

## 월드 리포트 2016

# 핵심 내용 정리

## 검토에서 얻어진 결과

### 보건의료 전달 모형

- 치매 환자의 보건의료에 필요한 점:
  - 지속성: 상태가 변하고 진행하기 때문에, 치료 옵션이나 관리 계획 그리고 지원에 대한 요구를 모니터링하고 검토해야 한다.
  - 전체성: 한가지 질병이나 신체 기관의 장애가 아니라, 전인적으로 치료해야 하고, 각 개인이 처한 상황이나 가치관과 선호를 염두에 두어야 한다.
  - 통합성: 제공자, 조호의 단계, 보건과 복지 시스템을 망라해야 한다.
- 현재, 보건의료 시스템은 정확한 진단을 위해 고군분투하고 있고, 치료는 조각나서 조직적이지 못하고, 치매 환자와 가족의 요구에 적절하게 대응하지 못한다.
- 고소득 국가에서, 치매 보건의료 시스템은 일차의료의 역할과 할당에 관해서는 잘 인식하지 못한 채, 진단 시점부터 고도로 전문화되는 경향(치료는 노인전문의, 신경과, 정신과 전문의 등 전문분야의 의사가 제공한다)이 있다. 이것은 진단율이 낮은 저소득 국가나 중간 소득 국가에서도 마찬가지일 것이다.
- 치매 환자 숫자가 증가하고 서비스에 대한 요구가 늘어나고 있기 때문에, 전문가에 의존하는 현재 치료 모형으로는 치매 보건의료 서비스를 전반적으로 달성하거나 재정적으로 보장하지 못할 것 같다.

### 일차 진료의 역할

- 현재 일차 진료에서 치매의 발견, 진단, 공개, 치료, 관리 측면의 점수는 평균 이하이다.

- 일차 진료 의사가 치매 치료에 책임을 맡았을 때, 전문의사가 제공하는 치료와 성적이 유사하다는 보고가 있다.
- 일차 진료에서 치매에 대한 인식은 보수교육과 연수교육을 통해 증진시킬 수 있다.
- 인지기능 검사를 이용해서 선별검사를 하면 시기 적절한 진단에 도움이 된다. 하지만, 모든 고령자를 대상으로 시행하는 일반적인 선별검사는 현재 권고할 수 없다.
- 대부분, 치매 진단은 비전문주의 역량에 속하지 않는다고 생각한다. 그럼에도 불구하고, 사례관리 간호사의 도움을 받아 일반의사가 운영하는 일차의료 환경에서, 기억 클리닉이 성공했던 사례를 우리는 일부 확인했다.
- 점차 기능이 떨어지고 관리와 지원의 필요가 늘어나기 때문에 진단 후 단계(post-diagnostic phase)는 '정확한 진단'에서 지속관리 시스템으로 이동하는 교량 역할을 하게 된다.
- 진단 이후에 이루어지는 전체적인 지원 활동이 어떤 잠재적 편익을 제공하는지에 대해서는 아직 평가된 바 없다.
- 일차 진료의 역할이 더욱 분명해진 시스템에서도, 일차의료 서비스는 치매 환자에게 양질의 관리를 지속적으로 전달하기 위해 고군분투하고 있다.
- 일차 진료 안에서 이루어지는 사례 관리에 대한 평가는 아직 없다.
- 좀 더 과업이 이동되고 공유되는 보건의료 모형에서 전문가의 적절한 역할이 무엇인지에 대해서 고민해야 한다. 과업-이동이란 낮은 수준이나 좁은 영역에서 맞춤형 훈련을 받은 기존의 인력이나 새로운 전문인력에게 선택된 몇몇 과업을 위임하는 것이라고 정의 할 수 있다. 이것은 숙련도가 높은 의료인력에서 좀 더 낮은 숙련도의 의료인력으로 역할이 이동(예를 들어, 신경과 전문의에서 일반 의사로)하는 것일 수 있고, 새로운 전문역할을 만들어서 전반적인 훈련을 받은 작업자로부터 특정 역할을 선택적으로 훈련 받은 작업자로 이동(예를 들

어, 일반의사에서 치매 사례관리자로)하는 것  
일 수도 있다.

- 과업-이동형 치료 모형에서 전문가의 도움  
은 매우 필요하다. 전문가는 명백한 진료의뢰  
지침과 경로를 가지고 비전문가를 훈련시키고  
모니터링하고 지도 감독하는 등, 좀 더 확실한  
역할을 맡을 필요가 있다.

### 사례관리를 통한 관리의 조율

- 사례관리의 효율성은 명확하지 않은데, 관련  
연구가 없기 때문이다. 사례 연구의 긍정적 효  
과(요양원 입소를 줄이거나 늦추는 것, 표준  
지침을 준수하는 것, 충족되지 않은 욕구의 감  
소)를 몇 연구에서 찾아볼 수 있는 정도이다.
- 사례관리가 보건의료 전달의 효율성에 끼치  
는 영향도 평가하기 어려운데, 이는 대부분의  
연구에서 관련 결과를 보고하지 않았기 때문이  
다.
- 입원에 대한 사례관리의 효과는 별로 유의하  
지 않았고, 특히 비용효율성에 관한 연구는 거  
의 없었다.
- 지금까지의 증거는 다음 경우에 효율성이 강  
화될 수 있음을 지지하고 있다:
  - 심도 있는 중재를 위해서는 담당건수가 감  
당할 수준이어야 한다
  - 적절한 준비와 훈련을 바탕으로 분명한 역  
할이 정의되어야 한다
  - 서비스 제공자와 여러 영역을 넘나들면서  
조율할 수 있을 정도로 사례관리자들의 역량을  
강화해야 한다
- 향후, 치매 환자와 개호인의 임상 및 삶의  
질에 대한 평가와 더불어 서비스 활용과 비용,  
사례관리의 효율성을 비롯한 일련의 과정과 결  
과 등을 포괄적으로 평가할 필요가 있겠다.

### 병원 치료

- 치매 환자는 비슷한 연령대의 사람이나 의학  
적으로 취약한 사람에 비해 종합병원에 입원하

기 쉽다, 특히 낙상이나 부상, 요로 감염이나  
호흡기 감염, 그리고 지역사회에서 치료를 잘  
받았다면 예방할 수 있었던 만성질환의 합병증  
이 원인이다.

- 치매 환자는 백내장 수술, 혈관 도관이나 스  
텐트, 담낭 절제, 암 치료와 같이 삶의 질을 강  
화하는 중재적 시술에는 덜 허용적이다.
- 고소득 국가에서 보건의료 비용은 동일 연령  
의 대조군과 비교할 때 치매 환자에서 상당히  
높다, 그리고 비용의 상당 부분은 입원치료에  
서 유발된다.
- 치매를 앓는 사람의 병원 치료는 과정이 훨  
씬 복잡하고, 비용도 많이 든다. 재원 기간이  
더 길고, 더 많은 간호 자원을 요구한다.
- 치매를 앓는 사람은 입원 치료 상황에서 발  
생할 수 있는 위험에 취약하고 치료성적이 나  
쁠 수 있다. 특히 병원 내 감염, 섬망, 초조와  
낙상에 취약한데, 이 모든 것들은 재원기간에  
부정적인 영향을 끼친다.
- 입원 기간의 사망률은 이례적으로 높고, 퇴  
원 후에도 약간 높다. 높은 사망률은, 부분적으  
로, 치매를 가진 사람이 생의 막바지에 이르러  
서야 입원하는 경향을 반영할 수도 있다.
- 특히 치매 환자에서 입원을 피할 수 있는 서  
비스 및 시스템 수준의 중재에 대한 더 많은  
연구가 필요하다. 다학제적 평가와 관리를 좋  
다는 증거가 많지만, 지역사회 중재는 사례관  
리에 비해서 대체로 비효율적이었다.
- 치매 환자는 주로 응급실을 경유하여 입원한  
다. 응급실은 불필요한 입원을 막을 수 있는  
마지막 관문이다. 문헌에서는 치매와 섬망에  
대한 평가뿐 아니라 종합적이고 다차원적인 노  
인의학적 평가가 필요하다고 강조하고 있다.
- '재가병원(Hospital at home)'은 입원이 필요  
한 상황이지만, 보건의료 전문가들이 환자의  
자택에서 서비스를 제공되는 것이다. 우리는  
치매 환자를 위해 수립된 이 같은 서비스의 일  
부 예를 찾아 볼 수 있었지만, 틀을 잘 갖춘  
평가는 확인 할 수 없었다.

- 치매 환자의 입원율을 줄이기 위해서는 자원 집약적으로 오래 유지되는 지역사회 기반의 찾아가는 서비스가 필요하다. 그렇게 되면 비용 지불은 급성기 병원에서 지역사회 보건과 복지로 이동할 것이고, 예산이나 자원할당 면에서 조정할 필요가 있다.
- 치매 환자가 종합병원에 입원할 때, 입원의 주된 원인을 해결하는 과업-중심적 급성기 치료를 우선하느냐, 아니면 환자-중심적 치매 치료를 제공하느냐 사이에는 균형감이 필요하다.
- 그 동안의 사업은 주로 경영과 인력개발, 적절한 치료환경 제공, 긍정적 치료문화 조성, 인식개선, 그리고 치매 환자와 개호인, 입원하는 병원의 보건의로 담당자가 당면한 도전과 과제와 같은 시스템 수준에서 행해져 왔다.
- 정신보건 자문 서비스나 치매 전문 간호사 또는 특별한 치매 치료 유닛을 단순히 소개하는 것으로는 충분하지 않다는 점을 많은 리뷰와 보고서에서 강조하고 있다. 보다 넓은 범위의 병원이나 보건 서비스 관리 구조를 적절하게 통합하는 것이 필요한 대목이다.
- 최근 발표된 모든 리뷰에서는 커미셔너가 주장하고 서비스 제공자들이 이행하는 사업에 대한 엄격한 평가가 없다는 상황에 대해 우려를 표하고 있다. 비용-효율성에 대해 명확한 증거를 제공할 있는 적절하게 수행된 대규모 무작위통제시험이 부족한 실정이다.

## 완화의료 및 생애-말기 관리

- 일부 고소득 국가에서 상황이 개선되고 있지만, 치매 환자가 생애-말기 치료 분야의 전문가가 제공하는 양질의 서비스를 이용하지 못한다는 우려가 제기되고 있다.
- ‘말기’ 치매를 어떻게 정의할 지에 대해서 합의가 이루어지지 않았고, ‘생애-말기’ 단계에 대해서도 명확한 변별점이 없는 상황에서, 치매의 치료에서 완화의료적인 접근이 가당하느냐는 논쟁은 지속되고 있다.

- 완화의료 단계라고 특정할 수 있는 단계란 없을지도 모른다. 치매의 구체적인 치료 목표는 다양한 단계에 따라 정도 차이는 있겠지만 삶을 연장시키고, 기능을 호전시키고, 안락함을 얻는(완화) 치료가 포함되어 있다.
- 치매 환자는 자신의 가치관과 호감에 따라 향후 치료 옵션을 자율적으로 결정할 수 있어야 하고, 장려되어야 한다. 그리고 완화의료에서는 비용 절감보다는 환자의 선택과 삶의 질 향상에 초점을 맞추어야 한다.
- 장차 의사결정 능력을 상실하고 의사결정의 대리인으로서 가족의 역할이 늘어날 것이라는 점을 인식하면서 가족과 일찍부터 논의하기 시작하면, 보호자는 자신의 역할을 맡고, 치매 노인의 이익을 최우선 하면서 판단하는 그들의 역량을 강화시키는 데 도움이 된다.
- 구조화된 치료 경로, 증거에 기반한 양질의 치료, 그리고 중재의 효과성을 평가 할 수 있는 결과물을 특정 등, 치매 노인을 위한 완화의료가 좀 더 체계를 갖추어야 한다는 요청이 있다.
- 다양한 보건 및 복지의 직역 가운데 존재하는 책임의 구분은 더욱 명확해져야 한다.
- 치매 환자의 생애-말기 치료에 관련한 정책적 틈이 있다. 죽음을 초래하는 신체적 기능감퇴에 대한 보건의료적, 사회적 및 윤리적인 복합적 관리에 대해서는 별로 관심이 없고, 치매를 가지고 생활을 잘 해나갈 수 있도록 하는데 집중하고 있다.
- 치매 노인의 선호, 이 선호도를 부각시키는 방법, 선행 치료계획을 실행하는 것과 이로 인한 편익과 위해, 병이 깊어진 단계에서 완화의료적인 평가와 서비스의 상대적 비용과 같은 치매의 특정 분야에 대한 연구가 절실히 필요하다. 현재 양질의 표준진료지침은 거의 전적으로 전문가 의견 및 합의에 기반하고 있다.

## 치매 치료 경로와 보건 시스템 맥락

캐나다, 중국, 인도네시아, 멕시코, 남아프리카, 한국 및 스위스에서 치매 환자 치료에 대한 검토를 통해, 우리는 치매 환자를 위한 보건의료 관리 경로의 실행에서 직면 할 수 있는 주요한 도전들 몇 가지 확인했다:

- 대부분 국가에서, 보건의료 인력의 인식이 낮고 훈련이 잘 안되어 있다면 치매를 정상적인 노화과정으로 생각하면서 진단율이 낮아진다. 치료와 관리 옵션에 대한 전문적 지식이 부족하면 진단을 받은 사람을 위한 진단 후 관리, 치료 및 지원에 대한 접근이 제한될 수 있다.
- 대부분 국가에서 치매 환자의 보건의료에 대한 접근은 일부 인구 집단에서 문제점을 드러내고 있다. 경제적 어려움으로 접근이 제약되기도 한다(특히 중, 저소득 국가에서 일부 사람들은 공중 보건의 도움을 충분히 받지 못하고, 때론 도움을 전혀 받지 못하기까지 한다. 고소득 국가도, 저소득층으로서는 지불해야 하는 비용이 지나치게 높다). 대부분 국가에서 일부 인종이나 요양원에 있는 사람들은 적절한 치료에 접근하기가 더 어렵다.
- 지리적 불평등(농촌 및 원거리 취약지역)은, 이를 개선시킬 수 있는 기술이 있음에도 불구하고, 고소득 국가에서조차 여전히 문제가 된다.
- 캐나다와 남아프리카를 제외한 모든 국가에서, 일차 진료는 게이트키퍼 역할을 수행하지 못하고, 사람들은 전문의 진료에 곧장 접근할 수 있는데, 이는 불필요한 고가의 진료에 접근을 허용하고 심지어 엉뚱한 전문가에게 접근하는 결과를 초래할 수 있다. 일차 진료가 질적으로 떨어진다는 인식과 더불어 전문의 진료에 대한 쉬운 접근은 과업-이동적 치료 경로의 전개에 중대한 장벽이 될 수 있다.

### **과업-이동적 치매 보건의료 경로를 실행하는데 소요되는 비용**

우리는 캐나다, 중국, 인도네시아, 멕시코, 남아프리카, 한국 및 스위스에서 치매에 한정적으로 과업-이동적 보건의료 경로를 실행하는 데 소요되는 비용을 추정했다. 치료 경로는 본 보고서를 작성하면서 수행했던 문헌 검토에 기반했는데, 내용은 다음과 같다:

- 진단: 대부분 일반의사와 사례관리자가 일차 진료에서 수행하였고, 일부는 전문의에게 진료가 의뢰되었다.
- 초기 치료와 진단 후 지원: 항치매 약물 투약을 위한 평가, 진단 후 지원 패키지, 조호인 훈련과 지원
- 지속적 관리: 항치매 약물 검토, 행동심리증상 관리, 사례 관리
- 생애 말기 치료
- 복잡한 치매 증상이나 동반 질환을 가진 일부 사람은 전문가 진료 경로 이용을 지속한다.

우리는 각 국가별로 단위 비용을 산출했고, 지역별 단위비용 추산이 없는 경우에는 국제 추정치로 보완했다. 각 국가별 경로 비용의 결과는 다음과 같다:

- 과업-이동적 경로에 소요되는 비용은 전체 보건의료 지출에 비해 상대적으로 낮다. 우리는 2015년 경로 비용을 추정했는데, 진단 받은 환자 일인당 비용은 멕시코 39달러/년(치매 환자 일인당 3.90달러)부터 한국 2,113달러/년(치매 환자 일인당 1,057달러)에 이를 것으로 추정했다.
- 항치매 약물 처방 비용은 일부 국가(중국, 인도네시아, 남아프리카, 한국)에서 경로 비용의 80% 이상을 차지하며 매우 높았다. 이것은 부분적으로는 특허기간 약물의 사용, 통합된 구매의 부족, 제네릭 약물의 사용 주저에 기인한다. 이 현상은 일부 국가에서 의사의 소득을 보충하기 위해 처방료를 추가하면서 악화되었다. 2030년까지 제네릭 약물 사용이 보편화되

면, 과업-이동적 치료 경로의 비용은 고소득 3 개 국가에서 행해지는 전문가 경로의 비용에 비해 40% 정도 줄어들 것이고, 감당할 수 있는 범위가 넓어질 것이다.

## 결론 및 권고

본 보고서는 검토를 수행하면서 주요 4개 주제를 도출했다.

### 1. 치료 과정의 체계화

체계화는 다음 사항을 포함해야 한다:

- 상이한 치매 단계에서의 표준 치료
- 역할 설정(누가 무엇을 할 것인가)
- 진료의뢰에 대한 명확한 지침과 경로
- 관련 과정 및 결과 지표 측정

### 2. 복잡성 관리

• 치매 치료에서 특히 만성 질환이 있는 경우, 복잡한 다중이환(여러 질환이 복합된 경우)을 효과적으로 관리하기 위해서는 보다 많은 노력이 필요하다. 입원 치료로 직결되는 급성 위기(예, 영양, 수분공급, 낙상, 감염, 섬망, 약물 관리)를 피하고 기능을 개선할 수 있는 기회를 놓치는 등, 치매 환자의 만성질환을 적절하게 관리하지 못한다는 증거가 있다.

### 3. 더 많은 연구가 필요함

• 연구자는 정책결정자 및 제공자와 함께 작업해야 한다, 그들이 조사하려는 주제가 정책과 연관되어 있고, 연구를 시행하는 각 상황에서 충분히 실행할 수 있고, 효과성과 비용-효율성을 입증하는 과정에서 척도화 할 수 있다는 것을 확신시켜야 한다.

### 4. 범위, 비용과 효율성

• 치매 치료의 범위가 확대되면 많은 사람이 치료를 받게 되고, 보건 시스템에서 총 비용이

증가한다. 이것은 치매를 앓으면서 생활하는 사람의 수가 증가하기 때문에 보건의로 비용에서 주요 동인이 될 가능성이 있다.

• 이러한 맥락에서 덜 전문적이지만 더 과업-이동적인 관리 모형으로의 전환은 다음 두 가지를 근거로 주장될 수 있다:

• 첫째, 잠재해 있던 비전문적 일차 진료 인력의 물꼬를 뜨는 것은 자원의 제약 요인을 완화시키면서 규모를 확대할 수 있다(중, 저소득 국가에서 특히 중요하다).

• 둘째, 이 전략은 생산 효율성을 최적화시킬 수 있다. 어떤 시나리오든지, 관리를 위한 단위 비용은 감소할 것으로 보인다.

• 시간이 지나, 과업이 일차 진료 단위로 성공적으로 이동하면, 커미셔너들은 예산을 이차 진료에서 일차 진료 쪽으로 이동시킬 수 있고, 일인당 진료비를 감소시킬 수 있다. 실재, 과업-이동에서 얻을 수 있는 가장 중요한 편익은 늘어나는 수요에 대응할 수 있는, 막혀 있던 역량 있는 자원을 유입하는 것이다.

• 또한 과업-이동 및 과업-공유적 치료가 더 지역친화적이고, 전인적이면서 개별적이고, 보다 포괄적이고 통합적으로 지속 가능하기 때문에 수준을 향상시킬 가능성이 크다.

• 과업-이동적 접근을 이용해서 범위를 확장하려면 보건 시스템은 보편적인 범주에서 보건의를 제공해야 하고, 농촌이나 취약집단의 진료 접근성을 향상시켜야 하고, 결정적으로는 일차 보건의로가 보건 시스템에서 중심역할(게이트키퍼 등)을 할 필요가 있다.

• 규모가 확대되는 치매 치료는, 원칙적으로, 우리가 검토한 국가에서는 재정적으로 수용 가능할 것으로 보인다.

• 아세틸콜린에스테라아제(acetylcholinesterase) 억제제 및 메만틴(memantine)의 저가 제네릭 약물이 허용되지 않은 곳에서는 항치매 약물의 비용이 치매 보건의로 경로에 소요되는 총 비용에 큰 영향을 미쳤다.

우리는 증거-기반 치료와 지원에 접근을 보장

하고, 미래에는 형평성을 띄면서 보다 효율적인 치료를 제공할 수 있는 역량 있는 시스템과 플랫폼을 만들기 위해서, 수준 높은 치매 진단과 지속적 치료를 담보해 내는데 집중해야 한다.