

사회문제로서의 치매에 대한 시스템사고적 고찰*

A Systems Thinking Approach on the Dementia as a Social Problem

조성숙**

Cho, Sungsook

Abstract

This study aims to comprehensively understand the dynamics of the dementia as a social problem and to find out its causes and solutions, using the systems thinking approach. The contents of the study are as follows. Firstly, it examines the existing studies on the dementia, draws their limitations and further presents the major variables to understand the dementia as a social problem. Second, it analyzes the structure of the causation in order to find out the dynamics of the problem. Lastly, it concludes with the suggestions to solve the problem based on its feedback structure presented in the causal loop diagrams. This study is expected to make a useful and basic material to grope for the solutions, as the first research to dynamically understand the dementia as a social problem.

Keywords: 고령화, 동태성, 사회문제, 시스템사고, 치매

(Aging, Dynamics, Social Problem, Systems Thinking, Dementia)

* 본 연구는 한국과학기술정보연구원의 “국가 현안대응형 연구생태계 맵 모형개발 및 분석 (K-13-L06-C11-S01)”과제의 지원을 받아 수행된 "치매문제에 대한 시스템사고적 고찰"을 수정·보완하였음.

** 계명대학교 사회복지학과 부교수(sscho777@kmu.ac.kr) / 2014년 BK21 플러스 계명대학교 지역사회통합인재양성사업단 참여교수

I. 문제제기

급속한 고령화 및 수명 연장으로 치매노인 인구가 급격히 증가하고 있으며, 이러한 경향은 향후에도 지속될 것으로 예측된다. 2012년 치매유병률조사 결과에 따르면, 65세 이상 노인 중 치매노인이 차지하는 비율인 치매 유병률은 2012년 9.18%로 환자수는 약 54.1만 명(남성 15.6만 명, 여성 38.5만 명)으로 추산되었다. 이러한 경향은 지속되어 2030년에는 치매인구가 약 127만 명, 2050년에 약 271만 명으로 매 20년마다 약 2배씩 증가할 것으로 추산된다(분당서울대학교병원, 2013).

치매는 장기간동안 타인에 대한 의존성을 높임으로써 부양자의 심각한 정신적, 심리적, 육체적, 경제적 부담을 초래하는 중증질환이다(조현·고준기, 2012). 치매는 노인성 질환 중 노인들에게 가장 빈번하게 나타나는 동시에 강도 높은 수발을 요하는 질환으로, 치매노인에 대한 수발 및 부양이 사회적 주요이슈로 부각되고 있다(김선자, 2007). 이러한 사회적 흐름에 따라 정부는 치매를 체계적으로 관리하기 위하여 2011년 8월 4일 치매에 대한 개별법령인 「치매관리법」을 공포하였다. 「치매관리법」 제2조에 따르면, 치매란 퇴행성 뇌 질환 또는 뇌혈관계 질환 등으로 인하여 기억력, 언어능력, 지남력(指南力), 판단력 및 수행 능력 등의 기능이 저하됨으로써 일상생활에서 지장을 초래하는 후천적인 다발성 장애를 말하며, “치매환자”란 치매로 인한 임상적 특징이 나타나는 사람으로서 의사나 한의사로부터 치매로 진단받은 사람을 말한다.

치매의 발병요인은 사회적 요인과는 무관하지만, 치매노인에 대한 부양문제는 가족의 부양기능이나 사회보호체계 등과 같은 사회적 요소와 깊은 관련이 있을 뿐만 아니라, 치매인구가 급격히 증가하여 발생하는 치매노인에 대한 의료비 증가는 사회적, 국가적 부담의 가중을 초래한다(심영, 2000; 보건복지부, 2012; 조현·고준기, 2012; 경향신문 2013. 10. 2.). 특히 핵가족화, 여성의 경제활동 증가 등으로 인해 가족의 수발기능이 약화되고 가족수발자의 특성도 변화하는 현 상황에서 치매는 국가적 차원의 개입이 필요한 사회문제라고 할 수 있다(김선자, 2007).

사회문제로서의 치매에 대한 국내연구는 치매노인 주수발자의 부양부담이나 삶의 질에 관한 연구, 치매노인의 삶의 질 등에 대한 실태조사나 변수들 간의 단편적인 상관관계나 인과관계를 검증하는 연구 혹은 치매관리를 위한 거시적인 차원에서 서비스 및 정책과제를 제시하는 연구들이 주를 이루고 있다. 사회문제로서의 치매가 복잡하고 동태적인 특성을 가졌음에도 불구하고, 이러한 특성을 고려한 종합적이고, 동태적인 연구는 전무한 상황이다.

이에 본 연구는 사회문제로서의 치매에 대한 관련변수들 간의 인과관계를 종합적이고 동태적으로 이해하여 치매에 대한 원인을 규명하고 해결방안을 모색하는데 목적이 있다.

이 연구는 다음과 같은 내용으로 구성되어 있다. 첫째, 치매 관련 선행연구를 고찰하여 관련 연구의 한계점을 도출하고, 나아가 사회문제로서의 치매와 관련된 주요 변수를 탐색하여 제시한다. 둘째, 사회문제로서 치매의 동태성 규명을 위해 인과구조를 분석한다. 셋째, 인과지도 분석을 통해 나타난 피드백 구조에 근거하여 치매문제 해결을 위한 다양한 해결 방안을 논의하며 결론을 맺는다. 본 연구는 사회문제로서의 치매를 동태적으로 이해하고자 시도한 첫 연구로서, 치매문제에 대한 종합적이고 동태적인 이해를 바탕으로 사회문제로서의 치매에 대한 해결방안을 모색하는데 유용한 기초자료가 될 것으로 기대된다.

II. 문헌 검토

1. 치매 관련 선행연구 검토

치매에 관한 연구는 의학 및 간호학 분야뿐만 아니라, 사회과학의 다양한 분야에서 수행되어 오고 있다. 치매 관련 국내연구 동향을 살펴보면, 크게 치매노인 및 가족 수준의 미시적 차원의 연구와 치매에 대한 사회적 차원의 정책과제를 제시하는 거시적 차원의 연구로 구분할 수 있다.

치매노인 및 가족 수준의 미시적 차원의 연구들로는 치매노인의 삶의 질에 관한 연구, 치매노인 가족이나 주부양자의 부양부담, 생활만족도, 삶의 질, 소진이나 스트레스 등에 관한 연구가 있다.

먼저 치매노인의 삶의 질에 관한 연구들은 치매노인의 배우자 유무, 소득, 연령, 전반적인 건강상태, 자아존중, 우울 유무, 스트레스 정도, 주변의 사회적, 정신적, 물질적 지지, 치매노인들의 사회연결망 유형, 시설에서의 주수발자와 주변환경 등 치매노인의 개인적 특성, 지지 혹은 주변환경이 치매노인의 삶의 질에 영향을 미친다고 제시하였다(박세정·고수현, 2008; 박세정·김한곤, 2009; 배윤조, 2012). 또한 치매노인 삶의 질에 대한 만족도는 중간 정도(약 55%)가 가장 많았고, 낮다(28%), 높다(17%) 순이었으며, 신체적 영역과 인지·심리적 영역에서 불만이라는 의견이 가장 많았고, 사회·경제적 영역과 생활환경적 영역은 만족스럽다는 의견이 가장 많았다(손현숙·박세정, 2007).

한편, 치매노인 수발자는 치매노인에 대한 강도 높은 수발업무로 인해 관절이상이나 발생한 경우가 많았고, 수발스트레스로 인해 당뇨악화, 달팽이관 이상, 우울, 불면증 등을 경험하고 있었는데, 정신적으로나 신체적으로 건강이 악화되고 있는 것으로 나타났다. 이에 치매노인 수발가족 지원서비스 확충 및 활성화, 치매노인 수발가족을 위한 다양한 맞춤형 서

비스 개발, 수발가족 지원서비스 전달체계 구축 및 활성화 등이 핵심정책과제로 도출되었다(김선자, 2007).

치매노인에 대한 부양부담은 사회활동적 부담, 재정적 부담 등의 순으로 나타났다(이혜자, 2006). 치매노인 부양자의 부양부담에 미치는 영향요인으로는 치매노인 및 부양자의 연령, 배우자 유무, 치매노인의 치매정도, 장애 및 문제행동 정도, 사회적 지지, 사회적 배경, 일상생활수행능력, 동거여부, 가족상호관계, 하루 평균 돌봄시간, 부양자의 건강상태 등이었으므로 나타났다(민진희·배정미·김윤정, 2010; 조윤희·김광숙, 2010; 순덕기, 2012; 조경숙·서영희, 2012; 조은영·조은희·김소선, 2013).

치매노인 부양자의 우울, 피로, 치매노인과의 관계(머느리), 부양의지는 그들의 생활만족도에 영향을 미쳤다(이영희·박경희, 2007). 또한 부양자의 부양부담은 신체증상, 우울, 건강지각이나 주관안녕에 영향을 미쳤고, 사회적 지원은 치매환자 부양부담이 건강지각, 우울 및 주관안녕에 미치는 영향을 중재하는 것으로 나타났다(서경현·천경임, 2009). 또한 치매노인 가족부양자의 건강상태, 사회적 지지망, 부양보상감, 노인과의 관계 등은 치매노인 가족부양자의 삶의 질에 영향을 미치는 요인으로 나타났고, 치매노인 돌봄기간과 경제적 소득은 가족 부양자들의 우울을 가증시키는 요인으로 나타났다(김수영, 2003). 치매노인 가족구성원의 스트레스 요인으로는 치매노인 수발 가족구성원(머느리)여부, 치매노인과의 단독동거여부, 교육수준, 가계 월수입, 부양스트레스 등이었다(서경현·한우리, 2009; 김효신, 2010). 한편, 치매노인 가족 간호제공자의 소진은 치매노인과의 친밀도, 건강상태, 부양부담감과는 정적인 상관관계를, 사회적 지지와는 부적적인 상관관계를 보여주고 있다(성미라·김경아·이동영, 2013).

치매에 관한 거시적 차원의 연구들은 치매에 대한 정책대안으로 다음과 같은 방안들을 제시하고 있다. 먼저 노인장기요양보험제도의 개선을 주장하고 있는데, 등급판정시 전문치매평가도구 사용, 등급판정기준 완화 및 경증 치매노인의 급여대상자 확대를 개선방안으로 제시하고 있다(김덕주·김미경, 2011; 최영훈, 2011; 조현·고준기, 2012). 또한 치매에 대한 조기 검진 및 예방을 위해 65세 이상 노인의 건강검진에 치매검진을 포함하고, 치매예방 및 인식개선사업과 조기 검진 실시를 제언하고 있다(김종미, 2006; 김고은, 2011; 김덕주·김미경, 2011; 조현·고준기, 2012). 그리고 치매의 체계적 관리를 위해 치매관리조례 제정, 치매노인 인구의 종합 데이터베이스 구축, 치매종합관리대책 수립, 치매상담센터의 활성화 및 일원화, 의료사업 및 진료연구기관의 강화, 서비스 전달·연계체계의 확립, 치매전문 인력과 시설 확충이 필요함을 강조하고 있다(김고은, 2011; 유금순, 2012). <표 1>은 치매 관련 주요 연구와 내용을 제시하고 있다.

〈표 1〉 치매 관련 주요 연구와 내용

차원	분야	연구자	주요 내용
미시적 차원	부양자 부양 부담	이혜자(2006)	치매노인 부양부담은 사회활동적 부담, 재정적 부담 순으로 나타남. 치매노인의 일상생활수행능력, 문제행동, 배우자 유무 순으로 주부양자의 부양부담에 영향 미침
		김선자(2007)	장기간 고강도 수발로 인해 주수발자의 신체·정신 건강 악화 및 삶의 질 저하
		민진희·배정어·김윤정(2010)	치매노인의 연령, 일상생활수행능력, 과거동거 유무에 따라 가족부담감 달라짐
		조원희·김광숙(2010)	치매노인의 문제행동이 중등도 이상이거나 일상생활수행능력의 의존도가 중간 이상인 경우가 그렇지 않은 경우보다 부양가족 부담감 높음
		순덕기(2012)	치매노인의 장애 및 문제행동 정도가 높을수록 부양부담 높음. 부양자의 연령이 높을수록 부양부담 가중
		조경숙·서영희(2012)	부양자의 학력, 종교, 노인 치매정도가 정서적 부양부담에 영향 미침. 사회적 지지와 사회적 배경이 높을수록 주부양자가 느끼는 부담 감소
		조은영·조은희·김소선(2013)	가족 상호관계, 치매노인 일상생활수행능력, 하루 평균 돌봄시간, 가족원의 건강상태는 부양가족원의 부담감에 영향 미침
	부양자 생활 만족도	김수영(2003)	부양자의 건강상태, 사회적 지지망, 치매노인 위한 지역사회자원 활용 여부, 부양보상감, 노인과의 관계가 가족부양자의 삶의 질에 영향 미침. 돌봄기간, 경제적 소득에 따라 가족 부양자의 우울 가중
		이영희·박경희(2007)	부양자의 우울, 피로, 노인과의 관계(머느리), 부양지지가 부양자의 생활만족도에 영향 미침
		서경현·천경임(2009)	가족부양자의 부양부담은 신체증상 우울과는 정적인 관계이고, 건강지각이나 주관안녕과는 부적인 관계임. 사회지원은 치매환자 부양부담이 건강지각, 우울 및 주관안녕에 미치는 영향을 중재함
	부양자 스트레스	서경현·한우리(2009)	가족부양자의 부양스트레스는 신체증상, 우울과는 정적 관계이고, 건강지각이나 주관안녕과는 부적 관계임. 사회지원은 치매환자 부양부담이 건강지각, 우울 및 주관안녕에 대한 영향 중재함
		김효신(2010)	치매노인과 단독거주 여부, 교육수준, 월수입에 따라 부양자의 스트레스 증가
		성미라·김경아·이동영(2013)	치매노인 주가족 간호제공자 소진은 치매노인과의 친밀도, 건강상태, 부양부담감과 정적 상관관계를, 사회적 지지와는 부적 상관관계를 보여줌
	치매노인 삶의 질	손현숙·박세정(2007)	삶의 질에 대한 치매노인의 만족도는 중간정도, 낮다, 높다 순으로 나타남. 영역별로는 신체적·인지심리적 영역에서 불만, 사회경제적·생활환경적 영역은 만족함
		박세정·고수현(2008)	배우자 유무, 소득, 연령, 전반적인 건강상태, 자아존중, 우울 유무, 스트레스 정도, 주변의 사회적, 정신적, 물질적 지지가 치매노인 삶의 질에 영향미침
		박세정·김한곤(2009)	치매시설의 주수발자와 주변환경이 치매노인의 삶의 질에 유의한 영향 미침
		배운조(2012)	치매노인들의 사회연결망 유형과 삶의 질 간의 관계 검증. 활동자립형 연결망이 삶의 질이 가장 높고, 비활동고립형이 가장 낮음

(계속)

차원	분야	연구자	주요 내용
거시적 차원	정책적 과제	박주한·박용한 (2004)	치매상담센터 운영 활성화, 노인의료복지시설의 확충과 연계 운영, 전문가 양성 및 자원봉사활동 강화, 치매예방정책, 고령사회대책기본법 제정 필요
		김종미 (2006)	치매예방과 연구사업 강화, 유형에 따른 차별적 관리전략, 재가중심의 정책 전환 시급
		김 욱 (2010)	치매관련 지원 활성화를 위해 장기요양개념 재정립과 적용, 재가서비스 적극 활용, 상담기능 강화 필요
		김고은 (2011)	치매관련 사업 체계화 위해 치매관리조례 제정, 데이터베이스 구축, 인식 개선사업, 치매가족지원체계 구축, 치매관련 인력의 역량강화 필요
		김덕주·김미경 (2011)	노인장기요양보험 등급판정시 전문치매평가도구 사용, 재가서비스와 주야간보호서비스의 활용, 상담기능 확대, 치매조기발견과 치료에 대한 지원 필요
		최영훈 (2011)	경증 치매노인을 노인장기요양보험제도 급여대상자로 확대 필요
		유금순 (2012)	치매종합관리대책 마련, 치매상담센터 활성화 및 일원화, 의료사업 및 진료·연구기관 강화, 서비스 전달·연계 체계 확립, 치매 전문인력과 시설 확충 필요
		조현·고준기 (2012)	65세 이상 노인 건강검진에 치매검진 포함, 치매예방사업과 조기 검진, 등급판정기준 완화와 서비스 이용대상의 확대 필요
		선우덕 (2013)	치매환자에 대한 급여 수준 향상, 추가급여 지급, 치매환자를 위한 케어지원 강화

위에서도 살펴보았듯이, 치매 관련 국내연구는 주로 치매노인 및 가족 관련 2~3개 변수들 간의 상관관계나 인과관계를 검증하는 단선적이고 정태적인 분석에 머물러 있거나 치매에 대한 단순 실태조사 혹은 치매 관련 정책에 대한 과제 등을 제시한 연구들로 제한되어 있다. 그러나 복잡하고 동태적인 치매문제를 거시 및 미시적 차원에서 원인과 결과를 동태적이고 체계적으로 고찰하여 해결방안을 제시하고 있는 연구는 전무하다. 다른 선진국과 비교하여 유례없는 고령화 속도 및 치매노인 인구의 증가속도를 보이는 국내 상황을 고려할 때, 사회문제로서의 치매문제를 개인 및 가족 차원 나아가 사회 차원에서 종합적으로 이해하는 연구가 시급한 것으로 사료된다. 특히 사회문제로서의 치매문제가 내포하고 있는 사회문제의 복잡성 및 동태성으로 인해 시스템사고적 접근을 통해 치매문제를 조망할 필요성이 제기된다. 시스템사고적 접근은 복잡하고 동태적인 사회문제를 이해하고 해결방안을 모색하는데 매우 유용한 방법으로 활용되고 있다(e.g., 문태훈, 2012; 최남희, 2013).

2. 치매 관련 주요변수 탐색

1) 사회 차원

치매는 장기적이고 지속적인 치료와 보호를 필요로 하는 노인성 질환으로, 치매를 경험하는 치매노인 및 가족 차원을 넘어 사회적 차원의 대응이 필요한 심각한 사회문제이다. 특히 핵가족화, 여성의 경제활동 증가, 노인부양의식 및 부양기능 약화 등으로 인해 치매노인에 대한 수발 기능이 사회로 이양되고 있는데(심양, 2000), 사회적 차원에서는 다음과 같은 핵심변수들이 치매와 관련이 있다.

첫째, 치매 인식도는 사회문제로서의 치매를 악화 혹은 약화시키는 중요한 요소이다. 2012년 치매 인식도 수준은 100점 만점에 64.7점 수준으로, 2008년도(60점)에 비해 다소 향상되었으나, 치매 인식도는 여전히 낮은 것으로 나타났다. 특히 조사대상자의 88.2%는 치매에 관한 교육을 받은 적이 없었을 뿐만 아니라, 치매에 대한 지식습득의 경로는 방송(55.35점이 가장 높게 나타나 치매에 대한 체계적인 교육이 이루어지지 않고 있었다(분당서울대학교병원, 2013)). 치매의 종류는 약 70여종에 달하며, 많은 경우 조기 발견 및 적절한 치료가 전제된다면 치매 진행을 지연시키거나 증상을 호전시킬 수 있다. 치매의 일부는 사전 예방도 가능하고, 10~15% 정도의 치매는 치료를 통하여 정상적으로 호전될 수 있다. 그러나 대부분의 경우 치매를 단순한 노화현상으로 간주하여 치료가 불가능하다는 부정적인 인식을 갖고 있어 치매환자는 적절한 진단과 조기치료를 받지 못하여 가족과 사회의 무관심 속에서 방치되고 있으며, 이에 치매인구 증가의 악순환을 부추기고 있다(보건복지가족부, 2008; 대한민국정부, 2011; 조현·고준기, 2012).

둘째, 치매는 치매치료 및 관리 비용을 증가시켜 사회·경제적 비용을 가중시키므로, 사회·경제적 비용은 사회 차원에서 주요변수로 고려되어야 한다(심영, 2000; 보건복지부, 2012; 조현·고준기, 2012; 경향신문 2013.10.2.). 예를 들어, 2010년의 노인성질환의 연간 총 진료비는 2조 9,300억 원이었고 이 중 치매 관련 연간 총 진료비는 8,100억 원으로 노인성 질환 중 뇌혈관질환 다음으로 2위를 차지하였다(보건복지부, 2012). 2012년에는 9,993억 원이 소요되어 2010년 대비 약 23% 증가하여 건강보험 진료비 지출이 급증하였는데, 이러한 경향은 향후에도 지속될 것으로 전망된다(경향신문 2013.10.2.). 또한 치매 관련 국가차원의 사회·경제적 총 비용은 2010년의 경우 8.7조 원이었고, 2020년에는 18.9조 원, 2030년에는 38.9조 원이 소요될 것으로 추산되어 10년마다 2배씩 증가할 것으로 추산된다. 즉, 1인당 연간 총 비용(1,851만 원)은 치매 중증도가 높아질수록 증가하며, 중증치매환자의 비용(2,341만 원)은 경증치매환자(1,351만 원)의 비용보다 2배 이상이 소모된다. 또한 영국의 경우 치매의 사회적 비용은 암, 심장질환, 뇌졸중 세 가지 질병을 모두 합한 비용을

초과하는 것으로 나타나 치매의 사회적 비용에 대한 경종을 울리고 있다(Alzheimer Disease International, 2009).

셋째, 치매치료관리 인프라 구축여부는 사회문제로서의 치매를 악화시키거나 완화시킬 수 있는 요소로, 사회 차원의 치매문제를 이해하는데 주요변수이다. 정부는 급증하는 치매 인구와 치매의 사회·경제적 비용 지출을 고려하여 치매를 체계적으로 관리하기 위하여 2011년 「치매관리법」을 공포하였고, 현재 국가 차원의 치매종합관리대책을 수립하여 시행하고 있다. 치매는 개인이나 가족단위 혹은 단편적인 접근으로 해결하기 어려운 사회 차원의 문제로, 해결을 위해서는 치매를 치료하고 관리하기 위한 체계적인 인프라 구축 및 확충은 시급한 과제이다. 치매에 대한 종합관리 대책 수립, 치매환자 종합 데이터베이스 고도화, 치매관리 전달체계 확립, 치매 관련 전문인력과 시설확충 등 체계적인 치매치료관리 인

〈표 2〉 치매 관련 사회적 차원의 주요변수

변수	연구자	주요 내용
치매 인식도	보건복지부 (2012)	치매 질환 인식 개선 등 치매 고위험군의 조기발견을 통해 치매 발병을 2년 정도 지연시킬 경우 20년 후 치매 유병률이 80%수준으로 낮아지고 중증도 감소 가능
	조현·고준기 (2012)	치매를 노화현상으로 보고 치료가 불가능하다는 부정적인 인식을 가지고 있으나, 조기 검진, 예방 및 진료하면 질환의 진행속도나 증상 지연 가능
	분당서울대학교 병원(2013)	치매에 대한 부정적인 인식과 오해로 적절한 시기에 검진 및 치료가 이루어 지지 않아 치매노인 인구 급증
사회·경제적 비용	보건복지부 (2012)	2010년 치매 관련 연간 총 진료비는 8,100억 원으로 노인성 질환 중 뇌혈관 질환 다음으로 2위 차지. 1인당 치매 진료비는 연간 310만 원으로 5대 만성 질환인 뇌혈관(204만 원), 심혈관(132만 원), 당뇨(59만 원), 고혈압(43만 원), 관절염(40만 원) 보다 높음
	심영 (2000)	치매는 경제·사회적 비용을 초래하므로, 예방적 접근, 조기발견, 치매치료와 시설복지서비스 이원화, 재가복지서비스체계 조직화, 정부 지원 복지서비스 대상 범위 확대, 복지서비스 비용 차등화 등 필요
	조현·고준기 (2012)	치매 치료·관리비용 증가는 국가의료재정에 큰 부담으로 작용
치매 치료관리 인프라	보건복지부 (2012)	치매관리전달체계 확립, 치매환자 종합 데이터베이스 고도화, 치매 관련 전문 인력 양성 등 필요
	유금순 (2012)	치매종합관리대책 필요, 치매상담센터 활성화 및 일원화, 의료사업 및 진료·연구기관 강화, 서비스 전달·연계 체계 확립, 치매전문 인력과 시설확충 등 체계적인 치매관리 인프라 구축 필요
	조현·고준기 (2012)	치매환자가 사회의 무관심 속에 방치되어 있으므로 국가적 차원의 치료대책과 사회적 인프라 확보 시급

프라 구축 등에 대한 관심과 노력이 필요한 시점이다(보건복지부, 2012; 유금순, 2012; 조현·고준기, 2012). <표 2>는 치매에 관한 사회 차원의 주요변수 및 관련 선행연구의 내용을 보여주고 있다.

2) 개인 및 가족 차원

치매는 치매를 경험하는 치매노인 개인 차원에서뿐만 아니라, 치매환자를 부양하는 가족 차원에서도 다양한 영향을 미친다. 치매는 개인 및 가족 차원에서 다음과 같은 핵심변수들을 통해 고찰될 필요가 있다.

첫째, 치매는 일상생활수행능력을 저하시켜 건강한 노후생활과 사회활동에 제약을 초래하여 삶의 질을 저하시키는 주요한 요인으로, 치매노인의 삶의 질은 개인 및 가족 차원에서 주요변수로 고려되어야 한다. 뿐만 아니라 치매는 타인에 대한 의존도 및 수발 요구도가 높기 때문에 수발이 장기화될 경우 부양자의 신체 및 정신 건강을 악화시켜 치매노인에 대한 부양의 질이 저하될 뿐만 아니라, 치매노인에 대한 학대나 방치, 유기와 같은 극단적인 결과를 초래하기도 하는데, 이로 인해 치매노인의 삶의 질은 더욱 낮아질 수 있다(김덕주·김미경, 2011; 조현·고준기, 2012).

둘째, 치매노인에 대한 주수발은 가족에 의해 이루어지는 경우가 대부분인데, 이로 인해 치매노인의 부양가족은 심각한 정신적, 심리적, 육체적, 경제적 부담을 가지게 되므로, 부양가족의 부양부담은 가족 차원의 치매문제를 이해하는데 핵심변수이다(김선자, 2007; 조현·고준기, 2012). 2007년 노인장기요양보험제도의 도입으로 치매노인을 위한 재가서비스 혹은 시설입소를 통한 서비스 제공이 다각적으로 이루어지고 있으나, 수발을 필요로 하는 많은 치매노인들이 등급 내에 포함되지 못할 뿐만 아니라, 요양서비스 혜택을 받더라도 사회·경제적인 측면에서 가족의 부양부담은 상당한 것으로 보인다. 특히 치매노인에 대한 수발을 책임지는 주수발자는 일상생활수행능력이 저하된 치매노인에게 장기간 집중해야 하므로 사회적 활동에 많은 제약을 받을 뿐만 아니라, 신체적 건강 및 정신적 건강에도 부정적인 영향을 받아 삶의 질이 저하되기도 한다(김선자, 2007; 김효신, 2010).

셋째, 치매노인에 대한 부양 및 수발스트레스는 가족관계에서도 부정적인 영향을 미치므로, 가족 갈등은 가족 차원에서 치매문제를 이해하는데 주요변수로 고려되어야 한다. 즉, 가족 내에서 치매노인 부양에 대한 역할 분담 및 비용부담 등에 대해 가족구성원들의 역할이 명확히 설정되지 않을 경우 형제관계, 부모자녀관계, 부부관계 등의 가족갈등을 초래하고 나아가 가족 해체 등의 또 다른 사회문제를 야기시킬 수 있다(권중돈, 1994; 김선자, 2007; 김덕주·김미경, 2011). <표 3>은 치매에 관한 개인·가족 차원의 주요변수 및 관련

선행연구의 내용을 보여주고 있다.

〈표 3〉 치매 관련 개인·가족 차원의 주요변수

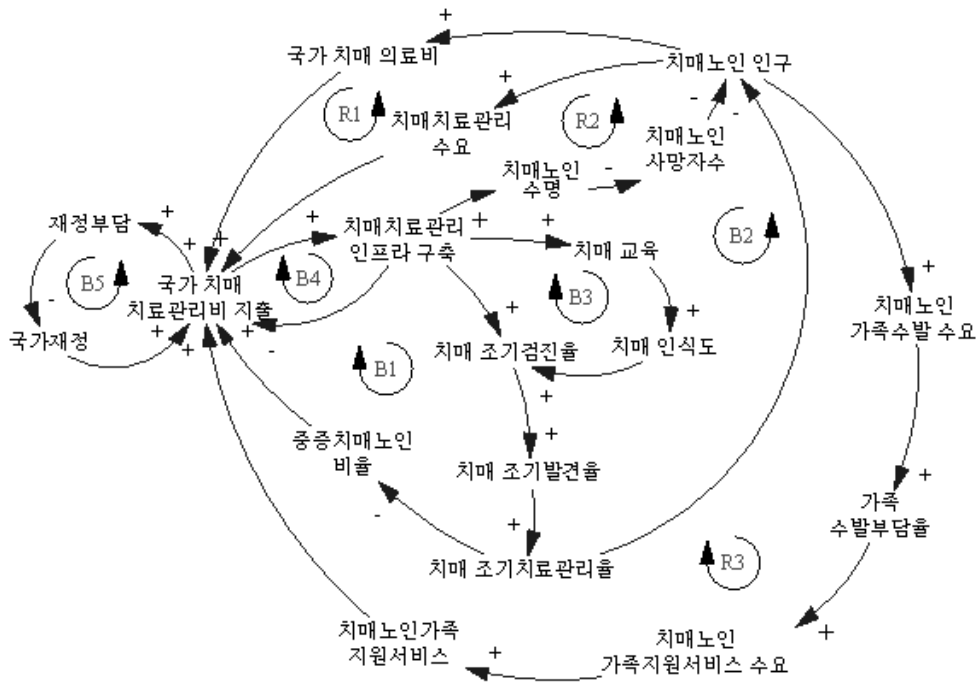
변수	연구자	주요 내용
치매노인 삶의 질	손현숙·박세정 (2007)	치매노인 삶의 질에 대한 만족도는 중간정도가 가장 많았고, 신체적·인지 심리적 영역에서 불만족
	박세정·고수현 (2008)	배우자 유무, 소득, 연령, 전반적인 건강상태, 자아존중, 우울 유무, 스트레스 정도, 사회적, 정신적, 물질적 지지가 치매노인의 삶의 질에 영향을 미침
	박세정·김한곤 (2009)	시설의 주수발자와 주변환경이 치매노인 삶의 질에 유의한 영향미침
가족의 부양부담	김선자 (2007)	장기간 강도높은 수발 특성상 관절이상 등 주수발자의 신체적 건강에 부정적 영향 미치며, 우울증, 스트레스 등 정신 건강에도 부정적 영향 미치며, 삶의 질 저하
	서경현·천경임 (2009)	부양자의 부양부담은 신체증상, 우울, 건강지각, 주관안녕에 영향 미침 사회적 지원은 치매환자 부양부담이 건강지각, 우울 및 주관안녕에 미치는 영향 중재
	김수영 (2003)	치매노인 가족부양자의 건강상태, 사회적 지지망, 부양보상감, 노인과의 관계 등은 가족부양자의 삶의 질에 영향 미침. 치매노인 돌봄 기간과 경제적 소득은 부양자들의 우울 가중요인임
	서경현·한우리 (2009)	치매환자 가족부양자의 부양 스트레스는 스트레스 반응이나 정신건강, 신체 건강과 밀접한 관련 있음
	김덕주·김미경 (2011)	치매노인에 대한 부양부담은 가족구성원들의 다양한 부양부담 가중
	성미라·김경아·이동영(2013)	치매노인에 대한 부담감, 사회적 지지, 치매노인과의 관계에 따라 치매노인 가족 간호제공자의 소진 증가
가족 갈등	권중돈 (1994)	치매노인 부양에 대한 가족구성원들의 역할분담이 이루어지지 않는 경우 형제, 부모-자녀, 부부관계 등에 영향을 미쳐 가족갈등 초래
	김선자 (2007)	치매노인에 대한 수발자의 역할 담당, 비용 분담 등으로 가족 간의 감정적 갈등이 발생함
	김덕주·김미경 (2011)	치매노인에 대한 장기적인 부양부담은 생계문제와 가족구성원들 간의 갈등 뿐만 아니라 가정의 해체위기 초래

III. 치매문제의 인과구조 분석

1. 치매의 주요 피드백 구조

1) 사회 차원

위에서도 고찰하였듯이, 치매는 사회 차원에서 다양한 변수들과 관련되어 있다. 특히 시스템사고적 관점에서 치매는 다양한 변수들 간의 피드백 구조를 통해 이해될 수 있는데, 사회 차원에서 관련 변수들의 주요 피드백 구조를 살펴보면 [그림 1]과 같다. [그림 1]은 치매의 사회에 대한 영향 피드백 구조를 보여준다.



[그림 1] 치매의 사회에 대한 영향 피드백 구조

[그림 1]의 인과지도에 나타나 있듯이, 치매는 사회 차원에서 크게 8개의 핵심 피드백루프, 즉 3개의 양의 피드백루프(positive feedback loop 혹은 reinforcing feedback loop)와 5개의 음의 피드백루프(negative feedback loop 혹은 balancing feedback loop)로 설명될 수 있다. 주요한 피드백루프를 중심으로 설명하면 다음과 같다.

먼저 양의 피드백 루프를 살펴보면 다음과 같다. R1은 국가 치매치료관리비 지출 증가로 치매치료관리 인프라 구축이 증가함에 따라 치매노인 수명이 늘어나 치매노인 인구가 증가하고 국가 치매 의료비가 증가하여 국가 치매치료관리비 지출이 증가하는 구조를 보여준다. R2는 치매치료관리 인프라 구축이 증가하여 치매노인 수명연장이 가속화되어 치매노인 사망자 수가 감소하여 치매노인 인구가 증가함에 따라 치매치료관리 수요 및 국가 치매치료관리비 지출이 증가하여 치매치료관리 인프라 구축이 증가하는 구조이다. 다음으로 R3은 국가 치매치료관리비 지출 증가로 치매치료관리 인프라가 늘어나 치매노인의 수명이 연장되고 사망자 수가 감소하여 치매노인 인구가 증가함에 따라 치매노인 가족수발 수요 및 가족 수발부담이 늘어나 치매노인 가족지원서비스 수요 및 치매노인 가족지원서비스가 증가하여 국가 치매치료관리비 지출이 증가하는 구조이다.

한편, 음의 피드백 루프인 B1은 치매치료관리 인프라가 증가하면, 치매 조기검진율, 조기발견율 및 조기치료관리율이 증가하고 중증치매노인 비율이 감소하여 국가 치매치료관리비 지출이 균형을 찾게 되어 치매치료관리 인프라가 감소하는 구조이다. B2는 국가 치매치료관리비 지출이 증가하여 치매 조기치료관리율이 높아지고 치매노인 인구가 감소하여 치매치료관리 수요가 감소함에 따라 치매치료관리 인프라가 감소하여 국가 치매치료관리비 지출이 감소하는 구조를 보여준다. B3은 국가 치매치료관리비 지출 증가로 치매 치료관리 인프라 및 치매교육이 증가하여 치매인식도가 향상됨으로써 치매 조기검진율, 조기발견율 및 조기치료관리율 증가로 중증치매노인 비율이 감소하여 국가의 치매치료관리비 지출이 감소하고 치매치료관리 인프라가 감소하게 되는 구조이다. B4는 국가 치매치료관리비 지출이 증가하면 치매치료관리 인프라가 증가하고, 이에 따라 국가 치매치료관리비 지출이 감소하는 구조를 보여준다. B5는 국가 치매치료관리비 지출이 증가하여 재정부담이 늘어나 국가재정이 감소하여 국가치매치료관리비 지출이 줄어드는 구조이다.

2) 개인 및 가족 차원

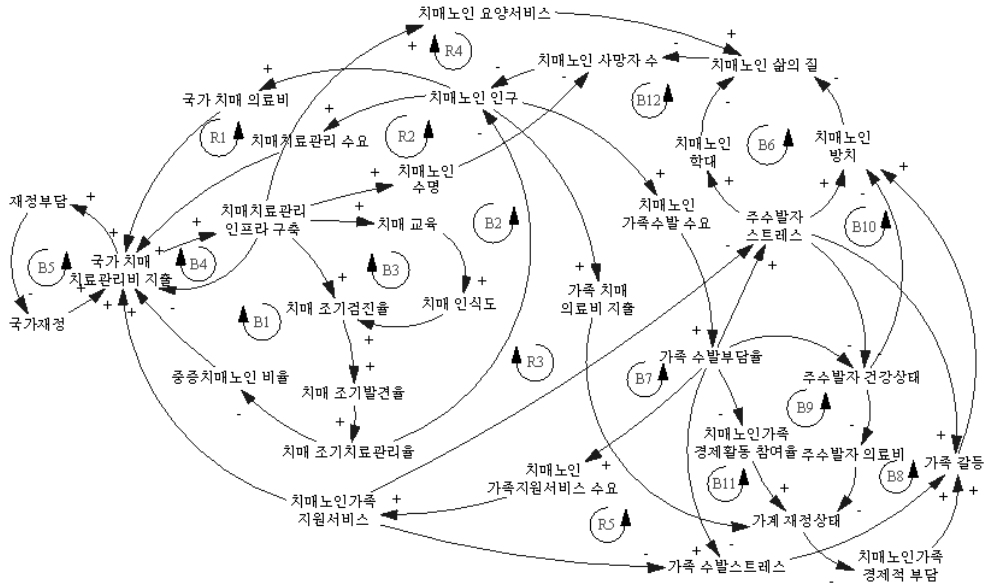
치매문제는 개인 및 가족 차원에서도 다양한 변수들 간의 피드백 구조를 통해 이해할 수 있는데, 개인 및 가족 차원에서 관련 변수들의 주요 피드백 구조를 살펴보면 [그림 2]와 같다. [그림 2]는 개인 및 가족에 대한 영향의 피드백 구조를 보여준다.

상되어 치매노인 사망자 수가 감소하여 치매노인 인구가 감소하는 구조를 보여준다.

한편, 음의 피드백루프인 B6은 치매노인 인구 증가에 따라 치매노인 가족수발 수요, 가족의 수발부담 및 주수발자 수발스트레스가 증가하고 치매노인 방치가 증가함에 따라 치매노인의 삶의 질이 낮아져 치매노인 사망자 수가 증가하여 치매노인 인구가 감소하는 구조이다. B7은 치매노인 인구 증가로 치매노인의 치매의료비 지출이 증가하여 가계 재정상태가 악화되고 경제적 부담이 증가함에 따라 가족갈등이 증가하고 치매노인에 대한 방치가 늘어나 치매노인 삶의 질이 낮아지고 치매노인 사망자 수가 증가하여 치매노인 인구는 감소하는 구조를 보여준다. B8은 치매노인 인구 증가에 따른 가족 수발부담 증가가 주수발자 스트레스를 증가시키고 건강에 부정적인 영향을 미쳐 가족 갈등을 초래하고 나아가 치매노인 삶의 질도 낮아지는 구조이다. B9는 치매노인 인구 증가에 따른 가족 수발부담 및 경제적 부담이 가족 갈등을 초래하고 나아가 치매노인 삶의 질에도 부정적인 영향을 미치게 됨을 설명하는 구조이다. B10은 치매노인 인구 증가에 따른 가족 수발부담이 주수발자 건강에 부정적인 영향을 미쳐 치매노인 방치가 늘어나고 나아가 치매노인 삶의 질에 부정적인 영향을 미치게 되는 구조이다. B11은 치매노인 인구 증가에 따른 가족 수발스트레스 증가가 가족 갈등을 초래하고 치매노인 삶의 질에도 부정적인 영향을 미치게 됨을 보여주는 구조이다. B12는 치매노인 인구 증가에 따라 치매노인 가족수발 수요가 증가하게 되어 가족의 수발부담이 늘어나고 주수발자 수발스트레스가 증가하여 치매노인 학대가 증가함에 따라 치매노인 삶의 질이 낮아져 치매노인 사망자 수가 늘어나 치매노인 인구가 감소하는 구조이다.

2. 치매의 인과지도 분석

위에서 제시한 각 차원별 피드백구조들을 종합하면 [그림 3]과 같다. [그림 3]에서 보는 바와 같이, 치매는 치매노인 삶의 질, 가족 갈등과 상호복합적으로 연결되어 있을 뿐만 아니라, 국가의 치료관리비 지출과도 동태적으로 연결되어 있다. 사회문제로서의 치매를 핵심 피드백구조를 통해 살펴보면, 5개의 양의 피드백루프와 12개의 음의 피드백루프로 구성되어 있다.

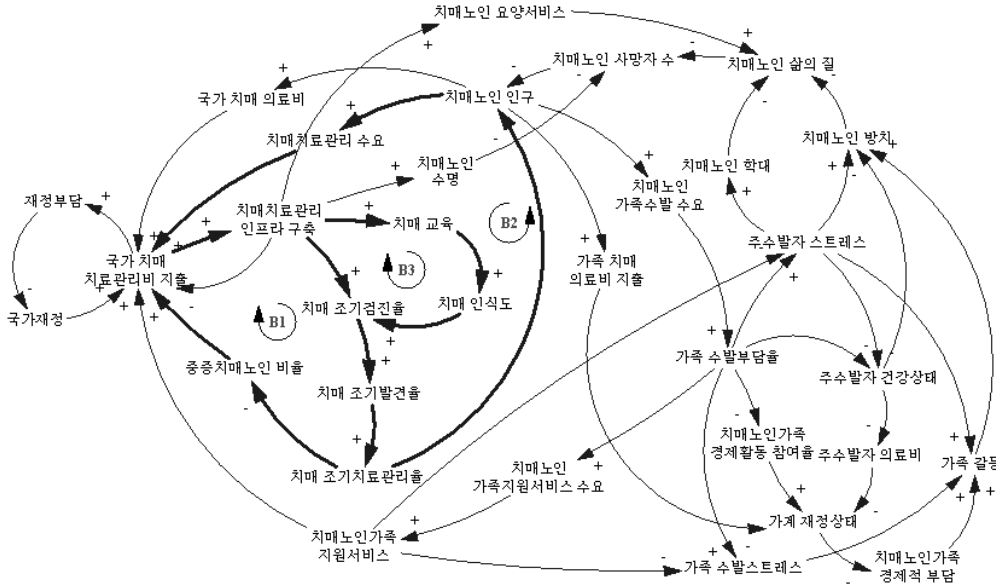


[그림 3] 사회문제로서 치매의 종합 인과지도

3. 치매의 동태성

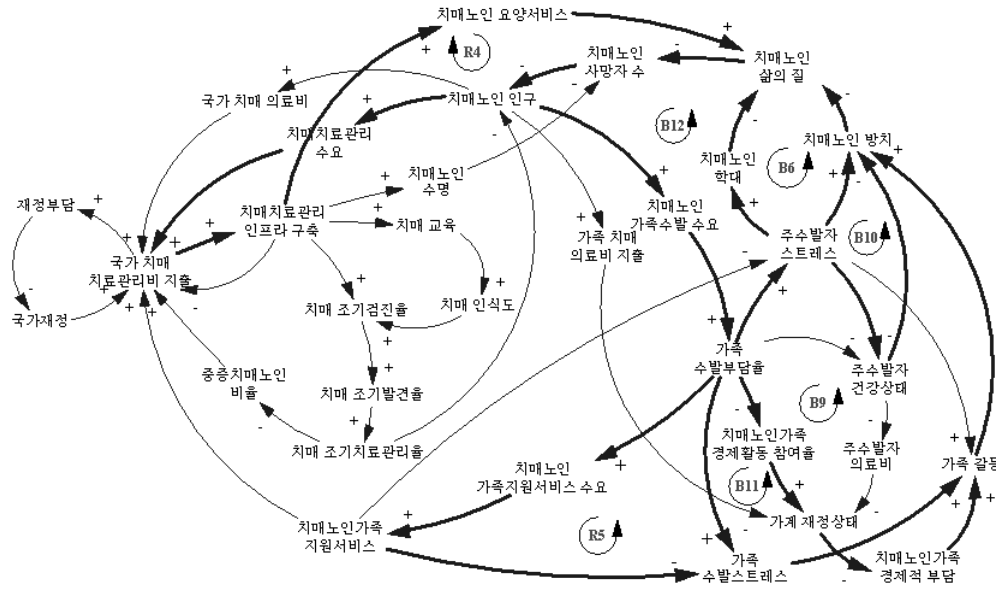
치매는 개인, 가족 및 사회 차원에서 다양한 요소와 관련이 있는데, 이러한 다양한 요소들은 상호간에 복합적으로 연결되어 있어 문제를 더욱 복잡하게 만든다. 치매문제를 이해하고 해결하는데 핵심이 되는 중요한 피드백들의 동태적 연결구조를 살펴보면 다음과 같다.

먼저 치매치료관리 인프라 구축이 미흡하면 치매가 조기에 발견되지 못하여 치매 인식이 낮아져 국가 치매치료관리비 지출이 증가함을 보여주는 음의 피드백 구조인 B1과 B3은 치매치료관리 인프라 구축이 미흡하여 치매가 조기에 발견 및 치료되지 못하는 경우 치매노인 인구가 증가하는 음의 피드백루프인 B2와 동태적으로 연결되어 있다. 즉, 치매치료관리 인프라 구축이 미흡하여 노인 등을 대상으로 한 치매 조기교육이 제공되지 않는다면 치매의 조기 발견 및 적절한 치료가 이루어지지 않아 치매노인 인구가 급증할 뿐만 아니라, 국가 치매치료관리비 지출이 증가되는 악순환구조가 될 수 있음을 시사한다. [그림 4]는 치매치료관리 인프라 구축, 치매 인식도, 치매노인 인구, 치매 인식도 및 국가 치매 치료관리비 지출 간의 동태성을 보여준다.



[그림 4] 치매 치료관리 인프라 구축, 치매 인식도, 치매노인 인구 및 국가 치매치료관리비 지출 간의 동태성

또한 국가 치매치료관리비 지출을 통해 치매치료관리 인프라가 구축되어 요양서비스를 제공함으로써 치매노인 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 양의 피드백루프인 R4는 치매가 치매노인과 가족에 미치는 부정적인 영향을 설명하는 구조인 음의 피드백루프인 B6, B9, B10, B11, B12와 동태적으로 연결되어 있을 뿐만 아니라, 치매노인 가족지원서비스를 통해 가족 갈등과 치매노인 삶의 질에 긍정적인 영향을 미치는 양의 피드백루프인 R5와도 동태적으로 연결되어 있다. 즉, 치매치료관리비 구축을 통해 치매노인에게 요양서비스를 제공함으로써 치매노인 삶의 질을 향상시킨다고 하더라도, 치매노인 가족의 다양한 수발부담은 가족 갈등을 초래하고 더 나아가 치매노인 삶의 질에도 부정적인 영향을 미칠 수 있다. 또한 국가가 치매치료관리비 지출을 통해 치매치료관리 인프라를 구축하여 치매노인에게 요양서비스를 제공하더라도 치매노인 가족들에 대한 부수적인 조치가 수반되지 않는다면, 치매노인의 삶의 질에 악영향을 끼칠 뿐만 아니라 가족 갈등을 불가피하게 초래할 수 있음을 시사한다. [그림 5]는 국가 치매치료관리 인프라, 가족 갈등 및 치매노인 삶의 질 간의 동태성을 보여준다.



[그림 5] 치매치료관리 인프라, 가족 갈등 및 치매노인 삶의 질 간의 동태성

IV. 논의 및 결론

치매는 개인이 경험하는 질환이지만, 이는 개인 차원의 문제로 그치는 것이 아니라, 가족과 더 나아가 사회에도 심각한 영향을 미칠 수 있는 사회문제이다. 치매는 치매를 경험하는 노인 자신의 삶의 질 저하를 초래할 뿐만 아니라, 강도 높은 수발을 필요로 하기 때문에 수발자의 신체 및 정신건강을 저해하고 치료관리비 지출을 증가시켜 가정경제에 타격을 줄 수 있으며, 나아가 치매노인 수발에 대한 역할이나 비용 분담 등으로 가족들 간의 갈등을 초래할 수 있다. 또한 사회적 차원에서는 치료관리비 지출을 증가시켜 사회·경제적 부담을 가중시킨다. 치매문제를 해결하기 위한 전략지점은 다음과 같다.

첫째, 치매치료관리 인프라 구축은 치매노인 인구 증감 그리고 국가 치매치료관리비 지출 증감과도 동태적으로 연결되어 있어 치매문제를 해결하는데 가장 핵심적인 전략지점인 것으로 판단된다. 위의 인과구조 분석에서도 살펴보았듯이, 치매치료관리 인프라 구축을 통한 치매 조기치료 가능성에 따라 개인, 가족 및 사회에 대한 치매의 영향이 대폭 감소되기도 하고 증가할 수도 있다. 특히 치매를 초기에 발견하여 적절히 치료하면 치매의 진행을 지연시키거나 증상을 호전시켜 치매인구의 증가를 막을 수 있고 비용도 절약할 수 있는 가장 비용효과적인 방법인 것으로 사료된다. 따라서 치매에 대한 무지, 오해, 무관심 등 부

정적 인식을 개선하기 위한 체계적인 홍보 및 교육 노력이 절실하다고 할 수 있다.

둘째, 치매노인의 삶의 질을 향상시키기 위해서는 치매치료관리 인프라 구축을 통한 요양서비스 제공이 무엇보다 중요하며, 이런 맥락에서 치매노인을 위한 요양서비스가 더욱 확대되어야 한다. 현재 노인장기요양보험제도를 통해 치매노인을 포함한 노인들이 서비스를 제공받고 있지만, 수발을 요하는 많은 치매노인들이 등급 내에 포함되지 못해 필요한 요양서비스를 이용하지 못하고 있다. 물론 2013년 9월부터는 전국 6개 지역(서울 노원구, 대구 달서구, 남양주시, 익산시, 거창군, 부여군)에서 치매특별등급 시범사업을 실시하고 있어 이 지역 내 거주하는 등급외A 판정자로서 의료기관에서 치매진단을 받은 노인들은 요양서비스와 인지훈련프로그램을 이용하고 있다. 또한 2014년 7월부터 치매특별등급을 신설하여 경증 치매노인에 대한 요양서비스를 전국적으로 확대 실시할 예정에 있으나, 향후에도 서비스대상자 범위를 대폭 확대하고 요양인정시간 또한 늘려나 가야 한다.

셋째, 치매노인 삶의 질 향상과 가족갈등을 감소시키기 위한 방안으로 치매노인 가족에 대한 다양한 지원서비스 제공이 필수적이다. 국가에서 치매치료관리 비용 지출을 통해 치매치료관리 인프라를 구축하여 치매노인에게 요양서비스를 제공하더라도 치매노인 가족에 대한 부수적인 서비스가 제공되지 않는다면, 치매노인의 삶의 질 저하뿐만 아니라 가족 갈등을 초래할 수 있다. 즉, 강도 높은 수발을 요하는 치매의 특성상 치매노인의 가족 수발스트레스와 주수발자 스트레스는 가족갈등 및 치매노인 삶의 질을 낮추는 핵심요인인데, 이러한 요인을 차단하기 위해 치매노인 가족들에 대한 건강지원서비스, 치매 이해도 증진 교육, 치매노인 가족 자조집단 결성 등 다양한 지원서비스 제공이 필요한 것으로 사료된다.

사회문제로서의 치매를 해결하기 위한 구체적인 방안은 다음과 같다. 첫째, 치매문제를 해결하기 위해서는 치매 진단 및 예방·치료 관련 연구·개발이 우선되어야 한다. 특히 치매 예방 및 치료를 위해서는 뇌의학 분야의 연구를 강화하여 치매 조기진단법, 치매 치료제 및 비약물적 치료법 등을 개발할 필요가 있다. 또한 정기적으로 전국 치매 실태조사를 실시하여 치매 현황을 정확히 파악할 필요가 있다(보건복지부, 2012).

둘째, 치매노인에 대한 정확한 현황 파악을 위해 치매와 관련된 모든 정보를 종합하고 통합하는 데이터베이스를 구축하고 이를 지속적으로 최신화할 필요가 있다. 이를 위해서는 치매노인을 관리하는 국민건강보험공단, 보건소 및 지자체의 치매 관련 데이터베이스를 통합하여 치매노인에 대한 정보를 통합적으로 관리하여야 한다. 그리고 통합된 데이터베이스의 치매노인 정보 자료에 근거하여 치매 유형, 중증도, 이용 서비스 등 치료·관리 실태를 정확히 파악하고 치매문제에 대한 정책 수립의 기초자료로 활용할 수 있다(김고은, 2011; 보건복지부, 2012).

셋째, 치매노인에 대한 케어 상담 등 치매 관련 가족교육프로그램이 확대될 수 있도록

치매 예방 및 치료 관련 정보가 통합되고 체계화되어야 한다. 특히 치매에 대한 인식 및 지식이 부족한 치매노인 및 가족들에게 질병 단계별 치매 증상 및 대처방안에 대한 맞춤형 정보를 제공할 수 있도록 치매에 관한 정보를 통합하고 체계화하여 이를 매뉴얼화 할 필요가 있다(김선자, 2007; 보건복지부, 2012).

넷째, 치매노인 및 가족 지원을 위한 서비스모형 개발을 위해 다각적인 사회과학적 연구가 수반되어야 한다(보건복지부, 2012). 특히 수발가족의 신체적 그리고 정신적 건강은 치매노인 삶의 질 향상 및 가족갈등 최소화에 직결되는 요소이므로, 치매노인 및 가족 지원을 위한 서비스모형에 근거하여 수발가족을 위한 휴식서비스, 수발가족 정기 가족모임 및 자조모임, 사례관리 등 다양한 가족지원프로그램을 발굴하고 운영할 필요가 있다(김선자, 2007; 보건복지부, 2012).

마지막으로 다양한 홍보를 통해 치매에 대한 인식이 개선되어야 한다. 즉, 일반국민, 고위험군, 치매노인 가족별로 차별화된 홍보 및 정보를 제공하기 위해 다양한 홍보방안 및 전략들이 개발되어야 한다. 일반국민에 대해서는 방송 3사 공익광고를 통해 연중 캠페인을 벌이거나 각종 포럼, 기획기사, 캠페인 등을 주기적으로 개최하는 등 치매 및 치매노인에 대한 올바른 정보를 제공하고 부정적인 인식을 개선하기 위한 체계적이고 조직적인 홍보가 전개될 필요가 있다. 또한 고위험군에 대해서는 조기검진의 중요성, 국가건강검진 및 보건소를 통한 무료치매선별검사, 치매상담지원센터 안내 등을 활용할 수 있다. 그리고 인지기능 자가 검사도구나 치매바로알기 등을 스마트폰 앱으로 개발·보급하는 등 치매노인 및 가족을 대상으로 치매노인 케어, 가족부담 완화 정책 등에 대한 필요한 정보를 제공할 필요가 있다(보건복지부, 2012; 조현·고준기, 2012).

본 연구는 사회문제로서의 치매를 시스템사고적 관점에서 인과지도 분석을 통해 동태적으로 이해하고자 시도하였다. 본 연구가 치매문제를 해결하기 위한 정책적, 실천적 함의를 제시함에도 불구하고, 분석방법의 한계로 인하여 다음과 같은 한계가 있음을 밝혀둔다. 본 연구에서는 주로 선행연구 및 연구자의 통찰력에 근거하여 핵심변수를 추출하고 인과지도를 개발하였는데, 정확한 수치에 근거한 시뮬레이션 수행이 불가능한 인과지도 분석방법 자체의 한계로 인하여 구체적이고 실질적인 정책대안을 제시하는데 한계가 있다. 향후에는 관련 변수에 대한 양적 및 질적 자료를 활용하여 저장-유량 흐름도(Stock-Flow Diagram)를 구축하고 문제해결을 위한 다양한 정책대안들을 중심으로 시뮬레이션을 실행해 봄으로써 보다 구체적인 정책대안을 제시할 수 있는 후속연구가 필요하다.

【참고문헌】

- 권중돈. (1994). 『한국치매가족연구: 부양부담사정도구 및 결정모형 개발』. 서울: 홍익제.
- 김고은. (2011). “치매관리법 제정에 따른 경남의 대응과제”. 『경남정책 Brief』 2011-33.
- 김덕주 · 김미경. (2011). “노인장기요양보험제도의 치매 정책에 관한 고찰”. 『한국고령친화건강정책학회지』 제3권 제1호: 33-43.
- 김선자. (2007). 『치매노인 수발가족 지원체계 개발』. 서울: 서울시정개발연구원.
- 김수영. (2003). “치매노인 가족부양자의 삶의 질에 미치는 영향요인: 가족부양자를 위한 정책 대안의 모색”. 『사회복지정책』 제17호: 77-105.
- 김옥. (2010). “노인장기요양보험의 치매노인지원 연구: 독일수발보험지원을 통한 시사점”. 『정신보건과 사회사업』 제35권: 295-319.
- 김종미. (2006). “현행 치매환자 보건정책의 문제점 및 개선방안: 치매환자 및 치매가족 지원 서비스체계 구축방안을 중심으로”. 『공공행정연구』 제7권 제2호: 133-150.
- 김지연 · 정재범 · 박문호 · 박건우 · 최문기. (2010). “노인성 치매에 대한 태도 유형 연구”. 『한국산학기술학회논문지』 제11권 10호: 3700-3706.
- 김효신. (2010). “치매노인을 돌보는 가족구성원의 스트레스에 관한 연구”. 『한국산학기술학회 논문지』 제11권 12호: 4833-4842.
- 대한민국정부. (2011). 『제2차 저출산 · 고령사회 기본계획』. 서울: 대한민국정부.
- 문태훈. (2012). “시스템사고로 본 우리나라 사회갈등의 구조와 갈등해소를 위한 정책방향”. 『한국시스템다이내믹스연구』 제13권 1호: 41-62.
- 민진희 · 배정이 · 김윤정. (2010). “고령화 사회의 위기와 치매노인의 부양부담”. 『국가위기관리학회보』 제2권 2호: 104-122.
- 박세정 · 고수현. (2008). “치매노인의 삶의 질 향상에 관한 연구”. 『복지행정논총』 제18권 제2호: 115-142.
- 박세정 · 김한곤. (2009). “치매노인의 삶의 질과 시설 환경 요인에 관한 연구”. 『한국노년학』 제29권 4호: 1361-1381.
- 박주한 · 박용한. (2004). “치매예방을 위한 정책현황과 과제(I)”. 『한국체육정책학회지』 제4권: 45-67.
- 배운조. (2012). “사회연결망 유형과 치매노인의 삶의 질”. 『한국산학기술학회논문지구』 제13권 11호: 5218-5228.
- 보건복지부. (2008). 『치매관리종합대책』. 서울: 보건복지가족부.

- 보건복지부. (2012). 『제2차(2013-2015) 치매관리종합대책』. 서울: 보건복지부.
- 분당서울대학교병원. (2013). 『2012년 치매 유병률 조사』. 경기도: 분당서울대학교병원.
- 서경현 · 천경임. (2009). “치매환자 가족부양자의 부양부담과 건강 및 삶의 질에 대한 사회지원의 중재효과”. 『한국사회문제심리학회지』 제15권 3호: 339-357.
- 서경현 · 한우리. (2009). “치매환자 부양 스트레스와 스트레스 반응, 신체건강 및 정신건강: 자기효능감의 조절효과를 중심으로”. 『스트레스연구』 제17권 2호: 111-120.
- 선우덕. (2013). “독일의 장기요양보험제도를 통한 치매케어정책과 시사점”. 『보건복지포럼』 제201호: 72-79.
- 성미라 · 김경아 · 이동영. (2013). “치매노인 주 가족 간호제공자의 소진에 영향을 미치는 요인”. 『노인간호학회지』 제14권 3호: 200-208.
- 손현숙 · 박세정. (2007). “치매노인의 삶의 질에 관한 연구”. 『복지행정논총』 제17권 1호: 153-176.
- 순덕기. (2012). “치매노인 부양자의 부양부담에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”. 『복지경영학연구』 제1호: 167-200.
- 심영. (2000). “노인성 치매의 경제사회적 비용”. 『제3회 응용과학연구소 학술심포지움 2000』: 7-12. 충북 청주: 서원대학교 미래창조연구원 학술대회지.
- 유금순. (2012). “치매노인을 위한 사회복지서비스 활성화 방안 연구”. 『한국사회복지지원학회』 제7권 1호: 111-129.
- 이영희 · 박경희. (2007). “치매노인 부양자의 부양부담, 피로, 우울과 생활만족도”. 『간호학탐구』 제16권 2호: 135-156.
- 이윤희. (2011). “중장년층의 치매에 대한 인식정도와 건강증진행위에 관한 연구”. 한양대학교 임상간호정보대학원 석사학위논문.
- 이혜자. (2006). “제가 치매노인 주부양자의 부양부담 실태 및 영향요인”. 『대한케어복지학』 제2호: 33-60.
- 임춘식. (2000). “치매노인을 위한 노인복지정책의 과제”. 『한국노년학』 제20권 1호: 37-54.
- 장혜영 · 이명선. (2013). “부양부담과 가족극복력이 치매노인 부양가족의 적응에 미치는 영향”. 『성인간호학회지』 제25권 6호: 725-735.
- 조경숙 · 서영희. (2012). “입소한 치매노인 주부양자의 부양부담에 미치는 영향요인 연구”. 『21세기사회복지연구』 제9권 2호: 209-229.
- 조윤희 · 김광숙. (2010). “제가 치매노인의 증상에 따른 가족의 부담감 및 전문적 도움 요구”. 『한국노년학』 제30권 2호: 369-383.
- 조은영 · 조은희 · 김소선. (2013). “가족상호관계가 치매노인 가족원의 부담감에 미치는 영향”.

- 『한국노년학』 제30권 2호: 421-437.
- 조현 · 고준기. (2012). “치매노인의 현황과 노인장기요양보험법상의 개선방안”. 『한국산학기술학회논문지』 제13권 12호: 5816-5825.
- 최남희. (2013). “한우 가격 파동의 인과순환적 구조분석과 정책 시뮬레이션”. 『한국시스템다이나믹스연구』 제14권 3호: 135-163.
- 최영훈. (2011). “노인장기요양보험제도의 韓 · 日비교 및 정책적 시사점”. 『한국정책연구』 제11권 2호: 351-366.
- 황윤정 · 이강숙 · 임현국 · 김대진 · 정원미. (2011). “지역사회에 거주하는 치매환자와 보호자에게 적용한 맞춤형 작업 활동 프로그램의 효과”. 『한국노년학』 제31권 1호: 129-141.
- 황은혜 · 김보경 · 김해린. (2013). “청소년의 치매에 대한 지식과 태도”. 『재활간호학회지』 제16권 2호: 133-140.
- 『경향신문』. (2013). “전국 치매환자, 10년 후 ‘100만 명 이상 급증’. 10월 2일자.
- Alzheimer Disease International. (2009). *World Alzheimer Report*. (<http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport.pdf>)