

| SRI-기본-2019-03 |

지역기반형 돌봄정책 사례분석 연구 : 노인케어를 중심으로

A Case Study of the Community-Based Care Policy
: Focusing on the Elderly Care

한연주

연구진

연구책임자 한연주 (수원시정연구원 연구위원)

참여연구원 김용희 (수원시정연구원 위촉연구원)

© 2019 수원시정연구원

발행인 최병대

발행처 수원시정연구원

경기도 수원시 권선구 수인로 126

(우편번호) 16429

전화 031-220-8001 팩스 031-220-8000

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

인쇄 2019년 10월 31일

발행 2019년 10월 31일

ISBN 979-11-90343-12-1 (93330)

이 보고서를 인용 및 활용 시 아래와 같이 출처 표시해 주십시오.

한연주. 2019. 「지역기반형 돌봄정책 사례분석 연구 : 노인케어를 중심으로」.

비매품

국문요약

노인이 자신이 살던 지역사회(정든 곳)에서 계속 거주하며 나이 들어간다는 의미인 'aging in place(AIP)'는 노년기의 성공적 노화(successful aging), 활기찬 노화(active aging)와 함께 전 세계적인 노인복지의 지향점으로 제시되고 있다. 그리고 국내에서도 이와 맞물려 AIP 개념의 일환으로 노인, 장애인 등의 취약계층에 대한 돌봄(care) 체제를 시설보호(institution care)에서 커뮤니티 보호(community care) 중심으로 전환되어야 한다는 패러다임이 강조되고 있다. 이에 보건복지부에서는 지역사회를 중심으로 통합돌봄모형을 개발하여 2026년까지 커뮤니티 케어를 전국적으로 확대하겠다는 로드맵을 발표하였다.

수원시는 노인과 관련된 커뮤니티 케어를 선제적으로 준비하기 위해 2020년도에 수원형 노인통합돌봄 모델을 개발하고자 하며, 이에 본 연구는 이를 위한 기초연구의 성격을 지닌다. 그리하여 본 연구에서는 수원시 거주 노인들의 지역사회 계속거주에 대한 욕구를 파악하고, 2020년도에 수원형 노인통합돌봄 모형을 개발할 때 고려해야 할 시사점을 도출하는 것을 연구의 목적으로 하였다. 이를 위해 다른 나라에 비해 고령화가 일찍 시작되어 AIP의 개념을 주거, 금융, 교육, 커뮤니티 케어 등 다양한 영역에 적용하고 있는 일본, 독일, 싱가포르의 사례를 분석하였다. 그리고 AIP 이념의 기본전제는 '노인이 AIP를 원한다'는 것이기 때문에 수원시 노인들의 AIP에 대한 욕구를 파악하기 위하여 수원시에 거주하는 만 65세 이상 노인들을 대상으로 설문조사를 실시하였다.

해외사례와 수원시 노인의 지속거주 관련 욕구조사를 통해 도출한 수원시 지역기반형 통합돌봄모델 개발 및 적용방향에 대한 시사점은 다음과 같다. 첫째, 수원지역에서 지역기반형 돌봄정책에 대한 필요성과 가치에 대한 인식 공유, 둘째, 지역기반형 돌봄정책 대상의 명확화 및 우선순위 설정, 셋째, 지역기반형 돌봄관련 욕구 및 인프라에 대한 특성 파악 및 네트워크 구축, 넷째, 통합돌봄정책의 연계·조정·신속적 개입을 위한 컨트롤타워 구축이다.

주제어 : 노인, 지역사회 계속거주(aging in place), 커뮤니티케어, 통합돌봄

차 례

제1장 서론	1
제1절 연구의 필요성 및 목적	3
제2절 연구의 내용 및 방법	4
제2장 사례분석	5
제1절 지역기반형 노인돌봄 관련 개념	7
1. Aging in Place(AIP)	7
2. 커뮤니티케어(communitary care)	9
제2절 해외사례 분석	11
1. 일본	11
2. 독일	26
3. 싱가포르	40
4. 시사점	54
제3장 수원시 노인의 계속거주 관련 욕구조사	59
제1절 설문조사 개요	61
1. 조사목적	61
2. 조사설계	61
3. 설문문항 구성	62
제2절 설문조사 결과	62
1. 조사대상자의 인구사회학적 특성	62
2. 건강 및 돌봄	65
3. 주거환경	75
4. 생활환경과 삶의 질	77
5. 사회참여 및 활동	83
6. 사회통합	84

7. 지역사회 계속거주 의사	87
제4장 결론	91
제1절 요약	93
1. 해외사례	93
2. 설문조사	95
제2절 지역기반형 노인돌봄정책 시행을 위한 시사점	96
부 록	103

표 차례

〈표 2-1〉 커뮤니티 케어의 의미	10
〈표 2-2〉 지역포괄케어시스템 구성요소	16
〈표 2-3〉 2019년 사쿠라시 개호 예방 교실안내(65세부터 건강 만들기)	18
〈표 2-4〉 협동복지회 「생협기본케어10」	26
〈표 2-5〉 주요 유럽국가의 장기요양서비스에 대한 책임소재	27
〈표 2-6〉 독일의 장기요양보험 제도 개요	29
〈표 2-7〉 독일 치매시설의 개념 변화	30
〈표 2-8〉 독일의 고령자 주거정책 변화	31
〈표 2-9〉 독일의 노인복지제도	32
〈표 2-10〉 독일의 재가복지(ambulante Altenhilfe)_자택돌봄	34
〈표 2-11〉 독일의 노인시설복지(stationäre Altenhilfe) 유형	35
〈표 2-12〉 고령자를 위한 사회주택의 제공 서비스	39
〈표 2-13〉 Action Plan for Successful Ageing의 수준별 정책내용	43
〈표 2-14〉 싱가포르의 고령자 복지 정책	46
〈표 2-15〉 Montfort Care Values	50
〈표 2-16〉 GoodLife! 프로그램의 활동	52
〈표 2-17〉 YAH! 프로그램의 활동	53
〈표 3-1〉 조사설계	61
〈표 3-2〉 설문문항 구성 및 내용	62
〈표 3-3〉 대상자 일반사항	63
〈표 3-4〉 대상자의 주거관련 특성	64
〈표 3-5〉 대상자의 소득관련 특성	65
〈표 3-6〉 질병에 대한 의사진단 여부	66
〈표 3-7〉 의사진단 질병에 대한 현재 치료여부	67
〈표 3-8〉 지난 1개월간 의료기관 이용여부	67
〈표 3-9〉 지난 1년간 진료 필요시 미진료 경험	68
〈표 3-10〉 진료 필요시 진료를 받지 못한 주된 이유	68

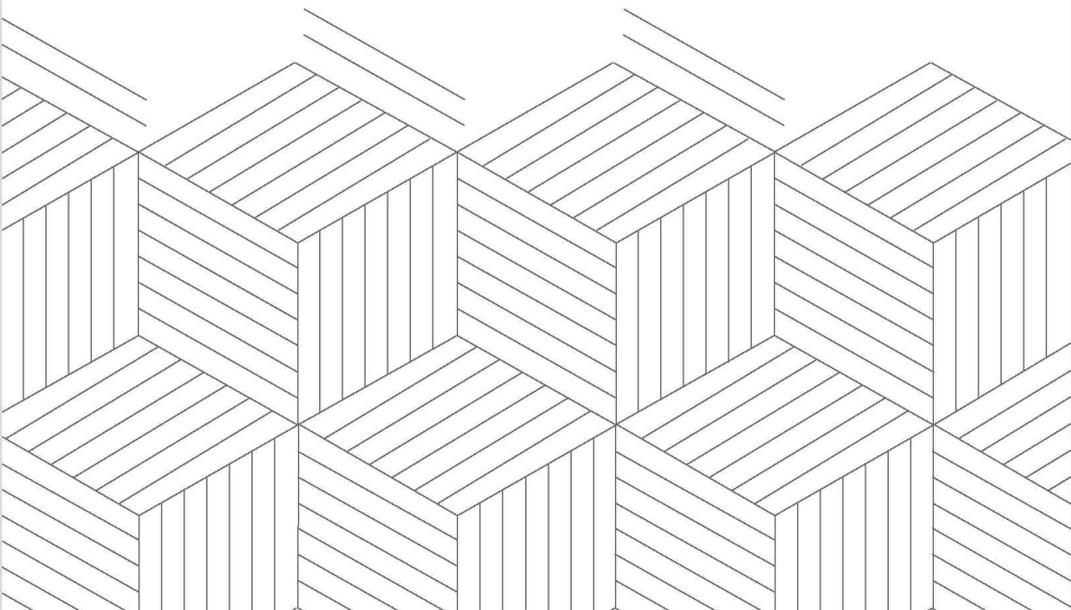
〈표 3-11〉 자신의 일상생활 자립도 수준	69
〈표 3-12〉 일상생활 수행시 가족(타인)의 도움 여부	69
〈표 3-13〉 일상생활 수행시 도움받는 사람	70
〈표 3-14〉 일상생활 수행시 도움을 받지 않는 이유	70
〈표 3-15〉 노인장기요양보험 등급 신청경험 여부	71
〈표 3-16〉 가장 최근에 받은 노인장기요양보험 등급	71
〈표 3-17〉 현재 이용하는 장기요양보험서비스	72
〈표 3-18〉 장기요양 등급신청을 하지 않은 이유	73
〈표 3-19〉 지난 한달 동안 느낀 나의 정신건강	74
〈표 3-20〉 지역으로부터 제공받기를 희망하는 서비스_우선순위 2가지	74
〈표 3-21〉 현재 살고 있는 주택에 대한 전반적 만족도	75
〈표 3-22〉 현재 살고 있는 주택에 만족하지 않는 주된 이유	75
〈표 3-23〉 현재 거주지 주변환경 전반에 대한 만족도	76
〈표 3-24〉 현재 거주지 주변환경에 만족하지 않는 주된 이유	77
〈표 3-25〉 거주지 기준 기관(시설) 이용을 위한 소요시간	78
〈표 3-26〉 외출시, 주로 이용하는 외출 수단	78
〈표 3-27〉 외출정도(1주일 기준) 및 외출하지 않는 주된 이유	79
〈표 3-28〉 일상생활 범위와 친근한 동네인식 범위	79
〈표 3-29〉 지난 1년간 거주 지역사회(또는 집안)에서 낙상 경험 여부 및 경험 횟수 ..	80
〈표 3-30〉 낙상을 경험한 가장 큰 이유	80
〈표 3-31〉 영역별 삶의 만족도	82
〈표 3-32〉 수원시가 노인 사회참여 조건(기관 또는 프로그램)보유 여부	83
〈표 3-33〉 지난 1년간 수원시(또는 다른 지역) 사회활동 참여경험 여부	83
〈표 3-34〉 수원시 사회활동 참여희망 정도	84
〈표 3-35〉 수원시에서 이웃들과 함께 하는 활동	85
〈표 3-36〉 이웃들 간 공동체의식 필요정도	86
〈표 3-37〉 수원시 노인들이 다른 세대들과 소통(통합)할 수 있는 조건보유 여부	86
〈표 3-38〉 현재 거주하고 있는 수원시와 집에서 계속 거주하고 싶은 의사	87
〈표 3-39〉 현재 거주하고 있는 수원지역(집) 내 항목별 계속거주 관련 의사	88
〈표 3-40〉 선호하는 노후부양 유형	89
〈표 3-41〉 노후에 거주하고 싶은 거주유형	90

그림 차례

〈그림 1-1〉 연구수행 체계도	4
〈그림 2-1〉 고령화율에 따른 일본의 노인 돌봄서비스 패러다임의 변화	12
〈그림 2-2〉 일본의 2025년 지역포괄케어의 모습	17
〈그림 2-3〉 복지주환경 코디네이터 역할	21
〈그림 2-4〉 복지클럽생활협동조합의 활동	23
〈그림 2-5〉 사회복지법인 협동복지회 아스나라원의 이념	24
〈그림 2-6〉 독일전역의 다세대 하우스 분포	37
〈그림 2-7〉 싱가포르의 성별/연령별 인구 피라미드	40
〈그림 2-8〉 싱가포르 City For All Ages project(CFAA) 프로젝트 참여지역	47
〈그림 2-9〉 Kampung Admiralty의 내부구조	49

제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적
제2절 연구의 내용 및 방법



제1장 서론

제1절 연구의 필요성 및 목적

폭발적으로 증가하는 인구 고령화에 대응하기 위해 국제사회 공동의 노력으로 만들어진 고령친화도시 국제네트워크(Global Network of Age Friendly Cities & Communities : GNAFCC)는 세계보건기구(WHO)에 의해 2007년부터 추진되어온 프로젝트이다(정은하, 2016). GNAFCC가 내세우는 기본가치는 ‘활기찬 노년(Active aging)’과 ‘정든 곳에서 나이 들어감(Aging in place)’ 등으로 궁극적으로 노인을 비롯한 전 세대가 지역사회에서 함께 어우러져 살기 좋은 도시를 조성하는 것을 지향한다. 이중 노인이 자신이 살던 지역사회(정든 곳)에서 계속 거주하며 나이 들어감을 의미하는 ‘Aging in place(이하 AIP)’는 노년기의 성공적 노화(successful aging), 활기찬 노화(active aging)와 함께 전 세계적인 노인복지의 지향점으로 제시되고 있다(이윤경 외, 2017).

빠르게 증가하는 인구 고령화와 더불어 돌봄서비스의 지방분권-시장화로의 전환, 가족관계의 변화 등 사회적 관심이 고조되는 상황 속에서 노인을 위한 지속가능하고 통합적인 돌봄 환경 조성은 매우 시급한 문제가 되었다(석재은 외, 2017). 그리하여 최근 국내에서도 노인을 대상으로 한 지역사회 기반(community-based) 접근이 강조되어, AIP 개념의 일환으로 노인, 장애인 등의 취약계층에 대한 돌봄(care) 체제를 시설보호(institution care)에서 커뮤니티 보호(community care) 중심으로 전환되어야 함이 강조되고 있다. 그리고 돌봄을 필요로 하는 주민이 지역사회에 거주하면서 개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있는 사회서비스 체계인 커뮤니티 케어가 강조되고 있다. 이에 보건복지부는 2018년도 지역사회를 중심으로 통합 돌봄(integrated care) 모델을 개발하여 2026년까지 커뮤니티 케어를 전국적으로 확대하겠다는 로드맵을 발표하였다(관계부처 합동, 2018).

이에 본 연구는 지역사회를 기반으로 한 커뮤니티 케어에 선도적으로 대응하기 위하여 2020년에 수원형 노인통합돌봄 모델을 개발하고자 하며, 이에 본 연구는 2020년도의 연구

를 위한 사전연구의 성격을 지닌다. 그리하여 본 연구에서는 수원시 거주 노인들의 지역사회 계속거주에 대한 욕구를 파악하고, 2020년도에 수원형 노인통합돌봄 모형을 개발할 때 고려해야 할 시사점을 도출하는 것을 연구의 목적으로 하였다. 이를 위해 다른 나라에 비해 고령화가 일찍 시작되어 AIP의 개념을 주거, 금융, 교육, 커뮤니티 케어 등 다양한 영역에 적용하고 있는 일본, 독일, 싱가포르의 사례를 분석하고, AIP 이념의 기본전제는 ‘노인이 AIP를 원한다’는 것이기 때문에(조아라, 2013), 수원시 노인들의 AIP에 대한 욕구를 파악하고자 하였다.

제2절 연구의 내용 및 방법

연구의 목적을 달성하기 위해 본 연구에서는 다음과 같은 연구방법을 수행하였다.

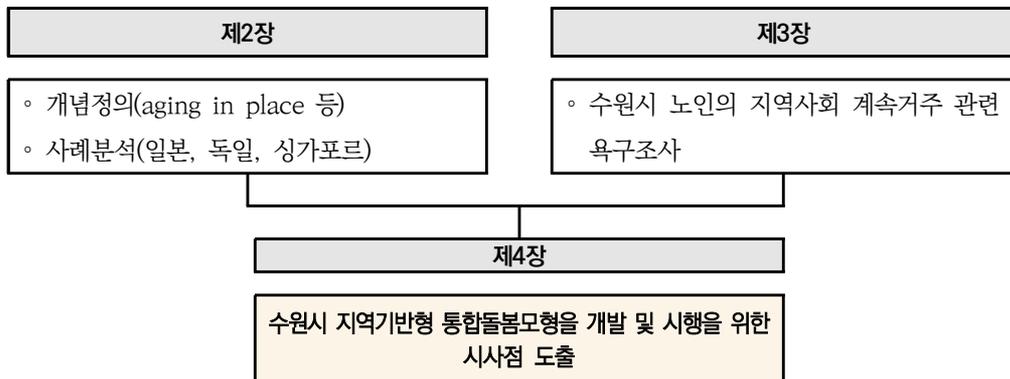
첫째, 지역기반형 돌봄정책과 관련된 개념을 살펴보기 위하여 ‘aging in place’와 ‘community care’와 관련된 개념을 정의하였다.

둘째, 지역기반형 돌봄정책의 실제 사례를 파악하기 위하여 AIP를 선제적으로 실천하고 있는 일본, 독일, 싱가포르의 사례를 분석하였다.

셋째, 수원시에 거주하는 만 65세 이상 노인들을 대상으로 ‘지역사회 계속거주(AIP)’와 관련된 욕구를 파악하기 위한 설문조사를 실시하였다.

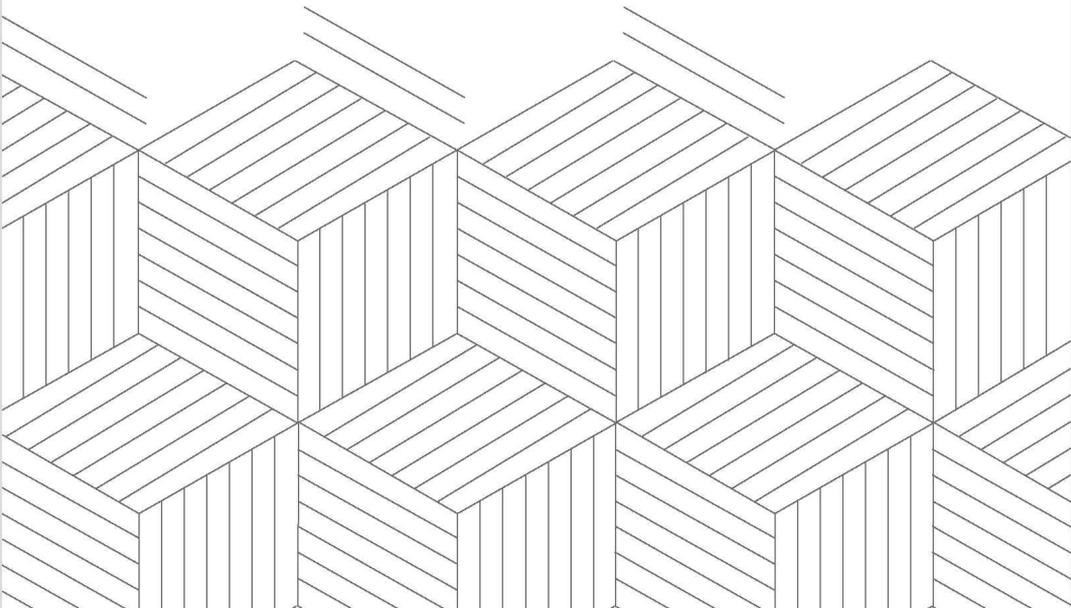
넷째, 앞선 내용들을 종합하여 수원시에서 지역기반형 돌봄모형을 개발(향후 시행)할 때 고려해야 하는 시사점을 도출하였다.

〈그림 1-1〉 연구수행 체계도



제2장 사례분석

제1절 지역기반형 노인돌봄 관련 개념
제2절 해외사례 분석



제2장 사례분석

제1절 지역기반형 노인돌봄 관련 개념

1. Aging in Place(AIP)

‘aging in place’이란 용어는 1992년 파리 경제개발협력 기구(OECD) 사회보장 회의에서 “고령자 케어(elderly care)”와 관련하여 처음 언급된 개념이다. 현재 AIP는 고령자의 건강이나 거주지 문제 뿐 아니라 사회경제 및 복지정책, 건축 및 도시계획 등 고령자의 삶 전반을 포괄하는 것으로 확대되고 있는 개념이지만(서유진, 2018), AIP는 국가에 따라 용어사용에 약간의 차이가 있다. 미국에서는 “The ability to live in one’s own home and community safely, independently, and comfortably, regardless of age, income, or ability level(개입의 수입이나 장애에 상관없이 자신의 집과 커뮤니티에서 안전하고, 독립적이고, 편안하게 살 수 있는 능력)”(CDC, 2019)으로 정의되고, 캐나다에서는 “Aging at Home, and has received considerable financial support(가정에서의 노화 그리고 경제적인 지원의 공급)” (Ontario, 2019), 유럽은 지역 안에서의 활동적 노화를 의미하는 “Active Aging”(WHO, 2002), 우리나라에서는 “지역사회 계속 거주”라는 용어로 사용되고 있다.

AIP 개념에 대한 여러 학자들의 정의를 보면, 조아라(2013)는 AIP를 “고령자의 소득, 건강상태에 따른 자립도에 관계없이 익숙한 장소(Place)로서의 자택과 지역사회(communitiy)를 기반으로 안전하고 편안하게 노화(aging)의 과정을 지속하는 것”으로 정의하였으며, Frank(2001)는 “(가능한 한) 인생을 마칠 때까지 익숙한 장소(공동체)에 남아서 생활하기”, Wiles et al. (2011)은 “시설보다는 독립성을 지니면서 공동체 안에 남아서 생활하기”의 개념으로 정의하고 있다.

최근 세계적인 고령화의 영향으로 고령친화적 환경조성에 대한 국가적 관심이 증폭되면서 각 국가들은 자신들의 사회적·문화적 배경에 따른 각각의 AIP 중점과제를 제시하고 있다. 미국의 경우 상대적으로 낙후된 교외지역의 물리적 환경개선과 주거개조에 중점을 맞추어 주택 리모델링 등 서비스와 의료·재정관리 서비스 프로그램 제공을 도모하고 있다(서유진,

2018). 일본은 지역사회복지와 의료복지에 중점을 둔 AIP 중점과제를 이행하고 있으며, 우리나라는 재가복지를 위한 다양한 의료·사회서비스와 제도개선에 중점을 맞추고 있다. 이렇듯 국가마다 AIP 관점에 대한 세부적인 차이는 있으나 국가별 AIP 중점과제의 공통점은 고령자가 시설이 아닌 사적인 영역, 즉 자신이 살아온 익숙한 장소에서 자립적인 생활을 유지할 수 있도록 국가적-제도적 및 물리적-서비스 차원의 측면을 강조한다는 점이다.

한편 AIP 개념은 학문영역별로도 관점을 달리 하고 있다. 분야별 AIP 관점은 크게 노인복지학, 환경노년학, 건축·도시 및 지리학의 관점 세 가지로 구분할 수 있으며, 분야별 AIP 배경에는 기본적으로 고령자 등 사회적 약자에 대한 복지적 개념이 함축되어 있다. 첫째, 노인복지학에서의 관점은 normalization(정상화)의 확대의 개념이다. 즉, 사회적 약자 누구나 주택 내에서 일어나는 일상생활 행위뿐만 아니라 교육, 직장, 운동, 여가 등의 생애 전반에 걸쳐 일어나는 일반적인 상황들에 대한 선택의 자유를 포괄하는 개념으로 바라본다(Nirje, B., 1985). 둘째, 환경노년학에서의 AIP 관점은 고령자와 그 가족이 주택공간을 효율적으로 사용하는 방안으로부터 노화과정 전반에 걸친 주거환경과 심리적 웰빙, 고령자 삶의 질, 최근 aging in right place로 연령에 적합한 장소 만들기 개념으로 접근하는 관점이다(Davey et al., 2004). 셋째, 건축·도시 및 지리학에서의 AIP 관점은 배리어프리(barrier-free) 디자인과 유니버설 디자인(universal design)의 개념, 그리고 고령자 맞춤형주택 개조, 인간주의 지리학 중심의 '장소에착'에 초점을 맞추고 있다(AIA, 2019; Rowles, 1983).

상술한 바와 같이 AIP 개념은 각 국가별로 등장배경, 중점과제에 따라 내용을 달리 하고 있으며, 학문별로도 차이를 보인다. 이와 관련하여 조아라(2013)는 AIP 개념 적용시 시간적 연속성, 공간적 범주, 고령자의 삶의 질과 같은 세 가지 사항들을 고려할 것을 강조하고 있다. 먼저 시간적 연속성은 지속적인 거주 여부에 대한 고려를 말한다. 서비스를 제공하는 가족, 시설, 병원의 상황에 따른 결정이 아닌 온전히 고령자의 의지에 의한 지속적 거주 의지를 의미한다. 두 번째 고려사항은 공간적 범주로 place의 범위이다. AIP에서 장소는 단순히 '지역'만을 의미하는 것이 아닌 공간적 단위와 정서적 단위를 포괄하는 복잡성을 지니고 있기 때문에 AIP 개념에서 'place' 설정 시 발생할 수 있는 간극을 고려해야 한다. 마지막으로 고령자의 삶의 질이다. AIP의 등장 자체가 '시설거주'가 가지는 다양한 문제점을 인식하면서 나타났다. 그러나 익숙한 거주지가 상당한 문제를 안고 있거나 열악한 환경이라면 무엇이 고령자의 삶의 질 향상을 위한 것인가를 고려해야한다. 물론 고령자의 시설거주와 재택의 양자택일 문제는 아니지만 재가복지서비스를 받는다고 하더라도 고령자의 삶의 질 향상을 담보할 수 없는 상황을 함께 고려해야한다는 것이다.

정리하면, AIP(aging in place)의 개념은 노인이 오랫동안 거주(시간적 연속성) 해 온 친

근한 지역사회에서 거주지의 근거리에 위치(공간적 범주)한 기관으로부터 서비스를 제공받고 연속적인 케어(삶의 질)를 받을 수 있도록 하는 것이다. AIP의 'place'는 협의의 개념에서 자신의 집을 의미하지만 최근 'place'의 개념은 지역사회를 포괄하는 광의적 개념을 적용하고 있다(Bookman, 2008). 최근 확대·적용된 AIP 개념의 맥락에서 AIP 실현을 위한 필수적 요건은 계속적 거주가 가능한 물리적인 공간에 기반하여 다양한 의료·사회서비스의 제공과 같은 커뮤니티 케어(community care), 사회적 관계, 지역사회 지원 등이다. 이와 관련하여 홍송이(2017)는 AIP 핵심요소로 (1) 주거 정주성 향상을 위한 물리적 환경 개선, (2) 지역사회 대인관계 유지, (3) 일상생활 독립성을 지원하는 커뮤니티 케어 서비스를 제시하였다.

2. 커뮤니티케어(Community Care)

AIP의 핵심요소 중 노인들의 일상생활 독립성을 지원하는 커뮤니티 케어(community care)는 가족과 같은 비공식 케어와 이를 대체·보완하는 역할을 수행하는 서비스로 직접적인 사회서비스 개입과 연결되는 부분이다. 특히 고령사회 준비 기간이 짧은 아시아 국가들이 AIP 실현을 위해 주력해야 할 요소는 커뮤니티 케어이다. 커뮤니티 케어는 오랜 기간 동안 아시아 국가들에서 지속되어 온 가족에 의한 비공식 케어의 축소에 따라 지역사회 내 다양한 서비스 시스템 구축 및 제공을 통해 노인들의 생활수행 능력을 유지할 수 있도록 하는 기제가기 때문이다(홍송이, 2017).

커뮤니티 케어(community care)는 주로 '지역사회보호'나 '지역사회 돌봄'으로 불리우기도 하며, 지역 단위의 서비스 공급(재가복지)의 의미로 이해되기도 한다. 커뮤니티 케어란 주민들이 살던 곳(자기 집이나 그룹 홈 등)에서 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리며 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 사회서비스정책을 의미한다. 개개인의 욕구에 유연하게 반응하여 돌봄의 질을 향상시키는 것을 주된 목적으로 하며, 노인의 선택과 결정, 참여를 통한 역량강화에 기여할 수 있다는 점에서 주목받고 있는 정책이라고 할 수 있다. 이는 종래의 정부주도의 서비스 공급에서 발생되어 온 서비스 제공의 비효율성 문제에서 벗어나 대상자 개개인에 대한 맞춤형 서비스를 제공할 수 있게 되었다는 것을 말한다.

우리말로 '지역사회'를 의미하는 '커뮤니티'는 사회서비스 측면에서 세 가지 의미를 지닌다. 첫 번째는 '공간'으로서의 지역사회이며, 둘째는 '지방정부로의 권한이양(decentralization)'이다. 지방정부로의 권한이양은 사회서비스의 주체와 권한을 지자체가 가진다는 것을 의미한다. 마지막으로 '주체로서의 지역사회(by the community)'이다. 이는 지역사회 주체들의 관여와 참여가 반드시 동반되어야 한다는 것을 말하며, 이를 통해 돌봄이 필요한 노인들이

지역사회 안에서 함께 어우러져 살아가는 진정한 사회통합을 이루어 나갈 수 있다는 것을 말한다(김용득, 2018).

〈표 2-1〉 커뮤니티 케어의 의미

케어	커뮤니티	공간으로서의 지역사회 (in the community)	지방으로 권한 이양 (decentralization)	주체로서의 지역사회 (by the community)
돌봄, 수발		지역사회 돌봄	돌봄의 분권화	지역사회의 돌봄 참여
치료, 간호		지역사회 치료	의료의 분권화	치료적인 지역사회
관심, 지원		지역사회 복지서비스	복지서비스의 분권화	지지적인 지역사회

자료 : 김용득(2018). 커뮤니티 케어, 무엇을 어떻게 해야 할까?

‘케어(care)’는 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활 지원과 같은 복합적 개념을 포함하고 있기 때문에 커뮤니티케어의 적용 대상 역시 매우 포괄적이다(보건복지부, 2018). 커뮤니티 케어의 적용대상은 노령 등의 사유로 케어가 필요한 상태로서 평소 살던 집이나 지역사회에서 살기를 희망하는 사람 모두를 포함한다(관계부처 합동, 2018). 커뮤니티 케어는 돌봄, 특히 요양에 중점을 두고 있기 때문에 자신이 살던 곳에서의 재화와 ‘사람 중심(person centered)’의 맞춤형 돌봄이 통합적으로 제공되는 것을 말한다. 본래 돌봄이란 ‘스스로 자기 자신을 돌볼 수 없는 사람을 돌보는 행위’로 무급으로 가정 내에서 행해지는 개인별(personal) 서비스로 간주되어 왔다. 그러나 복지환경 변화에 따라 돌봄의 사회화가 강조되면서 노인영역에서의 돌봄서비스 역시 돌봄의 책임을 가족뿐 아니라 지역사회, 시장, 국가 등이 공동으로 나누어야 한다는 페러다임의 전환을 가져왔다. 커뮤니티 케어에서 맞춤형 돌봄은 노인 당사자 중심으로 통합·운영되어야 하기 때문에 지역사회와 밀착된 효율적 케어가 가능해야 하며, 돌봄체계 안에는 공식적 돌봄 뿐 아니라 지역공동체 참여에 의한 비공식적 돌봄이 포괄되어야 한다. 커뮤니티 기반의 공식·비공식적 돌봄의 형태는 단순히 보건과 복지서비스의 전달이 아니라 살기 좋은 커뮤니티 형성을 통한 삶의 질을 향상하는 것이다. 커뮤니티 케어의 성공은 지역사회 안에서 연대와 협력, 지역공동체와 상호신뢰에 기반한 통합 돌봄형태의 구축으로 가능할 수 있으며, 지역사회가 중심이 되는 모델로 만들어 나가야 한다.

이러한 흐름에 따라 우리나라 역시 AIP 실천의 여러 가지 핵심요소 중 하나인 ‘커뮤니티 케어’ 서비스 시스템 구축과 의료·사회서비스 수요와 공급을 조절할 수 있는 통계적 추정을

위한 작업들이 확대되어 가고 있다. 또한 이를 기반으로 지역사회 노인들에게 필요한 의료·사회서비스의 종류와 현황을 파악하여 각 지역별 특성에 고려한 실제적인 커뮤니티 케어 모델을 구축해 나가고 있다.

이상의 논의를 통해 커뮤니티 케어는 4가지로 요약될 수 있다. 첫째, 노년기를 보내던 거주 공간을 시설이 아닌 지역사회(익숙한 곳)로 이전한다. 둘째, 일상생활을 보내던 가정과 같은 보편적인 환경에서 돌봄서비스를 받는다. 셋째, 통제와 제약을 최소화하여 노인 당사자의 자율성과 사생활을 보장한다. 넷째, 사회적 관계와 지역주민 인식 제고를 통해 지역사회의 한 일원으로서 살아갈 수 있도록 지원한다.

제2절 해외사례 분석

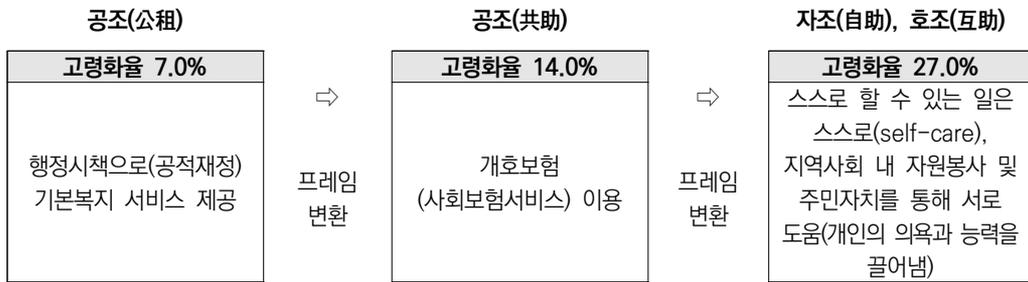
급속한 고령화로 인해 노인에 대한 인식변화, 노인정책 변화의 필요성, 노인 개인의 행복과 삶의 질 향상에 대한 관심 등이 급증하면서 ‘aging in place(AIP)’는 전 세계적인 노인정책의 지향점으로 제시되고 있으나, AIP의 구체적인 실천사례와 성과에 대해서는 현재까지 평가된 바는 없다(이윤경 외, 2017). 반면 다른 국가에 비해 고령화가 일찍 시작된 일본, 독일, 싱가포르의 경우 AIP의 개념을 주거, 금융, 교육, 지역사회 대인관계, 여가, 커뮤니티 케어 서비스 등 다양한 영역에 적용하여 관련 정책과 서비스 및 프로그램을 시도해왔다. 따라서 본 연구에서는 일본, 독일, 싱가포르의 AIP 사례를 분석하고자 한다.

1. 일본

1) 배경

일본은 1970년도에 65세 이상 노인인구 비율이 7.1%를 넘는 고령화 사회(aging society)에 진입하였고, 이후 정부의 예상을 넘어서는 급속한 고령인구의 증가로 인해 간병, 돌봄 비용 등의 사회경제적 비용부담이 국가 재정을 압박하게 되었다. 이에 재정악화에 따른 노인 돌봄 서비스와 패러다임의 전환이 이루어지기 시작하면서 일본의 고령자 복지정책은 고령화 사회에서 고령사회, 초고령 사회 단계별로 고령화율에 따라 크게 3가지 패러다임으로 전환되어 왔다.

〈그림 2-1〉 고령화에 따른 일본의 노인 돌봄서비스 패러다임의 변화



자료 : 한국노인복지학회(2018). 춘계학술대회(노인 돌봄서비스의 분화와 표류하는 전달체계): 혼나 야스시-일본의 지역사회에 있어서 고령자의 생활 지원을 위한 종합적인 서비스 전달에 관하여

첫 번째 시기는 1980년대 후반 이전 빈곤정책의 일환으로 시행된 전후 고령자 정책시기이다. 일본은 1961년 국민개연금·개보험제도를 도입한 이후, 1971년 ‘사회복지시설 긴급정비 5개년 계획’을 거쳐 1987년 ‘재가생활자립원조 네트워크’를 제창하였다. 전후 고령자 정책은 ‘빈곤노인’ 문제에 대한 빈곤정책의 일환으로, ‘독거노인’ 정책과 ‘삶의 보람’을 진작시키는 정책이 중심이었으나(조아라, 2013), 이 시기를 기점으로 소위 ‘일본형 복지’가 시작되었다. 일본형 복지란 ‘서구사회에서는 개인주의 지향이 강하지만 일본은 가족들과의 연대가 강하므로 자녀세대(특히 가정 내 여성 노동력)는 부모세대의 돌봄을 감당하는 자산’이라는 생각이었다. 그러나 가족 내 돌봄은 현실적으로 다양한 문제를 발생시켜 가족의 돌봄 부담문제 등은 사회적 이슈가 되었고, 환자의 대부분은 퇴원 후 자택으로 돌아가도 돌봐줄 가족이 없는 상황에 놓이게 되었다(조아라, 2013). 이러한 문제들이 증폭되면서 골드플랜(Gold plan)이라는 새로운 정책변화가 시작되었다.

두 번째 시기는 소위 골드플랜(Gold plan)이 실시된 이후부터 개호보험 시행 전까지의 시기로 골드플랜(고령자 보건복지 추진 10개년 전략)은 1990년부터 1999년까지 10년간을 말한다. 골드플랜은 21세기의 본격적인 고령사회 도래에 대비해 고령자의 보건복지를 추진하기 위해 20세기 중에 고령자의 보건복지서비스의 공공기반을 긴급하게 준비하려는 목표를 가지고 시행되었다. 이후 골드플랜의 준비목표를 재검토하고 보완하여 새롭게 조정된 신골드플랜(21세기 복지비전)이 1995년 발표되었다. 신골드플랜에서는 서비스 기반에 관한 기본적 틀(이용자 본위, 보편주의, 지역주의 등), 개호서비스 기반의 종합적 정비(재가서비스의 복합화, 네트워크화, 자립지원시책, 외상노인제로작전, 치매성 노인대책의 종합적 실시 등) 등이 포함되어 있다(이화정, 2006). 신골드플랜 시행과 더불어 일본에서 고령자의 건강한 노후를 지원하는 가장 기본적인 제도적 틀은 1997년 제정된 개호보험법이다. 일본은 우리나라의 노

인장기요양법인 이른바 개호보험법을 1997년 제정·공포 후 2000년 4월부터 개호보험법이 전면 시행되었다.

세 번째 시기는 돌봄의 사회화가 시작된 2000년 공적개호보험제도 도입시기 이후이다. 개호보험은 국제적으로는 장기간병보험으로 불리며, 일상생활 속에서 타인의 도움을 필요로 하는 사람들에게 각종 간병서비스를 보장하는 사회보험이다. 개호보험이 등장한 배경에는 일본 사회의 급속한 고령화로 인한 돌봄과 간병 비용의 급속한 증가가 주된 원인이었다. 개호보험이 처음 도입된 2000년 4월 이후 2007년에는 당초 약 150만 명이었던 이용자가 재택서비스를 중심으로 200만 명으로 증가하였고, 2015년 250만 명으로 늘어나는 등 개호보험서비스는 일본 국가에 정착·확대하기 시작하였다(이은선, 2018). 2000년 개호보험법이 시행되고 2005년 개호보험법이 일부 개정되면서 시정촌으로 개호예방급여 이관 및 지역 지원사업이 확대되고 강화되었다. 이로 인해 일본은 지역포괄케어의 등장과 지역포괄지역센터 설립의 근거를 마련하는 계기가 되었다(유은정, 2018). 그리고 개정된 개호보험법에 근거해 ‘새로운 서비스 체계’로서 ‘생활권역 내(정든 지역)’에서 365일 24시간 서비스를 받으며 생활하는 노후생활 지원에 대한 구체적인 제도가 시작되었다(이상림 외, 2016). 특히 2005년과 2011년 개정에 있어서는 고령자 스스로 생활에 익숙한 지역에서 자립적이고 건강한 노후를 보낼 수 있는 지역 기반의 지원체계 구축을 중점으로 하였으며, 지역적 특성을 반영한 통합적인 지원 서비스망을 구축하고자 하는 것이 핵심내용이었다(윤혜영, 2014). 이렇듯 일본 정부에서 지역에 기초하는 포괄적 고령자 지원 시스템 구축은 고령자의 지역거주(aging in place)의 실현을 위한 의미있는 대안이었다.

한편 2000년 개호보험 도입 이후 고령화가 급속도로 진전되고 개호보험 이용자의 수가 급격히 늘어나게 되면서 2025년에는 총 비용이 21조엔까지 증가할 것이라는 전망에 따라 개호보험제도는 다시 위기를 맞이하게 되었다. 개호보험의 재정압박은 새로운 체제의 변환을 가져왔으며 이에 따라 2015년 개호보험법이 다시한번 개정되면서 지역포괄케어시스템이 본격적으로 도입되었다. 2017년에는 지역의료연계 추진법인 제도가 발족되어 커뮤니티 내 의료-개호 서비스의 네트워크화를 도모하게 되었으며, 2018년 4월부터는 개호보수를 개정하여 1) 지역포괄케어 시스템의 추진, 2) 자립지원 및 증증화 방지에 기여하는 질 높은 개호서비스 추진, 3) 다양한 인재 확보와 생산성 향상, 4) 개호서비스의 적정화, 중점화를 통한 제도의 안정성 및 지속가능성 확보를 중점으로 고령자 정책을 강화하였다. 즉, 일본 개호보험의 개혁과정에서 최근 두드러진 특징은 재정 부담을 축소하기 위해 ‘지역’을 중심으로 개편되었으며, 그 핵심은 ‘지역포괄지원센터’를 중심으로 하는 지역포괄케어시스템 구축이었다(이윤경 외, 2017).

2) 개요

2017년 기준 일본은 초고령사회를 넘어서서 노인인구 비율이 27.7%에 이르고 있으며, 그간 노인보건복지종합대책, 노인보건법, 개호보험, 고령자의료제도, 지역포괄케어 강화법안 등 노인을 위한 수많은 제도와 법률이 시행되었다(의료&복지, 2018.05.15.). 노인문제에 관한 대책으로 일본이 수많은 시행착오와 노력 속에서 최종적인 결론에 도달한 것이 ‘aging in place’이다. 즉, 지역을 기반으로 한 보건의료복지 통합에 의한 포괄적인 커뮤니티케어 시스템을 말하는 것으로 궁극적으로 시설위주보다 재가서비스 충실하여 자기가 살던 곳에서 마지막(임종)까지 케어를 받는다는 ‘aging in place’의 실현이 목적이다. 일본의 aging in place) 정책 또한 노인복지 정책을 중심으로 이루어져 왔으며, 의료 또는 주거에만 한정된 것이 아니라 소득, 의료, 주거, 노후, 서비스, 여가 등 노인과 관련된 전체적인 영역으로 확장되어가고 있다(강문철·김영훈, 2018).

AIP 이념의 도입 이후 지역거주 정책의 필요성에 대한 논리는 ‘고령자가 AIP를 원한다’는 것이었다(조아라, 2013). 고령자들은 자신이 살아오던 지역사회에서 독립적으로 안전하고 건강하게 생활하고자 하는 욕구가 강했으며 그만큼 고령자를 위한 주거공간, 돌봄·의료 등을 위한 지원체제는 매우 중요한 부분이 되었다.

일본의 ‘aging in place’ 실현을 위한 제도인 지역포괄케어는 2017년 커뮤니티 내 의료·개호 서비스의 네트워크화를 도모하는 비영리법인(지역의료연계 추진 법인) 제도가 발족되면서 제도화되었다. 본래 지역포괄케어는 히로시마 현의 미츠키라는 작은 산골마을에서 시작되었다. 미츠키 마을에서는 공립 미츠키 병원과 마을의 보건복지센터를 통합하여, 이를 중심으로 노인재활시설, 노인요양시설, 노인주택, 방문간호 스테이션, 헬퍼 스테이션 등 보건·의료·복지 시설을 종합적으로 병설하여, 지역주민의 건강증진, 질병예방으로부터 치료, 재활, 재가 케어, 나아가 복지까지도 포함한 포괄적 의료서비스 시스템을 구축하였다(의료&복지, 2018.05.15.). 미츠키 마을에서 한사람의 관리자 밑에 의료·요양·복지의 종합 서비스가 지원되고 그 결과 외상노인 감소, 건강수준 향상, 의료비 절감 뿐 아니라 지역경제발전으로까지 이어져 일본정부에서는 이를 모델로 지역포괄케어를 전국적으로 추진하게 되었다(의료&복지, 2018.05.15.).

지역포괄케어시스템은 ‘고령자가 지금까지 거주하던 지역에서 개인의 능력을 활용하여 가능한 일상생활의 자립성을 유지하도록 의료·개호·예방·주거 및 일상생활을 포괄적으로 지원하는 서비스 제공체제’로 정의된다(오세웅, 2015). 노인은 본인이 거주하던 집에서 가족, 이웃, 친구와의 관계를 유지하고, 거주하던 집에서 삶의 질을 위한 최적의 기회를 확보(안전, 건강, 보호)하여 주거하던 집(장소)에서 죽음을 맞이하기를 원한다. 이와 같은 노인들의 희망

이 구체적으로 제도화된 것이 AIP의 실현을 목적으로 하는 지역포괄케어시스템이라고 할 수 있다. 지역포괄케어시스템은 그동안 병원 등의 시설중심에서 이루어지던 고령화 돌봄의 역할을 재택과 지역으로 옮긴 것으로, 고령자를 돌봄의 대상으로만 쳐우해 오던 모델에서 벗어나 고령자의 존엄 및 자립심을 살려가면서 지역 내 교류를 활성화하는데 그 의미가 있다(김미진, 2018).

일본은 베이비붐 세대(단카이 세대 1947~1949년 출생)가 75세 이상이 되는 2025년을 목표로 중증 요개호상태가 되어도 정든 지역에서 자신의 생활을 유지하며 인생의 마지막까지 계속 거주할 수 있도록 의료·개호예방, 주거지, 생활지원이 일체적으로 제공되는 지역제도를 실천하고 있다(SAKURA CITY, 2018). 이러한 지역포괄케어시스템은 전국에 일률적으로 상세하게 설계된 제도가 아니라, 의료, 개호예방, 주거지, 생활지원 등의 5개 지원체계가 포괄적으로 또한 지속적으로 공백없이 제공되는 체제에 대한 이상적인 개념을 나타내는 것이다(SAKURA CITY, 2018).

지역포괄케어시스템은 인구 1만 명당 1개소로 운영되며, 고령화 정도, 지역자원 등을 고려하여 지역특성에 따라 운영이 가능하다(이윤경 외, 2017). 지역포괄케어시스템의 기본 체계는 노인이 자신의 거주지에서 병원 입원과 통원, 개호보험서비스 이용, 생활지원과 개호예방이라는 3가지 트랙의 서비스를 유기적으로 연계하여 이용할 수 있도록 케어매니저가 노인을 지원하는 것에 있다. 지역포괄케어 개혁의 주요한 구체방안은 24시간 대응 방문서비스, 그룹홈이나 소규모 다기능형 서비스 등의 충실한 지원이며, 개호예방 사업 등을 통해 요개호상태가 되는 고령자가 감소하고 자립한 고령자의 사회참가가 활발해지는 것을 목표로 한다.

서구유럽 국가들과 비교해 고령화의 급격한 진행속도를 경험하고 있는 아시아의 국가들이 고령화에 대비하는 가장 중요한 과제 중 하나는 바로 '주거문제'이다. 특히 일본의 지역친화형 고령자 주택과 관련된 돌봄사업 및 제도는 노인부부가구, 1인 독거 고령자의 증가경향이 두드러지면서(2010년 기준, 남성 11.1% / 여성 20.3%) aging in place의 중요한 해결과제로 부각되기 시작하였다. 노인들은 자녀와 독립하여 익숙한 공간에서 계속 거주하고 싶어 하는 니즈(needs)가 증가하였고, AIP를 위한 주거 내 안전 및 건강관리 지원체계 구축의 중요성이 부각되기 시작하였다.

AIP를 위한 주거 내 안전 및 건강관리 지원체계는 '필요에 따른 주택이 제공되는 것을 기본으로 의료 및 개호뿐만 아니라 복지서비스를 포함한 다양한 생활지원 서비스가 일상생활의 장(일상생활권역)에서 적절하게 제공' 되는 것을 기본전제로 한다(의료&복지, 2018.05.15.). 여기서 지역포괄케어 권역의 핵심은 '노인이 30분 이내에 이동 가능한 권역'을 상정하는 것이다. 즉, 도보 30분 이내 중학교 학군범위 내에서 예방, 의료, 요양, 주택, 생활지원을 편리

하게 이용할 수 있는 체계를 만드는 것이다. 또한 입원, 통원, 재택복귀를 통한 분절되지 않은 계속적 서비스가 제공되어야 하는 것이 핵심이다.

일본의 지자체는 도보 30분 이내 규모의 범위로 지역거점인 지역포괄지원센터를 운영하고, 이를 중심으로 의료에서 간병, 생활지원, 대상자 발굴 등을 지역 내 다양한 주체들과 연계하여 지원하도록 규정하고 있다(미디어생활, 2019.01.30.). 지자체는 3년 주기로 지역 내 지역포괄케어시스템계획을 수립해야하며, 이용자, 지역주민, 서비스제공자, 의료관계자, NPO, 유관기관 등 다양한 주체가 참여하여 계획을 수립하고 지역사회 특성을 반영한 서비스 체계를 구축해야한다.

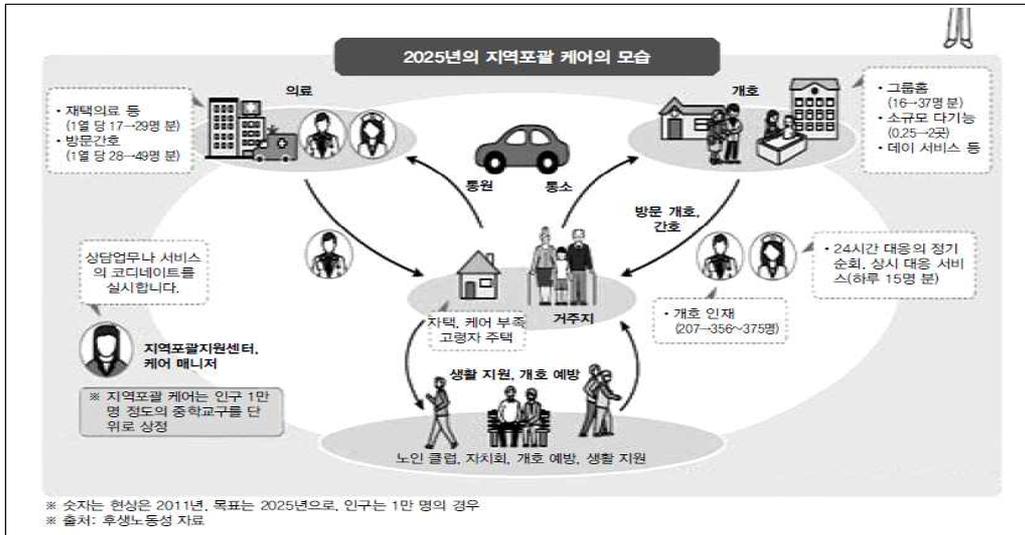
지역포괄케어시스템의 구성요소는 크게 3가지로 1) 개호·의료·예방, 2) 생활지원·복지서비스, 3) 주거와 생활방법이다. 개호·의료·예방은 각 분야의 전문가가 유기적으로 연계하여 관련 서비스를 종합적으로 제공하는 것을 말하며, 생활지원·복지서비스는 고령자의 존엄한 생활을 계속할 수 있도록 생활지원과 필요한 복지서비스를 제공하는 것이다. 주거와 생활방법은 지역포괄케어시스템의 전제로 고령자의 욕구에 부합하며 고령자의 사생활을 보장받을 수 있는 안정적인 주거정비를 지원하는 것이다. 일본의 지역포괄케어시스템의 구성요소를 자세히 살펴보면 다음 <표 2-2>와 같다.

<표 2-2> 지역포괄케어시스템 구성요소

구성요소	내용
개호·의료·예방	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 개인이 안고 있는 욕구에 부응하는 '개호·재활', '의료·간호', '보건·예방' 등의 서비스를 전문직이 유기적으로 연계하여 종합적으로 제공하며, 케어매니지먼트에 따라 필요한 생활지원과 함께 제공
생활지원·복지서비스	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 심신의 능력 저하, 경제적 이유, 가족관계의 변화 등으로도 존엄한 생활을 계속할 수 있도록 생활지원 실시 ◦ 생활지원서비스 : 식사준비, 말벗 등으로 비공식적 지원도 포함 ◦ 복지서비스 : 저소득층을 위한 지원서비스 등
주거와 생활방법	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 생활 기반으로서 주거가 정비되고, 본인의 욕구와 경제력에 맞도록 주거가 보장되는 것이 지역포괄케어시스템의 전제 ◦ 노인이 사생활과 존엄성을 보장받을 수 있는 주거환경 필요

자료 : 이윤경 외(2017). 노인의 지역사회 계속 거주(Aging in place)를 위한 장기요양제도 개편 방안

〈그림 2-2〉 일본의 2025년 지역포괄케어의 모습



자료 : 후생노동성(<https://www.mhlw.go.jp/>)

(1) 개호 · 의료 · 예방의 종합적인 추진

의료와 개호서비스는 노인들이 ‘나답게 살기 위해’ 자신다운 의료나 개호를 받기 위해서 자신이 어떤 요양을 희망하고 있는지 생각 · 정리하는 것을 최우선으로 하고 있다. 또한 나답게 살기 위해 어떠한 준비가 필요한지를 가족이나 친한 사람과 상의하고 이를 다시 전문가(담당자)와 상의하는 절차를 거치도록 되어 있다. 뿐만 아니라 정든 재택이나 지역에서 안심하고 생활하기 위한 서비스 중 재택 의료 · 치매 상담 등에 대응하는 의료기관 · 약국의 정보 리스트를 작성하여 각 지자체 홈페이지를 통해 공유하고 있다. 즉, 자택이나 정든 지역에서 의료나 개호가 필요할 시에 지역주민들이 정보를 활용하기 쉽도록 의료 · 개호에 관한 의료기관 · 약국의 정보리스트를 확인하고 이를 관계자와 상담할 수 있다.

각 지자체에서는 의료와 개호 양쪽의 서비스가 필요한 고령자가 ‘자신다운 요양’을 받을 수 있도록 돕는 관계자간의 정보교환이나 과제의 검토, 역량강화를 위한 연수회 등을 개최하고 있으며, 주된 과제는 1) 퇴원 지원으로부터 재택 복귀에까지의 연계강화, 2) 재택 의료 · 개호 자원의 확충, 3) 재택 의료 · 개호에 관한 시민자원 개발 등이 있다.

지역포괄케어서비스의 개호예방은 일반 개호예방 서비스와 개호예방 · 생활지원서비스 등 종합적인 추진서비스를 지원하고 있다. 먼저 일반 개호 예방은 개호가 필요한 노인들의 일반적인 증상인 ‘치매’, ‘고령에 의한 쇠약’, ‘뇌혈관 질환’ 등의 질환이나 상태를 예방하기 위한 강좌 · 연수회 등을 개최하여, 개호 예방에 대한 정보보급에 노력하는 일이다. 또한 개호 예방

을 지역에서 추진하는 자원봉사자를 양성해 지역의 개호 예방 활동에 임하는 단체에 대한 활동 지원을 실시하고 있다. 예를 들어, 사쿠라시의 일반 개호 예방 교실을 보면 ‘젊고 건강하게 사는 비결’, ‘체력증진 방법’ 등 생활 습관개선으로 각종 질병의 예방과 생활 기능 저하를 막기 위한 개호 예방 교실을 운영하고 있다.

〈표 2-3〉 2019년 사쿠라시 개호 예방 교실안내(65세부터 건강 만들기)

구분	대상	사업명
종합	◦ 앞으로도 젊고 건강히 사는 비결을 다양한 시점으로 배우기	나이를 먹지 않는 학원
체력증진	◦ 체력저하로 외출이 감소해온 노인	트쇼카타탄키슈추요보 서비스
	◦ 집 근처에서 동료와 이야기하며 즐겁게 체력을 기르고 싶은 노인	사쿠라 두근두근 체조회
	◦ 자택에서 손쉽게 체조하고 싶은 노인	사쿠라 고향 체조
건망증 예방	◦ 그룹 활동을 중심으로 치매예방에 관심있는 노인	뇌활클럽
	◦ 건망증이 신경이 쓰여, 외출이 감소해온 노인	머리산뜻 회춘교실
영양·구강	◦ 고령기에 부족한 영양보충 방법이나 구강건강에 관심있는 노인	저영양 예방·구강교실
그 외	◦ 개호 예방 활동에 간한 자원봉사에 관심있는 노인	개호 예방 자원봉사
	◦ 고령자 클럽이나 서클 등의 모임에서 개호 예방을 공부하고 싶은 노인	개호 예방 요리 배달 강좌

자료 : 지바현 사쿠라시청(<http://www.city.sakura.lg.jp>)

다음으로 개호 예방·생활지원 서비스는 2015년 4월에 시행된 개정 개호보험법에 의해 전국 일률적인 개호 예방급부로 제공되고 있었던 방문개호(홈 헬프) 및 트쇼카이마모리(데이케어 서비스)와 지역 지원 사업으로 실시하고 있었던 ‘개호 예방 사업’이 통합된 새로운 사업이다(SAKURA CITY, 2018). 개호 예방·생활지원 서비스는 생활기능이 저하된 요지원 대상자에게 1) 종전의 방문 개호·트쇼카이마모리(데이케어 서비스)에 상당하는 서비스, 2) 신체 개호를 수반하지 않는 대상자를 위한 가사 지원 등을 중심으로 하는 생활원조 서비스, 3) 지역사회외 보건의사·물리치료사·영양사 등에 의한 단기 집중예방서비스를 제공하고 있다.

(2) 생활지원·복지서비스

고령자가 정든 지역에서 안심하고 안전하게 계속 살기 위해서는 다양한 생활상의 곤란한 일에 대응하는 지원이 필요하다. 고령자를 지지하는 지역생활지원서비스는 생활지원 코디네이터가 고령자가 필요한 지원에 대한 정보를 파악하여 지역 내에 있는 자원봉사 단체, NPO 법인, 민간기업, 협동조합, 지역주민 주체활동 등 관계자간 네트워크화 구축을 진행하도록 되어 있다. 생활지원체제 정비사업은 독거 노인이나 고령자만 있는 세대의 증가에 따라 조리나

청소, 쇼핑 등의 지원을 필요로 하는 고령자가 늘어나고 있기 때문에 이러한 일상생활의 지원이 필요한 노인이 지역에서 사는 보람을 가지면서, 자신다운 생활을 계속해 나갈 수 있도록 지역에서 다양한 생활지원 서비스를 제공하는 것이다.

고령자들이 필요로 하는 생활지원 서비스의 파악은 생활지원 코디네이터가 그 역할을 담당하고 있으며 각 지역의 지역포괄지원센터 내에 생활지원 코디네이터를 배치하고 있다. 생활지원 코디네이터가 실시하는 활동은 1) 담당 고령자의 지역을 방문해 지역 내의 생활지원 등 서비스를 파악하고, 2) 지역 내에서 필요하다고 여겨지고 있는 생활지원 등 서비스 욕구 파악에 노력을 하며, 3) 지역의 주민끼리의 지지를 돕고 활동체계를 구축하며, 4) 관계자 간의 정보 공유, 각종 단체 등의 연계 체제 만들기, 관계자간 네트워크 구축에 노력하는 것이다.

생활지원 코디네이터가 파악한, 쇼핑이나 청소, 조리, 세탁 등의 일상생활에 필요한 가사를 지원하는 ‘가사 원조 서비스’, 주민이나 NPO 단체 등 다양한 주체에 의한 ‘교류의 장소·만남의 장소’ 등의 정보를 후생노동성이 운영·관리하는 개호사업소·생활 관련 정보검색 시스템에 정리해 게재하고 있다.

(3) 주거와 생활방법

재택 복지서비스는 혼자 생활하는 노인이나 노인부부만 거주하는 고령자 세대, 재택의 개호자에게 지원하는 서비스이다. 재택 복지서비스는 긴급 통보장치의 대여, 방문 이미용, 식사 배달서비스, 단기 숙박(쇼트스테이) 서비스, 고령자 및 중증 장애인 거주지에 대한 증개축·개조 자금 이자 보급금 교부 등의 서비스를 지원하고 있다.

(4) 기타

■ 치매와 지역포괄케어시스템

일본은 2012년 치매노인은 462만 명이었으며, 2025년에는 약 700만명으로 65세 이상 고령자의 약 20%가 치매노인이 될 것으로 예상됨에 따라(윤재호, 2018) 지역포괄케어시스템 구축하여 치매에 대응하는 시스템을 만들어 나가고 있다. 일본은 2012년 치매환자에 대한 종합대책인 ‘신(新) 오렌지플랜¹⁾’을 기획하여, 치매 초기 집중지원팀을 통한 치매 환자 대상 전 주기(보건, 의료, 복지) 서비스 체계를 구축하였고 2015년부터 ‘환자’를 중심으로 한 정책에서 ‘지역’을 중심으로 한 대응체계로 변환하였다(윤재호, 2018). 일본의 노인치매 서비스는 지역포괄케어와의 연계를 강화하는 정책으로 지역포괄케어센터의 케어매니저가 ‘치매’의 관

1) 오렌지플랜 핵심전략 : 치매 환자를 단순히 보호 대상으로만 삼지 말고, 치매정책을 수립할 때 치매환자나 가족들을 포함시켜 그들의 생생한 의견을 포함시키고, 치매환자가 적극적으로 사회활동에 참여할 수 있도록 환경정비

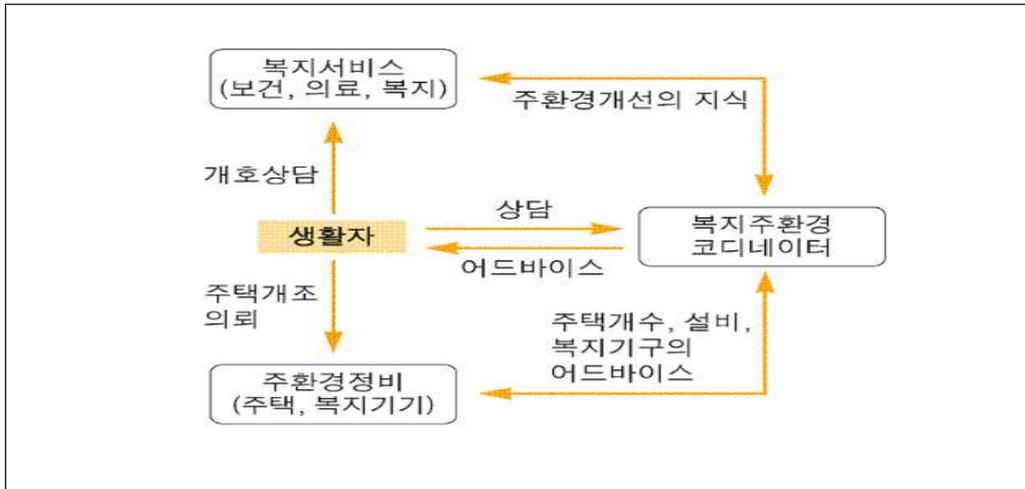
점만이 아닌, '삶(환경)'의 관점으로 서비스를 매칭(matching)하는 것이 핵심이다. 즉, 환자를 중심으로 둘러싼 가족(돌봄인력)과 지역사회(환경의 확대)의 연대를 꺾는 것이다(윤재호, 2018).

지역포괄케어시스템에 기반한 치매정책은 1) 거주지(정든 거주지에서 계속 거주할 수 있도록), 2) 예방(치매 예방에 관한 강좌나 연수회의 개최·개호 예방을 추진하는 자원봉사자의 육성), 3) 주거지원과 생활지원 서비스의 제공(근린 주민, 슈퍼마켓이나 은행 등의 민간기업에의 치매 서포터 양성 강좌의 개최·주변 친근한 사람이나 단체에 의한 생활의 서포트), 4) 의료와 개호의 연계(치매 쪽과 개호자를 지지하는 관계자간의 정보 공유조기 케어에 체제 만들기)를 중심으로 운영하고 있다.

■ 복지부환경

종래에는 개호, 의료, 주거 분야에서 각각의 전문가들이 해당 분야를 담당해 개호가 필요한 노인에게 대한 필요한 요소가 결여되기 쉬운 문제를 가지고 있었다. 이러한 문제점을 해소하기 위해 의료, 개호, 주거, 행정 등의 분야를 이해하고 각각의 전문가 간 중간역할과 노인과 노인 가족의 입장에서 주환경 정비를 활성화시킬 수 있는 지식을 가진 '복지주환경 코디네이터'가 필요하게 되었다. 복지주환경 코디네이터는 상공회의소법에 근거한 국가공인 민간자격으로 고령자나 장애가 있는 사람에 대해 생활상의 자립과 활력을 줄 수 있는 주거환경을 제안하는 어드바이저이다(주거문화연구소, 2016). 복지주환경 코디네이터는 의료, 복지, 건축에 대해 체계적이고 폭넓은 지식을 가지고 여러 전문가와 연계를 통해 대상자에게 쾌적한 주택 개조 플랜을 제시하는 역할을 수행한다. 이는 aging in place의 실현이 더욱 구체적으로 나타나고 있는 것으로 볼 수 있으며, 사회적 약자의 주거환경과 생활의 질을 향상시키기 위한 전력으로 볼 수 있다.

〈그림 2-3〉 복지주환경 코디네이터 역할



자료 : 주거문화연구소(2016). 초고령사회의 'Aging in Place' 실현- 일본 복지주환경 코디네이터

3) 실천사례

(1) 복지클럽생활협동조합

일본에서 지역사회 내에서 노인의 생활과 복지서비스를 접목하여 지원하는 AIP 실천사례로 가장 대표적인 것은 '복지클럽생활협동조합'을 들 수 있다. '복지클럽생활협동조합'은 1970년~1980년대 일본 생협(생활협동조합)은 여성 조합원들이 주축이 되어 비약적으로 성장하였다. 그 배경에는 일본사회의 급속한 고령화와 여성의 사회진출이 활발해지면서 일과 노인 수발을 함께 감당해야하는 여성의 부담은 점차 증가하였고(이은선, 2018.08.14.), 이에 따라 조합원 사이에서 복지사업에 대한 요구가 높아졌기 때문이다. 이러한 욕구들로 생활 속의 어려움을 서로 도와주는 '생활서로돕기모임'(生活助け合い会) 복지사업이 시작되었다. 예를 들어, 생활서로돕기모임 사업은 도시락 사업을 하는 경우 단순히 판매뿐 아니라 안부확인 기능까지 포함하여 일상생활 속에서 서로 돕는 것들이 포함되는 것이다.

'복지클럽생활협동조합'은 노인에 대한 일상생활지원 및 정서적 지원을 하는 제도로 1989년 요코하마시 코호쿠구에서 첫 복지전문생협으로서 시작되었다. 그리고 1989년 조합원수 1020세대와 함께 시작하여 초반에는 공동구매시설(배송 센터기능)만 운영되었으나, 1992년 센터 별동에서 미니 데이케어 서비스를 개시하게 되었고, 그 후 식사서비스, 데이케어 서비스 단독시설, 입주 서비스를 중심으로 하는 복합복지시설(2013년 코어 Kitakamakura 개설)로

2) 일상생활에서 도움을 필요로 하는 사람과 도움을 줄 수 있는 사람을 생활협동조합이 코디네이터가 되어 서로 연결해주는 유상자원봉사모임

확장되어 다양한 기능을 복합적으로 수행하고 있다.

‘복지클럽생활협동조합’은 복지전문생활 조합원, Worker Cooperative³⁾(이하 W.Co) 직원이 연계되어 운영되는 새로운 시스템으로 2018년 5월 기준 19업종의 117단체(3,500명)의 W.Co가 지역에서 활동하고 있으며, 카나가와현 기준으로 2018년 5월말 23개 자치제 행정구에 확대되어 1만 6,000세대의 조합원이 활동하고 있다.

이 복지클럽의 목적은 ‘재택복지지원시스템 만들기’이다. 구체적으로 노인들이 평생 생활한 지역에서 인간관계를 유지하고 함께 살며 상부상조하는 생활을 이어나가기 위한 W.Co 시스템을 만드는 것이다. 복지클럽생활협동조합은 많은 사람들의 상부상조, 서로 돕는 활동에 의하여 ‘우리가 그 지역에 계속 살아가기 위한 최적의 복지’를 의미하는 「커뮤니티 옵티멈 복지」 실현을 비전으로 새로운 형태의 협동 활동을 만들어 가고 있다.

‘복지클럽생활협동조합’은 매주 약 500품목의 식품(식자재)이나 생활잡화를 노인의 자택으로 직접 배달하는 ‘택배에 의한 공동구매 시스템’, 개호, 식사, 외출 시중서비스, 육아지원, 성년후견 서포트 등을 하고, 개호생활용품에 관한 상담, 판매, 복지용구 대여를 하는 ‘건강·의료 네트워크 시스템’, 돌봄 포함 고령자 재택 및 복지시설 네트워크 시스템을 중심으로 활용하는 클럽이다. 복지클럽생활협동조합의 주요활동은 크게 2가지 분야로 구분할 수 있다.

첫째, 노인요양지원을 하는 복지·간병 분야로 행정수탁사업인 개호보험대응사업(방문개호, 데이케어서비스, 재택개호지원, 복지용구대여, 장애인지원)과 배식 서비스가 있다. 둘째, 풍요로운 생활과 삶의 질 향상과 관련한 분야로 마을 시술서비스, 안심방문서비스, 복지상담창구서비스, 생활후견서포트, 자격연수 강좌서비스, 공제제도, 웰빙살롱⁴⁾서비스, 장례서비스 등을 지원하고 있다(김영란, 2016).

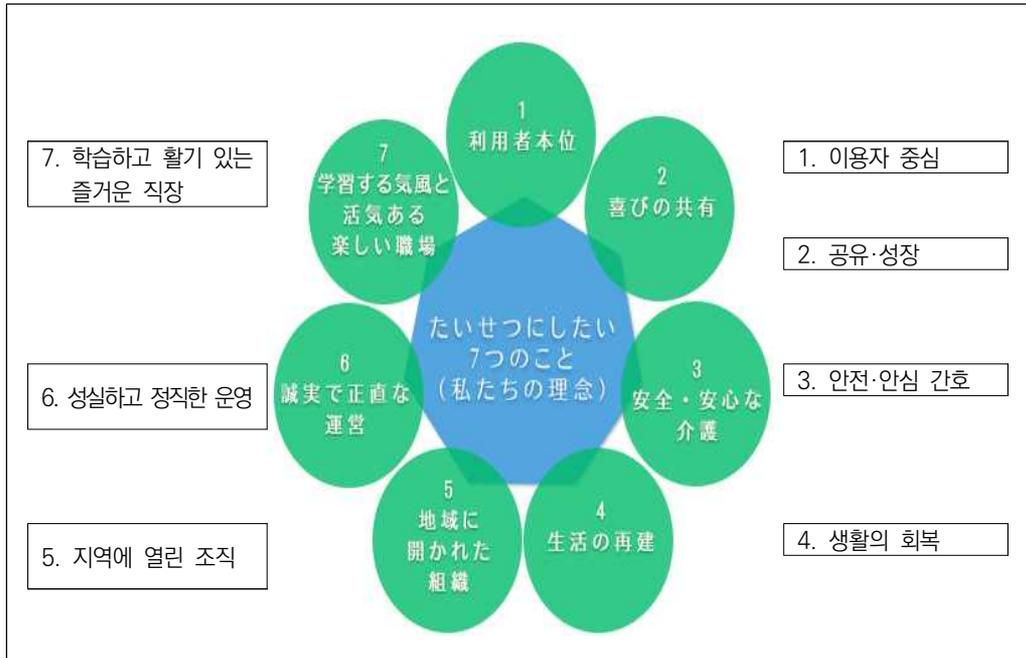
‘복지클럽생활협동조합’은 20세대부터 90세대까지 조합원들의 출자로 설립된 협동조합으로 W.Co는 미래에 본인이 이 서비스들을 이용하게 될 것이기 때문에 이를 위해서도 스스로 참여하는 복지로서 지역사회에 뿌리내리는 것으로 확장되고 있다. 또한 시민의 다양한 복지 니즈(needs)에 대응하여, 지역사회 안에서 상부상조의 활동을 정착시키고 확대하고 있다.

3) Worker Cooperative(W.Co) : 근로자협동조합

4) 지역살롱 : 구민회관, 공원 내 광장, 마을회관, 집회소 등 지역자원 및 공동이용시설 등을 ‘지역살롱’으로 명명하여 이를 활용한 공동체 활동을 수행

을 만드는 것이다.

<그림 2-5> 사회복지법인 협동복지회 아스나라원의 이념



자료 : 협동복지회 아스나라원(<https://asunaraen.or.jp/>)

협동복지회의 이념은 <그림 2-5>와 같이 1) 이용자 중심(노인, 어린이 및 가족 포함), 2) 즐거움의 공유·상호성장, 3) 안전·안심 간호(간호사업소), 어린이 최선의 이익(보육원), 4) 생활의 회복, 5) 지역에 열린 조직, 6) 성실하고 정직한 운영, 7) 학습하고 활기 있는 즐거운 직장 7가지이다. 협동복지회 주요이념의 핵심은 항상 이용자(본인 및 가족 포함)가 기본이 되며, 이용자 본위를 협동복지회의 사고와 행동의 기준(출발점)을 삼는 것을 말한다. 이용자의 의견을 존중하고 이용자 중심의 생각을 관철하며, 개개인의 권리와 존엄성을 지켜 어떠한 경우에도 구속 또는 어쩔 수 없는 '강제'적인 생각을 정당화하지 않는다는 것을 의미한다(협동복지회, 2019.04.25.). 또한 입주자, 이용자, 가족, 후원자, 서비스 제공자가 모두 서로 공감하고 이해와 납득할 수 있는 운영을 위하여 '목표를 함께 배우고 협력하며 성장하는 것'을 모토로 한다. 무엇보다 사고나 위험을 방지하기 위한 '안전'을 보장하는 것을 최우선으로 하며 이를 협동복지회의 신뢰이며 존재임을 핵심가치로 제시하고 있다.

사회복지법인 협동복지회의 아스나라안심케어시스템은 노인들의 일상생활 영역 전체에 책임을 지기위한 시스템으로 복지를 통한 지역만들기를 실행하는 지역공헌활동이라 할 수 있다

(서울시협동조합, 2016). 아스나라안심케어시스템의 활동을 간략히 살펴보면, 방문돌봄 등 지역으로 나가는 서비스와 데이서비스, 단기체재 등 이용자가 직접 찾아오는 서비스가 있으며, 어르신들이 정기적으로 모이는 살롱, 식사모임 등 건강한 사람들을 위한 모임이 함께 운영되고 있다. 또한 TV, 전화를 통해 24시간 365일 수시로 점검하는 서비스를 통해 촘촘하게 돌봄지원을 하고 있다(이은선, 2018.08.14.; 협동복지회, 2019.04.25.). 이렇게 돌봄지원의 경우 사회복지법인 협동복지회가 안신케어시스템을 통해 지원하고 있으며, 병이 나면 나라현 의료복지생협이 진료소를 통해 의료지원을 지원한다.

협동복지회 핵심이념 중 하나인 ‘생활의 회복(生活の再建)’은 심신기능의 저하, 상해, 병 등에 의해 지금까지와 같은 생활을 지속하는 것이 어려워진 상황에서 케어를 통해 가능한 한 ‘그 사람다운 새로운 생활’을 할 수 있도록 원조하고 보장하는 활동이다. 협동복지회는 노인들의 일상생활을 중심으로 1부터 10개까지의 기본관리(생협기본케어 10)를 규정하고 토탈케어를 실천하는 「생협기본케어 10」 추진하고 있다. 즉, 노인들의 목표를 스스로 찾고 노력하여 어떤 상황에서도 긍정적으로 살아갈 수 있는 자주성과 주체성을 기르는 것을 목표로 한다(협동복지회, 2019.04.25.).

사회복지법인 협동복지회는 일본 생활협동조합연합회와 연계하여 자립형 재택생활을 지원하기 위한 요양보호서비스 「생협기본케어 10」을 일본 전역의 생협복지사업에 본격적으로 도입하였다. 「생협기본케어 10」은 요양보험 이용자들이 ‘일상적인 생활’을 할 수 있도록 하여 이용자 및 가족의 QOL(생활의 질)을 높이는 것으로, 시민생활협동조합 나라코프가 모체인 사회복지법인 협동복지회가 2006년부터 실천하고 있는 복지서비스 이념을 토대로 한다(아이쿱생협, 2018). 「생협기본케어 10」은 일상생활에서 이루어지는 행위를 재화로 인식하며, 이용자와 요양보호직원 모두 화장실, 식탁, 욕실에서 이루어지는 일상적인 활동들과 같은 집에서 이루어지는 기본적인 생활동작의 유지와 향상을 목표로 한다.

〈표 2-4〉 협동복지회 「생협기본케어10」

※ 생협이 중요하게 여기는 요양보호 : ① 존엄을 지키는 것 ② 자립지원 ③ 재택생활지원	
1. 환기하기	질병예방을 위해 신선한 공기를 유입시켜 위생적인 환경을 유지하고 감염병을 예방한다.
2. 바닥에 다리를 딛고 앉기	일상생활이 재활운동이라는 생각으로, 두 다리로 일어서는 습관을 몸에 익히고 화장실을 가거나 식사 등 스스로 할 수 있는 일을 늘려간다.
3. 화장실 가기	화장실에서 볼일을 보는 것은 인간의 기본적인 존엄이므로, 성인용 기저귀는 보조로 사용한다.
4. 따뜻한 식사하기	직접 요리를 하거나 친한 사람들과 즐겁게 식사를 한다. 음식이 기도에 잘 못 들어가는 것을 막기위해 식사 전 구강체조를 한다.
5. 집에서 목욕하기	욕조에 몸을 담그는 습관은 일본의 훌륭한 문화이다. 생활재활의 일환으로 욕실 욕조를 자주 이용한다(기계를 이용한 목욕하지 않기).
6. 앉아서 대화하기	편안한 마음으로 앉아서 대화한다. 함께 시간을 보내며 일상적인 돌봄을 실천한다.
7. 동네 외출하기	친숙한 동네로 외출하는 것은 사회성이나 정신적인 풍요로움을 유지하기 위한 중요한 활동이다. 지금까지의 생활리듬을 유지하도록 한다.
8. 몰두할 수 있는 일하기	자기가 좋아하는 일에 몰두할 기회나 교류공간을 만든다.
9. 돌봄(케어)회의	원래 살던 지역에서 계속 살아갈 수 있도록 사회성과 생활을 지키는 케어플랜을 만든다. 직원은 팀을 이루어 케어를 하고 가족과 함께 서포트 한다(24시간 팀케어를 할 수 있는 체제 만들기).
10.터미널 케어(임종케어)	건강했을 때부터 임종을 맞을 때까지, 지역과 연계하여 이용자가 집에 임종을 맞을 수 있도록 (방문간호강화, 지역의료와 연계하여 자택에서 80% 케어 할 수 있도록)터미널 케어를 지원한다.

자료 : 협동복지회 아스나라원(<https://asunaraen.or.jp/>)

협동복지회가 제공하는 서비스는 인간 존엄을 존중한 서비스로 일본 전국의 주목을 받고 있다. 「생협기본케어 10」은 2018년 4월 기준으로 일본 전국 56개 생협 중 28개 생협 및 법인에서 도입을 추진 중에 있으며(아이쿱생협, 2018), 이용자 본인의 생활성 향상에서부터 가족과 지역주민과의 관계맺기까지 토털 케어가 될 수 있도록 노력하고 있다. 덧붙여, 소규모·다기능 홈, 인지증 대응 그룹홈 등 익숙한 지역에서의 생활을 지원하는 서비스를 확대하고 있고, 요양보험사업을 중심으로 장애자총합지원법에 기반한 사업을 확대해 나가고 있다.

2. 독일

1) 배경

독일은 1990년 동서독 통일로 인구 8,100만명에 이르는 국가가 되었다. 독일은 이미 1980년대 이후 고령사회로 진입하였고, 2015년 기준 65세 이상 인구비중이 20%를 넘어섰

다. 독일은 주요 유럽국가 중 인구고령화 속도가 가장 빠른 나라에 속하며, 80세 이상 인구 비중은 2015년에서 2050년 사이 두 배 이상 증가할 것으로 예상되고 있다(UN, 2017).

경제적으로 안정되어 있는 독일의 노인복지제도는 100년이 넘는 역사를 통해 다양한 경험과 시행착오를 겪으며 구축한 '종합사회정책'이라는 특성을 갖고 있다(이주은 외, 2012). 독일은 사회보험을 통해 사회보장의 기본틀을 유지하고 있는 국가이다. 고령자 소득, 건강, 등 삶의 영역과 관련된 정책은 연금보험, 건강보험, 장기요양보험 3대 사회보험제도를 들 수 있으며, 3대 사회보험제도의 전형적 수혜자는 노인층이다. 즉, 이들 3가지 정책은 독일 고령자들의 안정적인 노후 삶의 질을 결정하게 되는 주요 요소이다(정경희 외, 2011). 일반적으로 복지제도가 발달한 유럽국가의 고령화 정책 핵심인 장기요양보호체계는 국가책임임을 우선으로 하는 것으로 알려져 있으나, 장기요양서비스에 대한 책임소재는 각 나라마다 상이하며 그에 따라 정책방향도 다른 유형을 보이고 있다. 그 중 독일은 고령자를 위한 장기요양서비스를 정부와 가족이 동시에 책임지고 있는 형태로 볼 수 있다.

〈표 2-5〉 주요 유럽국가의 장기요양서비스에 대한 책임소재

구분	정부중심	정부와 가족병행	가족중심
오스트리아		○	
벨기에		○	
스위스			○
체코			○
독일		○	
덴마크	○		
에스토니아			○
스페인			○
프랑스		○	
네덜란드	○		
헝가리			○
이탈리아			○
폴란드			○
슬로베니아			○
스웨덴	○		

자료 : 선우 덕 외(2015). 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정립과 연계체계 구축

독일은 1970년대 오일쇼크로 인한 경제후퇴와 저출산·고령화 등 인구통계 요인으로 인해 1980년 후반 이후의 사회보장제도는 팽창시대에서 수축시대로 전환되었다(정기혜 외,

2012). 그러나 1980년대 이후 고령자의 장기요양에 대한 사회적 보호와 제도변화의 필요성이 강하게 제기되면서 1995년 사회보장제도의인 「요양보호상태의 위기상황을 사회적으로 보장하는 법」의 제정을 통해 장기요양보험이 도입되었다. 인구고령화로 인한 사회문제의 해결과 사회부조를 담당하는 지자체 재정 부담의 경감이 독일 장기요양보험 도입의 주요 배경이 되었다(정기혜 외, 2012).

독일은 장기요양보험이 도입된 1995년부터 노령·장애 연금, 급성기 의료, 장기요양보호를 보장하는 사회보험 시스템을 갖추기 시작하였다. 독일의 경우 국민 중 약 90%가 노후보장을 위한 각종 공적연금에 가입되어 있고, 공적의료보험(PKV) 가입자도 87%에 이른다(보건복지부 외, 2007; 백세시대, 2010.04.23.). 따라서 국민들 대다수가 사회보장제도에 의해 각종 혜택을 받고 있을 뿐 아니라 사회경제생활 전반에 걸쳐 노인을 대상으로 하는 정책과 제도들이 제공되고 있다. 이에 독일 노인들은 타인의 도움이 없는 독립된 생활을 지향하고 있으며, 실제 자녀가 있더라도 노인 단독 또는 노부부끼리 독립된 생활을 해나가는 특성을 지닌다.

노인정책과 관련된 대표적인 제도인 장기요양보험은 1995년 도입시 재가급여가 우선적으로 도입되었으며, 1996년에는 시설급여까지 확대되었다. 독일의 장기요양보험은 사회법전 제11권 제3조에 법적규정으로 명시되어 있는 3가지 원칙을 중심으로 시행되고 있다. 첫 번째가 ‘재가급여 우선원칙’으로 정부는 재가서비스의 범위와 급여를 지속적으로 확대하고 가족, 친구, 이웃과 같은 비공식 수발자의 사회보험료를 지원하는 등의 지원을 한다(이윤경 외, 2017). 두 번째 원칙은 ‘예방과 재활우선의 원칙’, 세 번째 원칙은 ‘예산원칙’으로 부분보장형 사회보험제도, 등급별 월 한도액까지만 급여지급 등 보험급여의 양을 조절하는 것을 의미한다(이윤경 외, 2017). 여기서 첫 번째 원칙인 재가급여 우선이 의미하는 바는 독일이 노인의 Aging in Place(AIP)의 개념을 장기요양보험에서 가장 중시하고 있음을 보여주는 것으로 장기요양보험이 도입된 이후 재가급여의 강화는 개혁의 핵심적인 부분이었다.

1995년 장기요양보험이 도입된 이후 보다 효과적이고 질 높은 서비스 질 보장과 재정적 적자 최소화를 위한 개혁적 과정이 지속되어 왔다. 2008년 7월 ‘장기요양보험의 구조적 지속 발전을 위한 법’(Gesetz zur strukturellen Weiterentwicklung der Pflegeversicherung)은 전반적인 장기요양개혁을 위한 출발점이었다(최낙관, 2017). 이후 독일은 2015년 본격적인 장기요양개혁을 위해 장기요양강화법(Pflegestärkungsgesetz) I을 입법화하였고, 장기요양강화법 II와 III이 2017년부터 적용되어 시행되기 시작하였다. 장기요양강화법은 기존의 장기요양보험 제도가 가지고 있는 문제들을 보완하여 장기요양지원에 대한 국가적 차원의 적극적 개입을 위한 법적 장치이다.

무엇보다 가장 핵심적인 변화내용은 2017년 1월 1일부터 기존의 3단계로 분류된 장기요양등급(Pflegestufe)을 5개의 등급(Pflegegrad)으로 전면 개편하면서 새로운 등급판정 절차를 도입한 점이다(최낙관, 2017). 최근 독일의 장기요양보험 제도는 재가급여의 강화, 환자의 서비스선택 지원, 의료와 요양의 분리, 포괄수가제도의 도입, 그리고 무자녀 가입자에 대한 요양보험료 인상, 자치단체의 역할을 강화하는 등의 개혁을 통해 안정적인 고령자 정책제도를 구축해나가고 있다.

〈표 2-6〉 독일의 장기요양보험 제도 개요

구분	내용
장기요양보험	사회보험 방식의 전국민 대상 요양보험(1995년 도입)
보험원칙	① 재가급여 우선원칙, ② 예방과 재활우선의 원칙, ③ 예산원칙(부분보장형 사회보험제도, 등급별 월 한도액까지만 급여)
급여종류	시설급여, 재가급여, 현금급여
최근 개편동향	장기요양지원센터(pflestuzpunkt) : 장기요양서비스와 사회서비스에 관한 정보제공, 주정부단위로 확대 (2017년 기준, 전국 550개 센터 설립) ◦ 장기요양강화법 I~III(2015~2017) 시행 - 장기요양급여 상향조정, 비공식 수발자 급여인상, 새로운 주거유형 지원 - 장기요양필요성개념(자립의 개념) 정립 - 자치단체의 역할 강화

자료 : 이윤경(2017). 국외출장보고서(독일, 네덜란드)

독일의 경우 급속한 고령화에 따라 증가하는 치매환자에 대한 관리는 1960년 이전까지만 해도 민간 종교단체 차원의 정신병원 서비스 중심으로 이루어졌다(국회예산정책처, 2017). 그러나 1960년 들어와 주정부 차원에서 수발(Pflege) 직업이 도입되었고 1995년에 ‘일상화 접근방법(Normalisierungsansatz)’이라는 개념하에 치매관리 정책의 전환을 도모하였다. 이후 2002년 치매 등급인정자 중 재가서비스를 받는 경우 정부가 추가지원(연간 최대 460유로)을 하였으며, 2015년 「제 2차 장기요양보험법 강화」를 통해 치매환자들까지도 범위에 포함시키는 등 ‘보살핌을 필요로 하는 범위’에 대한 정의를 수정하였다(국회예산정책처, 2017). 즉, 독일 치매관리체계는 과거 ‘격리’ 중심의 접근에서 노인 자신이 ‘원하는 곳’에서 생활하는 것으로 변환되었다.

〈표 2-7〉 독일 치매시설의 개념 변화

시기	치매시설 개념
1940~1960년대	1세대 : 정신병원개념으로 격리시설 강조
1960~1970년대	2세대 : 시설개념으로 병원중심
1980년대	3세대 : 주거개념으로 주거시설 강조
1990~2000년대	4세대 : 공동주택개념으로 가족 강조
2011년 이후	5세대 : 일반주거지 주택개념. 원하는 곳에서 생활하는 것을 강조

자료 : 엄기욱 외(2013). 치매노인을 위한 노인장기요양기관 시설·인력·서비스 기준에 관한 연구

독일은 고령화가 일찍 시작되었음에도 고령자 주거의 경우 일반 주택과 시설로 구분할 수 있는 양로·요양원(Altenwohnheim, Altenheim, Altenpflegeheim)이 전부였다고 할 수 있다. 그러나 1990년대 이르러 탈시설화, 재가지향을 목표로 시설과 주거의 중간형태인 고령자 생활보조 공동주거형태들이 발전하기 시작하였다(서유진, 2018). 지자체나 민간사업자들이 개발하여 다양한 형태의 생활보조 공동주거형태를 갖춘 주택들이 등장하였으나 2000년대 이후 고령자 대상 조사결과 고령자 전용 시설에 대한 비자율성과 고령세대만 살아가는 게토화(Gehitorisierung)된 주거환경에 대한 거부감 등이 나타나게 되었다(서유진, 2018). 고령자들은 자신들이 살아온 친숙한 생활환경과 거주지에서 일반적인 생활을 유지하는 것을 원하고 있었다. 이처럼 주거환경에 대한 고령자들의 실제욕구와 함께 고령인구의 계속적 증가는 고령자 주거에 대한 새로운 변화를 가져오게 하였다.

고령자의 AIP 욕구를 반영한 새로운 변화는 연령에 맞는 생활을 위한 주거개발로 이어졌으며, 중앙연방과 지자체는 'Altengerechte Quartiersentwicklung-연령에 맞는 주거지'의 master plan을 수립하고 일부 지역에 적용을 시도하고 있다(서유진, 2018). 노인들의 '연령에 맞는 주거지' master plan은 자립적인 노년의 삶을 비전으로 하고 있으며, 주된 목표는 노인참여, 자기결정, 그리고 모든 사람들의 자기 독립적인 삶이다. 이 master plan은 노인들의 고립에 맞서 사회보장제도의 제한된 재정자원과 생산가능 인구 부족에 대비하여 모든 사람들이 독립적으로 생활할 수 있는 생활환경을 구현해내는 것이다(Masterplan altengerechte Quartiere, 2018). 이는 노인에 대한 치료와 요양, 건강관리, 생활공간 기반시설 및 사회적 공존에 대한 사회적 변화를 이끌어내는 새로운 도전으로 볼 수 있다.

〈표 2-8〉 독일의 고령자 주거정책 변화

구분	내용
고령화	<ul style="list-style-type: none"> 1932년 이미 고령화 사회 진입 1972년 고령사회 진입 → 2003년 17.5% → 2017년 21% → 2030년 26% 예상
고령화 대응책	<ul style="list-style-type: none"> 1974년 노인홈에 관한 법제정 1986년 뮌헨서 노인들을 위한 주거상담소 설치 1995년 수발보험법 제정 1999년 고령자 친화형 주택 개발 육성 2009년 주거의 배리어프리 연방기금 지원 2012년 KFW(Kreditanstalt fuer Wiederaufbau)기금 지원 2013년 Masterplan altengerechte Quartiere
고령자 주택 현황	<ul style="list-style-type: none"> 노인용 양로원, 수발형 요양원 “노년기에 주거를 마음대로” <ul style="list-style-type: none"> ※ 주거를 마음대로라는 의미는 노인이 필요로 하는 설비(특수침대, 욕조, 지지대), 주택개조가능(문턱 제거, 출입구확장, 창문 낮추기), 비용지원 시설보호보다 독립적인 생활이 가능한 주택개발 관심 수발보험법 제정으로 다양한 주거시설을 갖추는 것, 주택개조추진 노인들의 93%가 원래 살던 집에 거주(독일은 모든 시설의 입소비용이 자기부담원칙) 저소득층은 사회부조로 해결 DIN(힐체어 이용하는 자를 위한 주택기준)주택을 전체주택 5.0% 건설제한

자료 : 주택도시연구원(2006)과 건설교통부(www.mgepa.nrw.de)를 참고하여 재구성

독일의 노인대상 사회보장 개혁동향을 살펴보면 최근 연금개혁 논의에서 인구변동, 저출산, 고령화와 수명연장 등이 논의의 주요대상이 되었다(정기혜 외, 2012). 1980~2000년 사이에 소규모 개혁이나 요양보험이 이루어졌지만 연금개혁의 지속가능성 차원에서 본격적인 논의가 시작된 것이다. 2001년에는 공적 연금보험 개혁과 적립식 고령자산의 축적을 지원하는 「고령지원자산축진보완법」을 제정하였으며, 2004년 건강보험 개혁으로 의료케어 센터를 이용한 통합케어를 추진하였다(정기혜 외, 2012). 2007년 보건의료개혁을 통해 모든 사람에게 의료보호를 보증하고, 서비스를 고령화 사회에 부합하도록 하였으며, 독일의 급격한 고령화는 1995년 이후 존재했던 장기요양보험에 대한 제도개혁작업을 진행하였다. 이에 치매 환자는 장기요양뿐 아니라 단기보호만 필요한 경우에도 서비스를 받을 수 있고, 가족 구성원을 수발하는 피고용자는 6개월까지 수발휴가를 신청할 수 있도록 하였다(정기혜 외, 2012).

2) 개요

독일은 다른 서구사회들과 마찬가지로 탈시설화 정책을 펼치고 있다. 즉, 노인들이 가급적이면 자신이 오랫동안 살아왔던 지역에 그대로 계속 머물러 살도록 유도하는 Aging in Place 이념을 적용하고 있다. 독일은 정부차원에서 80세 이상 노인의 건강과 복지, 주거환경

에 도움을 주기 위한 프로젝트를 진행하고 있으며, 베를린 지방 정부도 노인대변인제와 노인 여가센터 운영 등을 통해 노인들의 사회활동을 지원하고 있다. 무엇보다 연금이나 보험 등 영세민들을 위한 복지시스템이 잘 구축되어 있어 노인들이 차별받지 않고 복지혜택을 누릴 수 있다. 뿐만 아니라, 지자체와 지역 공동체가 함께하는 고령자 중심의 정책이 안정화되어 있고 자원봉사나 방문 서비스를 통해 노인생활을 돌보는 시스템이 활성화 되어있다.

〈표 2-9〉 독일의 노인복지제도

구분	정책		담당기관		재원	관할 및 업무
소득	연금	독일연금보험 (국민연금제도, 공적연금)	중앙	연방노동사회부(BMAS) 독일연금보험연합(DRB)	연방지원금 (일반조세수입) + 보험료	감독·입법
			지역	각 지역 연금보험		관리·운영
		민간연금보험	중앙	연방금융서비스감독청(BAF in), 연방재무부(BMF)		감독
			지역	다양한 민간보험기관		관리·운영
	공공 부조	노인·장애인 기초소득보장, 장기요양부조	주정부, 자치 단체	사회복지사무소 (Sozialamt)	주정부 및 해당 자치단체 부담 + 연방정부의 비용보전 및 지원	운영의 주체
의료	장기요양보험		중앙	연방보건부(BMG)	요양금고 + 주정부 + 보험계약자 본인	감독
			연방 및 주단위	장기요양금고 (질병금고 산하조직)		통합징수처
				질병금고의료지원단		
			지역	장기요양지원센터		정보제공 및 안내, 상담
고용	고령자소득보전지원사업, 고령자파트타임 장려사업 (점진적 퇴직지원사업) 등		중앙	연방노동사회부(BMAS) 연방고용 에이전시	보험료 + 별도의 공제기금 + 연방정부 보조금	최종감독
			지역	연방고용 에이전시		전반적 운영
사회 서비스	재가복지서비스 시설복지서비스	지역	기초자치단체 및 비영리단체	서비스 요금 (민간, 공공기관, 지방 및 중앙정부의 요금협정)	기초지자체 의 구심점 역할	

자료 : 강철희 외(2015). 고령사회 정책 및 전달체계의 글로벌 현황 분석 및 향후 과제 도출연구

독일의 고령자를 위한 노인복지서비스는 첫째, 기초지자체 구심점 역할, 둘째, 민간사회복지사업단의 공조, 셋째, 보속성의 원칙으로 운영되고 있다. 기초지자체 구심점 역할이란 기초지자체의 책임 하에 노인에게 사회서비스를 제공할 것과 지역사회와 다양한 비영리단체와의 협력을 통해 그 책임을 다해야 한다고 법적으로 명시되어 있는 것을 의미한다(강철희 외,

2015). 둘째, 민간사회복지사업단의 공조의 의미는 독일 지역사회 복지관련 민간단체 중 민간사회복지사업단들이 가장 큰 비중을 차지하고 있고 각 단체마다 전국적인 연합체 형태로 조직되어 있다. 따라서 민간사회복지사업단과 공공부문과의 협력관계를 구축하여 적극적으로 공조해야함을 의미한다. 셋째, 보속성의 원칙이란, 민간이 할 수 있는 일은 국가가 개입하지 않는다는 것으로 민간사회복지사업단의 사회서비스는 공공부문에 우선한다(강철희 외, 2015). 이에 기초지자체의 역할은 매우 크다고 볼 수 있다. 기초지자체는 지역주민 중 사회복지서비스 비용을 스스로 지불하기 어려운 사람들에게 그 비용을 해당기관에 대신 지불해 주기 때문에 사회서비스의 일정 영역은 사회부조(Sozialhilfe)에 속해 있다고 볼 수 있다.

독일의 노인복지제도는 노인문제를 해결하기 위한 복지서비스의 기본방향은 다음과 같다. 먼저, 노인들로 하여금 가급적 자립하도록 함과 동시에 그들의 사회참여를 극대화시키고, 수발 또는 간병을 필요로 하는 노인들이라 하더라도 가급적 자신의 문제는 스스로 해결해 나가도록 도와주는 것이다. 마지막으로 국가나 사회는 동서독 노인들 간의 생활을 평준화시키도록 노력하는 것이다.

한편, 독일의 경우 자가 보유 비율이 낮은 주택 시장 구조로 인하여 60세 이상 고령층의 자가 주택 보유 비율은 60%가 되지 않으며, 연금제도 및 사회적 안전망이 발달하여 주택을 구입하지 않아도 주거의 안정성이 크게 위협받지 않는다(한국주택금융공사, 2016). 그럼에도 65세 이상 고령층의 96.4%가 민간 일반 주택에 거주하고 있으며, 80대 이상 고령층의 약 10%만이 요양시설에 거주하고 있다(한국주택금융공사, 2016). 즉, 독일의 고령자들이 거주하는 주거공간의 특성을 살펴보면, 압도적으로 평소에 살던 집에서 생활하는 비율이 높으며, 독일 고령층 주거이동률은 4%미만으로 EU 국가들 중에서도 가장 낮은 국가에 속한다.

이와 같은 점에 기반하여 독일에서의 고령자주거정책 기본방향은 시설지향에서 재가지향으로 방향이 전환되었고 1999년부터 ‘노년기의 주거를 내가 결정하자(Selbstbestimmt Wohnen im Alter)’라는 연방정부 차원의 모델프로그램이 시작되었다(조임영, 2004). 1999년 연방정부 차원의 모델프로그램이 도입된 이유는 1) 고령자들의 주거현황에 대한 1999년 조사결과에 바탕으로, 2) 시설보다 기존 주택거주 희망하고 있었고, 3) 고령자들에게 주택의 특별한 의미를 지니고 있어 자립적 생활공간의 중요성이 강조되었으며, 4) 고령자와 후속세대의 결속을 이루기 위함이었다.

독일의 경우 고령층의 96.4%가 일반주택에 거주하고 있어 AIP 개념을 적용한 고령친화 주거 지원에 초점이 맞추어 지원되고 있다(한국주택금융공사, 2016). 독일 정부는 노인친화형 주거 요건을 8가지로 제시하고 있으며 1) 대중교통과 접근성, 2) 생활편리시설 접근성, 3) 외부접근 용이성, 4) 주거지 내 이동의 편리성, 5) 적절한 크기와 주거 공간, 6) 기본적인

설비 구비, 7) 안전사고 대비, 8) 개호 행위 용이성이다. 이 외에도 독일의 노인주거 정책은 노인친화형 주택개발·노인세입자 보호·노인시설기준 강화·시설거주 노인들 권익보호 등으로 요약되며, 가능한 모든 서비스는 재가지역복지사업소를 통해 노인욕구에 맞게 서비스망을 구축해 나가고 있다(이주은 외, 2012).

독일의 노인 주거는 AIP의 개념과 동일한 원칙을 적용하여 재가요양을 원칙으로 한다. 2008년 이후 치매환자에 대한 대안적 주거에 대한 논의가 점차 활발해지면서(한국주택금융공사, 2016) 재가복지 서비스의 확충이 이루어지기 시작하였다. 독일의 노인복지서비스는 재가복지(ambulante Altenhilfe), 시설복지(stationäre Altenhilfe)로 구분되며, 한국식 개념으로 재가복지란 ‘노인복지재가시설’에서 제공하는 서비스이며, 시설복지란 시설에 입소하여 제공받는 서비스를 의미한다. 재가복지는 다시 ‘자택돌봄(Häusliche Pflege)’과 시설의 주간 혹은 야간 돌봄을 의미하는 단기시설 돌봄(teilstationäre Pflege)과 단기체류 돌봄(Kurzzeitaufenthalt Pflege) 등으로 세분화된다(정기혜 외, 2012).

자택돌봄은 시설이나 주야간보호와 달리 개인욕구에 따라 이용하게 되며, 개인사업자 자격으로 시청에 신고·허가를 받은 후 운영할 수 있다. 비용은 이용자가 선지불한 후 장기요양보험에 청구하는 방식으로 지급되며, 가족의 휴가 등으로 인해 단기적으로 돌보기 어려운 경우에 주로 이용하게 된다. 자택돌봄의 제공서비스는 노인의 상태와 욕구에 따라서 필요한 보호를 제공하고 이용자와 기관이 계약할 시에 필요한 의료적 처치 등 계약한 내용에 따라 서비스가 지원된다. 일반적으로 하루 일과는 노인들이 원하는 활동을 자유롭게 하고, 이용노인들을 본래 인근지역에서 거주하는 노인들이 대부분이다. 자택돌봄은 독일의 재가 보호, 가족의 비공식 역할의 제도적 강화를 위한 새로운 보호형태이다.

〈표 2-10〉 독일의 재가복지(ambulante Altenhilfe)_자택돌봄

구분	내용
운영방향	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 기본 컨셉은 집에 있는 것처럼 가족같이 돌봄시설이나 주야간보호와 달리 개인욕구에 따라 이용 ◦ 제공서비스는 개인의 욕구에 따라 그에 맞는 서비스 제공
운영방식	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 개인사업자 자격으로 시청에 신고허가받은 후 운영 ◦ 비용방식은 이용자가 기관에 선지불 후 장기요양보험에 청구하는 방식 ◦ 이용초기 이용자와 기관이 계약, 이용기간, 비용, 의료적 처치 등의 내용을 계약
제공서비스	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 노인의 상태와 욕구에 따라서 필요한 보호를 제공 ◦ 하루일과는 노인 본인이 원하는 활동위주
이용노인 특성	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 이용자의 대부분은 장기요양보험 등급을 받은 노인 ◦ 이용경험이 있는 노인들이 반복적으로 이용함 ◦ 본래 인근지역에 거주하는 노인들이 주로 이용

자료 : 이윤경(2017). 국외출장보고서(독일, 네덜란드)

독일의 경우 독일 내 9,000여개 이상의 노인시설이 있고, 유료로 운영되고 있다. 독일 노인복지시설은 사회복지법인(카리타스, 적십자 등)이 중심이 되어 운영되며, 입소노인들은 자신의 연금과 보험금 등으로 그 비용을 지불하고 부족분은 국가차원에서 지원하고 있다. 독일의 노인복지시설 유형 중 알텐본하임은 우리나라의 유료 노인복지주택과 유사하고, 알텐본하임은 유료 양로원, 알텐플레게하임은 유료 노인요양시설과 가까운 개념으로 볼 수 있다. 마지막으로 알텐첸트룸은 고령자의 경우 신체가변성이 높아 자주 거주지를 옮기는 것보다 안정적인 곳에서 지속적인 케어를 받는 것이 바람직하다는 인식변화에 따라 생겨난 새로운 형태의 노인종합복지시설이다.

〈표 2-11〉 독일의 노인시설복지(stationäre Altenhilfe) 유형

구분	내용
알텐본하임(Altenwohnheim)	◦ 독립적인 생활(자립)이 가능한 노인을 대상으로 하는 시설
알텐하임(Altenheim)	◦ 자립이 불가능한 경우 신체적 보조, 케어가 동반되는 시설
알텐플레게하임(Altenpflegeheim)	◦ 노인병원(알텐크랑크하임)과 같은 개념, 장기간 지속적인 케어가 필요한 노인에게 종합적인 보살핌을 행하는 시설
알텐첸트룸(Altenzentrum)	◦ 알텐본하임, 알텐하임, 알텐플레게하임과 같은 시설들이 인접부지에 건설되어 동일한 운영주체와 직원에 의해 운영되는 노인종합시설

자료 : 독일의 노인복지주택(<https://m.blog.naver.com/PostView.nhn>)

독일은 지역사회 내 노인들의 사회참여나 여가활동을 적극적으로 독려하고 있으며, 중앙 또는 지방정부의 재정 지원과 함께 자치적인 활동 또한 매우 활발하다. 독일의 노인을 위한 여가 및 사회활동들은 ‘사회생활에 참여’를 목적으로 일상의 사회생활에 참여를 가능하게 하고, 타인에 의한 수발로부터 최대한 벗어나서 독립적으로 생활하도록 하는 것을 주된 목적으로 하고 있다.

시니어사무소(Seniorenbüro)는 독일 지역사회 소규모 노인 여가활동시설로 연방시니어사무소협회(Bundesarbeitsgemeinschaft Seniorenbüros e.V.: BaS)가 총괄·운영하고 있다. 도입 초기 44개소에서 2014년 기준 독일 전역에 344개소가 운영 중에 있으며, 시니어사무소를 통해 지역사회 밀착형 노인 사회참여를 유도하고 있다. 시니어사무소 프로그램은 지역별·기관별로 상이하지만, 노인들의 접근성을 높이고 참여노인들의 선호도를 파악하여 반영한 프로그램들을 운영한다. 노인들은 교육 참여자가 되기도 하고 교육자로도 활동하면서 지역사회 안에서 노인들이 충분한 가치를 지닌 사회적 자원임을 인정받고 지역사회 응집력을 높이는데 기여하게 된다(정은하 외, 2014; 정은하, 2016).

3) 실천사례

(1) 지역사회복지센터(Sozialstation)

독일연방공화국 내에서 재가노인복지프로그램이 가장 모범적으로 잘 운영되고 있다고 평가받는 도시는 뮌헨시이다. 뮌헨시 당국은 재가복지서비스 프로그램의 내실화를 통해서 그들이 지금까지 살아온 자택에 그대로 머물러 사는데 불편함이 없도록 도와줌으로 인해 시설입소를 억제하고 있다. 독일의 재가노인복지사업 중 지역사회복지센터(Sozialstation)의 역할은 매우 중요한 비중을 차지하는데 사회복지센터는 해당지역 거주노인들의 간병과 간호, 생활상감, 가사지원 등 모든 서비스를 총괄하여 수행한다. 이러한 사회복지센터는 독일 전역에 걸쳐 지역단위로 1개소씩 운영되고 있다(백세시대, 2010.04.30.). 센터에는 사회복지사, 간호사, 간병사, 행정담당관 등 8명 내지 10명의 유급상근직원과 자원봉사자 20명 내외로 구성되며, 자원봉사자는 주로 정년퇴직한 60대 중반의 건강한 노인이나 가정주부, 그리고 병역의무 대신 사회적 서비스 분야에서 일하고 있는 청년(zivildienstleistende)들로 구성된다(백세시대, 2010.04.30.).

독일의 지역사회복지센터는 모든 재가복지시설의 집합체로서 집역된 보호서비스의 전형이다(남윤옥, 2002). 일반적으로 지역사회복지센터는 지역사회 보건의료서비스시설로서의 기능과 그 외 서비스 프로그램으로 구성되어 있다. 1) 지역주민에게 근접하고 수요를 고려한 기능, 2) 서비스 수혜자의 욕구를 고려한 기능, 3) 사회적 환경에의 융화를 고려한 기능, 4) 질병 예방을 위한 목적 기능 등 지역사회복지센터는 보호와 서비스만을 제공하는 것이 아닌 정보교환과 중개소로서의 기능을 함께 하고 있다(남윤옥, 2002).

지역사회복지센터 기능 중 노인 영역을 중심으로 살펴보면, 센터의 노인보호 영역의 취지는 노인들이 되도록 자신이 살던 자택에서 오랫동안 자립적으로 삶을 영위할 수 있도록 지원하는 것이다. 주된 기능은 기본적인 서비스 제공과 치료간호, 사회적 서비스 질병예방, 재활 및 가사지원, 보조 역할 전담 및 중개 등으로 독거노인을 포함한 노인들에게 보건 및 사회복지서비스, 식사 배달, 방문 및 동행서비스, 장보기 등과 같은 이동성 서비스 프로그램과 신체 청결 보조 서비스를 지원한다. 또한 가족과 이웃의 도움을 촉진하기도 하며, 노인의 사회적 고립과 외로움을 덜어줄 수 있도록 이웃 간의 교류를 확대시키는 것 등에 대한 기능을 수행한다(남윤옥, 2002).

(2) 다세대 하우스(Mehrgenerationenhäuser)

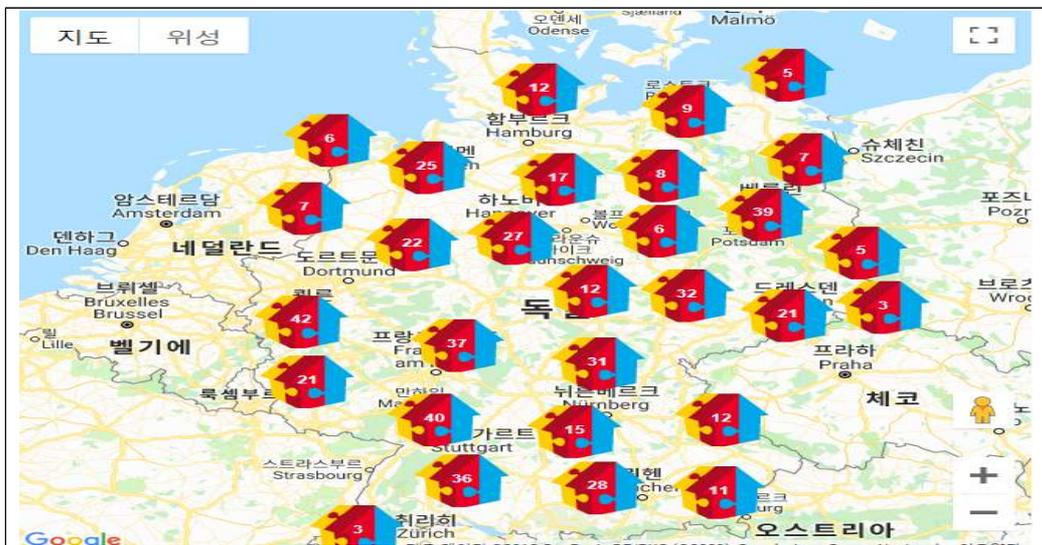
독일의 노인주거보장정책은 노인들의 주거 욕구를 충족시키기 위한 정책마련을 통해 매우

다양한 종류의 노인주택 및 시설이 있다. 이 중 다세대 하우스(Mehrgenerationenhäuser: MGH)는 고령자 주거의 새로운 유형 개발과 공급을 위한 협동조합 주택의 한 유형으로 공공 주거의 대안으로 제시되고 있다. 독일은 고령화의 심화, 저출산, 가족형태의 변화(한부모 가족, 노인부부가족 등)에 따라 사회적 변화에 따른 문제해결을 위해 세대교류를 위한 것이 다 세대의 복지 하우스 프로젝트 시작의 배경이 되었다.

다세대 하우스(센터) 프로젝트는 독일 연방정부에서 중점을 두고 가족·노인·여성·청소년부(여가부)가 협력하여 진행하고 있는 정책 중 하나로 한 건물 아래 여러 세대가 함께하는 공동체 주거공간 프로젝트이다(복지로, 2013.12.18.). 다세대 하우스란, 고령자 가구를 반드시 포함하는 주거형태이지만, 고령자 외 다양한 세대의 거주자들이 함께 협력하며 생활함으로써 이웃공동체로서의 기능까지 포괄하는 것을 지향하고 있다(서유진, 2018). 또한 다세대 하우스는 복지주거공간의 기능뿐 아니라 지역주민이 함께 어울릴 수 있는 커뮤니티 공간으로서의 역할이 더 큰 부분을 차지한다.

2006년 시작된 다세대 하우스 프로젝트는 본래 노년층과 청년층의 소통을 위한 자원봉사 활동 프로젝트에서 출발하였다. 독일 연방 정부는 ‘모두가 한 지붕아래’라는 취지로 ‘다세대의 집 행동강령 프로그램’을 공포하고 각 센터에 자금을 지원했다(하나의 공동체 속에서 사회적 연대감을 키우기 위한 전략 중 하나였다). 이후 2007년 다세대 하우스 프로젝트로 본격적인 정책이 시행되어, 2007년 당시 200여개의 다세대 하우스를 선정하였으며, 2013년 450 개, 2018년 기준으로 540여개의 다세대 하우스가 운영되고 있다(복지로, 2013.12.18.).

〈그림 2-6〉 독일전역의 다세대 하우스 분포



자료 : 다세대하우스(<https://www.mehrgenerationenhaeuser.de/>)

다세대 하우스 프로젝트는 2006년부터 2011년까지 1차 프로그램(Das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser I), 2012년부터 2016년까지 2차 프로그램(Das Aktionsprogramm Mehrgenerationenhäuser II)이 진행되었다. 1, 2차 프로그램이 종료된 후 2017년부터 2020년까지는 '연방정부 프로그램(Das Bundesprogramm Mehrgenerationenhaus : 2017-2020)'으로 운영되고 있다(채혜원, 2017).

다세대 하우스는 공동주거의 개념보다 확대된 개념으로 여러 세대가 한 공간 안에 공존하는 것을 의미한다. 다세대 하우스 프로젝트의 핵심은 지역사회 안에서 어린이부터 노인까지 친밀한 이웃으로 세대 간 통합 및 정서적 결합에 있다. 가족이나 친척에서 받지 못하는 돌봄과 사랑을 지역사회 이웃으로 얻고 다세대 하우스를 만남의 공간으로 활용하여 모든 세대가 상호협동하며 열린 삶을 살아가는 것이 모토이다. 이에 다세대 하우스 프로젝트의 원칙 4가지는 첫째, 노년과 돌봄, 둘째, 통합과 교육, 셋째, 가족적인 활동의 상호 나눔, 넷째, 자원봉사 참여활동이다.

MGH는 여러 세대가 함께 모여 생활하는 다세대 주거공간과 지역사회 주민들 간 만남의 장소와 각종 프로그램에 참여할 수 있는 이용시설인 주간센터로 분류된다. 센터는 지역사회 주민들의 일차적인 만남이 이루어지는 공간이며, 노인 서비스실, 오픈키친, 교육실 등 다양한 활동 공간이 갖추어져 있고 모든 공간과 프로그램은 고령자가 다른 젊은 세대들과 서로 도움을 주고받을 수 있는 환경을 제공하는 것이 특징이다(Silver-ocean, 2018). 원칙적으로 독립된 주거로 구성된 협동조합주택의 형태이며, 욕실, 사우나, 공동주방, 취미실, 거실, 정원 등과 같은 공유공간은 거주민들의 합의와 컨셉에 따라 구성되고, 케어 서비스와 탁아소 등이 결합될 수 있다(서유진, 2018).

구체적인 활동으로 독일 남부도시 본에 위치한 MGH에서는 치매와 같은 정신퇴행성 질환을 예방을 위한 'Brain yoga' 프로그램을 시행하거나, 노인세대의 유언장 작성 컨설팅을 지원하여 삶과 죽음에 대한 조언을 하는 프로그램이 있다. 또한 본에 위치한 MGH의 핵심 시스템은 지역사회노인의 사회참여 즉 노인중심의 자원봉사 시스템이다. 노인들은 이를 통해 지역사회에서 자신들을 필요로 하는 것에 대한 보람과 긍지를 느끼며 높은 책임감을 가지고 활동하고 있다.

독일의 다세대주택(MGH) 프로젝트를 통해 노인들은 본인 스스로 다양한 사회참여 프로그램에 참여하고, 동시에 다른 이들의 상담을 도와주는 역할을 함으로써 신체적·정신적 건강을 얻는 장점이 있다. 이로 인하여 양로원의 가는 시기가 최대 2년 가량 늦춰지게 되고 이에 따른 사회적 비용은 1인당 연 2만~3만 유로(약 2,600만~3,900만원) 가량 감소하는 것으로 예상하고 있다(한국일보, 2018.07.20.). 다세대주택(MGH) 프로젝트는 세대통합이라는 목표

아래 점차 증가하는 노인 세대의 지식을 활용하여 사회의 자원으로 이용하는 역할을 함께 하고 있다. 또한 지역사회 안에서 노인들이 다른 세대들과 공존하며 세대 간 갈등을 줄여나가는 인식개선에도 큰 효과를 가져오고 있다.

(3) 그 외

독일 레겐스부르크시에서는 노인 관련 부서(Senioren und Stiftungsamt)에 건축 관련 전문가가 근무하며 주거환경 개선을 위한 무료 설계 서비스를 제공하고, 필요한 경우 다양한 지역사회 자원을 동원하여 집수리 공사를 지원해준다(정은하, 2016). 또한 “좋은 이웃 - Regensburgs Nette Nachbarn: ReNeNa”이라는 사업을 통해 지역 주민들을 조직하여 지역내 주민들끼리 노인들을 보살피고 다양한 돌봄서비스 등을 제공한다. 이 사업은 노인의 자립적 생활과 사회적 고립감 해소를 목적으로 하며, 목적달성을 위한 1순위를 주거개선으로 여기고 있다. 주거 개선과 관련한 대부분의 서비스도 지역주민 자원봉사자를 통해 해결하고 있다(정은하 외, 2014).

다른 사례로 독일 베를린 한자 우퍼(Hansa-Ufer 5) 5번지 사회주택은 고령자를 위한 사회주택이다. 이 사회주택은 탈시설화의 대안으로 건설된 고령자 전용 사회주택의 표본으로 건물의 모든 공간에는 고령자를 위한 안전 난간이 설치되어 있고, 고령자를 위한 긴급호출시스템, 공용공간 등이 마련되어 고령자들이 편리하고 안전하게 거주할 수 있는 시스템을 갖추고 있다(서유진, 2018). 8층 높이의 총 62가구가 공급되어 있는 한자 우퍼 사회주택은 주택 관리인이 함께 거주하며 고령자들과 관련된 서비스를 연계해주며, 거주자는 자신의 건강수준에 따라 필요한 서비스를 요청할 수 있다(서유진, 2018).

〈표 2-12〉 고령자를 위한 사회주택의 제공 서비스

기본서비스	옵션 서비스(추가비용)
24h 긴급 통화 시스템	주거관리 서비스
정신케어 및 상담	식사 서비스
건물 관리 서비스	세탁 서비스
외부 서비스 중개	개인 간병 및 지원(관련 사항 관리)
지역사회 여가 활동 및 문화행사	

자료 : 서유진(2018). 도시재생에 있어 Aging in Place를 위한 고령자 서비스 주거 연구

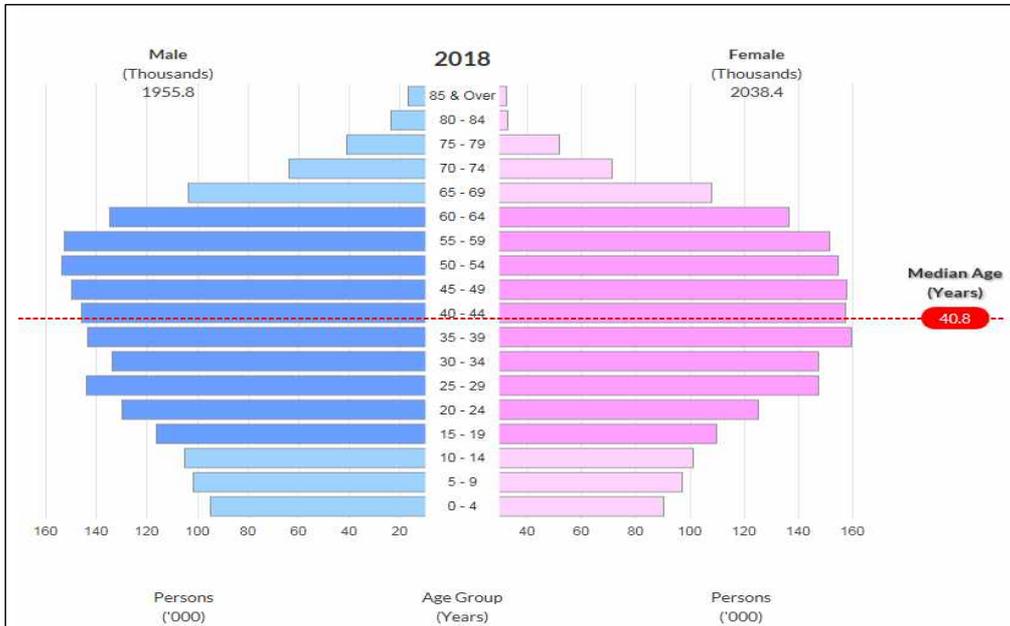
3. 싱가포르

1) 배경

한국과 같이 유교의 영향이 강한(홍송이, 2017) 국가 중 하나인 싱가포르는 동남아시아의 도시 국가이다. 싱가포르는 법률과 그 집행이 매우 엄격한 나라이지만, 경제적으로는 풍요로운 국가이다. 특히 관 주도의 경제사회정책의 집행은 엄격하여 강제적인 성격을 나타내고 있다. 이에 싱가포르는 노령화사회에 대한 총체적인 연구와 정책 수립을 위해 국가주도 하에 국가위원회, 정부부처, 노인단체, 학계의 적극적인 참여가 이루어지고 있다.

싱가포르는 1965년 독립 이후 605세 노령 인구가 지속적으로 증가해왔다. UN 자료에 따르면 1965년 전체 인구 중 불과 2.5%를 차지했던 노령 인구가 2030년은 전체 24%, 2050년에는 싱가포르 인구절반을 차지할 것으로 예상되고 있다(김성훈, 2016). 또한 총 인구가 약 564만명(2018년 7월 기준)인 싱가포르는 급속한 고령화로 인해 기대수명이 평균 남 80.7세, 여 85.2세로 15년 전보다 평균 4.7세가 높아졌고, 인구의 중간나이(median age) 또한 40.8세로 15년 전보다 6세가 높아졌다(DEPARTMENT of STATISTICS SINGAPORE, 2019).

〈그림 2-7〉 싱가포르의 성별/연령별 인구 피라미드



자료 : 싱가포르 통계청(<https://www.singstat.gov.sg/>)

싱가포르 정부는 전통적으로 ‘사회복지에 대한 최소한의 접근(minimalist approach to social welfare)’을 중시해왔다. 특히 싱가포르 정부의 노인복지정책 원칙은 국가가 아닌 개인, 가족 단위로 노후 책임을 중시하며, 동양적 가치를 활용한 정책을 추진하여 왔다.

1980년대 싱가포르는 고령화 문제를 연구하기 위한 최초의 국가위원회인 노인문제대책위원회를 1982년 보건부의 주도하에 수립하였다. 노인문제대책위원회는 노인과 노인에 대한 사회적 인식 태도를 개선하는 것이 주된 핵심과제였다. 여기에는 부모와 노인에 대한 자녀와 친척의 효(孝)와 책임감 강화가 포함되었으며, 노인정책에 대한 제도화보다는 가족과 사회의 노인통합을 중시하였다. 이러한 초기 고령화 정책은 싱가포르의 급속한 도시변화와 고층 공공주택 등 인구의 광범위한 도시정착시기에 이루어져 오히려 종전의 친밀한 가정과 공동체 의식이 붕괴되는 현상을 가져왔다(Lee, 2017). 이에 따라 새로운 도시환경에서의 가족관계, 이웃 및 다세대 가정 등 지역사회 내 네트워크를 촉진하기 위한 새로운 도시생활 환경이 필요하게 되었다.

1995년에 실시된 ‘싱가포르 노인 전국조사’는 고령자들의 특성, 필요성 및 문제점들을 조사하였으며, 고령자들의 금융, 고용 및 퇴직, 간병, 이동성, 지역사회 기반 보건 및 지원 서비스의 인식 등을 전 영역을 포함하였다. 조사결과는 이후 도시계획, 정책입안, 서비스 제공자들에게 활용되어 노인과 노인보호자의 욕구와 필요성을 최대한 충족할 수 있는 계획들이 마련되기 시작하였다(Lee, 2017). 세부적인 조사결과들은 1999년 인구고령화위원회(Inter-Ministerial Committee on the Ageing Population: IMC) 보고서에 반영되어 주택과 토지 이용접근성, 의료, 의료재정 안정, 고용, 생활방식, 그리고 노인복지 문제에 주요 초점이 맞추어졌다. IMC는 노인 전국조사결과를 토대로 ‘성공적인 고령화(successful ageing)’라는 핵심비전과 함께 개인-가족-지역사회-정부 차원의 4단계 공동노력을 요구하는 접근방식을 확립하였다. 또한 IMC 보고서는 노인친화적인 가정과 환경, 다양한 주택 옵션, 통합된 지역사회 계획 및 복지단체의 의료 및 사회서비스 제공 확대와 같은 전략을 정착하기 위하여 “aging-in-place” 원칙을 도입하였다. 싱가포르는 IMC 보고서를 통해 ‘성공적인 고령화(successful ageing)’와 ‘지역사회 계속거주(aging-in-place)’ 두 가지의 정책방향을 도입하여 싱가포르 고령화 인구문제 해결을 위한 비전으로 제시하였다.

2000년대 들어와 싱가포르는 모든 세대를 위한 도시 프로젝트(City For All Ages project) 플랜을 개발하게 되었고, 이 마스터 플랜은 노인들을 위한 국가 인프라의 일환으로 노인친화적 지역사회 기반 시설 계획 및 수립을 주요 전략을 강조하였다. 지역사회 서비스 시스템과 노인 및 보호자를 위한 프로그램, 기금 정책 등에 노인과 보호자의 의견을 반영하였으며, 지역사회 기반 시설의 보급은 인민협회(PA), 지역사회 서비스 센터 및 주민위원회(RC)

에 의해 운영되는 공공기관에서 노인들을 위한 프로그램과 서비스를 제공하게 되었다.

2004년 12월 노령화방지위원회(Commission on Ageing Issues, CAI)가 구성되면서, 2006년 노령화 인구보고서를 통해 '싱가포르의 성공적인 고령화(successful ageing for Singapore)'의 2030년까지의 장기적 달성과제를 제시하였다. 제안된 4가지 주요 정책은 1) 고령자를 위한 주택(housing for seniors), 2) 노인접근성(accessibility for seniors), 3) 노인을 위한 케어(caring for seniors), 4) 노인을 위한 기회(opportunities for seniors)이다(Lee, 2017). 이는 노인친화형주거를 제공하고 장벽없는 도시계획과 경제적이고 통합된 의료서비스 시스템, 그리고 노인들의 활동적인 생활습관과 웰빙에 대한 내용을 포괄하는 것이었다. CAI의 2006년 보고서에 이어 2008/2009년 '싱가포르 노인실태조사 보고서'에는 세계보건기구(WHO)의 '능동적 노화(active ageing)'의 개념과 '성공적인 고령화(successful ageing)'를 포함하게 되어 싱가포르 노인정책의 전략적 추진방안은 1) 지역사회 계속 거주(aging-in-place), 2) 능동적 노화(active ageing), 3) 건강관리 및 의료(healthcare and eldercare), 4) 고용 및 금융(employment and financial security)으로 확대되었다.

2010년 이후 가족구조, 사회규범 및 생활방식의 변화, 기대수명 연장, 건강·고용 문제 증가 등 이전과는 또 다른 사회문제들이 나타남에 따라 '노인들이 가정 내에서 그리고 지역사회 내에서 안전하고 자신감 있게 활동할 수 있는 포괄적인 고령친화 도시환경'을 조성하는 것에 초점이 맞추어지기 시작하였다. 이러한 변화는 2011년 시작된 모든 세대를 위한 도시 프로젝트(City For All Ages project: CFAA)로부터 시작되었다. CFAA 프로젝트의 목표는 노인 친화적인 공동체를 건설하기 위해 거주자, 공공기관 및 지역사회 협력과 홍보를 이끌어내는 것이었으며, 지역사회개발부, 청소년체육부, 국가개발부, 주택개발부, 도시재개발청(URA), 생활도시센터, 경제개발원 등 정부 기관들의 다각적인 노력이 포함되었다.

최근 싱가포르 정부는 2015년 고령사회에 대응한 선제적 대응정책인 (The Action Plan for Successful Ageing)을 발표했다. 이 정책은 정부기관, 복지 및 비영리기관, 학계, 기업, 지역사회 및 노조 관계자 등이 공동으로 개발하여, 상호간 피드백을 통해 개발되었다. 건강과 행복, 학습, 자원봉사, 고용, 주거, 교통, 공공 공간, 존중과 사회적 포용, 적정 은퇴, 의료와 돌봄, 취약 고령층 보호, 연구 등 12개 영역의 70개 사업으로 구성되어 있으며 30억 싱가포르 달러가 투입된 정책이다. 개인 차원에서는 시니어 학습, 지역사회 차원에서는 세대 간 교류와 소통을 통한 응집력 있는 커뮤니티 형성, 국가 차원에서는 정년 연장(정년 연령을 2017년까지 65세에서 67세로 연장) 및 주거, 교통, 도시계획과 고령 친화를 위한 연구 개발 투자, 중풍 및 치매 예방과 치료용 정원 설치 등 고령 친화적 사회 혁신을 망라하는 정책이다(정건화, 2017). 싱가포르 「The Action Plan for Successful Ageing」 정책의 가장 큰 특징은

고령화위원회라는 컨트롤 타워를 중심으로 전 사회적 현실을 계획하고 노·사·정·민이 함께 실행하며, SNS 등을 통해 국민들에게 지속적으로 정책에 관련한 정보를 제공하고 있다는 점이다.

싱가포르는 「The Action Plan for Successful Ageing」 정책을 통해 다음과 같은 정책목표를 통해 싱가포르가 노령화에 대응하는 성공사례가 될 것을 기대하고 있다. 1) 모든 연령에 대한 기회(opportunities for all ages), 2) 모든 연령을 위한 캉퐁(Kampong for all ages), 3) 모든 연령을 위한 도시(city for all ages) 이다. 즉, 노인을 포함한 모든 사람들이 지속적으로 배우고 성장하며 최대한의 잠재력을 발휘하고, 노인을 존중하고 포용하는 서로를 배려하는 포용적인 싱가포르를 만들겠다는 것이다. 마지막으로 싱가포르가 경제적 성공뿐 아니라 성공적인 노화를 위한 도시모델로서 성공사례가 되기를 희망하고 있다.

〈표 2-13〉 Action Plan for Successful Ageing의 수준별 정책내용

구분	주요내용
개인수준 : 모든 연령을 위한 기회 (Opportunities for All Ages)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 건강 및 웰니스(health and wellness) ◦ 평생학습(lifelong learning) ◦ 노인자원봉사(senior volunteerism) ◦ 평생고용가능성(lifelong employability) ◦ 은퇴 적정성(retirement adequacy)
지역사회 수준 : 모든 연령을 위한 캉퐁 (Kampong for All Ages)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 존중 및 사회참여(respect and social inclusion) ◦ 취약계층 보호(protection of vulnerable seniors)
국가수준 : 모든 연령을 위한 도시 (A City for All Ages)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 주택(housing) ◦ 교통(transport) ◦ 공공장소(public spaces) ◦ 의료 및 고령화 케어(healthcare and aged care)

자료 : Action Plan for Successful Ageing(<https://sustainabledevelopment.un.org/>)

인구의 급속한 고령화로 싱가포르는 암, 심장병, 뇌졸중 등의 점점 증가하여 일상에서 도움을 필요로 하는 노인환자들은 2010년 3만 명에서 2017년 8만명 이상으로 증가하였다. 이에 싱가포르는 ‘2020 보건계획’을 수립하여 의료품질 개선, 비용관리, 접근성 향상 등을 목표로 하고 있다. 또한 싱가포르는 지난 10년간 고령사회에 대비하여 보건부가 직접 건설하고 운영하는 저비용으로 입원치료가 가능한 ‘커뮤니티병원’도 꾸준히 지어왔다. 싱가포르는 매년 병원 1개씩을 지어 모든 구역마다 병원이 있거나 기존 병원에서 확장된 형태로 케어가 가능하게 하고 있다(매일경제, 2017.11.15.). 2018년 한해 의료복지 예산을 2013년보다 두배(2013년 58억 싱가포르 달러 → 2018년 102억 싱가포르 달러) 가까이 증액하는 등 고령화 인구에 맞는 정책변화를 시도하고 있다.

2) 개요

싱가포르의 고령인구의 증가로 인하여 사회·의료적 욕구 또한 변화해가고 있다. 노령인구에 대한 사회적 지지가 더 필요로 되었고, 사회적 고립의 위험이 증가하고 있다. 또한 더 많은 병원방문과 병원체류 기간이 증가하고 보다 만성적이고 장기적인 의료관리의 필요성이 강조되고 있다. 이러한 욕구들은 상호간 얽혀져있어 노령인구에 대한 전반적인 정책변화가 요구되었다.

싱가פור는 일찍이 인구 고령화로 인해 발생하는 노동력 부족, 그리고 그에 따른 국가 경제의 활력 감소 및 생산성 저하, 의료비 급증 문제에 대하여 다양한 정책을 통해 대응해왔다. 싱가포르의 대표적인 노인복지정책은 연금제도(CPF), 노인일자리 창출, 지역사회 노인복지 프로그램 활성화 등으로 이러한 시스템에 국가가 적극적으로 개입하고 있다. 특이할만한 점은 싱가포르는 「효도에 관한 법률(the Maintenance of Parents Act)」이 제정되어 있어 경제력이 있는 자식이 부모를 부양하지 않는 경우 고소를 당할 수 있으며, 이에 관한 민간단체의 활동 또한 활발히 진행되고 있다(광산구의회, 2012). 싱가포르의 노인정책은 기본적으로 지역사회 내 서비스와 고령자 간의 강한 네트워크 구축, 지역사회와의 통합의 기회를 제고하는 것이다. 즉, 고령자와 가족의 높은 참여도와 본인 스스로 지역사회 주인이라는 의식을 갖도록 하는 것이다(최선희, 2018).

싱가포르에는 대부분의 국가에서 시행하고 있는 사회보험제도가 없으며, 중앙적립금제도(Central provident fund: 이하 CPF)를 노후소득보장 제도로 채택하고 있다. CPF는 우리나라 국민연금과 비슷한 형태의 사회보장제도로 일반 국민의 노후생활, 주택 구입, 의료비 지출 등을 기본적으로 국민 각자의 저축을 통해 대비하도록 하는 제도이다. 싱가포르 정책의 기본원칙은 ‘자립과 자조’로 국가의 공적 부조를 최소화하는 원칙에 입각한 복지정책을 시행하고 있다.

1955년 도입된 중앙적립금제도(Central provident fund: CPF)는 노후보장에 초점을 맞추어 시행되었다. 이후 1968년 CPF 적립금을 이용한 공공주택 구입이 가능해지고 1977년 의료비 지원 기능이 추가되면서 CPF는 노후연금을 비롯한 각종 의료비 보조, 교육비, 주택자금 지원, 사망시 부양가족 보호 등의 기능을 복합적으로 수행하는 종합적인 사회보장제도로 자리잡게 되었다(Central Provident Fund Board, 2019). 은퇴 이후의 삶을 위한 자금을 마련할 수 있도록 운영되는 CPF는 저소득층 고령인구의 은퇴 후 주거, 헬스케어 등의 만족도를 높이는데 기여하고 있다.

싱가포르 노인복지정책 중 주거정책은 대표적인 모범사례로 꼽히고 있다. 기본적으로 AIP를 실현하는데 있어 주거정책(housing policy)을 배제하고 노인들의 지역사회 계속 거주를

지원하는 것을 불가능하다(홍송이, 2017). 싱가포르의 주거정책은 다양한 형태의 주거를 통해 AIP를 실현가능하게 할 수 있는 구조를 가지고 있다. 대표적인 주거정책은 공공주택 재구매 임대(lease byback scheme)과 주택임대 프로그램(subletting flat/room), 다운사이징(downsizing), 스튜디오 아파트(studio apartment), 이주 프로그램(migration program), 스튜디오 아파트 제도(studio apartment priority scheme) 등을 들 수 있다. 싱가포르 정부는 보편적 주거정책을 통해 퇴직 후 노인들에게 현 거주지를 그대로 유지하거나 최소한 같은 지역사회 내에서 거주할 수 있도록 연계하는 정책들을 실시하고 있다(홍송이, 2017). 싱가포르는 우선적으로 세밀하고 주거현실을 감안한 맞춤형 주거정책 실행하는 특징으로 인하여 국민의 자가점유율이 91%에 달한다(강문철·김영훈, 2018).

이뿐 아니라 고령친화적 주택과 타운을 조성하고 고령친화적 기능을 갖춘 스튜디오 아파트, 다세대 가족친화형 주택, 다운사이징을 통한 주택 자산의 현금화, 노인친화적 주택 개보수에 대한 최대 95%의 보조금 지급과 같은 대상자를 고려한 다양한 주거정책 지원이 제공되고 있다.

주거정책 외에도 싱가포르의 고령친화적 정책은 매우 다양하다. ‘Barrier-Free Access’ 프로그램은 노인들의 이동에 장애가 없도록 개선하는 정부주도 사업이며, 시니어 이동지원 프로그램은 자산조사를 통해 취약계층 노인들의 신체적 장애를 지원하여 노인들이 지역사회 내에서 독립된 생활수행을 유지할 수 있도록 하는 프로그램이다. 이를 위해 의료보장구 및 소비재 구입과 병원치료비, 의료 서비스를 이용을 지원하는 교통비를 보조하고 있다(홍송이, 2017; 강문철·김영훈, 2018). 이 외에도 싱가포르의 AIP를 위한 고령자 복지정책은 노인들의 적극적인 노후 활동 지원정책을 들 수 있다. 노후 활동 지원 프로그램들은 노인들을 다양한 사회활동에 참여시킴으로써 독립적인 생활능력 뿐 아니라 지역사회 안에서 대인관계를 유지하며 살아갈 수 있는 AIP 환경을 만드는 것을 목표로 한다(홍송이, 2017).

〈표 2-14〉 싱가포르의 고령자 복지 정책

정책	기관	내용
주택자산의 현금화 Housing assets cashing	리스구매시스템 Lease byback scheme	중장년층 및 고령화 지원, 정부로 개편, CPF LIFE 구입, 월별 생활보조금 지원
	Subletting flat/room	넓은 공간의 주거를 유지하고 노년 소득을 보장하기 위해 노년층이 주택을 임대사업으로 사용할 수 있도록 하는 사업
	다운사이징(Downsizing) 스튜디오 아파트(Studio Apartment), 이주 프로그램(Migration program)	기존 공공 주택 단지 내에서의 이동, 익숙한 환경 및 이웃 관계 유지 정책 유지
	스튜디오 아파트 우선순위 계획 Studio apartment priority Scheme	AIP 관점에서 55세 이상으로 제한, 가구소득이 월 80만원 미만인 중산층 가구는 30년 거주 보장
노인 친화적 환경 조성 Create Elderly-friendly environment	BFA(Barrier-Free Access) 프로그램	이동성에 장애가 있는 노인들을 위한 이동 보장 프로그램, 정부 주도의 인식개선 사업
	활동적인 노인을 위한 개선 사항 Enhancement for active seniors(EASE)	65 세 이상, 60 세부터 64 세까지의 사람을 대상으로 타일, 안전 바, 내부 램프가 설치되며 이를 위한 정부 보조금 지급
	승강기 업그레이드 프로그램 Lift upgrading programme	승강기가 없는 넓은 공공주택에 승강기 설치 및 노후된 기존 승강기 교체
	노인을 위한 삶의 향상과 시설 개선(Project LIFE) (Life Improvement and Facilities Enhancement for the Elderly)	저소득 노인을 위한 환경친화적 환경 개선, 미끄럼 방지 타일 설치, 안전 바 설치, 문턱 제거, 램프 설치 등 환경개선사업 추진
	노인들의 이동성 및 활성화 기금 프로그램 Seniors' Mobility and Enabling Fund programme	자산 조사를 통해 취약 노인들의 신체장애 지원, 의료 보험 및 소비재 구입 보조, 병원 치료, 교통비 보조
노년 활동 지원 Support for old age activities	재취업법 강화 Reinforced re-employment Act	67 세까지의 퇴직 보장, 경제적 자립심 증대, 직장에서 정부의 경제적 지원
	사회적 참여 유도 Induce social participation	웰니스 프로그램, 자원봉사 관리 시스템은 국가봉사센터를 통해 지원
커뮤니티케어 서비스 Community Care Service	홈 서비스 Home services	의료 방문, 간호 방문, 호스피스 방문, 노인 돌봄 등의 개념을 적극적으로 도입
	데이케어센터 Day care center	주말 보호자 휴식, 치매/일반보육, 재활보육, 호스피스 보육, 노인 활동 등에서 보호자가 쉴 수 있는 공간 제공
	그 외 서비스 Other services	친선 문, 가정 간호 지원 및 교육, 지역 사회 건강, 노인 간호, 상담 서비스 등은 개인 서비스가 아닌 공동체 개념의 서비스와 의사소통을 도입

자료 : 강문철·김영훈(2018). 도시형 노인주거 사례분석을 통한 Aging in Place 활성화 방안에 대한 고찰

싱가포르는 모든 세대를 위한 도시 프로젝트(City For All Ages project: CFAA)를 수립하여 싱가포르 전역의 노인친화적 커뮤니티를 구축하고 있으며, 2018년 기준 싱가포르의 16개 지역이 프로젝트에 참여하였다. 모든 세대를 위한 도시 프로젝트(City For All Ages project)란, 건강하고 활동적(Healthy and Active)인 노후생활을 위해 건강에 대한 조기선별과 관리, 운동 및 건강한 생활방식을 이끌어내고, 친구를 사귀거나 도움을 받을 수 있는 위치를 파악하거나 독거노인들이 외롭지 않도록 노인들을 밀접한 지역사회 일부(part of a closely knit community)로 지지한다. 또한 노인들이 안전하게 아파트와 마을을 돌아다닐 수 있고, 도움이 필요한 노인에게는 보살핌을 제공하여 독립적으로 생활(able to live independently & confidently)할 수 있는 최상의 조건들을 지원하는 것을 말한다. CFAA 프로젝트는 하드웨어와 소프트웨어 개선사항을 모두 제공하여 노인친화적 커뮤니티를 구축하는 것을 비전으로 하고 있다. 특히 고령인구 증가에 대응한 데이케어센터, 의료시설, 여가 및 문화 활동 센터 등을 포괄하는 통합적인 고령시설 네트워크를 구축하고 세대 간 통합을 위해 모든 세대를 아우르는 종합적 활동 센터 등을 구축하여 모든 세대를 위한 도시를 구현하고자 한다.

〈그림 2-8〉 싱가포르 City For All Ages project(CFAA) 프로젝트 참여지역



자료 : CREATING SENIOR-FRIENDLY COMMUNITIES: Tips and Tools from the City For All Ages Project(2018)

싱가포르에서 지역사회 활동의 일환으로 2008년부터 노인들의 건강을 지키기 위한 인민협회의 PA 웰니스 프로그램(Wellness Programme)도 대표적인 AIP를 위한 활동이다. 웰니스 프로그램은 노인들이 육체적, 정신적, 사회적으로 활발하게 유지하기 위한 정기 건강검진, 신체 운동 프로그램으로 2012년도에는 87개 선거구 전체에 웰니스 프로그램이 배포되었다. PA 웰니스 프로그램의 목적은 노인들로 하여금 커뮤니티 클럽(CC) 주민위원회(RC), 이웃위원회(NC)를 통해 수많은 프로그램과 활동에 참여함으로써 자신의 건강을 책임지게 하고 더 많은 노인들이 가능한 한 지역사회 안에서 높은 삶의 질을 누릴 수 있도록 하는 것이다. PA 웰니스 프로그램은 50세 이상의 사람들에게 정신적, 육체적, 사회적 활동에 참여할 수 있는 기회를 제공하는 것으로 다음과 같은 3분야에 초점을 맞추고 있다. 1) 건강상태를 알기 위한 건강검진, 2) 건강을 위한 신체활동 참여, 3) 사회적 참여를 위한 CC, RC, NC 프로그램 참여이다. 협회에서는 지역사회 클럽에서 주민위원회(RC)에 이르기까지 웰니스 프로그램을 확대하고 있기 때문에 노인들은 다양한 활동을 하기 위해 집에서 멀리까지 이동할 필요성이 없으며 노인들이 집 근처에서 정기적인 활동적 노화 프로그램에 참여할 수 있다.

웰니스 프로그램은 이미 2018년 약 200개의 주민위원회를 통해 이용할 수 있으며, 2020년까지 모든 주민위원회의 3분의 2에서 웰니스 타임(Wellness time)을 배포하는 것을 목표로 하고 있다.

3) 실천사례

(1) Kampung Admiralty(고령자 전용 공공복합주택)

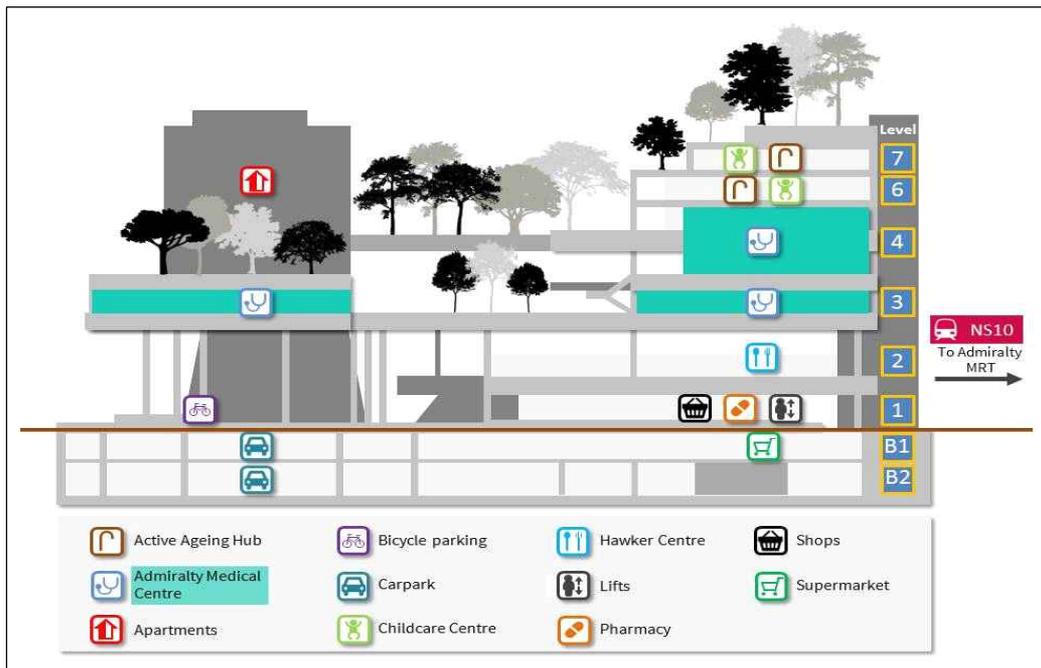
싱가포르 노인정책방향은 크게 첫째, 노인 건강을 유지하고, 노인친화적인 주택제공 및 도시계획, 싱가포르 전역에 걸친 노인친화적 커뮤니티를 구축하는 것을 목표로 하고 있다. 둘째로는 접근성과 경제성이 높은 질 높은 의료서비스를 제공하고 합리적으로 관리하는 것이다.

대표적으로 Kampung Admiralty(캄푹 제도)는 싱가포르에서 최초로 개발된 통합시설로 고령자를 위한 주택과 사회, 의료, 지역사회, 상업 및 소매 시설 등 광범위한 영역을 통합한 복합시설이다. Kampung은 말레이어로 마을(village)라는 뜻으로 노인을 위한 주택을 완벽하게 통합·개발한 역동적인 단지로 꼽히고 있다.

Kampung Admiralty은 싱가포르 북부 지역 우드랜드(Woodland) 타운 중심지에 위치하고 있다. 조성계획은 2012년 수립되었으며 프로그램 기획과 서비스 연계, 건축설계와 시공을 거쳐 2017년 완공되었다(이창, 2018). Kampung Admiralty는 주택개발위원회(HDB)가 보건부(MOH), Yishun 보건캠퍼스 (YHC), 국립환경청 (NEA), 국립공원관리공단(NParks),

아동개발청(ECDA) 등과 협력하여 개발한 시설이다. 전통적으로 기존의 각 정부기관들은 자신들만의 정책에 기반하여 각각의 독립형 건물을 만들어내었다면, Kampung Admiralty 통합단지 는 토지이용을 극대화하고, 싱가포르의 고령화 인구의 욕구를 충족시키기 위해 각 부처가 협력한 최적의 통합단지로 볼 수 있다(HOUSING & DEVELOPMENT BOARD, 2019).

〈그림 2-9〉 Kampung Admiralty의 내부구조



자료 : Admiralty Medical Centre(<https://www.admiraltymedicalcentre.com.sg/>)

2017년 5월 완공된 11층짜리 'Moden Kampung'은 노인들을 위한 약 100개의 아파트, 전문 외래진료 서비스를 제공하는 2층짜리 의료센터, 전문 외래진료 서비스, 보육시설, 식당, 소매점과 함께 다양한 센터들이 있다. 아파트들은 노인들과 결혼한 부부에게 우선권이 있으며 30년 임대로 노인 거주자들에게 제공된다. Kampung Admiralty는 지역사회 젊은 세대와 노인들을 위한 다양한 시설과 편의시설을 제공하고 있으며 이 외에도 모든 지역주민의 지역사회 참여를 장려하기 위한 다양한 커뮤니티 공간으로 설계되어 있다.

Kampung Admiralty 시설 내 커뮤니티 파트(The Community Park)는 지역사회 주민들이 적극적으로 모여 운동을 하거나 대화하거나 함께 지역사회 작은 농장을 돌볼 수 있는 보다 친밀하게 조성된 공원이다. 저층부에는 노인을 위한 다양한 부대시설이 위치해 있으며,

어린이집(보육시설)과 능동적 노화 프로그램(자원봉사, 데이케어, 재활, 건강검진, 재가돌봄, 노인케어 등 포함)이 나란히 배치되어 어릴 때부터 노인들과 함께 생활하고 공유하는 세대통합적인 공간으로 만들어져 있다.

고층부에는 원룸형태의 고령자 주택이 위치해 있고, 주택은 노인 1인용이나 부부용 총 104채가 제공되며 아파트는 공용공간부터 개별 내부까지 고령자를 배려한 무장애 디자인이 도입되어 있다(이창, 2018). 아파트 출입구의 “Buddy benches”는 노인들이 집에서 나와 이웃들과 교류하도록 장려한다. 즉, Kampung Admiralty는 헬스케어, 사회, 상업 및 기타 편의 시설에 대한 근접성으로 세대 간 유대를 지지하고 지역사회 계속 거주(Aging in Place)를 통한 능동적 형태의 노화를 촉진하는 All-in-One Village이다(HOUSING & DEVELOPMENT BOARD, 2019). Kampung Admiralty는 ‘도시건축의 미래’로 불리우고 있으며, 2018년 세계 건축 축제 1위 수상하였다(eco creator, 2018).

(2) Montfort Care

싱가포르 동부에 위치한 Marine Parade 지역에서 실천되고 있는 Montfort Care는 지역 주민이 함께 참여하여 완성하는 다양한 활동을 전개하고 있다.

Montfort Care는 2000년 Marine Parade Family Service Centre로 시작하였으며, 과도기적 과제에 직면해 있는 개인이나, 가족 및 지역사회의 삶을 개선하기 위해 노력하는 다양한 프로그램 네트워크이다. Montfort Care의 비전은 모두가 자발적인 사회봉사의 리더가 되어 스스로 삶에 활력을 부여하고 지역사회를 강화시키는 것이다. Montfort Care의 기본 가치는 1) 자발적인 도전과 행동을 통해 다른 이들에게 모범이 되며, 2) 한계를 극복하기 위한 끈기와 추진력을 갖추고, 3) 지역사회를 위한 지속가능한 솔루션을 공동창출하는 것 3가지를 내세우고 있다.

〈표 2-15〉 Montfort Care Values

Dare To Be Different	We Chiong	We Work Together
자발적인 도전과 행동을 통해 다른 이에게 모범이 되며,	한계를 극복하기 위한 끈기와 추진력을 갖추고,	지역사회를 위한 지속가능한 솔루션의 공동창출

자료 : 몬트포트 케어 <http://www.montfortcare.org.sg/>

Montfort Care의 사회서비스 전문가 팀은 지역사회를 바탕으로 한 사회 서비스를 제공하고, 지역사회 주민들의 커뮤니티를 강화하는데 주력한다. Montfort Care에서 제공되는 서비스는 3개의 가족 서비스 센터 (Family Service Centres, FSC)로 구분되며, 빅리브 특별아

동 보호센터(Big Love Child Protection Specialist Centre), 청소년을 위한 미투유(MeToYou) 사이버 케어 프로그램, 허약한 고령자를 서포트하는 활동으로 굿 라이프(GoodLife!)와 YAH! 프로그램을 진행하고 있다. 모든 서비스들은 “aging in place”에 근거한 서비스로, 지역 내에서 모든 지역 주민을 위해 제공되고 있다.

Montfort Care 센터는 대상자를 상대하는 모든 직원(사회복지사, 사례관리자, 상담사, 의료 관계자 및 프로그램 강사 등)을 교육하여 ACP(advance care planning: 사전관리계획)를 제공하는데 필요한 대상자 옹호, 개입, 촉진, 및 전문지식과 기술을 갖추게 하고 있다. 2018년 3~5월까지 5회의 ACP 촉진자 교육 워크숍을 통해 130명 이상의 관리 전문가를 교육하였으며, 이러한 조직적 노력을 통해 싱가포르 모든 시설에서 서비스 매뉴얼에 통합될 수 있도록 하는 것을 목표로 하고 있다.

Montfort Care는 Marine Parade FSC(개입과 케어), @27, FSC(정보, 사례, 상담, 그룹 워크 등), Kreta Ayer FS(재정적 지원 및 통합적 가족서비스, 지역사회 홍보)의 3개의 가족 서비스 센터와 Big Love(아동보호, 가족기능복원) 서비스 프로그램이 있다. 그리고 50+세대와 고령자들을 위한 GoodLife!와 YAH! 프로그램이 있으며, 이 중 GoodLife! 프로그램은 7개 지역을 중심으로 네트워크화 되어 있다.

GoodLife! 프로그램은 지역사회 안에서 노인들의 독립된 삶을 강화하는 것을 기본원칙으로 한다. 또한 고령자가 필요로 하는 서비스를 지원하기 위해 지역사회로 직접 나아가 사례를 발굴하고 연계하는 역할을 병행하고 있다. GoodLife! 프로그램은 고령자가 자신이 살아왔던 지역사회에서 늙어갈 수 있도록 서포트하는 모든 활동을 지원하고 있다.

GoodLife! 프로그램 주요 활동은 6가지로 구분되며, 고령자들의 니즈를 파악하여 기본적인 자원연계, 맞춤형 의료적 개입, 사례관리, 상담서비스 등 외에도 훈련을 받은 고령자 자원봉사자와 고령자가 친구가 되는 프로그램을 운영하고 있다. ‘친구 되기’ 프로그램은 지역 내 도움이 필요한 고령자들에게 훈련을 받은 고령자원봉사자가 정기적으로 방문하여 생활에 어려움이 없도록 상시 체크하는 프로그램이다. GoodLife! Makan은 점차 증가하고 있는 독거노인들을 지역사회 안으로 통합·연계할 수 있도록 하는 공동체 키친으로 음식을 조리하고 함께 나누기 위한 조리공간을 제공한다. 조리공간 제공을 통해 요리하고 함께 나눔으로써 지역 주민 간 사교의 기회를 제공할 뿐 아니라 센터공간을 활용하여 학습과 교류 등을 통해 유대감을 형성하고 자신들의 잠재력을 발견할 수 있는 능동적인 삶을 이끌어내는 역할을 한다.

GoodLife! 워크아웃은 모두 함께하는 공동체 운동으로 고령자들이 보다 활발한 생활방식을 통해 더 많은 친구를 사귄 수 있도록 하며 지역사회에서 더 친밀한 관계를 구축할 수 있도록 돕는다. GoodLife! 공동체 운동은 휠체어 친화적 운동으로 구성되어 있으며, 운동은 물리

치료사에 의해 승인되어 안전하고 유익하게 구성되어 있다. GoodLife! 프로그램들은 고령자의 정신적, 신체적 건강을 유지하기 위한 활동을 기획하여 고령자의 적극적인 참여를 장려하도록 운영된다(최선희, 2018).

〈표 2-16〉 GoodLife! 프로그램의 활동

구분	내용
CREST(커뮤니티 자원연계, 서포트팀)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 기본적인 서비스 이외에 추가적인 서포트가 필요한 치매나 우울증이 있는 고령자를 위한 커뮤니티 네트워크 서비스 ◦ 지역과 주민을 연계하고, 교육과 아웃리치를 통해 맞춤형 멘탈-헬스케어와 사회적 지지망을 제공
사례관리, 상담서비스	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 고령자의 니즈(needs)를 파악하여, 지역 내 다양한 자원(자원봉사, 다른 프로그램 또는 서비스, 타 기관 등)을 연계 ◦ 다른 고령자 또는 케어해줄 사람을 연계해주는 활동
CACHE (집에서 가까운 곳에서 케어)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 한가지 이상의 만성질환 진단받은 50세 이상의 대상자를 위해 가정에서 가까운 지역사회 내에서 의료 케어를 받을 수 있도록 지원하는 서비스 ◦ 의료 종사자의 서포트 및 지도를 받아 고령자의 건강상태를 정기적으로 파악하고, 대상자에게 투약법과 웰빙에 대한 교육을 병행
친구 되기	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 훈련을 받은 고령자 자원봉사팀과 직원이 함께 지역 내 도움이 필요한 고령자들에게 정기적으로 자택방문을 하여 고령봉사자와 고령자가 친구가 되는 서비스 ◦ 지역사회 내에서 관계를 맺고, 서로의 안부를 물으며 도움이 필요한 고령자가 생활에 어려움이 없도록 상시 체크
GoodLife! Makan	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 공동체 키친으로 독거노인에게 조리공간을 제공하여 사회 안으로 통합·연계를 유도 ◦ 센터는 조리공간을 제공하며 이 공간에서 고령자들은 함께 대화하고 조리하며 식사를 하는 프로그램 ◦ 센터 공간을 통해 회화, 학습공간 제공 ◦ 고령자들에게 조리공간을 제공하는 것 외에도 학습의 기회와 고령자들의 잠재적인 능력을 재발견할 수 있는 기회제공
GoodLife! Workout	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 지역사회 공동체 운동 ◦ 휠체어 친화적 운동, 물리치료사에 의해 사전승인된 운동으로 구성

자료 : 최선희(2018)와 <http://www.goodlife.org.sg/> 내용 재구성

YAH!는 Young-at-Heart의 줄임말로 Montfort Care의 대표적인 프로그램이다. YAH! 프로그램은 계속해서 증가하고 있는 고령자들에 대한 부정적인 이미지를 탈피하고 긍정적인 인식과 마인드를 증진하도록 노력하는 프로그램이다. 2005년 처음 시작한 이래 2,000명이 넘는 사람들이 참여하여 사회학습, 사회행동 및 사회운동(고령자 생활개선, 개인적 성장, 교육 등)을 통해 그들의 생각을 긍정적으로 바꾸는 환경 시스템 구축을 위한 활동을 진행하여

왔다. 구체적으로 YAH! 프로그램은 1) Through Learning(학습을 통해), 2) Through Action(행동을 통해), 3) Through Movement(운동을 통해)라는 3가지 목표를 중심으로 다양한 활동을 전개하고 있다.

〈표 2-17〉 YAH! 프로그램의 활동

구분	내용
Through Learning(학습을 통해)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Happy 50! : 고령자를 위한 다양한 학습프로그램 ◦ Specialised Course : 특정 지식과 기술에 대한 전문과정 ◦ Learning Series : 성공적 노화를 위한 7가지 웰빙에 초점을 맞춘 무료 워크숍과 토론회 개최
Through Action(행동을 통해)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ Seniors-for-Seniors : 노인 자원봉사자를 활용한 노인 간 상호협력 복지 프로그램 ◦ Seniors for the Community : 지역사회 도박문제예방 홍보활동
Through Movement(운동을 통해)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 2013: When you are old Campaign ◦ 2014: Thank you for listening Campaign

자료 : YAH! 프로그램(<http://www.yah.org.sg/>)

먼저 ‘학습을 통해(Through Learning)’의 대표적 활동은 HAPPY 50!으로 이 활동은 50세 이상 성인들을 위해 만들어진 학습과정이다. 이 과정은 50+세대가 노화에 대하여 긍정적으로 생각할 수 있도록 하는 다양한 프로그램과 그들의 능력과 가능성을 인식하게 하여 지역사회 내에서 50+세대가 하나의 지역자원으로 사회에 도움이 되도록 하는 프로그램을 진행한다. 이 학습과정이 종료될 때에는 50+세대들은 인생의 제3장이 곧 자기성장, 자기실현 및 새로운 가능성을 발견할 수 있는 시기로 이해하는 것을 목표로 하고 있다(최선희, 2018). HAPPY 50!의 50시간 학습과정은 9개의 수업, 주별 과제, 커뮤니티 프로젝트 작업을 수행하게 되고 참가자는 학습과정 80% 이상(9회 중 7회) 출석 시 졸업 증명서를 발급받을 수 있다. 이뿐 아니라 50+세대가 특정기술이나 관심 있는 분야를 배울 수 있는 전문 과정도 제공하고 있다. 전문 과정에는 전통중국의학, 정보통신기술(ICT), 영어회화, LEGO 워크숍 등 다양한 코스가 있으며, 학습수준에 따라 과정에 맞는 코스를 선택하면 된다. 또한 매주 무료 워크숍과 토론회를 통한 학습과정에서는 신체적·지적·사회적·정서적·재정적·직업적·영적 차원 등 7가지 차원의 웰빙에 초점을 맞춘 학습 시리즈를 진행하고 있다. 이러한 주제들은 고령자들의 지식과 자기효능감을 긍정적으로 변화시키고 성공적으로 노화되는 것을 목표로 한다.

둘째, ‘활동을 통해(Through Action)’의 대표적 활동은 ‘노인을 위한 노인(Seniors-for-seniors)’으로 이 활동은 고령자들에게 의미 있는 우정을 형성하고 서로 상호작용할 수 있는 공간을 제공하는 지역사회 기반의 복지 프로그램이다. 이 프로그램은 고령자

들이 지역사회를 위해 배우고 지역사회로부터 배울 수 있도록 “노인에 의한, 노인을 위한” 활동으로 구성되어 있다. 노인들은 자신의 기술과 지식을 다른 노인들과 공유하고 함께 지역 사회의 도움이 필요한 사람들을 돕는 활동을 통해 지역사회 안에서 ‘능동적인 노령화’ 개념을 촉진하고 발전하는 데 큰 기여를 하고 있다. 또한 ‘노인을 위한 노인(seniors-for-seniors)’ 활동은 다른 Montfort Care 프로그램 및 기타 자원봉사 단체와 긴밀히 협력하여, 노인들이 직접 장애아동을 위한 학습지도 프로그램을 실시하거나, 직접 지역사회의 고립된 노인을 위한 홍보활동을 하고 간병인으로 지원하여 지역사회 공동체를 이끌어간다. 이 활동에 참여하기를 원하는 고령자들에게는 Montfort Care에서 교육지원과 함께 적절한 훈련을 지원하게 된다.

‘활동을 통해(Through Action)’의 또 다른 활동은 활동을 ‘Seniors for the Community-Problem Gambling Ambassadors’ Programme(지역사회 노인을 위한 도박 예방 프로그램)’이다. 이 활동은 2009년부터 전국 도박문제위원회(the National Council on Problem Gambling: NCPG)와 협력하여 교육행사와 지역사회 홍보활동을 통해 문제성 도박예방 메시지를 지역주민에게 전달하고 있다. PGAP 활동에 참여하는 고령자들은 도박과 상습도박의 경계를 구분하거나 이에 대한 예방 및 위험에 대한 대중인식교육 등을 함께 하여 지역사회 변화에 기여하는 역할을 하게 된다.

마지막으로 Through Movement(운동을 통해) 활동은 ‘2013: When you are old Campaign(2013: 당신이 노인이 되었을 때)’와 ‘2014: Thank you for listening Campaign(2014: 들어줘서 고마워)’ 캠페인이 진행되었다. 2013년 캠페인은 노인에 대한 사회인식에 도전하고 변화를 유도하는 것을 목표로 개최되었다. 2014년 캠페인은 싱가포르 2014년 9월 29일 ‘노인의 날(the International Day of Older Persons: IDOP)’을 기념하면서 Montfort Care의 국가사회봉사위원회, WeCare, GoodLife!와 협력하여 그간 노인들의 기여를 인정하고, 인식을 제고하며, 노인들의 삶에 영향을 미치는 이슈를 해결하자는 목표로 개최된 캠페인이다.

4. 시사점

전 세계적으로 고령인구의 증가는 고령자들이 ‘노후에는 어디에서 어떻게 살 것인가?’에 대한 논의를 불러왔다. 우리보다 앞서 고령화를 경험한 국가들은 고령자들이 자신이 살던 곳에서 노후를 보내는 ‘지역 내 계속 거주(aging in place: AIP)’를 노인정책의 보편적 방향으로 제시하고 있다(권오정 외, 2014).

AIP의 개념은 좁은 의미에서 단위주거를 나타내고 넓은 의미에서는 지역사회 내 주거를

포함한 기존의 물리적·심리적·인적 네트워크를 그대로 유지하는 것이다(권오정 외, 2014). 최근 들어 AIP 개념은 노인들이 살아온 지역사회에서 계속 거주를 위한 살기 좋은 환경제공 및 돌봄지원에서 나아가 세대 간 사회통합을 포괄하는 범위에까지 영역을 확장해가고 있다(권오정 외, 2014; 홍송이, 2017). 이에 고령자들을 위한 도시계획은 노인안전, 효율성, 이동성, 생산성 등 고령자들이 자신이 살던 '좋은 곳(good place)'에서 정착하여 살고 늙어갈 수 있는 최적의 장소 영위를 위한 공간의 극대화를 꾀하고 있다.

앞서 살펴본 해외의 인구 고령화에 대응하기 위한 AIP 적용사례들은 커뮤니티케어 시스템 구축을 앞둔 우리 정부의 나아갈 기본 방향성에 대한 다양한 시사점을 보여준다. 해외 사례들을 통해 발견된 공통점은 1) 지역사회 내 안정적이고 고령자가 원하는 주거공간의 확보를 최우선으로 하며, 2) 노인뿐 아니라 전 연령세대를 포괄하는 통합적 접근을 시도하고 있다는 점이다.

먼저 일본 사례를 통해 살펴본 AIP 적용 사례는 국가주도의 사회보장제도나 의료정책이 고령인구 증가에 따른 사회문제를 해결하는데 효력을 발휘하지 못할 가능성을 제기한다. 즉, 정부 차원의 사회보장과 의료지원은 고령자들에게 최소한의 삶을 영위하는 것만을 의미하기 때문에 노인 삶 자체에 대한 지역사회의 폭넓은 이해가 필요함을 보여주는 것이다. 일본의 AIP 적용도시들은 의료와 개호를 연계하는 시스템을 구축하고 지역에 살고 있는 고령자들을 위한 소소한 일상 서비스 모두를 제공하는 것을 원칙으로 한다. 노인들이 지역사회에서 생산가능인구로 기능할 수 있는 일자리를 비롯하여 의료, 여가·문화생활, 평생교육 등 광범위한 영역을 포괄하는 자원을 확보하고 365일 24시간 이용가능한 의료·개호 서비스 시스템을 갖추고 있다. 즉, 지역사회를 벗어나지 않아도 그 지역 안에서 노인들의 모든 일상생활과 포괄 케어가 가능하도록 체계를 구축하고 있다.

최근 일본의 성공사례에 대하여 전문가들은 한국에서의 적용가능성에 대한 비판적 의견을 제시하고 있다(이상현, 2018; 남상요, 2019). 지역사회가 가지고 있는 집약된 자원을 활용하기 위해서는 도시형태나 도시공간 크기, 지역사회 인구수에 따라 적용모델이 달라져야하며 지역에 맞는 모델을 찾는 데도 많은 시간과 연구가 필요하다는 의견이다. 일본 역시 지역의 특성에 따른 대도시 중심지역 모델, 대도시교외모델, 지방도시 모델 등 세분화된 모델을 적용하고 있기 때문에(남상요, 2019), 우리 지역사회 역시 일본의 여러 모형에 대한 벤치마킹보다는 각 지역특성을 파악하여 새로운 모형을 적용하는 방안을 모색할 필요가 있다는 점이다.

독일은 인구구조의 고령화 문제에 대하여 전 사회적 동의를 통해 중앙정부뿐 아니라 다양한 층위의 지방정부, 민간단체, 지역 커뮤니티 등의 참여를 유도하는 종합적 정책대응을 시행하여 왔다(이상림, 2017). 정책대응의 핵심은 '긍정적 인구변동을 유도(shaping demographic

change) 하기 위한 것으로 인구변동에 따른 기회와 잠재성을 이용하는 것으로 볼 수 있다. 이를 위해 중앙부처들의 독자적 접근이 아닌 부처와 지방을 아우르는 융합적 접근 (interdisciplinary approach) 정책을 펼쳐왔다(이상림, 2017). 이는 노인을 대상으로 한 고령화정책과 같이 협소한 목적을 두는 것이 아닌 보다 광범위한 논의와 담론을 통해 사회통합정책, 지역별 인구변동에 따른 대응전략을 구축하여 접근되어야 함을 시사한다.

싱가포르의 Kampung Admiralty 통합시설은 노인들만을 위한 공간이 아닌 전 연령세대가 함께 공동체 의식에 기반하여 살아가는 모델로 손꼽힌다. Kampung Admiralty 통합시설은 단순히 노인을 위한 복합시설이라는 장점뿐 아니라 녹색공간, 보육통합, 쇼핑과 문화를 아우르는 하나의 작은 도시공간으로의 의미를 지니고 있다. 노인을 대상으로 한 직접적이고 금전적인 서비스 제공이 아닌 지역사회와 노인개인이 스스로 기능하고 독립할 수 있도록 지원하는 싱가포르의 사회복지 역할 분담은 우리 정책의 서비스 제공방식에 대한 제고가 필요함을 보여주는 좋은 사례가 될 수 있다.

해외 사례를 통해 발견한 수원시의 AIP 적용방향에 대한 몇 가지 시사점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 노인에게 적합한 주거형태를 확보하는 것이 필요하다. 우리나라는 현재까지 정부주도의 일방적인 공급방식을 중심으로 노인대상 서비스가 지원되어 왔다. 특히 주거영역에서 우리나라 노인주거공간의 두드러진 특징은 주거형태가 매우 제한적이라는 점이다. 가족돌봄이 가능하거나 건강한 노인의 경우 자택에서 거주하며 생활할 수 있지만, 그 외 노인 대다수는 자신이 살던 지역을 떠나 대규모 시설에 입소하여 여생을 보내게 된다. 외국의 경우 다양하고 세분화된 주거형태를 갖추고 노인들의 욕구에 맞추어 노인 스스로 선택한 주거공간에서 생활할 수 있는 시스템을 갖추고 있다. 즉, 노인들이 정든 곳에서 자연스럽게 여생을 보내며 독립적으로 살아갈 수 있도록 노인상황에 맞는 다양한 형태의 주거형태를 확보하는 것이 우선시 되어야 하는 것을 의미한다. 최근 들어 우리나라 경우에도 공공실버주택이나 맞춤형 주거공간 확보를 위해 지자체들이 지역특성에 맞는 주거계획을 발표하고 있지만, 수요에 비해 공급이 턱없이 부족할 뿐 아니라 이 역시 취약계층을 대상으로 하고 있다. 기존의 거주하던 주거공간에 대한 욕구중심형 환경개선을 비롯해 AIP 지향점과 부합하는 지역사회 내 주거환경 조성사업 추진을 위한 방안모색이 필수적 요소이다.

둘째, 고령화의 지역별 특성을 살펴보는 것이 중요하다. 우선 지역 내 고령자 개인이 할 수 있는 역할과 가족들이 할 수 있는 역할, 그리고 지역사회의 역할을 파악하여야 한다. 다음으로 고령자들의 직접적인 니즈가 무엇인지 확인하는 작업을 통해 지역의 실정에 맞춘 서비스가 제공될 수 있도록 창의적이고 특색있는 제도를 구축해야 한다. 지역이 스스로 기능하는

시스템을 구축하는 것은 지역사회 역량강화를 통해 고령자에게 필요한 자원을 지역 자체적으로 확보할 수 있어야 한다. 이는 반드시 비영리 기관을 포함한 민간 주체의 적극적인 협력체계 마련을 통해 실현가능한 시스템을 만들어야만 가능한 부분이다.

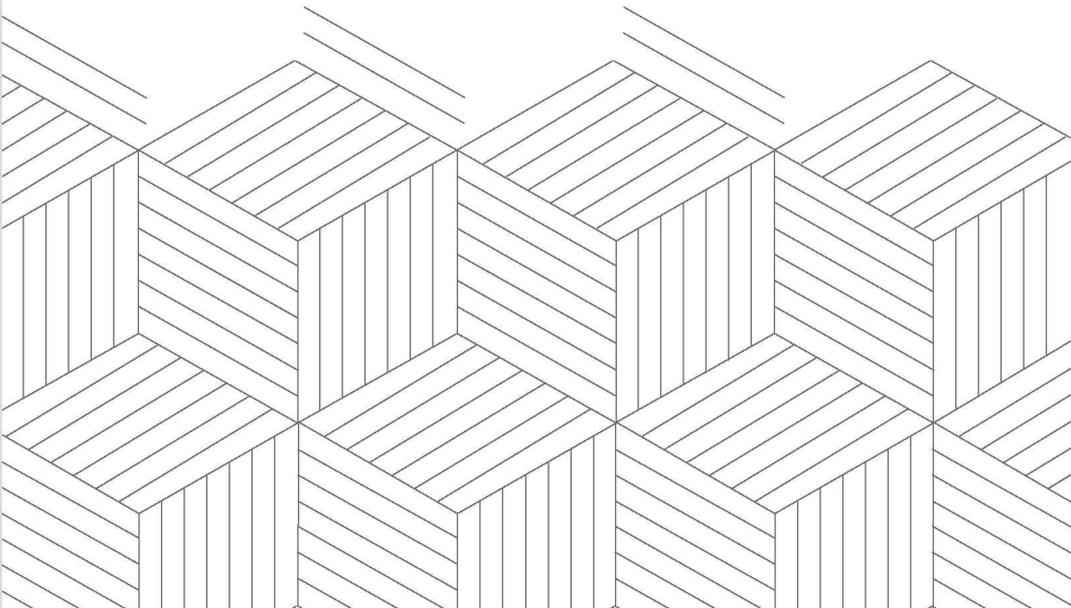
셋째, 무엇보다 고령자들이 지역사회 내에서 사회구성원의 한 일원으로 인정받으며 살아가기 위해서는 고령자들에게 사회적 역할을 부여하는 것이 필수적 요소이다. 또한 고령자들이 독거노인으로 외로움과 고독한 생활 속에서 살아가는 것이 아닌 지역주민들의 자발적 참여 유도를 통해 이웃과 함께 어우러져 생활을 할 수 있도록 지지하는 사회통합인식이 우선될 필요가 있다.

넷째, 고령자들이 지역사회에서 계속 거주하며 자립적인 활동의 주체로 생활하기 위해 요구되는 것은 바로 노인정책 자체에 대한 관점의 전환이다. 노인을 수동적인 존재로서 관리와 통제 대상이 아닌(정은하, 2016), 스스로 선택하고 활동할 수 있는 주체로서 인정하고 이와 관련 정책을 마련할 필요가 있다. 해외 사례와 같이 노인들과 지역주민들이 상호소통하면서 기존의 정책을 보완하고 개선해나가는 점에 주목하여 지역사회 내에서 노인들의 의견을 수렴하고 반영할 수 있는 의사소통 체계를 구축해야 할 것이다. 해외의 AIP 사례에서 가장 주의깊게 살펴볼 부분은 지역사회에서 제공하는 서비스와 정부주도의 정책들이 노인만을 대상으로 하는 단편적 정책이 아니라는 점이다. 노인세대의 지역사회 계속 거주 실현을 가능케 하기 위해 아동·청소년, 청년세대를 포함한 전 연령세대와의 상호교류에 초점을 맞추어 진정한 의미의 사회통합을 이루기 위한 노력을 하고 있다는 점에 주목할 필요가 있다. 따라서 해외 사례를 통해 우리나라에서 적용 가능한 모델을 구상하기 위해서는 지역사회 노인들의 특성과 현상을 파악하는 것에 기반하여 노인에 대한 긍정적인 사회적 분위기 조성 노력을 동반하는 것이 전제되어야 할 것이다.

제3장 수원시 노인의 계속거주 관련 욕구조사

제1절 설문조사 개요

제2절 설문조사 결과



제3장 수원시 노인의 계속거주 관련 욕구조사

제1절 설문조사 개요

1. 조사목적

지역기반형 돌봄정책을 실현하기 위해서는 우선적으로 지역사회 지속거주에 대한 노인의 욕구를 파악하는 것이 필수적이다. 이에 본 연구조사는 수원시에 거주하는 만 65세 이상 노인들을 대상으로 ‘지역사회 계속거주(AIP: aging in place)’와 관련된 욕구를 파악하고자 하였다. 더불어 ‘지역사회 계속거주’ 관련 욕구조사 결과를 바탕으로 수원시 노인들의 삶에 대한 포괄적 이해에 기반한 수원시 노인 돌봄정책 수립의 기초자료로 활용하고자 하였다.

2. 조사설계

조사설계는 ‘지역사회 계속거주’ 관련 욕구조사 목적에 부합하도록 2019년 8월 기준, 수원시에 거주하고 있는 만 65세 이상 노인을 조사대상으로 선정하였다. 따라서 조사의 지리적 범위는 수원시이며, 설문조사는 2019년 8월 26일부터 9월 6일까지 2주간 진행되었다. 설문지는 구조화된 설문지를 이용한 자기기입식 설문조사 방법과 조사원의 1:1 설문진행 방식으로 수행되었다. 분석대상은 불성실하거나 무응답 사례가 많은 설문지를 제외한 총 370부가 최종분석에 사용되었다.

〈표 3-1〉 조사설계

구분	주요 내용
조사대상	◦ 2019년 8월 기준, 수원시 거주 만 65세 이상 노인
조사지역	◦ 수원시
조사방법	◦ 구조화된 설문지를 이용한 자기기입식 설문조사 ◦ 조사원 1:1 설문진행
조사시기	◦ 2019년 8월 26일 ~ 9월 6일(2주간)
최종 분석대상	◦ 총 370부

3. 설문문항 구성

수원시 거주 노인의 '지역사회 계속거주' 관련 욕구조사의 설문문항 구성은 다음과 같다. 문항은 크게 대상자 인구사회학적 특성, 건강 및 돌봄, 주거환경, 생활환경과 삶의 질, 사회참여 및 활동, 사회통합, 지역사회 계속거주 7개 영역으로 구분되어 있으며, 인구사회학적 특성은 대상자 일반사항, 주거관련 특성, 소득관련 특성으로 재분류하여 살펴보았다. 문항내용은 기존 선행연구의 표준화된 척도 및 전국단위 사회조사 지표를 활용하여 신뢰성과 타당성을 확보하였다.

〈표 3-2〉 설문문항 구성 및 내용

구분	내용	
인구사회학적 특성	일반사항	◦ 성별, 연령(만 나이), 혼인상태, 최종학력
	주거관련	◦ 현 거주지역, 수원시 거주기간, 가구주 여부, 동거 가구 수, 동거형태, 주택형태, 주택 소유형태, 주거위치, 현 주택 거주기간
	소득관련	◦ 현 소득활동 여부, 주 소득원, 월평균 가계소득, 주관적 경제상태
건강 및 돌봄	10문항	◦ 평소 건강상태, 의료기간 이용여부, 일상생활 자립수준, 노인장기요양 보험 등급신청 여부 및 이용서비스, 노인돌봄서비스 이용여부 및 이용서비스, 주관적 정신건강 상태, 필요희망 서비스 등
주거환경	2문항	◦ 현재 거주주택 만족정도, 거주지 주거환경 전반에 대한 만족정도
생활환경과 삶의 질	6문항	◦ 이용기관(시설) 등 이동 소요시간, 외출 이동수단, 주단위 외출횟수, 낙상경험 및 낙상경험 이유, 영역별 삶의 만족정도 등
사회참여 및 활동	3문항	◦ 지역사회의 사회참여 조건보유 여부, 수원시 내 사회활동 참여 여부
사회통합	3문항	◦ 이웃과의 영역별 공동체意識 필요정도, 사회통합(소통) 조건 보유인식 등
지역사회 계속거주	4문항	◦ 지역사회 계속거주 의사, 노후부양 선호유형, 노후에 희망하는 주거유형 등

제2절 설문조사 결과

1. 조사대상자의 인구사회학적 특성⁵⁾

1) 일반사항

수원시 노인의 지역사회 계속거주 관련 욕구조사에 응답한 조사대상자들의 인구사회학적 특성 중 일반사항인 성별, 혼인상태, 가구주, 장애등록 여부 등에 대한 응답결과는 다음과

5) 설문조사결과의 해석은 전체 응답자를 대상으로 하였으나, 표는 수원시 거주기간의 평균을 기준으로 2개의 집단(중·단기 거주, 장기거주)로 구분하여 작성함

같다. 대상자 성별은 남성이 전체 38.1%(141명), 여성이 61.9%(229명)이었으며, 현재 배우자가 있는 경우가 45.1%(167명)로 절반에 약간 못 미치고 있었다. 가구주에 대한 응답을 살펴보면 응답자가 가구주인 경우가 77.0%(285명)로 대다수를 차지하고 있었으며, 장애 비등록자가 79.7%(295명)로 장애등록은 한 대상자는 적은 수준인 것으로 조사되었다. 수급자 여부의 경우 비수급자가 54.6%(202명), 수급자가 45.4%(168명)로 나타나 수급자에 비해 비수급자 대상자가 약간 더 많은 것으로 나타났다. 최종학력은 고등학교 졸업자가 24.1%(89명)로 가장 많았으며, 다음으로 초등학교 졸업 23.5%(87명) 등의 순으로 나타났다. 조사대상자 평균 나이는 만 74.8세(sd=6.18)이었으며, 본인을 포함한 동거 가구원수 평균은 1.81명(sd=1.06)으로 나타났다.

〈표 3-3〉 대상자 일반사항

(단위 : 명, %)

구분		중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계(n=370)	χ^2
성별	남성	95 (25.7)	46 (12.4)	141 (38.1)	11.527***
	여성	113 (30.5)	116 (31.4)	229 (61.9)	
혼인 상태	유배우자	106 (28.6)	61 (16.5)	167 (45.1)	6.512**
	무배우자	102 (27.6)	101 (27.3)	203 (54.9)	
가구주	비해당	48 (13.0)	37 (10.0)	85 (23.0)	.003
	해당	160 (43.2)	125 (33.8)	285 (77.0)	
장애 등록	등록	42 (11.4)	33 (8.9)	75 (20.3)	.002
	비등록	166 (44.9)	129 (34.9)	295 (79.7)	
수급자	수급자	88 (23.8)	80 (21.6)	168 (45.4)	1.839
	비수급자	120 (32.4)	82 (22.2)	202 (54.6)	
최종 학력	무학	26 (7.0)	30 (8.1)	56 (15.1)	20.735***
	초등학교	38 (10.3)	49 (13.2)	87 (23.5)	
	중학교	30 (8.1)	30 (8.1)	60 (16.2)	
	고등학교 졸	56 (15.1)	33 (8.9)	89 (24.1)	
	대졸 이상	58 (15.7)	20 (5.4)	78 (21.1)	
만 나이(세)		74.2(sd=6.00)	75.59(sd=6.36)	74.8(sd=6.18)	
동거 가구원수(평균)		1.87(sd=1.09)	1.75(sd=1.02)	1.81(sd=1.06)	

주 1 : 혼인상태-유배우자(사실혼 관계 포함), 무배우자(별거, 이혼, 사별, 결혼한적 없음, 기타)

2 : 동거 가구원수-본인 포함명수

2) 주거관련 특성

대상자의 인구사회학적 특성 중 주거관련 문항에 대한 조사결과 수원시 내 현 거주지역 중 권선구에 거주하는 대상자가 27.6%(102명)로 가장 많았으며, 다음으로 장안구 26.2%(97명), 팔달구 25.4%(94명), 영통구 20.8%(77명) 순인 것으로 나타났다. 동거형태는 노인 1인 가구가 전체 47.8%(177명)로 절반가량을 차지하고 있었으며, 다음으로 노인부부가구 29.5%(109명) 등의 순으로 많은 것으로 나타났다.

주택형태의 경우 아파트에 거주하는 대상자가 68.4%(253명)로 가장 많았고, 다세대/연립주택 14.9%(55명), 단독주택 14.6%(54명) 등의 순으로 나타났다. 주택소유 형태는 타가 54.3%(201명)로 자가 45.7%(169명)보다 많았으며, 주거위치는 지상에 위치한 주거에 살고 있는 경우가 95.7%(354명)로 거의 대부분을 차지하고 있었다.

조사대상자들이 수원시에서 거주한 평균 거주기간은 27.2년(sd=20.08)이었으며, 현 주택에서의 거주기간 평균은 10.2년(sd=12.24)으로 나타났다.

〈표 3-4〉 대상자의 주거관련 특성

(단위 : 명, %)

구분		중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계(n=370)	X ²
현 거주지역	장안구	65 (17.6)	32 (8.6)	97 (26.2)	33.814***
	권선구	56 (15.1)	46 (12.4)	102 (27.6)	
	팔달구	31 (8.4)	63 (17.0)	94 (25.4)	
	영통구	56 (15.1)	21 (5.7)	77 (20.8)	
동거형태	노인1인가구	92 (24.9)	85 (23.0)	177 (47.8)	4.331
	노인부부가구	69 (18.6)	40 (10.8)	109 (29.5)	
	자녀동거가구1	23 (6.2)	18 (4.9)	41 (11.1)	
	자녀동거가구2	23 (6.2)	19 (5.1)	42 (1.4)	
	기타	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.3)	
주택형태	단독주택	23 (6.2)	31 (8.4)	54 (14.6)	10.731*
	다세대 / 연립주택	30 (8.1)	25 (6.8)	55 (14.9)	
	아파트	147 (39.7)	106 (28.6)	253 (68.4)	
	기타	8 (2.2)	0 (0.0)	8 (2.2)	
주택소유 형태	자가	98 (26.5)	71 (19.2)	169 (45.7)	.397
	타가(전·월세 등)	110 (29.7)	91 (24.6)	201 (54.3)	
주거위치	지하 또는 반지하	8 (2.2)	8 (2.2)	16 (4.3)	.263
	지상	200 (54.1)	154 (41.6)	354 (95.7)	
	옥탑	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)	
수원시 거주기간(년)		27.2(sd=20.08)			
현 주택 거주기간(년)		10.2(sd=12.24)			

주 1 : 자녀동거가구 1-(노부부+자녀), 자녀동거가구 2-(노인1인+자녀)

2 : 거주기간 기준-2019년 7월 말

3) 소득관련 특성

조사대상자의 인구사회학적 특성 중 소득과 관련한 조사결과를 살펴보면, 현재 수입을 목적으로 하는 소득활동이 '없다'고 응답한 대상자가 전체 78.9%(292명)로 거의 대다수가 소득활동을 하지 않고 있는 것으로 나타났다. 주 소득원에 대한 조사결과, 기초연금이 주 소득원이라고 응답한 경우가 52.4%(194명)로 절반이상을 차지하고 있었고, 다음으로 연금 29.2%(108명), 월급 7.0%(26명) 등의 순으로 나타났다.

자신의 주관적 경제상태에 대한 응답을 살펴보면, 본인 스스로 '하층'에 속한다고 응답한 대상자가 49.5%(183명)로 절반가량을 차지하고 있었으며, 다음으로 중하층 30.5%(113명), 중상층 18.4%(68명) 등의 순으로 나타나 수원시 노인들의 대다수는 주관적 경제상태를 '하층' 또는 '중하층'으로 인식하고 있었다. 월평균 가계소득은 평균 126.3만원(sd=142.03)인 것으로 나타났다.

〈표 3-5〉 대상자의 소득관련 특성

(단위 : 명, %)

구분		중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계(n=370)	χ^2
현재 소득활동	없음	155 (41.9)	137 (37.0)	292 (78.9)	5.527*
	있음	53 (14.3)	25 (6.8)	78 (21.1)	
주 소득원	연금	66 (17.8)	42 (11.4)	108 (29.2)	1.683
	기초연금	105 (28.4)	89 (24.1)	194 (52.4)	
	용돈	10 (2.7)	7 (1.9)	17 (4.6)	
	월급	14 (3.8)	12 (3.2)	26 (7.0)	
	기타	13 (3.5)	12 (3.2)	25 (6.8)	
주관적 경제상태	하층	93 (25.1)	90 (24.3)	183 (49.5)	7.974*
	중하층	64 (17.3)	49 (13.2)	113 (30.5)	
	중상층	48 (13.0)	20 (5.4)	68 (18.4)	
	상층	3 (0.8)	3 (0.8)	6 (1.6)	
월평균 가계소득(만원)		137.8(sd=137.50)	111.56(sd=146.75)	126.3(sd=142.03)	

주 : 소득활동-수입을 목적으로 하는 소득활동

2. 건강 및 돌봄

다음은 조사대상자가 3개월 이상 앓고 있는 질병에 대한 의사 진단여부와 현재 그 질병에 대한 치료여부에 대하여 조사하였다. 질병은 고혈압, 당뇨병, 암, 이상지질혈증, 관절염, 백내장으로 구분하였으며, 이에 대한 의사 진단 여부는 고혈압의 경우 진단을 받은 경우가

60.0%(222명)으로 더 많았고, 당뇨병은 진단받지 않은 경우가 72.7%(269명)로 더 많았다. 암 진단의 경우 암 진단을 받지 않은 경우가 90.3%(334명)이었으며, 이상지질혈증(고지혈증 포함) 진단을 받지 않은 대상자가 56.8%(210명), 관절염 진단을 받지 않은 대상자가 53.5%(198명), 백내장 진단을 받지 않은 대상자가 62.2%(230명)인 것으로 나타났다. 그리고 3개월 이상 앓고 있는 질병에 대한 의사진단 여부는 고혈압을 제외한 모든 질병은 진단을 받은 경우보다 받지 않은 경우가 더 많은 것으로 나타났다.

〈표 3-6〉 질병에 대한 의사진단 여부

(단위 : 명, %)

구분		중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계(N=370)
고혈압	없음	88 (23.8)	60 (16.2)	148 (40.0)
	있음	120 (32.4)	102 (27.6)	222 (60.0)
당뇨병	없음	154 (41.6)	115 (31.1)	269 (72.7)
	있음	54 (14.6)	47 (12.7)	101 (27.3)
암	없음	189 (51.1)	145 (39.2)	334 (90.3)
	있음	19 (5.1)	17 (4.6)	36 (9.7)
이상지질혈증	없음	124 (33.5)	86 (23.2)	210 (56.8)
	있음	84 (22.7)	76 (20.5)	160 (43.2)
관절염	없음	121 (32.7)	77 (20.8)	198 (53.5)
	있음	87 (23.5)	85 (23.0)	172 (46.5)
백내장	없음	131 (35.4)	99 (26.8)	230 (62.2)
	있음	77 (20.8)	63 (43.8)	140 (37.8)
주관적 건강상태(평균)		3.1(sd=1.14)	2.6(sd=1.11)	2.9(sd=1.15)

주 1 : 질병(3개월 이상 앓고 있는 경우에 해당)

2 : 이상지질혈증-고지혈증 포함, 관절염(골관절염 또는 류마티스성 관절염)

3 : 주관적 건강상태(1점 : 건강이 매우 나쁘다 ~ 5점 : 매우 건강하다)

위의 최근 3개월 이상 앓고 있는 질병에 대한 의사진단 여부 결과에 따라 의사진단을 받은 대상자에게 해당 질병에 대한 치료여부에 대하여 질문하였다. 조사결과 고혈압 진단을 받은 222명 대상자 중 치료를 받고 있다고 응답한 대상자는 222명으로 100.0%가 치료를 받고 있는 것으로 나타났다. 당뇨병 진단을 받는 101명 응답자 중 치료를 받고 있는 대상자는 98.0%(99명)이었으며, 암 진단을 받은 36명 중 치료를 받고 있는 대상자는 72.2%(26명)인 것으로 나타났다. 이상지질혈증을 진단받은 160명 중 96.3%(154명)가 현재 치료를 받고 있

는 것으로 나타났으며, 관절염 진단을 받은 172명 중에서는 89.0%(153명)가 치료를 받고 있었고, 백내장 진단을 받은 140명 중 73.6%(103명)이 현재 해당 질병에 대하여 치료를 받고 있다고 응답하였다.

〈표 3-7〉 의사진단 질병에 대한 현재 치료여부

(단위 : 명, %)

구분		빈도(%)	계(n=370)
고혈압	치료 받음	222 (100.0)	222 (100.0)
	치료 안받음	0 (0.0)	
당뇨병	치료 받음	99 (98.0)	101 (100.0)
	치료 안받음	2 (2.0)	
암	치료 받음	26 (72.2)	36 (100.0)
	치료 안받음	10 (27.8)	
이상지질혈증	치료 받음	154 (96.3)	160 (100.0)
	치료 안받음	6 (3.8)	
관절염	치료 받음	153 (89.0)	172 (100.0)
	치료 안받음	19 (11.0)	
백내장	치료 받음	103 (73.6)	140 (100.0)
	치료 안받음	37 (26.4)	

주 : 이상지질혈증-고지혈증 포함, 관절염(골관절염 또는 류마티스성 관절염)

의료기관 이용여부와 관련하여 조사시점을 기준으로 지난 1개월 동안 병원, 의원, 보건소, 한의원, 치과 등 외래 의료기관을 이용한 경험과 이용경험이 있을 경우 이용횟수(1개월 동안)에 대하여 질문하였다. 조사결과, 외래 의료기관을 이용한 경험이 있다고 응답한 대상자는 전체 84.1%(311명)로 대다수를 차지하고 있었으며, 이용한 경험이 없다고 응답한 대상자는 15.9%(59명)인 것으로 나타났다. 외래 의료기관 이용경험이 있는 311명의 1개월간 의료기관 이용횟수 평균은 3.4회(sd=3.55)인 것으로 나타났다.

〈표 3-8〉 지난 1개월간 의료기관 이용여부

(단위 : 명, %)

구분		중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계(n=370)
의료기관 이용여부	예	172 (46.5)	139 (37.6)	311 (84.1)
	아니오	36 (9.7)	23 (6.2)	59 (15.9)
1개월간 의료기관 이용횟수(회)		2.8(sd=2.52)	4.2(sd=4.42)	3.4(sd=3.55)

주 : 1개월 간 의료기관 이용횟수(n=311)

조사대상자에게 지난 1년간 진료가 필요하다고 생각하였으나 실제 진료를 받지 못한 경험이 있는지에 대하여 조사한 결과 미진료 경험이 있다고 응답한 대상자는 전체 370명 중 20.3%(75명) 수준인 것으로 나타났다.

〈표 3-9〉 지난 1년간 진료 필요시 미진료 경험

(단위 : 명, %)

구분		중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계(n=370)
미진료 경험	예	40 (10.8)	35 (9.5)	75 (20.3)
	아니오	168 (45.4)	127 (34.3)	295 (79.7)

위의 지난 1년간 진료가 필요하였음에도 실제 진료를 받지 못한 경험이 있다고 응답한 75명에게 진료를 받지 못한 주된 이유에 대하여 질문하였다. 그 결과 ‘경제적 어려움’ 때문에 진료가 필요하였지만 받지 못했다고 응답한 자가 41.3%(31명)으로 가장 높은 비율을 차지하고 있었으며, 다음으로 기타 16.0%(12명), ‘거동이 불편해서(동행자 없음)’ 13.3%(10명) 등의 순으로 나타났다. 기타(16.0%)에 해당하는 의견으로는 ‘병원진료 절차가 복잡하여’, ‘치료 효과가 미미해서’, ‘집에 돌봐야할 사람이 있어서 등’이 제시되었다.

〈표 3-10〉 진료 필요시 진료를 받지 못한 주된 이유

(단위 : 명, %)

구분	중·단기거주(n=40)	장기거주(n=35)	계(n=75)
경제적 어려움	16 (21.3)	15 (20.0)	31 (41.3)
교통이 불편해서	2 (2.7)	3 (4.0)	5 (6.7)
거동이 불편해서(동행자 없음)	4 (5.3)	6 (8.0)	10 (13.3)
의료정보 부족(병원 등 정보)	4 (5.3)	3 (4.0)	7 (9.3)
병원예약 어려움 또는 대기시간	3 (4.0)	0 (0.0)	3 (4.0)
증상이 가벼워서	6 (8.0)	0 (0.0)	6 (8.0)
진단 받거나 치료 과정이 두려워서	1 (1.3)	0 (0.0)	1 (1.3)
기타	4 (5.3)	8 (10.7)	12 (16.0)

주 : 기타(병원진료 절차 복잡, 치료효과가 미미해서, 집에 돌봐야할 사람이 있어서 등)

다음은 조사대상자에게 자신 스스로 생각하는 일상생활 자립도 수준은 어느 정도인지 질문한 응답결과 ‘보편적 일상생활이 가능’하다고 응답한 대상자가 전체 65.4%(242명)를 차지하였으며, 다음으로 ‘거동불편’ 수준이라고 응답한 자가 15.9%(59명), ‘만성질환 치료 및 관리

필요' 11.1%(41명) 등의 순으로 나타났다.

〈표 3-11〉 자신의 일상생활 자립도 수준

(단위 : 명, %)

구분	중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계
보편적 일상생활 가능	148 (40.0)	94 (25.4)	242 (65.4)
거동불편	23 (6.2)	36 (9.7)	59 (15.9)
만성질환 치료 및 관리 필요	25 (6.8)	16 (4.3)	41 (11.1)
자립생활 불편	10 (2.7)	16 (4.3)	26 (7.0)
기타	2 (0.5)	0 (0.0)	2 (0.5)

다음으로 대상자에게 일상생활을 수행할 때 가족이나 다른 사람에게 도움을 받고 있는 지 여부에 대하여 조사한 결과 일상생활 수행 시 가족(타인)의 도움을 받고 있다고 응답한 자가 17.6%(65명), 받고있지 않다고 응답한 자가 82.4%(305명)로 대다수가 가족이나 타인의 도움없이 일상생활을 수행하고 있다고 응답하였다.

〈표 3-12〉 일상생활 수행시 가족(타인)의 도움 여부

(단위 : 명, %)

구분		중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계(n=370)	X ²
도움여부	예	29 (7.8)	36 (9.7)	65 (17.6)	4.311*
	아니오	179 (48.4)	126 (34.1)	305 (82.4)	

위의 일상생활 수행 시 도움여부 결과와 관련하여 가족이나 다른 사람의 도움을 '받고 있다'고 응답한 65명에게 주로 누구의 도움을 받고 있는지에 대하여 질문하였으며, 구분항목은 유료·무료와 무관하게 응답할 수 있도록 구분하였다. 조사결과 장기요양보험서비스(요양보호사 등)를 통해 도움을 받고 있다고 응답한 자가 전체 65명 중 24명(36.9%)으로 가장 많은 것으로 나타났으며, 다음으로 동거 가족원의 도움을 받고 있다고 응답한 자가 32.3%(21명), 비동거 가족원 23.1%(15명) 등의 순으로 나타났다.

수원시 노인 조사대상자 중 일상생활 수행시 가족이나 타인에게 도움을 받는 경우 장기요양보험서비스를 통해 가장 많은 도움을 받는 것으로 나타났으며, 동거 또는 비동거 가족원의 도움을 받고 있는 경우도 많은 것으로 나타났다.

〈표 3-13〉 일상생활 수행시 도움받는 사람

(단위 : 명, %)

구분		중 단거주(n=29)	장거주(n=36)	계(n=65)
동거 가족원	도움 받음	9 (13.8)	12 (18.5)	21 (32.3)
	도움받지 않음	20 (30.8)	24 (36.9)	44 (67.7)
비동거 가족원	도움 받음	7 (10.8)	8 (12.3)	15 (23.1)
	도움받지 않음	22 (33.8)	28 (43.1)	50 (76.9)
친척, 이웃·친구, 지인	도움 받음	0 (0.0)	2 (3.1)	2 (3.1)
	도움받지 않음	29 (44.6)	34 (52.3)	63 (96.9)
개인간병인 또는 가사도우미	도움 받음	7 (10.8)	5 (7.7)	12 (18.5)
	도움받지 않음	22 (33.8)	31 (47.7)	53 (81.5)
장기요양보험서비스 (요양보호사 등)	도움 받음	8 (12.3)	16 (24.6)	24 (36.9)
	도움받지 않음	21 (32.3)	20 (30.8)	41 (63.1)
노인돌봄서비스 (각종 공공돌봄서비스)	도움 받음	3 (4.6)	9 (13.8)	12 (18.5)
	도움받지 않음	26 (40.0)	27 (41.5)	53 (81.5)

일상생활 수행 시 도움여부 결과와 관련하여 가족이나 다른 사람의 도움을 '받고 있지 않다'고 응답한 305명에게 누구의 도움도 받지 않는 이유에 대하여 질문하였다. 조사결과 '도움이 필요 없어서(혼자 가능)'해서 도움을 받지 않고 있다고 응답한 자가 전체 305명 중 241명(79.0%)으로 대부분을 차지하고 있었으며, 다음으로 '도움은 필요하지만 도와 줄 사람이 없어서'가 8.9%(27명), '도움을 필요하지만, 가족 등에게 부담을 주고싶지 않아서'가 8.2%(25명) 등의 순으로 나타났다. 조사대상자들이 일상생활시 도움을 받지 않는 주된 이유는 혼자 가능하여 도움이 필요없는 경우를 제외하면 도와 줄 사람이 없거나 가족 등에게 부담을 주고싶지 않아서 도움을 받지 않고 있는 것으로 조사되었다.

〈표 3-14〉 일상생활 수행시 도움을 받지 않는 이유

(단위 : 명, %)

구분	중 단거주 (n=179)	장거주 (n=126)	계 (n=305)
도움이 필요 없어서(혼자 가능)	145 (47.5)	96 (31.5)	241 (79.0)
도움은 필요하지만, 가족 등에게 부담을 주고싶지 않아서	11 (3.6)	14 (4.6)	25 (8.2)
도움은 필요하지만, 도와 줄 사람이 없어서	17 (5.6)	10 (3.3)	27 (8.9)
도움은 필요하지만, 비용이 부담될 것 같아서	3 (1.0)	5 (1.6)	8 (2.6)
도움은 필요하지만, 방법을 잘 몰라서	1 (0.3)	0 (0.0)	1 (0.3)
기타	2 (0.7)	1 (0.3)	3 (1.0)

주 : 기타(가족이나 친척과 연락안함 등)

다음은 노인장기요양보험과 관련한 조사문항으로 노인장기요양보험 등급 신청을 해본 적이 있는지에 대하여 신청경험 여부를 조사하였다. 노인장기요양보험 등급 신청은 해본 적 있다고 응답한 대상자는 전체 8.9%에 해당하는 33명이었으며, 신청한 경험이 없다고 응답한 대상자는 91.1%에 해당하는 337명으로 거의 대부분의 대상자가 노인장기요양보험 등급 신청을 해본 경험이 없는 것으로 조사되었다.

〈표 3-15〉 노인장기요양보험 등급 신청경험 여부

(단위 : 명, %)

구분		중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계(n=370)	X ²
신청여부	예	15 (4.1)	18 (4.9)	33 (8.9)	
	아니오	193 (52.2)	144 (38.9)	337 (91.1)	

위의 노인장기요양보험 등급 신청여부에 대한 응답에서 신청한 경험이 있다고 응답한 33명에게 가장 최근에 받은 노인장기요양보험 등급에 대하여 질문하였으며, 노인장기요양보험 등급은 1~5등급(치매특별등급), 등급 외 및 기타로 구분하여 응답하도록 구분하였다. 조사결과 노인장기요양보험 등급을 신청한 경험이 있는 33명 중 12명(36.4%)이 4등급으로 가장 많은 것으로 나타났으며, 다음으로 등급 외 21.2%(7명), 3등급(15.2%) 등의 순으로 나타났다. 노인장기요양보험 등급을 받은 대상자의 대부분은 3, 4등급 판정을 받거나 등급 외 판정을 받은 것으로 조사되었다.

〈표 3-16〉 가장 최근에 받은 노인장기요양보험 등급

(단위 : 명, %)

구분	중·단기거주(n=15)	장기거주(n=18)	계(n=33)
1등급	1 (3.0)	1 (3.0)	2 (6.1)
2등급	0 (0.0)	1 (3.0)	1 (3.0)
3등급	3 (9.1)	2 (6.1)	5 (15.2)
4등급	3 (9.1)	9 (27.3)	12 (36.4)
치매특별등급(5등급)	3 (9.1)	0 (0.0)	3 (9.1)
등급 외	5 (15.2)	2 (6.1)	7 (21.2)
기타	0 (0.0)	3 (9.1)	3 (9.1)

위의 노인장기요양보험 등급 신청여부에 대한 응답에서 신청한 경험이 있다고 응답한 33명에게 현재 이용하고 있는 장기요양보험서비스가 무엇인지 항목별로 응답하도록 하였다. 먼저 항목별 장기요양보험서비스 중 방문요양서비스를 이용하고 있는 대상자가 78.8%(26명)로 서비스 중 가장 많이 이용하고 있었으며, 다음으로 방문간호 서비스를 이용하고 있는 대상자가 18.2%(6명)로 많았다. 또한 복지용구 12.1%(4명), 방문목욕 이용대상자 9.1%(3명)를 차지하고 있는 것으로 조사되었고, 그 외 주·야간보호서비스, 요양시설, 단기보호 서비스는 현재 이용하고 있는 대상자가 없는 것으로 나타났다.

〈표 3-17〉 현재 이용하는 장기요양보험서비스

(단위 : 명, %)

구분		중·단기거주(n=15)	장기거주(n=18)	계(n=33)
방문요양	이용	14 (42.4)	12 (36.4)	26 (78.8)
	미이용	1 (3.0)	6 (18.2)	7 (21.2)
방문간호	이용	3 (9.1)	3 (9.1)	6 (18.2)
	미이용	12 (36.4)	15 (45.5)	27 (81.8)
방문목욕	이용	2 (6.1)	1 (3.0)	3 (9.1)
	미이용	13 (39.4)	17 (51.5)	30 (90.9)
주·야간보호서비스	이용	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	미이용	15 (45.5)	18 (54.5)	33 (100.0)
요양시설	이용	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	미이용	15 (45.5)	18 (54.5)	33 (100.0)
단기보호	이용	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
	미이용	15 (45.5)	18 (54.5)	33 (100.0)
복지용구	이용	3 (9.1)	1 (3.0)	4 (12.1)
	미이용	12 (36.4)	17 (51.5)	29 (87.9)

위의 노인장기요양보험 등급 신청여부에 대한 응답에서 신청한 경험이 없다고 응답한 337명에게 장기요양 등급신청을 하지 않은 이유에 대하여 질문하였다. 조사결과, '건강이 양호해서(도움이 필요 없어서)'라고 응답한 자가 55.2%(186명)로 가장 높은 비율을 차지하고 있었으며, 다음으로 '노인장기요양보험을 알지 못해서'가 22.3%(75명), '건강상태가 좋지 않지만 등급인정을 받지 못할 것 같아서'가 8.3%(28명) 등의 순으로 나타났다. 이 외에도 '타인의 도움을 받고 싶지 않아서' 4.7%(16명), '비용이 부담될 것 같아서' 3.3%(11명) 등의 이유로 장기요양보험 등급신청을 하지 않았던 것으로 조사되었다.

〈표 3-18〉 장기요양 등급신청을 하지 않은 이유

(단위 : 명, %)

구분	중·단기거주(n=193)	장기거주(n=144)	계(n=337)
건강이 양호해서(도움이 필요 없어서)	116 (34.4)	70 (20.8)	186 (55.2)
노인장기요양보험을 알지 못해서	36 (10.7)	39 (11.6)	75 (22.3)
건강상태가 좋지 않지만 등급인정을 받지 못할 것 같아서	18 (5.3)	10 (3.0)	28 (8.3)
타인의 도움을 받고 싶지 않아서	6 (1.8)	10 (3.0)	16 (4.7)
비용이 부담될 것 같아서	4 (1.2)	7 (2.1)	11 (3.3)
노인요양시설보다 요양병원에 입원하는 것이 더 낫다고 생각해서	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
장기요양보험에는 원하는 서비스가 없어서	2 (0.6)	2 (0.6)	4 (1.2)
현재 이용하는 서비스(재가돌봄서비스, 개인적으로 이용하는 서비스 등)로 충분해서	5 (1.5)	0 (0.0)	5 (1.5)
기타	6 (1.8)	6 (1.8)	12 (3.6)

주 : 기타(양호하지는 않지만 견딜 수 있을 것 같아서 등)

다음은 조사대상자에게 정신건강과 관련하여 지난 한달 동안 어떻게 느꼈고, 또 어떻게 지냈는지에 대하여 1점(항상 그랬다)~5점(전혀 없음)에서 가장 가까운 번호에 응답하도록 하였다. 정신건강에 대한 문항 중 지난 한달 동안 ‘차분하고 평온’하다고 느꼈는지에 대한 응답결과 ‘대부분 그랬다’라고 응답한 대상자가 40.0%(148명)로 가장 많았고, ‘전혀 없다’고 응답한 경우가 6.5%(24명)로 가장 적은 것으로 나타났으며 응답평균은 2.3점(sd=1.19)로 나타났다. 활력에 대한 문항으로 지난 한달 동안 대상자가 느낀 활력에 대한 응답결과, 대부분 활력이 넘쳤다고 응답한 경우가 31.9%(118명)로 가장 많았고, 활력이 넘친 적이 전혀 없다고 응답한 경우가 8.4%(31명)였으며, 응답평균은 2.8점(sd=1.23)으로 나타났다. 정신건강에 대한 두 번째 문항으로 지난 한달 동안 마음이 많이 상하고 우울한 느낌이 있었는지에 대한 응답결과 ‘드물게 그랬다’라고 응답한 경우가 33.0%(122명)로 가장 많았고, ‘항상 그랬다’가 5.9%(22명)로 가장 적었으며, 응답평균은 3.6점(sd=1.24)으로 나타났다.

〈표 3-19〉 지난 한달 동안 느낀 나의 정신건강

(단위 : 명, %)

구분	항상 그랬다	대부분 그랬다	때때로 그랬다	드물게 그랬다	전혀 없음	평균(점)
(정신건강)-귀하는 차분하고 평온하다고 느끼셨습니까?	103 (27.8)	148 (40.0)	48 (13.0)	47 (12.7)	24 (6.5)	2.3 (sd=1.19)
(활력)-귀하는 활력이 넘쳤습니까?	62 (16.8)	118 (31.9)	72 (19.5)	87 (23.5)	31 (8.4)	2.8 (sd=1.23)
(정신건강)-귀하는 마음이 많이 상하고 우울했습니까?	22 (5.9)	62 (16.8)	53 (14.3)	122 (33.0)	111 (30.0)	3.6 (sd=1.24)

주 : 1점(항상 그랬다)~5점(전혀 없음)

조사대상자에게 지역으로부터 제공받기를 희망하는 노인관련 서비스를 기타를 포함한 13개 서비스 항목을 제시하여 우선순위 2가지를 선택하도록 문항을 구성하였다. 지역으로부터 제공받기를 희망하는 서비스 1순위로는 '필요한 서비스 없음'이 24.6%(91명)로 가장 많았으며, 다음으로 '집안청소 도우미' 서비스가 15.4%(57명), '교통편의 제공' 서비스 15.1%(56명), '건강돌봄 서비스' 11.9%(44명) 순으로 많았다. 희망서비스 2순위로는 '필요한 서비스 없음'이 38.6%(143명)으로 가장 많았으며, 다음으로 '건강돌봄 서비스' 9.7%(36명), '집안청소 도우미'와 '정보제공 서비스'가 각각 9.2%(34명) 등의 순으로 많았다. 그 외 '시장보기 도우미' 서비스, '법률상담 서비스' 등에 대한 요구도는 낮은 것으로 조사되었다.

〈표 3-20〉 지역으로부터 제공받기를 희망하는 서비스_우선순위 2가지

(단위 : 명, %)

구분	1순위	2순위
식사배달 서비스	27 (7.3)	14 (3.8)
집안청소 도우미	57 (15.4)	34 (9.2)
정보제공 서비스	18 (4.9)	34 (9.2)
시장보기 도우미	2 (0.5)	6 (1.6)
주택개조지원 서비스	20 (5.4)	10 (2.7)
법률상담 서비스	7 (1.9)	11 (3.0)
가정방문 서비스	12 (3.2)	16 (4.3)
건강돌봄 서비스	44 (11.9)	36 (9.7)
다양한 사회봉사활동 기회제공	18 (4.9)	19 (5.1)
교통편의 제공	56 (15.1)	27 (7.3)
주변 생활환경 정비서비스	12 (3.2)	15 (4.1)
필요한 서비스 없음	91 (24.6)	143 (38.6)
기타	6 (1.6)	5 (1.4)
계	370 (100.0)	370 (100.0)

3. 주거환경

다음은 수원시에 거주하는 노인 조사대상자의 주거환경과 관련한 문항으로 현재 살고 있는 주택 전반에 대하여 얼마만큼 만족하고 있는지 질문하였다. 그 결과 ‘만족하는 편’이라고 응답한 대상자가 46.8%(173명)로 절반가량을 차지하고 있었으며, 다음으로 ‘보통’ 26.2%(97명), ‘매우 만족하는 편’ 21.4%(79명) 등의 순으로 나타났다. 현재 살고 있는 주택에 대한 전반적 만족도 평균은 3.8점(sd=.88)으로 조사대상자들의 현재 주택 전반에 대한 만족도는 높은 수준인 것으로 나타났다.

〈표 3-21〉 현재 살고 있는 주택에 대한 전반적 만족도

(단위 : 명, %)

구분	중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계(n=370)
전혀 만족하지 않는 편	3 (0.8)	4 (1.1)	7 (1.9)
만족하지 않는 편	4 (1.1)	10 (2.7)	14 (3.8)
보통	49 (13.2)	48 (13.0)	97 (26.2)
만족하는 편	106 (28.6)	67 (18.1)	173 (46.8)
매우 만족하는 편	46 (12.4)	33 (8.9)	79 (21.4)
전반적 만족 평균	3.9(sd=.81)	3.7(sd=.94)	3.8(sd=.88)

주 : 전반적 만족 평균(5점 만점)

위의 현재 살고 있는 주택 전반에 대한 만족수준에 대한 문항에서 ‘만족하지 않는 편’과 ‘전혀 만족하지 않는 편’이라고 응답한 21명에게 현재 살고 있는 주택에 만족하지 않는 주된 이유에 대하여 추가질문은 실시하였다. 조사결과 현재 살고 있는 주택에 만족하지 않는 주된 이유로는 기타를 제외한 응답 중 ‘안전관리, 보수 등 관리가 힘들어서’ 및 ‘개보수 등 주거관리 비용이 많이 들어서’가 각각 19.0%(4명)으로 가장 많았으며, 다음으로 ‘방음이나 채광에 문제가 있어서’ 14.3%(3명) 등의 순으로 나타났다. 기타 의견(33.3%, 7명)으로는 ‘집이 너무 작아서’, ‘계단 오르기 힘들어서’, ‘소음, 냄새 등 때문에’ 등의 의견이 제시되었다.

〈표 3-22〉 현재 살고 있는 주택에 만족하지 않는 주된 이유

(단위 : 명, %)

구분	중·단기거주(n=7)	장기거주(n=14)	계(n=21)
식사, 빨래 등 일상생활을 하기 불편한 구조라서	0 (0.0)	2 (9.5)	2 (9.5)
주방, 화장실, 욕실 등이 사용하기 불편해서	1 (4.8)	0 (0.0)	1 (4.8)
냉난방 등 편의시설이 갖추어지지 않아서	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
방음이나 채광에 문제가 있어서	1 (4.8)	2 (9.5)	3 (14.3)
안전관리, 보수 등 관리가 힘들어서	2 (9.5)	2 (9.5)	4 (19.0)
개보수 등 주거관리 비용이 많이 들어서	0 (0.0)	4 (19.0)	4 (19.0)
기타	3 (14.3)	4 (19.0)	7 (33.3)

주 : 기타(집이 너무 작아서, 계단 오르기 힘들어서, 소음·냄새 등 때문에)

다음으로 조사대상자가 현재 거주하고 있는 거주지 주변환경 전반에 대한 만족도를 조사한 결과, '만족하는 편'이라고 응답한 자가 48.1%(178명)로 가장 많았으며, 다음으로 '보통' 27.3%(101명), '매우 만족하는 편' 18.1%(67명) 등의 순으로 나타났다. 현재 거주지 주변환경 전반에 대한 만족도 평균은 3.8점(sd=.87)로 만족수준은 높은 편인 것으로 나타났다.

〈표 3-23〉 현재 거주지 주변환경 전반에 대한 만족도

(단위 : 명, %)

구분	중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계(n=370)
전혀 만족하지 않는 편	2 (0.5)	6 (1.6)	8 (2.2)
만족하지 않는 편	8 (2.2)	8 (2.2)	16 (4.3)
보통	55 (14.9)	46 (12.4)	101 (27.3)
만족하는 편	100 (27.0)	78 (21.1)	178 (48.1)
매우 만족하는 편	43 (11.6)	24 (6.5)	67 (18.1)
전반적 만족 평균(점)	3.8(sd=.83)	3.7(sd=.92)	3.8(sd=.87)

주 : 전반적 만족 평균(5점 만점)

위의 현재 살고 있는 거주지의 주변환경 전반(주거위치 포함 주변) 만족수준에 대한 문항에서 '만족하지 않는 편'과 '전혀 만족하지 않는 편'이라고 응답한 24명에게 만족하지 않는 주된 이유에 대하여 추가질문을 실시하였다. 조사결과 거주지 주변환경에 만족하지 않는 주된 이유로 기타를 제외한 응답 중 '범죄가 자주 발생하거나 발생할 우려가 높은 지역이라서' 12.5%(3명)이 가장 많았으며, '시장과 대형마트, 은행 등 각종 생활 시설이 부족하거나 이용하기 불편해서', '녹지공간, 공원 등이 부족하거나 이용하기 불편해서', '의료시설이 부족하거나 이용하기 불편해서'라고 응답한 대상자가 각각 8.3%(2명)를 차지하고 있었다. 기타 의견으로는 '비행기 소음 때문에', '치매환자 등 정신질환자가 많아 불안', '강아지, 소음, 냄새 때문에', '어두운 주변환경' 등의 의견이 제시되었다.

〈표 3-24〉 현재 거주지 주변환경에 만족하지 않는 주된 이유

(단위 : 명, %)

구분	중 단거주(n=10)	장기거주(n=14)	계(n=24)
시장과 대형마트, 은행 등 각종 생활 시설이 부족하거나 이용하기 불편해서	1 (4.2)	1 (4.2)	2 (8.3)
대중교통이 부족하거나 이용하기 불편해서	0 (0.0)	0 (0.0)	0 (0.0)
녹지공간, 공원 등이 부족하거나 이용하기 불편해서	0 (0.0)	2 (8.3)	2 (8.3)
의료시설이 부족하거나 이용하기 불편해서	0 (0.0)	2 (8.3)	2 (8.3)
각종 사회복지시설(여가, 문화 포함)이 부족하거나 이용하기 불편해서	0 (0.0)	1 (4.2)	1 (4.2)
범죄가 자주 발생하거나 발생할 우려가 높은 지역이라서	2 (8.3)	1 (4.2)	3 (12.5)
자녀 또는 친구와 멀리 떨어져 있어서	0 (0.0)	1 (4.2)	1 (4.2)
기타	7 (29.2)	6 (25.0)	13 (54.2)

주 : 기타(치매 등 정신질환자가 많은 동네라서, 동네가 더러움, 소음(충간소음), 주변환경이 어두워 불안해서 등

4. 생활환경과 삶의 질

수원시에 거주하고 있는 노인 조사대상자에게 생활환경과 삶의 질과 관련한 조사를 실시하였으며, 먼저 대상자 주거지를 기준으로 제시된 각각의 기관(시설 포함)을 이용하기 위한 시간이 어느 정도 소요되는 지 질문하였다. 소요시간은 도보를 기준으로 조사되었으며, 해당 이용기관은 노인들이 일반적으로 이용하는 기관(시설)을 중심으로 항목을 구성하였다. 조사 결과 시장, 슈퍼 등 일상용품 구매 장소의 경우 '도보 10~30분 미만'이 소요된다고 응답한 대상자가 33.2%(123명)로 가장 많았으며, 병의원, 보건소 등 보건의료기관은 '도보로 30분 이상'이 38.4%(142명)로 가장 많았다. 주민센터 이용 소요시간은 '도보 10~30분 미만'이 43.5%(161명)로 가장 많았고, 노인(종합)복지관 및 (종합)사회복지관, 장애인복지관, 여성회관 등 역시 '도보 10~30분 미만'이 각각 37.6%(139명), 38.6%(143명)로 가장 많았다. 버스정류장·지하철역의 경우 '도보 5~10분 미만'이 40.3%(149명)으로 가장 많은 것으로 나타났다. 정리하면, 조사대상자인 수원시 거주 노인들의 대다수가 일상생활과 밀접하게 관련된 기관(시설) 이용시 도보 10~30분 미만의 시간이 소요되는 것으로 조사되었다.

〈표 3-25〉 거주지 기준 기관(시설) 이용을 위한 소요시간

(단위 : 명, %)

구분	도보 5분 미만	도보 5~10분 미만	도보 10~30분 미만	도보로 30분 이상
시장, 슈퍼 등 일상용품 구매 장소	78 (21.1)	118 (31.9)	123 (33.2)	51 (13.8)
병원, 보건소 등 보건의료기관	26 (7.0)	71 (19.2)	131 (35.4)	142 (38.4)
주민센터	35 (9.5)	82 (22.2)	161 (43.5)	92 (24.9)
노인(종합)복지관	59 (15.9)	90 (24.3)	139 (37.6)	82 (22.2)
(종합)사회복지관, 장애인복지관 등	50 (13.5)	73 (19.7)	143 (38.6)	104 (28.1)
버스 정류장·지하철역	98 (26.5)	149 (40.3)	96 (25.9)	27 (7.3)

조사대상자에게 외출할 때 주로 이용하는 외출 수단에 대하여 조사한 결과 가장 많이 이용하는 외출 수단은 '버스'(48.6%, 180명)로 조사대상자의 절반가량이 가장 많이 이용하는 외출수단이었다. 다음으로 '지하철'이 17.3%(64명), '보행' 15.4%(57명) 등의 순으로 나타났으며, 기타 의견으로는 전동차(전동휠체어), 장애인콜택시 등이 제시되었다.

〈표 3-26〉 외출시, 주로 이용하는 외출 수단

(단위 : 명, %)

구분	중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계(n=370)
보행	30 (8.1)	27 (7.3)	57 (15.4)
지하철	55 (14.9)	9 (2.4)	64 (17.3)
버스	79 (21.4)	101 (27.3)	180 (48.6)
택시	6 (1.6)	6 (1.6)	12 (3.2)
자동차	29 (7.8)	12 (3.2)	41 (11.1)
자전거·오토바이	6 (1.6)	3 (0.8)	9 (2.4)
기타	3 (0.8)	4 (1.1)	7 (1.9)

주 : 기타(전동차, 전동휠체어, 장애인콜택시 등)

다음으로는 조사대상자에게 1주일을 기준으로 어느 정도 외출하는지에 대하여 조사하였다. 조사결과 주 5회 이상(거의 매일) 외출한다고 응답한 대상자가 52.7%(195명)로 과반수 이상을 차지하고 있는 것으로 나타났으며, 다음으로 주 3~4회가 29.5%(109명), 주 2회 11.6%(43명), 주 1회 이하 6.2%(23명) 순으로 나타났다.

외출정도와 관련한 문항에 대하여 1주일 기준 '주 1회 이하' 외출한다고 응답한 대상자 23명에게 거의 외출하지 않는 주된 이유에 대한 추가질문을 실시하였다. 거의 외출하지 않는

다고 응답한 자 중 '건강이 좋지 않아서'라고 응답한 경우가 60.9%(14명)로 가장 많았으며, 다음으로 '경제적인 부담 때문에' 외출을 하지 않는다고 응답한 대상자도 26.1%(6명)을 차지하고 있었다.

〈표 3-27〉 외출정도(1주일 기준) 및 외출하지 않는 주된 이유

(단위 : 명, %)

1주일 기준 외출정도		외출하지 않는 주된 이유	
구분	계(n=370)	구분	계(n=23)
주 1회 이하	23 (6.2)	친구가 없어서	0 (0.0)
주 2회	43 (11.6)	시간이 없어서	1 (4.3)
주 3~4회	109 (29.5)	이동수단이 불편해서(없어서)	1 (4.3)
주 5회 이상(거의 매일)	195 (52.7)	건강이 좋지 않아서	14 (60.9)
		경제적인 부담 때문에	6 (26.1)
		기타	1 (4.3)

조사대상자의 거주지역과 관련하여 대상자의 일상생활 범위와 친근한 동네로 생각하는 범위를 도보 시간을 기준으로 구분하여 조사하였다. 먼저 일상생활(평소) 외출 범위에 대한 인식은 '도보 30분 내외'로 인식하는 대상자가 31.6%(117명)로 가장 많았으며, 다음으로 '도보 20분 내외' 26.2%(97명), '도보 10분 내외' 21.4%(79명) 등의 순으로 나타났다.

다음으로 친근한 동네 인식 범위에 대한 조사결과 '도보 30분 내외'를 친근한 동네로 인식한다는 대상자가 31.6%(117명)로 가장 많았으며, '도보 20분 내외'가 29.5%(109명), '도보 10분 내외' 21.1%(78명) 등의 순으로 나타났다. 따라서 수원시에 거주하는 수원시 노인 조사 대상자 대다수는 도보 30분 내외의 범위를 일상생활 및 친근한 동네로 인식하는 것으로 나타났다.

〈표 3-28〉 일상생활 범위와 친근한 동네인식 범위

(단위 : 명, %)

구분		도보 10분 내외	도보 20분 내외	도보 30분 내외	도보 30~50분 내외	도보 1시간 이상
일상생활 (평소)	중·단기거주	44 (11.9)	54 (14.6)	67 (18.1)	22 (5.9)	21 (5.7)
	장기거주	35 (9.5)	43 (11.6)	50 (13.5)	19 (5.1)	15 (4.1)
외출범위		계(n=370)	79 (21.4)	97 (26.2)	117 (31.6)	41 (11.1)
친근한 동네	중·단기거주	45 (12.2)	62 (16.8)	66 (17.8)	20 (5.4)	15 (4.1)
	장기거주	33 (8.9)	47 (12.7)	51 (13.8)	13 (3.5)	18 (4.9)
인식범위		계(n=370)	78 (21.1)	109 (29.5)	117 (31.6)	33 (8.9)

조사대상자에게 지난 1년간 거주하는 지역사회(또는 집안)에서 낙상(넘어짐, 미끄러짐 또는 주저앉음) 경험이 있는지 여부와 경험이 있는 경우 낙상 횟수에 대하여 질문하였다. 그 결과 낙상은 경험한 대상자는 35.9%(133명)로 나타났으며, 낙상 경험이 없다고 응답한 대상자는 64.1%(237명)로 나타났다.

다음은 지난 1년간 낙상을 경험했다고 응답한 133명에게 낙상경험 횟수에 대한 추가질문을 실시한 결과 평균 2.4회(sd=2.84)의 낙상경험이 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-29〉 지난 1년간 거주 지역사회(또는 집안)에서 낙상 경험 여부 및 경험 횟수
(단위 : 명, %)

구분		계(n=370)
낙상 경험 여부	예	133 (35.9)
	아니오	237 (64.1)
낙상경험 횟수(n=133)	평균(회)	2.4(sd=2.84)

주 : 낙상(넘어짐, 미끄러짐 또는 주저앉음)

낙상경험 여부와 관련하여 낙상을 경험했다고 응답한 133명에게 낙상을 경험한 가장 큰 이유에 대하여 질문한 결과 ‘바닥이 미끄러워서’가 19.5%(26명)로 가장 높은 비율을 차지하고 있는 것으로 나타났다. 다음으로 ‘갑자기 어지러워서’가 18.0%(24명), ‘다리에 힘이 풀려서’ 17.3%(23명), ‘보도나 문턱에 걸려’ 16.5%(22명) 등의 순으로 나타났다. 낙상의 경험 이유 중 기타 의견(7.5%, 10명)으로는 허리질환 등 건강상 문제, 운동하다가, 눈이 잘 안보여서 등의 의견이 제시되었다.

〈표 3-30〉 낙상을 경험한 가장 큰 이유
(단위 : 명, %)

구분	계(n=133)
바닥이 미끄러워서	26 (19.5)
사람이나 사물에 부딪혀서	7 (5.3)
보도나 문턱에 걸려	22 (16.5)
경사가 급해서	3 (2.3)
조명이 어두워서	2 (1.5)
다리를 접질러서(발을 헛디뎠서)	16 (12.0)
갑자기 어지러워서	24 (18.0)
다리에 힘이 풀려서(갑자기 주저앉아서)	23 (17.3)
기타	10 (7.5)

주 : 기타(허리질환 등 건강상 문제로, 운동하다가, 눈이 잘 안보여서 등)

다음은 조사대상자의 삶의 만족과 관련하여 각 영역별로 어느 정도 만족하고 있는지에 대하여 해당없음(0점) ~ 매우 만족(5점)으로 구분하여 응답하도록 하였다. 먼저 자신의 건강상태 만족도는 ‘보통’이라고 응답한 대상자가 30.0%(111명)으로 가장 많았으며, ‘만족 못함’과 ‘매우 불만족’이라고 응답한 대상자도 각각 26.2%(97명), 10.3%(38명)로 나타났다. 자신의 경제상태 만족도 역시 ‘보통’이라고 응답한 대상자가 40.5%(150명)로 가장 많았으며, 다음으로 ‘만족 못함’ 25.7%(95명), ‘만족함’ 16.2%(60명) 등의 순으로 나타났다. 배우자와의 관계 만족도 문항에서 유배우자에 해당하는 대상자는 172명이었으며, 이중 배우자와의 관계를 ‘만족함’이 17.3%(64명)로 가장 많은 것으로 나타났다.

자녀와의 관계 만족도 문항은 생존자녀가 있는 경우에 해당하는 대상자는 326명이었으며, 이중 자녀와의 관계 만족수준이 ‘만족함’ 33.5%(124명)가 가장 많은 것으로 나타났다. 사회·여가·문화 활동 만족도의 경우 ‘만족함’이 41.1%(152명)로 가장 많았으며, 다음으로 ‘보통’ 26.5%(98명), ‘매우 만족’ 15.9%(59명) 등의 순으로 나타났다. 마지막으로 친구 및 지역사회와의 관계 만족도 역시 ‘만족함’이 41.1%(152명)로 가장 많았으며, 다음으로 ‘보통’ 26.5%(98명), ‘매우 만족’ 15.9%(59명) 등의 순으로 나타났다.

각 영역별 삶의 만족도 평균은 ‘해당없음’을 제외한 평균값(5점 만점)이며, ‘자신의 건강상태’ 평균 2.9점(sd=1.11), ‘자신의 경제상태’ 평균 2.8점(sd=1.04), ‘배우자와의 관계’ 평균 3.8점(sd=1.02), ‘자녀와의 관계’ 평균 3.6점(sd=1.08), ‘사회·여가·문화 활동’ 평균 3.6점(sd=.95), ‘친구 및 지역사회와의 관계’ 평균 3.7점(sd=.87)으로 나타났다. 각 영역별 삶의 만족도 평균 중 ‘배우자와의 관계’ 만족도가 평균 3.8점으로 가장 높았으며, 자신의 경제상태에 대한 만족도가 평균 2.8점으로 가장 낮은 것으로 나타났다.

〈표 3-31〉 영역별 삶의 만족도

(단위 : 명, %)

구분	해당없음	매우 불만족	만족 못함	보통	만족함	매우 만족	만족도 평균(점)
자신의 건강상태	4 (1.1)	38 (10.3)	97 (26.2)	111 (30.0)	93 (25.1)	27 (7.3)	2.9(sd=1.11)
자신의 경제상태	3 (0.8)	38 (10.3)	95 (25.7)	150 (40.5)	60 (16.2)	24 (6.5)	2.8(sd=1.04)
배우자와의 관계	198 (53.5)	6 (1.6)	10 (2.7)	46 (12.4)	64 (17.3)	46 (12.4)	3.8(sd=1.02)
자녀와의 관계	44 (11.9)	18 (4.9)	28 (7.6)	86 (23.2)	124 (33.5)	70 (18.9)	3.6(sd=1.08)
사회·여가·문화 활동	16 (4.3)	7 (1.9)	38 (10.3)	98 (26.5)	152 (41.1)	59 (15.9)	3.6(sd=.95)
친구 및 지역사회와의 관계	1 (0.3)	6 (1.6)	24 (6.5)	116 (31.4)	169 (45.7)	54 (14.6)	3.7(sd=.87)

- 주 1 : 배우자와의 관계(유배우자만) - n=172
- 2 : 자녀와의 관계(생존자녀가 있는 경우만) - n=326
- 3 : 만족도 평균은 '해당없음' 사례를 제외한 평균값임

5. 사회참여 및 활동

사회참여 및 활동과 관련하여 조사대상자에게 수원시가 노인들의 사회참여를 할 수 있는 조건(기관 또는 프로그램)을 갖추고 있는 지에 대하여 질문하였다. 구성항목은 노인일자리사업 운영기관, 취미나 여가프로그램 제공기관, 평생교육프로그램 운영기관, 노인참여 자원봉사단체로 구분하였으며 이러한 조건들을 갖추고 있는지 여부에 대하여 항목별로 응답하도록 하였다. 먼저 노인일자리사업 운영기관이 '있음'으로 응답한 대상자가 64.6%(239명)로 과반수 이상이었으며, 취미나 여가프로그램 제공기관은 84.9%(314명)가 '있음'으로 응답하였다. 평생교육프로그램 운영기관의 경우 83.5%(309명)가 '있음'으로 응답하였으며, 노인참여 자원봉사단체는 72.2%(267명)가 '있음'으로 응답하였다.

〈표 3-32〉 수원시가 노인 사회참여 조건(기관 또는 프로그램)보유 여부

(단위 : 명, %)

구분		없음	있음
내가 살고 있는 수원시는	노인일자리사업을 운영하는 기관이 있다	131 (35.4)	239 (64.6)
	취미나 여가프로그램을 제공하는 기관(복지관, 노인대학 등)이 있다	56 (15.1)	314 (84.9)
	평생교육프로그램을 운영하는 기관(복지관, 노인대학 등)이 있다	61 (16.5)	309 (83.5)
	노인들이 참여할 수 자원봉사단체가 있다	103 (27.8)	267 (72.2)

다음은 조사대상자에게 지난 1년간 수원시 또는 그 외 다른 지역에서 제시된 각각의 항목별 활동 참여경험에 대하여 질문하였다. 조사결과 동호회(클럽활동) 참여경험 여부의 경우 '없음'이라고 응답한 대상자가 68.9%(255명)로 절반 이상을 차지하고 있었으며, 친목 단체(동창회, 계모임 등) 참여경험 역시 '없음'이 60.3%(223명)로 나타났다. 정치사회 단체 활동 참여경험 여부는 91.4%(338명)가 '없음'으로 응답하였다. 마지막으로 자원봉사 활동 참여경험은 '없음'이 72.2%(267명)인 것으로 나타났다.

〈표 3-33〉 지난 1년간 수원시(또는 다른 지역) 사회활동 참여경험 여부

(단위 : 명, %)

구분	없음	있음
동호회(클럽활동)	255 (68.9)	115 (31.1)
친목 단체(동창회, 계모임 등)	223 (60.3)	147 (39.7)
정치사회 단체 활동	338 (91.4)	32 (8.6)
자원봉사 활동	267 (72.2)	103 (27.8)

조사대상자에게 수원시에서 각각의 항목별 활동에 어느 정도 참여를 희망하는지 질문하였으며, 응답문항은 ‘반드시 참여하고 싶음’ ~ ‘기회가 되면 참여할 생각이 있음’ ~ ‘전혀 참여할 생각이 없음’으로 구성하였다. 먼저, 자원봉사 활동 참여희망 정도는 ‘기회가 되면 참여할 생각이 있음’으로 응답한 자가 30.8%(114명)로 가장 많았으며, 학습(공부) 활동 참여 역시 ‘기회가 되면 참여할 생각이 있음’이 27.3%(101명)으로 가장 많았다. 취미여가 활동 참여의 경우 ‘될 수 있으면 참여하고 싶음’이 31.4%(116명)로 가장 많았으며, 종교 활동 참여는 ‘반드시 참여하고 싶음’이 27.6%(102명)으로 가장 많은 것으로 나타났다. 정치사회 단체활동 참여는 ‘전혀 참여할 생각이 없음’이 48.1%(178명)로 가장 많았고, 친목·단체 활동 참여는 ‘기회가 되면 참여할 생각이 있음’이 25.1%(93명)로 가장 많은 것으로 나타났다.

〈표 3-34〉 수원시 사회활동 참여희망 정도

(단위 : 명, %)

구분	반드시 참여하고 싶음	될 수 있으면 참여하고 싶음	기회가 되면 참여할 생각이 있음	별로 참여 할 생각이 없음	전혀 참여 할 생각이 없음
자원봉사 활동	34 (9.2)	69 (18.6)	114 (30.8)	69 (18.6)	84 (22.7)
학습(공부) 활동	46 (12.4)	80 (21.6)	101 (27.3)	77 (20.8)	66 (17.8)
취미여가 활동	72 (19.5)	116 (31.4)	97 (26.2)	52 (14.1)	33 (8.9)
종교 활동	102 (27.6)	79 (21.4)	58 (15.7)	77 (20.8)	54 (14.6)
정치·사회 단체활동	8 (2.2)	20 (5.4)	41 (11.1)	123 (33.2)	178 (48.1)
친목·단체 활동	47 (12.7)	74 (20.0)	93 (25.1)	81 (21.9)	75 (20.3)

6. 사회통합

사회통합과 관련하여 조사대상자에게 수원시에서 이웃들과 하고 싶은 일에 대하여 각 항목 별로 응답하도록 하였다. 먼저 ‘집이 비울 경우 집을 보아 달라 부탁한다’ 문항에 대한 조사결과 ‘전혀 하지 않는다’가 70.5%(261명)로 가장 많았고, ‘생활용품이나 가사 도구를 빌리거나 빌려준다’ 문항에 대한 응답 역시 ‘전혀 하지 않는다’가 61.4%(227명)로 가장 많았다. ‘급한 돈이 필요할 때 빌리거나 빌려준다’ 문항에 대한 응답은 65.1%(241명)이 ‘전혀 하지 않는다’라고 응답하였으며, ‘개인이나 집안에 어려운 일이 있을 같이 의논한다’ 문항 역시 ‘전혀 하지 않는다’가 46.5%(172명), ‘지역의 공동문제에 대해 같이 의논한다’는 ‘전혀 하지 않는다’가 48.1%(178명)로 나타났다. 수원시에서 이웃들과 함께 하는 활동에 대한 모든 문항에서 이웃

을과 해당하는 활동을 ‘전혀 하지 않는다’가 가장 높은 비율을 차지하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 3-35〉 수원시에서 이웃들과 함께 하는 활동

(단위 : 명, %)

구분	전혀 하지 않는다	거의 하지 않는다	가끔 한다	자주 한다
집을 비울 경우 집을 보아 달라 부탁한다	261 (70.5)	70 (18.9)	33 (8.9)	6 (1.6)
생활용품이나 가사 도구를 빌리거나 빌려준다	227 (61.4)	82 (22.2)	51 (13.8)	10 (2.7)
급한 돈이 필요할 때 빌리거나 빌려준다	241 (65.1)	82 (22.2)	44 (11.9)	3 (0.8)
개인이나 집안에 어려운 일이 있을 때 같이 의논한다	172 (46.5)	78 (21.1)	105 (28.4)	15 (4.1)
지역의 공동문제에 대해 같이 의논한다	178 (48.1)	80 (21.6)	100 (27.0)	12 (3.2)

다음은 이웃들 간 공동체의식 필요정도를 각 항목별로 응답하도록 하였으며, 응답문항은 ‘전혀 그렇지 않다’ ~ ‘매우 그렇다’로 구성하였다. 먼저, ‘이웃들과 친하다면 홀로서기 노후 생활에 도움이 될 것이다’ 문항에 대한 조사결과 ‘다소 그렇다’ 응답이 52.7%(195명)로 가장 높았으며, ‘이웃들과 공동체의식은 주민들 간의 사이가 좋아지는데 필요할 것이다’의 경우 역시 ‘다소 그렇다’ 응답이 53.5%(198명)로 가장 많은 것으로 나타났다.

다음 ‘이웃들과의 관계는 모든 사람들이 봉사활동에 참가할 기회를 제공하는데 필요할 것이다’ 문항에 대한 응답은 ‘다소 그렇다’가 51.4%(190명)로 가장 많았고, ‘이웃들과의 관계는 수원시에서 뿌리를 내리고 사는데 필요할 것이다’ 문항에 대한 응답 역시 ‘다소 그렇다’가 52.7%(195명)로 가장 많은 것으로 나타났다. 마지막으로 ‘이웃들과 친하다면, 이웃의 도움을 받더라도 떳떳할 것이다’ 문항의 응답 또한 ‘다소 그렇다’가 55.7%(206명)로 조사대상자들은 이웃들 간 공동체의식 필요정도에 대하여 어느 정도 동의하는 수준인 것으로 나타났다.

〈표 3-36〉 이웃들 간 공동체의식 필요정도

(단위 : 명, %)

구분	전혀 그렇지 않다	다소 그렇지 않다	다소 그렇다	매우 그렇다
이웃들과 친하다면, 홀로서기 노후생활에 도움이 될 것이다	20 (5.4)	57 (15.4)	195 (52.7)	98 (26.5)
이웃들과 공동체의식은 주민들 간의 사이가 좋아지는데 필요할 것이다	19 (5.1)	40 (10.8)	198 (53.5)	113 (30.5)
이웃들과의 관계는 모든 사람들이 봉사활동에 참가할 기회를 제공하는데 필요할 것이다	33 (8.9)	60 (16.2)	190 (51.4)	87 (23.5)
이웃들과의 관계는 수원시에서 부리를 내리고 사는데 필요할 것이다	19 (5.1)	37 (10.0)	195 (52.7)	119 (32.2)
이웃들과 친하다면, 이웃의 도움을 받더라도 떳떳할 것이다	18 (4.9)	49 (13.2)	206 (55.7)	97 (26.2)

사회통합과 관련하여 수원시 노인들이 다른 세대들과 소통(통합)할 수 있는 조건을 갖추고 있는지에 대하여 각 항목별로 해당여부를 선택하도록 하였다. 조사결과 ‘젊은 층과 노인들이 만날 수 있는 행사나 공간이 있다’ 문항의 응답의 경우 54.6%(202명)가 ‘있음’으로 응답하였으며, ‘중장년층과 노인들이 만날 수 있는 행사나 공간이 있다’ 문항에 대한 응답결과 역시 59.7%(221명)가 ‘있음’으로 나타났다. ‘행정기관이나 주민들은 노인들의 친목모임을 지원해 준다’ 문항은 53.2%(197명)가 ‘없음’으로 응답하였으며, ‘여러 연령층의 노인들이 만날 수 있는 공간이 있다’ 문항에 대한 응답은 75.4%(279명)가 ‘있음’으로 응답하였다.

수원시 노인들이 다른 세대들과 소통(통합)할 수 있는 조건을 갖추고 있는지에 대한 항목별 조사결과 ‘행정기관이나 주민들이 노인들의 친목모임을 지원해준다’ 문항을 제외한 ‘젊은 층 및 중장년층과 노인이 만날 수 있는 행사·공간’, ‘여러 연령층의 노인들이 만날 수 있는 공간’은 수원시에서 갖추고 있다고 응답한 대상자가 절반 이상인 것으로 나타났다.

〈표 3-37〉 수원시 노인들이 다른 세대들과 소통(통합)할 수 있는 조건보유 여부

(단위 : 명, %)

구분	없음	있음	
내가 살고 있는 수원시는...	젊은 층과 노인들이 만날 수 있는 행사나 공간이 있다	168 (45.4)	202 (54.6)
	중장년층과 노인들이 만날 수 있는 행사나 공간이 있다	149 (40.3)	221 (59.7)
	행정기관이나 주민들은 노인들의 친목모임을 지원해 준다	197 (53.2)	173 (46.8)
	여러 연령층의 노인들이 만날 수 있는 공간이 있다	91 (24.6)	279 (75.4)

7. 지역사회 계속거주 의사

다음은 조사대상자에게 현재 거주하고 있는 수원시와 집에서 계속 거주하고 있는 의사가 있는지에 대하여 조사하였다. 조사결과 ‘수원시에 대한 계속 거주 의사’의 경우 ‘그렇다’의 응답비율이 43.8%(162명)로 가장 많았으며, 다음으로 ‘매우 그렇다’ 36.2%(134명), ‘보통이다’ 14.9%(55명) 등의 순으로 나타났다. ‘현재 집에 대한 계속 거주 의사’의 경우 ‘그렇다’가 46.5%(172명)로 가장 많았으며, 다음으로 ‘매우 그렇다’ 27.0%(100명), ‘보통이다’ 18.9%(70명) 등의 순으로 나타났다. 즉, 응답자들의 수원시와 현재 집에 대한 거주의사가 높음을 확인할 수 있다.

〈표 3-38〉 현재 거주하고 있는 수원시와 집에서 계속 거주하고 싶은 의사

(단위 : 명, %)

구분		매우 아니다	아니다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
수원시에 대한 계속 거주 의사	계	5 (1.4)	14 (3.8)	55 (14.9)	162 (43.8)	134 (36.2)
	중·단기거주	3 (1.4)	9 (4.3)	37 (17.8)	94 (45.2)	65 (31.3)
	장기거주	2 (1.2)	5 (3.1)	18 (11.1)	68 (42.0)	69 (42.6)
현재 집에 대한 계속 거주 의사	계	8 (2.2)	20 (5.4)	70 (18.9)	172 (46.5)	100 (27.0)
	중·단기거주	5 (2.4)	12 (5.8)	45 (21.6)	101 (48.6)	45 (21.6)
	장기거주	3 (1.9)	8 (4.9)	25 (15.4)	71 (43.8)	55 (34.0)

주 : 중·단기거주(n=208), 장기거주(n=162)

다음은 거주하고 있는 수원지역(집) 내 계속 거주와 관련하여 각 항목별로 해당하는 곳에 표시하도록 하였으며, 응답은 ‘전혀 그렇지 않다’ ~ ‘매우 그렇다’로 구성되어있다. 먼저 ‘현재로서 향후 10년 이상은 타 지역으로 이사할 계획이 없다’ 문항에 대한 응답결과 ‘다소 그렇다’가 40.0%(148명)으로 가장 많았으며, 다음으로 ‘매우 그렇다’ 35.9%(133명), ‘다소 그렇지 않다’ 13.8%(51명) 등의 순으로 나타났다. ‘아마도 건강이 유지되는 동안에는 현재 집에 계속 거주할 것 이다’ 문항에 대한 응답결과의 경우 ‘매우 그렇다’가 43.5%(161명)로 가장 많았으며, ‘앞으로 언젠가 이사를 한다고 하더라도 수원지역으로 할 것이다’ 문항의 경우 역시 ‘매우 그렇다’가 43.5%(161명)로 가장 많은 것으로 나타났다.

‘건강이 나빠져 독립생활을 하기가 다소 어려워져도 현재 집에서 계속 살 것이다’ 문항의 응답은 ‘다소 그렇다’가 43.5%(161명)로 가장 많았으며, ‘건강이 나빠져 요양원에 간다고 하더라도 수원에 있는 요양원에 갈 것이다’ 문항의 응답의 경우도 마찬가지로 ‘다소 그렇다’가 45.4%(168명)로 가장 많은 것으로 나타났다.

〈표 3-39〉 현재 거주하고 있는 수원지역(집) 내 항목별 계속거주 관련 의사

(단위 : 명, %)

구분		전혀 그렇지 않다	다소 그렇지 않다	다소 그렇다	매우 그렇다
현재로서는 나는 이집에서 향후 10년 이상은 타 지역으로 이사할 계획이 없다	계	38 (10.3)	51 (13.8)	148 (40.0)	133 (35.9)
	중·단기거주	25 (12.0)	35 (16.8)	84 (40.4)	64 (30.8)
	장기거주	13 (8.0)	16 (9.9)	64 (39.5)	69 (42.6)
아마도 건강이 유지되는 동안에는 여기 집에서 계속거주 할 것이다	계	19 (5.1)	46 (12.4)	144 (38.9)	161 (43.5)
	중·단기거주	16 (7.7)	30 (14.4)	87 (41.8)	75 (36.1)
	장기거주	3 (1.9)	16 (9.9)	57 (35.2)	86 (53.1)
앞으로 언젠가 이사를 한다고 하더라도 수원지역으로 할 것이다.	계	23 (6.2)	43 (11.6)	143 (38.6)	161 (43.5)
	중·단기거주	18 (8.7)	32 (15.4)	87 (41.8)	71 (34.1)
	장기거주	5 (3.1)	11 (6.8)	56 (34.6)	90 (55.6)
건강이 나빠져 독립생활을 하기가 다소 어려워져도 현재 집에서 계속 살 것이다.	계	37 (10.0)	50 (13.5)	161 (43.5)	122 (33.0)
	중·단기거주	23 (11.1)	32 (15.4)	97 (46.6)	56 (26.9)
	장기거주	14 (8.6)	18 (11.1)	64 (39.5)	66 (40.7)
건강이 나빠져 요양원에 간다고 하더라도 수원에 있는 요양원에 갈 것이다.	계	27 (7.3)	43 (11.6)	168 (45.4)	132 (35.7)
	중·단기거주	18 (8.7)	32 (15.4)	103 (49.5)	55 (26.4)
	장기거주	9 (5.6)	11 (6.8)	65 (40.1)	77 (47.5)

주: 중·단기거주(n=208), 장기거주(n=162)

다음으로 조사대상자에게 선호하는 노후부양 유형에 대하여 조사한 결과, ‘자녀와 따로 살고 싶다’라고 응답한 대상자가 49.5%(183명)로 가장 많아 대상자의 절반가량이 자녀와 따로 살기를 선호하고 있는 것으로 나타났다. 다음으로 ‘자녀와 따로 살지만, 가깝게 살고 싶다’가 39.7%(147명), ‘꼭 자녀와 함께 살고 싶다’ 4.6%(17명), ‘건강이 나빠지면 자녀와 함께 살고 싶다’ 4.1%(15명), ‘혼자되면 자녀와 함께 살고 싶다’ 2.2%(8명) 순으로 나타났다.

조사대상자의 선호하는 노후부양 유형에 대한 조사결과 대상자의 대부분은 자녀와 따로 살고 싶거나, 자녀와 따로 살지만 가깝게 살고 싶다고 응답한 경우가 대다수를 차지하고 있었다.

〈표 3-40〉 선호하는 노후부양 유형

(단위 : 명, %)

구분	중·단기거주(n=208)	장기거주(n=162)	계(n=370)	X ²
자녀와 따로 살고 싶다	89 (24.1)	94 (25.4)	183 (49.5)	9.651*
자녀와 따로 살지만, 가깝게 살고 싶다	93 (25.1)	54 (14.6)	147 (39.7)	
꼭 자녀와 함께 살고 싶다	11 (3.0)	6 (1.6)	17 (4.6)	
건강이 나빠지면 자녀와 함께 살고 싶다	11 (3.0)	4 (1.1)	15 (4.1)	
혼자되면 자녀와 함께 살고 싶다	4 (1.1)	4 (1.1)	8 (2.2)	

조사대상자의 지역사회 계속 거주와 관련하여 대상자가 노후에 ‘건강할 경우’, ‘건강하지 못할 경우’, ‘혼자될 경우’의 각 상황에 따라 거주하고 싶은 거주유형을 구분하여 조사하였다. 조사결과 대상자가 건강할 경우 ‘현재의 집에 계속거주’하고 싶다고 응답한 자가 71.6%(265명)으로 대다수를 차지하고 있었고, 다음으로 ‘거주환경이 더 좋은 다른 집으로 이사’를 희망하는 경우가 23.0%(85명), ‘노인전용주거시설’ 4.1%(15명) 등의 순으로 나타났다.

대상자가 노후에 건강하지 못할 경우에 대한 희망 거주유형의 경우 ‘재가서비스를 받으며’ 현재의 집에 계속거주’가 50.3%(186명)로 과반수 이상을 차지하고 있었으며, 다음으로 ‘거주환경이 더 좋은 다른 집으로 이사’가 24.1%(89명), ‘노인전용주거시설’ 22.2%(82명) 등의 순으로 나타났다. 마지막으로 대상자가 노후에 혼자될 경우 희망하는 거주유형에 대한 조사결과 ‘현재의 집에서 계속거주’가 55.1%(204명)로 과반수 이상을 차지하고 있었고, 다음으로 ‘거주환경이 더 좋은 다른 집으로 이사’가 21.9%(81명), ‘노인전용주거시설’이 20.3%(75명) 등의 순으로 나타났다. 그리고 기타 의견으로는 혼자될 경우 자녀의 집으로 이사를 희망한다는 의견이 제시되었다.

조사대상자가 노후에 거주하고 싶은 거주유형은 건강상태나 가족여부와 관계없이 대다수

의 대상자들이 현재의 집에서 계속거주를 희망하고 있었으며, 건강하지 못하거나 혼자될 경우에도 노인전용주거시설 거주를 희망하는 비율은 상대적으로 낮게 나타났다.

〈표 3-41〉 노후에 거주하고 싶은 거주유형

(단위 : 명, %)

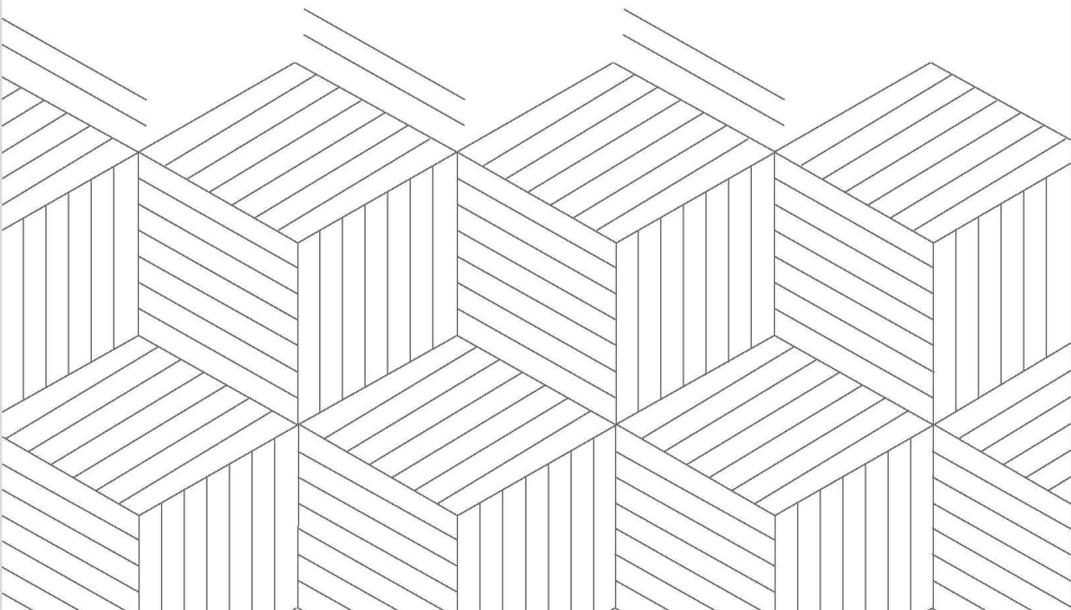
구분		계(n=370)
건강할 경우	현재의 집에 계속거주	265 (71.6)
	거주환경이 더 좋은 다른 집으로 이사	85 (23.0)
	노인전용주거시설	15 (4.1)
	기타	5 (1.4)
건강하지 못할 경우	(재가서비스를 받으며) 현재의 집에 계속거주	186 (50.3)
	거주환경이 더 좋은 다른 집으로 이사	89 (24.1)
	노인전용주거시설	82 (22.2)
	기타	13 (3.5)
혼자될 경우	현재의 집에서 계속거주	204 (55.1)
	거주환경이 더 좋은 다른 집으로 이사	81 (21.9)
	노인전용주거시설	75 (20.3)
	기타	10 (2.7)

주 : 기타(자녀의 집으로 이사 등)

제4장 결론

제1절 요약

제2절 지역기반형 노인돌봄정책 시행을 위한 시사점



제4장 결론

제1절 요약

1. 해외사례

본 연구는 2020년도에 수원형 노인통합돌봄 모형을 개발하기 위한 사전연구이다. 이에 2019년 본 연구에서는 2020년 모형개발을 위한 시사점을 도출하기 위하여, 다른 국가에 비해 고령화가 일찍 시작되어 AIP의 개념을 주거, 금융, 교육, 커뮤니티 케어 등 다양한 영역에 적용하고 있는 일본, 독일, 싱가포르의 AIP 사례를 분석하였다. 그리고 본 절에서는 앞서 2장에서 살펴본 세 개의 나라 중 일본과 싱가포르만 간단히 요약하고자 한다.

1) 일본

일본은 급격하게 증가하는 노인과 이에 따른 재정부담 등으로 인해 수많은 시행착오를 겪었으며 이를 극복하기 위해 최종적인 결론에 도달한 것이 ‘aging in place’이었다. 일본의 AIP 정책은 의료 또는 주거에만 한정된 것이 아니라 소득, 의료, 주거, 노후, 서비스, 여가 등 노인과 관련된 전체적인 영역으로 확장하고 있다(강문철·김영훈, 2018).

일본의 ‘aging in place’ 실현을 위한 제도인 지역포괄케어는 2017년 커뮤니티 내 의료·개호 서비스의 네트워크화를 도모하는 비영리법인(지역의료연계 추진 법인) 제도가 발족되면서 제도화되었다. 본래 지역포괄케어는 히로시마 현의 미츠키라는 작은 산골마을에서 시작된 것으로, 미츠키 마을에서는 공립 미츠키 병원과 마을의 보건복지센터를 통합하여, 노인재활 시설, 노인요양시설, 노인주택, 방문간호 스테이션, 헬퍼 스테이션 등 보건·의료·복지 시설을 종합적으로 병설하여, 지역주민의 건강증진, 질병예방으로부터 치료, 재활, 재가 케어, 나아가 복지까지도 포함한 포괄적 의료서비스 시스템을 구축하였다(의료&복지, 2018.05.15.).

미츠키 마을의 시도는 외상노인 감소, 건강수준 향상, 의료비 절감 뿐 아니라 지역경제발전 전으로까지 이어져 일본정부에서는 이를 모델로 지역포괄케어를 전국적으로 추진하게 되었다(의료&복지, 2018.05.15.). 현재 지역포괄케어시스템은 ‘고령자가 지금까지 거주하던 지

역에서 개인의 능력을 활용하여 가능한 일상생활의 자립성을 유지하도록 의료·개호·예방·주거 및 일상생활을 포괄적으로 지원하는 서비스 제공체제'로 정의된다(오세웅, 2015).

지역포괄케어시스템은 인구 1만 명당 1개소로 운영되며, 고령화 정도, 지역자원 등을 고려하여 지역특성에 따라 운영이 가능하다(이운경 외, 2017). 지역포괄케어시스템의 기본 체계는 노인이 자신의 거주지에서 병원 입원과 통원, 개호보험서비스 이용, 생활지원과 개호예방이라는 3가지 트랙의 서비스를 유기적으로 연계하여 이용할 수 있도록케어매니저가 노인을 지원한다.

AIP를 위한 주거 내 안전 및 건강관리 지원체계는 '필요에 따른 주택이 제공되는 것을 기본으로 의료 및 개호뿐만 아니라 복지서비스를 포함한 다양한 생활지원 서비스가 일상 생활 권역에서 적절하게 제공' 되는 것을 기본전제로 한다(의료&복지, 2018.05.15.). 여기서 지역포괄케어 권역의 핵심은 입원, 통원, 재택복구를 통한 분절되지 않은 연속적 서비스가 제공하기 위해 '노인이 30분 이내에 이동 가능한 권역'을 상정하였다. 이에 지자체는 도보 30분 이내 규모의 범위로 지역거점인 지역포괄지원센터를 운영하고, 이를 중심으로 의료에서 간병, 생활지원, 대상자 발굴 등을 지역 내 다양한 주체들과 연계하여 지원하도록 규정하고 있다(미디어생활, 2019.01.30.). 그리고 지자체는 3년 주기로 지역 내 지역포괄케어시스템계획을 수립해야하며, 이용자, 지역주민, 서비스제공자, 의료관계자, NPO, 유관기관 등 다양한 주체가 참여하여 계획을 수립하고 지역사회 특성을 반영한 서비스 체계를 구축하고 있다.

2) 싱가포르

한국과 같이 유교의 영향이 강한(홍승이, 2017) 국가 중 하나인 싱가포르는 전통적으로 '사회복지에 대한 최소한의 접근(minimalist approach to social welfare)'을 중시해 왔다. 이에 싱가포르 정부의 노인복지정책 원칙은 국가가 아닌 개인, 가족 단위로 노후 책임을 중시하며, 동양적 가치를 활용한 정책을 추진하여 왔다. 그리고 싱가포르는 '성공적인 고령화(successful ageing)'라는 핵심비전과 함께 개인-가족-지역사회-정부 차원의 4단계 공동노력을 요구하는 접근방식을 확립하였다.

싱가포르는 1999년 인구고령화위원회(Inter-Ministerial Committee on the Ageing Population : IMC)의 보고서를 통해 노인친화적인 가정과 환경, 다양한 주택 옵션, 통합된 지역사회 계획 및 복지단체의 의료 및 사회서비스 제공 확대와 같은 전략을 정착하기 위하여 "Aging-in-Place" 원칙을 도입하였다. 그리고 싱가포르는 고령화 인구문제 해결을 위한 비전으로 '성공적인 고령화(successful ageing)'와 '지역사회 계속거주(aging-in-place)' 두 가지의 정책방향을 도입하였다.

기본적으로 AIP를 실현하는데 있어 주거정책(housing policy)을 배제하고 노인들의 지역 사회 계속 거주를 지원하는 것을 불가능하다(홍송이, 2017). 싱가포르 노인복지정책 중 주거 정책은 대표적인 모범사례로 꼽히고 있으며, 다양한 형태의 주거정책을 통해 AIP를 실현가능 하게 할 수 있는 구조를 가지고 있다. 대표적인 주거정책은 공공주택 재구매 임대(lease byback scheme)과 주택임대 프로그램(subletting flat/room), 다운사이징(down sizing), 스튜디오 아파트(studio apartment), 이주 프로그램(migration program), 스튜디오 아파트 제도(studio apartment priority scheme) 등을 들 수 있다.

주거정책 외에도 싱가포르의 고령친화적 정책은 매우 다양하다. ‘Barrier-Free Access’ 프로그램은 노인들의 이동에 장애가 없도록 개선하는 정부주도 사업이며, 시니어 이동지원 프로그램은 자산조사를 통해 취약계층 노인들의 신체적 장애를 지원하여 노인들이 지역사회 내에서 독립된 생활수행을 유지할 수 있도록 하는 프로그램이다. 이를 위해 의료보장구 및 소비재 구입과 병원치료비, 의료서비스를 이용을 지원하는 교통비를 보조하고 있다(홍송이, 2017; 강문철·김영훈, 2018). 이 외에도 싱가포르의 AIP를 위한 고령자 복지정책은 노인들의 적극적인 노후 활동 지원정책을 들 수 있다. 노후 활동 지원 프로그램들은 노인들을 다양한 사회활동에 참여시킴으로써 독립적인 생활능력 뿐 아니라 지역사회 안에서 대인관계를 유지하며 살아갈 수 있는 AIP 환경을 만드는 것을 목표로 한다(홍송이, 2017).

싱가포르의 AIP 정책의 특징은 노인 뿐만 아니라 전세대의 AIP를 지향한다. 그리하여 싱가포르르는 모든 세대를 위한 도시 프로젝트(City For All Ages project: CFAA)를 수립하고 하드웨어와 소프트웨어를 개선하여 싱가포르 전역의 노인친화적 커뮤니티를 구축하는 것을 비전으로 하고 있다. 특히 고령인구 증가에 대응한 데이케어센터, 의료시설, 여가 및 문화 활동 센터 등을 포괄하는 통합적인 고령시설 네트워크를 구축하고 세대 간 통합을 위해 모든 세대를 아우르는 종합적 활동 센터 등을 구축하여 모든 세대를 위한 도시를 구현하고자 한다.

2. 설문조사

AIP 이념의 기본전제는 ‘노인이 AIP를 원한다’ 는 것이다(조아라, 2013). 이에 수원형 노인돌봄정책 시행에 앞서 수원시 노인들이 실질적으로 AIP를 원하는지를 파악하기 위하여 수원시에 거주하는 만 65세 이상 노인들을 대상으로 대상자들의 ‘지역사회 계속거주(AIP: aging in place)’와 관련된 욕구조사를 실시하였다.

분석대상은 총 370명을 대상으로 분석하였으며 응답자의 평균나이는 74.8세, 수원시 거주 기간은 27.2년, 현 주택 거주기간은 10.2년으로 나타났다. 응답자의 78.9%가 소득활동을 하지 않고 있었으며, 응답자의 49.5%는 본인 스스로 인식한 경제수준은 ‘하층’으로 인식하고

있었다.

건강과 관련해서 의사로부터 고혈압을 진단받은 경우가 60.0%이었으며, 지난 1개월간 의료기관 이용횟수는 평균 3.4회로 나타났다. 조사대상자에게 지난 1년간 진료가 필요하다고 생각하였으나, 실제 진료를 받지 못한 경험이 있는지에 대하여 조사한 결과 미진료 경험이 있는 20.3%이었으며 이에 대한 주된 이유는 '경제적 어려움'이 가장 높게 나타났다. 돌봄과 관련해서는 수원시 노인 조사대상자 중 일상생활 수행시 가족이나 타인에게 도움을 받는 경우 장기요양보험서비스를 통해 가장 많은 도움을 받고 있었다.

주거환경에서 현재 살고 있는 주택에 대한 전반적 만족도 평균은 3.8점(sd=.88)으로 조사대상자들의 현재 주택 전반에 대한 만족도는 높은 수준이었으며, 다음으로 조사대상자가 현재 거주하고 있는 거주지 주변환경 전반에 대한 만족도를 조사한 결과, '만족하는 편'이라고 응답한 자가 48.1%로 높게 나타났다.

지역사회 계속거주 의사에서는 '수원시에 대한 계속 거주 의사'의 경우 '그렇다'와 '매우 그렇다'의 긍정적 응답이 80.0%로 높게 나타났다. 그리고 '건강이 나빠져 독립생활을 하기가 다소 어려워져도 현재 집에서 계속 살 것이다' 문항의 응답은 '다소 그렇다'가 43.5%(161명)로 가장 많았으며, '건강이 나빠져 요양원에 간다고 하더라도 수원에 있는 요양원에 갈 것이다' 문항도 마찬가지로 '다소 그렇다'가 45.4%(168명)로 가장 높게 나타났다. 즉, 조사대상자들이 노후에 거주하고 싶은 거주유형은 건강상태나 가족여부와 관계없이 현재의 집에서 계속거주를 희망하고 있었다.

제2절 노인중심의 지역기반형 돌봄정책 시행을 위한 시사점

1. 수원지역에서 지역기반형 돌봄정책에 대한 필요성과 가치에 대한 인식 공유

지역사회에서 계속 거주하며 자립적인 활동의 주체로 생활하기 위해 요구되는 것은 바로 노인정책에 대한 관점의 전환이다. AIP사례에서도 살펴보았듯이 지역사회에서 제공하는 서비스와 정부주도의 정책들이 노인만을 대상으로 하는 단편적 정책이 아니라 사회통합을 위한 전 세대를 포함하고 있다. 이에 수원시에서도 지역기반형 노인통합돌봄정책 시행을 위해서 노인을 수동적인 존재로 관리와 통제의 대상이 아닌(정은하, 2016), 스스로 선택하고 활동할 수 있는 주체로서 인정하고 이에 대한 관점의 접근이 필요하다.

노인이 지역사회와 격리된 시설이 아닌 지역사회에서 지내기 위해서는 포괄적이면서 (comprehensive) 통합적인(integrative) 서비스가 필요하다. 포괄성 차원에서 보면 원 가정에서 살기 어려운 상황에 있는 사람들을 위한 거주지원 서비스와 더불어 지역사회에서 일상

과 활동을 지원하는 지역사회 지원 서비스 등이 개인의 상황에 맞게 통합적으로 구성될 수 있어야 한다. 이를 위해서는 지역기반형 돌봄정책에 대한 가치와 필요성이 지역사회에서 공감되어야 연계가 용이하며 이를 통해 지역사회 기반의 통합적이고 포괄적인 서비스가 제공될 수 있다. 이러한 필요성과 가치가 공유되면 지역사회의 보건, 복지, 주거 등의 다양한 서비스의 주체가 함께 같은 비전과 방향성을 만들어갈 수 있으며, 돌봄에 대한 새로운 인프라의 개발도 가능할 것이다.

2. 지역기반형 돌봄정책 대상의 명확화 및 우선순위 설정

지역기반형 돌봄정책 대상의 명확화 및 우선순위가 필요하다. 우선 수원시에서는 지역기반형 돌봄정책의 대상을 만 65세 이상의 노인으로 설정하여 접근을 하고 있다. 그러나 노인을 연령에 의해 구분할 것인지 사회적 역할상실과 같은 기능적 연령으로 구분할지 아니면 자각적 연령(perceived age) 등에 따라 구분할지에 대한 명확한 정의가 필요하다. 일반적으로 노인이라 함은 연령주의적 접근으로 인해 만 65세 이상인 자를 의미하나 인간의 수명이 점차 연장됨으로 인해 65세 이상의 동일한 집단인 노인이라 하더라도 65세 이상 74세 이하의 연소 노인(young-old), 75세 이상 84세 이하의 중고령 노인(middle-old), 그리고 85세 이상의 초고령 노인(old-old)의 기능 및 특성, 욕구가 상이하게 나타날 수 있다. 이에 수원지역에서 지역기반형 돌봄정책에 대한 모형을 개발할 때 대상에 따라 서비스에 대한 내용과 기능이 상이해질 수 있다. 그리고 건강한 노인, 병원에서 퇴원한 노인, 질병이 있는 노인 등 특정집단에 따라 서비스의 목표 및 내용이 상이해질 수 있기 때문에 노인의 기준과 더불어 세부적인 대상집단에 대한 정의 및 우선순위가 설정되어야 한다.

3. 지역기반형 돌봄관련 욕구 및 인프라에 대한 특성 파악 및 네트워크 구축

지역기반형 돌봄과 관련하여 노인의 복합적 돌봄욕구(complex care needs)를 파악해야 한다. 그리고 이와 더불어 노인 당사자가 갖고 있는 욕구, 그리고 각각의 연계기관들이 갖고 있는 욕구, 지역사회가 갖고 있는 욕구를 파악해야 한다. 이러한 작업을 통해 수원지역의 특성에 맞는 맞춤형 돌봄서비스가 제공 및 개발될 수 있다.

커뮤니티케어는 탈병원, 탈시설을 통해 지역사회에서 함께 어울려 살아갈 수 있도록 하는 역할을 하는 정책으로 병원시설보다는 지역사회에서 가능한 오래 건강한 생활을 할 수 있도록 보건·복지·주거 등의 충분한 재가서비스 자원에 확보되고 제공되어야 한다. 그리고 노인 통합돌봄에서 가장 중요한 것은 노인이 지역사회 안에서 친숙한 이웃과 기관들의 돌봄을 받

으며 노후생활을 지속하도록 지원하는 것이며, 이러한 지원이 연계적으로 이루어질 경우 자립적인 노후를 보내는 것이 중요하다(석재은 외, 2012). 따라서 지역사회 서비스를 제공 인프라(대상, 전달체계, 지리적 접근성 등)에 대한 특성을 확인하고 부족한 인프라는 확충하고, 보건, 의료, 주거, 복지 등 다양한 영역 간의 네트워크를 지속적으로 확대하는 것이 필요하다.

4. 통합돌봄정책의 연계·조정·신속적 개입을 위한 컨트롤타워 구축 필요

지역기반형 통합돌봄정책은 노인복지관, 보건소, 치매센터, 병의원, 장애인복지관, 가사간병, 장기요양병원 등 기존의 기관중심으로 분절된 돌봄서비스를 유기적으로 연계하여 제공하는 것이 핵심이다. 즉, 기관이 아닌 사람을 중심으로 보건의료-복지-주거 등의 서비스 전달체계가 연계·통합되어 서비스 종합성을 이루어야 한다. 그 중심에는 돌봄대상자의 다양하고 복합적인 욕구를 한 곳에서 상담, 수렴하여 다양한 서비스를 연계하는 통합지원절차가 마련되어야 한다. 그리고 잠재적인 돌봄 수요자를 지속적으로 발굴하고, 수원시 지역 내 홍보강화, 복지-보건 의사소통시스템 구축 등이 지역사회 내 하나의 제도아래 포괄되어야 하며, 대상자 발굴과 상호지원을 위한 의뢰 방안이 반드시 수반되어야 한다.

커뮤니티케어는 주거, 보건의료, 요양, 돌봄과 공공후견, 권익보장과 같은 독립생활 지원 등 복합적인 개념으로 각각 시스템 사이의 경계가 모호하다. 때문에 관련 서비스를 통합하여 관리할 수 있는 빅 데이터 시스템을 구축하여 건강과 안전에 취약한 독거어르신, 돌봄이 필요한 노인대상 서비스의 중복과 누락을 방지하여 커뮤니티케어의 효율적인 운영이 가능하도록 하는 것이 필요하다. 그리고 미래의 노인 인구 집단은 현재보다 더 좋고 더 나은 서비스를 원할 가능성이 높다. 따라서 수원형 커뮤니티케어 모형 구축시 단·장기목표를 구별하여 수립함으로써 수원시 노인 돌봄수요자 대상 서비스의 종류, 제공량, 질 등에 욕구변화에 따라 즉각적인 대응방안을 마련해야 한다.

| 참고문헌 |

〈국문 자료〉

- 강문철·김영훈(2018), 도시형 노인주거 사례분석을 통한 Aging in place 활성화 방안 고찰, 한국생태환경건축학회논문집, 18권, pp.61-68
- 강철희·남석인·김계정·김준표·김보미·이은경·장재혁(2015), 고령사회 정책 및 전달체계의 글로벌 현황 분석 및 향후 과제 도출연구, 한국노인인력개발원
- 건설교통부, www.mgepa.nrw.de
- 관계부처 합동(2018), 1단계: 노인 커뮤니티케어 중심 - 「지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)」
- 광산군의회(2012), 2012년 싱가포르 의원 공무 국외연구 보고서
- 국회예산정책처(2017), 노인 건강관리 및 돌봄 대책 분석
- 권오정·이용민·하해화·김진영·염혜실(2014), 노년층의 지역 내 계속 거주 이유에 관한 연구, 52권 3호, pp.285-299
- 김미진(2018), 일본의 고령사회를 둘러싼 지역커뮤니티의 대응: 지역포괄케어시스템을 중심으로, 서울시50플러스재단
- 김성훈(2016), 고령화 사회를 대비하는 싱가포르의 정책 대응, 동남아시아 인터뷰
- 김영란(2016), 한국의 고령화와 노인 돌봄, 한국여성정책연구원
- 김용득(2018), 커뮤니티 케어, 무엇을 어떻게 해야 할까?, 월간 복지동향, 통권 238호, pp.5-10
- 남상요(2019), 일본의 지역포괄케어 추진 현황 및 성공사례, 커뮤니티케어와 지역사회 건강포럼 자료집
- 남윤옥(2002), 독일의 지역보건지원소(Sozialstation)에 대한 연구, 의료·복지 건축(구 한국의료복지시설학회지), 8권 2호, pp.17-24
- 독일의 노인복지주택(2017.09.15.), <https://blog.naver.com/dodwkcl/221097526058>
- 다세대하우스, <https://www.mehrgenerationenhaeuser.de/>
- 마틴알브레히트 외(1명)(2017), 독일 주치의 공급의 지역격차, 국제사회보장리뷰, 1권, pp.27-37
- 매일경제(2017.11.15.), 한국도 올해 고령사회 진입, <https://www.mk.co.kr/news/>
- 미디어생활(2019.01.30.), 커뮤니티 케어와 장애인 자립생활, <http://www.imedialife.co.kr/>
- 백세시대(2010.04.23.), 세계 각국의 노인복지정책 및 노후생활 독일편 1, <http://www.100ssd.co.kr/news/>
- 백세시대(2010.04.30.), 세계 각국의 노인복지정책 및 노후생활 독일편 2, <http://www.100ssd.co.kr/news/>
- 변나향(2018), 일본의 고령자주택 정책 및 제도 동향, 건축과도시공간, 31권, pp.79-82
- 보건복지부·경제협력개발기구 아시아 사회정책센터·OECD(2007), 노인장기 요양보호
- 보건복지부(2018), 어르신이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낸다 「지역사회 통합 돌봄 기본계획(1단

- 계: 노인 커뮤니티케어)」 발표
복지로(2013.12.18.), 독일, 대가족을 꿈꾼다, 보건복지부·사회보장정보원
복지클럽생활협동조합, <http://fukushi-club.net/index.htm>
서울시협동조합(2016), [협동조합으로 보는 일본의 돌봄모델] 지역과 함께하는 복지를 꿈꾸는 나라
코프의 협동복지회
서유진(2018), 도시재생에 있어 Aging in Place를 위한 고령자 서비스 주거 연구, 서울대학교
박사학위논문
석재은·김형용·허남재·장선아·한은영·김명숙(2017), 지역기반 노인통합돌봄서비스 지원체계 확
산 연구, 서울특별시 사회적경제지원센터
선우 덕·강은나·이윤경·김지미·최인덕·양찬미(2015), 노인돌봄(케어)서비스의 제공주체간 역할정
립과 연계체계 구축, 한국보건사회연구원
아이쿱생협(2018), 일생협연합회, <생협기본케어10>을 전국 생협에 본격적으로 도입
엄기욱·이정락·사사키노리코·김양이·김욱·황재영(2013), 치매노인을 위한 노인장기요양기관 시
설·인력·서비스기준에 관한 연구, 건복지부·군산대학교 산학협력단
오세웅(2015), 일본의 지역포괄케어시스템 구축을 위한 개호보험서비스의 현황과 과제: 시설입소
형·지역밀착형·주택지원형 서비스를 중심으로, 장기요양연구, 3권 1호, pp.58-90
유은정(2018), 한국형 커뮤니티케어와 일본의 지역포괄케어: 일본 도쿄도 사례 중심으로, 한국건강
증진개발원
윤재호(2018), 일본의 치매정책과 지역포괄케어가 한국에 주는 시사점, 노인의료복지복합체
윤혜영(2014), 에이징 인 플레이스 실현을 위한 일본의 고령자 지원체계 연구, 한국주거학회논문집,
25권, pp.99-106
의료&복지(2018.05.15.), 일본의 커뮤니티케어 추진과 사례, <http://www.mediwelfare.com/>
이상림(2017), 국제역량강화 프로그램 독일 출장보고서, 한국보건사회연구원
이상림·강은나·오신휘·전홍규·이한나·박소정·류승규(2016), 초고령사회 대응 지역친화적 노인주
거모델 개발 연구, 한국보건사회연구원
이상현(2018), 공동체 중심의 커뮤니티 케어 추진사례, GLOCAL 커뮤니티포럼자료집
이윤경(2017), 국외출장보고서(독일, 네덜란드), 한국보건사회연구원
이윤경·강은나·김세진·변재관(2017), 노인의 지역사회 계속 거주(Aging in place)를 위한 장기요
양제도 개편 방안, 한국보건사회연구원
이은선(2018), 협동조합으로 보는 일본의 돌봄모델, <http://www.lifein.news/>
이주은·박명숙·Ju-eun, Lee·Myung-suk, Park(2012), 한국의 노인복지제도 개선 방안에 관한
연구: 독일 노인복지제도를 중심으로, 유라시아연구, 9권 4호, pp.379-412
이창(2018), [해외출장노트] 싱가포르의 고령친화도시 정책과 사례, 서울연구원해외출장노트

- 이화정(2006), 일본의 골드플랜, <https://m.blog.naver.com/>
- 정건화(2017), 새로운 노년의 삶을 제시한다 50+세대가 사회 주역이 되는 미국과 싱가포르, 서울사랑
- 정경희·이소정·이윤경·이수연(2011), 선진국의 고령화 대응정책 동향, 한국보건사회연구원
- 정기혜·김용하·이지현(2012), 주요국의 사회보장제도 -요약편: 독일
- 정은하(2016), 해외의 고령친화도시 정책 사례와 시사점, World&Cities, 통권 12호, pp.24-33
- 정은하·김미현·송인주·이순성·홍주희(2014), 서울시 고령친화도시 제2기 실행계획 추진을 위한 해외사례 연구, 서울특별시·서울시복지재단
- 조아라(2013), 일본의 고령자 거주문제와 주거정책: Aging in Place를 중심으로, 대한지리학회지 48권 5호, pp.709-727
- 조임영(2004), 고령사회와 노인복지법제의 체제 개선, 한국법제연구원
- 주거문화연구소(2016), 초고령사회의 "Aging in Place" 실현 - 일본 복지주환경 코디네이터
- 주택도시연구원(2006), 고령자 주거지원 중장기 계획수립, 국토교통부
- 지바현 사쿠라시청, <http://www.city.sakura.lg.jp>
- 채혜원(2017), (독일) 베를린의 모든 세대가 만나는 곳, <https://50plus.or.kr/>
- 최낙관(2017), 수발강화법을 통한 독일 수발보험개혁에 관한 연구, 한국자치행정학보, 31권 1호, pp.49-68
- 최선희(2018), [50+리포트] 싱가포르 커뮤니티 중심 활동의 실천 사례, 고령자의 커뮤니티 서비스, <https://www.50plus.or.kr/>
- 한국일보(2018.07.20.), 노인의 사회참여, 1명당 최대 연 3만유로 경제효과, <http://www.hankookilbo.com/News/>
- 한국주택금융공사(2016), 독일, 일본, 초고령국가의 고령층 주거 및 소득 안정화 시스템 연구 협동복지회, <http://www.asunaraen.or.jp/>
- 홍송이(2017), Aging-in-Place를 위한 노인복지정책의 비판적 이해: 싱가포르 사례연구, 사회과학 연구, 43권 1호, pp.227-254
- 후생노동성, <https://www.mhlw.go.jp/>

〈영문 자료〉

- Admiralty Medical Centre, <https://www.admiraltymedicalcentre.com.sg/>
- AIA(2019) <https://www.aiany.org/>
- Bookman, Ann. (2008) Innovative Models of Aging in Place: Transforming Our Communities an Aging Population, Community, Work & Family, Vol.11, No.4, pp.419-438
- CDC(2019) <https://www.cdc.gov>

Centers for Disease Control and Prevention, (2013) <https://www.cdc.gov/>

Central Provident Fund Board, (2019) <https://www.cpf.gov.sg/>

Davey, J., Nana, G., de Joux, V., and Arcus, M. (2004) Accommodation options for older people in Aotearoa/New Zealand. Wellington, New Zealand: NZ Institute for Research on Ageing/Business & Economic Research Ltd, for Centre for Housing Research Aotearoa/New Zealand

DEPARTMENT of STATISTICS SINGAPORE(2019) <https://www.singstat.gov.sg/>

Eco creator, (2018) 도시건축의 미래 2018년 올해의 세계 건축 대상: Kampung Admiralty, <http://ecocreator.co.kr>

Frank, J., (2001) Chapter 1 how long can I stay, Journal of Housing for the Elderly, Vol.15, pp.5-30

HOUSING & DEVELOPMENT BOARD, (2019) "Kampung Admiralty" <https://www.hdb.gov.sg/>

Lee K. Y., (2017) Successful Ageing in Singapore: Urban interventions in a high-density city, National University of Singapore

Masterplan altengerechte Quartiere.NRW, (2018) www.mgepa.nrw.de.

Nirje, B., (1985) The basis and logic of the normalization principle, Australia and New Zealand, Journal of Developmental Disabilities, Vol.11, No.2, pp.65-68

Ontario(2019) <http://www.health.gov.on.ca/>

Rowles, G. D., (1983) Place and personal identity in Old Age: observations from Appalachia, Journal of Environmental Psychology, Vol.3, pp.299-313

SAKURACITY, (2018) 지역포괄케어 시스템의 구축을 향해, www.city.sakura.lg.jp.k.dj.hp.transer.com/

Silver-ocean (2018) 한국 노인공동체 활성화 방안에 대한 탐구, 2018학년도 하계 이화글로벌벨프 론티어프로그램 탐사보고서

UN, (2017) World Population Prospects: The 2017 Revision

U.S. Centers for Disease Control and Prevention, <https://www.cdc.gov/>

WHO(2002) Active ageing: a policy framework

Wiles, J. L, Leibing, A., Guberman, N., MSW, Reeve, J. and Allen, R.E.S., (2011) The meaning of Ageing in place to older people, The Gerontologist

A16. 현재 소득활동 여부	※ 현재 수입을 목적으로 한 소득활동의 여부 ① 없음 ② 있음				
A17. 주 소득원	① 연금	② 기초연금	③ 용돈	④ 월급	⑤ 기타
A18. 월평균 가계소득	월 _____ 만원	A19. 주관적 경제상태	① 하층	② 중하층	③ 중상층
			④ 상층		

건강 및 돌봄(B)

B1. 귀하는 귀하의 평소 건강 상태가 어떻다고 생각하십니까?

- ① 매우 건강하다 ② 건강한 편이다 ③ 그저 그렇다
④ 건강이 나쁜 편이다 ⑤ 건강이 매우 나쁘다

B2. 귀하는 다음과 같은 질병(3개월 이상 앓고 있는)을 의사로부터 진단받은 적이 있습니까? 그리고 현재 그 질병을 치료하고 있습니까?

구분	B2-1. 의사 진단 여부		B2-2. 치료 여부	
	있음 (→B2-2)	없음 (→B3)	치료 받음	치료 안받음
1) 고혈압				
2) 당뇨병				
3) 암				
4) 이상지질혈증(고지혈증 포함)				
5) 관절염(골관절염 또는 류마티스성 관절염)				
6) 백내장				

B3. 귀하는 지난 1개월 동안 병원, 의원, 보건소, 한의원, 치과 등 의료기관을 이용하신 적(외래)이 있습니까?

- ① 예 → (1개월 횟수: _____ 회) ② 아니오

B4. 귀하는 지난 1년간 본인이 진료가 필요하다고 생각하였으나, 진료를 받지 못한 적이 있습니까?

- ① 예 → **(B4-1로)** B4-1. 진료를 받지 못한 경우, 그 주된 이유는 무엇입니까?
 ① 경제적 어려움
 ② 교통이 불편해서
 ③ 거동이 불편해서(동행할 가족(간병인 등)이 없어서
 ④ 의료정보가 부족해서(어느 병원에 가야 할지 잘 몰라서)
 ⑤ 병원 예약이 힘들거나 또는 진료받기 위한 대기
 ⑥ 증상이 가벼워서
 ⑦ 진단 받거나 치료 과정이 두려워서
 ⑧ 기타()
- ② 아니오 → **(B5로)**

B5. 귀하가 생각하는 자신의 일상생활 자립도 수준은 어느 정도입니까?

- ① 보편적 일상생활 가능 ② 거동 불편 ③ 만성질환 치료 및 관리 필요
④ 자립생활 불편 ⑤ 기타 ()

B6. 귀하는 **일상생활을 수행할 때, 가족이나 다른 사람에게 도움을 받고 있습니까?**

① 예 → **(B6-1로)**

B6-1. 귀하는 **주로 누구의 도움을 받으십니까?** 선택해주시시오(유료·무료 무관)

구분	도움 여부	
	도움 받음	도움받지 않음
1) 동거 가족원	①	②
2) 비동거 가족원	①	②
3) 친척, 이웃·친구·지인	①	②
4) 개인 간병인 또는 가사 도우미	①	②
5) 장기요양보험서비스(요양보호사 등)	①	②
6) 노인돌봄서비스(가사·간병서비스 등 각종 공공 돌봄서비스)	①	②

② 아니오 → **(B6-2로)**

B6-2. 귀하가 누구의 도움도 받지 않는 이유 는 무엇입니까?
① 도움이 필요 없어서(아직까지는 혼자서 할 수 있어서)
② 도움은 필요하지만, 가족 등에게 부담을 주고 싶지 않아서
③ 도움은 필요하지만, 도와 줄 사람이 없어서
④ 도움은 필요하지만, 비용이 부담될 것 같아서
⑤ 도움은 필요하지만, 방법을 몰라서
⑥ 기타()

B7. 귀하는 **노인장기요양보험의 등급 신청을 한 적이 있습니까?**

① 예 → **(B7-1로)**

② 아니오 → **(B7-3로)**

B7-1. (**등급인정신청을 한 적이 있다면**) **가장 최근에 받은 등급**은 무엇입니까?

- ① 1등급 ② 2등급 ③ 3등급 ④ 4등급
 ⑤ 치매특별등급(5등급) ⑥ 등급 외 ⑦ 기타()

B7-2. 귀하가 **현재 이용하는 장기요양보험서비스**는 무엇입니까? **모두 표시**하여 주십시오.

구분	방문요양	방문간호	방문목욕	주·야간 보호서비스	요양시설	단기보호	복지용구
이용	①	①	①	①	①	①	①
미이용	②	②	②	②	②	②	②

B7-3. (**장기요양 등급신청을 한 적이 없다면**), **그 이유**는 무엇입니까?

- ① 건강이 양호해서(도움이 필요 없어서)
 ① 노인장기요양보험을 알지 못해서
 ② 건강상태가 좋지 않지만 등급인정을 받지 못할 것 같아서
 ③ 타인의 도움을 받고 싶지 않아서
 ④ 비용이 부담될 것 같아서
 ⑤ 노인요양시설보다 요양병원에 입원하는 것이 더 낫다고 생각해서
 ⑥ 장기요양보험에는 원하는 서비스가 없어서
 ⑦ 현재 이용하는 서비스(재가돌봄서비스, 개인적으로 이용하는 서비스 등)로 충분해서
 ⑧ 기타()

B8. 귀하는 **현재 노인돌봄서비스를 이용**하고 계십니까?

- ① 예(이용하고 있음) → (B8-1로) ② 아니오(이용하지 않음) → (B8-2로)

B8-1. 귀하가 **현재 이용하는 노인돌봄서비스**는 무엇입니까? **모두 표시**하여 주십시오.

구분	구분	이용여부	
		이용	미이용
기본 서비스	1) 안전확인(말벗서비스, 건강·생활 상태 확인 등)	①	②
	2) 생활교육(사회관계망 확대, 정보제공 등)	①	②
	3) 서비스 연계(소득, 도시락 배달 등 복지자원 연계)	①	②
종합 서비스	4) 방문서비스(신변·활동지원, 가사·일상생활지원)	①	②
	5) 주간보호서비스(기능회복, 급식 및 목욕서비스)	①	②
	6) 단기가사서비스	①	②

B8-2. (**노인돌봄서비스를 이용하지 않는다면**) 그 이유는 무엇입니까?

- ① 건강이 양호해서(도움이 필요 없어서)
 ① 노인돌봄서비스에 대해 알지 못해서
 ② 돌봄서비스가 필요하지만 수급자격이 되지 않아서
 ③ 타인의 도움을 받고 싶지 않아서
 ④ 비용이 부담될 것 같아서
 ⑤ 이용대상이나 서비스 질이 만족스럽지 않아서
 ⑥ 기타()

B9. 지난 한달 동안 귀하가 어떻게 느꼈고, 또 어떻게 지냈는지에 대한 질문입니다. **아래 각 항목 중 귀하가 느꼈던 것과 가장 가까운 번호**에 답해 주시기 바랍니다.

구분	항상 그랬다	대부분 그랬다	때때로 그랬다	드물게 그랬다	전혀 없음
1) (정신건강) 귀하는 차분하고 평온하다고 느끼셨습니까?	①	②	③	④	⑤
2) (활력) 귀하는 활력이 넘쳤습니까?	①	②	③	④	⑤
3) (정신건강) 귀하는 마음이 많이 상하고 우울했습니까?	①	②	③	④	⑤

B10. 귀하가 **지역으로부터 제공받기를 희망하는 서비스**를 **필요한 순서대로 2가지**만 선택하여 주십시오.

1순위	2순위
-----	-----

- | | | |
|------------|-----------------|-------------------|
| ① 식사배달 서비스 | ② 집안청소 도우미 | ③ 정보제공 서비스 |
| ④ 시장보기 도우미 | ⑤ 주택개조지원 서비스 | ⑥ 법률상담 서비스 |
| ⑦ 가정방문 서비스 | ⑧ 건강돌봄 서비스 | ⑨ 다양한 사회봉사활동 기회제공 |
| ⑩ 교통편의 제공 | ⑪ 주변 생활환경 정비서비스 | ⑫ 필요한 서비스 없음 |
| ⑬ 기타() | | |

주거환경(C)

C1. 귀하는 **현재 살고 있는 주택 전반에 대해 얼마만큼 만족하십니까?**

- ① 매우 만족하는 편이다 → **(C2로)**
- ② 만족하는 편이다 → **(C2로)**
- ③ 그저 그렇다 → **(C2로)**
- ④ 만족하지 않는 편이다 → **(C1-1로)**
- ⑤ 전혀 만족하지 않는 편이다 → **(C1-1로)**

C1-1. 현재 살고 있는 주택에 만족하지 않는 주된 이유

- ① 식사, 빨래 등 일상생활을 하기 불편한 구조라서
- ② 주방, 화장실, 욕실 등이 사용하기 불편해서
- ③ 냉난방 등 편의시설이 갖추어지지 않아서
- ④ 방음이나 채광에 문제가 있어서
- ⑤ 안전관리, 보수 등 관리가 힘들어서
- ⑥ 개보수 등 주거관리 비용이 많이 들어서
- ⑦ 기타()

C2. 귀하는 현재 살고 있는 **거주지의 주거환경 전반(주거위치 포함 주변)에 대해 얼마만큼 만족하십니까?**

- ① 매우 만족하는 편이다 → **(D1로)** ② 만족하는 편이다 → **(D1로)** ③ 그저 그렇다 → **(D1로)**
- ④ 만족하지 않는 편이다 → **(C2-1로)** ⑤ 전혀 만족하지 않는 편이다 → **(C2-1로)**

C2-1. 현재 거주지의 주거환경(주거위치 포함 주변)에 대해 만족하지 않는 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 시장과 대형마트, 은행 등 각종 생활 시설이 부족하거나 이용하기 불편해서
- ② 대중교통이 부족하거나 이용하기 불편해서
- ③ 녹지공간, 공원 등이 부족하거나 이용하기 불편해서
- ④ 의료시설이 부족하거나 이용하기 불편해서
- ⑤ 각종 사회복지시설(여가, 문화 포함)이 부족하거나 이용하기 불편해서
- ⑥ 범죄가 자주 발생하거나 발생할 우려가 높은 지역이어서
- ⑦ 자녀 또는 친구와 멀리 떨어져 있어서
- ⑧ 기타()

생활환경과 삶의 질(D)

D1. 귀하는 다음과 같은 기관(시설 포함)을 이용하기 위한 시간이 얼마나 걸립니까?

구 분	도보 5분 미만	도보 5~10분미만	도보 10~30분미만	도보로 30분 이상
1) 시장, 슈퍼 등 일상용품 구매 장소	①	②	③	④
2) 병원, 보건소 등 보건의료기관	①	②	③	④
3) 주민센터	①	②	③	④
4) 노인(종합)복지관	①	②	③	④
5) (종합)사회복지관, 장애인복지관, 여성회관 등	①	②	③	④
6) 버스 정류장·지하철역	①	②	③	④

D2. 귀하가 외출 할 때, 주로 이용하는 외출 수단은 무엇입니까?

- ① 보행 ② 지하철 ③ 버스 ④ 택시
 ⑤ 자동차 ⑥ 자전거·오토바이 ⑦ 기타()

D3. 귀하는 1주일에 어느 정도 외출을 하시는 편입니까?

- ① 주 1회 이하 → **(D3-1로)** ② 주 2회 ③ 주 3~4회 ④ 주 5회 이상(거의 매일)

D3-1. 귀하가 거의 외출하지 않는 주된 이유는 무엇입니까?

- ① 친구가 없어서 ② 시간이 없어서 ③ 이동수단이 불편해서(없어서)
 ④ 건강이 좋지 않아서 ⑤ 경제적인 부담 때문에 ⑥ 기타()

D4. 귀하가 생각하는 귀하의 일상생활 범위와 친근한 동네로 생각하는 범위는 어느 정도 입니까?

구 분	도보 10분 내외	도보 20분 내외	도보 30분 내외	도보30~50 분 내외	도보 1시간 이상
1) 일상생활(평소) 외출 범위	①	②	③	④	⑤
2) 친근한 동네 인식 범위	①	②	③	④	⑤

D5. 귀하는 지난 1년간 거주하는 지역사회(또는 집안)에서 낙상(넘어짐, 미끄러짐 또는 주저앉음)을 당한 경험이 있습니까? 있다면 몇 번입니까?

- ① 아니오(없음) → **(D6으로)**
 ② 예(있음) → (회) → **(D5-1로)**

↳

D5-1. 귀하가 낙상을 경험한 가장 큰 이유는 무엇이었습니까?	
① 바닥이 미끄러워서	② 사람이나 사물에 부딪혀서
③ 보도나 문턱에 걸려	④ 경사가 급해서
⑤ 조명이 어두워서	⑥ 다리를 접질려서(발을 헛디뎠서)
⑦ 갑자기 어지러워서	⑧ 다리에 힘이 풀려서(갑자기 주저앉아서)
⑨ 기타()	

D6. 귀하는 다음과 같은 삶의 부분에 대하여 어느 정도 만족하십니까?

구 분	해당 없음	매우 만족함	만족함	그저 그렇다	만족 못함	매우 불만족
1) 자신의 건강상태	①	②	③	④	⑤	
2) 자신의 경제상태	①	②	③	④	⑤	
3) 배우자와의 관계(유배우자만)	①	②	③	④	⑤	
4) 자녀와의 관계(생존자녀가 있는 경우만)	①	②	③	④	⑤	
5) 사회·여가·문화 활동	①	②	③	④	⑤	
6) 친구 및 지역사회와의 관계	①	②	③	④	⑤	

사회참여 및 활동(E)

E1. 수원시는 아래 항목과 같이 **노인들이 사회참여를 할 수 있는 조건(기관 또는 프로그램 등)**을 갖추고 있습니까?

	구분	없음	있음
내가 살고 있는 수원시는..	1) 노인일자리사업을 운영하는 기관이 있다	①	②
	2) 취미나 여가프로그램을 제공하는 기관(복지관, 노인대학 등)이 있다.	①	②
	3) 평생교육프로그램을 운영하는 기관(복지관, 노인대학 등)이 있다	①	②
	4) 노인들이 참여할 수 자원봉사단체가 있다	①	②

E2. 귀하는 **지난 1년간 수원시 또는 그 외 다른 지역에서 아래 항목과 같은 활동에 참여한 적이** 있습니까?

구분	없음	있음
1) 동호회(클럽활동)	①	②
2) 친목 단체(동창회, 계모임 등)	①	②
3) 정치사회 단체 활동	①	②
4) 자원봉사 활동	①	②

E3. 다음은 귀하가 수원시에서 **각각의 활동에 얼마나 참여하고** 싶으십니까?

구분	반드시 참여하고 싶음	될 수 있으면 참여하고 싶음	기회가 되면 참여할 생각이있음	별로 참여 할 생각이 없음	전혀 참여 할 생각이 없음
1) 자원봉사 활동	①	②	③	④	⑤
2) 학습(공부) 활동	①	②	③	④	⑤
3) 취미여가 활동	①	②	③	④	⑤
4) 종교 활동	①	②	③	④	⑤
5) 정치·사회 단체활동	①	②	③	④	⑤
6) 친목·단체 활동	①	②	③	④	⑤

사회통합(F)

F1. 귀하는 **수원에서 이웃들과 함께 다음과 같은 일들을** 하고 계십니까?

구분	전혀 하지 않는다	거의 하지 않는다	가끔 한다	자주 한다
1) 집을 비울 경우 집을 보아 달라 부탁한다	①	②	③	④
2) 생활용품이나 가사 도구를 빌리거나 빌려준다	①	②	③	④
3) 급한 돈이 필요할 때 빌리거나 빌려준다	①	②	③	④
4) 개인이나 집안에 어려운 일이 있을 때 같이 의논한다	①	②	③	④
5) 지역의 공동 문제에 대해 같이 의논한다				

F2. 귀하는 각 항목별 이웃들 간의 공동체意識이 필요하다고 생각하십니까?

구 분	전혀 그렇지 않다	다소 그렇지 않다	다소 그렇다	매우 그렇다
1) 이웃들과 친하다면, 홀로서기 노후생활에 도움이 될 것이다	①	②	③	⑤
2) 이웃들과 공동체意識은 주민들 간의 사이가 좋아지는데 필요할 것이다	①	②	③	⑤
3) 이웃들과의 관계는 모든 사람들이 봉사활동에 참가할 기회를 제공하는데 필요할 것이다	①	②	③	⑤
4) 이웃들과의 관계는 수원시에서 부리를 내리고 사는 데 필요할 것이다	①	②	③	⑤
5) 이웃들과 친하다면, 이웃의 도움을 받더라도 떳떳할 것이다	①	②	③	⑤

F3. 수원시는 노인들이 다른 세대들과 소통(통합)할 수 있는 조건을 갖추고 있습니까?

구 분	해당여부		
	없음	있음	
내가 살고 있는 수원시는...	1) 젊은 층과 노인들이 만날 수 있는 행사나 공간이 있다	①	②
	2) 중장년층과 노인들이 만날 수 있는 행사나 공간이 있다	①	②
	3) 행정기관이나 주민들은 노인들의 친목모임을 지원해 준다	①	②
	4) 여러 연령층의 노인들이 만날 수 있는 공간이 있다	①	②

지역사회 계속거주 의사(G)

G1. 귀하는 현재 거주하고 있는 수원시와 집에서 계속 거주하고 싶은 의사가 있습니까?

구 분	매우 아니다	아니다	보통이다	그렇다	매우 그렇다
1) 수원시에 대한 계속 거주 의사	①	②	③	④	⑤
2) 집에 대한 계속 거주 의사	①	②	③	④	⑤

G2. 다음은 귀하가 거주하고 있는 수원지역(집) 내 계속 거주에 관한 질문입니다. 해당하는 곳에 체크하여 주십시오.

구 분	전혀 그렇지 않다	다소 그렇지 않다	다소 그렇다	매우 그렇다
1) 현재로서는 나는 이집에서 향후 10년 이상은 타 지역으로 이사할 계획이 없다	①	②	③	④
2) 아마도 건강이 유지되는 동안에는 여기 집에서 계속 거주할 것이다.	①	②	③	④
3) 앞으로 언젠가 이사를 한다고 하더라도 수원지역으로 할 것이다.	①	②	③	④
4) 건강이 나빠져 독립생활을 하기가 다소 어려워져도 현재 집에서 계속 살 것이다.	①	②	③	④
5) 건강이 나빠져 요양원에 간다고 하더라도 수원에 있는 요양원에 갈 것이다.	①	②	③	④

Abstract



A Case Study of the Community-based Care Policy : Focusing on the Elderly Care

'Aging in Place(AIP)', which means that the elderly continue to live in their community (where they live), is presented as a point of aim for the welfare of the elderly around the world along with successful aging and active aging in their old age.

In addition, in Korea, as part of the concept of AIP, the paradigm that care system for the elderly and the disabled should be changed from institution care to community care is emphasized. In response to that, the Ministry of Health and Welfare announced a roadmap to expand community care nationwide by 2026 through developing an integrated care model focusing on the community.

In order to prepare for community care related to the elderly in advance, Suwon City plans to develop a Suwon-type integrated care model in 2020, and this study has the characteristics of basic research for this. Thus, the purpose of this study was to identify the elderly's desire to continue living in Suwon and to draw implications to be considered when developing the Suwon-type integrated care model for the elderly in 2020.

For this purpose, we analyzed the cases of Japan, Germany and Singapore, where aging of the country started earlier than other countries, applying the concept of AIP to various areas such as housing, finance, education and community care.

Since the basic premise of AIP is that the elderly want AIP, the survey was conducted on the elderly aged 65 or older living in Suwon to identify the AIP needs in Suwon.

The implications for the application direction of AIP in Suwon derived from foreign cases and the survey on desires for the elderly to live in Suwon are as

follows. First, sharing the need and value of community-based care policy in Suwon area. Second, clarifying and prioritizing the target of community-based care policy. Third, identifying the characteristics of the needs and infrastructure related to community-based care and establishing a network. Fourth, establishing a control tower for linking, adjusting, and prompt intervention of integrated care policy.

Keyword : the elderly, aging in place(AIP), community care, integrated care

| 저자 약력 |

한연주

사회복지정책 전공

수원시정연구원 도시경영연구실 연구위원(현)

E-mail : joanna1118@suwon.re.kr

주요 논문 및 보고서

「수원시 장애인정책 5개년 기본계획 연구」(2017, 수원시)

「수원시 발달장애인 생애주기별 증상기 기본계획 수립 연구」(2017, 수원시정연구원)

「수원시 장애 조기발견 및 조기개입 모형 개발 연구」(2018, 수원시정연구원)

「수원시 사회보장통계 생산 및 관리방안 연구」(2018, 수원시정연구원)

「수원시 사회복지시설 종사자 처우개선 연구」(2019, 수원시정연구원)

