

정책보고서 2021-73

발 간 등 록 번 호
11-1352000-003230-01



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

치매친화적 지역사회 구축방안 연구

- 치매안심마을과 공공치매환자 케어팜을 중심으로

김세진

주하나·남궁은하·이윤경



■ 연구진

연구책임자	김세진	한국보건사회연구원 부연구위원
공동연구진	주하나	한국보건사회연구원 연구원
	남궁은하	한국보건사회연구원 부연구위원
	이윤경	한국보건사회연구원 연구위원

제|출|문

보건복지부 장관 귀하

본 보고서를 귀부와 용역계약(2021. 9. 16.)한 「치매친화적 지역사회 구축방안 연구」의 보고서로 제출합니다.

2021년 12월
한국보건사회연구원 원장
이 태 수



요 약	1
제1장 서 론	27
제1절 연구의 필요성 및 목적	29
제2절 연구내용 및 방법	31
제2장 치매친화적 지역사회 의미	35
제1절 치매친화적 지역사회	37
제2절 치매안심마을	41
제3절 케어팜(Care Farm)	44
제3장 치매친화적 지역사회 구축을 위한 사업 현황 분석	49
제1절 치매안심마을 운영 현황 및 사례 분석	51
제2절 케어팜 운영 현황 및 사례 분석	89
제4장 치매친화적 지역사회 구축 국외 사례	109
제1절 고령친화도시(Ageing Friendly City)	111
제2절 치매친화적도시(Dementia Friendly City)	123
제3절 케어팜	135
제5장 치매친화적 지역사회 구축 방안	153
제1절 치매안심마을 활성화 방안	155
제2절 치매환자 공공 치유농장 운영 방안	170
제3절 치매친화적 지역사회 구축 방안	182
참고문헌	183

표 목차

〈표 2-1〉 WHO의 국제 치매 공동 대응 계획 7대 실천영역	38
〈표 2-2〉 WHO의 '치매 인식 개선 및 친화적 환경 조성'의 세부 내용	39
〈표 2-3〉 치매안심마을의 정의 및 운영 목적	43
〈표 2-4〉 치매안심마을 운영모델의 목적 및 목표	44
〈표 2-5〉 치유농업의 유형	47
〈표 2-6〉 치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률	48
〈표 3-1〉 치매안심마을 현황	51
〈표 3-2〉 치매안심마을 정의	53
〈표 3-3〉 치매안심마을 목적 또는 목표	55
〈표 3-4〉 치매안심마을 범위	57
〈표 3-5〉 치매안심마을 자율적 운영체계	60
〈표 3-6〉 치매안심마을 신청 및 접수 방법	62
〈표 3-7〉 광역 별 치매안심마을 지정 기준 심사표	63
〈표 3-8〉 치매안심마을 지정 기준 심사 절차 사례(대전광역시)	64
〈표 3-9〉 치매안심마을 지정 기준 심사 절차 사례(서울특별시)	65
〈표 3-10〉 치매안심마을 지역사회 자원조사 방법	67
〈표 3-11〉 치매안심마을 운영위원 참여기관 및 역할	69
〈표 3-12〉 치매안심마을 운영위원회 구성	70
〈표 3-13〉 치매안심마을 교육 내용	72
〈표 3-14〉 치매안심마을 교육사업	73
〈표 3-15〉 치매안심마을 홍보사업 내용	75
〈표 3-16〉 치매안심마을 홍보사업	76
〈표 3-17〉 치매환자 대상 사회활동 지원사업	79
〈표 3-18〉 치매안심마을 내 치매예방 프로그램	81
〈표 3-19〉 환경개선 및 안전환경 조성	82
〈표 3-20〉 치매안전망 구축	83
〈표 3-21〉 치매안심마을 운영 모니터링	84
〈표 3-22〉 치매 파트너 사업과 치매안심마을과의 관계	87
〈표 3-23〉 지역사회 자원 강화 사업과 치매안심마을과의 관계	89
〈표 3-24〉 치유농업사 교과목	92
〈표 3-25〉 치유농업사 시험 과목	92



〈표 3-26〉 충청북도 치매전문 치유농장 인증 절차	93
〈표 3-27〉 충청북도 치매전문 치유농장 인증을 위한 현장실사 점검표	94
〈표 3-28〉 사회적 농업 활성화 지원사업 내용	95
〈표 3-29〉 사회적 농장 지원금 사용 용도	96
〈표 3-30〉 경상북도 치유농장 육성지원 사업의 목적 및 추진방향	98
〈표 3-31〉 경상북도 치유농장 육성지원 사업의 실적	98
〈표 3-32〉 경상북도 치유농장 육성지원 사업 지원금 사용 용도	99
〈표 3-33〉 경상북도 치유농장 육성지원 선정 서면 평가표(안)	101
〈표 3-34〉 경상북도 치유농장 육성지원 선정 발표 평가표(안)	102
〈표 3-35〉 농촌교육농장 인증지표	106
〈표 4-1〉 WHO 고령친화도시 8대 중점 영역	112
〈표 4-2〉 WHO 고령친화도시 국제네트워크 가입 국내 지자체 현황(2021년 12월 기준)	116
〈표 4-3〉 AARP's Livability Index 통계 및 정책 지표	121
〈표 4-4〉 WHO 고령친화도시 8대 영역 및 DFA 서비스 영역 비교	132
〈표 4-5〉 고령친화, 치매친화 지역도시 주요 특징 비교	133
〈표 4-6〉 네덜란드 케어팜의 시대적 발전 양상	138
〈표 4-7〉 연도 별(2005~2018) 네덜란드 케어팜 수	139
〈표 4-8〉 네덜란드 케어팜 서비스 이용 지원 제도	140
〈표 4-9〉 WMO를 통한 케어팜 서비스 이용 절차	142
〈표 4-10〉 네덜란드 케어팜의 운영형태 별 특징	146
〈표 4-11〉 벨기에 농림수산식품부의 케어팜 보조금	149
〈표 5-1〉 치매안심마을의 정의와 목적	156
〈표 5-2〉 사업 신청 및 접수 단계 개편방안	162
〈표 5-3〉 치매안심마을 지정 단계 개편방안	162
〈표 5-4〉 치매안심마을 지정 기준 예시	163
〈표 5-5〉 치매안심마을 지역사회 자원조사 및 발굴 단계 개편방안	165
〈표 5-6〉 치매안심마을 운영위원회 구성 단계 개편방안	166
〈표 5-7〉 치매안심마을 내 프로그램 개편 방안	167
〈표 5-8〉 치매안심마을의 자율적 운영체계 개편방안	169
〈표 5-9〉 네덜란드의 치유농장 유형	173
〈표 5-10〉 치매환자 공공 치유농장 부지 선정	176

〈표 5-11〉 치매환자 공공 치유농장 부지 선정 관련 법	177
〈표 5-12〉 치매환자 공공 치유농장 시설 설비	178
〈표 5-13〉 치매환자 공공 치유농장 시설 설비 시 고려사항	179
〈표 5-14〉 치매환자 공공 치유농장 인력 구성(안)	181
〈표 5-15〉 치매환자 공공 치유농장 프로그램 구성 시 고려사항	182



[그림 1] 치매안심마을 운영체계의 재구성	6
[그림 2] 치매안심마을의 미래	7
[그림 3] 치매환자 공공 치유농장 조성의 방향성	21
[그림 4] 치매친화적 지역사회	25
[그림 1-1] 연구 흐름도	33
[그림 2-1] ADI의 치매친화적 지역사회 구성을 위한 4대 필수 요소	40
[그림 2-2] 그린케어(Green Care)의 다양한 영역	45
[그림 2-3] 케어팜의 의미	46
[그림 3-1] 치매안심마을 단계별 사업 운영 단계	58
[그림 3-2] 경기도 치매안심마을 운영체계	59
[그림 3-3] 광역별 치매안심가맹점 현판	77
[그림 3-4] 치매안심마을 사회활동 지원사업 모델	78
[그림 3-5] 농촌진흥청과 보건복지부의 치매치유농장 MOU	91
[그림 3-6] 경상북도 치유농장 사업추진 체계	100
[그림 4-1] 고령친화 지역사회 돌봄 및 의료서비스 체크리스트	113
[그림 4-2] 대한민국 부산시의 고령친화도시 조성과정(WHO GNAFCC 온라인 플랫폼 예시)	115
[그림 4-3] AARP의 고령친화 지역사회 프로그램 단계	118
[그림 4-4] AARP의 살기좋은 지역사회를 위한 8대 영역	119
[그림 4-5] AARP's Livability Index에 의한 상위 10개 도시(인구 50만 이상)	122
[그림 4-6] Alzheimer's Society 치매친화 지역사회 인증을 위한 기준 및 단계(foundation criteria) ..	124
[그림 4-7] Alzheimer's Society 치매친화 지역사회 10가지 주요 영역	126
[그림 4-8] DFA 치매친화 지역사회 추진 단계	129
[그림 4-9] DFA 치매친화 지역사회 서비스영역별 방향성	130
[그림 4-10] DFA 치매친화 지역사회 서비스영역별 방향성	135
[그림 5-1] 치매안심마을 운영체계의 재구성	159
[그림 5-2] 치매안심마을의 미래	160
[그림 5-3] 치매환자 공공 치유농장 조성의 방향성	174
[그림 5-4] 치매환자 공공 치유농장 운영 형태	175
[그림 5-5] 치매친화적 지역사회	182



요약

1. 연구의 배경 및 목적

- 치매는 치매질환자 개인뿐만 아니라 가족 및 사회에 미치는 신체·경제·정신적 파급효과가 매우 높기에 정부는 2008년 이후 4차례의 치매관리종합계획을 발표하였으며, 2017년 치매국가책임제 시행을 통해 정부는 치매에 대한 국가차원에서의 체계적 개입을 진행하고 있음
- 특히나 ‘제3차 치매관리종합계획’은 1, 2차 계획과는 달리 ‘지역사회 중심의 치매 중증도별 치매 치료·돌봄’을 목표로 하며 지역사회 내에서의 개입을 강조
 - ‘제4차 치매관리종합계획’ 역시 ‘치매환자와 가족, 지역사회가 함께하는 행복한 치매안심사회(Safe from Dementia) 실현’을 비전으로 치매환자의 지역사회 계속 거주 지원을 강조
- ‘치매안심마을’은 ‘치매환자와 가족들이 일상생활을 안전하고 독립적으로 영위하며, 원하는 사회활동에 자유롭게 참여하는 마을’(보건복지부, 2021)로 2021년 기준 전국에 505개가 지정되어있어 양적으로 급격히 확대되었음
- 치매안심마을 시행 이후 3년이 경과된 시점에서, 노인의 지역사회 계속 거주를 위한 지역사회 내 치매친화적 환경 구축의 기초 단위 사업인 ‘치매안심마을’의 현재 상황에 대한 점검 및 효과적 운영방안에 대한 논의가 필요함
- 또한 증가하는 치매환자에 대한 실효성 있는 치료와 보호자 부양 부담 완화에 대한 요구, 독거노인 고독사 등 통합 돌봄에 대한 사회적 요구와 도시재생사업에 대한 요구가 결합되어 치매친화적 지역사회 구축의 한 방안으로 지역공동체에서의 ‘케어팜(care farm)’ 운영 및 활용에 대한 논의가 이어지고 있음(Ibsen, Patil, Kirkevold, Eriksen, 2020)
- 국내에서는 농진청, 농식품부, 산림청 등에서 ‘치유농장’을 운영 중으로, 각 부처에서 실시하고 있는 케어팜은 ‘치매안심센터’와의 연계를 통해 운영되고 있으며, 보다 체계적인 케어팜 운영을 위한 운영모델 개발 필요

- 따라서 치매환자의 지역사회 계속 거주를 위한 치매친화적 지역사회 구축을 위해서는 치매 노인이 지역사회 내에서 안전하게 거주할 수 있는 치매안심마을의 체계적 운영을 위한 가이드라인 개발과 이들의 지역 친화적 치료를 위한 케어팜 운영 방안 마련 필요

2. 치매친화적 사회의 의미

- 치매친화적 사회에 대한 정의는 WHO, 국제알츠하이머협회(ADI), Alzheimer's society 각 지회(예-영국, 미국 등) 등에서 다양하게 정의하여 제시
 - (WHO) 치매환자, 돌봄제공자 및 가족의 삶의 질과 존엄성을 보장하기 위하여 모든 이들에게 건강과 참여 및 안전과 관련된 기회를 제공할 수 있는 환경이 구축된 사회
 - (국제알츠하이머협회-Alzheimer's Disease International) 치매환자에 대한 낙인을 줄이고, 치매환자가 자신의 삶에 대한 결정을 내릴 수 있도록 권한을 부여하는 도시(city), 타운(town), 마을(village)로, 치매환자를 중심으로 지역사회-조직-파트너십이 유기적으로 연계되어야 함
 - (Alzheimer's society 영국) 치매환자가 이해·존중받고, 나아가 기여할 수 있는 도시, 타운 마을로 지역주민은 치매에 대해 이해하고, 치매환자는 지역사회 일원으로 느끼며 자기주도적으로 살 수 있는 지역사회
 - 치매친화적 지역사회 조성을 위해 노력할 것을 입증한 지역을 대상으로 치매친화 지역사회 인증제도 운영
 - 인증지역은 치매친화운동 마크를 받고, 관련 지원과 정보를 공유받을 수 있음
 - (Alzheimer's society 미국) 치매환자가 지역사회에 계속 거주하며, 적극적으로 참여할 수 있는 지역사회
 - DFA(Dementia Friendly America)의 치매친화적 지역사회 조성 운동이 진행되고 있으며, DFA 네트워크 가입은 치매친화지역이라는 인증제도라기 보다는 각 소속 지역이 치매친화적 지역사회가 되기 위해 노력하고 있음을 인증하는 것으로 별도의 관리·감독은 이루어지지 않고 있음

- 본 연구에서는 ‘치매친화적 지역사회’를 ‘치매에 대한 이해와 인식을 바탕으로 치매환자와 가족이 안전하고 자유롭게 지역사회 내에서 살아갈 수 있으며, 일반 국민들도 치매에 대한 두려움 없이 살아갈 수 있는 지역사회’로 정의하고자 함
- 치매친화적 지역사회 환경은 ‘치매환자(돌봄 제공자 포함)의 안전한 삶이 보장되는 환경’을 말하며, 그러한 환경은 치매환자(돌봄 제공자 포함)와 지역사회, 각종 조직들이 유기적으로 연계되어 구축되어야 함

3. 치매안심마을

가. 치매안심마을의 정의와 목적의 재설정

- 제3차 치매관리종합계획에서 언급되었던 초기 치매안심마을은 ‘인식개선’을 주된 사업 내용으로 하였으나, 2018년 시범사업 이후 ‘인식개선’과 ‘치매환자와 가족들이 일상을 영위할 수 있는 환경 마련’으로 변화됨
- 현재의 치매안심마을은 치매환자와 가족들이 일상생활을 안전하고 독립적으로 영위하며, 원하는 사회활동에 자유롭게 참여하는 마을 / 지역사회 구성원들이 치매에 대해 올바르게 이해하고 치매환자와 가족을 지원함에 있어서 필요한 지식과 태도를 갖춘 치매친화적인 환경의 마을로 정의됨
 - 치매안심마을은 치매친화적 지역사회 구축을 위한 다양한 자원들이 집중된 형태로 볼 수 있으나, 치매안심마을에 대한 정의와 목적이 불분명하여, 지역별로 상이하게 운영되고 있음
 - 중앙차원의 명확한 정의와 목적, 방향성 설정이 필요함

□ 치매안심마을의 정의 및 목적

- (정의) 치매친화적 지역사회 구축을 위한 선도적 지역인 치매안심마을이 증가하게 된다면 결국 지역사회 전체가 치매친화적 환경을 구축할 수 있게 될 것이며, 이것이 치매안심마을 사업의 지향점이 될 것임

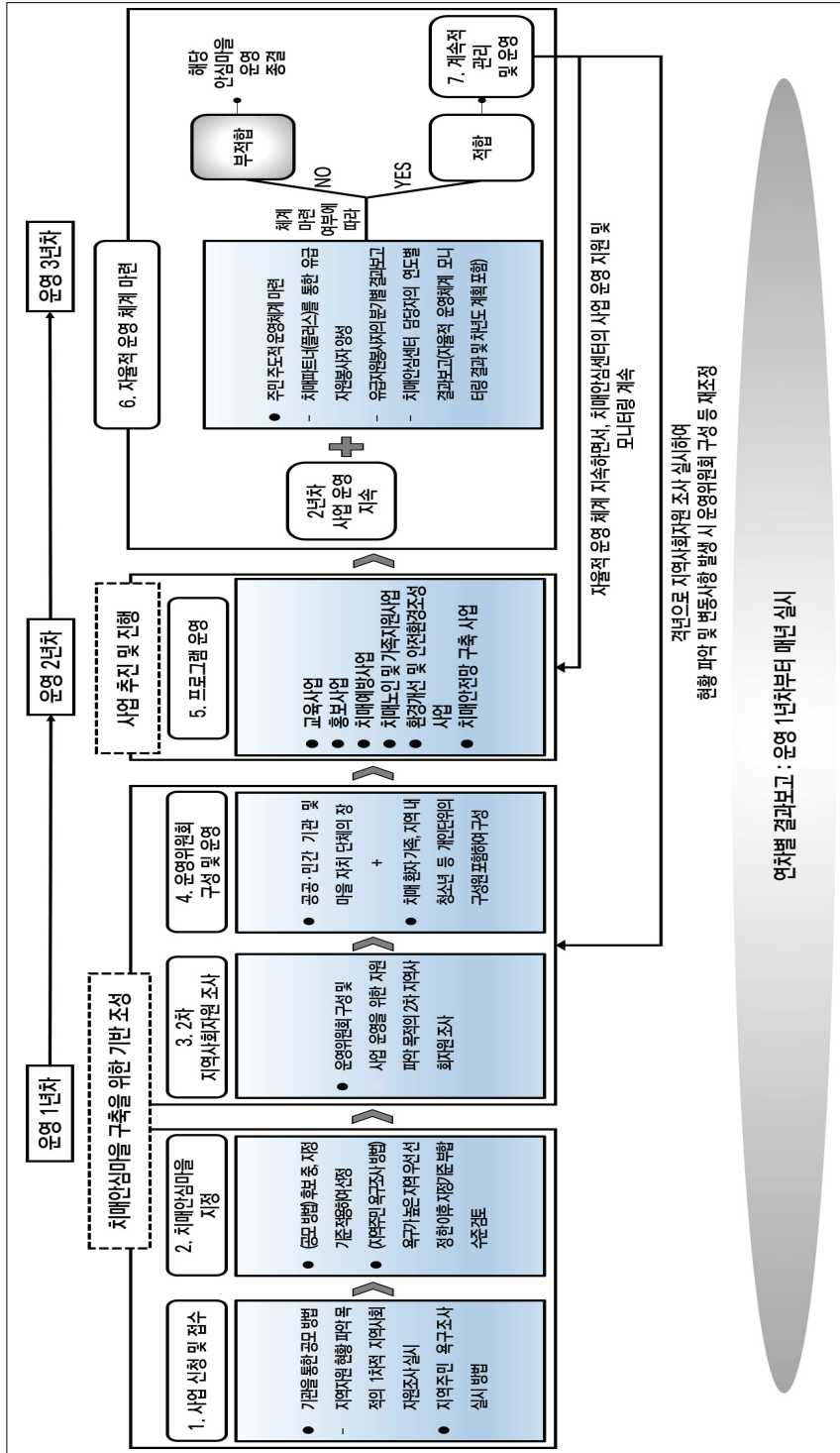
- 치매안심마을은 치매에 대한 이해와 인식을 바탕으로 치매환자와 가족이 안전하고 자유롭게 지역사회 내에서 살아갈 수 있으며, 일반 국민들도 치매에 대한 두려움 없이 살아갈 수 있는 지역사회 마련을 위한 선도 지역
- (목적) 치매에 대한 이해와 인식을 바탕으로 치매환자와 가족이 안전하고 자유롭게 지역사회 내에서 살아갈 수 있으며, 일반 국민들도 치매에 대한 두려움 없이 살아갈 수 있는 지역사회 환경 조성
- 즉, 치매친화적 지역사회 환경 구축이 치매안심마을의 목적이라 볼 수 있음
- (수행단위) 기존 행정구역 단위가 아닌 치매안심센터를 주축으로 한 해당 지역의 일부로 볼 수 있음

나. 치매안심마을 사업 운영 방식의 체계화

- 치매안심마을은 궁극적으로 치매친화적인 지역사회 구축을 위해 단년도의 사업이 아닌 다년도 계속 사업으로 운영될 필요가 있으며, 사업의 지속성을 유지하기 위한 방안 마련 필요
- (1년 차-준비 단계) 치매안심마을 사업 운영을 위한 제반의 자원을 구축하는 기간
 - (사업 공모 및 신청 단계) 지역 내 주민들의 치매안심마을에 대한 욕구 조사를 통해 치매안심마을에 대한 지역주민들의 욕구를 파악하고, 지역 내 기관에 치매안심마을 신청에 대한 공문을 발송하여 사업을 공모
 - (치매안심마을 지정 단계) 1단계에서 지원한 마을 중 치매안심마을 지정 기준에 따라 사업 운영이 가능한 마을을 선정하는 단계
 - (지역사회 자원조사 단계) 여기에서의 지역사회 자원조사는 사업 공모 및 신청 단계에서 수행되는 지역사회 자원조사와는 다르게, 지정된 치매안심마을의 지역자원을 보다 심층적으로 조사하는 단계
 - (운영위원회 구성 및 운영 단계) 지역 내 운영위원 구성
- (2년 차-사업 추진 단계) 1년 차에서 마련된 기반을 바탕으로 구체적인 사업을 수행하는 단계

- 교육사업, 홍보사업, 치매예방사업, 치매환자 및 가족지원사업(구, 사회활동 지원사업), 환경 개선 및 안전환경 조성 사업, 치매안전망 구축 사업 등이 이루어지는 단계
 - 각 치매안심마을은 치매안심마을의 상황에 맞게 위의 사업내용 중 필요한 사업 내용들을 선택하여 운영할 수 있음
- (3년 차-모니터링 단계) 2년 차 사업의 계속적 수행과 함께 치매안심마을이 자율적으로 운영될 수 있는 체계를 마련하는 단계
- 치매안심마을의 확산을 위해서는 치매안심센터에서 계속적인 집중적 자원 투자를 하기보다는 1, 2차 년도에 사업을 운영할 수 있는 틀을 구축한 뒤 3차 년도에 자율적 운영체계를 구성하면서 지속적인 확대를 할 때 사업의 지속성과 확대가 모두 가능
 - 이에 3년 차에서는 자율적 운영체계를 마련할 수 있는 기반을 조성하고, 자율적 기반이 마련된 경우에 사업을 지속 운영하며, 그렇지 않은 경우는 사업을 종결하는 방식으로 체계가 마련되어야 할 것임
 - 3년 차에서 자율적 운영체계의 적합 판정을 받은 치매안심마을은 체계를 유지하여 운영을 지속하면서, 치매안심센터의 사업 운영 지원 및 모니터링을 받으며 간헐적으로 관리를 받을 수 있음
- (계속 사업) 각각의 연차별 단계에 결과보고서를 작성하여 사업의 진행에 대한 계속적인 모니터링을 매년 수행
- (예산 관련) 치매안심마을의 확대 과정과 3차 년도에 걸친 사업 진행과정에서 발생하는 인력 및 예산 추가 소요에 대한 구체적 방안 마련이 필요
- 예산집행에 있어 현재 치매안심마을 예산은 치매안심센터 운영 예산의 일부로 활용 중
 - 치매안심마을 예산 사용과 관련하여 치매안심센터 운영 예산의 n% 이상 사용과 같은 규제보다는 치매안심마을 1개소 당 예산을 추가적으로 지원하는 방법 등을 통해 치매안심마을 확대를 위한 인적·물적 자원을 확보할 필요

[그림 1] 치매안심마을 운영체계의 재구성



다. 치매안심마을 사업 수행 과정별 현황 및 개선방안

1) (1단계) 사업 신청 및 접수 단계(욕구 조사 병행)

- (과제) 현재의 치매안심마을 사업 신청 및 접수 단계는 행정복지센터를 통한 공모를 중심으로 운영되고 있으며, 지역주민의 욕구 반영 기제는 부족
 - (신청 및 접수) 치매안심마을은 지역 중심 사업이며, 지역주민의 참여가 매우 중요하므로 일부 주요 단체에 의존하기보다는 다각적 차원에서의 접근 필요
 - (자원조사) 지역사회 자원조사와 치매안심마을 지정과정의 선후관계 혼란
- (방안-신청 및 접수) 현재의 기관 중심의 공모를 통한 접근 & 지역주민 욕구 조사 결과를 통한 접근
 - (공모) 기존과 같이 지역 내 행정복지센터에 사업을 홍보하고 사업 신청 관련 공문을 발송하여 신청을 받는 방법
 - (욕구 조사) 지역주민, 치매안심센터 등록 치매환자 및 가족, 지역 내 경로당 이용자 등을 대상으로 지역 내 치매안심마을을 희망에 대한 욕구 조사를 일차적으로 실시하여, 주민의 욕구가 높은 지역을 대상으로 선정
 - 위 두 방법 모두 활용 가능하며, 지역 내 행정복지센터의 비협조로 인하여 공모가 진행되지 않을 경우에는 욕구 조사를 기반으로 일차적으로 지역 선정
- (방안-지역사회 자원조사) 신청과정에서의 1차적 지역사회 자원조사와 지정 이후 지역사회 자원조사 두 가지 형태의 지역사회 자원조사 진행될 필요 있음
 - 지역사회 자원은 신청단계에서도 마을 지정을 위한 중요한 기준이 될 수 있으며, 지정 이후의 사업 운영단계에서도 중요한 정보로 활용될 수 있음

2) (2단계) 치매안심마을 지정 단계

- (과제) 지정을 위한 고려사항만 제시되어있으며, 지정 기준에 대한 가이드라인 부재

- (지정 기준) 치매정책사업안내에 지정 기준이 있으나, 명확한 지침 부재
- (방안-신청접수방법별 지정) 치매안심마을 지정은 앞서 제시된 공모방법과 욕구 조사 방법에 따라 상이하게 적용되므로 이에 대한 가이드라인 제공 필요
- (공모) 지역에서 제시한 지정 기준에 따라 기존의 방법을 유지하여 선정하며, 관련 지표에 주민의 욕구 수준을 포함하여 진행
- (욕구 조사) 욕구가 높은 지역을 우선으로 선정한 뒤 해당 지역의 지정 기준 부합 수준을 검토하는 방법으로 진행
- (방안-지정 기준) 치매안심마을 지정 단계 고려사항 정의 및 해석 필요
- 기본적 정의 및 기준을 바탕으로 지역에서는 각 지역의 특성을 고려하여 지표에 대한 배점을 달리하여 지표를 선택하여 사용할 수 있도록 할 필요 있음

3) (3단계) 지역사회 자원조사 및 발굴 단계

- (과제) 수행 시기, 활용 방법, 지역자원의 기준 등에 대한 명확한 기준 부재
- (수행 시기) 사업신청서 내 지역자원 현황을 작성하는 방식과 치매안심마을 지정 이후 운영위원회 구성 및 사업 운영을 위한 자원 파악을 위해 진행하는 방식으로 운영 중이며, 일부 지역에서는 이 둘 중 하나의 방법으로만 수행
 - 두 조사의 성격은 상이하며, 모두 필요한 조사임
- (수행 방법) 지역사회 자원조사를 통하여 발굴한 지역자원은 기관명, 대표자, 연락처, 주소만 기재
- (지역자원의 기준) 지역자원에 대한 예시가 제시되어있으나, 실제 지역에서는 ‘기관’, ‘단체’만을 지역자원으로 정의하여 지역별 지역자원의 포괄 수준이 상이함
- (지역사회 자원조사 주기) 지역사회 자원조사는 지역 내 자원이 변화되므로 정기적 실시가 필요하나 이에 대한 기준 없음

- (방안-수행 시기) (1단계) 사업 신청 및 접수 단계의 지역자원 현황 파악과 (3단계) 지역사회 자원조사 및 발굴 단계의 두 단계에서 각각 진행
 - (1단계에서의 1차 조사) 사업 신청 및 접수 단계에서는 사업신청서 내에 신청자가 지역자원 현황을 작성하도록 하는 방법
 - (3단계에서의 2차 조사) 지역사회 자원조사 및 발굴 단계에서는 치매안심마을 지정 이후 운영위원회 구성 및 홍보사업 등을 위해 지역자원을 조사하는 것으로, 현재와 같이 치매안심센터 직원이 유선, 방문, 온라인 등의 방법을 통해 지역자원을 조사
- (방안-수행 방법) 해당 자원을 사업에 바로 적용할 수 있도록 하기 위해서는 해당 자원의 기초정보(기관명, 대표자, 연락처, 주소)뿐만 아니라 지역 내 협조 정도, 해당 기관을 통해 향후 이용 가능한 자원, 현재의 협력 관계, 주된 업무 관계자 등을 파악하여 기록할 수 있도록 양식 개선 필요
- (방안-지역자원의 기준) ‘지역자원’에 대한 명확한 기준제시 필요
 - 지역자원은 ‘기관’, ‘단체’뿐만 아니라 공간 이용이 가능한 장소, 지역 내 축제 등 지역사회 내 활용 가능한 모든 자원임을 명확히 명시하며, 다양한 지역자원 예시들을 제시
- (방안-지역사회 자원조사 진행 주기) 지역자원은 계속적으로 변화되며 특히나 개별상점 등은 개·폐업이 자주 발생하기 때문에 격년 실시 필요

4) (4단계) 운영위원회 구성 단계

- (과제) 운영위원 구성 및 참여 독려 문제
 - (운영위원회 구성) 기관 및 단체의 장을 중심으로 구성
 - (운영위원회 참여 독려) 운영위원회 참여 단체는 치매극복선도단체로 활동을 하게 되면서 현판 부착 및 감사패 수여 등과 같은 상징적 의미의 인센티브 제공

- (방안-운영위원회 구성) 지역 내 단체 이외에도 치매환자의 가족, 지역 내 청소년 등 다양한 사람들이 참여할 수 있도록 참여자 범위의 확대 필요
- (방안-운영위원회 협의체 조직) 시·군·구 단위에서의 치매안심마을 운영위원회 협의체 조직이 필요
 - 치매안심마을의 계속적 확대 과정에서 치매안심마을이 자율적으로 운영되는 구조를 갖추기 위해서는 치매안심마을 별 운영위원회 외에 운영위원회 협의체 조직 구성을 통한 지역 간 연계 등을 활성화할 필요 있음
- (방안-운영위원회 참여 독려) 실질적 인센티브 제공이 필요

5) (5단계) 치매안심마을 내 프로그램 운영 단계

- (과제-사업 분류체계) 치매안심마을 내 프로그램은 교육사업, 홍보사업, 사회활동 지원사업으로 분류되며, 운영매뉴얼에 준하여 각각의 사업이 운영 중
 - 치매안심마을에서는 이들 사업 외에도 치매예방 프로그램, 환경개선 및 안전 환경 조성, 치매안전망 구축과 같이 기존 사업분류체계에 해당되지 않지만, 치매친화적 지역사회 구축을 위해 필요한 다양한 사업들을 운영 중임
- (방안-사업 분류체계 재구성 및 사업안내 명확화) 현재의 사업 중 일부 유지, 변경 및 신설이 필요하며, 이들 각각의 사업에 대한 예시들을 제시하여 각 지역에서 지역의 특성에 맞는 프로그램들을 선택하여 활용할 수 있도록 안내할 필요
- (방안-홍보사업) 홍보 및 인식개선 사업으로 명칭 변경
 - (사업명 변경) 홍보사업은 치매안심마을 및 치매에 대한 홍보뿐만 아니라 치매에 대한 인식개선도 포괄하는 내용으로 포괄적 명칭으로 변경 필요
 - (치매안심가맹점 현판 통일) 치매안심가맹점의 명칭과 현판은 지역별 상이하게 제작하여 배포되고 있으나, 정부 차원에서 진행하는 사업의 신뢰성을 향상하기 위해서는 중앙차원의 통일된 명칭과 현판 마련 필요

□ (방안-사회활동 지원 사업) 치매환자 및 가족 지원 사업으로 명칭 변경

○ 사회활동 지원사업은 치매환자 지원 서비스 전체를 포괄하는 사업으로 정서지원, 도구지원, 정보지원 프로그램으로 구성되어있으나, 해당 내용을 '사회참여'로 한정하여 명명하여 사업의 명칭이 사업의 내용 전체를 포괄하지 못함

□ (방안-사업 내용 일부 신설) 실제 진행되고 있는 사업 내용들을 반영한 프로그램 카테고리 추가 필요

○ 많은 지역들에서 치매예방 프로그램, 환경개선 및 안전환경 조성, 치매안전망 구축과 같은 다양한 프로그램을 진행하고 있음에도 불구하고 치매안심마을 사업 내 분류체계 부재함.

6) (6단계) 자율적 운영체계 마련 단계

□ (과제) 치매안심마을의 운영체계에 대한 전반적 논의가 이루어지고 있지 않으며, 대부분의 지역에서 자율적 운영체계 마련에 대한 고려 부재

○ 치매안심마을은 다년도 지속관리 사업으로 운영되도록 치매정책 사업안내에서 제시하고 있지만, 사업의 지속 운영을 위한 대안을 마련한 지역은 거의 없음

□ (방안) 3년 단위 사업 수행을 통해 3년 차 사업에서는 자율적 운영체계 마련을 위한 주민주도형 자율적 운영체계 마련을 위한 대안 제시

○ 치매안심센터는 치매안심마을 초기 사업계획 시부터 자율적 운영체계에 대해 반드시 고려해야 함

○ (고려사항 1) 치매안심마을의 자율적 운영을 위한 인력 마련 방안 제시

- 치매파트너스 또는 파트너 플러스 등을 대상으로 유급자원봉사자로 임명하여 본인 거주지역 내 치매안심마을 관리할 수 있는 체계 마련

○ (고려사항 2) 유급자원봉사자를 활용한 치매안심마을 지속적 모니터링

- (고려사항 3) 치매안심센터 담당자는 유급자원봉사자로부터 받은 분기별 결과 보고서를 바탕으로 연도별 결과보고서 작성
 - 차년도 자율적 운영 계획이 누락된 경우 치매안심마을 운영에 대해 '부적합' 판정을 받게 되며, 해당 치매안심마을은 폐소 조치

7) (7단계) 계속적 관리 단계

- 자율적 운영체계가 마련이 되면, 치매안심마을은 계속적으로 운영될 수 있음
 - 이에 치매안심센터에서는 해당 지역의 치매안심마을 사업 운영을 계속 지원하며, 모니터링을 유지하는 방법으로 진행
 - 치매안심마을 자율적 운영 단계에서 운영상 체계 변동(지역자원의 급격한 변동, 운영위원의 변경 등)이 발생할 경우 치매안심센터 담당자의 개입 필요
- 현재의 결과 보고 형태의 변화가 필요
 - 현재의 결과보고서 양식의 변화와 함께 결과 보고에 대한 피드백이 이루어질 수 있는 체계 마련 필요

라. 치매안심센터 내 타 프로그램과의 관계 정립

- 치매안심마을의 사업 내용 중, 치매안심센터에서 해당 지역 전체를 포괄할 수 있는 타 사업의 내용들은 제외하며 치매안심마을 사업 내 주요 사업들에 집중할 수 있는 기제 마련이 필요
 - 치매안심센터에서 진행하는 지역사회 자원조사 및 발굴 등의 사업을 전 지역으로 확대할 경우 치매안심마을의 지역사회 자원조사는 중복사업 우려 발생
- 치매안심마을은 지역사회 내 치매환자가 안전하게 거주할 수 있는 환경 구성을 위해 치매안심센터의 사업들이 집약적으로 실시되는 곳으로 본 연구에서 정의한 '선도적 지역'의 의미가 현재의 사업구성에도 그대로 나타난다고 볼 수 있음

- 기존의 사업체제와 치매안심마을 내 사업들 간의 조율을 통해 치매안심마을 사업의 발전과 지역사회 전반의 치매친화적 환경 구축을 위한 환경 조성 가능

마. 지역사회 참여 독려를 위한 기제 마련

- 개인 사업체뿐만 아니라 지역 내 공공기관에서도 협조가 잘 이루어지지 않는 경우가 많은 것으로 나타나 지역사회의 민·관 기관뿐만 아니라 개인의 참여 독려를 위한 기제 마련이 필요

4. 치매환자 공공 치유농장

가. 케어팜의 정의

- 농업(farming)과 치유(care)가 결합된 용어인 케어팜은 '치유를 제공하기 위한 농업의 활용(Using farming to provide care)'이라는 의미를 내포하고 있으며, 이에 대한 관심이 증가하고 있음
- 케어팜은 농업 생산활동과 케어서비스가 결합된 개념으로 개인농가나 민간조직, 의료·보건 시설 등에서 농장 전체 또는 일부를 활용하여 그린케어 서비스를 제공하는 것임
 - 모든 케어팜은 '케어'의 일부 요소를 제공해야 하며, 여기서 '케어'는 건강 관리, 사회 재활, 교육, 고용의 영역을 포함
- 국내의 '케어팜(Care farm)'에 대한 연구는 2013년부터 본격적으로 시작되었으며, '치유농업(Care farming), 사회적 농업(Social Farming), 녹색치유농업(Green care farming), 건강을 위한 농업(farming for health)' 등으로 정의
- 치료적 가치를 중심으로 하는 의미로 접근하여 주로 '치유농업(care farming)'이라 정의
- '치유농업(care farming)'은 농업 생산을 주요 목표로 하는 운영에서부터 케어 서비스 제공에 중점을 둔 농장까지 다양한 유형의 케어팜이 존재함

- 치유농업은 목적에 따라 ‘치유 중심’, ‘고용 중심’, ‘교육 중심’으로 나눌 수 있으며, 농업 생산과 치유 중 무엇을 중점으로 두느냐에 따라 ‘농업 생산 측면’과 ‘치유 측면’ 치유농장으로 구분됨(이윤정, 2016)
- ‘치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률(치유농업법)’이 2021년 3월 제정되면서 치유농업에 대한 정의가 명확해졌으며, 치유농업을 위한 법적 기반이 마련됨

나. 국내의 케어팜 운영 현황

1) 농진청-치유농업/치유농장

- 치유농업은 인지증재접근법에 기반하여 치유농업프로그램 등을 제공함으로써 인 지건강을 개선하는 것을 목적으로 함
- 농촌진흥청과 보건복지부의 MOU를 통하여 2021년부터 프로그램 운영 중
 - (농진청) 협력과제 총괄, 치유농업 프로그램 개발·보급·운영 등
 - (복지부) 치유농업 프로그램 참여자 모집, 예산·인력 지원, 효과평가 등

2) 농림축산식품부-사회적 농장

- 사회적 농업을 통해 취약계층의 자활과 고용을 유도하여 사회 통합을 실현하고 관련된 일자리 창출과 공동체를 활성화하는 것을 목적으로 함
- 사회적 농장은 사회적 농업 활동 운영비, 사회적 농업 조직과 지역사회의 네트 워크 구축비, 사회적 농업 활동에 따른 시설비를 지원받을 수 있음
 - 사회적 농장은 5년간 평균 60백만원(국비 70%, 지방비 30%) 지원
- 2개 치매안심센터에서 2건의 프로그램 진행 중

3) 산림청-국립산림치유원 및 치유의 숲

- 인체의 면역력을 높이고 건강 증진을 목적으로 산림의 다양한 환경요소를 활용할 수 있도록 조성한 산림으로 다양한 산림의 환경요소를 활용하여 산림치유지도사가 산림치유를 실행하고 그 효과를 평가할 수 있는 시설이 마련되어 있는 곳임
- 전국 37개의 운영 중이며, 49개 치매안심센터에서 72건의 프로그램 진행

4) 경상북도 치유농장 육성 지원 사업

- 농가 소득원 확충과 농업인의 일자리 마련을 통한 농촌 활력 증진, 도민의 심신 안정과 휴식 제공을 위해 2017년부터 치유농장 육성지원사업을 수행
- (사업대상) 농업인 또는 농업법인으로 치유농업 관련 교육과정을 100시간 이상 이수 또는 관련 자격증을 소지하고 치유농업을 실천하고 있는 농장이거나 농식품부 사회적 농업 활성화 지원 사업 지원대상자로 선정된 농장
- (사업 참여대상) '건강한 삶을 유지하기 위해 농업·농촌을 통한 심신의 안정과 휴식이 필요한 자'로 전문적인 치료나 요양이 필요한 경우는 제외
- (지원내용) 치유농장 조성과 치유프로그램 개발 및 운영을 위한 지원
 - 개소 당 50~300만원(도비 15%, 시·군비 35%, 자부담 50%) 지원

5) 전주시 발달장애인 치유농장

- 전주시 발달장애인 치유농장은 국유지를 활용한 치유농장으로 전주시와 한국자산관리공사의 협업으로 2020년부터 추진되었으며, 2021년 처음으로 사업을 진행
- (설립 과정) 한국자산관리공사의 사회공헌사업으로 한국자산관리공사는 국유지를 제공하고, 전주시는 사업의 운영체계를 구성하여 사업을 운영하는 방법으로 협업체계를 구성
- (사업 수행 주체) 한국장애인부모회 전주시회

- 국유지는 ‘국유재산법’에 따라 ‘대여’의 형태로 사용 가능하나, 전주시에서 이를 직접 운영할 수 없어 ‘한국장애인부모회’를 사업 수행 기관으로 선정
- 연간사용료는 10만원으로 국유재산법에 따라 한국장애인부모회와 한국자산관리공사의 대부계약을 통해 계약 유지 중이며, 해당 계약은 1년 단위 갱신으로 진행
- (시설 설비 과정) 도 출연기관과의 협업으로 농장진입을 출연기관을 통해 가능하도록 정비하였으며, 화장실, 프로그램 운영실, 주차장은 출연기관의 자원 활용
- (운영 예산) 비예산 사업. 필요 예산은 후원처를 발굴하여 기부금으로 수행
- (프로그램 운영) 전주시 내 발달장애인기관 10개소에서 본 사업에 참여 중
- (운영 인력) 치유농장 운영을 위한 농장 관리 인력, 프로그램 진행 인력 필요
 - 농장 관리 인력, 작물 재배 인력, 프로그램 진행 인력

6) 농촌교육농장

- 교육농장(Educational farm)은 수요자가 실제 운영 중인 농장을 방문하여 현장에서 이루어지는 교육활동을 체험할 수 있도록 구성된 시설/프로그램
- 2006년에 처음 시작하였으며, 2021년 현재 1,128개소 운영 중
- 2018년부터 품질인증제도를 통해 농장의 질을 확보하였으며, 유효기간은 3년임
- 2021년 인증 유효농장은 전국에 221개소가 운영 중(인증패, 인증마크 제공)

다. 각국의 케어팜 운영 사례

1) 네덜란드

- 케어팜 운영자는 사회지원법(WMO), 장기요양보험제도(WLZ), 청소년보호법(JW), 건강보험법(ZVW) 등을 통해 서비스 제공 비용을 지원받을 수 있으며, 그 외 PGB 등을 통해 국가의 지원을 받아 케어팜 이용자가 서비스 비용 직접 지불

- 케어팜에 대한 지원은 지자체 차원으로 전환되어 중앙정부보다는 지자체의 역할이 더욱 확대됨(2018년 기준 1,250개 운영 중이며, 인증 케어팜은 820개)
- (수행 체계) 네덜란드의 보건복지스포츠부(Ministry of Health, Welfare and Sports)와 지자체는 케어팜 이용과 관련된 재정적 지원을 담당
 - 국가단위 네트워크 조직인 '케어팜 연맹(Federation Agriculture and Care)'에서 케어팜 서비스 관리 제도(전문성 보완교육, 인증, 관리 등)를 수행
- (케어팜 유형 1) 케어서비스와 농업 생산의 결합 방식에 따른 분류
 - (유형 1) 케어팜의 이용자가 특정 대상에 국한되지 않고, 모든 이용자를 대상으로 개방되어 있는 케어팜
 - (유형 2) 약 3~4명의 케어팜 이용자가 농업인의 농업 활동을 도와 농업 생산의 효율성을 추구하고 있는 케어팜
 - (유형 3) 케어 서비스 제공의 기능이 농업 생산과 일부 연계되어 효율성을 추구하고 있는 케어팜
 - (유형 4) 이용자가 최적으로 참여할 수 있도록 농업 생산 기능의 비율을 일부 조정한 케어팜
 - (유형 5) 케어 서비스 제공이 중심이고, 농업 생산이 이를 일부 뒷받침하고 있는 케어팜
 - (유형 6) 온전히 요양기관으로서 기능하는 케어팜
- (케어팜 유형 2) 운영방식에 따른 분류
 - (유형 1) 치유기관 소속 농장
 - 치유기관 내에 소속되어 치유를 위한 활동을 하는 농장
 - (유형 2) AWBZ 승인 농장
 - AWBZ 승인을 받은 케어팜은 공식적인 치유기관으로서 인정
 - (유형 3) 보건·의료기관과의 협력 농장(대다수의 형태임)

- 보건기관이 케어팜에서의 치유활동에 대한 비용 지급, 농장주는 보건기관과 예산과 관련된 협상을 실시
- (유형 4) 독립적인 케어팜
 - 이용자가 농장주에게 서비스 비용을 개인적으로 지불
- (유형 5) 무보상 농장

2) 벨기에

- (수행 체계) 농림수산물부, 녹색치유센터, 지역단위의 협동조합, 전문교육센터를 중심으로 운영됨
- (농림수산물부) 전문 농업인은 농림수산물부에 케어팜 운영 보조금 신청
- (농림수산물부 지방사무소) 케어팜 보조금 수혜에 대한 관리·감독 수행
- (녹색치유센터) 치유농업 촉진을 위한 비영리 민간기관
- (보조금) 보조금은 케어 제공에 따른 지원이 아닌, 케어를 제공함으로써 발생하는 농업 생산 시간의 손실에 따른 보상 차원에서 이루어짐
- (수준) 보조금은 케어팜 이용자 수와 관계없이 하루(1일, 6시간)에 최대 40유로 지원되며 반일(3시간)의 경우 20유로가 지원됨
- (대상) 일정 소득 등의 조건을 충족해야 하며, 법적으로 ‘농업인’이어야 함

3) 미국

- (운영 주체) 개인 또는 비영리·영리단체의 기관, 시 또는 주정부
- (운영비 지원) 세 가지 체계로 지원
 - (유형 1) 기부금 및 케어팜 이용자의 이용비 지불 수입을 통한 운영(다수)
 - (유형 2) 케어팜을 통해 생산된 농산물, 가공식품, 공예품 등 판매 또는 카페나

가게 등을 운영한 부수입으로 운영

○ (유형 3) 지방정부 또는 시의 보조금으로 운영되는 농장(소수)

□ (운영 형태) 농업과 자연을 활용한 다양한 형태의 케어팜이 운영 중

○ (유형 1) 병원과 연계되어 운영되는 치료정원

○ (유형 2) 주(state) 내에 위치한 지역사회 텃밭

○ (유형 3) 기숙형 치료공동체 마을 형식의 케어팜

라. 치매환자 공공 치유농장 조성

1) 치매환자 치유농업의 정의

□ (치매환자 대상 치유농업) 치매환자를 대상으로 다양한 농업·농촌 자원을 이용하여 치유 서비스를 제공하는 것

○ 치매환자는 상당수가 노인으로 노화로 인하여 신체 기능이 저하되었으며, 인지 기능이 낮은 대상이 대부분으로 교육과 고용의 치유농업은 참여할 수 없는 경우가 많으며, 이들은 ‘치유 서비스 제공’을 주된 목적으로 하는 ‘치유 중심 치유농업’이 우선되어야 함

□ (치매환자 대상 치유농장) 치매환자의 특성을 반영하여 이들이 치유농업에 참여할 수 있는 공간

○ 치유농업법에 따르면 ‘치유농업시설’이란 치유농업과 관련된 활동을 할 수 있도록 이용자의 치유 효과와 안전을 고려하여 적합하게 조성한 시설(장비)

2) 치매환자 공공 치유농장 조성의 방향성

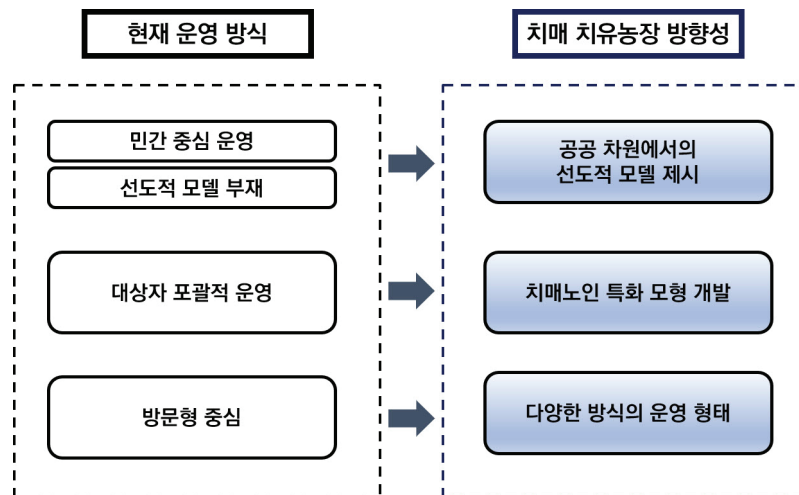
□ 국내의 치유농장 사례의 한계

○ (한계 1) 치유농업은 진행 역사가 길지 않은 초기단계로 다양한 측면에서의 체계

적 시스템 구축이 필요

- (한계 2) 인프라 확대 과정에서 대부분 민간을 중심으로 운영되고 있어 공공차원에
서의 선도적 모델이 부재
- (한계 3) 대상자의 특성을 반영한 전문적 프로그램 부재
- (한계 4) 치유농장의 유형의 다양성 부족

[그림 3] 치매환자 공공 치유농장 조성의 방향성



□ 치매환자 공공 치유농장 조성 방향

- (방향성 1) 치유농장은 현재 시작 시점에 있으며, 치매환자를 대상으로 이를 특
화한 선도적 치유농장은 공공차원에서 시범적으로 운영될 필요 있음
 - 공공 치유농장에서 연구된 결과물은 각 민간의 치매 치유농장에 배포하여
양질의 서비스를 확대할 수 있도록 체계 마련 필요
- (방향성 2) 치매환자가 이용하는 치유농장은 별도의 치매전문 치유농장 인증
절차를 마련하여 운영하는 방안
 - 공공 치유농장에서 연구된 결과물과 인증 절차 등을 반영하여 조건을 갖추
었을 경우 치매환자에게 치유농업 서비스를 제공할 수 있도록 체계 마련

○ (방향성 3) 다양한 방식의 운영 형태 마련

- (방문형 치유농장) 치매안심센터를 이용하는 치매환자들이 이용할 수 있는 형태로 운영 가능(현재와 유사)
- (복합형 치유농장) 소규모 노인요양시설에 치유농장이 부설로 운영되는 형태
 - 다만, 이 경우 노인장기요양보험과의 관계와 수가 책정 방안 등에 대한 추가적 논의 필요

3) 치매환자 공공 치유농장 조성(안)

가) 부지 선정

□ 치매환자를 위한 치유농장 부지는 치매환자의 특성과 치유농장이라는 사업의 특성을 모두 충족할 수 있는 부지로 선정해야 함

○ (조건 1) 치유농업에 대한 욕구를 고려한 부지 선정(도시 인근 미활용 부지)

- 현재 치유농업 프로그램 지역적 편중 현상(농촌지역 중심)
- 도시지역 노인이 케어팜에 대한 욕구가 높음에도 농촌을 중심으로 운영되고 있어, 공공에서 운영될 치유농장은 도시 인근 미활용 부지 활용 필요

○ (조건 2) 지리적 접근성에 대한 고려

- 치매환자 공공 치유농장은 이용자의 상당수가 치매노인임을 고려할 때 차량 진입이 가능하며, 단시간 이동으로 이용이 가능한 부지 선택

○ (조건 3) 치매환자의 신체적·인지적 기능 상태에 대한 고려

- 치매환자의 대부분은 노인으로 이들은 노화로 인하여 신체적·인지적 기능 상태가 노쇠한 상황이므로 평지에 농장을 설립해야 할 것임

○ (조건 4) 시설 건축 및 설비를 위해 부지의 용도에 대한 고려 필요

- (방문형 치유농장) 지목이 전(田)으로 되어있어야 농작물 재배 등이 가능하며, 농업을 위한 설비들을 설치할 수 있음
- (복합형 치유농장) 지목이 전(田)으로 되어있을 경우 농지법 제 6조와 농지법

- 시행령 제 44조 제3항 제3호에 의해 요양시설을 설치할 수 없으므로 요양시설 설립 부지의 지목과 치유농장 설립 부지의 지목에 대한 추가적 고민 필요
- (부지 사용 방법) 국유재산 이관·대부 등을 통해 가능
 - ‘치매’ 사업 총괄 기관인 ‘중앙치매센터’를 ‘국립중앙의료원’에서 운영하고 있음을 고려할 때 국유재산 특례 제한법 제4조 1항의 별표 1과 국립중앙의료원법 제16조에 따라 무상으로 대부 가능
 - 치매환자 대부분이 노인임을 고려할 때 노인복지법 제54조에 따라 무상 대부 가능

나) 운영 주체

- 치매환자 공공 치유농장 역시 국유지를 활용하여 운영할 경우 한국자산관리공사와 보건복지부, 그리고 현재 중앙치매센터 위탁 운영체인 국립중앙의료원의 협업 체계를 통해 치유농장을 운영 가능
 - ‘중앙의료원법’과 ‘국유재산 특례 제한법’에 따르면 국립중앙의료원은 무상으로 국유지 대부가 가능하여 본 사업 수행에 용이하며, 중앙치매센터는 국가 치매정책의 컨트롤타워로 위 역할 수행이 적절할 것으로 보임

다) 시설

- 치매환자 공공 치유농장은 일반적인 치유농장으로서 갖추어야 할 조건들과 함께 치매환자의 특성을 고려한 공간구성이 이루어져야 함
 - (농업을 위한 필수 시설) 농지, 농자재 등 관리 공간, 관수시설
 - (활동시설) 우천 시 또는 동계기간 동안 실내활동으로 활용 가능한 공간
 - (편의시설) 화장실, 휴식 공간, 산책로
 - 시설은 농지법 시행규칙 제3조의 2(농막 등의 범위)와 농지업무편람 등 준수
 - 치매환자는 대부분이 노인(신체적 취약 상태)이라는 특성과 치매(정신적 취약 상태)라는 질환의 복합적 문제를 고려한 시설설비 마련 필요

라) 인력 구성 조건

- 치유농장 운영을 위한 인력은 관리직과 프로그램 운영직으로 구분
 - (관리직) 치유농장 관리·운영 직군으로 농작물 관리인, 시설물 관리인, 일반행정가, 응급처치사 등
 - (운영직) 치유농장 프로그램을 운영하는 직군으로 프로그램 개발자, 운영자, 보조자 등이 있음

마) 프로그램 운영

- 치매환자의 특성과 치매환자의 대다수인 노인이라는 인구집단의 특성 반영 필요
 - (치매환자의 특성 고려) 치매환자를 대상으로 한 별도의 프로그램 필요
 - (한국 노인의 삶의 과정에 대한 고려) 노인들의 삶에 있어 농업에 대한 상이한 의미 고려
 - 치매환자의 대부분이 노인이며, 상당수가 농촌에 거주하며, 농업에 종사하고 있음을 고려할 때 치유농장 프로그램 구성 시 현재 노인들의 삶에서 '농업'에 대한 의미를 생각해 볼 필요 있음
 - 참여자의 거주지역(도시형/농촌형)에 따른 별도 프로그램 운영(프로그램(안) 제공 필요) 필요
- 치매안심센터 내에서 운영하고 있는 주말농장, 원예치료와의 차별성을 갖춘 프로그램 개발 필요

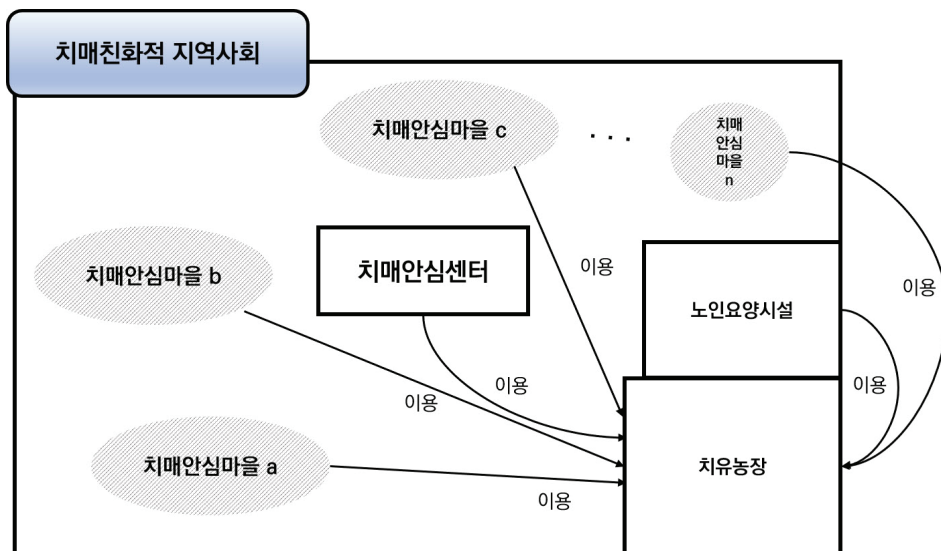
5. 치매친화적 지역사회 구축 방안

□ 치매친화적 지역사회

- 치매에 대한 이해와 인식을 바탕으로 치매환자와 가족이 안전하고 자유롭게 지역사회 내에서 살아갈 수 있으며, 일반 국민들도 치매에 대한 두려움 없이 살아갈 수 있는 지역사회

- 치매안심마을의 계속적 확대를 통해 지역사회 전반이 치매친화적 지역사회가 될 수 있는 체계 마련 필요

[그림 4] 치매친화적 지역사회



주요 용어 : 치매친화적 지역사회 구축, 치매안심마을, 케어팜

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제1장

서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

치매는 치매질환자 개인뿐만 아니라 가족 및 사회에 미치는 신체·경제·정신적 파급 효과가 매우 높기에 전 세계적으로 치매에 대응하기 위한 다양한 정책들을 제시하고 있다. 정부는 2008년 ‘제1차 치매관리종합계획’을 발표하여 치매에 대한 국가차원에서 체계적 개입을 시작하였다. 현재 4차례의 치매관리종합계획이 발표되었으며, 2017년 치매국가책임제 시행을 통해 정부는 치매에 대한 국가차원에서의 체계적 개입을 진행하고 있다.

특히나 2016년에 발표된 ‘제3차 치매관리종합계획’은 1, 2차 계획과는 달리 ‘지역사회 중심의 치매 증증도별 치매 치료·돌봄’을 목표로 지역사회 내에서의 개입을 강조하였다. 정부에서는 그 일환으로 지역사회 중심의 치매예방 및 관리를 위한 ‘치매친화환경’을 조성하고자 하였으며, 이를 위해 치매파트너즈 양성, 치매안심마을 지정, 치매극복선도학교지정 등과 같은 사업들을 운영하고 있다.

가장 최근에 수립된 제4차 치매관리 종합계획은 ‘치매환자와 가족, 지역사회가 함께하는 행복한 치매안심사회(Safe from Dementia) 실현’을 비전으로 다양한 정책을 제시하고 있으며, 특히나 ‘치매환자도 함께 살기 좋은 환경 조성’을 통해 치매환자의 지역거주 지원을 주요 과제로 수행하고자 하였다. 관련된 주요 과제들은 치매 인식을 위한 교육 및 홍보와 치매환자와 더불어 살아가는 사회적 환경 조성 등이 있다. 이를 위한 세부적 실천과제들로는 치매 인식도 조사기반 마련 및 인식개선 교육, 치매파트너즈 양성 및 활동기반 강화, 지역사회 치매 인식개선활동 지속 추진, 치매안심마을 질 관리 및 단계적 확산, 치매공공후견사업 지원체계 강화, 치매환자 실종 예방 및 일시보호체계 강화 등의 사업 등이 있다.

‘치매친화적 지역사회 구축’은 위와 같은 국내에서의 높은 관심에 따른 정책적 확대뿐만 아니라 국제기구 차원에서도 활발하게 논의되고 있는 주제이다. WHO는 2017년에 국제 치매 공동 대응 계획(Global Action Plan on the Public Health Response

to Dementia 2017-2025)을 제시하면서 ‘치매 인식 개선 및 친화적 환경 조성(Dementia awareness and friendliness)’을 7대 실천영역 중 하나로 선정하였다. 또한 ADI(Alzheimer’s Disease International)는 치매친화적 지역사회 구성을 위한 다양한 방법 및 국가별 예시들을 계속적으로 제시하고 있다.

이처럼 치매친화적 환경 구축은 치매환자와 그 가족들이 지역 내에서 안심하고 생활할 수 있는 환경을 만드는 것으로 정의할 수 있으며, 현재 운영 중인 ‘치매안심마을’은 치매친화적 지역사회 구축을 위한 대표적 사업이라고 볼 수 있다. ‘치매안심마을’은 ‘치매환자와 가족들이 일상생활을 안전하고 독립적으로 영위하며, 원하는 사회활동에 자유롭게 참여하는 마을’(보건복지부, 2021)로 정의되며, ‘지역사회 구성원들이 치매에 대해 올바르게 이해하고, 치매환자와 가족들의 삶의 질을 높이고, 돌봄 부담을 경감하기 위한 치매친화적 환경 조성’을 목적으로 운영되고 있다. 2019년에 시작된 치매안심마을은 2021년 기준 전국에 505개 마을이 지정되는 등 양적으로 급격히 확대되었다. 치매안심마을의 시작은 인식개선 중심의 사업(김민규 외, 2018)이었으나, 사업이 확대되는 과정에서 통·리·반 또는 읍·면·동 등 다양한 행정단위의 지역에서 인식개선, 환경개선, 사회활동지원 프로그램 등 여러 형태의 서비스를 제공하는 것으로 변화되었다. 치매안심마을의 체계적 운영을 위해 2019년 공식적 사업 시작 당시 보건복지부와 중앙치매센터는 ‘운영매뉴얼’을 발간하여 치매안심마을 사업 운영을 지원하였다. 치매안심마을 사업이 시작된 지 3년이 경과되었으며, 치매안심마을의 현재 상황에 대한 점검과 효과적 운영방안에 대한 논의가 이루어질 필요가 있을 것으로 보인다.

치매친화적 환경 구축을 위해서는 환경적 요소뿐만 아니라 지역공동체 내에서 운영될 수 있는 다양한 프로그램의 확보가 중요하다. 이에 증가하는 치매환자에 대한 실효성 있는 치료와 보호자 부양 부담 완화에 대한 요구, 독거노인 고독사 등 통합 돌봄에 대한 사회적 요구와 도시재생사업에 대한 요구가 결합되어 지역공동체에서의 케어팜(care farm) 운영 및 활용에 대한 논의가 이어지고 있다(Ibsen, Patil, Kirkevold, Eriksen, 2020). 케어팜은 지역혁신 또는 사회혁신모델로서 농업의 다원적 가치, 사회서비스 및 보건의료, 농업 부문과 지역 커뮤니티의 상호작용 체계 구축 가능성이 유기적으로 결합하며 환자의 치료와 돌봄을 보다 효과적으로 지원(Garcia-Llorente, Rubio-Olivar, I. Gutierrez-Brieno, 2018)하는 것으로 치매환자, 장애인, 아동청소년 등의 치료와 농촌 지역 혁신이라는 두 가지 목적을 달성할 수 있는 의미 있는 접근이다.

이미 네덜란드, 벨기에, 미국 등에서는 다양한 형태의 케어팜이 운영되고 있으며, 국내에서도 2013년 이후 치유농업에 대한 논의가 계속되고 있다. 이에 치유농장의 정책적 도입을 위한 다양한 논의가 이어져왔으며, 이러한 노력의 결과로 2021년 3월 ‘치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률(약칭: 치유농업법)’이 제정되면서 케어팜 활성화를 위한 제도적 기반이 마련되었다. 뿐만 아니라, 치매환자를 대상으로 한 케어팜 효과성이 입증되면서, 제4차 치매관리종합계획에서도 ‘야외 치유 프로그램 발굴 및 확산’을 주요 과제로 제시하는 등 지역사회 내에서 자연친화적인 프로그램을 확대가 필요함을 제시하고 있다. 현재 운영 중인 치매환자를 위한 케어팜은 각 부처의 사업과 지역의 치매안심센터와의 연계를 통해 운영되는 치유농장(농진청), 사회적 농장(농림부), 치유의 숲(산림청) 등이 있다. 그러나 기존의 사업들은 치매환자에 특화되기보다는 보다 일반적인 의미에서의 치유농장 프로그램을 운영하고 있는 상황이다. 이에 치매환자를 특화하여 이들의 치유에 대한 욕구를 충족시키기 위해서는 치매환자를 대상으로 한 보다 체계적인 케어팜 운영을 위한 운영모델 개발이 필요할 것이다.

따라서 본 연구에서는 치매환자의 지역사회 계속 거주를 위한 치매친화적 지역사회 구축을 위해 치매 노인이 지역사회 내에서 안전하게 거주할 수 있도록 치매안심마을의 운영 현황을 살펴보고, 체계적 운영을 위한 가이드라인을 개발하고자 하며, 이들의 지역 내 자연친화적 치료를 위한 케어팜 운영 방안을 제시하고자 한다.

제2절 연구내용 및 방법

1. 연구내용

본 연구의 연구내용은 크게 네 가지로 구성하였다. 먼저 치매친화적 지역사회에 대한 개념을 정리하고, 두 번째 단계로 현재 운영되고 있는 치매친화적 지역사회 구축 관련 정책현황을 분석하였다. 세 번째 단계로는 국외에서 운영되고 있는 유사사례들을 검토하였으며, 마지막으로 치매친화적 지역사회 구축 방안을 제시하고자 한다. 각 단계별 구체적 연구내용은 다음과 같다.

첫째, 치매친화적 지역사회에 대한 개념을 정리하였다. WHO에서 정의한 치매친화적

지역사회에 대해 국제 치매 공동 대응 계획(Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025)을 중심으로 살펴보았으며, ADI(Alzheimer's Disease International)에서 제시하고 있는 '치매친화적 지역사회(Dementia Friendly Community)'의 개념을 검토하였다. 또한 치매안심마을과 케어팜에 대하여 국내외 문헌연구를 바탕으로 개념을 정리하였다.

둘째, 치매친화적 지역사회 구축과 관련된 국내 정책 현황을 분석하였다. 먼저 치매안심마을에 대해서는 치매안심마을 주요 사업 내용 및 운영 실적, 치매안심마을 지정 기준, 치매안심마을 각종 운영 사례들을 분석하였다. 다음으로는 지역 내 치매친화적 환경 조성을 위한 관련 프로그램 현황 및 치매안심마을 조성과의 연계를 치매 파트너 사업과 지역사회 자원 강화 사업을 중심으로 살펴보았다. 케어팜과 관련해서는 현재 보건복지부와 농촌진흥청의 협약을 통해 운영되고 있는 치유농업, 지자체 수준에서의 치유농장 운영 사례(경상북도 치유농장 활성화 지원사업, 국유지를 활용한 전주시 발달장애인 치유농장), 치유농장과 유사한 형태로 운영되고 있는 농촌교육농장 사례를 살펴보았다.

셋째, 치매친화적 지역사회에 대한 국외 유사사례를 분석하였다. 치매안심마을과 관련해서는 고령친화도시(Ageing friendly City), 미국 치매친화공동체(Dementia Friendly America), 영국 치매친화공동체(Dementia Friendly UK) 등을 살펴보았다. 케어팜과 관련해서는 케어팜 운영체계에 따라 네덜란드, 벨기에, 미국 등의 사례를 중심으로 살펴보았다.

마지막으로, 앞서 살펴본 내용들을 바탕으로 치매친화적 지역사회 구축 방안을 제시하였다. 먼저 치매안심마을과 관련해서는 치매안심마을 운영 활성화를 위한 과제를 도출하고, 이에 대한 방안을 제시하였다. 케어팜과 관련해서는 치매환자 공공케어팜 설립 및 운영 방안을 제안하였다. 마지막으로 치매안심마을 및 케어팜의 연계를 통한 지역사회 치매관리 역량 강화 방안을 제안하였다.

2. 연구방법

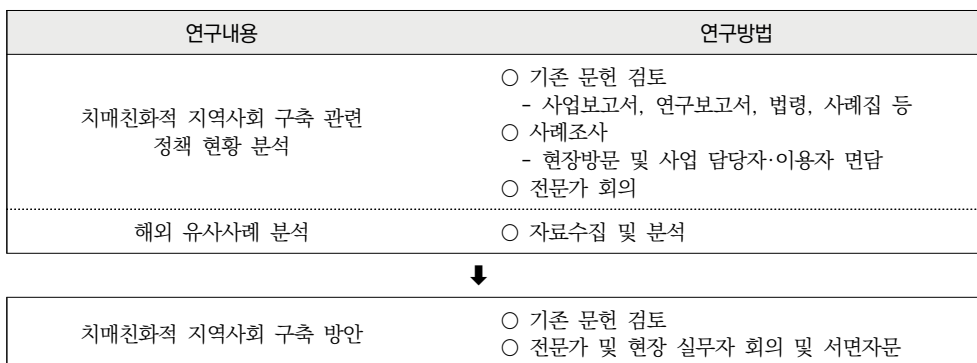
위와 같은 연구내용을 구성하기 위하여 본 연구는 세 가지의 연구방법을 활용하여 연구를 진행하였다.

첫째, 기존 연구 및 치매안심마을과 케어팜 관련 자료를 수집하고 분석하였다. 먼저 치매안심마을에 대해서는 지역별 구체적 사례들을 수집 및 분석하였으며, 케어팜과 관련해서는 현재 운영되고 있는 치유농장, 발달장애인 치유농장, 농촌교육장 등의 연구 보고서와 홈페이지 자료 등을 분석하였다.

둘째, 치매친화적 지역사회 구축을 위한 실무자 및 전문가의 의견을 수렴하였다. 치매안심마을은 중앙치매센터의 담당자와 치매안심센터의 해당 사업 담당자, 운영 중인 치매안심마을 주민 및 운영위원을 만나 치매안심마을 운영 및 이용에 대한 의견을 수렴하였다. 케어팜과 관련해서는 중앙치매센터 및 치매안심센터 내 관련 사업 담당자와 부처 및 지자체(농진청, 전주시청 등) 담당자들과의 회의를 통해 치유농장 운영 현황에 대한 진단 및 공공치매환자 케어팜 운영에 대한 방향성을 논의하였다. 또한 케어팜 이용자와 보호자, 케어팜 농장 운영진 등과의 인터뷰를 통해 본 사업의 개선방안에 대한 의견을 수렴하였다. 마지막으로 도출된 개선방안의 현장 적용 가능성에 대한 현장 전문가의 의견을 수렴하였다.

셋째, 치매친화적 지역사회 구축을 위해 국내외 사례들을 분석하였다. 국내 사례들은 인터넷 및 기존 보고서들을 바탕으로 자료를 수집하고, 관련 담당자와의 인터뷰 등을 통해 분석을 진행하였으며, 국외사례들은 인터넷 및 기존자료를 활용하여 분석을 진행하였다.

[그림 1-1] 연구 흐름도



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제2장

치매친화적 지역사회의 의미

제1절 치매친화적 지역사회

제2절 치매안심마을

제3절 케어팜(Care Farm)

제2장 치매친화적 지역사회의 의미

제1절 치매친화적 지역사회

치매로 인한 사회적 비용의 증가와 다양한 사회적 문제에 대응하고자 국제기구를 중심으로 그 대응방안이 논의되고 있다. 또한 노인의 지역사회 계속 거주(Ageing in Place)의 개념과 함께 지역사회에서의 치매환자 거주를 위한 치매친화적 지역사회(Dementia Friendly Community)는 치매관리정책의 주요 추진 방향으로 논의되고 있다. 이에 본 절에서는 국제기구를 중심으로 치매친화적 지역사회의 의미를 살펴보고자 한다.

1. WHO의 치매친화적 지역사회

세계보건기구(World Health Organization, 이하 WHO)는 2017년 국제 치매 공동 대응 계획(Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia 2017-2025)을 제시하였다.

국제 치매 공동 대응 계획은 ‘치매를 예방하고, 치매환자와 가족이 그들의 존엄성, 존중, 자율성, 평등성을 가지고 자신의 잠재력을 발휘할 수 있도록 돌봄과 지원을 받으며, 잘 사는 세상’을 비전으로 한다. 국제 치매 공동 대응 계획의 목표는 ‘치매환자와 돌봄 제공자 및 가족의 삶을 개선하는 동시에 치매가 지역사회 및 국가뿐만 아니라 그들에게 미치는 영향을 감소시키는 것’으로 WHO는 국제 치매 공동 대응 계획 내에 이러한 목표를 달성하기 위한 7개의 공동원칙과 실천영역을 제시하였다. 7대 실천영역에서는 치매친화적 지역사회 구성을 위한 영역을 구체화하고 있으며, 이 중 ‘실천 영역 2: 치매 인식 개선 및 친화적 환경 조성(Action Area 2: Dementia awareness and friendliness)’을 제시하는 등 치매친화적 지역사회 구축을 치매 정책의 주요 영역으로 제시하였다.

〈표 2-1〉 WHO의 국제 치매 공동 대응 계획 7대 실천영역

7대 공동 원칙	7대 실천영역
치매환자의 인권 (Human rights of people with dementia)	주요 공중보건 아젠다로 치매의 우선적 선정 (Dementia as a public health priority)
치매환자와 돌봄제공자의 권한 부여와 참여 (Empowerment and engagement of people with dementia and their carers)	치매 인식 개선 및 친화적 환경 조성 (Dementia awareness and friendliness)
치매 위험요소 감소와 케어를 위한 증거기반 실천 (Evidence-based practice for dementia risk reduction and care)	치매 위험 감소 (Dementia risk reduction)
치매에 대한 공중 보건 대응에서 다영역 간의 협력 (Multisectoral collaboration on the public health response to dementia)	치매 진단, 치료, 돌봄 및 지원 (Dementia diagnosis, treatment, care and support)
치매를 포괄하는 보편적 건강과 사회적 케어 (Universal health and social care coverage for dementia)	치매 돌봄자 지원 (Support for dementia carers)
형평 (Equity)	치매정보시스템 (Information system for dementia)
치매 예방, 치료, 케어에 대한 적절한 관심 (Appropriate attention to dementia prevention, cure and care)	치매 연구개발 및 기술혁신 (Dementia research and innovation)

자료: WHO(2017). Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia.

WHO는 ‘치매 인식 개선 및 친화적 환경 조성(Dementia awareness and friendliness)’을 ‘치매 인식 개선’과 ‘치매친화적 환경 조성’ 두 가지 측면으로 나누어 방향성을 제시하고 있다. 먼저 ‘치매 인식 개선’은 치매 관련 위험 행동 감소를 위한 건강한 생활을 할 수 있도록 치매와 관련된 인식을 개선하는 것을 말한다. 구체적 내용으로는 ① 치매에 대한 정확한 이해, ② 치매로 인한 낙인 또는 차별 감소, ③ 치매환자의 인권에 대한 교육, ④ 치매의 초기 증상에 대한 대중의 이해 능력 향상, ⑤ 치매와 관련된 위험 요인 등에 대한 일반 국민의 지식수준 향상 등이 있다. 다음으로 ‘치매친화적 환경 조성’은 치매환자, 돌봄제공자 및 가족의 삶의 질과 존엄성을 보장하기 위하여 모든 이들에게 건강과 참여 및 안전과 관련된 기회를 제공할 수 있는 환경이 구축된 사회를 말한다. 이를 위해서는 ① 치매환자의 인권 보호, ② 치매와 관련된 낙인에 대한 제재, ③ 치매환자의 사회참여 촉진, ④ 치매환자의 가족과 돌봄 인력에 대한 지원이 필요함을 제시하였다. 이를 위해 지역별 특성을 고려하여, 각 국가에서는 2025년까지 치매포용 사회 조성을 위한 치매에 대한 인식 캠페인을 한 번 이상 실시하고, 2025년까지 치매

포용사회를 조성하기 위해 최소 하나 이상의 치매친화적 이니셔티브를 실시하도록 제안하고 있다(WHO, 2017).

〈표 2-2〉 WHO의 ‘치매 인식 개선 및 친화적 환경 조성’의 세부 내용

치매 인식 개선(Dementia awareness)	치매친화적 환경 조성(Dementia friendliness)
① 치매에 대한 정확한 이해 ② 치매로 인한 낙인 또는 차별 감소 ③ 치매환자의 인권에 대한 교육 ④ 치매의 초기 증상에 대한 대중의 이해 능력 향상 ⑤ 치매와 관련된 위험 요인 등에 대한 일반 국민의 지식수준 향상	① 치매환자의 인권 보호 ② 치매와 관련된 낙인에 대한 제재 ③ 치매환자의 사회참여 촉진 ④ 치매환자의 가족과 돌봄인력에 대한 지원

자료: WHO(2017). Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia.

2. ADI의 치매친화적 지역사회

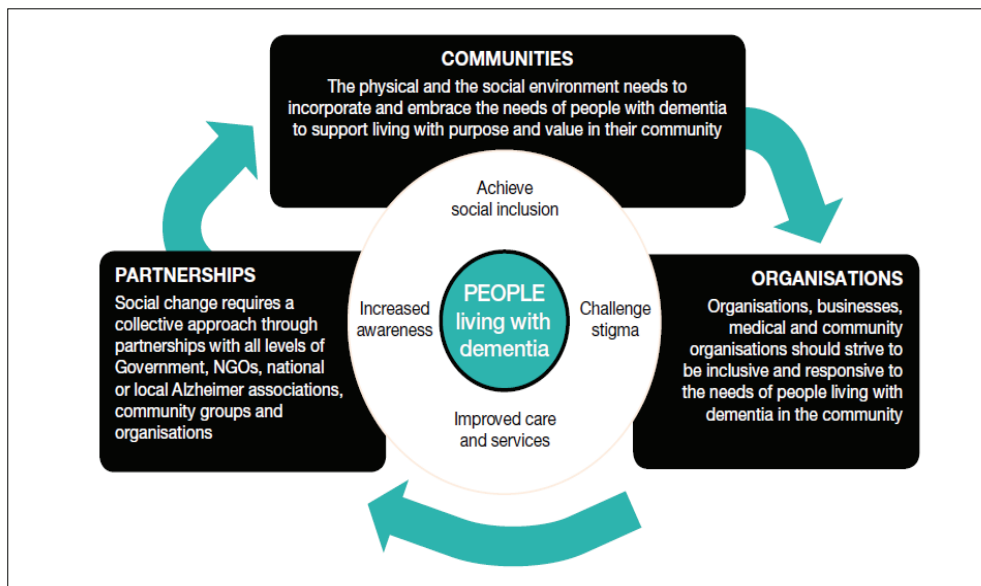
ADI(Alzheimer's Disease International)에서 정의하는 ‘치매친화적 지역사회(Dementia Friendly Community)’는 치매환자와 그들의 가족들에게 권한을 부여하고, 이들을 사회에 포함시키고 지원하며, 권리를 이해하고, 가능성을 인정하는 장소 또는 문화이다(ADI 홈페이지, 2021).¹⁾ ADI에서 정의하고 있는 ‘치매친화적 지역사회’는 ‘치매친화적(dementia friendly)’이라는 개념과 ‘지역사회(community)’라는 단어가 결합되어 만들어진 것이다. 먼저 ‘치매친화적(dementia friendly)’이라는 개념은 ‘치매환자에 대한 낙인을 줄이고, 치매환자가 자신의 삶에 대한 결정을 내릴 수 있도록 권한을 부여하는 것’을 의미하며, ‘지역(community)’은 지리적 위치에 따라 마을(village), 타운(town), 도시(city), 국가(country) 등을 모두 포괄하는 개념이다(ADI, 2015). 즉, ADI의 ‘치매친화적 지역사회’는 ‘치매환자에 대한 낙인을 줄이고, 치매환자가 자신의 삶에 대한 결정을 내릴 수 있도록 권한을 부여하는 마을, 타운, 도시, 국가’를 의미한다.

ADI는 치매친화적 지역사회 구성을 위한 4가지 필수요소로 사람, 지역사회, 조직, 파트너십을 제시하였다. 즉, 치매친화적 지역사회는 치매환자(사람-people)를 중심으로 지역사회(communities)와 조직(organisations)과 파트너십(partnerships)이 유

1) ADI 홈페이지(2021). <https://www.alzint.org/what-we-do/policy/dementia-friendly-communities/>에서 2021.12.20 인출.

기적으로 연계되어야 하는 것이다. 각 요소들의 역할을 살펴보면, 먼저 지역사회(communities)는 물리적·사회적 환경 구성 시 치매환자의 욕구에 부합되도록 환경을 구성하여야 한다. 다음으로 조직(organisations)은 조직·기업·의료 및 지역사회 조직을 말하며, 이들은 지역사회 내 치매환자의 요구에 포괄적으로 대응하기 위해 노력해야 한다. 파트너십(partnerships)은 정부와 NGO, 국가 또는 지역 알츠하이머 협회, 각종 단체 등의 상호 간 협력을 의미하며, 상호 간 협력은 치매친화적 사회로의 변화를 위해 매우 중요한 부분임을 강조하고 있다. 마지막으로 이러한 요소들이 사람을 중심으로 유기적으로 연계될 때 치매친화적 지역사회가 구축될 수 있을 것으로 보고 있다.

[그림 2-1] ADI의 치매친화적 지역사회 구성을 위한 4대 필수 요소



자료 : Alzheimer's Disease International(2015). Dementia Friendly Communities Key principles.

또한 ADI는 치매친화적 지역사회 구축의 주요 성과로 인식개선(awareness), 사회문화적 참여(social & cultural engagement), 인권(human rights), 치매친화적 서비스 역량·접근성(capability building & access to DFC service), 물리적 환경(physical environment)을 제시하였으며, 각국의 예시를 제시하기도 하였다(ADI, 2015).

지금까지 논의된 내용들을 바탕으로 치매친화적 지역사회 환경을 정의해 본다면,

‘치매에 대한 이해와 인식을 바탕으로 치매환자와 가족이 안전하고 자유롭게 지역사회 내에서 살아갈 수 있으며, 일반 국민들도 치매에 대한 두려움 없이 살아갈 수 있는 환경이 구축되는 것’으로 정의할 수 있을 것이다.

앞서 WHO와 ADI가 제시하고 있는 세부적 요소들은 치매친화적 지역사회 구축을 위해 고려해야 할 요소들이며, 각 국가들에서는 이를 바탕으로 각자의 상황에 맞게 치매친화적 지역사회를 구축하고 있다. 다만, 앞서 제시된 치매친화적 지역사회 구축을 위한 정의 및 필수요소들은 치매친화적 지역사회 구축을 위한 지향점으로, 각 국가의 상황에 따라 상이하게 적용될 수 있으며, 치매친화적 지역사회 환경 구축을 위한 보편적인 치매친화적 정책은 존재하지 않는다. 즉, 한 국가에서 성공한 치매친화적 지역사회 모델이 다른 국가에서는 성공적이지 않을 수 있다(중앙치매센터, 2019). 이에 우리나라의 치매친화적 지역사회 구축을 위해서는 국제적 흐름에 따른 치매친화적 지역사회 구축에 대한 지향점은 공유하되 우리나라의 국민적 정서와 지역사회 환경, 문화적 특성 등을 고려한 고유의 치매친화적 지역사회 구축을 위한 모델 개발이 필요하다.

치매친화적 지역사회 환경 구축은 지역사회 내 주민들의 치매에 대한 인식 개선과 지역사회에서 치매환자들이 소외받지 않고 다양한 사회참여를 할 수 있는 기제 마련을 중심으로 접근되어야 할 것이다. 치매친화적 지역사회 구축을 위한 한국의 대표적 치매사업으로는 ‘치매안심마을’이 있다. 치매안심마을은 치매환자들이 지역사회 내에서 거주할 수 있는 치매친화적 환경을 조성하는 것이다. 또 다른 사업으로는 지역사회 내에서 치매환자들이 잔존기능을 유지하면서 지역친화적으로 생활할 수 있는 프로그램을 제공하는 것이며, 그 방법 중 하나로 ‘치유농업’의 참여가 있다. 이에 본 연구에서는 이 두 사업을 중심으로 치매친화적 지역사회 구축을 위한 방안을 구성하고자 한다.

제2절 치매안심마을

앞서 언급한 바와 같이 ‘치매친화적 지역사회’ 구축을 위한 한국의 대표적 치매사업은 ‘치매안심마을’로, 치매조기검진, 치매인식개선, 치매 안심 환경 구축 등과 같은 다양한 사업들이 해당 마을 안에서 이루어지고 있다. 그러나 치매안심마을이 초기부터 현재와 같은 형태로 운영된 것은 아니다.

치매친화적 지역사회에 대한 논의가 국제기구에서부터 시작되면서 한국은 2015년 제3차 치매관리종합계획에서 ‘치매안심마을 운영사업’을 핵심과제로 포함하였다. 당시 치매안심마을 사업은 치매환자가 자주 접하는 지역사회 필수 서비스 공급자들(관공서, 사회복지시설, 대중교통 종사자, 종교인, 의료인 등)이 치매교육을 받고 파트너로 가입하여, 치매환자의 사회활동을 지원하도록 하였다. 당시 본 사업은 ‘인식개선’과 관련된 내용들이 중심이었다. 물론 치매환자를 둘러싼 환경에서 지역 구성원들의 태도는 중요한 부분을 차지하겠지만, 그것만으로 ‘치매환자들이 살기 좋은 환경’을 구축하기에는 부족하다(김민규, 장예빛, 손정훈, 2018)고 볼 수 있다.

이후 2017년 진행된 치매국가책임제에서는 ‘치매친화적 환경 조성’으로 사업의 분류가 확대되면서, 지역사회 주민의 교육과 참여를 통해 치매에 대한 인식을 개선하고 치매 어르신을 서로 돕도록 유도하는 ‘치매안심마을 조성사업’과 ‘치매파트너 양성사업’을 확대하는 방향으로 사업이 운영되었다. 이 과정에서 ‘치매안심마을’ 시범사업이 시행되었고, 2018년 시범사업 이후 ‘인식개선’과 ‘치매환자와 가족들이 일상을 영위할 수 있는 환경 마련’으로 사업의 성격이 변화되었다. 즉, 인식개선 중심의 치매안심마을 사업에서 인식개선을 포함한 환경 마련까지 포괄하는 치매안심마을 사업으로 그 성격이 변화되었다.

이러한 제도의 발전과정을 거쳐 현재의 치매안심마을²⁾은 ‘치매환자와 가족들이 일상생활을 안전하고 독립적으로 영위하며, 원하는 사회활동에 자유롭게 참여하는 마을’, ‘지역사회 구성원들이 치매에 대해 올바르게 이해하고 치매환자와 가족을 지원함에 있어서 필요한 지식과 태도를 갖춘 치매친화적인 환경의 마을’로 정의되어 운영되고 있다(보건복지부, 2019). 이러한 치매안심마을의 첫 번째 정의는 치매환자 및 가족의 차원에서 이들이 지역사회 내에서 안전하고, 자유롭게 생활할 수 있는 환경이 구축됨을 의미하며, 두 번째 정의는 지역사회 구성원들의 관점에서 치매환자와 가족을 이해하고 그들이 안전하게 살아갈 수 있는 환경 구성에 지역사회 구성원들이 기여할 수 있는 환경을 구성하기 위한 정의로 볼 수 있다. 이는 앞서 제시한 WHO와 ADI의 지향점이 반영된 것으로 보인다. 그러나 사업의 운영에 있어, 치매안심마을이 무엇인지에 대한 정의는 보다 명확하게 이루어질 필요가 있다.

2) 본 절에서 제시되는 치매안심마을의 정의 및 목적은 보건복지부(2019) 치매안심마을 운영매뉴얼의 내용을 바탕으로 작성함.

이러한 치매안심마을의 정의를 바탕으로 치매안심마을은 세 가지 운영목적에 따라 운영 중이다. ‘치매안심마을 운영매뉴얼’에 제시된 치매안심마을의 운영 목적은 ① 치매 어르신이 살아온 지역사회에서 가능한 한 오랫동안 사회생활을 유지하며 살 수 있는 치매친화적 지역사회 환경의 구축, ② 치매환자를 돌보는 가족들이 겪는 부양 부담을 경감시켜 치매 어르신과 가족의 질 향상, ③ 치매환자 돌봄에 따른 국가 사회적 비용 절감의 세 가지이다. 그러나 이 목적들은 치매안심마을 운영의 목적이라기보다는 전반적인 치매정책의 목적에 더 가까우며, 치매안심마을의 운영목적은 첫 번째 목적이 가장 관련성이 높을 것으로 보인다. 즉, 현재 제시되어 있는 치매안심마을 운영 목적의 명확화와 구체화가 필요할 것이다.

〈표 2-3〉 치매안심마을의 정의 및 운영 목적

구분	내용
정의	<ul style="list-style-type: none"> - 치매환자와 가족들이 일상생활을 안전하고 독립적으로 영위하며, 원하는 사회활동에 자유롭게 참여하는 마을 - 지역사회 구성원들이 치매에 대해 올바르게 이해하고 치매환자와 가족을 지원함에 있어서 필요한 지식과 태도를 갖춘 치매친화적인 환경의 마을
운영 목적	<ul style="list-style-type: none"> - 치매 어르신이 살아온 지역사회에서 가능한 한 오랫동안 사회생활을 유지하며 살 수 있도록 치매친화적인 지역사회 환경을 구축 - 치매환자를 돌보는 가족들이 겪는 부양 부담을 경감시켜 치매 어르신과 가족의 질 향상 - 치매환자 돌봄에 따른 국가 사회적 비용 절감

자료: 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

이러한 치매안심마을의 다중적 정의와 운영 목적에 따라 치매안심마을 운영의 중추적 역할을 수행하는 치매안심센터들은 각 지역의 상황을 고려하여 매우 다양하게 치매안심마을을 운영하고 있다.

2019년 본 사업이 시작되면서 정부에서는 치매안심마을 운영의 체계화를 위해 ‘치매안심마을 운영매뉴얼’을 발간하였다. 운영매뉴얼에서 제시하고 있는 치매안심마을 운영모델의 목적과 목표는 다음과 같으며, 앞서 제시한 치매안심마을의 목적과 일부 상이한 특성을 보이고 있다. ‘운영모델’의 운영 목적은 ‘치매환자와 가족이 지역사회의 구성원으로 지역사회에 통합되어 삶의 질을 유지하면서 가능한 오래 거주할 수 있는 마을을 구축’하는 것이며, 세부 목적으로 ① 치매환자 및 가족의 사회활동 참여를 통한 지역사회통합, ② 돌봄 부담 감소를 통한 치매환자 및 가족의 삶의 질 개선, ③ 조기발

견 및 치료를 통한 지역사회 거주 연장을 제시하고 있다. 그러나 이와 같은 세부 목적과 전체 목적은 상호 간 연관성이 부족하며, 앞서 WHO와 ADI에서 제시한 치매친화적 지역사회환경 구축을 모두 포괄하지 않는 것으로 볼 수 있다.

〈표 2-4〉 치매안심마을 운영모델의 목적 및 목표

구분	내용
운영모델 목적	<ul style="list-style-type: none"> - 치매환자와 가족이 지역사회의 구성원으로 지역사회에 통합되어 삶의 질을 유지하면서 가능한 오래 거주할 수 있는 마을 구축 · 치매환자 및 가족의 사회활동 참여를 통한 지역사회통합 · 돌봄 부담 감소를 통한 치매환자 및 가족의 삶의 질 개선 · 조기발견 및 치료를 통해 지역사회 거주 연장
운영모델 목표	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심마을 구축을 위한 운영위원회를 구성 - 운영위원회를 활용하여 1차 교육 대상자에 대해 교육 및 2차 교육 대상자 모집 홍보를 실시 - 사회활동 지원 프로그램 제공을 위한 활동가(자원봉사자)를 확보
지역특성을 고려하여 세 가지의 세부목표를 구체화하거나, 지역에서 특성화할 수 있는 사업목표를 추가할 수 있음	

자료: 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

또한 운영모델의 목표의 경우 ① 운영위원회 구성, ② 교육대상자 모집 홍보 실시, ③ 활동가 확보 등과 같이 운영모델의 목적을 위한 목표라기보다는 사업 운영의 가이드 정도로만 제시되어 있어 재설정이 필요하다.

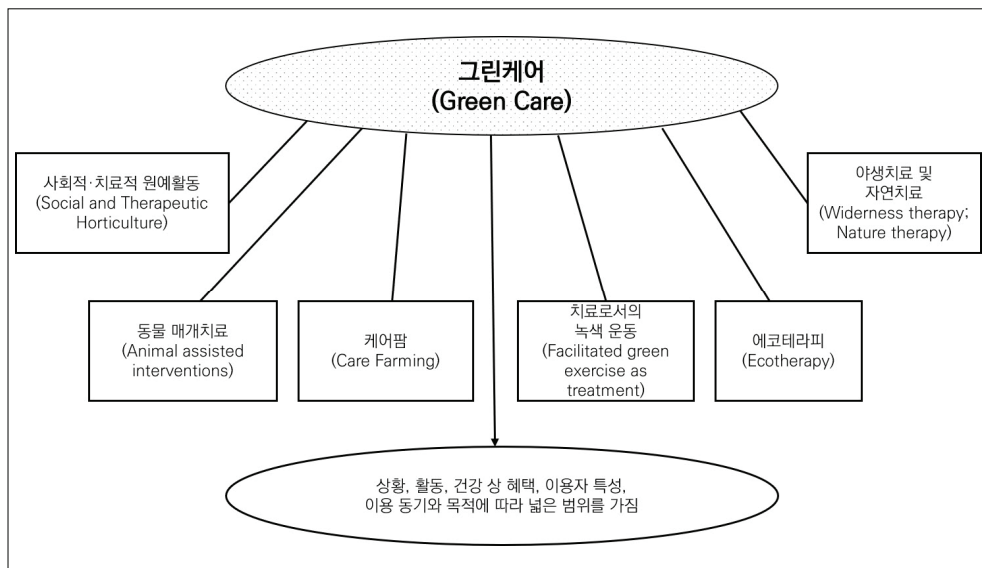
이처럼 치매안심마을 운영매뉴얼 상의 치매안심마을 운영모델의 목적과 목표는 치매안심마을 운영의 목적과 목표를 포괄적으로 반영하지 못하고 있으며, 이 둘이 별도로 제시되어 있어 치매안심마을 사업을 운영하는 현장에서의 혼란이 야기될 수 있을 것으로 보인다. 이에 ‘치매안심마을 운영매뉴얼’에 대한 전반적인 개편과 치매안심마을의 정의·목적·목표의 명확한 설정이 필요하다.

제3절 케어팜(Care Farm)

지역사회 내에서 치매환자들이 잔존기능을 유지하면서 지역친화적으로 생활할 수 있는 치매친화적 지역사회 환경을 구축하는 하나의 프로그램으로 케어팜(Care farm)을 들 수 있다. 케어팜은 이미 유럽, 일본 등에서 치매환자를 위한 프로그램으로 매우 각광받고 있는 프로그램이다.

케어팜(Care farm)은 그린케어(Green Care)에서부터 시작된 개념이다. 그린케어(Green care)는 인간의 건강과 웰빙을 위한 자연기반 접근방식(nature-based approach)을 충칭하며, 자연을 이용하여 건강·사회적·교육적 이익을 창출하는 것을 말한다(Hine, R., Peacock, J., & Pretty, J., 2008). 그린케어는 접근 방식에 따라 사회적/치료적 원예(Social and Therapeutic Horticulture), 동물매개치료(Animal assisted interventions), 치유농업(Care farming), 치료로서의 녹색운동(Facilitated green exercise as treatment), 생태치료(Eco therapy), 야생(자연) 치료(Wilderness-Nature therapy) 등의 활동으로 구분되는데, 케어팜(Care farming)은 그린케어의 방법 중 하나인 것이다.

[그림 2-2] 그린케어(Green Care)의 다양한 영역



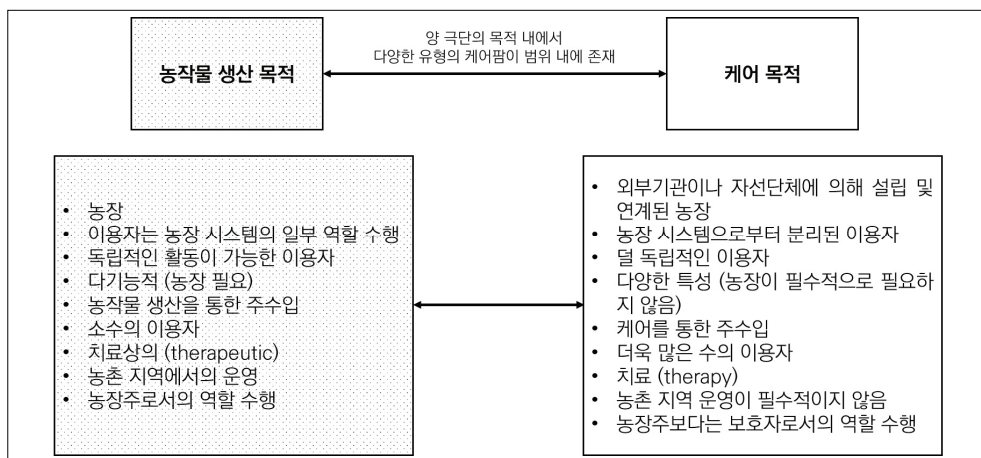
자료: Hine, R., Peacock, J., & Pretty, J. (2008). Care farming in the UK: contexts, benefits and links with therapeutic communities. *Therapeutic communities*, 29(3), 245-260.

농업(farming)과 치유(care)가 결합된 용어인 케어팜은 ‘치유를 제공하기 위한 농업의 활용(Using farming to provide care)’이라는 의미를 내포하고 있으며, 학계 및 현장에서 전 세계적으로 관심이 증가하고 있는 상황이다(Hassink, 2003; Hassink & van Dijk, 2006; Sempik, Hine & Wilcox, 2010; Parsons et al., 2010; Sempik & Aldridge, 2006, 김경미 외, 2013).

케어팜은 현재 건강을 위한 농업, 사회적 농업, 녹색치유 등 다양한 명칭으로 불리고 있으나, 실제적 의미는 영농활동을 통해 정신적, 신체적 건강을 증진하기 위한 기반으로 상업 농장(commercial farms)과 농업 경관을 이용하는 것을 말한다(Hine, Peacock & Pretty, 2008). 즉, 케어팜은 농업 생산활동과 케어 서비스가 결합된 개념으로 개인농가나 민간조직, 의료·보건 시설 등에서 농장 전체 또는 일부를 활용하여 그린케어 서비스를 제공하는 것이다(김성학, 장주연, 2017). 케어팜은 농사의 형태나 농장의 종류(맥락, 이용자 특성, 농장의 유형)에 따라 운영형태가 다양하지만, 농업, 작물 재배, 원예, 축산업, 기계 사용, 산림 관리 등을 제공한다는 것은 공통적이다(Hine et al., 2008). 모든 케어팜은 '케어'의 일부 요소를 제공해야 하며, 여기서 '케어(care)'는 건강관리, 사회 재활, 교육, 고용의 영역을 포함해야 한다(Hine et al., 2008).

'치유농업(care farming)'은 농업 생산을 주요 목표로 하는 운영에서부터 케어 서비스 제공에 중점을 둔 농장까지 다양한 유형의 케어팜이 존재한다. 농업 생산을 중심으로 한 치유농업은 치유농업을 통해 작물 재배, 원예, 가축 축산, 산림 경영 등 다양한 농업활동이 제공되며, 농장에서 농업인의 주도로 농업활동이 주로 이루어진다. 반면, 치유를 중심으로 한 치유농업은 건강 치유, 사회적 재활, 교육활동 등의 프로그램이 제공되며, 외부기관이나 전문적인 치료사를 통해서 농업과 치유활동이 이루어진다(이윤정, 2016).

[그림 2-3] 케어팜의 의미



자료: Hine, R., Peacock, J., & Pretty, J. (2008). Care farming in the UK: contexts, benefits and links with therapeutic communities. *Therapeutic communities*, 29(3), 245-260.

치유 중심의 치유농업은 목적에 따라 ‘치유 중심’, ‘고용 중심’, ‘교육 중심’으로 나눌 수 있다(이윤정, 2016). ‘치유 중심’의 치유농장은 치유가 필요한 사람들에게 치유서비스를 제공하는 것을 목적으로 하는 케어팜을 말한다. 여기에서는 교육이나 훈련 등이 이루어지기는 하지만, 일차적인 목적이 치유이므로 고용 등을 진행하지는 않는다. ‘고용 중심’ 치유농장은 노동시장과의 연계와 고용이 주요 목적이며, 사회적 약자들에게 전문적인 교육과 훈련을 제공하는 유형이다. 이 유형은 치유서비스는 별도로 제공하지 않는다. ‘교육 중심’ 치유농장은 학교 학생들에게 농업활동이나 농촌 경관에 대한 경험을 제공하기 위한 교육을 하는 것을 목적으로 한다. 이 유형은 학습장애, 사회적 조치 등 특별한 교육적 요구를 충족시키기 위하여 기능하는 형태이다(이윤정, 2016).

〈표 2-5〉 치유농업의 유형

구분	내용
치유 중심	<ul style="list-style-type: none"> - 치유가 필요한 사람들에게 치유서비스를 제공하는 것을 목적으로 하며, 치유농장(Care Farms)은 치유서비스를 제공하는 기관으로 기능함. - 전문적 교육, 훈련 등을 제공하기는 하지만 노동시장과의 연계 혹은 고용을 목적으로 하지 않음.
고용 중심	<ul style="list-style-type: none"> - 노동시장과의 연계와 고용이 주요 목적임. - 사회적 약자들에게 전문적인 교육과 훈련을 제공하는 유형으로 치유서비스 제공에 대한 개념이 포함되지 않음.
교육 중심	<ul style="list-style-type: none"> - 학교 학생들에게 농업활동이나 농촌 경관에 대한 경험을 제공하기 위한 교육농장으로서 기능함. - 학습장애, 사회적 조치 등 특별한 교육적 요구를 충족시키기 위하여 기능함.

자료: 이윤정. (2016). 네덜란드의 사회적 농업: 치유농업 (Care Farming)을 중심으로. 한국농촌경제연구원. 세계농업, (195), 31-47.

국내의 ‘케어팜(Care farm)’에 대한 연구는 2013년부터 본격적으로 시작되었으며, ‘치유농업(Care farming), 사회적 농업(Social Farming), 녹색치유농업(Green care farming), 건강을 위한 농업(farming for health)’등 다양하게 정의되고 있으나, 국내에서는 치료적 가치를 더 중심으로 하는 의미로 접근하여 주로 ‘치유농업(care farming)’이라 칭한다.

또한 ‘치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률(약칭: 치유농업법)’이 2021년 3월 제정되면서 치유농업에 대한 정의가 명확해졌으며, 치유농업을 위한 법적 기반이 마련되었다. 치유농업법에 따르면 치유농업이란 국민의 건강 회복 및 유지·증진을 도모하기 위하여 이용되는 다양한 농업·농촌자원의 활용과 이와 관련한 활동을 통해 사회적 또

는 경제적 부가가치를 창출하는 산업을 말한다. 그 외에도 치유농업법에는 ‘치유농업 시설’, ‘치유농업서비스’, ‘치유농업사’에 대한 정의가 명시되어있으며, 치유농업 연구 개발 및 육성 종합계획, 치유농업 연구개발·보급, 치유농업사의 자격 취득 및 양성 등에 대한 구체적 방향성이 제시되어 있다.

〈표 2-6〉 치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률

【치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률 제2조】
<ol style="list-style-type: none"> 1. “치유농업”이란 국민의 건강 회복 및 유지·증진을 도모하기 위하여 이용되는 다양한 농업·농촌자원의 활용과 이와 관련한 활동을 통해 사회적 또는 경제적 부가가치를 창출하는 산업을 말한다. 2. “치유농업시설”이란 치유농업과 관련된 활동을 할 수 있도록 이용자의 치유효과와 안전을 고려하여 적합하게 조성한 시설(장비)을 말한다. 3. “치유농업서비스”란 심리적·사회적·신체적 건강을 회복하고 증진시키기 위하여 치유농업자원, 치유농업시설 등을 이용하여 교육을 하거나 설계한 프로그램을 체계적으로 수행하는 것을 말한다. 4. “치유농업사”란 치유농업 프로그램 개발 및 실행 등 대통령령으로 정하는 전문적인 업무를 수행하는 자로서 제11조제1항에 따라 자격을 취득한 자를 말한다.

자료: 치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률 제2조(정의)(<https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=215905#0000>)에서 2022. 1.10 인출)



제3장

치매친화적 지역사회 구축을 위한 사업 현황 분석

제1절 치매안심마을 운영 현황 및 사례 분석

제2절 케어팜 운영 현황 및 사례 분석

제3장

치매친화적 지역사회 구축을 위한 사업 현황 분석

제1절 치매안심마을 운영 현황 및 사례 분석

치매안심마을은 2020년 12월 기준 전국에 505개소가 운영 중이며, 2019년 370개소에서 30개소가 폐지되고, 173개소가 신규로 지정되었다. 지역별로는 경기 73개소, 경남 62개소, 전남 57개소, 서울 51개소 등의 순으로 많이 분포하고 있다.

〈표 3-1〉 치매안심마을 현황

(단위: 개소)

구분	현재 운영마을 수(a) (a=b-c-d+e)	전체 운영실적			폐지 수 (c)	통합 차이 수 (d)	분리 차이 수 (e)
		전체 마을 수(b) (b=b'+b'')	2019년 기준 수(b')	2020년 신규 수(b'')			
합계	505	543	370	173	30	9	1
서울	51	56	38	18	0	5(8⇒3)	1(1⇒2)
부산	22	22	16	6	0		
대구	28	31	23	8	3		
인천	14	14	9	5	0		
광주	13	13	10	3	0		
대전	5	5	5	0	0		
울산	6	6	5	1	0		
세종	2	2	1	1	0		
경기	73	74	58	16	1		
강원	19	20	19	1	1		
충북	24	24	20	4	0		
충남	43	44	35	9	1		
전북	29	33	18	15	5		
전남	57	62	36	26	1		
경북	38	53	27	26	15		
경남	62	65	38	27	3		
제주	19	19	12	7	0		

자료: 보건복지부 내부자료

주: 2019년 치매안심마을 운영 수 차이(총 31개)가 있으며, 이는 지역특화사업 등으로 2019년 이전에 치매안심마을을 지정하였으나, 총 31개 마을이 2019년에는 운영되지 않아 실적보고서를 제출하지 않음에 따른 결과임

치매안심마을은 제3차 치매관리종합계획의 주요 사업으로 논의된 이후 2017년과 2018년 2차례의 시범사업을 진행하였으며, 2019년에는 치매안심마을 본 사업이 진행되었다. 앞서 2장에서 언급한 바와 같이 치매안심마을은 각 지역별 자원분포 및 지역 주민의 협조 정도, 지역 내 인구 구성 등과 같은 지역의 특성에 따라 상이하게 운영되고 있다. 이에 이 절에서는 지역별 치매안심마을의 운영 현황 및 사례에 대한 검토를 통해 지역별 치매안심마을 운영의 공통점과 차이점 등을 발견하여, 치매안심마을 운영 활성화를 위한 방안 마련의 근거를 도출하고자 한다.

이를 위해 본 장에서는 보건복지부 및 중앙치매센터에서 제시한 ‘치매안심마을 운영매뉴얼’과 지역별 광역치매센터³⁾의 ‘치매안심마을 운영매뉴얼’ 또는 ‘사업보고서’와 일부 지역의 치매안심마을 담당자와의 인터뷰 내용에 대한 분석을 중심으로 치매안심마을 운영 현황을 살펴보고자 한다.

1. 치매안심마을 운영의 방향성

가. 치매안심마을 정의

정부는 ‘치매환자와 가족들이 일상생활을 안전하고 독립적으로 영위하며 원하는 사회활동에 자유롭게 참여하는 마을’로 치매안심마을을 정의하였으며, 각각의 광역치매센터는 이를 바탕으로 지역별 특성에 맞춰 치매안심마을을 재정의하여 사업을 운영하고 있다.

사업의 정의는 그 사업의 주요 주체와 사업의 지향점 등이 압축적으로 포함되어 제시된다. 먼저 본 사업의 주요 주체를 중심으로 사업의 정의를 살펴보면, 중앙에서 정의한 치매안심마을은 ‘치매환자와 가족’을 사업의 주요 주체로 보고 있으며, 일부지역은 ‘치매환자와 가족’ 그리고 ‘지역사회 주민’까지 포괄한 개념을 제시하고 있어, 지역별로 차이를 보이고 있다. 또한 사업의 지향점에 대해 중앙에서는 ‘안전’, ‘독립적 생활’, ‘자유로운 사회참여’라는 큰 틀을 제시하며, 각 지역에서는 이러한 마을을 구성하기 위한 ‘환경’이 마련되어야 함을 명시하고 있다.

3) 17개 시도의 광역치매센터 중 치매안심마을 운영매뉴얼 또는 사업보고서를 제출한 8개 지역(경기, 경남, 경북, 대전, 서울, 전북, 전남, 충북)을 중심으로 분석

이처럼 각 지역별 치매안심마을 정의를 비교한 결과 현재 중앙에서 제시하고 있는 치매안심마을 정의에서 한 단계 더 나아가 ‘지역사회’와 ‘환경 구축’까지 포괄할 수 있는 치매안심마을에 대한 재정의가 필요할 것이다. 또한 사업의 주요 주체와 지향점을 명확히 하며, 포괄성을 확보할 수 있는 ‘치매안심마을’에 대한 명확한 정의가 일차적으로 이루어져야 할 것으로 보인다. 현재와 같이 지역별 특성에 따라 치매안심마을을 다양하게 정의하여 사업에 적용하는 것은 ‘지역특화’ 차원에서는 매우 유의미한 접근으로 볼 수 있다. 그러나 본 사업이 시행 초기임을 고려할 때 중앙차원에서의 명확한 지침이 우선되어야 하며, 사업이 안정기에 접어든 이후에 지역별 자율성을 발휘할 수 있는 기회를 제공하는 것이 바람직할 것이다.

〈표 3-2〉 치매안심마을 정의

구분	정의	명칭
보건복지부 ¹⁾	- 치매환자와 가족들이 일상생활을 안전하고 독립적으로 영위하며 원하는 사회 활동에 자유롭게 참여하는 마을	치매안심마을
서울 ²⁾	- 치매환자와 가족들이 일상생활을 안전하고 독립적으로 영위하며 원하는 사회 활동에 자유롭게 참여하는 마을 - 지역사회 구성원들이 치매에 대해 올바르게 이해하고 치매환자와 가족을 지원함에 있어서 필요한 지식과 태도를 갖춘 치매친화적 환경의 마을	치매안심마을
대전 ²⁾	- 지역사회 구성원과 치매환자 및 가족이 행복한 삶의 가치를 누리며 살아가고 더 이상 기억을 잃지 않도록 울타리가 되어 막아주는 마을	기억울타리
경기 ²⁾	- 지역사회 주민의 교육과 참여를 통해 치매에 대한 인식을 개선하고 치매환자와 가족들이 일상생활을 안전하고 독립적으로 영위하며, 원하는 사회활동에 자유롭게 참여하는 마을	치매안심마을
충북 ²⁾	- 치매환자와 가족 그리고 지역주민이 치매에 대한 이해를 통해 치매가 있어도 가족과 함께 행복한 일상생활이 가능한 마을 - 이웃주민이 함께하는 치매파트너·치매안심이웃(치매파트너플러스)을 통해 더 큰 관심과 실천으로 치매가 있어도 일상생활이 더 안전한 마을	치매안심마을
전북 ²⁾	- 지역사회에서 어느 한 개인이 치매를 앓더라도 가족과 지역사회 구성원의 도움을 받아 자신이 살아왔던 지역에서 안심하고 생활할 수 있는 마을	치매안심마을
전남 ²⁾	- 치매환자와 가족들이 일상생활을 안전하고 독립적으로 영위하며 원하는 사회 활동에 자유롭게 참여하는 마을	치매안심마을
경북 ²⁾	- 치매환자와 가족이 일상생활을 안전하고 독립적으로 영위하며 원하는 사회활동에 자유롭게 참여할 수 있도록 지역사회 주민들이 모두 사회적 가족이 되어 조성에 필요한 사업을 주도적으로 결정하고 실천하는 마을. 이를 통해 마을 구성원 전체가 심리적, 관계적, 경제적으로 치매와 함께 잘 살 수 있는 마을	치매보듬마을
경남 ²⁾	- 지역사회에서 치매에 대한 올바른 이해와 인식 확산을 통해 치매대상자와 가족들의 삶의 질을 높여 일상생활을 유지하도록 하는 시스템	기억채움마을

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

나. 치매안심마을 사업의 목적 및 목표

치매안심마을은 ‘지역사회 구성원들이 치매에 대해 올바르게 이해하고, 치매환자와 가족들의 삶의 질을 높이고, 돌봄 부담을 경감하기 위한 치매친화적 환경 조성’을 목적으로 한다. 그러나 이는 치매안심마을의 목적이라기보다는 치매 관련 사업 전반의 목적으로 볼 수 있으며, 사업의 체계적 운영을 위해서는 지금의 사업 목적보다 더욱 명확히 사업의 목적을 설정해야 할 필요가 있다. 또한 보건복지부·중앙치매센터는 치매안심마을 운영의 체계화를 위해 ‘치매안심마을 운영매뉴얼’을 발간하면서 치매안심마을 운영모델의 목적과 목표를 제시하였다. 본 매뉴얼 상의 치매안심마을 운영모델의 목적은 ‘치매환자와 가족이 지역사회의 구성원으로 지역사회에 통합되어 삶의 질을 유지하면서 가능한 오래 거주할 수 있는 마을 구축’으로 치매환자와 가족의 삶을 중심으로 하고 있다. 그러나 동일한 사업에 대해 각각의 정부지침에서 상이한 형태의 ‘목적’을 제시하고 있어 현장에서는 치매안심마을 사업 운영의 혼란을 경험하고 있었다. 이에 일부 지역에서는 치매인식개선 사업을 중심으로 하여 사업 초기와 같이 치매안심마을을 운영하기도 하며, 일부는 치매환자에게만 집중 서비스를 지원하거나, 치매안심센터의 분소와 같은 개념으로 경로당 내 치매예방 프로그램을 진행하는 등 기관별, 지역별로 상이한 형태로 운영되고 있다.

또한 운영매뉴얼상의 목표는 운영위원회 구성, 교육 및 홍보, 자원봉사자 확보 등과 같이 매우 지엽적인 부분에 대한 목표를 제시하고 있다. 이러한 형태의 운영목표는 연차별 사업운영계획 시 해당 연차에서 제시되어야 하는 수준이므로, 치매안심마을 운영의 전반적인 틀을 제공할 수 있는 적합한 수준의 목표로 수정·보완이 필요할 것이다.

〈표 3-3〉 치매안심마을 목적 또는 목표

구분	목적 또는 목표
보건복지부 ¹⁾	-(사업안내 상 목적) 지역사회 구성원들이 치매에 대해 올바르게 이해하고, 치매환자와 가족들의 삶의 질을 높이고, 돌봄 부담을 경감하기 위한 치매친화적 환경 조성 -(운영매뉴얼 상 목적) 치매환자와 가족이 지역사회의 구성원으로 지역사회에 통합되어 삶의 질을 유지하면서 가능한 오래 거주할 수 있는 마을 구축 ① 치매환자 및 가족의 사회활동 참여를 통한 지역사회통합 ② 돌봄 부담 감소를 통한 치매환자 및 가족의 삶의 질 개선 ③ 조기발견 및 치료를 통해 지역사회 거주 연장 -(운영매뉴얼 상 목표) ① 치매안심마을 구축을 위한 운영위원회를 구성 ② 운영위원회를 활용하여 1차 교육 대상자에 대해 교육 및 2차 교육 대상자 모집 홍보를 실시 ③ 사회활동 지원 프로그램 제공을 위한 활동가(자원봉사자)를 확보
서울 ²⁾	-(목적) 치매환자 및 가족이 지역사회 내에서 안전하고 편리하게 살아갈 수 있는 치매친화적 지역사회 환경 조성 -(목표) 지역사회 내 주민 치매 인식 개선 및 치매안심센터와 공공·민간기관 간 유기적 협력을 통한 치매 지원 체계(치매안전망) 구축
대전 ²⁾	-(목적) 치매환자와 가족에 대한 이해와 공감을 바탕으로 치매에 대한 부정적 인식을 제고하고, 민·관 협력을 통한 시민요구 중심의 자원을 연계해 지역사회 구성원들이 치매환자에게 안전하고 수용적인 지역사회를 조성하고자 함. -(목표) ① 민·관 협력 및 연계를 통한 치매안심 돌봄 커뮤니티(치매 안전망) 구현 ② 지역사회 치매인식개선 및 치매환자·가족 지역 고립 예방 ③ 지역 주민이 중심이 되는 치매파트너 문화 확산
경기 ²⁾	-(목표) ① 치매에 대한 올바른 교육을 통한 치매예방 및 조기발견·치료기반 조성 ② 치매환자가 살아온 지역사회에서 더불어 살아갈 수 있는 환경 마련 ③ 치매환자와 가족이 행복한 '경기도형 치매친화적 안심 공동체' 실현
충북 ²⁾	-(목표) ① 민·관 거버넌스를 통한 치매친화적 4차 지역 안전망 실현(지역사회를 위해 치매 예방과 돌봄이 실현되는 민·관 거버넌스, 치매 예방과 돌봄이 실현되는 커뮤니티 케어) ② 지역 주민이 참여하는 치매 안심이웃(게이트키퍼, 헬퍼) 장착
전북 ²⁾	-(목적) 치매환자와 가족이 살아온 지역사회에서 가능한 오랫동안 사회생활을 유지하며 살아갈 수 있도록 치매친화적 지역사회 환경 조성 -(목표) ① 지역사회 구성원의 치매에 대한 올바른 이해를 통한 치매인식개선 ② 치매환자 및 초호가족에 대한 지지와 지속적인 사회활동 참여를 위한 지원 ③ 지역사회의 치매친화적 안전한 환경 조성
전남 ²⁾	-(목적) ① 치매어르신이 자신이 살아온 지역사회에서 존엄성을 유지하면서 생활할 수 있는 "치매친화적 지역 환경 조성" ② 지역주민이 동참하는 치매안심마을 운영을 위한 치매파트너(자원봉사자) 양성으로 마을 자체 안전망 구축
경북 ²⁾	- 치매가 있어도 자신이 살던 곳에서 이웃의 관심과 배려로 안전하게 일상생활을 하며, 살아갈 수 있는 치매친화적 환경 조성 - 지역사회 구성원들의 올바른 치매 이해 및 인식 개선 도모 - 치매환자와 가족도 마을 구성원으로서 사회적, 경제적 활동을 하며 치매환자 돌봄을 통해 마을 공익에 보탬이 될 수 있는 환경 조성
경남 ²⁾	-(목적) 치매대상자와 가족이 행복한 '치매친화적 안심 공동체' 실현

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

다. 치매안심마을의 범위

‘치매안심마을’은 사업의 명칭과 사업에 대한 정의에서도 알 수 있듯이 사업의 수행 단위가 ‘마을’이다. 이는 ‘치매안심마을’의 정의에서도 명시되어있으며, 대부분의 지역들은 치매안심마을을 『~~~을 위한 마을』로 정의하였다. 이러한 ‘마을’의 단위는 주로 행정구역을 중심으로 구분되며, 넓게는 읍·면·동 단위 또는 권역 단위, 통·리·반·마을(부락)·아파트 단지 단위, 좁게는 상가 밀집지역 일부 등으로 다양하게 정의되고 있다.

치매안심마을의 범위는 ‘치매친화적 지역사회’를 어떻게 정의하느냐에 따라 다를 수 있다. 실제 ‘읍·면·동’ 단위의 치매안심마을의 경우에도 읍·면·동 내 일부 지역(일부 거리, 일부 상점 등)을 중심으로만 치매안심마을 사업을 수행하기도 하는 등 사업의 성격과 지역적 특성에 따라 행정구역 단위보다 더욱 작은 단위에서도 사업이 이루어지기도 한다. ADI(2015)에서 제시한 치매친화적 지역사회(Dementia Friendly Community)의 ‘지역(Community)’은 지리적 위치에 따라 마을(village), 타운(town), 도시(city), 국가(country) 등을 모두 포괄하는 개념으로 현재 우리의 치매안심마을 범위와 같이 다양하게 정의된다.

그러나 이와 같이 지역별로 상이한 치매안심마을의 범위는 ‘지역사회 (Community)’의 개념을 ‘마을’로 축소시키면서 나타난 문제로 볼 수 있다. 경남지역의 경우 ‘치매안심마을’의 정의를 ‘지역사회에서 치매에 대한 올바른 이해와 인식 확산을 통해 치매대상자와 가족들의 삶의 질을 높여 일상생활을 유지하도록 하는 시스템’으로 정의하고 ‘마을’ 단위에 집중하기보다는 ‘시스템’을 구축하는 것으로 정의하고 있다. 즉, ‘지역사회 (Community)’를 어디까지로 볼 것인가에 대한 정의가 일차적으로 이루어져야 치매안심마을의 범위와 그에 맞는 사업의 방향성 설정이 가능할 것으로 보인다.

〈표 3-4〉 치매안심마을 범위

	구분	치매안심마을 범위
사업내용 분석	보건복지부 ¹⁾	- 신규마을 지정 시 지역 여건 및 특성에 맞춰 행정구역 단위로 마을 선정
	서울 ²⁾	- 동, 권역, 기관단위(ex. OO구 약사회 등) 선정
	대전 ²⁾	- 자치구별 행정동(행정복지센터) 중심(단, 행정동 내 법정동이 많을 경우 법정동 중심으로 조성 가능, ex. OO구 중앙동행정복지센터 관할 OO동 내 조성)
	경기 ²⁾	- 읍, 면, 동, 아파트 단지(단, 통·리·반으로 지정되어 있는 치매안심마을인 경우, 읍, 면, 동 단위로 명시하도록 안내함, ex. OO5리 → OO읍으로 명시)
	충북 ²⁾	- 읍, 면, 동, 리
	전북 ²⁾	- 동, 리, 마을(단, '동' 단위의 경우 지역특성과 운영여건을 고려하여 'OO아파트 일원' 중심으로 조성 가능, ex. OO동 OO아파트 일원)
	전남 ²⁾	- 읍, 면, 동, 리(행정구역 말단 단위 내에서는 더욱 세분화하여 지정 가능, ex. 1리, 2리, 3리)
	경북 ²⁾	- 행정구역 단위
사례조사 분석 ³⁾	경남 ²⁾	- 농촌지역: 리, 마을 / 도시지역: 동, 아파트 단지
	사례 1	- 구, 동, 리 등 일반적인 지역 범위 내 선정
	사례 2	- 권역 분류하여 선정
	사례 3	- 지역맞춤형(일부 거리), 기관형(구 내 전체 약국)으로 유형 분류하여 선정
	사례 4	- 아파트 단지

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

3) 치매안심센터 담당자와의 인터뷰 결과를 통해 연구진 재구성

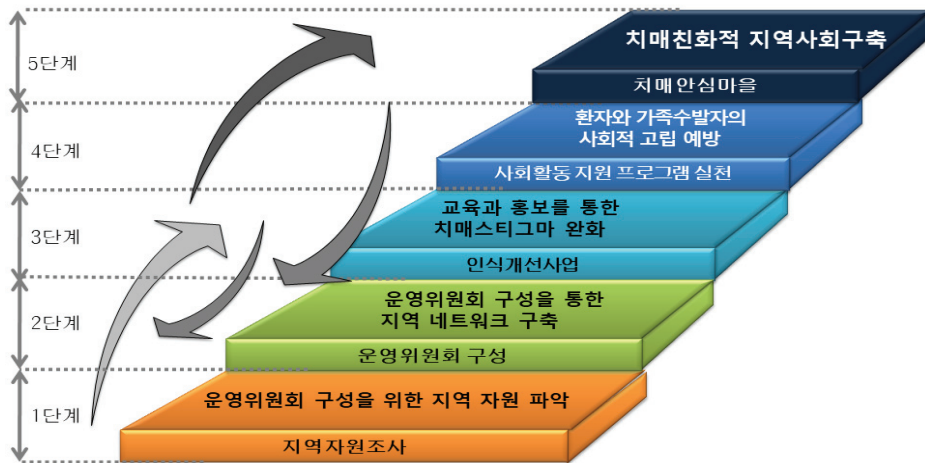
2. 치매안심마을 사업 운영체계

가. 치매안심마을 사업 수행 체계

치매안심마을 운영매뉴얼에 따르면 치매안심마을 구축을 위해 5단계의 사업이 운영된다. 먼저 1단계는 지역사회 자원조사 단계로 치매안심마을 운영위원회 구성을 위한 지역사회 자원조사를 실시하는 단계이다. 2단계는 운영위원회 구성 및 운영 단계로 운영위원회 구성을 통한 지역사회 네트워크를 구성하는 단계이다. 3단계는 인식개선사업으로 이 단계에서는 교육사업과 홍보사업이 함께 운영된다. 4단계는 치매환자와 그 가족의 사회적 고립 예방을 위해 사회활동 지원 프로그램을 운영하는 단계이다. 마지막으로 5단계는 이러한 과정을 거쳐 치매친화적 지역사회가 구축되는 단계이다.

그러나 이러한 수행 단계들은 각 지역의 특성에 따라 상이하게 운영되고 있으며, 몇몇 지역에서는 일부 단계의 사업은 수행하지 않는 등 다양한 형태의 사업 수행 단계를 보이고 있다. 각 단계별 문제점들은 단계별 현황 파악에서 구체적으로 다루고자 하며, 여기에서는 전반적인 사업 수행 체계에 대해 논하고자 한다.

[그림 3-1] 치매안심마을 단계별 사업 운영 단계



자료: 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

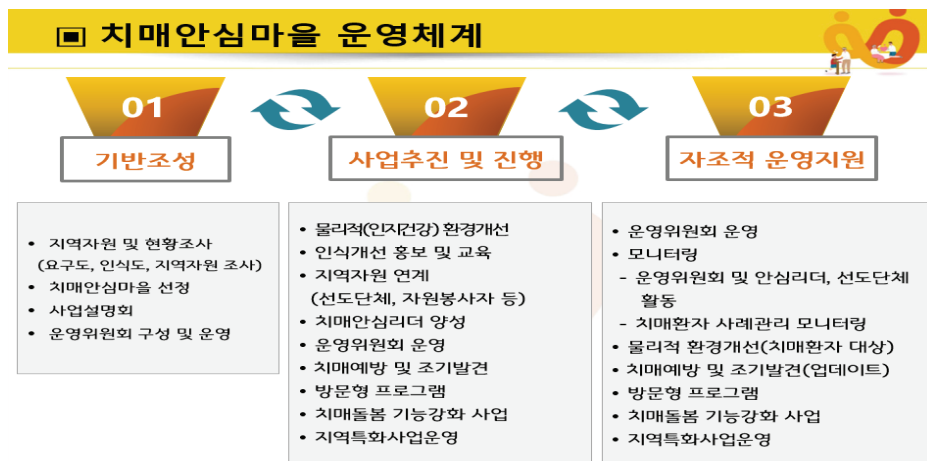
치매안심마을 사업 수행 체계는 사업 운영에 대한 큰 틀이 누락되어 있다. 보건복지부의 치매정책 사업안내에는 사업의 내용만이 제시되어 있고, 보건복지부·중앙치매센터의 치매안심마을 운영매뉴얼에는 각 사업내용 별 세부내용만 제시되어 있으며, 사업 운영에 대한 큰 틀이 제시되어 있지 않다. 이는 본 사업의 정의와 목적 및 목표, 그리고 사업의 단위가 명확하지 않음에 따라 나타난 문제이기도 하지만, 사업의 기획단계에서 사업의 전체적인 틀을 제시하지 못한 것에 따른 문제이기도 하다. 예를 들어, 각 사업의 운영기간(해당 사업이 단년도 사업인지, 다년도 사업인지), 사업 수행의 단위(읍·면·동), 사업의 모니터링 방법 등이 명확히 제시되어 있지 않다. 이로 인하여 상당수의 치매안심마을은 담당자의 역량에 따라 사업수행내용에 많은 차이를 보이고 있다. 이러한 부분을 고려하여 치매안심마을 운영체계의 전반적인 개편이 필요할 것으로 보인다.

나. 치매안심마을 자율적 운영체계

치매안심마을은 치매안심센터별로 2개 이상 운영하도록 되어있으며, 기존 치매안심마을이 주민 주도형으로 전환되기 전까지 치매안심센터를 중심으로 지속적 질 관리 및 운영이 필요함을 제시하고 있다. 또한 이를 위해 다년도 지속 관리사업으로 운영하도록 명시하고 있다. 그러나 주민 주도형 사업을 위한 사업내용이 명확하지 않아 현장에서는 치매안심마을의 지속적 질 관리에 대해 혼란을 겪고 있었다. 즉, 치매안심마을을 계속적으로 확대할 경우 기존 마을은 어떠한 방법으로 운영할 것인지, 신규마을과 기존마을의 운영 방법은 어떻게 상이하게 갈 것인지에 대한 지침이 부재한 상황이다.

광역별 치매안심마을 운영체계 조사 결과, 8개 광역 중 5개 지역(서울, 대전, 충북, 전북, 전남)은 자율적 운영체계에 대한 지침이 부재하였으며, 경기, 경남, 경북 지역은 자율적 운영체계를 관리하기 위해 광역단위에서의 운영체계를 구성하고 있었다.

[그림 3-2] 경기도 치매안심마을 운영체계



자료: 경기도(2021). 치매안심마을 사업안내.

특히, 경기도는 치매안심마을의 자율적 운영체계 구성을 가장 선도적으로 진행하고 있었다. 경기도의 치매안심마을은 운영 종료가 없으며, 자율적 운영지원 단계에서 적정 기준을 충족할 경우 치매안심센터에서 치매안심마을의 모든 사업을 지원 및 모니터링 하고 있다. 즉, 경기도의 치매안심마을은 연차별 사업 추진방향의 단계를 설정하여

사업을 운영하고 있으며, 1년 차에는 사업의 기반을 조성하며, 2년 차에는 안정적 운영 정착을 위해 적극적으로 사업을 지원하고, 3년 차에는 주민주도로 운영될 수 있도록 지원하고 있다.

또한 경상남도는 광역담당자가 치매안심센터별 치매안심마을 관리 현황을 계속적으로 문의하는 등 자체적 계획에 따라 운영하고 있다. 경상북도의 경우 신규마을과 연속마을을 구분하여 운영방법에 대한 별도의 지침을 제공하고 있어, 치매안심마을의 자율적 운영을 보다 체계적으로 지원하고 있는 것으로 보인다. 반면 일부 지역에서는 프로그램 중심의 사업 운영으로, 1차 년도 사업 이후 해당 치매안심마을을 종결하고 타 지역을 신규 마을로 선정하기도 하는 등 사업의 지속성이 담보되지 못하는 경우도 있었다. 이는 현재의 사업안내 상에는 신규마을 사업을 개시하고 해당 연도의 사업이 종결된 이후 차년도의 사업 관리나 운영에 대한 내용이 누락되었으며, 사후관리에 대한 명확한 지침이 부재하기에 나타난 결과로 보인다. 따라서 치매안심마을 운영체계에 대한 보다 명확한 체계 마련이 필요할 것으로 보인다.

〈표 3-5〉 치매안심마을 자율적 운영체계

	구분	치매안심마을 자율적 운영체계
사업내용 분석	보건복지부 ¹⁾	- 기존 치매안심마을이 주민 주도형으로 전환되기 전까지 치매안심센터를 중심으로 지속적으로 질 관리 및 운영
	서울 ²⁾	-
	대전 ²⁾	-
	경기 ²⁾	- 치매안심마을의 연차별 사업 추진방향(단계)을 설정하여 운영 · 1년 차: 기반조성 · 2년 차: 안정적 운영정착 · 3년 차: 주민주도적 운영
	충북 ²⁾	-
	전북 ²⁾	-
	전남 ²⁾	-
	경북 ²⁾	- 신규마을과 연속마을을 구분하여 운영방법에 대한 별도의 지침 제공 · (신규마을) 치매보듬마을 기반 구축 (필수사업 필수적 실시 명시) 필수사업: 주민참여, 치매이해, 가족지원, 치매예방, 환경개선 · (연속마을) 주요 사업 선택적 운영으로 치매친화적 환경 유지
사례조사 분석 ³⁾	경남 ²⁾	- 광역담당자가 치매안심센터별 치매안심마을 관리 현황 지속적 문의
	사례 1	- 안심마을 또는 안심센터 지역 내 주민을 대상으로 안심마을 모니터링단을 구성하여 일부 사례(교통비)를 통해 안심마을 관리(안내판, 치매안심가맹점 등)
	사례 2	- 프로그램 중심의 안심마을 운영으로 프로그램 종결
	사례 3	- 치매안심센터 내 각 동(권역)별 담당자가 해당 안심마을을 계속적으로 관리

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

3) 치매안심센터 담당자와의 인터뷰 결과를 통해 연구진 재구성

3. 치매안심마을 운영을 위한 준비단계

가. 치매안심마을의 지정

1) 치매안심마을 신청 및 접수

치매안심마을 신청 및 접수는 사업 운영의 첫 단계임에도 불구하고, 치매정책 사업 안내 및 치매안심마을 운영매뉴얼 내에 해당 내용이 누락되어 있다. 이에 치매안심마을 신청 및 접수는 치매안심마을의 지역 내 행정복지센터 또는 지역 주민(이장·통장·상인회 등)의 협조상황에 따라 매우 상이하게 이루어지고 있다.

현재 치매안심마을 사업은 대부분 치매안심센터에서 지역 내 행정복지센터에 공문을 발송하여 사업신청을 받고 있다. 이 과정에서 치매안심센터 직원들은 공문발송 외에도 행정복지센터 등을 방문하여 사업 내용에 대한 홍보를 하는 등 다양한 노력을 경주하고 있다.

각 지역별 신청 및 접수 단계의 특성을 살펴보면, 치매안심마을 신청 및 지정과 지역사회 자원조사의 전후관계가 지역별로 상이한 특성을 보이고 있다. 서울, 경기, 충북, 전남, 경북, 전북의 경우 치매안심센터 자체적으로 지역사회 자원조사를 먼저 실시한 후 기준에 부합하는 지역을 치매안심마을 후보지로 선정하거나 치매안심마을로 선정하고 있으며, 대전, 경남, 전북 일부 지역은 신청 및 접수, 공모 과정 등을 통해 신청 받은 지역을 대상으로 하여 지역사회 자원조사를 실시하고 있다.

이러한 과정에서 지역 내 행정복지센터의 협조가 원활한 경우는 행정복지센터에서 마을을 추천받기도 하며, 다수의 마을이 신청하여 신청서에 따라 적합한 마을을 선정하는 지역이 있는 반면, 일부 지역의 경우 행정복지센터의 협조가 원활하지 않아 신청 지역이 없는 경우도 발생한다. 이 경우 치매안심센터의 직원들은 행정복지센터에 방문하여 지속적 설득과정을 거치거나 또는 지정 기준을 참고하여 치매안심센터 자체적으로 해당 지역 내 다양한 지역들을 살펴보고, 지역주민을 설득하는 과정을 거쳐 치매안심마을을 지정할 수 있도록 노력하고 있다. 그러나 이러한 접근은 탑다운(top down) 방식으로 공공기관 중심의 접근 과정에서 주민들의 참여 욕구가 누락될 수 있다. 이에 신청 및 접수 과정에서 다각적 창구를 개방할 필요가 있을 것이다. 즉, 지금의 체계는 행정복지센터 등 공공기관 중심의(top down) 접근이었다면, 이제는 주민의 욕구를 받

영할 수 있는 신청체계의 마련이 필요할 것으로 보인다.

〈표 3-6〉 치매안심마을 신청 및 접수 방법

구분		신청 및 접수 방법
사업내용 분석	보건복지부 ¹⁾	- 별도 기준 없음
	서울 ²⁾	- 사업계획 수립에 따른 지역사회 자원조사(지역현황조사) 이후, 다양한 선정 기준을 고려하여 위원회 등을 통해 치매안심마을을 조성 지역 단위 검토 후 선정 - 선정 지역 내 협력기관 모집 및 선정, 업무협약 체결 - 이후 선정 지역대표(동장, 이장 등) 대상으로 '치매안심마을 참여 확인서' 작성하여 선정
	대전 ²⁾	- 행정복지센터로 기억올타리 사업에 대한 공문 발송, 전화 연락 등 다양한 방법으로 기억올타리 사업 제안서 준비 및 공모 실시 - 일정 기간을 두고 접수 진행하여 행정복지센터 대상으로 '기억올타리 사업 참여 의향서' 공문을 접수받고 치매안심센터에서 취합 - 신청지역 대상으로 지역자원 분석 후 심사 및 선정 · 지역사회치매협의체 위원 중 3인 심사위원 위촉하여 심사항목 기준으로 지역 심사 진행 - 단, 신청지역이 없을 경우 지역환경평가 기준으로 자치구 지역자원을 전수조사 하여 기억올타리 사업이 적합하다고 판단된 동에 직접 접촉
	경기 ²⁾	- 시·군 내 치매안심마을 지역선정기준에 부합하는 지역에 치매안심마을 사업안내 및 홍보 진행 - 지원 지역이 많은 경우 대상지역 공모를 통해 지역을 모집하고, 공모전을 통해 지역에 대한 심사 진행 - 지역자원 및 현황조사(요구도, 인식도, 지역사회 자원조사) 실시 후 치매안심마을 최종 선정
	충북 ²⁾	- 치매안심센터 차원에서 선행사례 및 지역자원을 분석하여 사업계획서 수립 - 공모를 받아 선정기준에 부합하는 치매안심마을 선정 후 선포 실시
	전북 ²⁾	- 자원조사 결과와 선정기준에 부합하는 지역을 심사·선정하여, 대상 지역에 사업안내 및 홍보 진행 ※ 선정기준의 경우 광역치매센터가 제시한 4개 영역(고령화율, 치매환자 비중, 지역자원 활용, 운영규모)을 최대한 적용하도록 권장하되, 도·농지역간 격차를 반영하여 시·군 자체 선정기준 적용 가능 - 시·군 자체 계획이 있는 경우, 공모를 통해 지역을 모집하여 심사·선정
	전남 ²⁾	- 치매안심센터 차원에서 선행사례 및 지역자원을 분석하여 사업계획서 수립 - 조사를 토대로 선정기준에 부합하는 치매안심마을 선정 및 지정
	경북 ²⁾	- 시·군·구 치매안심센터에서 행정구역별 치매관리 취약지역을 추정하고 해당 연도의 치매관리사업 성과 등을 종합적으로 판단하여 2개 후보지 선정 - 이후 2개 후보지에서 다양한 방식으로 지역주민의 참여 의지를 수렴하고 기타 치매안심센터 등록 현황, 지역자원 연계 가능 정도 등을 파악하여 1개 마을을 최종적으로 선정
	경남 ²⁾	- 도내 시·군·구에서 예산 수립 및 공고 후 지원한 마을을 대상으로 서류심사(1차) 및 현장점검(2차) 실시 - 이를 토대로 마을 선정 자문위원회(선발위원회)를 통한 심사 및 선정 - 단, 신청지역이 없을 경우 지자체(관)에서 필요 마을을 지정하는 경우도 있음.
	사례조사 분석 ³⁾	- 사례 1 - 지역 내 행정복지센터에 공문 발송하였지만 회신이 오지 않는 경우 - 사례 2 - 공문 발송 후 치매안심마을 선정까지 지역 내 행정복지센터에서 협조적인 경우 - 사례 3 - 지역 내 행정복지센터를 통해 선정 기준을 제시 후 공모 접수받음 → 공모지 심사 후 선정 - 사례 4 - 지역 내 행정복지센터에 지역 협조 잘되는 마을 추천받은 후, 해당 지역 이·통장단에 게 직접 컨택하여 선정

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

3) 치매안심센터 담당자와의 인터뷰 결과를 통해 연구진 재구성

2) 치매안심마을 지정 기준

치매안심마을은 노인인구 수, 치매환자 수, 치매환자 등록자 수, 접근성, 지역자원 등을 고려하여 지정되며, 지자체 여건 및 특성에 맞게 자율적으로 지역을 지정하고 있다. 이에 각 지자체별로 별도의 치매안심마을 지정 기준을 가지고 있으며, 광역단위에서 제시되고 있는 치매안심마을 지정 기준을 분석한 결과는 다음과 같다.

치매안심마을 지정 기준은 정량지표와 정성지표로 나뉘며, 정량지표는 지역환경을 주로 평가하고, 정성지표는 사업의 실현 가능성을 중심으로 평가한다. 먼저, 지역환경 평가(정량지표)는 노인 인구 수(고령화율), 치매대상자 수(비율), 마을·지역 인구 규모, 지역자원 연계 가능 기관 수(활용가능성), 치매안전망 구축 정도, 독거노인 또는 수급자 비율 등이 주로 활용되고 있다. 다음으로 적합성 평가(정성지표)는 마을 주민(이장)의 참여의지 및 사업에 대한 이해도, 치매안심마을 접근성·적절성(실현가능성)·사업의 확산가능성, 공간 확보 가능성, 치매안심마을 선정에 대한 종합적 의견 등이 활용되고 있다. 특히나 노인인구와 치매대상자 수, 치매안심마을의 접근성·참여주민의 적극성·본 사업의 확산가능성은 모든 지역에서 주요한 지정 기준으로 적용되고 있다.

〈표 3-7〉 광역 별 치매안심마을 지정 기준 심사표

구분	지역환경 평가(정량지표)						적합성 평가(정성지표)			
	노인 인구 수 (고령 화율)	치매 대상자 수 (비율)	마을 · 지역 인구 규모	지역자원 연계 가능 기관 수 (활용가능성)	치매 안전망 구축 정도	독거 노인 또는 수급자 비율	마을주민 (이장) 참여의지 및 사업에 대한 이해도	치매안심마을 접근성, 적절성 (실현가능성), 확산 가능성	교육 여건 및 공간 확보 (공간 등) 가능성	치매안심마을 선정이 필요하다고 판단되는 지역
보건 복지부 ¹⁾										
서울 ²⁾										
대전 ²⁾										
경기 ²⁾										
충북 ²⁾										
전북 ²⁾										
전남 ²⁾										
경북 ²⁾										
경남 ²⁾										

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

각 지역에서는 이러한 선정기준을 바탕으로 각각의 지표별 점수를 책정한다. 정성지표의 경우 지역별 심사위원을 별도로 위촉하여 점수를 책정한다.

대부분의 지역에서 정량지표 중 가장 높은 배점을 받는 항목은 노인인구 수와 치매 대상자 수이다. 객관적인 대상자 수의 비율도 치매안심마을 지정의 주요 기준이 될 수 있다. 그러나 ‘치매친화적 지역사회 환경 구축’이라는 치매안심마을의 주된 목적을 고려할 때 지역주민의 참여도와 의지 역시 중요한 지표가 될 수 있을 것으로 보이며, 치매안심마을 지정에 대한 명확한 기준 제시가 필요할 것이다. 다만, 지역사회 환경 및 지역 주민의 참여도가 지역별로 상이함을 고려할 때 일관된 지정 기준 및 점수 배정을 제시하기보다는 지정 기준에 대한 안내와 함께 지역별로 선택적으로 적용할 수 있는 기재 마련이 필요할 것이다.

이에 따라 치매안심마을 지정 기준 마련을 위해 일부 지역의 기준을 검토하였고, 대전광역시와 서울특별시를 주요 예시로 제시하고자 한다.

〈표 3-8〉 치매안심마을 지정 기준 심사 절차 사례(대전광역시)

구분	평가항목	배점	주요내용
지역 환경 평가 (50점)	노인인구 수	15점	65세 이상 노인 수가 많은가?
	치매환자 수	15점	치매환자 수가 많은가?
	주민인구 수	5점	주민 수가 많은가?
	지역자원 활용도	15점	공공 및 민간기관, 복지기관, 의료기관, 주민단체의 현황은 어떠한가? 지역자원 연계 및 활용가능성이 있는가?
적합성평가 (50점)	적극성	30점	동 대표의 참여의지가 있는가? 동 대표가 치매안심마을 사업 목적과 추진방향을 이해하고 있는가?
	실행가능성	5점	치매안심마을 사업과 유사하거나 동일한 사업을 수행한 경험이 있는가?
	확산가능성	15점	치매안심마을 사업 확산을 위한 향후 계획이 있는가?

자료: 1) 대전광역시 치매안심센터 내부자료.

먼저 대전광역시는 공모를 통해 치매안심마을 운영에 대한 신청을 받으며, 치매안심마을 지정을 위해 지역사회 치매 협의체 위원 중 3인을 심사위원으로 위촉하여 심사를 진행한다. 지역환경평가(정량평가) 영역은 노인인구 수(15점), 치매환자 수(15점), 주민인구 수(5점), 지역자원활용도(15점)로 구성되어 있으며, 적합성평가(정성평가) 영역은 적극성(30점), 실행가능성(5점), 확산가능성(15점)으로 구성되어 총 100점을 만

점으로 하고 있다. 이들 중 가장 높은 배점은 ‘적극성’ 항목이다. 이는 ‘동 대표의 참여 의지와 사업에 대한 이해도’로 지역사회의 협조가 매우 중요한 치매안심마을 사업의 특성이 반영된 것으로 볼 수 있다. 대전광역시도 이러한 심사항목에 준하여 심사를 진행하며, 필요에 따라 현장조사 등 추가 심사를 실시하여 치매안심마을을 지정하고 있다. 다만, 신청지역이 없을 경우 지역환경평가를 기준으로 자치구 지역자원을 전수조사 하여 사업이 적합하다고 판단된 동에 직접 접촉하는 과정을 거치는 등 지역사회의 협조 수준에 따라 다양한 지정 방안을 마련하여 운영 중이다.

〈표 3-9〉 치매안심마을 지정 기준 심사 절차 사례(서울특별시)

구분	영역	내용
정량 지표	노인 인구 수	노인 인구 수가 많은 곳인가?
	고령화율	고령화율이 높은 곳인가?
	추정 치매환자 수	추정 치매환자 수가 많은 곳인가?
	치매환자 등록 비율	치매환자 등록 비율이 높은 곳인가?
	독거노인 비율	독거노인 비율이 높은 곳인가?
	수급자 비율	수급자 비율이 높은 곳인가?
	치매 관련 자원 (치매극복 선도단체 수)	치매 관련 자원이 많은 곳인가? 치매 관련 자원이 적은 곳인가?
정성 지표	주민(통장) 참여 의지	주민(통장)의 참여 의지가 높은 곳인가?
	안심마을 접근성	치매안심마을로서 접근성이 좋은가?
	안심마을 적절성	치매안심마을 사업 운영에 적절한 동인가?
	확산 가능성	치매안심마을 사업의 확산을 위한 참여에 적극적으로 참여할 것인가?

자료: 1) 서울특별시 치매안심센터 내부자료.

다음으로 서울특별시의 경우, 정량지표로는 노인인구 수, 고령화율, 추정 치매환자 수, 치매환자 등록 비율, 독거노인 비율, 수급자 비율, 치매 관련 자원 수로 구성되어 있으며, 정성지표로는 주민의 참여 의지, 안심마을 접근성, 안심마을 적절성, 확산가능성으로 구성되어 있다. 서울특별시는 8개 광역치매센터 중 유일하게 독거노인 및 수급자 비율을 치매안심마을의 선정기준으로 제시하고 있다. 서울특별시는 행정복지센터로부터 직접 신청을 받기보다는 안심센터 차원의 지역사회 자원조사를 통해 일차적으로 지역의 상황을 파악한 후 이·통·반장을 통하여 지역자원을 수집하는 방법으로 업무를 수행하고 있다.

이 두 지역의 지표들을 비교해보면, 치매정책 사업안내에서 제시하고 있는 동일한 항목에 대해서도 지역별 해석이 상이함을 알 수 있다. 예를 들어 ‘치매안심마을 확산가능성’의 경우 대전광역시 ‘치매안심마을 사업 확산을 위한 향후 계획이 있는가?’로 정의하며, 서울특별시 ‘치매안심마을 사업의 확산을 위한 참여에 적극적으로 참여할 것인가?’로 정의하고 있다. 이에 각 기준에 대한 명확한 정의의 제시가 필요할 것으로 보인다.

나. 지역사회 자원조사

치매안심마을 사업의 중요한 사업내용 중 하나는 지역사회 자원조사이다. 지역사회 자원조사는 치매안심마을 운영위원회 참여가 가능한 자원과 시·군 단위와 읍·면·동 단위에서 협력할 기관 및 시설을 파악하여 사업 운영의 기초자료를 마련하고자 실시하는 것이다. 여기서 말하는 지역자원은 치매안심마을 내 주요 공공기관 및 민간시설 뿐만 아니라 자율적 주민단체 등과 같은 지역 내 단체와 치매안심마을 운영을 위해 이용 가능한 장소, 지역 내 축제 등과 같이 지역 내 다양한 차원에서의 자원을 의미한다.

지역사회 자원조사의 목적에 따르면 지역사회 자원조사는 ① 운영위원회 참여가 가능한 자원 검토, ② 협력 기관 및 시설 파악을 통한 사업 운영의 기초자료 마련이라는 두 가지 목적을 갖는다. 이 둘의 공통적 의미는 ‘활용 가능한 지역사회 자원 파악’이라는 것이다. 이러한 목적에 따라 지역사회 자원조사는 지역별로 ① 각 지역의 특성에 따라 치매안심마을 선정을 위한 기초자료로의 활용을 위한 조사와 ② 치매안심마을 지정 이후 지역 내 이용 가능한 자원을 파악하여 사업을 구체화하기 위한 조사의 두 가지 방법으로 이루어지고 있다.

이러한 방법의 차이는 지역사회 자원조사 항목에서도 나타난다. 대부분의 지역에서는 지역사회 자원조사의 항목으로 민간 및 공공기관(읍면동 행정복지센터, 경찰서, 소방서, 복지기관, 금융기관, 학교, 경로당 등) 현황을 공통적으로 제시하고 있어 위의 두 가지 목적에 모두 적용 가능하다. 그러나 그 외 항목들은 지역별로 차이를 보이는데, 일부 지역에서는 취약계층 현황(노인인구 수, 치매환자 수 독거노인 수 등)과 같이 사업 신청 과정에서 포함해야 할 항목을 제시하고 있는가 하면, 일부 지역에서는 지역 내 치매파트너/파트너플러스 자원, 서비스 진행 가능 장소 등을 포괄하기도 하여, 치매안심마을 지정 이후 사업 진행 시 필요한 자원에 대한 조사를 하기도 한다.

〈표 3-10〉 치매안심마을 지역사회 자원조사 방법

구분		지역사회 자원조사 방법
사업내용 분석	보건복지부 ¹⁾	- 치매안심마을 운영위원회 참여가 가능한 자원 및 시·군 단위와 읍·면·동 단위에서 협력할 기관 및 시설을 파악하여 기초자료로 활용
	서울 ²⁾	- 치매안심센터 자체 사업 계획 수립 후, 치매 관련 실태 및 치매친화적 환경 조성에 기여할 수 있는 지역자원 현황 조사 실시 · 지역 내 취약계층 관련 현황 파악, 지역 내 공공·민간자원 관련 현황 파악, 자율적 주민 단체(부녀회, 경로당 등) 현황 파악 등
	대전 ²⁾	- 신청 지역을 대상으로 지역자원 분석 · 사업의 주 진행 장소(아파트, 행정복지센터, 경로당, 기타 등) · 지역의 인구 구성(총 인구/세대 수, 65세 이상의 노인인구 수, 65세 이상 독거 노인 인구 수, 치매선별검사 대상인구 수 등) · 지역 치매환자 수(등록 치매환자 수, 추정 치매환자 수 등) · 지역자원 현황(복지관, 금융기관, 의료기관, 학교, 경로당, 주민단체 등) · 그 외 지역자원 분석을 위해 필요한 사항 조사
	경기 ²⁾	- (요구도 조사) 지역주민의 치매 관련 요구도 조사를 통한 치매안심마을 추진사업 기반 마련 - (인식도 조사) 사업추진에 따른 지역주민의 치매에 대한 인식도 변화 조사 - (지역사회 자원조사) 지역사회 치매 관련 다양한 자원발굴을 위한 민관 자원 조사를 우선 및 방안을 통해 진행하며, 이를 바탕으로 민관 업무협약 및 자원연계 진행
	충북 ²⁾	- (지역자원 분석) · 광역치매센터 차원: 읍면동, 경찰, 소방, 복지기관, 보건기관 등 치매 관련 유관기관 자원 분석 및 가용자원 리스트 마련, '지역자원북' 격년 발간 및 제공 · 치매안심센터 차원: 봉사자, 치매안심가게(치매안심등불) 등 지역 내 치매파트너/파트너플러스 자원 분석 및 리스트 마련 - (선행사례분석) 시범사업보고서, 타지역사례 등 분석
	전북 ²⁾	- 선정 지역 대상으로 지역사회 자원조사 전반 실시 · 인구 구성 및 치매환자 수 · 지역자원 현황(복지관, 금융기관, 의료기관, 학교, 경로당, 주민단체 등) · 그 외 지역자원 현황 분석 - 지역주민 서비스 욕구 파악 조사 및 연계
	전남 ²⁾	- (지역자원 분석) 읍면동, 경찰, 소방, 복지기관, 보건기관, 봉사자 등의 지역자원을 분석 및 가용자원 리스트 마련 - (선행사례 분석) 시범사업보고서, 타지역사례 등 분석
	경북 ²⁾	- 치매안심센터 차원에서 선정한 2개 후보지를 대상으로 하여 최종 선정을 위한 지역사회 자원조사 실시 · 지역주민의 참여의지, 연계가능 기관 및 단체, 현재 협력관계의 정도, 기관 및 단체와 협력 시 연계 가능한 사업 내용 등을 조사
	경남 ²⁾	- 모집공고 신청 지역 대상으로 현장점검 실시 - 신청서 서식 내 지역자원을 기재할 수 있도록 제작 · 현장점검: 신청서 내용 확인, 마을주민의 참여도, 거주·교육 환경 및 마을 구조 확인, 치매안전망 구축가능성(등대지기, 치매극복선도기관, 단체, 치매파트너 등) 확인, 지역민의 의지 및 관심도 확인
	사례조사 분석 ³⁾	- 사례 1 · 안심마을 선정 후, 사업 담당자가 지역 내 주요 공공기관 및 민간시설, 행정복지센터 위주로 연계 가능한 지역자원을 조사 및 목록화 - 사례 2 · 안심마을 선정 위한 공모신청서 양식에 '연계 가능 지역자원 체크리스트'를 포함시켜 신청지역에서 대략적으로 지역자원을 기재하여 신청하도록 함. 이에 준하여 현지 방문 후 추가 조사 실시.

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

3) 치매안심센터 담당자와의 인터뷰 결과를 통해 연구진 재구성

지역사회 자원조사를 진행하는 방법은 치매안심마을 사업신청서를 접수하는 과정에서 사업신청서 양식에 지역자원을 기재하도록 하여 이를 기준으로 지역자원을 파악하는 방법과 치매안심센터 직원의 전화 및 방문, 온라인 조사 등을 통해 지역사회 자원조사를 실시하는 방법 등으로 다양하게 운영되고 있다. 이 과정에서 수집된 내용들은 지역사회 자원조사 현황표에 기록하도록 되어있다. 그러나 현재 운영매뉴얼 상의 현황표는 기관명, 대표자, 연락처, 주소 정도만 기록하도록 되어 있어, 지역 내 협조 정도, 향후 이용 가능한 자원 등에 대한 파악은 누락되어 있다. 일부 지역에서는 현재의 협력관계, 협력 가능한 사항 등에 대한 내용을 명시하여 지역자원의 활용도를 높이하고자 노력하고 있으나, 지역사회 자원조사는 단순한 자원의 리스트화에서 머무는 것이 아니라, 지역사회 자원을 활용할 수 있는 기초자료를 만드는 것이기에 지역사회 자원조사 양식의 구체화가 필요하다.

마지막으로 지역의 자원은 수시로 변화(상점 및 기관의 개·폐업)하는 특성을 갖는다. 따라서 주기적으로 지역사회 자원조사를 실시해야 하지만, 현재는 지역사회 자원조사의 조사 주기 등에 대한 논의가 부재한 상황이다. 치매안심마을을 다년도 지속사업으로 운영하기 위해서는 지역자원의 변화를 계속적으로 파악하여 지역사회 자원 활용도를 높이도록 할 필요가 있다.

다. 치매안심마을 운영위원회 구성 및 운영

치매안심마을 운영위원회는 치매안심마을 운영의 첫 단계로 치매안심마을 기획, 운영, 평가에 관한 의사결정을 하는 조직이다. 치매안심마을은 지역 내 공공기관(우체국, 소방서, 경찰서 등), 민간시설(종교기관, 복지시설, 금융기관, 상가번영회 등), 주민단체(이·통장단, 부녀회 등) 등을 대표할 수 있는 실질적 활동가 10인 내외로 구성하며, 치매안심마을 운영위원이 되기 위해서는 치매 관련 교육을 반드시 이수해야만 한다. 또한 운영위원회에 참여하는 단체는 치매극복선도기관으로 지정되며, 운영위원은 해당 기관 내 구성원에게 치매파트너 교육을 할 수 있다. 운영위원회는 연 2회 이상 회의를 개최하며, 치매안심마을 내 교육지원, 홍보지원, 사회활동 지원 등의 역할을 수행한다.

〈표 3-11〉 치매안심마을 운영위원 참여기관 및 역할

구분	내용	
운영위원회 참여기관/단체	주요 공공기관	- 우체국, 소방서(119안전센터), 경찰서, 파출소(치안센터), 도시가스, 전력공사 등
	주요 민간시설	- 종교기관, 복지기관, 금융기관, 의료기관, 교육기관, 대중교통 사업자, 소규모 상점 및 대형마트, 상가변영회 등
	자율적 주민단체	- 이장·통장단, 경로당, 노인회, 청년회, 부녀회, 자율방범대, 아파트운영위원회 등
운영위원회 위원의 분야별 역할	교육 지원	- 소속 기관·단체가 치매안심마을 교육을 받을 수 있도록 연계하고 소속 기관이나 본인이 접촉 가능한 기관·단체를 대상으로 치매안심마을 교육을 받을 수 있도록 연계함 - 치매파트너 및 직종별 치매환자 대응 가이드북 교육 이수 후 치매안심마을 강사로 활동함
	홍보 지원	- 소속기관·단체 혹은 접촉 가능한 기관·단체를 대상으로 홍보 사업 참여를 독려하고 필요한 경우 자신이 속한 기관·단체의 자원을 제공함
	사회활동 지원	- 치매환자와 가족의 사회활동을 지원하는 프로그램을 제안하고 그 실행 과정에서 자신이 속한 기관·단체의 자원을 제공함

자료: 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

운영위원회 구성과 관련된 몇 가지 특성을 살펴보면, 첫째, 운영위원회의 구성과 역할에 대해서는 중앙의 지침에 준하여 대부분의 기관에서 유사하게 사업을 운영하고 있었다.

둘째, 지역별 특성에 따라 운영위원회 구성원은 상이하였다. 일부 지역에서는 주로 공공 및 민간기관과 주민단체를 중심으로 운영위원회를 구성하는 반면, 농촌지역의 경우에는 기관 연계가 어려워 지역사회 내 이·통장 및 지역 내 유지(有志) 중심으로 운영위원회를 구성하기도 하였다.

셋째, 운영위원회의 구성 및 참여 정도도 지역별로 큰 차이를 보였다. 일부 지역에서는 운영위원회의 구성 및 운영에 전혀 어려움을 겪지 않았으며, 운영위원회를 통해 타 기관과의 연계도 원활히 이루어지고 있었다. 반면 일부 지역에서는 운영위원회 구성 단계에서부터 어려움을 경험하기도 하였다. 또한 치매환자가 자주 방문할 수 있는 장소(은행, 지역 관할 파출소, 병원, 약국 등)임에도 해당 기관의 협조가 원활히 이루어지지 않는 경우도 발생하였다.

〈표 3-12〉 치매안심마을 운영위원회 구성

구분	운영위원회 구성
보건 복지부 ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심마을 기획, 운영, 평가에 관한 의사결정 - 주요 공공기관, 민간시설, 자율적 주민단체 등 최소 5개 기관 이상 10인 내외 구성
서울 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 통장, 기관장 및 온·오프라인을 통해 지역 내 협력 기관(치매안심자킴이 인증 기관) 모집 <ul style="list-style-type: none"> · 인증기관 모집 대상: 공공기관 및 민간기관 · 안정적 협력 및 유지를 위한 업무 협약 진행 및 현판 제공 - 별도의 치매안심마을 운영위원회 구성은 선택 사항 <ul style="list-style-type: none"> · 운영위원회 역할: 협력 기관 선정, 사업 관련 자문, 실적 및 운영 현황 보고 등
대전 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 위원장을 포함하여 지역주민 대표(통장, 노인회 및 경로당 회장, 치매환자가족 대표 등), 민간기관 대표(금융기관, 의료기관 등), 공공기관 대표(광역치매센터, 치매안심센터 실무대표, 보건소, 복지관 등) 등 20인 이내의 위원으로 구성하여 업무협약 체결 및 위촉장 수여 - 위원장은 치매안심센터장으로 하고, 위원회를 대표하여 운영 총괄. 다만, 동과의 협력체계를 강화하기 위해 동장이 공동위원장이 될 수 있음 - 연 2회 정기회의 개최, 필요 시 임시회의 추가 개최 - 지역자원분석을 통한 운영위원회 예비위원 명단을 확보하며, 행정복지센터와 협의하여 진행 (동 추천 및 자발적 참여)
경기 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심마을 내 지역사회 치매관련 민·관 기관, 시설 등을 대상으로 치매안심마을 사업추진에 대한 안내 및 협조요청 등의 의견수렴을 통한 업무협약을 실시하여 협력 체계 구축(5개 기관 및 10인 이상) - 운영위원장은 치매안심센터장(또는 부센터장)으로 하여 정기회의를 개최(연 2회 이상)하며 사업추진에 대한 주요 논의사항 및 현황보고 실시
사업내용 분석	<ul style="list-style-type: none"> - (시·군위원회: ‘치매 커뮤니티 실천 협의회’) 가형 또는 나형, 혼합형 중 지역 특성을 고려하여 10인 전후로 구성 <ul style="list-style-type: none"> · 가형(읍면동 지역자원 중심형): 읍면동장 및 지역사회보장협의체, 이·통장, 노인회분회, 직능단체, 청년회, 자원봉사회, 자율방범대, 지역파출소·소방서 등 · 나형(시·군 보건·복지·공공 중심형): 보건소, 광역치매센터, 정신건강복지센터, 약사회, 의사회, 대학교수, 노인복지관, 국민건강보험공단, 시·군이통장협의회, 시·군노인회지회, 운수업체, 경찰서, 우체국, 은행, 교육청, 희망복지지원단 등 - 분기 1회, 연 3회 이상 협의회 진행 - 사업의 자문 및 공동 진행, 지역사회 자원 발굴 및 연계 등의 역할 수행 - 참여 기관을 대상으로 치매선도기관 지정
	<ul style="list-style-type: none"> - (안심마을 내 위원회: ‘치매안심공동체’) 안심마을 내 사회복지팀장(6급), 보건지소·진료소 담당, 마을대표, 서비스 제공 중인 복지관, 노인회, 정신건강복지센터 등을 대상으로 하여 치매안심마을 공동체 구축 및 운영 - 운영회의 매월 1회 이상, 연 6회 이상 - 마을주민 대상 사업설명회, 반기별 경과보고회 등 운영 - 치매안심프로그램 등에 참여
전북 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - (구성) 보건·의료·복지분야 전문가, 민·관기관의 장 또는 실무자, 지역주민 대표(노인 회장, 이장, 부녀회장 등), 지역 내 활동가 등 지역특성을 이해하고 있는 자 <ul style="list-style-type: none"> ※ 대학교수, 보건·복지 관련 전문가 등 1인 이상 포함 - (운영) 연 1회 이상 회의 개최(필요시 수시 회의 가능) - (역할) 치매안심마을 내 치매친화적 환경을 조성하기 위한 치매안심마을 운영에 관한 협력방안 논의 및 자문, 자원발굴 및 연계 협력
전남 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - (‘치매안심운영위원회’) 치매안심마을 내 민·관 기관, 자율적 주민단체 대표 등을 대상으로 지역 특성을 고려하여 5개 기관 이상 10인 내외의 운영위원회 구성 - 치매관련 교육 이수 필수 - 연 2회 이상의 회의 개최

구분		운영위원회 구성
	경북 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - ('치매보듬운영위원회') 공공기관, 민간시설, 자율적 주민단체 등 최소 5개 기관 이상 <ul style="list-style-type: none"> · 사업계획 및 추진방안 논의 - ('치매보듬리더') 마을이장(부녀회장) <ul style="list-style-type: none"> · 치매보듬마을 홍보 및 주민 의향을 파악하여 원활한 사업추진 주도 · 활동수당 지급 권장
	경남 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 행정복지센터 관계자, 마을 이장단, 요양원장, 경로당 회장, 주간보호센터, 봉사단, 치매안심센터 관계자 등 다양한 노인관련 유관기관 구성원을 중심으로 5개 기관 이상을 포함하여 운영위원회 구성 - 연 2회 이상의 운영위원회 진행 - 기억채움마을 운영결과 보고 및 토의, 기억채움마을 4대 주요 사업 안내 및 전반에 관한 논의, 치매안전망 구성을 위한 업무 협조 사항 논의 등의 역할 수행
사례조사 분석 ³⁾		(지역별 협력관계 1) 운영위원회의 적극적 참여 및 관심 존재하는 지역
	사례 1	- 지역주민들의 적극적 협조로 운영위원회 구성에 어려움이 존재하지 않았음
	사례 2	- 운영위원회장의 적극적 참여로 안심마을 지속적 관리 및 모니터링 가능
	사례 3	- 운영위원회의 활발한 회의를 통해 사업에 대한 다양한 의견 공유, 기관 간 사업 연계 및 안심센터와의 협력 가능
		(지역별 협력관계 2) 운영위원회 구성 및 운영 과정의 어려움 호소하는 지역
	사례 1	- 운영위원회 구성을 위한 관계자 컨택 및 구성까지 장기간 소요
	사례 2	- 민간시설의 참여를 독려할 방안이 없어 협력이 어려움
	사례 3	- 참여가 필요한 지역 내 기관의 협조가 되지 않는 경우 존재(ex. 은행, 지역 관할 파출소 등 미참여)
		운영위원회 구성
	사례 1	- 지역사회 내 공공기관, 민간시설, 주민 단체 등으로 구성
	사례 2	- 기관 미연계, 지역사회 내 이통장 및 유지(有志) 중심으로만 구성

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

3) 치매안심센터 담당자와의 인터뷰 결과를 통해 연구진 재구성

넷째, 치매안심마을 운영위원회 외 별도의 운영위원회 또는 지원체계를 마련하는 지역이 있었다. 충북의 경우 해당 치매안심마을을 위한 치매안심마을 운영위원회('치매안심공동체')를 구성함과 동시에 시·군·구 단위의 '치매 커뮤니티 실천 협의회'를 구성하여 마을단위의 치매친화적 지역사회 구축뿐만 아니라 지역사회 전체 차원에서의 치매친화적 지역사회 구축을 위한 협의회를 마련하여 운영하고 있다. 또한 경북에서는 마을의 이장 또는 부녀회장을 '치매보듬리더'로 임명하여 치매보듬마을 홍보 및 주민 의향 등을 파악하도록 하고 있다. 이들에게는 활동수당을 일부 지급하도록 권장함으로써 사업의 효과성을 높이고자 하고 있다.

3. 치매안심마을 운영단계

가. 치매안심마을 교육사업

치매안심마을 교육사업은 치매에 대한 올바른 이해로 치매에 대한 부정적 인식을 해소하고, 치매환자에 대한 대응능력을 향상시킴으로써 치매환자를 존중하고 안전하게 보호하는 것을 목적으로 수행된다. 이는 지역 내 운영위원회 참여기관 및 단체를 대상으로 한 기본교육과 일반주민을 대상으로 한 확대교육의 두 가지 형태로 운영된다.

기본교육의 주요 내용은 치매에 대한 이해, 환자 행동특징과 업종별 치매환자 대응요령, 치매 관련 서비스 이용 안내 등으로 구성되어 있다. 확대교육은 연령에 따라 교육내용이 상이한데, 65세 미만을 대상으로는 치매에 대한 이해 및 환자 행동특징, 치매환자 대응요령 등에 대한 교육이 실시되고 있으며, 성인 및 65세 이상을 대상으로는 치매 조기검진 및 예방과 관련된 교육이 함께 실시되고 있다.

〈표 3-13〉 치매안심마을 교육 내용

구분	대상		주요 교육 내용
기본교육 (기관 /단체)	지역 내 공공기관		- 치매에 대한 이해, 환자 행동특징 (치매환자 구별방법) - 업종별 치매환자 대응 요령 - 치매 관련 서비스 이용안내
	지역 내 민간기관 종사자		
	지역 주민단체		
확대교육 (일반주민)	65세 미만	성인	- 치매에 대한 이해, 환자 행동특징 (치매환자 구별방법) - 치매환자 대응요령 - 치매 예방 및 조기검진
		학생	- 치매에 대한 이해, 환자 행동특징 (치매환자 구별방법) - 치매환자 대응요령
	65세 이상		- 치매에 대한 이해 - 치매 조기검진 필요성 - 치매 조기검진 기관 및 관련 서비스 안내

자료: 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

각 지역들은 치매파트너 사업의 체계 안에서 치매파트너 교육교재를 활용하여 치매안심마을을 교육 사업을 운영하고 있으며, 교육 참여자들의 특성 및 편의를 고려하여 다양한 방법으로 교육 사업을 진행하고 있다. 운영위원회에 참여하는 단체는 치매안심마

을 교육을 필수적으로 이수하여야 하기에 이들을 대상으로 한 단체교육이 운영되고 있으며, 또 다른 방법으로는 해당 기관의 대표가 파트너 교육을 이수한 후 해당 기관의 직원들에게 교육을 하는 방식으로 운영되고 있다. 또한 치매안심가맹점의 대표와 같은 자영업자의 경우, 이들의 편의를 위해 치매안심마을 담당자가 직접 가맹점을 방문하여 개별교육을 실시하기도 하며, 최근에는 코로나19로 인해 비대면 교육을 실시하기도 한다. 치매안심마을 교육사업의 경우 ‘교육자원봉사자’ 활용을 권장하고 있어 일부 지역에서는 이들을 양성하기 위한 체계도 마련하고 있다.

〈표 3-14〉 치매안심마을 교육사업

구분		교육사업
사업내용 분석	보건 복지부 ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - (목적) 치매에 대한 올바른 이해로 부정적 인식을 해소하고, 치매환자에 대한 대응능력을 향상시킴으로써 치매환자를 존중하고 안전하게 보호함 - (내용) 지역 내 운영위원회 참여기관 및 단체 대상 기본 교육과 일반주민 대상 확대 교육 등 실시
	서울 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매 인식 개선 및 대응능력 향상을 위한 교육 진행 <ul style="list-style-type: none"> · 천만시민 기억친구(또는 기억친구리더) 교육 진행 - 협약 기관 소속 직원, 교육을 희망하는 주민 등 대상으로 교육 진행
	대전 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 지역 전 주민 치매인식개선 목적의 교육 진행 - 기억올타리 내 지역 주민, 단체(치매극복선도단체 포함), 관공서 등을 대상으로 치매 이해, 치매예방수칙, 치매안심마을, 치매파트너의 역할 등 ‘치매바로알기’ 교육 실시 <ul style="list-style-type: none"> · 교육 이후, 치매파트너 신청서와 기억올타리 운영 만족도 설문지 진행 · 광역치매센터 교육 자료를 활용하되, 해당 지역에 맞게 보완 가능 · 행정복지센터 내 정기상설교육 개설 등 주민 참여율을 높이는 방안 모색하여 교육 진행
	경기 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매에 대한 올바른 정보제공 및 예방의 중요성 등을 목적으로 치매 관련 다양한 교육 실시 - 치매파트너(플러스) 교육 등 실시
	충북 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심아울(치매파트너, 기억지킴이 등) 양성 및 치매인식 개선 목적의 교육 또는 연극 - 치매안심마을 지역 내 주민, 단체, 관공서 등 대상 - 지역주민 치매환자 모의훈련 진행, 직종별 치매환자를 만났을 때 대처 방안에 관한 교육, 치매예방교육 등 실시
	전북 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매인식개선 및 치매파트너 교육 등을 필수사업으로 진행 - (대상) 치매안심마을 주민, 치매안심마을 운영위원, 치매안심마을 내 기관·단체 등 - (방법) 생애주기별(청년기, 장년기, 노년기) 대상 각 2회 이상, 직군(관공서, 근린 생활시설 등 종사자) 대상 2회 이상(교육횟수는 권장사항임)
	전남 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매인식개선 교육 진행 <ul style="list-style-type: none"> · 치매에 대한 이해, 치매예방수칙, 환자 행동 특징, 고위험군 치매위험 질환 습관 및 습관 관리, 만성질환 교육 등 진행 운영위원회 구성원(단체, 조직) 또는 비참여 조직 구성원을 대상으로 교육 진행 · 구성원을 대상으로 선도적으로 치매에 대한 교육 자발적 이수 독려 · 치매인식개선 교육 및 치매파트너 교육 실시 - 치매파트너(플러스) 양성 목적의 교육 진행 - 치매극복 선도학교 및 단체 양성 목적의 교육 진행 - 치매안심관리사 양성 목적의 교육 진행 <ul style="list-style-type: none"> · 치매안심관리사: 전남 광역치매센터에서 제공하는 교육을 이수한 준-전문활동가로, 치매환자 가구를 방문하여 일상서비스 및 인지활동 서비스 지원을 수행

구분		교육사업
	경북 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매에 대한 올바른 이해와 긍정적 인식 개선을 통한 치매정보 공유 및 치매어르신 배려문화 확산 목적의 교육 실시 - 연계 기관 종사자, 치매안심가맹점 종사자 대상으로 (온라인) 치매서포터즈 교육 실시 - 경찰서·소방서 연계 응급상황 대처 교육, 치매환자 배회모의훈련 등 실시
	경남 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심마을 주민 대상으로, 치매이해, 인식도 검사, 노인인권, 학대, 우울증, 만성 질환 등 관련 프로그램 정기적 진행 - 치매극복선도단체 및 기관(기업, 기관, 도서관, 학교 등)과 치매안심마을 주민 이외 지역민을 대상으로, 치매친화적 사회문화 조성 목적의 치매교육 실시 · 치매파트너 양성교육, 캠페인, 치매 이해 및 인식 개선 등에 관한 교육 진행
사례조사 분석 ³⁾	사례 1	- (치매안심센터 종사자들의 방문을 통한 1:1 교육) 치매안심가맹점 개별 상점 대상
	사례 2	- (집단 교육) 지역 주민, 지역 내 운영위원회 참여기관, 단체, 협회, 학교 등 대상
	사례 3	- (기관장, 단체장 교육) 종교기관, 경로당 등의 단체장을 교육시켜서 기관 내 구성원을 대상으로 자체적으로 교육할 수 있도록 함
	사례 4	- 코로나19로 인한 비대면 교육

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

3) 치매안심센터 담당자와의 인터뷰 결과를 통해 연구진 재구성

나. 치매안심마을 홍보사업

치매안심마을 홍보사업은 치매에 대한 올바른 이해를 통해 부정적 인식을 해소하고, 치매환자에 대한 관심을 제고함으로써 치매환자를 조기에 발견하는 것을 목적으로 한다. 홍보사업은 치매안심마을에 대한 주민설명회, 치매안심기관 인증, 치매안심마을 관련 홍보물 배포, 치매인식개선 캠페인 등의 내용으로 구성된다. 대부분의 홍보사업은 치매안심마을 운영위원회 참여기관을 거점으로 하여 진행된다.

먼저 치매안심기관(상점) 인증은 기관 및 상점 종사자의 치매교육이 완료된 이후에 이루어지며, 인증기관 내에 치매 관련 홍보물 등을 배치하는 방법으로 홍보를 진행한다. 또한 지역 내 각종 행사에 치매 홍보부스를 마련하여 치매에 대한 인식개선교육 등을 실시하는 방법으로도 운영하고 있다.

〈표 3-15〉 치매안심마을 홍보사업 내용

구분	항목	내용
치매 안심 기관 인증	대상	- 치매안심마을 운영위원회 참여 기관
	방법	- 기관 종사자 및 회원에 대한 치매교육 완료 후 치매안심기관 인증 - 인증기관에 대해 치매안심기관 인증서 제공 - 매년 치매교육 상황을 점검하여 인증서 갱신 · 종사자 및 회원에 대한 치매교육 매년 실시된 경우 인증
	인증기관 역할	- 치매 관련 교육에 대한 기관의 관심 제고 - 기관 방문 치매환자를 안전하게 대응 - 기관 주변 배회 치매환자를 발견 시 치매환자 보호 및 관련기관 연계 - 방문객 대상 치매관련 홍보물 안내 및 배포
치매 홍보 자료 배치	대상	- 치매안심마을 운영위원회 참여 기관
	방법	- 운영위원회 참여 기관의 동의를 얻은 후 입주 건물의 입구, 상담 창구 등에 치매관련 홍보 자료 비치 ※ 농촌지역의 경우 교통시설(시외버스터미널) 등에 홍보물 비치 - 운영위원회 참여 기관 소속 하위 기관에 대해서도 치매 관련 홍보 자료 비치 ※ 사례: 지역 약사회를 통해 지역 내 약국에 홍보물 비치
	자료	- 치매안심센터 치매 홍보 자료 활용
치매 홍보 부스운영	대상	- 치매안심마을 운영위원회 참여 기관
	방법	- 지역 내 행사 및 축제에 대한 연간 계획 파악 - 운영위원회 참여 기관이 주관 혹은 참여하는 지역 행사(축제, 운동장, 장터 등)에 부스를 마련 치매인식개선 교육(1:1 교육) 실시
	자료	- 치매안심센터 치매 홍보 자료 활용

자료: 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

대부분의 치매안심마을에서는 치매안심마을 지정 시 현판(푼말)을 부착하고, 현수막을 설치하며, 치매안심가맹점, 치매극복선도단체에는 현판 또는 스티커 등을 부착하여 치매안심마을을 홍보하고 있다. 또한 각종 행사 시 홍보부스 운영, 치매안심가맹점 내 홍보물품 비치 등을 활용하여 홍보활동을 진행하고 있다. 또한 전체 주민 설명회와 비대면 송년행사 등을 통해 치매안심마을을 홍보하며, 치매안심센터 송년행사 시 치매안심가맹점을 활용하여 지역 상생을 위해 노력하기도 한다.

〈표 3-16〉 치매안심마을 홍보사업

구분		홍보사업
사업내용 분석	보건 복지부 ¹⁾	- (목적) 치매에 대한 올바른 이해로 부정적 인식을 해소하고, 치매환자에 대한 관심을 제고함으로써 치매환자를 조기에 발견 - (내용) 주민설명회, 치매안심기관 인증, 치매안심마을 관련 홍보물 배포, 치매인식개선 캠페인
	서울 ²⁾	- 치매인식개선 및 치매안심마을 인증 관련 홍보 활동 실시 · 공공·민간 기관 내 홍보물 비치 / 치매 인식 개선 캠페인 등 진행 - 치매안심센터와 업무협약 체결 기관 대상으로 한 치매안심지킴이 인증기관 지정의 의미를 가진 '안심지킴이' 현판 전달 또는 현판식 진행
	대전 ²⁾	- 기억울타리 내 지역 주민을 대상으로 홍보 사업 진행 · 치매환자 실종 예방 서비스 홍보: 치매환자 실종예방 서비스 안내, 가정에서 할 수 있는 치매환자 실종예방법, 치매환자 실종 발생 시 신고 체계 등 · 치매인식 개선 홍보: 캠페인, 홍보부스, 치매인식개선 행사 참여, 공모전 및 전시, 안내서 보급, 보도자료 배포 등 - 기억울타리 가게 지정 및 스티커 제공 - 치매극복 선도기업, 기관, 단체 지정 후 현판식 진행
	경기 ²⁾	- 인식개선 및 치매파트너, 파트너 플러스 양성 관련 홍보 실시 · 직종별 치매환자 대응 가이드북 활용, 기타 사업 활성화를 위한 온·오프라인 홍보 실시 - 치매극복 선도 단체 지정 및 경기도 공통 현판 부착
	충북 ²⁾	- 지역공동체의 치매극복을 위한 인식 개선 목적의 홍보 사업 진행 - 기억회상정거장, 버스·택시 등의 인식개선 스티커 부착, 치매환자 실종 예방 원스톱 안내서 보급, 마을축제, 상설홍보부스 운영 등 - 치매안심마을 명패 증정 - 안심 등불 기관 대상 안심가이드 표찰 부착
	전북 ²⁾	- 치매안심마을에 대한 주민의 관심과 참여 유도를 위한 치매인식 개선 홍보 실시 - (광역치매센터) 홍보(물) 콘텐츠 제작 지원 / 치매안심가게·기관 스티커 및 현판 제공 - (치매안심센터) 치매인식개선 캠페인, 홍보물품 제작·배포, 언론홍보(보도자료), 현판식 등
	전남 ²⁾	- 치매인식개선 및 지역 주민의 치매에 대한 관심 제고 목적의 홍보 실시 - 치매관련 행사, 대중매체, 대중교통 등을 통한 치매인식개선 홍보 - 치매안심마을 관련 동영상 제작 및 배포 - 치매안심마을 명패 증정
	경북 ²⁾	- 비대면 주민 사업 홍보(소식지, 전단지 제작 및 배포, 마을방송, 설명회 등) - 치매인식개선 프로젝트 운영(치매인식개선 영상 송출)
	경남 ²⁾	- 언론홍보, 치매안심기관(치매등대지기) 홍보, 주민설명회, 지자체장의 공약, 장터 캠페인, 현판식 설치, 지역행사 등을 통한 홍보 실시 - 치매극복선도기관, 치매등대지기 현판식 진행
사례조사 분석 ³⁾	사례 1	- 치매안심마을 지정 현판 및 현수막 설치
	사례 2	- 상점을 대상으로 치매안심지킴이, 치매안심가맹점, 치매안심등불 등 지정하여 치매 안심길 조성, 상점 내 홍보물품 비치 및 점주 대상 치매파트너 교육 실시
	사례 3	- 홍보 부스 운영, 홍보물 배포, 교육영상 제작, 캠페인, 조기 검진 등 실시
	사례 4	- 치매안심마을에 대한 전체 주민 설명회 개최
	사례 5	- 치매예방수칙 및 치매안심마을 팻말 설치하여 운동길 조성, 테마거리 조성
	사례 6	- 치매안심택시 운영을 통한 종사자 대상 치매파트너 교육 실시 및 택시 내 홍보물품 비치
	사례 7	- 비대면 송년행사 개최하여 치매안심마을 홍보 및 치매안심가맹점과 상생
	사례 8	- 주민 공모를 통해 채택된 사업안으로 치매안심마을 내 근린공원에 인지기능 향상을 위한 디자인 구조물 설치 진행

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

3) 치매안심센터 담당자와의 인터뷰 결과를 통해 연구진 재구성

치매안심마을 홍보사업 중 중요한 부분은 치매안심가맹점 인증 및 현판 설치이다. 치매안심가맹점은 치매환자의 문제 발생 시 가장 근거리에서 안전하게 치매환자를 보호할 수 있는 체계이며, 지역주민들도 치매안심가맹점 현판 설치를 통해 해당 지역이 치매안심마을임을 인지할 수 있다. 치매안심가맹점은 치매파트너 사업의 일환으로 치매안심가맹점 지정을 통해 지역사회 내 촘촘한 치매안전망 체계를 구축하고자 하는 것이다. 치매안심마을에서는 치매안심가맹점을 ‘치매안심가게’, ‘치매안심지킴이’, ‘치매안심등불’, ‘치매등대지기’, ‘치매안심프렌즈’, ‘기억올타리가게’ 등 다양하게 명명하여 사업에 적용하고 있다. 또한 가맹점의 현판 역시 기본적인 틀은 제시하고 있으나, 지역의 특성에 맞게 재구성하여 부착할 수 있도록 하고 있다.

[그림 3-3] 광역별 치매안심가맹점 현판

서울	대전	경기	충북
			
전북	전남	경북	경남
			

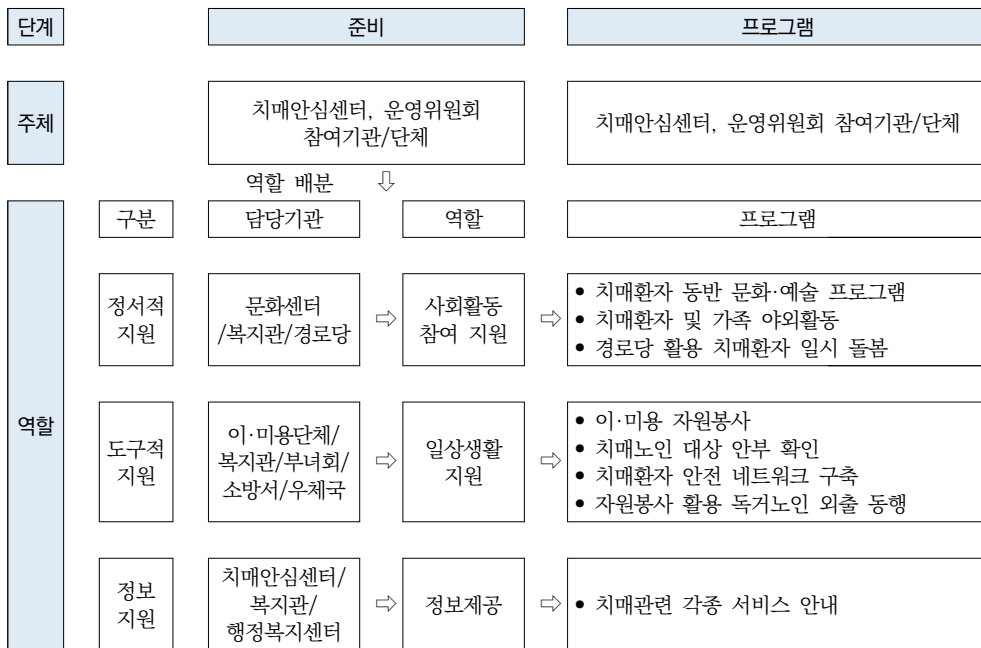
자료: 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

다. 치매안심마을 사회활동 지원사업

치매안심마을 사회활동 지원사업은 치매에 대한 올바른 이해를 바탕으로 치매환자가 고립되지 않고 사회활동에 지속적으로 참여할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 한다. 이는 치매안심마을 사업 중 치매환자 및 그 가족을 중심으로 한 치매환자 지원 서비스 전체를 아우르는 사업으로 치매환자 및 가족을 대상으로 한 정서지원, 도구지

원, 정보지원 프로그램으로 구성되어있다. 먼저 정서지원 프로그램은 문화 및 여가 활동을 위한 일회성 또는 이벤트성 행사를 의미한다. 도구지원 프로그램은 일상생활 활동 지원을 위한 정기적 또는 상시프로그램을 의미하며, 정보지원 프로그램은 치매환자와 그 가족에게 필요한 서비스에 대한 정보를 제공하는 사업을 말한다. 위 사업들은 지역 여건 및 특성에 맞추어 자율적이며, 탄력적으로 수행이 가능하다.

[그림 3-4] 치매안심마을 사회활동 지원사업 모델



자료: 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

광역치매센터에서 예시로 제시하고 있는 치매환자 대상 사회활동 지원사업에는 복약관리, 가정방문, 주거환경개선, 병원 동행, 치매가족 자조모임 연계 등 사회참여활동 증진을 위한 사업 외에도 치매환자의 다양한 욕구에 부응하는 포괄적인 프로그램들이 포함되어 있다. 이처럼 사회활동 지원 사업은 치매환자 및 가족을 대상으로 한 전체적인 서비스를 모두 포괄하고 있음에도 불구하고, ‘사회활동 지원사업’으로 사업의 내용을 한정하여 명명하여 명시적으로는 사업의 범위를 축소하는 형태를 보이고 있다.

〈표 3-17〉 치매환자 대상 사회활동 지원사업

구분		사회활동 지원사업
사업내용 분석	보건 복지부 ¹⁾	- (목적) 치매에 대한 올바른 이해를 바탕으로 치매환자가 고립되지 않고 사회활동에 지속적으로 참여할 수 있도록 지원함 - (내용) 정서적 지원 프로그램(문화 및 여가활동을 위한 프로그램), 도구적 지원 프로그램(안부확인, 외출 동행 등), 정보지원 프로그램(치매환자와 가족에게 필요한 치매 관련 서비스 정보 제공) 등을 지원
	서울 ²⁾	- 요구도 높은 희망 서비스 및 프로그램을 파악하여 지원 · 치매환자 가족지지 프로그램(치매 이해 교육, 가족지지 프로그램 등 운영) · 치매환자 및 가족 대상 치매 관련 서비스 제공
	대전 ²⁾	- 기억올타리 내 치매환자 대상 치매검진 및 관리, 기억지킴 서비스(전화 안부, 가정 방문), 주거환경 서비스, 복약관리 서비스 등 실시
	경기 ²⁾	- 치매환자 가족지원: 구조화된 가족교실 운영, 가족지지 프로그램 운영, 자조모임, 상담을 통한 돌봄 지원, 치매환자 대치요령 등 교육 - 치매친구맺기: 치매환자 및 고위험군 1:1 결연, 말벗 지원, 안부인사 등 정서 지원
	충북 ²⁾	- 치매환자 및 보호자 대상 치매환자쉼터, 가족교실, 자조모임 등의 프로그램 운영 - 치매환자의 프로그램, 행사 참여, 병원 진료 등의 동행 지원을 위한 봉사자 양성 - 치매환자 사회참여 목적의 걷기 행사, 지역 인근 여행 등의 이벤트 개최
	전북 ²⁾	- 치매환자 가족 상담 및 등록, 치매가족지지 프로그램, 치매가족 자조모임 연계, 치매 가족 힐링 나들이 프로그램 등 진행
	전남 ²⁾	- 치매환자 대상 복약 관리 지도, 치매안심관리사 돌봄 서비스 지원 사업 진행 - 치매가족과 함께하는 '힐링데이': 치매환자와 가족, 지역주민이 함께하는 지역분위기 조성목적의 정서·심리안정 프로그램 - 치매환자쉼터, 가족교실, 자조모임 등의 프로그램 진행 - 치매파트너(플러스) 치매환자 1:1 가구방문 활동 · 치매파트너플러스 '기억지킴이' 활동: 치매파트너플러스와 치매환자 및 고위험군 어르신을 1:1 매칭하여 가구방문을 통한 치매 예방 활동 수행
	경북 ²⁾	- '사회적 가족 만들기' 프로그램: 치매극복 선도학교 학생과 1:1 매칭을 통해 지속적 안부 관리, 약 복용 여부 등 일상생활 공유 - 치매보듬 네트워크 구축: 독거, 부부 치매환자 가정 대상 지속적 안부 관리 및 관내 정신건강증진센터 지원 연계 - 치매안심휴스쿨링 운영: 비대면 재가 치매관리 프로그램으로 사회적 고립감 해소 및 치매 예방 - 우리마을 예쁜치매쉼터 운영을 통한 인지증재 프로그램 실시
	경남 ²⁾	- 노인인권과 학대 예방 목적의 프로그램 실시 - 기억채움여행(과거로의 여행) 프로그램 실시 · 민속춤, 사물놀이 등을 통한 과거 회상 기회 제공 - 기억지킴이(치매파트너) 치매환자가구 정기적 방문 및 관리 - 치매환자가족 대상 우울증 검사 및 가족상담 진행
사례조사 분석 ³⁾	사례 1	- 코로나19로 인한 비대면 프로그램 실시 · 프로그램 키트 배부 후 월 1회 모니터링
	사례 2	- 치매안심센터 내 프로그램을 안심마을에 집중 운영하는 방식 · 안심마을 내 경로당에 작업치료사를 배정하여 1년 간 프로그램 집중 진행 · 치매안심센터 내 운영 프로그램과 중복 수혜 불가
	사례 3	- 지역 내 타기관과 협력하여 프로그램 진행 · 지역 내 사회복지관과 예산 등 협력하며 프로그램 진행 · 지역 내 보건소, 대사증후군관리센터, 금연센터 등과 연계해서 프로그램 진행
	사례 4	- 프로그램이 치매 조기 검진까지 연계될 수 있도록 운영 · 프로그램 차원에서 치매안심마을 방문하여 치매 검진 진행

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

3) 치매안심센터 담당자와의 인터뷰 결과를 통해 연구진 재구성

라. 그 외 사업

그 외 사업으로 분류된 ‘치매예방 프로그램’, ‘환경개선 및 안전환경 조성’, ‘치매안전망 구축’은 기존의 운영매뉴얼상 분류체계에 포함되지 않는 영역들로 본 사업에서는 이들을 별도로 제시하여 사업 운영 내용을 검토하였다.

1) 치매예방 프로그램

치매예방 프로그램은 치매환자가 아닌 지역주민, 인지저하자, 치매고위험군 등을 대상으로 치매 예방과 관련된 다양한 프로그램을 제공하는 것이다. 현재 치매안심마을에서 운영 중인 치매예방 프로그램은 치매예방 교육 및 홍보, 치매 조기검진, 치매 고위험군 및 인지저하자 인지증진 프로그램, 스마트폰 교육, 소방안전교육 등으로 매우 다양하다.

치매안심마을의 상당수는 치매예방 프로그램을 수행하고 있음에도 불구하고, 치매예방 프로그램에 대한 명확한 지침이나 사업안내가 부재한 상황이며, 치매안심센터 내에서 진행되는 예방프로그램과 유사한 방식으로 운영되고 있다. 이로 인해 일부 치매안심마을은 치매안심센터의 분소와 같은 형태의 치매안심마을 운영이라는 오해를 받기도 한다. 이에 치매안심마을 내 치매예방 프로그램에 대한 보다 명확한 운영지침 등이 마련되어야 할 것으로 보인다.

〈표 3-18〉 치매안심마을 내 치매예방 프로그램

구분	치매예방 프로그램
보건복지부 ¹⁾	- 별도 기준 없음
서울 ²⁾	- 요구도 높은 희망 서비스 및 프로그램을 파악하여 지원 · 복지관, 경로당 등 정상 및 고위험 대상 치매 예방 프로그램 운영
대전 ²⁾	- 대상별 치매극복 프로그램 실시 · (일반) 경로당, 부녀회, 복지관 등 기억울타리 주민을 대상으로 치매예방 교실, 뇌운동 교실 등 운영 · (치매파트너, 독거노인 대상) 가정 방문 치매예방활동 시행, 치매검진 및 관리 · 그 외 지역특화사업 프로그램 개발 및 시행
경기 ²⁾	- 치매 조기검진: 선별검사 실시 및 추후 관리 - 치매예방 교육 및 홍보: 예방교육, 운동법 교육 및 홍보, 예방수칙333 교육 및 홍보 - 치매 미진단자를 대상으로 한 치매예방교실 운영: 인지활동 프로그램 제공, 방문형 치매예방교실 운영 - 치매 고위험군을 대상으로 한 인지강화교실 운영: 개인별 맞춤인지프로그램 제공, 방문형 인지 강화교실 운영
충북 ²⁾	- 치매위험습관 개선 교육 진행 · 치매를 유발하는 질환, 습관 등의 이해를 통한 치매예방 특강 수행 - 치매안심보건지소·진료소, 치매안심경로당, 치매안심복지관 이용자 대상 선별검사, 경로 치매-일반노인 통합 인지재활프로그램, 치매예방워크북 교실 등 진행
전북 ²⁾	- 대상별 프로그램 실시 - (일반) 치매조기검진, 치매예방교실, 지역특화프로그램* · (지역특화프로그램) 치매안심마을 알림판 만들기, 치매안심 꾸러미, 슬기로운 콩나물 키우기, 마을담장 벽화그리기, 공통 텃밭 가꾸기, 걷기행사 - (치매고위험군) 인지증진프로그램, 지역특화서비스
전남 ²⁾	- 장소 및 대상 선정하여 치매예방교실, 인지강화교실 등 시행 - 치매조기검진 실시(선별검사, 정밀검사 연계, 정기적 치매정밀검사 독려 등)
경북 ²⁾	- 치매 조기검진 및 예방수칙 교육 실시
경남 ²⁾	- 치매 예방을 위한 일상생활, 인지재활, 신체활동, 여가 등 다양한 서비스를 제공하여 어르신들의 심신 기능 증진 및 삶의 질 향상 목적의 건강프로그램 운영 · 스마트폰 교육 프로그램(보이스피싱, 금융피해방지교육, 유튜브 시청하기, 문자 보내기, 카카오톡 보내기 등) 실시 · 치매선별검진(전수조사) · 인지재활프로그램(5회기), 치매예방체조, 치매예방교실(미술·공예·원예·작업치료 등) · 소방안전훈련(심폐소생술, 겨울철 장판 화재 및 냉방병 예방, 만성질환관리 등 일상 건강 관련 교육 등) 프로그램 실시 - 대상별(정상군-인지저하군) 프로그램 실시 · (인지저하군) 치매안심센터에서 별도 명단 받아 교재 및 프로그램 내용 개별 준비 · 대상별 공간 및 시간 분리하여 진행 가능

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

2) 환경개선 및 안전환경 조성

치매친화적인 지역사회 조성을 위해서는 인식개선뿐만 아니라 물리적 환경의 개선 및 조성도 매우 중요하다. 이에 치매안심마을에서는 다양한 형태의 치매친화적 환경개선 및 안전한 환경을 조성하고 있다.

먼저 안전사고가 발생할 위험이 가장 높은 치매환자 가정에 화장실 미끄럼 방지 패드, 방문 손잡이, 핸드레일, 가스차단기 등을 설치함으로써 치매환자에게 위험할 수 있는 주거환경을 보다 안전하게 개선하고 있다. 또한 마을 내 노인들이 자주 이용하는 경로당의 환경개선을 통해 보다 쾌적하고 안전한 환경에서 노인들이 생활할 수 있도록 지원하고 있다. 지역사회 내 실외 공간에도 치매환자가 안전하게 생활할 수 있도록 배회공간을 구성하거나, 이들이 심리적 안정을 느낄 수 있도록 마을벽화 그리기와 꽃밭을 조성하기도 하였다. 또한 운동을 할 수 있는 환경 조성을 위해 걷기 공간을 구성하면서 치매와 관련된 상식을 전달하는 조형물을 설치하고, 안전한 교통환경 조성을 위한 횡단보도를 추가 설치하기도 하였다. 그러나 일부 지역에서는 시설 설치 시, 치매안심센터 차원의 예산 사용이 어려워 지역 내 자원을 연계하여 환경개선 사업을 진행하거나 광역치매센터의 사업비로 운영하는 등의 어려움을 겪고 있어 개선이 필요하다는 의견을 제시하였다.

〈표 3-19〉 환경개선 및 안전환경 조성

구분	환경개선 및 안전환경 조성
보건복지부 ¹⁾	- 별도 기준 없음
서울 ²⁾	-
대전 ²⁾	-
경기 ²⁾	- 경로당, 행정복지센터, 노인복지관, 은행 등의 다중이용 시설 대상 치매친화적 환경 구축 · 안전바 설치, 문턱제거, 벽화그리기, 정보전달 계단 조성, 자료 비치대 설치 등
충북 ²⁾	- 치매환자가구 주거안전개선(화장실 미끄럼 방지 패드, 방문 손잡이, 핸드레일, 가스차단기, 도배 및 장판, 주거안전스티커 등) - 경로당 환경 개선
전북 ²⁾	- 치매안심센터 차원의 주거환경개선(안전바 설치, 미끄럼 방지 매트, 가스자동잠금장치) 및 실외환경개선(마을담장 벽화 그리기, 공동이용시설(경로당) 환경개선) 사업 실시
전남 ²⁾	- 도내 전기·가스 공사와 협업하여 치매가구 환경개선 안전 플러스 사업 추진 · 가스자동잠금장치 설치·보급 사업, 보일러시설 점검, 일대일 가스 안전 교육, 전기 안전 점검(유해시설 제거 및 전기 안전 교육, 노후된 차단기 교체 등) 실시
경북 ²⁾	- 보듬 걷기 공간 조성(위험물 제거, 보도 경계선 그리기, 방향 표지판 표시 등) - 일상생활 안전환경 제공(손전등, 야광조끼 제공, 가스 및 화재 대비 안전장치 구비 등) - 경로당, 마을회관 등의 내부 개선(표지판 설치, 문턱 없애기 등) - 마을 환경 등의 외부 개선(치매보듬마을 캐릭터 보듬이 활용, 꽃밭, 배회공간 만들기, 벽화 등)
경남 ²⁾	- 마을 내 안전환경 조성 사업(안내판 설치, 횡단보도 설치) - 경로당 안전환경 조성 사업(가스타이머, 화재감지기, 길 안내 표식, 미끄럼 방지턱, 미세 방충망, 실내 방문턱 제거 등) - 노인 주거지 환경 개선 사업(친환경 벽지 및 장판, 고리형 방문 손잡이, 벽걸이 선풍기 설치 등) - 마을 벽화그리기 작업

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

3) 치매안전망 구축

치매안전망은 치매환자의 안전한 지역사회 거주를 위해 필수적으로 구축되어야 한다. 이를 위해 현재 치매안심마을에서는 치매안심기관 및 치매안심가맹점 인증, 치매파트너(플러스)양성, 치매극복 선도학교 및 선도단체 지정, 실종 치매환자 지원서비스 제공(배회가능 어르신 인식표, 지문 등 사전 등록제, 배회감지기 등) 등과 같은 다양한 사업을 수행하고 있다. 이는 치매안심마을 사업의 매우 중요한 부분임에도 불구하고 치매안심센터 사업 전체 중 일부로만 운영되는 측면이 있어, 치매안심마을 내 치매안전망 구축에 대한 보다 심도 있는 사업 내용 구성이 필요할 것이다.

〈표 3-20〉 치매안전망 구축

구분	치매안전망 구축
보건복지부 ¹⁾	- 치매안심기관 인증 등
서울 ²⁾	- 치매안심지킴이 인증기관 지정
대전 ²⁾	- 치매극복 선도기업, 기관, 단체 지정 / - 치매극복 선도도서관, 대학, 학교 운영 - 치매환자 실종예방 서비스 홍보(배회가능 어르신 인식표, 지문 등 사전등록제, 배회감지기, 차매체크 어플 등) - 치매파트너(기억지킴이) 구성 및 연계
경기 ²⁾	- 치매노인 실종예방 프로그램 운영(배회가능 어르신 인식표 발급, 지문 사전등록, 배회감지기 보급, 실종치매노인 신고포상금지급) - 치매안심 로드맵 구축(치매안심상점, 치매안심단체 치매안심길 등)
충북 ²⁾	- 치매안심등불 발굴 및 확대(치매안심마을 내 지역주민, 상점, 은행, 운수기관, 우편택배 기관 종사자 등 대상) - 접근성 높은 거점형 치매쉼터 조성(보건지소·진료소, 경로당, 복지관 등 활용) - 실종예방 캠페인 진행(치매환자 실종예방 원스톱 안내서 보급 등)
전북 ²⁾	- 치매극복선도단체·학교 지정 / - 배회가능 어르신 인식표 발급, 조호 물품 제공 - 치매안심마을 인근 근린생활 시설 대상 치매안심가게(기관) 지정 · 도시형/도농복합형의 경우 5곳 이상 지정 · 농촌형의 경우 3곳 이상 지정
전남 ²⁾	- 치매파트너(플러스) 양성, 치매극복 선도학교 및 단체 지정, 치매안심관리사 양성 - 실종치매노인 지원서비스 제공(배회가능 어르신 인식표, 지문 등 사전등록제, 배회감지기 등) - 치매파트너(플러스) 치매환자 1:1 가구방문 활동 · 치매파트너플러스 '기억지킴이' 활동: 치매파트너플러스가 치매환자 및 고위험군 어르신 대상으로 1:1 매칭 가구방문을 통해 안부 확인, 치매예방운동 등 치매예방활동 수행
경북 ²⁾	- 치매안심가맹점 선정(치매보듬가게) / - 우리마을 예쁜 치매 쉼터 운영 - 치매환자 실종 및 배회발견 시 대처를 위한 목적의 치매환자 배회 모의 훈련 실시
경남 ²⁾	- 경남기억지킴이 위촉 및 활동 - 치매극복선도기관, 단체, 학교, 치매등대지기(가게) 지속적 발굴 및 지정 - 배회하거나 실종 노인 발생 시 신속한 발견을 위한 네트워크 구축 · 도내 경찰청과의 MOU를 통해 실종 노인 발생 시 지자체 경찰서와의 업무연계 · 도내 치매안심센터에서 운영하는 배회감지기 실적 관리

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

4. 치매안심마을 모니터링

사업의 모니터링은 해당 사업의 발전을 위해 매우 중요한 과정이다. 치매안심마을 역시 치매안심마을 운영 실적을 파악하여 우수사례를 공유 및 대외 홍보하고, 미흡한 점을 개선·보완하기 위해 사업 운영실적을 파악하는 방법으로 치매안심마을 모니터링을 진행하고 있다. 또한 해당년도 치매안심마을 운영사업 종료 후 치매안심센터는 치매안심마을 운영 결과보고서를 관할 광역치매센터로 제출하고, 광역치매센터는 결과를 정리하여 중앙치매센터로 제출하는 절차에 따라 모니터링을 진행한다. 결과보고서는 치매안심마을의 지역명, 치매안심마을의 설치년도, 사업 기간, 사업내용, 자체평가, 사업 사진 등을 작성하도록 되어 있다. 그러나 이러한 양식은 작성 내용에 대한 기준이 모호하여 지역별로 결과 보고 내용이 상이하며, 계획 대비 수행 정도 등에 대한 파악도 어려워 결과보고서 양식의 변경이 필요할 것으로 보인다.

또한 사업 운영 결과 보고에 대한 별도의 피드백이 없어, 일부 지역에서는 광역단위의 사업평가회나 우수사례 등의 공유를 통해 사업을 모니터링하기도 한다.

한편 사업의 성과를 평가하기 위해 만족도 조사를 실시하거나, 사전-사후 검사를 실시하는 지역도 있다. 그러나 조사표 또는 검사지 등에 대한 예시가 제시되지 않아 현장에서는 어려움을 겪고 있는 것으로 보인다.

〈표 3-21〉 치매안심마을 운영 모니터링

구분	운영 평가
보건복지부 ¹⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심마을 운영사업 종료 후 치매안심센터는 치매안심마을 운영 결과 보고서를 관할 광역치매센터로 제출하고, 광역치매센터는 결과 정리하여 중앙치매센터로 제출 - (결과보고서 내용) 치매안심마을 운영위원회 회의 내용 및 우수사례, 장단점 등을 포함하여 정량적 측면과 정성적 측면의 실적 작성
서울 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 25개 치매안심센터 치매안심마을 사업 운영 모니터링(광역치매센터 진행) <ul style="list-style-type: none"> · 치매안심마을-협약 기관 연계 자체 모니터링(치매안심센터 진행) · 치매안심마을 사업 운영 모니터링 또는 사업 평가 및 발전방향 모색 목적의 실무자 간담회 진행(광역치매센터 진행) - 서울특별시 치매관리사업 평가지표 내 ‘치매안심마을 사업 운영’ 포함 <ul style="list-style-type: none"> · 치매안심마을 운영 목표치- 치매안심마을 2개 선정 이상(매년 목표치는 변경될 수 있음) - 사업 운영 현황 및 결과 관련 보고서 제출

구분	운영 평가
대전 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 모든 사업 및 프로그램에 대해 진행사업 일지, 운영 만족도 등 조사 및 취합 - 광역치매센터 차원의 치매안심마을 현장 모니터링 실시 <ul style="list-style-type: none"> · 모니터링 지표: 운영준비, 운영 - 운영위원회, 지역주민 등을 대상으로 하여 사업 평가회 개최 후 광역치매센터로 사업결과 보고서 제출 - 위의 사항을 종합하여 시상 및 차년도 사업 지속여부 결정 <ul style="list-style-type: none"> · 기준: 모니터링(40점), 결과보고(50점), 기타(10점) · 지속할 경우 차년도 계획에 확대 방안 반영
경기 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심마을의 연차별 사업 추진방향(단계)을 설정하여 '자조적 운영지원'의 단계에 적합할 시 치매안심센터에서 안심마을의 모든 사업 지속적 지원 및 모니터링 실시 <ul style="list-style-type: none"> · 운영위원회 및 안심리더 활동 모니터링 · 치매조기발견 지원 · 치매친구활동 모니터링 · 치매환자 사례관리 모니터링 · 치매환자 가족지원 · 치매노인 실종예방(치매안심로드맵 업데이트)
충북 ²⁾	(~2019) <ul style="list-style-type: none"> - 광역치매센터 차원의 서면(치매안심통합관리시스템 이용), 방문 모니터링 실시 <ul style="list-style-type: none"> · 모니터링 지표: 운영준비(11점), 운영(31점), 성과(8점), 사업추진경과에 따라 모니터링 지표 변경 가능 - 광역치매센터로 사업결과보고서 제출 <ul style="list-style-type: none"> · 사업진행 과정, 결과, 자체 평가, 추진 인력 및 역할 기재 · 만족도 조사 및 사업성과 등의 정성평가, 담당자 평가, 향후 계획 등을 기재 · 수집된 시·군·구 치매안심마을 성과 중심으로 충북 치매안심마을 달성 평가 (2020~) <ul style="list-style-type: none"> - 치매안심센터는 사업결과보고서 작성 후 광역치매센터로 제출 <ul style="list-style-type: none"> · '보건복지부 치매안심마을 사업안내' 결과보고서 양식에 따른 내용 기재 · 치매안심마을 운영위원회 회의 내용 및 우수사례, 장단점 등을 포함하여 정량적 측면과 정성적 측면의 실적 작성 - 광역치매센터에서는 치매안심센터가 제출한 사업결과보고서 취합 및 정리 후 도(道)에 제출
전북 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 광역치매센터 차원의 운영 모니터링, 운영결과보고 취합·평가 <ul style="list-style-type: none"> · 운영 모니터링: 광역치매센터 차원의 서면, 전화, 방문 운영 점검 및 모니터링 실시 · 점검내용: 운영지역선정(인구현황), 세부 운영사업 진행 현황 평가, 운영계획 수립여부, 지역자원 연계 및 활용 여부, 기타의견 수렴 - 각 치매안심센터는 광역치매센터로 치매안심마을 운영 만족도 조사 및 결과 보고서 제출
전남 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 광역치매센터 차원의 서면(치매안심통합관리시스템 이용), 방문 모니터링 실시 - 광역치매센터로 사업결과보고서 제출 <ul style="list-style-type: none"> · 추진배경 및 필요성, 사업 목적, 추진일정 및 전략, 추진내용 및 성과, 기대효과, 자체평가, 사업 사진 등 기재 · 수집된 시·군·구 치매안심마을 성과 중심으로 전남 치매안심마을 달성 평가 및 성과보고
경북 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심마을 거주자 대상 사전-사후 주민기초조사 실시(치매인식도, 치매 태도 등) - 광역치매센터 차원의 모니터링 실시 <ul style="list-style-type: none"> · 치매보듬마을별 우수사례 공유, 사업성과 보고 및 효과성 검증
경남 ²⁾	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심마을 이용자 대상 사전-사후 검사(치매인식도 조사, 치매안심마을 만족도 조사) 실시

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내. / 보건복지부(2019). 치매안심마을 운영매뉴얼.

2) 각 광역치매센터의 치매안심마을 사업계획서와 결과보고서 및 담당자 서면자문을 바탕으로 연구진 재구성

5. 지역 내 치매친화적 환경 조성을 위한 관련 프로그램 현황 및 치매안심마을 조성과의 연계성

가. 치매 파트너 사업

치매 파트너 사업은 치매 관련 정보 습득 및 인식 개선을 통해 치매환자 및 가족을 지원하며, 지역사회 내 치매친화적 환경 구축을 목적으로 한다. 치매 파트너 사업은 치매파트너·치매파트너 플러스 양성 및 활동 활성화, 치매극복선도단체 지정 및 관리, 치매안심가맹점 지정 및 관리로 구성되어 있다.

먼저 치매파트너·치매파트너 플러스 양성 및 활동 활성화에서 말하는 치매파트너는 치매환자와 가족을 이해하고 배려하는 따뜻한 동반자로, 치매파트너 교육(치매환자와 가족들을 이해하고 배려하기 위한 인식개선 교육)을 이수한 사람이며, 치매파트너 플러스는 치매파트너 중 치매파트너 플러스 오프라인 교육을 이수하거나 또는 치매 관련 자원봉사활동을 4시간 이상 수행한 자를 말한다. 치매안심마을의 교육내용의 대부분은 치매파트너 교육 자료를 활용하여 진행되며, 치매안심마을의 운영위원은 치매파트너 교육을 이수하여야 한다.

치매극복선도단체는 단체 구성원이 모두 치매파트너 교육을 받고, 치매극복 활동 및 치매친화적 사회 조성에 적극 동참하는 단체로 기업, 기관, 단체, 학교, 대학, 도서관 등이 해당되며, 치매극복선도단체 지정을 위한 지정요건을 만족하여야 가능하다. 치매극복선도단체는 지정요건에 따라 ‘치매극복 선도기업(영리법인의 본점 및 지점, 외국법인의 본·지점 및 사무소)’, ‘치매극복 선도기관(국가, 지방자치단체, 지방자치단체조합)’, ‘치매극복 선도단체(비영리법인의 본·지점, 법인이 아닌 종교단체 등)’, ‘치매극복 선도학교’, ‘치매극복 선도대학’, ‘치매극복 선도 도서관’ 등으로 구분된다. 이들은 구성원 전체가 치매파트너 교육에 참여해야 하며, 치매극복활동에 기여해야 한다. 이러한 지정요건을 만족하면 치매극복선도단체로 지정되며, 지정 시에는 현판이 부착된다. 치매안심마을의 운영위원회 소속기관들의 대부분은 치매극복선도단체로 지정되어 있으며, 치매안심마을 운영에 있어 해당 자원들을 주로 활용하는 것으로 나타났다.

〈표 3-22〉 치매 파트너 사업과 치매안심마을과의 관계

구분	치매파트너·치매파트너 플러스 양성 및 활성화	치매극복선도단체 지정	치매안심가맹점
목적	<ul style="list-style-type: none"> - 치매파트너 및 치매파트너 플러스 양성으로 지역사회의 치매에 대한 부정적 인식 개선 도모 - 치매파트너 및 치매파트너 플러스 활동 활성화를 통하여 건전한 돌봄 문화 확산 및 치매친화적 지역사회 환경 조성 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매극복선도단체 지정을 통하여 치매극복을 위한 노력에 다양한 사회 주체를 동참시켜 치매환자와 가족이 안심하고 생활할 수 있는 치매친화적 사회 문화 조성 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심가맹점 지정을 통하여 지역사회 내 촘촘한 치매안전망 체계 구축
주요내용	<ul style="list-style-type: none"> - 치매파트너 및 치매파트너 플러스 양성 - 치매파트너 및 치매파트너 플러스 활동 활성화 <ul style="list-style-type: none"> · 치매 자원봉사활동 운영을 통해 치매파트너 및 치매파트너 플러스의 활동을 활성화하는 것으로 치매 자원봉사 프로그램 개발 및 치매 자원봉사활동 시스템 운영 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매극복선도단체 지정 및 관리 <ul style="list-style-type: none"> · 치매극복 선도단체로 지정 시 현판을 수여하며, 지속적인 치매극복활동 독려 및 모니터링 수행 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심가맹점 지정 및 관리 <ul style="list-style-type: none"> · 치매안심가맹점 지정 시 현판을 수여하며, 지속적인 치매극복활동 독려 및 모니터링 수행
치매안심마을과의 관계	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심마을의 운영위원은 치매파트너 교육을 이수하여야 함 - 치매안심마을 내 교육 자료는 치매파트너 교육자료를 활용 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심마을 운영위원회 소속기관들의 대부분이 치매극복 선도단체로 지정되어 있으며, 해당 자원들을 주로 활용함 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심마을 내 개인사업장 등을 ‘치매안심가맹점’으로 지정 - 치매안심길을 구성하여 해당 길 내에 대부분의 상점을 치매안심가맹점으로 등록

자료: 보건복지부(2021). 치매정책사업안내.

마지막으로 치매안심가맹점은 개인사업장 구성원이 모두 치매파트너 교육을 받고, 지역사회의 촘촘한 치매안전망 구축에 적극 동참하는 가맹점이다. 이 역시 치매극복선도단체와 같이 치매파트너 교육을 이수하며, 지속적으로 치매극복활동에 기여할 경우에는 치매안심가맹점으로 지정되어 현판이 부착된다. 치매안심마을 내에도 이러한 치매안심가맹점이 있으며, 일부 지역은 치매안심길을 구성하여 해당 길 내에 대부분의 상점을 치매안심가맹점으로 등록하는 등의 사업 운영을 하고 있다. 이렇듯 치매안심가맹점은 치매친화적 지역사회 구축을 위한 지역사회 자원 활용의 핵심적 사업이라 볼 수 있다. 그러나 동일 목적의 사업 내용에 대해 치매 파트너 사업에서는 ‘치매안심가맹점’으로, 치매안심마을에서는 ‘안심지킴이 상점’ 등으로 나누어 명명하는 곳이 있는 반면, 두 명칭을 동일 개념으로 고려하여 지역 내에서 기존에 명명해오던 치매안심가맹점의 명칭만을 사용하는 곳이 있는 등 지역별 사업 운영방식이 일관되지 않은 상황이다. 이는 치매안심가맹점에 대한 중앙차원의 지침이 내려오기 이전부터 지역 내에서

이미 시행되고 있던 치매안심가맹사업의 명칭 및 운영 방식과 혼재되어 발생한 것으로, 지역별 사업 운영의 혼동을 줄이기 위해서는 본 사업의 지침을 다시금 명확히 할 필요가 있다. 더 나아가 사업의 장기적인 방향성과 치매친화적 지역사회에 대한 전 국민의 인식을 제고하기 위해 치매안심가맹점의 명칭과 현판의 전국적 통일이 필요하다.

나. 지역사회 자원 강화 사업

지역사회 자원 강화 사업은 치매 관련 기관 및 단체의 참여와 협력을 통한 성공적 지역사회 치매관리 사업 수행 및 산발적이고 분산되어 있는 지역사회 자원을 조사하고, 연계함으로써 치매환자, 가족, 지역주민에게 적절한 의료·복지 서비스 제공을 목적으로 한다. 세부 사업은 지역사회 협력체계 구축, 자원 조사 및 발굴, 지역사회 자원연계로 구성되어 있다.

먼저 지역사회 협력체계 구축은 지역사회협의체 구성 및 운영, 치매 관련 민관 협력체계 구축 등을 통해 치매관리의 지속가능성을 높이는 것을 목적으로 한다. 이는 치매안심마을 내 운영위원회 구성을 통하여 지역사회 내 다양한 기관 및 단체 등과의 협력체계를 구축하는 것과 유사한 형태라 볼 수 있다.

지역사회 자원조사 및 발굴은 지역사회 내 활용 가능한 인적·물적 자원을 조사하여 치매안심통합관리시스템에 관련 정보를 업데이트함으로써, 치매환자 및 가족에게 적절한 보건·복지 서비스 연계하는 것을 목적으로 한다. 본 사업에 해당하는 지역사회 자원은 지역 내 보건·의료(치매협약병원, 치매안심병원 등)·복지(노인돌봄서비스 제공기관, 복지관, 경로당 등)·장기요양기관(치매전담형 기관, 인지활동형 프로그램 제공 기관 등) 및 제공 서비스이며, 이와 같은 지역사회 가용 자원을 시스템에 상시 업데이트하여야 한다. 또한 지역 내 보건·복지 서비스 조사를 통해 지역의 활용 가능한 보건·복지 관련 공공 및 민간 서비스 현황을 파악하도록 하고 있다. 이러한 사업내용들은 치매안심마을 내 지역사회 자원조사와 유사한 형태라고 볼 수 있다. 만약, 치매안심센터 내에서 지역사회 자원조사를 실시한다면 본 사업과의 조정이 필요할 것으로 보여, 이 둘에 대한 명확한 역할 구분이 이루어져야 할 것이다. 그러나 치매안심마을의 지역사회 자원조사에서도 지적인 바와 같이, 지역사회 자원에 대한 정보 입력의 수준이 기관명, 주소, 기관 전화번호에 그치고 있어, 지역자원의 협력 수준, 현재 협력 여부 등에 대한 내용은 파악할 수

없다는 단점이 있다. 따라서 향후 치매안심마을의 지역사회 자원조사를 본 사업과 연계할 경우 더욱 구체화 된 지역자원에 대한 정보 입력이 필요할 것으로 보인다.

마지막으로 지역사회 자원 연계는 치매환자의 기능 및 삶의 질 향상, 치매환자 가족의 돌봄 능력 향상 및 부담을 경감시키고, 치매환자의 돌봄 사각지대를 해소하기 위하여 지역사회 내 의료, 복지, 행정기관, 비공식단체 등의 자원을 공유하고 연계하는 것을 목적으로 한다. 치매안심마을은 일부 사업(주거환경개선, 사회참여서비스 등)에서만 지역사회와의 자원을 연계하고 있는 것으로 나타나, 치매안심마을 사업의 취약점이라 볼 수 있다. 따라서 해당 사업과 관련된 치매안심마을 사업의 확대가 필요할 것이다.

〈표 3-23〉 지역사회 자원 강화 사업과 치매안심마을과의 관계

구분	지역사회 협력체계 구축	지역사회 자원조사 및 발굴	지역사회 자원 연계
목적	- 지역사회협의체 구성 및 운영, 치매관련 민·관 협력체계 구축 등을 통해 치매관리 지속 가능성을 높임	- 지역사회 내 활용 가능한 인적·물적 자원을 조사하여 '치매안심통합시스템'에 관련 정보를 업데이트함으로써, 치매환자 및 가족에게 적절한 보건·복지 서비스를 원스톱 연계	- 치매환자의 기능 및 삶의 질 향상, 치매환자 가족의 돌봄 능력 향상 및 부담을 경감시키고, 치매환자의 돌봄 사각지대를 해소하기 위하여 지역사회 내 의료, 복지, 행정기관, 비공식단체 등의 자원을 공유하고 연계
주요 내용	- 지역사회 협의체 협력 - 관계부처 및 보건소 타사업과의 협력 강화 - 민관 공조체계 구축	- 지역사회 내 치매 관련 기관(단체) 조사 및 업데이트 - 지역사회 내 보건·복지 서비스 조사	- 대상자 및 가족의 욕구에 따라 적절한 자원 탐색 - 서비스 연계 - 서비스 연계 이후 과정에 대한 모니터링
치매안심마을과의 관계	- 치매안심마을 내 운영위원회 구성과 유사	- 치매안심마을 내 지역사회 자원조사와 중복	- 일부 사업(사회참여, 주거환경 개선 등)에서 진행 중이며, 치매환자 및 가족을 위해 확대 필요

자료: 1) 보건복지부(2021). 치매정책사업안내.

제2절 케어팜 운영 현황 및 사례 분석

케어팜과 관련하여 국내에서 운영 중인 사례들은 치매환자, 발달장애인 등 돌봄이 필요한 대상을 중심으로 프로그램을 운영하는 치유농장이 있으며, 치유보다는 교육을 중심으로 농장을 운영하는 농촌교육농장이 있다. 이 절에서는 기존 농장을 활용하여 다양한 서비스를 제공하는 사례들을 검토함으로써 치매환자 대상 공공 케어팜 운영을 위한 방안 마련의 기초자료를 제공하고자 한다.

1. 치유농장

국내에서 치유농업과 관련된 사업을 운영하는 부처는 농촌진흥청, 농식품부, 산림청 등이 있다. 농촌진흥청은 국내 치유농업(care farming)의 컨트롤타워 역할을 하면서 치유농장을 운영 중에 있으며, 농림축산식품부의 사회적 농장, 산림청의 치유의 숲 등이 있다. 이 사업들은 치매안심센터와의 연계를 통해 운영되고 있다.

또한 지자체별로 치유농장과 관련된 다양한 사업들을 수행하고 있으며, 대표적 사례는 경상북도의 치유농장 육성지원사업과 전주시의 발달장애인 치유농장이 있다. 이에 본 연구에서는 중앙정부 차원에서 운영되는 3개의 치유농장 형태(농촌진흥청, 농림축산식품부, 산림청)와 지자체별로 운영되고 있는 경상북도의 ‘치유농장 육성지원사업’과 전주시의 ‘발달장애인 치유농장’을 검토하고자 한다.

가. 농촌진흥청 치유농장

농촌진흥청에서 운영 중인 치유농장 사업은 가장 많은 치매안심센터에서 참여하고 있는 사업으로 2021년 기준 42개의 안심센터에서 85건의 프로그램을 운영하고 있다. 농촌진흥청의 치유농장 사업은 인지증재접근법에 기반하여 치유농업프로그램 등을 제공함으로써 인지건강을 개선하는 것을 목적으로 한다. 본 사업은 농촌진흥청과 보건복지부의 MOU를 통하여 2021년부터 운영 중이며, 농촌진흥청은 기술교육 및 하드웨어 측면, 보건복지부는 대상자 발굴 및 프로그램 운영 측면의 업무를 수행하고 있다.

구체적으로 살펴보면 농촌진흥청은 참여 시·군·구 농업기술센터 담당자와 치유농장주 등을 대상으로 인지건강 증진을 위한 치유농업 프로그램 운영기술, 노인 특성 이해, 복장·언어 선택 등 고객 응대 요령에 대한 교육과, 농장별 맞춤형 치유농업 프로그램 개발 등의 역할을 수행한다. 보건복지부는 치유농업 프로그램 참여자 모집, 예산·인력 지원, 효과 평가의 역할을 수행한다. 중앙 외 광역 및 지자체 단위에서도 각각의 업무를 수행하고 있는데, 광역단위에서는 농업기술원과 광역치매센터의 연계를 통해 업무를 수행한다. 농업기술원은 치유농장주의 품질인증교육을 수행하며, 광역치매센터는 시·도 농업기술원과의 협약 등을 통해 치매안심센터와 치매농장 간 연계를 할 수 있도록 지원하는 역할을 수행한다. 일부 광역치매센터에서는 ‘치매전문 치유농장 인증제’

를 도입하는 등 치유농장사업의 정착을 위한 노력을 하고 있다. 한편, 지자체 단위에서는 농업기술센터와 치매안심센터의 연계를 통해 업무를 수행한다. 농업기술센터는 농장을 발굴하고, 치유농업시설을 육성 및 관리하며, 치매안심센터는 대상자 발굴 및 예산 활용 등의 업무를 수행한다.

[그림 3-5] 농촌진흥청과 보건복지부의 치매치유농장 MOU

구분	농촌진흥청	보건복지부
주요 역할	<ul style="list-style-type: none"> - 협력과제 총괄 - 치유농업 프로그램 개발·보급·운영 	<ul style="list-style-type: none"> - 치유농업 프로그램 참여자 모집 - 예산·인력 지원 - 효과평가
광역	(농업기술원) <ul style="list-style-type: none"> - 치유농장주 품질인증 교육 	(광역치매센터) <ul style="list-style-type: none"> - 시·도 농업기술원과의 협력 등을 통해 치매안심센터와 치매농장 간 연계
지자체	(농업기술센터) <ul style="list-style-type: none"> - 농장발굴 - 치유농업시설 육성 및 관리 	(치매안심센터) <ul style="list-style-type: none"> - 시·군·구 농업기술센터와 연계 - 대상자 발굴 - 예산활용 - 효과평가 등

자료: 보도자료(2021). 보건복지부 내부자료.

앞서 언급한 바와 같이 치유농장은 “치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률(시행 2021. 3. 25.)”이 시행되면서 법적 근거가 마련되었으며, 전문적인 치유농장 운영을 위해 치유농업사를 양성하고 있다. 치유농업사는 치유농업 프로그램의 개발 및 실행 등 대통령령으로 정하는 전문적인 업무를 수행하는 자로 지정된 양성기관에서 관련 교육을 이수한 뒤 농촌진흥청장이 실시하는 자격시험에 합격한 자를 말하며, 1급과 2급으로 등급이 구분된다. 그러나 2021년 기준 치유농장 운영 시 치유농업사 배치의 의무는 아닌 상황이다.

치유농업사가 되기 위해서는 치유농업사 양성기관에서 교육을 이수한 후 시험에 합격해야 한다. 2급 치유농업사의 경우 142시간의 교육을 이수하여야 시험에 응시할 수 있으며, 1급 치유농업사는 2급 치유농업사·국가기술자격·관련학과 학위 등을 취득한 후 관련 업무에 일정 기간 종사하며 124시간의 교육을 이수하여야 자격 취득이 가능하다.⁴⁾

4) 농사로(2022). <https://nongsaro.go.kr/portal/ps/psz/psza/contentMain.ps?menuId=PS65417>에서 2022.1.4. 인출

〈표 3-24〉 치유농업사 교과목

교육분야	교육과목	교육시간		
		계	이론	실습
가. 치유농업과 치유농업서비스의 이해	1) 치유농업 개론	8	8	
	2) 치유농업서비스의 대상자 진단	18	18	
나. 치유농업 자원의 이해와 관리	1) 치유농업자원의 관리	24	12	12
	2) 치유농업시설의 환경관리	18	10	8
다. 치유농업서비스의 운영과 관리	1) 치유농업 프로그램의 기획·개발	24	12	12
	2) 치유농업 서비스의 실행	16	8	8
	3) 치유농업 서비스의 평가	16	8	8
라. 선택과목	원예학, 재배학, 작물생리학, 작물보호학, 토양학, 축산학개론, 동물생리학, 동물영양학, 동물질병학, 동물관리학, 곤충학, 농기계학, 농작업안전관리, 보건학개론, 보완대체의학, 예방의학, 교육학개론, 교수설계론, 심리학개론, 직업 및 진로상담	18	18	

자료: 치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률 시행규칙[별표1]

치유농업사는 치유농업사 교과목을 이수하고 치유농업사 시험 과목별 40점 이상이면서 전 과목 평균 점수가 60점 이상인 경우 자격을 부여받을 수 있다.

〈표 3-25〉 치유농업사 시험 과목

구분	시험방식	시험과목
1급	1차 시험	가) 치유농업과 치유농업 서비스의 이해 나) 치유농업자원의 이해와 관리 다) 치유농업서비스의 기획과 경영 라) 치유농업서비스의 운영과 관리
	2차 시험	치유농업의 관리 실무
2급	1차 시험	가) 치유농업과 치유농업 서비스의 이해 나) 치유농업자원의 이해와 관리 다) 치유농업서비스의 기획과 경영
	2차 시험	치유농업의 관리 실무

자료: 치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률 시행규칙[별표1]

치유농장의 경우 민간에서 주로 서비스를 제공하고 있으며, 치유농장에 개설에 대한 일관된 기준은 부재하다. 이에 치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률에서는 치유농업 연구개발 및 보급을 위한 조항들을 마련하였다. 또한 현재 농촌진흥청과 보건복지부의 MOU를 통해 이루어지고 있는 치유농장 사업과 관련하여 일부 지역에서는 별도

의 인증 절차 및 기준을 마련하여 치유농장의 질 향상을 위해 노력하고 있다. 대표적인 사례는 충청북도의 ‘치매전문 치유농장’을 들 수 있다.

〈표 3-26〉 충청북도 치매전문 치유농장 인증 절차

구분	수행주체	내용
인증신청	농업기술원	- 관내 품질인증 또는 치유농장 대상으로 치매전문 치유농장 신청 모집 (신청 기관은 충청북도 농업기술원의 품질인증을 받은 기관이어야 함)
↓		
현장점검	광역치매센터	- 22문항의 구조화된 점검표 내용 중 이용환경 점검점수가 11점 이상일 경우 인증교육 대상으로 선정
↓		
교육	광역치매센터	- 치매의 이해, 치매정책의 방향, 인지재활의 이해와 실재, 치매환자 환경구 축 매뉴얼 소개 등 2일 15시간 교육 이수
↓		
기관인증	농업기술원 광역치매센터	- 1, 2차 인증요건을 모두 충족한 농장을 대상으로 2종의 현판 수여 · (1차 요건) 농촌교육농장 품질인증 평가지표 필수 10요소를 갖추어 품질인증 농장으로 지정된 농장 · (2차 요건) 1차 요건을 충족한 농장 중 ‘치매전문 치유농장’ 교육을 2 일 15시간 중 80% 이상 이수한 농장에 치매전문 치유농장 인증패 및 치매안심등불 지정패 수여 - 인증된 기관은 인증번호 관리를 시행

자료: 충청북도 광역치매센터(2020). 산림·농림 치유 프로그램 플랫폼 구축을 통한 치매전문치유농장 서비스 활용 계
획. 충청북도광역치매센터·충청북도 농업기술원.

충청북도의 ‘치매전문 치유농장’은 치유농장사업을 운영 중인 치유농장 20개소 중 6개소가 인증을 받았다. 각 치유농장에서는 농업기술원에 인증신청을 하며, 광역치매센터의 현장실사와 치매전문 치유농장 교육 이후 해당 조건을 충족할 시 인증을 받을 수 있다. ‘치매전문 치유농장’ 인증을 신청하기 위해서는 일차적으로 충청북도 농업기술원의 품질인증을 받아야 한다. 광역치매센터는 인증을 신청한 기관을 대상으로 현장 점검을 실시하며, 현장점검에서 이용환경 점검 점수가 11점 이상일 경우 인증교육 대상으로 선정한다. 선정된 기관은 치매의 특성 및 치매환자를 위한 환경구축 관련된 교육을 15시간 이수하며, 이러한 과정을 모두 완료할 경우 ‘치매전문 치유농장’으로 인증받아 인증패를 받게 된다.

〈표 3-27〉 충청북도 치매전문 치유농장 인증을 위한 현장실사 점검표

구분	연번	항목	답변	
전문 운영 점검	1	셔틀버스 운행이 가능한가?		
	2	프로그램 회당 '최소 인원~최대 인원'은 몇 명인가?		
	3	프로그램 회당 '최소 소요 시간~최대 소요 시간'은?		
	4	치매예방사업에 적합한 프로그램은 몇 개인가?		
	5	농장 프로그램 진행을 위한 '최소 인원~최대 인원'은 몇 명인가?		
	6	농장프로그램 운영자는 몇 %의 치매이해도를 가지는가?		
구분	연번	항목	예(1점)	아니오(0점)
이용 환경 점검	1	조명의 밝기는 적합한가?(ex. 밝은 환경)		
	2	스위치와 전기콘센트의 위치는 적합한가?(ex. 눈에 잘 띄는 곳)		
	3	복도 및 활용공간이 적합한가?(ex. 끝마감, 바닥 청결도)		
	4	화장실은 안전성이 확보되어 있는가?(ex. 논슬립 매트, 핸드레일)		
	5	화장실 수도꼭지 등은 어르신이 사용하기에 적합한가?		
	6	도배는 적합한 색상으로 되어있는가?(ex. 복잡한 도배)		
	7	문턱의 위험성은 없는가?(ex. 문턱 없애기)		
	8	계단은 안전성이 확보되어 있는가?(ex. 핸드레일)		
	9	문과 문고리는 어르신이 사용하기에 적합한가?(ex. 바형 손잡이)		
	10	가구와 벽/바닥의 색이 명확히 구분되어 있는가?		
	11	표지판 및 이름표가 잘 부착되어 있는가?		
	12	큼지막한 숫자로 작성된 달력, 시계를 비치해두었는가?		
	13	활동 영역이 활동진행자의 시야 이내로 제한되는가?		
	14	날카롭고 위험한 도구는 없는가?		
	15	소음은 없는가?		
	16	이동 동선을 바닥에 표시해두었는가?		

자료: 충청북도 광역치매센터(2020). 산림·농림 치유 프로그램 플랫폼 구축을 통한 치매전문치유농장 서비스 활용 계획. 충청북도광역치매센터·충청북도 농업기술원.

현재의 치유농장은 치유농장과 치매안심센터 시설 내 프로그램 병행 추진이 가능하며, 시·군·구 농업기술센터에서 치매안심센터와 치유농장을 연계하면서 다양한 치유농장 프로그램에 참여할 수 있는 구조이다. 치유농장은 농촌소득발생 역시 주요 목적 중 하나이므로 본인부담금이 발생하며, 안심센터 이용자는 안심센터 내 예산으로 진행 가능하지만, 일반인 참여시에는 별도 본인부담금이 발생한다.

나. 농림축산식품부 사회적 농장⁵⁾

농림축산식품부에서는 농업활동을 통해 돌봄·교육·고용 등 다양한 서비스를 공급하는 사회적 농업 실천조직을 육성하여 사회적 농업의 확산을 도모하고자 사회적 농업 활성화 지원 사업을 수행 중이다. 본 사업은 사회적 농업을 통해 취약계층의 자활과 고용을 유도하여 사회 통합을 실현하고 관련된 일자리 창출과 공동체를 활성화하는 것을 목적으로 한다. 사회적 농업 활성화 지원사업은 ‘사회적 농장’, ‘거점 농장’, ‘지역 서비스 공동체’로 구성되어있다.

〈표 3-28〉 사회적 농업 활성화 지원사업 내용

사업 구분	사업 내용
사회적 농장	사회적 농업 활동 운영비(인건비 제외), 사회적 농업 조직과 지역사회의 네트워크 구축비, 사회적 농업 활동에 따른 시설비 지원
거점 농장	거점 농장 활동 운영비(인건비 포함), 교육·연구 프로그램 개발비, 교육장 설치 등 거점 농장 활동에 따른 시설비 지원
지역 서비스 공동체	농촌 지역 주민에게 돌봄, 건강관리, 교육 등 사회·복지 서비스를 제공하는 지역 서비스공동체에 운영비(코디네이터 인건비 포함), 서비스 활동비 등 지원

자료: 농림축산식품부 농촌사회복지관(2021. 10). 2022년도 사회적 농업 활성화 지원사업 시행지침.

사회적 농장 지원 사업에 따른 사회적 농장은 사회적 농업 활동 운영비, 사회적 농업 조직과 지역사회의 네트워크 구축비, 사회적 농업 활동에 따른 시설비를 지원받을 수 있다. 사업의 참여 대상은 사회적 농업을 실천하고 있는 농촌 소재의 조직으로 농업법인(농·어업경영체법에 따른 영농조합법인 및 농업회사법인), 사회적경제조직(협동조합기본법에 따른 협동조합, 사회적기업육성법에 따른 사회적기업, 마을기업 등), 민법에 따른 법인·조합, 상법에 따른 회사 등 조직형태가 법인이거나 비영리민간단체 등이 해당된다. 이들은 ① 농업 생산활동을 포함하여 농촌자원을 활용하는 활동을 기반으로, ② 취약계층(장애인, 노인, 아동, 귀농·귀촌 희망자, 약물 중독자, 미혼모, 범죄피해 가족, 다문화 가족, 저소득층 등)에 서비스를 제공하면서, ③ 지역사회(주민, 조직, 단

5) 본 내용은 농림축산식품부 홈페이지 '사회적 농업 활성화 지원'과(<https://www.mafra.go.kr/mafra/1358/subview.do>) (2021.12.15. 인출), 농림축산식품부(2021). 2022년도 사회적 농업 활성화 지원 사업 시행지침의 내용을 참고하여 작성함.

체 등)와 지속적으로 협력(네트워크 구축)하는 곳이어야만 사회적 농장 지원을 받을 수 있다. 또한 농장 소재 읍·면·동에 거주하는 농업인을 1명 이상 포함하여야 한다.

〈표 3-29〉 사회적 농장 지원금 사용 용도

사업 구분		사업 내용
시설비		- 사회적 농업 이용자가 활동하는데 불편함이 없도록 안전시설·휴식시설 등 설치 개·보수 비용 * 기존 건물·시설·농지 등 개조 포함
		- 사회적 농업 이용자의 임시 거주 시설 설치 개·보수 비용 - 냉·난방기기, 정수기, 공기청정기, 음향기기 구입 등 자산취득 비용 * 다만, 임차를 우선으로 하며 불가피할 경우 취득 허용
운영비		- 사회적 농업 이용자의 자활 및 소득 증가를 위한 농산물 생산·가공·판매시설 등 설치 개·보수 비용
		- 사업 1~2년 차에만 지원
		- 연간 총 사업비의 30% 이내로 제한
	기획비	- 농업실습, 기술교육, 지역사회 융화 등 대상에 맞춘 사회적 농업 활동을 발굴·기획·개발하거나 사회적 농업 우수사례(국내·외) 학습견학 비용 등
	강사비	- 장애인·고령자들의 농업 실습 시 작업 보조, 사회적 농업 활동 중 장애인·고령자 등의 건강상태 모니터링, 복지시설(또는 자택, 병원) 간의 이동 등을 도와주는 강사 비용, 장애인·고령자 등의 자립을 위해 생활을 돕는 보조인력(도우미, 사회복지사 등) 비용, 지역주민 강연 시 강의비, 사회적 농업 활동을 진행하는 강사에 대해 레크리에이션 및 각종 수업 진행 비용 등
	재료비	- 사회적 농업 활동에 필요한 각종 물품 구입비(소모성 물품)
	시설 사용료	- 교육·토론·축제 등 사회적 농업 활동 진행 시 장소 임차료, 장애인·고령자 등이 이용하는 논·밭·작업장 등에 대한 이용료 등
	교통비	- 사회적 농업 활동에 따른 이동 비용(자택-복지시설 간 이동 등)
	기타	- 사회적 농업의 지속 가능성 확보를 위한 경영 컨설팅 비용, 사회적 농업 사업계획 컨설팅 등 관련 비용, 상품 기획 및 마케팅 비용 등
소모임, 세미나 등 네트워크 구축 비용(장소 임차료, 다과비용, 교통비 등)		
판로 확보를 위한 홍보비용 등		

자료: 농림축산식품부 농촌사회복지관(2021. 10). 2022년도 사회적 농업 활성화 지원사업 시행지침.

사회적 농장으로 지원을 받게 되면, 5년간 평균 60백만원(국비 70%, 지방비 30%) 정도의 지원을 받을 수 있으며, 이는 프로그램 수혜자 수, 프로그램 횟수 등에 따라 일부 차이가 있을 수 있다. 사회적 농장 지원금은 시설비와 운영비로 사용 가능하다. 시설비는 사업 시작 후 1~2년 차에 연간 총 사업비의 30% 이내로만 사용 가능하다. 또한 이용자의 불편을 최소화하며, 이용자를 위한 시설 개보수 비용으로 주로 활용되어야 한다. 운영비는 프로그램 기획비, 강사비, 재료비, 프로그램을 위한 시설 사용료, 활동을 위한 이동 비용(교통비), 각종 홍보비 등으로 활용 가능하다. 사업비는 5년간 지원되며, 매년 사업성과평가를 통해 농식품부, 지자체의 사업 점검 결과에 따라 다음 연도의 지원이 축소·중단될 수 있다.

현재 사회적 농장에서 운영 중인 치매 노인 관련 프로그램은 2개의 치매안심센터와의 연계를 통해 2건의 프로그램을 진행하고 있다.

다. 산림청 치유의 숲

치유의 숲은 인체의 면역력을 높이고 건강 증진을 목적으로 산림의 다양한 환경요소를 활용할 수 있도록 조성한 산림이다. 치유의 숲은 다양한 산림의 환경요소를 활용하여 산림치유지도사가 산림치유를 실행하고 그 효과를 평가할 수 있는 시설이 마련되어 있는 곳이다. 현재 전국에 37개의 치유의 숲이 운영되고 있다.

치유의 숲은 ‘산림휴양문화에 관한 법률’에 근거하여 운영하며, 산림치유지도사가 프로그램을 운영한다. 산림치유지도사는 산림, 보건, 의료, 간호 등 관련 학과 졸업자 또는 관련 업무 경력자가 산림청 지정기관에서 교육을 수료하여 국가자격시험을 통과할 경우 자격이 부여된다. 치매환자와 관련된 치유의 숲 프로그램은 23개 치매안심센터에서 26건의 프로그램이 운영되고 있다.

라. 경상북도 치유농장 육성지원 사업⁶⁾

경상북도는 농가 소득원 확충과 농업인의 일자리 마련을 통한 농촌 활력 증진, 도민의 심신 안정과 휴식 제공을 위해 2017년부터 치유농장 육성지원사업을 수행하고 있다.

6) 본 내용은 경상북도(2021). 2022년 치유농장 육성지원 사업신청 안내(https://www.gb.go.kr/Main/page.do?mnu_uid=6786&BD_CODE=bbs_gongji&cmd=2&B_NUM=115497601&B_STEP=115497600)에서 2022. 1. 4 인출)의 내용을 참고하여 작성함.

〈표 3-30〉 경상북도 치유농장 육성지원 사업의 목적 및 추진방향

구분	내용
목적	<ul style="list-style-type: none"> - 최근 농가소득 정체로 다양한 농외소득원 개발이 필요함에 따라 농업의 다원적 기능·가치를 활용한 새로운 농가 소득원 확충 - 농업·농촌 내 다양한 활동을 통해 정신·육체적 피로자, 청소년, 주부, 직장인, 고령자, 장애인, 장기질환자 등 심신의 안정과 휴식을 제공 - 농업의 새로운 비즈니스 모델로 청년들의 신규일자리 창출과 고령농, 은퇴농업인의 일자리 마련으로 농촌 활력 증진 도모
추진방향	<ul style="list-style-type: none"> - 농업·농촌의 전원생활, 체험을 통해 현대인의 스트레스 등을 사전예방 및 지연·해소 시킬 수 있는 시설과 프로그램 운영 지원 - 관련 인프라 및 환경이 조성되고 추진역량이 집적된 농장, 농촌체험마을 등 대상으로 우선사업 추진 - 농장조성, 네트워크 구축, 시설 및 치유 프로그램 운영 등에 대한 표준모델 발굴로 향후 농업의 새로운 비즈니스 사업으로 활용 - 농업의 다원적 기능과 특화자원을 활용하고, 청년들과 지역민이 함께 하는 일자리·농외소득 창출의 모델로 육성

자료: 경상북도(2021). 2022년 치유농장 육성지원 사업신청 안내.

2017년 시작된 본 사업은 매년 3~6개소의 농장을 조성하고 있으며, 2021년 기준 20개소가 운영되고 있다.

〈표 3-31〉 경상북도 치유농장 육성지원 사업의 실적

지 표	계	2017년	2018년	2019년	2020년	2021년
농장조성(개소)	20	3	6	3	5	3
투자금액(백만원)	7,232	1,120	2,712	1,500	1,300	600

자료: 경상북도(2021). 2022년 치유농장 육성지원 사업신청 안내.

본 사업의 참여 대상자는 농업인 또는 농업법인으로 치유농업 관련 교육과정의 100시간 이상 이수 또는 관련 자격증을 소지하고 치유농업을 실천하고 있는 농장이거나 농식품부에서 진행하고 있는 사회적 농업 활성화 지원 사업 지원 대상으로 선정된 농장이다.

본 사업에서 운영하고 있는 치유농장을 이용할 수 있는 대상자는 여타의 치유농장과는 달리 ‘건강한 삶을 유지하기 위해 농업·농촌을 통한 심신의 안정과 휴식이 필요한 자(학생, 청소년, 주부, 직장인, 고령자, 장애인, 장기질환자 등)’로, 전문적인 치료나 요양이 필요한 경우는 제외하고 있다.

본 사업은 치유농장을 조성하고 치유프로그램을 개발 및 운영할 수 있도록 지원해주는 것으로 개소당 50~300만원(도비 15%, 시·군비 35%, 자부담 50%)을 지원한다. 지원금은 자본적 경비와 경상적 경비 모두 사용이 가능하다. 자본적 경비는 치유대상을 위한 프로그램 운영에 필요한 기존 농장의 확대와 리모델링에 한해 사용 가능하며, 경상적 경비는 전체 사업비의 20% 이상을 사용해야 함을 원칙으로 하고 있다.

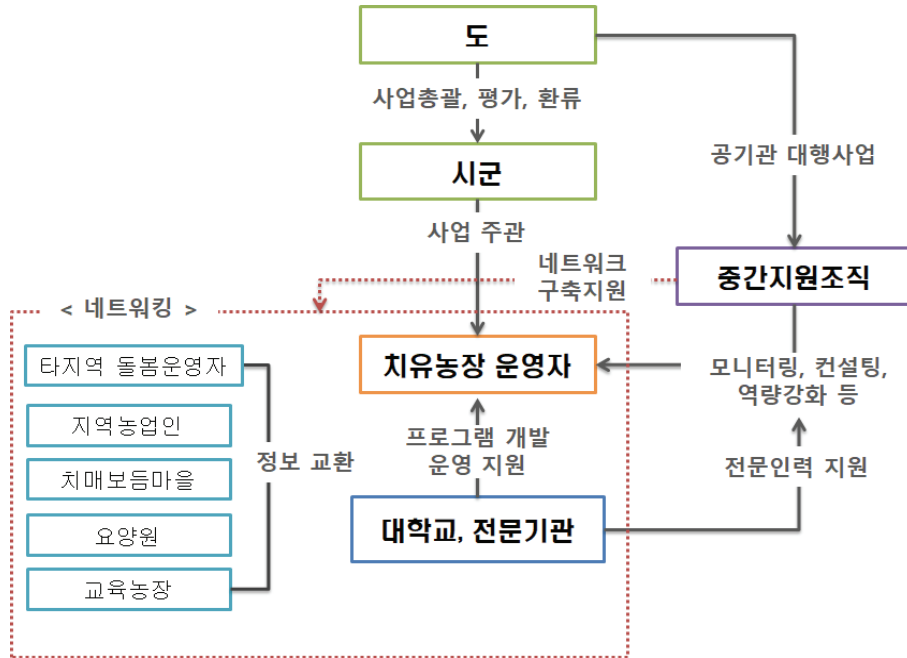
〈표 3-32〉 경상북도 치유농장 육성지원 사업 지원금 사용 용도

사업 구분	사업 내용
자 본 적 경 비	농장조성 - 텃밭, 과원, 온실, 사육시설, 산책로 등 조성
	시설물 설치 - 교육시설, 체험시설, 숙박시설, 커뮤니티 공간 등 ※ 숙박시설의 경우 농·어촌정비법에 의한 농어촌 민박, 공중위생관리법에 의한 숙박업 등 관련 법령에 따라 숙박 프로그램 운영 가능 여부에 대한 시·군 검토의견 제출
	장비도입 - 농장 관리에 필요한 소규모 영농장비, 치유기자재, 교육·영상 장비, 조리·체험장비 등 치유농업과 직접적인 관련이 있는 기기
	※ 농장 조성 및 시설물 설치하는 신규 농장 개설이 아닌 사회적 약자, 치유대상을 위한 프로그램 운영에 필요한 기존 농장 확대, 리모델링에 한해 가능 ※ 지원 제외대상 : 부지구입비, 부지 및 시설물 임차료, 시설장비 임차, 차량, 기타 목적과 관련이 없는 기자재 및 장비 구입
경 상 적 경 비	프로그램 개발 - 영농, 동물, 자연환경 등 테마별 치유 프로그램
	농장운영 - 홍보·마케팅 비용, 프로그램 운영비용(전문강사 초빙, 책자 제작, 치유프로그램 도구 구입, 행사지원 수단 등)
	네트워크 구축 - 보건·복지·교육 등 치유 관련 기관(의료시설, 특수학교, 복지·요양시설) 및 타 농장과 소모임, 세미나, 회의비용 등
	※ 프로그램 개발, 농장운영, 네트워크 구축 등 경상적 경비의 경우 전체 사업비의 20% 이상 투자 원칙

자료: 경상북도(2021). 2022년 치유농장 육성지원 사업신청 안내.

본 사업의 사업추진체계에 따르면 시도와 시·군·구는 사업계획 검토, 사업자 선정, 사업장 관리, 보조금 집행 및 정산, 사후관리, 평가 및 환류 등 사업을 주관하며, 실제 사업 운영은 중간지원조직(재단법인 경북농·식품유통교육진흥원)에서 운영한다. 중간지원조직은 치유농장 역량 강화 및 경영·운영 등에 대한 전반적인 컨설팅 및 모니터링 실시, 자문위원회 구성·운영, 우수 사업장 및 신규 사업모델 발굴·지원, 치유농장 수시 모니터링, 사업평가 및 피드백(환류), 활성화 추진 등의 역할을 수행한다.

[그림 3-6] 경상북도 치유농장 사업추진 체계



자료: 경상북도(2021). 2022년 치유농장 육성지원 사업신청 안내.

치유농장 육성지원 사업의 지원을 받기 위해서는 사업계획서를 제출하여 서면평가를 받으며, 2차로 발표를 통하여 평가를 받는 과정을 거친다. 서면평가는 영농경력, 영농규모, 치유농업 관련 경력, 기존 시설물 활용 정도, 부지 확보 여부, 자부담 확보 수준, 사업 취지에 부합하는 정도, 시설물 설치 계획의 적정성, 치유 프로그램 적정성, 치유효과 측정도구의 적정성, 전문인력 확보 및 일자리 창출 가능성, 관련 기관 네트워크, 지역농업과 연계 정도를 기준으로 구성되어 있다.

〈표 3-33〉 경상북도 치유농장 육성지원 선정 서면 평가표(안)

평가항목	배점기준				점수
영농경력(10)	1년미만	1년이상	3년이상	5년이상	
	2	5	7	10	
영농규모(5)	1~2천㎡ 미만	2~3천㎡ 미만	3~4천㎡ 미만	4천㎡이상	
	1	2	3	5	
치유농업 관련 경력(10)	1년미만	1년이상	3년이상	5년이상	
	2	5	7	10	
기존 시설물 활용 정도(5)	기존 농장 시설물의 활용가능 정도 5점				
부지확보(5)	자가 소유부지 5점, 타인부지 사용승락 및 임대 등 2점				
자부담 확보(10)	100% 이상	50~100%미만	50%미만		
	10	5	3		
사업취지에 부합정도(10)	사업목적 등 정책방향과 부합정도 10점				
시설물 설치계획 적정성(10)	사업비 단가, 설치 규모 등 적정 10점				
치유 프로그램 적정성(10)	테마별, 대상별 치유 프로그램 구성 10점				
치유효과 측정도구 적정성(10)	치유효과 측정방법, 결과분석 및 활용방법 등 10점				
전문인력확보 및 일자리 창출 가능성 등(5)	분야별 전문인력, 일자리 창출정도 5점				
관련기관 네트워크(5)	보건·복지·교육 등 치유관련 기관과의 네트워크 실적 5점				
지역농업과 연계정도(5)	지역 농산업 및 주민과의 연계 및 발전 가능성 5점				

자료: 경상북도(2021). 2022년 치유농장 육성지원 사업신청 안내.

서류심사 이후에는 치유농업에 대한 이해도, 사업추진 여건, 사업준비 정도, 사업계획의 적합성, 성공 가능성 및 기대효과 등에 대해 서류심사에서 진행한 내용들을 좀 더 구체적으로 평가하여 대상 농장을 선정하고 있다.

이러한 과정을 통해 선정된 치유농장은 사업기간 중 반기별 1회 이상의 수시점검을 통해 사업계획 이행 여부 및 추진상황 점검, 시설·장비 관리 및 활용 점검 등의 사후관리를 받는다.

〈표 3-34〉 경상북도 치유농장 육성지원 선정 발표 평가표(안)

평 가 항 목		배 점 기 준					점수
		5	4	3	2	1	
1. 치유농업에 대한 이해도 (15점)	① 치유농업에 대한 이해 수준						
	② 치유농업 관련 사업추진 실적 또는 경력						
	③ 사업추진 경위, 목적 및 필요성						
2. 사업추진 여건(15점)	① 기존 시설의 활용 정도						
	② 지역 여건과 환경에 대한 치유농장 추진 적합도						
	③ 관련 시설, 기관, 단체 등과 연계 정도						
3. 사업준비 정도(15점)	① 부지확보 및 인·허가 가능성						
	② 자부담 확보 및 향후 투자계획						
	③ 전문인력 확보 및 지역주민 연계 정도						
4. 사업계획의 적합 (45점)	① 사업목적에 맞는 농원조성 계획						
	② 사업목표 설정의 적정성 및 목표 달성 가능성						
	③ 치유농원조성 규모의 적정성						
	④ 시설물 설치, 장비구입 계획의 적정성						
	⑤ 치유프로그램의 적합성						
	⑥ 치유대상별 관리·운영 능력						
	⑦ 치유효과 측정도구 적정성						
	⑧ 홍보, 마케팅 계획의 적정성						
	⑨ 관련 시설, 기관, 단체 등과 네트워크 구축 계획						
5. 성공 가능성 및 기대 효과(10점)	① 치유농장 정착 및 성공 가능성						
	② 일자리 창출 및 지역 농산업과의 연계성						

자료: 경상북도(2021). 2022년 치유농장 육성지원 사업신청 안내.

마. 전주시 발달장애인 치유농장⁷⁾

전주시 발달장애인 치유농장은 국유지를 활용한 치유농장으로 전주시와 한국자산관리공사의 협업을 통해 2020년부터 추진되었으며, 2021년 처음으로 사업을 진행하였다. 본 사업의 시작은 한국자산관리공사의 2020년 사회공헌사업의 일환으로 진행되었으며, 발달장애인을 위한 치유농장 운영에 대한 의지를 가지고 전주시와 논의를 진행하였다. 구체적인 진행과정 및 운영에 대한 내용은 다음과 같다.

7) 본 내용은 전주시 발달장애인 대상 국유지 치유농장 담당자와의 인터뷰 결과를 정리한 내용임.

1) 전주시 발달장애인 치유농장 설립 과정

전주시는 전라북도에서 가장 큰 도시이지만, 농촌지역과 인접하고 있어 치유농업을 위한 부지선정이 보다 수월하며, 도시지역 거주자를 대상으로 치유농업을 수행하기에 접근성이 좋다는 장점이 있다. 이에 한국자산관리공사와 전주시는 협업을 통해 한국자산관리공사는 국유지를 제공하고, 전주시는 사업의 운영체계를 구성하여 사업을 운영하는 방식의 협업체계를 구성하였다.

한국자산관리공사로부터 지원받은 국유지는 ‘국유재산법’에 따라 ‘대여’의 형태로 사용이 가능하다. 그러나 전주시에서 이를 직접 운영할 수 없었기에 전주시는 ‘한국 장애인 부모회’와의 논의를 통해 해당 단체를 사업 수행 기관으로 선정하였다. 국유재산법에 따르면 공익을 목적으로 사용하는 경우 무상 또는 사용료 감면을 통해 토지 대여가 가능하다. 이에 한국장애인부모회와 한국자산관리공사의 대부계약을 통해 10만원의 국유지 연간 사용료를 지불하면서 사업을 운영 중에 있다. 해당 계약은 1년 단위 갱신으로 진행하고 있다.

2) 전주시 발달장애인 치유농장 시설 설비 과정

치유농장 설립은 적절한 토지를 선정하는 것에서부터 시작한다. 토지 선정 과정에서는 접근성, 주변의 교통, 편의시설, 토지의 지목(地目) 등 다양한 사항을 고려해야 한다. 전주시의 경우 선정된 국유지를 치유농장으로 사용하기 위해서는 농장 진입을 위한 진입로 및 국유지 내 편의시설 인프라 구축이 필요하였다. 이에 해당 국유지 옆 도출연기관(전라북도 생물산업진흥원)과의 추가적인 협업을 통해 농장진입을 가능할 수 있도록 정비하였으며, 화장실, 프로그램 운영실, 주차장 등의 편의시설은 출연기관의 자원을 활용할 수 있도록 하였다. 이를 통해 다양한 설비 및 편의시설 구축을 위한 예산을 절감할 수 있었다. 다만, 농업을 위해 필요한 관수시설과 이용자들의 휴식을 위한 공간인 원두막 설치 등은 별도로 이루어졌다.

3) 전주시 발달장애인 치유농장 운영 예산

본 사업은 비예산 사업으로 치유농장 조성을 위해 필요한 예산 등은 후원처를 발굴하여 기부금으로 수행하였다. 다만, 전주시는 행정기관으로 기부금을 직접 모금받을 수 없는 상황이었다. 이에 후원처에서는 사회복지공동모금회를 통해 장애인부모회 지정 기탁하여 기부금을 활용할 수 있도록 하였으며, 이를 통해 치유농장 인프라 설비 비용을 충당할 수 있었다.

또한 강사 및 재료비는 본 치유농장을 ‘도시농업 공동체(도시농업 활성화를 위한 공동체)’에 등록하여 지원받은 금액(약 300만원)을 통해 충당하였으며, 2022년에는 약 500만원의 시 예산을 할당받아 활용할 예정이다.

4) 전주시 발달장애인 치유농장 운영

2021년 개장한 전주시 발달장애인 치유농장의 사업수행기관은 ‘한국장애인부모회 전주지부’이며, 전주시 내 발달장애인 관련 기관 10개소에서 본 사업에 참여하고 있다. 참여기관에서는 기관 내 외부 활동이 가능한 발달장애인 대상자를 모집하며, 회당 평균적으로 발달장애인 7인, 교사 3인이 참여한다. 참여기관들은 별도의 이용료를 지불하지 않으며, 대상자를 관리하고, 송영서비스를 제공하는 역할만 수행한다. 프로그램은 월 1회 진행되며(오전 2회, 오후 2회), 회당 3팀 정도가 1시간~1시간 30분정도 프로그램에 참여한다. 프로그램은 기관별 구역을 구분하여 해당 구역의 농작물을 관리하고 수확할 수 있도록 진행 중에 있다.

5) 전주시 발달장애인 치유농장 운영 인력

치유농장 운영을 위해서는 농장을 관리할 인력과 해당 프로그램을 진행할 인력이 필요하다. 특히나 치유농장의 특성상 참여자들은 월 1회 치유농장을 방문하기 때문에 실제로 농장에 상주하면서 농장을 관리할 인력이 매우 중요하며, 그렇지 않을 경우 참여기관에는 또 다른 부담으로 작용하게 된다. 이에 전주시에서는 공공근로자를 치유농장에 배치하여 농장에 상주하면서 시설을 관리할 수 있도록 하였다. 또한 작물을 재

배하기 위해서는 영농경험이 풍부한 인력이 필요하다. 이에 전주시는 노인일자리 및 사회활동 지원사업 내 사회서비스형 사업을 통해 치유농장 인근 지역의 농업인을 채용하여 농작물 관리 업무를 수행할 수 있도록 하였다. 마지막으로 관련 프로그램의 기획 및 진행은 ‘전주시 도시농업연구회’에서 담당하며, 강사 등을 파견하고 있다.

2. 농촌교육농장

교육농장(Educational farm)은 수요자가 실제 운영 중인 농장을 방문하여 현장에서 이루어지는 교육활동을 체험할 수 있도록 구성된 시설/프로그램을 말한다. 농촌교육농장은 ‘농업 활동이 이루어지는 농촌의 모든 자원을 바탕으로 하여 학교 교육과 연계된 교육프로그램 전반에 걸친 활동을 정기적으로 제공하는 교육의 장’으로(농진청, 2021), 양질의 농촌체험교육을 제공할 수 있는 농촌교육농장을 육성하고, 피교육자에게 농촌에 대한 지식과 이해를 넓히는 것을 목적으로 한다(농진청, 2014). 농촌교육농장은 2006년에 처음 시작하였으며, 2021년 현재 1,128개소의 농장이 운영 중이다(농진청, 2021).

농촌교육농장은 기존의 먹고, 타고, 잡고, 보는 일회성 행사 중심의 체험과는 구별되며, 지속적으로 관찰하고 학습할 수 있는 환경이 조성되는 농장을 말한다. 또한 농촌교육농장은 새로운 농촌관광 서비스 영역 중의 하나로 단순한 소비형 체험관광을 넘어서 학생들에게 농업이 가지고 있는 소중한 가치를 인식시키고, 자연과 생명의 소중함을 일깨우며, 농업인으로 하여금 농업활동에 대한 무한한 자긍심과 보람을 느끼게 하는 농촌관광의 대안적 모델이다. 농촌교육농장은 농업·농촌의 관점만이 아닌, 교육적 관점, 환경 생태적 관점, 치유적 관점 등 농업·농촌에 관한 다원적이며 복합적인 가치와 관점이 적용되는 공간이다(농진청, 2021).

농촌교육농장은 2018년부터 품질인증제도를 통해 농장의 질을 확보하고 있으며 인증 유효기간은 3년이다. 2021년 현재 인증 유효농장은 전국에 221개소가 운영 중이다. 농촌교육농장의 인증지표는 다음과 같다. 농촌교육농장의 5대 품질요소는 ① 농업자원(20점), ② 교육운영자(25점), ③ 교육프로그램(25점), ④ 교육환경(20점), ⑤ 교육서비스(10점)로 27개 항목 75개 지표로 구성되어있다. 인증 기준은 100점 만점에 80점 이상인 경우 인증되며, ★의 필수항목은 반드시 적격판정을 받아야 한다.

인증받은 농장은 농촌진흥청이 인증하는 농촌교육장 인증서와 인증패를 받을 수 있으며, 농촌교육장 품질인증 마크를 사용할 수 있는 자격을 부여받는다.

〈표 3-35〉 농촌교육농장 인증지표

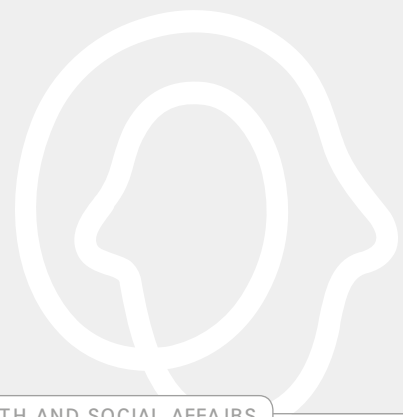
5대 품질요소	27개 품질항목	세부 품질지표	심사방법				
			서류	현장			
1. 농업자원(20)	친환경지향성(5)	친환경 인증(2) 환경관리(3)	○	○ ○			
	농업경력(4)	3년 단위 1점씩 부여	○				
	농업전문성(6)	주작목 관련 전문지식(2) 주작목 관련 농업기술(2)	○ ○				
		농업활동기록(2) 농업 비중(3)		○ ○			
	농업경영안전성(5)	토지 소유 여부(2)	○				
2. 교육 운영자(25)	배경지식과 마인드(5)	농촌교육농장의 개념과 의의(1) 학교교육과정에 대한 이해(1) 농업인의 정체성과 자긍심(1) 학교교육과정과 주작목의 연계성에 대한 이해(1) 뚜렷한 교육방침과 철학(1)		○ ○ ○ ○ ○			
		교육프로그램 개발능력(6)	작목에 대한 주체중심통합접근(2) 교육목표 설정(2) 구체적인 교육활동계획 수립(2)		○ ○ ○		
			교수학습능력(6)	주의집중 기제(1) 활동안내(1) 교육소통능력(2) 언어구사(1) 평가(1)		○ ○ ○ ○ ○	
				자기계발노력(3)	농촌교육농장 교사양성 기초·심화과정 이수(2)★ 학습연구 모임이나 활동(1)	○ ○	
		운영관리능력(5)			농촌교육농장 전문성을 갖춘 전담인력(2) 전담인력의 효율적 교육운영(1) 구체적인 경영목표(1) 실천계획 수립 및 점검(1)	○ ○ ○ ○	
	3. 교육 프로그램(25) * 17.5점 이상만 인증 받을 수 있음		교육매뉴얼(5)★	마인드맵(1) 교육활동매뉴얼(1) 교육활동계획안(1) 교육시나리오(1) 활동지(1)	○ ○ ○ ○ ○		
				교육활동계획안(5)	학년별 교육활동계획안(3) 다회차 교육활동계획안(2)	○ ○	
		교안의 질적 완성도(6)			형식적 완성도(2) 내용적 완성도(4)	○ ○	○
				시나리오(4)	교육운영 전반에 대한 기술 정도(2) 시나리오 기술의 상세한 정도(2)	○ ○	
					교재교구(5)	공동교재교구(2) 특수교재교구(2) 교재교구개발자(1)	

5대 품질요소	27개 품질항목	세부 품질지표	심사방법	
			서류	현장
4. 교육환경(20)	첫인상(2)	농장 진입로(1)		○
		첫 만남 및 안내 장소(1)		○
	안내시설(2)	안내도(1)		○
		농장간판(1)		○
	주차장(2)	주차공간(1)		○
		안전한 승하차 공간(1)		○
	경관관리(2)	자연친화적이고 심미적인 요소(1)		○
		기능적인 요소(1)		○
	실외교육공간(3)	한 학급 활동에 적합한 농장 규모(1)		○
		한 학급 활동에 적합한 농장 형태(1)		○
		한 학급 활동에 적합한 농장 위치(1)		○
	실내교육장(4)	한 학급 활동에 적합한 교육장 규모(1)		○
		한 학급 활동에 적합한 교육장 형태(1)		○
		채광과 통풍(1)		○
	편의시설(2)	적정 온·습도(1)		○
		담배 구분된 화장실(1)		○
	위생 및 정리정돈(3)	세면대 및 비누, 손씻기 안내자료(1)★		○
청소상태(1)			○	
농기구와 농자재의 정리정돈(1)			○	
시설물 관리(1)			○	
5. 교육서비스(10)	운영방식(2)	학급단위 운영(1)	○	
		운영시기(1)	○	
	고객관리(2)	고객관리 파일 작성 및 사전협의(1)		○
		농촌교육농장 운영 평가 관리(1)		○
	안전관리(3)★	안전수칙(1)		○
		구급약품과 소화기(1)		○
		안전관리계획서(1)		○
	홍보마케팅(2)	오프라인 콘텐츠 관리(1)	○	
		온라인 콘텐츠 관리(1)	○	
	행정관리(1)	행정문서 비치와 관리(1)		○
배상책임보험 가입★		총 보상한도금액 1억원 이상	○	
응급처치교육 유료증★		기준에 부합하는 응급처치 교육: 8시간 이상	○	
성범죄 및 아동학대 관련 범죄 전력 조회★		신청 시 신청자와 전담인력 모두 서약서 제출 인증 후에도 조회내용에 따라 품질인증 즉시 취소될 수 있음	○	
COVID-19 안전·위생 물품★		온도계, 손소독제, 출입명부		○

주: 1) ★ 표시된 항목이나 지표(농촌교육농장 교사양성 기초·심화과정 이수, 교육매뉴얼, 세면대 및 비누, 손씻기 안내자료, 안전관리, 배상책임보험 가입, 응급처치교육 유료증, 성범죄 및 아동학대 관련 범죄 전력, COVID-19 안전·위생 물품)는 필수 항목으로 부적격 판정 시 총점 80점 이상이어도 품질인증을 받을 수 없음.

2) 교육프로그램(총점 25점)은 점수를 합산하여 17.5점 미만이면 품질인증을 받을 수 없음.

자료: 농촌진흥청(2021). 2021 농촌교육농장 품질인증 가이드북. pp. 36-38.



제4장

치매친화적 지역사회 구축 국외 사례

제1절 고령친화도시(Ageing Friendly City)

제2절 치매친화적도시(Dementia Friendly City)

제3절 케어팜

제4장 치매친화적 지역사회 구축 국외 사례

제1절 고령친화도시(Ageing Friendly City)

1. 세계보건기구(WHO)의 고령친화도시(Age-Friendly Cities)

가. 개념 및 주요 영역

WHO 고령친화도시는 2002년 스페인 마드리드에서 개최된 제2차 유엔세계고령화 대회(UN World Assembly on Ageing)의 「고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(Madrid International Plan of Action on Ageing: MIPAA)」의 “모든 연령대 구성원을 위한 사회 구축(building a society for all ages)”을 위한 개념으로 처음 등장하였다. MIPAA에서는 활기찬 노년(active ageing)과 지역사회 계속 거주(aging in place) 등을 주요 기본 가치로 삼으며, 고령친화도시 운동 발전을 위한 발판을 만들어 주었다. 이후 2007년 WHO에서 전 세계 22개국의 33개 도시⁸⁾의 고령자, 돌봄 가족 및 서비스 제공자 대상 초점집단면접(FGI)을 통해 고령친화도시 가이드라인을 출간하며, 고령친화도시에 대한 정책적 관심과 필요성이 더욱 부각되었다(WHO, 2007).

WHO에서 규정한 “고령친화도시”란 전 연령대의 모든 구성원이 건강 증진, 사회참여, 안전보장을 위한 기회를 가질 수 있는 포용적(inclusive)이고 접근성이 뛰어난(accessible) 지역사회 환경(community environment)이다(WHO, 2007; WHO, 2015). 즉, 노인을 비롯한 전 세대가 다함께 살기 좋은 도시 환경을 조성하여, 궁극적으로는 거주 노인의 삶의 질을 향상하는 것을 목적으로 한다. 구체적으로, 고령친화도시는 고령자의 다양한 능력과 자원을 파악하고 인정하며, 고령화로 인한 수요와 선호도를 예측하여 적절히 대응하고, 고령자의 의사결정과 라이프 스타일을 존중하고, 취

8) 동북아시아 지역에서는 일본 2개 도시, 중국 1개 도시에서 참여자가 선정되었으며, 한국 도시는 포함되지 않음.

약계층을 보호하며, 고령자에 대한 포용성과 사회 기여도를 높일 것을 목표로 한다(WHO, 2015). WHO 고령친화도시 가이드라인(2007)은 고령자(특히, 도시 거주 고령자)의 건강과 웰빙을 위한 고령친화도시 건설을 위해 정책적으로 관심을 두어야 할 8대 영역을 제시하였다. 영역별 추진 방향을 보면, WHO의 고령친화도시는 ① 외부환경과 시설의 안정성, 편리성, 접근성을 향상하고, ② 편리한 대중교통 환경을 구축하고, ③ 고령친화적 주거시설을 마련하며, ④ 여가 및 사회활동을 지원하고, ⑤ 고령자의 사회참여와 일자리 기회를 제공·확대하고, ⑥ 고령자에 대한 사회적 존중 및 세대 간 통합을 높이며, ⑦ 정보체계 접근성을 강화하며, ⑧ 고령자의 지역사회 돌봄 및 의료서비스를 강화할 것을 목표로 한다. 이러한 8대 영역과 각 영역별 주요 지침은 절대적인 기준은 아니며, 고령친화도시 조성을 위한 보편적 기준을 제공하기 위한 것이다.

〈표 4-1〉 WHO 고령친화도시 8대 중점 영역




8대 영역	주요 내용
① 외부 공간 및 시설 (Outdoor spaces and buildings)	- 도시 기반시설(야외 환경, 공공건물 등)의 안전성, 편리성 및 접근성 향상
② 대중교통 (Transportation)	- 대중교통 접근성, 편의성 향상을 통한 고령자의 사회참여 제고, 의료서비스 접근성 향상
③ 주거 (Housing)	- 고령친화적 주거시설 마련(주택 구조, 디자인, 위치, 비용 등) - 주거 연계 공공서비스 설계를 통한 편안하고 안전한 삶 구현
④ 여가 및 사회활동 (Social participation)	- 고령자의 가족·사회·문화·종교·여가 관련 활동의 다양성 보장을 위한 행정 및 정보지원 서비스 구축
⑤ 사회참여 및 일자리 (Civic participation and employment)	- 개인별 맞춤 교육·훈련, 자원봉사 및 취업 기회 제공·확대를 통해 고령자의 사회참여 및 지역사회 공헌 보장
⑥ 사회적 존중 및 통합 (Respect and social inclusion)	- 고령자 이미지 향상 관련 내용 공공교육 과정에 반영 및 대중언론 매체 활용 - 지역사회 세대 간 통합 제고
⑦ 의사소통 및 정보체계 (Communication and information)	- 사회 전체 정보지원체계 구축 및 고령자의 서비스 접근성 강화(교육, 관련 시설, 장비 제공 등)
⑧ 지역사회 돌봄 및 의료서비스 (Community support and health services)	- 고령자를 위한 지역사회 의료 및 사회 서비스 및 확대와 서비스의 질적 관리를 통해 고령자의 건강 및 자립 증대

자료: World Health Organization (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide. https://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf의 내용 재구성

이 중 “⑧ 지역사회 돌봄 및 의료서비스” 분야가 치매친화적 지역사회와 가장 관련 있는 분야라고 볼 수 있다. WHO 고령친화도시 가이드라인에서는 지역사회 의료 및 돌봄서비스 분야에서 추구해야 하는 방향성으로 우선, 건강 및 돌봄 서비스의 접근성

향상을 위해 서비스 기관의 지리적 접근이 용이하고, 친절하고 차별없는 서비스 제공이 이루어져야 한다고 보았다. 또한, 서비스 필요도 및 중증도에 따라 재가-치매 또는 특정 질병 중심-시설 거주 등 다양하고 연속적인 서비스를 제공하고, 치료뿐 아니라 예방중심서비스가 제공되어야 함을 강조하였다. 마지막으로 무엇보다 질병과 장애에도 불구하고 지역사회에 계속 거주할 수 있도록 적절한 재가 돌봄 및 가사 지원 서비스가 필요하다고 보았다(WHO, 2007).

[그림 4-1] 고령친화 지역사회 돌봄 및 의료서비스 체크리스트

 서비스접근성 (service accessibility)	 서비스 제공범위 (offer of services)	 기타 이슈 (others)
<ul style="list-style-type: none"> • 지리적 접근 용이, 대중교통 접근성 향상 • 노인주거복지/의료시설, 실버타운 등 기존 주거시설과 가까이 위치하여 지역사회와 통합 • 고령장애인을 고려한 시설 및 의료돌봄시스템 디자인 • 통합적, 개인맞춤 돌봄의료 서비스 제공 • 서비스제공자의 고령자 존중 및 인식제고 • 의료서비스의 적정 비용 	<ul style="list-style-type: none"> • 노년기 건강 수준 유지와 향상을 위한 다양한 의료 돌봄서비스 제공 • 의료, 돌봄, 가사지원 서비스 등 재가서비스 제공 • 노인수요자 맞춤 서비스 제공 • 노인수요자와 적절하게 의사소통하고 서비스를 제공할 수 있는 전문인 양성 	<ul style="list-style-type: none"> • 다양한 의료 및 지역사회 세팅에서 활동할 수 있는 다양한 연령의 자원봉사자 필요 • 응급상황 대처를 위한 사전 계획 필요

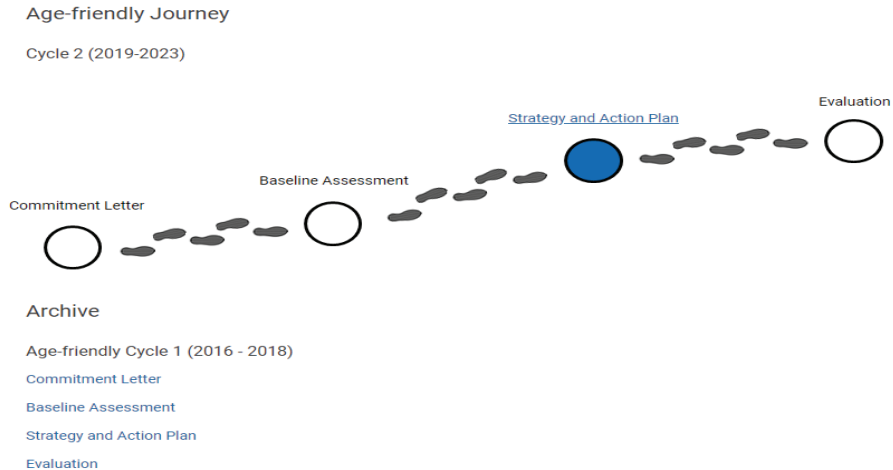
자료: World Health Organization (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide. https://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf 의 내용 재구성

나. 고령친화도시 국제네트워크(Global Network of Age-Friendly Cities & Communities; GNAFCC)

WHO 고령친화도시 국제네트워크(Global Network of Age-Friendly Cities & Communities, GNAFCC)는 고령화와 도시화 추세에 효과적으로 대응하고 고령친화를 위해 노력하는 전 세계의 도시(지역사회) 또는 협력프로그램 모임이다. GNAFCC에 가입되었다는 것은 가입 해당 도시(프로그램)가 당면한 고령화와 관련된 문제의 대응 방안을 마련하고 해결하기 위해 지속적인 노력을 기울이고 있다는 점을 인정받았음을 의미한다(WHO, 2021).⁹⁾ 이러한 지속적인 고령친화 노력을 증명하기 위해 2017년 이후 행정기관 장(시장 등)의 약정서(commitment letter) 제출이 의무화되었으며, 매년 한 개 이상의 고령친화정책(프로그램)을 공유해야 한다(WHO, 2018). 네트워크 가입 이후 각 가입 지역은 기초 사정(baseline assessment), 사업계획(strategy and action plan), 평가(evaluation)의 일련의 과정을 5년 주기(cycle)로 수행하도록 되어 있다. GNAFCC는 2014년 말 구축된 온라인 플랫폼을 통해 각 회원 도시의 고령친화도시 조성을 위한 실행계획 및 평가보고서, 우수 프로그램 또는 정책 사례를 공유하고 있다. [그림 4-2]에서는 관련 웹페이지에 나타난 대한민국 부산의 고령친화도시 조성과정을 예시로 보여주고 있다. 단, 이러한 단계 수행은 의무 규정은 아니며 많은 지역의 가입 기간이 길지 않아, 2017년 7월 기준 가입 지역의 28%만이 기초 사정을 수행하였고, 평가는 4% 만이 수행한 것으로 나타났다(WHO, 2018).

9) 고령친화환경 조성을 위한 도시(지역사회)의 계획과 노력을 평가하는데 중점을 두며, 각 도시의 고령친화 수준이나 정도를 인증하는 제도는 아님.

[그림 4-2] 대한민국 부산시의 고령친화도시 조성과정(WHO GNAFCC 온라인 플랫폼 예시)



주: 부산의 경우 2016~2018년 첫 번째 주기를 마치고, 2019~2023년 두 번째 주기를 수행 중임. 파란색으로 표시된 문구의 경우 해당 약정서, 사정결과서, 사업계획서, 평가보고서를 다운로드 받을 수 있음.

자료: WHO (2021). Age-friendly World: Busan. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/busan/>에서 2021. 12. 27. 인출.

또한, WHO에서는 국제비정부기구인 국제노령연맹(International Federation on Ageing)의 지원으로 고령친화환경 조성을 위한 멘토십 프로그램인 MENTOR-AFE를 운영하고 있다(WHO, 2021). 본 프로그램은 1년 주기로 멘토-멘티로 활동 지원자를 모집하여 운영되며, 멘토로 활동하게 되는 고령친화 전문가는 홍보, 지역사회 파트너십 형성, 지역사회 사정, 액션플랜 설정 및 근거기반(evidence-based) 프로그램 개발, 모니터링과 평가 등 다양한 분야에서 고령친화 환경 조성의 노하우를 전달하며, 멘티는 이러한 고령친화 관련 컨설팅을 일대일로 받을 수 있다. 멘티는 GNAFCC 소속 도시의 대표자 또는 저개발국가의 (비)정부 대표로 추후 고령친화 지역사회 구성 관련 중요한 역할을 담당할 인사 중 선발된다(WHO, 2021).

WHO GNAFCC는 2010년 처음 설립된 이후 지속적으로 가입 국가와 도시가 증가하여, 2021년 12월 현재 44개국의 1,114개 도시(프로그램)가 GNAFCC에 가입되어 있다. 국내에서는 현재 27개 지자체가 가입하였는데, 2013년 서울특별시의 첫 가입 이후, 최근 여러 시·군·구 지자체에서 활발하게 가입하는 추세를 보였다.

〈표 4-2〉 WHO 고령친화도시 국제네트워크 가입 국내 지자체 현황(2021년 12월 기준)

(단위: 명, %, 년)

구분	인구 수(명)	60세 이상 인구 비율(%)	가입 연도(년)	Age-Friendly Journey	
서울특별시	10,369,593	17.0	2013		
종로구	150,383	26.1	2020	Cycle 1	(2020~현재)
성동구	28,249	14.7	2020	Cycle 1	(2020~현재)
용산구	230,151	24.6	2021	Cycle 1	(2020~현재)
서초구	435,258	19.2	2019	Cycle 1	(2019~현재)
노원구	535,282	22.0	2019	Cycle 1	(2019~현재)
도봉구	341,928	23.9	2018	Cycle 1	(2018~현재)
양천구	466,267	18.0	2018	Cycle 1	(2018~현재)
강북구	324,479	24.7	2018	Cycle 1	(2018~현재)
금천구	244,685	25.0	2021	Cycle 1	(2021~현재)
인천광역시					
동구	62,381	32.5	2021	Cycle 1	(2021~현재)
경기도					
성남시	941,480	21.2	2020	Cycle 1	(2020~현재)
수원시	1,184,624	12.5	2016	Cycle 1	(2016~현재)
부천시	850,329	80.0	2018	Cycle 1	(2017~현재)
의왕시	163,208	21.1	2021	Cycle 1	(2021~현재)
광주광역시	1,459,832	18.7	2020	Cycle 1	(2020~현재)
동구	96,783	41.0	2017	Cycle 2	(2020~2024)
서구	301,909	19.1	2019	Cycle 1	(2019~현재)
울산광역시	1,200,000	16.0	2020	Cycle 1	(2020~현재)
부산광역시	3,554,543	22.2	2016	Cycle 2	(2019~2023)
세종시	330,298	14.1	2019	Cycle 1	(2019~현재)
경상북도					
칠곡군	117,504	21.1	2020	Cycle 1	(2019~현재)
경상남도					
고성군	51,442	41.6	2021	Cycle 1	(2020~현재)
통영시	130,000	19.3	2020	Cycle 1	(2020~현재)
창원시	1,041,553	21.7	2020	Cycle 1	(2020~현재)
남해군	43,772	46.0	2019	Cycle 1	(2020~현재)
전라남도					
화순군	62,655	26.0	2020	Cycle 1	(2020~현재)
나주시	114,744	29.0	2019	Cycle 1	(2019~현재)
충청남도					
공주시	105,192	26.5	2021	Cycle 1	(2021~현재)
제주도	644,924	19.6	2017	Cycle 2	(2021~2025)

자료: World Health Organizations(2021). WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities.
<https://extrnet.who.int/agefriendlyworld/network/>에서 2021. 12. 27. 인출.

2. 미국은퇴자협회(AARP) 살기좋은(livable), 고령친화(age-friendly) 지역사회

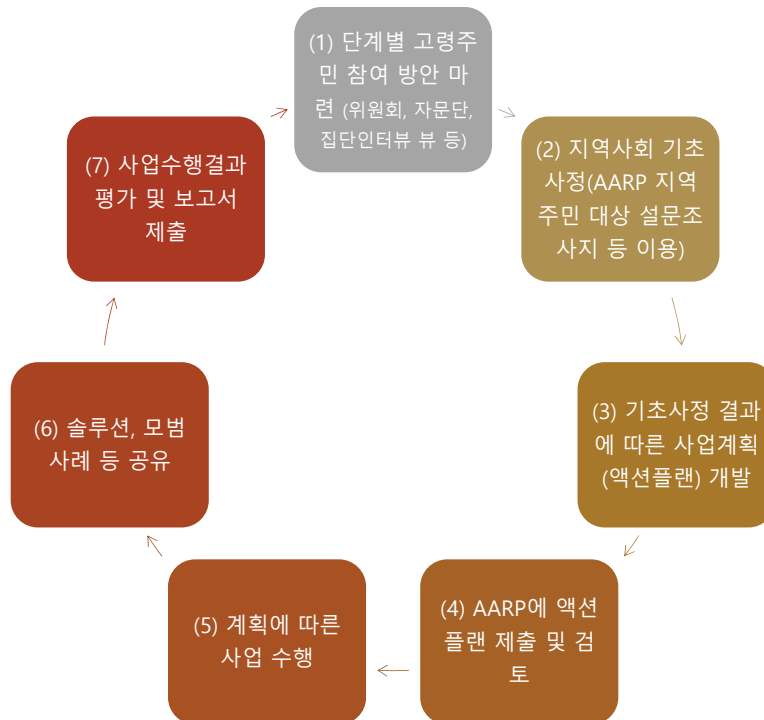
가. 고령친화 커뮤니티 네트워크(Network of Age-Friendly Communities)

WHO GNAFCC에는 전 세계 도시 또는 지역뿐 아니라 국가별, 대륙별로 진행 중이던 다양한 협력프로그램(affiliated program) 또한 소속되어 있다. 이들은 WHO의 공식 사이트가 만들어지기 전부터 고령친화 커뮤니티 조성을 위한 관심과 정보 공유를 해오던 프로그램으로 2021년 12월 현재 17개의 협력프로그램이 존재한다. 미국은퇴자협회(AARP)의 고령친화 커뮤니티 네트워크는 이러한 WHO GNAFCC 협력프로그램 중 하나이며 소속 직원 및 가입 지역 숫자로 볼 때 가장 큰 규모의 협력프로그램이다(WHO, 2018). AARP의 고령친화 커뮤니티 네트워크는 2012년 현재와 같은 형태의 네트워크를 설립하여, 고령친화 커뮤니티를 만들기 위해 노력하는 도시(cities), 타운(towns), 카운티(counties), 주(states)의 중심점 역할을 하고 있다. 2021년 12월 현재 미국 전역 592개 도시, 타운, 카운티 또는 주가 소속되어 있다. AARP에서는 해당 지역의 정치인, 공무원, 정책전문가, 학계전문가, 지역사회 비정부기구 및 지역주민 봉사자 등 지역 리더들에게 고령친화 지역사회 조성을 위한 사정, 계획, 수행 및 평가의 각 단계에서 상담, 지원, 관련 자원을 제공하고 있다.

고령친화 지역사회 네트워크의 구체적인 프로그램 수행과정은 주기적인 지역사회 사정(needs assessment), 고령 친화 지역사회 조성을 위한 목표 설정, 평가 등을 포함한다. WHO의 GNAFCC와 비슷한 주기(5년)와 수행 단계를 제시하지만 각 단계마다 프로그램 운영 주체인 AARP의 역할이 비교적 크고, 더 구체적인 평가, 사정 도구가 마련되어 있는 것으로 보인다. 먼저 첫 단계로, 고령친화 지역사회 조성을 위한 각 과정마다 고령 주민 참여를 보장할 수 있는 방안을 모색해야 한다. 둘째, 지역사회 사정(needs assessment)을 통해 각 지역에서 고령친화적 지역을 만들기 위해 현재 부족한 부분, 우선시해야 할 분야를 파악하도록 한다. 셋째, 사정 결과를 바탕으로 상세한 사업계획(액션 플랜)을 작성 및 제출한다. 넷째, AARP에서는 제출된 사업계획을 평가하고 조언과 보완할 수 있는 방법을 제안한다. 다섯째, 결정된 계획에 따라 사업을 수행하며, 여섯째, AARP 및 네트워크 소속 타 지역들과 수행 결과와 모범 사례를 공유한다. 마지막으로, 사업수행결과와 진행 과정에 대한 보고서를 제출한다. 이러한 모든 단

계를 거치면, 평가 결과에 대한 피드백을 기반으로 새로운 사업목표를 설정하고 수행하는 과정을 다시 반복하게 된다.

[그림 4-3] AARP의 고령친화 지역사회 프로그램 단계



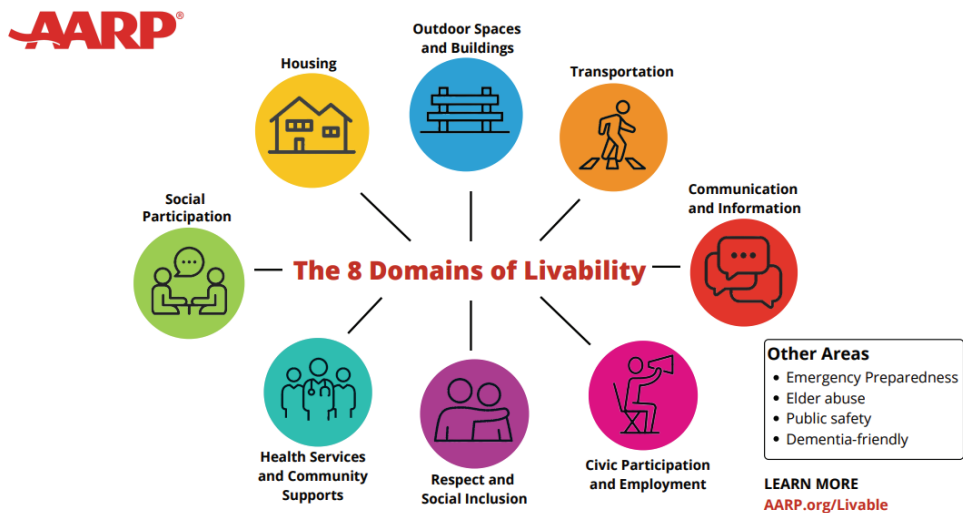
자료: AARP (2021.02) AARP Network of Age-friendly States and Communities. <https://www.aarp.org/livable-communities/network-age-friendly-communities/>의 내용 재구성

나. 살기 좋은 지역사회 개념과 범위

AARP의 고령친화 지역사회 네트워크는 지역사회 고령자와 모든 연령의 지역 주민 모두에게 더욱 살기 좋은(more livable) 지역사회 조성을 위해 필요한 8개의 영역(domains of livability)을 제시하고 있다. 8개 주요 영역은 ① 외부 환경과 시설(Outdoor spaces and buildings), ② 대중교통(transportation), ③ 주거시설(housing), ④ 사회참여 및 여가활동(social participation), ⑤ 시민·정치 참여와 일자리(civic participation and employment), ⑥ 고령자에 대한 사회적 존중과 통합

(respect and social inclusion), ⑦ 의사소통 및 정보체계(communication and information) 및 ⑧ 의료서비스 및 지역돌봄(health services and community supports)로 WHO의 8대 영역과 거의 일치한다고 볼 수 있다. 이러한 8대 주요 영역 외에도 응급상황대비(emergency preparedness), 노인학대(elder abuse), 공공안전(public safety) 및 치매친화(dementia-friendly) 이슈 또한 다루고 있다.

[그림 4-4] AARP의 살기좋은 지역사회를 위한 8대 영역



자료: AAPR(2021. 02). The 8 domains of livability: A introduction. <https://www.aarp.org/livable-communities/network-age-friendly-communities/info-2016/8-domains-of-livability-introduction.html>에서 2021.12.27. 인출

앞서 치매 친화가 기타 이슈로 언급되기는 하였으나, 웹사이트 내용상 관련 내용을 찾기는 쉽지 않았다. 8대 영역 중에서는 「의료서비스 및 지역돌봄(health services and community supports)」이 가장 치매환자와 가족을 위한 서비스체계와 관련이 깊은 것으로 여겨진다. 앞서 언급한 지역사회 초기 사정 단계에서 사용되는 AARP의 지역 주민 대상 설문지에서는 건강 및 웰빙 관련 문항으로 지역 내 의료기관 종사자(의료서비스 제공자)에 대한 5가지 문항과 건강 및 의료 서비스 관련 6가지 문항을 포함하고 있다. 의료서비스 종사자와 관련하여서는 ① 재가 서비스 제공자가 정규 훈련과 인증을 받은 인력인지, ② 적절한 비용으로 양질의 재가 서비스 제공자를 찾을 수 있는

지, ③ 전문의를 포함하여 다양한 의료전문가가 있는지, ④ 다양한 언어로 의료서비스를 제공받을 수 있는지, 그리고 ⑤ 의료인 및 기타 의료기관 종사자가 친절하고 도움이 되는지에 대해 매우 나쁨(poor)부터 매우 훌륭함(excellent)의 5점 척도로 묻는 문항을 포함하였다. 의료 및 건강서비스 관련하여서는 ① 적절한 비용으로 수강할 수 있는 영양, 금연, 체중 조절 등 건강과 웰빙 관련 프로그램(수업), ② 적절한 비용의 고령자 대상 운동프로그램, ③ 의료 및 복지서비스의 지리적 접근성, ④ 고령자 대상 지역사회 돌봄 및 의료서비스 검색/연계 서비스, ⑤ 적절한 비용의 가사 보조 및 활동 지원 서비스, ⑥ 지역 병·의원의 전화 상담 서비스의 친절도 및 도움 정도에 대한 문항을 포함하였다.

AARP에서는 위의 8대 영역과 비슷하게 7가지 영역을 중심으로 각 지역이 현재 얼마나 살기 좋은 곳인지 평가할 수 있는 도구를 개발(the livability index)하고 이에 따라 미국 각 지역의 거주 적합성 수준을 측정하였다. 8대 주요 영역과 달리 사회참여, 시민·정치 참여, 의사소통 및 정보체계 부분이 한 영역으로 통합되었고, 대기질 또는 수질과 같은 자연환경 영역이 외부 환경 또는 시설과 별개의 한 영역으로 추가되었다. 측정 도구는 총 40여 개 통계지표와 20여 개 정책 지표로 구성되어 있다. 각 통계 지표는 타 지역과 비교해 전국 상위, 중위, 하위 수준인지 평가하며, 각 정책 지표는 해당 정책 여부를 판단한다. <표 4-3>은 각 영역별 지표를 보여준다. 주거 영역에서는 접근성, 주택 형태 다양성, 주택 구입 부담 정도 등에 관한 지표가 포함되어 있으며, 지역환경 영역에는 편의시설의 지리적 접근성, 범죄율, 상권개발 정책 등에 관한 지표가 포함되어 있다. 대중교통 관련한 지표는 지리적 접근성, 편리성, 비용 부담 정도, 안전성, 교통약자 배려 정책 등이 있으며, 자연환경에서는 수질, 대기질 관련 지표, 에너지효율 및 취약계층 보호 관련 정책 지표를 포함한다. 건강 영역에는 건강 행위 및 의료서비스 접근성 및 질 관련 지표가, 참여영역에는 인터넷 접근성, 여가 문화시설, 사회적 관계 및 활동, 시민참여 지표가 포함되어 있다. 마지막으로 기회 영역은 경제적, 교육적 기회와 연령 다양성 등을 평가한다. 위의 모든 영역에는 AARP 고령친화 커뮤니티 네트워크 등 고령친화 이니셔티브 가입 여부를 지역의 정책적 노력의 일부로 평가하고 있다.

〈표 4-3〉 AARP's Livability Index 통계 및 정책 지표

영역	통계지표	정책지표
주거(housing)	<ul style="list-style-type: none"> - 주택접근성(층계 없는 주거 시설 비율) - 주택형태다양성(다세대 거주 시설 비율) - 주택구입부담정도(지역 평균 월세) - 주택구입부담정도(가계수입 중 주거지출 비율) - 주택구입부담정도(저·중소득층 대상 정부보조주택(affordable housing) 비율) 	<ul style="list-style-type: none"> - 주택접근성(무장애디자인주택관련 법) - 주택접근성(어포터블하우징 개발 관련 법) - 주택접근성(임차인 우선 임대권 보장법) - 주택접근성(임류, 담보로부터의 주택소유자 보호법) - 고령친화 관련 이니셔티브 참여 여부
지역 환경의 편리성 및 접근성 (neighborhood)	<ul style="list-style-type: none"> - 지리적 접근성(마트/편의점과의 거리) - 지리적 접근성(공원까지 거리) - 지리적 접근성(도서관까지 거리) - 지리적 접근성(대중교통으로 45분 내 접근 가능 일자리 수) - 지리적 접근성(자동차로 45분 내 접근 가능 일자리 수) - 지리적 접근성(상점, 의료·교육시설, 식당 등 접근성) - 일자리·인구 밀도 - 안전수준(범죄율) - 지역환경수준(빈집 비율) 	<ul style="list-style-type: none"> - 대중교통 및 관련상권 개발 관련 정책(Transit-oriented development programs) - 고령친화 관련 이니셔티브 참여 여부
대중교통 (transportation)	<ul style="list-style-type: none"> - 대중교통 편리성(시간 당 버스, 기차 수) - 대중교통 접근성(장애인 접근이 용이한 역과 운송수단 비율) - 대중교통 접근성(가구별 하루 대중교통을 이용하기 위해 걷는 횟수) - 대중교통 접근성(평균 출퇴근시간) - 교통비(가구당 교통비) - 안전한 도로(평균 도로 제한속도) - 안전한 도로(교통사고 비율) 	<ul style="list-style-type: none"> - 모든 교통수단 이용자를 위한 안전한 도로 건설 관련 정책(예: 도보 확장, 자전거도로 개설 등) - 교통약자를 위한 교통수단 지원서비스 관련 정책 - 자원봉사운전자 지원을 위한 프로그램 - 고령친화 관련 이니셔티브 참여 여부
자연환경 (environment)	<ul style="list-style-type: none"> - 수질(수질오염 노출 비율) - 공기질(공기질이 나쁜 연당 일수) - 공기질(대도변에 사는 인구 비율) - 공기질(공장지대로부터의 대기오염 노출 지수) 	<ul style="list-style-type: none"> - 에너지 취약계층 보조 정책(공과금 미납부자에게도 에너지 보급) - 지역방재계획(local multi-hazard mitigation plans) - 에너지효율정책(American Council for an Energy-Efficient Economy의 순위 활용) - 고령친화 관련 이니셔티브 참여 여부
건강 (health)	<ul style="list-style-type: none"> - 건강 행위(흡연율) - 건강 행위(비만율) - 건강 행위(공원, 운동시설 지리적 접근성) - 의료전문인 부족지수(미국 보건복지부 지표) - 의료서비스 질(예방 가능한 입원율) - 의료서비스 질(환자만족도) 	<ul style="list-style-type: none"> - 금연구역 관련 정책 - 고령친화 관련 이니셔티브 참여 여부
참여 (engagement)	<ul style="list-style-type: none"> - 인터넷 접근성(초고속인터넷 보유율) - 시민참여(인구 만명 당 관련 기관 수) - 시민참여(투표율) - 사회참여(사회관계·활동지수) - 사회참여(인구 만명 당 여가문화시설 수) 	<ul style="list-style-type: none"> - 인터넷접근성(무료 지역 브로드밴드 소유) - 시민참여(조기, 부재자, 우편투표 가능 여부) - 평등권(인권위원회 설립 여부) - 평등권(성소수자 차별금지 관련 정책 지수) - 고령친화 관련 이니셔티브 참여 여부
기회제공 (opportunity)	<ul style="list-style-type: none"> - 기회평등(지니계수) - 경제적 기회(노동자 1인당 일자리 수) - 교육 기회(고등학교 졸업률) - 연령 다양성(지역주민 연령대 분포) 	<ul style="list-style-type: none"> - 지방정부 재정신뢰도 - 경제적 기회(최저임금제도 여부 및 물가상승률 반영 여부) - 기회평등(육아·돌봄휴직제도) - 고령친화 관련 이니셔티브 참여 여부

자료: AARP(2018.06.). AARP Livability Index. <https://livabilityindex.aarp.org/>

[그림 4-5]는 2018년 기준 거주 적합 수준 상위 10개 도시를 보여준다(인구 50만 이상 대도시 중 순위). 샌프란시스코가 100점 만점 64점으로 1위, 보스턴이 63점으로 2위인 것으로 나타났다. AARP 해당 웹페이지에서 각 지역별 점수를 확인할 경우, 개별 지표별, 7가지 영역별, 그리고 전체 거주 적합성 점수를 확인할 수 있으며, 각 영역의 중요도를 조정하여 점수를 환산할 수 있다.

[그림 4-5] AARP's Livability Index에 의한 상위 10개 도시(인구 50만 이상)



자료: AARP(2018.06.). <https://livindexhub.aarp.org/>

제2절 치매친화적도시(Dementia Friendly City)

1. 영국 치매친화 지역사회(UK Dementia Friendly Community)

가. Alzheimer's Society 치매친화 지역사회 인증 프로그램

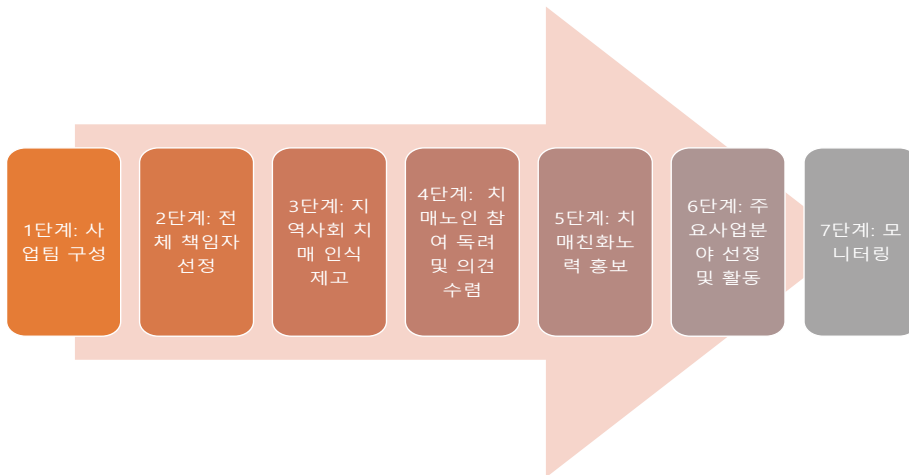
영국에서는 2012년 국가 차원의 치매관리계획이 시작되면서, 정부와 민간기구인 Alzheimer's Society 공동으로 치매친화 지역사회 조성 운동이 함께 시작되었다. 영국의 치매친화 지역사회 프로그램은 치매환자의 지역사회 포용과 삶의 질 향상을 목표로 치매환자가 지역사회에서 인정, 필요한 돌봄을 받으며 편안하게 생활할 수 있도록 지역사회 전체가 함께 노력하는 지역을 지향한다(Alzheimer's Society, 2021). Alzheimer's Society(2013)에서는 치매친화 지역사회를 “치매 노인이 이해·존중받고, 나아가 기여할 수 있는 도시, 타운, 또는 마을로, 지역주민은 치매에 대해 이해하고, 치매 노인은 지역사회 일원으로 느낄 수 있고 자기주도적으로 살 수 있는 지역사회”로 규정하였다.

Alzheimer's Society에서는 치매친화 지역사회 조성을 위해 노력해왔으며, 또한 지속적으로 노력할 것을 입증한 지역을 대상으로 치매친화 지역사회 인증 제도를 운영하고 있다. 따라서 인증가입신청서 제출 전 어느 정도 치매친화 지역사회로서의 노력과 성과를 입증해야 하는데, 이를 위해 다음과 같은 7가지 기본 단계를 제시하였다(① 사업팀 구성, ② 책임자 선정, ③ 지역 내 다양한 기관·단체 등에 대한 치매인식제고(학교 교육, 지역 홍보 또는 캠페인 등), ④ 사업팀 구성 시 치매환자 참여 독려 및 의견 수렴, ⑤ 주민에게 전단지, 공익광고, 홈페이지 등을 통해 치매친화 노력 홍보, ⑥ 수렴된 의견을 바탕으로 주요 사업 분야 및 활동 선정, 수행, ⑦ 모니터링(초점집단인터뷰, 설문조사, 현장점검 등 수행)). 또한 가입 후 최초 6개월 후 간단한 진행보고서를 제출하며, 매년 연차보고서를 통해 진행 점검 사항을 공유하며, 연차보고서 내용은 지방정부 또는 지역 Dementia Action Alliance¹⁰⁾ 웹사이트 등을 통해 공유한다. 지원서에 대

10) 영국 전역의 지역별 치매친화지역단체(문화센터, 은행, 상점, 병·의원, 버스·택시 회사 등) 모임으로, 2021년 12월 현재 338개 지부로 구성되어 있으며 8,084개 단체(기관)가 소속되어 있음(<https://www.dementiaaction.org.uk/>).

한 Alzheimer's Society의 최종 승인이 이루어지면 “치매친화운동(working to become dementia friendly)” 마크를 부여받고, 관련 지원과 정보를 공유 받을 수 있다. 현재 약 380여개 지역사회가 치매친화 지역사회 인증을 받았다.

[그림 4-6] Alzheimer's Society 치매친화 지역사회 인증을 위한 기준 및 단계(foundation criteria)



자료: Alzheimer's Society(2013). Building dementia-friendly communities: A priority for everyone. http://www.actonalz.org/sites/default/files/documents/Dementia_friendly_communities_full_report.pdf 의 내용 재구성.

영국 치매친화 지역사회 운동은 WHO/AARP의 고령친화도시 운동과 달리 지방정부의 정치인/책임 공무원의 인준을 요구하지 않는다. 각 지역의 Dementia Action Alliance 또는 이와 비슷한 지역단체에서 사업팀 구성 등에 있어 구심점 역할을 할 것을 권장하고 있으며, 사업책임자 또한 Dementia Action Alliance 지부장, 지방행정구 또는 교구회(parish council) 위원장, 사업주 등 다양한 지위·분야의 리더가 맡을 수 있다. 영국 치매친화 지역사회 운동의 또 다른 특징은 지역사회 내 학교, 상점, 기업, 공공시설, 응급시설, 은행, 시민단체, 여가문화시설, 병원, 거주 시설 등 다양한 기관·시설·단체의 역할을 강조한다는 점이다. 각각의 기관 또는 시설이 치매친화기관(dementia-friendly organizations)이 되기 위한 노력이 중요시 된다(위의 7가지 기준 중 제3단계 참조). 예를 들어, 은행지점은 지역 내 치매카페¹¹⁾에서 치매환자의 금융 관련 조치, 은행에서 운영하는 금융자산 보호 정책(규정) 등에 대해 홍보한다. 비슷하게,

지역 내 약국도 치매카페에서 약 또는 건강, 의료 관련 워크숍을 치매카페에서 열 수 있다. 지역 상점과 기업에는 도움이 필요한 치매환자 발견 시 조치사항(지역 내 의사, 돌봄기관 연락 등)에 대한 정보를 공유한다. 단, 이러한 구체적인 활동이 치매친화 지역사회 인증을 위한 필수 조건은 아니며, 각 서비스기관 대상 치매친화 인증 프로그램이 치매친화 지역사회 인증 프로그램과는 별개로 운영 중이므로(Dementia Friends), 각 기관의 치매친화 노력은 기관의 노력과 의지 정도에 따라 다를 수 있다. 마지막으로, AARP의 고령친화도시 운동과는 달리 비교적 정형화된 사업계획서나 평가보고서 양식이 있는 것은 아니며, 개괄적인 지침을 제공하고 많은 경우 각 지역의 상황에 맞추어 자율적으로 주요 활동 선정, 모니터링 및 평가를 수행하도록 하고 있다.

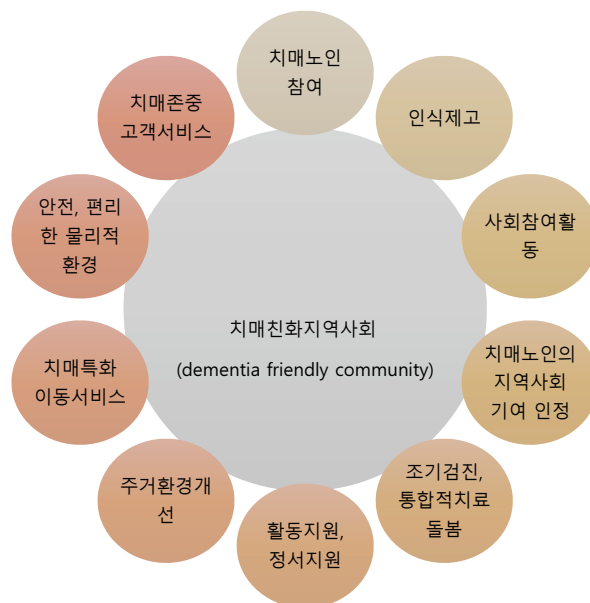
나. 영국 치매친화 지역사회 주요 영역

Alzheimer's Society (2013)에서는 치매친화 지역사회가 되기 위한 10가지 주요 영역을 규정하였다. 첫째, 치매 노인의 참여이다. 치매친화 지역사회를 위해서는 무엇보다 치매환자와 가족의 참여가 필수적이다. 둘째, 치매관련 인식 제고이다. 치매 인식 개선과 이해증진은 치매환자와 가족, 일반주민, 어린이·청소년 등 젊은 층 등 다양한 집단을 대상의 홍보, 교육 등을 통해 이루어질 수 있다. 보고서에서는 대표적인 사례로 치매인식개선 홍보대사(개인, 상점, 기업 등) 프로그램인 Dementia Friends, 학교 내 치매인식개선 프로그램인 Dementia Friendly Intergenerational Schools를 소개하고 있다. 셋째, 치매친화 지역참여 활동 제공이다. 치매환자의 관심과 수요에 특화된 활동이나 프로그램을 제공하고, 기존의 일반 여가문화시설 또는 프로그램도 치매환자가 참여하기 편하도록 조정하는 과정이 필요하다. 넷째, 치매 노인의 지역사회 기여 인정이다. 다섯째, 조기검진 및 인간중심 치료돌봄서비스 보장이다. 특히, 치매환자의 지역사회거주 관점에서 지역사회 내에서 최대한 오래 생활할 수 있도록 통합적, 개별적 지역사회 돌봄서비스가 필요하다. 여섯째, 사회활동 및 정서 지원서비스 제공이다. 일대일 활동지원, 정서지원이 가능해야 치매환자가 더욱 안전하고 적극적으로 지역사회에서 생활할 수 있다. 일곱째, 치매환자의 주거환경(시설, 재가) 지원이다. 지역사회 계

11) 일반적인 카페이나 치매환자들이 교류할 수 있도록 지원하는 카페, 전시장, 치매교류센터, 치매관련 워크숍 등이 개최되는 장소로도 쓰임.

속거주를 위해서는 치매친화적 주거 환경이 마련되어야 한다. 여덟째, 지속적, 안정적, 치매 이해를 바탕으로 한 이동 서비스이다. 아홉째, 치매환자에게 편리하고 안전한 물리적 환경 조성이다. 마지막으로, 치매환자 고객을 존중하는 친절한 고객서비스 제공이다. 고객서비스 종사자는 일반적인 치매 증상에 대한 이해가 필요하며, 각 기업 및 상점에서는 치매환자가 더 편리하게 서비스를 이용할 수 있는 방안을 마련해야한다.

[그림 4-7] Alzheimer's Society 치매친화 지역사회 10가지 주요 영역



자료: Alzheimer's Society (2013). Building dementia-friendly communities: A priority for everyone. http://www.actonalz.org/sites/default/files/documents/Dementia_friendly_communities_full_report.pdf 의 내용 재구성.

2. 미국 치매친화 지역사회(Dementia Friendly America, DFA)¹²⁾

가. DFA 치매친화 지역사회 운동

Dementia Friendly America(DFA)는 치매환자가 지역사회에 계속 거주하며 적극적으로 참여할 수 있는 치매친화 지역사회 조성을 위해 치매환자 및 가족을 지원하고자하는 미국 내 개인, 기관 및 지역 네트워크이다. DFA의 치매친화 지역도시 조성 운동은 2015년 콜로라도주 덴버시, 매릴랜드주 프린스조지카운티, 캘리포니아주 산타 클라라카운티, 그리고 웨스트버지니아주의 5개 시·카운티·주에서 시범 시행되며 시작되었다. DFA 네트워크 가입은 AARP 및 WHO의 고령친화 네트워크와 비슷하게 가입 지역이 치매친화지역이라는 인증제도라기보다 각 소속 지역이 치매친화 지역사회가 되기 위해 노력하고 있다는 것을 인증한다고 볼 수 있다. DFA 네트워크에 가입하기 위해서는 해당 지역이 어떠한 점에서 치매친화지역이 될 준비가 되었는지에 대해 작성한 지원서와 함께 3개 이상의 지역사회 유관기관으로부터의 협력 및 지원 결의서를 제출해야 한다. 지원서에서 요구하는 치매친화 준비기준(readiness and recognition criteria)은 ① 정부기관, 의료복지기관, 치매환자 및 가족 당사자 등 3개 이상 다양한 지역사회 유관 영역을 포함하는 팀 조성, ② 치매환자 및 가족 참여 및 중요 역할 부여, ③ 치매친화 관련 사업계획, ④ 지역사회 내 주요 정책인사(시장, 주요 정치인 등) 및 핵심 기관 설정, ⑤ 사업 수행 관련 주기적(또는 필요 시) 설문 작성을 포함한다. 가입 이후에는 DFA에서 치매친화 지역사회 조성 관련 지식, 웨비나, 기술지원 등을 받을 수 있으며, 네트워크 내 타 지역과 관련 지식을 공유할 수 있다. 이와 같은 기본적인 지원 외 원하는 지역만을 대상으로 특화된 유료 기술지원서비스(컨설팅, 워크숍, 위원회 일원으로 참여 등)를 제공하기도 한다. 2021년 12월 현재 메사추세츠 등 주 단위로 치매친화 지역사회 이니셔티브를 진행(state lead)하는 곳을 포함하여 미국 전역 134여 개 주, 카운티, 시가 DFA 네트워크에 소속되어 있다.

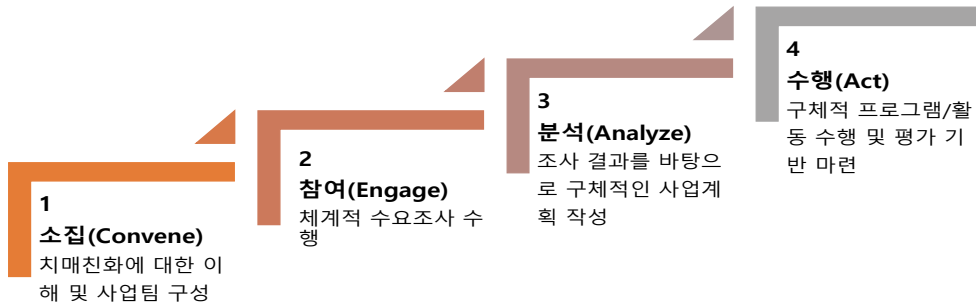
DFA도 WHO의 고령친화 지역사회 조성 단계 및 주와 비슷한 4단계의 치매친화 지역사회 조성 과정을 제시하고 있다. 단, WHO/AARP의 과정 및 주기처럼 규정화된 스

12) Dementia Friendly America(DFA)(2021). <https://www.dfamerica.org/>

제출을 제시하지는 않고 있다. 또한, WHO/AARP의 고령친화 지역사회 네트워크의 경우 평가보고서 제출을 요구하고, 특히 AARP의 경우 지역사회 사정, 사업계획, 평가 등 각 단계마다 보고서를 제출하고 피드백을 제공하는 등 적극적인 관리 또는 규제가 이루어지나, DFA 네트워크 가입 지역의 경우 이와 같은 관리 감독은 이루어지지 않고 있다(Turner & Morken, 2016).

DFA에서 제시하는 치매친화 지역사회 조성 과정을 구체적으로 살펴보면, 첫째 소집(convene) 단계에서는 DFA 네트워크 가입 지원서에서 제시된 치매친화준비 기준 점검 결과를 기반으로 지역사회가 어느 정도 치매친화 지역사회 조성을 위한 준비가 되어있는지 확인한다. 또한, 지역의 인구사회학적 특성과 치매 관련 통계자료를 수집하여 측정 가능한 치매친화 지역사회 조성 결과는 무엇인지 고려하고, 치매친화 사업을 수행할 주요 이해관계자를 모집하여 사업 수행팀을 결성한다. 두 번째 단계는 참여(engage) 단계이다. 이 단계에서는 기존 설문조사 자료 이용, 지역사회 치매친화 관련 수요조사(설문조사, 초점집단인터뷰 등) 수행 등을 통해 현재 지역의 강점과 중점 치매친화 사업 필요 분야를 파악한다. DFA에서는 본 단계 수행을 위해 앞서 결성된 사업수행팀과 별도의 조사팀을 결성하여 지역사회 수요조사를 면밀히 수행할 수도 있다고 조언하고 있다. 셋째, 분석(analyze) 단계에서는 두 번째 단계에서 모인 자료를 분석하여 사업 목표와 중점 분야 등을 설정한다. 이 단계에서는 또한 사업 수행 결과를 측정할 수 있는 지표가 무엇인지 미리 고려하여 평가 시 사용할 수 있도록 해야 한다. 마지막으로 4단계 수행(act) 단계에서는 목표 달성을 위한 구체적 활동(사업), 사업책임자, 일정, 평가계획 등을 제시하는 사업계획서를 작성하고, 이에 따라 사업을 수행한다. DFA 웹사이트에서는 각 단계마다 사용할 수 있는 매우 자세한 지침을 제공하고 있다(조사 설문지, 인터뷰 진행 가이드 예시, 지역사회 주요 사업 분야 선정을 위한 작업표 등). 또한, DFA에서는 치매친화 지역사회 조성과정 중 하나로 규정하지는 않았으나, 치매친화 지역사회 조성 사업을 시작하기 전부터 어떻게 평가할지 미리 고려하는 것이 중요함을 강조하며, 사업 평가 지침을 제공하고 있다.

[그림 4-8] DFA 치매친화 지역사회 추진 단계



자료: Dementia Friendly America(DFA). (2021). <http://dfamerica.org/toolkit-getting-started>에서 인출하여 내용 재구성

나. DFA 치매친화 지역의 목표 및 영역별 방향성

DFA에서 규정하는 치매친화 지역사회는 다음의 6가지 목표를 포함한다.

- 치매 및 치매환자에 대한 이해증진
- 인지 건강과 위험요소에 대한 이해증진
- 정부, 민간, 의료영역의 협력
- 치매환자, 돌봄 가족 또는 서비스제공자의 필요에 민감하게 반응
- 치매 포용적 사회문화적 환경 조성
- 치매친화적 물리적 환경(공원, 대중교통 등 공공시설) 조성

위와 같은 목표 달성을 위해 지역사회 내 ① 은행 및 기타 금융서비스, ② 지역주민, ③ 법률서비스, ④ 공공서비스, ⑤ 의료돌봄통합서비스, ⑥ 도서관, ⑦ 종교기관, ⑧ 민간기업 및 상점, ⑨ 재가돌봄 및 일상생활지원 서비스, ⑩ 시설거주 서비스, ⑪ 전문의료서비스 등 다양한 서비스 영역별 방향성과 역할을 제시하고 있다. 먼저, 지방정부에서는 대중교통, 주거 및 공공이용시설 등의 지역 인프라를 치매환자와 가족이 더욱 편리하게 이용할 수 있도록 개선해야 한다. 지역 기업과 상점은 치매친화적 고객 응대를 위해 노력하며, 종사자의 가족 돌봄을 지원하는 사내 규정을 마련해야 한다. 또한, 취약계층의 법적 문제(의료비 등 필수경비 미납부)를 해결하고 성견후견인 마련을 지원(advanced planning service)하는 법률서비스를 지원하며, 은행을 포함한 금융기관의 경우 치매 및 기타 인지적 어려움을 겪는 고령자를 금융사기로부터 보호하는 등 적

절한 지원을 해야 한다. 또한, 지역주민이 주변의 치매환자를 자발적으로 지원할 수 있는 분위기와 인식개선 노력이 필요하며, 종교기관은 치매환자와 가족이 존중과 이해받을 수 있는 공동체를 형성한다. 마지막으로 의료 및 돌봄서비스와 관련하여, 치매 노인의 지역 내 계속 거주를 지원하기 위해 재가 서비스를 확대하며, 시설 거주가 필요한 치매환자를 위해 치매전문·치매친화적 시설이 필요하며, 일반 의료서비스를 제공하는 병의원에서도 치매친화적 의료환경이 조성되어야 한다. 마지막으로 치매통합지원서비스를 통해 조기진단부터 전문의 치료까지 통합적인 서비스가 이루어지도록 해야 한다.

[그림 4-9] DFA 치매친화 지역사회 서비스영역별 방향성



자료: Dementia Friendly America(DFA) (2021). <https://www.dfamerica.org//sector-guides>.

3. 고령친화 및 치매친화 지역사회 비교

고령친화 지역사회의 경우 WHO 고령친화지역도시 8대 영역을 통해 고령친화지역 도시의 개념과 범위에 대해 전 세계적으로 일정 수준 통일된 기준이 마련되어 있다. 앞서 언급했듯이 지역별, 대륙별, 국가별로 AARP와 같은 자체 고령친화 네트워크가 존재하지만, 이와 같은 지역별 프로그램도 WHO의 협력프로그램으로 WHO의 8대 영역을 기본으로 삼고 있다. 반면, 치매친화 지역사회 이니셔티브는 국가, 지역마다 각기 다른 모델과 운영 방법을 보이고 있다.

AARP의 고령친화-치매친화 지역사회 비교 보고서(Turner & Morken, 2016)에서는 WHO/AARP의 8대 영역과 DFA의 11개 서비스 영역 모델을 비교 분석하였다¹³⁾. 그 결과, 고령친화도시 모델보다 치매친화 지역사회 모델이 비교적 더 자세하게 이해관계자, 사업 참여자를 규정하고 각 서비스 영역의 방향성을 구체적으로 제시하고 있다고 보았다. 예를 들어, DFA 모델에서는 은행, 법률서비스, 도서관, 상점 등 치매환자나 가족이 빈번하게 이용하고, 지역사회 생활에서 필수적인 서비스 영역에 대해 따로 영역과 방향성을 제시하고 있다. 또한, 고령친화 모델에 비해 치매친화 지역사회모델의 경우 치매환자의 보호자 또는 돌봄제공자에 대한 지원이 매우 강조되고 있다. 예를 들어, 기업 및 상점은 종사자의 가족돌봄 역할을 지원하는 규정을 마련하고, 종교기관의 경우 치매환자 돌봄으로 인해 직접 예배나 모임에 참여할 수 없는 돌봄 제공 가족을 위한 비대면 예배 등의 추가 지원 방법을 마련하도록 하고 있다. 인식개선사업의 강조 또한 치매친화 모델이 고령친화 모델과 다른 점이라고 볼 수 있다.

마지막으로, 고령(더 나아가 전 세대에 걸친) 지역 주민 모두 살기 좋은 지역사회를 만들고자 하는 고령친화 모델은 기능상태, 연령 등 매우 다양한 지역 주민의 욕구를 반영해야 하는 반면, 치매친화 지역사회 모델은 비교적 특수하고 공통된 치매환자(및 가족)의 욕구와 필요에 대응하도록 설계되었다. 예를 들어, 고령친화 지역도시 모델에서 지역상점은 더 넓은 복도, 깨끗한 화장실, 좌석 배치, 친절한 고객서비스 등을 제공하도록 조언하고 있다. 이와 같은 보편적 개선사항과 더불어, 치매친화 모델에서는 지역

13) 본 보고서가 작성된 2016년에는 DFA의 서비스영역이 10개 영역으로 규정되어 있는 것으로 추측되며, 본 보고서는 이에 따라 DFA의 서비스영역이 10개라고 명시하였음(현재 11개 영역 중 “도서관” 및 “일반 병·의원” 영역 제외, “응급상황, 자연재해대비” 영역 추가)

상점 직원들이 치매 증상을 이해하고 이러한 증상을 보이는 고객을 대할 시 유의할 점 등에 대한 훈련을 제공하도록 조언하고 있다. 또한, 화장실의 경우 깨끗하게 유지하는 것뿐 아니라, 치매환자가 더욱 편리하고 손쉽게 화장실을 이용할 수 있도록 적절한 조도 유지, 수동 수도꼭지 설치, 흰색 변기와 구별할 수 있도록 유색 변기 뚜껑 설치, 유색 보조 손잡이 설치 등을 조언하고 있다.

〈표 4-4〉 WHO 고령친화도시 8대 영역 및 DFA 서비스 영역 비교

WHO Age-friendly Domains	Dementia I Friendly America(DFA) Sectors
① 외부 공간 및 시설 (Outdoor spaces and buildings)	- 지방정부(대중교통, 주택, 공공시설)
② 교통 (Transportation)	- 지방정부(대중교통, 주택, 공공시설)
③ 주거 (Housing)	- 지방정부(대중교통, 주택, 공공시설) - 지역사회(재가)돌봄 - 시설돌봄
④ 여가 및 사회활동 (Social participation)	- 법률서비스 - 은행 및 기타 금융기관 - 기업 및 상점 - 지역주민 - 종교기관 - 지역사회(재가)돌봄 - 도서관
⑤ 사회참여 및 일자리 (Civic participation and employment)	- 기업 및 상점 - 종교기관 - 지역사회(재가)돌봄
⑥ 사회적 존중 및 통합 (Respect and social inclusion)	- 법률서비스 - 은행 및 기타 금융기관 - 기업 및 상점 - 지역주민 - 종교기관 - 지역사회(재가)돌봄 - 도서관
⑦ 의사소통 및 정보체계 (Communication and information)	- 해당 영역은 각 서비스 영역의 치매친화 정보체계 전략에 포함되어 있음
⑧ 지역사회 돌봄 및 의료서비스 (Community support and health services)	- 치매통합지원 - 시설돌봄 - 일반 병·의원

자료: Turner & Morken, L. (2016). Better together: A comparative analysis of age-friendly and dementia friendly communities. AARP의 Table 3 (p.10)의 내용을 2021년 현재 DFA 모델에 맞게 일부 수정함.

〈표 4-5〉에 나타난 바와 같이, 미국 메사추세츠주 웹사이트에서도 AARP의 2016년 보고서와 비슷하게 고령친화-, 치매친화- 도시의 특징을 WHO 고령친화도시 영역별로 정리하여 제시하였다.

〈표 4-5〉 고령친화, 치매친화 지역도시 주요 특징 비교

		Age-friendly	Dementia-friendly
외부 공간 및 시설 (outdoor spaces and buildings)		<ul style="list-style-type: none"> - 깨끗하고 정돈된 공공시설 - 깨끗하고 정돈된 공원, 녹지 제공 - 앉아서 쉴 수 있는 공간 곳곳에 마련 - 편리하고 안전한 도로 확보 - 건물 내 화장실, 엘리베이터, 미끄럼 방지 바닥 등 관리 	<ul style="list-style-type: none"> - 불필요한 전광판 제거 등 시가지 정돈 - 소음공해 최소화 - 시청각 보조 신호를 제공하는 횡단보도 - 건물 입구 명확한 표시 - 쉽게 식별 가능한 그림 등을 이용해 방향, 시설 등 표시
주거 (housing)	주거 정책 (housing policy)	<ul style="list-style-type: none"> - 안전하고 편리한 지역에 충분한 어포터블 하우스 공급 - 고령자를 위한 주택개조서비스 가능 - 고령자 및 장애인 전용 어포터블하우스 공급 	해당 없음
	주택 개조 (home modification)	<ul style="list-style-type: none"> - 안전한 계단 이용이 가능하도록 보조 손잡이 제공, 확실한 계단표시 등 - 청력기능상태와 상관없이 들을 수 있는 저주파 경고음 	
여가 및 사회활동 (social participation)		<ul style="list-style-type: none"> - 고령자의 다양한 수요를 반영한 많은 활동과 행사 - 가족 행사에 노인 참여 독려 - 고령화, 노인에 대한 학교 교육 프로그램 마련 	<ul style="list-style-type: none"> - 도서관과 종교기관에 치매 관련 자원 비치 - 치매 인식 개선 행사, 프로그램 개최 - 치매 관련 학교 교육 프로그램 마련 - 치매 특화 또는 치매환자 참여 가능한 일반 지역사회 프로그램
		<ul style="list-style-type: none"> - 문화·언어 소수자, 성소수자, 치매노인 등 소외되기 쉬운 노인집단에 대한 참여 독려 - 혼자 또는 돌봄 제공자와 함께 참여 가능한 활동 마련 	
교통 (transportation)		<ul style="list-style-type: none"> - 저비용, 접근성 좋은 다양한 교통수단 마련(자원 봉사자 주도, 대중교통, 택시 등, 비정부가구) - 안정적, 고효율, 저비용 대중교통 시스템 - 편리하고 안전한 도로, 교통표지판, 주차장 등 교통 시스템 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매환자의 대중교통 이용지원 서비스 - 치매환자 승객에 대한 이해, 서비스 주의점 등에 대한 공공교통수단 운전자 교육 프로그램 - 치매환자 전용 이동수단 프로그램
시민참여와 일자리 (civic engagement and employment)		<ul style="list-style-type: none"> - 고령노동자에 대한 인식 제고 - 다양한 고령자원봉사자 프로그램 - 고용, 승진, 훈련 등에서의 연령차별 금지 - 다양한 기능 수준의 노인이 일할 수 있는 일자리 마련 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매노인 대상 교육·훈련프로그램 - 활동지원서비스 마련으로 자원봉사, 직업 프로그램에 치매환자 참여 가능 - 치매노인 일자리의 적절한 임금 보장 - 치매관련 지역 행사에서 치매 노인의 발언 기회 보장
의사소통 및 정보체계 (communication and information)		<ul style="list-style-type: none"> - 다양한 정보 전달 방안 마련 - 소외 노인에게 일대일로 정보 제공 가능 - ATM 등 전자기기의 고령자 편의 증대 - 도서관 등 공공기관 인터넷 무료 이용 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매 및 치매 가족 지원서비스 관련 정보 제공 - 치매인식개선 프로그램 필요
의료, 법률, 고객서비스 (services)		<ul style="list-style-type: none"> - 고령자에게 친절하고 유용한 고객센터 서비스 제공 - 성견후견인 및 기타 법률서비스 제공 - 재가서비스에 의료, 돌봄, 가사지원 서비스 포함 - 의료서비스 지리적 접근성 제고 - 지역서비스 및 주민과 근접한 노인주거(의료)시설 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매 노인 고객 대응법에 대한 교육 - 치매특화 법률서비스 제공 - 치매노인 대상 재정관리 및 금융정보 보호 서비스 - (의사) 치매환자 및 가족과 치료플랜 공유, 법률지원서비스 연결 - (병원) 치매환자 관리 보호 체계 마련 - 의료돌봄중상자 대상 인지저하증상 파악, 치매가족지원, 치매관리 등 훈련·교육
		<ul style="list-style-type: none"> - 치매노인 및 가족을 포함한 모든 고객 존중 - 치매노인 포함 고령자를 위한 다양한 신체운동 프로그램 마련 - 지역사회 내 (치매)노인 및 가족을 위한 다양한 돌봄, 생활지원서비스 마련 	

자료: Turner & Morken, L. (2016). Better together: A comparative analysis of age-friendly and dementia friendly communities. AARP의 Table 3(p.10)의 내용을 2021년 현재 DFA 모델에 맞게 일부 수정함.

AARP 보고서에서는 결론적으로 고령친화, 치매친화 지역사회 모델 각각의 장점이 있음을 인정하며, 두 모델을 통합적으로 운영할 것을 권장하고 있다(Turner & Morken, 2016). 미국 메사추세츠 주정부 역시 지역사회 일반 (고령)주민의 욕구와 치매환자 및 가족의 특수한 필요(욕구)를 모두 반영하기 위해 고령친화, 치매친화 모두 중요하다, 각각의 모델이 중복되는 부분이 있다는 점을 고려하여 두 모델을 함께 추진할 것을 권고하고 있다(Mass.gov, 2019). 이를 위해 주정부 웹사이트에서는 지역사회에서 고령친화, 치매친화 모델을 통합하여 추진할 수 있는 가이드라인(Massachusetts Age- and Dementia-Friendly Integration Toolkit)을 제시하고 있다. 이미 둘 중 하나의 모델을 채택하고 있거나 모두 채택하여 운영하는 경우, 지역 특성에 맞게 각 모델 운영 위원회를 전반적으로 통합하거나, 영역별로 협력하거나, 고령친화- 또는 치매친화- 각 분야의 전문가를 교환하는 등 다양한 통합 전략을 사용할 수 있다. 두 모델 모두 운영하지 않는 메사추세츠 내 시 또는 카운티의 경우, 우선 고령 및 치매친화 통합 운영회를 구성하고, AARP의 고령친화 네트워크에 가입하되, 치매친화사업 사업 요소를 포함할 것을 권장하고 있다. 그 뒤, 고령친화, 치매친화 지역사회 조성을 위한 사정(assessment)을 통합적으로 수행하며, 그 결과를 기반으로 사업계획서를 작성하여 AARP와 치매친화 메사추세츠(Dementia Friendly Massachusetts)에 제출하고, 제시된 수행 단계에 따르도록 제안하고 있다 (DFA 가입은 권고사항).

[그림 4-10] DFA 치매친화 지역사회 서비스영역별 방향성



자료: Mass. gov. (2019). Becoming an age- and dementia friendly community: A step-by-step guide.
<https://www.mass.gov/files/documents/2019/11/08/AF%20%26%20DF%20Step-by-Step%20Guide%2011.7.19.pdf> 의 p.4 내용 재구성

제3절 케어팜

케어팜의 효과성은 여러 나라에서 증명되어 이미 많은 국가에서 실시되고 있다. 본 절에서는 그 중에서도 특히 케어팜 운영의 선두주자라고 할 수 있는 유럽국가인 네덜란드와 벨기에, 이에 더하여 미국의 간략한 사례를 중심으로 각 국가의 케어팜 운영 현황을 살펴보고자 한다. 케어팜 운영의 국외 사례를 확인하는 작업은 우리나라의 치매환자를 대상으로 한 케어팜 운영에 적용할 수 있는 다양한 방안을 모색하는 데에 기여할 수 있을 것이다.

1. 네덜란드

네덜란드는 중앙정부와 지자체의 지원 아래, 지역 농가들의 협력을 통해 대상자들에게 양질의 서비스를 제공할 수 있는 체계를 구축하면서 케어팜의 성공적인 확산을 이루어 낸 국가이다. 즉, 효과적인 케어팜 운영체계를 마련하여 국가적 차원에서 케어팜을 정착시킨 나라라고 할 수 있다. 여기에서는 네덜란드 케어팜의 발전 배경 및 양상과 전반적인 운영 현황 및 체계를 정리하고 네덜란드에서 운영되고 있는 케어팜의 유형을 나누어 각 유형별로 특징을 살펴보고자 한다.

가. 네덜란드 케어팜의 발전 배경 및 양상

네덜란드 내에서의 케어팜에 대한 논의는 일찍이 1960년대부터 시작되었다. 농업의 생산성과 효율성, 수익성에만 집중하던 기존의 농업 구조에 반대하여 일각에서는 농업의 다기능화, 농업을 통한 다차원적 수익 창출 등을 이루고자 하는 움직임이 시작되었다. 이러한 움직임의 결과로 농업(agriculture)과 보건복지(health care)를 결합하고자 하는 시도인 케어팜 사업이 등장하게 되었다. 초기 케어팜은 농장 운영만으로는 생존이 어려운 소규모 가족농장이나 간호사 경력을 가진 여성 농장주들을 중심으로 하여 보조적인 수익 사업의 일환으로 전개되기도 하였으나, 케어팜의 긍정적 효과가 점차 입증되고 농가에도 새로운 사업의 기회가 될 수 있다는 인식이 확산되어 1990년대부터는 정부 차원의 케어팜 지원이 시작되었다. 현재 네덜란드에는 네덜란드 보건복지체육부(Ministry of Health Welfare and Sports)의 지원 하에 약 1,100개에 달하는 케어팜이 운영되고 있을 정도로 사업이 크게 활성화되어 있다.

이와 같은 네덜란드 케어팜의 발전은 케어팜이 도입되어 정부의 지원이 이루어지기 시작한 1990년대부터, 활성화 시기인 2000년대, 정착기인 2010년대에 이르기까지 총 세 단계로 나누어볼 수 있다.

먼저 케어팜 도입의 초기인 1990년대는 기존에 존재하지 않았던 케어팜에 대한 자금 조달 및 지원 구조, 관련 규정 등이 개척된 시기라고 볼 수 있다. 1995년을 시작으로 하여 네덜란드 국민건강보험 내 장기요양보험인 AWBZ(Algemeen Wet Bijzonder e Ziektelkosten)에 의해 케어팜 운영 자금이 지원되기 시작하였다. 이후 1997년, 농

업과 돌봄의 연계에 대한 연구를 수행하는 단체인 Omslag에 의해 케어팜에 관한 정기적인 회의가 개최되고 관련 책자가 간행되기 시작하였다. 이와 같은 Omslag의 활동은 케어팜에 대한 논의를 더욱 활성화하였으며, 사회적 인식을 촉발시키는 계기로 작용하게 되었다. 이후 1999년, Omslag는 기독교 청년돌봄단체인 전국농민단체(LTO)와 협력하여 국가농업돌봄지원센터(National Support Center Agriculture and Care)의 설립을 이끌어냈다. 본 지원센터의 운영 목적은 케어팜의 발굴 및 지원, 품질 관리, 농장 및 관련 단체들 간의 네트워킹을 촉진하여 케어팜이 원활하게 운영될 수 있도록 하는 것이다. 더 나아가 국가농업돌봄지원센터에 네덜란드의 농림부와 보건복지부의 보조금 지원이 이루어지면서 케어팜의 당위성이 인정되고 국가적 차원에서의 지원이 본격적으로 시작되었다. 또한 이 시기에 수행된 케어팜의 자금조달에 관한 규제 변화는 케어팜의 활성화를 더욱 촉진시키는 계기가 되었다.

다음으로 케어팜의 활성화 시기인 2000년대는 케어팜이 급격히 성장하는 시기로 케어팜 농업인들의 조직이 만들어지고, 전문적인 교육 훈련 시스템이 구축된 시기라고 할 수 있다. 특히, 2003년에는 개인 예산(Personal Budget, PGB)이 도입되면서 PGB를 통해 농장주와 직접적인 계약을 맺는 이용자가 증가하게 되었다. 이에 따라 이용자는 자신에게 필요한 케어서비스를 선택하여 국가의 지원을 받아 무료로 이용할 수 있게 되었으며, 케어팜 농업인의 입장에서 다양한 유형의 이용자를 대상으로 하여 농장을 운영할 수 있게 되었다. 또한 지역 케어팜 중 일부는 AWBZ 인증서를 획득하거나, 일정 기준을 충족하여 케어팜 품질 보증마크를 부여받는 등의 인증 절차를 통해 공식적인 치유기관으로서 인정받기 시작하였다. 이는 케어팜의 운영과 소득이 안정화되는 데 도움을 주었으나 2008년 국가농업돌봄지원센터의 운영 종료와 맞물려 기존에 운영되던 케어팜 서비스가 가지고 있던 취약점을 드러나게 하였다. 이는 더욱 높은 차원의 품질 관리의 필요성을 대두시켰을 뿐만 아니라 정부의 케어팜 보조금을 일부 축소하는 데에도 영향을 주었다.

〈표 4-6〉 네덜란드 케어팜의 시대적 발전 양상

구분		내용
도입기	1990년대	<ul style="list-style-type: none"> - 케어팜에 대한 사회적 인식이 높아지고 농장의 케어서비스가 새로운 비즈니스 모델로 대두되기 시작 - 1995년 AWBZ를 통한 케어팜 운영 자금 지원 일부 실시 - 1999년 국가지원센터가 설립되어 정부 보조금을 받으면서 케어팜 품질관리 등을 진행
활성화 시기	2000년대	<ul style="list-style-type: none"> - 케어팜 분야가 급격히 성장하는 시기로 케어파머의 그룹이 만들어지고, 전문적인 교육 훈련 시스템이 구축 - 개인 농장들에서 케어팜 활동을 할 경우 세금 혜택 제공 - 2003년 개인 예산(Personal Budget, PGB)이 도입되면서 이용자는 자신에게 필요한 케어서비스를 국가의 지원을 받아 무료로 이용할 수 있게 됨 <ul style="list-style-type: none"> · 이용자가 케어팜에 참여할 수 있는 예산이 확대되면서 농장주와 직접 계약을 맺어 서비스를 이용하기 시작 - 2005년에는 케어팜 재단이 공식적인 케어기관으로 인정되면서 케어팜이 상업화 되고, 운영소득이 안정적 수준에 이르게 됨 → 이후 정부의 케어팜 보조금 지원 축소 - 지역 케어팜 중 일부는 네덜란드 국민건강보험 내 장기요양보험(AWBZ) 인증서를 획득하거나 품질보증마크를 부여받음
정착기	2010년대	<ul style="list-style-type: none"> - 케어팜 품질관리를 위한 평가시스템의 강화(관련기관의 방문평가, 고객평가 등) - 2010년 농장주들을 위한 국가적 연합인 '케어팜 연맹(Federation Agriculture and Care)'이 설립되면서 기존의 국가농업돌봄지원센터의 역할이 이관됨 - 기존에 국민건강보험 영역(AWBZ)에서 다루어지던 케어서비스가 2015년 지방행정의 사회보장제도 영역인 사회지원법 체계(WMO)로 전환(즉, 중앙정부차원에서 지자체 지원으로 전환)

자료: 1) 김성하·장주연(2017). 네덜란드 그린케어 및 케어팜 정책사례와 시사점. p. 4.

2) Hassink et al. (2020). The care farming sector in the Netherlands: a reflection on its developments and promising innovations. pp. 5-6.

3) 전호성 외(2021). 경증치매노인 대상 농림자원 활용 방안 연구. pp. 55-57.

이에 따라 2010년대는 케어팜이 정착됨과 동시에 케어팜의 품질관리를 위한 평가시스템이 더욱 강화된 시기라고 볼 수 있다. 정부의 지원을 받지 않고도 케어팜을 대표하는 성격의 조직이 필요하다는 목소리의 일환으로 케어팜의 농장주들을 위한 국가적 연합인 '케어팜 연맹(Federation Agriculture and Care)'이 2010년 설립되었다. 현재는 기존의 국가농업돌봄지원센터가 수행하던 역할과 업무를 케어팜 연맹이 수행하고 있으며, 케어팜의 품질 관리 인증 및 질 관리 또한 본 연맹을 통해 수행되고 있다. 또한 2015년에는 지방자치화 된 사회지원법(WMO) 체계의 도입으로, 사회서비스 제공에 대해 지자체의 책임이 더욱 커지게 되었다. 이에 따라 케어팜은 이용자가 거주하는 모든 지방자치단체와 계약을 체결해야 하는 어려움에 직면해 있다는 보고가 존재하지만(Hassink, 2020), 지역의 상황과 지역주민의 특성을 더욱 고려할 수 있다는 장점이 있다(전호성 외, 2021). 종합하면, 네덜란드는 중앙정부와 지자체의 지원과 관련 협

회의 설립을 통해 케어팜이 안정적으로 운영되면서 치유기관으로서 케어팜에 대한 인식이 널리 확산된 국가라고 볼 수 있다.

나. 네덜란드 케어팜 운영 현황 및 체계

1) 네덜란드 케어팜 수

네덜란드의 국립농업통계조사에 따르면, 케어팜의 개소수는 2005년도에 524개소에서 2011년도에 931개소에 이를 정도로 큰 폭으로 증가하다가, 2013년도부터는 점차 감소되는 경향을 보인다. 그러나 2011년도 이후부터는 케어팜 연맹으로부터 품질 인증을 받은 케어팜의 경우에만 국립농업통계조사에 집계되며, 품질인증을 받지 못한 케어팜의 경우에는 제한된 농업 경제 활동으로 인해 국립농업통계조사에 더 이상 등록되지 않기 때문에 집계된 개소수가 감소되어 나타난 현상으로 보인다(Hassink, 2020). 또한 전문가가 추정하는 전체 케어팜의 수는 2018년 기준 1,250여개에 이를 정도로 증가하여 케어팜의 확산이 지속되고 있다고 볼 수 있다(Hassink, 2020). 케어팜 연맹이 인증 및 등록한 케어팜 수 또한 2011년도에 789개소, 2018년도에 820개소로, 품질 인증을 받은 농장의 수도 점차 증가하고 있다는 것을 볼 수 있다.

〈표 4-7〉 연도 별(2005~2018) 네덜란드 케어팜 수

(단위: 개소)

	2005	2007	2009	2011	2013	2016	2018
국립농업통계조사	524	605	707	931	874	614	
인증 케어팜 ¹⁾				789	750		820
전문가 추정 총 케어팜 수		756	870	1,050	1,100		1,250

주: 1) 인증 케어팜의 수가 2011년도부터 집계된 이유는 해당 년도 이후에 인증된 케어팜만 케어팜 연맹에 등록되어 있기 때문이다.

자료: Hassink et al. (2020). The care farming sector in the Netherlands: a reflection on its developments and promising innovations. p. 6.

2) 케어팜 관련 지원제도

네덜란드 내에서는 다양한 법률 규정에 따라 케어팜에 대한 지원이 이루어진다. 케어팜 서비스의 이용과 관련 있는 지원 제도는 사회지원법(WMO), 장기요양보험제도(WLZ), 청소년보호법(JW), 건강보험법(ZVW) 등이 있다. 케어팜 운영자는 케어팜 서비스 제공에 대한 비용을 이와 같은 법 내에서 받을 수 있다. 이 외에도 PGB 등을 통한 국가의 지원을 받아 서비스에 대한 비용을 케어팜 이용자가 직접 지불하기도 한다. 현재 케어팜에 대한 지원은 지자체 차원으로 전환되어 중앙정부보다는 지자체의 역할이 더욱 확대된 상황이다.

〈표 4-8〉 네덜란드 케어팜 서비스 이용 지원 제도

관련제도	내용
사회지원법 (WMO)	<ul style="list-style-type: none"> - 자급자족이 어렵고 사회의 도움이 필요한 사람들을 대상으로 하여 서비스의 유형을 지방자치단체가 결정하고 각 지자체가 보유하고 있는 예산의 크기에 따라 할당하여 서비스를 공급 - 사회지원법의 도입과 법의 개정에 따라 최근 역할이 확대되고 있음
장기요양보험제도 (WLZ, 과거 AWBZ)	<ul style="list-style-type: none"> - 장기간의 치료와 관리를 필요로 하는 사람들을 위한 법으로, 노인 중증 치매 또는 중증 정신적, 신체적 장애를 가진 사람들에게 홈케어, 데이케어, 재활을 위한 입원 시설, 외래시설, 예방접종 등의 의료 서비스를 지원 - 현금급여와 현금급여(PGBs) 형태가 있으며 이용자는 서비스 제공자와의 계약을 통해 필요한 서비스를 사용할 수 있음 - 네덜란드 모든 거주자가 가입해야 하는 국가건강보험으로 지방자치단체 소관이 아닌 우리나라의 건강보험관리공단과 같은 공공기관에서 관리
청소년보호법 (JW)	<ul style="list-style-type: none"> - 아동복지, 청소년 보호, 청소년 정신 건강 증진 등 정신적, 신체적으로 장애를 가진 아동·청소년을 대상으로 예방서비스 등의 지원을 규정 - 지방자치단체가 주가 되어 서비스 제공
건강보험법 (ZVW)	<ul style="list-style-type: none"> - 네덜란드 국민건강보험법으로 혜택을 받을 수 있는 기본적인 보건 의료 서비스 중 만성질환에 대한 치료 등과 연계
PGB (개인예산)	<ul style="list-style-type: none"> - 건강보험제도 아래 정신질환자, 노인, 문제 청소년 등 개인에게 지급되는 예산으로 개인의 필요에 따라 서비스를 선택해서 예산을 사용할 수 있도록 함

자료: 김성학·장주연(2017). 네덜란드 그린케어 및 케어팜 정책사례와 시사점. p.10, 이운정(2016). 네덜란드의 사회적 농업: 치유농업(Care Farming)을 중심으로. p. 8.

3) 네덜란드의 케어팜 관련 네트워크

네덜란드는 케어팜과 관련한 국가적, 지역적 네트워크가 잘 형성되어 있어 이를 중심으로 케어팜의 재정적 지원, 운영 및 관리, 품질 인증과 관련된 절차 등이 수행되고

있다. 먼저 네덜란드의 보건복지스포츠부(Ministry of Health, Welfare and Sports)와 지자체는 케어팜 이용과 관련된 재정적 지원을 담당하고 있다. 케어팜 시행 초기에는 농민의 수익 창출 목적으로 농림부 역시 재정적 지원을 하였으나, 현재는 보건복지부의 의료복지 예산을 통해서만 지원이 이루어지고 있다(황정섭, 황윤민, 2020). 이 외에도 네덜란드 경제부(Ministry of economic affairs) 내의 농업과 가축 분야(agriculture and livestock)에서 케어팜에 대한 지원을 일부 수행하고 있지만 비중은 높지 않은 상태이다(김성학, 장주연, 2020).

또한 네덜란드에는 ‘케어팜 연맹(Federation Agriculture and Care)’이라는 국가 단위 네트워크 조직이 케어팜 서비스 관리 제도를 수행하고 있다. 케어팜 연맹은 케어팜 지원 및 관리기관으로서, 케어팜의 전문성 보완 교육 및 케어팜 인증제도 등의 시행을 통해 케어팜 활동을 관리 감독하고 평가하고 있다(황정섭, 황윤민, 2020). 각 케어팜은 ‘케어팜 연맹’으로부터 주기적으로 서비스 품질을 인증받으며, 인증을 받은 케어팜은 국가공인 케어팜으로서 기능하면서 케어팜 관련법에 따른 재정적 혜택을 받을 수 있게 된다(황정섭, 황윤민, 2020). 최초 인증은 서면으로 이루어지며, 최초 인증 1년 후 평가자가 케어팜에 직접 방문하여 1년간의 운영에 대한 평가를 실시한다. 이에 통과되면 품질마크가 부여되며, 품질마크의 유효기간은 3년으로 3년마다 주기적인 재평가가 실시된다. 또한 케어팜의 인증 자격을 유지하기 위해서는 연례보고서를 제출하여야 한다(kljz.nl, 2021¹⁴); zorgboeren.nl, 2021¹⁵).

이 외에도 네덜란드의 12개 주를 대상으로 16개의 지역자체조직이 구축되어 있다. 이와 같은 지역단위 조직은 ‘케어팜 연맹’과 연계되어 운영되며, 각 지역별 케어팜 서비스가 원활하게 제공되기 위한 행·재정적 절차와 교육, 지역 내 케어팜 인증 지원 등과 같은 역할을 수행하고 있다(김성학, 장주연, 2017; zorgboeren.nl, 2021).

4) 치매환자의 케어팜 서비스 이용 절차

앞서 ‘2) 케어팜 관련 지원제도’에서 살펴본 것처럼 케어팜 서비스는 다양한 법률 규정에 의해 지원받을 수 있으며 경증치매환자의 경우에는 사회지원법(WMO)을 통한 지

14) Kwaliteit Laat Je Zien(2021). [https://www.kljz.nl/\(2021.1.6. 인출\)](https://www.kljz.nl/(2021.1.6. 인출))

15) Federatie Landbouw en Zorg(2021). [https://zorgboeren.nl\(2021.1.6. 인출\)](https://zorgboeren.nl(2021.1.6. 인출))

원을 받을 수 있다. 최근에는 케어팜 서비스 이용에 대한 WMO의 역할이 확대되어 서비스 신청자에게 어떤 도움이 필요한지에 대해 지자체가 결정하고 이에 따른 지원을 할당하게 된다(김성학, 장주연, 2017; 농촌진흥청 국립원예특작과학원, 2016). 이에 WMO 하의 케어팜 서비스 이용 절차와 지원 과정을 정리하면 다음과 같다.

〈표 4-9〉 WMO를 통한 케어팜 서비스 이용 절차

단계	구분	내용
1단계	이용자의 서비스 상담 요청	- 케어 서비스 등에 대한 도움이 필요한 개인은 거주 지역 내·외의 지방자치단체 사회복지법(WMO) 업무를 담당하는 부서 혹은 담당자를 방문하여 자신의 상황과 받고 싶은 서비스를 상담 및 요청
2단계	신청자의 검토 및 서비스 제공 방법 선택지 제공	- 서비스 요청을 받은 지자체 담당자는 요청한 개인이 서비스를 받을 수 있는 대상자인지 면담 등을 통해 검토하고, 받을 수 있는 대상자라면 개인적 상황이나 질환 등을 고려하여 수혜 가능한 서비스들의 선택지와 지원 방법(PGB 또는 ZIN) 등을 제시함. 수혜 가능한 서비스 선택지 중 하나로 케어팜 서비스가 포함될 수 있음. · PGB의 경우 신청자가 예산을 직접 받아서 케어팜 서비스를 직접 선택 및 구매하는 방식이며, ZIN의 경우 지자체가 계약한 케어팜을 통해 케어 지원을 받는 방식임.
3단계	이용자의 서비스 선택 및 이용 (선택 가능한 다수의 케어팜 제공 및 이용자의 케어팜 선택)	- 서비스 이용자는 비용, 효과 등을 따져보고 서비스를 선택할 수 있음. 만약 케어팜 서비스를 선택했다면 이용자의 거주지, 특성 등을 고려하여 몇 가지 케어팜을 제시하고, 이용자는 직접 둘러보면서 본인에게 적합한 케어팜을 선택(케어팜은 인증을 받은 케어팜이어야 하며, 케어팜은 지자체와 6개월 ~ 1년 단위로 계약)
4단계	케어팜 서비스 이용요금 청구 (케어팜 → 지자체)	- 이용자가 선택한 케어팜은 케어 서비스를 이용자에게 제공함. 주5일, 주3일, 오전, 오후, 종일 등 시간을 선택할 수 있으며 보통 1일에 1인당 38유로 정도의 서비스 비용을 지자체로 청구
5단계	케어팜 서비스 비용 지불 (지자체 → 케어팜)	- 케어팜은 한 달 단위로 케어팜에 다녀간 서비스 이용자들의 횟수와 시간을 체크하여 지자체 내 사회 지원법(WMO) 부서로 비용을 청구 - 지자체는 서비스 이용자 수와 사용 시간에 맞게 비용을 지불함. 청구서를 작성하는 과정 등 행정적 처리 절차에 대한 도움이 필요할 때는 지역 단위의 케어팜 지역자체조직이나 조합 등에서 지원을 받을 수 있음.

자료: 김성학·장주연(2017). 네덜란드 그린케어 및 케어팜 정책사례와 시사점. p.12, 전호성 외(2021). 경증치매노인 대상 농림자원 활용 방안 연구. pp. 71-73.

또한 중증치매환자의 경우에는 장기요양법(WLZ)을 통해 케어팜 서비스 이용에 대한 지원을 받을 수 있다. 케어팜의 방문형(데이케어) 서비스와 24시간 시설 거주 서비스를 모두 이용할 수 있지만, 장기요양법(WLZ)을 통해 방문형(데이케어) 서비스를 이용하는 경우에는 최소 6개월의 가족, 사례관리자, 사례관리팀과의 종합적인 상담이 진행된다(전호성 외, 2021).

다. 네덜란드 케어팜의 유형

네덜란드의 케어팜은 다양한 분류 방식에 따라 유형을 구분할 수 있다. 여기에서는 크게 두 가지의 분류 방식에 따라 네덜란드에서 운영되고 있는 케어팜의 유형을 살펴보고자 한다.

1) 케어 서비스와 농업 생산의 결합 방식에 따른 분류

첫 번째로, 네덜란드 케어팜의 유형은 케어 서비스와 농업 생산 간 결합 방식에 따라 분류될 수 있다(전호성 외, 2021; Verenigde Zorgboeren, 2007). 케어팜 내에서 농업 생산과 케어 서비스는 다양한 방식으로 얹혀 있는데, 효율적인 농업 생산이 중심이고 케어 서비스의 제공이 부차적인 케어팜이 존재하는 한편, 케어 서비스 제공의 기능이 중심이며 부차적으로 농업 생산의 기능을 하는 케어팜 또한 존재한다. 이와 같은 케어팜의 케어 서비스 제공 기능과 효율적 농업 생산 기능의 양극단 사이에는 중간 형태의 다양한 케어팜이 존재한다(Verenigde Zorgboeren, 2007). 즉, 이 분류 방식은 이용자가 케어팜 내에서 케어 서비스를 제공 받는 것과 농업 생산에 참여하는 것 중 어떤 활동의 비중을 더 높게 수행하는가에 따라 케어팜의 유형을 분류하는 방식이라고 볼 수 있다. 이에 따른 유형은 총 6가지이다. 이 유형들은 아래와 같은 특성에서 차이를 보인다.

- 케어팜 이용자 수
- 케어팜의 농업 생산 기능에 대한 조정 정도
- 농업 생산과 케어 서비스가 얹혀 있는 정도
- 효율적인 농업 생산에 대한 중요성
- 케어팜 이용자에게 필요한 시설의 범위
- 케어팜 이용자에게 가이드하는 방법

먼저, 첫 번째 유형은 케어팜의 이용자가 특정 대상에 국한되지 않고, 모든 이용자를 대상으로 개방되어 있는 케어팜이다. 케어팜의 이용자들은 동물과 접촉할 수 있고, 케

어팍의 농업인과 협력하거나 자발적으로 도움을 줄 수 있다. 케어팍의 농업인은 평소와 같이 농업활동을 수행하며 케어팍 이용자들에게 최소한의 가이드만 제공하는데, 케어팍 이용자에 대한 가이드는 주로 외부기관에 의해 이루어진다. 또한 이 유형의 케어팍에는 이용자를 위한 농장에서의 지원이나 편의시설은 미미한 수준이며, 이용자의 안전 및 물리적 접근성 향상을 위한 지원이나 시설만이 존재하는 정도이다.

두 번째 유형은 약 3~4명의 케어팍 이용자가 농업인의 농업 활동을 도와 농업 생산의 효율성을 추구하는 케어팍이다. 참가자들은 일정 부분 농업인의 가이드를 받으며 비교적 독립적으로 작업할 수 있다. 이 케어팍의 경우는 농업 활동이 주요 수입원이며 케어팍 이용자를 위한 농장 내 별도의 편의시설이나 지원은 미미한 수준이다.

세 번째 유형은 케어 서비스 제공의 기능이 농업 생산과 일부 연계되어 효율성을 추구하는 케어팍이다. 이 유형의 경우, 케어팍 이용자가 증가할 시에는 이용자를 위한 매점이나 별도의 편의시설 등을 갖추는 경우가 많다. 이용자는 일상적인 농업 활동을 수행할 수 있으며, 이에 따라 농업인에게 약간의 가이드와 케어 서비스를 제공받을 수 있다. 대체로 케어팍의 농업인 중 한 명이 농업 생산을, 농업인의 또 다른 가족 중 한 명(ex. 케어팍 농장주의 아내)이 케어 서비스를 담당하며 분업하는 경우가 많다. 또한 필요한 경우에는 채소 또는 허브 정원, 토끼 사육, 염소 목장 등과 같이 농업 생산에 따른 상업성을 추구하지 않는 새로운 농업 활동이 수행되기도 한다.

다음으로 네 번째 유형은 케어팍 기능 중, 농업 생산 기능의 비율을 일부 조정하여 케어팍 이용자의 최적의 참여를 유도하는 유형이다. 그럼에도 불구하고, 이 유형의 케어팍은 농업 생산의 효율성이 여전히 주된 목표이다. 이용자는 보통 6명 이상이며 케어팍 농업인 또는 외부기관에 의한 가이드를 받게 된다. 케어팍 내의 이용자를 위한 매점이나 별도의 편의시설이 존재할 수 있으며, 케어 서비스 제공과 농업 생산으로 인한 소득은 거의 비슷한 정도이다.

다섯 번째 유형은 케어 서비스 제공이 중심이고, 농업 생산이 이를 일부 뒷받침하고 있는 케어팍이다. 이 유형의 케어팍은 농업 활동에 따른 상업성을 일부 추구하나, 케어와 관련된 다양한 범위의 활동을 개발하는데 대부분의 시간과 관심을 할애한다. 케어팍의 이용자는 6명 이상이며, 특별히 임명된 관리자들에 의한 가이드를 받게 되지만 케어팍의 농업인도 이 역할을 수행할 수 있다. 케어팍 내에는 이용자들을 위한 매점이나 별도의 편의시설이 있으며 사무실이나 회의실이 있을 수 있다. 이 유형의 케어팍의

경우에는 농업 생산에 따른 수입이 일부 발생하지만, 대부분의 수입은 케어 서비스 제공에 따라 발생한다.

마지막으로 여섯 번째 유형은 온전히 요양기관으로서 기능하는 케어팜이다. 즉, 케어팜은 농업 생산보다는 케어 서비스 제공을 중심으로 하는 요양기관의 일부이며, 독립적인 농장이 아니다. 농업 생산성은 참가자의 노동 능력에 따라 달라지며, 대부분의 수입은 케어 서비스의 제공에서 발생한다(Verenigde Zorgboeren, 2007).

2) 운영 방식에 따른 분류

네덜란드 케어팜의 유형은 운영 방식에 따라서도 분류될 수 있는데, 각 유형은 케어팜의 소속과 운영 재원의 주요 출처에 따라 차이가 있다. 이에 따른 유형과 유형별 특징은 다음과 같다.

첫 번째 유형은 보건·의료기관 또는 주간활동센터에 소속된 농장이다. 상대적으로 소수의 케어팜이 이 유형으로 분류된다(Elings & Hassink, 2006). ‘기관 농장’이라고 불리는 이 유형의 케어팜은 보건·의료 기관의 일부이며, 보건·의료기관의 정기적인 예산을 통해 운영 자금이 조달된다. 이 유형의 케어팜에서 근무하는 농업인은 기관에 의해 공식적으로 고용되는 경향이 있으며 이에 따른 급여를 받는다. 활동을 통해 생산된 농산물은 기관에서 판매 또는 사용할 수 있으며 수익은 농업인이 아닌 기관의 수익으로 남게 된다(Dessein, Bock & De Krom, 2013).

두 번째 유형은 네덜란드 국민에게 의무적으로 적용되는 의료보험인 AWBZ 인증을 받은 케어팜이다. AWBZ 인증을 받은 케어팜은 치유기관으로서 공식적인 지위를 가지며(Elings & Hassink, 2006), 첫 번째 유형과 같이 보건·의료 기관에 소속되지 않고 독립적으로 활동하면서 케어 서비스를 제공한다. 그러나 현재 네덜란드 내에서 국민의 사회서비스 제공에 대한 지자체의 지원을 강조하는 사회지원법(WMO)이 확대되면서 일부 중증질환자의 사회서비스 이용 비용만 AWBZ로 남게 되었다. 이에 따라 많은 케어팜이 지자체와 계약을 체결하고 있는 상황이다.

세 번째 유형은 보건·의료기관과의 공식적인 협력을 맺은 케어팜이다. 네덜란드 전체 케어팜 중 약 3분의 1에 해당하는 케어팜이 보건·의료기관과 공식적인 협력을 맺고 있으며, 보건·의료기관은 농업인에게 케어 활동에 대한 대가를 지급하여야 한다. 또한

농업인은 협력을 맺고 있는 보건·의료기관과 자금 조달에 대한 협의를 진행하여야 한다(Hassink et al., 2007).

네 번째 유형은 건강보험제도 아래 개인의 필요에 따라 사회서비스를 선택해서 사용할 수 있는 예산인 PGB를 통해 자금을 조달받는 케어팜이다. 이 유형의 케어팜의 경우, PGB를 소유하고 있는 케어팜 이용자와 직접 계약을 맺고 있어 보건·의료기관 등에 소속되지 않고 완전히 독립적이다(Hassink, Hulsink & Grin, 2012). 네덜란드 전체 케어팜 중 약 25%가 PGB를 통해 케어팜 이용자를 받고 있다(Elings & Hassink, 2006). PGB 제도는 케어 서비스 공급을 더욱 다양화하고 서비스 이용 대기시간을 단축하기 위해 도입되었는데, 네덜란드 국민들 사이에서 PGB가 더욱 널리 알려지고 비교적 쉽게 신청할 수 있는 가능성이 높아지고 있어 이 유형의 케어팜은 점점 증가하고 있다(Elings & Hassink, 2006).

이와 같이 다양한 운영 방식의 케어팜이 네덜란드 내에 존재하나 여전히 재정적 지원을 받지 못하고 있는 케어팜 또한 존재하고 있다. 이 유형의 케어팜은 제도권 밖에서 완전히 민간 사적영역으로 운영되고 있는 케어팜이라고 볼 수 있다. 그러나 이 비율은 점차 감소하고 있다(Elings & Hassink, 2006; Hassink et al., 2007).

〈표 4-10〉 네덜란드 케어팜의 운영형태 별 특징

구분	내용
보건·의료기관 또는 주간활동센터에 소속된 케어팜	<ul style="list-style-type: none"> - 보건·의료기관의 정기적인 예산을 통해 운영 자금 조달 - 농업인은 기관에 공식적으로 고용, 급여를 받음 - 활동에 대한 수익은 기관의 수익으로 남게 됨
AWBZ ¹⁾ 인증 농장	<ul style="list-style-type: none"> - 보건·의료기관에 소속되지 않고 독립적으로 활동 - 치유기관으로서 공식적인 지위를 가짐 - 현재 많은 수의 케어팜은 WMO에 따른 지자체 계약 체결 중
보건·의료기관과의 협력 농장	<ul style="list-style-type: none"> - 보건·의료기관과의 공식적인 협력 - 보건·의료기관은 농업인에게 케어 서비스 제공에 대한 대가를 지급 - 농업인은 협력 기관과 자금 조달에 대한 협상을 실시하여야 함
PGB ²⁾ 를 통해 자금을 조달받는 케어팜	<ul style="list-style-type: none"> - 케어팜 이용자가 PGB를 통해 농장주에게 서비스 비용을 개인적으로 지불 - 케어팜 이용자와 직접 계약을 맺기 때문에 보건·의료기관에 소속되지 않고 독립적 - 케어 서비스를 다양화하고, 케어팜 서비스를 위한 대기시간을 축소를 위해 도입
재정적 지원을 따로 받고 있지 않는 농장	<ul style="list-style-type: none"> - 제도권 밖의 민간 사적 영역에서 운영 - 이 유형에 해당하는 케어팜 점차 감소 중

주: 1) 네덜란드의 모든 국민들에게 의무적으로 적용되는 국민건강보험 내 장기요양보험.

2) 건강보험제도 아래 개인의 필요에 따라 사회서비스를 선택해서 사용할 수 있는 네덜란드 내 개인 예산

자료: 연구진 직접 작성

2. 벨기에

벨기에 또한 네덜란드와 함께 대표적인 케어팜 운영 국가 중 하나이다. 벨기에는 플랑드르(벨기에 북부지역) 주정부를 중심으로 하여 치유농업 지원센터와 지역단위의 협동조합을 조직하고 이들의 참여를 촉진하여 빠른 속도로 케어팜이 확산되었다(황정섭, 황윤민, 2020). 여기에서는 벨기에 케어팜의 연혁 및 현황과 운영체계를 살펴보고자 한다.

가. 벨기에 케어팜 연혁 및 현황

벨기에는 2000년대 초반부터 케어팜 연구에 착수하여 케어팜과 관련한 다양한 시범사업을 실시하였다. 특히 2004년에는 비영리단체인 ‘녹색치유센터(Center for Green Care)’가 설립되어 본격적으로 케어팜 사업의 활성화가 이루어졌다. 이 지원센터는 벨기에의 협동금융그룹(CERA), 농민 연맹(Farmers Union), 비공식 자택 케어 서비스를 제공하고 있던 여성농업인단체(KVLV)의 세 조직으로 구성되어 벨기에의 케어팜 육성 및 지원, 정보제공, 컨설팅 서비스, 강의, 워크숍, 연구 활동 등을 수행하고 있다(de Krom & Dessein, 2013).

2005년부터는 플랑드르 지방정부(Flemish Government)의 농업수산부(DLV: the Department of Agriculture and Fisheries)에서 케어팜에 관한 법률을 공식적으로 도입하게 되어 전문 농업인은 농업수산부에 케어팜 운영에 대한 보조금을 신청할 수 있게 되었다. 그러나 취미 농업인이나 농업 환경에서 단순 케어를 제공하는 돌봄 시설 등은 지급 대상에서 제외되었다. 따라서 벨기에의 케어팜 보조금 제도는 농장들로 하여금 단지 경제적인 이익만을 얻기 위해 케어팜을 시작하는 것이 아닌, 케어와 농업을 결합하여 전문화되고 다기능화된 농장을 육성하고 지원하기 위한 목적에서 지급되고 있다고 볼 수 있을 것이다(de Krom & Dessein, 2013).

벨기에의 치유농장은 2003년 비공식 집계에 따라 46개소뿐이었으나 2015년에는 공식적으로 집계된 치유농장의 수만 580개소에 이르고, 비공식적으로 집계된 치유농장인 259개소까지 합산하면 총 839개에 이르며 빠른 속도로 확산되고 있다(주벨기에 대사관, 2017)¹⁶⁾.

나. 벨기에 케어팜 운영체계

벨기에의 케어팜 체계는 크게 플랑드르 주정부의 농림수산식품부와 녹색치유센터, 이 외 지역단위의 협동조합, 전문 교육센터를 중심으로 구성되어 운영되고 있다.

먼저, 치유농업에 대한 행·재정적 지원은 플랑드르 주정부의 농림수산식품부에서 담당하고 있으며 케어팜 관련 법안에 따라 전문 농업인은 농림부에 케어팜 운영에 대한 보조금을 신청할 수 있다. 이 보조금은 케어팜 이용자 수와 관계없이 하루(1일, 6시간)에 최대 40유로 지원되며 반일(3시간)의 경우 20유로가 지원된다(주벨기에대사관, 2017). 그러나 보조금 제공의 목적은 케어 제공에 따른 지원이 아닌, 케어를 제공함으로써 발생하는 농업 생산 시간의 손실에 따른 보상 차원에서 이루어진다는 것이 특징이다(de Krom & Dessein, 2013). 보조금을 수혜 받기 위해서는 일정 소득 조건이나 조건을 충족해야 하며, 신청자는 법적으로 ‘농업인’의 직업을 가진 자여야 한다. 또한 신청자는 관련 농업인, 케어팜 및 케어팜 이용자의 책임을 규정하는 ‘케어팜 계약’을 체결해야만 한다. 이에 더하여 신청자들은 플랑드르 주정부의 보건복지가족부가 인정하는 돌봄 시설이나 교육부 소속 학생상담센터 등의 복지시설과도 협력할 의무가 있다. 이 협약 시설들은 농업인들에게 케어팜 이용에 관한 경비 일부를 지불하고 서비스를 이용할 수 있다(de Krom & Dessein, 2013). 보조금을 받기 위한 공식 치유농장이 되기 위해서는 소득자료, 케어팜 계약서 등을 포함하여 벨기에 자체 포털(e-portal)에 등록하여야 신청이 가능하다(주벨기에대사관, 2017).

또한 농림수산식품부의 지방사무소에서는 케어팜 보조금 수혜에 대한 관리·감독을 위해 매년 임의로 케어팜을 선정하여 현장 확인을 실시하는데, 보조금 수혜를 위한 계약서의 활동계획과 달리 당일 치유활동이 없는 사실이 적발될 경우에는 당일 치유농장 보조금을 지급하지 않는다(주벨기에대사관, 2017).

16) 주벨기에 유럽연합 대한민국 대사관(2017). https://overseas.mofa.go.kr/be-ko/brd/m_13060/view.do?seq=1284237(2021.1.6. 인출)

〈표 4-11〉 벨기에 농림수산물부의 케어팜 보조금

구분	내용
보조금 수혜 자격	<ul style="list-style-type: none"> - 영농소득 조건 <ul style="list-style-type: none"> · 농업·원예활동 및 농업·원예관련활동의 총운영소득이 연간 30,000유로 이상(부부 공동운영시 60,000유로 이상)이어야 함. · 농업·원예관련활동에서의 소득이 총운영소득의 50%를 초과하지 않아야 함. 다만, 농장에서 직접 재배한 농산물 직판 소득은 총소득의 50%를 초과할 수 있음. - 비영농소득 조건 : 비농업활동 소득이 18,000유로 미만이어야 함. - 은퇴연금 비수령자 : 농장주가 은퇴연금을 수령하는 경우 보조금 수령 자격이 없음. - 책임보험 가입 의무 : 치유농장 활동과 이용자에 의해 발생한 제3자에 대한 손해에 대해 민간책임보험에 가입하여야 함. - 법령에 따라 '케어팜 계약'을 체결하여야 함. - 다음 세 가지 유형 중 하나의 복지시설과 연계하여 계약할 경우만 보조금을 지급함. <ul style="list-style-type: none"> · 플랑드르 주정부의 보건복지가족부가 인정한 공식 복지시설 · 플랑드르 주정부의 보건복지가족부가 인정한 특수청소년시설 · 학생상담센터(CLB) 등
보조금 단가 및 지급주기	<ul style="list-style-type: none"> - 농장 당 보조금 단가: 1일(6시간) 40유로(이용자 수에 관계없이 일일 최대 보조액) - 보조금 지급주기 : 원칙적 분기별 지급(농장주 편의로 연말에 보고 후 수령 가능) - 보조금 한도 : 국가보조금은 3년간 총 20만유로 이하로서, 치유농장이 한도를 초과하면 치유농장 보조금을 받을 수 없음.
보조금 지급 대상	<ul style="list-style-type: none"> - 치유농장에 지급하며 복지시설에는 따로 지급하지 않음.
관리·감독	<ul style="list-style-type: none"> - 농림수산물부의 지방사무소에서 매년 임의로 치유농장을 선정하여 현장 확인 <ul style="list-style-type: none"> · 치유농장계약서의 활동계획과 달리, 당일 치유활동이 없는 사실이 적발될 경우는 당일 치유농장 보조금 미지급 · 기타 치유농장의 위법행위 등은 농업에 관한 일반적 법령에 따라 처벌

자료: 주벨기에대사관(2017). [https://overseas.mofa.go.kr/be-ko/brd/m_13060/view.do?seq=1284237\(2021.1.6. 인출\)](https://overseas.mofa.go.kr/be-ko/brd/m_13060/view.do?seq=1284237(2021.1.6. 인출)).

또한 벨기에에서는 치유농업 축진을 목적으로 하는 비영리 민간기관 형태의 치유농업 지원센터인 녹색치유센터를 운영하고 있다. 녹색치유센터의 설립 초기 당시에는 농림수산물부에서 자금이 지원되기도 하였으나 2010년 후반부터는 플랑드르 농민 연맹의 지방 기금과 개인 자금 등을 통해 예산을 지원받아 운영되고 있다(de Krom & Dessein, 2013). 녹색치유센터에서는 케어팜의 전문성을 위한 지원, 복지시설과 케어팜의 초기 협력 지원 및 연계, 케어 프로그램과 관련한 연구, 회의, 홍보, 정보제공, 신규 케어팜에 대한 모니터링 등의 역할을 수행하고 있다(주벨기에대사관, 2017).

이 외에도 지역단위의 협동조합이 형성되어 케어팜 운영과 지원에 보탬이 되고 있으며, 농업인 교육훈련센터(Farmer's Training Centre)를 통해서도 케어팜 도입과 운영에 대한 교육 프로그램이 수립되어 실시되고 있다(김경미 외, 2013; 농촌진흥청 국립원예특작과학원, 2016).

3. 미국

미국은 유럽의 치유농업 선진 국가들만큼 케어팜 운영에 관한 제반이 원활하게 구축되지는 않았으나 100년이 넘는 오랜 역사를 가지고 있으며 농업과 자연을 이용한 다양한 형태의 케어팜이 운영되고 있다. 이에 미국의 케어팜 운영 방식과 사례를 간략하게 살펴보고자 한다.

미국의 케어팜은 개인 또는 비영리·영리단체의 기관, 시나 주가 운영 주체가 될 수 있으며 이에 따른 운영비 충당 방식을 크게 세 가지로 분류할 수 있다(박화춘, 강대구, 2017). 첫째, 기부금 및 케어팜 이용자의 이용비 지불 수입을 통한 운영이다. 미국 내 대다수의 케어팜이 이 방식으로 운영 예산을 충당하고 있다. 미국 대부분의 전문적 케어팜들은 비영리단체로, 보통 기부금 등을 통해서만 운영이 되고 있어 재정적 어려움을 쉽게 겪을 수 있다고 한다. 또한 케어팜 이용자의 대다수는 개인이 이용비용을 지불하고 있는데, 아직은 정부나 보험회사로부터의 지원이 부족하여 고비용을 부담하고 있다고 한다. 즉, 현재 미국 내에서도 케어팜 이용에 대하여 제도적 차원에서의 지원 체계가 마련되어야 할 필요성이 있다고 볼 수 있다. 둘째, 미국 내 많은 케어팜들은 자체 생산 농산물, 가공식품, 공예품 등을 판매하는 카페나 가게 등을 운영하며 부수입을 올리고 있다. 여기에서 나오는 수익금은 케어팜의 운영에 사용되며 케어팜 이용자의 서비스 이용비를 일부 보조하는 데에도 사용되고 있다. 마지막으로, 지방정부 또는 시의 보조금으로 운영되는 농장이 일부 존재한다. 전문적인 케어팜은 제외되지만 일반 시민을 위한 지역사회 내의 공동체 정원이나 농장 등은 주 또는 시로부터 약간의 보조금을 지원받을 수도 있다.

또한 미국 내에는 치유의 개념을 포함하여 농업과 자연을 활용한 다양한 형태의 케어팜이 운영되고 있다. 대표적 예시로 병원과 연계되어 운영되는 치료정원과 지역사회 텃밭, 기숙형 치료공동체 마을 형식의 케어팜을 살펴볼 수 있다. 먼저 치료정원은 종류와 목적에 따라 다양한 모습을 갖추고 있으며 병원 등의 의료시설 내에 조성되어 환자의 치료 결과를 개선하는 데 사용되고 있다(AHTA, 2021)¹⁷⁾. 치매 노인, 암 환자, 아동 등 다양한 유형의 환자를 대상으로 한 병원이 병원 내에 치료정원을 조성하고 있으

17) American Horticultural Therapy Association(2021). <https://www.ahta.org/about-therapeutic-gardens>(2021.1.6. 인출)

며, 이러한 환경을 조성한 병원에 대한 목록화 작업이 이루어지고 있다(Therapeutic Landscapes Network, 2021)¹⁸⁾. 두 번째로는 주(state) 내에 위치한 지역사회 텃밭이며, 이 텃밭은 지역사회에서 생산되는 농산물을 소비하고 판매하는 활동을 통해 지역사회 경제와 고용의 활성화 및 지역사회 주민들의 건강 증진을 목표로 하고 있다(박화춘, 강대구, 2017). 이는 사회적 농장의 형태에 가까운 형태라고 볼 수 있다. 마지막으로 기숙형 치료공동체 마을 형식의 케어팜이며 우울증, 조울증, 정신분열증, 지적장애 등 정신질환을 가지고 있는 환자를 주요 대상으로 하고 있다. 거주 가능한 정원은 30명~100명 이내로 농장별로 다양하며, 환자들은 케어팜에 거주하면서 일정 시간 동안 농장에서 제공되는 프로그램을 수행한다. 이를 통해 일상생활에 필요한 기술을 연마하고, 거주자들끼리 가족친화적 공동체를 형성하여 서로를 수용하고 존중하는 환경을 통해 치료적 효과를 얻는 것을 목표로 하고 있다. 필요한 경우 약물요법 등의 치료기법을 병행하는 케어팜도 존재한다. 이 외에도 동물매개치료를 활용한 케어팜 등이 미국 내에서 활성화되고 있다.

18) Therapeutic Landscapes Network(2021). <https://healinglandscapes.org/gardens-overview/gardens-in-healthcare-and-related-facilities/>(2021.1.6. 인출)



제5장

치매친화적 지역사회 구축 방안

제1절 치매안심마을 활성화 방안

제2절 치매환자 공공 치유농장 운영 방안

제3절 치매친화적 지역사회 구축 방안

제5장 치매친화적 지역사회 구축 방안

제1절 치매안심마을 활성화 방안

1. 치매안심마을의 정의와 목적의 재설정

치매환자가 지역사회 내에서 계속 거주할 수 있는 환경을 마련하기 위해서는 일차적으로 ‘치매친화적 지역사회 환경’이 구축되어야 한다. WHO(2017)는 치매친화적 지역사회 환경을 ‘치매환자, 돌봄제공자 및 가족의 삶의 질과 존엄성을 보장하기 위하여 모든 이들에게 건강과 참여 및 안전과 관련된 기회를 제공할 수 있는 환경이 구축된 사회’로 정의하였으며, ADI(2015)는 ‘치매친화적 지역사회는 치매환자(사람-people)를 중심으로 지역사회(communities)와 조직(organisations)과 파트너십(partnerships)이 유기적으로 연계되어야 하는 것’으로 정의하였다. 즉, 치매친화적 지역사회 환경이란 ‘치매환자(돌봄 제공자 포함)의 안전한 삶이 보장되는 환경’을 말하며, 그러한 환경은 치매환자(돌봄 제공자 포함)와 지역사회, 각종 조직들이 유기적으로 연계되어 구축되어야 한다는 것이다.

이에 본 연구에서 정의하는 치매친화적 지역사회는 ‘치매에 대한 이해와 인식을 바탕으로 치매환자와 가족이 안전하고 자유롭게 지역사회 내에서 살아갈 수 있으며, 일반 국민들도 치매에 대한 두려움 없이 살아갈 수 있는 지역사회’로 정의하고자 한다.

2019년부터 진행되어 온 치매안심마을은 이러한 치매친화적 지역사회를 구성하기 위한 선도적 지역으로 볼 수 있다. 기존의 치매안심마을에서 수행되어 온 다양한 사업들을 고려할 때 치매안심마을은 치매친화적 지역사회 구축을 위한 다양한 자원들이 집중된 형태로 볼 수 있다. 이러한 치매친화적 지역사회 구축을 위한 선도적 지역인 치매안심마을이 증가하게 된다면 결국 지역사회 전체가 치매친화적 환경을 구축할 수 있게 될 것이며, 이것이 치매안심마을 사업의 지향점이 될 것이라 생각한다. 즉, 치매안심마을은 ‘치매에 대한 이해와 인식을 바탕으로 치매환자와 가족이 안전하고 자유롭게 지역사회 내에서 살아갈 수 있으며, 일반 국민들도 치매에 대한 두려움 없이 살아갈 수

있는 지역사회 마련을 위한 선도 지역'으로 정의할 수 있다. 이러한 관점에서 치매안심마을을 접근하게 된다면, 치매안심마을의 사업 수행 '단위(지역 범위)' 역시 기존의 행정구역 중심(읍·면·동 / 리·통·반 등)의 마을단위에 대한 논의에서 벗어나 치매안심센터를 주축으로 한 해당 지역의 일부 지역으로 정의될 수 있을 것이다. 이를 통해 궁극적으로는 치매안심센터를 중심으로 치매친화적 지역사회가 구축될 수 있을 것이다.

〈표 5-1〉 치매안심마을의 정의와 목적

구분	과제	방안
치매안심마을 정의	<ul style="list-style-type: none"> - 현재의 정의(중앙)에서 나아가 '지역사회'와 '환경구축'까지 포괄할 수 있는 치매안심마을 재정의 필요 - 중앙차원의 명확한 정의 필요 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심마을은 '치매친화적 지역사회' 구축을 위한 선도지역으로 정의 - (정의) 치매에 대한 이해와 인식을 바탕으로 치매환자와 가족이 안전하고 자유롭게 지역사회 내에서 살아갈 수 있으며, 일반 국민들도 치매에 대한 두려움 없이 살아갈 수 있는 지역사회 마련을 위한 선도 지역
치매안심마을 목적 및 목표	<ul style="list-style-type: none"> - 사업안내 별 상이한 목적 - 사업에 대한 명확한 방향성 부재 	<ul style="list-style-type: none"> - (목적) 치매에 대한 이해와 인식을 바탕으로 치매환자와 가족이 안전하고 자유롭게 지역사회 내에서 살아갈 수 있으며, 일반 국민들도 치매에 대한 두려움 없이 살아갈 수 있는 지역사회 환경 조성
치매안심마을 범위	<ul style="list-style-type: none"> - 행정구역 단위 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매안심센터를 주축으로 한 해당 지역의 일부 · 거리, 마을(자연부락), 기관형 등

자료: 연구진 직접 작성

2. 치매안심마을 사업 운영 방식의 체계화

앞서 제시한 치매안심마을의 정의와 목적에 따르면 치매안심마을은 궁극적으로 치매친화적인 지역사회 구축을 위해 단년도의 사업이 아닌 다년도 계속 사업으로 운영되어야 할 것이다. 이를 위해서는 사업 준비과정에서부터 사업의 지속성을 유지하기 위한 방안을 고려하여야 할 것이며, 장기적 관점에서의 치매안심마을 운영 방안을 마련해야 할 것이다. 이에 본 연구에서는 현재 경기도 광역치매센터에서 수행 중인 '3년 차' 사업운영 방안을 적용하여 치매안심마을 운영체계를 재구성하고자 한다.

현재의 치매안심마을 사업은 앞서 3장에서 논의한 바와 같이 치매안심마을 구축을 위한 기반조성단계인 준비단계와 사업 추진단계, 그리고 모니터링 단계로 구분이 가능하다. 이 체계를 재구성한 각 연차별 사업 운영 내용은 다음과 같으며, 각 단계별 세부

내용은 '3. 치매안심마을 사업 수행 과정별 개선방안'에서 구체적으로 다루고자 한다.

먼저, 사업 운영 1년 차에 해당하는 치매안심마을 구축을 위한 기반 조성 단계는 치매안심마을 사업 운영을 위한 제반의 자원을 구축하는 기간이다. 이 기간의 첫 번째 단계는 사업 공모 및 신청 단계로 지역 내 주민들의 치매안심마을에 대한 욕구 조사를 통해 치매안심마을에 대한 지역주민들의 욕구를 파악하고, 지역 내 기관에 치매안심마을 신청에 대한 공문을 발송하여 사업을 공모하는 단계이다. 두 번째 단계는 치매안심마을 지정 단계로 1단계에서 지원한 마을 중 치매안심마을 지정 기준에 따라 사업 운영이 가능한 마을을 선정하는 단계이다. 세 번째 단계는 지역사회 자원조사 단계이다. 여기에서의 지역사회 자원조사는 사업 공모 및 신청 단계에서 수행되는 지역사회 자원조사와는 다르게, 지정된 치매안심마을의 지역자원을 보다 심층적으로 조사하는 단계이다. 네 번째 단계는 운영위원회 구성 및 운영 단계이다.

다음으로 사업 운영 2년 차에서는 1년 차에서 마련된 기반을 바탕으로 구체적인 사업을 수행하는 단계이다. 이 단계에서는 교육사업, 홍보사업, 치매예방사업, 치매환자 및 가족지원사업(구, 사회활동 지원사업), 환경 개선 및 안전환경 조성 사업, 치매안전망 구축 사업 등이 이루어지는 단계이다. 각 치매안심마을은 치매안심마을의 상황에 맞게 위의 사업내용 중 필요한 사업 내용들을 선택하여 운영할 수 있다.

사업 운영 3년 차에서는 2년 차 사업의 계속적 수행과 함께 치매안심마을이 자율적으로 운영될 수 있는 체계를 마련하는 단계이다. 치매안심마을의 확산을 위해서는 치매안심센터에서 계속적인 집중적 자원 투자를 하기보다는 1, 2차 년도에 사업을 운영할 수 있는 틀을 구축한 뒤 3차 년도에 자율적 운영체계를 구성하면서 지속적인 확대를 할 때 사업의 지속성과 확대가 모두 가능하다. 이에 3년 차에서는 자율적 운영체계를 마련할 수 있는 기반을 조성하고, 자율적 기반이 마련된 경우에 사업을 지속 운영하며, 그렇지 않은 경우는 사업을 종결하는 방식으로 체계가 마련되어야 할 것이다. 3년 차에서 자율적 운영체계의 적합 판정을 받은 치매안심마을은 체계를 유지하여 운영을 지속하면서, 치매안심센터의 사업 운영 지원 및 모니터링을 받으며 간헐적으로 관리를 받을 수 있다.

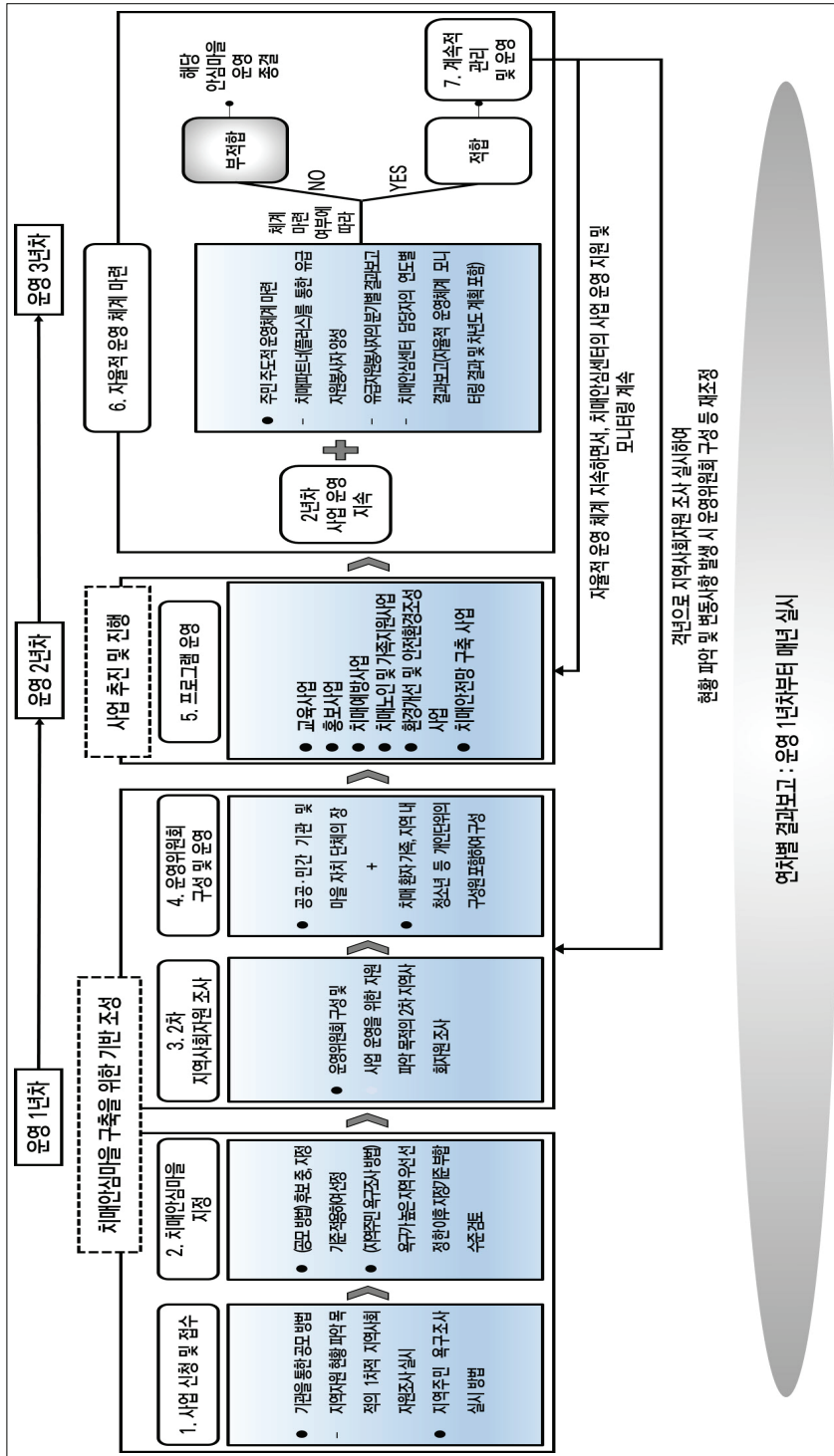
또한 각각의 연차별 단계에 결과보고서를 작성하여 사업의 진행에 대한 지속적인 모니터링을 매년 수행해야 할 것이다.

마지막으로 치매안심마을의 확대 과정과 3차 년도에 걸친 사업 진행과정에서 발생

하는 인력 및 예산 추가 소요에 대한 구체적 방안 마련이 필요할 것이다. 예산집행에 있어 현재 치매안심마을 예산은 치매안심센터 운영 예산의 일부로 활용하고 있다. 치매안심마을 예산 사용과 관련하여 치매안심센터 운영 예산의 n% 이상 사용과 같은 규제 보다는 치매안심마을 1개소 당 예산을 추가적으로 지원하는 방법 등을 통해 치매안심마을 확대를 위한 인적·물적 자원을 확보할 필요가 있다.

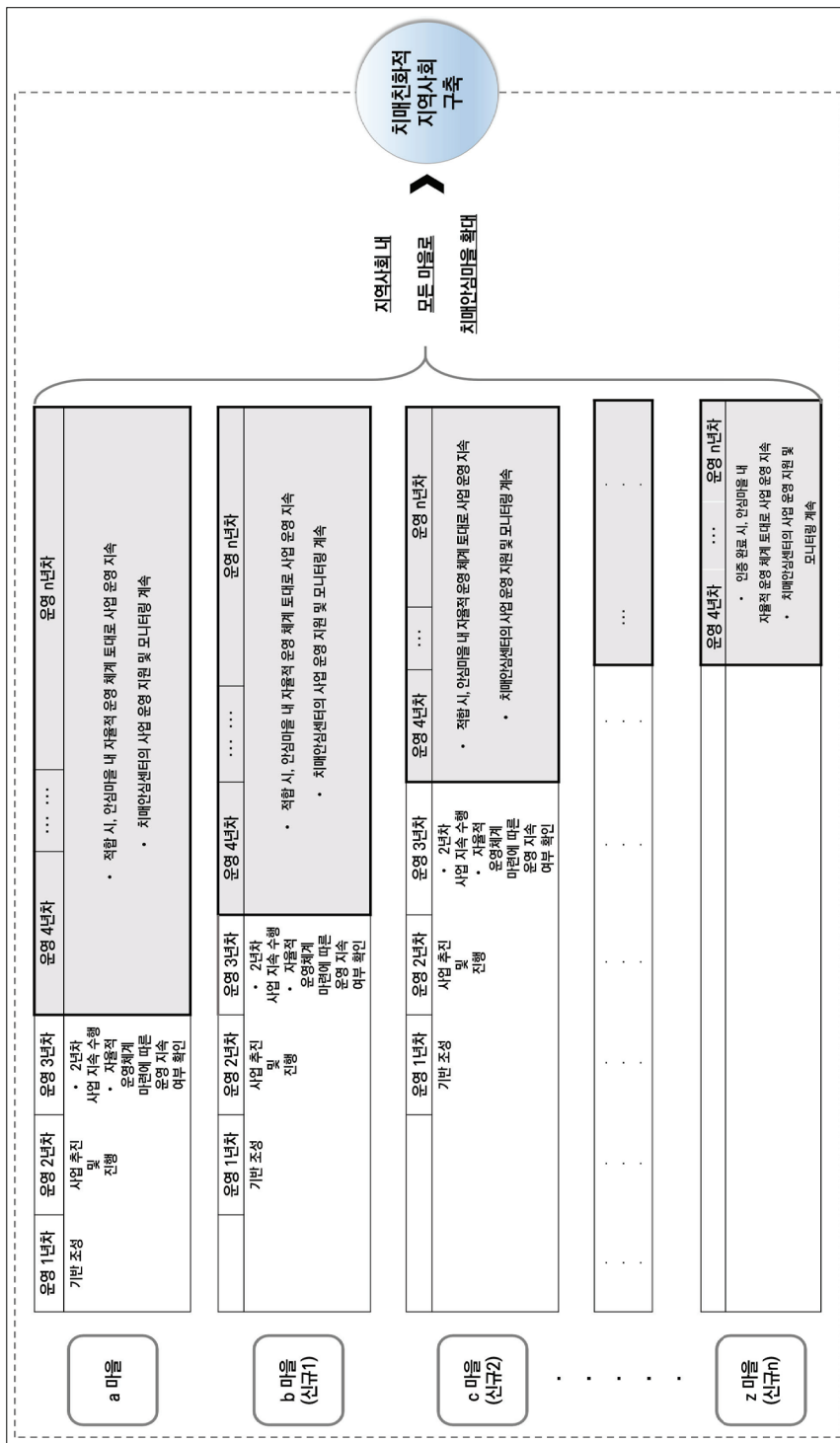
이러한 과정들을 통해 치매안심마을이 계속적으로 확대되면서 자율적 운영이 가능해질 때 지역사회 전체가 치매친화적 지역사회로 나아갈 수 있을 것이다.

[그림 5-1] 치매안심마을 운영체계의 재구성



자료: 연구진 직접 작성

[그림 5-2] 치매안심마을의 미래



자료: 연구진 직접 작성

3. 치매안심마을 사업 수행 과정별 개선방안

가. (1단계) 사업 신청 및 접수 단계(욕구 조사 병행)

현재의 치매안심마을 사업 신청 및 접수 단계는 행정복지센터를 통한 공모를 중심으로 운영되고 있으며, 지역주민의 욕구 반영 기제는 부족한 상황이다. 치매안심마을은 지역이 중심이 되며, 지역주민의 참여가 매우 중요하다. 따라서 지역 내 일부 기관(장)의 의지에 의존하기보다는 다각적 차원에서의 접근이 필요하다. 현재 경기도와 전라북도의 경우 욕구 조사를 통해 지역주민의 서비스 욕구를 파악하여 치매안심마을과 연계 중이다.

신청 및 접수 과정은 현재의 기관 중심의 공모를 통한 접근과 지역주민 욕구 조사 결과를 통한 접근의 두 가지 트랙으로 진행해야 할 것이다. 먼저 공모를 통한 접근은 기존과 같이 지역 내 행정복지센터에 사업을 홍보하고 사업 신청 관련 공문을 발송하여 신청을 받는 방법이다. 다음으로 욕구 조사를 통한 접근은 지역주민, 치매안심센터 등록 치매환자 및 가족, 지역 내 경로당 이용자 등을 대상으로 거주지역 내 치매안심마을을 희망하는지에 대한 욕구 조사를 일차적으로 실시하여, 주민의 욕구가 높은 지역을 대상으로 선정하는 방법이다. 치매안심센터는 치매안심마을 신청 및 접수 단계에서 공모를 하는 방법과 욕구 조사를 통해 치매안심센터에서 지정하는 두 가지 방법을 모두 활용할 수도 있으며, 지역 내 행정복지센터의 비협조로 인하여 공모가 진행되지 않을 경우에는 욕구 조사를 기반으로 일차적으로 지역을 선정한다. 이를 기반으로 지정 기준에 따른 최종 지역을 지정할 수 있을 것이다.

또한 신청 및 접수 과정에서 각 치매안심마을은 신청서에 지역자원 현황을 작성하도록 하여 1차적 지역사회 자원조사를 진행하고 있다. 그러나 일부 지역에서는 신청서 작성 시의 지역사회 자원조사와 지정 이후의 지역사회 자원조사 중 한 가지의 지역사회 자원조사만 진행하는 등 지역사회 자원조사와 치매안심마을 지정과정의 선후관계에 혼란이 있는 상황이다. 지역사회 자원조사는 사업의 신청단계에서도 중요한 기준이 될 수 있으며, 지정 이후의 사업 운영단계에서도 중요한 정보로 활용될 수 있다. 따라서 신청과정에서의 1차적 지역사회 자원조사와 지정 이후 지역사회 자원조사 두 가지 형태의 지역사회 자원조사가 이루어질 필요가 있다.

〈표 5-2〉 사업 신청 및 접수 단계 개편방안

구분	과제	방안
신청 및 접수	<ul style="list-style-type: none"> - 안내 없음 - 지역 내 상황에 따라 운영 중 	<ul style="list-style-type: none"> - 기관 중심의 공모를 통한 접근과 지역주민 욕구 조사 결과를 통한 접근 두 가지 트랙으로 진행 <ul style="list-style-type: none"> · (공모) 지역 내 행정복지센터에 사업 홍보 및 신청 관련 공문 발송 · (욕구 조사) 지역 내 주민을 대상으로 한 욕구 조사를 바탕으로 주민의 욕구가 높은 지역
욕구 조사	<ul style="list-style-type: none"> - 안내 없음 - 지역 내 미진행 	<ul style="list-style-type: none"> - 지역주민, 치매안심센터 등록 치매환자 및 가족, 지역 내 경로당 이용자 등을 대상으로 한 욕구 파악 필요
지역사회 자원조사	<ul style="list-style-type: none"> - 신청단계에서의 지역사회 자원조사와 지정 이후의 지역사회 자원조사가 혼재되어있음 	<ul style="list-style-type: none"> - 사업신청 시 1차 지역자원에 대한 내용을 사업신청서에 기재하여 해당 지역 내 자원 활용가능 정도 파악

자료: 연구진 직접 작성

나. (2단계) 치매안심마을 지정 단계

치매안심마을 지정은 앞서 제시된 두 가지 신청방법에 따라 상이하게 적용할 수 있을 것으로 보인다. 먼저 계속적으로 진행해오던 공모에 따른 심사를 통해 치매안심마을을 지정할 경우 지역에서 제시한 지정 기준에 따라 기존의 방법을 유지하여 선정하며, 관련 지표에 주민의 욕구 수준을 포함하여 진행하면 된다. 그러나 신청지역이 없어 욕구 조사를 기반으로 지정을 해야 하는 경우 욕구가 높은 지역을 우선으로 선정한 뒤 해당 지역의 지정 기준 부합 수준을 검토하는 방법으로 진행할 수 있을 것이다.

〈표 5-3〉 치매안심마을 지정 단계 개편방안

구분	과제	방안
지정 기준	<ul style="list-style-type: none"> - 고려사항에 대한 내용만 있으며, 지정 기준에 대한 명확한 가이드라인 부재 	<ul style="list-style-type: none"> - 지정 기준 및 기준별 배점에 대한 가이드라인 제시 <ul style="list-style-type: none"> · 지역별 특성을 고려하여 선택적으로 적용 - 공모에 따른 지정과 욕구 조사에 따른 지정에 대한 지정 기준 적용 방법 구분

자료: 연구진 직접 작성

치매안심마을 지정 기준에서 고려해야 할 항목들은 치매정책 사업안내에 기재되어 있다. 그러나 지정 기준에 대한 명확한 안내가 부재하여 동일한 항목에 대해서도 해석

을 달리하거나, 지역별로 지표를 상이하게 구성하는 등 지역별 차이를 보이고 있다. 따라서 치매안심마을 지정 단계에서 고려해야 할 사항들에 대한 명확한 정의 및 해석이 필요하다. 이러한 기본적 정의 및 기준을 바탕으로 지역에서는 각 지역의 특성을 고려하여 지표에 대한 배점을 달리하여 지표를 취사선택할 수 있도록 해야 할 것이다. 다음의 표는 치매안심마을 지정 기준 예시로 이를 바탕으로 좀 더 세분화된 치매안심마을 지정 기준을 제시할 필요가 있다.

〈표 5-4〉 치매안심마을 지정 기준 예시

구분	평가항목	주요내용
지역 욕구 평가	노인인구	65세 이상 노인(인구 수 또는 전체 인구 중 비율)
	치매환자	치매환자 수(인구 수 또는 노인인구 중 비율)
	지역주민의 욕구	욕구 조사 결과
지역 환경 평가	지역자원 활용 가능성	공공 및 민간기관, 복지기관, 의료기관, 주민단체의 현황 지역자원 연계 및 활용가능성
	치매 관련 자원 수준	치매극복선도단체 수, 치매파트너즈 수 등
	치매안심센터와의 접근성	치매안심센터로부터 거리
적합성 평가	적극성	주민(동대표, 이장 등)의 참여 의지
	실행가능성	치매안심마을 사업과 유사하거나 동일한 사업 수행 경험
	확산가능성	치매안심마을 사업 확산을 위한 향후 계획 여부

자료: 연구진 직접 작성

다. (3단계) 지역사회 자원조사 및 발굴 단계

지역사회 자원조사는 사업신청서 내 지역자원 현황을 작성하는 형식의 지역사회 자원조사와 치매안심마을 지정 이후 운영위원회 구성 및 사업 운영을 위한 자원 파악을 위해 진행되는 두 가지 형태의 조사로 운영되고 있다. 일부 지역에서는 이 둘 중 하나의 방법으로만 수행하기도 한다. 그러나 사업신청서 내에서의 지역자원 현황은 이 지역이 치매안심마을로서의 역할을 할 수 있는지에 대한 파악 목적의 기초자료이며, 지정 이후의 지역사회 자원조사는 실제 사업을 운영할 주체들이 사업에 대한 계획을 세우고, 자원을 활용할 방법들을 구상하기 위한 기초자료로 활용되는 것으로 두 조사의 성격은 상이하며, 모두 필요한 조사로 볼 수 있다. 이에 지역사회 자원조사는 (1단계) 사업 신청 및 접수 단계의 지역자원 현황 파악과 (3단계) 지역사회 자원조사 및 발굴

단계의 두 단계에서 각각 진행해야 할 필요가 있다. (1단계) 사업 신청 및 접수 단계에서는 사업신청서 내에 신청자가 지역자원 현황을 작성하도록 하는 방법이며, 신청지역이 없어 욕구 조사에 따른 지역을 지정할 경우에는 이 자원조사는 진행하지 않을 수도 있다. (3단계) 지역사회 자원조사 및 발굴 단계에서는 치매안심마을 지정 이후 운영위원회 구성 및 홍보사업 등을 위해 지역자원을 조사하는 것으로, 현재와 같이 치매안심센터 직원이 유선, 방문, 온라인 등의 방법을 통해 지역자원을 조사하는 것을 말한다.

현재 지역사회 자원조사를 통하여 발굴한 지역자원은 기관명, 대표자, 연락처, 주소만 기재하도록 되어있다. 그러나 해당 자원을 사업에 바로 적용할 수 있도록 하기 위해서는 해당 자원의 기초정보(기관명, 대표자, 연락처, 주소) 뿐만 아니라 지역 내 협조정도, 해당 기관을 통해 향후 이용 가능한 자원, 현재의 협력 관계, 주된 업무 관계자 등을 파악하여 기록할 수 있도록 양식을 개선할 필요가 있을 것이다.

또한 '지역자원'에 대한 명확한 기준제시가 필요할 것이다. 운영매뉴얼상 지역자원에 대한 예시가 제시되어 있으나, 실제 지역에서는 '기관', '단체'만을 지역자원으로 정의하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 지역자원은 '기관', '단체'뿐만 아니라 공간 이용이 가능한 장소, 지역 내 축제 등 지역사회 내 활용 가능한 모든 자원임을 명확히 명시하며, 다양한 지역자원 예시들을 제시할 필요가 있을 것이다.

마지막으로 지역사회 자원조사의 주기적 실시가 필요하다. 지역자원은 계속적으로 변화되며 특히나 개별상점 등은 개·폐업이 자주 발생하기 때문에 지역 내 자원의 분포 또한 계속적으로 변화할 것이다. 따라서 지역의 자원 분포 및 협력 관계·수준에 대한 주기적 조사가 필요하다. 지역사회 자원조사는 사업의 홍보 및 자원 활용을 위해 매우 중요하므로 격년 실시를 기준으로 한다.

〈표 5-5〉 치매안심마을 지역사회 자원조사 및 발굴 단계 개편방안

구분	과제	방안
수행 시기	- 명확한 기준 없음	- (1차 조사) 사업신청서 내에 지역자원 현황 작성 · 다만, 사업신청서가 접수되지 않는 지역은 해당 단계 미수행 - (2차 조사) 치매안심마을 지정 이후 운영위 구성 및 홍보사업 등을 위한 자원 파악
수행 방법	- 양식 내 정보 부족 · 기관명, 대표자, 연락처, 주소만 기재하게 되어 있어 정보 부족	- 지역사회 자원조사 양식 구체화(참고용)
지역자원의 기준	- 운영매뉴얼에 제시되어 있으나, 지역에서 다양하게 적용 중	- 사업안내 내 지역자원의 다양한 예시 제시 - 주민 행사가 가능한 장소 등도 포함
지역사회 자원조사 진행 주기	- 명확한 기준 없음	- 격년

자료: 연구진 직접 작성

라. (4단계) 운영위원회 구성 단계

치매안심마을 운영위원회는 주로 공공(행정복지센터 등) 및 민간기관(복지관, 은행, 병원, 약국 등)의 장, 이·통장, 부녀회장, 노인회 회장 등 각종 단체의 장들로 구성되어 있는 경우가 많다. 그러나 치매안심마을은 지역사회 주민의 참여가 매우 중요하므로 이들 외에도 개인단위로 치매환자의 가족, 지역 내 청소년 등 다양한 사람들이 참여할 수 있도록 참여자 범위의 확대가 필요할 것이다.

또한 본 연구에서 제시하고 있는 치매친화적 지역사회 구축을 위한 치매안심마을의 확대를 위해서는 시·군·구 단위에서의 치매안심마을 운영위원회 협의체 조직이 필요할 것으로 보인다. 치매안심마을의 운영위원회는 치매안심마을의 안정적 운영에 매우 중요한 역할을 하는 협의기구이며, 향후 자율적 운영체계를 갖추게 될 때 운영위원회 역할의 중요성은 더욱 증가할 것으로 보인다. 충북지역의 경우 시·군 위원회로 ‘치매 커뮤니티 실천 협의체’를 구성하여 분기 1회, 연 3회 이상의 협의 회의를 진행하고 있으며, 사업의 자문 및 공동 진행, 지역사회 자원 발굴 및 연계 등의 역할을 수행하고 있다.

마지막으로 운영위원회 참여 단체는 치매극복선도단체로 활동을 하게 되면서 현판 부착 및 감사패 수여 등과 같은 상징적 의미의 인센티브를 제공하고 있다. 그러나 연 2회 이상의 운영위원회 참여와 치매파트너 교육 참여는 참여자 개인의 시간과 자원을

투자하는 것으로 이에 대한 실질적 인센티브 제공이 필요할 것으로 보인다. 그 방안으로 자원봉사 시간의 인정 등을 활용할 수 있을 것이다.

〈표 5-6〉 치매안심마을 운영위원회 구성 단계 개편방안

구분	과제	방안
운영위원회 구성	- 운영위원회 구성의 다양성	- 지역주민의 참여 확대
협의체 구성	- 부재	- 치매안심마을 내 협의체뿐만 아니라 시·군·구 단위에서의 협의체 구성
참여 독려	- 현판, 인증마크, 감사패 등의 인센티브 제공	- 운영위원회에 대한 실질적 인센티브 제공

자료: 연구진 직접 작성

마. (5단계) 치매안심마을 내 프로그램 운영 단계

현재의 치매안심마을 내 프로그램은 교육사업, 홍보사업, 사회활동 지원사업으로 분류되며, 운영매뉴얼에 준하여 각각의 사업이 운영되고 있다. 그러나 치매안심마을에서는 이들 사업 외에도 치매예방 프로그램, 환경개선 및 안전환경 조성, 치매안전망 구축과 같이 기존 사업 분류체계에 해당되지 않지만, 치매친화적 지역사회 구축을 위해 필요한 다양한 사업들을 운영하고 있다. 따라서 이들 프로그램들을 포괄할 수 있도록 프로그램 분류체계를 재구성할 필요가 있을 것이다. 또한 이들 각각의 사업에 대한 예시들을 제시하여 각 지역에서 지역의 특성에 맞는 프로그램들을 취사선택하여 활용할 수 있도록 안내할 필요가 있을 것이다. 현재 중앙치매센터에서는 매년 ‘치매안심센터 및 광역치매센터 사례집’을 발간하여 다양한 사례들을 제시하고 있으나, 이 외에 치매안심센터 내에서 운영할 수 있는 다양한 사례들을 구체적으로 제시할 필요가 있다.

〈표 5-7〉 치매안심마을 내 프로그램 개편 방안

구분	과제	방안
전체	- 사업 분류체계의 포괄성 부족	- 사업 분류체계 재구성 · (유지) 교육사업 · (변경) 홍보사업 → 홍보 및 인식개선 사업 사회활동 지원사업 → 치매환자 및 가족 지원 사업 · (신설) 치매예방 프로그램, 환경개선 및 안전환경 조성, 치매안전망 구축
교육사업	-	-
홍보사업	- 사업 명칭이 전체를 포괄하지 못함 - 동일한 사업 내 다양한 명칭 및 현판 사용	- (명칭 변경) 홍보 및 인식개선 사업 - 치매안심지킴이 현판 통일
사회활동 지원사업	- 사업 명칭이 전체를 포괄하지 못함	- (명칭 변경) 치매환자 및 가족 지원 사업으로 변경 필요
치매예방 프로그램	- 별도 카테고리 없음	- 별도 프로그램 카테고리 및 서비스 내용에 대한 안내 필요
환경개선 및 안전환경 조성	- 별도 카테고리 없음	- 별도 프로그램 카테고리 및 서비스 내용에 대한 안내 필요
치매안전망 구축	- 별도 카테고리 없음 - 시설비 사용 불가	- 별도 프로그램 카테고리 및 서비스 내용에 대한 안내 필요

자료: 연구진 직접 작성

치매안심마을에서 운영 중인 홍보사업은 치매안심마을 및 치매에 대한 홍보뿐만 아니라 치매에 대한 인식개선도 포괄하는 내용으로 진행되고 있다. 그러나 사업구분에 따라 ‘홍보사업’으로 명칭이 한정되어 있어 ‘홍보 및 인식개선’으로 사업명칭의 변경이 필요할 것이다. 또한 현재 치매안심가맹점의 명칭과 현판은 지역별, 치매안심센터별로 상이하게 제작하여 배포되고 있다. 그러나 정부 차원에서 진행하는 사업의 신뢰성을 향상하기 위해서는 중앙차원의 통일된 명칭과 현판 마련이 필요할 것으로 보인다. 예를 들어 ‘아동안전지킴이집’과 같이 해당 명칭과 현판을 보면 누구나 이곳이 ‘치매안심가맹점’임을 알 수 있도록 할 필요가 있다.

다음으로 사회활동 지원 사업은 치매안심마을 사업 중 치매환자 및 그 가족을 중심으로 한 치매환자 지원 서비스 전체를 아우르는 사업으로 정서지원, 도구지원, 정보지원 프로그램으로 구성되어 있다. 그러나 해당 내용을 ‘사회참여’로 한정하여 명명하여 사업의 명칭이 사업의 내용 전체를 포괄하지 못하고 있다. 이에 해당 프로그램의 내용을 ‘치매환자 및 가족 지원 사업’으로 변경하고 사업내용도 일부 정리할 필요가 있을 것이다.

바. (6단계) 자율적 운영체계 마련 단계

앞서 언급한 바와 같이 치매안심마을은 다년도 지속관리사업으로 운영되도록 치매 정책 사업안내에서 제시하고 있지만, 사업의 지속 운영을 위한 대안을 마련한 지역은 많지 않은 것으로 나타났다. 이에 본 연구에서는 3년 단위 사업 수행을 통해 3년 차 사업에서는 자율적 운영체계를 마련할 수 있도록 제안하였다.

자율적 운영체계 마련을 위해서는 운영 방법에 대한 사업계획 및 운영 인력 등에 대한 고려가 필요하다. 이에 치매안심센터는 치매안심마을 초기 사업계획 시부터 자율적 운영체계에 대한 고려를 반드시 해야 한다.

이를 위해 첫째, 치매안심마을의 자율적 운영을 위한 인력 마련 방법을 제시해야 한다. 3년 차 이상 운영된 치매안심마을은 신규 사업을 시작하기보다는 기존 사업들을 유지·관리하는 차원으로 사업이 진행될 가능성이 높아 치매안심마을 1년 차 사업 과정보다는 업무의 부담이 높지 않을 수 있다. 그러나 치매안심마을의 계속적 확대 과정에서 치매안심센터의 담당자가 모든 치매안심마을을 관리할 수는 없으며, 이에 대한 인력 확충이 필요하다. 이를 위해 지역 내 치매파트너스 또는 파트너 플러스 등을 대상으로 유급자원봉사자로 임명하여 본인 거주지역 내 치매안심마을을 관리할 수 있는 방안이 필요하다.

둘째, 앞서 언급한 유급 자원봉사 인력 활용을 통해 치매안심마을의 지속적 모니터링이 필요하다. 자율적으로 운영되고 있는 치매안심마을에 대해 유급자원봉사자는 분기별로 결과보고서를 작성하여 치매안심센터로 제출하며, 치매안심센터의 담당자는 치매안심마을이 적절히 운영되고 있는지를 판단해야 한다. 이 과정에서는 모니터링 과정 및 모니터링 시 검토할 사항에 대한 명확한 지침을 마련해야 할 것이다.

셋째, 치매안심센터 담당자는 유급자원봉사자로부터 받은 분기별 결과보고서를 바탕으로 연도별 결과보고서를 작성한다. 결과보고서의 내용은 해당 년도의 자율적 운영에 대한 모니터링 결과와 차년도 자율적 운영체계에 대한 계획이 포함되어야 한다. 이 과정에서 차년도 자율적 운영 계획이 누락된 경우는 치매안심마을 운영에 대해 '부적합' 판정을 받게 되며, 해당 치매안심마을은 폐소되어 더 이상 운영이 어렵게 될 것이다.

〈표 5-8〉 치매안심마을의 자율적 운영체계 개편방안

구분	과제	방안
자율적 운영체계	- 대부분의 지역에서 자율적 운영체계 마련에 대한 대안 부재	- 주민주도형 자율적 운영체계 마련 · 인력마련(유급자원봉사자 활용) · 치매안심마을 지속적 모니터링 · 유급자원봉사자의 분기별 결과보고서 작성 · 치매안심센터 담당자의 연도별 결과보고서 작성(해당연도 자율적 운영에 대한 모니터링 결과와 차년도 자율적 운영체계에 대한 계획 포함 여부에 따라 사업의 계속 운영 여부 결정)

자료: 연구진 직접 작성

사. (7단계) 계속적 관리 단계

자율적 운영체계가 마련이 되면, 치매안심마을은 계속적으로 운영된다. 이에 치매안심센터에서는 해당 지역의 치매안심마을 사업 운영을 계속 지원하며, 모니터링을 유지하는 방법으로 진행하여야 할 것이다. 또한 치매안심마을 자율적 운영 단계에서 운영상 체계 변동(지역자원의 급격한 변동, 운영위원의 변경 등)이 발생할 경우 치매안심센터 담당자의 개입이 필요할 것이다.

또한 현재의 결과보고 형태의 변화가 필요할 것이다. 현재의 결과보고서 양식의 변화와 함께 결과보고에 대한 피드백이 이루어질 수 있는 체계 마련의 필요성이 요구된다.

4. 치매안심센터 내 타 프로그램과의 관계 정립

치매안심마을 사업의 대부분은 치매파트너 사업과 연결되어 있다. 치매안심가맹점과 같은 일부 사업은 동일한 사업에서 명칭만 상이하거나, 치매극복선도단체의 대부분은 치매안심마을의 운영위원으로 활동한다. 또한 지역사회 지원 강화 사업 역시 치매안심마을의 운영위원회 구성 및 지역사회 자원조사와 유사한 형태를 보이고 있다. 이러한 상황을 고려할 때 치매안심센터에서 진행하는 지역사회 자원조사 및 발굴 등의 사업을 전 지역으로 확대할 경우 치매안심마을의 지역사회 자원조사는 중복사업이 될 수 있을 것으로 보인다. 따라서 치매안심마을의 사업내용 중 치매안심센터에서 해당 지역 전체를 포괄할 수 있는 타 사업의 내용들은 제외하며, 치매안심마을 사업 내 주요 사업들에 집중할 수 있는 기제 마련이 필요할 것이다.

치매안심마을은 지역사회 내 치매환자가 안전하게 거주할 수 있는 환경 구성을 위해 치매안심센터의 사업들이 집약적으로 실시되는 곳으로 볼 수 있으며, 본 연구에서 정의한 ‘선도적 지역’의 의미가 현재의 사업구성에도 그대로 나타난다고 볼 수 있다. 기존의 사업체계와 치매안심마을 내 사업들 간의 조율을 통해 치매안심마을 사업의 발전과 지역사회 전반의 치매친화적 환경 구축을 위한 환경 조성이 가능할 것으로 보인다.

5. 지역사회 참여 독려를 위한 기제 마련

치매안심마을 운영은 지역사회와 긴밀한 관계가 필수적으로 동반되어야 한다. 특히나 치매안심마을의 핵심이라 할 수 있는 운영위원회와 치매안심가맹점 등은 별도의 치매파트너교육을 받아야 하며, 이로 인하여 개인의 시간과 물리적 자원이 투입된다. 이러한 상황에서 치매안심센터 직원들은 자원봉사의 관점에서만 이들의 참여를 독려할 수밖에 없는 상황이었으며, 이로 인하여 다양한 어려움을 겪고 있는 것으로 나타났다. 심지어 개인 사업체뿐만 아니라 지역 내 공공기관에서도 협조가 잘 이루어지지 않는 경우가 많은 것으로 나타나 지역사회의 민·관 기관뿐만 아니라 개인의 참여 독려를 위한 기제 마련이 필요할 것으로 보인다. 그 방법으로는 중앙차원에서의 치매안심마을에 대한 홍보와 부처 간 협력이 필요하며, 다양한 홍보방안을 마련할 필요가 있다.

제2절 치매환자 공공 치유농장 운영 방안

1. 치매환자 치유농업의 정의

농업(farming)과 치유(care)가 결합된 용어인 케어팜은 ‘치유를 제공하기 위한 농업의 활용(Using farming to provide care)’이라는 의미를 내포하고 있다. 국내에서는 2021년 ‘치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률(약칭: 치유농업법)’이 제정되면서 케어팜을 ‘치유농업’으로 재명명하고 치유농업을 명확히 정의하였다. 치유농업법에서 말하는 치유농업은 ‘국민의 건강 회복 및 유지·증진을 도모하기 위하여 이용되는 다양한 농업·농촌 자원의 이용과 이와 관련한 활동을 통해 사회적 또는 경제적 부가가치를

창출하는 산업'을 말한다. 이러한 치유농업은 그 안에서도 다양한 형태를 보이는데 첫째, 치유를 중심으로 치유가 필요한 사람들에게 치유 서비스를 제공하는 것을 목적으로 하며, 노동시장과의 연계 또는 고용을 목적으로 하지는 않는 '치유 중심 치유농업', 둘째, 노동시장과의 연계와 고용이 주된 목적인 '고용 중심 치유농업', 셋째, 학생들에게 농업활동이나 농촌 경관에 대한 경험을 제공하기 위한 교육농장으로서의 기능이 주된 목적인 '교육 중심 치유농업'으로 구분할 수 있다.

치매환자는 상당수가 노인으로 노화로 인하여 신체 기능이 저하되었으며, 인지기능이 낮은 대상이 대부분으로 교육과 고용의 치유농업은 참여할 수 없는 경우가 많다. 따라서 치매환자를 위해서는 '치유 서비스 제공'을 주된 목적으로 하는 '치유 중심 치유농업'이 우선되어야 할 것이다. 즉, 치매환자 대상의 치유농업은 '치매환자를 대상으로 다양한 농업·농촌 자원을 이용하여 치유 서비스를 제공하는 것'으로 정의할 수 있다.

또한 치유농업법에 따르면 '치유농업시설'이란 치유농업과 관련된 활동을 할 수 있도록 이용자의 치유 효과와 안전을 고려하여 적합하게 조성한 시설(장비)을 말한다. 즉, 치유농업시설은 치유농업을 할 수 있는 공간으로 볼 수 있으며, 본 연구에서 정의하고자 하는 치매환자 치유농장은 '치매환자의 특성을 반영하여 이들이 치유농업에 참여할 수 있는 공간'을 의미한다.

2. 치매환자 공공 치유농장 조성의 방향성

앞서 살펴본 국내의 치유농장과 관련된 다양한 사례들을 검토한 결과 현재 운영되고 있는 치유농장은 몇 가지 한계를 보이고 있다.

첫째, 치유농업은 진행 역사가 길지 않은 초기단계로 다양한 측면에서의 체계적 시스템 구축이 필요하다. 2013년경부터 치유농업에 대한 논의가 시작되기는 하였으나, 공식적으로 치유농업법이 시행된 지 채 1년이 지나지 않았다. 또한 전문적 치유농업 서비스를 제공하는 치유농업사도 2021년 2급만이 1차적으로 배출된 상황으로 치유농업은 이제 시행 초기단계라 볼 수 있다. 대부분이 농촌진흥청을 중심으로 운영되고 있으나, 각 부처와 지자체들에서도 산발적으로 사업을 운영하고 있어 사업의 체계성이 부족하다.

둘째, 인프라 확대 과정에서 대부분 민간을 중심으로 운영되고 있어 공공차원에서의 선도적 모델이 부재하다. 대부분의 치유농장들은 민간에서 운영되고 있으며, 별도의 관리체계도 부재하다. 일부 지역에서는 인증절차를 운영하고 있지만, 이 역시 중앙차원에서의 공식적 절차는 아닌 상황이다.

셋째, 대상자의 특성을 반영한 전문적 프로그램이 부재하다. 현재 치유농장의 프로그램들은 각 농장의 소유주들이 자율적으로 운영하고 있어 치매환자에 대한 전문적 치유농장 프로그램은 거의 부재하다고 볼 수 있다. 또한 치유농업사 교육과정은 치유농업에 대한 이해와 관리, 치유농업 기획·경영·관리 등 치유농장을 운영하기 위한 실무적 차원에서의 내용으로 구성되어 있어 치유농장 이용자에 대한 이해를 돕기 위한 내용은 부재하다. 현재 치매안심센터를 통해 이루어지고 있는 농촌진흥청과 연계된 치유농장 역시 치매환자를 위한 별도의 개입이 부재한 상황으로 이에 대한 한계가 지적되기도 하였다.

넷째, 치유농장의 유형의 다양성이 부족하다. 앞서 정의된 바와 같이 치유농업은 다양한 형태로 정의될 수 있으며, 그 정의에 따라 치유농장의 형태도 다양하게 구성될 수 있다. 네덜란드는 치유농업에 참여하는 케어팜 이용자 수, 케어팜의 생산 부분에 대한 조정의 정도, 농업 생산과 케어 서비스가 얹혀 있는 정도, 효율적인 농업 생산에 대한 중요성, 케어팜 이용자에게 필요한 시설의 범위, 케어팜 이용자에게 가이드하는 방법 등을 고려하여 6가지 유형의 치유농장 유형을 분류하고 있다. 네덜란드의 사례와 같이 치유농장의 형태는 단순한 방문형 치유농장뿐만 아니라 요양기관으로서도 기능을 할 수 있는 등 다양한 형태의 치유농장 운영이 가능하다. 특히나 치매환자의 특성을 고려할 때 방문형뿐만 아니라 거주형과 같은 다양한 형태의 치유농장 형태가 필요할 것으로 보인다. 그러나 국내에서 운영되고 있는 치유농장은 대부분이 '방문형'으로 민간에서 운영하는 치유농장에 공공 또는 개인이 이용료를 지불하고 이용하는 형태이다.

〈표 5-9〉 네덜란드의 치유농장 유형

구분	특성
유형 1	케어팜의 이용자가 특정 대상에 국한되지 않고, 모든 이용자를 대상으로 개방되어 있는 케어팜 - 농업인은 평소와 같이 농업활동을 수행하며 케어팜 이용자에게 최소한의 가이드만 제공 - 편의시설 미미하며, 이용자의 안전 및 물리적 접근성만을 위한 시설
유형 2	약 3~4명의 케어팜 이용자가 농업인의 농업 활동을 도와 농업 생산의 효율성을 추구하고 있는 케어팜 - 참가자들은 일정 부분 농업인의 감독을 받으며, 비교적 독립적으로 작업 - 농업활동이 주요 수입원
유형 3	케어 서비스 제공의 기능이 농업 생산과 일부 연계되어 효율성을 추구하고 있는 케어팜 - 편의시설 가능
유형 4	이용자가 최적으로 참여할 수 있도록 농업 생산 기능의 비율을 일부 조정한 케어팜 - 케어팜의 이용자는 6인 이상 - 효율적인 농업 생산이 여전히 주요함 - 편의시설 가능
유형 5	케어 서비스 제공이 중심이고, 농업 생산이 이를 일부 뒷받침하고 있는 케어팜 - 케어팜의 이용자는 6인 이상 - 특별히 임명된 관리자들에 의한 가이드를 받게 되지만 케어팜의 농업인도 이 역할을 수행 가능 - 편의시설 가능
유형 6	온전히 요양기관으로서 기능하는 케어팜 - 농업 생산보다는 케어 서비스 제공을 중심으로 하는 요양기관의 일부이며, 독립적인 농장이 아님

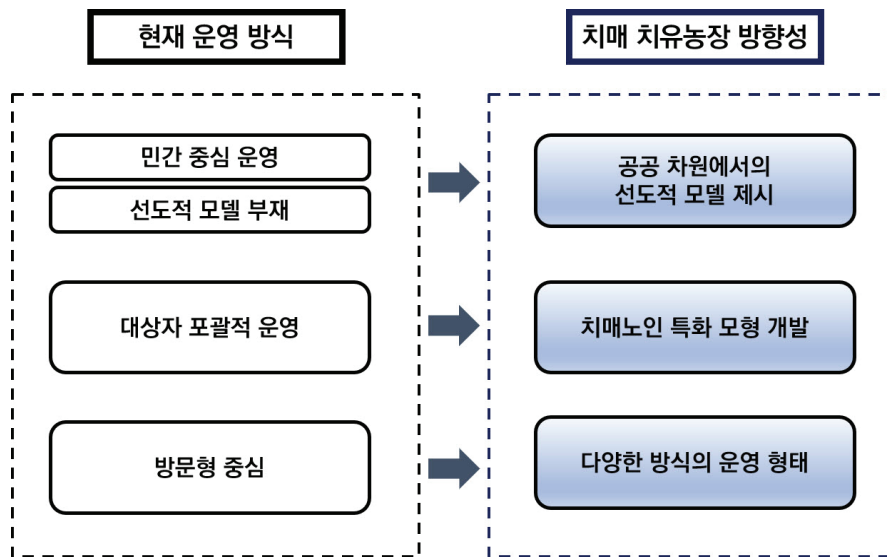
자료: Verenigde Zorgboeren(2007)

따라서 이러한 한계를 보완할 수 있는 선도적 차원에서의 치매환자 공공 치유농장이 필요할 것으로 보인다.

먼저 치유농장은 현재 시작 시점에 있어 민간 중심으로 운영되고 있으며, 치유농장의 선도적 운영 모델이 부재한 상황에서 공공에서 운영하는 치유농장은 선도적 차원에서 사업을 운영할 수 있도록 모델을 제시하는 방법으로 운영될 필요가 있다. 또한 현재 대상자별 프로그램이 특화되어있지 않은 상황을 고려할 때 치매환자에 특화된 치유농장 모형을 치매환자 공공 치유농장에서 개발하고, 마련된 결과물은 각 민간의 치매 치유농장에 배포하여 양질의 서비스를 확대할 수 있도록 체계를 마련할 수 있을 것이다. 이 과정에서 치매환자가 이용하는 치유농장은 별도의 치매전문 치유농장으로의 인증 절차를 마련하여 운영하는 방안도 고려할 수 있을 것이다. 인증과정은 네덜란드의 사례처럼 주기적으로 서비스 품질인증을 받으며, 인증을 받은 케어팜은 국가공인 치매환자 케어팜으로 기능하며, 치매환자 치유농장프로그램 제공이 가능하도록 체계를 마련할 필요가 있다. 이러한 인증과정은 치매환자 공공 치유농장에서 수행하며, 인증받은 농장은 품질마크를 부여받고 유효기간을 정하여 주기적으로 품질을 관리할 수 있는 체

계를 마련하여 민간 치유농장을 관리할 수 있을 것으로 보인다. 또한 향후 ‘인증받은 치매환자 치유농장’이 확대된다면, 인증을 받은 농장에서만 치매환자 관련 치유농업 프로그램을 진행할 수 있도록 할 수도 있을 것이다.

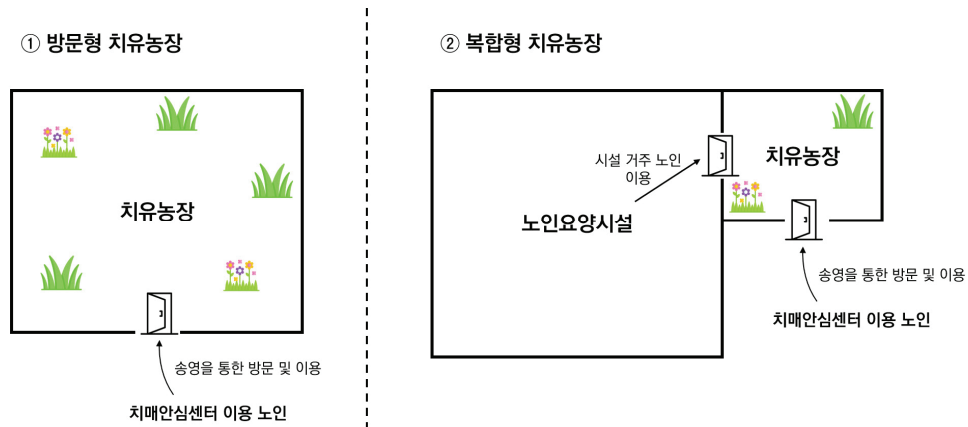
[그림 5-3] 치매환자 공공 치유농장 조성의 방향성



자료: 연구진 직접 작성

또한 현재의 치유농장과 유사한 형태로 재가에 거주하며, 치매안심센터를 이용하는 치매환자를 대상으로 한 ‘방문형 치유농장’ 모델 외에도 네덜란드의 사례와 같이 요양 시설과 같은 형태의 치유농장 형태도 가능할 것으로 보인다. 치매환자 공공 치유농장의 첫 번째 형태는 ‘방문형 치유농장’의 형태로 치매안심센터를 이용하는 치매환자들이 이용할 수 있는 형태로 운영 가능하다. 두 번째 형태는 ‘복합형 치유농장’으로 소규모 노인요양시설에 치유농장이 부설로 운영되는 형태이다. 이는 노인요양시설의 거주 노인들과 치매안심센터 이용 노인들이 함께 이용할 수 있는 형태이다. 이 경우 중증과 경증 치매환자 모두가 이용할 수 있을 것으로 보인다. 다만, 이 경우 노인장기요양보험과의 관계와 수가 책정 방안 등에 대한 추가적 논의가 필요할 것으로 보인다.

[그림 5-4] 치매환자 공공 치유농장 운영 형태



자료: 연구진 직접 작성

3. 치매환자 공공 치유농장 조성(안)

가. 부지 선정

치매환자 공공 치유농장 설립을 위한 시작은 사업 운영을 위한 적절한 부지선정에서부터 시작한다. 치매환자를 위한 치유농장 부지는 치매환자의 특성과 치유농장이라는 사업의 특성을 모두 충족할 수 있는 부지로 선정해야 할 것이다. 이를 위해서는 다음과 같은 몇 가지 사항에 대한 고려가 필요하다.

첫째, 치유농업에 대한 욕구를 고려한 부지 선정이 필요하다. 현재 256개의 치매안심센터 중 92개소에서 180건의 야외치유 프로그램을 운영 중이며 이 중 농업자원을 활용한 프로그램은 61개소에서 108건을 운영하고 있다. 그러나 이들은 서울 5개소, 부산 1개소를 제외한 대부분의 광역시에서는 운영하지 않고 있으며, 경기도에서 54건(50%)을 운영하는 등 지역적 편중 현상이 심각하다. 농촌 거주 노인은 농업이 삶이기에 치유농업에 대한 욕구는 도시 거주 노인이 더 높을 것임을 고려할 때 현재의 지역 편중 현상은 대상자의 욕구에 부응하지 못하고 있는 것으로 볼 수 있다. 다만, 도시지역 내 높은 지가 등을 고려할 때 민간에서 도시지역 내 치유농장을 운영하는 것은 불가능하다고 볼 수 있다. 따라서 공공에서 운영될 치유농장은 도시 인근 미활용 부지를 활용할 필요가 있다.

둘째, 지리적 접근성에 대한 고려가 필요하다. 치매환자 공공 치유농장은 이용자의 상당수가 치매환자임을 고려할 때 차량 진입이 가능하며, 단시간 이동으로 이용이 가능한 부지를 선택해야 할 것이다.

셋째, 치매환자의 신체적·인지적 기능상태에 대한 고려가 필요하다. 치매환자의 대부분은 노인으로 이들은 노화로 인하여 신체적·인지적 기능 상태가 노쇠한 상황이다. 따라서 치매환자의 특성을 고려하여 평지에 농장을 설립해야 할 것이다.

넷째, 시설 건축 및 설비를 위해 부지의 용도에 대한 고려가 필요하다. 방문형 치유농장의 경우 지목이 전(田)으로 되어있어야 농작물 재배 등이 가능하며, 농업을 위한 설비들을 설치할 수 있다. 또한 복합형 치유농장은 지목이 전(田)으로 되어있을 경우 농지법 제 6조¹⁹⁾와 농지법 시행령 제 44조 제3항 제3호²⁰⁾에 의해 요양시설을 설치할 수 없다. 따라서 요양시설 설립 부지의 지목과 치유농장 설립 부지의 지목에 대한 추가적 고민이 필요하다.

〈표 5-10〉 치매환자 공공 치유농장 부지 선정

고려사항	적용사항
욕구 충족	도시 인근
접근성	송영 가능 지역
치매환자의 신체적 기능 상태	평지(치매환자의 이동 고려)
시설 건축 및 설비	- (방문형) 지목이 전(田)으로 되어있는 부지 - (복합형) 요양시설과 치유농장의 지목이 별도로 되어 있는 부지

자료: 연구진 직접 작성.

다음과 같은 조건을 고려한 치매환자 공공 치유농장 부지는 국유재산 이관·대부 등을 통해 가능할 것으로 보인다. 국유재산의 경우 국유재산법에 따라 관리되지만, 일부 재산의 경우 국유재산 특례 제한법에 따라 사용료 감면 등을 받을 수 있다. 특히나 치매환자의 경우 ‘치매’와 관련된 사업을 총괄하고 있는 ‘중앙치매센터’를 ‘국립중앙의료

19) 농지법 제6조(농지 소유 제한) ① 농지는 자기의 농업경영에 이용하거나 이용할 자가 아니면 소유하지 못한다. (<https://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%86%8D%EC%A7%80%EB%B2%95> 에서 2022. 1. 10 인출)

20) 농지법 시행령 제44조(농지전용허가의 제한대상시설) 3. 「건축법 시행령」 별표 1 제3호바목, 제6호, 제11호, 제12호 및 제29호에 해당하는 시설로서 그 부지로 사용하려는 농지의 면적이 3천제곱미터를 초과하는 것 (<https://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%86%8D%EC%A7%80%EB%B2%95%EC%8B%9C%ED%96%89%EB%A0%B9> 에서 2022. 1. 10 인출)

원’에서 운영하고 있음을 고려할 때 국유재산 특례 제한법 제4조 1항의 별표 1과 국립중앙의료원법 제16조에 따라 무상으로 대부 가능하다. 또한 치매환자의 상당수가 노인임을 고려할 때 노인복지법 제54조에 따라 무상 대부가 가능할 것이다.

〈표 5-11〉 치매환자 공공 치유농장 부지 선정 관련 법

구분	특성
국유재산 특례 제한법	<ul style="list-style-type: none"> - 제1조(목적) 이 법은 국유재산 사용료 감면 등 국유재산특례와 그 제한에 관한 사항을 규정하여 국유재산의 적절한 관리를 도모함으로써 국가재정의 건전한 운영에 이바지함을 목적으로 한다. - 제4조(국유재산특례의 제한) ① 국유재산특례는 별표에 규정된 법률에 따르지 아니하고는 정할 수 없다. <개정 2014. 12. 30.> ② 이 법 별표는 이 법 외의 다른 법률로 개정할 수 없다. [별표 1] 22. 「국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」 제16조에 따른 사용료 등의 감면
국립중앙 의료원법	<ul style="list-style-type: none"> - 제16조(국유재산의 무상 대부) ① 국가는 국립중앙의료원의 설립·운영에 필요하면 「국유재산법」에도 불구하고 국유재산을 국립중앙의료원에 무상으로 대부할 수 있다. ② 제1항에 따른 국유재산의 무상 대부에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.
노인복지법	<ul style="list-style-type: none"> - 제54조(국·공유재산의 대부 등) 국가 또는 지방자치단체는 노인보전복지관련 연구시설이나 사업의 육성을 위하여 필요하다고 인정하는 경우에는 국유재산법 또는 지방재정법의 규정에도 불구하고 국·공유재산을 무상으로 대부하거나 사용·수익하게 할 수 있다.

자료: 국유재산특례제한법 [시행 2020. 10. 1.] [법률 제17153호, 2020. 3. 31., 타법개정]
 국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 (약칭: 중앙의료원법) [시행 2018. 9. 14.] [법률 제15441호, 2018. 3. 13., 일부개정]
 노인복지법 [시행 2021. 6. 30.] [법률 제17776호, 2020. 12. 29., 일부개정]

나. 운영 주체

전주시에서 운영 중인 발달장애인 공공 치유농장은 한국자산관리공사와 전주시 그리고 ‘한국 장애인 부모회’의 협업을 통해 국유지를 활용하여 운영되고 있다. 즉, 전주시는 운영체계를 구성하고, 한국자산관리공사는 토지를 제공하며, 한국 장애인 부모회는 사업수행기관으로서의 역할을 수행하고 있다. 치매환자 공공 치유농장 역시 국유지를 활용하여 운영할 경우 한국자산관리공사와 보건복지부, 그리고 현재 중앙치매센터 위탁 운영체인 국립중앙의료원의 협업체계를 통해 치유농장을 운영할 수 있을 것으로 보인다. 특히나 앞서 논의한 바와 같이 ‘국립중앙의료원법’과 ‘국유재산 특례 제한법’에 따르면 국립중앙의료원은 무상으로 국유지를 대부받을 수 있으므로 사업 수행에 용이할 것으로 보인다. 또한 중앙치매센터는 국가 치매정책의 컨트롤타워로서, 사업을 수행하기에 적절할 것으로 보인다.

다. 시설

치매환자 공공 치유농장은 일반적인 치유농장으로서 갖추어야 할 조건들과 함께 치매환자의 특성을 고려한 공간구성이 이루어져야 할 것이다.

먼저 치유농장 운영을 위해서는 기본적으로 농지와 농자재 등을 관리할 공간이 필요하며, 농업에 위해 필요한 관수시설이 마련되어야 할 것이다. 또한 우천 시 또는 동계 기간 동안 실내활동으로 활용 가능한 공간이 마련될 필요가 있다. 그 외에도 이용자들의 편의를 위한 화장실이 필요하며, 치매환자의 특성을 반영한 휴식공간 및 산책로도 마련되어야 할 것이다. 다만, 이러한 시설들은 농지법에 따른 규정이 있어 이를 준수하여 설치해야 한다. 농지법 시행규칙 제3조의 2(농막 등의 범위)에 따르면 “농막은 농작업에 직접 필요한 농자재 및 농기계 보관, 수확 농산물 간이 처리 또는 농작업 중 일시 휴식을 위하여 설치하는 시설(연면적 20제곱미터 이하이고, 주거 목적이 아닌 경우로 한정한다)”을 말한다. 농막의 설치는 대부분 신고제이지만 주거 목적이 아니기 때문에 영구적 건축물의 설치 불법이다. 이에 현재 치유농장 내에서는 주로 가건물로 편의시설을 설치하고 있다. 2012년 농지업무편람상의 지침이 일부 변경되어 농막 규제 완화가 이루어지면서 전기, 수도, 가스시설 등은 신고 및 신청을 통해 농막 내에 설치할 수 있도록 개선되었으나, 여전히 지자체마다 조례나 지침이 달라 혼란이 있는 상황이다. 또한 농막 내 정화조 설치에 대해서도 지자체마다 지침이 상이해 화장실의 설치가 어려운 상황이며, 대부분의 농장에서는 간이화장실을 사용 중이다.

〈표 5-12〉 치매환자 공공 치유농장 시설 설비

구분	농지	관수시설	거주공간	식당	작업실	휴식공간	화장실	산책로	농자재 관리공간
방문형	○	○		○	○	○	○	○	○
복합형	○	○	○	○	○	○	○	○	○
복합형의 경우 방문자들은 시설 내 공간들을 이용할 수 있도록 구성 가능									

자료: 연구진 직접 작성

치매환자는 대부분이 노인으로 노인(신체적 취약 상태)이라는 특성과 치매(정신적 취약 상태)라는 질환의 복합적 문제를 고려한 시설설비 마련이 필요하다. 이에 충청북도에 서 진행 중인 치매전문 치유농장 인증을 위한 현장 실사 점검표를 참고하여 치유농장 내

에서 치매환자의 특성을 반영한 치유농장 시설 설비 고려사항을 다음과 같이 제시하였다. 먼저 안전성 측면에서는 조명, 문턱 단차, 계단 내 핸드레일 설치, 문고리, 전기 콘센트의 위치, 화장실 안전성, 위험한 도구의 관리, 소음, 주차장 및 승하차 공간 안전성, 응급처치 관련 시설 등의 조건들을 고려해야 할 필요가 있다. 또한 이용의 편의성 측면에서는 복도 및 활용 공간의 적절성, 화장실 수도 등의 적절성, 냉난방 상태, 이동 동선 표시 등의 조건들을 고려해야 할 필요가 있다. 마지막으로 치매환자라는 대상자의 특성을 고려할 때 인지 자극을 위한 색감, 기억 기능 자극을 위한 표지판 및 이름표 설치, 시간인지를 위한 시계, 시각 자극을 위한 공간구성 등을 고려할 필요가 있을 것이다.

〈표 5-13〉 치매환자 공공 치유농장 시설 설비 시 고려사항

구분	연번	항목
안전성	1	조명의 밝기는 적합한가?(ex. 밝은 환경)
	2	문턱의 위험성은 없는가?(ex. 문턱 없애기)
	3	계단은 안전성이 확보되어 있는가?(ex. 핸드레일)
	4	문과 문고리는 어르신이 사용하기에 적합한가?(ex. 바형 손잡이)
	5	스위치와 전기콘센트의 위치는 적합한가?(ex. 눈에 잘 띄는 곳)
	6	화장실은 안전성이 확보되어 있는가?(ex. 논슬립 매트, 핸드레일)
	7	날카롭고 위험한 도구는 없는가?
	8	소음은 없는가?
	9	주차장은 마련되어 있는가?
	10	승하차 공간은 안전한가?
	11	구급약품, 소화기 등 응급처치 관련 시설물이 설비되어 있는가?
이용 편의성	1	복도 및 활용공간이 적합한가?(ex. 끝마감, 바닥 청결도)
	2	화장실 수도꼭지 등은 어르신이 사용하기에 적합한가?
	3	냉·난방 상태는 적절한가?
	4	이동 동선을 바닥에 표시해두었는가?
대상자 특화	1	도배는 적합한 색상으로 되어 있는가?(ex. 복잡한 도배)
	2	가구와 벽/바닥의 색이 명확히 구분되어 있는가?
	3	표지판 및 이름표가 잘 부착되어 있는가?
	4	큼지막한 숫자로 작성된 달력, 시계를 비치해두었는가?
	5	활동영역이 활동진행자의 시야 이내로 제한되는가?

자료: 충청북도 광역치매센터(2020). 산림·농림 치유 프로그램 플랫폼 구축을 통한 치매전문치유농장 서비스 활용 계획. 충청북도광역치매센터, 충청북도 농업기술원의 내용을 필자가 일부 수정·보완함.

라. 인력

치유농장 운영을 위해서는 다양한 역할의 인력이 필요하다. 치유농장 운영을 위한 인력은 관리직과 프로그램 운영직으로 구분할 수 있다.

먼저 관리직은 치유농장을 관리·운영하는 직군으로 농작물 관리인, 시설물 관리인, 일반행정가, 응급처치사 등이 있다. 농작물 관리인은 치유농장 운영 중 가장 우선적 업무인 농작물 관리 업무를 수행하는 인력이다. 농작물은 상시적 관리가 필요하며, 농작물을 심고 수확하는 시기가 정해져 있기에 농업에 대한 전문적 지식이 있는 관리자가 필요하다. 이들은 치유농장 내에 상주하면서 상시적으로 농작물을 관리하도록 해야 한다. 다음으로 치유농장은 다양한 시설물들이 설치되며, 이에 대한 계속적 관리가 필요하기에 농장 운영을 위한 시설물을 관리할 수 있는 시설물 관리 인력이 필요하다. 그 외에도 농장 운영에 필요한 제반 행정 업무를 수행하는 일반행정직과 치매환자들이 농장 이용이 발생할 수 있는 응급상황에 대비한 응급처치사가 배치되어야 한다.

다음으로 프로그램 운영직은 치유농장 프로그램을 운영하는 직군이다. 치매환자 공공 치유농장의 목적은 치매환자를 위한 치유농장 프로그램 개발 및 보급으로 치매환자를 대상으로 한 치유농업 프로그램을 개발할 수 있는 전문가가 필요하다. 또한 개발된 프로그램을 치매환자들에게 직접 적용할 수 있는 강사가 필요하다. 치유농업에 대한 전문적 프로그램을 운영할 수 있는 자격은 ‘치유농업사’이다. 그러나 치유농업사는 2021년 11월에 2급 자격증이 처음으로 발급되었으며, 아직 인력의 보급이 부족한 상황이다. 이에 치유농업사 외에도 원예치료사, 작업치료사, 임상심리사, 사회복지사, 직업재활사 등과 같은 인력들도 한시적으로 채용 가능할 것으로 보인다. 또한 현재의 치유농업사 자격과정에서 치매환자의 특성에 대한 교육 내용이 부재하며, 치유농업 프로그램들 또한 치매환자의 특성을 반영하지 못하여 전문적으로 운영되고 있지 않은 상황이다. 이에 치유농업사 자격과정에 치매환자의 특성 및 돌봄 방법 등에 대한 교육과정으로 치매전문 치유농업사 자격과정의 신설이 필요할 것이다. 마지막으로 프로그램 진행 보조자가 필요하다. 프로그램 보조자는 치매환자의 치유농장 이용부터 프로그램 진행 보조까지 다양한 업무를 수행해야 하므로, 치매환자에 대한 이해가 높아야 한다. 따라서 치매환자에게 돌봄서비스를 제공한 경험이 있는 요양보호사가 프로그램을 보조할 수 있도록 할 필요가 있다.

〈표 5-14〉 치매환자 공공 치유농장 인력 구성(안)

	구분	근무형태	관련 자격	역할
관리직	농작물 관리인	상시	농업경력인(농작물 및 원예 등)	- 농작물 관리, 원예 등
	시설물 관리인	상시	시설물 관련 자격증	- 시설물 관리
	일반행정	상시	없음	- 시설 운영
	응급처치사	프로그램 진행 시	간호(조무)사	- 응급상황 관리, 의약품 제공
프로그램 운영직	프로그램 개발자	상시	치유농업사, 원예치료사, 작업치료사, 임상심리사, 사회복지사, 직업재활사,	- 치유농장 프로그램 개발, 치유농업 프로그램 효과 평가 등
	프로그램 강사	상시		- 개발된 치유농업 프로그램 진행
	프로그램 보조	프로그램 진행 시	요양보호사	- 프로그램 보조, 참여자 돌봄

자료: 연구진 직접 작성

마. 프로그램

치매환자 공공 치유농장의 프로그램은 치매환자의 특성과 치매환자의 대다수인 노인이라는 인구집단의 특성 모두를 반영하여 구성될 필요가 있다.

현재의 치유농장들은 농작물 재배뿐만 아니라 꽃꽂이, 아로마오일 만들기, 동물교감, 요리, 산책, 치유농장 활동 결과물의 판매 등을 통한 경제활동 인지 프로그램 등 다양한 프로그램들을 운영하고 있다. 그러나 치매환자를 대상으로 한 별도의 프로그램은 개발되지 않은 상황이다. 이에 치매환자 공공 치유농장 프로그램 구성 시 치매환자 대상 치유농장 운영을 위한 프로그램을 개발할 필요가 있다.

또한 농업이 삶의 중심이었던 현재의 노인들에게 ‘치유농업’의 의미는 ‘치유’의 의미보다는 ‘생계’의 의미로 받아들여질 수 있으며, 치유농장 프로그램을 ‘노동’으로 받아들일 우려도 있다. 따라서 치매환자의 대부분이 노인이며, 상당수가 농촌에 거주하고, 농업에 종사하고 있음을 고려할 때 치유농장 프로그램 구성 시 현재 노인들의 삶에서 ‘농업’에 대한 의미를 생각해 볼 필요가 있다. 이러한 특성을 고려할 때, 참여자의 거주 지역(도시형/농촌형)에 따른 별도 프로그램 운영(프로그램(안) 제공 필요)이 필요할 것이며, 농작물 재배와 같이 참여자의 선호가 있는 프로그램들은 참여자의 선택권을 존중하여 프로그램을 이용할 수 있도록 할 필요가 있다.

마지막으로 치매안심센터 내에서 운영하고 있는 주말농장, 원예치료와의 차별성을 갖춘 프로그램 개발이 필요하다. 일부 치매안심센터에서는 이들과 치유농장을 혼동하여 프로그램을 운영하기도 하므로 이에 대한 명확한 정의가 필요할 것이다.

〈표 5-15〉 치매환자 공공 치유농장 프로그램 구성 시 고려사항

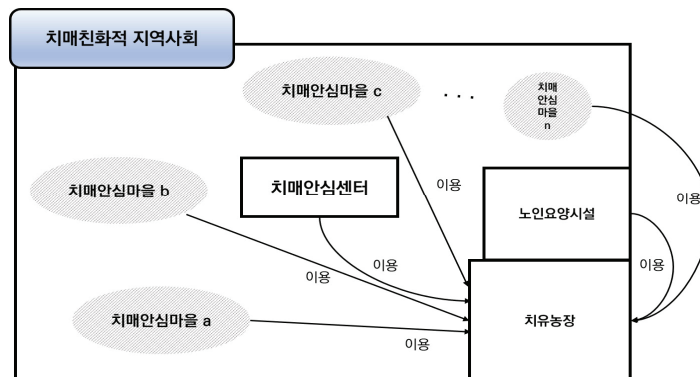
구분	내용	고려사항
프로그램	<ul style="list-style-type: none"> - 농작물 재배 - 원예치료(아로마오일 만들기, 꽃꽂이 등) - 동물매개 치료 - 요리, 산책 등 - 활동 결과물 판매 	<ul style="list-style-type: none"> - 치매인지능력 관련 프로그램 반드시 포함: 치매환자 대상 치유농장 운영을 위한 프로그램(안) 개발 - 농촌형과 도시형 구분 필요 - 다양한 프로그램 중 대상자의 선호에 따라 선택할 수 있도록 제시 - 치매안심센터 내 일반 야외활동 프로그램과의 차별성

자료: 연구진 직접 작성

제3절 치매친화적 지역사회 구축 방안

본 연구에서 정의하는 치매친화적 지역사회는 ‘치매에 대한 이해와 인식을 바탕으로 치매환자와 가족이 안전하고 자유롭게 지역사회 내에서 살아갈 수 있으며, 일반 국민들도 치매에 대한 두려움 없이 살아갈 수 있는 지역사회’이다. 이를 위한 방법으로 본 연구에서는 치매환자가 안심하고 살아갈 수 있는 치매안심마을의 확대와 치매환자가 지역 내 다양한 프로그램들에 참여하면서 지역사회 내에서 주도적으로 살아갈 수 있는 프로그램 중 치유농장 프로그램을 제시하였다. 즉, 치매안심마을의 계속적 확대와 지역 내 치매환자가 이용할 수 있는 다양한 프로그램(대표적으로 케어팜)의 개발 등을 통해 치매 노인이 지역사회 내에서 안전하고 편하게 거주하면서, 지역주민과 상호 협력할 수 있도록 지역사회 전반이 치매친화적 지역사회가 될 수 있는 체계의 마련이 필요할 것이다.

〔그림 5-5〕 치매친화적 지역사회



자료: 연구진 직접 작성



- 경기도. (2019). **치매 안심공동체 조성을 위한 「치매안심마을」 운영 지침**.
- 경상북도. (2020). **2020 다함께 만드는 「치매보듬마을」 운영 안내**.
- 경상북도. (2021). **2022년 치유농장 육성지원 사업신청 안내**. https://www.gb.go.kr/Main/page.do?mnu_uid=6786&BD_CODE=bbs_gongji&cmd=2&B_NUM=115497601&B_STEP=115497600에서 2022. 1. 4. 인출.
- 경상북도·경상북도 광역치매센터. (2021). **2021년 치매보듬마을 운영 안내**.
- 국립중앙의료원의 설립 및 운영에 관한 법률 제16조. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20180914&lsiSeq=202640#J16:0> 에서 2022. 1. 10. 인출.
- 국유재산특례제한법 제1조, 제4조. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?lsiSeq=200209#0000> 에서 2022. 1. 10. 인출.
- 김경미, 문지혜, 정순진, 이상미. (2013). 한국 치유농업의 현황 및 특성 분석. **농촌지도와 개발**, 20(4), 909-936.
- 김민규, 장예빛, 손정훈. (2018). 치매친화적 환경으로서 '치매안심마을'에 대한 정책적 고찰. **노인복지연구**, 73(1), 315-342.
- 김성학, 장주연. (2017). **네덜란드 그린케어 및 케어팜 정책사례와 시사점**, 국립산림과학원.
- 노인복지법 제54조. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20210630&lsiSeq=224919#J54:0> 에서 2022. 1. 10. 인출.
- 농림축산식품부 홈페이지 '사회적 농업 활성화 지원'. (2021). <https://www.mafra.go.kr/mafra/1358/subview.do>에서 2021.12.15. 인출.
- 농림축산식품부. (2021). **2022년도 사회적 농업 활성화 지원 사업 시행지침**.
- 농사로. (2022). <https://nongsaro.go.kr/portal/ps/psz/psza/contentMain.ps?menuId=PS65417>에서 2022.1.4. 인출.
- 농지법시행령 제44조. <https://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%86%8D%EC%A7%80%EB%B2%95%EC%8B%9C%ED%96%89%EB%A0%B9> 에서 2022. 1. 10. 인출.
- 농지법시행령 제6조. <https://www.law.go.kr/%EB%B2%95%EB%A0%B9/%EB%86%8D%EC%A7%80%EB%B2%95> 에서 2022. 1. 10. 인출.
- 농촌진흥청 국립원예특작과학원. (2016). **한국 네덜란드 치유농업 총서**. 서울: 진한엠앤비

- 농촌진흥청. (2014). **농촌교육농장 활성화 방안연구**.
- 농촌진흥청. (2021). **2021 농촌교육농장 품질인증 가이드북**.
- 대전광역시 치매안심센터(2021). **대전광역시 치매안심센터 내부자료**.
- 대전광역시·대전광역시 광역치매센터. (2019). **대전광역시 치매안심센터 종사자를 위한 치매 안심마을 운영 가이드북**.
- 박화춘, 강대구. (2017). 지역공동체활성화에 기여한 미국의 치유농업과 우리의 적용방안. **농촌사회**, 27(2), 215-269.
- 보건복지부. (2019). **치매안심마을 운영매뉴얼**.
- 보건복지부. (2021). **보건복지부 내부자료**.
- 보건복지부. (2021). **치매정책사업안내**.
- 보건복지부·경상남도·경상남도 광역치매센터. (2019). **기억채움[치매안심]마을 사업보고서**.
- 서울특별시 치매안심센터(2021). **서울특별시 치매안심센터 내부자료**.
- 서울특별시·서울특별시 광역치매센터. (2019). **서울특별시 치매안심마을 운영매뉴얼**.
- 이윤정. (2016). 네덜란드의 사회적 농업: 치유농업 (Care Farming) 을 중심으로. **한국농촌경제연구원: 세계농업**, (195), 31-47.
- 전라남도·전라남도 광역치매센터. (2021). **전라남도 치매안심마을 세부추진계획**.
- 전라북도. (2020). **전라북도 광역치매센터 2020 연차보고서(치매안심마을)**.
- 전호성, 김정근, 이병열, 임영언, 황혜경, 이지연, 서지연. (2021). **경증치매노인 대상 농림자원 활용방안 연구**. 원주: 국민건강보험공단
- 주벨기에 유럽연합 대한민국 대사관. (2017). https://overseas.mofa.go.kr/be-ko/brd/m_13060/view.do?seq=1284237에서 2021.1.6. 인출.
- 중앙치매센터. (2019). **국제치매정책동향**.
- 충청북도 광역치매센터. (2020). **산림·농림 치유 프로그램 플랫폼 구축을 통한 치매전문치유농장 서비스 활용 계획**. 충청북도광역치매센터, 충청북도 농업기술원.
- 충청북도. (2019). **2019년 충청북도 치매안심마을 사업안내**.
- 치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률 시행규칙[별표1]. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20210325&lsiSeq=230509#J12634857> 에서 2022. 1. 10. 인출.
- 치유농업 연구개발 및 육성에 관한 법률 제1장제2조. <https://www.law.go.kr/LSW/lsInfoP.do?efYd=20210325&lsiSeq=215905#J2:0>에서 2022. 1.10 인출.
- 황정섭, 황윤민. (2020). 케어팜 거버넌스에 대한 탐색적 연구: 네덜란드와 벨기에 사례를 중심으로. **한국콘텐츠학회논문지**, 20(4), 358-372.
- AARP. (2018.06). AARP Livability Index. <https://livabilityindex.aarp.org/>

- AARP. (2021.02). AARP Network of Age-friendly States and Communities. <https://www.aarp.org/livable-communities/network-age-friendly-communities/>에서 2021. 12.27. 인출.
- Alzheimer's Disease International. (2015). Dementia Friendly Communities Key principles.
- Alzheimer's Disease International. (2021). <https://www.alzint.org/what-we-do/policy/dementia-friendly-communities/>에서 2021.12.20 인출.
- Alzheimer's Society. (2013). Building dementia-friendly communities: A priority for everyone. http://www.actonalz.org/sites/default/files/documents/Dementia_friendly_communities_full_report.pdf
- Alzheimer's Society. (2021). Dementia Friendly Community. <https://www.alzheimer.s.org.uk/get-involved/dementia-friendly-communities>
- American Horticultural Therapy Association(AHTA). (2021). <https://www.ahta.org/about-therapeutic-gardens>에서 2021.1.6. 인출.
- de Krom, M. P., & Dessein, J. (2013). Multifunctionality and care farming: Contested discourses and practices in Flanders. *NJAS-Wageningen Journal of Life Sciences*, 64, 17-24.
- Dementia Friendly America(DFA). (2021). <https://www.dfamerica.org/>
- Dessein, J., Bock, B. B., & De Krom, M. P. (2013). Investigating the limits of multifunctional agriculture as the dominant frame for Green Care in agriculture in Flanders and the Netherlands. *Journal of rural studies*, 32, 50-59.
- Elings, M., & Hassink, J. (2006). Farming for health in the Netherlands. In *Farming for Health* (pp. 163-179). Springer, Dordrecht.
- Eriksen, S., Pedersen, I., Taranrød, L. B., Ellingsen-Dalskau, L. H., Garshol, B. F., Ibsen, T. L., ... & Patil, G. G. (2019). Farm-based day care services—a prospective study protocol on health benefits for people with dementia and next of kin. *Journal of multidisciplinary healthcare*, 12, 643.
- Federatie Landbouw en Zorg. (2021). <https://zorgboeren.nl>에서 2021.1.6. 인출.
- Garcia-Llorente, M., Rubio-Olivar, R., & Gutierrez-Briceno, I. (2018). Farming for life quality and sustainability: A literature review of green care research trends in Europe. *International journal of environmental research and public health*, 15(6), 1282.

- Hassink, J. (2003). Combining agricultural production and care for persons with disabilities: a new role of agriculture and farm animals. In *Farming and rural systems research and extension. Local identities and globalisation, Fifth IFSA European Symposium, Florence, Italy, 8-11 April 2002* (pp. 332-341).
- Hassink, J., & Van Dijk, M. (2006). Farming for health across Europe: Comparison between countries, and recommendations for a research and policy agenda. In *Farming for health* (pp. 345-357). Springer, Dordrecht.
- Hassink, J., Hulsink, W., & Grin, J. (2012). Care Farms in the Netherlands: An Underexplored Example of Multifunctional Agriculture—Toward an Empirically Grounded, Organization-Theory-Based Typology. *Rural Sociology*, 77(4), 569-600.
- Hassink, J., Veen, E. J., Pijpker, R., De Bruin, S. R., van der Meulen, H. A., & Plug, L. B. (2020). The Care Farming Sector in The Netherlands: A Reflection on Its Developments and Promising Innovations. *Sustainability*, 12(9), 3811.
- Hassink, J., Zwartbol, C., Agricola, H. J., Elings, M., & Thissen, J. T. (2007). Current status and potential of care farms in the Netherlands. *NJAS-Wageningen Journal of Life Sciences*, 55(1), 21-36.
- Hine, R., Peacock, J., & Pretty, J. (2008). Care farming in the UK: contexts, benefits and links with therapeutic communities. *Therapeutic communities*, 29(3), 245-260.
- Ibsen, T. L., Kirkevold, Ø., Patil, G. G., & Eriksen, S. (2020). People with dementia attending farm-based day care in Norway—Individual and farm characteristics associated with participants' quality of life. *Health & Social Care in the Community*, 28(3), 1038-1048.
- Kwaliteit Laat Je Zien. (2021). <https://www.kljz.nl/>에서 2021.1.6. 인출.
- Mass.gov. (2019). <https://www.mass.gov/handbook/massachusetts-age-and-dementia-friendly-integration-toolkit>.
- Parsons, S., Wilcox, D., & Hine, R. (2010, 6). What care farming is. In *9th European IFSA Symposium*, 7 July 2010.
- Sempik, J., & Aldridge, J. O. (2006). Care farms and care gardens: horticulture as therapy in the UK. In *Farming for health* (pp. 147-161). Springer, Dordrecht.

- Sempik, J., Hine, R., & Wilcox, D. (Eds.). (2010). *Green care: a conceptual framework: a report of the working group on health benefits of green care*. Loughborough University.
- Therapeutic Landscapes Network. (2021). <https://healinglandscapes.org/gardens-overview/gardens-in-healthcare-and-related-facilities/>에서 2021.1.6. 인출.
- Turner, N., & Morken, L. (2016). Better together: A comparative analysis of age-friendly and dementia friendly communities. *AARP International Affairs*.
- Verenigde Zorgboeren. (2007). Handboek Landbouw & Zorg.
- WHO (2021). Age-friendly World: Busan. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/busan/>에서 2021. 12. 27. 인출.
- WHO. (2007). Global Age-friendly Cities: A Guide. https://www.who.int/ageing/publications/Global_age_friendly_cities_Guide_English.pdf
- WHO. (2015). Measuring the age-friendliness of cities. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/203830/9789241509695_eng.pdf
- WHO. (2017). Global Action Plan on the Public Health Response to Dementia.
- WHO. (2018). The Global Network for Age-friendly Cities and Communities: Looking back over the last decade, looking forward to the next. <https://www.who.int/ageing/gnafcc-report-2018.pdf>.
- WHO. (2021). WHO Global Network for Age-friendly Cities and Communities. <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/network/>에서 2021. 12. 27. 인출.