



저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:



저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.



비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.



변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 [이용허락규약\(Legal Code\)](#)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

[Disclaimer](#)

요양병원 치매환자 삶의 질 향상 연구  
-의료인 심층면담 중심으로-



연세대학교 보건대학원  
국제보건학과 국제보건전공  
백 상 숙

요양병원 치매환자 삶의 질 향상 연구  
-의료인 심층면담 중심으로-


지도 김 소 윤 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함


2015년 12월 일

연세대학교 보건대학원  
국제보건학과 국제보건전공  
백 상 숙

백상숙의 보건학 석사학위 논문을 인준함

심사위원 김 소 원 

심사위원 김 인 숙 

심사위원 정 창 록 



연세대학교 보건대학원

2015년 12월 일

## 감사의 말씀

이 논문이 나오기까지 많은 분들의 도움을 받았습니다. 이 자리를 빌려 감사의 인사를 드리고자 합니다.

우선 제가 연구와 논문에 매진할 수 있도록 항상 배려해주시고 논문 작업 동안 큰 틀과 방향을 잡아주신 등불 같은 지도교수님이신 김소윤 교수님께 깊은 감사를 드립니다. 해외에서 7년여의 학업과 직장생활을 접고 2013년 귀국하여 이듬해 석사과정에 진학하였습니다. 아직 구체적인 학업목표와 연구주제를 정하지 못하였을 때 지도교수님을 만나게 되었습니다. 그 당시 교수님께서 제가 외국에서 공부했고, 일했던 노인요양 분야의 경험을 살려 노인보건과 더 넓게는 비급성기 보건의료서비스에 관한 연구를 시작할 수 있도록 관심과 조언을 아끼지 않으셨습니다. 지금까지도 저의 모든 연구에 대한 지도와 지원을 해주시는 교수님께 이 부족한 지면과 저의 글로는 온전히 전달하지 못할 존경과 감사의 마음을 드립니다.

또한 바쁘신 중에도 흔쾌히 논문지도를 맡아 주시고, 연구 설계 단계에서부터 차근차근 지도해주신 김인숙 교수님께 감사드립니다. 놓치기 쉬운 부분까지 꼼꼼하게 지적해주신 덕분에 연구자로서 자질을 갖추기 위해 더 노력하면서 마음을 다그쳐 바로잡을 수 있었습니다. 앞으로 저의 연구와 사회에서의 역할까지 생각하시는 제자를 위한 마음에 깊이 감명 받았습니다. 체계적인 학문 연구의 자세를 갖추 수 있도록 시간을 할애하여 조언해주시는 교수님을 가까이 모실 수 있는 것은 저에게 행운이며 영광입니다. 이에 다시 한 번 마음 깊은 곳에서부터 우러나는 감사와 존경을 표합니다.

제가 전달하고자 하는 내용이 논문이라는 틀로 옮겨지고 글로 표현될 수 있도록 지도해주신 정창록 교수님께 감사드립니다. 머릿속의 지식이 어떻게 음성언어로 표현되고 학문적인 글로 표현되어야 하는지 어디에서도 배울 수 없었던 부분을 지도해주셨습니다. 글쓰기 작업과 연구에 지치고 답답해하는 저에게 용기를 북돋우어 주시고 따뜻하게 격려해주신 덕분에 힘을 얻었습니다. 마음을 다해 감사드립니다.

더불어 2년간 보건대학원 생활 중 연구의 기회를 주시고, 언제든지 저를 위한 시간을 내어주시고, 진심어린 조언을 해주신 이명근 교수님 감사합니다. 교수님 덕분에 저의 대학원 생활이 훨씬 보람 있고 즐거울 수 있었습니다. 베풀어 주신 큰 가르침과 제자를 위하는 사랑은 제가 훗날 사회에 돌려 줄 수 있는 기회를 맞을 때까지 잊지 않고 가슴에 새기겠습니다.

대학원 생활동안 저에게 도움을 주시고 응원해주신 여러 선생님들의 얼굴을 한 분 한 분 되새겨봅니다. 마지막으로 지칠 때마다 연구실에서 벗어나 재충전할 수 있도록 에너지가 되어주는 나의 친구들, 부족한 딸이지만 항상 자랑스러워하시는 부모님 사랑합니다. 이외에도 어려운 여건 속에서 치매환자에 대한 의료와 요양 서비스의 질적 향상을 위해 현장에서 묵묵히 애쓰시는 많은 분들께 진심어린 감사의 마음을 전합니다.

이렇게 많은 분들의 지적, 도움과 격려로 비로소 제가 작은 열매 하나를 맺을 수 있게 되었습니다. 이러한 도움에 보답할 수 있도록 앞으로 더욱 열심히 제가 맡은 역할에 최선을 다하며 성장해 가겠습니다.

2015년 12월 30일

백상숙 올림.

# 차 례

## 국문요약

## 제 1 장 서론

1.1 연구 배경 및 필요성 .....	1
1.2 연구 목적 .....	3
1.3 연구 방법 .....	4
1.3.1 연구설계 및 방법론 .....	4
1.3.2 연구대상자 설정 및 동의 .....	4
1.3.3 자료수집 방법 및 절차 .....	5
1.3.4 자료분석 방법 및 절차 .....	8
1.3.5 연구의 신뢰도와 타당도 .....	9

## 제 2 장 치매환자의 삶의 질

2.1 치매에 대한 이해 .....	10
2.1.1 치매의 개념 및 증상 .....	10
2.1.2 치매의 치료와 이용시설 .....	11

2.2	삶의 질	12
2.2.1	삶의 질 개념	12
2.2.2	환자의 삶의 질 개념	13
2.2.3	치매환자 삶의 질과 매슬로우 욕구단계이론	13
2.2.4	치매환자 삶의 질 평가	14
제 3 장 치매환자의 영양과 의료서비스		
3.1	장기요양과 의료서비스	17
3.1.1	장기요양보호의 정의: OECD, WHO, 학자	17
3.1.2	장기요양보호와 의료서비스 관계	18
3.1.3	공적 장기요양서비스 형태: 조세와 사회보험제도	18
3.2	각국 치매환자 장기요양보험제도	19
3.2.1	독일의 장기요양보험	19
3.2.2	일본의 장기요양보험	20
3.2.3	한국의 장기요양보험	21
3.3	한국 치매환자 거주 시설: 요양병원과 요양시설	22
3.3.1	요양병원과 시설운영의 근거법령	22
3.3.2	대상환자군 및 본인 부담금	23
3.3.3	수가 및 급여내용	24
3.3.4	의료인력 기준	24



제 4 장 심층면담을 통해 의료인이 밝힌 치매환자 삶의 질 저해요인

4.1 외부환경요인 (1) 정책환경 문제	28
4.1.1 복지적 접근 우선	28
4.1.2 보건과 복지의 이원 정책으로 인한 분절화	28
4.2 외부환경요인 (2) 대중의 인식 부족	29
4.2.1 치매와 알츠하이머병 동일시	29
4.2.2 주위에 알리기 꺼려하는 질환	30
4.2.3 새로운 관계 형성에 대한 오해	31
4.3 내부환경요인 (1) 인력의 양적·질적 문제	32
4.3.1 치매전문 치료인력 부족	32
4.3.2 문제행동군 관리인력 부족	33
4.3.3 간호·돌봄 제공자 태도 문제	35
4.4 내부환경요인 (2) 시설 문제	35
4.4.1 치매질환자중심 시설기준 미비	35
4.4.2 문제행동군 환자관리 시설환경 미비	36
4.5 내부환경요인 (3) 수가 문제	37
4.5.1 간병비 환자부담	37
4.5.2 비약물 요법 비급여	37
4.5.3 문제행동군 치료시 수가변동	38

제 5 장	심층면담을 통해 의료인이 밝힌 치매환자 삶의 질 개선방안	
5.1	정책환경 개선	41
5.1.1	치매전문 의료인 의견수렴	41
5.1.2	보건·복지 정책의 유기적 연계	41
5.2	대중의 인식 개선	42
5.2.1	치매극복의 날 관련 홍보사업 확대 및 다각화	42
5.2.2	치매 인식개선 프로그램 마련 및 운영	42
5.3	인력의 양적·질적 개선	43
5.3.1	병원 사용자 중심으로 인력 인증기준 개선	43
5.3.2	치매전문인력 양성을 위한 교육제도 개선	43
5.4	시설환경 개선	44
5.4.1	병원 사용자 중심으로 시설 인증기준 개선	44
5.4.2	문제행동군 관리 병동 제도화	45
5.5	수가문제 개선	45
5.5.1	간병비 급여화	45
5.5.2	비약물 요법과 물리치료 급여화	46
5.5.3	사회복귀율 병원 평가에 반영	47
제 6 장	고찰 및 결론	48
	참고문헌	55

부록 .....	62
ABSTRACT .....	78

## 표차례

표 1. 국가별 장기요양보험제도 .....	22
표 2. 요양병원과 요양시설 .....	25
표 3. 연구대상자 특성 .....	26
표 4. 연구결과 (1) 요양병원 치매환자 삶의 질 저해요인 .....	27
표 5. 연구결과 (2) 요양병원 치매환자 삶의 질 개선방안 .....	40

## 부록차례

부록1. 연구대상자 설명문 및 동의서 .....	62
부록2. 심층면담 설문지 .....	68
부록3. 요양병원관련 의료법 시행규칙 .....	70
부록4. 치매인식개선 관련 치매관리법 조항 .....	72
부록5. 요양병원 개설자가 환자의 움직임을 제한하거나 신체를 묶는 경우에 준수해야 할 사항 .....	76

국문요약

**요양병원 치매환자 삶의 질 향상 연구**  
**- 의료인 심층면담 중심으로-**

급속한 노령화로 말미암아 치매환자가 늘어나고, 여성의 사회참여 확대로 치매환자에 대한 사회적 돌봄의 요구가 늘어났다. 이에 치료와 돌봄 서비스가 제공되는 요양병원은 양적 팽창을 이루었다. 하지만 요양병원 입원환자 중에서 가장 큰 비중을 차지하는 치매환자의 삶의 질에 대한 국내 연구는 많지 않았다. 이에 본 연구의 목적은 요양병원 내 치매환자의 삶의 질 저해요인을 알아보고, 향상을 위한 개선방안을 제시하는 것이었다. 이를 위해 요양병원에서 근무하는 의료인 6명을 대상으로 심층면담을 실시하였다. 자료의 분석은 스트라우스와 코빈(Strauss, Corbin, 1998)이 제시한 분석절차를 활용하였다.

의료인이 밝힌 요양병원 치매환자 삶의 질 저해요인은 병원 외부환경요인과 내부환경요인으로 요약되었다. 첫 번째 외부환경요인은 정책환경 문제이다. 의료기술의 발전과 치매에 대한 이해의 폭이 확대되어 다양한 치료요법을 통해 치매문제증상이 개선될 수 있는 치료환경이 가능해졌다. 그럼에도 불구하고 치매환자를 치료 대상자로 보기보다는 복지적 접근 대상자로 보는 정책기조에 문제점이 있었다. 두 번째로 대중의 인식 부족이 치매환자의 삶의 질을 저하는 요인이었다. 치매와 알츠하이머병을 동일시하여 모든 치매가 치료 불가능하다고 믿는 것, 주위에 알리기 꺼려하는 보호자 인식, 모든 치매환자가 새로운 관계 형성을 두려워 할 것이라는 생각 등이 대표적 개념이었다.

내부환경요인들은 조직 내적인 문제이면서 외부환경문제에 복합적으로 영향을 받는 것이었다. 결과로 도출된 세가지는 인력의 양적·질적 문제, 시설문제, 수가문제이었다. 인력 문제는 비약물 요법을 위한 전문 인력 부족, 문제행동군

관리인력 부족, 간호·돌봄 제공자의 태도 문제가 대표적 개념으로 드러났다. 두 번째 시설문제는 치매환자의 특성을 고려하지 않고 급성기 질환자와 동일한 시설 기준을 적용하는 것이었다. 더불어 배회·폭력성 등의 문제행동군 환자를 관리할 수 있는 시설환경 미비가 지적되었다. 세 번째, 요양병원 수가와 관련하여 간병비와 비약물 요법에 대해 급여 지급이 안되는 부분이 문제가 되었다. 또한 문제행동군 환자를 치료 후 인지장애군으로 분류가 되면 수가만 떨어지고 병원 평가에는 직접 반영이 없어 치료 저해 요인으로 작용하는 것으로 나타났다. 문제행동을 동반하는 환자에 대해 방치를 부추기는 현행 수가체계는 환자의 치료기회를 박탈하여 삶의 질을 저해하고 있었다.

총 다섯 가지로 요약된 삶의 질 저해요인을 극복하기 위한 방안은 다음과 같았다. 첫 번째 정책환경을 개선하기 위해 치매관련 정책 마련 시 현장의 치매전문 의료인으로부터 의견을 수렴하는 방안이 제안되었다. 더불어 보건과 복지정책의 유기적 연계가 필요하다고 보았다. 두 번째로 대중의 인식 개선을 위해 현행 치매관리법 내 조항을 적극 활용하는 방안이 있다. 이는 구체적으로 치매극복의 날 관련 홍보 사업을 확대하고 다각화하는 실천이다. 또한 치매연구사업을 통해 인식개선 프로그램을 마련하고, 치매상담센터 내에서 이를 운영하는 방안이 제시되었다. 세 번째로 병원 내 인력의 양적·질적 개선을 위해 병원 사용자 중심으로 인력 인증기준을 개선할 것과 치매전문 인력 양성을 위한 교육제도의 개선이 필요하다고 밝혔다. 네 번째 시설환경 개선을 위해 치매환자 중심으로 병원 시설 인증기준의 마련이 필요하다. 나아가 문제행동군 치매환자 관리행동을 제도화하는 방안이 제시되었다. 마지막으로 수가체계 개선을 위한 구체적 방안은 간병비와 비약물 요법의 급여화와 함께 치매환자의 사회복지율을 병원평가에 반영하여 환자를 사회에 복귀시키는 병원의 역할 강화이었다.

---

색인어: 요양병원, 치매환자, 치매환자 삶의 질, 질적 연구, 심층면담, 장기요양

# 제1장 서론

## 1.1 연구 배경 및 필요성

한국에서는 치매노인 상당수가 요양시설이나 요양병원에 보내지지 않고, 가족에 의해 돌봄이 이루어져 왔다. 이러한 현상은 한국인들이 가족윤리의 근간이 되고 있는 ‘효’ (孝)라는 사회적 가치규범을 따랐기 때문으로 보인다. 그러나 상황은 달라졌다. 현재 한국의 치매노인이 요양시설이나 요양병원에 맡겨지는 경우가 점점 더 늘어나고 있다. 이것은 부양 인구의 비율이 노인 인구의 증가속도를 따라잡지 못하고 있기 때문으로 여겨진다.<sup>1)</sup>

우리나라의 인구 구조는 평균 수명의 증가와 출산율 감소로 급격히 고령화가 진행되어, 2000년에 이미 ‘고령화 사회(aging society)’에 진입하였고<sup>2)</sup>, 2019년에 ‘고령 사회(aged society)’에 진입할 것으로 추계된다. 이는 19년 만에 고령화에서 고령 사회로 진입 하게 되는 것을 의미한다. 일본이 역사상 가장 빠른 속도로 24년 만에 고령사회로 진입했지만 그 속도를 한국이 추월할 것으로 예상된다.<sup>3)</sup>

1) 노년부양비 = (65세 이상 인구 ÷ 15-64세 인구) × 100

통계청 장래인구추계(2011년)에 따르면 생산 가능인구 100명당 부양해야 할 노인인구는 2010년 15.2명에서 베이비붐 세대의 고령인구 진입 및 기대수명 증가로 인하여 2030년 38.6명, 2060년 80.6명 수준으로 급증할 것으로 예상된다.

2) 2015년 국내 노인인구비중은 13.1%(통계청 2014년 추계)로 고령화 사회에 속한다. 일반적으로 고령화(ageing)를 판단하는 기준은 유엔이 정한 것을 사용한다. 유엔은 한 나라의 인구 구조를 세 가지 유형으로 분류 하였다. 총인구 중 65세 이상 노인인구비중이 4% 미만인 국가를 유년인구국(Young Population), 4-7%일때 성년인구국(Mature Population), 7% 이상인 경우 노년인구국(Aged Population)이라한다. 노년인구국을 다시 세분하여 65세 이상 노인인구비중이 7%-14%일때 고령화사회(Ageing Society), 14%-20% 고령사회(Aged Society), 20% 이상을 초고령사회(Super-Aged Society)로 구분하였다(United Nations, 1956).

3) 일본은 1970년 고령화사회, 1994년 고령사회를 거쳐 2005년에 이미 초고령사회에 진입하였다(Historical population data and projections(1950-2050).OECD.stat).

이 같은 급속한 노령화로 말미암아 치매, 뇌졸중 등 노인성 질환으로 장기 요양 보호를 필요로 하는 노인 인구도 늘어나게 되었다. 현재 국내 보건의료 체계는 양적 성장 위주의 영향 하에서 환자의 노동력 회복 후 사회 복귀를 목표로 급성기 질환에 자본이 우선 투입되는 패러다임을 갖고 있다(이윤환, 2000). 이러한 기초 하에서 노동력을 제공할 수 없는 노인 치매환자는 보건의료정책면에서 소외되어왔다.<sup>4)</sup> 치매환자에 대한 복지과 보건 정책의 불균형이 존재한다. 이는 법·정책적 문제인 동시에 윤리적 문제이기도 한데, 의료계에서 정책과 윤리 문제는 밀접하게 연관되어 있다(박형욱, 김소윤, 손명세, 2009). 우리사회는 앞으로 당면한 문제를 더 이상 도외시 할 수 없을 것이다.

치매 환자의 경우 기억, 논리, 인지 기능 등에 점진적 퇴행이 진행되는 경우가 많다. 논리와 인지 기능의 퇴행은 환자 개인의 신체에만 영향을 미치는 것이 아니라 타인과의 상호작용에 더 큰 영향을 주게 된다. 다시 말하면 치매는 환자 본인은 물론, 주변인과의 관계에 심각한 영향을 미치는 특징이 있다. 이러한 치매환자가 요양병원에 입원하여 장기간 생활하면서 다양한 의료진과 병원 내 종사자들과 새로운 관계를 형성하게 되는 상황은 치매환자의 삶의 질에 영향을 미칠 수밖에 없다. 병의 진행과 함께 삶의 질 저하가 뚜렷하게 일어나는 질환의 특성상 치료와 간호에 있어서 환자 삶의 질에 관한 고려가 중요하다(김미영, 2001).

사회적 돌봄 요구에 부응하여 치료가 요구되는 치매환자를 돌볼 수 있는 장기요양병원은 그 수가 2007년 591개에서 2014년 12월 말 기준 1337개로 급격히 증가하여 종별로 본 의료기관 중 연평균 증가율이 가장 높았다<sup>5)</sup>. 제도가

4) 치매관련보건정책은 1996년 3월말에 발표된 '삶의 질 세계화를 위한 노인·장애인복지 종합 대책'에서 처음으로 공식화되었지만 이는 치매질환자와 보호자에 대한 복지 대책 위주였으며, 치매질환을 치료하고자 하는 의료서비스 정책은 미흡하였다. 또한 노인 보건의료복지정책과 서비스는 노인성 만성질환의 특성을 고려하고 있지 않다(김옥희, 2010).

5) 국민건강보험공단과 건강보험심사평가원에서 2015년 10월 공동 발간한 '2014건강보험통계연

제대로 정비되지 않은 채, 고령화 사회를 맞아 양적 팽창을 겪고 있는 요양병원 제도는 부작용을 드러냈다. 각종 매체나 뉴스에서 보여 지는 요양병원의 모습에는 일부의 문제라 하더라도 분명히 우려스러운 점이 있다. 의료기술의 발달, 인구구조의 변화, 의료에 대한 정보 접근성 등 의료 환경의 변화는 전문적이고 질적인 서비스에 대한 관심을 증가시킨다고 하였다(이태화, 김인숙 등, 2006). 요양병원의 질적 서비스 수준을 높이기 위한 관심은 2014년 5월 28일 발생하여 21명의 사망자를 낸 요양병원 화재사건으로 더욱 확대되었다.

건강보험심사평가원의 2010년 통계자료에 따르면, 요양병원 거주 환자의 다빈도 상병은 치매 36.5%, 뇌졸중 35.3%, 고혈압 9.8%순이었다(김진수 등, 2013). 이렇듯 요양병원 내에서 가장 큰 비중을 차지하는 치매환자의 삶의 질과 관련하여 문제점을 파악하고 삶의 질 향상을 위한 개선방안을 알아보는 연구는 요양병원 역할의 재정립을 위해 유용한 정보를 제공할 수 있을 것이다.

## 1.2 연구 목적

요양병원 내에서 가장 많은 환자 수를 기록하고 있는 치매환자들이 장기간 병원에서 생활을 하면서 치료를 받게 되는 상황은 치매환자 삶의 질에 영향을 미치게 될 것으로 본다. 특히 병원이라는 특수한 환경에서 다양한 분야의 의료진 및 돌봄 제공자들과 새로운 관계를 형성하게 되는 치매환자 삶에 대해 알아보기 위해 그들을 직접 치료하고 간호하는 의료진으로부터 의견을 들어 보고자 하였다. 본 연구의 목적은 요양병원이라는 특수한 생활 터전 속 치매환자들의 삶의 질 향상에 기여하고자 함이다.

요양병원에서 치매환자를 주로 치료하고 돌보는 의사와 간호사를 대상으로

---

보'에 따르면 요양병원은 2007년 이후 2014년 말까지 매해 평균 12.4% 증가율을 보이며 모든 의료기관 연평균 증가율 1.7%을 높이 상회하며 가장 높은 양적 팽창을 보였다.



실시한 심층면담 분석을 통해 본 연구에서 도달하고자 하는 구체적인 목표는 다음과 같다. 첫째, 치매증상(BPSD) 개선, 환자관리, 주변환경, 여가활동, 대인관계 등의 삶의 질 평가 항목을 통해 파악한 요양병원 내 치매환자 삶의 질 저해 요인을 알아본다. 둘째, 삶의 질 개선방안을 제시한다.

## 1.3 연구 방법

### 1.3.1 연구 설계 및 방법론

본 연구는 치매환자의 삶의 질 향상에 관한 질적 연구이다. 요양병원 치매환자 삶의 질 저해요인과 개선방안을 의료진 심층면담을 통해 수집하였다. 수집된 자료를 근거이론을 이용하여 분석하였다. 상징적 상호작용론의 지식철학에 기초한 근거이론은 상호작용, 면담 등을 포함한 일련의 연구 과정을 통하여 체계적으로 수집되고 분석된 자료에 근거하여 필요한 개념이나 이론을 개발해 나가는 질적 연구 방법이다(Strauss, Corbin, 1998). 따라서 본 논문은 의료진의 관찰을 통해본 요양병원 치매환자의 삶의 질이라는 실제 영역에서 수집한 자료에 근거하여 개념의 형성, 개발, 및 범주화를 통해 요양병원 치매환자 삶의 질을 저해하는 요인들과 이를 극복할 방안들을 알아보려고 하였다.

### 1.3.2 연구대상자 설정 및 동의

본 연구 대상자는 치매 환자를 직접 치료하고 간호하는 요양병원의 의료인 중에서 본 연구의 목적을 이해하고 참여에 동의한 자이다. 대상자가 속한 요양병원은 대한노인요양병원협회에 가입하였으며 문제행동군으로 분류된 치매환자를 관리하는 특별 병동이나 병실을 따로 운영하는 300명상 이상 규모로 하였다. 수도권 중심지, 수도권 외곽, 지방 외곽 요양병원으로 지리적 특성을

달리하는 병원을 선정하였다. 의사는 치매환자를 치료하는데 전문성이 있는 정신과 전문의, 내과 전문의 각1명으로 하였다. 간호사는 치매 병동이나 병실 담당 간호사 4명으로 총 6명의 의료인들이 연구대상자이었다. 최소 2년 이상 요양병원에 근무하며, 치매환자를 돌보아온 의료인들로 대상을 한정하였다. 연구대상자들은 최소 2년에서 15년간 요양병원에 근무하였으며, 평균 근무년 수는 10년이었다.

연구 대상자의 윤리적 측면을 고려하기 위해 면담 시작 전에 연구 이외의 자료로는 사용되지 않을 것과 연구 참여의 이득이나 손실을 구체적으로 설명한 후 연구대상자가 연구에 참여하기를 동의한 경우 사후 익명성과 비밀 보장 및 연구 철회의 자유에 대한 내용을 설명하고 연구대상자 동의서<sup>6)</sup>를 작성하였다.

### 1.3.3 자료수집 방법 및 절차

자료수집 절차는 총 일곱 단계로 이루어졌다. 첫째, 문헌고찰을 통한 심층면담 설문지 초안 작성, 둘째, 사전조사를 통한 심층면담 대상자 수 선정 및 설문지 내용 보완, 셋째, 연구윤리심사<sup>7)</sup>를 통한 연구 자격 취득, 넷째, 심층면담 실시, 다섯째, 심층면담 1차 자료 분석, 여섯째, 전화와 이메일을 통한 추가 답변 자료 수집, 일곱째, 추가답변을 포함한 최종 자료 수집이었다.

다음은 본 논문에서 심층면담을 통한 자료수집이 치매환자가 아닌 의료인을 대상으로 이루어진 두 가지 이유이다. 첫째, 요양병원에 치료를 위해 입원한 치매환자의 인지 상태가 심층면담의 신뢰성을 확보하기에 어려움이 있다고 판단되었기 때문이다. 설문 응답에 대해 신뢰성을 확보할 수 없는 정도의 인지 장애를 겪고 있는 치매환자 삶의 질을 알아볼 때, 대리 응답(proxy rating)을

6) 연구대상자 설명문 및 동의서: 부록1 참조

7) 승인번호(2-1040939-AB-N-01-2015-330)-연세대학교 보건대학원 생명윤리심의위원회

활용하는 것에 대해 신뢰할 수 있음을 여러 연구에서 밝혀왔다.<sup>8)</sup> 둘째, 삶의 질을 파악할 때 건강, 소득수준과 같은 객관적 요소가 심각하게 저하된 대상은 만족감, 행복감등의 주관적 요인들보다 제 3자가 관찰 가능한 객관적 요인들의 설명력이 높아져서 객관적 항목으로 삶의 질을 평가할 수 있다.<sup>9)</sup> 중등도 이상의 인지저하와 문제행동을 동반하는 치매환자는 삶의 질 평가 요소인 건강 및 안전 등의 객관적 변수가 심각하게 저하된 대상이다.

사이드만(Seidman, 2006)에 따르면 연구자는 심층면담을 수행하기 전에 연구 대상자의 맥락이 다양하게 포함될 수 있도록 면담 대상자 수를 선정해야한다고 하였다. 심층면담을 통한 연구는 대상자들에게서 유사한 내용의 면담이 진행될 때 자연스럽게 종료되도록 제안한다. 본 연구자는 적절한 연구 대상자 수를 선정하기 위하여 본 연구가 시작되기 전 총 5곳의 요양병원을 방문하여 총 10명의 의료인들에게 사전 조사를 실시하였다. 사전 조사 결과 4명의 대상자들이 넘어 서면서 상당 부분 유사한 응답이 도출 되었으며, 5명에서 의견이 포화되는 것을 관찰하였다. 이 사전 조사를 근거로 본 연구의 대상자 수를 6명으로 정하였다.

링컨과 구바(Lincoln & Guba, 1985)에 따르면 심층면담이나 사례연구를 통한 질적 연구방법은 특정 맥락적 상황, 본 연구의 경우 ‘요양병원 내 치매환자 삶의 질’에 대한 연구대상자의 관점을 이해하기 위한 적합한 연구 방법이라고 하였다. 시설 내 치매환자의 삶의 질과 관련한 문제점을 체계적으로 파악하기 위하여 심층면담을 통해 자료를 수집할 때 다음 다섯 가지 측면을 고

---

8) Albert et al.(1996) Quality of life in patients with Alzheimer's disease as reported by patient proxies.

Logsdon et al.(2002) Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment.

9) 한석태(2008)는 삶의 질을 결정하는 요인에는 식생활, 건강, 안전, 소득 등의 객관적 요인과 안녕감, 만족감, 사회적·심리적 욕구 충족 등의 주관적 요인이 있다고 하였다. 일반적으로 주관적 변수가 객관적 변수보다 한 개인의 삶의 질에 상대적으로 큰 설명력을 가지지만 소득이나 건강과 같은 객관적 요인이 심각하게 저하된 대상은 삶의 질을 평가할 때 객관적 변수의 설명력이 커지며, 주관적 변수와의 관계가 밀접해진다고 밝혔다.

려하였다. 관련한 선행연구 고찰<sup>10)</sup>과 예비 현장 조사를 통하여 이루어진 다섯 가지 범주는 다음과 같았다. 첫째, 치매환자에게 흔히 동반되는 행동·정신적 문제 증상들의 개선 및 치료, 둘째, 치매 환자관리, 셋째, 주변환경, 넷째, 여가활동, 다섯째, 대인관계 및 상호작용을 통한 사회적 지지이다. 이를 토대로 반구조적 설문지를 마련하였다.

심층면담을 실시하기에 앞서 연구대상자들의 인권보장을 위해 연구자가 속한 기관의 연구윤리심사 승인을 받았다. 자료 수집은 2015년 9월과 10월에 걸쳐 이루어졌다. 1차 면담은 각 연구대상자가 근무하는 병원 내 세미나 실이나 집무실에서 이루어졌으며, 면담 시간은 60분에서 최장 90분이 넘지 않도록 진행되었다. 심층 면담의 모든 내용은 녹취되었으며, 전사에 사용된 총 녹취 분량은 384분이었다. 심층면담 자료를 통한 1차 분석을 마치고, 추가 의견을 간호사1명과 의사1명으로부터 이메일과 전화 통화로 전달 받았다.

심층면담 질문 내용은 시작질문, 전환질문, 주요질문, 마무리 질문으로 구성되었으며, 시작질문은 “현장에서 치매 환자를 치료하거나 돌볼 때 가장 어려운 경험은 어떤 것들 인가요?” 로 시작하였다. 이어지는 전환 질문에서 문헌고찰을 통해 연구자가 제시하는 다섯 가지 측면이 요양병원 치매환자 삶의 질 문제점을 파악할 때 고려해야하는 범주를 모두 포함하는지 확인하였다.

총 6개 항목으로 이루어진 주요 질문에서 치매환자 삶의 질과 관련하여 현재 느끼는 문제점과 삶의 질 향상을 위한 개선방안을 자유롭게 대답하도록 하였다. 첫째 “귀하가 치료하거나 간호하는 치매환자의 우울, 배회, 망상, 심신능력 저하 등 치매에 흔히 동반되는 문제 증상들<sup>11)</sup>의 개선을 위해 적절한 치

10) 김성자(2009), 박세정, 고수현(2008), 박세정, 김한곤(2009), 배윤조(2013), 오병훈(2009), Moyle et al.(2011, 2015), Hurt et al.(2008), Schalock(2004), Schipper, Clinch, Olweny(1996), Van Gennip et al.(2014)

11) 치매에 동반되는 행동·정신적 문제증상들(BPSD, Behavioural and Psychological Symptoms

료나 돌봄 서비스가 이루어지고 있습니까? 그렇지 못하다면 이유는 무엇인가요?” 둘째 “치매환자 관리와 관련하여 치매 노인의 존엄과 신체 자유를 위한 구체적인 노력은 무엇이 있습니까? 이외에 환자관리 문제로 환자의 삶의 질이 저해되는 상황이 있나요?” 셋째 “요양병원 내 치매환자의 주변 환경과 삶의 질에 대해 말씀해주십시오” 넷째 “환자의 심신의 상태에 따른 환자 개인을 위한 여가활동이나 프로그램에 대해 말씀해 주십시오.” 다섯째 “치매환자에 대한 환자의 가족, 친구, 의료진들의 사회적 지지는 어떤가요?” 여섯째 “지금까지 언급한 내용 외에 환자의 삶의 질과 관련하여 고려해야 할 추가적인 내용은 무엇이라고 생각하십니까?” 다음으로 “요양병원제도와 관련하여 치매환자의 삶의 질 향상을 위한 개선 방안들은 무엇이라고 생각하십니까?” 마무리 질문은 “지금까지, 요양병원 내 치매환자의 삶의 질과 관련한 문제점 그리고 삶의 질 향상을 위한 개선 방안들을 말씀하셨습니다. 이외에도 요양병원 내 치매환자 삶의 질과 관련하여 더 논의 하고 싶은 것이 있습니까?” 로 이루어졌다.

#### 1.3.4 자료분석 방법 및 절차

자료의 분석은 스트라우스와 코빈(Strauss, Corbin, 1998)이 제시한 근거이론 방법의 분석 절차에 따라 이루어졌다. 근거이론 방법에서는 수집된 자료를 분석하고 개념화시켜 이론은 생성하기 위해 새로운 방식으로 재조합하는 과정을 코딩이라고 한다(Strauss, Corbin, 1998). 코딩의 과정은 질적 연구 자료로 부터 이론이 정립되는 핵심과정이다. 코딩은 현상에 이름을 붙여 개념화시키고 이를 같은 범주끼리 묶는 개방코딩과 범주나 하위범주를 패러다임에 따라 관계를 맺는 축고딩, 범주를 정련화 시키는 과정인 선택코딩의 세가지로 이루어진다(이동성, 김영천, 2012). 본 연구에서도 이러한 코딩의 세 단계를

---

in Dementia)은 치매환자 삶의 질을 저하시킨다(Hurt et al., 2008). 영국왕립대학 정신의학 연구소를 비롯한 다국적, 다학적, 다기관 합동 연구를 통해 발표된 Hurt와 그의 동료들의 논문은 돌봄제공자와 환자 모두의 관점을 조사한 후, BPSD와 치매환자 삶의 질 관련성을 최초로 규명한 의미 있는 연구로 인정된다.

거치면서 자료들을 분석하였다.

### 1.3.5 연구의 신뢰도와 타당도

질적 연구의 신뢰도 및 타당도 확보를 위해 링컨과 구바(Lincoln and Guba, 1985)가 제시한 네 가지 평가기준을 적용하였다. 첫째, 신뢰성(credibility)을 확보하기 위하여 연구자가 가진 주제와 관련한 편견을 최소화하고자 연구자 본인의 의견은 연구대상자의 대답에 영향을 미치지 않도록 면담에 임하였다(bracketing). 이는 현상에 접근할 때 무엇이 진실인가에 관한 연구자의 모든 판단이 중지되어야 한다는 현상학적 접근법을 적용한 것으로 질적 연구 방법의 대표적 학자 크레스웰이 밝힌 것이다(Cresswell, 2007). 또한 연구대상자의 의미를 적극적으로 경청하면서 대상자의 진술 흐름을 방해하지 않도록, 침묵과 촉진을 활용한 면담을 실시하였다. 심층면담의 마무리에 연구대상자에게 면담 내용을 요약하여 말하면서 면담내용에 대한 확인 및 동의를 구하였다.

둘째, 연구결과의 적합성(fittingness of findings)을 확보하기 위해 자료 분석 결과를 연구에 참여한 의사와 간호사 각 1명에게 보여주었다. 이는 치매 환자의 삶의 질 저하요인과 개선방안에 대해 면담한 내용들이 분석 결과에 잘 반영되었는지를 확인하기 위함이다. 더불어 분석과정에서 질적 연구 경험이 있는 연구자들의 조언을 받아 연구결과의 적합성 확립을 위해 노력하였다. 셋째, 감사가능성(auditability) 확보를 위해 연구의 시작부터 끝까지 연구의 전 과정을 사전에 구축된 절차대로 수행하면서 상세히 기술하였다. 넷째, 확인가능성(confirmability)을 확보하기 위하여 필사된 자료를 반복하여 읽고 분석하면서, 교수 3인에게 분석 결과에 대한 동의가 이루어지는지 연구 진행 중 지속적인 확인 작업을 거쳤다.

## 제2장 치매환자의 삶의 질

### 2.1 치매에 대한 이해

#### 2.1.1 치매의 개념 및 증상

치매는 후천적 뇌질환에 따른 기억력, 언어능력, 지남력(指南力), 판단력 및 수행능력 등의 기능 저하가 일상생활의 지장을 초래하는 상태로 다양한 원인 질환들에 의해 발생하는 임상 증후군이다(구본대 등, 2011. 재인용; 치매관리법, 2011). 치매를 유발하는 질병은 70가지에 이르는 것으로 알려져 있으며, 가장 대표적인 원인질환은 알츠하이머병으로 전체 치매의 50-80% 정도를 차지한다(구본대 등, 2011; 한국보건산업진흥원, 2008). 알츠하이머병의 경우 발병 후 계속적으로 병이 진행되는 퇴행성이지만, 뇌혈관성 치매의 경우는 적절한 의료적 개입으로 증상의 진행을 막을 수 있어 예방 가능한 치매로 분류되고 있으며 대략 25%를 차지한다(한국보건산업진흥원, 2008).

치매는 원인질환의 임상경과에 따라서 퇴행성, 예방 가능, 치료 가능, 기타 치매로 분류할 수 있다.(구본대 등, 2011; 노인성치매임상연구센터, 2009; 한국보건산업진흥원, 2008). 치료 가능한 치매는 우울증 등의 정신질환에 의한 인지기능장애, 공간 점유 병변에 의한 치매, 약물 등에 의한 치매, 내분비 이상에 의한 치매, 감염에 의한 치매 등이 있다(노인성치매임상연구센터, 2009). 치료 가능한 치매가 전체 치매의 약 5-10% 정도를 차지하는데, 적절한 치료가 이루어지면 치매 발현 이전의 상태로 치료 될 수 있다(노인성치매임상연구센터, 2009). 가장 흔한 퇴행성 알츠하이머병 치매도 조기진단과 의료적 개입으로 증상이 호전되거나 진행을 늦출 수 있다(박세정, 고수현, 2008; 한

국보건산업진흥원, 2008).

치매는 초기에 기억장애 등 인지적 증상을 보이지만 중기로 진행되면서 비인지적 증상인 행동·정신 증상을 흔히 동반한다(오병훈, 2009; Hurt et al., 2008).<sup>12)</sup> 불안, 초조, 우울, 환각, 망상, 배회 등을 포함하며, 치매환자는 병이 진행되는 과정에서 많게는 환자의 90%가 이러한 문제증상들을 하나 혹은 그 이상 겪게 된다(Hurt et al. 2008; Marin et al., 1997). 문제증상 발생 빈도는 초조감 75%, 우울증 50%, 정신증 30%, 소리 지르기 25%, 폭력성 20%인 것으로 관찰되었다(오병훈, 2009).

#### 2.1.2 치매의 치료와 환자 이용시설

대부분의 치매가 만성적으로 진행되는 뇌의 질병에 기인하므로 일관성 있게 지속적으로 대처하는 것이 가장 효율적이다(오병훈, 2009). 특히 치매의 비인지적 행동·정신 증상들은 초기에 치료하면 효과가 우수하여, 치매환자 삶의 질 개선에 매우 중요하다(오병훈, 2009; Hurt et al., 2008). 치료 원칙은 비약물적 치료가 약물치료보다 우선적으로 시도되어야 한다(노인성치매임상연구센터, 2009; 오병훈, 2009). 일반적으로 비약물 요법에 잘 반응하는 문제증상은 배회, 소리지름, 우울증 등이 있다. 반면 약물치료에 비교적 잘 반응하는 증상으로는 환청, 망상 등의 정신병적 증상, 불면증 등이 있다(오병훈, 2009).

돌봄 요구도가 높은 치매환자의 경우 치료와 돌봄을 위해 의료기관이나 시설을 이용하게 되는 경우가 일반화 되어가고 있다. 2012년 보건복지부에서 실

---

12) 치매 행동·정신증상(Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia, BPSD)은 199년에 세계노인정신의학회(the International Psychogeriatric Association)에서 치매환자에게 빈번하게 동반되는 지각, 생각의 내용, 기분 혹은 행동의 장애 증상들이라고 정의 하였다(BPSD as: Symptoms of disturbed perception, thought content, mood or behaviour that frequently occur in patients with dementia).



시한 전국 치매 역학조사에 따르면 의하면, 65세 이상 노인의 치매 유병률은 9.18% 이었고, 여성이 남성보다 2.5배 많았다. 높은 수준의 치료와 돌봄이 필요한 중등도와 중증의 치매가 전체의 41%를 차지한다. 치료 외에 돌봄의 기능이 있는 요양병원은 문제행동을 동반한 치매환자가 입원하고, 문제행동을 동반하지 않으며 치료 요구도가 낮지만 돌봄 요구가 있는 치매환자는 시설에 입소하여야 한다. 하지만 장기요양보험 도입당시 요양병원과 요양시설의 역할을 명확히 하지 않고, 입소와 전원 규정의 미비로 이용자는 두 기관의 선택에 있어 혼란이 있다(한기명, 2015). 의료적 필요도가 없는 치매 환자가 요양시설이 아닌 요양병원에 입원하는 사례가 문제로 지적된다.

## 2.2 삶의 질

### 2.2.1 삶의 질 개념

삶의 질이라는 용어는 미국의 사회학자 캠벨(Campbell, 1976)이 삶의 질을 경제적으로 안정되는 것을 넘어서 좋은 생활을 누리는 것이라는 관점에서 처음 사용한 이후 경제, 정치, 심리, 보건, 의학 등 많은 분야에서 널리 사용되고 있다. 삶의 질은 사회적, 심리적, 그리고 신체적 영역을 포함 하는 다차원적 개념으로서, 물질적, 신체적, 사회적, 정서적 및 영적인 안녕감 등 인간 삶의 모든 측면을 포함한다(Fletcher et al., 1992; Schalock, 2004).

WHO에서 정의한 삶의 질이란 사람들이 속해 있는 문화와 가치 체계의 맥락에서 그들의 목표, 기대, 기준, 관심 등과 관련하여 삶의 입장에 대한 지각을 의미한다(WHOQOL group, 1995). 다시 말하면 삶의 질은 개인이 속해있는 문화로부터 영향을 받으며, 주관적으로 인식하는 것이다.

### 2.2.2 환자의 삶의 질 개념

삶의 질 논의 범위를 치매를 앓고 있는 환자로 좁혀보고자 한다. 건강 관련 삶의 질<sup>13)</sup>은 질병이 환자 인체 기능에 미치는 영향과 그에 따른 치료가 환자에게 미치는 영향을 의미한다(Cella, 1995; Schipper, Clinch, Olweny, 1996). 특히 치매는 병의 진행과 함께 자립된 생활이 어려워져서 돌봄 요구도가 높은 질병이다. 환자 자립도가 떨어지는 질환의 특성 상 삶의 질 고려가 중요하다. 자립도가 떨어진 치매환자가 노동력을 상실한 노인일지라도 존엄한 인격체로 존중되고, 삶의 질이 고려되어야 한다. 의료자원분배의 문제에서 효용을 고려하여 고령자, 중증환자, 장애인 등 특정 상황에 놓인 사람들을 의료나 복지 서비스 혜택 우선순위에서 제외시킨다면 이들은 기회를 두 번 잃는 것이다(정창록, 2012).

### 2.2.3 치매환자 삶의 질과 매슬로우 욕구단계이론

매슬로우(Maslow)의 이론 즉, 인간은 행복을 목표로 단계적 욕구충족을 통해 자아실현을 이루어 나아간다는 개념은 현대 의학의 역할을 이해하는데 중요하게 살펴볼 필요가 있다(Ventegodt, Merrick, Andersen, 2003). 왜냐하면 현대 의학에서 비중이 커지고 있는 만성 질병의 경우 병이 완치되어 사라지지 않기 때문에 환자의 삶이 지금보다 나아지게 하는 것이 의술의 역할이 되기 때문이다(Ventegodt, Merrick, Andersen, 2003). 매슬로우는 인간 삶의 단계를 생리적, 안전, 사랑과 소속, 존엄, 자아실현 욕구로 나누었다(Ventegodt, Merrick, Andersen, 2003, 재인용). 그의 이론에 따르면, 개인은 하위 욕구를 충족한 다음에 상위욕구를 충족한다(Ventegodt, Merrick, Andersen, 2003, 재

13) 암, 임종기, 만성질환자 등 환자의 삶의 질을 논할 때 언급되는 건강관련 삶의 질(Health-Related Quality of Life)과 관련하여 많은 정의가 있지만, 본문에 인용된 두 저서의 정의가 널리 받아들여지고 있다.

인용). 인간욕구의 단계적 실현을 강조한 그의 이론은 개인의 삶의 질 이해를 위해 적용될 수 있다. 인간은 단계적 욕구 충족을 통해 행복감을 느끼고 삶의 질이 향상된다. 치매 환자의 경우 질병으로 인하여 가장 기본적인 생리적 및 안전 욕구의 충족이 쉽지 않은 집단이다. 요양병원의 역할은 입원환자의 하위 욕구가 충족되도록 문제 증상을 치료하는 것으로도 이해될 수 있다.

더불어 개인의 욕구와 삶의 질은 개인이 속한 사회·문화적 환경의 맥락에서 이해해야 한다는 점에 주목해야한다(WHOQOL group, 1995). 즉 치매환자가 요양병원이라는 특수한 환경 속에서 어떤 욕구 단계에 머무르고 있는지를 고려해야한다. 병원 환경은 환자를 어느 하나의 욕구단계에 머무르게 할 수도 있고, 생리적 욕구와 안전 욕구를 실현하도록 도와 상위 단계로의 이동을 용이하게 하기도 한다. 또한 상위 욕구인 사랑과 존엄의 욕구 충족은 환자 삶의 질과 밀접하게 연관되어있다.

#### 2.2.4 치매환자 삶의 질 평가

요양병원 치매환자 삶의 질을 평가할 때 환자가 처한 병원이라는 환경과 입원이 필요한 환자라는 것을 고려한 평가 항목들이 존재한다. 관련 연구와 문헌을 통해 밝혀진 평가 변수 혹은 삶의 질 영향요인은 다음 5가지로 요약될 수 있다. 첫째, 치매증상의 개선과 치료 여부이다. 요양병원에 입원한 상당수 치매환자는 이미 질환의 진행으로 문제 행동을 동반하는 경우가 많으며, 치료 여부는 환자의 삶의 질과 관련이 있다. 영국 왕립 대학 정신의학 연구소를 비롯한 유럽 5개국의 다학적, 다기관 합동 연구를 통해 발표된 논문(Hurt et al., 2008)에서 치매에 동반되는 행동·정신 증상들은 치매환자의 삶의 질을 낮춘다고 밝혔다. 국내 연구에서도 우울감 같은 정신 증상이 노인의 삶의 질에 영향을 준다고 하였다(김성자, 2009; 손신영, 2006). 또 다른 연구에서

정신적 문제 증상 개선과 개인의 자립성을 유지할 수 있는 신체기능 유지는 치매환자에게 중요한 삶의 질 영향 요인이라고 밝혔다(Moyle et al., 2011; 2015; Schalock, 2004).

두 번째는 치매환자 관리이다. 요양 병원 내 문제행동군 치매환자는 관리가 가장 어려운 그룹이다. 이러한 이유로 환자의 안전을 위한다는 명분하에 인지 기능 저하와 문제행동을 동반하는 치매환자가 신체구속을 당하거나 폐쇄 병동에 수용되어지기도 한다. 역사적으로 노인 거주 의료기관에서 문제증상을 동반하는 치매환자를 대상으로 신체구속이 있어왔다. 이에 심각성을 느낀 일본과 한국은 신체구속을 금지하거나 제한하는 법령을 마련하고 있다. 일본은 1998년 ‘신체구속 금지’를 알린 후쿠오카 선언<sup>14)</sup>을 하였다. 이후 일본 노인 요양의 전환이 이루어지고, 2년 후 신체구속을 제한하는 후생성령 법 조항 신설되었다. 국내에서도 2015년 5월 요양병원 개설자가 환자의 움직임을 제한하거나 신체를 묶는 경우 준수해야 할 범조항이 신설되었다.<sup>15)</sup> 환자가 이 전에 인격체로 존중받을 것과 신체의 자유를 보장 받는 것은 인간의 기본권이다. 이는 샬록(Schalock, 2004)이 밝힌 삶의 질 영향 요인<sup>16)</sup>에도 인권, 육체적 안녕, 독립성 등으로 표현되고 있다.

세 번째로 치매환자 삶의 질은 주변 환경에 영향을 받는다. 시설환경과 치매노인의 삶의 질은 상호 관련성이 높다(박세정, 김한곤, 2009). 물리적 환경의 중요도가 높다는 점은 장기요양병원과 급성기 의료기관의 뚜렷한 차이점이기도 하다. 주변 환경이란 편안한 생활공간, 휴게 공간, 환기를 위한 창, 안전 시설 등의 물리적 환경만을 의미하는 것은 아니다. 이에 물리적 환경과 수

14) 1998년 10월 후쿠오카 선언: 후쿠오카 10개 노인병원 대표들이 모여 환자신체구속 폐지 선언.

15) 2015.5.29. 의료법 시행규칙 신설 조항. 부록5 참조

16) Schalock(2004)은 삶의 질과 관련하여 8가지 지표를 요약하였다. 감정적, 육체적, 물질적 안녕, 인권, 사회적 융합, 대인관계, 독립성 및 자기결정권, 개인적 발전이 그것이다.

발환경이 포함된다(박세정, 김한곤, 2009). 간병요구도가 상대적으로 높은 치매환자의 경우 주변 환경은 간병 환경을 포함한다,

네 번째로 여가활동의 측면에서 환자의 삶의 질이 영향을 받는다. 무언가 할 일이 있는 것(Something to do)이 치매환자의 삶을 의미 있게 만들며, 중요하게 그들의 삶의 질에 영향을 미친다(Beattie et al., 2015; Moyle et al., 2015). 비약물 요법을 비롯한 여가활동과 취미생활이 시설입소 치매노인의 삶의 질과 관련성이 높다는 것은 국내 연구에서도 밝히고 있다(박세정, 김한곤, 2009).

다섯 번째로 대인관계를 통한 사회적 지지는 환자의 삶의 질과 관련이 있다. 사회적 지지란 타인에 의해 제공되는 자원으로 인간의 기본적인 사회적 욕구가 다른 사람과의 상호작용을 통해 충족된다(Thoits, 1982). 사회적 지지는 가족, 친구, 이웃, 전문가 등으로 이루어진 사회 연결망의 구성원으로부터 제공된다(배윤조, 2013). 이것이 노인의 정신건강, 우울감, 행복감 등에 긍정적인 영향을 미치는 것은 선행 연구를 통해 밝혀졌다(김애련, 채옥희, 2001). 시설에서 생활하는 치매환자를 대상으로 한 심층면담 분석을 통해 가족, 시설 내 다른 환자들, 의료진 및 요양보호사와의 사회적 관계가 치매환자 삶의 질에 중요하게 영향을 미친다고 하였다(Moyle et al., 2011; 2015). 특히 모일의 2015년 연구에서 대부분 치매환자들이 심층면담 중 사회적 관계망에 친구들은 언급하지 않은 것에 대해 인지기능 저하로 기억하지 못한 것에 기인한다고 보았다. 이러한 질병의 특성상 직계 가족과 병원 내 의료진 및 간병 보호사 등이 제공하는 사회적 지지가 매우 중요하다.

## 제3장 치매환자의 영양과 의료서비스

### 3.1 장기요양과 의료서비스

#### 3.1.1 장기요양보호의 정의: OECD, WHO, 학자

고령화와 인구구조의 변화로 말미암아 다수의 국가에서 정책적 개입인 장기요양보호제도를 실시하고 있다. 치매환자가 이용할 수 있는 장기요양과 의료서비스는 각국의 사회보험체계와 의료보장제도의 형태와 국민들의 사회 및 문화적 수용성에 따라 다양한 방식으로 운영되고 있다. 대표적으로 사회보험형식, 세금에 의한 서비스, 민간과의 공조의 방식이 있다. 다양한 장기요양 형태가 존재하듯이 장기요양보호에 대한 정의도 다양하다.

OECD(2005)는 장기요양보호(long-term care)란 “신체 혹은 인지 기능의 저하로 장기간 일상생활수행에 도움이 필요한 대상에게 제공되는 일련의 서비스”로 정의하면서, 이러한 돌봄 서비스는 종종 의료 서비스와 함께 복합 서비스로 제공된다고 하였다. 의료서비스는 의사, 간호사, 물리치료사 등 전문직 의료인들에 의해 제공되는 것이며, 간호서비스는 간호사가 제공하는 간호적 돌봄이며, 사회서비스란 개인의 생활 기능, 가사생활 유지, 사회활동 참여 등을 포함하는 일상생활수행능력에 대한 지원서비스라고 세분하였다.

WHO(2000)는 “가족, 친지, 이웃 등의 비공식 수발자나 의료 혹은 사회복지 분야 종사자인 공식 수발자 등이 보호가 필요한 사람들에게 제공하는 모든 활동”이라고 장기요양보호를 정의하였다. 서비스에 대한 욕구는 신체적, 정신적, 인지적 측면에서 기능이 저하되거나 상실되었을 때 발생한다고 하였다.

더불어 대표적인 학자 코니 이배쉬윅(Evashwick, 2005)은 장기요양보호에

대해 “일시적 혹은 만성적 장애가 있는 사람들에게 가능한 독립적 기능을 할 수 있도록 장기간에 걸쳐 제공되는 보건, 정신건강, 사회 및 주거서비스” 라고 하였다. 학자별 장기요양 서비스의 정의를 살펴보면, Weissert(1978)은 그의 저서 ‘Long-term care: an overview’ 에서 시설 혹은 집에 거주하면서 장기간의 치료가 필요한 사람에게 제공하는 진단, 예방, 치료, 재활, 지원, 유지 서비스로 정의하였다. Brody(1977)는 ‘Long-term care of older people’ 에서 기능이 손상된 사람에게 지속적으로 제공되는 서비스로 규정하였다. Kane(1982)은 ‘Values and long-term care’ 에서 자기 스스로 돌볼 능력이 떨어진 사람의 건강, 개인돌봄, 사회적 욕구에 부응하기 위한 서비스라고 하였다.

### 3.1.2 장기요양보호와 의료서비스 관계

WHO의 정의에 의료인이 공식 수발자로 언급되고 있으며, OECD의 정의에서 장기요양 서비스는 종종 의료 서비스와 함께 복합 서비스로 제공된다고 하였다. 이것으로 판단해보면 장기요양 서비스와 의료 서비스를 명확하게 구분하고 있지 않으며, 복합적으로 함께 제공되는 서비스로 보고 있는 것을 알 수 있다. 대표적 학자들 또한 장기요양 서비스를 보건의료 서비스와 사회복지 서비스의 복합적 개념으로 보았다. 수혜자 입장에서조차 갑작스런 건강상의 변화로 의료적 처치를 받아야 하는 상황이 수시로 발생하므로, 의료와 요양 서비스 구분의 필요성이 크지 않다(최인덕, 이은미, 2010; 한기명, 2015).

### 3.1.3 공적 장기요양서비스 형태: 조세와 사회보험제도

고령화는 장기요양서비스를 필요로 하는 노령 인구의 증가를 의미한다. 더불어 여성의 사회적 활동 증가와 가족의 부양에 대한 개인 및 사회적 인식 변화는 장기요양 서비스 제공에 대한 공적인 요구를 증가시켰다(Francesca et

al., 2011). 이러한 문제의식을 갖고 영국, 스웨덴, 덴마크, 핀란드, 호주, 뉴질랜드 등은 조세방식으로 장기요양 서비스를 제공하고 있다. 다른 장기요양서비스의 모델은 공적사회보험의 형태이다. 대표적인 국가가 독일, 일본, 한국, 네덜란드이다. 네덜란드의 경우 건강보험에 속한 장기요양 프로그램 형태로 운영되고 있어, 독자적인 장기요양보험 제도를 운영하고 있는 다른 나라들과는 차별된다.

## 3.2 각국 치매환자 장기요양보험제도

### 3.2.1 독일의 장기요양보험

세계에서 가장 먼저 장기요양급여를 시작한 나라는 네덜란드(1968년)이며, 독일은 최초로 사회보험제도로써 장기요양보험을 실시하였다. 1970년대 중반부터 독자적인 장기요양보험의 필요성이 대두되었고, 20여년의 논의를 거친 후, 1994년 수발보험(Pflegeversicherung)에 관한 법이 제정되었다.<sup>17)</sup>

장기요양보험의 보험자는 의료보험과 동일하게 의료보험공단이다. 수급권자는 의료보험과 요양보험의 급여를 동일 기관으로부터 동시에 받을 수 있다. 의료와 복지가 긴밀하게 연동된 것으로 평가받고 있다(김명용, 2014). 급여는 연령 기준 없이 신체적 혹은 정신적 장애로 인해 일상생활을 수행하는데 있어서 적어도 6개월 이상 타인의 도움을 필요로 하는 사람을 대상으로 한다.

독일 장기요양보험은 현물급여원칙이지만, 예외적인 비용상환 급여가 인정된다. 피보험자의 선택에 따라 현물서비스와 현금 급여가 가능하다(김명용, 2014). 수혜자가 현금급여를 선택하여 자신에게 요양을 제공하는 가족이나 친지에게 비용을 제공할 수 있도록 하여 가족의 기능을 유지하고, 가정과 지역

17) 이하 본문의 내용은 표1 로 정리하였음



사회 기반의 서비스 제공이 이루어지도록 장려하고 있다(권순만, 2003; 김미혜, 이석미, 2007; 나용선, 2011). 단 현금급여의 경우는 남용을 막기 위해 현금급여의 50% 정도만을 제공한다(김명용, 2014; 나용선, 2011).

급여는 재가요양급여와 시설요양급여 그리고 요양서비스 제공자에 대한 급여로 분류된다. 재가급여가 최우선이고, 재가보호로 충분한 요양보호를 받을 수 없을 때 단기보호 요양급여를 청구할 수 있다. 이러한 방법으로도 충분하지 않을 경우에만 시설요양 보호를 받도록 한다(나용선, 2011).

요양서비스는 필요도에 따라 3등급으로 나뉘며, 1급이 상당한, 2급이 중대한 3급이 아주 중대한 요양이 필요한 것으로 본다. 재가 기준으로 1급은 월 상한선 450유로, 2급은 1100유로, 3급은 1550유로이다. 급여액 상한선이 정해져 있어 본인부담금은 비율이 일정치 않지만, 적게는 45%에서 많게는 81%이다(권순만, 2003; 김명용, 2014). 높은 본인 부담금이 국민에게 부담이 되고 있다.

### 3.2.2 일본의 장기요양보험

세계 최고령 국가인 일본은 1963년 세계 최초로 노인복지법을 제정하여 노인가정봉사원 파견사업을 시작하였다(유경선, 문상호, 2006). 일본은 이미 1970년에 노령인구가 7.1%를 기록하며 고령화 사회에 접어들었고, 1982년 노인보건법을 만들어 보건, 의료, 복지 전반에 걸친 서비스를 제공하기 위한 정부차원의 노력을 하였다. 세계적으로 볼 때 독일에 이어 두 번째로 사회보험 제도인 개호보험을 2000년 4월 1일부터 시행하고 있다.

보험자는 기초자치단체인 시정촌이다. 국민건강보험제도의 보험자인 동시에 노인대상 보건 및 복지 사업의 주체이기도 하다. 보험자와 사업주체가 일치하

는 것은 수혜자 입장에서 일관되고 통합적인 서비스를 받을 수 있다는 장점이 된다(유경성, 문상호, 2006). 지방 기초자치단체로서 가지는 한계를 최소화 하기 위해 광역자치단체와 국가가 지원한다(박지연, 2001). 제 1 피보험자인 65세 이상 인구는 개호의 필요 원인과 관계없이 급여를 지급받지만 제 2 피보험자인 40-65세 미만 대상자의 경우 원인이 노화에 따른 특정질병(초로치매, 뇌혈관장애 등)으로 제한된다(박지연, 2001)

장기요양서비스는 현물 급여를 원칙으로 한다. 급여의 종류는 개호급여, 예방급여, 조례에 의한 시정촌 특별급여가 있다. 2005년 개정을 통해 예방중심 시스템으로 전환을 모색하며, 예방급여를 새로이 도입하였다(최선희, 김도훈, 윤태영, 2012). 이는 개호 요구도가 경도인 노인들에게 예방급여를 지급하여, 중등도로 진행되는 것을 예방하려는 목적이다. 개호서비스 비용의 본인부담금은 10%이며 시정촌에서 생계곤란자로 인정된 자에 대하여 본인부담금의 4분의 3을을 경감해주고 있다(박지연, 2001; 보건복지위원회, 2014)

### 3.2.3 한국의 장기요양보험

정부는 고령화 사회에 대비하기 위해 2000년 보건복지부내 ‘노인장기요양보험 정책기획단’을 발족하였으며, 노인장기요양보험법이 2007년 4월 2일 공포되어 장기요양제도가 2008년 7월 1일부터 시행되고 있다(나용선, 2011). 장기요양 시설을 이용할 수 없는 지역을 제외하고 급여는 현물서비스 원칙이다. 보험가입자는 전체 건강보험가입자 부담 원칙이며, 보험자는 국민건강보험공단이다. 급여 대상자는 65세 이상 노인 및 노인성 질병을 가진 65세 이하 국민이다(노인장기요양보험법 제2-7조, 2014).

급여는 재가급여, 노인의료복지시설에 입소한 경우 지급하는 시설급여, 특별 현금 급여가 있다. 현금으로 지급되는 가족요양비는 도서, 벽지 등 장기요

양기관이 현저히 부족한 지역, 천재지변이나 그밖에 유사한 사유, 신체 혹은 정신상의 이유로 가족 등으로부터 장기 요양을 받아야하는 수급자에게 매월 150,000원이 제공된다. 본인 부담금은 재가서비스 이용시 15% 원칙이며 경감 대상자는 7.5%, 기초생활 수급자는 없다(노인장기요양법 제23-26조). 시설급여 본인부담금은 20% 원칙이다.

표 1. 국가별 장기요양보험제도

	도입년도	보험자	수급권자	급여원칙	급여종류	본인부담
독일	1994년	의료보험 공단	연령기준 없음	현물급여 현금급여 선택가능	재가급여 시설급여 현금급여	재가 45-81%
일본	2000년	기초자치 단체- 시정촌	40세이상	현물급여	개호급여 예방급여 시정촌특 별급여	10%
한국	2008년	국민건강 보험공단	65세이상	현물급여 예외적 현금지급	재가급여 시설급여 특별현금 지급	재가 15% 시설 20%

### 3.3 한국 치매환자 거주시설: 요양병원과 요양시설

#### 3.3.1 요양병원과 시설운영의 근거법령

노인보건 및 복지정책이 노인보건법에 근거하여 일원화 되어있는 일본과 달리 우리나라 법제도의 경우는 의료법과 노인복지법으로 양분되어 보건과 복지 정책이 이원화 되어있다. 국내에서 치매로 장기간 생활할 수 있는 곳은 의료

기관인 요양병원과 노인복지시설인 장기요양시설이 있다. 요양병원의 근거 법령은 의료법과 국민건강보험법이며, 건강보험공단에서 급여를 받는다.<sup>18)</sup> 요양시설은 노인복지법과 노인장기요양보험법에 근거하며, 노인장기요양보험에서 급여를 받는다. 요양병원은 2015년 7월 기준 1341개, 요양시설은 5101개이다. 2008년 7월부터 실시된 노인장기요양보험에 따라 두 기관의 기능 중복으로 인한 자원의 비효율성이 지적되어왔다(송현종, 2012).

### 3.3.2 대상 환자군 및 본인부담금

의료법에서 요양병원의 운영에 관한 조항<sup>19)</sup>을 보면 입원 대상은 노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자로 비교적 광범위하게 명시하고 있다. 노인복지법 시행규칙 제18조에서 요양시설은 65세 이상의 자로서 신체적·정신적·경제적 이유 또는 환경상의 이유로 거택에서 보호받기가 곤란한 자가 이용할 수 있도록 명시하고 있다. 더불어 노인장기요양보험법에 따라 등급판정위원회에서 등급판정을 받은자가 이용하도록 제한하고 있다. 치매환자의 수와 요구도를 고려해서 노인장기요양보험법 시행령 일부 개정으로 2014년 7월부터 치매특별등급을 도입하여 치매환자에 대한 요양시설 서비스를 확대하였다(제7조). 다만 치매특별등급은 인지저하가 있지만, 문제행동은 없는 환자로 제한된다.

장기요양급여 제공기준 및 급여비용 산정방법 등에 관한 보건복지부 고시(제2015-202호, 2015.11.25, 전부개정)에 따라 2016년 1월 1일부터 요양시설 급여기준이 바뀐다. 시설급여는 원칙적으로 1,2등급만 이용할 수 있게 된다. 이는 재가급여 우선에 따른 것이다. 다만 동일 세대의 가족구성원으로부터 수발이 곤란한 경우, 주거환경이 열악하여 시설입소가 불가피한 경우, 심신상태

18) 이하 본문의 내용은 표2 로 정리하였음

19) 부록3. 의료법 시행규칙 제36조 참조

수준이 재가급여를 이용할 수 없는 경우라고 등급판정위원회로부터 인정받은 자는 3-5등급이라도 시설급여를 받을 수 있다(국가법령정보센터, 2015)

### 3.3.3 수가 및 급여내용

요양병원의 환자는 의료서비스 요구도에 따라 7개군<sup>20)</sup>으로 나뉘어 정액수가제로 운영되고 일부 행위별 수가가 추가된다. 환자의 해당 군 분류는 의료적 필요도를 측정하기 위해 개발된 환자 평가표를 바탕으로 한다. 요양시설 역시 정액수가로 운영되며 요양필요도에 따라 등급판정위원회가 1-5등급으로 분류한다.

환자본인부담금은 기본 20%로 같지만, 요양시설의 경우가 식대가 비급여 항목이고 요양병원은 식대의 50%를 부담한다. 간병비는 요양병원의 경우 비급여이고 요양시설은 급여에 포함된다. 특이하게 노인장기요양보험법 제23조(장기요양급여의 종류)에 특별현금급여로 요양병원 간병비를 지급하도록 조항이 있다. 하지만 실제로 이는 지급되고 있지 않으며, 의료법상 요양병원의 간병비는 지급조항이 없다.

### 3.3.4 의료인력 기준

요양병원 의료인력 배치 기준은 입원환자 40인당 1인의 의사이며, 의사 수에 한의사를 포함하여 산정한다. 간호사의 경우, 환자 6명 당 1명으로 정하였으며, 간호조무사를 간호사 정원의 3분의 2범위 내에서 둘 수 있도록 하고 있다. 반면 요양시설은 촉탁의 1인이 월2회 방문하도록 되어 있으며, 입소자 25명당 간호사 또는 간호조무사 1인, 입소자 30명 이상인 경우 물리치료사 및 사회복지사 각 1인, 입소자 2.5명당 요양보호사 1인의 인력을 배치해야한다.

20) 요양병원 입원환자는 2008년 포괄수가제 도입으로 의료서비스 요구도가 높은 순으로 의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문체행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군으로 분류된다.

표 2. 요양병원과 요양시설

구분	요양병원	요양시설
근거법령	의료법, 국민건강보험법	노인복지법, 노인장기요양보험법
시행년도	1994년	2008년
재원	건강보험	노인장기요양보험
기관수 2015년7월	1341	5101
환자군 분류	의료서비스 요구도별 7개군 (의료최고도, 의료고도, 의료중도, 문제행동군, 인지장애군, 의료경도, 신체기능저하군)	기능상태 및 요양필요도에 따른 1-5등급 분류. 2016.01.01.부터 1-2등급 대상 원칙, 3-5등급은 등급판정위원회로부터 필요하다고 인정받을 경우 입소
수가형태	환자분류군별 일당정액제+행위별수가	등급별 일당정액제
급여내용	노인성 질환자, 만성질환자, 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자에 대한 치료, 간병비 비급여, 식대 50% 급여	신체활동지원, 일상생활지원(간병), 일상동작훈련, 기능훈련 등 간병비 급여, 식대 비급여
의료인력 배치현황	입원환자 40인당 1인의 의사, 입원환자 6인당 1인의 간호사, 물리치료사와 요양보호사는 필수 인력 아님,	축탁의 1인(월2회 방문), 입소자 25명당 간호사 또는 간호조무사 1인, 입소자 30명 이상인 경우 물리치료사 및 사회복지사 각 1인, 입소자 2.5명당 요양보호사 1인
본인부담금	기본 20% (단, 신체기능저하군 40%),	기본 20%

(출처: 의료법 2015.12.23, 노인복지법 2015.6.2, 노인장기요양보험법 2015.5.1 일부개정, 보건복지부고시 제2015-202호, 2015.11.25, 전부개정, 건강보험공단 2015.7.1. 자료로 재구성)

## 제 4 장 심층면담을 통해 의료인이 밝힌 치매환자 삶의 질 저해 요인

### 연구대상자 일반적 특성 및 면담분석 결과<sup>21)</sup>

요양병원 치매환자의 삶의 질 저해요인과 이를 극복할 개선방안을 알아보기 위해 의료인 대상 심층 면담을 실시하였다. 면담 대상자는 문제행동군 치매환자 병동이나 병실을 별도로 운영하는 규모 300 병상 이상의 요양병원에 근무하는 의료인이었다. 또한 문제행동군이나 인지장애군에 속하는 치매환자를 최소 2년 이상 치료하거나 간호한 경험이 있는 의사와 간호사로 참여인원은 총 6명이다. 심층면담은 반구조적 질문으로 이루어진 설문지<sup>22)</sup>를 토대로 자유로운 분위기에서 60분에서 최장 90분을 넘지 않도록 진행되었다.

표 3. 연구대상자 일반적 특성

대상자 특성	A	B	C	D	E	F
직종	간호사	간호사	의사(내과)	간호사	간호사	의사(신경정신과)
근무지역	광역시	광역시	지방군내 읍 지역	지방군내 읍 지역	수도권 중소도시	수도권 중소도시
요양병원 근무 년수	9년	9년	12년	2년	15년	13년

21) 연구대상자 일반적 특성은 표3, 면담분석결과는 표4와 표5로 정리되었다.

22) 부록2 참조

표 4. 면담분석결과 (1) 요양병원 치매환자 삶의 질 저해요인

개념	하위범주	범주
치매환자를 의료적 대상이 아닌 복지적 접근 대상으로 보는 시각, 요양병원 치매환자 치료를 촉진하지 않는 정책 기조, 이원화된 노인보건과 복지 관련 법령으로 인한 분절화	정책환경 문제	
치매치료에 대한 불신, 치매와 알츠하이머병의 동일시, 치료가 안 되는 질환이라는 믿음, 증상 개선 후 퇴원을 기대하지 않음, 가족의 면회 기피, 주변인에게 가족의 치매질환을 알리지 않음, 사회로부터 단절됨, 요양병원과 시설 차이에 대한 이해 부족, 치매환자에 대한 자원봉사 필요성 인식 못함. 모든 치매환자가 새로운 관계 형성을 두려워 할 것이라는 믿음	대중의 인식부족	외부환경 요인
비약물 요법을 위한 다학제 팀 인력부족, 신경정신과 전문의 부족, 치매전문 간호사 부족, 간병인력 부족, 간병 보호사 태도문제, 여가프로그램 운영인력 부족, 병원 외부 자원봉사자 부족	인력의 양적·질적 문제	
급성기 질환과 동일한 시설 기준 적용, 다인병실 내 문제행동군 치매환자 입원, 배회, 폭력성 등의 문제행동군 환자 시설환경 미비, 불법적 폐쇄 병동 운영	시설 문제	내부환경 요인
간병인력 요양병원 수가산정에 고려되지 않음, 간병 급여 없음, 비약물 요법 비급여, 물리치료 비급여, 문제행동군 환자 치료 후 환자군 이동시 지급받는 수가만 하락, 치료를 저해하는 일괄적 정액수가	수가 문제	



## 4.1 외부환경요인 (1) 정책환경 문제

### 4.1.1 복지적 접근 우선

의료기술의 발달로 새로운 치료법이 개발되고 치매증상이 호전될 수 있지만, 여전히 치매환자를 치료보다는 복지의 대상으로 보는 시각은 요양병원 치매환자들의 치료 기회를 박탈하고 있다. 환자를 치료 후 퇴원시켜 본래의 가정에서 살 수 있게 해주는 것이 환자의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 최선이다. 신약이 있는 경우 이를 처방하고 재활 프로그램을 적극 활용하여 치매환자가 일상생활이 가능하도록 호전시킬 수 있다. 하지만 현재의 정책기조는 치매환자를 복지적 접근 대상으로 우선 보고 있다. 이로 인하여 치매환자는 요양병원에서 치료를 받기보다 보호받는 대상이 되고 있었다.

*치매 환자를 치료해서 사회에 복귀시키는 것이 정책결정자들의 생각인지 궁금합니다. 새로운 약물과 치료요법이 개발되고 있지만, 이를 쓸 수 있도록 하는 정책적 뒷받침은 전혀 없습니다. 예를 들면, 치매환자가 가역성 치매를 앓고 있다면 치료가 됩니다. 가역성 치매가 아니라도 문제 증상을 개선시켜 퇴원 후 가정에서 생활하실 수 있습니다. 이렇게 하는 것이 치매환자 삶의 질을 향상시키는 방법 아닌가요? (대상자 F)*

### 4.1.2 보건과 복지의 이원 정책으로 인한 분절화

치매질환은 치료의 일관성과 연속성이 중요하다. 치료를 마친 치매환자는 요양시설로 전원 되거나 가정에 돌아가 지역 내에서 일관된 복지 서비스를 받아야한다. 하지만 우리나라의 노인보건정책과 복지정책은 의료법과 노인복지

법에 각각 근거를 두고 이원화 되어 있다. 이는 요양병원과 요양시설의 유기적 연계가 이루어지지 않는 결과를 낳고 있다. 두 기관 사이의 전원 규정도 명확하지 않아 요양시설에 있어야 하는 치매노인이 요양병원에 입원해 있는 현상이 문제가 되고 있다. 반대의 경우는 더욱 문제라고 면담 대상자들은 인식하고 있었다. 치료가 필요한 환자가 시설에 있으면서 적절한 의료서비스를 받지 못하는 경우가 그러하다. 이는 국가적으로 볼 때 의료비와 장기요양보험 재정의 낭비이지만, 치매환자 입장에서도 필요한 서비스를 받지 못하는 것이다.

## 4.2 외부환경요인 (2) 대중의 인식 부족

### 4.2.1 치매와 알츠하이머병 동일시

치매환자의 보호자인 가족들이 모든 치매를 퇴행성 알츠하이머병으로 인식하는 것은 걸림돌이 되고 있다. 이러한 잘못된 인식으로 인해 환자는 치료의 기회를 놓치게 된다. 환자의 보호자 대부분 입원환자가 개선될 것이라는 큰 기대를 하지 않아 입원 상담부터 문제였다. 추가 치료 요법이나 약물 치료로 증상이 호전될 수 있는 치매환자이므로 치료를 권하여도 이를 신뢰하는 보호자가 드물어 치료 자체를 권하지 못하는 경우도 많았다고 하였다. 알츠하이머병에 이어 두 번째로 흔한 원인 질병인 혈관성 치매의 경우 기질성 뇌증후군으로 뇌의 손상 부분에 따라 다양한 증상이 동반될 수 있다. 발병 후에도 적극적으로 치료하면 치매의 진행을 막을 수 있는 질환이다.

*일부 요양병원 의료진조차 치매를 치료해서 환자를 퇴원시키겠다는 생각을 우선적으로 하지 않는 경우가 있습니다. 보호자는 더 그런 생각을 하지 않죠. 치료의 중요성을 강조해도 그냥 모시고 있어달라고 하시기도 합니다.*

다. 치매 치료에 대한 설명을 하면 병원에서 추가 치료비로 돈을 벌려고 하는 것 아니냐는 얘기를 합니다.(대상자 F)

보호자가 환자의 상황을 이해하지 못할 때 힘들어요. 의학적으로 볼 때 치매증상을 보이는데, '우리 엄마는 괜찮다'고 하시거든요. 환자가 이런 상황이라 이런 치료가 필요하다고 해도 받아들이지 않는 경우도 있고요.(대상자 A)

#### 4.2.2 주위에 알리기를 꺼려하는 질환

치매환자에게 사회적 지지를 줄 수 있는 가장 중요한 사회적 연결망은 보호자이다. 인지기능 저하와 기억력 감퇴로 친구들을 포함한 다른 대인관계의 중요성은 줄어드는 반면, 가까웠던 가족의 중요성은 늘어나기 때문이다(Moyle et al., 2015). 가족의 지지가 중요한 치매환자는 오히려 다른 질환자들보다 면회의 횟수와 시간이 적은 경우가 많다고 하였다. 이는 질환의 진행과 함께 가족도 알아보지 못하게 되고, 여러 가지 문제증상을 보이는 환자를 가족마저 기피하는 이유에 기인한다. 또한 다른 질병에 비해 치매질환자의 보호자는 자신의 부모나 가족의 치매 사실을 주변에 알리기를 꺼리는 경우가 많다. 이로 인해 치매환자는 병문안도 적으며 사회로부터 점점 더 단절되어 간다.

보호자가 자주 오는 환자는 치매의 진행도 더디고, 치료의 효과가 더 좋아요. 보호자가 거의 찾아오지 않는 환자는 우울감에 더 쉽게 빠지시기도 하구요.(대상자 A)

다른 질병군 보다 치매질환의 경우 보호자가 주위에 부모님의 질환을 알리지 않는 경우가 많아요. 주변 지인들, 가족이나 친지의 방문이 치매환자

에게 좋은 자극이 되는데, 방문객이 거의 없는 치매환자를 보면 안타까울 때가 많아요.(대상자 E)

#### 4.2.3 새로운 관계 형성에 대한 오해

치매환자가 새로운 사람과의 관계를 어려워하거나 두려워한다는 건 편견일 수 있다. 이러한 대중의 편견으로 자원봉사 필요성이 과소평가되고 있다. 동반되는 치매문제 증상에 따라 다를 수 있지만, 대부분의 치매환자들도 보통의 사람들과 비슷하게 타인과의 상호작용을 통해 좋은 자극과 사회적 지지를 제공 받는다. 종교단체나 자원봉사자의 방문을 반기는 치매환자가 많으며, 이들과의 새로운 관계 형성은 치매환자에게 필요한 자극이 된다고 심층 면담 대상자들은 밝혔다. 병원 종사자들이나 다른 환자들과의 대화는 치매환자에게 행복감을 주고 우울감, 외로움 등의 감정은 감소시킨다(Moyle et al., 2015). 집에서 혼자 있을 때보다 공동 거주 시설에서는 외로움을 덜 느낀다고 치매환자 대상 심층면담 연구에서 밝히기도 하였다((Moyle et al., 2015).

우리병원에는 종교단체에서 자원봉사를 오는데, 환자들도 누군가 찾아오는 걸 좋아하세요. 치매환자 중에는 본인이 좋고 싫은 것이 표정에 바로 드러나는 분이 많아요. 특히 젊고 밝은 표정의 남학생이 오면 더 좋아하시는 할머니를 보면 절로 웃음이 나요.(대상자 E)

병동 내 치매환자들끼리 말동무가 되기도 하는데, 치매로 인해 제대로 된 대화내용은 아니고 서로 다른 얘기를 하고 있을 때가 많아요. 두 분이 재미있게 서로 엉뚱한 짤 얘기를 주고받는 걸 보고 저도 따라 웃을 때가 많아요.(대상자 D)

## 4.3 내부환경요인 (1) 인력의 양적·질적 문제

### 4.3.1 치매전문 치료인력 부족

요양병원 내 신경정신과 전문의 부족으로 치매의 다양한 원인 질병을 정확히 진단하는 것이 현실적으로 어려운 상황이다. 더불어 섬망, 망상, 우울 등 제한된 증상들만 약물로 치료가 가능하며 대부분의 문제증상은 비 약물적 행동요법으로 개선이 가능하다. 하지만 현재 요양병원 내 치료 프로그램을 위한 다학제팀(작업치료사, 물리치료사, 언어치료사, 영양사 등)의 인력이 부족하다.

치매전문 인력 중에도 특히 간호사 인력은 더욱 부족한 상황이다. 인지기능 저하로 언어적 의사표현이 어려운 치매환자의 요구도 파악이 어렵다는 점은 돌봄 및 간호 인력 필요도가 높다는 것을 의미한다. 특히 치매가 중증으로 진행될수록 의사소통이 어려워, 환자가 원하는 요구를 파악하기까지 훨씬 많은 관찰과 확인의 시간이 필요하다. 하지만 환자 6인당 1명의 간호사, 간병 인력은 기준조차 없는 상황에서 간호사들이 환자에게 쏟을 시간이 부족하다.

*무엇보다 뭔가 불편해 보이는 환자의 요구도를 파악하는 것이 가장 어려워요. 의사 표현을 잘 못하시니까요. 끄끙 앓고 계신데 정확한 증상이 뭔지, 뭐가 필요한지를 파악하는데 시간이 많이 걸려요. 정말 다양한 치매 문제 증상이 있는데, 그걸 모두 임상에서 스스로 배워야 한다는 것도 쉽지 않고요. 치매환자에게 심리적 케어가 중요하지만 늘 시간과 인력이 부족하다는 것이 문제예요.(대상자 D)*

*치매환자의 문제증상은 약물보다 행동요법 등 비 약물 요법이 중요해요. 이런 환자는 고혈압이나 당뇨병자처럼 효과가 단시간에 눈에 띄는 것이 아*

나라, 인내심을 갖고 오래 돌봐야 결과를 얻을 수 있는데, 그렇게 할 수 있는 제도적 뒷받침이 없다는 것이 무엇보다 힘들어요. (대상자 E)

#### 4.3.2 문제행동군 관리인력 부족

문제행동군 치매환자는 관리에 있어서 어려움이 있다. 치매에 동반되는 문제증상과 인지기능 저하로 환자 자신의 안전을 위협하는 경우도 있고, 공동생활 중 타인의 안전이나 삶에 영향을 미친다. 환자 자신의 안전을 위협하는 경우는 낙상이 가장 흔한 문제로 의료진은 이를 예방하기 위한 다양한 노력을 한다. 폭력적인 문제행동이나 야간 배회, 소리 지름, 비위생적 행동 등은 타인의 안전이나 삶의 질을 위해 관리되는 대표적 문제행동이다. 이런 환자를 관리하기 위해 병원에는 안전시설과 도구들이 필요하지만, 무엇보다 중요한 것은 인력 확보이다. 환자 돌봄을 위한 필수 인력인 간병보호사가 병원인력으로 포함되지 않는 경우가 대부분 요양병원 현실이다. 이들은 최소인력으로 강도 높은 노동을 하고 있다. 병원에서 간병보호사 인력 조달은 간병보호사 협회, 간병소개소 등에서 외주용역을 받는 형식이 많았다.

문제행동군 치매환자는 안전관리라는 명목으로 신체적 및 화학적 구속의 대상이 되어왔다. 물리적으로 환자를 침대에 묶는 행위가 대표적 신체적 구속이며, 폭력성을 잠재우기 위해 환자에게 약물을 투여하는 것을 화학적 구속이라고 한다. 환자의 존엄이 지켜지도록 노력하며 신체를 억제하는 행위를 원칙적으로는 금한다고 하였지만, 신체보호대<sup>23)</sup>를 부득이하게 사용해야할 경우가 있다고 현장 의료진은 언급하였다. 그러한 경우는 환자에게 위해가 발생할 수 있어 예방하려는 목적이 있을 때로 특히 낙상 위험을 방지해야하는 경우이다.

23) "신체보호대"란 전신 혹은 신체 일부분의 움직임을 제한할 때 사용되는 물리적 장치 및 기구를 말한다. 이는 (요양병원)입원 환자가 생명유지 장치를 스스로 제거하는 등 환자 안전에 위해가 발생할 수 있어 그 환자의 움직임을 제한하거나 신체를 묶을 필요가 있는 경우에 제3호에서 정하는 바에 따라 최소한의 시간만 사용한다(의료법 제36조 5항).

다른 경우는 환자에게 부착된 의료적 장치 등을 제거하려는 행위가 있을 때이다.

문제행동군 환자를 돌볼 인력의 부족은 불법적 신체구속과 폐쇄 병동의 운영 등 부작용을 초래하기도 한다. 뚜렷한 지침과 근거 규정 없이 불법적으로 폐쇄 병동을 운영하는 요양병원의 문제는 환자 삶의 질 저해요인이며 환자의 인권 침해이기도 하다. 또한 간병 인력의 양적 부족과 함께 질적인 문제가 언급되었다. 필수 인력인 간병보호사가 제도권에 포함되지 않아 이들에 대한 관리, 감독, 교육이 병원을 중심으로 체계적으로 이루어지기 힘든 구조인 것이 서비스 질을 떨어뜨려 환자 삶의 질을 저해하고 있다.

치매환자의 신체자유를 지키는 문제는 윤리적 딜레마가 있는 어려운 문제예요. 치매환자의 경우 순간적으로 위험한 행동으로 이어지는 때가 종종 있어요. 잠시 관심이 소홀한 순간 낙상이 일어나기도 하구요. 몸의 방향을 틀다가도 낙상하실 수 있어요. 항상 위험이 도사리는 치매환자를 돌볼 인력이 절대적으로 부족하죠. 우리병원에서 낙상 위험이 있는 치매환자에게 낙상 방지용 고관절 보호대를 입혀드렸더니, 골절되는 걸 예방할 수 있었어요. 일대일 간병이 아닌 이상 치매환자를 돌볼 때 어떤 방식으로든 신체보호 장비가 필요한 경우가 있어요.(대상자 E)

우리 병원에서 신체구속을 하는 경우는 거의 없어요. 부득이하게 신체보호대를 사용해야 하는 경우에도 가능한 대안을 먼저 생각해보죠. 예를 들면 한 간병보호사가 환자를 관찰하시고, 콧줄<sup>24)</sup>을 자꾸 빼는 와상 환자의 침상에 꽂으로 된 장식을 달아주셨어요. 이후로 환자가 더 이상 콧줄을 빼지 않게 되었고요. 하지만 이렇게 인내심을 갖고 치매환자를 돌보는 것이 쉽지는 않아요.(대상자 D)

---

24) 환자가 치료의 목적으로 코에 꽂고 있는 튜브는 흔히 L tube(LeVeen tube)라고 부르며 nasogastric tube의 일종이다.

현재 환자 관리 편의성을 위해 여러 요양병원들이 ‘치매병동’ 혹은 ‘인지병동’을 운영하고 있어요. 밖에서 안으로는 자유롭게 들어갈 수 있다는 점에서 폐쇄 병동과는 다르지만, 안에서 밖을 나올 때는 번호 키를 누르고 나오는 식이죠. 배회하는 환자나 지저분한 행동을 하는 치매환자를 관리하려는 목적이죠. 하지만 이것도 환자에게 윤리적이지 않습니다. 어쩔 수 없지만 필요하다면 제대로 된 관리 규정이 있어야 합니다.(대상자C)

#### 4.3.3 간호·돌봄 제공자의 태도

간병보호사는 요양병원 내에서 환자와 가장 오랜 시간을 보낸다. 이들의 치매환자에 대한 인식, 태도, 말투는 직접적으로 환자에게 영향을 미친다. 치매환자를 동등한 인격체로 대우하지 않거나 함부로 대하는 태도나 어투는 병원 내 돌봄 전문 인력에게 많이 나타나는 문제로 언급되었다.

간병보호사분들이 환자들과 오랜 시간 지내다 보면 허물없이 얘기하는 경우가 있어요. ‘할머니, 빨리 약 먹어!’ 라던가, 외부인이나 가족들이 간병보호사의 말투나 태도에 대해 불만을 얘기하는 경우도 있구요. 하지만 병원 내에서 간병보호사 교육을 일괄적으로 시킬 수는 없어서, 우리병원의 경우 간호사들이 그때 그때 지적하는 편이에요.(대상자A)

### 4.4 내부환경요인 (2) 시설 문제

#### 4.4.1 치매질환자중심 시설기준 미비

그동안 살아 온 공간과 유사한 환경은 치매환자에게 안정감을 준다. 치료 외의 생활이 이루어지는 요양병원 내 휴게 공간의 중요도는 일반 의료기관보



다 높다. 침상이 있는 일반 병실보다 온돌방 형태가 치매환자의 낙상을 예방하고 집 같은 편안함을 주어 보다 안전한 공간이 되기도 한다. 오랜 시간 병원에서 지내는 환자를 위해 조망권, 채광과 환기를 고려한 넓은 창, 집처럼 편안함을 주는 인테리어도 환자의 삶의 질을 높일 수 있는 요소이다. 일부 요양병원은 환자 삶을 위해 자발적으로 병원 시설과 환경에 투자하고 있지만, 대부분 요양병원은 급성기 병원의 인증 기준과 크게 다르지 않은 요양병원 인증규정에 맞춘 시설을 구비하는데 급급한 것이 현실이다.

*우리병원에서는 인지능력이 저하된 치매환자의 낙상을 예방하기 위해 온돌방 구조의 병실을 마련했는데, 일부 치매환자들에게 문제행동도 줄어드는 효과를 봤어요. 익숙한 생활환경이라 치매환자 대부분 온돌방 병실을 좋아하세요. (대상자 B)*

*쾌적한 환경을 제공하는 것이 환자 삶의 질 향상을 위한 기본요소입니다. 치매병동은 병실뿐 아니라 마당과 같은 휴게 공간 확보가 재활을 위해 필요한 공간이죠. 휴게 공간으로 이동하는 것 자체도 재활이 되며, 다양한 활동을 환자 스스로 할 수 있고, 정서적 지지가 이루어 질 수 있는 공간이 되죠. (대상자 C)*

#### 4.4.2 문제행동군 환자관리 시설환경 미비

다인병실 내 문제행동군 치매환자의 입원은 치매환자 자신과 병실 내 다른 환자들의 삶의 질 저해요인이다. 특히 야간 배회, 소리지름 등의 문제 행동은 공동생활 환경에서 문제가 된다. 하지만 현실적으로 문제행동군 환자들이 따로 지낼 시설 규정이 있지 않다. 문제행동군 치매환자의 경우 최소한 2인실 기준이 필요하다는 현장의 의견이 대다수이었다.

치매환자가 다인병실에 있는 경우 문제증상들로 환자들이 서로 생활이 힘들어 지기도 하고, 간병보호사도 힘들어해요. 밤에 잠도 다 같이 못 주무실 때도 있고요. 적어도 문제행동군은 1-2인실에서 지내시게 하고 싶어요. 병실도 집처럼 꾸며드리고 싶은 마음이에요. 가끔 부부가 함께 병원에 있게 되는 경우가 있어요. 그래도 같이 지내실 여건은 아니라 안타까워요.(대상자 A)

## 4.5 내부환경요인 (3) 수가 문제

### 4.5.1 간병비 환자부담

요양병원에 간병비는 비급여이다. 간병 보호사 비용은 온전히 환자의 부담이다. 1인 간병의 경우 비용 부담은 더욱 크다. 이런 이유로 공동 간병이 일반적이다. 더욱이 필수 인력으로 역할을 하고 있는 간병보호사가 병원 인력으로 산정되지 않는 수가체계에서 병원은 가능한 최소 인력으로 운영되고 있다. 특히 치매환자의 경우 간병요구도가 높아 간병비 비급여의 문제가 더 크다.

간병보호사가 특별히 시간을 많이 함께하고 돌보아주는 환자는 확실히 좋아해요. 마음 같아서는 일대일로 모두 돌봐 드리고 싶지만 현실은 그렇지 못하잖아요.(대상자 A)

### 4.5.2 비약물 요법 비급여

치매는 비약물적 치료가 효과적인 질병이다(김정완, 2013; 오병훈, 2009; Mintzer, Mirski, Hoernig, 2000). 비약물적 치료에는 환경치료, 사회적 치료, 놀이치료, 회상요법, 원예요법 등을 활용한 인지재활 치료가 있으며 가족 집단 혹은 개인 정신 치료 등이 있다(오병훈, 2009; Mintzer, Mirski,

Hoernig, 2000). 비약물 요법이 치매환자의 문제증상을 개선시키는 중요한 역할을 하지만, 어떤 치료 요법도 급여항목이 아니다. 현행의 정액수가제에서 비급여 치료부분인 재활 프로그램 혹은 비약물 요법을 시도하는 요양병원은 많지 않은 것이 현실이다. 치료가 필요한 치매환자에게조차 치료 프로그램에 대해 급여를 지급하지 않는 정책은 환자의 치료 기회를 박탈하고 요양병원이 본래의 의료기관으로써 기능 하는데 저해요인이다.

*보호자들이 원하는 것이 환자가 스스로 밥해먹고 생활하는 것 정도예요. 그러면 환자의 삶의 질도 좋아지겠죠. 물리치료가 잔존 능력을 유지하고, 운동신경을 회복하는데 도움이 되지만, 정액수가에서 추가로 전문가의 재활 프로그램을 운영하는 것은 어려우니까 여가 프로그램에 참여하시도록 권하는 점도 있어요. 치매환자는 제대로 치료받고 있지 못하다는 생각이 들어요. (대상자 A)*

*치매환자에게 물리치료가 중요한 재활 프로그램입니다. 하지만 물리치료 급여 적용기준에 단순 치매, 퇴행성 질환자는 해당이 안 됩니다. 치매 진단 후 재활 효과가 높은 일정 기간 재활치료를 급여화 하는 것이 반드시 필요합니다. (대상자 F)*

#### 4.5.3 문제행동군 치료시 수가변동

요양병원 입원 치매환자는 복합질환이 없는 경우 문제행동군 혹은 인지장애군에 분류 된다. 의료서비스 요구도에 따라 7 개군으로 나누어 수가가 책정되는데, 문제행동군은 인지장애군보다 높은 수가이다. 문제행동을 치료해서 인지장애군으로 환자가 이동하면 수가만 낮아진다. 치료를 잘 하는 병원에 대해 인센티브도 없고, 치료를 하고 있지 않은 병원에도 어떤 제재가 없이 운영되

고 있는 구조가 문제이다. 또한 현재의 포괄수가제는 최소한의 의료서비스를 제공할수록 병원이 수익을 가져가는 구조로 치료 저해요인이다.

치매병동 간호사로 오래 일 해오면서 요양병원 관련정책이 바뀌는 것을 겪어왔잖아요. 현장 의료인으로써 힘이 빠져요. 장기요양보험이 생기기전에는 행위별 수가제였지만 2008년부터 포괄수가제가 되었어요. 치매 문제 행동군 환자를 열심히 잘 치료하면 인지장애군으로 분류가 되어 수가가 떨어져요. 병원에 도움이 되지 않는 일을 하고 있다는 자괴감도 들구요. (대상자E)



## 제 5 장 심층면담을 통해 의료인이 밝힌 치매환자 삶의 질 개선 방안

면담 분석결과 요양병원 치매환자의 삶의 질 저해요인은 병원 외부환경요인과 내부환경요인의 하부 범주로 볼 때 총 다섯 가지로 분류할 수 있었다. 다음의 표 5는 저해요인별 개선방안에 대한 면담분석결과를 보여준다.

표 5. 면담분석결과 (2) 요양병원 치매환자 삶의 질 개선 방안

저해요인	개선방안
정책환경 문제	치매전문 의료인 의견수렴 보건·복지 정책의 유기적 연계
대중의 인식 부족	치매관리법 내 조항을 적극적으로 활용: ① 치매극복의 날 관련 홍보사업 확대 및 다각화 ② 치매인식 개선프로그램 마련 및 운영
인력의 양적·질적 문제	병원 사용자 중심으로 인력 인증기준 개선 치매전문 인력 양성을 위한 교육제도 개선
시설문제	병원 사용자 중심으로 시설 인증기준 개선 문제행동군 관리 병동 제도화
수가문제	간병비 급여화 비약물 요법과 물리치료 급여화 사회복귀율 병원 평가에 반영

## 5.1 정책환경 개선

### 5.1.1 치매전문 의료인 의견수렴

과학 및 의료기술의 발달로 치매질환에 대한 이해 정도가 달라지고, 치료 방법에도 변화가 생겼다(Mintzer, Mirski, Hoernig, 2000). 하지만 정책기조는 쉽게 바뀌지 않는다. 무엇보다 보건의료 정책은 대상이 인간으로 건강권과 삶의 질에 직결되는 문제이다. 따라서 보건의료 정책 마련 시, 현장의 문제점과 빠르게 변하는 관련 의료기술 정보를 가장 잘 알고 있는 전문가의 의견이 어느 분야 보다 중요하다. 이러한 이유로 치매환자 관련 정책 결정에 전문 의료인 의견수렴이 절실하다. 정책환경은 내부환경요인인 인력, 시설, 수가문제에 영향을 미치는 요인이므로 정책환경 개선은 다른 개선방안보다 우선하여 고려되어야한다.

### 5.1.2 보건·복지 정책의 유기적 연계

이원화된 노인보건과 복지 정책은 치매환자 관련 서비스의 유기적 연대를 어렵게 하며 분절화의 원인이 되는 것으로 판단된다. 이를 극복하기 위해 정부 내에 컨트롤 타워 역할을 할 수 있는 곳이 필요하다. 특히 치매환자의 경우 일관성을 갖는 통합적 치료와 관리가 중요하다. 구체적 방안은 우선 요양병원과 시설 간 치매환자 전원 규정을 명확하게 하는 일이다. 이는 환자를 위한 뿐 아니라 시설에 입소해야 하는 치매노인이 요양병원에 입원하는 사회적 입원 행태와 이로 인하여 야기된 의료비 상승을 막을 수 있다.<sup>25)</sup>

25) 국민건강보험공단의 '2014년 사회적 입원으로 인한 본인부담상한제 추가 지출액' 자료에 따르면 의학적 치료가 필요 없는 사회적 입원으로 한해 최소 1231억 원의 건강보험 재정 낭비가 일어난다고 하였다. 사회적 입원은 치료 목적보다 생활과 요양을 위해 의료기관에 입원하는 행태라고 정의하였고, 문제행동군, 인지장애군, 신체기능저하군으로 분류되는 3개 그룹에서 발생한다고 보았다.

## 5.2 대중의 인식 개선

### 5.2.1 치매극복의 날 관련 홍보사업 확대 및 다각화

치매인식 개선을 위해 현재 치매 관리법 내 관련 조항<sup>26)</sup>을 적극적으로 활용하고 성실하게 이행할 필요가 있다. 치매관리법에서는 범국민적 공감대 형성을 위한 치매극복의 날을 지정하고 관련 교육과 홍보사업을 하도록 언급하고 있다. 하지만 9월 21일이 치매극복의 날이라는 것을 알고 있는 대중은 많지 않다. 지금보다 치매인식 개선을 위한 홍보사업을 강화하고 다각화 하는 방안은 대중의 인식 개선에 도움이 될 것이다.

### 5.2.2 치매 인식개선 프로그램 마련 및 운영

치매관리법 제 6 조와 10 조에서는 치매에 관한 홍보 및 교육사업, 치매의 예방과 진료기술의 발전을 위하여 치매 연구·개발 사업(이하 "치매연구사업"이라 한다)을 시행하도록 언급하고 있다. 치매 홍보 및 연구사업을 통해 '치매인식 개선 프로그램'을 마련하는 방안을 개선안으로 제시한다. 더불어 이 프로그램을 제 17 조에 언급된 치매상담센터를 활용하여 운영하도록 제안한다. 치매상담센터<sup>27)</sup>는 지역사회 내 치매를 예방하고 치매노인 등록·관리 및 이에 필요한 상담·지원 등의 서비스를 제공하는 곳으로 관할 보건소에 설치되어 있다.

26) 부록4 치매인식개선 관련 치매관리법 조항 참조

27) 보건복지부 사회보장정보원

<http://www.g-health.kr/portal/bbs/selectBoardList.do?bbsId=U00245&cNttId=221&menuNo=200598>

## 5.3 인력의 양적·질적 개선

### 5.3.1 병원 사용자 중심으로 인력 인증기준 개선

치매환자들은 간호·간병 요구도가 높은 반면 여타 노인성 질환에 비해 내과 질환 발생 빈도는 높지 않아 내과 전문의 의료 요구도는 상대적으로 낮다. 이에 맞게 의료, 간호 및 간병 인력 기준이 다르게 적용되어야 한다. 또한 원인 질병에 대한 정확한 진단과 치료 방법을 제시할 수 있는 신경정신과 전문의 역할이 중요한데, 인력 기준에 포함하지는 않더라도 컨설팅 의사를 지정하도록 하는 개선책이 필요하다. 급성기 질환자 중심의 요양병원 인력 인증기준은 병원을 이용하는 환자의 특성에 맞게 개선되어야 한다. 이를 통해 필요한 인력의 양적 확보가 가능하다.

### 5.3.2 치매전문인력 양성을 위한 교육제도 개선

치매질환의 간호 및 돌봄 요구도가 높은 것을 고려할 때 다른 전문인력보다 치매전문 간호사 양성이 중요하다. 특히 치매는 알려진 원인 질병만 70가지가 넘는 임상증후군으로 환자마다 문제증상이나 그에 따른 치료방법이 다를 수 있는 질환이다(오병훈, 2009; Mintzer, Mirski, Hoernig, 2000). 이는 전문성이 없이 환자를 응대하기 어려운 이유가 된다. 그럼에도 심층면접에 참여한 모든 간호사에 따르면 간호사가 되기 위해 받았던 정규 교과과정이나 이후에 받는 보수교육에 치매관련 내용은 충분하지 않다고 하였다.

현재 국내에서 치매전문의료 인력 양성을 위한 치매특별 교육은 이미 시행되고 있다. 하지만 심층면담에 참여한 의료인들은 치매에 관한 내용이 정규교육에서 강화될 필요가 있다고 하였다. 노인복지법 제29조 제1항, 시행규칙



제11조(치매연구관리사업)에 근거하여 보건복지부는 매년 대한간호협회, 광역 치매센터 등을 치매전문교육사업 기관으로 선정하는 사업을 하고 있다. 이러한 특별 치매전문인력 양성 교육<sup>28)</sup>은 지역별로 교육기간과 인원제한이 있어, 현장에서 근무하는 인력이 참여하기에 현실적 어려움이 있다. 또한 지역 요양병원 간호사의 경우 참여기회 조차 없는 경우가 많아, 제도의 실효성이 떨어진다고 하였다. 특별 교육과정보다 정규 교육과정 중에 치매교육이 좀 더 비중 있게 다루어지도록 교육제도를 개편하여 치매에 대한 관심을 증진시키고, 치매전문 인력 양성을 위한 교두보가 될 수 있도록 한다.

## 5.4 시설환경 개선

### 5.4.1 병원 사용자 중심으로 시설 인증기준 개선

2014년 4월 의료법 시행규칙 개정으로 요양병원의 치료 외 시설 기준이 강화되었다. 개정된 시행규칙과 이에 따르는 요양병원 인증기준 조정안에서의 핵심은 화재에 대비하기 위한 소방 시설의 설치, 유지 및 점검에 대한 강조이었다. 시행규칙 개정 이후에도 여전히 요양병원 내 환자 치료를 위한 시설 기준은 미흡하다. 특히 종합병원, 병원 그리고 요양시설에도 있는 물리치료실 시설 기준이 요양병원에는 없다. 다수의 연구에서 운동프로그램이 치매환자의 일상생활능력을 향상시키고 삶의 질을 높인다고 하였다(조성현, 김승준, 2010; 홍승연, 2012). 따라서 물리치료실에 대한 시설 기준이 요양병원에도 필요하다. 더불어 1-2인실 병실 배정이 문제행동군 환자의 삶의 질 개선에 중요한 시설 기준이라고 하였다.

28) 복지부의 교육비 지원 수준은 보통 교육기간 두 달 정도이며 교육시간은 최소 30시간에서 70시간이다. 인원은 기관별로 200-400명 선이지만, 한 기관에서 교육하는 지역 수에 따라 지역별로 나누어 예를 들면 인천 60명 서울 100명 등의 인원이 모집 대상이 된다.

#### 5.4.2 문제행동군 관리병동 제도화

현행 요양병원의 제도는 시설은 물론 인력과 수가체계 측면에서 문제행동군 치매환자의 특성을 반영하고 있지 않다. 이용환자의 특성을 반영한 기준으로 운영되는 특별병동 제도화가 여러 가지 문제를 해결하는 방안으로 제시되었다. 행동·정신적 문제 증상이 심해진 환자를 저비용으로 통제하기 위해 비싼 노동력 대신 시설, 도구, 약제, 신체보호대 등을 남용하는 상황이 여전히 발생하고 있다. 환자를 폐쇄병동에 가두고, 신체를 구속하거나 화학적 약물로 환자를 무력화 시키는 일이 생기고 있다.<sup>29)</sup> 엄격한 기준 없이 음성적으로 운영되고 있는 폐쇄 병동을 없애고, 안전한 시설 환경과 필요한 인력을 제공할 수 있는 문제행동군 관리병동 제도화는 궁극적으로 환자의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 방안인 것으로 판단된다.

### 5.5 수가문제 개선

#### 5.5.1 간병비 급여화

간병비 급여화는 간병 요구도가 높은 치매환자의 보호자 부담을 덜어 줄 뿐 아니라, 적정 수의 간병 인력 확보를 위해 필요하다. 인력확보는 돌봄 서비스의 질 관리를 위한 요건으로 환자 삶의 질 향상에 직결된다. 임종기 환자 삶의 질을 향상시키고자하는 목적으로 간병비 급여화를 의료기관에 도입한 호스피스 완화의료<sup>30)</sup>를 참고할 수 있다. 정부는 2009년 9월부터 2015년 7월까지

29) 미국 식품의약국(FDA)은 2005년 리스페리돈, 할로페리돌 등 정신병 치료제에 대해 경고문을 발표했다. 실험결과 이 정신병 치료제들은 치매환자들에게 사용할 경우 사망위험이 1.7배가량 높아졌다. 이러한 정신병 약물로 환자를 무기력하게 만드는 것을 화학적 구속이라고 한다. 2014년 5월 화재로 21명이 숨진 요양병원 기록에도 정신병 치료제를 과도하게 사용한 내용이 남아있다.(출처: KBS 1TV 시사기획 창 1부 '존엄한 요양' 2015.05.12. 방영, 시사기획 창 2부 '존엄을 돌보는 요양병원' 2015.05.19. 방영)

총 2 차에 걸친 시범사업을 마치고, 2015년 7월 15일부터 본 사업에 들어갔다. 간병에 대한 보험 적용이 되며, 통증치료 및 상담에 대한 수가가 확대되었다.<sup>31)</sup> 앞으로 호스피스 완화의료처럼 치매환자에 대해서도 수혜자 중심의 수가 개선책이 필요하다. 다만 말기암 환자가 그 대상으로 한시적인 서비스를 내포하고 있는 호스피스 완화 의료와는 달리 치매환자의 간병비를 무제한 지급하기에는 비용의 부담이 있다. 따라서 치매환자의 간병요구도, 돌봄 서비스의 효과성 등을 조사한 뒤 우선 대상자에 대해 일정비율의 간병비 지급을 하도록 제안한다.

노인장기요양보험법 제 23 조(장기요양급여의 종류)에 지급하도록 되어있는 요양병원 간병비는 실제로는 전혀 지급되지 않고 있다. 이는 노인보건과 복지 정책이 이원화 되어 요양병원과 시설의 근거법령 및 재원이 각각 다른 것에 기인한다.<sup>32)</sup> 이미 존재하는 법조항의 실천화 방안을 모색해볼 필요가 있다.

#### 5.5.2 비약물 요법과 물리치료 급여화

치매는 비약물적 치료가 효과적인 질병이다(김정완, 2013; 오병훈, 2009; Mintzer, Mirski, Hoernig, 2000). 비약물적 치료에는 환경치료, 사회적 치료, 놀이치료, 회상요법, 원예요법, 정신치료 등이 포함된다(오병훈, 2009; Mintzer, Mirski, Hoernig, 2000). 치매환자에게 비약물 요법이 상당히 효과적이지만, 요양병원에서 인정되는 프로그램은 전무하다. 선뜻 비용을 감수하고 치매환자를 위한 요법 치료를 자발적으로 시행하는 병원은 제한되어 있는 것이 현실이다. 더불어 다양한 운동적 자극이 환자의 치료에 도움이 되기 때문에 물리치료에 대한

30) 압관리법 제2조에 따르면 말기암 환자 완화의료란 통증과 증상의 완화 등을 포함한 신체적 심리사회적, 영적 영역에 대한 종합적인 평가와 치료를 통하여 말기암 환자와 그 가족의 삶의 질을 향상시키는 것을 목적으로 하는 의료를 말한다.

31) 간병 일당 수가는 8만원이며, 원예, 미술, 음악 등 요법 치료가 주3회 반영되어 지급된다. (보건복지부, 완화의료 건강보험 급여 방향 공개토론회 자료집, 2015년)

32) 표2.참조

보험 지급이 이루어진다면 환자의 일상생활 능력과 삶의 질 향상에 기여할 것으로 판단된다.

현재 요양병원 환자군에 따른 일당 정액 수가체계에서 추가로 전문가의 비약물 요법이나 물리치료 프로그램을 운영하는 것은 현실적으로 어려우므로 대부분의 요양병원에서는 여가 프로그램을 활용하고 있었다. 레크레이션 프로그램을 통해 부분적으로 재활 프로그램 역할을 보조하고 있지만 한계가 있다. 따라서 물리치료나 작업치료를 통해 재활이 가능한 치매환자를 우선 대상으로 치매 진단 후 일정기간동안 재활치료에 대해 급여를 지급하는 방안이 제시되었다.

### 5.5.3 사회복지시설 병원 평가에 반영

현행 수가체계에서 치매환자의 치료를 저해하는 요인들이 있었다. 첫째, 치료의 노력이 저수가로 귀결되는 것이다. 문제행동이 있는 치매환자를 치료하면 환자가 다른 복합 질환이 없는 경우 인지장애군으로 분류된다. 수가가 낮아진다는 의미이다. 이로 인하여 치매로 인한 문제증상을 개선시키기 위한 의료적 노력을 적극적으로 하지 않는 일부 병원이 존재한다. 둘째, 정액 포괄수가는 최소한의 의료서비스를 제공할수록 병원이 수익을 가져가게 된다. 개발된 신약이나 비약물 요법이 있어도 시도하기 어려운 것이 현실이다. 이러한 저해요인을 극복하고 요양병원이 의료기관으로써 치료의 기능을 제대로 하기 위한 방안이 필요하다. 간병비와 비약물 요법의 급여화와 더불어 치매환자의 사회복지시설을 병원 평가에 반영하면 현재 요양병원 수가문제는 상당부분 해소될 것으로 판단된다.

## 제 6 장 고찰 및 결론

본 연구에서는 요양병원 내 치매환자의 삶의 질 저해요인을 알아 본 후 이를 극복할 개선방안을 제시하고자 하였다. 연구결과에서 확인된 삶의 질 향상 방안은 정책환경 개선, 대중의 인식 개선, 인력·시설·수가 문제 개선이었다. 국내 연구에서 삶의 질 향상과 관련한 연구는 집단미술치료 프로그램이 치매노인의 우울과 삶의 질에 미치는 영향(김영숙, 도복늬, 2005), 음악요법이 치매노인의 인지기능, 행동, 정서에 미치는 효과(심향미, 정승희, 2001) 등과 같이 특정 중재 프로그램의 효과성 입증과 관련한 주제가 많았다. 이러한 연구들의 결과는 본 연구의 결과인 5 가지 개선방안 중에서 수가문제 개선을 위해 구체적으로 제시한 비약물 요법 급여화 부분과 일치한다. 반면 치매환자 삶의 질 실태와 향상에 대해 포괄적으로 알아보는 연구는 제한적이었다. 이유는 접근하기 쉽지 않은 대상이라는 점과 그들의 인권과 삶의 질의 중요성에 대한 사회적 인식이 부족했다는 데 있다(박세정, 고수현, 2008).

인지능력 저하를 겪게 되는 환자의 특성상 연구가 제한적일 수밖에 없었던 치매환자 삶의 질 연구는 대리평가(proxy rating) 및 연구방법의 개발과 함께 연구의 대상을 확대해 가고 있다. 최근의 국외 연구에서는 중증도가 높은 시설 입소 치매환자의 삶의 질까지 범위를 넓힌 연구를 하고 있다(Moyle et al., 2015). 아직까지 국내의 경우 요양병원 거주 치매노인의 삶의 질에 관한 연구는 초기 단계이다. 김성자(2009)는 요양시설 치매 노인의 삶의 질 예측모형을 제시하기 위한 연구를 실시하였고, 설문도구를 활용하여 경증 치매환자를 대상으로 삶의 질을 알아보는 연구(우지수, 2013)도 있었다. 하지만 두 연구의 대상자는 시설 거주 의사소통이 가능한 경증인지장애<sup>33)</sup> 환자로 국한되었다. 국내의 치매

33) 경증인지장애환자에 대해 한국형 간이정신상태검사(Korean Mini-Mental State Examination, K-MMSE)에서 점수 11점 이상이며 의사소통이 가능한 치매노인이라고 조작적 정의하고 이들

노인 삶의 질과 관련한 연구는 그 대상이 재가 혹은 요양시설 거주하는 한계가 있었다.

치매에 대한 대중의 인식부족이 요양병원에서 생활하는 치매환자의 삶의 질을 저하시키는 외부환경요인이었다. 대표적인 개념으로 치매와 알츠하이머병을 동일시해서 모든 치매는 치료가 불가능하다고 믿는 것, 가족 중 치매환자의 존재를 주위에 알리기를 꺼려하는 것 등이 있었다. 본 연구에서 치매 인식부족은 의료인이 경험하고 느낀 대중의 인식에 대한 문제점이었다. 반면 오영희(2009)는 65세 이상 노인들을 대상으로 치매에 대한 인식도를 조사하였다. 연구의 결과에서 정답률이 가장 낮은 항목은 ‘옛날 일을 잘 기억하면 치매가 아니다. 치매는 치료가 불가능하다. 부모가 치매 환자이면 자식도 걸린다.’ 이었다. 특히 치료가 불가능하다는 항목은 정답이 ‘아니오’ 이었지만, ‘예’라고 응답한 경우가 61.8%로 치매와 알츠하이머병을 동일시하여 모든 치매가 치료가 안 되는 퇴행성 질병인 것으로 잘못 인식한다는 본 연구 결과와 같았다. 오영희의 연구는 노인을 대상으로 치매의 실태와 대책을 알아보는 연구로 대상자들의 치매인식도가 매우 낮았으며 적극적이고 체계적인 홍보로 치매에 대한 올바른 지식을 전달해야한다고 주장하였다. 국외 연구에서도 치매환자 보호자들이 치매에 대해 갖고 있는 부적절한 인식을 밝혔다. 영국을 포함한 유럽 6개국에서 치매환자의 보호자, 일반대중, 의료인, 치매환자를 포함하여 총 2500명을 대상으로 치매의 의식도(awareness)를 알아본 연구(Bond et al., 2005)를 실시하였다. 치매가 상당히 진행된 후에야 병원에서 진단을 받게 되며 그 이유에 대해 응답자의 70%가 치매에 대한 인식 부족 때문이라고 밝혔다. 이밖에도 치매 의식도 조사는 다음 세 가지 결과를 밝혀냈다. 정부가

---

을 연구대상으로 하였다. K-MMSE란 Folstein 등이(1975) 개발한 인지기능 측정도구 MMSE를 권용철과 박종환(1989)이 한국노인들에게 사용할 수 있도록 수정·보완하여 개발한 도구이다. MMSE 25-30점은 questionably significant(더 검사가 필요할 수 있음), 20-25 mild cognitive impairment(경증 인지 장애), 10-20점은 Moderate(중등도), 0-10점은 Severe(중증)으로 평가한다(Folstein, Folstein, McHugh, 1975). 그러나 우리나라의 경우는 고령자에서 무학자가 많아 위의 기준이 항상 적절하지는 않고 결과의 해석에 학력과 임상특성을 항상 고려해야 한다(대한노인정신의학회, 2003)

치매와 관련하여 국민의 경제적, 사회적 부담 그리고 치료와 관련한 어려움을 무시하고 있다고 응답자들이 느끼고 있었다. 본 연구에서도 국내 치매 정책이 환자의 부담을 고려하지 않고 간병비를 미지급하는 등 치료보다 복지의 대상으로 우선 접근한다는 정부 정책환경 문제를 언급한 것과 일맥상통하는 것이었다. 본드(Bond)는 또한 치매질환이 환자와 환자의 돌봄제공자의 삶의 질에 부정적 영향을 미친다고 하였다. 마지막으로 치매에 대한 치료와 돌봄의 이익(benefits)에 대해 정보가 너무 없다고 대다수 응답자들이 느끼고 있었다. 이 연구 결과 역시 치매에 대해 치료와 비약물 요법의 중요성이 간과되고, 정책에 반영되지 않아 치매환자의 삶의 질이 떨어진다고 밝힌 본 연구 결과와 유사하다. 본드의 연구는 프랑스, 독일, 이탈리아, 폴란드, 스페인, 영국의 합동 연구 결과로 다양한 면접 대상자를 일대일 혹은 전화로 면담 한 점에서 본 연구와 시기, 규모, 지리적 위치, 대상자 범위가 달랐다. 하지만 본드의 네 가지 연구 결과가 2015년 한국의 요양병원 의료진을 대상으로 했던 본 연구의 외부환경요인으로 도출된 대중의 인식부족, 정부의 치료를 중시하지 않는 정책기조 문제와 일치했다는 것은 시사점이 있다.

치매환자의 삶의 질 저해요인으로 병원 내부환경요인에 인력의 양적·질적인 문제가 존재한다고 밝힌 본 연구결과는 임준(2013)이 요양병원 간병노동의 현실과 질 향상방안에서 밝힌바와 일치하였다. 임준의 연구는 간병보호사 인력에 국한되었지만, 그동안 많이 다루어지지 않았던 요양병원 간병노동자에 대한 문제를 다루었다는 점에서 의미가 있는 것이었다. 인력의 질적 문제로 돌봄 제공자의 태도가 대표적인 개념으로 도출된 면담분석 결과는 치매환자와 간호사간의 의사소통의 문제점을 파악하고자 한 연구결과와(이명선, 이봉숙, 2006) 일치하였다. 치매 환자와 간호사간의 대화분석연구를 통해 환자를 향한 ‘지시적이고 권위적인 표현, 감정적인 표현, 회피하거나 방관하는 표현, 일반적인 호칭의 과다 사용’ 등의 문제가 존재한다고 구체적으로 밝혔다. 이명

성과 이봉숙의 연구는 간호사와 치매환자 사이 의사소통의 문제점을 다루었지만, 본 연구는 간호사가 심층면담 대상자로 자신이 속한 집단을 객관적으로 언급하기는 어려웠다고 고려된다. 본 연구 대상자인 의료진은 주 돌봄 제공자인 간병보호사의 태도 문제를 중요하게 언급하였다는 차이점이 있었다. 인력의 양적·질적 개선방안으로 병원 사용자 중심으로 인력 인증기준 개선과 함께 치매전문 인력 양성을 위한 교육제도 개선을 제시하였다. 유사하게 치매관련 교육제도 개선에 대해 제안한 영국의 연구가 있다(Pulsford, Hope, Thompson, 2007). 이 연구는 사회복지사, 직업치료사, 간호사 등 치매환자를 다루는 의료전문직 종사자를 대상으로 기존 교육 과정(pre-qualifying courses for health and social care professionals)과 보수교육(continuing professional development courses)에서 치매관련 내용을 얼마나 배웠는지를 물어보는 설문 조사를 실시하였다. 결과는 일반 간호사들이 치매환자를 효과적으로 간호하기에 부족하다는 보고에도 불구하고 치매교육내용이 제한적이거나 거의 없었다고 밝혔다. 이 연구에서는 치매전문 인력 양성을 위해 치매환자를 다루는 간호사, 작업치료사, 사회복지사를 위한 고위자 교육 과정이 필요하다고 제안하고 있다. 교육제도 개선이 필요하다는 큰 틀에서 본다면 일치된 결과를 보였지만 구체적 제안에 차이가 있었던 것은 본 연구에서 면담 대상자에 간호사와 의사만이 포함되었으며, 간호요구도가 높은 치매환자에게 간호사가 중요한 인력이라고 판단한 것, 국내와 국외의 다른 교육 시스템 등이 배경이 된 것으로 판단된다. 본 연구는 특히 정규 간호 교육과정에 치매관련 내용의 확대를 주장하였다.

또 다른 치매환자의 삶의 질 저하요인으로 치매질환자중심의 시설기준 미비와 문제행동군 환자관리 시설환경의 부재가 있었다. 박세정과 김한곤(2009)은 시설에 입소한 경증 치매노인의 삶의 질을 조사하고, 돌봄 제공자로부터 시설 환경에 관한 설문을 한 후 교차 비교한 연구에서 치매노인의 삶의 질이 낮을수록 시설환경 요인도 낮다고 밝혔다. 특히 박세정과 김한곤이 제시한 해결



방안은 치매노인이 만족하는 삶의 질을 위해서 치매노인의 특성을 충분히 고려한 환경을 마련해야한다고 주장하였다. 본 연구에서 병원 사용자 중심으로 시설 인증기준을 마련해야한다고 한 결과가 박세정과 김한곤의 연구결과를 지지하고 있다. 다만 박세정과 김한곤의 연구는 요양시설에 관한 것이어서 병원 환자를 대상으로 한 본 연구와 차이가 있었다. 시설에는 문제행동군 치매환자가 입소 대상이 아니므로 본 연구에서 시설관련 개선 방안으로 추가된 문제행동군 관리병동 제도화는 박세정과 김한곤의 연구에는 해당이 없었다.

끝으로 본 연구 참여자들은 수가와 관련한 치매환자 삶의 질 저해요인으로 간병비의 환자부담, 비약물 요법의 비급여, 문제행동군 치료 시 수가변동을 지적하였다. 이에 대한 개선책은 간병, 비약물 요법, 물리치료의 급여화를 통해 치료환경을 제공하면서 동시에 사회복지율을 병원 평가에 반영해야한다는 것이다. 국내외 연구에서 치매환자의 삶의 질 향상과 비약물 요법, 재활 치료의 중요성을 언급하고 있다(오병훈, 2009; Moyle et al. 2015; Talassi et al. 2007). 또한 간병비 급여화를 주장한 본 연구결과는 임준(2013)의 주장과 같은 맥락이었다. 임준은 요양병원의 간병노동의 현실과 질 향상 방안 연구에서 요양병원의 간병서비스 제공자가 노동권의 사각지대에 놓여있다고 하였다. 간병보호사 1명당 8명의 환자를 보고 있어 인력 부족이 심각하며 이에 대한 해결방안으로 간병노동을 담당하는 인력에 대한 공식화를 제안하였다. 이러한 견해는 본 연구의 심층면담 대상자도 공감하는 부분이었지만, 현실적으로 간병보호사의 제도화는 어려운 절차들이 선결되어야하는 어려운 문제라고 보았다. 우선 간병비를 급여화하여 인력을 확보하는 방안이 선결 과제라고 본 연구는 주장한다. 치매환자의 사회복지율을 병원 평가에 반영하고, 요양병원과 시설 간 상호 유기적 연계를 주장한 본 연구 결과는 송현중(2012)이 외국사례와의 비교를 중심으로 우리나라 요양병원의 기능에 대한 고찰을 한 연구와 일치한다. 송현중은 요양병원은 급성기 병원과 장기요양시설의 사이에 위치하여

급성기 치료 이후 지속적인 치료가 필요한 환자를 입원시키는 것과 요양시설로 전원을 통해 사회복귀 기능을 하는 것이 중요하다고 주장하였다. 본 연구 결과는 송현종의 주장을 지지하고 있으며, 사회복귀율을 병원 평가에 반영하는 구체적 방안을 제시하였다.

## 결론 및 제언

본 연구는 요양병원 치매환자의 삶의 질 저해요인과 향상을 위한 개선책을 알아보기 위해 의료인을 대상으로 심층면담을 실시한 후 근거이론 방법의 분석법을 적용하여 결과를 도출하였다. 본 연구의 대상자는 광역시, 수도권 중 소도시, 지방군 내 읍 지역을 포함한 3곳 요양병원에 근무하는 의료인 6명이었다. 심층면담 의료인이 밝힌 치매환자 삶의 질 저해요인으로 정책환경 문제, 대중의 치매관련 인식부족, 인력의 양적·질적 문제, 시설문제, 수가문제가 도출되었다. 정책환경 문제는 치매환자를 의료보다 복지적 접근 대상으로 인식하는 정책 기조, 보건과 복지의 이원 정책으로 인한 분절화로 정리되었다. 대중의 인식 부족은 치매와 알츠하이머병을 동일시하여 모든 치매가 치료가 불가능하다고 인식하는 것, 가족의 치매 발병 사실을 주위에 알리기 꺼려하는 점, 치매환자는 새로운 관계 형성을 어려워 할 것이라는 오해가 대표적 개념이었다. 인력의 문제는 전문 치료인력의 부족, 문제행동군 관리인력의 부족, 돌봄 제공자의 태도 문제가 있었다. 시설과 관련하여 급성기 질환 위주의 인증기준이 치매질환자가 많은 요양병원에도 그대로 적용되는 것과 문제행동군 관리시설의 부재를 언급하였다. 마지막으로 간병비 전액 환자부담, 비약물요법의 비급여, 문제행동군 치료 후 수가변동이 수가체계와 관련한 문제점이었다.

해결방안은 정책결정시 치매전문 의료인의 의견수렴, 노인보건과 복지 정책의 유기적 연계를 통한 정책환경 개선이었다. 대중의 인식 개선을 위해서는

치매관리법 내 조항의 적극적 활용을 주장하였다. 구체적 방안은 이미 지정되어있는 치매극복의 날과 관련한 교육 및 홍보사업을 확대하고 치매인식 개선 프로그램을 마련하고 운영하는 것이다. 인력의 양적 개선을 위해 병원 사용자 중심으로 인력 인증 기준을 마련하고, 인력의 질적 개선을 위해 치매전문 인력 양성을 위한 교육제도 개선이 필요하다고 보았다. 시설 환경 개선을 위해서 치매질환자 중심으로 치료와 관련한 시설 인증기준을 마련하고 문제행동군 관리 병동을 제도화하는 방안이 있었다. 마지막으로 수가문제 개선을 위해 필요한 것은 간병비, 비약물 요법, 물리치료의 제한적 급여 허용이었다. 이와 함께 사회복지율을 병원 평가에 반영하여 요양병원의 의료기관으로써 기능을 재정립 한다면 환자의 치료가 적극적으로 이루어지고, 환자의 삶의 질이 향상될 것으로 보았다.

본 연구에서 치매환자의 삶의 질 저해요인을 알아보기 위해 요양병원에서 치매환자를 치료하고 돌보는 의료인을 대상으로 심층면담을 실시하였다. 연구 대상이 환자 당사자가 아닌 의료진이었다는 점이 가장 큰 연구의 제한점이었다. 의료진을 연구대상으로 한 근거는 인지능력이 저하된 치매환자의 응답에 대한 신뢰성 확보의 어려움 그리고 건강이 열악한 치매환자의 삶의 질을 파악하는데 객관적 관찰로 설명이 충분하다고 판단한 것이었다. 하지만 외국의 연구사례<sup>34)</sup>에서 중등도의 치매환자일지라도 일관되고 신뢰할 수 있는 답변이 가능하다고 하였다. 이에 본 연구자는 요양병원 내 치매환자를 대상으로 심층면담을 통해 삶의 질 저해요인을 알아보는 연구를 제안한다. 더불어 심층면담에 국한되었던 연구방법을 요양병원 치매병동 내 참여관찰 연구로 확대하는 것을 제안한다.

---

34) Moyle et al.(2015)

## 참고문헌

- 구본대, 김신겸, 이준영, 박기형, 신준현, 김광기, 한설희. 한국형 치매임상진료지침 소개. *한국의사협회지* 2011; 54(8): 861-75.
- 국가법령정보센터[인터넷].c1997-2015. 노인복지법 시행규칙; 2015.7.29; [cited 2015.12.15]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsEfInfoP.do?lsiSeq=171603#>
- 국가법령정보센터[인터넷].c1997-2015. 노인장기요양보험법 시행령; 2014.06.25; [cited 2015.12.15]. Available from: <http://www.law.go.kr/lsEfInfoP.do?lsiSeq=178405#>
- 국가법령정보센터[인터넷].c1997-2015. 장기요양급여 제공기준 및 급여비용산정방법 등에 관한 고시; 2015.11.25; [cited 2015.12.15]. Available from: <http://www.law.go.kr/행정규칙/장기요양급여제공기준및급여비용산정방법등에관한고시>
- 권순만. 독일의 장기요양제도. *한국노년학연구*. 2003; 12: 27-47.
- 김명용. 독일의 노인장기요양제도의 법적 문제. *공법학연구* 2014; 15(1): 445-70.
- 김미영. 치매노인을 돌보는 간호사의 경험 과정 [박사학위 논문]. 서울: 이화여자대학교; 2001.
- 김미혜, 이석미. 독일과 네덜란드의 장기요양제도에 관한 연구-현금급여와 가족수발자를 중심으로. *사회복지정책* 2007; 31: 369-96.
- 김성자. 시설 입소 치매노인의 삶의 질 예측모형 [박사학위논문]. 서울: 중앙대학교; 2009.
- 김애련, 채옥희. 노인의 삶의 질에 관한 연구. *한국가족자원경영학회지* 2001; 5(1): 49-60.
- 김옥희. 노인건강과 보건의료복지정책. *법정리뷰* 2010; 27(2), 257-83.
- 김원중. OECD 선진국의 노인장기요양보호제도 운영실태. *대한병원협회지* 2004; 7(8).
- 김정완. 알츠하이머병 치매 환자의 인지재활. *말소리와 음성과학* 2013; 5(1): 27-38.
- 김진수, 선우덕, 이기주, 최인덕, 이호용, 김경아. 요양병원과 요양시설의 역할정립 방안연구-연계방안을 중심으로-한국보건사회연구원, 2013.
- 나용선. 연구논문: 사회, 문화, 기타 영역; 독일, 일본, 한국의 장기요양보험제도에 관한 비교 연구. *유라시아연구* 2011; 8(1): 253-79.

- 노인성치매임상연구센터. 치매임상진료지침-제1부 진단 및 평가. 보건복지부, 2009.
- 대한노인정신의학회. 한국형 치매평가검사. 서울: 학지사, 2003.
- 박세정, 고수현. 치매 노인의 삶의 질 향상에 관한 연구. 복지행정논총 2008; 18(2): 115-42.
- 박세정, 김한곤. 치매노인의 삶의 질과 시설 환경 요인에 관한 연구. 한국노년학 2009; 29(4): 1361-81.
- 박지연. 일본의 개호보험제도와 그 영향. 국민건강보험공단 사회보장연구센터 특집간행물, 2001.
- 박형욱, 김소윤, 손명세. 법적인 측면에서 바라본 수련의 의료윤리 교육목표. 한국의료윤리학회지 2009; 12(3): 235-50.
- 보건복지위원회. 노인장기요양보험법 일부개정법률안 검토보고서, 2014
- 배윤조. 치매노인의 사회 연결망과 삶의 질 [박사학위 논문] 경상북도: 경북대학교; 2013.
- 사이드만(Seidman I) 질적 연구 방법으로서의 면담. 박혜준, 이승준(역). 서울: 학지사, 2009.
- 송현중. 요양병원 기능에 대한 고찰: 외국사례와의 비교를 중심으로. 대한노인병학회 2012; 16(3): 114-20.
- 염영란. 생명의 돌봄. 인간연구 2014; (26): 65-91.
- 오병훈. 치매의 행동 정신 증상 진단 및 관리. J Korean Med assoc. 2009; 52(11): 1048-54.
- 오영희. 노인의 치매실태와 대책. 한국보건사회연구원 Issue & Focus 2009; 17: 1-8.
- 우베 플릭(Uwe F) 질적연구방법. 임은미 외 옮김. 파주: 한울, 2009.
- 우지수. 경증 치매 노인의 요양 형태에 따른 삶의 질에 관한 연구: 노인 장기요양보험 3등급 중심으로 [석사학위 논문]. 서울: 서울시립대학교; 2013.
- 유경선, 문상호. 노인수발보험제도의 정책설계: 일본 장기요양보호정책의 시사점을 중심으로. 한국행정학회 추계학술발표논문집. 2006; 1-21.
- 이동성, 김영천. 질적 연구방법으로서 근거이론의 철학적 배경과 방법론적 특성에 대한 고찰. 열린교육연구 2012; 20(2): 1-26.
- 이명선, 이봉숙. 치매 환자와 간호사의 의사소통에 관한 대화분석. 대한간호학회지 2006; 36(7): 1253-64.

- 이윤환. 21 세기 노인보건의료의 과제-공공과 민간의 역할. 한국보건행정학회  
전기학술대회 연제집, 2000; 5: 3-23.
- 이태화, 김인숙, 김은현, 정제인, 강경화. 병원에서의 간호관리역량 교육요구  
도. 간호행정학회지 2006; 12(1): 113-21.
- 임준. 요양병원 간병노동의 현실과 질 향상방안. 월간 복지동향 2013; 174: 49-55.
- 정창록. 의료자원 분배의 도덕성 논쟁-QALY에 대한 찬반 입장을 중심으로. 한  
국의료윤리학회지 2012; 15(1): 1-23.
- 조성현, 김승준. 12 주간 복합운동프로그램이 혈관성 치매노인의 일상생활 수  
행능력과 삶의 질 지수에 미치는 효과. 대한물리의학회지 2010; 5(4): 633-44.
- 최선희, 김도훈, 윤태형 2012 년도 일본 개호보험제도의 개정과 그 시사점.  
전인건강과학회지 2012; 2(2): 11-27.
- 최인덕, 이은미. 실태조사를 통한 장기요양시설과 요양병원의 효율적 연계방  
안. 한국노년학 2010; 30(3): 855-69.
- 통계청. 세계와 한국의 인구현황 및 전망, 2015.
- 한국보건산업진흥원. 치매 유병률 조사 최종 보고서, 보건복지부, 2008.
- 한기명. 노인장기요양보험제도에 따른 치매노인의 의료이용 변화에 관한 연구  
-제도 도입 전·후 비교를 중심으로-[석사학위 논문]. 서울: 연세대학교; 2015.
- 한석태. 노인 삶의 질 결정요인에 관한 연구. 한국행정학보 2008; 42(3): 441-61.
- 홍선우, 손행미. 장기요양 노인환자의 노인전문요양시설 입소를 결정한 돌봄  
제공자의 경험. 대한간호학회지 2007; 37(5): 725-35.
- 홍승연. 8 주간의 개별화 운동 프로그램이 치매노인의 신체기능, 수행능력,  
인지기능에 미치는 영향. 한국생활환경학회지 2012; 19(3): 352-61.
- Albert SM, Castillo-Castaneda C, Sano M, Jacobs DM, Marder K, Bell K,  
Stern Y. Quality of life in patients with Alzheimer's disease as  
reported by patient proxies. Journal of the American Geriatrics  
Society 1996; 44(11): 1342-47.

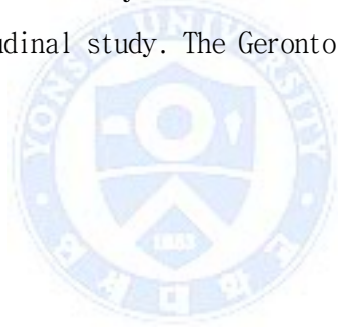
- Beattie et al. Multiple perspectives on quality of life for residents with dementia in long term care facilities: protocol for a comprehensive Australian study. *International Psychogeriatrics*, 2015; 27(10): 1739-47.
- Bond J, Stave C, Sganga A, Vincenzino O, O'Connell B, Stanley RL. Inequalities in dementia care across Europe: key findings of the Facing Dementia Survey. *International Journal of Clinical Practice* 2005; 59(s146): 8-14.
- Brod M, Stewart AL, Sands L, Walton P. Conceptualization and measurement of quality of life in dementia: The dementia quality of life instrument (DQoL). *The Gerontologist* 1999; 39(1): 25-36.
- Campbell A, Converse PE, Rodgers WL. *The quality of American life: Perceptions, evaluations, and satisfactions*. New York: Russell Sage Foundation, 1976.
- Cella DF. Measuring quality of life in palliative care. In *Seminars in oncology* 1995; 22(2) Suppl 3: 73-81.
- Creswell JW, Hanson WE, Plano VLC, Morales A. Qualitative research designs selection and implementation. *The counseling psychologist* 2007; 35(2): 236-64.
- Etters L, Goodall D, Harrison BE. Caregiver burden among dementia patient caregivers: a review of the literature. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 2008; 20(8): 423-8.
- Evashwick C. *The continuum of long-term care*. Boston: Cengage Learning, 2005.
- Fletcher AE, Dickinson EJ, Philp I. Review: audit measures: quality of life instruments for everyday use with elderly patients. *Age and ageing* 1992; 21(2): 142-50.
- Folstein MF, Folstein, SE, McHugh PR. "Mini-mental state": a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician.

- Journal of psychiatric research 1975; 12(3), 189-98.
- Francesca C, Ana LN, Jérôme M, Frits T. OECD Health Policy Studies Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care: Providing and Paying for Long-Term Care . OECD Publishing, 2011.
- Hajiran H. Toward a quality of life theory: net domestic product of happiness. Social Indicators Research 2006; 75(1): 31-43.
- Hurt C, Bhattacharyya S, Burns A, Camus V, Liperoti R, Marriott A, Byrne EJ. Patient and caregiver perspectives of quality of life in dementia. Dementia and geriatric cognitive disorders 2008; 26(2): 138-46.
- Jones R. S. 한국의 보건의료개혁. OECD 대한민국정책센터. 2010.
- Kane RA, Kane RL, Ladd RC. The heart of long term care. London; Oxford University Press, 1998.
- Lincoln YS, Guba EG. Naturalistic inquiry. Sage, 1985
- Logsdon RG, Gibbons LE, McCurry SM, Teri L. Assessing quality of life in older adults with cognitive impairment. Psychosomatic medicine 2002; 64(3): 510-9.
- Marin DB, Green CR, Schmeidler J, Harvey PD, Lawlor BA, Ryan TM, Mohs RC. Noncognitive disturbances in Alzheimer's disease: frequency, longitudinal course, and relationship to cognitive symptoms. Journal of the American Geriatrics Society 1997; 45(11): 1331-8.
- Mintzer JE, Mirski DF, Hoernig KS. Behavioral and psychological signs and symptoms of dementia: a practicing psychiatrist's viewpoint. Dialogues in clinical neuroscience 2000; 2(2): 139-55.
- Moyle W, Fetherstonhaugh D, Greben M, Beattie E, AusQol Group. Influencers on quality of life as reported by people living with dementia in long-term care: a descriptive exploratory approach. BMC Geriatr 2015; 15: 50-62.



- Moyle W, Venturato L, Griffiths S, Grimbeek P, McAllister M, Oxlade D, Murfield J. Factors influencing quality of life for people with dementia: a qualitative approach. *Age Ment Hlth* 2011; 15: 970-7.
- OECD. *Long-Term Care for Older People*. Paris: OECD Publishing, 2005.
- Pulsford D, Hope K, Thompson R. Higher education provision for professionals working with people with dementia: a scoping exercise. *Nurse Education Today* 2007; 27(1): 5-13.
- Schalock RL. The concept of quality of life: what we know and do not know. *Journal of intellectual disability research* 2004; 48(3): 203-16.
- Schipper H, Clinch JJ, Olweny CL. Quality of life studies: definitions and conceptual issues. *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* 1996; 2: 11-23.
- Strauss, A., Corbin, J. *Basics of qualitative research: Procedures and techniques for developing grounded theory*. ed: Thousand Oaks, CA: Sage, 1998.
- Talassi, E., Guerreschi, M., Feriani, M., Fedi, V., Bianchetti, A., & Trabucchi, M. Effectiveness of a cognitive rehabilitation program in mild dementia (MD) and mild cognitive impairment (MCI): a case control study. *Archives of gerontology and geriatrics* 2007; 44: 391-9.
- Thoits PA. Conceptual, methodological, and theoretical problems in studying social support as a buffer against life stress. *Journal of Health and Social behavior* 1982; 145-159.
- UN. *The ageing of populations and its economic and social implications*. Population Studies no. 26. New York: United Nations Publishing, 1956.
- UN. *World Population Ageing 2009*. New York: United Nations Publishing, 2009.
- Van Gennip IE, Pasman HRW, Oosterveld-Vlug MG, Willems DL, Onwuteaka-Philipsen BD. How dementia affects personal dignity: a

- qualitative study on the perspective of individuals with mild to moderate dementia. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 2014; doi: 10.1093/geronb/gbu137
- Ventegodt, S., Merrick, J., & Andersen, N. J. Quality of life theory III. Maslow revisited. *The scientific world journal* 2003; 3: 1050-7.
- WHO "Towards an international consensus on policy for long-term care of the ageing." WHO Publishing, 2000.
- WHOQOL group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine* 1995; 41(10): 1403-9.
- Zarit SH, Todd PA, Zarit JM. Subjective burden of husbands and wives as caregivers: a longitudinal study. *The Gerontologist* 1986; 26(3): 260-6.



부록1. 연구대상자 설명문 및 동의서

## 연구대상자 설명문

(인간대상연구용)

연구제목: 요양병원 치매환자 삶의 질 향상 연구 -의료인 심층면담 중심으로-

연구책임자(소속/성명): 연세대학교 보건대학원/ 백상숙 전화번호: \_\_\_\_\_

연구 의뢰자: 백상숙

이 설명문은 본 연구의 목적, 절차, 이익, 위험, 불편, 주의사항 등을 기술하고 있습니다. 귀하는 이 연구에 관해서 질문 할 수 있는 충분한 시간을 가질 수 있습니다. 연구담당자는 귀하가 명확히 이해하지 못하는 단어나 정보에 대해 충분히 설명드릴 것입니다.

### 1. 개요

귀하에게 연구 참여를 요청합니다. 연구자는 귀하가 이 연구 참여 대상으로 고려될 수 있는 초기 기준에 적합한 것으로 평가하였습니다. 이 연구 참여에 동의하시기 전에 귀하는 예정된 절차에 대한 다음의 설명을 읽고 이해하는 것이 중요합니다. 이 설명문에서는 연구의 목적, 절차, 위험성, 불편사항, 유익성 및 주의사항에 대해 설명하고 있습니다. 또한 언제든지 귀하가 이 연구 참여를 중단할 수 있음을 설명하고 있습니다.

## 2. 연구의 설명 및 목적

이 심층 면접은 연구 목적으로 수행됩니다.

본 연구의 목적은 요양병원 치매환자의 삶의 질과 관련한 문제점을 알아보고, 삶의 질 향상을 위한 개선방안을 제시하는 것입니다.

## 3. 얼마나 많은 사람이 참여합니까?

대한노인요양병원협회에 가입한 요양병원에서 치매환자를 돌보는 의료인력 총 6명이 참여 할 것입니다.

## 4. 연구절차

의사 2명과 간호사 4명 총6명의 의료인들은 각각의 근무 병원에서 심층면접을 실시합니다. 각각의 면접은 60분에서 최장 90분을 넘지 않도록 진행됩니다. 모든 내용은 동의하에 녹취됩니다. 진행 장소는 연구대상자가 접근하기 편한 장소로 차후 지정될 것입니다.

만일 귀하가 참여의사를 밝혀 주시면 다음과 같은 과정이 진행될 것입니다.

본 심층면담은 반 구조화된 면담으로 질문지를 바탕으로 하되, 관련 개방적 추가질문이 가능하며 연구대상자의 입장, 의견, 느낌을 표현할 수 있습니다.

(심층면담 질문지 별첨)

## 5. 연구 참여 기간

하루 중 약 60분에서 90분의 시간이 소요될 것입니다.

## 6. 참여 도중 그만두어도 됩니까?

예, 귀하는 언제든지 어떠한 불이익 없이 참여 도중에 그만 둘 수 있습니다.

만일 귀하가 연구에 참여하는 것을 그만두고 싶다면 담당 연구원이나 연구 책임자에게 즉시 말씀해 주십시오.

#### **7. 예측 부작용 및 주의사항과 조치**

심층면담에 대해 예측되는 부작용은 없으나, 발생할 수 있는 부작용이나 위험 요소에 대한 질문이 있으면 담당 연구원에게 즉시 문의해 주십시오.

#### **8. 연구 참여에 따른 혜택 및 보상**

(1) 귀하가 이 연구에 참여하는데 있어서 직접적인 이득은 없습니다. 그러나 귀하가 제공하는 정보는 요양병원 내 치매환자의 삶의 질에 대한 이해를 증진하는데 도움이 될 것입니다.

(2) 귀하의 연구 참여시 감사의 뜻으로 5천원 상당의 작은 답례품이 증정될 것입니다.

#### **9. 상해에 대한 보상**

귀하에게 연구 참여에 따른 상해가 발생할 경우, 상해에 대한 치료 비용은 연구자가 부담합니다.

#### **10. 인적사항에 대한 비밀 보장**

귀하께서 본 연구에 참여하시는 동안에 수집되는 귀하의 기록은 비밀로 보장될 것입니다. 이 연구에서 얻어진 개인 정보가 학회지나 학회에 공개 될 때 귀하의 이름과 다른 개인 정보는 사용되지 않을 것입니다. 그러나 만일 법이 요구하면 귀하의 개인정보는 제공될 수 있습니다. 귀하가 본 동의서에 서명하는 것은 이러한 사항에 대하여 사전에 알고 있었으며 이를 허용한다는 동의로 간주될 것입니다.

## 연락처

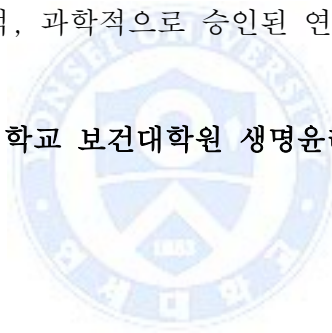
본 연구에 관하여 궁금한 점이 있거나 연구와 관련이 있는 상해가 발생한 경우에는 아래의 연구자에게 연락하여 주십시오.

연구담당자 성명 : 백상숙

H.P: \_ \_ \_ \_ \_

연구대상자로서 귀하의 권리에 대하여 문제가 발생된 경우에는 연구자에게 말씀하시거나 다음의 번호로 문의하실 수 있습니다. 본 연구는 연세대학교 생명윤리심의위원회에서 윤리적, 과학적으로 승인된 연구입니다.

연세대학교 보건대학원 생명윤리심의위원회



## 연구대상자 동의서

동의서 관리번호

연구제목: 요양병원 치매환자 삶의 질 향상 연구 -의료인 심층면담 중심으로-

1. 본인은 이 설명문을 읽었으며, 본 연구의 목적, 방법, 기대효과, 가능한 위험성 등에 대한 충분한 설명을 듣고 이해하였습니다.
2. 모든 궁금한 사항에 대해 질문하였고, 충분한 답변을 들었습니다.
3. 충분한 시간을 갖고 생각한 결과, 본인은 이 연구에 참여하기를 자유로운 의사에 따라 동의합니다.
4. 본인은 설명문 및 작성된 동의서 사본 1부를 받았음을 확인합니다.

연구참여자의 성명

서명

날짜 (년/월/일)

---

법정대리인의 성명 (해당되는 경우)

서명

날짜 (년/월/일)

---

설명한 연구자의 성명

서명

날짜 (년/월/일)

---





## 부록2. 심층면담 설문지

**시작 질문** “현장에서 치매 환자를 치료하거나 돌볼 때 가장 어려운 경험은 어떤 것들 인가요?”

**전환 질문** “본 연구자가 제시하는 다음 다섯 가지 측면 ‘치매환자에게 흔히 동반되는 행동·정신적 문제 증상들의 개선, 둘째, 문제행동을 동반하는 환자의 관리, 셋째, 환자 주변환경, 넷째, 심신의 상태에 따른 가능한 여가활동 여부, 다섯째, 대인관계 및 상호작용을 통한 사회적 지지 확보’가 요양병원 치매환자 삶의 질 문제점을 체계적으로 파악하기 위해 고려해야하는 범주들이라는 것에 대해 귀하는 어느 정도 동의합니까?”

### **주요 질문**

다음의 다섯 가지 측면에서 치매환자의 삶의 질과 관련하여 문제점들을 말씀해주세요.

첫째 “귀하가 치료하거나 간호하는 치매환자의 우울, 배회, 망상, 심신 능력 저하 등 치매에 흔히 동반되는 문제 증상들의 개선을 위해 적절한 치료나 돌봄 서비스가 이루어지고 있습니까?, 그렇지 못하다면 이유는 무엇인가요?”

둘째 “치매 환자 관리와 관련하여 치매 노인의 존엄과 신체 자유를 위해 구체적인 노력은 무엇이 있습니까? 이외에 환자관리 문제로 환자의 삶의 질이 저하되는 상황이 있나요?”

셋째 “요양병원 내 치매환자의 주변 환경과 환자의 삶의 질에 대해 말씀해주

십시오”

넷째 “환자의 심신의 상태에 따른 환자 개인을 위한 여가활동이나 프로그램에 대해 말씀해 주십시오.”

다섯째 “치매환자에 대한 환자의 가족, 친구, 의료진들의 사회적 지지는 어떤가요?”

여섯째 “지금까지 언급한 내용 외에 치매 환자의 삶의 질과 관련하여 고려해야 할 추가적인 내용은 무엇이라고 생각하십니까?”

다음으로 “요양병원제도와 관련하여 치매환자의 삶의 질 향상을 위한 개선 방안들은 무엇이라고 생각하십니까?”

**마무리 질문** “지금까지, 요양병원 내 치매환자의 삶의 질과 관련한 문제점 그리고 삶의 질 향상을 위한 개선 방안들을 말씀하셨습니다. 이외에도 요양병원 내 치매환자 삶의 질과 관련하여 더 논의 하고 싶은 것이 있습니까?”

### 부록3. 요양병원관련 의료법 시행규칙

제36조(요양병원의 운영) ① 법 제36조제3호에 따른 요양병원의 입원 대상은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로서 주로 요양이 필요한 자로 한다.  
<개정 2010.1.29.>

1. 노인성 질환자

2. 만성질환자

3. 외과적 수술 후 또는 상해 후 회복기간에 있는 자

② 제1항에도 불구하고 전염성 질환자는 요양병원의 입원 대상으로 하지 아니하며, 정신질환자(노인성 치매환자는 제외한다)는 정신병원(「정신보건법」 제3조제3호에 따른 정신병원을 말한다) 외의 요양병원의 입원 대상으로 하지 아니한다. <신설 2010.1.29.>

③ 각급 의료기관은 제1항에 따른 환자를 요양병원으로 옮긴 경우에는 환자 이송과 동시에 진료기록 사본 등을 그 요양병원에 송부하여야 한다. <개정 2010.1.29.>

④ 요양병원 개설자는 요양환자의 상태가 악화되는 경우에 적절한 조치를 할 수 있도록 환자 후송 등에 관하여 다른 의료기관과 협약을 맺거나 자체 시설 및 인력 등을 확보하여야 한다. <개정 2010.1.29.>

⑤ 요양병원 개설자가 요양병원에 입원한 환자의 안전을 위하여 환자의 움직임을 제한하거나 신체를 묶는 경우에 준수하여야 하는 사항은 별표 4의2와 같다. <신설 2015.5.29.>

제38조(의료인 등의 정원) ① 법 제36조제5호에 따른 의료기관의 종류에 따른 의료인의 정원 기준에 관한 사항은 별표 5와 같다.

② 의료기관은 제1항의 의료인 외에 다음의 기준에 따라 필요한 인원을 두어야 한다. <개정 2008.9.5., 2010.1.29., 2010.3.19., 2015.5.29.>

1. 병원급 의료기관에는 별표 5의2에 따른 약사 또는 한약사(법률 제8365호 약사법 전부개정법률 부칙 제9조에 따라 한약을 조제할 수 있는 약사를 포함한다. 이하 같다)를 두어야 한다.
  2. 입원시설을 갖춘 종합병원·병원·치과병원·한방병원 또는 요양병원에는 1명 이상의 영양사를 둔다.
  3. 의료기관에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 각 진료과목별로 필요한 수의 의료기사를 둔다.
  4. 종합병원에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 필요한 수의 의무기록사(醫務記錄士)를 둔다.
  5. 의료기관에는 보건복지부장관이 정하는 바에 따라 필요한 수의 간호조무사를 둔다.
  6. 종합병원에는 「사회복지사업법」에 따른 사회복지사 자격을 가진 자 중에서 환자의 갱생·재활과 사회복지를 위한 상담 및 지도 업무를 담당하는 요원을 1명 이상 둔다.
  7. 요양병원에는 시설 안전관리를 담당하는 당직근무자를 1명 이상 둔다.
- ③ 보건복지부장관은 간호사나 치과위생사의 인력 수급상 필요하다고 인정할 때에는 제1항에 따른 간호사 또는 치과위생사 정원의 일부를 간호조무사로 충당하게 할 수 있다. <개정 2010.3.19.>

제39조(급식관리) 법 제36조에 따라 입원시설을 갖춘 종합병원·병원·치과병원·한방병원 또는 요양병원은 별표 6에서 정하는 바에 따라 환자의 식사를 위생적으로 관리·제공하여야 한다.

#### 부록4. 치매인식개선 관련 치매관리법 조항

[법률 제11013호, 2011.8.4., 제정] [시행 2012.2.5.]

##### 제1장 총칙

제5조(치매극복의 날) ① 치매관리의 중요성을 널리 알리고 치매를 극복하기 위한 범국민적 공감대를 형성하기 위하여 매년 9월 21일을 치매극복의 날로 한다.

② 국가와 지방자치단체는 치매극복의 날 취지에 부합하는 행사와 교육·홍보 사업을 시행하여야 한다.

##### 제2장 치매관리종합계획의 수립·시행 등

제6조(치매관리종합계획의 수립 등) ① 보건복지부장관은 제7조에 따른 국가 치매관리위원회의 심의를 거쳐 치매관리에 관한 종합계획(이하 "종합계획"이라 한다)을 5년마다 수립하여야 한다. 종합계획 중 대통령령으로 정하는 중요한 사항을 변경하는 경우에도 또한 같다.

② 종합계획에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.

1. 치매의 예방·관리를 위한 기본시책
2. 치매검진사업의 추진계획 및 추진방법
3. 치매환자의 치료·보호 및 관리
4. 치매에 관한 홍보·교육
5. 치매에 관한 조사·연구 및 개발
6. 치매관리에 필요한 전문 인력의 육성
7. 그 밖에 치매관리에 필요한 사항

③ 보건복지부장관은 확정된 종합계획을 관계 중앙행정기관의 장, 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사(이하 "시·도지사"라 한다) 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 통보하여야 한다.

- ④ 관계 중앙행정기관의 장, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 종합계획에 따라 매년 치매관리에 관한 시행계획(이하 "시행계획"이라 한다)을 수립·시행 및 평가하여야 한다.
- ⑤ 보건복지부장관, 관계 중앙행정기관의 장, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 종합계획 또는 시행계획을 수립·시행하기 위하여 필요한 경우에는 관계 기관·단체·시설 등에 자료제공 및 업무협조를 요청할 수 있다. 이 경우 협조 요청을 받은 관계 기관 등은 특별한 사유가 없는 한 이에 따라야 한다.
- ⑥ 종합계획의 수립과 시행계획의 수립·시행 및 평가에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

### 제3장 치매연구사업 등

- 제10조(치매연구사업) ① 보건복지부장관은 치매의 예방과 진료기술의 발전을 위하여 치매 연구·개발 사업(이하 "치매연구사업"이라 한다)을 시행한다.
- ② 치매연구사업에는 다음 각 호의 사항이 포함되어야 한다.
    1. 치매환자의 관리에 관한 표준지침의 연구
    2. 치매 관련 의료 및 복지서비스에 관한 연구
    3. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 사업
  - ③ 보건복지부장관은 치매연구사업을 추진할 때 학계·연구기관 및 산업체 간의 공동연구사업을 우선 지원하여야 한다.
  - ④ 보건복지부장관은 치매연구사업에 관한 국제협력의 증진을 위하여 노력하고 선진기술의 도입을 위한 전문인력의 국외파견 및 국내유치 등의 방안을 마련하여야 한다.
  - ⑤ 보건복지부장관은 「의료법」 제3조제2항에 따른 종합병원(이하 "종합병원"이라 한다), 「사회복지사업법」 제2조제3호에 따른 사회복지법인, 그 밖의 보건의료 및 복지 관련 단체로 하여금 치매연구사업을 실시하게 할 수 있다.

⑥ 치매연구사업 지원에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

제11조(치매검진사업) ① 보건복지부장관은 종합계획에 따라 치매를 조기에 발견하는 검진사업(이하 "치매검진사업"이라 한다)을 시행하여야 한다.

② 치매검진사업의 범위, 대상자, 검진주기 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

③ 치매의 검진 방법 및 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.

④ 국가는 치매검진을 받는 사람 중 「의료급여법」에 따른 의료급여수급자 및 대통령령으로 정하는 건강보험가입자에 대하여 그 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

제16조(중앙치매센터의 지정) ① 보건복지부장관은 치매관리에 관한 다음 각 호의 업무를 수행하게 하기 위하여 종합병원 중에서 중앙치매센터를 지정할 수 있다.

1. 치매연구사업에 대한 국내외의 추세 및 수요 예측
2. 치매연구사업 계획의 작성
3. 치매연구사업 과제의 공모·심의 및 선정
4. 치매연구사업 결과의 평가 및 활용
5. 치매환자의 진료
6. 재가치매환자관리사업에 관련된 교육·훈련 및 지원 업무
7. 치매관리에 관한 홍보
8. 치매와 관련된 정보·통계의 수집·분석 및 제공
9. 치매와 관련된 국내외 협력
10. 치매의 예방·진단 및 치료 등에 관한 신기술의 개발 및 보급

② 중앙치매센터 지정의 기준·방법 및 절차 등에 필요한 사항은 보건복지부령

으로 정한다.

제17조(치매상담센터의 설치) ① 시·군·구의 관할 보건소에 치매예방 및 치매환자 관리를 위한 치매상담센터(이하 "치매상담센터"라 한다)를 설치한다.

② 치매상담센터는 다음 각 호의 업무를 수행한다.

1. 치매환자의 등록·관리
2. 치매등록통계사업의 지원
3. 치매의 예방·교육 및 홍보
4. 치매환자 및 가족 방문·관리
5. 치매조기검진
6. 그 밖에 시장·군수·구청장이 치매관리에 필요하다고 인정하는 업무

제4장 보칙

제18조(비용의 지원) ① 국가와 지방자치단체는 치매관리사업을 수행하는 자에 대하여 다음 각 호에 해당하는 비용의 전부 또는 일부를 지원할 수 있다.

1. 제10조에 따른 치매연구사업, 제11조에 따른 치매검진사업, 제13조에 따른 치매등록통계사업 및 제14조에 따른 역학조사 수행에 드는 비용
2. 치매관리사업에 대한 교육·홍보에 드는 비용
3. 치매관리사업에 필요한 전문인력의 교육·훈련에 드는 비용
4. 치매관리사업을 수행하는 법인·단체의 교육 및 홍보 사업에 드는 비용

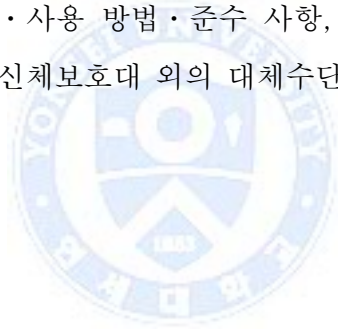
② 제1항에 따른 비용 지원의 기준·방법 및 절차에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.



**부록5. 요양병원 개설자가 환자의 움직임을 제한하거나 신체를 묶는 경우에 준수해야 할 사항** [제36조제5항. 신설 2015.5.29]

1. "신체보호대"란 전신 혹은 신체 일부분의 움직임을 제한할 때 사용되는 물리적 장치 및 기구를 말한다.
2. 신체보호대는 입원 환자가 생명유지 장치를 스스로 제거하는 등 환자 안전에 위해가 발생할 수 있어 그 환자의 움직임을 제한하거나 신체를 묶을 필요가 있는 경우에 제3호에서 정하는 바에 따라 최소한의 시간만 사용한다.
3. 신체보호대 사용 사유 및 절차는 다음 각 목과 같다.
  - 가. 주된 증상, 과거력(過去歷), 투약력(投藥歷), 신체 및 인지 기능, 심리 상태, 환경적 요인 등 환자의 상태를 충분히 파악한 후 신체보호대를 대신할 다른 방법이 없는 경우에 한하여 신체보호대를 사용한다.
  - 나. 의사는 신체보호대 사용 사유·방법·신체 부위, 종류 등을 적어 환자에 대한 신체보호대 사용을 처방하여야 한다.
  - 다. 의료인은 의사의 처방에 따라 환자에게 신체보호대 사용에 대하여 충분히 설명하고 그 동의를 얻어야 한다. 다만, 환자가 의식이 없는 등 환자의 동의를 얻을 수 없는 경우에는 환자 보호자의 동의를 얻을 수 있다.
  - 라. 다목에 따른 동의는 신체보호대 사용 사유·방법·신체 부위 및 종류, 처방한 의사와 설명한 의료인의 이름 및 처방·설명 날짜를 적은 문서로 얻어야 한다. 이 경우 다목 단서에 따라 환자의 보호자가 대신 동의한 경우에는 그 사유를 함께 적어야 한다.
4. 신체보호대를 사용하는 경우에는 다음 각 목을 준수하여야 한다.
  - 가. 신체보호대는 응급상황에서 쉽게 풀 수 있거나 즉시 자를 수 있는 방법으로 사용한다.
  - 나. 신체보호대를 사용하고 있는 환자의 상태를 주기적으로 관찰·기록하여 부

- 작용 발생을 예방하며 환자의 기본 욕구를 확인하고 충족시켜야 한다.
- 다. 의료인은 신체보호대의 제거 또는 사용 신체 부위를 줄이기 위하여 환자의 상태를 주기적으로 평가하여야 한다.
5. 의사는 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사유가 발생한 경우에는 신체보호대 사용을 중단한다.
- 가. 신체보호대의 사용 사유가 해소된 경우
  - 나. 신체보호대를 대신하여 사용할 수 있는 다른 효과적인 방법이 있는 경우
  - 다. 신체보호대의 사용으로 인하여 환자에게 부작용이 발생한 경우
6. 요양병원 개설자는 신체보호대 사용을 줄이기 위하여 연 1회 이상 의료인을 포함한 요양병원 종사자에게 신체보호대 사용에 관한 교육을 하여야 한다. 이 경우 신체보호대의 정의·사용 방법·준수 사항, 신체보호대를 사용할 경우 발생할 수 있는 부작용, 신체보호대 외의 대체수단 및 환자의 권리 등을 포함하여 교육하여야 한다.



= ABSTRACT =

**Enhancing the quality of life among dementia patients in long-term care hospitals in South Korea: In-depth interview analysis of health professionals**

Sangsook Beck  
Graduate School of  
Public Health  
Yonsei University

(Directed by Professor So-Yoon Kim, M.D., Ph.D.)

Population ageing is unprecedented in Korea without parallel in human history. As a consequence of ageing of the Korean society, the number of elderly people with dementia and the needs of social caring for them have increased dramatically. This needs of social care services and medical treatment have resulted in a rapid expansion of the number of long-term care hospitals in Korea. They provide the medical treatment as well as the social care provision. To suggest the improvement plans for enhancing the quality of life among people with dementia in the hospitals, in-depth interviews have been conducted with six health professionals who have worked for the dementia patients in long-term care hospitals. Five themes emerged in relation to influencers of quality of life of people living with dementia in the geriatric hospitals. Those include the treatment of behavioral and

psychological symptoms of dementia, the management of dementia patients, the physical environment for dementia patients, having something to do and the social interaction. These five factors have been included in the in-depth interview questions. The findings highlight the importance of policy making system regarding the elderly population, raising awareness and understanding dementia patients and individual needs of the complexity of living in group living situations at hospitals. Furthermore, the results show that contributing factors of lowering the quality of life among the dementia patients include the deficits in the abilities of the caregivers, insufficient provision of skilled health professionals, poorly equipped hospital environments and inadequate funding by the National Healthcare Insurance Service.

As for enhancing policies, opinions of respected authorities, based on clinical experience should be included in the policy making process. It is also recommended that the government should set out a nationwide dementia awareness campaign, raising public awareness about dementia. In addition, the government policy reforms are suggested to improve care for patients in geriatric hospitals. Payment systems should cover individual care fees, physical therapy and non-pharmacological treatments for dementia patients who demonstrate behavioral and psychological symptoms of dementia. Another plan is to introduce 'special care units dementia' in order to better meet dementia patients' needs in the hospital. Finally the study results revealed that more of the dementia curriculum are to be covered in both nursing education and continuing professional development courses.