

전략연구 2020-06

충남형 고령친화마을 모델 개발 방향

임형빈 · 차정우

연구 요약

인구 고령화와 기대수명의 증가로 노인 인구가 증가하고, 생애주기 상에서 노년기가 늘어나고 있다. 충남의 고령화율은 17.8%로 전국에서 다섯 번째로 높은 수준을 나타내고 있다. 인구 고령화에 대비하는 범 세계적인 노력의 일환으로 세계보건기구(World Health Organization, WHO)의 고령친화도시 정책이 2007년부터 추진되고 있으며, 인증 도시간 정책 네트워크가 이루어지고 있다. 따라서 본 연구는 고령사회에 대응하고 고령친화 정책을 추진하기 위하여 고령친화마을의 기능적 모델을 제시하고자 한다. 구체적으로 고령화를 대비하고 건강하고 안전한 마을을 조성하기 위하여 근린주구 규모에 적용할 수 있는 계획 방향을 설정한다. 기능적으로 고령자들이 생활하기 편리하고 안전한 지역을 만들기 위한 주거와 생활인프라를 구축하여 다양한 복지 정책과 프로그램이 효율적으로 전달될 수 있는 물리적 계획 방향을 제시하고자 한다.

고령친화마을 모델 개발시 고령자 주거 시설을 중심으로 생활인프라 접근성과 고령자 프로그램 공급의 효율성을 높일 수 있는 방향을 제시하도록 한다. 구체적으로 노인들의 주거 생활과 시설 이용의 활용성을 높이는 방안을 제시하기 위하여 선행연구와 해외 사례를 바탕으로 방향을 모색하고 모델 공급이 가능 여부를 판단하기 위하여 면 지역의 구조적 특성을 분석하였다. 그리고 현재 추진되는 정책과 시설의 연계성을 고려한 고령친화마을 모델 개발을 위한 방향을 설정하였다.

선행연구에서는 WHO에서 제시하는 고령친화도시 8개 항목을 중심으로 고령친화 정도와 만족도, 주요 요소를 파악하는 연구가 진행되었다. 고령친화를 위한 물리적 요소는 주택과 교통, 사회적 요소는 사회 참여, 안전, 돌봄등이 주요 요인으로 나타났다. 국내외 정책 동향에서는 선행연구에서 나타난 주요 요소인 주거와 교통, 상업시설 이용과 관련한 단위 사업 위주의 정책이 주를 이루고 있는 것으로 나타났다. 관련 정책의 특징으로 고령친화도시 지정 후 사업 추진은 소규모 단위 사업을 중심으로 추진되고 있는 것으로 나타났다. 구체적 사업으로 상점을 활용한 고령친화비즈니스 모델, 고령자들의 이동 편의 향상과 시설 접근성 향상을 위한 수요 응답형 교통서비스 제공, 보도 개선 사업, 고령자들의 사회활동 지원을 위하여 커뮤니티내 공동 활동을 위한 공간, 공동 생활 공간 제공 등으로 나타났다.

해외 고령자 주거 정책의 기본적인 목표는 현재 생활하고 있는 익숙한 지역사회에서 가능한 오랫동안 자율적인 생활할 수 있도록 하는 것이다. 주거 환경을 바탕으로 돌봄 등 생활 보조 서비스와 의료 서비스 등을 제공하고 있다. 구체적으로 돌봄, 의료, 예방, 주거, 생활지원·복지 등 다섯 가지 전문적인 서비스가 상호연계하여 제공되고 있다. 지역 특성과 여건에 맞는 서비스와 연계하여 프로그램이 운영되고 있다. 연계 프로그램의 경우 지역의 특성에 맞는 서비스와 프로그램을 제공하고 있다. 지역 대학과 연계한 문화&레저, 교육 등과 연계한 프로그램이 함께 운영되고 있는 것을 알 수 있다.

주거 시설의 특징으로 소득, 건강상태, 주거 형태 등 수요자의 선택과 상황에 맞는 시설을 선택할 수 있는 특징이 있다. 그리고 건강 상태에 따라 자립주거, 생활보조주거, 너싱홈으로 구분하여 주거 형태가 제공되고 있다. 미국의 경우 제공되는 서비스와 프로그램에 따라 CCRC(Continuing Care Retirement Community)를 여가 중심형, 교육 중심형, 의료서비스 중심형 등으로 구분할 수 있다. 교육중심형의 전형적인 형태로 대학연계형 CCRC인 UBRC(University Based Retirement Community)가 있으며, 지역 내 대학과 연계하여 평생교육 프로그램을 운영하고 있다. 시설과 프로그램의 운영은 지역 기반의 비영리 사회복지단체가 운영하며, 지역 의료 기관, 재정 지원자, 여타 지역사회 파트너와 기관들이 구축하는 파트너십 기반으로 운영되고 있다.

본 연구에서는 고령친화 관련 선행연구와 정책 동향, 지역 현황과 해외 사례 등을 통하여 충남형 고령친화마을 모델을 제시하였다. 충남형 고령친화마을 모델은 주거 시설을 중심으로 관련 시설을 물리적으로 조성하고 조성된 마을을 중심으로 충청남도에서 추진되고 있는 고령자 관련 정책이 추진될 수 있도록 하는 것이다. 제시된 고령친화마을 모델의 주거 형태는 면 소재지 주변 마을의 경로당과 마을회관을 중심으로 빈집과 국공유지를 활용하여 모듈화 주택을 공급하는 것을 제안하였다. 상업, 의료, 교육 등의 생활인프라 기능은 면 소재지 내 기존 시설을 활용하고, 시설을 활용하여 다양한 노인 활동과 프로그램을 운영하는 것을 제시하였다. 면 소재지 주변 마을과 면 소재지 간 접근성이 낮을 경우 수요응답형 교통체계(DRT) 등의 정책으로 접근성을 개선하는 것을 제안하였다. 고령자들이 활동하는 면 소재지의 외부 환경은 WHO 고령친화도시의 가이드라인의 기본방향인 안전성, 편리성, 접근성 향상에 맞추어 고령자들의 편의를 높이는 방안이 필요하다.

목 차

제1장 서론	1
1. 연구배경 및 목적	1
2. 연구범위 및 방법	3
3. 연구수행 체계	3
제2장 선행연구 및 정책 동향	6
1. 선행연구	6
2. 국내외 정책 동향	10
3. 시사점	26
제3장 관련 현황 및 조사	28
1. 고령자 관련 현황	28
2. 면지역 공간적 특성	42
제4장 해외사례 조사	46
1. 미국 노인 주거	46
2. 일본 노인 주거	55
3. 독일 노인 주거	63
4. 시사점	66
제5장 충남형 고령친화마을 모델 조성 방안	67
1. 고령친화마을 모델 조성 방안	67
2. 고령자 주택 공급 방안: 모듈러 주택 공급	70
3. 면 소재지의 외부 환경 조성 방안	72
제6장 연구 종합 및 향후 과제	74
1. 연구의 요약	74
2. 향후 연구 과제	75
참고문헌	76

표 목차

〈표 2-1〉 노인친화 지역사회 구성요소	7
〈표 2-2〉 관련 선행연구	9
〈표 2-3〉 WHO 고령친화도시 점검요소	10
〈표 2-4〉 서울특별시 제2기 고령친화도시 실행과제	15
〈표 2-5〉 부산시 고령친화도시 분야별 전략과제	17
〈표 2-6〉 제주도 고령친화도시 영역별 전략과제	21
〈표 2-7〉 뉴욕시 고령친화도시 영역별 전략	23
〈표 2-8〉 아키타시 고령친화도시 영역별 주요사항	25
〈표 3-1〉 전국의 고령인구 비율(2020)	28
〈표 3-2〉 전국의 노령화지수 비교	29
〈표 3-3〉 충남 시·군 고령화율	30
〈표 3-4〉 고령 독거노인 현황(65세 이상)	32
〈표 3-5〉 노인복지 시설현황	34
〈표 3-6〉 충남 노인복지시설 시군별 현황	35
〈표 3-7〉 의료시설과 노인복지시설 도보 서비스권역 미혜택 독거노인 현황	38
〈표 3-8〉 충남 면소재지 국공유지 면적 현황	40
〈표 3-9〉 면 소재지 지역 계층별 인구·가구수	43
〈표 3-10〉 계층별 소재지 규모	44
〈표 3-11〉 면 소재지내 중심거점 입지 시설	45
〈표 4-1〉 CCRC 주거형태별 기능	50
〈표 4-2〉 CCRC 계약형태	52
〈표 4-3〉 유료노인홈, 고령자전용 임대주택 비교	56

〈표 4-4〉 도쿄도 세타가야구 지역포괄케어시스템 대응 사례	59
〈표 4-5〉 소규모 다기능형 주택돌봄 인력기준	60
〈표 4-6〉 돌봄 유료요양원과 고령자주택의 서비스이용 차이점	61
〈표 4-7〉 주거형 유료요양원과 고령자주택의 서비스이용 차이점	62
〈표 4-8〉 건강기반 유료요양원과 고령자주택의 서비스이용 차이점	62
〈표 5-1〉 고령친화도시의 8대 영역별 기본방향 및 외부공간/시설 구성요소	69
〈표 5-2〉 고령친화 외부 공간 주요 요소별 공급 방향	73

그림 목차

〈그림 1-1〉 연구의 주요내용	5
〈그림 2-1〉 서울시 고령사회 마스터플랜 비전체계도	14
〈그림 2-2〉 서울특별시 고령친화도시 6대 영역	15
〈그림 2-3〉 제주도 고령친화도시 비전 및 목표	20
〈그림 2-4〉 뉴욕시 고령친화도시 추진 과정	22
〈그림 3-1〉 행정리별 고령화 실태 및 핫스팟 분석	31
〈그림 3-2〉 의료시설과 노인복지시설 도보 서비스권역 미혜택 독거노인 현황	37
〈그림 3-3〉 면소재지 경로당 반경 750m에 위치하는 국공유지 분포도	39
〈그림 4-1〉 CCRC 주거 형태 구분	49
〈그림 4-2〉 지역포괄케어시스템 개요도	57
〈그림 5-1〉 충남형 고령친화 모델 기본구상	68
〈그림 5-2〉 완전도로(complete street) 사례	72

제1장 서론

1. 연구배경 및 목적

1) 연구 배경

■ 인구의 고령화¹⁾와 기대수명의 증가

인구 고령화와 기대수명의 증가로 노인인구가 증가하고 있으며, 생애주기 상에서 노년기가 늘어나고 있다. 우리나라는 빠른 속도로 고령화가 진행되어, 2012년 고령사회에 접어들었고(주민등록인구 현황 기준) 2027년에는 초고령사회에 돌입할 것으로 예측되고 있다. 충남의 노인인구는 2019년 5월 기준 378.4423명으로 고령화율은 17.8%로 나타났다. 이는 전국에서 다섯 번째로 높은 수준이며 충남보다 높은 지역은 전남 21.8%, 경북 19.1%, 전북 19.0%, 강원 18.2%의 순으로 나타나고 있다.

■ 고령화에 대비하기 위한 범 세계적인 공동 노력 모색

고령화에 대비하기 위한 노력의 일환으로 세계보건기구(World Health Organization, WHO)에서 인증하고 있는 고령친화도시 정책이 2007년부터 추진되고 있다. 고령친화도시 인증을 받은 도시들 간 국제네트워크(Global Network of Age-Friendly Cities & Communities, GNAFCC)를 활용하여 고령화에 지속적으로 대응하기 위한 지역사회의 노력을 지속하고 있다. WHO의 고령친화도시 정책은 1996년 브라질리아선언인 '건강한 노년은 가족과 지역사회와 경제의 자원'을 기반으로 추진되고 있다. WHO의 고령친화도시 인증을 위한 영역별 주요 항목은 8개로서 외부환경 및 시설, 교통수단 편의성, 주거환경 안정성, 여가 및 사회참여, 존중 및 사회통합, 인적자원의 활용, 의사소통 및 정보, 의료 및 지역돌봄 분야이다.

1) 65세 이상 고령자가 총인구에서 차지하는 비율로 7%인 경우는 고령화(aging)사회, 고령(aged)사회는 14% , 21%를 넘어서는 경우는 초고령(super-aged)사회로 구분된다.

■ 국내의 고령사회에 대응하기 위한 정책 추진 필요성 대두

국내에서 고령친화도시로 지정되어 있는 지역은 2020년 기준 총 23개 도시이며, 충남의 경우 논산시가 2018년 지정되어 추진되고 있다. 지정된 도시들은 WHO에서 제시하는 8개 항목에 대하여 도시의 시설과 정책에 적용을 제안하고, 단위 사업으로 커뮤니티 단위에서 고령화 정책이 추진되고 있다. 선행연구의 결과와 같이 고령친화를 위한 주요 물리적 환경요소는 주택과 교통으로서 관련 정책이 추진되고 있다. 구체적으로, 서울시에서 추진하고 있는 마을 커뮤니티를 중심으로 하는 고령친화 상점, 논산시의 경로당을 중심으로 한 동고동락 사업 등이라 할 수 있다.

■ 고령친화 정책 사업의 발굴 필요

상점을 활용한 고령친화비즈니스(Age-friendly Business) 모델은 뉴욕시, 아일랜드, 스페인 등에서 추진되고 있다. 교통 관련 정책의 경우 이용 편의성을 높이기 위하여 노인전용버스, 택시 바우처 등의 사업이 미국과 유럽의 국가에서 추진되고 있다. 주거 시설의 경우 해외의 고령자 주거의 기본적인 목표는 익숙한 지역사회에서 가능한 오랜 기간 자립적으로 생활할 수 있는 여건을 마련해 주는 것을 목표로 하고 있다.

고령자 주거 시설의 특징은 자립주거, 생활보조주거, 너싱홈으로 구분하여 주거 형태가 제공되며, 돌봄, 의료, 예방, 주거, 생활지원·복지 등의 서비스가 지역 기반으로 제공된다. 부가적으로 제공되는 서비스에 따라 여가 중심형, 교육 중심형, 의료서비스 중심형 등으로 구분할 수 있다. 본 연구에서는 주거를 기본으로 하는 고령사회에 대응하기 위한 지역차원의 고령친화마을의 기능적 모델을 제시하고자 한다.

2) 연구 목적

본 연구는 고령화를 대비하고 건강하고 안전한 마을 조성을 위한 근린주구 규모에 적용할 수 있는 계획 방향을 설정한다. 고령자들이 생활하기 편리하고 안전한 지역을 만들기 위한 주거와 생활인프리를 구축하여 다양한 복지 정책과 프로그램이 효율적으로 전달될 수 있는 물리적 계획 방향을 제시하고자 한다. 구체적인 연구 목적을 설정하면 다음과 같다.

첫째, 고령사회를 대비하기 위한 국제적인 정책인 WHO의 8개 항목을 기준으로 선행연구, 국내외 정책 동향을 파악하여 정책 분야와 항목을 도출한다.

둘째, 고령자들의 생활환경과 관련한 해외사례를 조사하여 고령친화마을을 조성하기 위한 계획의 주요 요소와 기준을 도출한다.

셋째, 지역 내 마을 특성을 반영하고 시설과 기능을 고려한 고령친화마을 모델의 계획 방향을 제시한다. 이때 충청남도에서 추진하고 있는 기존 정책이 마을에서 효율적으로 전달될 수 있는 계획적인 방안을 모색한다.

2. 연구범위 및 방법

1) 연구범위

연구의 공간적 범위는 충청남도 전역으로 하며, 고령친화마을 모델 구상 방향은 면 지역을 대상으로 연구를 진행한다. 그 이유는 고령인구의 비율이 높으며, 면 소재지는 도시 위계상 정주환경의 최소 단위로서 기능과 규모를 갖추고 있기 때문이다.

2) 연구방법

본 연구는 고령화를 대비하고 건강하고 안전한 마을 조성을 위해 근린주구 규모에 적용할 수 있는 계획 방향을 설정하는 것이다. 마을 단위의 계획 방향을 설정하기 위한 계획 항목과 요소를 도출하기 위하여 WHO의 8개 항목과 정책 동향, 국내외 사례를 분석하도록 한다. 연구 방법은 선행연구, 정책 동향, 사례 조사 등의 문헌조사와 충청남도의 노인 정책 추진 사항을 분석한다.

3. 연구수행 체계

본 연구는 6장으로 구성된다. 제1장에서는 연구의 배경과 목적, 연구방법과 범위를 설정하고 제2장에서는 선행연구와 국내외 정책 동향을 조사한다. 선행연구에서는 고령친화도시와 관련한 요소,

계획 항목과 관련한 연구가 검토되며, 국내외 정책 동향에서는 고령사회를 대비한 관련 정책 사례를 조사한다. 제3장에서는 고령자 관련 현황조사와 면 지역의 지역 특성을 중심으로 조사와 분석이 이루어진다. 본 연구의 대상지인 면 지역의 특성을 파악하여 고령친화도시 모델 적용 방안을 마련하고자 한다. 제4장에서는 고령자들의 생활환경과 관련한 해외 사례를 조사하여 고령친화마을 모델에 적용가능한 주요 요소와 기준을 설정한다. 제5장에서는 충남형 고령친화마을 모델 조성을 위한 방안을 제시한다. 구체적으로 고령친화마을 모델의 기본구상을 설정하고 적용 가능한 주택 공급 방안을 제시하도록 한다. 그리고 생활인프라 접근성과 관련한 면 소재지의 외부 환경 조성 방안을 제안한다. 마지막 제6장에서는 연구의 요약과 향후 연구과제를 제시하도록 한다.

	구분	주요내용	수행방법
제1장	서론	<ul style="list-style-type: none"> 연구의 배경과 목적 연구방법과 범위 	
제2장	선행연구 및 정책동향	<ul style="list-style-type: none"> 계획/정책/분석 방법론 등 선행 연구 검토 국내외 정책 동향 	<ul style="list-style-type: none"> 관련 연구/사례(정책) 내용 분석
제3장	관련 현황 및 조사	<ul style="list-style-type: none"> 고령자 관련 현황조사 면지역 공간적 특성 	<ul style="list-style-type: none"> 조사 분석
제3장	해외 사례 조사	<ul style="list-style-type: none"> 미국의 노인주택 사례 독일 노인주거 사례 일본 노인주거 사례 	<ul style="list-style-type: none"> 조사 분석
제4장	고령 친화 마을 조성 방안	<ul style="list-style-type: none"> 고령친화마을 모델 조성 방안 고령자 주택 공급 방안: 모듈러 주택 공급 면 소재지의 외부 환경 조성 방안 	<ul style="list-style-type: none"> 분석결과 적용
제5장	연구종합 및 향후 과제	<ul style="list-style-type: none"> 연구의 요약 향후 연구 과제 	<ul style="list-style-type: none"> 연구의 종합

〈그림 1-1〉 연구의 주요내용

제2장 선행연구 및 정책 동향

1. 선행연구

김수영 외(2016)는 일본 지역 사례를 활용하여 고령자들의 물리적 환경 특성을 파악하여 고령 친화 정도를 조사하였다. 조사 내용은 고령자 관련 근린생활시설 11개와 보행로, 교통, 노인공동주택 제공정도, 주택 내부공간 등으로 구성되었다. 실증분석 결과 첫째, 고령자들이 이용하는 주요 근린생활 시설 11개는 대부분 도보거리 내에 있거나 버스로 10분 이내의 가까운 거리 내에 위치하고 있었다. 식료품점, 편의점의 경우 도보거리 내에 53.4%가 입지하고 있으며, 응급실의 경우에도 버스로 20분 이내의 경우가 20.3%로 조사되었다. 둘째, 지역환경 5개 영역 중 교통환경과 주택 내부공간, 보행로 영역은 전반적으로 고령친화적으로 구성되어 있는 것으로 조사되었다. 셋째, 노인주택과 시설의 제공 정도는 경로당, 노인복지관, 주간보호센터 등의 양적 공급이 높은 것으로 조사되었다.

장은영 외(2014)는 WHO의 고령친화도시 조성 가이드 3대 영역 중 사회경제적 환경 분야를 중심으로 농촌 노인들의 삶의 만족도를 조사하였다. 부안군을 실증분석 대상으로 설정하여 면접방식으로 진행되었다. 분석 결과 첫째, 노인들의 거주지역, 경제수준, 건강상태는 삶의 만족도와 관계가 있는 것으로 나타났다. 둘째, 사회경제적 환경요인 중 존중, 배려환경, 고용 및 고령자원 활용환경이 농촌지역 노인들의 삶의 만족도에 영향을 미치는 것으로 나타났다. 농촌지역 연구 결과 읍지역 노인들의 사회경제적 환경 및 삶의 만족도가 면지역 보다 높은 것으로 나타났다.

허만형 황윤원(2016)은 경로분석을 활용하여 전국 226개 기초자치단체를 대상으로 인구 고령화와 지역사회의 고령친화도 관계를 분석하였다. 고령친화도 분석은 노인여가복지시설, 방문목욕, 방문간호, 방문요양과 같은 재가서비스, 단기보호기관, 장기요양기관, 노인공동생활가정 시설, 문화시설, 의료기관병상수, 공원조성면적 등의 변수를 활용하여 분석하였다. 분석 결과 군 단위 지방자치단체는 이미 고령 사회를 넘어 초고령 사회에 진입하였으며, 구단위는 고령화 사회의 단계로 나타났다. 경로분석 결과 인구 고령화는 노인여가복지시설, 문화시설, 의료기관병상수와 정의 관계에 있었지만, 노인재가서비스, 단기보호, 장기요양기관 등 노인친화적 변수와는 부의 관계에 있는 것으로 분석되었다.

〈표 2-1〉 노인친화 지역사회 구성요소

연구자	물리적 환경	사회적 환경	지역사회 지원	여건조성 거너년스
Kihk et al., (2005)	토지이용, 교통, 주택	지역사회 참여	공공교육	리더쉽
Kochera & Bright (2006)	주택, 교통		지역사회 지원/서비스	
WHO (2007)	건물, 옥외공간, 교통, 주택	사회참여, 존경/사회포용, 시민참여/고용환경	지역사회 지원, 보건서비스	교류, 정보
Brussels (2008)	주택, 교통	소득/고용, 관계형성, 참여기회	지역사회 지원, 보건서비스	교류, 정보
Manchester (2009)	주택, 교통	지역사회 참여	안전	문화, 학습
Alley et al. (2007)	주택, 교통	사회참여	건강/돌봄, 안전	
Hwang et al. (2008)	주택, 편의시설	사회참여	안전	
Menec et al. (2011)	교통, 주택	사회참여	지역사회지원, 보건서비스	교류, 정보
Smith et al. (2013)	비즈니스, 레저	지역사회 참여, 교류	안전, 지역사회 지원, 건강/돌봄	

자료 : 허만형, 황윤원(2016), 지방자치단체의 인구 고령화와 고령친화도의 관계에 관한 연구:전국 226개 시·군·구를 중심으로, 지방정부연구 제20권 제2호.

한기명, 임진섭은 대전 지역에 거주하는 중고령층 주민을 대상으로 지역사회의 고령친화도시 조성 정도가 삶의 만족도와 연령 차별 경험에 미치는 영향 요인을 분석하여 정책적 방향성을 제시하였다. 연구 결과 첫째, 삶의 만족도와 지역사회 고령친화도시 조성 정도의 경우 연령이 증가함에 따라 높아졌다. 둘째, 지역사회 고령친화도시 조성 정도가 높을수록 노인집단 삶의 만족 수준도 높아졌으며, 고령층 아래 집단의 삶의 만족도를 향상시켰다는 연구 결과를 도출하였다. 셋째, 사회적 지지와 사회참여 분야는 고령친화도시 조성 정도에 따라 연령 차별 경험을 낮추는 데 역할을 하였다.

최현정, 최병숙(2011)은 전주시를 대상으로 소규모 노인공동거주의 입주의사와 인식을 조사 분석하였다. 분석결과 주택규모는 66.2-99.1㎡(20평-30평) 이하 집단이 지역친화형 소규모 노인 공동주거시설의 입주를 희망하였으며, 노후 연금이 있는 노인들의 입주의사가 높은 것으로 분석되었다. 입주의향은 공동거주보다 일반주거에서 생활하려는 성향이 강하나, 독거노인이면서 건강이 악화된 노인들의 경우 공동거주에 거주하려는 의향이 강한 것으로 나타났다.

오찬옥 외(2015)는 도시와 농촌지역에 거주하는 노인들을 대상으로 동네를 중심으로 한 물리적 환경이 노인에게 얼마나 친화적인지를 노인의 관점에서 파악하고자 하였다. 실증분석은 구 지역과 면 지역 노인들을 대상으로 WHO 기준의 물리적 환경, 사회참여, 사회적 관계를 조사하여 분석하였다. 분석 결과 첫째, 근린생활시설의 근접도는 경로당, 은행(금융기관), 종교시설은 비교적 근접하여 위치하고 있으며, 응급실, 요양시설(병원), 병원은 비교적 접근성이 떨어지는 것으로 분석되었다. 둘째, 근린생활시설은 경로당을 제외하고 도시지역이 농촌지역보다 근접하여 위치하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 면 지역은 마을순환버스를 활용한 접근성 향상이 필요하다는 정책적 대안을 제시하였다. 셋째, 교통 관련 시설 중 보행도로와 벤치시설의 경우 농촌지역이 도시지역보다 이용이 편리한 것으로 나타났다. 넷째, 주택의 경우 도시 지역이 농촌보다 공급량이 많아 농촌 지역의 주택은 불편함을 보완하여 리모델링을 중심으로 한 소규모 주택 공급이 필요한 것으로 분석되었다.

고영호 외(2018)는 고령사회를 대비한 외부공간과 시설 조성을 위한 고령 친화도 진단지표와 방법을 도출하여 국내에 적용하고 정책을 제시하였다. 고령친화도 진단은 고령자들의 이용이 높은 외부공간과 시설을 중심으로 선정하여 진단하였다. 주요 진단 요소는 보행로, 횡단보도, 공원, 정류장, 공중화장실, 벤치 등의 휴게시설을 중심으로 접근성, 편리성, 안정성을 측정하였다.

〈표 2-2〉 관련 선행연구

저자	연도	내용	연구 방법론
김수영 외	2016	일본 실증 사례로 고령자의 물리적 환경 특성을 파악하여 고령 친화 정도를 조사	설문 조사
장은영, 김신열	2014	WHO의 고령친화도시 조성 가이드 3대 영역 중 사회경제적 환경 분야를 중심으로 농촌 노인들의 삶의 만족도	설문조사
허만형, 황윤원	2016	전국 지자체를 중심으로 인구 고령화와 지역사회 고령친화도의 관계를 분석	계량분석
한기명, 임진섭	2019	대전 지역에 거주하는 중고령층 주민을 대상으로 지역사회의 고령친화도시 조성 정도가 삶의 만족도와 연령차별 경험에 미치는 영향요인을 분석	설문조사
최현정, 최병숙	2011	전주시를 대상으로 소규모 노인공동거주의 입주의사와 인식을 조사 분석함	설문조사
오찬옥 외	2015	물리적 환경의 노인 친화 정도를 도시와 농촌지역을 중심으로 조사함	설문조사
고영호 외	2018	고령사회 대비한 외부공간의 시설의 고령친화도를 실증적으로 진단	설문조사

2. 국내·외 정책 동향

1) WHO 고령친화도시

(1) 개요

출산율 감소, 고령인구 증가 등으로 고령화의 속도가 빨라짐에 따라 고령층을 고려한 도시 조성에 대한 관심이 전 세계적으로 높아졌다. 고령친화도시는 브라질(1996년) 및 마드리드(2002년) 선언을 통해 필요성이 논의되었다. 이후 캐나다 벤쿠버(2006년)에서 희망도시들 간 고령친화 환경조성을 협의하는 등 조성에 대한 관심이 고조되어 갔다. WHO는 “나이가 들어가는 것이 불편하지 않은 도시, 연령에 관계없이 누구나 살기 좋은 도시, 평생 살고 싶은 도시에서 활력 있고 건강한 고령기를 보낼 수 있도록 고령자들이 능동적으로 사회에 참여할 수 있는 도시(WHO, 2007)”를 고령친화도시의 개념으로 설정하였다. 세계 33개국 고령자를 대상으로 실시한 심층면접조사(FGI)를 바탕으로 고령친화도시 가이드라인(Global Age-friendly Cities: A Guide)을 수립하였다. 가이드라인은 고령친화도시 구축을 위한 점검요소로 “야외공간과 건물, 교통시설, 주거시설, 사회참여, 존중과 사회적 포용, 시민참여와 고용, 의사소통과 정보, 지역사회 지원과 보건서비스” 등 8대 영역, 84개 세부항목을 제시하고 있다.

〈표 2-3〉 WHO 고령친화도시 점검요소

영역	세부항목
야외공간과 건물	<ul style="list-style-type: none">○ 환경 : 쾌적하고 조용한 도시○ 녹지공간과 보도 : 양호하게 관리되고 안전한 녹지공간, 보행친화적 보도○ 야외의자 : 공원, 정류장, 공공장소에서 이용○ 인도 : 안전하게 보행하고 휠체어 이동이 양호○ 도로 : 안전한 건물목, 보행을 위한 교통섬·육교·지하도, 충분한 시간의 신호등○ 교통 : 엄격한 교통법규와 보행자 우선○ 자전거도로 : 별도의 자전거도로 조성○ 안전성 : 재해위험저감, 밝은 가로등·경찰순찰대·지역사회지원 등을 통한 치안 강화○ 서비스 시설 : 고령자 이용용이, 고령층 전용 대기줄 등 특별 서비스○ 건물 : 엘리베이터, 경사로, 표지판, 휴게공간, 장애인용 공중화장실 등 설치○ 공중화장실 : 청결하게 관리되고 접근이 용이하며 이용성이 용이

<p>교통시설</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 저렴한 비용 : 저비용, 일정한 요금 ◦ 신뢰성과 배차 : 대중교통 배차시간은 정확하고 짧게 ◦ 목적지 : 병원, 노년층 센터 등과 접근성 용이, 교통수단별 높은 연계성 ◦ 노령친화적 차량 : 낮은 계단과 편안한 좌석, 선명한 표지판 ◦ 장애인 노년층 특별 서비스 : 충분한 교통 서비스 확보 ◦ 노약자 우대석 : 노약자석 조성 ◦ 운전자 : 교통질서 준수, 안전운행, 승하차 및 주행시 고령층 배려 ◦ 안전함과 편안함 : 범죄로부터 안전 ◦ 정류장과 역 : 청결·안전하고 조명 설치, 읽기 쉬운 장소에 표지판 위치, 접근용이 ◦ 정보 : 대중교통 및 이용가능 교통수단 정보 제공 ◦ 지역사회 교통 : 특정 행사시 고령층을 이동시키는 지역사회 교통서비스 ◦ 택시 : 저소득 노년층 요금할인 또는 보조금, 휠체어 및 보행보조기 놓는 공간 ◦ 도로 : 도로관리, 교통흐름 조절, 장애물 미설치, 도로법규 준수 ◦ 운전자 자질 : 재교육 제공 및 홍보 ◦ 주차 : 비용저렴, 주차우선지역 제공, 장애인 고령층용 차량대기장소 제공
<p>주거시설</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 저렴한 비용 : 저렴한 주거비용 ◦ 필수공공서비스 : 저렴한 필수공공서비스 제공 ◦ 설계 : 환경조건을 고려한 냉난방시설, 휠체어 이동 용이, 고령자용 욕실, 화장실 등 ◦ 개조 : 고령층 요구에 맞춤, 비용저렴, 보조금 지급 ◦ 관리 : 저렴한 서비스 제공, 신뢰할 만한 관리 ◦ 가정에서의 노령화 : 서비스 및 편의시설과의 접근성, 서비스 정보 제공 ◦ 지역사회에 통합 : 고령층이 지역사회에 통합되도록 도움 ◦ 주거 선택권 : 저비용의 주거지원, 이용 가능한 주거지 정보 제공 ◦ 주거시설 : 풍부하고 저렴한 고령맞춤 주거시설, 적절한 서비스 공급 ◦ 생활환경 : 편안하고 안전, 보안조치 재정지원
<p>사회참여</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 행사와 활동의 접근성 : 접근성 양호, 다양한 교통수단, 편리한 프로그램 참여 ◦ 저렴한 비용 : 행사·축제 등의 참가비 저렴, 공공·민간에서 적극적 후원 ◦ 행사와 활동에 대한 폭넓은 선택 기회 : ◦ 시설과 장소 : 고령층 모임장소의 다양화, 시설이용 용이 ◦ 프로그램 홍보와 장려 : 각종 행사·활동에 관한 프로그램·교통편 등 정보 제공 ◦ 소외 노년층 대처법 : 참여 권유, 행사는 누구나 참여 가능, 지속적 정보 제공 ◦ 공동체 통합의 향상 : 사용자간 상호교류 향상, 주민 간 교류와 친밀감 증대
<p>존중과 사회적 포용</p>	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 존중과 포용을 강화하는 서비스 : 고령자 의견 고려, 필요·선호에 맞춘 서비스 제공 ◦ 노령화에 대한 대중적 이미지 : 대중매체에 고령증을 포함시키며 긍정적으로 묘사 ◦ 세대통합과 가족 간 상호작용 : 모든 연령층이 참여하는 활동 ◦ 공교육 : 초·중교에 고령화 교육, 학교교육에 고령층 투입으로 상호관계 형성 ◦ 지역사회의 포용 : 고령층을 구성원으로 인정하고 공로와 역할을 인정 ◦ 경제적 포용 : 경제적 소외 고령층에게 다양한 혜택과 서비스 제공

시민 참여와 고용	<ul style="list-style-type: none"> ○ 자원봉사 선택권 : 고령층 참여 자원봉사, 봉사 활동시 필요비용 지급 ○ 고용 선택권 : 폭넓은 취업기회, 고령층 배려 노동환경 제공, 고용 프로그램 마련 ○ 교육 : 은퇴 고령층에 교육기회 제공 ○ 접근성 : 일자리 홍보, 편리한 교통, 장애인 고려 작업시설, 제도적 장치 마련 ○ 시민참여 : 고령층 사회참여 활성화, 복지정책·프로그램 기획시 노인 의견 수렴 ○ 사회 기여 존중 : 고령층 사회기여를 인정·존중, 고령층 필요성 참작 ○ 창업 : 창업 및 운영 기회 지원, 소규모 재택사업 정보 제공 ○ 보수 : 자원봉사 소용비용 지급
의사소통과 정보	<ul style="list-style-type: none"> ○ 정보제공 : 각종 매체를 통한 광범위한 의사소통 및 정보전달 ○ 구두 의사소통 : 구두를 통한 정보전달, 일대일 상담 요청 가능 ○ 활자정보 : 공문서 등 활자정보 중 중요한 사항은 굵은 서체화 ○ 평이한 언어 : 모든 의사소통은 쉽고 간단하며 명료하게 ○ 자동화된 의사소통과 기기 : 자동 응답 서비스는 명료하고 천천히, 반복 가능 ○ 컴퓨터와 인터넷 : 최소비용 또는 무료로 컴퓨터와 인터넷 사용
지역사회 지원과 보건서비스	<ul style="list-style-type: none"> ○ 접근용이한 서비스 : 명확하고 손쉽게 전달, 등록절차 간소, 최소비용 제공 ○ 서비스 제공 : 지역사회 보건서비스 확대 실시, 홈케어 마련 ○ 자원봉사자 확충 : 의료 및 지역사회 환경에서 노년을 도울 수 있도록 권장 ○ 응급조치 대책과 관리 : 고령층 대처능력과 필요를 참작하여 수립

자료: WHO(2007), Global Age-friendly Cities: A Guide

(2) 고령친화도시 국제네트워크

WHO의 고령친화도시 국제네트워크(Global Network for Age-friendly Cities and Communities)는 고령화 되어가는 전세계 도시 및 지역사회가 좋은 환경에서 성장하는 공동의 비전을 이룩하고자 2010년 설립되었다. 2020년 10월 기준으로 41개국 1,000개의 도시가 회원국으로 가입되어 있다. 국제네트워크의 목표는 전세계 도시 및 지역사회가 보다 고령 친화적이 되도록 자극하고 활성화하는 것이며, 이를 위해 다음과 같은 작업을 수행한다. 첫째 무엇을 할 수 있고, 어떻게 할 수 있는지 보여주어 변화를 고무시킨다. 둘째 정보, 지식, 경험의 용이한 교환을 위해 전세계 도시와 지역사회를 연결한다. 셋째 도시 및 지역사회에 적합한 혁신과 증거기반 솔루션을 찾을 수 있도록 지원한다.

국제네트워크는 각 개인이 살던 지역에서 활기찬 노년생활을 영유하는 것을 주요한 가치로 삼고 있어, 노인을 포함한 모든 세대가 양호한 도시환경에서 생활하는 것을 지향하고 있다. 네트워크에

가입하는 것은 고령친화도시라는 인정을 받는 것이 아닌 고령층을 포함한 모든 연령의 사람들이 살기 좋은 환경을 조성한 노하우를 공유하는 것이다. 가입은 고령층 심층면접조사 등을 통해 최초 3년간 자격이 주어지고 이후 이행평가 등을 통해 5년마다 갱신하게 되어 있다. 우리나라는 2013년 서울특별시를 시작으로 2020년 10월까지 광역자치체 및 기초자치체(시·군·구) 23개가 가입되어 있다.

2) 서울특별시

(1) 추진과정

서울특별시는 의료기술의 발달과 경제성장에 따른 삶의 질 증가로 2010년 65세 이상 고령인구의 수가 백만명을 넘어섰다. 고령인구의 비율은 2001년 5.7%에서 2020년 15.7%로 급속한 고령화가 진행되었다. 고령자 관련 정책의 추진은 2010년 고령인구의 특성 및 파급효과를 분석하고 개별면접조사를 통한 노인 실태·욕구 조사로부터 시작하였다. 그 결과를 바탕으로 “건강하고 활기찬 100세 도시, 서울”을 비전으로 하는 “서울시 고령사회 마스터플랜”을 수립하고, 「서울특별시 고령친화도시 구현을 위한 노인복지 기본 조례」(2011년)를 마련하여 노인복지정책을 효율적으로 추진하기 시작하였다.

조례에서는 “노인복지 및 고령사회 기본계획”을 5년마다 수립·추진하고 공무원, 시의원, 관련종사자 및 전문가 등이 참여하는 노인복지정책위원회를 설치하여 노인복지 및 고령사회에 관한 계획 등을 심의하도록 하였다. 이후 시민경청투어, 설명회, 간담회, 현장방문 등을 통해 노인·전문가관계자 등의 의견을 수렴하여 “서울 어르신 종합계획(2012년)”을 수립하고 이를 바탕으로 2013년 국내에선 처음으로 WHO 고령친화도시 국제네트워크에 가입하였다.



자료 : 서울시(2010), 서울시 고령사회 마스터플랜.

〈그림 2-1〉 서울시 고령사회 마스터플랜 비전체계도

(2) 주요사항

제1기(2013~2015) 실행계획은 WHO가 8대 영역으로 이루어진 것과 다르게 6대 분야로 구성되

었다. 사회참여, 시민참여와 고용, 지역사회 자원과 보건서비스 영역은 활기찬 여가문화, 맞춤형 일자리, 건강한 노후 분야로 구성되어 있다. 야외공간과 건물, 교통시설, 주거시설 등 3개 영역은 살기편한 환경으로 존중과 사회적 포용, 의사소통과 정보 등 2개 영역은 존중과 세대통합으로 구성하고 제2인생설계 지원을 서울특별시만의 특징적인 분야로 수립하였다. 각 분야별 실행과제는 다음 표와 같다.



자료 : 고령친화서울 홈페이지(afc.welfare.seoul.kr)

〈그림 2-2〉 서울특별시 고령친화도시 6대 영역

〈표 2-4〉 서울특별시 제2기 고령친화도시 실행과제

영역	구성	실행과제
고용	사회적 일자리 제공	어르신사회활동지원사업
	취업 지원 기관 운영	고령자취업지원센터, 고령자취업훈련센터, 시니어클럽
	취업 기회 확대	온라인일자리창구, 전문직은퇴자인재은행, 베이비부머Expo
	적합 일자리 개발	70+직종개발 및 시범고용 프로그램, 지역특화일자리개발
	고령친화노동환경 지원	고령친화적 근무환경 디자인 개발(근무복, 작업장 구조)
여가	축제 및 공연 활성화	생활체육경연대회, 효사손축제, 한마음축제, 행복콘서트, 노인영화제, 실버영화관

	어르신 평생교육 확대	어르신아카데미, 50+세대 평생교육
	경로당 지원 프로그램	경로당활성화프로그램, 경로당특화프로그램
	어르신 자치활동 지원	어르신동아리 활성화, 사회공헌활동 활성화, 50+세대 온·오프라인 커뮤니티
	신개념 여가공간 마련	생활밀착형마을쉼터, 공공시설사용온라인지원(가상복지관)
	신개념 프로그램 운영	신규프로그램 개발(엘더호텔, 도시교류), 신노년문화공모
건강	요양시설 인프라 확충	장기요양시설 및 데이케어센터 확충
	예방 체계 구축	노인보호전문기관, 어르신상담센터, 자살예방사업, 고독사방지사업
	치매 관리 및 지원	치매조기발견, 경증치매환자관리, 치매어르신지킴이폰, 서울형 치매 전문요양가정 유형 개발
	건전한 장례 문화	무연고장례 지원, 장례용품 가격정보제공, 작은장례 장려, 장사시설 확충, 자연친화적 종합자연장지 조성
	일상 생활 관리	무료 급식, 도시락 배달, 민생침해예방교육, 교통안전 및 사고재해 예방교육, 어르신 생활체육지도사, 노인 안전안심 디자인 개발
존중	좋은 돌봄 지원	돌봄통합관리시스템, 돌봄통합지원센터, 돌봄통합협력체계, 어르신 돌봄종사자종합지원센터, 돌봄가족휴가제, 요양시설 인증제도, 서울시 좋은돌봄 인증제도
	노후 소득 지원	기초연금 및 장기요양보험 분담금 지원
	사각 지대 지원	장기요양보험 및 돌봄종합 부담금, 저소득 재가서비스
	정보 전달 효율화	시니어포털 “50+서울” 홈페이지 운영, 서울시 어르신 정보꾸러미 발간, 고령친화적 노인정보전달 가이드 홍보 및 보급, 노인전용정보전화, 원스톱정보서비스, 찾아가는 동주민센터
	지역 어울림 지원	세대통합형 마을권 문화공간 구성, 노인 참여 마을 자치, 노노케어 7,085명, 친구만들기 900명, 안부반장제, 세대융합 프로그램, 세대 공감 토크콘서트
환경	노인단체 운영 지원	대한노인회서울시연합회 지원, 경로당 운영비·난방비 지원, 경로당 광역지원센터, 경로당 지역협의체 및 코디네이터
	의견수렴 기회 확대	어르신정책모니터링단, 정책워크샵, 베이비부머인생이모작 콘서트
	고령친화외부환경 조성	중요·탑골공원 어르신문화 특화거리 조성, 고령친화환경 시범마을, 고령친화적 상점 디자인 개발, 저상버스 운영, 실버숲 조성
	기관 확충 및 지원	50+센터 및 캠퍼스, 50+재단 설립, 소규모노인복지센터 건립 지원, 노인종합복지관 운영 지원
	안전 및 편리성 향상	노인복지시설 기능보강 및 안전관리, 노인복지기관 유니버설디자인 가이드 적용
	주거 모형 다양화	노인 임대주택, 서포티브하우스, 독거노인-대학생 룸셰어링, 원룸형 안심공동주택, 어르신공동생활주택, 서울형 Care home
	주거 안전 지원	주거안전점검, 노인주거안전체크리스트, 주택개보수연계

자료 : 서울특별시·서울복지재단(2015), 서울시 고령친화도시 제1기(2013~15년) 실행계획 평가

3) 부산광역시

(1) 추진과정

부산광역시는 2009년 “고령친화도시 구현방안 연구”, 2011년 “부산시 고령친화도 평가연구”, 2013년 “부산시 고령친화도시 구축을 위한 실행 전략” 등의 관련 연구를 기반으로 2015년 「부산광역시 고령친화도시 구현을 위한 노인복지 기본 조례」를 제정하면서 고령친화도시 조성을 본격화하였다. 이후 2015년 “부산고령친화도시 가이드라인 개발연구”를 거쳐 2016년 “부산시 고령친화도시 조성을 위한 노인복지실행계획(2016~2018)”을 수립한 이후 전문가, 관련부서, 노인복지정책위원회 협의 등의 과정을 통해 2016년 WHO 고령친화도시 국제네트워크에 가입하였다.

(2) 주요사항

부산광역시 고령친화도시는 “활력있는 100세, 고령친화도시 부산”을 비전으로 하고 “안전하고 쾌적한 생활환경 조성”, “세대간 이해와 존중받는 사회통합 실현”, “건강하고 여유있는 노후 복지체계 구축”을 목표로 8대 분야, 23개 세부목표, 44개 전략과제로 구성되었다. 8대 분야는 WHO의 영역을 따랐고, 세부목표 및 전략은 고령친화도시 조성 필요성에 대한 인식을 높이고, 관련 인프라 조성을 기본으로 하였다. 분야별 구체적인 세부목표와 전략과제는 다음과 같다.

〈표 2-5〉 부산시 고령친화도시 분야별 전략과제

분야	세부목표	전략과제
야외 공간 과 건물	도시의 안전성 및 편리성 강화	<ul style="list-style-type: none"> 노인들이 시설을 편리하고 안전하게 이용할 수 있도록 안전성, 접근성, 기능성 등 BF 기반의 복합적 지원 노인들의 보행적합성을 기준으로 다양한 시설에 대한 접근성, 토지이용 및 교통체계 등이 노인들의 활발한 보행활동을 지원
	쾌적한 환경조성	<ul style="list-style-type: none"> 고령친화 공원, 도시 기반시설, 공원, 광장, 건축물의 배치 등 다양한 도시 환경을 노인들의 신체활동에 맞추어 이용 환경의 편리성을 지원
교통 시설	대중교통 편의성 증진	<ul style="list-style-type: none"> 대중교통 이용시 장애물이 없고, 누구에게나 편리하도록 보편적인 설계, 즉 Universal Design 개념을 반영 도로 표지판의 디자인과 시인성을 높임

		<ul style="list-style-type: none"> 버스 정류장 환경을 미끄럼 방지, 지지대 등 노약자 편의증진을 위해 개선
	안전한 교통환경 조성	<ul style="list-style-type: none"> 노인 운전자를 위한 교통안전 교육 프로그램을 강화 노약자를 위한 저상버스 등 노인친화적인 대중교통 환경을 개선
주거 및 주거 환경	주거 안전성 확보	<ul style="list-style-type: none"> 저소득층 노인 주거안정을 위한 금융지원을 강화하고 자기주택 소유자는 주택임차를 할 수 있도록 지원 주택 내 생활편의 강화와 안전사고 방지 등을 위하여 주택개량 상담과 관련 정보제공 및 노인이 거주하는 주택의 개조 비용을 지원 주거지원센터 설치 운영을 통해 고령자들이 지역사회에서 자립하면서 살아갈 수 있도록 지원
	근거리내에 복지인프라 구축	<ul style="list-style-type: none"> 다양한 형태의 맞춤형 노인주거 프로그램을 개발하여 공급 거주지 중심의 고령친화 생활 커뮤니티를 조성
사회 참여	사회참여 기회확대	<ul style="list-style-type: none"> 다양한 자원봉사활동 프로그램과 인프라를 구축하여 고령자의 자원봉사활동을 활성화 노후생활에 필요한 교육프로그램과 평생교육체계를 강화하여 고령자의 교육참여 기회를 확대 고령자들의 취미활동 및 자기계발 등을 할 수 있는 인프라를 구축하고 프로그램을 개발 신노년계층을 위한 인프라와 프로그램을 확충
	사회참여 활성화 및 인프라 구축	<ul style="list-style-type: none"> 고령자들의 취미활동 및 자기계발 등을 할 수 있는 인프라를 구축하고 프로그램을 개발 신노년계층을 위한 인프라와 프로그램을 확충
존경과 사회적 통합	세대간 유대감 증진	<ul style="list-style-type: none"> 모든 세대가 참여할 수 있는 세대통합을 위한 다양한 행사(축제 등)를 개최 가족, 친지, 이웃과의 의사소통능력 강화를 위한 교육 프로그램을 제공
	지역사회통합의 장 마련	<ul style="list-style-type: none"> 공적서비스 등 서비스 개발에 있어 공청회와 간담회에 노인의 참여를 독려 고령친화도시 조성에 있어 노인들의 적극적인 참여와 관심을 유도할 수 있도록 모니터링단을 운영
	노인의 인권에 대한 인식개선	<ul style="list-style-type: none"> 노인차별 금지 및 노인학대 예방을 위한 대시민교육과 홍보를 강화
시민 참여와 고용	정년 연장·재취업 기업 확대	<ul style="list-style-type: none"> 장년층에게 고용기회를 확대하여 정년까지 일할기회를 보장 고령자들이 희망하는 취업 및 재취업을 위해 맞춤형 취업지원서비스를 강화
	고령자 공공형 취업기회 확대	<ul style="list-style-type: none"> 소득 및 공익적 가치 목적의 다양한 일자리에 고령자의 참여기회 확대
	사회적 경제 영역에 새로운 형태의 일자리 확장	<ul style="list-style-type: none"> 노인 창업 및 사회적 기업 육성 및 운영 지원
의사	정보접근성 강화	<ul style="list-style-type: none"> 노인을 위한 건강, 여가, 교육 등의 정보를 제공하는 방송 프로그램,

소통 과 정보 제공		신문/잡지 등의 고령친화적 정보물로 제공 ◦ PC, 스마트폰 등의 정보기기 사용에 관한 교육기회를 확대
	의사소통과 정확한 정보제공	◦ 노인들에게 직접적으로 정보를 제공할 수 있는 방문 정보 제공 체계를 구축하고 정확한 정보전달을 위한 교육을 실시 ◦ 자동화기기 사용이 어려운 노인을 위해 특별 서비스를 제공
지역 사회 지원 과 건강 서비 스	건강수명 연장을 위한 건강관리 및 증진	◦ 만성질환 및 건강관리를 위한 서비스를 강화 ◦ 노인의 우울증, 자살예방을 위한 지역사회 중심 자살예방 전략이 필요
	어르신 맞춤형 건강 지원체계 강화	◦ 고령자의 신체활동 증진을 통해 건강한 일상생활을 유지함으로써 신체 적, 정신적 건강증진 향상을 도모 ◦ 고령자 건강정책의 성인지적 접근이 고려
	어르신 건강사각지대 해소	◦ 취약고령자가 원하는 의료서비스를 적시에 적절한 의료서비스 이용할 수 있도록 지리적, 경제적 제약을 완화 ◦ 의료 사각지대를 발굴하여 적절한 보건의료서비스를 제공
	취약계층 지원 확대	◦ 저소득 취약계층의 건강검진, 예방접종을 향상을 위한 지원을 강화 ◦ 취약계층 노인 영양지원, 낙상방지 프로그램, 조기진단 등 지역보건사 업 확대
	지역돌봄체계 강화	◦ 저소득 독거노인 지원체계를 마련 ◦ 노인돌봄사각지대를 적극적으로 해소
	aging in place를 위한 서비스 지원	◦ 지역 내 돌봄의 보호연속성이 가능할 수 있도록 장기요양서비스와 제 공 기관을 관리 ◦ 지역단위 종합적인 서비스가 이루어지도록 함
	부양자 지원체계 강화	◦ 공식적 돌봄서비스 제공 인력을 지원하고 관리 ◦ 노인을 부양하는 가족에 대한 지원체계를 마련

자료 : 부산시, 2016, 부산시 고령친화도시 조성을 위한 노인복지실행계획(2016~2018).

4) 제주도

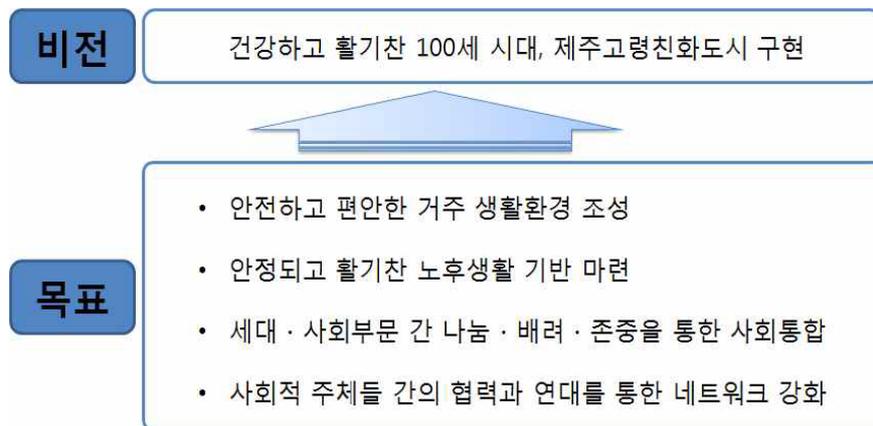
(1) 추진과정

제주도 고령친화도시는 2011년 수립된 “제주지역 고령친화도시 조성을 위한 기초연구”를 시작으로 본격화되었고 제주장수문화포럼을 창립한 이후 꾸준히 논의를 이어갔다. 국제학술세미나, 정책토론회를 통해 구체적인 지식과 필요성에 대한 공감대를 형성하는 한편 “제주지역 고령친화도 평가연구 (2014년)”를 통해 고령친화도 실태를 분석하고 2015년 「제주특별자치도 고령친화도시 구현을 위한 노인복지 기본조례」를 제정하여 고령친화도시 조성에 관한 제도적 기반을 마련하였다. 이후 “제주

고령친화도시 조성 가이드라인 개발(2015)”와 “제주 고령친화도시 조성을 위한 실행계획(2016)”를 수립하고 이를 기반으로 하여 2017년 도단위 최초로 WHO 고령친화도시 국제네트워크에 가입하였다.

(2) 주요사항

실행계획은 사람 중심, 상생·통합, 네트워크, 행복 등 4가지 사항을 핵심가치로 하고 “건강하고 활기찬 100세 시대, 제주고령친화도시 구현”을 비전으로 3대 영역 11개 목표 23개 전략 과제로 구성하였다.



자료 : 고령친화서울 홈페이지(afc.welfare.seoul.kr)

〈그림 2-3〉 제주도 고령친화도시 비전 및 목표

〈표 2-6〉 제주도 고령친화도시 영역별 전략과제

영역	목표	전략과제
외부환경	안전하고 쾌적한 고령친화적 주거환경 구현	<ul style="list-style-type: none"> 고령자의 안전을 위한 주택개량 지원확대 고령자를 배려한 전용주택 공급을 확대
	안전하고 편리한 커뮤니티 조성	<ul style="list-style-type: none"> 주·야간 언제든지 외부활동을 할 수 있는 안전한 환경을 조성 편의시설에 대한 접근성을 개선
	고령층을 배려한 교통 환경 및 서비스 구축	<ul style="list-style-type: none"> 대중교통 무장애화 도시환경을 조성 고령자 등 교통약자를 위한 수요 응답형 교통서비스 활성화
사회참여, 시민참여 및 일자리	사회참여 기본 환경 조성	<ul style="list-style-type: none"> 지역 내 기존 시설 확보 등 여가시설 인프라 확충의 장기적 계획을 수립
	사회참여 프로그램 다양화	<ul style="list-style-type: none"> 마을 내 이웃 관계 중심 프로그램 등 맞춤형 프로그램을 개발하여 제공 고령 노인과 남성 노인을 위한 프로그램을 개발하여 제공
	노인 취업 지원 및 근로 환경 개선	<ul style="list-style-type: none"> 제주지역 노인에게 적합한 직종을 개발하여 보급 중간지원조직을 설립운영하여 노인 취업 훈련 및 취업 알선 서비스를 적극적으로 제공 노인들이 일하고 있는 근로 환경을 점검하고 개선 방안을 마련
	노인 사회공헌 및 시민참여 기회 확대	<ul style="list-style-type: none"> 노인을 위한 일자리와 사회공헌 정보를 통합적으로 제공 노인이 고령친화도시정책 구성에 직접 참여하고 모니터링 체계를 구축
존중, 사회통합, 의사소통과 정보제공, 지역사회 서비스	고령자의 존중과 지역사회통합 활동 위한 체계 구축	<ul style="list-style-type: none"> 노인의 존중과 배려를 위한 환경을 조성 가정과 지역사회에서 노인 공경을 위한 환경을 조성 젊은 세대와 사회통합을 이루기 위한 정책과 프로그램을 개발
	정보제공 방법의 다양화를 통한 정보접근 수월성과 의사소통의 정확성 제고	<ul style="list-style-type: none"> 정보, 소식의 유형과 노인의 특성을 고려한 의사소통으로 소외감 해소 다양한 생활정보를 제공
	여가프로그램의 다양화와 지역사회서비스의 격차 해소	<ul style="list-style-type: none"> 농촌지역 보건의료서비스 제공을 위한 다각적인 접근 시도 복지관/경로당 이용 노인과 프로그램의 다양화를 위하여 연령 적합형 프로그램 개발
	장기요양보호 수발자의 부담 완화	<ul style="list-style-type: none"> 침대가 설치된 차량의 확대설치 및 수요자의 이용 편의 증대 환자의 상태에 따른 수발기술 교육, 수발 기간에 따른 멘토링 프로그램 개발

자료 : 제주특별자치도(2016), 제주 고령친화도시 조성을 위한 실행계획 연구.

5) 미국 뉴욕시

(1) 추진과정

미국의 대표적인 거대도시 중 하나인 뉴욕시는 다양한 계층의 사람들이 어울려 살고 있는 도시로 빈부의 양극화 비율과 고령층의 비율이 계속해서 높아지고 있으며, 이러한 비율의 증가는 경제적으로 취약한 고령층을 급속히 양산하게 되었다. 의식주를 홀로 해결하기 어려운 저소득 고령층이 계속 증가함에 따라 무료급식, 고령자센터 운영 등 기존 각종 사회복지 활동에 한계가 나타남에 따라 뉴욕시는 증가하는 고령층에 대한 새로운 대안 마련을 강구하게 되었다. 또한, 뉴욕시민들이 고령화된 이후에도 삶의 질을 유지하며 기존 거주지에서 독립적인 삶을 영유할 수 있도록 개인 및 사회의 역량을 강화하고 기존 고령자와 그 가족들이 안정된 삶을 유지하며 다양한 욕구를 적절히 충족할 수 있는 여건 마련이 필요하게 되었다.

2007년 당시 뉴욕 시장은 뉴욕 의대, 고령자 등 뉴욕 시민, 뉴욕시 관련 공무원 및 다양한 분야의 전문가 등과 협의하는 한편, 고령층 등의 요구를 확인하기 위한 인식조사를 실시하는 등 고령친화도시 조성을 위한 발판을 마련해나갔다. 각종 정책 및 사업에 고령층을 고려하도록 유도하고 고령화에 대한 올바른 인식개선을 위해 노력하며 다양한 계층과의 협의를 통해 고령친화적인 도시가 될 수 있는 기틀과 방향을 제시한 후 2010년 전세계 최초로 WHO 고령친화도시 국제네트워크에 가입하였다.



자료 : 부천시(2018), 고령친화도시 조성 연구용역.

〈그림 2-4〉 뉴욕시 고령친화도시 추진 과정

(2) 주요사항

뉴욕시 고령친화도시 영역별 개발 계획(2009)은 전문가, 담당 공무원 이외에 노인, 뉴욕시민 등 다양한 지역사회의 의견을 수렴하여 수립되었으며, WHO의 8대 영역을 기준으로 4개 대영역, 15개 세부영역 및 그에 따른 핵심전략으로 구성되었다.

〈표 2-7〉 뉴욕시 고령친화도시 영역별 전략

대영역	세부영역	핵심전략
지역사회 와 시민참여	고용과 경제적인 안정	<ul style="list-style-type: none"> 고령자 직업훈련과 취업지원 고령자 유급일자리 확대 사회보장제도 수급을 위한 고용기회 제공
	자원봉사	<ul style="list-style-type: none"> 세대 간 자원봉사 및 학습기회 제공 새로운 자원봉사 기회와 자원 제공 등
	문화 및 여가활동	<ul style="list-style-type: none"> 시니어센터와 도서관간의 동반관계 구축 시니어센터 프로그램을 진행할 예술가 모집 문화/예술행사 고령자 할인 혜택에 대한 원스톱정보 제공
	정보와 계획	<ul style="list-style-type: none"> 고령자 중심의 새로운 웹사이트 구축 노인국(DFTA) 웹사이트 재설계와 정보수준 확대 지역사회 고령친화성 진단 고령서비스 제공자 대상의 문화적 역량강화 훈련 실시
주택	적정비용의 주거개발	<ul style="list-style-type: none"> 저소득층 주거지원기금과 건설과정 시 고령자 고려 고령자주택 건설시 주차규정과 구역규제 완화 주택 리모델링과 신규 건설을 위한 융자지원
	자가소유자와 임대거주자 지원	<ul style="list-style-type: none"> 주택수리비 융자 지원 고령임대자보호 접근성 향상 주거관련 법적지원
	지역사회 내의 자립생활 지원	<ul style="list-style-type: none"> 자연발생적 고령자 거주지역 지원 취약고령자에 대한 주거지원 확대 지역 내 계속거주를 지원하는 새로운 주거모델 개발
공공공간 과 교통	교통의 접근성과 비용적절성	<ul style="list-style-type: none"> 지하철역의 엘리베이터와 에스컬레이터 서비스 개선 특수이동서비스의 효율성 향상 대중교통이용이 불가능한 노인 대상의 택시바우처 개발
	안전하고 고령친화적인 공공공간	<ul style="list-style-type: none"> 버스정류장의 휴식시설(의자) 확충 주요 장소 내 공중화장실 확충 고령자안전을 고려한 교차로 재설계 고령친화적 공원을 지정하여 이용 활성화

	미래계획	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 환경보호단체 워크숍 제공과 고령자의 식수 참여 권장 ◦ 고령자 이동성 향상을 위한 연구 ◦ 유니버설 디자인 가이드라인 적용 확대
건강 서비스와 사회 서비스	건강 및 건강관리계획	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 고령자 건강관련 인식과 지식 증진 ◦ 건강 증진을 위한 시니어센터 재설계 ◦ 휘트니스센터 할인 프로그램 ◦ 건강보험 옵션에 대한 인식 확대
	고위험군 노인 지원	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 낙상방지프로그램 실시 ◦ 고위험군 노인 대상 에어컨 무료보급 ◦ Silver Alert(실종노인홍보)를 Notify NYC에 추가 ◦ 고령자대상범죄예방을 위한 “Savvy Seniors” 캠페인 확대
	영양 지원	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 푸드스탬프 전화신청 절차 실시와 아웃리치 캠페인 ◦ NYC Green Cart 프로그램 실시 ◦ 식료품 쇼핑시 버스서비스 제공 ◦ 사례 관리와 가정배달급식프로그램의 효율성 증진
	수발 및 장기요양	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 손자녀 양육 조부모에 대한 상담과 지원서비스 제공 ◦ 가족수발자에 대한 교육 자료와 지원 확대 ◦ 가족수발휴가(Family Leave) 확대를 위한 정책 모색 ◦ 지역사회 보호에 대한 접근성 개선 ◦ 장기요양보험에 대한 인식개선과 교육
	완화 케어와 죽음 준비	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 완화치료 홍보 / 기존의 완화케어프로그램 확대 ◦ 사전결정(advance directive) 홍보 ◦ 의사결정 불가 고령자의(건강 관련) 대리인 법제화 추진

자료 : New York City(2009), Enhancing our city's livability for older new yorkers.

6) 일본 아키타시

(1) 추진과정

아키타시는 일본 최초로 WHO 고령친화도시 국제네트워크에 가입(2011년)한 지역으로 고령자의 행복과 보다 나은 고령사회 실현을 목적으로 설립된 비영리단체인 FOIFA(Friends of IFA Japan)를 통해 시작되었다는 것이 특징이다. FOIFA는 국제노인단체연맹(IFA), 일본 고령단체 NGO 등과 함께 추진한 심포지엄에서 고령친화도시의 개념을 처음으로 제시하였고 2011년부터 2013년까지 계속

해서 심포지엄을 개최하며 고령친화도시에 관한 사항을 지속적으로 전파하였다. 주산업이 벼농사 중심의 농업으로 산업발전에 따라 생산가능인구가 계속 대도시 등으로 이주하고 기존 주민들이 점차 고령화됨에 따라 고령화 사회에 대한 대응 필요성을 인식하고 있던 아키타시는 고령친화도시 도입을 적극적으로 추진하게 되었다.

시를 중심으로 하여 보건, 복지, 도시계획 등 10개 관련부서가 합동으로 ‘고령친화도시 구상 연구회(2009년)’를 설립하고 전문가 초빙 등 다양한 방법을 통해 고령친화도시에 대한 이해도를 높였다. 이후 고령친화도시에 대한 이해도를 높인 공무원들은 ‘아키타시 고령친화도시 구상 추진 협의회(2011년)’를 설립하여 시민들을 대상으로 인식조사를 실시하여 의견과 이해를 높였다. 이후 “고령친화도시 구상에 관한 제언서”를 작성하게 되었고, 이를 통해 아키타시 고령친화도시가 본격적으로 시작되었고, 이후 시민회 조직 등 다양한 활동이 이루어지고 있다.

(2) 주요사항

실행계획은 WHO와 같이 8대 영역으로 이루어져 있으며, 중점과제로는 고령자와 고령사회에 대한 이미지 개선, 장벽 등을 제거하는 무장애(Barrier Free) 도시 추진, 교통약자를 위한 교통수단 확보, 가족의 해체 및 1인 가구 증가에 따른 고립방지 등을 수립하였다.

〈표 2-8〉 아키타시 고령친화도시 영역별 주요사항

영역	추진내용
야외공간과 건물	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 휴식공간, 벤치 및 다양한 세대가 쉴 수 있는 녹지공원 등 옥외 환경 정비 ◦ 고령 운전자에 대한 사고 예방 ◦ 무장애(Barrier Free) 도시 추진 ◦ 사회적(경제, 신체) 약자에 대한 대책 수립 및 신규 비즈니스 지원 ◦ 상점, 의료 시설 등에 대한 정비 지원 ◦ 시민협동을 통한 폭설대비
교통시설	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 일상생활에 반드시 필요한 교통수단 확보 ◦ 고령자의 요구를 감안한 교통수단 운행 지원 ◦ 버스를 제외한 교통수단에 대한 검토·지원
주거시설	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 가구수 변화를 고려한 주거공간 확보 ◦ 고령자나 장애인 생활을 고려한 집합 주택 검토
사회참여	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 적극적 사회참여 촉진

	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 고령자 모임공간 조성 ◦ 고립방지, 우울증 예방, 자살방지 등의 대책마련 ◦ 다양한 세대가 어울려 활동하는 장소 창출 ◦ 주민자치조직 지원 강화
존중과 사회적 포용	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 고령자에 대한 이미지를 개선하고 이해도 향상
시민참여와 고용	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 고령자 자원봉사 활동 촉진 ◦ 고령자 일자리 확보
의사소통과 정보	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 다양한 정보수단을 이용하여 고령자 의사소통 촉진 ◦ 요양, 고령자 복지 등 상담창구 등을 통한 정확한 정보제공 ◦ 고령자 정보제공에 만전을 기함
지역사회 지원과 보건서비스	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 현 거주지역에서 안심하게 생활할 수 있도록 보건·복지·의료 등 관련서비스 확보 ◦ 지역별로 고령자의 안녕을 확인할 수 있도록 대책 마련

3. 시사점

고령친화도시는 증가하는 고령인구와 길어지는 노년기를 대응하고 삶의 질 향상을 위하여 시작되었다. 노인들에게 편안한 환경은 모든 사람에게 편안한 환경이라는 인식하에 고령친화도시 추진의 혜택을 공유할 수 있도록 영역이 확장되고 있다. WHO 고령친화도시 네트워크는 국제적 지표에 근거하여 조성되며, 지속적인 관리 요구, 지자체 중심의 세부 정책 추진 필요하다. 구체적으로 WHO의 8개의 항목을 중심으로 고령친화도시 계획이 수립되고, 항목별 세부 사업이 추진되고 있다.

고령친화를 위한 물리적 환경의 주요 요소는 교통, 주택, 편의시설이며, 비 물리적 항목은 사회참여, 안전, 건강/돌봄 부문이 중요한 요소로 나타났다. 선행연구에서 고령친화도를 조사하고 분석하는 기준은 WHO의 8대 영역을 중심으로 분석을 실시하였다. 구체적으로 복지와 사회학 관점에서 고령자들이 편리한 생활환경 조성을 위한 물리적 요소, 만족도, 지역의 고령친화도 등을 조사하고 있으며, 구체적인 세부 항목으로는 교통시설, 공공시설, 주택 등의 고령친화 정도를 분석하였다. 추진되고 있는 정책과 기존 커뮤니티의 시설을 분석하여 노인들이 편리한 커뮤니티를 조성하기 위한 세부 시설과 프로그램을 제시하고 있으며, 전체 도시를 대상으로 한 계획 관련 연구는 이루어지지 않고 있는 것으로 나타났다.

국내의 고령친화도시 현황은 기초자치단체를 중심으로 주로 지정이 되고 있으며, 총 23곳의 지자체가 지정을 받은 것으로 나타났다. WHO 고령친화도시 네트워크는 최초 가입시 3년 실행계획을

수립하여야 하며, 지정 이후 사업추진, 모니터링 평가 보고서와 향후 5년 실행계획 및 평가계획을 수립하여야 하는 등 지속적인 갱신이 필요하므로 지속적인 관리가 가능한 전담팀을 구성하거나 관련기관에 위탁운영 할 필요가 있다. 충청남도는 기초지자체를 포함하는 광역지자체임으로 충청남도 전체가 WHO 고령친화도시 네트워크에 가입하거나, 캐나다 사례와 같이 충청남도는 실행지침을 제공하고 각 시군에서 실행계획을 수립하여 시군별로 네트워크에 가입하도록 지원하는 방안이 추진 될 필요가 있다.

고령친화 관련 계획의 추진과 사업 분야의 특징은 다음과 같다. 고령친화도시 지정 후 사업의 추진은 소규모 단위 사업을 중심으로 추진되고 있는 것으로 나타났다. 고령친화마을의 경우 커뮤니티 중심으로 이루어지고 있으며 상점을 활용한 고령친화비즈니스 모델등이 추진되고 있다. 고령자들의 이동 편의 향상과 시설 접근성 향상을 위한 수요 응답형 교통서비스 제공, 보도 개선 사업 등이 추진되고 있는 것으로 나타났다. 고령자들의 사회활동 지원을 위하여 커뮤니티내 공동 활동을 위한 공간, 공동 생활 공간 제공 등의 사업이 추진되고 있다.

따라서 본 연구는 노인 관련 정책과 기존 시설 이용 연계성을 파악하여 정책 전달과 시설 이용의 효율성을 높이는 방안을 모색하고자 한다. 구체적으로 노인들의 주거 생활과 마을 내 시설 이용의 활용성을 높이는 방안을 제시하도록 한다. 다음 장에서 다루어질 면 지역의 구조적 특성을 파악하고 현재 추진되는 정책과 시설의 연계성을 도모한 고령친화마을 모델 개발을 위한 방향을 설정하도록 한다.

제3장 관련 현황 및 조사

1. 고령자 관련 현황

1) 고령자 현황

충남의 고령인구는 396,189명인 18.7%로 전국의 15.9%보다 높은 것으로 나타났다. 고령인구 비율은 특별시와 광역시보다 광역도의 비율이 높게 나타나고 있다. 지역별 고령인구 비율은 다음과 같다.

〈표 3-1〉 전국의 고령인구 비율(2020)

(단위: %, 명)

지역(시·도)	고령인구비율	65세이상 인구	전체 인구
전국	15.9	8,265,848	51,841,371
서울특별시	15.7	1,522,550	9,724,496
부산광역시	18.8	639,421	3,406,942
대구광역시	16.1	390,430	2,429,059
인천광역시	13.5	398,065	2,950,063
광주광역시	13.8	200,703	1,455,533
대전광역시	13.9	205,070	1,471,915
울산광역시	12.1	137,975	1,143,148
세종특별자치시	9.6	33,195	345,373
경기도	12.9	1,713,039	13,324,041
강원도	20.2	311,356	1,538,639
충청북도	17.6	280,737	1,596,710
충청남도	18.7	396,189	2,118,510
전라북도	20.9	378,488	1,810,097
전라남도	23.1	429,146	1,855,945
경상북도	21.2	562,085	2,648,760
경상남도	16.8	564,392	3,351,347
제주특별자치도	15.4	103,007	670,793

자료: 통계청. 고령인구비율(2020.05 기준) (http://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=101&tblId=DT_1YL20631)

유소년인구 1백명당 고령인구를 나타내는 노령화지수 추계 결과를 살펴보면, 2021년 145.9에서 2045년 399.8로 급속히 증가할 것으로 예측되었다. 전국 평균은 동 기간 138.8에서 392.8로 증가할 것으로 나타났다.

〈표 3-2〉 전국의 노령화지수 비교

(단위: 유소년인구 1백명당 고령인구)

지역	노령화지수								
	2021	2022	2023	2024	2025	2030	2035	2040	2045
전국	138.8	150	162.9	175.7	189.7	259.6	308.5	345.7	392.8
서울특별시	165.4	180.5	196.9	212.3	228.4	297.4	336.3	368.7	415.6
부산광역시	189.4	205.2	222.3	239.2	257.1	347	400.4	426.2	465.4
대구광역시	145.6	157.8	171	184.8	200.1	279.8	337.7	370.7	412.3
인천광역시	118.2	129.8	143.1	156.6	171.5	246.2	297.6	338.1	388.7
광주광역시	110.8	119.9	130.7	141.7	154	215	262.5	298.3	342.1
대전광역시	119.7	131	143.7	155.7	169.3	229.7	270.3	305.6	350.3
울산광역시	96.2	106.3	117.9	130.1	143.5	219.8	281.8	320.6	359.5
세종특별자치시	48.4	51	54.3	58.1	62.5	89.9	118.6	148.1	185.3
경기도	102.7	111.6	122.4	133.2	145.1	205.2	248.7	282.9	325.4
강원도	194.2	210.2	228.7	246.8	266.5	360.6	425.4	474.9	539.1
충청북도	149	160.4	173.8	186.6	200.5	270.7	326.1	372.4	428.5
충청남도	145.9	154.6	165.1	175.7	187.9	249	296.6	342.8	399.8
전라북도	185.4	198.2	212.6	227	243.6	327	382.9	426.9	483.4
전라남도	206.5	219.2	234	249.3	266.8	361.9	435.7	492.4	562.1
경상북도	194.8	209.2	225.2	241.5	259.9	357.7	431.9	484.9	547
경상남도	136.3	147.5	160.7	174.3	189.4	273.6	339.6	385.5	435.1
제주특별자치도	111	118	126.2	134.7	144.1	196.3	241	279.9	326.7

※ 자료: 통계청, 장래인구 추계, 시도별 장래인구특별추계결과(2017~2047)

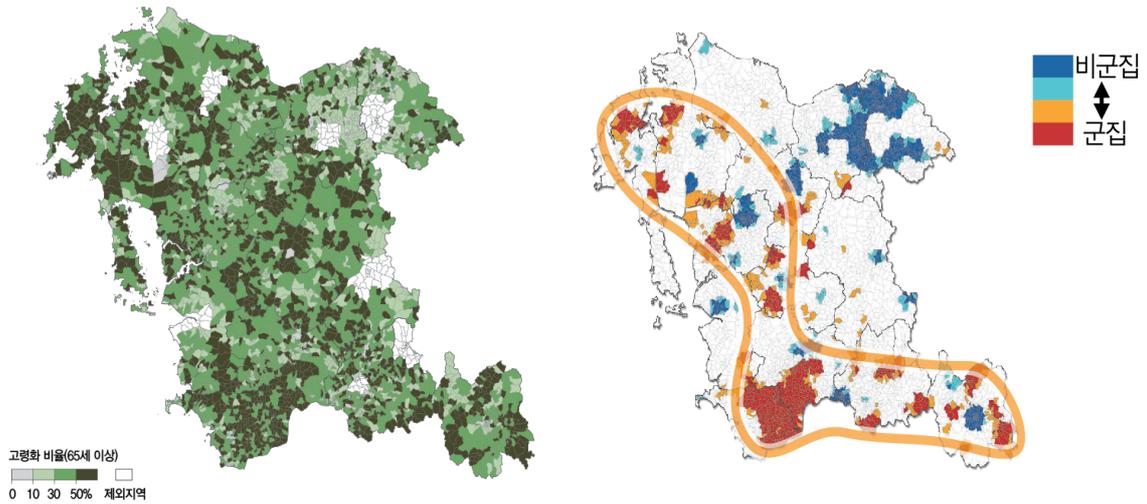
(http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&aSeq=375555)

충청남도의 고령화율은 2018년 17.5%로 고령사회에 진입하였으며, 초고령 사회로 진입한 시군이 2012년 8개 시군에서 2018년 10개 시군으로 증가하였다. 고령화율이 가장 높은 지역은 서천으로 33.55%, 가장 낮은 지역은 천안으로 9.8%로 나타났다. 노인인구 비율이 20% 이상을 차지하는 초고령 사회인 지역은 10개 시군으로 공주, 보령, 논산, 금산, 부여, 서천, 청양, 홍성, 예산, 태안으로 나타났다. 노인인구 비율이 14% 이상 20% 미만인 고령 사회 지역은 서산, 당진 2개 시군 지역으로 나타났다. 천안, 아산, 계룡 지역은 노인인구 비율이 7% 이상 14% 미만의 젊은층이 많은 지역으로 분류되었다.

〈표 3-3〉 충남 시·군 고령화율

행정구역	총인구수	65세 이상인구	고령화율(%)	
			2012년	2018년
충남	2,126,282	372,515	15.2	17.5
천안시	646,075	63,526	8.2	9.8
공주시	107,581	25,546	18.6	23.7
보령시	101,990	24,116	19.3	23.6
아산시	312,822	38,206	10.7	12.2
서산시	174,162	29,878	14.8	17.2
논산시	120,230	29,161	20.3	24.3
계룡시	43,731	4,446	7.7	10.2
당진시	167,770	28,986	15.6	17.3
금산군	53,222	15,181	23.9	28.5
부여군	68,078	21,508	26.2	31.6
서천군	53,922	18,048	27.9	33.5
청양군	32,296	10,516	29.5	32.6
홍성군	101,082	22,363	21.1	22.1
예산군	80,083	23,067	23.2	28.8
태안군	63,238	17,967	23.2	28.4

자료: 충청남도 내부자료(시군 자료취합), (2018년 12월 기준)



자료 : 충남연구원, 충청남도 실거주 인구자료를 활용한 마을단위 인구분포, 충남정책지도, 2015.

〈그림 3-1〉 행정리별 고령화 실태 및 핫스팟 분석

2) 독거노인

충남의 65세이상 독거 노인은 105,204명으로 이중 기초생활수급노인은 15,775명, 일반노인은 89,429명으로 나타났다. 지역별로 살펴보면 독거노인의 수가 가장 많은 지역은 논산 33.2%, 태안 32.0%, 금산 31.8% 순으로 조사되었다.

〈표 3-4〉 고령 독거노인 현황(65세 이상)

시군	65세이상 노인 수	65세 이상 독거노인			비율
		계	기초생활수급 노인	일반노인	
계	372,515	105,204	15,775	89,429	28.2
천안시	63,526	16,242	2,755	13,487	25.6
공주시	25,546	7,433	1,634	5,799	29.1
보령시	24,116	6,039	1,070	4,969	25.0
아산시	38,206	10,074	2,325	7,749	26.4
서산시	29,878	7,720	1,385	6,335	25.8
논산시	29,161	9,686	1,307	8,379	33.2
계룡시	4,446	1,205	167	1,038	27.1
당진시	28,986	8,223	825	7,398	28.4
금산군	15,181	4,822	547	4,275	31.8
부여군	21,508	6,673	870	5,803	31.0
서천군	18,048	5,695	664	5,031	31.6
청양군	10,516	2,831	320	2,511	26.9
홍성군	22,363	6,390	723	5,667	28.6
예산군	23,067	6,418	651	5,767	27.8
태안군	17,967	5,753	532	5,221	32.0

자료: 충청남도 내부자료(시군 자료취합), (2018년 12월 기준)

3) 노인복지 시설 현황

노인들을 위한 주거시설은 양로시설, 노인공동 생활가정, 노인복지주택 등으로, 충남의 양로시설은 8개소로 193명, 공동생활가정은 12개소에 64명이 생활하고 있다. 65세 이상 저소득 노인들이 주거지 내에서 복지서비스를 이용할 수 있도록 고령자 맞춤형 무장애 설계를 적용한 복합형 공공임대주택 384가구를 2021년까지 보령시, 청양군과 예산군에 조성할 계획이다.

❖ **고령자 복지주택(고령자 임대주택+사회복지시설)**

저소득 어르신들이 주거지내에서 편리하게 복지서비스를 이용할 수 있도록 **저층부에 고령자 친화형 사회복지시설과 상층부에 임대주택** 복합 조성

- **고령자용 임대주택**은 문턱제거, 높낮이 조절 세면대 등 **무장애(Barrier-Free) 설계** 적용
- **사회복지시설**은 입주민을 포함한 **지역주민에게 복지서비스**를 제공

노인성 질환이 있는 노인의 생활시설은 노인요양시설과 노인요양공동생활가정이 있으며, 충남의 노인요양시설은 188개소에 7,528명, 노인요양공동생활가정은 110개소에 817명이 생활하고 있다. 노인의 취미 및 사회참여활동 등을 위한 노인여가복지시설로 노인복지관, 경로당, 노인교실이 있으며, 노인복지관은 16개소, 경로당은 5,730개소, 노인교실은 69개소가 설치되어 있다. 재가노인복지시설은 장기요양수급자나 심신이 허약한 재가 노인을 보호하는 서비스를 제공하는 시설로, 방문요양 서비스, 주·야간보호서비스, 단기보호서비스, 방문목욕서비스, 재가 노인지원서비스가 있다. 방문요양서비스는 1,074명이 이용하고 있으며, 주야간보호서비스는 903명, 단기보호서비스 3명, 방문목욕서비스는 243명, 재가지원서비스는 1,911명이 이용하는 것으로 나타났다.

〈표 3-5〉 노인복지 시설현황

(단위 : 명)

종류	시설별	시 설 현 황			
		시설수	입소인원 (정원)	종사자수	
합계		6,269	301,710	7,905	
생활 시설	주거복지 (정원)	소계	20	257 (464)	90
		양로시설(12.5명)	8	193 (357)	60
		노인공동생활가정	12	64 (107)	30
	의료복지 (정원)	소계	298	8,355 (9,650)	5,949
		요양시설(2.5명)	188	7,528 (8,654)	5,263
		노인요양 공동생활가정(3명)	110	817 (996)	686
이용 시설	재가복지	소계	134	4,134	1,601
		방문요양서비스 (15명이상)	33	1,074	803
		주야간보호서비스 (7명)	49	903 (1,162)	433
		단기보호서비스(4명)	7	3 (54)	4
		방문목욕서비스(2명)	21	243	269
		재가지원서비스	24	1,911	92
	여가복지	소계	5,815	288,964	250
		노인복지관	16	64,810	250
		경로당	5,730	224,154	-
		노인교실	69	-	-
노인보호전문기관 (학대피해노인전용쉼터)		2	-	15	

자료: 충청남도 내부자료(시군 자료취합), (2018년 12월 기준)

충남 노인복지시설을 시군별로 살펴보면 노인주거복지시설은 천안 7개소, 논산 4개소로 나타났으며, 시설이 없는 지역은 공주, 보령, 서산, 계룡, 부여, 서천, 청양, 태안으로 나타났다. 노인의료복지시설은 천안 60개소, 논산 32개소, 아산 30개소 순이며, 시설 수가 가장 적은 지역은 청양 7개소, 계룡, 서천 9개소로 나타났다. 노인여가복지시설 중 복지관이 없는 지역은 서산, 논산, 금산, 부여로 조사되었다. 노인보호전문기관은 아산시(학대피해노인 전용 쉼터 운영), 논산시로 나타났다.

〈표 3-6〉 충남 노인복지시설 시군별 현황

(단위 : 개소)

구 분	총 계	노인주거 복지시설	노인의료 복지시설	노인재가 복지시설	노인여가복지시설			노인보호 기관
					복지관	경로당	노인교실	
충청남도	6,269	20	298	134	16	5,730	69	2
천안시	828	7	60	26	2	727	6	
공주시	455		19	14	1	418	3	
보령시	422		12	7	2	401		
아산시	579	2	30	21	2	517	6	1
서산시	417		21	9		379	8	
논산시	567	4	32	5		515	10	1
계룡시	47		9	2	1	35		
당진시	385	2	18	2	2	342	19	
금산군	354	2	19	2		331		
부여군	484		15	6		459	4	
서천군	368		9	17	1	334	7	
청양군	310		7	2	1	300		
홍성군	401	1	14	12	1	370	3	
예산군	402	2	21	6	1	372		
태안군	250		12	3	2	230	3	

자료: 충청남도 내부자료(시군 자료취합), (2018년 12월 기준)

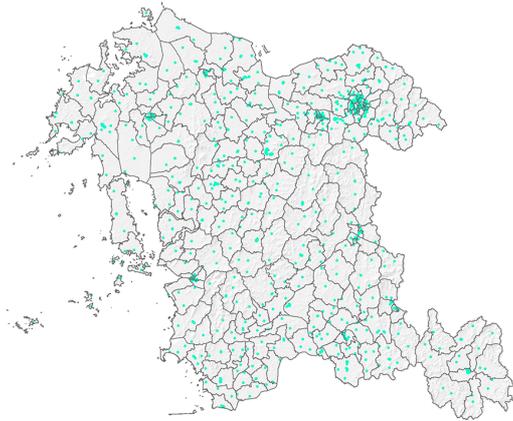
4) 독거노인 복지혜택 현황

충남의 독거노인들의 노인복지시설 접근성을 알아보기 위하여 독거노인 거주지 주변 750m 이내의 노인복지시설 유무를 분석하였다. 1인 가구는 다인 가구보다 건강, 경제적 지위, 주거형태와 환경 등의 수준이 낮은 특성을 보이고 있다(보건복지부, 2015). 독거노인은 도움을 제공해 줄 수 있는 사람이 부재하기 때문에 병원 및 노인복지시설과의 접근성이 더 중요하다고 할 수 있다. 따라서, 충남에 거주하는 독거노인(충남 정책지도 2019-2호, 2018. 8.)과 충남에 위치하는 상급종합병원, 종합병원, 병원, 의원, 보건기관, 건강생활지원센터 등 의료시설(건강보험심사평가원 2020. 3.) 및 노인복지시설(보건복지부, 2018년 12월 기준)과의 접근성을 분석하였다.

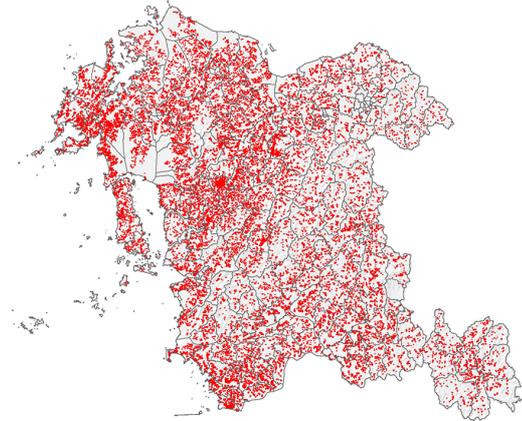
접근성 분석은 독거노인, 의료시설, 노인복지시설의 주소를 근거로 공간데이터를 추출하고 ArcGIS 10.5를 사용하여 독거노인 반경 750m² 이내에 의료시설과 노인복지시설이 위치하지 않아 서비스를 받지 못하는 독거노인을 도출하였다.

분석결과 반경 750m 이내 의료기관이 없는 의료시설 미혜택 독거노인 비율은 충남 전체적으로 54.4%이며, 면지역이 72.6%로 가장 높고 읍지역 43.9%, 동지역 18.2% 으로 나타났다. 노인복지시설이 없는 노인복지시설 미혜택 독거노인 비율은 충남 전체의 76.9%로 면지역 89.0%, 읍지역 66.4%, 동지역 57.0% 로 분석되었다. 의료시설 미혜택 독거노인 비율은 면지역을 제외한 읍지역과 동지역의 경우 50.0% 미만이나 노인복지시설 미혜택 독거노인 비율은 읍·면·동 모두 50.0%를 초과하는 것으로 나타났다. 의료시설 미혜택 독거노인 비율이 가장 많은 시·군은 부여군 70.0%, 청양군 69.5%, 태안군 65.5%이며, 가장 적은 시·군은 계룡시 20.9%, 천안시 26.2% 로 분석되었다. 노인복지시설 미혜택 독거노인 비율이 가장 많은 시·군은 보령시 89.4%, 부여군 86.4%, 청양군 85.2%이며, 가장 적은 시·군은 계룡시 28.2%로 나타났다.

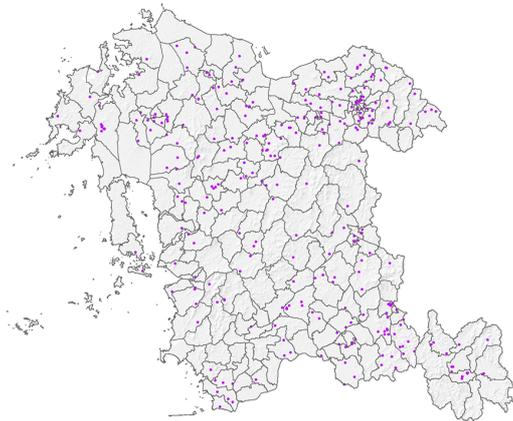
2) 독거노인의 노인 관련 시설 접근성 분석시 C. A. Perry의 이상적인 근린주구 규모 800m 기준과 국토교통부 국토모니터링 도로 서비스권역인 750m(10분 거리)를 반영하여 적용



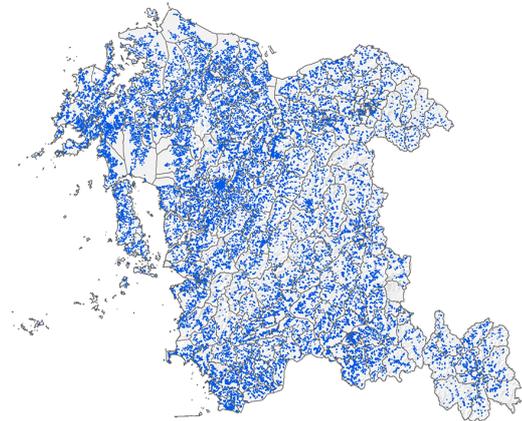
의료시설 분포



의료시설 서비스권역 미혜택 독거노인 분포



노인복지시설 분포



노인복지시설 서비스권역 미혜택 독거노인 분포

<그림 3-2> 의료시설·노인복지시설 분포 및 도보 서비스권역 미혜택 독거노인 분포

〈표 3-7〉 의료시설과 노인복지시설 도보 서비스권역 미혜택 독거노인 현황

(단위 : 명, %)

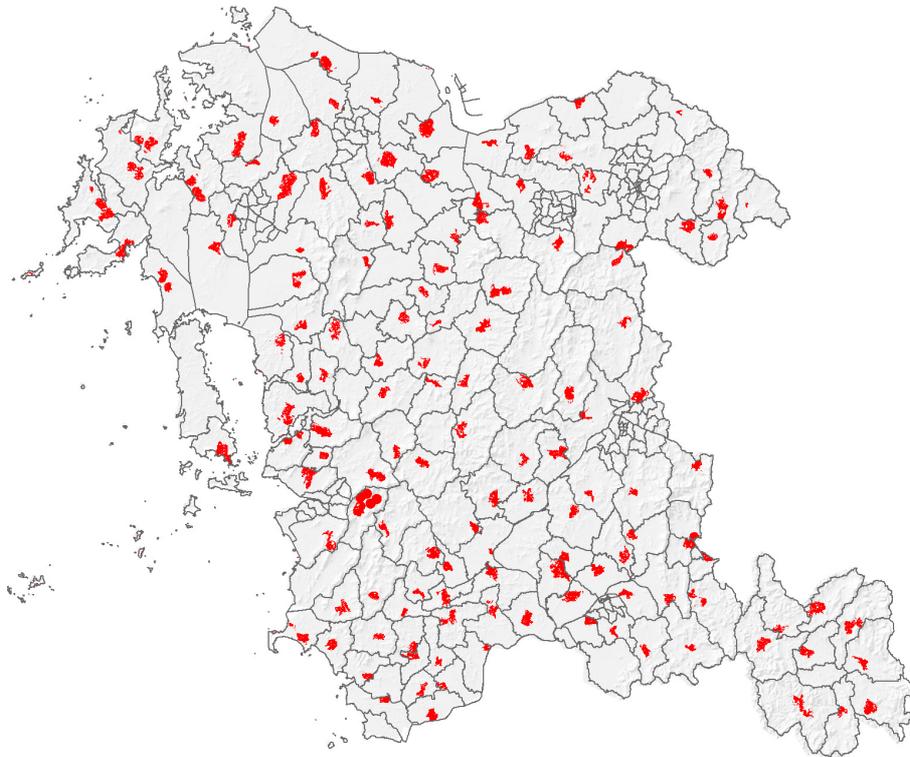
시도	독거노인				의료시설 미혜택				노인복지시설 미혜택			
	합계	읍	면	동	합계	읍	면	동	합계	읍	면	동
합계	91,903	21,480	50,960	19,463	49,985 (54.4)	9,429 (43.9)	37,018 (72.6)	3,538 (18.2)	70,701 (76.9)	14,257 (66.4)	45,346 (89.0)	11,098 (57.0)
천안	7,171	1,666	1,302	4,203	1,881 (26.2)	805 (48.3)	885 (68.0)	191 (4.5)	4,114 (57.4)	1,168 (70.1)	1,143 (87.8)	1,803 (42.9)
공주	7,243	737	3,886	2,620	4,404 (60.8)	396 (53.7)	3,115 (80.2)	893 (34.1)	5,433 (75.0)	731 (99.2)	3,536 (91.0)	1,166 (44.5)
보령	7,134	730	3,867	2,537	4,130 (57.9)	532 (72.9)	2,919 (75.5)	679 (26.8)	6,375 (89.4)	691 (94.7)	3,505 (90.6)	2,179 (85.9)
아산	9,699	1,562	4,256	3,881	3,561 (36.7)	701 (44.9)	2,622 (61.6)	238 (6.1)	6,717 (69.3)	1,248 (79.9)	3,611 (84.8)	1,858 (47.9)
서산	7,472	553	4,256	2,663	4,037 (54.0)	329 (59.5)	3,160 (74.2)	548 (20.6)	5,358 (71.7)	456 (82.5)	3,723 (87.5)	1,179 (44.3)
논산	9,103	2,110	4,967	2,026	4,569 (50.2)	773 (36.6)	3,288 (66.2)	508 (25.1)	7,676 (84.3)	1,523 (72.2)	4,233 (85.2)	1,920 (94.8)
계룡	974	0	776	198	204 (20.9)	0 (-)	189 (24.4)	15 (7.6)	275 (28.2)	0 (-)	176 (22.7)	99 (50.0)
당진	6,426	1,513	3,578	1,335	4,000 (62.2)	874 (57.8)	2,660 (74.3)	466 (34.9)	5,087 (79.2)	1,073 (70.9)	3,120 (87.2)	894 (67.0)
금산	4,577	1,232	3,345	0	2,840 (62.0)	192 (15.6)	2,648 (79.2)	0 (-)	3,448 (75.3)	260 (21.1)	3,188 (95.3)	0 (-)
부여	6,437	1,281	5,156	0	4,504 (70.0)	778 (60.7)	3,726 (72.3)	0 (-)	5,563 (86.4)	855 (66.7)	4,708 (91.3)	0 (-)
서천	5,503	1,769	3,734	0	3,387 (61.5)	682 (38.6)	2,705 (72.4)	0 (-)	4,575 (83.1)	1,134 (64.1)	3,441 (92.2)	0 (-)
청양	3,186	780	2,406	0	2,214 (69.5)	389 (49.9)	1,825 (75.9)	0 (-)	2,715 (85.2)	410 (52.6)	2,305 (95.8)	0 (-)
홍성	5,729	2,630	3,099	0	3,566 (62.2)	1,078 (41.0)	2,488 (80.3)	0 (-)	4,504 (78.6)	1,663 (63.2)	2,841 (91.7)	0 (-)
예산	6,271	2,552	3,719	0	3,427 (54.6)	659 (25.8)	2,768 (74.4)	0 (-)	4,792 (76.4)	1,451 (56.9)	3,341 (89.8)	0 (-)
태안	4,978	2,365	2,613	0	3,261 (65.5)	1,241 (52.5)	2,020 (77.3)	0 (-)	4,069 (81.7)	1,594 (67.4)	2,475 (94.7)	0 (-)

주 1 : 주소가 불명확한 것이 있고 텍스트 자료를 공간자료로 변형시 오류도 있었으므로 비율을 참고하는 것이 타당함
 자료 : 독거노인 현황은 2018. 8. 기준 충청남도 내부자료 / 병의원은 2020. 3. 기준 건강보험심사평가원 홈페이지 자료 / 노인복지시설은 2019 노인복지시설 현황(2018.12.31 기준) 자료임

5) 국공유지 현황

국가 또는 지자체의 국공유지 활용하여 고령자들을 위한 주거시설을 공급하기 위한 가용지를 분석해 보았다. 주거 시설 입지를 위한 가용지 분석시 면 소재지내 입지하는 경로당 주변의 국공유지 면적을 파악하여 주거 용지로 활용 가능성을 살펴보았다. 분석은 경로당 주소를 바탕으로 공간데이터를 추출하고 ArcGIS 10.5를 사용하여 면 소재지 내 경로당 반경 750m 이내의 국공유지를 도출하였다.

면 소재지 내 국 공유지 면적은 시지역 118,983,882㎡로 면 소재지 전체 면적의 40.3%이며, 군지역은 88,522,375㎡로 34.6%로 나타났다. 면 소재지의 경로당 주변 국공유지 총면적은 124,262,014㎡로 면소재지 전체면적의 37.7%로 분석되었다. 시 지역 면 소재지 내 경로당 주변의 국공유지 총면적은 68,333,970㎡로 전체 면적 대비 57.4%, 군지역은 55,928,044㎡로 면적 대비 63.2%로 나타났다.



〈그림 3-3〉 면소재지 경로당 반경 750m에 위치하는 국공유지 분포도

〈표 3-8〉 충남 면소재지 국공유지 면적 현황

구분	국공유지 전체(㎡)	면소재지 전체(㎡)Ⓐ	면소재지 국공유지(㎡)Ⓑ	면소재지 경로당 인근 국공유지(㎡)Ⓒ	면 소재지 내 비율 (Ⓑ/Ⓐ, %)	면소재지 경로당 인근 비율 (Ⓒ/Ⓑ, %)
충남	2,954,076,749	551,129,697	207,506,257	124,262,014	37.7	59.9
시지역	1,713,731,130	295,595,193	118,983,882	68,333,970	40.3	57.4
군지역	1,240,345,619	255,534,504	88,522,375	55,928,044	34.6	63.2
천안시	226,001,280	25,243,844	8,408,498	6,122,311	33.3	72.8
공주시	344,860,945	34,381,800	12,490,823	7,460,738	36.3	59.7
보령시	232,677,547	68,295,881	40,171,406	18,135,665	58.8	45.1
아산시	193,891,231	29,399,468	9,846,099	7,592,327	33.5	77.1
서산시	275,108,915	43,959,662	14,006,565	9,313,019	31.9	66.5
논산시	177,313,003	30,247,403	9,325,999	7,379,716	30.8	79.1
계룡시	38,040,088	10,395,255	7,420,394	3,187,158	71.4	43.0
당진시	225,838,121	53,671,882	17,314,099	9,143,036	32.3	52.8
금산군	225,458,017	46,338,667	14,495,825	8,789,019	31.3	60.6
부여군	219,888,708	51,744,269	17,202,144	11,859,913	33.2	68.9
서천군	123,475,755	24,012,694	8,748,826	6,915,332	36.4	79.0
청양군	170,534,284	32,764,477	11,256,330	7,909,838	34.4	70.3
홍성군	133,112,490	22,852,152	6,057,620	4,797,561	26.5	79.2
예산군	181,373,164	26,073,766	9,750,652	7,306,420	37.4	74.9
태안군	186,503,201	51,748,479	21,010,979	8,349,961	40.6	39.7

자료 : 국가공간정보포털, 용도별건물정보, 190112 기준

6) 노인실태 조사 결과(2017년 조사결과)³⁾

충남 노인들의 가구 구성 형태를 살펴보면 부부 가구는 56.5%, 독거는 25.0%로 전국 노인 부부 가구 비율인 56.5%, 독거 노인 가구 비율 23.6% 보다 높은 것으로 나타났다. 그러나 자녀와 동거 가구는 14.9%로 전국의 23.7% 보다 낮은 것으로 나타났다. 도시 지역보다 농어촌 지역에 독거노인 과 노인부부 가구가 많이 있으며 사회구조 변화로 인해 노인만이 생활하는 주거형태는 지속적으로 증가할 것으로 예상된다.

노인생활 문제 및 노인복지 서비스 욕구 조사결과 희망 거주 형태로는 ‘(재가서비스를 받으며) 현재 살고 있는 집에서 계속 산다(55.7%)’, ‘돌봄, 식사, 생활편의 서비스 등이 제공되는 노인요양시설 등에 들어간다(30.0%)’, ‘배우자, 자녀 또는 형제자매와 같이 산다(14.1%)’로 나타났다. 양로시설, 노인복지주택, 노인요양시설 등의 유료서비스 이용여부 중 식사서비스 지원(거동불편 시)에 대하여 ‘반드시 하고 싶음(91.4%)’, ‘될 수 있으면 하고 싶음(8.0%)’, ‘기회가 되면 할 생각이 있음(0.6%)’로 조사되었다. 양로시설, 노인복지주택, 노인요양시설 등의 유료서비스 이용여부 중 청소 및 빨래서비스 지원(거동불편 시)에 대하여 ‘반드시 하고 싶음(89.3%)’, ‘될 수 있으면 하고 싶음(8.7%)’, ‘기회가 되면 할 생각이 있음(1.9%)’로 나타났다.

양로시설, 노인복지주택, 노인요양시설 등의 유료서비스 이용여부 중 운동, 문화, 여가서비스 지원(거동불편 시)에 대하여 ‘반드시 하고 싶음(77.9%)’, ‘될 수 있으면 하고 싶음(12.5%)’, ‘기회가 되면 할 생각이 있음(3.1%)’, ‘별로 할 생각이 없음(4.5%)’로 나타났다. 양로시설, 노인복지주택, 노인요양시설 등의 유료서비스 이용 여부 중 의료서비스 지원(거동불편 시)에 대하여 ‘반드시 하고 싶음(83.2%)’, ‘될 수 있으면 하고 싶음(10.9%)’, ‘기회가 되면 할 생각이 있음(4.2%)’, ‘별로 할 생각이 없음(1.0%)’로 조사되었다. 양로시설, 노인복지주택, 노인요양시설 등의 유료서비스 이용여부 중 돌봄서비스 지원(거동불편 시)에 대하여 ‘반드시 하고 싶음(88.0%)’, ‘될 수 있으면 하고 싶음(9.4%)’, ‘기회가 되면 할 생각이 있음(1.6%)’로 나타났다.

시설 내 기본적 공간 사용(거동불편 시)에 대하여 방의 경우 ‘혼자 또는 부부만 사용(41.2%)’, ‘타인과 공유해도 무방(58.8%)’, 거실의 경우 ‘혼자 또는 부부만 사용(30.2%)’, ‘타인과 공유해도 무방

3) 노인실태조사는 노인복지법 제5조에 의거하여 노인의 보건 및 복지에 관한 실태조사를 3년마다 실시

(69.8%)', 욕실의 경우 '혼자 또는 부부만 사용(33.2%)', '타인과 공유해도 무방(66.8%)' 으로 나타났다. 대부분의 노인들은 거동이 불편할 경우 재가서비스를 받으며 현재 살고 있는 집에서 거주하는 욕구가 있음을 알 수 있다. 요양시설 등 공동생활을 하는 경우 타인과 주거 시설을 공유하는 것의 선호도 높게 나타난 것으로 조사되었다.

2. 면지역 공간적 특성⁴⁾

1) 인구사회적 특성

면지역과 소재지와의 인구, 가구적인 특성을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 전체 면지역의 인구수 평균은 약 4,472명, 가구수는 1,807호를 보이고, 증가율은 인구는 -1.81%, 가구는 0.08%씩 증가하고 있다. 둘째, 면 지역의 인구는 위계가 높을수록 인구가 많으며, 면 소재지에 집중하는 인구와 가구의 비율이 높은 것으로 분석되었다. 구체적으로 1계층의 경우 인구수는 82%, 가구수는 83%에 이르고 있으며, 4계층은 그 비율이 19% 정도이다. 계층이 낮은 면일수록 면 소재지 내의 인구와 가구 비율이 낮아지는 것을 알 수 있다.

4) 한상욱, 임형빈(2017). 인구감소에 대응한 면소재지 정책 개선 및 정비방안, 충남연구원 전략과제 내용 발췌하여 재구성 함

〈표 3-9〉 면 소재지 지역 계층별 인구·가구수

(단위 : 인, 호, %)

구분	평균	위계 높음 위계 낮음				
		1계층	2계층	3계층	4계층	
면 (A)	인구수	4,472.8	16,999.0	7,249.5	6,929.5	3,700.9
	가구수	1,807.2	6,137.0	2,809.0	2,601.9	1,551.0
	인구 증가율	-1.81%	0.97%	-0.33%	-1.10%	-2.05%
	가구 증가율	0.08%	2.19%	1.29%	0.56%	-0.09%
소재지 (B)	인구수	1,188.1	14,023.0	3,078.8	2,323.3	742.9
	가구수	437.6	5,143.0	1,204.3	726.5	300.1
	인구 증가율	-2.05%	0.03%	-0.53%	-0.58%	-2.45%
	가구 증가율	-0.14%	1.41%	1.10%	0.70%	-0.39%
B/A	인구수	23.31%	82.49%	42.15%	34.01%	19.51%
	가구수	22.63%	83.80%	40.88%	31.92%	19.17%

주) 계층은 해당 시군내의 계층임(1계층이 규모가 큰 면지역, 4계층이 규모가 가장 작은 지역)

자료 : 한상욱, 임형빈(2017). 인구감소에 대응한 면소재지 정책 개선 및 정비방안, 충남연구원.

2) 구조적 특성

충청남도의 면소재지의 면적은 평균 140천㎡이며, 1계층은 761천㎡, 2계층은 371천㎡, 3계층은 239천㎡, 4계층은 103천㎡의 규모를 보이고 있다. 그러나 4계층 면소재지의 규모는 상대적으로 규모화되지 못하고 있는 것을 알 수 있다. 소재지의 평면적 규모를 나타내는 장방향, 단방향의 거리는 평균 740여m, 단방향은 310여m로 조사되었다. 계층별로 살펴보면 1,2,3계층은 평균보다 약 500m내외 정도 크고, 4계층은 약 700m 정도로 나타났다.

〈표 3-10〉 계층별 소재지 규모

(단위 : 개소, 인,㎡, m)

구분	평균	위계 높음 위계 낮음			
		1계층	2계층	3계층	4계층
면수	136	1	4	24	107
소재지 인구	1,188.1	14,023.0	3,078.8	2,323.3	742.9
면적	140,055	761,537	371,850	238,949	103,400
장방향	738	1,201	1,183	809	701
단방향	314	890	632	422	273
1인당면적	117.9	54.3	120.8	102.8	139.2

주) 계층은 해당 시군내의 계층임(1계층이 규모가 큰 면지역, 4계층이 규모가 가장 작은 지역)

자료 : 한상욱, 임형빈(2017). 인구감소에 대응한 면소재지 정책 개선 및 정비방안, 충남연구원.

면 소재지내는 주민들의 일상적인 활동이 많이 발생하고 있어 지역의 거점으로서 기능을 하는 장소이다. 거점 지역 내 위치하는 시설을 살펴보면, 빈도가 가장 많은 시설은 농협 94.9%, 보건(지)소 91.9%, 우체국 89.7%, 치안센터 77.9%, 초등학교 69.1%로 나타났다. 따라서 주민들을 위하여 면 소재지에서 제공되는 시설이 금융, 통신, 보건, 교육 기능이라는 것을 알 수 있다. 대부분 이러한 시설은 반경 30~50m 내에 집적되어 있어, 면 지역 시설 입지의 구조적 특성임을 알 수 있다. 특징적으로 면 단위 내 농협은 금융업뿐만 아니라 판매업이 함께 이루어지면서, 면소재지의 중심기능으로 자리잡고 있다.

주민들의 행정서비스 기능을 수행하는 면사무소(자치센터)는 중심지역에 위치하는 경우는 20.6%로 나타나 주민의 활동 중심으로서의 역할은 한계가 있을 것으로 조사되었다. 시장 기능의 경우에도 5.9% 수준으로 나타났다. 치안·재난(안전)과 관련한 시설의 경우 치안센터, 119지구대가 높은 빈도를 보이고 있다. 이러한 시설은 향후 계획적인 토지이용, 시설의 연계, 복합화시 이용할 필요가 있는 시설이라 할 수 있다. 주민의 문화, 복지와 관련된 시설은 빈도수가 낮게 나타나고 있으나, 가장 높은 입지율을 보이는 곳이 복지회관, 도서관으로 조사되었다.

결론적으로 면 지역의 기존 시설을 활용하고 압축적 토지이용을 유도하기 위해서 금융, 치안, 재난, 보건, 교육시설이 중심으로 하여 복지, 문화, 체육시설을 복합화시켜 시설들을 연계하여 활용할

필요가 있다. 이러한 복합화와 연계방안은 고령자들을 위한 시설과 프로그램이 진행되는 장소로 활용하는데 중요한 요소라 할 수 있다. 면사무소는 면 지역의 중심지인 소재지로 이전하여 중심거점의 기능을 강화하여 고령자들의 서비스를 강화할 필요가 있다.

〈표 3-11〉 면 소재지내 중심거점 입지 시설

(단위 : %)

구분	평균	위계 높음 위계 낮음				
		1계층	2계층	3계층	4계층	
교육	초등학교	69.1	100.0	100.0	75.0	66.4
	중학교	23.5	100.0	50.0	33.3	19.6
	고등학교	5.9		50.0	16.7	1.9
보건	보건(지)소	91.9		75.0	95.8	92.5
통신	우체국	89.7	100.0	100.0	87.5	89.7
금융	농협	94.9	100.0	100.0	95.8	94.4
	신협	11.8		25.0	33.3	6.5
	새마을금고	9.6	100.0	50.0	8.3	7.5
치안	의용소방대	22.1			8.3	26.2
	치안센터	77.9	100.0	100.0	70.8	78.5
재난	119지역대	26.5		50.0	20.8	27.1
복지	복지회관(센터)	7.4		25.0	25.0	2.8
	평생교육센터	0.7			4.2	
	노인복지회관	2.2		25.0		1.9
체육	게이트볼장	2.2				2.8
	체육관	0.7				0.9
	체육센터	3.7			12.5	1.9
경제	시장	5.9		25.0	16.7	2.8
	창업보육센터	1.5			4.2	0.9
	농기계수리센터	0.7				0.9
문화	문화센터	0.7				0.9
	도서관	5.9	100.0	50.0	12.5	1.9
행정	면사무소(자치센터)	20.6			25.0	20.6
	기타공공기관	2.2			4.2	1.9

주) 계층은 해당 시군내의 계층임(1계층이 규모가 큰 면지역, 4계층이 규모가 가장 작은 지역)

자료 : 한상욱, 임형빈(2017). 인구감소에 대응한 면소재지 정책 개선 및 정비방안, 충남연구원.

제4장 해외사례 조사

1. 미국 노인 주거

1) 미국 노인 주거 형태

미국 내 65세 이상 인구수는 2018년 5천만 명을 넘어섰고, 총인구의 16% 를 차지하고 있다. 2000년 3천 5백만 명으로 총인구 대비 12.4%, 2018년 5천 2백만 명으로 총인구 대비 16.0%로 급격하게 증가하였다. 미국의 노인주택은 ‘기존의 시설 중심 노인 돌봄 시스템의 문제’에서 ‘노인들이 스스로 삶을 살아가는 주거 형태’로 관심이 전환되고 있다. 노인이 살던 주거지역에서의 계속 거주(Aging in Place)를 지원하는 정책의 중요성이 강조되고 있다. AARP⁵⁾에서 50세 이상 성인을 상대로 조사한 바에 따르면, 77%가 현재의 지역사회에서 계속 살고 싶다고 응답했고, 76%가 현재 거주하는 집에서 계속 거주를 희망한다고 응답하였다.

지역 커뮤니티가 중심이 되어 그 지역에 알맞은 욕구를 반영한 주거환경이 형성되고 있다. 미국 국가고령화협의회(National Council on Aging(NCOA))에서는 노인주택의 선택사항으로 ① HUD 지원 주택(소득기준 있음), ② CCRC(Continuing Care Retirement Community), ③ Villages, ④ Cohousing, ⑤ 자가거주 + 주택연금(home equity loans)으로 제시하였다.

■ HUD 지원주택(저소득층의 경우)

소득 수준이 낮은 노인가구는 지불 가능한 노인주택(affordable senior housing community)에 대한 거주 자격을 확인할 필요가 있다. 지불가능한 노인주택은 HUD⁶⁾의 저소득층 노인대상 주거지원 프로그램(HUD Section 202 program)을 신청, 활용하는 것으로, 본 프로그램에서는 거주자의

5) AARP(American Association of Real Possibilities): 전신은 미국 은퇴자 연합으로 시작하여 현재는 50세 이상의 성인들 대상으로 회원들에게 금융사기 방지 대책 등의 필요한 정보를 제공하고 자원봉사 기회 제공 및 정책관련 이벤트 참여 기회 등을 제공하는 이익집단으로, 2018년 현재 미국 전역에 3천8백만 명의 회원을 보유하고 있음.

6) U.S. Department of Housing and Urban Development

임대료를 소득수준(adjusted gross income)에 기반하여 책정된다. 조정 후 소득(adjusted gross income)은 승인된 의료비 지출을 제외하고 산정하며, 임대료는 조정 후 소득의 30% 수준에서 결정된다.

■ CCRC(Continuing Care Retirement Community)

CCRC는 기존의 고령자 시설과는 달리 중고령자가 은퇴한 이후에 입주하는 대규모 시설이다. 고령자의 독립적인 생활을 기본으로 아직 건강할 때 입주해 간병(장기요양)이 필요할 때까지 거주하다가 건강이 많이 악화하더라도 단지내의 케어병동으로 이동해 생의 마지막까지 지낼 수 있도록 고안되었다.

■ Village

빌리지모델은 회원제를 기반으로 한 비영리단체(membership-driven, grassroots, nonprofit organization)로, 직원과 자원봉사자가 교통, 헬스케어, 집수리, 사회활동 및 교육 등의 서비스 제공한다. 2001년 매사추세츠주 보스턴시 비컨힐 지역에 거주하는 노인들이 자신이 살던 동네에서 가능한 한 오랫동안 거주할 수 있도록 서로를 돕는 방법으로 비영리조직인 비컨힐빌리지를 설립하면서 시작되었다. 빌리지는 노인들이 현재 자신의 집에 머물 수 있도록 보조하는 것이 목표이며, 이를 위해 빌리지 직원들과 자원봉사자들은 교통수단, 집안일, 잡역부, 마당관리, 기술 지원, 헬스케어 지원과 같은 서비스를 제공한다.

■ 코하우징(Cohousing)

코하우징은 독립적인 주거공간을 사용하면서 기타 편의시설을 공유하는 형태로, 거주민 자체적으로 커뮤니티를 형성하여 운영된다. 공유 공간으로 큰 부엌, 식탁 공간, 세탁, 레크리에이션 공간이 포함되며, 야외 공유 공간으로는 주차, 통로, 공동 공간, 정원 등이 있을 수 있다. 미국에서는 베이비 부머를 중심으로 버지니아 시골마을 애빙턴에서 첫 노인 공동주택 커뮤니티 중 하나인 ESC(Elder-Spirit Community)가 만들어졌다. 2016년 기준으로 미국 내 코하우징 수는 총 163개이며 132개

지역에서 코하우징 신축을 위한 구상을 하고 있다. 전반적으로 공동주택은 입주민이 주도하는 모델로 입주민 관리를 위한 별도 직원이 존재하지 않으며, 입주민들의 합의를 기반으로 하는 운영 및 의사 결정 체계이다.

■ 주택연금(Home Equity)

주택연금은 고령자들이 보유하고 있는 주택을 담보로 제공하고, 이를 담보로 금융기관에서 매월 일정액을 연금 형식으로 받는 대출상품이다. 소유하고 있는 주택을 담보로 장기대출을 받은 후 대출자가 사망하거나 대출이 만기된 때에 일시에 상환하는 방식으로 일종의 주택자산 유동화(liquidation) 제도라고 할 수 있다. 주택을 보유하고 있지만 노후소득이 부족한 고령자들을 대상으로 필요한 생활자금을 제공함으로써 보다 안정적인 노후생활이 가능하도록 한다.

2) CCRC(Continuing Care Retirement Community)

(1) 설립배경 및 설립주체

앞서 설명한 바와 같이, CCRC는 건강할 때부터 의료와 간병이 필요하게 되었을 때, 그리고 인생의 마지막 순간을 맞이할 때까지 이주를 하지 않고 계속해서 케어를 받을 수 있는 시니어타운이다. 거주지의 변화없이 거주서비스와 간호서비스 등의 서비스 변경이 가능하다. 최초 입주시에는 자신의 거주지가 변경될 수도 있으나 이후 어떤 상황에서도 “Aging in place”를 가능하게 할 수 있다. 거주지를 이동할 필요가 없고 배우자나 친구, 다른 이웃들과 지속적인 관계를 유지할 수 있으며 서비스유형을 언제든지 변경할 수 있다는 장점이 있다.

미국의 CCRC는 1960년대부터 비영리단체나 민간기업을 중심으로 건설되기 시작하여 1970년대부터 본격적으로 등장하였다. 미 투자은행 지글러에 따르면 2018년 현재 전국적으로 2,000여 개의 CCRC가 조성되어 있다(2019 LeadingAge Ziegler, 2000). 1970년~80년 초반까지 약 1,200개의 CCRC에 입주자 350,000명이 입주하고 있다(Scanlon and Layton, 1997). 운영 방식은 약 80%는 비영리 민간단체(nonprofit organization)가 운영하고 있다. 단지 규모는 다양하나 중위 주택 수는

120호 정도로 주로 기후가 온화한 버지니아, 플로리다 등 남동부 지역과 서부 캘리포니아에 집중 분포되어 있다.

(2) 주거형태 및 제공서비스

대부분의 CCRC는 크게 세 가지의 주거형태를 제공하며, 이러한 주거형태가 하나의 단지 안에 모두 포함되어 있다. 주거형태는 ① 독립적인 생활이 가능한 자립주거(Independent Living), ② 일정 수준의 보조서비스(목욕, 옷입기 등)가 지원되는 생활보조주거(Assisted Living, AL), ③ 질병이 있어서 간호사 등 의료의 도움이 필요한 노인들을 위한 너싱홈(nursing home, NH) 으로 구분된다. 또한, 많은 CCRC가 생활보조와 의료기능을 포함한 요양원 서비스(Memory Care)도 제공하고 있으며, 일부 CCRC는 시한부 환자 간호서비스를 제공하고 있다. 거주자의 신체 및 정신적 건강상태를 고려하여 서너단계의 주호를 단지내에 계획하여 실제 거주자가 건강상태에 따라서 다른 주호로 이사를 할 수 있도록 하였다.



자료 : LH SEE:REAL 전문가 기고(2020.06)

〈그림 4-1〉 CCRC 주거 형태 구분

서비스의 제공 범위는 노인거주자의 활동성을 고려하여 의료·건강서비스, 생활편의서비스, 식사 서비스, 여가 프로그램 등으로 CCRC에 적합한 프로그램과 다양한 서비스를 제공하고 있다. 우리나라에도 널리 알려진 CCRC의 대명사는 남서부 애리조나주 선시티(Sun City)로, 부동산개발업자 텔버트 웹이 도시 전체를 노인들을 위한 주거타운으로 조성되었다. 1960년부터 55세 이상 커뮤니티

(55+active adult community)를 내걸고 조성한 CCRC로 대지면적 약 3,603만㎡(약 1,090만평)에 2만 6,000가구(약 4만명)이 거주하고 있다. 시설로는 11개의 골프장과 레스토랑, 수영장, 공방 등을 갖춘 7개의 레크리에이션 센터, 19개의 쇼핑센터, 525개 병상의 종합병원을 갖추고 있다.

제공되는 서비스와 프로그램에 따라 CCRC를 여가 중심형, 교육 중심형, 의료서비스 중심형 등으로 구분할 수 있다. 교육중심형의 전형적인 형태로는 대학연계형 CCRC인 UBRC(University Based Retirement Community)가 있다. UBRC는 이미 개발되어 있는 은퇴주거단지나 노인복지주택에서 지역사회 내의 대학과 상호협정을 통하여 대학에서 운영되고 있는 평생교육 프로그램을 활용하고, 과거보다 여유로워진 은퇴자들이 지적호기심을 채우기 위해 대학에서 제공하는 평생 교육프로그램을 수강하도록 하는 형태의 CCRC이다.

〈표 4-1〉 CCRC 주거형태별 기능

거주대상	기능 및 역할
자립주거(IL, independent living, 혼자서도 생활할 수 있는 건강한 노인)	· 일상적인 활동을 독립적으로 하면서 식사, 집안일, 세탁서비스, 응급호출 등의 서비스를 제공 받음
생활보조주거(AL, assisted living, 약간의 보조를 통해 일상생활을 영위, 메모리케어 포함)	· 자립주거 주호에서 받을 수 있는 서비스와 함께 목욕, 옷 입기, 약복용, 기타 일상적인 활동에 대한 보조를 받음 · 가능한 한 개인이 독립성과 자유를 유지할 수 있도록 단계적인 보호만을 제공 · 재활을 돕는 재활센터
너싱홈(NH, nursing home, 혼자서는 생활할 수 없어 전적으로 지원이 필요한 노인)	· 재활이나 24시간 간호 서비스와 같은 단기적 또는 장기적 간호보호가 CCRC 내의 부속 진료소나 간호시설, 근처의 관련 시설에서 제공

(3) 거주자 인적 구성

CCRC 거주자의 평균 연령은 점차 높아지고 있다. 1990년대 평균 79세에서 2009년 평균 80세, 2017년 평균 85세(Harris, 1997)이다. 입주연령이 높아짐에 따라 입주자 욕구와 계약조건 등을

재설정할 필요성도 제기되고 있다. 입주시점부터 평균수명은 10~12년으로 입주연령과 성별, 건강 상태 등에 따라 달라질 수 있으나, 평균적으로 여생의 3/4는 자립주거(independent living), 1/8은 생활보조주택(assisted living), 나머지 1/8은 너싱홈(nursing home)에 거주하는 것으로 관찰되었다 (Harris, 1997; Zebolsky, 2014).

(4) CCRC 운영방식

■ 운영방식

CCRC는 기본적으로 주정부의 관할 하에 설립되고 운영되며, 세부적인 운영방식은 주별로 다양하게 나타나고 있다. 주정부가 CCRC의 설립 및 재정요건, 규제사항, 입주자 보호정책 등을 관할하고 있으며, 몇몇 주⁷⁾에서는 CCRC의 재정상태를 감사할 수 있는 권한을 갖고 있다. 중앙 정부인 미국 보건사회복지부(the U.S. Department of Health and Human Services)에서도 CCRC를 관리·감독하는 역할을 하고있으나, 연방 노인의료보험 제도(Medicare and Medicaid programs) 가입자들을 대상으로 의료서비스 중심의 감독만을 하고 있다.

■ 계약형태

CCRC 입주자의 계약형태는 시설과 제공서비스에 따라 달라지며, 크게 세 가지로 구분할 수 있으며, 무제한의 헬스케어 서비스를 받는 A타입의 입주비와 임대료가 가장 높다. 미국 회계감사원(the US Government Accountability Office, GAO) 조사결과(2010)에 따르면, A 타입 입주비는 16만~60만 달러(약 2억~8억 5,000만원), 월 임대료는 2,500~5,400달러로 나타났다. 서비스를 받을 때만 비용을 내는 C 타입은 입주비가 10만~50만 달러, 월 임대료가 1,300~4,300달러이다. 미국의 취약한 공적 의료시스템이 CCRC를 거대 시장으로 만들었다고 해석하였으며, 입주자도 중상위 계층이 많은 것으로 나타났다.

7) 캘리포니아, 플로리다, 일리노이, 뉴욕, 펜실베이니아, 텍사스, 위스콘신

〈표 4-2〉 CCRC 계약형태

타입	서비스
Type A : life care (extensive or all-inclusive)	<ul style="list-style-type: none"> · 거주공간을 포함한 주거서비스, 개인서비스, 의료서비스 등 CCRC에서 제공하는 모든 서비스를 제공받는 조건으로 입주비(entry fee)와 월임대료 책정 · 입주비는 거주기간에 따라 환불이 되지 않거나 일부만 환불받을 수 있음. · A타입으로 계약할 경우, 생활보조주거(assisted living) 혹은 너싱홈(nursing home)으로 이주하게 되더라도 자립주거(independent living)시와 유사한 수준의 월임대료를 지불함. · 운영비가 상승할 경우 이를 보상할 수 있는 정도로 월임대료를 인상하기도 하며, 지속적인 의료서비스와 장기거주로 인한 리스크를 일정부분 상쇄할 수 있음.
Type B : modified	<ul style="list-style-type: none"> · A타입과 유사한 서비스를 제공하나, 월 임대료는 A타입에 비해 적게 책정(일부 의료서비스에 대한 비용을 입주비에 책정하기도 함) · B타입으로 계약하고 생활보조주거 혹은 너싱홈으로 이주하게 될 경우, 특정한 기간 동안만(30일, 60일, 90일 등으로 계약시점에서 결정) 자립주거와 자립주거와 동일한 수준의 월임대료를 지불함. · 그 이후부터는 CCRC에서 일당을 적용하여 월임대료가 책정되며, 제공받는 서비스에 따라 월임대료가 상승함.
Type C :fee-for-service	<ul style="list-style-type: none"> · 일반적으로 A타입이나 B타입에 비해 입주비가 적거나, 입주비가 없는 경우도 있음. · C타입으로 계약할 경우 생활보조주거 혹은 너싱홈으로 이주할 수 있는 우선순위는 가질 수 있으나, 제공되는 서비스에 대한 요금 할인은 없음. · 제공받는 서비스에 대한 일당을 적용받게되며 시세에 비해 비싼 경우도 많음. · 생활보조주거나 너싱홈으로 바로 입주하는 노인들이 C타입으로 계약하는 경우가 많으며, 거주기간이 길어짐에 따라 비용부담이 커짐.

자료 : American Seniors Housing Association(ASHA)(<https://www.seniorshousing.org/>)

3) NORC-SSP모델(Naturally Occuring Retirement Community with Supportive Service Programs)⁸⁾

(1) 설립배경 및 설립주체

노인들이 선택·입주하는 형태의 노인주택으로 계획되지는 않았으나, 시간이 흐르면서 자택에 계속 머물던 주민들이 고령화되고 새로운 노인들의 이주로 노인인구 비율이 상당히 높아진 지역인 NORC가 있다(Ormond, Blac, Tilly, & Thomas, 2004). 2006년 노인복지법(The Older Americans Act of 2006)에서는 NORC를 보호시설(Institutional Care)이나 생활보조시스템(Assisted Living Setting)이 아닌, ① 세대주의 40%가 노인(60세 이상)이고, ② 일정수준 이상의 노인들이 거주하면서 의료를 포함한 사회적 서비스의 효율성이 높아진 커뮤니티로 정의하고 있다. NORC 거주 노인들에게 필요한 지원서비스 프로그램(Supportive Service Programs) 개발 필요성에 의해 NORC-SPP 모델이 제시되었으며, 최초의 NORC 프로그램은 뉴욕시 펜사우스 하우스에서 1986년 시작되었다.

사회복지서비스 공급자들이 지역사회 거주 노인들에게 제공할 지원 서비스 프로그램(SSP) 개발을 모색하는 중 뉴욕시 펜 사우스 하우스에서 맨해튼 2,800개 아파트의 중간소득계층 입주민 조합에 의해 1986년에 시작된 프로그램이 NORC-SSP 모델이다. 조합에서는 뉴욕의 UJA연맹과⁹⁾ 협력하여 커뮤니티 구성원들이 노인들의 Aging in Place를 지원하였다. 이 모델의 성공을 바탕으로 북미유대인연맹(the Jewish Federation of North America)은 NORC-SSP의 수를 늘리기 위한 연방 재정 확보에 앞장섰고, 그 결과로 미 하원은 2002년부터 2010년까지 26개 주에 위치한 50곳의 시범 SSP에 첫 3년간의 재정을 지원하였다.

8) 한국보건사회연구원(2016), 초고령사회 대응 지역친화적 노인주거모델 개발 연구, 한국보건사회연구원(2019), 초고령사회 대응을 위한 노인주거정책 개편 방안을 참고함

9) UJA연맹(United Jewish Appeal): 뉴욕 메트로폴리탄 지역에 서비스를 제공하는 100여 곳의 휴먼 서비스·헬스케어·교육기관 네트워크

(2) 주거 형태 및 제공 서비스

자연발생적으로 형성된 NORC-SSP 모델은 하나의 공동주택 건물, 공동주택 단지, 조합 주택, 혹은 단독주택 주거지역 등 여러 형태로 존재하고 있다. 핵심 서비스는 사회복지서비스, 건강관리, 교육, 레크리에이션, 자원봉사 등으로, 피트니스 프로그램, 커뮤니티 걷기 프로그램, 낙상 예방 프로그램, 혈압 검사, 영양 지원, 건강 교육 워크숍 등이며, 부대서비스로는 교통, 가사일, 주간보호, 단체 급식 및 식사 배달, 정보 및 소개 비스 등을 제공하고 있다. NORC는 주민들이 고령화됨에 따라 노인 세대주가 일정 수준 이상(예를 들면 40% 이상 등)으로 높아진 지역을 의미한다(Greenfield et al., 2012; 이상립 외, 2016).

선정되는 지역은 고층의 도시 아파트일 수도 있고, 교외의 주택지역, 단독주택 마을 등 분포가 다양하다. 노인 세대의 비율이 높은 지역에서 정부 지원 등을 통해 사회복지사나 간호사, 의사 등을 고용해서 자신들이 필요한 서비스를 받고, 지역사회와의 교류를 촉진하는 활동도 진행하고 있다. 아직까지 노인 인구 비율이 40% 이상인 거주 구역이나 마을, 인접한 아파트 단지 등이 부각되지 않고 있다. 향후 장애 또는 후기 노인의 인구 밀도가 높은 마을이나 거주 구역이 일정 수준 이상으로 규모화된다면, 허약 노인의 일상과 건강을 전담할 수 있는 거주구역 단위의 주거 및 복지 시스템도 마련될 예정이다(한국보건사회연구원, 2019).

(3) 운영 및 정부지원

NORC 프로그램 참여자들의 25% 정도가 개인 돌봄 서비스를 필요로 했고, 40% 정도는 메디케이드(미국의 국민 의료 보조 제도로써 65세 미만의 저소득층과 장애인을 위한 것)나 영양 지원 프로그램 대상자로 나타났다. 원래의 모델은 취약한 노인들만을 대상으로 하여 설계된 것이 아니라 입주 여부와 연령에 따라 서비스를 제공하는 것을 목표로 하고 있다. NORC-SSP 모델은 유급전문가들이 일하는 기관이 운영하며, 기존 서비스전달 체계와 연계되어 있고, 정부보조금과 계약을 통해 거주노인들을 지원한다는 점에서 상대적으로 취약계층에게 적합하다는 평가를 받고 있다. 노인들과 건물주 및 관리자, 지역 서비스 제공자, 재정 지원자, 여타 지역사회 파트너 및 기관들이 구축하는 파트너십 기반으로 운영되는 체계이다. 대부분의 NORC는 멤버십 비용을 받지 않고 있으며 받는다 해도

운영비 전체의 5% 미만으로 알려져 있다.

운영 기관은 주로 커뮤니티 기반의 비영리 사회복지단체(예 : 유대인 가족 서비스)인 경우가 많으며, 파트너십 구축, 재정관리, 서비스 조율 등을 담당하고 있다. 지역 의료 기관들 및 의료전문가와 협력하여 장기 협업 계획을 수행함으로써 지속가능한 돌봄이 가능하도록 함과 동시에 질병관리 및 노인 스스로의 건강관리 능력 향상에 기여하였다. NORC-SSP 모델은 보통 민관합동으로 재원이 조달되는데, 정부보조금이나 자선단체 기부금과 같은 금융지원뿐 아니라 주거시설 소유자가 제공하는 현물도 포함된다. NORC-SSP 모델은 보통 민관합동으로 재원이 조달되며, 정부 보조금 비율은 60-70% 정도이며, 나머지는 자선단체 기부금과 같은 금융지원으로 운영되고 있다. 인구고령화 관리청(The Administration on Aging)은 이들 시범 프로젝트를 감독하고 있고 프로젝트는 연방 사회복지서비스 기관에서 운영된다. 프로그램은 지역 의료 기관들과 의료전문가와 협력하여 장기 협업 계획을 수행함으로써 지속가능한 돌봄이 가능하도록 하였다.

프로그램의 운영은 주로 비영리단체가 운영하며 정부의 재정지원, 혹은 지방자치단체와의 협력과 지역기업과의 파트너십이 동반될 필요가 있다. 지역 커뮤니티가 중심이 되어 그 지역에 알맞은 욕구를 반영한 노인주택 커뮤니티 운영되고 있다. 이러한 노인주택 커뮤니티 서비스에 대한 문제도 발생하고 있다. 미국 회계감사원(General Accounting Office, GAO)은 몇몇 CCRC는 재정상태가 위험하다는 조사결과를 발표하였다. CCRC 재정위기 원인은 운영비 상승과 공실 증가에서 찾을 수 있다. 이는 거주민의 주거안정성과 직결되어, 거주지를 잃거나 수십만 달러에 달하는 입주비를 돌려 받지 못하는 상황도 발생할 수 있다. 실제 파산하거나 문을 닫는 CCRC 사례가 있으며, 입주자들과의 집단소송이 진행되는 곳도 있었다.

2. 일본 노인 주거

1) 노인주거정책

일본은 고령인구 비율이 가장 높은 초고령화 사회로 과거부터 고령층이 사회문제로 대두되어 이에 대한 각종 대응방안이 만들어졌다. 이 중 주거공간과 연계한 일생생활은 「개호보험법¹⁰⁾」과 「고령자

거주안정 보장에 관한 법률」 등이 신설되면서 대응방안이 제도화 되었다. 「개호보험법」은 변화하는 이슈 및 사항별 중요도에 따라 여러차례 개정되어 왔다. 2005년에는 독거·차매노인 증가, 재가서비스 확대, 학대노인 관리, 의료와 돌봄의 연계가 중요시되면서 기존의 익숙한 거주지역에서 계속 생활하며 지역의 다양한 서비스를 받을 수 있도록 지역밀착형서비스가 도입되었다.

〈표 4-3〉 유료노인홈, 고령자전용 임대주택 비교

구분	유료노인홈 (주택형)	고령자전용임대주택		
		적합고령자전용	고령자전용	서비스형
근거법령	노인복지법	고령자 거주안정 보장에 관한 법률		
설치주체	주식회사, NPO법인, 시정촌, 사회복지법인, 공익법인, 의료법인 등	제한없음		
기준	서비스	다음중 하나를 제공 식사 / 세탁 청소 등 가사 / 건강관리	특별히 없음	상황파악 및 생활상담 제공
	거실 (주거 면적)	주변 거주목적 노인복지시설 등의 입주 공간을 참조하여 확보(돌봄이 포함되는 경우 13㎡ 이상)	25㎡ 이상(공유시설이 있는 경우 18㎡ 이상)	25㎡ 이상(공유시설이 있는 경우 18㎡ 이상) 베어리프리 구조
세제조치	특별히 없음	고정자산세, 부동산 취득세 경감 조치		
우대제도	독립행정법인 복지 의료기구의 대출(건설·설비자금, 토지취득)	특별히 없음		건설비 보조
지자체 참여	보고징수 + 현장검사	보고징수		보고징수 + 현장검사

자료 : 飛田英子(2015). 高齢者向け住宅政策の現状と課題, J Rレビュー, Vol.3, No.22. 한국보건사회연구원(2019). 초고령 사회 대응을 위한 노인주거정책 개편 방안 재인용

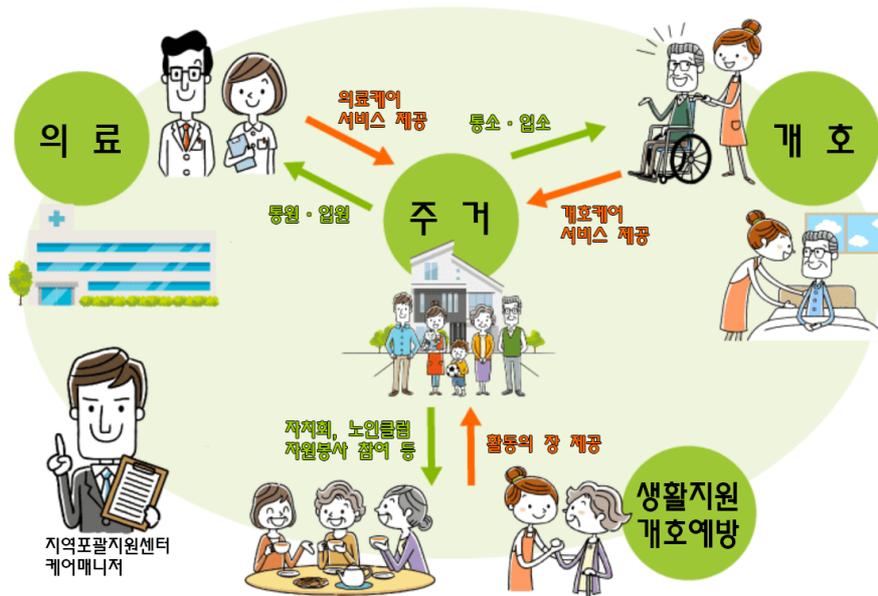
2009년에는 각 연령대에 적합한 주거환경 조성이 중요시되면서 주거공간을 다양화하고, 고령층의 원활한 입주가 가능한 주택 보급을 추진하고, 복지대책과의 연계를 통해 생활서비스가 지원되도록 하였다. 「고령자 거주안정 확보에 관한 법률」도 여러 차례 개정되었는데 2011년 4월에는 일상생활에 어려움이 적은 고령자 주택 조성이 개정의 목적이었다. 이는 일정 소득을 바탕으로 독립생활은 가능하나 유료시설에 입소하기 어려운 중위소득 고령주택 부족, 스스로 일상생활이 어려워 돌봄이

10) 스스로 일상생활을 유지할 수 없는 노인을 위한 간병보험

필요할 경우 퇴거해야 하는 기존 고령자 전용 임대주택 문제 해결, 1:2인 고령가구 증가에 따른 저비용 재택돌봄서비스 도입 등이 원인으로 작용했다.

2) 지역포괄케어시스템

출산율 저하, 수명 상승 등으로 초고령사회에 진입하고 저소득, 1:2인 고령가구, 치매 등 경제·사회·신체적 취약노인이 증가함에 따라 후생노동성은 2025년을 목표로 현재 거주하는 익숙한 지역에서 평안한 노후를 영유할 수 있도록 지원하는 지역포괄케어시스템 구축을 추진하고 있다.



자료 : 厚生労働省, www.mhlw.go.jp 2019. 6. 25. 시점. 한국보건사회연구원(2019) 초고령사회 대응을 위한 노인주거정책 개편 방안 재인용

〈그림 4-2〉 지역포괄케어시스템 개요도

지역포괄케어시스템은 주거, 의료, 개호, 생활지원, 개호예방이 포괄적으로 지원되는 시스템으로 2014년 「의료개호종합확보추진법」이 수립되면서 전국적으로 추진되었다. 시스템은 시정촌 단위로 지역의 과제와 자원을 파악하고, 지역사회 안에서 대응책을 검토 → 결정 → 실행하는 과정으로 진행

되며, 이를 위해 각 시정촌은 개호보험 사업계획을 3년마다 수립하여 시스템화하고 있다. 적정범위는 인구 2~3만이 거주하는 공간으로 30분 이내에 이동이 가능한 거리이며 돌봄, 의료, 예방, 주거, 생활지원 등 다섯 가지 전문적인 서비스가 상호연계하여 생활을 영유해 나가도록 추진하고 있다(地域包括ケア研究会, 2013). 지역포괄케어시스템은 주거를 포함하는 노인 복지 시스템으로 건강 상 중증 이상의 문제가 발생하거나 일상생활에 도움이 필요한 상태가 되어도 심리적으로 안정된 주거지에서 관리를 받을 수 있는 장점이 있다. 또한 전문의료시설과 요양시설보다 상대적으로 적은 비용으로 관리를 받을 수 있다. 지역포괄지원센터는 개호보험 피보험자 3천~6천 명을 기준으로 고령자들이 일상생활 중 겪게 되는 어려움을 지원해주는 기관으로 시정촌이 직영하거나 위탁 운영하는 방식을 채택하고 있다.

센터의 주요 업무는 종합상담지원, 성년후견제도를 포함한 권리옹호, 포괄적, 계속적 케어매니지먼트 지원, 지역사회의 자원 발굴 및 지원체계 구축, 개호예방지원 등이 있으며 모든 고령자를 대상으로 상담을 실시하고 있다. 개호보험과 지역지원사업 교부금을 통해 안정적인 재원을 확보할 수 있도록 하였으며, 지역포괄지원센터의 기능을 강화하기 위하여 각 시정촌이 센터의 사업을 평가하고 필요한 조치를 취하도록 2017년 「개호보험법」을 개정하였다. 후생노동성에서 지역포괄케어시스템의 대표적 사례로 꼽고 있는 도쿄도 세타가야구는 도쿄 23구 중 인구규모가 최대인 지역으로 도내 최고 주거 지역이자 대규모 도시공원, 상업지역, 사립학교 등을 보유하고 있다.

세타가야구 지역포괄케어시스템은 의료, 돌봄, 예방, 주거, 생활지원 등 5가지 요소를 균형있게 받아들였고 요소별 특징은 다음과 같다. 의료의 경우 세타가야구 의료연계 추진 협의회에서 재택의료 추진을 대책화하였고 돌봄의 경우 정기순회, 수시 대응형 방문 돌봄 등의 사업을 추진하였으며 예방의 경우 사회참여를 통한 돌봄예방으로 고령자 위치파악 및 일자리를 창출하였다. 주거의 경우 치매 고령자 관리와 사회자원 등을 활용한 도시형 저가 양로원 등을 정비하였고, 생활지원의 경우 주민 단체·사회복지협의회를 주체로 한 지역활동을 추진하였다.

〈표 4-4〉 도쿄도 세타가야구 지역포괄케어시스템 대응 사례

분야	대응배경	대응포인트
의료	재택의료 내실화를 위한 협력체제 구축	<ul style="list-style-type: none"> 연락회 등을 통해 복지 및 의료와 접촉하는 관계 만들기 돌봄시간 및 의료와 돌봄의 연계를 통한 복지와 의료정보 공유화 등의 대응을 의료관계자 또는 돌봄 매니저 등으로 구성된 세타가야구 의료 연계 추진협의회를 중심으로 추진
돌봄	안심할 수 있는 고령자의 재택생활 실현	<ul style="list-style-type: none"> 시범사업 실적을 바탕으로 정기순회·수시 대응형 방문 돌봄을 2012년 4월부터 구내 전역에 제공할 수 있도록 체제를 확보하고 계획적으로 준비를 추진 새로운 서비스 보급을 위해 이용자나 돌봄 사업자 등에게 팸플릿이나 사례집 배포
예방	고령자 거주지와 일자리창출(시범사업을 통한 새로운 돌봄 예방 대책)	<ul style="list-style-type: none"> 지역포괄지원센터 사회자원을 활용한 고령자 모임장소 만들기(다방·대학 등을 활용) 중장년층 자원봉사자 활동 촉진(쇼핑 지원 등) 재활치료사 등 전문직 방문으로 생활기능 저하에 대응(환경조정, 동작 지도 등)
주거	사회자원 활용을 통한 저소득 고령자 거주지 확보	<ul style="list-style-type: none"> 구립노인센터를 민영화하고 일일 서비스·단기보호가 가능한 도시형 저가 양로원 개설 도쿄도 주택 재건축 부지에 건립되는 특별양호원에 도시형 저가 양로원 병설
생활 지원	공공 서비스 이외의 지역활동·자원 활용	<ul style="list-style-type: none"> 빈집·빈방 등 지역자원을 활용한 지역활동 거점 정비 사회복지협의회 주체의 생활지원서비스 제공(만남 서비스)과 주민 자원 봉사 신설 운영 지원

자료 : 厚生労働省, 地域包括ケアシステム構築へ向けた取組事例(지역포괄케어시스템 구축을 위한 대책사례).

3) 소규모 다기능형 주택돌봄

소규모 다기능형 주택돌봄은 홀로 생활하기 어려운 중증의 노인들이 본인의 집에서 계속 생활할 수 있도록 지원하는 소규모 주택기반 서비스이다. 2006년 개호보험 개정을 통해 치매·중증 노인 등이 익숙한 환경에서 생활할 수 있도록 지역사회 기반 시스템으로 시작되었다. 돌봄이 필요한 사람의 희망에 따라 간병인의 방문 돌봄, 단기숙박돌봄이 가능할 수 있도록 하였고, 다양한 의료서비스가 지원될 수 있도록 설계되어있다. 그러나 고령인구의 증가와 한정된 서비스 인원으로 인하여 점차 지역포괄케어 시스템으로 변화하고 있다.

소규모 다기능형 돌봄주택은 지역사회를 바탕으로 소규모 서비스 제공을 위한 정책으로서 돌봄 대상자와 서비스 제공자 간 지속적인 접촉을 통해 서로가 친해질 수 있는 기회가 많아 편안한 분위기 속에서 돌봄이 이루어지도록 운영되고 있다. 또한 서로 간의 관계가 형성되고 지속적인 서비스를 통해 돌봄 대상자의 상태변화를 신속하게 인지할 수 있어 효과적인 치료와 돌봄이 가능하다. 소규모 다기능형 주택 돌봄을 제공하는 기관은 반경 5km를 대상으로 하며 한 기관당 정원은 29명 이하이다. 보통 숙박을 하지 않는 돌봄 정원은 18명이고 숙박을 하는 돌봄 정원은 9명이며 서비스 계약시 가정방문간호, 가정방문재활, 각종 장비대여 등을 제공한다. 서비스는 월 정액요금제로 기본요금에 치매, 방문 시스템 강화, 일반관리시스템 강화, 간호직원배치, 숙박 등 선택사항에 따라 요금이 추가되며 식비, 기저귀 등은 별도로 처리된다.

〈표 4-5〉 소규모 다기능형 주택돌봄 인력기준

대표	치매호환서비스사업 설립자 교육을 이수한 자		
관리자	치매관련 서비스 비즈니스 매니저 교육을 이수한 전임 또는 정규직 직원		
직원	낮	통원	이용자 3명 당 상근 1명 이상
		방문	상근 1명 이상
	밤	야근	시간대 마다 1명 이상(이용자가 없는 경우 필요하지 않음)
		숙직	시간대 마다 1명 이상
	간호직원	1명 이상	
케어매니저	1명 이상		

주 : 대표자, 관리자, 간호직원, 케어매니저, 숙직직원은 본사와의 겸임 등으로 위성형 사업소에는 배치하지 않을 수 있음
 자료 : job-medley.com

4) 서비스이용 고령자주택

서비스이용 고령자주택은 민간에서 운영하는 고령자 요양시설 중 하나로 이용에 대한 자율성이 높고 외부 간호서비스에 대한 접근성이 높은 주거형 요양시설로 다양한 종류의 유료요양원들과는 차이가 있다. 개호 유료요양원은 간호가 필요한 고령자들을 위한 시설이고, 서비스이용 고령자주택은 안정적이고 자유로운 개인생활 지원을 위한 시설이라 할 수 있다. 또한 개호 유료요양원은 비교적

정해진 일정이 있지만 서비스 이용 고령자주택은 입주민들이 자유롭게 생활하고 정기적으로 안전확인 서비스를 받을 수 있다.

〈표 4-6〉 돌봄 유료요양원과 고령자주택의 서비스이용 차이점

구분	돌봄 유료요양원	서비스이용 고령자주택
시설특성	주로 간호가 필요한 고령자가 간호 및 생활지원을 받으며 생활하는 시설	간호가 필요없는 고령자들이 다양한 생활 지원 서비스를 받으며 생활하는 시설
거주조건	일반적으로 생활지원과 간호가 필요한 65세 이상 고령자	일반적으로 자립생활이 가능하고 간호를 약하게 필요로 하는 60세 이상 고령자
비용	입주일시금 : 0 ~ 1억엔 월비용 : 12~40만엔 ※ 시설에 따라 다름	보증금 : 2~3개월 월비용 월비용 : 5~25만엔 ※ 시설에 따라 다름
객실공간	개인실 13㎡ 이상	전용객실 : 원칙적으로 25㎡ 이상이나 조건 충족시 18㎡ 이상도 가능
주요서비스	간호서비스(식사, 목욕, 배설), 재활, 건강관리 레크레이션 제공	안부확인, 생활상담, 생활지원(청소, 쇼핑 대행 등)
계약방법	평생이용가능	임대계약

자료 : www.sagasix.jp

주거형 유료요양원과 서비스이용 고령자주택의 경우 두 시설 모두 독립적인 주거공간을 가지고 있으나 일상생활 가능정도에 따라 거주가능 여부가 다르다. 즉, 지속적 간호가 필요한 경우 서비스 이용 고령자주택에선 거주하기 어렵다. 주거형 유료요양원은 식사, 목욕 등의 시간이 정해져 있어 외출 등 자유활동 시간에 제약이 있지만 서비스이용 고령자주택은 모든 시간을 개인이 선택하여 활용할 수 있다. 주거형 유료요양원은 이용자 개별계약을 통해 외부간호 서비스를 받으나, 개호 유료요양원은 시설에서 제공하는 서비스와 간호 서비스를 한번에 계약해야 하는 차이점이 있다.

〈표 4-7〉 주거형 유료요양원과 고령자주택의 서비스이용 차이점

구분	주거형 유료요양원	서비스이용 고령자주택
시설특성	혼자인 고령자에게 간호 등 다양한 서비스를 지원하는 거주시설	혼자인 고령자에게 최소한의 간호 등 서비스를 지원하는 거주시설
거주조건	독자적 생활이 가능한 고령자와 간호가 필요한 고령자 모두 가능	독자적 생활을 하고 최소한의 간호만 필요한 고령자
비용	입주일시금 : 0 ~ 1억엔 월비용 : 12~40만엔 ※ 시설에 따라 다름	보증금 : 2~3개월 월비용 월비용 : 5~25만엔 ※ 시설에 따라 다름
객실공간	개인실 13㎡ 이상	전용객실 : 원칙적으로 25㎡ 이상이나 조건 충족시 18㎡ 이상도 가능
주요서비스	신체관리, 식사, 일반생활, 하나 이상의 건강관리 제공	안부확인, 생활상담, 생활지원(청소, 쇼핑 대행 등)
계약방법	평생이용가능	임대계약

자료 : www.sagasix.jp

건강기반 유료요양원은 독립형 유료요양원이라고 하며, 적극적인 활용을 추구하는 이용자의 요구를 반영하여 체육관·극장·온천 등 공용공간이 많이 갖추어져 있다.

〈표 4-8〉 건강기반 유료요양원과 고령자주택의 서비스이용 차이점

구분	건강기반 유료요양원	서비스이용 고령자주택
시설특성	활동적이고 독립적인 고령자	주로 독립적인 생활을 하는 고령자
거주조건	독립적인 고령자	독자적 생활을 하고 최소한의 간호만 필요한 고령자
비용	입주일시금 : 0 ~ 수천만엔 월비용 : 12~40만엔 ※ 시설에 따라 다름	보증금 : 2~3개월 월비용 월비용 : 5~25만엔 ※ 시설에 따라 다름
객실공간	개인실 13㎡ 이상	전용객실 : 원칙적으로 25㎡ 이상이나 조건 충족시 18㎡ 이상도 가능
주요서비스	신체관리, 식사, 일반생활, 하나 이상의 건강관리 제공	안부확인, 생활상담, 생활지원(청소, 쇼핑 대행 등)
계약방법	평생이용가능	임대계약

자료 : www.sagasix.jp

3. 독일 노인 주거

1) 노인주거정책

2017년 독일의 65세 이상 인구 비율은 21.2%로 OECD 국가 중 4번째로 높으며, 2008년 고령인구 비율이 20.1%를 돌파하여 초고령사회에 진입하였다. 독일의 노인주거정책은 크게 현재의 거주지에 재택 서비스를 제공하거나, 양로시설 등에 입주하여 관리하는 것이다. 최근 고령화와 핵가족화 등에 따라 홀로된 노인들이 함께 거주하는 공동주거방식이 도입되고 있다. 독일 노인문제연구소에서 발간한 7차 노인보고서(2016)에 따르면 2015년 기준 고령층 자가주택 거주 비율이 93%이고, 90세 이상 노인 중 70%가 자가주택에서 거주한다고 발표(Deutscher Bundestag, 2016)한 것과 같이 독일의 고령층은 대부분 병원 또는 요양시설이 아닌 자가주택에서 거주하고 있다.

이러한 국가적 특성이 반영되어 독일의 노인주거정책은 현재 생활하는 주택에서 계속 생활할 수 있도록 지원하는 방식과 거주 지역이 유사하여 같은 생활권을 형성하고 있는 노인들을 한 주거공간에 공동으로 수용하여 관리하는 노인공동주택을 운영하는 방식을 중심으로 추진되고 있다. 이를 위해 주택 내부는 고령자가 생활하기 편리하게 시설을 개선(베어리프리)하고 고령자의 요구에 맞춘 다양한 서비스를 제공하고 있다.

2) 주거환경개선 지원

고령자는 신체적 능력이 하락하여 보행보조기구인 휠체어 등을 이용하는 경우가 많아 계단이 아닌 경사로 조성, 문턱제거 등이 필요하고 휠체어 높이 등을 고려하여 주거시설의 높이가 낮을 필요가 있다. 하지만 최초 집을 건설하고 구입할 때는 건강한 신체조건에 맞추기 때문에 과거의 주택은 베어리프리 구조를 갖추지 못한 경우가 대부분이었다. 초고령사회를 진입하며 고령자의 주거생활에 다양한 기존 주택의 애로사항이 많이 부각되면서 신규로 조성되는 주택은 독일표준협회가 제시한 베어리프리 구조로 건축하도록 하고, 기존 주택은 거주자 상황을 고려하여 환경개선을 지원하고 있다.

주거환경개선 지원방식은 현금, 현물지원 등 다양하며 보편을 통한 지원은 신체적으로 불편하여 의사의 처방전을 받은 경우 환자용 침대와 각종 용품을 의료보험을 통해서 지원받는 경우와 요양보

협법에 의거 주거환경개선을 지원받거나 기 조성된 고령자용 주택으로 이사하도록 지원하는 경우 등이 대표적이다. 시설이 아닌 기존 주택에서 노후생활을 유지하길 원하는 요구가 증가하면서 재가 서비스 지원의 종류와 방법도 다양해지고 있다. 주거환경개선, 요양서비스 지원 신청시 지자체, NGO, 사회복지기관 등에 근무하는 전문가들의 도움을 받을 수 있고 수발보험을 통해 가족 등 서비스 제공자들에게 재가급여 등을 지원할 수도 있다.

3) 시설 입소

시설 입소는 양로원·요양원 등에 입소하는 것으로 거주지와 시설을 병행하여 이용하거나 전적으로 시설에 입소하여 생활하는 경우 두가지가 있다. 거주지와 시설을 병행하여 이용하는 경우는 주간 또는 야간에 시설을 이용하는 경우로 거주지에 고령자를 위한 시설이 조성되어 있지 않을 때 이루어진다. 전적으로 시설에 입소하는 경우는 입소자가 건강상의 이유 등으로 지속적인 돌봄이 필요한 상태일 때로 대부분 입소자가 비용을 지불하지만 각종 지원을 통해 비용을 지불받을 수도 있다. 홀로 일반생활이 어려워 가사, 간호 등 각종 서비스를 제공하는 요양시설은 본인의 집을 떠나야 하고 식사, 산책 등을 정해진 시간에만 할 수 있는 제약이 있지만 비슷한 연령대의 사람들과 친목을 다지며, 전문적인 서비스를 받으며 다양한 경험을 할 수 있다는 이점이 있다.

요양시설은 공익복지단체에서 가장 많이 운영하고 사기업, 공공기관의 순으로 운영되고 있다. 재가시설과 연계되는 경우도 있으나 대부분 입소 이후 24시간 동안 지속적으로 관리하고 각종 서비스를 제공한다. 요양시설은 규정에 따라 기본적인 설비를 조성하여야 하고 각 지역의 복지청 또는 보건청 소속 위원회를 통해 품질검사를 받으며, 관리기관은 최소 1년에 1회 이상 감사를 실시하고 2년마다 보고서를 제출한다. 제도적으로는 「양로 및 요양시설법(Heimgesetz)」에 의거하여 운영하며 이용자가 숙박, 돌봄, 식사, 시간 설정 등 시설운영방안 결정에 참여할 수 있도록 하여 이용자의 의견이 최대한 반영될 수 있도록 하였다.

4) 공동주거

공동주거는 주거환경개선을 통해 본인의 집에서 독립적인 생활과 서비스를 제공받는 형태와

시설 입소를 통해 지속적이고 전문적인 지원을 받는 형태의 중간적 형태라 할 수 있다. 일정 범위 내 인접한 지역의 주택에서 거주하는 고령자들을 고령자가 생활하기 적합하도록 조성 또는 개조된 주택에 이주시켜 다수의 고령자가 공동으로 주거생활을 영유하는 것이다. 공동주거는 기존주택 인근에 위치하여 이용자가 기존에 이용했던 가게, 식당, 관청 등의 각종 시설을 이용할 수 있는 장점이 있다. 사회적 관계의 측면에서도 기존의 이웃들과도 익숙한 관계를 유지할 수 있는 장점이 있다.

공동주거는 지역 여건상 각종인프라가 부족하고 기존 주택의 낙후도, 재정여건 등으로 주거환경 개선에 한계가 있을 경우 대안이 될 수 있다. 독거생활 등으로 인한 우울증 대응에도 효과적인 주거 형태라 할 수 있다. 평균수명의 증가에 따른 고령층의 지속적인 증가, 낮은 출산율(2018년 기준 출산율은 1.57명으로 EU 평균 출산율 1.63명 보다 낮음)에 따른 서비스제공자 수급 불안 등을 고려했을 때 장기적으로 공급 확대가 예상되는 시설이다. 독립공간과 공동공간을 분리하여 기존 요양시설 이미지를 탈피할 수 있는 장점이 있다. 고령자들이 한 공간에 거주함에 따라 개인의 자율성을 최대한 보장하면서 이상 증상 파악이 쉽고, 집중적이며 전문적인 서비스제공이 가능하여 응급상황 발생을 감소시키고 효과적인 대처가 가능하다. 공동주거는 고령층 이외에도 다양한 세대가 함께 거주하는 형태 등이 시범적으로 운영되는 등 변화하는 미래에 적용할 수 있는 다양한 주거형태 발굴에 활용되고 있다.

5) 서비스 결합형

서비스결합형은 고령자 친화형 신규 주택 또는 기 거주하던 주택을 고령자 친화형으로 개조하여 독립적인 생활을 유지하되 계약 등을 통해 다양한 재가서비스를 지원받는 형태의 주거방식이다. 서비스의 종류로는 장보기, 청소 등 가장 기초적인 가사지원 서비스부터 돌봄, 간호 등 기초의료 서비스까지 거주자의 요구에 따라 다양하게 구성되어 있다. 서비스는 주로 재가서비스 및 요양시설 관계자 등을 통해 이루어지며 서비스 종류와 방법 등에 따라 비용이 계산되어 일자리 창출 등에 기여할 수 있다.

고령인구가 증가함에 따라 나타나는 또 하나의 특징은 치매노인의 증가이다. 2017년 9월 “치매국가책임제”를 발표하고 이에 따른 추진계획을 수립하여 전국에 256개(2019년 12월 기준)의 치매안심센터를 설립하는 등 국가적으로 치매에 대응하기 시작한 우리나라와 같이 독일도 가족들로만

치매환자를 돌보는 것은 현실적으로 어렵다고 인식하여 국가 및 사회의 역할을 강화하고 있다. 「요양보험법」에서 치매노인에 대한 지원을 확대하였고 증가하는 치매노인을 시설로만 옮기는 것은 한계가 있음을 인지하고 재가노인 서비스를 통해 현 거주지에서 생활할 수 있도록 지원하고 있다. 또한 치매노인 공동주거공간을 조성하여 지속적인 보호 관리를 시행하고 있다.

4. 시사점

해외의 고령자 주거정책의 특징은 고령자들이 현재 생활하고 있는 익숙한 환경에서 가능한 오랫동안 자율적인 생활할 수 있도록 여건을 마련해 주는 것이다. 즉, 고령자들의 자립생활이 최대한 가능하도록 주거환경을 개선하거나 동일한 생활권에 생활하던 익숙한 사람들끼리 공동생활을 할 수 있도록 하는 것이다. 이러한 주거 환경을 바탕으로 돌봄 등 생활 보조 서비스와 의료 서비스 등을 제공하고 있다. 신체적 능력과 요구를 고려하여 주거 형태를 선택할 수 있도록 지원하고 있다. 주택의 물리적 환경 조성과 함께 장보기, 식사준비 등 기본적인 서비스에서부터 전문적인 의료서비스 까지 고령자들의 주거환경에 맞추어 재가서비스 등 다양한 방법으로 서비스를 제공하는 사회적 여건을 조성하고 있다.

주거 시설의 특징은 소득, 건강상태, 주거 형태 등 수요자의 선택과 상황에 맞는 시설을 선택할 수 있는 특징이 있다. 건강 상태에 따라 자립주거, 생활보조주거, 너싱홈으로 구분하여 주거 형태가 제공되고 있다. 기본적인 목표는 고령자들이 익숙한 지역사회에서 가능한 오랜 기간 자립적으로 생활할 수 있는 여건을 마련해 주는 것을 목적으로 하고 있다. 구체적으로 돌봄, 의료, 예방, 주거, 생활지원·복지 등 다섯 가지 전문적인 서비스가 상호연계하여 제공되고 있다. 지역 특성과 여건에 맞는 서비스와 연계하여 프로그램이 운영되고 있다. 지역의 대학과 연계한 문화&레저, 교육 등과 연계한 프로그램이 함께 운영되고 있는 것을 알 수 있다.

미국의 경우 제공되는 서비스와 프로그램에 따라 CCRC를 여가 중심형, 교육 중심형, 의료서비스 중심형 등으로 구분할 수 있다. 교육중심형의 전형적인 형태로는 대학연계형 CCRC인 UBRC (University Based Retirement Community)가 있으며, 지역 내 대학과 연계하여 평생교육 프로그램을 운영하고 있다. 시설과 프로그램의 운영은 지역 기반의 비영리 사회복지단체가 운영하며, 지역 의료 기관, 재정 지원자, 여타 지역사회 파트너 및 기관들이 구축하는 파트너십 기반으로 운영되고 있다.

제5장 충남형 고령친화마을 모델 조성 방안

1. 고령친화마을 모델 조성 방안

1) 기본 구상

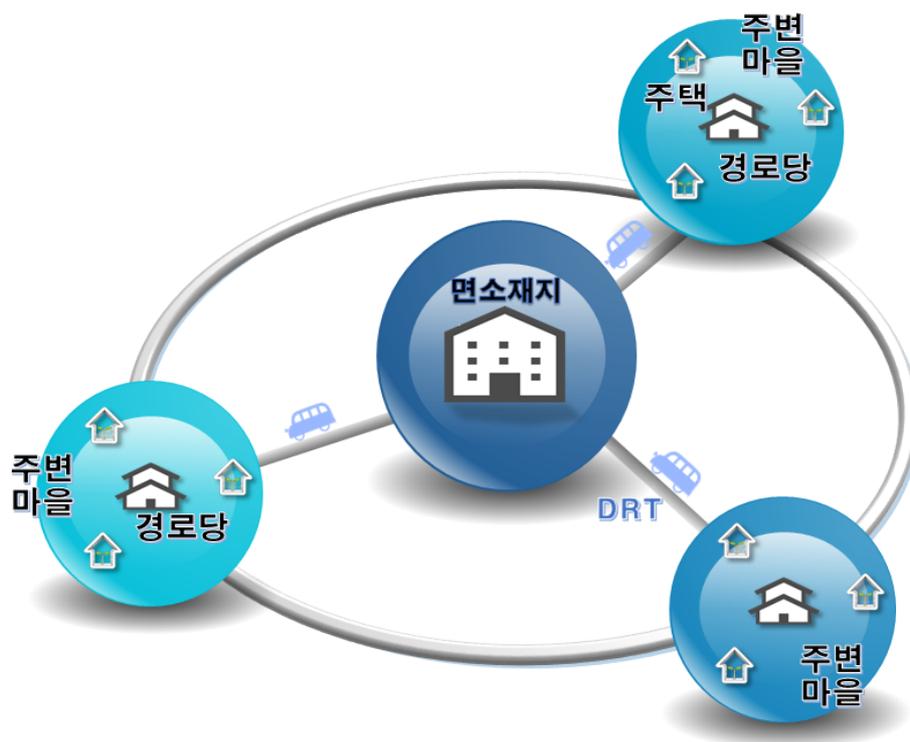
노인실태조사 결과와 같이 대부분의 고령자들은 현재 살고 있는 집(마을)에서 계속 사는 것을 희망하고 있으며, 홀로 거주하면서 마을회관(그룹홈) 등을 통해 공동으로 식사와 활동을 같이 하길 바라는 경우도 많은 것을 알 수 있다. 따라서 고령자들이 기존의 주거지에서 거주하면서 복지 서비스를 제공하는 방안이 필요하다. 본 연구에서 제시하는 고령친화마을 모델의 기본구상은 앞서 제시한 면 지역의 규모와 기능을 중심으로 모델을 제시하도록 한다. 면 지역을 대상지역으로 설정한 이유는 정주환경을 위한 최소단위로서 기능을 갖추고 있기 때문이다.

면 지역의 경우 가장 위계가 낮은 행정기능이 입지하고 있으며, 상업, 보건 의료, 교육, 금융 서비스가 가능한 최소 단위 지역이라 할 수 있다. 따라서 면 지역 이상의 지역에서는 면 지역 내 기능을 포함하고 상위 위계의 도시 서비스가 기능하기 때문이다. 대상자는 일상적 활동을 독립적으로 가능하거나 마을에서 보호할 수 있는 수준의 자립 주거 대상의 고령자를 중심으로 한다.

고령자를 위한 주거를 중심으로 상업, 보건의료, 교육 등의 생활인프라 기능을 연계하고 물리적 환경을 개선하는 방향으로 구상하였다. 따라서 충남형 고령친화마을 모델은 면 지역 주변 마을별 커뮤니티 활동의 중심이 되는 경로당과 마을회관을 모임과 공동체 유지의 중심으로 활용한다. 경로당을 중심으로 교류와 친목 소규모 교육이 이루어지고, 공동의 식사 장소 등 다양하게 활용할 수 있다. 경로당과 마을회관은 주민들 생활의 중심이 되며 주변의 빈집과 국공유지를 활용하여 모듈화 주택을 공급하는 것이다.

모듈러(modular)주택은 자재와 부품의 전부 또는 일부를 일정한 성능 및 기준에 따라 공장에서 미리 생산하여 현장에서 설치·조립하는 공법으로 공기(35~45% 이상 단축)가 짧고 비용도 크게 줄어드는 특징이 있다. 공급된 모듈러 주택은 일정기간 임대 후 회수하여 리모델링 후 새로운 대상자 혹은 대상지의 토지에 다시 설치하여 순환형 단독 임대 주택으로 운영이 가능하다. 모듈러 주택은

조립식으로 공급비용 호당 1억원, 18평형 정도 규모를 공급하고 기존의 주택은 수용하거나 한국 토지주택공사, 충남개발공사에서 매입하여 다른 모듈러 주택 혹은 향후 다른 사업에 이용하는 방안으로 사업 추진한다. 고령자들은 모듈러 주택에 거주하면서 경로당을 활용하여 공동 식사, 교류, 소규모 교육 등을 공유하는 것을 고령친화마을 모델의 첫 번째 단계라 할 수 있다. 상업, 의료, 교육 등의 생활인프라 기능은 면 소재지 내 기존 시설을 활용하고, 시설을 활용하여 다양한 활동과 노인 프로그램을 운영하도록 한다.



〈그림 5-1〉 충남형 고령친화 모델 기본구상

면 소재지 주변 마을과 면 소재지 간 접근성이 낮을 경우 수요응답형 교통체계(DRT), 등의 정책으로 접근성을 개선한다. 앞서 제시한 면소재지의 평면적 규모는 평균 750m 정도로 근린주구 규모라 할 수 있으며, 국토교통부의 국토모니터링 도보 서비스권역 기준인 10분거리 750m와 비슷한 규모라 할 수 있다. 고령자 주택, 교통 편의성, 면 소재지의 외부 환경은 WHO 고령친화도시의 가이드라인에 맞춰 개선하도록 한다. 고령친화도시 조성의 8대 영역을 구분한 가이드라인에 따르면 외부공간 및

시설 조성의 기본방향은 안전성, 편리성, 접근성 향상으로 제안하고 있다. 또한 외부공간 및 시설 영역을 구성하는 주요 요소는 쾌적한 도시환경, 녹지시설 이용 환경, 휴게시설, 횡단보도, 보행로, 공중화장실로 제시하고 있다.

〈표 5-1〉 고령친화도시의 8대 영역별 기본방향 및 외부공간/시설 구성요소

고령친화도시 영역	기본방향
1. 외부공간 및 시설	<ul style="list-style-type: none"> - 도시기반시설의 안전성, 편리성, 접근성 제고 - 야외 환경과 공공건물 등을 포함
구성요소	<ul style="list-style-type: none"> • 쾌적한 환경/ 녹지시설 이용환경/ 휴게시설/ 고령친화 노면/ 안전한 횡단보도/ 접근성/ 안전한 환경/ 보행로 및 자전거 도로/ 고령친화 건축물과 시설/ 충분한 공중화장실/ 고령친화 상업시설
2. 교통수단 편의성	<ul style="list-style-type: none"> - 이동이 쉽고 저렴한 대중교통 편의시설 구축 - 고령자의 사회참여 및 의료서비스 접근성 제고
3. 주거환경 안정성	<ul style="list-style-type: none"> - 주거시설의 구조/ 디자인/ 위치/ 비용 및 공공설계 - 고령자의 편안하고 안전한 삶을 실현
4. 여가 및 사회활동	<ul style="list-style-type: none"> - 고령자의 가족/사회/문화/ 종교/ 여가 활동 접근성 - 행정/ 정보 지원체계를 통한 사회적 소속감 증대
5. 존중 및 사회통합	<ul style="list-style-type: none"> - 고령자 이미지 향상을 위한 교육 및 매체 활용 - 지역사회 내 고령자 역할 강화를 통한 세대 통합
6. 인적 자원의 활용	<ul style="list-style-type: none"> - 고령자 욕구에 따른 자원봉사 및 취업 기회 확대 - 시민참여활동 독려 및 지역사회 공헌 활성화
7. 의사소통 및 정보	<ul style="list-style-type: none"> - 고령자 특성 반영한 다양한 정보제공체계 구축 - 정보 접근성 강화로 사회활동 및 인간관계 활성화
8. 의료 및 지역 돌봄	<ul style="list-style-type: none"> - 고령자 의료서비스 충분성/ 적절성/ 접근성 강화 - 고령자 건강생활 유지 및 자립생활 가능성 증대

자료: WHO(2007a), 고영호(2018), 고령사회 대비를 위한 건축도시환경의 고령친화도 진단. 재인용

2. 고령자 주택 공급 방안: 모듈러 주택 공급

1) 모듈러주택

모듈러(modular)주택은 자재와 부품의 전부 또는 일부를 일정한 성능 및 기준에 따라 공장에서 미리 생산하여 현장에서 설치·조립하는 공법으로 공기가 35~45% 이상 단축되며 비용도 크게 줄어드는 것이 특징이다. 시설 조성의 예로 평창올림픽 선수지원단 숙소 19개동 760실을 7개월만에 준공, 공사비 30% 이상을 절감하고 폐막식 후 국방부 간부 숙소 등으로 재활용하였다. 구조적 안정성과 품질을 인증받은 공업화주택(주택법 제15조)으로 완공 후에 증축이나 확장·이축이 쉽고, 자원의 재활용도 가능한 친환경 건축시스템 공법이다. 문재인 정부는 주거복지 로드맵(2017.11.)에서 수요맞춤형 소규모 임대주택과 긴급지원 주택 등 이동성을 고려한 모듈러주택 공급 정책을 발표하였다.

2) 추진방향

농어촌에서 자가가구에 거주하는 가구를 대상으로 해당 부지에 노후 주택 철거후 신축하거나 마을회관, 경로당 주변에 신축한다. 일정 기간 임대 후에 회수하여 리모델링한 뒤 새로운 대상자의 토지에 다시 설치하는 ‘순환형 단독공공 임대주택’으로 운영하도록 한다. 건설되는 주택은 고령자들의 신체적 제약을 고려하여 이동성 향상과 낙상 방지 등의 편의와 안전을 고려한 유니버설 디자인을 적용하여 공급하며 구체적인 안전 시설은 계단 없는 입구, 휠체어 사용 가능한 주거시설, 문턱 없는 입구, 화장실 내 안전 시설 등이라 할 수 있다. 구체적인 시설 공급 방안은 다음과 같다.

- 위치: 충청남도 지역 중 2곳 (15호 가정)
- 사업내용: 모듈러 주택 신축
- 사업 추진 방안

step #1. 고령자 노후 주택 철거 후 같은 부지에 모듈러 주택 공급

step #1-1. 경로당, 마을회관 등 생활을 같이하는 공간 주변의 국공유지(혹은 도/시/군유지)에
모듈러 주택 공급

step #2. 일정 기간 임대 후에 회수하여 리모델링한 뒤 새로운 대상자의 토지에 다시 설치하는
'순환형 단독공공 임대주택'으로 운영

- 사업비: 총 20억원

(모듈러 주택 건설비) 호당 약 1억원 X 15호 = 15억원

(면 소재지 외부공간 안전성, 편리성, 접근성 제고) 5억원

- 주택/주변환경에 따라 다르겠지만 시범사업의 경우 대략 15호 내외의 주택 공급 가정

- 향후 충남 전역에 공급한다고 가정했을 때, 15개 시군에 10~20호(평균 15호 가정)씩 공급한다고 가정했을 때 225억원 소요

- 임대기간: 3-5년(연장가능)

3) 사업 추진 방안

■ 대상자 선정

대상자 선정의 원칙은 주민센터 등을 통해 공모로 진행하는 것임. 공모진행시 선정기준은 주거급여 여부, 주택의 노후도 여부, 자가 가구 여부, 토지 사용 승낙 여부 등이 될 수 있다. 시범사업의 경우 공모로 진행하기 보다는, 일단 마을 이장 등 다양한 계층을 중심으로 의견 수렴 후 대략적인 사업지를 선정하고, 해당지역의 가구에 직접 문의하는 방식으로 사업을 진행한다. 이후 사업이 성공한다면, 정상적인 공모절차를 진행하도록 한다.

■ 임대주택 관리

모듈러 주택은 건설후 관리의 문제가 크기 때문에 관리 방안을 모색할 필요 있으며, 충남개발공사 관리, 지역의 주거복지센터 혹은 주거복지 관련 단체에서 운영하도록 한다.

3. 면 소재지의 외부 환경 조성 방안

1) 교통의 편리성과 안전성 향상

선행연구와 정책동향에서도 알 수 있듯이 고령자들을 위한 교통수단은 생활인프라를 이용하고 외부 활동을 지원하는 필수 요소이다. 고령자들의 교통 수단 편의성은 고령친화도시 8대 영역에 포함되며 많은 지역에서 접근성 향상 측면에서 사업들이 추진되고 있다. 고령자들의 외부 활동과 교류를 원활하게 하기 위한 교통 편리성 향상은 고령자들의 고독감과 우울감을 감소시키고 지역 사회에 활기를 가져올 수 있다. 외부 시설과의 접근성 향상을 위한 교통 정책은 자차 운행 중심 보다는 대중교통 이용과 보도 이용도를 높일 필요가 있다.

고령자들의 시설 접근성 향상을 위한 정책으로는 수요응답형 교통체계(DRT) 관련 사업 추진이 필요하며, 보행자들이 안전을 위한 시설 설치와 구축이 필요하다. 미국의 완전도로(complete street)는 보행자들의 안전하게 걸을 수 있는 정책으로써 보행자, 자전거 이용자, 대중교통 이용자들이 안전과 편리성을 높일 수 있다.



자료: (좌측) <https://bungalower.com/2015/08/01/city-orlando-drafts-complete-streets-policy-language/>
(우측) <https://www.pps.org/article/are-complete-streets-incomplete>

〈그림 5-2〉 완전도로(complete street) 사례

2) 면 소재지의 고령친화 환경 조성

고령자들이 면 소재지 내 시설의 편리한 이용을 위하여 외부 시설의 조성시 접근성, 안전성, 쾌적성이 고려되어야 한다(WHO, 2007; 고영호, 2018). 주요 외부 환경과 공간 조성 방안을 살펴보면 다음과 같다.

주요 외부 시설은 녹지환경, 공원, 휴게 및 운동시설, 보행, 교통시설, 안전, 위생 환경으로 구분된다. 주요 시설 조성의 주안점은 녹지환경의 경우 그늘 제공을 위한 시설과 가로수 조성이 필요하다. 공원의 경우 주거공간과 근접시키거나 접근성을 높이는 방안이 필요하며, 산책로와 조염시설, 휴게 시설, 운동시설을 제공한다. 보행시설은 보행에 불편함이 없도록 무장애 공간으로 조성하며, 낙상 방지를 위한 보행로 포장재, 휴게시설, 조경, 시인성 있는 표지판 등을 고려해야 한다. 교통시설은 횡단보도 안전을 위한 시설과 버스정류장등을 조성할 필요가 있다. 안전시설로는 노인들이 자주 이용하는 공간에 응급전화, 감시 카메라 등을 설치하고, 적절한 조명을 설치한다.

〈표 5-2〉 고령친화 외부 공간 주요 요소별 공급 방향

외부 환경	시설	주안점
녹지환경	가로수	그늘제공/ 완충역할/ 에너지, 환경
공원	보행로, 산책로, 조명시설, 휴게시설, 운동시설	접근성/ 방향성/ 산책로/ 조명/ 휴게시설/ 무장애시설/ 경사도/ 바닥포장 / 교류
휴게 및 운동환경	벤치/ 운동시설/ 휴게시설	다양한 형태와 크기 휴게 공간/ 교류 / 공간적 위요/ 휴게시설/ 운동시설
보행환경	보행로/ 표지판/ 웨이파인딩	무장애공간/ 포장재료/ 휴게시설/ 조경/ 정보제공/ 가독성
교통환경	횡단보도/ 버스정류장/ 주차장	안전성/ 보행시간/ 접근성/ 주차장 내 시설
안전환경	안전시설	안전성/ 조명/ 공간확보
위생환경	공중화장실	쾌적성/ 편리성/ 무장애 시설
사회적 교류	커뮤니티 시설	참여/ 접근성/ 커뮤니티/ 프로그램/ 정보제공

자료: Mather&Scommegna(2017), 고영호(2018). 재인용. 재구성.

제6장 연구 종합 및 향후 과제

1. 연구의 요약

고령화가 심화됨에 따라 국제적인 노력의 일환으로 세계보건기구(World Health Organization, WHO)의 고령친화도시 정책이 범 지구적으로 진행되고 있으며 도시간 네트워크를 형성하여 고령자를 위한 정책을 공유하고 있다. 고령사회와 관련하여 추진되고 있는 국내외 정책은 선행연구에서 나타난 주요 요소인 주거와 교통, 상업시설 이용과 관련한 단위 사업 위주의 정책이 주를 이루고 있는 것으로 나타났다. 본 연구는 고령자들이 기존 거주하고 있는 마을에서 주거를 중심으로 상업, 의료, 교육 등 생활인프라를 활용할 수 있는 고령친화마을 모델을 제안하는 것을 목적으로 하고 있다. 모델 개발을 위하여 고령자와 고령사회를 대비하기 위한 국내외 정책을 조사하고 고령자 주거와 관련한 해외 사례를 비교 연구하였다.

해외의 고령자 주거 정책 방향을 살펴보면 현재 생활하고 있는 익숙한 환경에서 가능한 오랫동안 자율적인 생활을 할 수 있도록 하고 있다. 또한 주거 환경을 바탕으로 돌봄 등 생활 보조 서비스와 의료 서비스 등을 제공하고 있다. 서비스 공급시 지역의 특성에 맞는 프로그램과 활동이 제공되고 있다. 구체적으로 지역의 대학과 연계한 문화&레저, 교육 등과 연계한 프로그램이 있다. 시설과 프로그램의 운영 역시 지역을 기반으로 하여 운영되고 있는 것을 알 수 있다.

충남형 고령친화마을 모델은 주거와 관련 시설을 물리적으로 조성하고 조성된 마을 모델을 중심으로 충청남도에서 추진되고 있는 고령자 관련 정책이 추진될 수 있도록 하는 것이다. 본 연구에서 제시된 고령친화마을 모델의 주거 형태는 면 소재지 주변 마을의 경로당과 마을회관을 중심으로 빈집과 국공유지를 활용하여 모듈화 주택을 공급하는 것을 제안하였다. 상업, 의료, 교육 등의 생활인프라 기능은 면 소재지 내 기존 시설을 활용하고, 시설을 활용하여 다양한 노인 활동과 프로그램을 운영하는 것을 제시하였다. 면 소재지 주변 마을과 면 소재지 간 접근성이 낮을 경우 수요응답형 교통 체계(DRT), 등의 정책으로 접근성을 개선하는 것을 제안하였다. 고령자들이 활동하는 면 소재지의 외부 환경은 WHO 고령친화도시의 가이드라인의 기본방향인 안전성, 편리성, 접근성 향상에 맞추어 고령자들의 편의를 높이는 방안이 필요하다.

2. 향후 연구 과제

본 연구에서는 고령사회 대응을 위하여 면 지역을 대상으로 충남형 고령친화마을 모델을 제안하였다. 먼저 주거 형태는 경로당을 중심으로 한 모듈화 주택을 제안하였으며, 면 소재지 내의 시설과 기능 이용 접근성을 위하여 수요응답형 교통체계(DRT) 구축을 제시하였다. 기존 면 소재지 내의 상업, 의료, 교육 기능을 활용하는 방안을 제안하고 면 소재지의 외부 환경 조성시 고령자들이 안전하고 편리한 시설로 조성하는 것을 제시하였다.

본 연구는 고령사회를 대비한 고령친화마을 모델 개발을 위한 기본 구상 연구로서 제시된 모델에 기반한 계획 수립과 실행을 위한 후속 연구를 제안하도록 한다. 첫째, 본 연구에서 제시된 모델을 기반으로 하여 시범 지역 혹은 수요가 있는 시군을 대상으로 실증적인 계획 수립이 필요하다. 둘째, 고령자 주거 형태로 제시한 모듈화 주택은 농어촌 지역에 공급할만한 임대주택의 형태로 볼 수 있으며, 효과가 있을 경우 수요 범위를 넓혀 공급하는 방안이 필요하다. 또한 지역 차원의 임대주택 형태의 노인 주거 시설임에 따라 공급과 관리 방안이 요구된다.

셋째, 본 연구에서의 면 소재지의 고령친화 위한 외부 환경 조성은 가이드라인만을 제시하였다. 고령 사회를 대비하여 고령자들의 안전하고 편리한 외부 시설을 조성하여 생활인프라 접근 용이성을 높일 수 있는 구체적인 연구가 필요하며, 적용을 위한 실증적 연구가 필요하다. 마지막으로, 본 연구는 고령사회를 대비한 물리적 시설 조성을 위한 기본구상이라 할 수 있다. 제시된 계획과 연계하여 고령자를 위한 프로그램과 정책의 전달 체계와 관련한 연구가 필요하다.

참고문헌

- 강은나 외, 2019. 초고령사회 대응을 위한 노인주거정책 개편 방안, 한국보건사회연구원.
- 고영호 외, 2018. 고령사회 대비를 위한 건축도시환경의 고령친화도 진단 연구, 건축도시공간연구소.
- 국토교통부 국토지리정보원, 2020, 2019 국토모니터링 보고서.
- 김수영, 배용준, 오찬욱, 2016. 고령자가 인지하는 지역환경의 고령친화정도 - 일본 나가사키 지역의 물리적 환경을 중심으로. 디자인융복합연구, 15(5), 199-211.
- 김춘남 외, 2019. 경기도 고령친화도시 조성 지원계획 연구 수정, 경기복지재단.
- 박은철 외, 2017. 「사회주택 활성화 쟁점과 정책과제」, 서울연구원.
- 보건복지부, 2019. 2019 노인복지시설 현황.
- 부산시, 2016. 부산시 고령친화도시 조성을 위한 노인복지실행계획(2016~2018).
- 부산일보, 2015. 6. 17. [노인이 웃는 도시 부산] 10. 일본 아키타 시에서 배운다.
- 서울시, 2010. 서울시 고령사회 마스터플랜.
- 서울시, 2012. 서울 어르신 종합계획.
- 세종특별자치시, 2019. 세종형 고령친화도시조성 연구용역.
- 오찬욱, 김수영, 강동진, 2015. 노인의 관점에서 본 동네환경의 노인친화도- 도시지역과 농촌 지역의 비교연구, 한국실내디자인학회논문집, 제24권 제2호.
- 이상립 외, 2016. 초고령사회 대응 지역친화적 노인주거모델 개발 연구, 한국보건사회연구원.
- 이재정 외, 2015. 부산고령친화도시 가이드라인 개발 연구, 부산복지개발원.
- 임병우 외, 2016. 생애 맞춤형 도시, WHO AFC 조성 가이드 개발, 정읍시.
- 장은영, 김신열, 2014. 고령친화적인 사회경제적 환경이 농촌노인의 삶의 만족에 미치는 영향, 사회과학연구 제38권 3호, p255-284.
- 제주특별자치도, 2016. 제주 고령친화도시 조성을 위한 실행계획 연구.
- 천현숙, 2016. “공공임대주택 정책의 성과와 향후 과제”, 「국토」 제422호, 국토연구원.
- 최현정, 최병숙, 2011. 지역친화형 소규모 노인공동주거에 관한 지방 도시 소비자의 입주 의사와 태도, 한국주거학회 제22권 제6호.

- 최희경, 2016. 고령친화도시 추진에 있어 지역사회와 노인의 주도적 참여에 관한 연구, 비판사회정책(52).
- 충남연구원, 2016. 충남의 미래 2040.
- 충남연구원, 2019. 도로 네트워크와 거주지 자료를 연계한 충남 독거노인의 생활인프라 접근성 분석, 충남 정책지도 2019-2호 통권27호.
- 한국토지주택공사, 2019. 「지역별 공공임대주택 적정 공급규모 추정 연구」.
- 한기명, 임진섭, 2019. 중고령층이 인지하는 지역사회의 고령친화도시 조성 정도와 삶의 만족, 연령차별과의 관계 : 연령집단별 비교를 중심으로, 공공정책연구 제36권 2호, pp53-83.
- 한상욱, 임형빈, 2017. 인구감소에 대응한 면소재지 정책 개선 및 정비방안, 충남연구원.
- 허만형, 강현미, 김꽃송이, 오성훈, 2018. 고령사회 대비를 위한 건축도시 환경의 고령친화 진단 연구, 건축도시공간연구소.
- 허만형, 황윤원, 2016. 지방자치단체의 인구 고령화와 고령친화도의 관계에 관한 연구:전국 226개 시·군·구를 중심으로, 지방정부연구 제20권 제2호, pp55-72.
- British Columbia, 2014. Age-friendly British Columbia overview.
- Dorian Black, 2011. 뉴욕의 고령친화도시 구축사례, 제6회 서울노년학 국제학술심포지움.
- Deutscher Bundestag, 2016. Sorge und Mitverantwortung in der Kommune - Aufbau und Sicherung zukunftsfähiger Gemeinschaften, Siebter.
- Gallagher & Mallhi, 2010. Age-friendly British Columbia, Healthy Living Secretariat. BC Ministry of Health Services.
- Greene, 2010. "Continuing-Care Retirement Communities: Weighing the Risks".
- Harris, 1997. "CCRC Resident Demographics and Health Care Utilization: An Analysis".
- New York City, 2009. Enhancing our city's livability for older new yorkers.
- OECD, 2014. 2014 Questionnaire on Affordable and Social Housing, OECD.
- OECD, 2016b. 2016 Questionnaire on Affordable and Social Housing, OECD.
- US Government Accountability Office, 2010. "Continuing Care Retirement

Communities Can Provide Benefits, but Not Without Some Risk".

- UNECE, 2015. 「Social Housing in the UNECE region: Models, Trends and Challenges」, UN.
- WHO, 2007. Global Age-friendly Cities: A Guide.
- Zebolsky, 2014. "An introduction to continuing care retirement communities".
- 飛田英子, 2015, 高齢者向け住宅政策の現状と課題, J R Iレビュー, Vol.3, No.22.
- 地域包括ケア研究会, 2013, 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点整理 概要版.

- 고령친화서울 홈페이지, afc.welfare.seoul.kr
- 고령친화제주 홈페이지, www.afcjeju.com
- 고령친화도시 국제네트워크(GNAFCC), [https://extranet.who.int/agefriendly world](https://extranet.who.int/agefriendlyworld)
- 미국 CCRC List, <http://ccrcs.com/>
- 미국 노인주택협회, <https://www.seniorshousing.org/>
- LH SEE:REAL 전문가기고, 2020. 6. <https://seereal.lh.or.kr/main.do#title>
- 지글러, <https://leadingage.org/leadingage-ziegler-200>
- Age friendly world 홈페이지, extranet.who.int/agefriendlyworld/
- 일본 후생성 홈페이지, www.mhlw.go.jp
- job-medley 홈페이지, job-medley.com
- 일본 양로원 개호시설 관련 홈페이지, www.sagasix.jp

■ 집 필 자 ■

연구책임 · 임형빈 충남연구원 연구위원

연 구 진 · 차정우 충남연구원 연구원

전략연구 2020-06 · 충남형 고령친화마을 모델 개발 방향

글쓴이 · 임형빈, 차정우

발행자 · 윤 황 / 발행처 · 충남연구원

인쇄 · 2020년 12월 31일 / 발행 · 2020년 12월 31일

주소 · 충청남도 공주시 연수원길 73-26 (32589)

전화 · 041-840-1164(공간·환경연구실)

전화 · 041-840-1114(대표) / 팩스 · 041-840-1199(대표)

ISBN · 978-89-6124-534-0-03350

<http://www.cni.re.kr>

© 2020. 충남연구원

- 이 책에 실린 내용은 출처를 명기하면 자유로이 인용할 수 있습니다.
- 무단전재하거나 복사, 유통시키면 법에 저촉됩니다.
- 연구보고서의 내용은 본 연구원의 공식 견해와 반드시 일치하는 것은 아닙니다.