

치매안심센터 이용 보호자의 미충족 치매정보와 종사자의 프로그램 효과성 인식에 관한 연구

김인옥¹ 고명숙^{2*}

¹삼육대학교 간호대학 박사과정생, ²삼육대학교 간호대학 교수

A Study on Unmet Dementia Information of Dementia Caregiver Using Dementia Relief Center and Program Effect Recognition of Workers

In-Ok Kim¹, Myung-Suk Koh^{2*}

¹Student, College of Nursing, Graduated School of Sahmyook University

²Professor, College of Nursing, Sahmyook University

요약 본 연구는 치매안심센터의 치매환자 보호자에게 미충족 치매정보를, 종사자에게는 프로그램에 대한 효과성을 파악하기 위한 서술적 조사연구이다. 대상자는 S시 25개 자치구의 치매안심센터에서 보호자 114명, 종사자 217명을 대상으로 하였으며, 기간은 2019년 11월 1일부터 2020년 1월 30일까지이다. 연구도구 중 미충족 치매정보는 7문항의 Likert 5점 척도, 위기관리수준은 6항목, 10문항의 Likert 5점 척도로 구성된 설문지를 사용하였다. 연구결과 우울한 보호자가 그렇지 않은 보호자에 비해 미충족 치매정보를 경험할 비율이 12.3배 높은 것으로 나타났다($p<.001$). 위기관리수준이 미흡하다고 인식한 종사자일수록 프로그램 효과성이 8.98배 높게 인식하였으며($p=.004$), 사회복지사가 간호사에 비해 2.81배나 높게 인식하였다($p=.091$). 결론적으로, 치매안심센터 서비스 수준을 단기간에 최고로 만들기 위한 일방적 정책보다 지역사회 주민들과 다양한 의견교환을 통해 그들의 필요를 충족해 나가는 쌍방향 운영이 필요하다.

주제어 : 장기요양, 치매, 치매센터, 미충족 의료, 정보

Abstract This study is a descriptive research study to identify Unmet Dementia Information Needs (UDIN) for caregivers of dementia patients at Dementia Relief Center and to understand the effectiveness of the program for workers. The subjects were 114 caregivers and 217 practitioners from dementia relief centers in 25 autonomous districts of S city from November 1, 2019 to January 31, 2020. The UDIN questionnaire is a 7-point Likert scale. The Crisis Management Questionnaire is a Likert 5-point scale consisting of 10 questions from 6 categories. As a result of the study, the proportion of depressed caregivers experiencing UDIN was 12.3times higher than those who did not ($p<.001$). The program effectiveness was 8.98times better than those who perceived the lack of risk management as good ($p=.004$), and social workers were 2.81times better than nurses ($p=.091$). It is necessary to conduct interactive operations to meet the needs of the community residents by listening to their diverse opinions rather than simply implementing a one-sided policy to raise the service of a dementia relief center to the highest level in a short period of time.

Key Words : Long-term care, Dementia, Dementia Center, Unmet medical need, Information

*Corresponding Author : Myung-Suk Koh(kohms@syu.ac.kr)

1. 서론

1.1 연구의 필요성

급속한 고령사회 진입에 따라 노인들의 다양한 건강 문제들이 발생되고 있는데 특히 노인성 질환의 대표인 치매환자 수가 급증하여 점차 심각한 사회문제로 대두될 수 있다. 왜냐하면 치매는 혼자만의 문제가 아니며 치매환자 가족은 사회경제적 부담과 돌봄에 대한 심리적 부담까지 동반한다는 사실을 모두가 알고 있기 때문이다.

우리나라의 첫 치매관리정책은 2008년 9월 ‘치매와의 전쟁’을 선포하고, 이어 ‘치매종합관리대책’을 발표하며 시작되었다[1]. 특히 2017년 9월에는 치매문제를 개인이나 민간영역이 아닌 국가차원의 돌봄 정책으로 확정하고 장기요양 등급 확대, 치매장기요양비의 본인 부담금 경감, 노인복지관에 치매예방프로그램 제공 등 치매노인과 가족부양자의 부담을 경감시키는 것을 핵심으로 하는 치매국가책임제를 발표하였다[2]. 이에 대한 후속조치로 정부는 상담 및 검진업무 등과 같은 치매 관련 실천적 서비스를 증가시키고자 2018년 기존의 보건소 치매상담센터를 치매안심센터로 변경하여 총 252개 센터를 점진적으로 개소하여 치매어르신과 가족들이 치매검진, 1:1 맞춤형 상담, 사례관리, 서비스 연계까지 보다 통합적인 지원을 받을 수 있도록 하였다. 치매안심센터에서 받은 상담과 사례관리 내역은 새롭게 통합 운영될 ‘치매안심통합관리시스템’을 통해 전국 어디에서든 유기적으로 연결하여 관리를 받을 수 있다 [3,4]. 이는 정부가 제공하는 치매서비스가 단순한 양적 확산을 넘어 지역사회 중심의 치매치료 및 관리측면으로 방향을 전환한 것으로써 치매환자와 가족, 지역주민과 같은 수요자가 필요로 하는 서비스를 기반으로 하는 정책이라는 점에서 이전 정책과 차별성을 가진다[5].

서울시 치매노인은 최근 5년 간 약 24% 증가하여 2017년 현재 약 11만 6천명에 달하며, 2026년이 지나는 시점부터 서울시 치매노인인구 비율이 20%이상으로 폭발적인 증가가 예상된다[6]. 이번에 서울시를 포함한 일부 시·군·구 지방 재정에 의해 운영되는 ‘치매지원센터’는 그 운영 주체에 따라 치매관리서비스의 내용에 대한 지역편차가 벌어진다. 이에 대한 보완책으로 5등급체제로 장기요양등급을 세분화하였음에도 불구하고 장기요양시설도 지역격차가 나타나 장기요양서비스를

누리지 못하는 치매환자가 발생한다. 또한 치매진단 후 발생하는 환자 및 가족의 다양한 서비스 요구에 체계적으로 대응하는 절차가 필요하지만 서비스를 연계해 줄 명확한 주체가 없다는 것이 문제점이다[5]. 따라서 보건의료 체계와 정책이 제대로 작동하고 있는지를 알고 싶다면 의료시설에 대한 운영 실태를 이용자들에게 확인하는 것과 새로운 정책이 효과적으로 운영되고 있는지에 대한 내부 종사자들의 평가가 필요하다.

미충족 의료는 의료서비스 이용과 관련하여 대상자가 원하는 의료적 필요가 제때 충족되지 못하거나, 의료전문의의 기준으로 필요하다고 판단하지만 대상자가 받지 못하는 의료서비스를 말하는데 치매의료 서비스에 한정된 것을 미충족 치매의료라 한다[7]. 미충족 의료는 이미 보건의료체계의 성과나 운영 실태를 측정하기 위해 널리 사용되는 지표이며 많은 보건의료정책과 연구에서 활용되고 있다[8]. 미충족 의료정보를 알기 위해서는 이용자들의 특성과 기관에서 제공하는 서비스에 대한 관계를 분석함으로써 알 수 있는데 이에 대한 대표적인 모형이 앤더슨 행동모형(Anderson Model of Services utilization)이다. 앤더슨 행동모형은 노인 의료서비스 이용자들과 노년기 건강을 예측하는 유용한 틀을 제공함으로써 국내 연구 대부분은 앤더슨 행동모형을 이용한 연구와 이를 변형한 연구가 진행되어왔으며 선행연구에서 타당성이 입증되었을 뿐만 아니라 개인의 내외적인 요인을 포괄적으로 제시하고 있어 본 연구의 미충족 치매정보와 효과성에 대한 분석의 틀로 활용하였다[9,10].

미충족 의료정보가 발생하는 원인은 경제적 부담, 이용 가능한 의료기관의 부족, 정보의 부족, 진료대기시간, 의료기관까지의 이동시간 등 다양하다[11]. 의료시설서비스 이용에 대한 미충족 요인에 영향을 미치는 3가지 요인을 보면 선행요인, 가능요인, 욕구요인으로 구분되는데 선행요인은 개인의 인구학적 특성과 사회경제적 특성인 성별, 연령, 교육, 계층 등이 포함된다. 가능요인은 소득, 가족 자원 등과 같은 경제적 요인이 해당되며, 욕구요인은 개인의 장애와 질병 수준과 같이 서비스 이용과 충족에 직접적인 원인이 되며 이는 운영 프로그램의 효과성에도 연결이 되는 것이다[12].

미충족 의료정보에 대한 초기 연구는 미미하였고 지역 인구집단 특성에 대한 미충족 의료 현황을 다룬 연구가 대부분이었으나, 2010년도 이후부터는 연구가 활

발하여 고혈압, 에이즈와 같은 질병집단, 결혼이주여성, 장애인과 같은 소수자 집단, 중년 여성이나 경제활동 노령인구 등과 같은 사회적 조건을 지닌 집단으로 다양화되었다. 또한 방법적 측면에서는 회귀분석을 이용한 요인분석이 대부분을 차지하였다[8]. 하지만 치매환자 보호자에 대한 미충족 치매정보와 프로그램을 운영하고 있는 종사자를 대상으로 그 효과성을 알아본 연구는 미흡하였다[13-15]. 이에 치매를 개인과 가정의 위기라고 간주하여 지방자치 단체가 이 문제를 해결하려 노력하고 있는데 그 치매 관리 프로그램 운영 상황을 이용 대상자인 치매노인 보호자와 운영 종사자에게 조사를 할 필요가 있다. 따라서 본 연구는 S시에서 운영하고 있는 치매안심센터를 이용하는 치매노인 보호자에게 서비스에 대한 충족정보를 파악하고, 종사자에게는 운영하고 있는 치매프로그램에 대한 효과성을 파악하여 추후 치매관리 체계 향상을 위한 기초자료를 제공하기 위한 목적으로 진행하였다.

1.2 연구문제

- 치매노인 보호자(이하 보호자)가 인식하는 치매안심센터의 미충족 치매정보를 파악한다.
- 치매안심센터 종사자(이하 종사자)가 인식하는 치매안심센터프로그램의 효과성에 대해 파악한다.

2. 연구방법

2.1 연구설계

본 연구는 S시에서 운영하고 있는 치매안심센터 운영에 대한 상황을 보호자의 미충족 의료인식과 종사자의 프로그램 효과성 인식정도를 자가기입식 설문을 통해 조사 분석 한 서술적 조사연구이다.

2.2 연구대상 및 자료수집

연구대상자는 S시 25개 자치구에 소재하는 치매안심센터를 이용하는 보호자와 종사자를 대상으로 하였다. 표본크기는 G*power 3.1.9 프로그램을 이용하여 로지스틱분석 방법으로 산출하였다. 보호자 선정은 Odds ratio=2, 유의수준=.05, Power=.80 일 때 대상자 수는 113명이었는데 20%탈락률을 고려하여 보호자는 132명에게 배부하여 최종 114명을 분석하였다. 종사자는 전체 근무인원 중 설문에 동의한 241명 중 결

측값을 제외한 217명을 분석하였다.

자료수집은 2019년 11월 1일부터 2020년 1월 30일까지 치매안심센터의 협조를 얻어 진행하였다. 대상자에게 전담연구원이 직접 연구절차에 대해서 설명하였고, 설문지배포 및 수거는 연구보조원인 제3자가 하여 연구자가 개입할 수 없게 진행하였다.

2.3 연구도구

2.3.1 미충족 치매정보

의료필요를 정의할 때 전통적으로 욕구(want), 필요(need), 수요(demand)의 세 가지로 구분하며 이것이 부족한 것을 미충족이라 한다[16]. 본 연구에서 미충족 치매정보는 Shon 등[6]이 치매노인들을 대상으로 연구한 자가기입식 설문지를 사용하였다. 설문지 내용은 의료인(기관)에 대한 정보, 치매예방 및 치료에 관리를 위한 사회복지시설 정보, 치매관리비용 정보, 치매노인의 일상생활에 미치는 영향 정보, 치매가족의 일상생활에 대한 정보, 돌봄받은 기관에 대한 정보, 가족자조모임에 대한 정보로 구성되었다. 설문지 척도는 7문항의 Likert 5점 척도이며 로지스틱 회귀분석을 위해 범주형 자료로 더미변수 처리(3점미만 =미충족, 3점이상=충족)하였다. 본 연구에서는 점수가 낮을수록 미충족 치매정보가 높은 것을 의미하며 도구의 신뢰도는 Cronbach's α = .93이다.

2.3.2 우울

우울은 질병관리본부에서 지역사회건강조사를 위한 설문에 사용하는 우울경험 항목을 이용하여 측정하였다[6]. 설문지는 일직선 위에 1점 (부정표현)-10점 (긍정표현)을 표시한 도표평점척도를 이용하였으며 점수가 높을수록 우울이 높은 것을 의미한다. Hong[17]의 연구를 바탕으로 우울에 대한 절단점을 7점미만 정도, 7점 이상은 중증으로 분류하였다.

2.4 자료분석

수집된 자료는 부호화 하여 SPSS(Ver.25) program 을 이용하여 분석하였는데 구체적 방법은 다음과 같다.

- 대상자의 일반적 특성은 빈도와 백분율로 분석하였다.
- 보호자가 인식하는 미충족 치매정보와 종사자의 프로그램효과성 인식은 로지스틱 회귀분석을 이용하여 오즈비(odd ratio)로 제시하였다. 분석의 cutoff point는

0.5였으며, 모형적합은 $-2 \log \text{likelihood}=128.81$, $\chi^2=17.91$, $df=8$, $p=.022$, Pseudo $R^2=.079$ 였다.

2.5 윤리적 고려

본 연구는 연구 참여 대상자의 윤리적 보호를 위하여 연구자가 속해 있는 대학의 연구윤리위원회승인(2-701793-AB-N-012019095HR)을 받고 진행하였다. 참여자에게 연구의 목적, 참여 기간, 진행 방법 및 절차, 예상되는 위험이나 이득, 익명성 유지, 개인정보 보호에 대해 설명하였다. 참여자가 원하지 않을 경우 연구에 참여한 이후에 언제든지 동의철회 할 수 있으며, 그에 따른 어떤 불이익도 받지 않을 것임을 설명 후 서면 동의를 받은 후 연구를 진행하였다. 참여한 대상자에게 소정의 답례품을 제공하였다.

3. 연구결과

3.1 보호자의 일반적 특성의 비교

다음 Table 1과 같이 치매안심센터를 이용하는 보호자 114명중에 75명(65.8%)이 여성이고 나이는 75세 이상이 51명(44.7%)이 가장 많았다. 교육은 중졸이하가 41명(36.0)으로 가장 많았고, 기초수급 미대상자가 108명(92.1%), 돌봄기간은 2-3년이 47명(41.2%)으로 가장 많았다. 주 돌봄자는 배우자 73명(64.0%), 동거여부는 동거 96명(84.2%), 만성질환 2개 이상이 47명(41.2%), 걷기는 주 5회 이상이 88명(77.2%), 우울은 없다(86.8%)가 가장 많았다.

Table 1. General Characteristics of patient caregiver
N= 114

Categories		n	%
Gender	Male	39	34.2
	Female	75	65.8
Age (yr)	<65	41	36.0
	65-74	22	19.3
	≥75	51	44.7
Education	≤Middle school	41	36.0
	High school	34	29.8
	≥College	39	34.2
National basic livelihood Security	Yes	9	7.9
	No	105	92.1
Duration of care (yr)	≤1	23	20.2
	2-3	47	41.2
	>3	44	38.6
Caregiver	Partner	73	64.0
	Child	34	29.8
	Other	7	6.1

Living with patient	Yes	96	84.2
	No	18	15.8
Chronic disease	None	29	25.4
	1	38	33.3
	≥2	47	41.2
Walking (day/week)	≤1	3	2.6
	2~4	23	20.2
	≥5	88	77.2
Depression	No	99	86.8
	Yes	15	13.2

3.2 보호자의 미충족 치매정보 인식

다음 Table 2와 같이 우울감을 경험 중인 보호자가 미충족 치매정보를 인식할 확률이 통계적으로 유의하게 높았다($p<.001$). 우울한 보호자가 그렇지 않은 보호자에 비해 미충족 치매정보를 인식할 비율이 12.3배 높은 것으로 나타났다.

Table 2. Patient caregiver's awareness of unmet dementia information need

N=114

Parameter		Estimate	S.E.	P	O.R
Intercept		-1.170	1.819	.520	-
Gender (ref=Male)	Female	0.348	0.599	.561	1.416
Age (ref=<65)	65-74	1.311	0.876	.134	3.710
	≥75	1.065	0.973	.273	2.902
Education (ref=≤Middle school)	High school	-0.596	0.755	.430	0.551
	≥College	0.227	0.738	.758	1.255
National basic livelihood Security (ref=Yes)	No	1.011	1.127	.370	2.747
Duration of care (ref=≤1yr)	2-3	-0.119	0.519	.818	0.887
	3-6	0.784	0.714	.273	2.190
Caregiver (ref=Partner)	Child	0.322	0.798	.687	1.380
Chronic disease (ref=None)	1	0.230	0.692	.740	1.258
	≥2	-0.211	0.698	.763	0.810
Walking (ref=<1)	2~4	-1.211	1.732	.484	0.298
	>5	-0.877	1.647	.594	0.416
Depression (ref=No)	Yes	2.508	0.745	<.001	12.286

S.E : Standard error, O.R : Odds Ratio

3.3 치매안심센터 종사자의 일반적 특성

Table 3과 같이 종사자 217명 중 175명(80.6%)이 여성이고 나이는 30-39세가 122명(56.2%)이 가장 많았다. 직위는 일반이 204명(94.0%), 직군은 간호사가 109명(50.2%), 근무기간은 1-5년이 88명(40.6%)로

가장 많았다. 위기관리수준은 양호가 205명(94.5%)으로 대부분을 차지했으며 치매안심센터에 운영하는 프로그램에 대한 효과성은 194명(89.4%)이 있다고 응답하였다.

Table 3. General characteristics of dementia relief center workers

N=217

Categories		n	%
Gender	Male	42	19.4
	Female	175	80.6
Age(yr)	20-29	42	19.4
	30-39	122	56.2
	≥40	53	24.4
Occupation	Nursing	109	50.2
	Medical technique	50	23.0
	Social welfare	58	26.7
Duration of work (yr)	<1	53	24.4
	1-5	88	40.6
	>5	76	35.0
Crisis management	Lack	12	5.5
	Good	205	94.5
Effectiveness of programs	No	23	10.6
	Yes	194	89.4

3.4 종사자의 프로그램 효과성 인식 관련 요인

다음 Table 4와 같이 정부의 치매관리정책에 대해 위기관리수준이 미흡하다고 인식한 종사자일수록 자신들이 근무하고 있는 치매안심센터에서 제공하고 있는 치매관리 서비스 프로그램 효과성을 8.98배 인식하고 있다(p=.004). 특히, 전체 종사자 중 사회복지사가 치매안심센터에 근무하는 간호사에 비해 2.81배 프로그램 효과성을 인식하고 있는 것으로 나타났다(p=.091).

Table 4. Recognition of program effectiveness of dementia relief center

N=217

Parameter		Estimate	S.E.	p	O.R
Intercept		-3.990	1.011	<.001	-
Gender (ref=Male)	Female	-9.865	1319.000	.994	0.001
Age (ref=20-29)	30-39	-0.255	0.697	.715	0.775
	≥40	-0.919	0.889	.301	0.399
Occupation (ref=Nursing)	Medical technique	-0.514	0.944	.586	0.598
	Social welfare	1.033	0.611	.091+	2.810
Duration of work (ref=<1)	1-5	0.049	0.552	.930	1.050
	>5	-0.273	0.724	.707	0.761
Crisis management (ref=Good)	Lack	2.195	0.766	.004**	8.977

S.E : Standard error, O.R : Odds Ratio
+p<.10, *p<.05

4. 논의 및 결론

본 연구에서 우울감을 경험 중인 보호자가 미충족 치매정보를 인식할 확률이 유의하게 높았다. 호스피스 보호자들을 대상으로 한 Park[18]의 의료에 대한 미충족 연구에서도 우울감이 있는 경우 미충족 경험 비율이 높았다고 하여 본 연구결과와 비슷하였다. 이와 같은 결과는 우울 정도가 높을수록 신체적 건강 행위를 잘 하지 못한다는 선행연구 같이[19], 본 결과에서도 대상자가 우울로 인한 감정상태의 저하로 안심센터에서 제공하는 정보에 접근하는 것이 어려웠을 것이다. 이로 인해 대상자가 인식하는 충족정도가 감소했을 것이라 생각된다.

우울한 보호자가 미충족 치매정보 인식비율이 높아지는 이유는 기존에 수행했던 사업이 보편적으로 방문에 초점이 맞추어져 있기 때문에, 집중적인 건강관리가 필요한 노인에 대한 사례관리가 취약할 가능성이 있기 때문이다. 또 노인들의 건강관리사업에 대한 기대치가 상대적으로 높아져있어 현재 제공되고 있는 치매안심센터의 건강관리서비스에 만족하지 않고 보다 집중적이며 실질적으로 도움이 되는 의료 및 정보서비스를 기대했을 가능성이 있다[6]. 정부에서 새로 시작하는 사업이므로 아직까지 치매안심센터를 이용하는 치매노인과 보호자의 우울에 관한 데이터가 보고된 것이 미비하므로 앤더슨 모형의 의료서비스 이용의 주요 결정요인으로 제시된 우울요인을 포함하여 다양한 요인들을 치매안심센터를 이용하는 치매노인 뿐 아니라 보호자들을 대상으로 한 추후 연구가 필요하다[9].

본 연구에서 성별, 기초생활수급 정도, 교육정도, 만성질환, 걷기실천, 주돌봄자 등과는 유의한 차이가 없었는데 이는 Lee[20]의 연구에서 미충족 요구가 성별, 연령, 학력, 환자와의 관계와 유의한 차이가 나지 않았다는 것과 유사하였다. 하지만 Park[18]과 Song 등[21]의 연구에서는 성별은 여성, 교육정도는 초졸이하, 배우자가 없는 경우 미충족 의료 경험이 높은 것으로 나타나 본 연구결과와 상이하였다. 또 Shon 등[22]의 노인 방문건강관리 서비스 미충족 연구에서도 만성질환이 없는 노인에 비해 복합만성질환을 가진 노인이 서비스 미충족이 35.2% 높았고, 소득 수준이 높을수록 미충족이 높았다고 하여 본 결과와 달랐다. Kang & Moon[13]의 연구에서도 노령 또는 치매로 인한 활동제한의 문제를 가지고 있는 노인이 일반노인보다 미충

족 의료 경험의 비율이 4배 정도 높았던 점과 미충족 의료의 사유가 경제적인 부담이었다는 점은 활동제함과 같은 기능장애가 있는 노인이 일반노인에 비해 지역 사회의 의료이용 편의 및 접근성이 낮다는 것을 보여주는 것이라 할 수 있다. 이러한 결과는 본 연구 대상자의 특성이 기존 연구자와 다르기 때문인 것 같다. 치매안심센터는 도입 된지 얼마 되지 않아 홍보가 미흡하여 인터넷 등을 이용해 정보를 능동적으로 찾아야만 이용할 수 있는데 이를 이용할 정도의 보호자들은 이미 가족 또는 지역사회자원을 이용하는데 있어 우월한 능력을 갖고 있을 가능성이 높다. 또 서울시 치매안심센터의 종사자 구성 때문일 수도 있다. 서울시 치매안심센터는 센터장이 신경과 또는 정신과 전문의이고, 치매에 대해 의학적 지식이 충분한 간호사와 작업치료사 등 의료인들로 구성되어 있다. 따라서 데이케어센터, 장기요양시설과 같이 비의료인이 중심이 되는 시설에 비해 이용자들에게 필요한 의학정보를 충분히 제공하고 있어서 교육수준에 따른 미충족 치매정보의 차이가 적은 것이라 생각한다.

이상의 결과를 보면 치매안심센터 서비스에 대한 미충족 치매정보를 이해하기 위해서는 서비스 필요의 개념을 이해할 필요가 있다. 의료적 관점에서 서비스 필요는 욕구(want)와 요구(need)로 구분하기도 한다 [23]. 욕구는 본인이 신체적 이상을 느끼는 가운데, 서비스에 대한 소비의 필요성을 갖게 될 때 만들어지는 순수한 신체 반응이며, 요구는 의료인이 대상자가 서비스를 이용할 필요가 있다고 판단할 때 성립한다. 그러나 일반적으로 대상자와 의료인의 인식 차이로 욕구와 요구를 구분하기가 쉽지 않으며 객관성 있게 판단하기도 어렵다[22]. 즉, 대상자가 인식하는 미충족 치매정보란 본인이 기대하는 서비스와 기관에서 제공받은 서비스 수준의 불일치(mis matching)로 인한 결과라 생각된다.

본 연구결과 치매안심센터 프로그램의 효과성에 대한 인식은 치매관리정책에 대해 위기관리수준이 미흡하다고 인식한 종사자일수록 효과성 인식이 높다고 하였다. 이는 본인의 부족한 인식으로 인해 조직의 프로그램 달성 수준이 상대적으로 높게 평가되었기 때문이라 생각된다. 또한 종사자 중 사회복지사가 프로그램의 효과성이 높다고 인식하고 있었다. 이런 결과는 사회복지사의 업무와 밀접한 관계가 있다고 본다. 여러 직종

의 종사자들이 같은 치매안심센터에 근무한다 하더라도 사회복지사는 다른 직종에 비해 대상자를 제일 먼저 접촉하여 치매 대상자를 분류하고 이에 합당한 서비스를 제공하도록 하는 행정업무를 수행함에 있어 책임과 중요성을 가지고 있기 때문이라 사료된다. 노인의 건강관리서비스를 효과적으로 시행하기 위해서는 서비스 제공자와의 대상자 간에 라포(raport)형성과 같은 개인 수준의 신뢰관계 형성뿐만 아니라 서비스 제공 기관의 신뢰도와 인지된 전문성 등이 서비스 충족 및 만족에 영향을 준다고 알려져 있으므로 자신의 직종에 적합한 방법으로 대상자를 관리할 필요가 있다[24, 25]. 이와 관련된 연구의 부재로 선행연구와 비교하는 것이 어렵지만 본 연구와 유사하게 치매안심센터 운영방안에 대해 조사한 Kim 등[26]의 연구에 따르면 서울시는 직종에 따라 차이가 없었으나 강원도는 다른 근무 직종보다도 간호직과 보건직이 치매 환자를 돌보는 능력 인지도가 높은 것으로 나타났다. 하지만 능력 인지도가 프로그램 효과성과 직접적인 관계가 있는지는 추후 연구를 통해 규명해야할 과제라 할 수 있다.

결론적으로 우리나라의 치매국가책임제는 서울시 모형을 이용하여 전국으로 확대 실시하고 있는 것으로 정신건강의학신경과 전문의가 센터장을 역임하는 서울시와는 달리 보건소장이 센터장을 겸임하는 현 구조에서는 치매안심센터에 종사하는 치매전문 간호사의 역할이 크고 중요하다고 본다. 또 단기간 내 치매안심센터의 고도화된 서비스를 기대하기보다는 지역사회 주민들과 다양한 의견교환을 통해 그들의 필요를 충족해 주는 것이 우선 과제라 생각된다. 효과적인 프로그램을 달성하기 위해서는 보건의료자원에 대한 불균형을 고려하여 각 지자체에 맞는 치매안심센터의 역할을 모색해야 하고 정부만의 일방적 운영이 아닌 치매환자, 가족, 지역주민 모두의 관심과 노력이 필요하다.

REFERENCES

- [1] Ministry of Health and Welfare. (2008). *National dementia plan*. Seoul: Ministry of Health and Welfare.
- [2] M. K. Kim & K. H. Seo. (2017). A comparative study on the national dementia policy. *A National Policy Study*, 31(1), 233-60.
- [3] National Institute of Dementia. (2018). *National Institute of Dementia annual report 2017*.

- Seongnam: National Institute of Dementia.
- [4] D. W. Lee & S. J. Seong. (2018). Korean national dementia plans: from 1st to 3rd. *Journal of the Korean Medical Association*, 61(5), 298-303.
- [5] K. P. Kwak. (2018). Korean Dementia Observatory and National Responsibility for Dementia. *Evidence and Values in Healthcare*, 4(1), 1-9.
- [6] C. W. Son & J. A. Kim. (2018). *A Study on Current Status and Future Directions for Dementia Management of Seoul*. Seoul : The Seoul Institut.
- [7] Y. J. Shin. (2015). A Study on the Status and Policy of Unmet Medical Services, *Healthcare Policy Forum*, 12(4), 71-77.
- [8] Y. K. Park. (2019). *Measurement and redefinition of unmet healthcare need : A people-centered view*, Doctoral dissertation. Seoul National University, Seoul.
- [9] T. M. Song. (2013). An Anderson Model Approach to the Mediation Effect of Stress-Vulnerability Factors on the Use of Outpatient Care by the Elderly, *Health and Social Welfare Review*, 33(1), 547-576
- [10] J. G. Kim. (2008). Factors Affecting the Choice of Medical Care Use by the Poor, *Journal of Social Welfare Studies*, 37(37), 5-33.
- [11] H. J. Kim, J. E. Jang, E. C. Park & S. I. Jang. (2019). Unmet Healthcare Needs Status and Trend of Korea in 2017. *Health Policy and Management*, 29(1), 82-85.
- [12] T. Yamada et al. (2015). Aces disparity and health inequality of the elderly: Unmet needs and delayed healthcare. *Int J Environ Res Public Health*, 12(2), 1745-1772.
- [13] S. L. Kang & J. H. Moon. (2018). Comparison of sociodemographic characteristics, depression, quality of life, and unmet medical need between elders with and without limitation of activity by aging or dementia : Using seventh Korea national health and nutrition examination survey, *The Journal of Occupational Therapy for the Aged and Dementia*, 12(2), 1-11.
- [14] H. Y. Choi & S. Y. Ryu. (2017). Factors Associated with the Types of Unmet Health Care Needs among the Elderly in Korea. *The Korean Journal of Health Service Management*, 11(2), 65-79.
- [15] H. J. Lee & S. I. Heo. (2017). Unmet Health Care Needs and Impact of Type of Household among the Elderly in Korea. *The Korean Journal of Health Economics and Policy*, 23(2), 85-108.
- [16] The Korean Society for Preventive Medicine (2019). *Preventive medicine and public health*. Seoul: Gyechuk.
- [17] S. H. Hong. (1999). A Comparative Study of Social Support Network among the Elderly groups with and without Dementia or Depression. *Journal of the Korea Gerontological Society*, 19(2), 113-128.
- [18] M. J. Park. (2014). The Factors Affecting Unmet Medical Needs in Elderly by using Korea Health Panel Data 2011. *Journal of the Korean Data Analysis Society*, 16(2), 1017-1030.
- [19] J. M. Park & M. K. Sim. (2004). A study on the physical health status, depression and health behaviors of the elderly. *Journal of Korean Academy of Community Health Nursing*, 15(3), 438-449.
- [20] J. H. Lee. (2016). *Unmet needs and caregiver burden among the family caregivers of hospice patients*. Master theses, Ewha Womans University, Seoul.
- [21] K. S. Song, J. H. Lee & K. H. Rhim. (2011). Factors associated with unmet needs for health care. *Korean Public Health Res*, 37(1), 131-140.
- [22] C. W. Shon, S. J. Lee & J. N. Hwang. (2019). Understanding Factors Associated with Unmet Need for Outreach Community Health Service among Older Adults in Seoul. *Journal of the Korean Gerontological Society*, 39(2), 21-29.
- [23] L. A. Aday & Andersen, R. (1974). A framework for the study of aces to medical care. *Health Services Research*, 9(3), 208.
- [24] H. S. Jung & E. H. Choi. (2017). A qualitative research on the characterization of visiting healthcare in public health centers: identification of characteristics, service process and recipient change 2017, *Korean J Health Educ Promot*, 34(5), 107-19.
- [25] C. Y. Kwak, E. H. Lee & H. J. Kim. (2017). Factors related to satisfaction with long-term care services among low-income Korean elderly adults: A national cross-sectional survey. *Arch Gerontol Geriatr*, 69, 97-104.
- [26] C. G. Kim, Y. H. Lee & M. S. Kwon. (2019). Dementia Care Workers' Caring Competence, Job Satisfaction, and Effective Operation of Dementia Care Centers in Seoul and Gangwon-do. *J Korean Gerontol Nurs*, 21(2), 112-124.

김 인 옥(In-Ok Kim)

[정회원]



- 1991년 2월 : 삼육대학교 간호학과 (간호학사)
- 2017년 3월 ~ 현재 : 삼육대학교 일반대학원 간호학과 (간호학박사 재학중)
- 관심분야 : 간호행정, 관리
- E-Mail : ok680817@naver.com

고 명 숙(Myung-Suk Koh)

[정회원]



- 1992년 8월 : 고려대학교 대학원 간호학과(석사)
- 1999년 2월 : 가톨릭대학교 대학원 간호학과 (박사)
- 1996년 9월 ~ 현재 : 삼육대학교 간호대학 교수

- 관심분야 : 인적자원관리
- E-Mail : kohms@syu.ac.kr