

치매 통계의 체계적 생산 및 관리 방안¹⁾



Production and Management of Dementia Statistics

이윤경 | 한국보건사회연구원 연구위원

김세진 | 한국보건사회연구원 전문연구원

치매는 질환자 개인뿐 아니라 가족 및 사회 전체적인 파급효과가 매우 큰 특성이 있어 일본, 독일 등 전 세계적으로 국가 차원의 적극적 대응이 이루어지고 있다. 우리나라에서도 현 정부의 '치매국가책임제'를 중심으로 국가 차원에서 적극적으로 대응하기 위한 노력이 시작되었다. 치매 통계는 치매정책 수립과 효과성 평가의 기초 자료로서 시의성과 정확성이 높은 통계의 생산과 관리는 매우 중요하다. 현재 치매 통계는 '대한민국 치매 현황'의 치매 지표를 중심으로 정리되고 있으며, 치매역학조사와 국민건강보험 등의 행정 자료에 기반을 두고 생산되고 있다. 하지만 신뢰성 높은 치매 통계 생산과 관리를 위한 안정적 지원과 체계화가 부족하다고 판단된다. 따라서 앞으로 계속적으로 요구되는 신뢰성 높은 치매 통계 생산을 위해서는 치매역학조사의 적정 조사 규모 확보를 위한 지원, 다양한 기관 간의 치매 통계 기준 통일, 장기적 관점에서의 통합적 치매등록관리 시스템 도입이 요구된다.

1. 들어가며

의학기술이 발달하고 영양 상태가 호전되면서 기대수명은 2008년 79.6세에서 2017년 82.7세로

10년 만에 3.1세가 증가하였다(통계청, 2019a). 기대수명의 증가는 곧 치매 위험이 높은 후기 고령인구 증가로 이어져 2017년 80세 이상 후기 고령인구는 전체 인구의 3%로 약 152만 8000명

1) 이 글은 이윤경, 정영철, 유재언, 임정미, 정경희,....변선정(2018)의 연구 내용을 수정, 보완하여 작성하였다.

이며, 2030년에는 전체 인구의 5.7%로 증가하고 그 규모는 약 297만 7000명으로 예상된다(통계청, 2019b).

‘치매’는 인구고령화로 인해 확대될 대표적인 질환이며, 치매 질환자 개인뿐만 아니라 가족 및 사회 전체적인 파급효과가 매우 크다는 점에서 일본, 독일, 프랑스 등과 같이 고령화율이 높은 국가에서는 국가 차원의 대응이 이루어지고 있다. 우리나라에서도 치매에 체계적으로 대응하기 위해 제3차 치매관리종합계획(2016~2020)을 수립하였으며, 현 정부에서는 더 적극적으로 국가적 차원에서 치매에 대응하기 위해 ‘치매국가책임제’를 추진 중이다.

치매정책을 효과적으로 추진하기 위해서는 정확한 근거에 기반한 정책 수립과 추진이 요구됨에 따라 제3차 치매관리종합계획에서는 연구·통계 및 기술을 통한 인프라 확충을 주요 과제로 제시하였다. 여러 기관에서 분절적으로 관리 중인 데이터를 통합하여 통합 치매 정보 분석 보고서를 작성·발간하며, 근거 기반 치매관리정책 수립을 위한 치매역학조사 등의 연구를 추진할 것을 제안하였다. 치매정책은 신뢰성 높은 통계에 기반하여 계획되고 추진될 때 정책의 효과성을 달성할 수 있을 것이다.

이 글에서는 현재 치매와 관련해 생산되고 관리되는 통계 목록을 검토하고, 이들 통계가 생산·관리되는 현황을 파악하여 향후 치매 통계의 체계적인 생산과 관리를 위한 방안을 도출하는 것을 목적으로 한다.

2. 치매 통계 현황

우리나라 치매정책의 주요 추진 기관인 ‘중앙치매센터’는 제3차 치매관리종합계획에서 계획한 통합 치매 정보 분석 보고서로 『대한민국 치매 현황』을 발표하고 있다. 이는 치매역학조사자료, 국민건강보험공단 및 건강보험심사평가원 자료, 통계청의 각종 자료 등을 수집·재가공하여 매년 발간하는 것이다. 보고서는 치매 관련 통계의 총합적 성격을 갖고 있으며, 치매 환자현황, 치매 부담 현황, 치매 자원 현황, 치매서비스 현황 등 총 4개 대영역의 81개 지표로 구성되어 있다. 각 영역은 <표 1>과 같이 중영역·소영역으로 구성되어 있으며, 소영역 내에서도 각각의 지표가 별도로 구성되어 있다.

첫 번째 영역인 치매 환자 현황은 인구고령화, 추정 치매 현황, 치매 수진 현황, 추정 경도인지장애 현황의 4개 중영역에 11개 소영역, 18개 지표로 구성되어 있다. 이는 중앙치매센터의 치매역학조사, 국민건강보험공단의 치매 환자 의료서비스 수진 자료, 통계청의 장래인구추계, 사망원인통계, 주민등록 연앙인구 자료 등을 활용하여 치매 환자 현황을 산출한다.

두 번째 영역인 치매 부담 현황은 치매 관리비용, 치매 부양 부담, 치매 인식도, 치매 환자 학대 현황, 치매 환자 실종 현황의 5개 중영역에 11개 소영역, 22개 지표로 구성되어 있다. 이는 중앙치매센터의 치매역학조사, 치매 노인 실태조사, 전 국민 치매 인식도 조사, 국민건강보험공단의

표 1. 대한민국 치매 현황 관련 지표

대영역	중영역	소영역	
Ⅰ. 치매 환자 현황	1. 인구고령화	1.1. 인구구성비	1.2. 노년 부양비와 노령화 지수
	2. 추정 치매 현황	2.1. 지역별 분포 2.3. 유형별·중증도별 치매 현황	2.2. 성별·연령별 치매 현황 2.4. 치매 사망
	3. 치매 수진 현황	3.1. 치매 상병자	3.2. 치매 진단율
	4. 추정 경도인지장애 현황	4.1. 지역별 분포 4.3. 유형별 경도인지장애 현황	4.2. 경도인지장애 환자 현황
Ⅱ. 치매 부담 현황	1. 치매 관리비용	1.1. 개인 치매 관리비용	1.2. 국가 치매 관리비용
	2. 치매 부담 부담	2.1. 치매 부양비와 치매 의존율	
	3. 치매 인식도	3.1. 치매에 대한 심리적 부담 3.3. 치매서비스 인지도	3.2. 치매 정보 습득 경로와 정보 성향 3.4. 치매서비스 요구도
	4. 치매 환자 학대 현황	4.1. 치매 환자 학대 현황	4.2. 거주 유형별 학대 현황
	5. 치매 환자 실종 현황	5.1. 치매 환자 실종 현황	5.2. 실종 치매 환자 발견 현황
Ⅲ. 치매 자원 현황	1. 치매센터	1.1. 중앙·광역치매센터 1.3. 치매상담센터	1.2. 치매상담콜센터 1.4. 지역치매지원센터
	2. 의료기관	2.1. 병의원 2.3. 공공의료기관	2.2. 요양병원
	3. 장기요양기관	3.1. 장기요양기관 현황	3.2. 장기요양기관 인력 현황
	4. 노인 복지 자원	4.1. 노인돌봄종합서비스 및 치매 환자 가족 휴가 지원	4.2. 노인보호전문기관
	5. 지역사회 자원	5.1. 치매 파트너	5.2. 치매극복선도단체
Ⅳ. 치매 서비스 현황	1. 검진	1.1. 치매 조기 검진 1.3. 국민건강보험공단 건강검진	1.2. 치매 고위험군 검진
	2. 치료·관리	2.1. 치매 환자 등록률 2.3. 치매 치료제 처방 비율	2.2. 치매 치료 관리비 수혜율 2.4. 인지재활 프로그램
	3. 조호	3.1. 노인장기요양보험 3.3. 돌봄서비스 이용 현황 3.5. 배회감지기 발급 현황	3.2. 치매 환자 가족 지원 프로그램 3.4. 치매 환자 인식표 발급 현황
	4. 예방	4.1. 치매 예방 교육	

자료 : 보건복지부, 중앙치매센터. (2019). 대한민국 치매현황 2018. 일러두기 p.23~25 최종지표리스트를 재구성함.

치매 환자 의료서비스 수진 자료, 치매 치료제 처방 내역, 치매 치료 관리비 지급 내역, 치매 환자 장기요양보험 이용 내역, 치매안심통합관리 시스템의 치매 상담 실적 자료, 중앙노인보호전문기관의 노인 학대 현황 보고, 경찰청의 실종 치매 노인 통계 등을 활용하여 산출한다.

세 번째 영역인 치매 자원 현황은 치매센터 현

황, 의료기관 현황, 장기요양기관 현황, 노인 복지 자원, 지역사회 자원의 5개 중영역에 13개 소영역, 21개 지표로 구성되어 있다. 이는 중앙치매센터의 자원 현황, 보건복지부의 요양기관 현황, 사회복지시설 정보 시스템, 노인복지시설 현황, 감사원의 노인의료자원사업 추진 실태 보고서, 국민건강보험공단의 장기요양통계연보 등을

활용하여 산출한다.

네 번째 영역인 치매서비스 현황은 검진, 치료 및 관리, 조호, 예방의 4개 중영역에 13개 소영역, 20개 지표로 구성되어 있다. 이는 주로 치매 안심통합관리 시스템(ANSYS: ANsim integrated SYstem)의 자료와 국민건강보험공단의 국민건강검진사업 자료, 치매 환자 치매 치료제 처방 내역, 노인장기요양보험 급여 이용 내역 등을 활용하여 통계값을 산출한다.

3. 치매 통계 자료원의 현황 및 문제점

치매 통계 중 가장 기본이 되는 통계는 치매유병률과 치매 질환자 수이다. 이는 우리나라의 치매 질환자 규모를 파악하는 지표로, 치매정책의 설계 및 성과 평가를 위한 기초 자료로서 의미를 갖는다. 치매유병률은 치매역학조사를 통해 산출되며, 치매 질환자 수는 다양한 행정 자료들을 바탕으로 산출된다. 이 장에서는 치매역학조사와

국민건강보험 등의 행정 자료에서 산출되는 치매 통계의 생산과 관리 현황을 구체적으로 살펴보고, 각 통계 생산의 개선 방안 도출을 위한 제한점을 검토해 보고자 한다.

가. 치매유병률 통계 산출

치매유병률 산출은 치매역학조사를 통해 이루어지며, 치매역학조사는 현재 국내에서 공식적으로 활용되는 치매유병률 산출의 기초 조사이다. 치매역학조사는 2008년부터 시작되어 2012년, 2016년²⁾ 총 세 차례 진행되었다. 이는 60세 이상 노인을 대상으로 하며, 2단계의 조사를 통해 치매 대상자를 선별한다. 1단계 조사에서는 간이정신상태검사(MMSE-DS)를 통해 치매 발병 소지가 있는지를 판단하며, 2단계 조사에서는 치매 정밀검사 대상을 선정하여 치매 여부 및 치매 원인을 파악한다.

2016년 조사에서는 22개 시·군·구 내 22개 읍·면·동에서 5056명을 1차 표본추출 대상으로

그림 1. 치매역학조사 수행 단계

단계	1단계: 치매 선별검사	2단계: 치매 정밀검사
검사 내용	- 간이정신상태검사(MMSE-DS)	- 신경심리검사(CERAD-K), CT, 혈액검사, 유전자 검사 등
검사 결과 및 활용	치매 발병 소지가 있는지 판단하여 2단계 치매 정밀검사 대상자 선정	정밀검사를 통한 치매 여부 판단 치매 원인 파악

자료: 보건복지부, 중앙치매센터. (2019). 2016년 전국 치매역학조사. p.95~103의 내용을 재구성함.

2) 세 차례의 치매역학조사는 조사 규모, 조사 대상, 조사 도구 등에서 다소 차이가 있으며, 이에 이 글에서는 2016년 조사를 기준으로 살펴보았다.

그림 2. 치매역학조사 대상자 현황

모집단	1차 표본추출 대상	1차 선별검사 응답 완료	2차 정밀검사 대상 선별	2차 정밀검사 완료	정상	262(47.5%)
60세 이상 노인	5,056명	3,703명 (73.2%)	888명 (24.0%)	551명 (62.0%)	경도인지장애	123(22.3%)
					치매	166(30.1%)

주: 각 비율은 전 단계 대비 현 단계 조사 참여자의 비율임.

자료: 보건복지부, 중앙치매센터. (2019). 2016년 전국 치매역학조사. p.119~154의 내용을 재구성함.

선정하였으며, 이들 중 3703명(73.2%)이 1차 선별검사를 완료하였다. 2단계에서는 총 888명이 2차 정밀검사 대상으로 선별되었고, 이들은 1차 선별검사 응답 완료자의 24.0%에 해당한다. 2단계 정밀검사 대상은 1단계의 간이정신상태검사 결과에 따라 표준점수를 기준으로 고위험군, 경계선군, 정상군으로 구분하며 고위험군 전체, 경계선군의 50%, 정상군의 10%를 무작위로 추출해 2차 정밀검사 대상을 선정하고 조사를 진행한 다. 이러한 과정에 따라 2단계 정밀검사는 888명 중 551명이 완료하였으며, 이들 중 166명(30.1%)이 최종적으로 치매 판정을 받았다. 이러한 결과를 바탕으로 중앙치매센터에서 치매유병률을 산출한다. 2016년 60세 이상 노인의 치매 유병률은 6.68%이고, 65세 이상 노인은 9.50%로 나타났다(보건복지부, 중앙치매센터, 2019).

치매정책의 기초가 되는 치매유병률을 산출하는 치매역학조사는 치매 진단의 특수성으로 인해 전문적 조사 인력 및 의료기관과 장비 등을 활용하여 실시해야 하는, 어려움이 많은 조사이다. 전 세계적으로 증가하는 치매 환자의 현황을 파악하

기 위해 각국에서는 치매역학조사를 실시하고 있다. 국제알츠하이머협회(Alzheimer's Disease International)에서는 『알츠하이머 질환 보고서 (2009)』(World Alzheimer's Report 2009)를 통해 각국의 치매역학조사를 평가하기 위한 기준을 제시하고 있다. 『알츠하이머 질환 보고서 (2009)』에서 제시하는 치매역학방법 평가 기준에 따르면, 2016년 치매역학조사는 조사 진행 단계, 조사 방법의 전문성, 표본 규모, 표본추출 방식과 가중치 적용 측면에서는 모든 조건을 충족하였고, 조사 반응률은 73.2%로 기준보다 낮아 11점 중 10점을 받았으며, 양질의 조사로 평가되었다.

그러나 현재 치매역학조사를 통해 산출된 치매유병률은 국가통계로 공표·관리되지 못하고 있다. 통계청에서 실시하는 국가통계 승인 과정에서 몇 가지 부분이 기준에 부합하지 않아 승인을 받지 못한 것이다. 우리나라의 조사와 관련된 국가승인통계는 모집단을 대표할 수 있는 확률표본방식을 기본으로 하며, 국가통계로서 대표성을 확보하기 위한 일정 수준의 조사 규모를 지향한

다. 이러한 조건을 충족하기 위해서는 치매역학 조사의 경우 1차 스크린 조사와 2차 정밀 조사를 실시하는 조사 방식을 고려할 때, 건강보험 치매 진료 자료 등을 참고하여 60세 이상 인구 중 치매유병자 비율을 고려한 적정 조사 규모 산정이 이루어져야 할 것이다. 치매역학조사가 국가통계 승인이 이루어지지 않은 다양한 원인 중 가장 큰 요인은 충분한 조사 규모가 확보되지 못한 상태에서 조사가 실시되었다는 점이다. 치매에 대한 국가적 관심 증대 및 치매 관련 정책이 확대되고 있는 현 상황에서 치매정책 수요 추정의 근거인 치매유병률 산출의 기초 자료로 활용되는 치매역학조사에 대한 관심은 지속적으로 증가하고 있으며, 따라서 신뢰도 높은 치매유병률 산출은 필수적으로 수반되어야 한다. 치매역학조사는 조사의 특수성과 그에 따른 한계를 최대한 극복하면서 신뢰성 높은 조사 결과 산출을 위해 적정 조사 규모 확보를 위한 기반이 마련되어야 할 것이다.

나. 치매 질환자 수 통계 산출

치매역학조사 이외에 건강보험 청구 자료 시스템, 건강보험 국민건강검진사업 중 치매 질환 진단검사 결과, 노인장기요양보험 신청 인정 시스템 및 급여 관리 시스템, 치매안심센터의 치매 안심통합관리 시스템 등은 치매 통계를 산출할 수 있는 주요 정보의 보고이다. 치매 질환자 수 통계는 김가웅 외(2017)에서 제시하고 있는 <표 2>의 자료원들에서 산출할 수 있다.

치매 환자에 대해 가장 많은 상병 정보를 가지

고 있는 자료는 국민건강보험공단이 보유하고 있는 건강보험 청구 시스템 내의 치매 환자 현황이다. 이는 건강보험 요양기관에서 의료서비스를 제공한 후 환자의 진료비용 중 국민건강보험이 부담하는 부분에 대해 지급을 의뢰하기 위해 건강보험심사평가원에 보험급여를 청구하면서 발생하는 자료이다. 건강보험 청구 시스템에는 치료와 관련된 명세서 일반 내역, 진료 내역, 상병 내역, 원외 처방 내역 등과 같은 정보가 포함되어 있으며, 이를 통해 치매 상병자 수와 약물 치료 관리 치매 상병자 수 산출이 가능하다.

또한 노인장기요양보험 내 신청 인정 시스템과 급여 관리 시스템을 통해서도 치매 환자 수 산출이 가능하다. 노인장기요양보험 자료는 노인장기요양보험 인정 신청자 중 치매 노인 수, 급여 수급자 중 치매 노인 수는 노인장기요양보험 단일 자료로도 산출할 수 있으며, 건강보험 데이터베이스(DB)와 연계 시 치매 상병자 중 장기요양 수급자 수를 산출할 수 있다. 또한 최근 확대된 인지지원등급에 대해서는 중앙치매센터의 치매 안심통합관리 시스템(ANSYS)과 연계하여 인지 질환 치료 관리 환자 수 등을 산출할 수 있다.

다음으로 국민건강보험 검진사업을 통해서도 치매 환자 수 산출이 가능하다. 국민건강검진사업은 해당 연도 생애전환기 건강진단(만 66세 이상), 일반 건강검진(만 70세, 74세 대상)으로 한국판 인지기능 선별 설문지(Prescreening Korean Dementia Screening Questionnaire, KDSQ-P)를 활용하여 선별검사를 실시하며, 이 중 인지 저

표 2. 행정 자료를 통한 치매 환자 수 관련 현황 자료

구분	지표	설명
국민건강보험 청구 시스템	치매 상병자 수	- 해당 연도 치매 상병코드로 의료기관에서 진료받은 실수진자
	약물 치료 관리 치매 상병자 수	- 해당 연도 치매치료제를 처방받은 치매 환자 수 - 치매 환자: 상병코드 8개, 주상병과 부상병 포함 - 치매 치료제: 도네페질(Donepezil), 갈란타민(Galantamine), 리바스티그민(Rivastigmine), 메만틴(Memantine) 처방 내역
노인장기요양보험 중앙치매센터 ANSYS	인지재활 치료 관리 치매 환자 수	- 인지활동 방문요양 이용자 수: 해당 연도 노인장기요양 인지활동형 방문요양서비스 65세 이상 이용자 수 - 인지재활 프로그램 참여 실인원수: 해당 연도 치매안심센터 인지재활 프로그램 참여 실인원수
국민건강보험공단 노인장기요양보험	치매 상병자 중 노인장기요양보험 수급자 수	- 65세 이상 상병자 중 해당 연도 노인장기요양보험 수급자 수 - 상병자: 상병코드 8개 - 수급자: 노인장기요양보험 급여 인정 자격 유지자
중앙치매센터 ANSYS	치매안심센터 실적	
	- 등록 치매 환자	- ANSYS 각각에 등록되어 있는 치매 환자 수
	- 치매검진사업 수검자 수	- 선별검사 실수검 인원수: 60세 이상 모든 노인을 대상으로 MMSE-DS로 선별검사 수행한 실인원 - 정밀검사 실수검 인원수: 선별검사 결과 인지기능 저하자로 판명되어 치매 확진을 위한 정밀검사를 받은 실인원 - 감별검사 실수검 인원수: 정밀검사 결과, 치매 환자로 확진되어 치매 유형과 원인을 확인하기 위한 감별검사를 받은 실인원
국민건강보험공단 국민건강검진사업	-배회인식표 발급자 수	- 해당 연도 보건소 및 치매안심센터를 통해 치매 노인 실종 예방 배회인식표를 신청하여 발급한 수
	치매 선별검사 수검자 수	- 생애전환기(66세) 치매 선별검사 실수검 인원수 - 일반검진(70, 74세) 치매 선별검사 실수검 인원수

자료: 김기웅, 김기원, 김유정, 김한나, 남효정, 김빈나,....정세희. (2017). 치매환자 관리 노력 방지를 위한 국가치매관리체계 개선방안 연구. 감사원, 중앙치매센터의 p158-197의 내용을 정리하여 표를 구성함.

하자로 의심된 경우 한국판 치매 선별 설문지 (Korean Dementia Screening Questionnaire Cognition, KDSQ-C)를 활용하여 2차 검진을 한다. 이에 대한 실적은 국민건강검진사업 치매 선별검사 실적을 통해 확인하며, 실수진자에 대한 통계를 산출한다.

마지막으로 치매국가책임제 실시 이후 마련된 치매안심통합관리 시스템(ANSYS)을 통해서도 치매 관련 통계 산출이 가능하다. 치매안심통합 관리 시스템(ANSYS)은 치매안심센터에서 이루

어지고 있는 치매조기검진사업 및 등록관리사업 과 관련된 제반 자료를 DB화하여 사업의 효과성을 향상시키기 위해 마련된 시스템이다. 치매안심통합관리 시스템(ANSYS)을 통해 등록관리 대상자 현황, 치매조기검진사업, 관련 서비스 제공 현황, 맞춤형 사례 관리, 치매 인식 개선 사업, 안심센터 설치 및 운영 현황 등과 관련된 데이터 산출이 가능하다.

행정체계를 활용하여 치매 통계를 산출할 수 있는 자료는 앞서 언급한 바와 같이 건강보험 청

구 자료 시스템, 건강보험 국민건강검진사업 중 치매 질환 진단검사 결과, 노인장기요양보험 신청 인정 시스템 및 급여 관리 시스템, 치매안심통합관리 시스템(ANSYS) 등이다. 이 자료들은 각각의 고유한 목적에 따라 자료를 생산하고, 그 안에서 치매와 관련된 내용을 별도로 추출해야 한다는 측면에서 치매유병률 등 치매 관련 현황을 구체적으로 정확히 파악하기에는 한계가 있다.

먼저 건강보험 청구 자료의 일차적 한계점은 치매코드 활용의 부정확성이다. 건강보험 청구 자료는 질병 및 관련 건강 문제의 국제통계분류(International Classification of Diseases-10, ICD-10)에서 정의한 치매 관련 코드로 입력되며, 넓게는 8개(F00, F01, F02, F03, G30, G31, G31.82, F10.7), 좁게는 5개(F00, F01, F02, F03, G30)를 사용한다. 치매 환자가 병원을 방문하여 치매로 진료를 받을 경우 의사는 위의 코드를 활용하여 건강보험 급여 청구를 하게 되는데, 이 경우 전문가별로 치매코드 입력 기준이 상이하여 누락 또는 과잉 집계될 위험이 있다. 또한 현재 입원 청구 자료에서는 주상병 중심으로 코드를 입력하게 되는데, 치매는 부상병인 경우가 많아 대상자 누락의 우려가 있다. 이는 실제로 산

출된 지표에서도 확인할 수 있다. 주상병과 부상병을 모두 포함하고, 치매코드를 8개 인정할 경우 치매 환자는 61만 8136명으로 치매역학조사 추정 치매 환자의 90% 수준으로 확인된다. 반면 주상병만 인정하고 치매코드를 8개로 인정할 경우에는 치매 환자는 57만 7075명, 즉 치매역학조사 추정 치매 환자의 84%로 앞선 기준보다 치매 환자 수가 감소한다. 주상병과 치매코드 5개 인정 시에는 57만 4224명으로 확인된다. 건강보험 청구 자료의 또 다른 한계는 약물치료와 관련된 것이다. 건강보험 청구 자료에서 치매로 인정되는 약물은 도네페질(Donepezil), 갈란타민(Galantamine), 리바스티그민(Rivastigmine), 메만틴(Memantine)이다. 그러나 도네페질(Donepezil)과 메만틴(Memantine)은 병합 처방 여부가 확인되지 않아 정확한 수치를 산출하기 어렵다. 또한 타 질환으로 인해 치매약 복용을 중단할 경우 치매 대상에서 누락되는 등 자료 신뢰성 확보의 어려움이 발생한다. 마지막으로, 현재의 의료체계에서 청구 자료는 외래병원 이용, 약국 이용, 입원 등의 항목별 상병자가 중복 집계될 가능성이 있어 치매 대상자가 과잉 집계될 위험이 있다.

표 3. 건강보험 청구 자료 산출 방법에 따른 치매 환자 수

산출 방법	치매 환자 수	치매역학조사 대비 비율
주상병+부상병+치매코드 8개 인정 시	618,136명	90%
주상병+치매코드 8개	577,075명	84%
주상병+치매코드 5개	574,224명	84%

자료 : 국민건강보험공단 내부 자료.

다음으로 건강보험 국민건강검진사업의 경우 만 66세인 생애전환기, 만 70세와 만 74세 건강검진 시와 같이 특정 연령대에서만 치매검진을 실시하므로 대상자 누락의 문제가 생길 수 있다. 또한 1, 2차 검진에서 간단한 KDSQ-P, KDSQ-C로 인지 저하 여부를 검진하고, 인지기능 저하 의심자는 보건소에서 MMSE-DS를 활용한 치매검진을 받도록 안내한다. 이러한 검사 방법은 검사가 정밀하지 않다는 점과, 여러 차례 반복되는 검사 과정으로 이탈자가 많다는 한계가 있다. 실제로 국민건강검진사업의 2016년 1차 검진자는 82만 3755명이며, 1차 검진자의 약 9%만이 2차 검진을 받았고, 2차 검진 대상자 중 35%인 2만 4431명만이 2차 검진을 받았다(김가웅 외, 2017).

노인장기요양보험 신청 인정 시스템 및 급여관리 시스템도 다음과 같은 한계가 있다.

첫째, 장기요양보험서비스 대상자로 인정받기 위한 치매코드 과다 이용의 문제이다. 이는 2011년 치매가점제도 시행 및 2014년 치매특별등급 도입 등으로 치매로 진단받을 경우 장기요양대상자로 선정되기에 용이해 나타난 결과로 보인다.

둘째, 노인장기요양보험 대상자 자료는 별도의 신청을 통해 장기요양인정조사를 받은 대상자에 대한 것으로, 노인돌봄기본서비스 이용자 등과 같이 장기요양인정조사를 받지 않은 대상자는 누락될 가능성이 있다. 실제로 2016년 기준 장기요양보험 수급 자격을 유지 중인 65세 이상 치매 상병자 수(주상병+부상병+치매코드 8개)는 25만 4387명으로 치매역학조사에서 추정된 전

체 치매 환자 수의 39%에 그친다.

마지막으로 치매안심통합관리 시스템(ANSYS)의 경우 치매와 관련된 다양한 사업에 대한 자료들을 포함하고 있으나, 이는 치매안심센터 운영 및 실적 관리 측면의 통계 위주로 치매정책 기획·수립·평가를 위한 국가통계 정보로서는 부족한 면이 있다. 또한 치매안심통합관리 시스템(ANSYS)에 포함되어 있는 치매조기검진사업은 의무가 아닌 자발적인 참여로, 선별검사에 포함되지 않는 치매 환자가 있을 가능성이 있다. 또한 이미 치매 진단을 받아 치료, 돌봄서비스를 받고 있는 치매 환자는 다시 선별검사를 받지 않기 때문에 치매검진사업 실적으로 치매 환자 현황을 파악하기에는 어려움이 있다. 이처럼 치매검진사업에서의 치매 확진자 수는 치매 환자 수와 치매 유병률 추정을 위해 활용하기에는 부적절하지만, 장기적으로 치매 환자 등록률을 향상시킨다면 치매발생률 통계를 추가적으로 생산할 때 활용할 수 있을 것으로 보인다.

4. 나가며: 치매 통계의 체계적 생산 및 관리 대안 모색

신뢰도 높은 치매 통계의 생산과 관리는 치매 정책의 과학적 설계 및 추진을 위한 기반이 된다. 따라서 현재 생산·관리되고 있는 치매 통계의 신뢰성 향상을 위해 다음과 같은 대안을 제안하고자 한다.

첫째, 치매유병률 산출의 신뢰성 확보를 위한

안정적 치매역학조사 실시 기반을 마련해야 한다. 앞서 살펴본 것과 같이 조사를 통한 치매유병률 산출이 신뢰성을 확보하기 위해서는 적정 조사 규모와 조사자의 전문성이 요구되며, 이를 위해서는 조사 실시를 위한 적정 예산 확보가 이루어져야 한다. 치매유병률은 성, 연령, 지역, 치매 원인별 유병률 산출을 목표로 하며, 이들 특성별 치매유병률은 정책 수립에서 매우 주요한 통계 항목으로 관리되어야 한다는 점을 고려할 때, 적정 조사 규모 확보는 반드시 필요하다. 이는 국가통계의 안정적 생산 및 관리에 필수적인 요소이다.

둘째, 치매 통계의 일관성과 정확성 향상을 위해 치매 통계를 생산, 관리하는 다양한 기관의 공통된 기준을 마련해야 한다. 현재 치매 정의와 상병 기준 그리고 치매의 범위는 행정 자료에서 상병코드를 기준으로 할 때 생산 기관에 따라 상이한 기준이 적용되고 있다. 따라서 치매 상병코드에 대한 동일한 기준을 행정 자료에서 활용하도록 하고 동일한 상병코드 기준을 의료진이 진단하고 코드를 입력할 때 활용해야 향후 치매 통계의 일관성과 정확성이 보장될 것이다. 또한 건강보험, 장기요양보험, 치매 통합관리 시스템, 그 외의 질병 분류를 활용하는 정책에서 동일 기준을 활용하도록 조정해야 한다. 이러한 동일 기준 적용에 따라 임상상의 치매 유형 및 중증도 진단이 이루어질 경우 치매 통계를 더욱 체계적으로

관리할 수 있을 것이다.

셋째, 장기적으로는 통합적인 치매 등록관리 시스템 도입이 요구된다. 앞서 살펴본 것과 같이 치매 관련 통계는 치매 질환자 규모에 대한 통계, 치매 질환자의 치료 및 관리 통계 등으로, 다양한 기관에서 생산·관리되고 있는 것으로 나타난다. 이들 통계가 치매정책 설계와 평가에 더욱 유용하게 활용되도록 하기 위해서는 체계적인 관리가 필요하며, 이를 위해서는 통합적 치매 등록관리 시스템이 구축되어야 한다. 암 등록관리 시스템³⁾의 사례를 벤치마킹하여 치매 등록관리 시스템을 도입하여 안정적으로 치매유병률 통계를 산출할 수 있을 것으로 기대된다. 예를 들어, 의료기관에서 치매 진단 시 치매 등록관리 시스템에 입력하며, 건강보험 자료에서 누락된 자료에 대한 추가 입력을 통해 암 등록관리 시스템과 같이 양방향에서의 치매 질환자 파악이 이루어지도록 해야 할 것이다. ㉮

참고문헌

- 보건복지부, 중앙치매센터. (2019). 대한민국 치매현황 2018. 중앙치매센터.
 보건복지부, 중앙치매센터. (2019). 2016년 전국 치매역학조사.
 김기웅, 김기원, 김유정, 김한나, 남효정, 김빈나,

3) 암 등록관리 시스템은 '국가 암 등록 통계 사업'이라는 별도의 사업으로 추가적 조사 없이 의료기관 및 관련 기관의 등록 정보 입력으로 유병률 등을 산출하는 국내 유일의 사업이다. 중앙암등록본부를 중심으로 암 등록 병원과 지역암등록본부의 협업에 따라 통계를 작성하고 있다.

- ...정세희. (2017). 치매환자 관리 누락 방지를 위한 국가치매관리체계 개선방안 연구. 감사원, 중앙치매센터.
- 이윤경, 정영철, 유재언, 임정미, 정경희, 김세진,...변선정. (2018). 치매 관련 통계 생산 및 관리 체계화 방안. 보건복지부, 한국보건사회연구원.
- Alzheimer's Disease International. (2009). World Alzheimer's Report 2009 : The Global prevalence of Dementia.
- 통계청. (2019a). 장래인구추계: 장래기대수명. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA201&conn_path=I2에서 2019. 9. 2. 인출.
- 통계청. (2019b). 장래인구추계: 주요 연령계층별 추계인구. http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1BPA003&conn_path=I2에서 2019. 9. 2. 인출.