

2012 제4차 장애인정책토론회 자료집

장애인 고령화에 따른 대책 논의

2012. 11

| 일시 | 2012년 11월 20일(화) 14:00~16:30

| 장소 | 이룸센터 2층 교육실 2

진행순서

■ 좌장 : 김용득 교수(성공회대학교 사회복지학과)

시 간	내 용
13:30 ~ 14:00	○ 참석자 접수 및 안내
14:00 ~ 14:05	○ 개회사 및 내빈소개
14:10 ~ 14:30	○ 주제 발표 1 - "장애를 가진 노인" 의 특성에 관한 연구 ● 양희택 책임연구원(경기복지재단)
14:30 ~ 14:50	○ 주제 발표 2 - 고령 장애인의 건강과 의료 서비스 ● 김은주 과장(국립재활원 뇌신경재활과)
14:50 ~ 15:10	○ 주제 발표 3 - 고령장애인 경제활동 실태 및 활성화 방안 ● 노승현 교수(루터대학교 사회복지학과)
휴 식	
15:20 ~ 15:50	○ 토 론 1 ● 백은령 교수(총신대학교 사회복지학과) ○ 토 론 2 ● 김경미 교수(숭실대학교 사회복지학부) ○ 토 론 3 ● 신숙경 선임연구원(한국장애인개발원 정책개발연구부)
15:50 ~ 16:10	종합토론 및 질의응답
16:10 ~	폐회 및 정리

목 차

장애인 고령화에 따른 대책 논의

주제발표 1	“장애를 가진 노인”의 특성에 관한 연구 1 - 고령화된 장애와 노화에 따른 장애의 비교를 중심으로 양 희 택 경기복지재단 책임연구원
주제발표 2	고령 장애인의 건강과 의료 서비스 17 김 은 주 국립재활원 뇌신경재활과 과장
주제발표 3	고령장애인 경제활동 실태 및 활성화 방안 35 노 승 현 루터대학교 사회복지학과 교수
토 론 1	「“장애를 가진 노인” 특성에 관한 연구」 토론문 55 백 은 령 총신대학교 사회복지학과 교수
토 론 2	고령장애인의 건강과 의료서비스 토론문 61 김 경 미 숭실대학교 사회복지학과 부교수
토 론 3	고령장애인 경제활동 실태 및 활성화 방안 토론문 67 신 숙 경 한국장애인개발원 정책개발연구부 선임연구원

● 주제발표 1 ●

“장애를 가진 노인”의 특성에 관한 연구

양희택

경기복지재단 책임연구원

“장애를 가진 노인”의 특성에 관한 연구

- 고령화된 장애와 노화에 따른 장애의 비교를 중심으로 -

양 희 택

경기복지재단 책임연구원

I. 서론

우리나라 인구의 고령화문제는 이미 사회문제의 전면에 대두되었다. 65세 이상 노인인구는 전인구 대비 2006년 9.5%(460만 명), 2008년 10.3%(502만 명)으로 고령화 사회(aging society)에 접어들었으며, 2020년 15.7%(782만 명)로 고령사회(aged society), 2026년에는 20%를 상회하여 초고령 사회(super-aged society)에 진입할 것으로 예측된다. 전체 인구구성비의 고령화 현상과 같이 장애인구의 고령화 현상 또한 비슷하게 진행되고 있다. 전체 장애인 중에서 60세 이상 장애인이 차지하는 비율은 2000년 39.6%에서 2005년 45.9%로 증가하였으며, 이중 65세 이상 장애인의 비율도 약 34%(688,884명)로 나타나고 있다. 이러한 추세는 우리나라뿐만 아니라 세계적으로 비슷하게 나타나는 현상이며, 향후 고령화 지수는 더욱 증가할 것으로 예측할 수 있다(Glen, 2001; 변용찬·김성희·윤상용·최미영·계훈방·권선진·이선우, 2006). 특히, 노화에 따른 장애인의 장애인 등록 숫자가 1997년을 기점으로 폭발적으로 늘었으며, 장애를 가진 상태에서 역연령 노령인구가 지속적으로 증가하는 시점에서 “장애를 가진 노인”¹⁾에 대한 연구는 학술적으로, 정책적으로 그리고 실천적으로 매우 필요한 것으로 평가되고 있다(권오균, 2008).

“장애를 가진 노인”에 대한 논의를 시작하려면 우선 ‘고령화된 장애인(장애인구 고령화)’과 ‘노화에 따른 장애인(노화기인성 장애)’에 대한 명확한 개념정의가 필요하다.²⁾ 고령화된 장애인(aging with disability)이란 선천성 장애 혹은 비교적 어린 나이에

1) 아직까지 “장애를 가진 노인”과 관련한 용어의 사용은 통일되어 있지 않다. 대부분 선행연구에서는 “장애를 가진 노인”을 줄여서 “장애노인”으로 사용하기도 하지만, 일부 연구에서는 “고령화된 장애인”과 동일한 의미로 사용되기도 하여 용어 사용에 혼란을 주고 있다. 이 글에서는 이러한 혼란을 줄이기 위해 “장애를 가진 노인”으로 통일하여 사용한다.

2) “고령화된 장애인(aging with disability)”과 “노화에 따른 장애인(disability with aging)”이라는 용어도 아직까지 국내 문헌에서 통일되어 있지 않다. 다만 최근의 선행연구(전보영·권순만·이혜재·김홍수, 2011; 조윤득·임혁, 2010)의 용어를 기초로 편의상 ‘고령화된 장애인’과 ‘노화에 따른 장애인’으로 통일하여 사용한다.

장애가 발생하여 일정기간(보통 10~20여년) 장애인으로 살아오면서 노인이 되는 경우를 말한다. 반면 노화에 따른 장애인(disability with aging)이란 노화로 인하여 각종 노인성 질환(치매, 중풍, 관절염, 시력 및 청력 감퇴 등 노인성 질병)으로 인하여 일상생활을 혼자 수행하기 어려운 장애상태에 있는 사람을 의미한다(Verbrugge and Yang, 2002; Sheets, 2005). 지금까지의 “장애를 가진 노인”에 관한 우리나라의 선행연구들은 거의 대부분 노화에 따른 장애인에 초점을 맞추어 왔다(송미영, 2011; 전보영 외, 2011; 이중섭, 2010; 이인정, 2010; 김형수·김용섭, 2009; 노승현, 2008; 권오균, 2008; 손용진, 2004; 김미옥, 2003). 따라서 노인복지영역에서 다루어 왔던, 노화에 따른 장애상태에 대한 전반적인 연구와 정책적인 접근은 어느 정도 이루어져 왔다. 하지만 이러한 연구 결과들은 최근에 대두되고 있는 고령화된 장애인을 배제함으로써 고령화된 장애인에 대한 실태나 욕구 등을 파악하기에는 한계가 있다. 이러한 한계는 궁극적으로 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인을 포괄하는 “장애를 가진 노인”에 대한 특성을 심층적으로 파악하지 못하는 어려움에 부딪치게 된다.

최근 적절한 식생활의 보편화, 의료 기술의 진보와 보건환경이 발달하고, 장애 개인(즉, 장애상태나 개인적 특성)에게 적절하게 맞추어진 재활보조공학 기술과 기기의 발전과 보급(예를 들어, 전동휠체어나 체위변경 침대 등), 긍정적인 사회적 역할 기대와 이의 성취 등으로 장애를 가진 상태에서 역연령 노령인구가 지속적으로 증가(Campbell, 1997; Putnam, 2002 재인용)하고 있다. 또한 고령화된 장애인들은 장애로 인한 문제와 노령으로 인한 문제의 이중적인 위험을 가지고 있기에 노화에 따른 장애인의 문제와는 다른 양상을 보인다. 즉, 노화에 따른 장애인들의 경우 고령화된 장애인과는 다른 장애원인(뇌졸중, 관절사용의 어려움, 감각기관의 기능저하 등)으로 인해 장애정체성이 낮고, 의료적 서비스에 집중되어 있으며, 청·장년기에 장기적으로 노년기에 대한 개별적인 준비기간을 갖는다. 반면, 고령화된 장애인의 경우에는 비장애인 노인과 비교하여 20~25년 일찍 의료적³⁾, 기능적 노화문제가 발생하며, 이러한 이유들로 인하여 사회적 노화가 비교적 이른 나이에 진행되는 이차적 장애(secondary disability)가 나타난다. 또한, 의료적 서비스 중심이 아닌 지역사회에의 참여와 활동을 강조하는 서비스를 요구하며, 노화에 대한 개인적 준비가 어렵고, 이에 대한 사회서비스가 제공되지 못한다는 점에서 고령화된 장애인은 노화에 따른 장애인과 다른 특징을 보이고 있다(Disabled Peoples' International, 2011). 이러한 이

3) 고령화된 장애인에게 나타나는 의료적, 기능적 문제로는 소아마비 장애인의 경우 순환계 질환율이 4배, 당뇨는 5~6배 더 많이 나타나며, 척추손상 장애인의 경우 심혈관계 질병 발병이 많으며, 골절과 골다공증이 5배 정도 높은 것으로 나타나고 있다(Disabled Peoples' International, 2011).

유들로 인하여 이들을 양 집단으로 구분하여 각 집단에 대한 학술적, 정책적, 실천적인 새로운 접근이 필요하다.

따라서 본 연구에서는 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인을 개념적으로 구분하여 각각에서 나타나는 특성을 검토하고, 이를 토대로 하여 탐색적인 차원에서 어떠한 차이가 있는지를 파악하고자 한다. 본 연구의 결과는 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인에 대한 특성을 심층적으로 파악할 수 있을 것이며, 이를 기반으로 노화와 장애를 동시에 경험하는 “장애를 가진 노인” 집단에 대한 적절한 사회복지적 접근을 위한 논의의 출발점이자 기초자료로 활용될 수 있을 것이다.

II. 선행연구 고찰

1. “장애를 가진 노인”의 개념

“장애를 가진 노인”은 말 그대로 장애의 시점이나 원인, 유형과 상관없이 일정 기준의 일상생활활동에 제약이 있는 노인을 의미한다. 특히 장애를 가진 노인은 노인문제와 장애문제를 이중적으로 경험함으로써 비장애 노인이나 노년에 이르지 않은 장애인과는 다른 개인적, 심리적, 사회적인 특성을 보이는 특수한 집단으로 이해된다.

하지만 장애를 가진 노인에 대한 개념 정의는 쉽지 않다. 이는 무엇보다도 “노인”과 “장애”에 대한 각각의 개념을 정의하기가 쉽지 않기 때문이다(송미영, 2011). 노인의 경우 일정 나이의 기준⁴⁾으로 “나이가 많은 사람”으로 인구학적 특성을 나타내고 있지만 그 범위가 넓고 개인차도 크기 때문에 공통의 신체적 및 심리사회적 특성을 가진 집단으로 정의내리기가 쉽지 않다. 더구나 장애의 경우에는 손상·기능장애(impairment), 활동제한(Activity Limitation), 참여제한(Participation Restrictions) 등으로 구분하여 장애의 모델과 상황에 따라서 훨씬 넓은 개념을 가지고 있다. 과거에는 장애인의 기준을 주로 신체적 또는 지적 결함의 정도에 두어야 한다는 것이 일반적인 견해였으나 최근에는 일상생활의 제한이나 사회경제적 활동에서의 참여제한 정도로 장애인을 판정하고 구분하는 것이 타당한 것으로 받아들여지고 있다(권오균, 2008). 특히 노인

4) 노인에 대한 연령기준은 법 규정과 연구자마다 다르다. 고령자고용촉진법에 의해 50세를 기준으로 하는 연구자와 60세 이상을 기준으로 하는 연구자도 있지만, 본 연구에서는 일반적으로 받아들여지고 있는 65세 이상을 기준으로 하였다(송미영, 2011).

의 경우 사고나 질환 혹은 정상적 노화 현상으로 인한 기능적 제한상태를 경험하여 일상의 기본적인 생활수행이나 사회적 역할수행에 대한 제한이 발생함에 따라 “장애”로 간주되는 경우도 많다(조운득·임혁, 2010). 따라서 “노인”과 “장애”의 개념이 중첩되어 있는 “장애를 가진 노인”에 대한 개념은 노인과 장애에 대한 각각의 개념 정의의 어려움으로 인해 정의내리기가 쉽지 않다.

또한 “장애를 가진 노인”을 줄여서 “장애노인”으로 지칭하는 것도 개념상 혼란이 발생한다. 앞서 서술하였듯이 국내 많은 연구자들은 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인을 통칭하여 “장애를 가진 노인”을 “장애노인”으로 사용하기도 한다(송미영, 2011; 전보영 외, 2011; 이중섭, 2010; 김동배·채수진·박은영, 2009 등). 하지만 다른 선행연구에서는 “장애노인”이 “고령화된 장애인”과 동일한 의미로 노화에 따른 장애인과는 상반되는 개념으로 사용되기도 하여(양희택, 2009) 용어 사용에 혼란을 주고 있다. 따라서 “장애노인”에 대한 개념 정의와 용어 사용을 위한 심층적 연구와 학문적 합의가 필요한 실정이다.

한편, 앞서 설명하였듯이 일반적으로 “장애를 가진 노인”은 ‘고령화된 장애인(장애인 구 고령화)’과 ‘노화에 따른 장애인(노화기인성 장애)’으로 분류된다. 이는 장애발생 시기에 따라 분류하는 것으로서, 고령화된 장애는 노인이 되기 전 선천성 장애 혹은 중도장애로 인해 젊어서 장애가 발생하여 노년에 이른 경우에 해당되는 반면, 노화에 따른 장애는 노인이 되어서 장애가 발생하는 경우에 해당된다. 이러한 분류의 기준이 장애발생 시기라고 하지만 실제로 양 집단은 장애의 원인 및 유형, 신체적 및 심리사회적 문제 및 활동제약 면에서 차이를 보이고 있다. 전자의 경우 뇌병변장애, 지적장애 등 선천적 장애와 사고 및 질환으로 인한 척수손상 등 지체장애를 비롯한 모든 유형의 후천적 장애 모두를 장애의 원인 및 유형으로 간주한다. 반면, 후자의 경우 관절염, 고혈압, 당뇨, 중풍, 뇌혈관질환, 치매 등 각종 노인성 만성질환과 노년기에 발생한 사고 및 질환으로 인한 후천적 장애 등 전자에 비해 상대적으로 좁게 노화 혹은 노년기에 좀 더 초점을 둔 원인과 유형을 강조한다. 또한 고령화된 장애인의 경우 노화에 따른 장애인에 비해 장애기간이 길고 장애로 인한 신체의 기능적 제한을 일찍 경험하고 노화가 더 빠르거나 노화와 장애로 인한 이차적 장애(secondary disability)를 경험한다. 또한 전자의 이러한 신체적 제약과 건강 악화는 심리적 디스트레스나 우울로 이어지며 사회적 관계도 악화되면서 낮은 삶의 질을 경험할 가능성이 후자에 비해 더 높은 것으로 알려져 있다(Campbell and Kemp, 1997).

이와 같이 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인은 “장애를 가진 노인”에 포함되어 있어 노화와 장애의 이중적 어려움을 지닌 공통성을 가지고 있지만 다른 한편으로는 장애 원인, 유형, 신체적 및 심리사회적 문제, 필요로 하는 우선적인 서비스 등 서로 다른 특성을 가지고 있다고 할 수 있다. 따라서 “장애를 가진 노인”에 대한 정확한 이해를 위해서는 동질성과 이질성을 갖고 있는 양 집단의 특성을 구분하여 살펴볼 필요가 있다.

2. 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 특성

1) 고령화된 장애인의 특성

장애인들의 노화로 인한 변화는 기존의 장애에 노화에 따른 변화가 중첩되어 ‘이중 위험’으로 나타난다(Foreman, 1998). 기존의 장애상태로 인하여 신체, 심리사회적 측면에서 어려움을 가지고 있던 상태에 더하여 노화로 인한 제 측면의 변화가 중첩되어 나타나기에 장애개인이 갖는 어려움의 정도는 배가되는 것을 볼 수 있다.

또한, 고령화가 진행 중인 장애인들이 갖는 또 다른 문제로 ‘조기노화(premature aging)’의 경험이다. 이러한 현상은 장애발생 후 일정기간이 지난 뒤 비장애인 경우보다 이른 시기에(보통 15~20년 정도) 신체, 심리, 기능, 사회심리적인 변화(노화)를 의미한다(Trieschman, 1987; Zarb and Oliver, 1993). 조기노화의 구체적인 원인은 아직 밝혀지지 않았지만, 고령화된 장애인들의 신체적 기능과 건강을 위협하는 매우 중요한 요인이 되고 있다.

고령화된 장애인에 관한 실증적 국내 선행연구들은 매우 부족하다. 그러나 이에 대한 연구는 외국의 선행연구들에서 찾아볼 수 있는데, 대체로 이러한 연구들은 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 차이와 이러한 차이로 인한 구분된 접근이 필요함을 나타내고 있다. 일반적 노화에서는 노화이전까지는 의학적이고 기능적 문제를 동반하지 않지만, 장애인은 비장애인에 비하여 20~25세 빠르게 의학적이고 기능적인 문제가 발생하고, 이러한 문제로 인하여 이차적 건강문제(secondary condition)가 2~3배 증가하여 나타난다. 예를 들어, 후기 소아마비 장애인에게는 순환계 질환율이 4배, 당뇨가 5~6배 더 많이 나타난다. 또한 고령화된 뇌병변 장애인에게서는 골절이 5배 더 많이 나타나며, 보행이 불편한 장애노인의 약 70%가 골다공증이 나타나고 있다. 특히, 장애지속 기간이 길수록 생체적 기관의 과도한 사용으로 인하여 정형외과적 문제가 대부분 발생하고 있다. 캠벨과 캠프(Campbell and Kemp, 1997)는 장애유지 기간이 길수록 이차적 건강문제가 더 많이 나타나고 생활만족도는 더 낮았음을 밝혔다.

한편, 고령화된 장애인은 기존의 장애조건과 노화로 인하여 심리적 디스트레스와 우울감이 2~3배로 높아지고 이는 생활만족도에 부정적인 영향을 가져온다(Kemp, Adams and Campbell, 1997). 이러한 부정적 영향은 고령화된 장애인의 사회활동 참여에도 영향을 미친다. 버브루지와 양(Verbrugge and Yang, 2002)은 아동기에 발생한 장애인 집단과 성인기에 발생한 장애인 집단을 나누어 검토하여, 양 집단 모두

건강상의 문제와 사회참여의 문제가 나타나지만, 아동기에 발생한 장애인 집단이 조금 더 많은 어려움을 가지고 있다는 점을 강조하였다. 이는 장애기간이 길수록 건강과 사회참여의 문제가 심각하다는 점에서 고령화된 장애인의 신체적, 심리사회적 문제의 심각성을 보여준 것이다.

또한 고령화된 장애인이 경험하는 신체적 및 심리사회적 문제는 직장 생활에서의 차별 및 직무수행의 어려움으로 나타나기도 한다. 쉬트(Sheets, 2005)는 고령화된 장애인의 조기노화로 인해 사회적 노화(강제퇴직 등)가 촉진된다고 하였다. 마찬가지로 지적장애를 가진 장애인들이 고령화로 인해 일반적인 노인이 전형적으로 경험하는 경제적 및 사회적 박탈을 이중으로 경험하는 것으로 알려져 있다(Walker and Walker, 1998).

이상과 같이 검토된 선행연구에서 고령화된 장애인은 기존에 갖고 있는 장애에 노화로 인한 어려움이 중첩되어 더 심각한 문제를 경험하고 있음을 알 수 있다. 특히 고령화된 장애인은 장애유지 기간이 길어짐에 따라 조기노화가 진행되며 자연스럽게 이차적 장애(secondary conditions)에 진행되며 이것들로 인하여 신체 기능적인 측면(ADL, IADL)에서 어려움을 경험한 것으로 알려져 있다. 또한 주관적 신체건강에 대한 부정적 인식이 높고 전 생애기간 중 노년기를 준비할 수 없기에 나타나는 우울감과 스트레스의 증가, 직업을 포함한 사회적 활동에서의 제약이 높고 삶의 만족도가 낮다는 것을 보여주고 있다.

2) 노화에 따른 장애인의 특성

노화에 따른 장애인은 노년에 이르기까지 비장애 상태로 살아오다가 노화에 따른 만성질환, 사고 및 자연적 노화과정의 원인으로 장애를 경험하는 노인을 의미한다. 대체로 노화에 따른 장애인은 노화에 수반되는 신체적·사회적 역할 변화와 함께 이전에 경험하지 못했던 장애라는 급격한 변화의 이중적인 어려움에 직면하게 된다(손복심, 2005; 박혜정, 2006). 무엇보다도 이러한 장애의 원인이 되는 노인성 만성질환을 갖고 있기 때문에 이로 인한 건강상태와 일상생활수행 능력에서의 장애를 경험한다고 볼 수 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 노인인구 중 약 80%가 하나 이상의 만성질환을 가지고 있을 정도로 만성질환 유병율이 매우 높다(홍미령 외, 2004). 또한 가장 심각한 노인성 질환인 치매의 경우 유병율은 확정적 치매비율이 전체 10.3%, 치매의심은 15.7%로 나타났으며, 이는 연령이 증가할수록 치매 유병율은 높아지는 것으로, 유배우자보다 배우자가 없는 경우에 더 높은 것으로 조사되었다. 이러한 만성질환으로 인

해 일상생활 중 수행능력에 어려움을 느끼는 것은 계단 오르기, 목욕하기, 옮겨가기, 세수하기 등으로 조사되었다. 또한, 도구적 일상생활 중 수행능력에 어려움을 보이는 것은 여가생활, 취미생활, 전화 사용하기 등으로 나타나고 있다(홍미령 외, 2004).

이러한 신체적 건강의 악화와 일상생활수행능력에서의 어려움은 우울과 삶의 질, 생활만족도 등에 영향을 준다. 우울증상은 노인의 55.8%가 경험하고 있는 것으로 나타나고 있으며, 특히 매우 심한 우울증상을 보이는 비율이 14.5%가 되는 것으로 조사되었다(홍미령 외, 2004). 또한 김형수·김용섭(2009)의 연구에서 여성이면서 노화에 따른 장애인일수록, 뇌병변장애이며, 사별, 저학력, 경제수준이 열악할수록 그리고 기초생활수급자일수록 우울감이 높은 것으로 나타났다. 또한 이중섭(2010)은 노화에 따른 장애인의 연령과 장애정도별로 생활만족도에서 유의미한 차이가 있으며, 특히 동거 가족 수, 집구조의 편리함 정도, 외출 빈도, 여가활동 참여정도 그리고 IADL 등이 노화에 따른 장애인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인으로 밝혔다. 손용진(2004)은 노화에 따른 장애인을 장애중장년층과의 삶의 질을 비교하여 노화에 따른 장애인일수록, 우울감이 높았으며 삶의 만족도는 낮았다고 밝히고 있다. 특히 이러한 만성질환과 우울감은 의료 및 재활서비스 이용의 어려움으로 인해 적절한 치료를 받지 못해 더 심각한 중증장애로 진전될 가능성이 높은 것으로 알려져 있다(전보영 외, 2011; 이인정, 2010).

하지만 이러한 신체적 건강 문제와 심리사회적 문제에도 불구하고 노화에 따른 장애인의 경우 장애와 노인의 융합된 측면의 서비스가 아니라 단순히 노인으로 취급하여 요양과 의료적 서비스 접근만으로 이루어져 있어 문제로 지적되고 있다. 노인장기요양보험 제도의 시행으로 꾸준히 요양시설이 증가하고 중증 상태의 노화에 따른 장애인(와상노인, 치매노인 등)에 대한 요양 서비스가 증가하고 있지만 여전히 이러한 서비스와 시설이 수요에 비해 부족하여 노인에 대한 도움과 보호의 책임을 가족에 의존할 수밖에 없다. 또한 노화에 따른 장애인에게는 고령화된 장애인에 비해 '자신이 장애인이다'라는 장애정체성이 없다. 이러한 이유로 노화에 따른 장애인들이 이용시설에 대한 이용욕구가 높게 나타남에도 불구하고 장애인복지시설이나 재활원, 주간 및 단기보호시설을 실제로 이용하는 수가 다른 장애연령층과 비교하여 상대적으로 매우 적은 것으로 나타나고 있다(김동배 외, 2009; 권오균, 2008). 따라서 노화에 따른 장애인을 위한 접근들이 요양과 의료적 서비스에 제한되어 있어 장애로 인하여 파생되는 문제를 적절히 해결하지 못하고 있음을 알 수 있다.

즉, 노화에 따른 장애로 인하여 파생되는 문제들로서 높은 만성질환 유병률과 일상

생활수행 능력에서의 장애, 이로 인한 우울감 증대와 생활만족도 및 삶의 질 저하 등 심리사회적 문제가 심각한 것으로 볼 수 있다. 더구나 건강의 악화와 적절한 의료 및 재활서비스 이용 접근의 어려움으로 중증장애로의 진전 가능성이 더 크게 나타난다. 이에 따라 이러한 노화에 따른 장애인에 대한 정책적, 실천적 접근이 매우 중요한 과제가 되고 있다. 우리나라에는 노인전문병원이나 요양시설이 수요에 비하여 많이 부족하여 노화에 따른 장애인 자신이 도움을 받거나 가족들이 전적인 도움을 제공하는 데에는 많은 문제가 존재한다. 이는 가족 구성원의 감소, 1차 부양부담자의 취업 및 사회활동 참여증가, 가족의 보호기능을 보강하기 위한 재가서비스의 미비 등으로 많은 어려움이 따르고 있다(남기민 외, 2006).

Ⅲ. 연구방법

본 연구는 “장애를 가진 노인”의 특성을 파악하기 위하여 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인을 구분하여 양 집단을 비교하여 분석하고자 한다. 지금까지 국내에서는 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인을 분류하여 양 집단을 비교하여 그 특성을 분석한 연구가 부족하기 때문에 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인에 대한 심층적인 이해와 정책적 및 실천적 접근에 있어서 한계를 보여 왔다. 본 연구는 이러한 문제를 해결하고자 다음과 같은 연구방법으로 진행되었다.

1. 분석자료

본 연구에서 활용된 분석 자료는 국민연금공단·국민연금연구원에서 2009년도에 수행한 ‘제3차 국민노후보장패널(고령화 패널, 2009)’의 자료이다. 이 자료는 노후소득 보장정책과 관련한 체계적 정보제공과 평가를 위하여 2005년부터 전국적으로 확률표본 추출된 50세 이상 가구원을 가진 5,000여 가구와 그에 속하는 50세 이상 가구원 8,600여명을 장기적으로 추적하여 건강상태, 경제활동, 노동시장 이동, 소득활동 등을 격년주기로 종단적 조사(longitudinal survey)를 실시한 것이다(윤정혜·김시월·장윤희·조향숙·송현주, 2010). 이 자료는 본 연구에서 필요로 하는 가구주 개인의 사회인구학적 정보, 신체적 및 심리적 건강상태, 질환 유무 및 장애 여부, 장애진단 여부 및 진단시점, 장애등급, 일상생활활동 및 도구적 일상생활활동, 삶의 만족도 등 신체적 및

정신적 건강상태에 대한 정보가 포함되어 있어 “장애를 가진 노인”의 특성을 분석하기에 적합하다고 할 수 있다. 본 연구에서는 2009년도에 조사된 ‘제3차 국민노후보장패널’의 응답자 중에서 장애진단을 받은 677명의 응답 자료를 분석에 활용하였다. 분석을 위하여 응답자 677명을 장애진단 시점의 나이에 따라 65세 전·후로 나누어 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인 집단을 구성하였다.

2. 주요변수

1) 집단구성

2009년도 ‘제3차 국민노후보장 패널(고령화 패널)’ 조사 당시의 응답자의 나이와 장애유지 기간(장애진단 시점에서 조사 시점 현재까지)을 산출하여 만 65세 이전에 장애진단을 받은 집단(고령화된 장애인)과 65세 이후 장애진단을 받은 집단(노화에 따른 장애인)으로 나누어 구성하였다.⁵⁾ 집단구성 결과, 고령화된 장애인은 276명(40.8%), 노화에 따른 장애인은 401명(59.2%)로 나타나 노화에 따른 장애인 비율이 더 높은 것으로 나타났다.⁶⁾

2) 신체 및 기능적 특성

선행연구에 의하면, 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 신체 및 기능적 특성 면에서 차이가 있는 것으로 알려져 있다(Campbell and Kemp, 1997; Sheets, 2005). 일반적으로 노인 및 장애인의 신체 및 기능적 특성으로 일상생활활동(Activities of Daily Living: 이하 ADL)과 도구적 일상생활활동(Instrumental Activities of Daily Living: 이하 IADL), 주관적 신체 건강상태, 장애를 제외한 질병의 유무를 측정하였다. 일상생활활동(ADL) 척도는 옷입기, 세수하기, 목욕하기, 식사하기, 이동하기, 화장실 사용, 대소변 조절 등 7가지 영역으로 구분되어 있다. 도구적 일상생활활동(IADL) 척도는 일상생활활동(ADL)보다 좀더 독립적인 생활이 가능한지를 측정하는 것으로 몸단장하기, 집안일하기, 식사 준비하기, 빨래하기, 근거리 외출,

5) 예를 들어, 현재 70세인 응답자의 경우 장애진단 시점이 45세였다면(즉, 65세 이전이므로) ‘고령화된 장애인’으로, 67세였다면 ‘노화에 따른 장애인’으로 분류하였다.

6) 한국보건사회연구원이 조사한 ‘2005년 장애인 실태조사’ 자료 중 신체장애가 있고 여가생활을 한다고 응답한 65세 이상의 재가노인을 대상으로 분석한 김동배 외(2009)의 연구에서 장애발생시점을 기준으로 64세 이전에 해당하는 고령화된 장애인은 53.2%, 65세 이후에 해당하는 노화에 따른 장애인은 42.8%로 나타나 본 연구의 비율과는 다른 것으로 나타났다.

교통수단 이용하기, 물건 사기(쇼핑하기), 금전관리, 전화사용, 약 챙겨먹기의 10가지 영역으로 구분되어 있다. 응답자는 각 영역에 대해 ‘혼자서 할 수 있음’(1점), ‘부분적으로 도움이 필요함’(2점), ‘혼자서 전혀 할 수 없음’(3점)으로 응답하며, 본 연구에서는 각 척도의 합산점수를 활용하였다. 합산점수가 높을수록 일상생활활동(ADL)과 도구적 일상생활활동(IADL) 측면에서 장애정도가 심하다는 것을 의미한다. 한편, 주관적 신체 건강상태는 1문항으로서 ‘매우 좋지 않다’를 1점으로, ‘매우 좋다’를 5점으로 처리하였다. 또한 장애를 제외한 질환의 유무는 의사로부터 진단을 받고 3개월 이상 지속되고 있거나 치료를 받고 있는 질환이 있는지에 대한 응답으로 측정되었다.

3) 심리적 특성

우울은 장애를 가진 노인의 대표적인 심리적 특성이다. 본 연구에서는 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 심리적 특성을 비교하기 위하여 우울 정도를 비교하였다. 우울 정도를 측정하는 척도는 총 23개 문항이며, 각 문항에 대해 5점 리커트 척도로 ‘전혀 없다’(1점)에서 ‘아주 심하다’(5점)로 응답한 결과를 합산하여 처리하였다. 따라서 총점은 최저 23점에서 115점의 범위를 가지며, 총점이 높을수록 응답자의 우울 정도가 높은 것으로 해석된다.

4) 삶의 만족도

삶의 만족도 역시 장애를 가진 노인의 삶의 질에 있어 매우 중요한 특성이다. 그동안 장애를 가진 노인의 생활만족도 혹은 삶의 질을 분석한 선행 연구들은 국내외로 여러 편 있지만(Kemp, 2000; 송미영, 2011; 이중섭, 2010; 권오균, 2008 등) 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 삶의 만족도 차이를 분석한 연구는 거의 없다. 삶의 만족도는 주거상태, 경제적 상태, 가족, 배우자 등 인간관계에 대한 상태, 직업, 건강, 여가, 생활 전반 등 총 12개의 상태에 대한 문항으로 구성되어 있다. 본 연구에서는 응답자가 각 문항에 대해 ‘매우 불만족’(1점)에서 ‘매우 만족’(5점)으로 응답한 결과를 합산한 총점을 활용하였다.

3. 분석방법

분석단위는 개인이며, 수집된 자료는 SPSS 17.0을 이용하여 다음과 같은 분석을 실시하였다. 첫째, 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 인구사회학적 특성을 살

펴보기 위하여 빈도분석 및 교차분석을 실시하였다. 둘째, 양 집단의 일반적 특성, 신체 및 기능적 특성, 심리적 특성 및 삶의 만족도를 비교하기 위하여 독립표본 t검증(Independent Samples t-test)을 실시하였다.

IV. 분석결과

1. 일반적 특성

고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 일반적 특성은 <표 3>과 같다. 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인은 각각 276명(40.8%)과 401명(59.2%)으로 구분되어 노화에 따른 장애인이 차지하는 비율이 더 높은 것으로 나타났다. 각 집단의 남성과 여성 비율은 고령화된 장애인의 경우 약 42%, 58%로 나타나 일반 노인의 성별 비율과 비슷하지만, 노화에 따른 장애인의 경우 54%, 46%로 나타나 성비의 역전현상을 볼 수 있다. 각 집단의 평균연령은 고령화된 장애인이 63.6세, 노화에 따른 장애인이 75.6세로 나타나 노화에 따른 장애인의 연령이 고령화된 장애인에 비해 10세 정도 더 높은 것으로 나타났다. 또한 장애유지 기간은 고령화된 장애인, 노화에 따른 장애인 각각 11.5년, 3.9년으로 나타났으며 이러한 차이는 통계적으로 유의미한 수준인 것으로 나타났다.

또한, 가구(가계) 총소득은 각각 1천 5백 14만 3천원(고령화된 장애인)과 2천 25만 9천원(노화에 따른 장애인)으로 나타났다. 이러한 차이는 고령화된 장애인의 경우 청년기부터 시작된 장애로 인한 경제활동 참여의 제약과 정부의 장애인에 대한 낮은 사회보장수준에 의해 노년기까지 이어졌기 때문이라고 볼 수 있다. 반면 노화에 따른 장애인의 경우 개인차가 있겠지만 노년기 이전의 경제활동참여에 의한 자산축적 등을 통해 노년기에도 장애를 가졌어도 어느 정도 소득을 유지할 수 있는 것으로 보인다. 이러한 차이는 고령화된 장애인 집단이 노화에 따른 장애인 집단에 비해 경제적 어려움을 더 많이 겪는다는 선행연구(Priestley, 2006, 2000)의 결과와도 일치한다.

한편, 장애유형과 등급에 있어서 조사된 비율이 전체 장애유형과는 비슷한 추세를 보이고 있지만, 장애등급에 있어서는 전체적으로 중증(1~2급)의 비율이 조금 높게 나타나고 있다.

<표 1> 일반적 특성

항 목		고령화된 장애인	노화에 따른 장애인	$t(\chi^2)$
구성 인원		276명(40.8%)	401명(59.2%)	
평균연령 ¹⁾		63.6세(6.9)	75.6세(5.9)	23.537**
가구(가계) 총소득 ¹⁾		15,143천원(18,327)	20,259천원(21,308)	3.246**
장애유지기간 ¹⁾		11.5년(11.5)	3.9년(3.2)	10.674***
성별	남성	117명(42.4%)	217명(54.1%)	8.989***
	여성	159명(57.6%)	184명(45.9%)	
장애유형 ²⁾ (단위 : 명)	지체	159	245	17.410
	뇌병변	25	38	
	시각	30	39	
	청각	37	26	
	언어	3	4	
	지적	5	2	
	정신	4	11	
	신장	4	15	
	심장	2	4	
	호흡기	2	2	
	간	1	2	
	장루·요루	1	3	
장애등급 ²⁾ (단위 : 명)	1급	18	36	11.446
	2급	32	54	
	3급	58	67	
	4급	66	67	
	5급	52	87	
	6급	39	80	

주 1) 괄호 안의 숫자는 표준편차임.

2) 총 인원은 무응답에 따라 다름.

** $p < .01$,

2. 신체 및 기능적 특성 비교

고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 신체 및 기능적 특성을 분석한 결과는 <표 4>와 같다. 먼저, 일상생활활동 및 도구적 일상생활활동 수준을 조사한 ADL과 IADL의 평균값은 1에서 1.5사이에 머물러 양 집단 모두 대체적으로 혼자서 할 수 있는 수준인 것으로 나타났다. 이러한 결과는 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인 집단을 구분하지 않은 이중섭(2010)의 ADL(1.20)과 IADL(1.35)와 큰 차이를 보이지 않는다. 하지만 각 척도의 평균값을 집단 비교했을 때, 고령화된 장애인 집단이 노화에 따른 장애인 집단에 비해 신체 및 기능적 장애 수준이 더 높은 것으로 밝혀졌다. ADL의 평균값은 고령화된 장애인의 경우 1.24, 노화에 따른 장애인의 경우 1.16으로 나타나 고령화된 장애인의 ADL 평균값이 더 높은 것으로 밝혀졌다. 또한 IADL의 평균값도 고령화된 장애인의 경우 1.48, 노화에 따른 장애인의 경우 1.32로 나타나 고령화된 장애인의 IADL 평균값이 더 높은 것으로 밝혀졌다. 이러한 결과는 이중섭(2010)의 연구에서의 각 척도의 평균값을 기준으로 보았을 때에도 전반적으로 고령화된 장애인의 평균값이 이중섭(2010)의 연구에서의 평균값에 비해 높은 반면 노화에 따른 장애인의 평균값은 더 낮은 것으로 나타났다. 한편, 주관적 신체 건강상태에 대한 평균값은 고령화된 장애인의 경우 1.85로서 ‘매우 좋지 않다’에서 ‘좋지 않은 편이다’ 사이에 있는 반면, 노화에 따른 장애인의 경우 2.06으로서 ‘좋지 않은 편이다’를 조금 넘어선 것으로 나타났다. 이러한 결과는 통계적으로 유의미한 수준에서 양 집단 간 주관적 신체 건강상태에서 차이가 발생하는 것을 보여주는 것으로서, 선행연구(Campbell and Kemp, 1997; 김미옥, 2003)에서 나타난 바와 같이 신체 건강상태에 대한 고령화된 장애인 집단이 노화에 따른 장애인 집단보다 더 좋지 않다는 경향을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 이와 같은 경향은 장애 이외에 질환이 있는지를 묻는 응답에 대한 결과에서도 질환이 있다고 응답한 비율이 노화에 따른 장애인 집단(75.3%)보다 고령화된 장애인 집단(84.8%)에서 조금 더 높은 것으로 나타나는 것으로도 확인할 수 있다. 이러한 결과를 종합해 볼 때 전반적으로 고령화된 장애인의 경우 신체 및 기능적 특성 면에서 노화에 따른 장애인에 비해 좋지 않다는 것을 나타내고 있다. 이와 관련하여, 여러 선행연구에서도 밝혔듯이, 고령화된 장애인의 경우 장기간 장애를 가지고 있으면서 비장애인에 비해 노화가 더 빨리 진행되고 다른 질환이나 장애를 더 많이 경험하는 이차적 장애상태에 노출되어 있기 때문이라고 해석할 수 있다.

<표 2> 신체 및 기능적 특성 비교

항 목	고령화된 장애인 M(SD)	노화에 따른 장애인 M(SD)	t(χ^2)
ADL	1.24(.51)	1.16(.43)	2.224*
IADL	1.48(.67)	1.32(.58)	3.238**
주관적 신체 건강상태	1.85(.86)	2.06(.89)	3.131**
질환 있음	234명(84.8%)	302명(75.3%)	8.893**

* p<.05, ** p<.01

3. 심리적 특성 비교

우울 정도를 통하여 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 심리적 특성을 비교한 결과, 고령화된 장애인의 경우 평균 2.10으로 ‘약간 있다’에 해당되는 반면, 노화에 따른 장애인의 경우 평균 1.91로서 ‘전혀 없다’와 ‘약간 있다’의 사이에 해당되는 것으로 나타났다. 즉, 고령화된 장애인의 우울 정도가 노화에 따른 장애인에 비해 통계적으로 유의미한 수준에서 높은 것으로 나타났다. 이러한 결과는 앞서 신체 및 기능적 특성에 대한 비교 분석에서 보는 바와 같이, 우울 정도가 신체 및 기능적 장애 정도와 열악한 주관적 건강상태와 정적 상관관계가 있다는 선행연구(조윤득·임혁, 2010; 권오균, 2008) 결과와도 일치하는 것이라 할 수 있다. 즉, 상대적으로 신체 및 기능적 장애 정도가 높고 주관적 건강상태가 낮은 고령화된 장애인들이 무력감, 무의미감, 사회적 고립감으로 인해 우울 정도도 높다는 것을 확인할 수 있다. 이러한 결과는 대체적으로 고령화된 장애인들이 노화에 따른 장애인에 비해 우울감이 높다는 선행연구(Kemp et al., 1997; 김형수·김용섭, 2009)에서 나타난 결과와도 일치하는 것이다.

<표 5> 심리적 특성 비교

항 목		고령화된 장애인 M(SD)	노화에 따른 장애인 M(SD)	t
우울 정도	총점	48.39(20.90)	43.96(17.70)	2.896**
	평균	2.10(.21)	1.91(.37)	2.974**

** p<.01

4. 삶의 만족도 특성 비교

고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 삶의 만족도를 비교한 결과, 노화에 따른 장애인이 고령화된 장애인에 비해 더 높은 것으로 나타났다. <표 6>에서 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인 집단 모두 보통에 가까운 평균값(각각 2.64, 2.79)을 보이고 있지만, 통계적으로 유의미한 수준에서 노화에 따른 장애인이 고령화된 장애인에 비해 삶에 대해 더 높은 만족감을 느끼는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 전반적으로 고령화된 장애인이 노화에 따른 장애인에 비해 삶의 만족도 측면에서도 부정적인 것으로 밝혀져 앞서 신체 및 기능적 특성과 심리적 특성의 결과와도 일치하는 것이라 할 수 있다. 특히 여러 선행연구(이중섭, 2010; 권오균, 2008; 손용진, 2004)에서 장애를 가진 노인의 삶의 만족도에 영향을 주는 요인들로 건강상태, ADL, IADL, 우울감 등으로 나타나 상대적으로 열악한 상태에 있는 고령화된 장애인의 삶의 만족도가 낮다는 분석 결과와도 일치하는 것이다.

<표 6> 삶의 만족도 특성

항 목	고령화된 장애인 M(SD)	노화에 따른 장애인 M(SD)	t
삶의 만족도	2.64(.59)	2.79(.61)	3.091**

** p<.01

V. 결론 및 제언

본 연구의 목적은 “장애를 가진 노인”의 특성을 파악하기 위하여 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 특성을 비교 분석함으로써 양 집단간 차이가 있는가를 파악하는 것이다. 이를 위해 문헌연구를 통하여 장애를 가진 노인 및 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인에 대한 개념과 현황, 고령화된 장애인 및 노화에 따른 장애인의 특성에 대한 선행연구들을 고찰하였다. 이를 토대로 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 특성 중 인구사회학적 특성, 신체 및 기능적 특성, 심리적 특성, 삶의 만족도 특성을 중심으로 2009년도 ‘제3차 국민노후보장 패널(고령화 패널)’의 자료 중 장애를 가지고

있는 응답자(677명)를 고령화된 장애인 집단과 노화에 따른 장애인 집단으로 분류하여 집단 비교를 실시하였다.

조사결과를 요약하면 다음과 같다. 첫째, 응답자 중 고령화된 장애인에 비해 노화에 따른 장애인이 더 많은 것으로 나타났다. 또한 노화에 따른 장애인의 평균 연령이 고령화된 장애인보다 더 높은 것으로 나타났다. 그리고 노화에 따른 장애인의 가구(가계) 총소득이 고령화된 장애인보다 더 높은 것으로 밝혀졌다. 이는 선행연구에서 나타난 바와 같이 고령화된 장애인 집단이 생애주기에서 노년기의 경제적 수준(소득)유지를 준비할 수 있는 기회가 상대적으로 어렵다는 것과 일치한다고 볼 수 있다. 둘째, 신체 및 기능적 특성과 관련하여 ADL과 IADL의 평균값이 통계적으로 유의미한 수준에서 고령화된 장애인이 노화에 따른 장애인보다 더 높은 것으로 나타났다. 또한 고령화된 장애인 집단에서 주관적인 신체 건강상태와 질병이 있다고 하는 응답한 비율이 노화에 따른 장애인보다 조금 높게 나타나 양 집단의 차이를 확인할 수 있다. 이는 고령화된 장애인 집단에서 장애유지 기간이 길어질수록 신체 및 기능적 장애 수준이 높고, 이차적 장애 발생의 위험에 노출되어 있음을 알 수 있다. 셋째, 심리적 특성과 관련하여 고령화된 장애인 집단의 우울 정도가 노화에 따른 장애인 집단에 비해 더 높은 것으로 나타났다. 상대적으로 신체 및 기능적 장애 정도가 높고 주관적 건강상태가 낮은 고령화된 장애인들이 무력감, 무의미감, 사회적 고립감으로 인해 우울 정도도 높다는 것을 확인할 수 있다. 넷째, 삶의 만족도 차이를 분석한 결과, 노화에 따른 장애인의 삶의 만족도가 고령화된 장애인에 비해 높은 것으로 나타났다. 이는 고령화된 장애인이 신체 및 기능적 특성과 심리적 특성에서 상대적으로 열악한 상태에 있다는 점에서 삶의 만족도도 낮게 나타난 결과라고 할 수 있다.

이러한 결과를 종합해 볼 때, 고령화된 장애인이 노화에 따른 장애인에 비해 경제적 수준, 신체 및 기능적 장애 수준과 건강상태, 우울과 삶의 만족도 측면에서 더 열악한 상태에 있음을 확인할 수 있다. 이러한 결과는 국내외 선행연구 결과와도 일치하는 것이라고 할 수 있다. 즉, 고령화된 장애인이 장기간 장애를 가지고 있으면서 비장애인에 비해 노화가 더 빨리 진행되고 다른 질환이나 장애를 더 많이 경험하는 조기노화와 이차적 장애상태의 결과에 의한 것이라고 해석할 수 있다. 따라서 고령화된 장애인의 조기노화 방지와 이차적 장애상태를 예방하기 위한 사회복지적 접근이 시급하다고 할 수 있다.

이러한 연구결과를 토대로 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인에 대한 개념정의와 생애주기에 따른

복지서비스와 정책, 제도의 구축에 대한 논의가 필요하다. 앞서 주장한 바와 같이 아직까지 “장애를 가진 노인”에 대한 개념을 비롯해서 “고령화된 장애인”과 “노화에 따른 장애인”에 대한 개념 정의가 명확하지 않고 일관되지 않고 있다. 앞으로 고령화속도가 빠른 우리나라의 경우 노인 중 장애인이 차지하는 비율 또한 급속하게 높아질 것이라는 예측을 해 볼 때, 이에 대한 개념 정의에 대한 심층적 연구와 이론 구축이 필요한 실정이다. 또한 본 연구에서 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 특성이 다르게 나타난 결과에 비추어 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 욕구와 이에 기반한 서비스 및 정책, 제도의 구축에 있어 좀 더 세밀한 고려가 필요할 것이다. 즉, 노인복지 분야에서 초점을 두고 있는 요양(nursing)과 장애인복지 분야에서 강조하는 사회참여와 활동을 지원하는 제도와 정책, 그에 따른 서비스와 프로그램 등에 대한 본격적인 논의가 필요하다는 것이다. 특히, 고령화된 장애인의 경우 장애인복지 영역에서 이미 지역사회중심(CBR), 재가 및 지역사회중심(Home and Community Based Service ; HCBS)의 서비스 이용 경험이 있는 바, 요양과 보호 시설 중심의 서비스 이용에 대한 혼란과 영역의 혼재가 있을 수 있기 때문이다.

둘째, 본 연구에서 고령화된 장애인이 노화에 따른 장애인에 비해 더 열악한 상태에 있다는 결과에 비추어 고령화된 장애인에 대한 현황 및 욕구 파악이 필요하다고 할 수 있다. 현재 우리나라 장애인복지 정책과 제도는 탈빈곤(국민기초생활보장법의 최저생계비, 장애수당 등), 아동과 청소년 중심(특수교육, 치료, 직업재활과 훈련, 사회기술 훈련 등)으로 운영되고 있다. 이에 따라 각 장애인복지 분야에 노인 장애인들이 참여할 수 있는 프로그램이나 서비스가 매우 열악한 상태이다. 하지만, 이들에 대한 구체적인 실태파악조차도 되어 있지 않다. 특히, 장애인복지 서비스 이용자가 노인복지 서비스의 이용자로의 전환이 시도되는 현재 시점에서 고령화된 장애인에 대한 현황 파악이 우선되어야 할 것이다.

셋째, 고령화된 장애인 및 노화에 따른 장애인에 대한 노인복지와 장애인복지의 학문적, 정책적, 실천적 결합과 연구가 필요하다. 최근 서구에서 고령화사회에서 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 숫자가 증가함에 따라 노년학과 장애학에서의 학문적 소통과 결합을 시도하고 있다. 특히 노년학에서는 그동안 비장애 노인의 노화 과정과 서비스를 중심으로 이론과 연구를 발전해 오면서 고령화된 장애인에 대한 관심을 가지지 못한 것에 대한 반성에서 장애학의 이론과 연구를 결합하고자 시도하고 있다(Putnam, 2002). 이러한 시도 중에서 노화에 대한 이론에서 사회적 장애 모델(social disability model)을 적극적으로 도입하여 폭넓은 상황적 관점을 가지고 개

인-환경 관계 안에서 장애를 가진 노인들의 경험을 탐색할 수 있는 틀을 제공하고자 하였다. 이러한 노년학과 장애학의 결합은 직장, 가족, 사회 참여, 빈곤 예방, 보건 서비스로의 접근을 포함한 노화 관련 이슈들에 대하여 풍부한 사정을 제공한다. 또한 고령화사회에서 발생할 수 있는 노화와 장애와 관련한 사회문제를 예방하고 해결하기 위한 정책적 및 실천적 노력들은 이러한 이론에 기반하여 개발될 수 있을 것이다.

본 연구의 의의와 관련하여, 우리나라 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 특성을 실증적으로 비교 분석함으로써 양 집단의 차이를 확인할 수 있었다. 이는 아직까지 장애를 가진 노인의 하위 집단으로서 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인에 대한 논의가 활발하지 않았다는 점에서 새로운 연구대상과 주제를 확대한 것이라 할 수 있다. 특히 본 연구를 통하여 고령화된 장애인의 열악한 특성을 새롭게 밝힘으로써 선행연구에서 논의되었던 조기노화와 이차적 장애상태를 확인할 수 있었다.

한편, 본 연구는 다음과 같은 한계를 갖는다.

첫째, 아직까지 “장애를 가진 노인”, “고령화된 장애인”, “노화에 따른 장애인” 개념에 대한 개념 정의 및 용어가 학술적 차원에서 통일되지 않았기 때문에 이들 개념에 대한 혼란이 정리되지 않은 상태에서 본 연구의 결과에 대한 해석에서 주의가 필요하다. 앞으로 이에 대한 다학제적 차원에서 심층적인 논의가 진행될 필요가 있다.

둘째, 본 연구는 2009년도 ‘제3차 국민노후보장 패널(고령화 패널)’의 이차자료를 활용하였기 때문에 표집과 응답자 추출 과정에서 전체 장애를 가진 노인을 대표하지 못하는 한계를 갖는다. 또한 이차자료의 활용으로 인해 양 집단의 차이를 명확하게 나타낼 수 있는 다양한 특성(예를 들어 장애 정체성, 스트레스, 사회적 관계, 욕구 등)을 종합적으로 고려하지 못하여 탐색적 수준의 분석의 한계를 갖는다.

셋째, 횡단적 자료를 활용함으로써 장애기간 및 개인의 생애에서 경험하는 다양한 장애 경험이 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 특성 차이에 미치는 장기적 영향을 밝히지 못한 한계를 갖는다. 이는 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 특성 차이가 단순히 현재뿐만 아니라 생애 전 과정에서 경험되는 다양한 사건과 특성에서 기인하기 때문이다. 따라서 장애기간을 비롯하여 생애사건 및 장애와 관련한 특성에 대한 종단적 자료 구축을 통하여 좀더 실증적이고 심층적인 분석이 필요하다.

참 고 문 헌

- 권오균(2008), “장애노인의 삶의 질 결정요인에 관한 연구”, 『노인복지연구』, 통권 39호, 한국노인복지학회, pp. 7-32.
- 김동배·채수진·박은영(2009), “장애노인의 장애특성이 차별인식에 미치는 영향 : 여가 활동의 매개효과를 중심으로”, 『사회복지연구』, 제40권1호, 한국사회복지연구회, pp. 63-86.
- 김미옥(2003), “장애노인의 특성과 생활만족도에 관한 연구”, 『노인복지연구』, 통권 21호, 한국노인복지학회, pp. 73-97.
- 김형수(1996), “장애노인의 현황 및 특성”, 『한국노년학』, 제16권2호, 한국노년학회, pp. 162-174.
- 김형수·김용섭(2009), “장애노인의 우울이 삶의 질에 미치는 영향”, 『인문사회과학연구』, 22호, pp. 184-215.
- 남기민 외(2006), 『고령화 사회와 노인복지』, 양서원.
- 노승현(2008), “중·장년층 장애인을 위한 프로그램 개발”, 수리장애인종합복지관 개관 5주년 학술자료집.
- 박명화 외(2008), 2008년도 노인실태조사 : 전국노인생활실태 및 복지욕구조사, 보건 복지부·계명대학교 산학협력단.
- 박혜정(2006), “노령장애인의 재취업욕구와 전이욕구에 관한 조사연구”, 한국노년학회 2006년 춘계학술대회, pp. 193-224.
- 변용찬·김성희·윤상용·최미영·계훈방·권선진·이선우(2006), 2005년도 장애인실태조사. 한국보건사회연구원.
- 손복심(2005), “재가 뇌졸중 노인의 재활동기에 영향을 미치는 요인에 관한 연구”, 한림 대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 손용진(2004), “장애노인의 삶의 질에 관한 연구: 장애중장년층과의 비교를 통하여”, 『노인복지연구』, 통권 25호, 한국노인복지학회, pp. 49-74.
- 송미영(2011), “남녀 장애노인의 일상생활만족도 비교분석”, 『한국노년학』, 제31권1호, 한국노년학회, pp. 143-155.
- 양희택(2009), “노인성 장애인 및 장애인구 노령화에 따른 현안과 대책 : 복지전반 현 안과 대책을 중심으로”, 『대구재활연구』, 제25집, 대구광역시장애인재활협회, pp. 35-50.

- 윤정혜·김시월·장윤희·조향숙·송현주(2010), “패널자료 분석을 이용한 중·고령자 단독 가계의 의료비지출 영향 요인”, 『소비자학연구』, 제21권 4호, pp. 193-218.
- 이인정(2010), “노년기 장애에 영향을 미치는 요인들에 관한 연구”, 『보건사회연구』, 제30권 2호, 한국보건사회연구원, pp. 55-84.
- 이중섭(2010), “장애노인의 생활만족에 영향을 미치는 요인에 관한 연구 : 광주광역시 등록장애인을 중심으로”, 『노인복지연구』, 통권 47호, 한국노인복지학회, pp. 187-212.
- 전보영·권순만·이혜재·김홍수(2011), “장애노인의 의료이용에 영향을 미치는 요인”, 『한국노년학』, 제31권 1호, 한국노년학회, pp. 171-188.
- 조윤득·임혁(2010), “일상생활수행 장애에 영향을 미치는 생리·심리사회적 요인에 관한 연구”, 『노인복지연구』, 통권 47호, 한국노인복지학회, pp. 31-50.
- 최영(2008), 중·장년층 장애인을 위한 프로그램 개발 토론자료, 수리장애인종합복지관 개관 5주년 학술자료집.
- 홍미령 외(2004), 지역유형별 장기요양보호 대상노인의 욕구 실태조사, 한국보건사회연구원.

- Campbell, M. and B. Kemp(1997), “Variations in secondary conditions, risk factors, and health care needs for four groups of persons aging with physical disability.” *Journal of Rehabilitation Research and Development*, 34, 119-120.
- Campbell, M. L.(1996), “A Research Perspective : Next Steps on Bridging the Gap Between Aging and Disability”. *Maximizing Human Potential* Spring, 3-5.
- _____ (1997), “Two Worlds of disability : Bridging the gaps between the aging network and the disability community”. *The Southwest Journal on Aging*, 3(4), 3-11.
- Foreman, P.(1998), “Ageing and disability : Double jeopardy?”, *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23(1), 1-2.
- Glen, T. F.(2001), “Emerging Trends on Disability”. *Population Today*, 29, 9-10.
- Kemp, B. J.(2000), “Quality of Life While Aging with a Disability”, Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center.

- Kemp, B. J., B. M. Adams, and M. L. Campbell(1997), "Depression and life satisfaction in aging polio survivors versus age-matched controls: Relations to post-polio syndrome, family functioning, and attitude toward disability", *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 78, 187-192.
- Priestley, M.(2006), "The Psychology of Disability: From Infancy to Adulthood", in Goodley, D., Lawthorn, R., *Disability and Psychology*, NY: Palgrare macmillan Press.
- _____(2000), "Adults Only: Disability, Social Policy and the Life Course", *Journal of Social Policy*, 29(3), pp. 421-439.
- Putnam, M.(2002), "Linking Aging Theory and Disability Models: Increasing the Potential to Explore Aging With Physical Impairment", *The Gerontologist*, 42(6), 799-806.
- Sheets, D. J.(2005), "Aging with Disabilities: Ageism and More", *Generations*, 29(3), 37-41.
- Trieschman, R. B.(1987), *Aging with a disability*. NY: Demos.
- Verbrugge, L. M. and L. Yang(2002), "Aging with Disability and Disability with Aging", *Journal of Disability Policy Studies*, 12(4), 253-267.
- Walker, A. and C. Walker(1998), "Age or disability? Age-based disparities in service provision for older people with intellectual disabilities in Great Britain", *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23(1), 25-39.
- Zarb, G. and M. Oliver(1993), *Ageing With a Disability: What Do They Expect After All These Years?* London: University of Greenwich.
- Disabled Peoples' International(2011), DPI - TOPICS: Aging with Disability, http://www.dpi.org/lang-en/resources/topics_detail?page=6 2011/5/30

● 주제 발표 2 ●

고령 장애인의 건강과 의료 서비스

김은주

국립재활원 뇌신경재활과 과장

고령 장애인의 건강과 의료 서비스

김 은 주

국립재활원 뇌신경재활과 과장

I. 서론

의학적 관리, 재활, 기술발달로 인해 질병이나 사고로 인한 외상에서 생명을 구하는 기회가 많아졌으며 평균수명의 연장으로 장애를 가진 채 살아가는 인구비율이 증가하고 있다. 이러한 장애인 인구의 지속적인 증가 추세 뿐만 아니라 고령화에 따른 만성병과 합병증 등 2차 장애를 예방하기 위한 평생건강 관리가 매우 중요한 문제로 부각되고 있다. 이는 장애인들을 위한 장기적 계획- 일차 건강관리, 경제적 문제, 주거 등-에 대한 필요성을 내포하고 있다고 볼 수 있다. 이에 장애인의 노후 건강관리를 이해하기 앞서 장애인들의 노화과정에 대한 최근 견해들과 노화에 관련된 다양한 측면에서 변화 및 이에 따라 고려되어야 할 점들을 이해함으로써 향후 고령 장애인 의료지원체계 구축에 도움을 주고 이를 통한 서비스지원체계 틀을 마련하는 데 도움을 주고자 한다.

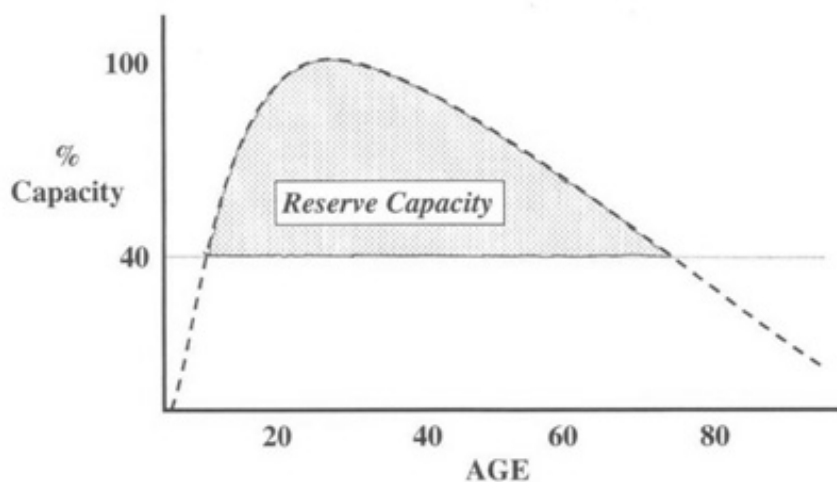
II. 장애인들의 노화에 대한 최근 견해들

최근 대두되고 있는 중요한 사항들을 살펴보면 다음과 같다. 첫째는 기대수명이 중증 장애인이라 하더라도 비장애인의 80-90% 정도로 증가되었다는 점이다. 이는 항생제, 일차 진료의 발전과 수술, 과학기술, 재활에의 관심 증가, 발전된 외상관리 등을 이유로 들 수 있다. 둘째는 이러한 기대수명의 증가와 함께 비교적 젊은 나이에 의학적인 기능적 문제가 종종 발생한다는 점이다. 많은 장애인들이 50대에 건강과 기능적인 면에서 때 이른 노화과정을 경험한다는 것이다(mid-life crisis).

노화(aging)란 성숙과 발달이 끝나는 20대부터 시작되는 자연스럽고 예측가능한 인생의 부분이다. 이러한 노화변화는 다양한 단계에서 살펴볼 수 있는데, 세포이하

(subcellular), 세포(cellular), 장기(organ system), 수행(performance), 심리(psychologic) 그리고 사회적(social) 단계로 나뉘볼 수 있다. 가장 중요하게 이해되고 있는 가설은 “예비 보유능력(reserve capacity)”이론이다. 최대 보유능력(maximal capacity)은 18-20세에 이르게 되는데, 정상적으로는 기본적인 생존을 위해서 최대 보유능력 이상이 필요하게 된다. 이러한 초과분(예비분)들이 우리 몸을 보호하는 역할을 하게 된다. 각 장기(organ system)에서는 매년 평균 1%의 보유능력 감소가 노화과정 중에 일어나게 된다. 하지만 이러한 감소는 너무나도 미미해서 일상생활하거나 기능을 하는 데에는 큰 영향을 미치지 않지만 일정기준(40-50%)을 넘어서게 되면 심각한 합병증의 위험, 즉 질병의 위험도가 증가하게 된다(그림 1).

이러한 보유능력 감소 원인은 잘 알려져 있지 않지만, 유전적, 세포내 독성물질들 축적, 중추 조절능력 소실, 또는 스트레스와 같은 원인이 거론되고 있다.



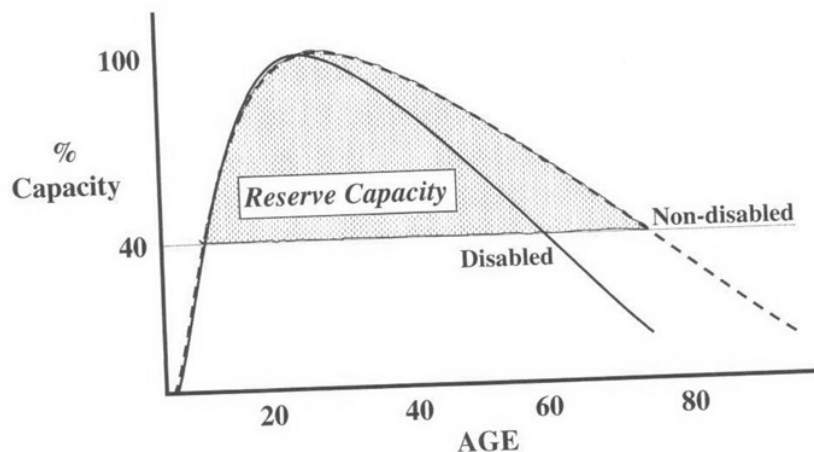
<그림 1> 일반적인 노화과정

출처 : Christian(2005) Aging with a disability

장애인들은 나이가 들어가면서 어떤 변화를 경험하는가? 어떻게 최대 보유량을 형성하며 어떤 과정으로 보유능력이 감소되는가? 이에 대한 대답은 다음 사항들과 연관성이 있다: 장애 유형, 장애가 발생한 나이, 장애로 인한 활동력 정도 등이다. 즉, 23세에 장애가 발생한 척수 손상인은 뇌성마비인이나 50세에 척수손상을 입은 장애인과는 다르다는 것이다.

첫째, 어른이 된 후에 장애가 발생되었다면 비장애인에 비해 노화과정이 더 빨리 이루어진다(1.5-5%/년 vs. 1%/년). 둘째, 어른이 되기 전에 장애가 발생되었다면 몇

장기에서의 최고 보유능력 절대값이 비장애인에 비해 감소되어 있다. 운동능력이나 근력이 충분하지 않는 뇌성마비인이라면 비장애인에 비해 골밀도가 감소되어 있다. 그렇다면 어떤 원인들이 노화과정을 촉진시키는 것일까? 근골격계의 경우는 장애인들이 더 많이 사용하기 때문이다(wear and tear). 장애인들에게 있어서 관절질환, 골절, 관절염, 인대손상 등이 흔히 보고되는데 이러한 질환은 장애인들의 나이보다 장애 유병기간과 더 연관이 있었다. 또한 면역계나 내분비계와 같은 중추 조절장치(pacemaker)의 손상의 가능성이 있다. 셋째, 장애인들에게서 장기의 노화과정이 비장애인에 비해 빨리 일어나므로 50대 또는 60대부터 2차적인 건강문제가 발생하는 비율이 증가한다.



<그림 2> 장애인 및 비장애인의 노화과정

출처 : Christian(2005) Aging with a disability

Ⅲ. 노화와 관련된 신체 및 인지적 변화

장애인들이 노화과정을 거치면서 대사성, 근골격계, 심혈관계, 호흡기계 변화를 경험하게 된다. 신체적 변화들은 장애특이성을 갖게 되며, 나이자체가 중요한 원인이 아니다. 즉, 장애가 얼마나 오래되었는가와 장애가 발생한 역사적 시대가 어느 때인가가 더 중요하다. 장애가 발생한 시대에 따라 기술적, 의료적, 사회 정치적 상황이 다르기 때문에 장애인들이 받을 수 있는 치료들이 다르기 때문이다.

여성 비장애인의 경우 55세까지 골밀도가 점차적으로 감소하며 폐경기 후에 급격한

감소를 보이는 반면, 여성 척수손상인의 경우는 발병이후 급격한 골밀도감소를 보이며 년 5% 비율로 골밀도 감소가 일생동안 지속된다. 여성 비장애인의 경우는 70세가 되면 40% 잔여 골밀도 한계에 도달되지만 여성 척수손상인은 50세가 되면 그 한계에 도달하게 된다.

보행 불가능한 뇌성마비인의 최고 골밀도는 비장애인에 비해 모든 나이를 비교하였을 때 낮았다고 하며, 20대 초반인 경우에도 골다공증을 가지고 있었다.

장애인과 비장애인들사이에 큰 차이점 중 하나는 2차 건강문제를 가지고 있는 비율 차이이다. 척수손상인들은 비장애인에 비해 골다공증, 우울증, 당뇨병의 가능성이 높았으며, 뇌성마비인들은 골절, 통증발현의 가능성이 높았으며, 다운증후군인들은 알츠하이머병과 비만의 가능성이, 그리고 소아마비인들은 호흡기능부전의 가능성이 비장애인에 비해 높았다(표 1).

<표 1> 장애인들의 2차 건강문제

	문제점	평균연령(세)	발생빈도(%)	참고문헌
척수손상인	골다공증	45	30	Garland
	우울증	48	42	Krause 등
	당뇨	48	22	Bauman 등
뇌성마비인	골절	42	25	Murphy 등
	통증	42	30	Murphy 등
다운증후군	알츠하이머 병	50	40	Sutton 등
	비만	50	37	Rubin 등
소아마비인	호흡기능부전	45	50-60	Halstead

그렇다면 지적장애를 가진 노인들이 나이가 들어감에 따라 인지적 기능에 있어 현저한 쇠퇴를 보일까? 인지기능의 감퇴 속도가 같은 나이또래의 비장애인과 비슷하게 나타날까? 이러한 질문에 대한 정확한 대답은 어렵다. 즉, 노화로서의 지적기능 변화에 대한 일반적 특성에 대한 확정적인 연구 증거는 아직 명확하지 않다. 연구에 의하면 몇몇의 경우에는 더 젊은 연령에서 나타나기도 하지만 비장애인과 같은 인지적 흐름을 보이는 것으로 나타난다. 몇몇 하위집단에서는 나이가 들어감에 따라 인지능력 쇠퇴가 관찰되었는데 이는 노화보다는 우울증과 같은 특정한 요인과 관계된 경우도 있다. 즉,

대부분의 경우와 마찬가지로 특정 건강문제가 인지기능 수행 등에 영향을 미치며 이로 인해 노화 자체에 대한 특정 영향을 변별해 내기가 힘든 부분이 있다는 점이다.

인지기능 검사와 같은 상황적 요소가 노인 개인의 수행능력에 영향을 줄 수 있다. 검사결과를 감퇴시키는 요소는 노인들의 검사 불안으로 조심성이 많아지므로 시간 제한을 두는 과제에 있어 현저한 영향을 줄 수 있다.

IV. 기능적인 면들

기능(function)이란 가동성(mobility)에서부터 고용까지를 아우르는 개념이다. 기능적인 문제가 처음 제시된 것은 후소아마비 증후군(post-polio syndrome)이다. 즉, 소아마비인들 중에 새롭게 근력약화, 통증, 피곤함, 기능저하와 같은 증상이 생기는 경우를 일컬으며 주로 근력약화가 먼저 발생되었다가 피곤함과 통증발생이 동반되는 경우가 흔하다. 이러한 증후군을 가진 장애인의 경우 사회 및 여가활동, 나아가서는 일상생활에 있어서 활동력 저하를 초래한다.

이는 소아마비인들에 국한된 것이 아니다. 다양한 장애를 가진 장애인들을 대상으로 한 연구에 의하면 근력약화, 피곤한, 통증이 가장 흔히 경험되는 문제들이라고 하며, 장애인들의 1/4에서 2가지 이상의 문제들을 가지고 있다고 하였다. 또한, 유병기간이 20년 이상인 척수손상인들 중 1/2에서 일상생활에 있어서 새롭게 도움이 필요하게 되었다고 하였으며, 뇌성마비인들의 40%에서 가동성이나 기능 수행력이 변화하였으며 이는 20대 중반부터 시작되었다고 하였다.

“20/40”법칙이란, 나이가 40세 이상이 되었거나 유병기간이 20년 이상이 되었다면 기능적인 문제가 시작될 수 있다는 것이다.

그렇다면 이러한 문제들의 원인은 무엇일까? 원인은 하나의 원인이 아니라 의학적, 약리학적, 심리학적, 기능적 문제의 복합적인 원인에 기인한다고 보며, 원인을 찾지 못하는 경우도 많다. 그러므로, 이러한 문제들을 적절히 관리하기 위해서는 다음의 3가지 방법이 추천된다. (1) 철저한 평가(의학적 원인, 약의 부작용, 우울증 유무, 수행방법의 부적절성 등) (2) 문제를 해결할 수 있는 보조도구 고려 (3) 장애가 심화되는 데 적응할 수 있는 생활스타일 변화를 고려하는 방법 등이다.

V. 사회심리적 고려할 점들

사회심리적 측면에서 중요한 부분은 어떻게 삶의 질을 높게 유지하는가, 어떻게 고령과 관련된 변화에 적응하는가, 우울증의 문제와 돌봄의 문제 등이다.

삶의 질은 크게 객관적, 주관적으로 나뉜다. 객관적 삶의 질은 고용, 수입, 결혼상태, 주거상태, 교육정도 등의 상태로 다른 사람들과 비교하여 얼마나 잘 사회에서 지낼 수 있는지를 알 수 있는 반면, 주관적 삶의 질은 개인이 어떻게 믿고 있는가이다.

연구에 의하면 객관적 및 주관적 삶의 질은 서로 연관성이 없다고 하며, 주관적 삶의 질이 개인적으로는 더 중요하다고 한다. 많은 장애인에서 삶의 질이 높았으며, 장애의 심한 정도와는 연관성이 없었으며, 높은 삶의 질을 가진 장애인들은 사회, 여가, 가족 그리고 생산적 활동에 참여하고 있었다.

그렇다면 나이가 들어감에 따라 삶의 질에 어떤 변화가 있을까?

이는 나이와 관련된 기능 및 건강 변화에 장애인들이 어떻게 대응하는나가 각자의 삶의 질에 영향을 미쳤으며, 사회적으로나 의미있는 활동을 할수록 대응능력이 좋았다. 또한, 우울증의 영향을 고려해 볼 수 있다. 장애인에 있어서 비장애인에 비해 우울증 빈도가 3-4배 높았으나, 장애의 심한 정도보다는 변화나 손실에 대한 적응능력과 연관이 많았다. 특히, 우울증은 스트레스 종류와 빈도, 정서적 지지도 정도, 개별 스트레스 적응방법, 미래 변화상황에 대한 시각 등이 중요하였다.

VI. 결론

현재 우리나라의 의료지원체계는 재활서비스 범주별 대상자 및 제공시설은 구축되어 있지만 질적인 의료서비스 부족과 지역사회 내 의료서비스와의 연계 및 지속가능한 서비스가 부족한 상태이며, 의료서비스 비용에 대한 경제적 부담이 있는 실정이다. 외국 의료서비스에 비해 경제적 의료자원의 획일성과 전문 인력 및 시설의 적절성 등이 부족하며 체계적 관리체계의 부재로 의료서비스의 단절이 우려된다.

또한, 연령만으로 장애인들의 고령화를 바라보는 시각보다 장애인의 노화과정에 대한 기능적 이해가 밑받침된 평생건강 관리에 대한 체계적 의료서비스를 통해 만성병과 합병증 등 2차 장애 예방, 증가되는 고령 장애인을 위한 자원적 계획과 함께 다양한 장애를 가진 고령장애인이 건강을 유지할 수 있는 적절한 의료적 시스템의 뒷받침도 고려되어야 하겠으며, 무엇보다 예방적 접근과 함께 기능적 독립성을 기반으로 한 철학과 생활스타일이 녹아있는 의료적 시스템이 중요할 것이다.

참 고 문 헌

- Bauman WA et al. The effect of residual neurological deficit on oral glucose tolerance in persons with chronic spinal cord injury. Spinal Cord 1999
- Christian A, Kraft GH. Aging with a disability. Physical medicine and Rehabilitation clinics of North America 2005
- Cruise CM, Lee MHM. Delivery of rehabilitation services to people aging with a disability. Physical medicine and Rehabilitation clinics of North America 2005
- Garland DE et al. Regional osteoporosis following incomplete spinal cord injury. Contemp Orthop 1994
- Garland DE et al. Bone loss with aging and the impact of SCI. Top Spinal Cord Inj Rehabil 2001
- Halstead LS et al. New problems in old polio patients; results of a survey of 539 polio survivors. Orthopedics 1985
- Kemp BJ. What the rehabilitation professional and the consumer need to know. Physical medicine and Rehabilitation clinics of North America 2005
- Krauses JS et al. Depression after spinal cord injury; relation to gender, ethnicity, aging, and socioeconomic indicators. Arch Phys Med Rehabil 2000
- Murphy KP et al. Medical and functional status of adults with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol 1995
- Rubin S et al. Overweight prevalence in persons with Down syndrome. Ment Retard 1998
- Sutton E et al. Older adults with developmental disabilities. Baltimore: Brookes Publishing 1993

● 주제 발표 3 ●

고령장애인 경제활동 실태 및 활성화 방안

노승현

루터대학교 사회복지학과 교수

고령장애인 경제활동 실태 및 활성화 방안

노 승 현

루터대학교 사회복지학과 교수

I. 서론

우리나라는 세계에서 유례를 찾아볼 수 없을 정도로 빠른 인구고령화를 경험하고 있다. 일반인구의 고령화와 함께 장애인구의 고령화 현상도 국제적으로 두드러진 현상이다(Glen, 2001; 노승현, 2007a). 고령 장애인의 경우 장애와 노화로 인한 이중위험을 경험하는 인구이기 때문에 더욱 주목이 필요하다(Foreman, 1998; 노승현, 2007a). 장애인구의 이중위험은 신체적, 심리적, 사회적 측면에서 다양한 고찰이 필요할 것이다. 본 연구는 이중위험 중 고용영역에 초점을 두고 논의를 진행하고자 한다. 나이가 들어가면서 청장년기에 비해 고용률이 감소하는 것은 일반적 경향이다. 그러나 비장애인에 비해 장애인의 경우 연령증가에 따른 고용률 감소가 더욱 두드러진 특성을 보인다(Krause and Anson, 1996). 낮은 고용률은 결과적으로 빈곤화를 야기할 수 있기에(Allaire 외, 2005), 고령장애인 경제활동 개선방안이 요청된다.

본 원고의 목적은 고령장애인의 경제활동실태 및 개선방안을 모색하기 위한 것이다. 이를 위하여 관련 선행연구를 종합적으로 분석하여 논의를 이끌어낼 필요가 있으나, 원고기한이 촉박한 상황에서 문헌검토의 범위를 발표자가 최근 진행했던 원고로 한정하였다⁷⁾. 폭넓은 문헌고찰이 진행되지 못한 부분에 대한 양해를 구하고자 한다.

본 원고의 전체적인 내용은 고령장애인의 개념, 고령장애인의 노화경험, 고령장애인의 서비스 연계방안, 국내선행연구, 국내 선행연구 분석을 포함하였다. 끝으로 고령장애인 경제활동 활성화 방안에 대한 제언을 이론적 고찰에 기초하여 제시하였다.

7) 노승현(2007a; 2007b; 2012a; 2012b; 2012c), 백은령·노승현(2012), 노승현·백은령(2012), 노승현·이경준(2012), 김성희·이송희·노승현·정일교(2010)의 연구 중 상당부분을 재인용하여 정리하였음을 밝히고자 함. 참고문헌의 경우 주요문헌만을 제시하였으며, 본 원고에 포함된 모든 참고자료의 출처는 재인용한 문헌에 포함되어 있음.

II. 고령장애인의 개념

노화와 장애에 대한 학술적 연구가 진행되기 위해 용어정의가 선행될 필요가 있다. 현재 장애인, 노령장애인, 노인장애인, 고령장애인 등 다양한 용어가 노년기에 경험하는 장애인과 장애인으로 살아온 사람들을 의미하는 용어로 혼용되어 사용되고 있기 때문이다.

1980년대 이후 노화와 장애관련 연구는 두 가지 영역을 중심으로 진행되었다. 즉 “노인의 장애(disability with aging, aging into disability)”와 “장애인의 노화(aging with disability)”이다. 먼저 “노인의 장애”의 경우 많은 노인들이 노화과정에서 장애인이 되는데 이러한 장애노인을 노인성장장애인(lated-long disabled elderly)으로 명명하고자 한다. 이들은 주로 노인복지 영역의 주요관심이 되어 왔다. 반면 “장애인의 노화”는 장기간 장애인으로 살아오면서 노인이 되는 경우로 편의상 노령장애인(person with long-term disability)으로 명명하고자 한다⁸⁾. 과거에는 많은 장애인들이 낮은 생존율(척추손상)을 보였으며, 조기사망(발달장애)과 연관되기도 했다. 그러나 의료, 보건환경개선, 재활기술의 발전은 장애인들의 생존율과 수명을 증가시켰으며, 노령장애인들은 주로 장애인복지의 주요 관심 영역이 되어왔다(Verbrugge & Yang, 2002; 박혜전·이달엽·이승욱, 2007; 노승현, 2007a; 김성희·이송희·노승현·정일교, 2011). 그러나 이들을 두 영역으로 구분하는데 무리가 있는 것도 사실이다. 노화와 장애는 생애전반에 걸쳐 지속되는 연속적 개념이기 때문이다. 즉 장애인복지 영역과 노인복지영역의 노령장애인과 노인성장장애인으로 엄격히 구분되기 보다는 연속체적 개념으로 이해하여 상호 연계체계 구축 노력이 필요하다(Campbell, 1997; 노승현, 2007a).

한편 장애인구의 고령화 현상에 관하여 언급할 때, 복지서비스 관련 연구에서는 장애인, 노령장애, 노인성장장애로 표현하는 경향이 있으며, 고용관련 연구들은 고령장애라는 용어를 선호하는 경향이 있다. 이는 장애인 고용관련 정책의 경우 고용노동부의 고령자 정의에 기초하여 논의를 전개하는 경향이 강하기 때문으로 생각할 수 있다. 「고령자고용촉진법」에서는 고령자를 만 55세 이상인 자를 의미하며, 50-55세 미만을 준고령자로 정의하고 있다. 이는 기업의 정년이 55세를 전후로 제한되는 경우가 많기 때문이다. 한편 OECD 고용노동사회위원회에서는 고령근로자를 50세 이상으로 정의

8) 노인성장장애인이라는 표현에는 오해의 소기가 있다. 노년기에 경험하는 장애라 해서 모두 노화와 직접적 관련성을 보인다고 보기 어렵기 때문이다. 노인성장장애와 노령장애는 장애학과 노년학의 전문적 기반에 따라 다른 접근이 요구되는 점을 강조한 구분이라 하겠다.

하였다(김용탁, 2007). 이러한 경향에 기초하여 고령장애인 관련 선행연구들은 고령장애인을 55세 이상의 장애인(이호성·심의경, 2007; 전미리·안선영, 2011), 50세 이상의 장애인으로 정의하여(박혜전, 2007; 김용탁, 2007; 노승현, 2012a) 연구를 진행한 바 있다.

본 연구는 고령장애인의 경제활동 상태에 대한 주제에 접근하기 위하여 50세 이상의 장애인구를 고령장애인으로 정의하고자 한다. 또한 복지서비스를 강조하기 위한 목적으로 60세, 혹은 65세 이상의 장애와 노화를 동시에 경험하는 인구를 장애인노인으로 명명하며, “노인의 장애” 경험을 특별히 언급하고자 할 때 노인성장장애라는 용어를, “장애인의 노화”를 언급할 때 노인성장장애인으로 명명하고자 한다. 이는 편의상의 구분이며, 용어의 혼동이 있을 수 있으나 정책목표에 따라 다른 생애주기요인(연령, 장애기간, 장애발생시기)의 적용이 필요하다는 점을 고려할 필요가 있다.

Ⅲ. 고령장애인의 경험

고령장애인의 경제활동실태를 고찰하기에 앞서 고령장애인의 노화경험에 대한 논의가 중요하다. 아래에서 고령장애인 중 장애인의 노화(aging with disability)에 초점을 둔 문헌을 중심으로 고령장애인의 경험에 대하여 고찰하고자 한다. 아래의 내용은 노승현(2007a; 2007b; 2012a)의 연구를 상당부분 재인용하여 정리하였음을 밝힌다.

첫째, 생애주기요인의 경우 노화를 경험하는 고령장애인 연구에서 중요하게 고려되어왔다. 이상에서 언급하였듯 고령장애인의 이중위험은 장애와 노화 중 어디에 강조점을 두는지에 따라 노령장애인과 노인성장장애인으로 구분하는 경향이 있다. 노령장애와 노인성장장애는 생애주기 요인에 따른 연속체적 개념이기 때문에(Verbrugge and Yang, 2002; 노승현, 2007a), 인구학적 구분보다는 생애주기요인(연령, 장애기간⁹⁾, 장애발생시기¹⁰⁾)에 따른 차이점과 공통점에 대한 실증연구를 통하여 양 영역의 차별성과 공통성을 이해하기 위한 노력이 필요하다. 연령이 증가할수록 고령장애인의 취업확률은 낮아지는 경향을 보였으며(김성원·문진영, 2011), 경제활동인구(임금근로, 자영업, 무급가족종사, 구직)에 속할 확률이 낮아지는 것으로 나타났다(노승현, 2012a). 또한 장애기간이 길고 장애발생시기가 빠른 노령장애인의 경우 기능장애는 심하지만 사회참여

9) 장애기간이 긴 경우 노령장애로 정의할 수 있는데, 일반적으로 20년, 혹은 30년의 기준이 적용될 수 있다(Trieckman, 1987).

10) 장애발생시기가 이른 경우 노령장애로 정의할 수 있다. Verbrugge and Yang(2002)는 20세를 기준연령으로 사용하였으며, 이영미(2011)는 60세의 기준을 적용하여 연구한 바 있다.

(Verbrugge and Yang, 2002; 노승현, 2007a), 지역사회통합(정무성·노승현, 2007), 취업확률이 높은 경향을 보였으나(김성원·문진영, 2011; 노승현, 2012a), 월 임금 수준은 낮아 빈곤화의 위험이 큰 것으로 나타났다(노승현, 2012c).

둘째, 고령장애인의 이차적 상태가 주요 주제로 논의되었다. 이차적 상태는 일차적 장애의 발생이후에 새롭게 발생하였으며, 일차적 장애와 관련성이 있는 신체, 심리, 사회적 변화를 의미하는 용어이다(Lollar, 1998). 고령장애인 연구에서 이차적 상태는 주로 신체적 상태에 초점을 두고 진행되었으며, 조기노화와 밀접한 관계가 있는 것으로 보고되어왔다(Sheets, 1999; Capoor & Stein, 2005; Wilber, Mitra, Walker, Allen, Meyer, et. al., 2002; 노승현, 2007). 이차적 상태의 예방을 위한 노력을 시작으로 미국의 경우 "장애인의 노화에 관한 재활연구 및 훈련센터(Rehabilitation Research and Training Center on Aging with Disability: RRTC on Aging with Disability)"와 "발달장애인의 노화에 관한 재활연구 및 훈련센터((Rehabilitation Research and Training Center on Aging with Disability: RRTC on Aging with Disability)"를 통한 신체적 장애인 및 발달장애인의 노화관련 연구를 진행하고 있다(Sheets, 1999; 노승현, 2007).

셋째, 조기노화와 이차적 상태는 고령장애인의 경제활동 유지를 어렵게 하는 요인이다. 예를 들어 소아마비 및 척수손상 장애인 연구(McNeal, Sommerville, and Wilsonet, 1999)에서 40~50대가 되면서 응답자의 82%가 이차적 상태 관련 직업문제를 경험하며, 42%가 이러한 문제로 인하여 퇴직한 것으로 나타났다. 척수손상 장애인의 거의 60%가 손상 이전에 고용상태였으나, 20~40% 만이 10년 동안 고용을 유지하였다(Lidal, Huynh, and Biering_Sorensen, 2007). 소아마비 장애인의 경우 40세 이후 신체적 기능변화를 경험하며, 고용상태에 심각한 영향을 경험하는 것(Elrod, Jabben, and Oswald, 2005)으로 지적되었다(노승현, 2012a). 국내연구에서 고령장애인의 건강상태와 건강 일 지장정도(박혜전, 2011), 장애정도(김성원·문진영, 2011)가 취업확률을 예측하는 요인이었다. 노승현(2012a)의 연구에서 건강상태는 경제활동 인구 중 임금근로, 가족종사에 한하여 유의한 변수였다.

넷째, 고령장애인의 심리적 노화관련 변수인 우울, 장애수용, 자기효능감, 생활만족도, 주관적 삶의 질 등에 대한 주목이 필요하다. 고령장애인의 노화관련 심리적 변화로 주목되어온 변수는 우울이다. 고령장애인은 일반인구에 비해 우울경험정도가 높은 것으로 지적된 연구(Fuhrer et al., 1993; McColl & Walker, 1997)와 종단적 연구결과 비장애인과 크게 다르지 않다는 연구(Gerhart, et. al., 1999)가 진행되었다. 국내연구로 고령장애인의 심리적 임파워먼트(박수경·문수경, 2005), 주관적 삶의 질(노승현,

2007a), 장애수용(노승현, 2007b), 우울(문수경, 2009), 자기효능감(김형수·김용섭, 2009), 생활만족도(백은령·노승현, 2012)등 에 관한 연구가 진행되었다.

다섯째, 고령장애인은 노화과정 중 사회적지지 및 사회적 역할상실의 변화를 경험한다. 고령장애인의 사회적 경험에 관하여 노화과정에서 배우자나 일차부양자가 사망하게 되는 등의 변화를 경험하게 되며 이러한 손실은 인생에 큰 위기가 되는 것으로 논의되었다. 또한 그들의 지원체계는 양적, 질적 측면에서 변화를 경험하게 된다. 이러한 고령장애인들의 유형적 지지와 무형적 지지의 변화 및 손실은 심각한 위기를 야기할 수 있다(Krause, 1996; McColl & Rosenthal, 1994; Krause & Anson, 1996). 한편 Iwakuma(2001)는 일본의 여성 고령척수장애인 연구를 통하여 장애기간이 긴 노령장애인의 경우 노화로 인한 신체적 변화를 경험하지만, 동료장애인 지지체계와 일차장애의 경험에서 비롯된 노하우로 변화에 잘 대처하는 것으로 보고하였다. 이 외에도 사회적 경험 중 조기퇴직 등으로 인한 사회적 역할상실을 경험할 가능성이 높다(Scheer & Luborsky, 1991; Pentland et. al., 1999).

여섯째, 고령장애인의 경제활동에 관하여 장애와 노화의 이중차별의 중요성이 지적되었다. 고령장애인들의 직업욕구가 높고, 직업능력은 있지만 고용상태를 유지하는 것이 쉽지 않은 것이 현실이다. 이러한 편견은 역사적이며 사회적으로 인식된 은퇴연령과 관련되어 있으며, 노인들은 일을 지속하고자 하지 않으며, 지속할 능력도 없다는 편견, 장애에 대한 부정적 태도, 노인들은 일을 하지 않아도 될 만큼 충분한 재정적 자원이 있다는 생각들이다. 이러한 편견으로 인하여 고령장애인의 경우 장애와 노화의 이중차별을 경험할 가능성이 높다. 우선 장애인의 경우 연령에 상관없이 적합한 업무를 고용주가 제공하지 않는 경향이 있기 때문에, 장애인의 고용율이 낮은 특성을 보인다. The National Organization on Disability(2000)의 연구결과에 따르면 18세에서 64세 까지의 비장애인 고용율이 81%인데 반해, 장애인 고용율은 32%에 그치는 것으로 나타났다. 또한 취업을 했지만 직업유지의 어려움과 낮은 직업만족을 경험하는 경향이 있다. 직업을 얻은 장애인의 경우 비장애인에 비해 승진율이 낮으며, 임금이 낮고, 직업유지기간이 짧다. 이러한 장애인에 대한 차별과 함께 노인에 대한 편견은 고령장애인에게 더욱 심각한 어려움을 야기한다. 예를 들어 고령장애인의 경우 다른 장애연령층에 비해 직무조정을 경험한 사례가 적었다. 더 나아가 고령장애인의 경우 고용율은 빠르게 감소하는 경향을 보인다. 장애인의 경우 고용율은 20대 56%, 30대 60%, 50대 42%, 60-64세 28%로 나타났다.

IV. 장애영역과 노인영역의 문화적 차이와 서비스 연계방향

고령장애 영역의 경우 장애영역과 노인영역의 공통분모를 공유한다. 따라서 정책 및 서비스 영역에서 양 영역의 연계노력이 요구된다. 단 이러한 연계과정에서 양 영역의 차별성과 연계의 저해요인에 대한 고려가 필요하다. 아래에서는 장애영역과 노인영역의 서비스 연계저해요인과 함께 연계 활성화 방안을 제시하고자 한다¹¹⁾.

1. 노인영역과 장애영역의 문화적 차이

노인영역과 장애영역의 서비스 연계노력의 중요한 저해요인으로 양 영역의 문화적 차이에 주목할 필요가 있다(Torres-Gil & Putnam, 2004; Zolar, 1988). 문화적 차이의 일차적 영역은 서비스 전달체계 철학의 차이, 장애에 대한 신념차이, 장애와 노년의 사회구조에 대한 신념차이 등을 포함한다. 이러한 문화적 차이는 노인과 청년 장애인 간, 혹은 청년장애인과 고령 장애인 간의 이데올로기 차이에 대한 논쟁을 둘러싸고 있다(Dijkers, Whiteneck, & El-Jaroudo, 2000).

첫째, 노인영역의 장애인들은 ‘장애’라는 용어를 잘 사용하지 않는 경향이 있다. 예를 들어 법적으로 청력손실이 있거나 혹은 휠체어를 사용하게 된 80대의 사람들은 자신을 장애인으로 정의하지는 않는 경향이 있다는 것이다. 이와 달리 유사한 문제를 경험하는 65세 이하의 장애인들의 경우 자신을 장애인으로 정의하는 경향이 있다. 즉 양 집단의 장애정체성에서 주요한 차이를 발견할 수 있다는 것이다.

둘째, 노령장애인들의 경우 서비스 영역에서 자기옹호를 더 강조하는 경향이 있다. 이는 장애서비스 영역의 사회적 모델에 따른 장애운동이 강조되는 경향과 관련이 있다고 볼 수 있다. 이에 반해 노인 영역의 경우 장애영역에 비해 의료적 보호가 강조되는 분위기이다.

셋째, 장애영역의 경우 노인영역에 비해 전문가들의 중재와 개입을 더 불신하는 경향이 있다. 이는 장애영역의 당사자 주의의 확산과 관계가 있다. 노인영역의 경우 장애영역에 비해 전문가의 역할이 더 강조되는 편이다.

넷째, 장애영역의 경우 노인영역에 비해 지역사회통합을 강조하며, 대중교통수단, 공공시설물 접근성, 보조기구의 지원을 주장한다. 노인영역의 경우 상대적으로 지역사회통합을 덜 강조하는 편이다. 또한 시설보호에 대해서 장애영역에 비해 더 긍정적인 입장을 보이는 편이다. 위의 양 영역의 비교고찰이 절대적이라 할 수는 없으나, 양 영역의 문화적 차이를 이해하는데 도움이 될 것으로 본다(Kane, 2006).

11) 아래의 내용은 김성희·이송희·노승현·정일교(2010)의 내용을 재인용하여 정리하였음.

다섯째, 고령장애인의 경우 장애와 노화의 이중차별을 경험할 수 있는데, 특히 노인 영역의 노인 당사자들의 장애에 대한 부정적 인식이 저해요인으로 작용할 수 있다. 김성희 외(2011)의 노인 및 장애영역 실무자 대상 인터뷰 결과에 따르면 노인 당사자들이 장애에 대한 부정적 인식에 기초한 차별 하여 장애인에 대한 차별적 경험을 주는 사례가 빈번히 발생하고 있다. 우리나라의 경우 아직까지 부정적 장애인식이 남아있으며, 이는 상호 연계를 저해하는 요인이 될 수 있다.

2. 장애영역과 노인영역의 성공적 서비스 연계방향

Putnam(2002; 2007)은 장애영역과 노인영역의 문화적 차이를 극복하기 위한 대안으로 양 영역의 문화적 변화의 필요성을 제시하였다. 아래에서 그 견해를 종합하여 제시하고자 한다.

노인영역과 장애영역은 서로 매우 다르고 양자 간 갈등도 있다. 장애서비스는 노인 서비스에 비해 소비자주도와 자기결정 프로그램을 더 강조하는 편이다. 또한 장애의 문제를 개인의 선천적 결함이 아닌 개인과 환경 간의 상호작용의 결과로 이해한다. 따라서 개인에 대한 개입과 함께 환경 및 사회적 태도를 변화시키기 위한 노력이 중요하다. 반면 노화서비스는 의료적 모델에 더 큰 비중을 두고 있으며, 개인의 결함이나 손상에 초점을 두고 개인능력향상을 위한 구조화된 개입을 강조하는 편이다.

양 영역은 어떻게 문화적 차이를 넘어서 서비스연계노력을 활성화할 수 있을 것인가? 이는 문화적 변화를 통하여 성취될 수 있다. 즉 욕구를 가진 개인(needy person)에서 욕구(needs)로의 관점변화가 중요하다. 즉 개인의 특성에서 욕구를 평가하여 개입전략을 모색하는가(개인의 범주화), 욕구특성(욕구의 범주화)에 기초하여 개입전략을 모색하는가에 따라 매우 다른 프로그램이 구성될 수 있다. 개인에 대한 초점을 두었을 때, 연령, 성별, 장애유형, 등에 주목하게 되며 개인의 진정한 욕구는 배제될 수 있다. 반면에 욕구에 초점을 두며 욕구를 가진 모든 이들을 폭넓게 포함하여 프로그램을 개발하도록 한다. 예를 들어 욕구에 초점을 두었을 때 연령, 장애와 무관하게 프로그램 기회를 포괄할 수 있다. 욕구에 초점을 두게 되면 불필요한 서비스경쟁으로 인한 비효율성을 줄일 수 있게 된다. 또한 욕구에 초점을 두게 될 때 장애영역과 노인 영역의 특수성에 기초한 서비스 제공이 가능할 것이다.

V. 고령장애 관련 국내 선행연구

아래의 <표 1>에 국내 장애인, 고령장애 관련 주요 선행연구를 제시하였다. 전체적으로 주요 연구를 종합하였으나 편의상 분석한 것이기 때문에 포함되지 않은 연구가 상당수 존재할 수 있다. 우선 생활실태 및 서비스, 의료서비스이용 및 과부담보건의료비, 심리적 요인, 생활만족도 및 삶의 질, 지역사회통합, 빈곤, 고용 등의 다양한 주제로 연구가 진행되었다. 생활만족도 및 삶의 질 관련 연구가 가장 많았으며, 다음은 고용 관련 연구의 순으로 진행되었다. 전체적으로 생활만족도 및 삶의 질 연구가 가장 많았으며, 다음은 고용연구의 순이었다.

<표 1> 국내 선행연구

주 제	논 문
생활실태 및 서비스	현황 및 특성(김형수, 1996), 현황 및 복지서비스 욕구(윤경아 외, 2000; 이상원, 2005), 장애유형별 특성(김성희·고선정, 2004), 서비스 만족도(김원진, 2005), 사회적 지지 프로그램(이상원, 2004), 청각장애노인의 생활실태 및 사회복지서비스 욕구(양점도 외, 2009), 장애인 서비스 연계방안(김성희 외, 2010), 장애를 가진 노인의 특성(양희택·신원우, 2011)
의료서비스 이용/과부담보건의료비	의료서비스 이용(전보영 외, 2011), 과부담의료비 종단적 연구(노승현, 2012a)
심리적 요인	심리적 임파워먼트(박수경·문수경, 2005), 장애수용(노승현, 2007), 우울(문수경, 2009), 자기효능감(김형수·김용섭, 2009)
생활만족도/삶의 질	생활만족도(김미옥, 2003), 장애인과 중장년층 장애인의 생활만족도(손용진, 2004), 노화에 따른 지체장애인의 주관적 삶의 질 모형(노승현, 2007), 중노령 여성지체장애인의 주관적 삶의 질(노승현, 2007b), 서울시 장애노인의 삶의 질(권오균, 2008), 중년층과 노년층 지체장애인의 생활만족도(백은령·노승현, 2009), 전남 거주 재가 장애노인의 삶의 질(김형수·김용섭, 2009), 장애노인의 생활만족도 모형(백은령·노승현, 2010), 광주시 장애노인의 생활만족도(이중섭, 2010), 대도시, 중소도시, 농촌지역 장애노인의 생활만족도(김수봉·고재욱, 2011), 성별에 따른 장애노인의 생활만족도 영향요인(송미영, 2011), 장애노인 및 비장애노인의 생활만족도(전동일·양숙미, 2012), 생활만족도 영향요인 종단적 연구(백은령·노승현, 2012)
지역사회통합	시각장애노인(박수경·이익섭, 2005), 중노령 지체장애인(정무성·노승현, 2007)
빈곤	장애노인 빈곤요인 종단적 연구(노승현·백은령, 2012)
고용	고령장애인의 중복소외(김은혜·이효성, 2006), 취업욕구(박혜전·이달엽·이승욱, 2003; 박혜전, 2007), 고령장애인의 일경험과 욕구(이효성·김근아·김태연·오정은, 2007), 고용촉진방안(김용탁, 2007), 고용관리의 개념과 실천기술(박자경, 2008), 경제활동실태(이효성·심의경, 2011), 근로지속기간(김성원·문진영, 2011; 김성원·문진영, 2011), 직업유지(박혜전, 2011), 고령장애인의 직업재활 방향(황주희, 2011), 취업 및 취업형태(노승현, 2012b), 임금근로 고령장애인 빈곤(노승현·이경준, 2012), 정규직 여부에 따른 임금결정요인(노승현, 2012c)

Ⅵ. 고령장애인 관련 선행연구 분석

위에서 살펴본 바와 같이 고령장애인의 고용을 다룬 연구들은 고령장애인의 중복소외(김은혜·이효성, 2006), 취업육구(박혜전·이달엽·이승욱; 2003; 박혜전, 2007), 고령장애인의 일경험과 육구(이효성·김근아·김태연·오정은, 2007), 고용촉진방안(김용탁, 2007), 고용관리의 개념과 실천기술(박자경, 2008), 경제활동실태(이효성·심의경, 2011), 근로지속기간(김성원·문진영, 2011; 김성원·문진영, 2011), 직업유지(박혜전, 2011), 고령장애인의 직업재활 방향(황주희, 2011), 취업 및 취업형태(노승현, 2012a), 임금근로 고령장애인 빈곤(노승현·이경준, 2012), 정규직 여부에 따른 임금결정요인(노승현, 2012c) 등이 진행되었다.

현재까지 진행된 연구들의 전체적인 경향에 대한 문헌검토를 통한 종합적 논의가 필요할 것이다. 그러나 전술하였듯 원고작성의 시간적 제약으로 인하여 아래에서는 필자가 진행한 연구를 중심으로 논의하고자 한다. 우선 필자는 고령장애 경제활동 관련 선구적 문제제기를 진행한 취업육구(박혜전·이달엽·이승욱; 2003; 박혜전, 2007)의 연구에 논리적 기반을 두고 연구를 진행하였음을 밝히고자 한다. 고령장애인, 특히 고령장애인의 고용관련 연구가 부족한 상황에서 매우 시의적절한 연구였다. 고령장애인의 경우 연령이 증가함에도 불구하고 취업육구는 지속된다. 그 원인은 무엇일까? 우선 충분한 노후준비를 진행하지 못하였기 때문에 연금, 생활비가 부족한 이유가 가장 클 것이다(Kampfe et. al., 2008; 박혜전, 2007). 또한 고령장애인의 경우 특히 과부담 의료비 지출로 인하여 빈곤위험이 높아지는 것(노승현, 2012b)도 원인으로 지적할 수 있다. 이에 따라 고령장애인의 취업활성화 전략을 모색하기 위한 선행연구들은 큰 의의를 갖는다(김용탁, 2007; 박자경, 2008; 박혜전, 2011; 김성원·문진영, 2011; 김성원·문진영, 2011; 황주희, 2011; 노승현, 2012b). 그러나 이러한 취업활성화 전략에 국한되었을 때, 지속적인 경제활동 참여에도 불구하고 지속적으로 빈곤상태를 유지할 가능성(노승현·이경준, 2012)도 배제할 수 없으며 특히 비정규직 근로자의 경우 위험성이 더욱 크다(노승현, 2012c). 이러한 논리에 기초하여 필자의 최근 선행연구를 고찰하겠다.

1. 고령장애인의 빈곤위험

1) 장애인 가구의 과부담 보건의료비 지출 추이 및 영향요인¹²⁾

WHO(2000)는 건강보호 시스템 향상을 위한 세 가지 목표 중 하나로 의료보장 재정 형평성을 강조하였으며, 구체적으로 측정방법으로 과부담 보건의료비를 제안하였다. 높은 의료비 지출수준은 빈곤화를 야기할 수 있기에 사회적 주목이 필요하다(지은정, 2004). 특히 2008년 장애인실태조사 결과 장애노인의 욕구 중 의료보장 욕구가 40.8%로 가장 높은 우선순위를 차지하였으며, 이는 전 연령의 30.1%에 비해 매우 높은 결과이다. 즉 장애노인의 경우 청장년층에 비해 의료보장 욕구가 매우 높으며, 의료비지출수준도 높을 것으로 추정된다. 아래에서는 장애노인의 과부담 보건의료비에 관한 연구(노승현, 2012)에 기초하여 장애노인의 과부담 보건의료비 지출수준을 제시하고자 한다. 노승현(2012b)은 WHO(2000; 2005)와 손수인 외(2010)의 측정방법에 기초하여 장애인¹³⁾가구의 과부담 보건의료비를 지불능력 대비 보건의료비 지출이 역치기준을 초과한 상태로 정의하였다. 또한 지불능력은 총 가계지출에서 식료품비를 제외한 값으로, 역치기준은 10%, 20%, 30%, 40%를 초과하였을 때 과부담 보건의료비 발생인구로 정의하였다. 즉 지불능력(가계지출-식료품비) 중 의료비가 차지하는 비중이 10%, 20%, 30%, 40%를 초과할 때 과부담 보건의료비로 정의하였다.

아래의 <표 2>를 보면, 장애노인가구의 과부담 보건의료비 지출규모는 10% 기준 41.1%로, <표 3>에 제시된 전 국민 연구(손수인 외, 2010¹⁴⁾)의 19.1%에 비해 약 2배 정도 높았으며, 일반 저소득가구(32.2%)보다 높은 수준이었다. 한편 장애노인의 과부담 보건의료비 수준은 20% 기준 19.2%로 전 국민의 9.7% 보다 2배 이상 일반 저소득층과 유사한 수준이었다. 30% 기준의 경우 장애인(9.9%), 전 국민(5.8%), 40% 기준의 경우 장애인(4.5%), 전 국민(3.7%)로 나타났다. 전체적으로 장애노인의 경우 의료비가 지불능력의 10%, 20%를 초과하는 경우 전 국민에 비해 2배 이상 차이를 보였으며, 40% 기준으로는 차이가 크게 감소하는 경향을 보였다. 과부담 보건의료비는 국가의 의료보장 형평성을 나타내는 지표로서의 의미를 가진다고 볼 때, 우리나라의 장애인 의료보장 형평성은 매우 열악한 실정임을 반증한다. 또한 과부담

12) 노승현(2012b)을 요약하였음.

13) 본 연구의 대상은 장애인 고용패널 조사에 참여한 5,092명 가운데 1차, 2차, 3차 조사에 모두 참여한 60세 이상 726명을 분석대상으로 삼았다.

14) 과부담보건의료비 관련 선행연구 중 본 연구와 과부담의료비 정의가 일치하는 연구이기 때문에 비교가 용이하다. 그러나 복지패널 2006년 자료를 활용하였으며, 65세 이상을 연구하였다는 점에서 차이가 있다.

보건의료비 지출은 빈곤심화요인으로 지적되기에 심각성이 더하다(송은철·신영전, 201). 장애인의 빈곤심화 요인으로 추가비용부담(윤상용·김태완, 2009)과 함께 고령장애인의 보건의료비 부담을 경감하기 위한 대안모색이 필요함을 알 수 있다.

<표 2> 장애노인가구의 과부담 보건의료비 발생률 추이

(단위 : %)

		2008년	2009년	2010년	계
10% 이상	미발생	62.6%	54.2%	59.7%	58.9%
	발생	37.4%	45.8%	40.3%	41.1%
20% 이상	미발생	82.1%	78.0%	82.1%	80.8%
	발생	17.9%	22.0%	17.9%	19.2%
30% 이상	미발생	91.0%	87.7%	91.4%	90.1%
	발생	9.0%	12.3%	8.6%	9.9%
40% 이상	미발생	96.2%	94.0%	96.1%	95.5%
	발생	3.8%	6.0%	3.9%	4.5%
계		100.0%	100.0%	100.0%	100.0%

주: 1) 가중치 적용

<표 3> 장애노인가구의 과부담 보건의료비 발생률 추이

(단위 : %)

연구자	대상	지불능력	자료원 (년도)	역치기준(%)			
				10%	20%	30%	40%
	전국민			19.1	9.7	5.8	3.7
손수인	비저소득가구	총가계지출-	복지패널	14.2	6.0	3.4	2.2
외(2010)	저소득가구(중위소득60%이하)	식료품비	(2006)	32.2	19.5	12.0	7.8
	의료급여수급자			18.8	9.2	5.6	3.2

장애노인가구 과부담 보건의료비 영향요인에 관한 패널로짓분석을 실시한 결과가 아래의 <표 4>에 제시되었다. 장애인 가구 중 연령이 높을수록, 배우자가 있는 경우 과부담 보건의료비 지출(10%) 확률이 높았다. 배우자가 없는 경우 선행연구에서 의료서비스 이용에 소극성을 보이기 때문인 것으로 지적된 바 있다. 또한 신체외부장애에 비해 감각장애인, 정신적장애인의 경우 과부담 보건의료비 확률이 낮았으나, 내부장애

인은 높은 특성을 보였다. 장애정도와 장애기간의 경우 유의하지 않은 것으로 나타났으나, 전이확률분석결과를 보면 장애가 중증이면서, 장애기간이 20년 이상인 경우 40% 이상의 높은 수준의 과부담 보건의료비를 지속적으로 유지할 확률이 매우 높은 경향을 보였다. 또한 만성질환이 있을 때, 가구원수가 적을 때, 장애가족비율이 높을 때 과부담 보건의료비 확률이 높았다. 또한 빈곤상태의 경우 비빈곤가구에 비해 빈곤+수급가구는 과부담 보건의료비 지출확률이 낮았으며, 빈곤+비수급가구는 높은 경향을 보였다. 빈곤상태의 경우 비수급 장애인인의 경우 의료빈곤의 사각지대에 놓일 가능성이 높아 주목이 필요하다. 과부담 보건의료비가 40%를 초과할 확률은 건강상태가 열악한 경우, 노인가구원비율이 높은 경우 증가하는 것으로 나타났다.

<표 4> 장애노인가구 과부담 보건의료비 영향요인(패널로짓분석)¹⁵⁾

과부담		10%이상	40%이상
일반적특성	성별(남자=1)		
	연령	◎	
	배우자(있음=1)	◎	
	교육년수		
장애특성	장애정도(중증=1)		
	신체외부장애=0		
	감각장애	●	
	정신적장애	●	
	신체내부장애	◎	
	장애기간		
건강특성	건강상태		●
	만성질환(있음=1)	◎	
가구특성	가구원 수	●	
	장애가족비율	◎	
	취업가족비율		
	노인가족비율		◎
	비빈곤=0		
	빈곤+수급	●	
	빈곤+비수급	◎	
	가구소득(로그)		
	순자산(로그)		

주: 1) 연구결과의 간명성을 위하여 정적효과는 ◎, 부적효과는 ●로 표시하였음.

15) 역치기준 10%, 20%, 30%, 40%에 대한 패널로짓분석을 실시하였으나, 10%, 40%만을 제시하였음.

2) 장애인 가구 빈곤추이 및 영향요인¹⁶⁾

장애노인가구의 절대빈곤률¹⁷⁾을 연도별로 살펴본 결과가 아래의 <표 5>에 제시되었다. 2008년 가구소득이 최저생계비 미만인 절대빈곤층의 경우 56.4%였으며, 2009년 56.6%, 2010년 51.52%로 나타나, 2010년 빈곤률이 약간 감소된 것으로 나타났으나 여전히 높은 수치인 것을 알 수 있다. 빈곤률의 경우 정의와 분석자료의 차이가 있기 때문에, 빈곤정의와 분석자료가 일치하는 전체 장애인구 연구(박자경·김종진, 2011)의 연구에서 절대빈곤률이 2008년 43.3%, 2009년 43.6%, 2010년 38.9%였던 것과 비교하면 장애인 가구의 절대빈곤률은 전체 장애인구에 비해 높은 수준임을 알 수 있다.

<표 5> 장애인가구의 절대빈곤률

(단위 : %)

	2008년		2009년		2010년	
	빈도	백분율	빈도	백분율	빈도	백분율
비빈곤	277399	43.6%	259577	43.4%	313391	48.8%
빈곤	358767	56.4%	338406	56.6%	328394	51.2%
총계	636166	100	597983	100	641785	100

아래의 <표 6> 결과를 보면, 장애인가구의 2008년에서 2010년까지의 기간 동안 빈곤상태를 유지할 확률은 73.68%였으며, 비빈곤상태에서 빈곤상태로 이동할 확률은 34.81%로 나타났고, 비빈곤상태를 유지할 확률은 65.19%, 빈곤상태에서 비빈곤상태로 이동할 확률은 26.32%로 탈빈곤 확률에 비해 빈곤진입확률이 높았다.

<표 6> 장애인 가구 빈곤상태 변화에 대한 전이확률

(단위 : %)

t	t+1		
	비빈곤	빈곤	계
비빈곤	65.19	34.81	100.00
빈곤	26.32	73.68	100.00
계	41.39	58.61	100.00

16) 노승현·백은령(2012)의 연구를 정리하였음.

17) 근로소득과 근로외소득을 합한 경상소득을 가구원수의 제곱근으로 조정한 가구균등화소득이 최저생계비에 미치지 못하는 상태를 빈곤으로 정의하였음.

빈곤영향요인을 분석한 아래의 <표 7>의 결과를 보면, 장애노인의 경우 연령이 증가할수록, 교육년수가 짧을수록, 주관적 건강상태가 열악할수록, 미취업상태인 경우, 가구원 중 장애가족비율이 높을수록, 취업가구원비율이 낮을수록, 빈곤확률이 높은 것으로 나타났다. 또한 가족유형의 경우 유배우+성인자녀가족에 비해 독거가족, 부부가족의 빈곤률은 낮았으며, 무배우자+성인자녀가족의 빈곤확률은 높았다.

<표 7> 장애노인 가구 빈곤 영향요인(패널로짓)

일반적 특성	성별(남자=1)	
	연령	◎
	교육년수	●
장애 및 건강관련 요인	장애기간	
	장애정도(중증=1)	
	장애유형(신체외부=0)	
	감각장애	
	정신적장애	
	신체내부장애	
	주관적 건강상태	●
직업관련 요인	자격증 유무(있음=1)	
	취업 여부(취업=1)	●
가족관련 요인	장애가족비율	◎
	취업가족비율	●
	가족유형(유배우+성인자녀가족=0)	
	독거가족	●
	부부가족	●
	무배우자+성인자녀가족	◎

주: 1) 연구결과의 간명성을 위하여 정적효과는 ◎, 부적효과는 ●로 표시하였음.

2. 고령장애인의 경제활동 추이 및 영향요인¹⁸⁾

고령장애인의 경제활동 인구에 관한 연구는 취업영향요인, 취업지속 등이 진행되었다. 취업 중에서 임금근로, 자영업, 무급가족종사가 포함되어있어 각 취업유형 간의 차별적 고려가 필요하다. 또한 경제활동인구는 취업자에 구직자를 포함한 개념이다. 아래에서는 각 경제활동유형별 특성을 살펴보기 위하여 고령장애인의 경제활동 현황 및 영향요

18) 노승현(2012a)의 연구를 요약하였음.

인을 밝히기 위하여 진행된 노승현(2012)의 연구¹⁹⁾ 중 주요연구결과를 소개하고자 하는 것으로 아래의 고령장애인의 경제활동 추이 및 영향요인을 제시하고자 한다.

전 연령 장애인구의 취업형태에 따른 취업확률을 분석한 연구(조민수, 2009)에 따르면, 임금근로, 자영업, 가족종사, 구직 확률이 연령이 높을수록 증가하다가 다시 낮아지는 경향을 보였다. 또한 이선우(1997)의 연구에서는 연령이 높을수록 임금근로 보다는 자영업에 속할 확률이 높았다. 즉 고령장애인의 경우 경제활동 참여정도는 청장년층에 비해 낮아지는 것이 일반적 견해이다. 그러나 고령장애인의 취업욕구는 비교적 유지되는 경향을 보이기 때문에 고령장애인의 경제활동 유형별로 현황을 살펴보고 유지방안을 모색할 필요가 있다. 본 연구의 고령장애인 경제활동 추이를 분석결과가 아래의 <표 8>에 제시되었다. 고령장애인 중 비경제활동인구는 60.3%로, 경제활동참여인구는 49.7%로 나타났으며, 임금근로자는 17.7%, 자영업자 15.4%, 구직자는 3.0%였다. 전체적으로 실업률은 9.27(2008년), 8.18%(2009년), 5.80(2009년)으로 점차 낮아지는 경향을 보였다. 전체 장애인 대상 분석결과 장애인구의 실업률 10.6(2008년), 8.6%(2009년), 6.5%(2010년)와 비교할 때 약간 높은 수준이었다.

<표 8> 고령장애인 경제활동 추이

(단위 : 명, %)

	빈도(%)			
	2008년	2009년	2010년	계
임금근로	162141(17.0)	207978(18.2)	217378(17.7)	587497(17.7)
자영업	145764(15.2)	177093(15.5)	190170(15.5)	513027(15.4)
무급가족종사	36216(3.8)	39896(3.5)	43250(3.5)	119362(3.6)
구직	35168(3.7)	37901(3.3)	27781(2.3)	100850(3.0)
비경제활동인구	577098(60.3)	678208(59.4)	751215(61.1)	2006521(60.3)
계	956387(100)	1141076(100)	1229794(100)	3327257(100)
취업률	90.72	91.81	94.19	92.4
실업률	9.27	8.18	5.80	7.64%

주: 1) 모든 수치는 가중치 적용

2) 취업률=취업자(임금근로자+자영업자+무급가족종사자) / 경제활동인구(취업자+구직자)×100

아래의 <표 9>에 제시된 고령장애인 경제활동 전이확률분석결과를 보면, 최근 3년간 자영업을 지속할 확률이 94.22%로 임금근로 종사자에 비해 상대적으로 높았다. 또한 구직자 중 임금근로로 이동할 확률보다 비경제활동인구로 이동할 확률이 2배 가가

19) 분석대상은 장애인 고용패널 조사에 참여한 5,092명 가운데 1차, 2차, 3차 조사에 모두 참여한 50~75세 고령장애인 2,522명이다.

이 높은 것으로 나타났다.

<표 9> 고령장애인 경제활동 전이확률

(단위 : %)

t		t+1					
		임금근로	자영업	무급가족종사	구직	비경제활동	계
전체	임금근로	82.40	2.06	0.10	4.23	11.21	100
	자영업	1.97	94.22	0.66	0.39	2.76	100
	무급가족종사	1.32	4.61	88.82	0	5.26	100
	구직	25.60	2.38	0	25.60	46.43	100
	비경제활동	4.09	1.14	0.41	1.68	92.67	100
	계	19.57	14.96	2.93	2.71	59.84	100

고령장애인의 경제활동 영향요인을 유형별로 살펴보기 위하여 패널다항로짓분석²⁰⁾을 실시한 주요결과를 아래의 <표 10>에 제시하였다.

첫째, 여성 및 무배우자의 경제활동참여 확률이 낮았다. 남자가 여자에 비해 경제활동 확률이 높았다. 또한 배우자가 있는 경우 자영업, 무급가족종사의 경우 유의하였다. 이는 임금근로에 비해 배우자의 역할이 상대적으로 중요하기 때문인 것으로 파악된다.

둘째, 연령이 높을수록 경제활동 확률이 낮았다. 그러나 전이확률 분석결과를 보면 자영업, 무급가족종사, 구직 유지확률은 50~64세에 비해 65세가 더 높았는데, 임금근로를 제외하고 비교적 안정적으로 취업욕구가 유지되는 것으로 추정할 수 있다. 또한 장애기간이 길수록 경제활동 참여확률이 높았다. 고령장애인 연구에서 장애기간에 대한 고찰은 의미가 크다. 일반적으로 장애노인 연구에서 장애기간이 상대적으로 긴 노령장애인의 경우 신체·기능적 기능 측면에서는 취약성을 경험하지만, 경제활동, 사회참여활동 정도는 더 높은 경향을 보였다.

셋째, 정신적장애인과 내부장애인의 경제활동 확률이 낮았다. 장애유형의 경우 신체외부장애인에 정신장애인은 임금근로, 자영업 영역에서, 내부장애인은 무급가족종사 영역에서 낮은 참여경향을 보였다. 장애가 중증일수록 경제활동 확률이 낮았으며, 주관적 건강상태가 양호할수록 임금근로, 무급가족종사에 속할 확률이 높았고, 건강 일지장 정도가 낮을수록 경제활동 확률이 낮은 경향을 보였다.

넷째, 교육년수가 증가할수록 경제활동 확률이 낮았으며, 자격증이 있을 때, 임금근로, 자영업, 무급가족종사 확률이 높았다. 고용서비스 경험이 있을 때, 임금근로, 구직에

20) 패널다항로짓(Panel Multinomial Logit Analysis) 확률효과 모형(Random Effect Model)을 적용하였으며, gllamm 명령어를 활용하여 분석하였음.

속할 확률이 높은 것으로 나타났으며, 직업훈련은 통계적으로 유의하지 않았다. 교육년수가 경제활동 참여와 부적관계를 보인 것은 특이한 결과이다. 일반적으로 교육수준의 효과는 일치되지 않는 경향을 보이며, 특히 연령이 높아질수록 교육수준의 효과는 감소되는 것으로 보고되었다. 교육수준이 높은 경우 취업 기대수준이 높은 것과 관계가 있으며, 근로외소득이 높을수록 경제활동인구가 낮아지는 경향과도 관계가 있다고 볼 수 있다. 즉 고령장애인의 경제활동이 교육수준을 반영한 양질의 일자리 보다 낮은 근로외소득을 보충하기 위한 목적으로 이루어지는 경향이 강하다고 추정할 수 있다.

다섯째, 주관적 경제수준, 자산, 부채가 많을수록, 경제활동 확률이 높았으며, 비근로소득이 높을수록 경제활동 확률이 낮았다. 비근로소득이 높을수록 경제활동 확률이 낮아지는 경향을 중요한 시사점이 있다. 고령장애인의 경우 연금부족, 생활비 부족으로 인해 경제활동상태를 지속하고자 하는 경향이 나타난다는 선행연구의 결과와 관계가 있다.

<표 10> 고령장애인 경제활동 영향요인(패널다항로짓)

		임금근로vs. 비경활	자영업vs. 비경활	가족종사vs. 비경활	구직자vs. 비경활
일반적 요인	성별	○	○		○
	배우자유무		○	○	
생애주기 요인	연령	●	●	●	●
	장애기간	○	○	○	○
장애관련 요인	장애유형(신체외부장애=0)				
	감각장애			○	
	정신장애	●	●		
	내부장애			●	
	장애정도	●	●	●	●
건강관련 요인	주관적건강상태	○		○	
	건강 일 지장	●	●	●	●
	만성질환				
인적자본 요인	교육수준	●	●	●	●
	자격증	○	○	○	
	고용서비스경험	○			○
	직업훈련경험				
경제적요인	주관적 경제상태		○	○	
	근로외소득(로그)	●	●	●	●
	자산(로그)	○	○	○	○
	부채(로그)	○	○	○	○

주: 1) 연구결과의 간명성을 위하여 정적효과는 ○, 부적효과는 ●로 표시하였음.

3. 임금근로 고령장애인의 월평균 임금²¹⁾

고령장애인의 경제활동은 연령의 증가에도 불구하고 지속되는 경향을 보인다. 그러나 이러한 취업욕구는 부족한 생활비를 보충하기 위하여 혹은 빈곤에 빠지지 않기 위한 목적이 큰 것으로 추정된다. 따라서 고령장애인의 경제활동 활성화 노력도 중요하지만, 어떤 일자리인가에 대한 고찰이 필요하다. 아래의 <표 11>에서는 임금근로 고령장애인의 월평균 임금에 대한 기술통계결과를 제시하였다. 월평균 임금은 청년층의 148.13만원에 비해 111.03만원으로 청장년층에 비해 31.7만원 낮은 수준이며, 청장년층의 74.95% 정도인 것으로 나타났다. 청장년층과 고령층 모두 임금이 소폭상승하고 있는데, 고령층의 임금상승폭이 다소 높았다. 이는 고령장애인 중 근무기간이 상대적으로 긴 경력효과가 발생하고 있다고 볼 수 있다. 그러나 고령장애인 중 근무기간 효과가 발생하는 것은 주로 정규직 근로자이며, 비정규직과의 차이가 크게 나타날 것으로 추정할 수 있다.

<표 11> 임금근로 장애인의 월평균 임금

(단위 : 만원, %)

	청장년층				고령층			
	2008년	2009년	2010년	전체	2008년	2009년	2010년	전체
월평균 임금	141.01 (94.54)	147.15 (98.81)	155.20 (99.09)	148.13 (97.74)	103.75 (73.792)	109.98 (77.54)	116.13 (80.78)	111.03 (78.138)
증가율		4.35%	5.47%	4.91%		6.0%	5.59%	5.80%

주: 1) 모든 수치는 가중치 적용
2) 괄호 안의 수치는 표준편차임.

임금근로 고령장애인 중 정규직과 비정규직 비율의 차이를 고찰한 결과가 아래의 <표 12>에 제시되었다. 전체적으로 정규직은 22.9%, 비정규직은 77.1%였다. 통계청 경제활동인구조사에 기초한 전 연령 연구(남재량, 2006)에서 정규직 비율이 63.4%, 전 연령 임금근로 시각장애인 연구(이태훈, 2012)의 정규직 비율이 34.9%였던 것에 비해 매우 낮은 수준이었다. 정규직 비율은 26.2%(2008년), 24.1%(2009년)로 감소하다가, 24.9%(2010년), 28.9%(2011년)로 다시 증가하는 경향을 보였다.

21) 노승현(2012c)의 연구를 요약하였음.

<표 12> 임금근로 고령장애인의 정규직 여부 추이

(단위 : %)

	2008년	2009년	2010년	2011년	계
비정규직	73.8%	75.9%	75.1%	71.1%	77.1%
정규직	26.2%	24.1%	24.9%	28.9%	22.9%
계	100%	100%	100%	100%	100%

임금근로 고령장애인의 정규직 여부에 따른 월평균 임금을 아래의 <표 13>에 제시하였다. 정규직의 월평균 임금은 161.57만원, 비정규직의 임금은 82.83만원으로 비정규직은 정규직 임금의 51.3%에 그치는 것으로 나타났다.

<표 13> 임금근로 고령장애인의 정규직 여부에 따른 월평균 임금

(단위; 만원, %)

	2008년	2009년	2010년	2011년	계
정규직	162.61(106.1)	155.13(101.18)	166.26(108.106)	161.87(104.01)	161.57(104.91)
상대적 임금	100%	100%	100%	100%	100%
비정규직	77.30(40.98)	81.08(41.52)	85.31(41.79)	86.08(42.556)	82.83(42.56)
상대적 임금	47.5%	52.3%	51.3%	53.2%	51.3%
계	99.54(74.69)	98.99(69.11)	105.44(73.77)	107.95(74.76)	103.33(73.13)

주: 1) 모든 수치는 가중치 적용
2) 괄호 안의 수치는 표준편차임.

임금근로 고령장애인의 임금결정요인을 비정규직 및 정규직 여부에 따른 패널회귀분석 모형에 기초하여 분석한 결과가 아래의 <표 14>에 제시되었다. 연구결과 비정규직과 정규직 모두 남자인 경우 임금이 높았으며, 일반사원에 비해 특별한 직책이 없는 경우 임금이 낮았고, 사업체 근무자가 많을수록 임금수준이 높았다. 비정규직의 경우 장애기간이 짧을수록, 정신적장애인에 비해 신체외부장장애인의 경우, 사무직에 비해 전문·관리직, 서비스직, 판매직, 기능직, 장치기계조작조립직, 단순노무직의 임금이 높았다. 정규직의 경우 근로기간이 긴 경우, 직책이 없는 경우에 비해 일반사원의 경우, 노동조합이 있는 경우 임금수준이 높았다.

<표 14> 정규직 여부에 따른 임금근로 고령장애인의 임금결정요인(패널회귀분석)

		비정규직	정규직
일반적 특성	성별(남자=1)	◎	◎
	연령		
	장애기간	●	
	장애유형(신체외부장애=0)		
	감각장애		
	정신적장애	●	
	신체내부장애		
	장애정도(중증=1)	●	
	건강상태		
	만성질환(있음=1)		
인적자본특성	교육수준		
	자격증(있음=1)		
일자리 특성	근로기간(로그)		◎
	직책(일반사원=0)		
	직책없음	●	●
	대리아상		
	직종(사무직=0)		
	전문·관리직	◎	
	서비스직	◎	
	판매직	◎	
	농림어업직		
	기능직	◎	
	장치기계조작조립	◎	
	단순노무직	◎	
	노동조합(있음=1)		◎
	사업체근무자수	◎	◎

주: 1) 연구결과의 간명성을 위하여 정적효과는 ◎, 부적효과는 ●로 표시하였음.

4. 임금근로 고령장애인의 빈곤²²⁾

임금근로 고령장애인 중 특히 비정규직의 경우 임금수준이 낮은 경향을 보였다. 따라서 양질의 일자리가 중요한 의미를 갖는다고 볼 수 있다. 아래에서는 임금근로 고령장애인의 빈곤추이를 살펴본 결과가 아래의 <표 15>에 제시되었다. 청장년(12.5%)에 비해 고령장애인의 빈곤률(14.7%)은 상대적으로 높은 수준이었다. 김종진·박자경(2007)의 전체 임금근로 장애인 연구에서 2005년 현재 절대빈곤률은 11.1%였음을 고려할 때, 고령장애인의 빈곤률이 약 2.3% 높은 수준임을 알 수 있다. 또한 전체적으로 3년간 빈곤률은 다소 증가하는 경향을 보였다.

<표 15> 임금근로 고령장애인의 빈곤추이

(단위 : %)

	년도						전체	
	2008년		2009년		2010년			
	비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤	비빈곤	빈곤
청장년층(50미만)	164243	17301	188452	26310	177984	32388	530679	75999
	90.5%	9.5%	87.7%	12.3%	84.6%	15.4%	87.5%	12.5%
고령층(50이상)	86228	13770	124059	20644	144906	26766	355193	61180
	86.2%	13.8%	85.7%	14.3%	84.4%	15.6%	85.3%	14.7%

주: 1) 모든 수치는 가중치 적용

청장년층 임금근로 고령장애인의 빈곤결정요인에 관한 패널로짓분석결과가 아래의 <표 16>에 제시되었다. 청장년층과 고령층 모두 연령이 높을수록, 가구원수가 많은 경우, 취업가구원수가 적을수록, 근무시간이 시간제인 경우, 사무직에 비해 농어업직인 경우 빈곤확률이 높은 것으로 나타났다. 한편 청장년층의 경우 지역이 수도권인 경우, 학력이 낮은(초졸 이하) 경우, 장애유형이 정신적 장애인 경우, 근로기간이 짧은 경우 빈곤확률이 높았다. 고령층의 경우 여자인 경우, 장애유형이 내부장애인 경우, 장애가 중증인 경우, 장애가구원수가 많은 경우, 직책이 낮은 경우, 사무직에 비해 농어업직 및 단순노무직인 경우 빈곤확률이 높았다.

22) 노승현·이경준(2012)의 연구를 요약하였음.

<표 16> 임금근로 고령장애인의 빈곤결정요인

		청장년층	고령층
일반적 특성	성별(남자=1)		●
	배우자유무(있음=1)		
	연령	◎	◎
	장애기간		
	지역(수도권=1)	◎	
인적자본요인	학력(중학교 이상=1)	●	
	자격증(있음=1)		
장애 관련요인	장애유형(신체외부=0)		
	장애유형(감각장애=1)		
	장애유형(정신적장애=1)	◎	
	장애유형(신체내부장애=1)		◎
	장애정도(중증=1)		◎
가족요인	가구원수	◎	◎
	장애가구원수		◎
	취업가구원수	●	●
고용특성요인	근로기간(로그)	●	
	정규직여부(정규직=1)		
	근무시간유형(전일제=1)	●	●
	직책(직책없음=0)		
	직책(사원=1)		●
	직책(대리이상=1)		●
	지위(상용직=1)		●
	직종(사무직=0)		
	직종(관리·전문직=1)		
	직종(서비스판매직=1)		
	직종(농어업직=1)	◎	◎
	직종(기능원/관련기능직=1)		
	직종(장치기계조작·조립직=1)		
	직종(단순노무직=1)		◎

주: 1) 연구결과의 간명성을 위하여 정적효과는 ◎, 부적효과는 ●로 표시하였음.

5. 연구결과 요약

이상의 연구결과를 종합적으로 제시하면 첫째, 고령장애인 가구는 높은 수준의 의료비 부담 및 빈곤을 경험하고 있다. 우선 고령장애인 중 과부담보건의료비를 지출하는 가구의 규모는 역치기준 10%를 적용하였을 때, 41.1%, 전국민의 19.1%에 비해 약 2배 정도 높았다. 과부담보건의료비 지출은 고령장애인의 빈곤심화요인으로 작용할 수 있어 주목이 필요하다. 과부담보건의료비를 10% 기준으로 보면, 연령이 높을수록, 배우자가 있는 경우 과부담보건의료비 지출확률이 높았으며, 신체외부장애에 비해 감각장애인, 정신적장애인의 경우 과부담보건의료비 확률이 낮았으나, 내부장애인은 높은 특성을 보였다. 장애정도와 장애기간의 경우 유의하지 않았으나, 전이확률분석결과 장애가 중증이면서, 장애기간이 20년 이상인 경우 높은 수준(40%)의 과부담의료비를 지속적으로 유지할 확률이 매우 높았다. 또한 만성질환이 있을 때, 가구원수가 적을 때, 장애가족비율이 높을 때 과부담보건의료비 확률이 높았다. 또한 비빈곤가구에 비해 빈곤+수급가구의 과부담보건의료비 지출확률이 낮았으며, 빈곤+비수급가구는 높은 경향을 보였다. 과부담보건의료비를 40% 기준으로 보면, 건강상태가 열악한 경우, 노인가구원비율이 높은 경우 증가하는 것으로 나타났다.

둘째, 고령장애인의 경우 청장년층에 비해 절대빈곤층 비율이 높았다. 즉 고령장애인 중 절대빈곤층 인구는 2010년 현재 51.52%로 청장년의 38.9%에 비해 높은 수준이었다. 빈곤영향요인을 보면, 연령이 증가할수록, 교육년수가 짧을수록, 주관적 건강상태가 열악할수록, 미취업상태인 경우, 가구원 중 장애가족비율이 높을수록, 취업가구원비율이 낮을수록, 빈곤확률이 높은 것으로 나타났다. 또한 가족유형의 경우 유배우+성인자녀가족에 비해 독거가족, 부부가족의 빈곤률은 낮았으며, 무배우자+성인자녀가족의 빈곤확률은 높았다.

셋째, 고령장애인의 경우 비경제활동인구 비중 및 실업률이 청장년층에 비해 다소 높았다. 자영업에 비해 임금근로자의 경제활동 이탈확률이 높았다. 비경제활동인구에 비해 경제활동(임금근로, 자영업, 가족종사, 구직)에 속할 영향요인을 보면, 우선 여성일수록 경제활동참여 확률이 낮았으며, 배우자가 없는 경우 자영업, 무급가족종사 확률이 낮았다. 연령이 높을수록, 장애기간이 길수록, 정신적장애인과 내부장애인의 경우, 장애가 중증일수록 경제활동 확률이 낮았다. 건강상태가 열악할수록 임금근로, 무급가족종사 확률이 낮았으며, 건강 일 지장 정도가 낮을수록 경제활동 확률이 낮은 경향을 보였다. 교육년수가 증가할수록 경제활동 확률이 낮았으며, 자격증이 있을 때, 임

금근로, 자영업, 무급가족종사 확률이 높았다. 고용서비스 경험이 있을 때, 임금근로, 구직에 속할 확률이 높은 것으로 나타났으며, 직업훈련은 통계적으로 유의하지 않았다. 주관적 경제수준, 자산, 부채가 많을수록, 경제활동 확률이 높았으며, 비근로소득이 높을수록 경제활동 확률이 낮았다.

넷째, 임금근로 고령장애인의 월평균 임금은 청장년층에 비해 낮은 수준이었으며, 특히 비정규직 근로자의 경우 상대적으로 낮은 경향을 보였다. 청장년층 장애인의 월평균 임금이 148.13만원인데 반해 고령층은 111.03만원으로 청장년층에 비해 낮은 수준이었다. 고령장애인 중 정규직은 22.9%인데 반해 비정규직은 77.1%에 달하는 것으로 나타났으며, 비정규직의 임금은 정규직 대비 51.3%에 불과해 고령 비정규직 근로자의 빈곤예방노력이 요구된다. 임금근로 고령장애인의 임금결정요인을 분석한 결과, 비정규직과 정규직 모두 남자인 경우 임금이 높았으며, 일반사원에 비해 특별한 직책이 없는 경우 임금이 낮았고, 사업체 근무자가 많을수록 임금수준이 높았다. 비정규직의 경우 장애기간이 짧을수록, 정신적장애인에 비해 신체외부장애인의 경우, 사무직에 비해 전문·관리직, 서비스직, 판매직, 기능직, 장치기계조작조립직, 단순노무직의 임금이 높았다. 정규직의 경우 근로기간이 긴 경우, 직책이 없는 경우에 비해 일반사원의 경우, 노동조합이 있는 경우 임금수준이 높았다.

다섯째, 임금근로에 종사하고 있는 고령장애인 중 절대빈곤층의 비율은 14.7%로 청장년층의 12.5%에 비해 상대적으로 높았으며, 전체적으로 3년간 빈곤률은 다소 증가하는 경향을 보였다. 임금근로 고령장애인의 빈곤결정요인을 보면, 청장년층과 고령층 모두 연령이 높을수록, 가구원수가 많은 경우, 취업가구원수가 적을수록, 근무시간이 시간제인 경우, 사무직에 비해 농어업직인 경우 빈곤확률이 높은 것으로 나타났다. 한편 청장년층의 경우 지역이 수도권인 경우, 학력이 낮은(초졸 이하) 경우, 장애유형이 정신적 장애인 경우, 근로기간이 짧은 경우 빈곤확률이 높았다. 고령층의 경우 여자인 경우, 장애유형이 내부장애인 경우, 장애가 중증인 경우, 장애가구원수가 많은 경우, 직책이 낮은 경우, 사무직에 비해 농어업직 및 단순노무직인 경우 빈곤확률이 높았다.

이상의 내용을 종합하면, 고령장애인은 과부담의료비 지출규모와 빈곤확률이 높았으며, 경제활동인구는 청장년층에 비해 낮고, 근로에 종사하는 경우에도 빈곤을 유지할 확률이 상대적으로 높았으며, 임금근로 종사자 중 비정규직의 빈곤 가능성이 높은 것으로 나타났다.

Ⅵ. 결론 및 제언

이상의 연구결과에 대한 문헌검토에 기초하여 아래와 같이 정책적 및 실천적 제언을 제시하고자 한다.

1. 생애주기에 따른 고령장애인의 차별성 및 공통성 연구

고령장애인 혹은 장애인노인이라는 개념 속에는 다양한 대상군이 포함되어 있다. 전술하였듯 노령장애와 노인성장장애인의 특성의 차이는 장애영역의 전문적 경험과 노인영역의 전문적 경험의 차별성에 기초한다. Verbrugge와 Yang(2002)이 언급하였듯 노령장애와 노인성장장애의 구분 보다는 생애주기요인(연령, 장애기간, 장애발생시기)을 고려한 실증연구를 통하여 양 영역의 공통성과 차별성에 대한 이해노력이 필요하다. Putnam(2007)은 노령장애와 노인성장장애를 구분하려는 시도는 미국역사에서 장애인 복지와 노인복지의 역사가 구분된 궤적을 그리며 발전했기 때문이며 고령장애인 서비스의 핵심적 방향은 양 영역의 공통성과 차별성에 대한 이해에 기초한 서비스 연계를 모색하는 것에 있다고 주장한 바 있다. 단 효과적 연계를 위하여 양 영역의 차별성을 고려한 연계방향 모색이 중요할 것이다. 따라서 양 영역의 공통성과 차별성 이해를 위한 실증연구의 축적이 요구된다.

선행연구결과들을 보면, 연령이 높을수록 가구 과부담의료비 지출수준은 높고 빈곤 확률도 높았으며, 경제활동 참여정도는 낮아지는 것으로 나타났다. 장애기간이 길수록 조기노화와 이차적 상태의 위험은 크지만, 사회참여, 지역사회통합정도, 취업확률은 높았다. 즉 장애가 조기에 발생한 경우 장애인으로서 사회에 적응해온 삶의 과정이 있기 때문에 사회참여활동에 더욱 적극적인 특성을 보였다. 그러나 장애기간이 긴 경우 상대적으로 월 임금수준은 낮았으며, 빈곤위험도 높았다. 향후 생애주기 요인에 따른 차이점에 관한 실증연구가 축적될 필요가 있다.

2. 고령장애인 경제활동 활성화를 위한 연계방향

고령장애인 경제활동 지원방안이라는 주제는 장애인고용, 노인고용, 장애인복지, 노인복지의 공통영역 위에 있다. 따라서 효과적인 지원방안 마련을 위하여 정책 및 서비스 연계방안 모색이 중요한 키워드가 될 것이다. 아래에서는 연계방안 모색을 위한 몇 가지 과제를 제시하고자 한다.

1) 고령장애인 정책의 연계방향

우선 정책적 수준에서 현재 고령자 및 장애인 고용정책의 경우 서로 다른 추진체계를 갖고 집행되고 있다. 고령자고용정책은 고용노동부의 고용지원센터, 고령자 인재은행, 고급인력정보센터 등을 중심으로 운영되고 있으며, 노인의 경우 한국노인인력개발원과 대한노인회, 지역사회 시니어 클럽 등을 통해 운영되고 있다. 장애인고용은 한국장애인고용공단과 지사 그리고 지역의 장애인복지관, 직업재활시설 등을 통하여 이루어지고 있다. 또한 장애인고용 및 직업재활서비스 정책은 보건복지부와 고용노동부로 분리되어 제공되고 있다. 보건복지부는 중증장애인을 대상으로 장애인복지관, 장애인단체, 직업재활시설에서 직업재활서비스를 제공하고 있으며, 고용노동부는 일반고용이 비교적 용이한 경증장애인을 대상으로 한국장애인고용공단과 고용지원센터에서 취업지원서비스를 제공하고 있다. 또한 고령장애인의 경제활동 활성화 방향은 고령장애인을 위한 다양한 지역사회서비스를 포함한 복지서비스와 밀접한 관련성이 있다. 고령장애인의 경제활동 활성화를 위하여 분절적이고 파편화된 전달체계 간의 연계 및 통합방향이 모색되어야 한다. 우선적 과제로 고령장애인의 특성 및 욕구, 고령장애인의 특성에 기초한 경제활동 활성화 방향, 효과적인 서비스 연계방향 모색을 위한 심도 깊은 연구의 축적 및 실무자 대상 교육, 혹은 실무자 상호교육이 필요한 시점이다.

2) 연계 촉진조직

고령장애는 다차원적 연계(노인/장애, 보건/복지/고용, 정책/실무)가 요구된다. 고령장애인 정책의 연계가 시도되는 이유는 양 영역의 욕구의 공통분모가 존재하기 때문이며, 행정전달체계 차원에서 예산을 절감할 수 있기 때문이다. 그러나 서비스 제공자들의 경우 장애의 특수성과 노화의 특수성에 기초한 서비스 제공의 어려움을 야기하기도 한다(Putnam, 2007). 또한 고령장애인 관련 연구들이 주로 해외의 경우 1980년대 이후 진행되었으며, 우리나라에서는 2000년대에 접어들어 본격적으로 진행되는 경향을 보여 충분한 연구가 진행되지 못한 한계가 있다. 따라서 우선적 과제는 연계를 촉진하기 위한 기초연구와 함께 노인영역 및 장애영역, 복지영역 및 고용영역의 전문가들의 상호교육 프로그램이 집중적으로 실시될 필요가 있다. 따라서 이를 추진하기 위한 추진조직이 필요하다. 즉 미국의 장애인의 노화에 대한 재활연구 및 훈련센터(RRTC on Aging with Disability)의 사례와 같이 장애인의 노화에 대한 집중적 연구 및 각 영역의 연계방향을 모색하기 위한 연구조직이 필요하다. 이는 별도의 조직이

기 보다는 기존의 조직 내에 소속된 형태가 적합할 것으로 보인다. 고용과 복지, 노인과 장애인의 연계를 고려할 때 한국장애인개발원, 한국장애인고용공단 등이 적절한 대안이 될 것이다.

3) 중간연계조직

성공적 연계의 일반적 특성은 중간 연계자 및 연계조직이다. 구성원은 장애학자 및 노년학자, 장애분야 실무전문가, 노인분야 실무전문가로 구성될 수 있다. 공통성과 차별성에 기초한 연계의 추진을 위하여 고용 및 복지, 장애 및 노인 실무자의 실천현장의 노하우가 결합될 필요가 있다. 현장 전문가들의 노하우의 체계적 결합에 기초한 연계를 위하여 중간연계조직이 필요하다. 중간연계조직은 지역단위의 시설장 및 실무자 단위의 연계조직을 통하여 추진될 수 있을 것이다.

4) 연계 능력향상

Ansello와 Coogle(2000)은 고령 발달장애인을 위한 지역사회 서비스 연계를 위한 능력향상의 중요성을 언급하였다. 즉 지역사회 거주하는 고령 발달장애인 가족과 전문가의 능력향상이 중요한 과제이다. 이를 위하여 전문가 대상으로 장애영역과 노인영역 관련 이슈, 각 영역의 역사, 용어정의, 철학, 실천초점, 재정흐름, 서비스 우선순위, 지역사회자원에 관하여 노인영역 및 장애영역 간 상호훈련이 필요하다. 또한 가족을 위한 현행제도, 서비스, 기회를 포함한 자기옹호훈련이 필요하다. 또한 노인센터 등의 서비스에 통합지원, 구체적인 주제관련 지지집단 구성이 요구된다. Ansello와 Coogle(2000)은 효과적이었던 실제사례로 상호 미니 인턴쉽 프로그램을 제안하였다. 인턴쉽 프로그램은 고령장애인 관련 구체적인 목표가 제시되며, 특정한 시간동안(대부분 2일이나 4일 동안) 상호적으로 인턴쉽 프로그램을 진행하였다.

3. 고령장애인 고용 활성화 전략

1) 아웃리치

고령장애인은 장애영역과 노인영역이 함께 추진할 과제임과 동시에 양 영역 모두 관심을 두지 못한 영역이기도 하다. 따라서 정책연계 및 서비스 연계도 중요하지만 가장 우선적 과제는 대상자의 적극적 발굴이 필요하다. 즉 적극적인 연계노력과 함께 장애영역 및 노인영역에서 고령장애인 서비스의 확대노력이 우선적으로 진행되어야 한다.

2) 고령장애인 고용유지

고령장애인의 취업활성화를 위하여 가장 우선되어야 할 전략은 기존의 직업을 유지할 수 있도록 지원하는 것이다. 이러한 직업유지에 위험요인에 대한 분석에 기초하여 고용유지 촉진전략이 모색되어야 할 것이다.

첫째, 고령장애인의 고용유지를 위한 적절한 배려가 필요하다. 고령장애인 고용유지 저해요인으로 장애기간이 긴 고령장애인의 경우 조기노화 및 이차적 상태를 고려할 필요가 있으며, 장애기간이 짧은 고령장애인의 경우 장애발생 후 급격한 변화로 근로복귀의 어려움을 경험할 수 있다. 이러한 어려움은 직업유지에 어려움을 야기할 수 있지만 적절한 배려를 통하여 직업활동 유지를 지원할 수 있다. 전술하였듯 고령장애인의 경우 청장년층에 비해 적절한 배려 경험이 낮은 것으로 보고된다. 따라서 고령장애인의 직장 내 적절한 배려를 위한 매뉴얼 및 지침, 홍보노력이 필요하다. 배려의 내용은 우선 원활한 직업활동을 위한 보장구 지원 및 건강지원 프로그램이 필요하다. 또한 작업시간의 유연성이 요구된다. 고령장애인 고용전략으로 전일제 근로에서 시간제 근로 등의 다양한 고용을 통하여 취업을 유지할 수 있도록 지원하기 위한 방안도 필요하다. 그러나 전술된 선행연구 분석결과 직업이동이 원활하지 못하며, 기존 전일제 근로에서 비경제활동인구로 이동할 확률이 높았다.

둘째, 고령장애인의 직업유지를 위한 고령장애인의 특성을 반영한 지속적 재교육 프로그램이 필요하다. 전술된 선행연구를 보면 고령장애인의 경우 직업훈련 참여정도가 낮았으며, 경제활동 참여나 임금수준 등에 유의한 영향을 미치지 못하는 것으로 나타났다. 우선 참여가 미비한 원인과 함께 고령자의 특성을 반영한 직업훈련 프로그램이 전제되지 않았기 때문으로 추정된다. 따라서 고령자 특성을 반영한 직업훈련 매뉴얼 공급과 함께 고용주의 교육훈련을 지원하기 위한 방안이 요구된다. 현재 직업과 관련된 재교육 훈련도 중요한 과제이지만, 정보화 사회에 적응하기 위한 컴퓨터 사용법, 신규 직종개발 등을 포함한 교육훈련이 필요하다.

3) 고령장애인 고용차별 감소 노력

고령장애인의 경우 이중차별을 경험할 수 있다. 즉 노인에 대한 차별과 함께 장애에 대한 차별을 함께 경험할 수 있다. 이러한 차별은 고령장애인의 고용유지의 저해요인이 될 수 있다. 따라서 고령장애인의 고용 차별을 감소하기 위한 대안이 필요하다. 인식개선 및 성공사례 발굴 및 전파 등의 필요하며, 우선적으로 고령장애인의 고용차별 경험에 대한 심층 연구가 진행될 필요가 있다.

4) 고령장애인 적합직종 개발 및 신규 창업개발

고령장애인의 특성에 기초한 적합직종 개발이 요구된다. 특히 고령장애인의 자영업 유지 확률이 높은 특성을 반영할 때, 장기적인 직업활동을 통하여 축적된 노하우에 기초하여 적합 자영업개발의 고려가 요구된다. 그러나 최근 자영업 창업의 실패율이 매우 높은 사회적 상황을 고려할 때 충분한 준비와 함께 사회적 기업, 공동창업 등의 고려가 요구된다.

4. 고령장애인의 빈곤감소 및 예방정책

전술된 선행연구에 따르면 고령장애인의 빈곤률은 상대적으로 높은 편이며, 임금근로 고령장애인의 월평균 소득은 낮고 빈곤확률도 청장년층에 비해 높았다. 특히 비정규직 임금근로자의 경우 취약성을 보였다. 여성이면서 무배우자의 경우 취업확률이 낮고 임금수준은 낮았다. 장애유형별로는 정신적장애인의 경우 월소득도 낮고 빈곤률도 높았으며, 내부장애인의 경우 의료비 지출로 인한 빈곤화의 영향을 받을 가능성이 높다. 즉 고령장애인의 경제활동은 빈곤과 매우 밀접한 관계가 있다. 생활비 부족을 상쇄하기 위해 경제활동에 참여하지만 그럼에도 불구하고 빈곤의 위험에 노출되어 있다. 고령장애인 경제활동 활성화 방안은 소득, 고용, 보건정책의 연계를 통하여 진행될 필요가 있다.

우선 고령장애인의 경우 과부담보건의료비 지출가구가 높고 과부담보건의료비는 빈곤에 영향을 미칠 수 있는 중요한 요인이기 때문에, 의료부담 해소방안이 필요하다. 특히 빈곤+수급가구에 비해 빈곤+비수급가구의 과부담의료비 지출인구가 매우 높은 것을 고려할 때 의료급여의 대상확대에 대한 논의가 필요하다. 또한 과부담보건의료비는 장애로 인한 추가비용과 동일 선상에서 논의될 필요가 있는데, 고령장애인의 경우 추가비용 중 보건의료비 지출이 큰 비중을 차지한다고 볼 수 있다. 따라서 고령장애인의 과부담보건의료비를 고려한 최저생계비의 계측 및 소득지원방안이 필요하다. 또한 미취업한 성인자녀와 동거하는 고령장애인, 무배우자이면서 성인자녀와 동거하는 고령장애인의 빈곤확률이 높은 것으로 나타나 비수급 빈곤 고령장애인을 줄이기 위해 부양 의무자의 판별기준 조정이 요구된다. 근로장애인의 빈곤예방을 위하여 근로소득보전제도를 포함한 임금보조 형태의 조세정책의 확대가 고려되어야 한다. 또한 고령장애인 근로자의 최저임금의 단계적 상향조정이 고려될 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 김용탁(2007). **고령장애인 고용촉진방안**. 한국장애인고용촉진공단 고용개발원.
- 김성희, 이송희, 노승현, 정일교(2011). **장애노인 서비스 연계방안**. 한국보건사회연구원.
- 김종진·박자경(2007). 근로장애인 빈곤 결정요인에 관한 연구. **한국사회복지학**, 59(1), 151-274.
- 노승현(2007a). **노화에 따른 지체장애인의 주관적 삶의 질 모형구축연구**. 숭실대학교 사회복지학과 박사학위논문(미간행).
- _____(2007b). “노령 지체장애인의 장애수용에 영향을 미치는 요인에 관한 연구-중년기와의 비교를 중심으로”. 『재활복지』 11: 30-60.
- _____(2012a). 고령장애인의 취업 및 취업형태 영향요인에 관한 종단적 연구. **장애와 고용**, 22(3), 51-82.
- _____(2012a). 고령장애인의 취업 및 취업형태 영향요인에 관한 종단적 연구. **장애와 고용**, 22(3), 51-82.
- _____(2012b). 장애노인의 과부담보건의료비 결정요인에 관한 종단적 연구. **한국사회복지학**, 64(3), 51-77.
- _____(2012c). 정규직 여부에 따른 고령장애인의 임금결정요인에 관한 종단적 연구. 제 4회장애인고용패널학술대회 자료집.
- _____. 이경준(2012). 임금근로 고령장애인의 빈곤결정요인에 관한 종단적 연구. RI 세계대회 발표자료.
- 노승현·백은령(2012). 장애노인의 빈곤결정요인에 관한 종단적 연구. **장애와 고용** 심사 중.
- 박혜전·이달엽·이승욱(2003). 노령장애인의 직업재활욕구와 태도에 관한 연구. **한국직업재활학회**, 13(2), 101-127.
- _____(2007). 노령 장애인의 취업 및 재취업욕구에 영향을 미치는 요인 연구. **특수교육저널: 이론과 실천**, 8(2), 169-195.
- _____(2011). 고령장애인의 고용현황과 고용유지 예측요인. **제3회 장애인고용패널 학술대회 발표논문**.
- 백은령·노승현(2012). 장애노인의 생활만족도 영향요인에 관한 종단적 연구. **재활복지**, 16(3), 81-108.

- 손수인·신영전·김창엽. 2010. “저소득층의 과부담의료비 발생에 영향을 미치는 요인”. 보건사회연구, (1), 2-110.
- 정무성·노승현(2007). “중·노령 지체장애인의 지역사회통합에 영향을 미치는 요인 연구”. 『한국지역사회복지학』 21: 21-50.
- Allaire, S., Wolfe, F., Niu, J., Lavalley, M., & Michaud, K.(2005). Work disability & its economic effect on 55-64-year-old adults with rheumatoid arthritis. *Arthritis & Rheumatism*, 53(4), 603-608.
- Campbell, M.(1997). “Two worlds of disability: Bridging the gaps between the aging network and the disability community”. *Southwest Journal of Aging* 13(2): 3-11.
- Capoor, J., & Stein, A B.(2005). “Aging with spinal cord injury”. *Physical Medicine and Disability Rehabilitation Clinics on North America* 16(1): 129-161.
- Dijkers, M., Whiteneck, G., & El-Jaroudo, R.(2000). “Measures of social outcomes in disability research”. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation* 81(12) 63-80.
- Elrod, L. M., Jabben, M., & Oswald, G.(2005). Vocational implications of post-polio syndrom, *Work*, 25(2), 155-61.
- Foreman, P.(1998). Aging & disability : double jeopardy?. *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 23, 1-2.
- Fuhrer, M. J., Rintala, D. H. Hart, K. A., Clearman, R., & Young, M. E.(1993). “Depressive symptomatology among community-dwelling people with spinal cord injury”. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 74: 255-260.
- Glen, T. F.(2001). Emerging trends on disability. *Population Today*, 29, 9-10.
- Kampfe, C. M., Wadsworth, J. S., Maboleo, G. L., & Schonbrun, S. L.(2008). Aging, disability, & employment, *Work*, 31, 337-344.
- Kane, R. A.(2007). “Coalitions between aging and disability interests: A potential vehicle to promote community care for older people”. In M. Putman.(Eds.), *Aging and disability : Crossing network lines* (pp. 135-160). NY: Springer Pubublishing Co.

- Krause, J., & Anson, C.(1996). Employment after spinal cord injury: Relation to selected participant characteristics. *Archives of Physical Medicine & Rehabilitation*, 77, 737-743.
- Lidal, I.B., Huynh, T. K., & Biering_Sorensen, F.(2007). Return to work following spinal cord injury: a review. *Disability Rehabilitation*, 29(1), 1341-1375.
- McColl, M. A. & Rosenthal, C.(1994). "A Model of resource needs of aging spinal cord injured men". *Paraplegia* 32: 261-270.
- McNeal, D., Sommerville, N., & Wilson, D.(1999). Work problems and accommodations reported by persons who are post polio or have a spinal cord injury. *Assistive Technology*, 11, 137-157.
- Putnam(2002). "Linking aging theory and disability models: Increasing the potential to explore aging with physical impairment". *Gerontologist* 42(6): 799-806.
- Putnam, M.(2007). "Moving from separate to crossing aging and disability service networks". In M. Putman.(Eds.), *Aging and disability : Crossing network lines*(pp. 5-18). NY: Springer Pubublishing Co.
- Sheets, D. J.(1999). *Secondary Condition and Secondary Disability among Persons Aging with Long-term Physical Disability*. D.B.A. Univ. Southern California.
- Torres-Gil, F., & Putnam, M.(2004). "The politics of aging with a disability: Health care policy and shaping of a public agenda". In B. Kemp & Mosqueda(Eds.). *Aging with disability*(pp. 262-279). Baltimore: Johns Hompkins Univ. Press.
- Trieschman, R. B.(1987). *Aging with a disability*. NY: Demos.
- Verbrugge, L. M., & Li-shou Yang, L. S.(2002) "Aging with Disability and Disability with Aging". *Journal of Disability Policy Studies* 12(4): 253-268
- Zolar, I.(1988). "Aging and disability: Toward a unifying agenda". *Educational Gerontology* 14: 365-387.

● 토론 1 ●

「“장애를 가진 노인” 특성에 관한 연구」
토론문

백은령

총신대학교 사회복지학과 교수

「“장애를 가진 노인” 특성에 관한 연구」 토론문

백 은 령

총신대학교 사회복지학과 교수

본 연구는 특성이 상이하기 때문에 차별화된 개입이나 지원방안 마련이 필요함에도 불구하고 어떠한 차이가 있는지에 대한 연구가 거의 이루어지지 못했던 ‘고령화된 장애인’과 ‘노화에 따른 장애인’을 개념적으로 구분하고 각각의 특성을 파악하고자 시도했다는 점에서 매우 시의 적절하고 필요성이 인정되는 연구라고 사료됩니다. 토론자 역시 몇 번의 장애인 연구에서 두 집단의 특성이 차이가 있을 것으로 추정되는 분석결과들을 접하면서 구체적으로 어떠한 차이가 있는지에 대한 궁금함이 있었는데 이를 해소하는데 도움을 준 연구였습니다. 특히 두 집단을 어떠한 기준으로 구분하는 것이 좋을 까하는 의문이 있었는데 연구자께서 선행연구 검토를 통해 두 집단의 개념을 잘 정리 해주셔서 많은 도움이 되었습니다.

연구의 성격이 선행연구가 많지 않은 주제에 대한 탐색적 연구를 시도하고 후속연구를 위한 논의의 출발에 초점을 두고 있기 때문에 토론의 여지는 그리 많지 않은 연구라고 생각합니다. 따라서 논문을 읽으면서 들었던 몇 가지의 생각과 궁금한 점을 중심으로 토론을 대신할까 합니다.

첫째, 두 집단의 상이한 특성을 파악하는데 있어서 집단 간의 차이를 보는 것이 최선의 방법이였는지에 대한 여쭙보고 싶습니다. 다수의 연구들에서 두 집단 간의 특성에는 차이가 있다 내지는 있을 것이라는 연구결과들을 이미 제시하고 있는데 연구방법과 원자료의 한계가 있긴 하지만 좀 더 깊이 있게 집단의 특성을 파악해볼 수 있는 방법에 대해서는 생각해보지 않으셨는지 궁금합니다.

둘째, 서론의 논리전개가 다소 고령화된 장애인이 연구의 초점인 것처럼 전개되고 있는 것 같습니다. 이 연구는 두 집단을 비교하는 연구이므로 논의의 전개도 무게를 맞출 필요가 있다고 봅니다.

셋째, 연구자께서 두 집단의 구분 기준을 “조사 당시의 응답자의 나이와 장애유지기간을 산출하여 만 65세 이전에 장애진단을 받았는지 이후에 진단을 받았는 지로 정하고 계신데 65세가 구분의 기준으로 적절한지에 대해 여쭙보고 싶습니다. 특히 ‘노화에 따른 장애인’의 발생원인이 되는 뇌졸중, 당뇨 등의 발생 시기는 점점 더 낮아지고 있는데 이러한 부분은 어떻게 고려할 수 있을지요? 그리고 65세로 구분하신 근거는 무엇인지도 궁금합니다. 그리고 장애발생과 진단의 시점은 차이가 있을 수 있는데 이에 대해서는 어떻게 생각하시는지요?

넷째, 연구자께서는 “두 집단에 대한 요양과 사회참여와 활동 간에 본격적인 논의가 필요하다고 하시면서 고령화된 장애인의 경우 재가 및 지역사회중심의 서비스 이용경험이 있기 때문에 요양과 보호 시설 중심의 서비스 이용에 대한 혼란과 영역의 혼재가 있을 수 있다”고 하셨는데 이 부분은 본 연구결과와는 다소 동떨어진 제언이 아닌가는 생각이 들었습니다. 그리고 발생시기가 언제이든 간에 가족의 지지에 한계가 있을 수밖에 없는 상황에서 노인후기에 갈수록 요양이나 돌봄의 문제는 공통적으로 발생되는 문제라고 생각하지 않으시는지요?

다섯째, 연구의 의의와 시도에 비해 제언들이 다소 일반적인 내용에 머무르고 있지 않았나 하는 생각을 합니다. 특히 두 번째 제언의 경우 굳이 차이에 대한 연구가 아니라도 장애인 관련 연구에서 이미 제언된 내용들과 중복되는 것 같습니다.

여섯째, 연구자께서 연구의 제한에서 이미 이차자료분석의 한계라고 언급하고 계신데 하지만 연구자의 문제의식과 동기에 비해 분석된 결과가 상당히 제한적이라고 생각됩니다. 일반적 특성, 신체 및 기능적 특성, 심리적 특성, 삶의 만족도 정도의 현재적인 차이만을 제시하고 계신데 이것이 원자료의 한계에 기인한다면 장애와 노인관련 국가적인 조사나 관련 연구에서 어떠한 변인과 방법론을 보완해야 할지에 대한 상세한 제언을 해주시는 것이 후속연구를 위한 실제적인 도움이 될 수 있을 것 같습니다. 수고 많으셨습니다. 감사합니다.

● 토론 2 ●

고령장애인의 건강과 의료서비스 토론문

김경미

송실대학교 사회복지학과 부교수

고령장애인의 건강과 의료서비스 토론문

김 경 미

송실대학교 사회복지학과 부교수

이 논문의 고령장애인의 신체적인 건강문제에 대해 그동안 알려지지 않은 중요한 사실과 앞으로 논의할 사항들을 제시한 논문이다. 이 논문을 통해 토론자는 많은 것을 배웠으며 이 연구는 추후 연구에 많은 기여를 할 것으로 보인다.

몇 가지 이 연구를 토대로 추가되었으면 하는 사항들이다.

1. 장애유형, 장애발생 시기, 개인의 활동수준에 따라 고령장애인의 신체적인 건강상태는 달라진다는 것에 대해 많은 연구가 진행될 필요가 있으며, 이를 고령장애인들에게 홍보하는 것은 절대적으로 필요하다. 정보가 많은 사람일수록 건강하다는 연구가 있듯이 장애인에게도 건강에 대한 정보가 더 많이 생산되고 보급되는 것이 필요하다.
2. 건강에 대한 개념이 변화될 필요가 있다. 건강이란 신체적, 사회적, 심리적, 영적인 측면의 균형을 말하는 개념이기에 이 모든 영역들이 포함되어 연구되었으면 한다. 비장애인도 나이가 들어감에 따라 신체적인 노화를 경험하는데 비장애인에 비해 신체적인 건강이 우세하지 않은 장애인들의 신체적인 건강은 더 불리할 수 밖에 없다. 앞으로 이 부분의 연구는 고령장애인구의 건강하지 못함에 영향을 주는 보호요인과위험 요인을 분리해서 연구가 진행될 필요가 있다.
3. 장애인구는 비장애인구보다 더 중요하게 건강증진 프로그램이 필요하다.

전체론적 건강 운동에서 개인의 건강은 전체적인 개인적 안녕(well-being)의 감각, 그리고 신체적, 심적(mental), 사회적, 정신적(spiritual) 영역들의 조화와 연관되어 있다(Aguilar, 1997; Hawks, et al., 1995; Zajicek-Farber, 1998).

펜더(Pender, 1987)는 건강을, 환경과의 구조적 통합과 조화를 유지하기 위해 적응하는 가운데 목표 지향적인 행위, 적절한 자기 돌봄(self-care), 만족스러운 대인관계 등을 통해 선천적 및 후천적인 인간적 잠재력을 현실화하는 것이라고 정의했다. 세계보건기구는 1947년에 긍정적인 질들(qualities)을 강조하는 건강의 정의를 제안하였다. 이 정의에 따르면, “건강이란 단순히 질병의 부재가 아니라 완전한 신체적, 심적, 사회적 안녕의 상태이다”(World Health Organization, 1947).

고령장애인들의 건강을 증진시킬 때, 다음의 두 가지 차원들이 결합된다. 첫째, 장애인의 개인적 능력을 강화시키는 것이다. 둘째, 그들이 독립성과 공통적인 삶의 활동들에 대한 능동적인 참여를 증대시킬 수 있게 해주는 환경을 창조하는 것이다 (Mathews and Seekins, 1987). 장애인의 개인적 능력을 강화하는 것은 1) 신체적 능력 증진, 2) 개인적인 지식(인지적 능력 포함)과 기술(예를 들어 의사소통, 문제해결 능력), 3) 가치와 목표에 초점을 맞춘다.

장애인을 둘러싼 환경을 재창조하는 것은 1) 물리적 환경(예를 들면, 건축 상의 장애물), 2) 사회적 환경(예를 들면, 가족의 지원과 태도, 지역사회 참여, 긍정적인 역할 모델), 3) 체계적 환경(공공정책)에 초점을 맞춘다.(Fawcett, et al., 1994; Mathews and Seekins, 1987).

1. 장애인의 개인적 능력 강화

① 신체적 능력: 신체적 장애를 극복하는 지원 방법은 치료, 또는 재활공학을 통한 신체적 능력의 보완을 포함한다. 예를 들어, 항생제의 개발은 척수 상해를 입은 개인들의 생존 비율의 극적인 증가를 가져왔다. 또한 기술적 보조기구들이 신체적 능력을 보완하기 위해 개발되어 왔다. 이런 장비들과 보조기구들은 다른 사람의 도움 없이 음식을 먹을 수 있도록 해주거나, 글을 쓸 수 있게 해주고, 컴퓨터 테크놀로지에 접근할 수 있게 해주는 인공 장구들을 포함한다. 이러한 재활공학은 환경에 대한 장애인의 적응을 촉진함으로써 많은 사람들의 건강과 자립을 향상시킨다 (Mathews and Seekins, 1987).

② 지식과 기술: 신체적 장애에 적응하거나 그 결과들을 극복하는 것은 종종 새로운 지식과 기술들을 습득하는 것을 포함한다. 후천적 장애를 가진 사람은 새로운 상황들을 다루는 데 필요한 정보를 습득해야 한다. 새로운 기술에는 일상생활 기술

(daily living skills)과 자립생활기술(Independent Living skills)이 있다. 일상생활 기술은 신변처리 기술과 같이 특정한 상황들에 대한 대처방안이다. 반면 자립생활기술은 한 개인의 자기 결정, 자신의 삶에 대한 통제, 그리고 지역사회에의 완전한 참여 등에 대한 능력을 증대시킬 수 있는 보다 일반적인 능력들에 초점을 맞춘다.

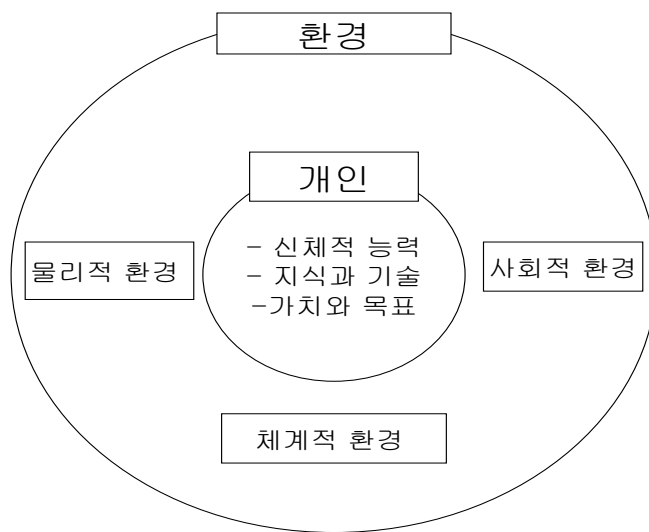
- ③ 가치와 목표: 개인들이 자신들의 상황을 정의하는 방식은 그들의 건강과 관계 있다. 만약 사람들이 자신들이 자신들의 삶을 통제할 수 있으며 환경이 자신들의 불건강 또는 자립에 대한 장애라고 믿는다면 그들이 건강과 자립을 획득할 가능성이 더 크다 (Mathews and Seekins, 1987).

2. 장애인의 능동적인 참여를 증대시킬 수 있게 해주는 환경의 창조

- ① 물리적 환경: 물리적 환경은 일차적으로 건물, 보도, 교통 체계, 그리고 여타 건축 및 도시 계획 요소들을 포괄한다. 환경 설계 요인들은 장애인의 건강에 촉진제로서 작용할 수도 있고 장애물로서 작용할 수도 있다. 예를 들어 우체국 건물의 계단과 휠체어를 타고 있는 사람 사이에서 벌어지는 갈등 상황은 건조환경(built environment, 예를 들어 건물이나 도로 등)의 중요성을 보여준다 (Fawcett, et al., 1994; Mathews and Seekins, 1987).
- ② 사회적 환경: 개인이 도움을 요청할 수 있는 개인상호간 관계들의 망들 및 서비스 관계들의 망들은 장애인의 사회적 환경을 구성한다. 만약 어떤 개인의 환경이 다양한 사회적 지원들을 제공한다면, 장애인은 더 큰 정도의 건강과 자립을 획득할 수 있을 것이다. 가족과 친구, 동료는 사회적 지원 체계가 되어 역할 모델, 문제해결 원조, 기술 훈련 등을 제공할 수 있으며, 재활 프로그램들 같은 서비스 프로그램들 역시 사회적 환경의 일부로 간주될 수 있다. 이 프로그램들은 재정적 원조, 옹호, 상담, 직업 소개, 직업 훈련 서비스를 포함한다 (Mathews and Seekins, 1987).
- ③ 체계적 환경: 체계적 환경이란 장애인과 관련된 법률, 정책, 공공적 태도들을 포함한다. 장애인 옹호 운동가들은 공공정책과 공공적 태도들의 중요성을 강조해

왔다. 장애인 관련 정책들에는 기존 정책들을 변화시키는 것 뿐만 아니라 새로운 정책들을 창조하는 것도 포함된다. 장애에 대한 일반 공중의 인식은 장애인의 건강과 자립에 영향을 미치는 또 다른 체계적 환경이며, 이는 장애를 가진 개인들의 통합과 수용이 사회가 진지하게 고려해야 할 목표의 하나라는 것을 나타내준다.

이렇게 장애인의 건강을 증진시키기 위해 고려되어야 할 두 차원을 결합한 통합적 모델을 그림으로 나타내면 다음과 같다.



[그림] 장애인의 건강 증진을 위한 전체론적인 접근방법

장애와 건강은 공존할 수 있다는 사실을 인식하는 것이 중요하다. 즉, 손상을 가지고 있지만 동시에 건강할 수 있다는 것이다. 이때 건강이란 단순히 생리적인, 신체적인 의미에서의 건강을 의미하는 것은 아니다. 건강을 협소하게 정의하면, 장애인이 가진 손상 자체만으로 장애인은 건강하지 못하고 건강해질 가능성도 없는 것으로 단정된다. 건강해질 가능성이 없다면, 장애인은 건강증진 프로그램에서 영원히 제외될 것이다. 건강은 신체적, 심리적, 사회적인 영역에서의 총체적인 건강을 의미하는 것이 되어야 한다. 예를 들어 만성적인 질환을 가진 한 장애여성이 있다고 할 때, 항상 통증을 가지고 살아가지만 가족과의 조화로운 관계를 이루고 자신의 신념이나 종교적 믿음을 계속 유지하면서 본인의 건강성을 유지해 나갈 수 있는 것이다. 전체론적인 관점은 이렇게 장애인이 강점과 건강해질 수 있는 능력을 가지고 있으며, 장애인은 그들 자신의 건강에 관한 한 전문가이기 때문에 장애인 개개인의 경험이 존중되어야 한다고 본다.

참 고 문 헌

- Aguilar, M. A. 1999. "Re-engineering Social Work's Approach to Holistic Healing", *Health and Social Work*, 22(2), pp. 83-84.
- Fawcett, S. B., White, G., Suarez-Balcazar, Y., Mathew, R. M., Paine-Andrews, A., Seeking, T. and Smith, J. F. 1994. "A Contextual-Behavioral Model of Empowerment: Case Studies Involving People with Physical Disabilities", *American Journal of Community Psychology*, 22(4), pp. 471-496.
- Hawks, S. R., Hull, M. L., Thalman, R. L. and Richins, P. M. 1995. "Review of Spiritual Health: Definition, Role, and Intervention Strategies in Health Promotion", *American Journal of Health Promotion*, 9(5), pp. 371-378.
- Mathews, R. M. and Seekins, T. 1987. "An Interactional Model of Independence", *Rehabilitation Psychology*, 32(3), pp. 165-172.
- Pender, N. J. 1987. *Health Promotion in Nursing Practice*. 2nd Ed. Norwalk, CT: Appleton & Range.
- World Health Organization. 1947. *The Constitution of the W.H.O.* Geneva: Author.
- Zajicek-Farber, M. L. 1998. "Promoting Good Health in Adolescent with Disabilities", *Health and Social Work*, 23(3), pp. 203- 213.

● 토론 3 ●

고령장애인 경제활동 실태 및 활성화 방안 토론회

신숙경

한국장애인개발원 정책개발연구부 선임연구원

고령장애인 경제활동 실태 및 활성화 방안 토론회

신 숙 경

한국장애인개발원 정책개발연구부 선임연구원

I. 서 론

최근 저출산 현상과 평균수명의 연장으로 인한 사회 전반의 고령화 현상과 함께 장애인구중 고령장애인이 차지하는 비율 또한 증가추세를 보이고 있으며 이들이 직면하는 사회적·경제적, 그리고 건강 문제에 대한 현황분석과 이에 따른 대책 마련의 필요성에 대한 사회적 공감대가 최근 몇 년간 활발해 지고 있다. 그러므로 고령장애인이 직면하는 사회적, 개인적 지지체계의 변화는 물론, 건강상(신체적·심리적)문제와 빈곤과 연결되는 고용정책에 대한 고민이 그 어느 때보다 중요한 이슈이다.

본 토론회는 고령장애인 중 절대빈곤층의 증가 비율과 이 연령대의 취업욕구 증가에 어떻게 대처해 나갈 것인가에 대한 지원방안을 마련하기 위하여 노승현 교수님의 발제 내용에 몇 가지 추가적 논의를 중심으로 구성되었다.

II. 본 론

1. 장애유형별 고령장애인 고용정책 마련의 필요성

- 고령장애인의 취업현황을 분석하는데 있어서 장애유형별로 특성을 파악하고, 그들을 위한 지원방안을 차별화 시키는 것은 중요한 이슈임
- 노인성장애인과 고령 신체장애인들이 직면하는 변화의 유사점을 고려하여 함께 고용정책을 연계할 수 있으나 고령화 되고 있는 지적·발달장애인을 위한 고용대책은 다른 논점에서 논의되어야 하고 취업현황도 분리하여 특성화 하여야 함

2. 노인성장장애인과 고령장애인의 고용서비스 연계

- 장애인을 위한 개별화된 직업재활 서비스의 노하우와 노인을 위한 일자리 사업과 다양한 전달체계의 연계로 효과성과 프로그램 효율성을 높일 수 있음
- 이를 위한 각 부처간 협의와 기관간 연계도 중요하지만 고령장애인에 대한 노인성장장애인의 부정적인 인식변화를 위한 교육과 프로그램 개발도 중요한 이슈임

3. 노인성장장애인과 고령장애인을 위한 사회적 기업 육성

- 노인성장장애인과 고령장애인을 위한 특성화하여 사회적 기업화 시키는 문제에 대한 논의가 필요함

Ⅲ. 글을 마무리하며

장애인의 고령화 대책을 논의함에 있어 우선적으로 인용되어야 할 장애관련 기초통계가 상당히 부족하다. 이러한 장애통계 부재에 앞서, 여성학계에서는 여성이 처한 사회적, 개인적 현황을 파악하고, 이에 따른 정책 수립의 근거를 제공하기 위하여 여성을 위한 성인지통계의 중요성과 필요성을 제기하였고 최근 몇 년동안 매우 적극적으로 국가적 통계체계안에 여성통계가 포함되어 적극적으로 활용되고 있다. 이와 마찬가지로, 장애인과 비장애인이 처한 상황이 다름을 확인하고, 이에 따른 불평등한 상황에 대한 점검, 그리고 장애인과 비장애인이 평등한 정책을 수립하기 위하여 논리적 근거자료가 필요할 것이다. 특히 고령장애인 이슈와 관련하여 장애인구에서 고령장애인이 차지하는 비율이 증가함에 따라 이 연령대의 장애인을 위한 정책적 논의가 앞으로 계속되어질 것으로 생각되지만 이를 위한 기초 통계자료가 매우 빈약한 것이 현실이다. 이를 위해서는 우선적으로 장애통계에 대한 국가적 지침 마련이 필요하며 기존의 장애통계 분석 단위에 고령장애인 이슈를 적극적으로 포함시켜야 한다.

M·E·M·O

2012 제4차 장애인정책토론회 자료집 장애인 고령화에 따른 대책 논의

발 행 일 : 2012년 11월

발 행 처 : 한국장애인개발원

주 소 : 서울특별시 영등포구 의사당대로 22 이룸센터 5층

전 화 : 02-3433-0648 Fax) 02-416-9567

홈페이지 : <http://www.koddi.or.kr>

발 행 인 : 변 용 찬

기획·진행 : 박 지 연

인 쇄 처 : 한국척수장애인협회(031-421-8418)