Check for updates

사회과학연구 제37권 4호(2026) 충남대학교 사회과학연구소 pp. 91-107
http://dx.doi.org/10.16881/jss.2026.10.37.4.91

초고령사회에서 고령친화도시 인식의 연령집단 간 격차: WHO 고령친화도시 8대 영역에 대한 고령자와 비고령자의 비교

이 연 실†

화성의과학대학교

본 연구는 초고령사회에서 고령자와 비고령자의 고령친화도시 인식 차이를 분석하고, WHO 고령친화도시 8대 영역의 연령집단 간 격차를 규명하고자 하였다. 2024년 수도권 소재 단일 중소도시의 고령친화도시 설문조사에 참여한 고령자 419명과 비고령자 214명, 총 633명의 자료를 분석하였다. MANOVA, Welch t검정, Holm 다중검정 보정, 효과크기 분석 및 카이제곱 검정을 활용하고, 성별·교육수준·주관적 건강상태를 고려한 추가분석을 실시하였다. 분석 결과, 두 집단의 8대 영역에 대한 전반적 인식은 유의한 차이를 보였다. 외부환경과 시설, 교통, 주거환경, 사회참여, 건강 및 지역사회 돌봄에서는 고령자의 평가가 높았으며, 의사소통과 정보에서는 낮게 나타났다. 성별, 교육수준 및 주관적 건강상태를 고려한 추가분석에서는 외부환경과 시설, 교통, 건강 및 지역사회 돌봄에서 유의한 집단 차이가 유지되었다. 또한 정책 및 시설 우선순위에서도 집단 차이가 나타났으나, 복지·보건·의료서비스와 보건의료시설 확충은 공통적으로 높은 우선순위를 보였다. 이러한 결과는 고령친화도시 정책이 연령집단의 공통된 요구와 집단 간 인식 차이를 함께 고려할 필요가 있음을 시사한다.

주요어: 고령친화도시, 초고령사회, 연령집단, 고령자, 비고령자

† 단독저자 : 이연실, 화성의과학대학교 의료사회복지학과 교수, 경기 화성시 남양읍 남양중앙로 400-5,
E-mail : ezup97@daum.net
■ 최초투고일 : 2026년 8월 20일 ■ 심사마감일 : 2026년 9월 9일 ■ 게재확정일 : 2026년 10월 15일

1. 서 론

우리 사회의 급속한 인구고령화는 노인의 건강과 돌봄 문제를 넘어 지역사회 전반의 환경을 고령사회에 적합하게 재구성해야 할 필요성을 높이고 있다. 고령자가 자신이 살아온 지역에서 가능한 한 오랫동안 독립적이고 안정적으로 생활하기 위해서는 의료와 돌봄서비스뿐 아니라 주거, 교통, 보행환경, 사회참여, 정보접근 등 일상생활 전반을 포괄하는 지역사회 환경이 함께 뒷받침되어야 한다. 특히 초고령사회에서는 고령화에 대한 대응을 특정 연령집단을 대상으로 한 복지서비스의 확대만으로 접근하기보다, 연령이나 기능수준에 관계없이 지역사회에서 생활하고 참여할 수 있도록 물리적·사회적 환경을 조성하는 방향으로 확장할 필요가 있다. WHO(2023) 역시 물리적·사회적 환경이 노화의 경험과 기회에 중요한 영향을 미친다는 점을 강조하면서, 사람들이 자신에게 적합한 장소에서 건강하게 나이 들고 지역사회에 지속적으로 참여할 수 있도록 고령친화적 환경을 조성하는 것을 건강한 노화를 위한 주요 전략으로 제시하고 있다.

이러한 배경에서 주목받고 있는 개념이 고령친화도시(Age-Friendly Cities and Communities: AFCC)이다. WHO(2007)는 인구고령화와 도시화에 대응하여 고령자가 지역사회에서 건강하고 능동적인 삶을 지속할 수 있도록 지원하는 도시환경의 중요성을 강조하고, 고령친화도시를 구성하는 핵심 영역으로 외부환경과 시설(outdoor spaces and buildings), 교통(transportation), 주거(housing), 사회참여(social participation), 사회적 존중 및 통합(respect and social inclusion), 시민참여와 고용(civic participation and employment), 의사소통과 정보(communication and information), 지역사회 지원과 건강서비스(community support and health services)의 8개 영역을 제시하였다. 이들 영역은 상호 연결되어 고령자의 이동과 자립, 사회적 관계와 참여, 건강 및 삶의 질을 지원하는 지역사회 환경을 구성한다.

그러나 고령친화도시의 의미를 단순히 '노인을 위한 도시'로 한정하는 것은 적절하지 않다. 안전하고 접근 가능한 교통체계, 편리한 주거 및 보행환경, 정보접근, 사회참여 기회 및 보건·복지서비스는 고령자뿐 아니라 다양한 연령집단의 생활과 밀접하게 연결된다. WHO(2023)도 고령친화도시와 지역사회를 연령과 능력의 다양성을 포용하고 모든 사람이 건강하게 나이 들 수 있도록 지원하는 지역사회 환경으로 설명하고 있다. 따라서 초고령사회의 고령친화도시는 특정 연령집단을 위한 노인복지정책을 넘어 다양한 연령집단이 함께 생활할 수 있는 지역사회 환경을 구축하는 관점에서 접근할 필요가 있다.

국내에서도 고령친화환경의 중요성을 실증적으로 확인하려는 연구가 지속되어 왔다. 정순둘, 전혜상, 송아영(2015)은 WHO 고령친화도시 가이드에 근거하여 노인이 인식하는 고령친화환경과 심리사회적 노화인식의 관계를 분석하고, 주민참여 및 복지·의료환경 등 지역사회의 고령친화성이 노인의 노화 경험과 관련될 수 있음을 제시하였다. 김수린, 김주현, 정순둘(2018)은 고령친화환경이 고령자의 건강 및 심리적 취약성과 관련되는 지역사회 자원으로 기능할 가능성을 확인하였다. 류지연(2023)은 2020년 노인실태조사 자료를 활용하여 지역사회 환경, 사회활동, 사회적 존중 및 정보화서비스 이용 등 고령친화환경이 주관적 건강과 우울을 통해 노인의 삶의 만족도와 연결될 수 있음을 보고하였다. 송기민, 정진욱, 김영우(2022) 역시 지역사회의 고령친화도시 환경요인과 노인의 삶의 질 간 관계를 분석하였다. 장안서와 강동훈(2023)은 고령친화도시 사업에 대한

질적 분석을 통해 지역사회 특성과 주민의 요구를 반영한 정책적 접근의 필요성을 제시하였다. 이러한 연구들은 고령친화환경이 노인의 삶의 질과 건강한 노화를 지원하는 중요한 지역사회 조건임을 보여준다.

고령친화환경의 중요성은 지역사회 계속거주(Aging in Place)의 측면에서도 확인된다. 김재희(2023)는 전기노인, 후기노인 및 초고령노인을 비교하여 고령친화환경에 대한 인식과 지역사회 계속거주에 영향을 미치는 환경요인이 연령집단에 따라 다르게 나타날 수 있음을 확인하였다. 또한 김재희(2024)는 제주지역을 도시와 읍면지역으로 구분하여 고령친화환경과 삶의 만족도의 관계를 분석한 결과, 고령친화환경의 영향이 지역적 맥락에 따라 상이하게 나타날 수 있음을 제시하였다. 이는 고령친화환경이 모든 개인에게 동일하게 경험되는 고정된 지역적 특성이라기보다 개인의 연령과 생활환경, 지역적 맥락에 따라 다르게 평가될 수 있음을 보여준다.

특히 본 연구와 관련하여 주목할 필요가 있는 것은 고령친화환경을 연령집단의 관점에서 접근한 연구들이다. 이상철과 박영란(2016)은 서울에 거주하는 장년층과 노인을 대상으로 고령친화환경과 삶의 만족 및 노화불안의 관계를 비교한 결과, 연령집단에 따라 공통적으로 작용하는 환경요인과 차별적으로 작용하는 요인이 존재함을 확인하였다. 정순둘과 김미리(2017)는 청년, 중년, 노년층 총 1,000명을 분석하여 고령친화환경은 모든 연령집단의 삶의 만족도와 관련되지만 구체적인 영향요인은 연령집단별로 다를 수 있음을 보고하였다. 이러한 결과는 고령친화환경이 고령자에게만 의미 있는 지역사회 조건이 아니며, 동시에 동일한 환경의 의미와 경험이 연령집단별로 동일하지 않을 수 있음을 보여준다. 해외에서도 고령친화환경에 대한 인식이 연령과 개인의 특성에 따라 상이할 수 있다는 연구결과가 보고되고 있다. Kohijoki와 Koistinen(2022)은 고령자와 젊은 연령층의 도시환경 인식을 비교하여 두 집단이 고령친화적 환경에서 유사한 요소를 중요하게 인식하면서도 구체적인 경험과 평가내용에서는 차이를 보일 수 있음을 확인하였다. 또한 Li et al.(2024)은 중국 난징 지역의 고령자와 비고령자의 고령친화적 스마트도시 인식을 비교한 결과 두 집단의 평가가 상이하게 나타났으며, 고령자의 평가 역시 신체적·사회경제적 특성에 따라 이질적일 수 있음을 보고하였다. 한편 Chui et al.(2022)은 홍콩의 WHO 8대 영역을 활용한 종단적 연구에서 고령친화성에 대한 인식이 정책적 개입과 사회경제적 조건에 따라 변화할 수 있음을 제시하였다. 이러한 해외 연구들은 고령친화성이 도시 자체에 고정된 단일한 속성이라기보다 연령, 사회경제적 조건 및 실제 환경 이용경험에 따라 다르게 지각될 수 있는 관계적·맥락적 특성임을 보여준다.

한편 고령사회 정책에 대한 요구 역시 연령집단에 따라 달라질 수 있다. 박미경과 이홍재(2023)는 경기도 주민을 대상으로 고령화 대응정책의 요구도와 우선순위를 세대별로 분석한 결과, 소득보장, 건강·의료, 일자리·경제활동 등에 대한 우선순위가 집단에 따라 상이하게 나타날 수 있음을 확인하였다. 이는 고령화라는 동일한 사회문제를 두고도 개인이 처한 생애단계와 경험에 따라 정책적 요구와 판단이 달라질 수 있음을 보여준다. 따라서 고령친화도시 정책에서도 고령자의 요구만을 파악하기보다 비고령자가 어떠한 지역환경과 정책을 중요하게 인식하는지를 함께 살펴볼 필요가 있다.

이상의 선행연구를 종합하면, 국내 고령친화환경 연구는 고령친화환경이 노인의 삶의 만족, 노화인식, 건강, 삶의 질 및 지역사회 계속거주와 밀

접하게 관련되어 있음을 보여주었으며, 일부 연구에서는 이러한 관계가 연령집단에 따라 다르게 나타날 수 있음을 확인하였다. 그러나 기존 연구는 주로 고령자를 중심으로 고령친화환경과 삶의 만족, 건강, 노화불안 등의 관계를 규명하거나, 연령집단에 따라 이러한 관계가 달라지는지를 분석해 왔다. 이에 비해 동일한 지역사회 환경을 고령자와 비고령 연령집단이 어떻게 다르게 경험하고 평가하는지, 그리고 그 차이가 WHO의 개별 영역에서 어떠한 방향과 크기로 나타나는지를 직접 비교한 연구는 상대적으로 제한적이다.

본 연구의 차별성은 고령친화도시 인식을 단순히 고령자의 지역환경 만족도로 접근하지 않고, 동일 지역사회에 거주하는 두 연령집단을 비교하는 관점에서 파악한다는 데 있다. 특히 WHO의 8대 영역을 동일한 분석틀로 적용하여 집단 간 차이가 나타나는 영역과 공통적으로 인식되는 영역을 구분하고, 인구사회학적 특성을 고려한 이후에도 유지되는 차이를 확인하고자 한다. 이를 통해 기존 연구가 주로 고령친화환경이 개인의 삶의 질이나 건강 등에 미치는 영향과 그 관계의 연령집단별 차이를 규명해 온 것에서 나아가, 동일한 지역환경 자체가 연령집단에 따라 어떠한 영역에서 공통적으로 또는 차별적으로 인식되는지를 실증적으로 제시한다는 점에서 차별성을 갖는다. 이러한 비교는 고령친화성을 도시의 단일하고 고정된 속성으로 보기보다 개인의 생애단계와 환경 이용경험에 따라 다르게 인식될 수 있는 다차원적 지역환경의 속성으로 이해하는 데 경험적 근거를 제공한다. 또한 환경에 대한 평가와 정책 및 시설 우선순위를 함께 비교함으로써 연령집단 간 차이와 공통의 정책적 요구를 동시에 규명한다는 점에서 기존 연구를 확장한다.

또한 WHO가 제시한 고령친화도시는 외부환경과 시설, 교통, 주거, 사회참여, 사회적 존중 및 통합, 시민참여와 고용, 의사소통과 정보, 지역사회 지원과 건강서비스의 8개 영역을 포괄하는 다차원적인 개념이다(WHO, 2007). 따라서 고령자와 비고령자 중 어느 집단이 지역사회를 전반적으로 더 긍정적으로 평가하는지를 확인하는 것만으로는 고령친화도시 인식의 차이를 충분히 설명하기 어렵다. 오히려 어떠한 영역에서는 두 집단의 인식이 유사하고 어떠한 영역에서는 차이가 나타나는지, 그리고 그 차이의 크기와 방향이 어떠한지를 구체적으로 분석할 필요가 있다. 이러한 접근은 고령친화도시를 하나의 총체적인 평가점수로 이해하기보다 지역사회 생활환경의 특성에 따라 고령자와 비고령자의 경험과 평가가 어떻게 달라지는지를 파악하는 데 유용하다.

나아가 고령친화도시 환경에 대한 인식의 차이뿐 아니라 실제 정책적 요구를 함께 살펴볼 필요가 있다. 고령자와 비고령자가 동일한 지역사회 환경을 다르게 평가한다면, 고령친화도시 조성을 위해 우선적으로 추진해야 할 정책이나 확충해야 할 시설에 대한 판단 역시 다를 가능성이 있다. 반대로 두 집단이 공통적으로 중요하게 인식하는 정책과 시설이 존재한다면 이는 초고령사회에서 연령집단을 넘어 우선적으로 추진할 수 있는 정책적 공통기반이 될 수 있다. 따라서 고령친화도시 인식과 함께 정책 및 시설의 우선순위를 비교하는 것은 연령집단 간 차별적 요구뿐 아니라 공통적으로 요구되는 정책영역을 확인한다는 점에서 의미가 있다.

한편 고령자와 비고령자는 연령뿐 아니라 교육수준, 건강상태 등 다양한 인구사회학적 특성에서도 서로 다른 구성을 가질 수 있다. 따라서 두 집단의 단순한 평균 차이만을 근거로 고령친화도시 인식의 차이를 연령집단 자체의 차이로 해석하는 데에는 신중할 필요가 있다. 이에 고령자와 비고령자 간 고령친화도시 인식의 차이를 비교하는 동

시에, 주요 인구사회학적 특성을 고려한 이후에도 관찰된 집단 차이가 유지되는지를 확인할 필요가 있다. 이러한 접근은 고령친화도시 인식에서 나타나는 집단 간 차이를 보다 엄밀하게 해석하고, 어떠한 영역의 차이가 상대적으로 견고하게 나타나는지를 파악하는 데 도움이 될 수 있다.

이에 본 연구는 동일한 지역사회에 거주하는 고령자와 비고령자의 고령친화도시 인식을 비교하여 연령집단 간 인식격차의 양상을 규명하고자 한다. 구체적으로 첫째, WHO 고령친화도시 8대 영역을 종합적으로 고려할 때 고령자와 비고령자의 인식에 차이가 있는지를 검증한다. 둘째, 영역별 인식격차의 크기와 방향을 분석하고, 성별, 교육수준 및 주관적 건강상태를 고려한 이후에도 이러한 차이가 유지되는지를 확인한다. 셋째, 고령친화도시 조성을 위한 정책과 시설의 우선순위에 대한 집단 차이를 분석하여 공통적으로 요구되는 정책과 차별적으로 나타나는 요구를 규명한다. 이를 통해 초고령사회에서 고령자를 포함한 다양한 연령집단의 경험과 요구를 함께 반영하는 고령친화적 지역사회 정책의 근거를 제시하고자 한다.

본 연구의 연구문제는 다음과 같다.

- 연구문제 1. 고령자와 비고령자의 WHO 고령친화도시 8대 영역에 대한 전반적인 인식에는 차이가 있는가?
- 연구문제 2. WHO 고령친화도시 8대 영역별 인식은 고령자와 비고령자 간 어떠한 차이를 보이는가?
- 연구문제 3. 성별, 교육수준 및 주관적 건강상태를 고려한 이후에도 고령자와 비고령자 간 고령친화도시 인식의 차이는 유지되는가?
- 연구문제 4. 고령친화도시 조성을 위한 정책 및 시설의 우선순위는 고령자와 비고령자 간에 차이가 있는가?

2. 연구방법

1) 연구설계 및 분석자료

본 연구는 초고령사회에서 지역사회의 고령친화도시 환경에 대한 인식이 고령자와 비고령자 간에 어떠한 차이를 보이는지를 분석하기 위한 횡단적 비교연구이다. 구체적으로 WHO가 제시한 고령친화도시 8대 영역을 중심으로 두 집단의 고령친화도 인식 수준을 비교하고, 영역별 인식격차의 크기와 방향을 분석하였다. 또한 성별, 교육수준 및 주관적 건강상태와 같은 집단 구성의 차이를 고려한 이후에도 이러한 차이가 유지되는지를 검증하였다.

분석자료는 2024년 수도권 소재 단일 중소도시에서 실시한 고령친화도시 설문조사의 원자료를 활용하였다. 조사는 2024년 7월 10일부터 7월 31일까지 해당 중소도시에 거주하는 성인을 대상으로 실시하였다. 최종 분석대상은 고령자 419명과 비고령자 214명으로 총 633명이다. 본 연구에서는 연령을 기준으로 만 65세 이상 응답자를 고령자 집단으로, 만 19세 이상 65세 미만 응답자를 비고령자 집단으로 구분하였다. 이는 비고령자를 동질적인 세대집단으로 전제하기 위한 것이 아니라, 연구목적에 따라 만 65세를 기준으로 고령자와 비고령자의 고령친화도시 인식을 비교하기 위한 분석적 구분이다. 비고령자 집단 내부의 생애단계에 따른 이질성은 연구의 한계에서 별도로 논의하였다.

자료수집은 조사원에 의한 개별면접조사를 중심으로 자기기입식 방법을 병행하였으며, 고령자는 대부분 일대일 면접조사 방식으로 조사하였다.

표본은 지역, 성별 및 연령을 고려하여 주민등록인구에 기초한 비례할당표집 방식으로 구성하였다.

2) 측정도구

(1) 고령친화도시 인식

고령친화도시 인식은 WHO(2007)의 고령친화도시 체크리스트를 토대로 구성된 조사도구를 이용하여 측정하였다. 원 조사도구는 WHO가 제시한 고령친화도시 8대 영역과 영역별 세부 체크리스트를 기본적인 개념적 틀로 설정하고, 국내 고령친화도시 네트워크 가입 지자체에서 활용한 조사문항을 함께 검토하여 구성하였다. 문항은 WHO 각 영역의 핵심 내용과 국내 지역사회 환경에 대한 적용 가능성을 고려하여 구성하였다. 또한 WHO 체크리스트의 기본적인 의미와 영역별 특성을 유지하되, 국내 조사맥락에 맞게 일부 표현을 조정하였다. 이와 같은 과정을 통해 WHO의 8대 영역을 기본 틀로 하면서 국내 지역사회 특성을 반영한 조사문항을 구성하였다. 고령자와 비고령자를 구분하여 영역별 Cronbach's α를 산출한 결과 모든 영역에서 양호한 내적 일관성이 확인되었다.

고령친화도는 WHO가 제시한 8개 영역을 기반으로 구성하였으며, 분석에서 사용한 영역명은 WHO 영역을 토대로 원 조사도구에서 국내 조사맥락에 맞게 사용한 명칭을 적용하였다. 즉 외부환경과 시설 13문항, 교통 16문항, 주거환경 8문항, 사회참여 8문항, 사회적 존중 및 통합 8문항, 사회참여와 일자리 8문항, 의사소통과 정보 8문항, 건강 및 지역사회 돌봄 9문항으로 구성되었다. 이 중 사회참여와 일자리 영역의 1개 문항은 측정 방향이 다른 문항과 상이하여 영역 종합점수 산출에서는 제외하였다. 각 문항은 5점 Likert 척도로 측정되었으며, 점수가 높을수록 해당 지역사회를 보다 고령친화적으로 인식함을 의미한다.

다만 사회참여와 일자리 영역의 '취업과 창업에 있어서 연령에 의한 차별을 경험한 적이 있다' 문항은 다른 문항과 측정 방향이 상이하여 영역 평균에서는 제외하고 독립적인 문항으로 분석하였다. 따라서 사회참여와 일자리 영역의 종합점수는 동일한 방향성을 갖는 7개 문항의 평균으로 산출하였다.

(2) 고령친화도시 정책 우선순위

고령친화도시 조성에 대한 정책적 요구를 확인하기 위해 '고령친화도시 조성을 위해 가장 먼저 해야 할 일'과 '필요하거나 확충해야 할 시설'에 대한 응답을 이용하였다. 정책 우선순위에는 노인 일자리 보장, 여가활동 기회 보장, 안전한 도시환경, 복지・보건・의료서비스 제공, 깨끗한 도시환경, 이동이 편리한 도시환경, 노인 존중 및 배려 확대, 시설 이용 편의성 등이 포함되었다. 확충이 필요한 시설은 사회복지시설, 보건의료시설, 주차시설, 문화예술시설, 체육시설 등으로 구성하였다.

3) 자료분석방법

첫째, 조사대상자의 일반적 특성을 파악하기 위해 빈도와 백분율을 산출하였으며, 주요 변수에 대해서는 평균과 표준편차를 산출하였다.

둘째, 고령친화도 8대 영역을 구성하는 측정문항의 내적 일관성을 확인하기 위해 Cronbach's α를 산출하였다.

셋째, 고령자와 비고령자의 8대 영역 전체에 대한 인식 프로파일 차이를 검증하기 위해 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 종속변수 간 상관계수는 .181~.709의 범위로 나타나 과도한 다중공선성은 확인되지 않았다. Box's M 검정 결과 공분산행렬의 동질성 가정은 충족되지 않았으므로(Box's M=112.14, $\chi^2(36)=110.42$, $p<.001$), 집단 크기가 동일하지 않은 점과 가정 위반을 고려하여 상대적으로 강건한 Pillai's Trace를 중심

으로 다변량 효과를 판단하였다.

넷째, 8개 영역별 집단 차이를 분석하기 위해 Welch의 독립표본 t검정을 실시하였다. 반복검정에 따른 제1종 오류를 통제하기 위해 Holm 방법으로 유의확률을 보정하였으며, 집단 간 차이의 실제적인 크기를 파악하기 위해 Cohen's d를 산출하였다.

다섯째, 영역 수준 차이가 구체적으로 어떠한 세부 환경에서 나타나는지를 파악하기 위해 세부문항의 평균 차이 및 효과크기를 분석하였다. 전체 세부문항에 대해 Holm 다중검정 보정을 적용하였으며, 본문에서는 보정 후 통계적으로 유의하면서 효과크기가 상대적으로 큰 문항을 중심으로 제시하였다.

여섯째, 고령친화도시 정책 및 필요시설 우선순위의 집단별 응답분포 차이를 분석하기 위해 Pearson의 카이제곱 검정을 실시하고 Cramer's V를 산출하였다. 기대빈도가 낮은 소수 범주는 분석조건을 충족하도록 내용적으로 유사한 범주와 통합하였다.

일곱째, 고령자와 비고령자의 인구사회학적 구성 차이가 고령친화도시 인식의 집단 차이에 영향을 미쳤을 가능성을 검토하기 위해 강건성 분석을 실시하였다. 성별, 교육수준 및 주관적 건강상태를 통제변수로 포함하였으며, 교육수준과 주관적 건강상태는 범주형 변수로 처리하였다. 먼저 8개 영역을 동시에 종속변수로 투입한 다변량 일반선형모형을 통해 인구사회학적 특성을 고려한 이후에도 전체적인 집단 차이가 유지되는지를 확인하였다. 이어 각 영역을 종속변수로 하는 다중회귀분석을 실시하고 HC3 강건 표준오차를 적용하였다. 8개 영역의 반복검정에 대해서는 Holm 방식으로 유의확률을 보정하였다. 이 분석은 고령자 집단과 비고령자 집단 간 인과적 효과를 추정하기 위한 것이 아니라, 비보정 분석에서 관찰된 차이가 두 집단의 인구사회학적 구성 차이를 고려한 이후에도 유지되는지를 확인하기 위한 강건성 검증으로 실시하였다. 모든 검정의 기본 유의수준은 .05로 설정하였다.

3. 연구결과

1) 조사대상자의 일반적 특성

본 연구의 분석대상은 총 633명으로 고령자 419명(66.2%)과 비고령자 214명(33.8%)으로 구성되었다. 고령자 집단은 남성 177명(42.2%), 여성 242명(57.8%)이었고, 비고령자는 남성 83명(38.8%), 여성 131명(61.2%)이었다.

고령자의 연령은 70~79세가 49.9%로 가장 많았으며, 80~89세 32.9%, 65~69세 14.3%, 90세 이상 2.9% 순이었다. 비고령자는 50대 이상 37.4%, 40대 25.7%, 30대 18.7%, 20대 18.2%였다.

학력에서는 고령자의 경우 고등학교 졸업이 35.3%로 가장 많았고, 초등학교 이하 29.8%, 중학교 졸업 21.0% 순이었으며, 비고령자는 대졸 이상 44.4%, 고등학교 졸업 27.6%, 전문대학 졸업 22.4% 순이었다. 주관적 건강상태가 '건강함' 또는 '매우 건강함'인 비율은 고령자 60.6%, 비고령자 81.3%로 나타났다.

2) 고령친화도 측정도구의 신뢰도 및 기술통계

고령친화도 8대 영역의 Cronbach's α는 고령자 집단에서 .825~.903, 비고령자 집단에서 .823~.885로 나타나 모든 영역에서 양호한 내적 일관성이 확인되었다.

고령자 영역별 평균은 외부환경과 시설(M=3.66, SD=.57), 주거환경(M=3.60, SD=.56), 교통(M=

<표 1> 조사대상자의 일반적 특성

고령자(n=419), 비고령자(n=214)

구분	범주	고령자 n(%)	비고령자 n(%)
성별	남성	177(42.2)	83(38.8)
	여성	242(57.8)	131(61.2)
연령	20대	-	39(18.2)
	30대	-	40(18.7)
	40대	-	55(25.7)
	50대 이상	-	80(37.4)
	65~69세	60(14.3)	-
	70~79세	209(49.9)	-
	80~89세	138(32.9)	-
	90세 이상	12(2.9)	-
학력	초등이하	125(29.8)	3(1.4)
	중학교	88(21.0)	9(4.2)
	고등학교	148(35.3)	59(27.6)
	전문대학	18(4.3)	48(22.4)
	대졸 이상	40(9.5)	95(44.4)
주관적 건강상태	건강함	254(60.6)	174(81.3)
	보통	121(28.9)	33(15.4)
	건강하지못함	44(10.5)	7(3.3)

<표 2> 고령친화도 8대 영역의 신뢰도 및 기술통계

영역	문항 수	고령자 *a*	고령자 M(SD)	비고령자 *a*	비고령자 M(SD)
외부환경과 시설	13	.877	3.66(.57)	.839	3.41(.51)
교통	16	.903	3.54(.57)	.885	3.23(.54)
주거환경	8	.833	3.60(.56)	.845	3.47(.59)
사회참여	8	.839	3.31(.56)	.857	3.19(.53)
사회적 존중 및 통합	8	.853	3.22(.58)	.830	3.13(.51)
사회참여와 일자리	7	.886	2.97(.72)	.878	2.88(.65)
의사소통과 정보	8	.825	2.96(.59)	.823	3.14(.56)
건강 및 지역사회 돌봄	9	.869	3.33(.57)	.833	3.10(.49)

3.54, SD=.57), 건강 및 지역사회 돌봄(M=3.33, SD=.57), 사회참여(M=3.31, SD=.56) 순이었고, 비고령자는 주거환경(M=3.47, SD=.59), 외부환경과 시설(M=3.41, SD=.51), 교통(M=3.23, SD=.54), 사회참여(M=3.19, SD=.53), 의사소통과 정보(M=3.14, SD=.56) 순이다.

3) 고령친화도시 인식의 전반적인 집단 차이

고령자와 비고령자의 고령친화도시 8대 영역에 대한 전반적인 인식 차이를 검증하기 위해 다변량분산분석(MANOVA)을 실시하였다. 분석결과, 두 집단의 고령친화도시 인식 프로파일은 통계적

으로 유의한 차이를 보였다(Pillai's Trace=.170, F(8,624)=16.02, p<.001). 이는 고령친화도시의 개별 영역을 각각 비교하기에 앞서, 8대 영역을 종합적으로 고려하였을 때 고령자와 비고령자의 전반적인 인식에 차이가 있음을 의미한다.

4) 고령친화도시 8대 영역의 집단 간 차이

영역별 Welch t검정과 Holm 보정 결과, 외부환경과 시설, 교통, 주거환경, 사회참여, 의사소통과 정보, 건강 및 지역사회 돌봄에서 집단 차이가 유의하게 나타났다.

교통에서 집단 간 효과크기가 가장 컸으며(d=.55), 외부환경과 시설(d=.46), 건강 및 지역사회 돌봄(d=.43)이 뒤를 이었다. 이들 영역에서는 고령자의 평가가 비고령자보다 높았다. 반면 의사소통과 정보에서는 고령자가 비고령자보다 낮게 평가하였다(d=-.32).

5) 인구사회학적 특성을 고려한 집단 차이

고령자와 비고령자의 성별, 교육수준 및 주관적 건강상태 차이를 고려한 추가분석 결과, 8개 영역 전체에 대한 집단효과는 여전히 유의하게 나타났다(Pillai's Trace=.094, F(8,613)=7.98, p<.001).

영역별 HC3 강건 회귀분석 결과, 외부환경과 시설(B=.236, p<.001), 교통(B=.194, p=.001), 건강 및 지역사회 돌봄(B=.228, p<.001)에서는 고령자의 평가가 비고령자보다 유의하게 높았으며, Holm 보정 이후에도 유의성이 유지되었다.

반면 주거환경과 사회참여의 집단 차이는 인구사회학적 특성을 고려한 이후 유의하지 않았다. 의사소통과 정보는 고령자의 평가가 낮은 방향은 유지되었지만(B=-.142, p=.028), Holm 보정 후에는 통계적 유의성이 유지되지 않았다(adjusted p=.138).

6) 주요 세부문항의 집단 간 차이

세부문항 분석 결과, 가장 큰 차이는 '대중교통의 배차간격이 일정하고 야간・주말・공휴일에도 자주 운행된다'에서 나타났다. 고령자의 평균은 3.44점, 비고령자는 2.79점으로 효과크기는 d=.65였다. 대중교통 연계성(d=.60), 노인 및 장애인 주차공간(d=.60), 지역 전역의 대중교통 연계성(d=.57)에서도 비교적 큰 차이가 나타났다.

'취업과 창업에서 연령에 의한 차별을 경험한 적이 있다'는 문항에서도 고령자가 비고령자보다 높

<표 3> 고령친화도시 8대 영역의 집단 간 차이

영역	고령자 M(SD)	비고령자 M(SD)	Welch t	Holm p	Cohen's d
외부환경과 시설	3.66(.57)	3.41(.51)	5.67	<.001	.46
교통	3.54(.57)	3.23(.54)	6.60	<.001	.55
주거환경	3.60(.56)	3.47(.59)	2.73	.026	.23
사회참여	3.31(.56)	3.19(.53)	2.57	.032	.21
사회적 존중 및 통합	3.22(.58)	3.13(.51)	2.01	.090	.16
사회참여와 일자리	2.97(.72)	2.88(.65)	1.62	.106	.13
의사소통과 정보	2.96(.59)	3.14(.56)	-3.85	.001	-.32
건강 및 지역사회 돌봄	3.33(.57)	3.10(.49)	5.32	<.001	.43

<표 4> 인구사회학적 특성을 고려한 고령친화도 영역별 집단 차이

영역	B	HC3 SE	95% CI	p	Holm p
외부환경과 시설	.236	.056	[.127, .345]	<.001	<.001
교통	.194	.059	[.077, .311]	.001	.007
주거환경	.099	.064	[-.026, .224]	.120	.482
사회참여	.068	.060	[-.050, .186]	.257	.662
사회적 존중 및 통합	.058	.060	[-.059, .176]	.333	.662
사회참여와 일자리	.089	.073	[-.054, .233]	.221	.662
의사소통과 정보	-.142	.065	[-.269, -.016]	.028	.138
건강 및 지역사회 돌봄	.228	.060	[.111, .345]	<.001	.001

은 수준을 보였다(d=.54). 반면 공공장소의 컴퓨터・인터넷 이용환경(d=-.48)과 전자기기 이용교육 기회(d=-.45)는 고령자의 평가가 비고령자보다 낮았다.

7) 고령친화도시 정책 우선순위의 집단 차이

고령자와 비고령자가 고령친화도시 조성을 위해 우선적으로 추진해야 한다고 인식하는 정책과 확충이 필요한 시설의 분포가 서로 다른지를 확인하기 위해 카이제곱 검정을 실시하였다.

먼저 고령친화도시 조성을 위해 '가장 먼저 해야 할 일'에 대한 1순위 응답을 살펴보면, 고령자와 비고령자 모두 '다양한 복지・보건・의료서비스 제공'을 가장 많이 선택하였다. 고령자는 27.3%, 비고령자는 23.9%였으며, 두 집단 모두 '노인 일자리 보장'을 두 번째로 많이 선택하였다. 그러나 세부적인 우선순위에서는 차이가 나타났다. 고령자는 '안전한 도시환경'을 비고령자보다 상대적으로 많이 선택한 반면(12.1% 대 5.2%), 비고령자는 '이동이 편리한 도시환경'을 고령자보다 상대적으로 많이 선택하였다(11.3% 대 4.6%). 전체적인 정책 우선순위의 분포는 두 집단 간에 통계적으로 유의한 차이가 있었으며, 효과크기는 작은 수준으로 나타났다($\chi^2(7)=22.66$, p=.002, Cramer's V=.190).

확충이 필요한 시설에서는 두 집단 모두 '보건의료시설'을 가장 높은 비율로 선택하였으며, '사회복지시설'이 그 뒤를 이었다. 반면 비고령자는 '주차시설'을 고령자보다 상대적으로 많이 선택하였고(17.3% 대 7.5%), 고령자는 '문화예술시설'을 비고령자보다 상대적으로 많이 선택하였다(10.4% 대 6.5%). 시설 확충 우선순위의 분포 역시 두 집단 간에 유의한 차이가 있었으며, 효과크기는 작은 수준이었다($\chi^2(5)=17.28$, p=.004, Cramer's V=.166). 구체적인 결과는 <표 5>, <표 6>과 같다.

4. 논 의

본 연구는 동일한 지역사회에 거주하는 고령자와 비고령자의 고령친화도시 인식을 WHO의 8대 영역을 중심으로 비교하고, 집단 간 인식 차이의 크기와 방향을 규명하고자 하였다. 또한 고령자와 비고령자의 인구사회학적 구성 차이가 결과에 영향을 미쳤을 가능성을 고려하여 성별, 교육수준 및 주관적 건강상태를 통제한 추가분석을 실시하였다.

첫째, 고령자와 비고령자의 고령친화도시 인식은 WHO 8대 영역을 종합적으로 고려했을 때 유의한 차이를 보였다. 더욱이 성별, 교육수준 및 주

<표 5> 고령친화도시 정책 및 시설 우선순위의 집단 간 차이(고령친화도시 조성을 위해 가장 먼저 해야 할 일)

정책영역	고령자 n(%)	비고령자 n(%)
노인 일자리 보장	94(22.7)	45(21.1)
노인 여가활동 기회 보장	69(16.7)	29(13.6)
안전한 도시환경	50(12.1)	11(5.2)
다양한 복지・보건・의료서비스 제공	113(27.3)	51(23.9)
깨끗하고 청결한 도시환경	27(6.5)	21(9.9)
이동이 편리한 도시환경	19(4.6)	24(11.3)
노인을 존중・배려하는 사회적 인식 확대	26(6.3)	21(9.9)
각종 시설 이용이 편리한 도시환경	16(3.9)	11(5.2)
계	414(100.0)	213(100.0)

$\chi^2(7)=22.66$, $p=.002$, Cramer's $V=.190$
주: 정책 우선순위 분석에서는 '기타' 응답 및 결측값을 제외함.

<표 6> 고령친화도시 정책 및 시설 우선순위의 집단 간 차이(고령친화도시 조성을 위해 확충해야 할 시설)

시설	고령자 n(%)	비고령자 n(%)
사회복지시설	107(25.8)	48(22.4)
보건의료시설	186(44.9)	98(45.8)
주차시설	31(7.5)	37(17.3)
문화예술시설	43(10.4)	14(6.5)
체육시설 및 경기장	22(5.3)	9(4.2)
기타 시설[1]	25(6.0)	8(3.7)
계	414(100.0)	214(100.0)

$\chi^2(5)=17.28$, $p=.004$, Cramer's $V=.166$
[1] 기대빈도 기준을 충족하기 위해 공원・유적지, 도서관, 상담소, 자전거도로 및 거치대 등 응답빈도가 낮은 시설을 '기타 시설'로 통합함.

관적 건강상태를 고려한 이후에도 전체적인 집단 차이는 유지되었다. 이는 동일한 지역사회에 거주하더라도 두 집단의 고령친화적 환경에 대한 평가가 상이할 수 있음을 보여준다. 다만 이러한 집단 차이를 연령 자체의 독립적인 효과로 해석하는 데에는 주의가 필요하다. 본 연구에서 성별, 교육수준 및 주관적 건강상태를 고려한 이후에도 일부 영역의 차이가 유지되었지만, 두 집단은 생애단계와 지역사회 이용경험, 사회경제적 조건 등 측정되지 않은 특성에서도 차이가 있을 수 있기 때문이다. 따라서 본 연구에서 확인된 차이는 연령과 이에 수반되는 생활경험 및 인구사회학적 특성이 복합적으로 작용하여 나타난 집단 간 인식 차이로 해석하는 것이 타당하다. 정순둘과 김미리(2017)가 고령친화환경의 영향이 연령집단별로 상이할 수 있음을 보고한 결과와 마찬가지로, 지역사회 환경의 의미와 평가는 생애단계와 경험에 따라 달라질 수 있다고 볼 수 있다.

둘째, 고령친화도시 인식의 집단 차이는 영역에 따라 선택적으로 나타났다는 점에 주목할 필요가 있다. 특히 인구사회학적 특성을 고려한 이후에도 외부환경과 시설, 교통, 건강 및 지역사회 돌봄에

서 차이가 유지된 반면, 주거환경과 사회참여에서는 차이가 약화되었다. 이는 고령친화성이 하나의 총체적이고 일률적인 도시평가라기보다 환경의 기능과 개인의 생활경험이 결합되어 영역별로 다르게 형성되는 인식임을 시사한다. 해외연구에서도 고령친화환경의 평가는 연령뿐 아니라 사회경제적 조건과 실제 환경 이용경험에 따라 이질적으로 나타날 수 있음이 보고되고 있다(Chui et al., 2022; Li et al., 2024). 따라서 본 연구에서 확인된 영역별 차이는 단순한 연령효과라기보다 각 연령집단이 지역사회 공간과 서비스를 이용하는 빈도, 목적 및 경험의 차이와 관련하여 이해할 필요가 있다.

특히 외부환경과 시설, 교통, 건강 및 지역사회 돌봄에서 나타난 집단 차이가 통제 이후에도 유지되었다는 점은 주목할 필요가 있다. 이들 영역은 일상생활에서의 이동, 안전, 물리적 접근성, 의료 및 복지서비스 이용과 같이 실제 생활경험과 직접 연결되는 특성을 갖는다. 고령자는 노약자석, 저상버스, 의료・복지시설 등 자신과 직접 관련된 서비스와 시설의 이용경험을 토대로 평가할 가능성이 있는 반면, 비고령자는 고령자와 다른 생활경험과 이용방식을 바탕으로 지역환경을 평가했을 가능성이 있다. 따라서 이러한 결과를 고령자에게 교통이나 의료환경의 문제가 적다는 의미로 해석하기보다는 동일한 지역환경을 평가하는 기준과 경험이 연령집단에 따라 다를 수 있다는 의미로 이해할 필요가 있다. 특히 세부문항 가운데 '대중교통의 배차간격이 일정하고 야간・주말・공휴일에도 자주 운행된다'는 항목에서 고령자의 평가가 비고령자보다 크게 높게 나타난 점은 두 집단이 대중교통 서비스를 평가하는 기준과 기대수준이 서로 다를 가능성을 보여준다. 예컨대 통근・통학이나 야간 및 주말 이동의 필요성이 상대적으로 높은 비고령자는 배차간격과 운행시간에 보다 민감하게 반응할 수 있는 반면, 고령자는 주간시간대의 생활권 이동이나 고령자를 고려한 교통서비스의 접근성 등을 중심으로 평가하였을 가능성이 있다. 또한 동일한 물리적 인프라라 하더라도 이용목적과 시간대, 이동범위 및 서비스에 대한 기대수준에 따라 체감하는 편의성은 달라질 수 있다. 다만 본 연구에서는 실제 대중교통 이용시간, 이용목적 및 이용빈도를 직접 측정하지 않았으므로 이러한 설명은 가능한 해석으로 제한할 필요가 있으며, 향후 연구에서는 실제 교통이용 행태를 함께 측정하여 이러한 차이가 발생하는 구체적인 기제를 검증할 필요가 있다.

셋째, 의사소통과 정보 영역에서는 비보정 분석에서 다른 영역과 상반된 양상이 나타났다. 고령자의 평가가 비고령자보다 낮았으며, 특히 공공장소에서의 컴퓨터・인터넷 이용환경과 전자기기 사용교육 기회 등의 세부문항에서 고령자의 평가가 낮았다. 이는 정보통신기술과 행정・복지서비스의 디지털 전환이 확대되는 상황에서 고령자의 디지털 정보접근 문제를 고령친화도시의 주요 과제로 검토할 필요가 있음을 시사한다.

다만 이러한 결과는 신중하게 해석할 필요가 있다. 성별, 교육수준 및 주관적 건강상태를 고려한 이후에도 집단계수의 방향은 고령자의 평가가 낮은 것으로 유지되었으나, 다중검정을 보정하면 통계적 유의성은 유지되지 않았다. 따라서 정보영역의 차이를 연령집단 자체에서 기인한 고유한 효과로 단정하기보다 고령자의 교육수준, 건강상태, 실제 디지털기기 이용경험 등이 복합적으로 작용한 결과일 가능성을 고려해야 한다. 향후 연구에서는 디지털 역량과 정보기기 이용경험 등을 직접 측정하여 고령자의 정보접근 격차가 발생하는 기제를 규명할 필요가 있다.

넷째, 사회참여와 일자리 및 사회적 존중과 통합 영역에서는 전체적인 집단 차이가 크지 않았

다. 이는 노인에 대한 존중과 사회참여, 일자리 환경 등에 대해 고령자와 비고령자가 일정 부분 공통적인 평가를 공유하고 있음을 보여준다. 그러나 별도로 분석한 연령차별 경험에서는 고령자가 비고령자보다 높은 수준을 보였다. 이는 노인일자리나 자원봉사 기회의 존재와 실제 노동시장이나 창업과정에서 경험하는 연령차별이 서로 다른 차원의 문제일 수 있음을 의미한다. 고령친화도시의 시민참여 및 고용정책은 일자리의 양적 확대와 함께 연령에 의한 차별과 배제를 완화하는 방향으로 접근할 필요가 있다.

다섯째, 정책의 큰 방향에서는 두 집단 간 공통점이 확인된 반면 구체적인 우선순위에서는 차이가 나타났다. 고령자와 비고령자 모두 다양한 복지・보건・의료서비스와 보건의료시설 확충을 가장 중요하게 평가하였다. 이는 건강과 돌봄을 지원하는 지역사회 기반에 대해서는 연령집단 간 상당한 공감대가 존재함을 보여준다. 반면 고령자는 안전한 도시환경을 보다 중요하게 인식한 반면 비고령자는 이동편의 및 주차환경 등에 상대적으로 높은 우선순위를 부여하였다. 이는 고령화 대응정책에 대한 요구가 연령집단에 따라 달라질 수 있음을 보고한 박미경과 이홍재(2023)의 결과와도 맥을 같이한다.

이상의 결과는 고령친화도시 정책이 연령집단 간 공통성과 차이를 동시에 고려할 필요가 있음을 보여준다. 이론적 측면에서 본 연구결과는 고령친화성을 지역사회가 보유한 하나의 고정적이고 단일한 속성으로 이해하기보다 동일한 환경이라도 개인의 생애단계와 환경 이용경험에 따라 다르게 인식될 수 있는 다차원적이고 맥락적인 개념으로 접근할 필요가 있음을 보여준다. 특히 연령집단 간 차이가 모든 영역에서 동일하게 나타나지 않았다는 결과는 고령친화성을 총체적인 평가점수만으로 파악하기보다 영역별 특성과 이용자의 경험을 함께 고려할 필요성을 뒷받침한다.

정책적 측면에서는 두 집단이 공통적으로 중요하게 인식한 보건의료 및 복지서비스와 같은 지역사회 기반을 보편적인 생활 인프라 차원에서 강화하는 한편, 집단별로 상이하게 나타난 구체적인 접근성의 문제에 대응할 필요가 있다. 특히 고령자의 평가가 낮게 나타난 공공장소의 컴퓨터・인터넷 이용환경과 전자기기 이용교육 기회를 고려할 때, 디지털기기의 단순한 보급을 넘어 지역사회 내 디지털 접근환경을 확대하고 반복적이고 생활밀착적인 디지털 교육기회를 제공할 필요가 있다. 이와 함께 디지털 이용이 어려운 고령자를 위해 대면・전화 등 비디지털 방식의 정보 및 서비스 접근경로를 병행함으로써 디지털 전환이 새로운 접근성의 장벽으로 작용하지 않도록 할 필요가 있다. 또한 취업과 창업과정에서 고령자의 연령차별 경험이 상대적으로 높게 나타난 결과를 고려하면, 고령친화적 고용정책은 노인일자리의 양적 확대에만 머물기보다 채용 및 창업지원 과정에서의 연령차별을 완화하고 다양한 연령집단이 함께 참여할 수 있는 연령통합적 고용환경을 조성하는 방향으로 확대될 필요가 있다. 따라서 고령친화도시 정책은 물리적 환경의 개선과 함께 디지털 정보접근 및 고용과 같은 사회적 접근성까지 포괄하는 방향으로 설계될 필요가 있다.

실천적 측면에서는 지역사회의 고령친화도 수준을 진단하거나 관련 사업을 계획할 때 고령자만을 대상으로 욕구를 파악하기보다 다양한 연령집단의 인식과 요구를 함께 파악할 필요가 있다. 특히 본 연구에서 차이가 확인된 교통과 외부환경, 보건・복지서비스 이용환경뿐 아니라 디지털 정보접근과 고용과정에서의 연령차별과 같은 구체적인 생활상의 장벽을 지속적으로 점검할 필요가 있다. 이러한 진단을 토대로 집단 간 공통된 요구는 지역사회 차원의 보편적 사업으로 추진하

고, 집단별로 상이하게 나타나는 요구는 각 집단의 특성과 생활환경을 고려한 세부 사업으로 연계할 필요가 있다.

이와 함께 본 연구의 주요 의의를 다음과 같이 정리할 수 있다. 첫째, 기존 고령친화환경 연구가 주로 고령자를 대상으로 삶의 만족, 노화인식 및 지역사회 계속거주와의 관계를 분석해온 데 비해, 본 연구는 동일 지역사회에 거주하는 고령자와 비고령자를 WHO의 동일한 8대 영역을 이용하여 직접 비교하였다. 둘째, 단순한 통계적 유의성뿐 아니라 Holm 다중검정 보정과 Cohen's d를 이용하여 집단 간 차이의 상대적인 크기를 함께 제시하였다. 셋째, 성별, 교육수준 및 주관적 건강상태를 고려한 추가분석을 통해 영역별 집단 차이의 견고성을 추가적으로 확인하였다. 넷째, 환경에 대한 평가와 함께 정책 및 시설 우선순위를 분석함으로써 연령집단 간 인식 차이를 지역사회 정책의 공통과제와 차별적 과제로 연결하였다.

다만 본 연구에는 다음과 같은 한계가 있다. 첫째, 본 연구는 수도권 소재 하나의 중소도시를 대상으로 한 횡단적 연구이므로 연구결과를 우리나라 모든 지역사회에 일반화하는 데에는 한계가 있다. 특히 고령친화도시 인식은 지역의 도시화 수준, 대중교통체계, 보건・의료 및 복지시설의 분포, 주거환경과 생활권 구조, 디지털 및 정보서비스 접근성 등에 따라 달라질 수 있다. 따라서 본 연구에서 나타난 교통, 외부환경과 시설, 건강 및 지역사회 돌봄 등의 집단 차이는 해당 지역의 구체적인 도시환경과 서비스 공급체계의 영향을 함께 반영하였을 가능성이 있다. 향후에는 대도시・중소도시・농어촌 등 지역유형이 다른 복수 지역을 대상으로 동일한 측정도구를 적용하여 연령집단 간 인식격차가 지역적 조건에 따라 어떻게 달라지는지를 비교할 필요가 있다.

둘째, 본 연구의 고령자와 비고령자 구분은 출생코호트나 사회학적 세대개념에 의한 구분이 아니라 연령에 따른 집단 구분이다. 따라서 연구결과를 가치관이나 역사적 경험이 상이한 세대 간 차이로 확대하여 해석하는 데에는 주의가 필요하다.

셋째, 고령친화도는 응답자의 주관적인 평가로 측정되었기 때문에 객관적인 지역사회 인프라 수준과 반드시 일치한다고 볼 수 없다. 향후에는 대중교통 접근성, 의료・복지시설 수, 보행환경과 같은 객관적 지역지표를 함께 고려할 필요가 있다.

넷째, 고령자와 비고령자 집단 내부 역시 동질적이지 않다. 고령자 내부에서도 연령, 건강, 경제상태, 독거 여부 및 서비스 이용경험 등에 따라 고령친화도시 인식이 달라질 수 있다. 비고령자 역시 20대부터 50대 이상까지 다양한 연령층으로 구성되어 있으며, 특히 50대 이상이 37.4%를 차지하고 있어 생애단계와 지역사회 이용경험에 따른 집단 내부의 이질성이 존재할 가능성이 있다. 본 연구에서는 연구목적상 만 65세를 기준으로 두 집단을 구분하여 비교하였으나, 향후 연구에서는 청년층, 중년층, 예비고령층 및 고령층 등 보다 세분화된 연령집단을 대상으로 고령친화도시 인식의 차이를 검토할 필요가 있다.

다섯째, 본 연구에서는 성별, 교육수준 및 주관적 건강상태를 고려한 추가분석을 실시하였으나, 관찰자료의 특성상 측정되지 않은 교란요인의 가능성을 완전히 배제할 수 없다. 특히 소득수준, 자동차 보유, 대중교통 이용빈도, 의료・복지서비스 이용경험 및 디지털기기 활용수준 등은 지역환경 평가와 관련될 가능성이 있으나 두 집단에서 동일하게 측정되지 않아 충분히 고려하지 못하였다. 따라서 통제 이후 유지된 집단 차이 역시 연령 자체의 인과적 효과로 해석해서는 안 된다.

결론적으로 본 연구는 초고령사회에서 동일한 지역사회에 거주하는 고령자와 비고령자가 고령친화도시 환경을 완전히 동일하게 인식하지 않으

며, 이러한 차이가 영역에 따라 상이하게 나타남을 확인하였다. 특히 외부환경과 시설, 교통, 건강 및 지역사회 돌봄에 대한 집단 차이는 인구사회학적 특성을 고려한 이후에도 통계적으로 유의한 집단 차이가 유지되었다. 반면 주거환경과 사회참여 및 의사소통・정보 영역의 집단 차이는 인구사회학적 특성과 다중검정을 고려하면 그 통계적 근거가 약화되었다.

따라서 초고령사회의 고령친화도시 정책은 연령집단을 단일한 경험과 요구를 가진 집단으로 간주하기보다 다양한 연령집단이 공통적으로 필요로 하는 지역사회 생활기반을 강화하면서 생애단계와 이용경험에 따라 달라지는 접근성과 취약성을 함께 고려해야 한다. 특히 물리적 환경의 개선과 더불어 고령자의 디지털 정보접근을 지원하는 지역사회 교육 및 지원체계를 강화하고, 취업과 창업 과정에서의 연령차별을 완화할 수 있는 연령통합적 고용환경을 조성하는 등 사회적 접근성을 함께 높일 필요가 있다. 이러한 접근은 고령친화도시를 특정 연령집단을 위한 복지정책을 넘어 다양한 연령과 능력을 가진 시민이 함께 살아갈 수 있는 포용적 지역사회 환경을 구축하기 위한 정책적 틀로 확장하는 데 기여할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

김수린・김주현・정순둘 (2018). 고령층의 주관적 건강상태, 고독이 우울에 미치는 영향: 고령친화환경의 조절된 매개효과. <노인복지연구>, 73(2), 9-47.

김재희 (2023). 고령친화환경 요인이 노인의 지역사회 계속거주 의사에 미치는 영향: 전기, 후기, 초고령 노인집단 비교. <생명연구>, 70, 69-95.

김재희 (2024). 제주지역 노인의 고령친화환경이 삶의 만족도에 미치는 영향: 제주시 동과 읍면, 서귀포시 동과 읍면 지역 간 비교. <미래사회복지연구>, 15(3), 5-37.

류지연 (2023). 노인에게 고령친화환경이 삶의 만족도에 미치는 영향: 주관적 건강상태와 우울을 매개로. <한국지역사회복지학>, 86, 1-36.

박미경・이홍재 (2023). 고령화 대응정책의 요구도 및 우선순위에 관한 연구: 경기도 세대별 인식을 중심으로. <GRI 연구논총>, 25(2), 1-32.

송기민・정진욱・김영우 (2022). 고령친화도시 환경 요인과 노인의 삶의 질에 관한 연구: 원주시를 중심으로. <사회적질연구>, 6(1), 35-57.

이상철・박영란 (2016). 고령친화환경 요인들이 삶의 만족 및 노화불안에 미치는 영향에 대한 연령집단별 비교연구. <한국사회정책>, 23(2), 173-200.

장안서・강동훈 (2023). 포커스그룹인터뷰(FGI)를 통한 고령친화도시 사업진단과 정책 방향 연구: S시 사례를 중심으로. <사회과학연구>, 34(3), 25-45.

정순둘・김미리 (2017). 고령친화환경과 삶의 만족도의 관계: 연령집단별 비교를 중심으로. <사회복지연구>, 48(2), 121-141.

정순둘・전혜상・송아영 (2015). 노인이 인식하는 고령친화도시 조성정도가 노인의 심리사회적 노화인식에 미치는

영향: 주민참여환경, 주거환경, 복지 및 의료환경을 중심으로. <사회과학연구>, 26(3), 29-46.

Chui, C. H. K., Lu, S., Chan, O. F., Cheung, J. C. S., Guo, Y., Liu, Y., Chan, S. W., Tang, J. Y. M., Au, A., Wen, Z. V., Yu, R., Bai, X., Mok, K. H. J., Woo, J., & Lum, T. Y. S. (2022). Changes in older adults' perceptions of age-friendliness in Hong Kong: A three-year mixed-methods study. *Cities*, 127, 103748.

Kohijoki, A.-M., & Koistinen, K. (2022). The city centre as an age-friendly shopping environment: A consumer perspective. *Ageing & Society*, 42(12), 2735-2756.

Li, L., Li, D., Zhou, S., Huang, H., Huang, G., & Yu, L. (2024). Unveiling age-friendliness in smart cities: A heterogeneity analysis perspective based on the IAHP-CRITIC-IFCE approach. *Habitat International*, 151, 103153.

World Health Organization (2007). Global age-friendly cities: A guide. World Health Organization.

World Health Organization (2023). National programmes for age-friendly cities and communities: A guide. World Health Organization.

Age-Group Differences in the Perceptions of Age-Friendly Cities in a Super-Aged Society: Comparison of Older Adults and Adults Aged 19-64 across the Eight WHO Age-Friendly City Domains

Yonsil Lee

Department of Medical Social Welfare, Hwasung Medi-Science University

This study examined the differences in the perceptions of age-friendly cities between older and non-older adults in a super-aged society and identified age-group disparities across the eight domains of the World Health Organization (WHO) Age-Friendly Cities framework. The data were drawn from a 2024 age-friendly city survey conducted in a single mid-sized city in the Seoul metropolitan area. The final sample consisted of 633 participants, including 419 older adults and 214 non-older adults. The analyses included multivariate analysis of variance (MANOVA), Welch's t-tests, Holm correction for multiple comparisons, effect size analysis, and chi-square tests, along with additional analyses accounting for gender, education level, and self-rated health. The results revealed a significant overall difference between older and non-older adults in their perceptions across the eight domains. The group comparisons showed that, older adults reported more positive perceptions than non-older adults regarding outdoor spaces and buildings, transportation, housing, social participation, and community support and health services, whereas they reported less positive perceptions regarding communication and information. Additional analyses accounting for gender, education level, and self-rated health showed that, significant group differences remained in outdoor spaces and buildings, transportation, and community support and health services. Differences were also found in policy and facility priorities, but both groups placed high priority on welfare, health, and medical services and the expansion of healthcare facilities. These findings suggest that age-friendly city policies should consider the shared needs of different age groups and differences in their perceptions.

Keywords: Age-Friendly Cities, Super-Aged Society, Age Groups, Older Adults, Non-Older Adults