

치매지원서비스 공급체계의 지역격차 연구: 227개 기초 지방자치단체를 중심으로

장 한 나
(성균관대학교)

본 연구는 지방정부가 치매지원서비스를 전달함에 있어 어떠한 지역적 격차가 존재하는지 규명하고자 하였다. 이를 위해 먼저, 어떠한 지역특성을 지닌 지역에서 직영과 위탁의 공급유형이 나타나는지 로지스틱 회귀분석을 통해 확인하였다. 다음으로 각 공급유형을 대표하는 사례지역을 선정하여 사회복지정책 분석틀에 따라 지역간 격차를 더 면밀히 검토하였다. 실증적 분석결과, 노령화지수와 요양병원 수가 높은 지역일수록 보건소 직영으로 운영되고 있으며, 반대로 보건의료 자원이 풍부하고 사회경제적 여건이 우수한 지역일수록 민간위탁의 형태로 치매관리서비스가 제공되고 있었다. 또한 공급유형별 사례분석의 결과에서도 두 지역간 상당한 격차를 확인하였다. 특히, 서비스 수요요인(노령화지수, 노인인구비율)이 높은 농어촌 지역에서 보건소 내 한정된 인력과 자원으로 기본적인 치매관리서비스가 제공되고 있었다. 결론적으로 본 연구는 기초자치체의 공공보건서비스(치매지원서비스)가 서비스 수요를 충족시키지 못하고 있으며, 전문적인 서비스공급이 대도시에 집중되어 지역간 서비스 편차로 인한 불평등이 야기되고 있음을 확인하였다. 제언하면, 지방정부는 보건소 내 치매상담센터 기능을 강화하고 인력 및 재정을 확충해야 하며, 치매교육 및 홍보, 인지재활프로그램 등과 같은 사전예방적인 서비스를 확대해나갈 필요가 있다.

주요용어: 치매, 서비스 전달체계, 지역격차, 치매관리의 공공성 강화

본 연구는 '2015년도 한국지방정부학회 동계학술대회에서 발표된 논문을 수정·보완한 것임

■ 투고일: 2016.4.15 ■ 수정일: 2016.6.13 ■ 게재확정일: 2016.6.29

I. 서론

우리 사회는 급속한 고령화와 함께 치매라는 위협에 직면해 있다. 치매는 연령이 증가함에 따라 발병위험이 높아지는 노인성 질환으로 고령인구의 증가로 인한 치매환자의 증가는 불가피하다. 2015년 우리나라 치매 유병률은 9.8%로 전국에 64만 8천명의 치매 환자가 고통을 받고 있을 것으로 추정되고 있으며, 치매노인의 부양가족까지 포함한다면 약 230만 명의 인구가 치매로 인한 고통 속에 있다고 볼 수 있다(중앙치매센터, 2013). 치매는 인지기능의 손상 및 인격의 변화로 독립생활이 어려운 변화를 수반하기 때문에 치매노인 당사자뿐만 아니라 가족과 사회의 부담이 굉장히 높은 질환이다. 특히, 아직까지 치매노인에 대한 1차적 돌봄 책임이 가족에게 있어 치매노인부양으로 인한 가족의 육체적·정신적 부담이 상당히 큰 편이다. 이에 전문가들은 치매의 초기대응으로 조기에 발견하여 신속하게 치료에 임한다면, 병의 진행을 지연시키거나 증상을 호전시킬 수 있어 중증치매로 인한 시설이용비용과 가족의 부양부담이 상당히 절감될 수 있음을 강조한다(오병훈, 2005). 즉, 지역사회 내 보건복지인프라가 얼마나 확보되어 있는가에 따라 치매의 예방 및 조기발견, 치료와 요양 등의 실질적인 처우가 다르게 나타날 수 있기 때문에 치매노인에게 있어 지역사회의 보건복지인프라 구축과 서비스의 공급은 상당한 의미를 갖는다. 특히, 치매노인은 보건과 복지의 통합성을 추구해야 하는 계층이라는 점에서 의료보건시설 및 복지시설의 접근성이 치매노인의 건강에 매우 중요한 영향요인이 된다. 그러나 우리나라는 의료·복지공급의 시장화와 규모의 경제로 인한 의료·복지기관의 대도시 집중현상이 심각한 편이어서 농산어촌지역의 의료불평등 문제가 제기되고 있다. 이에 대한 해결책으로 최근 의료공공성에 대한 논의가 대두되고 있으며, 공공보건 혹은 지역보건의 역할에 대해 많은 학자들이 그 필요성을 인정하고 있다(서미경, 김혜련, 2003). 이러한 공공보건의 강조에도 불구하고, 치매관리서비스와 같은 전문성을 요하는 보건서비스 전달에 있어서도 치매사업을 전담하는 인력 및 공간을 확보하고 선택과 집중을 행할 수 있는 별도의 치매관리센터가 대도시 지역에만 국한되어 운영되는 것은 민간의료기관의 대도시 밀집현상과 다르지 않다. 즉, 소도시일수록 센터운영을 위한 인력과 공간을 확보하기가 어려워 다른 보건소의 업무와 치매사업을 겸하는 겸직인력이 많고, 치매검진 및 상담 등 치매사업을 위한 별도의 공간마련이 어려운 실정이다. 이러한 차이는 결국 지역 간 치매관리서비스 질의 차이를 야기하며, 지역 간 건강

불평등과 사회적 형평성을 저해하는 결과를 초래할 수 있다(김순양, 윤기찬, 2011).

한편, 그간의 치매 및 치매정책과 관련된 선행연구들은 주로 치매질환에 대한 의학적 접근, 치매노인과 치매부양가족에 대한 사회복지학 접근, 치매 간호와 돌봄에 대한 간호학 접근들이 상당수를 차지하고 있다. 이밖에 노인장기요양보험과 인지재활프로그램 등의 효과를 다루는 연구들도 다수 진행되었다. 그러나 치매관리서비스를 공공보건서비스로 인식하고 공공서비스의 전달체계와 공공성에 관해 심도 있는 연구를 진행한 선행 연구는 소수에 불과하다(김순양, 2006; 이성희, 2004). 특히, 우리나라는 2008년부터 중앙정부차원에서 체계적인 치매관리계획을 수립하고, 2011년 「치매관리법」을 제정하여 중앙치매센터를 중심으로 광역별 거점치매센터, 지자체별 보건소 내 치매상담센터에 이르기까지 체계적인 치매관리서비스 전달체계를 구축하고 있다(보건복지부, 2012b). 그러나 이러한 치매관리정책에 관한 효과 및 실태를 파악하는 실증연구가 미비하여 더 나은 발전방안을 마련하는데 그 근거가 부족한 실정이다. 뿐만 아니라, 실제 최일선에서 치매관리서비스를 전달하는 공급유형에 대한 연구가 부재하며, 기존에 공공서비스의 민간위탁에 관한 연구도 생활폐기물관리서비스나 사회복지서비스에 국한되어 있어 보건·의료·복지서비스가 복합되어 나타나는 치매관리서비스에 대한 연구가 필요하다.

이에 본 연구는 2008년부터 시행되고 있는 치매관리정책의 전반적인 공급실태에 대해 살펴보고, 기초지자체 수준에서 전달되고 있는 치매관리서비스의 공급유형(직영/위탁)에 어떠한 요인이 결정요인으로 작용하고 있는지 살펴보고자 한다. 이를 통해 치매관리서비스의 공급유형이 서비스 수요요인과 사회경제적 요인, 보건의료자원 등을 반영하고 있는지 확인하고자 한다. 이후, 치매관리서비스의 직영과 위탁지역 두 곳을 선정하여 공급주체(직영/위탁)에 따라 서비스의 대상범위 및 서비스의 내용, 재정 등에 차이가 존재하는지 사례연구를 실시하고자 한다. 이와 같은 분석과정을 통해 상이한 치매지원 서비스 전달체계 간의 격차를 확인하고 이들 간의 격차를 해소하기 위한 정책적 대안을 제시하고자 한다.

II. 이론적·제도적 배경

1. 치매관리서비스의 공공성과 공급체계

가. 치매관리서비스의 공공성

치매노인에게 공급되는 보건·의료·복지서비스는 정부와 비영리 조직, 영리조직 등의 공급주체가 혼합되어 존재하는 복지혼합(welfare mix)이 활성화된 영역이다. 특히, 최근 들어 치매문제에 대한 국가의 역할이 더욱 강조됨에 따라 공공부문에서 전달하는 치매관리서비스의 영역이 점차 확대되고 있다. 즉, 과거 치매노인에 대한 가족의 돌봄 기능이 여성의 경제활동참여율 증가 및 전통적 가족기능 약화 등과 같은 사회변화로 인해 국가와 사회로 점차 이전되고 있음을 의미한다. 공공부문에서 제공하는 치매관리서비스는 다양하고 포괄적인 수혜자 욕구에 대한 집합적 대처의 요구에 따라 제공되는 복지, 보건, 의료, 돌봄, 교육 등의 서비스를 포괄하는 사회서비스이다(이수경, 오미옥, 2012, p.388).

사회서비스는 다음과 같은 전개과정을 거치며 공공성이 확장되어 가고 있다. 첫째, 사회서비스는 전통적으로 가족이 담당하였던 노인, 장애인, 아동 등에 대한 개별적인 돌봄, 지원, 보호의 제공이 사회적으로 제도화 되는 것이다(양성욱, 노연희, 2012, p.44). 즉, 시장이나 가족을 통해서 개별적으로 해결하던 문제들이 사회서비스라는 공적 가치를 지니는 공공서비스로 전환되었음을 의미한다. 둘째, 사회서비스의 적용대상이 일부 취약계층에서 다수의 시민으로 확대되고 있다. 즉, 사회서비스가 일부를 대상으로 한 잔여적 서비스가 아닌 보편적 서비스로 변화하면서 공공성이 확대되고 있음을 의미한다. 셋째, 사회서비스 내용, 추진체계, 공급기관 선정, 비용정산, 이용자 선정 등 사회서비스 제공과정에서 정부부문이 핵심적인 역할을 수행하고 있다. 다시 말해, 사회서비스 제공에 있어서 정부부문의 역할이 지대하다는 것은 사회서비스가 가지는 공공적 성격이 뚜렷함을 의미한다. 넷째, 사회서비스의 공급주체가 정부나 비영리 조직, 영리조직 등으로 다양하게 나타나고 있다. 이는 공적인 서비스(사회서비스)를 전달하는 영역에 사적인 영역이 편입되어 공공서비스를 생산·공급함으로써 공공성이 확대되고 있음을 의미한다(양기용, 2013, pp.100-101).

이러한 사회서비스의 공공성 확대의 과정은 치매관리서비스에도 동일하게 적용된다. 첫째, 치매노인을 대상으로 한 사회서비스들은 과거 주로 가정에서 제공하던 돌봄(care) 이거나 시장에서 개별적으로 해결(약물치료, 시설입소 등)되던 내용들이다. 그러나 개인과 가정에서 부담하기에 육체적·정신적·경제적·사회적 부양부담이 상당해지면서 국가와 사회의 책임 및 역할이 논의되었던 것이다. 둘째, 치매관리서비스에서 일부 치료비 지원 등을 제외한 상당수의 서비스들이 65세 이상 노인을 대상으로 한 보편적 서비스이다. 현재 우리나라 치매지원정책의 방향이 사후처방보다 사전예방에 초점을 두고 조기발견 및 치료를 위해 65세 이상을 대상으로 조기검진을 실시하고 위험군 및 초기 치매노인 관리, 대국민 인식개선 및 홍보 캠페인 등 일반시민에까지 적용대상을 확대하고 있다(보건복지부, 2012a). 셋째, 우리나라 치매관리서비스는 「치매관리법」과 중앙정부의 치매 종합관리대책 등에 의해 정책추진체계, 서비스의 내용, 공급기관 및 이용자의 선정, 예산배분 등이 결정되는 정부주도의 성격을 지니고 있다. 즉, 치매관리서비스에 있어서 정부부문의 역할이 상당함을 알 수 있다. 넷째, 치매노인에 대한 보건·의료·복지서비스는 민간부문의 영리·비영리 조직뿐만 아니라 공공부문의 직접적인 서비스 전달체계 및 공급자 중심의 위탁운영 등에 의해 제공된다. 특히, 치매관리서비스의 공급은 보건소에서 직접 서비스를 전달하거나(직영) 정부에서 재원을 충당하고 위탁기관(민간의료기관이나 대학, 복지관 등)에서 전달되는 형태가 있다(민간위탁).

이와 같이 치매관리서비스는 사회서비스의 일환으로 상당한 공공성을 띠고 있다. 현재 최일선에서 치매관리서비스를 전달하고 있는 공급유형은 보건소에 의해 직접 전달되는 유형과 의료기관이나 대학, 복지관 등에 위탁하여 전달되는 유형이 있다. 그러나 우리나라의 의료·보건·복지인프라는 대도시나 수도권권을 중심으로 편중되어 있어 의료·보건서비스의 접근에 대한 불평등 문제가 지적되고 있다. 의료, 교육, 주택공급과 같이 사회복지적 성격이 강한 재화나 서비스인 준공공재(quasi-public goods)는 민간부문에서 생산하고 공급되지만 이윤의 극대화 논리에 따라 생산량이 최적의 수준에 이르지 않아 공공부문이 직접적으로 공급에 개입해야 한다(Musgrave, 1959). 이러한 서비스 생산에 공공부문이 개입하여 공급한다면 효율성과 공평성 차원에서도 긍정적인 요인으로 작용할 수 있다. 또한 공공부문의 공급으로 충분한 생산량이 확보되기 때문에 효율적 배분에 기여하며 충분한 양이 공급될 때 고소득 계층보다 저소득 계층이 큰

혜택을 얻을 수 있다(이진면 등, 2008; 이수경, 오미옥, 2012, p.388). 이에 공공서비스의 공급유형을 결정하는 요인에는 어떠한 것이 있는지 살펴보고, 치매관리서비스와 같은 보건·복지서비스의 공급유형을 결정하는 요인은 어떻게 구성되어 있는지 아래에서 살펴보고자 한다.

나. 공급유형과 서비스 질의 격차

1980년대 이후 정부직영에 대한 대안적인 접근방법 또는 정책도구로서 민간위탁, 보조금, 바우처, 프랜차이즈, 자원봉사인력, 자조조직, 규제 및 조세 유인들이 점차 활용되고 있는 추세이다(김인, 2010, p.6). 이중 공공서비스의 민간위탁은 정부부문에 경쟁적인 민간요소를 도입하여 공급비용의 절감과 서비스의 질적 향상, 그리고 정부의 규모를 축소할 수 있다는 장점을 가지고 있어 공공부문에 적극 도입되고 있다. 민간위탁의 범위는 정부활동의 사소한 행정업무에서부터 교육과 교도서비스, 복지서비스, 법 집행에 이르고 있으며 정부의 본질적 기능이라고 인식하고 있는 영역까지 확대되고 있다(Greve, 2001, p.279; 강성철, 김도엽, 2007, p.273). 그러나 그간의 민간위탁에 대한 논의는 생활폐기물처리, 환경기초시설 등 전통적인 공공서비스가 보다 일반적으로 논의되어 왔다(황윤원, 1991; 박언서, 1999; 정순관, 2004; 강성철, 김도엽, 2007; 권경환, 2012). 이는 전통적인 공공서비스가 갖는 특성이 민간위탁을 적용하기에 적합하기 때문이다. 대체로 공공성이 낮고 집행적 성격이 강한 분야, 성과를 측정하기 용이한 서비스 분야, 민간위탁을 통한 효율화의 여지가 큰 사업 분야 등이 민간위탁이 적합한 서비스 분야로 분류된다. 이러한 기준에 따르면, 보건·복지분야는 성과 측정이 용이하지 않아 민간위탁에 적합한 서비스 분야라고 보기 어렵다(박세정, 2002; 조연숙, 2004, p.840). 그럼에도 불구하고 보건·복지서비스 분야에 오늘날 민간위탁에 대한 요구가 점차 증대되고 있다. 조연숙(2004, p.841)은 그 이유를 사회복지서비스 갖는 특성에서 찾고 있다. 즉, 사회복지서비스는 일찍부터 공공부문이 아닌 민간부문에서 발달되어 왔고, 그로 인해 공공부문보다 전문성을 더욱 축적해 전문 인력의 확보가 용이하며, 공공부문에 비해 저렴한 인건비로 서비스 전달의 효율성과 서비스 질의 향상을 도모할 수 있다는 것이다(조연숙, 2004, p.841).

한편, 「치매관리법」에서는 보건소를 중심으로 최일선의 치매관리서비스를 전달하도

록 규정하고 있다. 그러나 실제 지역여건에 따라 사업운영을 민간단체에 위탁한 지역과 보건소 내 치매상담센터가 직영하는 지역으로 나뉜다. 일반적으로 사회복지서비스 분야에 민간위탁의 형태가 나타나게 된 이유는 정부팽창을 방지하는 정치적 이유부터 서비스 전달비용의 절감, 서비스 수요에 대한 신속적 대응 등의 경제적 이유에 이르기까지 매우 다양하다(Dehoog & Salamon, 2002). 특히, 보건·의료서비스의 경우, 생산과 공급 과정에 상당한 전문성을 요하기 때문에 공공부문이 이를 직접 담당하기보다는 민간의 전문적인 자원을 활용하여 서비스의 질을 제고하는 것이 더욱 효과적이기 때문에 민간위탁을 적용하는 추세이다(김경혜, 2000).

그러나 공공서비스 분야에 민간위탁을 도입함으로써 도입 당시 기대하였던 민간위탁의 효과를 달성하는가에 대해서는 의견이 분분하다. 크게 세 가지 주장으로 대별되는데, 첫째 민간위탁 후 효율성이 향상되었다는 주장(Bushouse, 1999; 최병대, 2001; 이성로, 2005), 둘째, 효율성은 제고되었으나 공공성은 저하되었다는 주장(Brewer, 2007; Avant, 2007; 황혜신, 2005; 허만형, 정운수, 2001; 지병문, 2005), 셋째, 효율성과 공공성 모두 보장하지 못하고 있다는 주장(Davies, 2008; 유금록, 2010; 강은숙 등, 2010; 유미년 등, 2008; 정철현, 김정한, 2007) 등이다(박순애, 2009). 한편, 공공서비스 공급에 있어서는 민간위탁이 직영보다 서비스 질에 있어서 효과가 있다는 연구결과가 제시되고 있다. 몇몇 연구결과에 따르면, 생활폐기물처리서비스 공급과 청소년수련관 운영의 민간위탁에서 경제적 효과와 서비스 질이 향상된 것으로 확인되었다(김인 등, 1999; 이성로, 2005). 치매관리서비스 뿐만 아니라, 사회서비스 전 분야에 민간위탁의 공급유형이 점차 확대될 것으로 보인다. 그러나 사회서비스와 같은 대민서비스 분야의 민간위탁 및 민간위탁의 효과(서비스 질의 제고)에 관한 연구가 그리 많지 않은 실정이다. 따라서 사회서비스 분야의 민간위탁 연구가 더욱 활발하게 이루어져야 하며, 이에 본 논문은 치매관리서비스의 공급유형 간 서비스 대상, 서비스의 내용, 재정 등 전반에 관한 비교분석을 실시하여 차이를 확인하고자 한다.

2. 치매관리서비스의 공급실태

본 연구는 길버트와 테렐(Gilbert & Terrell, 2012)의 분석틀에 따라 지방자치단체

치매관리정책의 4가지 구성요소를 자세히 살펴보았다. 우리나라 치매관리시스템은 행정체계와 집행체제로 구분할 수 있는데, 전자는 보건복지부→중앙치매센터→권역별 치매센터까지, 후자는 시군구 관할 보건소(치매상담센터)를 말한다. 아래에서는 보건복지부에서 권역별 치매센터까지 전달되는 치매관리서비스의 행정체계에 관한 내용을 4가지 구성요소-정책대상, 서비스, 공급유형, 재정으로 구분하여 소개하였다. 시군구 관할 보건소의 치매관리서비스에 해당하는 집행체계는 IV. 연구결과에서 두 지자체의 사례분석을 통해 보다 자세히 다루고자 한다.

가. 정책대상

지자체 치매조기검진의 대상은 보편주의를 따른다. 이는 국가 치매종합대책의 방향이 조기발견 및 예방강화에 두고 있는 것에서 기인한다. 즉, 만 60세 이상 노인을 대상으로 조기검진사업을 실시하여 정상과 고위험군으로 판정된 대상에게는 치매예방서비스를 제공하며, 치매로 판정받은 대상에게는 치매관리시스템에 등록하여 지속적인 관리와 필요한 서비스에 연계한다. 다른 신체적인 증상을 동반하는 질환과 달리, 전문적 검사를 통해 발견되는 질환의 특성상 만 60세 이상의 모든 노인을 대상으로 치매검진을 실시함이 바람직하다. 다만, 치매는 고령이 될수록 발병확률이 높아지는 노인성 질환임을 감안하여 만 75세 노인인구와 동거인이 없고 외부와의 접촉이 적어 고위험군에 속하면서도 치매발견율이 낮은 독거노인에 집중적으로 치매예방 및 관리서비스를 실시한다(보건복지부, 2012a).

그러나 치매치료관리비 지원에 있어서는 선별주의를 따르고 있다. 치매치료관리비 지원이란 치매조기검진에서 치매로 판정받은 노인 중, 조기치료를 위해 치매치료제를 복용할 필요가 있는 치매환자에게 본인부담금을 실비로 지원하는 것을 말한다. 치매치료관리비의 수혜대상이 되기 위해서는 4가지 기준-연령기준, 진단기준, 치료기준, 소득기준에 부합하여야 한다. 첫째, 연령기준은 만 60세 이상인 자이며, 예외적으로 초로기 치매환자도 선정가능하나 나머지 3가지의 기준을 충족할 때에만 선정될 수 있다. 둘째, 진단기준은 의료기관에서 치매의 상병코드 F00~F03, G30 중 하나 이상으로 진단받은 치매환자여야 한다. 셋째, 치료기준은 치매치료제 성분의 약을 복용하는 자이어야 한다. 넷째, 소득기준은 의료급여수급자 혹은 국민건강보험가입자 중 건강보험료 부담금이

「치매치료관리비지원 대상자 소득판정기준¹⁾」 이하인 자여야 한다.

나. 서비스

2014년 보건복지부의 「노인보건복지사업」에 의하면, 치매관리관련 사업은 5가지로 제시되고 있다. 먼저, 보건소 내에 치매상담센터를 설치 및 운영하며, 둘째, 보건소의 치매상담센터 또는 치매지원센터가 주체가 되어 치매검진사업을 수행한다. 셋째, 치매 검진을 통해 치매환자로 보건소에 등록된 경우, 치매치료관리비의 본인부담금을 실비로 지원한다. 넷째, 기존의 공립요양병원을 치매거점병원으로 지정하여 치매분야 공공서비스 기능을 강화한다. 마지막으로 보건복지부, 지방자치단체, 보호시설, 경찰청, 실종노인 상담지원센터 등이 참여하여 실종노인의 발생예방 및 찾기 사업을 수행한다.

위의 5가지 사업 중 치매상담센터 설치 및 운영, 치매조기검진사업, 치매치료관리비 지원이 치매관리에 직접적으로 해당하는 보건소 업무라 할 수 있다. 구체적으로 ㄱ) 치매환자의 등록·관리, ㄴ) 치매등록통계사업의 지원, ㄷ) 치매의 예방·교육 및 홍보, ㄹ) 치매환자 및 가족 방문·관리, ㄹ) 치매조기검진, ㅂ) 치매치료관리비 지원, ㅅ) 그밖에 시장·군수·구청장이 치매관리에 필요하다고 인정하는 업무 등이 해당된다(보건복지부, 2014).

이를 현금급여(in cash)와 현물급여(in kind)로 구분하면, 다음과 같다. 현금급여에는 치매치료관리비 지원 사업이 유일하다. 구체적으로는 치매치료를 복용 중인 치매환자에게 치매치료관리비 보험급여분 중 본인부담금(치매약제비 본인부담금+약 처방 당일의 진료비 본인부담금)에서 월 3만원(연 36만원) 상한 내 실비지원을 말한다. 그밖에 대부분의 치매관리서비스는 현물급여에 해당한다. 구체적으로는 시군구 관할구역에 거

1) 치매치료관리비지원 대상 건강보험료 본인부담금 기준

(단위 : 원)

가구원 수	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인	8인	9인 이상
직장가입자	46,303 (49,336)	87,604 (93,342)	128,700 (137,130)	145,547 (155,293)	152,509 (162,498)	157,880 (168,221)	163,402 (174,105)	172,378 (183,669)	178,923 (190,642)
지역가입자	28,954 (30,850)	93,160 (99,262)	146,611 (156,214)	164,220 (174,976)	171,663 (182,907)	177,007 (188,601)	182,758 (194,729)	192,218 (204,808)	199,293 (212,347)

주 : ()안은 노인장기요양보험료 포함 금액
자료 : 보건복지부(2014). 2014년 치매관리사업 지침.

주하는 만 60세 이상의 치매노인과 그 가족을 대상으로 하는 치매 예방 및 관리서비스와 재가치매노인에 대한 방문 및 관리, 치매조기검진, 치매노인의 사회적 지원 안내 등이 있다.

다. 공급유형

지자체의 치매관리서비스는 관할 보건소를 중심으로 이루어진다. 『치매관리법』 제17조에 의하면, '시·군·구의 관할 보건소에 치매예방 및 치매환자 관리를 위한 치매상담센터를 설치한다고 규정하고 있으며, 치매관리사업 지침(보건복지부, 2014)에서도 시·군·구 관할 보건소를 중심으로 한 지역사회 치매관리서비스 전달을 명시하고 있다. 실제로는 치매상담센터의 운영은 보건소에서 직영하거나 의료기관 및 대학에 위탁하는 형태를 띠고 있다. 여기에서 시·군·구 직영이라 함은 시설의 설립 및 운영, 재정까지 모두 공공에서 담당하는 경우를 말하며, 위탁은 시설의 설비와 소유는 공공에서 하지만 시설의 관리와 사업운영은 적절한 민간단체에 운영비를 지원해주고 위탁하는 경우를 말한다(성금단, 2011). 그리고 치매상담센터의 인력 풀은 전문의, 간호사, 사회복지사, 정신보건요원, 임상심리사, 작업치료사 등으로 구성된다. 이들은 순수하게 치매업무만 담당하는 전담인력과 여러 업무를 겸직하면서 치매업무를 담당하는 겸임인력으로 구분된다.

조사결과, 전국 기초지방자치단체 227개의 치매관리서비스 공급유형은 크게 직영과 위탁으로 분류되며, 이는 치매관리서비스를 전담하는지의 여부에 따라 각각 2가지로 나뉜다. 먼저, 직영은 보건소 내에서 치매관리서비스를 제공하는 것을 말하며, 치매상담센터가 별도로 설립되어 운영되는지와 기타 부서가 치매관리서비스를 겸임하는 지로 구분된다. 다음으로 민간위탁은 보건소 외에서 치매관리서비스를 제공하는 것으로, 치매지원센터가 별도로 설립되어 운영되는지와 정신건강증진센터에서 치매관리서비스를 겸임하는 지로 구분된다. 이러한 내용을 도표로 정리하면, 아래의 [그림 1]과 같다.

그림 1. 치매관리서비스의 공급유형



주: 2013년 12월말 기준

라. 재원

지자체 치매관리정책의 예산은 크게 4가지로 분류되어 편성된다. 첫째, 치매상담센터의 운영비는 2005년 이후 지방으로 이양되어 지자체의 분권교부세(분권교부세 < 노인복지 경상수요 < 치매상담센터 운영비)와 지방비로 편성된다. 둘째, 치매검진사업은 국민건강증진기금과 지방비로 편성되는 사업으로 국고와 지방비의 매칭펀딩(5:5)으로 구성된다. 단, 치매선별검사의 검진비는 치매상담센터 운영비 등에서 지자체가 부담하며, 이후의 치매진단검사와 치매감별검사의 검진비는 국고와 지방비로 충당한다(5:5). 2013년 치매검진사업에는 국민건강증진기금과 지방비가 각각 1,680백만원으로 편성되었다(단, 2013년부터 지역사회 통합건강증진사업에 포함). 셋째, 치매치료관리비도 마찬가지로 치매약제비, 사례관리지원을 위하여 국민건강증진기금과 지방비로 편성되며 국고와 지방비의 매칭펀딩으로 구성된다. 넷째, 기타 치매예방관리사업의 예산은 지방자치단체 자체적으로 치매예방관리를 위해 편성된다(보건복지부, 2014).

3. 선행연구

본 연구는 지방정부 공공서비스의 공급유형을 결정하는 요인들을 추출하기 위하여 관련 선행연구들을 검토하였다. 기존의 선행연구들을 검토한 결과, 지방공공서비스의 공급유형에 영향을 미치는 변인으로 재정적 요인, 정치적 요인, 법적 요인, 공급변수,

인구통계적 요인 등 다양한 요인을 확인할 수 있었다. 민간위탁의 결정요인들은 연구자에 따라 다소 차이가 있으나 하위변수들을 살펴보면 대체로 공통 변수들로 구성되어 있음을 알 수 있다. 이에 본 연구는 민간위탁의 결정요인들을 크게 서비스 수요요인, 사회경제적 요인, 보건의료자원 등 3가지로 범주화하여 각 세부 지표들을 구성하였다.

먼저, 서비스 수요요인은 서비스의 공급에 영향을 미치는 요인으로 박선주(2006)의 복지수요-기초생활수급자, 소년소녀가장, 노령인구, 여성인구의 수와 권기창(2013, p.8)의 수요요인-고령화 정도, 총부양비(유년+노년), 가족구조(여자가구주비율), 실업률, 빈부격차(상대적 빈곤율/지니계수)-, 권경환(2012, p.207)의 수요요인-인구, 총폐기물 배출량 등이 해당된다. 이에 본 연구는 치매관리서비스의 특성을 반영하여 수요요인으로 노인인구비율과 노령화지수, 만65세 이상 의료급여, 만65세 이상 기초수급을 선택하였다.

다음으로 사회경제적 요인은 공공서비스가 전달되는 지역사회의 사회적 특성과 경제적 수준을 반영하고 있다. 박선주(2006)의 사회경제적 특성 및 재정적 특성, 이용재(2005)의 지역특성, 권기창(2013)의 지역특성, 강성철과 김도엽(2007, p.278)의 재정적 요인 및 인구통계적 요인이 사회경제적 요인에 해당된다. 구체적으로 인구밀도, 노령화 지수, 인구자연증가율, 농가인구, 1~3차 산업 비중, 재정자립도와 1인당 지방세 부담률(박선주, 2006), 여성비율, 인구밀도, 재정자립도, 지방세, 사망률, 주관적 건강상태인식, 만성질환여부와 질환 수, 급성질환여부와 급성질환 수(이용재, 2005), 세부담률, 사회복지부담률, 복지대상자 규모(기초생활보장수급자 수), 도시화율(권기창, 2013), 1인당 지방세부담액, 재정자립도, 인구증가율, 인구밀도(강성철, 김도엽, 2007) 등으로 구성된다. 또한 Fang 등(2010)은 인구밀도, 1인당 GDP, 도시인구비율, 개인평균소득, 앵겔계수, 청소년의존도, 노년의 의존도, 문맹률, 1인당 가옥면적, 위생화장실 비율, 100 지역인 당 상수도 접근 가능인구, 도시민 중 음용수 접근가능인구 비율 등을 제시하였다. 이 중에서 본 연구는 치매관리서비스의 공급유형에 영향을 미치는 결정요인으로 지역적 특성을 크게 반영한 재정자립도, 1인당 지방세 부담액, 인구밀도, 거주지역 등을 지표로 선정하였다.

마지막으로 보건의료자원은 치매관리서비스가 전달되는 지역사회 내 보건·의료시설에 관한 정보를 담고 있다. 치매관리서비스는 의료·보건·복지서비스가 결합된 서비스로서 동일 지역사회 내 보건의료인프라가 얼마나 구축되어 있는지에 상당한 영향을 받을

수 있다. 이용재(2005)는 의료자원으로 의료기관 종별, 진료과목별, 의사인력, 입원병상 수 등을 제시하였으며, 임을기(2013)은 보건의료자원을 치매치료자원과 치매보호자원으로 구분하여 제시하였다. 이중 치매치료자원은 노인만명당 병원 수, 노인만명당 요양병원 수, 노인만명당 치매관련 의원 수²⁾, 노인만명당 치매관련 전문의 수를, 치매보호자원은 노인만명당 요양시설 수, 노인만명당 주야간보호기관 수, 노인만명당 재가서비스기관 수, 노인천명당 요양보호사 수를 포함하고 있다. 또한 Fang 등(2010)은 천 명당 병상 수, 천 명당 보건요원 수, 천 명당 의사 수, 천 명당 간호사 수, 1인당 보건부담할당 기금, 총 공공지출 중 보건지출비율, 1인당 보건지출, 개인소비 중 보건소비의 평균을 보건자원으로 제시하였다. 본 연구는 선행연구와 치매관리서비스의 특성을 고려하여 보건의료자원의 측정지표로 병원 수, 요양병원 수, 치매관련의원 수, 요양시설 수, 주야간보호기관 수, 재가서비스기관 수, 요양보호사 수 등을 선정하였다. 아래의 표는 본 연구에서 범주화한 3가지 요인에 따라 각 선행연구가 어디에 포함되는지 정리한 것이다 (<표 1> 참조).

표 1. 선행연구의 요인 및 지표

구 분	측정지표	선행연구
서비스 수요 요인	복지수요 - 기초생활수급자, 소년소녀가장, 노령인구, 여성인구의 수	박선주(2006)
	수요요인 - 고령화 정도, 총부양비(유+노년), 가족구조, 실업률, 빈부격차	권기창(2013)
	수요요인 - 인구, 총폐기물배출량	권경환(2012)
사회경제적 요인	사회경제적 특성 - 인구밀도, 노령화지수, 인구자연증가율, 농가인구, 1~3차산업 비중	박선주(2006)
	재정적 특성 - 재정자립도, 1인당 지방세, 부담률	
	지역특성 - 여성비율, 인구밀도, 재정자립도, 지방세, 사망률, 주관적 건강상태인식, 만성질환여부와 질환 수, 급성질환여부와 질환 수	이용재(2005)
	- 세부담률, 사회복지부담률, 복지대상자 규모(기초생활보장수급자 수), 도시화율	권기창(2013)
	재정적 요인	강성철, 김도엽

2) 치매관련 의원은 신경과, 정신과, 재활의학과, 가정의학과를 포함한다(임을기, 2013: 26).

구분	측정지표	선행연구
	- 일인당 지방세부담액, 재정자립도 인구통계적 요인 - 인구증가율, 인구밀도	(2007)
	- 인구밀도, 1인당 GDP, 도시인구비율, 개인평균소득, 영겁계수, 청소년의존도, 노년의 의존도, 문맹률, 1인당 가옥면적, 위생화장실 비율, 100 지역인 당 상수도 접근 가능인구, 도시민 중 음용수 접근가능인구 비율	Fang 등 (2010)
보건의료 자원	의료자원 - 의료기관 종별, 진료과목별, 의사인력, 입원병상 수	이용재(2005)
	치매치료자원 - 노인만명당 병원 수, 노인만명당 요양병원 수, 노인만명당 치매관련 의원 수, 노인만명당 치매관련 전문의 수	임을기(2013)
	치매보호자원 - 노인만명당 요양시설 수, 노인만명당 주간보호기관 수, 노인만명당 재가서비스기관 수, 노인천명당 요양보호사 수	
	보건자원 - 천 명당 병상 수, 천 명당 보건요원 수, 천 명당 의사 수, 천 명당 간호사 수, 1인당 보건부문 할당 기금, 총 공공지출 중 건지출비율, 1인당 보건지출, 개인소비 중 보건소비의 평균	Fang 등 (2010)

III. 연구 설계

1. 연구의 분석틀

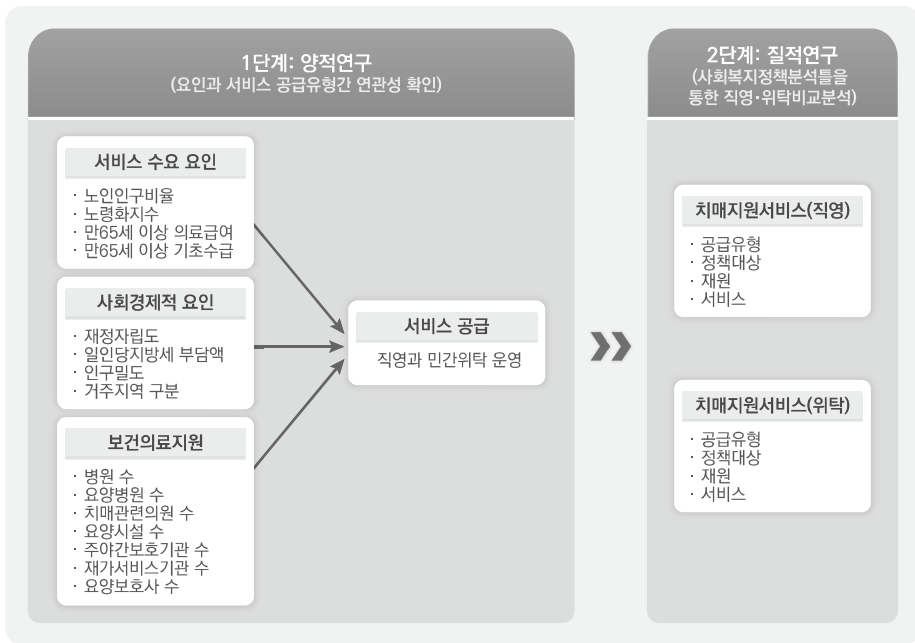
선행연구를 토대로 다음과 같은 분석틀을 설정하였다(그림 2) 참조). 종속변수는 지자체 치매관리서비스의 공급유형인 직영과 민간위탁으로 선정하였고, 독립변수는 지자체 치매관리서비스 공급유형에 영향을 미치는 설명변수로 서비스 수요 요인, 사회경제적 요인, 보건의료자원 등 3가지로 구성하였다. 먼저, 서비스 수요 요인은 치매관리서비스에 대한 지역의 요구가 어느 정도인지를 반영하는 것으로 노인비율, 노령화지수, 만65세 이상의 의료급여 및 기초수급권자를 포함한다. 일부 공공보건의 치매관리서비스가 소득수준을 기준으로 우선권을 부여하는 점을 고려하여 변수로 선정하였다. 즉, 서비스 수요 요인이 높은 지역일수록 보다 전문적이고 다양한 서비스를 제공하는 민간위탁의

형태가 나타날 것이라는 가정 하에 이러한 영향관계를 설정하였다.

다음으로 사회경제적 요인은 지역특성에 해당하는 것으로 상대적으로 부유하거나 도시지역일수록 보건의료자원이 풍부하다는 선행연구의 결과를 반영하였다(이용재, 2005; 김순양, 윤기찬, 2011). 마찬가지로 사회경제적 요인이 유리한 지역일수록 공공보건에 투자되는 인력 및 공간자원이 풍부하여 결과적으로 서비스 공급 유형에 영향을 미칠 것이라는 가정이다.

마지막으로 공공보건을 제외한 지역사회의 치매관련 보건의료자원도 공공보건의 서비스 공급에 영향을 미칠 것으로 가정하였다. 가령, 민간의 보건의료자원이 풍부할수록 공공부문에서 공급해야 할 서비스가 줄어드는 반비례의 관계를 나타낼 것이라는 것이다.

그림 2. 연구의 분석틀



2. 자료수집 및 분석방법

가. 서비스 공급유형의 영향요인 분석

아래는 세 가지 영향요인별 관련지표의 조작적 정의와 자료수집의 출처를 정리한 것이다. 주로 통계자료에서 관련지표를 선정하였기 때문에 자료에서 제공하는 정의를 별도의 재정의하지 않고 준용하였으나, 다만 직영과 위탁을 구분할 때에는 [그림 1]과 같이 보건소 내·외로 구분하고 위탁여부를 기준으로 공급유형을 정의하였다. 본 연구는 제주특별자치도와 세종특별자치시를 제외한 기초 지방자치단체 227개를 분석대상으로 하며, 국가통계포털과 국민건강보험공단 노인장기요양보험공단 홈페이지, 지자체 보건소 및 정신건강증진센터, 치매관리센터 등 관련 홈페이지 검색을 통해 자료를 수집하였다(〈표 2〉 참조). 자료수집기간은 2014년 6월까지로 이후에 변경된 사항은 반영되지 않았다.

자료분석은 SPSS ver. 18.0 프로그램을 사용하였다. 1차적으로 빈도분석과 교차분석을 통해 일반적인 특성을 살펴보았다. 다음으로 지자체의 치매관리서비스 공급체계를 직영과 민간위탁으로 이분화하여 더미변수로 변환시켜 로지스틱 회귀분석을 실시하였다(민간위탁 = 1, 직영 = 0). 이를 통해 어떠한 요인들이 서비스 공급유형과 연관성을 띠는지 알아보았다.

표 2. 관련지표의 조작적 정의 및 자료수집

영향요인	관련 지표	조작적 정의	자료수집
서비스 수요 요인	노인인구비율	(65세 이상 노인인구/총 인구)×100	국가통계포털 사이트, 노인장기요양보험통 계연보(2012a)
	노령화지수	(65세 이상 노인인구/14세 이하 청소년 인 구)×100	
	만65세 이상 의료급여	의료급여수급자 중 만65세 이상 노인 수	
	만65세 이상 기초수급	기초생활수급자 중 만65세 이상 노인 수	
사회 경제적 요인	재정자립도	(지방세+세외수입/자치단체 예산규모)×100	국가통계포털 사이트
	일인당지방세부담액	시·군·구별 지방세부담액(천원)/인구 수(명)	
	인구밀도	1km ² 당 거주하는 인구	
	거주지역 구분	인구밀도를 기준으로 227개 지자체를 놓어 촌 I~III지역, 중소도시 IV~VII, 대도시 VIII~X 등 10개 집단으로 분류	

영향요인	관련 지표	조작적 정의	자료수집
보건의료 자원	병원 수	행정구역별 요양기관 중 병원 수	국민건강보험공단< 지역별의료이용통계
	요양병원 수	행정구역별 요양기관 중 요양병원 수	
	치매관련의원 수	지역별 병의원 진료과 현황에서 신경과, 정신과, 재활의학과, 가정학과 의원 수	
	주야간보호기관 수	시·군·구 급여종류별 장기요양기관 현황 중 주야간보호기관 수	
	재가서비스기관 수	시·군·구 급여종류별 장기요양기관 현황 중 재가서비스기관 수	
	요양보호사 수	시군구별 장기요양기관 전문인력 현황 중 요양보호사 수	
서비스 공급	직영	보건소 내 치매상담센터 및 기타 부서에서 치매관리서비스를 전달하는 기초 지자체	각 지자체 유관사이트 참조
	위탁	치매지원센터 및 정신건강증진센터에서 치매관리서비스를 전달하는 기초 지자체	

나. 서비스 공급유형별 비교분석³⁾

사례연구에 있어서 사례선정은 무엇보다 중요하다. 일반화 가능성을 높일 수 있는 사례를 선정하는 방법 혹은 명제나 가설을 명확하게 입증하거나 이론의 여지없이 반증할 수 있는 사례를 선정하는 정보지향적 선택 등 다양한 사례선정 전략이 있다(최옥 등, 2014). 본 연구는 정보지향적 사례선택의 한 유형으로 “가장 가능성이 높은” 또는 “가장 가능성이 낮은” 사례를 선택하여 비교분석하는 결정적 사례분석을 활용하고자 한다. 즉, 서비스 공급유형별 다양한 지자체 중에서도 연구자가 주지하고자 하는 바를 가장 잘 설명해주는 사례를 선정하기 위하여 강원도의 A군과 서울시의 B구를 사례로 선정하였다.

먼저, 직영 사례는 B구에 비해 서비스 수요 요인은 높으나 사회경제적 요인과 보건의료자원은 취약한 지역 중 강원도 A군으로 선정하였다. 수도권을 제외한 여러 지방지역 중에서도 강원도를 선택한 것은 강원도 북·동부지역은 여타 지역과 달리 인근에 민간 의료·보건·복지인프라가 풍부한 도시권이 근접해 있지 않아 의료·보건·복지서비스의 전

3) 순차적 연구진행에 따라 서비스 공급유형별 비교분석을 위한 사례선정은 1단계 양적연구 결과가 도출된 이후에 이루어졌음을 밝힌다.

달에서 공공부문의 역할이 더욱 중요하다고 판단하였기 때문이다. 즉, 민간의 인프라가 부족한 지역에서는 직영에 의해 제공되는 서비스의 양질과 사업대상의 범위가 더욱 확대되어야 하는 것이다. 이에 본 연구는 보건소 직영으로 치매상담센터를 운영하며 치매 지원서비스를 제공하고 있는 강원도 북동부지역의 A군을 사례로 선정하여 실제 운용실태를 파악하고 시사점을 도출해내고자 한다.

다음으로 민간위탁 운영 사례는 서울시 B구 치매지원센터로 선정하였다. 서울시는 25개 자치구의 치매지원센터를 민간위탁하여 운영하고 있으며, 각 치매지원센터는 「지역치매지원센터 운영」지침의 추진방향과 일정에 따라 운영되고 있다. 치매지원센터의 위탁기관으로 의료기관, 대학, 종합복지관 등 다양한 기관들이 구성되어 있다. 본 연구는 대학, 종합복지관 등에서 위탁 운영하는 센터보다 전문 의료기관에서 운영하는 센터가 더욱 전문적인 보건·복지서비스를 전달할 것으로 판단하였다. 이에 25개 서울시 치매지원센터 중에서 전문의료기관에 위탁한 센터이면서 2008년에 개소하여 어느 정도 조직 및 사업의 안정성을 갖춘 서울시 B구를 민간위탁사례로 선정하게 되었다.

두 지역의 서비스 수요 요인 및 사회경제적 요인, 보건의료자원 등에 대한 일반적인 현황은 아래와 같다(<표 3> 참조). 직영으로 운영되는 A군은 서비스 수요 요인이 B구에 비해 상당히 고령화가 진행된 상황이나, 재정자립도나 보건의료자원에 있어서는 B구에 비해 매우 열악한 상황임을 알 수 있다.

본 연구는 개인이나 집단, 또는 기관 등을 하나의 단위를 분석대상으로 하여 그 특수성을 정밀하게 연구·조사하는 사례연구(case study)에 속한다(유기용 등, 2012). 각 사례를 분석하는데 필요한 자료는 각 지자체별 운영 지침, 사업보고서, 홈페이지 등을 참고하여 수집하였으며, 수집된 자료는 길버트와 테럴(Gilbert & Terrell)의 사회복지정책 분석틀에 따라 직영과 위탁을 비교분석하였다. 구체적으로 문서의 내용을 분석하는 기술연구(descriptive research)로 관심대상에 대해 주요 특성을 분명하게 사용하는 연구방법을 활용하였다. 이에 따라 공급유형의 차이가 재정, 서비스 대상 및 서비스 양질에 어떠한 차이가 있는지 관련 자료를 토대로 보다 면밀히 분석하였다.

표 3. 사례별 특성(2014년 기준)

구 분		A군(직영)	B군(위탁)
서비스 수요 요인	노령화지수	176.80	91.40
	노인비율(65세 이상 노인인구)	39.0(10,540명)	21.8(78,492명)
사회경제적 요인	재정자립도	10.7	28.6
	일인당지방세부담액 ⁽¹³⁾	805,741원	816,135원
	인구밀도 ⁽¹²⁾	44.14(명/km ²)	25,582(명/km ²)
	거주지역 ⁴⁾	농어촌 I 지역	대도시 X 지역
보건의료자원	요양시설 수	6	20
	주야간보호기관 수	5	11
	재가서비스기관 수	7	83
	요양보호사 수	269	2,124
	치매관련의원 수 ⁽¹¹⁾	1	149

IV. 연구결과

1. 지자체 치매관리서비스의 특성

기초 지방자치단체의 치매관리서비스는 보건소를 중심으로 공급되는 것이 일반적이다. 조사결과, 총 227개 지자체 중 약 68%(155개)가 보건소 내에서 치매관리업무를 담당하고 있었으며, 나머지 32%(72개소)만이 별도의 치매지원센터 및 정신건강증진센터에서 치매관리서비스를 담당하였다.

한편, 보건소 내 직영 형태 중 47.7%는 치매전담부서가 아닌 보건소 내의 기타 부서(가령, 방문보건과, 건강증진과 등)에서 치매관리서비스 업무를 겸하는 것으로 나타났다. 타 부서는 치매관리서비스가 주된 업무가 아니기 때문에 부수적으로 서비스를 전달하거나 매우 한정된 치매관리서비스(ex. 치매검진, 등록, 치매치료비 지원 등)만 제공할

4) 임을기(2013)는 인구밀도를 기준으로 227개 지자체를 농어촌 I~III지역, 중소도시 IV~VII, 대도시 VIII-X 등 10개 집단으로 분류하였음. 이중 농어촌 I 지역은 인구밀도 52명/km² 이하, 대도시 X 지역은 인구밀도 16,327명/km² 이상을 의미함.

가능성이 높다. 이는 관할 지역의 치매노인과 부양가족을 지원하는 공공보건의 역량과 자원이 매우 한정되어 있음을 의미한다. 실제로 보건소 내 타 부서에서 수행하는 서비스와 치매상담센터에서 수행하는 서비스 간의 양적 차이를 비교한 결과, 치매전담부서의 서비스 수가 훨씬 높은 것으로 나타났으며, 이는 유의수준 0.05에서 유의미하였다(<표 4> 참조).

표 4. 치매전담부서와 기타 부서 간의 치매관리서비스 수 비교

() : 표준편차

서비스 공급 유형	빈 도(%)	치매관리서비스 수 평균	t값	유의확률
치매전담부서	81(52.3)	6.05(2.544)	3.298	.001
기타 부서	74(47.7)	4.65(2.727)		
합 계	155(100)	5.35		

위와 같이 보건소 내 치매전담부서가 설치되어 운영될 때 타 부서에서 치매관리서비스를 겸임하는 것보다 더 많은 지원과 관심을 제공할 수 있는 것은 사실이다. 그러나 보건소 내 치매상담센터가 운영된다고 하여도 해당 업무를 전담하는 인원이 대부분 1명이고, 서비스를 제공할 물리적·경제적 여건이 미흡한 것에는 큰 차이가 없다. 2014년 국회예산정책처의 『치매관리사업의 현황과 개선과제』에 따르면, 전국 시군구 치매상담센터 인력 830명 중 치매사업 전담인력은 485명으로 58.4%에 불과하였으며, 41.6%(345명)가 겸임인력인 것으로 나타났다(국회예산정책처, 2014). 특히, 전남, 충남, 제주 등의 겸임인력 비율이 높았는데, 이 지역들은 치매 유병률, 치매 부양지수, 치매 진단공백이 타 지역에 비해 높은 특성을 지니고 있어 치매관리의 사각지대가 여전히 많음을 지적하였다.

또한 보건소 내에서 치매관리서비스를 제공하는 것은 별도의 치매지원센터를 설치하여 서비스를 제공하는 것과 서비스의 양질의 측면에서 큰 차이를 갖는다. 대도시를 중심으로 한 몇몇 지역에서는 정신건강증진센터 혹은 별도의 치매관리센터를 설립하여 가장 기초적인 치매조기검진·등록에서부터 인지재활프로그램, 가족 상담에 이르는 더욱 다양한 서비스를 제공하고 있다. 뿐만 아니라, 더 많은 전담인력과 자원으로 보다 질 높은 서비스가 더 많은 수혜자에게 제공되고 있다.

2. 서비스 공급유형에 따른 지역특성의 차이 비교

다음으로 지자체 치매관리서비스 공급유형을 직영(보건소 내)과 위탁(보건소 외)으로 분류한 후, 이에 해당되는 지자체들의 지역특성 평균비교분석(t-test)을 실시하였다. 분석결과, 3가지 요인에서 모두 매우 유의미한 평균 차이가 나타났으며, 특히 서비스 수요 요인을 제외한 대부분의 요인에서 위탁지역의 평균이 더 높은 것으로 보고되었다. 즉, 보건소의 직영을 통해 치매관리서비스가 전달되는 지역은 대체로 노인인구가 많은 농촌 지역으로 치매관리서비스에 대한 높은 수요가 예상되나, 보건의료자원의 분포는 이러한 수요를 반영하지 못하는 것으로 보인다. 반면, 지자체의 사회경제적 조건이 상대적으로 우위에 있으며, 보건의료자원이 풍부한 지역일수록 민간위탁을 통한 치매관리서비스 공급이 이뤄지고 있었다. 다만, 다른 의료·보건·복지시설과 달리 요양병원의 평균은 위탁지역보다 직영지역에서 더 높은 것으로 나타났다. 이는 우리나라 214개 요양병원을 대상으로 입지 선호도를 분석한 이승연(2013)의 연구에서 그 해답을 찾을 수 있다. 요양병원의 입지에 영향을 미치는 총 19개 입지조건 중 입지면적의 규모, 적절한 부지가격, 노인인구의 밀집, 지역의 이미지, 병원설립 인허가 등 행정서비스 편리성 순으로 높은 선호도를 나타내었다. 즉, 일반적으로 수도권에 집중되어 있는 종합병원이나 전문병원과 달리, 병원설립 인허가 등 행정서비스가 편리하고 충분한 입지면적을 저렴한 가격에 확보할 수 있으며, 노인인구의 밀집으로 시장이 형성되는 지역이 요양병원의 입지를 고려할 때 더욱 선호되는 것이다. 이에 교통여건과 지방자치단체들의 지원여건이 좋은 지방이 요양병원의 최적의 입지장소로 손꼽히고 있다. 아래에서 나타나듯이 치매관리서비스의 보건소 직영지역이 사회경제적 요인이 비교적 낮은 지방지역이기 때문에 다른 의료·복지인프라와 달리 요양병원의 수가 더 높은 것으로 이해할 수 있다.

표 5. 서비스 공급유형 간 지역특성 평균 비교(전체)

() : 표준편차

구 분	직역(n=72)	위탁(n=155)	t값	유의확률	
서비스 수요 요인	노령화지수	144.0(90.0)	83.3(49.0)	-6.562	.000***
	노인비율	18.5(7.83)	12.9(5.21)	-6.381	.000***
	만65세 이상 의료급여	198.06(141.727)	214.46(158.540)	.782	.435
사회경제적 요인	재정자립도	22.0(11.72)	36.8(16.11)	6.985	.000***
	일인당지방세부담액	712524.23(424747.25)	4.94E8(1.228E9)	3.412	.001**
	인구밀도	2213.7(4010.83)	8245.2(8837.0)	5.533	.000***
	거주지역	4.75(2.679)	7.13(2.669)	6.227	.000***
보건의료 자원	요양시설 수	16.76(16.24)	23.08(18.26)	2.622	.009**
	주야간보호기관 수	5.00(4.22)	7.31(4.77)	3.674	.000***
	재가서비스기관 수	36.02(32.51)	51.35(35.84)	3.199	.002**
	요양보호사 수	943.91(918.89)	1543.75(1121.37)	3.963	.000***
	치매관련의원 수	49.7(52.4)	88.5(76.6)	3.898	.000***
	병원 수	7.25(8.382)	8.78(7.629)	1.318	.189
	요양병원 수	5.01(5.673)	4.35(3.806)	-9.905	.366

* p < .001** p < 0.05 *** p < .000

3. 서비스 공급유형의 영향요인 분석

서비스 수요 요인과 사회경제적 요인, 보건의료자원 특성이 지자체 치매관리서비스 공급유형에 미치는 영향을 로지스틱 회귀분석을 통해 분석하였다(<표 6> 참조). 본 연구에서 추출된 모형의 적합도를 검정해 본 결과, 분류정확도는 83.3%였고, -2LL값은 167.016, 모형의 카이제곱은 116.609(df=7, p=.000)으로서 모형이 주어진 자료에 적합한 것으로 입증되었다. 또한 Hosmer와 Lemeshow 검정결과, 카이제곱이 4.731(df=8, p=.786)로 모형이 적합한 것으로 나타났으며, Nagelkerk's R²은 .563으로 서비스 공급 유형에 영향을 주는 변이에 대한 설명력이 56.3%임을 알 수 있다.

로지스틱 회귀분석에서 분석방법을 전체 변수에서 유의미하지 않은 변수를 제거하면서 반복·회전하는 방식(후진제거법)을 사용하여 10단계의 결과를 아래의 <표 6>과 같이 도출하였다. 총 15개의 독립변수 중에서 서비스 공급유형에 영향을 미치는 변수는 최종적으로 5가지로 나타났다.

먼저, 서비스 수요 요인에서는 노령화지수가 증가할수록 위탁으로 운영될 확률이 4.2% 감소하는 것으로 나타났다. 노령화지수는 65세 이상 노인인구를 14세 이하 유소년 인구로 나눈 값으로 노령화지수가 높을수록 위탁운영이 감소한다는 것은 유소년 인구보다 노인인구가 많은 농촌지역에서 직영이 주로 나타남을 의미한다. 단, 만65세 이상 의료급여와 위탁운영에 관해서는 그 영향이 매우 작게 나타나 추가적인 연구가 필요하다.

다음으로 사회경제적 요인에서는 재정자립도가 유일하게 유의미한 영향관계를 보였다. 분석결과, 재정자립도가 높은 지역일수록 위탁운영으로 서비스가 공급될 확률이 6.3% 증가하는 것으로 나타났다. 이는 사회경제적 조건이 높은 지역일수록 공공보건에 투자하는 인력과 자원이 풍부하여 결과적으로 민간위탁의 형태가 나타난 것으로 볼 수 있다. 실제로 보건소 외 치매지원센터나 정신건강증진센터 등을 통해 치매관리서비스를 전달하고 있는 지역들이 대부분 서울과 경기, 인천 등 수도권지역에 속해있다. 이들 지역은 <표 5>에서 살펴본 것과 같이, 재정자립도와 같은 지방정부의 사회경제적 요인 뿐만 아니라 지역사회 내 전문 의료·복지인프라가 풍부하여 위탁기관(전문의료기관, 대학, 복지관 등)을 선정하고 운영비를 지원하는데 보다 강점을 갖는다.

마지막으로 보건의료자원에서는 요양병원의 수가 증가할수록 치매관리서비스의 위탁운영이 16.2% 감소하며, 요양보호사 수가 증가할수록 치매관리서비스의 위탁운영이 0.1% 증가하는 것으로 나타났다. 단, 요양보호사는 영향정도가 미약하여 추가적인 연구가 요구된다. 요양병원의 수와 치매관리서비스의 위탁운영 간의 음(-)관계는 앞서 2. 서비스 공급유형에 따른 지역특성의 차이 비교에서 논의한 바 있다. 즉, 요양병원은 다른 의료·보건·복지시설과 달리 경제적·행정적으로 입지조건이 유리한 지방을 더 선호하는 경향이 있어 수도권이나 대도시권에 집중되어 있기보다 도시근교나 소도시, 휴양지 등과 같은 지역에 분포해 있다(이승연, 2013). 이에 주로 수도권지역에 분포하는 치매관리서비스 위탁기관과 상대적으로 지방에 분포해 있는 요양병원 간의 음의 관계가 형성되는 것이다.

표 6. 서비스 공급유형에 미치는 영향요인 분석

구 분		B	S. E.	Wald	p	Exp(B)
서비스 수요 요인	노령화지수	-.043	.016	7.398	.007**	.958
	만65세 이상 의료급여	-.005	.002	3.781	.052*	1.001
사회경제적 요인	재정자립도	.061	.024	6.685	.010**	1.063
보건의료자원	요양보호사 수	.001	.000	6.874	.009**	1.001
	요양병원 수	-.177	.071	6.184	.013*	.838
모형적합도	분류정확도 83.3% χ^2 116.609(df=7, p=.000)					
모형 요약	-2LL=167.016, Nagelkerke R^2 =.563(56.3%)					
Hosmer와 Lemeshow 검정	χ^2 4.731(df=8, p=.786)					

* p < .001** p < 0.05 *** p < .000

기초지자체의 치매관리서비스 공급유형과 지역특성 간 영향관계를 살펴본 결과, 노령화지수가 높은 농촌지역일수록 보건소 직영의 유형이 나타났으며, 반대로 노령화지수가 낮은 도시지역일수록 전문 의료기관 등에 의한 위탁운영이 이뤄지고 있음을 알 수 있다. 이러한 결과는 우려하였던 것과 같이 공공부문에 있어서도 상대적으로 민간 의료보건의 설이 풍부한 도시지역에 보다 전문적인 서비스 전달이 가능한 민간위탁의 형태로 치매관리서비스가 제공되고 있음을 의미한다. 이에 실제로 도시지역의 민간위탁으로 운영되는 치매관리서비스와 농촌지역의 보건소 직영으로 전달되는 치매관리서비스 간의 격차가 존재하는지 사례분석을 통해 면밀히 살펴볼 필요가 있다.

4. 공급유형별 치매지원정책 차이분석

가. 공급유형

A군은 보건소 내 부서(정신건강과)에서 치매관리서비스 전반을 담당하고 있는 전반적인 보건소 직영의 공급유형이다. 치매업무를 전담하고 있는 인력은 보건소 정신건강과의 담당자 2인과 일부 지원 업무를 담당하고 있는 방문건강관리과의 1인을 포함해 총 3인으로 구성되어 있다. 담당자가 담당해야 할 업무는 치매상담센터 운영, 원격 치매클리닉 운영, 치매환자의료비지원과 같은 치매지원서비스뿐만 아니라 자살예방운영, 아토피천식예방사업도 포함하고 있으며, 또 다른 담당자는 치매상담센터 운영, 치매조기

검진, 치매환자 재활 및 돌봄 프로그램 운영을 담당하고 있다.

반면, B구는 B구 보건소가 경희의료원에 운영위탁 및 협약을 체결하여 별도의 치매지원센터를 운영하고 있는 민간위탁의 공급유형이다. 치매전담인력은 팀장 1인과 간호사 4인, 사회복지사 3인, 작업치료사 2인 등 총 10인으로 구성되어 있다. 간호사 4인은 치매조기검진 및 치매상담, 가족모임프로그램 등을 담당하며, 사회복지사는 행정 및 치매환자의료비지원, 치매상담 등을 담당하고, 작업치료사는 치매노인과 고위험 대상자, 정상노인을 대상으로 한 인지재활프로그램을 맡고 있다. 즉, 각자의 전문성에 맞게 업무가 분담되어 있으며, 필요시 유동적으로 업무협조가 가능한 체계를 갖추고 있다.

이와 같이 보건소 내의 일부 과에서 치매지원서비스를 담당하는 직영기관(A군)은 담당자 1인당 주어진 업무가 과도할 뿐만 아니라 치매지원서비스와 다른 업무를 병행하는 경우도 있어 치매지원서비스에 모든 에너지를 쏟을 수 없는 여건임을 알 수 있다. 또한 업무의 분담이 각자의 전문성에 맞게 분담되어 있지 못하고 있으며, 담당자 1인의 공백은 치매지원서비스 전달에 매우 큰 위협으로 작용할 수 있는 가능성이 높다. 반면, 별도의 치매지원센터를 설립하여 서비스를 제공하는 위탁기관(B구)은 상대적으로 담당자 1인에게 주어진 업무로드가 적고 다수의 인력이 포진해있어 담당자 1인의 공백에 대한 염려가 적다. 또한 간호사, 사회복지사, 작업치료사 등 전문성을 갖춘 인력을 적재적소에 배치하여 기능하게 함으로써 보다 체계적인 치매지원서비스가 전달될 수 있다.

표 7. 각 사례의 공급유형

구 분	A군	B구
공급유형	보건소 정신건강과: 치매관리서비스 전반 담당 보건소 방문건강관리과: 재가환자 위생용품 지원	보건소↔C민간의료기관 - 운영위탁 및 협약체결 - 별도의 치매지원센터 운영(2008년 개소)
전담인력	치매전담인력 2인 지원인력 1인	치매전담인력 10인(센터장 별도) - 간호사 4인, 사회복지사 3인, 작업치료사 2인

자료: A군 보건소 홈페이지 참조, B구 「2014년 서울시치매관리사업 사업보고서」 참조

나. 재정지원

각 지자체의 세출예산사업명세서를 참고하여 치매지원서비스 전달에 소요되는 예산 내역을 살펴본 결과 아래와 같이 나타났다(<표 8> 참조). A군은 크게 5가지 세부사업에 따라 총 4천 2백만원의 예산이 책정되었으며, B구는 3가지 사업에 총 3억 3천 2백만원의 예산이 책정되었다. 단, B구는 「지역치매지원센터 운영」 내에 인건비도 포함되어 있기 때문에 A군과 B구의 직접적인 예산비교는 어려울 수 있다. 65세 이상 노인인구로 사업예산을 나누어 1인당 예산을 확인해보아도, A군과 B구 간의 예산액이 크게 차이나지 않는다.

그러나 직영기관(A군)은 세부사업 중에서 치매치료관리비 지원이 절반 이상(53.9%)을 차지하는 반면, 위탁기관(B구)은 지역 치매지원센터 운영비가 대부분을 차지하고 있다(81.0%). 이에 따라 위탁기관(B구)은 별도의 지역 치매지원센터를 운영할 수 있는 재정을 지원받음으로써 치매전담인력을 확보할 수 있고 치매조기검진, 치매치료관리비 지원 등과 같은 기본적인 치매관리사업 이외에도 보다 다양한 치매지원서비스를 제공할 수 있는 것이다. 즉, 재정지원의 차이로 인해 직영과 위탁기관이 확보한 인력과 제공할 수 있는 서비스 내용에서 차이가 유발되는 것으로 볼 수 있다.

표 8. 각 사례의 예산(2014년 기준)

(단위: 천원)

A군	B구		
치매상담센터 운영	2,500	치매치료관리비 지원	52,000
원격 치매클리닉 운영지원	2,400		
치매치료관리비 지원	23,000	국가치매예방관리사업	11,050
치매환자관리용품지원사업	4,800	지역치매지원센터 운영	269,192
치매환자재활 및 돌봄사업	10,000		
합계	42,700	합계	332,242
65세 이상 노인인구 1인당 예산	4.1	65세 이상 노인인구 1인당 예산	4.2

주: B구의 경우 센터운영비 내에 인건비도 포함되어 있음.
자료: 각 2014년 세출예산사업명세서 참조.

다. 치매지원서비스 및 서비스 대상

직영기관(A군)이 제공하고 있는 치매지원서비스에는 치매상담센터 운영, 치매 조기검진사업, 원격 치매클리닉 운영, 치매 치료관리비(약제비) 지원, 재가환자 위생용품 지원 등이 있다. 이중 치매상담센터와 치매 조기검진사업, 치매 치료관리비(약제비) 지원은 치매관리에 해당되는 보건소의 주요 업무로 치매상담센터는 치매환자와 주민을 대상으로 운영되며, 치매 조기검진 및 상담, 치매환자 위생용품 지원, 치매환자 인식표지원사업 등을 시행한다. 다음으로 치매 조기검진사업은 60세 이상 노인을 대상으로 치매 조기검진 및 2,3차 정밀검진비용을, 치매 치료관리비는 초로기 치매환자 혹은 경제적 조건을 충족하는 치매환자를 대상으로 지원된다. 또한 방문건강관리과는 보건소에 등록된 치매 재활사업대상자에게 재가환자 위생용품을 전달한다. 원격 치매클리닉은 속초, 강릉 등 원거리 진료에 따른 시간 및 비용 부담을 경감하기 위하여 치매환자 및 인지저하자의 전문의와의 화상진료를 지원하며, 이를 통해 상담과 투약 처방을 실시하고 있다. 이와 같이 직영기관(A군)이 제공하고 있는 서비스는 대체로 치매환자의 치료·지원에 집중되어 있음을 알 수 있다.

반면, B구의 치매지원서비스는 치매예방 및 인식개선 사업, 치매 조기검진 사업, 치매 예방등록 관리사업, 치매 지역자원 강화사업 등 치매환자의 치료 및 지원 이외에 보다 다양한 사업을 포함하고 있다. 먼저, 치매예방 및 인식개선 사업에는 지역주민, 시설종사자, 치매가족 등을 대상으로 한 교육 및 홍보활동이 포함된다. 이를 통해 치매에 대한 부정적인 인식을 개선함과 동시에 치매를 예방하는 효과를 기대할 수 있다. 한편, 치매 조기검진 사업은 A군과 동일하게 60세 이상 노인을 대상으로 시행된다.

다음으로 치매 예방등록 관리 사업에는 치매환자의 등록 및 사례관리와 치매가족모임, 대상별 인지건강센터 프로그램 등이 포함되어 시행되고 있다. 치매환자 이외에도 치매노인 부양으로 인해 신체적·감정적으로 소진되어 있는 치매가족을 위해 자조모임 및 힐링프로그램을 운영하여 재가돌봄을 지원하고 있다(10개의 프로그램, 총1,144명). 또한 치매환자뿐만 아니라 고위험 대상자와 정상 노인을 대상으로 한 다양한 인지재활 프로그램을 통해 치매증상을 지연시키고 사전에 예방하는 노력을 경주하고 있다⁵⁾.

5) 치매노인(작업, 미술, 음악, 운동, 컴퓨터 기초), 고위험 대상자(작업, 원예, 미술, 음악, 운동, 컴퓨터 기초), 정상노인(작업, 원예, 미술, 음악, 운동, 컴퓨터 기초) 등을 대상으로 함.

마지막으로 치매 지역자원 강화사업을 통해 유관기관 및 민간자원(자원봉사자 등)과의 협력관계를 구축·유지하고 있다. 이는 지역 치매지원센터의 인력 및 재원 등 물리적인 여건의 한계를 보완하고 보다 다양한 사업과 프로그램을 진행시킬 수 있음을 의미한다. 현재 19개 기관과 업무협약을 체결하고, 유관기관과 인지건강프로그램을 240회 연계하였으며, 총 266명의 자원봉사자가 활동하고 있다.

표 9. 각 사례의 치매지원서비스 및 서비스 대상

A군		B구	
사업명	서비스 대상	사업명	서비스 대상
치매상담센터 운영	치매환자와 주민	치매예방 및 인식개선사업	지역주민, 시설종사자, 치매가족 등
치매 조기검진사업	60세 이상 노인	치매 조기검진 사업	60세 이상 노인
치매 치료관리비 지원	치매환자	치매 예방등록 관리사업	치매환자와 부양가족, 고위험 및 정상 노인
치매환자관리용품지원	치매 재활사업대상자	치매 지역자원 강화사업	유관기관과의 협약 및 프로그램 연계, 자원봉사자 교육·관리 등
원격 치매클리닉 운영	치매환자 및 인지저하자	-	-

자료: A군 보건소 홈페이지 참조, B구 「2014년 서울시치매관리사업 사업보고서」 참조

라. 소결

앞서 치매지원서비스를 보건소에서 직접 전달하는 직영기관(A군)과 경희의료원에 위탁하여 전달하는 위탁기관(B구)의 공급유형(전담인력), 재정지원, 서비스 내용 및 서비스 대상 등을 비교해보았다. 그 결과, 직영기관은 인적·재정적 한계로 인해 치매환자의 치료 및 지원 등 사후처방적인 서비스에 보다 집중할 수밖에 없었으며, 위탁기관은 사후처방적 서비스뿐만 아니라, 홍보 및 교육서비스, 치매예방 및 치매친화적인 사회조성 등 사전예방적 서비스도 균형 있게 전달하고 있었다. 또한 직영기관은 대체로 치매환자를 대상으로 한 서비스가 주를 이루었다면, 위탁기관은 치매환자 이외에 치매부양가족, 시설종사자, 일반인, 유관기관, 자원봉사자 등 보다 다양한 고객을 포괄하는 것으로 나타났다. 즉, 이와 같이 직영기관과 위탁기관 간 서비스의 내용 및 대상 등에서 차이가 존재함을 확인할 수 있었다.

그러나 문제는 보건소에서 직접 치매지원서비스를 제공하는 지역의 보건의료인프라가 매우 열악하다는 점이다. B구는 위탁기관이 아니더라도 풍부한 보건의료인프라를 갖추고 있기 때문에 서비스 대상자가 다른 서비스를 선택할 수 있는 여지가 있으나, A군은 관내와 인근 지역에 치매환자가 이용할 수 있는 보건의료시설이 매우 부족하여 그렇지 못하다. 또한 직영기관은 위탁기관에 비해 치매환자와 부양가족이 이용할 수 있는 서비스가 매우 제한적이다. 앞서 치매는 예방과 조기발견 및 초기치료가 매우 중요함을 언급하였다. 즉, 치매에 대한 교육 및 홍보, 조기검진, 인지재활프로그램을 통한 사전예방활동이 치매지원서비스에서 중요한 부분을 차지하는 것이다. 그러나 직영기관은 인력의 한계로 인해 사전예방활동을 담당하는데 한계를 지니고 있으며, 이로 인해 A군과 B군 간의 서비스 격차가 존재하는 것이다.

즉, 민간영역의 보건의료인프라가 부족한 A군과 같은 농어촌지역에서 보다 양질의 치매지원서비스를 제공하기 위해서는 보건소의 공공성을 더욱 강화해야 할 필요가 있다. 치매전담인력과 재정을 확충해야 하며, 최소한의 치매지원사업(치매 조기검진 및 치료비 지원)과 함께 지역사회 내 치매교육 및 홍보활동, 인지재활프로그램 등을 포함한 사전예방적 치매지원서비스를 병행해야 할 것이다. 이를 위해 노령화지수가 높은 농어촌지역에서는 예산의 우선순위를 재조정하여 노인인구의 치매발병을 감소를 위한 서비스 확충에 더욱 집중하는 노력이 요구된다.

V. 결론 및 정책적 시사점

치매관리서비스의 공급유형에 따라 어떠한 지역특성이 나타나는지 확인하고, 공급유형별 사례분석을 통해 지역 간 격차가 존재하는지를 규명하고자 하였다. 그 결과, 노령화지수와 요양병원 수가 높은 지역일수록 보건소 직영으로 운영되고 있었다. 반면, 상대적으로 보건의료 자원이 풍부하고 사회경제적 여건이 우수한 지역일수록 민간위탁의 형태로 치매관리서비스가 제공되고 있었다. 또한 공급유형별 사례분석의 결과에서도 서비스 수요요인(노인인구비율, 노령화지수)이 높은 농어촌지역은 보건소 내 한정된 인력과 자원으로 기본적인 치매관리서비스가 제공되고, 보건의료인프라가 잘 갖춰져 있고

사회경제적 여건이 우수한 대도시지역이 보다 체계적·전문적인 위탁운영의 형태로 다양한 서비스를 제공하고 있었다. 이는 우리나라 기초지자체의 공공보건서비스(치매관리 서비스)가 서비스 수요 요인을 충족시키지 못하고 있으며, 민간 의료시설과 같이 대도시에서 전문적인 서비스공급이 집중되어 지역 간 서비스 편차로 인한 불평등이 야기되고 있음을 의미한다.

이에 본 연구는 다음과 같은 정책적 제언을 제시하고자 한다. 먼저, 보건소 내 치매상담센터 기능을 강화하고 인력 및 재정을 확충해야 한다. 모든 지역에 별도의 치매지원센터를 설립하는 것에는 한계가 있기 때문에 치매관리 업무와 보건업무를 겸직하는 겸임 인력을 축소하고 치매관리 전담인력을 확충하는 것부터 단계적으로 진행시켜야 할 것이다. 또한 예산확보를 위해 지방정부의 예산우선순위를 재조정할 필요가 있는데, 가령, 노령화지수가 높은 지역에서는 유아·청소년에 소요되는 예산을 노인인구에 보다 집중하여 재조정할 수 있을 것이다.

다음으로 치매는 조기검진과 약물치료가 효과적으로 진행될 경우 연간 1조3천억 원에서 2조8천억 원에 달하는 사회적 비용을 감소시킬 수 있다고 보고되는 바(약업신문, 2014.10.01.), 치매환자의 조기검진과 관리를 담당하는 보건소의 역할이 더욱 중요해질 수밖에 없다. 사후처방적인 치매환자의 치료 및 지원뿐만 아니라 치매교육 및 홍보, 인지재활프로그램 등과 같은 사전예방적인 서비스도 균형 있게 확충해야 한다. 특히, 민간영역의 보건의료 자원이 부족한 지역에서는 공공보건의료영역을 강화하여 건강권에서의 불평등 및 차별을 축소시키는 방향으로 나아가야 한다.

또한 공공서비스의 민간위탁으로 공공성이 저해될 수 있는 위험을 고려하여 직영과 민간위탁의 중간 형태로 운영하는 대안을 선택할 수 있다. 즉, 직영과 민간위탁의 이원적 접근이 아닌 지역사회의 전문 의료기관 및 대학, 종합복지관 등과의 협력 네트워크(협업, MOU 등)를 구축하여 치매관리서비스의 공공성은 보장하되 민간부문의 전문성과 풍부한 자원을 활용하는 것이다.

본 연구는 사업보고서, 운영지침, 홈페이지 게시 자료 및 통계자료 등 2차 자료를 활용하여 실제 운영과정에서 세부적인 내용 및 변경사항을 충분히 반영하지 못한다는 점에서 한계를 지닌다. 또한 본 연구의 회귀분석 결과 영향력이 미미하게 나타난 요인들에 대해서는 보완된 자료로 추가연구가 필요하다.

참고문헌

- 강성철, 김도엽. (2007). 지방공공서비스의 민간위탁 결정요인에 관한 연구: 로짓분석의 활용. *지방정부연구*, 11(1), pp.273-291.
- 강은숙, 김종석, 박남기. (2010). 지방정부에서의 공공서비스 공급과 민간위탁의 효과: 7개 광역자치단체 69개 자치구의 생활폐기물처리서비스를 중심으로. *한국행정논집*, 22(4), pp.1067-1089.
- 국가통계포털. (2013.12.31.). e-지방지표.
http://kosis.kr/statisticsList/statisticsList_02List.jsp에서 2014.6.30. 인출.
- 국민건강보험공단. (2012.12.31). 노인장기요양보험통계연보.
<http://www.nhis.or.kr/cms/board/board/Board.jsp>에서 2014.6.30. 인출.
- 국회예산정책처. (2014). 치매관리사업의 현황과 개선과제. 서울: 국회예산정책처
- 권경환. (2012). 도시 생활폐기물관리서비스 민간위탁의 결정요인 분석. *지방정부연구*, 16(2), pp.201-226.
- 권금주. (2015). 지역사회 치매노인 서비스 관리 현황 연구. *한국위기관리논집*, 11(12), pp.239-256.
- 권기창. (2013). 사회복지의 지역수준 공공전달체계 변화에 관한 연구. *한국정책연구*, 13(4), pp.1-19.
- 김경혜. (2000). 복지시설 민간위탁 운영평가 및 개선방안 연구. 서울: 서울시정개발연구원.
- 김순양. (2006). 지방정부 치매노인 복지서비스 공급체계의 효율화 방안: 복지다원주의 (Welfare Pluralism) 의 관점에서. *사회복지정책*, 24, pp.143-172.
- 김순양, 윤기찬. (2011). 지방자치단체의 규모별 건강불평등 및 그 영향요인에 관한 연구. *지방정부연구*, 15(4), pp.31-57.
- 김은영, 남은숙, 채영란, 이혜경. (2008). Andersen 행동모형에 근거한 한국 노인의 장기요양서비스 이용의사 결정요인 분석. *한국노년학회지*, 28(3), pp.595-602.
- 김인. (2010). 지방정부 노인복지관 서비스 공급방식에 따른 서비스 수준 비교 분석: 정부직영, 민간위탁, 법인보조금지원 방식을 중심으로. *지방정부연구*, 14(4), pp.5-39.
- 김인, 박언서, 이희태. (1999). 쓰레기 수거서비스 민간위탁의 효과. *지방과 행정연구*,

11(1), pp.137-159.

박선주. (2006). 지역특성에 따른 사회복지서비스 공급유형 분석. *한국공공관리학보*, 20(1), pp.118-135.

박세정. (2002). 지방자치단체의 민간위탁 경험. *지방정부연구*, 6(1), pp.9-28.

박순애. (2009). 민간위탁 단계별 영향요인에 관한 연구: 국내·외 민간위탁 연구에 대한 내용분석을 중심으로. *행정논총*, 47(1), pp.101-131.

보건복지부. (2012a). 2013년 치매관리사업 지침. 서울: 보건복지부.

보건복지부. (2012b). 제2차(2013~2015) 국가치매관리 종합계획. 서울: 보건복지부.

보건복지부. (2014). 2014년 치매관리사업 지침. 세종: 보건복지부.

서미경, 김혜련. (2003). *보건의료서비스 공급체계 개선방안*. 서울: 한국보건사회연구원.

성금단. (2011). *건강가정복지서비스의 통합적 성과평가에 관한 연구 : - 건강가정지원센터의 형태를 중심으로*. 박사학위논문, 상명대학교.

약업신문. (2014. 10. 1). *치매예방 국가차원의 대책이 필요한 이유*.

<http://www.yakup.com/opinion/index.html?mode=view&cat=19&mid=2000131346>에서 2015.12.10.에 인출.

양기용. (2013). *사회서비스 공급체계변화와 공공성 : 지역사회서비스 거버넌스를 중심으로*. *한국공공관리학보*, 27(1), pp.89-114.

양성욱, 노연희. (2012). *사회서비스의 공공성은 무엇을 의미하는가? : 사회서비스 주체에 따른 공공성의 내용을 중심으로*. *사회복지연구*, 43(1), pp.31-57.

오병훈. (2005). 노인성 치매의 조기발견과 관리: 광주시 예방관리 사업 모델. *대한임상노인의학회지*, 6(3), pp.301-310.

유금록. (2010). *공공의료서비스의 효율성 평가*. *한국사회와 행정연구*, 21(2), pp.117-140.

유기웅, 정종원, 김영석, 김한별. (2012). *질적연구방법의 이해*. 서울: 박영사.

유미년, 탁현우, 박순애. (2008). *민간위탁에 의한 공공서비스 공급의 효율성 및 효과성 분석*. *한국정책과학학회보*, 12(3), pp.219-244.

이성로. (2005). *민간위탁의 과정과 효과: 어느 중소도시의 사례*. *행정논총*, 43(4), pp.301-326.

이성희. (2004). *치매환자를 위한 서비스 전달체계에 관한 연구*. *사회복지개발연구*, 10(4), pp.337-366.

- 이수경, 오미옥. (2012). 사회서비스 공급체계 공공성의 쟁점과 개선방안 모색. *한국자치행정학보*, 26(3), pp.385-405.
- 이용재. (2005). 지역특성이 보건의료자원 분포의 불평등에 미치는 영향. *상황과 복지*, 21, pp.49-78.
- 이진면, 이건우, 조현승, 최용재, 변창욱, 이상호, 등. (2008). *사회서비스의 경제적 효과분석과 산업화*. 서울: 산업연구원.
- 임을기. (2013). *치매 치료 및 보호서비스 이용에 영향을 미치는 요인*. 박사학위논문, 인제대학교.
- 정은영, 방효중, 문경준, 이광수. (2014). 요양병원 및 장기요양시설의 지역분포 특성에 관한 연구. *대한보건연구*, 40(4), pp.17-28.
- 정철현, 김정한. (2007). 민간위탁의 실패요소에 관한 탐색 연구. *한국행정학회, 한국행정학회 학술대회 발표논문집(5)*. 한국행정학회. pp.239-251.
- 조연숙. (2004). 사회복지서비스의 효과적 민간위탁을 위한 정부의 대응: 플로리다 주를 중심으로. *한국행정논집*, 16(4), pp.837-860.
- 중앙치매센터. (2013). *2013 연차보고서*. 서울: 중앙치매센터.
- 지병문. (2005). 지방정부의 민간 위탁 결정 요인에 관한 이론적 논의. *한국거버넌스학회보*, 12(2), pp.263-287.
- 최병대. (2001). 민간위탁의 효과성 평가: 서울시 탄천하수처리장을 중심으로. *한국행정학회, 한국행정학회 동계학술대회 발표논문집*. 한국행정학회. pp.197-220.
- 허만형, 정윤수. (2001). 서울특별시 민간위탁 효과성 평가: 복지시설. *한국행정학회, 한국행정학회 동계학술대회 발표논문집*. 한국행정학회. pp.155-168.
- 황덕순. (2008). 시장원리 확대와 개인사회서비스의 변화: 영국의 사례. *노동정책연구*, 8(3), pp.63-91.
- 황혜신. (2005). 공공의료서비스 민간위탁의 성과에 관한 연구. *한국행정학보*, 39(1), pp.65-88.
- Avant, D. (2007). Contracting for services in US military operations. *PS-Political Science; Politics*, 40(3), pp.457-460.
- Bloom, Bernard. L. (1984). *Community mental health*. Monterey, California: Brook/Cole Publishing Company.

- Bolland, J. M., & Wilson, J. V. (1994). Three faces of integrative coordination: a model of interorganizational relations in community-based health and human services. *Health services research, 29*(3), pp.341-366.
- Brewer. (2007). Citizen or customer? Complaints handling in the public sector. *International Review of Administrative Sciences, 73*, pp.549-556.
- Bushouse, K. (1999). *The Missing Link: Collective-Choice Policy making in Nonprofit, For-Profit, and Public Child Care Centers*. Presented at the Workshop on the Workshop, June 10-12, Indiana University, Bloomington, Indiana.
- Creswell, J. W. (1998). *Qualitative inquiry and research design: choosing among five traditions*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications. Inc.
- Davies, S. (2008). Contracting out employment services to the third and private sectors: A critique. *Critical Social Policy, 28*(2), pp.136-164.
- DeHoog, Ruth Hoogland, & Lester M. Salamon. (2002). Purchase-of-Service Contracting, in Lester M. Salamon (ed.). *The Tools of Government: A Guide to the New Governance*, New York: Oxford University Press.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2014). *질적연구핸드북* (최옥, 김종백, 김민정, 김평국, 김한별, 김현진, 도승이 등 역). 서울: 아카데미프레스 (원서출판 2005).
- Fang, P., Dong, S., Xiao, J., Liu, C., Feng, X., & Wang, Y. (2010). Regional inequality in health and its determinants: evidence from China. *Health Policy, 94*(1), pp.14-25.
- Gilbert, N., & Terrell, P. (2012). *Dimensions of social welfare policy*. Boston: Allyn and Bacon.
- Greve, Carsten. (2001). New Avenues for Contracting Out and Implications for a Theoretical Framework. *Public Performance & Management Review, 24*(3), pp.270-284.
- Khachaturian, Z. S., Barnes, D., Einstein, R., Johnson, S., Lee, V., & Roses, A. et al. (2010). Developing a national strategy to prevent dementia: Leon Thal Symposium 2009. *Alzheimer's & Dementia, 6*(2), pp.89-97.
- Leifer, B. P. (2003). Early diagnosis of Alzheimer's disease: clinical and economic

- benefits. *Journal of the American Geriatrics Society*, 51(5s2), pp.S281-S288.
- Means, R., Richards, S., & Smith, R. (2008). *Community care: policy and practice*. London: Palgrave Macmillan.
- Musgrave, R. A. (1959). *Theory of public finance; a study in public economy*. New York: McGraw-Hill.
- Singh, P. K., & Singh, L. (2014). Examining inter-generational differentials in maternal health care service utilization: Insights from the Indian Demographic and Health Survey. *Journal of biosocial science*, 46(3), pp.366-385.

장한나는 성균관대학교에서 행정학 박사학위를 취득하고, 현재 한국교육개발원 지방교육재정연구특임센터 연구원으로 재직 중이다. 주요 관심분야는 지방자치, 협력적 거버넌스 등이며, 노인정신보건, 휴먼서비스, 저출산·고령화 등에 대해 연구하고 있다. (E-mail: gkssk8547@naver.com)

A Study on a Regional Difference of Service Delivery System for the Dementia in Local Governments

Jang, Hanna

(Korean Education Development Institute)

The purpose of this study was to analyze inter-locality differences in dementia service delivery. For this study, first, I used regression analysis to identify a different characteristics between business type under the local government management and contracting-out type. Second, I analyze the various differences of two local governments by operational types. The findings are as follows. First, the local governments of municipalities which have experienced rapid population aging and which have an enough number of long-term care hospitals tend to have publicly run dementia service programs. On the other hand, the local governments by operated contracting-out enterprises have abundant medical infrastructures and superior socio-economic conditions. In conclusion, the local governments in a rural community assume the form of business under government management because of a speedy aging and the demand of dementia support services. Nonetheless, rural government are in great shortage of medical manpower and infrastructures than urban governments. Therefore, rural governments for preventing the dementia need to expand manpower and budget for the dementia support services and strengthen a role of the dementia center in community health center to raise expertise of the delivery system for the dementia.

Keywords: Dementia, Service Delivery System, Regional Difference, Publicity Enhancement in Managing Dementia