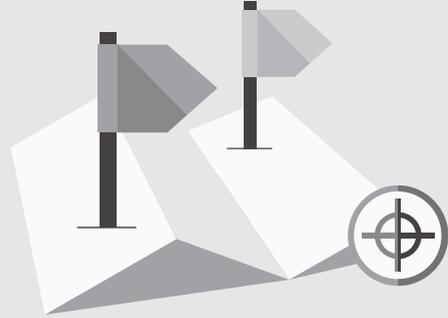


이달의 초점

치매정책 현황과 과제



치매정책 추진 체계의 현황과 과제

이윤경

치매안심센터 운영 현황 및 정책 과제

이선희

치매안심마을 사업 체계화를 통한 치매친화적 지역사회 구축 방안 모색

김세진

치매친화 지역사회 정책의 국제 동향과 함의: 고령친화 지역사회 정책과의 통합적 구축을 중심으로

남궁은하

노인장기요양보험의 치매정책 현황과 과제

강은나



한국보건사회연구원
KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

치매안심센터 운영 현황 및 정책 과제

The Operational Status and Policy Challenges of the Dementia Care Center

이선희 | 한국보건사회연구원 부연구위원

이 글은 치매국가책임제가 도입된 지 5년이 경과한 현시점에서 치매안심센터의 운영 현황을 점검하고, 지역사회 치매관리 거점 기관으로서의 위상을 제고하기 위한 개선 방안을 마련하는 것을 목적으로 한다. 치매안심센터는 현재 기초지자체를 중심으로 전국 256곳이 설치되어 접근성 확대를 도모하고, 다양한 사업 수행을 통해 종합적인 치매관리 역할을 담당하는 것으로 나타났다. 다만 인프라 확대라는 성과에도 불구하고 지역별 여건에 따른 기관 운영 편차, 인력 수급난 및 안정성 저하, 사업 운영의 불균형 등의 문제가 제기되고 있다. 이 글에서는 향후 치매 환자 급증에 따라 사회적 요구 역시 커질 것을 고려하여, 치매안심센터의 사업 효율성 제고를 위한 업무 범위 재편, 조직 운영의 안정성·전문성 담보, 협력적 거버넌스 체계 강화 등을 강조하였다.

1. 들어가며¹⁾

급속한 고령화 및 치매 환자 급증 등에 따른 사회적 요구에 의해 2017년 치매국가책임제가 도입되었다. 제도의 일환으로 확대된 치매안심센터는 기존 치매지원센터의 전환을 비롯하여 기초

지방자치단체 단위로 새롭게 설치됨으로써 지역사회 내에서 촘촘한 치매관리가 이루어질 수 있는 단초를 마련하였다. 현재 치매안심센터는 지역 면적 및 노인인구 비율, 센터의 접근성 및 유관 자원 분포 상황 등을 고려하여 설치 형태를 달리할 수 있으며, 크게 통합형, 거점형, 방문형, 소

1) 이 글은 이윤경, 김세진, 남궁은하, 이선희, 주지원. (2021). 치매정책 추진체계 현황 분석 및 강화방안 연구(세종: 보건복지부, 한국보건사회연구원)의 제3장 내용을 수정 및 보완하여 작성한 것이다.

규모형으로 나뉜다. 설치 유형과 관계없이 치매 관리와 관련한 기본적 서비스(상담 및 검사, 사각 지대 발굴 등)를 제공하는 것을 원칙으로 하며, 지역의 면적 등에 따라 치매 환자 가족을 위한 센터 및 카페 운영은 기존 유관 시설을 활용할 수 있도록 하고 있다. 지역의 치매관리 관련 수요 및 공급 인프라를 고려한 치매안심센터 운영은 기존 치매관리 전달체계와의 차이를 표명한다. 치매 환자의 의료 및 돌봄 욕구에 대응하기 위한 기존의 전달체계로는 의료기관, 지역사회복지기관, 장기요양기관 등을 들 수 있다. 그러나 이들 기관은 지역 내에 분산되어 있어 분절적인 욕구 대응만이 가능하다. 치매안심센터는 기존 치매관리의 문제를 극복하고 치매 환자 및 그 가족의 욕구에 더 밀착하여 대응할 수 있는 치매관리 컨트롤 타워로서의 위상을 지닌다. 현재 치매관리를 위하여 치매 예방 및 발굴, 상담 및 사례관리, 자원 연계 등 일련의 사업을 수행하며, 무엇보다 전국 256곳으로 확대되어 치매관리의 접근성을 획기적으로 제고하였다는 강점이 있다(관계부처 합동, 2021).

다만 제도 시행 5년 차에 접어든 현시점에서 치매안심센터가 지역사회의 치매관리 거점 기관으로 거듭나기 위해서는 현재의 역할을 면밀하게 평가할 필요가 있다. 특히 추정 치매 환자 수가 2020년 84만 명에서 2030년 136만 명으로 증가(보건복지부, 국립중앙의료원 중앙치매센터, 2022)

할 것으로 예견되는 사회적 상황을 고려할 때, 치매관리 전담 기관으로서 치매안심센터의 역할은 더욱 커질 것으로 예측된다. 따라서 치매안심센터의 운영 효율성을 제고하기 위하여 현재 운영 현황을 구조적·내용적 차원에서 검토하고 그에 따른 개선 방안을 모색해 보고자 한다. 구체적으로 구조적 차원에서는 치매안심센터 시설, 조직 및 인력 운영을, 내용적 차원에서는 치매안심센터 수행 사업 및 예산·지출 현황을 분석하고자 하며, 지역별 차이를 중심으로 살펴볼 것이다. 이를 통해 궁극적으로 지역사회 치매관리 거점 기관으로 치매안심센터의 위상을 재정립할 수 있는 방안을 마련하고자 한다.

2. 치매안심센터 운영 현황

치매안심센터 운영 현황은 크게 시설, 조직 및 인력, 수행 사업, 예산 및 지출의 네 가지 차원에서 점검하고자 한다. 분석을 위해 치매안심통합관리 시스템(ANSYS)을 통해 수집한 자료를 활용하였으며, 자료 취합 시점으로 인해 최근 시점의 현황과 차이가 발생할 수 있다는 한계가 있음을 밝힌다.²⁾

가. 시설 운영

1) 시설 설치 현황

치매안심센터는 「치매관리법」 제17조 제1항

2) 자료 취합 시점은 2021년 10월 12일(추출 시점은 2021년 9월말 기준). 최근 시점의 현황 자료와 차이가 발생할 수 있다. 본문 내에서 '현재'라고 쓴 것은 별도의 시점을 명시하지 않은 이상 자료의 취합 시점인 2021년 10월 12일을 의미한다.

에 따라 설치되며, 기존 치매지원센터가 전국 시·군·구 단위로 확대되어 2021년 말 기준 256 곳이 운영 중이다. 필요에 따라 치매전담 상근 인력 1명 이상을 배치하거나 비상근 인력을 배치해

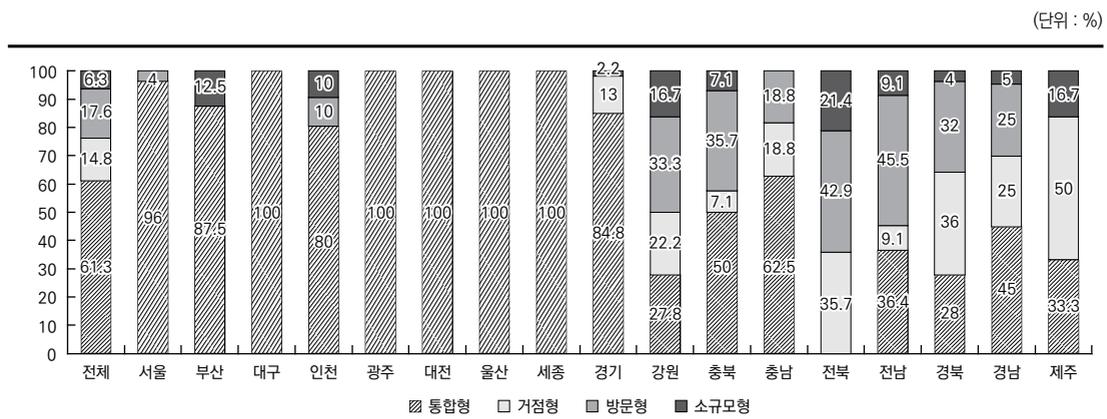
1개 이상의 분소를 설치할 수 있으며, 현재 전국에 203개의 분소가 운영되고 있다(관계부처 합동, 2021). 치매안심센터는 지역사회 치매관리 사업의 전문적 수행을 위해 보건소 직영 운영을

표 1. 치매안심센터 운영 유형

구분	통합형	거점형	방문형	소규모형	
주요 서비스	공동	•치매 관련 상담 •선별 및 진단검사 •1:1 코디네이터 •치매 사각지대 발굴			
	쉼터	•단기쉼터 1~2곳	•단기쉼터 2~4곳	•단기쉼터(소규모) 1곳 •지역사회 거점 공간 (경로당, 마을회관 등) 방문 활용	•단기쉼터 별도 운영 또는 기존 유관 시설 (노인복지관 등) 연계 활용
	카페	•1곳 •가족 교육, 정보 교환, 자조모임 연결 등	•1곳 •가족 교육, 정보 교환, 자조모임 연결 등	•(소규모) 1곳 •가족 교육, 정보 교환, 자조모임 연결 등	•카페 별도 운영 또는 기존 유관 시설 활용 •가족 교육, 정보 교환, 자조모임 연결 등
지역 특성	•면적: 좁음 •(노인)인구 비율: 평균 •접근성: 높음(교통 편리) •유관 자원: 많음	•면적: 넓음 •(노인)인구 비율: 높음 •접근성: 낮음 •유관 자원: 보통	•면적: 넓음 •(노인)인구 비율: 높음 •접근성: 낮음 •유관 자원: 적음	•면적: 좁음 •(노인)인구 비율: 적음~높음까지 분포 다양 •접근성: 다양 •유관 자원: 보통	

자료: 이윤경, 김세진, 남궁은하, 이선희, 주지원. (2021). 치매정책 추진체계 현황 분석 및 강화방안 연구. p. 79 (표 3-19) 재구성.

그림 1. 지역별 치매안심센터 설치 유형



자료: 이윤경, 김세진, 남궁은하, 이선희, 주지원. (2021). 치매정책 추진체계 현황 분석 및 강화방안 연구. p. 78 (표 3-18)을 바탕으로 재구성.

원칙으로 한다. 따라서 보건소 내 치매안심센터 전담 조직 운영을 근간으로 하며, 치매안심센터 설치 기준이 마련되기 이전에 시·군·구 위탁에 의해 운영돼 온 치매안심센터는 위탁 기간 종료 후 직영으로 전환하도록 되어 있다(보건복지부, 2022). 현재를 기준으로 치매안심센터 설치 방식은 직영 90.2%, 민간 위탁 9.8%로 보건소 직영 운영 원칙을 고수한다.

또 각 센터는 지자체 선택에 따라 설치 형태(통합형, 거점형, 방문형, 소규모형)를 결정할 수 있으며, 설치 유형에 따라 인력 및 시설 설치 기준을 달리한다. 현재를 기준으로 설치 유형은 통합형 61.3%, 방문형 17.6%, 거점형 14.8%, 소규모형 6.3%로, 대다수 지역에서 쉼터 및 카페를 포함하는 통합적 서비스 제공을 지향하는 것으로 나타났다. 방문형은 고령화율이 높고 지역의 면적이 넓어 센터와의 접근성이 비교적 낮은 농어촌 지역이 다수인 전북, 전남, 충북, 강원 지역에서 높은 비율을 차지하였다. 거점형 역시 지자체 여건은 방문형과 유사하나 통합형에 준하는 서비스 제공이 가능한 지역에서 이를 채택하는 것으로 나타났으며 제주, 경북 지역에서 높은 비율을 차지하였다.

2) 인구 및 면적 대비 치매안심센터 설치 현황

지역별 인구 대비 치매안심센터 설치 현황을 살펴본 결과, 센터당 관할 면적은 전국 평균이 392km²이며, 강원, 경북 지역은 이 면적이 각각 935km², 761km²로 인구밀도가 높은 대도시와 비교

하여 현격히 넓다. 앞서 살펴본 바와 같이 강원이나 경북 지역에서는 방문형으로 설치된 치매안심센터가 다른 지역에 비해 높은 비율을 차지하였는데 이 같은 지역 특성과 맞물린 것으로 이해할 수 있다. 다만 해당 지역과 같이 본소와의 거리가 멀거나 접근성 및 교통 인프라가 낙후된 지역은 본소 설치가 가능하며, 실질적인 관할 면적은 이보다 작을 수 있다. 2021년 10월 기준, 본소는 경북(43곳), 경기(30곳), 충남(25곳) 등과 같이 군 단위 지역을 포함하거나 면적이 넓은 지역을 중심으로 운영함으로써 접근성을 강화하려는 노력을 펼치고 있다. 그러나 본소 유형에 따라 탄력적으로 운영하거나 일부 사업에 한정하여 운영하는 등 편차를 두고 있어 이용자 입장에서는 여전히 접근성이 떨어지는 측면이 있다.

한편 60세 이상 노인인구 대비 센터 수는 평균 2곳이며, 지역별 노인인구 수에 따른 편차가 두드러졌다. 강원, 전남, 제주 등의 도 지역은 노인인구 10만 명당 약 4곳의 치매안심센터가 운영 중인 반면, 서울, 대구 등과 같은 대도시는 평균 1곳이 운영되는 것으로 나타났다. 60세 이상 치매 환자 1만 명당 치매안심센터는 전국 평균 약 3곳이 운영 중인데, 앞선 결과와 마찬가지로 강원, 제주 등의 도 지역에서는 평균 5곳이 운영 중인 것으로 나타나 전국 평균보다 많았다. 이 같은 경향성은 등록 치매 환자 수 대비 치매안심센터 수에서도 유사하게 나타났다. 비교적 지역의 면적이 넓고 고령화율이 높은 지역에 치매안심센터가 많이 분포하는 경향이 있다. 다만 치매안심센

표 2. 면적 대비 치매안심센터 운영 현황

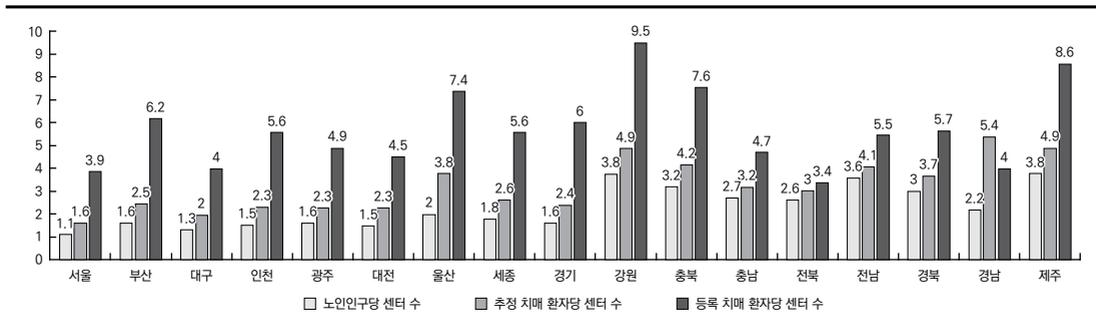
(단위: 개소, km²)

구분	전체	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종
센터 수	256	25	16	8	10	5	5	5	1
센터당 관할 면적	392	24	48	110	107	100	108	212	465
구분	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
센터 수	46	18	14	16	14	22	25	20	6
센터당 관할 면적	222	935	529	515	577	562	761	527	308

자료: 이윤경, 김세진, 남궁은하, 이선희, 주지원. (2021). 치매정책 추진체계 현황 분석 및 강화방안 연구. p. 81 (표 3-20) 재구성.

그림 2. 노인인구 및 추정(등록) 치매 환자 대비 치매안심센터 수

(단위: 개소)



자료: 이윤경, 김세진, 남궁은하, 이선희, 주지원. (2021). 치매정책 추진체계 현황 분석 및 강화방안 연구. p. 81 (표 3-20)을 바탕으로 도식화.

터의 특성상 기초지자체 단위로 설치되므로, 이 수치만으로 해당 지역의 서비스 접근성 및 충분성을 논하는 것은 한계가 있으며 유관 자원의 분포 등을 함께 고려할 필요가 있다.

나. 조직 및 인력 운영

치매안심센터의 조직 운영 기준은 ‘치매정책 사업 안내’를 통해 제시되고 있다. 상담·검진팀, 사례관리팀, 쉼터지원팀, 가족지원팀, 인식개선·홍보팀 등의 조직 구성이 가능하며, 지자체 여건

에 따라 최소 3개 팀을 포함하여 탄력적으로 운영할 수 있다. 기존에는 상담·등록관리팀, 조기 검진팀을 별도 운영하는 안이 제시되었으나, 2022년 조직 구성에서는 상담·검진팀을 통합하였다는 점이 가장 큰 차이이다. 즉, 조기 검진을 통하여 치매 환자를 발굴하고 이들을 시스템에 등록하여 사례관리를 하기까지 일련의 치매관리를 연속적으로 수행하기 위한 조치로 볼 수 있다.

인력 구성은 「치매관리법」에 의해 간호사, 사회복지사(1급),³⁾ 작업치료사, 임상심리사 1인 이상 배치를 의무로 하며, 해당 지역의 면적과 추정

치매 노인 수를 고려하여 정원 수를 계상하도록 한다. 치매안심센터의 인력 현황을 살펴본 결과, 전국 평균 고용 충족률(정원 대비 현원 비율)은 77.1%이며 지역별 편차가 크다. 인천은 고용 충족률이 109.1%로 현원이 정원을 상회하는 등 비교적 대도시의 고용 충족률이 높은 반면, 강원은 이 비율이 60.6%로 지역의 인력 수급 상황에 따른 차이가 뚜렷하다. 전문인력 수급 부족은 서비스 질 담보는 물론 연속적 서비스 제공을 어렵게 하는 요인으로 작용할 수 있다는 점에서 안정적 수급을 위한 방안을 모색할 필요가 있다.

나아가 치매안심센터 인력 구성을 살펴본 결과, 보건소 직영 운영이 다수라는 측면에서 공무원이 60.8%를 차지하며, 비공무원은 39.2%이다. 설치 유형에 따라 대다수 민간 위탁으로 운영되는 서울의 경우 공무원의 비율이 높다. 비공무원은 무기 계약직 68.9%, 기간제 계약직 25.9% 등의 순으로 나타났다. 인력 운영 방식에서 나타나는 문제는 크게 두 가지로, 공무원의 순환제 근무로 인한 숙련된 인력 전출과 계약직 운영에 따른 고용 안정성 저하이다. 계약 형태에 따른 고용 안정성은 업무의 지속가능성과도 직결된다는 점에서 기간제 계약직의 비율이 높은 지역은 추후 사업 운영에 어려움이 발생할 가능성이 있다. 다만 고무적인 측면은 2022년도부터 기간제 근무는 불가피한 경우에 한해 제한적으로 허용하거나, 치매안심센터 전담 공무원으로 배정받은 정

원은 최소 3년 동안 다른 근무지로 이동하는 것을 제한하도록 권고(보건복지부, 2022)한다는 점이다. 향후 업무의 안정성 및 전문성 강화로 이어질 것인가에 대해서는 지속적으로 살펴볼 필요가 있다.

직종별 현황을 살펴보면, 간호사가 55.6%로 가장 높은 비율을 차지하고 사회복지사 16.3%, 작업치료사 14.1% 등의 순이며 임상심리사는 2.5%에 불과하여 전체적으로 임상심리사 수급이 원활치 않은 것으로 나타났다. 직종별 비율은 이들에게 권고하는 업무 범위(치매정책 사업 안내)의 차이와 맞물린다. 사업 안내에 따르면, 간호사는 상담 및 등록, 진단검사, 사례관리를, 사회복지사는 상담 및 등록, 사례관리를, 작업치료사는 인지 프로그램 운영을, 임상심리사는 진단검사 업무를 수행하도록 권고하고 있다(보건복지부, 2022). 즉, 담당하는 고유 업무가 많은 직종일수록 전체 인력에서 차지하는 비율 역시 높게 나타났다. 현재 직종과 관계없이 다양한 업무를 수행해야 하는 치매안심센터 종사자의 여건을 고려하여, 이들의 전문성 확보를 위해 치매 공통 교육 및 직무 담당자 교육을 온·오프라인을 통해 운영하고 있다.

다. 사업 운영

치매안심센터는 「치매관리법」 제17조를 통해 치매 환자 및 가족에 대한 직접 지원과 치매교육

3) 단, 도서·벽지의 경우 사회복지사 2급 채용을 3년간 한시적으로 허용한다(보건복지부, 2022).

표 3. 지역별 치매안심센터 종사자 고용 유형

(단위: 명, %)

구분	현원	정원	고용 총족률	종사자 공무원 여부			비공무원 고용 유형		
				전임 공무원	겸임 공무원	비공무원	무기 계약직	기간제 계약직	기타
전체	4,845	6,284	77.1	57.8	3.0	39.2	68.9	25.9	5.3
서울	532	632	84.2	8.3	0.6	91.0	64.1	17.0	18.9
부산	328	383	85.6	92.4	6.2	1.4	0.0	75.0	25.0
대구	172	223	77.1	73.6	3.5	22.9	80.5	19.5	0.0
인천	276	253	109.1	89.3	4.3	6.4	58.3	47.7	0.0
광주	115	132	87.1	61.5	1.3	37.2	78.4	21.6	0.0
대전	86	134	64.2	91.9	0.0	8.1	100.0	0.0	0.0
울산	93	104	89.4	85.0	3.6	11.4	56.3	43.8	0.0
세종	17	25	68.0	100.0	0.0	0.0	-	-	-
경기	879	1,180	74.5	69.2	2.1	28.6	67.1	22.7	10.2
강원	255	421	60.6	36.0	4.5	60.1	73.8	26.2	0.0
충북	212	294	72.1	82.9	3.8	13.3	38.9	61.1	0.0
충남	314	409	76.8	57.6	5.1	37.4	94.3	5.7	0.0
전북	273	359	76.0	42.5	4.9	52.6	82.5	13.0	4.5
전남	364	499	72.9	29.0	1.9	69.1	76.6	22.3	1.1
경북	470	624	75.3	71.1	3.3	25.6	77.2	21.8	1.0
경남	384	495	77.6	68.0	3.0	29.0	45.1	51.5	3.3
제주	75	117	64.1	9.5	1.1	89.4	72.8	27.2	0.0

주: 1) 원자료에는 지역별 정원(현원) 평균값이 기재되었으며, 이 글에서는 정원(현원)의 합계를 제시함.

2) 고용 총족률은 정원 대비 현원의 비율로, 센터장을 포함하여 계산됨.

자료: 이윤경, 김세진, 남궁은하, 이선희, 주지원. (2021). 치매정책 추진체계 현황 분석 및 강화방안 연구. p. 84 (표 3-21) 재구성.

및 홍보, 정보화와 관련한 업무를 수행하도록 되어 있다. 구체적으로 상담 및 등록관리 사업, 치매 조기 검진, 치매 환자 맞춤형 사례관리 사업, 치매 예방 및 관리 사업, 치매 환자 쉼터 운영, 치매 지원 서비스 관리 사업, 치매 가족 및 보호자 지원 사업, 치매 인식 개선 사업, 치매파트너 사업 등을 운영 중이다.

구체적으로 치매안심센터의 대표 사업 중 하나인 검진 사업은 선별검사, 진단검사, 감별검사 순으로 진행된다. 치매질환은 대체로 시간에 따라 자립적 생활의 어려움을 경험하는 가역적 과정으로 진행된다는 점에서, 제때에 치매 검

진을 통해 진단받는 것이 치매관리에 무엇보다 중요하다. 이와 관련하여 선별검사는 치매로 진단받지 않은 모든 주민을 대상으로 실시하며, 치매전문교육을 받은 치매안심센터 직원을 통해 수행할 수 있다. 진단검사는 선별검사 결과에 따라 인지 저하 또는 인지 저하 의심군을 대상으로 센터의 임상심리사나 간호사가 신경심리검사를 한 후, 협력의사를 통해 치매 임상평가를 하는 절차로 이루어진다. 단, 지자체 여건에 따라 협약병원에 위탁 운영할 수 있다. 마지막으로 감별검사는 진단검사에서 치매 판정을 받은 사람을 대상으로 이루어지며, 협약병원을 통해 그 원인을 파악하는

절차로 수행된다. 따라서 검진 수행에서 협약병원의 역할은 매우 중요하다. 협약병원은 시·도 단위에서 치매 관련 사업 수행 능력을 지닌 정신건강 의학과 또는 신경과 전문의 등을 1인 이상 확보한 의료기관(해당하는 의료기관이 없다면 보건복지부의 의사 대상 치매전문교육을 이수한 의사를 1인 이상 갖춘 의료기관) 중에서 선정될 수 있다.

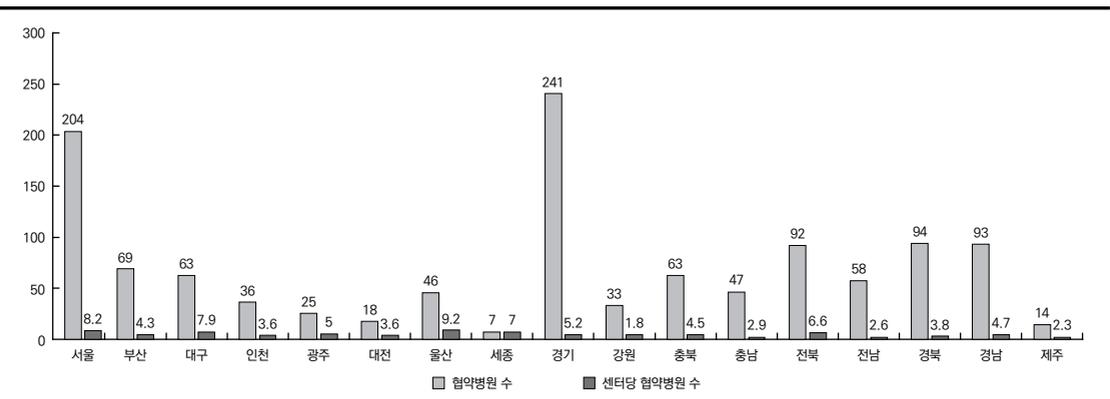
2021년 9월 기준, 치매안심센터와 협약한 병원은 1,203곳이며 센터당 평균 4.7곳의 협약병원과 교류하는 것으로 나타났다. 단, 울산 지역은 9.2곳의 협약병원을 보유한 반면 강원 지역은 1.8곳에 머무는 등 지역별 편차가 크다. 진단검사는 1차적으로는 센터의 인력을 활용하여 검사를 하지만 이후 협력을 통한 치매 임상평가가 이루어지므로, 관련 인프라가 부족한 지역에서는 검사를 원활하게 수행하기 어려울 수 있다. 치매 질환은 조기 발견이 무엇보다 중요하다는 점에서

현재와 같은 지역별 인프라 편차는 적절한 개입을 놓치게 되는 문제로 이어질 소지가 있다. 협약병원을 통한 진단검사 수행률은 전국 평균 19.5%로, 지역별로 뚜렷한 경향성 차이는 발견되지 않는다. 다만 센터 내에 간호사나 임상심리사가 없고 교류하는 협약병원이 적은 지역에 대해서는 선별검사 이후 적절한 관리가 이루어지는지 추가적으로 파악할 필요가 있다.

검진 후 치매안심센터의 치매 환자로 등록되면 이후 치매와 관련한 전문적 서비스 등을 제공할 수 있으므로, 등록 절차는 사례관리의 첫걸음이다. 2020년 말 기준, 전체 치매상병자 수 대비 60세 이상 치매 환자 등록률은 53.4%로 2분의 1 수준이다. 즉, 치매안심센터를 통해 등록되지 않은 경우 유관 인프라(장기요양기관, 요양병원 등)를 통해 개별적으로 관리 및 보호가 이루어지는 것으로 해석되며, 치매안심센터가 지역사회

그림 3. 지역별 치매안심센터 (센터당) 협약병원 수

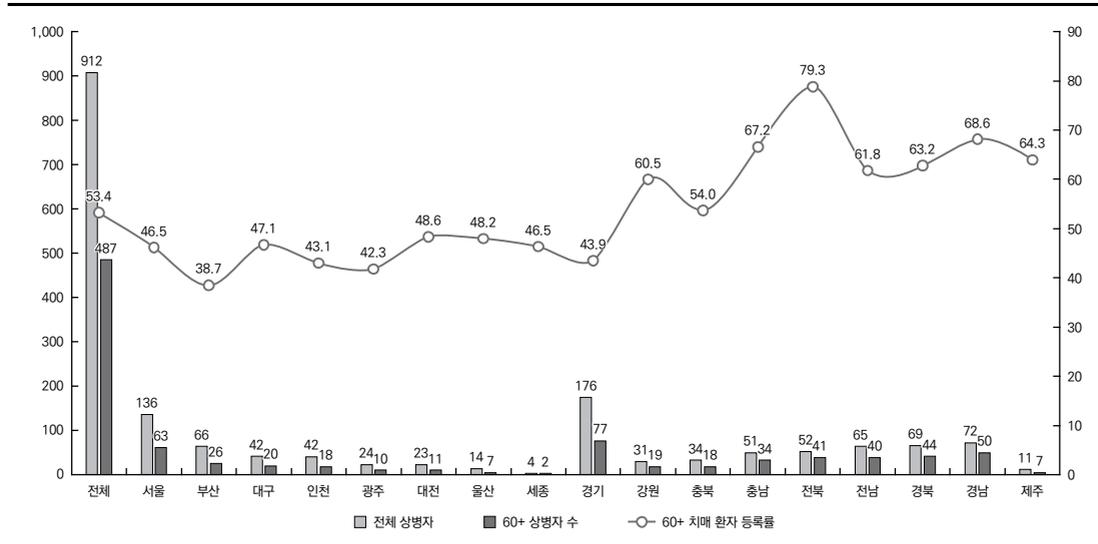
(단위: 개소)



자료: 이윤경, 김세진, 남궁은하, 이선희, 주지원. (2021). 치매정책 추진체계 현황 분석 및 강화방안 연구. p. 90 (표 3-24)를 바탕으로 도식화.

그림 4. 지역별 치매안심센터 등록자 수 및 등록률(2020년)

(단위: 천 명, %)



자료: 보건복지부, 국립중앙의료원 중앙치매센터. (2022). 대한민국 치매현황 2021. pp. 45-46 (표 17)~(표 18)을 바탕으로 도식화.

치매관리의 통합적 시스템으로 작동하는 것에 한계가 있는 것으로 간주된다.

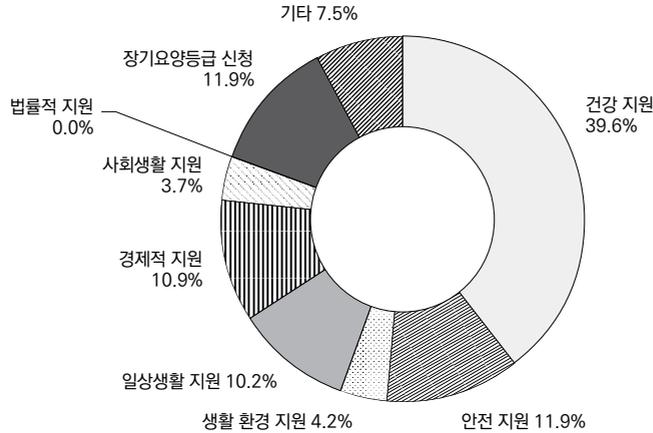
치매 환자 및 그 가족을 대상으로 맞춤형 사례관리 사업이 운영되고 있다. 치매 관련 서비스를 제공하는 유관 기관과 비교해 치매 환자 및 그 가족에 대한 사례관리는 치매안심센터의 독자적인 사업이다. 따라서 치매사례관리위원회 운영 등을 통해 사업의 실효성을 꾀하고 있다. 현재 치매안심센터의 사례관리는 대상자의 여건에 따라 응급·집중·일반관리 대상으로 구분하여 이루어진다. 집중관리 대상자 선정 및 최대 5년을 넘어 지속적인 개입이 반드시 필요하다고 판단되는 경우에 대해서는 치매사례관리위원회의 심의를 거치도록 하고 있다.

다만 사례관리 이행 건수에 대한 구체적인 자

료 구득이 어려운 관계로, 사례관리를 위해 수행되는 모니터링과 지역사회 자원 연계 현황으로 대체하여 이를 살펴보고자 한다. 2021년 1~9월 동안 자원 연계는 2만 8,900명(실인원)을 대상으로 3만 3,219건 진행되었으며, 모니터링은 3만 1,745건 수행되었다. 센터당 연계 건수는 자원 연계가 평균 130건, 모니터링이 평균 124건이다. 단, 센터별로 수행하는 자원 연계 및 모니터링의 범위가 다를 수 있다는 점과 센터에서 직접 수행하는 자원 연계(다른 기관으로부터의 연계는 미포함)만 포함된다는 점에서 해석에 주의를 요한다. 서비스 종류에 따라 자원 연계 현황을 살펴보면, 건강 지원(39.6%), 안전 지원 및 장기요양등급 신청(11.9%), 경제적 지원(10.9%), 일상생활 지원(10.2%) 등의 순으로 연계가 활발하

그림 5. 치매안심센터 자원 연계 현황

(단위: %)



자료: 이윤경, 김세진, 남궁은하, 이선희, 주지원. (2021). 치매정책 추진체계 현황 분석 및 강화방안 연구. pp. 94-95 (표 3-26)을 바탕으로 도식화함.

였다. 보건소 조직을 바탕으로 운영된다는 점에서 건강관리 사업이나 정신건강 상담 등이 유기적으로 연계되고 있으며, 건강 상태에 따라 장기요양기관 또는 행복복지센터 등과 같은 유관 기관에서 수행하는 서비스(장기요양서비스, 응급안전서비스, 긴급복지서비스 등)와의 연계도 비교적 순차적으로 수행되는 것으로 보인다. 지역별로도 자원 연계 건수와 관계없이 건강 지원과 장기요양등급 신청에 집중적으로 자원 연계가 이루어지는 것으로 나타났다. 일례로 자원 연계가 가장 활발히 이루어지는 서울 지역 역시 건강 지원이 43.8%로 높은 비율을 차지하며, 상대적으로 소극적인 연계가 이루어지는 세종이나 제주 지역에서도 유사한 경향이 나타났다. 자원 연계는 사례관리를 담당하는 직원의 전문적 역량과 지역사

회 유관 자원 분포 등에 따른 차이가 크므로, 향후 사례관리 담당자의 역량 강화와 지역사회 자원 발굴 및 정보 공유 등이 강화되어야 함을 시사한다. 특히 성년후견인 제도와 같은 법률적 지원은 지역을 불문하고 거의 이루어지지 않고 있어 더 적극적인 노력이 필요한 것으로 나타났다. 이 같은 상황에 착안하여 치매정책 사업 안내를 통해 치매안심센터와 지역사회협의체의 협력 체계 구축을 권고하고 있다. 즉, 협의체 운영을 통해 지역 내 유관 기관의 자원 및 정보를 공유하고 네트워크를 형성하여 지역사회 치매관리를 위한 공동의 노력을 수행해 주기를 강조하는 것이다.

라. 예산 및 지출

치매안심센터 예산은 2017년까지 관리 체계

표 4. 치매안심센터 운영 지원 예산 추이

(단위: 억 원)

예산 항목	2017년	2018년	2019년	2020년
치매관리 체계 구축 예산	154	1457	2363	2068
치매안심센터 운영 지원 예산	0	1035	2087	1790
총예산	154	2492	4450	3858

주: 치매안심센터는 국비 80%, 지방비 20%(서울 국비 50%, 지방비 50%)의 예산으로 운영됨.

자료: 고임석, 서지우, 정윤경, 이주현, 김복미, 심민하. (2020). 치매관리전달체계 기능 재정립 및 평가체계 개발 연구. p. 56 재구성.

를 구축하는 예산으로만 집행되었으며, 2018년 이후 운영 지원 예산이 별도로 편성되어 운영되었다. 치매국가책임제 도입 이후 치매안심센터 확대를 위해 2019년에 많은 예산이 투입된 바 있으며, 완전히 구축된 2020년 이후에 관련 예산은 감소하였다.

이 중 2020년을 기준으로 지역별 예산 재원 비율을 살펴보면, 서울(48.7%)을 제외한 나머지 지역들은 국비에 의존(70% 내외)하여 예산을 배정하는 것으로 나타났다. 서울은 민간 위탁 비율이 높다는 점에서 국비 지원율이 다른 시도에 비해 낮다. 광역 및 기초지자체 간 예산 투입 비율은 지역마다 차이를 보이나, 대체로 광역시는 광역과 기초지자체가 약 5:5 비율로 예산을 책정하는 반면, 이 외 도 지역(제주 제외)은 기초지자체의 책정률이 높다.

사업 비목별 집행 상황에서는 전체 집행액 중 인건비가 49.6%로 가장 큰 비중을 차지하였으며, 사업비 27.2%, 치매치료관리비 지원 사업

15.8% 등의 순으로 나타났다. 세부 사업별 예산 비율은 상담 및 등록관리(10.0%), 치매 인식 개선 및 교육·홍보(4.5%), 조기 검진(4.1%), 치매 예방 및 관리(3.6%) 등의 순이다. 지역별로 볼 때, 통합형이나 거점형을 기반으로 한 치매안심센터가 밀집한 지역의 경우 다른 유형(방문형, 소규모형)보다 많은 인력이 필요함에 따라 인건비 비율 역시 높다(서울, 부산, 세종 등). 이 외 지역에서는 상대적으로 사업비 비율이 높긴 하나, 대체로 상담 및 등록관리 사업에 치중되어 있다. 다만 치매관리 관련 정책 정비로 인해,⁴⁾ 향후에도 한정된 예산 내에서 사업비로 활용 가능한 예산의 여력이 크지 않은 상황이므로 수행 중인 사업에 대한 선택과 집중이 필요할 것으로 보인다.

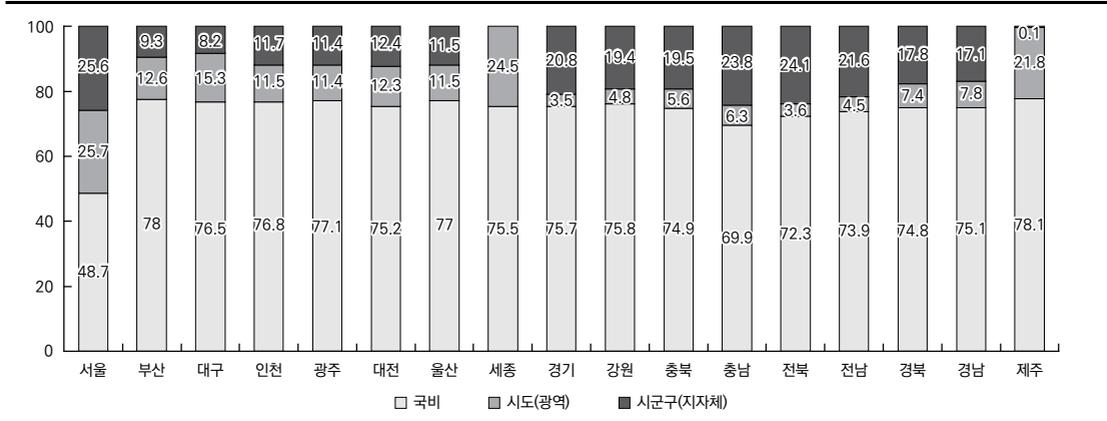
3. 치매안심센터 운영 방식 개선을 위한 정책 과제

치매안심센터의 전반적 운영 현황을 바탕으로

4) 2022년도 사업 안내에 따르면, 치매치료관리비 지원 사업에서 연령 기준이 폐지되고 소득 기준이 완화됨에 따라 지원 대상이 확대될 전망이다(보건복지부, 2022).

그림 6. 지역별 치매안심센터 예산 자원 비율

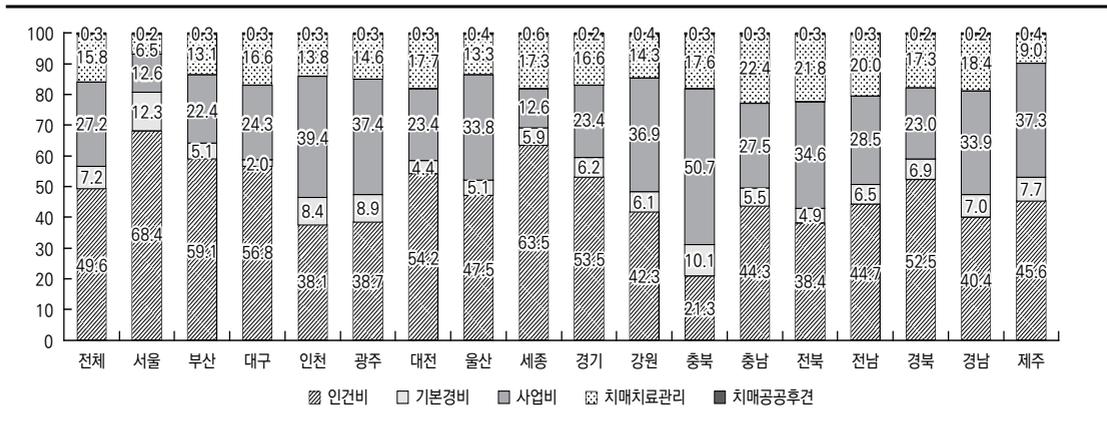
(단위: %)



자료: 이윤경, 김세진, 남궁은하, 이선희, 주지원. (2021). 치매정책 추진체계 현황 분석 및 강화방안 연구. p. 96 (표 3-27)을 바탕으로 도식화.

그림 7. 지역별 치매안심센터의 비목별 예산 집행 현황

(단위: %)



자료: 이윤경, 김세진, 남궁은하, 이선희, 주지원. (2021). 치매정책 추진체계 현황 분석 및 강화방안 연구. pp. 97-98 (표 3-28)의 원자료를 재계산하여 도식화함.

로, 치매안심센터의 질적 고도화를 위한 개선 방안을 사업 운영 범위 재편, 조직 운영의 안정성 및 전문성 강화, 사례관리 기능 강화를 위한 협력적 파트너십 구축, 치매정책 사업 안내 고도화 등의 차원에서 제안하고자 한다.

가. 사업 운영 범위 재편

현재 치매안심센터는 지자체 여건에 따라 팀을 구성할 수 있으며 이를 바탕으로 「치매관리법」 및 치매정책 사업 안내를 통해 제시된 사업

을 수행하도록 되어 있다. 제시된 모든 사업을 필수적으로 수행해야 하는 것은 아니나 평가와 연동되므로 기관의 입장에서는 실질적으로 자율적 선택을 바탕으로 한 사업 운영은 가능하지 않은 구조이다. 따라서 20명 내외의 직원들이 나열된 사업을 수행하는 구조이나, 현실적으로는 상담 및 등록, 조기 검진과 같은 특정 사업에 치중하여 운영되고 있다. 치매질환의 특성상 조기 발견과 개입이 매우 중요하지만, 이후의 지속적인 개입 역시 중요하다. 다만 현재의 사업 운영 구조상 등록 이후 대상자에 대한 적극적인 모니터링 및 자원 연계 등을 기대하기 어려운 것이 사실이다. 따라서 현재의 사업들을 필수적으로 수행해야 할 기본사업과 자율적으로 선택할 수 있는 선택사업 구조로 이원화할 것을 제안한다. 치매안심센터의 사업 집중도 및 향후 집중해야 할 사업 등을 바탕으로 기본사업의 범위를 정하고, 이 외의 사업은 지역별 여건(유관 기관 및 인프라 등)을 고려하여 선택사업으로 지정함으로써 더욱 효율적인 업무 수행이 가능한 여건을 조성할 필요가 있다.

나. 조직 운영의 안정성 및 전문성 강화

현황 분석에서 살펴본 바와 같이 치매안심센터는 지역별로 종사자 고용 총족률의 편차가 크며 전반적으로 인력 운영의 안정성을 담보하기 어려운 상황이다. 또한 자격 요건을 갖춘 종사자를 모두 배치해야 하나, 일부 지역에서는 특정 직종에 대한 인력 쏠림 또는 부재 현상이 발생하고 있다(김우경, 김형빈, 2018). 이 같은 상황에서

올해부터 치매안심센터 전담 공무원으로 배정받은 경우 최소 3년간 다른 부서로의 전근을 제한하거나, 특별한 사유에 한해 기간제 계약직을 허용하는 방안 등은 긍정적으로 판단된다. 다만 이는 권고 사항이므로 어느 정도의 실효성을 거둘 수 있을지에 대해서는 추가 검토가 필요하다. 따라서 장기적 관점에서 인력의 고용 안정성을 높일 수 있는 제도 개선이 이루어질 필요가 있으며, 숙련된 인력의 안정적 확보를 바탕으로 슈퍼비전 체계 역시 강화될 필요가 있다.

또한 현재 치매안심센터 직원은 공통 및 관련 업무에 대한 직무교육을 필수적으로 이수하도록 되어 있다. 다만 치매안심센터의 주요 사업인 맞춤형 사례관리 사업, 가족 지원 사업, 공공후견 사업 등은 온라인 영상 교육으로만 진행되고 있어 교육 이수의 효과성 담보 및 종사자의 전문성 강화를 위한 추가 장치가 마련되어야 할 것이다.

다. 사례관리 기능 강화를 위한 협력적 파트너십 구축

치매안심센터가 지역사회 치매관리의 거점 기관으로 재평가받기 위해서는 고유 기능인 사례관리 기능을 강화할 필요가 있으며, 이를 위해 치매 사례관리위원회 및 지역사회협의체 등의 거버넌스를 적극적으로 활용할 필요가 있다. 치매사례관리위원회는 현재 집중 사례관리군 및 지속적 개입이 필요한 대상자 선정, 사례 회의 등의 주요 기능을 담당하도록 되어 있으나, 심의 안전이 있거나 필요할 때 비정기적으로 개최되고 있다. 따

라서 치매안심센터의 사례관리 기능을 강조하기 위해서는 치매사례관리위원회의 책무성을 강화하고 정기적인 논의 구조를 마련해 실질적 기능을 발휘하도록 하는 절차가 필요할 것이다. 또한 자원 연계도 사례관리의 중요한 축이라는 점에서 지역사회협의체 역시 효과적으로 활용할 필요가 있다. 현재 협의체는 기관별 자원 공유 및 네트워크 형성 등을 도모하는 역할을 수행하도록 명시되어 있어, 지역사회 자원 연계 등을 필수적으로 수행해야 하는 치매안심센터 입장에서는 매우 중요한 기구이다. 현재 치매안심센터의 자원 연계가 건강서비스 지원과 같은 특정 영역에 치우쳐 운영되고 있음을 반추할 때, 지역 내 다양한 보건·복지 자원 및 정보를 관할하는 본 협의체와의 협력 관계는 형식적 운영을 넘어 현재보다 더 공고히 할 필요가 있다.

라. 치매정책 사업 안내 고도화

치매안심센터는 치매정책 사업 안내를 통해 제시된 사업 내용에 대한 이해를 바탕으로 운영되고 있다. 사업 내용을 어떻게 이해하고 해석하는가에 따라 사업 운영의 편차가 커질 수 있다. 현황 분석에서 나타난 바와 같이, 지역별로 자원 연계 및 모니터링 실적 편차가 큰 것은 지역사회 여건에 따른 차이도 있겠지만 실무자가 이를 어떻게 이해하고 사업을 수행하고 있는가에 대한 차이로도 볼 수 있다. 따라서 현장의 혼선을 최소화하고 더 효과적으로 업무 수행을 하기 위해서는 현재의 치매정책 사업 안내를 정교하게 고도

화하여 하나의 매뉴얼로 작동할 수 있도록 해야 할 것이다.

4. 나가며

국가 차원의 치매관리 강화 의지에 따라 치매안심센터는 도입 이후 괄목할 만한 성장을 이루었다. 특히 인프라 확대에 따른 접근성 강화와 치매관리를 위한 다양한 역할 수행을 통해 지역사회의 치매관리 거점 기관으로 자리하고 있다.

다만 이 같은 외연 확대에도 불구하고 지역별 여건 차이에 따른 기관의 운영 편차, 인력 수급난 및 안정성 저하, 사업 운영의 불균형 등의 문제로 인해 종합적인 치매관리 기능 수행에 한계가 있음을 확인하였다. 고령화에 따른 치매 환자 증가 및 그로 인한 사회적 요구가 확대될 것을 고려할 때, 치매안심센터가 본연의 역할을 제대로 수행하도록 하기 위한 재정비가 필요한 상황이다. 이에 치매안심센터의 사업 효율성 제고 및 조직 운영의 안정성·전문성 담보, 거버넌스 체계 강화 등의 노력을 바탕으로 질적 고도화를 할 필요가 있다. 현재까지 치매안심센터 인프라 구축과 같은 양적 성장에 집중하였다면, 향후에는 종합적인 치매관리 기능을 구현하는 기관으로 자리매김할 수 있도록 정책적 관심을 기울여야 할 것이다. ■

참고문헌

- 고임석, 서지우, 정윤경, 이주현, 김복미, 심민하.
(2020). **치매관리전달체계 기능 재정립 및
평가체계 개발 연구**. 세종: 보건복지부, 국
립중앙의료원 중앙치매센터.
- 관계부처 합동. (2021. 12. 22.). **치매국가책임
제 추진성과 및 향후 계획(안)**. 관계부처
합동 보도자료. Retrieved from [http://
www.mohw.go.kr/react/al/sal0301v
w.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID
=0403&page=1&CONT_SEQ=369036
&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVAL
UE=%EC%B9%98%EB%A7%A4](http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&page=1&CONT_SEQ=369036&SEARCHKEY=TITLE&SEARCHVALUE=%EC%B9%98%EB%A7%A4)에서
2022.8.15. 인출.
- 김우경, 김형빈. (2018). **치매 국가책임제 시행에
따른 제공기관의 역할 제고 방안: 치매안
심센터 중심으로**. 한국지방정부학회 추계
학술대회.
- 보건복지부. (2022). **2022 치매정책 사업안내**.
세종: 보건복지부. Retrieved from
[http://www.mohw.go.kr/react/jb/sj
b030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&
MENU_ID=032901&CONT_SEQ=370
213](http://www.mohw.go.kr/react/jb/sjb030301vw.jsp?PAR_MENU_ID=03&MENU_ID=032901&CONT_SEQ=370213)에서 2022.8.15. 인출.
- 보건복지부, 국립중앙의료원 중앙치매센터.
(2022). **대한민국 치매현황 2021**.
Retrieved from [https://ansim.nid.
or.kr/community/pds_view.aspx?bid
=243](https://ansim.nid.or.kr/community/pds_view.aspx?bid=243)에서 2022.8.15. 인출.
- 이윤경, 김세진, 남궁은하, 이선희, 주지원.
(2021). **치매정책 추진체계 현황 분석 및
강화방안 연구**. 세종: 보건복지부, 한국보

The Operational Status and Policy Challenges of the Dementia Care Center

Lee, Sun-Hee

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

This article aims to examine the operational status of the Dementia Care Center in five years since the implementation of National Responsibility System for Dementia, and to propose measures for improvement in order to elevate the center's position as a regional hub for managing dementia. A total of 256 Dementia Care Centers have been established in lower-tier localities across the country to increase access to dementia care, and various projects have been conducted to play a comprehensive role in managing dementia. However, issues have been reported on matters such as operational gaps within centers caused by regional conditions, difficulties in supplying workers and reduction in stability, and imbalances in business operations regardless of the achievements of expanding the scope of infrastructure. Considering that social demand will grow for Dementia Care Centers in the future as the number of dementia patients increase, reorganizing work range, ensuring stable and professional operational structure, and strengthening the governance system are emphasized to improve the operational efficiency of the Dementia Care Center.