - 이미 각 시군구에서는 치매상담센터와 지역치매지원센터가 치매안심센터와 유사한 기능을 수행해왔다. 치매안심센터와 지역치매지원센터는 인력과 공간 규모, 예산의 차이를 제외하면 사실상 동일한 기관이다.
- 이마저도 일정을無理하게 맞추기 위해 많은 지자체들은 임시개소 방식을 택했다.
  - 현재 대부분의 지역에 치매안심센터는 설치되었으나 이중 대부분은 임시개소이다. 2018년 2월 9일까지 기존 지역치매지원센터 47곳을 제외하고 임시개소가 206곳이며 정식개소는 2곳에 불과하다.<sup>8)</sup>
  - 임시개소 센터들은 아직 필요한만큼 전문인력 또는 충분한 공간을 확보하지 못하고 있다. 때문에 임시개소 센터들은 치매안심센터 간판은 달고 있지만 서비스는 기존 치매상담센터가 제공해온 서비스만을 제공하고 있다.
- 급하게 정책을 추진하는 과정에서 발생한 또 다른 문제점은 지역별 특성을 고려하지 않은 채 획일화된 기관을 설치하고 있다는 점이다.
  - 정부는 지역 격차를 반영하기 위해 설치 유형을 분리하였다. 그러나 많은 지역들은 지역 특성을 고려하기 보다는 가장 빠르게 설치할 수 있는 유형을 선택해 일정을 맞추고 있다.
- 현재 추진 중인 치매안심센터는 상대적으로 인력 수급이 원활한 수도권에서 실행가능한 사업이다. 중소도시 및 농어촌은 전문인력 부족 문제를 근본적으로 해결하지 못한채 개소를 서두르고 있다.
  - 치매안심센터는 다수의 전문인력을 상주시키는 방식이다. 이는 간호사, 임상심리사 등 전문인력이 많은 수도권에서 작동할 수 있는 방식이다. 전문인력이 부족한 농촌은 중복 촉탁마저 발생해 기존 기관들의 전문인력을 흡수할 가능성이 크다.
- 무엇보다도 치매안심센터 사업은 기존 치매 관련 서비스 전달체계가 갖고 있던 문제점을 해결하지 않은 채 실시하고 있다.

7) 2018년 1월 현재, 중앙치매센터 홈페이지에 따르면 모든 보건소에 현재 치매안심센터가 설치되었다. 이는 임시개소도 포함한 것으로 보인다.

8) 연합뉴스. (2018.02.08.). 전국 치매안심센터 개소 줄속 우려...현장 곳곳서 아우성.

- 일부 지자체에서 치매상담센터를 전환하여 운영해오던 지역치매지원센터는 현재 정부가 추진 중인 치매안심센터와 유사하다. 그렇다면 치매상담센터를 지원센터로 전환한 사례들을 조사하여 성과와 문제점을 파악하는 절차가 선행했어야 한다. 그러나 정부는 실제 사례를 분석하여 추진 방향을 결정하는 Bottom-up 방식 대신, 일괄적으로 센터 개소를 추진하는 Top-down 방식을 택했다.
- 이미 치매상담센터와 지역치매지원센터를 운영하는 과정에서, 치매서비스 전달체계의 낮은 접근성, 높은 중복성과 분절성, 종합적으로 제공되지 못한 서비스 제공과 같은 근본적인 문제점들이 제기되어왔다.
- 치매안심센터 사업은 센터를 신설한다고 표현하지만, 사실상 전환에 불과하다. 이러한 방식으로는 기존 서비스 전달체계의 문제를 질적으로 개선하기 어렵다. 공급자 중심의 분절된 전달체계에 기관을 하나 더 추가하는 셈이기 때문에 낮은 접근성, 중복성과 분절성, 단편적인 서비스 제공과 같은 문제가 그대로 유지된다.

## 2) 치매안심센터의 문제1 : 낮은 접근성

- 현재 사업계획대로 치매안심센터를 운영한다면, 시설 접근성이 낮아 치매 서비스를 필요로 하는 수요자들이 쉽게 접근하여 이용하기 어려울 것이다.
- 먼저, 직접 방문해야만 서비스를 이용할 수 있는 신청주의에 기반하고 있어 초기 접근성이 낮다. 센터 서비스를 이용하기 위해서는 치매환자 본인 또는 가족이 직접 센터를 찾아가 서비스를 신청해야 한다.
  - 보건복지부의 치매안심센터 사업안내에 의하면, 적극적으로 대상자를 발굴하는 사업은 만 75세 이상 독거노인을 대상으로 하는 독거노인 집중검진뿐이다.
- 환자 본인이나 가족이 초기 증상을 인식하고 자발적으로 치매안심센터를 찾아오는 것은 거의 불가능하다. 치매 증상은 단순한 건망증 또는 우울증의 증상과 구별하기 어렵기 때문이다. 이미 치매가 상당히 진행된 상태에서야 증상을 인식할 가능성이 크다.
  - 서울시복지재단의 치매요양실태 및 수요조사에 따르면, 치매환자의 가족인 조사대상자 24명 중 치매 징후가 나타나기 전 조기 진단 혹은 예방적 조치를 받은 경우는 한 건도 없었다. 환자 스스로 이상 징후를 느껴 진단을 받은 사례도 없었다. 모든 사례에서 가족들이 환자의 이상 징후를 발견하고 병원 또는 치매지원센터를 방문하여 확진을 받았다.
- 치매 예방 및 초기 환자 발굴에도 치매안심센터라는 별도 조직은 적절하지 않다. 치매는 노인 누구에게나 발생할 수 있는 질병이며, 잠재 발생자가 따로 존재하지 않는다. 따라서 노인들과의 접점이 많고 접근성이 높은 복지서비스 전달체계에서 노인 전반에 대해 예방과 초기 환자 발굴을 시행하는 것이 효과적이다.



- 예를 들어 노인을 대상으로 서비스를 제공 중인 사회복지사들은 노인의 상태를 주기적으로 파악하고 있으며 치매 증상에 대한 사전 교육을 강화한다면 초기 증상을 인지할 가능성이 크다. 이들이 먼저 간이로 치매 진단을 실시하고 발병이 의심되는 경우 보건서비스로 연계하는 것이 효율적이다. 대상자 또한 사회복지사와 라포(rapport), 즉 신뢰관계가 형성되어있으므로 치매 진단을 받아보자는 사회복지사의 제안에 응할 가능성이 크다.
- 별도의 창구를 만들어서 서비스를 신청하도록 기관을 설립하는 것보다, 이미 이용 중인 기관에서 치매 관련 서비스를 제공하는 것이 접근성을 높일 수 있다.
  - 현재 많은 노인복지관에서는 정기적으로 보건소 등과 연계하여 치매진단서비스를 제공한다. 의료인들이 직접 복지관에 방문하여 신청자의 치매 여부를 진단하는 방식이다. 이때 복지관을 이용 중인 많은 노인들이 적극적으로 진단에 참여한다. 굳이 보건소를 찾아가는 수고를 하지는 않지만, 복지관에 나오는 김에 참여해보는 것은 상대적으로 쉽기 때문이다. 이에 더하여, 의료인이 직접 진단을 하면서 우울증 등 다른 정신건강 문제를 발굴하기도 한다. 노인들에게 익숙하고 이들이 이미 이용 중인 공간에서 다양한 서비스를 제공하는 것이다.

### 3) 치매안심센터의 문제2 : 중복성과 분절성

- 치매상담센터와 지역치매지원센터는 치매안심센터가 수행하고자 하는 기능들을 수행해왔다.
  - 치매상담센터는 치매조기검진, 치매진단검사지원, 치매노인 등록 및 관리, 치매치료비 및 물품지원, 재가 치매노인 방문관리, 사례관리(서비스 연계 및 안내), 치매 예방 및 인식 개선 홍보 및 교육, 상담, 가족교육 및 자조모임을 제공해왔다.
  - 지역치매지원센터는 치매상담센터의 기능에 더하여 별도의 공간에서 경증치매 돌봄(주간보호), 인지강화 프로그램 등을 제공해왔다. 사실상 치매안심센터의 기능은 지역치매지원센터의 기능과 대동소이하며, 인력 규모와 공간이 확대되는 수준의 개편이다.
- 두 센터 외에도 이미 많은 기관들이 치매환자들과 가족들을 대상으로 치매센터와 유사한 서비스를 중복으로 제공하고 있었다.
  - 치매환자 발굴은 보건소(방문간호팀), 읍면동(복지허브화), 지역사회보장협의체 등이 주로 수행해왔다. 조기검진 서비스는 치매센터가 제공하지만 자발적으로 센터를 방문하여 검진을 받지 않는 사례도 많기 때문에 복지관, 경로당 등을 방문하여 실시해왔다.
  - 초기 치매환자에 대한 돌봄서비스는 시군구(노인돌봄종합서비스), 노인복지관 등이 제공해왔다. 인지등급이 신설됨에 따라 노인장기요양보험도 서비스를 제공하기 시작하였다.
  - 치매 예방 프로그램과 치매상담은 노인복지관도 제공해왔다.

<표> 기존 치매 관련 서비스 현황

치매 관련 서비스	주요 대상	제공 기관a (치매 관련)	제공 기관b (치매센터 외)	유사 기관
치매환자 발굴: 조기검진	고위험군, 경증 치매환자	치매상담센터 /치매지원센터 (복지관, 경로당 등 방문)	보건소(방문간호팀), 읍면동(복지허브화), 지역사회보장협의체	좌동
치매진단검사지원 (정밀검진, 협약병원)	고위험군, 경증 치매환자	치매상담센터 /치매지원센터		
치매노인 등록 및 필요물품비용 지원	경증 치매환자	치매상담센터 /치매지원센터		
재가 치매노인 방문관리	경증 치매환자	치매상담센터 /치매지원센터	복지관/시니어클럽 (노노케어)	
경증치매 돌봄 (주간보호, 인지재활프로그램)	경증 치매환자	치매지원센터	복지관, 시군구(노인돌봄서비스), 장기요양보험(인지등급)	
중증치매돌봄	중증 치매환자		장기요양보험	
사례관리 (서비스 연계 및 안내)	치매 환자	치매상담센터 /치매지원센터		복지관, 지역사회보장협의체, 정신건강증진센터
상담	치매환자 가족	치매상담센터 /치매지원센터	복지관(치매종합상담)	정신건강증진센터
가족교육 및 자조모임	치매환자 및 가족	치매상담센터 /치매지원센터		정신건강증진센터
치매 예방교육 및 인식 개선 홍보	전 주민	치매상담센터 /치매지원센터	복지관	

출처: 보건복지부(2017) 「2017 노인보건복지사업안내」, 보건복지부(2017) 「정신건강사업 안내」, 보건복지부(2016) 「읍면동 복지허브화를 위한 맞춤형 복지팀의 기능과 역할」 등을 재구성

- 특히, 치매환자 발굴(조기검진)과 사례관리 서비스는 이미 많은 기관들이 중복으로 수행하고 있다. 여기에 치매안심센터까지 중복 서비스를 제공하는 것은 전달체계의 비효율성을 증가시킨다.
  - 치매 환자 발굴의 경우, 읍면동주민센터, 노인복지관, 보건소 등이 해당 기능을 수행하고 있다. 그러나 노인복지관과 보건소는 해당 지역의 노인 가정을 모두 방문하고 관리할 수 있는 인력과 재원이 부족하기 때문에 독거노인 가정 등에 한정하거나 의뢰되는 대상에 대해서만 서비스를 제공한다. 읍면동주민센터는 최근 복지허브화 사업을 통해 방문을 통한 사례발굴에 나서고 있으나 노인가정뿐만 아니라 영유아 가정, 위기 가정 등 다양한 사례를 모두 발굴하고 관리하기에는 인력이 부족하다. 지역사회보장협의체는 지역 내 다양한 주체들이 자율적으로 사각지대를 발굴하고자 하나 책임과 권한을 가진 기관은 아니다. 결국 어느 기관도 지역 내 주민들의 상황을 전반적으로 파악하고 있지 못하다.
  - 사례관리 기능 역시 많은 기관들이 중복으로 수행 중이다. 사례관리는 개별 수요자의 다양한 필요에 맞추어 다양한 서비스를 연계하는 서비스이므로, 치매라는 특정 수요에 따른 사례관리를 운영할 필요성은 적다. 지역 내 사례관리를 통합된 체계에서 운영하고 치매는 하나의 수요로서 대응하는 것이 적절하다. 그러나 실제 지역 내에서 노인복지관은 노인가정



의 사례들을, 정신건강증진센터는 정신건강 질환자 가정의 사례들을 관리하는 등 여러 기관들이 사례관리 서비스를 중복 운영하고 있다.

- 이와 같이 여러 기관이 사례관리를 분산적으로 운영하면 수요자 중심의 종합관리가 어려워 중복과 누락의 문제가 발생하기 쉽다. 사각지대 문제를 해소하기 위해 현재는 읍면동주민센터와 같은 공공기관이 지역 내 전 가정에 대해 사례관리를 관장하는 방향으로 체계가 변화하고 있다. 그러나 2016년 보건사회연구원원의 조사에 의하면 사례관리 인력이 부족하고 관련 교육을 충분히 받지 못해, 기계적으로 서비스만 연계하거나 사례관리 업무를 기피하는 현상도 발생 중이다. 공공기관의 사례관리 역량이 부족할 뿐만 아니라, 애초에 기존 민간기관의 사례관리 기능을 재조정하지 않았기 때문에 여전히 다수의 민간 기관들도 사례관리를 맡고 있는 실정이다. 여기에 치매안심센터까지 사례관리를 담당하도록 추가되면 중복성과 비효율이 더욱 커질 것이다.
- 서비스의 중복성은 치매 관련 서비스뿐만 아니라 노인 보건복지서비스 전달체계 전반에 나타나는 문제이다. 수많은 기관들이 유사한 서비스를 중복으로 제공하고 있다.
  - 노인 대상 서비스는 크게 연령 기준, 기능 수준, 소득 기준, 독거노인 여부, 욕구 유형에 따라 나뉜다. 이러한 분류에 따라 서로 다른 기관들이 서비스 신청을 받거나 서비스를 제공한다. 그러나 실제로 제공되는 서비스의 성격은 유사한 경우가 많다. 즉, 서로 다른 기관들이 유사한 서비스들을 중복으로 제공하고 있는 것이다.
  - 예를 들어 독거노인의 안부를 묻고 안전을 확인하는 서비스는 많은 기관들이 중복으로 시행하고 있다. 시니어클럽의 노노케어, 소방서의 119어르신폰, 시군구의 사랑의 안심폰, 독거노인응급안전알림서비스, 시군구의 노인돌봄기본서비스 등이 대표적이다. 이밖에 노인복지관도 독거노인 가정을 방문하며, 읍면동 복지허브화 및 찾동사업에 따라 읍면동주민센터도 독거노인 가정을 관리한다.
- 기존의 많은 기관들이 이미 유사한 서비스들을 중복으로 제공하고 있다는 점도 문제이지만, 기존 서비스들과 치매안심센터간 연계가 거의 없거나 취약하다는 점도 문제이다.
- 먼저, 치매안심센터는 기존 복지서비스들과의 연계가 취약하다.
  - (읍면동주민센터) 기존 복지서비스 전달체계의 분절성도 높은 것이 사실이다. 이에 복지서비스간 연계성을 높이고 수요자 중심의 전달체계를 구축하기 위해 읍면·동주민센터<sup>9)</sup>를 지역의 복지허브로 개편하는 정책이 추진되어왔다. 비록 복지서비스 공급기관간 연계성은 여전히 낮지만 지역주민이 동주민센터에 방문하면 모든 종류의 복지서비스를 안내받을 수 있도록 하려는 것이다. 그러나 치매안심센터는 동주민센터 중심의 복지허브 정책과 별개로, 보건소에 설치되는 별도 시설이다. 동주민센터와의 업무연계도 뚜렷하게 제시된 바가 없다.
  - (장기요양보험) 장기요양보험 등급을 받기 위해서는 먼저 건강보험공단 지사에 신청을 하고, 공단 직원이 환자를 방문하여 조사한 후, 그 결과를 등급판정위원회가 심의하여 판정하

9) 읍·면·동을 복지허브로 개편한다는 의미에서 일부 지자체는 읍·면·동주민센터를 행정복지센터로 개칭하고 있다.

는 절차를 거친다. 치매안심센터도 치매를 진단하는 절차를 거치지만 장기요양보험과 직접적으로 연계되지 않는다. 현재 치매안심센터는 치매 판정 시 장기요양 신청 여부를 확인 후 절차를 안내하는 역할만을 담당하는 것으로 되어있다. 치매안심센터를 만들어도 장기요양보험과의 연계성을 개선하는 효과는 없으며, 다만 공단에 안내하는 기관만 하나 더 추가 되는 것이다.

- (노인복지관) 기존 치매기관들과 마찬가지로, 치매안심센터 또한 복지관과는 협업을 이어갈 것으로 보인다. 치매상담센터의 직원들은 복지관, 경로당 등을 방문하여 선별검사를 실시하고 치매 의심 대상자는 관련 서비스로 연계하는 역할을 담당해왔다. 다만, 치매안심센터가 적극적 발굴주의가 아닌 신청주의를 택하고 있기 때문에 새로 설치를 한다고 해도 기존 서비스와 큰 차별점이 없을 것이다.
- 복지서비스 전달체계는 노인들과 라포(rapport)<sup>10)</sup>가 형성되어있어 초기 치매 대응에 유리하다. 그러나 현재 치매안심센터는 보건 직렬로 분리되어있고 복지 직렬과의 연계방안이 뚜렷하지 않아 복지 직렬에 형성된 노인들과의 밀접한 관계를 활용하기 어려운 구조이다.
  - 젊은 세대에 비해 노인층은 새로운 인간관계보다 익숙한 인간관계를 선호하기 때문에, 치매서비스 순응도를 높이기 위해서는 라포 형성이 매우 중요하다. 예를 들어, 사회복지사들은 주기적으로 지역 내 노인을 방문하고 도움을 제공해왔기 때문에 노인들이 사회복지사들을 신뢰한다. 만약 사회복지사들이 노인에게 치매 진단을 받아볼 것을 권유한다면 노인들은 이를 비교적 쉽게 수락할 것이다. 반면, 치매안심센터의 낯선 직원이 진단을 권유한다면 이를 거부할 가능성이 크다.
- 치매안심센터는 기존 정신건강 서비스를 비롯, 보건서비스 전달체계와도 분절되어 있다.
  - 치매는 많은 경우 망상장애를 앓고 이성적 사고가 어렵다는 점에서 조현병과도 유사한 측면이 있다. 또한, 우울증을 앓은 경우 치매 발병 가능성이 더 높아지며 치매환자 다수가 우울증을 앓는다. 이러한 측면에서 볼 때 치매 또한 지역의 정신건강 서비스 체계 내에서 통합적으로 제공되는 것이 바람직하겠으나, 현재 치매안심센터는 이와 별도로 설립된다.
  - 정신건강 서비스 전달체계는 복지 서비스 전달체계보다 더 취약한 수준이다. 서비스가 충분하지 않기도 하지만, 가장 큰 문제는 편견으로 인한 낮은 접근성이다. 정신질환을 치료해야 할 병으로 인식하지 않는 사회적 통념이 여전히 존재한다. 특히, 노인들은 정신질환으로 고통을 받아도 이를 노화의 자연스러운 증상으로 여겨 치료 의지가 낮다. 이에 각 지자체들은 정신건강증진센터를 설립하여 지역 내 정신건강에 대한 인식을 증진하고 관련 서비스를 연계하기 위해 노력해왔다. 그러나 치매안심센터는 정신건강증진센터와의 연계성이 없는 채 추진되고 있다.
- 현재 정보시스템도 기존 정보시스템과 분절된 채 별도로 구축되고 있다. 이와 같이 별도의 정보시스템을 구축한다면 수요자 중심으로 서비스를 제공할 수 없다.

10) 신뢰관계

- 복지 직렬은 사회보장정보시스템을, 보건 직렬은 지역보건의료정보시스템을 이용 중이다. 그러나 현재 치매안심센터 담당자가 지역보건의료정보시스템에 접근할 권한이 없다.
- 대안으로 서울시의 치매환자관리망을 차용한 ‘치매안심통합관리시스템’을 치매안심센터 들에도 도입하였다. 그러나 별도로 시스템을 구축하게 되면 환자의 기존 정보, 예를 들어 환자의 질환 이력 또는 기존에 받아온 보건복지서비스에 대한 정보를 파악할 수 없어 치매에 관련된 정보만을 새로 입력하게 된다.

#### 4) 치매안심센터의 문제3 : 종합서비스의 어려움

- 치매는 치매를 치료하기 위한 의료적 대응, 치매 외 노인성 질환에 대한 대응, 가족돌봄을 지원하는 복지 대응 등 다양한 차원에서 종합적으로 대응해야한다. 그러나 치매안심센터는 치매라는 특정 질환에 국한되어있어 종합적인 서비스를 제공하기 어렵다.
- 치매안심센터는 치매라는 단일 질환에 초점을 둔 기관이기 때문에 치매환자들이 앓는 다른 신체적, 정신적 질환들에 대한 대응은 취약할 수밖에 없다.
  - 노인은 노화로 인해 다양한 질환에 동시에 노출된다. 신체 기능이 현저히 떨어지기 때문에 특정 질환이 또 다른 질환을 부르기 쉽다. 실제로 노인장기요양보험의 요양 및 수발 서비스 수급자 중 질병이 없는 경우는 2.4%에 불과하다.<sup>11)</sup> 또한 치매환자들은 우울증 유병률이 높고, 우울증이 높으면 치매에 걸릴 가능성이 커 다른 정신질환과도 밀접하게 연관된다.
  - 그러나 치매안심센터라는 별도 조직은 노인을 대상으로 하는 다양한 보건 및 의료 서비스들과의 연계성이 낮아, 다양한 노인성 질환을 앓고 있는 치매 환자에게 적절한 서비스를 제공하기 어렵다.
- 치매 환자들의 가족들 또한 다양한 욕구를 지니는데, 대부분 복지서비스를 통해 충족될 수 있는 욕구들이다. 치매 환자들에게 제공되는 의료적 지원과는 다르다.
  - 서울시복지재단의 치매요양실태 및 수요조사에 따르면, 치매환자의 가족들은 정보에 대한 욕구, 휴식에 대한 욕구, 경제적 욕구, 심리적 지원 욕구, 경제활동에 대한 욕구 등 다양한 욕구를 가진다(서울시복지재단, 2015). 이는 치료가 어렵고 투병기간이 길며 환자 스스로 일상생활을 유지할 수 없는 치매의 특성에 기인한다.
- 치매국가책임제의 주요 목적 중 하나가 바로 치매환자 가족의 부담을 더는 것이다. 이를 위해서는 복지서비스와의 긴밀한 연계가 필요하지만, 치매안심센터는 보건 직렬로 분리되어있어 연계가 쉽지 않다.
  - 치매안심센터는 가족들에게 휴식 공간을 제공하기로 되어있으나 가족들과 환자간의 관계, 가족들의 다양한 욕구에 대한 서비스를 제공한다고 보기는 어렵다. 해당 서비스들은 결국

11) 청년의사. (2017). “노인을 위한 요양·의료 통합 시스템 필요”보사연 황도경 센터장, 공공의료기관 내 가칭 ‘노인통합케어센터’ 설치 주장.

다른 기관의 다른 서비스들로 연계해야한다.

### 3. 정책대안 제안

- 치매안심센터는 신규 설치 사업이 아니라 기존 치매센터의 확대 및 재편 사업이다. 그러나 기존 치매 서비스 전달체계가 갖고 있던 문제들은 센터의 인력, 공간, 예산을 늘린다고 해서 해결할 수 있는 성질이 아니다.
- 센터라는 기관을 중심으로 정책을 설계하기보다, 센터가 애초에 목적하는 바를 어떻게 달성할지 고려하고 그 관점에서 기존 전달체계가 갖고 있던 본질적 문제들을 해결하는 방향을 찾아야 한다.
- 치매안심센터의 주요 목적은 치매를 초기에 대응하여 환자와 가족의 부담을 더는 것이다. 치매 초기 대응에서 가장 중요한 것은 초기 환자 및 고위험군을 찾아내 신속하게 치료와 관리를 시작하는 것이다. 이를 위해서는 치매 관련 서비스 전달체계가 적극적 발굴주의를 지향해야 한다.
- 적극적으로 대상자를 발굴하기 위해서는 노인과의 접점이 많은 노인복지서비스 일선 기관이 중심이 되어야 한다. 노인복지 기관에 치매 예방 및 초기진단 프로그램을 강화하고 이를 치매안심센터가 지원해주는 방식이 적절할 것이다.
  - 이미 노인들이 이용 중인 기존 서비스 전달체계는 지역 노인들과 신뢰 관계를 맺고 있고 거부감이 낮으며, 종합적인 서비스를 제공할 수 있어 치매환자 발굴과 초기 대응에 더 유리하다.
  - 다만, 노인의 복지시설 이용률이 낮기 때문에 현재로서는 일선 기관을 통한 적극적 발굴에 한계가 있다. 부족한 일선인력과 전문인력을 확충하여 서비스 공급과 이용을 늘려야 노인 복지서비스 기관을 통해 효과적으로 대상자들을 발굴할 수 있을 것이다.
- 현재 기존 전달체계 내의 자원과 인력이 부족하다면 이를 충원하는 것이 센터를 새로 설립하는 것보다 효율적이다. 나아가, 서비스 전달체계를 통합할수록 자원과 인력의 효율성을 더욱 높일 수 있다.
  - 현재 보건복지 분야의 인력과 자원이 부족한 것도 사실이다. 그러나 한편으로, 기관들이 분리되어 중복 서비스를 제공하기 때문에 인력 및 자원 사용의 비효율성이 크다.
  - 치매 대응과 관련하여, 가정방문과 사례 발굴이 사업으로 명시된 기관들은 다수이다. 그러나 각 기관이 독립적으로 사업을 수행하기 때문에, 각 기관의 제한된 인력으로는 담당 지역의 가정들을 충분히 방문하기 어렵다. 방문하더라도 그 정보가 기관 간 충분히 공유되지 못한다. 사례관리 대상으로 선정될 때만 일부 공유되는데 그친다.
  - 서비스와 기관을 접근성을 중심으로 통합하고, 통합된 지역별 기관에서 사례 발굴을 일괄

적으로 담당하고 다른 기관들은 사례에 적합한 서비스를 제공하는 역할을 맡으면 더 많은 인력들을 활용하여 전수 방문도 가능하다.

- 노인복지 기관에서 선별검사를 통해 치매 의심으로 판정된 대상자를 협력병원으로 연계하여 확진을 받도록 하고, 치매로 판정 시 환자와 가족에 대한 지원을 치매안심센터가 이어갈 수 있다. 이때 환자와 가족에 대한 지원은 복지관, 정신건강증진센터 등 다양한 보건복지시설과 적극적으로 연계하여 지원한다. 대상자들의 욕구가 복합적이므로 종합적인 서비스를 제공해야하기 때문이다.
  - 예를 들어, 초기치매환자 및 가족을 위한 쉼터 기능은 정신건강 분야의 전문성과 자원을 갖추고 있는 정신건강증진센터가 지원할 수 있다. 정신건강증진센터는 2017년 기준 광역센터 16개소, 기초센터 210개소로 이미 지역마다 배치되어있다. 현재 기초정신건강증진센터가 시행 중인 중증정신질환관리 사업이 치매안심센터의 기능과 매우 유사하다. 중증정신질환관리 사업에는 중증정신질환자의 발굴, 사례관리, 재활, 가족 지원 등의 기능이 포함된다.
- 서비스 연계 과정에서 서비스 중복을 방지하고 연계를 조정하는 역할은 행정기관인 읍면동주민센터의 복지허브화팀이 담당하는 것이 적절하다.

### III. 수요자 중심의 서비스 전달체계 방안 제안

---

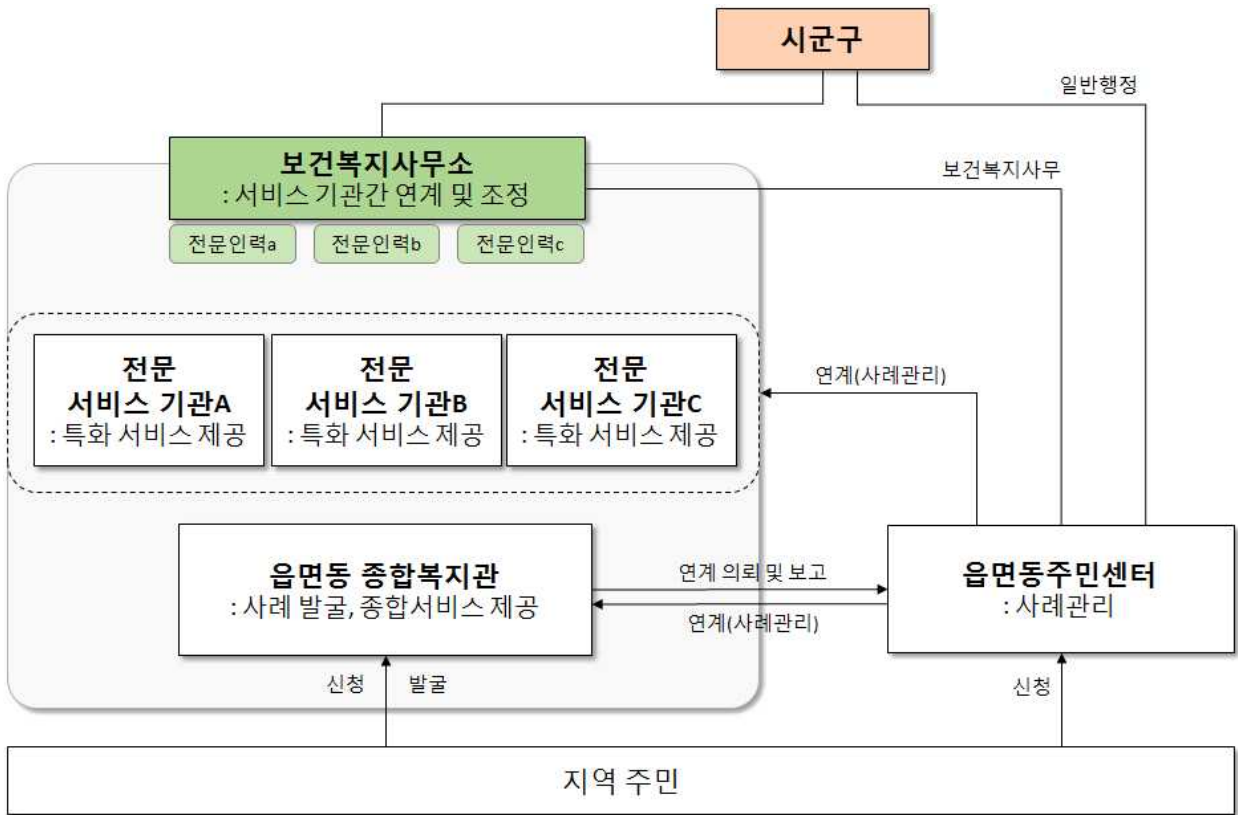
- 앞서 살펴본 치매 관련 서비스 전달체계의 문제들은 보건·복지 서비스 전달체계 전반에 나타나고 있다. 낮은 접근성 문제, 중복성과 분절성 문제, 종합적이지 못한 서비스 제공과 같은 문제들은 서비스 전달체계의 고질적인 문제이다.
- 이는 지금까지의 정부들이 기존 서비스 전달체계를 활용하지 않고, 특정 문제에 대응하는 새로운 전달체계를 신설해왔기 때문이다. 정부가 적극 대응한다는 상징적인 메시지를 줄 뿐, 기존 서비스 전달체계의 자원은 활용하지 못하면서 그 효과성은 떨어지고, 중복 서비스로 인한 비용 낭비가 크다.
- 이제는 분절적이고 공급자 중심적인 서비스 전달체계를 통합적이고 수요자 중심적인 서비스 전달체제로 전면 개편하여 낮은 접근성과 고질적인 비효율성 문제를 해소할 때이다.
- 수요자 중심의 통합적 서비스 전달체계는 지방정부가 주체가 되어야 한다. 기초지자체별로 보건복지사무소를 두어 지역 내 보건 및 복지서비스를 총괄하도록 해야 한다. 보건복지사무소는 지역 내 복지 및 보건 서비스 유관기관간 협력연계 시스템을 구축하여 중복성 및 분절성 문제를 극복해야 한다.
- 현장에서 주민들에게 1차 서비스를 제공하는 기관은 주민과의 접점이 이미 많은 조직, 즉 접근성이 높은 조직이 되어야 한다. 지리적 범위와 주민들의 접근용이성을 고려했을 때 읍면동 단위의 기관이 적절하다.
- 먼저, 현재 기초지자체마다 기능별로 설치된 복지시설들을 통합하고, 접근성을 고려하여 지역별로 재편한다. 구체적으로는 읍면동 단위의 1차 기관이 기초적인 서비스들을 종합적으로 제공하도록 한다.
  - 대부분의 시군구에는 종합복지관, 노인복지관, 장애인복지관, 그 외 다양한 보건·복지 관련 센터들이 각 1개소씩 설치되어있다. 이렇게 기능별로 분리된 기관들을 하나의 종합복지관으로 통합하고, 이를 시군구가 아닌 읍면동마다 설치하여 접근성을 강화한다. 읍면동 종합복지관은 기존 기관들이 제공해온 다양한 서비스들을 종합적으로 제공하도록 한다. 노인, 장애인, 아동, 치매환자 등 다양한 대상자에게 복지, 보건 등 다양한 서비스를 한 곳에서 제공하는 것이다.
  - 읍면동 종합복지관은 기초적인 서비스들을 제공할 뿐만 아니라 사례 발굴을 담당해야 한다. 동의 복지 전반을 담당하고 주민들과 밀접한 관계를 맺으므로 사례를 발굴하기 용이하기 때문이다.
- 장애인 등에 대해 특화된 서비스를 제공하는 전문인력은 기초지자체 수준의 보건복지사무소가 고용하고, 이들이 각 기관들의 프로그램을 방문하여 서비스를 제공하도록 지원한다.
  - 현재 개별 복지시설들은 부족한 인건비로 충분한 전문인력을 확보하는데 어려움을 겪고 있



다. 보건복지사무소가 일괄 고용함으로써 한정된 전문인력을 기초지자체 수준에서 효율적으로 활용할 수 있을 뿐만 아니라, 동 수준의 기관으로서는 인건비 부담을 덜어 사업에 집중할 수 있다.

- 예를 들어 치매치료 전문가라면 치매안심센터라는 단일 기관에 머무는 것이 아니라 각 동의 복지관을 방문하여 치료프로그램을 제공할 수 있다.
- 읍면동주민센터는 지역 내 모든 보건·복지서비스 대상자들의 사례들을 통합 관리한다.
  - 읍면동주민센터는 주민 개인의 다양한 정보를 이미 보유하고 있으므로 맞춤형 사례관리가 가능하다. 또한, 행정기관으로서의 권한을 활용하여 서비스 연계 및 기관간 서비스 조정을 원활하게 수행할 수 있다.
- 읍면동주민센터가 사례관리를 통해 전문적인 서비스의 필요성을 판단하면 대상자를 2차 전문 서비스 기관으로 연계한다.
  - 2차 기관들은 치매, 정신건강, 영양 등 전문적인 서비스를 제공한다.
- 보건소 또한 읍면동의 행정기관이자 서비스 기관으로서 지역 내 서비스 연계 기능을 담당한다.
  - 보건소는 1차 기관으로서 보건서비스를 제공하며, 동시에 지역사회 내 서비스 연계를 조정하는 역할도 담당한다.
- 법적 행정단위인 자치구별로 보건복지사무소를 설치하여, 지역 내 서비스와 기관들을 종합적으로 연계하는 역할을 담당하도록 한다.
  - 보건복지사무소는 시군구 내 1차 기관인 읍면동 종합복지관, 2차 기관인 전문 서비스 기관들을 총괄적으로 관리하여, 기관간 서비스의 중복을 해소하고 연계를 강화한다. 또한, 복지행정을 주로 담당하는 읍면동주민센터, 보건행정을 담당하는 보건소를 통합관리한다.
- 이와 같은 서비스 전달체계를 도식으로 표현하면 <그림 1>과 같다.

<그림 3> 수요자 중심의 통합적 서비스 전달체계 개요도



- 이에 더하여, 통합된 서비스 전달체계를 운영하기 위해서는 수요자 중심으로 통합된 정보망이 필수적이다.
  - 현재 사회복지 직렬은 사회보장정보시스템(행복e음)으로 상당 부분 통합되어 있으나, 보건 직렬의 지역보건의료정보시스템과는 통합되어있지 않다. 관련 시스템을 모두 통합하여, 어떤 기관에서든지 한 수요자에 대한 정보를 통합적으로 조회할 수 있게 하여 수요자 중심의 서비스를 중복 없이 제공할 수 있도록 지원해야 한다.
- 위와 같이 보건·복지서비스 전달체계를 수요자 중심으로 개편하면 기존 공급자 중심적인 전달체계의 고질적인 문제점을 상당 부분 해소할 수 있다.
  - (접근성 증진) 수요자가 자신이 사는 동 내 단일기관에서 다양한 종류의 서비스를 제공받을 수 있으며, 기관의 대상자 발굴 역량도 커져 주민들의 보건복지서비스 접근성을 증진할 수 있다.
  - (중복성분절성 해소) 기본 서비스는 1차 단일기관에서 통합적으로 제공하고, 전문 서비스 기관으로의 연계는 읍면동주민센터가 관리하여 서비스 연계는 강화하고 중복 수혜는 줄일 수 있다. 기관간 서비스 중복 및 연계 문제는 보건복지사무소가 지역 내 보건복지기관들을 총괄적으로 관리하여 해소할 수 있다.
  - (종합성 증진) 하나의 기관에서 다양한 서비스를 다룰 뿐만 아니라, 읍면동주민센터가 사례

관리를 전담함으로써 수요자의 다양한 욕구에 맞는 서비스들을 종합적으로 제공할 수 있다.

- 정부는 임시개소 상태인 치매안심센터들을 서둘러 정식개소 시키기 보다는, 기존 복지서비스 전달체계를 활용하는 방향으로 치매안심센터의 기능을 재정비하고 장기적으로는 보건 복지서비스 전달체계를 수요자 중심으로 개편해나가야 한다.

## 참고문헌

- 강혜규 외. (2016). 「사회보장부문의 서비스 전달체계 연구」. 세종: 한국보건사회연구원.  
국민건강보험공단. 노인장기요양보험통계.
- 김기현 외. (2013). 복지서비스 전달체계 개선방안 연구 : 수요자 중심 전달체계 모델개발을 중심으로. 국회예산정책처.
- 남찬섭. (2017). 사회서비스 전달체계의 문제점과 과제. 「복지동향」, 2017(9).
- 단국대학교병원. (2015). 「치매상담센터 운영현황 및 발전방안 도출을 위한 연구」. (보건복지부 연구과제)
- 문종열·김기현. (2014). 수요자중심 사회복지 전달체계 모델연구. 「예산정책연구」, 3(1): 163-207.
- 박영란·손덕순·박경순. (2017). 노인정신건강 정책 및 서비스 전달체계 현황과 과제. 「입법과 정책」, 9(2): 275-298.
- 보건복지부. (2016). 「읍면동 복지허브화를 위한 맞춤형 복지팀의 기능과 역할」.
- 보건복지부. (2017). 2017년 노인보건복지 사업안내(Ⅰ).
- 보건복지부. (2017). 2017년 노인보건복지 사업안내(Ⅱ).
- 보건복지부. (2017). 2017년 정신건강사업 안내.
- 보건복지부. (2017). 치매안심센터 사업안내.
- 보건복지부. (2017). 2017년 희망복지지원단 업무 안내.
- 서울시복지재단. (2015). 「서울시 치매·요양실태 및 수요조사-가족돌봄제공자 지원방안 중심으로-」.
- 서울시복지재단. (2017). 「사회복지시설 혁신적 운영모델 개발 연구」.
- 연합뉴스. (2018.02.08.). 전국 치매안심센터 개소 졸속 우려...현장 곳곳서 아우성.
- 장한나. (2016). 치매지원서비스 공급체계의지역격차 연구: 227개 기초 지방자치단체를 중심으로. 「보건사회연구」, 36(2): 385-420.
- 중앙치매센터. (2016). 「대한민국 치매현황 2016」.
- 한국행정학회. (2016). 보건복지 공공서비스 전달체계 효율화방안 연구. 보건복지부.

---

## 더미래연구소 IF REPORT 2018-02

보건-복지서비스 전달체계를 수요자 중심으로 재편해야 한다 -치매안심센터 사례를 중심으로-

발행일 2018. 03. 12

발행처 (재)더미래연구소(이사장: 정세현)

Copyright ©더미래연구소, 2018 ※본 자료는 더미래연구소 웹사이트에서 다시 볼 수 있습니다.



더미래연구소는 대한민국의 '더 좋은 미래' 를 만들어 가는 '독립 민간 싱크탱크' 입니다.  
더미래연구소의 성장은 '후원회원' 의 힘과 꿈으로 가능합니다.

07237 서울특별시 영등포구 국회대로68길 23, 903호(여의도동, 정원빌딩)

T: 02-785-2030, F: 02-786-2017, E: themirae2030@gmail.com

웹사이트: themirae.org

페이스북: www.facebook.com/themirae

블로그: blog.daum.net/themirae2030

---