

치매 노인 주거 지원 정책의 현황과 과제

The Current Status and Challenges of Housing
Support Policy for the Elderly with Dementia

주보혜 | 한국보건사회연구원 부연구위원

이 글은 치매 노인을 위한 주거 지원 정책의 현황을 파악하고, 이들에게 적합한 주거 환경 조성을 위한 과제를 제시하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 우선 치매 노인의 주거 현황을 파악하고, 치매관리종합계획과 노인 관련 기본계획의 치매 노인 관련 주거 지원 내용을 정리했다. 이어 인간-환경 적합성 이론을 로턴의 모델을 통해 조명함으로써 환경 조정 능력이 낮은 치매 노인을 위한 개입 원리를 검토했다. 다음으로는 치매 노인에게 적합한 주거 환경 조성 방안을 재가 환경과 시설 환경으로 나누어 제시했다. 재가 환경에서는 치매 노인의 인지적·신체적 능력 저하에 따른 기능성·편의성을 보조하는 개입이, 시설 환경에서는 치매 노인에게 필요한 기능적 요건을 갖추되 최대한 가정적인 환경을 구축하는 것이 중요한 것으로 나타났다. 이 논의를 바탕으로 마지막으로 치매 노인 주거 지원 정책의 과제를 제시했다.

1. 들어가며

후기 고령인구의 증가로 대표되는 초고령사회의 이행이 가속화되면서 대표적인 노인성 질환인 치매유병인구가 급격하게 증가했다. 이에 따라 치매 환자를 돌보는 일을 더 이상 개인 또는 가족에게만 맡길 수 없다는 공감대가 형성되었

고, 사회적 책임성이 강조되는 배경에서 정부는 2017년 ‘치매국가책임제’를 발표했다. 최근 국내외적으로 치매 환자에 대한 사회적 지원이 확대되는 가운데 파악할 수 있는 중요한 방향 전환은, 기존에는 질병의 치료와 관리에 주된 정책적 관심이 있었다면, 이제는 치매 환자들이 질병에도 불구하고 존엄하고 가치 있는 삶을 영위할 수

있도록 지원하는 데 정책적 역량이 집중된다는 점이다. 치매 노인의 삶의 질에 대한 관심은 자연스럽게 이들의 주거 환경에 대한 관심으로 이어진다. 기존 연구에서는 주관적인 주거 욕구와 객관적인 주거 조건의 조화가 높은 주거 만족도로 이어지고, 이것이 곧 높은 수준의 삶의 질로 귀결됨이 밝혀진 바 있다(Oswald, 2002). 물론 주거 환경 자체가 퇴행성 질환인 치매의 증상을 치료하거나 양질의 돌봄을 대체할 수는 없지만, 환경 조정 능력이 저하된 치매 환자가 받는 부정적인 스트레스를 줄이고 긍정적인 자극을 증가시키는 데 기여할 수 있으며, 돌봄제공자의 부담을 완화하거나 돌봄 효과를 향상시킬 수도 있다. 이런 배경에서 건축학, 노년학 등에서 오랫동안 주목받아 온 ‘고령 친화적(age-friendly) 주거 환경’ 개념에 더해 치매 노인의 고유한 유병적 특성에 적합한 조건을 ‘치매 친화적(dementia-friendly) 주거 환경’으로 개념화하기도 했다.

이 글에서는 국내 치매 노인의 거주 형태와 주거 지원 정책 현황을 살펴보고, 주거 환경 관련 이론을 검토하고자 한다. 이를 바탕으로 치매 노인에게 적합한 환경 요소를 제시함으로써 치매 친화적 주거 환경 조성에 기여하는 방안을 모색한다.

2. 치매 노인의 주거 현황과 정부 정책

가. 치매 노인 주거 현황

치매 노인은 증상이 진행되면서 상시 보호의

필요성이 커지고, 퇴행성 질환의 특성상 장기적인 돌봄이 요구되므로 재가 환경에서 돌보기 어렵다는 사회적 인식이 있다. 그동안 실종, 낙상 등 치매 환자를 가정에서 보호함으로써 생길 수 있는 위험이나 가족의 부담과 갈등이 언론 보도를 통해 알려지기도 했다. 그러나 국내외 연구에서는 치매 환자가 주로 거주하는 공간이 자택인 것으로 일관되게 나타난다. 네덜란드, 미국, 이탈리아, 일본 등에서 진행된 연구에 따르면, 초기-중기 치매 환자의 대부분은 재가 환경에 거주하고 있다(van Hoof, Kort, van Waarde, & Blom, 2010). 한국 또한 2016년 기준으로 전체 치매 노인 중 요양시설에 거주하거나 요양병원에 장기 입원(222일 이상) 중인 노인 비율이 33.2%이므로, 치매 노인의 일반적인 거주 장소는 자택인 것으로 확인된다(한은정 외, 2018; 이윤경 외, 2018에서 재인용). 이처럼 일반적인 인식에 비해 치매 환자의 자택 거주 비율이 높은 편이지만, 치매 진단이 시설 입소 가능성을 높이는 중요한 요소라는 사실은 변함이 없다. 실제로 장기요양시설이나 요양병원에 장기 입원 중인 노인 중 치매 진단을 받은 환자는 2015년 기준 48.5%로, 절반에 가까운 입소자가 치매 증상이 있는 것으로 나타난다(한은정 외, 2018; 이윤경 외, 2018에서 재인용). 체코, 영국, 핀란드, 프랑스 등 유럽 국가의 연구에서도 전체 요양시설 거주자의 70% 정도가 치매 또는 인지장애 증상을 보이는 것으로 보고되었다(OECD, 2018).

노인장기요양보험 서비스 급여 이용 현황 또

표 1. 2017년 치매 환자 노인장기요양보험 급여 종류별 현황

(단위: 명)

	재가요양 이용자	시설요양 이용자	소계	65세 이상 추정 치매 환자 수
전체	136,177	113,853	250,030	705,473
서울	20,538	14,843	35,381	116,132
부산	8,321	3,601	11,922	47,953
대구	6,032	5,045	11,077	31,228
인천	6,235	7,449	13,684	32,183
광주	4,274	2,184	6,458	16,760
대전	3,797	2,938	6,735	16,939
울산	2,039	1,332	3,371	9,645
세종	512	437	949	2,704
경기	26,235	28,000	54,235	138,434
강원	4,935	5,596	10,531	29,090
충북	4,787	5,534	10,321	26,388
충남	8,221	6,229	14,450	39,986
전북	8,665	5,200	13,865	37,921
전남	9,519	6,987	16,506	45,169
경북	10,618	8,883	19,501	54,458
경남	9,801	7,087	16,888	50,814
제주	1,648	2,508	4,156	9,669

자료: 남효정, 황성희, 김유정, 김기웅. (2018). 대한민국 치매현황 2018. pp. 413-420, 428-434. <표 60>, <표 62>를 재구성하여 작성함.

한 치매 노인의 거주 형태를 파악할 수 있는 중요한 자료이다. 2017년을 기준으로 노인장기요양보험 서비스를 이용하는 전체 치매 환자는 약 25만 명으로, 전체 치매 추정 환자의 35.4%에 해당한다. 장기요양급여를 수급하는 치매 환자 중 약 13만 6000명이 재가급여, 약 11만 4000명이 시설급여를 받고 있으며, 인지활동형 방문요양 이용자 수는 7258명이다(남효정, 황성희, 김유정, 김기웅, 2018).

<표 1>에서는 치매 환자가 수급하는 급여 종류의 지역 차이를 확인할 수 있다. 부산, 광주에서는 재가 이용자가 시설 이용자에 비해 두 배 이

상 많았다. 인천을 제외한 모든 특별시와 광역시에서 재가 이용자가 시설 이용자보다 더 많은 경향도 확인된다. 반면 인천, 경기, 강원, 제주 지역에서는 재가요양 이용자보다 시설요양 이용자 비율이 더 높게 나타나는 등 지역 차이를 보였다.

나. 국내 치매 노인 주거 지원 정책

가정 또는 시설에서 치매 노인에게 적절한 보호를 제공하기 위한 정책은 ‘치매관리종합계획’, ‘장기요양기본계획’, ‘지역사회통합돌봄계획’에서 근거를 찾을 수 있다. 현재 치매 관련 정책 추

표 2. 치매 노인 주거 지원 추진 계획

구분	내용
제3차 치매관리종합계획 (2016~2020)	• 치매 노인 낙상 방지 및 주거 환경 지킴 개발 • 요양시설·주야간보호센터 내 치매 유닛 설치·개발
제2차 장기요양기본계획 (2018~2022)	• 치매전담형 기관 확대: 치매전담기관 기준 완화 • 주거 환경 개선: 문턱 제거, 출입구 확장, 경사로 설치 등 개보수 비용 지원 방안 마련
지역사회통합돌봄계획(2018)	• 독립생활 및 낙상 예방을 위한 주택 개조(집수리) 실시 • 스마트홈 환경 구축: 사물인터넷, 인공지능 등의 기술을 활용하여 노인의 독립적 생활 지원
치매국가책임제(2017)	• 치매전담 장기요양 입소 시설 확충 • 치매 가족 지원 • 치매안심마을 조성

자료: 1) 보건복지부. (2015). 제3차 치매관리종합계획.
 2) 보건복지부. (2018a). 제2차 장기요양기본계획.
 3) 보건복지부. (2018b). 지역사회 통합돌봄 기본계획.
 4) 보건복지부. (2017. 9. 15.). <치매 국가책임제 추진계획> 발표. 보도자료.

진의 근간이 되고 있는 제3차 치매관리종합계획은 지역사회와 수요자 중심의 치매 관리와 치매 환자 가족에 대한 지원을 목표로 한다. 특히 3차 계획에서는 ‘편안하고 안전한 치매 환자 진단·치료·돌봄서비스 제공’ 추진 차원에서 ‘치매 노인 낙상 방지 및 주거 환경 지킴’을 개발하여 주거생활의 안전성과 편리성을 도모하고자 한다. 제2차 장기요양기본계획에서는 치매 노인을 가정에서 돌보는 가족의 휴식을 지원하기 위해 24시간 방문요양서비스를 제공하는 ‘치매가족휴가제’를 도입하고, 치매전담 장기요양기관 확대를 위해 치매전담기관 기준을 완화하는 방안을 마련하였다. 한편 2018년에 발표된 지역사회통합돌봄계획은

치매 노인을 주된 대상으로 하지는 않지만, 노인들의 독립적인 생활을 지원하는 내용이 포함되어 있다. 이 중 ‘독립생활 및 낙상 예방을 위한 주택 개조’와 ‘정보통신기술(ICT) 기반 서비스’는 치매 노인이 기존 주거지에 오래 머무르게 하는 데 기여할 수 있다. 2017년 6월 발표된 치매국가책임제에서도 ‘치매전담 장기요양시설 입소 시설 확충’, ‘치매 가족 지원’, ‘치매안심마을 조성’ 등이 중점 과제로 제시되었다.

위의 정책 내용 중 현재 치매 노인의 특수한 욕구를 고려하여 시행되고 있는 주거 지원 정책으로는 치매전담형 요양기관이 대표적이다.¹⁾ 정부는 2014년 시범사업을 거쳐 2016년 7월 치매

1) 국내에서는 요양시설 안에 치매전담실을 마련하는 등 치매 노인을 별도의 공간에서 보호하는 분리 모델 형태로 주거정책이 추진되고 있다. 요양시설 안에서 치매 노인을 비치매 노인과 공간적으로 분리하는 방식의 효용성에 대해서는 이견이 있지만, 현재 스웨덴, 네덜란드, 영국, 프랑스, 미국 등에서는 치매 질환 관리와 종사자의 편의성에 근거한 분리 모델이 어느 정도 보편적으로 자리 잡은 상황이다. 분리 모델에서는 특별히 치매 노인을 위해 마련된 공간·물질적, 심리·사회적 환경이 강조되면서 각종 활동과 일과도 치매 질환의 특성에 맞춰져 있고, 관련 교육을 받은 전문 인력이 배치된다(스위스 curaviva 홈페이지. <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Demenz/Wohngemeinschaften-und-Wohngruppen/PzZtC/?lang=de>).

전담형 장기요양기관을 전격 도입하였다. 치매전담형 장기요양기관이 설립된 데는 치매 노인에게 전문적이고 집중적인 돌봄을 제공하고 치매 노인의 욕구에 부합하는 시설 환경을 구축해야 한다는 요구가 높았던 배경이 있었다. 장기요양기관은 서비스 전문성 강화 차원에서 요양시설 내에 치매전담실을 설치하거나, 치매전담형 공동생활가정 또는 주야간보호를 통해 치매 노인에게 맞춤형 서비스를 제공할 수 있다. 치매전담형 기관은 일반형 기관에 비해 강화된 기준이 적용된다. 치매전담형 요양기관은 소규모 생활 단위형 공간 구성과 ‘유닛(Unit)형 구조’를 특징으로 한다. 유닛형 구조는 개인실과 공동생활 공간을 갖춤으로써 거주자의 사생활을 보장함과 동시에 사회적

관계 형성을 가능하게 한다. 자세한 치매전담형 장기요양기관의 시설 기준은 <표 3>과 같다.

장기요양시설의 경우 치매전담형 시설의 면적과 공간 구성에 대한 구속력 있는 기준이 제시되면서 주거 환경 개입을 위한 근거가 마련되었다고 볼 수 있으나, 재가 환경에 거주하는 치매 노인을 위한 주거 환경 기준은 아직 마련되지 않았다. 이와 관련하여 서울시에서는 선도적으로 2014년부터 노인의 정신적, 신체적 특성을 반영하는 디자인을 개발·적용하기 위해 인지건강 디자인 사업을 추진하고 있다. 2014년 양천구 신월동 다세대, 다가구 밀집 지역을 시작으로 2017년까지 매년 사업 지역을 1곳씩 추가해 왔다. 2016년에는 인지건강 생활 환경 가이드북을

표 3. 치매전담형 장기요양기관 시설 기준²⁾

	정원	면적	공동생활 공간
노인요양시설 내 치매전담실	(치매전담실 1실당) 16인 이하	(침실) *가형: 1인실 9.9㎡ 이상, 2인실 16.5㎡ 이상 등 *나형: 1인실 9.9㎡ 이상 치매 노인이 과거 기억을 회상하는 데 도움이 되는 개인 물품 보관용 수납공간을 충분히 확보해야 함 (시설 전체) 치매전담실을 포함하여 전체 입소 정원 1명당 23.6㎡ 이상의 공간 확보	입소자 공동 활동을 위한 거실을 갖추되, 정원 1명당 1.65㎡ 이상 공간을 확보할 것
치매전담형 노인요양공동생활가정	9인 이하	(침실) 침실 면적은 일반 기준 적용(1인당 6.6㎡ 이상) 치매 노인이 과거 기억을 회상하는 데 도움이 되는 개인 물품 보관용 수납공간을 충분히 확보해야 함 (시설 전체) 입소 정원 1명당 20.5㎡ 이상	입소자 공동 활동을 위한 거실을 갖추되, 정원 1명당 1.65㎡ 이상 공간을 확보할 것
주야간보호시설 내 치매전담실	(치매전담실 1실당) 25명 이하	주야간보호시설의 연면적은 90㎡ 이상 (이용 정원이 6명 이상인 경우 1명당 6.6㎡ 이상의 생활실 공간 추가 확보)	프로그램실을 갖춰야 함. 생활실 및 프로그램실을 제외한 기타 시설은 일반실과 공동 활용 가능

자료: 보건복지부. (2019. 4.). 치매전담형 장기요양기관. 국민건강보험, pp. 7-9.

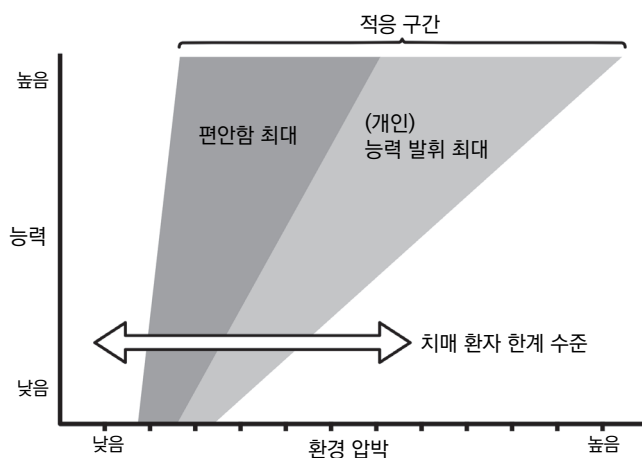
2) 치매전담형 기관은 일반 기관에 비해 강화된 시설 기준을 적용하나, 2016년 치매전담실 도입 당시 기준이 과도하게 엄격하여 시설 확대가 제한된다는 지적이 있었다. 이에 2018년 2월과 2019년 4월에 치매전담형 장기요양기관의 시설과 인력 기준을 완화하는 노인복지법 시행규칙 개정을 단행하였다. 그러나 국공립 요양시설, 노인요양공동생활가정, 주야간보호시설 신축 시에는 종전의 강화된 규정을 적용한다.

발간했고, 2017년에는 어르신 맞춤형 생활 디자인 제품을 제작했다(서울시 문화본부 디자인정책과, 2017). 2019년에는 ‘통합 인지건강 디자인 개발 추진 계획’을 통해 인지건강 디자인 신규 개발과 가이드라인 제작을 추진할 업체를 선정하였으며, 현재 노후 임대단지를 대상으로 협력사업을 추진하고 있다(조재민, 2019). 그러나 이런 노력에도 불구하고 해당 사업은 아직까지 치매 노인의 욕구에 기초한 치매 친화적 환경 구축에 대한 청사진을 제시하는 수준에는 이르지 못하였으며, 관련 연구와 실증을 위한 노력이 더 필요한 상황이다. 아래에서는 치매 노인에게 적합한 주거 환경을 논하기 위한 관련 이론을 검토하고, 이를 바탕으로 치매 노인에게 적합한 주거 환경을 재가와 시설 환경으로 구분하여 살펴보고자 한다.

3. 치매 노인과 주거 환경 관련 이론

노인에게 필요한 주거 환경 요건과 관련해서는 환경노년학, 환경심리학에서 인간·환경 적합성 이론(person-environment-fit)을 중심으로 다뤄졌다. 치매 노인의 주거 환경에 대한 욕구는 환경노년학 연구에서 중요한 이론적 틀로 활용되는 로턴(Lawton)의 환경 압박-능력 모델로 설명할 수 있다. 이 이론에서 개인의 능력과 공간적·사회적 환경 요소는 변수로 정의되고, 이는 환경 적응과 개인 생활 만족도에 중요한 영향 요인으로 작용한다. 인간과 환경은 계속 상호작용하며, 개인의 능력을 적절히 활용하고 잠재력을 발휘할 수 있는 적절한 환경 압박 수준이 있다. 환경 압박, 자극 수준과 개인의 능력 발휘가 적절히 조화를 이루는 조건에서 환경과 개인의 상호작용이

그림 1. 환경 압박-능력 모델(로턴)



자료: Lawton(1982); Marquardt, G. (2006). Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. p. 37에서 재인용.

균형을 이룬다.

[그림 1]에 따르면 인간의 행동은 개인적 능력과 환경의 영향으로 결정된다. 음영 표시 부분은 환경의 요구와 개인의 적응 능력이 균형을 이루는 상태로, 균형 구간의 좌측에서는 낮은 수준의 환경 압박으로 안정감과 편리함을 최대한으로 느낄 수 있다. 균형 구간의 우측은 환경 압박이 비교적 강한 수준으로 개인의 능력을 최대한으로 발휘하게 된다. 한편 음영 외 우측 구간은 과한 환경 압박이 가해져 능력 이상의 개인 적응 행동이 요구되고, 음영 외 좌측 구간은 지나치게 낮은 환경 압박으로 인해 개인 능력을 발휘할 여지가 없다. 이는 가족이나 사회적 지원 수준이 개인의 필요와 욕구에 미치지 못하거나, 필요 이상의 개입과 통제가 이루어지는 상황으로 이해할 수 있다. [그림 1] 화살표 부분의 치매 환자 한계 수준은 질환으로 인해 환경 적응 능력이 낮은 상태를 의미한다. 환경심리학 모델에서는, 치매 노인이 환경의 영향을 제어할 수 있는 능력이 저하된 상태이므로 환경에 더 민감하게 영향을 받고, 따라서 환경 조건의 작은 변화도 치매 노인에게는 예상보다 큰 강도의 긍정적 또는 부정적 경험으로 이어질 수 있다고 설명한다(Marquardt, 2006). 이에 따라 치매 노인의 주거생활을 지원하기 위해서는 환경의 압박과 자극을 낮추는 개입이나, 개인의 부족한 환경 적응 능력을 상쇄해 주는 방안을 고려할 수 있다. 이 이론에서 특히 중요하게 시사하는 바는, 치매 노인에게 필요 이상으로 개입해 개인과 환경의 상호작용을 저해한다면, 이

는 지원이 부족한 것만큼이나 노인의 삶의 질이나 질병 예후에 부정적이라는 점이다. 즉, 치매 노인을 안전하게 보호하기 위한 노력과 동시에 치매 노인의 잔존 능력을 최대한 발휘할 수 있는 환경을 조성하는 것이 요구된다.

4. 치매 노인에게 적합한 주거 환경 조성 방안

앞서 살펴본 바와 같이 치매 노인은 환경 적응 능력이 저하돼 자립적으로 일상생활을 영위하는데 어려움을 겪는다. 치매 노인은 공간기억과 즉각적인 공간 적응 능력 저하로 일상생활에서 자주 한계 상황에 처하게 되어 방향 제시, 보호, 자기결정권, 안전에 대한 욕구가 높다(Mylymaki-Neuhoff, 2009). 특히 ‘배회 및 이탈’, ‘위험에 대한 불인지’, ‘우울과 고립감’, ‘폭력적 행동’ 등 치매 환자에게 흔히 나타나는 특성은 자기 자신 또는 타인을 위험에 처하게 할 수 있다는 점에서 주거 환경 차원의 개입에서 중요하게 고려되어야 할 요소이다. 주택 개조, 업무 단순화, 기술적 보조 장치 활용 외에도 여러 필요 설비를 갖추거나 구조를 변경하는 것과 같이 환경 압박을 줄이거나 개인의 부족한 환경 적응 능력을 상쇄하는 다양한 방안을 고려할 수 있다.

이와 같이 치매 환자에 대한 비약물적 치료 방법으로 주목받고 있는 ‘환경 조절’ 방법은 인지 능력이 저하된 치매 환자에게 편안하고 지지적이며 구조화된 환경을 조성해 줌으로써 정서적 안정과 스트레스 완화에 기여할 수 있다고 전제하

다(우종인, 2010). 지금까지 여러 연구에서 공간 구조, 시설, 설비가 치매 노인의 편안함, 지남력(orientation), 행동, 일상생활 능력에 긍정적인 영향을 준다는 점이 밝혀진 바 있다(van Hoff et al., 2010). 또한 지난 20년간 재가, 시설, 병원 등을 치매 환자가 거주하기에 적합한 환경으로 조성하기 위한 국내외 연구가 진행되었고, 관련 가이드라인이 개발되어 왔다. 스코틀랜드 치매서비스발전센터의 ‘Dementia Design Audit Tool’(2011), ‘Improving the design of housing to assist people with dementia’(2013), 미국 알츠하이머재단의 ‘Excellence in Design’(2014), 뉴질랜드 건강부의 ‘Secure Dementia Care Home Design’(2016) 등이 대표적이다. 국내에서는 이옥진, 김유정, 변선정, 김가웅(2017)의 연구에서 치매 환자의 낙상 방지를 위한 주거 환경 가이드라인을 마련하였고, 서울시에서도 2017년 주거 환경, 실외 환경, 시설 환경으로 나눠 인지 건강 생활 환경 가이드북을 제작하여 배포하였다. 이 지침에서는 치매 노인의 고유한 욕구에 기초하여 내·외부 공간의 구조, 조명, 색채, 개인 공간 등에 대한 제안 사항을 제시하고 있다. 특히 재가 환경에 대해서는 치매 노인의 인지적·신체적 능력 저하에 따라 기능성, 편의성을 보조하는 개입이 주를 이루고, 시설 환경에서는 치매 노인이 필요로 하는 기능적 요건을 갖추되 최대한 가정적 환경을 조성할 것을 권고하고 있다. 아래에서는 치매 노인에게 적합한 재가 환경, 시설 환경 조성 방안을 차례로 살펴본다.

가. 재가 환경

치매 노인의 삶의 질과 질병 관리 차원에서는 안정감을 주는 환경에서 생활의 지속성을 확보하고 일상생활을 주도적으로 영위하도록 하는 것이 중요하다. 특히 치매 노인이 잔존 능력을 최대한으로 활용하고 기존에 구축된 사회적 네트워크를 유지하는 것이 적극적으로 권장되는데, 이를 위한 최적의 공간은 기존 거주지인 경우가 대부분이다. 실제로 한국에서도 전체 치매 노인의 절반 이상이 재가 환경에 거주하고 있지만, 재가 환경을 치매 환자에게 적합하게 조성하는 노력은 시설 환경에 비해 주목도가 높지 않았다. 물론 일반 주택은 전문적인 돌봄이나 치료 목적의 장소가 아니므로 치매 환자의 욕구에 적합하게 조성하는데 한계가 있다. 그러나 설비·물리적 개선을 통해 치매 노인의 안전과 편리성을 도모하고 가족의 신체적, 정신적 부담을 완화하는 데 기여할 수 있다.

치매 노인은 인지기능이 쇠퇴할 뿐만 아니라 운동 능력, 보행 능력이 현저히 감소하므로 자택에서 이동성을 확보하기 위한 구조적, 공간적 구성과 배치가 필요하다. 고령 친화적 환경의 핵심인 주택의 무장애(barrier-free)화는 치매 노인에게 적합한 환경을 조성하는 데도 매우 중요한 요소 중 하나이다. 4차 산업혁명의 핵심 기술인 정보통신기술(ICT) 또한 치매 노인의 인지기능 저하, 특히 부족한 위험 감지 능력을 보조하는 데 유용하게 활용된다. 다양한 ICT 시스템과 결합한 센싱 기술은 치매 노인의 인지 보조뿐만 아니

라 자택 기반 질환 관리를 가능하게 하며, 사회적 관계 유지와 일상생활 수행은 물론 여가, 취미 활동에도 유용하게 활용된다(Brankaert, 2016).

치매 노인의 주거 환경에 대한 개입은 전반적으로 노인을 위한 환경 조성 요건과 상당 부분을 공유하지만, 비치매 노인보다 유의해야 할 조건이 더 많다. 치매 노인의 인지적, 정서적 특성에 근거하여 대표적으로 스코틀랜드의 치매서비스 발전센터에서는 아래와 같은 10가지 주요 주거 환경 개선 요건을 제시했다.

1. 집 안의 전반적인 조도를 높일 것.
2. 소리에 주의를 기울이고 소음원을 제거할 것.
3. 표시는 노인의 눈높이에 맞게 배치할 것.
4. 색채 대비를 활용하여 벽면, 스크리닝보드, 바닥이 구분되도록 할 것. 바닥의 톤은 집 안과 외부공간이 일치되게 할 것.
5. 색채 대비나 톤을 활용하여 스위치나 물건이 잘 드러나 보이게 할 것.
6. 서로 다른 방과 공간을 구분할 수 있도록 색상보다는 물품이나 그림 등을 배치할 것.
7. 부엌과 화장실은 이해하기 쉬워야 함. 새로운 비품을 두는 것은 피할 것.
8. 화장실과 같은 중요한 방이 최대한 잘 보이게 하고, 가구 및 부품은 명확하게 각 방의 목적을 지시하도록 할 것. 방문에 명확한 표시를 부착할 것.
9. 오전, 오후 표시되는 발광 시계를 설치할 것.
10. 모든 문은 주택의 입구에서 잘 알아볼 수 있어야 함. 찬장 문은 유리로 하거나 개방

해 둘 것(Dementia Service Development Centre, 2013, p. 35).

위의 요소는 치매 노인의 인지 능력 저하에도 불구하고 집 안에서 최대한 기능을 발휘하며 생활할 수 있는 환경을 조성하는 데 기여할 수 있다.

이와 같이 치매 노인들이 질환에도 불구하고 최대한 익숙한 공간에서 보호받을 수 있는 가능성을 높이기 위해 재가 환경에 대한 다양한 개입이 시도될 수 있다. 그러나 치매 노인의 특성상 기능적 측면을 고려한 대단위 주택 개조나 눈에 띄는 설비는 익숙한 거주 공간을 낯설게 하여 불안함과 스트레스를 유발할 수도 있다는 점을 고려해야 한다. 특히 환경 적응 능력이 낮은 치매 환자에게 급격한 환경 변화는 능력 이상의 개인 적응 행동을 요구하게 되므로 환경의 기능적 개선과 익숙한 환경 유지 사이에서 타협과 조정이 필요하다.

나. 시설 환경

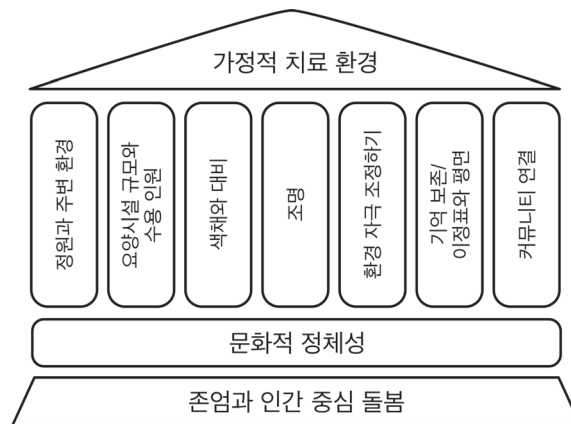
치매 노인은 일반 노인에 비해 요양시설에 입소하는 비율이 높으며, 전체 시설 및 요양병원 이용 노인의 절반 정도는 치매 증상이 있는 것으로 보고되므로, 치매 노인의 욕구를 고려한 시설 환경 조성은 매우 중요한 과제이다. 치매 환자가 거주하는 시설의 환경적 요건과 관련해서는 다양한 지침이 연구, 개발되어 왔다. 시설의 ‘소규모화’는 이 중 가장 눈에 띄는 변화로, 가정적 환경 조성을 위한 목적뿐 아니라 제한된 요양 전문 인력이 거주 노인 각각에 대해 개별화되고 집중적인

돌봄을 제공하기 위한 중요한 전제 조건이다. 뉴질랜드 정부에서 발간한 ‘Secure Dementia Care Home Design’에서는 요양시설 디자인의 중요 원칙을 아래와 같이 도식화했다.

[그림 2]에 제시된 요양시설의 디자인 원칙은 기본적으로 가정적 치료 환경에 운영자 편의성이

아닌 생활 구성원을 중심에 둔 돌봄을 추구한다. 중요 원칙으로는 시설의 규모, 규모 대비 수용 인원, 건물 내부의 조명, 색채와 외부 환경 등의 물리적 요소에 기억력 보조, 환경적 자극, 커뮤니티와의 연결성 등의 기능적 요소가 포함되어 있다.

그림 2. 치매요양시설 디자인 원칙 개요³⁾



자료: Ministry of Health. (2016). Secure Dementia Care Home Design Information Resource: A summary, p. 5.

Chau et al.(2018)의 연구에서도 지금까지 출판된 여러 지침에 근거하여 치매 노인을 보호하는 요양시설이 갖추어야 할 요소로 ‘가정적 환경’, ‘지남력(orientation)’, ‘독립성’, ‘자극’, ‘안전’, ‘사생활과 커뮤니티의 조화’를 제시했다.

Sloane et al.(2002)의 연구 또한 비슷한 맥락에서 치매 노인을 위한 요양시설이 갖추어야 할 조

건으로 ‘안전과 편안함’, ‘지남력 보조’, ‘기능 보조, 능력 유지’, ‘자극’, ‘(거주자에 의한) 환경 조정 기회 제공’, ‘사생활과 사회적 교류 기회’, ‘지금까지 삶의 연결성, 계속성’, ‘변화에 적응’ 등을 제시했다.

시설 공간을 가정적 환경으로 재구성하는 것은 치료와 관리 목적을 강조하는 수용 모델에서

3) ‘문화적 정체성’ 원칙은 원주민의 문화를 이해하고 다양성을 존중하며 공존하는 사회를 추구하는 뉴질랜드의 국가적 지향이 치매 환자를 위한 시설 운영 방식에도 반영된 것으로 이해할 수 있다.

일상적 거주 공간인 생활 모델로의 전환을 요구한다. 즉, 시설 환경에서는 치매 환자에 대한 치료적 개입이나, 질병으로 인한 기능 제한을 보조하는 공간 구성과 디자인 요소만큼이나 ‘시설’ 자체가 가지는 한계를 최대한 보완하는 것이 가장 중요한 과제이다. 특히 시설 공간을 ‘집’처럼 느낄 수 있도록 개인 공간을 개별화된 공간으로 재구성하여 익숙한 물품이나 기존 소지품을 적절하게 배치하는 것은 치매 노인의 정서적 안정에 도움이 된다. 시설 내 거주자, 종사자, 자원봉사자 등 구성원 간의 다양한 교류 기회를 제공하는 것도 또한 거주자의 일상생활을 풍요롭게 하는 중요한 요소이다.

이런 배경에서 치매 환자가 가정적인 시설 공간에서 평범한 일상생활을 할 수 있는 환경을 조성하기 위해 다양한 대안적 주거 모델이 제안되고 실험되었다. 치매 환자를 위한 대안적 주거 모델로는 네덜란드의 호헤베익(Hogeweyk) ‘치매 마을’이 언론 보도를 통해 국내에도 소개되었다. 총 1만 5000㎡ 부지에 24개 가옥의 시설을 구축한 호헤베익 치매마을에서는 2015년 기준 152명의 치매 노인이 그룹을 이루고 살면서 돌봄 서비스를 제공받는다(BAGSO-Nachrichten, 2015). 슈퍼마켓, 미용실, 카페, 극장, 레스토랑 등이 갖추어져 있으며, 마을 안에서는 노인들이 완전히 자유롭게 움직일 수 있도록 했다. 이 모델의 핵심은 치매 노인이 그들을 위해 만들어진 실제 마을과 같은 공간에서 지역사회에서의 일상적인 생활을 할 수 있도록 하는 것이다. ‘마을’에서는 치매

환자 외에 200명이 넘는 종사자들이 마을 주민으로 ‘연기’하며 치매 환자들을 돌본다(Zurmühlen, 2012). 영화 ‘트루먼쇼’를 연상시키는 이 모델은 치매 노인들이 각자 생활 스타일에 따라 평범한 일상을 영위하며 스스로 의사 결정을 하고, 변화하는 환경에 대처하기 위해 개인의 능력을 최대한 활용하고 발휘함으로써 잔존 능력을 활성화시키고 성취감을 높이는 데 목적이 있다(Klie, T., Pfundstein, T., Eitenbichler, L., Szymczak, M., & Strauch, M. 2005).

‘치매 노인을 위한 주거공동체’ 또한 요양시설의 대안으로 주목받는 모델이다. 독일에서는 재가요양과 시설요양의 이분법을 탈피한 새로운 주거 모델을 제시하는 차원에서 1990년대부터 베를린을 중심으로 치매 노인을 위한 주거공동체(Demenz-WG) 모델이 추진되었다. 이 모델은 치매 노인을 위한 가정적 거주 환경을 조성하고 거주자들이 ‘가족’과 같은 주거공동체를 형성하도록 함으로써 결과적으로는 시설의 특성에서 벗어나 일상생활의 ‘정상성’을 확보하는 것을 추구한다(Klie, Pfundstein, Eitenbichler, Szymczak, & Strauch, 2005). 2000년대 들어 이러한 대안적 주거 모델에 대한 사회적 관심이 커지면서 연방정부, 주정부, 재단 등의 재정 지원으로 주거공동체 규모, 입주자의 동질성, 시설 설립, 관리 운영 주체, 인력 운영의 다양성, 지역사회와의 교류 방안 등과 관련하여 다양한 시도를 하며 모델을 발전시켜 왔다. 그 결과 이 주거 모델은 양적·질적 발전을 이룰 수 있었고, 2016년 말 기준으로

독일 전체에서 운영되는 3100곳의 노인 주거공동체 중 약 2500곳은 치매 노인을 주된 대상으로 삼고 있는 것으로 추정된다(Klie et al., 2017). 2012년부터는 수발보험에서 노인 주거공동체를 새로 구성하거나 거주하는 수급자를 위한 추가 급여를 마련하는 등 이를 정책적으로 확대하고자 한다.

5. 나가며

결론에서는 지금까지의 논의를 바탕으로 치매 노인 주거 지원 정책의 과제를 제시하고자 한다. 첫째, 치매 노인에게 적합한 주거 환경 조성을 위한 구체적인 지침이 마련되어야 한다. 지금까지 치매 노인을 위한 주거 환경 개선과 관련하여 국내에서도 연구가 다수 진행되었고, 서울시에서 관련 가이드북을 제작하기도 했지만, 대부분 기존 국외 연구들의 내용을 정리, 발췌하는 방식으로 진행되어 아직 국내 주거 환경에 맞는 근거 기반 지침이 제작되지 않았다. 특히 실제 현장에서 실효성 있는 가이드라인으로 활용되기 위해서는 국내 주거 환경의 특성과 주거문화 등을 고려한 매뉴얼이 개발될 필요가 있다. 치매 노인의 거주 환경을 개선하기 위한 목적으로 개발되는 지침만큼 실제 거주자인 치매 노인을 대상으로 평가 받는 과정도 반드시 수반되어야 한다. 또한 치매 환자에게 이상적인 주거 환경 조건뿐만 아니라 이를 시행하는 행정적, 제도적 절차 또한 시스템화하여 주거 환경 개선에 구체적으로 기여할 수

있도록 해야 한다. 나아가 제작되는 매뉴얼이 치매 노인의 주거 환경 개선에 활용될 수 있도록 권고 수준 이상의 제도적 유인이 마련될 필요가 있다.

둘째, 치매 친화적 주거 환경 개선을 위한 상담 및 사례 관리가 제공되어야 한다. 주거 환경 개선 작업은 건축, 기술, 설비 분야는 물론 법적 전문지식까지 요구되는 복잡한 과정이다. 치매 환자들은 자택에 최대한 오래 거주하는 것이 권장되지만, 주거 환경 개선을 위해 보호자가 스스로 주택 개조 또는 주거 환경 정비를 추진하는 것은 쉬운 일이 아니다. 재가 환경을 치매 친화적으로 조성하기 위해서는 주거 환경에 대한 전문적, 실천적 지식을 가지고 치매 환자의 상황에 맞게 다양한 자원을 조달하고 조정하는 사례 관리가 필요하다. 치매 친화적 주거 환경 조성을 지원하기 위한 사례 관리를 도입하려면 우선 적합한 사례 관리 주체와 사업 운영 방안이 합의될 필요가 있다. 최근 주거 지원 분야에서는 사례 관리의 중요성이 대두되어 주거복지사가 배치된 주거복지센터가 확대되고 있고, 노인의 지역사회 연속적 거주를 목표로 추진되고 있는 커뮤니티케어에서도 통합 사례 관리 인력을 확충하고자 한다. 이와 같이 기존에 운영되고 있는 또는 추진 중인 사례 관리사업과 연계하여 효율적으로 서비스를 제공하는 방안을 마련해야 한다.

셋째, 치매 노인에게는 가정적 환경이 삶의 질에서 무엇보다 중요하므로 ‘시설’과 ‘재가’의 이분법을 벗어난 새로운 주거 지원 모델 개발이 요구된다. 치매 노인을 위한 새로운 주거 모델을 개

발하는 것은 시설보호의 관리 효율성에서 벗어나는 일에서부터 시작된다. 무엇보다 치매 노인 개인의 생애 이력을 이해하고 존중하며, 잔존 능력을 최대한으로 활용할 수 있는 모델을 구축하고 정착시키기 위한 방안이 마련되어야 한다. 여기서 주목할 점은 주거 모델을 구축하는 것이 단순히 공간·물리적 요소에만 국한되지 않으며, 거주자에 대한 정서적 지원, 구성원들 간의 상호 관계 등이 모두 주거 모델 구축 차원에서 고려해야 할 요소라는 점이다. 최근 국외 사례를 살펴보면 치매 환자의 가족 또한 넓은 의미의 주거공동체 일원으로서 기관 운영 과정에서 적극적인 참여를 유도하고 이들의 선택권을 존중하는 노력을 하고 있으며, 치매 노인 가족이 직접 주체가 되어 주거 공동체를 설립하는 사례도 늘어나고 있다. 그뿐만 아니라 시설 공간의 일부를 카페 등의 용도로 지역사회에 개방하여 주민과 공간을 공유하고 교류하는 모델이 주목받고 있다. 이는 치매 노인의 거주 공간에 변화를 주는 것에서 나아가 치매에 대한 스티그마에 개입하여 인식 전환을 유도함으로써 전반적인 사회의 치매 친화성을 제고하는 노력의 일환이기도 하다. 본문에서 언급한 네덜란드, 독일 등에서는 새로운 주거 모델 개발을 위해 오랜 기간 다양한 시도를 하며 경험을 축적하였다. 관련 국외 사례의 성과와 시행착오를 면밀하게 검토하여 국내 실정에 맞는 주거 모델을 개발함으로써 주거 환경 전반의 치매 친화성을 제고하는 노력이 요구된다. ■

참고문헌

- 남효정, 황성희, 김유정, 김기웅. (2018). 대한민국 치매현황 2018. 서울: 중앙치매센터, 보건복지부.
- 보건복지부. (2015). 제3차 치매관리종합계획. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2017. 9. 15.). <치매 국가책임제 추진계획> 발표. 보도자료. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2018a). 제2차 장기요양기본계획. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2018b). 지역사회 통합돌봄 기본계획. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2019. 4.). 치매전담형 장기요양기관. 국민건강보험.
- 서울시 문화본부 디자인정책과. (2017. 12.). 2018년 100세 시대 인지건강 생활디자인 추진계획. <https://opengov.seoul.go.kr/sanction/14327084>에서 2019. 8. 30. 인출.
- 스위스 curaviva 홈페이지. <https://www.curaviva.ch/Fachinformationen/Demenz/Wohngemeinschaften-und-Wohngruppen/PzZtC/?lang=de>에서 2019. 8. 30. 인출.
- 우종인. (2010). 치매관리법안 마련을 위한 연구. 서울대학교 의과대학 산학협력단. 보건복지부.
- 이옥진, 김유정, 변선정, 김기웅. (2017). 치매환자의 낙상 방지를 위한 주거환경만들기. 성남: 중앙치매센터, 보건복지부.
- 이윤경, 정영철, 유재언, 임정미, 정경희, 김세진, ...변선정. (2018). 치매관련 통계 생산 및 관리 체계화 방안. 세종: 한국보건사회연구원, 보건복지부.
- 조재민. (2019. 4. 30.). 급증하는 치매...인지건강디자인 통해 본격 '대응'. 디펜시아 뉴스.

- <https://www.dementianews.co.kr/news/articleView.html?idxno=1690>에서 2019. 8. 30. 인출.
- BAGSO-Nachrichten. (2015. 2.). De Hogeweyk-eine alternative Wohnform für Menschen mit demenziellen Erkrankungen. URL: https://www.bagso.de/fileadmin/Aktuell/BN/2015/BAGSO_Nachrichten_02_2015_Paetow.pdf에서 2019. 9. 2. 인출.
- Brankaert, R. (2016). Design for dementia: a design-driven living lab approach to involve people with dementia and their context Eindhoven. Technische Universiteit Eindhoven.
- Chmielewski, E., EDAC, Eastman, P. (2014). Excellence in Design: Optimal Living Space for People with Alzheimer's Disease and Related Dementias. Alzheimers Foundation of America.
- Chau, H., Newton, C., Woo, C., Ma, N., Wang, J., & Aye, L. (2018). Design Lessons from Three Australian Dementia Support Facilities. *Buildings*, 8(67).
- Dementia Services Development Centre. (2011). Dementia design audit tool. Stirling: University of Stirling.
- Dementia Services Development Centre. (2013). Improving the design of housing to assist people with dementia. Stirling: University of Stirling.
- Klie, T., Pfundstein, T., Eitenbichler, L., Szymczak, M., & Strauch, M. (2005). Konzeptionelle und rechtliche Varianten der Versorgung von Menschen mit Demenz zwischen ambulant und stationär. *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie* 38(2), 122-127.
- Klie, T., Heisbetz, C., Schuhmacher, B., Keilhauer, A., Rischard, P., & Bruker, C. (2017). Ambulant betreute Wohngruppen Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen. Abschlussbericht. Bundesministerium für Gesundheit.
- Marquardt, G. (2006). Kriterienkatalog Demenzfreundliche Architektur. Möglichkeiten zur Unterstützung der räumlichen Orientierung in stationären Altenpflegeeinrichtungen. Dissertation an der Fakultät Architektur der Technischen Universität Dresden.
- Ministry of Health. (2016). Secure Dementia Care Home Design Information Resource: A summary. Wellington: Ministry of Health.
- Myllymaki-Neuhoff, J. (2009). Demenz als Seinsform: Wohnumfeld und Handlungskompetenz, In: Entwurfatlas, Wohnen im Alter, Basel: Birkhauser Verlag. 30-33.
- OECD. (2018). Care Needed: Improving the lives of people with dementia. Paris: OECD Publishing.
- Oswald, F. (2002). Wohnbedingungen und Wohnbedürfnisse im Alter. In: Schlag,

- B, Megel, K. (Ed.) Mobilität und gesellschaftliche Partizipation im Alter. Stuttgart: Kohlhammer. 97-115.
- Sloane, P. D., Mitchell C. M., Weisman, G., Zimmerman, S., Long Foley K. M., Lynn, M., ...Montgomery, R., (2002). The Therapeutic Environment Screening Survey for Nursing Homes (TESS-NH): an observational instrument for assessing the physical environment of institutional settings for persons with dementia. *Journals of Gerontology: Social Sciences* 57B(2). 69-78.
- van Hoof, J., Kort, H. S. M., van Waarde, H., & Blom, M. M. (2010). Environmental interventions and the design of homes for older adults with dementia. An overview. *American journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25 (3). 202-232.
- Zurmühlen, V. (2012). Das Demenzdorf "De Hogeweyk" URL: https://www.bpa.de/fileadmin/user_upload/MAIN-dateien/NW/Veronika_Zurmuehlen_De_Hogeweyk_Das_Demenzdorf_.pdf에서 2019. 9. 2. 인출.