www.koddi.or.kr 한국장애인개발원

정책 24-11

고령장애인 개인·가구 특성 및 욕구에 따른 장애인복지정책 개발 연구

2024. 12.

한국장애인개발원
Korea Disabled people's Development Institute

본 보고서의 연구내용은 연구진의 의견으로 한국장애인개발원의 공식적인 의견과는 다를 수 있습니다.

한국장애인개발원
www.koddi.or.kr

연 구 진

연 구 책 임 : 조윤화(한국장애인개발원 정책연구부 정책연구팀장)

공동연구원 : 이종남(전 극동대학교 사회복지학과 교수)
이승민(동원대학교 사회복지학과 교수)
박형존(광주대학교 사회복지학과 교수)
오윤희(수원여자대학교 사회복지학과 겸임교수)
오윤지(파리12대학 인문사회과학연구소 연구원)
김란영(한국장애인개발원 정책연구부 정책연구팀 부연구위원)
박시은(한국장애인개발원 정책연구부 정책연구팀 연구원)
김현정(한국장애인개발원 정책연구부 정책연구팀 연구원)

한국장애인개발원
www.koddi.or.kr

목 차

연구요약 ····· xiii

Ⅰ. 서론 ····· **1**

1. 연구배경 및 목적 ····· 1
2. 연구내용 ····· 3
3. 연구방법 및 추진절차 ····· 4

Ⅱ. 이론적 배경 ····· **7**

1. 고령장애인 정의 ····· 7
2. 고령장애인 특성 ····· 8
3. 고령장애인 개인·가구 특성 및 욕구 분석 ····· 11

Ⅲ. 우리나라 고령장애인 장애인·노인복지정책 분석 ····· **56**

1. 분석틀 ····· 56
2. 분석결과 ····· 59

Ⅳ. 국내외 고령장애인 관련 핵심 정책 분석 ····· **101**

1. 한국 ····· 102
2. 일본 ····· 164
3. 프랑스 ····· 198
4. 소결 ····· 264

Ⅴ. 고령장애인 개인 및 가구 심층인터뷰론 ····· **271**

1. 조사 개요 ····· 271
2. 조사 결과 ····· 273
3. 소결 ····· 298

Ⅵ. 사회복지시설 현장전문가 포커스그룹인터뷰 ····· 302

1. 조사 개요 ····· 302
2. 조사 결과 ····· 305
3. 소결 ····· 329

Ⅶ. 선진사례 조사 ····· 332

1. 개요 ····· 332
2. 기관방문 내용 및 시사점 ····· 332
3. 소결 ····· 357

Ⅷ. 결론 및 정책제언 ····· 359

1. 결론 ····· 359
2. 정책제언 ····· 394
3. 추계결과 ····· 440

참고문헌 ····· 452

붙임 1. 고령장애인 당사자(또는 가구원) 심층인터뷰 질문지 ····· 458

붙임 2. 고령장애인 전문가 FGI 질문지 ····· 461

표목차

〈표 Ⅰ-1〉 2차 자료 분석 내용 ····· 4
〈표 Ⅱ-1〉 주요 법률에서의 노인 연령 기준 ····· 7
〈표 Ⅱ-2〉 연도별 고령장애인 비율 ····· 11
〈표 Ⅱ-3〉 등록장애인 및 고령장애인 현황(성별, 장애정도별, 장애유형별) ····· 13
〈표 Ⅱ-4〉 신규등록장애인 중 고령장애인 현황(장애정도별, 장애유형별) ····· 17
〈표 Ⅱ-5〉 65세 이상 빈곤율 빈곤갭 비율 ····· 18
〈표 Ⅱ-6〉 장애인 및 비장애인의 소득보장급여 이용 ····· 20
〈표 Ⅱ-7〉 65세 이상 전체인구 및 장애인 인구 중 기초생활수급자 현황 ····· 21
〈표 Ⅱ-8〉 전체인구 및 장애인 인구 중 기초연금 수급자 현황 ····· 21
〈표 Ⅱ-9〉 주요 인구통계학적 변수별 장애인 경제활동상태 추정(65세 이상) ····· 22
〈표 Ⅱ-10〉 65세 이상 경제활동상태 추정(65세 이상) ····· 23
〈표 Ⅱ-11〉 장애/비장애 노인의 현재 경제활동 여부 ····· 23
〈표 Ⅱ-12〉 65세 이상 취업자의 종사상 지위 ····· 24
〈표 Ⅱ-13〉 65세 이상 취업자의 정부지원일자리 여부 ····· 24
〈표 Ⅱ-14〉 65세 이상 취업자의 월 평균 소득 ····· 25
〈표 Ⅱ-15〉 65세 이상 취업자의 일하는 가장 큰 이유 ····· 25
〈표 Ⅱ-16〉 연령별 장애인 일자리 참여 현황 ····· 26
〈표 Ⅱ-17〉 장애/비장애 노인의 평균 ADL/IADL(완전자립률) ····· 27
〈표 Ⅱ-18〉 장애/비장애 노인의 일상생활 지원 여부 ····· 27
〈표 Ⅱ-19〉 장애/비장애 노인의 일상생활 지원인력 유형 ····· 28
〈표 Ⅱ-20〉 장애/비장애 노인의 일상생활 도움받는 빈도 ····· 29
〈표 Ⅱ-21〉 장애/비장애 노인의 1주일 평균 개인간병 및 가사도우미 이용시간 ····· 30
〈표 Ⅱ-22〉 장애/비장애 노인의 일상생활 지원 충분도 ····· 30
〈표 Ⅱ-23〉 장애/비장애 노인의 일상생활 지원을 받지 않는 이유 ····· 31
〈표 Ⅱ-24〉 장애/비장애 노인의 장기요양 등급 신청경험 및 판정 등급 ····· 31
〈표 Ⅱ-25〉 장애/비장애 노인의 노인장기요양보험 이용 서비스 ····· 32

〈표 Ⅱ-26〉 장애/비장애 노인의 장기요양 등급 신청하지 않은 이유 ····· 32
〈표 Ⅱ-27〉 장애/비장애 노인의 평소 건강 상태 자가평가 ····· 33
〈표 Ⅱ-28〉 장애/비장애 노인의 3개월 이상 앓고 있는 의사진단 만성질환 개수 평균 ····· 33
〈표 Ⅱ-29〉 장애/비장애 노인의 지난 1개월 동안 의료기관(병원, 의원, 보건(지·진료)소, 한의원, 치과 등) 이용 횟수 평균 ····· 34
〈표 Ⅱ-30〉 장애/비장애 노인의 우울증 여부 ····· 34
〈표 Ⅱ-31〉 장애/비장애 노인의 건강행태 ····· 35
〈표 Ⅱ-32〉 장애/비장애 노인의 2년 이내 건강검진 수검 여부 ····· 35
〈표 Ⅱ-33〉 장애/비장애 노인의 지난 1년간 미충족 진료 경험 여부 ····· 36
〈표 Ⅱ-34〉 장애/비장애 노인의 지난 1년간 미충족 진료 경험 이유(병의원) ····· 36
〈표 Ⅱ-35〉 60세 이상 노인의 사망원인별 조사망률(2022) ····· 37
〈표 Ⅱ-36〉 학대피해노인 중 장애인 수 및 장애 유형 (2014년 ~ 2023년) ····· 38
〈표 Ⅱ-37〉 가구구성에 따른 고령장애인 현황 ····· 40
〈표 Ⅱ-38〉 가구구성에 따른 성별 및 연령 ····· 41
〈표 Ⅱ-39〉 가구구성에 따른 장애정도 및 장애유형 ····· 42
〈표 Ⅱ-40〉 가구구성에 따른 소득수준 ····· 43
〈표 Ⅱ-41〉 가구구성에 따른 가구 주된 수입원 ····· 44
〈표 Ⅱ-42〉 가구구성에 따른 월평균 가구소득 ····· 44
〈표 Ⅱ-43〉 가구구성에 따른 장애로 인한 추가비용 ····· 45
〈표 Ⅱ-44〉 가구구성에 따른 ADL/IADL ····· 46
〈표 Ⅱ-45〉 가구구성에 따른 일상생활 지원 필요정도 ····· 46
〈표 Ⅱ-46〉 가구구성에 따른 일상생활 지원 여부 ····· 47
〈표 Ⅱ-47〉 가구구성에 따른 주로 지원해주는 사람 ····· 48
〈표 Ⅱ-48〉 가구구성에 따른 일상생활 지원 사업/기관 이용 ····· 48
〈표 Ⅱ-49〉 가구구성에 따른 일상생활 지원 이용/필요 시간(월평균) ····· 49
〈표 Ⅱ-50〉 가구구성에 따른 일상생활 지원 충분도 ····· 49
〈표 Ⅱ-51〉 가구구성에 따른 일상생활 지원이 부족한 이유 ····· 50
〈표 Ⅱ-52〉 가구구성에 따른 서비스 이용 여부 ····· 51
〈표 Ⅱ-53〉 가구구성에 따른 서비스 사회 및 국가에 대한 요구사항(1순위) ····· 52
〈표 Ⅲ-1〉 정책 분석틀 및 내용 ····· 56
〈표 Ⅲ-2〉 분석대상: 장애인 및 노인복지정책 ····· 57
〈표 Ⅲ-3〉 장애인 소득보장정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 59

〈표 Ⅲ-4〉 노인 소득보장정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 61
〈표 Ⅲ-5〉 장애인 일자리정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 62
〈표 Ⅲ-6〉 노인 일자리정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 66
〈표 Ⅲ-7〉 장애인 돌봄정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 67
〈표 Ⅲ-8〉 노인 돌봄정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 70
〈표 Ⅲ-9〉 장애인 거주정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 72
〈표 Ⅲ-10〉 노인 거주정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 73
〈표 Ⅲ-11〉 장애인 건강정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 75
〈표 Ⅲ-12〉 노인 건강정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 79
〈표 Ⅲ-13〉 장애인 일상생활지원정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 82
〈표 Ⅲ-14〉 노인 일상생활지원정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 90
〈표 Ⅲ-15〉 장애인 기타정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 93
〈표 Ⅲ-16〉 노인 기타정책 고령장애인 포괄성 분석 ····· 94
〈표 Ⅲ-17〉 장애인복지 및 노인복지정책의 정책대상자 고령장애인 포괄성 분석결과 ····· 96
〈표 Ⅳ-1〉 장애인 및 노인복지정책 분석틀 ····· 101
〈표 Ⅳ-2〉 주요 법률에서의 노인 연령 기준 ····· 102
〈표 Ⅳ-3〉 장애인 및 노인복지정책: 영역별 핵심 제도 현황 ····· 103
〈표 Ⅳ-4〉 장애인 및 노인복지제도: 소득보장 ····· 104
〈표 Ⅱ-5〉 연령별 빈곤율 및 빈곤갭 비율(2022년) ····· 105
〈표 Ⅳ-6〉 연령대별 공적급여 현황(생계 및 의료급여 대상자 기준) ····· 107
〈표 Ⅳ-7〉 장애로 인한 월평균 추가비용(부모사후 대비비 제외) ····· 109
〈표 Ⅳ-8〉 65세 이상 장애로 인한 월평균 추가비용(부모사후 대비비 제외) ····· 109
〈표 Ⅳ-9〉 장애인 및 노인복지제도: 소득보장 ····· 110
〈표 Ⅳ-10〉 장애인 및 노인복지제도: 일자리 ····· 111
〈표 Ⅳ-11〉 장애인 및 노인복지제도: 일자리 ····· 114
〈표 Ⅳ-12〉 장애인 및 노인복지제도: 돌봄 ····· 115
〈표 Ⅳ-13〉 돌봄통합지원법 ····· 119
〈표 Ⅳ-14〉 장애인서비스지원종합조사표와 노인ㆍ의료돌봄 통합지원 시범사업 조사표 ··· 122
〈표 Ⅳ-15〉 주요 연계 서비스 내용 ····· 125
〈표 Ⅳ-16〉 노인ㆍ의료돌봄 통합지원 시범사업 주요 연계사업 ····· 126
〈표 Ⅳ-17〉 교육 내용 ····· 127
〈표 Ⅳ-18〉 노인맞춤 돌봄서비스 세부내용 ····· 128

〈표 Ⅳ-19〉 노인맞춤돌봄서비스의 내용 ····· 128
〈표 Ⅳ-20〉 장애인 및 노인복지제도: 돌봄 ····· 130
〈표 Ⅳ-21〉 장애인 및 노인복지제도: 돌봄 ····· 132
〈표 Ⅳ-22〉 공공보건의료기관 중 장애인 건강검진기관 당연지정 대상 현황 ····· 134
〈표 Ⅳ-23〉 장애친화 산부인과 지정 현황 ····· 135
〈표 Ⅳ-24〉 발달장애인 거점병원·행동발달증진센터 현황 ····· 135
〈표 Ⅳ-25〉 의료 및 보건 관련 기관 현황 ····· 136
〈표 Ⅳ-26〉 의료 미충족율 ····· 138
〈표 Ⅳ-27〉 65세 이상 장애인의 미충족 의료율 ····· 138
〈표 Ⅳ-28〉 연령대별 장애인의 미충족 의료율 ····· 139
〈표 Ⅳ-29〉 장애인 건강주치의 이용 희망율 ····· 139
〈표 Ⅳ-30〉 연령대별 장애인건강주치의 이용 내용 ····· 139
〈표 Ⅳ-31〉 연령대별 만성질환 개수 ····· 140
〈표 Ⅳ-32〉 진료비 및 본인부담금 ····· 141
〈표 Ⅳ-33〉 1~4차 장애인건강주치의 시범사업 현황 ····· 142
〈표 Ⅳ-34〉 장애인 및 노인복지제도: 건강 ····· 143
〈표 Ⅳ-35〉 장애인 및 노인복지제도: 거주서비스 ····· 144
〈표 Ⅱ-36〉 장애인 및 노인 거주시설 입소 기준 및 쟁점 ····· 147
〈표 Ⅳ-37〉 장애인 및 노인복지제도: 거주서비스 ····· 151
〈표 Ⅳ-38〉 장애인 및 노인복지제도: 일상생활 ····· 152
〈표 Ⅳ-39〉 장애인 및 노인복지제도: 일상생활 ····· 155
〈표 Ⅳ-40〉 장애인 및 노인복지제도: 기타 ····· 156
〈표 Ⅳ-41〉 보조기기 사업 비교 ····· 158
〈표 Ⅳ-42〉 장애인 및 노인복지제도: 보조기기 ····· 160
〈표 Ⅳ-43〉 장애인 및 노인복지제도: 학대 ····· 161
〈표 Ⅳ-44〉 학대피해노인 중 장애인 수 및 장애 유형 (2014년 ~ 2023년) ····· 162
〈표 Ⅳ-45〉 장애인 학대 유형별 현황 ····· 163
〈표 Ⅳ-46〉 장애인 및 노인복지제도: 학대 ····· 163
〈표 Ⅳ-47〉 일본 장애인 및 노인복지제도: : 주요 영역별 핵심 제도 현황 ····· 164
〈표 Ⅳ-48〉 2024년도 장애기초연금, 장애후생연금, 장애수당 등 ····· 167
〈표 Ⅳ-49〉 노령기초연금, 노령후생연금, 가급연금 등 ····· 168
〈표 Ⅳ-50〉 장애인 및 노인복지제도: 소득보장(사회보험 기준) ····· 169

〈표 Ⅳ-51〉 소득보장제도 쟁점 ····· 169
〈표 Ⅳ-52〉 장애인종합지원법 상의 취로지원 ····· 171
〈표 Ⅳ-53〉 챌린지 고용제도 ····· 172
〈표 Ⅳ-54〉 특정구직자 고용개발 조성금 - 특정취업곤란자 코스 ····· 173
〈표 Ⅳ-55〉 장애인 트라이얼 고용 ····· 174
〈표 Ⅳ-56〉 고령자 고용관계 조성금 제도 ····· 175
〈표 Ⅳ-57〉 고령자 고용관계 조성금 제도 장애인 및 노인복지제도: 일자리 ····· 175
〈표 Ⅳ-58〉 일자리제도 쟁점 ····· 176
〈표 Ⅳ-59〉 장애인복지서비스 ····· 177
〈표 Ⅳ-60〉 개호보험서비스 ····· 178
〈표 Ⅳ-61〉 장애인 및 노인복지제도: 돌봄 ····· 179
〈표 Ⅳ-62〉 공생형서비스로 호환 가능한 서비스 ····· 182
〈표 Ⅳ-63〉 돌봄 쟁점 ····· 189
〈표 Ⅳ-64〉 장애인 거주서비스 ····· 190
〈표 Ⅳ-65〉 노인홈의 종류와 입소 조건 ····· 191
〈표 Ⅳ-66〉 개호의료원 ····· 192
〈표 Ⅳ-67〉 장애인 및 노인복지제도: 거주서비스 ····· 193
〈표 Ⅳ-68〉 거주서비스 쟁점 ····· 194
〈표 Ⅳ-69〉 장애인 복지제도 및 노인 복지제도 : 보조기기 ····· 195
〈표 Ⅳ-70〉 장애인 복지제도 및 노인 복지제도 : 학대방지 ····· 197
〈표 Ⅳ-71〉 기타: 쟁점 ····· 197
〈표 Ⅳ-72〉 성별 및 연령별 장애인구 ····· 199
〈표 Ⅳ-73〉 장애유형별 자격부여받은 인구 비율 ····· 201
〈표 Ⅳ-74〉 프랑스 장애인 및 노인복지제도: : 주요 영역별 핵심 제도 현황 ····· 203
〈표 Ⅳ-75〉 장애인구 연 가처분소득 ····· 204
〈표 Ⅳ-76〉 연 소득 기준 (2024년 7월 기준) ····· 205
〈표 Ⅳ-77〉 수급 조건 ····· 206
〈표 Ⅳ-78〉 성인장애수당(AAH) 수급자 특성 및 현황 ····· 206
〈표 Ⅳ-79〉 수급 조건 ····· 207
〈표 Ⅳ-80〉 수급 조건 ····· 208
〈표 Ⅳ-81〉 전체인구대비 연령별 ASPA 수급자 비율 및 수 ····· 209
〈표 Ⅳ-82〉 장애인 및 노인복지제도: 소득보장 ····· 209

〈표 Ⅳ-83〉 소득보장제도 쟁점 ····· 212
〈표 Ⅳ-84〉 기타 장애인 및 노인 취업 지원제도 ····· 221
〈표 Ⅳ-85〉 장애개념에 따른 취업 장애인구 사회학적 특성 ····· 225
〈표 Ⅳ-86〉 경제활동참여율, 고용률 및 실업률 ····· 226
〈표 Ⅳ-87〉 장애인근로자 구직자 성별 및 연령별 연도별 변화 ····· 226
〈표 Ⅳ-88〉 고용의무 기업체의 장애인구 근로자 및 근로자 인정 방식에 따른 근로자 수 ···· 227
〈표 Ⅳ-89〉 Cap emploi의 취업 및 고용유지 지원을 받은 장애인근로자 특징 ····· 228
〈표 Ⅳ-90〉 일자리 쟁점 ····· 230
〈표 Ⅳ-91〉 일상적 중요 활동 ····· 231
〈표 Ⅳ-92〉 PCH 인적서비스 지원 ····· 232
〈표 Ⅳ-93〉 PCH 장애인용품 지원 ····· 233
〈표 Ⅳ-94〉 PCH 자택개조지원 ····· 233
〈표 Ⅳ-95〉 PCH 교통지원 ····· 234
〈표 Ⅳ-96〉 특정비용지원 및 예외비용지원 ····· 234
〈표 Ⅳ-97〉 ACTP, PCH 수급자 수 연간 변화 ····· 235
〈표 Ⅳ-98〉 APA 등급 및 내용 ····· 236
〈표 Ⅳ-99〉 APA 재가 급여액(2024년 7월 기준) ····· 237
〈표 Ⅳ-100〉 APA 재가 본인부담금 ····· 237
〈표 Ⅳ-101〉 APA 시설 본인부담금 ····· 238
〈표 Ⅳ-102〉 2002년-2020년 APA 수급자 수 변화 ····· 238
〈표 Ⅳ-103〉 장애인 및 노인복지제도: 돌봄 ····· 239
〈표 Ⅳ-104〉 돌봄 쟁점 ····· 241
〈표 Ⅳ-105〉 시설 유형별 시설 수, 정원 수, 이용자 수 현황 ····· 245
〈표 Ⅳ-106〉 시설 유형별 고령장애인 이용자 현황 ····· 246
〈표 Ⅳ-107〉 거주비용 본인부담금 ····· 249
〈표 Ⅳ-108〉 의존비용 본인부담금 ····· 249
〈표 Ⅳ-109〉 PASA와 UHR 차이점 ····· 252
〈표 Ⅳ-110〉 장애인 및 노인복지제도: 거주서비스 ····· 254
〈표 Ⅳ-111〉 2019년 EHPAD 입소자 현황 ····· 255
〈표 Ⅳ-112〉 2019년 EHPA 및 USLD 입소자 현황 ····· 255
〈표 Ⅳ-113〉 시설 쟁점 ····· 258
〈표 Ⅳ-114〉 부서별 주요 역할 ····· 260

한국장애인개발원
www.koddi.or.kr

〈표 Ⅳ-115〉 기타 쟁점 ····· 263
〈표 Ⅴ-1〉 심층 질문지 ····· 274
〈표 Ⅴ-2〉 참여자 기본적 특성 ····· 275
〈표 Ⅴ-3〉 심층인터뷰 결과 ····· 276
〈표 Ⅵ-1〉 본 연구의 FGI 참여자 ····· 303
〈표 Ⅵ-2〉 질문지 ····· 305
〈표 Ⅵ-3〉 FGI 결과 ····· 306
〈표 Ⅶ-1〉 삿포로스기나원 기관 소개 ····· 332
〈표 Ⅶ-2〉 아오바노마치 기관 소개 ····· 337
〈표 Ⅶ-3〉 카미카와갱생하이므 기관 소개 ····· 342
〈표 Ⅶ-4〉 북해도 요육원 기관 소개 ····· 351
〈표 Ⅶ-5〉 진달래마을 기관 소개 ····· 354
〈표 Ⅷ-1〉 주요 법률에서의 노인 연령 기준 ····· 359
〈표 Ⅷ-2〉 한국 장애인 및 노인복지제도: 대상포괄성 분석 ····· 363
〈표 Ⅷ-3〉 한국 장애인 및 노인복지제도: 주요 영역별 핵심 제도 현황 ····· 364
〈표 Ⅷ-4〉 한국 장애인 및 노인복지제도: 쟁점 총괄 ····· 367
〈표 Ⅷ-5〉 한국 장애인 및 노인복지제도: 방향 및 대안 ····· 373
〈표 Ⅷ-6〉 일본 장애인 및 노인복지제도: : 주요 영역별 핵심 제도 현황 ····· 375
〈표 Ⅷ-7〉 일본 장애인 및 노인복지제도: 쟁점 총괄 ····· 377
〈표 Ⅷ-8〉 일본 장애인 및 노인복지제도: 방향 및 대안 ····· 380
〈표 Ⅷ-9〉 프랑스 장애인 및 노인복지제도: : 주요 영역별 핵심 제도 현황 ····· 381
〈표 Ⅷ-10〉 프랑스 장애인 및 노인복지제도: 쟁점 총괄 ····· 384
〈표 Ⅷ-11〉 프랑스 장애인 및 노인복지제도: 방향 및 대안 ····· 388
〈표 Ⅷ-12〉 심층인터뷰 결과 ····· 389
〈표 Ⅷ-13〉 FGI 결과 ····· 391
〈표 Ⅷ-14〉 각 영역별 주요 쟁점 및 정책추진방향, 세부사업 ····· 394
〈표 Ⅷ-15〉 한국 노후소득보장 체계 ····· 398
〈표 Ⅷ-16〉 장애인연금 지원금액('24년 기준) ····· 399
〈표 Ⅷ-17〉 연령별 빈곤율 및 빈곤갭 비율(2022년) ····· 399
〈표 Ⅷ-18〉 연령대별 공적급여 현황(생계 및 의료급여 대상자 기준) ····· 401
〈표 Ⅷ-19〉 급여유형 및 연령별 현황(장애정도가 심한 장애인) ····· 402
〈표 Ⅷ-20〉 65세 이상 생계급여 대상 공적부조 수준 ····· 404

〈표 Ⅷ-21〉 중증장애인 노후돌봄자산형성지원 사업(안) ····· 405
〈표 Ⅷ-22〉 수급(권)자 유형별 근로·사업소득 공제 현황 ····· 407
〈표 Ⅷ-23〉 현행 장애수당 현황 ····· 408
〈표 Ⅷ-24〉 65세 이상 장애로 인한 월평균 추가비용(부모사후 대비비 제외) ····· 410
〈표 Ⅷ-25〉 희귀질환자 대상 의료지원 사항 ····· 411
〈표 Ⅷ-26〉 돌봄통합지원법 ····· 420
〈표 Ⅷ-27〉 주요 서비스 내용 ····· 421
〈표 Ⅷ-28〉 장애인서비스지원종합조사표와 노인 · 의료돌봄 통합지원 시범사업 조사표 ··· 422
〈표 Ⅷ-29〉 장기요양대상자 재택의료사업 시범사업 급여비용 ····· 427
〈표 Ⅷ-30〉 설치 기준 ····· 436
〈표 Ⅷ-31〉 가정별 추계안 및 추계 결과: 정도가 심한 65세 이상 장애인 전환 ····· 446
〈표 Ⅷ-32〉 가정별 추계안 및 추계 결과: 정도가 심한 65세 이상 신규등록 장애인 ····· 447
〈표 Ⅷ-33〉 가정별 추계안 및 추계 결과: 65세 이상 장애인 전환 ····· 447
〈표 Ⅷ-34〉 정별 추계안 및 추계 결과: 65세 이상 신규등록 장애인 ····· 448
〈표 Ⅷ-35〉 추계 결과(기준값) ····· 449
〈표 Ⅷ-36〉 추계결과(2025년~2030년) ····· 450
〈표 Ⅷ-37〉 심한 장애인의 활동지원서비스 전환 시 노인장기요양 급여액 절감 규모 ····· 451
〈표 Ⅷ-38〉 모든 장애인의 활동지원서비스 전환 시 노인장기요양 급여액 절감 규모 ····· 451

그림목차

[그림 Ⅱ-1] 65세 기준 전국 등록장애인 비율 ····· 9
[그림 Ⅱ-2] 50세이상 비장애인과 장애인 비율 ····· 12
[그림 Ⅱ-3] 장애유형별 고령장애인 비율: 신체적장애(외부 신체기능의 장애) ····· 14
[그림 Ⅱ-4] 장애유형별 고령장애인 비율: 신체적장애(내부 기관의 장애) ····· 15
[그림 Ⅱ-5] 장애유형별 고령장애인 비율: 정신적장애 (발달장애, 정신장애) ····· 16
[그림 Ⅳ-1] 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업 추진 체계도 ····· 120
[그림 Ⅳ-2] 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업 추진 체계도 ····· 121
[그림 Ⅳ-3] 방문의료지원센터 운영모델 ····· 123
[그림 Ⅳ-4] 퇴원환자지원서비스 제공절차 ····· 124
[그림 Ⅳ-5] 일본의 공적연금 제도의 구조 ····· 167
[그림 Ⅳ-6] 일본 장애인 고용 지원 전달체계 ····· 170
[그림 Ⅳ-7] 공생형서비스 운영 이미지 ····· 183
[그림 Ⅳ-8] 2019년 정신, 지적, 인지제한 및 보행, 신체조직제한 인구 연령 피라미드 ·· 200
[그림 Ⅳ-9] 50세 이상 장애유형별 인구 수 ····· 201
[그림 Ⅳ-10] PEC et CUI-CIE 수혜자 수 ····· 224
[그림 Ⅳ-11] CUI-CIE 수혜자 수(수급시작+ 갱신 수) ····· 224
[그림 Ⅳ-12] Cap emploi의 취업 및 고용유지 지원을 받은 자 현황 ····· 228
[그림 Ⅳ-13] RLH 수혜자 수 ····· 229
[그림 Ⅳ-14] 시설 및 이용자 장애 유형 ····· 246
[그림 Ⅳ-15] 시설유형별 연령별 고령장애인 분표 ····· 247
[그림 Ⅳ-16] 2018년 시설 유형별 입소자 및 퇴소자 평균 연령 ····· 247
[그림 Ⅳ-17] 2019년 시설 유형별 입소자 GIR 등급 현황(위) 및 2019년 퇴소 동기 및 이유 비율(아래) ····· 256
[그림 Ⅳ-18] 연령별 장애인 거주시설(비의료, 의료) 거주 접근율 ····· 257
[그림 Ⅳ-19] 파리(75) MDPH 조직도 ····· 260
[그림 Ⅶ-1] 삿포로스기나원 목욕부스(왼쪽), 목욕의자(오른쪽) ····· 334

[그림 Ⅶ-2] 아오바노마치 유니트 내 1인실(왼쪽 상단), 실루엣 센서 화면(오른쪽 상단), 화장실(왼쪽 하단), 거실(오른쪽) ····· 340
[그림 Ⅶ-3] 아오바노마치 개호리프트, 목욕의자(욕조사용지원) ····· 341
[그림 Ⅶ-4] 카미카와갱생하이므 작업활동(왼쪽), 1인실(오른쪽) ····· 344
[그림 Ⅶ-5] 북해도 요육원 유니트 내부(왼쪽), 데이케어 센터 내부(오른쪽) ····· 352
[그림 Ⅶ-6] 맞춤 리클라이너형 휠체어(왼쪽), 재활공학 장비개발 시연(오른쪽) ····· 353
[그림 Ⅶ-7] 진달래마을 작업활동(왼쪽), 낮활동(종이 찢기)(왼쪽) ····· 355
[그림 Ⅶ-8] 진달래마을 경사로 설치 목욕탕 ····· 356

연구요약

Ⅰ. 서론

1. 연구 배경 및 목적

○ 고령장애인은 '장애'와 '노화'로 인한 이중적 위험요인의 중첩으로 신체적, 심리적, 경제적 측면의 어려움에 노출

○ 고령장애인의 증가와 신규 고령장애인 내 장애유형의 비율 및 중증도 차이 등으로 고령장애인의 장애욕구 다양화, 이에 따른 개별화 전략 필요

- 그러나 고령장애인을 위한 정책은 주로 노인영역에서 제공되어 맞춤형 서비스를 받기 어려운 실정

○ 따라서 본 연구는 65세 이상 고령장애인의 개인·가구 특성 및 욕구를 파악하고 이에 따른 장애인복지정책을 개발하는 것을 목적으로 함

2. 연구내용

○ 국내외 고령장애인 관련 소득, 돌봄, 복지 정책 분석

○ 장애인구 현황 및 고령장애인 특성에 따른 복지욕구 분석

○ 대한민국 장애인 및 노인복지정책의 고령장애인 이용 가능성 및 정책대상자 포괄성 분석

○ 다양한 국내외 장애인 및 노인복지정책의 제도 정합성 및 욕구 대응성 분석

○ 질적연구를 통해 장애인, 노인, 종합복지시설의 고령장애인 지원 서비스 실태 및 개선방안 도출

○ 고령장애인을 위한 복지정책 및 서비스 개발

3. 연구방법 및 추진절차

○ 국내외 고령장애인 관련 소득, 돌봄, 일자리 등 해외사례 및 고령 개념에 대한 문헌조사

○ 등록장애인DB와 장애인실태조사 등 2차자료 분석
○ 고령장애인 가구와 지역사회복지시설 대상 질적연구 수행
○ 국내외 기관사례조사 실시

Ⅱ. 이론적배경

1. 고령장애인 정의

○ 통상적으로 65세 이상을 고령장애인으로 간주하나, 법률 및 사업에 따라 고령장애인 기준이 상이함
- 사회보장측면에서 노인의 연령은 65세 이상(장기요양보험법, 노인복지법)
- 경제활동측면에서 노인의 연령은 55세 이상(고용상 연령 차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률)

2. 고령장애인 특성

○ 고령장애인은 '고령화된 장애인(Aging with disability)'과 '노화에 따른 장애인(Disability with aging)'으로 구분
- 고령화된 장애인은 노인이 되기 전, 노화에 따른 장애인은 노화에 의해 장애가 발생한 경우를 일컫으며, 주로 장애 진단 시기와 나이에 따라 구분
- 이러한 구분은 장애진단 시기와 장애 발생 시기가 다를 수 있으며, 장애와 노화의 교차점에 있는 이들을 포섭하지 못한다는 한계 지님
- 고령화된 장애인은 노화에 따른 장애인에 비해 더 취약한 경우가 많으나, 장애와 노화라는 이중 위험을 경험하고 유사한 욕구를 지니는 등의 공통점 존재

○ 기존 장애인, 노인복지 서비스 체계가 별도로 발전해 온 경향이 있어 두 분야 모두에서 고령장애인이 배제되거나 불합리한 상황에 놓이는 경우가 발생
- 장애와 노화의 특성을 모두 가진 고령장애인이 장애인, 노인 각 서비스 영역에서 소외되지 않도록 고려 필요

3. 고령장애인 개인·가구 특성 및 욕구 분석

○ 가계금융복지조사, 사회보장 행정데이터, 노인실태조사, 장애인경제활동실태조사 등의 2차자료를 통해 고령장애인 개인·가구 특성 및 욕구를 분석함

○ 고령장애인의 경제적 취약성이 비장애노인에 비해 높으며 돌봄 및 건강의 지원공백을 경험하는 것으로 나타남

- 2023년 기준 65세 이상 등록장애인은 전체 등록장애인의 53.9%, 빈곤율은 47.6%
- 노령연금의 경우 비장애 노인의 이용률이 44.3%, 장애노인 이용률이 38,7%로 비장애 노인의 국민연금 보장률이 더 높음
- 65세 이상 고령장애인의 경제활동 참가율은 22.6%로 전체 노인 39.6%의 절반
- 65세 이상 고령장애인의 ADL 완전자립률은 76.3%로 비장애노인 95.3%에 비해 낮음
- 건강 상태가 나쁘다고 평가한 비율은 고령장애인 58.9%, 비장애노인 18.1%
- 고령장애인 가구의 평균 연령은 75.9세, 가구원 수는 평균 2인
- 고령장애인의 74.3%는 경증 장애였으며, 장애유형은 지체장애가 48.7%로 가장 많음

Ⅲ. 우리나라 고령장애인 장애인·노인복지정책 분석

1. 분석틀

○ 정책대상자 포괄성 측면에서 2024 장애인복지사업안내 및 2024노인보건사복지사업안내 자료 등을 통해 장애인 및 노인복지제도를 살펴보고 각 제도의 고령장애인 이용 가능성 분석

○ 고령장애인 이용가능성 측면에서 다양한 2차자료 데이터를 활용하여 실제 65세 이상 고령장애인의 정책 이용률 분석

- 이를 위해 2020 장애인실태조사, 2020 노인실태조사, 2022 장애인삶패널조사, 2023 한국복지패널조사 데이터 활용

2. 분석 결과

○ 소득보장 영역: 장애인복지제도 내 3개 정책과 노인복지제도 2개 정책 모두 고령장애인 참여 가능. 이용률은 장애인복지 영역 15.4%, 노인복지영역 48.8%

○ 일자리 영역: 장애인복지제도 내 14개 정책 중 14개 정책, 노인복지제도 2개의 정책 중 2개의정책에 고령장애인이 참여 가능. 이용률은 장애인복지영역 1.52%, 노인복지영역 11.6%

○ 돌봄 영역: 장애인복지정책 9개 중 4개의 정책 이용 가능, 5개의 노인복지정책에 모두 고령장애인 참여 가능. 이용률은 장애인복지영역 2.9%, 노인복지영역 30.7%

○ 거주서비스 영역: 장애인복지정책 5개, 노인복지정책 7개에 모두 고령장애인 참여 가능. 이용률은 장애인복지영역 0.1%, 노인복지영역 3.1%

○ 건강 영역: 장애인복지정책 22개 중 18개의 정책에 고령장애인 참여 가능. 노인영역 정책 11개중 11개의 정책에 참여 가능. 이용률은 장애인복지영역 26.8%

○ 일상생활 영역: 장애인 정책 42개 중 33개의 정책에 전체참여, 1개의 정책에 부분참여 가능. 모든 노인 정책 11개에 고령장애인 참여 가능. 이용률은 장애인복지영역 6.9%, 노인복지영역 26.4%

○ 기타영역: 고령장애인은 장애인복지정책 5개, 노인복지정책 4개에 모두 참여 가능

Ⅳ. 국내외 고령장애인 관련 핵심 정책 분석

1. 한국

○ 소득보장 영역으로 장애인연금과 기초연금 비교분석 실시
  - 쟁점 1. 기초연금의 소득 인정 문제
  - 쟁점 2. 고령장애인의 부가급여 수준에 대한 적절성 문제

○ 일자리 영역으로 장애인일자리와 노인일자리 비교분석 실시

- 쟁점 1. 장애인활동지원서비스 장기요양 우선적용에 따른 장애인일자리 탈락 문제
- 쟁점 2. 공공형일자리 대상자에서 장기요양급여 대상자 제외 등 형평성 문제

○ 돌봄 영역으로 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험제도 비교분석 실시
- 쟁점 1. 장기요양보험 우선 적용에 따른 보전급여 문제(선택권 부재)
- 쟁점 2. 통합적 관점에서 노인과 장애인 개별성을 고려한 제도적 지원 부족
- 쟁점 3. 지적장애인 치매 판정 어려움으로 장기요양등급 판정 한계 존재

○ 건강 영역으로 장애인건강주치의, 지역장애인보건의료센터와 장기요양재택의료센터 시범사업 비교분석 실시
- 쟁점 1. 고령장애인 특화 사업 및 재가장애인 방문재활서비스 확대 필요

○ 거주 영역으로 장애인거주시설과 노인복지 및 장기요양시설 비교분석 실시
- 쟁점 1. 장애인거주시설의 고령장애인 요양에 대한 관념적 사고
- 쟁점 2. 장애인거주시설의 고령장애인에 대한 서비스 지원 역량 부족
- 쟁점 3. 공동생활가정 및 거주시설 다양화 부족(요양 중심, 거주 중심 구성)

○ 일상생활 영역으로 장애인복지관, 주간이용시설 및 노인복지권, 노인주야간보호시설 비교분석 실시
- 쟁점 1. 65세 이상 고령장애인의 주간활동서비스, 긴급돌봄, 최중증돌봄서비스 배제
- 쟁점 2. 주간이용시설의 (준)의료적 지원, 중고령장애 증가에 대한 지원 부재
- 쟁점 3. 노인복지관, 발달장애인 중심 장애인복지시설 이용 한계

○ 기타 영역으로 보조기기 및 학대 관련 사업 비교분석 실시
- 쟁점 1. 고령장애인 맞춤 복지용구 선택권 부재
- 쟁점 2. 장기요양복지용구 구입 대상자의 제한적 기준
- 쟁점 3. 노인학대 접수에 따른 우선 지원

2. 일본

○ 소득보장 영역으로 장애인 정책(장애기초연금, 장애후생연금, 장애수당)과 노인정책(노령기초연금, 노령후생연금) 비교분석한 결과, 일본 소득보장제도

는 당사자에게 유리한 연금 선택 가능

○ 일자리 영역으로 장애인 정책(취업이행지원, 취업정착지원, 취로계속지원, 챌린지고용제도, 장애인 트라이얼 고용제도, 특정 구직자 고용조성금 제도)과 노인정책(고령자 트라이얼 고용조성금, 특정구직자 고용개발 조성금, 65세 이상 고용추진 조성금)을 비교한 결과 장애인은 65세 미만 장애인복지서비스를 통해 일자리에 진입하고, 이후 65세 이후가 되면 노인복지제도를 통해 고용된 직장에서 계속 고용 가능

○ 돌봄 영역으로 장애인정책(장애인종합지원법)과 노인정책(개호보험제도)을 비교분석

- 쟁점 1. 개호보험 우선적용으로 서비스 기관 변화, 서비스 양의 감소, 본임부담금 증가
- 이를 해결하기 위해 “공생형서비스”와 “신(新)고액장애인복지서비스 등 급부비” 도입

○ 거주서비스 영역으로 장애인정책(장애인종합지원법)과 노인정책(개호보험제도)을 비교분석

- 쟁점 1. 개호보험 우선적용으로 개호보험시설로의 이전 필요, 65세 이상 장애인 신규 이용 가능 장애인입소시설이 그룹홈(지적장애인, 정신장애인에 한함)으로 한정적
- 이를 해결하기 위해 2018년 개호보험법 개정으로 개호의료원 설치

○ 기타 영역으로 보조기기, 학대 관련 사업 비교분석 실시

- 보조기기는 장애인, 노인 모두 유사 서비스 존재, 65세 이상 개호보험우선적용으로 복지용구 대여 및 구매, 주택개보수 서비스 이용 가능
- 장애인과 노인 모두 학대방지법 존재, 학대 발생 장소 등에 의해 유연 적용

3. 프랑스

○ 소득보장 영역으로 장애인 정책(AAH)과 노인정책(ASPA) 비교분석 결과 은퇴연령에 도달할 경우 AAH 수급 자격 박탈 및 ASPA로 전환 문제 발생

○ 일자리 영역으로 장애인 정책(45세 이상 고용전문화 계약 보조금 지원, 단일고용계약)과 노인정책(45세 이상의 고용전문화 계약 보조금 지원, 시니어계약직, 단일고용계약) 비교분석한 결과 AAH 수급자 퇴직 연령 이후 경제활동

을 계속할 때 AAH 수급자격 유지 문제 발생
○ 돌봄 영역으로 장애인정책(PCH)과 노인정책(APA)을 비교분석한 결과 60세 이후 PCH 신청 자격 문제 존재
○ 거주서비스 영역으로 장애인정책(MAS, FAM)과 노인정책(EHPAD)을 비교분석한 결과 고령장애인 입소시설 부족 문제 존재
○ 기타 영역으로 기관의 통합적 서비스 탄생조립 자립 공공서비스를 살펴본 결과 장애인의 장애, 노인의 의존의 키워드를 자립으로 통합하여 자립공공서비스 지원

Ⅴ. 고령장애인 개인 및 가구 심층인터뷰

1. 조사 개요

○ 목적: 고령장애인의 가구 특성 및 욕구를 파악하여 장애인복지정책 개선 제안
○ 50세 이상 고령장애인 1인가구 및 고령장애인과 함께 생활하는 가구원 인터뷰 실시. 전형적 사례 표집과 세평적 사례선택을 통한 표집, 일반적 질적 연구 시행
○ 총 18명(고령장애인 당사자 11명, 가구원 7명) 인터뷰 진행

2. 조사 결과

○ 고령장애인의 생활상 어려움
  - 신체적 노화로 건강상태 약화 체감: 나빠지는 건강, 근로 능력 저하와 생활상의 어려움, 부담되는 병원비와 간병비
  - 고령장애인의 경제적 어려움과 노후준비 공공부조로 생활, 경제활동을 통한 수입 창출, 노후를 위해 준비하고 있는 것
  - 무료한 일상과 막연한 걱정스러움 및 외로움: 한정된 여가활동, 참여할 수 없는 프로그램, 가족 돌봄의 의존적 삶
○ 가구원의 부담과 지원
  - 가족기능 변화와 구성원의 노화: 가구원의 노화, 돌봄 부담과 체념, 1인가구 장애인의 가족 의존과 관계 소원
  - 현실적 문제와 지원체계: 가구원의 가장 큰 걱정, 고령에 따른 필요한 제

도 및 정책에 대한 정보제공 필요, 장애특성에 따른 지원 필요

○ 정책의 모순과 지향점
- 이해할 수 없는 정책의 현실: 서비스 전환과정에서의 어려움, 열심히 일할 필요가 없는 정책, 사회보험의 이상한 해석, 지자체마다 다른 서비스
- 필요한 지원: 고령장애인의 삶의 질, 채워지지 않는 서비스에 대한 욕구

3. 소결

○ 이분법적 관점에서 벗어나 장애인복지서비스에 노인복지서비스를 추가하는 관점으로 변화 필요
○ 고령화 대안으로 장애인과 장애인 가구원 각각의 노후준비를 위한 정책 마련 필요
○ 고령장애인 예산확보 및 제공인력 수급 대안 필요
○ 고령장애인 1인가구를 위한 사회적 안전망과 관계망 설계 필요

Ⅵ. 사회복지시설 현장전문가 포커스그룹인터뷰

1. 조사 개요

○ 목적: 고령장애인 서비스 지원 실태와 준비 확인, 고령장애인 제도적 지원방안 모색
○ 노인 및 고령장애인을 서비스 대상으로 하는 장애인 거주시설, 지역사회재활시설, 장애인단체, 노인복지관, 요양원 등 다양한 기관 전문가 인터뷰 실시. 일반적인 선택적 표집 방법을 통한 표집, 일반적 질적 연구 시행
○ 각 기관 부장급 이상 관리자 총 33인 인터뷰 실시

2. 조사 결과

○ 제한적이나 이용 가능한 서비스 마련
- 제공 가능한 서비스 마련: 장애보다는 지역주민으로 제한된 환경에서 제공할 수 있는 서비스 제공, 집단서비스에서 개별적 지원서비스 제공

- 고령장애인에 대한 서비스 부재: 물리적, 심리적 제한으로 인한 서비스 부재, 장애인은 장애인복지관에서 서비스받아야 한다는 인식 존재

○ 고령장애인 서비스 이용의 한계
- 장애가 고려되지 않은 연령기준: 법적 연령기준(65세)으로 서비스에서 배제, 실천 현장에서만 장애인의 조기노령 통용
- 고령장애인에게 부합하는 보건의료 인력수급 어려움: 보건의료서비스 제공 인력의 부재, 동일한 업무의 다른 기준 적용
- 제한적인 제도: 지방이양사업 등 지역 간 차이로 인한 지역별 편차 등

○ 고령장애인에게 적합하고 적절한 기준 마련
- 고령장애인의 특성을 인정하는 제도 마련: 새로운 인력배치 기준, 장애의 특성을 인정하는 보건의료 욕구 해소를 위한 서비스 마련
- 주거환경 개선: 고령장애인의 유연한 입퇴소 방안, 장애특성을 고려한 거주공간과 거주시설 마련

○ 존엄한 노년 보내기
- 관계 맺기 및 유지: 사회적 돌봄 체계 마련, 적합한 일자리 탐색 및 연결, 성공적 노화를 위한 지원
- 보통의 삶으로 마무리하기: 요양병원 간병비 준비, 일상적인 장례절차 보내기

3. 소결

○ 고령장애인에 대한 연령기준 정의 필요(조기노화 고려)
○ 기존 시설의 재편과 신규 설치 및 기존 제도 재정비
○ 고령장애인 주거 안정성 확보
○ 고령장애인에게 적절한 서비스를 제공할 수 있는 인력 확보
○ 경제활동이 가능한 고령장애인에게 적합한 일자리 확보 및 배치 관련 지침 마련 요구

Ⅶ. 선진 사례 조사

1. 개요

○ 일본 삿포로시 내 삿포로 스기나원, 아오바노마치 방문 및 아사히카와시 내 카미카와갱생하이므, 아사히카와시청, 아사히카와시사회복지협의회, 북해도 요육원, 진달래마을 방문

○ 전체 연구진 중 3인이 3박 4일간 기관방문 진행

2. 기관방문 내용 및 시사점

○ 사회복지법인 호쿠쇼카이 장애인지원시설 삿포로스기나원

- 시설의 물리적 접근성 개선을 위한 지원 실시 중, 입소 기준에 고령 제한 조건 없음(18세 이상이면 입소 가능), 통소시설 내 간호사 배치가 의무가 아니나 배치함, 시설입소 고령장애인이 시설에서 임종을 맞이하도록 미도리 지원 제공
- 65세 이상 고령 이용자가 증가하고 있으나, 그에 따른 추가 인력충원이나 전문인력 배치가 이루어지지 않는 상황
- 휠체어 지원 및 개호기술이 필요한 고령장애인 이용자가 증가하고 있어 직원 부담 증가
- 미도리 지원의 경우 공식 제도가 마련되지 않아 장애인 시설에서 고령장애인의 임종을 적극적으로 준비하는 데 한계 존재

○ 사회복지법인 호우쿠로복지회 특별요양노인홈 아오바노마치

- 2005년 8월 개소하여 장애인 65인, 지원인 75인으로 구성된 장애인지원시설
- 간호직이나 연수를 받은 개호직이 의료행위 시행
- 입소자의 고령화로 이전과 달리 화장실 이용이 어려워지는 등 추가 지원 욕구가 있으나 인력이 제한적으로 이용자 개별 욕구 충족 어려움
- 노인 보호관련 법이나 제도 보완이 필요하며, 고령장애인 이용자를 지원할 수 있는 전문 개호인력 확보 요구

○ 카미카와 갱생하이므

- 남성유니트, 여성유니트로 구분되어 유니트장 20명이 거주함. 시설 내 물

리치료사나 작업치료사 등이 근로하지 않아 치료가 필요할 경우 별도 처방을 받아 진행
- 주간에만 간호사가 상주하여 의료적 케어가 24시간 필요한 이용자 지원 어려움
- 건축물의 물리적 접근성 개선이 쉽지 않음
- 시설 내 고령장애인 증가에 따른 인력충원 등의 지원 필요

○ 아사히카와시청 장애인복지과 및 사회복지법인 아사히카와시사회복지협의회
- 아사카와시에서는 65세 이상을 고령자, 75세 이상을 후기 고령자로 정의
- 아사히카와시 신체장애수첩보유자의 76.9%는 고령장애인으로 의료적 필요가 높음
- 장애인을 지원하는 가족이 고령화됨에 따라 발생한 긴급지원 대응을 위해 코디네이터 배치, 공실 정보 공유, 그룹홈 조성, 전문 인재 양성 중
- 고령장애인을 위한 협의체를 만들고 각 분과별로 월 1회 회의 실시
- 일상생활자립지원, 기업후견사업, 안전지원사업 진행

○ 사회복지법인 북해도 요육원 및 진달래
- 북해도 요육원은 홋카이도 요양원으로 간호사가 근무하여 의료적 처치가 가능하며 최중증장애인도 이용 가능
- 또한 북해도 요육원 내 장치개발(재활공학) 파트에서 보조공학자 3명이 근무하여 직접 장애인 보조기기 제작
- 진달래마을은 의료적 지원을 하지 않으며 경증장애인이 주 대상
- 고령자를 위한 구역 별도 구분

3. 소결

○ 일본 내 분절적인 법률에 따라 고령장애인 맞춤형 지원 부재
○ 일본 내 고령장애인과 가족을 위한 제도(성년후견제도, 호스피스 등) 미비
○ 사회복지협의회를 통해 다양한 자원 연계 및 시 관할 시설과의 연계, 공조체계가 잘 이루어짐

Ⅷ. 결론 및 정책제언

1. 결론

○ 65세 이상 고령장애인은 비장애노인과 비교하여 경제적 취약성과 돌봄 및 건강의 지원공백을 경험하고 있으며, 가구구성에 따라 추가적인 제한 경함
○ 장애인활동지원제도와 장기요양제도간 선택권 부재로, 장애인일자리 탈락에 따른 장애인활동지원수급 시간 감소
○ 발달장애인 주간활동서비스, 긴급돌봄, 최중증돌봄서비스 연령 제한에 따라 고령장애인 서비스 이용 어려움
○ 노인 영역 기초연금 소득인정 쟁점, 고령장애인 부가급여 수준 적절성 검토 필요
○ 노인맞춤 돌봄서비스에서의 고령장애인 고려 부족, 지적장애인 치매 판정 어려움
○ 유사한 목적으로 이원화된 건강서비스 간 부정합성 존재
○ 장애인거주시설 고령장애인 요양 관련 관념적 사고 문제, 고령장애인 서비스 지원 역량 부족, 거주시설 다양화 부족(요양중심, 거주중심 등)
○ 고령장애인 맞춤 복지용구 선택권 부재, 장기요양복지용구 구입 대상자 기준이 제한적
○ 노인학대 영역의 경우 접수에 따른 우선 지원 문제 발생
○ 일본의 경우 소득보장제도 선택의 유연성 보장, 65세 이전과 이후 이용 가능 일자리 제도 마련 및 선택권 보장, 65세 도달 이후 개호보험서비스로의 이전에서 발생하는 문제 존재(급여양 차이, 서비스 기관 변경, 본인부담금 증가 등), 장애인과 고령자에게 유사한 보장구 서비스 존재, 장애인과 고령자 모두 학대방지법 존재하며 유연 적용 가능
○ 프랑스의 경우 은퇴연령 도달시 AAH 수급 자격 박달 및 ASPA로 전환 문제 존재, AAH 수급자 퇴직 연령 이후 경제활동을 계속할 때 AAH 수급자격 유지 문제 발생, 60세 이후 PCH 신청 자격 문제, 고령장애인 입소시설 부족, 노인의 의존의 키워드를 자립으로 통합하여 자립공공서비스 지원 중

2. 정책제언

○ 7개 영역에 대해 총 16개의 정책 추진방향과 34개의 세부추진과제 도출

1) 소득보장

○ 장애인연금 정책대상자 확대를 통한 고령장애인 빈곤율 감소

○ 고령장애인 부가급여 현실화

- 장애인연금 정책대상자(중증장애인)를 심한 장애인으로 확대(저소득 고령장애인의 경우, 심한장애인까지 기초급여 우선 확대)
- 기초연금의 소득 인정 부문 개편 : 심한장애인 우선 적용
- 중고령 중증장애인 노후돌봄자산형성 사업 마련
- 중장년 근로장애인 세액공제 인센티브를 통한 노후 대비 강화
- 중장년 근로장애인 소득공제율 확대
- 장애인연금 부부감액 기준 폐지
- 장애인연금 부가급여를 성인장애수당으로 개편
- 부가급여 현실화 및 장애유형별 현물 및 바우처 확대

2) 일자리

○ 고령장애인 사회참여 확대를 위한 장애인 일자리 개편 및 유인책 구축

○ 고령장애인 적합 직무 개발

○ 안전한 환경 속에서 일할 수 있는 사업장 및 배치 및 수행기관에 대한 지원 강화 및 확대

- 장애인활동지원수급자 65세 도래 후 장애인활동지원제도와 장기요양제도 선택권 부여를 통한 장애인일자리 배제 책임성 부여
- 장애인일자리 대상자 선정기준 장기요양대상자 기준 삭제
- 장애인 일자리 대상자 선정 시 고령장애인 관련 패널티 완화
- 장애정도가 심한 고령장애인의 소득활동 시, 소득공제 강화 및 의료급여 탈락 방지
- 서비스지원종합조사 직장생활 기준 완화 : 복지일자리 포함
- 공공일자리 고령장애인의 사회참여 확대를 위한 주요 기준 완화
- 지속가능한 고령중증장애인 복지형 일자리 확대
- 노인일자리 고령장애인 시장진입 특화형 등 일자리 마련
- 고령장애인이 일할 수 있도록 고령장애인 훈련수당(신규) 마련 및 직무지원인 강화
- 중대처벌법 등 사업장 노력에 대한 인센티브 제공
- 고령장애인 고용 및 훈련 기관 대상 상해·배상책임보험 정부 지원 강화

3) 돌봄

○ 장애인활동지원수급자 65세 도래 이후 장애인활동지원제도와 장기요양제도 등 선택권 확대

○ 신규등록장애인 활동지원서비스 이용에 대한 재정적 검토 및 지원 방안 모색 필요

○ 돌봄통합지원법(26년 시행)에 따른 장애인 건강노화를 위한 지역사회 내 체계 구축

○ 개별적 돌봄 욕구 충족 강화

○ 노인맞춤서비스의 장애개별적 지원 강화

- 장애인활동지원수급자가 65세가 도래된 경우, 장애인 활동지원제도 및 장기요양제도 선택권 1차 부여
- 현재 장기요양대상자로(보전급여 대상자 아님), 65세 이전에 장애등록 한 경우(활동지원수급이력 없음) 장애인 활동지원제도 선택권 부여
- 장애인활동지원기관의 재가장기요양기관 운영 시, 기준 완화
- 활동지원사 요양지원 교육 이수 체계화
- 65세 이후 등록한 장애인 모두에게 활동지원서비스 선택권 부여
- 65세 이후 등록한 장애인 중 경제활동을 하는 경우, 활동지원서비스 선택권 부여
- 노인복지서비스에서 동행 및 이동지원 활성화
- 노인ㆍ의료돌봄 통합지원 시범사업 내 고령장애인 모니터링 강화
- 65세 이하 장애인에 대한 돌봄 통합지원 시범사업 실시 및 전달체계 마련 필요
- 장애인복지시설들을 활용한 긴급돌봄서비스 운영모델 다양화 : 65세 삭제, 의료지원필요자 돌봄 강화
- 장애인복지시설들을 활용한 최중증통합돌봄서비스 운영모델 다양화 : 65세 삭제, 의료지원필요자 돌봄 강화
- 보호자 연령이 높거나, 영케어러 가족, 1인가구 고령장애인 특화사업 마련
- 생활지도사 장애이해교육 강화

4) 건강

○ 고령장애인 방문재활 및 장애인건강주치의 사업 내실화

○ 고령장애인 건강권 보장

- 보건소 지역사회 중심 재활 사업 강화
- 장기요양대상자 재택의료센터 시범사업 대상자 고령장애인까지 단계적 확대
- 돌봄통합법 시행에 따른 지역장애인보건의료센터 고령 및 의료필요도가 높은 장애인 특화 사업 및 네트워크 구축
- 장애인 전담주치의의 지역장애인보건의료센터 다학제 팀 연계체계 강화
- 장애인 전담주치의 제도 운영 고도화 : 대상자 확대 및 방문 횟수 증대
- 한의 장애인 전담주치의 제도 시범사업 실시
- 고령장애인 가구 심리 및 정서지원서비스 강화
- 주간이용시설, 거주시설 등 장애인건강주치의 건강관리 확대
- 와상장애인 및 의료적 기기 등 고령장애인 병이용 이동지원서비스 마련
- 권역 및 책임의료기관 등 장애의료편의통합지원창구 설치
- 간병비 국가 책임제 강화

- 가사·간병방문지원사업의 입원 지원 신규 마련
- 영양 및 식사지원사업 강화

5) 거주

○ 고령장애인 장애친화 전문서비스 다양화 및 맞춤 환경 지원 강화

- 장애인복지시설에서의 장기요양 재가 및 시설급여를 이용할 수 있는 운영 체계 마련
- 특화된 중고령 발달장애인 장애인거주시설 운영체계 마련 및 확산
- 중고령 감각장애 거주시설 운영 체계 마련 및 확대
- 노인요양시설 내 요양보호사 장애이해교육 강화
- 지적장애 관련 치매 판정 기준 검토

6) 일상생활

○ 주간활동서비스 및 긴급돌봄 등 고령장애인을 위한 서비스 체계 구축

○ 고령장애인 지역사회 내 신규 낮활동서비스 장애유형별 맞춤 서비스 강화 및 모델 개발

- 주간활동서비스 연령 구분 삭제
- 주간활동서비스 장애유형별 운영 모델 다양화
- 고령 중증장애인 주거 환경개선 및 재난안전체계 구축 필요
- 중고령 주간이용시설 구축 및 운영 모델 확산
- 최중증발달장애 주간이용시설 운영 모델 확산(주간형)
- 뇌병변 및 뇌성마비 등 (준)의료적 지원 전문서비스 주간이용시설 구축 및 확대 - 최중증통합지원
- 장애인쉼터 확대
- 특화 도농복합형 장애인복지관 확대
- 장애인가족지원센터 등 고령장애인 노후설계 및 웰다잉 등 전환서비스 강화
- 노노케어 가구 등 공공후견 대상자 확대 및 예산 지원 필요

7) 기타

○ 고령장애인 보조기기 이용 기준 유연화

○ 노인 안전체계 구축

- 고령장애인 대상 건강보험 및 교부사업 보조기기 품목 장애유형별 선택권 유연화
- 보조기기 대여 서비스 기관 및 민간 시장 확대
- 노인장기요양보험 복지용구 지급사업 대상자 고령장애인으로 확대
- 건강보험급여 고령친화 용품 확대
- 노인학대기관들과 연계 강화 및 고령장애인학대쉼터확대

Ⅰ 서론

1. 연구배경 및 목적

우리나라는 전 세계에서 가장 빠른 고령화를 겪고 있으며, 장애인구도 매우 빠른 속도로 고령화가 진행되고 있다. 2023년 장애인의 고령화 비율(65세 이상 인구 비율)은 53.9%로 전체인구 고령화 비율 18.0%의 3배 이상이며, 특히 신규 등록장애인 중 65세 이상의 비율도 56.3%로 고령 추세가 지속되고 있다(보건복지부, 2024).

점차 증가하고 있는 장애인구의 고령화 수준은 과거에 비해 장애인의 평균 수명이 늘어났다는 긍정적인 측면도 있지만, 이들은 '장애'와 '노화'로 인한 이중적 위험요인의 중첩으로 신체적, 심리적, 경제적 측면의 어려움에 노출되게 된다. 즉 장애인은 나이가 들어감에 따라 기능결핍, 신체 변형, 질병, 역할 상실을 경험하고, 주위의 사회적 지지체계가 빈약해짐으로써 그들의 삶은 더욱 취약한 상황에 놓일 수 밖에 없다(신유리 외 2인, 2018).[1] 일반적으로 노인이 될수록 근로가능연령층에 비해 빈곤율 수준은 증가하는데, 장애인의 경우 52.7%, 비장애인은 47.4%로 비장애인에 비해 5.3%p 높은 것으로 분석되었다(조윤화 외, 2023). 실제로 근로가능연령층을 살펴보면, 장애인은 비경제활동인구가 비장애인에 비해 상대적으로 많으며, 국민기초생활수급에 의존하는 비율이 높은 편이다. 고령이 될수록 비장애인도 근로가능성이 감소하지만, 고령장애인은 장애로 인한 신체적 제약의 증가와 일자리 부족 및 사회적 편견 등에 의해 경제적으로 어려움이 있을 수밖에 없다.

특히 '23년 신규장애인 86,287명 중 청각장애 31.2%, 지체장애 16.7%, 뇌병변장애 15.3%, 신장장애 10.7%로 노화에 따른 장애등록이 증가하고 있는 추세이다(장애인총연맹, 2024). 여기에 더해 65세 이상의 신규장애인 비율도 절반 이상인 장애인구 구조 변화는 '장애'와 '노화' 에 대한 노인복지 및 장애인복지정책 목적과 정책대상자 변화 간 정합성 문제와 맞닥뜨리게 된다. 예를 들면, 첫째, 65세 이후 등록한 장애인에 대한 활동지원서비스 신청 불가 문제, 둘째, 활동지원서비스를 이용하고 있는 65세 등록장애인의 장기요양보험급여로의 전환문제, 셋째, 노인복지서비스에서의 연령 기준 및 장애에 대한 고려부족 문제, 넷째, 장애인일자리의 장

1) 국민 전체 기대수명은 2020년 기준 83.5세인 반면, 장애인의 사망 시 평균 연령은 2010년 70.6세에서 2020년 76.7세로 꾸준히 증가하고 있으며, 중증장애인은 73.5세로 나타났다(국립재활원, 2022).

기요양보험서비스 대상자의 지원 불가 문제 등이다.

사실 고령장애인의 증가와 신규 고령장애인 내 장애유형의 비율 및 중증도 차이 등은 고령장애인의 장애욕구의 다양화와 개별화 전략이 필요하다. 그러나 고령장애인의 장애유형별 특성, 장애등록시기 및 장애정도 등에 따른 욕구의 다양화에도 불구하고 현재 고령장애인을 위한 정책들은 장애인복지 영역 보다는 노인영역에서 제공되고 있어 맞춤형 서비스를 받지 못하고 있는 현실이다. 여기에 더해 최근 고령 1인 가구의 증가와 고령장애인 가구의 노화 및 부재 등은 가구 내 장애인 돌봄 강도의 증가 및 공백의 문제를 발생시키고 있다. 고령장애인은 비장애노인에 비해 신체적 및 정신적 활동 제약의 수준이 더욱 심각할 뿐만 아니라 다양한 사회적 억압과 차별 등에 의한 '장애정체성'의 특수성이 있다. 이는 65세 이후에 등록한 장애인에게도 장애정체성은 이전에 등록한 장애인과의 차이가 존재할 수 밖에 없다.

장애 개념은 가변적이며, 이로 인한 장애정책은 변화해야 하는 것은 주지의 사실이다. 또한 고령장애인의 개인과 가구의 특성에 따른 차이에 대한 정책적 접근이 이루어질 필요가 있다. 즉 고령장애인이 가구주 이거나 또는 고령장애인을 돌보고 있는 가구 특성 등에 따른 돌봄 문제 및 경제적 어려움, 복지욕구 등의 차이 등이 있을 것이다. 2024년 3월 「의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률」의 제정으로 일상생활에 어려움이 있는 노인과 장애인이 지역사회에서 통합적인 돌봄 지원을 받을 수 있을 것으로 기대되어 진다. 또한 이를 기반으로 소득, 돌봄, 건강, 일자리 등의 거시 정책뿐만 아니라 지역사회 복지시설에서의 고령장애인에 대한 서비스 방향과 내용 등에 대해 고민이 이루어질 시기이다.

본 연구에서는 선행연구를 통해 고령장애인의 정의를 역할상실에 따른 사회적 노화를 고려하고, 향후 사각지대로 남은 고령장애인에 대한 포괄적 정책적 개입이 가능하도록 65세 이상으로 정의하고자 한다(황주희 외 2014, 한연주, 2018).

따라서 본 연구는 고령장애인의 개인·가구 특성 및 욕구에 따른 장애인복지정책을 개발하는 것을 목적으로 한다. 이를 위해 첫째, 고령장애인 개인·가구의 특성을 2차자료를 통해 분석하고자 하였다. 둘째, 우리나라의 장애인 및 노인복지정책의 고령장애인 이용 가능성을 '정책대상자 포괄성 측면'에서 분석하였다. 셋째, 한국, 일본, 프랑스 등 국내외 고령장애인 관련 복지정책을 소득, 일자리, 돌봄, 건강, 주거, 일상생활, 기타 영역으로 구분하여 각 영역별 핵심정책들을 선정하여 '제도 정합성 및 욕구 대응성 측면'에서 분석하였다. 넷째, 고령장애인 개인·가구를 대상으로 질적연구를 수행하여 고령장애인의 제도적 지원문제를 파악하고자 하였다. 특히 최근 이슈가 되고 활동지원서

비스 선택권 문제로 인해 장애인일자리 탈락으로 활동지원급여액이 감소한 사례, 발달장애인 주간활동서비스 연령 기준에 따라 이용 제한이 된 사례 등을 포괄하여 분석하였다. 다섯째, 지역사회 내 사회복지서비스 제공기관을 대상으로 고령장애인 복지제도의 문제점과 국외 선진사례 조사를 토대로 정책방향 및 신규정책들을 제안하고자 하였다. 특히 장애인복지서비스 제공기관으로만 한정하지 않고, 사회복지사업을 수행하고 있는 노인요양시설, 노인복지관 등을 포괄하여 살펴보았다.

2. 연구내용

첫째, 국내외 고령장애인 관련 소득, 돌봄, 일자리 등 복지 정책 분석하고자 한다. 국가는 일본, 프랑스이다.

둘째, 장애인구 현황 및 고령장애인 특성 등에 따른 복지욕구를 분석하고자 한다. 먼저 고령장애인 개인 및 가구의 특성과 고령장애인의 욕구를 소득, 건강, 일자리 등의 영역에서 살펴보았다. 고령장애인 가구(1인 가구) 및 고령장애인이 포함되어 있는 가구의 복지욕구 분석하였다. 특히 노인과 고령장애인 간 삶의 실태를 앞선 영역별로 비교를 통해 그 차이를 살펴보고자 하였다.

셋째, 우리나라의 장애인 및 노인복지정책의 고령장애인 이용 가능성을 '정책대상자 포괄성 측면'에서 분석하였다. 주요 분석자료는 장애인복지사업안내, 노인복지사업안내, 그 외 타 부처 사업 및 바우처 사업 등을 포괄하였다.

넷째, 소득, 일자리, 일상생활 등의 영역에서 지원되고 있는 다양한 국내외 장애인 및 노인복지제도 중 핵심 정책들을 선정하여 '제도 정합성 및 욕구 대응성 측면'에서 분석하였다.

다섯째, 질적연구를 통한 장애인, 노인, 종합복지시설의 고령장애인에 대한 지원서비스 현 지원 실태 및 개선방안 도출하고자 한다. 특히 국외 기관사례조사를 실시하였다. 특히 최근 이슈가 되고 활동지원서비스 선택권 문제로 인해 장애인일자리 탈락으로 활동지원급여액이 감소한 사례, 발달장애인 주간활동서비스 연령 기준에 따라 이용 제한이 된 사례 등을 포괄하여 심층분석을 실시하였다.

여섯째, 우리나라 고령장애인을 위한 복지정책 및 서비스 개발 도출하고자 한다.

3. 연구방법 및 추진절차

1) 연구방법

첫째, 한국, 일본, 프랑스 등 국내외 고령장애인 관련 소득, 돌봄, 일자리 등 해외사례 및 고령 개념 등에 대한 문헌조사이다.

둘째, 등록장애인DB와 장애인실태조사 등 2차자료를 재분석한다. 등록장애인 DB를 통해 65세 등록장애인의 장애정도, 성별, 장애유형별 연령 구조, 신규등록장애인의 연령분포와 장애특성을 분석한다. 또한 장애인실태조사를 통해 장애인가구의 가구구성의 특성(1인 가구, 노노가구 등)과 그에 따른 욕구 등을 가구중심과 개별적 욕구 등을 살펴본다. 가계금융복지조사를 통해 고령장애인의 가구주의 소득 및 자산 수준, 연령대별 빈곤율 차이와 고령장애인의 복지정책과 수급률 등을 분석한다.

〈표 Ⅰ-1〉 2차 자료 분석 내용

구분	조사내용	원자료
장애인구 시계열 분석	- 분석단위: 개인 - 분석기준: 연령대, 지역별, 장애유형 및 장애정도별 등 - 분석내용: 등록장애인구 시계열 및 신규등록장애인 현황 분석(연령대별, 지역별, 장애유형별, 장애정도별)	등록장애인 현황, 전체 주민등록인구
고령장애인의 복지욕구 분석	- 분석단위: 가구 및 개인 - 분석기준: 연령대, 지역별, 장애유형 및 장애정도별 등 - 분석내용 • 고령장애인이 있는 가구의 특성 분석(연령대별, 장애유형별 및 장애정도별) • 고령장애인의 복지서비스 이용 현황 및 욕구 분석(지역별 등) • 65세 이전에 장애등록을 하고 그 기간이 20년이 된 고령장애인, 65세 이후 장애등록한 집단 등의 신체적, 심리적, 사회적 위험도 차이 분석	장애인 실태조사
고령장애인의 복지정책 수급률 분석	- 분석단위: 개인 - 분석기준: 연령대, 지역별, 장애유형 및 장애정도별 등 - 분석내용 • 고령장애인 가구의 소득 및 자산 수준 • 연령대별 빈곤율 차이 • 소득, 일자리, 돌봄서비스에서의 고령장애인 및 노인, 장애유형별 이용현황 분석 • 고령장애인과 노인의 현물 및 현금서비스로 인한 빈곤완화 효과 분석	가계금융 복지조사 및 사회보장행정 데이터/노인실태조사 등

셋째, 고령장애인 가구와 지역사회 복지시설을 대상으로 질적연구를 수행하였다. 일반적 질적연구(generic qualitative research)[2]방법으로 장애인가구 대상(1인 가구 및 가구원) 및 지역사회 내 이용시설 및 거주시설에서 체감하고 있는 고령장애인에 대한 수요 욕구 및 공급 등의 현 실태와 지원 경험 등에 따라 지역사회 복지시설 서비스 지원 방향 등 정책개선안 도출하고자 하였다.

넷째, 국내외 기관사례조사이다. 국내외 고령장애인을 대상 서비스 제공기관 서비스 내용 특성, 기관 및 서비스 내용 필요성, 지원 대상 등 사례 분석을 통한 고령장애인 복지서비스 내용 및 지원기관 모델 등 도출하고자 한다.

2) 일반적 질적 연구는 가장 많이 이용하는 질적 연구방법으로 어떠한 인식론에 기반하지 않는 방식(김인숙, 2016)

2) 연구추진절차

문헌조사	• 국내외 문헌 검토
⬇	
생명윤리위원회(IRB) 신청	• 연구계획서 보완 및 IRB 신청
⬇	
2차 자료 분석	• 장애인구 및 전체인구구조 변화, 고령장애인 기준, 고령장애인 특성에 따른 욕구 분석, 고령장애인 소득, 일자리 등 분석
⬇	
국내외 고령장애인 관련 정책 분석	• 한국, 일본, 프랑스 등 국내외 소득, 돌봄, 일자리 등 고령장애인 관련 정책 분석
⬇	
고령장애인 가구 심층인터뷰	• 고령장애인 가구 심층 인터뷰
⬇	
사회복지시설 전문가 대상 FGI 실시	• 사회복지시설 전문가 대상(이용시설, 거주시설 종사자 및 학계 등) 고령장애인 서비스 공급에 대한 고민 및 경험, 방안 등에 대한 초점집단인터뷰 실시
⬇	
국외 사례조사	• 국외 시설 소개: 국내에서 모델링 할 수 있는 국외 기관 소개
⬇	
자문회의	• 조사 결과 등 정책제언 자문회의
⬇	
최종보고서 작성	• 보고서 작성 및 발간

Ⅱ 이론적 배경

1. 고령장애인 정의

한국의 고령장애인의 연령 기준은 통상적으로 65세 이상으로 간주하고 있지만, 이러한 기준은 법률 및 사업에 따라 제각각인 것으로 나타났다. 주로 사회보장 및 경제활동 관련된 법률에서 노인의 연령을 규정하고 있으며, 장애인복지 영역에서는 구체적으로 규정하고 있지 않다.

'노인' 연령을 규정한 주요 법률들을 살펴보면, 사회보장측면과 경제활동측면으로 구분할 수 있다. 첫째, 사회보장측면에서의 '노인'의 연령은 65세이다. 즉 '노인'에 대한 정의는 장기요양보험법에서 제시하고 있는데, '65세 이상 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자'를 '노인'으로 규정하고 있다. 이 외 노인복지법은 주요 사업 또는 대상자로서 '65세 이상의 노인'으로 규정하고 있다. 대표적으로 경로우대를 예로 들 수 있다. 둘째, 경제활동측면에서 '노인'의 연령은 55세 이상으로 규정하고 있다. 즉 고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률(시행령)에 따르면, 준고령자는 50세 이상 55세미만을 의미하며, 고령자는 55세 이상인 사람을 뜻한다.

〈표 Ⅱ-1〉 주요 법률에서의 노인 연령 기준

구분		주요 규정 사항
사회보장	장기요양보험법	제2조(정의) "노인등"이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.
	노인복지법	노인학대관련 범죄(제1조의 2의 5), 생업지원(제25조), 경로우대(제26조), 건강진단상담·입소 등의 조치(제28조) 노인학대 신고의무와 절차(제39조의 6), 금지행위(제39조의 9)의 규정
경제활동	고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률 시행령	제2조(고령자 및 준고령자의 정의) ① 「고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에 따른 고령자는 55세 이상인 사람으로 한다. ② 법 제2조제2호에 따른 준고령자는 50세 이상 55세 미만인 사람으로 한다.

2. 고령장애인 특성

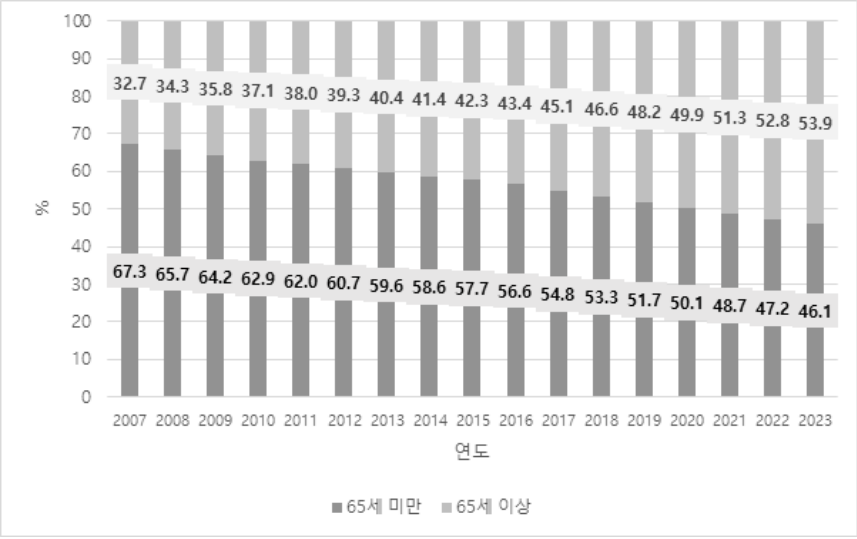
고령장애인이란, 장애와 노화를 함께 경험하는 사람들이다. 고령장애인은 '고령화된 장애인(Aging with disability)'과 '노화에 따른 장애인(Disability with aging)'으로 나뉠 수 있다. 고령화된 장애인은 노인이 되기 전 장애가 발생하여 장애인으로 살아오다가 고령이 되어가는 사람들을 지칭하며, 노화에 따른 장애인은 노화에 의해 장애가 발생한 사람들을 의미한다(Verbrugge & Yang, 2002). 기존 연구들은 두 집단을 장애 진단 시기와 나이에 따라 분류하나, 연구마다 상이한 기준을 가지고 있다(김찬우, 2015).

Molton & Ordway에 따르면 고령장애인의 기준이 되는 장애 진단 시기와 나이는 다음과 같은 문제점이 있을 수 있다(Molton & Ordway, 2019). 첫째, 장애 진단 시기는 장애 발생 시점과 다를 수 있으며, 장애의 지속 기간을 보장할 수 없다. 한국 역시 비슷한 문제를 가지고 있다. 한국의 장애인 등록제도는 1987년 장애 등록 시범사업으로 처음 도입되었다. 이로 인하여 1987년 이전에 장애를 가지고 있던 고령장애인의 장애 등록 일자는 장애 발생 시점과 다를 가능성이 높다.

둘째, 나이만으로는 개인의 상태를 설명하기 어렵다. 나이만으로는 건강이나 의학적 상태를 전부 설명할 수 없다. 셋째, 장애와 노화의 교차점에 있는 상태를 가진 사람들을 모두 포섭하지 못한다. 예컨대 파킨슨병과 같은 퇴행성 장애는 노인 기준 연령에 미치지 않더라도 겪을 수 있는 상태이며, 노화와 장애의 선후관계를 파악하기 어려울 수 있다. 이러한 이유로 인하여 Molton & Ordway는 장애 발생 시기와 지속 기간을 함께 측정해야 한다고 말한다. 나아가 그들은 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인이 고령장애인으로서 경험하는 공통점에 주목해야 할 필요가 있다고 제안한다(Molton & Ordway, 2019).

고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인은 다음과 같은 공통점이 있다. 첫째, 전 세계적으로 장애와 노화를 동시에 겪는 집단의 규모가 커지고 있다 (The Lancet Public Health, 2017; World Health Organization [WHO], 2022). 의료 시스템의 발전으로 기대수명이 증가하여 장애는 노년기에 더 흔한 경험이 되었다 (Sheets, 2005). 한국 역시 고령장애인의 비율이 증가하고 있다. 2007년부터 2023년까지 65세 기준으로 등록장애인의 현황을 살펴보면, 2007년에는 65세 이상 등록장애인이 32.7%였으나, 2023년에는 53.9%로 그 비율이 꾸준히 증가하고 있다는 것을 알 수 있다(보건복지부, 2024). 더불어, 2020년과 2021년 사이에 고

령장애인의 비율이 전체 등록장애인의 절반을 넘어서는 것을 볼 수 있다.



[그림 Ⅱ-1] 65세 기준 전국 등록장애인 비율

둘째, 고령장애인은 장애와 노화라는 이중 위험을 경험한다. 잘 알려져 있듯, 장애와 노화는 각각 건강의 위험요인이다(WHO, 2015, 2022). 나아가 장애와 노화는 신체건강 뿐 아니라 정신건강과 불건강행동에도 영향을 미칠 수 있다(United Nations Economic Commission for Europe [UNECE], 2024; WHO, 2022). 더불어 장애와 노화는 각각 사회참여, 교육 및 고용에서의 배제, 빈곤 등과 연관되어 있다(WHO & World Bank, 2011; WHO, 2021).

셋째, 장애인과 노인은 편견과 차별, 낙인을 경험할 수 있는데(WHO & World Bank, 2011; WHO, 2021), 고령장애인은 장애인과 노인의 차별 상황에 모두 노출될 수 있다. 이는 필요한 의료 및 사회서비스에 대한 접근을 어렵게 만든다(Molton & Ordway, 2019; Sheets, 2005). 넷째, 고령장애인은 유사한 욕구를 가지고 있다. 고령장애인은 장애인과 노인이 필요로 하는 통합재활서비스, 지역사회 참여를 위한 장기 서비스와 지원, 접근 가능한 지역사회 건강증진 프로그램 등에 대한 요구를 가진다(Molton & Ordway, 2019).

그러나 기존 장애인과 노인의 서비스 체계는 별도로 발전해 온 경향이 있다

(Sheets, 2005). 한국 역시 마찬가지로 장애인과 노인의 서비스가 별개로 운용되어 왔다. 그 결과 두 분야 모두에서 고령장애인이 배제당하거나 불합리한 상황에 놓이게 되는 경우가 발생한다. 예컨대, 장애인활동지원제도, 노인장기요양제도의 충돌이 있을 수 있다. 65세가 도래한 고령장애인이 받는 서비스는 장애인활동지원제도를 유지하는 경우를 제외하면 노인장기요양제도로 이전된다. 이 경우, 노인 정책에 포섭된 장애인들은 특별히 장애와 관련한 특화 서비스를 받지 못하고 있다(조윤화 외, 2023). 더불어 장애인 활동지원제도는 65세 연령제한이 있기 때문에, 65세 이후 새롭게 장애 등록을 하는 경우에는 장애인활동지원제도의 수혜를 받지 못한다(조윤화 외, 2023). 장애와 노화의 특성을 모두 가지고 있는 고령장애인이 장애인과 노인 영역의 서비스로부터 소외되지 않도록 각 서비스 영역에서 고령장애인을 고려할 필요가 있다.

고령장애인에 속하는 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 공통점에도 불구하고, 고령화된 장애인은 노화에 따른 장애인에 비해 더 취약할 수 있다(Clarke et al., 2021). 고령화된 장애인은 건강과 사회경제적인 측면에서 누적된 불평등을 경험할 수 있기 때문이다. 예컨대 오랜 기간 장애를 갖고 살아오다가 노화를 경험하는 집단은 낮은 신체활동 수준, 흡연과 같은 불건강행동, 빈곤, 미충족 의료를 경험하는 경우가 많다(Clarke et al., 2021). 더불어 고령화된 장애인은 1차 장애에 중첩된 노화의 영향으로 인해 통증, 피로 등 2차 건강 문제, 조기노화 등에 직면할 위험이 더 높다(Clarke et al., 2021; Sheets, 2005). 그러므로 고령화된 장애인은 노화에 따른 장애인에 비해 특정 건강 관리 및 편의 제공이 필요할 수 있다.

요약하자면, 고령장애인은 비장애노인, 혹은 일반인구집단에 비해 고위험집단이기 때문에 고령장애인 집단 전반에 대한 개입이 필요하다. 그러나 고령장애인 집단 내에서도 차이가 존재할 수 있다. 가령 고령화된 장애인은 누적된 차별과 건강 위험이 있기에 고령장애인 중에서도 고위험 집단일 수 있다. 그러므로 고령장애인 전반에 대한 개입과 병행하여 고령장애인 내에서도 각 집단의 특성에 맞는 개입을 함께 고려할 필요가 있다.

3. 고령장애인 개인·가구 특성 및 욕구 분석

1) 고령장애인의 일반적 특성

2023년 기준 전체 등록장애인 2,633,262명 중 50세 이상은 2,121,018명으로 전체의 80.5%, 65세 이상은 1,417,843명으로 53.8%를 차지한다(보건복지부, 2023). 65세 이상 등록장애인의 비율은 2007년 32.7%에서 2017년 45.2%로 꾸준히 증가했으며, 2021년부터는 전체 등록장애인의 절반을 넘어섰다. 이에 따라 현재는 등록장애인 2명 중 1명이 65세 이상 고령장애인이라고 볼 수 있다.

〈표 Ⅱ-2〉 연도별 고령장애인 비율

(단위: 명, %)

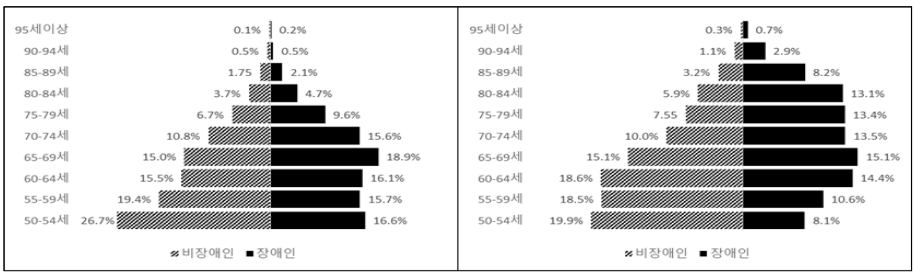
시점	전체 장애인	50세 이상 장애인		65세 이상 장애인	
2007	2,104,889	1,333,885	63.4	688,884	32.7
2008	2,246,965	1,464,361	65.2	771,814	34.3
2009	2,429,547	1,622,765	66.8	869,059	35.8
2010	2,517,312	1,729,750	68.7	934,634	37.1
2011	2,519,241	1,766,261	70.1	957,824	38.0
2012	2,511,159	1,792,203	71.4	987,251	39.3
2013	2,500,961	1,807,506	72.3	1,009,721	40.4
2014	2,494,460	1,825,601	73.2	1,033,308	41.4
2015	2,490,406	1,843,757	74.0	1,053,364	42.3
2016	2,511,051	1,884,185	75.0	1,089,317	43.4
2017	2,545,637	1,938,666	76.2	1,149,910	45.2
2018	2,585,850	1,998,803	77.3	1,206,467	46.7
2019	2,618,724	2,049,035	78.2	1,263,791	48.3
2020	2,632,328	2,079,330	79.0	1,314,042	49.9
2021	2,642,922	2,105,369	79.7	1,355,712	51.3
2022	2,643,696	2,120,217	80.2	1,393,706	52.7
2023	2,633,262	2,121,018	80.5	1,417,843	53.8%

출처: 보건복지부, 「장애인현황」(2023년 12월 말 기준)

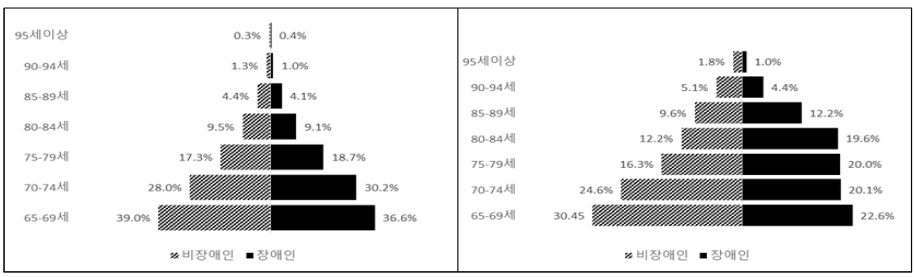
2007년과 2023년의 연령별 비교 결과, 50세 이상 등록장애인의 연령 구조가 고령층으로 이동한 양상이 확인된다. 2007년에는 50세 이상 64세 미만 장애인의 비율이 48.4%, 65세 이상은 51.6%였다. 그러나 2023년에는 50세 이상 64세 미만이 33.2%로 감소하고, 65세 이상은 66.8%로 증가하면서 중심 연령대가 뚜렷하게 상향되었다. 특히 75세 이상 장애인의 비율은 2007년 17.2%에서 2023년 38.3%로 크게 증가하였다. 이는 전체 인구의 고령화에 따라 비장애인 인구에서도 고령화가 급속히 진행되고 있음을 보여준다.

65세 이상만을 따로 보면, 2007년에는 65세 이상 74세 미만 장애인의 비율이 66.8%, 75세 이상은 33.2%였다. 그러나 2023년에는 65세 이상 74세 미만이 42.7%로 감소하고, 75세 이상은 57.3%로 증가하여 고령 장애인 집단 내에서도 초고령층의 비중이 크게 확대되었음을 알 수 있다.

50세이상 (2007 vs 2023)



65세이상 (2007 vs 2023)



[그림 Ⅱ-2] 50세이상 비장애인과 장애인 비율

출처: KOSIS 국가통계포털, 「장애인현황」(2023년 기준)(검색일: 2024년 4월 22일)

2023년 기준 전체 등록장애인 중 남성이 57.9%, 여성은 42.1%로 남성의 비율이 더 높았으나, 65세 이상 고령장애인의 경우 여성은 50.2%, 남성은 49.8%로 여성의 비율이 더 높게 나타났다. 또한 장애 정도별로는 전체 등록장애인의 63.2%가 심하지 않은 장애인이었고, 65세 이상에서는 그 비율이 74.3%로 증가하여, 고령 장애인일수록 경증 장애인의 비중이 더 크다는 점이 확인된다.

〈표 Ⅱ-3〉 등록장애인 및 고령장애인 현황(성별, 장애정도별, 장애유형별)

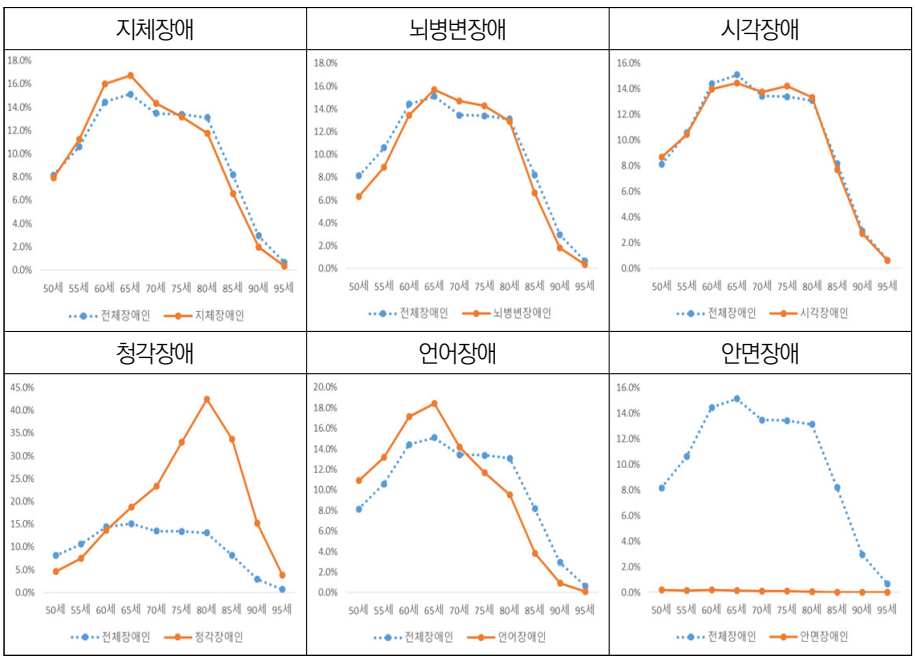
(단위: 명, %)

구분		전체 등록장애인		50세 이상 등록장애인		65세 이상 등록장애인	
		명	%	명	%	명	%
합계		2,633,262	(100.0)	2,121,018	(100.0)	1,417,843	(100.0)
성별	남자	1,524,697	(57.9)	1,181,875	(44.9)	706,504	(49.8)
	여자	1,108,565	(42.1)	939,143	(35.7)	711,339	(50.2)
장애 정도	심한 장애	970,289	(36.8)	633,929	(29.9)	364,129	(25.7)
	심하지 않은 장애	1,662,973	(63.2)	1,488,849	(70.1)	1,055,474	(74.3)
장애 유형	지체	1,151,503	(43.7)	1,025,573	(48.4)	665,079	(46.9)
	뇌병변	237,562	(9.0)	197,229	(9.3)	137,729	(9.7)
	시각	247,821	(9.4)	207,621	(9.8)	138,873	(9.8)
	청각	431,869	(16.4)	406,941	(19.2)	353,564	(24.9)
	언어	22,685	(0.9)	14,688	(0.7)	8,622	(0.6)
	지적	229,511	(8.7)	55,964	(2.6)	14,644	(1.0)
	자폐성	42,732	(1.6)	92	(0.0)	5	(0.0)
	정신	103,907	(3.9)	74,880	(3.5)	21,797	(1.5)
	신장	107,636	(4.1)	89,507	(4.2)	47,781	(3.4)
	심장	4,854	(0.2)	3,384	(0.2)	2,232	(0.2)
	호흡기	10,765	(0.4)	10,073	(0.5)	7,429	(0.5)
	간	15,609	(0.6)	13,313	(0.6)	6,008	(0.4)
	안면	2,747	(0.1)	1,881	(0.1)	839	(0.1)
	장루·요루	17,074	(0.6)	15,851	(0.7)	12,071	(0.9)
	뇌전증	6,987	(0.3)	4,021	(0.2)	1,170	(0.1)

출처: 보건복지부, 「장애인현황」(2023년 12월 말 기준)

50세 이상 등록장애인을 장애유형별로 살펴본 결과, 외부 신체기능의 장애 유형의 경우 고령화에 따라 가장 뚜렷하게 비율이 증가한 유형은 청각장애였다. 청각장애인은 연령이 높아질수록 비율이 꾸준히 증가해 80~84세 구간에서 약 40%에 이르렀으며, 이는 노화에 따른 감각기능 저하와 밀접한 관련이 있는 것으로 보인다. 언어장애 또한 60대 이후 급증해 70대 중반에서 정점을 기록한 후 감소하는 경향을 보였다.

반면, 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애는 65~74세에서 비율이 가장 높고 이후 급격히 감소하는 양상을 나타냈다. 이는 해당 장애 유형에서 일정 시점 이후 등록 감소 또는 사망 등의 인구요인 영향을 받는 것으로 해석된다. 한편, 안면장애는 전 연령대에서 1% 미만으로 매우 낮은 비율을 유지해 고령화와의 관련성은 미미한 것으로 나타났다.

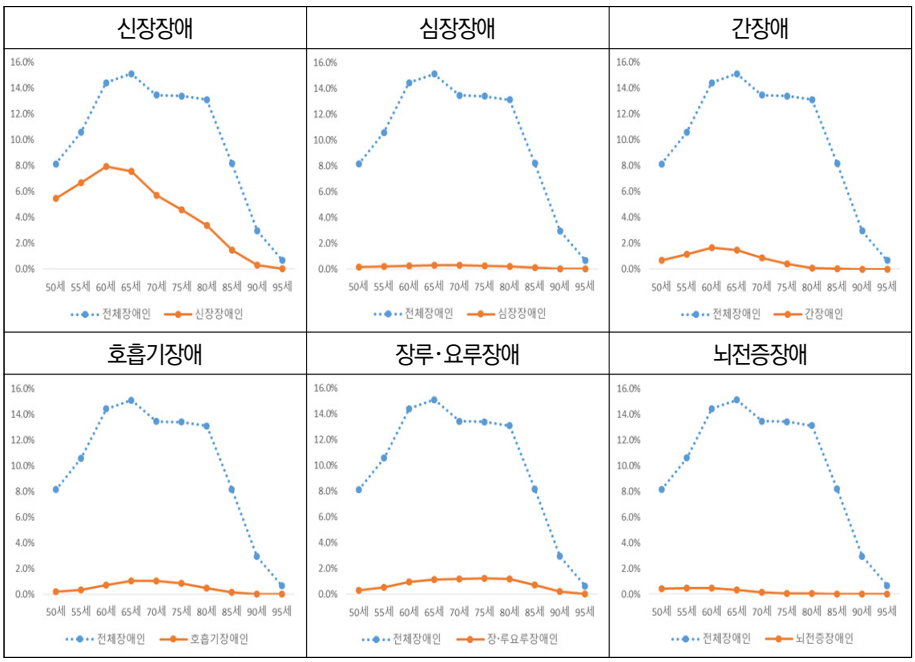


[그림 Ⅱ-3] 장애유형별 고령장애인 비율: 신체적장애(외부 신체기능의 장애)

출처: KOSIS 국가통계포털, 「장애인현황」(2023년 기준)(검색일: 2024년 4월 22일)

내부기관에 해당하는 신체적 장애 유형 6가지를 연령별로 살펴본 결과, 전반적으로 50대 이후 점진적으로 증가하다가 70대 전후에서 정점을 이루고 이후 감소하는 경향을 보였다. 신장장애는 고령으로 갈수록 꾸준히 증가하는 양상이 비교적 뚜렷하였으며, 심장장애와 간장애는 60~70대에서 가장 높은 비율을 기록한 후 급격히 줄어드는 분포를 보였다.

호흡기장애, 장루·요루장애, 뇌전증장애는 전체 장애인 대비 비율 자체가 낮은 편이며, 연령에 따른 변화 폭도 제한적으로 나타났다. 이러한 결과는 내부 장기 기능과 관련된 장애가 특정 연령 구간에서 집중되며, 노화 자체보다는 기저 질환의 유병률이나 치료 경과와 밀접하게 연결되어 발생하는 특성이 있음을 보여준다.

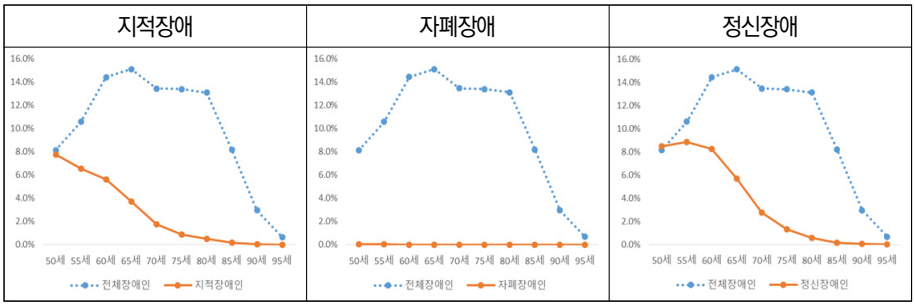


[그림 Ⅱ-4] 장애유형별 고령장애인 비율: 신체적장애(내부 기관의 장애)

출처: KOSIS 국가통계포털, 「장애인현황」(2023년 기준)(검색일: 2024년 4월 22일)

정신적 장애 유형별로 50세 이상 등록장애인의 비율을 살펴본 결과, 지적장애와 정신장애는 50대에서 비교적 높은 비율을 보이나, 연령이 증가할수록 급격히 감소하는 경향을 나타냈다. 특히 두 유형 모두 고령층에서의 비중이 크게 줄어드는 분포를 보였다.

자폐성장애는 2000년 장애인복지법 시행령 개정을 통해 지적장애에서 분리되어 독립된 장애유형으로 신설되었으며, 이후 출생 세대를 중심으로 진단 및 등록이 이루어져 왔다. 이로 인해 현재 자폐성장애인의 연령 분포는 주로 젊은 층에 집중되어 있으며, 이는 발달장애를 포함한 정신적 장애인의 고령화가 아직 본격적으로 진행되지 않았음을 시사한다. 그러나 비교적 최근에 등록된 발달장애인이 중년기에 진입함에 따라, 향후 고령 발달장애인의 급증이 예상된다. 이에 대비하여 지적장애와 자폐성장애를 포괄하는 고령 발달장애인에 대한 정책적 대응과 중장기 복지체계 정비가 필요하다.



[그림 Ⅱ-5] 장애유형별 고령장애인 비율: 정신적장애 (발달장애, 정신장애)

출처: KOSIS 국가통계포털, 「장애인현황」(2023년 기준)(검색일: 2024년 4월 22일)

2) 신규장애인 특성

신규장애인의 특성을 보면, 2023년 한 해 동안 등록된 전체 신규장애인 86,249명 중 65세 이상은 48,565명으로 전체의 56.3%를 차지하여, 신규장애인 중에서도 과반이 고령층임을 알 수 있다. 특히 65세 이상 신규장애인 중 심하지 않은 장애인은 37,947명으로 78.1%, 심한 장애인은 10,618명으로 21.9%로 고령일수록 경증 장애 등록 비율이 높게 나타났다. 장애유형별로는 청각장애가 23,695명(48.8%)으로 가장 많았으며, 이 중 61.8%가 심하지 않은 장애로 등록되어 청력

저하가 고령 신규장애 등록의 주요 원인임을 보여준다. 그 외에도 지체장애(14.8%), 뇌병변장애(14.9%), 시각장애(7.4%) 등이 뒤를 이었으며, 정신적 장애나 발달(지적, 자폐)장애의 신규등록은 거의 없는 것으로 나타났다. 이는 신규 등록 고령장애인의 다수가 노화에 따른 신체기능 저하로 인해 장애 진단을 받는 경향이 크다는 점을 시사한다.

〈표 Ⅱ-4〉 신규등록장애인 중 고령장애인 현황(장애정도별, 장애유형별)

(단위: 명, %)

구분		전체 등록장애인		심한장애		심하지 않은 장애	
		명	%	명	%	명	%
전체		86,249	(100.0)	29.698	(100.0)	56,551	(100.0)
신규장애인	65세 미만	37,684	(43.7)	19,080	(64.2)	18,604	(32.9)
	65세 이상	48,565	(56.3)	10,618	(35.8)	37,947	(67.1)
65세 이상 수		48,565	(100.0)	10,618	(100.0)	37,947	(100.0)
장애 정도	심한 장애	10,618	(21.9)	-	-	-	-
	심하지 않은 장애	37,947	(78.1)	-	-	-	-
장애 유형	지체	**7,193**	**(14.8)**	**778**	**(7.3)**	**6,415**	**(16.9)**
	시각	3,606	(7.4)	441	(4.2)	3,165	(8.3)
	청각	**23,695**	**(48.8)**	**244**	**(2.3)**	**23,451**	**(61.8)**
	언어	318	(0.7)	248	(2.3)	70	(0.2)
	지적	22	(0.0)	22	(0.2)	0	(0.0)
	뇌병변	**7,234**	**(14.9)**	**3,466**	**(32.6)**	**3,768**	**(9.9)**
	자폐성	0	(0.0)	0	(0.0)	0	(0.0)
	정신	110	(0.2)	99	(0.9)	11	(0.0)
	신장	**4,741**	**(9.8)**	**4,682**	**(44.1)**	**59**	**(0.2)**
	심장	60	(0.1)	46	(0.4)	14	(0.0)
	호흡기	553	(1.1)	541	(5.1)	12	(0.0)
	간	174	(0.4)	21	(0.2)	153	(0.4)
	안면	5	(0.0)	1	(0.0)	4	(0.0)
	장루·요루	847	(1.7)	29	(0.3)	818	(2.2)
	뇌전증	7	(0.0)	0	(0.0)	7	(0.0)

자료: 보건복지부, 「장애인현황」(2023년 12월 말 기준)

3) 고령 장애인 개인의 특성

본 절에서는 65세 이상 장애노인과 비장애노인 개인의 특성을 유형별로 분석하여 장애노인 개인의 현황과 욕구를 파악하고자 하였다. 분석에는 가계금융복지조사, 사회보장 행정데이터, 노인실태조사, 장애인경제활동실태조사, 경제활동인구조사, 장애인건강보건통계, 사망원인통계 등이 사용되었다.

(1) 소득

2022년 기준 65세 이상 장애인의 빈곤률(균등화가처분소득 기준)은 47.6%로 비장애인 37.5%에 비해 10%p이상 높게 나타났다. 빈곤갭 또한 65세 이상 장애인의 경우 17.8%로 비장애인 13.3%보다 높게 나타났다.

〈표 Ⅱ-5〉 65세 이상 빈곤율 빈곤갭 비율

(단위: 만원, %)

구분		균등화시장소득			균등화가처분소득		
		중위소득	빈곤율	빈곤갭	중위소득	빈곤율	빈곤갭
2022년	전체	1,398	57.8	34.7	2,212	38.9	14.0
	장애인	972	65.5	44.0	972	47.6	17.8
	비장애인	1,461	56.5	33.2	1,461	37.5	13.3
2021년	전체	1,260	57.9	34.7	2,035	37.7	12.9
	장애인	982	65.3	42.3	1,748	45.3	15.8
	비장애인	1,301	56.6	33.4	2,089	36.4	12.4
2020년	전체	1,148	60.7	37.0	1,877	39.2	12.7
	장애인	869	66.2	44.0	1,598	47.8	16.2
	비장애인	1,198	59.6	35.7	1,935	37.6	12.1

주: 1) 본 자료는 가계금융복지조사 공공용MD로 작성함에 따라 가계금융복지조사 공표결과와 다소 차이가 있음(재산소득에 이자비용 차감여부)
2) 시장소득=근로소득+사업소득+재산소득+사적이전소득-사적이전지출
3) 가처분소득=시장소득+공적이전소득-공적이전지출
4) 빈곤선은 중위소득의 50%를 적용하였으며, 빈곤선은 소수점 셋째 자리에서 반올림함
5) 소득은 균등화된 소득을 의미함

출처: 조윤화 외(2024) 2024 장애인 빈곤 및 소득불평등 지표

장애인과 비장애인의 일반 사회보장급여 이용실태를 소득보장, 자산형성, 고용지원, 주거지원, 공공임대유형, 사회서비스, 의료서비스 총 7개 영역에 포함된 급여를 기준으로 살펴보았다. 각 영역별로 포함된 사업들은 이현주 외(2023)에서 제시한 6개 영역에 의료서비스 영역을 추가한 것이다. 일반 사회보장급여에는 특정 대상에게 지원하는 서비스 보다 모든 인구에 적용 가능한 보편적인 서비스를 중심으로 살펴보았다. 즉 장애인활동지원제도와 같이 특정 집단에서 지원되는 서비스는 일반 사회보장급여에서는 제외하였다. 그러나 본 연구에서는 참고적으로 활동지원급여의 변화를 볼 수 있게 분리하여 산출하였다. 본 절에서 분석할 장애유무별 사회보장급여 이용실태 분석은 공공·행정데이터를 이용하기 때문에 표본조사에 의한 결과 값에 비해 정확할 것으로 사료되며, 이는 사회보장위원회의 공공행정데이터가 가지는 장점이라 할 것이다. 구체적인 일반 사회보장급여는 다음의 표를 참고하기 바란다.

65세 이상 장애 및 비장애 노인은 각각 90.1% 85.9% 이상이 1개 이상 소득보장제도를 이용하고 있으며, 기초연금의 경우 장애인이 74.6%, 비장애인 64.7%로 장애인이 더 많은 수급률을 보였다. 노령연금은 이와 반대로 비장애인이 44.3%로 장애인 38.7%로 비장애인이 국민연금에 의한 보장률이 높은 것으로 나타났다.

〈표 Ⅱ-6〉 장애인 및 비장애인의 소득보장급여 이용

(단위: %)

구분		생계급여	실업급여	근로장려세제	아동수당	기초연금	노령연금	주택농지연금	소득보장 종합
전체	장애인	15.34	2.53	9.51	0.57	36.28	22.8	0.48	**63.81**
	비장애인	1.81	3.45	8.8	5.21	9.29	9.14	0.14	**30.6**
	격차	13.53	-0.92	0.71	-4.64	26.99	13.66	0.34	**33.21**
18세 미만	장애인	9.63	0	0	19.05	0	0	0	**27.77**
	비장애인	1.45	0	0	33.09	0	0	0	**34.26**
	격차	8.18	0	0	-14.04	0	0	0	**-6.49**
18세-65세 미만	장애인	20.4	4.44	11.09	0	0	8.25	0.02	**31.27**
	비장애인	1.29	4.63	10.56	0	0	3.99	0.01	**15.23**
	격차	19.11	-0.19	0.53	0	0	4.26	0.01	**16.04**
65세 이상	장애인	10.66	0.78	8.52	0	74.63	38.69	0.96	**42.68**
	비장애인	4.78	1.46	9.9	0	64.73	44.25	0.94	**21.97**
	격차	5.88	-0.68	-1.38	0	9.9	-5.56	0.02	**20.71**
빈곤층	장애인	23.78	0.64	8.58	0.3	49.99	21.68	0.81	**90.08**
	비장애인	5.13	1.41	14.36	3.68	19.7	11.28	0.37	**85.91**
	격차	18.65	-0.77	-5.78	-3.38	30.29	10.4	0.44	**4.17**
비빈곤층	장애인	9.14	3.92	10.19	0.77	26.21	23.62	0.23	**76.56**
	비장애인	0.63	4.17	6.81	5.76	5.57	8.38	0.06	**43.76**
	격차	8.51	-0.25	3.38	-4.99	20.64	15.24	0.17	**32.8**

출처: 보건복지부(2023). 사회보장 행정데이터 마이크로데이터 재분석.

소득보장 제도의 행정데이터를 통해 알 수 있는 65세 이상 장애인의 보장 현황은 아래와 같다. 2023년 기준, 전체 고령인구 9,711,536명 중 11.0%인 1,069,065명이 국민기초생활보장 급여를 수급하고 있는 것에 비해, 고령장애인의 경우 약 두배가량 높은 1,425,095명 중 19.9%인 284,001명이 수급하고 있었다.

〈표 Ⅱ-7〉 65세 이상 전체인구 및 장애인 인구 중 기초생활수급자 현황

(단위: 명, %)

구분		전체 고령인구	고령장애인
전체		9,711,536	1,425,095
기초생활수급자 수		1,069,065 (11.0)[2]	284,001 (19.9)[2]
급여유형[3]	생계+의료	795,534	223,328
	주거+교육	273,531	60,673

주: 1) 65세 이상 인구 기준
2) 전체 인구 대비 기초생활보장수급자 비율
3) 급여유형별 현황(중복제거):
- 생계+의료: 생계, 의료급여 중 한 개 이상 급여 수급자(주거, 교육급여 수급자가 포함가능)
- 주거+교육: 주거급여 또는 교육급여 수급자(생계 및 의료급여 수급자 제외)

출처: 보건복지부 기초생활보장과 내부자료(2023)

기초연금의 경우 고령장애인의 수급율이 전체인구에 비해 다소 높은 것을 확인할 수 있었다. 전체 고령인구의 67.0%인 6,508,574명이 수급하고 있었고, 전체 고령장애인 중 75.2%(1,071,194명)가 수급하는 것으로 나타났다.

〈표 Ⅱ-8〉 전체인구 및 장애인 인구 중 기초연금 수급자 현황

(단위: 명, %)

구분	전체 고령인구	고령장애인
전체	9,711,536	1,425,095
기초연금 수급자 수	6,508,574 (67.0)[2]	1,071,194 (75.2)[2]

주: 1) 65세 이상 인구 기준
2) 전체 인구 대비 기초연금 수급자 비율

출처: 보건복지부 기초연금과 내부자료(2023, 소급적용자 포함)

(2) 일자리

고령장애인의 경제활동참가율(22.6%)과 고용률(21.7%)은 전체인구(39.6%, 39.2%)보다 낮은 수준인 것으로 나타났다. 고령장애인 중 심한 장애를 가진 집단의 고용률은 13.6%로, 심하지 않은 장애(24.6%)보다 약 11%p 낮았다. 성별로는 남성 장애노인(30.2%)의 경제활동참가율이 여성(15.2%)보다 약 2배 높았다.

〈표 Ⅱ-9〉 주요 인구통계학적 변수별 장애인 경제활동상태 추정(65세 이상)

(단위: 명, %)

구분		전체	경제활동인구			비경제 활동인구	경활률[2]	실업률[3]	고용률[4]
			계	취업자	실업자				
15세 이상		2,589,047	916,581	880,929	35,652	1,672,465	35.4	3.9	34.0
15-64세		1,190,946	600,770	577,241	23,529	590,176	50.4	3.9	48.5
65세 이상		1,398,101	315,811	303,688	12,123	1,082,289	22.6	3.8	21.7
성별	여성	705,954	106,959	105,462	1,497	598,995	15.2	1.4	14.9
	남성	692,147	208,852	198,226	10,626	483,295	30.2	5.1	28.6
장애 정도	심하지 않은장애	1,034,017	265,021	254,074	10,947	768,996	25.6	4.1	24.6
	심한장애	364,084	50,790	49,614	1,176	313,294	14.0	2.3	13.6
주 장애 유형	지체	666,469	181,674	175,492	6,183	484,795	27.3	3.4	26.3
	뇌병변	137,984	10,957	10,096	861	127,027	7.9	7.9	7.3
	시각	135,422	34,772	33,366	1,405	100,651	25.7	4.0	24.6
	청각	340,145	71,873	68,631	3,242	268,272	21.1	4.5	20.2
	언어	8,379	1,779	1,622	157	6,601	21.2	8.8	19.4
	지적	13,548	249	249	-	13,299	1.8	0.0	1.8
	자폐성	13	-	-	-	13	0.0		0.0
	정신	21,063	1,408	1,166	243	19,655	6.7	17.2	5.5
	신장	44,868	6,368	6,353	15	38,500	14.2	0.2	14.2
	심장	2,420	302	289	13	2,118	12.5	4.2	11.9
	호흡기	8,034	1,159	1,153	6	6,875	14.4	0.5	14.4
	간	5,418	2,063	2,063	-	3,355	38.1	0.0	38.1
	안면	827	330	330	-	496	40.0	0.0	40.0
	장루,요루	12,102	2,761	2,761	-	9,341	22.8	0.0	22.8
	뇌전증	1,410	117	117	-	1,293	8.3	0.0	8.3

주: 1) 본 결과는 장애인 경제활동 규모와 관련된 통계를 제공하고자 가중치를 사용하여 분석함.
2) 경활률(경제활동참가율)=(경제활동인구/15세이상인구)*100
3) 실업률=(실업자수/경제활동인구)*100
4) 고용률=(취업자수/15세이상인구)*100

출처: 2023년 하반기 장애인경제활동실태조사

고령장애인의 경제활동참가율(22.6%)은 전체 노인 인구(39.6%)의 약 절반 수준이었다. 실업률은 고령장애인이 3.8%로 전체 인구(1.1%)보다 약 2.7배 높았다. 고용률 또한 고령장애인(21.7%)이 전체 인구(39.2%)보다 낮았다.

〈표 Ⅱ-10〉 65세 이상 경제활동상태 추정(65세 이상)

(단위: 명, %)

구분	전체	경제활동인구			비경제 활동인구	경활률[2]	실업률[3]	고용률[4]
		계	취업자	실업자				
장애인[1]	1,398,101	315,811	303,688	12,123	1,082,289	22.6	3.8	21.7
전체인구	9,588,000	3,795,000	3,754,000	42,000	5,793,000	39.6	1.1	39.2

주: 1) 본 결과는 장애인 경제활동 규모와 관련된 통계를 제공하고자 가중치를 사용하여 분석함.
2) 경활률(경제활동참가율)=(경제활동인구/15세이상인구)*100
3) 실업률=(실업자수/경제활동인구)*100
4) 고용률=(취업자수/15세이상인구)*100
출처: 2023년 하반기 장애인경제활동실태조사, 2023 하반기 경제활동인구조사

2020년 노인실태조사 결과에 따르면, 현재 일을 한다고 응답한 비율은 고령장애인 15.6%, 비장애노인 37.9%로 큰 차이를 보였다. 일을 한 경험이 있지만 현재는 하지 않는 비율은 고령장애인이 68.1%로, 비장애노인(48.6%)보다 높게 나타났다. 평생 일을 하지 않은 비율은 양 집단 모두 가장 적은 비율로 확인되었다(고령장애인 16.3%, 비장애노인 13.5%).

〈표 Ⅱ-11〉 장애/비장애 노인의 현재 경제활동 여부

(단위: %, n=7,745,563)

구분	고령장애인	비장애노인
총계	100.0	100.0
현재 일을 한다	15.6	37.9
일한 경험은 있으나, 지금은 하지 않는다	68.1	48.6
평생 일을 하지 않았다	16.3	13.5

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용값임)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

고령장애인의 임시근로자 비율은 32.4%로, 비장애노인(21.0%)보다 다소 높았다. 반면, 상용근로자는 고령장애인 16.0%, 비장애노인 18.5%로 두 집단 모두 비슷한 비율을 차지했으나, 고용원이 없는 자영업자가 고령장애인의 경우 23.9%, 비장애 노인은 33.6%로 차지하는 비율이 다소 높았다. 또한, 무급가족종사자의 비율은 장애노인(13.1%)이 비장애노인(7.3%)보다 높아, 고령장애인이 비정규직과 가족종사자 형태의 취업에 더 집중된 경향을 보인다.

〈표 Ⅱ-12〉 65세 이상 취업자의 종사상 지위

(단위: %, n=2,857,443)

구분	고령장애인	비장애노인
총계	100.0	100.0
상용근로자	16.0	18.5
임시근로자	32.4	21.0
일용근로자	12.3	15.3
고용원이 있는 자영업자	2.3	4.4
고용원이 없는 자영업자	23.9	33.6
무급가족종사자	13.1	7.3

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 현재 일을 한다고 응답한 대상자)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

고령장애인의 경우 정부지원 일자리에서 일하는 비율이 65.3%로, 비장애노인 인구의 정부일자리 참여 비율(41.3%)보다 높은 비중을 차지했다. 이는 고령장애인이 정부지원 일자리에 더 많이 의존하고 있음을 보여준다.

〈표 Ⅱ-13〉 65세 이상 취업자의 정부지원일자리 여부

(단위: 만원, n=1,569,035)

구분		고령장애인	비장애노인
총계		100	100
정부지원 일자리 여부	예	65.3	41.3
	아니오	34.7	58.7

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 현재 종사상 지위가 상용근로자, 임시근로자, 일용근로자인 대상자)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

취업한 고령장애인의 평균 월 소득은 79.1만 원으로 비장애노인(144.9만 원)과 비교했을 때 다소 적은 수준으로 나타났다.

〈표 Ⅱ-14〉 65세 이상 취업자의 월 평균 소득

(단위: 만원, n=2,853,443)

구분	고령장애인	비장애노인
평균 월 소득	86.1	149.9
표준오차	0.34	0.09

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 현재 일을 한다고 응답한 대상자)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

고령장애인과 비장애노인 모두 일하는 가장 큰 이유에 대해 '생계비를 마련하기 위해'라는 응답이 가장 높은 비중을 차지한다. '용돈이 필요해서'라는 응답은 고령장애인이 12.2%로 비장애노인의 7.8%보다 높은 비중을 차지했으며, '건강을 유지하기 위해서'는 고령장애인이 3.9%로 비장애노인 8.4%보다 그 비중이 더 낮게 나타났다.

〈표 Ⅱ-15〉 65세 이상 취업자의 일하는 가장 큰 이유

(단위: %, n=2,847,819)

구분	고령장애인	비장애노인
총계	100.0	100.0
생계비를 마련하기 위해	77.9	73.9
용돈이 필요해서	12.2	7.8
건강을 유지하기 위해서	3.9	8.4
사람들과 사귈 수 있어서	0.4	1.8
능력(경력)을 발휘하기 위하여	2.0	3.6
시간을 보내기 위해서	3.6	3.9
사회적으로 기여하기 위해서	0.0	0.5
기타	0.0	0.2

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 현재 일을 한다고 응답한 대상자(본인응답자))
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

전체 장애인 일자리 참여자 33,832명 중 65세 이상 장애인은 전체 장애인 일자리 참여자 중 가장 높은 비중인 34.2%를 차지한다. 특히 복지형 일자리(참여형)의 비율이 47.6%로 가장 높으며, 복지형 일자리(연계형)는 0.3%로 매우 낮아, 65세 이상 장애인의 연계형 일자리 참여가 거의 이루어지지 않는 것으로 나타난다. 일반형 일자리(전일제)는 11.1%, 일반형 일자리(시간제)는 26.3%로 나타나 상대적으로 낮은 참여율을 보인다.

〈표 Ⅱ-16〉 연령별 장애인 일자리 참여 현황

(단위: 명, %)

구분		합계	29세 이하	30~39세 이하	40~49세 이하	50~59세 이하	60~65세 미만	65세 이상
총계	인원	33,832	6,163	3,874	3,940	4,870	3,407	11,578
	비율	100	18.2	11.5	11.6	14.4	10.1	34.2
일반형 일자리 (전일제)	인원	8,009	1,096	1,121	1,375	1,869	1,258	1,290
	비율	100	13.7	14.0	17.2	23.3	15.7	16.1
일반형 일자리 (시간제)	인원	4,233	734	567	574	711	533	1,114
	비율	100	17.3	13.4	13.6	16.8	12.6	26.3
복지일자리 (참여형)	인원	18,014	2,620	1,754	1,729	1,994	1,351	8,566
	비율	100	14.5	9.7	9.6	11.1	7.5	47.6
복지일자리 (연계형)	인원	958	884	21	17	21	12	3
	비율	100	92.3	2.2	1.8	2.2	1.2	0.3
시각장애인 안마사파견	인원	1,312	44	80	99	235	249	605
	비율	100	3.4	6.1	7.5	17.9	19.0	46.1
발달장애인요양 보호사보조일자리	인원	1,306	785	331	146	40	4	0
	비율	100	60.1	25.3	11.2	3.1	0.3	0.0

출처: 2024년 3분기(9월 30일 기준) 장애인일자리사업 실적 보고(보건복지부 내부자료)

(3) 돌봄

2020년 노인실태조사 결과를 통해 분석한 65세 이상 장애/비장애 노인의 돌봄관련 현황은 아래와 같다. 일상생활 수행능력(ADL) 완전자립률의 경우 고령장애인은 76.3%, 비장애노인은 95.3%로 비장애노인의 완전자립률이 상대적으로 높게 나타났다. 수단적 일상생활 수행능력(IADL) 완전자립률의 경우 고령장애인 61.7%, 비장애노인 89.3%로 상대적으로 장애노인의 일상생활 지원 필요성이 높은 것으로 나타났다.

비장애노인의 경우 일상생활 수행능력과 수단적 일상생활 수행능력의 차이가 크지 않은 것에 비해, 고령장애인의 경우 그 차이가 약 14%p정도 큰 차이가 나타났다.

〈표 Ⅱ-17〉 장애/비장애 노인의 평균 ADL/IADL(완전자립률)

(단위: %, n=7,745,563)

구분	고령장애인	비장애노인
일상생활 수행능력(ADL)[2]	76.3	95.3
수단적 일상생활 수행능력(IADL)[3]	61.7	89.3

주: 1) 65세 이상 노인 대상(가중치 적용값임)
2) 관련 7개 문항 모두 '완전자립'인 경우(1=완전 자립, 2=부분 도움, 3=완전 도움)
3) 관련 10개 문항 모두 '완전자립'인 경우(1-7번 문항: 1=완전 자립, 2=부분 도움,3=완전 도움, 8-10번 문항: 1=완전 자립, 2=부분 도움, 3=많은 부분 도움, 4=완전 도움)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

일상생활에 도움이 필요하지만 도움을 받고 있지 않은 고령장애인은 32.4%, 비장애노인 47.2%로 비장애 노인의 지원공백이 더 큰 것으로 나타났다. 고령장애인은 주로 동거 가족원(70.7%), 비동거 가족원(28.1%), 장기요양보험서비스(27.0%) 또는 노인돌봄서비스(22.1%) 등을 통해 지원을 받고 있었고, 비장애노인의 경우 동거가족원(75.3%), 비동거 가족원(41.8%) 통해 지원을 받는 경우가 많았다.

〈표 Ⅱ-18〉 장애/비장애 노인의 일상생활 지원 여부

(단위: %, n=945,786)

구분		고령장애인	비장애노인
총계		100.0	100.0
일상생활 도움 받음 여부	받음	67.7	52.9
	받지 않음	32.4	47.2

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, ADL/IADL 중 1개 이상 부분 도움 또는 완전 도움이 필요하다고 응답한 대상자)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

다만, 고령장애인의 경우 비장애노인보다 장기요양서비스(요양보호사, 주야간보호 등) 및 노인돌봄서비스(가사간병서비스 등)을 통해 지원을 받는 비율이 상당히 높게 나타났다. 비장애노인의 경우 비동거 가족원 및 이웃, 친구, 지인의 지원을 받는 경우가 고령장애인에 비해 높게 나타났다.

〈표 Ⅱ-19〉 장애/비장애 노인의 일상생활 지원인력 유형

(단위: %, n=520,026)

구분	고령장애인	비장애노인
동거 가족원	70.7	75.3
비동거 가족원	28.1	41.8
이웃·친구·지인	6.8	17.2
개인 간병인 가사도우미	2.9	4.5
장기요양보험서비스 (요양보호사, 주야간보호 등)	27.0	17.4
노인돌봄서비스(가사간병서비스 등)	22.1	8.3

주: 1) 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, ADL/IADL 중 1개 이상 부분 도움 또는 완전 도움이 필요하다고 응답한 대상자 중 현재 도움을 받고 있는 사람 대상)
2) 지원인력 유형별 지원을 받고 있는 비율임

출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

고령장애인의 경우 일상생활의 모든 영역에서 높은 빈도의 도움을 받고 있었다. 특히, 식사준비(음식준비)(76.9%)와 청소, 빨래, 시장보기(67.3%)의 경우 거의 매일 도움이 필요한 경우가 비장애노인에 비해 상당히 높게 나타났다.

〈표 Ⅱ-20〉 장애/비장애 노인의 일상생활 도움받는 빈도

(단위: %, n=462,364)

구분	고령장애인	비장애노인
전체	100.0	100.0
청소, 빨래, 시장보기		
도움 받지 않음	4.8	8.8
거의 매일(주 4회 이상)	67.3	48.4
주 2~3회	12.8	20.0
주 1일	9.2	16.7
격주 1일	4.3	2.5
월 1회 이하	1.7	3.7
외출 동행		
도움 받지 않음	16.0	16.9
거의 매일(주 4회 이상)	25.7	17.4
주 2~3회	10.3	8.5
주 1일	17.0	19.2
격주 1일	10.3	14.4
월 1회 이하	20.6	23.6
식사 준비(음식 준비)		
도움 받지 않음	6.2	10.6
거의 매일(주 4회 이상)	76.9	62.4
주 2~3회	10.3	14.6
주 1일	6.6	7.8
격주 1일	0.0	3.0
월 1회 이하	0.0	1.6
목욕 등 신체기능 유지지원		
도움 받지 않음	15.3	36.4
거의 매일(주 4회 이상)	28.2	16.1
주 2~3회	16.3	12.7
주 1일	30.0	20.1
격주 1일	4.6	6.8
월 1회 이하	5.6	7.9

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 동거/비동거 가족원, 친척, 이웃, 친구, 지인으로부터 도움을 받는다고 응답한 대상자)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

1주일 평균 이용하는 개인간병 및 가사도우미 이용시간은 고령장애인과 비장애노인을 비교했을 때 고령장애인의 이용시간이 절반가량으로 짧게 나타났다. 일상생활 지원의 충분도는 부족하다 또는 매우부족하다고 느끼는 경우가 비장애노인(22.8%)에 비해 장애노인(28.9%)에서 더 높게 나타났다.

〈표 Ⅱ-21〉 장애/비장애 노인의 1주일 평균 개인간병 및 가사도우미 이용시간

(단위: 시간, n=21,853)

구분	고령장애인	비장애노인
개인 간병, 가사도우미 1주일 평균 이용시간	5.8	13.3

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 개인간병, 가사도우미를 이용한다고 응답한 대상자)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

〈표 Ⅱ-22〉 장애/비장애 노인의 일상생활 지원 충분도

(단위: %, n=426,279)

구분	고령장애인	비장애노인
전체	100.0	100.0
매우 충분하다	2.4	5.8
충분하다	31.9	36.6
보통이다	36.7	34.8
부족하다	28.2	21.4
매우 부족하다	0.7	1.4

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 일상생활 도움을 받는다고 응답한 대상자(본인응답자))
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

일상생활에 대한 지원을 받지 않는 이유로, 고령장애인과 비장애노인 모두 도움이 필요없어서를 가장 큰 이유로 꼽았다. 하지만 고령장애인의 경우, 도움은 필요하지만 가족 등에게 부담을 주고 싶지 않아서(34.3%), 도움은 필요하지만 비용이 부담될 것 같아서(9.7%) 지원받지 않는다고 응답한 비율이 비장애노인에 비해 높게 나타났다.

〈표 Ⅱ-23〉 장애/비장애 노인의 일상생활 지원을 받지 않는 이유

(단위: %, n=398,961)

구분	고령장애인	비장애노인
전체	100.0	100.0
도움이 필요 없어서(아직까지는 혼자서 할 수 있어서)	38.4	45.8
도움은 필요하지만, 가족 등에게 부담을 주고 싶지 않아서	34.3	30.3
도움은 필요하지만, 도와 줄 사람이 없어서	10.1	10.3
도움은 필요하지만, 비용이 부담될 것 같아서	9.7	6.9
도움은 필요하지만, 도움 받는 방법을 알 수 없어서	2.0	2.7
도움은 필요하지만, 모르는 사람이 집에 오는 것이 싫어서	5.4	4.1
기타	0.0	0.0

주: 1) 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, ADL/IADL 중 1개 이상 부분 도움 또는 완전 도움이 필요하다고 응답했지만 일상생활 도움을 받고 있지 않은 대상자(본인응답자))
2) 일상생활 지원은 가족이나 친척, 장기요양서비스 등을 통해 받는 도움 전체를 의미함
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

고령장애인의 경우 비장애노인에 비해 장기요양등급 신청경험이 있는 비율이 상당히 높게 나타났다. 장기요양등급을 신청한 고령장애인이 최근에 받은 등급은 주로 3등급(24.5%), 4등급(29.8%)인 것과 비교했을 때, 비장애노인의 경우 등급 외 판정이 44.7%로 가장 높은 비율을 차지했다.

〈표 Ⅱ-24〉 장애/비장애 노인의 장기요양 등급 신청경험 및 판정 등급

(단위: %, n=7,745,563)

구분		고령장애인	비장애노인
전체		100.0	100.0
등급 신청 경험	있다	21.69	3.43
	없다	78.31	96.57
최근 받은 등급[2)]	1등급	0.1	0.7
	2등급	10.3	3.9
	3등급	24.5	17.0
	4등급	29.8	18.8
	5등급	11.4	8.6
	인지지원 등급	9.1	6.1
	등급 외	14.9	44.7
	기타	0.0	0.2

주: 1) 65세 이상 노인 대상(가중치 적용값임)
2) 노인장기요양보험 등급 신청을 한 적이 있는 대상자
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

고령장애인의 경우 비장애노인에 비해 대부분의 노인장기요양보험 서비스 이용율이 다소 높게 나타났는데, 특히 방문간호(25.4%)의 경우 비장애노인(12.3%) 보다 약 두 배 정도 높은 이용율이 나타났다.

〈표 Ⅱ-25〉 장애/비장애 노인의 노인장기요양보험 이용 서비스

(단위: %, n=198,682)

구분	고령장애인	비장애노인
방문요양	55.6	65.9
방문간호	25.4	12.3
방문목욕	32.6	32.7
주야간보호서비스	28.1	24.9
단기보호	6.0	4.3
복지용구	20.1	21.8

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 노인장기요양보험 등급 신청을 한적이 있는 대상자 중 현재 서비스를 이용하고 있는 경우)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

비장애노인이 장기요양등급을 신청하지 않은 주된 이유는 건강이 양호해서(62.6%)로 나타났다. 고령장애인의 경우에도 마찬가지로 동일한 이유가 가장 높은 비율을 차지했지만(41.8%), 비장애노인에 비해 다양한 이유로 인해 등급신청을 하지 않은 것으로 파악되었다.

〈표 Ⅱ-26〉 장애/비장애 노인의 장기요양 등급 신청하지 않은 이유

(단위: %, n=7,412,955)

구분	고령장애인	비장애노인
전체	100.0	100.0
건강이 양호해서	41.8	62.6
노인장기요양 보험에 대해 알지 못해서	15.8	9.5
건강 상태가 불량하지만 등급 인정을 받지 못할 것 같아서	16.3	10.1
타인의 도움을 받고 싶지 않아서	11.4	7.5
비용이 부담될 것 같아서	10.9	8.5
노인요양시설보다 요양병원에 입원하는 것이 더 낫다고 생각해서	1.7	0.7
장기요양보험에는 원하는 서비스가 없어서	1.0	0.3
현재 이용하는 서비스(재가 돌봄서비스, 개인적으로 이용하는 서비스 등)로 충분해서	1.0	0.7
기타	0.0	0.1

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 노인장기요양보험 등급 신청을 한 적이 없다고 응답한 대상자)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

(4) 건강

고령장애인은 비장애노인보다 건강 상태에 대한 부정적 평가가 현저히 높았다. 스스로 건강이 나쁘다고 평가한 비율은 고령장애인이 58.9%로 비장애노인(18.1%)에 비해 상당히 높은 비중을 차지했다. 고령장애인의 만성질환 평균 개수는 3.2개로 비장애노인(2.2개)보다 1개 이상 많은 것으로 나타났다.

〈표 Ⅱ-27〉 장애/비장애 노인의 평소 건강 상태 자가평가

(단위: %, n=7,617,710)

구분	고령장애인	비장애노인
총계	100.0	100.0
건강하다	41.1	81.9
건강이 나쁘다	58.9	18.1

주: 1) 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 본인응답자)
2) '건강하다'는 1=매우 건강하다, 2=건강한 편이다, 3=그저 그렇다, '건강이 나쁘다'는 4=건강이 나쁜 편이다, 5=건강이 매우 나쁘다를 의미함
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

〈표 Ⅱ-28〉 장애/비장애 노인의 3개월 이상 앓고 있는 의사진단 만성질환 개수 평균

(단위: 개, n=6,508,328)

구분	고령장애인	비장애노인
진단받은 만성질환 개수 평균 (개)[2)]	3.2	2.2

주: 1) 65세 이상 노인 대상(가중치 적용값임)
2) 만성질환이 1개 이상 있다고 응답한 대상자의 만성질환 개수 평균
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

지난 1개월 동안 의료기관(병원, 의원, 보건소 등)을 이용한 비율은 고령장애인이 77.9%로 비장애노인의 70.3%보다 높게 나타났다. 또한, 의료기관을 이용한 사람들의 월평균 이용 횟수는 장애노인이 2.5회로 비장애노인의 2.2회보다 다소 잦은 것으로 확인되었다.

〈표 Ⅱ-29〉 장애/비장애 노인의 지난 1개월 동안 의료기관(병원, 의원, 보건(지·진료)소, 한의원, 치과 등) 이용 횟수 평균

(단위: %, 회, n=7,745,563)

구분		고령장애인	비장애노인
총계		100.0	100.0
1개월 동안 의료기관 이용 여부	예	77.9	70.3
	아니오	22.1	29.7
1개월 동안 의료기간 이용 횟수 평균[2)]		2.5	2.2

주: 1) 65세 이상 노인 대상(가중치 적용값임)
2) 1개월 동안 의료기관을 1회 이상 이용한 대상자의 이용 횟수 평균
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

우울증이 있는 비율은 고령장애인 29.7%로 비장애노인(12.8%)보다 상당히 높은 수준으로 나타났다. 이는 고령장애인의 심리적 건강이 비장애노인에 비해 더 취약한 상태임을 보여준다.

〈표 Ⅱ-30〉 장애/비장애 노인의 우울증 여부

(단위: %, n=7,617,710)

구분	고령장애인	비장애노인
우울증 여부	29.7	12.8

주: 1) 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 본인응답자)
2) 단축형 노인우울척도(SGDS) 15개 문항 중 8개 이상일시 우울로 책정
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

고령장애인의 건강행태를 비장애노인과 비교했을 때, 고령장애인이 비장애노인보다 흡연율이 높고, 평소 운동을 더 적게 하는 것으로 나타났다. 그에반해 음주를 하는 경우는 비장애노인에 비해 적게 나타났다.

〈표 Ⅱ-31〉 장애/비장애 노인의 건강행태

(단위: %, n=7,745,563)

구분	고령장애인	비장애노인
총계	100.0	100.0
현재 비흡연	86.5	89.2
최근 1년간 비음주	80.1	62.6
평소 운동	47.8	52.1

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용값임)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

건강검진을 받은 비율은 장애노인 74.2%, 비장애노인 77.0%로 비슷한 수준이었으나, 치매 건강검진 수검 비율은 고령장애인(51.3%)이 비장애노인(42.0%)보다 다소 높은 비중을 차지하는 것으로 나타났다.

〈표 Ⅱ-32〉 장애/비장애 노인의 2년 이내 건강검진 수검 여부

(단위: %, n=7,745,563)

구분		고령장애인	비장애노인
총계		100.0	100.0
2년 이내 건강검진 수검 여부	예	74.2	77.0
	아니오	25.8	23.0
2년 이내 치매 건강검진 수검 여부	예	51.3	42.0
	아니오	48.7	58.0

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용값임)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

고령장애인의 미충족 진료 경험률은 병원·의원 4.7%, 치과 진료 7.7%로 비장애노인(병원 2.4%, 치과 3.5%)의 경우보다 높았다. 고령장애인은 경제적 어려움(59.8%)과 거동 불편(29.4%)을 주요 이유로 꼽았으며, 이는 비장애노인(40.2%, 11.1%)보다 더 높은 수치다. 비장애노인은 증상이 가벼워서(29.4%)를 경제적 어려움(40.2%) 다음 이유로 들었는데, 고령장애인 중 해당 이유를 선택한 경우는 없었다.

〈표 Ⅱ-33〉 장애/비장애 노인의 지난 1년간 미충족 진료 경험 여부

(단위: %, n=7,617,710)

구분		고령장애인	비장애노인
총계		100.0	100.0
미충족 진료 경험 (병의원)	예	4.7	2.4
	아니오	95.3	97.6
미충족 진료 경험 (치과진료)	예	7.7	3.5
	아니오	92.3	96.5

주: 1) 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 본인응답자)
2) 본인이 진료가 필요하다고 생각했으나 진료 받지 못한 비율임(본인응답자 대상)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

〈표 Ⅱ-34〉 장애/비장애 노인의 지난 1년간 미충족 진료 경험 이유(병의원)

(단위: 개, %, n=189,161)

구분	고령장애인	비장애노인
총계	100.0	100.0
경제적 어려움	59.8	40.2
교통이 불편해서	4.8	5.5
거동이 불편해서 (동행할 가족 (간병인 등)이 없어서)	29.4	11.1
의료 정보가 부족해서(어느 병원에 가야할지 잘 몰라서)	1.9	1.0
병원 예약이 힘들거나 또는 진료받기 위한 대기시간이 길어서	4.2	4.1
증상이 가벼워서	0.0	29.4
진단받거나 치료받는 것이 두려워서	0.0	5.3
가사, 일 등으로 시간이 없어서	0.0	3.4
기타	-	-

주: 65세 이상 노인 대상(가중치 적용 값임, 지난 1년가 미충족 진료를 경험했다고 응답한 대상자 (본인응답자))
출처: 보건복지부(2020) 2020년 노인실태조사 마이크로데이터 분석

장애인건강보건통계와 사망원인통계를 통해 확인한 60세 이상 장애인 인구와 전체 인구의 사망원인 순위를 살펴보았을 때, 전체 노인인구의 경우 고령장애인에 비해 고의적 자해(자살) 및 운수사고에 의한 사망이 더 많은 것으로 확인되었다. 다만, 70대 이후부터는 주요 사망원인이 악성신생물, 코로나 19, 뇌혈관 및 심장질환 등이 높은 순위를 차지하여 사망원인이 장애여부에 따라 크게 다르지 않은 것으로 나타났다.

〈표 Ⅱ-35〉 60세 이상 노인의 사망원인별 조사망률(2022)

(단위: %)

구분	60세 이상 장애인					
	60~69세		70~79세		80세 이상	
	사망원인	조사망률	사망원인	조사망률	사망원인	조사망률
1순위	악성신생물	454.7	악성신생물	851.4	악성신생물	1,419.4
2순위	뇌혈관질환	218.2	코로나19	433.6	코로나19	1,226.0
3순위	코로나19	203.1	뇌혈관질환	423.3	심장질환	1,117.8
4순위	심장질환	166.3	심장질환	363.6	폐렴	1,110.2
5순위	당뇨병	131.3	폐렴	323.5	뇌혈관질환	1,018.5
6순위	폐렴	126.5	당뇨병	224.1	알츠하이머병	442.4
7순위	간의 질환	63.3	기타 세균성 질환	96.3	당뇨병	389.2
8순위	고의적 자해(자살)	46.5	만성 하기도 질환	89.6	고혈압성 질환	330.6
9순위	기타 세균성 질환	45.4	알츠하이머병	66.5	기타 세균성 질환	267.5
10순위	만성 하기도 질환	36.9	고혈압성 질환	59.0	만성 하기도 질환	226.6
구분	60세 이상 전체인구					
	60~69세		70~79세		80세 이상	
	사망원인	조사망률	사망원인	조사망률	사망원인	조사망률
1순위	악성신생물	257.4	악성신생물	632.6	악성신생물	1303.1
2순위	심장질환	52.7	코로나19	172.1	코로나19	946.0
3순위	뇌혈관질환	42.2	심장질환	172.0	심장질환	929.5
4순위	코로나19	39.6	뇌혈관질환	146.2	폐렴	885.3
5순위	고의적 자해(자살)	27.0	폐렴	130.3	뇌혈관질환	661.8
6순위	간의 질환	26.4	당뇨병	73.4	알츠하이머병	461.0
7순위	폐렴	24.0	고의적 자해(자살)	37.8	고혈압성 질환	283.0
8순위	당뇨병	22.1	패혈증	37.6	당뇨병	267.4
9순위	운수사고	10.9	만성 하기도 질환	37.1	패혈증	209.3
10순위	패혈증	9.0	알츠하이머병	33.5	만성 하기도 질환	183.6

주: 1) 60세 이상 노인 대상
2) 조사망률: 인구 십만 명당 사망인원 비율
3) 코로나 19: 병인이 불확실한 신종질환의 임시적 지정이나 응급사용인 경우를 포함함
출처: 보건복지부(2022) 2022년도 장애인건강보건통계, 통계청(2023) 사망원인통계

(5) 일상생활 등

학대 피해 노인 중 장애인의 비율은 2014년 14.1%에서 2023년 8.9%로 감소했지만, 여전히 특정 유형의 장애(지체, 청각, 시각)가 높은 비율을 차지했다. 우울장애와 조현병을 가진 장애인의 학대 피해 비율도 증가 추세에 있다.

〈표 Ⅱ-36〉 학대피해노인 중 장애인 수 및 장애 유형 (2014년 ~ 2023년)

(단위: 명, %)

구분	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
전체 학대	3532	3818	4280	4622	5188	5243	6259	6774	6807	7025
총계	499	574	614	496	548	528	653	628	670	622
1개	58	81	74	70	57	68	85	73	83	79
2개 이상	441	403	540	426	491	460	568	555	587	543
장애인 비율	14.10%	15%	14.30%	10.70%	10.60%	10.10%	10.40%	9.30%	9.80%	8.90%
지체	140(28.1)	153(26.7)	172(28)	140(28.2)	154(28.1)	148(28)	161(24.7)	141(22.5)	154(23)	164(26.4)
청각	72(14.4)	77(13.4)	84(13.7)	82(16.5)	80(14.6)	84(15.9)	108(16.5)	100(15.9)	115(17.2)	95(15.3)
시각	65(13)	66(11.5)	71(11.6)	57(11.5)	70(12.8)	53(10)	78(11.9)	66(10.5)	67(10)	57(9.2)
뇌병변	50(10)	59(10.3)	64(10.4)	34(6.9)	41(7.5)	39(7.4)	45(6.9)	32(5.1)	42(6.3)	37(5.9)
언어	10(2)	14(2.4)	13(2.1)	10(2)	7(1.3)	16(3)	11(1.7)	7(1.1)	13(1.9)	11(1.8)
신장	4(0.8)	6(1)	7(1.1)	3(0.6)	11(2)	9(1.7)	11(1.7)	15(2.4)	7(1)	8(1.3)
심장	6(1.2)	11(1.9)	10(1.6)	8(1.6)	5(0.9)	3(0.6)	9(1.4)	5(0.8)	6(0.9)	4(0.6)
호흡기	0(0)	8(1.4)	8(1.3)	3(0.6)	2(0.4)	3(0.6)	5(0.8)	4(0.6)	5(0.7)	1(0.2)
간질	5(1)	7(1.2)	8(1.3)	5(1)	4(0.7)	1(0.2)	5(0.8)	4(0.6)	6(0.9)	2(0.3)
장루요루	4(0.8)	2(0.3)	5(0.8)	4(0.8)	2(0.4)	5(0.9)	4(0.6)	3(0.5)	5(0.7)	3(0.5)
간	2(0.4)	0(0)	3(0.5)	0(0)	0(0)	1(0.2)	2(0.3)	0(0)	2(0.3)	1(0.2)
안면	3(0.6)	0(0)	3(0.5)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(0.3)	1(0.1)	0(0)
우울장애	71 (14.2)	116 (20.2)	88 (14.3)	84 (16.9)	124 (22.6)	116 (22)	150 (23)	178 (28.3)	175 (26.1)	166 (26.7)
조현병	32(6.4)	26(4.5)	34(5.5)	25(5)	26(4.7)	27(5.1)	28(4.3)	30(4.8)	35(5.2)	32(5.1)
지적	27(5.4)	20(3.5)	37(6)	36(7.3)	18(3.3)	0(0)	26(4)	32(5.1)	27(4)	28(4.5)
정동장애	5(1)	5(0.9)	5(0.8)	3(0.6)	3(0.5)	6(1.1)	10(1.5)	9(1.4)	9(1.3)	9(1.4)
반사회적 인격장애	3(0.6)	4(0.7)	2(0.3)	2(0.4)	1(0.2)	1(0.2)	0(0)	0(0)	1(0.1)	2(0.3)
자폐성 장애	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(0.3)

주: 장애는 2가지 이상의 장애가 동반되거나 없을 수도 있기 때문에 전체 노인학대 통계 수치(7,025건)와 학대피해노인 장애유형 통계 수치(622건)에는 차이가 있음 ** 학대 결과로서 장애 판정 유무는 확인이 어려우며, 장애인 등급판정을 받거나 현장조사 시 장애가 의심되는 대상자도 포함.
학대피해노인 현황 중 학대피해노인 건강상태 - 학대피해노인 장애 수 및 장애유형.
출처: 보건복지부·중앙노인보호전문기관. 2014년 ~ 2023년 노인학대 현황보고서.

3) 가구구성에 따른 고령장애인의 특성

(1) 가구구성에 따른 고령장애인의 일반적 특성

2020년 장애인 실태조사 데이터 분석 결과, 65세 이상 고령장애인(1,299,106명, 분석에는 가중치 적용함)의 평균연령은 75.9세이며, 평균 가구원은 2.0명으로 나타났다.

고령장애인 가구구성은 크게 '고령장애인 1인 가구', 고령장애인의 가구 구성원 모두가 고령(부모, 배우자, 형제자매)으로만 이루어진 '모두 고령 가구', 가구원 중 고령장애인의 자녀 또는 손자녀가 포함되어, 젊은 세대의 가구원이 1명 이상 포함된 '비고령 포함 가구'로 구분했다. 이를 통해 근로가능 연령 가구원의 포함여부에 따른 고령장애인의 일반적 특성과 일상생활 돌봄 현황, 돌봄 및 서비스 지원 욕구, 소득 및 장애로 인한 추가비용 등 경제적 현황 차이를 확인하고자 했다.

고령장애인의 가구구성을 살펴보면, '1인 가구' 고령장애인은 34.0%로 전체 고령장애인의 약 1/3을 차지했으며, '모두 고령' 가구는 42.2%로 나타났다. '비고령 포함' 가구는 23.8%로 나타났다.

가구구성을 세부적으로 구분하여 살펴보면, 고령장애인과 배우자가 거주하는 2인 가구구성은 전체 고령장애인 중 40.8%를 차지하여 전체 세부 가구구성 중 비중이 가장 높게 나타났다. 그 다음으로 고령장애인이 배우자, 자녀와 함께 거주하는 가구구성이 전체 8.6%로 높게 나타났다.

가구구성에 따른 평균 연령의 차이도 확인할 수 있다. 1인 가구 고령장애인의 경우 평균 77.0세, 비고령 포함 가구의 고령장애인은 평균 76.7세로 두 집단은 전체 고령장애인 평균연령보다 다소 높게 나타났다. 특히 다른 가족구성원 없이 자녀와 함께 살고 있는 고령장애인의 평균연령이 80.1세로 전체 가구구성 중 연령이 가장 높았다. 전체 가족구성원이 고령인 가구의 경우 고령장애인의 평균연령은 74.6세로 상대적으로 낮게 나타났다.

〈표 Ⅱ-37〉 가구구성에 따른 고령장애인 현황

(단위: %, 세, 명)

가구원		고령장애인			평균 가구원 수
		명 (%)		평균 연령	
전체 고령장애인[1]		1,299,106	100.0	75.9	2.0
본인(1인 가구)		441,448	34.0	77.0	1.0
고령 장애인 + 고령 가족구성원[2] (노노케어)		548,363	42.2	74.6	2.0
	(편)부모	5,875	0.5	71.9	2.0
	배우자	530,145	40.8	74.7	2.0
	형제자매	5,081	0.4	71.6	2.2
	(편)부모, 배우자	5,072	0.4	69.3	3.0
	(편)부모, 형제자매	1,092	0.1	69.7	3.0
	그 외 기타	1,098	0.1	79.0	3.3
고령 장애인 + 비고령 가족구성원[3]		309,294	23.8	76.7	3.4
	(편)부모, 배우자, 자녀	681	0.1	70.5	4.9
	배우자, 자녀	111,993	8.6	73.1	3.2
	배우자, 자녀, 손자녀	25,839	2.0	75.0	5.1
	배우자, 손자녀	7,128	0.5	75.9	3.7
	자녀, 손자녀	55,059	4.2	79.5	4.5
	자녀	90,833	7.0	80.1	2.3
	손자녀	11,160	0.9	75.3	2.1
	그 외 기타	6,600	0.5	78.2	4.6

주: 1) 65세 이상 고령장애인 대상(가중치 적용 값임)
2) 장애인실태조사 데이터를 통해 가구 구성원의 연령을 파악할 수 없으나, 고령장애인의 배우자 및 형제자매의 연령을 고령(65세 내외)으로 간주하고 분석함.(가구원 중 연령을 추정할 수 없는 기타, 비혈연 가구원이 있는 장애인 케이스는 제외하고 분석함.) (이하 표와 동일)
3) 비고령 가족구성원이 1명 이상 포함된 가구를 의미하며, 자녀의 배우자(사위, 며느리)는 자녀에 포함됨(이하 표와 동일)

출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

가구구성에 따른 고령장애인의 성별은 1인 가구를 제외한 모든 가구구성에서 여성보다 남성의 비율이 높게 나타났다. 전체 고령장애인의 성별 비율은 남성 49.6%, 여성 50.4%인 것에 비해, 모두 고령 가구의 경우 남성이 69.5%로 남성이 차지하는 비율이 상당히 높게 나타났다.

고령장애인의 연령대는 모두 고령 가구의 경우 65-74세에 약 51%가 속해있어 비교적 연령이 낮았고, 비고령 가족 포함 가구의 경우 85세 이상 초고령 장애인이 17.5%로 비교적 연령대가 높았다.

〈표 Ⅱ-38〉 가구구성에 따른 성별 및 연령

(단위: %)

구분		전체	1인 가구	고령장애인 가구 구성원	
				모두 고령	비고령 포함
가구원 수		2.0명 (1.050)	1.0명 (0.000)	2.0명 (0.132)	3.4명 (1.160)
총계		100.0	100.0	100.0	100.0
성별	남성	49.6	30.8	69.5	41.0
	여성	50.4	69.2	30.5	59.0
연령	평균연령	75.9세	77.0세	74.6세	76.7세
	65-69세	23.1	19.9	25.5	23.2
	70-74세	21.1	17.6	25.8	17.7
	75-79세	23.3	23.5	24.3	21.4
	80-84세	19.7	23.4	16.6	20.1
	85세 이상	12.7	15.6	7.7	17.5

주: 65세 이상 고령장애인 대상(가중치 적용 값임)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

고령장애인의 장애정도는 주로 심하지 않은 장애(74.3%)가 대다수를 차지하며, 장애유형으로는 지체장애 48.7%, 청각장애 23.3%, 시각 10.7%순으로 높게 나타난다. 가구구성에 따른 차이 또한 확인할 수 있는데, 비고령 포함 가구의 고령장애인의 29.7%가 심한장애로 전체 평균에 비해 중증의 비율이 가장 높았다. 장애유형을 비교했을 때에도, 비고령 포함 가구의 경우 지체장애의 비율(44.6%)이 다른 가구유형에 비해 상대적으로 가장 적었다. 또한 적은 차이이지만 다른 가구구성에 비해 지적장애(10.%), 정신장애(1.3%), 장루·요루장애(1.0%)의 비율이 가장 높게 나타났다.

〈표 Ⅱ-39〉 가구구성에 따른 장애정도 및 장애유형

(단위: %)

구분		전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
총계		100.0	100.0	100.0	100.0
장애정도	심한 장애	25.7	21.5	26.8	29.7
	심하지 않은 장애	74.3	78.5	73.2	70.3
장애유형	지체	48.7	52.4	48.0	44.6
	뇌병변	9.6	6.6	11.3	10.9
	시각	10.7	11.4	9.5	11.8
	청각	23.3	24.7	21.6	24.3
	언어	0.9	0.4	1.1	1.0
	지적	0.7	0.6	0.6	1.0
	자폐성	-	-	-	-
	정신	1.1	0.9	1.2	1.3
	신장	2.9	1.7	3.8	3.0
	심장	0.2	0.1	0.2	0.2
	호흡기	0.7	0.3	0.9	0.7
	간	0.3	0.1	0.5	0.2
	안면	0.1	0.1	0.2	0.0
	장루·요루	0.8	0.6	0.9	1.0
	뇌전증	0.1	0.1	0.1	0.0

출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

(2) 고령장애인의 가구구성에 따른 소득 및 추가지출

65세 이상 고령장애인 중 국민기초생활보장 급여 수급자는 23.5%, 차상위 42.3%, 그 외 일반은 34.3%로 나타났다. 1인 가구 고령장애인의 경우 국민기초생활보장 급여 수급자가 40.7%로 다른 가구구성의 고령장애인에 비해 그 비율이 상당히 높았다. 비고령 포함 가구 고령장애인의 경우 차상위 가구(25.5%)의 비율은 낮고, 그 외 일반가구(58.9%)의 비율이 상대적으로 높게 나타났다.

〈표 Ⅱ-40〉 가구구성에 따른 소득수준

(단위: %, 천원)

구분			전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
					모두 고령	비고령 포함
소득수준 구분	총계		100.0	100.0	100.0	100.0
	국기초[1]		23.5	40.7	14.1	15.6
		생계·의료	22.3	39.2	13.5	14.1
		주거·교육	1.1	1.5	0.6	1.5
	차상위[2]		42.3	43.3	50.9	25.5
	그 외		34.3	16.0	35.0	58.9

주: 1) 국민기초생활보장 수급자 중 생계/의료는 생계급여 또는 의료급여 수급자로 주거, 교육급여를 수급하고 있을 수 있음. 주거/교육은 주거급여 또는 교육급여 수급자로 생계, 의료급여는 수급하지 않음.
2) 차상위는 국기초 수급자가 아니면서 가구 경상소득이 중위소득 50% 이하에 해당하는 경우를 재분석한 결과임(2020년 기준 1인가구 중위소득 1,757,194원)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

1인 가구 고령장애인은 주로 연금이나 퇴직금(29.6%)과 국민기초생활보장급여(27.4%)가 가구의 주된 수입원으로 나타났으며, 모두 고령 가구의 경우 33.4%가 연금이나 퇴직금을 주된 수입원으로 사용하고 있었다.

비고령 포함 가구의 고령장애인의 경우 다른 가구구성의 고령장애인과 다르게 가구주의 소득(41.3%), 가구주 외 가구원의 소득(32.1%)이 가구의 주된 수입원으로 나타났다. 하지만 연금이나 퇴직금(11.8%), 재산소득(1.2%), 저축이나 증권수익(1.0%), 별거가족 및 친척 등 지원(3.6%)은 다른 가구구성의 고령장애인에 비해 다소 낮게 나타났다.

〈표 Ⅱ-41〉 가구구성에 따른 가구 주된 수입원

(단위: %)

구분		전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
총계		100.0	100.0	100.0	100.0
가구 주된 수입원	가구주의 소득	27.2	16.3	28.0	41.3
	가구주 외 가구원의 소득	13.0	0.0	12.8	32.1
	연금이나 퇴직금	27.0	29.6	33.4	11.8
	재산소득(부동산)	3.3	3.3	4.5	1.2
	저축이나 증권수익	2.4	2.5	3.2	1.0
	국민기초생활보장급여	14.2	27.4	7.3	7.5
	별거가족, 친척 등 지원	8.6	14.4	6.7	3.6
	기타	4.3	6.5	4.0	1.5

출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

65세 이상 고령장애인의 월평균 가구소득은 155.1만원으로 확인되었다. 1인 가구의 월 가구소득 평균은 76.0만원이며, 모든 가구원이 고령인 가구의 경우 월 151.0원, 비고령 포함 가구의 경우 275.2만원으로 나타났다.

소득 유형별 가구소득을 보았을 때, 비고령 포함 가구의 경우 다른 가구구성에 비해 근로소득(월 182.2만원)이 비교적 매우 높게 나타났다.

〈표 Ⅱ-42〉 가구구성에 따른 월평균 가구소득

(단위: 만원)

구분		전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
월평균 가구소득	가구소득 합계	155.1	76.0	151.0	275.2
	근로소득	62.3	9.3	37.4	182.2
	사업소득	15.0	2.4	18.5	26.7
	재산소득	7.9	5.3	11.4	5.4
	공적이전소득	58.0	47.6	69.0	53.2
	사적이전소득	9.3	9.5	11.8	4.8
	기타소득	1.6	1.3	2.0	1.3

출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

65세 이상 고령장애인 중 63.5%가 장애로 인한 추가비용을 지출하고 있으며, 월 평균 약 13.2만원으로 확인되었다. 1인 가구 고령장애인의 경우, 장애로 인한 추가비용이 월 약 10.7만원으로 다른 가구구성의 고령장애인에 비해 비교적 낮게 나타났다.

모든 가구원이 고령인 가구와 비고령 가구원 포함 가구의 장애로 인한 추가비용은 각각 월 14.5만원, 14.6만원으로 비슷한 수준으로 나타났다. 하지만 모두 고령인 가구의 고령장애인의 경우, 교통비(2.3만원), 의료비(6.4만원), 재활기관 이용료(0.1만원), 장애인보조기기 구입, 유지비(1.9만원)에 대한 지출이 다른 가구구성의 고령장애인에 비해 더 높게 나타났다.

비고령 구성원 포함 가구의 고령장애인의 경우 보호·간병비(3.7만원), 통신비(0.8만원)를 다른 가구구성 고령장애인에 비해 더 많이 지출하고 있었다.

〈표 Ⅱ-43〉 가구구성에 따른 장애로 인한 추가비용

(단위: %, 천원)

구분		전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
추가비용 지출여부	총계	100.0	100.0	100.0	100.0
	있음	63.5	64.7	61.6	65.1
	없음	36.5	35.3	38.4	34.9
추가비용 유형	월 추가비용 합계	132.1	106.8	145.3	145.8
	교통비	18.9	14.7	23.4	17.2
	의료비	53.7	35.7	63.9	62.0
	보육·교육비	0.0	0.0	0.0	0.0
	보호·간병비	29.9	30.2	25.7	36.8
	재활기관 이용료	0.6	0.2	1.2	0.4
	통신비	7.1	7.1	6.8	7.5
	장애인보조기기 구입·유지비	18.5	18.1	18.9	18.5
	부모사후 및 노후대비비	0.1	0.0	0.0	0.2
	기타	3.3	0.9	5.4	3.2

출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

(3) 가구구성에 따른 고령장애인의 돌봄지원 필요

고령장애인의 가구구성에 따른 일상생활수행능력(ADL), 수단적 일상생활 수행능력(IADL)을 비교했을 때, 비고령 포함 가구의 고령장애인이 다른 가구구성보다 일상생활 수행에 더 많은 지원을 필요로 했다. 그에 반해 1인 가구 고령장애인의 일상생활 수행능력이 가장 높게 확인되었다.

〈표 Ⅱ-44〉 가구구성에 따른 ADL/IADL

(단위: 평균)

구분	전체	1인 가구	고령장애인 가구의 가구원	
			모두 고령	비고령 포함
일상생활 수행능력(ADL)	1.26 (0.591)	1.17 (0.376)	1.27 (0.626)	1.38 (0.740)
수단적 일상생활 수행능력(IADL)	1.58 (0.845)	1.42 (0.636)	1.59 (0.864)	1.80 (1.005)

출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

일상생활 지원 필요정도를 보았을 때, 비고령 포함 가구의 고령장애인의 지원 필요정도가 가장 높은 것으로 확인되어 일상생활의 대부분 또는 거의 지원이 필요한 고령장애인이 약 23%인 것으로 나타났다.

1인 가구와 모두 고령 고령장애인 두 집단의 일상생활 필요정도는 일부 유사하게 나타났지만, 거의 모든 일상생활에 지원이 필요한 비율은 1인 가구(2.6%)에 비해 모두 고령 고령장애인의 비율(7.1%)이 두 배 이상 높게 확인되었다.

〈표 Ⅱ-45〉 가구구성에 따른 일상생활 지원 필요정도

(단위: %)

구분		전체	1인 가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
일상생활 지원필요 정도	총계	100.0	100.0	100.0	100.0
	혼자서 스스로	43.9	45.4	45.5	38.8
	대부분 혼자서	22.0	22.8	22.4	20.2
	일부 지원필요	18.4	21.5	16.2	18.1
	대부분 지원필요	9.4	7.7	8.8	12.6
	거의 지원필요	6.3	2.6	7.1	10.3

출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

일상생활 지원이 필요한 65세 이상 고령장애인의 71.8%가 일상생활을 지원해 주는 사람이 있다고 응답했다. 하지만 1인 가구 고령장애인의 경우 49.3%만이 일상생활을 지원해주는 사람이 있다고 응답해 지원필요에 비해 공백이 큰 것으로 확인되었다.

〈표 Ⅱ-46〉 가구구성에 따른 일상생활 지원 여부

(단위: %)

구분		전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
총계		100.0	100.0	100.0	100.0
지원사람 유무[1)]	있음	71.8	49.3	83.7	81.9
	없음	28.2	50.7	16.3	18.1

주: 1) 일상생활시 남의 도움이 필요하다고 응답한 사람(전체 고령장애인의 56.1%)
출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

일상생활을 지원해 주는 사람이 있는 경우, 주로 배우자(49.1%), 자녀(22.5%), 요양보호사(16.6%), 활동지원사(4.7%)의 지원을 받고 있는 것으로 나타났다.

1인 가구 고령장애인의 경우 배우자의 지원을 받는 경우가 매우 드물었으며(0.7%), 요양보호사(44.9%)의 지원을 받는 비율이 가장 높게 나타났다. 활동지원사(12.9%) 또한 다른 가구구성 고령장애인에 비해 상당히 높은 비율을 차지하는 것으로 나타나 돌봄지원서비스 이용 비율이 가장 높은 것으로 확인되었다.

그에 반해 모든 가구원이 고령인 고령장애인의 경우 대부분 배우자(83.8%)의 지원을 주로 받고 있었으며, 활동지원사(2.3%), 요양보호사(7.4%)로 돌봄서비스 이용이 가장 소극적인 것으로 나타났다. 비고령 포함 가구의 고령장애인 역시, 자녀(52.6%), 배우자(30.4%) 등 가족의 지원을 받고 있었으며, 활동지원사(2.1%), 요양보호사(9.6%)등 돌봄인력의 지원을 받는 비율은 1인 가구 고령장애인에 비해 다소 낮게 나타났다. 그에 반해, 간병인의 지원을 받는 경우는 2.1%로 다른 가구구성의 고령장애인에 비해 높게 나타났다.

〈표 Ⅱ-47〉 가구구성에 따른 주로 지원해주는 사람

(단위: %)

구분		전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
총계		100.0	100.0	100.0	100.0
주로[1] 지원해 주는 사람	배우자	49.1	0.7	83.8	30.4
	부모	0.3	0.0	0.6	0.0
	자녀[2]	22.5	25.3	2.6	52.6
	형제·자매	1.1	2.3	1.2	0.1
	조부모	-	-	-	-
	손자녀	0.8	1.1	0.0	1.8
	기타 가족	0.3	1.1	0.1	0.0
	친척	0.5	2.3	0.0	0.0
	친구	0.2	0.9	0.0	0.0
	이웃	0.3	1.4	0.0	0.0
	활동지원사	4.7	12.9	2.3	2.1
	가정봉사원	0.6	2.2	0.0	0.2
	간병인	1.3	0.6	1.1	2.1
	요양보호사	16.6	44.9	7.4	9.6
	기타	1.7	4.4	0.8	1.0

주: 1) 일상생활을 지원해주는 사람이 있다고 응답한 사람(전체 고령장애인의 40.3%)만을 대상으로 함
2) 며느리, 사위 포함
출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

일상생활 지원 사업 또는 기관 이용여부의 경우, 1인 가구 고령장애인(67.9%)의 이용 비율이 다른 가구구성 고령장애인에 비해 상당히 높게 나타났다. 모든 가구원이 고령인 고령장애인의 경우 15.8%만이 일상생활 지원 사업/기관을 이용하는 것으로 나타나 다른 가구구성 중 가장 낮았다.

〈표 Ⅱ-48〉 가구구성에 따른 일상생활 지원 사업/기관 이용

(단위: %)

구분		전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
지원돌봄 사업 이용여부[1]	총계	100.0	100.0	100.0	100.0
	이용함	28.6	67.9	15.8	19.3
	이용하지 않음	71.4	32.1	84.2	80.7

주: 1) 일상생활을 지원해주는 사람이 있다고 응답한 사람(전체 고령장애인의 40.3%)만을 대상으로 함
출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

지원돌봄사업을 이용하고 있는 고령장애인을 대상으로(전체 고령장애인의 11.5%) 일상생활 지원 월 이용 및 필요시간을 조사한 결과, 1인 가구 고령장애인의 이용시간과 필요시간이 월 70.1/75.1시간으로 가장 적게 나타났다. 모두 고령가구의 고령장애인의 경우 월 91.7시간을 이용하고 있으며, 월 110.6시간의 지원이 필요하다 응답해 약 19시간의 추가지원이 필요한 것으로 확인되었다.

비고령 포함 가구의 고령장애인의 경우 월 105.6시간의 지원사업을 이용하고 있었으며, 월 137.4시간의 지원이 필요하다고 응답하여 약 32시간의 추가지원이 필요한 것으로 나타났다.

〈표 Ⅱ-49〉 가구구성에 따른 일상생활 지원 이용/필요 시간(월평균)

(단위: 시간)

구분		전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
이용/필요 시간[1] (월평균)	지원사업 이용시간	82.8 (92.668)	70.1 (68.219)	91.7 (110.700)	105.6 (115.341)
	필요 지원시간	96.8 (124.554)	75.1 (75.093)	110.6 (160.080)	137.4 (160.151)

주: 1) 지원돌봄 사업을 이용한다고 응답한 사람(전체 고령장애인의 11.5%)만을 대상으로 함
출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

일상생활을 지원해주는 사람이 있다고 응답한 고령장애인(전체 고령장애인의 40.3%)을 대상으로 일상생활 지원 충분도에 대해 질문한 결과, 1인 가구 고령장애인이 다른 가구구성의 고령장애인에 비해 부족함을 더 많이 느끼고 있었다. (부족하다 + 매우부족하다 58.2%)

〈표 Ⅱ-50〉 가구구성에 따른 일상생활 지원 충분도

(단위: %)

구분		전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
총계		100.0	100.0	100.0	100.0
일상생활 지원 충분도[1]	매우 충분하다	2.6	3.6	1.6	3.5
	충분하다	48.8	38.2	54.9	47.3
	부족하다	42.5	51.7	37.9	42.8
	매우 부족하다	6.1	6.5	5.6	6.5

주: 1) 일상생활을 지원해주는 사람이 있다고 응답한 사람(전체 고령장애인의 40.3%)만을 대상으로 함
출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

1인 가구 고령장애인이 일상생활 지원이 부족한 이유로는 주로 '활동지원사(요양보호사 등)가 지원하는 시간이 부족하여'(34.3%), '가족이 도와주는 데에 한계가 있어서(가족의 사정)'을 꼽았다. '활동지원사(요양보호사 등)의 업무가 아니어서 서비스를 받지 못하여' 또한 다른 가구구성에 비해 더 많은 선택을 받았다.

모든 가구원이 고령인 가구와 비고령 포함 가구의 고령장애인의 경우 둘 다 '가족이 도와주는 데에 한계가 있어서(가족의 사정)'가 각각 62.9%, 62.1%로 선택되어, 가장 주요한 이유로 선정되었다.

〈표 Ⅱ-51〉 가구구성에 따른 일상생활 지원이 부족한 이유

(단위: %)

구분		전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
부족한 이유[1)]	심한 장애 (중증장애)로	21.5	20.3	22.5	21.3
	가족이 도와주는 데에 한계가 있어서 (가족의 사정)	54.8	33.9	62.9	62.1
	활동지원사(요양보호사 등)가 지원하는 시간이 부족하여	15.3	34.3	6.0	11.2
	활동지원사(요양보호사 등)의 업무가 아니어서 서비스를 받지 못하여	3.0	5.3	1.9	2.5
	응급상황에 대비하기 위해서	1.4	1.6	1.5	1.0
	외부활동(자립생활 등)을 위해서	2.1	3.0	2.3	1.1
	기타	1.9	1.7	2.8	0.8

주: 1) 일상생활 지원이 부족하다고 응답한 사람(전체 고령장애인의 19.6%)만을 대상으로 함
출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

(3) 가구구성에 따른 고령장애인의 복지사업·서비스 이용 및 욕구

고령장애인의 장애인 복지사업은 주로 1인 가구 고령장애인의 이용율이 높게 확인되었다. 장애인연금(12.1%), 장애수당(19.0%), 장애인의료비 지원(12.5%)로 소득 및 비용지원 부분에서 다른 가구구성 고령장애인에 비해 이용 비율이 높게 나타났다.

뿐만 아니라 1인 가구 고령장애인의 장애인 활동지원서비스(4.7%), 장애인 생활도우미(3.4%), 노인장기요양보험(19.1%) 이용 비율이 다른 가구구성 고령장애인에 비해 높게 나타나 일상생활 지원을 위해 복지서비스를 비교적 적극적으로 이용하고 있었다. 하지만 승용자동차 관련 세금공제(3.1%), 장애인자동차 표지발급

(4.9%) 이용 비율의 경우 다른 가구구성의 고령장애인의 절반 이하 수준으로 나타났다.

〈표 Ⅱ-52〉 가구구성에 따른 서비스 이용 여부

(단위: %)

구분		전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
장애인 복지사업 이용여부	장애인연금	10.8	12.1	9.7	11.0
	경증장애수당	10.7	19.0	5.1	8.5
	장애인의료비	9.2	12.5	7.1	8.2
	장애 등록진단비	1.2	1.0	1.3	1.5
	장애 검사비	2.0	2.1	1.9	2.1
	장애인 보조기기 무료교부	13.7	14.6	12.8	14.2
	장애인 보조기기 건강보험급여	17.4	19.1	14.8	19.4
	장애인 활동지원서비스	3.2	4.7	2.5	2.5
	장애인 생활도우미	2.0	3.4	1.4	1.1
	여성장애인 가사도우미	0.6	0.9	0.3	0.6
	발달장애인 활동서비스	0.2	0.1	0.3	0.0
	승용자동차 관련 세금공제	8.2	3.1	11.4	9.7
	세금공제 및 면제	15.4	14.1	15.3	17.6
	교통관련 요금감면할인	53.8	53.3	54.2	53.6
	통신관련 요금감면할인	70.8	72.5	71.1	67.7
	공공시설 요금감면할인	40.0	37.8	42.9	38.0
	장애인 일자리지원	0.6	0.6	0.8	0.2
	장애인 근로자 자동차구입자금대여	0.8	0.1	1.0	1.2
	장애인자동차 표지발급	9.6	4.9	12.4	11.4
	주택관련 분양알선	0.1	0.3	0.0	0.2
	노인장기요양보험	12.9	19.1	8.3	12.4

출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

사회 및 국가에 대한 요구사항 1순위는 모든 가구구성의 고령장애인이 소득보장(전체 46.7%)을 꼽았다. 특히 1인 가구 고령장애인의 경우 50.0%가 소득보장을 요구사항 1순위로 선택해, 소득보장에 대한 욕구가 다른 가구구성의 고령장애인보다 더욱 높은 것으로 나타났다. 그에 비해 1인가구 고령장애인의 29.6%가 의료보장을 1순위로 꼽아 전체 고령장애인(32.7%)과 비교했을 때 다소 낮게 나타났다.

비고령 포함 가구의 고령장애인의 경우 34.5%가 의료보장을 1순위로 선택했으며, 다른 가구구성의 고령장애인에 비해 고용보장(1.8%), 이동권보장(2.5%), 장애인건강관리(3.3%), 의사소통정보접근(0.6%)에 대한 욕구가 작은 차이이지만 비교적 높게 나타났다.

〈표 Ⅱ-53〉 가구구성에 따른 서비스 사회 및 국가에 대한 요구사항(1순위)

(단위: %)

구분		전체	1인가구	고령장애인 가구의 가구원	
				모두 고령	비고령 포함
총계		100.0	100.0	100.0	100.0
사회 및 국가에 대한 요구사항 (1순위)	소득보장	46.7	50.0	45.6	43.8
	의료보장	32.7	29.6	34.2	34.5
	고용보장	1.5	1.4	1.4	1.8
	주거보장	7.2	9.7	5.1	7.4
	이동권보장	2.0	2.0	1.7	2.5
	보육교육	0.2	0.1	0.2	0.2
	문화여가체육활동	1.1	0.6	1.5	1.2
	장애인인권	1.1	0.9	1.3	1.1
	장애인인식개선	1.4	0.6	1.8	1.7
	장애인건강관리	2.8	2.1	3.1	3.3
	의사소통정보접근	0.4	0.1	0.5	0.6
	재난안전관리	0.2	0.2	0.2	0.1
	기타	0.3	0.1	0.5	0.4
	없음	2.4	2.7	2.9	1.4

출처: 보건복지부(2020) 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터 분석

4) 소결

(1) 고령장애인 개인 현황 및 특성

2023년 기준, 65세 이상 등록장애인은 1,425,095명으로 전체 등록장애인의 53.9%를 차지하고 있다. 2022년 65세 이상 장애인의 빈곤율은 47.6%로 비장애인보다 10%p 높게 나타났으며, 소득보장제도를 1개 이상 이용하고 있는 비율은 장애노인이 90.1%, 비장애노인 85.9%로 장애노인의 이용 비율이 다소 높았다. 국민기초생활보장제도 생계급여 수급률은 고령 장애인이 10.66%, 비장애노인이

4.78%로 2배 이상 큰 차이를 보였다. 노령연금의 경우 비장애 노인의 이용률이 44.3%로 장애노인 38.7%보다 더 높게 나타나 비장애 노인의 국민연금 보장률이 더 높은 것을 확인할 수 있었다.

65세 이상 장애인의 경제활동참가율은 22.6%로 전체 노인(39.6%)의 절반 수준이었다. 현재 일하고 있는 장애노인의 평균 월 소득은 79.1만 원으로 비장애노인(144.9만 원)보다 낮게 나타났다. 고령장애인 취업자의 65.4%는 정부지원일자리에 참여하는 것으로 나타나, 비장애노인(40.9%)에 비해 상당히 높은 수준이었다. 특히 2024년 3분기 장애인일자리 참여 현황에서 65세 이상의 참여 비율은 34.2%로 연령대 중 가장 높게 나타났으며, 그중 복지형 일자리(47.6%)의 참여가 가장 높았다.

65세 이상 장애노인의 ADL 완전자립률은 76.9%로 비장애노인(95.7%)에 비해 낮은 비율을 차지했으며, 일상생활 도움이 필요하지만 도움을 받지 못하는 비율은 31.0%로 비장애노인(51.5%)보다 낮게 나타났다. 장애노인은 주로 동거가족원(58.6%)이나 장기요양서비스(28.4%)를 통해 도움을 받고 있었다.

자신의 건강 상태를 "나쁘다"고 평가한 비율은 장애노인 55.7%, 비장애노인 17.1%로 38.6%p 차이를 보였다. 만성질환 평균 개수는 장애노인 2.94개, 비장애노인 1.80개로 장애노인이 더 많았다. 장애노인의 지난 1년간 미충족 진료경험은 병·의원 6.0%, 치과진료 9.3%로 비장애노인에 비해 2-3배 높은 수준이었다(병·의원 2.4%, 치과진료 3.3%). 장애노인의 미충족 진료경험의 주된 이유는 경제적 어려움이 60.0%로 절반이상을 차지했다. 비장애 노인의 경우 경제적 어려움(39.6%) 외에도 증상이 가벼워서(26.9%)가 주된 이유로 확인 된 것과 구분되는 결과이다.

(2) 고령장애인 가구 현황 및 특성

2020년 장애인 실태조사에 따르면, 65세 이상 고령장애인(1,299,106명)의 평균 연령은 75.9세, 가구원 수는 평균 2.0명으로 나타났다. 가구구성은 크게 1인 가구, 모두 고령 가구, 비고령 포함 가구로 구분하여 분석했으며, 각각 34.0%, 42.2%, 23.8%를 차지했다.

세부적으로 보면, 고령장애인과 배우자로 구성된 2인 가구가 40.8%로 가장 많았으며, 고령장애인과 자녀만 동거하는 경우 평균 연령이 80.1세로 가장 높았다. 성별로는 1인 가구를 제외한 대부분의 가구에서 남성 비율이 더 높았다.

고령장애인의 장애정도는 경증 장애가 74.3%로 대다수를 차지하며, 장애유형은 지체장애(48.7%)가 가장 많았다. 비고령 가구원 포함 가구는 심한 장애 비율(29.7%)과 지적·정신장애 비율이 상대적으로 높게 나타났다.

전체 고령장애인의 23.5%는 기초생활수급자로 나타났으며, 1인 가구 고령장애인의 수급자 비율(40.7%)이 가장 높았다. 비고령 가구원 포함 가구는 근로소득 비중이 높아 월평균 가구소득이 275.2만 원으로 다른 가구보다 높았다.

고령장애인의 63.5%가 장애로 인한 추가비용을 지출하며, 월 평균 13.2만 원을 사용했다. 모두 고령 가구는 의료비와 보조기기 비용 지출이 많았고, 비고령 가구원 포함 가구는 보호·간병비 지출이 두드러졌다.

비고령 가구원 포함 가구는 일상생활 지원 필요도가 가장 높았으며, 1인 가구 고령장애인은 가장 낮았다. 일상생활시 도움이 필요하다고 응답한 고령장애인 중 지원자가 있는 비율은 전체 고령장애인의 71.8%였으나, 1인 가구는 49.3%로 지원 공백이 큰 것으로 나타났다. 지원자는 주로 배우자(49.1%)와 자녀(22.5%)였으며, 1인 가구는 요양보호사(44.9%) 비율이 높았다.

일상생활 지원 서비스 이용은 1인 가구 고령장애인이 67.9%로 가장 많았으며, 모두 고령가구원으로 구성된 가구는 15.8%로 가장 낮았다. 비고령 가구원 포함 가구는 월 137.4시간의 지원이 필요하지만 실제 이용시간에 비해 약 32시간 부족했다. 1인 가구 고령장애인은 지원 부족을 가장 많이 느꼈으며, 주요 이유는 활동지원사의 지원 부족과 가족의 한계로 나타났다.

1인 가구 고령장애인의 복지사업 이용 비율이 가장 높은 것으로 나타났다. 장애인연금(12.1%), 장애수당(19.0%), 노인장기요양보험(19.1%) 등 소득·비용지원 및 돌봄서비스를 적극적으로 이용하고 있었다.

(3) 주요 영역별 장애여부에 따른 차이 분석 결과[3)]

65세 이상 고령장애인은 비장애노인과 비교하여 경제적 취약성과 돌봄 및 건강의 지원공백을 경험하고 있으며, 가구구성에 따라 추가적인 제한을 겪는 것으로 나타났다. 고령장애인 개인을 보았을 때, 높은 빈곤율과 낮은 경제활동참가율로 소득이 부족하고, 상대적으로 정부지원 일자리에 대한 의존도가 높다. 건강상태 또한 비장애 노인에 비해 열악하여, 더 많은 만성질환과 높은 우울감, 나쁜 건강행태를

3) 2020 노인실태조사(보건복지부, 2020)를 재분석 결과임

보이며 미충족 의료경험 또한 높게 나타난다. 경제적 어려움은 미충족 의료 경험의 주요 원인으로 작용하고 있었다.

가구의 특성을 살펴보면, 1인 가구의 비율이 높은데, 동거/비동거 가족에 대한 일상생활 지원을 받기 어려워 요양보호사의 지원에 의존하는 경우가 많은 것으로 나타났다. 하지만 돌봄인력의 지원시간이 충분하지 않아 일상생활에 충분한 지원을 받지 못하는 것이 확인되었다. 비고령 가구원과 함께 거주하고 있는 고령장애인의 경우 가구원의 근로소득으로 인해 경제적 수준이 비교적 안정적으로 나타났지만, 간병비 지출의 부담이 상대적으로 큰 것으로 나타났다.

Ⅲ 우리나라 고령장애인 장애인·노인복지정책 분석

1. 분석틀

본 절의 목적은 고령장애인이 장애인 및 노인복지정책의 이용에 제한이 없는지를 정책대상자 포괄성 측면에서 분석하는 것이다. 즉 장애인 및 노인복지정책들이 고령장애인을 포괄하고 있는지를 두 측면에서 분석하고자 하였다. 첫째, 정책대상자 선정 기준의 고령장애인 포함 여부이다. 이는 장애인 및 노인 정책의 대상자 선정 기준에 고령장애인이 포함되는지를 검토하는 것이다. 둘째, 장애인 및 노인정책에 대한 고령장애인의 실제 이용률이다. 정책 대상자로서 고령장애인을 포함하고 있으나, 서비스 내용, 사회환경 등에 따라 실제 서비스를 이용하지 못하는 경우가 있기 때문이다. 이에 2차 자료 분석을 통해 실제 65세 이상 장애인이 이용하고 있는지를 파악하였다.

〈표 Ⅲ-1〉 정책 분석틀 및 내용

분석틀	분석내용
정책 대상자 포괄성 측면	- 정책 대상자 선정 기준의 고령장애인 포함 여부 • 정책 대상자 선정 기준에 고령장애인이 포함되는가? - 정책의 실제 이용 가능성 • 정책상 이용 가능하더라도 실제로 65세 이상 장애인 이용이 가능한가?

앞서 제시한 장애인 및 노인복지정책의 고령장애인 포괄성을 분석하기 위해 다음과 같은 자료들을 활용하였으며, 주요 분석과정은 다음과 같다.

첫째, 장애인 및 노인복지정책은 2024 장애인복지사업안내 및 2024 노인보건복지사업안내 자료를 기준으로 소득보장, 일자리, 돌봄, 거주, 건강, 일상생활, 기타 등 총 7개 정책 영역별로 분류하였다. 특히 두 사업안내에 포함되어 있지는 않으나 공통적으로 이용 가능한 대표적인 사업들로서 국민기초생활보장제도, 고용노동부 사업, 바우처(사회서비스) 사업 등도 포함하였다.

둘째, 7개 정책 영역별로 분류된 세부 정책들의 정책대상자 선정 기준이 고령장애인을 포함하는지를 분석하였다. 이는 2024 장애인복지사업안내 및 2024 노인보건복지사업안내 자료에 제시된 정책대상자 선정 기준을 참고하였다.

셋째, 2차 자료 등을 통해 각각 정책별로 고령장애인이 실제로 이용하고 있는지

를 분석하였다. 65세 이상 고령장애인의 정책 이용률 파악에 사용한 2차자료는 한국사회보장정보원 기초생활보장 등록장애인 현황 데이터, 2020 장애인실태조사, 2020 노인실태조사, 2022 장애인삶패널조사, 2023 한국복지패널조사 데이터이다. 자료가 부재할 경우에는 '자료 없음'으로 제시하고, 평균은 이를 제외하고 작성하였다.

〈표 Ⅲ-2〉 분석대상: 장애인 및 노인복지정책

분야	장애인복지정책	노인복지정책
소득보장	장애인연금, 장애수당, 장애아동수당	기초연금
	공통: 국민기초생활보장	
일자리	장애인일자리지원, 장애인고용서비스, 장애인직업재활시설운영, 장애인직업재활훈련수당, 보조공학기기지원, 장애인창업육성, 중증장애인직업재활지원, 중증장애인직업재활수당, 장애인표준사업장설립지원, 장애인고용시설장비융자, 장애인생산품판매시설운영, 장애인창업점포지원사업, 장애인취업성공패키지, 장애인기업종합지원센터	노인일자리활동지원사업, 국민취업지원제도
돌봄	장애인활동지원, 어린이집우선입소지원, 장애아보육료지원, 장애아동양육수당, 발달장애인긴급돌봄, 장애아가족양육지원, 여성장애인가사도우미파견, 최중증발달장애인통합돌봄서비스, 가사간병망문지원사업	노인장기요양보험(방문요양서비스, 방문목욕서비스, 주야간보호서비스), 맞춤형돌봄, 재가노인지원서비스
거주서비스	장애인거주시설, 농어촌장애인주택개조, 실비장애인거주시설입소이용료지원	학대피해노인쉼터, 독거노인공동생활홈, 노인주거복지시설, 노인의료복지시설, 단기보호서비스
	공통: 공동주택 특별분양 알선, 수선유지급여사업	
건강	장애인건강주치의, 발달장애인거점병원, 장애친화산부인과, 지역장애인보건의료센터, 장애친화건강검진, 장애인의료비지원, 장애인의료재활시설, 장애인건강검진, 장애인의료비공제, 장애인보험료공제, 장기요양보험료경감, 장애입양아동의료비지원, 특수교육대상자치료지원, 여성장애인출산비용지원, 청각장애인달팽이관 수술비 지원, 장애인산소치료 요양비 검사면제, 발달장애인부모상담지원, 장애등록검사비지원, 장기요양 보험료 경감	노인의료돌봄통합지원, 방문간호서비스, 노인개안수술비지원사업, 노인무릎인공관절수술지원, 치매관리사업, 치매안심병원및공립요양병원, 노인안검진사업, 중앙·광역치매안심센터운영, 저시력예방교육상담재활,
	공통: 지역사회중심재활사업, 건강보험지역가입자보험료경감, 전국민마음투자사업	

분야	장애인복지정책	노인복지정책
일상생활	장애인복지관, 발달장애인주간활동서비스, 발달장애인가족휴식지원, 여성장애인교육지원, 청소년발달장애인방과후활동서비스, 장애인특수교육비소득공제, 언어발달지원, 장애인정보화교육, 국립특수학교및국립부설학교특수학급지원, 장애대학생교육활동지원, 장애학생정보격차해소, 발달재활서비스, 장애인 재활지원센터운영, 주간이용시설, 시·청각 장애인용 TV보급, 중앙장애인편의증진기술센터, 시각장애인편의시설지원센터, 장애인특별운송사업, 시·청각 장애인 TV 수신료 면제, 수어통역센터, 장애인방송시청지원, 장애인체육시설, 장애인재가복지봉사센터, 시각장애인생활지원센터, 장애인자립자금대여, 편의시설시민촉진단, 장애인가족지원센터, 장애인보조기기건강보험, 장애인보조기기교부, 장애인권익옹호기관, 발달장애인공공후견사업(발달장애인공공후견지원, 발달장애인공공후견인심판청구비용지원, 발달장애인공공후견인활동비용지원), 장애인스포츠강좌이용권, 장애인등록진단서발급비지원, 무료법률구조제도, 중증장애인경력경쟁채용시험, 국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험편의, 장애인자동차표지 발급, 국가직 5,7급 공채, 영어 검정 시험 대체, 장애인 운전교육사업, 운전면허취득교육, 장기복무제대군인 자녀 지정취업	노인복지관, 노인교실, 경로당, 장기요양복지용구서비스, 노인보호전문기관, 치매공공후견, 실종노인발생예방및찾기사업, 치매인식개선사업
	공통: 독거노인·장애인 응급안전안심, 고궁 능원 국·공립박물관 미술관 국·공립공원 국·공립공연장 공공체육시설 요금 감면, 특별교통수단운행	
기타	중증장애인근로자 교통비지원	
	공통: 산림복지서비스이용권, 문화누리바우처, 평생교육바우처, 에너지바우처	

2. 분석결과

본 절에서는 정책영역별로 장애인 및 노인복지정책으로 구분하여 정책대상자 선정 기준의 고령장애인 포함여부와 실제 이용률을 제시하였다.

1) 소득보장

(1) 장애인

장애인 소득보장을 위한 제도로는 국민기초생활보장제도, 장애인연금, 장애인수당, 장애아동수당 제도가 있다. 해당 제도들의 고령장애인 이용가능성을 분석한 결과 장애아동수당을 제외한 세 제도에고령장애인의 참여가 가능하였으며, 고령장애인의 평균 이용률은 15.4%로 분석되었다. 각 소득보장 제도의 구체적인 지원 대상 및 지원 내용과 대상자 포괄성을 분석한 결과는 다음 〈표 Ⅲ-3〉과 같다.

〈표 Ⅲ-3〉 장애인 소득보장정책 고령장애인 포괄성 분석

<table>
<tr><th rowspan="2">주요 사업명</th><th rowspan="2">지 원 대 상</th><th rowspan="2">지 원 내 용</th><th colspan="2">정책 대상자 포괄성</th></tr>
<tr><th>고령장애인 포함 여부</th><th>실제 이용률[1)]</th></tr>
<tr><td>국민기초 생활보장</td><td>- 근로능력 여부, 연령 등에 관계없이 국가의 보장을 필요로 하는 급여 종류별 최저보장수준 이하의 모든 가구</td><td>- 생계급여: 기준 중위소득 32%에 해당하는 금액과 가구 소득인정액의 차액을 지급
- 의료급여: 1종, 2종, 교육급여: 입학금, 수업료, 교육활동지원비 지급. 해산 및 장제급여: 출산 시 1인당 70만원, 사망 80만원</td><td>O</td><td>18.4%</td></tr>
<tr><td>장애인 연금</td><td>- 만 18세 이상 장애인연금법상 중증장애인
- 2024년도 선정기준액
단독가구 : 130만원
부부가구 : 208만원</td><td>
<table>
<tr><th colspan="2">구 분</th><th>계</th><th>기초</th><th>부가</th></tr>
<tr><td rowspan="2">기초 (생계·의료급여)</td><td>18~64세</td><td>424,810</td><td>334,810</td><td>90,000</td></tr>
<tr><td>65세 이상</td><td>424,810</td><td></td><td>424,810</td></tr>
<tr><td rowspan="2">주거·교육급여 차상위</td><td>18~64세</td><td>414,810</td><td>334,810</td><td>80,000</td></tr>
<tr><td>65세 이상</td><td>80,000</td><td></td><td>80,000</td></tr>
<tr><td rowspan="2">차상위 초과</td><td>18~64세</td><td>346,810</td><td>334,810</td><td>30,000</td></tr>
<tr><td>65세 이상</td><td>50,000</td><td></td><td>50,000</td></tr>
</table>
</td><td>O</td><td>9.7%
(70.2%)</td></tr>
<tr><td>장애수당</td><td>- 국민기초생활보장법에 의한 수급자 및 차상위 계층의 만 18세 이상</td><td>- 기초(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위 : 1인당 월 6만원
- 보장시설 수급자(생계, 의료) : 1</td><td>O</td><td>18.1%</td></tr>
</table>

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
	등록 장애인 중 장애인연금법상 중증장애인에 해당하지 않는 자(종전 3~6급)	인당 월 3만원		
장애아동수당	- 국민기초생활보장법에 의한 수급자 및 차상위 계층의 만 18세 미만 장애아동	- 기초(생계, 의료) 중증 : 1인당 월 22만원, - 기초(주거, 교육), 차상위 중증 : 1인당 월17만원 - 기초(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위 경증 : 1인당 월 11만원 - 보장시설(생계, 의료) 중증 : 1인당 월 9만원 - 보장시설(생계, 의료) 경증 : 1인당 월 3만원	X	-

주: 1) 실제 이용률의 산식은 다음과 같음. ①국민기초생활보장: 65세 이상 장애인 중 국민기초생활보장 수급자 수/65세 이상 장애인 수 *100 ②장애인연금: 65세 이상 장애인 중 장애인연금 수급자 수 /65세 이상 장애인 수 *100 (괄호: 65세 이상 장애인 연금 수급자 수 / 65세 이상 중증장애인 수 *100) ③장애수당: 65세 이상 장애인 중 장애수당 수급자 수/65세 이상 장애인 수 *100

출처: 한국사회보장정보원, 기초생활보장 등록장애인 현황, 장애정도별 기초생활수급자수(2023), 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당 수급자 유형별 현황, 장애인연금 수급자 현황(2023)

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률[1]
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
3	0	1	35.6%

주: 장애인연금의 경우, 70.2를 적용함

(2) 노인

노인 소득보장정책의 고령장애인 포괄성을 분석한 내용은 〈표 Ⅲ-4〉와 같다. 국민기초생활보장제도와 기초 노령연금제도 모두 고령장애인를 포함하고 있었으며, 평균 이용률은 46.8%로 나타났다.

〈표 Ⅲ-4〉 노인 소득보장정책 고령장애인 포괄성 분석

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
국민기초 생활보장	- 근로능력 여부, 연령 등에 관계없이 국가의 보장을 필요로 하는 급여 종류별 최저보장수준 이하의 모든 가구 - 부양의무자가 없거나, 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람으로서 소득인정액이 급여종류별 선정기준 이하인 사람	- 생계급여: 기준 중위소득 32%에 해당하는 금액과 가구의 소득인정액과의 차액을 지급 - 의료급여: 1종, 2종으로 구분하여 지급 - 교육급여: 입학금, 수업료, 교육활동지원비 지급 - 해산급여: 출산 시 1인당 70만원 지급 - 장제급여: 사망시 80만원 지급	O	18.4%
기초연금	- 만 65세 이상이고 대한민국 국적을 가지고 국내에 거주하는 어르신 중 가구의 소득인정액이 선정기준액 이하인 자 - 선정기준액: 2,130,000원(단독), 3,408,000원(부부)	- 국민연금 급여액 등에 따른 기초연금액 = 기준연금액의 250% - 국민연금 급여액(국민연금법 및 국민연금 연계에 관한 법률에 따라 지급 받는 급여)	O	75.2%

주: 1) 이용률의 산식은 다음과 같음. ①국민기초생활보장: 65세 이상 장애인 중 국민기초생활보장 수급자 수/65세 이상 장애인 수 *100 ②기초연금: 65세 이상 장애인 중 기초연금 수급자 수/65세 이상 장애인 수*100

출처: 한국사회보장정보원, 기초생활보장 등록장애인 현황, 장애정도별 기초생활수급자수(2023), 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당 수급자 유형별 현황, 장애인연금 수급자 현황(2023)

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
2	0	0	46.8%

2) 일자리

(1) 장애인

장애인 일자리정책의 고령장애인 포괄성을 분석한 결과 총 14개의 정책 중 고령장애인이 참여 가능한 정책은 14개(장애인일자리지원, 장애인고용서비스, 장애인직업재활시설, 장애인직업능력개발운영, 보조공학기기지원, 장애인창업육성, 중증장애인직업재활지원, 중증장애인직업재활훈련수당, 장애인표준사업장설립지원, 장애인고용시설장비융자지원, 장애인생산품판매시설운영지원, 장애인창업점포지원사업, 장애인취업성공패키지, 장애인기업종합지원센터)로 분석되었다. 이 중 2차 자료를 통해 이용률 파악이 가능한 5개 제도의 고령장애인 평균 이용률은 1.52%로 낮은 수준이었다. 각 제도의 구체적인 지원 대상 및 내용과 고령장애인 이용가능성을 분석한 내용은 다음 〈표 Ⅲ-5〉와 같다.

〈표 Ⅲ-5〉 장애인 일자리정책 고령장애인 포괄성 분석

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
장애인 일자리 지원[2]	- 만 18세 이상 등록장애인 (단, 시각장애인안마사 파견사업의 경우 시각장애인 중 관련법에 의거 안마사 자격 인증을 받은 자)	- 일반형: 주 5일 40시간, 주 20시간 - 복지일자리: 월 56시간 - 안마사 파견: 주5일 25시간 - 발달장애인 요양보호사보조: 주5일 25시간	O	0.6%
장애인 고용 서비스	- 등록장애인	- 장애인 취업지원서비스 제공 - 취업지원프로그램, 장애인 직업훈련 실시 및 훈련비 지원, 보조공학기기 및 근로지원인 서비스 지원 - 중증장애인 고용지원: 장애인 훈련준비금 및 훈련수당 지급, 재해보험가입 훈련보조금 지급, 훈련기간 동안 직무지도원 배치	O	확인 불가
장애인 직업재활 시설	- 등록장애인	- 일반사업장 취업이 어려운 저소득 중증 장애인에게 자신의 능력과 적성에 맞는 직업생활을 할	O	0.6%

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
운영[2]		수 있도록 보호 고용 실시		
장애인 직업능력 개발운영 (훈련 수당)[3]	- 만 15세 이상 장애인 중 직업능력개발 훈련을 희망하거나 필요로 하는 자 - 훈련수당지급 대상 : 정규훈련 또는 1개월 이상의 맞춤훈련 과정 훈련생 - 한국장애인고용공단에서 지원하는 공공민간훈련기관 훈련생	- 직업능력개발원, 맞춤훈련센터(8개소), 발달장애인 훈련센터(19개소) - 훈련수당: 훈련참여수당+훈련장려금(교통비, 식비) - 훈련참여수당: 월 최대 20만 원 - 교통비: 월 최대 5만 원 - 식비: 월 최대 6만 6천원	O	0.6%
보조공학 기기 지원	- 장애인을 고용한 사업주 또는 고용하려는 사업주, 국가 및 지방자치단체의 장, 상시근로자 4인 이하의 장애인사업주로서 장애인을 고용하였거나 고용하려는 사업주, 장애인근로자, 장애인 공무원	- 장애인의 직업생활에 필요한 작업보조공학기기 또는 장비를 지원(42개 품목 359제품) - 장애인 1인당 1,500만 원(중증 2,000만 원) 한도 지원〈무상지원, 고용유지조건 통합〉	O	확인 불가
장애인 창업 육성	- 장애인 예비 창업자 및 업종전환자 • 장애인 맞춤형 창업교육 : 창업의지가 높은 장애인 • 장애인 창업사업화 지원 : 사업성 평가 • 장애인창업아이템 경진대회 : 아이템 사업화 등 평가 • 발달장애인 가족창업 특화사업장 구축 : 지역선정위원회를 통한 평가	- 장애인 창업교육, 멘토링 - 장애인 창업아이템 경진대회: 성적 우수자 시상 - 창업사업화 자금 지원 : 65명(1인당 최대 20백만원 한도) - 발달장애인 가족창업 특화사업장 구축: 2개소	O	확인 불가
중증 장애인 직업재활 지원[2]	- 만 15세 이상 등록장애인, 특수교육대상자 (장애등록 외국인 포함, 수행기관지원)	- 장애인이 취업을 통하여 안정된 생활을 할 수 있도록 직업상담, 직업평가, 직업 적응훈련, 현장중심직업훈련, 취업알선, 취업 후 지도 등 취업과 관련된 종합적인 서비스 제공	O	0.6%

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
중증 장애인 직업재활 수당	- 만 15세 이상 미취업 등록장애인, 특수교육대상자	- 직업적응훈련: 일상생활훈련, 사회적응훈련, 작업환경적응 직업능력 향상 훈련 및 현장중심직업훈련 - 직업재활센터 (장애인복지관), 직업재활 시설 및 현장중심직업재활센터 - 훈련수당: 월10만원	O	확인 불가
장애인 표준 사업장 설립지원	- 사업주 : 장애인표준사업장을 설립 운영하고자 하는 사업주	- 지원대상자로 선정된 사업주에게 실투자액 75% 지원 - 지원한도 : 10억원 이내 - 지원조건 : 장애인 표준사업장 기준과 지원에 따른 신규장애인 고용의무 7년간 준수	O	확인 불가
장애인 고용 시설 장비 융자·지원	- 장애인을 고용하여 사업을 운영하고 있거나 장애인을 고용하여 사업을 운영하고자 하는 모든 사업주 - 선정기준: 신청서 접수 후 지사별 (융자)심사위원회 심사 또는 기술위원 검토를 통해 융자지원사업주 결정 • 장애인고용계획 타당성, 투자계획의 타당성 등 심사	- 시설장비융자 지원 • 지원한도 : 15억원 이내 • 지원조건 : 3년 거치 5년 균등분할상환, 대출금리 1%, 융자금 1억원 당 장애인 1명을 융자기간 (8년) 동안 고용 - 시설장비지원 • 지원한도 : 3억원 이내 • 지원조건 : 무상지원금 1천만원 당 장애인 1명을 2년간 고용	O	확인 불가
장애인 생산품 판매시설 운영 지원	- 장애인 직업재활시설 등에서 물품을 생산하는 장애인	- 장애인들이 생산한 물품의 판로 확보로 장애인 취업 확대 및 소득 보장	O	확인 불가
장애인 창업점포 지원사업	- 장애인 예비 창업자 및 업종전환자 (사업성 평가 후 대상자 선정, 장애등록 외국인)	- 장애인 창업시 임대보증금을 5년 이내, 1억 3천만원 한도 대여	O	확인 불가
장애인 취업성공 패키지[3]	- 1유형 : 취업을 희망하는 만 18세 이상 구직 장애인	- 장애인에게 성공적인 취업과 직업적응을 지원하기 위해 단계별로 전문적인 서비스를 제공하는	△ (69세 까지	5.2%

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
	- 2유형 : 중위소득 60% 이하의 취업을 희망하는 만 18세 이상 구직 장애인 ※ 단, 만 69세 초과할 경우 상담 및 평가를 통해 참여여부 판단	통합 취업지원프로그램	참여)	
장애인 기업 종합지원 센터 운영	- 3년 미만 장애인기업, 창업 3년 미만 장애인 기업 및 장애인 예비창업자 대상	- 창업 공간, 정책정보 제공 등 경영활동 지원을 통한 창업기업 성장기반 조성	O	확인 불가

주: 1) 이용률의 산식은 다음과 같음. ①장애인일자리지원: 2020 장애인 실태조사 자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 장애인일자리지원 경험자 비율 ②장애인직업재활시설운영: 2020 장애인 실태조사 자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 장애인직접재활시설 경험자 비율 ③장애인직업능력훈련수당: 2022 장애인삶 패널조사 자료 65세 이상 장애인 134,930명 중 장애인직업능력훈련수당 경험자 비율 ④중증장애인직업재활지원: 2020 장애인 실태조사 자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 중증장애인직접재활시설 경험자 비율 ⑤장애인취업성공패키지: 2022 장애인삶 패널조사 자료65세 이상 장애인 134,930명 중 장애인취업성공패키지 수급자 비율

출처: 2) 보건복지부·한국보건사회연구원, 2020년 장애인 실태조사

3) 한국장애인개발원, 2022 장애인삶 패널조사

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
13	1	0	1.52%

(2) 노인

노인 일자리정책의 고령장애인 포괄성을 분석한 결과 노인일자리 및 사회활동 지원사업에 고령장애인의 참여가 가능했으며, 그 이용률은 11.6%로 나타났다. 한편 국민취업지원제도는 69세까지 부분참여가 가능하였다. 노인일자리 및 사회활동 지원사업의 지원 대상 및 내용과 국민취업지원제도의 고령 장애인 참여 가능 여부를 분석한 결과는 다음 〈표 Ⅲ-6〉과 같다.

〈표 Ⅲ-6〉 노인 일자리정책 고령장애인 포괄성 분석

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
노인 일자리 및 사회활동 지원사업[2]	- 공익활동: 만 65세 이상 기초연금 수급자 - 사회서비스형: 만 65세 이상 - 시장형/고령화친화기업; 만 60세 이상 사업특성 적합자 - 취업알선형: 만 60세 이상 - 시니어인턴십: 만 60세 이상 교육 이수자 - 고령자친화기업: 만 60세 이상	- 공공형 공익활동, 사회서비스형, 사회서비스형선도모델, 민간형(시장형사업단, 취업알선형, 시니어인턴십, 고령자 친화기업)	O	11.6%
국민취업 지원제도	- 1유형: 중위소득 60% 이하 재산 5억원 이하 15세~69세, 중위소득 120% 이하 재산 5억원 이하 15~34세 - 2유형: 15세~69세(소득, 재산 무관), 중위소득 100% 이하 35~69세	- 취업지원서비스: 취업의욕 고취를 위한 각종 심리, 취업, 진로상담/직업능력개발을 위한 직업훈련 등/취업장애요인 해소를 위한 각종 고용 복지 연계 프로그램 - 생계지원: 구직촉진수단, 조기취업성공수당 등	△ (69세까지 참여)	확인 불가

주: 1) 이용률의 산식은 다음과 같음. ①노인일자리 및 사회활동 지원사업: 2020년도 노인실태조사: 65세 이상 장애인 355,708명 중 노인일자리 및 사회활동 지원사업 경험자 비율
출처: 2) 보건복지부·한국보건사회연구원, 2020년도 노인실태조사

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
1	1	0	11.6%

3) 돌봄

(1) 장애인

장애인 돌봄정책의 고령장애인 포괄성을 분석한 결과는 다음 〈표 Ⅲ-7〉과 같다. 총 9개의 정책 중 고령장애인이 참여 가능한 정책은 4개(장애인활동지원, 장애아가족양육 지원여성장애인가사도우미파견, 가사간병방문지원사업)였으며, 이 중 자료를 통해 고령장애인 이용률 파악이 가능한 4개 정책의 고령장애인 평균 이용률은 2.9%로 낮은 수준이었다.

〈표 Ⅲ-7〉 장애인 돌봄정책 고령장애인 포괄성 분석

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
장애인 활동 지원[3]	- 만 6세 이상 65세 미만 장애인복지법상 등록장애인 중 서비스 지원 종합조사 결과 산출된 종합점수에 따라 활동지원급여 수급자격을 인정받은 자 ※ 노인성질환이 있는 65세 미만의 등록장애인도 활동급여 신청 가능	- 활동지원급여(1~15구간): 월 971천원~7,754천원 - 특별지원급여 • 출산: 월 1,294천원 • 자립준비: 월 325천원 • 보호자 일시부재: 월 325천원 ※ 노인장기요양 전환자 서비스 감소분 지원 중	O	4.2%
어린이집 우선입소 지원	- 장애의 정도가 심한 장애인	- 장애의 정도가 심한 장애인의 자녀 또는 형제자매에 대한 어린이집 우선입소 지원	X	-
장애아 보육료 지원	- 장애인복지카드를 소지한 만12세 이하의 미취학장애아동 - 장애소견이 있는 의사 진단서 또는 특수교육대상자 진단·평가 결과 통지서 제출자	- 장애아보육료: 인건비지원시설 587,000원 - 장애아 방과후보육료: 12세 이하 등록장애인 또는 8세 이하 특수교육대상 취약아동 298.000원	X	-
장애아동 양육수당	- 어린이집·유치원, 종일제 아이돌봄서비스 등을 이용하지 않는 가정양육 영유아	- 100,000 ~ 200,000 원	X	-

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
발달 장애인 긴급돌봄	- 발달장애인 보호자 - 장애인 유형: 장애인복지법에 근거한 지적, 자폐성 장애인 (장애등록 외국인 포함)	- 발달장애인 보호자의 치료, 입원, 경조사, 신체적, 심리적 소진 등 긴급상황 시 일시적 돌봄서비스 제공 - 1회 최대 7일, 1년 최대 30일 - 이용료 15천원, 식비 15천원 - 국민기초생활수급자, 차상위자는 이용료 없이 식비만 지불	X	확인 불가
장애아 가족 양육 지원[3]	- 만 18세 미만 장애정도가 심한 아동을 양육하는 가정 - 소득기준: 기준중위소득 120 % 이하는 무료, 초과시 본인부담금 40% - 휴식지원 프로그램은 소득 기준 상관 없이 18세 미만 모든 장애아 가족에게 지원	- 돌봄서비스 (아동 1인당 연 1,080시간 범위내 지원) - 휴식지원 프로그램(문화·교육프로그램, 상담서비스, 생활지도, 자조모임 결성 등 지원)	O	0.6%
여성장애인 가사도우미 파견[2]	- 저소득 가정의 등록 여성장애인	- 여성 장애인의 임신·출산·육아 및 가사 활동 지원을 위한 가사도우미 파견, 산후조리, 자녀양육, 가사활동 지원	O	0.6%
최중증 발달장애인 통합돌봄 서비스	- 18세 이상 65세 미만 장애인복지법상 등록된 지적, 자폐성 장애인	- 24시간 개별 1:1 지원 - 주간 개별 1:1 지원 - 주간 그룹 1:1 지원	X	-
가사·간병 방문지원 사업[3]	- 만 65세 미만의 생계·의료·주거·교육급여수급자, 차상위계층 중 가사·간병 서비스가 필요한자 - 심한 장애인, 6개월 이상 치료를 요하는 중증질환자, 희귀난치성 질환자, 소년소녀가정·조손가정·한부모가정, 만 65세 미만 의료급여수급자 중 장기입원 사례관리 퇴원자	- 한 달에 일정시간 가사 또는 간병 서비스를 이용 할 수 있는 이용원(바우처) 지원 ※ 자격 결정일로부터 1년 지원 (단, 재판정 절차를 통해 1년 단위로 연장가능), ※ 장기입원사례관리자는 6개월 지원(연장불가)	O	6.0%

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1)]

주: 1) 이용률의 산식은 다음과 같음. ①장애인활동지원: 2022 장애인삶 패널조사자료 65세 이상 장애인 134,930명 중 장애인활동지원 경험자 비율 ②장애아가족양육지원: 2022 장애인삶 패널조사자료 65세 이상 장애인 134,930명 중 장애아가족양육지원 경험자 비율 ③여성장애인가사도우미파견: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 여성장애인가사도우미파견 경험자 비율 ④가사간병방문지원사업: 2022 장애인삶 패널조사자료 65세 이상 장애인 134,930명 중 가사간병방문지원사업 경험자 비율

출처: 2) 보건복지부·한국보건사회연구원, 2020년 장애인 실태조사.
3) 한국장애인개발원, 2022 장애인삶 패널조사

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
4	0	5	2.9%

(2) 노인

노인 돌봄정책의 고령장애인 포괄성을 분석한 결과는 다음 〈표 Ⅲ-8〉과 같다. 고령장애인은 총 5개의 돌봄정책(방문요양서비스, 방문목욕서비스, 주야간보호서비스, 맞춤형돌봄, 재가노인지원서비스)에 모두 참여 가능하였고, 그 평균 이용률은 30.7%로 분석되었다.

〈표 Ⅲ-8〉 노인 돌봄정책 고령장애인 포괄성 분석

주요 사업명		지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
				고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
노인장기요양보험	방문요양서비스[2]	- 장기요양급여 수급자(1~5등급), 심신이 허약하거나 장애가 있는 65세 이상의 자로서 가정에서의 보호가 필요한 자 - 방문요양서비스: 노인돌봄서비스, 가사간병도우미, 독거노인생활지도사 등 타 서비스 제공받는 자는 대상에서 제외됨	- 신체활동지원서비스, 가사활동지원서비스 - 개인활동지원서비스(외출시 동행 및 부축 등) - 정서지원서비스(말벗, 격려 및 위로, 생활상담 등)	O	55.6%
	방문목욕서비스[2]		- 목욕준비, 입욕이동보조, 머리말리기, 옷갈아입히기 등	O	32.6%
	주야간보호서비스[2]	- 장기요양급여 수급자(1~5등급 또는 인지지원등급), 심신이 허약하거나 장애가 있는 65세 이상의 자로서 주간 또는 야간 동안의 보호가 필요한 자	- 생활지도 및 일상동작훈련 등 심신의 기능회복을 위한 서비스 - 급식 및 목욕서비스 등 - 이동서비스, 가족 교육 및 상담	O	28.1%
맞춤돌봄[3]		- 65세 이상 ①국민기초생활수급자, ②차상위계층 또는 ③기초연금수급자로서 유사중복사업 자격에 해당되지 않는 자 - 독거·조손·고령부부 가구 노인 등 돌봄이 필요한 노인, 신체적 기능저하, 정신적 어려움 등	- 안전지원: 방문안전지원, 전화안전지원 등, 사회참여: 사회관계향상프로그램, 자조모임 등, 생활교육: 신체건강분야 생활교육 등, 일상생활 지원: 가사지원 등 - 연계서비스, 특화서비스	O	6.3%

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
	으로 돌봄이 필요한 노인, 고독사 및 자살 위험이 높은 노인			
재가노인 지원 서비스	- 재가노인 지원서비스 욕구를 가지고 있는 지역사회노인 - 경제적 취약노인, 신체적, 정신적 어려움이 있는 노인, 사회적 고립상태의 노인, 긴급지원이 필요한 노인 등	- 위기관리 체계구축, 욕구기반 위기관리 서비스 제공, 위기생활관리 및 긴급지원	O	확인 불가

주: 1) 이용률의 산식은 다음과 같음. ①방문요양서비스: 2020노인실태조사자료 65세 이상 장애인 355,708명 중 방문요양서비스 경험자 비율 ②방문목욕서비스: 2020노인실태조사자료 65세 이상 장애인 355,708명 중 방문목욕서비스 경험자 비율 ③주야간보호서비스: 2020노인실태조사자료 65세 이상 장애인 355,708명 중 주야간보호서비스 경험자 비율 ④맞춤형돌봄: 2023년 18차 한국복지패널조사자료 65세 이상 장애인 955명 중 맞춤형돌봄 경험자 비율

출처: 2) 보건복지부·한국보건사회연구원, 2020년도 노인실태조사.

3) 한국보건사회연구원·서울대학교 사회복지연구소, 2023년 18차 한국복지패널조사

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
5	0	0	30.7

4) 거주

(1) 장애인

장애인 거주정책의 고령장애인 포괄성을 분석한 결과 총 5개의 정책에 모두 고령장애인 참여 가능한 것으로 나타났다. 이 중 이용률 파악이 가능한 공동주택특별분양알선 정책의 65세 이상 장애인 이용률은 0.1%이며, 각 정책의 지원대상 및 지원내용과 고령장애인 참여가능성을 정리한 표는 다음 〈표 Ⅲ-9〉와 같다.

〈표 Ⅲ-9〉 장애인 거주정책 고령장애인 포괄성 분석

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
장애인 거주시설 운영	- 입소대상 : 장애인 중 국민기초생활보장수급자, 부양자가 없거나 부양을 받을 수 없는자	- 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정 기간 거주·요양·지원 등의 서비스를 제공	O	확인 불가
공동주택 특별분양 알선[2]	- 무주택세대구성원인 장애인	- 청약저축에 상관없이 공공분양 및 공공임대주택 분양 알선	O	0.1%
농어촌 장애인 주택개조 지원	- 농어촌에 거주하는 등록장애인인 주거약자로서 자가주택 소유자 및 임대주택 거주자	- 농어촌지역 주택개조 지원으로 장애인 주거 안정권 확보 - 편의시설 개선에 소요되는 비용 지원	O	확인 불가
장애인거주시설 입소 이용료지원	- 기준 중위소득 이하인 자면서 실비 장애인거주 시설에 입소한 장애인	- 실비장애인거주시설 입소시 입소비용 중 매월 294천원 지원	O	확인 불가
수선유지 급여사업	- 주거급여 수급자 중 주택 등을 소유하고 거주하는 사람에게 지급	- 노후도 점수에 따라 차등 지급 - 경보수: 457민원, 502만원 - 중보수: 849만원, 934만원 - 대보수: 1,241만원, 1,365만원 ※ 각 일반, 도서지역 급여액	O	확인 불가

주: 1) 이용률의 산식은 다음과 같음. ①공동주택특별분양알선: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 공동주택 특별분양 알선 경험자 비율
출처: 보건복지부·한국보건사회연구원, 2020년 장애인 실태조사.

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
5	0	0	0.1

(2) 노인

노인 거주정책의 고령장애인 포괄성을 분석한 결과 총 7개의 정책에 모두 고령장애인 참여 가능한 것으로 나타났다. 이 중 고령장애인 이용률 파악이 가능한 두 정책(단기보호서비스, 공동주택 특별분양 알선)의 평균 이용률은 3.1%였다.

〈표 Ⅲ-10〉 노인 거주정책 고령장애인 포괄성 분석

주요 사업명		지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
				고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
학대피해 노인 쉼터		- 만65세 이상의 학대피해노인 중 본인이 입소를 희망하거나 동의하는 자 - 고령으로 의사능력이 불완전한 경우 학대행위자가 아닌 보호자 또는 공무원, 후견인이 입소에 동의하는 경우 - 그 외 쉼터의 서비스 제공이 필요한 경우	- 숙식 및 쉼터 생활지원 - 심신 치유 및 학대상황 개선을 위한 지원 - 학대 재발 방지를 위한 지원 - 쉼터에 입소하지 않은 학대피해노인 및 학대행위자를 위한 프로그램 지원 등	O	확인 불가
독거노인 공동생활 홈 서비스		- 소득, 건강, 주거 등이 취약한 65세 이상 독거노인 중 운영기준에 따라 선정된 자	- 개별 공동생활홈의 유형 및 여건에 따라 탄력적인 서비스 운영	O	확인 불가
노인주거복지시설	양로시설, 노인공동생활가정	- 무료대상자: 일상생활에 지장이 없는 65세 이상의 자로서 의료급여, 생계급여 수급자, 적절한부양을 받지못하는 자 - 실비대상자: 일상생활에 지장이 없는 65세 이상의 자, 월평균소득액이 도시근로자 1인당 평균소득액 이하인 자 - 유료 입소대상자: 60세 이상	- 급식과 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공 - 가정과 같은 주거여건과 급식, 그 밖에 일상생활에 필요한 편의를 제공	O	확인 불가
	노인복지주택	- 단독취사 등 독립된 주거생활을 하는데 지장이 없는 60세 이상의 노인	- 노인에게 주거시설을 분양 또는 임대하여 주거의 편의, 생활지도, 상담 및 안전관리 등 일상생활에 필요한 편의 제공	O	확인 불가

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
노인의료복지시설	- 노인장기요양보험 시설 급여 대상자, 학대피해노인, 기초수급자나 긴급조치 대상자,	- 심신의 상당한 장애로 요양이 필요한 65세 이상 노인이 입소하여 급식, 요양, 그 밖의 일상생활에 필요한 편의 제공	O	확인 불가
단기보호서비스[2]	- 장기요양급여 수급자(1~5등급), 심신이 허약하거나 장애가 있는 65세 이상의 자로서 월 1일 이상 9일 이하 단기간의 보호가 필요한 자	- 신체활동지원, 기능 회복 훈련, 그 밖의 일상생활에 필요한 편의를 제공하는 서비스 - 그 밖에 노인요양시설 또는 노인요양공동생활가정의 사업에 준하는 서비스	O	6.0%
공동주택 특별분양 알선[3]	- 65세 이상의 직계존속을 3년 이상 계속하여 부양하고 있는 사람 중 세대 월평균 소득이 120% 이하이고 무주택세대 구성원인 자	- 국민주택, 민영주택, 공공분양주택, 분양전환공공임대주택 특별공급	O	0.1%
수선유지 급여사업	- 주거급여 수급자 중 주택 등을 소유하고 거주하는 사람에게 지급	- 노후도 점수에 따라 차등 지급	O	확인 불가

주: 1) 이용률의 산식은 다음과 같음. ①단기보호서비스: 2020노인실태조사자료 65세 이상 장애인 355,708명 중 단기보호서비스 경험자 비율 ②공동주택특별분양알선: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 공동주택 특별분양 알선 경험자 비율

출처: 2) 보건복지부·한국보건사회연구원, 2020년도 노인실태조사.

3) 보건복지부·한국보건사회연구원, 2020년 장애인 실태조사.

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
7	0	0	3.1%

5) 건강

(1) 장애인

장애인 건강정책의 고령장애인 포괄성을 분석한 결과 22개의 정책 중 18개의 정책에 고령장애인 참여가 가능한 것으로 나타났다. 이중 실제 이용률 파악이 가능한 4개 정책의 평균 고령장애인 이용률은 26.8%로 분석되었다.

〈표 Ⅲ-11〉 장애인 건강정책 고령장애인 포괄성 분석

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함여부	실제 이용률[1]
장애인 건강 주치의	- 장애인건강권법 제16조 및 동 법률 시행령 제5조에 따른 중증장애인으로 만성질환 또는 장애에 대한 건강관리가 필요한 자	- 포괄평가 및 계획수립, 교육 및 상담, 환자관리, 방문서비스, 맞춤형검진바우처제공, 협력기관간 진료의뢰 회송 시범사업 활용	O	확인 불가
발달 장애인 거점병원	- 보건복지부장관이 발달장애인 거점병원, 행동발달증진센터로 지정한 의료기관 - 이용자: 발달장애인 당사자 또는 보호자 등	- 인건비, 사업비, 연구비 등 사업비 지원(민간경상보조 방식, 국비 100%) - 이용자: 진료 요청시 행동 문제치료 수혜	O	확인 불가
장애친화 산부인과	- 여성장애인	- 진료, 교육, 연구, 장애인 건강보건관리 사업과의 연계	O	확인 불가
지역 장애인 보건의료 센터	- 법적 등록장애인 혹은 예비장애인(손상이나 질병 발생 후 완전한 회복이 어려워 일정기간 내 장애가 발생할 것으로 보이는 자)	- 지역내 의료기관의 장애인 건강보건관리사업 연계 및 보건소 지역사회중심재활사업 지원, 장애인 자조모임, 건강리더, 자원봉사자 양성 등	O	확인 불가
장애친화 건강검진	- 모든 등록장애인(연령, 소득, 성별 등 제한 없음)	- 장애인이 안전하게 검사받을 수 있도록 인력, 시설 구비 - 일반건강검진, 암검진	O	확인 불가
장애인 의료비 지원[2]	- 의료급여법에 의한 의료급여 2종 수급권자인 등록장애인 - 건강보험의 차상위 본인부담경감 대상자인 등록장애인	- 의료기관 이용시 발생하는 급여항목 본인부담금의 일부 또는 전액 지원(비급여 제외)	O	9.4%

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함여부	실제 이용률[1]
장애인 의료 재활 시설 운영	- 등록장애인	- 장애의 진단 및 치료, 보장구 제작 및 수리, 의료재활상담 - 의료급여수급권자 및 시·군·구청장의 무료진료 추천자는 무료, 그 외의 자는 실비 부담	O	확인 불가
장애인 건강검진[3]	- 장애인에 국한되지 않으며, 노인 등 거동이 불편한 수검자 이용 가능(장애등록 외국인 포함) - 다만 중증장애인 이용 시 별도의 검진 가산비용에 대해 검진기관 추가 지원	- 유니버셜 검진장비, 탈의실, 접수대 등 편의시설, 검진보조인력 배치 등 장애인 건강검진 지원 서비스를 제공하여 장애인의 예방의료 서비스 이용접근성 보장 - 23년 12월 말 기준 전국 110개소가 장애인 건강검진 기관으로 지정됨	O	60.7 %
장애인 의료비 공제	- 등록장애인	- 당해년도 의료비 지출액 전액의 15% 공제	O	확인 불가
장애인 보험료 공제	- 등록장애인	- 장애인전용보장성보험의 보험료 공제. 연 100만원 한도, 15% 공제율 적용	O	확인 불가
장애입양 아동 의료비 지원	- 만 18세 미만 장애아등을 입양하여 양육하는 가정	- 장애아동 의료비(진료, 상담, 재활 및 치료소요 비용)를 연간 260만원 내에서 지원	X	-
특수교육 대상자 치료지원 서비스	- 특수교육대상자 중 교육을 효율적으로 실시하기 위해 치료지원이 필요한 학생	- 병·의원, 장애인복지관 등에서 특수교육대상자가 필요로 하는 물리치료, 작업치료, 언어치료 등의 서비스 지원	X	-
여성 장애인 출산비용 지원	- 등록 여성 장애인 중 출산한 자 및 4개월 이상의 태아를 유산·사산한 자 - 인공임신중절수술은 지원불가	- 출산(유산, 사산포함) 태아 1인 기준 120만원 지급	X	-
지역사회 중심 재활사업	- 법적 등록장애인 - 손상이나 질병 발생 후 완전한 회복이 어려워 일정기간 내 장애인이 될 것으로 예상되는 자(의료기관 퇴원환자)	- 조기적응프로그램, 건강관리서비스, 재활훈련서비스, 자원연계서비스	O	확인 불가

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함여부	실제 이용률[1]
청각 장애인 달팽이관 수술비 지원	- 인공달팽이관 수술로 청력회복이 가능한 저소득 청각장애인	- 인공달팽이관 수술비 및 재활치료비 지원	O	확인 불가
장애인 산소치료 요양비 검사면제	- 심한 호흡기장애인 - 동맥혈가스 또는 산소포화도 검사결과, 기준적합여부에 해당하는 경우	- 처방전 발급 후 가정용 또는 휴대용 산소발생기의 월 대여료 지원	O	확인 불가
산출보험료 경감	- 지역가입자 중 등록장애인이 있는 세대로 소득이 360만원 이하인 동시에 과표 재산이 1억 3천5백만원 이하	- 장애정도가 심한 장애인(상이자는 1·2 등급) : 30% 경감 - 장애정도가 심하지 않은 장애인(상이자는 3~5등급) : 20% 경감 - 6·7등급 상이자 : 10% 경감	O	확인 불가
장기요양보험료 경감	- 장애의 정도가 심한 장애인이 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자인 경우	- 장애정도가 심한 장애인 중 노인장기요양보험 수급자가 없는 경우: 30% 경감	O	확인 불가
전국민 마음투자 사업	- 우울 불안 등 정서적 어려움이 있는 국민, 나이 및 소득 기준 없음	- 전문 심리상담 서비스 바우처 총 8회 제공	O	확인 불가
발달장애인 부모상담 지원[2]	- 발달장애인 자녀를 가진 부모 및 보호자 - 장애인유형 : 지적·자폐성 장애인	- 상담 (개별/단체) 서비스 지원 - 1인당 월 160천원 바우처 지원 - 월 3~4회, 회당 50분~100분, 12개월간 제공	X	-
장애인 등록 진단서 발급비 지원[2]	- 기초생활수급자로서 신규 등록 장애인, 재판정으로 재진단 받는 등록장애인 중 기초수급자 또는 차상위계층, 직권재판정 대상자(소득 무관), 위 조건을 충족하는 장애등록 외국인 포함	- 진단서 발급 비용 지원 - 지적, 자폐성, 정신장애 : 4만원 - 그 외 장애 : 1만 5천원	O	10.2 %
장애등록 검사비 지원[4]		- 최대 10만원 범위 내에서 실비 지원	O	

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함여부	실제 이용률[1)]

주: 1) 이용률의 산식은 다음과 같음. ①장애인의료비지원: 2020 장애인실태조사 패널조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 장애인의료비지원 경험자 비율 ②장애인건강검진: 2021년 장애인 일반건강검진 대상 및 수검인원 현황 비율 ③장애등록진단비, 검사비지원: 65세 이상 장애인 134,930명 중 장애등록진단·검사비 지원 경험자 비율

출처: 2) 한국보건사회연구원, 2020 장애인실태조사.
3) KOSIS 국가통계포털, 2021 장애인 일반건강검진 대상 및 수검인원 현황
4) 한국장애인개발원, 2022 장애인삶 패널조사.

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
18	0	4	26.8%

(2) 노인

노인 건강정책의 고령장애인 포괄성을 정리한 내용은 다음 〈표 Ⅲ-12〉와 같다. 분석 결과 총 14개의 정책 중 13개의 정책에 전체 고령장애인 참여가 가능한 것으로 나타났다. 또한 노인의료돌봄 통합지원서비스는 75세 이상 노인이 참여 가능한 서비스로 65세 이상 고령장애인의 부분참여가 가능했다(표 Ⅲ-12 내 △표기).

〈표 Ⅲ-12〉 노인 건강정책 고령장애인 포괄성 분석

주요사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함여부	실제 이용률[1]
노인 의료,돌봄 통합지원	- 요양병원(시설) 입원 경계선상에 있는 75세 이상 노인으로, ①장기요양 재가급여자 ②급성기·요양병원 등 의료기관 퇴원환자 ③노인맞춤돌봄서비스 중점군, 장기요양 등급외자(A,B) ④기타 대상자로 인정할 만한 사람	- 방문의료지원센터(팀): 대상자 건강상태 평가 및 방문의료서비스 제공 계획 수립 등 - 퇴원환자 재가복귀 지원 서비스: 75세 이상 노인 중 2주 이내 수술 후 병원 및 재활병원 퇴원한 환자에게 방문의료서비스, 일상생활, 주거지원	△ (75세 이상 참여 가능)	확인 불가
장기요양 재택의료 센터 시범사업	- 장기요양 재가 수급자(1~2등급자 우선)로 거동이 불편하여 재택의료가 필요한 사람으로 의사가 판단한 경우	- 수급자 가정을 팀 단위로 방문하여 포괄평가를 각 영역별로 실시하고 케어플랜 수립, 방문진료 및 간호, 지역 사회자원 연계 등 통합 사례관리	O	확인 불가
요양병원 간병지원	- 사봄사업 참여 20개 요양병원의 3월 31일 이전 입원환자중 의료최고도(最高度) 또는 의료고도(高度)이면서 장기요양 1, 2등급에 해당하는 자로, 의료·요양 통합판정심사를 거쳐 지원자 선정	- 병원당 17명에서 25명의 간병인력 인건비와 관리 · 운영비 지원 - 환자 1인당 월 평균 59.4만원에서 76.6만 원 수준의 간병서비스 비용 지원	O	확인 불가
간호간병 통합서비스	- 국민건강보험법 및 의료급여법에 의한 가입자와 피부양자(격리대상환자, 조현병, 치매환자 등 제외)	- 병원 내 간호사, 간호조무사, 간병지원인력의 24시간 환자 돌봄 지원 제공(식사보조 등 포함)	O	확인 불가

주요사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함여부	실제 이용률[1]
방문간호 서비스	- 가정 등에서 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등이 필요한 자	- 간호사정 진단 등 기본간호, 욕창치료 및 단순 상처치료 등 간호, 투약관련지도, 환자, 건강관리에 필요한 교육훈련 및 상담	O	확인 불가
노인개안 수술비 지원 사업	- 만 60세 이상 중 안질환 수술이 필요한 환자, 국민기초생활 수급자 또는 차상위계층, 한부모가족 지원대상자	- 수술비 지원: 1안당 본인부담금 전액 지원,	O	확인 불가
노인 무릎인공관절 수술 지원	- 만 60세 이상 저소득층 노인, 건강보험급여 '인공관절 치환술(슬관절)' 인정기준에 준하는 질환자, 국민기초생활수급자 또는 차상위계층, 한부모 가족 지원대상자.	- 본인부담금에 해당하는 검사비, 진료비 및 수술비 지원, 한쪽 무릎 기준 120만원 한도 실비 지원	O	확인 불가
치매안심 병원 및 공립요양 병원	- 치매의 진단과 치료, 요양 등 치매 관련 의료서비스를 전문적이고 체계적으로 제공. 가정에서 돌보기 어려운 행동심리 증상을 보이는 환자를 집중 치료 할 수 있는 시설을 갖추어 단기입원 치료를 통해 지역사회로 복귀하도록 유도		O	확인 불가
노인 안 검진 사업	- 만 60세 이상 모든 노령자 (저소득층 우선)	- 시력검사, 안압검사, 굴절검사, 안저검사 등 5종	O	확인 불가
저시력 예방교육 상담재활	- 60세 이상 노인 및 보건소 보건인력	- 인지도조사, 안보건교육, 황반성성 자가검사, 노인 대상 안질환, 저시력보조 기구 대여	O	확인 불가
치매관리 사업	- 보건복지부: 치매관리종합계획 수립·시행 및 평가, 국가치매관리사업 총괄 전달체계 수립 및 관리·지원 등 - 중앙치매센터: 치매관리종합계획 수립 및 시행계획 추진실적 평가 지원, 국가치매관리사업 기획 및 연구 등 - 광역지자체(시도): 치매관리에 관한 시행계획 수립·시행 및 평가, 지역치매관리사업 총괄 및 관리, 광역치매센터 설치 및 운영 등 - 광역치매센터: 광역지자체의 치매관리시행계획 수립 및 시행 지원, 지역치매관리사업 기획 및 연구 등 - 기초지자체: 치매관리에 관한 시행계획 수립·시행, 치매안심		O	확인 불가

주요사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함여부	실제 이용률[1]
	센터 설치 및 운영 등 - 치매안심센터: 치매 관련 상담 및 조기검진, 치매환자의 등록·관리 등			
중앙, 광역, 치매안심센터 운영	1) 중앙치매센터 - 정책지원, 정책연구, 평가, 사업지원, 교육, 연계협력 홍보, 2) 광역치매센터 - 정책지원, 연구 및 통계 관리, 평가, 사업지원, 교육 및 홍보 등 3) 치매안심센터 - 당사자: 상담 및 등록, 서비스제공, 고위험군 조기검진, 인지강화교실, 자원연계 등 - 가족 및 보호자: 가족교실, 힐링프로그램, 자조모임, 자족카페, 자원연계 - 지역주민: 조기검진, 치매예방교실, 자원연계 등		O	확인 불가
산출 보험료 경감	- 지역가입자 중 등록장애인이 있는 세대로 소득이 360만원 이하인 동시에 과표 재산이 1억 3천5백만원 이하	- 장애정도가 심한 장애인(상이자는 1·2 등급) : 30% 경감 - 장애정도가 심하지 않은 장애인(상이자는 3~5등급) : 20% 경감 - 6·7등급 상이자 : 10% 경감	O	확인 불가
전국민 마음투자 사업	- 우울 불안 등 정서적 어려움이 있는 국민, 나이 및 소득 기준 없음	- 전문 심리상담 서비스 바우처 총 8회 제공	O	확인 불가

고령 장애인(65세 이상) 참여가능 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
13	1	0	확인 불가

6) 일상생활

(1) 장애인

장애인 일상생활지원정책의 고령장애인 포괄성을 분석한 결과 총 42개의 정책 중 33개의 정책에 고령장애인 참여가 가능했으며, 부분참여 가능한 정책은 1개였다(장애인스포츠강좌이용권). 평균 이용률은 6.9%로 낮은 수준이었다. 장애인 일상생활 지원제도의 이용가능성을 분석한 내용은 다음 〈표 Ⅲ-13〉과 같다.

〈표 Ⅲ-13〉 장애인 일상생활지원정책 고령장애인 포괄성 분석

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
장애인 복지관 운영[2]	- 등록장애인 및 가족	- 장애인에 대한 상담, 의료재활, 직업 재활, 사회생활 적응지도, 사회교육 및 계몽사업 등	O	4.4%
발달 장애인 주간활동 서비스	- 만 18~64세 「장애인복지법」상 등록된 지적 및 자폐성 장애인, 장애인 당사자 및 가구의 소득수준과 무관하게 신청 가능 - 기초 조사, 종합조사의 적격 판정 및 지자체 수급자격심의위원회를 통하여 선정된 자	- 발달장애인이 의미 있는 낮 시간을 보낼 수 있도록 취미, 여가, 활동 프로그램을 제공하여 지역사회 참여 및 자립지원, 부모의 돌봄부담 경감 - 서비스 제공기관 바우처제공 (월 132/176시간 제공)	X	-
발달 장애인 가족휴식 지원[2]	- 발달장애인 및 그 가족 - 장애인 유형: 지적·자폐성 장애인	- 힐링캠프, 테마여행 - 1인당 최대 240,000원 지원 - 돌보미: 발달장애인 2인당 1명까지 지원	O	0.0%
여성 장애인 교육지원[2]	- 장애인복지법에 의한 등록 여성장애인	- 역량강화교육프로그램, 상담 및 사례관리, 자조모임, 지역사회 연계	O	0.0%
청소년 발달 장애인 방과후 활동 서비스	- 만 6세~18세 미만의 「장애인복지법」상 등록된 지적 및 자폐성 장애인	- 월 최대 66시간 방과후 활동 바우처 제공	X	-

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
장애인특수교육비 소득공제	- 등록장애인	- 특수교육비 전액의 15% 공제	O	확인 불가
언어발달 지원	- 연령기준 : 만 12세 미만 비장애아동 - 소득 기준 : 기준 중위소득 120% 이하	- 매월 16만원~22만원의 언어재활 등 바우처 지원 - 언어발달진단서비스, 언어·청능 - 시·군·구에서 지정한 발달재활서비스 제공기관 중 이용자가 원하는 기관에서 서비스 이용 가능	X	-
장애인 정보화 교육[2]	- 집합교육 : 등록 장애인 - 방문교육 : 장애의 정도가 심한 장애인	- 집합교육: 전국 장애인 정보화교육기관에서 PC운용, OA운용등 교육 - 방문교육: 컴퓨터기초, 인터넷, 홈페이지 제작 등 교육생 수준을 고려한 1:1 무료 교육	O	0.1%
국립 특수학교, 국립부설 특수학급 지원	- 국립특수학교(급)에 재학중인 장애 학생 - 방과후 교육비, 돌봄교실은 특수교육학생 희망자 전원 지원	- 특수교육대상학생의 전인적 발달도모 및 부모의 사회활동 참여 증대를 위한 방과후 학교 및 돌봄교실 운영 지원	X	-
장애 대학생 교육활동 지원	- 대학에 재학 중인 장애학생	- 일반교육지원인력 : 대학 학습지원 및 학습활동을 위한 이동편의 지원 - 전문교육지원 인력 : 수어통역사 등에 의한 학습지원	X	-
장애학생 정보격차 해소 지원	- 특수 교육대상자의 특수학교 및 특수학급 교사, 일반학교 교사	- 특수교육 교수-학습 콘텐츠를 개발하여 사이트 운영	X	-
발달재활 서비스	- 연령기준 : 만 18세 미만 - 장애유형 : 시각, 청각, 언어, 지적, 자폐성, 뇌병변(중복장애인정) - 소득: 기준 중위소득 180% 이하	- 매월 17만원~25만원의 발달재활 서비스 바우처 지원 - 언어·청능, 미술·음악 등 발달재활서비스 선택하여 이용	X	-
장애인 재활지원 센터운영[2]	- 등록장애인 및 가족, 관련 전문가	- 장애인과 가족지원: 장애가정 청소년 지원. 정보격차해소지원사업. 인권·교육지원사업 등. 전문가와 지역사회지원: 전문가와 종사자 교육지원사업, 지역사회통합지원사업	O	0.6%

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
주간 이용시설 운영[2]	- 등록장애인	- 장애인에게 낮 시간동안 활동위주의 프로그램 등 제공	O	1.0%
시·청각 장애인용 TV 보급[3]	- 시각·청각 장애인 및 국가보훈처등록 눈·귀 상이등급자 - 소득, 장애정도, 연령 등 우선순위에 따라 보급	- 시·청각 장애인용 TV	O	확인 불가
고궁, 능원, 국·공립[2] 박물관, 미술관, 국·공립 공원, 국·공립 공연장 체육시설 요금 감면	- 등록장애인 및 중증장애인과 동행 하는 보호자 1인 - 국·공립 공연장중 대관공연은 할인에서 제외	- 입장요금 무료 ※ 실비 차원의 시설 이용료 등은 감면 가능 ※ 국·공립 공연장(대관공연 제외) 및 공공 체육시설 요금은 50% 할인 ※ 공공체육시설 : 생활체육관, 수영장, 테니스장, 스키장 등	O	47.2 %
중앙 장애인 편의증진 기술센터 운영	- 편의시설 적합성 확인 대행기관 (한국지체장애인협회, 시·도협회, 시·군·구지회)	- 편의시설 설치 관련 자문·기술적 지원 - 편의시설 설치 실태조사 참여 - 편의시설에 대한 인식개선, 설치 및 이용방법 홍보 등	O	-
시각 장애인 편의시설 지원센터 운영	- 한국시각장애인연합회	- 시각장애인 편의시설의 제작과 절차에 관한 기술지원 및 상담 - 시각장애인 편의시설 설치 실태조사 - 시각장애인 편의시설에 대한 인식개선, 이용방법 홍보 등	O	-
장애인 특별 운송사업 운영	- 이동에 장애를 가진 자 (보호자 포함)	- 리프트가 장착된 특장차 운영 - 셔틀 및 콜 운행 병용	O	확인 불가
시·청각 장애인 TV 수신료 면제	- 시각·청각 장애인이 있는 가정	- TV수신료 전액 면제 ※ 시·청각장애인 가정의 수신료 면제는 주거 전용의 주택 안에 설치된 수상기에 한함	O	확인 불가

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
수어통역 센터 운영[2]	- 청각·언어장애인	- 출장수어통역, 비장애인 수어교육, 청각·언어 장애인에 대한 고충상담 등 지원	O	0.1%
장애인 방송 시청 지원	- 시청각장애인(자막방송, 화면해설방송, 수어방송) - 발달장애인(발달장애인용 방송프로그램)	- 시·청각장애인을 위한 장애인방송지원, EBS 장애인교육방송물 보급 등	O	확인 불가
장애인 체육시설 운영[2]	- 등록장애인 등	- 장애인의 체력증진 및 신체기능회복 활동 지원 - 재가장애인, 시설장애인 지역주민으로 이용자를 구분하여 시설별 산정 이용료 부담	O	0.6%
장애인 재가복지 봉사센터 운영	- 등록장애인	- 장애인복지관에 재가복지봉사센터를 부설하여 운영 - 재가장애인 방문, 상담, 의료·교육 재활 등의 서비스 제공	O	확인 불가
시각장애인 등 생활 지원센터[2]	- 등록장애인	- 시각장애인 등에게 이동서비스를 지원하고, 지역사회 거주 시각장애인 등을 발굴하여 재활상담, 보행, 점자 등 교육, 개인별 맞춤 복지서비스 제공 - 이용요금 : 실비	O	0.5%
장애인 자립자금 대여[3]	- 성년(만 19세 이상) 등록 장애인 - 소득기준 : 가구 소득인정액이 기준 중위소득 50% 초과 100% 이하 - 금융기관의 여신규정상 결격사유가 없는 자 - 대여목적 : 생업자금, 생업용 자동차 구입비, 출퇴근용 자동차 구입비 등	- 무보증대출 : 가구당 1,200만원 이내 - 요건 : 재산세 2만원 이상 또는 연간소득 600만원 이상 - 담보 대출 : 5,000만원 이하 - 상환방법 : 5년 거치, 5년 분할 상환	O	1.1%
편의시설 설치시민 촉진단 운영	- 편의시설 적합성 확인업무 위탁단체. 시·도 협회 및 시·군·구지사, 시·도(시·군·구), 시·도지사가 선정한 장애인단체	- 편의시설 설치 홍보 및 안내 - 편의시설 실태조사 지원 - 시설주관기관에 의견 제시 등	X	-

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
특별교통 수단 운행	- 심한 장애인 중 보행 상 장애가 있는 장애인	- 장애인 콜택시 등 특별교통 수단 운행	O	확인 불가
장애인 가족지원 센터	- 등록장애인 및 그 가족	- 장애인가족 인식개선사업, 돌봄지원, 휴식지원, 사례관리지원, 역량강화지원, 상담지원 등	O	확인 불가
독거노인, 장애인 응급안전 안심	- 노인 2인가구: 65세 이상 노인 2인가구, 기초생활수급자, 차상위 또는 기초연급수급자인 가구 중, 한 명이 질환을 앓고 있거나 거동이 불편한 경우, 모두75세 이상인 경우 - 조손가구: 65세 이상 노인과 손자녀로 구성된 가구 - 장애인활동지원 수급자이며 독거. 취약가구 장애인, 장애인활동지원 수급자 외 상시 보호가 필요한 장애인	- 댁내장비(응급상황 자동 신고, 대상자 및 장비 관련 데이터 관리, 건강관리-정서지원 등 부가서비스 제공), 소방서(응급신고 접수, 응급출동 지원), 지역센터(응급안심서비스 모니터링, 대상자 관리)	O	확인 불가
장애인 보조기기 건강보험 급여 (의료 급여) 적용[2]	- 건강보험 : 등록장애인 중 건강보험 가입자 및 피부양자 - 의료급여 : 등록장애인 중 의료급여 수급권자	- 건강보험 대상자 : 83개 품목에 대해 지급기준 금액의 90% 지원 (차상위는 100%) - 의료급여 수급권자 : 88개 품목에 대해 지급기준 금액의 100%까지 의료급여 기금에서 지원	O	18.7 %
장애인 보조기기 교부[3]	- 장애유형: 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 심장, 호흡기, 언어, 자폐성, 지적장애 - 소득기준: 국민기초생활법상 수급자 및 차상위 계층 - 교부대상: 서비스 지원 종합조사에서 보조기기 필요(적격)로 판정된 자	- 욕창예방 방석 및 메트리스, 음성유도장치, 음성시계, 영상확대 비디오, 문자판독기, 녹음 및 재생장치. 신호장치, 진동시계, 헤드폰, 보행차, 좌석형 보행차, 탁자형 보행차, 음식 및 음료 섭취용 보조기기 등	O	17.3 %
장애인 권익 옹호 기관	- 학대 피해 장애인	- 중앙장애인권익옹호기관: 지역장애인권익옹호기관지원, 장애인학대 예방 관련 연구 등 - 자역장애인권익옹호기관: 장	O	확인 불가

주요 사업명		지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
				고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
			애인학대의 신고접수, 현장조사 및 응급보호, 장애인학대사례판정위원회 설치 및 운영, 장애인학대 신고 등		
발달장애인 공공후견 사업	발달장애인 공공후견 지원[3]	- 19세 이상 발달장애인 「장애인복지법」상 등록된 지적 및 자폐성 장애인	- 공공후견 심판청구비용: 실비, 1인당 연간 최대 50만원 - 공공후견인 활동비용: 월 20만원, 최대 월 50만원	O	0.0%
	심판청구 비용지원[3]	- 19세 이상 발달장애인 「장애인복지법」상 등록된 지적 및 자폐성 장애인	- 공공후견인 선임을 위해 가정법원 심판 청구 시 소요되는 인지대 등 행정비용 지원 (1인당 연간 최대 50만원)	O	
	공공후견인 활동비용 지원[3]	- 가정법원에서 발달장애인의 공공후견인으로 선임 결정을 받은 자	- 공공후견인 선임(월 20만원) - 월 지급 상한(월 50만원) - 1인 : 20만원, 2인 : 40만원, 3인 이상 : 50만원	O	
장애인 스포츠 강좌 이용권		- 만 5 ~ 69세 등록 장애인	- 월 11만원 범위 내 스포츠 강좌 수강료 지원	△ (69세 이하)	확인 불가
무료 법률 구조제도 실시		- 기준 중위소득 125% 이하인 등록장애인(외국인 포함) - 법률구조공단에서 심의 하여 무료 법률 구조를 결정한 사건에 한함	- 장애의 정도가 심한 장애인 소송시 법원에 소요되는 일체의 비용을 무료로 법률구조 서비스 제공 - 무료 법률 상담, 무료 민사·가사사건 등 소송 대리, 무료 형사변호	O	확인 불가
중증 장애인 경력경쟁 채용시험 실시		- 장애인고용촉진법상에 따른 중증장애인	- 중증장애인의 공직진출을 확대하기 위해 중증장애인만을 대상으로 경력경쟁채용시험 실시	O	확인 불가

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의제공	- 장애인 응시자 * 자체규정을 만들어 개인별 시각장애정도를 고려하여 지원	- 장애인복지법상 장애정도에 따라 편의지원 서비스 제공	O	확인 불가
장애인 자동차 표지 발급[2]	- 장애인, 배우자, 직계존·비속과 배우자, 형제·자매와 배우자 또는 자녀의 명의로 장애인이 주로 사용하거나, 장애인 복지사업, 노인의료복지시설, 장애인통학, 장애아보육사업, 장애인의 이동 편의를 위해 사용되는 자동차		O	12.1 %
국가직 5,7급 공채 영어 검정 시험 대체	- 장애의 정도가 심한 청각장애인	- 국가직 5·7급 공채 영어과목 검정시험시 장애정도가 심한 청각장애인에 대해서는 듣기(L/C) 시험을 실시하지 않고 별도 기준점수 적용 대체	O	확인 불가
장애인 운전교육 사업 안내	- 장애유형별 지원 - 지체장애인, 뇌병변장애인, 청각장애인 중 아래의 면허조건을 만족하는 장애인 - 면허조건을 부여 받은 지체, 뇌병변, 청각장애인으로 제1종 및 제2종 보통 면허(수동, 자동) 취득희망자 및 소지자 - 면허조건이란 신체장애인의 신체장애 정도에 적합한 운전보조기기나 특수제작·승인 자동차로 운전을 해야 한다는 의미로, 전국운전면허시험장에서 신체검사 후 부여 받을 수 있음 - E: 청각장애표시 및 볼록거울, F: 수동제어기 및 가속기, G: 특수제작 및 승인차, H: 우측방향지시기, I: 왼쪽엑셀러레이터 - 민간운전학원에서 운전교육 받기 어려운 장애인 중 운전보조기기가 장착된 차량이나 수어로 교육, 찾아가는 운전교육 무료 제공		O	확인 불가
장애인 운전면허 취득교육 사업	- 등록장애인, 국가유공상이자(1~4급), 기초생활수급자, 한부모가족 - 취득조건: 시력(1종: 좌/우 시력 0.5 이상, 양안 0.8이상, 2종: 양안 시력 0.5 이상, 단안 시력 0.6 이상, 단안: 좋은 눈 0.8이상, 수평시야 120도 이상, 수직시야 20도 이상,		O	확인 불가

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1)]
	중심시야 20도 내 암점 또는 반맹 없음), 청력(1종대형, 특수: 55데시벨 듣기(보청기: 40데시벨)). 신체장애(운동능력측정에 합격), 발달-정신장애)운전적성판정위원회에 합격), 그 외(별도 취득 조건 없으며 상담 후 진행) - 자동차운전면허취득교육, 무상교육지원			
장기복무 제대군인 자녀 지정 취업	- 전역 후 3년이 지나지 않은 장기복무 제대군인, 전역 후 3년이 지난 장기복무 제대군인 중 생활수준 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 사람	- 장기복무 제대군인이 심신장애가 있거나 중증장애인에 해당하여 생활능력을 상실한 경우, 그가 지정한 자녀 지원	X	-

주: 1) 이용률의 산식은 다음과 같음. ①장애인복지관: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 장애인복지관 경험자 비율 ②발달장애인가족휴식지원: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 발달장애인가족휴식지원 경험자 비율 ③여성장애인교육지원: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 여성장애인교육지원 경험자 수 ④장애인정보화교육: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 장애인정보회교육 경험자 비율 ⑤장애인재활지원센터: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 장애인재활지원센터 경험자 비율 ⑥주간이용시설: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 주간이용시설 경험자 비율 ⑦시·청각장애인용TV보급: 2022 장애인삶 패널조사자료 65세 이상 장애인 134,930명 중 TV보급 경험자 비율 ⑧시설요금감면: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 시설요금감면 경험자 비율 ⑨수어통역센터: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 수어통역센터 경험자 비율 ⑩장애인체육시설: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 장애인체육시설 경험자 비율 ⑪시각장애인등생활지원센터: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 생활지원센터 경험자 비율 ⑫장애인자립자금대여: 2022 장애인삶 패널조사자료 65세 이상 장애인 134,930명 중 장애인자립자금대여 경험자 비율이용률의 산식은 다음과 같음. ⑬장애인보조기기건강보험급여: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 장애인보조기기건강보험급여 경험자 비율 ⑭장애인보조기기교부: 2022 장애인삶 패널조사자료 65세 이상 장애인 134,930명 중 장애인보조기기교부 경험자 비율 ⑮발달장애인공공후견사업참여: 2022 장애인삶 패널조사자료 65세 이상 장애인 134,930명 중 발달장애인공공후견사업 경험자 비율 ⑯장애등록진단비, 검사비지원: 2022 장애인삶 패널조사자료 65세 이상 장애인 134,930명 중 장애등록진단·검사비 지원 경험자 비율 ⑰장애인자동차표지발급: 2020년 장애인 실태조사자료 65세 이상 장애인 1,308,393명 중 장애인자동차표지발급 경험자 비율

출처: 2) 보건복지부·한국보건사회연구원, 2020년 장애인 실태조사

3) 한국장애인개발원, 2022 장애인삶 패널조사

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
33	1	8	6.9%

(2) 노인

노인 일상생활지원정책의 고령장애인 포괄성을 정리한 내용은 다음 〈표 Ⅲ-14〉와 같다. 총 11개의 모든 정책에 고령장애인 참여 가능하였으며, 이용률 파악이 가능한 5개 정책의 평균 이용률은 26.4%로 나타났다.

〈표 Ⅲ-14〉 노인 일상생활지원정책 고령장애인 포괄성 분석

주요사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
노인 복지관[2]	- 60세 이상의 모든 노인 - 저소득층 등 소외계층 노인이 소외되지 않도록 프로그램 운영 중점 추진	- 상담(일반상담 및 정보제공, 전문상담), 사례관리 및 지역사회 돌봄, 건강생활지원(건강증진지원, 기능회복지원, 급식지원), 노년사회화교육(평생교육지원, 취미여가지원), 지역자원 및 조직화(지역자원개발, 지역복지연계, 주거지원), 사회참여 및 권익증진(사회참여지원, 노인권익증진, 고용 및소득지원), 돌봄(요양서비스)	O	10.4 %
노인교실[2]	- 60세 이상의 자	- 취미여가, 건강프로그램 - 교양: 한글, 외국어, 컴퓨터, 교양강좌 등 - 사회참여: 시민단체 및 사회활동, 자원봉사활동 등	O	0.2%
경로당[2]	- 65세 이상의 노인	- 노인 여가활동, 건강운동 및 관리, 교육 및 상담, 권익증진, 사회참여 지원	O	27.7 %
고궁,능원, 공공체육시설 등 요금감면[3]	- 노인복지법에 의한 65세 이상 노인	- 입장요금 무료 - 수도권 전철 무료, 통근열차 50%, 새마을호-무궁화호 30% 할인	O	47.2 %
특별교통 수단운행	- 지역 내 중증장애인, 교통약자(대중교통 이용이 어려운 노인, 일시적 장애로 대중교통 이용이 어려운 자 등)	- 특별교통수단 운행및 지원	O	확인 불가

주요사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
독거노인, 장애인 응급안전 안심	- 노인 2인가구: 65세 이상 노인 2인가구, 기초생활수급자, 차상위 또는 기초연급수급자인 가구 중, 한 명이 질환을 앓고 있거나 거동이 불편한 경우, 모두 75세 이상인 경우 - 조손가구: 65세 이상 노인과 손자녀로 구성된 가구 - 장애인활동지원 수급자이며 독거. 취약가구 장애인, 장애인활동지원 수급자 외 상시 보호가 필요한 장애인	- 댁내장비(응급상황 자동 신고, 대상자 및 장비 관련 데이터 관리, 건강관리-정서지원 등 부가서비스 제공), 소방서(응급신고 접수, 응급출동 지원), 지역센터(응급안심서비스 모니터링, 대상자 관리)	O	확인 불가
복지용구 서비스[2]	- 장기요양 수급자(1~5등급, 인지지원등급) ※ 시설급여를 이용하는 경우는 복지용구를 이용할 수 없음	- 구입품목(10종): 이동변기, 목욕의자, 성인용 보행기, 안전손잡이, 지팡이, 자세변환용구 등 - 대여품목(6종): 수동휠체어, 전동침대, 수동침대 등 - 구입 또는 대여품목(2종): 욕창예방매트리스, 경사로	O	20.1 %
노인보호 전문기관	- 만 65세 이상 학대피해 노인	- 1) 중앙노인보호전문기관: 노인인권보호 관련 사업 진행 등 - 2) 지역노인보호전문기관: 노인학대 신고전화의 운영 및 사례접수 등	O	확인 불가
치매 공공후견	- 치매환자이면서 기초생활수급자, 차상위자, 기초연금수급자, 권리를 대변해 줄 가족이 없는 경우 등	- 공공후견 지원: 사회복지서비스 신청 및 이용 지원, 의료서비스 이용에 관한 사무지원, 거소 관련 사무지원 등	O	확인 불가
실종노인 발생예방 찾기사업	- 실종 위험이 있는 치매환자 및 만 60세 이상 어르신	- 배회가능 어르신 인식표 보급(인식표 80매, 보호자 보관용 실종대응카드 1개 제공)	O	확인 불가
치매인식 개선사업	- 치매 환자와 가족, 치매관리사업 관계자, 지역주민 등	- 치매극복의 날 기념식 및 치매극복주간행사 등	O	확인 불가

주요사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]

주: 1) 이용률의 산식은 다음과 같음. ①노인복지관: 2020년 노인실태조사자료 65세 이상 장애인 355,708명 중 노인복지관 경험자 비율 ②노인교실: 2020년 노인실태조사자료 65세 이상 장애인 355,708명 중 노인교실 경험자 비율 ③경로당: 2020년 노인실태조사자료 65세 이상 장애인 355,708명 중 경로당 경험자 비율 ④요금감면: 2020년 노인실태조사자료 65세 이상 장애인 355,708명 중 노인복지관 경험자 비율 ⑤복지용구서비스: 2020년 노인실태조사자료 65세 이상 장애인 355,708명 중 복지용구서비스 경험자 비율

출처: 2) 보건복지부·한국보건사회연구원, 2020년도 노인실태조사.
3) 보건복지부·한국보건사회연구원, 2020년도 장애인실태조사.

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
11	0	0	26.4%

7) 기타

(1) 장애인

기타 장애인정책의 고령장애인 포괄성을 분석한 결과는 다음 〈표 Ⅲ-15〉와 같다. 총 5개의 정책 중 5개의 정책에 모두 참여가 가능하였으나, 자료의 한계로 이용률 파악에 어려움이 있었다. 장애인 기타제도 이용가능성을 분석한 내용은 다음 〈표 Ⅲ-15〉와 같다.

〈표 Ⅲ-15〉 장애인 기타정책 고령장애인 포괄성 분석

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함 여부	실제 이용률[1]
산림복지 서비스 이용권	- 기초생활수급자, 장애(아동)수당 수급자, 장애인연금수급자, 차상위계층, 한부모가족	- 1인당 10만원 바우처 이용권 지원	O	확인 불가
문화누리 바우처	- 기초생활수급자, 차상위 계층	- 1인당 연간 13만원 지원	O	확인 불가
평생교육 바우처	- 19세 이상 성인 중 기초생활수급자, 차상위계층, 기준 중위소득 65% 이하인 가구의 구성원 - 1인가구의 경우 기준 중위소득 120% 이하	- 1인당 35만원 지원	O	확인 불가
중증 장애인 근로자 교통비 지원	- 최저임금 적용제외 인가자 - 국민기초생활수급자, 차상위계층인 중증장애인 근로자	- 월 7만원 한도로 출·퇴근시 소요되는 교통비 실비 지원	O	확인 불가
에너지 바우처	- 생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여 수급자 중 본인 또는 새대원이 노인, 영유아, 장애인, 임산부, 중증질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자, 한부모가족, 소년소녀가정	- 1인세대: 310,200원 - 2인세대: 422,500원 - 3인세대: 547,700원 - 4인이상: 716,300원	O	확인 불가

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
5	0	0	-

(2) 노인

노인 기타정책의 고령장애인 포괄성을 정리한 내용은 다음 〈표 Ⅲ-16〉과 같다. 4개의 정책에 모두 고령장애인 참여가 가능하였으나, 자료의 한계로 구체적인 이용률 파악에는 한계가 있었다.

〈표 Ⅲ-16〉 노인 기타정책 고령장애인 포괄성 분석

주요 사업명	지 원 대 상	지 원 내 용	정책 대상자 포괄성	
			고령장애인 포함여부	실제 이용률[1]
산림복지 서비스 이용권	- 기초생활수급자, 장애(아동)수당 수급자, 장애인연금수급자, 차상위계층, 한부모가족	- 1인당 10만원 바우처 이용권 지원	O	확인 불가
문화누리 바우처	- 기초생활수급자, 차상위 계층	- 1인당 연간 13만원 지원	O	확인 불가
평생교육 바우처	- 19세 이상 성인 중 기초생활수급자, 차상위계층, 기준 중위소득 65% 이하인 가구의 구성원 - 1인가구의 경우 기준 중위소득 120% 이하	- 1인당 35만원 지원	O	확인 불가
중증 장애인 근로자 교통비 지원	- 생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여 수급자 중 본인 또는 새대원이 노인, 영유아, 장애인, 임산부, 중증질환자, 희귀질환자, 중증난치질환자, 한부모가족, 소년소녀가정	- 1인세대: 310,200원 - 2인세대: 422,500원 - 3인세대: 547,700원 - 4인이상: 716,300원	O	확인 불가

정책대상자 선정 기준: 고령 장애인(65세 이상) 포함 여부			평균 이용률
참여 가능	부분 참여 가능	참여 불가능	
4	0	0	-

한국장애인개발원
www.koddi.or.kr

3) 소결

장애인복지 및 노인복지정책의 고령장애인 포괄성을 분석한 결과를 정리한 내용은 다음 〈표 Ⅲ-17〉과 같다.

첫째, 소득보장영역의 경우 장애인복지정책 내 장애아동수당정책을 제외한 3개의 정책과 노인복지정책 모두에서 고령장애인 참여가 가능하였다.

둘째, 일자리 영역에서는 장애인복지정책 내 14개 정책 중 13개 정책에 고령장애인이 전체 참여가 가능하였으며, 1개의 정책(장애인취업성공패키지)에 일부 고령장애인이 참여할 수 있었다. 노인복지정책 2개의 정책에 고령장애인이 참여할 수 있었다.

셋째, 돌봄 영역에서는 장애인복지정책 9개 중 4개의 정책 이용이 가능했으며, 5개의 노인복지정책에 모두 고령장애인 참여가 가능하였다.

넷째, 거주 영역에서는 장애인복지정책 5개, 노인복지정책 7개에 모두 고령장애인 참여가 가능했다.

다섯째, 건강영역의 경우 장애인복지정책 22개 중 18개의 정책에 고령장애인 참여가 가능하였으며, 노인영역 정책 11개중 10개의 정책에 고령장애인 참여가, 1개의 정책에 부분참여가 가능하였다.

여섯째, 일상생활 영역의 경우 장애인복지정책 42개 중 33개의 정책에 전체참여가, 1개의 정책에 부분참여가 가능하였고, 모든 노인 정책 11개에 고령장애인 참여가 가능하였다.

마지막으로 기타영역은 장애인복지정책 5개, 노인복지정책 4개에 모두 참여 가능하였다.

〈표 Ⅲ-17〉 장애인복지 및 노인복지정책의 정책대상자 고령장애인 포괄성 분석결과

분야	장애인 복지제도		노인 복지제도		정책대상자 선정기준 : 고령장애인 포괄성	
	주요 제도	소관부처	주요 제도	소관부처	장애인 정책	노인 정책
소득 보장	장애인연금	보건복지부	기초연금	보건복지부	○	○
	장애수당	보건복지부	-	-	○	-
	장애아동수당	보건복지부	-	-	X	-
	국민기초생활보장	보건복지부	국민기초생활보장	보건복지부	○	○
일자리	장애인일자리지원	보건복지부	노인일자리	보건복지부	○	○
	장애인고용서비스	고용노동부	-	-	○	-
	장애인직업재활시설운영	보건복지부			○	
	장애인직업능력개발운영 (훈련수당)	고용노동부			○	
	보조공학기기지원	고용노동부			○	
	장애인창업육성	중소벤처기업부			○	
	중증장애인직업재활지원	보건복지부			○	
	중증장애인직업재활수당	보건복지부			○	
	장애인표준사업장설립지원	고용노동부			○	
	장애인고용시설장비융자	고용노동부			○	
	장애인생산품판매시설운영	보건복지부			○	
	장애인창업점포지원사업	중소벤처기업부			○	
	장애인취업성공패키지	고용노동부	국민취업지원제도	고용노동부	△	△
	장애인기업종합지원센터	중소벤처기업부	-	-	○	-
돌봄	장애인활동지원	보건복지부	노인장기요양보험사업	보건복지부	○	○
			맞춤돌봄	보건복지부		○
			재가노인지원서비스	보건복지부		○
	어린이집우선입소지원	교육부	-	-	X	-
	장애아보육료지원	보건복지부			○	
	장애아동양육수당	보건복지부			X	
	발달장애인 긴급돌봄	보건복지부			X	
	장애아가족양육지원	보건복지부			○	
	여성장애인가사도우미파견	보건복지부			○	

분야	장애인 복지제도		노인 복지제도		정책대상자 선정기준 : 고령장애인 포괄성	
	주요 제도	소관부처	주요 제도	소관부처	장애인 정책	노인 정책
	최중증발달장애인 통합돌봄서비스	보건복지부			X	
	가사·간병 방문지원 사업	보건복지부	가사·간병 방문지원 사업	보건복지부	X	X
거주 서비스	장애인거주시설	보건복지부	학대피해노인쉼터	보건복지부	○	○
			독거노인공동생활홈	보건복지부		○
			노인주거복지시설	보건복지부		○
			노인의료복지시설	보건복지부		○
			단기보호서비스	보건복지부		○
	공동주택 특별분양 알선	국토교통부	공동주택 특별분양 알선	국토교통부	○	○
	농어촌장애인주택개조	국토교통부	-	-	○	-
	실비장애인거주시설 입소 이용료지원	보건복지부			○	
	수선유지급여사업	국토교통부	수선유지급여사업	국토교통부	○	○
건강	장애인건강주치의	보건복지부	노인 의료,돌봄 통합지원	보건복지부	○	△
	발달장애인거점병원	보건복지부	장기요양재택의료센터 시범사업	보건복지부	○	○
	장애친화산부인과	보건복지부	요양병원 간병지원	보건복지부	○	○
	지역장애인보건의료센터	보건복지부	간호간병통합서비스	보건복지부	○	○
	장애친화건강검진	보건복지부	방문간호서비스	보건복지부	○	○
	장애인의료비지원	보건복지부	노인개안수술비지원사업	보건복지부	○	○
			노인 무릎인공관절 수술 지원	보건복지부		○
	장애인의료재활시설	보건복지부	치매안심병원 및 공립요양병원	보건복지부	○	○
	장애인건강검진	보건복지부	노인 안검진 사업	보건복지부	○	○
	-	-	치매관리사업	보건복지부	-	○
			중앙, 광역, 치매안심센터 운영	보건복지부		○
			저시력예방교육상담재활	보건복지부		○
	장애인의료비공제	보건복지부	-	-	○	-
	장애인보험료공제	보건복지부			○	
	장애입양아동의료비지원	보건복지부			X	
	특수교육대상자치료지원	교육부			X	
	여성장애인출산비용지원	보건복지부			X	

분야	장애인 복지제도		노인 복지제도		정책대상자 선정기준 : 고령장애인 포괄성	
	주요 제도	소관부처	주요 제도	소관부처	장애인 정책	노인 정책
	지역사회 중심 재활사업	보건복지부	-	-	○	-
	청각장애인 인공 달팽이관 수술비지원	보건복지부	-	-	○	-
	장애인 산소치료 요양비 검사면제	보건복지부			○	
	지역 가입자 보험료 경감	보건복지부	지역 가입자 보험료 경감	보건복지부	○	○
	전국민마음투자사업	보건복지부	전국민마음투자사업	보건복지부	○	○
	발달장애인부모상담지원	보건복지부	-	-	X	-
	장애등록 검사비 지원	보건복지부	-	-	○	-
	장애인복지관	보건복지부	노인복지관	보건복지부	○	○
			노인교실	보건복지부		○
			경로당	보건복지부		○
	발달장애인주간활동서비스	보건복지부			X	
	발달장애인가족휴식지원	보건복지부			○	
	여성장애인 교육지원	보건복지부			○	
	청소년발달장애인 방과후활동서비스	보건복지부			X	
	장애인특수교육비 소득공제	보건복지부			○	
	언어발달지원	보건복지부			X	
일상생활	장애인정보화교육	과학기술 정보통신부			○	
	국립특수학교 및 국립부설 학교특수학급지원	교육부			X	
	장애대학생교육활동지원	교육부			X	
	장애학생정보격차해소	교육부			X	
	발달재활서비스	보건복지부			X	
	장애인 재활지원센터운영	보건복지부			○	
	주간이용시설	보건복지부			○	
	시·청각 장애인용 TV보급	방송통신위원회			○	
일상생활	고궁, 능원, 국·공립박물관, 미술관,국·공립공원, 국·공립 공연장 공공체육 시설 요금 감면	보건복지부	고궁, 능원, 국·공립박물관, 미술관,국·공립공원, 국·공립 공연장 공공체육 시설 요금 감면	보건복지부	○	○
	중앙장애인편의증진기술센터	보건복지부	-	-	○	-

분야	장애인 복지제도		노인 복지제도		정책대상자 선정기준 : 고령장애인 포괄성	
	주요 제도	소관부처	주요 제도	소관부처	장애인 정책	노인 정책
	시각장애인편의시설지원센터	보건복지부			○	
	장애인특별운송사업	국토교통부			○	
	시·청각 장애인 TV 수신료 면제	보건복지부			○	
	수어통역 센터	보건복지부			○	
	장애인방송시청지원	방송통신위원회			○	
	장애인체육시설	보건복지부			○	
	장애인재가복지봉사센터	보건복지부			○	
	시각장애인생활지원센터	보건복지부			○	
	장애인자립자금대여	보건복지부			○	
	편의시설설치시민촉진단	보건복지부			X	
	특별교통수단운행	국토교통부	특별교통수단운행	국토교통부	○	○
	장애인가족지원센터	보건복지부	-	-	○	-
	독거노인, 장애인 응급안전 알림서비스	보건복지부	독거노인, 장애인 응급안전 알림서비스	보건복지부	○	○
	장애인보조기기건강보험	보건복지부	장기요양복지용구서비스	보건복지부	○	○
	장애인 보조기기교부	보건복지부			○	
	장애인권익옹호기관	보건복지부	노인보호전문기관	보건복지부	○	○
	발달장애인 공공후견 지원	보건복지부	치매 공공후견	보건복지부	○	○
	발달장애인 공공후견인 심판청구비용지원	보건복지부			○	
	발달장애인공공후견인 활동비용지원	보건복지부			○	
	장애인스포츠강좌이용권	문화체육 관광부	-	-	△	-
-	-	-	실종노인발생예방 및 찾기 사업	보건복지부	-	○
			치매인식개선사업	보건복지부		○
	무료법률구조제도	보건복지부	-	-	○	-
	중증장애인 경력경쟁 채용시험	인사혁신처			○	
	국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험편의	인사혁신처			○	
	장애인자동차표지 발급	보건복지부			○	

분야	장애인 복지제도		노인 복지제도		정책대상자 선정기준 : 고령장애인 포괄성	
	주요 제도	소관부처	주요 제도	소관부처	장애인 정책	노인 정책
	국가직 5,7급 공채 영어 검정 시험 대체	인사혁신처			○	
	장애인 운전교육사업	보건복지부			○	
	운전면허취득교육	보건복지부			○	
	장기복무제대군인자녀 지정취업	국가보훈처	-	-	X	-
기타	산림복지서비스이용권	산림청	산림복지서비스이용권	산림청	○	○
	문화누리바우처	문화체육 관광부	문화누리바우처	문화체육 관광부	○	○
	평생교육바우처	교육부	평생교육바우처	교육부	○	○
	중증장애인근로자교통비지원	고용노동부	-	-	○	-
	에너지바우처	보건복지부	에너지바우처	보건복지부	○	○

Ⅳ 국내외 고령장애인 관련 핵심 정책 분석

본 절은 각 영역별 국내외 장애인 및 노인복지정책의 세부 정책 요소들이 고령장애인의 욕구변화에 따라 제도 목적에 맞춰서 유지되고 변화에 적절하게 대응하고 있는지를 '정책 정합성 및 욕구 대응성 측면'에서 살펴보는 것이다. 이를 위해 각 국가별 고령장애인 관련 핵심정책들을 선정하여 '정책정합성 및 욕구 대응성 측면'에서 분석하였다. 정책적·제도적 정합성이란 제도를 구성하는 여러 요소들이 정책목적 달성을 위하여 서로 잘 부합하고 있는 정도를 말한다(문태훈·김희석, 2022). 일반적으로 정책과 제도를 구성하는 요소들이 상호보완적일 때, 또는 최소한 중립적인 관계를 유지하는 상태일 때, 제도의 요소들 간 정합성이 확보되고 있다고 한다. 즉 정책요소들 간의 상호보완적 관계 또는 최소한 중립적 관계들이 적절히 유지되는 것을 제도의 내적 정합성이라고 하고, 제도와 제도를 둘러싼 환경적 맥락과의 부합성을 제도의 외적정합성이라고 말한다(정정길, 2002). 정합성은 제도의 내적 정합성과 외적 정합성이 높아야 정책과 제도가 의도한 목표를 성공적으로 달성할 수 있다는 이론이다.

따라서 정책 정합성 측면에서 장애인 및 노인복지정책의 주요 쟁점(세부 정책요소들)이 고령장애인의 욕구와 필요도를 기반한 정책목적과 상충하는지(부정합성), 욕구 대응성 측면(선택권)에서 선택권이 있는지 또는 욕구에 적절하게 대응하고 있는지 이다.

〈표 Ⅳ-1〉 장애인 및 노인복지정책 분석틀

분석틀	분석내용
제도 정합성 및 욕구 대응성 측면	- 제도 정합성 측면에서 어떠한가? • 세부 정책 요소들은 고령장애인의 욕구에 기반한 정책 목적을 달성하는데 부합하는가? • 세부 정책 요소들은 고령장애인의 욕구와 관련된 환경적 맥락에 부합하는가? • 욕구 대응성 측면(선택권)에서 제한적인가? • 세부 정책요소들은 고령장애인의 욕구에 따라 적절하게 대응하고 있는가?

1. 한국

1) 고령장애인 정의

한국의 고령장애인의 행정적 연령 기준은 통상적으로 65세 이상으로 간주하고 있지만, 이러한 기준은 법률 및 사업에 따라 제각각인 것으로 나타났다. 주로 사회보장 및 경제활동 관련된 법률에서 노인의 연령을 규정하고 있으며, 장애인복지 영역에서는 구체적으로 규정하고 있지 않다.

앞선 이론적 배경에서 제시한 바와 같이 한국의 고령장애인의 연령은 사회보장 측면과 경제활동측면으로 구분할 수 있다. 첫째, 사회보장측면에서의 '노인'의 연령은 65세로 볼 수 있다. 즉 '노인'에 대한 정의는 장기요양보험법에서 제시하고 있는데, '65세 이상 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자'를 '노인'으로 규정하고 있다. 이 외 노인복지법은 주요 사업 또는 대상자로서 '65세 이상의 노인'으로 규정하고 있다. 대표적으로 경로우대를 예로 들 수 있다. 둘째, 경제활동측면에서 '노인'의 연령은 50세 이상으로 규정하고 있다. 즉 고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률(시행령)에 따르면, 준고령자는 50세 이상 55세미만을 의미하며, 고령자는 55세 이상인 사람을 뜻한다. 이렇듯 노인 연령의 기준은 법률 및 사업에 따라 상이하다. 본 절에서는 사회보장기준을 준용하여 고령장애인의 연령은 65세로 보고자 한다.

〈표 Ⅳ-2〉 주요 법률에서의 노인 연령 기준

구분		주요 규정 사항
사회보장	장기요양보험법	제2조(정의) "노인등"이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.
	노인복지법	노인학대관련 범죄(제1조의 2의 5), 생업지원(제25조), 경로우대(제26조), 건강진단상담·입소 등의 조치(제28조) 노인학대 신고의무와 절차(제39조의 6), 금지행위(제39조의 9)의 규정
경제활동	고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률 시행령	제2조(고령자 및 준고령자의 정의) ① 「고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에 따른 고령자는 55세 이상인 사람으로 한다. ② 법 제2조제2호에 따른 준고령자는 50세 이상 55세 미만인 사람으로 한다.

2) 주요 영역별 주요 정책 분석

본 절에서는 장애인 및 노인복지정책 중 7개 핵심 정책들을 간략히 검토하고, 각 정책별로 고령장애인과 관련된 주요 쟁점들을 도출하였다. 그리고 주요 쟁점들에 대해 고령장애인의 욕구와 필요도에 따라 개선 될 필요가 있는지 또는 정책들이 적절하게 대응하고 있는지를 정책 정합성 및 욕구대응성 측면에서 분석하고자 한다.

〈표 Ⅳ-3〉 장애인 및 노인복지정책: 영역별 핵심 제도 현황

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	쟁점 분석틀
소득보장	장애인연금	기초연금	정합성 측면 욕구대응성 측면(선택권)
일자리	장애인일자리	노인일자리	
돌봄	장애인활동지원제도	장기요양보험제도	
거주	장애인거주시설	노인복지 및 장기요양시설 등	
건강	장애인건강주치의	장기요양재택의료센터 시범사업	
일상생활	복지관, 주간이용시설 등	노인복지여가시설 등	
기타	보조기기 - 교부, 건강보험, 학대	보조기기 - 장기요양	

(1) 소득보장

① 현황

장애인 및 노인복지제도 중 소득보장제도로 장애인연금제도 및 기초연금제도의 현황을 정리한 내용은 다음 〈표 Ⅳ-4〉과 같다. 첫째, 선정 기준(자격)을 살펴보면 장애인연금제도는 18세 이상 중증장애인 중 소득 하위 70%인 자로, 종전 1급, 2급, 3급 중복장애에 해당하는 자를 그 대상으로 한다. 노인 기초연금은 만 65세 이상이면서 가구의 소득인정액이 선정기준액(단독가구 213만원, 부부가구 340만 8천원) 이하인 자가 수급할 수 있도록 규정하고 있다. 2014년 기초연금 도입 시부터 2017년까지 기초연금의 선정기준액은 장애인연금과 동일하였으나, 2018년부터 노인의 경제상황을 고려하여 선정기준액을 달리 적용하였으며, 장애인연금에 비해 상대적으로 높게 책정되고 있다.

둘째, 2024년 기준 급여액을 살펴보면 장애인연금은 기초급여 월 최대 334,810원,

부가급여 월 최대 424,810원을 지급하고 있으며, 기초연금에서는 월 최대 334,810원을 지급한다.

셋째, 2023년 기준 장애인연금의 수급자는 35.5만 명으로 중증장애인의 70%가 수급 중이며, 기초연금 수급자는 650.9만 명으로 수급자 비율은 66.53%로 나타났다.

넷째, 장애인연금의 급여액 책정 기준은 기초연금과 연동되며, 기초연금은 기준연금액에서 2/3xA급여를 제외한 값에 부가연금액을 더하여 책정된다.

〈표 Ⅳ-4〉 장애인 및 노인복지제도: 소득보장

<table>
<tr><th>분야</th><th>장애인 복지제도</th><th>노인 복지제도</th></tr>
<tr><td>제도명</td><td>장애인연금</td><td>기초연금</td></tr>
<tr><td>선정 기준 (자격)</td><td>- 18세 이상 중증장애인 中 소득하위 70%
• 본인 및 배우자의 소득인정액이 선정기준액 이하인자
<table><tr><th>단독</th><th>부부가구</th></tr><tr><td>130만원</td><td>208만원</td></tr></table>• 중증장애인 : 종전 1급, 2급, 3급 중복에 해당하는 자</td><td>- (연령 요건) 만 65세 이상인 자
- (소득인정액 요건) 가구의 소득인정액이 선정기준액 이하인 자
<table><tr><th>단독</th><th>부부가구</th></tr><tr><td>213만원</td><td>340만 8천원</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>급여액</td><td>- 기초급여: 월 최대 334,810원('24.)
- 부가급여: 월 최대 424,810원('24.)</td><td>- 기초연금액은 기준연금액과 국민연금 급여액을 고려하여 산정함
- 월 최대 334,810원('24.)</td></tr>
<tr><td>수급자 비율</td><td>- ('23. 35.5만명)(중증장애인의 70%)</td><td>- ('23. 650.9만명)(65세 이상 노인의 66.53%)</td></tr>
<tr><td>급여액 책정 기준</td><td>- 기초연금 연동</td><td>- (기준연금액 - 2/3 x A급여) + 부가연금액
* A급여: 소득재분배급여, 국민연금 급여액 중 기초연금적 성격을 가진 부분으로, 개인별 기초연금액을 결정하는 기준이 됨. 가입기간이 길고, 일찍 가입할수록 A급여액 증가.</td></tr>
</table>

출처: 1) 보건복지부(2024). 제 Ⅵ권 2024년 장애인연금 사업안내. 제Ⅰ부 2024년 장애인연금.
2) 보건복지부(2024). 기초연금 사업안내. 01제도.
3) 보건복지부(2024). 보건복지통계연보

② 쟁점

가. 장애인연금 대상자 기준(단일 3급 제외) 문제

장애인연금의 기초급여와 65세 이상을 대상으로 하는 기초연금은 장애 및 노인의 근로능력 감소에 따른 생활 안정을 지원하는 소득보장제도로 유사한 목적을 갖고 있다. 이에 장애인연금 수급자는 65세가 되면 기초급여가 기초연금으로 전환되고, 부가급여를 통해 장애로 인한 추가비용을 보전 받는다. 노동시장에서의 65세 연령은 은퇴시기의 연령으로 적극적인 경제활동을 하는 시기를 지나 노후의 삶을 누리는 시기이다. 장애인도 비장애인과 같이 65세가 되면 장애정도와 무관하게 주된 직업에서 떠나는 시기로서, 근로활동 연령대에 비해 노동소득의 감소를 겪거나 경제적 어려움을 경험하게 된다. 즉 이러한 양상은 빈곤율 지표로 나타나는데, 고령장애인 빈곤율은 47.6%로 근로활동시기의 빈곤율 25.2%에 비해 약 2배 이상 높아진다.

〈표 Ⅱ-5〉 연령별 빈곤율 및 빈곤갭 비율(2022년)

(단위: 만원, %)

구분		균등화시장소득			균등화가처분소득		
		중위소득	빈곤율	빈곤갭 비율	중위소득	빈곤율	빈곤갭 비율
전체	18세 미만	3,754	11.6	4.3	3,492	9.9	2.6
	18~65세	3,931	12.6	5.4	3,772	9.8	3.2
	18~44세	4,024	10.2	4.0	3,796	8.6	2.7
	45~64세	3,838	15.1	6.9	3,749	11.7	3.9
	65세 이상	1,398	57.8	34.7	2,212	38.9	14.0
장애인	18세 미만	3,190	21.3	13.6	3,190	14.8	6.1
	18~65세	2,578	33.4	22.2	2,871	**25.2**	8.4
	18~44세	2,771	32.3	19.2	2,771	20.7	7.8
	45~64세	2,507	38.0	23.4	2,507	27.8	9.0
	65세 이상	972	65.5	44.0	972	**47.6**	17.8
비장애인	18세 미만	3,758	11.5	4.2	3,758	9.8	2.5
	18~65세	3,980	11.7	4.8	3,803	**9.3**	3.0
	18~44세	4,050	9.7	3.7	4,050	8.4	2.6
	45~64세	3,888	13.9	6.0	3,888	10.9	3.6
	65세 이상	1,461	56.5	33.2	1,461	**37.5**	13.3

주: 가계금융복지조사 데이터 셋 재분석
출처: 조윤화 외(2024) 2024 장애인 빈곤 및 소득불평등 지표

이러한 노후의 빈곤율을 감소시키기 위하여 우리나라는 일반 소득계층을 대상으로 하는 국민연금과 저소득층 대상의 국민기초생활보장제도 및 기초연금을 통해 노후의 소득을 보장하고 있다. 장애인은 노인과 동일하게 노후소득보장제도에 의해 소득이 보전되며, 추가적으로 장애로 인한 추가급여로서 부가급여와 장애수당을 지원받는다. 특히 「장애인연금법」에 따른 중증장애인(1급, 2급, 3급 중복)은 18세부터 근로능력의 감소에 따른 소득을 장애인연금의 기초급여를 통해 2010년부터 지원되고 있다. 즉 노동시장에서 차별과 배제를 경험할 가능성이 높은 집단인 중증장애인을 대상으로 소득수준에 따라 차등적으로 기초급여를 지원하고 있는 것이다. 이러한 장애인연금의 기초급여는 앞서 제시한 바와 같이 중증장애인이 65세가 되면 기초연금으로 전환되고, 생계 및 의료급여대상자의 경우에만 소득 인정으로 이한 급여감소 때문에 부가급여로 전환하여, 급여감소를 막고 있다.

이러한 장애인연금의 정책 요소 중 정책대상자 선정 기준은 고령장애인의 경제적 안정에 부정적 영향을 주는 것으로 나타났다. 고령의 나이에 들면 장애정도와 무관하게 노동시장의 구조 상 근로활동이 줄어들 수 밖에 없다. 또한 장애정도가 심한 고령 장애인은 더욱 경제활동을 하기에는 어려움이 있다. 그러나 장애인연금의 정책대상자인 중증장애인 기준은 심한 장애를 가진 고령장애인 내에서도 유지됨으로써 생계 및 의료급여 수급자 중 중증장애인과 단일 3급의 노후소득 총량에 차이를 주고 있다. 즉 고령의 생계 및 의료급여 수급자 중 단일 3급은 중증장애인의 소득활동 능력과 일상생활 제약 수준 등에 차이가 크지 않고, 노동시장의 배제와 차별 경험 또한 유사하다. 그러나 장애인연금의 중증장애인 기준에 의해 고령장애인 단일 3급의 소득(생계급여 기준)은 장애인연금을 수급받는 중증장애인 고령장애인(생계급여 기준)에 비해 상대적으로 약 36만원이 적고, 노후의 생활에 상당한 영향을 주고 있는 것으로 나타났다(조윤화 외, 2024).[4] 장애정도가 심한 장애인 중 생계 및 의료급여 대상자는 노동시장의 활동이 현저히 어렵기 때문에 공적부조를 통해 최소한의 삶을 보전해주고 있다. 따라서 국가가 생계 및 의료급여 대상자로 선정했다는 것은 동 집단은 소득활동에 한계가 있다는 것을 증명한 것이다. 따라서 근로능력 등이 부족하여 소득이 낮은 생계 및 의료급여 대상자 임에도 장애정도가 심한 장애인 중 장애정도에 따라 차등적으로 대상자를 선정하여 근로소득을 보전하는 것은 적절하지 않다고 볼 수 있다.

조윤화 외(2024)의 질적연구에 따르면 생계급여를 받고 있는 단일3급의 경우,

4) 생계급여를 받는 사람을 기준으로 보면, 약 36만원(1,137,912원 – 773,102원)의 차이를 보인다

추가 장애가 1개 있는 경우와 2개가 있는 경우에 따라 약 33만 4,810원(기초급여)의 차이를 보이고 있어, 단일 3급 장애인들은 장애를 1개 더 받아야 할지에 대해 고민을 하고 있기도 하였다. 즉 장애정도가 심한 장애인 중 생계 및 의료급여를 지원받는 고령장애인은 부가급여로서 424,810원을 받게 되며, 그 외의 단일 3급은 기초연금, 생계급여(기초연금 감액), 장애수당을 받게 된다. 따라서 장애정도가 심한 장애인 중 국민기초생활보장수급을 받고 있는 고령장애인 내에서도 장애등급의 차이에 따라 총액 1,137,912원~773,102원의 차이를 보이게 된다. 장애인연금은 장애로 인한 노동시장 배제에 따른 소득보전제도이기 때문에, 65세 이후 장애등급에 따른 경제활동에 대해서는 다양한 사회구성원의 이해차이로 인한 획일적인 제도는 부정합성을 나타낸다고 하였다(전상환, 2015). 따라서 장애인연금 대상자를 단계적으로 확대하여 장애정도가 심한 장애인 중 생계 및 의료급여 대상자에 대한 생활을 보장할 필요가 있다.

〈표 Ⅳ-6〉 연령대별 공적급여 현황(생계 및 의료급여 대상자 기준)

목적	급여 유형	근로가능연령 (18세-64세 미만)			은퇴연령 (65세 이상)		
		장애정도가 심한 장애인		심하지 않은 장애인	장애정도가 심한 장애인		심하지 않은 장애인
		중증 장애인	경증장애인		중증 장애인	경증장애인	
			단일 3급	그 외		단일 3급	그 외
총액		1,137,912	773,102	773,102	1,137,912	773,102	773,102
최저생활 보장	생계급여	713,102	713,102	713,102	713,102	378,292	378,292
근로 어려움에 따른 소득보전	장애인연금 (기초급여)	334,810	-	-	-	-	-
	기초연금					334,810 (기초연금)	334,810 (기초연금)
장애로 인한 추가비용	장애인연금 (부가급여)	90,000	-	-	424,810 (기초연금 +부가급여)	-	-
	장애수당	-	60,000	60,000		60,000	60,000

주: 연구자가 재정리함
출처: 보건복지부(2024). 장애인연금사업안내
보건복지부(2024). 국민기초생활보장사업안내

나. 고령장애인의 장애로 인한 추가비용 적절성 문제

65세 이상의 장애인과 비장애인의 빈곤율 격차는 상당하다. 균등화가처분소득을 기준으로 분석한 빈곤율을 보면(조윤화 외, 2024), 고령장애인은 47.6%로 비장애노인 37.5%에 비해 약 10%p 높다. 장애인은 비장애인에 비해 근로가능연령대(18-64세 미만)부터 빈곤율이 높으며, 고령이 될수록 더 증가하는 현상을 보인다. 즉 근로가능연령(18-64세 미만)의 장애인 빈곤율은 25.2%로 비장애인 9.3%에 비해 약 2.5배 이상 높다. 따라서 장애인은 비장애인에 비해 젊은 시기부터 장애로 인해 노동시장 참여가 어려워 경제적인 어려움에 봉착해 있다고 할 수 있다.

특히 장애인은 비장애인에 비해 장애로 인한 추가비용이 상대적으로 많이 지출된다. 즉 장애 때문에 의료비와 교통비, 간병비, 보조기기 구입비 등의 영역에서 비장애인에 비해 추가적으로 지출되고 있는 것이다. 그렇다면 고령장애인은 어떠한가? 현재 장애인은 장애인연금의 부가급여와 장애수당을 통해 장애로 인한 추가비용을 보전받고 있다. 이는 고령장애인에게도 동일하다. 아래의 표는 2023년 장애인실태조사를 분석한 결과이다. 부모사후 대비비를 제외한 장애로 인한 추가비용을 보면, 18-64세와 65세 이상은 약 9만원(장애정도가 심한 장애인 + 생계의료급여 대상자)이 지출되고 있다. 그리고 주거 및 교육급여를 받고 있는 장애인은 더 많은 추가비용을 지출하고 있는 것으로 나타나는데, 이는 소득이 높을수록 지출할 수 있는 가용 소득이 많기 때문으로 해석할 수 있다. 따라서 현재 생계급여 및 의료급여 대상자를 기준으로 살펴보면 고령장애인의 추가비용에 대한 정부지원금액은 적절한 것으로 판단할 수 있다.

그러나 고령의 장애유형별 차이가 급여액의 차이가 큰 것을 알 수 있다. 즉 뇌병변, 신장장애, 장루·요루장애인은 월평균 추가비용에 비해 상대적으로 높다. 따라서 장애유형별 추가비용에 대해서는 현물서비스(재난적의료비, 장애인건강주치의, 소모품 지원 등)의 선택권을 확대하여 지원될 필요가 있다.

〈표 Ⅳ-7〉 장애로 인한 월평균 추가비용(부모사후 대비비 제외)

(단위: 만원)

구분		18~64세		65세 이상	
		장애정도가 심한 장애인	심하지 않은 장애인	장애정도가 심한 장애인	심하지 않은 장애인
생계 + 의료	지출 금액	9.0	4.3	8.9	6.0
	부가급여/ 장애수당	9.0 /6.0(단일3급)	6.0	9.0 /6만원(단일3급)	6.0
주거 + 교육	지출 금액	16.8	7.0	17.5	6.5
	부가급여/ 장애수당	8.0 6.0(단일3급)	6.0	8.0/ 6.0(단일3급)	6.0

주: 2023년 장애인실태조사 재분석 결과임

〈표 Ⅳ-8〉 65세 이상 장애로 인한 월평균 추가비용(부모사후 대비비 제외)

(단위: 만원)

구분	장애정도가 심한 장애인	심하지 않은 장애인
전체	8.9	6.0
지체	7.8	7.9
뇌병변	**12.9**	6.8
시각	4.6	3.5
청각	2.9	4.1
언어	2.6	6.4
지적	8.8	-
정신	4.5	-
신장	**14.8**	0.3
심장	6.8	3.8
호흡기	8.1	7.1
간	3.1	**17.2**
안면	5.3	6.7
장루·요루	**15.1**	5.2
뇌전증	-	1.4

주: 1) 생계 및 의료급여 대상자를 기준으로 분석함
2) 2023년 장애인실태조사 재분석 결과임

〈표 Ⅳ-9〉 장애인 및 노인복지제도: 소득보장

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
장애인연금 대상자 기준(단일 3급 제외) 문제	장애인연금의 장애등급 차이에 따른 소득보장 문제는 근로불가능한 시기인 65세 이후에도 동 기준(단일 3급 제외)이 적용됨으로써 고령장애인의 근로능력 감소에 따른 소득보전 목적에 상충됨	장애인연금법의 중증장애인 기준이 고령장애인 내에서도 유지됨으로써 심한 장애를 가진 고령장애인 중 생계 및 의료급여 수급자 내 중증장애인과 단일 3급의 노후소득 총량 차이를 발생하여 고령 단일 3급의 경제적 박탈이 상대적으로 심함
고령장애인의 장애로 인한 추가비용 적절성 문제	65세 이후의 고령장애인 욕구 대비 장애로 인한 추가 비용 지원금액의 총액은 적절하나 장애유형별 욕구에 부합하지 못함	고령장애인의 장애로 인한 추가 비용에 대한 장애유형별 욕구에 대응 부족

(2) 일자리

① 현황

장애인 및 노인복지제도 중 일자리정책인 장애인일자리와 노인일자리사업의 현황을 정리한 내용은 다음 〈표 Ⅳ-10〉과 같다. 첫째, 장애인일자리의 선정기준(자격)을 살펴보면, 일반형 일자리와 참여형 일자리의 경우 18세 이상 미취업 등록장애인으로 규정하고 있으며, 자격을 갖춘 시각·발달장애인은 시각장애인 안마사 파견이나 발달장애인 요양보호사 보조 일자리에 참여할 수 있다. 노인일자리사업은 공익활동형, 사회서비스형, 시장형, 취업알선형, 시니언인턴십, 고령자친화기업에 따라 그 선발 자격이 상이하다. 이 때 생계급여 수급자와 장기요양등급 1~5등급 판정자자는 노인일자리사업에 참여할 수 없도록 규정하고 있다.

둘째, 2024년 기준 급여액을 살펴보면 장애인일자리 중 일반형 일자리는 전일제 월 약 200만원, 시간제 월 약 100만원을 받으며, 복지일자리는 월 약 55만원, 특화형일자리는 월 약 120만원을 받는다. 노인일자리의 경우 이보다 급여액이 낮은데, 공공형의 경우 연 3,370천원을, 사회서비스형은 연 8,646천원을, 민간형은 시장형사업단 연 2,670천원, 취업알선형은 연 150천원을 지급받는다. 장애인일자리의 급여가 노인일자리 급여에 비해 상대적으로 높음을 알 수 있다.

셋째, 2024년 기준 장애인일자리 참여자는 전국 31,546명이며, 노인일자리의 경우 총 103만개의 노인일자리를 지원하여 총 130만명이 신청하였다.

〈표 Ⅳ-10〉 장애인 및 노인복지제도: 일자리

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	- 장애인일자리	- 노인일자리
선정 기준 (자격)	- 일반형 일자리: 18세 이상 미취업 등록 장애인 - 복지일자리 • 참여형: 18세 이상 미취업 등록장애인 • 특수교육-복지연계형: 미취업 전공과 학생 - 시각장애인 안마사 파견: 18세 이상 미취업 시각장애인 중 안마사 자격인증을 받은 자 - 발달장애인 요양보호사 보조: 18세 이상 미취업 등록 지적, 자폐성 장애인	- 공익활동: 만65세 이상 기초연금 수급자, 만65세 이상 기초연금수급 대기자가 없을 경우, 만 60~64세 차상위 계층 선발 가능 - 사회서비스형: 만 65세 이상 (일부유형 만 60세 이상) - 시장형; 만 60세 이상 사업특성 적합자 - 취업알선형: 만 60세 이상 - 시니어인턴십: 만 60세 이상으로 개발원 및 수행기관에서 진행하는 교육을 이수한 자 - 고령자친화기업: 만 60세 이상 노인 중 사업특성 적합자 • 생계급여 수급자, 국민건강보험 직장가입자(취업알선형 제외), 장기요양등급 1~5등급 판정자, 정부부처 및 지자체 추진 일자리 사업에 2개 이상 참여하는 자는 선발 제외
급여액	- 일반형 일자리: 전일제/시간제 • 전일제: 1~11월(2,060,740), 12월(1,932,560원) • 시간제: 1~11월(1,030,370), 12월(977,120원) - 복지일자리: 주 14시간 이내, 552,160원 - 특화형일자리 • 시각장애인 안마사 파견 • 발달장애인 요양보호사 보조 • 1~11월(1,291,660), 12월(1,212,780)	- 공공형(공익활동): 연 3,370,000 - 사회서비스형: 연 8,464,000 • 주휴 및 연차수당 포함 - 민간형: 시장형사업단, 취업알선형 상이 • 시장형사업단: 연 2,670,000 • 취업알선형: 연 150,000
참여자 수	- 전국 총 31,546명 참여	- 총 103만개 노인일자리 지원, 130만 명 신청

출처: 1) 보건복지부(2024). 제 Ⅶ권 2024년 장애인일자리 사업안내. 제Ⅱ부 사업운영.
2) 보건복지부(2024), 2024년 노인일자리 및 사회활동 지원사업 운영안내. 제1장 2024년 노인일자리 및 사회활동 지원사업 총괄 운영
3) 보건복지부(2024), 보도참고자료. 2024년 노인일자리 103만 개, 어르신의 건강하고 행복한 노후 생활을 지원합니다.

② 쟁점

가. 장기요양대상자 장애인일자리 탈락 문제

장애인일자리 사업의 대상자는 장애인복지법에 따라 등록된 18세 이상 미취업 장애인과 미취업 전공과 학생(특수교육대상자)이다. 참여 신청 제외 대상자는 국민건강보험 직장가입자(피부양자 및 임의계속가입자는 제외), 사업자등록증이 있는 사람, 수행기관 또는 배치기관의 법인, 기관 단체의 대표, 임직원, 정부부처 및 지자체에서 추진 중인 타 재정지원 일자리사업 참여자, 장애인일자리사업에 2년 이상 연속으로 참여한 사람, 장기요양등급판정을 받은 사람(등급외자는 신청 가능), 최근 1년 이내 장애인일자리사업 참여 중단 조치를 받은 사람, 시각장애인 안마사 파견의 경우 안마원, 안마시술소를 개설하거나 이에 고용된 사람 및 개인사업자로서 출장 안마서비스를 제공하는 사람 등이다.

장애인일자리 정책에서의 쟁점은 장기요양등급판정을 받는 사람이 장애인일자리에서 탈락되는 부분이다. 장애인일자리에서 일하는데 어려움이 있는 집단으로서 장기요양대상자의 등급을 받는 자를 규정하는 것은 일자리 정책의 목적에 부합할 수 있다. 그러나 장애인의 경우에는 65세가 도래하면 장기요양보험가 우선적으로 적용됨으로써 획일적인 기준에 의해 제도에 의해 보전급여를 받는 고령장애인은 기존의 일자리에서 탈락되거나, 장애인일자리에 참여할 수 없게 되는 것이다. 즉 장애인에게 65세 도래 시 장애인일자리를 고려하여 장기요양보험제도와 활동지원제도를 선택하는 권리가 있다면 동 문제는 개인이 선택하였기 때문에 큰 이슈가 되지 않을 수 있다. 그러나 돌봄서비스에 대한 선택권이 부재하여 2차적으로 나타나는 일자리 탈락은 우선적으로 장애인활동지원제도에서 개선되어야 할 부분이라 볼 수 있다.

사실 노인일자리정책에서도 장기요양보험대상자는 일자리 참여의 제외대상이다. 그러나 노인의 경우 노인일자리 참여를 위해 장기요양제도를 이용하지 않을 수 있는 선택권이 있다는 점이 차이를 보이는 지점이다. 만약 65세가 도래되어 장기요양급여와 활동지원급여를 선택할 수 있다면, 활동지원급여를 선택함으로써 공공일자리에서의 배제가 이루어지지 않을 수 있다. 따라서 장기요양대상자의 장애인일자리 탈락문제는 장애인활동지원제도의 주요 목적인 일상생활지원 및 사회참여를 지원하는 것으로, 65세 이후의 장애인의 사회참여 욕구 보다는 노인이 되었다는 이유로 장기요양보험을 우선적용한 점은 고령장애인의 욕구에 기반한 활동지원

제도 목적을 충실하게 달성하지 못하고 있다고 볼 수 있다. 또한 장애인일자리 정책 역시 이러한 제도의 부정합성에 따른 문제들을 해결하기 위해 일자리정책을 개선하지 않은 부분 역시도 검토될 필요가 있다. 따라서 장애인이 65세가 되더라도 장애인활동지원제도의 목적에 부합하도 선택권을 마련하여 제도 내 정합성을 제고하는 방향으로 변화될 필요가 있다. 그리고 장애인일자리 제도에서 보전급여 대상자(또는 장기요양대앗자)의 경우에도 장애인일자리에서 탈락하지 않는 기준을 마련해야 할 것이다. 뿐만 아니라 고령장애인을 고용하는데 적용되어 왔던 장애인일자리 패널티 영역에 대한 검토가 필요하다.

나. 노인일자리(공공형일자리)의 장기요양급여 대상자 제외 등 형평성 문제

공공형일자리의 대상자에서 장기요양급여 대상자는 일자리에서 제외된다. 만약 장애인일자리 대상자로 장기요양대상자를 허용하는 부분에 대해 타 제도와의 형평성 문제를 고려해야 할 것이다. 장기적으로 노인들의 일자리 방향은 사회참여를 촉진하기 위해 공익형 뿐만 아니라 사회서비스형 등의 일자리가 확충될 것으로 예측된다. 장애인이기 때문에 장애인일자리에서만 장기요양대상자를 허용하는 부분은 제도 간 부정합성 문제에 봉착할 수 있게 된다. 따라서 노인일자리 중 공공형 일자리는 전체적으로 활동지원개선 전까지 장애인의 경우, 장애인일자리 기준에 따르는 것을 제안할 수 있으며, 사회참여를 지향하기 위해서는 필요시 예외적 규정을 통해 일을 할 수 있도록 하는 것을 제안할 수 있다.

다. 고령장애인에 적합한 직무 부족

본 연구결과에 따르면 장애인은 노인일자리와 장애인 일자리 중 장애인일자리를 선호하는 것으로 나타났다. 즉 장애인은 노인에 비해 신체적 및 정신적 손상과 더불어 체력적인 한계에 더 어려움을 호소하고 있었다. 현재 장애인일자리 및 노인일자리에서도 고령장애인에 적합한 복지형 일자리는 부족한 상황이다. 따라서 고령장애인에 적합한 사회참여형 직무들의 개발이 시급하다.

라. 중대재해처벌법 적용에 따른 고령장애인 일자리 환경 문제

중대재해처벌법은 사업 또는 사업장, 공중이용시설 및 공중교통수단을 운영하거나 인체에 해로운 원료나 제조물을 취급하면서 안전·보건 조치의무를 위반하여 인명피해를 발생하게 한 사업주, 경영책임자, 공무원 및 법인의 처벌 등을 규정함으로써 중대재해를 예방하고 시민과 종사자의 생명과 신체를 보호함을 목적으로 한다. 동 법률에 의해 고령장애인을 사업장에서 고용하는 부분에 대해 부담을 갖고 있는 것으로 본 연구결과에서 나타났다. 고령장애인의 안전 사고를 방지할 수 있는 안전체계가 부족한 상황 속에서 고령장애인을 고용하는 일자리 창출에 다소 부정적인 영향을 주고 있는 것이다. 이는 고령장애인의 사회참여의 목적인 일자리 지원 정책과 환경간의 부정합성이 발생시키는 주요 요인으로 이에 대한 대처가 필요하다. 예를들면, 시각장애인안마사 파견 및 발달장애인 요양보호사 보조의 경우 '특화형일자리 전문인배상책임 보험'을 가입하도록 지침에 따라 고령장애인을 고용하고 있는 기관들을 대상으로 배상책임보험 가입 지원을 검토할 필요가 있다. 또한 중대재해 처벌 등에 관한 법률에 따른 안전관리를 위한 산업안전업체 위탁 비용을 지원하는 안도 제안할 수 있다.

〈표 Ⅳ-11〉 장애인 및 노인복지제도: 일자리

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
장기요양대상자 장애인일자리 탈락문제	65세 이후 장애인활동지원제도를 장애인의 욕구에 따라 선택하기 보다 장기요양보험을 우선 적용 함으로써 고령장애인의 일자리 선택에 제한을 줌	65세 이후에도 사회참여와 일상생활 지원이 이루어질 수 있도록 장애인활동지원제도의 선택권 마련 및 보전급여를 받는 사람도 일할 수 있도록 장애인일자리 기준 개정 필요
공공형일자리의 장기요양급여 대상자 제외 등 형평성 문제	장기요양대상자는 노인일자리와 공공일자리를 참여할 수 없기 때문에 장애인일자리 개선 시 타 제도들과의 부정합성 발생	장기적으로 사회참여를 확대하기 위해 장기요양대상자일지라도 필요시 예외적 규정을 통해 공공형일자리에서 참여할 수 있는 기준 유연화 및 예외적 기준 필요
고령장애인에 적합한 직무 부족	고령장애인의 일에 대한 욕구에 비해 불충분한 노인 및 장애인 일자리 문제	고령장애인의 일참여 욕구 대응에 부족한 노인 및 장애인일자리 직무
중대재해처벌법 적용에 따른 고령장애인 일자리 환경 문제	고령장애인의 사회참여의 목적인 일자리 지원 정책과 정책 환경간의 부정합성	고령장애인의 일 참여를 위한 안전한 환경 체계 부족

(3) 돌봄

① 현황

장애인 및 노인복지제도의 돌봄정책인 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험제도의 현황을 정리한 내용은 다음〈표 Ⅳ-12〉와 같다. 첫째, 장애인활동지원제도의 선정기준(자격)은 만 6세 이상, 65세 미만 등록장애인 중 서비스 지원 종합조사 결과에 따라 활동지원급여 수급자격을 인정받은 자로서, 장기요양급여수급자 등은 제외된다. 노인장기요양보험제도는 노인장기요양보험 가입자나 피부양자, 의료급여 수급권자 중 65세 이상 노인이나 노인성 질병을 지닌 64세 이사인 자를 대상으로 한다.

둘째, 급여액의 경우 활동지원급여는 1구간에서 15구간 월 971,000원 ~ 7,754,000원을 지급하며, 특별지원급여로 출산급여 월 1,294,000원, 자립준비금 및 보호자 일시부재시 월 325,000원을 제공한다. 노인장기요양급여는 재가급여와 시설급여로 나누어 급여를 지급하며, 급여액은 급여 내용 및 요양등급에 따라 상이하다. 셋째, 2023년 기준 장애인활동지원제도 이용자는 전국 230,877명, 노인장기요양제도 인정자는 1,019,130명이다. 마지막으로 장애인활동지원제도의 급여액 은 서비스 지원 종합조사를 통해 산정된 종합점수를 통해, 노인장기요양보험제도는 장기요양인정 신청조사를 통해 산정된 장기요양인정점수를 통해 책정된다.

〈표 Ⅳ-12〉 장애인 및 노인복지제도: 돌봄

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	장애인활동지원제도	노인장기요양보험제도
선정 기준 (자격)	- 만 6세 이상 65세 미만 장애인복지법상 등록장애인 중 서비스 지원 종합조사 결과 산출된 종합점수에 따라 활동지원급여 수급자격을 인정받은 자 - 장기요양급여수급자, 보장시설 입소자, 입원자, 교정시설 또는 치료감호시설 수용자, 그밖 다른 법령에 따라 활동지원급여와 비슷한 급여를 받는 자람 또는 수급자격이 있는 사람 제외	- 신청대상: 소득수준과 상관없이 노인장기요양보험 가입자와 그 피부양자, 의료급여수급권자로서 65세 이상 노인과 64세 이하 노인성 질병이 있는 자 • 2011년부터 65세가 되기 30일 전에 장기요양인정 신청 가능 • 장기요양등급 : 1등급~5등급 또는 인지지원등급

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
급여액	- 활동 지원 급여 (1~15구간): 월 971천원~7,754천원 - 특별지원급여: 한시적 지원 • 출산: 월 1,294천원 • 자립준비: 월 325천원 • 보호자 일시부재: 월 325천원	- 재가급여: 643,700~2,069,900원 • 방문요양: 시간별로 16,630~66,770원 • 방문목욕: 시간별로 차량내(84,670), 가정(75,340), 차량이용x(47,670) • 방문간호: 시간별로 40,760~61,490원 • 주야간보호: 시간별/등급별로 상이 • 단기보호: 57,110~70,500원 • 치매전담실: 시간별/등급별로 상이 - 시설급여 • 노인요양시설: 73,800~84,240 • 노인요양공동생활가정: 60,740~71,010 • 치매전담형 시설급여 • 가형: 92,260~85,080 • 나형: 83,040~76,560 • 치매전담 공동생활가정: 75,300~81,670
수급자수	수급자 151,259명 중 120,877명 이용	인정자 1,019,130명
급여액 책정 기준	- 서비스 지원 종합조사를 통해 종합점수를 산정하고 급여액 책정 - 서비스 지원 종합조사: 기능제한(x1), 사회활동(x2), 가구환경(x3)으로 구성 • 성인 종합점수: (0.01225X1 + 0.05583X2 + CX3) × 30 • 아동 종합점수: (0.01574X1 + 0.05583X2 + CX3) × 30	- 장기요양인정 신청 조사를 통해 받은 장기요양인정점수 구간별 급여액 책정 - 조사내용: 기본적 일상생활활동(ADL), 수단적 일상생활활동(IADL), 인지기능, 등 12개 영역 90개 항목 중 52개 항목으로 요양인정점수를 산정함

출처: 1) 보건복지부, 2024. 제 V권 장애인활동지원 사업안내. 제Ⅰ부 장애인활동지원 신청 및 수급자격, 제Ⅱ부 활동지원급여비용
2) 보건복지부, 2024, 2024년 노인보건복지 사업안내. 제 2권 노인요양, 노인장기요양보험제도.
3) 공공데이터포털. 장애인활동지원 통계 정보.
4) 공공데이터포털, 노인장기요양보험 인정현황.

② 쟁점

가. 장기요양보험 우선 적용에 따른 선택권 부재

기존 장애인 활동지원 수급자에 대해 65세 도래 시 장기요양보험 우선 적용에 따라 활동지원급여 보전급여로 인한 급여액 감소에 대한 부분이다. 기존 장애인 활동지원 수급자는 65세가 도래하면 반드시 장기요양보험 등급을 받아야 한다. 즉 장기요양보험 등급을 받게 되면 우선적으로 장기요양급여가 적용되고, 나머지는 활동지원급여로 보전하게 된다. 만약 장기요양 등급 외로 판정되면 활동지원급여를 그대로 받게 된다. 여기서 쟁점은 앞서 '일자리 영역'에서 제시한 바와 같이 일을 하고 있는 대상자의 경우, 직장을 다니고 있거나(산재 및 고용보험 제외), 장애인일자리에서 전일제, 시간제 일자리에 참여한 경우에는 65세가 넘어가면서 장기요양대상자로 선정 될 경우에는 장애인일자리에서 탈락하게 된다. 이로인해 서비스 지원 종합조사에서 사회활동인 직장생활 24점이 감액된다. 이는 총액의 40점 정도가 감소되어 활동지원급여구간이 낮아질 가능성이 높다. 특히 이러한 활동지원급여구간의 감소는 지자체의 추가지원 급여액도 감소하게 되어 전체 총액이 감소하게 되는 문제를 초래한다. 따라서 장애인일자리 등의 변화에 따라 나타날 수 있는 변수들을 감소시킬 필요가 있다. 특히 선택권의 부재로 인해 나타나는 문제들을 정리하고, 재정적 상황 등을 고려하여 단계적으로 개선할 필요가 있다.

나. 보전급여에 따른 지원인력 및 사회참여 제한 문제

첫째. 앞선 선택권 부재로 인해 장기요양대상에 따라 서비스를 지원하는 인력의 변화와 이용기관 선택 등의 이슈가 있다. 장기요양대상으로 인해 요양보호사 자격을 가지고 있는 제공인력이 필요하게 된다. 즉 활동지원서비스는 장애인활동지원사가 장기요양의 경우에는 요양보호사가 서비스 제공인력이 된다. 따라서 서비스 제공자가 달라질 수 있으며, 서비스 이용기관도 변화될 수 있는 가능성 등으로 많은 환경적 변화에 처함으로써 정신적 및 정서적으로 어려움이 있을 수 있다.

둘째, 활동지원서비스의 목적은 일상생활의 활동을 지원하여 지역사회에서 자립생활 즉 일상생활과 사회참여를 지원하는 것이다. 장기요양제도는 고령이나 노인성질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인에게 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 것이다. 활동지원서비스 바우처 카드의 결제는 일상활동 중에 일어날 수 있으나, 장기요양의 경우에는 집에서 결제하도록 되어 있어, 보전급

여를 받게 되는 경우 장애인 당사자는 사회참여보다는 집 중심의 생활로 구조화되는 문제들이 제기되고 있다. 따라서 장애인활동지원제도와 장기요양보험제도의 전환 문제로 인한 앞선 부정합성을 개선할 필요가 있다.

다. 신규 등록장애인의 활동지원서비스 이용 불가 문제

노화 및 사고 등으로 인해 65세 이후 신규로 등록한 장애인의 활동지원제도 욕구 대응 부분이다. 활동지원제도는 6세부터 65세 미만의 등록장애인에게 일상생활을 지원하고 있다. 65세 이후에 등록한 신규등록장애인 즉 노화 및 사고 등으로 인해 활동지원이 필요한 고령장애인에 대한 서비스가 부족하다. 노화로 인해 요양이 필요한 경우에만 활동지원서비스가 필요한 고령장애인의 경우 장기요양서비스만 이용할 수 있기 때문에, 사회활동을 위한 노인복지영역 및 장애인활동지원서비스는 부족한 상황이다. 이에 대해 노인복지 및 장애인복지영역에서의 단계적 확충이 필요하다.

라. 돌봄통합지원 시범사업의 노인과 장애인 개별성을 고려한 세부 내용 부재

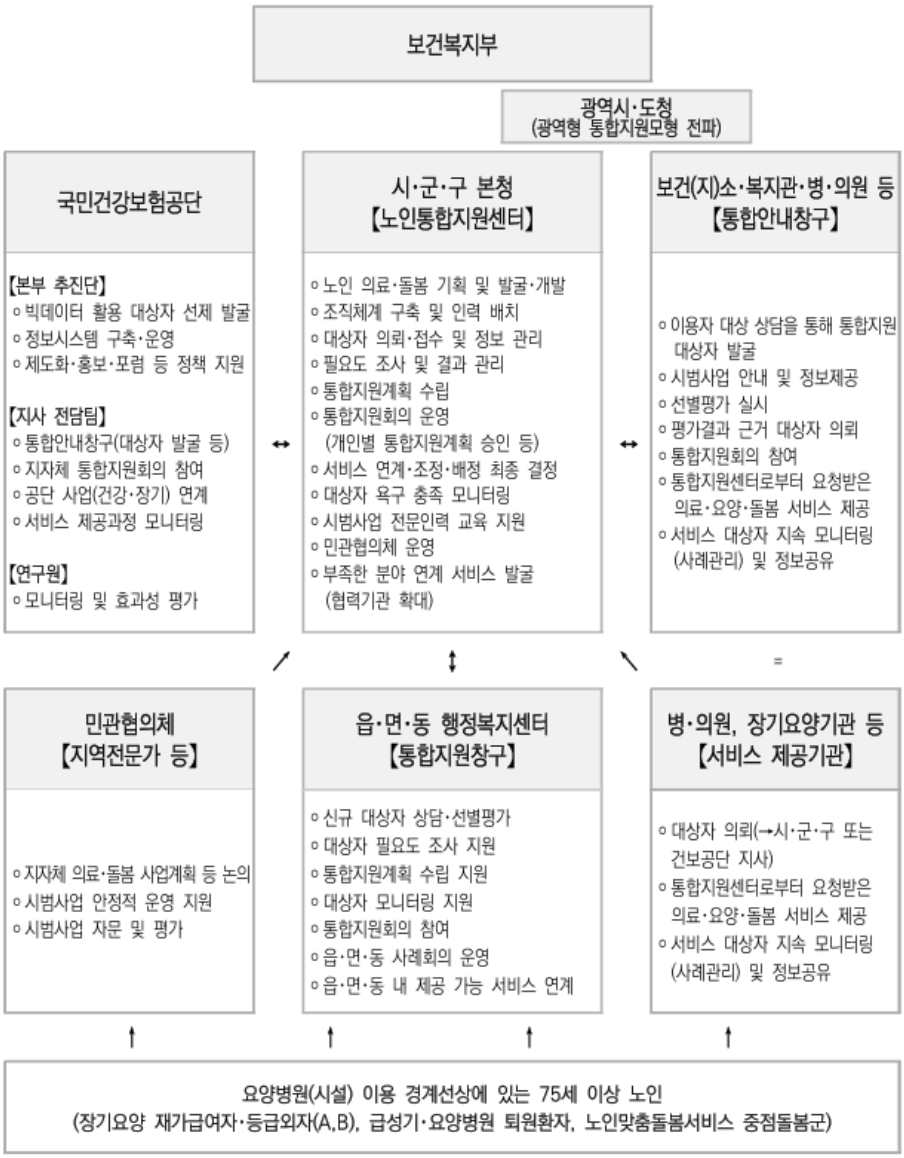
첫째, 돌봄통합지원법(26년 시행)의 정책대상자와 서비스 구성요인의 부정합이다. 돌봄통합지원법(26년 시행)에 따른 노인의 지역사회 내 건강노화를 위한 “노인 · 의료돌봄 통합지원 시범사업”에 있어 장애인 관련 전달체계, 조사도구, 서비스 내용 등에 장애인의 고려가 부재하다. “통합지원 대상자”란 노쇠, 장애, 질병, 사고 등(이하 “노쇠등”이라 한다)으로 일상생활 유지에 어려움이 있어 복합적인 지원을 필요로 하는 노인, 장애인 등으로서 대통령령으로 정하는 사람을 말하고 있다. 그러나 노인 중심으로 조사표와 전달체계가 이루어지고 있으며, 장애인에 대한 고려가 부족하다. 특히 통합지원은 “통합지원”이란 제2호에 따른 통합지원 대상자에게 이 법에 따라 국가와 지방자치단체의 장이 보건의료, 건강관리, 장기요양, 일상생활돌봄, 주거, 그 밖에 대통령령으로 정하는 분야의 서비스 등(이하 “보건의료등”이라 한다)을 직접 또는 연계하여 통합적으로 제공하는 것을 말하고 있으나, 장애인은 포함하고 있지 않다.

〈표 Ⅳ-13〉 돌봄통합지원법

구분	세부 내용
정책대상자	- 노쇠, 장애, 질병, 사고 등(이하 “노쇠등”이라 한다)으로 일상생활 유지에 어려움이 있어 복합적인 지원을 필요로 하는 노인, 장애인 등으로서 대통령령으로 정하는 사람
통합지원	- 통합지원 대상자에게 이 법에 따라 국가와 지방자치단체의 장이 보건의료, 건강관리, 장기요양, 일상생활돌봄, 주거, 그 밖에 대통령령으로 정하는 분야의 서비스 등(이하 “보건의료등”이라 한다)을 직접 또는 연계하여 통합적으로 제공하는 것을
방법	- (종합판정)시장 · 군수 · 구청장은 제10조제1항 및 제2항에 따라 신청하거나 발굴된 통합지원이 필요한 자에 대하여 의료적 필요도와 요양 · 돌봄 필요도 등 대통령령으로 정하는 바에 따라 종합적으로 판정하고 통합지원 대상자의 욕구 및 필요도를 반영한 판정 결과를 통합지원 대상자에게 안내

즉 돌봄통합지원 정책대상자에 ‘장애인’이 규정되어 있음에도 2023년부터 실시하고 있는 “노인 · 의료돌봄 통합지원 시범사업”의 대상은 크게 요양병원(시설) 입원 경계선상에 있는 75세 이상 노인으로 세부적으로 다음을 의미한다. ① 장기요양 재가급여자, ② 급성기·요양병원 등 의료기관 퇴원환자, ③ 노인맞춤돌봄서비스 중점군, ④ 장기요양 등급외자(A,B), ⑤ 기타 지방자치단체장이 대상자로 인정할 만한 사유가 있는 사람으로 고령장애인의 경우 앞선 기준에 해당될 경우에는 서비스 대상자가 될 수 있으나, 65세 미만의 장애인은 포함되어 있지 않다. 즉 ①~⑤에 포함되어 있는 장애인은 상관없지만, 그렇지 않은 65세 미만의 장애인은 돌봄의 통합적 지원이 필요함에도 서비스를 이용할 수 없게 된다. 또한 고령장애인 중 의료·돌봄이 필요한 재가장애인에 대한 사각지대 여부를 파악할 필요가 있다.

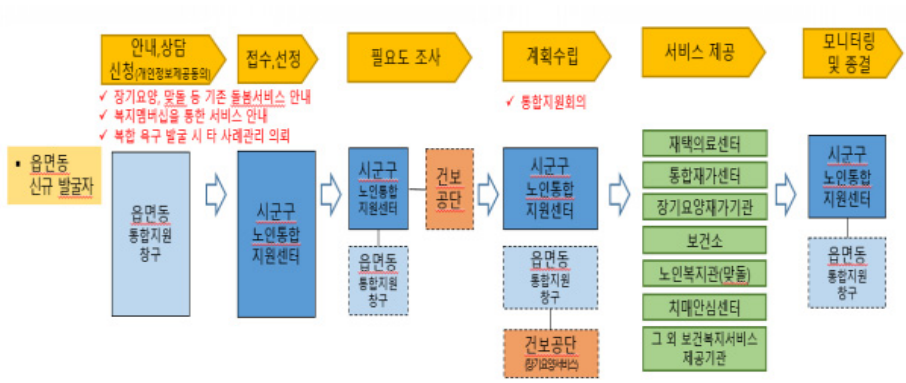
그리고 전달체계에서도 장애인에 대한 부재이다. 현재 조직으로서 (시·군·구) 전담부서(노인통합지원센터) 설치·운영을 신설하도록 권고하고 있다. 즉 시범사업 추진을 위한 전담조직(‘과’ 수준 권장) 신설하는 것으로, 전담인력(복지직, 보건·간호직 등 다직렬 근무) 배치를 필수로 하고 있다. 그러나 노인통합지원센터라는 조직명을 보면 장애인을 포괄하고 있는지를 알 수 없다. 따라서 65세 미만의 장애인에 대한 돌봄통합지원 전달체계를 읍면동과 시군구 내 어느 부서에서 해야하는지를 검토해야 할 것이다.



[그림 Ⅳ-1] 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업 추진 체계도

출처: 보건복지부(2023). 노인의료돌봄통합지원시범사업 안내

특히 정책대상자에게 돌봄통합적 서비스를 제공하기 위해 선별평가(대상자 특성 및 욕구 파악, 노쇠 평가 등 돌봄 필요도 확인)와 심화평가를 수행하는데, 심화평가 대상자는 노쇠평가 1점 이상이면서 대상자 욕구 항목에서 2가지 이상 체크된 경우이다. 각 평가를 담당하는 전달체계는 상이하다. 즉 읍면동의 안내창구에서는 선별조사를 진행하고, 노인통합지원센터에서는 접수된 대상자의 필요도 조사 수행기관 및 방식 등 결정하여 필요도 조사를 필요시 관련기관(건강보험공단)과 공동조사를 실시하게 된다. 선별평가 결과, 심화평가 대상에 해당하는 경우 가정 방문조사 실시하게 된다. 이후 필요도 조사 결과를 바탕으로 대상자 욕구·필요도 종합적 판단하여 필요한 서비스 종류 및 내용 등 포함한 개인별 통합지원계획을 수립하고, 서비스를 제공 및 모니터링을 실시하는데 장애인을 대상으로 하는 경우는 어떠한 전달체계에서 이루어질 수 있는지 명확한 기준이 필요하다.



[그림 Ⅳ-2] 노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업 추진 체계도

출처: 보건복지부(2023). 노인의료돌봄통합지원시범사업 안내

만약 선별평가와 심화평가 지표를 그대로 모든 장애인에게 적용할 것인지 또는 65세 미만의 장애인의 경우에는 다른 선별지표를 마련할 것인지에 대한 기준이 필요하다. 특히 현재 구성되어 있는 평가도구에서도 고령의 장애인에 대한 고려가 필요한지에 대해서도 검토할 필요가 있다. 예를들면, 전자는 노쇠평가도구의 질문문항을 보면, 장애인복지법의 '고령장애인'으로 등록된 자들은 모두 포함될 수 밖에 없기 때문에 선별평가가 불필요할 것으로 보인다. 현재도 건보공단 지사에서 장기요양인정자를 의뢰하는 경우 선별평가 생략 가능하다. 그리고 심화평가에서의 질

문은 우리나라의 '장애인서비스지원종합조사표'의 내용과 유사하다. 심화평가의 내용과 장애인서비스지원종합조사표는 공통적으로 일상생활기능, 도구적 일상생활기능, 식사기능, 인지심리기능 등은 중복되며, 심화평가에 병의원이용, 생활상태, 주거환경 등이 추가되어 있다. 따라서 장애인서비스지원종합조사표 결과와 연동할 수 있는 부분이 상당하다고 볼 수 있기에 장애인활동지원서비스 대상자는 심화평가를 받지 않아도 되는 집단으로 볼 수 있다. 그러나 심화평가에서는 욕구와 자원의 연계를 고려하고 있기 때문에 필요시 아래와 같이 장애인활동지원종합조사표에 의료적 처치 및 건강, 식사기능, 병의원이용, 이동지원, 생활상태, 주거환경 등을 구체화 하는 것도 제안할 수 있다. 그리고 시범사업에 대한 연계서비스 항목에 장애인관련 서비스에 대한 자원을 확보할 필요가 있다.

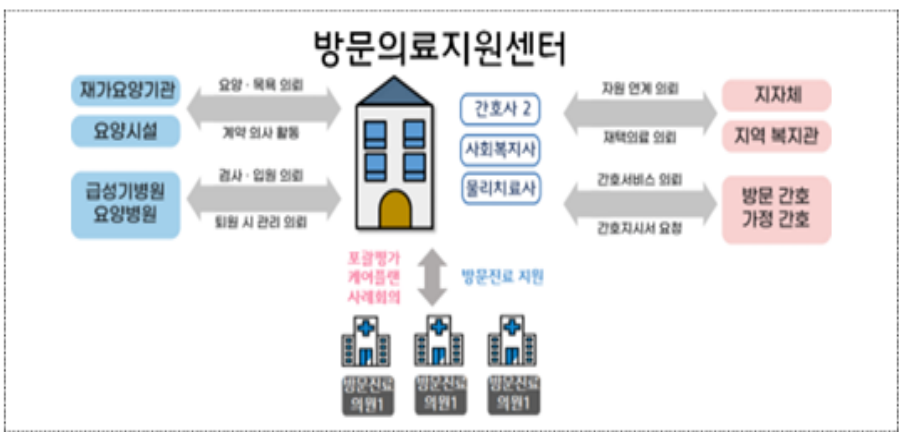
〈표 Ⅳ-14〉 장애인서비스지원종합조사표와 노인 · 의료돌봄 통합지원 시범사업 조사표

구분	장애인서비스지원종합조사표	심화평가
일상생활동작(ADL)	9문항/4점척도	유사함/3점척도
수단적 일상생활동작(IADL)	6문항/4점척도	유사함/3점척도
인지행동특성	5개문항/4개척도	우울, 문제행동, 의사결정, 기억력 등
사회활동	2개문항/24점	-
가구특성	한부모, 취약, 가족의 사회생활 등/3개문항/36점	-
주거특성	엘리베이터, 2층 등/2개 항목/4점	
식사기능		씹거나, 삼키는 기능
병의원 이용		의료적 처치 필요사항, 통증 등
이동지원정도		이동지원필요 횟수, 거리
생활상태		생활방식(휠체어 사용 등), 주거상태
주거환경		조명, 바닥과 벽지, 계단 문턱, 집안 안전손잡이 등
서비스필요도		보건 · 의료, 요양, 일상생활지원, 주거, 타사업

출처: 보건복지부(2024). 장애인활동지원사업안내
보건복지부(2023). 노인의료돌봄통합지원시범사업 안내

가) 연계서비스: 방문의료지원

방문의료지원으로서 재택의료센터를 이용하거나, 장애인건강주치의, 방문진료(일차의료 방문진료수가 시범사업)에 대한 연계가 필요하다. 즉 재택의료시범사업은 월 1회 의사가 방문해서 진찰하는 방문진료와, 월 2회 간호사가 직접 찾아가는 방문간호를 받을 수 있는 제도이며. 장애인의 경우에는 심한 장애 등급은 연간 24회에 한해서 방문진료와 방문간호를 제공받을 수 있습니다. 심하지 않은 장애등급의 경우 연간 4회에 한해서 방문진료와 방문간호를 제공받으며, 서비스의 차이는 없다, 특히 장애인건강주치의 기관은 건강보험 심사평가원과 지역장애인보건의료센터에 문의할 수 있다. 마지막으로 의료기관을 내원하기 어려운 경우에는 일차의료 방문진료수가시범사업을 연계할 수 있다. 장기요양등급이나 장애등급을 산정받기 전에 발생할 수 있는 의료 및 돌봄의 공백을 메꿀 수 있는 장점이 있다. 앞선 세가지 시범사업은 본인부담금의 차이가 발생하기 때문에 장애인이 이용하는데 적절한 계획과 본인부담금을 고려하여 연계될 필요가 있다.

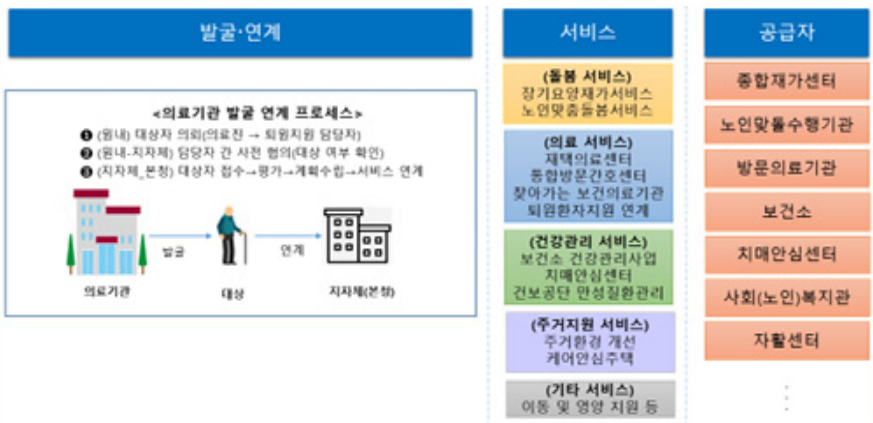


[그림 Ⅳ-3] 방문의료지원센터 운영모델

출처: 보건복지부(2023). 노인의료돌봄통합지원시범사업 안내

나) 연계서비스: 퇴원환자 재가복귀 지원

퇴원환자 재가복귀 지원 서비스에 대한 지원이다. 최근 2주 이내 골절·낙상 등 수술 후 급성기 병원 퇴원(예정인 경우 포함)하는 환자 및 요양병원, 재활병원에서 퇴원(예정인 경우 포함)한 환자 중 75세 이상으로서 재가 복귀 시 의료 및 돌봄서비스 필요도가 높은 자이다. 협력 의료기관(급성기 병원, 요양병원, 재활병원) 내 담당 인력(사회복지사 등) 배치 또는 퇴원환자 연계에 대한 사업비 지원을 통해 시·군·구 전담팀에 대상자의 의뢰 역할 수행한다. 퇴원(예정) 환자의 의료·돌봄 욕구를 포괄적으로 파악하여, 시범사업에서 연계·제공하는 방문의료서비스, 일상생활지원(가사지원, 이동 및 활동지원, 식사지원), 주거지원(중간집) 등을 통합적으로 지원한다. 전달체계는 병원 내 담당자가 시·군·구 전담부서로 의뢰하면, 퇴원(예정) 환자 중 신체 및 기능 수준 등 파악하여 돌봄 필요도가 높은 대상자 발굴하며, 선별평가및 심화 평가 실시(협력의료기관의 퇴원환자 재가복귀 지원사업 담당자가 수행 가능), 시·군·구 전담부서는 의료·돌봄서비스 통합지원을 실시하게 된다.



[그림 Ⅳ-4] 퇴원환자지원서비스 제공절차

출처: 보건복지부(2023). 노인의료돌봄통합지원시범사업 안내

다) 연계서비스: 주거지원서비스

주거지원서비스는 대상자가 거주하고 있는 주거 환경의 개선(설비나 부품 설치, 교체 등)을 통해 노인과 돌봄 제공자의 편리성 향상시키는 것을 목적으로 한다.

자가 및 임대주택에 거주하는 노인(임대주택은 임대인의 동의가 있는 경우 지원하는 것이다. 돌봄필요도가 있는 대상자가 안전한 돌봄환경이 조성된 주택에 거주하면서 의료와 돌봄서비스를 효과적으로 이용할 수 있는 거주환경을 제공하는 것이다.

넷째, 일상생활지원서비스이다. 이동지원, 가사지원, 영양·식사지원 등이다. 주로 이러한 서비스가 가능한 복지관, 지역자활센터 등 지역내 관련 기관을 활용하도록 되어 있다.

〈표 Ⅳ-15〉 주요 연계 서비스 내용

주요 서비스내용	대상자	제공기관 및 인력	서비스 내용	서비스 제공 절차
방문의료 지원	- 75세 이상 노인 중 질병·부상 등으로 인하여 진료를 받아야 하나, 보행이 곤란하여 환자·보호자의 방문진료 요청이 있는 경우	- 방문진료제공 의료기관(보건소, 민간의료기관)의 의사와 시·군·구 본청 또는 보건소의 간호사 및 사회복지사 팀을 이뤄서 방문의료 서비스 제공	- 대상자 건강상태 평가 및 방문의료서비스 제공 계획수립 - 방문진료·간호 등 방문의료서비스 제공 - 지역사회 자원 연계 상황 공유 - 정기 팀 사례회의	①(시·군·구 노인통합지원센터 → 방문의료 지원팀) 대상자 의뢰 ②(방문의료지원팀)최초 방문진료 실시 ③(방문의료지원팀) 케어 플랜 수립 ④(방문의료지원팀)→ 시·군·구 노인통합지원센터)서비스 제공내용 공유
퇴원환자 재가복귀 지원 서비스	- 최근 2주 이내 골절·낙상 등 수술 후 급성기 병원 퇴원(예정인 경우 포함)하는 환자 및 요양병원, 재활병원에서 퇴원(예정인 경우 포함)한 환자 중 75세 이상으로서 재가 복귀 시 의료 및 돌봄서비스 필요도가 높은 자	- 협력 의료기관(급성기 병원, 요양병원, 재활병원) 내 담당 인력(사회복지사 등) 배치 또는 퇴원환자 연계에 대한 사업비 지원을 통해 시·군·구 전담팀에 대상자 의뢰 역할 수행	- 퇴원(예정) 환자의 의료·돌봄 욕구를 포괄적으로 파악하여, 시범사업에서 연계·제공하는 방문의료서비스, 일상생활지원(가사지원, 이동 및 활동지원, 식사지원), 주거지원(중간집) 등을 통합적으로 지원	①(병원 내 담당자 → 시·군·구 전담부서) 대상자 의뢰 ②(시·군·구 전담부서) 방문조사 실시 ③(시·군·구 전담부서) 의료·돌봄서비스 통합지원
주거지원 서비스	(주거환경개선) - 자가 및 임대주택에 거주하는	-	-	-

주요 서비스내용	대상자	제공기관 및 인력	서비스 내용	서비스 제공 절차
	노인(임대주택은 임대인의 동의가 있는 경우 지원)			
	(케어안심주택) - 지역 내 거주를 원하는 퇴원환자 및 지역 내 거주가 불완전한 돌봄대상자	-	-	-
일상생활지원 서비스	- 이동지원 - 가사지원 - 영양·식사지원	- 이러한 서비스가 가능한 복지관, 지역자활센터 등 지역내 관련 기관을 활용	-	-

출처: 보건복지부(2023). 노인의료돌봄통합지원시범사업 안내

〈표 Ⅳ-16〉 노인 · 의료돌봄 통합지원 시범사업 주요 연계사업

구분	주요 연계사업 내용
보건의료	일차의료 방문진료 수가 시범사업(의과, 한의)
	일차의료 만성질환관리 시범사업
	장기요양 재택의료센터 시범사업
건강관리	방문건강관리(보건소)
	AI·IoT기반 어르신 건강관리
	치매관리 (치매안심센터)
요양	장기요양보험서비스
	통합재가서비스 예비사업
퇴원환자 지원	요양병원 퇴원환자 지원
	급성기 환자 퇴원지원 및 지역사회 연계활동
	퇴원환자 지역사회 연계(공공의료연계망)
일상생활·돌봄 지원	노인맞춤돌봄
	독거노인·장애인 응급안전안심서비스
	고독사 예방 및 관리 시범사업
	통합사례관리사업
	일상돌봄서비스 사업
의료급여 수급권자 지원	의료급여 사례관리
	재가 의료급여 시범사업

마지막으로 평가지표(안)에 대한 장애관련 부분의 검토가 요구된다. 과정지표와 산출지표, 결과지표, 성과목표 및 지표 등에 대해 장애인에 대한 성과를 제안하고자 한다.

그리고 교육관련 사항에서도 장애관련 이해교육이 요구된다. 노인과 장애특성을 가지고 있는 경우에는 주거환경개선문제, 보조기기 등 지원서비스 내용이 달라질 수 있기 때문이다. 현재 이러닝 교육(17개 과정)에서 장애관련 이해와 특성이 포함되어 발달, 정신, 감각 장애, 신체 외부, 내부장애 등에 대한 이해가 필요하다 할 것이다. 특히 장애와 관련된 사항이 더욱 강조될 필요가 있다.

〈표 Ⅳ-17〉 교육 내용

구분	집합교육		이러닝 교육(17과정)
	시·군·구 추진단	읍·면·동 상담실무자	
'23년 교육목록	- 사업코칭(컨설팅)1-3차 - 사업기획 - 현장사례심층 탐구	- 통합지원창구 - 통합안내창구 - 서비스실행과 점검 - 통합지원회의	- 지역사회통합돌봄의 이해 - 지역사회통합돌봄의 재정전략 - 지역사회통합돌봄의 주거연계 - 지역사회통합돌봄의 주거환경개선 - 지역사회통합돌봄의 초기상담 및 서비스 계획수립 - 지역사회통합돌봄의 사업기획 및 평가 - 지역사회통합돌봄의 통합지원회의이해 - 지역사회통합돌봄의 사례관리절차와 핵심과업 - 지역사회통합돌봄의 대상자를 위한 상담기법 - 지역사회통합돌봄의 중증정신질환자 이해 - 통합건강돌봄모형의 실증사례 - 통합건강돌봄모형의 실증사업이해 - 통합건강돌봄모형의 약물관리이해 - 사례중심 지역사회통합돌봄 정책이해 - 지역사회노인돌봄 연계하기 - 지역사회통합돌봄 자원개발과 파트너십
교육일정	교유과정별 계획에 따라 운영 (별도공문 발송)		상시운영
교육주관	세부 내용보건복지부(한국보건복지인재원)		

출처: 보건복지부(2023). 노인의료돌봄통합지원시범사업 안내

마. 고령장애인 자립 및 활동 지원에는 부족한 노인맞춤돌봄서비스

'노인'을 중심으로 하는 일원화된 서비스 내에서 장애 관련 개별성을 확보하는 등 고도화 방안 마련 필요하다. 노인복지서비스 및 맞춤돌봄서비스에는 장애인의 자립과 활동에 욕구를 가진 장애인에 대한 서비스가 부족하다. 즉 노인맞춤돌봄서비스 내 장애인에 대한 획일적 서비스 지원으로 서비스 목적과 서비스 내용의 부정합성의 문제이다. 노인맞춤돌봄서비스는 지역사회 내 노인의 자립 지원을 목적으로한다. ㄴㄴ동 서비스는 모든 노인이 포함되는데, 장기요양으로의 전환을 최대한 늦추면서 지역사회에서 최대한 생활을 유지하는 것이 목적이다. 대상자 선정 조사지를 통해 사회-신체-정신영역의 돌봄필요도에 따른 대상자 군 결정하는데, 중점돌봄군과 일반돌봄군으로 구성된다.

〈표 Ⅳ-18〉 노인맞춤 돌봄서비스 세부내용

구분	세부 내용
중점돌봄군	월 20시간 이상~40시간 미만 직접서비스 + 연계서비스(필요시) + 특화서비스(필요시)
일반돌봄군	월 16시간 미만 직접서비스 + 연계서비스(필요시) + 특화서비스(필요시)

〈표 Ⅳ-19〉 노인맞춤돌봄서비스의 내용

구분	대분류	중분류	소분류
직접서비스 (방문통원등)	안전지원	방문 안전지원	- 안전, 안부확인 - 정보제공(사회·재난안전, 보건·복지 정보제공) - 생활안전점검(안전관리점검, 위생관리점검) - 말벗(정서지원)
		전화 안전지원	- 안전·안부확인 - 정보제공(사회·재난안전, 보건·복지 정보제공) - 말벗(정서지원)
		ICT 안전지원	- ICT 관리·교육 - ICT 안전·안부확인
	사회참여	사회관계 향상 프로그램	- 여가활동 - 평생교육활동 - 문화활동
		자조모임	- 자조모임
	생활교육	신체건강분야	- 영양교육 - 보건교육 - 건강교육

구분	대분류	중분류	소분류
		정신건강분야	- 우울예방프로그램 - 인지활동프로그램
	일상생활 지원	이동활동지원	- 외출동행
		가사지원	- 식사관리 - 청소관리
연계서비스		생활지원연계	- 생활용품 지원 - 식료품 지원 - 후원금 지원
		주거개선연계	- 주거위생개선 지원 - 주거환경개선 지원
		건강지원연계	- 의료연계 지원 - 건강보조 지원
		기타서비스	- 기타 일상생활에 필요한 서비스 연계
특화서비스		- 개별 맞춤형 사례관리 - 집단활동 - 우울증 진단 및 투약 지원	

이외에도 은둔형·우울형 노인에 대한 특화서비스가 제공되고 있다. 노인맞춤돌봄 특화서비스로 가족, 이웃 등과의 접촉이 거의 없어 고독사 및 자살위험이 높은 만 65세 이상 노인을 대상으로 하고 있다. 특화서비스 이용자 특성에 따라 은둔형, 우울형으로 운영하고 이용자는 수행기관 당 최소 50명 이상, 은둔형은 최소 5명 이상을 운영할 수 있도록 하고 있다. 은둔형 집단은 최소 2주 1회 대면(비대면)서비스를 제공하고, 우울형 집단의 경우에는 최소 2주 1회, 대면(비대면)서비스로서 집단 활동을 포함한다.

주로 중증장애인은 중점돌봄군에 포함될 가능성이 있다. 중점돌봄군은 “월 20시간 이상 ~ 40시간 미만의 직접서비스 + 연계서비스(필요시) + 특화서비스(필요시)”가 제공된다. 그러나 동 시간으로는 현행 장애인활동지원서비스와 유사한 기능을 하기에는 매우 부족하다. 즉 활동지원서비스를 이용하고자 하는 신규 고령장애인은 일상생활을 지원하는 것을 원하며 그 시간은 집안에서 활동을 중심으로 하는 장기요양서비스보다는 외부의 활동을 지원받기를 원할 수 있다. 동 욕구에 대한 대응하는 노인돌봄서비스가 부족하다. 다시 말하면 노인복지서비스 내 고령장애인의 사회참여 및 일상활동을 지원하는 일상생활지원서비스가 부족한 상황이다. 노

인복지서비스 중 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인에게 장기요양서비스를 통해 신체활동 또는 가사활동지원 등을 지원하고 있다. 동 집단들은 최대 4시간의 방문요양서비스 또는 낮활동으로서 주야간보호시설을 이용할 수 있다. 그러나 일상생활 제약이 장기요양서비스를 이용할 정도는 아니지만 사회참여 및 외부 활동을 지원하기 위한 활동지원서비스가 부족하다. 노인맞춤돌봄서비스는 최대 2시간 정도의 이용이 가능하지만 65세 이상의 고령장애인의 경우에는 활동지원서비스를 이용하지 못할 수 있다. 이에 고령장애인의 활동을 지원하는 추가 지원에 대한 서비스를 새롭게 마련할 필요가 있다.

한편 조윤화 외(2023)에 따르면, 노인맞춤돌봄서비스를 지원하는 생활지원사는 장애인에 대한 이해가 부족하였으며, 정신질환에 대한 지식이 필요하다는 의견이 있었다. 그리고 중증일수록 생활 지원을 꺼려하는 하는 경우도 있었다. 따라서 생활지원사를 대상으로 장애관련 교육이 수립되어야 하며, 특화서비스에 중증장애인 중 행동적 지원이 필요한 집단을 추가할 필요가 있다.

바. 지적장애인의 치매 판정의 어려움으로 장기요양등급 판정 한계

지적장애인의 경우, 요양급여를 희망하나 치매 판정의 불확실 성으로 요양급여 선정이 어려운 것으로 나타났다. 특히 지적장애로 인한 인지 문제인지, 또는 노화 등으로 인한 치매인지 등에 대한 판단이 매우 어려워 지적장애인의 치매 판정이 지연되고 있어, 적절한 서비스를 제공받지 못하고 있다. 사실 지적장애인의 치매에 따른 문제는 현행 인력체계로는 지원하는데 한계가 있는 점이다. 만약 당사자 1명을 종사자 1명이 지원하였다면, 치매 등으로 인해 2명 이상의 지원이력이 충원될 필요가 있기 때문이다. 또한 장기요양등급판정을 통한 다양한 보조기기의 선택의 한계도 겪을 수 밖에 없다. 따라서 판정에 대한 기준의 내실화와 발달장애인을 지원하는 기관들의 인력지원체계가 마련될 필요가 있다.

〈표 Ⅳ-20〉 장애인 및 노인복지제도: 돌봄

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
장기요양보험 우선 적용에 따른 선택권 부재	- 65세가 넘어가면서 장기요양대상자로 선정 될 경우, 장애인일자리에서 탈락 등으로 활동지원	- 장애인활동지원에서 장기요양 유선 적용 등에 따른 선택권 제한

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
	급여구간 감소로 고령장애인의 사회참여 제약	- 서비스 제공기관 및 제공자 변화 가능성 - 바우처 결제 환경의 변화에 따른 일상생활 제약
보전급여에 따른 지원인력 및 사회참여 제한 문제	- 장기요양제도의 정책 요소들이 고령장애인의 사회참여와 일상생활을 제한	- 선택권 부재로 인해 장기요양 대상에 따라 서비스를 지원하는 인력의 변화와 이용기관 선택 어려움 - 장기요양서비스의 급여결제(집안에서 결제)에 따른 사회참여에 제한
신규등록장애인 활동지원서비스 이용 불가 문제	- 65세 신규 등록장애인의 활동지원서비스 이용 불가로 사회참여 제약	- 신규장애인의 사회참여를 위한 활동지원서비스 또는 노인복지서비스 내 지원 필요
돌봄통합지원 시범사업의 노인과 장애인 개별성을 고려한 세부 내용 부재	- 돌봄통합지원법(26년 시행)에 따른 정책대상자와 서비스 구성요인의 부정합성 발생 : 노인의 지역사회 내 건강노화를 위한 “노인ㆍ의료돌봄 통합지원 시범사업”에 있어 장애인 관련 전달체계, 조사도구, 서비스 내용 등에 장애인의 고려 부재	- 통합적 관점에서 장애를 고려한 ‘노인’을 중심으로 하는 일원화된 서비스 내에서 개별성을 확보하는 등 고도화 방안 마련 필요 • 돌봄통합지원법(26년 시행)에 따른 장애인 건강노화를 위한 지역사회 내 체계 부재
고령장애인 자립 및 활동 지원에는 부족한 노인맞춤돌봄서비스	- 노인맞춤돌봄서비스 내 장애인 지원에 대한 획일적 서비스 지원으로 제도 목적과 서비스 내용의 부정합성 발생 - 고령장애인의 자립 및 사회참여 욕구 및 목적과 노인맞춤서비스 내용 간 부정합성 발생	- 장애인의 욕구에 적합한 노인맞춤돌봄에 특화서비스, 대응요구
지적장애인의 치매 판정의 어려움으로 장기요양등급 판정 한계	- 지적장애의 증상에 따른 장기요양등급판정 어려움으로 적절한 장기요양서비스 이용 어려움	- 지적장애인의 증가에 대한 장기요양 치매 판정 기준에 대한 고민 필요

(4) 건강

① 현황

본 절에서는 장애인건강보건관리 사업으로 장애인건강주치의, 지역장애인보건의료센터, 보건소의 지역사회중심재활사업, 장애친화 검진 기관 등을 살펴본다. 그리고 노인복지영역에서는 장기요양재택의료센터 시범사업, 일차의료 방문진료 수가 시범사업을 그리고 보건소 사업으로 지역사회 통합건강증진사업 내 건강관리사업 운영, AI·IoT기반 어르신 건강관리 시범사업 실시(24개 보건소), 영양관리사업 등을 검토하고자 한다.

첫째, 장애인건강주치의 선정기준(자격)을 살펴보면, 건강주치의의 경우 중앙장애인보건의료센터에서 시행하는 교육을 이수하고 건강 주치의로 등록한 의사가 참여 가능하며, 모든 장애인이 이용 가능하다. 지역장애인보건의료센터 역시 모든 장애인에게 서비스를 제공하고 있다. 노인복지제도인 장기요양재택의료센터 시범사업의 경우, 참여 의료기관 내 의사, 간호사, 사회복지사 등 각 1인 이상으로 구성된 팀이 재택의료(방문진료, 방문간호) 서비스를 지원할 수 있으며, 장기요양 재가 수급자 중 재택의료가 필요한 사람이 지원을 받을 수 있도록 규정되어 있다. 일차의료 방문진료 수가 시범사업은 지역 내 시범기관의 의사가 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 판단한 환자를 대상으로 직접 방문진료 의료서비스를 제공하는 것이다.

둘째, 서비스 내용을 살펴보면 장애인건강주치의 제도에서는 일반건강관리, 주장애관리, 통합관리를 제공하고 있으며, 지역장애인보건의료센터에서는 장애인 건강보건관리 및 재활의료 지원, 여성장애인보성보건사업 진행, 보건의료인력과 장애인 및 가족 교육, 장애인건강검진·진료·재활 등 의료서비스를 지원하고 있다. 장기요양재택의료센터 시범사업에서는 포괄평가, 통합사례관리, 방분진료 및 방문간호, 주기적 상담 서비스를 제공한다. 일차의료 방문진료 수가 시범사업의 경우에도 앞선 시범사업들과 유사하며, 지역 내 시범기관 의사가 거동이 불편하여 의료기관에 내원하기 어렵다고 판단한 환자를 대상으로 직접 방문진료 의료서비스를 제공하는 것이다.

〈표 Ⅳ-21〉 장애인 및 노인복지제도: 돌봄

분야	장애인 복지제도		노인 복지제도
제도명	장애인건강주치의	지역장애인보건의료센터	장기요양재택의료센터 시범사업

분야	장애인 복지제도		노인 복지제도
선정 기준 (자격)	1) 건강주치의 - 중앙장애인보건의료센터에서 시행하는 교육을 이수하고 건강 주치의로 등록한 의사 - 일반건강관리 및 통합관리 서비스: 의원 - 주장애관리서비스: 의원, 병원, 정신병원, 종합병원, 일부 상급종합병원(요양병원 제외, 지역장애인보건의료센터 또는 발달장애인거점병원으로 지정된 상급종합병원) 2) 장애인: 모든장애인	- 모든 장애인	1) 시범기관 - 장기요양 재택의료센터 시범사업 참여기관인 의료기관 2) 서비스 대상 - 장기요양 재가 수급자(1~2등급 우선)로 거동이 불편하여 재택의료가 필요한 사람으로 의사가 판단한 경우 3) 인력기준 - 의사, 간호사, 사회복지사 등 각 1인 이상으로 구성된 담당 팀
서비스 내용	- 일반건강관리 - 주장애관리 - 통합관리	- 장애인 건강보건관리, 재활의료 지원 - 여성장애인모성보건사업 - 보건의료인력, 장애인, 가족 교육 - 장애인 건강검진, 진료, 재활 등 의료서비스 제공	- 포괄평가: 팀 단위로 수급자 가정 방문하여 평가 - 통합사례관리: 케어플랜 수립, 방문진료 및 간호, 지역사회 자원 연계 등 - 방문진료: 의사 월 1회 이상 방문 - 방문간호: 간호사 월 2회 이상 방문 - 사회복지사: 주기적 상담
서비스 현황	- 1차: 340명, 2차: 508명, 3차: 681명, 4차: 765명	- 병원급 이상 17개소 운영중(상급종합병원 10, 종합병원 4, 병원 3)	- 61개 시군구, 83개 재택의료센터 운영

출처: 1) 보건복지부, 중앙장애인보건의료센터, 건강보험심사평가원, 국민건강보험, 2024. 장애인 건강 주치의 4단계 시범사업 지침
2) 국립재활원 누리집, 2024. 주요사업 안내, 지역장애인보건의료센터 지원.
3) 보건복지부, 국민건강보험. 2024. 장기요양 재택의료센터 시범사업 지침.
4) 보건복지부 누리집. 2024. 보도자료, 1월부터 61개 시군구, 83개 장기요양 재택의료센터에서 재택의료서비스 제공 시작

셋째, 보건소 지역사회중심재활사업은 지역장애인의 건강과 재활을 지원하는 목적을 가지고 있다. 보건소는 법적 등록 장애인 및 예비장애인을 대상으로 지역사회 장애인(예비장애인 포함) 중 5%를 장애인 건강관리 대상자(집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군)로 확보하여 대상별 맞춤형서비스를 제공한다. 특히 방문재활서비스를 제공하고 있는데, 물리치료사가 대상자 가정에 방문하여 일상생활관리, 개인별 물리치료 및 교육, 안전사고 예방 및 재발방지 교육, 만성질환관리 및 지역사회 관내 자원 연계 등 서비스를 제공하고 있다. 이외에 보건소 내에서 재활운동치료와 연계 등의 사업을 진행하고 있다.

넷째, 장애친화건강검진 기관, 장애친화 산부인과, 발달장애인 거점병원·행동발달증진센터 등을 지정하여 장애인의 의료접근성을 증진하고 있다. 먼저 장애친화건강검진기관을 지정하여 건강검진 접근성을 보장하고 있으며, 현행 병원급 이상 총 30개소로, 「장애인 건강권법」 개정('23.12.14)에 따라 장애인 건강검진기관으로 당연 지정된 공공보건의료기관이 지정기준을 갖추고 개시되도록 준비하고 있다.[5] 장기적으로 현행 지정된 30개소와 공공보건의료기관 80개소를 포함하면 총 110개소로 확대될 것으로 예측된다.

〈표 Ⅳ-22〉 공공보건의료기관 중 장애인 건강검진기관 당연지정 대상 현황

구분	개소수	국가검진기관 지정 여부		장애인 건강검진기관		
		지정	미지정	기지정	당연지정 대상	당연지정 대상 중 BF 인증기관
합계	223	99	124	13	80	2
국립병원	27	3	24	1	2	1
지자체병원	102	15	87	4	11	1
지방의료원	38	36	2	13	23	-
특수법인	56	45	11	1	44	-

출처: 보건복지부 내부자료

그리고 장애친화 산부인과를 지정하여 여성장애인의 안전한 임신·출산 지원 및 생애주기별 여성질환 관리 지원하고 있다. 현재 '21년 8개소 지정, '22년 2개소 지정(9개소 서비스 개시)되어 있으며, 17개 시·도 중 8개 시·도 지정, 9개 시·도 미지정 되어 있다.

5) 시행일(2023.12.14) 기준 80개소가 대상. 3년 이내 지정기준을 갖추도록 규정하고 있다(보건복지부 내부자료)

〈표 Ⅳ-23〉 장애친화 산부인과 지정 현황

연번	선정	시·도명	종별	기관명
1	2021	부산시	상급종합병원	인제대학교 부산백병원
2	2021	울산시	상급종합병원	울산대학교병원
3	2021	경상북도	종합병원	차의과대학교 구미차병원
4	2021	광주시	상급종합병원	전남대학교병원
5	2021	전라북도	종합병원	예수병원
6	2021	충청북도	종합병원	건국대학교 충주병원
7	2021	경기도	종합병원	국민건강보험공단 일산병원
8	2021	서울시	상급종합병원	서울대학교병원
9	2022	서울시	상급종합병원	이화여자대학교 목동병원
10	2022	서울시	종합병원	성애의료재단 성애병원

출처: 보건복지부 내부자료

마지막으로 발달장애인 거전병원·행동발달증진센터를 설치하여 '16년부터 발달장애인의 인지, 의사소통 제약 등으로 인한 의료적 어려움 및 행동문제 지원을 위해 거점병원 및 행동발달증진센터 지정하여 추진하고 있다. 현재 9개 시·도, 12개 의료기관이 지정되었으며, 거점병원 중앙지원단인 서울대병원에서 거점병원·센터 운영 컨설팅, 발달장애 치료 프로세스 표준화 등 총괄 수행 중('20.7~)에 있다.

〈표 Ⅳ-24〉 발달장애인 거점병원·행동발달증진센터 현황

시도명	의료기관명 (최초 지정)	시도명	의료기관명 (최초 지정)
서울시	한양대병원 ('16.8.)	강원도	강원대병원 ('19.8.)
	서울대병원 ('19.10.)		원주세브란스병원 ('19.12.)
	신촌세브란스병원 ('23.3.)	충청북도	충북대병원 ('19.8.)
부산시	온종합병원 ('21.7.)	전라북도	전북대병원 ('19.8.)
인천시	인하대병원 ('19.8.)	경상남도	양산부산대병원 ('16.8.)
경기도	성남시의료원 ('21.7.)	제주도	제주대병원 ('23.8.) * 운영개시 준비중

출처: 보건복지부 내부자료

〈표 Ⅳ-25〉 의료 및 보건 관련 기관 현황

(단위: 개소)

구분	지역장애인보건의료센터	장애친화건강검진	발달거점병원	장애친화산부인과	권역재활	공공어린이	보건소(보건의료원)	상급종합병원	권역	책임의료기관(지역)
전체	17	30	12	10	9	13	261	47	17	55
서울	2	2	3	3	0	1	25	14	1	4
부산	1	4	1	1	0	0	16	4	1	1
대구	1	0	0	0	0	1	9	5	2	1
인천	1	2	1	0	1	0	10	3	1	4
광주	1	1	0	1	1	1	5	2	1	1
대전	1	1	1	0	1	1	5	2	1	0
울산	0	0	0	1	0	0	5	1	1	2
세종	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0
경기	2	2	1	1	0	1	49	6	1	12
강원	1	1	2	0	1	2	18	2	1	5
충북	1	1	0	1	0	1	14	1	1	2
충남	1	2	0	0	1	0	16	1	1	5
전북	1	0	1	1	1	1	15	2	1	5
전남	1	4	0	0	0	1	22	1	1	2
경북	1	3	0	1	1	1	24	0	0	6
경남	1	5	1	0	1	1	21	3	1	4
제주	1	2	1	0	1	1	6	0	1	1

출처: 보건복지부 내부자료

다섯째, 보건소에서는 방문건강관리사업, AI·IoT기반 어르신 건강관리 시범사업 (24개 보건소), 영양관리사업으로서 '어르신 영양관리사업'과 실버 건강식생활 사업을 수행하고 있다(보건복지부·한국건강증진개발원. 2024). 방문건강관리사업은 건강상태 스크리닝, 건강관리서비스, 보건소 내·외 자원연계 등을 지원하는 것이다. 대상자의 경우, 집중관리군, 정기관리군, 자기역량지원군으로 분류하여 각각의 특성에 따른 서비스가 제공된다. AI·IoT기반 어르신 건강관리 시범사업은 디바이스(손목 활동량계, 체중계, 혈압계, AI스피커 등을 통해 비대면 건강관리서비스를 진행(미션 참여 등)하고, 사후에 건강스크리닝을 실시하는 사업이다(건강스크리닝 이후 166일 후). 동 사업에는 장기요양대상자는 제외된다. 마지막으로 어르신

영양관리사업은 주로 교육과 조리실습 등 영양교육교실을 운영하고, 가정방문 등을 통한 맞춤형 영양관리를 제공하고 있다.

② 쟁점

현재 우리나라의 고려장애인 의료 및 건강관련 정책들은 보편적인 건강관련 접근으로서 노인복지영역체계에서 장기요양보험, 건강보험 등의 측면에서 지원하고 있으며, 장애인과 관련된 특화의 경우에는 장애인영역에서 지원하고 있는 실정이다. 이러한 체계에서 '노인'이라는 공통점에 있어서 장애인영역에서는 전체 장애인을 대상으로 하는 서비스에서는 고령장애인의 욕구를 반영하기 어려울 수 있다. 또한 노인영역에서도 전체 노인을 위한 서비스를 제공하다 보니 장기요양중심의 대상으로 한정함으로써 장애인에 대한 고려가 부족한 현실이다. 따라서 각각의 대상영역에서 고령장애인을 위한 특화사업과 노인영역에서도 고령장애인을 대상으로 선정함으로써 서비스를 제공해야 할 것이다.

가. 고령장애인 욕구에 미진한 장애인 건강주치의 제도

장애인건강주치의 제도는 고령장애인의 건강권 보장을 위해 목적을 달성하고 있는가? 첫째, 장애인 건강주치의 제도는 고령장애인의 건강관련 욕구를 달성하기 위해 정책적 노력이 부족한 것으로 보인다. 고령장애인의 미충족 의료율(최근 1년간 본인이 의료기관에 가고 싶을 때 가지 못한 경험)은 19.0%로 연령대 중 가장 가장 높다. 특히 65세 장애인 중 장애정도가 심한 장애인의 21.8%가 의료 미충족율을 보였으며, 심하지 않은 장애인은 18.2%로 나타났다. 특히 연령대별 장애인의 의료 미충족 원인을 보면, 65세 이상의 경우 46.6%가 병원까지 이동하는데 어려움으로 병원이용을 못하는 것으로 나타났다. 또한 병원 동행할 사람이 없어서 병원이용에 한계를 보이는 고령장애인도 8.9%였다. 이러한 결과를 보면 고령장애인을 위한 방문을 통한 의료지원서비스가 매우 필요하다는 것을 예측할 수 있다. 뿐만 아니라 고령장애인 54.0%와 18세 미만의 장애인 59.9%가 장애인 건강주치의 이용을 희망하고 있었으며, 구체적으로는 고령장애인의 경우 44.5%가 만성질환관리를 24.6%가 방문진료 및 방문간호를 원하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 장애인건강주치의를 알고 있는 비율은 고령장애인은 2.0% 수준이다.[6] 따라서 장애인건

6) 2023년 장애인실태조사를 재분석한 결과, 장애인건강주치의를 알고 있다고 응답한 비율은 18세 미만은 6.7%, 18-64세이하는 5.5%, 65세 이상은 2.0%로 나타남

강주치의 제도는 고령장애인의 건강을 향상시키기 위해 한계가 있다고 볼 수 있다.

〈표 Ⅳ-26〉 의료 미충족율

구분		2023년
전체 국민		5.3%(2023년)[1]
장애인[2]		17.3%
장애정도별	장애정도가 심한 장애인	18.1%
	장애정도가 심하지 장애인	16.9%
연령별	18세 미만	7.17%
	18-64세	15.9%
	65세 이상	19.0%

주: 1) 전체국민의 미충족의료율 중앙값을 의미함
2) 최근 1년간 본인이 의료기관에 가고 싶을 때 가지 못한 경험을 의미함
3) 2023년 장애인실태조사 재분석(가중치 적용)

〈표 Ⅳ-27〉 65세 이상 장애인의 미충족 의료율

구분	65세 이상		
	전체	장애정도가 심한 장애인	심하지 않은 장애인
전체	19.0	21.8	18.2
서울	14.3	15.1	14.1
부산	29.0	38.8	26.0
대구	25.3	31.9	23.5
인천	14.5	15.9	14.2
광주	10.6	11.7	10.2
대전	28.5	33.8	26.9
울산	4.7	9.0	3.5
세종	7.5	20.3	3.4
경기	19.7	21.8	19.0
강원	21.1	22.0	20.8
충북	32.0	34.4	31.2
충남	12.3	23.3	8.1
전북	20.5	16.9	21.6
전남	18.3	14.5	19.1
경북	19.1	24.8	17.6
경남	19.5	18.7	19.7
제주	11.0	6.9	12.4

주: 1) 최근 1년간 본인이 의료기관에 가고 싶을 때 가지 못한 경험을 의미함
2) 2023년 장애인실태조사 재분석(가중치 적용)

〈표 Ⅳ-28〉 연령대별 장애인의 미충족 의료율

구분	전체	18세 미만	18-64세	65세 이상
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
경제적인 이유로	27.8	11.5	29.4	27.1
병의원까지 이동하는데 어려움	36.5	21.5	21.6	46.6
의료진의 장애에 대한 이해 부족	0.5	6.0	0.7	0.2
의사소통 어려움	3.5	12.1	5.3	2.3
시간이 없어서	13.0	17.2	24.8	5.2
의료기관에 장애인을 위한 의료시설 및 장비 미비로 이용이 불편해서	2.6	21.1	3.4	1.6
의료기관 방문 시 동행할 사람이 없어서	7.1	6.9	4.4	8.9
어떤 의료기관에 가야할지 몰라서	0.9	0.0	1.2	0.6
의료기관에 예약을 하기가 힘들어서	0.8	1.2	1.0	0.7
증상이 가벼워서	6.0	0.0	6.3	5.9
의료기관에서 오래 기다리기 싫어서	0.8	0.0	1.1	0.5
기타	0.5	2.6	0.6	0.4

주: 2023년 장애인실태조사 재분석(가중치 적용)

〈표 Ⅳ-29〉 장애인 건강주치의 이용 희망율

구분	전체	18세 미만	18-64세	65세 이상
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
예	52.2	59.9	49.3	54.0
아니오	47.8	40.1	50.7	47.8

출처: 2023년 장애인실태조사 재분석(가중치 적용)

〈표 Ⅳ-30〉 연령대별 장애인건강주치의 이용 내용

구분	전체	18세 미만	18-64세	65세 이상
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
건강상태 평가 및 계획수립	27.6	56.7	35.9	19.7
만성질환 관리(교육/상담)	37.1	7.3	29.5	44.5
건강주치의 전화상담	8.4	10.3	9.9	7.1
방문진료 및 방문간호	21.0	12.6	16.7	24.6
타진료과와 연계 지원	6.0	13.1	8.0	4.1

주: 1) 장애인건강주치의를 이용하기 원하는 사람만 분석함
출처: 2023년 장애인실태조사 재분석(가중치 적용)

따라서 고령장애인의 욕구 대응을 위한 위한 장애인건강주치의 제도의 세부 지원서비스가 부족한 것으로 검토되어 진다. 즉 장기요양 재택의료센터 시범사업의 경우에는 다학제 팀(의사, 간호사, 사회복지사 등)으로 구성이 필수적인 반해, 장애인건강주치의 제도는 다학제 팀의 구성은 필수요소가 아니다. 따라서 고령장애인의 욕구에 대해 적극적으로 대응하기 힘든 구조이다. 고령장애인은 집안에서의 활동이 많기 때문에 신체 기능에 제한을 주는 환경적 문제들을 개선할 수 있는 작업치료사와 영양을 지원하는 영역이 지원될 필요가 있다. 또한 고령일수록 서비스 연계가 매우 중요하다 할 것이다. 앞서 제시한 바와 같이 병의원 이용의 한계로는 이동지원과 동행지원서비스의 부족임을 명확히 알 수 있다. 따라서 외부 이동을 위한 이동 및 병원동행지원서비스., 보건소의 건강영양지원사업, 종합복지관 등의 도시락배달사업 지원 등 돌봄서비스 연계도 지원될 필요가 있다. 따라서 필수요건이 되도록 다학제 팀 구성을 제안한다.

〈표 Ⅳ-31〉 연령대별 만성질환 개수

구분	전체	18세 미만	18-64세	65세 이상
평균 만성질환 개수	2.6	0.5	2.1	3.0
전체	100.0	100.0	100.0	100.0
0개	7.5	66.5	13.4	2.7
1개	21.16	25.11	30.14	15.87
2개	23.52	5.34	24.76	23.2
3개	20.12	1.92	15.42	23.25
4개	13.7	1.18	9.1	16.65
5개 이상	14.01	0.0	7.13	18.31

주: 1) 3개월 동안 만성질환을 가지고 있는 사람을 기준으로 분석
2) 2023년 장애인실태조사 재분석(가중치 적용)

둘째, 장애인건강주치의제도는 방문진료료와 방문간호료 횟수를 합산하여 중증장애인 연간 24회, 경증장애인 연간 4회 이내로 지원되고 있다. 그러나 재택의료센터 시범사업은 최소 의사 월 1회, 간호사 월 2회 이상 방문간호를 제공하며, 의사 1인당 월 최대 100회까지 산정 가능하다. 만약 월 2회 이상 추가간호료가 발생하는 경우에는 노인장기요양보험으로 지원되고 있다. 아래의 표와 같이 장애인건강주치의 시범사업의 본인부담금은 장기요양 재택의료시범사업에 비해 상당히 낮다. 따라서 고령의 중증장애인은 장애인건강주치의 시범사업을 선택하는 것이 지

출을 낮추는 방법일 수 있다. 그러나 시범사업을 이용할 수 있는 횟수의 차이로 오랜 기간 동안 이용하거나 또는 고령장애인의 만성질환 수와 지속지원을 고려한다면 장애인건강주치의 제도의 방문진료횟수는 상당이 적다고 볼 수 있다. 특히 고령장애인일수록 외부활동하는데 한계가 있으며 이동의 제약과 가족구성원의 지원이 없을 경우에는 병원 접근성이 떨어진다. 따라서 중증장애인에 대한 또는 고령장애인에 대한 지원 횟수를 높일 필요가 있다.

〈표 Ⅳ-32〉 진료비 및 본인부담금

분야		장기요양 재택의료시범사업	장애인건강주치의 시범사업
본인부담금	건강보험 가입자 또는 피부양자	100분의 30 ※ 단, 장기요양 1·2 등급 왓아환자 및 요양비(산소치료, 인공호흡기)급여대상자는 100분의 15	100분의 10
	차상위 본인부담 경감 대상자 1종 및 2종	100분의 5	없음
	의료급여자 1종 및 2종	100분의 5	없음
방문진료료 1		128,960(의원) 136,240(병원급이상)	192,090(의원/중증) 192,090(병원급 이상/ 중증) 128,960(경증)
방문진료료 2		89,720(의원)/ 94,070(병원급이상)	89,720원(의원, 경증)
재택의료기본료		140,000	-
지속관리료		60,000	-
추가간호료		51,110	-
포괄계획 등		-	62,950~94,430
중간점검료		-	35,410~53,120
교육상담료		-	14,620~36,840
방문간호료		-	79,810(중증, 경증, 의원, 병원급 이상)
환자관리료(전화)		-	10,470(중증, 경증, 의원, 병원급 이상)
질환별 검진바우처 지원		-	

출처: 보건복지부(2024). 장기요양 재택의료 시범사업 안내
보건복지부(2024). 장애인건강주치의 시범사업 안내

셋째, 장애인건강주치의 사업의 경우 1차시범사업 등록 장애인주치의는 340명, 2차시범사업 등록 장애인주치의는 508명, 3차시범사업 등록 장애인주치의는 681명, 4차시범사업 등록 장애인주치의는 765명이지만 실제로 활동하는 건강주치의는 총113명 수준이다.[7] 지역장애인보건의료센터의 경우 병원급 이상 17개소를 운영 중이며, 세부적으로는 상급종합병원 10개소, 종합병원 4개소, 병원 3개소로 이루어져있다. 2024년 현재 장기요양재택의료센터 시범사업의 경우 2024년 1월부터 61개 시군구, 83개 재택의료센터가 개소 및 운영되고 있다. 앞서 제시한 바와 같이 고령장애인이 장애인건강주치의에 대해 알고 있는 비율이 가장 낮았으며, 이는 약 2% 수준 만이 알고 있었다. 장애인 건강주치의 제도에 대한 홍보가 필요할 뿐만 아니라 돌봄통합법 시행에 따라 고령장애인에 대한 장애인건강주치의제도가 활성화될 필요가 있으며, 기관에서 1개 이상의 시범사업을 하는 경우에 인센티브를 제공할 수 있는 방안이 부재하다.

〈표 Ⅳ-33〉 1~4차 장애인건강주치의 시범사업 현황

분야	1차 시범사업		2차 시범사업		3차 시범사업		4차 시범사업	
제도명	등록 주치의	활동 주치의	등록 주치의	활동 주치의	등록 주치의	활동 주치의	등록 주치의	활동 주치의
현황	340	64	508	61	681	155	765	113
활동주치의 비율	18.8%		12.0%		22.7%		14.7%	

주: 1~4차 장애인건강주치의 시범사업 등록/활동 주치의 현황
출처: 더인디고(2024년10월 10일). 장애인건강주치의, 6년째 시범사업… 활동 의사는 14.7%

나. 지역장애인보건의료센터의 고령장애인 미충족 의료율 제고를 위한 편의 서비스 개발 및 지원 부족

앞서 제시한 바 있는 고령장애인의 미충족 의료율의 원인은 병원까지 이동하는데 어려움이 46.6%, 병원 동행할 사람이 없어서가 8.9%의 순으로 나타났다. 이러한 결과를 보면 고령장애인을 위한 방문을 통한 의료지원서비스 외에도 외래 진료를 위한 대인서비스가 필요하다. 지방자치단체를 중심으로 돌봄 SOS, 병원동행안심서비스 사업 등이 활성화 되고 있다. 그러나 동 서비스들은 집 밖에서 당사자를

7) 더인디고(2024년10월 10일). 장애인건강주치의, 6년째 시범사업… 활동 의사는 14.7%

태우고 병원으로의 이동을 지원하는 경우가 대부분이다. 즉 이동하는데 가장 어려움이 있는 집단들은 집 밖으로 조차 나오기 힘들지만, 병원 이동지원서비스는 이러한 고령장애인의 욕구를 대응하지 못하고 있기도 하다. 특히 혼자 살거나 엘리베이터가 없는 거주지역, 와상장애인 등은 병원을 나갈 수 없다. 병의원 이용을 위한 편의서비스 연계 및 지원사업은 현재 지역장애인보건의료센터의 역할로 제시되어 있다. 따라서 지역장애인보건의료센터는 최중증장애인 또는 다양한 개인 및 환경적 제약에 의해 병원 이동이 어려운 집단을 대상으로 건강검진을 지원하여 건강을 회복할 수 있도록 하는 이동지원서비스 사업을 구축 또는 연계할 수 있는 기능을 강화해야 할 것이다. 그리고 책임의료기관 이상의 병원 내 '장애전담창구'를 개설하여 중증장애인을 위한 예약, 패스트트랙 지원, 병원 의사소통 지원(수어통역, 정보지원 등) 등 동행지원을 제공할 수 있도록 체계화 할 필요가 있다.

둘째, 지역장애인보건의료센터는 장애인건강주치의 기관을 대상으로 교육을 지원하고 있지만, 지역별 장애인건강주치의의 현황 파악이 되고 있지 않기도 하며, 고령장애인 가구의 발굴 통로자체가 부족하다. 지역장애인보건의료센터의 역할은 지역 내 장애인의 건강권을 보장하는 것이지만 그 역할을 적절히 지원하고 있다고 보기 힘들다. 따라서 돌봄통합시범사업을 통해 고령장애인의 발굴 및 지원을 확대하는 전달체계 내 주요 역할을 모색할 필요가 있다.

〈표 Ⅳ-34〉 장애인 및 노인복지제도: 건강

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
고령장애인 욕구에 미친한 장애인 건강주치의 제도	장애인 건강주치의 제도는 고령장애인의 건강관련 욕구를 달성하기 위한 정책적 노력 부족	- 고령장애인 만성질환 평균 수 등 고령장애인 질환 관리를 위한 장애인건강주치의 지원 횟수 부족 - 고령장애인 관련 연계서비스 지원 등 다학제 팀 필요하나 제도적 부재 - 장애인건강주치의 기관 인센티브 지원 부족
지역장애인보건의료센터의 고령장애인 미충족 의료율 제고를 위한 편의 서비스 개발 및 지원 부족	지역장애인보건의료센터 편의 서비스 개발 및 지원, 연계서비스 기능 부족	- 최중증장애인 또는 다양한 개인 및 환경적 제약 등에 따른 병원이용 지원 서비스 부족 (이동 및 동행지원) - 지역장애인보건의료센터의 지역내 장애인건강주치의 지원체계 및 고령장애인 발굴 통로 부족 등

(5) 거주

① 현황

장애인 및 노인복지제도의 거주서비스 정책으로 장애인거주시설과 노인복지 및 장기요양시설의 현황을 정리하면 다음〈표 Ⅳ-34〉와 같다. 첫째, 장애인 거주시설과 노인복지 및 장기요양시설의 인력 기준은 시설 유형별로 상이하며, 세부 인력 기준을 살펴보면 장애인거주시설은 상담평가원, 언어재활사, 사회재활교사, 생활지도원이, 노인복지 및 장기요양시설에서는 이들이 아닌 요양보호사가 배치된다는 점에서 차이가 있다.

둘째, 입소 정원 역시 장애인 거주시설과 노인복지 및 장기요양시설의 유형별로 상이하며, 장애인공동생활홈은 4인 미만인 반면, 노인공동생활가정은 5인 이상 9인 이하라는 점에서 차이가 있다. 셋째, 입소대상기준 또한 장애인 거주시설과 노인복지 및 장기요양시설 유형별로 상이하며, 장애인 거주시설은 대체로 국민생활보장수급자, 부양자가 없거나 부양을 받을 수 없는 장애인 중 서비스지원 종합조사 기능제한 점수에 따라 입소 대상이 된다. 반면 노인복지 및 장기요양시설은 기초생활수급자 중 65세 이상의 자면서 부양의무자에게 적절한 부양을 받지 못하는 자를 입소 대상으로 한다.

마지막으로 시설 수를 살펴보면, 장애인 거주시설은 전국 전체 1,529개소가 설치된 반면 노인복지 및 장기요양시설은 전체 6,377개소로 차이가 있다.

〈표 Ⅳ-35〉 장애인 및 노인복지제도: 거주서비스

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	- 거주시설	- 노인복지 및 장기요양시설
인력기준	- 거주시설 유형별 상이 • 중증장애인 거주시설/장애영유아거주시설: 시설장 1인, 사무국장 1인, 의사 또는 계약의사 1인, 간호사 또는 간호조무사 1인, 물리치료사 1인, 작업치료사 1인, 사무원 1인, 영양사 1인, 조리원 2인, 위생원 1인, 상담평가원 1인, 언어재활사 1인, 사회재활교사 1인, 생활지도원 13인 • 단기거주시설: 시설장 1인, 조리원 2	- 노인복지 및 장기요양시설 유형별 상이 • 노인요양시설 (〉=30) : 시설장 1인, 사무국장 1인, 사회복지사 1인, 의사 또는 계약의사 1인, 간호사 또는 간호조무사 입소자 25명 당 1인, 물리치료사 또는 작업치료사 1인, 요양보호사 입소자 2.3명당 1인, 사무원 1인, 영양사 1인, 조리원 입소자 25명당 1인, 위생원, 관리인 1인 • 노인요양시설 (〈30) : 시설장 1인, 사

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
	인, 이용인 2.5명 당 사회재활교사나 생활지도원 2명 • 장애인공동생활홈: 시설장 1인, 사회재활교사 1인, 생활지도원 1인(상시 24시간 또는 주7일 운영시설에 한하여)	무국장이나 사회복지사 1인, 의사 또는 계약의사 1인, 간호사 또는 간호조무사 1인, 요양보호사 입소자 2.3명당 1인, 조리원 1인 • 노인공동생활가정: 시설장 또는 사무국장 또는 사회복지사 1인, 간호사 또는 간호조무사, 물리치료사 또는 작업치료사 1인, 입소자 3명 당 요양보호사 1인
입소 정원	- 거주시설 유형별 상이 • 중증장애인거주시설, 장애영유아거주시설: 30인 미만, 단기거주시설: 10인 이상 30인 미만, 장애인공동생활홈: 4인 미만	- 노인복지 및 장기요양시설 유형별 상이 • 노인요양시설 : 10인 이상 • 노인공동생활가정: 5인 이상, 9인 이하
입소 대상 기준	- 거주시설 유형별 상이 • 장애유형별 거주시설, 중증장애인 거주시설: 국민생활보장수급자, 부양자가 없거나 부양을 받을 수 없는 장애인 중 서비스지원 종합조사 기능제한 점수가 성인 120점, 아동 110점 이상인 자(장애유형별), 성인 240점, 아동 190점인 자(중증장애인) • 장애영유아거주시설: 국민생활보장수급자 및 부양자가 없거나 부양을 받을 수 없는 자 • 단기거주시설: 단기간 도움이 필요한 장애인 • 장애인공동생활홈: 공동생활가정에의 생활이 재활 및 자립에 효과적이라 인정된 장애인	- 노인복지 및 장기요양시설 유형별 상이 • 노인요양공동생활가정, 노인요양시설 : 기초생활수급자(생계급여 또는 의료급여)중 65세 이상의 자, 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 65세 이상의 자 • 노인공동생활가정, 양로시설: 기초생활보장수급자, 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 일상생활에 지장이 없는 65세 이상의 자 • 노인복지주택: 독립된 주거생활을 하는데 지장이 없는 자
시설 수	- 전체 1,529개소 • 장애유형별거주시설 355개, 중증장애인 거주시설 252개, 장애영유아거주시설 9개, 단기거주시설 167개, 장애인공동생활홈 746개	- 전체 6,377개소 • 양로시설 180개, 노인공동생활가정 89개, 노인복지주택 39개, 노인요양시설 4,346개, 노인요양공동생활가정 1,723개

출처: 1) 법제처. 노인복지법 시행규칙 [별표 4] 노인복지시설의 시설기준 및 직원배치기준(제22조 제1항 관련), 직원의 배치기준
2) 보건복지부(2024). 제 3권 2024년 장애인복지시설 사업안내
3) 보건복지부, 2024 장애인 복지시설 일람표. 장애인거주시설 총괄표(2023.12).
4) 보건복지부, 2023 노인복지시설 현황, 노인주거복지시설 총괄표.
5) 보건복지부, 2024 장애인 복지시설 일람표. 장애인 지역사회 재활시설 및 의료재활시설 총괄표

② 쟁점

가. 장애인거주시설의 고령장애인 요양에 대한 관념적 사고 문제(65세 이상은 노인시설로 전환 필요)

장애인거주시설의 이용자 연령 기준은 법적으로 규정되어 있지 않다. 즉 장애인복지법에 노인의 연령 기준은 부재하다. 그러나 현장에서는 기관마다 차이를 보이고 있다. 즉 관념적으로 현장에서의 고령장애인은 노인복지시설을 이용해야 하는 것으로 나타났다. 장애인복지거주시설(중증거주시설 등)은 서비스종합조사를 통해 입소할 수 있으며. 노인복지시설은 주로 60에서 65세 이상으로 노인복지영역은 장기요양보험과 시설이용에서 연령을 구분하고 있는 것으로 나타났다. 한편 장애인공동생활가정, 단기거주시설 입소연령기준은 법적 이용 기준은 규정되어 있지 않으나, 기관별로 다양하게 규정 하고 있는 것으로 나타났다. 다시 말하면 기관에 따라 요양 등이 필요하다고 판단한 연령을 50세 이후, 또는 기관 내규에 따른 연령기준으로 운영하고 있다. 즉 노인성 질환 또는 65세 고령장애인의 경우에는 현장에서는 장애인복지시설 보다는 노인의료복지시설로의 전환을 고려하고 있는 것으로 나타났다. 그러나 본 연구에서 제시된 바와 같이 노인성 질환을 가지고 있는 장애인의 경우, 65세 이후 장기요양대상이 되었을 경우에는 노인요양시설에서의 지원은 가능하지만, 정신장애, 지적장애, 자폐성 장애, 감각 장애 등 지원에 대한 부담을 가지고 있는 것으로 나타났다.

나. 장애인거주시설의 고령장애인에 대한 서비스 지원 인력 및 역량 부족 문제

고령장애인의 요양 및 돌봄에 준비되지 않은 장애인복지시설의 지원인력의 자격 문제이다. 장애인복지시설 거주시설의 지원인력의 구성(시설장, 촉탁의 등)은 노인복지 거주시설과 유사하나, 노인복지시설은 주 지원인력이 요양보호사가 중심이며, 장애인 주간이용시설은 노인주간이용시설에 비해 간호사, 간호조무사, 물리치료사 등의 건강 및 의료를 지원하는 인력 및 조리원 부재하다. 한편 장애인공동생활가정(4명)의 경우, 노인공생에 비해 입소인원이 적다. 따라서 노인요양시설에서 고령장애인의 충분한 서비스 이용을 위한 적정 지원인력의 기준을 마련해야 할 것이다.

〈표 Ⅱ-36〉 장애인 및 노인 거주시설 입소 기준 및 쟁점

	장애인				노인			
	구분	입소기준	연령 기준	쟁점	구분	입소기준	연령 기준	쟁점
거주 시설	장애 유형별 거주시설[1]	국민생활보장수급자, 부양자가 없거나 부양을 받을 수 없는 장애인 중 서비스지원 종합조사 기능제한 점수가 성인 120점, 아동 110점 이상인 자	없음	**생활지도원**	노인 요양시설[2]	기초생활수급자(생계급여 또는 의료급여)중 65세 이상의 자, 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 65세 이상의 자	65세 이상 *자부담시 60세이상	30인 이상/ 10인 이상 -30인 이상 **요양보호사**
	중증장애인 거주시설[1]	국민생활보장수급자, 부양자가 없거나 부양을 받을 수 없는 중증장애인 중 서비스지원 종합조사 기능제한 점수가 성인 240점, 아동 190점인 자	없음					
	장애영유아 거주시설[1]	국민생활보장수급자 및 부양자가 없거나 부양을 받을 수 없는 자	6세 미만					
	단기 거주시설[1]	등록장애인 중 보호자의 일시적 부재 등으로 단기간 도움이 필요한 자	없음	10인 이상, 30인 미만 **생활지도원 2.5명당 2인**				**요양보호사**
	장애인 공동생활홈[1]	시설 및 재가장애인으로 공동생활가정에서 생활하는 것이 재활 및 자립에 더 효과적이라고 인정되는 자	없음	4인 미만[6] **사회재활 교사/생활지도원 각 1명/간호사 등 없음**	노인요양 공동생활 가정[2]	기초생활수급자 (생계급여 또는 의료급여)중 65세 이상의 자, 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 65세 이상의 자	65세 이상 *자부담시 60세이상	

www.koddi.or.kr 한국장애인개발원

	장애인				노인			
	구분	입소기준	연령기준	쟁점	구분	입소기준	연령기준	쟁점
					노인 공동생활 가정[3]	- 무료: 기초생활보장 수급자 (생계급여 또는 의료급여)로서 일상생활에 지장이 없는 65세 이상의 자, 부양의무자로부터 적절한 부양을 받지 못하는 자로서 일상생활에 지장이 없는 65세 이상의 자 - 실비: 대상자의 당해연도 월 평균소득액이 도시근로자 1인당 월 평균소득액 이하인 자로서 일상생활에 지장이 없는 65세 이상의 자		5-9명 이하 입소자 3명당 1명 **요양보호사 간호사/물치 등 중 1명**
	-				양로시설[3]			
					노인복지 주택[3]	독립된 주거생활을 하는 데 지장이 없는 자	60세	
이용 시설	장애인 복지관	-	없음		노인복지관	-	60세	

	장애인				노인			
	구분	입소기준	연령 기준	쟁점	구분	입소기준	연령 기준	쟁점
	주간이용 시설	-	시설별 연령 기준 상이	최소 10인 행복이룸 35세 이상, 성동: 34세 까지 물리치료사, 작업치료사, 특수교사 등 채용가능 **3인당 1명 *간호사/간호조무사 등 기준없음 * 조리원 기준없음**	주야간 보호 서비스[4]	장기요양급여수급자, 심신이 허약하거나 장애가 있는 65세 이상의 자(이용자로부터 이용 비용의 전부를 수납받아 운영하는 시설의 경우에는 60세 이상의 자)	65세 *자부담시 60세 이상	* 5명 이상 평균 15명 *** 요양 보호사 (7명당1명) 물치/간호 조무/작업 중 1명 이상 조리원 있음**
					경로당	-	-	

출처: 1) 보건복지부(2024) 장애인복지시설 사업안내 제3권. 제2장 장애인거주시설.
2) 보건복지부 누리집(2024), 노인정책안내, 노인의료복지시설 입소대상.
3) 보건복지부 누리집(2024), 노인정책안내, 노인주거복지시설 입소대상.
4) 보건복지부 누리집(2024), 노인정책안내, 재가노인복지시설 이용대상.

www.koddi.or.kr 한국장애인개발원

다. 요양 중심, 거주 중심 등 공동생활가정 및 거주시설 등 다양화 부족

요양 중심, 거주 중심 등 공동생활가정 및 거주시설 등 다양화 부족이다. 노인복지시설의 경우 의료지원공동생활가정, 의료지원요양원 등 의료관련 지원 즉 요양보호사, 간호사 등의 지원이 충족된 기관들이 주로 이루어져 있다. 장애인거주시설에서 장기요양 등급을 받았다고 하더라도 노인요양시설 서비스간 부정합성이 나타나고 있다고 볼 수 있다. 따라서 장애인주거복지시설의 경우 중고령 발달장애인의 증가, (준)의료적지원이 요구되는 장애인 등을 위한 장애인거주시설의 전환이 필요한 상황이다. 이를 위한 물리치료사, 간호사 등 의료적 지원이 가능하도록 환경 체계를 정비해야 할 것이다.

또한 중고령 (발달)장애인을 위한 인력 충원 역시도 필요하다. 뇌병변 및 지적장애인 등 조기노화가 있는 경우에는 시설 내 인력의 충원이 요구되고 있다. 본 연구의 질적연구에서 제시한 바와 같이 장기요양등급을 받아 노인요양시설로 전원시켰으나, 그 곳에서 적응하지 못해 사망하거나, 질환 등의 악화로 요양병원으로의 전원된 이후, 간병비용으로 장애인연금을 탕진하는 사례들을 제시한바 있다.

결과적으로 장애인거주시설은 고령장애인을 지원하기 위한 역량이 부족할 뿐 아니라 노인요양시설의 경우에는 장애에 대한 이해 부족으로 서비스를 충분히 지원하지 못하는 것으로 분석되었다. 따라서 장애인거주시설은 중고령(발달)장애인 및 (준)의료적 지원이 필요한 장애인 증가를 고려하여 특화된 장애인거주시설유형이 필요하다고 볼 수 있다.

시설장애인 지역사회 전환 로드맵에 따르면, 약 2천명은 지역사회로 편입되기 힘든 (준)의료적 지원이 심각한 중증장애인으로 나타났으며, 거주시설은 지역사회 내 개방적인 거주서비스 제공기관으로서의 역할을 부여하여 필요시 이용할 수 있는 거주서비스 제공기관, 요양기관 등 기능이 필요하다. 또한 노인요양시설에서 생활하는 방안도 고려되어야 하는데 이를 위해서는 요양보호사의 장애에 대한 이해의 교과과정이 요구된다.

〈표 Ⅳ-37〉 장애인 및 노인복지제도: 거주서비스

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
장애인거주시설의 고령장애인 요양에 대한 관념적 사고 문제(65세 이상은 노인시설로 전환 필요)	- 장애인거주시설의 목적에 따른 고령장애인 지원에 대한 규정 부족 등 정합성 부족	- 고령장애인 거주 욕구에 대한 시설과 기준 부재로 선택권 제한
장애인거주시설의 고령장애인에 대한 서비스 인력 및 역량 부족	- 장애인거주시설 내 적정인력 기준 및 지원 내용 등 부재로 중증장애인 지원 어려움	- 중고령자 증가 및 (준)의료적 지원 증가 등에 따른 적정 인력 기준 마련 필요
요양 중심, 거주 중심 등 공동생활가정 및 거주시설 등 다양화 부족	- 노인요양시설에서의 지적, 자폐, 정신, 감각 장애 등에 대한 지원 어려움 - 요양보호사의 장애이해에 대한 부족 - 고령장애인의 지역사회에서의 노후의 삶을 고려할 수 있는 다양한 기관 부재	- 노인요양시설에서 고령장애인의 충분한 서비스 이용을 위한 교육 필요 등 - 중고령자 증가 및 (준)의료적 지원 증가 등에 따른 중고령 발달장애인 거주시설 등 장애인거주시설 전환 고민 필요 - 장애인 욕구 다양화에 대응하지 못하는 장애인복지기관들 문제

(6) 일상생활

① 현황

장애인 및 노인복지제도의 일상생활 지원 정책으로 장애인복지관과 주간이용시설 및 노인복지관과 노인 주·야간 보호시설의 현황을 정리하면 다음 〈표 Ⅳ-37〉과 같다. 첫째, 장애인복지관의 목적은 장애인 권리에 기반한 서비스 제공을 통한 장애인의 지역사회 참여와 자립을 촉진하는 것이며, 노인복지관의 목적은 노인의 교양, 취미생활 및 사회참여활동 등에 대한 각종 정보를 제공하는 등 노인의 복지증진에 필요한 서비스를 제공하는 것이다. 또한 장애인주간이용시설의 목적은 낮시간 동안 활동 위주의 프로그램 및 교육지원 등을 제공하는 것이며, 노인 주·야간 보호시설의 목적은 노인의 생활안정과 심신기능의 유지 및 향상을 도모하고 가족의 부담을 덜어주는 것이다.

둘째, 인력기준을 살펴보면 장애인주간이용시설과 노인복지관, 주·야간보호시설의 인력기준이 다름을 알 수 있다. 주간이용시설은 사회재활교사가 배치되지만 노인 주·

야간 보호시설에는 간호사 또는 간호조무사와 요양보호사가 배치된다는 점에서 차이가 있다. 마지막으로 시설 수를 살펴보면, 장애인복지관은 전국 266개소가 설치된 반면 노인복지관은 전국 355개소가 설치되어 있고, 장애인주간이용시설은 전국 749개소인 데에 반하여 노인 주·야간 보호시설은 전국 3,035개소가 설치되어 있다.

〈표 Ⅳ-38〉 장애인 및 노인복지제도: 일상생활

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	장애인복지관, 주간이용시설	노인복지관, 노인 주·야간 보호시설
목적	- 장애인복지관: 장애인 권리에 기반한 서비스 제공, 지역의 통합환경 조성을 통해 장애당사자의 지역사회 참여와 자립 촉진 - 주간이용시설: 일상생활 및 지역사회 생활을 영위하는 데 지원이 필요한 장애인에게 낮시간 동안 활동위주의 프로그램 및 교육 지원 등을 제공	- 노인복지관: 노인의 교양, 취미생활 및 사회참여활동 등에 대한 각종 정보와 서비스 제공, 건강증진 및 질병예방과 소득보장, 재가복지 등 노인의 복지증진에 필요한 서비스 제공 - 노인 주·야간 보호시설: 부득이한 사유로 가족의 보호를 받을 수 없는 심신이 허약한 노인과 장애노인을 주간 또는 야간 동안 보호시설에 입소시켜 필요한 각종 편의를 제공하여 이들의 생활안정과 심신기능의 유지·향상을 도모하고, 그 가족의 신체적·정신적 부담을 덜어주기 위한 서비스 제공
인력기준	- 주간이용시설: 시설장 1인, 이용장애인 3인 당 사회재활교사 1인(물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 재활상담사, 특수교사 채용 가능), 사무원 1인, 시설 운영에 필요한 기능직 1인(다른 직종 겸직시 사회재활교사로 대체)	- 노인복지관: 시설장 1인, 사회복지사 2인 이상, 물리치료사 1인, 사무원 1인, 조리원 1인, 관리인 1인 - 주·야간 보호시설: 시설장 1인, 사회복지사 1인 이상, 간호사 또는 간호조무사, 물리치료사 또는 작업치료사 1인 이상, 이용자 7명 당 요양보호사 1인 이상, 사무원 1인, 조리원 1인, 보조원 1인
시설 수	- 장애인복지관: 전국 266개소 - 주간이용시설: 전국 849개소	- 노인복지관: 전국 355개소 - 노인 주·야간 보호시설: 전국 3,035개소

출처: 1) 보건복지부(2024). 제 3권 2024년 장애인복지시설 사업안내
2) 법제처. 노인복지법 시행규칙 [별표 7] 노인여가복지시설의 시설기준 및 직원배치기준, 5. 직원의 배치기준
3) 보건복지부, 2023 노인복지시설 현황, 노인여가복지시설 총괄표, 재가노인복지시설 총괄표.
4) 보건복지부, 2024 장애인 복지시설 일람표. 장애인 지역사회 재활시설 및 의료재활시설 총괄표 (2023.12).

② 쟁점

가. 65세 이상 고령장애인의 주간활동서비스 배제 문제

65세 고령장애인은 주로 지역사회 내에서 이용할 수 있는 공간이 매우 한정적인 것으로 나타났다. 첫째, 성인발달장애인의 증가에 대해 주간활동서비스가 2019년부터 시작되었다. 그러나 그 기준은 사업지침에 65세 미만으로 되어 있어, 2023년 65세 기준을 삭제하라는 행정소송이 있었다. 즉 65세가 되었다고 기존에 다니고 있던 주간활동서비스를 변경하는 것, 그리고 다른 곳을 갈 수 없어 고령장애인의 지역사회 내 이용할 수 있는 기관의 부족이 문제로 대두되었다. 따라서 주간활동서비스의 연령 기준을 삭제할 필요가 있다. 특히 65세 이상 지원 시, 주간활동서비스 제공기관은 건강과 안전을 위한 네트워크를 구축해야 할 것이다.

나. 65세 이상 고령장애인의 긴급돌봄, 발달장애인긴급돌봄서비스 배제 문제

긴급돌봄서비스와 발달장애인긴급돌봄서비스에서도 고령장애인이 배제되고 있는지에 대한 검토될 필요가 있다. 현행 장애인복지과에서 지원하고 있는 발달장애인긴급돌봄서비스는 만 6세 이상 65세 미만 등록 발달장애인이 대상이며, 발달장애인 보호자가 경조사, 입원, 신체·심리적 피로 등 사정이 생겼을 때 일시적으로 긴급돌봄을 받을 수 있는 서비스이다. 본 연구에 따르면 고령장애인과 함께 거주하고 있는 자녀 또는 부모의 경우, 부모가 자녀 등이 입원 할 때 지원해 줄 수 있는 기관에 대한 고민이 있었다. 예를 들면, 본 연구의 심층대상자였던 65세 이상의 지적장애인의 경우, 부모의 입원으로 잠시 머물 수 있는 곳이 부족하여 요양병원에 입원시키는 경우가 있었다.

동 사례는 장기요양서비스와 활동지원서비스를 이용하지 않고 있었으며, 관련 노인거주시설과 긴급돌봄서비스를 이용하기에는 한계가 있는 것으로 나타났다. 이에 첫째, 현행 연령 기준을 두고 있는 발달장애인 긴급돌봄서비스에 고령발달장애인 및 중고령 장애인 대상의 긴급돌봄서비스 필요성에 대한 검토가 필요하다. 이를 위해 거주시설의 적극적인 활용과 뿐만 아니라 (준)의료적 및 건강지원이 요구되는 중고령 장애인들에 대한 긴급돌봄지원체계 모델 개발이 선행될 필요가 있다.

둘째, 긴급돌봄서비스에 대한 고령장애인 지원사항의 실태를 점검할 필요가 있다. 긴급돌봄서비스가 고령장애인 개별적 지원 필요도에 충분한지 그리고 사각지대가 없는지이다. 주로 긴급돌봄서비스는 재가서비스를 지원하고 있으며, 연계 가

능한 경우에는 공적 서비스를 연계하고 있다. 긴급돌봄서비스에서 고령장애인의 긴급돌봄서비스가 충분하게 그리고 적절히 이루어지고 있는지를 검토하여 필요시 고령장애인에 대한 특화 또는 지원시간 및 인력충원 등에 대한 부분 등에 대한 논의가 요구된다.

다. 주간이용시설의 (준)의료적 지원, 중고령장애 증가에 대한 지원 부재

주간이용시설 이용자의 고령자에 대책이 부족하다. 앞서 주간활동서비스의 기준도 문제이지만, 주간이용시설의 경우에도 고령자, 노인성 질환 증가 등으로 주간이용시설에 대한 인력, 환경, 송영서비스 등의 지원이 맞춤적으로 이루어져야 하나, 현재는 획일적인 주간이용시설 기준에 모든 기준이 맞춰져 있어, 이용자의 욕구에 적절한 서비스 제공이 부족한 상황이다. 따라서 주간이용시설의 기능다변화를 위한 모델 개발을 연구하고, 주간이용시설의 이용자 특성에 맞는 환경적 지원이 지자제 등을 통해 지원될 수 있도록 지침의 규정이 요구된다.

라. 노인복지관, 발달장애인 중심의 장애인복지시설 이용 한계

장애인이 쉴 수 있는 경로당의 부족이다. 노인복지 영역에서는 경로당을 이용하는 비율이 높다. 그러나 장애인은 장애인복지관 외에는 고령장애인이 이용할 수 있는 특화된 공간이 부족하다. 경기도에서 제안되고 있는 쉼터의 활성화도 중요한 지원으로 볼 수 있다. 따라서 도농복합 또는 농어촌에 특화된 장애인 및 노인복지관이 필요하다. 즉 농어촌 지역에는 주로 장애인 및 노인복지관이 통합적으로 이루어지고 있다. 통합적 관점에서 지원하는 체계도 중요하지만, 장애인 맞춤, 개별적 서비스 지원 관점에서는 통합과 더불어 맞춤적인 장애인 복지관이 요구될 수 밖에 없다. 이러한 관점에서 장애인복지관의 확대가 요구된다.

〈표 Ⅳ-39〉 장애인 및 노인복지제도: 일상생활

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
65세 이상 고령장애인의 주간활동서비스 배제	성인장애인 뿐만 아니라 고령장애인의 주간활동을 위한 서비스 체계 부재	성인장애인 뿐만 아니라 고령장애인의 주간활동을 위한 서비스 체계 마련될 필요
65세 이상 고령장애인의 긴급돌봄, 발달장애인긴급돌봄서비스 배제 문제	발달장애인 긴급돌봄서비스의 연령 제한과 고령장애인의 긴급돌봄을 지원할 수 있는 긴급돌봄서비스 체계의 부정합성	고령장애인의 긴급돌봄서비스를 이용할 수 있도록 지원체계 마련
주간이용시설의 (준)의료적 지원, 중고령장애 증가에 대한 지원 부재	주간이용시설의 (준)의료적 지원, 중고령장애 증가에 대한 획일적인 인력 기준 등 제시 부정합성	주간이용시설의 (준)의료적 지원, 중고령장애 증가에 대한 획일적인 인력 기준 등 확대 필요
노인복지관, 발달장애인 중심의 장애인복지시설 이용 한계	- 고령장애인을 위한 경로당(쉼터)등 확대 필요 - 노인 및 장애인복지관 통합운영에서 장애인복지관, 노인 복지관으로 맞춤적 서비스 기관으로 재정립 필요	- 고령장애인을 위한 경로당(쉼터)등 확대 필요 - 도농복합도시 등 장애인복지관 확대 - 통합 기관에서 맞춤형 서비스 기관으로 재정립 및 확대

(7) 기타

① 보조기기

가. 현황

장애인 및 노인복지제도의 보조기기 지원 정책으로 장애인보조기기 교부사업, 장애인보조기기 급여비 지급사업 및 노인장기요양보험 복지용구 지원사업의 현황을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 장애인보조기기 교부사업은 기초생활수급자 및 차상위 장애인을 대상으로 하며, 장애인보조기기 급여비 지급사업은 등록 장애인 중 건강보험 가입자 및 피부양자를 대상으로 한다. 반면 노인장기요양보험 복지용구 지원사업의 경우 노인장기요양보험법에 의한 1~5등급, 인지지원등급 수급자 중 시설급여를 받지 않는 자를 대상으로 한다.

둘째, 급여를 살펴보면 장애인보조기기 교부사업은 42개 품목의 보조기기를 지원하고 있으며, 장애인보조기기 급여비 지급사업은 89개품목의 보조기기를, 노인장기요양보험 복지용구 지원사업에서는 18종 품목의 보조기기를 지원한다. 셋째,

2023년 장애인보조기기 급여비 지급사업의 수급 건수는 총 134,075건이며 노인장기요양보험 복지용구 지원사업의 수급 건수는 총 3,224,675건이다.

마지막으로 급여액 책정 기준을 살펴보면 장애인보조기기 교부사업은 연간 200만원 범위 내에서 최대 3품목을 지원하며, 장애인보조기기 급여비 지급사업은 건강보험대상자의 경우 90%, 차상위 대상자의 경우 100%를 지원한다, 노인장기요양보험 복지용구 지원사업은 구입과 대여를 합산하여 연간 160만원 한도에서 일반대상자 15%, 보험료 감경대상자 9%, 의료급여자, 차상위감경대상자 등 6%, 기초생활수급자 0%를 본인부담금으로 하여 복지용구를 제공한다.

〈표 Ⅳ-40〉 장애인 및 노인복지제도: 기타

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	- 장애인보조기기 교부사업 - 장애인보조기기 급여비 지급사업	- 노인장기요양보험 복지용구 지원사업
선정 기준 (자격)	- 장애인보조기기 교부사업 • 기초생활수급자 및 차상위 장애인 • 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 심장, 호흡, 언어, 자폐성, 지적 장애인 - 장애인보조기기 급여비 지급사업 • 등록장애인 중 건강보험 가입자 및 피부양자, 전문과목 병원에서 전문의 처방을 받은 자	- 노인장기요양보험법 수급자 - 시설급여를 제공하는 장기요양기관에 입소하지 않은 수급자 - 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 노인성 질병을 가진 자 중 6개월 이상 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자
급여	- 장애인보조기기 교부사업: 42개 품목 • 침대 등(전동 및 수동휠체어 없음) - 장애인보조기기 급여비 지급사업: 89개 품목 • 침대 없음(전동 및 수동휠체어, 의료용 스쿠터 있음)	- 18종 품목 보조기기 지원 • 대여(수동휠체어, 전동침대, 수동침대, 목욕리프트, 배회감지기 등) • 구입(이동변기, 목욕 의자 등)
수급 건수	- 장애인보조기기 급여비 지급사업 2023년 134,075건, 93,216,808,000원	- 2023년 3,224,675건, 307,952,000,000원
급여액 책정 기준	- 장애인보조기기 교부사업 • 연간 지원기준액 합계 200만원 범위 내에서 1인당 최대 3품목 교부. • 내구연한이 경과하지 않았을 경우 동일 품목 교부 제한 • 신청 보조기기가 200만원 초과할 경우 초과금은 개인부담	- 일반대상자: 15% - 보험료 감경대상자(보험료 순위 25% 초과, 50% 이하): 9% - 의료급여자, 차상위 감경대상자, 생계곤란자, 보험료 감경대상자(보험료 순위 25% 이하): 6% - 기초생활수급자: 0%

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
	- 장애인보조기기 급여비 지급사업 • 건강보험 대상자: 기준액, 고시금액, 구입금액 중 최저 금액의 90% 지원 • 차상위 본인부담경감 대상자: 지급기준금액의 100% 지원 • 의료급여수급권자: 100% 기금에서 지원 • 1년 지원 금액 한도나 신청 가능 개수 없음	- 연간 한도액: 160만원 (구입대여합산) - 한도액 초과금은 개인부담 - 사용 가능 햇수 내에서 품목당 1개 제품만 구입가능 - 대여하는 경우에도 각 품목당 1개 품목만 대여가능

출처: 1) 보건복지부·울산광역시·울산광역시보조기기센터, 2024 장애인 보조기기 교부사업 안내서, 장애인보조기기 교부사업의 목적 및 장애유형별 지원품목 및 지원기준.
2) 국민건강보험공단, 장애인보조기기 급여비(국민건강보험법 제 51조), 장애인보조기기 급여제도 소개 및 보조기기별 지급기준.
3) 국민건강보험공단, 노인장기요양보험 복지용구 급여 안내
4) 국민건강보험 경영공시 누리집, 현금급여 지급실적 중 장애인보조기기 실적.
5) 국민건강보험 경영공시 누리집. 장기요양보험 경영실적 중 장기요양급여비 지급현황.

나. 쟁점

가) 장애유형별 고령장애인의 맞춤 복지용구 선택권 부재

장애인의 보조기기는 저소득층에 지원되는 장애인 보조기기 교부사업과 건강보험에서 지원하고 있는 장애인보조기기 사업, 장기요양대상자에게 지원되고 있는 장기요양보험복지용구 등 크게 3가지로 구분할 수 있다.[8] 아래의 표와 같이 장애인보조기기 교부사업과 장애인보조기기 급여비 지급사업은 모두 장애유형별로 이용할 수 있는 보조기기가 정해져 있다. 이로 인해 장애유형별 고령장애인의 맞춤 복지용구 선택권이 부재한 상황이다. 예를 들면, 신장장애인의 경우, 고령으로 인해 투석 이후 이동의 어려움이 있음에도 불구하고, 휠체어의 보조기기를 이용할 수 없다. 신장장애인은 고령이후에는 어떠한 보조기기도 장애인영역에서는 지원받을 수 없다. 고령이 될수록 장애인이 전체적인 보조기기에 대한 선택권이 부여될 필요가 있다.

나) 장기요양복지용구 구입 대상자의 제한적 기준 문제

장기요양복지용구를 구입하기 이해서는 장기요양등급을 판정받아야 한다. 사실 노인장기요양보험 복지용구 지원사업의 품목별 세부 종류는 다른 교부사업들에 비

8) 이외에 정부통신영역에서 지원됨

해 다양하다. 고령이 되면 주로 전동휠체어, 이동변기, 욕창, 미끄럼방지용품, 간이변기, 전동침대, 이동욕조, 목욕리프트 등을 주로 요구한다. 전동휠체어와 수동휠체어 등은 건강보험 급여에서 지원받을 수 있으나, 그 외의 이동변기, 미끄럼방지용품, 목욕 관련된 보조기기의 품목에 따른 세부 용품들은 더 고령에 맞도록 특화되어 있다. 따라서 장애인의 경우, 고령이 되면 장기요양보험을 받지 않더라도 노인장기요양보험용구를 이용할 수 있도록 하는 제도적 유연성이 필요하다.

〈표 Ⅳ-41〉 보조기기 사업 비교

		장애인보조기기 교부사업1)	장애인보조기기 급여비 지급사업2)	노인장기요양보험 복지용구 지원사업3)
지원품목		42개 품목	89개 품목	18종 품목
유형별 지원	지체	독립형 변기 팔 지지대 및 등지지대, 환경 제어 장치. 안전손잡이, 장애인용 유모차, 피더시트. 목용용 미끄럼방지용품. 기립훈련기. 보행차. 좌석형 보행차, 탁자형 보행차. 음식섭취 보조기기. 목욕의자, 경사로, 이동변기. 장애인용 카시트. 미끄럼 및 회전을 위한 보조기기. 장애인용 의복, 휠체어 액세서리, 전동침대, 소변수집장치. 낙상알림기. 독서용 탁자, 책상 및 독서대. 기억 지원 보조기기 (총 24 품목)	의지, 보조기, 지팡이, 목발, 맞춤형 교정용 신발. 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(2개 1세트), 자세보조용구(심한장애), 욕창예방매트리스(심한장애), 이동식전동리프트(심한장애), 욕창예방방석, 전방보행차, 다리의지소모품(소켓 및 라이너) (총 15 품목)	- 구입품목: 이동변기, 성인용보행기, 목욕의자, 안전손잡이, 미끄럼방지용품, 간이변기, 지팡이, 욕창예방방석, 자세변환용구, 요실금팬티 (총 10품목) - 대여품목: 수동휠체어, 전동침대, 수동침대, 목욕리프트(2024 급여제품 없음), 이동욕조, 배회감지기 (총 6품목) - 구입 및 대여품목: 욕창예방 매트리스, 경사로 (총 2품목)
	시각	음향신호기 리모컨, 음성시계. 독서확대기, 광학문자판독기. 녹음 및 재생장치. 모바일제어 특수키보드. 특수출력 소프트웨어 (총 7품목)	의안, 저시력보조안경, 콘텐트렌즈, 돋보기, 만원경, 흰지팡이 (총 6품목)	
	청각	시각신호표시기, 진동시계. 헤드폰, 영상전화기 (총 4품목)	보청기 (총 1품목)	
	언어	대화용 장치 (총 1품목)	개인용 음성 증폭기 (총 1품목)	
	지적	기억 지원 보조기기, 대화용 장치 (총 2품목)	맞춤형 교정용 신발 (총 1품목)	

		장애인보조기기 교부사업1)	장애인보조기기 급여비 지급사업2)	노인장기요양보험 복지용구 지원사업3)
	뇌병변	독립형 변기 팔 지지대 및 등지지대, 환경 제어 장치, 안전손잡이, 장애인용 유모차. 피더시트, 목용용 미끄럼 방지용품, 기립훈련기, 보행차, 좌석형 보행차, 탁자형 보행차, 음식섭취 보조기기, 목욕의자, 경사로, 이동변기, 장애인용 카시트, 미끄럼 및 회전을 위한 보조기기, 장애인용 의복, 휠체어 액세서리, 전동침대, 소변수집장치, 낙상알림기, 독서용 탁자, 책상 및 독서대, 기억 지원 보조기기, 스위치, 대화용 장치 (총 26품목)	의지, 보조기, 지팡이, 목발, 맞춤형 교정용 신발. 수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(2개 1세트), 자세보조용구(심한장애), 욕창예방매트리스(심한장애), 이동식전동리프트(심한장애), 욕창예방방석, 전방보행차. 후방보행차 (총 15품목)	
	자폐성	기억 지원 보조기기, 대화용 장치 (총 2품목)	맞춤형 교정용 신발 (총 1품목)	
	심장	미끄럼 및 회전을 위한 보조기기, 장애인용 의복, 휠체어 액세서리, 전동침대, 소변수집장치, 낙상알림기, 독서용 탁자, 책상 및 독서대욕창예방 방석, 욕창예방 매트리스 (총 9품목)	수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(2개 1세트) (총 4품목)	
	호흡기	미끄럼 및 회전을 위한 보조기기, 장애인용 의복, 휠체어 액세서리, 전동침대, 소변수집장치, 낙상알림기, 독서용 탁자, 책상 및 독서대 (총 8품목)	수동휠체어, 전동휠체어, 전동스쿠터, 전동휠체어 및 전동스쿠터용 전지(2개 1세트) (총 4품목)	

자료 : 1) 보건복지부·울산광역시·울산광역시보조기기센터, 2024 장애인 보조기기 교부사업 안내서, 장애인보조기기 교부사업의 목적 및 장애유형별 지원품목 및 지원기준.
2) 국민건강보험공단, 장애인보조기기 급여비(국민건강보험법 제 51조), 장애인보조기기 급여제도 소개 및 보조기기별 지급기준.
3) 국민건강보험공단, 노인장기요양보험 복지용구 급여 안내.

〈표 Ⅳ-42〉 장애인 및 노인복지제도: 보조기기

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
장애유형별 고령장애인의 맞춤 복지 용구 선택권 부재	고령장애인의 욕구에 맞도록 장애유형별 보조기기 구입 기준 유연성 부족으로 보조기기 제도의 정합성 부족 (예: 신장장애인은 보조기기를 구입할 수 없음)	고령장애인 욕구에 맞도록 장애유형별 보조기기 구입 대상자 기준 유연화 도입 필요
장기요양복지용구 구입 대상자의 제한적 기준 문제	장기요양복지용구 지원의 목적은 고령장애인의 보조기기 이용을 통한 일상생활을 개선시키기 위함이나, 장기요양보험 대상자로 한정함으로써 장기요양의 욕구와 고령장애인 욕구가 유사한 정책대상자에 대한 고려 부족	고령장애인의 장기요양보험서비스를 이용할 수 있도록 제도적 유연화 확대

② 학대

가. 현황

장애인 및 노인복지제도의 학대 관련 제도로 장애인권익옹호기관과 노인보호전문기관의 현황을 정리하면 다음 〈표 Ⅳ-24〉과 같다. 첫째, 장애인권익옹호기관의 대상자는 학대피해장애인, 노인보호전문기관의 대상자는 만 65세 이상 학대피해노인이다. 둘째, 2023년 기준 장애인권익옹호기관은 전국 20개소, 노인보호전문기관은 전국 38개소를 운영하고 있다. 셋째, 2022년 기준 장애인 학대 신고건수 4,958건 중 학대 의심사례는 2,641건이었으며, 이 중 학대 판정 건수는 1,186건이었다. 또한 2022년 기준 노인학대 신고건수 19,522건 중 일반사례는 12,745건, 학대사례 건수는 6,807건으로 나타났다. 마지막으로 장애인권익옹호기관과 노인보호전문기관 모두 지역과 중앙으로 나누어 다른 서비스를 제공하고 있으며, 지역장애인권익옹호기관과 지역노인보호전문기관에서는 학대신고를 접수하고 조사하며 피해자를 지원하고 상담하는 등 학대에 직접적으로 대응하는 역할을 한다. 이와 달리 중앙장애인권익옹호기관과 중앙노인보호전문기관은 학대 관련 연구와 프로그램을 개발하거나, 학대 통계를 생산하는 등 정책 관련 업무를 수행하며 지역장애인권익옹호기관과 지역노인보호전문기관을 지원하는 업무를 담당하고 있다.

〈표 Ⅳ-43〉 장애인 및 노인복지제도: 학대

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	장애인권익옹호기관	노인보호전문기관
대상자	학대피해장애인	만 65세 이상 학대피해노인
기관수	20개(2023. 7. 31. 기준)	38개(2023. 6. 기준)
현황	전체 신고건수 4,958건 중 학대의심사례 2,641건, 학대 판정 건수 1,186건 (2022년 기준)	전체 신고건수 19,522건 중 일반사례 12,745건, 학대사례 건수 6,807건 (2022년 기준)
서비스 종류	- 지역장애인권익옹호기관: 장애인학대 신고접수, 피해자 지원, 사후 관리 등 장애인학대에 대한 직접적 대응 - 중앙장애인권익옹호기관: 장애인학대 관련 연구, 프로그램 개발, 종사자 역량강화, 장애인학대 통계 생산 등 지역장애인권익옹호기관에 대한 지원 및 정책 관련 업무 수행	- 지역노인보호전문기관: 노인학대 신고접수, 현장조사, 피해노인 및 노인학대자에 대한 상담 등 - 중앙노인보호전문기관: 노인인권보호 관련 정책제안, 연구 및 프로그램 개발, 중앙노인학대사례판정위원회 운영 등

출처: 1) 보건복지부·중앙장애인권익옹호기관, 2023. 2022 장애인학대 현황보고서.
2) 보건복지부·중앙노인보호전문기관, 2023, 2022 노인학대 현황보고서.
3) 중앙노인보호전문기관 누리집, 노인보호전문기관 법적근거.

나. 쟁점

가) 노인학대 접수 기관에 따른 지원 체계 문제

현재 고령장애인이 학대를 받을 경우에는 노인 또는 장애인 기관 등 접수되는 곳에서 우선적으로 지원하고, 지원이 어려운 경우에는 장애인권익옹호기관과 함께 서비스를 제공하는 것으로 나타났다. 사실 아래와 같이 학대를 받고 있는 노인 들 중 장애인의 비율은 8%~10%로 동 수준이 유지되고 있다. 즉 노인 중 10%는 고령장애인으로 장애 특성에 맞는 서비스가 요구될 수 있는 부분이기도 하다. 따라서 현재 장애인 노인학대쉼터에 대한 확장성을 고민할 필요가 있다. 특히 학대유형별 피해장애인 연령을 보면, 50세 이상은 436명으로 전체 학대 건수 중 23.5%로 나타났다. 50세 이상의 주 학대 유형은 신체적 및 경제적 착취가 각각 30.7%(134건), 28.9%(126건)으로 나타나, 고령장애인의 학대에 대한 고려가 필요한 상황이다. 주로 전체 피해자 보호를 위한 응급조치의 경우에는 쉼터 이용이 84.3%, 거주시설 5.2%, 의료기관 4.7%로 나타나, 고령장애인에 대한 구체적인 조치와 상담 현황 등 자료를 통해 노인과 장애인 지원 기관 간 긴밀한 자료 공유와 조사 등을 기반으로 필요서비스의 확충을 논의할 필요가 있다.

〈표 Ⅳ-44〉 학대피해노인 중 장애인 수 및 장애 유형 (2014년 ~ 2023년)

(단위: 명, %)

구분	2015	2020	2021	2022	2023
지체	153(26.7)	161(24.7)	141(22.5)	154(23)	164(26.4)
청각	77(13.4)	108(16.5)	100(15.9)	115(17.2)	95(15.3)
시각	66(11.5)	78(11.9)	66(10.5)	67(10)	57(9.2)
뇌병변	59(10.3)	45(6.9)	32(5.1)	42(6.3)	37(5.9)
언어	14(2.4)	11(1.7)	7(1.1)	13(1.9)	11(1.8)
신장	6(1)	11(1.7)	15(2.4)	7(1)	8(1.3)
심장	11(1.9)	9(1.4)	5(0.8)	6(0.9)	4(0.6)
호흡기	8(1.4)	5(0.8)	4(0.6)	5(0.7)	1(0.2)
간질	7(1.2)	5(0.8)	4(0.6)	6(0.9)	2(0.3)
장루요루	2(0.3)	4(0.6)	3(0.5)	5(0.7)	3(0.5)
간	0(0)	2(0.3)	0(0)	2(0.3)	1(0.2)
안면	0(0)	0(0)	2(0.3)	1(0.1)	0(0)
우울장애	116(20.2)	150(23)	178(28.3)	175(26.1)	166(26.7)
조현병	26(4.5)	28(4.3)	30(4.8)	35(5.2)	32(5.1)
지적	20(3.5)	26(4)	32(5.1)	27(4)	28(4.5)
정동장애	5(0.9)	10(1.5)	9(1.4)	9(1.3)	9(1.4)
반사회적인격장애	4(0.7)	0(0)	0(0)	1(0.1)	2(0.3)
자폐성장애	0(0)	0(0)	0(0)	0(0)	2(0.3)
장애인 계	574	653	628	670	622
장애 1개*	81	85	73	83	79
장애 2개 이상**	403	568	555	587	543
전체 학대	3,818	6,259	6,774	6,807	7,025
장애인 비율	15%	10.4%	9.3%	9.8%	8.9%

주: 장애는 2가지 이상의 장애가 동반되거나 없을 수도 있기 때문에 전체 노인학대 통계 수치(7,025건)와 학대피해노인 장애유형 통계 수치(622건)에는 차이가 있음 ** 학대 결과로서 장애 판정 유무는 확인이 어려우며, 장애인 등급판정을 받거나 현장조사 시 장애가 의심되는 대상자도 포함.

출처: 보건복지부·중앙노인보호전문기관. 2014년 ~ 2023년 노인학대 현황보고서. 학대피해노인 현황 중 학대피해노인 건강상태 - 학대피해노인 장애 수 및 장애유형을 의미함

〈표 Ⅳ-45〉 장애인 학대 유형별 현황

(단위: 건, %)

구분	신체적	정서적	성적	경제적	방임	계
총계	572	460	261	443	119	1,855
17세 이하	130	118	54	13	22	337
18-19세	17	16	20	14	4	71
20대	122	96	75	136	22	451
30대	84	62	42	78	22	288
40대	85	67	30	76	14	272
50대	81	61	25	76	17	260
60-64세	31	25	6	36	10	108
65세 이상	22	15	9	14	8	68

출처: 보건복지부·중앙노인보호전문기관(2023). 장애인학대 현황보고서

〈표 Ⅳ-46〉 장애인 및 노인복지제도: 학대

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
노인학대 접수 기관에 따른 지원 체계 문제	장애유형별 노인학대 연계 부족	노인학대 기관 간 장애인 노인학대 영역에 대한 지속적 연계 및 장애인 영역에서 노인학대쉼터 확대

2. 일본

1) 고령장애인 개념

일본에서 정의하는 “장애인”은 원칙적으로 18세 이상이지만, “개호보험 우선원칙”에 따라 65세 이상이 되면 기존에 이용하던 장애인복지서비스에 상응하는 서비스가 개호보험법에 있는 경우에 개호보험서비스를 우선하도록 설계되었다. 이와 같이 장애인의 다양한 욕구와 관계없이 연령을 기준으로 일률적인 서비스 이전을 실시하는 것은 행정 편의적이라는 비판을 받으며, ‘65세의 벽’을 허물기 위해 고령이 된 이후에도 장애인종합지원법에 근거한 서비스를 이용할 수 있는 예외사례를 적용하기 시작하였다.

2) 주요 영역별 핵심 제도 분석

사회보장 영역별 장애인 및 노인복지 제도의 현황과 쟁점을 살펴보고자 한다. 각 사회보장 영역을 소득보장, 일자리, 돌봄, 거주서비스, 보조기기 및 학대로 구분하여 각각의 대표적인 제도와 쟁점에 대해 분석하였으며 결과는 다음과 같다.

〈표 Ⅳ-47〉 일본 장애인 및 노인복지제도: : 주요 영역별 핵심 제도 현황

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	비고
소득 보장	- 장애기초연금 - 장애후생연금 - 장애수당	- 노령기초연금 - 노령후생연금	- 65세 장애인은 두 가지 연금 중 선택 가능
일자리	- 취업이행지원 - 취업정착지원 - 취로계속지원A/B - 챌린지 고용제도 - 장애인 트라이얼 고용제도 - 특정구직자 고용조성금 제도	- 고령자 트라이얼 고용조성금 - 특정구직자 고용개발 조성금 - 65세이상 고용추진 조성금	- 65세 장애인은 고령자 고용관련 조성금 제도 이용 가능
돌봄	- 장애인종합지원법	- 개호보험제도	- 장애인이 65세가 되어도 ‘공생형서비스’ 도입으로 이용하던 시설을 그대로 이용 가능하게 됨.

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	비고
거주	- 입소시설 - 그룹홈	- 공적시설(개호의료원) - 민간시설	- 2018년 '개호의료원' 신설(의료 및 개호중점)로 중증화 대응
보조기기 및 학대	- 장애인 보장구비 지급 제도	- 고령자 복지용구 급부	- 65세 장애인은 개호보험 이용 우선
	- 장애인학대방지법	- 고령자학대방지법	- 적용 유연

(1) 소득보장

① 현황

장애인 소득보장은 사회보험으로서 장애등급을 기준으로 하는 장애기초연금, 장애후생연금, 장애수당으로 구분되며, 장애인이 65세가 되었을 경우, 65세 이상 수급가능한 노령기초연금과 노령후생연금으로 변경하거나 선택이 가능하다. 단, 장애인 관련 연금은 비과세이고, 노령연금은 과세이므로 선택에 주의가 필요하다. 그리고 보험 가입이 필요없는 즉 세금을 재원으로 하는 사회수당으로서 특별장애인수당, 특별아동부양수당과 장애아부양수당이 있다. 특별장애인수당은 20세 이상의 정신 또는 신체의 현저한 중증장애로 인해 가정 내 일상생활에서 상시 특별한 개호가 필요한 경우이며, 특별아동부양수당은 20세 미만의 정신 또는 신체 장애를 가진 아동을 가정에서 양육하는 부모에게, 장애아복지수당은 중증장애로 인해 정 내 일상생활에서 상기개호를 필요로 하는 20세 미만의 아동 본인에게 지급된다. 동 수당은 소득보전보다는 비용 보전 성격이 강하다(공명종, 2025). 이외에 우리나라의 국민기초생활보장제도와 유사한 생활보호제도를 통해 최저소득을 보장하고 있다.

가. 장애인 소득보장

장애인 소득보장은 사회보험(기여)으로서 일본연금기구가 정한 장애등급에 따라 크게 3가지(장애기초연금, 장애후생연금, 장애수당)로 구분되며, 연금만으로는 생활이 어려운 장애인을 위해 장애연금생활자지원 급부금 제도를 운영하여 연간 일정 소득이하인 장애인에게 생활비를 추가적으로 지원하고 있다. 즉 정액의 연금을 지급하는 국민연금(기초연금)과 소득에 비례하여 지급하는 후생연금(민간기업의 피용자)으로 크게 구성된다고 볼 수 있다.

첫째, 장애기초연금은 국민연금에 가입하고 있는 동안, 또는 20세 전(연금 제도에 가입하고 있지 않은 기간), 혹은 60세 이상 65세 미만(연금 제도에 가입하고 있지 않은 기간으로 일본에 살고 있는 동안)에, 초진일(장애의 원인이 된 질병이나 부상에 대해, 처음 의사 또는 치과 의사의 진료를 받은 날)의 어떤 질병이나 부상으로, 법령에 의해 정해진 장애 등급표(1급·2급)에 의한 장애 상태의 때는 장애기초연금이 지급된다. 장애기초연금은 20세 이상의 경우 모든 국민이 예외없이 가입하여야 하는 기초연금이다. 장애기초연금은 매해 달라지며 자녀수(19세미만)에 따라 가산된다.[9] 장애등급 1급인 경우 2024년 기준 1인가구는 월 85,000엔이며, 자녀1인 월 104,567엔, 자녀2인 124,133엔, 자녀3인 130,658엔이다.

둘째, 장애후생연금은 직장을 다니면서 후생연금(우리나라 국민연금의 사업장가입자에 해당)에 가입한 동안에 질병이나 부상으로 인해 장애기초연금의 1급 또는 2급에 해당하는 장애 상태가 되었을 때는, 장애기초연금에 추가하여 장애후생연금이 지급된다. 만약, 장애 상태가 3급의 가벼운 정도인 경우 장애후생연금만 지급된다. 장애후생연금은 보수비례연금액과 함께 배우자 유무(65세미만)에 따라 가산금이 지급된다. 단, 배우자가 노령후생연금, 퇴직공제연금, 장애기초연금, 장애후생연금을 받고 있지 않아야 한다. 배우자 가산금액은 본인이 장애1급 또는 2급인 경우 월 19,567엔이다.

셋째, 장애수당은 초진일로부터 5년 이내에 병이나 부상이 낫고, 장애후생 연금을 받는 것보다 가벼운 장애가 남았을 때에는 장애 수당(일시금)이 지급된다.

마지막으로 연금생활자지원 급부금은 노령, 장애, 유족기초연금을 수급하고 있는 사람을 대상으로 전년소득이 일정 기준 소득인정액 이하인자에게 일본연금기구가 2019년 도입한 생활보조금 지원 제도이다.

9) https://www.syougainenkin-shien.com/amount_of_money2024

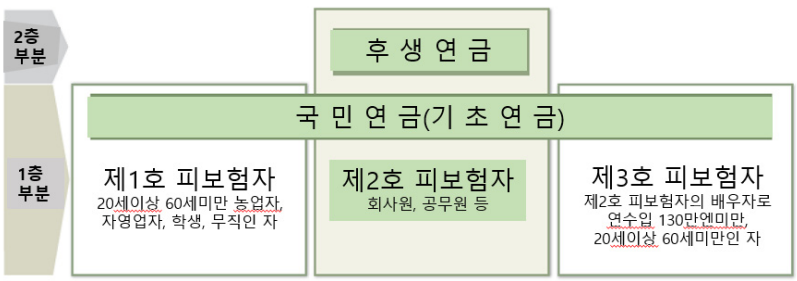
〈표 Ⅳ-48〉 2024년도 장애기초연금, 장애후생연금, 장애수당 등

	장애기초연금	장애후생연금	연금생활자 지원 급부금
1급	월85,000엔 +자녀가산	장애기초연금+ 보수비례 연금액+배우자가산	월6,638엔 (조건: 장애연금 제외 전년소득 4,721,000엔이하)
2급	월68,000엔 +자녀가산	장애기초연금+ 보수비례 연금액+배우자가산	월5,310엔 (조건: 장애연금 제외 전년소득 4,721,000엔이하)
3급	-	보수비례 연금액 (최저보장 월49,292엔)	
경증	경증의 경우 연금이 아닌 장애수당이 일시금으로 지급됨(최저보장 1,192,600엔)		

출처 : https://www.mhlw.go.jp/nenkinkyuufukin/index.html

나. 노령기초연금, 노령후생연금

일본의 공적연금 제도는, 20세 이상 60세 미만의 모든 국민이 가입하는 국민연금(기초연금)과 회사원·공무원이 가입하는 후생연금의 2층 구조이다. 따라서 회사원·공무원은 2가지 연금제도에 가입하게 된다. 국민연금은 직업 등에 의해 3개의 피보험자 종류로 나누어지며 각 가입절차 및 납부방법이 다르다.



[그림 Ⅳ-5] 일본의 공적연금 제도의 구조

60세까지 연금 납부자는 보통 65세부터 연금을 받을 수 있으며, 국민연금(기초연금)에 가입한 사람은 노령기초연금을 수급하고, 후생연금에 가입한 사람은 국민연금(기초연금)과 함께 노령후생연금을 수급하게 된다.

노령기초연금은, 20세부터 60세가 될 때까지의 40년간의 국민연금의 가입 기간 등에 따라 연금액이 계산되어 원칙, 65세부터 받을 수 있다. 국민연금 보험료를

납부한 기간이나 면제를 받은 기간 외, 샐러리맨이나 공무원으로서 후생연금 보험이나 공제 조합 등에 가입한 기간이나, 전업 주부로서 국민연금에 가입하고 있던 기간에 대해서도, 노령 기초연금의 계산에 포함된다. 60세부터 65세까지의 사이에 수급 개시 시기를 앞당겨 감액된 연금을 받기 시작하는 「조기 수급」이나, 66세부터 75세까지의 사이에 수급 개시 시기를 미뤄서 증액된 연금을 받기 시작하는 「연기 수급」의 제도가 있다.

노령후생연금은 후생연금 보험에 가입한 사람이 받을 수 있는 연금이다. 후생연금 보험에 가입했을 때의 보수액이나, 가입 기간 등에 따라 연금액이 계산되어 원칙, 65세부터 받을 수 있다. 노령후생연금에도 노령기초연금과 같이 「조기 수급」이나 「연기 수급」의 제도가 있다.

또한 노령기초연금 및 노령후생연금을 수급하는 65세이전까지의 생활보조를 위해 60세에서 65세미만인 연금 장기가입자, 장애인, 수급개시연령 특례에 해당하는 사람에게 지급되는 특별지급 노령후생연금제도가 있다.

〈표 Ⅳ-49〉 노령기초연금, 노령후생연금, 가급연금 등

<table>
<tr><th></th><th>20세~60세 보험료 납부</th><th></th><th>65세 이후 연금 수급</th></tr>
<tr><td>1층
부분</td><td>국민(기초)연금
20세부터 60세미만
가입자(전 국민)
*학생이나 저소득으로 인한
납부유예 및 면제 신청가능</td><td>☞</td><td>노령기초연금
보험료납부 및 유예기간 등 10년 이상자 원칙
65세부터 수급
수급액 : 20세부터 60세까지 40년간 만기납부한 경우
월68,000엔(연816,000엔)</td></tr>
<tr><td>2층
부분</td><td>후생연금
직장에 다니는 사람
(직장인 가입자)</td><td>☞</td><td>노령후생연금
직장 가입자로 보험료 납부한 사람 원칙 65세부터 수급
수급액 : 보험가입한 기간과 보수에 비례한 연금 지급</td></tr>
<tr><td>추가
지원</td><td>-</td><td></td><td>가급연금
후생연금보험과 공제조합 등 피보험자기간 20년 이상인 사람이 65세 도달 시점에 배우자가 65세 미만이거나 자녀가 20세미만의 장애연금의 장애등급1급과 2급인 경우 추가 연금 지급
(단,배우자가 장애연금을 받는 경우 가급연금 중지)
<table>
<tr><th>대상자</th><th>연간금액('24)</th></tr>
<tr><td>배우자</td><td>최대 234,800엔</td></tr>
<tr><td>자녀1, 자녀2</td><td>각 234,800엔</td></tr>
<tr><td>자녀3 이상</td><td>각 78,300엔</td></tr>
</table></td></tr>
</table>

출처: 일본연금기구 https://www.nenkin.go.jp/service/pamphlet/kyufu.files/LK03.pdf

〈표 Ⅳ-50〉 장애인 및 노인복지제도: 소득보장(사회보험 기준)

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	- 장애기초연금, 장애후생연금, 장애수당	- 노령기초연금, 노령후생연금
선정 기준 (자격)	- 18세 이상 장애등급 1,2,3급, 경증 • 본인 및 배우자의 소득인정액이 선정기준액 이하인자 • 경증장애인 :1,2,3급 이외인 자	- 국민기초연금과 후생연금에 10년이상 가입한 자, 65세 이후 수급가능
급여액	- 최저 월 90,000엔('24. 1급, 독거)	- 40년 만기납부한 경우의 노령기초연금 월68,000엔 + 노령후생연금(보수비례연금)

출처: 일본연금기구https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/jukyu-yoken/20150401-01.html

② 쟁점

일본의 소득보장제도는 당사자에게 유리한 연금 선택이 가능하다는 점에서 선택권이 부여되고 있다고 할 수 있다.

〈표 Ⅳ-51〉 소득보장제도 쟁점

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
65세 이후 장애인연금과 노령연금 선택가능[10]	- 장애인의 경우 65세 이후가 되면, 장애인연금과 노령연금 중 선택이 가능함. 장애인기초연금과 노령후생연금으로도 믹스매치하여 선택 또한 가능함(단, 장애연금은 비과세이며 노령연금은 과세이므로 주의필요)	- 자신에게 유리한 연금 선택이 가능하다는 점에서 선택권이 부여되고 있다고 할 수 있음

(2) 일자리

① 현황

일본에서는 기업의 사회적 책임라는 목표를 바탕으로 장애인 고용정책인 '공조, 공생사회 만들기'를 추진하고 있다. 후생노동성에서는 복지와 고용지원이 동시에

10) https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/kyotsu/shikyu/20140421-02.html

이루어지고, 지방분권화를 토대로 지역사회 내 자체적으로 적극적인 장애인 일자리 지원사업이 실시되고 있다. 지역 내 공공직업안정소인 '고용센터, 지역장애인직업센터, 장애인취업·생활지원센터' 등의 기관을 중심으로 고용·복지·교육의 연계 및 통합이 이루어지고 있다. 일본의 장애인 고용 지원은 복지(복지적 고용)과 고용(일반 고용)로 구분되어지며, 복지 분야(복지적 고용)는 장애인종합지원법의 근거한 장애인 직업재활시설에서 실시하고 있는 취업이행지원, 취업정착지원, 취업계속지원 A형, 취업계속지원 B형 서비스로 구분된다. 고용 분야는 장애인고용촉진법 등에 의한 사업이 있으며 담당기관은 공공직업안정소(Hello Work), 고령·장애·구직자고용지원기구(JEED), 장애인취업·생활지원센터 등이다.



[그림 Ⅳ-6] 일본 장애인 고용 지원 전달체계

가. 장애인종합복지법 상의 취로지원

장애인종합지원법의 근거한 장애인 직업재활시설에서 실시하고 있는 취업이행지원, 취업정착지원, 취업계속지원 A형, 취업계속지원 B형 서비스로 구분된다. 특히 취로이행지원은 취업을 희망하는 65세 미만의 장애인 중 일반 사업장에 고용이 가능하다고 보여지는 장애인에게 생산 활동, 직장체험은 물론 능력을 향상하기 위한 훈련, 구직활동 지원 등을 제공한다.

일반 기업으로 취로이행한 장애인이 정착할 수 있도록 취업정착지원에 대한 규정도 마련되었다(2018년 장애인종합복지법 개정). 취로지원은 주로 사회복지법인, NPO법인, 민간기업이 운영하고 있으며, 개별지원계획에 의해 서비스가 이루어지

고 있고 이용 기간은 최대 2년이다. 이용자 본인부담금은 서비스 이용료의 10%를 상한으로 책정되어 있으며, 세대소득에 따라 부담금상한액이 설정되어 있다. 또한 장애인 당사자 소득에 따라 이용부담금액 경감조치가 마련되어 있다.

〈표 Ⅳ-52〉 장애인종합지원법 상의 취로지원

<table>
<tr><th>분야</th><th colspan="4">취로지원</th></tr>
<tr><td>목적</td><td colspan="4">- 장애인이 가능한 한 가까운 장소에서 일상생활 및 사회생활에 필요한 지원을 통해 사회참가의 기회와 누구와 생활하는가에 대한 선택의 기회 확보</td></tr>
<tr><td>지원 대상</td><td colspan="4">- 만 18세 이상부터 만 65세 미만의 장애수첩 소지자 또는 의사진단서 소지자
• 장애지원구분 인정조사 결과에 따라 6구간(구분1-6)에 해당하는 장애인</td></tr>
<tr><td rowspan="6">서비스 내용</td><td></td><td>종별</td><td>구분</td><td>세부내용</td></tr>
<tr><td rowspan="5">훈련 취업</td><td rowspan="5">훈련등 급여</td><td>자립훈련(기능훈련)</td><td>일정기간 신체기능의 유지 향상 훈련</td></tr>
<tr><td>자립훈련(생활운련)</td><td>일정기간 생활능력 유지 향상 훈련</td></tr>
<tr><td>취로이행지원</td><td>일반기업 취업을 위한 직업훈련</td></tr>
<tr><td>취로계속지원(A, B형)</td><td>일반기업 취업이 어려운 장애인에게 직업훈련 및 일자리 기회 제공</td></tr>
<tr><td>취로정착지원</td><td>일반기업에 취업한 장애인에게 정착 지원</td></tr>
<tr><td>급여 수준</td><td colspan="4">- 본인부담금 10%
• 급여비 : 장애지원구분 인정조사에 따른 구간별 급여비용</td></tr>
<tr><td>재원</td><td colspan="4">- 일반조세</td></tr>
</table>

출처: 후생노동성(2024)(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html)

나. 챌린지 고용제도(지적장애인, 정신장애인 대상)

후생노동성의 「챌린지 고용의 추진과 확대」에 의하면, 챌린지 고용 제도는 각 부처나 자치체에서 장애인 범위로의 고용을 진행시켜, 지금까지 취직 경험이 없는 장애인이 일반 기업에서 일하는 기회를 만드는 것을 목적으로, 2008년도부터 시작되었다. 취업 경험이 없는 장애인이 갑자기 일반 기업에 취업을 시도해도 채용되기 어려운 현상이 지속되면서, 후생노동성은 챌린지 고용을 이용해 지자체 공공기관의 비상근 직원으로서 일함으로써 취업 경험이나 일하는 것에 대한 자신감을 얻은 후 후, 일반 기업에 지원할 때 채용될 가능성을 높이는 것이다. 챌린지 고용은 최대 3년으로 그 이후로도 챌린지 고용으로 계속 일할 수는 없기 때문에, 일반 기업에서의 취업을 목표로 하기 위한 스킬업(Skill Up) 기간으로서 자리매김하고 있다. 챌린지 고용제도를 이용할 때는 헬로워크에 구인표를 제출하여 모집하는데, 구인

표에 기재하는 응모조건은 고용주의 재량으로 정할 수 있는 부분이 많기 때문에 일례로 한 행정기관에서의 이용·모집 방법을 소개하면, 응모 조건으로는 요육수첩을 가지고 있는 사람 또는 정신장애자 보건복지수첩을 가지고 있는 사람, 채용되는 지역에 살고 있으며, 장애인취업·생활지원센터의 지원을 받으며 일반기업 취업을 목표로 하고 있는 사람이다. 보통의 업무 내용은, 사무 보조의 일로서 프린트 접기나 봉입, PC로의 데이터 입력 등의 작업, 우편물의 구분이나 배달 등이다.

〈표 Ⅳ-53〉 챌린지 고용제도

<table>
<tr><th>분야</th><th>챌린지 고용제도</th></tr>
<tr><td>목적</td><td>- 1~3년간의 업무 경험을 바탕으로 헬로워크 등을 통해 일반 기업 등으로의 취직으로 이어지도록 지원</td></tr>
<tr><td>지원 대상</td><td>- 기본적으로 일한 경험이 없거나 한동안 일하지 않은 지적장애인과 정신장애인
- 챌린지 고용을 통해 일반 기업에서 취직을 희망하고 있는 장애인 (장애인수첩 유무, 연령, 거주지, 자격 등은 지자체 마다 상이)</td></tr>
<tr><td>서비스 내용</td><td><table><tr><th>구분</th><th>제도 내용</th></tr><tr><td>근무처</td><td>지역 관공서 등 공공기관</td></tr><tr><td>기간</td><td>1년~3년</td></tr><tr><td>근무시간</td><td>최대 8시간(조절 가능)</td></tr><tr><td>근무 내용</td><td>우편물 분리 및 배달, 데이터입력, 자료작성 등, 모집기관에 따라 상이</td></tr><tr><td>급여</td><td>비상근직원과 동일한 수준</td></tr></table></td></tr>
<tr><td>급여수준</td><td>- 1년~3년간</td></tr>
<tr><td>재원</td><td>- 일반조세</td></tr>
</table>

출처: 후생노동성(2024) (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html)

다. 특정구직자 고용개발 조성금

국가에서는 민간기업이 적극적으로 장애인을 고용할 수 있도록 장애인을 고용한 경우에 조성금을 지급하고 있다. 예를 들어 신체에 장애가 있는 사람이나 지적장애가 있는 사람, 정신장애가 있는 사람을 계속 고용하는 민간기업에 대해 조성하는 '특정구직자 고용개발 조성금'이나 업무에 필요한 원조나 지도를 하는 직장지원인을 배치하는 민간기업에 대해 조성하는 '장애인 직장정착지원 장려금', 장애가 있는 사람을 고용하거나 계속 고용하기 위해 필요한 직장의 환경정비 등을 실시한 경우에 비용의 일부를 조성하는 장애인 고용납부금제도에 근거한 조성금을 지원하고 있다.

특히 특정구직자 고용개발 조성금은 고용보험법 제62조에 의거하여 추진된 것으로 장애인은 조성금 내에 특정취업곤란자 코스로 분류되어진다. 특정취업곤란자 코스는 고령자, 장애인 및 그 밖에 취업이 특히 곤란한 사람의 고용기회 증대 도모를 위해 설정되었으며, 지원 대상은 60세 이상인 사람, 45세 이상의 중증장애인, 한부모가정의 가장, 난민 등이다. 기업에 지급되는 조성금은 기업의 규모(대기업과 중소기업)와 근로자의 근무형태(풀타임과 파트타임)에 따라 지급 연한(최소1년에서 최대3년까지)이 달라진다. 대기업보다 중소기업의 조성금이 많으며 3년을 6회기로 나누어 회기 고용 결과에 따라 지급한다. 특정취업곤란자 코스에서는 고령자도 포함되기 때문에 60세 이상의 고령자를 고용하는 기업도 적용된다.

〈표 Ⅳ-54〉 특정구직자 고용개발 조성금 - 특정취업곤란자 코스

분야	특정구직자 고용개발 조성금 - 특정취업곤란자 코스
목적	- 고령자, 장애인 및 그 밖에 취업이 특히 곤란한 사람의 고용기회 증대 도모
지원 대상	- 60세 이상인 사람 - 45세 이상의 중증의 신체장애인·지적장애인·정신장애인(장애인수첩 유무 관계없이 의사소견서만으로도 가능) - 한부모가정, 난민 등
서비스 내용	- 고용주 조성금 지급 : 1년~최대 3년간 임금보조(기업규모에 따라 최대 지급 연도 상이)
급여수준	- 최소 30만엔부터 240만엔까지 지급
재원	- 고용보험

출처: 후생노동성(2024). https://www.mhlw.go.jp/content/000714379.pdf

라. 장애인 트라이얼 고용 조성금

장애인 트라이얼 고용은 취업의 경험이 없는 장애인이나 장기간의 실업상태에 있는 장애인에게 취업의 기회를 제공하기 위한 것으로 헬로워크 또는 민간 직업소개사업자 등의 소개로 취업이 어려운 장애인을 일정기간 고용함으로써 그 적성이나 업무수행 가능성을 파악하고 구직자 및 구인자의 상호이해를 촉진하는 것 등을 통해 장애인의 조기취업 실현 및 고용기회 창출을 도모하는 것을 목적으로 한다. 지원 대상은 장애인고용보험법에서 규정하는 장애인으로 취업 경험이 없는자, 2년 이내 이직이 2회 이상인자, 실업 6개월이상인자, 중증의 신체장애인·지적장애인·정신장애인이며, 장애인을 고용하는 고용주에게 조성금을 지급하는 형태로 실시된다.

〈표 Ⅳ-55〉 장애인 트라이얼 고용

분야	장애인 트라이얼 고용
목적	- 헬로워크 또는 민간 직업소개사업자 등의 소개로 취업이 어려운 장애인을 일정기간 고용함으로써 그 적성이나 업무수행 가능성을 파악하고 구직자 및 구인자의 상호이해를 촉진하는 것 등을 통해 장애인의 조기취업 실현 및 고용기회 창출을 도모하는 것을 목적으로 함
지원 대상	- 장애인고용보험법에서 규정하는 장애인으로 취업 경험이 없는자, 2년이내 이직이 2회이상인자, 실업 6개월이상인자, 중증의 신체장애인·지적장애인·정신장애인
서비스 내용	- 고용주 조성금 지급 • 정신장애인 : 월 최대 8만엔(3개월), 월 최대 4만엔(최장 6개월까지 지급가능) • 그 외 장애인 : 월 최대 4만엔(최장 3개월)
급여수준	- 최소 30만엔부터 240만엔까지 지급
재원	- 고용보험

출처: 후생노동성(2024). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/kyufukin/shougai_trial.html

마. 고령자 고용개발 조성금

일본은 1995년 고령사회(14.6%) 진입, 2005년에는 65세 이상의 노인이 전체 인구의 20.2%(2,576만명)를 넘어 초고령사회로 진입하였다. 1970년에 맞이한 '고령화사회'속에서 '60세 정년'을 목표로 설정하고 1994년 '고령자고용안정법' 개정(1971년 제정)을 통해 '60세 정년'을 의무화하였다. 일본의 고령자고용 및 취업정책은 정년연장에 큰 비중을 두고 시행되고 있으며 전체적인 체계는 크게 3가지로 요약할 수 있다. 첫째는 정년연장, 계속 고용제도 도입 등으로 고령자에 대한 안정된 고용확보 촉진이며, 둘째는 고령자 재취업 지원촉진, 셋째는 고령자의 다양한 취업 및 사회참가 촉진 등이다.

일본의 고령자고용정책은 고령자의 사회참여가 삶의 보람을 느끼는 수단이 되어야 한다는 개념하에 정책이 이루어지고 있으며, 한국은 저소득노인의 소득 보충적 성격이 강하다고 할 수 있다. 고용과 관련된 부분은 후생노동성이 일괄 수행함으로써 장기적인 고령자고용정책이 가능하며 행정의 간편화 및 중복 예방을 통해 효율성과 효과성을 도모하고 있다.

저출산고령화가 급속하게 진행되는 가운데 모든 사회구성원이 평생 현역으로 일할 수 있도록 전원참가형 사회의 실현을 향한 고용·생활안정의 확보로서 젊은층, 여성, 고령자, 장애인의 취업촉진에 의한 '전원참가형 사회'의 실현을 추구하였으며(후생노동백서, 2012), 희망자 전원 65세까지 고용확보와 70세까지 일할 수 있는 기업의 환경구축

을 위한 정책 개발에 힘써왔다. 2012년 4월부터 중고령자에 대한 직업상담, 직업소개 등의 체제 정비(실버인재센터 및 공공직업소개소Hello work 등), 적극적인 구인 개척과 동시에 재취업 원조 등을 더욱 강화하였으며, 정책의 형태는 고령자를 고용하는 기업을 지원하는 형태이다. 중소기업 정년연장 등 장려금, 고령자 직무 확대 등 장려금, 고령자 고용확보 충실장려금, 특정구직자고용개발조성금 등이 있다.

〈표 Ⅳ-56〉 고령자 고용관계 조성금 제도

제도	고령자 고용관계 조성금 제도 내용
트라이얼 고용조성금	- 상용고용으로의 이행을 목적으로 직업경험, 기능, 지식부족 등으로 안정적인 취업이 어려운 구직자를 공공직업안정소 등의 소개로 일정기간 시행 고용한 사업주에게 지원 - 대상 : 2년 이내 2회 이상 이직 반복자, 실업 1년이상인자 1968년 이후 생일자, 생활보호수급권자 등 - 지급액 : 주 30시간 이상 근무의 경우 월 4만 엔, 최대 3개월
특정구직자고용개발조성금(특정취직곤란코스)	- 고령자(60세 이상 65세 미만), 장애인 등의 취업 곤란자를 공공직업안정소 등의 소개로 계속 고용하는 노동자로 고용하는 사업주에게 임금 상당액의 일부를 지원 대상 : 60세이상, 45 이상의 중증의 장애인, 한부모가정, 난민 등 - 지급액 : 1년~최대 3년간 임금보조(30만 엔~24만 엔)
65세이상 고용추진 조성금	- 65세 이후의 정년연장이나 계속고용제도를 도입하는 사업주, 고령자의 고용관리제도의 도입 또는 재검토 등과 고령의 유기고용노동자의 무기고용으로의 전환을 하는 사업주를 대상으로 조성 - 3가지 코스: 65세이상계속고용촉진코스, 고령자평가제도등고용관리개선코스, 고령자무기고용전환코스 - 65세 이상 계속고용촉진코스의 경우 • 대상 : 정년 연장 및 정년 폐지 한 기업 • 지급액 : 60세이상 고령자 수에 따라 최소 10만 엔에서 최대 160만 엔까지 지급

출처 : https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2023/html/zenbun/s2_2_1.html
https://www.mhlw.go.jp/content/001028295.pdf

〈표 Ⅳ-57〉 고령자 고용관계 조성금 제도 장애인 및 노인복지제도: 일자리

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	- 취로이행지원, 취로정착지원 - 챌린지 지원제도(지적장애인, 정신장애인) - 장애인 트라이얼 고용조성금 - 특정구직자 고용개발 조성금	- 고령자 트라이얼 고용조성금 - 특정구직자 고용개발 조성금 - 65세이상 고용추진 조성금
선정기준 (자격)	- 6세에서 64세미만 장애인(제도에 따라 장애유형 및 연령 제한 존재)	- 60세 이상 고령자 및 장애인(제도에 따라 45세 이상 장애인도 해당)

② 쟁점

일본은 '전원 참가형' 일자리를 목표로 정책을 이어왔으며, 장애인에 대해서는 소득 보충이 아닌 사회참가로 인해 보람을 느끼는 삶을 목표로 제도를 구축해 왔다. 이는 장애인과 고령자가 모두 취업을 통한 사회참가 진입과 65세 이상, 그리고 무기계약 등을 통해 고령이 되어서도 고용된 직장에서 계속 고용 될 수 있는 시스템을 마련하고 있다. 장애인의 경우 65세 미만에 장애인복지서비스인 취업이행지원 및 취업정착지원, 장애인고용촉진제도인 챌린지 고용제도 및 트라이얼 고용제도 등을 통해 취업 시장에 진입 후 65세 이후가 되면 특정구직자 고용개발 조성금(3년)과 정년을 연장하거나 무기계약을 달성하면 조성금을 지급하는 65세이상 고용추진 조성금 제도를 활용할 수 있다. 하지만 장애인이 65세가 되어도 고용될 수 있는 제도적 여건은 매우 긍정적이나, 이러한 제도의 연계성 및 효과성 부분에 대해서는 눈여겨봐야 할 것이다. 예를 들어 트라이얼 고용제도는 취업진입 첫 3개월만 지원되는 조성금으로 3개월 이후 고용연계에 대한 부분이 원활하게 이루지는지에 대한 부분이다.

〈표 Ⅳ-58〉 일자리제도 쟁점

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
65세 이용 가능성 및 제도간 연계성 부문	- 장애인의 취업 진입부터 65세 이상이 되어도 이용할 수 있는 제도적 시스템 마련	- 45세 이상의 장애인의 경우 특정구직자 고용개발 조성금 등 유리한 선택 가능
	- 제도 간 연계성	- 장애인이 65세 이상이 되어도 이용 가능한 제도는 많으나, 제도 이용 가능 기간이 정해져 있는 경우, 이후의 고용 연계가 가능함

(3) 돌봄

① 현황

보험우선 적용에 따라 발생하는 문제는 크게 3가지로써 첫째, 장애인복지서비스 이용 중에는 발생하지 않았던 본인부담금이 개호보험으로 이전할 경우에는 발생하여 금전적 부담으로 이어진다. 둘째, 기존에 이용하던 기관을 이전해야 하고, 이로 인해 이미 충분한 관계를 유지해왔던 서비스제공자로부터 서비스를 받지 못하게

된다. 셋째, 비슷한 서비스라고 하더라도 세부적인 서비스 내용이 달라져 일상생활 영위에 어려움이 생긴다. 이러한 문제점은 우리나라와 비슷한 경향이 있기에 이후의 보완책은 정책적 함의를 도출하기 위해 살펴보기에는 적합하다고 할 수 있다.

즉 일본에서는 위와 같은 문제점을 보완하기 위해, 첫째, 기존에 최소 5년 이상에 걸쳐 장애인복지서비스를 이용하고 있었던 장애지원구분2 이상의 장애인[11] 중에서 기초생활수급자이거나 저소득층에 해당하는 경우에 개호보험서비스 이용 시에 발생하는 부담금을 경감하는 제도를 도입하였다. 둘째, 공생형서비스 신설을 통해 기존의 개호보험서비스 제공기관과 장애인복지서비스 제공기관 간에 상호호환 가능한 서비스가 있는 경우에는 같은 기관에서 서비스를 지속적으로 이용할 수 있도록 개선하였다. 65세 이상이 되어도 시각장애인 동행서비스인 동행원호 등과 같이 개호보험에서 대응하기 어려운 장애 특화 서비스를 이용하고 있는 경우에는 나이와 상관없이 해당 서비스를 지속해서 이용할 수 있도록 지원하고 있다.

〈표 Ⅳ-59〉 장애인복지서비스

<table>
<tr><th>분야</th><th colspan="4">장애인복지서비스</th></tr>
<tr><td>목적</td><td colspan="4">- 장애인이 가능한 한 가까운 장소에서 일상생활 및 사회생활에 필요한 지원을 통해 사회참가의 기회와 누구와 생활하는가에 대한 선택의 기회 확보</td></tr>
<tr><td>지원 대상</td><td colspan="4">- 만 18세 이상부터 만 65세 미만의 장애수첩 소지자 또는 의사진단서 소지자
• 장애지원구분 인정조사 결과에 따라 6구간(구분1-6)에 해당하는 장애인</td></tr>
<tr><td rowspan="10">서비스 내용</td><td></td><td>종별</td><td>구분</td><td>세부내용</td></tr>
<tr><td rowspan="5">방문</td><td rowspan="9">개호 급여</td><td>거택개호</td><td>입욕, 배설, 식사 지원</td></tr>
<tr><td>중증방문개호</td><td>중증장애인 대상 입욕, 배설, 식사, 외출시 이동지원 등</td></tr>
<tr><td>동행원호</td><td>시각장애로 인해 이동이 곤란한 사람에게 외출지원, 정보제공 등</td></tr>
<tr><td>행동원호</td><td>판단능력이 낮은 사람 대상 외출 지원 등</td></tr>
<tr><td>중증장애인 등 포괄지원</td><td>개호도가 높은 사람에게 복수의 서비스 제공</td></tr>
<tr><td rowspan="4">주간활동</td><td>단기입소</td><td>시설에서 단기간 입욕, 배설, 식사 개호</td></tr>
<tr><td>요양개호</td><td>의료와 상시 개호를 필요로 하는 사람에게 의료기관에서 기능훈련, 요양상 관리, 간호, 개호, 일상생활지원</td></tr>
<tr><td>생활개호</td><td>낮동안 입욕, 배설, 식사 등 생산활동 기회 제공</td></tr>
</table>

11) 단, 예외적으로 65세가 되기 전에 입원 및 기타 부득이한 사유로 5년에 상당하는 지급결정을 받지 못한 경우에는, 해당 사유가 발생한 기간 이외에 지급결정을 받고 있었다면 해당 요건을 충족한 것으로 함.

분야	장애인복지서비스			
		종별	구분	세부내용
	시설		시설입소지원	시설에 입소하는 사람에게 야간 및 휴일, 입욕, 배설, 식사 개호
	거주 지원	훈련 등 급여	자립훈련원조	자립생활을 위한 필요한 지원
			공동생활원조	공동으로 생활하며 상담, 입욕, 배설, 식사 개호, 일상생활 지원
	훈련 취업		자립훈련(기능훈련)	일정기간 신체기능의 유지 향상 훈련
			자립훈련(생활훈련)	일정기간 생활능력 유지 향상 훈련
			취로이행지원	일반기업 취업을 위한 직업훈련
			취로계속지원(A, B형)	일반기업 취업이 어려운 장애인에게 직업훈련 및 일자리 기회 제공
			취로정착지원	일반기업에 취업한 장애인에게 정착 지원
급여수준	- 본인부담금 10% • 급여비 : 장애지원구분 인정조사에 따른 구간별 급여비용			
재원	- 일반조세			

출처: 후생노동성(2024)(https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html)

〈표 Ⅳ-60〉 개호보험서비스

분야	개호보험서비스				
목적	- 고령화 사회의 진전에 따라 타인의 도움을 필요로 하는 고령자에게 소요되는 개호비용을 보상하고 가족부담 경감				
지원 대상	- 65세 이상 고령자(제1호피보험자) • 자격 : 요개호상태, 요지원상태 - 40세~64세까지 의료보험가입자(제2호피보험자) • 자격 : 요개호상태와 요지원상태가 말기암, 류마티스 등 가령을 원인으로 한 질환자로 한정함				
서비스 내용	구분	도도부현등이 지정하고 감독을 행하는 서비스			시정촌 지정·감독서비스
	개호 급여	거택 개호 서비스	방문 서비스	방문개호(홈헬프)	- 지역밀착형개호서비스 • 정기순회·수시대응형방문개호간호 • 야간대응형방문개호 • 지역밀착형통소개호 • 인지증대응형통소개호 • 소규모다기능형거택개호 • 인지증대응형공동생활개호(그룹홈) • 지역밀착형특정시설입거자생활개호 • 지역밀착형개호노인복지시설입소자생
				방문목욕	
				방문간호	
				통소·방문재활	
				거택요양관리지도	
				특정시설입거자생활개호(방문형)	
			통소 서비스	통소개호(데이서비스)	
				통소재활	
			단기 입소	단기입소생활개호	

<table>
<tr><td>분야</td><td colspan="5">개호보험서비스</td></tr>
<tr><td></td><td>구분</td><td colspan="2">도도부현등이 지정하고
감독을 행하는 서비스</td><td colspan="2">시정촌 지정·감독서비스</td></tr>
<tr><td rowspan="4"></td><td rowspan="3"></td><td rowspan="2">서비스</td><td>(숏스테이)</td><td rowspan="4" colspan="2">활개호
• 통합형서비스(간호소규모다기능형거택개호)</td></tr>
<tr><td>단기입소요양개호</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>복지용구대여
(특정복지용구판매)</td></tr>
<tr><td>시설서비스</td><td colspan="2">개호노인복지시설
개호노인보건시설
개호요양형의료시설
개호의료원</td></tr>
<tr><td rowspan="10">예방급여</td><td rowspan="10">개호예방서비스</td><td rowspan="5">방문서비스</td><td>개호예방방문입욕개호</td><td rowspan="10" colspan="2">- 지역밀착형개호예방서비스
• 개호예방인지증대응형통소개호
• 개호예방소규모다기능형거택개호
• 개호예방인지증대응형공동생활개호(그룹홈)</td></tr>
<tr><td>개호예방방문간호</td></tr>
<tr><td>개호예방방문재활</td></tr>
<tr><td>개호예방거택요양관리지도</td></tr>
<tr><td>개호예방특정시설입거자생활개호</td></tr>
<tr><td>기타</td><td>개호예방복지용구대여(특정복지용구판매)</td></tr>
<tr><td>통소서비스</td><td>개호예방통소재활</td></tr>
<tr><td rowspan="2">단기 입소서비스</td><td>개호예방단기입소생활개호(숏스테이)</td></tr>
<tr><td>개호예방단기입소요양개호</td></tr>
<tr><td>급여수준</td><td colspan="5">- 본인부담금 10%~30% 소득에 비례하여 산정
• 급여비 : 요개호 인정조사에 따른 구간별(요개호도1-5) 급여비용</td></tr>
<tr><td>재원</td><td colspan="5">- 조세50%, 개호보험50% 매칭펀드방식</td></tr>
</table>

출처: 후생노동성(2024) (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html)

〈표 Ⅳ-61〉 장애인 및 노인복지제도: 돌봄

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	장애인종합지원법	개호보험제도
선정 기준 (자격)	- 만 18세 이상부터 만 65세 미만의 장애수첩 소지자 또는 의사진단서 소지자 • 장애지원구분 인정조사 결과에 따라 6구간(구분1-6)에 해당하는 장애인	- 65세 이상 고령자(제1호피보험자) • 자격 : 요개호상태, 요지원상태 - 40세~64세까지 의료보험가입자(제2호피보험자) • 자격 : 요개호상태와 요지원상태가 말기암, 류마티스 등 가령을 원인으로 한 질환자로 한정함
급여액	장애지원구분 인정조사에 따른 구간별 급여	요개호인정조사에 따른 구간별 급여

② 쟁점

65세 이상의 장애인은 개호보험우선적용의 원칙에 따라 장애인복지서비스와 유사한 서비스를 개호보험서비스에서 제공할 경우, 개호보험서비스를 이용해야 한다. 개호보험의 적용을 받는 장애인은 서비스의 양 감소, 본인부담금 증가, 이용시설의 변화 등의 상황에 놓이게 되며, 이는 고령장애인에게 있어 부담이 되므로 일본 내에서 지속적으로 논란이 되어왔다. 이러한 고령장애인의 문제 이른바, '65세의 벽' 문제 해결을 위해 검토회 등 다양한 노력을 해왔으며, 2018년에는 장애인복지서비스와 노인복지서비스의 일원화를 통한 65세 이상의 고령장애인의 이용시설 및 서비스의 지속을 위해 '공생형 서비스'와 '신(新)고액장애인복지서비스 등 급부비'를 도입하였다. 또한, 2023년에는 쟁점이 되는 서비스 양의 감소 문제 및 입소시설 이전 등에 대한 문제를 해결하기 위해 후생노동성은 '개호급부비등과 개호보험제도와의 적용관계에 대하여' 업무연락을 공표하였다. 65세 이상의 고령장애인의 서비스에 대해서는 시정촌의 판단 및 결정이 지배적이므로 시정촌의 권한이 크다고 할 수 있다. 돌봄에 대한 쟁점과 공생형 서비스에 대한 내용은 다음과 같다.

가. 고령장애인 지원을 위한 조치

사회보장제도 원칙인 보험우선 개념을 바탕으로 서비스 내용 및 기능에서 장애인복지서비스와 상응한 개호보험서비스가 있는 경우, 원칙적으로 개호보험급부를 우선적으로 받게 된다. 이로 인해 본인부담금 발생, 익숙한 환경의 변화에 따른 적응의 어려움, 서비스 내용의 변화 등의 문제가 발생하게 되면서 새롭게 "공생형서비스"와 "신(新)고액장애인복지서비스 등 급부비"가 도입되었다.

가) 공생형서비스

2018년 4월부터 도입된 공생형서비스는 고령장애인이 기존에 이용하던 익숙한 사업소에서 친숙한 관계를 유지해온 서비스 지원자를 통해 재가서비스를 지속해서 이용할 수 있도록 설계되었다. 개호보험법에서 일컫는 방문개호, 통소개호(데이서비스)[12], (개호예방) 단기입소생활개호는 장애인종합지원법 혹은 아동복지법의 지

12) 이용자가 가능한 한 자택에서 자립하여 일상생활을 보낼 수 있도록 자택에서 나오지 않거나 나올 의지를 잃은 이용자의 고립감을 해소하고, 심신기능을 유지하며, 가족의 부양에 대한 부담을 경감하는 등의 목적으로

정을 받고 있는 사업소에서 신청할 경우에 공생형서비스로 지정할 수 있으며, 그 반대의 경우도 가능하다. 최근에는 공생형서비스 지원을 위한 일부 법안 개정을 통해 사업소와 지역사회 등에서 좀 더 유연한 대처가 가능해졌다. 즉 장애인복지사업소, 개호보험사업소 각각의 기준을 만족할 필요 없이, 장애인복지사업소 지정을 받은 사업소라면 근본적으로 공생형서비스 지정을 받을 수 있도록 특례기준을 설정하여, 기존에 장애인복지서비스를 제공하던 사업소에서는 개호보험서비스를 제공하기 쉽도록 하고, 반대로 기존에 개호보험서비스를 제공하던 사업소에서는 장애인복지서비스를 제공하기 쉽도록 제도화하였다.

이를 통해 크게 3가지의 기대효과를 제시하였는데, ①고령자와 장애아동 등 전 연령이 경계를 허물고 이용할 수 있는 사업소를 선택할 수 있는 기회가 증가하게 된다는 점, ②개호 및 장애라는 틀에 얽매이지 않은 상태에서 서비스 이용자의 다양한 복지 욕구에 유연하게 대응할 수 있다는 점, ③인구감소에 맞추어 지역사회 실정에 부합한 서비스 지원 체제를 정비함으로써 한정된 복지 인재를 효율적으로 활용할 수 있게 된다는 점 등을 내세웠다(厚生労働省, 2023).[13]

이와 같이 공생형서비스를 활용하면 크게 두 가지 이점이 있다. 첫째, 장애인이 65세 이상이 되어도 기존에 이용하고 있었던 장애인복지서비스를 지속적으로 이용할 수 있다. 공생형서비스 개시 전에는 65세를 기점으로 이미 익숙하게 이용해 왔던 사업소에서 개호서비스 사업소로 이행해야 했으나, 서비스 개시 후에는 기존에 이용 중이던 사업소가 공생형서비스를 제공할 수 있게 됨으로써 65세 이후에도 통소가 가능해졌다. 둘째, 고령자만이 아닌 장애아동 혹은 장애인 등 다양한 이용자가 함께 더불어 살아감으로써 서로의 삶이 윤택해진다. 대표적인 사례로 “토야마 데이서비스”가 자주 일컬어진다. 공생형서비스의 대상이 되는 서비스는 다음과 같다.

실시됨. 이용자는 통소개호 시설에 다니며 식사 및 입욕 등의 일상생활지원과 생활기능 향상을 위한 기능훈련, 구강기능향상 서비스 등을 이용할 수 있다.

13) 厚生労働省. (2023). 障害保健福祉関係主管課長会議資料.

〈표 Ⅳ-62〉 공생형서비스로 호환 가능한 서비스

구분	개호보험서비스	장애인복지서비스 등
홈헬프서비스	- 방문개호	- 거택개호 - 중증방문개호
데이서비스	- 통소개호 - 지역밀착형 통소개호	- 생활개호 - 자립훈련 - 아동발달지원 - 방과 후 데이서비스
단기거주	- 단기입소 생활개호 - 개호예방 단기입소 생활개호	- 단기입소
일체적으로 「통소·방문·숙박」 서비스 조합을 제공하는 서비스	- 소규모 다기능형 거택개호 - 개호예방 소규모 다기능형 거택개호 - 간호 소규모 다기능형 개택개호 - 통소형	- 생활개호 - 자립훈련 - 아동발달지원 - 방과 후 데이서비스
	- 숙박형	- 단기입소

장애인 당사자의 자택에서 직접서비스가 이뤄지는 거택개호 및 중증방문개호는 개호보험서비스 내의 방문개호에 상응한 것으로 나타났고, 일이나 훈련을 병행하는 생활개호, 자립훈련 등은 자택과 사업소를 통소할 수 있는 통소개호에 상응한 것으로 나타났다. 즉 서비스 내용이 크게 상이하지 않고 비슷한 경우에는 공생형서비스로 연계될 수 있도록 설계하였다.

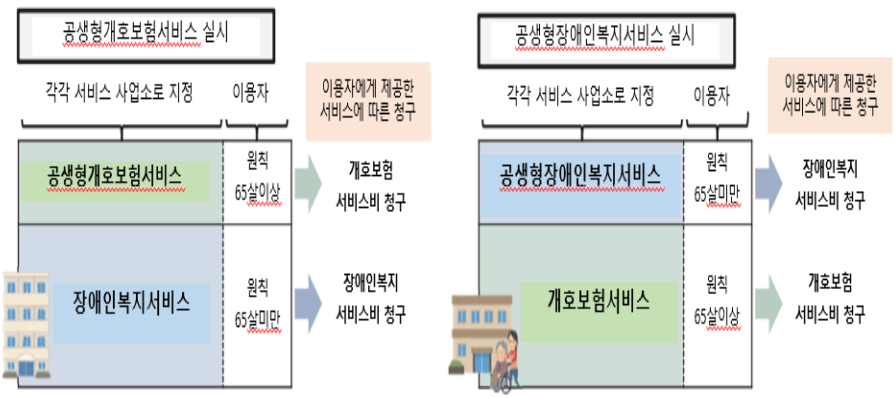
그러나 현재 공생형서비스는 지정 사업소 수가 아직까지 충분히 보급되었다고 볼 수 없다. 2023년을 기준으로, 공생형 개호보험서비스 지정을 받은 장애인복지서비스사업소는 192개소이고, 공생형 장애인복지서비스 지정을 받은 개호보험서비스사업소는 1,053개소에 달하는 것으로 나타났다.

이와 같이 현행 개호보험 우선원칙을 유지하는 것은 어느 정도의 합리성이 있으나, 이러한 원칙을 일률적으로 적용하는 것이 아니라, 신청자의 개별적인 상황을 심도 깊게 감안하여 신청자가 필요로 하는 지원을 이용할 수 있도록 적절하게 운용할 필요성이 있다. 즉 시정촌에 따라 공생형서비스 운용 상황이 다르다는 점을 감안할 때, 관계된 사업자에게 수속절차 등을 적극적으로 안내할 필요성이 있다고 평가하였다(厚生労働省, 2022).[14]

사업소는 개호보험서비스와 장애인복지서비스의 홈헬프서비스, 데이서비스, 단

14) 厚生労働省(2022). 障害者総合支援法改正法施行後３年の見直しについて.

기입소 등 사업의 지정을 받은 사업소는 공생형서비스 지정 받는 것이 가능하다. 이용자는 연령과 개인의 신체상황에 따라 공생형사업소에서 개호보험서비스·장애인복지서비스·공생형개호보험서비스·공생형장애인복지서비스를 이용할 수 있다.



[그림 Ⅳ-7] 공생형서비스 운영 이미지

출처: https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000897211.pdf

장애인이 개호보험으로 이행했을 경우, 이용가능한 서비스 모형은 3가지이다. 첫째, 장애인복지서비스(거택개호, 중증방문개호 등 핼프서비스)에서 개호보험서비스(방문개호 등 핼프서비스)에서 유사서비스 이용, 둘째, 일부 장애인복지서비스가 개호보험서비스에는 없을 경우, 개호보험서비스(핼프서비스)+장애인복지서비스(동행원호, 행동원호, 취로계속지원B, 이동지원 등)가 이용 가능하다. 셋째, 개호보험만으로는 이전 이용했던 서비스양이 충족되지 못할 경우에는 개인의 장애특성을 고려하여 서비스 보충이 가능하도록 하였다. 2023년 개정[15]전에는 특정 조건(요개호5이상, 장애지원구분4이상, 양쪽 상하지 기능 장애)에 한해서 부족분을 장애인복지서비스에서 보충할 수 있도록하였으나 법률 개정에 의해 특정 조건이 아닌 개인의 장애특성을 고려하여 서비스 보충이 가능하도록 하였다. 보충 가능한 장애인복지서비스는 거택개호와 중증방문개호이다.

예외 적용이 가능한 경우도 마련되었다. 장애인복지서비스가 개호보험서비스에 상응하는 서비스가 있는 경우에도 이용자의 장애특성 및 의료적케어 정도(예: 중증

15) 厚生労働省(2023), 自立支援給付と介護保険制度の適用関係等に係る留意 事項及び運用の具体例等について (https://hitorigurashi.jp/wp-content/uploads/2023/07/230630_tekiyoukankeituuti.pdf)

지적장애인, 중증신체장애인 등)에 의해 개호보험 시설 등에서 대응이 곤란한 경우, 65살이 지나도 계속해서 장애인복지서비스 이용이 가능하다. 계속 이용 가능한 서비스는 단기입소, 생활개호, 공동생활원조, 자립훈련이다. 이는 시정촌에서 판단할 수 있다.

① 장애인복지서비스에서 개호보험서비스로의 이행에 대한 사례1 – 나가사키시(長崎市)[16]

- A씨 상황
  - 신체장애인수첩 1급(시각장애 및 하지장애)
  - 장애지원구분2
  - 소득구분 : 비과세세대

- 개호보험으로 이행 전 서비스
  - 거택개호 월 10시간(조리. 청소, 세탁 등)
  - 동행원호 월 40시간
  - 취로계속지원 B형(주 3회 작업장 이용)

- 개호보험 이행 후 서비스
  - 요개호인정등급 : 요개호1
  - 거택개호→개호보험서비스(방문개호)로 이행
  - 동행원호→계속해서 장애인복지서비스 이용(장애인복지 고유서비스이기 때문)
  - 취로계속지원B형→계속해서 장애인복지서비스 이용(장애인복지 고유서비스이기 때문)

- 이용자 부담액
  - 개호보험 이행 전,
  - 장애인복지서비스 비용원칙상 비과세세대는 이용자 부담액은 0엔

  - 개호보험 이행 후, 과세, 비과세에 상관없이 이용요금 10~20% 부담
  - A씨의 경우는 계속이용하는 장애인복지서비스 이외 개호보험서비스인 거택개호(방문개호)에서 이용자본인부담금이 발생하게 됨

예 : A씨의 이용자부담액(방문개호 이용요금)
- 신체개호(배설, 입욕개호 등 이용자 신체에 하는 서비스): 1시간당 약4000엔(10% 부담 400엔)
- 생활원조(청소, 조리 등 일상생활 지원): 1시간당 약2500엔(10% 부담 250엔)
  생활원조를 월 10시간이용하게 되면, 월액 2500엔을 부담해야 함

- 65세에 도달한 장애인이 개호보험을 이용 후 본인부담금 발생으로 생활에 곤란이 있을 경우, 몇가지 조건에 해당하면 “신고액장애인복지서비스 등 급부비”를 이용하여 본인부담금을 경감시킬 수 있음

16) 長崎市 ホームページ, 障害者福祉サービスから介護保険サービスへの移行について(2022)

② 장애인복지서비스에서 개호보험서비스로의 이행에 대한 사례 2 - 니시노미야시(西宮市)[17]

- B씨 상황
  - 지적장애 (요육수첩A)
  - 장애지원구분5
  - 소득구분 : 생활보호대상
  - B씨의 장애특성으로 스케쥴 및 지시, 질문하는 타이밍 등 강한 생활패턴이 있어 패턴이 무너질 경우 패닉상태가 되기 쉬우며, 타해 및 자해 행동을 보임.

- 개호보험 이행 전 서비스
  - 공동생활원조(그룹홈)
  - 생활개호 주 5일
  - 이동지원 월 40시간
  - 통원개호 월 10시간

- 개호보험 이행 후 서비스
  - 공동생활원조와 생활개호→서비스 이행의 대상이지만, B씨의 경우 장애특성상 개호보험서비스 이행이 어렵기 때문에 계속해서 장애인복지서비스 이용
  - 이동지원→계속해서 장애인복지서비스 이용(장애인복지 고유서비스이기 때문)
  - 통원개호→개호보험 서비스로 이행

- 이용자 부담액
  - 개호보험 이행 전, 장애인복지서비스 비용원칙상 생활보호세대는 이용자 부담액은 0엔
  - 개호보험 이행 후, 생활보호세대의 경우, 이용자 본인부담금은 생활보호의 개호부조에서 지급되기 때문에 본인부담금 0엔. 생활보호세대가 아닌 경우, 수입 상황에 따라 본인부담금 발생 가능성 있음

공생형서비스 이용과 관련하여 자주하는 질문과 답변은 다음과 같음[18]

Q1. 개호보험제도에서는 복지용구(휠체어 및 침대 등)는 구입가능한가?
- 개호보험에서 복지용구는 대여가 원칙임. 단, 일부 용구(입욕보조구 등)는 구입 대상이 되는 것도 있음. 개호보험에 해당하지 않는 의족이나 의수, 하지보장구 등에 대해서는 지급 조건을 충족하면 장애인복지 제도에서 지급됨. 또한 휠체어로 기성품이 아닌 맞춤형 휠체어도 지급 가능함

Q2. 장애지원구분 3 인정을 받은 사람인데, 개호보험을 이용하게 되면 요개호3으로 인정을 받을수 있는가? 같은 양의 서비스 이용은 가능한가?
- 인정에 필요한 조사 항목이 상이하여 장애지원구분과 개호인정은 같은 정도의 결과가 나오는 것은 아님. 또한 지급양의 상한 및 단위도 달라지므로 핼프서비스 및 생활개호 등 이용빈도가 변경되는 가능성이 있음. 구체적인 상황은 시청의 장애복지과, 상담지원센터, 고령자건강지원과, 개호보험과 등에서 상담을 받기를 권유함.

17) 니시노미야시 홈페이지.(https://www.nishi.or.jp/kenko/fukushi/shogaifukushi/shogaiservice.files/kaigo-ikoufuro-2.pdf)
18) 니시노미야시 홈페이지.(https://www.nishi.or.jp/kenko/fukushi/shogaifukushi/shogaiservice.files/kaigo-ikoufuro-2.pdf)

Q3. 개호보험서비스만으로는 개호보험 이전 서비스양과 비교하여 서비스 양이 부족한데, 어떻게 해야 하는가?
- 그러한 경우, 부족분에 대해서는 장애인복지서비스에서 지급함. 또한 부족분을 지급하는 경우는, 서비스양의 50%이상을 우선 개호보험서비스를 이용해야 함. 개호보험 이행 이전의 서비스 양보다 더 많은 양은 지급 불가능

Q4. 지금까지 이용해 온 장애인복지서비스 본인부담금은 없었는데, 개호보험서비스로 이행 후에는 어떻게 되는가?
- 장애인복지서비스에서는 비과세 대상이거나 생활보호세대인 경우 본인부담금은 0엔이었지만, 개호보험서비스에는 원칙 서비스 비용의 10%~30%가 발생하게 됨. 단, 생활보호세대의 경우 개호부조에서 지급되므로 본인부담금이 없음. 2018년 개정에 의해 저소득 고령장애인이 개호보험서비스를 이용하여 본인부담금이 발생한 경우 본인부담금을 10%로 경감. 10%에 대한 부담도 곤란한 경우 "신(新)고액장애인복지서비스 등 급부비"를 이용

Q5. 장애인이 개호보험 인정 심사를 받은 결과, 요개호인정에서 '비해당' 등급을 받은 경우는 어떻게 되는가?
- 개호인정이 '비해당'이 된 경우, 65세 도달 전 받았던 장애인복지서비스를 그대로 받을 수 있음

Q6. 장애인복지센터가 공생형 서비스를 지정받은 경우, 개호보험서비스를 제공할 수 있게되는데, 이 때 제공인력의 기준은 어떻게 해야 하는가? 장애인복지서비스를 제공한 사람이 개호보험 서비스를 제공하기 위해 자격을 취득해야 하는가?
- 공생형 서비스의 지정에 대해서 개호보험 서비스 사업소가 장애복지서비스를, 장애복지 서비스사업소가 개호보험 서비스를 제공하는 경우, 공생형 서비스 창설 이전에는 개호보험 서비스·장애 복지 서비스 각각에 부과된 인원 배치 기준 등을 충족한 후에 지정을 받을 필요가 있었지만, 현재는 공생형 서비스를 활용하는 경우, 지금까지 제공하고 있던 서비스와 같은 인원 배치 기준·설비 기준에 의한 운영이 가능해지는 것 외에 지정을 받을 때의 절차도 간략화되어 있다. 하지만, 서비스 제공하는 인력이 양쪽 서비스를 제공하기 위해서는 부족한 자격증을 취득해야 함
- 공생형 서비스 지정의 경우 개호보험서비스기관에서 장애인복지서비스를 새롭게 지정받은 사례가 많은데, 이는 개호보험서비스를 제공한 사람이 장애인복지서비스 제공을 위해서는 약 2일간의 연수만 받으면 되므로 비교적 자격 취득이 용이하기 때문임

Q7. 장애인복지서비스 중증방문개호서비스를 제공하는 인력의 자격사항은?
- 광역자치단체 지사로부터 지정된 '중중방문개호 종업원 양성 연수(12시간, 2일)'를 수강·수료함으로써 자격을 취득한 자[19)]

Q8. 개호보험 서비스의 방문개호 서비스를 제공하는 사람의 자격 사항은?
- 개호복지사(국가자격) 또는 거택개호직원초임자연수(130시간)(예전 핼퍼 1, 2, 3급) 수료자

19) 장애인복지서비스의 거택개호 자격은 개호복지사, 간호사, 준간호사 또는 다양한 연수(실무자연수수료자, 개호직원기초연수수료자, 장애인거택개호종업원기초연수,45시간, 거택개호직원초임자연수,130시간) 과정을 수료한 자임

나) 신(新)고액장애인복지서비스 등 급부비

2018년 4월부터 65세에 이르기까지 장기간에 걸쳐 장애인복지서비스를 이용하고 있던 장애인 당사자가 고령이 된 이후에는 개호보험 서비스를 이용할 수 있도록 권장하기 위해, 개호보험 서비스 이용 시 발생하는 부담금을 경감하기 위한 상환제도인 "신고액장애인복지서비스 등 급부비"가 도입되었다. 원활한 사례발굴을 위해 65세가 되는 장애인이 해당 급부비 요건에 상응하는 개호보험 서비스를 이용하는지 확인하려면 개호보험 담당부서와 연계하여 파악하는 것을 권고한다.

대상자 요건은 크게 5개로 구분된다. 첫째, 전술한 바와 같이 "65세에 이르기까지 장기간에 걸쳐 장애인복지서비스를 이용하고 있던 장애인 당사자"로서, 여기서의 "장기간"이란 65세가 되기 전 5년간에 걸쳐 장애인복지서비스 관련 지급결정을 인정받은 이력을 의미한다. 단, 예외적으로 65세가 되기 전에 입원 및 기타 부득이한 사유로 5년에 상당하는 지급결정을 받지 못한 기간이 발생할 수 있다. 이러한 경우에는 해당 사유가 발생한 기간 이외에 지급결정을 받고 있었다면 해당 요건을 충족한 것으로 한다.

둘째, 이용자 부담경감 대상이 되는 서비스를 한정한다. "상당장애인복지서비스" 중에서 해당되는 서비스는 거택개호, 중증방문개호, 생활개호, 단기입소이고, "상당개호보험서비스" 중에서 해당하는 서비스는 방문개호, 통소개호, 지역밀착형 통소개호, 단기입소 생활개호, 소규모 다기능형 거택개호이다. 단, 65세까지 5년간에 걸쳐 상당장애인복지서비스 지급결정을 받은 사람이 65세 이후에 이에 대응하는 상당개호보험서비스 이외의 "상당개호복지서비스"를 이용한 경우에도 이용자부담 경감대상이 된다.

셋째, 소득수준에 따라 대상자를 제한한다. 즉 65세에 이르기까지 저소득층에 해당하거나 생활보호에 해당하고, 65세 이후에 이용자부담 경감 신청을 한 경우에도 저소득층에 해당하거나 생활보호에 해당해야 한다.

넷째, 장애정도에 따라 대상자를 한정한다. 즉 65세에 이르기까지 장애지원구분 2 이상이여야 한다.

다섯째, 65세까지 개호보험서비스를 이용하지 않았어야 한다. 이번 법 개정의 취지는 '65세의 벽' 문제, 즉 장기간(5년 이상)에 걸쳐 장애인복지서비스를 이용해 왔던 장애인 당사자가 65세가 되었다는 이유만으로 발생하게 되는 10%의 이용자부담을 경감시키기 위해 도입된 것이므로 기존에 개호보험서비스를 이용했던 사람은 대상자가 되지 않는다.

다만 개호보험서비스 이용에 따른 이용자부담 경감을 도모하기 위해 창설된 신(新)고액장애인복지서비스 등 급부비는 대상이 될 수 있는 이용자에게 개별적으로 주지하는 자치체가 약 30%로, 적극적으로 주지하지 않거나 실적 자체가 없는 지자체도 있다(厚生労働省, 2023).

다) 입원 중 의료기관에서의 중증방문개호 이용

중증방문개호를 이용하는 장애지원구분6의 중증장애인은 입원 중에도 해당 서비스를 이용하여, 장애인 당사자의 신체적·정신적 지원이 가능한 지원인력을 통해 병원 등 직원과 원활한 의사소통을 할 수 있도록 설계되어 있다. 당사자의 자기결정권을 존중하기 위해서는 장애지원구분4, 5인 서비스이용자도 이러한 입원 중의 중증방문개호 이용이 가능하도록 대상자를 확대해야 한다는 의견이 있다. 중증의 지적장애인이나 행동장애가 있는 이용자 등은 의사소통 자체가 어려운 경우가 많고, 병원입원이라는 환경 변화로 인해 도전적 행동 등이 발현될 가능성이 높아질 수 있기에 평소 지원을 지속해왔던 인력의 필요성이 있는 것이다.

이는 고령장애인에게도 유용한 제도 개편에 속한다. 개호보험서비스의 방문개호와 유사한 중증방문개호는 공생형서비스 적용이 가능하기 때문이다. 즉 조기노화의 가능성이 높고 나이가 들수록 병원 이용이 높아지는 경향을 고려하였을 때, 고령의 중증장애인이 입원을 한다고 하더라도 안정된 환경 속에서 보다 원활하게 의사소통을 할 수 있도록 지원하여 자기결정권과 건강권을 보전할 수 있다.

따라서 현재 후생노동성은 입원 중인 서비스이용자의 상태와 지원욕구 등에 관한 데이터를 수집하고, 중증방문개호를 통한 의사소통 지원 등의 필요성을 판단할 수 있는 기준 및 지표 등을 지속적으로 검토할 필요성이 있다고 보고 있다.

〈표 Ⅳ-63〉 돌봄 쟁점

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
서비스 기관 변경	개호보험 우선적용으로 인한 서비스 기관 변화	- '65세의 벽'문제를 해결하기 위한 방법으로 2018년 공생형 서비스 도입하여 장애인복지서비스기관과 개호보험서비스기관에서 상호 공통서비스를 제공하고 있음. • 대안: 공생형 서비스 도입
서비스 양의 감소	개호보험 우선적용에 따른 서비스 양의 감소	- 2023년 '개호급부비등과 개호보험제도와의 적용관계에 대하여'[20]의 후생노동성의 사무연락에 의해, 대안1,2 적용이 가능하며, 대안3 또한 지자체의 권한에 따라 가능할 것이라고 여겨짐. ① 개호보험서비스만으로 충분한 서비스를 받지 못하는 경우, 그대로 장애인복지서비스 지속 이용(장애인복지서비스를 계속 이용하는 경우의 예 : 지역에 있는 개호보험기관에서 장애인 서비스가 어려운 경우, 개호보험 심사결과가 '비해당'인 경우, 시를 대상으로 소송하여 승소한 경우) ② 개호보험서비스를 받으면서 부족분은 추가로 장애인복지서비스를 이용(단, 서비스의 50%는 개호보험서비스를 이용해야 함) ③ 개호보험서비스를 받으면서 서비스 부족분은 지역밀착형개호서비스(시정촌 운영) 이용
본인 부담금 증가	개호보험 우선적용에 따른 본인 부담금 증가	- 개호보험의 본인부담금은 소득에 따라 달라지므로 이로인해 본인부담금의 증가 부담을 해소하기 위해 '신(新)고액장애인복지서비스 등 급부비'를 지급하고 있음 - 대안: 신(新)고액장애인복지서비스 등 급부비

출처: https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzenbu/0000150451.pdf

(4) 거주서비스

① 현황

일본은 1952년 지적장애아동 부모들의 시설 설립요구로 1960년대부터 대규모 시설 이른바, 코로니(Colony)를 주요 도도부현에 설립하였으며 코로니에서의 생활개호는 1970년대까지 당시의 주된 복지시책이었다. 장애인복지시설은 당초 장애유형별 시설로 설립되어 유형별로 입소가 이루어지고 있으며 2000년대 시작된 탈시설화 정책으로 인해 입소시설의 개인실화, 정원 감축 등이 이루어져 왔으며, 이후 탈시설한 장애인을 위한 그룹홈 설치가 급증하였다. 장애인 입소시설 유형은 크게 장애인그룹홈(공동생활원조)과 입소시설(장애인지원시설) 2가지로 나누어진다. 시설의 입소 자격은 장애지원구분 4이상(50세이상 구분3이상)의 중증의 장애인이며, 실제 거주장애인

20) '개호급부비등과 개호보험제도와의 적용관계에 대하여'https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pdf

의 대부분은 장애지원구분5 또는 6이라고 할 수 있다. 입소 가능은 연령은 18세이상 65세미만의 장애인이다. 단, 그룹홈의 경우 아동상담소의 판단에 따라 15세이상의 장애아동이 입소하는 경우도 있다. 또한, 65세이상의 장애인의 경우 현재 이용하고 있는 그룹홈이나 시설을 계속 이용이 가능하며, 물론 개호보험시설인 노인홈 등을 선택하는 것도 가능하다. 하지만, 65세이상의 장애인이 개호보험시설로의 이동을 원한다고 해도 노인홈의 경우 이용 대기자가 많으며 장애인 대응에 관한 환경(설비 및 인력 등) 조성 미흡으로 인해 거부당하는 경우가 발생하고 있다.

65세이상의 장애인이 신규로 장애인 입소시설 이용을 희망하는 경우는 장애인복지시설의 이용 연령이 65세미만까지이며 개호보험우선적용에 따라 장애인복지시설 입소는 어렵다고 할 수 있다. 한편, 그룹홈의 경우는 시설과는 다르게 지적장애인과 정신장애인에 대해서는 연령제한이 없으므로 65세 이후에도 신규로 이용이 가능하다. 단, 그룹홈을 신규로 이용하자고 하는 65세 이상의 신체장애인은 65세미만의 장애구분인정이 필요하므로 이용이 불가하다.

〈표 Ⅳ-64〉 장애인 거주서비스

분야	장애인 거주서비스(입소시설)
목적	- 시설에 입소하는 장애인에 대해 주로 야간에 입욕, 배설 및 식사 등의 돌봄, 생활 등에 관한 상담 및 조언, 기타 필요한 일상생활상의 일체적 지원을 실시
지원 대상	- 야간에 돌봄이 필요한 자, 입소시키면서 훈련 등을 실시하는 것이 필요하고 효과적이라고 인정되는 자 또는 통소가 곤란한 자립훈련 또는 취업이행지원 등의 이용자 ① 생활돌봄 이용자 중 구분 4 이상인 자(50세 이상인 경우 구분 3 이상) ② 자립훈련, 취업이행지원 또는 취업계속지원 B형 이용자 중 입소시키면서 훈련 등을 실시하는 것이 필요하고 효과적이라고 인정되는 사람 또는 통소에 의해 훈동을 받기 어려운 사람 ③ 지정시설에 입소하고 있던 자로 계속 입소하고 있는 자 또는 지역의 장애복지서비스 제공체제 상황, 기타 부득이한 사정으로 통원으로 돌봄 등을 받기 어려운 자 중 ① 또는 ②에 해당하지 않는 자나 취업계속지원 A형을 이용하는 자
서비스 내용	- 생활 개호, 자립 훈련 또는 취업 이행 지원의 대상자에 대해, 일중 활동과 아울러, 다음과 같은 서비스 제공 • 입욕, 배설, 식사, 옷 갈아입기 등의 돌봄, 식사 제공, 생활 등에 관한 상담 및 조언, 건강 관리
급여수준	- 본인부담금 10%(소득에 따라 달라지며 상한선 존재, 생활보호대상자 무료) • 급여비 : 장애지원구분 인정조사에 따른 구간별 급여비용
재원	- 일반조세

출처: 후생노동성(2024) (https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html)

고령자 거주서비스는 일본에서 65세 이상의 고령자가 입소하는 시설을 보통 노인홈이라 칭하고 있다(1963년 노인복지법 일부 개정으로 정식 명칭으로 도입). 노인홈에는 운영주체에 따라 크게 공적시설과 민간시설 2종류가 있으며, 입소하는 사람의 개호도 및 비용, 인지증의 유무에 따라 다양한 유형의 시설로 나누어진다.

공적시설로는 케어하우스, 특별양호노인홈, 개호노인보건시설, 개호의료원(개호요양형의료시설)이 있으며, 민간시설로는 개호가능유료홈, 주택형유료노인홈, 서비스가능고령자형주택, 그룹홈이 존재한다. 입소 조건은 요개호 및 요지원 인정구분을 받은 65세 이상의 고령자에 한하며 시설의 상황에 따라 입소가능여부는 달라질 수 있다. 본인부담금은 소득에 따라 이용료의 10%에서 유료실비까지 시설 유형에 따라 다양하며, 민간시설이 공적시설에 비해 비교적 높은 편에 속한다.

〈표 Ⅳ-65〉 노인홈의 종류와 입소 조건

종류		입소 조건				
		자립	요지원 1~2	요개호 1~2	요개호 3~5	인지증
공적 시설	케어하우스	○	○	△	△	△
	특별양호노인홈	×	×	×	◎	○
	개호노인보건시설	×	×	○	○	○
	개호의료원	×	×	○	○	○
민간 시설	개호가능유료홈	△	△	○	◎	◎
	주택형유료노인홈	△	○	◎	○	○
	서비스가능고령자형주택	○	◎	◎	○	○
	그룹홈	×	△*	○	○	◎

◎ 충실한 대응 ○ 입소 가능 △ 시설에 따라 상이 × 입소 불가 * 요지원2만가능

특히, 일본의 가속화되는 고령화에 따라 고도의 의료서비스를 필요하는 고령자가 증가하게 되면서, 2017년 '지역포괄케어시스템 강화를 위한 개호보험법 등의 일부를 개정하는 법률'이 개정됨에따라 개호보험시설로써 '개호의료원'이 창설되었다. 개호의료원은 2가지 유형으로 개호요양 병상 상당이상(Ⅰ형)과 개호노인보건시설 상당이상(Ⅱ형)으로 나누어진다. 개호요양 병상 상당이상 유형(Ⅰ형)은 의료서비스 강화형으로 경관영양이나 객담 흡인(석션) 등 일상생활에 필요한 의료 처

치와 충실한 간호를 실시하는 체제이며, 개호노인보건시설 상당이상(Ⅱ형)은 이용자의 생활양식을 배려하면서 장기요양생활이 가능하도록 의료적인 지원, 프라이버시 존중, 가족과 지역주민 교류가 가능한 체제이다.

개호의료원의 개설 허가는 한 개의 개호의료원을 단위로 하여 행해지지만, 개호의료원 서비스를 실시하는 부분으로서 인정되는 단위는 원칙적으로 60병상 이하의 「요양동」단위이다. 한 개의 개호의료원에서 Ⅰ형·Ⅱ형을 조합하는 것으로, 유연한 인원 배치나 서비스 제공을 담보하고 있다. 개호의료원은 운영주체에 따라 다시 개호의료원(Ⅰ형·Ⅱ형), 의료기관병설형개호의료원(Ⅰ형·Ⅱ형), 병설형소규모개호의료원(Ⅰ형·Ⅱ형)으로 나뉘며, 환자수에 따른 의사, 재활직원, 약사, 간호사, 개호직원, 영양사, 개호지원전문원의 배치가 규정되어있다.

〈표 Ⅳ-66〉 개호의료원

<table>
<tr><th>분야</th><th>개호의료원</th></tr>
<tr><td>목적</td><td>- 요개호자로, 주로 장기에 걸쳐 요양이 필요한 자에 대해, 시설 서비스 계획에 근거해, 요양상의 관리, 간호, 의학적 관리하에 개호 및 기능 훈련 기타 필요한 의료 및 일상 생활상의 돌봄을 실시하는 것을 목적으로 함</td></tr>
<tr><td>지원 대상</td><td>- 자격 : 65세이상 고령자로 요개호 1~5구분 인정자, 인지증
• Ⅰ형 개호의료원: 개호요양 병상 상당(주요 이용자는 개호요양 병상 요양기능 강화형 AB 상당)
• Ⅱ형 개호의료원: 노인보건시설 상당 이상(주요 이용자는 Ⅰ형보다 비교적 상태가 안정된 자)</td></tr>
<tr><td>유형별 인력배치기준</td><td>
<table>
<tr><th rowspan="2">주요 인력</th><th colspan="2">개호의료원</th><th colspan="2">의료기관병설형개호의료원</th><th rowspan="2">병설형소규모개호 의료원 Ⅰ형·Ⅱ형</th></tr>
<tr><th>Ⅰ형</th><th>Ⅱ형</th><th>Ⅰ형</th><th>Ⅱ형</th></tr>
<tr><td>의사</td><td>48:1</td><td>100:1</td><td>48:1</td><td>100:1</td><td rowspan="3">의료기관 인력만으로 인정받을시 별도배치 불필요</td></tr>
<tr><td>재활전문인력</td><td colspan="2">적정수</td><td colspan="2">적정수</td></tr>
<tr><td>약사</td><td>150:1</td><td>300:1</td><td>150:1</td><td>300:1</td></tr>
<tr><td>간호사</td><td colspan="2">6:1</td><td colspan="2">6:1</td><td>6:1</td></tr>
<tr><td>개호직</td><td>5:1</td><td>6:1</td><td>5:1</td><td>6:1</td><td>6:1</td></tr>
</table>
</td></tr>
<tr><td>급여수준</td><td>- 급여비 : 요개호 인정조사에 따른 구간별 급여 비용
- 본인부담금 : 10%~ 소득에따라 상이.</td></tr>
<tr><td>재원</td><td>- 개호보험, 이용료</td></tr>
</table>

출처: 후생노동성(2024). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html

〈표 Ⅳ-67〉 장애인 및 노인복지제도: 거주서비스

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	장애인종합지원법(입소시설)	개호보험제도(개호의료원)
선정 기준 (자격)	① 생활돌봄 이용자 중 구분 4 이상인 자(50세 이상인 경우 구분 3 이상) ② 자립훈련, 취업이행지원 또는 취업계속지원 B형 이용자 중 입소시키면서 훈련 등을 실시하는 것이 필요하고 효과적이라고 인정되는 사람 또는 통소에 의해 훈동을 받기 어려운 사람 ③ 지정시설에 입소하고 있던 자로 계속 입소하고 있는 자 또는 지역의 장애복지서비스 제공체제 상황, 기타 부득이한 사정으로 통원으로 돌봄 등을 받기 어려운 자 중 ① 또는 ②에 해당하지 않는 자나 취업계속지원 A형을 이용하는 자	- 자격 : 65세이상 고령자로 요개호 1~5구분 인정자, 인지증 • Ⅰ형 개호의료원: 개호요양 병상 상당(주요 이용자는 개호요양 병상 요양기능 강화형 AB 상당) • Ⅱ형 개호의료원: 노인보건시설 상당 이상(주요 이용자는 Ⅰ형보다 비교적 상태가 안정된 자)
급여액	- 장애지원구분 인정조사에 따른 구간별 급여	- 요개호인정조사에 따른 구간별 급여
수급자 비율	- 확인불가	- 확인불가

② 쟁점

65세이상의 고령장애인은 개호보험우선적용이라는 규정으로 인해 이용하고 있던 장애인복지시설에서 개호보험시설로의 이전에 대한 이슈가 있었다. 이에 따라 후생노동성은 '개호보험과 장애인복지 적용관계[21)]' 규정을 발표하여, 일률적으로 개호보험을 적용하는 것이 아닌 장애인복지서비스의 유형 및 이용자의 상황에 따라 시정촌이 인정하는 경우에 한해 장애인복지서비스 이용이 가능하게 되었다. 고유의 장애인복지서비스인 장애인입소시설은 65세이후에도 계속 이용이 가능하게 되므로 개호보험시설로의 전환이 의무는 아닌 것이다.

문제는 65세 이상의 장애인이 신규로 이용가능한 장애인입소시설은 그룹홈(지적장애인과 정신장애인에 한 함)이며, 신체장애인의 경우는 장애인입소시설 이용이 불가하다는 것이다. 또한 장애인입소시설에 거주하면서 장애 상태가 중증화되어 상시 의료서비스가 필요한 장애인의 경우는 다른 시설의 선택의 여지가 없어

21) https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pdf

대부분은 병원에 장기입원해야 했다. 2018년 개호보험법 개정에 의해 새롭게 설치된 개호의료원이 이러한 상시 의료 및 개호가 필요한 65세 이상의 장애인 또는 고령자에게 대안이 될 수 있을 것이다.

〈표 Ⅳ-68〉 거주서비스 쟁점

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
65세 이후 개호보험 우선적용으로 인한 서비스 기관 변화	- 65세 이후 개호보험 우선적용으로 인한 서비스 기관 변화	- 하지만, 증상의 중증화로 인한 장애인입소시설 퇴소시에는 개호보험 적용 대상이 되므로 장애인입소시설로의 재입소가 어려운 점, 개호보험시설로의 즉시 입소 가능 여부에 대한 과제가 있음 - 대안: 장애인입소시설은 개호보험적용외시설에 해당하므로 이용해 오던 시설 이용 가능[22]
65세이후 등록한 신규장애인의 장애인입소시설 입소 불가	- 65세이후 등록한 신규장애인의 장애인입소시설 - 입소 불가	- 65세이후에 등록한 중증 장애인의 경우 장애인입소시설 이용 불가 문제 - 대안: 개호의료원
개호보험의 경우 소득에 따른 본인부담금이 책정되므로 비용문제 발생	- 개호보험의 경우 소득에 따른 본인부담금이 책정되므로 비용문제 발생	- 65세 이후 개호보험 우선적용에 따른 본인부담금 증가 - 대안: 신(新)고액장애인복지서비스 등 급부비

출처: https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzenbu/0000150451.pdf

22) https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pdf

(5) 보조기기 및 학대

① 보조기기

장애인은 장애인종합지원법의 보장구비 지급제도를 통해 필요한 보장구를 구입하고 구입비의 10%를 본인부담금으로 지급하고 있으며, 생활보호대상자와 세금비과세자는 무료이다. 장애인 보장구 종목 일람에 있는 보장구가 대상이며, 신체장애인과 신체장애아동, 난병환자 등이 이용 가능하다. 고령자는 개호보험의 복지용구대여, 판매, 주택개보수 서비스를 이용 가능하며, 복지용구 대여 가능 품목에 대해 급부하며 원칙상 요개호2부터 이용할 수 있다. 장애인이 65세 이상이 되어 개호보험의 복지용구 서비스 수급을 원할 경우, 개호보험의 요개호 인정조사를 받아야 한다.

〈표 Ⅳ-69〉 장애인 복지제도 및 노인 복지제도 : 보조기기

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	- 장애인종합지원법의 보장구비 지급제도	- 개호보험의 복지용구 급부
목적	- 장애인이 일상생활을 하는 데 필요한 이동 등의 확보나 취업 상황에서의 능률 향상 도모 및 장애아가 장래에 사회인으로서 독립자활하기 위한 소지를 육성 조장하는 것을 목적으로 신체의 결손 또는 손상된 신체기능을 보완·대체하는 용구	- 요개호자 등의 일상생활 편의를 도모하기 위한 용구 및 요개호자 등의 기능훈련을 위한 용구로, 이용자가 그 거택에서 자립적인 일상생활을 영위할 수 있도록 돕는 것. - 또, 재택 개호를 중시해, 고령자의 자립을 지원하는 관점으로부터, 복지 용구 도입시 필요한 단차의 해소나 난간의 설치등의 주택 개보수를 개호 급부의 대상으로 하고 있음.
급여	- '보장구 종목 일람[23]' 에 있는 보장구를 동일한 달에 구입 등에 소요된 비용의 액수(기준액)를 합계한 액수에서 해당 보장구비 지급대상자 등의 가계의 부담능력, 기타 사정을 참작하여 정령으로 정하는 액수	- 기본적으로 복지용구는 대여를 원칙으로 하며 개호도에 따른 월이용한도액 이내 사용 가능[24]. • 복지용구 대여[25] • 복지도구 판매 • 주택 개보수는 상한액 20만엔

23) 보장구 종목 https://www.mhlw.go.jp/content/12200000/000957689.pdf
24) 2024년 개호보수 개정에 따른 개정사항 https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/001213182.pdf
25) 개호보험 복지용구 종목 https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000960589.pdf

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
본인부담금	- 원칙 : 이용자부담 10% 정률부담이며 소득에 따라 상이 ※ 비과세 이외자 상한액: 37,200엔, 생활보호자와 비과세자: 0엔	- 원칙 : 이용자부담 10% 정률부담이며 소득에 따라 상이
재원	- 일반조세(정부50%, 도도부현25%, 시정촌25%)	- 개호보험
전달체계	- 시정촌	- 시정촌
보장구 종목	- 신체장애인·신체장애아 공통 • 의지, 자세유지장치, 시각장애인 안전지팡이, 의안, 안경, 보청기, 인공와우(인공와우용 음성신호 처리 장치의 수리만 가능), 휠체어, 전동휠체어, 보행기, 보행 보조 지팡이(T자 모양, 막대 모양을 제외), 중증장애인용 의사전달장치 - 신체장애아동만 해당 • 좌석유지의자, 기립유지도구, 머리유지도구, 배변보조도구	- 복지용구 대여[26](※) • 휠체어 (부속품 포함) · 특수 침대 (부속품 포함) · 욕창 방지 용구 • 체위 변환기 손잡이 · 슬로프, 보행기, 보행보조 지팡이 • 치매 노인 배회 감지 기기·이동용 리프트(매다는 부분 제외) • 자동 배설물 처리 장치 (※) 복지용구 대여 중 난간, 슬로프, 보행기, 보행 보조 도구 이외의 종목에 대해서는 요지원 및 요개호1은 원칙급부 대상 제외[27], 자동 배설처리 장치(소변만을 자동적으로 흡인하는 것은 제외)에 대해서는 요개호2 및 요개호3는 급부 대상 제외. 다만, 신체 상태 등에 따라서는, 요개호 인정에 있어서의 기본조사 결과에 근거하는 판단이나 시정촌에의 신청에 의해서, 급부의 대상이 되는 경우도 있음. - 복지도구 판매 • 좌변기 · 자동 배설 처리 장치의 교환 가능부·배설 예측 지원 기기 • 입욕보조용구(※)·간이욕조·이동용 리프트의 매다는 도구 부분 (※) 목욕용 의자, 욕조용 손잡이, 욕조 내 의자, 입욕대, 욕실 내 의자, 욕조 내 의자, 입욕용 케어 벨트 - 주택 개보수 • 안전손잡이, 단차 해소, 미끄럼방지 장치, 도어 교체, 변기 교체 등

26) 개호보험 복지용구 종목 https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000960589.pdf
27) 요지원 및 요개호1의 복지용구 대여 https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000875875.pdf

② 학대

장애인과 고령자를 대상으로 하는 각각의 학대방지법이 제정되어 시행 중에 있으며, 예방을 위한 연수, 상황에 대한 대응 및 정보 공개, 시설 등의 지도감독 등이 이루어지고 있다. 65세 이상의 장애인의 경우 양 법의 적용을 받을 수 있다. 예를 들어, 장애인복지시설에서 학대가 일어났을 경우는 장애인학대방지법 적용이 가능하고, 65세 이상 장애인이 개호보험시설에서 학대가 발생했을 경우 고령자학대방지법 적용이 가능하다.

〈표 Ⅳ-70〉 장애인 복지제도 및 노인 복지제도 : 학대방지

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	- 장애인학대방지법(장애인 학대 방지, 장애인의 양호자에 대한 지원 등에 관한 법률) 2012년 시행	- 고령자학대방지법(고령자 학대 방지, 고령자 양호자에 대한 지원 등에 관한 법률) 2006년 시행
대상	- 18세이상 65세 미만의 장애인	- 65세 이상 고령자
서비스내용	- 학대방지를 위한 시책 - 학대방지 및 권리옹호지도자 양성연수 - 학대방지 대응과 양호자 지원 매뉴얼 - 매해 대응상황(상담, 조사, 판정) 등 결과 공개 - 장애인복지시설등 지도감독	- 학대방지를 위한 노인보건건강증진 사업 - 학대방지 연수 - 학대방지 대응과 양호자 지원 매뉴얼 - 매해 대응상황(상담, 조사, 판정) 등 결과 공개 - 개호보험시설등 지도감독
재원	- 일반조세	- 일반조세
전달체계	- 시정촌 - 시정촌장애인학대방지센터 - 도도부현장애인권리옹호센터	- 시정촌 - 지역포괄지원센터 - 고령자학대방지센터

주: 65세 이상 장애인의 경우는 양법 중 적용 가능[28)]

〈표 Ⅳ-71〉 기타: 쟁점

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
개호보험우선적용	65세 장애인은 개호보험 이용 우선	65세 장애인은 개호보험 이용 우선
장애인 학대 적용 가능성	65세 이상의 장애인의 경우 양 법의 적용	65세 이상의 장애인의 경우 양 법의 적용

출처: https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-11130500-Shokuhinanzenbu/0000150451.pdf

28) 고령자학대방지의 기본 https://www.mhlw.go.jp/content/12304250/001225719.pdf

3. 프랑스

프랑스의 장애개념은 205년 2월 11일에 제정된 '장애인의 권리와 기회의 평등, 참여와 시민권 법(LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées)' 제 114조에 의거하는데, 이에 의하면 장애란 '복합적, 심리적, 인지적, 정신적, 감각적, 신체적 기능의 한 가지 이상의 지속적이거나 영구적인, 혹은 심각한 손상, 건강상의 장애문제로 인하여 한 사람의 모든 활동의 한계나 사회생활의 참여 제한이 있는 상태'이다. 프랑스에는 한국에서 운영되는 등록장애인제도가 부재하고 필요한 장애인 서비스를 신청하여 판정을 받는 시스템이기 때문에 이러한 주관적인 장애 정의는 장애인구 정보수집 방법에 기준이 모호할 수 밖에 없다. 실제로 통계자료에서는 다양한 기준으로 장애인구 수를 산정하고 있다.

대표적으로 보건연대부에서 매년 발행하는 '프랑스의 사회부조' 보고서에서는 '신체적(500미터 걷기, 열두계단 이용하기), 감각적(청각, 시각), 인지적(기억하기, 집중하기) 기능에서 심각한 제한이 있다고 응답한 경우'와 '건강으로 인하여 일상적으로 행하는 활동에서 6개월 이상 심각한 제한이 있다'고 응답한 경우'를 장애 인구로 보았다[29]. 이러한 조사도 매년 이루어지는 것은 아니고 유럽연합조사로 인한 전국적 조사 또는 프랑스 자체 내 전국조사결과를 바탕으로 재분석하여 사용되고 있는 실정이다. 앞서 언급한 장애인구 기준에서 첫 번째인 심각한 기능 제한의 경우 2019년 15세 이상 시설을 제외한 일반 가구에 거주하는 프랑스 전체 인구 대비 장애인구는 13%를 차지하며 두 번째 기준인 심각한 활동 제한의 경우 9%를 차지한다.

한편 프랑스 인구가 계속해서 고령화되고 있는 가운데 장애인구의 고령화도 눈에 띄게 증가하고 있다[30]. 2021년 DREES에 의하면 2018년 장애인구 중 50세 이상이 49%를 차지하며 65세 이상은 25%를 차지한다.

29) DREES (2022) L'aide et l'action sociales en France – Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion. DREES.

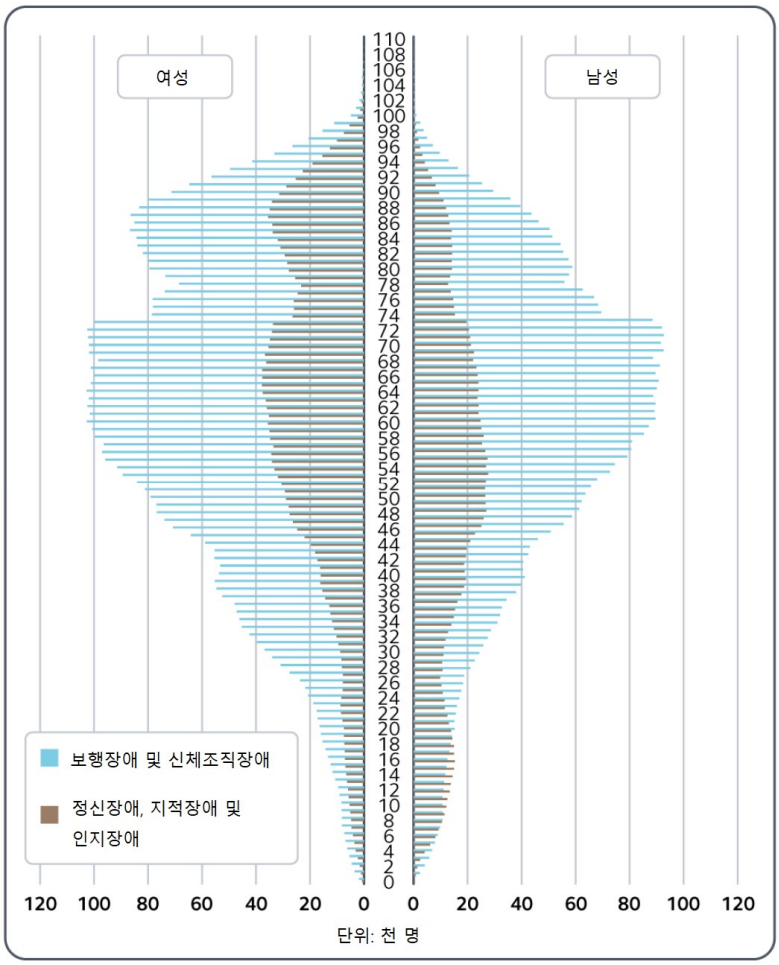
30) 2020년 1월 1일 기준 프랑스 인구 중 65세 이상이 차지하는 비율은 20.5%임(INSEE, 2020)

〈표 Ⅳ-72〉 성별 및 연령별 장애인구

구분	장애인구			전체인구		
	여성	남성	전체	여성	남성	전체
연령별(%)						
16-34세	6	10	8	27	29	28
35-49세	13	14	14	23	25	24
50-64세	27	24	26	24	24	24
65세 이상	54	52	53	26	22	25
전체	100	100	100	100	100	100
16-64세	46	48	47	74	78	75
평균연령						
전체인구	65	62.3	63.8	49.9	48	49
16-64세	49.3	46.7	48.1	40.8	40.4	40.6
65세 이상	78.6	77	77.9	75.2	74.2	74.8

출처: E. Baradji, L. Dauphin et J.-S. Eideliman (2021) Comment vivent les personnes handicapées

아래 그림 2019년 정신, 지적, 인지제한 및 보행, 신체조직제한 인구연령 피라미드를 살펴보면 연령이 증가할수록 심리적, 지적, 인지적 장애 및 보행 및 신체조직장애를 겪을 가능성이 높아진다. Cour des comptes(2023)에 의하면 50~60대에서 20~30대에 비해 정신, 지적, 인지장애를 가진 경우가 3배나 높은 것으로 나타났다. 이는 정신장애인 경우 50세 이상부터 심각한 정신 손상이 나타나는 경우가 많고 지적장애의 경우 베이비붐세대의 고령화의 영향, 코르사코프증후군과 같이 연령이 증가할수록 지적손상의 출현 및 뇌졸중의 후유증과 관련이 있다. 또한 보행장애는 20-30대보다 50-60대에서 4배나 높은데, 이는 노동과 연관된 조기노화, 만성질환, 중독, 사고 등으로 인한 후천성 장애가 대부분을 차지한다. 동 그림에서 또한 흥미로운 점은 70세 이상에서도 이러한 제한을 겪는 인구 비율이 높다는 점일 것이다.



[그림 Ⅳ-8] 2019년 정신, 지적, 인지제한 및 보행, 신체조직제한 인구 연령 피라미드

출처: Cour des comptes (2023)

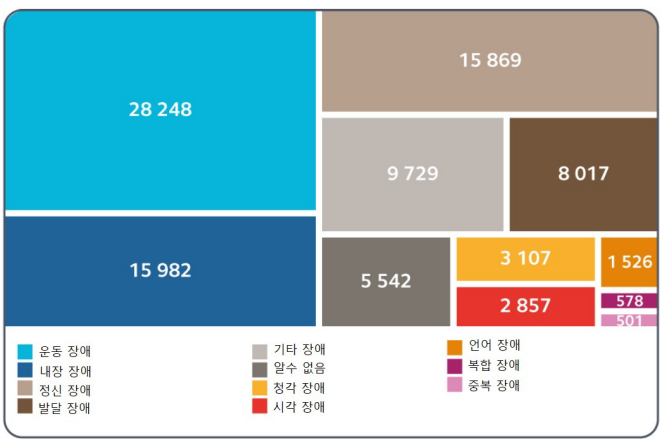
Cour des compte(2023)에 의하면 14개소 MDPH를 통해 장애인 관련 서비스 및 수당 자격을 부여받은 104,189명을 대상으로 조사한 결과 운동장애인 37%, 정신장애인 30%, 내장장애 20%, 지적장애 19%가 대표적인 장애유형으로 조사되었다.

〈표 Ⅳ-73〉 장애유형별 자격부여받은 인구 비율

장애 유형	서비스 자격 부여	%
운동장애	38,777	37.2
정신장애	31,636	30.4
내장장애	21,083	20.2
지적장애	20,001	19.2
시각장애	4,399	4.2
청각장애	4,208	4.0
언어장애	3,412	3.3
복합장애(Polyhandicap)	963	0.9
중복장애(Plurihandicap)	808	0.8
기타장애	14,664	14.1
최소 한 가지 장애를 가진 인구 수	104,189	100.0
총 누적 장애 인구 수	139,951	-

주: 14개소 MDPH 대상으로 총 104,189명 조사대상
출처: Cour des compte (2023)

동 조사에서 50세 이상 장애인의 경우 운동장애(28,248명)가 압도적으로 높게 나타났으며 그 뒤를 이어서 내장장애(15,982명), 정신장애(15,869명)으로 나타났다.



[그림 Ⅳ-9] 50세 이상 장애유형별 인구 수

주: 대상: 14개소 MDPH 장애인 서비스 및 수당 수급자,
출처: Cour des compte(2023)

1) 고령장애인 개념

프랑스에서 고령장애인 (Personne handicapée vieillissante, PHV) 용어의 정의는 2010년 국가자립연대기금(CNSA)에서 공식적으로 처음 제안되었는데[31], 이는 노화 증상을 겪기 전 어떠한 형태든 장애 상황이 시작되거나 처한 자이다. 이 때 노화 증상이라함은 첫째, 장애로 인해 이미 손상된 기능적 능력의 추가적 상실, 둘째, 이미 존재하는 기능의 변화를 악화시키거나 새로운 증상을 유발할 수 있는 노화 관련 질환, 퇴행성 및 대사성 질환의 발생률 증가, 셋째, 새로운 삶의 단계라는 틀 내에서 그들의 기대치의 변화이다[32].

그러나 이러한 정의는 첫째, 노화(과정)과 노년(상태)를 혼동할 위험, 둘째, 장애의 진전 상황에서 노화가 보이지 않는 위험, 셋째, 장애의 변화를 노화와 동일시할 위험, 넷째, 고령장애인과 노인을 동화시킬 위험이 있는 까닭에 고령장애인의 정의는 논쟁의 대상이다(조윤화 외, 2023).

연령의 경우 또한 60세가 노인 서비스 제도 수급 조건에 해당되는 법적 기준이지만 장애인의 노화에 관한 연구에서 40~50세 기준이 자주 언급되는데 보통 해당 연령대에서 어렵게 얻은 능력의 상실이 진행되는 노화 영향이 관찰되기 때문이다. 하지만 노화과정은 장애와 삶의 경로에 따라 생리적 노화가 각자 크게 다르기 때문에 연령으로 장애인이 노화하고 있는지 판단이 어려울 수도 있는 문제가 있다[33].

31) CNSA. Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes. Dossier technique 2012.
32) 조윤화 외, (2023). 고령장애인의 돌봄서비스 지원방안, 한국장애인개발원.
33) Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2015). L'adaptation de l'integration aupres des personnes handicapees vieillissantes, Synthese. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, p.1.

2) 주요 영역별 핵심 제도 분석

프랑스 장애인 및 노인복지제도 주요 영역별 핵심 제도는 다음과 같다.

〈표 Ⅳ-74〉 프랑스 장애인 및 노인복지제도: : 주요 영역별 핵심 제도 현황

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	비고
소득 보장	- 성인장애수당(AAH)	- 노인연대수당(Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)	- 은퇴연령에 도달할 경우 AAH 수급 자격 박탈 및 ASPA로 전환 문제
일자리	- 45세 이상의 고용 전문화 계약 보조금 지원 - 단일고용계약	- 45세 이상의 고용 전문화 계약 보조금 지원 - 시니어계약직 - 단일고용계약	- AAH 수급자 퇴직 연령 이후 경제활동을 계속하는 경우 AAH 수급자격 유지의 문제
돌봄	- 장애보상수당(Prestation de compensation du handicap, PCH)	- 개별자립수당(APA)	- 60세 이후 PCH 신청 자격 문제
거주	- 특수보호 거주시설(MAS) - 장애인 의료거주시설(FAM)	- 의존노인거주시설(EHPAD)	- 고령장애인 입소시설 부족
기타	- 기관의 통합적 서비스. 도립 자립 공공서비스		- 장애인의 장애와 노인의 의존의 키워드를 자립으로 통합하여 자립공공서비스 설치

(1) 소득보장

① 현황

장애인구는 장애로 인해 경제활동에 제한이 있어 비장애인구에 비해 빈곤을 경험할 가능성이 높다. 2018년 장애가구의 연가처분소득의 경우 평균 21,000유로로 전체가구에 비해 4,600유로가 낮았으며 중위가처분소득의 경우 19,500유로로 전체가구에 비해 3,100유로가 낮았다. 빈곤가구의 비율은 19%를 차지해 전체가구 13%에 비하면 6%p 높다. 가구 유형 중에서 1인 가구와 한부모 가구의 빈곤 비율이 전체가구에 비해 높은 것으로 나타났는데 각각 29%, 39%를 차지하여 전체가구에 비해 둘 다 10% 높은 것으로 나타났다.

〈표 Ⅳ-75〉 장애인구 연 가처분소득

가구 유형	항목	장애인구	전체인구
전체인구	평균가처분소득	21,000	25,600
	중위가처분소득	19,500	22,600
	빈곤가구비율	19	13
1인 가구	평균가처분소득	18,900	23,300
	중위가처분소득	17,700	20,200
	빈곤가구비율	29	19
무자녀 부부가구	평균가처분소득	24,000	30,200
	중위가처분소득	22,100	25,400
	빈곤가구비율	11	7
유자녀 부부가구	평균가처분소득	19,600	24,800
	중위가처분소득	18,500	22,700
	빈곤가구비율	20	12
한부모가구	평균가처분소득	16,200	18,100
	중위가처분소득	15,000	16,000
	빈곤가구비율	39	29
기타 가구	평균가처분소득	22,200	25,000
	중위가처분소득	21,200	22,900
	빈곤가구비율	13	12

출처: DREES(2021) Comment vivent les personnes handicapées

장애인구의 소득보전을 위해 지급되는 수당으로 성인장애수당(AAH)과 자립생활을 위한 추가수당(MVA)이 있으며 노인인구의 소득보전을 위해 지급되는 수당으로는 노인연대수당(ASPA)이 있다.

가. 성인장애수당(Allocation aux adultes handicapés, AAH)

AAH는 1975년에 제정된 장애인 기본법(Loi n° 75534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées)에 의해 제정되었다, 은퇴연금 및 장애연금과 같은 기여형 장애관련 사회보장제도 혜택을 받지 못하는 자를 대상으로 하는 국고 지원의 사회부조제도이다. AAH는 장애로 인하여 노동을 할 수 없는 장애인의 상황을 고려하기 때문에 기초생계와 장애보상이 동시에 포함된 제도적 특징이 있다[34].

34) 조윤화 외 (2023) 장애인 표준소득

가) 선정 기준

AAH 수급자가 되기 위해서는 소득, 연령, 거주, 장애 총 4가지 항목에 충족되어야 한다.

첫째, 소득기준은 1인 가구의 경우 2024년 7월 기준 11,656유로 미만이며, 부부 가구의 경우 21,098유로 미만이다. 여기에서 인정되는 소득은 과세대상인 모든 소득을 뜻하며 2024년에 신청 시 2022년의 소득 (세후 급여액)이 적용된다. 공적 급여로는 가족수당기금(Caisse d'Allocation Familiale, CAF)에서 지급되는 모든 가족수당(주택보조금, 입학지원금, 아동수당 등)이 있다[35]. 특히 AAH 급여액 산정을 위해서는 2023년 10월부터 부부가구인 경우 배우자 소득이 아닌 개인 소득만을 반영한다. 이는 배우자의 소득에 의존하지 않도록 개인의 자립을 지원하는 목적이 있다(Décret n°2022-1694 du 28 décembre 2022 relatif à la déconj ugalisation de l'allocation aux adultes handicapés).

〈표 Ⅳ-76〉 연 소득 기준 (2024년 7월 기준)

부양 자녀 수	1인 가구	부부 가구
0	11,656€ 이하	21,098€ 이하
1	17,485€ 이하	26,926€ 이하
2	23,313€ 이하	32,755€ 이하
3	29,141€ 이하	38,583€ 이하
4	34,969€ 이하	44,411€ 이하

둘째, 연령기준이다. 다음의 세 가지 중 1가지만이라도 충족되면 된다. 즉 20세 이상, 16세 이상으로 부모의 부양을 받지 않는 자, 장애인 은퇴연령(62세)에 도달한 자는 장애율 80% 이상인 자에 한해 은퇴연금과 AAH 중복수급이 가능하다. 장애율 80% 미만인 자의 경우 62세가 되는 달까지만 AAH 급여가 지급되고 그 후로는 은퇴연금 또는 기초노령연금 수급자가 된다.

셋째, 거주기준이다. 프랑스 및 프랑스령 영토에 정기적으로 거주하는 자를 대상으로 한다.

넷째, 장애 요건이다. 장애율 80% 이상인 자 또는 장애율 50%~79%인 경우 지속적인 근로접근제한(RSDAE) 인정을 받은 자이다.

35) https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006142017/

〈표 Ⅳ-77〉 수급 조건

조건 유형	내용	법령
소득	- 2023년 10월부터 부부가구의 경우 배우자소득이 아닌 개인 소득만을 반영 - 1인가구 11,656유로 미만인 자(2024년 7월기준)	사회보장법전 법 제821조 제1항 제2호 (article L821-1-2 du Code de la sécurité sociale
연령	- 20세 이상 - 16세 이상으로 부모의 부양을 받지 않는 자 - 62세의 경우 장애율 80% 이상인 자	
거주	- 프랑스 및 프랑스령 영토 정기적 거주자	
장애	- 장애율 80% 이상인 자 - 장애율 50~79%인 경우 지속적인 근로접근제한(RSDAE) 인정을 받은 자	

나) 급여액

AAH 완전 급여액은 월 1,016.05유로로 2023년 971.37유로 대비 4.6%p 인상되었다.

다) 수급자 비율

2021년 기준 AAH 수급자 특성 및 현황은 아래 표와 같다.

〈표 Ⅳ-78〉 성인장애수당(AAH) 수급자 특성 및 현황

(단위: 명, %)

구분		2021			
		장애율 50~79%	장애율 80% 이상	수급자 전체	전체 인구
합계(명)		615,400	636,300	1,252,300	49,892,400
성별	남	51	53	52	47
	여	49	47	48	53
연령	20-29	15	11	13	15
	30-39	18	15	17	16
	40-49	24	21	22	17
	50-59	34	31	33	17
	60세이상	8	22	15	35
가족상황	미혼/자녀없음	68	77	73	24
	편부모	8	2	6	8
	무자녀부부	12	13	13	32
	유자녀부부	11	6	9	36

구분		2021			
		장애율 50~79%	장애율 80% 이상	수급자 전체	전체 인구
수당수급	완전수당	60	60	60	-
	부분수당	40	40	40	-
AAH 보충수당	MVA	자격없음	26	13	-
	CPR	자격없음	8	4	-
구직자등록		18	5	12	-

주: 1) 범위: 프랑스 메트로폴리탄, DOM 대상
2) 장애인정률 80% 이상인 경우 중증에 해당함
출처: DREES. 2019, 2022「L'aide et l'action sociales en France」
원자료: CNAF et MSA pour les effectifs, CNAF pour les réparations (97% des allocataires de l'AAH relèvent des CAF); INSEE, enquête Emploi 2017, 2018 pour les caractéristiques de l'ensemble de la population, DREES, ENIACRAMS, pour le taux d'inscription à Pôle emploi.

나. 자립생활을 위한 추가수당(MVA)

자립생활을 위한 추가수당은 AAH 추가수당으로 시설이 아닌 일반 자택에 거주하는 자가 장애로 인하여 거주지에서 부가적인 지출을 금전적으로 지원하는 장치이다. 2005년에 AAH 부가급여(Complément d'AAH)가 삭제되고 MVA로 대체되었다. AAH 부가 급여로 일반 자택 거주자가 장애로 인해 부가적으로 지출해야 하는 항목(전기세, 가스비, 수도세, 집안 필요물품구입 등)에 사용할 수 있다[36]. 월 104.77유로가 지급되며 수급 조건으로는 수급 수당유형, 장애, 거주, 주택보조금 수급, 소득 등 다섯 가지로 다음 표와 같다.

〈표 Ⅳ-79〉 수급 조건

조건 유형	내용	법령
수당 수급	다음 중 한 가지에 속하는 자 - AAH 완전 금액 수급자 - AAH 부분 금액 수급자이면서, 노령, 장해 또는 산업재해연금 수급자 - 장해보충수당(Asi)수급자	사회보장법전 법 제821조 제1항 제2호 (article L821-1-2 du Code de la sécurité sociale
장애율	장애율 80% 이상인 자	
거주	시설 또는 지역적 협약 거주지가 아니며, 가족 및 친지 또는 지인 자택이 아닌 독립된 일반 자택에 거주하는 자 (자가 소유 해당 안됨)	
주택보조금 수급자	주택보조금 수급자	
소득	어떠한 경제활동으로부터 소득이 없는 경우	

36) 조윤화 외(2023) 장애인 표준소득

다. 노인연대수당(Allocation de solidarité aux personnes âgées (이하 ASPA)

ASPA는 1956년 Minimum vieillesse(노인기초수당)이라는 이름하에 시행되었고 복잡했던 시스템을 간편화하기위해 2006년 개정하여 노인연대수당(ASPA)으로 명명되었다. ASPA는 비기여 급여로 65세 이상(장애인의 경우 62세)인 자의 최소 수준의 소득을 보장하기 위한 목적을 지니고 있다.

가) 선정 기준

ASPA 수급자가 되기 위해서는 소득, 연령, 거주 및 장애 조건에 부합하여야 한다.

첫째, 소득기준이다. 1인 가구는 월 1,012.02 유로, 부부가구는 월 1,571.16 유로 미만이어야 한다. 보통 ASPA 신청일을 기점으로 최근 3개월 소득을 확인하지만 만약 기준 한도액을 초과하는 경우 신청일로부터 최근 12개월 동안의 소득을 반영한다.

둘째, 연령기준이다. 장애인의 경우 62세부터 ASPA 신청이 가능하다(비장애인의 경우 65세). 셋째, 거주기준이다. 프랑스 및 프랑스령 영토에 정기적으로 거주하는 자를 대상으로 한다. 넷째, 장애기준이다. 다음 중 한 가지에 해당되면 장애조건에 부합한다. 즉 영구적 장애율 50% 이상인 자, 노동 부적격자로 인정된 자, 장애로 인해 조기 퇴직한 자이다. 수급조건을 표로 정리하면 다음과 같다.

〈표 Ⅳ-80〉 수급 조건

조건 유형	내용	법령
소득	- 1인가구: 월 1,012.02유로 미만인 자 - 부부가구: 월 1,571.16유로 미만인 자	사회보장법전 법 제821조 제1항 제2호 (article L821-1-2 du Code de la sécurité sociale
연령	62세 이상인 자	
거주	프랑스 및 프랑스 영토에 정기적으로 거주하는 자	
장애	영구적 장애율 50% 이상인 자, 노동 부적격자로 인정된 자, 장애로 조기퇴직한 자	

나) 급여액

첫째, 1인 가구 또는 부부 중 한 명이 수급하는 경우로서, ASPA 최대금액은 월 1,012.02유로, 연 12,144.24유로이다. 다른 소득이 있는 경우 ASPA의 최대 금액을 초과하지 않는 한 차이액을 받게 된다. 둘째, 부부 모두 수급하는 경우에는 두 명 모두 합쳐 월 최대금액 1,571.16유로, 연 18,853.92유로이다.

다) 수급자 비율

전체인구 대비 연령별 ASPA 수급자 비율은 아래 표와 같다.

〈표 Ⅳ-81〉 전체인구대비 연령별 ASPA 수급자 비율 및 수

(단위: %, 명)

	인구 비율			수급자 수
	여성	남성	전체	명
62-64세	2.3	2.4	2.3	57,800
65-69세	4.7	4.9	4.8	187,000
70-74세	4.5	4.6	4.5	167,000
75-79세	3.9	4.0	4.0	99,500
80-84세	3.7	3.6	3.7	66,700
85-89세	3.6	3.2	3.5	47,400
90세 이상	4.2	3.5	4.0	38,000
전체(62세 이상)	4.0	4.0	4.0	663,600
전체(65세 이상)	4.2	4.3	4.3	605,900

출처: DREES (2023) Les retraités et les retraites,

〈표 Ⅳ-82〉 장애인 및 노인복지제도: 소득보장

<table>
<tr><th>분야</th><th>장애인 복지제도</th><th>노인 복지제도</th></tr>
<tr><td>제도명</td><td>성인장애수당(AAH)</td><td>노인연대수당(ASPA)</td></tr>
<tr><td>선정기준
(자격)</td><td>- 연령:
• 20세 이상 또는 16세 이상으로 부모의 부양을 받지 않는 자.
• 장애인 은퇴연령(62세)에 도달한 자 중 장애율 80% 이상인 자에 한해 은퇴연금과 AAH 중복수급가능. 장애율 50-80% 미만인 자의 경우 62세가 되는 경우 노령연금(또는 노인연대수당) 수급자가 됨.
- 소득:
• 본인 및 배우자의 소득인정액이 선정기준액 이하인자
<table><tr><th>단독</th><th>부부가구</th></tr><tr><td>11,656€</td><td>21,098€</td></tr></table>• 2023년 10월부터는 AAH 급여 산정을 위해서는 부부라도 개인의 소득만을 반</td><td>- 연령: 62세부터 ASPA 신청 가능
- 소득:
• 1인가구: 월 1,012.02유로 이하
• 부부가구: 월 1,571.16유로
- 거주: 프랑스에 정기적으로 거주하는 자
- 장애: 다음 중 한 가지에 해당되면 장애조건에 부합
• 영구적 장애율 50% 이상인 자
• 노동 부적격자로 인정된 자
• 장애로 인해 조기 퇴직한 자</td></tr>
</table>

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
	영함 - 거주: 프랑스에 정기적으로 거주하는 자 - 장애: • 장애율 80% 이상인 자 • 장애율 50~79%인 경우 지속적인 근로 접근제한(RSDAE) 인정을 받은 자	
급여액	- 월 최대 1,016.05유로 - 자립지원 추가수당(MVA): 월 104.77 유로	- 개인 또는 부부 중 1인이 해당되는 경우 월 최대 1,012.02유로 - 부부 모두 수급하는 경우 월 1,571.16유로
수급자 비율	- 2021년 1,252,300명	- 2021년 62세 전체 663,600명
급여액 책정기준	- 최저임금액의 약 80% 수준	- 최저임금액의 액 80% 수준

출처: 언급한 자료를 정리하여 모은 내용임.

② 쟁점

가. 은퇴연금과 AAH 중복 수급 부문

2016년까지 장애율 80%인 AAH 수급자는 은퇴연령(62세)이 되면 노령기초연금(ASPA) 수급자로 전환이 되었다. 이는 당시 15년 이상이나 장애계의 끊임없는 개정 요구가 있던 문제로 여러 가지 불편함이 수반되고 있었다. 이는 AAH에서 ASPA로 전환이 되면 급여 지급기관이 변경되기 때문에 서류 전송 및 등록을 위한 기간이 길게 소요되어 어떠한 급여도 지급이 되지 않는 공백 기간이 생기는 경우가 많았다. 또한 2016년 당시 ASPA 급여액(801유로)은 AAH 급여액(808.46유로)보다 적었다. 비록 이러한 차이액을 보상해주는 장치가 마련되어 있었지만 신청 절차를 따라야하는 신청인의 수고로움과 단지 월 7유로 보상을 위하여 따로 관리를 해야하는 행정 관리자의 업무상 번거로움 때문에 양측 모두 불편함이 있었다. 게다가 결정적인 이유는 AAH와는 다르게 ASPA의 경우 수급자의 사망 시 지급된 급여의 일부를 상속인에게 청구할 수 있도록 하였기 때문에 가족에게 부담을 주고 싶지 않은 경우 ASPA 급여를 포기하는 경우가 많았다. 이에 따라 2017년 1월 1일부터 장애율 80% 이상인 경우에 한해 은퇴연령(62세)에 도달하여도 AAH와 연금액을 동시 수급할 수 있게 되었다. AAH 금액 전체를 수령하는 것이 아니라 수급자의

연금액이 AAH 최대 급여액을 초과하지 않는 선에서 보충급여의 원칙으로 AAH 급여액이 정해지는데, AAH 최대 급여액과 본인 연금액의 차이액(AAH 최대금액-은퇴연금액=지급되는 AAH 급여액)이 AAH 급여로 지급된다. 연금액이 AAH 금액을 초과하면 AAH 급여지급이 되지 않는다. 이에 더불어 AAH+MVA 수급자의 경우 AAH 급여액이 은퇴연금 급여액보다 높다면 MVA를 계속해서 수급받을 수 있으며, 그렇지 않다면 MVA 지급이 중단된다[37].

반면 장애율 80% 미만인 AAH 수급자는 기존과 같이 은퇴연령이 되면 AAH 수급이 종료되고 ASPA 수급자가 된다[38].

한편 장애율 80% 미만인 경우 변함없이 AAH 수급이 종료되고. 보험료를 한 번도 납부하지 않았거나 필요한 분기일을 채우지 않았더라도 AAH 수급자는 노동 불능자로 여겨져 62세(비장애인 67세)가 되면 기초노령연금 수급 자격이 주어진다.

나. 연금과 AAH 급여 지급 사이 공백

62세 장애율 80% 이상인 자가 AAH를 계속해서 수급받기 위해서는 62세가 되기 전에 연금 정산을 신청해야 하며 보험료를 납부하지 않았더라도 서류상 신청을 해야했었다. 만약 이러한 절차를 이행하지 않을 시 AAH 지급은 62세부터 중지가 되었다. 특히 저소득층 장애인의 경우 급여 지급 공백은 생계에 큰 지장이 생기므로 이러한 문제가 지속적으로 제기되었다. 이에 따라 이러한 문제 개선을 위하여 사회보장재정법에 의거하여 AAH 수급자는 2020년 7월 1일부터 따로 연금지급을 신청하지 않아도 가족기금수당(CAF)에서 자동으로 신청되도록 하였다[39].

즉 CAF에서 6개월 전에 연금 자동 지급 우편을 발송하는데, 만일 대상자가 62세에 자동으로 연금이 지급되는 것을 바라지 않거나 직업활동을 계속 할 예정인 경우 연금을 수령할 필요가 없으므로 진행 중단을 알리기 위해 늦어도 62세가 되기 4개월 전까지 답장을 보내도록 하였다[40][41]. 62세가 넘어서도 직업활동을 하는 경우 추후 은퇴 시 본인이 직접 연금 정산 신청을 해야한다(Article L.351-7-1).

37) https://informations.handicap.fr/a-aah-suspendue-alors-que-retraite-pas-versee-34889.php#:~:text=Selon%20ce%20d%C3%A9cret%20de%20juin,R821%2D7%2D1)
38) https://informations.handicap.fr/a-aspa-aah-handicap-9547.php
39) Assurance retraite, Caisse nationale allocations familiales (2024). Circulaire. Objet: Passage à la retraite des assurés titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) à compter du 1er septembre 2023.
40) Decret n°2020-809 du 29 juin 2020 relatif aux conditions d'attribution automatique aux bénéficiaires de l'allocation aux adultes handicapés de leur pension de retraite
41) https://informations.handicap.fr/a-AAH-retraite-automatique-13046.php

한편, 연금정산이 신청할 필요 없이 자동으로 62세가 되기 6개월 전부터 진행된다고 하더라도 연금 지급 개시일이 늦춰지는 경우가 있다. 이러한 급여 지급 공백 상황을 위하여 연금 지급 전까지 AAH를 지급하고 추후에 연금액을 삭감시키는 조치를 취하고 있다(Article L821-1 du Code de la sécurité).

〈표 Ⅳ-83〉 소득보장제도 쟁점

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
은퇴연령에 도달할 경우 AAH 수급 자격 박탈 및 ASPA로 전환 문제	은퇴연령에 달한 경우 ASPA 수급자격에 해당	- ASPA는 수급자 사망 시 상속인에게 수급액을 상환하도록 요청하는 반면, AAH는 그렇지 않기 때문에 공정성에 문제가 있음 - 이러한 이유로 기존에 AAH를 수급받다가 ASPA로 전환이 된 경우 대부분의 경우 수급을 원하지 않는 경우가 많음 - 이에 2017년부터 중증장애인(장애율80%이상)인 경우에 한해서 은퇴연령에 도달하여도 ASPA로 전환되지 않음 - 중증장애인이 은퇴연금 수령자라면 연금액이 AAH 미만인 경우 AAH 최대금액을 초과하지 않는 한에서 중복수급이 가능함

(2) 일자리

프랑스는 장애인근로자인정시스템이 있기 때문에 이를 통해서 장애인 근로자 고용 의무(OETH)는 장애인근로자를 일반 노동시장의 공공 및 민간 고용주에게 통합시키는 것을 목표로 한다.

① 현황

가. 장애인 근로자 인정(Reconnaissance de la qualité de travailleur handicap, RQTH) 제도

RQTH제도는 장애인이 노동을 함에 있어 필요한 지원을 받을 수 있도록 하는 장치이다.

가) 신청

먼저 RQTH를 신청하기 위해서는 거주지 관할의 MDPH에 신청서(formulaire Cerfa n°15692*01), 의사소견서(certificat medical Cerfa n°15695*01) 및 증명서류를 제출한다. MDPH의 다학제팀에 의해서 신청인의 개별보상계획과 함께 RQTH 평가가 이루어지고 장애인 권리와 자립위원회(CDAPH)의 최종 판정이 이루어지면 결과가 우편으로 통보된다. 개별보상계획에서 신청인의 취업 유형, 즉 일반노동시장, 보호작업장으로의 취업을 제안하게 된다[42]. 보통 1~5년 기간이 주어진다.

(가) 보호작업장(ESAT)의 경우

ESAT은 일반 회사나 맞춤기업에서 근무가 불가능하거나 독립적인 업무를 할 수 없는 장애인에게 일자리를 제공하는 의료사회시설 및 서비스이다. 이에 따라 CDAPH는 비장애 근로자의 작업 능력의 1/3 미만인 경우 또는 작업 능력이 1/3 이상이지만 의학적, 교육적, 사회적 또는 심리적 지원이 필요한 경우 ESAT을 제안한다. 이를 통해서 일상적인 환경에서 직업활동을 수행하는데 어려움을 겪는 사람들이 사회적, 직업적 생활에 접근할 수 있도록 지원하는 것을 목적으로 한다. 특정 기업에서는 장애인 근무에 대해 충분한 지원이 이루어지는 경우가 있는데(맞춤 기업 등) 이런 경우 일반노동시장에서의 취업도 가능하다.

(나) 일반노동시장의 경우

일반노동시장은 장애인근로자가 원하면 취업이 가능하다. 직업적 통합이나 고용유지를 촉진시키기 위하여 고용주는 장애에 맞는 조치를 취해야 한다[43]. 아래 특정 조건에 해당되는 자는 RQTH가 자동으로 부여된다.

- 산업재해연금 수급자(영구적 불능 10% 이상)
- 장애연금 수급자
- 장애카드 소지자
- 성인장애수당(AAH) 수급자

42) https://www.francetravail.fr/actualites/le-dossier/pratique/emploi-et-handicap/conseils-pratiques/travailleur-handicape--un-accomp.html
43) https://www.francetravail.fr/actualites/le-dossier/pratique/emploi-et-handicap/conseils-pratiques/travailleur-handicape--un-accomp.html

나) 혜택

RQTH의 혜택은 다음과 같다.

- 장애인 권리 및 자립성 위원회(CDAPH)의 취업 지원 시설이나 서비스, 노동 시장 또는 직업 재활 센터에 대한 지침 제공
- 장애인근로자 고용의무 대상
- 특정 계약 채용을 통해 공무원 취업 용이
- Agefiph의 지원
- 해고 시 법적 통지 기간은 비장애인 근로자 보다 두 배 더 연장되지만 최대 3개월까지만 가능
- 고용 및 훈련 지원 조치, 다양한 취업지원(견습 계약, 단일 계약 삽입 등)에 우선적 접근 가능

다) 갱신

유효 기간 3개월 전 갱신 신청을 해야 하는데 보통 시간이 많이 걸리는 경우가 많았던 까닭에 고용계약에 차질이 생기는 문제가 발생하였다. 이에 따라 2018년 10월 5일 법령(décret n°2018-850 du octobre 2018)에 의해 갱신 판정이 나기 전까지 계속 근무가 가능하도록 하였다[44].

나. 장애인 근로자 고용 의무(Obligation d'emploi de travailleurs handicapés, OETH)

OETH는 1987년 7월 10일부터 실시되었으며 직원을 20인 이상 고용한 기업에 적용되며 기업의 전체 고용 인원의 6% 비율을 고용해야한다. 또한 매년 장애인 근로자 고용의무와 관련된 선언을 해야 한다. 이 의무를 이행하지 않는 경우 회사는 연간 기여금을 지불해야 한다.

가) 내용

직원을 20인 이상 고용한 기업에 적용되며 기업의 전체 고용 인원의 6% 비율을 고용해야한다. 해당 기업은 매년 장애인 고용 의무 신고서를 작성하여 장애인 근로자 수를 신고해야 하는데, OETH를 이행하지 않는 경우 사회보장기금(Urssaf)은 해당 기업에 기여금을 부과하여 징수하게 된다. 이 기여금은 최종적으로 장애인 고

44) https://travail-emploi.gouv.fr/la-reconnaissance-de-la-qualite-de-travailleur-handicape-rqth

용 개발을 지원하는 기관인 장애인 고용관리기금협회(Agefiph)에서 사용된다.

직원이 20명 미만인 기업은 OETH 적용을 받지는 않지만 매월 명목사회신고(déclaration sociale nominative, DSN) 플랫폼을 통해서 고용한 장애인근로자 수를 신고해야한다.

2020년 1월부터 고령장애인근로자의 취업을 장려하고자 프랑스 정부에서는 50세 이상 고령장애인근로자 전일제 고용의 경우 1명이 아니라 1.5명으로 간주된다[45].

나) 기업의 OETH 의무 이행

OETH는 모든 형태(정규직, 계약직, 임시직, 인턴, 전일제, 시간제 등)의 고용과 관련된다. 모든 장애인근로자 고용은 1인으로 계산되는 것이 아니라 노동시간에 비례하여 계산된다. 연간 장애인근로자 고용현황 신고는 4월 한 달 동안 DSN 플랫폼(https://www.net-entreprises.fr/tableau-de-bord-dsn/#lessentiel)에서 이루어지며 2023년의 상황을 2024년 4월에 작성한다. Urssaf는 직원이 20명 이상인 기업에 매년 3월 15일 이전에 직원과 관련된 다음 정보를 전송한다.

- 회사의 평균연간인력 또는 정규직인원
- 장애인고용의무(BOETH)를 이행해야하는 직원 수
- 회사에 고용된 장애인 고용의무(BOETH) 직원 수
- 특정 기술 조건이 필요한 근무직에 고용된 직원 수

다) 기여금

공제 전 연간 기여금은 다음 요소를 곱한 금액과 같다. 누락된 고용의무 수혜자 수(고용될 고용의무 수혜자 수와 실제로 고용된 수혜자 수의 차이)에서 다음 중 해당되는 사항을 곱한다.

- 직원 수가 20명에서 250명 미만인 경우 총 시간당 최저 임금의 400배
- 직원 수가 250명에서 750명 미만인 경우 총 시간당 최저 임금의 500배
- 직원 수가 750명 이상인 경우 총 시간당 최저 임금의 600배[46].

45) https://www.fiche-paie.net/page/declaration-des-travailleurs-handicapes-doeth-quelles-obligations
46) https://www.urssaf.fr/accueil/employeur/cotisations/liste-cotisations/contribution-annuelle-oeth.html

특히 3년 동안 장애인 고용을 위한 조치(단체협약, 장애인 고용, 맞춤기업과의 하청계약)를 이행하지 않은 고용주는 기여금이 더 높게 책정된다.

- 기여도 인상 = OETH로 고용해야하는 장애인근로자 수 × 시간당 최저 임금의 1500배

다. 프랑스 취업지원센터(France Travail-Cap emploi)

프랑스 취업지원센터인 는 2008년 12월 19일 설치된 공공기관이며 2024년 1월부터 고용센터(Pôle emploi) 이름을 대신하여 France Travail(프랑스 노동)으로 재명명 되었다[47]. 모든 구직자들의 취업지원서비스를 제공하며 장애인의 경우 센터 내 Cap-emploi에서 담당한다. France Travail로 재명명되기 전에는 비장애인 고용센터와 장애인 고용센터가 따로 분리되어 운영이 되었다. 그러나 장애인의 사회통합과 포용을 강조하는 사회 기조에 따라서 장애인의 일반노동시장 취업 접근성을 높이기 위하여 2024년부터 두 기관이 통합되어 운영되고 있다[48].

가) 장애인 구직자에 대한 Cap Emploi 임무

Cap Emploi의 임무는 2017년 11월에 협약을 맺음으로부터 시작되어 2020년부터 France Travail와 Cap emploi 간의 장애인 취업 및 고용주에 대한 서비스 통합이 확립되기 시작하였다. Cap emploi의 활동은 2020년 9월 4일 정부, France Travail, Agefiph, Fiphfp, Cheops와의 협약 내용에 속하게 되었다. 이로써 Cap emploi는 지역적인 범위에서 정부와 Agefiph, Fiphfp, France Travail 협약을 맺게 되었다. Cap emploi 네트워크는 이 네 기관이 국가 차원에서 관리한다. 지역 수준에서 장애인 고용 정책 관리는 노동청(DREETS/DEETS)이 관리하는 장애인근로자 통합을 위한 지역계획(Plan Régional d'insertion des Travailleurs Handicapés, PRITH)의 틀 내에서 이행되는데 Cap emploi 대표도 이에 참여한다. 장애인의 통합, 지속적인 고용 및 진로 확보와 관련된 모든 주제는 행위자간의 보완 논리와 수혜자에게 제공되는 서비스 개선의 논리에서 다뤄진다.

다음은 Cap emploi에서 행하는 임무이다.

47) https://www.francetravail.fr/actualites/le-dossier/pratique/emploi-et-handicap/conseils-pratiques/travailleur-handicape—un-accomp.html
48) https://travail-emploi.gouv.fr/cap-emploi

- 일반노동시장 기업 취업에 대한 정보 및 조언 제공
- 현재 노동시장에 재직중인 장애인근로자와 함께 직업개발계획서 작성 도움 서비스 제공
- 장애인 근로자의 고용 상실을 방지하기 위해 현 장애인 근로자와 함께 기업 내부 및 외부 직업 전환 계획서 작성 도움 서비스 제공
- 전문가와 함께 직업교육계획 개발 및 실행
- 구직 지원: 구직 리스트 제공, 자기소개서 작성, 취업 면접 훈련
- 첫 근무 시작 전 및 근무 적응 지원

나) 공공 및 민간 고용주에게 제공되는 서비스

공공 및 민간 고용주에게 제공되는 서비스의 내용은 다음과 같다.

- 장애인 고용의무, 재정지원 및 자문서비스에 대한 정보를 제공
- 일반노동시장 기업에서의 지속 가능한 직업적 통합을 위한 정보, 조언제공 및 지원
- 건강 및 장애와 근무상황의 불일치로 인해 실직 위험이 있는 자를 고용하기 위한 고용주 및 자영업자에 정보, 조언제공 및 지원
- 장애인 근로자의 실직을 방지하기 위한 내부 또는 외부 직업 전환계획 또는 전문성 개발 계획에 대한 정보, 조언제공 및 지원.
- 접근 가능한 직위를 식별하고 적합한 근무직 확인
- 직원 후보자 사전 선정 시 절차 지원
- 새로 확정된 직원의 근무환경 조건 마련 지원

취업을 위한 지원에서 Cap emploi의 임무는 장애인 구직자와 고용주의 요구에 보다 효과적으로 대응하기 위해 관습법 운영기관인 France Travail와 함께 보완적인 전문 지식을 바탕으로 운영된다. 취업된 후의 지원에서 Cap emploi의 임무는 관습법 행위자, 특히 직업 보건 서비스(Services de santé au travail) 및 사회보장 기관과 보완적으로 수행된다[49].

다) Cap emploi 네트워크

(가) 고용주에 대한 Cap emploi 서비스

Cap emploi는 민간 부분 뿐만 아니라 공공 부문(국가행정기관, 지방당국, 병원 공무원)의 고용주를 대상으로 한다. Cap emploi 네트워크 자문가가 각 지방정부에 상주한다. 이들은 장애인 직원의 채용, 통합 및 지속적인 고용에 대한 지원과

49) https://travail-emploi.gouv.fr/les-services-de-prevention-et-de-sante-au-travail-autonomes-et-interentreprises

조언을 제공한다. 공공 및 민간 고용주에게 무료로 제공되는 이 서비스는 프랑스 민간부문 장애인 고용관리기금협회(Agefiph), 공공부문 장애인 고용관리기금협회(FIPHFP), France Travail의 재정지원을 받는다.

(나) 장애인 구직자에 대한 Cap emploi 서비스

이 서비스는 장애로 인해 전문적이고 강화된 지원이 필요한 장애인(구직자, 직장인, 공무원, 자영업자)으로 인정받은 자들을 대상으로 한다. Cap emploi 네트워크의 자문가는 지방정부에 상주하면서 주제에 따라 직업발전회의, PMSMP(직업체험기간)과 같은 관습법의 조치 및 도구를 사용할 수 있으며, 외부 기관 또는 서비스 제공자(평가 센터, 교육 기관 등)에 도움을 요청할 수 있다. 이들은 직업 경로의 모든 단계에서 직업계획수립, 재정지원동원, 교육, 구직, 직업개발 및 전환, 채용 제안, 프로필 홍보, 통합, 후속 조치 회사와 지속적인 고용. 개인 맞춤형 지원과 조언을 제공한다. 이렇듯 Cap emploi는 완전히 개별화된 현지 서비스이다[50].

라. 장애인근로자 고용유지 장치: 장애부담인정(Reconnaissance de la Lourdeur du Handicap, RLH)

장애인 근로자를 고용함으로써 받게 되는 기업의 재정적 부담을 고려한 제도적 장치이며 동시에 이는 장애인근로자가 노동시장으로부터 이탈되는 것을 막아주는 고용유지장치이기도 하다. 기업의 고용주 뿐만 아니라 비임금생활자(자영업자)에게도 해당되는 것으로 장애가 기업의 생산활동에 주는 영향을 금전적으로 보상하는 제도이다.

장애인근로자의 근로환경 또는 역할 조정을 위한 지원이며, 조정 후에도 금액은 지속된다(예, 튜터 동반) 신청을 통해서 RLH를 인정받아야 하며 장애인민간고용관리기금협회(Agefiph)에서 지급된다.

가) 지원 금액

지원 금액은 일반 비율과 추가 비율 두 가지로 나뉜다. 기준은 기업이 부담해야 하는 금액에 따라 신청 시 아래 한도에 맞게 Agefiph에서 결정한다. (2024년 10월 기준)

50) https://travail-emploi.gouv.fr/cap-emploi

- 일반 비율(Taux normal): 연 시간당 최저임금의 550배 (11.65€ x 550= 6,407.50€)
- 추가 비율(Taux majoré): 연 시간당 최저임금의 1,095배(11.65€ x 1095= 12,756.75€)

나) 지급 기간

구체적인 지급기간은 아래와 같다.

- 신청서 제출 시 해당 장애인 근로자가 50세 이상인 경우, 근로자가 경제활동을 종료할 때 까지 지급된다.
- 신청서 제출 시 해당 장애인 근로자가 50세 미만인 경우, 근로계약 기간 최대 3년 동안 지급된다. 3년 안에 계약이 만료되어 계약연장을 하게 되는 경우 이전 계약을 합하여 3년 동안 지급된다.
- 장애인 근로자의 역할 재조정이나 장애 및 근로환경에 변화가 있는 경우 재평가 신청을 하여야하며 기존 지급은 종료된다.
- 계약이 만료되어 근로를 종료하거나 계약 기간 중 중단하는 경우 종료 및 중단하는 날짜에 지급은 종료된다.

다) 자격조건

구체적인 자격조건은 아래와 같다.

- 신청인: 공업 및 상업 공기업 및 사기업의 고용주 또는 자영업자 및 장인 (비임금 장애인근로자)
- 지원 적용 대상: 장애인근로자자격인정(RQTH) 및 RQTH에 상응하는 자.
- 지원에 적용되는 대상의 근로 상황: 노동의로부터 근로부적격 진단을 받지 않은 임금근로자

라) 최적의 조정(l'aménagement optimal)

첫째, 근로 환경과 역할에 대한 최적의 조정이다. RLH를 신청 하기 전에 대상자의 근로 환경과 역할에 대하여 노동의가 권고한 최적의 조정이 이루어져야 한다. 조정에 대한 상세한 사항을 작성한다(조정 유형, 행한 조정의 자세한 내용, 행한 날짜 등에 대한 증명서류제출).

둘째, 노동의 소견이다. RLH 신청 시 노동의 소견서를 제출해야 한다. 항목으로는 대상자의 근무역할, 업무에 대해 장애로 인한 제한 사항, (이미 행했거나 행해야 할) 대상자가 겪는 제한과 관련하여 업무편성조정, 시간조정, 장비조정으로 구성되어있다.

마) 재정적 부담

첫째, 재정적 부담은 다음과 같다.

- 대상자의 장애와 관련되어야 한다.
- 근로 환경 및 역할에 대하여 최적의 조정이 이루어진 후에도 지속적으로 필요한 사항이어야 한다.
- 기업이 지속적으로 비용을 부담해야 하는 사항이어야 한다.
- 비용을 증명할 수 있는 사항이어야 한다.

둘째, 인정되는 부담 유형은 다음과 같다.

- 생산성이 있어야 한다.
- 대상자가 다른 업무를 수행할 수 없는 상황인 경우 주어진 역할을 이행하기 위하여 활동동반인고용이 필요한 경우에 해당한다.
- 주어진 전문적 역할을 이행하기 위하여 직업적 튜터 고용(이 때 역시 절대적으로 장애를 보상하기 위한 목적이어야 함)이 필요한 경우에 해당한다.
- 기타 장애로부터 기인하여 기업에서 부담해야 하는 사항들이어야 한다.

바) RLH 인정 금액 계산

월 단위로 지급되는 금액이 계산되며, 인정 금액은 다음과 같다.

- 생산성 상실, 즉 대상자가 장애로 인하여 근로할 수 없는 시간과 시간당 책정된 보수, 활동동반인이나 튜터 도움 시간
- 활동동반인이나 튜터 고용에 소요되는 금액
- 기타 대상자의 장애와 관련되어 소요되는 금액

[예]
- 업무 1: 대상자가 일을 하지 못하는 시간이 월 10시간이고 시간당 보수가 13유로인 경우 10 X 13 = 130 유로
- 업무 2: 튜터 고용 시간이 5시간이고 시간당 보수가 15유로인 경우 5 X 15 = 75유로
- 업무 3: 활동동반인 고용 시간이 5시간이고 시간당 보수가 14유로인 경우 5 X 14 = 70유로
- 업무 4: 장애를 보상하기 위한 장비를 연 120유로로 대여하는 경우, 월 10유로 책정
  → 총 월 RLH 지급 금액은 285 유로로 책정되며 연 3 320유로

사) RLH 지급

첫째, 일반 비율(taux normal)은 임금생활자인 경우 대상자에 대해 부담하는 금액이 연 근로 1,607 시간에 대한 시간당 최저임금의 20% 이상이며, 근로계약에 명시된 근로 시간이 최소 1,607 시간인 경우 또는 비임금생활자인 경우 대상자에 대해 부담하는 금액이 1,607 시간에 대한 최저임금의 20% 이상인 경우 해당된다.

둘째, 추가 비율(taux majoré) : 대상자에 대해 부담하는 금액이 연 근로 1,607 시간에 대한 시간당 최저임금의 50% 이상인 경우[51]이다.

RLH 지급 신청은 기업의 Agefiph 담당부서가 있는 경우 신청서류를 제출하거나 Agefiph에 직접 우편으로 신청서류를 제출하거나 또는 Agefiph 의 웹사이트에서 신청할 수 있다.

마. 기타 장애인 및 노인 취업 지원 제도

〈표 Ⅳ-84〉 기타 장애인 및 노인 취업 지원제도

유형	내용
45세 이상의 고용 전문화 계약 보조금 지원 (Aide à l'embauche d'un demandeur d'emploi de 45 ans et plus en contrat de professionnalisation)	전문화계약은 취업이 어려운 자인 RSA(기초생활수급자), AAH(성인장애수당) 수급자들을 위한 정부의 고용지원 조치로서 대상자는 직업훈련센터에서 교육을 받으면서 기업체에서 근무하는 형태를 취한다. 연령은 16세 이상이어야 하며 계약직(최대 36개월, 한번 갱신가능), 정규직(계약직 후 정규직 전환) 형태의 노동계약을 취하며 급여액의 경우 16세 이상-21세 미만인 경우 교육수준이 고등학교미만인 자는 월 971.81유로(최저임금의 55%), 고등학교 이상인 자는 월 1,148.50유로(최저임금 65%)를 월급으로 받는다. 21세이상 26세미만인 자는 교육수준이 고등학교 미만이라면 1,236.85유로(최저임금 70%), 고등학교이상이라면 1,413.54유로이다. 26세 이상인 경우 1766.92유로(최저임금의 85%)이다[52]. 한편, 정부는 고령자 취업 증진을 위하여 45세 이상인 자에 대해서 따로 추가 지원 조치를 설치하였다. 2011년 5월 16일 전문화 계약에 대한 법령(Décret n°2011-524 du 16 mai 2011)에 의거하여 고용주는 정부로부터 45세 이상의 근로자를 전문화 계약으로 고용하는 것에 대해 France Travail를 통해 보조금을 신청할 수 있다. - 조건 • 고용주는 노동법전 제 6325조 제1항-제5항에 의거한 전문화 계약의 차원에서 45세 이상인 자를 채용한다. • 2011년 3월 1일부터의 계약에 적용된다.

51) 노동법 규칙 제5213조 제45항, 제49항(articles R5213-45 et R5213-49 du code du travail)
52) https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15478

유형	내용
	• 고용주는 노동법전 제1233조 제3항에 근거하여 전문화 계약을 체결하기 6개월 전에 경제적 이유로 해고를 진행하지 않아야한다. • 계약된 직원이 계약 전 6개월 동안 기업의 소속이어서는 안된다. • 다른 고용지원과 중복 가능하다. - 금액 • 총 2,000유로 지급됨. 계약된 직원의 근무 3개월째에 고용주에게 1000유로 지급이 되며 근무 10개월째 나머지 1000유로가 지급된다. 시간제 근무의 경우 노동시간에 따라 지급된다. - 절차 • 고용주는 45세 이상의 직원을 전문화계약으로 고용한 후 계약 3개월째에 France travail에 보조금을 신청한다[53].
시니어 계약직 (CDD Senior)	57세 고령자의 취업지원조치로서 2005년 10월부터 시행되었다. 동 제도는 기업의 입장에서 고령자를 정규직으로 채용하기애매한 상황이므로 동 제도가 기업의 부담을 해결해줄 수 있으며 고령자의 경우 취업의 어려운 상황에서 근무를 하게 됨으로써 최대 3년간 보험료 납부를 할 수 있어 연금수령액을 증가시킬 수 있다. - 민간부문 기업에서 시니어 계약직 고용이 가능하다. - 대상자 조건은 57세 이상이어야 하며 France Travail에 3개월 이상 이전에 등록되어 구직상태이거나 기업의 경제적인 이유로 해고 대상에 지정된 자이어야 한다. - 시니어계약직은 최대 18개월 가능하며 한 번 갱신이 가능하다. 총 3년을 초과해서는 안된다. - 시니어계약직의 법적 강령은 일반노동법전의 계약직에 대한 법령에 따른다[54]. - 월급의 경우 시범기간 후 기업의 정규직과 동등한 급여를 지급해야한다. - 계약기간이 만료되면 퇴직금을 지급한다.
단일 고용 계약 (Contrat unique d'embauche)- Contrat unique d'insertion, CUI-Parcours emploi compétences, PEC)	취업이 용이하지 않은 자(장애인 및 고령자)의 취업지원을 받는 자와 이에 대한 재정지원을 받는 고용주 사이에 체결하는 노동계약을 말한다. 비영리 부문과 영리부문을 기준으로 유형이 나뉘는데 각각 살펴보면 다음과 같다. - 기술고용경로(PEC) • PEC은 비영리, 공공, 협회 부문에서 계약직 차원에서 이루어진다. PEC는 주관자, 고용주, (미래의)피고용인이 서명 시 삼자가 함께 모여 인터뷰를 진행한다. 계약 기간 동안 지속적으로 모니터링을 하며 계약 만료 1~3개월 전 대상자이 원하면 다시 삼자가 모여 계약만료 인터뷰를 진행한다.

53) https://travail-emploi.gouv.fr/laide-lembauche-dun-demandeur-demploi-de-45-ans-et-plus-en contrat-de-professionnalisation

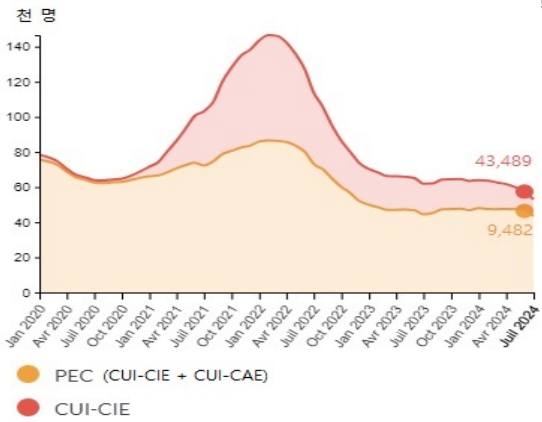
54) https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15759

유형	내용
	• PEC 대상으로는 장기실업자, 고령자, 장애인근로자, 기초수급자(RSA), 성인장애수당(AAH) 수급자이다. • 일반적인 경우 최소 6개월에서 최대 2년 계약을 맺는 반면 50세 이상인 경우 계약직, 정규직 모두 가능하며 계약직인 경우 최대 5년 계약을 맺을 수 있으며 58세 이상인 경우 은퇴연령까지 계약이 가능하다. 장애인근로자인정을 받은 자의 경우 계약직, 정규직이 가능하며 최대 5년 계약을 맺을 수 있다. • 대부분의 경우 France Travail, Cap emploi에서 신청하고 관리받게 된다. • 노동시간은 주 최소 20시간이며 장애인의 경우 조정이 가능하다. 임금의 경우 최저시급인 11.65유로이며 직업활동을 위한 개인담당자가 관리하며 대상자가 고용된 기업의 튜터가 여러 가지 조언 및 도움을 준다. • 고용주는 직업교육을 제공하고 검증할 의무가 있으며 피고용인은 직업훈련을 통해 근무지 이동 또는 승진을 할 수 있다. • 계약 만료 1개월 전 고용주는 대상자에게 직업경력증명서를 배부한다. - 고용계획계약(Contrat initiative emploi, CIE) • CIE는 프랑스령 영토 또는 지방정부에 의해서 연간재정지원을 받는 지역만 가능하며 상공업 부문에 해당한다. • 일반적인 경우 최소 6개월부터 최대 2년(갱신 포함)까지 계약직 또는 정규직이 가능한 반면 50세 이상인 경우 최대 5년까지 계약직 또는 정규직이 가능하며 58세 이상인 경우 은퇴연령까지 연장해서 계약이 가능하다. 장애인근로자인 경우 최대 5년 계약직 또는 정규직이 가능하다. • CIE 대상으로는 장기실업자, 고령자, 장애인근로자, 기초생활수급자, 성인장애수당(AAH) 수급자이다. • 대부분의 경우 France Travail, Cap emploi에 신청하고 관리받게 된다. • 노동시간은 주 최소 20시간이며 장애인의 경우 조정이 가능하다. 임금의 경우 최저시급인 11.65유로이며 직업활동을 위한 개인담당자가 관리하며 대상자가 고용된 기업의 튜터가 여러 가지 조언 및 도움을 준다. • 고용주는 직업교육을 제공하고 검증할 의무가 있으며 피고용인은 직업훈련을 통해 근무지 이동 또는 승진을 할 수 있다. • 계약기간 만료 1개월 전 고용주는 대상자에게 직업경력증명서를 배부한다[55].

55) https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F21006

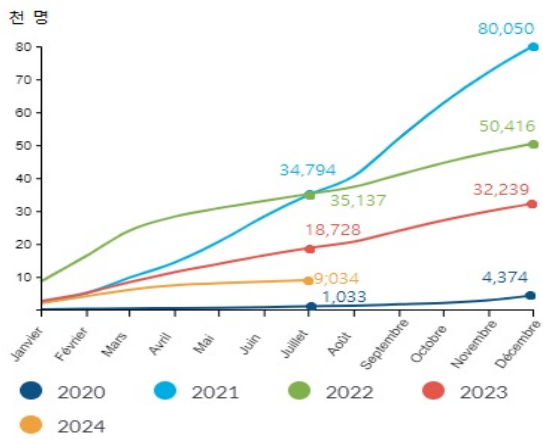
가) 수급자 비율

56)



[그림 Ⅳ-10] PEC et CUI-CIE 수혜자 수

57)



[그림 Ⅳ-11] CUI-CIE 수혜자 수(수급시작+ 갱신 수)

56) 자료출처 : ASP ; traitement Dares ; Parcours emploi compétences - stocks, Contrat unique d'insertion - contrat initiative emploi (CUI-CIE) - stocks; https://poem.travail-emploi.gouv.fr/synthese/contrats-aides-pec-cui-cie#:~:text=Le%20nombre%20de%20b%C3%A9n%C3%A9ficiaires%20d'un%20CUI-CIE%20s',et%204%20400%20en%202020

57) 자료출처 : ASP ; traitement Dares ; Contrat unique d'insertion - contrat initiative emploi (cui-cie) - entrées ; https://poem.travail-emploi.gouv.fr/synthese/contrats-aides-pec-cui-cie#:~:text=Le%20nombre%20de%20b%C3%A9n%C3%A9ficiaires%20d'un%20CUI-CIE%20s',et%204%20400%20en%202020

〈표 Ⅳ-85〉 장애개념에 따른 취업 장애인구 사회학적 특성

(단위: %, 천 명)

구분		좁은 의미의 장애인			넓은 의미의 장애인			전체 인구		
		2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
인원 수(명)		955	1,103	1,118	2,570	2,939	3,393	26,562	27,274	27,816
계		100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
성별	남성	51.0	46.0	47.0	46.0	45.0	46.0	51.0	51.0	51.0
	여성	49.0	54.0	53.0	54.0	55.0	54.0	49.0	49.0	49.0
연령	15 - 24세	3.0	3.0	4	4.0	4.0	5	8.0	9.0	10
	25 - 39세	20.0	20.0	19	21.0	22.0	21	35.0	34.0	34
	40 - 49세	32.0	27.0	28	29.0	26.0	27	27.0	26.0	25
	50세 이상	45.0	50.0	49	46.0	48.0	47	30.0	31.0	31
직급	농부, 장인, 상인, 사업자	6.0	5.0	6	8.0	7.0	8	8.0	8.0	8
	고위 간부직	11.0	10.0	10	13.0	13.0	14	20.0	22.0	22
	중간 관리직	22.0	21.0	22	24.0	22.0	22	26.0	25.0	25
	사무직	33.0	35.0	35	32.0	33.0	31	26.0	26.0	26
	노동직	28.0	29.0	27	23.0	25.0	25	19.0	19.0	19
근로 시간	전일제	68.0	66.0	67	73.0	73.0	75	83.0	83.0	83
	시간제	32.0	34.0	33	27.0	27.0	25	17.0	17.0	17

주: 1) 넓은 의미의 장애인: 행정적으로 인정을 받은 장애인구를 포함하여 한 가지 이상의 건강 문제로 인하여 지속적으로(6개월 이상) 일상생활이나 직업적으로 제한을 주는 이동의 어려움을 겪거나 특정 작업수행의 어려움 등을 겪고 있는 인구

2) 좁은 의미의 장애인: 행정적으로 인정받은 장애 인구를 의미하며, 편의상 좁은 의미로 명명함

대상: 시설 거주자를 제외한 프랑스 메트로폴리탄 일반 가구 거주자 15~64세 인구 대상

출처: INSEE, 2020~2022, 「고용, 실업, 노동급여」

원자료: Insee, 2020, 2021, 2022년 고용 조사

〈표 Ⅳ-86〉 경제활동참여율, 고용률 및 실업률

(단위: %)

구분	좁은 의미의 장애인			넓은 의미의 장애인			전체 인구		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
경제활동률	42.0	44.0	44.0	52.0	55.0	58.0	71.0	73.0	74.0
고용률	36.0	38.0	38.0	45.0	49.0	52.0	65.0	67.0	68.0
실업률	14.0	15.0	12.0	12.0	12.0	11.0	8.0	8.0	7.0
인구수 (천 명)	2,660	2,913	2,912	5,649	6,000	6,533	40,692	40,559	40,820

주: 1) 시설 거주자를 제외한 프랑스 메트로폴리탄 일반 가구 거주자 15~64세 인구 대상
2) 경제활동률 : 해당 연령층 인구 대비 직업 활동중이거나 실업중인 인구 수의 비율
3) 고용률: 해당 연령층 인구 대비 직업활동중인 인구 수의 비율
4) 실업률: 세계노동기구(BIT)의 의미로 해당 연련층의 직업 활동중이거나 실업중인 인구 대비실업중인 인구 수의 비율

출처: INSEE, 2020~2022, 「고용, 실업, 노동급여」
원자료: INSEE, 2020년, 2021년, 2022년 고용조사자료

〈표 Ⅳ-87〉 장애인근로자 구직자 성별 및 연령별 연도별 변화

(단위: 명, %)

구분		2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023
전체 구직자		5,846,527	5,989,614	5,764,446	5,781,100	6,074,698	5,816,139	5,314,892	5,449,253
장애인 구직자		489,360 (8.4)	513,505 (8.6)	513,450 (8.9)	495,676 (8.6)	476,853 (7.8)	482,373 (8.3)	460,131 (8.7)	474,413 (8.7)
성별	남성	54.0	53.0	52.0	51.0	51.0	50.0	50.0	49.0
	여성	46.0	47.0	48.0	49.0	49.0	50.0	50.0	51.0
연령별	50세 미만	52.0	51.0	51.0	50.0	49.0	49.0	48.0	50.0
	50세 이상	48.0	49.0	49.0	51.0	51.0	51.0	52.0	50.0

주: 프랑스 구직센터에 등록된 장앵인 고용의무자격인구 카테고리 A, B, C 대상
출처: AGEFIPH, 2016~2023, 「장애인과 고용」
원자료: 프랑스 구직센터 (Pôle emploi). Insee

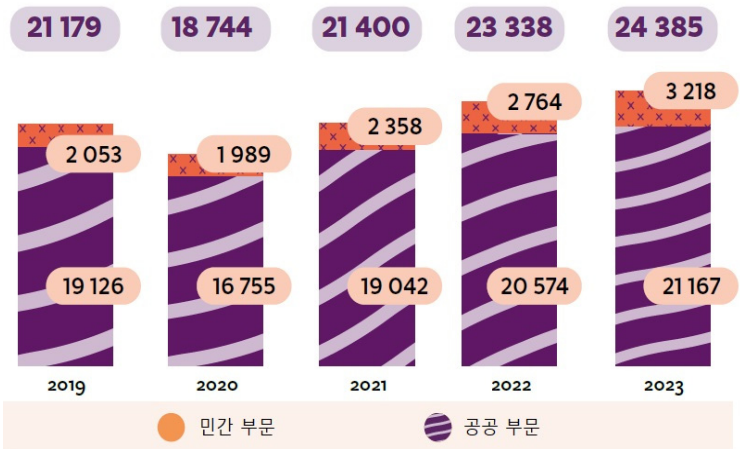
〈표 Ⅳ-88〉 고용의무 기업체의 장애인구 근로자 및 근로자 인정 방식에 따른 근로자 수

(단위: 개소, 명, %)

구분		2020	2021(p)	2022(p)
고용의무 기업체 수		107,800	107,900	111,300
전체 고용의무 기업체 전일제로 고용된 전체 인구 수		12,179,100	12,084,100	12,331,900
고용의무제 기준 원칙에 따라 기업체가 고용해야 하는 장애 인구 수		677,700	672,100	685,300
요구되는 장애인 고용률(%)		5.6	5.6	5.6
고용의무 기업체 (전체)	실질적으로 고용된 장애인 근로자 수	627,100	638,400	657,400
	전일제 장애인 근로자 수	416,200	429,300	432,600
	전일제 장애인 근로자 비율	3.4	3.5	3.5
	가산이 붙은 전일제 장애인 근로자 수	530,800	549,300	554,700
	가산이 붙은 전일제 장애인 근로자 비율	4.3	4.5	4.5
전체 기업체 고용의무 직접 달성율(%)		78	81	81
고용의무 직접달성 기업체 분포	0%	34	31	31
	1% ~ 24%	10	9	9
	25% ~ 49%	10	10	10
	50% ~ 74%	11	11	11
	75% ~ 99%	9	10	10
	100% 이상	26	29	29

주: 1) 기업체는 프랑스 전체. 20인 이상 고용된 산업, 상업 관련 민간, 공기업을 의미함
2) 근로자는 기업체를 통해 고용된 근로자 대상임. 즉 하청업체, 인턴 등은 해당되지 않음
3) 기업체의 장애 인구에 대한 고용의무 장애인구 수는 기업체 고용 인구 수 정원의 6.0%임. 일반적으로 6.0%가 유지되지만, 소수점 첫째자리에서 반올림하는 과정에서 비율이 낮아질 수 있음. 예를 들면 33인 근로자를 고용하고 있는 기업의 경우 6.0% x 33명 = 1.98명 이지만 소수점 자리를 빼면 1명으로, 1명(3%)을 의무고용 수로 인정하게 됨
4) 50세 이상 장애인 근로자 전일제 고용 시 1.5명으로 간주함
5) 2021년과 2022년 자료는 임시통계(P)임.

출처: DARES. 2022, 「장애인 근로자 고용 의무」
원자료: Agefiph-Dares, DOETH. traitements DARES



[그림 Ⅳ-12] Cap emploi의 취업 및 고용유지 지원을 받은 자 현황

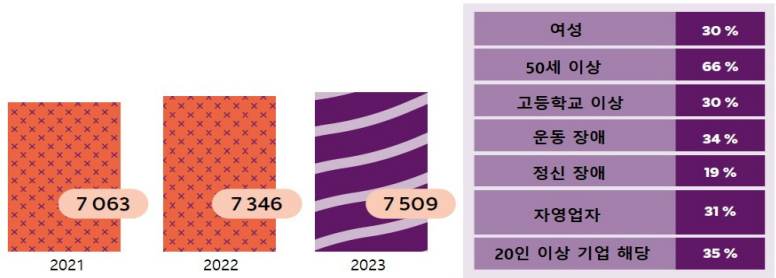
자료출처: Agefiph (2023) Emploi et chômage des personnes handicapées, Tableau de bord, Année 2023, Observatoire de l'emploi et du handicap.

〈표 Ⅳ-89〉 Cap emploi의 취업 및 고용유지 지원을 받은 장애인근로자 특징

(단위: %)

	2020	2021	2022	2023
여성	51	51	51	61
50세 이상	46	46	46	47
고등학교 졸업	53	58	60	64
고위간부	-	-	-	10
10년 이상 재직	-	-	-	49
운동장애	-	57	58	58
청각장애	-	14	12	12
불능 질환	-	19	19	19

출처: Agefiph (2020-2023) Emploi et chômage des personnes handicapées, Tableau de bord - Année 2023, Observatoire de l'emploi et du handicap



[그림 Ⅳ-13] RLH 수혜자 수

자료출처: Agefiph (2023) Emploi et chômage des personnes handicapées, Tableau de bord – Année 2023, Observatoire de l'emploi et du handicap.

② 쟁점

프랑스의 경우 연령에 상관없이 은퇴연령 이후에도 취업지원을 받을 수 있으므로 은퇴연령에 달한 고령장애인이 경제활동을 계속 하고자 하는 경우라면 정부 조치상 France Travail와 Cap emploi에서 취업지원을 받을 수 있으므로 제도상 장애가 된다고 보기는 어렵다. 또한 프랑스는 최근 고령자 취업 지원을 강화하는 추세인만큼 고령장애인 취업지원도 하고 있는데 이는 AAH 수급자의 노동권을 강화하고자 하는 것으로 이는 다음과 같다.

가. AAH 수급자 퇴직 연령 이후 경제활동을 계속하는 경우 AAH 수급자격 유지의 문제

AAH 수급자는 퇴직연령이 되면 자동으로 은퇴연금자로 전환이 되어 은퇴연금을 수령받고 그 금액이 AAH 최대금액보다 적은 경우 AAH 금액까지만 중복수급이 가능했다. 노동을 계속 하고자 하는 경우 은퇴연금으로 전환이 되지 않기 때문에 자동으로 AAH 수급권이 사라지는 것으로 이렇게 되면 노동을 할 권리가 사라지는 셈이다. 그러나 2024년 금융법(l'article 254 de la loi finances) 개정에 따라. 늦어도 2024년 12월 1일부터(법령 예정), 장애율 80% 이상의 장애인에 대해 AAH 수급자이면서 퇴직연령(62세)에 도달했음에도 불구하고 계속 일하고자 하는 경우 67세 까지 노동을 하면서 AAH 수급자격을 유지하면서 노동을 할 수 있도록 하였다[58]. 단 총 소득이 AAH 금액을 초과하게 되면 초과하는 만큼 AAH 급여

58) https://www.justice.fr/fiche/handicap-complement-ressources-existe-toujours

액이 감소하게 된다. 그러나 부양할 자녀가 있는 경우에는 총 소득이 AAH 급여액의 50%까지 초과할 수 있기 때문에 유리하다고 할 수 있다[59].

〈표 Ⅳ-90〉 일자리 쟁점

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
AAH 수급자 퇴직 연령 이후 경제활동을 계속하는 경우 AAH 수급자격 유지의 문제	은퇴연령에 도달하면 은퇴연금 수령자로 전환이 되어 AAH는 보충급여로서의 기능을 함. 즉 연금액이 AAH 급여액에 미치지 못하는 경우 AAH 최대금액을 초과하지 않는 한에서 보충액 지급. 은퇴연금 수령자는 경제활동을 할 수 없음	장애율 80% 이상인 AAH 수급자가 은퇴연령 도달 시 노동을 계속 하고자 하는 경우 AAH 최대금액 내에서 노동급여와 AAH 급여액 중복 수급 가능. 이는 AAH장애인의 노동욕구에 부합하고 경제적 활성화에 기여하는 효과가 있음

(3) 돌봄 (재가서비스)

장애인의 돌봄서비스는 장애보상수당(Prestation de compensation du handicap, PCH)이 운영되며 노인의 돌봄서비스는 개별자립수당(Allocation personnalisée d'autonomie, APA)이 있다.

① 현황

가. 장애보상수당(Prestation de compensation du handicap, PCH)

PCH는 2005년 2월 11일 장애인법 개정으로 인해 2006년 1월 시행된 제도이다. 프랑스는 1975년 장애인법을 근거로 제3자수당(ACTP)이라는 이름으로 인적서비스를 제공하고 있었다. 2005년 장애인 법은 장애인의 삶의 방식에 대한 선택권을 넓혀 사회참여를 도모하고자 하는 목적을 강조하고 있는데 이에 따라 인적서비스뿐만 아니라 장애인의 상황에 맞는 일상생활 욕구사항을 충족시키는 다양한 서비스가 추가되었다[60]. 이에 따라 PCH는 장애로 인하여 지출하는 비용에 대한 지원 목적을 지니고 있다.

59) https://www.la-retraite-en-clair.fr/parcours-vie-retraite/handicap-invalidite-retraite/on-cumuler-pension-retraite-allocation-adulte-handicape-aah

60) 전지혜, 김민, 김용진, 김현승, 오윤지, 윤민석, 최은희 (2022) 장애인활동지원 이용 및 운영 현황 분석 연구, 보건복지부, 인천대학교

가) 선정 기준

첫째, 소득기준이다. PCH는 수급자격을 얻기 위한 소득의 한도는 존재하지 않고 소득 기준에 의해서 급여의 완전 지원, 부분 지원으로 나뉜다.

- 연 소득이 28,621.40유로 이하인 경우 PCH 급여 100% 지원
- 연 소득이 28,621.40유로 초과인 경우 PCH 급여 80% 지원

둘째, 연령기준이다. 20세 이상인 자가 해당된다. 예외적으로 20세 미만인 경우 장애아동교육수당(AEEH) 수급자이어야 한다.

셋째, 거주기준이다. 프랑스에 정기적으로 거주해야 한다. 단, 거주지 근처에 시설 입소가 불가능한 경우 프랑스 인근 유럽국가(벨기에, 룩셈부르크, 독일, 스위스, 이탈리아, 스페인)의 거주시설에 입소한 경우에도 PCH 급여 수급이 가능하다.

넷째, 장애기준이다. 다음 두 가지 중 한 가지에 해당되어야 하는데, 일상적 중요 활동의 수행에 절대적 어려움이 있는 경우(절대적 어려움이란 혼자서 전혀 특정 행위를 할 수 없는 경우를 뜻함)나, 일상적 중요 활동에 두 가지 이상의 심각한(grave) 어려움이 있는 경우(심각한 어려움이란, 해당 활동을 혼자서 수행하는데 어려움이 있는 경우를 뜻함) 가능하다.

〈표 Ⅳ-91〉 일상적 중요 활동

항목	행위
이동	- 서있기 - (한쪽에서 다른 쪽으로) 이동하기 - 걷기 - 이동하기(실내 또는 실외이동, 교통수단 이용 포함) - 자주 사용하는 쪽의 손(예: 오른손)으로 잡기 - 자주 사용하지 않는 쪽의 손(예: 왼손)으로 잡기 - 정교한 운동 활동
자기관리	- 씻기 - 대소변 및 청결관리 - 옷 입기/벗기 - 식사하기 (먹고 마시기)
의사소통	- 말하기 - 듣기(소리를 받아들이고 이해하기) - 보기(구별하기, 동일시하기) - 의사소통 장치 및 기술 사용하기

항목	행위
행동조절	- 시간 파악하기 - 공간 파악하기 - 자신의 안전 제어하기 - 행동조절하기 - 다양한 업무 수행하기

나) 급여유형

PCH는 인적 서비스, 장애인용품, 자택개조, 교통지원, 특정비용 및 예외비용, 동물(안내견) 총 6가지 유형에 대하여 급여가 지급되는데, 개별 상태에 따라 급여액이 다르게 책정된다. PCH가 지원하는 급여 유형을 살펴보면 다음과 같다[61].

(가) 인적 서비스

인적서비스의 경우 총 네 가지 방식이 있는데 유형 방식에 따라 급여액이 다르게 책정된다. 직접고용(Emploi direct)은 시간당 15.74유로, 대리고용(Mandataire) 17.31유로, 재가서비스기관이용(Prestataire) 22유로, 가족 부양자(Aidant familial) 4.24유로이며 기관절대튜브환자인 경우 각각 추가로 더 지급된다. 장애인의 가족부양자가 돌봄을 위해 경제활동을 하지 않는 경우 가족부양자 유형을 선택하여 급여를 받을 수 있다.

〈표 Ⅳ-92〉 PCH 인적서비스 지원

구분	완전 지원	부분 지원
직접고용	시간당 15.74€ 또는 기관절개튜브 환자인 경우 시간당 16.97€	완전 지원 금액의 80%
서비스 기관을 통한 고용 (대리고용)	시간당 17.31€ 또는 기관절개튜브 환자인 경우 시간당 18.66€	완전 지원 금액의 80%
재가서비스 기관 이용	시간당 22€ 또는 서비스 제공자와 부서 간에 설정된 금액 한도 내에서	완전 지원 금액의 80%
가족 부양자	시간당 4.24€ 또는 가족부양자가 직장을 아예 그만둔 경우 시간당 6.36€	완전 지원 금액의 80%

61) https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202

(나) 장애인 용품

장애인 용품의 대여 및 구입을 위한 비용을 지원한다(예, 휠체어). 공식적 지원 목록에 등록된 품목과 그렇지 않은 품목에 대한 지원 급여가 다른데, 지원 목록에 속한 용품의 경우 13,200유로 한도내에서 100% 환급이 가능하고, 목록에 속하지 않은 용품에 대해서는 80% 환급이 된다. 목록에 대해서는 건강보험기금에 문의를 해야한다.

〈표 Ⅳ-93〉 PCH 장애인용품 지원

	완전 지원	부분 지원
목록에 속한 장애인용품	10년 동안 13,200€ 한도내 100% 지원	10년 동안 13,200€ 한도내 80% 지원
목록에 속하지 않은 장애인용품	10년 동안 13,200€ 한도내 75% 지원	10년 동안 13,200€ 한도내 75% 지원

(다) 자택 개조 지원

자택 개조의 경우 대상자의 장애 유형에 맞게 집안을 개조하는 비용을 지원한다. 자가이거나, 그렇지 않은 경우 대상자(또는 배우자)의 직계존속을 비롯하여 4촌의 자택에 거주하는 경우 지원받을 수 있다. 또한 개조가 불가능하여 알맞은 곳으로 이사를 가기로 결정한 경우 10년 내 3,000유로 한도 내에서 지원한다.

〈표 Ⅳ-94〉 PCH 자택개조지원

	완전 지원	부분 지원
1,500€ 이하	10년 동안 10,000€ 한도내 100% 지원	10년간 10,000€ 한도내 80% 지원
1,500€ 초과	10년 동안 10,000€ 한도내 50% 지원	10년간 10,000€ 한도내 50% 지원

(라) 교통 지원

교통 지원은 자차 개조 및 이동 관련 부수적 지출비용 지원을 의미한다. 자차 개조의 경우 '맞춤 좌석에서의 제한적 운전 가능 허락증'이 있어야 한다. 이동관련 부수적 지출비용지원은 정기적, 비정기적으로 주행하는 경우 지원을 받을 수 있다.

자택과 의료사회시설 사이의 왕복 이동 시 또는 일반적인 주행거리가 50km를 초과하는 경우 부수적 비용에 대한 지원을 한다.

〈표 Ⅳ-95〉 PCH 교통지원

	완전 지원	부분 지원
자동차 개조비용 1,500€ 이하	100% 지원	80% 지원
자동차 개조비용 1,500€ 초과	10년 동안 1,000€ 한도내 75% 지원	10년 동안 1,000€ 한도내 75% 지원
자차 이용 추가비용	km당 0.50€ 한도로 5년동안 24,000€ 한도내 100% 지원	km당 0.50€ 한도로 5년동안 24,000€ 한도내 80% 지원
자차 외 교통수단이용 추가비용	10년 동안 10,000€ 한도내 75% 지원	10년 동안 10,000€ 한도내 75% 지원

(마) 특정비용지원(Aides spécifiques) 및 예외비용지원(Aides exceptionnelles)

특정비용지원은 장애와 관련하여 영구적이고 예측 가능한 사항에 대한 비용지원으로, PCH에서 지원하지 않는 사항에 대해 장애로 인해 지출하게 되는 비용지원이다 (예: 휠체어 유지 비용). 예외비용지원은 PCH에서 지원하지 않는 사항에 대해 장애로 인해 일회성으로 지출하게 되는 비용지원이다 (예: 의료용 침대 수리 비용).

〈표 Ⅳ-96〉 특정비용지원 및 예외비용지원

지원 유형	지원 정도
특정비용지원	월 100€ 한도에서 75% 지원
예외비용지원	10년 동안 6,000€ 한도내에서 75% 지원

(바) 안내견 지원

전문교육자에게 교육을 받은 안내견 및 안내견 관리 지출비용지원이다. 10년 동안 6,000유로 한도내에서 완전 지원의 경우 100% 지원, 부분 지원인 경우 80% 지원한다.

다) 수급자 비율

ACTP, PCH 수급자 수는 다음과 같다.

〈표 Ⅳ-97〉 ACTP, PCH 수급자 수 연간 변화

연도	수급자 수		
	ACTP	PCH	합계
2000	141,820	-	141,820
2001	129,340	-	129,340
2002	126,710	-	126,710
2003	128,270	-	128,270
2004	132,860	-	132,860
2005	136,520	-	136,520
2006	131,160	7,180	138,340
2007	119,520	40,230	159,750
2008	109,960	80,180	190,140
2009	99,760	120,070	219,830
2010	91,590	154,470	246,060
2011	87,120	184,890	272,010
2012	81,560	208,770	290,330
2013	76,400	230,520	306,920
2014	72,420	251,060	323,480
2015	68,570	271,030	339,600
2016	65,160	284,090	349,250
2017	61,350	298,450	359,800
2018	58,250	314,860	373,110
2019	55,000	333,000	388,000
2020	52,000	347,000	299,000
2021	49,000	367,000	416,000
2022	47,000	383,000	430,000

범위: 프랑스 매트로폴리탄, 프랑스령 해외영토 DROM(Mayotte 제외) 2000년도 이후 12월 31일 기준
출처: DREES, Enquête Aide sociale; https://www.insee.fr/fr/statistiques/2387796#tableau-figure1_radio1

나. 개별자립수당 (Allocation personnalisée d'autonomie, APA)

1997년 제정된 의존특별수당(Prstation spécifique dépendance, PSD)이 개정되면서 2002년 개별자립수당(APA)로 대체되었다. PSD의 경우 노인돌봄을 위해 지급된 급여액에 대해 수급자 사망 시 상속분에서 회수하는 조건이 있었는데 이에 따라 서비스 신청을 하지 않는 경우가 늘어났다. 그러나 점차 노인돌봄이 사회적 의무성으로 강조되기 시작하면서 보편적 복지정책으로의 필요성에 따라 PSD가 폐지되고 상속분 회수 조건이 삭제된 APA가 제정되어 시행되었다. APA는 60세 이상 의존인구에 대하여 자립상실에 대한 비용을 부분 또는 전체 지원해주며 재가와 시설 서비스로 나뉜다.

가) 선정 기준

APA 수급자가 되기 위해서는 연령, 소득, 거주, 의존상태 총 4가지 조건에 충족해야한다. 첫째, 연령기준이다. 60세 이상이어야 한다. 둘째, 소득기준이다. 소득에 따른 APA 수급자격 유무는 없지만 소득 수준에 따라 본인부담금이 다르게 책정된다. 셋째, 프랑스에 안정적이고 지속적으로 거주하며 본인 자택, 타인(지인, 친인척) 거주지, 위탁가정, 또는 자립생활시설(공동생활가정) 거주자이어야 한다. 마지막으로 APA 의존수준 중 1~4등급으로 판정될 경우 수급자가 될 수 있다. APA의 의존 수준은 총 6가지로 구성되며 1등급이 의존성이 가장 심한 상태이고 6등급이 자립능력이 있는 상태를 의미한다. 1~4등급으로 판정된 경우 APA 수급자가 될 수 있으며 5,6등급은 데빠르트망에서 지원하는 재가서비스 수급자가 될 수 있다.

〈표 Ⅳ-98〉 APA 등급 및 내용

등급(Gir)	내용
1	필수불가결하고 지속저인 돌봄이 요구되는 정신적 기능이 심각하게 손상된 채 와상생활을 하는 자
2	정신적 기능이 완전히 손상되지는 않았지만 일상생활 대부분에 돌봄이 요구되는 와상생활을 하는 자 또는 정신 기능이 손상되었지만 상시 보호감시 하에 운동 능력을 보존하고 있는 자
3	정신적 자립성 또는 부분적 운동 능력을 보존하고 있지만 일상생활에서 빈번하게 신체적 자립을 위해 도움이 필요한 자
4	혼자서의 이동을 전적으로 혼자 수행할 수 없지만 일어서면 주거지 내에서는 이동이 가능하고 씻기나 입기 영역에서 도움이 필요한 자
5	목욕, 식사준비, 청소를 위해 일시적인 도움만 필요한 자
6	일상적인 활동 수행이 자율적이고 자립적인 자

나) 급여액

APA 급여는 APA 재가와 APA 시설로 나뉘는데 재가의 경우, 인적서비스, 안전장치설치(예:원격지원), 위생용품, 도시락 배달, 집안 개조, 임시거주지원, 교통비용지원, 위탁가정서비스가 있다. 시설을 이용하는 경우 APA는 시설에서의 자립지원비용에 한해서 지원된다. 의료적 비용은 건강보험에서, 시설입소비용은 이용자 부담 또는 소득에 따라 지방정부지원을 받을 수 있다.

〈표 Ⅳ-99〉 APA 재가 급여액(2024년 7월 기준)

등급	금액
GIR 1	1,955.60 €
GIR 2	1,581.44 €
GIR 3	1,143.09 €
GIR 4	762.87 €

출처: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009

재가서비스 기관을 통해 재가서비스를 받는 경우 수급자의 선택에 따라 급여가 바로 기관으로 지급될 수도 있고 매월 수급자에게 지불 될 수 있다. 그 외에 CESU 바우처를 활용하여 지급되며, 인적 서비스를 제외한 일회성으로 지출된 항목에 대해서는 바로 지급된다. 또한 가족부양자가 휴식이 필요한 경우 최대 548.54 유로를 추가 지급(지속적인 보호감시가 없으면 위험한 상태에 빠지고 해당 가족 부양자를 대신할 수 있는 사람이 없는 경우이어야 함)하며, 가족부양자가 입원한 경우 1,089.81유로를 추가 지급한다. 이때 본인 부담금은 데빠르트망에 따라 대상자의 소득 수준에 따라 다양하다.

〈표 Ⅳ-100〉 APA 재가 본인부담금

월 소득 수준	본인부담금
877.90 유로 미만	없음
877,90 유로 이상 3,233,10 유로 미만	지역에 따라 0% ~90%까지 다양
3,233,10 유로 이상	90%

출처: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1802

APA 시설의 경우 시설마다 금액이 다양하기 때문에 정해진 급여액은 없고 다음 방식을 따른다. APA 시설마다 세 가지 의존 요금, 즉 1~2등급은 가장 높은 수준, 3~4등급은 중간 수준, 5~6등급은 가장 낮은 수준을 책정하고 있다. APA 급여액은 수급자의 의존 수준에 해당하는 요금액에서 5~6등급 요금액을 제한 금액을 수급자의 소득에 따라 다양하게 지원한다. 수급자는 기본적으로 5~6등급 요금을 본인부담금으로 지불하게 된다. 소득수준이 낮아 5~6등급 요금을 부담하지 못하는 경우 도의회에 신청하여 조건에 부합하면 지원을 받을 수 있다.

〈표 Ⅳ-101〉 APA 시설 본인부담금

월 총 소득액	본인부담금
2,676.09유로 이하	- 5~6등급 요금액
2,676.09유로 초과 4,117.06유로 이하	- 5~6등급 요금액 - 5~6등급 요금액과 해당 등급 요금액 차이액의 0%~80%
4,117.06유로 초과	- 5~6등급 요금액 - 5~6등급 요금액과 해당 등급 요금액 차이액의 80%

출처: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1802

다) 수급자 비율

〈표 Ⅳ-102〉 2002년-2020년 APA 수급자 수 변화

	2002	2005	2010	2015	2019	2020	2005 -2010	2010 -2015	2015 -2019	2019 -2020
수급자수(천명, %)										
APA	597	939	1176	1265	1338	1318	4.6	1.5	1.4	-1.5
재가	293	547	713	748	788	782	5.4	1.0	1.3	-0.8
시설	303	392	463	517	549	536	3.4	2.2	1.5	-2.4
시설 수급자 비율	51	42	39	41	41	41	-	-	-	-
연지출(백만유로, %)										
APA	1859	4043	5296	5622	6148	6278	5.5	1.2	2.3	2.1
재가	1060	2671	3314	3263	3635	3734	4.4	-0.3	2.7	2.7
시설	799	1348	1950	2338	2475	2500	7.7	3.7	1.4	1.0
기타	-	24	32	21	38	43	5.5	-8.0	16.1	14.1
시설 수급자 비율	43	33	37	42	40	40	-	-	-	-
수급자 월지출(유로)										
APA	-	373	380	372	385	394	0.4	-0.4	0.8	2.4
재가	-	427	391	365	387	396	-1.7	-1.4	1.4	2.5
시설	-	293	356	379	376	384	4.0	1.3	-0.2	2.0

출처: DREES (2022) L'aide et l'acction sociales en France.

〈표 Ⅳ-103〉 장애인 및 노인복지제도: 돌봄

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	- 장애보상수당(PCH)	- 개별자립수당(APA)
선정 기준 (자격)	- 연령: • 20세 이상 60세 미만(20세 미만인 경우 장애아동교육수당 수급자인 자 • 60세 이상인 경우 경제활동을 하고 있거나 60세 이전부터 PCH 조건에 부합하는 장애가 있는 경우 - 소득 • 연소득 28,621.40유로 이하: 100% 지원 • 연소득 28,621.40유로 이하: 부분 지원 - 거주 : 프랑스에 안정적 거주 - 장애 : 다음 중 한 가지 해당해야함 • 일상적 중요활동에 절대적 어려움 • 일상적 중요활동에 두 가지 이상의 심각한 어려움	- 연령: 60세 이상인 자 - 소득: 소득 수준에 따라 본인부담금 다르게 책정됨 - 거주: 프랑스에 안정적 거주 - 의존상태(GIR): 최중증인 GIR 1등급부터 최경증인 GIR 6등급 중 1~4등급까지 해당됨
급여액	- 인적서비스: 재가서비스(22€), 대리고용(17.31€), 직접고용(15.74€), 가족부양(4.24€) - 장애인용품: 목록등록된 장애인용품10년 내 13,200€, 목록제외용품 10년 내 13,200€ 75% 지원 - 자택개조: 1,500€ 이하인 경우 10년 내 10,000€ 한도 내 100% 지원; 1,500€ 초과인 경우 50% 지원 - 교통지원: 자동자개조비용 1,500€ 이하인 경우 100%지원, 1,500€ 초과인 경우 75%지원. 그 외 자차 이용 추가비용 및 교통수단이용추가비용 지원	- 재가: 인적서비스, 안전장치설치, 위생용품, 도시락배달, 집안개조, 임시거주지원, 교통비용지원, 위탁가정서비스 지원 • GIR 1등급: 1,955.60€ • GIR 2등급: 1,581.44€ • GIR 3등급: 1,143.09€ • GIR 4등급: 762.87€ - 시설: 시설마다 1-2등급 요금, 3-4등급 요금, 5-6등급 요금이 책정되어 있음. 5-6등급 요금은 모든 입소자가 기본요금으로 지불해야하며 각 등급에 해당되는 금액이 부과되는데 소득수준에 따라 책정되는 본인부담금액이 다양함.
수급자수	- 2022년 기준 ACTP 47,000명 + PCH 383,000명 = 430,000명	- 2020년 기준 APA 1,318,000명

② 쟁점

2021년 이전에는 60세 이전에 장애를 인정받은 경우 75세까지 PCH 첫 신청이 가능하여 사망 시까지 수급이 가능하였지만 75세가 지난 자는 PCH를 더 이상 새로 신청하지 못하고 노인장기요양제도인 APA만 신청이 가능하였다. PCH 내에는 다양한 급여가 있고 개인의 상황에 따라 필요한 유형의 급여들을 각각 수급받을

수 있는 선택의 폭이 넓다. 게다가 인적 지원의 경우 평균적으로 월 732유로 정도의 급여가 책정되지만 이론적으로 한도가 없어 심한 중증 장애인의 경우 필요하다면 24시간 인적 지원이 가능하므로 월 10,000유로까지 책정될 수도 있다. 반면 APA의 경우 의존 정도에 따라 월 672유로~1,737유로까지만 한도 책정이 되므로 받을 수 있는 급여양이 현저하게 차이난다. 단지 APA의 장점은 PCH에는 지원되지 않는 집안일 도움 항목이 포함되어 있다는 점이라고 볼 수 있다.

이렇듯 APA는 PCH에 비해 제공되는 급여량이 더 적기 때문에 같은 장애인이지만 단지 연령으로 인해 수급양에 차이를 두는 것에 대해 불공평하다는 장애계의 항의가 15년 넘게 제기되고 있었다. 이에 따라 상원은 "장애정책과 노인정책의 혜택 사이에서 연령의 기준이 이에 구상된다면, 75세 이상인 자의 수당 신청을 금지하는 것은 정당성을 쉽게 찾을 수 없다"는 의견하에 PCH의 접근성을 개선시키는 4개 조항으로 구성된 법안을 2020년 2월 26일 만장일치로 투표하여 통과시켰고 2021년 1월 1일부터 적용하였다(Décret n°2020-1826 du 31 décembre 2020). 즉 60세 이전에 장애를 인정받은 경우 75세 이상이어도 PCH를 신청할 수 있게 된 것이다. 이에 따라 2020년 기준 약 7,600명이 이에 해당되는 새로운 수급자가 될 수 있는 것으로 나타났다.

그러나 한 가지 남아있는 쟁점은 60세 기준이다. 장애가 60세 이후에 나타나게 되면 PCH를 신청하지 못하고 APA를 신청해야한다. 장애계는 이러한 규정에 대해서 말도 안된다는 입장을 표명하며 연령 기준을 폐지하고자하는 노력을 지속하고 있다. 이 연령의 기준을 60세에서 65세로 연장하는 방안[62]이 국회에서 채택된 바 있지만 그 후로 진전을 보이지 않고 있다[63]. 이는 이러한 개정에 따르는 비용이 적지가 않기 때문으로 추정되고 있다. 만약 현 60세 기준을 75세로 연장하게 되면 연 5억400만 유로까지 추가 재정이 필요하게 된다는 추계 결과가 있다. 2017년 기준 두 수당에 소요된 재정이 77억 유로(APA 58억 유로, PCH 19억 유로)인것과 비교해보면 5억 유로의 추가 재정은 결코 적지가 않은 금액인 것이다[64].

62) Daude, M., Mauss, H., Paul, S. (2016). Evolution de la prestation de compensation du handicap(PCH), Rapport, Inspection générale des affaires sociales.
63) https://informations.handicap.fr/a-barriere-age-pour-pch-repoussee-60-65ans-30469.php
64) https://informations.handicap.fr/a-pch-fin-barriere-age-75ans-veut-dire-quoi-12682.php

〈표 Ⅳ-104〉 돌봄 쟁점

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
60세 이후 PCH 신청 자격 문제	- 자립성을 상실한 대상자를 위한 PCH와 APA 제도가 마련되어 있지만 PCH는 장애인, APA는 노인을 대상으로 하기 때문에 60세 이전부터 장애가 있던 자가 75세 이후로 PCH 신청을 하고자 할 때 제도적으로는 불가능하여 APA를 신청해야 함. PCH로 전환되지만 기존 PCH 수급자가 60세 도달 시 APA로 수급이 전환된다고 가정한다면 기존 PCH 서비스보다 APA가 혜택이 적기 때문에 공평하지 못함	- 2021년부터 60세 이전에 PCH에 부합하는 장애가 있었지만 PCH를 신청하지 않다가 75세 이후로 신청하고자 하는 경우 자격이 부여됨 - 이는 더욱이 60세 이후는 장애와 고령이 점점 복합되기 때문에 욕구가 증가하므로 장애인을 위한 PCH 범주에 속하는 것이 적절함 - 그러나 60세 이후로 장애가 생긴 경우 여전히 APA만 신청할 수 있음

(4) 거주

① 현황

가. 장애인 거주시설

가) 의료거주시설

장애인 의료거주시설로는 MAS와 FAM이 있다. MAS와 FAM은 « 사회부조 및 의료사회 혁신 »과 관련된 2002년 1월 1일 법률과 « 장애인의 기회 평등, 참여 및 시민권을 위한 » 2005년 2월 11일 법률에 의거한다. 사회부조 및 가족 법전 규칙 제 344조 제1항과 제2항은 MAS의 미션과 입소대상자에 대해 명시하고 있다. 2009년 3월 20일 법령은 복합장애인 입소 시 MAS와 FAM의 미션에 대해 자세히 다루고 있다[65].

(가) 특수보호 거주시설(Maison d'accueil spécialisée, MAS)

MAS는 1975년 장애인법 법령(Décret de la loi d'orientation en faveur des personnes handicapées de 1975)에 의해 1978년 9월 설치되었다. 의존도가 매우 높은 중증 장애인을 입소 대상으로 하는 장기거주시설이다. MAS의 주요

65) Décret n° 2009-322. « relatif aux obligations des établissements et services accueillant ou accompagnant des personnes handicapées adultes n'ayant pu acquérir un minimum d'autonomie » codifié sous les articles D. 344-5-1 et D. 344-5-16 du Code de l'action sociale et des familles.

목적은 의료 및 준의료 서비스를 비롯하여 일상생활의 필수 활동을 위한 지속적 활동보조 및 맞춤생활환경을 제공하는 것이다. 또한 이용자의 현재 상태를 유지하고 향상시키며 능력 범위 내에서 사회적 통합과 개인적 발전을 촉진하는 것이다. 사회부조 및 가족법전의 적용을 받고 지역보건청 감독하에 질병보험기금으로부터 재정을 조달받는다. 각 시설별로 지방자치단체와 협약을 맺어 고령장애인, 자폐장애인, 정신장애인을 수용할 수 있는 정원 수가 다양하다[66].

장기거주서비스, 임시보호서비스, 주간보호서비스가 함께 운영중이며 이용자는 1인실 또는 2인실에 입소하게 되며 공용공간 및 활동실을 갖춰 거주자의 이동성과 자립성이 용이하도록 설계되었다.

MAS에는 다학제팀이 존재하는데, 의사, 간호사, 간호조무사, 심리학자, 물리치료사, 인체공학치료사, 레크리에이션 강사로 구성된다. 이렇게 다양한 전문가들이 협력하여 거주자의 의료적, 심리적, 사회적 필요를 파악하고 전체적고도 개인화된 돌봄이 가능하다.

MAS는 식사서비스, 세탁서비스, 청소서비스가 제공된다. 의료 및 준의료 장비가 갖춰져 있어 일상적으로 의료서비스 접근성이 높다. 일부 MAS에는 이용자의 치료 욕구를 충족시키기 위하여 감각 공간, 온천 요법 및 기타 특수 공간을 설치하고 있다.

의료적 돌봄으로는 위생관리, 치료관리, 재활 및 건강상태 모니터링이 있으며 활동프로그램의 경우 이용자의 신체적 인지적 능력을 자극하는 동시에 개인의 발달과 사회화를 촉진시키는 목적으로 창작 아뜰리에(그림, 음악 등), 맞춤 신체 활동, 문화활동, 여가활동, 휴식 또는 감각 자극 아뜰리에, 자립성을 유지하기 위한 다양한 활동을 운영하고 있다.

MAS 입소조건으로는 20세 이상인 자, 높은 수준의 의존을 유발하는 중증 장애를 가진 자, 지속적인 의료적 모니터링 및 의료적 처치가 필요한 자, 장애율 80% 이상인 자, MDPH의 판정을 거쳐 MAS 입소 인정을 받은자이며 모든 조건에 해당되어야 한다.

MAS 입소 과정은 MDPH 신청서 제출 → MDPH 다학제팀에 의한 평가 → CDAPH 최종판정에 의해 MAS 입소자격 획득 → 대상자 및 가족이 선택한 MAS 신청서 제출 → MAS 서류 검토 → 대상자의 MAS 방문 및 MAS 관계자와 미팅 → 몇 주간 임시 입소 → 최종 입소 결정이다[67].

66) https://www.perce-neige.org/infos-handicap/droits-et-demarches/les-etablissements-daccueil-pour-adultes-comprendre-les-differences/

67) https://www.annuaire-retraite.com/maisons-de-retraite/maison-daccueil-specialisee-definition-fonctionnement-pour-qui/

입소비용은 이용자의 소득수준에 따라 지역별로 다양하게 본인부담금이 책정된다. 기초생활수급자의 경우 전액 면제되지만 성인장애수당(AAH) 급여액의 30%만 수급자에게 지급된다[68]. 현재 2024년 10월 기준 전국 총 731개소가 운영중이다.

(나) 장애인 의료거주시설(Foyer d'accueil médicalisé, FAM)

FAM은 1986년 2월 14일 강령(Circulaire n°86-6 du 14 fevrier 1986)에 의거하여 사회적 서비스 유형으로 설치가 되었다. 2002년 1월 2일 법(Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002)으로 인해서 사회 및 의료사회적 시설 및 서비스 유형에 포함시켜 실질적인 법적 존재를 부여하였다. FAM은 MAS와 마찬가지로 장애로 인해 의존수준이 높고 일상활동(식사하기, 옷입기 등)을 위해 제 3자의 도움이 필요한 자를 위한 장기거주 시설로 의료치료 및 활동프로그램을 제공하는 곳이다. 그러나 FAM은 MAS 거주자보다는 신체적, 지적으로 자립 수준이 어느정도 높은 상태의 장애인이 더 많다. 장기거주 서비스 뿐만 아니라 의료적 처치, 사회적, 교육적, 치료적 활동보조서비스를 제공하기 때문에 규칙적인 의료적 모니터링, 간호서비스, 일상생활 활동지원을 받는다. 또한 이용자가 가능한 범위 안에서 자립성을 향상시키는데 도움이 되는 다양한 활동 프로그램을 시행한다. MAS와는 달리 FAM은 의료적 서비스와 숙박 서비스에 대해 이중 가격 책정이 되어 각각 재정을 지원 받는 곳이 다르다. 질병보험기금은 의료, 준의료 치료와 관련된 자금은 질병보험기금으로부터 지원받으며 숙박 및 활동 프로그램에 대한 자금은 지방정부로부터 지원받는다.[69] 입소 조건, 입소 절차 및 비용은 MAS와 동일하며 현재 2024년 10월 기준 전국 총 556개소가 운영중이다.

나) 비의료거주시설

(가) 장애인 보호작업장 (Etablissement et service d'aide par le travail, ESAT)

ESAT은 장애인의 사회적, 직업적 통합을 목적으로 하는 의료사회 시설이다. 노동 능력으로 인해 일반 회사 또는 맞춤 회사에서 독립적 직업활동을 수행할 수 없는 사람들을 대상으로 한다. 2008년 8월 1일자 회람(Circulaire NDGAS/3B No.

68) https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/foyer-d-accueil-medicalise-pour-adultes-handicapes--f-a-m---437.html
69) https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/foyer-d-accueil-medicalise-pour-adultes-handicapes--f-a-m---437.html

2008-259 du 1er août 2008)에서 “ESAT 입소 대상으로 직업 능력이 건강한 사람 직업 능력의 1/3 미만인 장애인”이라고 명시하고 있다. ESAT에서 제공되는 작업은 개인의 장애 유형에 따라 조정되는데 주로 녹지 공간 정리, 청소, 세탁 또는 유통용 포장 작업이 제안된다. 질병보험기금으로부터 자금을 조달받는다.

ESAT의 장애인근로자는 월급을 받는 일반적인 피고용자와 동등한 지위를 가지고 있지 않지만 사회보장혜택을 받고 근무에 대한 보수로 기여를 한다. 장애인근로자인정(RQTH)을 판정 받은 자가 해당이 되며 또한 MDPH의 ESAT 입소 제안을 받은 자는 RQTH 인정을 받은 것으로 간주한다. ESAT 내에 장애인 근로자를 위한 거주시설이 함께 속해있는 경우도 있지만 대부분은 장애인근로자 거주시설에 거주하게 된다[70]. 현재 2024년 10월 기준 전국 총 1,463개소가 운영중이다.

(나) 장애인근로자 거주시설(Foyer d’hebergement, FH)[71]

FH는 일반기업, 보호작업장 및 맞춤기업에서 일하는 장애인근로자를 대상으로 하는 거주시설이다[72]. 하나의 형태만으로 이루어져 있지 않고 아파트 형식부터 소그룹 가정까지 다양한 형태로 존재한다. 보통 FH는 장애인보호작업장과 연결되어 운영되는 경우가 많다. 비의료시설이며 의료서비스가 필요한 경우 의사에게 방문을 요청한다. 입소조건으로는 장애인근로자인정 판정을 받아야 하며 직업활동을 하고 있어야 한다. 시설에서 일상적 도움 뿐만 아니라 활동프로그램도 제공한다.

MDPH에 신청 후 장애인근로자인정으로 판정이 이루어지면 거주지의 구청에서 제공하는 시설 목록을 확인 후 입소 신청을 해야한다. 판정까지 소요되는 기간은 약 4개월이며 통지 후 결과에 이의제기를 원하는 경우 불만족 사항을 자세하게 작성하여 MDPH로 우편 전송 및 직접 제출한다. MDPH의 재판정 답장을 받기까지 약 2개월이 소요되며 재판정 결과 통지가 여전히 불만족스러운 경우 재판정일로부터 2개월 내로 사법재판소에 이의를 제기한다.

시설입소비용은 소득에 따라서 다양하게 책정되지만 소득에서 얼마간의 금액은 가처분소득으로 보장해준다. 직업소득의 3분의 1이며 한국의 장애인연금과 흡사한 성인장애수당(AAH) 수급자의 경우 최대 급여액의 50%이다. 일주일에 5끼 이

70) https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/etablissement-et-service-d-aide-par-le-travail--e-s-a-t---246.html
71) https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15234
72) https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/foyer-hebergement-adultes-handicapes-252.html

상을 밖에서 해결하는 경우 AAH 금액의 20% 수준, 즉 203.21유로가 더 추가된다. 또한 무자녀 부부이면서 배우자가 장애를 이유로 노동을 하지 않는 경우 AAH 금액의 35%, 즉 355.62유로가 더 추가된다. 부양하는 자녀 또는 부모가 있는 경우 30%, 즉 304.82유로가 추가된다(article L344-1~7, R344-29~33, D344-35~39)[73]. 현재 2024년 10월 기준 전국 총 926개소가 운영중이다.

다) 수급자 비율

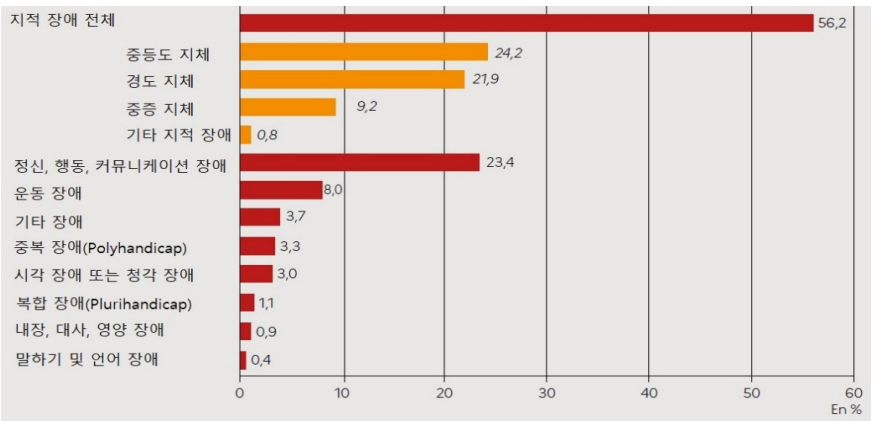
〈표 Ⅳ-105〉 시설 유형별 시설 수, 정원 수, 이용자 수 현황

시설유형	2018			2006년-2018년 사이(%)		
시설 유형	시설 수	정원 수	이용자수	시설 수	정원 수	이용자수
거주+ 서비스전체	8,260	345,920	311,650	35.2%	28.8%	33.8%
거주	6,790	290,280	293,980	26.1%	20.2%	22.1%
ESAT	1,500	119,830	125,650	3.7%	11.0%	15.1%
CFOF	160	11,230	8,880	33.3%	7.0%	4.0%
MAS	710	29,300	29,310	45.9%	49.3%	49.4%
FH	1,290	38,400	36,150	7.1%	-0.3%	-6.2%
FO/FV	1,820	53,710	55,820	29.3%	25.1%	30.0%
EANM/FP	100	3,650	3,530	1.0%	-12.0%	-15.0%
FAM/EAM	1,010	29,640	29,340	116.8%	117.6%	115.4%
LVA	210	4,510	5,300	29.1%	8.1%	26.9%
서비스	1,460	55,640	64,190	103.5%	105.2%	138.0%

주: 1) 성인 대상 이용자 시설만 해당
2) ESAT : 장애인 보호작업장 , CFOF : 직업 진로 및 교육센터, MAS : 특수보호시설 , FH : 장애인 근로자 공동생활가정, FO/FV : 장애인 공동생활가정, EANM/FP : 비의료 장애인거주시설, FAM/EAM : 의료 장애인거주시설, LVA : 장애인임시거주시설
3) EANM과 EAM은 2018년에 새로 명명된 카테고리로 EANM은 비의료거주시설, EAM은 의료거주시설로 2018년 통계에서 따로 구분하지 않고 중복 집계된 것이다. 이용자 수가 전체 293,980+64,190=358,170 이어야 하지만 중복을 제외하면 311,650명이다.

출처: V. Bellamy et T. Bergeron (2022) 321,000 personnes sont accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés fin 2018 ; Etudes et Résultats, DREES, n°1247

73) https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15234



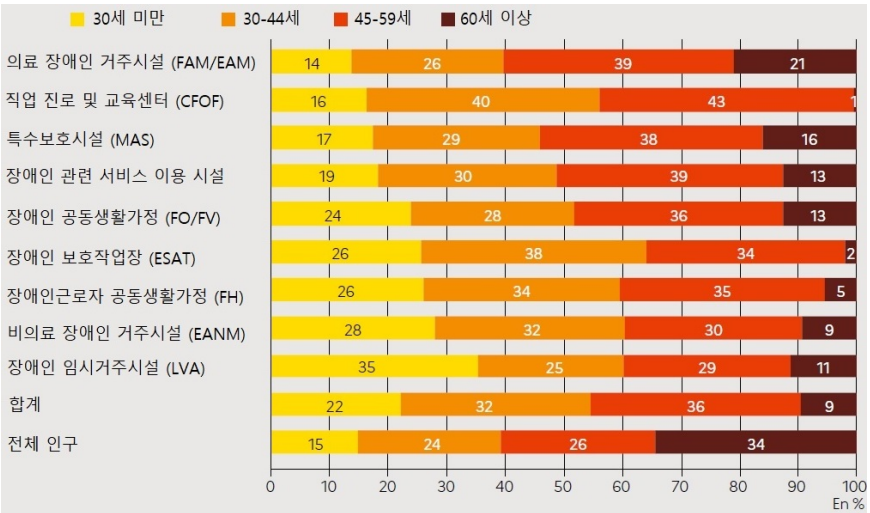
[그림 Ⅳ-14] 시설 및 이용자 장애 유형

자료출처 : V. Bellamy et T. Bergeron (2022) 321,000 personnes sont accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés fin 2018 ; Etudes et Résultats, n°1247

〈표 Ⅳ-106〉 시설 유형별 고령장애인 이용자 현황

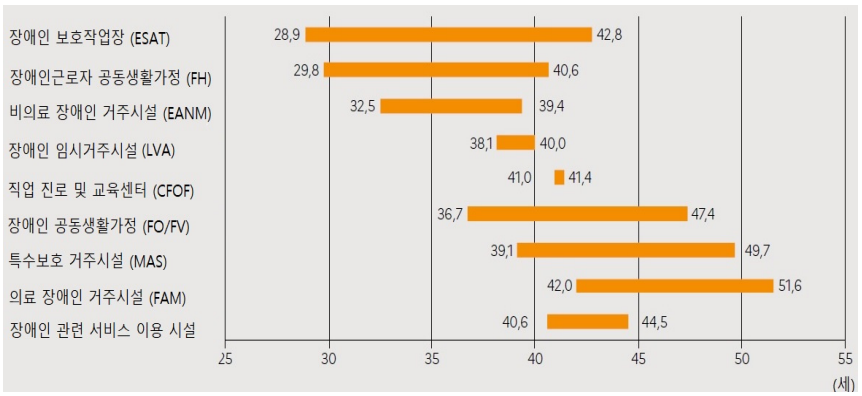
	60세 이상		65세 이상	
	2006	2018	2006	2018
장애인 보호작업장 (ESAT)	0.3	1.9	0.0	0.1
직업진로 및 교육센터 (CFOF)	0.1	0.6	0.0	0.0
특수보호 거주시설 (MAS)	5.0	16.0	1.8	7.0
장애인근로자 공동생활가정(FH)	2.0	5.5	0.8	1.5
장애인 공동생활가정 (FO/FV)	5.4	12.6	2.2	5.4
비의료 장애인거주시설 (EANM)	6.4	9.3	3.3	3.6
의료 장애인거주시설 (FAM)	6.6	21.0	2.7	10.3
장애인 임시거주시설 (LVA)	5.5	11.2	2.3	4.6
서비스	3.9	12.5	1.5	4.7
합계	2.6	9.4	1.0	3.7

출처: V. Bellamy et T. Bergeron (2022) 321,000 personnes sont accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés fin 2018 ; Etudes et Résultats, n°1247



[그림 Ⅳ-15] 시설유형별 연령별 고령장애인 분표

자료 : V. Bellamy et T. Bergeron (2022) 321,000 personnes sont accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés fin 2018 ; Etudes et Résultats, n°1247



[그림 Ⅳ-16] 2018년 시설 유형별 입소자 및 퇴소자 평균 연령

자료출처 : V. Bellamy et T. Bergeron (2022)
321,000 personnes sont accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés fin 2018 ; Etudes et Résultats, n°1247

나. 노인 거주시설

노인 거주시설은 총 세 가지인 의존노인거주시설(EHPAD), 장기요양거주시설(USLD), 비의료노인거주시설(EHPA)를 살펴볼 수 있다.

가) 의존노인거주시설(Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, EHPAD)

EHPAD는 60세 이상 일상생활 도움과 의료적 돌봄이 필요한 의존 노인의 거주시설이다. 취약한 노인의 활동지원과 포괄적인 지원을 통해 자립성을 유지시키고자하는 목적이 있다. 지역건강청과 지방정부의 감독하에 운영이 되며 질병보험기금과 지방정부의 재원 조달을 받는다. EHPAD는 2021년 기준 전국 총 7,353개소가 운영중이다.

입소 조건으로는 일반적으로 60세 이상 신체적 또는 정신적 문제로 일상생활에 타인의 도움과 돌봄이 필요한 자이며 60세 미만인 경우 지방정부의 허락을 받아 예외적으로 입소가 가능하다.

EHPAD는 사회생활, 일상적 행위 및 돌봄, 알츠하이머 노인 활동, 총 세 가지 분야의 지원이 이루어진다. 첫째, 사회생활지원의 경우 건강유지, 자립성 상실 방지, 신체활동과 같은 레크리에이션 프로그램으로 이루어지며 참여는 본인의 의사에 따른다. 2024년 4월 8일 "잘 늙기"와 관련된 법(Loi "Bien vieillir" du 8 avril 2024)에 의하면 EHPAD는 다음을 보장한다.

- 입소자는 시설에 미리 알리지 않고 매일 방문자를 받을 권리가 있다.
- 입소자는 특정 조건 하에서 애완동물을 키울 수 있다. 즉 입소자는 동물의 요구사항을 충족하고 위생과 안전조건을 지킬 수 있어야 한다.

둘째, 일상적 행위 및 돌봄 지원의 경우 하루에 필수적인 행위인 기상, 잠자리들기, 씻기, 식사 등의 지원이 EHPAD 직원에 의해 이행된다. 일상 의료적 돌봄의 경우 드레싱, 혈당측정, 약 배급 등이 EHPAD 의료팀에 의해 이행된다. 조정팀은 주치의의 개입과 전문의와의 진료약속을 조정한다[74].

셋째, 알츠하이머 환자 지원으로 알츠하이머에 대한 교육을 받은 의료팀 직원이 담당하며 보통 EHPAD 마다 10~20명 가량의 환자를 받는다. 객실은 공용공간과 분리되어 있으며 환자가 걸어다니기에 적합하도록 고안되었다[75].

74) https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad

입소비용의 경우 거주비용과 의존비용, 의료처치비용으로 구분된다. 첫째로 거주비용의 경우 객실 비용, 식사비, 세탁비, 개인 및 공용공간 유지관리비, 활동비, 행정비에 해당되며 본인 부담금은 지역에 따라 대상자의 소득 수준에 따라 다양하다.

〈표 Ⅳ-107〉 거주비용 본인부담금

월 소득 수준	본인부담금
877.90 유로 미만	없음
877,90 유로 이상 3,233,10 유로 미만	지역에 따라 0% ~90%까지 다양
3,233,10 유로 이상	90%

출처: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1802

둘째로 의존 비용의 경우 시설마다 금액이 다양하기 때문에 정해진 급여액은 없고 다음 방식을 따른다. 각 시설마다 세 가지 의존 요금이 책정되어 있는데, 이는 1~2등급은 가장 높은 수준, 3~4등급은 중간 수준, 5~6등급은 가장 낮은 수준을 책정하고 있다. APA 급여액은 수급자의 의존 수준에 해당하는 급여액(1~4등급)에서 5~6등급 요금액을 제한 금액을 수급자의 소득에 따라 부담한다. 월 총소득액이 2,676.09유로 이하인 경우 대상자는 기본적으로 5~6등급 요금을 의준비용 본인부담금으로 지불하게 된다. 소득수준이 낮아 5~6등급 요금도 부담하지 못하는 경우 도의회에 신청하여 조건에 부합하면 ASH 지원을 받을 수 있다. 월 2,676.09유로를 초과하는 경우, 대상자 등급에 해당하는 요금액에서 5-6등급 요금을 제한 금액을 기본으로 소득에 따라 0%~80%까지 부담하게 된다. 4,117.06유로를 초과한 경우 동 방식에서 80%를 부담한다[76].

〈표 Ⅳ-108〉 의존비용 본인부담금

월 소득 수준	본인부담금
2,676.09유로 이하	5~6등급 요금액
2,676.09유로 초과 4,117.06유로 이하	5~6등급 요금액, 5~6등급 요금액과 해당 등급 요금액 차이액의 0%~80%
4,117.06유로 초과	5~6등급 요금액, 5~6등급 요금액과 해당 등급 요금액 차이액의 80%

출처: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1802

75) https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/prevention-accompagnement-et-soins/alzheimer-en-ehpad-quel-accompagnement
76) https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/comprendre-les-prix-en-ehpad/comprendre-sa-facture-en-ehpad

참고로 지방정부의 저소득자를 위한 시설거주비용부분지원(Aide sociale à l'hébergement, ASH)의 경우를 잠시 살펴보면 수급 조건은 다음 사항에 모두 부합해야 한다[77].

- 65세(근로불가능 판정을 받은 경우 60세 이상) 이상인 자.
- 프랑스에 규칙적으로 거주하는 자.
- 소득이 각 지방정부에서 정하는 기준 금액 이하인 자
- 장애율 80% 이상이거나 근로불가능 판정을 받은 자

셋째로 의료처치비용을 살펴보면 시설의 의료화 비용과 입소자 개인 의료비용으로 나뉠 수 있다. 시설의 의료화와 관련된 비용은 시설의 집단 의료비 비용은 입소자에게 청구되지 않고 질병보험기금의 재정으로 충당된다. 이는 간호사, 간호조무사, 연계 의사와 같은 의료종사자 비용, 이들이 사용하는 기본 의약품 구입 및 필요한 장비가 해당된다. 입소자 개인 의료 비용은 입소자 개인이 소비하는 의료비용을 뜻하므로 의사 진료비, 의약 제조비, 사보험 가입비 등이 해당된다[78]. 즉 시설의 의료화와 관련된 비용은 질병보험기금으로부터 조달받고 개인의 의료처치는 개인 부담인 것이다.

(가) 활동 및 맞춤돌봄 서비스(Pôle d'activité et de soins adaptés, PASA)

PASA는 EHPAD에 거주하는 알츠하이머 및 퇴행성신경질환 환자를 위해 설치한 서비스이다. 평일 낮 시간(10시~18시) 동안 대상자들의 사회 및 치료활동과 맞춤 돌봄 서비스를 통해 자립성을 최대한으로 유지시키고 발전시키는 것을 목적으로 한다. 2009년 2008-2012 알츠하이머 국가계획 강령에서 언급되어 설치되어 운영되기 시작하였다. 최대 14명 정원으로 하며 PASA는 경증의 알츠하이머 증세를 보이는 자를 대상으로 PASA 팀에 의해 개별화된 활동 프로그램을 제공한다. 이를 통해 기대되는 효과는 기존 능력 유지, 사회적 유대와 관계를 증진, 행동장애 감소, 거주자의 인격 존중이다.

PASA는 대상자와 가족을 맞는 리셉션 공간, 개인 및 단체, 전문적 활동을 위한 최소 2개의 활동실, 식당, 안전장치가 설치된 정원 또는 테라스가 갖춰져 있다.

77) https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/prevention-accompagnement-et-soins/une-unite-de-vie-dediee-aux-personnes-handicapees-a-lehpad-de-bouvigny-boyeffles-reportage

78) https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/comprendre-les-prix-en-ehpad/le-cout-des-soins-en-ehpad-et-en-usld-unites-de-soins-de-longue-duree

PASA 직원은 다학제팀으로 구성되어 있는데 이는 의사, 노인전문돌봄자 (또는 간호조무사), 작업치료사 (또는 정신운동훈련자), 심리학자로서 인지 촉진이 필요하고 행동장애를 보이는 자의 활동보조에 대한 전문교육을 받은 이들이다. PASA의 모든 직원은 다학제퇴행성신경질환환자에 맞는 의사소통 및 돌봄 방법론에 교육을 받은 자로 구성되어 있다.

PASA를 이용하기 위한 조건으로는 알츠하이머 또는 퇴행성신경질환 환자이며 무관심, 동요, 방황같은 심각하지 않은 행동장애가 있어야 한다. 또한 혼자서 거동(걷거나 휠체어)할 수 있어야 하며 혼란증후군을 보이지 않아야 하고 돌봄을 받아들여야 한다. EHPAD에 입소 시, 그리고 규칙적으로 EHPAD의 다학제팀의 평가를 실시하여 PASA 서비스를 제공할지의 여부를 결정한다. 그러나 최종적으로 대상자 및 가족의 승낙에 따라 결정된다. PASA 서비스 이용에 대한 추가 요금은 부과되지 않고 EHPAD 비용 안에 포함되었다[79].

(나) 강화된 거주센터(Unité d'hébergement renforcé, UHR)

UHR는 증세가 진전된 알츠하이머 및 퇴행성신경질환 환자만을 대상으로 EHPAD 또는 USLD 내에 설치된 특수화된 하위 시설이다. 2009년 2008-2012 알츠하이머 국가계획 강령에서 PASA와 함께 언급되어 설치되기 시작하였다. UHR은 낮에만 서비스를 제공하는 PASA와는 다르게 밤낮 가리지 않고 거주서비스, 돌봄서비스, 사회적 및 치료적 활동서비스를 포괄적으로 제공한다. UHR의 목적으로는 입소자의 행동장애를 더 잘 관리하고 일상생활을 개선시키며 신체적, 인지적 능력을 유지하고 강화시킨다. 또한 입소자의 자아상의 가치를 향상시키고 감각 및 기억을 자극하며 집단활동을 통해 사회적 유대를 촉진하고 지원하는데 있다.

UHR는 맞춤 출입문, 개인 방, 공동 화장실 및 공동 샤워실(맞춤 표지판), 휴식실, 활동실, 가족실, 식당, 전문활동실, 안전장치가 된 정원 또는 테라스가 갖춰져 있다. UHR는 의사, 간호사, 노인전문돌봄자 (또는 간호조무사), 야간의료인, 작업치료사 (또는 정신운동훈련자), 심리학자로 구성되어있다. UHR의 모든 직원은 퇴행성신경질환환자에 맞는 의사소통 및 돌봄 방법론에 교육을 받은 자로 구성되어 있다. 이들은 활동프로그램 또는 일상생활돌봄에서 입소자의 행동장애를 제어할 수 있다.

79) https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/types-de-maison/le-pole-dactivites-et-de-soins-adaptes-pasa-en-ehpad/

UHR에 입소하기 위해서는 알츠하이머 또는 퇴행성신경질환 환자이며 환각, 공격성이 심하게 나타나는 중증행동장애를 보여야 한다. 또한 혼자서 거동(걷거나 휠체어)할 수 있어야 하며 혼란증후군을 보이지 않아야 하고 돌봄을 받아들여야 한다[80].

〈표 Ⅳ-109〉 PASA와 UHR 차이점

	PASA	UHR
입소 대상	알츠하이머 및 퇴행성신경질환자 경증행동장애	알츠하이머 및 퇴행성신경질환자 중증행동장애
설치 시설	EHPAD	EHPAD, USLD
운영 시간	낮 시간대	24시간
운영 내용	점심+활동프로그램	숙박, 식사, 돌봄, 활동프로그램
구성 전문가	- 조정 의사 - 노인전문돌봄자(또는 간호조무사) - 작업치료사(또는 정신운동훈련자) - 심리학자	- 조정 의사(또는 USLD 의사), 간호사 - 노인전문돌봄자(또는 간호조무사) - 작업치료사(또는 정신운동훈련자) - 심리학자 - 야간의료인

(다) 고령장애인 생활거주시설 (Unités de Vie spécialisées pour les personnes handicapées vieillissantes, UPHV)

고령장애인의 경우 가족부양인의 고령화 역시 피할 수 없고 장애인 의료거주시설이 부족하여 시설 입소가 힘든 까닭에 EHPAD 입소를 고려하는 경우가 많다. 많은 EHPAD 내에서 고령장애인 돌봄에 맞는 서비스를 제공하고 있다. 그러나 좀 더 전문적인 서비스를 제공하기 위하여 EHPAD 내에 고령장애인 생활거주 하위시설인 UPHV를 설치하는 경우가 늘고 있다. 2019년 UPHV 수는 279개소로 조사되었다.

보통 EHPAD 입소는 60세부터 가능하지만 고령장애인의 경우 MDPH의 시설 입소인정을 받으면 예외로 입소가 가능하다. 장애인 자녀를 둔 부모의 의존상태로 EHPAD에 입소하게 되는 경우 자녀 또한 함께 입소가 가능한 EHPAD도 많다.

이 외에도 EHPAD 내에 정신장애인만 입소가 가능한 곳도 있다[81].

80) https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/types-de-maison/lunite-dhebergement-renforcee-uhr-ehpad-usld/

81) https://www.capretraite.fr/blog/maisons-de-retraite/personnes-handicapees-vieillissantes-prise-charge-ehpad/

나) 장기요양거주시설(Etablissement de soins de longue durée, USLD)

USLD는 연령제한은 없지만 대부분의 경우 60세 이상의 노인으로 구성된 거주 및 의료시설이다. 대부분 대형병원과 연결되어 건물과 나란히 세워져 운영된다. 의료 장비 및 처치 성격은 EHPAD에 비해서 다양하며 더 집중적이다. 이용자의 일상 생활 및 의료 처치 조정을 관리한다. USLD 입소대상은 지속적인 의료적 모니터링과 처치가 필요한 자로, 입소비용은 EHPAD 본인부담금 방식과 동일하다. 입소 방법은 일반적으로 병원 입원을 통해 이루어지거나 주치의를 통한 입원 방법이 있다[82].

다) 노인거주시설(Etablissement d'hébergement pour personnes âgées, EHPA)

EHPA는 자립성이 어느정도 높은 노인을 위한 비의료 거주시설이다. 대부분이 APA 판정에서 5~6등급을 받은 자들이며 4등급의 경우 해당 EHPA가 재가간호서비스(SSIAD) 또는 건강센터, 그리고 EHPAD와 연계하여 운영되는 경우 입소시킬 수 있다. 노인 1인 또는 커플이 입소하며 원룸, 아파트, 단독주택의 형태로 운영된다. 2019년 말 기준 EHPA는 전국 11,000개소가 운영되고 있다.

EHPA는 자립성이 높은 자를 입소시키므로 의료서비스가 없지만 외부 서비스인 재가간호서비스를 활용하여 입소자들의 의료적 모니터링이 이행된다. 게다가 의료보조원의 배치로 입소자의 안전과 복지를 보장하고 있다.

주로 제공되는 서비스는 숙박, 식사, 공간 청결위생유지, 활동 프로그램, 개인위생, 약 배급과 같은 일상적 돌봄, 외부 의료전문가(물리치료사, 작업치료사 등) 방문 서비스가 있다.

시설입소비용으로는 월세, 공과금, 필요한 서비스 비용이 부과되며 평균적으로 월 750유로에서 1500유로에 이른다[83].

(가) 고령장애인 거주시설 (Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Handicapées, EHPA-H)

EHPA 내에 퇴직한 장애인 근로자 또는 자립능력을 어느정도 보유한 고령장애인을 위한 하위 시설을 설치한 것이다. 1인 또는 커플 입소가 가능하며 비의료적

82) https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-usld-unites-de-soins-de-longue-duree
83) https://www.cettefamille.com/ehpa/

생활시설이지만 재가 방문 간호사의 개입이 가능하다. 입소 조건은 장애인 근로자의 경우 55세 이상이면서 장애율이 80% 이상인 자 또는 60세 이상 경제활동을 하지 않는 MDPH로부터 장애인정을 받은 자이다. EHPA-H는 고령장애인이 습득한 기술을 가능한한 오랫동안 유지시키고 일상생활활동을 지원하며 사회통합을 촉진시키는 것이 목적이다[84].

〈표 Ⅳ-110〉 장애인 및 노인복지제도: 거주서비스

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도
제도명	- 특수보호 거주시설(MAS) - 장애인 의료거주시설(FAM)	- 의존노인거주시설(EHPAD)
안력기준	- 기본: 시설장, 행정인력, 의사, 특수교육자, 모니터링교육자, 사회복지사, 심리학자, 간호사, 간호조무사, 의료심리지원사, 활동보조원 각각 1인 이상 - 중증복합장애인 및 정신장애인의 필요에 따른 기준 : 정신의, 기타전문의, 물리치료사, 정신운동치료사, 작업치료사, 언어치료사, 발음교정사, 시력교정의, 보철사, 영양사, 체육강사 (D344-5-13 du CASF)	- 시설장, 행정인력, 노인전문의사, 간호사, 간호조무사, 의료심리지원사, 교육,사회-활동보조원, 심리-교육사, 정신운동치료사(또는 작업치료사), 노인학 간호보조원, 심리학자, 야간의료직원, (D312-155-0 et D312-155-0-1 et 2 du CASF)
입소정원	- 도의회가 시설 정원 정함	- 도의회가 시설 정원 정함
입소대상 기준	- MAS, FAM 입소조건은 동일함. • 20세 이상 • 장애율 80% 이상 • 높은 수준의 의존을 유발하는 중증장애 • 지속적인 의료적 모니터링 및 의료적 처치가 필요한 자 • MDPH 판정에 의해 MAS 입소자격획득	- 60세 이상 신체적 또는 정신적 문제로 일상생활에 타인의 도움과 돌봄이 필요한 자 - 60세 미만인 경우 지방정부의 허락하에 예외적 입소 가능
시설 수	- 2024년 기준 731개소	- 2024년 기준 556개소

84) https://www.capretraite.fr/blog/maisons-de-retraite/personnes-handicapees-vieillissantes-prise-charge-ehpad/

라) 수급자 비율

〈표 Ⅳ-111〉 2019년 EHPAD 입소자 현황

		65세 미만	65-69세	70-74세	75세 미만	75세 이상
입소자 수		14,200	20,800	31,800	66 ,800	527,900
GIR 등급	GIR1	9.0	9.5	12.3	10.7	16.7
	GIR2	30.2	33.3	35.6	33.7	37.7
	GIR3	18.5	20.5	20.2	19.9	18.0
	GIR4	24.7	24.6	21.5	23.2	19.3
	GIR5	6.6	2.9	5.0	5.7	4.1
	GIR6	4.0	3.4	2.9	3.3	2.1
	GIR 없음	7.0	2.4	2.5	3.4	2.1
입소 동기	퇴행성신경 질환	37.5	38.8	46.7	42.3	53.1
	60세 이전 장애판정	53.5	32.2	17.5	30.1	1.7
주거비 수급	ASH	66.4	60.9	48.2	56.3	16.4
	거주비 지원	70.2	62.7	50.8	58.8	33.1

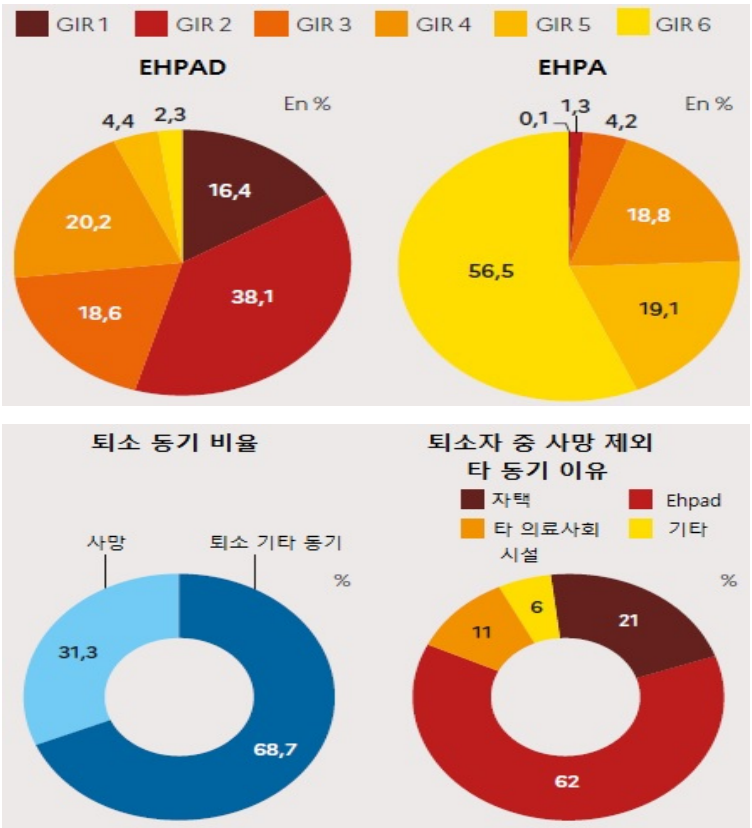
주: UHR : Unité d'hébergement renforcé, USPMAMA : Unité spécifique pour personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées, USAPHA : Unité ou service dédié à l'accueil des personnes handicapées avançant en âge, PASA : Pôle d'activité et de soins adaptés

출처: L. Ricroch (2024) Ehpad : un résident sur dix a moins de 75 ans, Etudes et Résultats, n°1302, DREES.

〈표 Ⅳ-112〉 2019년 EHPA 및 USLD 입소자 현황

		EHPA		USLD	
		75세 미만	75세 이상	75세 미만	75세 이상
입소자 수		1,200	4,700	6,900	22,900
GIR 등급	GIR 1~2 비율	4.8	12.2	72.8	80.3
	GIR 3~4 비율	31.4	38.5	20.2	16.8
	GIR 5~6 비율	33.7	37	2.7	1.2
	GIR 없음	30.1	12.3	4.3	1.7
주거비 수급	ASH	58.4	14.5	59.3	29.4
	거주비 지원	64.2	26.4	54.7	36

출처: L. Ricroch (2024) Ehpad : un résident sur dix a moins de 75 ans, Etudes et Résultats, n°1302, DREES.



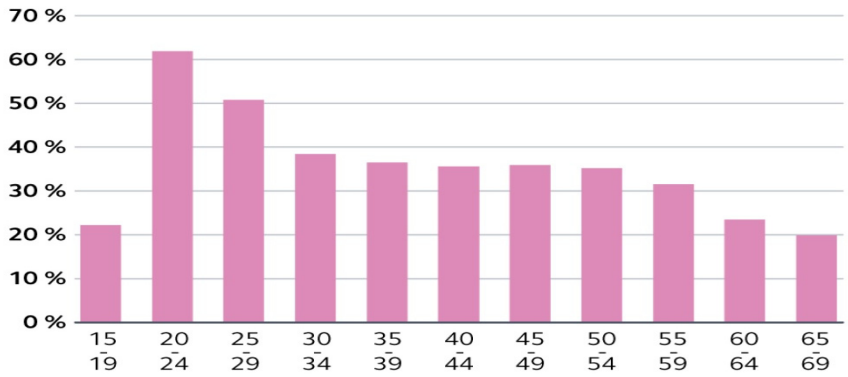
[그림 Ⅳ-17] 2019년 시설 유형별 입소자 GIR 등급 현황(위) 및 2019년 퇴소 동기 및 이유 비율(아래)

자료출처 : L. Ricroch (2024) Ehpad : un résident sur dix a moins de 75 ans, Etudes et Résultats, n°1302, DREES.

② 쟁점

가. 장애인 거주시설입소 접근율 낮음

2016년 장애인시설입소 신청자 중 61%가 의료거주시설에 입소하였으며 비의료거주시설의 경우 69%로 장애인 거주시설입소율이 평균 65%임. 즉 의료거주시설이 입소 가능성이 조금 더 낮다. 이러한 상황에서 연령이 증가할수록 장애인의 시설입소 가능성은 더 낮아지는데, 20세 이상 25세 미만 장애인 거주시설입소가 60%라면 45세 이상 50세 미만에서는 33%, 65세 이상 70세 미만에서는 20%에 불과하다.



[그림 Ⅳ-18] 연령별 장애인 거주시설(비의료, 의료) 거주 접근율

출처: Cour des comptes (2023), L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes, p.46.
원자료: Cour des comptes, exploitation de la base Via-Trajectoire (GCS Sara)

시설입소를 높은 연령대에서 신청하는 경우는 장애가 늦게 생긴 경우, 시설입소 신청 전까지 가족부양자에 의해 돌봄을 받은 경우, 자택거주했던 보호작업장 장애인근로자인 경우로 크게 세 가지로 나타난다. 에쏜(Essonne) 지역의 경우 2023년 1월 장애인거주시설입소 대기자가 49명이었는데 그 중에서 두 명이 2013년에 신청한 경우로 10년을 대기하고 있는 것으로 밝혀졌다.

또한 장애인 거주시설입소 및 의료사회서비스 접근율이 낮은 상황에서 지역별로 공급 편차가 심한 것으로 나타났다. 이러한 접근율이 전체 평균보다 높은 지역의 경우 장애인 복지역사가 깊고 낮은 인구율과 높은 공급률을 보여 주변 지역 거주민들이 지역이동하여 이용한다. 접근율이 낮은 지역의 경우 인구수는 높지만 활동인구가 적어 노인거주시설의 공급률이 높고 장애인거주시설 공급률은 낮다. 또한 몇몇 지역의 경우 시설돌봄인력이 부족하여 공급률에 영향을 미친다. 이는 벨기에와 국경도시에서 자주 일어나는 상황으로 벨기에의 장애인 거주시설에 입소하는 경우가 많다. 이에 달하는 인구가 2021년 기준 약 7,000명으로 장애 유형으로는 발달장애인 3,119명, 정신장애인 1,842명 자폐스펙트럼장애인 994명이다[85]. Ehpad에 입소한 고령장애인의 프로필은 다음과 같다.

85) Cour des comptes (2023), L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes, p.48.

- 43%가 재가 거주자로 돌봄자의 사망 또는 건강의 악화 혹은 본인의 건강이 악화되어 Ehpad 입소. 장애인 보호작업장 퇴직자부터 안정적인 정신장애인까지 다양함.
- 39%는 장애 분야 이외의 기관인 의료 시설 이용자로 정신병동의 장기입원환자 및 재활시설 장기입원환자들이 대부분임.
- 12%는 성인 장애인 시설 거주자임

고령장애인이 Ehpad에 많이 거주하는 이유는 다음과 같다. 첫째, 7,502개의 Ehpad가 전국에 고루 분포가 되어 있어 가족 및 친지가 거주하는 곳과 지리적으로 가깝고 의료사회시설인 점, 둘째, 장애인 거주시설의 수용인원(159,000명)에 비해 Ehpad 수용인원(600,000명)이 많고 거주자의 회전율이 높다는 점, 셋째, 장애인 거주시설은 MDPH를 통해서 입소가 가능한 반면 Ehpad는 그럴 필요가 없어 입소 허가를 빠르게 얻을 수 있다는 점(특히 긴급 상황인 경우 유리함), 넷째, 거주시설 사회적 재정지원 수급자의 경우 국립 Ehpad 비용이 저렴하므로 입소한다는 점이다.

고령장애인의 Ehpad 거주 기간은 다양하다. 누벨 아키텐(Nouvelle-Aquitaine) 지역의 Ehpad의 경우 고령장애인 45%가 2년 미만, 21%는 5~9년, 그리고 15%가 10년 이상을 거주하는 것으로 나타났다. Muriel Delporte의 장애인근로자의 은퇴경험연구(2015)에 의하면 은퇴장애인 스스로가 Ehpad 입소를 결정하여 Ehpad의 생활리듬이 기대와 욕구에 부응하여 계속 거주하는 유형, 처음에 본인의 선택이 아니었지만 입소 후 적응을 잘 하여 계속 거주하는 유형, 통합이 힘든 유형으로 분류하고 있다.

〈표 Ⅳ-113〉 시설 쟁점

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
고령장애인 입소시설 부족	장애인거주시설은 노인거주시설과는 다르게 연령대가 다양하여 공급에 비해 수요가 많고 고령장애인에게는 기존에 제공되는 서비스가 적합하지 않을 수 있음.	EHPAD에 고령장애인을 위한 하위시설을 설치함으로써 노화와 장애가 복합적으로 나타나는 고령장애인에게 필요한 의료서비스와 돌봄서비스, 그리고 장애의 특성에 따른 조치를 받을 수 있음. 또한 같은 연령대의 거주자들과 함께 지냄으로써 이질감이 줄어들 수 있음.

(5) 기타

① 서비스 담당기관

가. 장애인 : 도립장애인센터(Maison départemental des personnes handi capées, MDPH)

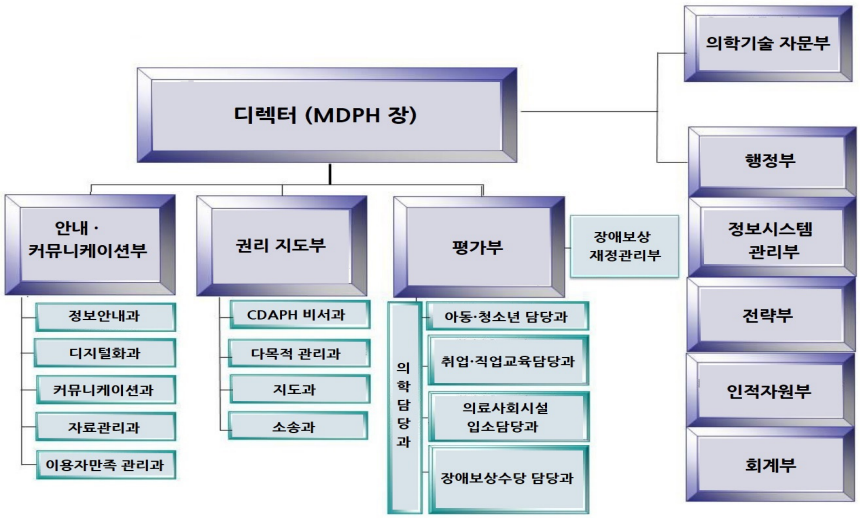
MDPH는 2005년 2월 11일 장애인법 개정과 함께 신설되었으며 도의회의 감독을 받아 장애인과 관련된 모든 서비스 및 수당 신청부터 판정, 통보까지 전부 이루어지는 원스톱 기관이다. 도[86] 마다 한 개소씩, 규모가 크다면 세 개소까지 설치가 가능하다.

MDPH에는 다학제 전문가가 모여 판정을 이행하는 다학제팀(EP)과 장애인 권리 및 자립 위원회(CDAPH)가 있다. 다학제팀은 의료인, 준의료인, 심리학자, 사회복지사, 교육자, 고용 및 직업훈련전문가 등으로 구성되어있다. 이들은 신청인의 상황에 맞게 사례별로 다양하게 구성될 수 있으며 내부 인력 부족 시 외부 인력 또한 임시적으로 구성이 될 수 있다. EP는 서비스 신청인의 개별보상계획을 세워 신청 서비스를 비롯하여 기타 서비스를 제안할 수 있다.

EP의 평가가 끝나면 최종판정은 CDAPH가 진행하는데 CDAPH는 총 23인의 위원으로 구성된다. 즉, 도의회(Conseil général) 대표가 지정한 지역 대표 4인, 정부 대표 4인(도보건당국 장 또는 대리인/ 도노동·고용·직업교육감 또는 대리인/ 교육감독관, 도교육감 또는 대리인/ 도보건당국장이 지정한 의사), 노동과 고용 및 농업사회정책담당기관대표가 추천한 건강보험공단과 가족수당기관에서 2인, 지역 전문인 양성과 노동·고용기관에서 추천된 노동조합대표 2인, 학계에서 추천한 학부모 단체의 대표 1인, 지역보건 복지기관에서 추천한 장애인과 장애인 가족단체에서 7인, 도의회에서 지정한 장애인 자문위원 1인, 지역보건복지기관과 도지사의 추천이 있는 장애인 시설 담당자 2인으로 구성되어있다.

MDPH의 조직도는 별도의 규칙이 마련되어 있지 않고 각 MDPH 규모와 상황 및 효율성에 따라 다양하게 구성되고 있다. 파리 MDPH의 경우는 다음과 같다[87].

86) 프랑스 도(département) 개념은 한국의 도에 비하면 규모가 작음.
87) MDPH Paris (2019). Référentiel qualiparis MDPH de Paris.



[그림 Ⅳ-19] 파리(75) MDPH 조직도

출처: MDPH 75

〈표 Ⅳ-114〉 부서별 주요 역할

부서	주요 역할
안내·커뮤니케이션부	- 이용자의 요구사항에 대한 정보와 전반적인 방향을 제시MDPH에서 직접 또는 전화, 우편 및 이메일로 안내 및 상담, 후속 모니터링이 가능한데, 이 모든 기록을 디지털화 시킴. - 이용자와 전문가에 대한 커뮤니케이션 사명
권리 지도부	- 신청인이 제출한 서류에 대한 완전성 및 행정적 허용 가능성을 확인하여 서류를 등록하고 신청인에게 알림. - CDAPH의 판정회의를 준비하고 결정에 대한 후속조치 (알림 통지, 카드 생성, 항소) 관리 - CDAPH 비서는 CDAPH의 회의 주재 관리 - 다목적 관리과에서는 평가가 복잡한 사례 및 긴급 사례에 대해 파트너협약기관과 연계하고 직원에 대한 지속적 교육 담당 - 소송부서는 법원과 연계하여 항소에 대한 사항을 모니터링
평가부	- 장애보상욕구사항를 평가하는 역할로 의사, 의료·사회 복지사, 심리학자, 간호사, 작업치료사, 의료사회 비서 등이 속한 다학제 팀이 구성됨. 각 전문 분야에 맞게 아동과 청소년, 취업·직업교육, 의료사회시설입소, 장애보상수당을 담당으로 하는 네 개의 과로 나뉨
행정부	- MDPH장에 소속되어 회계, 인사, 전략·보안, 정보통신 관리

나. 도의회(Conseil départemental), 구청(Mairie), 지역사회부조센터(Centre communal d'action sociale, CCAS) 노인 전담 부서

노인서비스는 장애인서비스와 다르게 전담기관이 따로 설치가 되어있지 않고 지방정부인 도의회 내 부서 또는 구청 내 부서 또는 사회부조센터에서 관리한다. 노인의 필요에 따라 안내, 정보제공, 신청접수, 판정, 재정지원이 이루어진다.

노인전담부서는 노인 개별 사례의 모니터링과 필요에 따라 해결책을 제안한다. 자세한 임무는 다음과 같다.

- 지역정보안내 및 관련 전문가 연결시킴
- 승인된 가사도우미서비스, 노인거주시설, 홈스테이 목록 제공
- APA 수급자격을 위한 의료사회팀의 자립성 상실 평가
- 상황에 따라 노인의 문제 해결 지원
- 개별자립수당(APA), 거주시설 사회부조(ASH), 가사도우미 서비스 신청접수 및 판정

각 도의회는 홈페이지가 개설되어 있어 인터넷을 통해 신청접수 및 추적이 가능하다. 도의회는 이뿐만 아니라 재가서비스, 자립거주시설, 의존노인거주시설(EHPAD)의 허가, 감독, 금액 책정 임무도 있다. EHPAD의 경우 지역건강청(ARS)와 함께 감독이 이루어진다. 노인 및 장애인을 위한 홈스테이의 경우 승인이 이루어진다[88].

② 기관의 통합적 서비스 탄생- 도립 자립 공공서비스 (Service public dépertemental de l'autonomie, SPDA)

도립자립센터(Maison départemental d'autonomie, MDA)는 2015년 고령사회적응에 관련한 법(l'article 82 de la loi n°2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement)에 의거하여 몇몇 지역에서 시범사업이 시작되었고 2016년 12월 26일 법령(Décret n°2016-1873 du 26 décembre 2016)은 국가연대자립기금(CNSA)에 의한 MDA의 라벨링과 사양절차에 대해 제정되었다[89].

MDA는 장애인서비스 담당기관인 도립장애인자립센터(MDPH) 미션과 의존노

88) https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/le-conseil-departemental

89) Dominique Libault (2022) Vers un service public territorial de l'autonomie, Gouvernement, p.24

인서비스 담당기관인 지방정부인 도의회(Conseil départemental) 미션을 통합하여 원스톱으로 운영하는 자립서비스 통합기관으로 의존노인, 장애인 관련 복지 서비스 정보 문의, 수당 및 서비스 신청, 평가, 개별계획수립 및 관리하는 임무를 이행한다(article L. 149-4 du Code de l'action sociale et des familles).

엄밀히 말하면 고령장애인을 대상으로 하여 설치된 기관은 아니지만 노인 복지 서비스는 주로 도의회에서 맡아서 관리하기 때문에 장애인 서비스를 이용하다가 노인 서비스가 필요한 경우 도의회에 따로 신청을 해야하므로 이러한 번거로움을 줄일 수 있다. MDA는 기존의 MDPH와 도의회를 통해 신청하던 서비스 및 절차를 한 곳에서 진행이 가능하도록 한 것으로 MDPH 내에 도의회의 미션을 추가한 것으로 이해하면 쉽다.

그러나 MDA는 원하는 지방정부에서만 자발적으로 시행하고 있었던 상태였는데 MDA 모형의 전국적인 확대의 결정적인 계기는 도미니크 리보(Dominique Libault)가 2022년 3월 제출한 "도립자립공공서비스를 향하여" 보고서이다. 이를 계기로 MDA의 모형이 정식적인 서비스 기관 모형으로 자리잡게 되었고 자립 및 잘 늙는 사회 건설을 위한 조치에 관한 2024년 4월 8일 법(Loi du 8 avril 2024 portant mesures pour bâtir la société du bien-vieillir et de l'autonomie)에서 "도립자립공공서비스(SPDA)"라는 이름으로 공식 지정되었다. 2024년 18개 SPDA가 시범운영되어 2025년에 전국 확대될 예정이다.

SPDA는 지방정부인 도의회(Conseil départemental)의 지시에 따라 지역건강청과 긴밀한 협력하에 노인, 장애인 가족부양자 모두 신속하고 효과적인 대응의 혜택을 누릴 수 있도록 프랑스 공공서비스, MDPH, 지역사회부조센터, 사회보장기금 등 모든 이해관계자와 연합하여 운영된다. 2021년 12월에 "자립" 분야가 사회보장의 다섯 번째 위험으로 공표된 만큼 SPDA는 자립과 관련된 노인, 장애인, 가족부양자의 욕구를 충족시키기 위한 4가지 주요 기능을 기반으로 한다. 이는 1. 리셉션, 정보제공 및 개선된 안내, 2. 신속하고 효율적으로 자격판정 및 통보, 3. 구체적인 해결책을 통해 직접적인 통로, 4. "go-to" 접근 방식을 통해 자립성 상실을 식별하고 예방하기 위한 노력이다[90].

이러한 임무를 위하여 SPDA는 이러한 임무를 성공적으로 수행하고 필요에 따른 적절한 조치를 위하여 보건, 사회, 의료-사회 부문뿐만 아니라 국가교육, 고용, 거주부문 전문가와도 협력할 예정이다. 또한 장애인과 노인에 대한 업무를 원스톱

90) https://handicap.gouv.fr/le-service-public-departemental-de-lautonomie-est-officiellement-lance

으로 관리하는 기관이지만 혼동을 막기 위하여 각각에 대해서 분리시켜서 운영한다[91].

SPDA를 설치함으로써 기대되는 효과는 거주지와 신청 유형에 상관없이 이용자의 삶의 여정에서 자립성을 위해 필요한 서비스 및 수당을 위한 절차 간소화 및 공정성을 제공하는 것이다[92].

〈표 Ⅳ-115〉 기타 쟁점

쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
장애인의 장애와 노인의 의존의 키워드를 자립으로 통합하여 자립공공서비스 설치	이미 2015년부터 MDA를 설치하여 통합된 서비스를 제공하는 지방정부가 있었지만 전국적으로 확대되기에는 어려웠음. 2021년 자립이 의존과 장애의 통합적인 키워드가 되어 사회보장의 다섯 번째 사회적 위험으로 설정된 만큼 의존과 장애를 분리시키기에는 한계로 작용하여 통합적 서비스 제공 필요성 증가.	고령장애인의 증가로 노인서비스와 장애인서비스의 통합적 창구가 필요함에 따라 도립 자립 공공서비스(SPDA)가 전국으로 설치될 예정. SPDA는 이용자의 자립서비스 이용을 편리하게 만들어 서비스 욕구를 충족시킬 것으로 예상됨.

91) https://handicap.gouv.fr/le-service-public-departemental-de-lautonomie-est-officiellement-lance
92) https://www.cnsa.fr/appels-projets/prefigurer-le-service-public-departemental-de-lautonomie

4. 소결

1) 한국

첫째, 소득보장영역에서는 장애인연금 대상자 기준(단일 3급 제외) 문제로 인한 장애정도가 심한 고령장애인의 노후소득보장과의 관계와 고령장애인의 장애로 인한 추가비용 적절성 부분이 쟁점으로 나타났다. 즉 장애인연금의 장애등급 차이(심한장애인 중 중증장애인만 해당, 단일 3급 제외)에 따른 소득보장 문제는 근로불가능한 시기인 65세 이후에도 동일하게 적용됨으로써 고령장애인의 근로능력 감소에 따른 부족한 소득을 지원하지 못하고 있는 부분이다.

이는 국민기초생활보장수급 대상자에게 한정될 수 있는데 장애인연금 대상자(생계 급여 및 의료급여 대상자)의 기초급여는 65세 이후 기초연금으로 전환되며, 기초연금의 소득인정으로 인한 소득감소를 막기 위해 부가급여로 변환되어 지원되고 있다. 따라서 동 집단의 공적소득은 65세 이전과 이후가 동일하다. 그러나 장애인연금 대상자(중증장애인)에서 제외된 단일 3급의 경우에는 65세가 되어서도 장애인연금 기준이 그대로 적용되게 된다. 즉 생계 및 의료급여 대상자인 단일 3급은 65세 이후 기초연금을 받게 되지만 소득으로 인정됨으로써 65세 이전과 동일한 공적지원을 지원받게 된다.

결과적으로 65세 이상 단일 3급(생계 및 의료급여 대상자) 장애인은 심한 장애인이면서 고령으로 인한 근로상실에 대한 지원은 비장애인과 동일한 상황으로, 노후에 들어 심각한 생활고를 겪게 된다. 따라서 65세 이후 심한장애인의 소득활동 제한에 따른 소득감소를 보전해주기 위해서는 장애인연금 대상자 기준 중 장애등급 기준을 폐지하여 심한 장애인 중 소득이 낮은 집단을 정책대상자로 확대할 필요가 있다. 이외에 고령장애인의 장애로 인한 추가비용의 경우, 추가 비용 총액은 현행 지원금액과 큰 차이를 보이지 않으나, 장애유형별 차이가 매우 큰 것을 알 수 있다.

따라서 현행 장애로 인한 추가비용을 증가시키는 경우에는 어떤 장애유형은 필요하지 않으나 지원받을 수 있는 산입오류를 낳을 수 있으며, 추가비용을 지원하지 않는 다면 필요한 장애유형의 경우에는 배제오류를 낳을 수 있다. 따라서 건강, 돌봄, 보조기기, 영양, 교통, 통신 등 지역사회 내 사회서비스의 확충을 통해 장애로 인한 추가 지출을 감소시킬 필요가 있다. 즉 현행 추가비용 유지와 더불어 사회서

비스 확대가 필요하다.

둘째, 일자리영역에서는 장애인활동지원수급자의 65세 이후 획일적인 장기요양보험 기준에 따른 장애인일자리 및 공공일자리 탈락 문제, 공공형일자리의 장기요양급여 대상자 제외 등 형평성 문제, 고령장애인 적합 직무 부족 및 중대재해처벌법에 따른 고령장애인 일자리 환경 문제 등이 주요 쟁점이었다. 이는 장애인활동지원제도의 제도적 문제와 장기요양보험대상자의 경우 공공형일자리에서의 형평성으로 두 제도의 목적이 장애인 또는 노인의 사회참여로서 유사 목적에 상충되는 기준들이 마련됨으로써 부정합성을 낮추기 위한 정책적 개선방안이 요구된다.

먼저 장기요양대상자인 고령장애인의 장애인일자리 제한 부분을 삭제하고, 이에 대한 기준들을 노인일자리사업에서도 적용(예외적 기준)되도록 해야 한다. 그리고 고령장애인의 취업을 활성화하고 기업들에서 고령장애인을 고용할 수 있는 환경을 마련할 필요가 있다. 먼저 중대재해 처벌 등에 관한 법률에 따른 안전관리를 위한 산업안전업체 위탁 비용과 사업주를 위한 지원체계를 마련할 필요가 있으며, 65세 고령장애인이 장애인일자리를 적극적으로 이용할 수 있도록 대상자 선정기준의 패널티 기준을 완화할 필요가 있다. 즉 현재 참여자 선발 시, 65세 이상자 중 최근 3년간 연속참여자에 대해서는 선발 득점 총점의 5% 이상을 감점하고 있는 부분에 대한 검토가 이루어질 필요가 있다. 그리고 시각장애인안마사 파견 및 발달장애인 요양보호사 보조의 경우 '특화형일자리 전문인배상책임 보험'을 가입하도록 하는 지침에 따라 고령장애인을 고용하고 있는 기관들을 대상으로 상해·배상책임보험 가입 지원을 검토할 필요가 있다.

현재 중증장애인직업재활지원사업을 추진하고 있는 기관의 경우 직업적응훈련생 상해보험을 가입해 주고 있으며, 노인일자리 및 사회활동 지원사업의 경우, 노인공익활동사업과 공동체사업단을 대상으로 상해보험을 노인역량활용사업과 선도모델, 아이돌봄지원사업의 경우 배상책임보험을 지원하고 있다. 산재보험이 필수가 아닌 장애인일자리의 경우에는 상해보험을 가입하도록 하고, ESG 실천을 위한 전략으로 민간보험 또는 금융관련 공공기관 등과 같은 곳 등 고령장애인 상해 및 배상보험 상품을 개발하여 지자체 및 정부 매칭으로 지원하는 방안을 검토할 필요가 있다.

최근 서울시의 경우 '웰컴키즈 안심보험'을 출시하였는데, 그 이유는 노키즈존 운영하는 큰 이유 중 하나가 안전사고 우려 때문으로, 영업장 내에서 안전사고가 발생했을 경우 법률상 배상책임, 치료비 등을 최대 2천만원까지 보장받을 수 있는

상품이다. 동 사례를 토대로 고령장애인을 고용하는 직업재활 수행기관 및 장애인 일자리 수행기관 등이 가입할 수 있도록 하는 방안도 검토할 수 있다. 마지막으로 중대재해 처벌 등에 관한 법률에 따른 안전관리를 위한 산업안전업체 위탁 비용을 지원하는 안도 제안할 수 있다. 마지막으로 고령장애인의 지속가능하고 안전한 직무 개발이 필요하다.

셋째, 돌봄영역에서는 장기요양보험 우선 적용에 따른 보전급여 문제(선택권 부재), 신규등록장애인 활동지원서비스 이용 불가 문제, 보전급여에 따른 지원인력 및 사회참여 제한 문제, 돌봄통합지원 시범사업의 노인과 장애인 개발성을 고려한 세부 내용 부재, 고령장애인 자립 및 활동지원을 위해서는 부족한 노인맞춤돌봄서비스, 지적장애인의 치매 판정어려움에 따른 장기요양등급 판정 한계로 나타났다. 전반적으로 활동지원제도의 65세 이후 선택권 문제를 해결할 필요가 있으며, 활동지원서비스 대상을 신규등록장애인까지 확대할 것인지에 대한 고려가 필요하다. 또한 노인맞춤돌봄서비스의 중증장애인에 대한 추가시간 또는 특화지원서비스를 검토할 필요가 있으며, 지적장애인이 요양서비스를 받을 수 있도록 하는 판정체계의 검토가 요구된다.

넷째, 건강영역에서는 이원화된 건강지원서비스가 쟁점이었다. 유사한 목적에 비해 이원화된 서비스로 서비스간 부정합성 및 건강주치의제도의 관련 지원 부재 등 정합성 문제가 있는 것으로 나타났다. 즉 장애인건강주치의 제도는 고령장애인의 욕구에 비해 횟수와 복지서비스 연계를 지원하는 다학제 팀 등의 역할이 필요하지만 제도적으로 포함하고 있지 않은 한계점이 있다. 그리고 지역장애인보건의료센터의 고령장애인 미충족 의료율 제고를 위한 편의 서비스 개발 및 지원 부족하다.

다섯째, 거주영역은 장애인거주시설의 고령장애인 요양에 대한 관념적 사고 문제, 장애인거주시설의 고령장애인에 대한 서비스 지원 역량 부족, 요양 중심, 거주 중심 등 공동생활가정 및 거주시설 등 다양화 부족 등이 쟁점이었다. 장애인거주시설의 목적은 장애인이 지역내에서 또는 시설에서 적절한 지원을 받으면서 생활하는 것을 목적으로 하지만, 고령장애인 지원에 대한 규정 부족 등으로 제도들의 정합성이 부족한 것으로 나타났다.

여섯째, 일상생활영역은 65세 이상 고령장애인의 주간활동서비스, 긴급돌봄, 최중증발달장애인긴급돌봄서비스 배제, 주간이용시설의 (준)의료적 지원 및 중고령장애인에 대한 지원 부재, 노인복지관, 발달장애인 중심의 장애인복지시설 이용 한계 등이 쟁점으로 나타났다. 즉 성인장애인 뿐만 아니라 고령장애인의 주간활동을

위한 서비스 체계 마련을 통한 정합성 확보 필요 한 것으로 나타났다.

일곱째, 보조기기 및 학대 영역을 살펴보면, 보조기기영역은 장애유형별 고령장애인의 맞춤 복지용구 선택권 부재, 장기요양복지용구 구입 대상자의 제한적 기준 문제가 쟁점이었다. 고령장애인의 욕구에 맞도록 장애유형별 보조기기 구입 기준 유연성 부족으로 보조기기 제도의 정합성이 부족하다고 판단하였다(예: 신장장애인은 보조기기를 구입할 수 없음). 또한 장기요양보험 대상에게만 지원되는 서비스 품목의 고령장애인 이용 확대를 통해 보조기기 활용 목적에 대한 정합성을 높일 필요가 있다. 마지막으로 노인학대영역의 경우 접수에 따른 우선 지원 문제이다. 장애유형별 노인학대 연계가 부족하여 장애노인의 경우 적절한 서비스를 지원받지 못할 가능성이 높다고 볼 수 있다.

2) 일본

첫째, 소득보장영역은 선택의 유연성이 보장되어 있다. 장애인이 65세에 도달하면 기존에 받고 있던 장애연금을 그대로 받을 수도 있고 노령연금으로 변경이 가능하다. 또한, 당사자에게 유리하다고 판단되어지면 장애기초연금과 노령후생연금 조합으로도 가능하다.

둘째, 일자리영역은 65세 이전과 이후에 이용할 수 있는 제도 구축이 마련되어 있어, 원하는 제도 선택이 가능하다. 하지만 이용기간의 제한, 제도 간 연계 등으로 인해 안정적인 고용의 실현에 대해서는 주목해 봐야 할 것이다.

셋째, 돌봄영역에서 가장 큰 쟁점은 '65세의 벽' 즉, 장애인이 65세에 도달하면 개호보험우선적용원칙에 따라 개호보험서비스로 이전해야 하는 상황에서, 장애인복지서비스 급여양과 개호보험서비스 급여양의 차이, 서비스 기관 변경으로 익숙한 곳에서의 이용 불가, 본인부담금 규정 차이로 인한 본인부담금 증가 등의 논란이 있어왔다. 하지만, 2018년 장애인종합지원법 개정으로 '공생형서비스'와 '신(新)고액장애인복지서비스 등 급부비' 도입, 개호보험서비스만으로 부족한 서비스양의 장애인복지서비스로 추가 제공을 가능(지자체 권한 큼)하게 함으로써 문제의 해결을 도모하고 있다.

넷째, 거주서비스 영역에서의 쟁점 또한 65세에 도달한 장애인의 거주시설 이전에 대한 부분이었다. 하지만, 장애인지원시설(입소시설)은 개호보험우선적용대상 외로 분류되어 이용하던 시설을 계속해서 이용할 수 있게 되었다. 한편, 고도의 의

료지원이 필요한 고령의 장애인이 시설의 환경 미흡(의료 및 인력 미흡 등)으로인해 기존 시설을 이용하지 못하게 될 경우 병원의 장기입원이라는 선택지가 대부분이었으나, '개호의료원' 창설로 인해 의료와 개호서비스를 강화한 시설로의 이전도 가능하게 되었다.

마지막으로, 보장구에 대해서는 장애인과 고령자 모두 유사한 서비스가 존재하며, 65세 이상 장애인은 개호보험우선적용으로 복지용구 급부의 대상이 되어 복지용구의 대여 및 구매, 주택개보수의 서비스 이용이 가능하다. 학대에 대한 부분 또한 장애인과 고령자 모두 학대방지법이 존재하며, 학대가 발생한 장소 등에 의해 유연하게 적용 가능하다.

3) 프랑스

첫째, 소득보장영역에서는 중증장애인인 경우 65세 이상이 되어도 계속해서 장애인연금을 수급받을 필요가 있다. 프랑스에서는 2016년까지 모든 AAH 수급자가 은퇴연령인 62세가 되면 노령기초연금(ASPA) 수급자로 전환이 되었는데 ASPA를 수급받기 까지 시간이 걸리고 또한 수급자의 사망 시 지급된 급여의 일부를 상속인에게 반환 청구가 되었기 때문에 그리 달가운 제도가 아니었다. 이러한 항의가 지속된 결과 2017년부터는 중증장애인인 장애율 80%인 AAH 수급자에 한해 은퇴연령에 도달하여도 AAH 수급권을 유지시키며 은퇴연금을 받는 자의 경우 AAH 급여액 미만인 경우 보충액을 받을 수 있도록 하였다. 이와 마찬가지로 한국에서 65세가 되어 기초연금으로 전환이 되면 소득으로 인정되기 때문에 실질적으로 사용가능한 금액은 적어지기 때문에 삶의 질이 낮아짐을 예상할 수 있다.

둘째, 일자리영역은 장애인 취업지원을 강화하는 방안을 생각해볼 필요가 있다. 우선 기업이 장애인근로자를 더 많이 고용하도록 장애인 의무고용을 더 강화하도록 해야할 것이다. 프랑스의 경우 이전에는 장애인근로자 고용 인원 수로 고용의무준수 여부를 보았지만 현재는 전일제 고용을 1인으로 계산하고 있다. 기여금액의 상향도 생각해볼 수 있으며 무엇보다도 기업인들의 장애에 대한 인식에 대해 환기시킬 필요도 있을 것이다. 이러한 가운데 장애인 고용에 대한 정부의 지원도 함께 이루어져야 하는데, 프랑스의 경우 장애인 취업지원 프로그램이 고용센터와 잘 연결이 되어 지원하고 있으며 장애인 고용유지를 위해서도 정부보조금을 지원함으로써 기업의 부담을 덜어주어 장애인 취업만으로 끝나는 것이 아니라 지속적인 관리를 하고 있는 것을 알 수 있다. 또한 고령장애인이 은

퇴를 했다고 해서 취업지원을 받을 권리가 사라지는 것이 아닌데, 정부에서 고령장애인의 취업을 적극 지지하고 있기 때문에 여러 가지 취업지원을 받을 수 있으며 AAH 수급자의 경우 최대 급여액을 초과하지 않는 한 경제활동으로 소득을 벌면서 연금보험료를 납부하며 AAH 급여액을 계속 수급받을 수 있다.

셋째, 돌봄영역에서는 장애인활동지원제도 수급조건에서 최대한 계속 활동지원제도를 받을 수 있도록 조치를 취해야 할 필요가 있다. 한국에서는 65세 이상 장애인의 경우 장기요양제도 급여를 받으면서 부족한 부분은 활동지원제도를 통해 대체하고 있다. 이렇게 되면 이전에 받았던 익숙한 서비스가 65세가 되면 새롭게 변경이 되기 때문에 다시 적응해야하며 더욱이 장기요양제도는 장애인의 특성보다 의존노인의 특성을 고려한 서비스이기 때문에 개인에게 잘 맞지 않을수도 있다. 프랑스의 경우 60세 이전에 장애를 인정받은 경우 75세까지만 PCH 급여를 받을 수 있었으나 2021년부터는 75세 연령기준을 삭제하였다. 이는 가족부양자의 존재로 인해 그동안 공적 서비스를 이용하지 않다가 가족부양자의 고령화로 더 이상 부양이 힘들게 된 경우가 많았고 PCH 급여 중 집안 개조는 APA에는 없는 까닭에 뒤늦게 PCH를 신청하고자 하는 자는 혜택을 받지 못하는 등 공정하지 않게 작용을 하였다. 이에 따라 현재는 60세 이전에 장애를 인정받은 경우라면 나이제한 없이 PCH 급여를 신청할 수 있다.

넷째, 거주서비스영역에서는 노인시설 내에 고령장애인을 위한 하위시설을 설치할 필요가 있다. 한국과 마찬가지로 프랑스의 경우에도 장애인 거주시설 수가 노인거주시설 수에 비해 적어서 점점 증가하는 고령장애인을 수용하기엔 역부족인데, 이러한 경우 노인거주시설에 입소하는 경우가 많다. 프랑스는 지역마다 고령장애인의 특성에 맞는 전문거주시설 설치를 위해 노력하고 있고 한 시설 전체가 고령장애인 전문 시설은 아니더라도 노인거주시설 내에 일정 비율 정원을 설정하여 고령장애인에게 할당하고 있는 경우가 점점 증가하고 있다.

다섯째, 기타영역을 살펴본다면 담당기관의 통합을 고려해볼 필요가 있다. 대부분의 국가는 장애인과 노인 서비스 담당 기관이 분리되어 있고 프랑스도 예외는 아니었다. 그러나 개별자립수당(APA)이 보편화되고 자립(autonomie) 부문이 사회보장의 다섯 번째 위험으로 등록된 후로 의존의 위험이 누구에게나 인생에서 발생할 수 있다는 전제 하에 자립부문에 대한 서비스 지원을 좀 더 효율적이고 용이하게 만드는 방안을 지속적으로 연구해왔다. 그 결과 장애인서비스와 노인서비스 담당기관을 통합하기위해 준비중이다. 이러한 혁신적인 방법을 한국에도 적용하려는 시도를 했을 때 이해관계자를 비롯하여 사회적 합의하에 차근차근 준비한다면

이러한 통합기관을 신설하는 것도 불가능한 일은 아닐 것이다. 프랑스의 경우 지방정부의 자율성과 의무가 강하기 때문에 이번에 통합되는 SPDA가 지방정부 감독이지만 한국의 경우 보건복지부 감독의 국가자립서비스공단을 중앙에 두고 지역별로 지역자립서비스공단을 설치하는 틀을 생각해 볼 수 있을 것이다. 이렇게 되면 기존의 국민건강보험공단의 업무의 부담을 덜어 관련 부서를 통째로 자립서비스공단으로 옮겨 임무를 추가 설치하는 방법이 가장 이상적이다. 새로운 기관 설치가 힘들다면 국민건강보험공단 내에 새로운 부서 설치를 생각해 볼 수 있겠다. 이렇게 되면 부수적으로 추가적인 조정이 들어가야 하겠지만 장기적인 관점에서 보았을 때 자립 통합기관을 둔다면 관리자와 이용자 모두 편리하게 시스템 이용을 할 수 있을 것으로 예상된다.

V 고령장애인 개인 및 가구 심층인터뷰론

1. 조사 개요

본 절의 목적은 고령장애인의 가구 특성 및 욕구를 파악하여 장애인복지정책 개선을 제안하기 위한 것이다. 우리나라는 전 세계에서 가장 빠르게 고령화되어가고 있으며, 장애 인구의 경우 전체인구의 고령화 비율보다 3배가 높게 나타나고 있다. 이들은 '장애'와 '노화'의 이중고를 겪으며 당사자와 가족이 돌봄, 경제적 빈곤, 사회참여 제약 등의 문제가 심각하게 드러나고 있으나 현재 고령 장애인을 위한 정책들은 장애인복지 영역보다는 노인복지 영역에서 제공되고 있어 틈새에서 적절한 서비스를 받지 못하고 있고, 이에 대한 적절한 기초자료도 부재한 상황이다. 이에 고령장애인 복지정책을 돌봄, 소득, 건강, 일자리 측면에서 어떠한 서비스가 이루어지고 있는지를 고령장애인 당사자와 가족들의 체감도를 중심으로 나타내 보고자 한다.

1) 연구 방법 : 일반적 질적 연구(generic qualitative research)

본 연구의 목적을 달성하기 위해 일반적인 질적연구방법을 활용하였다. 일반적 질적 연구는 현상학과 같이 어떠한 인식론적 입장(존재론적, 인식론적 입장)을 명확히 언급하지 않는 연구이다. 특히 일반적 질적연구는 다양한 접근방법들을 관통하는 기초적이고 공통적인 것에 근거해 연구를 수행하는 것이다(김인숙, 2016).

연구 문제 ; 고령 장애인 당사자와 가족들이 체감하는 돌봄, 빈곤, 건강, 일자리 측면에서의 욕구와 문제는 무엇인가?

2) 자료수집 및 분석 방법

(1) 연구대상자

본 연구의 우선 대상자는 고령장애인 당사자와 그 가족이다. 특히 본 연구에서 정의한 고령장애인은 연령으로는 50세 이상을 기준(황주희 외, 2014, 한연주, 2018)으로 하고, '고령화된 장애인(aging with disability : 장애인구의 고령화)'

과 '노화에 따른 장애인(disability with aging : 노화기로 인한 장애)으로 구분(한연주 외, 2018)하는 개념을 포괄하여 고령장애인 1인가구, 고령장애인과 함께 살고 있는 가구원을 대상으로 선정하였다. 특히 지역사회에서 생활하면서 겪는 어려움(돌봄, 빈곤, 건강, 일자리 등)의 측면에서 표현을 할 수 있는 고령장애인을 선정하였다.

(2) 자료수집방법

자료수집 방법은 심층인터뷰를 실시하였다. 본 연구대상자가 고령장애인으로 연구의 주제와 질문에 대한 이해도를 고려하여 심층적으로 인터뷰하는 것이 적절하다고 판단하였다. 특히 본 연구에서는 당사자의 돌봄의 상황과 서비스 내용 등의 세부 내용들에 대한 사항들이 필요하여 당사자와 함께 살고 있는 가족(가구원)들을 별도로 인터뷰를 실시하였다. 이러한 당사자와 가족의 심층인터뷰를 통해 이들이 체감하는 돌봄, 빈곤, 건강, 일자리 측면에서의 욕구와 문제는 무엇인지를 살펴보았다.

(3) 표집방법

본 연구의 표집방식은 선택적 표집법 중 전형적 사례 표집(typical case sampling)과 세평적 사례선택(reputational case selection)을 통하였다. 전형적 사례 표집은 본 연구주제에 적합한 대상자를 선정하기 위해 전술한 연구대상자 선정 기준에 맞는 대상자를 표집 하도록 하였으며, 이 분야에 전문적 경험이 많은 사람에게 연구주제에 적합한 참여자를 소개받는 '세평적 사례 선택'을 활용하였다. 즉 지역사회에서 독립적 혹은 가족과 함께 살고 있는 고령장애인을 선정해야 하여 il센터, 장애인복지관, 장애인단체, 노인복지관 등 담당자들의 추천과 선택으로 이루어졌다(Miller and Carpenter, 2009). 특히 농어촌의 서비스 간 차이를 보일 수 있기 때문에, 지역별로 고르게 분포할 수 있도록 표집하였다.

(4) 자료분석방법

일반적 질적 연구는 인터뷰 결과 분석을 통해 주제를 이끌어내는 주제분석을 사용하였다(김인숙, 2016). 본 연구에서는 귀납적 주제분석을 실시하였으며, 이는 글레이저의 분석방법과 유사하다. 분석단계로 포괄분석, 의미 단위분석, 패턴분석, 범주분석, 주제분석 등의 과정에 따라 자료를 분석하였다.

(5) 연구윤리

본 연구 담당자는 먼저 연구대상자를 상대로 본 연구의 목적을 충분히 그리고 이해하기 쉽게 설명하도록 하였다. 특히 본 연구의 대상자는 전문가로부터 참여가 가능한 분들이 추천되었기 때문에, 인터뷰를 승낙이 전제되었다고 볼 수 있다. 그러나 연구참여자 중에서도 전문가들의 섭외 내용과 상이 한 부분이 있을 수 있기에, 그 기준을 더욱 명확히 설명하도록 하였다. 그리고 개인에 대한 비밀과 개인정보보호 등의 내용 역시 정확히 설명했으며, 이후 연구대상자와 대면하여 책임연구자가 동의서를 받았다. 그리고 인터뷰 혹은 서면 동의 시, 정당한 편의 제공을 통해 편안한 상황 속에서 인터뷰를 진행할 수 있도록 당사자가 원하는 장소(집, 복지관, 전화 등)에서 심층 인터뷰가 이루어질 수 있도록 하였다. 또한 가구원에 대해서는 자율적으로 당사자와 함께하거나 분리해 인터뷰를 진행하였다. 또한, 인터뷰 도중 건강상의 어려움이 있는 경우에는 인터뷰를 중지할 수 있음을 알렸다.

2. 조사 결과

1) 인터뷰 질문지 구성 및 절차

심층 인터뷰의 목적은 지역사회에서 고령장애인 당사자와 돌봄을 위해 함께 거주하고 있는 가족(가구원)들의 돌봄, 소득, 건강, 일자리의 부분을 중심으로 욕구와 문제 현황을 파악하고, 이에 따른 적절한 정책적 개선방안을 제안하기 위한 것이다. 이를 위해 다음과 같은 반구조화 된 설문지를 구성하여 사용하였으며, 상황에 따라 관련된 질문도 추가하였다.

〈표 Ⅴ-1〉 심층 질문지

범주	주요 질문
인구학적 사항	- 장애 등록 사유 및 시기 - 주 돌봄자와의 동거 사유 및 시기
고령 장애인의 일상생활	- 일상생활 능력 정도 - 낮활동 및 일자리 등 사회활동 현황 - 필요한 지원
고령 장애인의 소득 및 경제생활	- 고령 장애인 소득 유형 및 수준 - 가구원의 소득 유형 및 수준 - 필요한 지원
고령 장애인의 건강	- 고령 장애인의 건강 및 질병 관리 - 장애로 인한 특성 및 필요서비스 - 주 돌봄자의 건강 - 필요한 지원
고령 장애인의 노후	- 노후 계획 - 주 돌봄자 사후 대안 - 필요한 지원

심층 인터뷰 방식은 인터뷰 대상자가 원하는 시간으로 조정하여 결정하였고, 고령장애인 당사자와 가족을 함께 인터뷰하였고, 이들의 일정 및 상황에 따라 당사자와 가족 각각 진행하기도 하였다. 또한 당사자의 장애 특성으로 스스로 의견 개진이 어려운 경우 가구원과 함께 인터뷰를 진행하였고, 청각장애 당사자의 경우 수어통역사를 동행해 인터뷰를 진행하였다. 심층인터뷰 진행은 먼저 연구진 및 참여자 소개와 연구목적에 대해 밝히고 인터뷰 동의 여부 및 녹음에 대해 확인한 후 인터뷰를 실시하였으며, 인터뷰는 약 1시간 30분에서 2시간 정도 소요되었다.

2) 일반적 인적 사항

2024년 4월부터 6월까지 총 18명(고령장애인 당사자 11명, 가구원 7명)을 대상으로 심층인터뷰를 실시했으며 참여자들의 구체적인 인적사항은 아래 표와 같다. 당사자 연령분포는 50대 4명, 60대 5명, 70대 2명이었으며, 가구원은 50대 1명, 60대 2명, 70대 2명, 80대 2명으로 나타났다. 장애유형은 발달장애 2명, 지체장애 3명, 뇌병변장애 1명, 시각장애 2명, 청각장애 1명, 신장장애 1명, 심장장애 1명으로 나타났다. 가구 구성은 1인 가구가 4명, 2인 가구 5명, 3인 가구 1명, 기타 1명으로 특히 1~2인 가구가 주를 이루고 있고, 2~3인 가구의 경우 당사자와

부인, 모(母), 아들, 동생, 오빠 등 다양한 구성원과 함께 거주하고 있었다.

〈표 Ⅴ-2〉 참여자 기본적 특성

	참여자 구분	지역	연령 (만)	성별	장애유형	가구구성
A1	당사자	전북	57세	여성	발달장애(지적)	2인 가구(모+본인)
A2	가구원(A1/모)	전북	85세	여성	-	
A3	당사자	전북	63세	여성	지체장애	1인 가구
A4	당사자	전북	75세	남성	심장장애	2인 가구(아내+본인)
A5	당사자	광주	66세	여성	지체장애	독거
A6	당사자	광주	69세	여성	지체장애	가족
A7	당사자	광주	55세	여성	뇌병변장애 (뇌성마비)	2인 가구(모+본인)
A8	당사자	서울	52세	남성	지적장애	3인 가구 (모+남동생+본인)
A9	가구원(A8/모)	서울	78세	여성	-	
A10	당사자	전남	57세	남성	시각	시각장애 동생과 거주
A11	당사자	전남	76세	남성	시각	아내와 거주
A12	당사자	서울	62세	여성	청각	1인 가구
A13	가족	전남	75세	남성	발달장애(지적)	3인 가구 (본인+아내+아들)
A14	가족	전남	80세	여성	발달장애(지적)	2인 가구 (아들+본인)
A15	가족	전남	60세	남성	발달장애(지적)	2인 가구 (동생(50세)+본인)
A16	당사자	전남	62세	남성	신장	1인 가구
A17	가족	서울	50세	남성	정신	가족
A18	가족	서울	63세	여성	정신	가족
사례A19	당사자	서울	65세	여성	지체,뇌병변	2인가구 (남편+본인)
사례A20	당사자	서울	65세	여성	뇌병변	2인가구 (언니+본인)
사례A21	당사자	광주	66세	여성	지적	2인가구 (남편+본인)

3) 분석 결과

분석 결과 아래의 표와 같이 3개의 주제와 7개의 상위범주, 23개 하위범주가 도출되었다.

〈표 V-3〉 심층인터뷰 결과

주제	상위범주	하위범주
고령 장애인의 생활상 어려움	신체적 노화로 건강상태 악화 체감	나빠지는 건강
		근로 능력 저하와 생활상의 어려움
		부담되는 병원비와 간병비
		고령 장애인의 가장 큰 걱정
	고령 장애인의 경제적 어려움과 노후준비	공공부조로 생활
		경제활동을 통한 수입창출
		노후를 위해 준비하고 있는 것
	무료한 일상과 막연한 걱정스러움, 외로움	한정된 여가활동
		참여할 수 없는 프로그램
		가족 돌봄의 의존적 삶
가구원의 부담과 지원	가족기능 변화와 구성원의 노화	가구원의 노화
		돌봄 부담과 체념
		1인 가구 장애인의 가족 의존과 관계 소원
	현실적 문제와 지원체계	가구원의 가장 큰 걱정
		고령에 따른 필요한 제도와 정책에 대한 정보제공
		장애특성에 따른 지원 필요
		사후 대비하고 있는 것
정책의 모순과 지향점	이해할 수 없는 정책의 현실	서비스 전환과정에서의 어려움
		열심히 일할 필요가 없는 정책
		사회보험의 이상한 해석
		지자체마다 다른 서비스
	필요한 지원	고령 장애인의 삶의 질
		채워지지 않는 서비스에 대한 욕구

(1) 고령 장애인의 생활상 어려움

① 신체적 노화로 건강 상태 악화 체감

가. 나빠지는 건강

고령 장애인들은 앞서 정의한 바와 같이 나이가 비장애인의 노령화 속도보다 빠른 40~50대 정도부터 노화로 건강 상태가 나빠지고 있음을 느끼고 있고, 이로 인한 일상생활에 어려움이 있는 것으로 나타났다. 이상 증상으로 병원을 더 자주 이용하거나 잦은 입원 및 수술의 경험, 장애와 관련된 신체적·정신적 기능 유지를 위한 치료 증가와 약 복용 증가 등 개인마다 다른 다양한 형태의 질병과 노화에 대응하는 의료적 처치와 관리를 필요로 하고 있다. 또한 나이들어 가면서 확연해지는 우울증, 수면장애, 치매 의심 증상 등이 나타나고 있으며, 이렇듯 참여자들이 가장 많은 호소는 나빠지는 건강과 관련한 다양한 증상들이었다.

> 나이가 들면서 눈이 일단은 계속 저는 진행되는 질병이라서 계속 나빠지기는 하죠. 이제 그전보다 좀 더 많이 나빠진 거는 스스로도 느낄 수 있을 정도로 나빠지고 있으니까....(A11)

> 나이 때문에 이제 걱정이 되게 이제 건강에 문제고요. 특별히 안 좋은 데는 제가 심장약을 좀 먹고 있어요.(A10)

> 신장 약을 많이 먹으니까 이 류마티스 관절염이 약이 독하잖아요. 그러니까 신장이 안 좋다고.... 그리고 이제 늙으니까 귀 수술도 했어요. 잘 안들려서....(A3)

> 입원을 하도 많이 해가지고 허리 아파서도 그냥 몇 번을 했는가 몰라요.(A4)

> 젊었을 때는 잘 안 아팠거든요. 그런데 이제 40을 넘다 보니까 이런 저런게 생겨서 병원을 자주 가게 돼요. 강직도 그렇고, 고혈압도 있고, 방광염도 있고, 한달에 평균 4번 정도는 가는 것 같아요.(A7)

> 자꾸 마음이 약해지고 무슨 말하면 막 눈물이 나니까 내가 우울증이 있나? 이런 생각이 들어요. 검사를 해봐야 하는 그런생각이 들때가....화를 내려고 하면 눈물부터 나요. 나는 화를 내는게 아니라 눈물로 화를 내(A12)

나. 근로 능력 저하와 생활상의 어려움

건강의 악화에 따른 체력의 한계는 생산활동을 비롯한 다양한 활동저하로 이어지고, 활동을 저해하는 상황들이 발생하고 있어 일상적인 생활을 유지하는데 어려움이 있다. 참여자들 대부분의 경제적 기반은 국민기초생활보장 수급자로서 생계비와 장애연금으로 생활을 유지하고 있으나, 일부는 직업생활을 통해 생계를 유지해야 하는 상황에서 건강상의 이유로 직업생활을 유지하지 못하게 되는 경우가 발생하기도 하고, 전반적으로는 체력 저하, 근력저하, 대소변실수, 투석, 장기투약으로 인한 후유증, 기억력 감퇴 등 근로 및 일상생활, 여가활동에 영향을 미치는 다양한 반응들로 생활상의 어려움이 나타나고 있었다.

> 살이 쏙 빠지면 다리에 힘이 점점 못 걸어도 무릎을 세워서 오르내고를 했거든요. 근데 무릎을 세워도 막 후들거리고 흔들거리고 힘이 빠져요. 올해 작년 몸이 약해지는 거예요. 뭘 하기가 힘들어요.(A5)

> 체력적으로 많이 떨어져요, 왜냐하면 외부 활동을 잘 못하니까 보통 일반인들처럼 활동을 할 수가 없어요.(A10)

> 동생이 요즘에 와서는 이제 막 실례를 하거든요, 일단 요실금이 좀 심해져 요즘에는 기저귀 팬티도 입히고 그러는데 조금 제어가 안되는 부분이 있어요.(A15)

> 투석을 하면 일을 못하게 돼 있어요. 일을 하고 싶어도 못하는 상황이기도 하고, 나이를 먹기 전에는 그래도 하루 이틀 정도 일을 할 수도 있는데 나이가 드니까 그것도 힘들어지네.....오전에 투석을 받으면 오후에 힘이 없어 하루 일을 누가 해주나요? 근데 연세 드신 분들은 더 힘들죠, 힘들어, 체력이 많이 떨어지고 천지가 안 아픈데가 없고, 시간이 갈수록 침침하고 성욕 같은 것도 많이 저하돼 버렸고....(A16)

> 옛날에 60되기 전에컴퓨터에다가 막 쓰는 것도 한글 다 쓰고 그랬거든요. 이제 그것도 앉아서 힘들어요. 그거 다 치웠어. 그냥 책 읽다가 근데 나는 가만히 앉아 있는 성격이 못돼 갖고 집에서도 계속 움직여, 뭐 정리하고, 뭐 정리하고.(A5)

다. 부담되는 병원비, 간병비

잦은 병원 입원과 치료는 개선의 여지 없이 고스란히 장애당사자와 가족들의 몫으로 병원을 자주 가기 때문에 병원비 및 관련한 부대비용이 많이 든다. 비급여 부분의 부담이 증가되고 있고, 좋은 약을 쓰고 싶어도 약제비가 많이 나와 사용하지 못하고 있다. 주로 국민기초생활보장 수급자로 나오는 비용에서 생활해야 되어 잦은 병원 방문을 부담스러워 하고 있다. 특히 병원비 중에서 비급여와 간병비는 가장 부담스러운 부분으로 경제적 부담으로 인해 개인 간병이 필요한 상황인데도 사용하지 못하거나 통합 간병으로, 가족 의존으로 대신해 오고 있고, 이러한 경제적 부담은 나이가 들어가면서 나빠지는 건강에 대한 대응과 장애로 인한 복합적 질환에 대응하기 위한 의료비 지출과 간병비 부담으로 경제적 부담이 늘어가고 있음을 시사하고 있다.

> 만약 내가 여차하면 간병인을 써야 하는데 너무 비싸서 간병인을 쓰겠어요? 간병비가 비싸서 조카한테 부탁을 했죠 와줄 수 있겠느냐 그랬더니 흔쾌히 와줄 수 있겠다고 그러더라고요. 근데 잠은 안자고 밤에는 병원에서 안된다는 거예요.(A9)

> 병원에 가면 병원비가 비급여가 있거든요. 조금 좋은데 가서 쉬고 싶어도 비급여니까 비싸서 안쓰게 되거든요. 병원을 자주 가기 때문에 병원비가 많이 들고...(A7)

> 하루 15만원정도 그 돈이 많이 들어가니까 엄두도 못냇죠.(A2)

> 보면 혜택이 없는 약들이 있어요. 특별한 약들은....간병도 안 써야 했는데 내가 너무 힘들어서 안 되겠다 싶어서 썼는데 그 때 얼마 줬더라...10만원 이상 주었는데 나중에 통합간병으로 바꿨어요. 경제적 부담 때문에....(A16)

라. 고령 장애인의 가장 큰 걱정

장애인으로 살다가 나이 듦에 따라 노화로 인한 신체적·정신적 변화를 경험하게 되고, 계속되는 한정된 수입구조 대비 병원비 지출의 증가, 노후에 대한 고민 등 가중되는 걱정스러움이 있으나 마땅한 대안 없이 혼자 남겨졌을 때 외로움, 시설에 대한 거부감, 장애로 인해 수술과 치료를 반복했던 지겨운 병원 생활, 국가책임 기대, 가족 의존에서 자립훈련 등 노화와 가족기능의 변화로 다가올 본인들의 생활에 대한 막연한 걱정과 현재 가족 돌봄에 의존해 있는 만큼 주 돌봄자의 사후에 대한 두려움 등이 내재되어 있는 것으로 나타났다.

동생들한테 부담을 안 주기 위해서 또 나를 위해서 병원에 시신 기증을 미리 했어요. 시신 기증해놓고 내가 완전히 움직이지 못하고 꼼짝 못할 경우에 내 정신이 살아 있는 한 요양원 같은 곳은 안가고 싶고, 병원에도 입원 안하고 싶고. 지겨워, 지겨워, 무서워.(A5)

엄가가 돌아가시면 어떡하나 생각을 해보면 걱정은 되지만 할 수 있는게 없으니까 혼자 있는 것, 혼자 되는 것 외에 딱히 대안 없어요.(A7)

내가 제일 두려운 것이 내가 몸을 버려버렸을 때. 그때는 희망이 없죠, 누가 나 데리고 올 사람도 없을 것이고, 집에서 요양해야지. 나는 죽는다면 병원에 가서 내 생을 마치고 싶지 않고 집에서 눈 감고 싶어요. 그냥.(A4)

당연히 활동을 못하는 것이 걱정되고, 나를 누가 이제 가족은 해줄 수 없잖아. 나를 케어해 주는 게 필요해, 예전에는 본인이 책임져야 된다고 생각했는데 사회복지 공부를 할 때 내가 느낀거는 우리도 이 나라 국민이니까 국가에서 책임져야 된다는 걸 배웠지.(A6)

이제 나이도 들고 있고, 아프면 병원도 가야 되고, 또 누군가의 동행도 필요하잖아요. 그렇다고 항상 오빠한테 의존할 수도 없고, 나름대로 독립하는 그런 정신력을 강하게 이제 마음을 먹어야 되는데...(A12)

② 고령 장애인의 경제적 어려움과 지원체계

가. 공공부조로 생활

많은 고령 장애인들의 수입은 공공부조로서 기초생활보장급여, 장애인연금, 기초연금이 중심으로 국가나 지자체의 지원을 통해 생활을 영위하고 있었다. 이들은 국민기초생활보장수급자이거나 차상위계층으로 지원되는 생계비, 의료비, 주거비와 장애인 연금을 합하여 매월 일정액이 입금되어 이 수입으로 생활을 유지하며, 고령의 가구원이 함께 있는 경우 가구원에게 지급되는 기초연금을 합하여 가구원이 주로 관리하면서 오랜 기간 보조금에 의존하는 생활로 고착되어 있었다.

00이는 수급자이고 나는 기초연금만 32만원 나와. 한달에 00이 앞으로 80만원은 조금 안 나오는 것 같은데....통장이랑 내가 관리하고 있고 평일에는 복지관에서 주로 밥을 먹고 해 (A2)

저소득자라고 등록이 되가지고 한달에 한 70 몇 만원 생계비가 나오는 것 같고, 교통비에다 뭐다 해서 생계비가 들어오고 동생 대신 제가 관리하고 있어요.(A15)
투석비 지원, 생활비 지원.....통장 봐야 아는데 따로따로 나오는데 한달에 98만원 정도.... 제가 관리하고 있죠(A16)

한달에 수급 받는거 몇십만원 받는거 50만원 조금 넘어 그거하고 장애수당 6만원. 이것저것 다 빼고 55만원인가 이렇게 나와. 생활하는데 괜찮아요.(A17)

의사선생님이 아무래도 기초수급자를 만드는게 좋겠다고 말씀을 하셨고, 장애 등록을 하게 도와주셔서 독립해 살고 있어요. 대략적으로 제가 알기로 약 57만원 정도? 장애수당도 받고 있어요.(A18)

나. 경제활동을 통한 수입 창출

공공부조에 의한 생계유지가 아닌 본인이 직업생활을 하고 있는 경우가 있다. 이 경우 고령으로 인해 직업생활 유지가 어려워지는 상황이 생길 수 있고, 장애와 고령, 직업생활의 지속적 유지는 사실상 어려운 상황이나 일을 통해 생산적 활동에 대한 참여를 지속적으로 유지되기를 희망하고 있었다.

지금은 장애인 일자리라도 하고 있는데 복지관에서 청소하고 하는 것들을 통해 한달에 54만원 정도 받아요. 지금은 그래도 일을 할 수 있지만 아무래도 생계하고 직접 연관되니까 일자리를 계속할 수 없는게 문제예요. 2년 이상을 못하게 되어 있어요(A10)

제가 장애인 일자리로 미화 관리 그 일을 하는 건 처음인데 조금 힘들기는 해요. 근데 4시간이니까 무리하게 하지 말고 그냥 좀 하다가 힘들면 좀 쉬었다가 하고 그러면 괜찮아요.(A12)

협회장 일을 보기 때문에 또 여기 하는 일이 많아요. 아침부터 사회복지사 선생님들 하고 미팅하고, 또 각 지부들 둘러보고, 복지 후원 사업도 하고, 의료비 지원 사업은 이제 도에서 하는 건데 전남은 무안에 있어 도도 방문하고, 여기 협회에서 50만원 정도 받고 있어요.(A16)

다. 노후를 위해 준비하고 있는 것

대부분의 고령 장애인은 기초생활보장급여, 장애인연금, 기초연금 등 국가나 지자체의 지원으로 생활을 유지하는 경우가 많았고, 일자리 사업을 통해 경제활동을 영위하고 있었다. 지원과 벌어들인 수입 대부분은 생활비로 사용되고 있어 미래를 위한 저축이나 보험, 연금 등을 준비하기가 어려운 상황이다. 그럼에도 갑작스러운 상황(특히 병원비와 생활비)에 대비해 저축이나 보험을 가입하고 유지하고 있었다. 그러나 경제적으로 여유롭지 않은 상황에서 수급권 탈락이 우려되어 큰돈을 마련하지는 못하고 있고, 비수급자인 경우 수급자가 되는 것이 계획이기도 하였다.

> 갑자기 아플 때 수술이라도 또 집에 필요한 것 있을 때 필요하니까 또, 사람이 살면서 어떻게 될지 모르니까 저금을 해요. 근데 수급자는 모을 수가 없어요. 모으면 짤리니까...(A7)

> 우리집 아저씨가 72살인데 아무것도 없이 그냥 사시니까 제가 차상위를 두 번 서류를 내봤어요. 근데 제 보험이 있어서 안된다고 하더라구요. 나는 안 쓰고 그 돈 모아서 어떻게 노후를 생각해 본하고 했는데 그 보험 있다고 차상위가 안된다고 하더라구요.(A6)

> 계속할 수 있으면 계속할 거예요. 생계비를 절반만 받는다해도 장애인 일자리를 나이 들어도 그 정도는 계속할 수 있을 것 같아요.(A10)

> 나이가 60이 넘어가면 수급자가 돼야 해. 기초수급자를 만들어야 되요. 수급자를 만들어서 돈이 나오게 만들어야 되고, 장애인연금도 많이 나오게끔 만들어주고.(A13)

③ 무료한 일상과 막연한 걱정스러움, 외로움

가. 한정된 여가 생활

장애인들의 단조로운 여가활동과 활동의 제약은 특별히 나이가 더 들었다고해서 크게 달라지는 것은 없으나 일상을 들여다보았을 때 더 단조롭고 장애유형에 따라 활동 범위가 더 제한되어 있음을 알 수 있었다. 일반적으로 고령 장애인들이 이용할 수 있는 복지서비스는 기존 장애인복지서비스와 노인복지서비스 두 분야에서 이용이 가능할 것으로 인식하고 있으나, 반대의 현상이 나타나고 있다. 즉, 기존 장애인복지서비스에서는 고령으로 서비스의 한계와 제한이 따르고, 노인복지서비스는 비장애 노인을 중심으로 서비스가 형성되어 있어 어느 쪽도 이용할 수 없는 서비스의 사각지대가 형성되었다. 그렇다고 노인복지서비스 이용을 희망하거나 새

로운 서비스에 대한 욕구가 있는 것은 아니고, 기존에 이용하여 왔던 서비스가 지속되거나 무료한 일상을 혼자 또는 지원자에게 의존된 활동으로만 생활을 하고 있었다.

> 만나는 친구도 돈이 있어야 만나지 뭐....나는 돈 쓸일 있으면 쓰지 않아요, 저는 그냥 교회 있는게 편해, 신앙생활하면서 교회 가면 사람들이 일단은 누구한테 상처주는 말은 안하고, 서로 있는 그대로 진실한 대화가 되고, 또 보이지 않는 하나님을 믿음으로 해서 내가 긍정적인 생각을 많이 변화가 되더라고요.(A12)

> 아침부터 여기 와서 4시 반까지 있다가 여기 차로 데려다주던가 아니면 동생이 직접 걸어오는데 혼자서 동네를 왔다갔다 해요.(A15)

> 지 혼자 그냥 혼자 가서 어디 홈플러스도 댕기다가 오고, 저 다리 밑에 어디 시원한데 앉았다 왔다 그래. 복지관 오면 항시 잘해주니까 말도 잘하는데 여럿이 있는데는 안오려고 해(A14)

> 우리 애가 제 말 들으면 이제 운동도 좀 하고 그러니까 수영장에 가서 러닝머신도 조금 하고, 그리고 한참 걸어서 데리고 오고 그럽니다.(A13)

> 협회에서 하는 것은 대부분 참석하지요. 보치아 있고, 노래교실 있고, 또 숲 체험도 있고(A16)

> 한 10시쯤 일어나서 밥 먹고 제 방에서 TV보고 잠자고 가만히 제 방에서 앉아 있어요. 라디오는 24시간 들어요, 일상이 그거예요. 밖에도 안 나가고 운동도 안하고, 수퍼에 왔다 갔다.(A17)

나. 참여할 수 없는 프로그램

장애와 노화의 두 가지 고충을 함께 가지고 있는 고령장애인들의 한정된 여가생활을 좀 더 다양하게 지원하기 위해서는 근본적인 문제점을 알아야 할 상황으로 단순히 연령 조건에 맞게 프로그램을 찾아갈 수 있는 상황이 아니라는 것이다. 노인복지프로그램이든 장애인복지프로그램이든 장애 유형에 따라서는 이용에 한계가 있고, 특히 정신적 장애(발달장애, 정신장애)의 경우 독립적으로 자기 주도적 삶을 살기에 한계가 있어 지원자가 반드시 필요한데 시설이나 프로그램을 이용하는데 어려움이 있었다. 또한 장애인복지관의 경우도 지적, 발달장애 중심의 서비스가

많고, 시각이나 청각장애인이 참여할 수 있는 프로그램은 없었으며, 지방일수록 이러한 현상은 더욱 두드러지게 나타났다.

> 노인복지관에 장애인들이 이용을 하기에는 노인에 딱 맞춰져 있는 거잖아요, 노인들이 이용하는 거라....그런데 그런곳도 지체장애가 있는 사람은 괜찮아요 자기 정신이 있으니까, 그 사람은 그런 곳에 안가도 살아, 자기 돈 있고 그러면은 근데 정신장애가 있는 사람들은 노인복지 시설도 힘들것이라 왜냐하면 낮에만 있어야되고, 저녁에 오는 것도 그렇고, 아침에 가는 것도, 또 주말이나 휴일은 어쩌냐 (A13)
> 댄스 같은 경우는 아예 할 수 없고, 댄그 외에는 수업들이 축구 운동인데 그건 아예 생각도 못하고 거의 대부분이 그래요. 프로그램 거의 대부분 지체장애나 정신장애 이쪽에 맞춰져 있어 시각장애가 할 수 있는 프로그램들이 없어요(A10)

> 너무나 외롭고 고독하다는 거죠, 사람으로서 재미가 있게 좀 살게 되어야 할텐데 그게 안되고 있으니까 특히 고령장애인들이 그런 것 같아요. 그저 약만 먹고 집 안에만 있다보니까 삶에 재미가 없고 친구가 없어요. 그래서 이런 문제가 해결되면 훨씬 좋을텐데 싶어요.(A18)

다. 지원자에 따라 달라지는 삶

장애인복지의 목표는 자립적인 생활이 가능하도록 지원하는 것이다. 자립적인 생활이란 다양한 관점이 있겠지만 가장 중요한 핵심은 자기 주도적 삶이다. 얼마나 자신의 삶에 주도성을 가지고 있느냐이다. 이는 지원을 받더라도 자기 선택과 결정에 최대한 참여하고 삶에 대한 책임을 질 수 있는 것을 지향하고 이를 지원하는 것이다. 물론 장애에 따라 차이가 있을 수 있지만 고령 장애인은 지원자에게 더 의존적인 삶을 살 수 밖에 없는 구조가 제도적으로 발생하고 있다. 활동지원사, 요양보호사 등 제도에 따른 지원자의 변화(지원자가 제도에 따라 달라져야 함)로 사람과의 적응을 끊임없이 해야 하는 스트레스 상황이 발생하게 되고, 사람을 적응하고 지원을 받는다는 것은 힘든 과정을 당연하게 받아들여야 한다. 가족 돌봄도 마찬가지이다. 어떤 사람이 지원하는가에 따라 서비스가 달라지기 때문에 더욱 스트레스의 상황이 발생할 수 있다. 고령장애인에게 돌봄지원자의 잦은 변화는 스트레스 상황이 되고, 적절치 못한 지원, 주도적 삶의 경험 무색 등 그 의미가 퇴색되어 지원자에 의한 수동적 삶으로 고착되어 가고 있다.

활동보조인이 싫어하니까 빨래도 안 시키고 아무것도 안하게 하고 오로지 주방만 하게끔 했나봐요. 그러니까 앉아 있다가 나가고 싶으면 잠깐 나갔다 오고 저쪽 방에 가서 앉아 있고, 동생이 필요한 건 사람이고 사람과 함께 있어주고 이야기도 좀 나눠주고 누군가 있어줬으면 좋겠는데 그게 전혀 안돼요. 실질적으로 활동보조인들은 와서 제가 보기엔 시간만 때우고 가요.(A18)

고령이고 장애인이고 활동 보조도 안되고 만약의 경우 요양보호가 돼도 나는 성가셔(A6)

저는 활동보조를 안 썼어요. 처음엔 안 썼는데 그게 왜 그랬냐면 내가 혼자서 하는 것에 다 적응이 돼야 되기 때문에 일부러 안 썼었거든요, 진행하는 병이라서 실명할 수 있다고 들었으니까. 병원에서도 그때를 대비해서 내가 모든 걸 할 수 있어야 된다고 생각했어요. 그럼 그 제도가 있어도 아무 쓸모가 없는 제도인 거잖아요. 왜냐하면 자립을 방해하는 거잖아요.(A11)

그러니까 나는 그 사람까지 신경 쓰기 싫다는 거지 왜냐하면 장애를 가지고 있는 내 자식 데리고 있는 것도 무척 신경을 쓰고 있는 건데 뭐 스트레스 받는 대로 그냥 그런데 거기까지....그렇다고 마음대로 그만둬라 할 수도 없고, 한번 썼는데 내 마음에 안 든다고해서 그만둬라 그럴 수도 없는거.(A9)

라. 노후를 위해 준비하고 있는 것

대부분의 고령 장애인은 기초생활보장급여, 장애인연금, 기초연금 등 국가나 지자체의 지원으로 생활을 유지하는 경우가 많았고, 일자리 사업을 통해 경제활동을 영위하고 있었다. 지원과 벌어들인 수입 대부분은 생활비로 사용되고 있어 미래를 위한 저축이나 보험, 연금 등을 준비하기가 어려운 상황이다. 그럼에도 갑작스러운 상황(특히 병원비와 생활비)에 대비해 저축이나 보험을 가입하고 유지하고 있었다. 그러나 경제적으로 여유롭지 않은 상황에서 수급권 탈락이 우려되어 큰돈을 마련하지는 못하고 있다.

갑자기 아플 때 수술이라도 또 집에 필요한 것 있을 때 필요하니까 또, 사람이 살면서 어떻게 될지 모르니까 저금을 해요. 근데 수급자는 모을 수가 없어요. 모으면 짤리니까...(A7)

우리집 아저씨가 72살인데 아무것도 없이 그냥 사시니까 제가 차상위를 두 번 서류를 내봤어요. 근데 제 보험이 있어서 안된다고 하더라구요. 나는 안 쓰고 그 돈 모아서 어떻게 노후를 생각해 본하고 했는데 그 보험 있다고 차상위가 안된다고 하더라구요.(A6)

(2) 가구원의 부담과 지원

① 가족기능 변화와 구성원의 노화

가. 가구원의 노화

가족과 함께 생활하고, 가족에 의해 돌봄을 지원받고 있는 고령 장애인들의 가족들은 부, 모, 형제자매, 배우자의 형태로 당사자가 고령인 상태이기 때문에 부모의 경우 80대 이상이고, 형제자매나 배우자의 경우도 당사자 연령보다 높거나 비슷한 나이로서 돌봄에 대한 힘든 상황과 함께 노화도 진행되고 있는 상황이었다. 이들은 암, 여성질환, 뇌경색, 신부전, 심근경색 등 다양한 질병으로 건강 상태가 좋지 않아 관리가 필요한 상황이었으며, 건강 상 장애인 가족을 돌보는 일이 쉽지 않은 것으로 나타나 돌봄의 안정성을 저해하고 있어 대책 마련이 필요하였다.

> 내가 이렇게 손을 못써요, 지금 2년 됐어. 이게 장애인 등록이 되는데 원인을 모르고 병명도 없어요.(A9)

> 한 4년 전 심장 수술을 했어요. 제가 사실은 가슴을 열었어 도저희 안돼가지고, 나 같은 경우 혈압약 먹지, 당뇨약 먹지, 고지혈증 약 먹지....엑스레이 찍어보면 뼈를 고기 걸어놓듯이 걸어놓았어. 뼈에서 진이 나와 붙어야 되는데 나이가 자꾸 늙어가는데 무슨 진이 나오겠어요. 저녁에도 아프고, 잠자리도 아프고...(A13)

> 갑자기 아프더니 신장이 나빠져서 약 먹고 있고, 병원에 두달에 한 번씩 가서 치료받고 그래요. 운동도 관절 때문에 못해요. 100미터만 걸어도 힘들어 걷지 못해. 또 우리 집사람도 걷지 못해요. 다리도 아프고, 간이 아프고, 허리 꼬부라져 가지고 못 걸어요.(A17)

> 동생이 그 전에는 자기만 위해 달라고해서 제가 너무 힘든 거예요. 하루에 수십 번씩 전화해야 되고, 일주일에 세 번씩 오라 그러고 하니까 제가 병이 나버렸어요. 정말 저도 노화가 나타나는데 동생은 그런 모습을 보더니 누나가 이렇게 힘들어진게 나로 인해서 많이 힘들겠구나 라는 생각을 가져 그래서 건강을 좀 챙겨라는 얘기를 요즘은 해요.(A18)

나. 돌봄 부담과 체념

장애인을 돌보고 있는 가족들은 본인이 장애인 가족을 돌봐야 한다는 생각이 강하였고, 본인이 아니면 안 된다는 생각으로 다른 어떤 시도도 해보지 않았거나 시도한 것에 대해서는 실패 경험으로 더욱 주 돌봄자가 끝까지 감수해야 하는 것으로 인식하였다. 장애 가족으로 인해 다른 사람들에게 폐를 끼치지 않아야 한다고 생각하고 있으나 본인의 생활 제약, 건강 악화 등 현실적인 어려움에 직면하게 되면 힘들어 하였고, 시설 입소와 같은 서비스에 대해 서비스를 받을 수 없는 지역적 한계도 있지만 대체로 부정적이고 서비스 이용에 소극적이었다.

> 형제들 간 야 꼴을 본다고 생각할지라도 내가 볼 때 너무나 답답하고 힘드는데 내 힘든 것을 누구한테 또 물려주면서 네가 감당해라 하는 것이 너무나 못할 일 같아.(A2)

> 시설에 맡길 생각은 없어요. 너무 시설에 관한 나쁜 소문을 듣기 때문에 시설에 보내고 싶은 마음은 없어요. 그리고 얘네들이 어렸을 때 시설도 만이 다녀봤어요. 얘네들이 도움이 될 만한 곳 안 가본데 없는데 진짜로 좋다는 고양시로해서 용인으로 해서 뭐 많이 갔다 왔는데 그렇게 열악할 수가 없어.(A9)

> 한동안은 너무 힘들어서 막내 여동생한테 전화해서 좀 푸념도 하고, 누나한테도 푸념도 하고 그랬는데 답이 없어요. 제가 다 짊어져야 되나 싶어. 다른 한번은 담당 공무원한테 너무 힘들다고 하며 시설 좀 안내해 달라고 상담을 했는데 시설도 다 차고 없다고 하니 갑자기 또 동생이 불쌍해 보이더라고요. 그래서 그 이후로는 그냥 마음을 아예 고쳐먹었습니다. 다른데 맡기면 좀 민폐를 끼친다고 할까요? 그게 좀 싫더라고요.(A15)

다. 1인 가구 장애인의 가족 의존과 관계 소원

나이가 들면서 혼자서 생활하는 장애인 가구가 증가하고 있고, 원가족으로부터 독립해 생활하는 1인 가구 고령 장애인들도 증가하고 있었다. 이 경우 대부분 활동지원사의 지원으로 독립된 생활을 하고 있으나, 고령으로 인해 야기되는 경제적 지원, 건강관리, 부족한 활동 지원 등 한계점에 대해서는 가족원들에게 도움을 요청하고 있어 그 의존도가 높다 할 수 있다. 간병, 이동지원, 부족한 생활비 등이 주로 지원을 요청하는 사항들이고, 함께 생활하지는 않지만 주 돌봄자에 준하는 역할을 하고 있었다. 반면 주로 지원하는 가족원 외 다른 가족들은 장애 가족에 대해 대부

분 무관심하며, 관계가 소원하여 인근에서 돌봐주고 있는 장애 가족에 대한 역할부담과 이들의 부재 시에 대한 대안 마련도 함께 고려되어야 할 것이다.

> 동생한테 미안하죠. 왜냐면 저도 지 생활을 좀 해야 되는데 정년퇴직하고 이렇게 가족한테 매달려 사니까 지그 식구 돌봐야지, 엄마 돌봐야지 누나인 저도 아파서 있으니. 그래도 어디 갈 때 자기가 태워다 준다고 하는데 내 입장에서는 미안하니까 엄마만 감당하기도 힘든데 나까지 그래도 어쩔 수 없을 때는 또 전화하죠.(A6)

> 주로 저한테 이상한 전화가 온다거나 무슨 요금이 오거나 그런게 있으면 저는 오빠한테 도움을 많이 받아요. 병원 갈때나 건강보험공단에 갈 때 그러니까 무슨 문제가 있으면 오빠한테 얘기해서 오빠가 다 해결을 해요. 내가 벌어서 생활하지만 부족하거나 필요한 경우 오빠한테 말해 도움을 받아요.(A12)

> 자녀가 하나 있는데 이혼하면서 아빠 따라가서 6살 때 헤어지고 못 만났으니까 한번은 봐야 하는데 안오네. 근처에 식구들이 살아서 가끔 반찬도 해주고 먹을 거 있으면 챙겨주고 그러기는 해요.(A3)

> 누나인 제가 일주일에 한번씩은 먼 거리라도 가요. 활동지원인이 있어도 제가 청소를 다 해야만 하는 상황이예요. 동생이 혼자살다 보니까 활동지원 시간이 모자라요, 그러다보니 제가 반찬도 갖다주고 옷가지도 사서 주고, 동생한테 들어가는 게 한달에 20~30만원 정도 된다니까요.(A18)

② 현실적 문제와 지원체계

가. 가구원의 가장 큰 걱정

고령장애인의 노화에 따라 촘촘한 서비스가 요구되지만 현시점에서 이들을 돌보는 사람이 사망한 이후 생활에 대한 계획이 부재한 상황임을 확인할 수 있었다. 공통적으로 어디, 누구에게 맡길 것인가에 대한 걱정이 가장 많았고, 누구든 맡아주는 사람에게 가진 재산을 조건으로 생각만 하고 있는 경우도 있었다. 가구원 사후나 위급상황, 가구원의 고령에 따라 가구원이 없는 상황에 대해 심적인 불안감과 부담이 있었고, 주 돌봄자에 대한 상담과 정보제공 등의 지원이 필요하였다.

내가 얼마나 더 살겠어요... 얘를 그러면 어디다가 맡겨놓고 갈까, 맡겨놓고 갈 데가 없을까봐 그게 염려가 돼요, 시설 같은 곳도 생각해 본일도 없고, 내가 죽을라고 생각하면 집 전세 들어간 돈이 있으니까 이 돈을 얘 돌보는 사람한테 그거라도 줘야겠다 생각해.(A2)
맡길 데가 없어. 내가 생각할 때. 내일을 예측을 못하는 것이 사람이다라는 생각을 하면서 살고 있어요. 하루하루 산 것에 내가 하루를 또 살았구나. 그러다 보니까 00이가 걱정이 됩니다. 뭐냐 맡길 데가 없어.(A13)

지금은 우리가 돌봐주지만 혼자는 거진 못 살 것 같아요, 뭐 해먹을 줄도 모르고 그냥 라면이나 끓여 먹고....걱정이야 혼자 살아야 되는데.(A17)

가장 걱정인 게 우리 동생이 만약에 심장적으로 갑자기 아프면 그 먼 곳에서 내가 어떻게 뛰어갈 것이냐 이런 것들이 제일 걱정이고요. 나도 보니까 이제는 65세가 다 되었거든요. 그러면 나도 70을 바라보고 있잖아요. 그러면 내가 동생을 돌봐야 할 나이가 아닌 거예요. 동생 뒷바라지를 위해서 나는 일을 그만둬서는 안되는데...내 자신을 볼 때 너무 불쌍해요.(A18)

나. 고령에 따른 필요한 제도와 정책에 대한 정보제공 필요

정보의 다양화와 빠른 전달의 시대에 장애인과 그 가족들은 새로운 제도나 정책, 노화에 따른 필요한 정책이나 제도에 대해 접근이 수월하지 않았다. 특히 노인으로 접어드는 시기인 65세 전후로 바뀌는 정책이나 제도의 확인이 필요하고, 당사자가 직접 확인하기 어려운 것은 고령 장애인일수록 보호자도 고령이어 정보 접근이 너무 어렵고 서비스들도 정보가 없어서 못 받고 있다. 받고 싶을 때 서비스를 받기 위해서는 필요성에 대한 공감도 중요하지만 신청 절차를 안내하고, 정보를 알아야 고민도 해볼텐데 그게 어렵고언제가 되든 신청을 해 놓을 필요가 있다. 또한 주 돌봄자 대상 교육의 필요성이 강조되고 있다.

건강주치의? 제가 한번도 이용해 본적이 없어요. 많이 듣긴 했는데 그런 건 활보가 해야지 하고... 노인이 되면 어떤 서비스를 받을 수 있는지 잘 모르겠네요.(A7)

가끔 발달장애인 지원센터인가? 거기다 전화해서 내가 묻고 그 다음에 복지부 쪽으로 전화해서 묻고...이렇게 하고 있는데 한번에 정리해서 정보를 주면 좋죠. 센터에서 부모들을 대상으로 복지 교육이라든지 바뀐 것들을 종종 알려주시면 좋지 않을까요?(A13)

다. 장애 특성에 따른 지원 필요

장애인을 지원하는 인력이나 기관(시설)들이 장애인에 대한 특성을 잘 알지 못하고 이해가 부족한 것 때문에 서비스를 이용하는데 어려움이 있다. 특히 정신장애나 발달장애, 시각장애인을 지원하는 경우 장애 특성을 이해한 지원이 되어야 한다는 반면, 같은 장애인이라 하더라도 심장, 신장 등 드러나지 않는 신체 내부기능장애인의 경우 장애인의 그룹에 포함하여 지원받는 것을 거부하기도 하여 장애 특성을 이해한 지원이 필요하였다. 또한 장애인으로 살아온 사람과 노인이 되어 장애를 갖게 되는 사람은 현재의 상황은 같지만 서비스에 대한 접근은 달라야 한다고 생각하였다. 왜냐하면 살아온 삶 자체가 달랐고, 이에 따라 노화를 경험하는 체감도 다르기 때문에 일반적인 수준에서의 돌봄이 아니라 더 세심하고 배려되어야 할 것들이 많다는 것이다.

> 공간이 있다고 하면 그냥 장애인들하고 사는 게 편할 수 있죠. 노인이라는 상황이 비슷할 수 있겠지만 장애인복지관을 가보지만 거기 이용하는 분들은 우리가 볼 때는 그냥 허리 아파서 이렇게 장애 받으신 분들이고 우리처럼 이렇게 원래부터 장애가 있는 사람들하고는 조금 다를 수 있죠. 우리는 놀림도 받고 살아왔다고 근데 그분들은 이제 그런 것까지는 모르고 또 사람은 나이가 들어갈수록 내가 볼 때는 상대를 더 이해 잘하고 잘 살 것 같지만 절대 아니예요.(A6)

> 정신장애인이 갖는 특수성이 있어요. 그게 일반 장애인과는 또 다르잖아요. 근데 그거를 일반인들은 이해를 못하고 저 사람 이상해하고 이렇게 그냥 한쪽눈으로 바라보니까 정신장애인에 대한 활동보조인은 약간 사회복지학적인 지식도 좀 있는 사람이어야 되지 않을까 생각이 들어요. 정말 답답해서 죽는줄 알았어요.(A18)

> 창피한 것도 있어요. 장애인 하면 또 저능이 많잖아요, 거기는 내가 끼고 싶지 않아요. 그냥 장애가 없는 사람하고 같이 지내고 싶지.(A4)

> 의사가 장애인에 대해 잘 아는 의사가 없어요. 뇌병변장애인이 어떤 증상이 있는지 몰라요. 치과 오는 장애인에 대해 장애 유형에 대한 특성을 잘 모르는 경우도 많고, 옆에서 잡아주거나 그래야 되는데 그런 인력도 없고, 병원에 갈 때 누가 좀 지원하는 그런 게 있어야 하는데.(A7)

라. 노후를 위해 준비하고 있는 것

노후에 대한 걱정과 준비는 고령 발달장애인, 정신장애인의 주 돌봄자에서 본인 사후 장애인의 노후를 걱정하는 것으로 나타났다. 앞에서 가구원들이 가장 걱정하는 것으로 맡길 곳이 없는 것으로 낯선 사람과 함께 생활하는 것을 불편해하는 고령 발달장애인의 특성 상 주 돌봄자의 사후 이들이 어떻게 생활할 수 있을지가 가장 큰 문제임이 나타났고, 나름대로 준비하는 부분도 있고, 희망하는 요구들도 있었다. 특히 정신장애인 주 돌봄자의 경우 정신장애인의 특성을 잘 이해하고 지원하는 사람이 필요함을 강력하게 요구하였으나 전체적으로 사후 계획이 부족하며, 독립적인 생활을 가르치는 것이 쉽지 않은 상황으로 주 돌봄자 사망 이후 고령 장애인의 삶에 대한 고민이 필요하였다.

준비하는 차원에서 장애인복지시설을 문의하거나 주 돌봄자 부재 시 간헐적 이용을 하기도 하며, 막연하게 돈을 모아 보기도 하고, 가족끼리 의지하며 살 수 있도록 하는 등을 고민하면서 준비하는 부분도 있었다.

> 제가 야간 근무 때는 단기 시설에 보냅니다. 거기서 기거를 해요. 기거를 하다 보니 알게 모르게 도와주는 선생님께서 챙겨주시기도 하고 그래요. 시설이 아닌 혼자 저녁에 집에 있으면 밤새도록 돌아다니며 소리도 지르고 그래서 민원이 들어가고, 이 친구가 자해하는 성격이 좀 있어서 혼자 있으면 답답해하고 뭐라고 해야 하나 속에서 화가 차는지 고성도 지르고 그래요. 근데 주위에 사람이 있으면 아주 순한 양이 되어요. 자기가 이제 필요하니까 단기 시설분들께 잘해요.(A15)

> 내가 지금 뭐를 준비해도 내가 사용하는 것보다 내가 없어질 때 얘네들이 편리하게 사용할 수 있는 거 위주로 장만하고, 이렇게 멀쩡하게 있다가 내일 어떻게 될지 모르는 거니까 그래서 연금 들어가고 있어요.(A9)

(3) 정책의 모순과 필요한 지원

① 이해할 수 없는 정책의 현실

가. 서비스 전환과정에서의 어려움

고령 장애인이 접하는 사회보장에 대해 각각의 하위 법률들 안에서 서로 충돌하게 되어 이를 조절하는 과정에서 이해할 수 없는 상황이 발생하고 있고, 이에 대한 개선의 목소리가 높게 나타났다. 가장 많이 거론되는 내용은 활동지원급여와 노인장기요양급여, 노인일자리와 장애인 일자리에 대한 서비스 전환과정에서 오는 문제점들이다. 첫째, 활동지원급여와 장기요양급여에 관한 사항으로 65세 이상이 되면 기존 활동지원급여에서 받던 서비스를 장기요양급여와 병행하여 받아야 하는데 요양급여를 충족한 다음 활동지원급여로 보충하는 방식이다 보니 활동지원사가 기존과 다르게 시간이 짧아짐으로 인해 계속 일하기를 거부하게 되고, 다른 활동지원사를 고용해야 되나 짧은 시간을 희망하는 요양보호사를 적절하게 배치받기가 쉽지 않은 상황이다. 또한 이미 친근한 관계가 형성되어 있는 상태에서 새로운 요양보호사와 적응해야 하고, 또 짧은 시간을 충당할 활동지원사로 교체되어야 하는 정서적인 문제도 발생하여 고령 장애인의 불만이 계속 제기되고 있다. 더 자세한 사항들은 사례로 구분하여 사례를 통해 제시하였다.

둘째, 일자리에 관한 사항으로서 서로 다른 조건과 혜택으로 65세가 되어 서비스를 받기 위해 장기요양등급을 받게 되면 장애인 일자리를 할 수 없는 상황이 되어 일자리를 유지할 수 없다는 것이고, 노인 일자리는 장애인들이 하기에는 접근성과 활동 내용에 제한점이 많아 어려움이 있다는 것이다.

> 65세가 되면 이제 노인 요양을 받으면 일을 못하는 거지. 65세가 되어 요양을 받았는데 장애인 일자리를 받을 수 없었어요. 노인으로 가야됐어요. 노인은 조금 일이 심하자나요. 불편하니까 못하지.(A3)

> 〈사례1〉 지체 및 뇌병변 중복장애가 있는 고령자로 65세 이후 장기요양급여 월 124시간과 활동지원급여 월 550시간을 합산해 총 674시간의 지원을 받고 있다. 그러나 65세 이전 약 10년간 장애인 일자리에 참여하며 사회생활을 이어갔던 사례 1은, 65세 이후 장기요양등급을 받으면서 일을 중단하게 되었고, 이로 인해 경제적 어려움과 사회적 고립이 심화되었다. 과거 월 750시간의 활동지원 급여를 수급했던 것이 현재 지원 시간이 줄어들면서 24시간 지원이 필요한 상황에서 주어진 활동지원시간을

16~17일 내에 소진하고 있다. 부족한 시간을 메우기 위해 사적으로 활동지원사를 고용하며 월 20만 원의 추가 비용을 부담하고 있다. 장기요양급여로 전환된 이후 요양보호사를 구하기가 어려워 활동지원사와 요양보호사를 함께 파견하는 센터를 찾으려 했으나, 3개월간 인력을 구하지 못한 채 활동지원사 홀로 장애인을 지원하는 상황이 지속되고 있다. 비용 부담도 가중되고 있다. 65세 이전에는 활동지원급여에 대해 월 20만 원의 자부담금을 지출했으나, 현재는 장기요양급여 124시간에 대해 월 30만 원의 자부담금을 부담하고 있다. 이러한 경제적 압박과 더불어 장기요양등급 전환 이후 집에 머무는 시간이 늘어나면서 신체적·정신적 건강도 악화되고 있다. 이에 구직 활동을 시도했으나, 월 25만원의 기초연금 수급으로 인해 복지 및 노인 일자리 프로그램에 참여가 제한되면서 추가 소득 창출이 어려운 상태다. 이로 인해 경제적 어려움과 함께 사회적 활동에 대한 갈증과 답답함을 호소하고 있다.(A19)

〈사례2〉 고령의 중증장애인으로 활동지원서비스 보전급여 사용을 위해 노인장기요양서비스 등급판정이 불가피하여 65세 이후 노인장기요양등급 판정을 받고 더 이상 장애인 일자리 사업에 참여하지 못하게 되어 사회적 단절과 고립을 겪는 상황이다. 일자리는 중증장애인에게 경제적 보장 이외에도 사회 참여 보장이라는 큰 의미를 갖고 있다. 장애인의 사회참여를 지원하는 활동지원서비스와는 달리 장기요양서비스의 경우 가정 내 가사 및 돌봄 지원을 중심으로 한다. 이는 사회활동을 원하고 사회활동이 활발한 장애인에게 적합하지 않다. 올해 3월 장기요양서비스를 이용하기 시작했고 현재까지 요양보호사가 3번이나 바뀌었다. 요양보호사가 중증장애인 지원이 익숙하지 않고, 요양보호서비스에 포함되지 않은 장애인의 사회참여와 같은 지원 요청을 받아들이지 못해서 갈등으로 자주 교체되었다. 현재 이용하고 있는 장기요양서비스와 활동지원서비스 보전급여 시간의 합은 65세 이전 활동지원서비스 이용시간과 동일하다. 하지만 장기요양서비스로 인해 오히려 일상이 제한되고, 필요한 지원을 받고 있지 못해 활동지원서비스 보전급여에 대한 선택권을 요구하는 소송을 제기한 상태이다.(A20)

〈사례3〉 고령의 지적장애인으로 장기요양등급 판정 대상이 아니며 월평균 120시간의 활동지원을 수급받고 있다. 지적·중증 장애인인 66세 부인과 함께 생활하여 활동지원사가 이들 부부의 활동을 지원하는 상황이다. 사례인은 과거 10여년 전에는 주간보호시설을 다니고 있었으나 기관 내에서 프로그램을 진행하는 경향이 높아 이에 다소 불만족했고 집 근처 복지서비스 제공기관의 인프라가 부족하여 주간보호시설까지 이동에 약 1시간이 소요되는 어려움이 계속 공존했다. 이에 주간활동서비스를 이용하게 되었고, 주간활동서비스에서 연령 증가에 따른 이동의 제약과 복지 인프라의 부족 문제를 해결하기 위한 송영서비스에 대한 만족도가 높았다. 또한, 주간활동서비스는 개

인별 계획에 따라 서비스가 제공되었고, 특히 외부활동을 매우 긍정적으로 평가했다. 하지만 64세 생일 전 달 주간활동서비스의 중단을 안내받았고 이에 지속적인 주간활동서비스 이용을 위해 행정소송 중에 있다. 행정소송 결과 1심 선고에서 '연령으로 서비스를 제한하는 것은 위법'이라는 판정을 받았고, 현재 기관과 관청에 부탁하여 지속적으로 주간활동서비스를 이용하고 있다.(A21)

나. 열심히 일할 필요가 없는 정책

열심히 살아온 장애인이 접하는 이해할 수 없는 정책은 수급자가 일을 하게 되면 생계비를 삭감하고 지급되는 것과 수급자 책정에 대해 장애면서 고령인 상태가 되어도 일정소득과 재산이 있으면 혜택을 받을 수 없는 것에 불만을 토로하고 있다. 특히 고령이 될수록 공공의 지원을 필요로 하는 상황들이 있는데 서비스를 신청할 때마다 돌아오는 답이 현실성이 없다고 느끼는 반면, 불합리하다고 생각하는 경향이 강하였다.

제가 130만원 정도 들어오는데 공공일자리를 54만원 받아요. 그러니까 130만원에서 자르는 것 같아요. 연금까지 합쳐서 90만원이 들어 왔는데 거기에서 7만원이 또 빠졌더라고. 그러니까 원래 일을 하면 17만원을 받는데 7만원을 깍은 것 같아서 10만원 일자리 하는데 10만원 들어온다 생각하면 내가 일을 하나마나 한거야. 내가 배울 곳이 있어서 일은 하지만 효과가 없어. 일하나 마나 수급자로 그냥 있는게 낫다.(A3)

내가 65세가 넘어서 다리를 다쳐 생활을 못할 수 있으니 좀 도와줄 수 있는 사람 어떻게 해줄 수 있냐니까 다 똑같은 말 수급자가 아니고 차상위가 아니면 안 된다고 그래서 이게 무슨 법이냐 수급자고 차상위는 되고, 수급자 차상위가 아니게 열심히 산 나는 안되냐. 저는 진짜 40대 초반부터 나를 내가 책임지고 싶어서 보험도 넣고 연금도 넣고 그 대신 돈이 많아서 넣은 게 아니라 최대한 아껴서 힘들어도 했는데 지금와서 돌아보니까 그냥 대충 산 사람이 훨씬 잘 살아. 나처럼 이렇게 사는 사람은 바보야.(A6)

다. 사회보험의 이상한 해석

수급자나 차상위자가 아닌 고령 장애인의 경우 일하다가 다치거나 건강보험 적용을 받는 과정에서 장애와 노령의 상황임에도 사회보험 서비스 내용에 따라 제외되는 경우가 발생하여 불이익을 당하게 된다. 특히 산재보험에서 드물게 있는 일이긴 하지만

장애가 있는 신체의 일부가 다치게 될 경우 장애가 있는 쪽은 보험적용이 어렵고, 그렇지 않은 곳이 다칠 경우 산재적용이 되는 상황으로 이에 대한 억울한 입장에 대해 개선을 요구하고 있다. 장애인으로 일을 하는 과정에서 발생할 수 있는 업무상 재해가 단지 기존부터 장애가 있었다는 이유로 근로 중 사고로 나빠진 결과를 배제당하는 것은 문제가 있으며, 계속 제기되는 문제가 되고 있어 개선이 필요하다.

또한 건강보험 적용으로 장애인들의 보장구지원과 노인장기요양보험 적용 의료 및 보조기기 지원의 차이로 인해 기존 받던 혜택을 못 보는 경우, 더 보는 경우가 발생하고 있다. 더 보는 경우는 장애인이 고령이 되면서 받을 수 있는 혜택의 측면에서 당연하다고 생각하나, 혜택이 달라져 적용받지 못하게 되는 경우는 이해할 수 없는 부분이 있어 검토가 필요할 것으로 보인다.

> 제가 지체장애인데 장애 입은 데다 또 장애를 입었어요. 그게 안 아픈 다리를 장애를 입었더라면 제가 회사 다닐 때라서 돈도 나올 수 있데요. 근데 그 규정이 아픈 쪽을 장애 입으면 그냥 치료만 해주고 장애연금을 안 주는 거래요. 산재에서 제가 엄청 억울한 케이스라 담당하시는 분도 안타까워 하시더라고요.(A6)

> 이동식 리프트는 제가 사용하고 있는데 이게 고장나면 제가 사야되는데 고가여서 알아보니 이렇게 움직이는 바퀴 달린 건 되는데 내 거는 안 된다고 거기 써 있더라구요, 그런데 척추장애는 되는데 지체는 안 된다고. 예날에 됐었거든요, 왜 안 되는가 모르겠어요. 지체도 돼야 하는데 척추만 돼, 나 이해를 못하겠어요.(A3)

라. 지자체마다 다른 서비스

사회서비스의 확대에 따라 지자체마다 주민들을 대상으로 사회서비스가 욕구에 부응하여 발달하고 있다. 정책이 현실을 반영하고 있지 못한 사례로 개선되지 않는 부분이 지자체마다 차이 나는 서비스를 연계해서 하나로 받기 어렵다는 것이다. 이러한 문제의 가장 대표적인 서비스가 장애인 콜택시로 장애인들의 이동권을 보장하고자 하는 제도가 이동권을 저해하고 있는 아이러니한 상황들이 발생하고 있으며, 고령 장애인의 경우 이동 수단이 더 없어 개선이 필요하며, 교통편의가 좋은 대도시의 경우보다 중소도시, 농어촌에서 더 문제가 되고 있었다. 또한 다른 사회서비스의 경우도 서비스의 접근성과 편의성이 지방자치단체별로 운영되는 사례가 많기 때문에 기본 권리의 성격을 갖는 이동서비스가 지역적 특성에 따라 서비스 이용에 차이가 있음은 개선되어야 할 부분이다.

장애인 이동서비스도 지역마다 다 따로 운영을 하기 때문에 제가 이 지역을 벗어나면 이용하기 힘들고, 바우처 택시도 지역을 벗어나면 이용할 수 없어요.(A10)

우리가 이동서비스로 장콜이나 바우처를 이용하려면 예를들면 충청도를 간다 그러면 충청도 30개 시군을 모두 등록을 해야 된다는 거예요. 부산가면 부산과 경남을 다 해놔야하고. 전부 다 따로따로 돼 있어요. 등록이 되는 곳도 있고 안되는 곳도 있고, 금액도 다르고, 기준도 다르고...이것을 일원화시켜줘라 그말이예요.(A11)

콜택시는 어느 시간대는 몰려. 그 시간에만. 그 시간 지나면 한가한데 그 시간에는 번호가 끝이 없어. 국가가 하는일 같으면 통일성이 있을텐데 지자체에서 해서 차량을 늘려달라 항상 건의를 해도 금방 실시가 안돼요. 특히 아침 첫번째 투석받는 경우는 아침시간 배차가 힘들어. 또 점심시간에는 배차가 잘 안돼. 아시다시피 자기들 식사 시간이라고.(A16)

② 필요한 지원

가. 고령 장애인의 삶의 질

고령 장애인이 필요로 하는 지원에는 정책상의 모순점 외에도 삶의 질을 추구하는 세부적인 욕구들이 많았다. 특히 활동성이 좋은 고령 장애인의 경우 일상적인 지원보다는 여행, 나들이 등 다양한 여가 생활에 대한 욕구가 컸고, 단체활동보다는 개인별 욕구에 따른 외출, 교류를 희망하였다. 반면 단체적인 지원을 요구하는 장애유형도 있었는데 시각이나 청각 고령 장애인은 장애인복지관에서 서비스를 못 받는 경우가 많아 협회를 통해 공동의 공간과 프로그램을 희망하여 지체나 발달장애 중심의 장애인 복지관 사업에 대해 소외받는 장애유형에 대한 대안을 제시하기도 하였다.

또한 건강관리와 영양 관리와 같은 사항에 대해서도 개인별로 지원해 주기를 희망하였다. 개인별 지원에 대한 욕구는 고령 장애인이 자신의 삶이 중요하고 주도적 삶의 한 면이라 볼 수 있다. 고령 장애인이 노후에 사회복지시설에 국한된 서비스 외에도 개별적이고 종합적인 서비스를 받을 수 있도록 하는 고령 장애인이 지역사회 안에서 노후생활을 할 수 있도록 정책적 개선이 필요하였다.

지금 현재 얘 성격을 봐서는 다니는 걸 좋아해요. 어디 다니는 걸 여행 가고 뭐 어디 가고 그래서 제가 복지관에서 프로그램이 있다 이러면 이런 프로그램이 있으니까 참여하시려느냐고 참여시키느냐고 문의 왔을 때 이거 뭐 머리 써서 공부하고 뭐 머리 써서

만들고 이러는 건 못하니까 힘들어하니까 그나마도 좋아하는 거가 음악이에요. 음악이고 노래하는 걸 좋아하고 그래서 이제 그 합창단을 신청했고 또 돌아다니는 걸 좋아하니까 그래서 이제 사진반을 신청한 거예요. 지금은 너무 좋아하는 거예요. 왜냐하면 가서 노래하고 또 이제 사진반이니까 뭐 안 가는 데 없이 다 다니잖아요.(A9)

나 혼자 있을 때는 혼자니까 머리로는 오늘 저녁에는 뭐 이런거 해서 단백질 채소 이렇게 해서 먹어야지 하지만 딱 시간이 되면 잘 안돼요. 그냥 무엇이 됐든 우선 배고프니까 먹고 배부르면 안 먹어져 그런 것들 관리도 조금 필요해. 와서 챙겨주고 관리해주는....(A6)

시각장애인들끼리 모여서 할 수 있는 공간이 좀 필요해요. 저희들은 다른 장애인들하고 같이 못해요. 그러기가 힘들어요. 그러니까 시각장애인 협회가 따로 해줘야 된다 그말이예요.(A11)

이제 애들 다 결혼했고, 시간이 좀 여유가 되더라구요. 뭔가를 막 배우고 싶은 거예요. 컴퓨터도 좀 배워보고 싶고, 제가 탁구를 좋아하거든요. 탁구 치거나 어디에든 그냥 이렇게 돌아다니면서 회원 관리를 해주는 데가 있더라구요.(A12)

나. 채워지지 않는 서비스에 대한 욕구

인터뷰에 참여한 고령 장애인과 가구원들은 개인별로 부족한 서비스에 대해 각자의 입장에서 필요한 서비스에 대한 다양한 의견들이 제시되었다. 이러한 의견들은 정책적으로 검토는 어려울 수 있지만 서비스를 제공하는 기관 차원에서 개선이나 추가사업으로 고려해 볼 만한 필요한 지원이라고 생각되는 사항들이 있었다. 의료기관 동행이나 일시 및 단기 보호의 필요성, 복지관 프로그램의 지속적 이용, 가족돌봄 인정, 사회적 관계망 확대, 경제적 지원의 측면에서 간과할 수 없는 필요한 서비스에 대한 의견들이 많았다.

시설이 많이 없어 부모들이 고생을 많이 했어요. 장애인복지관에 10년 다녔는데 그동안 혜택을 받았으니 다른 장애인들도 서비스를 받아야하여 나가라해서 어디 갈데가 없어서 애먹었죠.(A13)
활동보조인이 와서 지원하는 것보다 주변의 가족들이 돌보면 그 비용을 가지고 맛있는 거 좀 더 사줄 수 있고, 돈은 돈대로 모자라고 멀리서 오다 보면 하루를 다 소비하게 되고, 어떨 때는 너무 화가 나요. 저만 그런 마음이 있는게 아니라 몇 분들은 뭐라

고 얘기하냐면 활동보조인을 어떨 때는 내 속이 터져요. 상황에 따라 가족들이 할 수 있으면 가족이 하게끔 하게 되었으면 좋겠어요.(A18)

말벗이나 정신건강 관련해 심리치료 같은 게 필요해요. 투석을 하니까 시간도 없고, 체력도 없고 하다보니 일을 못해, 사회참여도 어려워 그러다 보니 정신 건강도 안 좋아져.(A16)

3. 소결

본 FGI의 목적은 지역사회에서 고령 장애인 당사자와 돌봄을 위해 함께 생활하고 있는 가족(가구원)들의 돌봄, 소득, 건강, 일자리의 부분을 중심으로 욕구와 문제 현황을 파악하고, 이에 따른 적절한 정책적 개선방안을 제안하기 위하여 실시하였다. 고령 장애인 중 참여자들의 연령대가 50대에서 70대까지, 가구원은 50대에서 80대까지로 고령 장애인의 연령에 따라 가구원의 주 돌봄자도 배우자, 형제자매, 부모의 특성을 나타내었고, 이들의 연령이 반영된 고령의 가구원이 주를 이루었다. 고령 장애인의 욕구와 문제를 파악함에 있어 가구원의 고령화 특성과 돌봄 현황에 대한 부분도 중요한 의미들로 나타났고, 고령 장애인의 욕구와 문제와 연계되어 있음을 확인할 수 있었다.

따라서 고령 장애인의 측면으로 고령 장애인의 어려움에 대해, 가구원의 측면으로 가구원의 부담과 지원, 정책적 문제점의 측면으로 정책의 모순과 지향점의 세 가지 주제로 구분하여 인터뷰 결과를 정리하였고, 세부적 내용을 제시해 보면 다음과 같다.

첫째, 고령 장애인들은 신체적 노화로 건강상태가 악화되고 있음을 체감하고 있었다. 이들은 비장애인의 노령화 속도보다 빨라 노화로 건강 상태가 나빠지고 있음을 40대부터 느끼고 있었고, 이로 인한 일상생활에 어려움이 있는 것으로 나타났다. 이상 증상으로 병원을 더 자주 이용하거나 잦은 입원 및 수술의 경험, 장애와 관련된 신체적·정신적 기능 유지를 위한 치료 증가와 약 복용 증가 등 개인마다 장애의 상태와 복합된 다양한 형태의 질병과 노화에 대응하는 의료적 처치와 관리를 필요로 하고 있었다. 또한 우울증, 수면장애, 치매의심 증상 등 정신적 질환도 나타나고 있었으며, 나빠지고 있는 건강과 관련한 호소들이 욕구로 나타났다. 건강의 악화에 따른 체력의 한계는 생산활동을 비롯한 다양한 활동저하로 이어지고, 활동을 저해하는 상황들이 발생하고 있어 일상적인 생활을 유지하는데 어려움이 있

었다. 참여자들 대부분의 경제적 기반은 국민기초생활보장 수급자로서 생계비와 장애연금으로 생활을 유지하고 있으며 전반적으로 체력 저하, 근력저하, 대소변실수, 투석, 장기투약으로 인한 후유증, 기억력 감퇴 등 근로 및 일상생활, 여가활동에 영향을 미치는 다양한 반응들로 생활상의 어려움을 겪고 있었다.

둘째, 노화에 따라 나타나는 건강상의 어려움은 병원비, 간병비 등 의료비 지출의 부담으로 이어졌다. 비급여 부분의 부담, 약제비 부담, 간병의 부담 등으로 주로 국민기초생활보장 수급자로 나오는 비용에서 생활해야 되어 잦은 병원 방문을 부담스러워하고 있었다. 특히 개인 간병이 필요한 상황인데도 사용하지 못하거나 통합 간병, 가족 간병으로 대신하고 있으나 여의치 않은 상황들로 인해 어려움을 겪고 있었다. 또한 노후, 돌봄자의 사후에 대한 걱정이 내제되어 있으나 마땅한 대안이 없는 상태이며 혼자 남겨졌을 때 외로움, 시설에 대한 거부감, 장애로 인해 수술과 치료를 반복했던 지겨운 병원 생활에 대한 기억 등으로 불안해 하고 있는 반면, 국가책임 기대, 가족 의존에서 자립훈련의 의지 등 준비에 대한 고민도 있었음을 알 수 있었다.

셋째, 무료한 일상과 한정된 여가 생활, 각종 프로그램 참여 제한 등 직업생활과 여가생활의 사회생활 전반적으로 활동의 제약은 특별히 나이가 더 들었다고 해서 크게 달라지는 것은 없으나 일상을 들여다보았을 때 더 단조롭고 장애 유형에 따라 활동 범위가 더 제한되어 있음을 알 수 있었다. 일반적으로 고령 장애인들이 이용할 수 있는 복지서비스는 기존 장애인복지서비스와 노인복지서비스 두 분야에서 이용이 가능할 것으로 인식하고 있으나, 장애인복지서비스에서는 고령으로 서비스의 한계와 제한이 따르고, 노인복지서비스는 비장애 노인을 중심으로 서비스가 형성되어 있어 어느 쪽도 이용할 수 없는 서비스의 사각지대가 형성되었다. 또한 장애인복지관의 경우 지체나 뇌병변, 발달장애인 중심으로 프로그램이 형성되어 있어 시각이나 청각, 심장이나 신장장애와 같은 유형의 장애인들이 사업에 참여하기에 여러 가지 어려움이 있다.

넷째, 노후보장과 관련하여 고령 장애인들은 갑작스러운 상황(특히 병원비와 생활비)에 대비해 저축이나 보험을 가입하고 있는 경우도 있었으나 경제적으로 여유롭지 않은 상황에서 수급권 탈락이 우려되어 큰돈을 마련하지는 못하고 있었다. 가구원들의 경우 고령 발달장애인, 정신장애인의 주 돌봄자들이 본인 사후 장애인의 노후를 가장 많이 걱정하는 것으로 나타났다. 맡길 곳이 없는 것, 낯선 사람과 함께 생활하는 것을 불편해하는 고령 발달장애인의 특성 상 주 돌봄자의 사후 이들이 어떻게 생활할 수 있을지가 가장 큰 문제임이 나타났으며, 나름대로 준비하는 부분도 있고, 희망하는 요구들도 있었다. 준비하는 차원에서 장애인복지시설을 문의하

거나 막연하게 돈을 모아 보기도 하고, 가족끼리 의지하며 살 수 있도록 하는 방안 등을 고민하면서 준비도 하고 있었다.

다섯째, 가구원의 노화와 돌봄 부담의 가중이다. 돌봄의 부담과 함께 노화도 진행 되고 있는 상황으로 가구원 중 암, 여성질환, 뇌경색, 신부전, 심근경색 등 다양한 질병으로 건강 상태가 좋지 않아 관리가 필요한 상황이었으며, 건강 상 돌봄의 안정성을 저해하고 있어 대책 마련이 필요하였다. 대안으로 시설 입소와 같은 서비스에 대해 고민하고 있으나 서비스를 받을 수 없는 지역적 한계와 대체로 시설에 대한 인식이 부정적이고 서비스 이용에 소극적이었다. 독립한 1인 가구의 경우도 긴급상황에서 지원할 수 있는 가족이 있으나 서로 어려움이 있고, 무관심하게 살아가고 있어 가족 돌봄의 시대는 막을 내렸다 해도 과언이 아닐 정도로 가구원의 사후 장애인들의 돌봄 대책을 필요로 하였다.

여섯째, 장애인에서 고령이 더하여지며 생기는 서비스 전환에 따른 문제점으로 65세 이후 장애인 서비스의 제도적 전환은 활동지원 서비스 변화와 사회 참여 제한, 비용부담 가중의 측면으로 장애인의 삶의 질에 부정적인 영향을 미치고 있었다. 먼저 활동지원 서비스 변화는 서비스 시간의 감소와 활동지원사와 요양보호사의 배치와 잦은 변경으로 서비스의 일관성이 힘들고, 새로운 사람들과의 적응은 스트레스로 작용하고 있었다. 사회 참여 제한은 활동지원과 요양보호의 역할에서 오는 문제점과 앞으로 주간활동서비스의 욕구가 지속적으로 증가할 것으로 예상되는 가운데 연령을 기준으로 서비스 수급에서 배제되는 것은 평등권에 위배된다는 행정소송 사례도 있었다. 또한 비용 부담 가중은 장애인 연금 기초급여의 기초연금 전환으로 인한 것과 서비스 이용에 있어서도 본인부담금 증가는 여러 가지 측면에서 문제점으로 나타나고 있으며, 세심한 서비스가 필요한 고령 장애인의 선택권과 욕구를 무시한 정책과 행정이라 할 수 있어 대안 마련이 시급하였다.

일곱째, 중복수급 방지에 따른 문제, 자자체마다 다른 서비스의 문제이다. 이는 장애인복지 뿐 아니라 사회복지 전반적으로 문제점이라 제기되고 있으나 사회보장의 이중 혜택 불가, 지자체의 재정과 특성을 배제한 사업은 일부 정책을 보완한다고 해결될 수 있는 사항은 아니라고 본다. 그러나 중복수급이 안 되는 원칙이 고령 장애인의 생산성 있는 활동의 의지를 하향시키고 있으며, 지역별 칸막이 서비스는 자유로운 활동을 제한하여 소극적 활동으로 유도하는 현실은 문제가 될 수 있어 적절한 선에서의 개선은 필요할 것으로 보인다.

여덟째, 개별적 서비스 기관에서의 서비스 차별이나 삶의 만족을 추구하는 방향

의 서비스 요구, 가족 돌봄의 인정 등 개인별 맞춤 서비스를 지향하는 측면에서 참여자들의 욕구 수준은 더욱 장애유형별, 개인별 욕구, 지역적 상황의 측면에서 다양화되고 있었고, 이러한 과정에서 나타나는 문제점들을 확인할 수 있었다.

이러한 고령장애인과 가구원의 심층면접 결과를 바탕으로 필요한 정책의 방향을 제안해 보면 다음과 같다.

첫째, 제도의 개선으로 장애인복지서비스에서 노인복지 서비스로 전환이 아닌 장애인복지서비스에서 노인복지서비스를 추가하는 관점에서의 제도변화가 필요하다. 서비스별 칸막이, 이분법적 관점으로 제도의 사각지대가 고령 장애인이라 생각되며, 제기된 제도상의 문제점들을 보완하는 개선이 이루어져야 한다. 또한 일부 중복의 문제가 있다 하더라도 장애인 국가책임제의 방향성에서 생산적인 활동을 통한 자립 의지의 강화, 삶의 질을 위한 사회서비스 확대, 안정적이고 편안한 돌봄 서비스 제공의 방향으로의 적극적인 추진이 필요하다.

둘째, 고령화에 대한 대안으로 장애인과 가구원에 대한 각각의 노후준비를 위한 정책이 추가되어야 한다. 현 제도상의 문제도 있지만 고령 장애인 및 그 가족으로 살아가기 위한 인생 설계나 준비에 대해 상담과 정보제공 부족, 지원체계 미흡, 관련 프로그램 전무의 문제로 드러났고, 이러한 문제점을 보완할 수 있도록 기관차원, 지자체차원, 국가적 차원에서 지원이 필요하다.

셋째, 예산확보와 제공인력 수급의 대안이 필요하다. 국가와 지자체가 서비스 칸막이 해결을 위한 각각의 예산 추계를 시행하고, 적극적 확보 노력과 문제점으로 제시되고 있는 제공인력의 서비스 품질 향상을 위한 교육과 적절한 처우(장애유형별 특성에 따른 돌봄 단가의 차별적 적용), 정신적 장애인을 위한 지원망 강화 등을 통해 서비스 품질 체감도를 높여야 할 필요가 있다.

넷째, 1인가구를 위한 사회적 안전망, 관계망을 촘촘히 설계할 필요가 있다. 앞으로 점점 1인 고령 장애인 가구가 확대되고 있는 만큼 이들의 노후를 위한 경제, 여가, 건강생활을 지원하기 위한 지역사회 중심의 자원체계가 더 촘촘하게 설계되어야 할 것이며, 가족을 대신하는 지역사회의 역할로 자리매김 할 수 있도록 인식개선도 필요하다.

Ⅵ 사회복지시설 현장전문가 포커스그룹인터뷰

1. 조사 개요

앞서 고령장애인 복지정책을 소득, 돌봄, 건강, 일자리 측면에서 살펴보고 고령장애인 가구특성 및 욕구의 기초분석, 국내외 선진사례조사 등을 토대로 고령장애인에 대한 정책방향을 살펴보았다. 이러한 환경적 맥락을 토대로 본 절에서는 중증장애인거주시설, 단기거주시설, 공동생활가정, 장애인지역사회재활시설인 장애인복지관과 장애인주간이용시설, 장애인단체, 노인시설인 노인복지관과 요양원, 지역사회복지관, 정신장애인 재활훈련시설에서 근무하고 있는 전문가를 대상으로 고령장애인의 서비스 지원 실태와 준비사항 등 확인을 통해 고령장애인을 제도적으로 지원할 수 있는 세부방안을 모색하고자 한다.

1) 연구 방법 : 일반적 질적 연구

본 연구의 연구방법은 어떠한 인식론적 입장에 근거하지 않고, 다양한 접근방법들을 관통하는 기초적이고 공통적인 것에 근거한 일반적 질적 연구이다.

2) 자료 수집 및 분석방법

(1) 조사 참여자

본 FGI의 참여자는 노인 및 고령 장애인에게 사회복지 서비스를 제공하는 전문가 집단이다. 본 FGI는 돌봄서비스를 포함하여 이들에게 제공되고 있는 서비스 현황 및 서비스를 제공하면서 겪는 어려움, 지역사회 및 기관에서 향후 고령장애인을 위해 제공하려는 서비스 계획 및 복지정책 개편 방향 등 현 제도의 사각지대를 해소할 수 있는 방안 등을 마련하기 위함이다. 이를 위해 노인 및 고령장애인을 서비스 대상으로 하는 장애인 거주시설 및 지역사회재활시설, 장애인단체, 노인복지관, 요양원과 정신장애인 재활훈련시설 등 고령장애인의 실태 및 욕구를 파악할 수 있는 기관에서 근무하는 부장급 이상 관리자 33인을 대상으로 서비스의 내용과 대도시, 중소도시 등 서울과 지방의 특성을 반영하여 대안을 모색하기 위해 7차 FGI를

실시하였다. 또한 고령장애인의 욕구와 현황 등을 면밀하게 확인하기 위해 요양센터와 조기노화시설로 특화되어 설립·운영하고 있는 장애인거주시설의 원장님들을 대상으로 3차례의 전문가 인터뷰를 실시하였다.

〈표 Ⅵ-1〉 본 연구의 FGI 참여자

FGI 참여자					일정
1차 (중증장애인 거주시설)	B1	중증장애인 거주시설	국장	대도시, 30인 이상	2024.4.22.(월)13:00~15:00
	B2	중증장애인 거주시설	원장	농어촌, 30인 미만	
	B3	중증장애인 거주시설	국장	중소도시, 30인 이상	
	B4	중증장애인 거주시설	원장	대도시, 30인 미만	
	B5	중증장애인 거주시설	국장	중소도시, 30인 이상	
	B6	중증장애인 거주시설	국장	농촌, 30인	
2차 (장애인 단기거주시설, 공동생활가정)	B7	장애인단기거주시설 +공동생활가정	원장	대도시	2024.4.23.(화)09:30~11:30
	B8	장애인거주시설 +공동생활가정	원장	농어촌	
	B9	장애인단기거주시설	센터장	중소도시	
	B10	장애인단기거주시설 +공동생활가정	원장	대도시	
	B11	공동생활가정	원장	대도시	
	B12	공동생활가정	원장	농어촌	
3차 (장애인 이용시설1)	B13	장애인종합복지관	국장	대도시	2024.5.3.(금) 10:00~12:00
	B14	장애인종합복지관	국장	대도시	
	B15	노인주간보호센터+요양시설	센터장	대도시	
4차 (장애인 이용시설2)	B16	노인장애인복지관	관장	농어촌	2024.5.3.(금) 15:00~17:00
	B17	노인복지관	관장	대도시	
	B18	노인복지관	부장	농어촌	
	B19	종합사회복지관	관장	대도시	
	B20	종합사회복지관	관장	중소도시	
	B21	정신장애인 재활훈련시설	국장	대도시	
5차 (장애인주간 이용시설)	B22	주간이용시설	센터장	중소도시	2024.5.7.(금) 16:00~18:00
	B23	주간이용시설	원장	대도시, 고령 및 중증 (뇌성마비, 와상) 특화	
6차	B24	장애인권익옹호센터	팀장	대도시	2024. 8. 26(월)

FGI 참여자					일정
	B25	장애인주간활동센터	센터장	대도시	13:00~14:50
7차	B26	대학교 사회복지학과	교수	대도시	2024. 11.11(월) 16:30~18:10
	B27	종별장애인협회	사무처장	대도시	
	B28	노인요양원	원장	대도시	
	B29	노인장애인복지관	관장	농어촌	
8차	C1	노인전문요양센터	원장	대도시	2024. 08. 26(월) 14:00~15:00
	C2	노인전문요양센터	과장	대도시	
9차	C3	요양원	대표	도농	2024. 08. 26(월) 15:00~16:00
10차	C4	중증장애인거주시설	원장	도농	2024. 09. 26(목) 14:00~15:30

(2) 자료수집 방법

자료수집방식은 초점집단인터뷰(FGI)와 전문가 인터뷰를 실시하였다. 고령장애인의 상황과 서비스 내용 등의 세부 내용들에 대한 사항을 파악하고 급증하는 고령장애인과 다양한 이유로 고령의 나이에 장애를 갖게 된 노인에 대한 향후 서비스 계획 및 복지정책 개편에 대한 고령 장애인 정책의 방향 등을 등을 파악하기 위해 관련 전문가들과 함께 초점집단인터뷰와 전문가 인터뷰를 실시하였다.

(3) 표집방법

본 연구에서는 다양한 의도적 표집방법 중 가장 일반적인 선택적 표집(selective sampling)방식으로서 해당 분야에 경험이 많은 전문가 집단들의 도움을 받아 연구주제에 적합한 참여자를 선정하는 세평적 사례선택방법을 활용하였다.

(4) 자료분석

본 연구에서는 일반적 질적 연구를 수행하였으며, 분석방법은 귀납적 주제분석을 활용하였다. 모든 질적분석에서 거치는 유사한 과정으로 포괄분석, 의미단위분석, 패턴분석, 범주분석, 주제분석 등의 단계에 따라 자료를 분석하였다.

2. 조사 결과

1) FGI 및 전문가 인터뷰 질문지 구성 및 절차

FGI와 전문가 인터뷰의 목적은 고령장애인의 현실을 파악하고, 고령장애인을 위한 전반적인 복지 제도의 개편과 함께 지역사회에서 생활하는데 요구되는 지원 방안들을 제안하기 위함이다. 이를 위해 다음과 같은 반구조화된 질문지를 구성하여 사용하였으며, 상황에 맞게 추가적인 질문을 하였다.

〈표 Ⅵ-2〉 질문지

범주	주요 질문
인구학적 사항	- 연령, 소속기관 유형, 직업유형, 경력
소속기관의 서비스 내용	- 노인 및 장애노인의 비율 - 장애노인을 위한 서비스 내용
현 서비스 제공의 어려움	- 장애노인을 위한 서비스 제공의 어려움, 부재의 이유 - 정책적 한계로 인한 서비스 제공의 어려움
향후 서비스의 계획 및 정책 개편 방향	- 소득보장, 돌봄, 건강, 일자리, 보조기기 정책 - 고령장애인을 위한 특화기관의 필요성 - 노인·고령장애인의 서비스 통합 및 분리 지원 등

전문가 초점집단인터뷰는 1회씩 총 7회 실시하였고, 인터뷰는 1회당 약 2시간 정도 소요되었다. 전문가 인터뷰는 총 3회 실시하였고, 인터뷰는 1회당 1시간 30분 정도 소요되었다. 초점집단인터뷰와 전문가 인터뷰 진행은 모두 먼저 연구진 및 참여자 소개와 연구 목적에 대해 밝히고 인터뷰 동의 여부 및 녹음에 대해 확인한 후 인터뷰를 실시하였다.

2) 분석결과

전문가 초점집단인터뷰(FGI)와 전문가 인터뷰의 분석 내용은 아래와 같이 4개의 주제와 10개의 상위범주, 22개 하위범주가 도출되었다.

〈표 Ⅵ-3〉 FGI 결과

주제	상위범주	하위범주
제한적이나 이용 가능한 서비스 마련	제공가능한 서비스 마련	장애보다는 지역주민으로, 제한된 환경에서 제공할 수 있는 서비스 제공
		집단 서비스에서 개별적 지원서비스 제공
	고령장애인에 대한 서비스 부재	물리적·심리적 제한으로 인한 서비스 부재
		장애인은 장애인복지관에서만 서비스받아야 한다는 인식
고령장애인 서비스 제공의 한계	장애가 고려되지 않은 연령기준	법정 연령기준(65세)으로 인해 서비스에서 배제됨
		실천현장에서만 통용되는 장애인의 조기노령
	고령장애인에 부합하는 보건의료 인력수급의 어려움	보건의료서비스 제공 인력의 부재
		동일한 업무의 다른 기준 적용
	제한적인 제도들	지방이양사업 등 지역 간 이해의 차이로 인한 지역별 편차
		고령장애인에게 적용되지 않는 제도들
고령장애인에게 적합한 적절한 기준 마련	고령장애인의 특성을 인정하는 제도 마련	고령장애인의 특성에 맞는 새로운 인력배치 기준
		장애의 특성을 인정하는 보건의료 욕구 해소를 위한 서비스 마련
	주거환경 개선	고령장애인의 유연한 입 · 퇴소 방안
		장애특성을 고려한 거주공간·거주 시설 마련
	유형별 기관의 경계 완화	지역사회 내 기관간 네트워크 강화
		고유 서비스에 대한 경계 완화 및 협력
		장애인에 대한 이해 확산
존엄한 노년 보내기	관계 맺기 및 유지	사회적 돌봄 체계 마련
		적합한 일자리 탐색 및 연결
		성공적 노화를 위한 지원
	보통의 삶으로 마무리 하기	요양병원 간병비 준비
		일상적인 장례절차 보내기

(1) 제한적이나 이용가능한 서비스 마련

① 제공 가능한 서비스 마련

가. 장애보다는 지역주민으로, 제한된 환경에서 제공할 수 있는 서비스 제공

오래된 영구임대아파트 단지에 위치한 지역사회복지관 이용자의 많은 비율이 고령의 장애인이나 당사자뿐만 아니라 서비스 제공자 역시 장애인이라기보다는 지역주민이라는 인식이 강했고, 이들에게 필요한 급식, 취미·여가 또는 보건의료 등 지역사회복지관에서 제공할 수 있는 서비스들을 자연스럽게 제공하고 있었다. 급격한 노인인구의 증가는 당뇨, 뇌졸중 등의 노인성 질환으로 인해 시각, 청각 등의 감각장애나 신체 움직임의 제한으로 장애를 가진 노인인구가 증가하고 있고 자연스럽게 노인복지관에도 장애를 가진 노인이 늘어나고 있다. 그러나, 물리적으로 이동에 제한이 없거나 그동안 함께 서비스에 참여했던 주변 동료들의 배려로 기존 프로그램에 참여가 가능했고, 맞춤형돌봄사업을 통해 일부 참여하고 있었으나 이러한 서비스들이 고령장애인을 위한 서비스이기 보다는 제한된 물리적 환경, 동료의 배려로 참여가 가능한 지역주민에게 제공되는 서비스 그 이상은 아닌 것으로 나타났다. 따라서 이들 서비스는 장애를 가지고 살아온 장애인이 고령이 되었다고 참여할 수 있는 것은 아니었다.

> 모든 복지관 서비스에 고령장애인이 이용 중에 있다라고 이제 보시면 될 것 같고 경로식당, 식사배달 그리고 저희는 평생교육 바우처 프로그램이 있고...고령장애인에 대해서 별로 생각해 보지는 않았던 것 같아 그니까 그냥 지역주민이라는 입장에서 저의 같은 경우는 장애를 갖고 있건 없건 지역 주민이라는 관점에서 접근을 하는 부분이 있기 때문에 (B19)

> 근데 이분들이 아까 말씀드린 대로 저희가 서비스를 하는데 있어서 고령이고 장애인이고 이걸 구분 없이 그냥 아까 지역적인 관점에서 그냥 주민들이니까 복지서비스를 하고 있다고 보시면 되는데...과연 우리가 고령장애인을 위해서 과연 서비스를 하고 있었냐라고 질문을 한다면 솔직히 하지 않고 있더라고요. 급식서비스 그리고 보건의료 서비스 그리고 일상생활지원 서비스 그리고 참여하실 수 있는 여가문화 서비스 등을 만들었을 뿐이지 이게 고령이기 때문에 장애인이기 때문에 만들지는 않았다고 봐주시면 되겠죠. (B20)

나. 집단 서비스에서 개별적 지원서비스 제공

장애인에게 서비스를 제공하는 장애인복지관에서는 출생률 저하와 평균수명의 연장으로 아동, 청소년 중심에서 고령의 특성을 보이는 중장년장애인을 위한 서비스에 관심을 갖게 되었다. 따라서, 장애인거주시설과 이용시설 모두 집단 프로그램에서 벗어나 개별지원 프로그램을 진행하는데 이는 중장년, 나아가 고령장애인의 심리적 · 신체적 특성이 고려된 것이다. 그러나 중장년 그리고 고령의 특성에 맞는 온전한 지원이라기보다는 현재 기관이 처한 인력구조와 물리적 환경에서 이들에게 제공할 수 있는 최소한의 서비스로 주로 신체적 건강을 유지할 수 있는 의료적 지원, 건강식품 등 식생활 지원과 개별 욕구에 기반한 취미 · 여가 프로그램이 주를 이루고 있었다.

> 저희가 2015년에 이제 발달장애인분들을 전수조사를 ○○구청하고 함께 진행했었고, 조사결과를 보고 중장년 발달장애에 대한 어떤 필요성 사업의 필요성을 좀 많이 느꼈고 그래서 16년부터 저희가 시범사업으로 중장년 발달장애인을 위한 프로그램을 이제 만었습니다. (B13)

> 41년만에 직업적응훈련 9to6를 버렸어요. 오전에는 다 지역에 있는 취미 활동으로 나가고 12시에 와서 점심 먹고 5시까지하는 서비스 체계로 작년부터 바뀌었고요. (B14)

> 개별 욕구 요즘은 개별화 계획부터 해서 개별 욕구에 충족하는 서비스가 주 서비스가 되기 때문에 이용자분하고 특히 보호자분들하고도 좀 소통을 많이 하면서 욕구를 좀 파악을 해서 진행을 하고 있는 부분이 있습니다. (B22)

> 고령장애인들 좀 저희는 다 이제 발달장애인들이 이제 있다보니까 한 40대 초중반부터는 기질적 기능 저하가 빨리 나오다 보니까 그런 일상생활에서 개인별 지원이라는 이름으로 다양한 프로그램을 할 때 (B8)

② 고령장애인에 대한 서비스 부재

가. 물리적·심리적 제한으로 인한 서비스 부재

편의증진법이 적용되기 이전에 설립된 노인복지관이나 지역사회복지관은 엘리베이터 등 보행 약자를 위한 시설이 부재하다. 실제 노인인구가 증가하면서 장애를 갖게 된 노인이 증가하고 있지만 편의시설 없이 턱과 계단이 존재하는 기관을 이용

하기에는 어려움이 있으며 이러한 물리적인 환경은 쉽게 해결할 수 있는 부분이 아니다. 또한 노인복지관의 직원과 이용자 모두 장애에 대한 이해가 없어 노인이라는 공통요소가 있더라도 장애인이 쉽게 참여할 수 있는 프로그램은 거의 없다고 볼 수 있다.

> 그쪽으로도 연계를 하고 실제로 저희는 이렇게 사군자 프로그램 하셨던 분들을 모시고 그분이 사시는 근처에 있는 노인복지관에 사군자 프로그램에 같이 모시고 간 적도 있었어요. 가서 저희랑 갔을 때 한 1주 2주는 이렇게 적응이라기보다 그냥 다니셨는데 이제 저희 없이 그 다음 주부터 가세요라고 하니까 결국 못 가시고 (B13)

> 장애를 갖고 우리복지관(지역사회복지관) 서비스가 필요해서 왔다기보다 앞서 제가 영구임대단지라는 말씀을 드렸잖아요. 그러니까 지역에 인근에 있으니까 그냥 복지관에 오시는데 무료 급식하러 오셨는데 그 분이 이제 정신장애를 갖고 있어서 그런 걸 표출을 할 때 사실은 저희의 한계인데요. 대응을 잘 못하고 있습니다. 대응할 수 있는 전문가가 없는 게 또 저희들의 한계이기도 합니다. (B17)

> 장애를 가지고 노인복지관을 이용하기는 솔직하게 그렇게 용이한 편은 아닌 것 같습니다. 일단은 물리적인 환경이 그러하고요. 장애 유형이 다양한데 그 유형별로 다 일일이 서비스를 제공해 줄 수 있는 돌봄 케어자가 따로 있지는 않기 때문에 예를 들어 기존에 이용하시던 분이 점점 약시가 돼서 시각장애가 있으신 분은 이미 동료들이 그분의 특성을 잘 알기 때문에 도움을 받으면서 이용하는 데 무리함이 없는데 예를 들어요. 시각장애를 가지신 분이 노인복지관에 왔다. 그러면 어디에 뭐가 있는지도 잘 모르고 그분을 1대1로 붙어서 케어해 줄 분이 없기 때문에 사실 조금 어렵습니다. (B17)

나. 장애인은 장애인복지관에서만 서비스받아야 한다는 인식

노인인구가 증가하면서 지역사회에서 서비스를 제공하는 지역사회복지관이나 노인복지관에 고령의 장애인들의 이용 비율이 높아지고 있고, 기존 서비스를 지속적으로 이용한다는 차원에서 고령장애인에게 서비스를 제공하고 있지만, 고령장애인의 장애특성을 고려한 새로운 서비스에 대한 모색은 물리적 환경 및 이미 포화되어 있는 서비스들로 인해 장애인복지관의 고유 영역이라고 생각하고 있었다.

> 노인복지관에서 장애인을 커버하는 부분에 있어서 물론 생각을 하시는 기관들도 있겠지만 접근을 해야 한다라고 생각을 계획하면서 하는 기관들이 얼마나 있을까라는 생각이 좀 있고요. 왜냐하면 현재 노인만 커버하기에도 훨씬 벅찬 상황이고 (B17)

우리 시설은 환경적으로 장애인한테 적합하지 않은 것 같은데 어쨌든 눈에 띄게 그분들이 오고 계세요. 그러면 일하는 우리 같은 경우에는 이분들이 사실은 아까 말씀하신 것처럼 장애인복지관이 좀 더 편할 것 같은데 우리 복지관에 오신 건데 그거는 그분들이 선택이고 그분들의 권리이기 때문에 이용을 하실 수 있는 환경이 안되더라도 그분들이 하고 싶은 부분들은 적극적으로 어쨌든 지원을 해주고 있는데 장애인도 근데 마찬가지예요. 저분은 장애인이 아닌 것 같은데 왜 오시지라고 따지신대요. 저희는 장애인이 왜 오지 어르신들이 따지는 건 아니지만 약간 조금 심한 말을 가끔한다거나 (B18)

(2) 고령장애인 서비스 제공의 한계

① 장애가 고려되지 않은 연령 기준

가. 법적 연령기준(65세)으로 인해 서비스에서 배제됨

발달장애인에게 있어서 노화가 조기에 온다라고 하는 것은 유전학적으로도 이미 증명되어 있으며 특히 다운증후군의 경우에는 조기노화의 기준을 가지고 있다.

장애유형별로 차이가 있지만 40대부터 이미 노인의 신체적 특성이 들어나기도 하고, 일반적으로는 50대 정도에 노인의 특성이 나타나고 있고 현장에서는 제한적이지만 이들에게 노인의 특성이 고려된 서비스를 제공하고 있다. 그럼에도 법적 연령 기준으로 인해 장애노인이 서비스를 받지 못하는 상황들이 생기고 있다. 심지어 한 기관은 65세부터 지급되는 노령기초연금을 받기 전에 모두 돌아가셨다고 한다.

역으로 여전히 활동을 할 수 있고 활동이 중단되면 급격히 인지적 · 신체적 기능이 저하됨에도 불구하고 고령장애인이 이용할 수 있는 서비스 기관과 프로그램이 제한적이며, 법적 근거가 없음에도 65세가 넘었다는 이유로 발달장애인주간활동 서비스에서 배제되고 있는 것이 현실이다.

고령의 분류체계가 딱 65세로 표준화되어 있어 이것이 여러 가지 지금 말씀하신 모든 어려움들이 시작되는 근본 원인인데요. 우선 지금 고령의 기준을 65세로 잡고 있기 때문에 노인복지관, 노인데이케어센터 이런 모든 이용들은 장애인들이 그보다 빨리 노화가 왔다 하더라도 거기 문턱은 넘을 수가 없어요. (B6)

저희가 그전에 구에다가 요청했던 게 고령장애인이 이용할 수 있게 연령대 근데 장애인복지법이 만 65세의 연령을 발달장애인들은 조기 노령화가 있으니 연령을 괄호에다가 좀 넣어주면 안 되냐 이 얘기를 했었거든요. 그거는 대국민을 대상으로 역차별

을 유도하는 거다 안된다 이렇게 얘기를 하시더라고요. 장애 특성을 고려한 연령대에 대한 부분을 요청했는데 거절당했고요. (B11)
소득하고 돌봄이 계속 지금 저희가 이게 괴리가 생기고 있는게 연령 때문인 것 같은데 연금 수급의 나이를 조정을 해서 소득이 좀 어느 정도 유지가 된다면 그러면 일단 기본적으로 간병비가 들어가도 내 돈으로 간병비를 내 돈으로 내가 간병인을 살 수도 있고 할 수 있는데 지금 장애연금 외에 다른 소득 수단은 없는 상황이 되고 기초노령연금은 이제 나이가 들어야만 나오는데 저희 기관 같은 경우에는 그 기초노령연금을 받기 전에 이미 다 사망을 하시더라구요. (B6)

보건소 연계사업이라든지 이런 것은 이제 노인 서비스 안에서 오다 보니까 연령이 일단 65세 이상부터 우선으로 지원을 하더라고요. 그래서 저희는 이제 노인 65세는 되지 않으셨지만 특성을 설명을 했는데 사실은 우선 지원 대상에서 밀려서 지원은 선정되지 않았습니다. (B4)

발달장애인 중에도 근로장애인으로 일을 했다고 하면은 인지 수준이라는 그래도 최상위라고 할 수 있는데 코로나 이후에 그 시설은 일을 하지 않고 있으시면서 점차 퇴행하시고 노화하셔 가지고는 제가 봤을 때는 지금 치매가 오지 않았을까 할 정도로 어머님 보호자분들도 보호자분들 고령이신데 우리 아이는 혼자서 이렇게 대중교통 이용하고 했던 애인데 갑자기 이렇게까지 모든 걸 놔버릴지 몰랐다. 코로나 때 집에 있기 시작하더니 2년을 넘게 그렇게 집에서만 누워서만 생활했다하시더라고요. (B25)
생일 도래일로부터 한 달전쯤에 미리 이제 구에서 그분 댁으로 공문으로 이제 주간활동서비스 이용이 중단된다 이런 통보를 받았었고요. 그래서 우선 한 분만 이 기준으로 보면 이제 ○○ ○○구에 이제 거주하시는 이 모씨라는 분이신데요. 5월이 생일이셨고 이제 4월 말에 이제 구에서 이제 65세 도래해서 주간활동 서비스 자격중지 처분을 좀 받으셨고요. (B24)

나. 실천현장에서만 통용되는 장애인의 조기노령

노인의 법적기준은 65세이다. 그럼에도 불구하고 장애인복지현장에서는 이미 40대부터 고령을 고려한 서비스를 계획하고 실천하고 있다. 50대를 전후로 한 장애인들은 실천현장에서 노인의 특성을 고려한 서비스를 제공받고 있지만, 법적 기준으로 인해 제도적인 부분에서 소외되고 있는 것으로 나타났다.

의학적으로는 분명 비장애인과 비교했을 때 노화가 빨리 진행되고 있으나 장애

유형별 차이와 장애인 개인간의 차이로 일률적으로 규정할 수 없는 것은 사실이나 장애인의 조기노령에 대한 제도적인 지침이 마련되어야 할 것이다.

> 저희 (기관 거주자의) 평균 연령은 46.5세예요. 그래서 거의 대부분은 40대에 머물러 계시는데 대부분은 치매와 만성 노인성 질환 아까 여러 기관에서 고민하시고 계시는 당뇨, 고혈압, 고지혈 이런 것뿐만 아니라 기타 이제 심혈관이라든지 뇌혈관이라든지 여러 질환들을 다 가지고 계시기 때문에 그런 것들에 대해서 이제 신경을 쓰고 있고요. (B6)

> 지금은 복지관에 노년층이 상당히 많이 분포가 된 그런 상황입니다. 이제 50대 이상 분들도 상당히 많이 있고 저희가 발달장애인은 고령을 저희 기관에서는 50대로 안 보고 일단 40대로 보고 있는 상황이어서 그렇게 지금 하고 있습니다. (중략) 근데 저희가 채택했던 통계치는 몇몇 신드롬에 있어서는 최장 25년을 플러스해야 되는 그런 기점이 있다라고 했을 때 40세로 보는 게 적정하다라고 그때 당시에 연구를 공동으로 진행한 바가 있습니다. (B14)

> 여기와서 50대 중반이 되니까 30년이 빨라져요. 55세면 80세 같은 그렇구나. 이게 가속도가 붙는다는 얘기죠. 이게 학문적으로 어떻게 정리하냐구요. 내가 의학적으로도 어떻게 할 수 없고 의학적으로 증명되는 거는 폐나이 이게 지금 우리 ○○씨가 50 중반 전인데 병원에서는 지금 폐나이는 80세입니다. 또 신○○씨는 주치의 검사한 걸 갖고 했더니 위 나이는 60세입니다. (C4)

② 고령장애인에 부합하는 보건의료 인력 수급의 어려움

가. 보건의료 서비스 제공인력의 부재

급격한 노인 인구의 증가로 고령장애인, 노인성질환을 갖고 있는 어르신들이 증가하면서 이들이 가지고 있는 장애의 특성이 고려된 새로운 서비스를 마련하기 위해서는 보건의료 서비스가 필수적이다. 거주시설이든 지역사회재활시설이든 때로는 응급상황이 발생하기도 하고 당뇨, 고지혈증 등 대사질환을 가진 이용인들이 늘어나면서 보건의료에 대한 욕구들이 발생하고 있다. 따라서 이러한 욕구에 대응하기 위해서 보건의료 서비스 제공 인력이 배치되어 필요한 적절한 서비스가 이루어져야 함에도 제도나 지침이 마련되어 있지 않아 배치할 수 없는 실정이다.

> 물리치료 같은 경우에도 실은 저희도 서비스를 하고 있다가 물리치료사 쪽 의료계 쪽에서 법적으로 대응하겠다고 저희한테 얘기를 했었으니까 의사가 없으면 의사의

오더가 없으면 물리치료 안 된다라고 해서 저희가 중단을 했거든요. 이거는 다른 복지관도 마찬가지 인 구조인 것 같고 (B18)

특히 응급 상황 저희 같은 경우에는 섭식에도 많이 어려워하기 때문에 저희 직원들 심폐소생술이나 하인리히법 기도폐쇄 시 조치하는 방법은 교육을 받긴 했는데 그거로는 좀 부족할 수 있어서 의료 인력이 좀 배치가 되었으면 좋겠다는.. 고령이나 중증도가 높은 시설에는 배치가 되었으면 하는 바램이 좀 있고요 (B22)

항상 근육이 강직이 되어 있고 경직된 상태이기 때문에 통증을 호소하고 있어서 물리치료 기구를 응용하거나 도수 치료라든가 이런 걸 할 수 있는 물리치료사의 배치도 좀 가능하다면 그렇게 정책적으로 반영이 됐으면 좋겠습니다(B22)

나. 동일한 업무의 다른 기준 적용

노화로 인한 신체적 기능의 저하가 나타나는 장애인들에게 생존을 위해서는 기본적인 의료적 처치가 필수적이다. 동일한 이용자가 거주시설에 있느냐, 요양시설에 있느냐에 따라 동일한 업무가 불법이되기도 하고 당연시 되기도 하는 상황들이 발생하고 있다.

얼마 전에 돌아가신 다운증후군이셨던 분이 사실은 원년 멤버이기도 해서 삶의 마무리를 저희 시설에서 해드리고 싶었어요. 그래서 위로관을 삽입을 해서 지원을 했었는데 사실은 이게 불법이잖아요. 저희는 간호조무사밖에 없기 때문에 그래서 그래도 한 2년 정도는 고민을 하고 퇴원을 했던 것 같아요. 근데 나중에는 도저히 내가 책임을 지는 게 아니라 저희 간호조무사 선생님까지도 이게 해가 되겠다 싶어서 결국엔 요양병원으로 가셨다가 6개월 만에 돌아가셨는데 (중략) 근데 또 저희 가족이 이제 병원에 입원하셨는데 또 병원에서는 간병인이 그걸 하라는 거예요. 위로관 교체하는 거를 그래서 아니 이거 불법 아니냐 원래 간호사 선생님이나 의사선생님이 해야 되는 거 아니냐 그랬더니 아니라고 그냥 다 간병인이 한다고 그러니까 이게 굉장한 괴리감이 느껴지더라고요. (B2)

장애인 거주시설에서 더 이상 의료적인 서비스를 제공할 수 없고 이제 간호사들이 소변줄을 간다거나 하는 모든 행위들이 피딩할 수 있도록 콧줄을 넣는다든지 이런 모든 것들이 의료 행위이기 때문에 간호사가 그 행위를 해줄 수가 없기 없어서 이제 어쩔 수 없이 장기요양등급판정을 받고 아예 전원 조치를 하는 수밖에(B6)

그리고 제가 계속 의문점이었던 거는 거주 시설에서 돌아가시면 저기 부검도 해야 되고 경찰관 신문도 해야 되고 하잖아요. 그래서 요양원에 물어봤더니 요양원에서는 그냥 간단하게 경찰 조사 잠깐 받고 그 다음에 끝낸다고 하더라고요., 그래서 이거는 또 다른 이슈라고 생각을 했어요. (B2)

③ 제한적인 제도들

가. 지방이양사업 등 지역 간 이해의 차이로 인한 지역별 편차

장애인복지사업 중 많은 부분이 지방이양사업이다보니 각 지자체에 따라 동일한 시설이라 하더라도 인력뿐만 아니라 운영비 지원도 차이가 나며, 동일한 지역이 아닌 경우에는 필요한 서비스임에도 지원이 되지 않는 경우들이 많아 중앙환원의 필요성에 대한 의견이 개진되고 있다.

식생활 관련된 부분은 저희는 1인 시설이라 영양사가 따로 없어요 근데 이제 ○○구 사회복지 급식관리 지원센터가 있습니다. 그래서 거기 연계해서 식단에 관련된 부분을 선택형 식단 지원으로 해서 조금 저희의 연령대에 맞춰서 식단을 좀 이렇게 짜주시면은요 (B11)

발달장애인들을 위한 노인성 질환이라든지 특화된 의료서비스 내지는 요양서비스 전문제공기관이 만들어진다고 한다면 좀 심각한 것 중에 하나는 예산이 지방 이양된 예산이다보니 그러니까 지방에서 지원하는 사업이죠. 하다보니까 지역간 편차가 너무 커요. 같은 ○○에서도 같은 ○○도에서도 군·구마다 지원체계가 인력부터 다르고 예산이 다 다르거든요. (B12)

장애인 주치의가 있긴 하지만 서비스를 이용하는 데 조금 많이 부족했던 부분도 있었고 그다음에 건강마을 이제 센터를 이용할 때도 동마다 마을 센터가 있는데 동마다 좀 다른 서비스들도 있더라고요. 그래서 이것은 이제 지리적으로 거주지 동 단위로 그 서비스를 이제 신청할 수 있어서 만약에 주소지가 그 관할동이 아니면 대상자가 되지 않더라고요. 그래서 그런 조금 통합서비스 너무 동단위로 그 서비스가 한정이다 보니까 저희가 이용하고 싶은 다양한 서비스도 좀 주소지로 인해서 조금 확대해서 조금 서비스를 이용하지 못했던 경험도 있습니다. (B4)

나. 고령장애인에게 제공되지 않는 제도들

장애유형에 따라서는 이미 40대부터 노화의 특성들이 나타나기 시작하여 고령장애인의 삶을 살고 있고, 그에 맞는 적절한 서비스가 이루어져야 하나 65세라는 법정 연령기준으로 인해 신체조건에 맞는 서비스가 제공되기 위해서는 비용이 많이 들거나, 비용 때문에 적절한 서비스가 이루어지지 않고 있는 것으로 나타났다.

장애인거주시설에 장애인들과 오랜생활을 함께 한 사회복지사들은 발달장애의 특성과는 다른 인지저하와 행동변화들을 감지하며 치매 또는 정신장애를 의심한다. 그러나 진단을 받아야 할 의료현장에서는 지적장애라는 이유로 치매진단과 정신장애 진단을 미루고 있어 노인장기요양보험의 적용을 받을 수 없는 경우가 대부분이다.

> 저희 기관은 이제 노인 시설에서 필요한 게 다 필요한 상황이예요. 일단 샤워트롤리가 필요하고요. 그다음에 이제 와상으로 들어누워 있는 경우에 이제 이분들은 일어나서 앉히고 대소변하기 위해서 화장실 왔다 갔다 하려면 리프트가 필요하고요. 그래서 이제 이동 보조 장치들이 다 필요하고 그런 이제 실버에서 필요한 목욕 보조 도구들 그런 것들이 다 필요한데 지금 이분 들은 나이가 안되고 장기 요양 등급을 받지 못하기 때문에 그런 지원이 불가능한 상태죠 (B6)

> 지적장애인들의 인지저하 그리고 치매로 볼 수 있는 이런 부분들을 지적장애 등급을 받았으면 인정을 해주시지를 않습니다. 그래서 조기 치매로 등급 받는 거는 상당히 어렵더라고요. 솔직히 말씀드리면 제가 저희 ○○시의 요양등급판정위원으로 같이 회의에 참석하거든요. (중략) 그렇기 때문에 요양원은 저희 기준에 50대 전후의 고령장애인들이 아무리 인지 저하기능을 우리가 같이 생활하면서 느꼈다 하더라도 요양서비스를 받기는 참으로 어렵고요. (B8)

> 발달장애인들 특히 지적장애인들에 대한 치매 진단을 하기가 쉽지 않아요. 제 경험상으로도 재작년에 한 분이 결국 치매 진단을 받았는데 처음에는 굉장히 정신과적인 그런 행동 이상 증상이 좀 발생을 했어요. 일을 잃어버린 것도 있었지만 그래서 굉장히 폭력성향도 갑자기 나타나고 있었는데 어느 병원 발달장애인 거점병원이라고 했던 병원을 갔음에도 불구하고 거기에서 정신과 의사는 계속 약을 증량은 하는데 행동증상을 잠재우려고. 근데 이게 치매일 가능성에 대해서 조차도 생각하지 못하고...치매에 대한 가능성을 제가 물어봤을 때 본인은 발달장애인 특히 지적장애인들에게 치매진단을 해본 경험이 없다는 거예요. (B12)

(3) 고령장애인에게 적합한 적절한 기준 마련

① 고령장애인의 특성을 인정하는 제도 마련

가. 고령장애인의 특성에 맞는 새로운 인력 배치 기준

다양한 거주시설에 살고 있는 고령장애인이 존엄한 삶을 유지하기 위해서는 그에 맞는 서비스가 제공되어야 하며, 적절한 서비스가 제공되기 위해서는 서비스 제공인력이 배치되어야 한다.

장애인거주시설은 규모에 따라서도 배치인력에 차이가 있으며, 거주시설에 가장 많은 인력인 사회복지사가 고령장애인의 건강을 유지시키기 위한 주요 활동인 보건영역과 영양영역을 커버하기에는 역부족인 것이 현실이다. 따라서 보건·의료, 영양 등 기관의 상황에 맞는 인력배치가 필요하다. 또한 돌봄의 비중이 높은 거주인의 경우, 특히 치매 등의 증상을 보이는 거주인, 정신장애가 있는 경우에는 돌봄인력인 사회복지사, 정신보건사회복지사의 추가 배치가 필요한 것으로 나타났다.

> 중고령을 위한 서비스는 지역에 있던 이제 시설에 입소해서 생활을 하던 건강에 대한 지원이 정말 주치의처럼 필요하다고 생각이 들고요. 또 중풍이나 또 인지저하증도 같이 오시는 경우가 있는데 이제 노화로 인한 건지 또 장애로 인한 건지가 조금 전문가가 아니기 때문에 이제 사회복지사 또 아리까리할 때가 있으세요. 또 그런 또 전문적인 지원하고 그리고 서비스도 좀 차별화돼야 될 것 같아요. (B7)

> 이제 이분한테 쏟는 그 돌봄의 양을 나머지 분한테 쏟고 싶다는 얘기를 해서 저희가 회의를 해서 결국은 노인요양원으로 이제 이렇게 모시기로 한 거거든요. 근데 인력이 좀 조정이 된다면 그냥 여기 평생 살았던 이 집에서 사는 게 맞는 것 같고요. (중략) 인력이 만약에 충원이 된다면 아까 인력적인 부분들 계속 말씀하셨는데 2대1이든 3대1이든 지금보다 인력이 충원된다면 저는 저희 집에서 사는 게 맞는 것 같아요. (B1)

> 문제를 일으키는 이용자를 보내면서 사람을 딸려 보내지 말고 대신 조기 노화 뭔가 하겠다고 했으면 치며 전담 직원 돌봄 지원 한 명(을 지원해 주면) 지자체도 생색이 나지 않겠나...(중략) 조기노화 시설에 치매가 몇 명 이상 될 때에는 돌봄 인력 한 사람을 더 주었으면 (C4)

> 정신장애인 같은 경우에는 초반에는 사실 치매하고 유사하게 바라볼 수 있는 성향들이 좀 있으세요. 근데 굉장히 다르거든요. 그러니까 정신장애 같은 경우에는 한 부분

에 꽂히면 굉장히 치밀하게 그게 해결될 때까지 끊임없이 근데 이제 치매 있으신 어르신들은 단기 기억이 이제 되게 짧기 때문에 금방 잊어버리셔도 대처가 가능하고 (중략) 이제 여름에 선풍기를 틀어드려도 그 선풍기가 본인이 생각한 위치에 있어야 되는 거예요. 근데 여러 어르신들한테 선풍기나 이런 것들 그리고 위험성에 따라서 위치를 변경하거나...이런 것도 본인은 용납이 안되는 거죠. 내가 생각할 때 저 선풍기가 저 자리에 있어야 되고 거기에 있을 때 내가 안정감을 느꼈으면 늘 그 자리에 있어야지 그게 변동이 되어서도 안되는 거고 그리고 정기적으로 장롱 문을 열어서 본인의 옷이 잘 있는지를 확인을 시켜드려야 되는 거고 예를 들면 이제 그런 행동들이 이제 반복이 되고 또 우리 요양보호사 선생님들이 오류를 범하시는 거는 뭐냐하면 배우신 적이 없으시니까요. 그러니까 치매 어르신들은 어르고 달래면 해결이 됐어요. 근데 정신장애인이신 분들은 어르고 달랜다고 해결이 되지 않거든요. 정신 영역의 장애인분들을 요양파트에서 케어를 좀 할 때는 전문적으로 그런 교육이나 훈련을 받으신 분들이 투입이 되는 것이 맞겠다는 생각이 좀 들고요. (B28)

나. 장애의 특성을 인정하는 보건의료 욕구 해소를 위한 서비스 마련

현재의 거주시설에서는 여가와 사회참여, 기본적인 건강관리를 위한 건강식품 복용 등 현재의 인력구조에서 고령장애인에게 맞춤형 서비스를 제공하고 있지만, 40세를 전후로 하여 나타나는 노화로 인한 질병들을 커버하는 것에 어려움이 있다. 보건의료의 필요성에 입각한 서비스 마련과 함께 예방적 차원에서의 서비스들이 필요한 것으로 나타났다.

건강보험공단에서 발표를 했던 것처럼 35세부터 55세까지 많이 나타나는 질병들 그리고 55세 이상이 되면 지적장애하고 자폐장애 거의 구분없이 나타나는 질병들이 거의 비슷하던데 저희도 그런 상황이예요. 예를 들면 이제 당뇨 고혈압 치아관리 고지혈 근력에 문제가 좀 생기기 시작하고 이런 이제 신체적 노화와 질병을 갖게 되는 경우가 있고 이렇다 보니까 이제 저희는 전체적인 활동시간을...(B23)

일단 여가와 사회활동 참여는 다른 센터와 동일할텐데 건강관리와 관련된 것들을 사실 저희가 병원이 아니기 때문에 많이 할 수 있는 건 없지만 이분들의 최소 6개월에 한 번 그리고 건강검진을 통해서 2년에 한 번씩이라도 이분들이 어떤 질병에 노출될 수 있는지를 확인하고 (B23)

특히나 선천적으로 장애가 있었기 때문에 어릴 적부터 많이 아팠고 그렇게 활동을

했기 때문에 보호자분들의 건강이라든가 이런 통증 완화에 대한 욕구가 아주 커요.(B22)

물리치료사는 뭘 하려면 의사의 오더가 있어야 되고 의사를 채용할 수 있는 상황은 아니니까.....소규모 시설 종사자 10인 미만의 소규모 시설은 의료적 지원이 된다 해도 그거를 풀어가기에는 조금 어려움이 있을 거라는 부분도 좀 생각은 하고 있습니다. (B22)

이제 질병이 있는 고령자들에대한 식생활 부분이 굉장히 어려움이 있다라고 지금 현재까지 아직은 투석까지는 가지 않았지만 투석 직전까지 갈 정도의 심장이 아니라 심장 신부전으로 응급으로 입원해서 현재까지도 지금 병원에 계신 분들도 발생을 했고 또 그런 분들에 대한 식생활 그리고 이제 치아문제 이런 분들에게 어려운 부분들에 대한 식생활 어려움들 그리고 이제 전반적으로 건강 관리라든지 어려움이 굉장히 많이 있었는데 식생활관련해서 고충 그리고 실제적인 것들을....(B12)

② 주거환경 개선

가. 고령 장애인의 유연한 입 · 퇴소 방안

비장애인이 고령이 되어 요양병원에 입원을 하거나, 장기요양등급을 받고 요양원에 입소하게 되었을 때 증상이 호전되면 다시 집으로 돌아와 생활을 하다가 집에서 생활할 수 없는 상태가 되면 다시 입원을 하는 것이 자연스러운 것처럼 거주시설의 장애인 뿐만 아니라 지원주택 등에 자립을 한 장애인의 경우에도 요양상태가 되었을 때 적절하게 보호받고 존엄한 삶이 유지되는 것이 필요하다.

시설의 소규모와와 탈시설화로 지역사회에 거주했던 장애인이 조기노화 등으로 요양의 상태가 되었을 때 거주시설의 입소가 제한되어 있기 때문에 인력의 수급상 거주시설에서 적절한 돌봄을 받는 것이 필요함에도 불구하고 거주시설로의 재입소가 어려운 것으로 나타났다.

공동생활가정 중에서는 작년에 초기 치매 입주자분이 한 분 나오셨습니다. 그래서 근데 뭐 잘 아시겠지만 요양원에서는 이제 지적장애라고 하면은 요양등급 자체를 부여하지 않는 그런 경향이 있어서 이 분 같은 경우에는 이제 공동생활가정에서 다시 저희 장애인거주시설로 다시 이렇게 재입소...지자체와 상의해서 이렇게 마치 원가정에 복귀하듯이 원 시설로의 복귀를 한 번 시도했고요. (B8)

지금 30대 초반 일상생활 기능이 좋으신 분들은 지역사회에 이렇게 주택에 내보내려고 하는데 지금 저희 마을속의 불안은 이 분이 한 20년 안쪽에 치매 증상이 나오거나 그럴 때 그 때 더 좋아지면 상관없겠지만 혹시라도 다시 시설로 다시 재입소를 해야 될 상황이 생길 수도 있는데 그게 지금 상당히 어렵거든요. (B8)

거주시설에서 이용인을 요양원이나 요양병원으로 적을 둔 상태에서 보내게 되면 거주시설에 한 달 이상 다른 곳에서 서비스를 하면 이중 수급이 되기 때문에 생계비가 끊겨요. 일단 줄어들다가 이제 일정 기간이 되면 완전히 안 나오고요. 관리 운영비의 경우에는 이용인이 이제 전원을 해버리면 그 빈 시간 동안은 그 관리운영비가 또 깎여서 들어오고요. 그런 어려움이 있다 보니까 이게 행정적으로도 어디로 가야 하나 이런 고민이 되고 (중략) 안 보내자니 이렇게 여러 가지 이제 다음 사람을 계속 받아라고 하는 압박도 있고 이래서 (B6)

사람(요양이 필요한 장애인)을 못 넣어 서울시가...산하기관 행정 입소도 가능하거든요. 한 7~8개월이 지났죠. 그게 어떻게 됐나 했더니 근데 아직도 쉼터에다가 넣어놓고 그래가지고 안 되겠더라고요. 그래서 ○○○팀장한테 그럼 여기로 보내세요. 이게 사람 관계로 이렇게 풀 일이 아닌 것 같습니다. 정말 그 사람을 위해서 시설이 있는 건데 시설에 그거 하나를 못 넣고 막 쉼터에서 거기 서비스가 사실은 단시일 내에 물론 잘 돌봤긴 했지만 그래서 여기 와 있어요. (C4)

나. 장애특성을 고려한 거주공간·거주시설 마련

고령장애인의 경우 비장애 노인이 그런 것처럼 숙면의 어려움을 느끼고 있다. 장애인거주시설에 생활하는 고령장애인은 시설 내 어려운 행동을 하는 발달장애인과 함께 기거할 수밖에 없는데 이들은 시설 내 약자로서 위치할 수밖에 없다. 따라서, 안전하게 건강을 확보할 수 있는 1인실을 마련하는 것이 필요하다. 동시에 장애인의 특성을 이해하지 못해 장애인시설에서 요양시설로 옮겨간 장애인들이 짧은 기간안에 생을 마감하는 경우가 다수 발생하고 있어 요양상태의 장애인이 신체적, 심리적으로 안전하게 살아갈 수 있는 새로운 형태의 거주시설이 마련되어야 한다.

단기거주시설에 대부분 이제 공간이 굉장히 협소하고 그리고 중고령 장애인이 있을 때 사실 공간에 대한 어떤 필요성을 굉장히 많이 느끼거든요. 그리고 단기 거주시설인 경우는 어려운 행동을 하는 거주인과 같이 섞여 있기 때문에 이 같이 있다 보면은 중고령장애인이 약자가 되는 경우가 있어요. (B10)

2명이 자더라도 잠을 못 자고 잠자리도 바뀌었지만 옆에 누군가가 있으면 잠을 못자는 경우들이 많아서 고령장애인한테 정말 필요한 거는 건강관리도 중요하고 또 식생활도 중요하지만 환경적인 부분에서는 1인실이 많이 중요하다라는 생각을 합니다. (B9)

부모님들은 좀 노인이 되어도 이용할 수 있는 장애인 이용센터가 있었으면 좋겠다. (중략) 65세 이전에 장애인시설을 이용하면 이 분이 본인이 희망하지 않는 한 연세가 됐다고 종결하지 않는 이렇게 이제 협의가 되어 있는 상태이기는 하고 그리고 이제 저희는 또 이렇게 그룹홈을 이용하고 계신 분들이 한 12분 중에 7분. 이분들 같은 경우에는 그룹홈을 이용하면서 낮시간에 이렇게 노인들을 위한 주간 이용시설이 있으면 그러니까 우리가 그 역할을 해주길 바라시는 거겠죠. (B23)

저희는 실질적으로 119를 불러서 가는 게 1년에 한 5~6건은 되는 것 같아요. 그러다보니까 선생님들도 이제 그런 위험하신 분들에 대해서 대처가 좀 먼저 해야된다라는 생각을 갖고 있어서 기타 그렇지 않은 장애인분들 중심보다는 한정된 인력 갖고 이렇게 조금 건강에 위험이 있거나 돌봄 위주로 해야 되는 분들한테 더 붙다 보니까 실제로 선생님들도 조금 고령이신 65세 이상 되신 분들은 노인전문시설로 좀 가셔야 되는 거 아니냐라는 이야기들을 많이 하세요. (B5)

요양병원에 가셨는데 요양병원 가지 전까지는 췌장암이지만 저희들이 의아할 정도로 되게 밝고 정말 즐겁게 잘 지내셨는데 요양병원에서 부적응하셨고요. 왜냐하면 계속 병원 내에서 소리지르시고 이런 과한 자기표현 행동을 하시다보니까요. 그래서 수면제하시고 해서 요양병원 가시고 나서 10일도 채 안돼서 그냥 임종하셨어요. 그래서 이제 시설에서 시설이후에 자연스럽게 이어질 수 있는 그런 요양시설의 필요성을 말씀드리는 거고요. (B8)

발달장애 중고령이신 분 또 질병을 갖고 계셔서 건강에 대한 서비스가 가야 할 경우는 노인요양시설 말고 장애 요양시설처럼 병원과 시설에 조금 혼합된 형태로 의료지원도 받을 수 있고 돌봄도 받을 수 있는 그런 좀 특화된 기관이 좀 필요하다고 생각이 들어요 (B7)

저희는 한 유니트 당 2명에서 3명 이렇게 거주를 했었어요. 근데 이제 40세가 넘어가면서 치매 판정을 계속 받고 하면서 이제 물론 중증의 자폐 장애인들 같은 경우도 누구랑 이렇게 몸이 닿거나 하면은 굉장히 이제 역한 반응이 나타난다거나 하는데 그 외에도 많이 몸이 아프고 몸을 움직이지 못하거나 의료적인 서비스가 막 계속 진행되고 있는 과정을 함께 살고 있는 다른 사람들이 같이 봤을 때 다른 사람들이 겪게

되는 심리적인 우울감도 치매에서 우울증이 제일 먼저 나타나는 증상인데 거기에다가 이제 더 가중되는 어려움이 있었고요. (B6)

이분들이 지역사회에서 살기 때문에 계속 살아가셨으면 좋겠거든요. 자신이 살던 곳에서 계속 살아가셨으면 좋겠고 그게 이제 노인 통합 돌봄 안에서 이제 그것들을 지원해서 서비스를 받았으면 좋겠는데 이제 노인이 특화되어 있어 노인 서비스만 대상이 되거든요. 이제 노인과 장애인이 이제 분리되어 있어 서비스가 되고 있는데 병원 이동하는 거라든지 이런 것들을 전부 다 말은 커뮤니티 케어나 노인 서비스에만 한정이 되어 있어서 이분들이 이제 장애인이든 비장애인이든 지역사회에서 계속 살려면 이분들을 이제 통합할 수 있는 서비스를 구축할 수 있으면 너무 좋겠다고 생각을 하고 또 저희 같은 경우는 이제 아까 홈은 특성화해서 이제 분류해서 다양하게 주거를 지원하고 있는게 저희도 사실 이제 지금 한계가 고민이 되는 것은... (B4)

제가 보기에는 그런 시설을 이제 장애인 시설들이 유휴 공간이 있는 곳에다가 그걸 하도록 제도적으로 만드는 거 하나 있고 그다음에 요양시설 내에 이제 저희같이 큰 규모에 있는 곳들은 유니트별로 그런 유니트를 계속 만드는 거죠. 치매 전담실 개설하듯이 거기 장애 전담실에는 인력 배치 구조를 짜면 돼요. 간호사 몇 명당 하나 요양보호사 이를테면 1대 1로 하든지 그렇게 해주면 그러면 생활시설에 계실 어르신들의 자리 만큼이 이렇게 와도 되는 거죠. (C1)

③ 유형별 기관의 경계 완화

가. 지역사회 내 기관 간 네트워크 강화

인구의 고령화로 인해 고령의 나이에 진입하는 인구가 많아지며 고령의 나이에 장애를 갖게 되거나, 장애인으로 살아가다 고령이 된 장애인의 경계가 명확하지 않음에도 노인복지와 장애인복지, 지역복지의 서비스가 분절되어 있다. 연령을 기준으로 장애인시설에서 노인시설로 넘어가야 한다면 사전에 교류를 통해 적응하는 시간을 갖게 하는 방안도 고려해 볼 수 있을 것이다. 이처럼 지역사회내에 이들 기관 뿐만 아니라 노령장애인에게 양질의 서비스를 제공하기 위한 관련기관간의 네트워크가 강화된다면 고령장애인에게 좀 더 적절한 서비스가 제공될 수 있을 것이다. 또한 의료인력이 부족한 현 상황에서 지역의 병원과 연계할 수 있다면 위급상황을 극복할 수 있는 방안이 될 수 있을 것이다.

장애인과 비장애인이 연세가 드시면서 노인성 질환이나 건강에 문제가 생기는 건 당연하게 동일하게 가는데 여전히 플러스 장애라는 특성이 있는거죠. 장애특성을 이해하고 거기에 맞는 지원을 하는 것이 포인트일텐데 그런 측면에서 노인복지관에서는 이런 노인이면서 장애 특성을 가지고 있는 분들에게 어떤 지원을 할거냐에 대한 고민 또는 이런 것들을 모색해야 될 거라고 저는 생각을 하고 반대로 장애인복지관도 마찬가지겠죠. (B23)

저희 시설의 강점은 입지조건이 ○○ 시내 중심부에 있다보니까 그리고 또 오랜 시간 또 저희 기관이 이렇게 자리잡고 있어서 이미 연계되어져 있던 지역사회 의료시설이나 이런 것들을 잘 활용하고 있고요 (B8)

저희 기관에서도 이제 청소년이나 아니면 청년기에 있는 발달장애인분들이 사실 복지관하고 연계해서 사업을 굉장히 많이 하고 있거든요. 그렇지만 중고령 장애인에 관련된 서비스나 어떤 프로그램이 이런 유관기관조차도 마련되지 않았다는 거죠. 그래서 일반적으로 이제 이분이 기능이 조금 괜찮고 그러면 사실 이용하지 못할 곳을 없어요. 다 이용할 수 있거든요. 이제 미술학원도 가고 도예도 배우고 수영장도 이용하고 하는데 이제 정서적인 어떤 장애와 중고령이 같이 접목되었을 때는 이용할 수 있는 것이 좀 제한적인 부분들이 있다는 거죠 (B10)

나이가 됐기 때문에 서로 이제 장애인 시설과 노인시설이 다 같이 가야겠죠. (중략) 요청을 하면 우리가 저희가 실습 요청하듯이 55세 이용인이 센터 서비스 이용을 원합니다. 이렇게 했을 때 한 번씩 왔다갔다 하면서 계속해서 이런 정책도 필요하지 않을까 생각을 합니다. (B25)
저희(요양원)가 법적 의무가 없고 (보건의료인력은) 보통 대이만 대부분 대이만 있고요. 6시 이후에는 요양보호사들만 남아 있죠 (중략) 저희는 요양병원이 있으니까 콜을 하기도 하고 저희는 응급하면은 저쪽(요양병원)에서 입원을 받기도 하고 그러니까 저희는 좀 특이해요(C3)

나. 고유 서비스에 대한 경계 완화 및 협력

노인복지관의 고유사업과 장애인복지관의 고유사업에 대해 탄력적 운영이 이루어질 수 있도록 경계를 허물고 필요한 서비스가 제공된다면 고령장애인 서비스의 공백이 조금씩 메꿔질 수 있을 것이다.

물리적으로 노인복지관과 장애인복지관은 건물은 따로 있습니다. 건물은 따로 있지만 1m도 안되게 가까이 붙여 있다. 그리고 내부 통로로 연결되어 있다 이렇게 일단 구조를 말씀을 좀 드리고요. 우리 복지관 직원들은 노인복지관 장애인복지관이 있기 때문에 프로그램별로 노인과 장애인을 한꺼번에 컨택할 수가 있다라고 하는 거예요. 노인쪽에 만약에 적합한 노인이라면 노인 프로그램을 권유하고 또 프로그램 내용은 좀 달라요. 근데 장애인쪽에 좀 필요하다 하면 장애인 프로그램을 연계시켜주는 그런 형태로 되어 있고요. (B16)

하루에 저희한테(와서) 먹는 밥이 하루에 제일 중요한 끼니가 되시는 분도 많고 그중에 노인분들도 있으시거든요. 그래서 이분이 노인복지관에 가면 천 원을 내고 드시는데 우리복지관에 오시면 3,500원을 (내고) 드셔야 하는 상황이에요 그래서 조금 이게 경로식당이라는 게 이제 밥을 주고 안주고를 떠나서 좀 편의에 의해서 장애인복지관 쪽도 열어주고 조리사나 식비 지원을 해주면 그 지역에 노인복지관이 많으면 노인복지관 가서 드시고 또 그 지역에 장애인복지관이 훨씬 접근성이 좋으면 저희한테 와서 드실 수 있었으면 좋겠어요. (B14)

기존에 있는 서비스를 좀 더 확장하고 양을 늘리고 그 다음에 아까 보건의료서비스를 특정하고 이런 서비스를 해서 지역사회 이용서비스 기관들이나 거주시설 다 망라하고 제공해야 되지 않을까 라는 생각을 좀 하고 있습니다. (B19)

어르신들한테나 장애인분한테 정보 제공이 되면 선택은 클라이언트가 하는 게 맞는데 아례 시작조차 못하는 경우가 많고 (중략) 근데 장기요양이라는 거랑 묶어놓고 장애인쪽으로 묶어놓으니까 저희가 받을 수 있는 입장은 또 안 되거든요. 이거는 좀 정책적인 접근이 필요해서 같이 할 수 있으면 좋지 않을까 싶어서 (B15)

다. 장애인에 대한 이해 확산

장애인에 대한 인식개선교육이 법정교육이 되어 사회 전반적으로 장애인에 대한 인식이 확산된 것은 사실이지만, 장애인식개선교육이 교육기관과 직장에 국한되어 있어 어르신에게까지 확산되지는 않은 것으로 나타났다. 여전히 장애에 대해 이질감을 느끼고 있다고 현장의 전문가들은 말하고 있다.

대부분의 노인복지관과 지역복지관을 이용하는 어르신 중 노인성 질환으로 인해 장애를 갖게 되고, 장애등록을 했음에도 불구하고 스스로 장애인이라는 인식을 하지 못하고 있을 뿐만 아니라 노령으로 인한 감각의 저하, 신체능력의 저하가 장애와는 이

질적이라고 생각하고 있었다.

인구의 고령화로 인해 장애인복지관과 노인복지관을 통합하여 노인·장애인복지관이 전국적으로 확대되었었으나 최근 노인복지관과 장애인복지관이 분리되고 있는 추세임을 감안할 때 노인복지관에서 고령장애인이 프로그램에 참여하기 위해서는 어르신을 대상으로 하는 장애인식개선교육을 통해 장애인에 대한 이해를 확산시키는 것이 선행되어야 할 것이다.

> 저는 우선 그분들이 이제 발달장애인 분들이 이제 65세가 도래해서 노인 관련된 기관에 이제 이렇게 흡수가 되거나 이용을 해야 된다라고 생각을 좀 해보면 제는 실질적으로 좀 어려움이 많을 것 같습니다. 특히 발달장애인 분들이 간다고 했을 때 이분들에 대한 어찌 됐건 그 사전 이해나 이분들에 대한 특성을 알고 있는 장애 관련 담당자도 상대적으로 좀 부족할 것 같고 또 실제 비장애인들의 그룹속에 발달장애인분들이 나이는 동갑이지만 그 각자의 달랐던 그런 어떤 성향이죠 여기에 잘 나이로만 흡수가 될 수 있을까 오히려 조금 배제당하거나 조금 소외당할 그런 좀 분위기도 없지 않아 있을 것 같고요. (B24)

> 우선 일하는 사람이 그거에 대한 경험이 너무 없어서 어르신이 어떻게 행동할 때 이게 치매는 아니잖아요. 정신지체나 이거 이거에 대한 교육이나 이런 게 많이 있어야지 저희가 돌볼 수 있을 것 같아요. (C3)

(4) 존엄한 노년 보내기

① 관계 맺기 및 유지

가. 사회적 돌봄 체계 마련

고령장애인의 경우, 다른 연령대의 장애인과 비교할 때 시설에 거주하는 장애인들이 재가장애인보다 더 다양하고 욕구에 맞는 서비스를 제공받고 있는 것으로 드러났다. 이는 재가 장애인이 고령이 되었을 때 이미 부모님은 더 고령으로 노-노 케어를 하고 있어 돌봄 등 한계에 직면하게 되는 것으로 확인되었다.

장애인 역시 조기 노령을 맞이하고 있지만 수명의 연장으로 고령장애인이 증가하고 있다. 따라서 고령의 장애인이 다양한 낮활동 참여를 통해 의미있고 존엄한 삶을 유지할 수 있도록 지원해야 하며 이는 비장애노인이 노인복지관과 경로당에서 여가를 보내고 사회적 관계를 맺는 것과 마찬가지이다. 고령장애인이 의미있는

낮활동을 보낼 수 있도록 장애인복지관, 주간이용시설, 주간활동서비스기관들에서의 고령장애인을 위한 서비스 확대도 필요하며, 경로당과 같이 언제든지 방문하여 시간을 보낼 수 있는 새로운 형태의 시설들이 마련되어 건강한 노년을 맞이할 수 있는 기회가 제공되어야 한다.

근데 부모님이 돌아가시고 나서는 스스로 할 수 있는데 대부분 방치돼서 이제 조금 방황하시다가 시설로 이용하시거나 그런 경우가 있는데 (B21)

장애인도 마찬가지고 노인도 마찬가지고 가족 내에서 돌봄의 한계를 어쨌든 지역사회나 사회가 조금 뭔가 커버를 해야 된다고 하면 조금 더 촘촘하게 현실에 맞게끔 서비스를 제공했으면 좋겠고 (B18)

아무래도 거주시설은 좀 외곽에 있거나 이렇게 지역에 좀 이렇게 떨어져 있거나 이런 경우들이 많죠. 근데 그런 구조가 아니라 저희가 고민하고 있는 건 현재 살고 있는 이 동네에서 이 동네에서 그걸 어떻게 결합할 수 있는 방법은 없을까 이런 고민을 하고 있는 (B23)

고령장애인들을 위한 지금의 정책은 지금의 비장애인 고령 어르신들이 누리고 있는 그런 서비스의 비슷한 영역을 지금의 장애 유형에 맞게끔 환경을 조성을 해줘서 이건 상상이 필요한 게 아니기 때문에 지금 주어지지 않고 있는 부분을 그냥 복사해서 붙이기만 해도 절반은 지금 이걸 해결할 수 있다. 노인복지 영역에 고령장애인 복지라고 이름을 붙여서 유형만 구분을 하면 지금 당장에 지금 많은 부분이 해소가 될 거라고 지금 생각을 하거든요. 그래서 저도 이 부분을 정책이나 이걸 제안할 때 많은 고민이 필요하지 않았어요. 저희가 고령 장애인 저희는 이제 지체장애인 영역이다 보니까 지체장애인분들이 지금 이제 누리지 못하고 있는 낮에 갈 곳이 없는 저희가 행사나 사실은 프로그램 이런 데 부분에 복지관이 아니기 때문에 상시적으로 그걸 제공할 수 있는 공간이 있어야 되거든요. 공간 그리고 이제 비장애 어르신들은 경로당에서 스스로 밥을 드시거나 자기들끼리 이제 어떤 운영이 되지만 이제 장애인 특성이라고 하면 거기에 지원 인력이 있어야 되죠. 그리고 이분들이 이제 갈 곳이 있고 나와 있으면 가족들에게 자유가 일단 생기는거고 발달장애부모들만큼 아니더라도 이미 이제 나왔을 때 중식 점심이라도 무료 급식을 제공할 수 있다고 하면 그만큼의 이제 그 가족들의 부담을 덜 수 있는 이 부분이 있고 그래서 저희가 이제 처음에 세팅했을 때 모델은 나와서 그냥 쉴 수 있는 곳 그리고 문화예술 체육 프로그램을 굴릴 수 있는 공간 그리고 무료급식 체계 그리고 프로그램을 운용할 수 있는 사회복지 인력 이

정도로 지금 이제 소소하게 시작을 해보자라고 하고 시범 사업을 할 때 코로나가 터졌습니다. 그 바람에 이제 무료 급식 이런 부분이 사실 반영이 안 된 상태에서 정말 최소한의 이제 시범사업을 시작할 수밖에 없었거든요. 근데 코로나가 끝나고서 그거를 회복하기가 굉장히 힘들더라고요. (B27)

나. 적합한 일자리 탐색 및 연결

건강한 고령장애인의 경우에는 지속적인 경제활동을 할 수 있도록 능력에 맞는 적합한 일자리를 찾고 연결하는 것이 필요하며 실제로 지체장애인 들에게 여전히 강한 욕구는 공공일자리이다. 건강한 노년을 지원하기 위한 일자리 탐색 및 연결 또한 돌봄과 함께 중요한 욕구 충족임을 확인할 수 있다.

고령장애인일지라도 일을 절대 못한다는 아닐 수 있거든요. 비대면 취업도 할 수 있는 요즘에 웹사이트를 활용한 댓글이라든지 텔레마케터라든지 이런 영역들이 조금 확장되어져서 장애의 특성에 따라 다를 수 있겠으나 지속적으로 노인이 되어도 일을 할 수 있는 그런 근로의 여건을 좀 마련해 주는 게 좀 필요하지 않겠는가 저는 이런 생각을 조금 해보아서 고령장애인이 장애인 노인으로 진입하기 전에 사회화될 수 있는 그런 교육이 필요하다. (B17)

장애인들도 정상적인 삶을 살기 위해서는 소득이 보장이 돼야 되는데 일방적인 지원보다는 직업과 관련된 서비스들 직업훈련 그다음에 수요처 개발이라고 하는 영역이 그 기관 내에 포함되어 있어서 사회통합이라고 하는 것뿐만 아니라 삶의 질의 향상이라고 하는 부분을 같이 염두에 두고 생각을 했으면 좋겠다. (B16)

다. 성공적 노화를 위한 지원

고령장애인에 대한 새로운 서비스의 필요성이 대두되며 심리적으로 안정된 상태에서 노년을 보낼 수 있도록 건강한 노년을 즐기고 죽음을 준비하는 새로운 단계의 지원이 필요하다.

어떤 장애냐에 따라서 독립적으로 삶을 지속할 수 도 있다라는 전제에 놓고 그가 노년이 되어도 그 삶을 지속적으로 유지할 수 있는 우리가 일반 어르신들한테 예비 사회화, 노화교육, 노년 사회화 교육을 하듯이 50세가 진입되어져서 60세를 바라보는 고령장애인에 대한 그런 사회화 교육도 좀 필요하지 않을까 오히려 저는 그런 정책 제안을 해보고 싶고요. (B17)

직원도 이용자도 애도에 대해서 지원했던 이용자가 사망을 하기도 하고 같이 살던 동료 이용자가 사망을 하게 되면 장례식도 가고 그런 시간도 있겠지만 그런 거를 같이 준비하고 애도할 수 있는 그런 교육도 좀 필요하다고 봐요. (B7)

심리정서적인 안정에서는 이제 저희가 영적재활이라고 하는 부분을 호스피스 직원들이 공부를 하면서 가져왔는데 여기서 말하는 영적 재활은 이제 종교적인 역할이 아니고 이제 사후에 대한 내가 이제 준비를 어떻게 잘 하고 있느냐에 따라서 사후의 두려움을 줄여주는 방법으로 이제 내가 죽음을 받아들이고 그 죽음 이후에 내가 무엇을 할 수 있을 것이며 내 죽음을 어떻게 준비할 수 있을 것인지에 대한 것들을 생각하는 것 그러니까 (B6)

최근 들어서 웰에이징 웰다잉 이런 이야기가 나오는 거를 포함해서 그들에게도 그런 교육을 할 수 있는 그런 시스템 제도가 좀 필요하지 않을까 생각해 보았습니다. (B17)

① 보통의 삶으로 마무리하기

가. 요양병원 간병비 준비

거주시설에서 생활하는 장애인들이 조기노령 또는 노령화를 겪으며 장기요양등급을 받는 것에 제한이 있어 요양병원의 이용이 불가피해진 상황이다. 실질적으로 요양병원을 이용할 때 사용되는 병원비, 간병비 등의 부담을 위해 거주시설에서는 개인적으로 일정부분 비용을 모으고 있기는 하지만 이를 해결할 수 있는 방안이 근본적으로 마련되어야 할 것이다.

간병인비만 지원해줘도 많은 도움이 될 것 같습니다. 그러니까 부모님이 살아계셨으면 부모님은 조금 더 헌신적으로 그런 재정적 지원도 하시겠지만 형제 자매는 좀 다르고요. 또 그런 형제 자매마저 없는 그런 무연고 입주자 이런 분들은 더 그런 비용들을 미리 조금 저축해놓고 대비해야 되지 않을까 간병비를 이제 그런 생각도 하고 있거든요. 근데 그런 비용을 좀 지원해 주면 좋을 것 같습니다. (B3)

비용 관련 비용이 필요하잖아요. 노인요양병원 이용하실 비용이 필요하기 때문에 저희가 저희는 기본적으로 한 천만 원 정도는 장애연금 쪽에서 그냥 기본 베이스로 남겨놔요. 의료비 때문에 (B5)

나. 일상적인 장례절차 보내기

고령장애인이 증가하며 이전에는 자주 경험하지 못했던 장례절차에 대한 준비가 필요해졌다. 더욱이 무연고장애인의 경우 장사법과 의료법이 다르게 적용되고 성년후견인 제도 및 공공후견인 제도가 시행됨에 따라 시설장이 행사할 수 있는 역할이 제한됨으로 인해 어려움을 경험하고 있다. 사회적인 관계망을 거의 갖지 못한 재가고령장애인과 무연고시설장애인도 일상적인 장례를 통해 생을 마무리할 수 있는 지원이 필요하다.

> 직원도 이용자도 애도에 대해서 지원했던 이용자가 사망을 하기도 하고 같이 살던 동료 이용자가 사망을 하게 되면 장례식도 가고 그런 시간도 있겠지만 그런 거를 같이 준비하고 애도할 수 있는 그런 교육도 좀 필요하다고 봐요. (B7)

> 예전에는 시설장이 바로 사망 신고를 할 수 있는 신고인이 될 수 있었는데 가족관계법에 먼저 우선한다. 그래가지고 장사법에 있는 대로 하지 않고 가족관계법에 따라서 그 사람이 마지막으로 돌아가셨던 장소에 있는 장이 신고인이 되어야 한다. 요양병원에서 돌아가시니까 시설장이 사망신고를 못하는 경우가 생겼어요. 시설장이 위임을 받아가지고 위임장을 들고 가서 사망신고를 해야 되는 좀 황당한 상황들이 계속 발생을 했었거든요. 아마 이 제도가 무연고자들이 이제 범죄의 대상이 되는 것을 막고 존엄하게 돌아가실 수 있게 하겠다라고 하는 법의 취지는 알겠는데 임종을 맞았을 때 사망 진단이라든지 사망 처리하는 부분에서 이런 두 번 세 번 굉장히 이제 돌아가셨는데 시신도 빨리 처리하지 못하는 장례도 못 치르는 그런 어려움들이 있어서 (B6)

> 장사법에서는 시설장이 주관하에 이렇게 장례를 치를 수 있도록 돼 있고 저희가 그렇게 장례를 그동안 치러왔고 또는 무연고자나 무연고자 장례로 구청이나 이렇게 해서 장례를 치른 적이 있다고 했더니 의료법에는 가족이나 후원인만 사망 진단서를 발급받을 수 있다 이렇게 되어 있다고 원무과장이 사망진단서는 자기들은 의료법이 있으니까 절대 못해준다. (중략) 그래서 이게 의료법과 이런 장사법의 충돌 이 조항은 그때 저도 처음 알았습니다. (B3)

3. 소결

본 FGI는 고령장애인에게 서비스를 제공하는 현장전문가들이 파악하고 있는 실태를 통해 현황, 문제점과 개선방안을 도출하고자 실시되었다. 사회전반적으로 수명이 연장되면서 고령장애인 역시 증가하여 장애인복지관에서는 중장년을 시작으로 고령장애인에게 관심을 갖게 되었으며, 노인복지관 및 지역복지관에서도 인지하고 있지는 않았지만 노인성질환으로 인한 고령장애인이 다수 이용하고 있었다. 다만, 현장의 서비스 기관들 모두 인구변화에 따라 빠르게 서비스 내용을 변화시키지는 못하고 있었다.

현장전문가는 장애인의 조기노령화에 대해 한결같이 언급하였지만 제도적으로 조기노령을 인정하고 있지 않고 있기 때문에 고령으로 갈수록 욕구가 커지는 보건 · 의료, 영양 관련 서비스를 기관 차원에서 필요한 만큼이 아닌 접근가능한 정도의 서비스가 이루어지고 있었으며, 의료 · 보건인력이 없는 사회복지시설에서 고령장애인의 돌봄은 한계를 가질 수밖에 없는 상황이었다. 특히, 발달장애인 등 정신적 장애인의 경우 장애특성과 노화로 인한 인지적 퇴화가 다름에도 구분을 하는 것에 대한 기준이 불분명하여 장기요양등급에서 대부분 배제되었다. 이 경우 시설 내에서의 돌봄은 공간의 제약, 인력의 부족 등 많은 어려움을 갖게 한다.

또한 고령장애인은 노인이지만 노인복지관의 이용에 제한적이었다. 이는 노인복지관의 물리적 접근성이 적절하지 않기 때문이기도 했지만 이용하는 어르신들이 장애인에 대해 이질감을 느끼고 있기 때문이었다.

이러한 현실에도 모든 사회복지서비스 기관들에서는 지역주민의, 거주민의 욕구에 부합하는 가능한 서비스를 제공하려는 노력을 기울이고 있었고 제도 없이 이루어지는 서비스이기 때문에 고령장애인의 욕구를 충족시켜주기에는 턱없이 부족할 수밖에는 없었다.

장애인의 고령화에 따른 새로운 이슈는 고령 인구의 증가로 나이가 들어도 사회적 관계를 맺을 수 있는 낮 활동 공간과 프로그램, 휴식과 재충전을 위한 주거공간의 재배치, 요양에 적합한 새로운 주거시설을 마련이다. 마지막으로 존엄한 노년을 보내기 위해 스스로의 삶을 마무리할 수 있도록 준비할 수 있는 기회를 제공하는 것과 비장애인과 동일하게 삶을 마무리하는 것이었다. 이와 같은 FGI와 전문가 인터뷰 결과를 토대로 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 고령장애인에 대한 연령기준의 정의가 선행되어야 할 것이다. 장애유형별

로 조기노화에 차이는 있지만 현장에서는 시설마다의 기준을 가지고 적용하고 있기 때문에 사회전반적인 기준을 가지고 있지 못하며, 노인에게 적용되는 기초연금, 장기요양보험의 적용에서 제외되고 있다. 고령장애인의 연령기준이 장애에 따라 다소 차이가 있을 수 있지만 현격히 노화가 일찍 찾아오는 유형부터 단계적으로 적용하는 것도 고려해 볼 수 있을 것이다.

둘째, 기존 시설의 재편과 신규 시설의 설치가 필요하다. 고령장애인이 지속적으로 활동할 수 있도록 기존에 이용하던 시설의 경우에는 나이가 들더라도 지속적으로 이용할 수 있도록 지침을 마련하고 다양한 형태의 새로운 시설이 마련되어야 할 것이다. 장애인복지관에서는 고령장애인이 이용할 수 있는 프로그램을 새롭게 개발해야 하며, 주간이용시설과 주간활동서비스시설도 연령제한의 확대, 또는 고령장애인 특화 주간이용시설과 주간활동서비스시설을 고려해볼 수 있겠다. 노인복지관에서는 장애노인도 함께 할 수 있다는 인식을 가질 수 있도록 장애인식개선 활동이 지속적으로 이루어질 수 있도록 지침을 마련하는 것이 필요할 것이다. 또한 기존 장애인시설을 이용하고 거주하는 장애인들의 의료적인 위급상황에 대처하기 위해 지역 내 의료시설들과 의무적인 네트워크를 형성할 수 있는 방안도 고려해 볼 수 있을 것이다. 경기도에서 시범사업으로 진행되고 있는 장애노인 쉼터를 전국적으로 확대하는 것도 고령장애인의 사회활동을 확대할 수 있는 의미있는 사례라고 할 수 있겠다.

셋째, 주거의 안정성 확보이다. 조기노화를 겪고 있는 장애인들이 안정적으로 일상을 영위하기 위해서는 1인실 확보가 필수적이다. 또한 시설의 소규모화 및 탈시설화로 인해 지역사회에서 살아온 장애인들이 노화를 겪으며 돌봄이 필요한 상황이 되었을 때 기존에 살았던 거주시설로 돌아갈 수 있도록 유연한 주거 이동이 필요하며, 더불어 가족과 함께 살았던 장애인의 경우에도 부모의 돌봄을 받을 수 없는 상황이 되었을 때 시설로 주거지를 이전할 수 있는 방안이 마련되어야 한다. 이러한 거주시설은 노령장애인을 위한 새로운 거주시설이 될 수도 있으며, 기존 거주시설의 변화도 고려할 수 있을 것이다.

넷째, 고령장애인에게 적절한 서비스를 제공할 수 있는 인력의 확보이다. 보건 · 의료서비스를 제공할 수 있는 인력, 정신적 어려움을 동반한 고령장애인에게 서비스를 제공할 수 있는 인력의 확보와 추가인력 배치를 위한 기준이 마련되어야 한다. 이와 더불어 요양병원 등에서는 보호자의 역할인 석션, 비루관, 위루관, 폴리카테터 등 간단한 처치가 사회복지시설 내에서도 합법적으로 이루어질 수 있는 지

한국장애인개발원
www.koddi.or.kr

침이 마련되어야 한다. 이는 자신이 평생 살아온 곳에서 존엄한 생을 마감할 수 있는 기회를 제공하는 것이다.

다섯째, 고령의 장애인이라 하더라도 장애유형에 따라 집중적인 돌봄이 필요하기도 하지만 삶을 영위하기 위해 경제활동에 참여하는 것도 중요하며, 특히 지체장애인은 일자리에 대한 욕구가 강한 것으로 나타났다. 경제활동이 가능한 고령의 장애인들에게 적합한 일자리를 확보하고 배치할 수 있는 지침이 마련되어야 할 것이다.

여섯째, 기존 제도의 재정비가 필요하다. 장기요양보험의 적용을 받지 못하는 요양상태의 고령장애인에게는 장기요양보험에서 제공하는 다양한 보조기기들이 필요하다. 그러나 장기요양등급을 받지 못해 돌봄에 유용한 도구들을 사용하지 못하고 있다. 또한 장애인거주시설에서 생을 마감하는 장애인의 경우 의료법과 가족법의 충돌로 사망진단서 발급이 어렵고, 연고 있으면 가족을 찾느라 많이 시간이 소요되고, 연고가 없는 경우에는 정부에서 제공되는 80만원으로는 제대로 된 장례를 치를 수 없는 것이 현실이다. 생의 마지막까지 적절한 돌봄과 생의 마무리를 할 수 있도록 기존 제도의 정비가 필요하며, 더불어 성공적인 노화를 맞이할 수 있는 교육지원 체계가 마련되어 존엄하게 생을 마감하고 준비할 수 있도록 지원이 필요하다.

Ⅶ 선진사례 조사

1. 개요

본 장에서는 장애인구 고령화에 따른 장애인·노인복지시설 및 지자체의 제공서비스내용, 지원인력 등의 변화 고찰을 위하여 일본의 선진 사례를 조사하고 그 내용을 정리하였다. 선진 사례 조사의 개요는 다음과 같다. 첫째, 일본 삿포로시 내 삿포로스기나원과 아오바노마치 및 아사히카와시 내 카미카와갱생하이므, 아사히카와시청, 아사히카와시사회복지협의회, 북해도요육원, 진달래마을에 방문하였다. 둘째, 연구진 중 3인이 기관에 방문하였으며 총 3박 4일의 일정으로 기관방문을 진행하였다.

2. 기관방문 내용 및 시사점

1) 사회복지법인호쿠쇼카이 장애인지원시설 삿포로스기나원

(1) 기관 현황

사회복지법인 호쿠쇼카이 장애인지원시설 삿포로스기나원(이하 삿포로스기나원)은 1988년 4월 정원 50인으로 개소한 장애인지원시설로, 지적장애인 중심 시설입소와 단기입소 및 생활개호 서비스를 제공하고 있다. 현재 삿포로스기나원을 이용중인 48인의 평균 연령은 53.3세였으며 연령대별로는 50대가 22인으로 가장 많았다. 48인 중 17인이 신체장애를, 48인이 지적장애를 가지고 있었으며, 심한장애인(요육 수첩A)의 수가 46인으로 대다수였다. 삿포로기나원의 직원은 총 31명이었다. 위 내용을 정리하면 다음 표 〈Ⅶ-1〉과 같다.

〈표 Ⅶ-1〉 삿포로스기나원 기관 소개

시설명	삿포로스기나원(札幌すぎな園)
개소일	1988년 4월(정원 50명)
설립목적	지적장애인 지원

서비스 내용		- 시설입소(지적장애인 중심) - 단기입소 - 생활개호(지적장애인 통소사업(스마일그룹, 평화그룹), 중증 신체 및 지적 중복장애인 중심 통소사업 '모에')	
시설현황	면적	부지면적 20,818.77㎡ 연면적 2,365.56㎡	
	건물구조	철근 콘크리트조 2층 건물	
이용자 현황 (48명)	평균 연령	53.3세	
	입소자 (이용자) 연령분포	20대	0명
		30대	5명
		40대	10명
		50대	22명
		60대	7명
		70대 이상	4명(최고령 90세)
	장애 유형	신체장애인	17명 (중복 답변)
		지적 장애인	48명 (중복 답변)
	장애 정도	중간	2명 (요육 수첩 B)
		심한	46명 (요육 수첩 A)
	의료 케어 필요한 부분	흡입, 경관, 영양, 대장 배변 등	방광 누설 증설(카테터 관리) 1명 인공 항문 증설(스토머 관리) 1명
직원 (31명)	직종 구분	서비스 관리 책임자	1명
		사회복지사	2명
		개호복지사	13명
		간호사	1명
		보육사	7명
		기타	8명

① 입소시설

삿포로스기나원 입소시설 방문 결과를 정리하면 다음과 같다. 첫째, 성별에 따라 거주 층이 구분되어 있었고, 중증, 경증으로 장애정도를 구분하여 유니트를 구성한 형태였다. 10명의 이용자가 1개 유니트에 거주하며, 1인 1실을 사용하였다. 또한 안전을 위해 유니트 현관은 자동 잠금 되며, 내부에서는 열쇠 없이 문을 열 수 없는 구조였다. 둘째, 이용자에게 상처 등의 문제 확인 시 원인 파악을 위해(이용자 간 갈등, 자해 등) 모든 방에 CCTV가 설치되어 있었다. 문제 발생 시에만 지정된 1명의 관리자가 CCTV 녹화본을 확인하며, 녹화파일은 1달의 유효기간이 지나면

자동 삭제되었다(CCTV 설치가 법적 의무사항은 아님). 셋째, 시설이 노후화되어 단차나 계단이 있는 등 기본적인 물리적 접근성이 갖춰져 있지 않은 곳이 많았으며, 고령의 이용자가 점차 증가하면서 시설 이용에 제한이 많아지고 있었다. 이에 시설 내 목욕탕을 이용하기 어려운 휠체어 장애인 등을 위해 침대형 목욕부스를 마련하여 필요한 지원을 제공하고 있었다. 넷째, 시설 담당 촉탁의가 2주에 1회 방문하여 이용자들을 진찰하고, 간호사(평일 9시 - 17시 30분 근무)가 의사의 처방에 따라 약물 및 주사 등을 처치하고 있었다. 다섯째, 식사는 시설 내 식당에서 일괄 조리하고, 각 유니트로 배급하여 유니트 내 거실에서 10명이 함께 식사하는 형태였다.



[그림 Ⅷ-1] 삿포로스기나원 목욕부스(왼쪽), 목욕의자(오른쪽)

② 단기입소시설

단기입소시설 방문 결과 입소시설 유니트 내에 단기입소자를 위한 공실을 두고 있었다. 침대, 옷장, 책상이 기본으로 세팅되어 있었으며, 입욕, 배설, 식사 외에 필요한 일상생활 지원을 제공하였다. 단기입소시설 입소 기간은 7일 이내를 원칙으로 하고 있지만, 상황에 따라 연장이 가능한 방식으로 운영되었다.

③ 통소시설

통소시설 방문 결과를 그룹별로 나누어 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 모에의 그룹 경우 중증 신체, 지적 중복장애인 대상 주간이용시설로, 정원 6명, 지원인력 3명(간호사 1인 포함)으로 구성되어 있었다. 이용자는 주로 가족과 함께 거주하며 주간시간에 시설을 이용하는 중증 장애인이며, 기관절개로 인한 호흡관리 지원, 경관영양식 지원, 개별 기능유지 및 목욕서비스를 제공한다.

둘째, 스마일 그룹은 지적장애인 대상 주간이용시설로, 생활개호 서비스를 제공함. 기능훈련, 레크레이션 외에 간단한 작업활동(세탁, 세탁물 정리, 옷걸이 세척 등)을 하지만 급여를 제공하지 않고, 취업지원이나 근로활동을 목적으로 하지 않았다. 일부 이용자에게 지역사회 공원 청소, 전단지 배포 등의 간단한 근로활동 기회를 제공하고 소정의 급여를 지급하기도 하였다.

셋째, 평화그룹은 자폐성 스펙트럼 장애 이용자 대상 주간이용시설로 이용자 개별 특성과 욕구에 맞는 개별 일과 프로그램을 제공한다. 이용자가 알기 쉽게 정보를 표시하고 개인별 작업 공간과 휴식 공간을 구분하여 마련하는 등 맞춤형 환경을 조성하였다.

(2) 고령장애인 이용자 지원 현황 및 시사점

① 고령장애인 이용자 지원 현황

삿포로스기나원에서는 약 5년 전부터 이용자의 고령화를 매우 강하게 체감하고 관련 지원을 시행하였다. 첫째, 삿포로스기나원은 시설의 물리적 접근성 개선을 위한 지원을 실시하고 있었다. 시설 개소 당시 고령자를 고려하여 지어진 건물이 아니기 때문에 물리적 접근성의 어려움이 존재하였으나, 예산 등의 이유로 물리적 접근성을 적극적으로 개선하기 어려워 화장실 개조 대신 휴대용 화장실 또는 기저귀를 사용할 수 있도록 지원하거나, 목욕을 기존 목욕탕의 단차 개선 등을 하는 대신 특수 욕조를 사용해 지원하고 있었다.

둘째, 삿포로스기나원은 시설 입소 기준에 연령 조건은 없어 18세 이상이라면 입소할 수 있다. 하지만 65세 이상 장애인이 입소지원을 한다면 시설정원이 모두 차 있고, 대기인원 40명이 있어 추가 인원을 받기 쉽지 않아, 개호보험 시설을 우선 권유하고 있다. 기존 입소 이용자들 또한 65세 도래 시 개호보험 시설 전환을 제안하고 있지만 현 시설에 남아있고자 하는 경우가 많아 아직 전환사례는 없다.

이용자의 의사가 우선이겠지만, 상시적 의료케어가 필요한 이용자는 의료시설 전원을 권유하고 있으며, 해당 기관에서 개호보험 서비스를 제공하지 않는 상황이다.

셋째, 통소시설 내 간호사 배치는 의무사항이 아님에도, 중증 신체 및 지적 중복장애인 대상 이용시설인 '모에'의 경우 이용자의 특성에 따른 필요에 의해 간호사 1인을 배치하고 있다. 고용 인력의 유형에 따라 인건비를 지원받을 수 있으며, 간호사 또한 인력기준(1.7:1)에 포함된다. '모에'의 경우 이용자 대비 지원인력이 2:1로 법적기준을 충족시키지 못하고 있으며, 필요시 같은 법인 내 시설에 요청하여 인력을 지원받는다.

넷째. 입소시설 이용 고령장애인이 시설에서 임종을 맞이할 수 있도록 '미도리 지원'을 제공하고 있다. 이는 공식적인 제도로서 지원하는 것은 아니며, 사전에 고령장애인의 임종을 예측, 사후 사망선고 할 수 있는 의사를 주치의로 등록하고, 무연고자의 경우 후견인을 지정하여 장례절차를 진행할 수 있도록 준비하고 있다. 현재 15명의 입소시설 이용자가 성년후견서비스를 이용 중이다.

② 고령장애인 이용자 지원 시사점

첫째, 현행 정책상 65세 이상 고령 이용자 증가에 따른 추가적인 인력충원이나 전문인력 배치가 없다. 또한 지자체 또한 장애인 입소시설 이용자의 고령화 문제에 대해 인지하고 있으나, 기능보강비 지원이나 인력기준 개선에 대한 조치는 이뤄지지 않고 있다. 둘째, 휠체어 지원 및 개호기술이 필요한 고령장애인 이용자가 증가하고 있어 직원들의 부담이 증가하고 있다. 공식적인 교육체계가 부재하여 민간 등에서 진행하는 교육에 개별 참여하거나, 선임 직원이 직접 교육을 제공하는 방식으로 대응하고 있다. 셋째, '미도리 지원'의 경우 공식적인 제도가 마련되지 않아 장애인 시설에서 고령장애인의 임종을 적극적으로 준비하는데 한계가 존재한다. 노인대상 특별요양홈의 경우 이용자의 임종 및 사후 처리를 지원할 수 있는 제도가 마련되어 있어, 장애인 시설에도 마련이 필요하다. 방문의료, 방문간호를 입소시설 내 장애인이 이용할 수 있도록 허용하고, 사후 경찰요청 시스템 구축 등의 제도가 마련되어야 한다.

2) 사회복지법인호우쿠로복지회 특별요양노인홈 아오바노마치

(1) 기관 현황

사회복지법인호우쿠로복지회 특별요양노인홈 아노바노마치(이하 아노바노마치)는 2005년 8월 개소한 장애인지원시설로, 특별양로 노인홈 70인, 단기입소 10인, 주간보호 39인, 재가 개호 지원사업 4인을 지원하고 있다. 현재 아오바노마치를 이용중인 65인은 모두 70대 이상으로, 평균 연령은 88세이다. 모든 이용자는 신체장애인으로, 평균 개호도는 3.95점이었으며 직원은 총 75인이었다. 위 내용을 정리하면 다음 표 〈Ⅶ-2〉와 같다.

〈표 Ⅶ-2〉 아오바노마치 기관 소개

시설명		사회복지법인 호쿠로복지협회 특별양호노인홈 아오바의 마치	
개소일		2005년 8월 1일	
서비스 내용		특별양호 노인홈 입소 70명, 단기 입소 10명, 주간보호 39명 · 거택(재가) 개호 지원 사업 CM 4명	
시설현황	면적	5117㎡	
	예산구조	개호 보상 (세금 50% + 보험료 50%) + 이용자 부담액	
이용자 현황 (48명)	평균 연령	88세	
	입소자 (이용자) 연령분포	20대	-
		30대	-
		40대	-
		50대	-
		60대	-
		70대 이상	65명(특양/2024.3.31 현재)
	장애 유형	신체장애인	평균 개호도 3.95
		지적 장애인	-
	장애 정도	가벼운	요개호 3/16명·요개호 4/36명·, 요개호 5/13명
		심한	-
	의료 케어 필요한 부분	석션, 경관, 영양, 대장 배변 등	-
직원 (31명)	직종 구분	사회복지사	사회복지사 2명, 개호지원전문원 1명
		개호복지사	정규 23명, 비정규 18명
		간호사	4명+기능훈련사 1명(NS자격)
		개호조수	6명(파트 직원)
		기타	관리직 3명, 영양사 2명, 조리 파트 10명, 기타 5명

아오바노마치에서는 식사 및 일상생활 등을 제공하고 있었다. 기본적으로 의료행위를 하진 않지만, 점차 특별요양 노인홈에서는 일상생활에서 의료행위가 필요해지고 있었다. 현재 아노바노바치에서는 데이서비스, 데이케어를 제공하고 있었다. 첫째, 데이서비스는 통원돌봄, 통소개호를 의미하며 요개호 상태가 된 경우에도 이용자가 가능한 한 이용자의 주택에서 가지고 있는 능력에 따라 자립적인 일상생활을 영위할 수 있도록 생활기능의 유지 또는 향상을 목표로 필요한 일상생활 돌봄 및 기능훈련을 실시함으로 이용자의 사회적 고립감 해소와 심신기능의 유지 및 이용자 가족의 신체적 및 정신적 부담 경감을 도모하고 있다. 입욕, 배설, 식사 등의 간병, 기능 훈련, 집에서 시설까지의 픽업서비스, 서예, 도예, 꽃꽂이, 리듬체조 등의 프로그램을 제공한다.

둘째, 데이케어(통소 재활)은 자택 등에 사는 고령자가 개호노인 보건시설 병원, 진료소 등에 병설된 통소 재활시설에 다니고, 의사의 지시에 따라 행해지는 재활, 의료적 케어, 일상생활의 개호를 받을 수 있는 서비스를 뜻한다. 재활 전문 직원이 배치되어 있으며, 입욕, 배설, 식사 등의 간병, 기능 훈련, 집에서 시설까지의 픽업서비스, 재활, 의료적 돌봄 제공. 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사가 배치되어 있다.

셋째, 아오바노마치에서는 간호직이나 연수를 받은 개호직이 의료행위를 하였다. 지시에 따른 특별한 처치는 양호노인홈에 배치되어 있는 의사의 의견에 따랐으며, 의사는 필요에 의해서 처방전발행, 왕진, 주치의 의견서 작성, 외부 의료기관과의 연계 등을 시행하였다. 이 때 배치된 의사는 상근이 아닌 촉탁의(특별 양호 양로원 배치의사는 90%가 비상근)로 석션(주간만), 객담흡인, 욕창 처치, 산소흡입, 연고 도포 등(간호사는 주간만 있기에 주간만 가능)을 시행하였다. 아오바노마치에는 간호사는 5인이 상근하였으며 데이서비스에서 간호사는 1~2명이 9:00~14:30까지 근무하고 의사는 주1회 왕진하고 있었다. 야간 긴급시 간호직원이 전화로 상담을 제공하며, 상황에 따라 간호사가 와서 구급차를 불러서 병원에 가는 경우도 있다.

① 1층

아오바노마치 1층은 커피숍, 거실, 휴게실, 목욕탕, 미용실, 전화실 등이 있었다. 이러한 시설은 지역 사람들까지 이용 가능하며, 특히 미용실은 거의 최초로 외부에서 두 명의 미용사가 정기적으로 돌아가면서 와 미용 서비스를 받을 수 있었다(2만 7천원 대). 미용실 의자에 앉아서 가능하기도 하고 휠체어에 탄 채로 시술받을 수 있는 구조였다.

② 2층

아오바노마치 2층은 총 4개의 유니트로 구성되어 있었으며 하나의 유니트에는 이용자 10명이 거주하고 각 방을 사용하고 있고 있었다. 그 중에 단기거주자를 위한 유니트가 하나 있는 구조였다.

한 유니트 당 주방이 있고 직원 1명이 주간에는 10명을, 야간에는 1명이 20명의 입소자를 관리하고 있었으며, 단기거주의 경우 방은 침대, 옷장, 세면대만 제공하고 나머지 가구는 본인의 취향대로(본인이 원래 살던 집처럼 꾸밈 가능) 배치가 가능하였다. 일부 방에는 실루엣 센서(아래 1인실 사진 내 우측 상단에 위치)가 있어 이용자가 침대에 누워있다 일어나서 센서 화면에서 벗어나면 직원 아이폰으로 응급알림(침대에 떨어지거나 등)이 제공되었다. 이 센서는 인력 부족으로 도입하기 시작했으며, 인력부족 부담이 많이 줄어들었다. 장기거주의 경우 기본적으로 식당에서 음식을 만들어 유니트에 가지고 와서 먹었으며, 하나의 유니트 당 화장실 세 개가 의무로, 더 잘되어 있는 시설은 5개 혹은 개별 실마다 있는 형태였다. 장기거주도 단기거주와 마찬가지로 입소 시 취향대로 환경을 구성할 수 있었다.







[그림 Ⅷ-2] 아오바노마치 유니트 내 1인실(왼쪽 상단), 실루엣 센서 화면(오른쪽 상단), 화장실(왼쪽 하단), 거실(오른쪽)

③ 3층

3층에는 트랜스퍼와 샤워가 가능하도록 공간이 구성되어 있었다. 첫째, 트랜스퍼는 총 두가지 종류로 자세유지 로봇 및 혼자 일어날 수 없는 사람이 화장실 이용시 변기로 트랜스퍼해주는 기계가 구비되어있었다. 이 기계를 사용함으로써 허리 통증을 호소하는 직원이 많이 줄었으며, 개호리프트는 몸무게가 최대 100kg까지 가능하여 침대에서 휠체어 이동시 활용하고 있다(3대 구비).

3층 샤워장의 경우 샤워장 내에 목욕의자가 있는데, 전동으로 좌우, 위아래로 이동이 가능해 지체장애인도 목욕의자로 트랜스퍼한 후 편하고 안전하게 이용이 가능하였다(벨트 채우는 기능이 있어 안전함). 해당 기기는 약 1,000만원 수준이며, 삿포로 시에서 조성금으로 지원되며, 공사비는 해당 시설에서 처리하는 상황이었다.



[그림 Ⅶ-3] 아오바노마치 개호리프트, 목욕의자(욕조사용지원)

(2) 고령장애인 이용자 지원 현황 및 시사점

일본의 개호보험제도는 2000년부터 시작되었으며, 요지원(지원을 필요로 하는 상태) 1, 2호, 요개호(개호를 필요로 하는 상태) 1-5호(숫자가 높을수록 중증) 등 7단계로 구성된다. 2000년 당시 해당 시설은 요개호 1호부터(경증) 이용이 가능했는데, 대기가 많아 2015년 요개호 3-5만 이 시설에 들어올 수 있도록 해당 법이 개정되었다. 당시에는 개호가 평균 2.5인데 지금은 4로 다소 중증화되었다.

일본 인구의 고령화와 이에 따른 개호보험제도의 도입으로 양호노인 홈에 들어오는 것은 정부 권유가 아닌 개인과 시설의 계약에 따라 들어올 수 있게 되었다. 이후 2015년 개호보험제도 개정에 따라 개호법 3호 이상의 장애인만 입소하도록 변경되었으며, 서비스 수요자가 많아 직원 부담이 커져 2001년부터 노인홈은 집단생활에서 개인별 유니트로 변경되고 있다.

서비스 제공시 힘든 점은 입소자들이 중증화되고 있어 화장실 이용이 어렵지 않던 이용자가 고령화됨에 따라 이용이 어려워 직원이 도와주는 등 추가적인 업무가 발생하는 점이었다(제한인력으로 이용자의 욕구 충족이 어려움). 이용자들의 의료욕구와 일상생활 케어 요구 증가에 따라 개호직원 인력 확보를 위해 노력하고 있는

상황이다. 또한 아오바노마치는 사회복지법인-비영리법인이 운영하고 있기에 이익을 목적으로 하는 사업을 할 수 없으며 정해진 수익 안에서 사업 운영이 필요하여 서비스의 제한이 있다는 어려움이 있다.

일본 고령장애인 지원을 위해 노인 보호관련 법이나 제도 보완이 필요하며 특히, 의사나 간호사 이외의 서비스를 하는 개호인이나 이런 직종, 인재확보를 위해 다양한 개발이 필요하다. 또한 개호인들이 치매 및 인지증에 대해 무지해 학대로 이어지기도 하는데, 이용자를 대응할 수 있는 전문직 육성이 필요하다. 더불어 병원 이외에도 본인이 살고 있는 자택과 별반 다르지 않는 생활이 가능한 고령자의 생활 장소가 필요하다.

3) 카미카와갱생하이므

(1) 기관 현황

카미카와갱생하이므는 1977년 개소한 시설로, 이용자가 개인의 존엄을 유지하며 지역사회에서 자립생활을 영위할 수 있도록 지원하는 시설이다. 카미카와갱생하이므에 입소한 이용인은 20대부터 70대까지 다양하며, 남성 평균 연령 45세, 여성평균 연령 52세이다. 카미카와갱생하이므의 직원은 총 37인이다. 위 내용을 정리하면 다음 표 〈Ⅶ-3〉과 같다.

〈표 Ⅶ-3〉 카미카와갱생하이므 기관 소개

시설명		카미카와갱생하이므(上川更生ハイム)		
개소일		1977년 2월 1일		
설립목적		이용자가 개인의 존엄을 유지하면서 자립한 생활을 지역사회에서 운영할 수 있도록 지원한다.		
서비스 내용		시설 입소 지원 · 단기 입소 · 생활 개호 · 공동생활 원조 · 취업 계속 지원 B형		
시설현황	면적	입소동 1,530㎡		
	예산 구조	수입의 95% 국가로부터 지원 (인건비·사업비·사무비 등에 지출)		
이용자 현황 (48명)	평균 연령		남성 45세	여성 52세
	입소자 (이용자) 연령분포	20대	1	1
		30대	4	2
		40대	7	2

		50대	4	4
		60대	1	5
		70대 이상	1	4
	장애 유형	신체장애인	5	
		지적장애인	36	
		자폐스펙트럼	9	
		정신분열 초증	3	
	장애 정도	가벼운	15	
		심한	21	
	의료 케어 필요한 부분	석션, 경관, 영양, 대장 배변 등	0	
직원 (37명)	직종 구분	사회복지사	3	
		개호복지사	12	
		간호사	2	
		지원원	14	
		영양사, 사무 등	6	

① 입소시설

카미카와갱생하이므 입소시설은 1977년 정원 40명으로 개원하여 2006년 건물을 신축하였다. 카미카와 갱생하이므 이용자들은 과자박스 접기, 신문수거봉투 접기 등 작업활동을 수행하고 소정의 급여를 지급받고 있다. 매일 컨디션에 따라 작업활동을 수행하기 어려운 이용자는 만들기, 그림그리기 등의 활동을 진행한다(생활개호). 자폐성장애 이용자의 경우 외부 자극을 최소화하기 위해 파티션으로 개별 공간을 구분하여 작업할 수 있도록 지원하고 있다. 카미카와 갱생하이므에서는 시설 내 강당, 복도 등을 이용해 아침운동을 진행하고 있었는데 직원 수 부족 및 코로나 등으로 인해 실내활동을 위주로 수행하고 있었다. 또한 시설 내 물리치료사 또는 작업치료사가 근로하지 않아 치료가 필요한 경우 생활지원 직원이 작업치료사에게 처방을 받아 이용자의 재활훈련을 진행하고 있었다.



[그림 Ⅷ-4] 카미카와갱생하이므 작업활동(왼쪽), 1인실(오른쪽)

카미카와갱생하이므는 남성유니트, 여성유니트로 구분되어 있으며, 유니트당 20명이 거주하고, 중증 자폐성장애인 이용자의 경우 별도의 동에서 생활하고 있다. 이용자들은 기본적으로 1인 1실을 이용하며 원하는 경우 2~3인이 1실을 사용할 수 있다. 방 간 벽이 슬라이딩 도어로 이루어져 있어, 2인 1실을 원하는 이용자의 방 사이 벽을 치워준다(현재 이용자 2인이 1실을 이용 중임). 각 방에는 침대, 옷장이 기본으로 갖춰져 있으며 개별적으로 원하는 가구 등을 배치할 수 있다. 카미카와갱생하이브 내 목욕탕 시설이 있으나 단차, 계단 등이 있어 물리적 접근성이 완전히 갖춰져 있지 못하여 고령이용자들은 이용하기 어려운 상황이다. 또한 화장실 및 목욕탕에 응급콜을 설치하여 위급상황 시 직원이 알 수 있게 하였으며, 직원 사무공간에서 응급콜 호출을 한 유니트 위치를 확인할 수 있다.

(2) 고령장애인 이용자 지원 현황 및 시사점

카미카와갱생하이브는 65세 이상 고령 장애인의 입소가 가능하지만 신변처리가 어려운 장애인의 입소는 불가하다. 현재 60대 이상 고령장애인 9명이 입소해 있으며, 주로 장애인연금에 의해 이용하는 사람이 많아 저소득층 이용자가 많다. 질병, 입원 등으로 장애인 시설에서 더 이상 지원하기 어려운 장애인을 노인시설(개호보험)로 전원 경험이 몇 차례 있으며, 개호보험 인가, 노인시설 입소까지 연계 지원 중이다.

카미카와갱생하이브에는 주간에만 간호사가 상주하고 있어 의료적 케어가 24시간 필요한 이용자에게 타 시설로 이동하기를 추천하고 있다. 노화에 따라 필요한 지원이 크게 증가하여 타 시설 전원을 시도했으나, 자폐성 장애 등 노인시설에서 입소를 거부하여 전원에 실패한 사례가 존재한다. 노인시설 입소가 어렵고 돌볼 수 있는 가족이 없는 무연고 고령장애인의 향후 지원이 불투명한 상태이다. 최근 고령 중증장애인을 대상으로 하는 개호보험 시설이 개소하여 해당 장애인들이 이용할 수 있을 것으로 보이나, 정원이 충분하지 않다.

시설의 물리적 접근성을 개선하려고 노력하고 있지만, 건축물 구조 자체의 개선은 어렵기 때문에 손잡이 설치, 직원들의 추가 지원 등의 방법으로 대처하고 있으며, 직원들의 업무가중이 증가하고 있다. 그러나 아사히카와시나 정부 차원에서 입소시설 내 고령장애인 증가에 따른 인력충원 등 지원은 따로 마련되어 있지 않은 상황이다.

4) 아사히카와시청 장애인복지과 및 사회복지법인 아사히카와시사회복지협의회

(1) 아사히카와시 현황

① 아사히카와시 소개

2024년 4월 1일 기준, 아사히카와시의 인구는 318,088명이며, 현재 홋카이도에서 삿포로시 다음으로 큰 도시이다. 아사히카와시는 일본의 5대 가구 산지 중 한 곳이며, 홋카이도 내 쌀이 가장 많이 생산되는 곳으로 목초와 사탕무 생산 등의 농업과 주조업이 발달했다. 대한민국의 경기도 수원시와 1989년에 자매결연을 맺었으며, 시 차원 뿐 아니라 사회복지협의회와도 매년 활발한 교류를 이어가고 있다.

② 아사히카와시 고령화율 및 장애인 수

2024년 4월 1일 기준, 전체 인구 중 65세 이상은 112,408명으로(평균 연령 51.3세), 고령화율은 35.3%에 달한다. 2000년에 개호보험제도 개시 당시의 고령화율은 17.7% 수준이었으나, 현재 2배 수준까지 증가하였다. 2024년 3월말 기준으로 장애인수첩 소지자 수는 총 26,651명(신체장애인수첩 보유자 수 15,935명, 요육수첩 보유자 수 4,884명, 정신장애인 보건복지수첩 보유자 수 3,832명)으로, 전체인구의 약 8.4% 수준이다.

(2) 아사히카와시 사회복지협의회

① 아사히카와시 사회복지협의회 소개

아사히카와시 사회복지협의회는 사회복지법에 근거한 사회복지법인의 한 형태로, 다른 사회복지법인과의 차이는 각 구역의 사회복지시설이나 사회복지에 관한 활동을 실시하는 단체 등이 참여하는 형태인 점이다. 또한, 법에 있어서 지역복지의 추진을 담당하도록 하고 있으며, 기획, 주민 참가 원조, 사회복지와 관련한 조사, 보급, 선전, 연락, 조정 및 조성 등을 주요 사업으로 진행 중이다. 2024년 4월 1일 기준으로, 총 136명(정규직 25명, 준직원(풀타임근무 사무원) 22명, 준직원(기술원) 44명, 파트타임 직원 (45명)이 근무하고 있다.

② 사회복지협의회 진행 사업

가. 자체사업

아사히카와시 사회복지협의회에서 진행하는 자체사업은 다음과 같다. 첫째, 개호보험사업으로 방문개호사업, 거택개호지원사업(2024년 5월 말 폐지), 개호예방사업, 종합사업을 진행하고 있다. 둘째, 장애복지서비스사업으로 거택개호, 중도방문개호, 동행원호, 이동지원, 특정 상담지원사업을 수행하고 있다. 셋째, 법인으로서 시민의 후견인, 보좌인 등으로서 생활 등을 지원(보조금 있음)하고 있다. 넷째, 자원봉사센터사업으로 시민자원봉사의 육성, 연수, 계발, 저선, 보험가입, 재해자원봉사센터의 검토 등을 진행 중이다. 다섯째, 안심서포트사업으로 독거 고령자 등을 지켜보고, 금전관리, 장례 등의 종합지원서비스를 유상으로 실시하고 있다. 현재까지 1,570명의 담당자가 고령자 3,107명에게 방문하여 연 124,624회 실시하였다. 마지막으로 아사히카와시 공동모금위원회(공동모금활동)와 밝은 복지시설을 만드는 운영 협의회 사무국(시내 복지시설의 불만처리)을 운영 중이다.

나. 아사히카와시의 보조사업

아사히카와시 사회복지협의회에서 진행하는 보조사업은 다음과 같다. 첫째, 아사히카와시 공동모금위원회 사무를 포함하여 법인을 운영하고 있다. 둘째, 지역복지 추진을 위한 홍보지를 작성하는 등 지역복지사업을 진행 중이다. 셋째, 지역 지원의 마을만들기 추진 사업을 통해 지역사회복지협의회가 실시하는 대처를 조성하

고 있다. 마지막으로 민생위원 아동위원연락협의회 사무국을 운영하여 민생 위원 아동 위원(시내 정수 785명)의 사무국을 담당하고 있다.

다. 아사히카와시의 수탁사업

아사히카와시 사회복지협의회에서 진행하는 수탁사업은 다음과 같다. 첫째, 중층적 지원 체제 정비사업(생활지원체제 정비사업 포함)을 통해 시내를 4지역으로 나누어 10명의 「마루코 지원인」을 배치하여 속성 상담지원, 참여 지원, 지역 만들기 지원 등을 실시하고 있다. 둘째, 모자 가정 등 취업 · 자립 지원센터 사업(홋카이도 수탁도 포함)을 진행하여 모자 가정 등의 상담이나 자립을 지원 중이다. 셋째, 아사히카와 성년후견지원센터사업으로 주변 마을과의 제휴 중추도시의 사업으로 성년후견제도의 계발, 시민후견인의 양성 등을 담당하고 있다. 넷째, 자립서포트센터사업으로 생활 곤궁자의 자립을 위한 상담, 취업 지원, 가계 개선 등을 진행하고 있다. 다섯째, 중앙지역포괄지원센터사업을 통해 고령자가 지역에서 안심하고 살 수 있도록 상담을 받아 지원을 실시하고 있다. 여섯째, 패밀리서포트센터를 운영하여 개호형, 치매고령자를 지켜보는 치매서포터를 양성하고, 고령자 등을 대상으로 자원봉사자 육성이나 제공 회원과 서비스 이용자의 조정 등을 실시하고 있다. 일곱째, 주택 요배려자 거주지원사업을 통해 고령자, 장애인 등의 민간 주택에의 원활한 입주 촉진을 위한 정보 제공 등을 실시하고 있다. 주택 확보 요배려자 거주 지원 협의회 사무국 업무를 시로부터 이관받아(국토교통성 직접 보조) 사업 진행 중이다. 마지막으로 고령자 등의 취미나 서클활동, 건강만들기 등의 장소로 활용되는 이키이키 센터 신아사히카와, 나가야마, 카쿠라의 관리 운영(지정관리자) 중이다.

라. 홋카이도 사회복지협의회의 수탁 및 보조사업

아사히카와시 사회복지협의회에서 진행하는 홋카이도 사회복지협의회 수탁 및 보조사업은 다음과 같다. 첫째, 시민이나 저소득자에게 각종 자금을 대부(접수 · 채권 관리 업무 등, 자금 취급은 홋카이도사협)하는 생활복지자금대출사업을 진행하고 있다. 둘째, 일상생활을 보낼 때 자금관리나 서류제출 등으로 어려움을 겪는 시민을 지원인이 도와주는(유상) 일상생활 자립지원사업을 실시하고 있다. 마지막으로 복지인재뱅크사업을 통해 복지인재확보를 위한 세미나나 사업소와 구직자의 매칭 등을 실시하고 있다(무료직업소개소).

(2) 고령장애인 이용자 지원 현황 및 시사점

① 아사카와시 시청

일본은 2000년에 가족의 부담을 경감해 개호를 사회 전체로 지지하는 것을 목적으로 개호보험제도를 도입하였으며, 40세부터 개호보험료를 부담하도록 하였다. 이에 따라 65세 이상이 되면, 고령자로 정의하고, 개호보험제도의 적용을 받으며, 75세 이상이 되면 후기 고령자로 정의하고, 후기 고령자 의료제도의 적용을 받는다. 2022년 기준으로 일본 전체의 장애인 수첩 보유자의 65세 이상 고령화율을 살펴보면, 신체장애 71.2%(2011년 기준 68.7%), 요육 14.6%(2011년 기준 9.3%), 정신장애 22.5%(2011년 기준 25.4%)으로 매우 높은 수준의 고령화율을 기록하고 있다. 아사히카와시 또한 신체장애수첩보유자의 76.9%가 고령장애인으로 일본 전역에 등록된 장애인의 고령화율보다 높은 상황임. 이에 신체장애인의 개호 필요성 뿐 아니라 의료적 필요도가 증가하고 있다. 또한 65세 도달로 인한 장애인 복지서비스에서 개호보험 서비스로 이행됨에 따른 “비용 부담”, “서비스 양 감소”, “서비스 변경”이 발생하고 있다.

더불어 장애인을 지원하는 가족이 고령화됨에 따라 발생하는 긴급지원에 대한 대응을 위해 「지역생활지원거점 등」의 정비(장애가 있는 분이 지역에서 생활하기 위한 5가지 기능)를 시행하고 있다. 첫째, 긴급하게 서비스를 제공할 때 장애인복지과와 기간상담지원센터의 제휴로 코디네이터를 배치하고 있다. 둘째, 긴급상황 시 단기입소 등을 이용할 수 있도록 공실에 대한 정보를 사업소와 공유하고 있다. 셋째, 평시부터 그룹홈 등을 이용할 수 있도록 체험과 기회의 장을 마련하여 긴급 시에도 원활하게 이용할 수 있는 익숙한 장소로 만들고자 하였다. 넷째, 장애 특성에 맞춘 지원을 실시하기 위해 전문적 인재를 양성하고 있다. 마지막으로 지역 자원의 활용에 대해 지역에서 협의 및 공유하는 지역 체계를 만들고 있다.

또한 이용가능한 시설이나 서비스 측면에서 고령장애인에 대한 아사히카와시의 대처는 어떠한가 살펴보면 아사히카와시 자립지원협의회 지역연계 분과에서 「다직종 연계」에 관한 과제에 대해 협의를 실시하고 있다. 분과는 상담지원, 사법, 취업, 인재육성, 이동외출, 어린이, 지역연계분과가 있으며, 분과에 참여하는 회원은 상담사업자, 복지서비스사업자, 보건 · 의료관계자, 기업 · 고용촉진기관 관계자, 장애인 등, 지역활동가, 학식경험자 등으로, 각 분과는 활동 내용의 공유나 지역과제의 정리 등을 실시하기 위해 월 1회 정도 회의 실시한다.

② 아사카와시 사회복지협의회

아사카와시 사회복지협의회에서 고령장애인을 위해 시행 중인 서비스를 정리하면 다음과 같다. 첫째, 판단력이 부족한 분들이 지역사회에서 자립생활을 영위할 수 있도록 복지서비스 이용 지원, 재정관리 등의 지원을 제공하는 것을 목적으로 복지의 관점에서 일상생활자립지원을 진행하고 있다. 지원내용은 복리후생 서비스 이용지원, 일상적인 자금 관리, 귀중품 등의 보관이다. 둘째, 아사히카와시 사회복지협의회에서 성년후견인 등으로 선임되어 판단력이 부족한 분에게 연속성과 전문성 있게 서비스를 제공하는 것을 목적으로 기업후견사업을 진행하고 있다. 지원내용은 개인보호 및 재산관리(진술권 및 동의권의 행사)를 시행하고 있다. 기업후견사업은 개인이 아닌 조직으로서 후견인이 되기 때문에 비교적 젊은 사람 등 후견업무가 장기적이어도 지원을 계속할 수 있다. 또한, 사회복지협의회가 보유하고 있는 다양한 복지서비스의 정보와 노하우, 지역사회 복지네트워크를 활용하여 후견 업무를 수행한다. 마지막으로 아사히카와시에 살고 있는 친척이나 지지자가 없는 시민이 안심하고, 지역사회에서 생활할 수 있도록 일상의 모니터링, 재정 관리, 사후 지원을 실시하는 안전지원사업을 진행 중이다. 지원내용은 주기적 모니터링, 자금 관리 및 귀중품 보관, 사후 장례식과 매장, 각종 수속을 지원한다.

치매나 정신질환 등 다른 곳에서는 감당할 수 없고 빈번한 대응이 필요한 복합 질환 케이스를 맡고 있지만, 빈번하고 압박감에 시달리며 대응에 어려움을 겪는 분들이 많은 상황이다. 또한, 휴대전화 계약이나 인터넷 문제도 늘어나고 있지만, 대면이 아닌 인터넷으로 대응을 강요당하는 경우가 많아 대응에 어려움을 겪고 있다.

실례로, 20대부터 정신질환을 앓아온 80대 남성 (정신과와 공적부조 등의 복지서비스 이용을 번번이 중단하였으며, 정리를 잘 하지 못하고 방이 비위생적이며, 돈 관리 불능임. 매주 정신병원에 가고 있음. 3개월 동안 집세와 공과금을 연체하였으며, 생활보호를 신청하고 싶지만, 금전관리가 어려워서 지역종합지원센터를 통해 기업후견이 의뢰됨) 의뢰 후 통장 보관, 각종 수수료 납부 처리, 복리후생 서비스 계약 절차 지원, 생활비 전달(주 1회 방문), 체납 수급자와의 지불 협상 등을 제공한 사례가 있다. 지원 이후 6개월 만에 연체 제거, 지역종합지원센터의 지원을 받아 방문간호, 외래 간호, 정신과 방문 간호를 실시하여 심신의 상태와 위생환경을 개선하였다.

그러나 상황이 안정되고 난 이후에는 방문 진료와 외래 진료에 대한 불신을 호소하고, 사용을 중단하고, 비위생적인 가정환경으로 돌아갔다. 또한 당초 계획보다

많은 생활비를 요구하고, 자금 관리를 불신하기 시작했으며, 강압적이고 공격적인 발언을 하기 시작하였다. 그러나 장애와 치매로 제대로 이해할 수 없었고, 설명한 내용도 금방 잊어버리거나 정신 증상이 악화되었으며 사회복지협의회 차원에서도 지속적인 논의를 하고 있다. 해당 사례 외에도 지적장애가 의심되는 고령자에 대한 지원사례는 쓰레기집 등으로 문제가 발생하는 경우가 다수 발생함에 따라 국가차원에서의 논의가 필요한 상황이다.

5) 사회복지법인 북해도 요육원 및 진달래

(1) 사회복지법인 북해도 요육원

① 기관소개

사회복지법인 북해도 요육원은 홋카이도 요양원으로 국가로부터 인가를 받은 복지사업을 하는 민간단체로, 중증 심신장애(심한 중증장애와 지적장애) 아동시설이다. 해당 기관은 병원의 기능과 시설의 기능을 모두 가지고 있는데 일본이 유일하며, 인공호흡기 착용하고 있는 이들은 50명 가량이다. 이용자의 연령은 이용자 연령은 5세 ~ 83세로 다양하며, 평균연령은 50세로 총 321명이 이용하고 있다. 평균 이용년수는 33년이며, 개소이래 현재까지 약 50년 정도 이용하는 사람도 있다.

북해도 요육원의 직원은 약 320명 정도로(의료진: 의사, 약사, 방사선사, 간호사, 재활직원/복지시설: 보육사, 아동지도사, 생활지원사 등/ 그 외: 사무원, 조리사, 건물 설비 등 관리자까지 총 500명 정도) 이용자 수와 거의 같은 수의 직원이 배치되어 있다. 전체 수입 중 2/3는 의료제도 수가로 차지하고 나머지 1/3은 복지수입이며, 국가예산으로 약 43억 엔을 보조받으며 이용자 1인당 평균 1,200만 엔 정도 사용하고 있다.

북해도 요육원은 입소형과 통원형으로 나뉜다. 입소형의 경우 지역사회에서 생활하기 어려운 고령 지적장애와 자폐성 장애인을 위한 시설로 4~10인 단위 유니트로 개인실에서 생활하고 있다. 이용자들의 연령은 20~89세로 평균연령 58세이며, 현원 55인이다. 고령이 많아 병원 외래를 다니는 경우가 많으며 작업치료사 1명, 간호사 2명이 지원 중이다. 통원형은 하루 30명 정도 이용하고 있으며 이용자의 연령은 20~73세까지 다양하다. 이들은 직원의 도움을 받아 간단한 작업(일)을 수행한다.

〈표 Ⅶ-4〉 북해도 요육원 기관 소개

시설명		북해도(홋카이도) 요육원	
개소일		쇼와 44년(1969년) 4월 1일	
설립목적		중증 심신 장애인의 입소 시설로서 의료 요육을 목적으로 설립. 재택의 장애인에게도 대응할 수 있도록, 단기 입소나 통원 사업 등도 실시하고 있음.	
서비스 내용		중증 심신장애인의 식사 개호나 입욕 개조, 탈의, 오락 등 생활에 관한 일, 치료가 필요한 의료 행위 등의 컨디션 관리에 관한 일 등.	
시설현황	면적	건물면적 12,496㎡, 부지면적 132,627㎡	
	예산 구조	주로 의료비(진료 보상) 및 장애복지서비스비로서 서비스에 응한 국가로부터의 급부에 의한 운영	
이용자 현황 (322명)	평균 연령	49.7세	
	입소자 (이용자) 연령분포	10세 미만	2명
		10대	3명
		20대	28명
		30대	50명
		40대	70명
		50대	96명
		60대	48명
		70대 이상	25명
	장애 유형	신체장애인	322명
		지적장애인	322명
	장애 정도	가벼운	0명
		심한	322명
	의료 케어 필요한 부분	흡입, 경관, 영양, 대장 배변 등	레스피레이터 관리, 기도 처치, 산소 요법, 석션 처치, 네브라이저 처치, IVH, 경관 영양, 신루, 방광루, 위루, 인공 항문 등
직원 (494.5명)	직종 구분	의사	13.8명
		의료 종사자	36.9명
		간호사	168명
		간병인	180.7명
		기타	95.1명

② 기관 라운딩 결과

북해도 요육원 내 병동은 6개가 있으며, 3개의 병동은 생활형으로 이 병동의 이용

자는 경증 장애인이다. 북해도 요육원은 1999년에 시작되었으며, 시설은 사무실, 여성실, 남성실, 공용실(누구라도 와서 작업할 수 있는 공간) 등이 있다. 방은 10개이며 한 방에 5-6명이 살고 있으며 총 54명이 살고 있다. 사무실 가까운 방은 중증, 멀리 있는 방은 경증장애인이다. 사무실 가까운 병실은 침대가 설치된 곳이며, 사무실에서 멀수록 바닥 생활(장판스펀지로 되어 있음)을 하는 경우가 많다. 목욕 지원은 주 2회 실시하며, 목욕시설은 장애인의 신체 상태에 따라 다양한 기기가 있다. 병실과 유사한 공간에 6명이 살고 있으며, 개인별 신체 상태에 따라 보조기기를 만들었으며, 위루관이 있거나, 호흡기 이용자도 가능하다. 병동 하나에는 의사 1인이 배치되어 있다. 그 밖에 안과의사가 주3회 시설에 방문에 검진한다. 장애인이 나이듦에 따라 신체상태의 변형이 발생하기 때문에 과거 석션이 가능했던 장애인들이 힘들어 해서 의료적 처치를 바꿔야 하는 상황이 오기도 한다. 당사자와 의사소통하면서 의료적 처치에 대해 논의하면서 적절한 의료적 지원을 제공해야 하지만, 의사표현을 하기 힘든 경우가 많아 어떻게 욕구를 반영해야 할지 몰라서 고민이 큰 상황이다.

북해도 요육원 데이케어는 현재 약 30명이 이용하고 있으며, 간호사 2명이 있다. 1일 평균 약 10명의 호흡기 착용자도 이용하고 있기 때문에 별도로 침대도 준비하고 있다. 데이케어 이용 시 특수차량을 이용해야하는데, 해당 차량 안에 간호사가 있는 등 의료적 처치가 가능하게 하였다. 리클라이너가 사람마다 다양한데, 비용도 비싸지만 정부 지원하기에 부담이 없고 최중증장애인도 이용 가능하다.



[그림 Ⅷ-5] 북해도 요육원 유니트 내부(왼쪽), 데이케어 센터 내부(오른쪽)

북해도 요육원 장치개발(재활공학) 파트에는 보조공학자 3명이 근무하고 있다. 과거에는 재활의학과와 연계해서 필요할 때만 협력해서 개발하였으나 10년 전부터 이 부서를 별도로 설치하여 근무하고 있다. 보조기기는 물리치료사나 작업치료사와 협업을 통해 제작한다. 의사소통이 어렵거나 체위 변경이 어려운 경우 등을 위해서 기기나 장비 개발하고 있으며, 이러한 형태의 지원을 하는 것은 홋카이도에서 유일하다. 사람마다 체형이 다르기에 개인 장비들이 있다. 센서 움직임으로 사람을 부르거나 예, 아니오 등 간단한 수준의 긍정/부정적인 표현을 할 수 있는 스위치를 만드는 등의 지원을 하고 있다. 마지막으로 리클라이너형 휠체어, 전동휠체어(2-3대), 와상장애인 등도 이용가능한 차량들을 여러 대 구비하고 있다.



[그림 Ⅶ-6] 맞춤 리클라이너형 휠체어(왼쪽), 재활공학 장비개발 시연(오른쪽)

(2) 진달래마을

① 기관소개

진달래마을은 과거 시(공립)에서 운영했던 시설이었지만, 10년전부터 요육원 법인으로 이관되었다. 60명 규모의 입소시설(츠츠지노사토)과 40명 규모의 통원시설(데이센터 쿠루미)를 같이 운영한다. 해당 시설은 의료적 지원은 하지 않기에 복지예산으로만 활용하고 있다.

〈표 Ⅶ-5〉 진달래마을 기관 소개

시설명		진달래 마을	
개소일		쇼와 47년 7월 1일	
설립목적		18 세 이상의 지적 장애가 있는 사람이 입소하고 적절한 도움으로 능력과 장애의 정도에 따라 생활 · 작업 훈련을 실시함으로써 사회적 자립 도모	
서비스 내용		낮에는 생활 개호 서비스로서 식사, 배설 등의 필요한 개호와 동시에 창작적 활동이나 생산 활동 등의 기회를 제공한다. 야간이나 휴일은 시설 입소지원으로서 식사, 배설, 입욕 등 필요한 개호 실시	
시설현황	면적	연상면적 5,343㎡, 부지면적 38,133㎡	
	예산 구조	주된 수입은 생활 개호, 시설 입소 지원에 대한 나라로부터의 급부. 식재료 요금비와 광열수비의 실비는 이용자 부담으로 개인에게 요구	
이용자 현황 (55명)	평균 연령	57.6세	
	입소자 (이용자) 연령분포	10세 미만	0명
		10대	0명
		20대	11명
		30대	2명
		40대	6명
		50대	5명
		60대	10명
		70대 이상	21명
	장애 유형	신체장애인	5명 아래와 중복
		지적장애인	55명
	장애 정도	가벼운	5명
		심한	50명
	의료 케어 필요한 부분	흡입, 경관, 영양, 대장 배변 등	인공투석(외부 의료기관에서 대응)
직원 (37명)	직종 구분	간호사	1명
		간병인	29명
		기타	7명

② 기관 라운딩 결과

진달래마을의 주요 대상은 경증장애인으로, 총 100명 정도 이용이 가능하다. 건축물은 1층, 2층, 별관으로 구성되어 있었으며, 주간개호(일상생활 주간활동), 입소시설(1-2층, 별관) 등 총 2개 사업을 지원하고 있다. 주간개호는 40명, 입소시설은 1층 40명 2층 20명 등 총 60명 수용이 가능하다. 진달래마을 내 낮활동 공간이

따로 있어 이용인이 오후에 해당 공간을 주로 활용하였으며, 재활시설 내 작업치료사가 배치되어 있어 재활을 진행하고 있었다. 또한 작업실 3개가 있어 이용인 작업을 진행하고 있었는데, 작업 중 신문 수거용 봉투작업은 소정의 수당을 받아가며 작업하는 상황이었다. 의무실에는 간호사가 총 2인(입소동 1인, 데이케어 1인) 배치되어 근무 중이었고 주로 의사처방에 따라 낮에 처치를 진행하였다. 야간에는 간호사가 부재해 문제가 있을 경우 즉시 구급차를 부르는 구조였다.



[그림 Ⅷ-7] 진달래마을 작업활동(왼쪽), 낮활동(종이 찢기)(왼쪽)

진달래마을 시설 내에서는 의료적 행위를 하지 않기 때문에 필요시, 입원이나 퇴소 권장하는 상황이다. 장애인 당사자가 고령이면서 위루관을 통해 음식물을 섭취하는 경우 장기입원을 보내거나 중증 시설에 입소한다. 석션은 간호사가 가능하지만 석션을 시작하면 모든 체제를 바꿔야하기에 석션도 지원하지 않는다. 그러나 장애 당사자들이 고령화되면서 의료적 케어가 필요한 상황도 자주 발생하고 있어 기관 차원에서의 고민 중이다.

진달래마을 방 구성은 유니트 별로 열쇠로 문을 열고 닫게끔 되어 있어 직원만 열쇠를 이용해 외부로 나갈 수 있는 구조이며, 유니트 안에 직원실이 있는 형태이다. 고령자와 자폐 장애인은 따로 구역이 구분되어 있다. 특히, 자폐는 장애특성이 다르기에(작은 공간, 헤드셋 사용 등) 따로 구역을 만든 상황이다. 방은 남성 및 여성이 분리되어 있으며, 14평 개인실을 사용하고 있다. 오전에는 쉬고, 오후에는 작업실에서 활동한다. 욕실에는 목욕의자와 경사로가 설치된 목욕시설이 마련되어 있다. 휠체어에서 변기로 트랜스퍼해줄 수 있는 보조기기도 설치되어 있으나, 해당 기기는 지적장애인

의 거부뿐만 아니라 안정성을 담보할 수 없기에 사용이 조심스러운 상황이다. 현재 식사는 유니트 별로 진행하고 있어 식당은 이벤트 시에 활용하고 있다.



[그림 Ⅷ-8] 진달래마을 경사로 설치 목욕탕

(3) 고령장애인 이용자 지원 현황 및 시사점

저출산 및 고령화에 따라 직원 채용이 가장 어려운 상황이다. 특히 시급이 적기에 금액을 높여 채용하도록 보수에 대한 지원이 필요하다. 간호사를 24시간 배치할 수 있지만, 운영차원에서는 회의적이다. 투석환자의 투석이 필요할 경우 투석병원 입구까지 직원이 지원하고 있으며, 직원이 병원까지 데려다주고 픽업하는 형식으로, 병원 내의 활동은 간호사가 이동 지원 중이다. 진달래 마을뿐만 아니라 요육원도 모두 65세 이상 고령자 이용이 가능하다. 단, 의무기록(재활 이용기록)을 받은 이후 이용이 가능하다.

65세를 넘으면 개호보험이 우선시 되지만, 장애인서비스가 필요하다고 판단되면 장애인복지 서비스 이용이 가능하다. 판단 주체는 행정(지자체)이며 65세 이상 장애인 중 개호등급을 받은 이용자는 개호 서비스가 필요한 때에 개호 등급을 받는다. 진달래마을은 개호보험적용 제외이기에 받지 않고 있다. 입원하거나 서비스가 필요한 경우에만 개호보험 등급을 신청하도록 안내하며, 개호보험서비스를 제공받고자 하면 전원 조치한다.

65세 이상의 고령자(특히, 지적장애인) 서비스가 필요한데, 개호보험으로 전환

하기에는 노인홈에서 입소 허가가 어려워 사실상 고령장애인을 위한 시설은 부재한 상황이다. 의료와 복지를 같이하는 요육원은 몇 개 안 되는 희귀한 시설로 일본 밖에 없는 제도라고 생각하고 있다. 현재 24시간 상주 간호사가 크게 필요하지는 않지만 현재 의료법률상 문제로 가능하지도 않다. 복지시설 이용인이 고령화됨에 따라 의료기관과 적극적으로 연계하라고 요구 받고 있지만, 의료서비스를 받게 되면 당사자는 의료법에 영향을 받게 되며, 복지 서비스와는 단절된다. 현행 법률이 분절적으로 이루어지고 있기 때문에 한계가 있는 상황이며, 시설 내 재원이나 인력 등의 변환 문제가 있다.

3. 소결

기관방문 사례조사를 시행한 결과 첫째, 일본 내 분절적인 법률에 따라 고령장애인 맞춤형 지원이 부재하였다. 일본은 우리나라보다 약 8년 전에 개호보험을 도입한 국가로, 특별요양노인홈의 시설 수준은 마을과 유사한 형태로 매우 우수한 수준으로 갖춰져 있으며 목욕 지원이나 위생관리 또한 잘 되고 있었다. 그러나 일본의 장애인 거주시설 또한 한국과 마찬가지로 장애인복지법과 개호보험법, 의료법의 분절적 상황을 경험하였으며, 이용자의 고령화에 따른 기존 거주시설의 물리적 환경 개선 필요, 당사자의 신체적 노화에 따른 돌봄기술 필요 증대 및 직원들의 업무 과중 등의 문제를 겪고 있었다.

일본의 정부 및 지차제 또한 실질적인 지원대책을 마련하고 있지 않아 각 기관별 대응을 통해 고령장애인 이용자에게 서비스를 제공하고 있으며(보조기기 사용, 동일법인 소속 기관 종사자 지원요청 등), 이에 따른 종사자들의 업무 과중문제가 발생하고 있는 상황이다. 다만 사회복지협의회를 통해 우리나라의 지역사회보장협의체 구성과 같이 다양한 자원 연계 및 시 관할 시설과의 연계, 공조 체계가 잘 이루어지고 있다는 점은 국내 지역사회보장협의체나 사회복지협의회의 기능 및 역할에 대한 고민에 있어서도 시사할만한 부분이다.

둘째, 일본 내 고령장애인과 그 가족을 위한 제도(성년후견제도, 호스피스 등)가 미비하였다. 개호보험시설과 달리 장애인 거주시설 내에 고령장애인들의 사망 후 미도리 지원, 호스피스, 장례 지원 등은 제공되지 않고 있는데, 우리나라의 경우에도 암환자 등을 대상으로 하는 가정호스피스 제도만 운영되고 있어 고령장애인의

호스피스 지원이나 거주시설 내 사망 후 남아있는 장애인들의 심리적 지원에 대한 고민이 필요한 상황이다. 또한, 장애인 당사자의 고령화 뿐 아니라 장애인 당사자의 부모가 고령으로 사망 또는 의사결정이 어려운 경우에는 성년후견제도와 연결하는 것이 필요한 상황인데, 개인 후견제도 뿐 아니라 아사히카와시 사회복지협의회에서 제공하고 있는 법인 형태의 후견제도를 통해 다양한 전문적 지식을 가진 성년후견인의 양성을 통한 양적 확대와 더불어 자원 연계를 활용한 후견제도의 질적 수준 향상에 대한 고민이 필요하다.

Ⅷ 결론 및 정책제언

1. 결론

본 연구의 목적은 고령장애인의 개인·가구 특성 및 욕구에 따른 장애인복지정책을 제안하는 것이다. 이를 위해 첫째, 고령장애인 개인·가구의 특성을 2차자료를 통해 분석하였으며, 둘째, 한국, 일본, 프랑스 등 국내외 고령장애인 관련 노인 및 장애인 복지정책을 소득, 일자리, 돌봄, 건강, 주거, 일상생활, 기타 영역으로 구분하여 대상포괄성, '제도 정합성 및 욕구 대응성 측면'에서 분석하였다. 셋째, 고령장애인 개인·가구를 대상으로 질적연구를 수행하여 고령장애인 관련 서비스 문제와 개선사항을 파악하였으며, 넷째, 지역사회 내 노인 및 장애인복지서비스 제공기관을 대상으로 고령장애인 복지제도의 문제점을 분석하였다. 다섯째, 국외 선진사례 조사를 토대로 정책방향 및 신규정책들을 제안하고자 하였다.

본 연구에서는 아래의 표와 같이 고령장애인 연령에 대한 다양한 법률적 기준에도 불구하고, 사회보장적 측면에서 65세를 기준으로 장애인 및 노인복지정책들을 분석하였다.

〈표 Ⅷ-1〉 주요 법률에서의 노인 연령 기준

구분		주요 규정 사항
사회보장	장기요양보험법	제2조(정의) "노인등"이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.
	노인복지법	노인학대관련 범죄(제1조의 2의 5), 생업지원(제25조), 경로우대(제26조), 건강진단상담·입소 등의 조치(제28조) 노인학대 신고의무와 절차(제39조의 6), 금지행위(제39조의 9)의 규정
경제활동	고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률 시행령	제2조(고령자 및 준고령자의 정의) ① 「고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률」(이하 "법"이라 한다) 제2조제1호에 따른 고령자는 55세 이상인 사람으로 한다. ② 법 제2조제2호에 따른 준고령자는 50세 이상 55세 미만인 사람으로 한다.

1) 2차 자료 분석 결과

(1) 고령장애인 개인 현황 및 특성

2023년 기준, 65세 이상 등록장애인은 1,425,095명으로 전체 등록장애인의 53.9%를 차지하고 있다. 2022년 65세 이상 장애인의 빈곤율은 47.6%로 비장애인보다 10%p 높게 나타났으며, 소득보장제도를 1개 이상 이용하고 있는 비율은 장애노인이 90.1%, 비장애노인 85.9%로 장애노인의 이용 비율이 다소 높았다. 국민기초생활보장제도 생계급여 수급률은 고령 장애인이 10.66%, 비장애노인이 4.78%로 2배 이상 큰 차이를 보였다. 노령연금의 경우 비장애 노인의 이용률이 44.3%로 장애노인 38.7%보다 더 높게 나타나 비장애 노인의 국민연금 보장률이 더 높은 것을 확인할 수 있었다.

65세 이상 장애인의 경제활동참가율은 22.6%로 전체 노인(39.6%)의 절반 수준이었다. 현재 일하고 있는 장애노인의 평균 월 소득은 79.1만 원으로 비장애노인(144.9만 원)보다 낮게 나타났다. 고령장애인 취업자의 65.4%는 정부지원일자리에 참여하는 것으로 나타나, 비장애노인(40.9%)에 비해 상당히 높은 수준이었다. 특히 2024년 3분기 장애인일자리 참여 현황에서 65세 이상의 참여 비율은 34.2%로 연령대 중 가장 높게 나타났으며, 그중 복지형 일자리(47.6%)의 참여가 가장 높았다.

65세 이상 장애노인의 ADL 완전자립률은 76.9%로 비장애노인(95.7%)에 비해 낮은 비율을 차지했으며, 일상생활 도움이 필요하지만 도움을 받지 못하는 비율은 31.0%로 비장애노인(51.5%)보다 낮게 나타났다. 장애노인은 주로 동거가족원(58.6%)이나 장기요양서비스(28.4%)를 통해 도움을 받고 있었다.

자신의 건강 상태를 "나쁘다"고 평가한 비율은 장애노인 55.7%, 비장애노인 17.1%로 38.6%p 차이를 보였다. 만성질환 평균 개수는 장애노인 2.94개, 비장애노인 1.80개로 장애노인이 더 많았다. 장애노인의 지난 1년간 미충족 진료경험은 병·의원 6.0%, 치과진료 9.3%로 비장애노인에 비해 2-3배 높은 수준이었다(병·의원 2.4%, 치과진료 3.3%). 장애노인의 미충족 진료경험의 주된 이유는 경제적 어려움이 60.0%로 절반이상을 차지했다. 비장애 노인의 경우 경제적 어려움(39.6%) 외에도 증상이 가벼워서(26.9%)가 주된 이유로 확인 된 것과 구분되는 결과이다.

(2) 고령장애인 가구 현황 및 특성

2020년 장애인 실태조사에 따르면, 65세 이상 고령장애인(1,299,106명)의 평균 연령은 75.9세, 가구원 수는 평균 2.0명으로 나타났다. 가구구성은 크게 1인 가구, 모두 고령 가구, 비고령 포함 가구로 구분하여 분석했으며, 각각 34.0%, 42.2%, 23.8%를 차지했다.

세부적으로 보면, 고령장애인과 배우자로 구성된 2인 가구가 40.8%로 가장 많았으며, 고령장애인과 자녀만 동거하는 경우 평균 연령이 80.1세로 가장 높았다. 성별로는 1인 가구를 제외한 대부분의 가구에서 남성 비율이 더 높았다.

고령장애인의 장애정도는 경증 장애가 74.3%로 대다수를 차지하며, 장애유형은 지체장애(48.7%)가 가장 많았다. 비고령 가구원 포함 가구는 심한 장애 비율(29.7%)과 지적·정신장애 비율이 상대적으로 높게 나타났다.

전체 고령장애인의 23.5%는 기초생활수급자로 나타났으며, 1인 가구 고령장애인의 수급자 비율(40.7%)이 가장 높았다. 비고령 가구원 포함 가구는 근로소득 비중이 높아 월평균 가구소득이 275.2만 원으로 다른 가구보다 높았다.

고령장애인의 63.5%가 장애로 인한 추가비용을 지출하며, 월 평균 13.2만 원을 사용했다. 모두 고령 가구는 의료비와 보조기기 비용 지출이 많았고, 비고령 가구원 포함 가구는 보호·간병비 지출이 두드러졌다.

비고령 가구원 포함 가구는 일상생활 지원 필요도가 가장 높았으며, 1인 가구 고령장애인은 가장 낮았다. 일상생활시 도움이 필요하다고 응답한 고령장애인 중 지원자가 있는 비율은 전체 고령장애인의 71.8%였으나, 1인 가구는 49.3%로 지원 공백이 큰 것으로 나타났다. 지원자는 주로 배우자(49.1%)와 자녀(22.5%)였으며, 1인 가구는 요양보호사(44.9%) 비율이 높았다.

일상생활 지원 서비스 이용은 1인 가구 고령장애인이 67.9%로 가장 많았으며, 모두 고령가구원으로 구성된 가구는 15.8%로 가장 낮았다. 비고령 가구원 포함 가구는 월 137.4시간의 지원이 필요하지만 실제 이용시간에 비해 약 32시간 부족했다. 1인 가구 고령장애인은 지원 부족을 가장 많이 느꼈으며, 주요 이유는 활동지원사의 지원 부족과 가족의 한계로 나타났다.

1인 가구 고령장애인의 복지사업 이용 비율이 가장 높은 것으로 나타났다. 장애인연금(12.1%), 장애수당(19.0%), 노인장기요양보험(19.1%) 등 소득·비용지원 및 돌봄서비스를 적극적으로 이용하고 있었다.

(3) 주요 영역별 장애여부에 따른 차이 분석 결과[93)]

65세 이상 고령장애인은 비장애노인과 비교하여 경제적 취약성과 돌봄 및 건강의 지원공백을 경험하고 있으며, 가구구성에 따라 추가적인 제한을 겪는 것으로 나타났다. 고령장애인 개인을 보았을 때, 높은 빈곤율과 낮은 경제활동참가율로 소득이 부족하고, 상대적으로 정부지원 일자리에 대한 의존도가 높다. 건강상태 또한 비장애 노인에 비해 열악하여, 더 많은 만성질환과 높은 우울감, 나쁜 건강행태를 보이며 미충족 의료경험 또한 높게 나타난다. 경제적 어려움은 미충족 의료 경험의 주요 원인으로 작용하고 있었다.

가구의 특성을 살펴보면, 1인 가구의 비율이 높은데, 동거/비동거 가족에 대한 일상생활 지원을 받기 어려워 요양보호사의 지원에 의존하는 경우가 많은 것으로 나타났다. 하지만 돌봄인력의 지원시간이 충분하지 않아 일상생활에 충분한 지원을 받지 못하는 것이 확인되었다. 비고령 가구원과 함께 거주하고 있는 고령장애인의 경우 가구원의 근로소득으로 인해 경제적 수준이 비교적 안정적으로 나타났지만, 간병비 지출의 부담이 상대적으로 큰 것으로 나타났다.

2) 장애인·노인복지정책 대상포괄성 분석 결과

고령장애인이 장애인 및 노인복지정책의 이용에 제한이 없는지를 정책대상자 포괄성 측면에서 분석하였다. 이는 두 측면으로 분석하였는데 첫째, 정책대상자 선정 기준의 고령장애인 포함 여부이다. 이는 장애인 및 노인 정책의 대상자 선정 기준에 고령장애인이 포함되는지를 검토하는 것이다. 둘째, 장애인 및 노인정책에 대한 고령장애인의 실제 이용률로서 2차 자료를 토대로 분석하였다.

(1) 전체 결과

장애인복지정책 총 100개 중 84개의 사업이 고령장애인 이용이 가능하였으며, 노인복지제도 총 41개 중 40개가 고령장애인을 포괄하고 있었다. 동 결과는 실제이용률이 아닌 사업지침의 연령 기준을 토대로 분석한 결과이다.

93) 2020 노인실태조사(보건복지부, 2020)를 재분석 결과임

(2) 주요 영역별 결과

첫째, 소득보장 영역의 경우 장애인복지제도 내 장애아동수당 제도를 제외한 3개의 제도와 노인복지제도 내 모든 제도에 고령장애인 참여가 가능하였다. 둘째, 일자리 영역에서는 장애인복지제도 내 14개 정책 중 13개 정책에 고령장애인 전체참여, 1개의 정책에 일부 고령장애인 참여가 가능했고, 노인복지제도 2개의 정책 중 2개의정책에 고령장애인이 참여할 수 있었다. 셋째, 돌봄 영역에서는 장애인복지정책 9개 중 4개의 정책 이용이 가능했으며, 5개의 노인복지정책에 모두 고령장애인 참여가 가능하였다. 넷째, 거주서비스 영역에서는 장애인복지정책 5개, 노인복지정책 7개에 모두 고령장애인 참여가 가능했다. 다섯째, 건강영역의 경우 장애인복지정책 22개 중 18개의 정책에 고령장애인 참여가 가능하였으며, 노인영역 정책 14개중 13개의 정책에 고령장애인 참여가, 1개의 정책에 부분참여가 가능하였다. 여섯째, 일상생활 영역의 경우 장애인 정책 42개 중 33개의 정책에 전체참여가, 1개의 정책에 부분참여가 가능하였고, 모든 노인 정책 11개에 고령장애인 참여가 가능하였다. 마지막으로 기타영역을 살펴보면 고령장애인은 장애인복지정책 5개, 노인복지정책 4개에 모두 참여 가능하였다.

〈표 Ⅷ-2〉 한국 장애인 및 노인복지제도: 대상포괄성 분석

분야	장애인 복지제도			노인 복지제도		
	이용 가능 제도 수	전체 제도 수	이용률 (2차자료 분석)	이용 가능 제도 수	전체 제도 수	이용률 (2차자료 분석)
전체	84	100	-	40	41	-
소득보장	3	4	35.6	2	2	46.8
일자리	14*	14	1.5	2*	2	11.6
돌봄	4	9	2.9	5	5	30.7
거주	5	5	0.1	7	7	3.1
건강	18	22	26.8	14*	14	확인불가
일상생활	34*	42	6.9	11*	11	26.4
기타	5	5	확인불가	4	4	확인불가

주: 일부 이용 포함 계*

(2) 국내외 주요 영역별 핵심 정책 분석결과

국내외 장애인 및 노인복지정책들이 고령장애인의 욕구변화에 따라 제도 목적들에 맞춰서 유지되고 변화에 적절하게 대응하고 있는지를 '정책 정합성 및 욕구 대응성 측면'에서 분석하였다.

① 한국

우리나라의 경우, 아래와 같이 각 영역별로 주요 핵심 정책들을 전반적으로 분석하였다. 주요 분석한 핵심 정책은 다음과 같으며, 주요 쟁점들을 요약하면 다음과 같다.

〈표 Ⅷ-3〉 한국 장애인 및 노인복지제도: 주요 영역별 핵심 제도 현황

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	비고
소득보장	장애인연금	기초연금	대상자 선정기준
일자리	장애인일자리	노인일자리	장기요양대상자 이용 가능성 문제
돌봄	장애인활동지원제도	장기요양보험제도	선택권
거주	장애인거주시설	노인복지 및 장기요양시설 등	고령 욕구 대응 부족
건강	장애인건강주치의	장기요양재택의료센터 시범사업	고령장애인 욕구에 따른 서비스 부재
일상생활	복지관, 주간이용시설 등	노인복지여가시설 등	고령 낮활동 지원 기관 부족
기타	보조기기(교부, 건강보험), 학대	보조기기(장기요양)	유연성 부족

첫째, 소득보장영역에서는

장애인연금 대상자 기준(단일 3급 제외) 문제로 인한 장애정도가 심한 고령장애인의 노후소득보장과의 관계와 고령장애인의 장애로 인한 추가비용 적절성 부분이 쟁점으로 나타났다. 즉 장애인연금의 장애등급 차이(심한장애인 중 중증장애인만 해당, 단일 3급 제외)에 따른 소득보장 문제는 근로불가능한 시기인 65세 이후에도 동일하게 적용됨으로써 고령장애인의 근로능력 감소에 따른 부족한 소득을 지원하지 못하고 있는 부분이다. 즉 장애정도가 심한 고령장애인 중 생계 및 의료급

여 대상이지만 장애등급에 따라 장애인연금을 지원하는 부분에 대한 개선이 시급하다. 또한 고령장애인의 장애로 인한 추가비용의 경우, 장애유형별 추가비용 지원에 대한 검토가 필요하다.

둘째,일자리영역에서는 장애인활동지원수급자의 65세 이후 획일적인 장기요양보험 기준에 따른 장애인일자리 및 공공일자리 탈락 문제, 공공형일자리의 장기요양급여 대상자 제외 등 형평성 문제, 고령장애인 적합 직무 부족 및 중대재해처벌법에 따른 고령장애인 일자리 환경 문제 등이 주요 쟁점이었다. 이는 장애인활동지원제도의 제도적 문제와 장기요양보험대상자의 경우 공공형일자리에서의 형평성으로 두 제도의 목적이 장애인 또는 노인의 사회참여로서 유사 목적에 상충되는 기준들이 마련됨으로써 부정합성을 낮추기 위한 정책적 개선방안이 요구된다.

셋째, 돌봄영역에서는 장기요양보험 우선 적용에 따른 보전급여 문제(선택권 부재), 신규등록장애인 활동지원서비스 이용 불가 문제, 보전급여에 따른 지원인력 및 사회참여 제한 문제, 돌봄통합지원 시범사업의 노인과 장애인 개발성을 고려한 세부 내용 부재, 고령장애인 자립 및 활동지원을 위해서는 부족한 노인맞춤돌봄서비스, 지적장애인의 치매 판정어려움에 따른 장기요양등급 판정 한계로 나타났다.

넷째, 건강영역에서는 이원화된 건강지원서비스가 쟁점이었다. 유사한 목적에 비해 이원화된 서비스로 서비스간 부정합성 및 건강주치의제도의 관련 지원 부재 등 정합성 문제가 있는 것으로 나타났다.

다섯째, 거주영역은 장애인거주시설의 고령장애인 요양에 대한 관념적 사고 문제, 장애인거주시설의 고령장애인에 대한 서비스 지원 역량 부족, 요양 중심, 거주 중심 등 공동생활가정 및 거주시설 등 다양화 부족 등이 쟁점이었다. 장애인거주시설의 목적은 장애인이 지역내에서 또는 시설에서 적절한 지원을 받으면서 생활하는 것을 목적으로 하지만, 고령장애인 지원에 대한 규정 부족 등으로 제도들의 정합성이 부족한 것으로 나타났다.

여섯째, 일상생활영역은 65세 이상 고령장애인의 주간활동서비스, 긴급돌봄, 최중증발달장애인긴급돌봄서비스 배제, 주간이용시설의 (준)의료적 지원 및 중고령장애인에 대한 지원 부재, 노인복지관, 발달장애인 중심의 장애인복지시설 이용 한계 등이 쟁점으로 나타났다. 즉 성인장애인 뿐만 아니라 고령장애인의 주간활동을 위한 서비스 체계 마련을 통한 정합성 확보 필요한 것으로 나타났다.

일곱째, 기타영역은 보조기기영역과 학대영역으로 살펴보았다. 보조기기영역은 장애유형별 고령장애인의 맞춤 복지용구 선택권 부재, 장기요양복지용구 구입 대

상자의 제한적 기준 문제가 쟁점이었다. 고령장애인의 욕구에 맞도록 장애유형별 보조기기 구입 기준 유연성 부족으로 보조기기 제도의 정합성이 부족하다고 판단하였다(예: 신장장애인은 보조기기를 구입할 수 없음). 또한 장기요양보험 대상에게만 지원되는 서비스 품목의 고령장애인 이용 확대를 통해 보조기기 활용 목적에 대한 정합성을 높일 필요가 있다. 마지막으로 노인학대영역의 경우 접수에 따른 우선 지원 문제이다. 장애유형별 노인학대 연계가 부족하여 장애노인의 경우 적절한 서비스를 지원받지 못할 가능성이 높다고 볼 수 있다.

〈표 Ⅷ-4〉 한국 장애인 및 노인복지제도: 쟁점 총괄

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
소득 보장	장애인연금	기초연금	- 장애인연금 대상자 기준(단일 3급 제외) 문제	- 장애인연금의 장애등급 차이(심한장애인 중 중증장애인만 해당, 단일 3급 제외)에 따른 소득보장 문제는 근로불가능한 시기인 65세 이후에도 동 기준(단일 3급 제외)이 적용됨으로써 고령장애인의 근로능력 감소에 따른 소득보전 목적에 상충됨(생계급여 및 의료급여 기준)	- 장애인연금법의 중증장애인 기준이 고령장애인 내에서도 유지됨으로써 심한 장애를 가진 고령장애인 중 생계 및 의료급여 수급자 내 중증장애인과 단일 3급의 노후소득 총량 차이를 발생하여 고령 단일 3급의 경제적 박탈이 상대적으로 심함
			- 고령장애인의 장애로 인한 추가비용 적절성 문제	- 65세 이후의 고령장애인 욕구 대비 장애로 인한 추가 비용 지원금액의 총액은 적절하나 장애유형별 욕구에 부합하지 못함	- 고령장애인의 장애로 인한 추가비용에 대한 장애유형별 욕구에 대응 부족
일자리	장애인일자리	노인일자리	- 장기요양대상자 장애인일자리 탈락문제	- 65세 이후 장애인활동지원제도를 장애인의 욕구에 따라 선택하기 보다 장기요양보험을 우선적용 함으로써 고령장애인의 일자리 선택에 제한을 줌	- 65세 이후에도 사회참여와 일상생활 지원이 이루어질 수 있도록 장애인활동지원제도의 선택권 마련 및 보전급여를 받는 사람도 일할 수 있도록 장애인일자리 기준 개정 필요
			- 공공형일자리의 장기요양급여 대상자 제외 등 형평성 문제	- 장기요양대상자는 노인일자리와 공공일자리를 참여할 수 없기 때문에 장애인일자리 개선 시 타 제도들과의 부정합성 발생	- 장기적으로 사회참여를 확대하기 위해 장기요양대상자일지라도 필요시 예외적 규정을 통해 공공형일자리에서 참여할 수 있는 기준 유연화 및 예외적 기준

www.koddi.or.kr 한국장애인개발원

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
					필요
			- 고령장애인에 적합한 직무 부족	- 고령장애인의 일에 대한 욕구에 불충분한 노인 및 장애인일자리 문제	- 고령장애인의 일참여 욕구 대응에 부족한 노인 및 장애인일자리 직무
			- 중대재해처벌법 적용에 따른 고령장애인 일자리 환경 문제	- 고령장애인의 사회참여의 목적인 일자리 지원 정책과 정책 환경간의 부정합성	- 고령장애인의 일 참여를 위한 안전한 환경 체계 부족
돌봄	장애인 활동지원제도	장기요양 보험제도	- 장기요양보험 우선 적용에 따른 선택권 부재	- 65세가 넘어가면서 장기요양대상자로 선정 될 경우, 장애인일자리에서 탈락 등으로 활동지원급여구간 감소로 고령장애인의 사회참여 제약	- 장애인활동지원에서 장기요양유선 적용 등에 따른 선택권 제한 - 서비스 제공기관 및 제공자 변화 가능성 - 바우처 결제 환경의 변화에 따른 일상생활 제약
			- 신규등록장애인 활동지원서비스 이용 불가 문제	- 65세 신규 등록장애인의 활동지원서비스 이용 불가로 사회참여 제약	- 신규장애인의 사회참여를 위한 활동지원서비스 또는 노인복지서비스 내 지원 필요
			- 보전급여에 따른 지원인력 및 사회참여 제한 문제	- 장기요양제도의 정책 요소들이 고령장애인의 사회참여와 일상생활을 제한	- 선택권 부재로 인해 장기요양대상에 따라 서비스를 지원하는 인력의 변화와 이용기관 선택 어려움 - 장기요양서비스의 급여결제(집안에서 결제)에 따른 사회참여에 제한

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
			- 돌봄통합지원 시범사업의 노인과 장애인 개별성을 고려한 세부 내용 부재	- 돌봄통합지원법(26년 시행)에 따른 정책 대상자와 서비스 구성요인의 부정합성 발생 - 노인의 지역사회 내 건강노화를 위한 “노인 · 의료돌봄 통합지원 시범사업”에 있어 장애인 관련 전달체계, 조사도구, 서비스 내용 등에 장애인의 고려 부재	- 통합적 관점에서 장애를 고려한 ‘노인’을 중심으로 하는 일원화된 서비스 내에서 개별성을 확보하는 등 고도화 방안 마련 필요 - 돌봄통합지원법(26년 시행)에 따른 장애인 건강노화를 위한 지역사회 내 체계 부재
			- 고령장애인 자립 및 활동 지원에는 부족한 노인맞춤돌봄서비스	- 노인맞춤돌봄서비스 내 장애인지원에 대한 획일적 서비스 지원으로 제도 목적과 서비스 내용의 부정합성 발생 - 고령장애인의 자립 및 사회참여 욕구 및 목적과 노인맞춤서비스 내용 간 부정합성 발생	- 장애인의 욕구에 적합한 노인맞춤돌봄에 특화서비스, 대응 요구
			- 지적장애인의 치매 판정의 어려움으로 장기요양등급 판정 한계	- 지적장애의 증상에 따른 장기요양등급판정 어려움으로 적절한 장기요양서비스 이용 어려움	- 지적장애인의 증가에 대한 장기요양 치매 판정 기준에 대한 고민 필요
건강	장애인 건강주치의	장기요양 재택의료센터 시범사업	- 고령장애인 욕구에 미진한 장애인 건강주치의 제도	- 장애인 건강주치의 제도는 고령장애인의 건강관련 욕구를 달성하기 위한 정책적 노력 부족	- 고령장애인 만성질환 평균 수 등 고령장애인 질환 관리를 위한 장애인건강주치의 지원 횟수 부족 - 고령장애인 관련 연계서비스 지원 등 다학제 팀 필요하나 제도적 부재

www.koddi.or.kr 한국장애인개발원

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
					- 장애인건강주치의 기관 인센티브 지원 부족
			- 지역장애인보건의료센터의 고령장애인 미충족 의료율 제고를 위한 편의 서비스 개발 및 지원 부족	- 지역장애인보건의료센터 편의 서비스 개발 및 지원, 연계 서비스 기능 부족	- 최중증장애인 또는 다양한 개인 및 환경적 제약 등에 따른 병원 이용 지원 서비스 부족(이동 및 동행지원) - 지역장애인보건의료센터의 지역 내 장애인건강주치의 지원체계 및 고령장애인 발굴 통로 부족 등
거주	장애인 거주시설 등	노인요양 복지시설 등	- 장애인거주시설의 고령장애인 요양에 대한 관념적 사고 문제	- 장애인거주시설의 목적에 따른 고령장애인 지원에 대한 규정 부족 등 정합성 부족	- 고령장애인 거주 욕구에 대한 시설과 기준 부재로 선택권 제한
			- 장애인거주시설의 고령장애인에 대한 서비스 인력 및 역량 부족	- 장애인거주시설 내 적정인력 기준 및 지원 내용 등 부재로 중증장애인 지원 어려움	- 중고령자 증가 및 (준)의료적 지원 증가 등에 따른 적정 인력 기준 마련 필요
			- 요양 중심, 거주 중심 등 공동생활가정 및 거주시설 등 다양화 부족	- 노인요양시설에서의 지적, 자폐, 정신, 감각 장애 등에 대한 지원 어려움 - 요양보호사의 장애이해에 대한 부족 - 고령장애인의 지역사회에서의 노후의 삶을 고려할 수 있는 다양한 기관 부재	- 노인요양시설에서 고령장애인의 충분한 서비스 이용을 위한 교육 필요 등 - 중고령자 증가 및 (준)의료적 지원 증가 등에 따른 중고령발달장애인 거주시설 등 장애인거

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
					주시설 전환 고민 필요 - 장애인 욕구 다양화에 대응하지 못하는 장애인복지기관들 문제
일상 생활	장애인복지관, 주간이용시설, 주간활동 서비스	노인복지관, 주야간보호 시설 등	- 65세 이상 고령장애인의 주간활동서비스 배제	- 성인장애인 뿐만 아니라 고령장애인의 주간활동을 위한 서비스 체계 부재	- 성인장애인 뿐만 아니라 고령장애인의 주간활동을 위한 서비스 체계 마련될 필요
			- 65세 이상 고령장애인의 긴급돌봄, 발달장애인긴급돌봄서비스 배제 문제	- 발달장애인 긴급돌봄서비스의 연령제한과 고령장애인의 긴급돌봄을 지원할 수 있는 긴급돌봄서비스 체계의 부정합성	- 고령장애인의 긴급돌봄서비스를 이용할 수 있도록 지원체계 마련
			- 주간이용시설의 (준)의료적 지원, 중고령장애 증가에 대한 지원 부재	- 주간이용시설의 (준)의료적 지원, 중고령장애 증가에 대한 획일적인 인력 기준 등 제시 부정합성	- 주간이용시설의 (준)의료적 지원, 중고령장애 증가에 대한 획일적인 인력 기준 등 확대 필요
			- 노인복지관, 발달장애인 중심의 장애인복지시설 이용 한계	- 고령장애인을 위한 경로당(쉼터)등 확대 필요 - 노인 및 장애인복지관 통합운영에서 장애인복지관, 노인 복지관으로 맞춤적 서비스 기관으로 재정립 필요	- 고령장애인을 위한 경로당(쉼터) 등 확대 필요 - 도농복합도시 등 장애인복지관 확대 - 통합 기관에서 맞춤형 서비스기관으로 재정립 및 확대
기타	보조기기	보조기기	- 장애유형별 고령장애인의 맞춤 복지용구 선택권 부재	- 고령장애인의 욕구에 맞도록 장애유형별 보조기기 구입 기준 유연성 부족으로 보조기기 제도의 정합성 부족 (예: 신장장애인은 보조기기를 구입할 수 없음)	- 고령장애인 욕구에 맞도록 장애유형별 보조기기 구입 대상자 기준 유연화 도입 필요

www.koddi.or.kr
한국장애인개발원

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
			- 장기요양복지용구 구입 대상자의 제한적 기준 문제	- 장기요양복지용구 지원의 목적은 고령장애인의 보조기기 이용을 통한 일상생활을 개선시키기 위함이나, 장기요양보험 대상자로 한정함으로써 장기요양의 욕구와 고령장애인 욕구가 유사한 정책대상자에 대한 고려 부족	- 고령장애인의 장기요양보험서비스를 이용할 수 있도록 제도적 유연화 확대
	학대	학대	- 노인학대 접수 기관에 따른 지원 체계 문제	- 장애유형별 노인학대 연계 부족	- 노인학대 기관 간 장애인 노인학대 영역에 대한 지속적 연계 및 장애인 영역에서 노인학대쉼터 확대

〈표 Ⅷ-5〉 한국 장애인 및 노인복지제도: 방향 및 대안

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	방향 및 대안
소득 보장	장애인 연금	기초연금	- 장애인연금 대상자 기준(단일 3급 제외) 문제	- 장애인연금 대상자 선정 기준 단일 3급까지 확대
			- 고령장애인의 장애로 인한 추가비용 적절성 문제	- 고령장애인 장애로 인한 추가비용에 대한 사회서비스 확대
일자리	장애인 일자리	노인 일자리	- 장기요양대상자 장애인일자리 탈락문제	- 장애인일자리 장기요양대상자 기준 삭제 및 장애인 일자리 대상자 선정 기준 패널티 완화 필요
			- 공공형일자리의 장기요양급여 대상자 제외 등 형평성 문제	- 고령장애인 관련 예외적 기준을 통한 지원 필요
			- 고령장애인에 적합한 직무 부족	- 지속가능 및 안전한 고령장애인 일자리 확대
			- 중대재해처벌법 적용에 따른 고령장애인 일자리 환경 문제	- 안전한 환경 속에서 일할 수 있는 사업장 및 수행기관에 대한 지원 강화 및 확대
돌봄	장애인 활동지원 제도	장기요양 보험제도	- 장기요양보험 우선 적용에 따른 선택권 부재	- 장애인활동지원수급자가 65세 도래 이후 장애인활동지원제도와 장기요양제도 등 선택권 확대
			- 신규등록장애인 활동지원서비스 이용 불가 문제	- 신규등록장애인 활동지원서비스 이용에 대한 재정적 검토 및 지원 방안 모색 필요
			- 보전급여에 따른 지원인력 및 사회참여 제한 문제	
			- 돌봄통합지원 시범사업의 노인과 장애인 개별성을 고려한 세부 내용 부재	- 노인맞춤 돌봄서비스 내 고령장애인 특화사업 마련 및 대상자 선정 명확화
			- 고령장애인 자립 및 활동지원에는 부족한 노인맞춤 돌봄서비스	- 노인복지서비스 내 노인 및 고령장애인 사회활동 참여를 지원하는 이동 및 활동 지원제도 마련
			- 지적장애인의 치매 판정의 어려움으로 장기요양등급 판정 한계	- 치매판정 기준에 대한 검토

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	방향 및 대안
건강	장애인 건강 주치의	장기요양 재택의료 센터 시범사업	- 고령장애인 욕구에 미진한 장애인 건강주치의 제도	- 고령장애인 관련 건강주치의 횟수 확대 및 다학제 팀 구성에 대한 지원 체계 적용
			- 지역장애인보건의료센터의 고령장애인 미충족 의료율 제고를 위한 편의 서비스 개발 및 지원 부족	- 와상장애인 등 병이용 이동지원서비스 마련 및 권역 및 책임의료기관 내 장애통합지원창구 설치
거주	장애인 거주시설 등	노인요양 복지시설 등	- 장애인거주시설의 고령장애인 요양에 대한 관념적 사고 문제	- 고령장애인 장애인거주시설 다양화 및 환경 구축
			- 장애인거주시설의 고령장애인에 대한 서비스 지원 역량 부족	- 고령장애인 대상 거주시설 의료집중형 전문서비스 제공기관 도입
			- 요양 중심, 거주 중심 등 공동생활가정 및 거주시설 등 다양화 부족	
일상 생활	장애인 복지관, 주간이용 시설, 주간활동 서비스	노인 복지관, 주야간 보호시설 등	- 65세 이상 고령장애인의 주간활동서비스 배제	- 주간활동서비스 연령 제한 삭제
			- 65세 이상 고령장애인의 긴급돌봄, 발달장애인긴급돌봄서비스 배제 문제	- 발달장애인긴급돌봄서비스 연령 제한 폐지 필요 - 고령장애인 긴급돌봄서비스 지원체계 검토 필요(필요도 검사, 인력지원, 요양보호사 교육 등)
			- 주간이용시설의 (준)의료적 지원, 중고령장애 증가에 대한 지원 부재	- 고령장애인 지역사회 내 낮활동서비스 제공기관 유형별 특성화 강화(최중증발달, 중고령장애인, 건강지원필요한 중고령 장애인 등)
			- 노인복지관, 발달장애인 중심의 장애인복지시설 이용 한계	
보조기기 및 학대	보조기기	보조기기	- 장애유형별 고령장애인의 맞춤 복지용구 선택권 부재	- 고령장애인 보조기기 이용 기준 유연화
			- 장기요양복지용구 구입 대상자의 제한적 기준 문제	
	학대	학대	- 노인학대 접수에 따른 우선 지원 문제	- 노인학대 지원 강화

② 일본

일본의 경우, 아래와 같이 각 영역별로 주요 핵심 정책들을 전반적으로 분석하였다. 주요 분석한 핵심 정책은 다음과 같으며, 주요 쟁점들을 요약하면 다음과 같다.

〈표 Ⅷ-6〉 일본 장애인 및 노인복지제도: : 주요 영역별 핵심 제도 현황

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	비고
소득 보장	- 장애기초연금 - 장애후생연금 - 장애수당	- 노령기초연금 - 노령후생연금	- 65세 장애인은 두 가지 연금 중 선택 가능
일자리	- 취업이행지원 - 취업정착지원 - 취로계속지원A/B - 챌린지 고용제도 - 장애인 트라이얼 고용제도 - 특정구직자 고용조성금 제도	- 고령자 트라이얼 고용조성금 - 특정구직자 고용개발 조성금 - 65세이상 고용추진 조성금	- 65세 장애인은 고령자 고용관련 조성금 제도 이용 가능
돌봄	- 장애인종합지원법	- 개호보험제도	- 장애인이 65세가 되어도 '공생형서비스' 도입으로 이용하던 시설을 그대로 이용 가능하게 됨.
거주	- 입소시설 - 그룹홈	- 공적시설(개호의료원) - 민간시설	- 2018년 '개호의료원' 신설(의료 및 개호중점)로 중증화 대응
기타	- 장애인 보장구비 지급 제도	- 고령자 복지용구 급부	- 65세 장애인은 개호보험 이용 우선
	- 장애인학대방지법	- 고령자학대방지법	- 적용 유연

첫째, 소득보장영역은 선택의 유연성이 보장되어 있다. 장애인이 65세에 도달하면 기존에 받고 있던 장애연금을 그대로 받을 수도 있고 노령연금으로 변경이 가능하다. 또한, 당사자에게 유리하다고 판단되어지면 장애기초연금과 노령후생연금 조합으로도 가능하다.

둘째, 일자리영역은 65세 이전과 이후에 이용할 수 있는 제도 구축이 마련되어 있어, 원하는 제도 선택이 가능하다. 하지만 이용기간의 제한, 제도 간 연계 등으로 인해 안정적인 고용의 실현에 대해서는 주목해 봐야 할 것이다.

셋째, 돌봄영역에서 가장 큰 쟁점은 '65세의 벽' 즉, 장애인이 65세에 도달하면

개호보험우선적용원칙에 따라 개호보험서비스로 이전해야 하는 상황에서, 장애인복지서비스 급여양과 개호보험서비스 급여양의 차이, 서비스 기관 변경으로 익숙한 곳에서의 이용 불가, 본인부담금 규정 차이로 인한 본인부담금 증가 등의 논란이 있어왔다. 하지만, 2018년 장애인종합지원법 개정으로 '공생형서비스'와 '신(新)고액장애인복지서비스 등 급부비' 도입, 개호보험서비스만으로 부족한 서비스양의 장애인복지서비스로 추가 제공을 가능(지자체 권한 큼)하게 함으로써 문제의 해결을 도모하고 있다.

넷째, 거주서비스 영역에서의 쟁점 또한 65세에 도달한 장애인의 거주시설 이전에 대한 부분이었다. 하지만, 장애인지원시설(입소시설)은 개호보험우선적용대상 외로 분류되어 이용하던 시설을 계속해서 이용할 수 있게 되었다. 한편, 고도의 의료지원이 필요한 고령의 장애인이 시설의 환경 미흡(의료 및 인력 미흡 등)으로 인해 기존 시설을 이용하지 못하게 될 경우 병원의 장기입원이라는 선택지가 대부분이었으나, '개호의료원' 창설로 인해 의료와 개호서비스를 강화한 시설로의 이전도 가능하게 되었다.

마지막으로, 보장구에 대해서는 장애인과 고령자 모두 유사한 서비스가 존재하며, 65세 이상 장애인은 개호보험우선적용으로 복지용구 급부의 대상이 되어 복지용구의 대여 및 구매, 주택개보수의 서비스 이용이 가능하다. 학대에 대한 부분 또한 장애인과 고령자 모두 학대방지법이 존재하며, 학대가 발생한 장소 등에 의해 유연하게 적용 가능하다.

〈표 Ⅷ-7〉 일본 장애인 및 노인복지제도: 쟁점 총괄

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
소득 보장	- 장애기초연금 - 장애후생연금 - 장애수당	- 노령기초연금 - 노령후생연금	- 65세 이후 장애인연금과 노령연금 선택가능[94]	- 장애인의 경우 65세 이후가 되면, 장애인연금과 노령연금 중 선택이 가능함. 장애인기초연금과 노령후생연금으로도 믹스매치하여 선택 또한 가능함(단, 장애연금은 비과세이며 노령연금은 과세이므로 주의필요)	- 자신에게 유리한 연금 선택이 가능하다는 점에서 선택권이 부여되고 있다고 할 수 있음
일자리	- 취업이행지원 - 취업정착지원 - 챌린지 고용제도 - 장애인 트라이얼 고용제도 - 특정구직자 고용조성금 제도	- 고령자 트라이얼 고용조성금 - 특정구직자 고용개발 조성금 - 65세이상 고용추진 조성금	- 65세 이용 가능성 및 제도간 연계성 부문	- 장애인의 취업 진입부터 65세 이상이 되어도 이용할 수 있는 제도적 시스템 마련	- 45세 이상의 장애인의 경우 특정구직자 고용개발 조성금 등 유리한 선택 가능
				- 제도 간 연계성	- 장애인이 65세 이상이 되어도 이용가능한 제도는 많으나, 제도 이용 가능 기간이 정해져 있는 경우, 이후의 고용연계가 가능한가
돌봄	- 장애인종합지원법에 근거한 장애인복지서비스	- 개호보험제도에 근거한 개호서비스	- 서비스 - 기관 변경	- 개호보험 우선적용으로 인한 서비스 기관 변화	- '65세의 벽'문제를 해결하기 위한 방법으로 2018년 공생형 서비스 도입하여 장애인복지서비스기관과 개호보험서비스기관에서 상호 공통서비스를 제공하고 있음. - 대안: 공생형 서비스 도입

94) https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/kyotsu/shikyu/20140421-02.html

www.koddi.or.kr 한국장애인개발원

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
			- 서비스 양의 감소	- 개호보험 우선적용에 따른 서비스 양의 감소	- 2023년 '개호급부비등과 개호보험제도와의 적용관계에 대하여'[95]의 후생노동성의 사무연락에 의해, 대안1,2 적용이 가능하며, 대안3 또한 지자체의 권한에 따라 가능할 것이라고 여겨짐. - 대안 1: 개호보험서비스만으로 충분한 서비스를 받지 못하는 경우 그대로 장애인복지서비스 지속 이용(장애인복지서비스를 계속 이용하는 경우의 예 : 지역에 있는 개호보험기관에서 장애인 서비스가 어려운 경우, 개호보험 심가결과가 '비해당'인 경우, 시를 대상으로 소송하여 승소한 경우) - 대안 2: 개호보험서비스를 받으면서 부족분은 추가로 장애인복지서비스를 이용(단, 서비스의 50%는 개호보험서비스를 이용해야 함) - 대안 3: 개호보험서비스를 받으면서 서비스 부족분은 지역밀착형개호서비스(시정촌 운영)이용
			- 본인부담금 증가	- 개호보험 우선적용에 따른 본인부담금 증가	- 개호보험의 본인부담금은 소득에 따라 달라지므로 이로인해 본인부담금의 증가부담을 해소하기 위해 '신(新)고액장애인 복지서비스 등 급부비'를 지급하고 있음

95) '개호급부비등과 개호보험제도와의 적용관계에 대하여'https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pd

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면 (선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
거주 서비스	- 입소시설 - 그룹홈	- 공적시설(개호의료원) - 민간시설	- 65세 이후 개호보험 우선적용으로 인한 서비스 기관 변화	- 65세 이후 개호보험 우선적용으로 인한 서비스 기관 변화	- 하지만, 증상의 중증화로 인한 장애인입소시설 퇴소시에는 개호보험 적용 대상이 되므로 장애인입소시설로의 재입소가 어려운 점, 개호보험시설로의 즉시 입소 가능 여부에 대한 과제가 있음 - 대안: 장애인입소시설은 개호보험적용외 시설에 해당하므로 이용해 오던 시설 이용가능[96]
				- 65세이후 등록한 신규장애인의 장애인입소시설 - 입소 불가	- 65세이후에 등록한 중증 장애인의 경우 장애인입소시설 이용 불가문제를 해결하기 위해 개호의료원 설립 등
				- 개호보험의 경우 소득에 따른 본인부담금이 책정되므로 비용문제 발생	- 65세 이후 개호보험 우선적용에 따른 본인부담금 증가 등을 해결하기 위한 신(新)고액장애인복지서비스 등 급부비 지원
기타	- 장애인 보장구비 지급 제도	- 고령자 복지용구 급부	- 개호보험우선적용	- 65세 장애인은 개호보험 이용 우선	- 65세 장애인은 개호보험 이용 우선
	- 장애인학대방지법	- 고령자학대방지법	- 장애인 학대 적용 가능성	- 65세 이상의 장애인의 경우 양 법의 적용	- 65세 이상의 장애인의 경우 양 법의 적용

96) https://www.mhlw.go.jp/content/001117896.pdf

www.koddi.or.kr 한국장애인개발원

〈표 Ⅷ-8〉 일본 장애인 및 노인복지제도: 방향 및 대안

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	방향 및 대안
소득 보장	- 장애기초연금 - 장애후생연금 - 장애수당	- 노령기초연금 - 노령후생연금	-	- 65세 장애인은 두 가지 연금 중 선택 가능
일자리	- 취업이행지원 - 취업정착지원 - 챌린지 고용제도 - 장애인 트라이얼 고용제도 - 특정구직자 고용조성금 제도	- 고령자 트라이얼 고용조성금 - 특정구직자 고용개발 조성금 - 65세이상 고용추진 조성금	- 65세 이용 가능성 및 제도 간 연계성 부문	- 65세 장애인은 고령자 고용관련 조성금 제도 이용 가능 및 연계 확대
돌봄	- 장애인종합지원법에 근거한 장애인 복지서비스	- 개호보험제도에 근거한 개호서비스	- 서비스 양, 서비스 기관 변경, 본인부담금 증가	- 장애인이 65세가 되어도 '공생형서비스' 도입으로 이용하던 시설을 그대로 이용가능하게 됨.
거주 서비스	- 입소시설 - 그룹홈	- 공적시설(개호의료원) - 민간시설	- 고령에 의한 중증화	- 2018년 '개호의료원' 신설(의료 및 개호중점)로 중증화 대응
보조기기 및 학대	- 장애인 보장구비 지급 제도	- 고령자 복지용구 급부	- 개호보험우선적용	- 65세 장애인은 개호보험 이용 우선
	- 장애인학대방지법	- 고령자학대방지법	-	- 적용 유연

③ 프랑스

프랑스의 경우, 아래와 같이 각 영역별로 주요 핵심 정책들을 전반적으로 분석하였다. 주요 분석한 핵심 정책은 다음과 같으며, 주요 쟁점들을 요약하면 다음과 같다.

〈표 Ⅷ-9〉 프랑스 장애인 및 노인복지제도: : 주요 영역별 핵심 제도 현황

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	비고
소득 보장	- 성인장애수당(AAH)	- 노인연대수당(Allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA)	- 은퇴연령에 도달할 경우 AAH 수급 자격 박탈 및 ASPA로 전환 문제
일자리	- 45세 이상의 고용 전문화 계약 보조금 지원 - 단일고용계약	- 45세 이상의 고용 전문화 계약 보조금 지원 - 시니어계약직 - 단일고용계약	- AAH 수급자 퇴직 연령 이후 경제활동을 계속하는 경우 AAH 수급자격 유지의 문제
돌봄	- 장애보상수당(Prestation de compensation du handicap, PCH)	- 개별자립수당(APA)	- 60세 이후 PCH 신청 자격 문제
거주	- 특수보호 거주시설(MAS) - 장애인 의료거주시설(FAM)	- 의존노인거주시설(EHPAD)	- 고령장애인 입소시설 부족
기타	- 기관의 통합적 서비스 탄생도립 자립 공공서비스		- 장애인의 장애와 노인의 의존의 키워드를 자립으로 통합하여 자립공공서비스 설치

각 사회보장 영역별 쟁점에 대한 방향 및 대안을 제안하면 다음과 같다.

첫째, 소득보장영역에서는 중증장애인인 경우 65세 이상이 되어도 계속해서 장애인연금을 수급받을 필요가 있다. 프랑스에서는 2016년까지 모든 AAH 수급자가 은퇴연령인 62세가 되면 노령기초연금(ASPA) 수급자로 전환이 되었는데 ASPA를 수급받기 까지 시간이 걸리고 또한 수급자의 사망 시 지급된 급여의 일부를 상속인에게 반환 청구가 되었기 때문에 그리 달가운 제도가 아니었다. 이러한 항의가 지속된 결과 2017년부터는 중증장애인인 장애율 80%인 AAH 수급자에 한해 은퇴연령에 도달하여도 AAH 수급권을 유지시키며 은퇴연금을 받는 자의 경우 AAH 급

여액 미만인 경우 보충액을 받을 수 있도록 하였다. 이와 마찬가지로 한국에서 65세가 되어 기초연금으로 전환이 되면 소득으로 인정되기 때문에 실질적으로 사용 가능한 금액은 적어지기 때문에 삶의 질이 낮아짐을 예상할 수 있다.

둘째, 일자리영역은 장애인 취업지원을 강화하는 방안을 생각해볼 필요가 있다. 우선 기업이 장애인근로자를 더 많이 고용하도록 장애인 의무고용을 더 강화하도록 해야할 것이다. 프랑스의 경우 이전에는 장애인근로자 고용 인원 수로 고용의무 준수 여부를 보았지만 현재는 전일제 고용을 1인으로 계산하고 있다. 기여금액의 상향도 생각해볼 수 있으며 무엇보다도 기업인들의 장애에 대한 인식에 대해 환기시킬 필요도 있을 것이다. 이러한 가운데 장애인 고용에 대한 정부의 지원도 함께 이루어져야 하는데, 프랑스의 경우 장애인 취업지원 프로그램이 고용센터와 잘 연결이 되어 지원하고 있으며 장애인 고용유지를 위해서도 정부보조금을 지원함으로써 기업의 부담을 덜어주어 장애인 취업만으로 끝나는 것이 아니라 지속적인 관리를 하고 있는 것을 알 수 있다. 또한 고령장애인이 은퇴를 했다고 해서 취업지원을 받을 권리가 사라지는 것이 아닌데, 정부에서 고령장애인의 취업을 적극 지지하고 있기 때문에 여러 가지 취업지원을 받을 수 있으며 AAH 수급자의 경우 최대 급여액을 초과하지 않는 한 경제활동으로 소득을 벌면서 연금보험료를 납부하며 AAH 급여액을 계속 수급받을 수 있다.

셋째, 돌봄영역에서는 장애인활동지원제도 수급조건에서 최대한 계속 활동지원제도를 받을 수 있도록 조치를 취해야 할 필요가 있다. 한국에서는 65세 이상 장애인의 경우 장기요양제도 급여를 받으면서 부족한 부분은 활동지원제도를 통해 대체하고 있다. 이렇게 되면 이전에 받았던 익숙한 서비스가 65세가 되면 새롭게 변경이 되기 때문에 다시 적응해야하며 더욱이 장기요양제도는 장애인의 특성보다 의존노인의 특성을 고려한 서비스이기 때문에 개인에게 잘 맞지 않을수도 있다. 프랑스의 경우 60세 이전에 장애를 인정받은 경우 75세까지만 PCH 급여를 받을 수 있었으나 2021년부터는 75세 연령기준을 삭제하였다. 이는 가족부양자의 존재로 인해 그동안 공적 서비스를 이용하지 않다가 가족부양자의 고령화로 더 이상 부양이 힘들게 된 경우가 많았고 PCH 급여 중 집안 개조는 APA에는 없는 까닭에 뒤늦게 PCH를 신청하고자 하는 자는 혜택을 받지 못하는 등 공정하지 않게 작용을 하였다. 이에 따라 현재는 60세 이전에 장애를 인정받은 경우라면 나이제한 없이 PCH 급여를 신청할 수 있다.

넷째, 거주서비스영역에서는 노인시설 내에 고령장애인을 위한 하위시설을 설치

할 필요가 있다. 한국과 마찬가지로 프랑스의 경우에도 장애인 거주시설 수가 노인 거주시설 수에 비해 적어서 점점 증가하는 고령장애인을 수용하기엔 역부족인데, 이러한 경우 노인거주시설에 입소하는 경우가 많다. 프랑스는 지역마다 고령장애인의 특성에 맞는 전문거주시설 설치를 위해 노력하고 있고 한 시설 전체가 고령장애인 전문 시설은 아니더라도 노인거주시설 내에 일정 비율 정원을 설정하여 고령장애인에게 할당하고 있는 경우가 점점 증가하고 있다.

다섯째, 기타영역을 살펴본다면 담당기관의 통합을 고려해볼 필요가 있다. 대부분의 국가는 장애인과 노인 서비스 담당 기관이 분리되어 있고 프랑스도 예외는 아니었다. 그러나 개별자립수당(APA)이 보편화되고 자립(autonomie) 부문이 사회보장의 다섯 번째 위험으로 등록된 후로 의존의 위험이 누구에게나 인생에서 발생할 수 있다는 전제 하에 자립부문에 대한 서비스 지원을 좀 더 효율적이고 용이하게 만드는 방안을 지속적으로 연구해왔다. 그 결과 장애인서비스와 노인서비스 담당기관을 통합하기위해 준비중이다. 이러한 혁신적인 방법을 한국에도 적용하려는 시도를 했을 때 이해관계자를 비롯하여 사회적 합의하에 차근차근 준비한다면 이러한 통합기관을 신설하는 것도 불가능한 일은 아닐 것이다. 프랑스의 경우 지방정부의 자율성과 의무가 강하기 때문에 이번에 통합되는 SPDA가 지방정부 감독이지만 한국의 경우 보건복지부 감독의 국가자립서비스공단을 중앙에 두고 지역별로 지역자립서비스공단을 설치하는 틀을 생각해 볼 수 있을 것이다. 이렇게 되면 기존의 국민건강보험공단의 업무의 부담을 덜어 관련 부서를 통째로 자립서비스공단으로 옮겨 임무를 추가 설치하는 방법이 가장 이상적이다. 새로운 기관 설치가 힘들다면 국민건강보험공단 내에 새로운 부서 설치를 생각해 볼 수 있겠다. 이렇게 되면 부수적으로 추가적인 조정이 들어가야 하겠지만 장기적인 관점에서 보았을 때 자립 통합기관을 둔다면 관리자와 이용자 모두 편리하게 시스템 이용을 할 수 있을 것으로 예상된다.

〈표 Ⅷ-10〉 프랑스 장애인 및 노인복지제도: 쟁점 총괄

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
소득 보장	- 성인장애수당(AAH) • 자격 ① 연령: 20세 이상 또는 16세 이상으로 부모의 부양을 받지 않는 자 /장애인 은퇴연령(62세)에 도달한 자 중 장애율 80% 이상인 자에 한해 은퇴연금과 AAH 중복수급가능/ 장애율 50-80% 미만인 자의 경우 62세가 되는 경우 ASPA 수급자가 됨. ② 소득: 본인 및 배우자의 소득 인정액이 선정기준액 이하인자 ③ 거주: 프랑스에 정기적 거주 ④ 장애: 장애율 80% 이상인 자 또는 장애율 50~79%인 경우 지속적인 근로접근제한(RSDAE) 인정받은 자 • 이용현황: 2021년 기준 1,252,300명	- 노인연대수당 ◦ 자격 ① 연령: 62세부터 ASPA 신청 가능 ② 소득:1인가구 월 1,012.02€ 이하 / 부부가구 월 1,571.16€ ③ 거주: 프랑스 정기적 거주 ④ 장애: 다음 중 한 가지에 해당되면 장애조건에 부합 • 영구적 장애율 50% 이상인 자 • 노동 부적격자로 인정된 자 • 장애로 인해 조기퇴직한 자	- 은퇴연령에 도달할 경우 AAH 수급 자격 박탈 및 ASPA로 전환 문제	- 은퇴연령에 달한 경우 ASPA 수급자격에 해당	- ASPA는 수급자 사망 시 상속인에게 수급액을 상환하도록 요청하는 반면, AAH는 그렇지 않기 때문에 공정성에 문제가 있음. - 이러한 이유로 기존에 AAH를 수급받다가 ASPA로 전환이 된 경우 대부분의 경우 수급을 원하지 않는 경우가 많음. - 이에 2017년부터 중증장애인(장애율80%이상)인 경우에 한해서 은퇴연령에 도달하여도 ASPA로 전환되지 않음. - 중증장애인이 은퇴연금 수령자라면 연금액이 AAH 미만인 경우 AAH 최대금액을 초과하지 않는 한에서 중복수급이 가능함.

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
일자리	- 45세 이상의 고용 전문화 계약 보조금 지원 • 정부의 고용지원 조치로서 대상자는 직업훈련센터에서 교육을 받으면서 기업체에서 근무하는 형태를 취함. • 자격: 16세 이상 AAH 수급자 - 단일고용계약 • 비영리 또는 영리부문에서 취업이 용이하지 않은 자에 대해 취업지원을 받는 자와 정부로부터의 재정지원을 받는 고용주 사이에 체결하는 노동계약. 계약직 최대 5년, 정규직 전환 가능 • 자격: 장애인근로자, 성인장애수당수급자	- 45세 이상의 고용 전문화 계약 보조금 지원 • 정부의 고용지원 조치로서 대상자는 직업훈련센터에서 교육을 받으면서 기업체에서 근무하는 형태를 취함. • 자격: 45세 이상인 자 - 시니어계약직 : 고령자를 위한 취업지원조치. 최대 3년 계약 • 자격: 57세 이상이며 고용센터에 3개월 이상 등록되어 구직 중인 자 - 단일고용계약 • 비영리 또는 영리부문에서 취업이 용이하지 않은 자에 대해 취업지원을 받는 자와 정부로부터의 재정지원을 받는 고용주 사이에 체결하는 노동계약. 계약직 최대 5년, 정규직 전환 가능 • 자격: 50세 이상 고령자	- AAH 수급자 퇴직 연령 이후 경제활동을 계속하는 경우 AAH 수급자격 유지의 문제	- 은퇴연령에 도달하면 은퇴연금 수령자로 전환이 되어 AAH는 보충급여로서의 기능을 함. 즉 연금액이 AAH 급여액에 미치지 못하는 경우 AAH 최대금액을 초과하지 않는 한에서 보충액 지급. 은퇴연금 수령자는 경제활동을 할 수 없음.	- 장애율 80% 이상인 AAH 수급자가 은퇴연령 도달 시 노동을 계속 하고자 하는 경우 AAH 최대금액 내에서 노동급여와 AAH 급여액 중복 수급 가능. - 이는 AAH장애인의 노동욕구에 부합하고 경제적 활성화에 기여하는 효과가 있음
돌봄	- 장애보상수당(PCH) • 자격 ① 연령: 20세 이상 60세 미	- 개별자립수당(APA) • 자격 ① 연령: 60세 이상인 자	- 60세 이후 PCH 신청 자격 문제	- 자립성을 상실한 대상자를 위한 PCH와 APA 제도가 마련되어	- 2021년부터 60세 이전에 PCH에 부합하는 장애가 있었지만 PCH

www.koddi.or.kr 한국장애인개발원

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
	만(20세 미만인 경우 장애아동교육수당 수급자) / 60세 이상인 경우 경제활동을 하고 있거나 60세 이전부터 PCH 조건에 부합하는 장애가 있는 경우 ② 소득: 연소득 28,621.40유로 이하: 100% 지원/연소득 28,621.40유로 이하: 부분 지원 ③ 거주: 프랑스에 안정적 거주 ④ 장애: 다음 중 한 가지 해당해야함(일상적 중요활동에 절대적 어려움, 일상적 중요활동에 두 가지 이상의 심각한 어려움) • 이용현황: 2022년 기준 ACTP 47,000명 + PCH 383,000명 = 430,000명	② 소득: 소득 수준에 따라 본인부담금 다르게 책정됨 ③ 거주: 프랑스에 안정적 거주 ④ 의존상태(GIR): 최중증인 GIR 1등급부터 최경증인 GIR 6등급 중 1~4등급까지 해당됨 • 이용현황: 2020년 기준 APA 1,318,000명		있지만 PCH는 장애인, APA는 노인을 대상으로 하기 때문에 60세 이전부터 장애가 있던 자가 75세 이후로 PCH 신청을 하고자 할 때 제도적으로는 불가능하여 APA를 신청해야 함. - 전환되지만 기존 PCH 수급자가 60세 도달 시 APA로 수급이 전환된다고 가정한다면 기존 PCH 서비스보다 APA가 혜택이 적기 때문에 공평하지 못함.	를 신청하지 않다가 75세 이후로 신청하고자 하는 경우 자격이 부여됨. - 이는 더욱이 60세 이후는 장애와 고령이 점점 복합되기 때문에 욕구가 증가하므로 장애인을 위한 PCH 범주에 속하는 것이 적절함. - 그러나 60세 이후로 장애가 생긴 경우 여전히 APA만 신청할 수 있음.
거주 서비스	- 특수보호 거주시설(MAS) - 장애인 의료거주시설(FAM) ① 연령: 20세 이상 ② 소득:- ③ 거주:- ④ 장애: 장애율 80% 이상	- 의존노인거주시설(EHPAD) ① 연령:60세 이상 ② 소득:- ③ 거주:- ④ 장애: 신체적 또는 정신	- 고령장애인 입소시설 부족	- 장애인거주시설은 노인거주시설과는 다르게 연령대가 다양하여 공급에 비해 수요가 많고 고령장애인에게는 기존에 제공되는 서비	- EHPAD에 고령장애인을 위한 하위시설을 설치함으로써 노화와 장애가 복합적으로 나타나는 고령장애인에게 필요한 의료서비스와

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	정합성 측면	욕구 대응성 측면(선택권, 제도적 유연성 및 통합성)
	/ 높은 수준의 의존을 유발하는 중증장애 / 지속적인 의료적 모니터링 및 의료적 처치가 필요한 자 ⑤ 기타: MDPH 판정에 의해 MAS 입소자격획득 • 이용현황: 2024년 기준 731개소	적 문제로 일상생활에 타인의 도움과 돌봄이 필요한 자 ⑤ 기타: 60세 미만인 경우 지방정부의 허락하에 예외적 입소 가능 • 이용현황: 2024년 기준 556개소		스가 적합하지 않을 수 있음.	돌봄서비스, 그리고 장애의 특성에 따른 조치를 받을 수 있음. - 또한 같은 연령대의 거주자들과 함께 지냄으로써 이질감이 줄어들 수 있음.
기타	- 도립장애인센터(MDPH) • 장애인 서비스 및 연계서비스 정보안내 및 장애인의 권리 및 학대방지 관련 책자 배부, 장애관련 수당 및 자격 판정 • 자격신청접수, 판정문의안내 및 판정결과통지 • 판정 결과에 대해 이의사항이 있을 경우 화해, 조정 조치 담당	- 도의회 노인 전담 부서 • 지역정보안내 및 관련 전문가 연결시킴 • 승인된 가사도우미서비스, 노인거주시설, 홈스테이 목록 제공 • APA 수급자격을 위한 의료사회팀의 자립성 상실 평가 • 상황에 따라 노인의 문제해결 지원 • 개별자립수당(APA), 거주시설 사회부조(ASH), 가사도우미 서비스 신청접수 및 판정	- 장애인의 장애와 노인의 의존의 키워드를 자립으로 통합하여 자립공공서비스 설치	- 이미 2015년부터 MDA를 설치하여 통합된 서비스를 제공하는 지방정부가 있었지만 전국적으로 확대되기에는 어려웠음. - 2021년 자립이 의존과 장애의 통합적인 키워드가 되어 사회보장의 다섯 번째 사회적 위험으로 설정된 만큼 의존과 장애를 분리시키기에는 한계로 작용하여 통합적 서비스 제공 필요성 증가	- 고령장애인의 증가로 노인서비스와 장애인서비스의 통합적 창구가 필요함에 따라 도립 자립 공공서비스(SPDA)가 전국으로 설치될 예정. SPDA는 이용자의 자립서비스 이용을 편리하게 만들어 서비스 욕구를 충족시킬 것으로 예상됨.

www.koddi.or.kr 한국장애인개발원

〈표 Ⅷ-11〉 프랑스 장애인 및 노인복지제도: 방향 및 대안

분야	장애인 복지제도	노인 복지제도	주요 쟁점	방향 및 대안
소득보장	- 성인장애수당(AAH)	- 노인연대수당	- 은퇴연령(62세)에 도달할 경우 AAH 수급 자격 박탈 및 ASPA로 전환 문제	- 2017년부터 중증장애인(장애율80%이상)인 경우에 한해서 은퇴연령에 도달하여도 ASPA로 전환되지 않음. - 중증장애인이 은퇴연금 수령자라면 연금액이 AAH 미만인 경우 AAH 최대금액을 초과하지 않는 한에서 중복 수급이 가능함.
일자리	- 45세 이상의 고용 전문화 계약 보조금 지원 - 단일고용계약	- 45세 이상의 고용 전문화 계약 보조금 지원 - 시니어계약직 - 단일고용계약	- AAH 수급자 퇴직 연령 이후 경제활동을 계속하는 경우 AAH 수급자격 유지의 문제	- 장애율 80% 이상인 AAH 수급자가 은퇴연령 도달 시 노동을 계속 하고자 하는 경우 AAH 최대금액 내에서 노동급여와 AAH 급여액 중복 수급 가능
돌봄	- 장애보상수당(PCH)	- 개별자립수당(APA)	- 60세 이후 PCH 신청 자격의 여부	- 2021년부터 60세 이전에 PCH에 부합하는 장애가 있었지만 PCH를 신청하지 않다가 75세 이후로 신청하고자 하는 경우 자격이 부여됨. - 60세 이후로 장애가 생긴 경우 여전히 APA만 신청할 수 있음.
거주 서비스	- 특수보호 거주시설(MAS) - 장애인 의료거주시설(FAM)	- 의존노인거주시설(EHPAD) -	- 고령장애인 입소시설 부족	- EHPAD에 고령장애인을 위한 하위시설을 설치함
기타	- 도립장애인센터(MDPH)	- 도의회 노인 전담 부서	- 장애인의 장애와 노인의 의존의 키워드를 자립으로 통합하여 자립공공서비스 설치	- 고령장애인의 증가로 노인서비스와 장애인서비스의 통합적 창구가 필요함에 따라 도립 자립공공서비스(SPDA)가 전국으로 설치될 예정.

3) 질적연구 결과

본 연구의 질적연구는 고령장애인 개인·가구, 현장전문가 집단을 대상으로 진행하였다. 그 결과를 요약하면 다음과 같다.

(1) 장애인 개인 및 가구 FGI

총 18명(고령장애인 당사자 11명, 가구원 7명)을 대상으로 심층인터뷰를 실시하였다. 특히 최근 이슈가 되고 있는 장애인활동지원제도와 장기요양제도간 선택권 부재로 나타나는 장애인일자리 탈락에 따른 장애인활동지원수급 시간 감소 문제와 발달장애인 주간활동서비스 연령 제한에 따른 서비스 이용에 대한 이슈이다. 분석 결과 아래의 표와 같이 3개의 주제와 7개의 상위범주, 23개 하위범주가 도출되었다.

〈표 Ⅷ-12〉 심층인터뷰 결과

주제	상위범주	하위범주
고령 장애인의 생활상 어려움	신체적 노화로 건강상태 악화 체감	나빠지는 건강
		근로 능력 저하와 생활상의 어려움
		부담되는 병원비와 간병비
		고령 장애인의 가장 큰 걱정
	고령 장애인의 경제적 어려움과 노후준비	공공부조로 생활
		경제활동을 통한 수입창출
		노후를 위해 준비하고 있는 것
	무료한 일상과 막연한 걱정스러움, 외로움	한정된 여가활동
		참여할 수 없는 프로그램
		가족 돌봄의 의존적 삶
가구원의 부담과 지원	가족기능 변화와 구성원의 노화	가구원의 노화
		돌봄 부담과 체념
		1인 가구 장애인의 가족 의존과 관계 소원
	현실적 문제와 지원체계	가구원의 가장 큰 걱정
		고령에 따른 필요한 제도와 정책에 대한 정보제공
		장애특성에 따른 지원 필요
		사후 대비하고 있는 것
정책의 모순과 지향점	이해할 수 없는 정책의 현실	서비스 전환과정에서의 어려움
		열심히 일할 필요가 없는 정책
		사회보험의 이상한 해석
		지자체마다 다른 서비스
	필요한 지원	고령 장애인의 삶의 질
		채워지지 않는 서비스에 대한 욕구

동 분석을 토대로 정책제안은 다음과 같다. 첫째, 제도의 개선으로 장애인복지서비스에서 노인복지 서비스로 전환이 아닌 장애인복지서비스에서 노인복지서비스를 추가하는 관점에서의 제도변화가 필요하다. 서비스별 칸막이, 이분법적 관점으로 제도의 사각지대가 고령 장애인이라 생각되며, 제기된 제도상의 문제점들을 보완하는 개선이 이루어져야 한다. 또한 일부 중복의 문제가 있다 하더라도 장애인 국가책임제의 방향성에서 생산적인 활동을 통한 자립 의지의 강화, 삶의 질을 위한 사회서비스 확대, 안정적이고 편안한 돌봄 서비스 제공의 방향으로의 적극적인 추진이 필요하다.

둘째, 고령화에 대한 대안으로 장애인과 가구원에 대한 각각의 노후준비를 위한 정책이 추가되어야 한다. 현 제도상의 문제도 있지만 고령 장애인 및 그 가족으로 살아가기 위한 인생 설계나 준비에 대해 상담과 정보제공 부족, 지원체계 미흡, 관련 프로그램 전무의 문제로 드러났고, 이러한 문제점을 보완할 수 있도록 기관차원, 지자체차원, 국가적 차원에서 지원이 필요하다.

셋째, 예산확보와 제공인력 수급의 대안이 필요하다. 국가와 지자체가 서비스 칸막이 해결을 위한 각각의 예산 추계를 시행하고, 적극적 확보 노력과 문제점으로 제시되고 있는 제공인력의 서비스 품질 향상을 위한 교육과 적절한 처우(장애유형별 특성에 따른 돌봄 단가의 차별적 적용), 정신적 장애인을 위한 지원망 강화 등을 통해 서비스 품질 체감도를 높여야 할 필요가 있다.

넷째, 1인가구를 위한 사회적 안전망, 관계망을 촘촘히 설계할 필요가 있다. 앞으로 점점 1인 고령 장애인 가구가 확대되고 있는 만큼 이들의 노후를 위한 경제, 여가, 건강생활을 지원하기 위한 지역사회 중심의 자원체계가 더 촘촘하게 설계되어야 할 것이며, 가족을 대신하는 지역사회의 역할로 자리매김 할 수 있도록 인식개선도 필요하다.

(2) 사회복지시설 현장전문가 FGI

노인 및 고령장애인을 서비스 대상으로 하는 장애인 거주시설 및 지역사회재활시설, 장애인단체, 노인복지관, 요양원과 정신장애인 재활훈련시설 등 고령장애인의 실태 및 욕구를 파악할 수 있는 기관에서 근무하는 부장급 이상 관리자 33인을 대상으로 고령장애인의 서비스 지원 실태와 준비사항 등 확인을 통해 고령장애인을 제도적으로 지원할 수 있는 세부방안을 모색하고자 하였다. 그 결과 분석 내용은 아래와 같이 4개의 주제와 10개의 상위범주, 22개 하위범주가 도출되었다.

〈표 Ⅷ-13〉 FGI 결과

주제	상위범주	하위범주
제한적이나 이용 가능한 서비스 마련	제공가능한 서비스 마련	장애보다는 지역주민으로, 제한된 환경에서 제공할 수 있는 서비스 제공
		집단 서비스에서 개별적 지원서비스 제공
	고령장애인에 대한 서비스 부재	물리적·심리적 제한으로 인한 서비스 부재
		장애인은 장애인복지관에서만 서비스받아야 한다는 인식
고령장애인 서비스 제공의 한계	장애가 고려되지 않은 연령기준	법정 연령기준(65세)으로 인해 서비스에서 배제됨
		실천현장에서만 통용되는 장애인의 조기노령
	고령장애인에 부합하는 보건의료 인력수급의 어려움	보건의료서비스 제공 인력의 부재
		동일한 업무의 다른 기준 적용
	제한적인 제도들	지방이양사업 등 지역 간 이해의 차이로 인한 지역별 편차
		고령장애인에게 적용되지 않는 제도들
고령장애인에게 적합한 적절한 기준 마련	고령장애인의 특성을 인정하는 제도 마련	고령장애인의 특성에 맞는 새로운 인력배치 기준
		장애의 특성을 인정하는 보건의료 욕구 해소를 위한 서비스 마련
	주거환경 개선	고령장애인의 유연한 입 · 퇴소 방안
		장애특성을 고려한 거주공간·거주 시설 마련
	유형별 기관의 경계 완화	지역사회 내 기관간 네트워크 강화
		고유 서비스에 대한 경계 완화 및 협력
		장애인에 대한 이해 확산
존엄한 노년 보내기	관계 맺기 및 유지	사회적 돌봄 체계 마련
		적합한 일자리 탐색 및 연결
		성공적 노화를 위한 지원
	보통의 삶으로 마무리 하기	요양병원 간병비 준비
		일상적인 장례절차 보내기

본 질적연구를 토대로 다음과 같은 제안을 하고자 한다. 첫째, 고령장애인에 대한 연령기준의 정의가 선행되어야 할 것이다. 장애유형별로 조기노화에 차이는 있지만 현장에서는 시설마다의 기준을 가지고 적용하고 있기 때문에 사회전반적인 기준을 가지고 있지 못하며, 노인에게 적용되는 기초연금, 장기요양보험의 적용에서 제외되고 있다. 고령장애인의 연령기준이 장애에 따라 다소 차이가 있을 수 있지만 현격히 노화가 일찍 찾아오는 유형부터 단계적으로 적용하는 것도 고려해 볼

수 있을 것이다.

둘째, 기존 시설의 재편과 신규 시설의 설치가 필요하다. 고령장애인이 지속적으로 활동할 수 있도록 기존에 이용하던 시설의 경우에는 나이가 들더라도 지속적으로 이용할 수 있도록 지침을 마련하고 다양한 형태의 새로운 시설이 마련되어야 할 것이다. 장애인복지관에서는 고령장애인이 이용할 수 있는 프로그램을 새롭게 개발해야 하며, 주간이용시설과 주간활동서비스시설도 연령제한의 확대, 또는 고령장애인 특화 주간이용시설과 주간활동서비스시설을 고려해볼 수 있겠다. 노인복지관에서는 장애노인도 함께 할 수 있다는 인식을 가질 수 있도록 장애인식개선 활동이 지속적으로 이루어질 수 있도록 지침을 마련하는 것이 필요할 것이다. 또한 기존 장애인시설을 이용하고 거주하는 장애인들의 의료적인 위급상황에 대처하기 위해 지역 내 의료시설들과 의무적인 네트워크를 형성할 수 있는 방안도 고려해 볼 수 있을 것이다. 경기도에서 시범사업으로 진행되고 있는 장애노인 쉼터를 전국적으로 확대하는 것도 고령장애인의 사회활동을 확대할 수 있는 의미있는 사례라고 할 수 있겠다.

셋째, 주거의 안정성 확보이다. 조기노화를 겪고 있는 장애인들이 안정적으로 일상을 영위하기 위해서는 1인실 확보가 필수적이다. 또한 시설의 소규모화 및 탈시설화로 인해 지역사회에서 살아온 장애인들이 노화를 겪으며 돌봄이 필요한 상황이 되었을 때 기존에 살았던 거주시설로 돌아갈 수 있도록 유연한 주거 이동이 필요하며, 더불어 가족과 함께 살았던 장애인의 경우에도 부모의 돌봄을 받을 수 없는 상황이 되었을 때 시설로 주거지를 이전할 수 있는 방안이 마련되어야 한다. 이러한 거주시설은 노령장애인을 위한 새로운 거주시설이 될 수도 있으며, 기존 거주시설의 변화도 고려할 수 있을 것이다.

넷째, 고령장애인에게 적절한 서비스를 제공할 수 있는 인력의 확보이다. 보건 · 의료서비스를 제공할 수 있는 인력, 정신적 어려움을 동반한 고령장애인에게 서비스를 제공할 수 있는 인력의 확보와 추가인력 배치를 위한 기준이 마련되어야 한다. 이와 더불어 요양병원 등에서는 보호자의 역할인 석션, 비루관, 위루관, 폴리카테터 등 간단한 처치가 사회복지시설 내에서도 합법적으로 이루어질 수 있는 지침이 마련되어야 한다. 이는 자신이 평생 살아온 곳에서 존엄한 생을 마감할 수 있는 기회를 제공하는 것이다.

다섯째, 고령의 장애인이라 하더라도 장애유형에 따라 집중적인 돌봄이 필요하기도 하지만 삶을 영위하기 위해 경제활동에 참여하는 것도 중요하며, 특히 지체장

애인은 일자리에 대한 욕구가 강한 것으로 나타났다. 경제활동이 가능한 고령의 장애인들에게 적합한 일자리를 확보하고 배치할 수 있는 지침이 마련되어야 할 것이다.

여섯째, 기존 제도의 재정비가 필요하다. 장기요양보험의 적용을 받지 못하는 요양상태의 고령장애인에게는 장기요양보험에서 제공하는 다양한 보조기기들이 필요하다. 그러나 장기요양등급을 받지 못해 돌봄에 유용한 도구들을 사용하지 못하고 있다. 또한 장애인거주시설에서 생을 마감하는 장애인의 경우 의료법과 가족법의 충돌로 사망진단서 발급이 어렵고, 연고 있으면 가족을 찾느라 많이 시간이 소요되고, 연고가 없는 경우에는 정부에서 제공되는 80만원으로는 제대로 된 장례를 치를 수 없는 것이 현실이다. 생의 마지막까지 적절한 돌봄과 생의 마무리를 할 수 있도록 기존 제도의 정비가 필요하며, 더불어 성공적인 노화를 맞이할 수 있는 교육지원 체계가 마련되어 존엄하게 생을 마감하고 준비할 수 있도록 지원이 필요하다.

2. 정책제언

본 연구결과 주요 쟁점에 따른 정책추진방향과 세부사업을 제시하면 다음과 같다. 총 17개 정책 추진방향과 65개 세부추진과제가 도출되었다.

〈표 Ⅷ-14〉 각 영역별 주요 쟁점 및 정책추진방향, 세부사업

분야	주요 쟁점 및 내용	정책 추진방향	세부추진과제
소득 보장	- 장애인연금 대상자 기준(단일 3급 제외) 문제	- 장애인연금 정책대상자 확대를 통한 고령장애인 빈곤율 감소	- 장애인연금 정책대상자(중증장애인)를 심한 장애인으로 확대 - 저소득 고령장애인의 경우, 심한장애인까지 기초급여 우선 확대 - 기초연금의 소득 인정 부문 개편 : 심한장애인 우선 적용 - 중고령 중증장애인 노후돌봄자산형성 사업 마련 - 중장년 근로장애인 세액공제 인센티브를 통한 노후 대비 강화 - 중장년 근로장애인 소득공제율 확대 - 장애인연금 부부감액 기준 폐지
	- 고령장애인의 부가급여 수준에 대한 적절성 문제	- 고령장애인 부가급여 현실화	- 장애인연금 부가급여를 성인장애수당으로 개편 - 부가급여 현실화 및 장애유형별 현물 및 바우처 확대
일자리	- 장기요양대상자 장애인일자리 배제 및 공공형일자리의 장기요양급여 대상자 제외 등 형평성 문제	- 고령장애인 사회참여 확대를 위한 장애인 일자리 개편 및 유인책 구축	- 장애인활동지원수급자 65세 도래 후 장애인활동지원제도와 장기요양제도 선택권 부여를 통한 장애인일자리 배제 책임성 부여 - 장애인일자리 대상자 선정기준 장기요양대상자 기준 삭제 - 장애인 일자리 대상자 선정 시 고령장애인 관련 패널티 완화 - 장애정도가 심한 고령장애인의 소득활동 시, 소득공제 강화 및 의료급여 탈락 방지 - 서비스지원종합조사 직장생활 기준 완화 : 복지일자리 포함 - 공공일자리 고령장애인의 사회참여 확대를 위한 주요 기준 완화

분야	주요 쟁점 및 내용	정책 추진방향	세부추진과제
	- 고령장애인에 적합한 직무 부족	- 고령장애인 적합 직무 개발	- 지속가능한 고령중증장애인 복지형 일자리 확대 - 노인일자리 고령장애인 시장진입 특화형 등 일자리 마련
	- 중대재해처벌법 적용, 고령장애인 사회참여 증가에 따른 고령장애인 일자리 환경 문제	- 안전한 환경 속에서 일할 수 있는 사업장 및 배치 및 수행기관에 대한 지원 강화 및 확대	- 고령장애인이 일할 수 있도록 고령장애인 훈련수당(신규) 마련 및 직무지원인 강화 - 중대처벌법 등 사업장 노력에 대한 인센티브 제공 - 고령장애인 고용 및 훈련 기관 대상 상해·배상책임보험 정부 지원 강화
돌봄	- 장기요양보험 우선적용에 따른 선택권 부재	- 장애인활동지원 수급자 65세 도래 이후 장애인활동지원제도와 장기요양제도 등 선택권 확대	- 장애인활동지원수급자가 65세가 도래된 경우, 장애인 활동지원제도 및 장기요양제도 선택권 1차 부여 - 현재 장기요양대상자로(보전급여 대상자 아님), 65세 이전에 장애등록 한 경우(활동지원수급이력 없음) 장애인활동지원제도 선택권 부여 - 장애인활동지원기관의 재가장기요양기관 운영 시, 기준 완화 - 활동지원사 요양지원 교육 이수 체계화
	- 신규등록장애인 활동지원서비스 이용 불가 문제	- 신규등록장애인 활동지원서비스 이용에 대한 재정적 검토 및 지원 방안 모색 필요	- 65세 이후 등록한 장애인 모두에게 활동지원서비스 선택권 부여 - 65세 이후 등록한 장애인 중 경제활동을 하는 경우, 활동지원서비스 선택권 부여 - 노인복지서비스에서 동행 및 이동지원 활성화
	- 돌봄통합지원 시범사업의 노인과 장애인 개별성을 고려한 세부 내용 부재 및 개별적인 돌봄 욕구 충족 한계	- 돌봄통합지원법(26년 시행)에 따른 장애인 건강노화를 위한 지역사회 내 체계 구축	- 노인 · 의료돌봄 통합지원 시범사업 내 고령장애인 모니터링 강화 - 65세 이하 장애인에 대한 돌봄 통합지원 시범사업 실시 및 전달체계 마련 필요
		- 개별적 돌봄 욕구 충족 강화	- 장애인복지시설들을 활용한 긴급돌봄서비스 운영모델 다양화 : 65세 삭제, 의료지원필요자 돌봄 강화 - 장애인복지시설들을 활용한 최중증통합돌봄서비스 운영모델 다양화 : 65세 삭제, 의료지원필요자 돌봄 강화

분야	주요 쟁점 및 내용	정책 추진방향	세부추진과제
	- 고령장애인 자립 및 활동 지원에는 부족한 노인맞춤돌봄서비스	- 노인맞춤서비스의 장애개별적 지원 강화	- 보호자 연령이 높거나, 영케어러 가족, 1인가구 고령장애인 특화사업 마련 - 생활지도사 장애이해교육 강화
건강	- 고령장애인 욕구에 미진한 장애인 건강주치의 제도	- 고령장애인 방문재활 및 장애인 건강주치의 사업 내실화	- 보건소 지역사회 중심 재활 사업 강화 - 장기요양대상자 재택의료센터 시범사업 대상자 고령장애인까지 단계적 확대 - 돌봄통합법 시행에 따른 지역장애인보건의료센터 고령 및 의료필요도가 높은 장애인 특화 사업 및 네트워크 구축 - 장애인 전담주치의의 지역장애인보건의료센터 다학제 팀 연계체계 강화 - 장애인 전담주치의 제도 운영 고도화 : 대상자 확대 및 방문 횟수 증대 - 한의 장애인 전담주치의 제도 시범사업 실시 - 고령장애인 가구 심리 및 정서지원서비스 강화 - 주간이용시설, 거주시설 등 장애인건강주치의 건강관리 확대
	- 지역장애인보건의료센터의 고령장애인 미충족 의료율 제고를 위한 편의서비스 개발 및 지원 부족	- 고령장애인 건강권 보장	- 와상장애인 및 의료적 기기 등 고령장애인 병이용 이동지원서비스 마련 - 권역 및 책임의료기관 등 장애의료편의통합지원창구 설치 - 간병비 국가 책임제 강화 - 가사·간병방문지원사업의 입원 지원 신규 마련 - 영양 및 식사지원사업 강화
거주	- 고령장애인 요양에 대한 노인복지시설 이용에 대한 관념적 사고 문제 - 요양 중심, 거주 중심 등 공동생활가정 및 거주시설 등 다양화 부족	- 고령장애인 장애친화 전문서비스 다양화 및 맞춤환경 지원 강화	- 장애인복지시설에서의 장기요양 재가 및 시설급여를 이용할 수 있는 운영체계 마련 - 특화된 중고령 발달장애인 장애인거주시설 운영체계 마련 및 확산 - 중고령 감각장애 거주시설 운영 체계 마련 및 확대 - 노인요양시설 내 요양보호사 장애이해교육 강화 - 지적장애 관련 치매 판정 기준 검토

분야	주요 쟁점 및 내용	정책 추진방향	세부추진과제
	- 장애인거주시설의 고령장애인 서비스 지원 역량 부족		
일상생활	- 65세 이상 고령장애인의 주간활동서비스 배제	- 주간활동서비스 및 긴급돌봄 등 고령장애인을 위한 서비스 체계 구축	- 주간활동서비스 연령 구분 삭제 - 주간활동서비스 장애유형별 운영 모델 - 다양화 - 고령 중증장애인 주거 환경개선 및 재난안전체계 구축 필요
	- 65세 이상 고령장애인의 긴급돌봄, 발달장애인긴급돌봄 서비스 배제 문제		
	- 주간이용시설의 (준)의료적 지원, 중고령장애 증가에 대한 지원 부재	- 고령장애인 지역사회 내 신규 낮활동서비스 장애유형별 맞춤 서비스 강화 및 모델 개발	- 중고령 주간이용시설 구축 및 운영 모델 확산 - 최중증발달장애 주간이용시설 운영 모델 확산(주간형) - 뇌병변 및 뇌성마비 등 (준)의료적 지원 전문서비스 주간이용시설 구축 및 확대 – 최중증통합지원 - 장애인쉼터 확대 - 특화 도농복합형 장애인복지관 확대 - 장애인가족지원센터 등 고령장애인 노후설계 및 웰다잉 등 전환서비스 강화 - 노노케어 가구 등 공공후견 대상자 확대 및 예산 지원 필요
	- 노인복지관, 발달장애인 중심의 장애인복지시설 이용 한계		
기타	- 장애유형별 고령장애인의 맞춤 복지용구 선택권 부재	- 고령장애인 보조기기 이용 기준 유연화	- 고령장애인 대상 건강보험 및 교부사업 보조기기 품목 장애유형별 선택권 유연화 - 보조기기 대여 서비스 기관 및 민간시장 확대
	- 장기요양복지용구 구입 대상자의 제한적 기준 문제		- 노인장기요양보험 복지용구 지급사업 대상자 고령장애인으로 확대 - 건강보험급여 고령친화 용품 확대
	- 노인학대 접수에 따른 우선 지원 문제	- 노인 안전체계 구축	- 노인학대기관들과 연계 강화 및 고령장애인학대쉼터확대

1) 소득보장

(1) 장애인연금 정책대상자 확대를 통한 고령장애인 빈곤율 감소

① 장애인연금 정책대상자(중증장애인)를 심한 장애인으로 확대 : 65세 우선 적용

우리나라의 노후소득보장체계는 전 국민 대상 공적연금인 국민연금 또는 특수직연금 등을 통해 노후의 근로소득감소 및 상실에 대한 1차 안전망 체계가 이루어져 있으며, 다음으로는 65세 이상의 70%를 대상으로 하는 기초연금과 전 국민의 저소득층의 생계를 지원하는 국민기초생활보장제도의 기초안전망으로 구성되어 있다. 이 외에도 노후소득보장을 위한 개인연금과 퇴직연금으로 구성되어 있다.

〈표 Ⅷ-15〉 한국 노후소득보장 체계

<table>
<tr><th colspan="2">구분</th><th colspan="3">일반소득계층</th><th colspan="2">저소득층</th></tr>
<tr><td colspan="2">대상자</td><td>직장 근로자</td><td>자영업자 및 그외</td><td>공무원, 사학교원 등</td><td>저소득층</td><td>빈곤선 이하</td></tr>
<tr><td rowspan="2">추가보장</td><td>3층</td><td colspan="3">개인연금(사적연금)</td><td colspan="2">-</td></tr>
<tr><td>2층
(준공적연금)</td><td colspan="3">퇴직연금, 주택연금, 농지연금
(준공적연금)</td><td colspan="2">-</td></tr>
<tr><td>1차 안전망</td><td>1층
(공적연금)</td><td colspan="2">국민연금</td><td>특수직연금</td><td colspan="2">-</td></tr>
<tr><td rowspan="2">기초 안전망</td><td rowspan="2">0층</td><td colspan="3" rowspan="2">-</td><td colspan="2">기초연금(장애인연금 부가급여)</td></tr>
<tr><td>-</td><td>국민기초생활 보장제도</td></tr>
</table>

장애인소득보장체계는 앞선 안전망 구조를 기반으로 2010년 장애인연금이 도입됨으로써 장애로 인한 소득상실 보전의 급여인 장애인연금의 기초급여가 지급되고 있다.[97] 65세 이후의 장애인은 장애인연금의 기초급여가 기초연금으로 전환되어 기존 급여를 동일하게 받게 되고, 아래와 같이 추가적으로 부가급여를 수령 받게 된다.

97) 장애인연금 급여액은 2014년 기초노령연금이 기초연금으로 개편됨으로써, 기초연금과 동일한 급여액 체계로 개편됨.

〈표 Ⅷ-16〉 장애인연금 지원금액('24년 기준)

구분	18~64세			65세 이상		
	기초급여*	부가급여	합계	기초급여	부가급여	합계
생계·의료급여 수급자(재가)	334,810원	90,000원	424,810원	기초연금으로 전환	424,810원	424,810원
생계·의료급여 수급자(시설)	334,810원	-	334,810원		-	-
주거·교육급여 수급자, 차상위	334,810원	80,000원	414,810원		80,000원	80,000원
차상위초과	334,810원	30,000원	364,810원		50,000원	50,000원

출처: 보건복지부(2024). 장애인연금사업안내

그렇다면 한국의 노후소득보장체계에서 고령장애인의 소득보장은 적절하게 작동되고 있는가? 아래의 표를 보면 고령장애인의 빈곤율(균등화가처분소득)은 47.6%로 약 10명 중 5명은 빈곤하다고 해석할 수 있다. 이는 비장애노인 37.5%에 비해 약 10.1%p 높은 결과이다. 특히 근로가능시기(18-65세 미만)의 장애인 빈곤율은 25.2%로 비장애인 9.3%에 비해 약 2.6배 이상 높은 것으로 나타났으며, 근로가능시기부터 빈곤을 경험한 장애인은 고령 시기까지 계속 빈곤층으로 유지되는 것으로 판단할 수 있다.

〈표 Ⅷ-17〉 연령별 빈곤율 및 빈곤갭 비율(2022년)

(단위: 만원, %)

구분		균등화시장소득		균등화가처분소득	
		빈곤율	빈곤갭 비율	빈곤율	빈곤갭 비율
전체	18세 미만	11.6	4.3	9.9	2.6
	18~65세	12.6	5.4	9.8	3.2
	18~44세	10.2	4.0	8.6	2.7
	45~64세	15.1	6.9	11.7	3.9
	65세 이상	57.8	34.7	38.9	14.0
장애인	18세 미만	21.3	13.6	14.8	6.1
	18~65세	33.4	22.2	25.2	8.4
	18~44세	32.3	19.2	20.7	7.8

구분		균등화시장소득		균등화가처분소득	
		빈곤율	빈곤갭 비율	빈곤율	빈곤갭 비율
	45~64세	38.0	23.4	27.8	9.0
	65세 이상	65.5	44.0	47.6	17.8
비장애인	18세 미만	11.5	4.2	9.8	2.5
	18~65세	11.7	4.8	9.3	3.0
	18~44세	9.7	3.7	8.4	2.6
	45~64세	13.9	6.0	10.9	3.6
	65세 이상	56.5	33.2	37.5	13.3

주: 가계금융복지조사 데이터 셋 재분석
자료: 조윤화 외(2024) 2024 장애인 빈곤 및 소득불평등 지표

고령장애인의 빈곤율을 감소시키기 위해서는 장애인연금 정책대상자 선정 기준을 현행 중증장애인(단일 3급 제외)에서 심한장애인으로 확대 할 필요가 있다.[98] 장애인연금의 장애정도 차이(심한장애인 중 중증장애인만 해당, 단일 3급 제외)에 따른 장애인연금 선정 기준 문제가 근로 불가능한 시기인 65세 이후에도 동일하게 적용됨으로써 저소득(생계 및 의료급여 대상자) 단일3급 고령장애인의 생계에 어려움을 주고 있다.[99] 사실 장애인연금 대상자 선정 기준을 전 연령대를 대상으로 확대 개편해야 하지만, 장애인의 노후 빈곤율을 감소시키기 위해서는 우선적으로 저소득(생계 및 의료급여 대상자) 고령장애인 중 심한장애인까지 확대할 것을 제안하고자 한다. 그 이유는 첫째, 65세 이상의 연령대는 노동시장의 은퇴시기로서 노후 생활을 누리는 시기이다. 즉 노동시장 구조 상 65세 이상의 연령대는 장애여부에 상관없이 노동시장에서 물러날 시기이다. 일을 하고 싶어도 노동시장의 구조 상 일할 수 있는 기회가 적어 주요 소득 등이 감소될 수 밖에 없기 때문이다. 둘째, 노후에 생계급여를 수급받고 있다는 뜻은 장애여부에 상관없이 앞선 노동시장의 고용 구조적 상황과 더불어 신체적 및 정신적 노화, 장애, 질환 등에 의해 소득 활동에 한계가 있다는 것을 의미한다.

따라서 저소득(생계 및 의료급여 대상자)의 고령장애인 중 단일 3급의 장애인들

98) 조윤화 외(2024)에 따르면, 장애정도가 심한 장애인의 소득활동은 장애정도와 무관하게 노동시장 환경이 영향을 주고 있으며, 또한 근로활동을 할 수 있는 신체적 제한 수준도 유사한 것으로 분석됨
99) 국민기초생활보장수급안내에 따르면 장애정도가 심한 장애인은 근로능력이 없음으로 판정하고 있어, 자활급여가 의무가 아님.

은 앞선 노동시장 환경 및 개인 요인 등 일할 수 없는 상황은 유사한데, 장애등급(2급+ 중복, 단일 3급)에 따라 급여가 6만원 ~ 42만원을 수급받아 상대적으로 생활고를 겪고 있는 것이다. 조윤화 외(2024)에 따르면, 단일 3급 장애인은 추가적으로 장애를 얻어야 하는지 고민하고 있었으며, 그들은 65세가 넘었기 때문에 장애정도와 무관하게 일할 수 없다고 하였다. 구체적으로 보면, 고령장애인 중 장애인연금 대상자는 생계급여와 더불어 추가적으로 42만원(장애인연금 부가급여 형태)을 지원받게 되어 총 113만원을 수급 받게 되며, 단일 3급은 생계급여에서 약 33만원이 제외된 생계급여와 기초연금 약 33만원, 장애로 인한 추가비용으로서 장애수당 6만원을 지원받아 총 77만원으로 생활하고 있다.

〈표 Ⅷ-18〉 연령대별 공적급여 현황(생계 및 의료급여 대상자 기준)

목적	급여 유형	근로가능연령 (18세-64세 미만)			은퇴연령 (65세 이상)		
		장애정도가 심한 장애인		심하지 않은 장애인	장애정도가 심한 장애인		심하지 않은 장애인
		중증 장애인	경증장애인		중증 장애인	경증장애인	
			단일 3급	그 외		단일 3급	그 외
총액		1,137,912	773,102	773,102	1,137,912	773,102	773,102
최저 생활보장	생계 급여	713,102	713,102	713,102	713,102	378,292	378,292
근로 어려움에 따른 소득보전	장애인 연금 (기초 급여)	334,810	-	-	-	-	-
	기초 연금					334,810 (기초연금)	334,810 (기초연금)
장애로 인한 추가비용	장애인 연금 (부가 급여)	90,000	-	-	424,810 (기초연금 + 부가급여)	-	-
	장애 수당	-	60,000	60,000		60,000	60,000

주: 연구자가 재정리함
출처: 보건복지부(2024). 장애인연금사업안내
보건복지부(2024). 국민기초생활보장사업안내

정리하면 근로가능시기의 저소득 장애인은 직업재활 및 장애인일자리 활동을 추가적으로 하더라도 소득공제를 통해 실제 소득보다 낮게 소득을 인정받게 되어, 생계급여와 더불어 총 소득을 증가시킬 수 있다. 그러나 65세 이후에는 소득활동을 추가적으로 할 수 있는 노동시장 환경과 기능적 제약에 한계가 있다. 따라서 고령장애인의 빈곤율을 감소시키기 위해서는 저소득층을 고령 장애인 대상으로 장애인연금 정책대상자를 심한 장애인까지 확대해야 할 것이다. 이후에는 모든 장애인으로 확장되어야 할 것이다. 아래의 표를 보면, 65세 이상의 심한 장애인 중 장애수당수급자수는 51,262(단일 3급)명, 45세-65세 미만은 64,407명으로 동 집단들이 장애인연금 대상자가 된다면 빈곤율이 상당히 낮아질 것으로 예측된다.

〈표 Ⅷ-19〉 급여유형 및 연령별 현황(장애정도가 심한 장애인)

(단위: 명, %)

구분		2023				2024			
		장애인연금 수급자		장애수당 수급자		장애인연금 수급자		장애수당 수급자	
전체	전체	346,404	100.0	137,870	100.0	341,563	100.0	140,516	100.0
	18-44세	102,628	29.6	24,260	17.6	101,445	29.7	24,847	17.7
	45세-64세	115,734	33.4	65,161	47.3	112,051	32.8	64,407	45.8
	65세 이상	128,042	37.0	48,449	35.1	128,067	37.5	51,262	36.5
지체	전체	48,891	100.0	27,112	100.0	47,159	100.0	27,111	100.0
	18-44세	4,548	9.3	622	2.3	4,202	8.9	561	2.1
	45세-64세	17,822	36.5	9,163	33.8	16,636	35.3	8,418	31.1
	65세 이상	26,521	54.2	17,327	63.9	26,321	55.8	18,132	66.9
시각	전체	23,548	100.0	2,697	100.0	22,810	100.0	2,765	100.0
	18-44세	2,482	10.5	135	5.0	2,366	10.4	128	4.6
	45세-64세	6,222	26.4	772	28.6	5,895	25.8	761	27.5
	65세 이상	14,844	63.0	1,790	66.4	14,549	63.8	1,876	67.8
청각	전체	29,606	100.0	7,418	100.0	28,438	100.0	7,302	100.0
	18-44세	3,627	12.3	138	1.9	3,468	12.2	126	1.7
	45세-64세	7,939	26.8	1,089	14.7	7,372	25.9	1,007	13.8
	65세 이상	18,040	60.9	6,191	83.5	17,598	61.9	6,169	84.5
언어	전체	2,658	100.0	1,603	100.0	2,644	100.0	1,629	100.0
	18-44세	190	7.1	95	5.9	190	7.2	86	5.3
	45세-64세	991	37.3	685	42.7	937	35.4	663	40.7
	65세 이상	1,477	55.6	823	51.3	1,517	57.4	880	54.0

구분		2023				2024			
		장애인연금 수급자		장애수당 수급자		장애인연금 수급자		장애수당 수급자	
지적	전체	100,492	100.0	31,302	100.0	100,811	100.0	33,051	100.0
	18-44세	63,070	62.8	13,663	43.6	62,445	61.9	14,564	44.1
	45세-64세	31,301	31.1	13,750	43.9	31,795	31.5	14,189	42.9
	65세 이상	6,121	6.1	3,889	12.4	6,571	6.5	4,298	13.0
뇌병변	전체	51,290	100.0	13,012	100.0	49,256	100.0	13,214	100.0
	18-44세	8,776	17.1	746	5.7	8,528	17.3	750	5.7
	45세-64세	14,197	27.7	4,858	37.3	13,663	27.7	4,812	36.4
	65세 이상	28,317	55.2	7,408	56.9	27,065	54.9	7,652	57.9
자폐성	전체	13,027	100.0	321	100.0	13,622	100.0	393	100.0
	18-44세	12,873	98.8	302	94.1	13,441	98.7	367	93.4
	45세-64세	152	1.2	19	5.9	179	1.3	25	6.4
	65세 이상	2	0.0	0	0.0	2	0.0	1	0.3
정신	전체	24,853	100.0	51,429	100.0	23,744	100.0	52,117	100.0
	18-44세	2,741	11.0	8,347	16.2	2,486	10.5	8,060	15.5
	45세-64세	16,803	67.6	33,752	65.6	15,622	65.8	33,531	64.3
	65세 이상	5,309	21.4	9,330	18.1	5,636	23.7	10,526	20.2
신장	전체	47,594	100.0	35	100.0	48,688	100.0	52	100.0
	18-44세	3,754	7.9	4	11.4	3,730	7.7	4	7.7
	45세-64세	19,072	40.1	20	57.1	18,779	38.6	30	57.7
	65세 이상	24,768	52.0	11	31.4	26,179	53.8	18	34.6
심장	전체	398	100.0	448	100.0	403	100.0	433	100.0
	18-44세	67	16.8	55	12.3	66	16.4	52	12.0
	45세-64세	78	19.6	134	29.9	78	19.4	128	29.6
	65세 이상	253	63.6	259	57.8	259	64.3	253	58.4
호흡기	전체	2,995	100.0	1,396	100.0	2,929	100.0	1,342	100.0
	18-44세	108	3.6	28	2.0	106	3.6	26	1.9
	45세-64세	787	26.3	422	30.2	736	25.1	353	26.3
	65세 이상	2,100	70.1	946	67.8	2,087	71.3	963	71.8
간	전체	122	100.0	76	100.0	118	100.0	89	100.0
	18-44세	4	3.3	7	9.2	3	2.5	12	13.5
	45세-64세	43	35.2	45	59.2	44	37.3	51	57.3
	65세 이상	75	61.5	24	31.6	71	60.2	26	29.2
안면	전체	268	100.0	138	100.0	259	100.0	140	100.0
	18-44세	31	11.6	16	11.6	26	10.0	17	12.1
	45세-64세	115	42.9	53	38.4	110	42.5	51	36.4
	65세 이상	122	45.5	69	50.0	123	47.5	72	51.4

구분		2023				2024			
		장애인연금 수급자		장애수당 수급자		장애인연금 수급자		장애수당 수급자	
장루·요루	전체	94	100.0	362	100.0	91	100.0	365	100.0
	18-44세	15	16.0	14	3.9	17	18.7	15	4.1
	45세-64세	20	21.3	85	23.5	22	24.2	86	23.6
	65세 이상	59	62.8	263	72.7	52	57.1	264	72.3
뇌전증	전체	568	100.0	521	100.0	591	100.0	513	100.0
	18-44세	342	60.2	88	16.9	371	62.8	79	15.4
	45세-64세	192	33.8	314	60.3	183	31.0	302	58.9
	65세 이상	34	6.0	119	22.8	37	6.3	132	25.7

주: 12월말 기준임
출처: 보건복지부 내부자료

② 기초연금의 소득 인정 부문 개편 : 심한장애인 우선 적용

우리나라는 노인 빈곤율을 감소시키기 위해 노인의 하위 70%를 대상으로 기초연금을 지급하고 있으며, 이는 장애인연금의 기초급여와 같다. 그러나 저소득층(생계급여) 노인의 경우, 기초연금을 소득인정액 산출 시 소득으로 산정하고 있어, 생계급여에서 기초연금을 감액한 금액이 생계급여로 지급되고 있다. 그 결과 아래표를 보면 저소득 노인 중 생계급여 대상자는 실제로 기초연금을 통한 소득의 확대가 없어 '줬다 뺏는' 급여인 셈이다. 이에 고령장애인의 실질 소득을 높이기 위해서는 기초연금을 소득으로 감액하지 않는 방안을 제안하고자 한다. 이 부분이 개편되면 앞선 65세 이상 심한장애로의 장애인연금 대상자 확대를 할 필요가 없을 것으로 사료 된다.

〈표 Ⅷ-20〉 65세 이상 생계급여 대상 공적부조 수준

구분	현행			개편안		
	장애인연금 대상자	단일 3급	비장애 노인	장애인연금 대상자	단일 3급	비장애 노인
총액	1,137,912	773,102	713,102	1,137,912	1,107,315	1,047,912
생계급여	713,102	378,292	378,292	713,102	713,102	713,102
장애인연금 기초급여	-	-				
장애인연금 부가급여	-	-		90,000		
장애수당	-	60,000			60,000	
기초연금	424,810	334,810	334,810	334,810	334,810	334,810

③ 중고령 중증장애인 노후돌봄자산형성 사업 마련

고령장애인의 빈곤율을 막기 위해는 중장년 장애인 특화형 자산형성사업 등의 도입을 고민할 필요가 있다. 자산형성사업은 희망저축계좌(Ⅰ·Ⅱ), 청년내일저축계좌 등이 대표적이다. 동 사업은 일하는 생계·의료 수급 가구, 차상위 계층 가구, 기준 중위 100% 이하 가구의 청년을 대상으로 한다. 특히 동 사업의 소득 범위는 국가 또는 지자체가 인건비를 지급하는 재정 지원 일자리(공공근로 등) 및 사회적 일자리 서비스 사업(노인·장애인·일자리 사업 등)은 제외되며, 주 대상은 저소득층과 청년(만19세-39세 사이)이다. 따라서 국민기초생활보장 대상 장애인은 생계급여 및 의료급여 탈락에 대한 두려움과 신체적 및 정신적 장애로 인한 근로 한계, 효율성 중심의 노동시장 구조 때문에 공공일자리에서 경제활동을 하고 있을 가능성이 높아, 국가가 설계한 자산형성사업에 들어가는 것이 현실적으로 매우 어려울 수 밖에 없다. 특히 약 110만원의 공적급여로 생활하는 것조차 어려움이 있기 때문에 저축을 생각할 수 없을 것이다.

따라서 장애인 특수성을 고려한 자산형성사업이 마련될 필요가 있다. 그 예로 서울시의 중증장애인 자산형성지원(이룸통장)사업을 들 수 있다. 동 사업은 중증장애 청년(만 15세 이상 ~ 만 39세 이하)의 성인기 준비와 자립씨앗자금 마련이 목적으로, 소득인정액이 기준중위소득 100%이하인 가구를 대상으로 한다. 본 사업은 공공일자리 등에 따른 근로소득을 인정해 주고 있어, 노동시장에서의 고용 불안정 한 중증장애인의 특성을 고려한 것으로 볼 수 있다.

정리하면 장애안 노년기 준비와 노년기 돌봄자금마련을 위해 중장년(39세~64세)의 중증장애인을 대상으로 하는 중증장애인 노후돌봄자산형성지원 사업을 구상해 볼 것을 제안한다. 현재 기준중위소득 100% 이하를 대상으로 하고, 적립액은 서울시 기준을 차용할 수 있다. 이는 중장년부터 안정적 자산을 마련함으로써 노후에 신체적 돌봄 위험과 경제적 위험에 대비하는 역할을 할 수 있을 것으로 사료된다.

〈표 Ⅷ-21〉 중증장애인 노후돌봄자산형성지원 사업(안)

본인저축액(선택)	10만원	15만원	20만원
시비 지원금	15만원	15만원	15만원
월 적립금	25만원	30만원	35만원
적립금(3년)	900만원 + 이자	1,800만원 + 이자	1,260만원 + 이자

④ 중장년 근로장애인 세액공제 인센티브를 통한 노후 대비 강화

중장년 근로장애인(35세-64세)의 세액을 공제하는 것을 제안한다. 근로장애인은 근로지원인, 활동지원인 등에 대해 본인부담금을 지출하고 있다. 즉 저소득층에 비해 소득이 높다는 이유로 근로지원인과 활동지원인의 본인부담금을 지출하는 것이다. 근로장애인이 지속적으로 노동시장에서 소득활동을 하기 위해서는 소득공제와 세액공제 등이 확대될 필요가 있는데, 특별세액공제로서 가구특성항목을 신설하여 활동지원, 근로지원 자부담에 대한 세액공제 비율을 산정할 것을 제안하고자 한다.

⑤ 중장년 근로장애인 소득공제율 확대

2025년 들어 노인 소득공제 연령이 75세에서 65세로 확대되었다. 과거에는 75세 이상의 노인 근로자만 근로소득 공제 대상이었으나, 최근 2025년 만 65세 이상으로 확대되어 65세에서 74세에 경제활동을 하는 노인들이 제도권 내로 편입되어 세금 부담이 줄어들 것으로 보인다. 이로 인해 65세 이상의 노인은 근로소득 공제 활대로 체감 소득이 증가하고, 기초연금 수급 자격 범위에도 좀 더 유리해지는 효과를 기대할 수 있는 것이다. 이는 노인 빈곤율을 낮추는데 상당한 효과를 줄 것으로 기대된다. 사실 장애인의 근로활동시기의 빈곤율은 25.2%로 비장애인9.3%에 비해 약 2.6배 이상 높은 상황이다. 또한 가장 노동시장에서 안정적인 활동을 할 시기인 중장년층의 빈곤율도 27.8%로 비장애인 10.9%로 약 2.6배를 지속 유지하고 있다. 따라서 중장년 근로장애인부터 소득공제율을 확대하여 경제활동을 지속하고, 노후의 소득을 보장하는 방안을 제안하고자 한다. 예를 들면, 등록장애인 중에서도 중장년층 장애인에게 60만 원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가 공제하는 방안을 제안하고자 한다.

한국장애인개발원
www.koddi.or.kr

〈표 Ⅷ-22〉 수급(권)자 유형별 근로·사업소득 공제 현황

공제 대상 수급(권)자	공제대상 소득	공제율
- 등록장애인	- 장애인 직업재활사업·정신질환자 - 직업재활사업 참여 소득	20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 50% 추가공제
- 30세 이상 초·중·고등학생	- 근로·사업소득	20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가공제
- 29세 이하에 해당하는 수급(권)자 - 대학생	- 근로·사업소득	40만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가공제
- 아동시설퇴소 및 가정위탁보호종료 후 5년 이내의 자립준비청년 - 청소년복지시설 퇴소 후 5년 이내의 가정 밖 청소년	- 근로·사업소득	60만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가공제
-「한부모가족지원법」에 따른 청소년한부모(24세 이하)	- 근로·사업소득	60만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가공제
- 65세 이상 노인 - 등록장애인 - 북한이탈주민	- 근로·사업소득	20만원을 공제하고, 나머지 금액에 대해 30% 추가공제
- 임신 중에 있거나 분만 후 6개월 미만의 여성	- 근로·사업소득	30%
- 사회복무요원, 상근예비역 (단, 대체복무에 따른 급여 등 비과세 근로소득은 소득산정 및 공제 대상이 아님)	- 근로·사업소득	30%
- 행정기관 및 공공기관의 행정인턴 참여자	- 행정인턴 참여소득	30%

출처: 보건복지부(2024). 국민기초생활보장사업안내

⑥ 장애인연금 부부감액 기준 폐지

장애인연금과 기초연금은 부부가 동시에 수급받을 경우, 급여비의 20%를 감액한다. 감액 제도를 완화 또는 폐지하는 방안을 제안한다. 이는 부부가구의 경제적 안정에 도움이 상당히 될 것으로 판단된다.

(2) 고령장애인 부가급여 현실화

① 장애인연금 부가급여를 성인장애수당으로 개편

장애인연금제도 정합성을 높이기 위해 장애로 인한 추가비용의 목적인 장애인연금 부가급여를 장애수당, 장애아동수당과 같은 성격으로 장애인연금에서 분리하는 것을 제안한다. 현재 장애인연금은 소득상실에 대한 소득보전(기초급여)과 장애로 인한 추가비용 지원(부가급여) 등 두 가지 목적을 가지고 있다.

〈표 Ⅷ-23〉 현행 장애수당 현황

목적	18세 미만	만 18세 이상-64세 미만	65세 이상
중증장애	장애아동수당 (22만원, 생계 및 의료)	장애인연금 부가급여 (9만원)	장애인연금 부가급여 (9만원)
경증장애	장애아동수당 (11만원, 생계 및 의료)	장애수당 (6만원)	장애수당 (6만원)

장애인연금의 부가급여는 장애로 인한 추가비용에 대한 지원 급여로서, 장애수당과 장애아동수당의 성격과 일치한다. 따라서 장애인연금과 다양한 장애수당의 목적을 무엇으로 두느냐에 따라 제도의 정합성이 확보될 것으로 보이는데, 현재는 장애인연금은 두 가지 목적을 두고 있기 때문에 장애인연금제도의 부정합성 나타난다고 볼 수 있다. 이에 윤상용(2021)은 장애인연금의 기초급여와 장애로 인한 추가비용을 두 가지로 개편할 것을 제안하였으며, 이에 대해 조윤화 외(2023)에서도 유사한 방안을 제안한 바 있다. 본 연구에서 살펴본 일본 사례에 따르면, 20세 이상과 20세 미만의 중증장애인(부모, 장애아동)으로 분류하여 장애로 인한 추가비용을 지원하고 있다. 구체적으로 보면 첫째, 20세 이상의 사람으로 심각한 정신 및 신체적 장애로 인해 어려움이 있는 경우에는 소득기준이 일정액 이하 시 특별장애인수당을 매월 29,590엔(2025년 기준)을 지원하고 있다. 둘째, 20세 미만의 중증장애아동을 돌보는 부모에게 특별아동부양수당(1급: 매월 56,800엔, 2급 : 매월 37,830엔)을 소득기준 이하 시 지급하고 있다(2025년 기준). 그리고 장애아복지수당은 중증장애아에게 16,100엔을 월 단위로 지급하는데(2025년 기준), 시설이 아닌 재가 중증장애아동에게 소득기준 이하 시 지급되고 있다. 일본은 중증 성인장

애인과 장애아동을 대상으로 장애수당이 구축되어 있으며, 장애아동의 경우 그 부모에게도 급여를 제공하고 있는 것을 알 수 있다.

따라서 장애인연금의 부가급여를 성인장애수당으로 명칭을 변경하고, 장애로 인한 추가비용의 목적을 명확히 할 필요가 있다.

② 부가급여 현실화 및 장애유형별 현물 및 바우처 확대

고령장애인의 부가급여 현실화가 필요하다. 앞서 제시한 바와 같이 장애로 인한 추가비용에 대한 장애인소득보장제도로는 장애아동, 장애수당, 장애인연금 부가급여가 있다. 각각의 정책대상자가 다르지만, 그 목적은 같다. 현재 고령장애인 중 중증장애인의 추가비용은 9만원이며, 단일 3급은 6만원이다. 보훈급여의 경우 '2024년도 보훈급여금 월지급'에 따르면 고령수당이 약 9만원으로 선정되어 있다(보훈처, 2024). 장애인연금의 부가급여는 현재는 중증 9만원, 경증 6만원으로 동결되어 있는 상황으로 2023장애인실태조사 재분석(부모사후대비비 제외) 결과에 의하면, 장애정도가 심한장애인 9만원, 심하지 않은 장애인 6만원으로 분석되었다. 그러나 장애유형별 급여액의 차이를 보이고 있는데, 즉 뇌병변, 신장장애, 장루·요루장애인은 15개 장애유형의 월평균 추가비용 보다 상대적으로 높은 것으로 나타났다.

따라서 장애유형별 추가비용에 대해서는 현물서비스(재난적의료비, 장애인건강주치의등)와 의료소모품 등에 대한 바우처 지원을 확대할 필요가 있다. 예를 들면, 최중증 뇌병변 장애인은 평생 대소변흡수용품을 사용해야 하므로 일상생활에서의 불편함과 경제적 부담을 감소시키기 위해 대소변흡수용품 구입비의 50%를 지원(최대 7만원 한도)하는 서울시 사업을 예로 들 수 있다,[100] 또한 희귀질환자를 대상으로 하는 요양급여비 지원(희귀질환 관련 본인부담금), 만성신장병 요양비 지원(만성신장병 환자가 의사의 처방전에 의하여 복막관류액 및 자동복막투석의 소모성 재료를 요양기관 외의 의약품 판매업소에서 구입·사용한 경우), 인공호흡기 및 기침유발기 대여료의 본인부담금 10% 지원(106개 질환, 건강보험가입자(환자·부양의무자가구의 소득·재산기준 만족자)로서 국민건강보험공단에서 인공호흡기 대여료 및 기침유발기 대여료를 지원받는 대상자), 보조기기 본인부담금 모두 지원(96개 질환으로 장애등록법에 등록한 경우), 간병비 매월 30만원 지원(의료급여 수

100) 일상생활동작검사서의 수정바델지수 중 배변조절과 배뇨조절점수가 2점 이하를 기준으로 하고 있으며, 월 7만원 지원

급자 및 차상위 본인부담금 대상자, 건강보험가입자)[101], 특수조제분유 및 저단백 즉석밥 구입비 지원(28개 질환, 의료급여 수급권자 및 차상위 본인부담경감대상자, 건강보험가입자)[102], 옥수수전분 구입비 지원(9개 질환)[103]을 들 수 있다.

이외에도 '외래 진료 시 주기적으로 의사의 처방에 따라 구입(사용)해야 하는 치료재료의 본인부담액 경감 적용기준'으로서 장애인복지법시행령[별표1]제14호에 따른 장루·요루장애인 대상으로 장루·요루용 주머니(Bag), 피부 보호부착판(Flange) 및 Ostomy용 액세서리 등 총액의 20%를 본인부담하는 것 등이다.

〈표 Ⅷ-24〉 65세 이상 장애로 인한 월평균 추가비용(부모사후 대비비 제외)

(단위: 만원)

구분	장애정도가 심한 장애인	심하지 않은 장애인
전체	8.9	6.0
지체	7.8	7.9
뇌병변	**12.9**	6.8
시각	4.6	3.5
청각	2.9	4.1
언어	2.6	6.4
지적	8.8	-
정신	4.5	-
신장	**14.8**	0.3
심장	6.8	3.8
호흡기	8.1	7.1
간	3.1	17.2
안면	5.3	6.7
장루·요루	**15.1**	5.2
뇌전증	-	1.4

주: 1) 생계 및 의료급여 대상자를 기준으로 분석함
2) 2023년 장애인실태조사 재분석 결과임

101) 근육병 등 100개 질환자로 '장애의 정도가 심한 장애인' 중 지체 또는 뇌병변 장애정도가 별도의 의학적 기준을 충족하는 자(지체장애끼리 합산장애 외의 종합장애를 인정하지 않으며 기존 지체장애1급 또는 뇌병변장애1급에 준하는 기준임)

102) 만 19세 이상만 지원 가능하며, 특수조제분유 : 연간 360만원 이내, 저단백즉석밥 : 연간 168만원 이내 지원

103) 연간 168만원 지원

〈표 Ⅷ-25〉 희귀질환자 대상 의료지원 사항

요양급여 중 본인부담금 (산정특례 등 건보가입자 혜택 적용 후 잔여 비용)	간병비	보조기기 구입비	특수식이 구입비
• 희귀질환 및 그 합병증으로 인한 진료의 요양급여비용 중 본인부담금(1,338개) - 만성신장병 요양비 포함 (N18) • 인공호흡기 및 기침유발기 대여료(근육병 등 106개 질환자에 한함)	• 월 30만원 지급 • 근육병 등 100개 질환자로 '장애정도가 심한 장애인' 중 지체 또는 뇌병변 장애정도가 별도의 의학적기준을 충족하는 자 (※ 지체장애끼리 합산 장애 외 인정하지 않으며, 기존 지체장애 1급 또는 뇌병변장애 1급에 준하는 기준임)	• 장애인 보조기기 구입에 소요된 요양급여 비용 중 본인부담금 • 근육병 등 96개 질환자에 한함	• 특수조제분유(만 19세 이상, 28개 질환) : 연간 360만원 이내 • 저단백즉석밥(만 19세 이상, 28개 질환) : 연간 168만원 이내 • 옥수수전분(9개 질환) : 연간 168만원 이내 ※ 옥수수전분은 만 18세 미만 소아청소년은 소득재산조사 면제

2) 일자리

(1) 고령장애인 사회참여 확대를 위한 장애인 일자리 개편 및 유인책 구축

① 장애인활동지원수급자 65세 도래 후 장애인활동지원제도와 장기요양제도 선택권 부여를 통한 장애인일자리 배제 책임성 부여

장애인활동지원수급자의 65세 이후 장기요양서비스 판정 결과에 따른 장애인일자리 및 공공일자리 탈락 문제, 공공형일자리의 장기요양급여 대상자 제외 등 형평성 문제 등을 해결하기 위한 방안은 다음과 같다.

장애인활동지원수급자가 65세 도래 후 장애인활동지원제도와 장기요양제도를 선택할 수 있도록 할 필요가 있다. 현재는 장애인활동지원수급자가 65세가 되면 장기요양판정을 절대적으로 받아야 하며, 장기요양대상자로 선정되면 반드시 장기요양서비스를 이용해야 한다. 즉 장애인일자리 정책에서의 쟁점은 장기요양등급판정을 받는 사람이 장애인일자리에서 탈락되는 부분이다. 장애인일자리에서 일하는데 어려움이 있는 집단으로서 장기요양대상자의 등급을 받는 자를 규정하는 것은 일자리 정책의 목적에 부합할 수 있다. 그러나 장애인의 경우에는 65세가 도래하면 장기요양보험가 우선적으로 적용됨으로써 획일적인 기준에 의해 제도에 의해 보전급여를 받는 고령장애인은 기존의 일자리에서 탈락되거나, 장애인일자리에 참여할 수 없게 되는 것이 쟁점이다.

장애인에게 65세 도래 시 장애인일자리를 고려하여 장기요양보험제도와 활동지원제도를 선택하는 권리가 있다면 동 문제는 개인이 선택하였기 때문에 큰 이슈가

되지 않을 수 있다. 그러나 돌봄서비스에 대한 선택권이 부재하여 2차적으로 나타나는 일자리 탈락은 우선적으로 장애인활동지원제도에서 개선되어야 할 부분이라 볼 수 있다. 따라서 장기요양대상자로 선정 되더라도 기존 활동지원서비스를 받을 수 있는 선택권을 당사자에게 부여하여, 다양한 일자리에서의 배제 문제를 책임 질 수 있도록 해야 할 것이다.

② 장애인일자리 대상자 선정 기준 장기요양대상자 기준 삭제

앞선 활동지원제도 선택권에 대한 개편방안을 마련하기 전에 우선적으로 현행 장애인일자리 사업 참여신청 제외대상인 장기요양등급판정을 받은 사람의 기준을 삭제하는 것을 제안하고자 한다. 활동지원제도와 장기요양제도의 선택권 부여는 재정추계와 밀접한 연관이 있기 때문에 상당한 시간이 소요될 것으로 판단된다. 따라서 장애인일자리에서 탈락하지 않도록 동 기준을 삭제할 것을 제안한다.

③ 장애인 일자리 대상자 선정 시 고령장애인 관련 패널티 완화

본 연구의 장애인실태조사 재분석(2020)에 따르면, 노인들의 77%이상이 생계 때문에 일을 하고 있으며, 고령장애인은 정부부처 및 지자체에서 추진 중이 재정지원일자리에서의 노동환경이 더 적합할 수 있다. 본 연구결과에서도 고령장애인은 노인일자리의 참여 보다는 장애인일자리를 더 선호하고 있는 것으로 나타났다. 이에 장애인일자리 대상자 선정 기준에서의 패널티를 검토할 필요가 있다. 현재 반복참여 제한 대상 중 예외 대상으로 65세 이상인 사람들은 2년을 초과하여 참여가 가능하도록 되어 있다. 구체적으로는 65세 이상인 사람들, 장애정도가 심한 장애인, 65세 이상인 사람, 장애인일자리사업 행정업무 지원을 위한 전담지원행정도우미, 전문자격이 필요한 특화형 일자리 사업에 참여하는 사람이다. 그러나 65세 이상인 사람 중 최근 3년간 연속참여자에 대해서는 선발 득점 총점의 5% 이상 감점 하도록 되어 있어 고령장애인의 일의 연속성 측면에서 보면, 이는 고령장애인의 취업 기회를 감소시키는 전략이기 때문에, 동 기준을 삭제할 필요가 있다.

④ 장애정도가 심한 고령장애인의 소득활동 시, 소득공제 강화 및 의료급여 탈락 방지

본 연구의 노인실태조사 재분석에 따르면 노인들의 77%가 생계 때문에 일을 하는 것으로 나타났다. 더 일을 하고 싶어도 고령장애인은 의료급여 탈락의 두려움으

로 급여가 높은 일자리를 선택하지 못하고 있다. 현재 등록장애인의 소득공제로는 장애인 직업재활사업 등에 참여하면 20만원을 공제하고, 나머지 금액에 50%를 공제하고 있다. 공제내용 중 가장 공제비율이 높은 집단이다. 따라서 고령장애인의 경우에는 40만원을 공제하고 50% 추가 공제할 것을 제안한다. 즉 복지형 일자리(주14시간, 월56시간)를 다니더라도 대부분이 공제됨으로써 가처분소득을 높일 수 있는 방안이다. 이외에도 고령장애인이 일하여 급여가 높아지더라도 장애정도가 심한 장애인의 경우에는 의료급여 탈락을 방지할 것을 제안한다.

⑤ 서비스지원종합조사 직장생활 기준 완화 : 복지일자리 포함

서비스지원종합조사의 사회활동은 직장생활과 학교생활로 구분하여, 총 24점을 부여하고 있다. 그러나 현재 서비스지원종합조사의 직장생활은 상시 종사하는 직장에 다니는 등 소득활동을 하는 것으로 확인되는 경우에만 한한다. 예를들면 장애인복지관, 지역사회복지관 등 직업재활 프로그램에 참여하는 경우와 복지형일자리(고용보험과 산재보험)는 직장생활로 간주하고 있지 않고 있다. 따라서 복지형일자리 등도 사회참여로 간주하여 장애인의 사회참여 확대에 기여할 것을 제안한다.

⑥ 공공일자리 고령장애인의 사회참여 확대를 위한 주요 기준 완화

고령장애인의 사회참여를 확대하기 위해서는 장기요양 대상자라 하더라도 장애인 일자리 및 공공일자리에서 예외적 기준을 마련할 필요가 있다. 본 연구의 노인실태조사 재분석에 따르면 노인들의 77%가 생계 때문에 일을 하는 것으로 나타났다. 장애인소득보장이 확대되지 않고서는 고령장애인의 일에 참여는 계속 될 수 있다. 따라서 장애인일자리 뿐만 아니라 공공일자리에서 장기요양대상의 경우에도 일을 하고자 하는 사람의 경우에는 선택할 수 있는 예외적 기준을 마련해야 할 것이다. 이는 장애인일자리 뿐만 아니라 공공일자리에서도 동일하게 적용해야 한다.

(3) 고령장애인 적합 직무 개발

① 지속가능한 고령중증장애인 복지형 일자리 확대

65세 이상 고령장애인 대상 직무 및 노인일자리가 확대할 필요가 있다. 한국장애인개발원 3분기 장애인일자리 참여현황(2024)에 따르면, 55세 이상 장애인일자

리에 참여하는 비율은 전체 31,546명중 장애인 중 50% 이상을 차지하고, 65세 이상은 34,2%이다. 주로 복지형일자리에 8천569명이 참여하고 있어, 전체 장애인 일자리 참여하고 있는 고령장애인의 74%이다. 따라서 고령장애인이 일할 수 있는 다양한 직무개발과 사업이 마련될 필요가 있다. 노인일자리사업도 노인의 절반 이상이 63.5%가 공익형에 참여하고 있다. 공익형 급여는 월 29만원으로 기초연금수급자만 가능하다. 즉 노인일자리의 공익형은 저소득층의 소득보장측면에서 지원되고 있는 사업이라 할 수 있다. 한편 장애인일자리 중 복지형(538천원, 주14시간, 월56시간) 또는 시간제 일자리(1,005천원, 주20시간)는 노인일자리 급여(공익형)에 비해 약 2배 이상 높은 상황이다. 따라서 고령장애인은 노인일자리 보다는 장애인일자리를 선호할 수 밖에 없는 급여 구조이며, 노인일자리의 노동강도가 상대적으로 장애인일자리에 비해 센 편이며, 고령의 체력 특성에 따라 4시간 이하를 선호하고 있었다(조윤화 외, 2023). 따라서 장애인일자리의 복지형일자리의 확대가 필요하며, 관련하여 사회참여형 직무개발이 요구된다.

② 노인일자리 고령장애인 시장진입 특화형 등 일자리 마련

노인일자리 사업에는 다양한 내용의 시장진입형 사업들이 있다. 동 사업들을 검토하여 장애인이 일할 수 있는 일자리, 식당, 농농케어사업, 편의점 사업 등의 일자리를 확대할 필요가 있다. 고령장애인을 대상으로 하는 시장진입 특화형을 마련할 것을 제안한다.

(4) 안전한 환경 속에서 일할 수 있는 사업장에 대한 지원 강화 및 확대

① 고령장애인 훈련수당(신규) 및 직무지원인 우선 지원

고령장애인 증가에 따른 직업지원 체계를 강화할 필요가 있다. 현행 장애인고용공단은 중증장애인의 고용을 위해 직무에 필요한 직장 기술과 취업 전 사업체 현장에서 직무지도원을 배치하여 지도하고 있다. 훈련인 대상 지원금액은 훈련준비금(40,000원) 및 훈련수당(1일 18,000원), 사업주는 1인당 1일 19,340원이 지원되고, 훈련기간 동안 직무지도원이 배치된다. 중증장애인 외에도 고령장애인의 직업지원을 강화하기 위해서 훈련수당(건강지원수당)을 추가 신설하여 식사비용 1만원 수준을 추가할 필요가 있다. 또한 직무지원인을 우선 지원해야 할 필요가 있다.

② 중대처벌법 등 사업장 노력에 대한 인센티브 제공

2022년부터 시행된 중대재해처벌법은 고용주가 근로자 안전과 건강에 대해 더욱 철저히 관리해야 하는 의무를 부여했다. 이는 고용주의 근로자 안전에 대한 법적 책임의 강화로 근로자의 복지를 향상시키는데 의미가 있지만 상대적으로 안전과 건강 위험에 노출될 가능성이 높은 장애인에 대한 고용에 영향을 줄 수도 있다, 이에 중대재해처벌법에 따른 안전관리를 위한 산업안전업체 위탁 비용과 사업주를 위한 지원체계를 마련할 필요가 있다. 이에 안전한 환경에서 일할 수 있도록 중대처벌법 등 사업장 노력에 대한 인센티브를 마련하는 안으로 산업안전업체 위탁비용 지원을 확대할 필요가 있다. 대상기관은 고령장애인이 있는 사업장을 우선 적용할 것을 제안한다.

③ 고령장애인 고용 및 훈련 기관 대상 상해·배상책임보험 정부 지원 강화

고령장애인을 고용하고 있는 기관들을 대상으로 상해·배상책임보험 가입 지원을 검토할 필요가 있다. 현재 시각장애인안마사 파견 및 발달장애인 요양보호사 보조의 경우 '특화형일자리 전문인배상책임 보험'을 가입하도록 지원하고 있다. 현재 중증장애인직업재활지원사업을 추진하고 있는 기관의 경우 직업적응훈련생 상해보험을 가입해 주고 있으며, 노인일자리 및 사회활동 지원사업의 경우, 노인공익활동사업과 공동체사업단을 대상으로 상해보험을 그리고 노인역량활용사업과 선도모델, 아이돌봄지원사업의 경우 배상책임보험을 지원하고 있다. 장애인일자리의 경우에는 상해보험을 가입하도록 하고, ESG 실천을 위한 전략으로 민간보험 또는 금융관련 공공기관 등과 같은 곳과 연계하여 고령장애인 상해 및 배상보험 상품을 개발함으로써, 보험료는 지자체 및 정부 매칭으로 지원하는 방안을 검토할 필요가 있다.

최근 서울시의 경우 '웰컴키즈 안심보험'을 출시하였는데, 그 이유는 노키즈존 운영하는 큰 이유 중 하나가 안전사고 우려 때문으로, 영업장 내에서 안전사고가 발생했을 경우 법률상 배상책임, 치료비 등을 최대 2천만원까지 보장받을 수 있는 상품이다. 동 사례를 토대로 고령장애인을 고용하는 장애인일자리 수행기관 등이 가입할 수 있는 상품의 개발을 검토할 수 있다.

3) 돌봄

(1) 장애인활동지원수급자가 65세 도래 이후 장애인활동지원제도와 장기요양제도 등 선택권 단계적 확대

① 장애인활동지원수급자가 65세가 도래된 경우, 장애인 활동지원제도 및 장기요양제도 선택권 1차 부여

장애인활동지원수급자가 65세 도래 이후 장애인활동지원제도와 장기요양제도 등 두 제도를 선택할 수 있도록 제도들이 개편되어야 할 것이다. 우선적으로 장애인활동지원수급자가 65세가 도래된 경우에는 선택권을 부여할 필요가 있다.[104] 현재는 장애인활동지원수급자의 경우 65세가 도래되면 획일적으로 장기요양등급을 판정받아야 한다. 사실 장기요양등급을 받게 되는 경우에는 전체 총 시간 측면에서는 보전급여를 통해 지원받게 되기 때문에 큰 차이를 보이지 않는다. 다만, 장기요양대상자를 제외하는 사회서비스 선정 기준에 해당되는 경우, 활동지원서비스 제도의 선택권 부재 때문에 탈락되거나, 장기요양대상자가 됨으로써 집 안에서 계속 머물러야 하는 상황 및 본인부담금 증가(활동지원제도 4%~10%, 장기요양 15%)문제,[105] 서비스제공기관 및 서비스 제공자의 변경 등의 문제가 있을 수 있다. 예를 들면, 일을 하고 있는 대상자의 경우, 직장을 다니고 있거나(산재 및 고용보험 제외), 장애인일자리에서 전일제, 시간제 일자리에 참여한 경우에는 65세가 넘어가면서 장기요양대상자로 선정 될 경우, 장애인일자리에서 탈락하게 된다(2024년 기준).[106] 이로 인해 서비스 지원 종합조사에서 사회활동인 직장생활 24점이 감액된다. 이는 총점수가 40점 정도가 감소되어 활동지원급여구간이 낮아질 가능성이 높다. 특히 이러한 활동지원급여구간의 감소는 지자체의 추가지원 급여

104) 프랑스의 경우, 기존 활동지원수급자는 계속적으로 이용할 수 있다. 즉 프랑스의 활동지원대상자의 신청기준은 20세에서 60세이지만, 기존 활동지원대상자들은 60세가 된다고 해서 반드시 장기요양판정을 받지 않음. 기존 이용자들의 경우에는 계속 이용할 수 있으며, 특히 필요시 장기요양서비스도 이용할 수 있으며, 다시 활동지원수급으로 전환도 가능함. 두 서비스별로 서비스 내용의 차이가 있기 때문에 당사자가 자신의 상황에 맞도록 선택하고 있음.

105) 활동지원서비스 본인부담금은 생계 및 의료급여대상자는 무료임. 국민기초생활보장수급자 내 의료급여대상자 외 의료급여법 상 의료급여대상자 및 차상위의 경우, 2만원 부과함. 차상위계층 이상은 구간에 따라 4~10%의 본인부담금을 규정하여, 최소 4만원에서 209,200원까지 분포함(12구간을 기준으로 보면, 총 2,495,000원으로 본인부담금은 수급자는 무료, 차상위는 2만원, 기준중위소득 70% 이하는 99,800원, 120%이하는 149,700원, 180%이하는 199,600원, 180%초과는 209,200원임). 장기요양보험의 재가급여의 경우 2025년 기준 1등급은 총 2,306,400원으로 경감대상자가 아닌 자들은 15%의 본인부담금을 내야 하며, 단순 계산하면 345,960원임(보건복지부, 2025)

106) 정부는 2025년 장애인일자리 대상자 선정 기준에서 장기요양보험대상자도 포함할 수 있도록 개선하기로 하였음

액도 감소에도 영향을 미쳐 전체 총액이 감소하게 되는 문제를 초래한다. 마지막으로 으로 당사자의 일상생활에 제약을 주어서는 안될 것이다.

② 현재 장기요양대상자로(보전급여 대상자 아님), 65세 이전에 장애등록 한 경우(활동지원수급이력 없음) 장애인 활동지원제도 선택권 부여

현재 장기요양대상자이더라도 65세 이전에 장애등록을 하였다면, 활동지원서비스를 받을 수 있도록 선택권을 주는 것을 고려할 필요가 있다. 장기요양대상자의 수급 시간과 장애인활동지원서비스 시간은 큰 차이를 보인다. 특히 등급이 높을수록 그 격차는 클 수 밖에 없는데, 최중증의 뇌병변 장애인이 장기요양서비스를 받는 경우에는 1등급으로 4시간의 재가 서비스를 받을 수 있으나, 장애인활동지원서비스의 경우에는 중증도에 따라 하루 16시간 ~24시간까지도 가능하다(지자체 포함). 따라서 장기요양급여의 시설급여 또는 재가급여 중 주야간보호서비스, 장기요양대상자를 위한 보조기기 등에 매력을 느끼지 못한다면 대부분 장기요양대상자들이 활동지원서비스를 선택할 가능성이 매우 높고, 그 만큼의 예산이 확대될 것이다. 한편 장기요양 측면에서는 예산이 감소되지만, 전체적으로는 많은 예산이 소요될 수 있다. 이에 재정적인 부분을 고려하여 단계적 확대가 필요하다 할 것이다.

③ 장애인활동지원기관의 재가장기요양기관 운영 시, 기준 완화

고령장애인의 증가로 장기요양대상자 또는 장기요양을 받지 못하는 고령장애인의 돌봄지원이 확대될 수 있다. 따라서 활동지원서비스만을 제공하고 있는 기관들의 경우, 장기요양서비스 내 재가급여를 제공할 수 있기 때문에, 노인과 장애인기관 등에서 두 서비스를 적절하게 제공할 수 있도록 서비스 제공기관의 지정과 설치 등의 원칙을 다소 유연하게 하는 방안을 제안하고자 한다. 결국 장애인활동지원서비스 제공기관은 장기적으로 장기요양보험제도의 재가급여를 제공하는 기관을 함께 운영할 가능성이 높다. 두 기관 모두 소재지를 관할하는 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장으로부터 지정을 받아야 하지만, 재가장기요양기관은 활동지원기관으로 지정받고자 신청하는 경우에는 반드시 「장애인활동 지원에 관한 법률 시행규칙」 별표1의2에 따른 시설 및 인력기준을 갖춘 후 신청하여야 한다. 또한 재가장기요양의 설치는 「노인장기요양보험법 시행규칙」 별표 1의 3에 따라야 하는데, 주로 시설의 규모와 설비기준, 직원의 자격 및 인력기준은 「노인복

지법 시행규칙」별표 9에 따라야 한다. 재가노인복지시설의 시설기준 및 직원배치 기준은 방문요양 등을 제공하는 시설은 시설전용면적 16.5제곱미터 이상이 되어야 하며, 사무실과, 통신설비 및 집기 등 사업에 필요한 설비 및 비품 등을 둘 수 있는 시설과 설비를 갖추도록 되어 있다.인력의 경우, 장애인활동지원서비스 제공기관은 관리책임자 1인, 전담관리인력 1명 이상, 활동지원사 15명 이상(농어촌 5명 이상)으로 되어 있다. 재가장기요양기관의 인력기준은 시설장 1명, 사회복지사 1명(수급자 15명 이상), 요양보호사(15명 이상, 농어촌지역의 경우에는 5명 이상)의 인원을 두도록 되어 있다.

정리하면 두 기관은 첫째, 인력기준의 측면에서 총 인원의 수는 유사하나 자격기준이 다소 상이하다. 즉 활동지원기관의 관리책임자의 자격기준은 사회복지사를 제외하고 는 각 제도 특성에 따른 기준이 적용되어 있다. 둘째, 시설면적기준은 장애인활동지원제도의 경우 명확한 규정은 없는 반면, 재가장기요양시설은 전용면적이 16.5제곱미터 이상이 되어야 한다. 그 외의 주요 설비는 유사할 것이다.

따라서 장애인활동지원서비스 제공기관에서 방문요양서비스를 제공하기 위해서는 현행 장애인활동지원서비스 제공기관의 기준을 그대로 적용할 필요가 있다.

④ 활동지원사 요양지원 교육 이수 체계화 및 요양보호사 장애이해교육 확대

활동지원사가 요양서비스를 적절하게 진행할 수 있도록 요양 교육 보수교육을 마련할 필요가 있다. 의료적 지원이 필요한 내용, 치매에 대한 교육 등이다. 또한 요양보호 체계에서는 계속 고령의 장애인을 만날 것이기 때문에 장애이해에 대한 부분을 교육 커리큘럼에 넣어야 할 것이다.

(2) 신규등록장애인 활동지원서비스 이용에 대한 재정적 검토 및 지원 방안 모색 필요

① 65세 이후 등록한 장애인 모두에게 활동지원서비스 선택권 부여

매년 약 8만6천명 이상의 신규장애인이 들어오고 있다. 신규장애인의 특성을 보면, 주로 노화로 인한 장애로서, 청각장애(31.7%), 지체장애(16.6%), 뇌병변(15.8%) 순이다. 특히 이들 중 58.4%(2024년 기준)가 고령장애인이다. 특히 고령장애인 중 22.1%수준(11,091명)이 장애정도가 심한 장애인으로, 신장장애인(45.3%), 뇌병변 장애(33.1%) 비율이 가장 높은 상황이다.[107] 따라서 심한장애인

인인 약 1만명이 주로 활동지원서비스 대상자가 될 가능성이 높다. 이들은 일상생활 제약이 높지만 현재 제도상으로는 장기요양서비스만 선택해야 한다.

따라서 장기요양대상자로 되게 되면 기존 65세 이전에 등록한 장애인은 보전급여라는 형태로 충분한 시간을 받을 수 있으나, 이들은 장기요양서비스 시간만을 받게 되어 등록장애인 내에서도 형평성에 어긋나게 된다. 이들은 노인이면서 장애를 가지고 있다는 측면에서는 앞선 65세 이전의 등록장애인과 별반 다를 바 없다. 하지만 욕구 측면에서 그리고 장애정체성 측면에서 차이를 보이기도 한다. 이에 고령화된 장애인 은 장애수용, 장애정체성이 상대적으로 노화로 인한 장애인에 비해 높고, 노화로 인한 장애인은 장애문화를 이해하기 힘들고, 적응이 어려움이 있을 수 있다. 이러한 특성의 차이에도 불구하고 제도의 선택권 측면에서는 동일하게 장기적으로 주어질 필요가 있다.

② 65세 이후 등록한 장애인 중 경제활동을 하는 경우, 활동지원서비스 선택권 부여

앞선 65세 이후 등록장애인에게도 활동지원서비스의 기회를 주는 부분은 많은 비용의 예산이 수반되어야 한다. 따라서 65세 이후 등록한 장애인 중 경제활동을 하는 경우, 활동지원서비스 선택권을 부여하는 것을 제안하고자 한다. 혼자서 사회참여를 하기 어려운 장애인에게 활동지원급여를 제공하여 경제활동을 유지시켜 자립생활을 지원하는 것이다. 프랑스와 우리나라와의 공통점은 연령기준은 다소 다르지만 60세 이후에 장애가 발생한 경우에는 장기요양서비스를 받는 것이다. 단, 프랑스는 은퇴이후에도 경제활동 즉 정부에 세금을 내는 경우에는 60세 이후에 장애가 발생하더라도 활동지원서비스를 신청할 수 있는 차이가 있다, 이에 우리나라도 65세 등록한 장애인 모두에게 활동지원서비스에 대한 기회를 제공하기에 앞서 65세 이후 등록한 장애인 중 경제활동을 하는 경우, 우선 활동지원서비스 선택권을 부여하는 것을 제안하고자 한다.

③ 노인복지서비스에서 동행 및 이동지원 활성화

노인복지서비스로서 사회참여 활성화를 위한 동행 및 이동지원이 활성화 될 필요가 있다. 현재 지방자치단체를 중심으로 장기요양서비스와 활동지원서비스에서

107) 2024년 기준 전체 신규장애인 85,947명 고령장애인은 50,187명이며, 신규 고령장애인 중 심한장애인 비율은 11,081명으로 22.1%임. 특히 고령의 심한장애인 중 신장장애인이 5,018명으로 45.3%차지하며, 뇌병변 3,666명으로 33.1% 순임.

제외된 대상자들의 일상적인 활동을 지원하기 위해 안심병원동행서비스, 은행 등 동행지원 등이 이루어지고 있다. 동 서비스에 대한 평가는 매우 긍정적으로 지자체의 서비스를 중앙에서 확대할 수 있는 방안을 모색할 필요가 있다.

(3) 돌봄통합지원법(26년 시행)에 따른 장애인 건강노화를 위한 지역사회 내 체계 구축

① 노인 · 의료돌봄 통합지원 시범사업 내 고령장애인 모니터링 강화

통합적 관점에서 장애를 고려한 '노인'을 중심으로 하는 일원화된 서비스 내에서 개별성을 확보해야 할 것이다. 구체적으로 시범사업의 진행 시 고령장애인에 대한 지원이 적절하게 그리고 충분하게 이루어지도록 조사표, 전달체계, 서비스 내용 등이 이루어지고 있는지 모니터링을 강화할 필요가 있다.

돌봄통합지원 정책대상자에는 '장애인'이 규정되어 있음에도 2023년부터 실시하고 있는 "노인 · 의료돌봄 통합지원 시범사업"의 대상은 크게 요양병원(시설) 입원 경계선상에 있는 75세 이상 노인으로 세부적으로 다음을 의미한다. ① 장기요양 재가급여자, ② 급성기·요양병원 등 의료기관 퇴원환자, ③ 노인맞춤돌봄서비스 중점군, ④ 장기요양 등급외자(A,B), ⑤ 기타 지방자치단체장이 대상자로 인정할 만한 사유가 있는 사람이다. 즉 앞선 기준 내에서 고령의 장애인은 포함되게 된다.

〈표 Ⅷ-26〉 돌봄통합지원법

구분	세부 내용
정책대상자	- 노쇠, 장애, 질병, 사고 등(이하 "노쇠등"이라 한다)으로 일상생활 유지에 어려움이 있어 복합적인 지원을 필요로 하는 노인, 장애인 등으로서 대통령령으로 정하는 사람
통합지원	- 통합지원 대상자에게 이 법에 따라 국가와 지방자치단체의 장이 보건의료, 건강관리, 장기요양, 일상생활돌봄, 주거, 그 밖에 대통령령으로 정하는 분야의 서비스 등(이하 "보건의료등"이라 한다)을 직접 또는 연계하여 통합적으로 제공하는 것을
방법	- (종합판정)시장 · 군수 · 구청장은 제10조제1항 및 제2항에 따라 신청하거나 발굴된 통합지원이 필요한 자에 대하여 의료적 필요도와 요양 · 돌봄 필요도 등 대통령령으로 정하는 바에 따라 종합적으로 판정하고 통합지원 대상자의 욕구 및 필요도를 반영한 판정 결과를 통합지원 대상자에게 안내

그러나 현행 대상자 내에서 고령장애인들의 욕구가 충분히 포함되고 있는지 면밀하게 검토할 필요가 있다. 따라서 노인 · 의료돌봄 통합지원 시범사업 모니터링 시 장애여부, 장애정도 등을 분석변수로 하여 고령장애인에게 어떠한 한계와 개선이 필요할지에 대한 논의가 확대될 필요가 있다.

〈표 Ⅷ-27〉 주요 서비스 내용

주요 서비스 내용	대상자
방문의료지원	- 75세 이상 노인 중 질병·부상 등으로 인하여 진료를 받아야 하나, 보행이 곤란하여 환자·보호자의 방문진료 요청이 있는 경우
퇴원환자 재가복귀 지원 서비스	- 최근 2주 이내 골절·낙상 등 수술 후 급성기 병원 퇴원(예정인 경우 포함)하는 환자 및 요양병원, 재활병원에서 퇴원(예정인 경우 포함)한 환자 중 75세 이상으로서 재가 복귀 시 의료 및 돌봄서비스 필요도가 높은 자
주거지원 서비스	(주거환경개선) - 자가 및 임대주택에 거주하는 노인(임대주택은 임대인의 동의가 있는 경우 지원)
	(케어안심주택) - 지역 내 거주를 원하는 퇴원환자 및 지역 내 거주가 불완전한 돌봄대상자
일상생활지원 서비스	- 이동지원 - 가사지원 - 영양·식사지원

출처: 보건복지부(2023). 노인의료돌봄통합지원시범사업 안내

② 65세 이하 장애인에 대한 돌봄 통합지원 시범사업 실시 및 전달체계 마련 필요

노인 · 의료돌봄 통합지원 시범사업 대상자는 노인에 국한되어 있어 돌봄통합지원법에서 규정하고 있는 '장애인'을 모두 포괄하고 있지 않다. 따라서 장애인에 대한 의료돌봄통합지원서비스에 대한 시범사업이 필요하다. 특히 시범사업 시에는 아래의 내용들을 반드시 검토할 필요가 있다. 첫째, 현 전달체계에서의 장애인에 대한 돌봄통합서비스 가능성이다. 읍면동에서는 통합안내창구에서 사전조사를 실시하고, 건강보험공단의 의료필요도 조사 결과를 토대로 1차 개인별통합지원계획을 수립하고 있다. 그리고 시군구에서 설치된 노인통합지원센터는 통합지원회의를 통해 개인별통합지원계획을 검토 및 확인하고 있다. 현 상황에서 장애인이 시범사업에 포함되면 읍면동의 복지행정팀, 맞춤형지원팀(예: 찾아가는 복지팀) 중 장애

인돌봄통합은 어느 곳에서 담당하는 것이 적절하고, 관련 다양한 복지서비스 연계와 현행 지원상황등을 포괄하여 진행할 수 있도록 어떠한 환경들이 마련되어야 하는지를 시범사업을 통해 구축할 필요가 있다. 그리고 돌봄통합지원팀을 전담부서로 두도록 권고하고 있는데, 돌봄통합지원팀 내에서 장애인까지 포괄하여 진행하는 것이 적절할지 등에 대한 검토 또한 이루어질 필요가 있다.

둘째, 필요도 조사표에 대한 검토가 면밀하게 이루어져야 할 것이다. 읍면동은 반드시 사전조사를 통해 장애인의 필요도와 욕구를 파악하고, 복합욕구를 가진 정책대상자로서 가능성이 있는지를 판단하며, 이후에 국민연금공단에서 평가된 필요도 점수와 욕구들을 토대로 복지멤버십으로만 연계하면 가능할지 또는 다양한 복지서비스 등을 연계하고 지원할지에 대한 1차 개인별통합지원계획을 수립해야 할 것이다. 국민연금공단은 점수로 대상자를 선정하기 보다는 어떠한 복합적 욕구를 가지고 있는지를 정성적 평가를 구체화하고, 어떠한 영역에서 두드러진 필요도를 가지고 있는지 등을 제시해줄 필요가 있다. 이에 시범사업을 통해 조사표에 대한 검토를 할 수 있어야 할 것이다. 셋째, 교육에 대한 부분이다. 읍면동, 시군구 관계자 외에도 시범사업 운영 효과성을 높이기 위해 다양한 지원체계 대상으로 교육을 실시할 필요가 있다.

〈표 Ⅷ-28〉 장애인서비스지원종합조사표와 노인 · 의료돌봄 통합지원 시범사업 조사표

구분	장애인서비스지원종합조사표	심화평가
일상생활동작(ADL)	9문항/4점척도	유사함/3점척도
수단적 일상생활동작(IADL)	6문항/4점척도	유사함/3점척도
인지행동특성	5개문항/4개척도	우울, 문제행동, 의사결정, 기억력 등
사회활동	2개문항/24점	-
가구특성	한부모, 취약, 가족의 사회생활 등/3개문항/36점	-
주거특성	엘리베이터, 2층 등/2개 항목/4점	
식사기능		씹거나, 삼키는 기능
병의원 이용		의료적 처치 필요사항, 통증 등
이동지원정도		이동지원필요 횟수, 거리
생활상태		생활방식(휠체어 사용 등),

구분	장애인서비스지원종합조사표	심화평가
		주거상태
주거환경		조명, 바닥과 벽지, 계단 문턱, 집안 안전손잡이 등
서비스필요도		보건 · 의료, 요양, 일상생활지원, 주거, 타사업

(4) 개별적 돌봄 욕구 충족 강화

① 장애인복지시설들을 활용한 긴급돌봄서비스 운영모델 다양화 : 65세 삭제, 의료지원필요자 돌봄 강화

현재 긴급돌봄서비스 및 최중증통합돌봄서비스는 6세 이상-65세 미만의 발달장애인을 대상으로 시도별 발달장애인 긴급돌봄센터 34개소가 운영중에 있다(2025년 기준). 주로 보호자의 치료·입원, 경조사, 심리적 소진 등 긴급상황 발생으로 일시돌봄이 필요한자를 대상으로 한다. 그러나 제외대상으로 거주시설에 입소한 발달장애인, 의료기구·장비 사용 등 전문적 의료지원이 필요한 발달장애인은 제외하고 있다.[108] 이 때문에 65세 이상이거나 또는 발달장애유형이 아닌 주돌봄자의 부재 시에 누군가의 전문적인 도움이 필요한 집단들이 동서비스에서 배제되고 있다.

특히 부장애로 발달장애를 가진 경우에도 정책대상자이지만, 실제로 뇌병변 등의 중복장애를 가진 경우에는 배제되고 있는 현실이다. 이는 발달장애인 긴급돌봄서비스 제외 대상으로 규정하여 의료법상 의료행위 금지규정을 예로 들어, 이들의 이용 자체를 불허하고 있다. 동 규정에 따라 긴급상황에 놓인 의료기구 및 장비 사용이 있는 부모들에 고민이 없는 것으로 조윤화 외(2024)에 따르면, 거주시설 내에서의 간호지시서가 있을 경우에 간호사의 의료행위(석선, 경관영양 등), 원격진료의 가능성 등은 의료법상 불법이 아님을 제시하였다.

따라서 의료법상 불법이 아닌 다양한 방안을 토대로 정책대상자의 욕구를 충족시킬 수 있다. 이에 부장애가 뇌병변 장애 등이 있거나, 의료기구 및 장비 사용 등 의료지원이 필요한 발달장애인도 지원할 수 있는 긴급돌봄서비스 및 최중증돌봄서비스를 마련해야 할 것이다. 현재 넥슨재단, 보건복지부, 서울대학교병원이 협력하

108) 예로 주사, 석션, 투석 등임

여 만든 소아청소년 환자를 위한 국내 최초 독립형 단기의료돌봄센터가 운영중에 있다. 의료적 지원이 필요한 소아청소년 환자의 단기 돌봄을 지원하여 보호자와 가족들이 자신만의 휴식과 에너지 충전을 할 수 있도록 도와주는 곳이다.

이용대상은 ① 만 24세 이하이며, ② 자발적 이동이 어려운 상태, ③ 폐렴 등 급성기 질환이 없는 상태, ④ 인공호흡기, 산소흡입, 기도흡인, 경장영양, 자가도뇨 등 의료적 처치가 1개 이상 필요한 경우이다. 1회 최대 7박 8일, 연간 최대 30박을 나누어 이용할 수 있으며, 본인부담금 5%이며, 식대, 선별급여, 특수장비 등은 본인부담율이 다르게 적용되고 있다. 그러나 동 서비스를 제공하는 기관들이 매우 적어 지방에 있는 사람들은 서울까지 가서 이용해야 하는 접근성 문제 또한 있다. 이에 2025년에 시범사업으로 실시할 의료집중형 전문서비스 제공기관에서 긴급돌봄 서비스를 제공하는 방안과 단기보호시설에서 간호 인력 충원 등을 통해 의료집중형 서비스를 제공할 수 있는 방안, 주간이용시설의 긴급돌봄서비스 등을 논의할 필요가 있다. 둘째, 65세 이상의 장애유형에 대한 긴급돌봄체계도 갖출 필요가 있다. 보호자의 갑작스러운 부재 시 이용 가능한 지원인력을 재가에서 지원받을 수 있거나, 또한 거주시설 또는 단기보호시설, 주간이용시설 등 긴급돌봄서비스 체계를 구축할 필요가 있다.

② 장애인복지시설들을 활용한 최중증통합돌봄서비스 운영모델 다양화 : 65세 삭제, 의료지원필요자 돌봄 강화

현재 최중증통합돌봄서비스는 최중증발달장애인을 대상으로 하고 있으며, 연령대는 18세 이상 65세 미만이다. 서비스 이용 유형은 24시간 개별 1:1, 주간 개별 1:1지원, 주간 그룹 1:1 이다. 최중증통합돌봄서비스는 발달장애인 뿐 아니라 신체적 제약이 매우 심각한 경우도 해당된다. 이들은 현재 석션 등의 의료적 행위가 필요하다는 이유로 다양한 제도에서 배제되고 있고, 활동지원사의 집에서 돌봄을 받고 있는 현실이다. 이에 첫째, 조기노화가 빠른 뇌병변 장애인 중 의료적 지원이 매우 심각하거나 지속적인 돌봄이 필요한 경우, 바깥에서 돌봄을 지원할 수 있는 체계 또한 마련될 필요가 있다.

둘째, 중고령 뇌병변 장애인에 대한 최중증통합돌봄체계도 마련될 필요가 있는데, 주간형의 경우에는 주간이용시설에서 지원하거나, 24시의 경우에는 거주시설, 단기거주시설, 공동생활가정 등에서 지원하는 것 또한 제안할 수 있다.

(5) 노인맞춤서비스의 장애개별적 지원 강화

① 보호자 연령이 높거나, 영케어러 가족, 1인가구 고령장애인 특화사업 마련

노인맞춤 돌봄서비스에 중증장애인 특화사업이 요구된다. 서비스는 모든 노인이 포함되는데, 장기요양으로의 전환을 최대한 늦추면서 지역사회에서 최대한 생활을 유지하는 것이 목적이다. 대상자 선정 조사지를 통해 사회-신체-정신영역의 돌봄 필요도에 따른 대상자 군을 결정하는데, 중점돌봄군과 일반돌봄군으로 구성되며, 은둔형·우울형 노인에 대한 특화서비스가 제공되고 있다.

사실 중증장애인은 중점돌봄군에 포함될 가능성이 있으나, 조윤화 외(2023)에 따르면 노인맞춤돌봄서비스에서 배제되거나 서비스 이용이 어려운 것으로 나타났다. 따라서 노인맞춤돌봄서비스에서 중증장애인 특화서비스를 마련하여 중증장애인의 활동지원서비스 대상에서 제외되거나 장기요양으로 전이되는 것을 늦추기 위한 서비스로 확대될 필요가 있다.

② 노인맞춤돌봄서비스 생활지도사 장애이해교육 강화

노인맞춤돌봄서비스의 생활지도사 장애이해교육을 강화할 필요가 있다. 조윤화 외(2023)의 경우, 노인맞춤돌봄서비스를 지원하는 생활지도사의 경우 정신장애, 지적장애 등에 대한 이해가 부족한 것으로 나타났으며, 이들에 대한 지원도 어렵게 느끼고 있었다. 이에 생활지도사를 대상으로 장애이해교육을 강화하고, 커리큘럼에 장애이해교육을 포함함으로써 고령장애인 돌봄서비스에서의 배제를 막도록 해야 할 것이다.

4) 건강

(1) 고령장애인 방문재활 및 장애인건강주치의 사업 내실화

① 보건소 지역사회 중심 재활 사업 강화

지역사회 내 고령장애인의 건강한 삶을 유지하기 위하여 현행 지원되고 있는 보건소의 지역사회 중심 재활사업이 강화될 필요가 있다. 장애인의 절반 이상이 고령으로 보건소 내소 하여 할 수 있는 재활운동치료(근력강화, 일상생활동작훈련, 작업치료, 물리치료) 외에도 방문재활서비스를 강화할 필요가 있다. 방문재활서비스

는 거동이 불편한 장애인을 대상으로 직접 방문하여 서비스를 제공하며, 지역장애인보건의료센터와 연계하여 지원되기도 한다. 사실 방문재활서비스가 활성화되기 위해서는 인력들이 충분해야 하며, 방문재활서비스 사업에 대한 동력이 있어야 하지만, 이 자체가 부족한 현실이다. 이에 인력의 고용안정성을 보장하고, 충분한 인력을 통해 지역사회 중심 재활 사업을 강화해야 할 것이다.

② 장기요양대상자 재택의료센터 시범사업 대상자 고령장애인까지 단계적 확대

장기요양대상자 재택의료센터 1차 시범사업은 2023년에 28개 시·군·구에서 시작한 사업으로, 의사, 간호사, 사회복지사가 한 팀으로 장기요양보험 수급자의 가정을 방문하여 의료서비스를 제공하고, 필요한 지역사회 돌봄서비스 등을 연계하는 사업이다. 현행 장기요양 재가 수급자(1~2등급자 우선) 중 거동이 불편하여 재택의료가 필요한 사람으로, 이를 통해 거동이 불편한 어르신들이 요양병원 등에 입원하거나 요양시설에 입소하지 않고도, 필요한 의료서비스를 받을 수 있다.[109] 동 사업은 돌봄통합시범사업의 핵심 서비스로서 동 시범사업에 참여하고 있는 노인들의 만족도가 상당히 높은 것으로 나타났다(보건복지부 2024 보도자료)[110]

- (방문의료) 방문진료 월 1회 이상, 방문간호 월 2회 이상 제공, 환자의 건강상태·주거환경·치료욕구 등을 종합적으로 고려한 치료계획수립
- (서비스연계) 주거·영양·돌봄 등 기타 지역사회 및 장기요양서비스 연계
- (교육·상담) 와상상태, 만성질환 등 문제이해 및 질병관리·건강관리 능력향상을 위해 환자(보호자)에게 정기적 교육상담 제공

특히 동 사업은 의사, 간호사, 사회복지사 등이 다학제 팀이 방문진료, 간호,지역사회 자원연계 등 의료-요양 통합서비스 제서비스를 제공하고 있다는 점이 핵심이다. 또한 한방도 포함하고 있어, 노인의 근골격계 통증완화 등의 욕구에 충족하고 있는 것으로 보인다. 따라서 현재는 장기요양대상자로 한정하고 있으나 단계적으로 중증고령장애인까지 확대할 것을 제안한다. 그러나 동 사업의 본인부담금은 중증장애인이 지출하는데 다소 높다. 즉 첫 방문 시 일차의료 방문진료 수가 시범

109) 1차 시범사업('23년)의 28개 시·군·구, 28개소로 시작하여, 2차 시범사업('24년)은 현재 71개 시·군·구, 93개소가 운영 중이다. 이번 공모를 통해 91개 시·군·구, 135개소가 선정되어 내년 1월부터 서비스 제공을 시작함(2024년 12월).

110) 장기요양 재택의료센터 2025년 1월부터 전국 135개소에서 서비스 제공(2024년 12월 보도자료)

(건강보험) 수가에 의해, 2번째 방문은 재택의료기본료, 추가간호료, 지속점검료(장기요양보험)에 의해 지출되고 있다.

〈표 Ⅷ-29〉 장기요양대상자 재택의료사업 시범사업 급여비용

구분	급여비용
건강보험	- 일차의료 방문지료 수가 시범사업 • 1회 방문 시 방문진료료(129,650원), 본인부담 30% • 장기요양 1, 2등급자 중 와상환자, 의료기기 사용 중증재택환자 대상 본인부담 15%
장기요양 보험	- 재택의료기본료, 추가간호료, 지속점검료 • 의사 1회, 간호사 2회 방문 충족시 환자 1인당 월 14만 원, 본인부담 없음 • 월 최대 3회 추가 방문간호에 대해 회당 52,310원 지급, 본인부담 15% • 6개월 이상 지속 관리 시 6개월 단위로 6만원 지급, 본인부담 없음

따라서 중증고령장애인에게 30%의 본인부담금은 매우 높기 때문에, 장애인건강주치의 수가를 적용할 수 있도록 제안한다. 정리하면 장기적으로 고령중증장애인까지 포함하고, 수가는 장애인건강주치의 수가를 적용하도록 할 것을 제안한다.

③ 돌봄통합법 시행에 따른 지역장애인보건의료센터 고령 및 의료필요도가 높은 장애인 특화 사업 및 네트워크 구축

현재 지역장애인보건의료센터는 장애인 건강보건관리사업, 여성장애인 모성 보건사업, 보건인력, 가족 등 교육 사업 등을 실시하고 있다. 고령장애인의 건강관리사업은 장애인 건강보건관리사업으로 포괄할 수 있으나, 돌봄통합법 시행에 따라 고령장애인 또는 의료적 필요도가 높은 장애인도 대상이 될 수 있다. 따라서 지역장애인보건의료센터는 돌봄건강팀을 구축하여 지역사회 장애인건강주치의와 연계함으로써 사회복지사 및 작업치료사 등이 모여 지역사회 의료 및 건강필요도가 높은 집단에 대한 건강지원을 실시할 필요가 있다. 즉 고령장애인 1인 가구, 또는 노노케어 가구 등 건강지원체계와 의료적 필요도가 높은 65세 이하의 장애인과 가족들을 대상으로 건강관리 및 교육 등의 역할을 할 필요가 있다.

④ 장애인 전담주치의의 지역장애인보건의료센터 다학제 팀 연계체계 강화

현행 장애인 전담주치의제도는 장기요양보험 재택의료센터 시범사업과 다르게

다학제팀의 지원이 의무가 아니다. 그러나 돌봄통합법의 시행과 의료적 필요도가 높은 집단, 거동이 어려운 장애인 등의 복합적 욕구는 의사와 간호사의 건강관리로만 해결할 수 없다. 따라서 가장 좋은 방법은 장기요양보험의 재택의료센터와 같이 다학제 팀에 대한 추가 인력 예산이 지원되는 것이다. 혹은 앞서 제시한 바와 같이 지역사회 내 의료 및 건강필요도가 높은 집단들을 대상으로 지역장애인보건의료센터 다학제 팀을 적극 활용하여 복합적 욕구를 가진 장애인 및 가족들에 대한 서비스와 지역사회 자원 연계를 체계화 할 수 있을 것으로 판단된다. 이를 위해 수가체계가 포함될 필요가 있다. 즉 지역장애인보건의료센터 연계에 대한 수가를 마련하는 것이다.

⑤ 장애인 전담주치의 제도 운영 고도화 : 대상자 확대 및 방문 횟수 증대

현재의 장애인건강주치의 사업을 의료필요도가 높은 고령 및 장애인집단(돌봄통합선정 집단)은 현행 중증 기준의 서비스를 제공할 필요가 있다. 현재는 중증장애인 24회, 경증 4회로 구분되어 있다. 건강보험대상자는 진료비(요양급여비용) 총액의 10%에 해당하는 비용을 부담하게 되지만, 의료급여 수급권자 및 차상위 계층은 본인 부담금 없는 강점이 있다. 따라서 필요시 의료필요도가 높은 고령 및 장애인집단은 5회전까지 추가하고, 이에 대해서는 시범사업을 통해 효과성을 본 후에 확정할 필요가 있다.

⑥ 한의 장애인 전담주치의 제도 시범사업 실시

일차의료 방문진료 수가 시범사업은 양의와 한의 두 기관들에서 서비스가 제공되고 있으며, 장기요양 재택의료센터 시범사업 역시 그러하다. 동 사업들의 한의에 대한 만족도는 매우 높은 상황이다. 이에 한의 장애인 전담주치의 제도 시범사업을 실시할 필요가 있다. 이를 위해 일차의료 방문수가 시범사업을 진행하고 있는 기관 또는 장기요양 재택의료센터 시범사업을 하는 곳을 우선적으로 할 수 있도록 인센티브를 주어, 진행할 수 있도록 한다.

⑦ 고령장애인 가구 심리 및 정서지원서비스 강화

고령장애인의 정서적 지원 서비스를 통해 마음투자사업, 지역장애인보건의료센터와 연계하여 정서적 지원서비스를 구체화 할 필요가 있다. 지역장애인보건의료

센터는 고령장애인 가구를 대상으로 정서적 지원, 자원연계, 지속적인 사례관리를 구체화할 필요가 있다.

⑧ 주간이용시설, 거주시설 등 장애인건강주치의 건강관리 확대

현행 장애인 건강주치의 제도는 거주시설의 촉탁의 제도에 의해 서비스를 제공할 수 없으며, 주로 재가가 중심이다. 사실 현행 지침에 따르면 장애인 건강주치의가 주간이용시설에서의 건강관리에 대한 가부가 명확히 제시되어 있지 않다. 이러한 장애인건강주치의 제도를 정책대상자의 욕구에 대응할 필요가 있다. 즉 첫째, 장애인거주시설의 거주 장애인을 대상으로 장애인 건강주치의 제도를 연계할 필요가 있다. 현재는 장애인거주시설 내 촉탁의와 간호사가 거주인의 건강관리를 지원하고 있다. 의사 또는 촉탁의사를 두지 않을 경우 촉탁의사의 인건비 범위 내에서 간호사 또는 간호조무사 인력 1명을 충원하여 입소 장애인에 대한 서비스를 지원할 수 있도록 하였다. 사실 촉탁의사가 있다고 하더라도 재활의학과에 편중되어 있어, 거주시설의 이용자의 특성에 맞는 건강관리가 필요한 현실이다. 조윤화 외(2024)에 따르면, 거주시설의 거주인의 주 사망원인은 폐렴, 감기 등이며, 감기와 고열 등으로 지역사회 내 병원을 방문함으로써 종사자의 원내 거주인 대상 돌봄 공백이 있을 수 밖에 없다는 의견이다. 따라서 촉탁의를 거주시설에서 선택하도록 하고, 선택하지 않을 경우에는 장애인 건강주치의를 활용하여 거주인에 대한 건강보험청구를 하도록 하면 될 것이다.

둘째, 주간이용시설은 현재 약 850개소가 있으며, 최소 10-최대 30인 정도의 이용인들이 주간이용시설에서 돌봄과 일상활동을 지원받고 있다. 그러나 주간이용시설을 이용하고 싶지만, 의료적 필요도가 높거나 하는 경우에는 주간이용 시설 자체의 이용에 어려움이 있는 것으로 나타났다. 즉 의료적 지원이 필요한 집단은 집에서만 돌봄을 받을 수밖에 없다는 사실이다. 이에 주간이용시설에 장애인주치의가 지원될 필요가 있다. 그렇다면 중증도 주간이용시설에서의 낮활동이 충분히 이루어질 수 있을 것이다. 특히 의료적 처치가 필요한 이용자가 있는 경우에는 중앙정부 차원에서 간호사 인건비를 지원하고, 간호사는 건강주치의에 의해 간호지시서를 통해 의료적 지원을 함으로써 법률적 문제는 없는 것으로 조윤화 외(2024)에서 제시되었다.

(2) 고령장애인 건강권 보장

① 와상장애인 및 의료적 기기 등 사용 고령장애인 집에서부터 병원 이용까지 원스탑 이동지원서비스 마련

장애인실태조사에 따르면, 최근 1년간 본인이 의료기관에 가고 싶을 때 가지 못한 경험은 장애인 17.3%(2023)로 전체국민 5.3%(2022)에 비해 약 3배 이상 높다. 특히 병원이용을 하지 못하는 이유들 중 이동의 어려움이 36.5%로 가장 높은데, 뇌병변 장애 56.0%, 심장 장애 40.2%, 호흡기 58.4% 순이다. 동 집단은 스스로 움직이기 어려운 신체적 제약 또는 나이 등으로 병원으로 이동하는데 매우 어려움이 있는 집단이다. 이에 따라 최근 서울시에 실시하다가 2023년 여성가족부의 전국 사업이 된 병원안심동행서비스를 통해 병원까지의 이동제약을 해소하고는 있지만, 이는 대중교통의 이용이 가능한 자로서 장애인(휠체어 등) 이용에는 한계가 있는 것으로 나타났다.[111] 이에 따라 제주시에서 최초로 장애인을 대상으로 집안에서부터 병원까지, 병원 내 동행, 집으로 지원하는 사업들이 시행되고 있는데(2025), 휠체어 장애인도 이용할 수 있도록 지원하고 있다.

이에 중앙정부 단위에서 첫째, 와상장애인 및 의료적 기기 등 사용하여 장애인 콜택시 이용에 한계가 있는 최중증장애인을 대상으로 사설구급차 이용권 시범사업을 실시할 필요가 있다. 20대 국회(인재근 의원실)에서 침대형 특장차의 도입에 대한 논의가 있었으며, 2025년에 국토부에서는 침대형 특장차에 대한 지방자치단체 수요 조사를 실시할 예정이다. 그러나 이러한 제도들이 안정화되기 까지 많은 시간이 소요되기 때문에, 수요자의 건강을 위해서 보건복지부에서 장애인의 건강권 사각지대를 없애기 위한 전략을 계획할 것을 제안하고자 한다. 즉 와상장애인 및 의료적 기기 등 사용 고령장애인의 사설구급차를 활용한 건강검진 및 병원이용 접근성을 높이는 시범사업을 구축할 필요가 있다. 단계적으로는 전 연령대로 확대할 필요가 있다. 둘째, '집 – 병원 – 집'이동지원사업과 더불어 필요시 병원 내 예약, 대기, 약 지원 등 동행지원이 요구 될 수 있다. 즉 1인가구 증가에 따라 스스로 병원 이용이 힘들어지는 상황이다. 앞선 이동지원사업에 동 역할에 대한 지원에 대한 추가지원을 통해 분절되지 않은 연속적 지원이 필요하다 할 것이다.

111) 아파서 병원동행이 필요한 경우, 병원으로 출발할 때부터 귀가할 때까지 전 과정에 동행매니저가 보호자처럼 동행하여 병원 이용 중 접수·수납·약국 동행 등 지원하는 서비스(244개 가족센터)임.

② 권역 및 책임의료기관 등 장애의료편의통합지원창구 설치

중증장애인의 60%는 종합병원 급 이상에서 건강관리를 받고 싶은 욕구를 보였다(보건복지부, 한국보건사회연구원 2023). 따라서 권역 및 책임의료기관 등에 장애의료편의통합지원창구를 설치하여 고령장애인 등의 병원이용접근성을 높일 필요가 있다. 특히 수어를 하는 고령장애인의 건강관리와 고령중증장애인의 병원이용의 원스탑 지원(예약, 진료, 협진, 약복용 설명 등)이 이루어져야 할 것이다. 2025년에 장애의료편의통합지원창구를 5개 기관에 설치운영에 대한 시범사업을 할 계획이다. 즉 수어통역사 1인과 진료코디네이터 2인이 중증장애인의 병원 이용과 입원 시 편의를 직접적으로 지원하는 사업이다. 동 사업의 확대를 통해 중증장애인들의 병원이용을 높일 필요가 있다.

③ 간병비 국가 책임제 강화

현재 장기요양보험제도의 지원시간(최대 4시간)으로는 지역사회 내 최중증장애인의 요양 및 돌봄지원시간으로는 매우 부족하다. 이들은 시설급여로서 요양시설을 이용할 수 밖에 없거나 장기요양병원을 선택할 수 밖에 없는 구조이다. 최중증장애인은 비장애인에 1일 간병비 약 18만원에 약 5만원 정도 높은 상황이며, 30일을 기준으로 간병비용을 계산하면 비장애인 540만원, 장애인 630만원 수준이다. 따라서 요양급여 내 간병을 포함하여 간병비로 가족을 살해하는 참사들을 막아야 할 것으로 사료된다.

④ 가사·간병방문지원사업의 입원 지원 신규 마련

가사간병제도는 65세 미만의 기준중위소득 70% 이하계층 중 장애정도가 심한 장애인, 6개월 이상 치료를 요하는 중증질환자, 희귀난치성 질환자, 소년소녀가정 등, 만65세미만의 의료급여수급자 중 장기입원 사례관리 퇴원자 등이다. 가사·간병방문지원사업은 신체수발, 신변활동, 가사 지원, 일상생활 지원 등이다. 그러나 입원 시에는 지원되고 있지 않기 때문에, 입원 시에도 가사·간병방문지원사업를 이용하는 방안이 모색될 필요가 있다.

⑤ 영양 및 식사지원사업 강화

2020년부터 보건복지부 지역사회서비스 투자사업을 통해 노인 맞춤형 식사지원 및 영양관리 서비스를 7월부터 시범사업을 실시하여, 현재는 전국 지자체에서 지원되고 있다. 식사지원사업의 대상은 지역마다 다소 상이하나, 65세 이상 노인 또는 통합돌봄대상자 등이다. 장애인 중 돌봄통합서비스 대상자로 선정되는 경우 영양 및 식사지원 등을 확대하는 서비스가 강화될 필요가 있다.

5) 거주

(1) 고령장애인 장애친화 전문서비스 다양화 및 맞춤 환경 지원 강화

① 장애인복지시설에서의 장기요양 재가 및 시설급여를 이용할 수 있는 운영 체계 마련

장애인거주시설의 및 장기요양시설 운영비 및 인건비은 일반회계에서 지원되는 반면, 장기요양 재가 및 시설급여는 장기요양보험에서 지원되고 있다. 장기요양급여는 본인부담금과 공단부담금으로 이루어진다. 이러한 시스템이 장애인복지시설에서도 가능하도록 설치 및 운영기준을 완화시켜 가능할 수 있도록 해야 할 것이다.

② 특화된 중고령 발달장애인거주시설 운영체계 마련 및 확산

특화된 중고령 발달장애인 장애인거주시설이 필요하다. 거주시설 내 고령장애인이 증가하고 있다. 2020년 장애인거주시설 전수조사에 따르면, 평균연령대는 만 39.4세로 발달장애인이 80.1%를 차지하고 있다. 지적장애인이 75.8%, 뇌병변 9.2% 등의 순이다. 서울시의 경우, 장애인거주시설 중고령발달장애인 전담 유니트 조성사업을 실시하여 노인 친화적 편의시설(배회로, 미끄럼 방지설비, 안전설비, 비상호출장치 등) 및 안전이 확보된 활동공간 마련, 돌봄 장비(의료용 침대, 목욕 및 보행보조도구 등)보강, 중고령기 발달장애인의 신체기능 변화에 적합한 주거환경 마련, 노인기 일상 간호와 (준)의료적 지원이 가능하도록 하고 있다. 특히 전문인력을 보충하여 중고령발달장애인의 신체적·정신적 지원을 강화하고 있다.

③ 중고령 감각장애 주거시설 운영 체계 마련 및 확산

장애인거주시설은 지역사회 돌봄서비스 제공기관으로서 역할을 강화할 필요가 있

다. 즉 고령장애인도 내가 살고 있는 곳에서 지속적인 돌봄 서비스를 받고, 필요시 거주시설을 이용할 수 있는 체계가 필요하다. 특히 장애 때문에 노인요양시설에서 배제되고 노인요양병원을 선택할 수 밖에 없는 악순환은 없어져야 할 것이다. 실제 노인요양시설에서는 뇌병변 장애인 등 신체적 장애인에 대한 지원 보다는 감각장애, 발달 및 정신장애 지원에 대한 어려움을 호소하였으며, 당사자들은 같은 장애유형끼리 노후를 함께 보내기를 원하였다. 특히 감각장애인들은 고령 시각장애주거서비스 제공기관, 고령 청각장애주거서비스 제공기관이 필요하다는 의견이 매우 높았다.

④ (준)의료적 전문서비스 지원 시설 운영체계 마련 및 확대

(준)의료적 전문서비스 지원 시설을 강화할 필요가 있다. 2021년에 발표한 장애인 지역사회 자립지원 로드맵에서 제시된 거주시설 장애인 규모를 보면, 약 2천여 명은 거주시설에서 생활하고 있을 것으로 제시하고 있다. 즉 이들은 '몸 뒤집기 및 자세 바꾸기'와 같은 서비스가 필요한 인원으로 볼 수 있다. 이러한 집단의 (준)의료적 전문서비스 지원을 위해서는 우선적으로 지역사회 내에서 생활할 수 있는 방향으로 서비스를 진행하도록 하고, 한축으로는 현재 있는 거주시설을 중심으로 시범사업을 구축할 필요 있다. 이때 간호사, 물리치료사 등 추가적인 인력을 충원하여 (준)의료적 지원을 실시하여 요양병원으로의 전원에 따른 간병비 지출을 감소할 수 있도록 하는 전문서비스가 마련되어야 할 것이다.

⑤ 노인요양시설 내 요양보호사 장애이해교육 강화

노인요양복지시설 내 요양보호사 장애이해교육을 강화해야 할 것이다. 노인성 질환에 의한 장애인의 경우에는 노인요양복지시설에서의 지원은 가능한 것으로 본 연구에서 나타났다. 그러나 정신장애 또는 지적장애 등의 경우에는 노인요양복지시설에서의 지원이 어렵다는 의견이 많았다. 그 이유는 신체적 지원 외에 정신적인 지원에 대한 교육을 받지 않았으며, 다른 증상으로 인해 서비스 제공이 어렵다는 의견이었다. 따라서 노인요양복지시설 내 장애에 대한 이해교육이 확대되어야 할 것이다.

⑥ 지적장애 관련 치매 판정 기준 검토

지적장애인 증가에 대한 장기요양 치매 판정 기준을 명확하게 할 것이다. 지적

적장애인의 경우, 요양급여를 희망하나 치매 판정의 불확실성으로 요양급여 선정이 어려운 것으로 나타났다. 특히 지적장애로 인한 인지 문제인지, 또는 노화 등으로 인한 치매인지 등에 대한 판단이 매우 어려워 지적장애인의 치매 판정이 지연되고 있어 적절한 서비스를 이용하지 못하고 있다. 따라서 지적장애인의 요양등급판정에 대해 명확한 기준을 마련할 필요가 있다.

6) 일상생활

(1) 고령장애인 낮활동 서비스 보장 확대 및 고도화

① 주간활동서비스 장애유형별 운영 모델 다양화 - 연경기준 삭제 및 대상자 확대

고령장애인이 이용할 수 있도록 주간활동서비스의 연령 구분을 삭제해야 할 것이다. 현재 발달장애인 주간활동서비스, 긴급돌봄, 최중증 돌봄서비스는 모두 65세 미만으로 되어 있다. 최근(2024년) 만18세 이상 -65세 미만의 발달장애인에 대한 주간활동서비스 중단에 대해 법원은 평등원칙에 위배된다는 판결에 의해 주간활동서비스 대상자 기준이 개선될 것으로 기대되지만, 실제 연령층의 확대에 따른 다양한 모델이 마련될 필요가 있다.[112]

사실 고령장애인의 경우, 장애인복지관 이용도 어렵고, 송영서비스가 되지 않은 주간보호시설도 있기 때문에, 고령장애인을 위한 낮활동 지원사업이 활성화될 필요가 있다. 따라서 첫째, 중고령 이용자 중심의 주간활동서비스 운영체계 방안이 모색될 필요가 있다. 둘째, 현재 주간활동서비스는 발달장애인을 대상으로 하고 있으나, 부장애가 발달장애인의 경우에는 주간활동서비스의 경우에는 주간활동서비스 이용에는 어려움이 있는 것으로 나타났다. 즉 주장애가 뇌병변이지만, 부장애가 발달장애일 경우에는 서비스 내용과 이용계획이 매우 상이할 것이다. 따라서 이러한 장애유형에 맞는 주간활동서비스가 마련되어야 한다. 셋째, 정신질환자 주간활동서비스에 대한 고려가 필요하다. 정신질환자 주간활동은 주로 주간재활시설에서 이루어지고 있는데, 주간재활시설의 수가 현저히 부족할 뿐만 아니라 중앙정부 차원에서 주간활동서비스를 바우처 방식 등을 통해 보급할 필요가 있다.

112) 당사자는 본 연구의 질적연구 대상자로서 기존에는 주간이용시설을 다니다가 활동 및 개인별계획 중심의 주간활동서비스를 선택하여, 63세부터 계속 다니게 되었다. 그러나 최근 65세가 되어 주간활동서비스가 중단된 사례임

② 고령 중증장애인 주거 환경개선 및 재난안전체계 구축 필요

고령장애인 대상의 지역사회 기관들은 지역사회 내 보건소, 지역장애인보건의료기관, 119 등과 연계체계를 구축해야 할 것이다. 주간활동서비스 기관의 경우, 고령장애인이 많아질수록 안전과 보건에 대한 고민이 필요하다는 의견이 있었다. 즉 낙상 또는 돌봄 시 위험으로 지역사회 내 병원, 119 등의 체계와의 연계가 이루어질 필요가 있음을 제안하였다. 또한 현재 노인장애인응급안전알림서비스 등이 이루어지고 있으나, 1인 가구, 노노가구 등을 대상으로 지역사회 내 재난안전네트워크가 마련될 필요가 있다. 주민센터, 이웃, 119, 장애인복지관, 자원봉사센터, 경찰서 등과 연계하여 안전물품지원과 IOT를 활용한 신고체계, 재난 대피 등에 대한 실질적인 교육이 필요하다. 고령장애인 주거 취약 계층의 장애물 없는 환경을 위한 주거환경개선 또한 이루어질 필요가 있다.

(2) 고령장애인 지역사회 내 신규 낮활동서비스 장애유형별 맞춤 서비스 강화

① 중고령 주간이용시설 구축 및 운영 모델 확산

장기적으로 장애인복지시설인 주간이용시설에서 장기요양 재가 및 시설급여를 이용할 수 있는 체계가 마련될 필요가 있다. 먼저 장애인복지시설의 주간이용시설은 중고령 장애인의 증가에 대비하여 장기요양시설의 설치 기준을 적용하여 대상자 특성에 따라 기능을 보강할 필요가 있다. 노인복지법 시행규칙 별표 9에 따르면, 주야간보호, 단기보호시설은 시설 연면적 90제곱미터 이상(이용정원이 6명 이상인 경우에는 1명당 6.6제곱미터 이상의 생활실 또는 침실 공간을 추가로 확보하여야 함), 치매전담실을 두는 경우에는 치매전담실 1실당 이용정원을 25명 이하를 규정하고 있다. 그러나 현행 주간보호시설은 최소 10인, 연면적 최소 66제곱미터만을 규정하고 있으며, 2025년 장애인주간이용시설 서비스 최저기준에 따르면, 1인당 9.9㎡ 권장하고 있다.

기본설비로서 거실, 조리실, 사무실, 화장실, 의무실 또는 재활실, 집단활동실, 비상재해대비시설을 설비하도록 되어 있으며, 거실, 의무실 또는 재활실, 집단 활동실은 겸용할 수 있다고 규정되어 있다. 이에 반해 주야간보호시설은 장기요양대상자이기 때문에 시설도 생활실, 사무실(의료 및 간호사실), 프로그램실(물리, 작업치료실), 화장실, 세면장 및 목욕실, 세탁장 및 건조장으로 구분되어 있다.

〈표 Ⅷ-30〉 설치 기준

구분	거실	사무실	집단 활동실/ 의무실 및 재활실	식당 및 조리실	화장실	-
	생활실	사무실/ 의료 및 간호사실	프로그램실/ 물리(작업) 치료실	식당 및 조리실	화장실	세면장 및 목욕실/ 세탁장 및 건조장
주간이용시설 (최소 10인)	0	0	0	0	0	×
주야간보호시설 10인 이상	0	0	0	0	0	0

주 : 1) 장애인복지법 시행규칙 제41조 및 42조 관련 별표 5(장애인복시시설의 종류별 사업 및 설치·운영기준
2) 노인복지법 시행규칙 제29조1항 별표 9(재가노인복지시설의 시설기준 및 직원배치기준)

② 최중증발달장애 주간이용시설 운영 모델 확산(주간형)

앞서 돌봄영역에서 주간이용시설을 활용한 긴급돌봄 및 최중증돌봄서비스를 제시한바 있다. 주간이용시설은 최중증발달장애인에 대한 주간활동, 주간그룹형 서비스를 운영할 수 있는 환경적 기반이 마련되어 있는 상황이다. 따라서 최중증발달 주간이용시설로 운영을 확산할 필요가 있다.

③ 뇌병변 및 뇌성마비 등 (준)의료적 지원 전문서비스 주간이용시설 구축 및 확대 - 최중증통합지원

뇌병변 및 뇌성마비 등 주간이용시설의 인력기준 확대(물리치료사 등)가 필요하다. 최중증 통합지원을 할 수 있는 주간이용시설이 필요하다. 현재 의료적 지원이 필요한 뇌병변 장애인들은 주간이용, 긴급돌봄, 최중증통합돌봄서비스에서 배제되어 활동지원을 받으며 집에서 고립된 생활을 유지하고 있는 자들이 매우 많다. 이에 주간이용시설은 최중증돌봄이 필요한 장애인을 대상으로 하는 주간이용시설 운영모델을 마련하여, 돌봄통합법 이후, 주간이용시설에서의 돌봄을 충분히 할 수 있는 체계로 전환되어야 할 것이다. 특히 (준)의료적 지원이 요구되는 주간이용시설의 경우 인력기준 중 뇌병변 및 뇌성마비 등이 있을 경우에는 간호사, 물리치료사 등 적정 인력이 지원할 수 있는 환경을 마련하도록 예산과 중앙정부 차원에서의

시범모델이 필요하다.

④ 장애인 쉼터 확대

노인복지시설의 경로당과 같이 장애인이 쉽게 이용할 수 있는 장애인쉼터가 요구된다. 경기도의 경우 최근 장애인쉼터를 구축하여 약 20여개를 시범적으로 운영하고 있다. 고령의 장애인이 장애인복지관 및 노인복지관 이용의 어려움, 고립감으로 인한 정신건강의 문제 등을 공유하는 장이 필요하다.

⑤ 특화 도농복합형 장애인복지관 확대

도농복합형 장애인복지관 특화형이 확대될 필요가 있다. 농어촌 지역의 경우 장애인 및 노인복지관이 통합적으로 이루어지고 있다. 본 연구에 따르면 장애인의 맞춤형 복지를 위해서는 단종의 복지관이 필요한 것으로 나타났다. 통합을 지향하면서 개인별 맞춤서비스를 위해서라면 서비스 대상의 명확화가 필요하다고 판단된다. 따라서 노인복지서비스에서 장애인을 끼워 맞추기 보다는 적절한 서비스 이용을 위해서라면 장애인복지관의 설립이 요구된다 할 것이다.

⑥ 장애인가족지원센터 등 고령장애인 노후설계 및 웰다잉 등 전환서비스 강화

장애인가족지원센터 고령장애인 특화사업을 실시할 필요가 있다. 장애인가족지원센터는 지역사회 내 고령장애인의 지원을 위한 특화사업을 개발할 필요가 있다. 특히 노노케어 집단이나 고령장애인 자립을 위한 고령지원사업 등을 확대할 필요가 있다. 특히 웰다잉과 관련한 사업과 과정들에 대한 교육 또한 필요하다는 의견이 있었다.

⑦ 노노케어 가구 등 공공후견 대상자 확대 및 예산 지원 필요

노노케어 가구 등 공공후견인 사업 대상자 확대 및 성년후견인 지원 법인에 대한 지원을 확대하여 재산과 후견 등을 적절히 연계하고 지원할 수 있는 환경이 마련될 필요가 있다. 일본의 경우, 사회복지협의회는 우울, 치매, 저장강박 등 다양한 사회적 문제로 인한 법인 차원에서의 후견인 양성과 다학제 후견인 팀을 통해 지원하고 있다(박인환, 2021). 현재도 법인격이 후견활동을 하지만 많은 확대가 이루어

지고 있지 않고 있다. 특히 현재 공공후견인 사업은 발달장애인을 대상으로 하고 있지만, 뇌성마비 등 고령 이후 의사소통이 되지 않을 경우가 발생하고 있기 때문에, 이에 대한 대상자 확대가 필요하다.

7) 기타

(1) 고령장애인 보조기기 이용 기준 유연화

① 고령장애인 대상 건강보험 및 교부사업 보조기기 품목 장애유형별 선택권 유연화

고령장애인의 경우, 건강보험(의료급여) 장애인보조기기 지원사업 및 장애인교부사업 보조기기의 장애유형별 이용 기준을 유연화 할 필요가 있다. 보조기기 사업들인 건강보험(의료급여) 장애인보조기기 지원사업, 장애인보조기기 교부사업의 경우, 장애유형별 이용할 수 있는 보조기기가 정해져 있다. 예를들면, 건강보험 장애인 보조기기 사업 중 전동휠체어, 전동스쿠터, 수동휠체어 등은 지체장애, 뇌병변장애, 심장장애, 호흡기 장애에 한하고 있다. 이로 인해 고령이 되어 걷거나 이동하기 힘든 장애유형은 건강보험지원에서 제외된다. 장애인보조기기 교부사업의 경우에도 침대 및 탈찰식 침대 판 등은 지체, 뇌병변, 심장, 호흡기 장애인에 한한다. 목욕의자도 지체, 뇌병변에 한하고 있다.

장애인구의 변화를 보면, 매년 8만 5천명 정도의 신규장애인으로 등록되고 있으며, 2024년에는 전체 신규장애인 85,947명 중 고령장애인은 50,187명이며, 신규 고령장애인 내 심한장애인 비율은 11,081명으로 22.1%이다. 특히 신규 심한장애인 중 고령의 신장장애인(심한장애)은 5,018명으로 45.3%로 가장 높은 비율을 차지하며, 뇌병변 3,666명으로 33.1% 등의 순이다. 즉 당뇨유병기간에 따른 당뇨합병증으로 신장장애 발생이 높아지고 있으며, 신장장애 중 심한장애는 투석을 주 3회 이상하는 특성이 있다. 고령 일수록 투석 이후 어지러움증 등으로 이동하는데 상당한 대인 및 휠체어 지원이 필요한 상황이다. 즉 심장장애와 같이 걷는데 숨이 차는 것과 유사하여 휠체어가 필요한 것과 유사하다. 따라서 고령이 될수록 걷는데 어려움이 있는 장애유형이 있기 때문에, 건강보험 보조기기 및 교부사업 품목 중 유연화 품목을 선정하고, 건강보험 공단 외 지역장애인보조기기 센터에서 동 사업을 지원할 수 있을 것으로 판단된다. 우선적으로 건강보험 영역의 전동휠체어, 전동스쿠터, 수동휠체어, 욕창예방매트리스 품목의 유연화가 필요하다 할 것이다.

② 보조기기 대여 서비스 기관 및 민간 시장 확대

보조기기 대여 서비스 기관 및 민간 시장을 확대할 필요가 있다. 고령장애인의 사회참여와 지역 간 이동 등을 활발히 하기 위해서는 보조기기 대여서비스가 확대될 필요가 있다. 예를 들면, 휠체어 동력보조장치와 같이 지역간 이동을 위해 대여할 수 있는 전달체계 또는 민간시장이 확보된다면 고령장애인이 지역 간 이동을 편리하게 할 수 있을 것으로 판단된다. 또한 주요 숙박시설 및 관련 문화관광지 등에 고령장애인을 대상으로 하는 휠체어 지원, 동력보조장치 지원, 이너 등을 관광지접근성을 위해 구비하는 등의 방향을 제안할 수 있다.

③ 노인장기요양보험 복지용구 지급사업 대상자 고령장애인으로 확대

고령장애인이 장기요양품목의 서비스를 이용할 수 있도록 유연화 필요가 있다. 장기요양보험 복지용구 사업의 대상자는 65세 이상 및 노인성 질병을 가진 65세 미만 국민으로 장기요양대상자(1-5급 인지지원등급), 연 최대 160만원까지 구입할 수 있다. 고령이 되면 장기요양서비스의 품목이 더 적합할 수 있다. 특히 대여품목이 다양한데, 수동휠체어, 전동침대, 수동침대, 이동욕조, 목욕리프트, 배회감지기 등이다. 이외에 욕창예방매트리스, 경사로 등은 구입 또는 대여가 가능하다. 또한 장기요양품목의 경우, 각 품목별 세부품목들이 더 다양하기 때문이다. 따라서 고령장애인 중 장애인보조기기 대상자의 경우, 우선적으로 장기요양품목을 이용할 수 있도록 유연화가 필요하다. 다음으로는 모든 고령장애이으로 확대할 것을 제안하고자 한다.

④ 건강보험(의료급여) 장애인보조기기 지원사업의 고령친화 용품 확대

건강보험(의료급여) 장애인보조기기 지원사업 내 고령친화 용품이 확대될 필요가 있다. 고령이 되면 가장 많이 이용하는 것이 목욕의자이다. 목욕의자 품목은 장애인 보조기기 교부사업의 품목이고, 장기요양대상자의 경우에만 구입할 수 있다. 고령의 장애인이 일상생활 및 돌봄에 요구되는 항목들을 포함할 필요가 있다. 즉 건강보험(의료급여) 장애인보조기기 지원사업에서 포함하지 않고 있는 노인장기요양보험 복지용구 지급 품목들을 건강보험 사업에서 포괄할 것을 제안하고자 한다. 이를 위해서는 심도 있는 논의가 있어야 할 것이지만, 고령장애인의 보편적 보조기

기 접근성을 높이기 위해서는 고령장애인의 필수품목들을 건강보험 보조기기 품목으로의 확대가 요구된다. 이는 노후의 경제적 부담을 감소시킬 수 있을 것으로 판단된다. 우선적으로 목욕의자의 건강보험 품목으로 확대가 필요하다.

(2) 고령장애인 안전체계 구축

① 노인학대기관들과 연계 강화 및 고령장애인학대쉼터확대

노인학대기관들과 연계 강화 및 고령장애인학대쉼터를 확대할 필요가 있다. 현재는 노인 및 장애인쪽의 전달체계에서 접수가 우선되는 전달체계에서 서비스를 제공하고 있다. 그러나 학대를 받는 노인 중 장애인 비율이 약 10%를 상회하고 있어, 이들에 대한 서비스 이용이 적절한지에 대한 조사가 필요하며, 이에 대한 지원이 필요할 수 있기 때문에 고령장애인학대쉼터를 마련할 필요가 있다.

3. 추계결과

1) 65세 이상 장애인의 활동지원서비스 전환 재정 추계 개요

장애인활동지원 정책대상자는 6세부터 65세 미만의 등록장애인으로 65세 이상의 등록장애인은 활동지원서비스를 이용할 수 없다. 단 65세 전에 활동지원서비스를 이용할 경우, 65세 도래시 장기요양서비스 평가를 받아 등급 외 판정이 되면 장애인활동지원서비스를 그대로 이용하게 된다. 이 외의 장기요양등급을 받게 되면 보전급여 대상자가 되어 서비스 지원 종합조사결과 산출된 종합점수에서 장기요양등급별 점수를 차감한 점수가 42점 이상인 사람에게는 산정점수에 해당하는 활동지원급여를 지원한다. 즉 당해 종합조사 결과에 따른 종합점수에 장기요양등급점수를 차감하여 활동지원급여를 지원하기 때문에 서비스 양은 차이가 없다.[113]

113) 2025년 장애인활동지원사업안내(보건복지부) 따르면, 장기요양등급별 점수는 1등급(108점), 2등급(96점), 3등급(78점), 4등급(72점), 5등급(63점), 인지지원등급(36점)이다. 〈예시1 – 산정특례 미적용〉 서비스 지원 종합조사 결과에 따라 산출된 종합점수가 161점(12구간, 150시간)인 사람이 장기요양급여 신청 결과 장기요양1등급을 받고 보전급여를 신청한 경우이다. 보전급여 대상자 선정을 위한 점수 : 종합점수(161점) – 장기요양등급별 점수(108점) = 53점 / 보전급여 월 한도액 : 15구간(60시간), 〈예시2 – 산정특례 적용〉 서비스 지원 종합조사 결과에 따라 산출된 종합점수가 306.6점(7구간, 300시간)이나 월 한도액 산정특례를 적용받아 인정급여(6,504,000원)를 받고 있는 사람이 장기요양2등급을 받고 보전급여를 신청한 경우 / ▸ 보전급여 대상자 선정을 위한 점수 : 인정급여를 점수화한 값(391점)*– 장기요양등급별 점수(96점) = 295

그러나 동 집단들은 장기요양수급을 동시에 받고 있기 때문에 2024년 12월까지만 해도 장애인일자리의 기준에서 탈락되고, 연쇄적으로 장애인활동지원의 경제활동 영역에서 총점수 24점이 감소됨으로써 총 활동지원서비스 총량(지자체 포함)이 감소되었다. 그러나 2025년에 들어 장애인일자리 대상자 선정 기준을 65세 이상 장애인 중 장기요양등급판정을 받은 자까지 확대하여 이러한 문제들을 개선되었다. 그러나 여전히 공공형일자리의 경우 장기요양보험 등급 판정자 1~5등급, 인지지원등급의 경우에는 참여가 제외되어 서비스가 동 문제는 여전히 존재하고 있다고 할 수 있다.[114]

한편 활동지원서비스의 현재 쟁점은 65세 이후 장기요양급여의 판정을 반드시 받아야 하는 부분과 65세가 넘어 돌봄 및 요양, 활동지원 등의 서비스가 필요한 경우, 활동지원서비스와 장기요양서비스 등 선택권이 부재한 문제이다. 즉 65세 신규 및 과거 활동지원서비스를 이용하지 않은 등록장애인은 반드시 장기요양서비스만 선택이 가능한 지점으로, 당사자가 욕구에 맞는 서비스를 선택할 수 있는 제도적 검토가 필요한 상황이다.

본 연구 추계를 위해 사회보장위원회의 제2기 사회보장행정데이터(2021년)를 활용하였다. 정확한 추계를 위해서는 등록장애인의 활동지원급여, 장기요양급여, 보전급여 등의 행정데이터가 필요하다. 그러나 현실적으로 관련 데이터의 생산 한계로 인해 본 절의 목적을 달성하는데 다소 한계가 있음에도 불구하고, 가장 이용가능한 데이터로서 2021년 기준 사회보장행정데이터를 기반으로 65세 이후 장애인활동지원제도 선택권에 따른 재정소요액을 추계하였다. 본 추계결과는 2021년 사회보장위원회의 사회보장행정데이터를 활용하여 분석하였기 때문에 현 시점을 반영하는데 한계가 있다. 따라서 결과해석 시 주의를 요한다.

2) 가정과 적용 기준

본 절에서는 65세 도래 시 등록장애인이 활동지원서비스와 장기요양서비스를 선택권을 주었을 때를 가정하여 재정 규모를 추계하고자 한다. 65세 이상 장애인의 활동지원서비스 이용 규모와 재원을 분석하기 위한 주요 가정과 적용 기준을 보면 다음과 같다. 65세 이상 장애인에게 선택권을 주었을 때를 가정할 경우, 다음과 같은 집단이 검

점 / 인정급여(6,504,000원)을 급여비용의 ①에 해당하는 금액(2025년의 경우 16,620원)으로 나눈 값(단, 소수 첫 번째 자리 이하의 값은 버림) ▸ 보전급여 월 한도액 : 7구간(300시간) 이다.

114) 복지일자리의 경우(2대 보험 가입), 직장생활로 보지 않기 때문에 장애인 일자리 탈락에 따른 점수감소는 없다.

토될 필요가 있다. 첫째, 현재 65세 이상 등록장애인 내 활동지원서비스(보전급여)와 장기요양서비스를 이용하고 있는 대상이다. 이들 중 활동지원서비스(보전급여)를 이용하고 있는 대부분의 사람들은 그대로 기존 급여를 이용할 가능성이 높다. 그리고 장기요양서비스를 이용하고 있는 65세 이상 등록장애인은 전체 또는 장애정도가 심한장애인이 활동지원서비스를 선택할 것으로 가정할 수 있다. 둘째, 65세 이후 신규 등록장애인까지 활동지원서비스를 확대할 경우, 신규 등록장애인 중 심한장애인이 활동지원서비스를 이용할 수 있을 것으로 가정할 수 있다. 2023년 기준 등록장애인 현황에 따르면, 신규 등록장애인의 약 21.9%가 심한장애인으로 나타났다. 신규 등록장애인 중 심한장애인의 44.1%가 신장장애인, 32.6%가 뇌병변장애인이다. 이를 65세 이상과 신규 65세 이상 등록장애인을 구분하여 살펴본다.

(1) 65세 이상 장애인의 활동지원서비스 이용 규모와 재원(A)

가정 1은 65세 이상 등록장애인 내 장기요양서비스 이용자 중 심한 장애인이 활동지원서비스를 이용할 것으로 가정하는 것이다. 장기요양서비스 이용 장애인 중 장애정도가 심하지 않은 장애인의 비율은 현저히 낮을 가능성이 높다. 그 이유는 장애정도가 심하지 않은 장애인의 활동지원서비스 평균 급여액은 13~15구간으로 장기요양서비스 급여액 수준과 유사하여 활동지원서비스로 전환할 가능성이 낮을 것으로 보여 심한 장애인으로만 한정할 수 있다. 현재 65세 이상 등록장애인 중 장기요양서비스 이용자 19만 9천여 명으로 약 4.7% 수준이다. 장애정도별로는 65세 이상 심한 장애인 중 11.3%가 장기요양서비스 이용자였으며, 심하지 않은 장애인은 1.8% 수준이었다.

> 가정 1: 65세 이상 등록장애인이면서 장기요양서비스 이용자 중 심한 장애인이 활동지원서비스를 이용할 것으로 가정 (규모 1)

다만, 이들이 활동지원 서비스 이용자가 되었을 때 급여액(금액1-*)을 알 수 없다. 따라서 아래의 4가지를 기준으로 적용하여 추계하고자 한다.

- 금액: a1-1) 보전급여 자료[115]를 가지고 유추, 평균 급여액을 규모1에 일괄 적용
- 금액: a1-2) 보전급여 자료를 가지고 유추, 연령대별 노인장기요양 급여액의 증가율을 적용하여 규모1에 1세 단위별 급여액을 산출하고 합산
- 금액 a1-3) 64~65세 활동지원 서비스 이용자의 급여액(정부지원금)을 규모1에 일괄 적용
- 금액 a1-4) 64~65세 활동지원 서비스 이용자의 급여액(정부지원금)에 연령대별 노인장기요양 급여액의 증가율을 적용하여 규모1에 1세 단위별 급여액을 산출하고 합산

상기 금액 a1-1~a1-4의 금액 추정을 구체적으로 설명하면 다음과 같다.

우선, a1-1은 보전급여 대상자의 평균 활동지원급여액을 65세 이상 장애인의 연령과 무관하게 일괄적용하였고, a1-3 또한 사회보장 행정데이터에서 분석한 64세, 65세 활동지원서비스 이용 장애인의 활동지원급여액을 65세 이상 장애인의 연령과 무관하게 일괄 적용한 것이다.

고령의 장애인이 활동지원서비스를 이용할 때, 연령이 증가함에 따라 욕구의 수준도 높아질 것이지만, 추계안 a1-1과 a1-3은 그를 고려하지 않았다는 한계가 있다. 이에 연령에 따른 서비스 이용 욕구의 증가를 추계에 반영할 필요가 있다.하지만, 현행 장애인활동지원 서비스에서 65세 이상 고령자의 급여수준은 알 수가 없고, 연령의 증가에 따른 서비스 욕구를 가늠할 수 있으며 연구진이 접근 가능한 정보는 사회보장 행정데이터의 65세 이상 장애인의 노인장기요양급여액 현황이었다. 65세 이상 장애인의 노인장기요양 급여 수준의 증가를 미시자료에서 관찰할 수 있었기에 이 노인장기요양 급여액의 증가율을 활동지원서비스 이용 장애인의 욕구 증가로 인한 급여액의 증가에 반영하였다.

방법은 데이터의 실제 값을 가지고 증가율을 산출하여 대입하는 방법과, 연령 등 주요 인구사회적 속성을 반영한 증가율을 데이터에서 추론하여 추정한 값을 대입하는 방법을 생각할 수 있었다. 연구진은 협의를 통해 사회보장 행정데이터에서 가용한 인구사회적 속성과 장애 특성등의 제 변수를 이용하여 노인장기요양 급여액을 예측하고, 그 예측값의 증가율을 추계에 활용하기로 하였으며, 방법은 다음과 같다.

우선, 사회보장 행정데이터의 65세 이상 장애인을 대상으로 하여, 연령, 성, 장

115) '보전급여 자료'는 2021년 이후 보전급여 신청 및 선정 장애인의 활동지원급여액 자료를 의미하는 것으로, 한국사회보장정보원에서 추출한 복지부의 내부자료이다. 본 연구의 추계는 기본적으로 제2기 사회보장행정데이터를 사용하였지만, '보전급여 자료'가 언급되어 있는 추계안에 한하여 해당 자료의 평균 급여액을 사용하였음.

애정도, 장애유형, 지역규모로 노인장기요양 급여액을 예측하는 회귀모형을 추정한 였다. 다음으로 해당 회귀모형의 연령별 노인장기요양급여 예측값을 장애정도에 따라 산출하였고, 이 예측값의 증가율을 고령이 되어감에 따라 증가하는 욕구수준(급여 수준)의 증가로 가정하여 추계안 a1-2와 a1-4에 적용하였다.

이상 설명한 금액 a1-1~a1-4의 추정 방식은 가정2~가정4의 금액 *-1~*-4에 동일하게 적용되어 있다.

가정 2: 65세 이상 등록장애인인 장기요양서비스 이용자는 장애 정도와 무관하게 모두 장애인 활동지원 서비스를 이용한다고 가정(규모2)

다만, 이들이 활동지원 서비스 이용자가 되었을 때 급여액(금액2-*)을 알 수 없다. 따라서 아래의 4가지를 기준으로 적용하여 추계하고자 한다.

- 금액 a2-1) 보전급여 자료를 가지고 유추, 평균 급여액을 규모2에 일괄 적용
- 금액 a2-2) 보전급여 자료를 가지고 유추, 연령대별 노인장기요양 급여액의 증가율을 적용하여 규모2에 1세 단위별 급여액을 산출하고 합산
- 금액 a2-3) 64~65세 활동지원 서비스 이용자의 급여액(정부지원금)을 규모2에 일괄 적용
- 금액 a2-4) 64~65세 활동지원 서비스 이용자의 급여액(정부지원금)에 연령대별 노인장기요양 급여액의 증가율을 적용하여 규모2에 1세 단위별 급여액을 산출하고 합산

(2) 65세 이후 신규등록 장애인의 활동지원서비스 이용 규모와 재원(B)

- 가정 3: 등록장애인 현황의 연령대별 신규등록 장애인 중 '심한 장애'는 활동지원 서비스를 이용한다고 가정(규모3)

위의 가정에 있는 장애인이 활동지원서비스 이용자가 되었을 때 급여액(금액 b1-*)을 알 수 없다. 따라서 아래의 4가지를 기준으로 적용하여 추계하고자 한다.

- 금액 b1-1) 보전급여 자료를 가지고 유추, 평균 급여액을 규모3에 일괄 적용
- 금액 b1-2) 보전급여 자료를 가지고 유추, 연령대별 노인장기요양 급여액의 증가율을 적용하여 규모3에 1세 단위별 급여액을 산출하고 합산
- 금액 b1-3) 64~65세 활동지원 서비스 이용자의 급여액(정부지원금)을 규모3에 일괄 적용
- 금액 b1-4) 64~65세 활동지원 서비스 이용자의 급여액(정부지원금)에 연령대별 노인장기요양 급여액의 증가율을 적용하여 규모3에 1세 단위별 급여액을 산출하고 합산

- 가정 4: 등록장애인 현황의 연령대별 신규등록 장애인 모두(장애 정도 무관)는 활동지원 서비스를 이용한다고 가정(규모4)

위의 가정에 있는 장애인이 활동지원서비스 이용자가 되었을 때 급여액(금액 b2-*)을 알 수 없다. 따라서 아래의 4가지를 기준으로 적용하여 추계하고자 한다.

- 금액 b2-1) 보전급여 자료를 가지고 유추, 평균 급여액을 규모4에 일괄 적용
- 금액 b2-2) 보전급여 자료를 가지고 유추, 연령대별 노인장기요양 급여액의 증가율을 적용하여 규모4에 1세 단위별 급여액을 산출하고 합산
- 금액 b2-3) 64~65세 활동지원 서비스 이용자의 급여액(정부지원금)을 규모4에 일괄 적용
- 금액 b2-4) 64~65세 활동지원 서비스 이용자의 급여액(정부지원금)에 연령대별 노인장기요양 급여액의 증가율을 적용하여 규모4에 1세 단위별 급여액을 산출하고 합산

3) 재정 추계

재정 추계 기준은 다음과 같다. 즉 현행 65세 이상 장애인 중 전환 예측 + 신규 등록장애인 중 65세 이상 중 활동지원서비스를 이용할 예측 장애인이다.

- 재정 추계= a(65세 이상 장애인 전환) + b(신규등록 65세 이상 장애인)
  - a1-*안 = 규모1 × 금액 a1-* : a1-1안, a1-2안, a1-3안, a1-4안 생성
  - a2-*안 = 규모2 × 금액 a2-* : a2-1안, a2-2안, a2-3안, a2-4안 생성
  - b1-*안 = 규모3 × 금액 b1-* : b1-1안, b1-2안, b1-3안, b1-4안 생성
  - b2-*안 = 규모4 × 금액 b2-* : b2-1안, b2-2안, b2-3안, b2-4안 생성

〈표 Ⅷ-31〉 가정별 추계안 및 추계 결과: 정도가 심한 65세 이상 장애인 전환

(단위: 억 원)

안	a1-1	a1-2	a1-3	a1-4
대상 가정1	65세 이상 장기요양 수급	65세 이상 장기요양 수급	65세 이상 장기요양 수급	65세 이상 장기요양 수급
대상 가정2	심한 장애인	심한 장애인	심한 장애인	심한 장애인
급여액 가정2	보전급여자료 평균활동지원급여액	보전급여자료 65세의 활동지원급여액	64-65세 활동지원급여액 (정부지원금)	64-65세 활동지원급여액 (정부지원금)
급여액 가정2	일괄 적용	연령대별 장기요양급여액 증가율 적용	일괄 적용	연령대별 장기요양급여액 증가율 적용
추계액	35,675	36,244	14,957	15,703

한국장애인개발원
www.koddi.or.kr

〈표 Ⅷ-32〉 가정별 추계안 및 추계 결과: 정도가 심한 65세 이상 신규등록 장애인

(단위: 억 원)

안	b1-1	b1-2	b1-3	b1-4
대상 가정1	신규등록	신규등록	신규등록	신규등록
대상 가정2	심한 장애인	심한 장애인	심한 장애인	심한 장애인
급여액 가정2	보전급여자료 평균활동지원 급여액	보전급여자료 65세의 활동지원급여액	64-65세 활동지원급여액(정부지원금)	64-65세 활동지원급여액 (정부지원금)
급여액 가정2	일괄 적용	연령대별 장기요양급여액 증가율 적용	일괄 적용	연령대별 장기요양급여액 증가율 적용
추계액	4,283	4,300	1,795	1,863

〈표 Ⅷ-33〉 가정별 추계안 및 추계 결과: 65세 이상 장애인 전환

(단위: 억 원)

안	a2-1	a2-2	a2-3	a2-4
대상 가정1	65세 이상 장기요양 수급	65세 이상 장기요양 수급	65세 이상 장기요양 수급	65세 이상 장기요양 수급
대상 가정2	모든 장애인	모든 장애인	모든 장애인	모든 장애인
급여액 가정2	보전급여자료 평균활동지원급여액	보전급여자료 65세의 활동지원급여액	64-65세 활동지원급여액 (정부지원금)	64-65세 활동지원급여액 (정부지원금)
급여액 가정2	일괄 적용	연령대별 장기요양급여액 증가율 적용	일괄 적용	연령대별 장기요양급여액 증가율 적용
추계액	90,486	92,968	37,935	40,278

〈표 Ⅷ-34〉 정별 추계안 및 추계 결과: 65세 이상 신규등록 장애인

(단위: 억 원)

안	b2-1	b2-2	b2-3	b2-4
대상 가정1	신규등록	신규등록	신규등록	신규등록
대상 가정2	모든 장애인	모든 장애인	모든 장애인	모든 장애인
급여액 가정2	보전급여자료 평균급여액	보전급여자료 평균급여액	64-65세 활동지원급여액 (정부지원금)	64-65세 활동지원급여액 (정부지원금)
급여액 가정2	일괄 적용	연령대별 장기요양급여액 증가율 적용	일괄 적용	연령대별 장기요양급여액 증가율 적용
추계액	20,192	20,371	8,465	8,826

추계 결과를 제시하면 다음과 같다. 첫째, ab1-1은 a1-1 + b1-1로서 추계액은 약 3조9천억원으로 나타났다. 동 내용으로는 ① 65세 이상 정도가 심한 장애인 중 노인장기요양 수급자가 활동지원서비스 이용자로 전환되고, ② 65세 이상 신규등록장애인(1년 동안) 중 심한 장애인은 활동지원서비스를 이용하는 경우, ③ 급여액은 보전급여를 받기로 한 65세 이상 장애인의 활동지원급여액 평균을 전 연령에게 일괄 적용하였다.

둘째, ab1-2는 a1-2 + b1-2로서 추계액은 약 4조로 나타났다. 동 적용 기준은 앞선 ①~②는 동일하며, 급여액은 보전급여를 받기로 한 65세 장애인의 활동지원급여액에 연령별 증가율을 적용하여 1세 단위 급여액을 산출한 결과이다.

셋째, ab1-3는 a1-3 + b1-3로서 추계액은 총 1조6천억원으로 나타났다. 동 기준의 경우 앞선 적용 기준과 같으며 급여액은 사회보장 행정데이터의 64-65세 활동지원서비스 이용 장애인의 급여액(정부지원금)을 65세 이상 전 연령에게 일괄 적용하였다.

넷째, ab1-4는 a1-4 + b1-4로서 추계액은 1조7천억 수준이다. 동 기준은 앞선 적용 기준과 같으며 급여액은 사회보장 행정데이터의 64-65세 활동지원서비스 이용 장애인의 급여액(정부지원금)에 연령별 증가율을 적용하여 1세 단위 급여액을 산출하였다.

다섯째, ab2-1~ab2-4는 장애정도가 무관하게 모두 장애인 활동지원 서비스를 이용한다고 가정 한 것으로 추계액은 앞선 결과에 비해 각각 약 3배 높은 금액이었

다. 즉 ab2-1, ab2-2는 약 11조, ab2-3, ab2-4는 각각 4조6천억, 4조9천억 수준으로 분석되었다.

〈표 Ⅷ-35〉 추계 결과(기준값)

(단위: 억 원)

추계안	전환+신규	내용	추계액
ab1-1	a1-1 + b1-1	1) 65세 이상 정도가 심한 장애인 중 노인장기요양 수급자가 활동지원서비스 이용자로 전환되고, 2) 65세 이상 신규등록장애인(1년 동안) 중 심한 장애인은 활동지원서비스를 이용하는 경우 3) 급여액은 보전급여를 받기로 한 65세 이상 장애인의 활동지원급여액 평균을 전 연령에게 일괄 적용	39,958
ab1-2	a1-2 + b1-2	1) 상동 2) 상동 3) 급여액은 보전급여를 받기로 한 65세 장애인의 활동지원급여액에 연령별 증가율을 적용하여 1세 단위 급여액을 산출	40,544
ab1-3	a1-3 + b1-3	1) 상동 2) 상동 3) 급여액은 사회보장 행정데이터의 64-65세 활동지원서비스 이용 장애인의 급여액(정부지원금)을 65세 이상 전 연령에게 일괄 적용	16,752
ab1-4	a1-4 + b1-4	1) 상동 2) 상동 3) 급여액은 사회보장 행정데이터의 64-65세 활동지원서비스 이용 장애인의 급여액(정부지원금)에 연령별 증가율을 적용하여 1세 단위 급여액을 산출	17,565
ab2-1	a2-1 + b2-1	ab1-1과 동일 하되, 모든 장애인 기준	110,678
ab2-2	a2-2 + b2-2	ab1-2와 동일 하되, 모든 장애인 기준	113,339
ab2-3	a2-3 + b2-3	ab1-3과 동일 하되, 모든 장애인 기준	46,401
ab2-4	a2-4 + b2-4	ab1-4와 동일 하되, 모든 장애인 기준	49,104

이상의 추계 과정과 산출 결과(기준값)은 '규모1'과 '규모2'의 활동지원서비스 이용으로 전환될 기존 장애인의 수, 그리고 '금액 *-3'과 '금액 *-4'제 적용한 급여액이 사회보장 행정데이터를 이용하였기 때문에, 동 데이터의 기준 연도인 2021년을 기준으로 한다. 추계의 여러 기준 데이터가 2021년이기 때문에, '규모3'과 '규모4'의 신규등록장애인의수도 2022년을 기준으로 하였다.[116] 이에 예산 추계 결과의 2025년 기준 현행화를 위해 2023년 12월에 공표된 장래인구추계의 1세 단위 추계 결과를 〈표 5〉의 결과 산출 과정에 적용하였다. 아울러, 2021년 대비 2025년의 장애인활동지원 단가의 상승률도 함께 적용하여 2025년의 추계 결과를 산출하였다. 2026년부터 2030년까지의 값은 2025년의 추계액에 장래인구추계의 1세 단위 결과를 적용한 것이다.

〈표 Ⅷ-36〉 추계결과(2025년~2030년)

(단위: 억 원)

추계안	추계액					
	2025년	2026년	2027년	2028년	2029년	2030년
ab1-1	48,699	51,335	53,928	56,471	59,040	61,766
ab1-2	49,435	52,116	54,758	57,349	59,984	62,775
ab1-3	23,531	24,805	26,058	27,287	28,528	29,845
ab1-4	24,685	26,024	27,343	28,637	29,952	31,346
ab2-1	135,944	143,304	150,849	158,149	165,578	173,364
ab2-2	139,372	146,960	154,741	162,269	169,966	178,016
ab2-3	65,689	69,245	72,890	76,418	80,008	83,770
ab2-4	69,595	73,383	77,269	81,028	84,872	88,891

116) 2022년을 기준으로 한 것은 2021년 기준 사회보장 행정데이터는 이미 신규등록 장애인을 포함하고 있지만, 신규등록 여부를 식별할 수는 없었기 때문이다. 매해 추가 유입되는 장애인의 규모를 파악하기 위해서 기준 연도 다음 해의 신규등록 장애인을 고려하였다.

이상 살펴본 추계 결과는 65세 이상 노인장기요양서비스 이용 등록장애인의 장애인활동지원 서비스로의 전환을 가정한 것이기에, 장애인활동지원제도의 추가 소요 재정을 추계하면 그의 반대 급부인 노인장기요양보험제도의 재정 절감도 거칠게나마 예상해볼 수 있다. 즉 노인장기요양서비스를 이용하는 등록장애인이 장애인활동지원서비스 이용자로 전환되면, 이들의 노인장기요양급여액은 그만큼 장기요양보험 재정에서 충당되지 않기 때문에 이를 노인장기요양 급여액의 절감 규모로 간주하는 것이다. 이때 급여액은 이용자의 본인부담금을 제외하지 않은 금액이다.

제2기 사회보장행정데이터에서 기준값을 2021년 기준으로 산출하고, 연령별 장래인구추계를 적용하여 연도별 절감 규모를 아래의 표와 같이 제시하였다.

〈표 Ⅷ-37〉 심한 장애인의 활동지원서비스 전환 시 노인장기요양 급여액 절감 규모

(단위: 억 원)

대응 추계안	절감 규모						
	2021년 기준값	2025년	2026년	2027년	2028년	2029년	2030년
ab1-1	9,374	12,250	12,937	11,150	12,125	10,428	11,495
ab1-2							
ab1-3							
ab1-4							

〈표 Ⅷ-38〉 모든 장애인의 활동지원서비스 전환 시 노인장기요양 급여액 절감 규모

(단위: 억 원)

대응 추계안	절감 규모						
	2021년 기준값	2025년	2026년	2027년	2028년	2029년	2030년
ab2-1	23,380	30,552	32,264	27,808	30,241	26,008	28,669
ab2-2							
ab2-3							
ab2-4							

참고문헌

김찬우. (2015). 고령장애인의 개념 정립과 복지욕구 비교를 통한 돌봄 서비스 정책 방향 설정에 대한 고찰. 비판사회정책, 46, 165-201.

보건복지부. (2024). 장애인현황: 전국 연령별,장애유형별,성별 등록장애인수 https://kosis.kr/statHtml/statHtml.do?orgId=117&tblId=DT_11761_N003&conn_path=I3

전지혜, 김민, 김용진, 김현승, 오윤지, 윤민석, 최은희 (2022) 장애인활동지원 이용 및 운영 현황 분석 연구, 보건복지부, 인천대학교.

조윤화, 이선우, 윤상용, 김태완, 정용문, 김용진, 오윤지, 이계승, 서원선, 김미령, 박시은, 진화영 (2023) 장애인 표준소득 산출 기초 연구, 한국장애인개발원.

조윤화, 이종남, 오윤지, 한기명, 박시은, & 이윤경. (2023). 고령장애인의 돌봄서비스 지원방안 연구. In (Vol. 13, pp. 174). 서울: 한국장애인개발원.

조윤화, 이종남, 한기명, 오윤지, 이윤경 (2023). 고령장애인의 돌봄서비스 지원방안, 한국장애인개발원.

Agefiph (2016-2023) Emploi et chomage des personnes handicapees, Tableau de bord, Observatoire de l'emploi et du handicap.

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux. (2015). L'adaptation de l'integration aupres des personnes handicapees vieillissantes, Synthese. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles,

Assurance retraite, Caisse nationale allocations familiales (2024). Circulaire. Objet: Passage à la retraite des assurés titulaires de l'allocation aux adultes handicapés (AAH) à compter du 1er septembre 2023.

Baradji E., Dauphin L. et Eideliman J.-S. (2021) Comment vivent les personnes handicapées, DREES.

Bellamy V. et Bergeron T. (2022) 321,000 personnes sont accompagnées dans les établissements et services médico-sociaux pour adultes handicapés fin 2018 ; Etudes et Résultats, n°1247.

Clarke, P., Twardzik, E., D'Souza, C., & Meade, M. (2021). Aging with a Disability. Public health perspectives on disability: Science, social

justice, ethics, and beyond, 225-250.
CNSA (2012) Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes. Dossier technique.
Cour des comptes (2023), L'accompagnement des personnes en situation de handicap vieillissantes,
DARES (2023) L'obligation d'emploi des travailleurs handicapés en 2022.
Daude, M., Mauss, H. et Paul, S. (2016). Evolution de la prestation de compensation du handicap(PCH), Rapport, Inspection générale des affaires sociales.
DREES (2019-2022) L'aide et l'action sociales en France
DREES (2023) Les retraités et les retraites,
INSEE (2020-2022) Emploi, chômage, revenus du travail.
Leroux I. (2022) L'aide et l'action sociales en France - Perte d'autonomie, handicap, protection de l'enfance et insertion. DREES.
Libault D. (2022) Vers un service public territorial de l'autonomie, Gouvernement.
MDPH Paris (2019). Référentiel qualiparis MDPH de Paris.
Molton, I. R., & Ordway, A. (2019). Aging with disability: Populations, programs, and the new paradigm an introduction to the special issue. In (Vol. 31, pp. 3S-20S): SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA. https://doi.org/10.1177/0898264319880120
Ricroch L. (2024) Ehpad : un résident sur dix a moins de 75 ans, Etudes et Résultats, n°1302, DREES.
Sheets, D. (2005). Aging with disabilities: Ageism and more. Generations, 29(3), 37-41.
The Lancet Public Health. (2017). Ageing: a 21st century public health challenge? In (Vol. 2, pp. e297). https://doi.org/10.1016/S2468-2667(17)30125-1
United Nations Economic Commission for Europe. (2024). Mental Health of Older Persons. UNECE Policy Brief on Ageing, 29, 1-24.
Verbrugge, L. M., & Yang, L.-s. (2002). Aging with disability and disability

with aging. Journal of disability policy studies, 12(4), 253-267.
World Health Organization. (2015). World report on ageing and health. World Health Organization.
World Health Organization. (2021). Global report on ageism. World Health Organization.
World Health Organization. (2022). Global report on health equity for persons with disabilities. World Health Organization.
World Health Organization., & World Bank. (2011). World report on disability.

보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터
보건복지부(2020). 2020년 노인실태조사 마이크로데이터
보건복지부(2022). 2022년도 장애인건강보건통계
보건복지부(2023), 2023년년 가계금융복지조사
보건복지부(2023). 사회보장 행정데이터
통계청(2023) 2022년 사망원인통계
통계청(2024). 2023 하반기 경제활동인구조사
한국장애인고용공단(2023). 2023년 하반기 장애인경제활동실태조사

France Travail (프랑스 고용센터 사이트)

https://www.francetravail.fr/actualites/le-dossier/pratique/emploi-et-handicap/conseils-pratiques/travailleur-handicape—un-accomp.html
https://travail-emploi.gouv.fr/la-reconnaissance-de-la-qualite-de-travailleur-handicape-rqth
https://travail-emploi.gouv.fr/cap-emploi
https://travail-emploi.gouv.fr/les-services-de-prevention-et-de-sante-au-travail-autonomes-et-interentreprises
https://travail-emploi.gouv.fr/laide-lembauche-dun-demandeur-demploi-de-45-ans-et-plus-en-contrat-de-professionnalisation

Legifrance (프랑스 법령 사이트)

https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006142017/
https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000042056516
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000033664281
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000031976528
https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000020436314

URSSAF (사회보장기금 사이트)

https://www.urssaf.fr/accueil/employeur/cotisations/liste-cotisations/contribution-annuelle-oeth.html

Information handicap (장애인복지 정보제공 대표 사이트)

https://informations.handicap.fr/a-aspa-aah-handicap-9547.php
https://informations.handicap.fr/a-AAH-retraite-automatique-13046.php
https://informations.handicap.fr/a-aah-suspendue-alors-que-retraite-pas-versee-34889.php#:~:text=Selon%20ce%20d%C3%A9cret%20de%20juin,R821%2D7%2D1)
https://informations.handicap.fr/a-barriere-age-pour-pch-repoussee-60-65ans-30469.php
https://informations.handicap.fr/a-pch-fin-barriere-age-75ans-veut-dire-quoi-12682.php

국가자립연대기금 사이트

https://www.cnsa.fr/appels-projets/prefigurer-le-service-public-departemental-de-lautonomie

Service Handicap (장애인 복지 정부 사이트)

https://handicap.gouv.fr/le-service-public-departemental-de-lautonomie-est-officiellement-lance

Service Personnes âgeés (노인 복지 정부 사이트)

https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-ehpad

https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/prevention-accompagnement-et-soins/alzheimer-en-ehpad-quel-accompagnement

https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/comprendre-les-prix-en-ehpad/comprendre-sa-facture-en-ehpad

https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/prevention-accompagnement-et-soins/une-unite-de-vie-dediee-aux-personnes-handicapees-a-lehpad-de-bouvigny-boyeffles-reportage

https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie/a-qui-s-adresser/le-conseil-departemental

https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/comprendre-les-prix-en-ehpad/le-cout-des-soins-en-ehpad-et-en-usld-unites-de-soins-de-longue-duree

https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/les-differents-etablissements-medicalises/les-usld-unites-de-soins-de-longue-duree

Service-public (프랑스 공공 서비스 사이트)

https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15478

https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15759

https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F21006
https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F10009
https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F1802
https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F15234
https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202

기타 사이트

https://poem.travail-emploi.gouv.fr/synthese/contrats-aides-pec-cui-cie#:~:text=Le%20nombre%20de%20b%C3%A9n%C3%A9ficiaires%20d'un%20CUI-CIE%20s',et%204%20400%20en%202020
https://www.justice.fr/fiche/handicap-complement-ressources-existe-toujours
https://www.la-retraite-en-clair.fr/parcours-vie-retraite/handicap-invalidite-retraite/on-cumuler-pension-retraite-allocation-adulte-handicape-aah
https://www.perce-neige.org/infos-handicap/droits-et-demarches/les-etablissements-daccueil-pour-adultes-comprendre-les-differences/
https://www.annuaire-retraite.com/maisons-de-retraite/maison-daccueil-specialisee-definition-fonctionnement-pour-qui/
https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/foyer-d-accueil-medicalise-pour-adultes-handicapes--f-a-m---437.html
https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/etablissement-et-service-d-aide-par-le-travail--e-s-a-t---246.html
https://annuaire.action-sociale.org/etablissements/adultes-handicapes/foyer-hebergement-adultes-handicapes-252.html
https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/types-de-maison/le-pole-dactivites-et-de-soins-adaptes-pasa-en-ehpad/
https://www.capretraite.fr/choisir-une-maison-de-retraite/types-de-maison/lunite-dhebergement-renforcee-uhr-ehpad-usld/
https://www.capretraite.fr/blog/maisons-de-retraite/personnes-handicapees-vieillissantes-prise-charge-ehpad/
https://www.fiche-paie.net/page/declaration-des-travailleurs-handicapes-doeth-quelles-obligations
https://www.cettefamille.com/ehpa/

붙임 1. 고령장애인 당사자(또는 가구원) 심층인터뷰 질문지

고령장애인 가구 특성 및 욕구에 따른 장애인복지정책 개발 연구
심층인터뷰 질문지 (고령장애인 가구 또는 가구원 용)

I. 참여자 인적사항

1. 귀하와 장애당사자와의 관계는 어떻게 됩니까?
① 당사자 ②□ 부모(□ 부, □ 모, □ 형제 또는 자매, □ 기타 ( )

2. (장애 당사자) 성별은 어떻게 되십니까?
①□ 남 ②□ 여

3 . (장애 당사자) 귀하의 연령은 어떻게 되십니까? ( )세

4 . (응답자) 귀하의 연령은 어떻게 되십니까? ( )세

5. (장애당사자) 등록장애유형 및 장애정도는 무엇입니까?
- 장애유형: (*예) 지체장애*)
- 장애정도: ( )

6. (장애당사자)장애등록 시, 어떠한 질환 또는 사고 등이 있었습니까?
( )

7. (장애 당사자) 일상생활 수행을 위한 도움이 어느정도 필요하십니까?
①□ 매우 필요함 ②□ 필요함
③□ 필요 없음 ④□ 전혀 필요 없음

8. (장애 당사자) 최근 5년 동안 입원한 경험이 있습니까?
①□ 네 ②□ 아니오
↳ 8-1. 평균 1년에 몇 회, 며칠 동안 입원 하십니까? - 1년에 ( )회 ( )일

9. 입원의 목적은 무엇입니까?
①□ 정기치료 ②□ 재활 ③ □ 건강검진 ④□ 건강증진 ⑤□ 기타

10. (장애당사자) 현재 건강상태는 어떠합니까?
①□ 매우 좋지 않음 ②□ 좋지 않음 ③□ 좋음 ④□ 매우 좋음

11. 65세 이전 활동지원서비스 이용 시기 및 시간은 어떠합니까?
  - 이용시기: ( )년까지 수급
  - 이용시간: 복지부 월평균 ( )시간 / 시·구 월평균 ( )시간

12. 귀하가 65세 이전에 받았던 활동지원서비스 내용은 어떠합니까?
( )

13. 65세 이후 장기요양보험으로 전환된 뒤 지원 시간은 어떠합니까?
  - 복지부 월평균 ( )시간
  - 시·구 월평균 ( )시간

14. 장기요양보험 서비스 내용 및 지원인력은 어떠합니까?
( )

II. 연구개요 및 참석자 소개(시작질문)

1. 본 연구의 목적 및 필요성에 대해 간략히 설명하겠습니다.
2. 본 FGI 참석자를 간략히 소개하겠습니다.
3. 본 FGI의 진행방법(참여자 순번부여, 익명성 보장, 의견제시 방법, 의견제시 독점 금지 등)을 설명하겠습니다.

III. FGI 인터뷰 질문

1. 귀하는(또는 함께 살고 있는 고령장애인은) 낮에 주로 무엇을 합니까?
   - 일상생활 수준 등

2. 나이가 들어감에 따라 과거와 차이가 있는 부분이 있습니까? 가족과의 관계는 어떠합니까?

3. 정부로부터 어떠한 서비스를 받고 있습니까? 문제점이 있습니까?

4. 귀하는 고령장애인 대상 서비스 제공시, 어려운 점 및 노인 또는 비장애인에 비해 고려되어야 하는 사항이 있다고 생각하십니까?

5. 장기적으로 고령장애인이 지역사회에 살아가기 위해서 필요한 것은 무엇이라고 생각하십니까? 충분한 활동지원제도, 노인돌봄서비스, 경제적 지원 등

6. 65세 이후 장기요양보험으로 전환된 뒤 귀하가 경험하고 있는 문제점은 무엇입니까?
[예: 지원인력의 변화(활동지원사에서 요양보호사로), 인력찾기 힘듦, 지원기관 변경 문제, 지원시간 차감문제(시간 부족 등), 본인부담금 문제(돈 문제), 일자리 문제(장애인일자리 탈락), 시간 부족, 다른 서비스를 받지 못함, 전환시 장기요양평가 문제 및 행정처리 지연 등]

7. 65세 이후 장애인활동지원급여에서 장기요양으로 전환되는 상황이 어떻게 변화되면 좋을 것 같습니까?

※ 각각의 질문에 따라 대상자들의 경험을 공유하면서, 이에 대해 추가적인 질문을 상황에 맞게 적절히 질문하도록 함.

IV. FGI 정리 및 종료(마무리 질문)

1. 추가적인 경험이 있으시면 말씀해 주시기 바랍니다.
2. 본 FGI를 종료하겠습니다.

붙임 2. 고령장애인 전문가 FGI 질문지

고령장애인 가구 특성 및 욕구에 따른 장애인복지정책 개발 연구 초점집단 질문지 (기관 전문가 용)

I. 참여자 인적사항

1. 귀하의 성별은 어떻게 되십니까?
①□ 남 ②□ 여

2. 귀하의 연령은 어떻게 되십니까?
①□ 20세-29세 ②□ 30세-39세 ③□ 40세-49세 ④□ 50세-59세
⑤□ 60세-69세 ⑥□ 70세 이상

3. 귀하의 소속은 어떠합니까?
①□ 장애인복지관 ②□ 노인복지관 ③□ 종합복지관 ④□ 주간재활시설
⑤□ 장애인거주시설 (□ 중증장애인 또는 장애유형별 거주시설, □ 공동생활가정, □ 단기보호시설)
⑥□ 정신재활시설의 생활시설 또는 공동생활가정(□ 생활시설, □ 공동생활가정)

4. 귀하의 직위는?
①□ 대표 ②□ 사무국장 급 ③□ 팀장급 ④□ 기타 ( )

5. 귀하의 사회복지 관련 경력은 어떠합니까?
( ) 년 미만

6. 고령장애인에게 서비스 제공 경험은 몇 년 입니까?
①□ 1년 미만 ②□ 1년 이상 - 5년 미만
③□ 5년 이상 ④□ 기타 ( )

II. 연구개요 및 참석자 소개(사작질문)

1. 본 연구의 목적 및 필요성에 대해 간략히 설명하겠습니다.

본 연구의 목적은 **고령장애인을 위한 장애인복지정책 개발**에 있습니다. 현재 고령장애인은 노인복지영역에서 주로 지원되고 있고, 장애인 거주시설 및 이용시설의 고령장애인 지원 서비스 및 정책은 다소 부족한 상황입니다. 인터뷰에 응답해주실 때, 현재 기관에서 체감하는 고령장애인 서비스 제공/이용실태 및 종사자로서의 고민뿐만 아니라 향후 개선 또는 도입이 필요한 서비스·정책을 이야기해주십시오.

2. 본 FGI 참석자를 간략히 소개하겠습니다.
3. 본 FGI의 진행방법(참여자 순번부여, 익명성 보장, 의견제시 방법, 의견제시 독점 금지 등)을 설명하겠습니다.

III. FGI 인터뷰 질문

1. 귀하의 기관에 고령장애인 이용자가 있습니까? 있다면 주로 어떤 서비스를 이용하고 있습니까?

2. 귀하의 기관은 고령장애인에게 서비스를 제공하는데 어려움을 경험하고 있습니까?
   - 정책적 한계로 인한 어려움이 있습니까?

   예) 비장애 노인과 차별적인 서비스가 필요하거나, 고령장애인의 연령별 서비스(일자리, 보조기기, 주택개조, 서비스 내용 등)욕구가 다르지만 법적근거 및 특화 서비스 부재함

3. 귀하의 지역사회 및 기관은 고령장애인을 위한 어떤 계획을 가지고 있습니까?
   예) 30인 이하 거주시설에 간호사/간호조무사 배치, 지자체의 고령장애인 대상 활동지원서비스 급여비용 추가지원

4. 장기적으로 고령장애인 위해 어떠한 장애인복지정책들이 개편되어야 한다고 생각하십니까?
   - 소득보장·돌봄·건강·일자리·보조기기정책
     예) 농어촌 지역 활동지원서비스 시비 추가지원, 보건소 정서지원·CBR사업의 고령장애인 지원 확대, 고령장애인 대상 근로지원인 지원확대 등
   - 의료집중형 고령장애인 거주시설/ 고령장애인 특화 공동생활가정 등 특화기관으로의 전환
   - 고령장애인 복지서비스를 '노인 복지서비스와 통합' 또는 '장애인복지영역 안에서만 지원'

5. 장애인복지영역에서 고령장애인을 위해 어떤 신규정책이 도입되어야 한다고 생각하십니까?

한국장애인개발원
www.koddi.or.kr

고령장애인 개인·가구 특성 및 욕구에 따른 장애인복지정책 개발 연구

발 행 일 : 2024년 12월
발 행 인 : 이경혜
발 행 처 : 한국장애인개발원
서울시 영등포구 의사당대로22 이룸센터 5층
Tel. 02-3433-0600
Fax. 02-3433-9567
http://www.koddi.or.kr
편집·인쇄 : 유-파트너 보호작업장

ISBN 978-89-6921-026-5 93330

※ 본 연구보고서의 내용을 무단 복사하는 것을 금합니다.