

아시아 태평양 지역의 치매: 집단 발병 도래

알츠하이머병 인터내셔널의
아시아 태평양 회원을 위해

ACCESS ECONOMICS PTY LIMITED
가 제공하는 사업 요약

2006년 9월 21일



**ACCESS
ECONOMICS**



서문

알츠하이머병 인터내셔널 (Alzheimer's Disease International, ADI)의 15 개 아시아 태평양 회원 단체는 2005 년 5 월 싱가포르 회의에서 하나의 보고서를 작성하기로 합의하였는데 이 보고서는 정부 및 국제기관 그리고 원조 기관으로 하여금 공중 보건 시스템에 끼치는 치매병 및 이 질병의 위협에 주목하도록 하는 것입니다. 우리가 그 프로젝트를 감독하는 실무진의 역할을 하도록 요청 받았습니다.

치매가 이 지역 일대의 수백만 명의 삶에 그리고 공중 보건 비용에 지대한 영향을 미치고 있다는 것은 자명한 사실입니다. 완치는 없지만 치매 환자와 이들을 돌보는 사람들 모두에게 삶의 질을 향상시킬 수 있는 방법은 많이 있을 수 있습니다.

주요 열쇠는 치매를 건강 우선순위로 인식하는 것이며 이를 위한 실천사항을 계획하는 것입니다. ADI에 의한 교토 선언은 필요한 활동을 결정하는 틀을 제공합니다. 이러한 활동은 문화적 사회적 경제적 여건에 기초하여 각 국가들의 필요에 민감하게 부응해야 합니다.

또한 이 지역 일대에서의 상호 협조를 진척시키는 것도 중요합니다. 각 국가들은 치매환자와 그 가족들을 위한 효과적 보건 및 간호 서비스 개발에 있어 서로 공유할 것들이 많이 있습니다. 우선순위 중 하나는 서비스를 계획하는 사람들을 위해 정보 베이스를 향상시키는 연구를 수행하는 것입니다.

지지를 위한 공감대로서 이 보고서와 발간 자료에 동의를 하는 것은 이 지역 내의 알츠하이머 기관들을 위해 괄목할 만한 진전이라고 할 수 있을 것입니다. 우리는 이 보고서가 국내외의 정책 결정자들에게 유용한 자료가 되길 진심으로 기원합니다.

이 보고서를 위해 재정지원을 한 Tsao Foundation 과 ADI 에 감사를 드립니다. 또한 이 보고서 작성을 위해 보여 준 Access Economics 의 탁월한 전문성에 감사 드립니다.

Glenn Rees
이사장
Alzheimer's Australia

Dr Ang Peng Chye
회장
Alzheimer's Singapore

Mrs Sung-Hee Lee
회장
Alzheimer's South Korea





사업 요약

알츠하이머병 인터내셔널 (Alzheimer's Disease International, ADI)의 15 개 아시아 태평양 회원 단체는 2005 년 5 월 싱가포르 회의에서 하나의 보고서를 작성하기로 합의하였는데 이 보고서는 정부 및 국제기관 그리고 원조 기관으로 하여금 공중 보건 시스템에 끼치는 치매병 및 이 질병의 위협에 주목하도록 하는 것입니다.

이 지역 일대의 모든 알츠하이머병 기관들은 지지의 공감대 표명으로서 이 보고서 내용과 발간에 동의를 했습니다.

이 보고서는:

- ❑ 아시아 태평양 지역의 치매병 상황을 고찰합니다.
- ❑ 치매와 치매에 대해 확인된 위험 요소를 설명합니다.
- ❑ 질병 데이터 및 차후 계획에 대한 현재의 책임을 고려합니다.
- ❑ 국가별 치매 유병/발병의 평가/예측을 제공합니다.
- ❑ 치매의 경제적 사회적 영향을 고려합니다.
- ❑ 비용 효과적인 개입 및 가능한 정책 초안을 설명합니다.
- ❑ 권장 실천사항을 제시합니다.

이 분석은 아시아 태평양 데이터 이용이 가능하지 않은 분야에는 선진국 데이터에 초점을 맞춥니다.

이 보고서는 Tsao Foundation 및 ADI 가 재정 지원하였습니다.

사실 자료

15 개 ADI 아시아 태평양 회원 단체는 호주, 중국, TADA 중국 타이페이, 홍콩 SAR, 인도, 인도네시아, 일본, 말레이시아, 뉴질랜드, 파키스탄, 필리핀, 싱가포르, 한국, 스리랑카 및 태국에 위치해 있습니다.

이 분석에 포함된 기타 국가들로는 방글라데시, 부탄, 브루나이 다루살람, 캄보디아, 마카오, 북한, 동티모르 (티모르 레스트), 라오스, 미얀마, 네팔, 파푸아뉴기니아 및 베트남입니다.

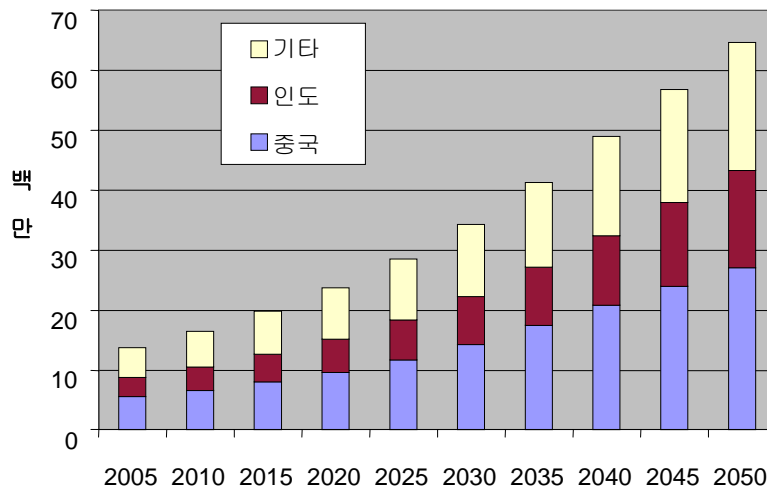
2005 년 이 지역 일대의 총 인구는 유엔에 의해 35 억 8 천만 명으로 추산되었습니다. 65 세를 넘는 인구는 2 억 3890 만 명, 80 세를 넘는 인구는 3700 만 명으로 추산됩니다. 경제, 언어 및 종교적으로 매우 다양한 지역입니다.

치매는 단기 기억, 기타 사고(인식) 능력 및 일상적 기능의 상실로 특징지을 수 있는 질병군입니다. 알츠하이머병 및 혈관성 치매가 가장 흔한 유형입니다.

아시아 태평양 지역의 치매 환자 수는 2005 년 1370 만 명에서 2050 년 6460 만 명으로 증가할 것입니다.



유병 총계: 중국, 인도 및 기타 지역, 2005-2050 년



이 지역 일대의 새로운 치매 발생 사례 수가 2005 년 연간 430 만 신규 사례에서 2050 년에는 1900 만 신규 사례로 증가할 것으로 예상됩니다.

유병 및 발병, ADI 아시아태평양 및 그 이외 지역

	2005		2020		2050	
단위: 1000 명	유병	발병	유병	발병	유병	발병
호주	195.4	60.2	301.3	91.1	664.1	199.7
중국 (inc Macao)	5,541.2	1,721.0	9,596.3	2,916.7	27,004.4	8,269.0
홍콩 SAR	59.7	18.5	109.2	32.6	332.0	99.6
인도	3,248.5	1,026.8	5,541.8	1,714.4	16,290.1	4,974.6
인도네시아	606.1	191.4	1,016.8	314.1	3,042.0	932.0
일본	1,871.2	570.2	3,251.3	983.4	4,873.1	1,417.7
말레이시아	63.0	20.1	126.8	39.0	453.9	138.8
뉴질랜드	38.2	11.8	54.6	16.6	117.6	35.5
파키스탄	330.1	107.3	566.6	179.3	1,916.2	584.3
필리핀	169.8	54.8	316.3	99.2	1,158.9	353.9
싱가포르	22.0	6.8	52.6	15.7	186.9	56.7
한국	246.3	75.5	542.2	164.3	1,569.9	475.4
스리랑카	86.0	26.9	148.0	45.1	409.0	125.0
TADA 중국 타이페이	138.0	43.1	253.4	76.6	659.3	199.4
태국	229.1	71.4	450.2	137.2	1,233.2	377.0
ADI 아시아태평양	12,844.3	4,005.9	22,327.6	6,825.2	59,910.6	18,238.7
ADI 아시아태평양 이외	859.3	276.2	1,399.6	437.1	4,730.9	1,448.6
총계	13,703.6	4,282.1	23,727.1	7,262.3	64,641.5	19,687.3

다른 연구에서는 접근법에 따라 약간 상이한 결과를 보입니다. 하지만 치매 집단 발병은 치매 환자 수가 노령 인구 증가와 함께 증가하기 때문에 확실한 것입니다. 아시아 태평양에서 60 세가 넘는 고령 인구는 현재 10% 미만에서 2050 년까지 총 인구의 25%로 증가할 것이며 그 중에서 80 세가 넘는 인구는 1%에서 5%가 될 것입니다.



치매 환자 수 증가와 별도로 치매로 인한 사회적 경제적 악영향을 가져오는 요소가 있습니다. 즉, 도시화, 대가족 회피 및 핵가족 경향 그리고 그 결과 혼자 사는 노인의 증가 등이 그것입니다. 이들을 간호하는 능력은 공식적 비공식적 간호의 통합적 서비스에 달려 있습니다. 아시아 태평양 지역의 여러 국가에서는 치매 환자 및 그 가족 간호인들을 위한 양질의 보건 및 간호 서비스를 제공할 준비가 잘 되어 있지 않을 수도 있을 것입니다.

치매는 아시아 태평양 국가의 공중 보건 시스템에 파괴적인 영향을 끼칠 수가 있습니다. 이는 인구의 노령화 이유만이 아니라 치매가 모든 만성 질환 중에서 가장 심각한 장애 질환에 속하기 때문입니다. “질병부담”은 질환의 결과로서 상실한 건강한 삶의 연수로 측정됩니다. 이는 “사망 부담” (조기 사망으로 인해 상실한 삶의 연수)과 “장애 부담” (장애로 인해 상실한 건강한 삶의 연수)을 합한 것입니다. 세계보건기구 데이터에 의하면 아래 사항을 제안할 근거가 있습니다.

- ❑ 신경정신병적 질환은 장애 부담 측면에서 감염 및 기생충 질병 다음으로 많습니다.
- ❑ 치매의 질병 부담은 말라리아, 파상풍, 유방암, 마약중독 혹은 전쟁 부담을 초과합니다.
- ❑ 치매의 질병 부담은 차후 25년 동안에 76% 이상으로 증가할 것으로 예상됩니다.

공중 보건 비용 측면에서 이러한 점들이 어떻게 반영되는지는 국가에 따라 그리고 간호 내용에 따라 매우 다를 것이지만 유병이 증가함에 따라 국민총생산량에 비례하여 증가할 것입니다. 가장 효과적인 절약 방법은 새로운 연구로 얻은 개입 방법을 통해 치매 발병 시기를 늦추거나 발병을 줄이는 것일 것입니다.

15개 아시아 태평양 지역의 ADI 회원들을 위해, Wimo 등 (2006b)은 치매 비용을 604억 달러 (2003년도 미화)로 추산했습니다. 이 지역 일대의 치매 간호 총 비용의 70%가 경제 선진국들에게 적용되는 것으로 추산되었는데 이들 국가는 유병의 18%를 차지합니다.

과업

세계 보건 기구 및 아시아 태평양 지역 정부가 변화시켜야 할 주요 사항

- ❑ 치매에 대한 제한된 인식과 여러 나라의 경우 치매에 부여하는 오명 혹은 치매를 부인하는 문화
- ❑ 치매가 노화의 자연적인 과정이며 질환의 결과가 아니라는 추정
- ❑ 치매 간호에 대한 제한된 정책 및 간호 필요를 충족할 인적 재정적 자원 부족
- ❑ 일부 국가 도시에서의 높은 수용 비율 및 기타 지역에서의 시설 부족
- ❑ 전문적인 간호인을 위한 훈련 부족 및 가족 간호인을 위한 지원 부족

이러한 과업을 충족시키는 방법에 관한 건전한 조언이 많이 있습니다. 그러나 아시아 태평양 지역에서의 치매 환자 및 그 가족 그리고 간호인들에게 비극적인 일은 그러한 조언이 실행되지 않을 경우입니다.

첫째로, 기억과 행동의 미묘한 변화로 말미암은 초기의 어려움에서부터 간호에 거의 의존해야 하는 무능력한 상태에 이르기까지 치매 과정에 대한 이해가 현재 많이 이루어졌습니다. 이러한 과정은 개인별로 차이가 많지만 개인적 자율 상실이 가혹한 증세 중의 하나입니다. 필요한 서비스 방안은 개인별 그리고 치매 과정 마다 다를 것입니다.

둘째로, “치매 환자 간호를 위한 최소한의 실천사항”에 근거한 치매 액션 플랜이 2004년 일본에서 열린 국제 알츠하이머병 인터내셔널 제 20 차 국제 컨퍼런스에서 발표되었습니다 – 교토 선언 (첨부).

셋째로, 조기 진단, 조기 개입 및 가족 간호인 교육 그리고 훈련 및 지원을 통한 혜택과 여러 약물요법의 비용 효과에 대한 증거가 점점 증가하고 있습니다.

권장사항

아시아 태평양 지역 국가는 이미 세계 인구의 반을 넘어섰습니다. 이 지역 일대의 치매 환자는 지금부터 2050년 사이에 최소한 3배가 될 것입니다.

잘 구성되고 기획된 정부 정책은 민간 지역사회 단체와 협조하여 치매환자와 그 가족들을 위한 비용 효율적인 개입을 통해 차후 유병 성장에 기인하는 비용을 줄일 수 있습니다.

아시아 태평양 지역 정부는 아래 사항을 인식할 경우 치매 환자 및 그 가족 간호인을 지원할 것입니다.

- 치매는 건강 우선순위입니다.
- 비용 효율적인 개입이 존재합니다.
- 정책 틀과 계획은 치매환자와 그 가족들을 위해 차이를 만드는 모든 부문을 지원합니다.

2004년 교토선언은 정부와 비정부 기관 그리고 관련자들을 위해 차후 실제적인 방법 및 활동 프로그램 틀을 제공합니다. 일부 정부는 이미 자국내 정책을 발표했습니다.

모든 아시아 태평양 정부가 아래 사항을 시행할 것이 권장됩니다.

- 1 자국의 인구, 문화 및 의료 상황에 따라 교토선언을 고려하고 채택.
- 2 아래사항을 시행하는 국가차원의 치매 전략을 개별적으로 개발
 - 치매에 대한 적극적 인식 및 올바른 이해를 통해 변화 분위기 창출.
 - 정책 결정자, 임상, 연구인, 간호인 및 치매환자들 사이에 효율적 후원자와 제휴 연대를 형성.
 - 치매 환자 및 그 가족 간호인들의 필요에 부응하는 일차적 지역사회 간호 서비스 개발 촉진.
 - 치매 위험을 줄일 수 있는 생활 양식 채택에 대한 정보 제공.



- 연령이 더 낮은 층의 치매 환자 및 행동적 심리적 치매 증후 (BPSD)를 가진 사람을 포함하여 특별한 필요사항 제공.

3 원인, 예방 및 양질의 치매 간호를 위한 연구에 투자 홍보

치매 문제는 이 지역 일대의 정부들 간에 연합 활동을 추진하도록 하는 이유를 충분히 제공합니다. 이를 위해 연구 및 서비스 제공 분야에서 공동 협의사항 혹은 공동연구를 설정하기 위한 장관급 혹은 정책결정자 초기 회의 형태를 취할 수도 있을 것입니다.

Access Economics
2006년 9월 21일





교토선언: 치매환자 간호를 위한 최소한의 실천사항

10 개 권장사항	시나리오 A 저수준의 자원	시나리오 B 중간 수준의 자원	시나리오 C 고수준의 자원
1. 1 차차 의료 제공	치매 간호를 1 차 의료의 하나로 인식. 모든 의료 종사자들의 교육 내용에 치매 인식 및 치료 포함. 1 차 의료 의사들에게 재교육 제공 (5 년 내 최소한 50% 커버).	지역 관련 훈련 자료 개발. 1 차 의료 의사들에게 재교육 제공 (5 년 내 100% 커버).	1 차 의료에서 치매 관리의 효과 증대. 의뢰 패턴 향상.
2. 적절한 치료	치매 치료 및 연관된 심리적 행동적 증후를 위해 필요한 약품 사용 가능성 증대. 간호인을 위한 기본 교육 및 훈련 개입 개발 및 평가.	모든 의료 환경에서 필요한 약품 가능성을 확실히. 효과적인 간호인 개입을 대체로 가능하게 함.	공공 혹은 민간 치료 플랜 하에 더 새로운 약품 (예: 항콜린에스테라아제)을 용이하게 사용하게 함.
3. 지역사회에서 간호 제공	치매 환자가 가정에서 최상의 평가 및 치료를 받는 원칙 설정. 1 차 및 2 차 의료 사용을 위한 평가 기준 개발 및 홍보. 다양한 전문성을 가진 지역사회 팀, 주간 간호, 단기 임시 간호 등의 개발에 대한 시험적 프로젝트 시도. 부적절한 기관의 환경 하에 있는 치매 환자를 이전시킴.	일반 진료와 치매 간호의 통합에 관한 프로젝트 실시. 지역사회 간호 시설 제공 (다양한 전문성을 가진 지역사회 팀, 주간 간호, 임시 간호, 그리고 급성환자 평가 및 치료를 위한 입원환자 병동에 최소한 50% 커버). 필요에 따라, 직원 훈련 및 인가를 위한 규제 틀 및 시스템을 포함하여 주거지 및 너싱홈 시설 장려.	대체 주거지 시설 개발. 지역사회 간호시설 제공 (100% 커버). 치매환자에게 지역사회의 개별적 간호 제공.
4. 대중 교육	오명과 차별에 반대하는 공공 캠페인 주창. 공공 교육을 하는 비정부 기관 지원.	치매의 인식을 홍보하고 긍정적 자세를 확립하며 인식 장애 및 치매 예방을 돕기 위한 대중 매체 사용.	치매에 대한 조기 지원요청, 치매 인식 및 적절한 관리를 위한 공공 캠페인 실시.
5. 지역사회, 가족 및 고객과 연계	자조 그룹 형성 지원. 비정부 기관을 위한 제도를 재정적 지원.	정책결정, 서비스 개발 및 실행에 있어 지역사회, 가족 및 고객 대표 설정.	지지 발의권 주창
6. 국가 정책, 프로그램 및 법률 제정	현재의 지식과 인권에 근거하여 법률 수정. 치매 간호 프로그램 및 정책 형성. - 정신 장애자를 지원 및 보호하는 법률안 - 치매 환자를 장애 혜택 제도에 포함 - 간호인을 보상 혜택 제도에 포함 노인들을 위한 보건 및 사회적 보호 예산 수립	국가적 차원 및 하부 차원에서 치매 간호 정책 실시. 치매 간호를 위한 보건 및 사회적 보호 예산 수립. 정신 건강 간호를 위한 예산 증대.	1 차 및 2 차 의료 서비스 그리고 사회복지 프로그램 및 혜택 이용이 공정하게 되도록 함.
7. 인적 자원 개발	1 차 의료 종사자 교육 실시. 노인 정신의학 및 의료에 종사하는 의사 및 간호사들을 위한 고등 전문 교육 프로그램 실시. 교육 및 자원 센터 개발.	의사, 정신과 의사, 간호사, 심리학자 및 사회복지사를 위한 국립 훈련 센터 네트워크 형성.	전문가들에게 최신 치료 기술 교육
8. 타 부문과 연계	지역사회와 학교 그리고 직장의 치매 인식 프로그램 실시. 비정부 단체의 활동 권장.	지역사회 프로그램 강화.	조기 치매 환자를 위한 직업 건강 서비스. 치매 환자 간호인을 위해 직장의 특별 시설 제공. 다른 부문과의 공동 연구 하에 증거 기반의 정신 건강 증진 프로그램 실시.



아시아 태평양 지역의 치매:
집단 발병 도래

9. 지역사회 보건상황 검토	기본적인 보건 정보 시스템에 치매를 포함. 고위험 연령층 조사.	지역사회에 조기 치매 감독 실시.	최신 모니터링 시스템 개발. 예방 프로그램의 효율성 검토.
10. 더 많은 연구 지원	지역사회내 치매의 유병, 과정, 결과 및 영향에 대한 1 차 의료 환경 연구 실시.	치매의 지역사회 관리를 위해 비용 효과적 연구 실시.	치매의 원인에 대한 연구 확장. 서비스 제공에 대한 연구 실시. 치매 예방에 대한 증거 조사.