

정책 23-13

고령장애인의 돌봄 서비스 지원 방안 연구

2023. 10.

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

연구진

- 연구책임 : 조윤희(한국장애인개발원 정책연구부 자립지원연구팀장)
- 공동연구원 : 이종남(전 극동대학교 사회복지학과 교수)
오윤지(파리12대학 교육 및 사회과학 학제간연구소 연구원)
한기명(한국장애인개발원 정책연구부 자립지원연구팀 부연구위원)
박시은(한국장애인개발원 정책연구부 자립지원연구팀 연구원)
이윤경(한국장애인개발원 정책연구부 자립지원연구팀 연구원)



➤ 목 차

연구요약	1
Ⅰ. 서론	1
1. 연구 필요성 및 목적	1
2. 연구내용 및 방법	3
Ⅱ. 이론적 배경	6
1. 고령장애인 개념	6
2. 국내 고령장애인 돌봄 정책 현황	8
3. 선행연구	21
Ⅲ. 고령장애인의 돌봄서비스 욕구분석	23
1. 고령장애인의 인구사회학적 특성	23
2. 장애유형별 고령장애인의 돌봄서비스 욕구	34
3. 노인요양시설 및 요양병원 본인부담금 현황	45
4. 소결	46
Ⅳ. 해외 고령장애인 돌봄서비스 현황	48
1. 일본	48
2. 프랑스	64
3. 소결	98
Ⅴ. 당사자 및 서비스 제공자 질적연구결과	102
1. 조사개요	102

2. 분석결과	104
3. 소결	129
VI. 현장전문가 질적 조사	133
1. 조사 개요	133
2. 조사결과	135
3. 소결	150
VII. 결론	152
1. 결과 요약	152
2. 정책제언	153
참고문헌	161
부록	164



▶ 표목차

〈표 II-1-1〉 고령장애인의 장애발생 시기에 따른 정의 구분과 특징	7
〈표 II-2-1〉 국내 전체 노인 및 고령장애인의 돌봄 필요도에 따른 정책 수혜 현황(2022년말 기준)	11
〈표 II-2-2〉 대표적인 고령장애인 돌봄 정책(2023년 기준)	13
〈표 II-2-3〉 장애인활동지원제도의 보전급여 대상(2023년 기준)	14
〈표 II-2-4〉 연도별 장애인활동지원제도의 수급자 중 65세 이상 비중	14
〈표 II-2-5〉 연도별 노인장기요양보험제도의 수급자 중 등록장애인 비중	15
〈표 II-2-6〉 노인장기요양보험제도의 수급자 중 장애 정도별 비중(2023년 10월말 기준)	15
〈표 II-2-7〉 노인장기요양보험제도의 수급자 중 장애유형별 비중(2023년 10월말 기준)	16
〈표 II-2-8〉 지역사회돌봄 서비스 투자사업(2023년 기준)	18
〈표 II-2-9〉 연도별 노인맞춤돌봄서비스의 이용자 중 등록장애인 비중	19
〈표 II-2-10〉 노인맞춤돌봄서비스의 이용자 중 장애유형별 비중(2023년 9월말 기준)	19
〈표 II-2-11〉 노인맞춤돌봄서비스의 이용자 중 장애유형별 비중(2023년 9월말 기준)	20
〈표 III-1-1〉 등록장애인 및 고령장애인 현황(성별, 장애정도별, 장애유형별)	24
〈표 III-1-2〉 연도별 전체 등록장애인 대비 고령장애인 수	24
〈표 III-1-3〉 연도별 고령장애인 현황(성별, 장애정도별, 장애유형별)	25
〈표 III-1-4〉 만 65세 이상 등록 장애인 현황(장애유형별)	26
〈표 III-1-5〉 만 65세 이상 등록 장애인 현황(장애유형별, 연령그룹별)	27
〈표 III-1-6〉 만 65세 이상 등록 장애인 현황(최초 장애등록 연령, 장애유형별)	29
〈표 III-2-7〉 장애등록시기에 따른 장애유형	30
〈표 III-2-8〉 장애등록시기에 따른 장애발생 원인	31
〈표 III-2-9〉 장애등록 후 국가지원정도 불충분	32
〈표 III-2-10〉 국가에 대한 요구사항 1순위	32
〈표 III-2-11〉 장애인복지사업 현재 이용여부	33
〈표 III-2-1〉 일상생활동작(ADL) 지원정도 평균	34
〈표 III-2-2〉 장애유형별 일상생활동작(ADL) 지원정도 평균	35
〈표 III-2-3〉 수단적 일상생활동작(IADL) 지원정도 평균	35

〈표 Ⅲ-2-4〉 장애유형별 수단적 일상생활동작(IADL) 지원정도 평균	36
〈표 Ⅲ-2-5〉 일상생활시 남의 도움 필요정도(장애유형별)	37
〈표 Ⅲ-2-6〉 일상생활 도와주는 사람 및 동거 여부(장애유형별)	38
〈표 Ⅲ-2-7〉 일상생활 도움 계속 필요 및 국가지자체(복지기관 포함) 일상생활지원 서비스 및 주간보호시설* 이용유무(장애유형별)	39
〈표 Ⅲ-2-8〉 일상생활 서비스 및 주간보호시설 이용 기간	40
〈표 Ⅲ-2-9〉 일상생활을 위해 다른 사람의 지원이 필요한 시간(한 주 기준)	40
〈표 Ⅲ-2-10〉 현재 일상생활 도움 충분도(장애유형별)	41
〈표 Ⅲ-2-11〉 현재 돌봄이 부족한 이유	41
〈표 Ⅲ-2-12〉 정기적(1년 1회 이상), 지속적 진료여부	42
〈표 Ⅲ-2-13〉 주관적 건강평가	42
〈표 Ⅲ-2-14〉 장애유형별 3개월 이상 계속되는 만성질환 여부(만성질환 있음)	43
〈표 Ⅲ-2-15〉 만성질환 종류별 여부 현황	44
〈표 Ⅲ-2-16〉 장기요양 시설급여 비용	45
〈표 Ⅳ-1-1〉 공생형서비스로 호환 가능한 서비스	52
〈표 Ⅳ-1-2〉 서비스별 65세 이상 이용자 비율	55
〈표 Ⅳ-1-3〉 장애지원구분 기준 거택개호 대상자 선정항목	57
〈표 Ⅳ-1-4〉 장애지원구분 기준 중증방문개호 대상자 선정항목	58
〈표 Ⅳ-1-5〉 행동 등 관련 12항목 점수체계	59
〈표 Ⅳ-1-6〉 연령 및 거주 형식 등에 따른 생활개호 대상자 기준	61
〈표 Ⅳ-1-7〉 동행원호 사정조사표 점수체계	62
〈표 Ⅳ-1-8〉 장애지원구분 기준 동행원호 대상자 선정항목	63
〈표 Ⅳ-2-1〉 MDPH 신청서 내용	69
〈표 Ⅳ-2-2〉 PCH 소득에 따른 급여제공 기준	74
〈표 Ⅳ-2-3〉 PCH 20가지 평가 행위	75
〈표 Ⅳ-2-4〉 PCH 인적서비스 지원	76
〈표 Ⅳ-2-5〉 PCH 인적서비스 유형 및 내용	76
〈표 Ⅳ-2-6〉 PCH 수급자 장애인 부모 육아용품지원	77
〈표 Ⅳ-2-7〉 PCH 장애인용품 지원	78
〈표 Ⅳ-2-8〉 PCH 자택개조 지원	78
〈표 Ⅳ-2-9〉 교통지원 내용	79
〈표 Ⅳ-2-10〉 특정비용지원 및 예외비용지원 내용	79



〈표 IV-2-11〉 2021년 PCH 서비스 유형별 수급비율	80
〈표 IV-2-12〉 PCH 전체 평가를 위한 20가지 행위 항목	83
〈표 IV-2-13〉 어려움 정도 평가	85
〈표 IV-2-14〉 PCH 판정을 위한 부사(adverbe)	85
〈표 IV-2-15〉 조건 1 사항	86
〈표 IV-2-16〉 조건 2 사항	87
〈표 IV-2-17〉 CNSA 재원 구성	89
〈표 IV-2-18〉 APA 등급 및 내용	91
〈표 IV-2-19〉 AGGIR 내용	92
〈표 IV-2-20〉 APA 등급 및 내용	93
〈표 IV-2-21〉 APA 급여액	93
〈표 IV-2-22〉 월 소득 수준별 본인부담금	94
〈표 IV-2-23〉 PCH, APA 모두 수급조건 해당 사례 예시	94
〈표 IV-2-24〉 UVPHV 입소조건	96
〈표 IV-2-25〉 ASH 수급조건	97
〈표 IV-1-26〉 고령장애인 주요 이용 서비스	100
〈표 V-2-1〉 심층질문지	105
〈표 V-2-2〉 참여자 기본적 특성	106
〈표 V-2-3〉 심층인터뷰 결과	107
〈표 V-2-4〉 만65세 이전에 등록한 고령장애인 중 활동지원서비스 사각지대에 놓인 고령 장애인 유형	130
〈표 VI-1-1〉 본 연구의 FGI 참여자	134
〈표 VI-2-1〉 질문지	135
〈표 V-2-2〉 FGI 결과	136
〈표 VII-1-1〉 돌봄서비스 목적 및 대상자	152
〈표 VII-2-1〉 장애인활동지원서비스 대상자 단계적 확대 현황	154
〈표 VII-2-2〉 장애인활동지원에 관한 법률 개정안	156

➤ 그림목차

[그림 Ⅰ-2-1] 연구목표 도출을 위한 연구방법	4
[그림 Ⅱ-2-1] OECD 38개국의 65세 및 80세 이상 인구 비율(2019년, 2050년)	9
[그림 Ⅱ-2-2] 장기요양수급자 중 등록장애인 비율	10
[그림Ⅳ-2-1] MDPH 조직도	61
[그림 Ⅳ-2-2] GEVA 8가지 항목	66
[그림Ⅳ-2-3] 부사(adverbe)를 활용한 판정 도식	81
[그림Ⅳ-2-4] PCH 수급자격 평가 도식 결정 나무	83

연구요약

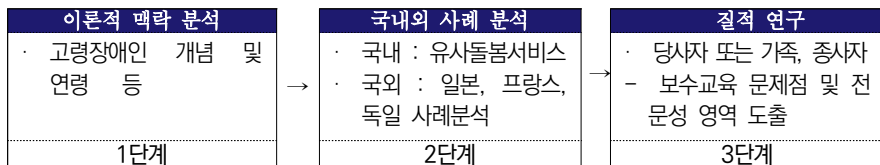
1. 서론

1. 연구 필요성 및 목적

- 본 연구의 목적은 현 65세 기준에 의해 사각지대에 놓인 고령장애인을 위한 활동지원제도의 개선방안을 도출하고, 관련 신규서비스 발굴 등을 제안하는 것임
- 이를 위해 고령장애인의 개념을 재검토하고, ‘장애’와 ‘노화’로 인한 이중고를 겪고 있는 고령장애인의 장애인구의 특성을 분석함.
- 국내 고령장애인 돌봄정책 현황, 장기요양보험과 활동지원제도가 병행 유지되고 있는 프랑스, 일본의 장애인활동지원제도 개편 사례조사 실시함.

2. 연구내용 및 방법

- 고령장애인의 개념과 복지서비스 욕구의 차이, 고령장애인의 연령 등의 문제 등을 연구한 선행연구 정리
- 2차 자료 분석을 통한 고령장애인의 특성과 서비스 욕구, 이용의 차이, 장애 유형별 고령장애인의 서비스 이용현황 및 복지욕구 비교
- 프랑스와 일본의 고령장애인 돌봄 관련 서비스 연령 기준, 서비스 내용 등 분석을 통한 우리나라 고령장애인 정책방향 제안
- 고령장애인 당사자 및 종사자 대상 현재이용 서비스 및 욕구 조사, 정책방향 제안
- 전문가 간담회를 통해 고령장애인에 대한 활동지원서비스의 제도의 방향과 복지서비스의 지원 주체 및 방향을 논의, 정책방안 및 신규서비스 제안



[요약 그림 1] 연구목표 도출을 위한 연구방법



II. 이론적 배경

1. 고령장애인 개념

- 본 연구에서는 현재 쟁점이 되고 있는 장애인활동지원제도와 노인 장기요양 제도 간의 부정합성으로 인해 나타나는 사각지대를 알아보기 위해 만 65세 이상을 ‘고령장애인’으로 정의함.
- 이러한 법적 연령 기준과 달리 장애계에서는 장애로 인한 노화를 좀 더 이르게 정의해야 한다고 주장함(김형수, 1996; 이익섭, 윤경아, 2001; 노승현, 2007; 정무성, 노승현, 2007; 노승현, 2012 등).
 - 노년기 이전에 장애가 발생하여 현재 노년기에 이른 사람들과 노년기에 이르러서 장애가 발생한 사람들을 구분할 필요가 있다는 주장이 존재함(한국 뇌성마비복지회, 1995; 김형수, 1996).

〈요약 표 1〉 고령장애인의 장애발생 시기에 따른 정의 구분과 특징

구분	고령화된 장애인 (aging with disability)	노화로 인한 장애 (disability with aging)
장애발생 시기 및 특징	- 선천 또는 후천적으로 노년기 이전에 장애가 발생하였고, 일정 기간(10~20년)동안 장애인으로 살다가 노년기를 맞이한 집단	- 노년기 이전에는 비장애로 살아오다가 노화로 인해 노인성 질환(치매, 중풍, 관절염, 시력 및 청력 감퇴 등)이 발생하여 장애인으로 등록한 집단
장애 정체성	- 장애 보유기간이 높을수록 비교적 높음	- 장애 보유기간이 짧아 비교적 낮음 - 장애보다는 환자의 정체성이 높음
서비스 욕구	- 장애인복지서비스를 우선적으로 받기 원하며, 지역사회 참여와 활동을 원함 - 노인복지서비스 등에서 장애 특성이 고려되지 않아 차별과 배제를 겪는다고 생각함	- 신체적 건강 회복을 위한 의료서비스 중심에 집중되어있음. - 장애인복지서비스보다는 노인복지서비스 내에 포괄되기를 원하기도 함

2. 국내 고령장애인 돌봄 정책 현황

- 현재 국내 고령장애인 돌봄정책은 크게 노인장기요양보험제도와 노인맞춤형 돌봄서비스로 구분하고 있는 노인돌봄정책 내에 포괄하고 있음.
 - 그 중 65세 이상 등록장애인은 노인장기요양보험제도에 34.9%, 노인맞춤 돌봄서비스에 21.1%가 수급 중이며, 그 외 장애인활동지원서비스를 65세 이후에도 지속적으로 받고 있는 경우는 약 8천여명(0.6%) 정도임.
 - 노인장기요양보험제도 내에 시설급여 서비스(59,215명, 4.2%)와 유사하게 장애인거주시설 1,368명(0.1%)에 입소한 경우가 있으며, 요양병원에 입원하고 있는 경우도 포함될 수 있으나 입퇴원을 반복하는 경우도 되어 있어 장기간 입원인원을 파악하기 어려움.
- 즉, 고령장애인은 대부분 노인돌봄정책 내에 포함되어 있으며, 소수의 고령장애인이 장애인돌봄정책 내에 포함되어 있음.
- 이러한 상황으로 인해 고령장애인들은 장애인활동지원제도를 유지하는 경우를 제외하면, 특별히 노인복지정책 내에서 장애와 관련한 특화된 서비스를 받지 못하고, 장애인거주시설 내에서도 노화로 인한 장애인에 대한 특수성을 반영한 정책을 수혜 받았다고 보기 어려움.



〈요약 표 2〉 국내 전체 노인 및 고령장애인의 돌봄 필요도에 따른 정책 수혜 현황(2022년말 기준)

구분(명/%)	서비스 형태	재가서비스						시설서비스		
	돌봄 필요도	낮음			중간~높음	높음 ~ 매우 높음			낮음 ~ 매우 높음	
		(예방 단계)								
서비스 전체 수급자 수 (제도수혜율)		노인맞춤돌봄서비스 ²⁾ (노인장기요양보험제도 등급외자 포함)			장애인활동 지원제도 ³⁾	노인장기요양보험 ⁴⁾			국민 건강보험 ⁵⁾	장애인 거주시설 ⁶⁾
		전체	일반	중점		전체	재가급여	시설급여		
전체 노인 ¹⁾ (9,267,290명)	1,737,286 (18.7%)	517,940 (5.6%)	459,173 (5.0%)	58,767 (0.6%)	8,409 (0.1%)	838,250 (9.0%)	651,981 (6.1%)	189,321 (2.0%)	371,319 (4.0%)	1,368 (0.01%)
만 65세 이상 등록장애인 (1,401,523명)	411,594 (29.4%)	109,417 (7.8%)	90,614 (6.5%)	18,803 (1.3%)	8,409 (0.1%)	292,400 (20.9%)	230,514 (16.4%)	59,215 (4.2%)	확인불가	1,368 (100.0%)
전체수급자 대비 고령장애인 비중	23.7%	21.1%	19.7%	32.0%	100.0%	34.9%	41.0%	31.3%		100.0%
전체 등록장애인 (2,652,860명)	586,021 (22.1%)	109,419 (4.1%)	90,616 (3.4%)	18,803 (0.7%)	139,509 (5.3%)	308,528 (11.6%)	242,018 (9.1%)	62,849 (2.4%)		28,565 (1.1%)
전체 제도 수급자 대비 만 65세 이상 장애인 비중		100.0%	100.0%	100.0%	6.0%	94.8%	95.2%	94.2%		4.8%

자료: 1) 통계청. 주민등록인구현황(2022년 12월 기준), 각 제도별 현황에서도 65세 미만은 제외하였음.

2) 보건복지부 내부자료. 노인맞춤돌봄서비스 관련 현황 요청 자료(2022년 12월말 기준).

3) 한국장애인개발원(2023). 2023 장애통계연보. 장애인활동지원제도 수급자 수(보건복지부 내부자료, 2022년 12월 말 기준)

4) 국민건강보험공단(2023). 국민건강보험공단 내부자료(2022년 12월말 기준) (이용자 실인원수로 복수의 급여를 이용하더라도 1명으로 계산(단순합계 아님))

5) 임민경·김선제(2022)의 연구에서 2020년 요양병원 입원환자 분석자료에서 65세 이상 인원을 인용하였음.

6) 보건복지부(2022). 2022년도 장애인거주시설 일람표(2021.12.31. 기준)

3. 선행연구

- 기존 활동지원서비스와 노인장기요양서비스의 이용대상 기준이 연령으로 구분되어 발생하는 고령 장애인의 서비스 분절, 공백 문제는 오랜 시간동안 다양한 연구에서 제기되어옴(황주희 외, 2014; 김세진, 2017; 이정랑, 2019; 김현승 외, 2020; 황주희 외, 2020; 이선영, 2021; 이은실, 2022).
- 노년기에 장애를 가지게 된 노인성 장애인(Disability with aging) 이른 시기에 장애를 갖고 이후 노인이 된 고령화 된 장애인(Aging with disability)의 특성, 두 그룹 간의 차이점 및 정책 대안을 제시하는 연구가 진행됨(김찬우, 2015; 이예은, 2016, 김진희, 2022).
 - 장애등록시기(아동·청년기, 중·장년기, 노년기)에 따라 고령장애인의 특성, 주요영역별 생활실태의 차이 존재(김진희, 2022).
 - 이선영(2021)은 현재 장애인, 노인으로 대상자를 구분해 제공하고 있는 돌봄서비스 운영의 통합성 향상을 위해 일본의 공생형서비스 도입사례를 소개하고 대상자 선정도구의 통일성 확대, 서비스 급여량의 격차 완화 및 제도통합, 서비스 제공인력 양성체계 통합, 수가 수준의 일원화를 제안함.
 - 황주희, 김진희(2022)의 연구에서는 지역사회 통합돌봄 선도사업의 수행과 함께 고령장애인 대상 정책 과제를 제안함. 고령장애인이 거주시설, 병원 등 시설입소 하지 않고, 지역사회에서 노후를 보낼 수 있도록 ‘노인’, ‘장애인’과 같이 대상별 서비스 접근을 지양하고 수요자 중심의 서비스를 강조함.

III. 고령장애인의 돌봄서비스 욕구분석

1. 고령장애인의 인구사회학적 특성

- 2022년 기준, 전체 장애인의 52.8%를 차지하는 65세 이상 고령장애인은 매년 그 비율이 꾸준히 증가하고 있어 향후 고령장애인에 대한 제도적 지원확대가 필요한 상황임. 고령장애인은 전체 장애인에 비해 청각장애의 비율이 다소 높고 장애정도가 심한 장애의 비율은 낮게 나타남.
- 장애등록시기를 65세 미만, 65세 이상으로 구분했을 때 두 그룹의 평균연령은 72세, 80.8세로, 약 7세 차이가 나지만, 장애등록연령의 평균은 각각



54.9세, 73.1세로 약 18년의 큰 차이가 확인됨. 해당 결과를 미뤄보았을 때, 65세 이후에 장애등록한 고령장애인의 경우, 65세 이전에 장애등록한 고령장애인 그룹에 비해 노화로 인해 장애가 발생한 가능성이 높을 것으로 예측할 수 있음.

- 장애발생의 원인: 65세 미만에 장애등록한 고령장애인의 경우 선천적 원인이거나 후천적 사고로 인한 장애발생 비율이 비교적 높게 나타남. 65세 이상 시기에 장애등록한 경우 후천적 원인 중에서도 질환으로 인한 장애발생 비율이 상대적으로 높게 확인됨.
- 국가에 대한 요구사항: 두 그룹 모두 소득보장, 의료보장, 주거보장 순으로 필요하다 응답했지만, 65세 이후 장애등록한 경우 의료보장에 대한 욕구가 65세 미만 장애등록한 그룹보다 다소 높게 나타남.

2. 장애유형별 고령장애인의 돌봄서비스 욕구

- 돌봄욕구: 65세 이후 장애등록한 경우 65세 이전에 등록한 고령장애인보다 평균연령이 높기 때문에 일상생활동작(ADL), 수단적 일상생활동작(IADL) 점수에서 지원필요성이 상대적으로 높게 나타남.
- 일상생활을 도와주는 사람, 지원돌봄서비스 이용 비율: 65세 이후 장애등록한 고령장애인이 65세 이전 장애등록한 고령장애인보다 더 높게 나타남.
- 현재 받고 있는 일상생활 도움의 충분정도: 전체 고령장애인의 절반가량이 충분하다고(매우 충분하다, 충분하다) 응답했으며, 장애등록연령이 65세 미만인 그룹이 상대적으로 충분하다고 느끼는 비중이 높게 나타남.
- 건강영역: 장애등록시기가 65세 이상인 고령장애인의 경우 비교적으로 자신의 건강상태에 대해 보다 부정적으로 인식하고 있었음.
 - 3개월 지속되는 만성질환을 약 85%의 고령장애인이 가지고 있었는데, 내 부장애인의 만성질환 보유 비율이 비교적 높게 나타남.
 - 65세 이상 장애등록을 한 경우 65세 미만에 등록을 한 경우 보다 만성질환 보유 비율이 더 높게 나타남.

3. 소결

- 65세 이후 장애등록을 한 고령장애인의 경우 65세 이전부터 장애를 가지고 살아온 고령장애인보다 후천적인 질환에 의해 장애를 가지게 된 경우가 많고, 만성질환을 많이 가지고 있으며, 의료적 지원에 대한 욕구가 비교적 높게 확인됨.
- 또한 일상생활 지원 필요도가 더 높고 실제로 지원돌봄서비스를 더 많이 이용하고 있음. 하지만 지원수준이 충분하지 않아 확대를 필요로 하는 경우도 상대적으로 높게 확인됨.
- 장애등록 시기에 따라 구분되는 주요 장애유형, 욕구, 건강상태 등을 고려한 정책적 지원이 마련되어야 함.

IV. 국외 고령장애인 돌봄서비스 현황

1. 일본

- 2011년에 비해 전체 이용자수 대비 65세 이상 비율이 10%를 넘어선 서비스 중에서 주로 지역사회에 거주하면서 이용 가능한 대표적인 장애인복지서비스 4가지(거택개호, 중증방문개호, 생활개호, 동행원호)를 정리함.
- 주로 상시 신체개호를 필요로 하는 거택개호, 중증방문개호, 생활개호는 개호보험서비스와 유사하여 개호보험 우선적용을 받는 것을 확인할 수 있었음.
 - 이에 반해, 장애인의 이동지원이 주된 동행원호의 경우 다른 장애인복지서비스 유형과 다르게 장애특성과 지역사회활동 등을 고려하여 상당히 유연하게 이용 가능한 서비스임.
- 따라서 향후 우리나라의 활동지원서비스는 65세 이후에 서비스 기능에 있어서 자택요양과 사회활동 등으로 구분하여, 장기요양보험서비스로의 이전에 따른 보전급여를 확대하고, 사회활동을 희망하는 장애인의 경우에는 기존에 장애인으로 등록되어 있었다면 65세 이후에도 장애인 활동지원서비스를 이용할 수 있는 방안을 모색할 수 있음.



〈요약 표 3〉 고령장애인 주요 이용 서비스

	거택개호	중증방문개호	생활개호	동행원호
65세 이후 서비스 이전	○	○	○	-
개호보험서비스 유사 여부	○	○	○	-
장애특화서비스	-	-	-	○
장애인수첩 필수 여부	○	○	○	-
장애인정구분 인정조사 여부	○	○	○	(별도사정조사)
행동장애 여부	-	○	-	-
65세 이후 이용 가능 여부	△	△	△	○

2. 프랑스

- 프랑스의 고령장애인 정책을 살펴본 바 한국에 주는 시사점을 크게 두 가지로 나누어 생각해볼 수 있음.
- 이용자의 선택권 존중
 - 한국의 경우 65세 이전에 활동지원제도를 이용한 경우에 한해 노인장기요양보험 급여량과 비교 시 활동지원 최저구간 이상 감소한 경우 활동지원 급여의 일부지원이 가능한 반면 프랑스의 경우 한 번 PCH 수급자가 되면 조건에 부합하는 한 PCH 수급권이 계속 유지됨.
 - 즉, 프랑스는 PCH와 APA의 경계 연령이 60세로, 동 연령에 도달하게 되면 장애율이 80% 경우 PCH와 APA(조건에 부합하는 한) 중에 선택권이 있음.
 - 고령장애인이 처음 활동지원제도를 이용하고자 하는 경우 두 국가의 차이점은 뚜렷하게 나타남. 한국의 경우는 아예 활동지원제도를 이용할 수 없는 반면 프랑스는 60세 이후에 PCH를 처음 신청하는 경우 60세 이전에 PCH 장애조건에 부합한다면 수급자가 될 수 있음.
 - 장애인이 있는 가정에서 부모님 또는 배우자가 가족부양자로서 돌봄을 이행하고 사회적 돌봄제도를 이용하지 않는 경우가 적지 않은데 장애인의 연령이 증가할수록 가족부양자의 연령도 비례한다는 점을 고려해야함.
 - 프랑스정부는 이러한 가족 돌봄의 흐름과 한계에 대해 잘 파악하여 고령장애인이 필요한 서비스를 이용할 수 있는 가능성을 열어놓고 있다고 볼 수 있음.

- 고령장애인의 특성에 맞게 끊임없이 여러 가지 정책을 개발하고 있음.
 - 프랑스의 경우 인구의 고령화가 우리나라보다 100년 앞서서 진행되었는데 이에 따라 장애인의 고령화에 대한 인식도 더불어 정부차원에서 일찍부터 이루어질 수 있었음.
 - 프랑스에서 자립성 상실의 개념이 사회부조의 차원에서 사회 보편적 권리로 이행이 되면서 본격적으로 고령장애인을 위한 정책이 활발하게 개발되고 시범사업을 진행하고 있음.
 - MDPH가 장애인 서비스 원스톱기관이라면 장애인과 노인을 위한 도립자립센터를 시범 운영하고 있어 고령장애인의 노인관련 서비스를 원스톱으로 관리하도록 하고 있음.
 - 다만 프랑스의 경우 APA 운영을 지방정부에서 맡고 있기 때문에 이러한 통합센터운영이 가능함. 그리고 이에 따르는 애로사항이 확인되어 전국으로 확장을 하기에는 아직까지는 조심스러워 보임.
 - 그러나 이 외에도 고령장애인에 맞는 거주시설도 기존의 노인거주시설이나 장애인거주시설 내에 설치를 한 점들을 미루어보아 새로운 시도를 계속해서 하는 것을 알 수 있음.

V. 당사자 및 서비스 제공자 질적연구결과

1. 조사개요

- 노인돌봄서비스 내에서의 고령장애인의 돌봄서비스 모습을 통해 장애인활동지원제도와 노인돌봄서비스 등 제도적 개선방안 도출이 목적임.
 - 연구문제: 노인돌봄영역에서 고령장애인의 돌봄은 어떠한 모습을 보이고 있는가?
- 조사대상: 장애인활동지원제도의 연령기준에 의해 사각지대에 놓인 고령장애인, 이들을 지원하고 있는 요양보호사, 생활지원사, 사회복지사
- 2023년 4월부터 10월까지 총 21인(장애인 당사자 15인, 요양보호사 1인, 사회복지사 2인, 사회복지사 3인)을 대상으로 심층인터뷰를 실시



2. 분석결과

〈요약 표 4〉 심층인터뷰 결과

주제	상위범주	하위범주
장애특수성이 고려된 공적 돌봄체계 필요	장애와 노화로 배가되는 생활제약 그리고 우울함	노화 및 장애로 인한 일차장애 악화
		장애 및 노화로 인한 사고, 65세 이후에 발생한 사고
		추가 질환 및 만성질환 등 증가
	고령장애인 돌봄의 기피	움직임의 힘들, 죽음을 선택하고 싶다
		계속 바뀌는 요양보호사
		중증 장애정도 일수록 돌봄 기피
	돌봄지원 부족으로 가족의 해체 및 경제적 힘들의 경험	무너져 가는 가계 경제
		가족의 해체
장애특수성이 부족한 노인복지 서비스	부족한 방문요양 급여량 및 자부담 문제	가사 중심 요양서비스 및 부족한 병원 이동지원 서비스
		사회참여의 제한
		서비스 제공 시간의 절대적 부족
		자부담의 부담
	상대적으로 어려운 장애인 지원, 욕구들의 상충	장애이해 및 감수성이 낮은 요양보호사
		노인돌봄 서비스 제공 수준과 당사자 욕구 간 갈등
		노인 돌봄과 차별성이 존재하지 않은 돌봄서비스
활동지원서비스 제도적 문제와 돌봄서비스에 대한 재편 요구	장애인 활동지원서비스 연령기준에 따른 사각지대	맞춤형 지원이 필요한 장애인 욕구
		65세 이후 일차장애 악화, 2차 장애 등 집에 방치된 삶
		활동지원제도 시행 시 65세가 넘는 고령장애인
		65세 이전, 요양급여 수급 그러나 65세 이후 활동지원 신청 불가
		재활병원 및 요양병원의 활동지원제도 정보 부족에 따른 활동지원제도 지원 시기 놓침
		장애정도가 유사하지만 친구는 활동지원대상자, 나는 요양급여대상자
	고령장애인의 사회참여 욕구 증가	장애정체성이 강한 고령장애인
		집 밖 활동을 위해 지원 필요
		복지관, 사회 활동 등 욕구
	신규서비스 및 활동지원서비스 요구	장애유형끼리 생활하는 고령 장애인 시설 마련 필요
		활동지원서비스 추가 지원 필요
		노인돌봄 영역에서 고령장애인에 대한 교육 필요
		노인돌봄정책 보다는 장애인돌봄정책에서 지원 필요

3. 소결

- 활동지원제도 사각지대에 놓인 고령장애인은 일상생활 제약이 심각할수록 노인돌봄서비스 이용에 있어 제도적 한계에 부딪히고 있었음.
- 일반적으로 고령장애인은 비고령장애인과 다른 일상생활 제약을 경험함.
 - 만65세 이전에 장애등록을 하고 평생을 ‘장애인’으로 살아온 고령장애인은 젊을 때는 일차장애가 경증수준이었으나, 노화될수록 그리고 장애특성상 장애가 악화되어 중증이 되었음.
 - 일차장애 및 노화로 인해 만성질환과 노인성질환 등이 발생하거나, 낙상과 같은 생활 사고를 많이 경험함.
- 고령장애인들의 일상생활 제약수준에도 불구하고 노인돌봄서비스를 이용할 수 밖에 없는 제도적 상황은, 만 65세에 도래 시, 장애인활동지원서비스에서 장애인의 고려가 부족한 노인돌봄서비스로 전환되기 때문임.
- 본 연구에 참여한 대상자를 토대로 이러한 제도적 사각지대에 놓인 유형들을 정리하면 다음과 같음.

〈요약 표 5〉 만65세 이전에 등록한 고령장애인 중 활동지원서비스 사각지대에 놓인 고령장애인 유형

구분	특징
1. 만 65세 이전에 경증이었으나, 만 65세 이후 장애 악화 및 노화, 사고 등으로 제약이 심각하나 장애인활동지원서비스 대상이 되지 않는 고령장애인	- 시각장애의 악화 - 지적장애의 악화
2. 만 65세 이전부터 요양급여를 받고 있으나, 요양급여로는 부족한 고령장애인	
· 장애인활동지원제도 도입 시(2007년), 65세가 넘은 최 고령장애인(현재 만 81세 이상인 고령장애인)	- 최고령장애인(만80세 이 상 고령장애인)
· 정보 등의 부족으로 만65세 이상이 되어, 장애인활동지 원서비스 신청이 불가한 경우	- 요양급여 및 재활병원에 서 정보 수집

- 이에 장애인활동지원제도의 65세 연령제한을 장애인등록을 만 65세 이전에 등록한 자에 한하여 대상자 기준을 과감하게 없애는 방향으로 정책을 단계적
으로 설계할 필요가 있음.
 - 단, 우선적으로 장기요양보험서비스, 맞춤형돌봄서비스의 대상으로 적용하



고, 추가적인 서비스가 필요한 경우에는 활동지원서비스를 지원할 필요가 있음. 장애인으로 살아온 삶 등의 장애정체성은 노인정체성과는 다름. 장애인으로 살아오면서 이들은 장애로 인한 다양한 차별과 억압을 겪기도 하며, 지역사회에서 살아가기 위해서 지역사회 지원을 지원 받는 것(예, 편의가 고려된 주택, 장애인일자리 등)은 당연한 권리일 수 있음.

- 이러한 경험과 삶은 장애정체성으로 표출되기에, 만 65세 이전에 장애등록한 장애인은 장애인복지급여에서 노인서비스와 병급으로 지원할 필요가 있음.
- 사실 장애를 가지고 있는 많은 사람들은 자신들이 장애인으로서의 정체성을 인정하지 못하고 있기도 하는데(오혜경, 2006), 이 경우는 생애 후반 또는 성인기에 장애가 된 사람들의 경우 그 경향이 있음.

○ 노인복지서비스 필요유형

- 첫째, 참여자 중 초고령장애인으로 현재 요양급여를 받고 있으나, 장애인활동지원제도 도입 시 65세 이상인 장애인의 경우에는 요양급여를 우선적용하고, 장애인활동지원급여를 추가 지원해줄 필요가 있음
- 둘째, 만 65세 이후에 장애가 심각해져 최종증이 된 경우에도 요양급여를 먼저 적용하고 이후 장애인활동지원급여 추가지원 필요함. 이들은 사실 집에서의 요양보다는 바깥 활동을 주로 할 수 있는 집단이기에 1~2시간의 추가 급여정도 소요될 것으로 보이며, 이를 통해 더욱 건강한 노후를 보낼 수 있을 것으로 보임.
- 셋째, 현재 요양급여를 받지 않은 경우에는 앞서 전술한 바와 같이 노인 돌봄서비스를 적용하고, 이후 장애인활동지원제도를 적용하도록 함. 장애인활동지원서비스 대상자로서의 장애정도일 경우에는 사회참여를 지원하는 동행지원서비스 혹은 돌봄SOS와 같은 지원이 필요함.

VI. 현장전문가 질적 조사

1. 조사 개요

- 장애인복지관, 노인복지관, 요양기관에서 근무하고 있는 전문가 총 7인을 대상으로 고령장애인의 서비스 현황 및 현 돌봄제도인 노인장기요양보험, 장애

인활동지원제도, 노인맞춤돌봄서비스 등에서 장애인활동지원서비스 사각지대인 65세 이상 고령장애인에 대한 지원방안을 조사함

- 1차 FGI: 서울, 충북의 장애인복지관 관장 2인, 서울의 노인복지관장 1인, 노인장기요양제도에 의해 운영되는 노인요양원 원장 1인
- 2차 FGI: 노인복지관 내 노인맞춤돌봄서비스 담당 전담인력 1인, 팀장 1인, 부장 1인

2. 조사결과

〈요약 표 6〉 FGI 결과

주제	상위범주	하위범주
장애에 대한 준비 없이 제공되는 노인복지서비스	급격한 노인인구의 증가	노인전문기관에 장애를 가진 이용자의 증가
		장애에 적합하지 않은 서비스 공간과 여건
	장애에 대한 교육 부재	노인 서비스 제공자의 장애에 대한 이해 부족
		서비스 제공자의 주관적인 장애인에 대한 접근
고령장애인에 대한 준비가 없는 장애인복지서비스	고령장애인의 서비스의 사각지대	장애손자녀를 돌보는 노인에게 제공되는 서비스의 부재
		고령장애인을 위한 별도의 서비스 부재(제한) : 아동 치료 및 청(소)년 중심인 장애인복지관
	고령장애인에 대한 새로운 서비스 마련	다양한 특성을 가진 고령 장애인의 발생
		고령장애인의 사회적 활동을 지원하는 서비스 요구
고령장애인 돌봄 서비스의 새로운 기준 마련	돌봄제도간의 상충	동일한 서비스의 다른 이름으로 인한 급여 차이
		출발의 목적이 다르지만 결과적으로 동일한 돌봄
		돌봄 서비스 제공자의 자격 차이
	돌봄 서비스의 새로운 기준 마련	제도가 아닌 돌봄 구분 필요
		영역별 서비스에서 읍면동 단위의 통합적 서비스 제공
		서비스 이용자의 욕구에 따른 제도 선택 기회 제공
		장애인활동보조제도의 조정 - 사회적 존재에서 '생활지원대상'으로 전환

3. 소결

- 65세 이상 고령장애인이 진입 통로에 관계없이 형평성 있는 서비스 급여를 제공받기 위해서는 돌봄에 대한 명확한 구분을 통해 고령장애인 서비스의 새로운 기준을 마련하는 것이 필요함.
- 노인 인구가 급증하면서 노년기 이전부터 장애를 갖고 살아온 고령화된 장애



인과 노인성 질환으로 인해 노년기에 장애를 갖게 된 고령장애인이 혼재되어 있음. 대부분의 경우 고령화된 장애인은 장애인활동지원제도에서, 고령장애인은 노인장기요양보험에서 돌봄 서비스를 제공받으며 급여의 차이를 실감하고 있음. 따라서 고령화된 장애인과 고령장애인이라는 진입 통로가 장애인인지 노인인지의 구분보다는 권역별로 읍면동을 중심으로 통합사례관리를 통해 밀착서비스가 이루어지는 것도 필요함.

- 노인서비스와 장애인복지서비스 모두에서 고령장애인에 대한 대비를 하지 못하고 있는 것은 동일한 것으로 나타남. 고령장애인의 돌봄에서 사회적 존재로서의 활동지원이 필요하지만 사회적 존재로서 살아갈 수 있는 사회적 기반이 부족한 것을 본 FGI에서 확인할 수 있었음. 따라서, 노인전문기관과 장애인전문기관 모두에서 고령장애인에 대한 특성을 고려한 서비스 개발에 관심을 갖는 것이 필요함.

VII. 결론

1. 결과 요약

- 노인돌봄서비스들의 제도적인 특징들은 고령장애인의 요양서비스, 사회참여 지원, 이동지원 등 복합적 욕구를 충족시키기 어려웠음. 결과적으로 고령장애인의 돌봄 기피와 서비스 제공자의 잦은 변경 등을 낳았음. 장애관련 특화서비스 필요성 또한 제기됨.
- 장애정체성이 높은 만65세 이전 장애등록 장애인에게는 노인돌봄서비스와 활동지원서비스 병급 필요성이 제기됨.

2. 정책제언

- 장애인활동지원서비스 대상자 단계적 확대(연령 제한 폐지)
 - 고령장애인 지원에 대한 장애인복지서비스 확대 논의가 필요한 시점임. 만 65세 이상 중 기활동지원서비스 대상자를 제외한 고령장애인을 모두 노인돌봄서비스로 전환시키기 보다는 만65세 이전 등록장애인을 우선적으로

노인돌봄서비스 중 장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스를 단계적으로 적용하고, 이후 활동지원서비스의 적용과 추가급여를 이용할 수 있도록 해야 함. 그러기 위해서는 아래의 법적 변화가 필요함.

〈요약 표 7〉 장애인활동지원에 관한 법률 개정안

장애인활동지원에 관한 법률	장애인활동지원에 관한 법률(개정안)
제5조(활동지원급여의 신청자격) 활동지원급여를 신청할 수 있는 사람은 다음 각 호의 자격을 모두 갖추어야 한다. <개정 2017. 12. 19., 2020. 12. 29., 2022. 6. 10.> 1. 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인 2. 「노인장기요양보험법」 제2조제1호에 따른 노인이 아닌 사람으로서 대통령령으로 정하는 연령 이상인 사람. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 보건복지부장관이 정하는 기준에 해당하는 사람은 신청자격을 갖는다. 가. 이 법에 따른 수급자였다가 65세 이후에 혼자서 사회생활을 하기 어려운 사람 나. 노인성 질병으로 장기요양급여를 수급하는 65세 미만인 사람 3. 활동지원급여와 비슷한 다른 급여를 받고 있거나 「국민기초생활 보장법」 제32조에 따른 보장시설에 입소한 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에 해당하지 아니하는 사람	(좌동) 가. (개정) 이 법에 따른 수급자였다가 65세 이후에 혼자서 사회생활을 하기 어려운 사람. 다만 이법에 따른 수급자가 아니더라도 65세 이후에 장애가 악화되어 노인장기요양보험, 노인복지법 제27조의 3에 의한 서비스를 수급받는 경우

○ 노인돌봄서비스의 장애 특화서비스 필요

- 장기요양보험서비스 급여 시간 확대 고려
- 노인맞춤돌봄서비스 내 특화형 서비스 구축 필요



〈요약 표 8〉 노인맞춤돌봄서비스 내 특화형 서비스 구축

대상자 군	기준	노인맞춤돌봄서비스의 내용		
최중점 돌봄군	- 월 16시간 이상~ 60시간미만 직접 서비스 + 연계서비스(필요시) + 특화서비스(필요시)	직접 서비스 (방문· 통원 등)	안전 지원	- 방문 안전지원 - 전화 안전지원 - ICT 안전지원
			사회 참여	- 사회관계 향상 프로그램 - 자조모임
			생활 교육	- 신체건강분야 - 정신건강분야
			일상 생활 지원	- 이동활동지원 - 가사지원
중점 돌봄군	- 월 16시간 이상~ 40시간미만 직접서 비스 + 연계서비스(필요시) + 특화서비스(필요시)	연계서비스		
일반 돌봄군	- 월 16시간미만 직 접서비스 + 연계서비스(필요시) + 특화서비스(필요시)	특화서비스		

- 노인돌봄서비스 제공자 대상 장애 관련 교육 강화
- 노인돌봄서비스 제공자를 선택 할 수 있는 기회 제공
- 노인돌봄서비스 내 장애여부 실태 파악 필요

○ 장애인복지시설의 의료적 지원이 요구되는 시설 전환 필요

- 장애인활동지원제도 외에 고령장애인을 위한 특화된 의료 및 생활지원기관
의 설립이 필요함. 현재 집단이 함께 사는 거주시설의 형태가 아닌 장애유
형별로 고령의 삶을 안전과 건강을 유지하면서 생활할 수 있는 거주모형을
마련해야 함.

○ 고령장애인 특성을 살린 고령장애인가구 실태조사 실시 및 고령장애인복지법
률(가칭) 필요

- 현재 장애인실태조사는 장애인의 일반적인 사항을 조사하고 있음. 그러나

- 고령장애인 가구의 특성들인 노노가구의 특성, 1인 장애인가구의 안전, 건강실태, 주거실태, 경제적 상황 등에 대한 조사가 진행되지 않고 있음.
- 고령장애인복지법을 법률화하여 고령장애인의 돌봄공백 등 고령장애인실태 조사를 토대로 장애인복지법에서 지원할 수 있도록 토대를 마련해야 함.



I 서론

1. 연구 필요성 및 목적

우리나라는 전 세계에서 가장 빠른 고령화 진행과 더불어 장애인구의 고령화 또한 매우 빠르게 진행되고 있다. 2022년 장애인의 고령화 비율은 52.8%로 전체인구 고령화 비율(18.0%)의 3배 수준이며(통계청, 2022), 같은 해 신규 등록장애인 중 65세 이상의 비율도 55.7%에 달한다(2021년 12월말 기준 장애인 등록 현황, 보건복지부)¹⁾.

점차 증가하고 있는 장애인구의 고령화 수준은 과거에 비해 장애인의 평균 수명이 늘어났다는 긍정적인 측면이 있다. 그러나 ‘장애’와 ‘노화’로 인한 이중고를 겪는 장애인 당사자 뿐 아니라 가족의 노화나 부재 등으로 돌봄 공백 문제가 발생한다는 점에 주목할 필요가 있다.²⁾ 즉 고령장애인의 문제는 신체적, 심리정서적 문제와 함께 노인문제·장애문제가 동반되어 나타나고 있다(이병화, 2023). 고령장애인은 노인성 만성질환을 가지고 있으며, 일상생활수행능력에서 중증장애로 발전하게 될 가능성이 높다. 또한 조기노화 및 이차적 장애로 인해 경제활동 유지에 어려움을 겪고 있어 노화에 따른 의료비 부담과 빈곤 문제가 심각하다. 특히 고령장애인의 1인가구의 증가와 부양의무에 대한 사회적 변화는 고령장애인의 지역사회 내 삶을 어렵게 하고 있다.

이렇듯 고령장애인은 일반 장애인의 문제와 노인문제의 이중고로 비장애인에 비해 노인과는 추가적이고 특수적인 지원이 요구된다. 그러나 고령장애인을 위한 서비스는 현실적으로 매우 적으며, 노인 및 장애인돌봄 영역에서 모두 ‘장애 특수적’ 욕구를 충족시키지 못하고 있다. 가장 높은 서비스 이용 비중을 차지하는 장애인활동지원제도를 비롯한 다양한 정책이 만 65세를 기준으로 구분되고 있는 경우가 대부분이다. 또한 발달장애인 주간활동서비스는 만 18세 이상 만 65세 미만을 대상으로 하고 있으며, 대부분의 주간보호시설이나 장애인복지관 등에서도 이용 연령

1) 전체 노인인구 중 약 11%가 장애인구임(통계청)

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



제한을 두고 있다(이병화 외, 2020).³⁾

최근 노인돌봄서비스로 전환되었을 때 감소되는 급여량에 대한 지원을 개선한 제도적 경험들은 고령장애인에 대한 노인돌봄서비스에서의 불충분성과 장애인복지 영역에서의 서비스 제공에 대한 필요성을 보여주는 사례이다. 구체적으로 보면 정부는 2019년 서비스지원종합조사 도입에 따른 급여량 감소 장애인을 대상으로 3년간 산정특례 제도 운영하였으며, 2022년 7월에는 동 제도를 지속하도록 결정하였다. 2021년 1월, 기활동지원대상자가 65세 이후 장기요양 수급자로 전환된 후 장애인 활동지원에 비해 줄어드는 급여를 지원(보전급여)하였다. 최근 2023년에는 2023년 1월부터 노인장기요양보험법에 따른 장기요양서비스를 이용하는 65세 미만의 장애인은 기존에는 활동지원서비스를 신청할 수 없었으나, 활동급여를 신청할 수 있도록 개정되었다.⁴⁾

그러나 위의 상황을 제외하면, 제도적으로 고령장애인은 만65세에 도래하면 장애인복지서비스 대상자에서 노인돌봄서비스 대상자로 전환된다. 즉 만65세 이후 일상생활 및 사회참여 제약이 있으면 장기요양보험 또는 노인맞춤돌봄서비스 대상자가 되게 된다. 이로 인해 고령장애인은 낮은 급여량으로 사회참여 또는 적합한 가사지원 및 신체지원 등을 충분히 이용하지 못하기도 하였다. 또한 장애에 대한 고려가 부족한 제공자와 서비스 내용으로 이용자와 제공자간 갈등이 많은 등 노인돌봄서비스는 고령장애인의 욕구를 충분히 대응하고 있지 못한 것으로 나타났다. 특히 과거에 활동지원서비스 대상자가 아니더라도 고령장애인은 노화됨으로써 장애특성 상 일차장애의 악화, 사고 등으로 중증의 장애정도로 상당한 대인돌봄서비스가 필요하였다. 그럼에도 불구하고 활동지원서비스의 65세 이후에는 서비스 신청자격이 불가능하기에 앞서 전술한 고령장애인들은 장애인돌봄 및 노인돌봄에서의 불만을 보이고 있다. 특히 현재는 기활동지원서비스 대상자와 유사한 장애정도를 가지고 있음에도 만65세 이전에 활동지원서비스를 받고 있지 않았기 때문에 상대적으로 낮은 급여를 이용하고 있는 부분에 대해 형평성에 대한 문제를 제기하고 있다.

따라서 고령장애인의 노인돌봄서비스에서의 돌봄실태를 분석하고, 노인돌봄서비

3) 장애인주간보호시설의 경우, 주 이용자는 20~30대가 77.2%이며, 40대 이후 8.0%, 50대 3.2%, 60대 1.8%, 70대 이상 3.7% 수준으로 60대 이상의 이용률은 낮은 이용률을 보이고 있으며(서해정 외, 2019).

4) 노인성질환은 치매, 뇌혈관성 질환 등 노인장기요양보험법 시행령(별표1)으로 정하는 24가지 질병을 의미하며, 2023년 1월 개정법 시행 및 예산 반영에 따라 정부는 내년부터 노인성 질환으로 노인장기요양보험법에 따른 장기요양서비스만을 이용하고 있던 65세 미만 장애인 (약 2,720명)을 신규로 지원하는 등 대상자를 현행 13.5만 명('22년 8월 수급자 기준)에서 14.6만 명으로 1.1만 명 확대될 것으로 예측되어(보건복지부 보도자료, 2022년 12월 30일 조간)

스의 문제와 활동지원서비스의 제도적 개편에 대한 논의가 필요한 시점이다.

지금까지의 연구들은 고령장애인의 개념과 연령과 관련된 연구(김현승 외, 2018; 김현승 외, 2020), 고령장애인 복지서비스에 대한 연구(이병화 외, 2020)가 주를 이루어졌다. 그러나 장애인의 일상생활 및 사회참여의 중심에 놓인 활동지원 제도의 고령장애인에 대한 사각지대 영역의 현 실태와 제도적 개편에 관한 연구는 부재한 것으로 나타났다.

이에 본 연구의 목적은 현 65세 기준에 의해 사각지대에 놓인 고령장애인을 위한 활동지원제도의 개선방안을 도출하고, 관련 신규서비스 발굴 등을 제안하는 것이다. 이를 위해 고령장애인의 개념을 재검토하고, ‘장애’와 ‘노화’로 인한 이중고를 겪고 있는 고령장애인의 장애인구의 특성을 분석한다. 그리고 고령장애인을 위한 돌봄에 대한 국내 돌봄정책 현황과 장기요양보험과 활동지원제도가 병행 유지되고 있는 프랑스와 일본을 대상으로 최근 장애인활동지원제도 개편이 이루어진 사례를 조사하고자 한다. 본 연구는 고령장애인 돌봄제도의 개편방안에 주요한 역할을 할 것으로 기대된다.

2. 연구내용 및 방법

1) 연구내용

연구내용은 다음과 같다. 첫째, 고령장애인의 개념과 복지서비스 욕구의 차이, 고령장애인의 연령 등의 문제 등을 연구한 선행연구를 정리하고자 한다.

둘째, 고령장애인의 특성과 서비스 욕구, 이용의 차이, 장애유형별 고령장애인의 서비스 이용현황 및 복지욕구에 대한 비교 분석을 2차자료를 통해 분석하고자 한다.

셋째, 프랑스와 일본의 고령장애인 돌봄 관련 서비스 연령 기준과 서비스 내용 등을 분석하여 우리나라의 고령장애인을 위한 정책방향을 제안하고자 한다. 프랑스의 경우, 최근 우리나라와 유사한 상황으로 고령장애인의 서비스 급여량의 부족과 연령의 문제가 대두되어 연령제한이 폐지되고 60세 이전의 장애정도가 판정수준에 적합할 경우에 대상이 되는 등의 정책의 변화가 있었다. 이에 프랑스의 경험이 우리나라의 고령돌봄서비스에 기초자료를 제공할 것으로 보인다.

넷째, 고령장애인의 욕구와 서비스 지원 방향을 도출하고자 한다. 즉 고령장애인



당사자 또는 종사자(사회복지사, 요양보호사, 생활지원사)를 대상으로 현재 이용하고 있는 서비스 내용과 추가 욕구를 살펴보고, 현장전문가 등을 대상으로는 정책방향 등을 제안하고자 한다.

다섯째, 전문가 간담회를 통해 고령장애인에 대한 활동지원서비스의 제도의 방향과 복지서비스의 지원 주체 및 방향을 논의하여, 정책방안과 신규서비스 등을 제안하고자 한다.

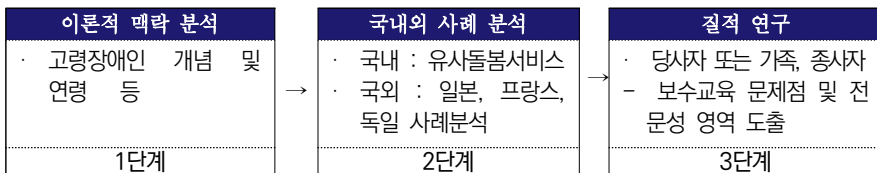
2) 연구방법

본 연구의 방법은 문헌연구와 질적연구방법을 활용하여, 세 가지 절차를 통해 연구가 진행되었다. 첫째, 문헌연구를 등을 통해 국내외 돌봄제도의 연령기준과 서비스 내용 등을 분석하였다. 즉 국내외 사례를 토대로 장애인활동지원제도의 개편방안을 도출하기 위한 기초자료로서 활용하도록 하였다.

둘째, 2차 자료를 분석하였다. 2차 자료는 등록장애인현황, 장애인실태조사를 토대로 만 65세 이전에 등록한 고령장애인과 만65세 이후에 등록한 고령장애인 특성, 장애유형별 고령장애인의 특성과 유사성, 차이점 등을 도출하고자 하였다.

셋째, 질적연구를 실시하였다. 고령장애인 중 활동지원서비스의 제도적 사각지대에 놓여 있는 대상자와 요양보호사, 생활지원사 등을 대상으로 세평적 방법을 통해 현 돌봄 서비스 이용 내용과 서비스 이용 및 제공 시 애로사항 등을 심층적으로 진행하였다. 그리고 노인복지영역, 장애인복지영역 등 현장전문가를 대상으로도 고령장애인의 서비스 방향과 제도적 개선방안을 도출하였다.

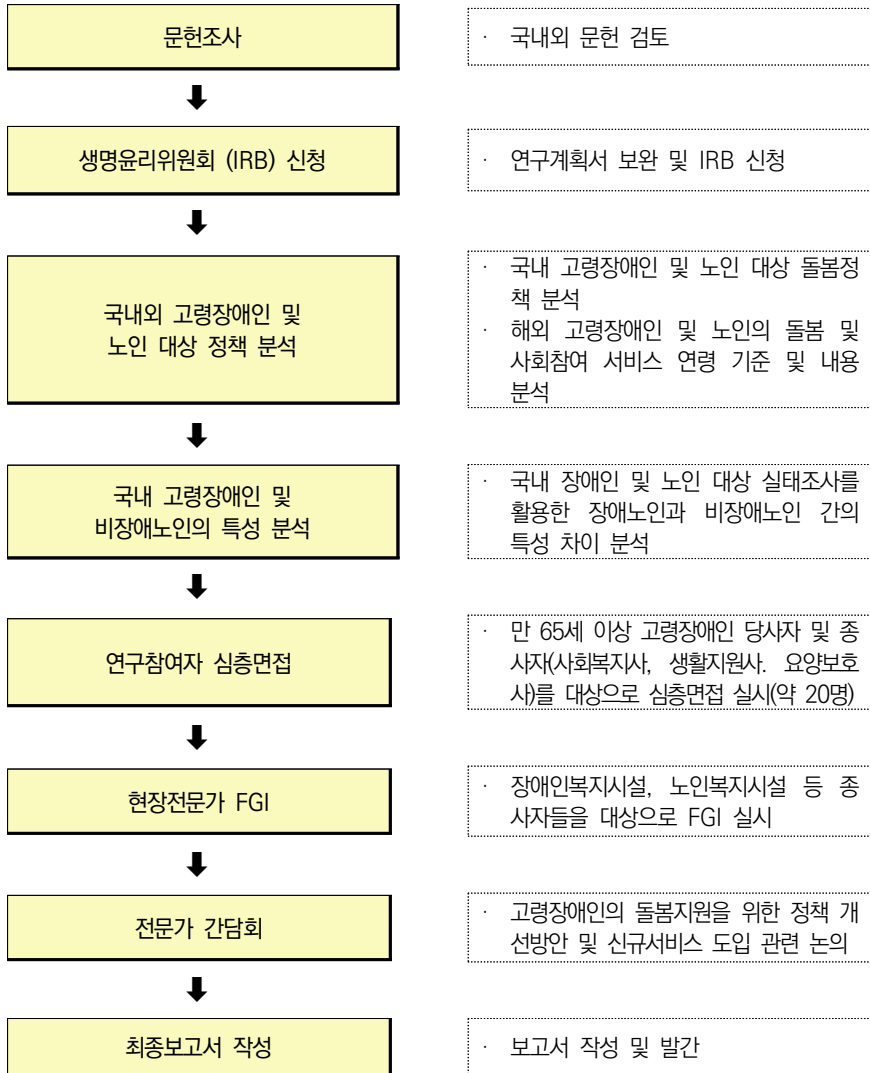
넷째, 간담회를 실시하였다. 본 연구의 문헌연구, 질적연구를 토대로 도출된 고령장애인의 활동지원제도 사각지대 개선방안과 그 외 요구되는 복지서비스에 대한 정책개선방안에 대한 의견을 수렴하도록 하였다.



[그림 1-2-1] 연구목표 도출을 위한 연구방법

3) 연구추진체계

연구추진체계는 다음과 같다.





Ⅱ 이론적 배경

1. 고령장애인 개념

‘고령(高齡)’의 개념은 ‘연령이 높다’는 의미로, 일반적으로 성인의 연령대를 청년, 장년, 중년, 고령으로 구분하고자 할 때 쓰인다(네이버 사전). 우리나라에서는 「고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진법에 관한 법률」에서도 ‘고령’이라는 표현을 쓰고 있으며, 해당 법령에서 ‘고령자’의 정의는 55세 이상인 사람으로 정의하고 있다. 또한, 동 법에서 제19조(정년)에 따르면 사업주는 근로자의 정년을 60세 이상으로 정하고 있다. 그러나 국내에서 가장 보편적으로 쓰이는 표현은 ‘노인’이라는 표현으로, 「노인복지법」에서 만 65세 이상을 기준으로 하고 있다. 이렇듯 국내 법률상으로도 ‘고령자’, ‘노인’이라는 표현을 혼용하여 쓰고 있으며, 법률상 연령 기준 또한 매우 다양하게 열어두고 있다. 다만, 본 연구에서는 노인복지정책과 장애인복지정책 상의 돌봄서비스와 관련한 내용을 다루게 되므로 「노인장기요양보험법」 상에서 「노인복지법」과 동일하게 만 65세 이상을 기준으로 두 제도를 구분하고 있다고 판단하였다(김찬우, 2015). 따라서 현재 쟁점이 되고 있는 두 제도 간의 부정합성으로 인해 나타나는 사각지대를 알아보기 위해 만 65세 이상을 ‘고령장애인’으로 정의하고자 하였다.

이러한 법적 연령 기준과 달리 장애계에서는 연령과 관계없이 장애로 인한 노화를 좀 더 이르게 정의해야 한다고 주장한다(김형수, 1996; 이익섭, 윤경아, 2001; 노승현, 2007; 정무성, 노승현, 2007; 노승현, 2012 등). 국내에서는 한국뇌성마비복지회(1995)에서 선천 또는 후천적으로 노년기 이전에 장애가 발생하여 현재 노년기에 이른 사람들과 노년기에 이르러서 장애가 발생한 사람들을 구분할 필요가 있다는 주장을 제기한 바 있다(한국뇌성마비복지회, 1995; 김형수, 1996). 이에 전자를 ‘고령화된 장애인(aging with disability)’으로 정의하고, 후자를 ‘노화로 인한 장애(disability with aging)’로 정의하여 구분하고자 하였다(김형수, 1996; Verbrugge & Yang, 2002; Sheets, 2005). ‘고령화된 장애인’은 기존의 ‘장애’로 인한 신체 및 심리사회적 어려움 뿐 아니라 ‘노화’로 인한 변화가 중첩되어 ‘이중고’를 겪게 되며(Foreman, 1998), 노년기에 도달하기 전에 ‘조기노화(premature

aging)’로 인한 고혈압, 당뇨 등 만성질환에 따른 2차 장애(secondary disability)를 경험하기도 한다. 반면, 노화로 인해 장애인이 된 사람들의 복지서비스 욕구는 뇌졸중, 관절염 등으로 인한 관절 사용의 어려움, 감각기관(시력, 청력)의 기능 저하 등 장애의 원인인 신체적 건강 회복을 위한 의료서비스에 집중하는 경향이 있으며, 고령화된 장애인에 비해 장애 보유 시기가 짧아 장애에 대한 정체성 수준이 낮은 측면이 있다(양희택, 신원우, 2011). 이렇듯 고령장애인 내에서도 장애유형이나 발생시기에 따라 상이한 특성과 욕구가 있다(Verbrugge & Yang, 2002; Sheets, 2005; 양희택, 신원우, 2011). 양희택과 신원우(2011)는 고령장애인 내에서의 특징을 비교하기 위해 장애인 등록 시점을 기준으로 65세 이전과 이후를 나누어 두 집단의 차이를 살펴본 바 있다. 해당 연구에 따르면, 고령화된 장애인은 노화에 따른 장애인에 비해 장애유지기간이 길고, 가구총소득이 낮으며, 신체 및 기능상태(ADL, IADL, 주관적 신체상태, 질환 보유율)가 더 나빴다(양희택, 신원우, 2011). 우울 수준 또한 노화에 따른 장애인에 비해 높았으며, 삶의 만족 수준은 더 낮은 것으로 나타났다(양희택, 신원우, 2011).

〈표 II-1-1〉 고령장애인의 장애발생 시기에 따른 정의 구분과 특징

구분	고령화된 장애인 (aging with disability)	노화로 인한 장애 (disability with aging)
장애발생 시기 및 특징	- 선천 또는 후천적으로 노년기 이전에 장애가 발생하였고, 일정 기간(10~20년)동안 장애인으로 살다가 노년기를 맞이한 집단	- 노년기 이전에는 비장애로 살아오다가 노화로 인해 노인성 질환(치매, 중풍, 관절염, 시력 및 청력 감퇴 등)이 발생하여 장애인으로 등록한 집단
장애 정체성	- 장애 보유기간이 높을수록 비교적 높음	- 장애 보유기간이 짧아 비교적 낮음 - 장애보다는 환자의 정체성이 높음
서비스 욕구	- 장애인복지서비스를 우선적으로 받기 원하며, 지역사회 참여와 활동을 원함 - 노인복지서비스 등에서 장애 특성이 고려되지 않아 차별과 배제를 겪는다고 생각함	- 신체적 건강 회복을 위한 의료서비스 중심에 집중되어있음. - 장애인복지서비스보다는 노인복지서비스 내에 포괄되기를 원하기도 함

이렇듯 노화로 인한 장애에 비해 고령화된 장애인의 어려움이 큰 상황임에도 불구하고, 현재 국내 노인돌봄정책은 장애에 대한 특성을 고려하지 않고 있다. 또한, 장애인복지정책에서도 고령장애인은 서비스의 배제를 겪고 있는 상황이다.



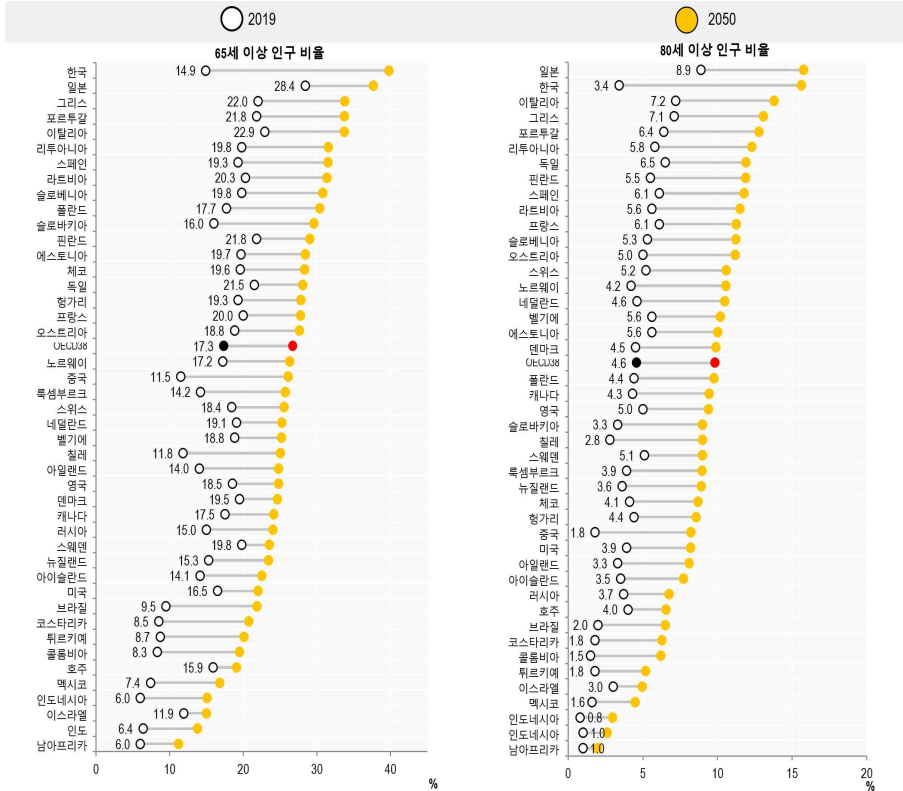
2. 국내 고령장애인 돌봄 정책 현황

본 연구에서는 고령장애인 정책의 건강, 소득, 고용, 돌봄, 사회참여, 주거, 인권 등 다양한 영역 중 돌봄 정책을 중심으로 살펴본다. 현재 우리나라는 고령장애인을 별도로 구분하지 않고, 노인복지정책 내에서 대부분 포괄하고 있다. 따라서 본 장에서는 전체 노인을 중심으로 실시하고 있는 돌봄정책에 대해 먼저 서술한 후, 각 제도별 고령장애인의 포함 수준에 대해 서술하고자 한다. 또한, 장애인을 대상으로 실시하고 있는 돌봄정책 내에서 만 65세 이후에 도래하면서 나타나는 다양한 문제점과 쟁점에 대해 다룬다.

1) 국내 노인돌봄 정책 현황

우리나라 65세 이상 고령인구는 2023년 기준으로 약 950만 명으로, 전체인구의 18.4%에 달하며, 2년 후에는 초고령사회로 들어설 전망이다(장래인구추계, 통계청). 우리나라의 경우, 단순히 65세 이상 고령인구가 증가하는 것보다 심각한 문제는 전 세계적으로 유래가 없을 정도로 고령화가 급속도로 진행되고 있다는 점이다. [그림 II-2-1]에서 제시된 바와 같이 OECD 38개국의 65세 이상 인구 비율을 살펴보면, 2019년과 2050년의 격차는 우리나라가 가장 크다. 또한 2050년에는 현재 수준에서 2배로 급증하여 전 세계에서 고령인구가 가장 많은 국가로 기록될 전망이며, 돌봄 욕구가 급격하게 증가하는 80세 이상 인구 비율 또한 15% 이상을 차지할 것으로 예측된다.

이러한 전망과 더불어 가족 돌봄의 약화(핵가족화), 사회관계망 축소 등 정책환경 변화에 따라 우리나라보다 먼저 고령화를 준비하고 있던 독일, 일본 등에서 도입한 사회적 돌봄 제도에 대해 국가 차원에서의 검토 필요성이 제기되었다. 이에 「노인복지법」에 근거하여 1989년부터 저소득층을 중심으로 시행하였던 재가복지서비스(가정봉사원파견서비스, 주야간보호서비스 등)에서 2000년대 초반부터 사회적 돌봄으로 정책 아젠다가 전환되면서 저소득층 중심의 조세 기반 재가복지서비스는 ‘노인돌봄 바우처 사업(현 노인맞춤돌봄서비스)’으로 전환되었다. 또한, 보편적 차원에서는 사회보험 기여금 방식의 2008년 ‘노인장기요양보험제도’가 도입되었다.



[그림 II-2-1] OECD 38개국의 65세 및 80세 이상 인구 비율(2019년, 2050년)

자료: OECD(2021). Health at a Glance 2021.

이러한 기여금 방식의 차이에 따라 우리나라의 노인돌봄 제도는 조세 방식(일반 회계)보다는 국민건강보험제도와 노인장기요양보험제도를 통해 보험료를 부과하는 방식(pay as you go)으로 이루어지는 비중이 97.2%로 가장 높은 상황이다(국민건강보험공단, 2022a, 2022b). 그러나 노인장기요양보험제도를 준비하는 과정에서 논의된 장애인의 경우는 다양한 사유⁵⁾로 최종적으로 제외되었고(김찬우 외, 2008; 김찬우, 2010), 2011년 10월 ‘자기선택’과 ‘결정’을 강조하고, 사회참여를 강조하는 자립생활 패러다임이 반영된 ‘장애인활동지원제도’가 도입되었다.

이에 [표 II-2-1]에서 제시된 바와 같이 현재 국내 고령장애인 돌봄정책은 크게

5) 2007년 당시 노인장기요양보험제도의 후속조치로 보건복지부에서 수행하고 있던 ‘활동보조서비스’의 전국 사업에 대한 영향과 장애계의 ‘요양’에 대한 부정적인 인식, 자원조달 방식에 대한 고민, 장애아동 포함 문제 등



노인장기요양보험제도와 노인맞춤돌봄서비스로 구분하고 있는 노인돌봄정책 내에서 대부분 포괄하고 있다. 그 중 65세 이상 등록장애인은 노인장기요양보험제도에 34.9%, 노인맞춤돌봄서비스에 21.1%가 수급 중이며, 그 외에 장애인활동지원 서비스를 받다가 65세 이후에도 지속적으로 받고 있는 경우가 약 8천여명(0.6%) 정도 있다. 또한, 노인장기요양보험제도 내에 시설급여 서비스(59,215명, 4.2%)와 유사하게 장애인거주시설 1,368명(0.1%)에 입소한 경우가 있으며, 요양병원에 입원하고 있는 경우도 포함되지만 입퇴원을 반복하는 경우도 있어 장기간 입원을 유지하고 있는 고령장애인을 별도로 파악하기는 어렵다. 즉, 고령장애인은 대부분 노인돌봄정책 내에 포함되어 있으며, 소수의 고령장애인(0.11%)이 장애인돌봄정책 내에 포함되어 있는 것이다. 이러한 상황으로 인해 고령장애인들은 장애인활동지원 제도를 유지하는 경우를 제외하면, 특별히 노인복지정책 내에서 장애와 관련한 특화된 서비스를 받지 못하였고, 장애인거주시설 내에서도 노화로 인한 장애인에 대한 특수성을 반영한 정책을 수혜 받았다고 보기 어렵다.

특히 가장 많은 고령장애인을 포함하고 있는 노인장기요양보험제도의 경우에도 등록장애인에 대한 고려는 전무한 실정이다. 「노인장기요양보험법」 제5조⁶⁾에서 장애인노인을 동등하게 고려하도록 하고 있으나, 최근 발표된 제3차 장기요양기본계획(안) (2023-2027)에는 고령장애인에 대한 돌봄정책에 대한 개선사항은 전무하였고, 노인과 장애인을 위한 돌봄로봇을 활성화해야 한다는 것 정도가 언급되었다(보건복지부, 2023). 즉, 노인돌봄정책 내에서도 등록장애인 여부를 특별히 고려하지 않고 있기 때문에 65세 이전에 장애인으로 등록을 하고 만 65세가 도래하더라도 노인복지정책 내에는 포함되기 어렵다. 또한, 만 65세 이후에 돌봄이 필요한 상황 이더라도 노인돌봄정책 내에서는 「노인장기요양보험법」 제10조에 따른 장기요양보험료의 감면 외에는 특별히 장애상태를 고려한 별도의 정책은 찾아보기 어렵다.

다음 절에서는 국내 돌봄정책 중 시설서비스보다는 재가서비스에 초점을 맞추어 각 제도별 고령장애인의 수혜 현황 및 해당 제도 내 고령화된 장애와 노화로 인한 장애인의 고려 등 다양한 쟁점에 대해 살펴보고자 한다.

6) 노인장기요양보험법 제5조(장기요양급여에 관한 국가정책방향)에서 '장기요양기본계획을 수립함에 있어서 노인 뿐만 아니라 장애인 등 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 모든 국민이 장기요양급여, 신체활동지원서비스 등을 제공받을 수 있도록 노력하고, 나아가 이들의 생활안정과 자립을 지원할 수 있는 시책을 강구하여야 한다'고 나와 있음.

〈표 II-2-1〉 국내 전체 노인 및 고령장애인의 돌봄 필요도에 따른 정책 수혜 현황(2022년말 기준)

구분(명/%)	서비스 형태	재가서비스						시설서비스		
	돌봄 필요도	낮음			중간~높음	높음 ~ 매우 높음			낮음 ~ 매우 높음	
		(예방 단계)								
서비스 전체 수급자 수 (제도수혜율)		노인맞춤돌봄서비스 ²⁾ (노인장기요양보험제도 등급외자 포함)			장애인활동 지원제도 ³⁾	노인장기요양보험 ⁴⁾			국민 건강보험 ⁵⁾	장애인 거주시설 ⁶⁾
		전체	일반	중점		전체	재가급여	시설급여	요양병원	
전체 노인 ¹⁾ (9,267,290명)	1,737,286 (18.7%)	517,940 (5.6%)	459,173 (5.0%)	58,767 (0.6%)	8,409 (0.1%)	838,250 (9.0%)	651,981 (6.1%)	189,321 (2.0%)	371,319 (4.0%)	1,368 (0.01%)
만 65세 이상 등록장애인 (1,401,523명)	411,594 (29.4%)	109,417 (7.8%)	90,614 (6.5%)	18,803 (1.3%)	8,409 (0.6%)	292,400 (20.9%)	230,514 (16.4%)	59,215 (4.2%)	확인불가	1,368 (0.1%)
전체수급자 대비 고령장애인 비중	23.7%	21.1%	19.7%	32.0%	100.0%	34.9%	41.0%	31.3%		100.0%
전체 등록장애인 (2,652,860명)	586,021 (22.1%)	109,419 (4.1%)	90,616 (3.4%)	18,803 (0.7%)	139,509 (5.3%)	308,528 (11.6%)	242,018 (9.1%)	62,849 (2.4%)		28,565 (1.1%)
전체 제도 수급자 대비 만 65세 이상 장애인 비중		100.0%	100.0%	100.0%	6.0%	94.8%	95.2%	94.2%		4.8%

자료: 1) 통계청. 주민등록인구현황(2022년 12월 기준), 각 제도별 현황에서도 65세 미만은 제외하였음.

2) 보건복지부 내부자료. 노인맞춤돌봄서비스 관련 현황 요청 자료(2022년 12월말 기준).

3) 한국장애인개발원(2023). 2023 장애통계연보. 장애인활동지원제도 수급자 수(보건복지부 내부자료, 2022년 12월 말 기준)

4) 국민건강보험공단(2023). 국민건강보험공단 내부자료(2022년 12월말 기준) (이용자 실인원수로 복수의 급여를 이용하더라도 1명으로 계산(단순합계 아님))

5) 임민경·김선제(2022)의 연구에서 2020년 요양병원 입원환자 분석자료에서 65세 이상 노인 환자 수를 인용하였음.

6) 보건복지부(2022). 2022년도 장애인거주시설 일람표(2021.12.31. 기준)



2) 장애인활동지원제도 및 노인장기요양보험⁷⁾

국가 차원에서 일상생활에 일정 수준 이상의 제약이 있고, 돌봄이 필요한 장애인과 노인을 지원하는 사회서비스 정책으로 대표되는 정책은 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험으로 두 가지 정책이 있다. 장애인활동지원제도는 장애인의 일상생활 및 사회참여를 지원하면서 자립생활을 지향하는 조세 방식의 제도이며, 노인장기요양보험은 신체활동 및 일상생활 지원을 통해 가족의 부담을 덜어주기 위한 사회보험방식의 제도이다. 두 제도의 도입 목적은 돌봄과 일상생활 지원이며, 장애인활동지원제도는 장애인의 자립생활을 지원하는 것도 포함하기 때문에 사회활동을 적극적으로 지원한다는 점에서 노인장기요양보험제도에 비해 인정 범위가 넓다.

두 제도는 도입 목적에 따라 대상자 연령 범위, 관련 급여 종류 등의 차이를 보인다. 구체적으로 살펴보면, 첫째, 대상자 연령은 장애인활동지원제도의 경우, 만 6세 이상부터 만 65세 미만의 「장애인복지법」상 등록장애인이며, 노인장기요양보험은 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 의미한다.

둘째, 서비스 필요량은 두 제도 모두 각 법률에 따른 판정기준을 두고 있는 것으로 나타났다. 즉, 장애인활동지원제도는 서비스 지원 종합조사에 의해, 노인장기요양보험은 장기요양인정조사의 심사 기준에 따르고 있다.

셋째, 급여종류의 경우, 장애인활동지원제도는 활동보조, 방문목욕, 방문간호로 구성되어 있으며, 일반적으로 활동보조 이용률이 가장 높으며, 동 영역은 신체지원, 가사지원, 사회활동 지원으로 구성되어 있다. 동 급여는 노인장기요양보험의 재가급여와 유사하다. 단, 차이점은 재가급여 내에 주야간보호, 단기보호가 포함된 부분이다. 또한, 시설급여는 장기요양기관 입소할 때 지원되는 것으로 노인의료복지시설(노인요양시설, 노인요양공동생활가정)을 이용할 때 지원되는 것이다.

넷째, 급여제공시간은 장애인활동지원의 경우 최소 월 60시간부터 최대 480시간까지 제공되며, 노인장기요양보험의 경우 1일 최소 30분부터 최대 240분까지 가능하다. 다섯째, 예산은 장애인활동지원제도는 일반조세에 따르지만, 노인장기요양보험제도는 사회보험 기여금에 의하며, 일부 조세가 포함된다. 마지막으로, 관리운영주체는 각각 국민연금공단과 국민건강보험공단이다.

7) 장애인활동 지원에 관한 법률 및 노인장기요양보험법, 2023년 장애인활동지원 사업안내서(보건복지부, 2023)를 토대로 작성함.

〈표 II-2-2〉 대표적인 고령장애인 돌봄 정책(2023년 기준)

구분	장애인활동지원제도	노인장기요양보험
목적	<ul style="list-style-type: none"> - 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인에게 활동지원급여를 제공하여 장애인의 자립생활을 지원하고 그 가족의 부담을 줄이기 위한 제도 	<ul style="list-style-type: none"> - 고령이나 노인성 질병 등으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 이들에게 신체활동 및 일상생활 지원 등의 서비스를 제공하여 노후 생활의 안정과 그 가족의 부담을 덜어주기 위한 사회보험제도
대상자	<ul style="list-style-type: none"> - 만 6세 이상부터 만 65세 미만의 「장애인복지법」상 등록장애인 - 만 65세 이상 보전급여 대상자 일부 포함됨 	<ul style="list-style-type: none"> - 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자
급여 판정기준	<ul style="list-style-type: none"> - 서비스 지원 종합조사 	<ul style="list-style-type: none"> - 장기요양인정조사
급여종류	<ul style="list-style-type: none"> - 활동보조 - 신체활동지원: 개인위생관리, 신체기능유지 증진, 식사도움, 실내이동도움 - 가사활동지원: 청소 및 주변정돈, 세탁, 취사 - 사회활동지원: 등하교 및 출퇴근 지원, 외출시 동행 - 방문목욕 - 방문간호 	<ul style="list-style-type: none"> - 시설급여 : 장기요양기관 입소 - 재가급여 : 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 기타 재가급여 - 특별현금급여 : 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비
급여시간	<ul style="list-style-type: none"> - 활동지원등급: 서비스 지원 종합점수에 따라 1~15구간으로 구분 - 월 최소 60시간부터 최대 480시간 (지방자치단체에서 추가로 지원하는 시간 제외) 	<ul style="list-style-type: none"> - 장기요양 인정등급: 장기요양인정점수 구간별로 1~4등급으로 구분하며, 치매환자에 한해 5등급과 인지지원등급을 부여함. - 재가급여: 1일 최소 30분부터 최대 4시간까지 이용 가능
예산	<ul style="list-style-type: none"> - 조세 기반 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보험 기여금 기반, 일부 조세 포함
관리운영 주체	<ul style="list-style-type: none"> - 국민연금공단 	<ul style="list-style-type: none"> - 건강보험공단

종합하면, 65세 이상 고령장애인은 노인장기요양보험제도에 주로 포함되며, 기존 장애인 활동지원급여 수급자가 노인장기요양급여 수급자로 전환되면서 급여량이 감소하는 경우에만 장애인활동지원제도를 통해 보전급여를 받을 수 있도록 하고 있다.⁸⁾ 또한, 2022년 6월에는 노인성질환으로 인해 노인장기요양급여 수급자로 등

8) 장애인활동 지원에 관한 법률 제17793호(2020년 12월 29일 일부 개정, 2021년 1월 1일 시행)



록하였다가 장애인활동지원 급여로 전환하는 것을 제한하였던 규정을 개정하여 보전급여를 통해 지원하도록 하고 있다.⁹⁾

보전급여는 ‘등록장애인 중 장기요양급여를 수급 중인 사람이 혼자서 사회생활을 하기 어려워 활동지원급여가 필요한 경우 장기요양급여에 활동지원급여를 부가적으로 지원하는 제도’이다(보건복지부, 2023). 보전급여의 신청 자격은 ① 65세 이상으로 활동지원급여 수급자 또는 수급자였던 사람으로 장기요양등급 판정을 받는 사람과, ② 65세 미만으로 장기요양등급 판정을 받은 사람이 해당한다. 신청 자격에 해당하는 사람은 주민등록상 주소지 읍면동에 우편, 팩스 및 온라인 신청을 통해 가능하며, 선정 기준은 서비스 지원 종합조사 결과 산출된 종합점수에서 장기요양 등급별 점수¹⁰⁾를 차감한 점수가 42점 이상인 사람이 보전급여를 받을 수 있다.

〈표 II-2-3〉 장애인활동지원제도의 보전급여 대상(2023년 기준)

구분		개정 시기
65세 이상	활동지원급여 수급자 또는 수급자였던 사람으로 장기요양등급 판정을 받는 사람	장애인활동지원에 관한 법률 제17793호 (2020.12.29.일부 개정, 2021.1.1. 시행)
65세 미만	65세 미만으로 노인성질환으로 장기요양등급 판정을 먼저 받은 사람	장애인활동지원에 관한 법률 제18901호 (2022.6.10.일부 개정, 2023.1.1. 시행)

즉, 2차례의 보전급여 대상의 확대에도 불구하고, 현 제도는 65세 이상 장애인 중 장애인활동지원제도 및 노인장기요양보험제도의 수급 경험이 없는 경우에는 노인장기요양보험제도만 신청할 수 있도록 제한하고 있다. 따라서 2022년 기준으로 장애인활동지원제도 전체 수급자 수(139,509명) 중 65세 이상은 8,409명(6.0%)으로 매우 적다. 그러나 10년 전(1,062명)에 비하면, 점차 증가하고 있는 실정이다.

〈표 II-2-4〉 연도별 장애인활동지원제도의 수급자 중 65세 이상 비중

구분	2013	2016	2019	2022
전체(명)	60,435	79,926	105,569	139,509
65세 이상 비중(%)	2.1	3.9	3.8	6.7

자료: 보건복지부 내부자료로 작성한 2023년 장애통계연보(김현지 외, 2023)를 토대로 저자 재구성

9) 장애인활동 지원에 관한 법률 제18901호(2022년 6월 10일 일부 개정, 2023년 1월 1일 시행)

10) 1등급(108점), 2등급(96점), 3등급(78점), 4등급(72점), 5등급(63점), 인지지원등급(36점)

(1) 노인장기요양보험제도 내 등록장애인 현황

65세 이상 고령장애인 중 일상생활 수행에 제약이 있는 경우의 다수가 포함된 노인장기요양보험제도의 수급자 현황 중 등록장애인 현황을 통해 고령장애인의 돌봄서비스 수혜 현황을 살펴보고자 한다.

먼저 2020년부터 2023년까지 4년간 노인장기요양 수급자 중 등록장애인의 비율을 살펴보면, 전체 수급자는 지속적으로 증가하고 있는 반면, 등록장애인의 비중은 점차 줄어들고 있다. 다만 시설급여 내 등록장애인의 비중은 유지되고 있다.

〈표 II-2-5〉 연도별 노인장기요양보험제도의 수급자 중 등록장애인 비중

구분		2020	2021	2022	2023 ¹⁾
전체	전체 수급자(명)	712,502	794,809	861,297	921,588
	등록장애인 비중(%)	36.8	36.1	35.8	35.6
	65세 이상 등록장애인 비중(%)	35.5	35.1	34.9	34.7
재가급여	전체 수급자(명)	521,596	600,824	668,304	717,285
	등록장애인 비중(%)	37.5	36.7	36.2	36.0
	65세 이상 등록장애인 비중(%)	36.3	35.7	35.4	35.2
시설급여	전체 수급자(명)	181,869	188,698	195,035	207,314
	등록장애인 비중(%)	32.2	32.1	32.2	32.1
	65세 이상 등록장애인 비중(%)	31.1	31.1	31.3	31.3

주1) 2023년 10월말 기준

자료: 보건복지부 내부자료

노인장기요양보험제도의 수급자 중 등록장애인의 장애정도를 살펴보면, 장애정도가 심하지 않은 장애인이 좀 더 많은 비중을 차지하고 있다.

〈표 II-2-6〉 노인장기요양보험제도의 수급자 중 장애 정도별 비중(2023년 10월말 기준)

구분		전체	재가급여			시설급여
			전체	방문요양	주야간보호	
전체 수급자(명)		921,588	717,285	571,023	180,573	207,314
장애인 수급자 수(명)		327,962	258,018	217,577	51,569	66,573
장애 정도	장애 정도가 심한 장애인 비중(%)	35.9	33.7	35.8	22.7	40.3
	장애 정도가 심하지 않은 장애인 비중(%)	64.1	66.3	64.2	77.3	59.7

자료: 보건복지부 내부자료



노인장기요양보험제도의 수급자 중 등록장애인의 장애유형은 지체장애, 뇌병변장애, 청각장애가 가장 많은 비중을 차지하고 있다. 장애유형별로 살펴보면, 뇌병변장애와 정신장애의 경우, 시설급여의 이용률이 가장 높게 나타나고 있으며, 청각장애의 경우, 주야간보호의 이용률이 가장 높게 나타났다. 내부기관 장애 중 신장장애는 방문요양의 이용률이 높았다.

〈표 II-2-7〉 노인장기요양보험제도의 수급자 중 장애유형별 비중(2023년 10월말 기준)

구분		전체	재가급여			시설급여
			전체	방문요양	주야간보호	
전체 수급자(명)		921,588	717,285	571,023	180,573	207,314
장애인 수급자 수(명)		327,962	258,018	217,577	51,569	66,573
장애 유형	지체장애	37.0	38.1	38.2	36.5	34.2
	뇌병변장애	23.9	21.8	22.9	17.2	27.8
	시각장애	8.2	8.5	8.5	8.2	8.0
	청각장애	21.7	22.7	21.0	31.7	21.1
	언어장애	0.9	0.9	1.0	0.9	0.8
	지적장애	1.8	1.3	1.2	1.8	3.6
	자폐성장애	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	정신장애	1.5	1.1	1.0	1.3	3.2
	신장장애	3.4	3.9	4.4	1.2	0.5
	심장장애	0.2	0.2	0.3	0.2	0.2
	호흡기장애	0.4	0.5	0.5	0.1	0.1
	간장애	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0
	안면장애	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
	장루요루장애	0.7	0.7	0.8	0.5	0.5
뇌전증장애	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	

자료: 보건복지부 내부자료

종합하면, 노인장기요양보험제도 내에서도 약 1/3 수준이 등록장애인이며, 지체장애나 뇌병변장애의 비율이 매우 높은 반면, 지적장애나 정신장애의 등록율은 낮은 것으로 나타났다. 2022년 기준으로 65세 이상 지적장애인이 13,826명(전체 지적장애인 중 6.1% 수준)인 반면, 노인장기요양급여 수급 중인 지적장애인은 5,500명에 불과하다. 이는 지적장애인의 높은 돌봄 욕구에 비하면, 낮은 수준의 등록율이라 할 수 있다. 또한, 정신장애의 경우에도, 같은 해 20,311명(전체 정신장애인 중 19.5%)인 반면, 노인장기요양급여 수급 중인 정신장애인은 4,504명에 불과하다. 즉, 신체장애에 대한 등록율은 높은 반면, 정신적 장애에 대한 등록율은 낮다.

그 외 현황을 살펴보면, 노인장기요양보험제도의 수급자 중 장기요양 등급은 낮은 등급에서 높은 등급으로 올라갈수록 장애인 등록 비율이 높았으며, 본인부담금에 대한 자격에 따른 구분을 살펴보면, 일반, 감정, 의료급여보다는 국민기초생활수급자격을 갖춘 수급자에서 장애인 등록 비율이 높게 나타났다. 또한, 연령은 높을수록 장애인 등록 비율이 낮게 나타났는데, 65세 미만이 69.3%에 달하는 반면, 85세 이상에서는 28.7% 수준까지 감소하였다.

3) 지역자율형 사회서비스 투자사업

지역자율형 사회서비스 투자사업 중 65세 미만을 대상으로 하지만 돌봄제도로 볼 수 있는 가사간병 방문지원사업과 노인맞춤형돌봄서비스를 들 수 있다.

첫째, 가사간병 방문지원사업은 만 65세 미만의 사람으로 기준중위소득 70% 이하 계층 중 가사·간병 서비스가 필요한 사람으로 ① 장애 정도가 심한 장애인, ② 6개월 이상 치료를 요하는 중증장애인, ③ 소년소녀가정 등, ④ 만 65세미만의 의료급여수급자 중 장기입원 사례관리 퇴원자, 기타 등이다. 급여종류는 신체수발, 건강지원, 가사지원, 일상생활 지원으로 앞선 활동지원제도의 급여내용과 큰 차이가 없다. 단지 월 24시간으로 최저 활동보조시간인 30시간(15구간)보다 6시간 적다.

둘째, 노인맞춤형돌봄서비스는 만 65세 이상 ①국민기초생활수급자, ②차상위계층 또는 ③기초연금수급자로서 유사 중복사업 자격에 해당하지 않는 자(다만, 시장·군수·구청장이 서비스가 필요하다고 인정하는 경우 예외적으로 제공 가능)로서 독거·조손·고령부부 가구 노인 등 돌봄이 필요한 노인, 신체적 기능 저하, 정신적 어려움(인지저하, 우울감 등) 등으로 돌봄이 필요한 노인, 고독사 및 자살 위험이 높은 노인 등이 대상이다. 대상자들은 대상자 선정 도구를 통해 사회-신체-정신 영역의 돌봄 필요도에 따라 대상자 군이 결정되며, 군에 따라 서비스 제공시간의 범위 등이 달라진다. 즉, 중점돌봄군과 일반돌봄군으로 구분되는데, 중점돌봄군은 신체적인 기능제한으로 일상생활지원 필요가 큰 대상으로 월 16시간 이상 40시간 미만의 직접 및 주기적인 가사지원서비스를 제공받게 된다. 일반돌봄군은 사회적인 관계 단절 및 일상생활의 어려움으로 돌봄 필요가 있는 대상으로 중점돌봄군에 비해 다소 월 16시간 미만으로 한정되어 있으며, 주기적인 가사지원서비스 제공이 불가하다. 주로 서비스는 안전지원이 대표적인데, 안전지원은 안부를 확인(방문, 전화,



ICT)하고, 생활안전 점검을 하거나, 필요시 사회참여를 하도록 자조모임을 지원하고, 서비스를 연계하기도 한다.

종합하면, 만 65세 이상 고령장애인의 경우, 가사간병 방문지원사업보다는 노인 맞춤형돌봄서비스를 통해 서비스를 제공 받을 수 있는 상황이다. 그러나 노인맞춤형돌봄서비스의 서비스 대상자 선정을 위한 조사지에는 장애 유무를 별도로 확인하고 있지 않으며, 서비스 제공자인 생활지원사의 교육 내용에도 장애유형별 욕구 등에 대한 교육이 별도로 이루어지고 있지 않은 상황이다.

〈표 II-2-8〉 지역자율형 사회서비스 투자사업(2023년 기준)

구분	가사간병 방문지원 ¹⁾	노인맞춤형돌봄서비스 ²⁾
목적	· 일상생활과 사회활동이 어려운 저소득층을 위한 가사·간병 서비스를 지원함으로써 취약계층의 생활 안정을 도모하고 가사·간병 방문 제공인력의 사회적 일자리 창출	· 일상생활 영위가 어려운 취약노인에게 적절한 돌봄서비스를 제공하여 안정적인 노후생활 보장, 노인의 기능·건강 유지 및 악화 예방
대상자	· 만 65세 미만의 사람으로 기준중위소득 70% 이하 계층 중 사·간병 서비스가 필요한 사람	· 만 65세 이상 ①국민기초생활수급자, ②차상위계층 또는 ③기초연금수급자로서 유사 중복사업 자격에 해당되지 않는 자(다만, 시장·군수·구청장이 서비스가 필요하다고 인정하는 경우 예외적으로 제공 가능)
대상자 선정 기준	· 대상자 및 소득기준	· 대상자 선정도구를 통해 사회·신체·정신영역의 돌봄필요도에 따라 대상자 군 결정
급여종류	· 신체수발 지원 : 목욕, 대소변, 옷 입기, 세면, 식사 등 보조 · 건강 지원 : 체위변경, 간단한 재활운동 보조 등 · 가사 지원 : 청소, 식사준비, 양육보조 등 · 일상생활 지원 : 외출 동행, 말벗, 생활상담	· 직접서비스: 안전지원, 사회참여, 생활교육, 일상생활지원 등 · 연계서비스: 연계 · 특화 및 사후관리서비스
서비스 제공 시간	· 월 24시간, 월 27시간 중 선택	· 중점돌봄군: 월 16시간 이상 40시간 미만의 직접서비스 제공, 주기적인 가사지원서비스 제공 가능 · 일반돌봄군: 월 16시간 미만의 직접서비스 제공, 주기적인 가사지원서비스 제공 불가
비고	· 의료급여수급자 중 장기입원 사례관리 퇴원자 · 월 40시간	· 방문형, 통원형(집단 프로그램) 등의 직접 서비스 및 연계 서비스 제공

주: 1) 보건복지부(2022e) 「2022년도 가사·간병 방문지원사업 안내」

2) 보건복지부(2022f) 「2022년도 노인맞춤돌봄서비스 사업안내」

(1) 노인맞춤형돌봄서비스 내 등록장애인 현황

65세 이상 고령장애인 중 노인장기요양보험제도가 장애인활동지원제도를 통해 서비스를 제공 받고 있지 않은 등록장애인 중 노인맞춤형돌봄서비스를 수급 받고 있는 등록장애인 현황을 살펴보고자 한다.

먼저 2020년부터 2023년까지 4년간 노인맞춤형돌봄서비스 이용자 중 등록장애인의 비율을 살펴보면, 전체 이용자는 지속적으로 증가하고 있는 반면, 등록장애인의 비중은 점차 줄어들고 있다. 일반돌봄군에 비해 좀 더 많은 시간의 서비스가 제공되는 중점돌봄군에서 등록장애인의 비중이 높게 나타남에도 불구하고, 수급자 수는 급격하게 감소하고 있다.

〈표 II-2-9〉 연도별 노인맞춤형돌봄서비스의 이용자 중 등록장애인 비중

구분		2020	2021	2022	2023 ¹⁾
전체	전체 수급자(명)	458,139	510,344	517,945	533,726
	등록장애인 수급자(명)	110,014	114,044	109,419	106,500
	등록장애인 비중(%)	24.0	22.3	21.1	20.0
일반 돌봄 군	전체 수급자(명)	386,791	445,193	459,177	481,465
	등록장애인 수급자(명)	82,997	91,999	90,616	90,585
	등록장애인 비중(%)	21.5	20.7	19.7	18.8
중점 돌봄 군	전체 수급자(명)	71,348	65,149	58,768	52,257
	등록장애인 수급자(명)	27,017	22,045	18,803	15,915
	등록장애인 비중(%)	37.9	33.8	32.0	30.5

주1) 2023년 9월말 기준
자료: 보건복지부 내부자료

노인맞춤형돌봄서비스에서는 전반적으로 중점돌봄군에 비해 일반돌봄군의 이용률이 높은 반면, 중점돌봄군에서 장애정도가 심한 장애인의 비중이 다소 높았다.

〈표 II-2-10〉 노인맞춤형돌봄서비스의 이용자 중 장애유형별 비중(2023년 9월말 기준)

구분		전체	일반돌봄군	중점돌봄군
전체 수급자(명)		533,726	481,465	52,257
장애인 수급자 수(명)		106,500	90,585	15,915
장애 정도	심한 장애인 비중(%)	13.3	12.0	21.1
	심하지 않은 장애인 비중(%)	86.7	88.0	78.9

자료: 보건복지부 내부자료



노인맞춤형돌봄서비스의 이용자 중 장애유형별 이용자를 살펴보면, 지체장애가 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 그 다음으로 청각장애, 시각장애 순으로 나타났다. 노인장기요양급여 수급자의 장애유형별 분포와 크게 다른 점은 뇌병변장애의 이용률이 현저히 낮다는 점이다. 또한, 높은 비중을 차지하는 3개 유형(지체장애, 시각장애, 청각장애)의 장애를 제외하면, 대부분의 장애유형이 매우 낮은 이용률을 보였다.

〈표 II-2-11〉 노인맞춤형돌봄서비스의 이용자 중 장애유형별 비중(2023년 9월말 기준)

구분		전체	일반돌봄군	중점돌봄군
전체 수급자(명)		533,726	481,465	52,257
장애인 수급자 수(명)		106,500	90,585	15,915
장애유형	지체장애	49.6	50.1	46.8
	뇌병변장애	3.6	3.1	6.1
	시각장애	10.3	10.2	11.1
	청각장애	32.0	32.6	29.0
	언어장애	0.3	0.3	0.4
	지적장애	0.5	0.5	0.9
	자폐성장애	-	-	-
	정신장애	0.6	0.5	0.9
	신장장애	1.6	1.3	3.1
	심장장애	0.1	0.1	0.2
	호흡기장애	0.4	0.4	0.8
	간장애	0.1	0.1	0.1
	안면장애	0.1	0.1	0.0
	장루요루장애	0.7	0.7	0.6
	뇌전증장애	0.1	0.1	0.1

자료: 보건복지부 내부자료

종합하면, 노인맞춤형돌봄서비스의 이용자 중 등록장애인은 약 1/5 수준이며, 이는 노인장기요양보험제도의 수급자에 비해 현저히 적다. 이는 서비스 대상자 조사 시에 등록장애인 여부를 확인하지 않는 이유도 포함되며, 해당 제도에서 장애특수성을 고려한 별도의 고려가 이루어지지 않는 것도 원인으로 꼽을 수 있다.

3. 선행연구

기존 활동지원서비스와 노인장기요양서비스의 이용대상 기준이 연령으로 구분되어 발생하는 고령 장애인의 서비스 분절, 공백 문제는 오랜 시간동안 다양한 연구에서 제기되어왔다(황주희 외, 2014; 김세진, 2017; 이정랑, 2019; 김현승 외, 2020; 황주희 외, 2020; 이선영, 2021; 이은실, 2022).

앞서 정책현황에서 살펴본 바와 같이, 최근 2021년부터 기존에 활동지원서비스를 이용하고 있는 장애인은 65세 이후에도 장기요양과 함께 활동지원서비스를 이용할 수 있고, 2023년부터 노인성질환으로 인해 장기요양을 수급하는 65세 미만 장애인 또한 활동지원서비스를 이용할 수 있게 되었다. 하지만 장애인활동서비스 이용자 연령기준 확대 및 장기요양서비스와의 서비스 분절 완화 등 서비스 공백을 축소하려는 노력이 계속 이어지고 있음에도 불구하고, 여전히 65세 이후 장애등록을 한 고령장애인의 경우에는 여전히 활동지원서비스 이용자격을 갖지 못한다.

장애발생시기를 기준으로 장애인 서비스 또는 노인 서비스 이용자격을 설정하거나 서비스 내용에 차이를 두어야 한다는 정책제안이 존재한다. 이와 관련해 노년기에 장애를 가지게 된 노인성 장애인과(Disability with aging) 이른 시기에 장애를 갖고 이후 노인이 된 고령화 된 장애인(Aging with disability)의 특성, 두 그룹간의 차이점 및 정책 대안을 제시하는 연구가 진행되었다(김찬우, 2015; 이예은, 2016, 김진희, 2022).

김찬우(2015)는 65세 이상 장애인의 장애인활동지원제도와 장기요양보험제도 적용 사각지대 해소를 위한 정책설정 방안을 ‘노인성 장애인’과 ‘고령화된 장애인’ 대상 서비스로 구분하여 논의했다. 노화로 인해 장애를 갖게 된 경우 의료보장에 대한 욕구가 강하고, 발생시기가 어릴수록 소득보장 욕구가 강하게 나타나 복지욕구 해소를 위한 접근에 차별성이 필요한 것으로 나타났다. 뿐만 아니라 고령장애인을 위한 서비스 유형 개발, 서비스 대상자 자격 조정 등을 통해 특수한 지원방안 마련을 강조했다.

김진희(2022)의 연구에서는 장애등록시기(아동·청년기, 중·장년기, 노년기)에 따라 고령장애인의 특성, 주요영역별 생활실태의 차이가 존재하는 것으로 확인되었다. 장애발생이 늦을수록 장애정도는 심하지 않았지만, 장애발생이 늦을수록 주관적 건강상태를 부정적으로 평가하고 만성질환을 더 많이 가지는 경향이 나타났다.



또한 장애발생이 늦은 고령장애인이 일상생활 도움필요 정도(ADL, IADL)가 상대적으로 높았다. 소득측면에서도 장애등록이 늦을수록 주관적 경제상태를 낮게 평가했고 실제 월 소득수준 또한 낮은 것으로 나타났다. 장애등록이 늦을수록 일상생활의 도움필요 정도가 높고 건강 및 요양에 대한 욕구는 높지만 배우자나 동거인이 없는 경우가 많아 돌봄 공백이 우려되었다.

연령 기준에 따라 ‘노인 서비스’ 대상으로 함께 묶여있는 비장애 노인과 고령장애인 각각의 특성과 서비스 욕구 분석 또한 필요하다. 비장애 노인과 비교했을 때 장애 노인이 가지는 특성과 서비스욕구 등은 아직 충분히 논의되지 못했다.

전해숙(2015)은 노인장기요양보험제도의 시행에 따른 장애인과 비장애 노인의 삶의 질에 미친 영향을 분석하며 두 집단의 차이를 확인했다. 장기요양보험제도 시행 이전 기간의 경우, 장애노인의 삶의 질이 비장애 노인보다 낮고, 삶의 질 격차 또한 변화 없이 지속되었다. 하지만 장기요양보험제도 시행 이후 장애노인의 삶의 질이 향상되고, 비장애 노인과 삶의 질 격차가 점차 완화되는 것을 확인했다. 즉, 노인장기요양서비스는 기능상 제약이 존재하는 장애노인의 삶의 질 향상을 이끄는 사회적 안전망으로서의 역할을 수행하고 있다고 볼 수 있다. 뿐만 아니라 고령장애인의 돌봄 및 일상생활 지원에 대한 잠재적 욕구 또한 확인할 수 있었다.

현재 장애인 인구뿐만 아니라 전체 인구의 고령화가 빠르게 진행되고 있는 상황을 고려했을 때, 연령을 기준으로 서비스 대상을 장애인과 노인으로 구분해 발생하고 있는 제도적 분절성 해소를 위한 노력뿐만 아니라 노인서비스 내 장애 고려 확대 등 다양한 제도적 개선이 필요할 것으로 보인다.

이선영(2021)은 현재 장애인, 노인으로 대상자를 구분해 제공하고 있는 돌봄서비스 운영의 통합성 향상을 위해 일본의 공생형서비스 도입사례를 소개하고 대상자 선정도구의 통일성 확대, 서비스 급여량의 격차 완화 및 제도통합, 서비스 제공인력 양성체계 통합, 수가 수준의 일원화를 제안했다.

황주희, 김진희(2022)의 연구에서는 지역사회 통합돌봄 선도사업의 수행과 함께 고령장애인 대상 정책 과제를 제안했다. 고령장애인은 비장애 노인, 청장년 장애인에 비해 건강·의료적으로 취약하고 돌봄 필요도가 높으며, 취약한 환경에 거주할 가능성이 높다. 고령장애인이 거주시설, 병원 등 시설입소 하지 않고, 지역사회에서 노후를 보낼 수 있도록 ‘노인’, ‘장애인’과 같이 대상별 서비스 접근을 지양하고 수요자 중심의 서비스 공급체계를 마련할 것을 강조했다.

Ⅲ 고령장애인의 돌봄서비스 욕구분석

본 장에서는 고령장애인의 인구사회학적 특성과 일상생활 및 돌봄, 건강, 소득보장영역에서의 욕구를 분석하고자 한다. 2020년 장애인실태조사 데이터를 활용하여 장애유형 및 장애정도, 장애등록시기(65세 전후)에 따른 영역별 욕구의 차이를 살펴볼 것이다.

1. 고령장애인의 인구사회학적 특성

1) 인구현황

(1) 등록장애인 인구현황

2022년 기준 등록장애인 현황을 살펴보면, 65세 이상 등록장애인은 1,401,523명으로 전체 등록장애인의 52.8%, 절반 이상을 차지한다. 장애유형의 분포를 보았을 때, 전체 장애인 인구보다 65세 이상 장애인 인구의 청각장애(24.5%) 비율이 뚜렷하게 높게 나타났고, 지적(1.0%), 자폐성(0.0%)장애의 비중은 많이 낮았다.

2019년부터 2022년까지 전체 등록장애인 중 65세 이상의 고령장애인이 차지하는 비율은 48.2%에서 52.8%까지 꾸준히 증가했다. 장애유형별 변화를 보았을 때, 시간이 지남에 따라 전체 고령장애인 내 비율이 감소하거나 일정한 수준으로 유지되는 있는 장애유형도 있었지만, 시각장애, 언어장애, 정신장애, 신장장애, 간장애의 경우 그 비율이 조금씩 증가했다.



〈표 III-1-1〉 등록장애인 및 고령장애인 현황(성별, 장애정도별, 장애유형별)

(단위: 명, %)

구분		전체 등록장애인		65세 이상 등록장애인	
		명	%	명	%
합계		2,652,860	(100.0)	1,401,523	(100.0)
성별	남자	1,534,655	(57.8)	691,954	(49.4)
	여자	1,118,205	(42.2)	709,569	(50.6)
장애 정도	심한 장애	983,928	(37.1)	369,420	(26.4)
	심하지 않은 장애	1,668,932	(62.9)	1,032,103	(73.6)
장애 유형	지체	1,176,291	(44.3)	659,537	(47.1)
	뇌병변	245,477	(9.3)	142,407	(10.2)
	시각	250,767	(9.5)	137,941	(9.8)
	청각	425,224	(16.0)	343,309	(24.5)
	언어	23,349	(0.9)	8,583	(0.6)
	지적	225,708	(8.5)	13,826	(1.0)
	자폐성	37,603	(1.4)	4	(0.0)
	정신	104,424	(3.9)	20,311	(1.4)
	신장	105,842	(4.0)	46,244	(3.3)
	심장	5,078	(0.2)	2,391	(0.2)
	호흡기	11,451	(0.4)	7,853	(0.6)
	간	15,066	(0.6)	5,408	(0.4)
	안면	2,725	(0.1)	807	(0.1)
	장루·요루	16,779	(0.6)	11,842	(0.8)
	뇌전증	7,076	(0.3)	1,060	(0.1)

출처: 보건복지부(2022), 「장애인현황」

〈표 III-1-2〉 연도별 전체 등록장애인 대비 고령장애인 수

(단위: 명, %)

구분	2019	2020	2021	2022
전체 등록장애인	2,618,918	2,633,026	2,644,700	2,652,860
고령장애인	1,263,036	1,313,496	1,355,876	1,401,523
전체 등록장애인 대비 고령장애인 비율	48.2	49.9	51.3	52.8

출처: 보건복지부(2019-2022), 「장애인현황」

〈표 III-1-3〉 연도별 고령장애인 현황(성별, 장애정도별, 장애유형별)

(단위: 명, %)

구분		2019		2020		2021		2022	
		명	%	명	%	명	%	명	%
고령장애인 합계		1,263,036	(100.0)	1,313,496	(100.0)	1,355,876	(100.0)	1,401,523	(100.0)
성별	남자	347,395	(27.5)	355,641	(27.1)	361,845	(26.7)	369,420	(26.4)
	여자	915,641	(72.5)	957,855	(72.9)	994,031	(73.3)	1,032,103	(73.6)
장애 정도	심한장애	603,886	(47.8)	634,826	(48.3)	661,779	(48.8)	691,954	(49.4)
	심하지 않은 장애	659,150	(52.2)	678,670	(51.7)	694,097	(51.2)	709,569	(50.6)
장애 유형	지체	612,966	(48.5)	629,876	(48.0)	643,349	(47.4)	659,537	(47.1)
	뇌병변	140,779	(11.1)	141,954	(10.8)	142,188	(10.5)	142,407	(10.2)
	시각	129,228	(10.2)	132,211	(10.1)	134,857	(9.9)	137,941	(9.8)
	청각	286,647	(22.7)	307,629	(23.4)	325,713	(24.0)	343,309	(24.5)
	언어	7,454	(0.6)	7,830	(0.6)	8,185	(0.6)	8,583	(0.6)
	지적	10,543	(0.8)	11,634	(0.9)	12,717	(0.9)	13,826	(1.0)
	자폐성	1	(0.0)	2	(0.0)	2	(0.0)	4	(0.0)
	정신	14,702	(1.2)	16,689	(1.3)	18,388	(1.4)	20,311	(1.4)
	신장	35,459	(2.8)	39,174	(3.0)	42,701	(3.1)	46,244	(3.3)
	심장	2,470	(0.2)	2,445	(0.2)	2,415	(0.2)	2,391	(0.2)
	호흡기	7,210	(0.6)	7,479	(0.6)	7,680	(0.6)	7,853	(0.6)
	간	3,577	(0.3)	4,153	(0.3)	4,754	(0.4)	5,408	(0.4)
	안면	652	(0.1)	708	(0.1)	768	(0.1)	807	(0.1)
	장루요루	10,603	(0.8)	10,852	(0.8)	11,198	(0.8)	11,842	(0.8)
	뇌전증	745	(0.1)	860	(0.1)	961	(0.1)	1,060	(0.1)

출처: 보건복지부(2019~2022), 「장애인현황」



(2) 장애등록 시기에 따른 인구현황

① 평균연령

2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 사용하여 만65세 이상 장애인의 평균연령을 분석한 결과 평균 76.1세로 나타났다. 장애등록을 65세 미만으로 한 경우 고령장애인의 평균연령은 72세, 만 65세 이상으로 등록한 경우 80.8세로 두 그룹의 평균연령은 약 8세 차이를 보였다.

장애유형을 살펴보면 간장애(68.7세), 지적장애(69.9세), 정신장애(70.0세), 뇌전증장애(70.9세)가 다른 장애유형보다 평균연령이 낮았다. 특히 간장애의 경우 장애등록시기와 관계없이 평균연령이 모두 60대(65세 미만 장애등록 68.4세, 65세 이상 등록 69.5세)로 나타났다. 장루·요루 장애는 65세 이상에 장애등록을 한 경우 평균연령과 연령분포가 전체 고령장애인 평균보다 높게 나타났다.

〈표 III-1-4〉 만 65세 이상 등록 장애인 현황(장애유형별)

(단위: 명, 세)

구분	전체		장애등록 시기			
			65세 미만		65세 이상	
	계	평균연령	계	평균연령	계	평균연령
합계	1,325,750	76.1	714,278	72.0	611,472	80.8
지체	659,048	75.5	412,407	72.2	246,642	80.9
뇌병변	130,442	74.5	71,946	71.1	58,495	78.8
시각	139,512	75.7	82,449	72.4	57,063	80.5
청각	297,416	79.5	86,238	73.4	211,177	81.9
언어	8,299	73.8	5,423	71.1	2,876	78.8
지적	8,777	69.9	8,421	69.8	356	73.0
정신	16,184	70.0	13,077	68.3	3,107	77.2
신장	38,620	73.1	17,948	69.5	20,672	76.2
심장	2,435	73.7	1,675	72.0	759	77.4
호흡기	7,965	73.3	4,699	70.5	3,266	77.4
간	3,905	68.7	2,956	68.4	950	69.5
안면	938	73.3	706	71.4	232	78.9
장루·요루	11,356	76.2	5,622	70.5	5,733	81.7
뇌전증	854	70.9	711	69.4	143	78.5

주: 1) 가중치가 적용된 데이터로 분석한 결과이며 실제 조사 참여자 수와 차이가 있음. 등록된 주장해 유형에 따른 값임, 이하 동일

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

만 65세 이상 고령장애인의 연령대 분포를 보다 자세히 살펴보면, 청각장애의 경우 평균연령(79.5세)이 다른 장애유형보다 높을 뿐만 아니라 85세 이상 비율 또한 25.7%로 높게 분포해있다.

〈표 III-1-5〉 만 65세 이상 등록 장애인 현황(장애유형별, 연령그룹별)

(단위: 명, %)

장애등록 시기	구분	평균 연령	비율	연령대 비율(%)				
				65-69세	70-74세	75-79세	80-84세	85세이상
전체	합계	76.1	100.0	22.7	21.8	22.4	19.6	13.6
	지체	75.5	49.7	25.0	22.5	21.5	20.3	10.7
	뇌병변	74.5	9.8	26.2	28.1	23.6	13.2	8.8
	시각	75.7	10.5	22.8	22.4	25.4	16.9	12.4
	청각	79.5	22.4	10.5	15.4	22.9	25.5	25.7
	언어	73.8	.6	39.0	17.1	24.3	9.2	10.4
	지적	69.9	.7	50.7	31.3	18.0	-	-
	정신	70.0	1.2	57.2	23.2	10.8	7.4	1.4
	신장	73.1	2.9	33.5	27.3	25.2	10.0	4.0
	심장	73.7	.2	23.3	37.5	26.6	5.9	6.7
	호흡기	73.3	.6	26.7	35.0	22.9	12.7	2.6
	간	68.7	.3	70.0	26.7	3.2	-	-
	안면	73.3	.1	20.6	34.3	30.0	15.0	-
	장루·요루	76.2	.9	23.6	23.5	19.3	18.5	15.1
	뇌전증	70.9	.1	47.6	23.2	24.5	4.7	-
65세 미만	합계	72.0	100.0	38.9	30.0	21.4	8.5	1.2
	지체	72.2	57.7	38.5	29.1	21.0	10.3	1.0
	뇌병변	71.1	10.1	42.4	34.9	17.9	4.4	.4
	시각	72.4	11.5	35.6	30.3	26.0	6.3	1.9
	청각	73.4	12.1	28.3	30.7	27.6	10.3	2.9
	언어	71.1	.8	54.3	18.5	16.4	10.8	-
	지적	69.8	1.2	52.8	28.4	18.8	-	-
	정신	68.3	1.8	67.6	24.3	8.1	-	-
	신장	69.5	2.5	56.0	30.3	13.7	-	-
	심장	72.0	.2	33.8	36.9	24.6	4.7	-
	호흡기	70.5	.7	43.8	39.2	14.9	2.1	-
	간	68.4	.4	75.5	23.3	1.2	-	-
	안면	71.4	.1	27.4	45.6	23.4	3.5	-
	장루·요루	70.5	.8	46.4	37.3	14.6	1.7	-
	뇌전증	69.4	.1	57.2	27.8	14.9	-	-



장애등록 시기	구분	평균 연령	비율	연령대 비율(%)				
				65-69세	70-74세	75-79세	80-84세	85세 이상
65세 이상	합계	80.8	100.0	3.8	12.1	23.5	32.5	28.1
	지체	80.9	40.3	2.4	11.6	22.4	36.9	26.8
	뇌병변	78.8	9.6	6.3	19.7	30.7	24.1	19.2
	시각	80.5	9.3	4.5	11.1	24.6	32.2	27.7
	청각	81.9	34.5	3.2	9.1	20.9	31.7	35.1
	언어	78.8	.5	10.1	14.5	39.1	6.3	29.9
	지적	73.0	.1	-	100.0	-	-	-
	정신	77.2	.5	13.5	18.2	22.3	38.6	7.3
	신장	76.2	3.4	13.9	24.8	35.2	18.7	7.5
	심장	77.4	.1	-	38.7	31.1	8.5	21.6
	호흡기	77.4	.5	2.2	29.1	34.4	27.9	6.4
	간	69.5	.2	53.1	37.3	9.6	-	-
	안면	78.9	.0	-	-	50.2	49.8	-
	장루·요루	81.7	.9	1.3	10.1	23.8	34.9	29.9
	뇌전증	78.5	.0	-	-	71.7	28.3	-

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

② 장애등록 연령

만 65세 이상 고령장애인의 장애등록 연령은 평균 63.3세이며, 장애유형별로 보았을 때 지적장애(52.3세), 정신장애(55.7세), 뇌전증장애(57.1세)가 비교적 등록시기가 이른 것으로 나타났다.

장애등록시기를 65세 미만, 65세 이상으로 구분했을 때 두 그룹의 평균연령은 72세, 80.8세로, 약 7세 차이가 나지만, 장애등록연령의 평균은 각각 54.9세, 73.1세로 약 18년의 큰 차이가 확인되었다. 해당 결과를 미뤄보았을 때, 65세 이후에 장애등록한 고령장애인의 경우, 65세 이전에 장애등록한 고령장애인 그룹에 비해 노화로 인해 장애가 발생한 가능성이 높을 것으로 예측할 수 있다.

〈표 III-1-6〉 만 65세 이상 등록 장애인 현황(최초 장애등록 연령, 장애유형별)

(단위: 명, 세)

구분	전체		장애등록 시기			
			65세 미만		65세 이상	
	평균연령	장애등록 평균연령	평균연령	장애등록 평균연령	평균연령	장애등록 평균연령
합계	76.1	63.3	72.0	54.9	80.8	73.1
지체	75.5	60.6	72.2	54.3	80.9	71.1
뇌병변	74.5	63.2	71.1	56.4	78.8	71.5
시각	75.7	61.9	72.4	54.5	80.5	72.5
청각	79.5	70.5	73.4	56.2	81.9	76.4
언어	73.8	60.9	71.1	54.7	78.8	72.5
지적	69.9	52.3	69.8	51.5	73.0	72.0
정신	70.0	55.7	68.3	52.8	77.2	68.0
신장	73.1	65.3	69.5	57.9	76.2	71.6
심장	73.7	61.4	72.0	57.2	77.4	70.7
호흡기	73.3	62.9	70.5	57.2	77.4	71.1
간	68.7	59.7	68.4	57.6	69.5	66.2
안면	73.3	59.5	71.4	56.9	78.9	67.5
장루·요루	76.2	65.5	70.5	58.0	81.7	72.9
뇌전증	70.9	57.1	69.4	54.3	78.5	70.7

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

③ 장애원인

고령장애인의 장애유형을 65세 전후 장애등록시기에 따라 비교했을 때, 65세 미만
에 장애등록을 한 경우가 53.9%, 65세 이후에 등록한 경우가 46.1%로 큰 차이는
나타나지 않았다. 청각장애의 경우 65세 이전에 장애등록을 한 비율(29.0)보다 65세
이후에 등록한 경우가 71.0%로 훨씬 높게 나타났다. 이는 노화로 인한 청각장애 발
생 가능성이 높은 것으로 해석할 수 있다. 지적(95.9%), 뇌전증(83.3%), 정신(80.8%)
장애의 경우 65세 이전 등록을 한 비율이 상대적으로 높은 것으로 확인되었다.



〈표 III-2-7〉 장애등록시기에 따른 장애유형

(단위: %)

장애 등록	합계	지체	뇌 병변	시각	청각	언어	지적	정신	신장	심장	호흡 기	간	안면	장루 요루	뇌 전증
전체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
65세 미만	53.9	62.6	55.2	59.1	29.0	65.3	95.9	80.8	46.5	68.8	59.0	75.7	75.3	49.5	83.3
65세 이상	46.1	37.4	44.8	40.9	71.0	34.7	4.1	19.2	53.5	31.2	41.0	24.3	24.7	50.5	16.7

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

장애발생의 원인을 장애등록시기에 따라 구분하여 살펴본 결과, 전반적으로 65세 미만에 장애등록한 고령장애인의 경우 선천적 원인이나 후천적 사고로 인한 장애발생 비율이 비교적 높게 나타났다. 65세 이상 시기에 장애등록한 경우 후천적 원인 중에서도 질환으로 인한 장애발생 비율이 상대적으로 높게 확인되었다.

장애유형중 비율이 높은 지체, 청각, 시각장애의 장애원인에 대해 자세히 살펴보면, 지체장애의 경우 65세 미만에 등록한 고령장애인의 56.9%가 장애원인이 사고(기타 사고 및 외상 25.5%, 교통사고_탑승자 9.4% 등)인 것에 비해 65세 이후 등록한 경우는 38.0%로 비교적 낮았다. 65세 이후 장애등록을 한 지체장애인의 경우는 사고보다는 후천적 질환이 48.0%(근골격계 질환 28.4%, 신경계 질환 6.6% 등)로 높게 나타났다.

청각장애의 경우 장애등록시기와 무관하게 모두 후천적 질환이 장애 원인 중 가장 높은 비율을 차지했지만 65세 이후 장애등록을 한 경우 질환으로 인한 장애발생 비율이 63.0%로 65세 이전 등록한 고령장애인 보다 다소 높게 나타났다.

시각장애의 경우 장애의 원인이 질환인 비율이 65세 전후 장애등록 각각 37.6% 56.1%로 고령 시각장애인이 질환으로 인한 장애발생 비중이 크게 높았다.

〈표 III-2-8〉 장애등록시기에 따른 장애발생 원인

(단위: %)

장애원인 ¹⁾	장애 등록 시기											
	65세 미만						65세 이상					
	전체	선천적	출생시	후천적		원인 불명	전체	선천적	출생시	후천적		원인 불명
질환				사고	질환					사고		
전체 ²⁾	100.0	2.6	0.3	45.7	41.5	10.0	100.0	1.4	0.2	60.5	25.0	12.9
지체	100.0	1.0	.3	33.3	56.9	8.5	100.0	.7	.1	48.0	38.0	13.1
뇌병변	100.0	1.1	-	77.7	16.0	5.2	100.0	.5	-	80.8	13.5	5.2
시각	100.0	4.6	-	37.6	41.7	16.2	100.0	1.5	.1	56.1	24.2	18.1
청각	100.0	5.0	.6	57.4	22.0	15.1	100.0	2.4	.3	63.0	18.9	15.3
언어	100.0	7.5	-	72.5	10.2	9.7	100.0	3.6	.6	80.8	7.7	7.2
지적	100.0	18.7	-	41.6	24.0	15.7	100.0	-	-	100.0	-	-
정신	100.0	2.0	-	71.7	24.5	1.9	100.0	-	-	75.2	11.3	13.4
신장	100.0	3.7	-	82.0	5.9	8.4	100.0	-	-	93.3	1.8	4.9
심장	100.0	3.2	-	91.3	1.9	3.6	100.0	-	-	95.7	1.7	2.5
호흡기	100.0	1.3	1.8	76.3	19.0	1.5	100.0	3.5	-	86.0	8.3	2.1
간	100.0	6.0	-	90.1	-	3.9	100.0	-	-	100.0	-	-
안면	100.0	6.9	-	11.1	49.9	32.1	100.0	-	-	36.3	59.3	4.4
장루요루	100.0	-	-	90.2	5.4	4.4	100.0	-	-	95.4	1.7	2.9
뇌전증	100.0	.7	-	63.4	13.8	22.2	100.0	-	-	80.6	14.0	5.4

1) 선천적 원인: 유전 및 염색체 이상, 선천성·발육이상, 모체의 만성질환, 모체의 감염, 미상)

출생시 원인: 조산, 난산, 출산시 외상, 미상, 기타

후천적 원인(질환): 신경계, 정신, 감각기, 심혈관, 호흡기, 소화기계, 대사·면역 및 내분비계, 신장·비뇨·생식기계, 근골격계, 신생물(종양)질환, 기타, 미상

후천적 원인(사고): 폭력에 의한 사고, 가정내 사고, 교통사고(탑승자), 교통사고(보행자), 운동 및 놀이 중 사고, 화상, 의료·약물 사고, 재난, 전상, 기타 사고 및 외상, 미상, 기타

원인불명: 원인을 모름

2) 중복장애 응답 포함

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

장애등록시기에 따른 국가지원정도에 대한 충분도를 비교한 결과, 전체 장애유형을 대상으로는 국가지원정도가 충분하지 않다고 인식하는 고령장애인 비율이 75.2%로 동일하게 나타났다.

하지만 장애유형을 구분하여 살펴본 결과, 65세 이후 장애등록한 지적, 간, 뇌전증 장애인의 경우 모두 국가지원정도가 불충분하다고 응답했다. 정신장애 역시 65세 이상 장애등록한 경우 지원정도가 불충분하다고 응답한 비율이 비교적 상당히 높게 나타났다.



그에 비해 시각, 심장, 호흡기, 장루·요루 장애의 경우 65세 이전 장애등록한 고령장애인에서 국가지원정도가 불충분하다 응답한 비율이 더 높게 나타났다.

〈표 III-2-9〉 장애등록 후 국가지원정도 불충분

(단위: %, 전체 응답 중 '별로 받지 못하고 있다', '전혀 받지 못하고 있다' 비율)

	전체	장애등록 시기	
		65세 미만	65세 이상
합계	75.2	75.2	75.2
지체	78.5	77.9	79.7
뇌병변	71.9	70.4	73.8
시각	79.8	81.3	77.8
청각	70.5	70.2	70.7
언어	73.1	72.7	73.6
지적	57.7	55.9	100.0
정신	54.1	45.5	90.2
신장	60.4	56.8	63.6
심장	74.1	78.3	65.0
호흡기	71.4	74.5	66.9
간	84.2	79.1	100.0
안면	88.3	87.8	89.3
장루·요루	80.3	88.5	72.2
뇌전증	67.1	60.4	100.0

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

국가에 대한 요구사항을 전체 장애등록시기에 따라 비교했을 때, 두 그룹 모두 소득보장, 의료보장, 주거보장 순으로 높은 비율을 차지했으나 65세 이후 장애등록한 경우 의료보장을 최우선으로 요구한 비율이 35.5%로 65세 미만에 장애등록한 그룹(30.4%)보다 높게 나타났다.

〈표 III-2-10〉 국가에 대한 요구사항 1순위

(단위: %)

	전체	장애등록 시기	
		65세 미만	65세 이상
합계	100.0	100.0	100.0
소득보장	46.7	48.5	44.6
의료보장	32.7	30.4	35.5
고용보장	1.5	2.2	.6

	전체	장애등록 시기	
		65세 미만	65세 이상
주거보장	7.2	7.8	6.6
이동권보장	2.0	1.7	2.3
보육교육	.1	.1	.2
문화여가체육활동	1.1	.9	1.3
장애인인권	1.1	1.2	1.0
장애인인식개선	1.4	1.6	1.1
장애인건강관리	2.8	2.6	3.0
의사소통정보접근	.4	.3	.5
재난안전관리	.2	.2	.1
기타	.3	.2	.5
없음	2.4	2.3	2.6

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

장애등록시기별 장애인복지사업 현재 이용여부를 분석한 결과, 장애인활동지원 서비스를 현재 이용하는 고령장애인은 65세 미만 등록한 경우 3.2%, 65세 이후 장애등록한 경우 3.4%로 나타났다. 다만, 2020년 장애인실태조사 실시 당시, 65세 이후 장애등록을 한 경우 활동지원서비스 이용이 불가능했기 때문에 해당 결과를 신뢰하기 어렵다. 장애인 생활도우미의 경우 65세 미만에 등록한 고령장애인의 1.8%, 65세 이후에 등록한 고령장애인의 2.2%가 이용하고 있었다.

노인장기요양보험의 경우 65세 미만에 장애등록한 고령장애인의 8.9%가 이용하고 있었으며, 65세 이후 장애등록한 경우에는 약 2배 많은 17.4%가 이용하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 III-2-11〉 장애인복지사업 현재 이용여부

(단위: %)

	전체	장애등록 시기	
		65세 미만	65세 이상
장애인활동지원서비스	3.3	3.2	3.4
장애인 생활도우미	2.0	1.8	2.2
노인장기요양보험	12.8	8.9	17.4

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

2. 장애유형별 고령장애인의 돌봄서비스 욕구

1) 일상생활 및 돌봄서비스 영역

고령장애인의 일상생활동작(ADL) 지원 필요정도(1= 지원 불필요, 4= 전적인 지원 필요)는 전체 평균 1.26로 지원필요 수준이 매우 높게 나타나지는 않았다. 지원영역 별로 보았을 때, 이동(1.50), 목욕하기(1.44), 보행(1.41)에 비교적 많은 지원이 필요한 것으로 확인되었다. 해당 결과는 장애등록시기에 관계없이 동일하게 나타났다.

〈표 III-2-1〉 일상생활동작(ADL) 지원정도 평균

(1=지원 불필요, 4=전적인 지원필요)

	전체		장애등록 시기			
			65세 미만		65세 이상	
합계	1.26	(.589)	1.18	(.488)	1.35	(.678)
옷벗고입기	1.30	(0.724)	1.22	(0.624)	1.39	(0.816)
목욕하기	1.44	(0.868)	1.32	(0.759)	1.59	(0.960)
구강청결	1.21	(0.641)	1.14	(0.526)	1.29	(0.744)
음식물넘기기	1.12	(0.503)	1.07	(0.384)	1.18	(0.608)
식사하기	1.18	(0.581)	1.12	(0.472)	1.24	(0.679)
누운상태에서 자세바꾸기	1.18	(0.579)	1.12	(0.476)	1.24	(0.675)
움켜앉기	1.20	(0.613)	1.14	(0.521)	1.26	(0.701)
앉은자세 유지	1.19	(0.594)	1.13	(0.481)	1.26	(0.697)
보행	1.41	(0.824)	1.31	(0.729)	1.53	(0.908)
이동	1.50	(0.921)	1.37	(0.819)	1.66	(1.007)
배변	1.19	(0.623)	1.13	(0.509)	1.26	(0.729)
배뇨	1.19	(0.622)	1.13	(0.510)	1.26	(0.726)

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

장애유형별 일상생활동작 지원정도 평균을 보았을 때, 뇌병변 장애의 경우 평균 1.91로 다른 장애유형에 비해 지원의 필요정도가 상당히 높은 것으로 나타났다. 장애등록시기를 구분하여 살펴보면, 다수의 장애유형은 등록시기에 따른 지원정도의 차이가 크지 않았지만 뇌병변장애(1.69/2.17), 지적장애(1.22/1.58), 신장장애(1.16/1.42), 호흡기장애(1.15/1.59), 장루·요루장애(1.12/1.41), 뇌전증장애(1.11/1.80)의 경우 비교적 구분되는 차이를 보였다.

〈표 III-2-2〉 장애유형별 일상생활동작(ADL) 지원정도 평균

	장애유형	전체		장애등록 시기			
				65세 미만		65세 이상	
일상생활동작 (ADL)	합계	1.26	(.589)	1.18	(.488)	1.35	(.678)
	지체	1.20	(.480)	1.13	(.380)	1.31	(.595)
	뇌병변	1.91	(.983)	1.69	(.868)	2.17	(1.049)
	시각	1.18	(.488)	1.10	(.316)	1.30	(.642)
	청각	1.14	(.429)	1.09	(.389)	1.16	(.442)
	언어	1.39	(.720)	1.35	(.734)	1.47	(.687)
	지적	1.24	(.404)	1.22	(.406)	1.58	(.000)
	정신	1.32	(.570)	1.32	(.606)	1.36	(.387)
	신장	1.30	(.583)	1.16	(.432)	1.42	(.666)
	심장	1.15	(.391)	1.14	(.384)	1.15	(.408)
	호흡기	1.33	(.672)	1.15	(.332)	1.59	(.908)
	간	1.04	(.144)	1.03	(.150)	1.06	(.123)
	안면	1.14	(.361)	1.11	(.322)	1.23	(.445)
	장루·요루	1.27	(.545)	1.12	(.230)	1.41	(.703)
	뇌전증	1.23	(.462)	1.11	(.156)	1.80	(.875)

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

수단적 일상생활동작 지원정도(1= 지원 불필요, 4= 전적인 지원 필요) 평균은 전체 1.58로, 영역별로는 교통수단 이용하기, 빨래하기, 청소가 1.74가 가장 높은 지원 필요수준을 보였다.

〈표 III-2-3〉 수단적 일상생활동작(IADL) 지원정도 평균

(1=지원 불필요, 4=전적인 지원필요)

	전체		장애등록 시기			
			65세 미만		65세 이상	
합계	1.58	(.843)	1.45	(.759)	1.73	(.910)
전화사용하기	1.30	(0.768)	1.21	(0.650)	1.41	(0.873)
물건사기	1.56	(0.970)	1.43	(0.884)	1.72	(1.040)
식사준비	1.72	(1.027)	1.59	(0.953)	1.87	(1.087)
청소	1.74	(1.034)	1.60	(0.955)	1.90	(1.098)
빨래하기	1.74	(1.039)	1.60	(0.958)	1.90	(1.104)
약 챙겨먹기	1.33	(0.770)	1.26	(0.689)	1.42	(0.847)
금전관리	1.49	(0.928)	1.36	(0.819)	1.65	(1.019)
교통수단 이용하기	1.74	(1.090)	1.56	(1.002)	1.94	(1.151)

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함



장애유형별 수단적 일상생활동작 지원정도 평균을 보았을 때, 지적장애가 2.53으로 장애유형 중 가장 높게 나타났다. 일상생활동작과 마찬가지로 뇌병변 장애 지원정도 또한 2.45로 지적장애 다음으로 높게 나타났다. 장애등록시기를 구분하여 살펴보면, 대부분의 장애유형에서 장애등록을 65세 미만에 한 그룹보다 65세 이상에 장애등록한 그룹이 지원정도가 높게 나타났다.

하지만 지적장애의 경우에만 65세 미만 장애등록한 경우 지원정도 2.54, 65세 이상에 장애등록한 경우 지원정도는 2.38로 오히려 감소했다.

〈표 III-2-4〉 장애유형별 수단적 일상생활동작(IADL) 지원정도 평균

(1=지원 불필요, 4=전적인 지원필요)

	장애유형	전체		장애등록 시기			
				65세 미만		65세 이상	
수단적 일상생활동작 (IADL)	합계	1.58	(.843)	1.45	(.759)	1.73	(.910)
	지체	1.43	(.703)	1.31	(.600)	1.64	(.809)
	뇌병변	2.45	(1.068)	2.22	(1.014)	2.74	(1.061)
	시각	1.49	(.802)	1.36	(.690)	1.69	(.907)
	청각	1.48	(.738)	1.36	(.646)	1.53	(.767)
	언어	2.09	(1.028)	1.91	(.978)	2.42	(1.038)
	지적	2.53	(1.072)	2.54	(1.094)	2.38	(.000)
	정신	2.18	(1.068)	2.13	(1.057)	2.40	(1.085)
	신장	1.67	(.865)	1.45	(.704)	1.85	(.945)
	심장	1.40	(.636)	1.36	(.686)	1.49	(.495)
	호흡기	1.79	(.857)	1.64	(.752)	1.99	(.953)
	간	1.18	(.336)	1.14	(.272)	1.28	(.471)
	안면	1.36	(.632)	1.24	(.550)	1.74	(.712)
	장루·요루	1.45	(.731)	1.22	(.414)	1.67	(.887)
	뇌전증	1.53	(.812)	1.47	(.827)	1.85	(.643)

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

일상생활시 다른 사람의 도움이 필요한 정도(1=모든 일상생활을 혼자서 할 수 있다, 5=거의 모든 일에 다른 사람의 지원이 필요하다)를 분석한 결과, 전체 평균이 2.12인 것에 비해 뇌병변장애 3.26, 지적장애 3.05로 전체 장애유형 중 다른 사람의 지원이 가장 많이 필요한 것으로 나타났다.

뇌전증장애의 경우 장애등록을 65세 미만에 한 경우 남의 도움 필요정도가 1.79로 전체 장애유형 평균의 1.92보다 낮은 수준으로 나타났지만, 65세 이상 장애등록한 경우에는 도움 필요정도 2.43으로 전체 장애유형 평균 2.35보다 높았다.

〈표 III-2-5〉 일상생활시 남의 도움 필요정도(장애유형별)

(1=모든 일상생활을 혼자서 할 수 있다, 5=거의 모든 일에 다른 사람의 지원이 필요하다)

	전체		장애등록 시기			
			65세 미만		65세 이상	
합계	2.12	(1.245)	1.92	(1.156)	2.35	(1.302)
지체	1.95	(1.140)	1.75	(1.029)	2.29	(1.231)
뇌병변	3.26	(1.394)	2.98	(1.368)	3.60	(1.349)
시각	1.98	(1.239)	1.79	(1.123)	2.26	(1.342)
청각	1.97	(1.104)	1.74	(0.989)	2.06	(1.134)
언어	2.65	(1.305)	2.41	(1.182)	3.10	(1.403)
지적	3.05	(1.222)	3.05	(1.247)	3.00	(0.000)
정신	2.72	(1.241)	2.65	(1.227)	3.02	(1.254)
신장	2.35	(1.278)	2.06	(1.082)	2.60	(1.378)
심장	1.69	(0.984)	1.53	(0.961)	2.04	(0.947)
호흡기	2.42	(1.187)	2.15	(1.022)	2.81	(1.295)
간	1.54	(0.915)	1.49	(0.873)	1.71	(1.017)
안면	1.61	(0.963)	1.58	(0.857)	1.68	(1.229)
장루·요루	1.93	(1.081)	1.56	(0.689)	2.28	(1.260)
뇌전증	1.90	(1.203)	1.79	(1.227)	2.43	(0.904)

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

위 문항에서 모든 일상생활을 혼자서 할 수 있다고 응답한 사람을 제외한 일상생활시 남의 도움이 필요한 것으로 조사된 사람 중, 일상생활을 도와주는 사람¹¹⁾의 유무를 살펴보면, 전체 고령장애인의 평균 71.6%가 도와주는 사람이 있다고 응답했다. 그중 안면장애(64.0%), 지체장애(65.6%)는 상대적으로 주변에 도와주는 사람이 적은 것으로 확인되었다.

장애등록 시기를 구분해서 결과를 살펴보았을 때, 평균적으로 장애등록을 65세 미만에 한 고령장애인(70.5%)보다 65세 이상에 한 고령장애인(72.7%)이 일상생활을 도와주는 사람이 있다고 응답한 비율이 높았다. 하지만 시각장애(79.2%/70.6%), 뇌전증장애(83.5%/36.3%)의 경우 반대로 65세 이후 장애등록한 장애인에게 일상생활을 도와주는 사람이 있다고 응답한 비중이 더 낮게 나타났다. 65세 이후에 장애등록을 한 뇌전증 장애인의 경우 일상생활의 지원이 필요하지만 36.3%만이 도와주는 사람이 있다고 응답해 큰 돌봄공백이 확인되었다.

11) 배우자, 부모, 자녀, 형제·자매, 조부모, 손자녀, 기타 가족, 친척, 친구, 이웃, 활동지원사, 가정봉사원, 간병인, 요양보호사 등



〈표 III-2-6〉 일상생활 도와주는 사람 및 동거 여부(장애유형별)

(단위: %)

	전체		장애등록 시기			
			65세 미만		65세 이상	
	도와주는 사람 있음	도와주는 사람과 동거	도와주는 사람 있음	도와주는 사람과 동거	도와주는 사람 있음	도와주는 사람과 동거
합계	71.6	68.0	70.5	75.6	72.7	61.5
지체	65.6	67.8	63.1	80.2	68.4	54.8
뇌병변	85.4	65.9	84.2	68.2	86.6	63.5
시각	75.0	62.0	79.2	66.2	70.6	57.0
청각	70.2	69.5	69.6	77.7	70.4	67.0
언어	85.9	80.5	78.3	82.4	98.0	78.1
지적	88.8	67.4	88.2	65.5	100.0	100.0
정신	83.5	73.5	81.9	68.5	90.0	91.6
신장	76.1	71.5	70.9	83.1	79.9	63.7
심장	68.1	94.0	53.8	100.0	83.1	89.8
호흡기	84.0	86.8	82.2	88.1	86.3	85.3
간	89.6	100.0	85.1	100.0	100.0	100.0
안면	64.0	80.0	52.5	86.0	100.0	69.9
장루·요루	69.2	79.3	53.6	83.6	79.8	77.3
뇌전증	69.0	60.2	83.5	52.6	36.3	100.0

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

일상생활 도움 계속 필요 여부를 묻는 문항에 대해, 거의 모두 도움이 계속 필요하다고 응답했으며 이는 장애등록 시기와 무관하게 나타났다. 장애유형별로 보았을 때에는, 65세 미만 장애등록한 경우 뇌전증장애(47.4%), 65세 이상에 장애등록을 한 경우 심장장애(84.6%)가 일상생활 도움이 필요하다 응답한 비율이 비교적 낮게 나타났다.

국가·지자체(복지기관 포함) 사업을 통한 일상생활지원 서비스 및 주간보호시설 이용여부를 조사한 결과, 전체 고령장애인 중 28.7%가 서비스를 이용하고 있었으며, 장애등록시기가 65세 이상인 고령장애인의 서비스 이용비율이 32.4%로 비교적 높게 나타났다.

65세 이상 장애등록한 고령장애인 중 지적, 정신, 간, 뇌전증장애의 경우 이용비율이 0%로 나타났다. 특히 간장애의 경우 65세 미만 장애등록한 경우를 포함해 간장애가 있는 전체 고령장애인이 서비스를 이용하고 있지 않은 것으로 나타나 서비스의 공백이 확인되었다.

〈표 III-2-7〉 일상생활 도움 계속 필요 및 국가지자체(복지기관 포함) 일상생활지원 서비스 및 주간보호시설* 이용유무(장애유형별)

(단위: %)

	전체		장애등록 시기			
			65세 미만		65세 이상	
	일상생활 도움 계속필요	지원돌봄 서비스 이용	일상생활 도움 계속필요	지원돌봄 서비스 이용	일상생활 도움 계속필요	지원돌봄 서비스 이용
합계	99.0	28.7	99.0	24.5	99.0	32.4
지체	98.9	24.9	98.5	18.4	99.4	31.9
뇌병변	99.6	40.1	100.0	39.3	99.1	41.0
시각	97.4	40.0	99.2	34.0	95.5	46.7
청각	99.2	24.9	99.2	18.7	99.2	26.9
언어	100.0	27.1	100.0	12.2	100.0	42.2
지적	100.0	22.4	100.0	23.6	100.0	0.0
정신	97.9	27.5	97.4	35.1	100.0	0.0
신장	100.0	25.3	100.0	19.4	100.0	29.5
심장	86.8	10.5	90.6	0.0	84.6	16.4
호흡기	100.0	16.8	100.0	13.7	100.0	21.7
간	100.0	0.0	100.0	0.0	100.0	0.0
안면	100.0	45.9	100.0	37.5	100.0	59.8
장루·요루	97.4	15.3	97.3	7.1	97.4	19.2
뇌전증	90.4	39.7	88.5	47.4	100.0	0.0

* 장애인 활동지원사업, 여성장애인 가사도우미 사업, 노인장기요양보험, 장애인 생활도우미, 발달장애인 활동서비스, 장애아동 양육지원·가족휴식지원 중 돌봄지원, 아이돌봄서비스 등 보육지원, 지자체(복지관 포함) 도우미 지원 사업, 주간보호시설(노인, 장애인), 기타

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

장애등록 시기에 따라 일상생활 서비스 및 주간보호시설 이용 기간과 시작연도에
는 일부 차이가 확인되었는데, 장애등록시기가 이른 고령장애인의 경우에 월 평균
약 70시간 서비스를 이용하고 있어 65세 이후에 장애등록한 고령장애인보다 약 4
시간 더 많이 이용하고 있었다.

일상생활을 위해 다른 사람의 지원이 필요한 시간을 조사한 결과, 개인 기본활동
지원, 가사지원, 사회활동 지원 등을 모두 포함해 주 평균 22.6시간이 필요한 것으로
나타났다. 장애등록시기로 구분해서 보았을 때, 65세 미만 장애등록한 고령장애인의
경우 비교적 개인 기본활동(개인위생관리, 신체기능 유지를 위한 활동, 식사도움, 실내
이동 등)에 대한 지원보다 가사지원, 사회활동지원에 대한 욕구가 더 높게 나타났다.



〈표 III-2-8〉 일상생활 서비스 및 주간보호시설 이용 기간

(단위: 년, 시간)

	전체	장애등록 시기			
		65세 미만		65세 이상	
월평균 이용시간	68.3 (72.339)	70.6 (81.398)		66.8 (65.808)	
이용시작 연도	2015.6 (4.519)	2014.9 (5.179)		2016.1 (3.962)	
총 이용기간(년)	4.1 (4.286)	4.7 (4.923)		3.6 (3.752)	

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

〈표 III-2-9〉 일상생활을 위해 다른 사람의 지원이 필요한 시간(한 주 기준)

(주 평균, 단위: 시간)

	전체	장애등록 시기			
		65세 미만		65세 이상	
개인 기본활동 지원	13.1 (20.651)	12.8 (18.901)		13.2 (21.702)	
가사지원	6.2 (9.307)	6.7 (10.266)		5.9 (8.621)	
사회활동지원	3.0 (6.602)	3.8 (8.479)		2.5 (4.962)	
기타	0.1 (1.505)	0.1 (0.466)		0.2 (1.892)	
주 평균 필요시간 합계	22.6 (27.435)	23.7 (28.552)		21.8 (26.676)	

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

현재 받고 있는 일상생활 도움의 충분정도에 대해서는, 전체 고령장애인의 절반 가량이 충분하다고(매우 충분하다, 충분하다) 응답했으며, 장애등록연령이 65세 미만인 그룹이 상대적으로 충분하다고 느끼는 비중이 높게 나타났다(56.7%).

장애등록을 65세 이후에 한 경우, 특히 뇌병변 장애(35.2%), 뇌전증장애(0.0%)의 도움 충분정도가 낮게 나타나 돌봄지원을 위한 논의가 필요할 것으로 확인되었다.

〈표 III-2-10〉 현재 일상생활 도움 충분도(장애유형별)

(매우 충분하다, 충분하다 합, 단위: %)

	전체	장애등록 시기	
		65세 미만	65세 이상
합계	50.6	56.7	47.2
지체	50.6	57.9	42.7
뇌병변	43.0	50.3	35.2
시각	51.7	59.4	43.2
청각	59.3	64.1	57.8
언어	57.0	67.4	46.5
지적	57.5	55.1	100.0
정신	52.1	54.5	43.5
신장	47.4	47.1	47.6
심장	72.2	38.2	91.5
호흡기	42.1	31.4	59.1
간	91.0	100.0	73.5
안면	67.6	47.8	100.0
장루·요루	61.9	66.6	59.7
뇌전증	12.2	14.6	0.0

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

〈표 III-2-11〉 현재 돌봄이 부족한 이유

(단위: %)

	전체	장애등록 시기	
		65세 미만	65세 이상
심한 장애(중증장애)로	21.7	22.9	20.8
가족이 도와주는 데에 한계가 있어서 (가족의 사정)	54.6	54.9	54.4
활동지원사(요양보호사 등)가 지원하는 시간이 부족하여	15.4	14.4	16.1
활동지원사(요양보호사 등)의 업무가 아니어서 서비스를 받지 못하여	3.0	1.8	3.8
응급상황에 대비하기 위해서	1.4	1.7	1.2
외부활동(자립생활 등)을 위해서	2.1	3.2	1.4
기타	1.9	1.2	2.4
총계	100.0	100.0	100.0

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함



2) 건강영역

정기적이고 지속적인 병원진료 여부에 대해, 고령장애인의 약 84.5%가 진료를 받는 것으로 응답했으며, 주관적 건강평가는 응답의 절반 이상이 나쁨, 매우 나쁨이 차지했다. 장애등록시기가 65세 이상인 고령장애인의 경우 비교적 자신의 건강상태에 대해 보다 부정적으로 인식하고 있었다.

〈표 III-2-12〉 정기적(1년 1회 이상), 지속적 진료여부

(단위: %)

	전체	장애등록 시기	
		65세 미만	65세 이상
예	84.5	83.7	85.5
아니오	15.5	16.3	14.5
계	100.0	100.0	100.0

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

〈표 III-2-13〉 주관적 건강평가

(단위: %)

	전체	장애등록 시기	
		65세 미만	65세 이상
매우 좋음	.1	.2	.0
좋음	7.1	9.2	4.7
보통	32.4	34.8	29.6
나쁨	46.1	44.1	48.3
매우 나쁨	14.3	11.6	17.4
계	100.0	100.0	100.0

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

3개월 지속되는 만성질환을 약 85%의 고령장애인이 가지고 있었는데, 호흡기(98.4%), 심장(97.9%), 신장(97.2%) 등 내부장애인의 만성질환 보유 비율이 비교적 높게 나타났다. 65세 이상 장애등록을 한 경우 65세 미만에 등록을 한 경우 보다 만성질환 보유 비율이 더 높게 나타났는데, 지적, 정신, 신장, 간, 뇌전증 장애의 경우 만성질환을 100% 모두 가지고 있는 것으로 나타났다.

보유 만성질환은 장애등록 시기와 관계없이 고혈압(67.1%), 당뇨병(31.5%), 골관절염(28.1%) 순으로 높게 나타났다.

〈표 III-2-14〉 장애유형별 3개월 이상 계속되는 만성질환 여부(만성질환 있음)

(단위: %)

구분	전체	장애등록 시기	
		65세 미만	65세 이상
합계	84.3	83.2	85.7
지체	85.1	84.0	86.9
뇌병변	89.0	87.5	90.8
시각	79.5	74.4	86.8
청각	80.7	80.8	80.6
언어	80.6	75.1	91.1
지적	77.7	81.0	100.0
정신	96.3	95.4	100.0
신장	97.2	93.9	100.0
심장	97.9	98.5	96.6
호흡기	98.4	97.7	99.4
간	80.6	74.3	100.0
안면	73.2	69.9	83.4
장루·요루	77.1	68.1	86.0
뇌전증	100.0	100.0	100.0

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함



〈표 III-2-15〉 만성질환 종류별 여부 현황

(단위: %)

	전체	장애등록 시기	
		65세 미만	65세 이상
고혈압	67.1	65.7	68.6
뇌졸중(중풍)	8.2	6.7	10.0
심근경색증	4.8	4.5	5.1
협심증	5.0	4.9	5.2
이상지혈증	7.1	8.4	5.7
당뇨병	31.5	32.7	30.1
갑상선장애	2.8	3.1	2.5
천식	3.6	3.0	4.2
폐결핵	0.2	.4	.0
폐질환(만성기관지염, 폐기종)	2.3	2.9	1.7
위십이지장궤양	2.0	1.9	2.3
B형 간염	0.6	.9	.3
C형 간염	0.2	.3	.0
간경변증	0.4	.7	.2
신부전	4.1	3.3	5.0
골관절염(퇴행성 관절염 등)	28.1	25.3	31.3
류마티스관절염	4.4	4.6	4.1
골다공증	8.9	8.1	9.8
척추측만증	3.7	3.8	3.7
만성통증	6.2	6.1	6.3
피부염	1.1	1.2	1.0
백내장	3.2	3.4	3.1
우울증	3.7	3.1	4.4
수면장애(불면증 등)	4.3	4.1	4.4
암	3.7	4.1	3.3
기타	15.8	17.0	14.4

출처: 보건복지부(2020), 2020년 장애인실태조사 마이크로데이터를 재분석함

3. 노인요양시설 및 요양병원 본인부담금 현황

활동지원서비스를 이용하고 있지 않은 재가 고령장애인이 가족 돌봄이 부재하거나 장기요양 재가급여 등 노인돌봄서비스가 충분하지 못할 경우, 그 대안으로서 노인요양시설이나 요양병원 입소를 선택할 수 있다.

노인요양시설의 경우 가입자의 소득수준에 따라 본인부담금이 달라지고, 식대비, 상급병실료, 이·미용비, 기타 소모품비 등 비급여 항목에 대한 비용이 본인부담금 외에 추가로 부과된다. 국민기초생활보장제도 생계 및 의료급여 수급자의 경우 본인부담금 및 비급여 항목에 대한 비용이 면제된다.

요양병원의 경우 의료법에 따라 국민건강보험 적용을 받아 진료비의 20%(비급여 진료 및 상급병실 이용시 추가 본인부담), 식대의 50%, 간병비 전액을 본인이 부담해야 한다. 요양병원 한달 입원시 대체적으로 80~150만원의 비용이 필요해 요양시설보다 부담금액이 높은편이다.

〈표 III-2-16〉 장기요양 시설급여 비용

	등급	금액 (1일당)	월 금액 (30일 기준)	본인부담금 (30일 기준)		
				일반	40%감경 ¹⁾	60%감경 ²⁾
노인요양시설 ³⁾	1등급	78,250	2,347,500	469,500	281,700	187,800
	2등급	72,600	2,178,000	435,600	261,360	174,240
	3등급	66,950	2,008,500	401,700	241,020	160,680

주: 1) 40% 감경대상자: 가입자종류 및 가구원수별 보험료순위 25%초과 50%이하인 자

2) 60% 감경대상자: 가입자종류 및 가구원수별 보험료순위 0%초과 25%이하인 자 및 「국민건강보험법 시행규칙」제 15조에 따라 건강보험 본인부담액 경감 인정받은 자

3) 요양보호사 수 입소자 2.3명당 1명 미만인 경우

출처: 보건복지부(2023. 3.), 노인장기요양보험 급여이용 안내(2023.1.1. 기준)



4. 소결

2022년 기준, 전체 장애인의 52.8%를 차지하는 65세 이상 고령장애인은 매년 그 비율이 꾸준히 증가하고 있어 향후 고령장애인에 대한 제도적 지원확대가 필요한 상황이다. 고령장애인은 전체 장애인에 비해 청각장애의 비율이 다소 높고 장애 정도가 심한 장애의 비율은 낮게 나타난다.

장애등록시기를 65세 미만, 65세 이상으로 구분했을 때 두 그룹의 평균연령은 72세, 80.8세로, 약 7세 차이가 나지만, 장애등록연령의 평균은 각각 54.9세, 73.1세로 약 18년의 큰 차이가 확인되었다. 해당 결과를 미뤄보았을 때, 65세 이후에 장애등록한 고령장애인의 경우, 65세 이전에 장애등록한 고령장애인 그룹에 비해 노화로 인해 장애가 발생한 가능성이 높을 것으로 예측할 수 있다.

장애발생의 원인을 장애등록시기에 따라 구분하여 살펴본 결과, 전반적으로 65세 미만에 장애등록한 고령장애인의 경우 선천적 원인이나 후천적 사고로 인한 장애발생 비율이 비교적 높게 나타났다. 65세 이상 시기에 장애등록한 경우 후천적 원인 중에서도 질환으로 인한 장애발생 비율이 상대적으로 높게 확인되었다.

국가에 대한 요구사항을 전체 장애등록시기에 따라 비교했을 때, 두 그룹 모두 소득보장, 의료보장, 주거보장 순으로 필요하다 응답했지만, 65세 이후 장애등록한 경우 의료보장에 대한 욕구가 65세 미만 장애등록한 그룹보다 다소 높게 나타났다.

돌봄욕구를 살펴본 결과, 65세 이후 장애등록한 경우 65세 이전에 등록한 고령장애인보다 평균연령이 높기 때문에 일상생활동작(ADL), 수단적 일상생활동작(IADL) 점수에서 지원필요성이 상대적으로 높게 나타났다. 또한 일상생활을 도와주는 사람이 있는 비율도 더 높게 나타났고, 지원돌봄서비스 이용의 비율도 65세 이전 장애등록한 고령장애인보다 더 높게 나타났다. 현재 받고 있는 일상생활 도움의 충분정도에 대해서는, 전체 고령장애인의 절반가량이 충분하다고(매우 충분하다, 충분하다) 응답했으며, 장애등록연령이 65세 미만인 그룹이 상대적으로 충분하다고 느끼는 비중이 높게 나타났다.

건강영역에서는 장애등록시기가 65세 이상인 고령장애인의 경우 비교적으로 자신의 건강상태에 대해 보다 부정적으로 인식하고 있었다. 3개월 지속되는 만성질환을 약 85%의 고령장애인이 가지고 있었는데, 내부장애인의 만성질환 보유 비율이 비교적 높게 나타났다. 65세 이상 장애등록을 한 경우 65세 미만에 등록을 한 경우

보다 만성질환 보유 비율이 더 높게 나타났다.

요약하자면, 65세 이후 장애등록을 한 고령장애인의 경우 65세 이전부터 장애를 가지고 살아온 고령장애인보다 후천적인 질환에 의해 장애를 가지게 된 경우가 많고, 만성질환을 많이 가지고 있으며, 의료적 지원에 대한 욕구가 비교적 높게 확인되었다. 또한 일상생활 지원 필요도가 더 높고 실제로 지원돌봄서비스를 더 많이 이용하고 있었다. 하지만 지원수준이 충분하지 않아 확대를 필요로 하는 경우도 상대적으로 높게 확인되었다. 장애등록 시기에 따라 구분되는 주요 장애유형, 욕구, 건강상태 등을 고려한 정책적 지원이 마련되어야 할 것이다.



IV 국외 고령장애인 돌봄서비스 현황

1. 일본

1) 장애인종합지원법과 개호보험법 간의 관계

일본의 장애인복지서비스는 장애인종합지원법을 기반으로 제공되고 있다. 동법 제4조제1항에 의하면 ‘장애인’은 신체·지적·정신장애 중 한 가지에 해당하는 18세 이상의 사람이고, 장애아동은 아동복지법 제4조제2항에서 규정하는 18세 미만의 사람과 동일하다. 장애인종합지원법은 모든 국민이 장애의 유무와 무관하게 차별 없는 생활을 영위하며, 특히 그동안 익숙하게 살아왔던 지역에서 지속적으로 살 권리와 사회참여의 기회를 보장받을 수 있도록 제정되었다는 데 의의가 있다. 또한 일본의 인구학적 변화에 맞게 개정을 강구하고 있으며, 2024년에는 장애인의 중증화 및 고령화 문제에 따른 의료적 지원 확대 등을 위해 전면 개정할 예정이다.

서비스는 크게 6가지로 구분되어, ①개호급여(거택개호, 중증방문개호, 동행원호, 행동원호, 요양개호, 시설입소지원, 생활개호, 단기입소, 중증장애인 등 포괄지원), ②훈련 등 급여(자립훈련, 취로이행지원, 취로계속지원, 공동생활원조), ③상담지원(지역이행지원, 지역정착지원, 서비스이용지원, 계속서비스이용지원), ④자립지원의료(갱생의료, 육성의료, 정신통원의료), ⑤보장구 지급, ⑥지역생활지원사업(상담지원, 의사소통지원, 일상생활용구, 이동지원, 지역활동지원센터, 복지홈) 등이 해당된다. 장애인복지서비스를 이용할 수 있는 대상자 요건은 반드시 장애수첩이 필요한 것은 아니며, 장애지원구분 인정조사항목 등에 따라 선정기준이 상이하다.

반면 우리나라의 장기요양보험제도 도입 시 참고가 된 개호보험제도의 경우에는 적용 대상자가 크게 두 가지로 구분되며, 제1호 피보험자와 제2호 피보험자로 분류할 수 있다. 먼저 만 65세 이상인 제1호 피보험자는 원인을 불문하고 개호가 필요하다거나 지원이 필요하다고 인정받았을 때 개호서비스 이용이 가능하다(후생노동성, 2019). 다음으로 만 40~64세인 제2호 피보험자는 의료보험 가입자로서, 노화로 인한 특정한 질병¹²⁾으로 인해 개호가 필요하다거나 지원이 필요하다고 인정받

12) 암(의사가 향후 회복될 가능성이 없는 상태에 이르렀다고 판단한 경우에 한함), 류마티스 관절염, 근위축성 측색 경화증(ALS), 뇌혈관질환 등

있을 때 개호서비스 이용이 가능하다(후생노동성, 2019)¹³⁾.

즉 정리하면 ①특정질병에 대한 제약 없이 개호가 필요한 상태에 있다고 인정받은 65세 이상의 고령자와 ②40~65세 미만의 특정질병 환자에 한하여 서비스를 제공하고 있다. 여기서 “특정질병 환자”는 장애인복지서비스보다 개호보험제도에 따른 개호서비스를 우선 적용하도록 하지만, 개호보험제도 상에서 요개호인정이 불가하거나 요개호인정 자체를 신청하지 않는다면 장애인복지서비스 상의 개호서비스를 이용할 수 있다.

일본의 장애인복지서비스와 개호보험서비스의 관계는 “장애인의 일상생활 및 사회생활을 종합적으로 지원하기 위한 법률”에서 확인할 수 있다. 해당 법률의 약칭인 “장애인종합지원법” 제7조에서는 장애인복지서비스에 상응하는 개호보험서비스가 있을 경우에 예외적인 일부사항을 제외하고는 “개호보험 우선원칙”을 적용할 것을 언급하면서, 65세 이상이 되면 기존에 장애인복지서비스를 이용하고 있던 장애인 당사자 대부분이 개호보험서비스를 우선적으로 이용해야 하는 관계가 형성되었다.

다만 이러한 관계는 우리나라에서와 같이 일본에서도 행정 편의적이라는 비판을 받으며 ‘65세의 벽’이라는 사회적 문제로 바라보기 시작하였고 다양한 제도적 변화를 시도하였다. 즉 단순히 65세 이상이 되었다는 이유만으로 일률적으로 개호보험 우선원칙을 적용하는 것은 고령이 된 장애인 당사자가 일상생활을 안전하게 유지하는 데 한계가 있다는 것을 인지하게 되었다. 이에 일본에서는 65세 이후에도 장애인종합지원법에 근거한 서비스를 이용할 수 있는 구체적인 예외사례를 아래와 같이 제시하였다.¹⁴⁾

- 재가장애인이면서 시정촌에서 인정한 서비스 지급량이 개호보험 케어플랜 상의 개호보험 서비스만으로는 충분히 충족되지 못한 경우
- 개호보험 서비스를 이용하려고 해도 사업소 및 시설이 가까운 곳에 없거나 가까운 곳에 있다고 하더라도 정원이 충분하지 않는 등의 사유와 같이 서비스 이용자가 장애인복지서비스에 상응하는 개호보험서비스를 이용하기 어려운 상황이라고 시정촌이 인정한 경우¹⁵⁾
- 개호보험 서비스에 의한 지원이 가능한 장애인이 “개호보험법에 근거한 요개호 인정 등의 심사를 받은 결과, 비해당으로 판정된 경우와 같이 개호보험 서비스를 이용할 수 없으면서, 장애인복지서비스를 신청하여 지원을 받을 필요가 있다고 시정촌이 인정한 경우¹⁶⁾” 등

13) 厚生労働省. (2019). 개호보험제도에 대하여. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000614774.pdf>에서 2023.3.14. 인출함.

14) 厚生労働省. (2007). 障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/kaiseihou/dl/tuuthi_111121_08.pdf에서 2023.4.17. 인출함.



2) 보험우선 적용원칙

2005년 장애인자립지원법에서 명시된 ‘개호보험법 우선 적용원칙’은 2013년 장애인종합지원법으로 개정된 이후에도 그대로 적용되었다. 이로 인해 거택개호, 요양개호 등과 같이 개호보험제도 상의 서비스와 장애인복지서비스가 동일하게 중복될 경우에는 개호보험 우선 적용원칙이 적용된다. 단, 개호보험제도에서 지원되지 않는 행동원호, 동행원호 등을 이용하고 있는 경우에는 장애인 당사자가 65세 이상이 되더라도 해당 서비스를 이용할 수 있다.

사회보장제도 원칙인 보험우선이 적용됨에 따라 발생하는 문제는 크게 3가지가 거론된다. 첫째, 서비스 이용에 대한 본인부담금이 발생한다. 즉 장애인복지서비스 사업소에서 이용할 경우에는 발생하지 않았던 본인부담금이 65세 이후에 별도의 개호보험사업소를 이용할 경우에는 최소 10%의 본인부담금이 발생하게 되는 것이다. 둘째, 기존에 익숙하게 이용해왔던 사업소에서 더 이상 이용이 불가하게 되어 다른 사업소로 이관하게 된 65세 이상의 고령장애인은 지역사회, 사업소, 직원 등과의 관계가 끊어지게 된다. 셋째, 이용할 수 있는 서비스의 구체적인 내용 자체가 달라지면서 서비스 공백 및 편의성 결여 등의 문제가 발생하여 일상생활 영역에 어려움을 겪게 될 위험성이 높아지게 된다. 예를 들면, 방문형 서비스의 경우에 장애인종합지원서비스에서는 동거가족이 있다고 하더라도 장애인과 서비스 지원자가 함께 있는 행위를 서비스로 인정하고 있지만, 개호보험서비스 내에서는 가족이 함께 거주한다면 서비스 지원 내용을 시간 단위로 엄격하게 구분하여 생활상에서의 지원을 최소화하도록 제한한다(三原 岳, 2018).¹⁵⁾

이러한 문제 등으로 인해 2007년에는 개호보험제도 우선적용에 대하여 지자체에서 자체적으로 유연하게 서비스 이용의 주체인 장애인 당사자의 의사를 가능한 존중하는 방향으로 대처할 것을 통지함으로써 변화를 추구하기 시작하였다. 또한 개호보험서비스 만으로는 필요한 서비스가 충분하지 않을 경우에는 추가적으로 장애인복지서비스 이용이 가능하도록 조치하였다. 만약 개호보험서비스 이용이 필요하다고 판정 받아도 주변에 이용 가능한 사업소 등이 없거나, 있더라도 이용할 공간이 충분하지 않은 경우에도 장애인복지서비스 이용이 일부 가능하도록 개편한

15) 시정촌이 인정한 문제가 해결될 때까지로 장애인복지서비스를 이용하는 기간을 한정함.

16) 개호급여비와 관련된 서비스는 필요한 장애인복지구분이 인정된 경우로 한정함.

17) “65세의 벽은 왜 생기는가: 개호보험과 장애인복지의 틈새에서 일어나는 문제를 생각한다”, 닛세이키초연구소 기초연례보고 2018-11-29.

것이다. 이와 관련된 논의는 장애인종합지원법 제정 이후인 2015년에도 장애인자립지원법에 명시된 ‘개호보험법 우선 적용원칙’을 해당 법에도 동일하게 적용함에 따라 같은 통지가 전달된 바 있다.

3) 고령장애인 지원을 위한 조치

사회보장제도 원칙인 보험우선 개념을 바탕으로 서비스 내용 및 기능에서 장애인 복지서비스와 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.

(1) 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(테이서비스)¹⁸⁾, (개호예방) 단기입소생활개호는 장애인종합지원법 혹은 아동복지법의 지정을 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

18) 이용자가 가능한 한 자택에서 자립하여 일상생활을 보낼 수 있도록 자택에서 나오지 않거나 나을 의지를 잃은 이용자의 고립감을 해소하고, 심신기능을 유지하며, 가족의 부양에 대한 부담을 경감하는 등의 목적으로 실시됨. 이용자는 통소개호 시설에 다니며 식사 및 입욕 등의 일상생활지원과 생활기능 향상을 위한 기능훈련, 구강기능 향상 서비스 등을 이용할 수 있음.



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).¹⁹⁾

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 이용해왔던 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 “토아마 데이 서비스”가 자주 일컬어진다. 공생형서비스의 대상이 되는 서비스는 다음과 같다.

〈표 IV-1-1〉 공생형서비스로 호환 가능한 서비스

구분	개호보험서비스	장애인복지서비스 등
홈ヘルプ서비스	· 방문개호	· 거택개호 · 중증방문개호
데이서비스	· 통소개호 · 지역밀착형 통소개호	· 생활개호 · 자립훈련 · 아동발달지원 · 방과 후 데이서비스
단기거주	· 단기입소 생활개호 · 개호예방 단기입소 생활개호	· 단기입소
일체적으로 「통소방문수반 서비스 조합을 제공하는 서비스	· 소규모 다기능형 거택개호 · 개호예방 소규모 다기능형 거택개호 · 간호 소규모 다기능형 개택개호 · 통소형 · 숙박형	· 생활개호 · 자립훈련 · 아동발달지원 · 방과 후 데이서비스 · 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 공생형서비스

19) 厚生労働省. (2023). 障害保健福祉関係主管課長会議資料.

로 연계될 수 있도록 설계하였다.

그러나 현재 공생형서비스는 지정 사업소 수가 아직까지 충분히 보급되었다고 볼 수 없다. 2020년을 기준으로, 공생형 개호보험서비스 지정을 받은 장애인복지서비스사업소는 117개소이고, 공생형 장애인복지서비스 지정을 받은 개호보험서비스사업소는 739개소에 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).²⁰⁾

(2) 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 통소

20) 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.



개호, 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 이상이어야 한다.

다섯째, 65세까지 개호보험서비스를 이용하지 않았어야 한다. 이번 법 개정의 취지는 ‘65세의 벽’ 문제, 즉 장기간(5년 이상)에 걸쳐 장애인복지서비스를 이용해왔던 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).

(3) 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 지적 장애인이나 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 본다.

4) 장애인복지서비스별 대상자 선정기준

전술한 부분에서 알 수 있듯이, 일본도 우리나라처럼 ‘65세의 벽’을 사회적 문제로 바라보고 다양한 제도적 변화를 시도하기 위해 다양한 제도적 변화를 도모하였다. 이와 관련하여 일본의 65세 이상의 고령장애인이 주로 이용하는 개호서비스를 알아보고자 국민건강보험중앙회의 KDB시스템에서 제공하는 데이터를 참고하였다.

2011년과 2021년 사이의 서비스별 65세 이상 이용자 비율을 살펴보면, 2011년에 비해 전체 이용자수 대비 65세 이상 비율이 10%대 이상으로 증가한 서비스는 중증방문개호(26.3%), 시설입소원호(24.9%), 생활개호(14.0%), 거택개호(13.2%), 공동생활개호와 공동생활원조 합계(12.9%) 등이었고, 2011년에는 조사 당시 해당 서비스 부재 등의 이유로 이용자 집계가 되지 않은 동행원호가 2021년 기준 67.1%로 매우 높게 나타났다. 반면 이용자 수 대비 65세 이상 비율이 낮아진 서비스는 요양개호, 자립훈련(기능 및 생활훈련) 등이었다.

〈표 IV-1-2〉 서비스별 65세 이상 이용자 비율

서비스 종류	이용자 수							
	계		65세 미만		65세 이상		이용자 수 대비 65세 이상 비율(%)	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021
거택개호	119,226	190,242	108,980	165,168	10,246	25,074	8.6	13.2
중증방문개호	8,262	11,598	6,863	8,552	1,399	3,046	16.9	26.3
행동원호	5,638	11,537	5,632	11,469	6	68	0.1	0.6
중증포괄	30	34	30	34	0	0	0.0	0.0



서비스 종류	이용자 수							
	계		65세 미만		65세 이상		이용자 수 대비 65세 이상 비율(%)	
	2011	2021	2011	2021	2011	2021	2011	2021
요양개호	2,093	21,022	1,692	18,363	401	2,659	19.2	12.6
생활개호	172,699	294,732	155,827	253,558	16,872	41,174	9.8	14.0
단기입소	27,675	43,666	27,352	43,055	323	611	1.2	1.4
공동생활 개호와 공동생활 원조합계	65,276	144,570	59,969	125,914	5,307	18,656	8.1	12.9
시설입소원호	89,776	125,709	75,731	94,394	14,045	31,315	15.6	24.9
자립훈련 (기능훈련)	2,521	2,089	2,296	1,942	225	147	8.9	7.0
자립훈련 (생활훈련)	9,271	13,295	8,888	12,792	383	503	4.1	3.8
숙박형 자립훈련	1,257	3,046	1,182	2,861	75	185	6.0	6.1
취로이행지원	21,280	35,716	21,275	35,691	5	25	0.0	0.1
취로이행지원 (요양시설)	207	106	207	106	0	0	0.0	0.0
취로지속 지원A형	14,198	77,307	14,129	75,701	69	1,606	0.5	2.1
취로지속 지원B형	119,524	290,559	114,808	266,335	4,716	24,224	3.9	8.3
구 입소시설	75,422	-	68,199	-	7,223	-	9.6	-
동행원호	-	24,981	-	8,207	-	16,774	-	67.1
자립생활원조	-	1,041	-	971	-	70	-	6.7
취로정착지원	-	13,141	-	13,122	-	19	-	0.1

출처: 厚生労働省. (2021). 高齢の障害者に対する支援等について. 재구성

따라서 본 장에서는 우리나라의 장애인 활동지원서비스와 유사한 서비스 내용을 살펴보고자, 2011년에 비해 전체 이용자수 대비 65세 이상 비율이 10%를 넘어선 서비스 중에서 주로 지역사회에 거주하면서 이용 가능한 대표적인 장애인복지서비스인 거택개호, 중증방문개호, 생활개호, 동행원호를 중심으로 기술하였다.

(1) 거택개호

거택개호란 일상생활을 영위하는 데 지장이 있는 장애인이 자택에서 안심하고 생활을 보낼 수 있도록 홈헬퍼가 장애인 당사자의 자택을 직접 방문하여 서비스를 지원한다. 크게 신체개호, 가사지원, 통원 등 개호 등으로 구분되어, 첫째 신체개호는 입욕·배설·식사 등을 포함하고, 둘째 가사지원은 조리·세탁·청소 등의 가사, 생활필수품 구매를 위한 쇼핑과 이에 대한 상담·조언 등 일상생활 전반에 관한 지원하며, 셋째 통원 등 개호는 병원 통원을 위한 동행서비스 지원 등을 포괄한다. 이와 같이 거택개호는 장애인 당사자가 가능한 한 자택에서 자립하여 영위할 수 있도록 지원하는 대표적인 서비스 중 하나이다.

대상자 선정기준은 장애지원구분이 구분1 이상이어야 하고, 장애아동의 경우에는 이에 상당한 심신의 상태여야 한다. 만약 통원 등을 지원할 때 신체개호를 수반하는 경우에는 산정방식이 상이하여, 보행·배뇨·배변·이승·이동 중 한 가지 이상에 해당하면서 특정한 지원 정도를 만족하여야 하고, 장애아동의 경우에는 이에 상당한 지원 정도를 요구한다. 즉 장애지원구분이 구분 1 이상이면서, 동시에 신체개호 이용 시 장애지원구분 인정조사항목 5가지 중 1개 이상을 인정받아야 한다. 또한 거택개호는 장애인종합지원법에 근거하여 제공되는 서비스이므로 연령기준은 동법에서 장애인으로 간주하는 18세 이상이며, 동법 제7조에 따라 장애인복지서비스에 상응하는 개호보험서비스가 있을 경우에 “개호보험 우선원칙”을 적용해야 하므로 원칙적으로는 65세 미만까지를 대상으로 볼 수 있다.

〈표 IV-1-3〉 장애지원구분 기준 거택개호 대상자 선정항목

군(그룹)	항목	지원 필요없음	지켜보기 등 지원 필요	부분적 지원 필요	전면적 지원 필요
기거동작	보행				●
생활기능Ⅰ	배뇨			●	●
	배변			●	●
생활기능Ⅱ	이승		●	●	●
	이동		●	●	●

출처: 厚生労働省. 장애인복지서비스 내용(거택개호). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/service/naiyou.html에서 2023.3.14. 인출하여 재구성함.



(2) 중증방문개호

중증방문개호는 거택개호와 유사하게 당사자의 자택 방문을 통해 이뤄지지만, 다른 점은 장애인 중에서도 장애정도가 중증인 신체장애인, 지적장애인, 정신장애인 중 상시개호를 필요로 하는 당사자를 대상으로 서비스 지원이 이뤄진다는 부분이다. 지원 가능한 서비스 중에서 입욕·배설·식사·옷 갈아입기 지원 등의 신체개호와 조리·세탁·청소 등의 가사, 생활필수품 구매를 위한 쇼핑과 같은 가사지원 등의 경우 거택개호와 유사한 사항이다. 반면 일상생활이나 이동지원 중에 반드시 신체개호가 필요한 게 아니더라도 당사자의 심리적인 안정감과 안전성을 위한 “지켜보기” 등을 통해 24시간 서비스 지원이 가능하다는 부분은 거택개호와 다른 중증방문개호의 서비스 특징이라고 할 수 있다.

대상자 선정기준은 장애지원구분이 구분4 이상이어야 하고, 만약 병원 등에 입원 및 입소 중인 경우에는 구분 6이면서 입원 및 입소 이전부터 중증방문개호를 이용하고 있었어야 하며, 다음 중 어느 한 가지에 해당해야 한다.

첫째, 다음의 기준 이상을 모두 인정을 받아야 한다. 먼저 사지 중 두 군데 이상 마비 등이 있어야 한다. 다음으로, 장애지원구분 인정조사항목 중 다음 4가지 항목 모두 “지원 필요없음” 이외로 인정을 받아야 한다.

〈표 IV-1-4〉 장애지원구분 기준 중증방문개호 대상자 선정항목

군(그룹)	항목	지원 필요없음	지켜보기 등 지원 필요	부분적 지원 필요	전면적 지원 필요
기거동작	보행		●	●	●
생활기능Ⅰ	배뇨			●	●
	배변			●	●
생활기능Ⅱ	이승		●	●	●

출처: 厚生労働省. 장애인복지서비스 내용(중증방문개호). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html에서 2023. 3.14. 인출하여 재구성함.

둘째, 장애지원구분 인정조사항목 중 행동 등 관련 12항목의 합계 점수가 10점 이상이 되어야 한다. 해당 기준은 주로 정신적 장애인과 관련된 항목으로써 인지 기능 2항목(의사소통, 설명이해), 행동장애 A군 2항목(고성·괴성), 행동장애 B군 7항

목(다동·행동정지, 불안정한 행동, 자해행위, 타해행위, 부적절한 행위, 돌발행위, 과식·반추증 등), 의사의견서 1항목(뇌전증) 총 12항목이 포함된다.

각 항목 당 최소 0점에서 최대 2점까지 부여 가능하며, 가령 행동장애 A군 및 B군의 경우에는 “지원이 필요 없는 수준”부터 “월 1회 이상의 지원이 필요한 수준”은 0점이고, “주 1회 이상의 지원이 필요한 수준” “거의 매일(주 5일 이상) 지원이 필요한 수준”인 경우에만 2점으로 인정한다. 단순계산으로 “해당 항목 수행 불가” 혹은 “거의 매일 지원”이 필요한 수준과 같이 최종증에 해당하는 항목이 최소 5개 이상이 행동장애로 인정되어야 하는 것이다. 이와 관련한 세부적인 사항은 다음 표와 같다.

〈표 IV-1-5〉 행동 등 관련 12항목 점수체계

군(그룹)	항목	0점	1점	2점
인지기능	의사소통	· 지원 필요없음	· 특정한 사람과 의사소통 가능 · 화화 이외의 방법으로 의사소통 가능	· 독자적인 방법으로 의사소통 가능 · 의사소통 불가
	설명 이해	· 이해할 수 있음	· 이해할 수 없음	· 이해하는지 판단 불가
행동장애 (A군)	고성·과성	· 지원 필요없음 · 매우 드물게 지원 필요	· 주 1회 이상 지원 필요	· 거의 매일(주 5일 이상) 지원 필요
	이식증	· 월 1회 이상 지원 필요		
행동장애 (B군)	다동·행동정지	· 지원 필요없음 · 매우 드물게 지원 필요 · 월 1회 이상 지원 필요	· 주 1회 이상 지원 필요	· 거의 매일(주 5일 이상) 지원 필요
	불안정한 행동			
	자해행위			
	타해행위			
	부적절한 행위			
의사 의견서	돌발행위	· 연 1회 이상	· 월 1회 이상	· 주 1회 이상
	과식·반추증 등			

출처: 札幌市. 行動援護判定基準と認定調査等項目. <https://www.city.sapporo.jp/shogaifukushi/jiritsushien/documents/05besshi.pdf>에서 2023.3.14. 인출하여 재구성함.



셋째, 중증방문개호는 장애인종합지원법에 근거하여 제공되는 서비스이므로 연령기준은 동법에서 장애인으로 간주하는 18세 이상이며, 동법 제7조에 따라 장애인복지서비스에 상응하는 개호보험서비스가 있을 경우에 “개호보험 우선원칙”을 적용해야 하므로 원칙적으로는 65세 미만까지를 대상으로 볼 수 있다.

(3) 생활개호²¹⁾

생활개호는 상시개호가 필요한 이용자가 주로 주간에 이용 가능한 서비스이다. 거택개호 및 중증방문개호 서비스와 유사한 배설·식사·입욕지원과 같은 신체개호, 조리·세탁·청소와 같은 가사지원 등이 있는 반면, 창작활동 및 생산활동과 같이 생활개호만의 특색 있는 서비스도 지원 가능하다. 창작활동의 범위는 상당히 광범위하여, 원예·회화·연주합창·영상 및 음악 감상 등 취미활동부터 산책·드라이브 등 원 외활동까지 포괄한다. 또한 생산활동의 경우에는 통상적인 근로계약에 근거한 임금과는 상이하여 지불금액은 자유로우나, 해당 사업소에서의 임금 지불은 의무적으로 시행되어야 한다. 따라서 생활개호는 취업기회의 제공 또한 수행한다고 볼 수 있다.

서비스 대상자는 지역이나 입소시설에서 안정된 생활을 영위하기 위해 상시개호 등의 지원이 필요한 사람 중에서 다음에 기재된 사항을 모두 충족할 경우에 대상자가 된다. 첫째, 신체장애인, 지적장애인, 정신장애인, 발달장애인, 난치병환자를 포함하여 장애인종합복지법에서 규정한 장애인이어야 한다. 둘째, 연령 및 거주 형식에 따른 장애지원구분 수준을 만족해야 한다. 즉 50세 미만인 경우에 지역사회에서 거주하며 통소 형식으로 이용한다면 장애지원구분3 이상이어야 하고, 동일한 연령 구간일 때 장애인지원시설 등에 입소한 경우에는 통소 형식의 기준보다 중증에 해당하는 장애지원구분4 이상이어야 한다. 또한 50세 이상인 경우에 지역사회에서 거주하며 통소 형식으로 이용한다면 장애지원구분2 이상이어야 하고, 동일한 연령 구간일 때 장애인지원시설 등에 입소한 경우에는 통소 형식의 기준보다 중증에 해당하는 장애지원구분3 이상이어야 한다.

다만 예외적으로 시설입소 중인 장애인 당사자가 해당 연령 구간의 장애지원구분을 만족하지 않는다고 하더라도, 시정촌(지자체)에서 서비스 조합의 필요성을 인정한 경우에는 생활개호 이용이 가능하다. 예를 들어, 50세 이상이면서 장애인지원시

21) 厚生労働省. 장애인복지서비스 내용(생활개호). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaiho/shougaisahukushi/service/naiyou.html에서 2023.3.14. 인출하여 재구성함.

설에 입소한 장애인 당사자가 장애지원구분2에 해당하는 경우에 시정촌에서 생활 개호를 이용할 필요성이 있다고 인정한다면 이용 가능하다.

또한 생활개호는 장애인종합지원법에 근거하여 제공되는 서비스이므로 연령기준은 동법에서 장애인으로 간주하는 18세 이상이며, 동법 제7조에 따라 장애인복지 서비스에 상응하는 개호보험서비스가 있을 경우에 “개호보험 우선원칙”을 적용해야 하므로 원칙적으로는 65세 미만까지를 대상으로 볼 수 있다.

〈표 IV-1-6〉 연령 및 거주 형식 등에 따른 생활개호 대상자 기준

연령	통소 형식	장애인지원시설 등 입소	생활개호 및 시설입소지원 병용
50세 미만	장애지원구분3 이상	장애지원구분4 이상	장애지원구분4 이상
50세 이상	장애지원구분2 이상	장애지원구분3 이상	장애지원구분3 이상

출처: 후생노동성. 장애인복지서비스 내용(생활개호). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/service/naiyou.html에서 2023.3.14. 인출하여 재구성함.

(4) 동행원호

동행원호는 시각장애로 인해 이동에 현저한 어려움이 있는 장애인 등을 대상으로 외출 시 해당 장애인과 동행하며 이동에 필요한 정보를 제공하고, 이동원호 및 그 밖의 외출 시 필요한 지원을 실시한다. 크게 4가지로 구분되어, 외출 시 정보제공, 대필·대독, 신체개호, 이동지원 등이 포함된다.

구체적인 서비스 내용으로, 첫째, “외출 시 정보제공”은 시각장애가 있는 서비스 이용자가 외출하였을 때 의사결정을 하는 중요한 판단근거로 활용될 수 있다. 즉 장애인 당사자가 의사결정을 할 때 필요한 시각적인 정보를 최대한 구체적이고 정확하게 전달하는 행위를 의미한다. 둘째, “대필·대독”은 어디까지나 외출 시에 필요한 범위 내에서 한정된다. 즉 여기서의 필요한 범위란 식사 등을 포함한 일상생활에서의 대필·대독을 의미하며, 임대차계약 등의 금전적인 계약행위는 해당되지 않는다. 셋째, “신체개호”는 배설·식사 등에 대한 부분으로써, 서비스 이용자의 상황에 따라 실시할 수도 있고, 실시하지 않을 수도 있다. 넷째, “이동지원”은 서비스 이용자의 안전을 보장하기 위한 지원으로써, 이동 중에 발생할 수 있는 생명에 중대한



위험을 초래할 상황을 피해야 한다. 단, 동행원호 종사자가 운전하는 자동차에 승차하여 실시되는 외출 등은 이동지원에 해당되지 않는다.

동행원호를 이용할 수 있는 대상자는 크게 2가지로 구분되어, 신체개호를 동반하지 않는 경우와 동반하는 경우가 상이하다.²²⁾ 첫째, 신체개호를 동반하지 않는 경우에는 동행원호 사정조사표(同行援護アセスメント調査票) 조사항목 중 “시력장애”, “시야장애”, “야맹” 중 1점 이상이면서 “이동장애” 점수가 1점 이상인 사람이 해당된다. 이때, 장애지원구분 인정을 필요로 하지 않는 것으로 한다.

〈표 IV-1-7〉 동행원호 사정조사표 점수체계

구분	조사항목	0점	1점	2점
시력장애	시력	· 보통(일상생활에 지장 없음)	· 약 1m 떨어진 시력검사표 그림은 볼 수 있지만, 눈앞에 놓인 경우에는 볼 수 없음 · 눈앞에 놓인 시력검사표 그림은 볼 수 있지만, 멀어지면 볼 수 없음	· 거의 볼 수 없음 · 보이는지 보이지 않는지 판단 불가함
시야장애	시야	· 시야장애 없음 · 시야장애 1점 혹은 2점 사항에 해당하지 않음	· 두 눈 시야가 각각 10도 이내이며, 양쪽 눈의 시야의 경우, 시력손실률이 90% 이상임	· 두 눈의 시야가 각각 10도 이내이며, 양쪽 눈의 시야의 경우, 시력손실률이 95% 이상임
야맹	망막색소변성증에 의한 야맹 등	· 망막색소변성증 등에 의한 야맹 등이 없음 · 야맹 1점 사항에 해당하지 않음	· 어두운 장소나 야간 등에 이동 시, 익숙한 장소 이외에는 보행할 수 없을 정도의 시야시력 저하가 있음	-
이동장애	시각장애인용 지팡이(또는 안내견)사용에 따른 단독보행	· 익숙하지 않은 장소여도 보행 가능함	· 익숙한 장소에서만 보행 가능함	· 익숙한 장소여도 보행이 불가함

출처: 同行援護のアセスメント調査票에서 2023.8.14. 인출하여 재구성함.

22) 厚生労働省. 同行援護の対象者の基準. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/kaiseihou/dl/sankou_110926_03_4.pdf 에서 2023.8.14. 인출하여 재구성함.

둘째, 신체개호를 동반하는 경우에는 ①동행원호 사정조사표 조사항목 내 동일한 조건을 충족하면서, ②장애지원구분2 이상이여야 하고, ③장애인정구분 인정조사항목 중에서 보행·배뇨·배변·이승·이동 중 한 가지 이상이 “지원 필요없음” 이외의 수준으로 인정받아야 한다.

〈표 IV-1-8〉 장애지원구분 기준 동행원호 대상자 선정항목

군(그룹)	항목	지원 필요없음	지켜보기 등 지원 필요	부분적 지원 필요	전면적 지원 필요
기거동작	보행		●	●	●
생활기능Ⅰ	배뇨			●	●
	배변			●	●
생활기능Ⅱ	이승		●	●	●
	이동		●	●	●

출처: 厚生労働省. 同行援護の対象者の基準. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaisahukushi/kaiseihou/dl/sankou_110926_03_4.pdf 에서 2023.8.14. 인출하여 재구성함.

또한 동행원호는 장애인종합지원법에 근거하여 제공되는 서비스이므로 연령기준은 동법에서 장애인으로 간주하는 18세 이상이며, 앞에서 거론된 거택개호, 중증방문개호, 생활개호와 상이하게 장애인복지서비스에 상응하는 개호보험서비스가 없는 독자적인 장애 특화 서비스이므로 “개호보험 우선원칙”을 적용받지 않아, 65세 이상이 되어도 지속적으로 서비스 이용이 가능하다.



2. 프랑스

1) 장애 정의

프랑스의 최초 장애인법은 장애인의 사회 부적응 문제가 사회문제로 제기됨에 따라 1975년 6월 30일에 제정되었다. 이는 장애인의 사회통합을 위한 제도적 설치를 위한 것으로 사회 및 의료사회제도와 관련한 기관 설치, 재정, 교육, 전문종사자 조건 등을 비롯하여 장애인 활동보조제도인 제3자보상수당 제정을 다룬 것이다. 제정 당시 장애를 기능 손상, 즉 의학적 기준에 초점을 두었기 때문에 장애 개념에 대해 구체적으로 법적 정의를 내리지 않았다. 그러나 세계보건기구의 CIH와 ICF 기준 등 장애를 바라보는 관점의 발전하였고 1975년의 장애법이 장애인의 사회통합에 기여하는데 역부족이라는 비판의 결과로 이를 ‘장애인의 권리와 기회의 평등, 참여와 시민권 법’으로 2005년 2월 11일 개정하였고 법적 장애 개념의 정의가 신설되었다.

이에 따라 프랑스의 법적 장애 정의는 2005년 2월 11일에 제정된 ‘장애인의 권리와 기회의 평등, 참여와 시민권 법’ 제 114조(l'article 114 de la loi n°2005-102 du février pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées)에 의거하여, “복합적, 심리적, 인지적, 정신적, 감각적, 신체적 기능의 한 가지 이상의 지속적이거나 영구적인, 혹은 심각한 손상 및 건강상의 장애문제로 인하여 한 사람이 겪는 모든 활동의 한계나 사회생활에서의 참여가 제한되는 것”으로 정의된다. 동 법적 장애 개념은 프랑스에서 장애를 인정하는 방식과 일치한다. 한국의 경우 장애등록 제도가 있어 해당 기준에 충족되어 장애인으로 등록이 되어야만 장애인 관련 수당 및 서비스 수급자가 될 수 있는 반면 프랑스는 등록장애제도가 없어 개인이 필요한 서비스를 신청하여 각 수당 및 서비스별로 수급 판정을 받는 시스템이다. 이러한 방식은 장애인 서비스 통합 기관인 도립장애인센터(MDPH)의 존재로 인해 원활히 운영되고 있다.

2) 장애인 서비스 원스톱 기관: 독립장애인센터 (Maisons Départementales des Personnes Handicapées, MDPH)

독립장애인센터(MDPH)는 2005년 2월 11일 장애인 시민과 참여, 기회와 권리의 평등을 위한 법에 의거하여 설치된 장애 서비스 통합 기관이다. 장애 관련 수당 및 서비스 정보 안내, 자격 판정, 기관 연계, 수급자 관리 등 장애인 관련 서비스를 원스톱으로 담당하고 있다. MDPH는 데파르트망이라고 불리는 행정구역별로 지역 규모와 인구밀도를 고려하여 내 1개소~최대 4개소까지 설치하여 운영 중으로 프랑스 영토 내 총 101개소가 있다. 지방정부인 도의회(Conseil départemental)에 의해 운영되며 사회보장기관 중 하나인 자립연대국가기금(CNSA)이 MDPH 직원 교육 및 운영회의를 주최하고 있다.

(1) MDPH 미션 및 조직도

MDPH는 MDPH가 설치되기 이전에 장애판정을 담당했던 도의회 소속 세 조직의 미션을 통합적으로 수행하는 공익기관(Groupement d'intérêt public)이다. 즉 성인장애인 장애판정 및 서비스 욕구 사정 담당이었던 '재취업 및 진로제시 방법 위원회(Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel, COTOREP)', 아동장애인 장애판정 및 특수교육관리 담당이었던 '독립 특수교육 위원회(Commissions départementales d'éducation spéciale, CDES)', 재활보조기구 재정지원 담당이었던 자립적 삶을 위한 기관(Sites pour la Vie Autonome, SVA)이다.

MDPH의 미션은 크게 네 가지로 나뉜다.

첫째, 안내 및 정보제공이다. 원스톱 서비스 기관으로 장애인과 장애인 가족에게 최대한 다양하고 필요한 정보를 제공하며 수당 및 서비스 신청 시 필요한 경우 신청인의 상황을 잘 듣고 서류작성을 돕는다.

둘째, 수급자 관리이다. MDPH는 대상자가 장애를 인정받은 시점부터 건강의 변화를 주기적으로 관리한다.

셋째, 신청관리 및 수급권 배부이다. MDPH는 신청인이 신청한 수당 또는 서비스의 수급가능여부를 판정하기 위해 다학제팀(Equipe Pluridisciplinaire, EP) 전문가를 알맞게 구성하고 신청인의 장애보상 욕구를 파악하여 개별보상계획을 수립

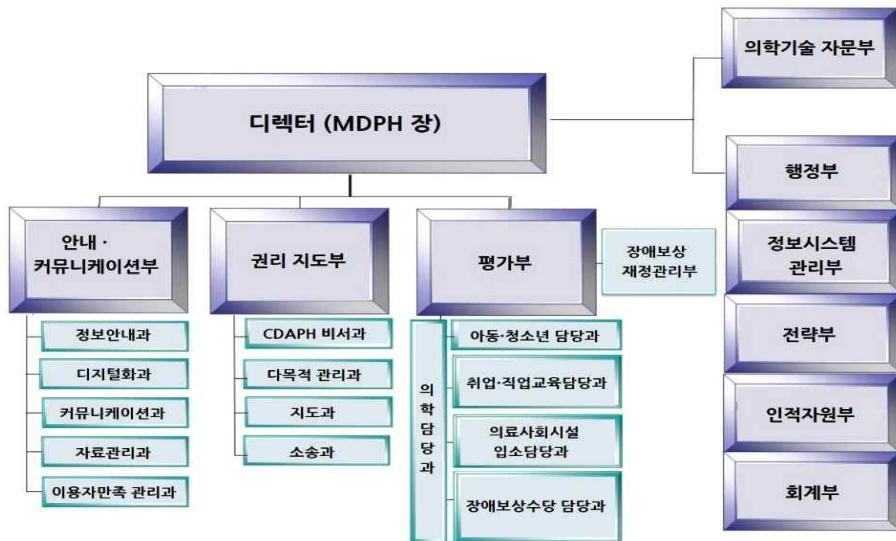


하도록 한다. 또한 장애인자립권리위원회(Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées, CDAPH)의 수급자격여부 최종판정 회의를 조직하며 최종결과를 신청인에게 안내한다.

넷째, 기관 연계 및 조정 담당이다. 판정결과에 대해 실제로 이행될 수 있도록 해당 기관을 연계하고 수급자격에 미달된 신청자의 재심 신청을 받아 다시 판정을 받을 수 있도록 관리한다.

지방분권화로 인하여 MDPH는 지방정부, 즉 도(데파르트망)의회의 재량에 따라 운영방식이 다양하기 때문에 각 데파르트망의 MDPH 마다 조직도가 상이하다. 이는 별도의 규칙이 부재하여 각 MDPH별로 유연하고 효율적인 조직도 편성이 가능하다는 장점이 있다.

대표적으로 파리 MDPH의 조직도를 살펴보면 MDPH 미션을 이행하는 주요부서로 안내·커뮤니케이션부, 권리 지도부, 평가부가 있으며 각 부 아래 세부적 역할을 담당하는 과로 다시 나뉜다. 총 160여명의 직원이 있다.



[그림Ⅳ-2-1] MDPH 조직도

자료: MDPH 75

(2) 장애판정조직

MDPH에서 장애를 판정하는 조직은 다학제팀(EP)과 장애인 권리·자립위원회(CDAPH)로 구성된다. EP가 판정도구를 활용하여 평가를 진행하고 개별보상계획을 수립하고나면 CDAPH가 평가결과를 전달받아 수급자격조건에 대해 최종 판정을 담당하게된다.

① 다학제팀(l'Équipe pluridisciplinaire, EP)

MDPH의 EP는 수급 자격 여부를 판정하기 위해 신청인의 장애 여부를 평가한다. EP는 신청인의 상황과 상태에 맞게 다양한 전문인, 즉 의사, 간호사, 작업치료사, 심리학자, 사회복지사, 교육인, 고용 및 직업훈련 전문가 등으로 구성될 수 있다. 그러나 모든 MDPH의 EP 인력 조직은 반드시 동일하지는 않으며 같은 MDPH 내에서도 신청인의 상황 및 욕구별로 저마다 다양하게 구성될 수 있다. EP 구성원 및 EP 조정자는 MDPH 장애 의해 임명된다(Article R.146-27 du CASF). 만일 특정사례가 EP 전문가의 역량을 벗어나는 경우 외부 전문가와 계약을 맺어 필요한 자문을 얻을 수 있다 (Article L.146-3 du CASF ; Article R.146-42 II du CASF).

EP의 역할은 신청인이 작성한 신청서 및 제출서류를 검토하여 신청인의 전반적인 상황, 삶의 계획 및 장애보상욕구를 파악하여 개별보상계획을 수립하는 것이다. 또한 신청인이 신청하지는 않았지만 EP가 보기에 필요하다고 판단되는 서비스 및 수당을 제안할 수 있다. 또한 MDPH에서 담당하지 않는 외부공공기관의 서비스 중 신청인에게 필요할 것 같은 판단이 들면 그 또한 안내할 수 있다(Article R.146-28 dernier alinéa du CASF).

보통의 경우 EP는 신청 수당 및 서비스의 유형에 상관없이 ‘장애율 판정가이드’를 활용하여 장애율을 평가한다. ‘장애율 판정 가이드’는 AAH(성인장애수당으로 한국의 장애인연금과 흡사) 판정용으로 개발되었지만 대략적인 장애율 수준을 파악할 수 있는 유일한 도구이기 때문에 신청인의 장애 수준을 어느정도 파악하여 참고용으로 활용하기 위하여 사용하는 것이다. 즉 신청인이 장애보상수당(PCH)를 신청한 경우 PCH 판정기준에 따르되 장애율은 편의상 다른 수당 및 서비스의 수급 자격의 장애 정도를 파악하기 위해 참고용으로 도출한다. 예를 들면 장애율 80% 이상은 AAH의 수급 조건이 되지만 동시에 장애카드나 주차카드 발급 및 장애인근로자



인정 기준이 된다.

PCH 평가를 위해서는 장애인보상필요평가서(Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées, GEVA)를 활용하여 개별보상계획을 수립하게 된다. 신청인이 제출한 자료만으로 상황 및 욕구가 정확하게 판단되지 않는다면 대면평가 및 거주지 방문을 할 수도 있다.

② 장애인 권리·자립 위원회(la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, CDAPH)

CDAPH는 EP가 작성한 개별보상계획 및 평가결과를 검토하여 수급자격을 최종 판정하는 역할을 담당한다 (Article L.146-9 du CASF).

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 2인이다. 도지사와 도의회 장이 CDAPH 위원을 4년 임기로 임명하고 대리인은 각각 3명씩 가능하다. CDAPH의 위원은 EP에 속할 수 없으며 또한 CDAPH 내에서도 역할 중첩은 불가능하다. CDAPH장은 2년 마다 위원회 구성원들에 의해 선출된다 (Article L.241-5 du CASF).

판정회의는 정원의 50%인 12인 참석을 최소 인원으로 규정하고 있으며 CDAPH 활동은 무보수(교통비는 환급)이다. 판정회의는 정해진 규칙이 없기 때문에 각 MDPH마다 다르게 열리는데, 보통 일주일에 1~2회, 또는 15일마다 1회 진행된다.

(3) MDPH 서비스 신청 절차

앞서 설명했듯이 프랑스는 한국과는 다르게 장애인등록제도가 없다. 이는 장애를 하나의 기준으로 정하는 것이 아니라 손상으로 인하여 사회활동의 제한이 있는 경우 필요한 수당 및 서비스를 신청하는 것으로 해당 수당 및 서비스의 목적에 맞는

평가를 거쳐 장애를 인정받게 된다. 장애인과 관련된 모든 서비스 절차는 MDPH에서 원스톱으로 진행 및 관리되는데, 신청 절차는 크게 MDPH 서류접수 → 서류 등록 및 등록 통지 → EP 수급 자격 평가 → CDAPH 최종판정 → 최종판정결과통지로 나눌 수 있다.

첫째, MDPH 서류접수단계이다. MDPH에 신청하는 모든 수당 및 서비스는 MDPH 신청서(공통양식 cerfa n°15692-01)를 공통으로 사용하는데 이를 작성하여 의사 소견서, 신분증사본, 거주증명서 및 장애를 증명할 수 있는 모든 서류를 MDPH에 본인 또는 대리인이 제출한다. 신청서의 경우 기입해야 하는 항목이 많고 특히 신청인의 상황과 장애욕구를 직접적으로 표명할 수 있는 삶의 계획 항목을 최대한 자세하게 작성하는 것이 중요한데, 이는 개별보상계획 수립을 위해 적극 참고하는 사항이기 때문이다. 작성이 어려운 경우 MDPH 직원의 도움을 받을 수 있다.

신청서 양식은 총 20페이지이며 총 6가지의 항목인 A.인적사항, B.일상생활, C.교육, D.직업적 상황, E.수당 및 권리 신청유형, F.가족부양자의 삶으로 구성되어 있다.

〈표 IV-2-1〉 MDPH 신청서 내용

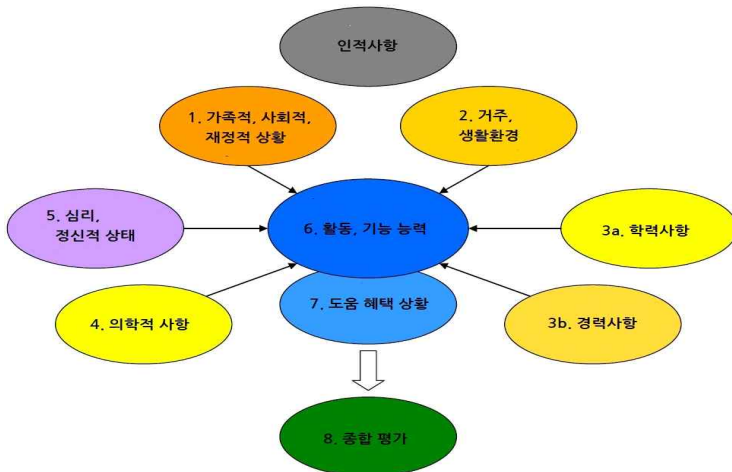
구분	내용
표지	신청서 작성 안내 및 신청 목적 체크리스트
A. 인적사항	신청인(미성년자의 경우 후견인 포함)의 인적사항
B. 일상생활	일상생활, 일상생활에서의 보상에 대한 필요 욕구, 장애 상황 보상에 대한 기대사항 및 삶의 계획
C. 교육	학업 현황, 학교교육 및 대학생활에서의 욕구, 학교교육, 과외, 대학생활에 대한 기대사항 등
D. 직업적 상황	신청인의 직업적 상황(근로 유무, 휴직여부 등), 직업경력, 직업 계획 등
E. 수당 및 권리 신청 유형	일상생활 관련 신청, 학업관련 신청, 근로, 고용 및 직업교육 관련 신청
F. 가족부양자의 삶	가족부양자의 욕구, 가족부양자로서의 기대사항 등

자료: Formulaire de demande auprès de la MDPH

둘째, 서류등록 및 등록통지이다. 평가 전 사전 서류검토에서 서류가 완벽하게 갖춰지면 MDPH는 신청인에게 우편으로 서류가 등록이 되었다는 접수증을 발부한

다. 이 접수증은 증빙자료가 되므로 잘 보관해야 한다. 서류 누락이나 신청서가 허술하게 작성이 되면 추가서류 제출 요청을 받게 되는데 이 경우 판정 과정 시간이 더 길게 소요된다.

셋째, EP 수급 자격 평가이다. 사회부조와 가족법전 규칙 제146조 제28항(article L.146-8 du CASF)에 의거하여 MDPH의 다양한 전문가로 구성된 다학제 팀(EP)이 각 수당 및 서비스에 맞는 판정도구로 자격 평가를 진행한다. 어떤 종류의 수당이나 서비스를 신청하건 EP는 개별보상계획을 수립하게 되는데 이를 위해서 장애인보상욕구평가서(Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées, GEVA)를 활용한다. GEVA는 2008년부터 사용되었으며 장애를 수치화하거나 객관적으로 평가하는 도구가 아니라 신청인의 상황을 한 눈에 파악하여 수급자격의 분기점을 알 수 있게 도와주는 도구이다. GEVA는 총 8가지 항목으로 나뉘어져 있는데 ①가족·사회·재정사항 ②거주·생활환경 ③a. 학력사항 ③b. 경력사항 ④의학적사항 ⑤심리·정신적 상태 ⑥활동·기능능력 ⑦도움혜택 상태 ⑧종합평가이다. 각 항목마다 상세하게 신청인에 해당하는 정보를 기입하고 ⑧종합평가 항목에서 ①~⑦항목에서 중요한 사항들을 모아 작성하여 한 눈에 신청인의 상태를 파악할 수 있게 하여 개별보상계획을 수립할 수 있도록 하는 것이다.



[그림 IV-2-2] GEVA 8가지 항목

서류평가 또는 필요한 경우 대면 면담을 통해 신청인의 상황과 상태, 그리고 욕구를 정확히 파악하여 개별보상계획(PPC)을 수립하게 된다. 이 때 MDPH에서 담당하는 장애인서비스를 포함하여 외부 공공기관 서비스까지 신청인에게 필요하다고 판단이 들면 PPC에 제안한다. 완성된 개별보상계획은 다음 단계인 장애인 권리·자립위원회의 최종판정이 있기 15일 전, 신청인에게 우편 및 MDPH 사이트의 본인 계정으로 미리 알리게 되어 이의가 있거나 최종판정에 참석을 원하는 경우 CDAPH 회의 시 참석할 수 있다.

넷째, CDAPH 판정단계이다. EP의 PPC가 완료되면 CDAPH에게 전달되어 최종판정이 진행되며, 최종판정결과가 EP의 평가와 다를 수 있다. 이러한 경우 EP와 CDAPH 사이에 갈등이 생길 수 있는데, 이를 방지하기 위하여 때때로 자립연대기금(CNSA)의 의사와 법조인으로 이루어진 전문가팀에게 판정회의주관 요청을 하기도 한다. 판정 15일 전에 미리 PPC를 받은 신청인은 CDAPH 판정에 출석하여 판정결과에 유리하도록 자신을 변호할 수 있다. 보통 판정시간이 짧기 때문에 예정 시간보다 일찍 도착해서 대기해야한다.

다섯 째, 최종판정결과통지 단계이다. 최종판정결과는 인터넷 사이트를 비롯하여 우편으로 통보된다. 결과 안내서에는 수급자 고유번호, 개별보상계획, 수당 수급 개시일과 만료일 및 담당자 연락처가 기재되어 있다. 한편, 판정결과가 기대와 다른 경우 이의제기 및 소송제기가 가능한데 이의제기의 경우 MDPH에게 입장표명의 편지와 재판정을 요청하는 것이 있고 소송제기의 경우 사회보장 전문소송재판소 또는 행정재판소에 소송을 제기하는 것이다. 그러나 소송제기는 이의제기를 거친 후 진행할 수 있다.

3) 장애인 및 노인 돌봄 제도

현 장애인 활동지원제도인 장애보상수당(Prestation de Compensation du Handicap, PCH)제도는 2006년 1월 1일부터 시행되었는데, 이는 1975년 제정되어 기존에 시행되고 있던 제3자보상수당(Allocation compensatrice pour tierce personne, ACTP)을 대체한 것이다. 1975년 제정 당시 ACTP는 장애인과 노인 그리고 연령 구분 없이 장애율이 80% 이상인 자가 수급 가능하였다. 1970-80년대 노년의학 분야가 발달되면서 노화에 대한 생의학적 정의가 개발되어 의존적 노인이라는 표현이 생겼고²³⁾ 이는 장애와 노인의 분리적 관점이 생겨나게

된 중요한 계기 중 하나였다²⁴⁾. 무엇보다도 재정적 문제가 부각되었다. 1996년 당시 ACTP 수급자 70%가 노인이었는데 지속적인 상승률을 보이자 ACTP 재정을 담당하던 도 의회의 불만이 끊임없이 제기되었다. 해결 방법으로 장애인인구와 노인 인구를 분리시켰는데 당시 은퇴연금 연령이 60세였던 까닭에 해당연령을 기준으로 장애인은 기존의 ACTP를 계속 수급할 수 있었고 노인의 경우 1997년 의존특별수당(Prestation spécifique dépendance, PSD)을 새로 제정하였다.

ACTP와 PSD 모두 지방정부 재정부담인 것은 여전히 같았지만 차이점이 있었다면 수급조건이었다. PSD는 지급된 급여액에 대해 수급자가 사망 시 상속분에서 회수하는 조건이 있었기 때문에 자녀에게 부담을 주고 싶어하지 않은 노인들이 대다수였기 때문에 수급자 신청률이 낮을 수 밖에 없었다. 그러나 노인에 대한 돌봄이 점차 사회적 책임으로 부각되기 시작하면서 사회적 원조 성격에서 보편적 복지정책으로의 노인돌봄제도의 필요성이 사회적 쟁점이 되었고 결국 2002년 1월 1일부터 PSD는 상속분 회수 조건을 삭제한 개별자립수당(Allocation Personnalisée d'autonomie, APA)으로 대체되었다.

‘의존’을 제5 위험으로 고려하여 제5대 사회보험으로 제정하고자 하는 움직임이 있었지만 재정빈번히 실패하였다. 그러나 마침내 2020년 8월 7일에 제정된 사회적 빛과 자립에 대한 법에서 자립(노인, 장애인)을 제5대 위험으로 공표하게 되었고 2004년에 설치된 국가자립연대기금(Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, CNSA)이 자립 분야를 담당하는 사회보장제도 기관으로 지정되었다. 현재 사회보장법전의 세부적인 규칙을 개정 중이며 2025년까지 완료 예정이다.

장애인의 ACTP의 경우, ACTP의 제정 배경이 된 1975년 최초 장애인법의 목적이 장애인의 사회통합이었다면 ACTP는 인적서비스만 지원하였기 때문에 사회참여를 지원하기엔 다소 역부족이었다. 2005년 2월 11일 장애인법 개정을 하면서 다양한 유형의 재가서비스를 확대하여 장애인의 사회통합에 초점을 두어 2006년 1월 1일부터 PCH를 시행하였다. 기존 ACTP에서 PCH로 변경을 원하지 않는 자들은 여전히 ACTP 수급자이지만 현재 프랑스에서 장애인 일상생활을 지원하는 대표적 보상수당이 되었다.

23) Ennuyer, B. (2003).

24) Tenand, M. (2016). La barrière des 60 ans dans les dispositifs de compensation des incapacités : quels effets sur les aides reçues à domicile par les populations handicapée et dépendante ?, Revue française des affaires sociales, no.4, p.129-155. p.135.

(1) 장애인 활동지원서비스 : 장애보상수당(Prestation de compensation du handicap, PCH)

① 목적

장애보상수당(PCH)은 장애로 인해 지출되는 비용에 대한 데파르트망의 재정적 지원으로 2006년 1월 1일부터 기존의 제3자보상수당(ACTP)를 대체하여 시행되었다.

② 수급조건

가. 연령

PCH 수급 연령은 일반적인 경우 20세 이상 60세 미만이지만 예외적으로 20세 미만인 경우 장애아동교육수당(AEEH) 수급자이면서 AEEH 추가수당 수급자일 경우 가능하다.

60세 이상인 경우에도 60세 이전에 장애 상태가 PCH 장애 기준에 부합하다면 가능하다. 또한 ACTP 수급자인 경우 언제든지 PCH로 변경 가능하지만 그 즉시 PCH로 영구 변경된다. 60세 이상의 장애인이 경제활동 중인 경우(은퇴연금을 수령하지 않고 계속해서 직업활동을 하는 경우 즉 소득신고대상 경제활동소득이 있는 경우) 한번 PCH 수급자가 되면 PCH 조건에 지속적으로 충족이 된다면 계속 수급 자격을 유지할 수 있다.

2021년 이전에는 원칙적으로 60세까지 PCH를 신청할 수 있었고 예외적으로 60세 이상인 경우 60세 이전에 PCH 수급조건에 부합하는 장애가 있었던 경우에 한해서 75세까지만 PCH를 신청할 수 있었다. 75세가 되면 PCH가 APA로 전환되면서 기존에 받고 있던 서비스 양이 절반 정도로 줄어들게 되자 장애계에서 연령으로 인한 차별이라는 항의가 계속 되었고 결국 2020년 3월 6일 PCH 연령에 대한 수급조건 개정이 이루어졌다. 2021년 1월 1일부터 60세이상의 경우 60세 이전에 PCH 장애 조건에 부합했던 경우 75세 이후에도 신청 가능하다(Loi n°2020-220 du 6 mars 2020 visant à améliorer l'accès à la prestation de compensation du handicap)²⁵⁾.

²⁵⁾<https://www.vie-publique.fr/loi/271770-loi-du-6-mars-2020-pch-acces-la-prestation-de-compensation-du-handicap>



나. 소득

소득 수준에 따른 PCH 수급가능 유무 기준은 없지만 급여제공 수준을 결정하기 위한 소득기준은 마련되어 있다. 소득으로 인정되는 항목은 자산소득(부동산 및 토지로부터 얻는 수입 등)이며 직업활동소득(배우자 포함) 및 사회부조성격의 급여(주택보조금, 기초생활소득 등)는 제외된다.

〈표 IV-2-2〉 PCH 소득에 따른 급여제공 기준

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- 연 소득이 29,061.72유로 이하인 경우, PCH 급여 100% 지원- 연 소득이 29,061.72유로 초과인 경우 PCH 급여 80% 지원 |
|---|

다. 거주

신청인이 자택, 사회 및 의료 사회 시설 또는 의료 기관에 거주하는지 여부에 관계없이 프랑스(본토 및 해외)에 안정적이고 정기적으로 거주한다는 증거를 제공해야 한다. 안정적이거나 고정된 집이 없는 사람들은 PCH를 받을 수 없기 때문에 거주지를 등록해야 하며, 프랑스에 최소 3개월 이상 거주하는 외국인은 지원을 받기 위해 유효한 체류증을 소지해야 한다.

라. 장애

가족과 사회부조법전 부록 2-5 (Annexe 2-5 du CASF)에 명시되어 있는 일상적 중요 활동 20가지 중 한 가지 유형에서 절대적인 어려움(해당 활동을 혼자서 전혀 할 수 없는 경우)이 있거나 또는 두 가지 항목에서 심각한 어려움(해당 활동을 혼자서 수행하는데 어려움이 있는 경우)이 있어야 한다.

20가지 유형은 크게 4가지 항목으로 나뉘는데 이동, 자기관리, 의사소통, 일반적 사항(사회적관계)이다. (Annexe 2-5, Code de l'action sociale et des familles).

〈표 IV-2-3〉 PCH 20가지 평가 행위

항목	행위
이동	<ul style="list-style-type: none"> - 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	<ul style="list-style-type: none"> - 씻기 - 대소변 및 청결관리 - 옷 입기/벗기 - 식사하기 (먹고 마시기)
의사소통	<ul style="list-style-type: none"> - 말하기 - 듣기(소리를 받아들이고 이해하기) - 보기(구별하기, 동일시하기) - 의사소통 장치 및 기술 사용하기
행동조절	<ul style="list-style-type: none"> - 시간 파악하기 - 공간 파악하기 - 자신의 안전 제어하기 - 행동조절하기 - 다양한 업무 수행하기

③ PCH 급여 유형

PCH는 다섯가지 유형의 서비스, 즉 인적 서비스, 장애인용품, 자택개조, 교통, 특정비용 및 예외비용, 동물(안내견) 총 6가지 유형에 대해서 현물 또는 현금급여로 지급된다. 즉 개별보상계획에 따라 자신에게 정해진 서비스에 대해서만 계산된다.

가. 인적 서비스

인적서비스의 경우 직접고용(Emploi direct), 대리고용(Mandataire), 재가서비스기관이용(Prestataire), 가족 부양 보상(Aidant familial) 총 네 가지 유형의 서비스 이용 방법이 있다. 해당 방식의 선택에 따라 급여액이 다르게 책정된다.

청각장애인과 시각장애인인 경우 2023년 1월 1일부터 인적서비스 이용이 가능하다. 이전에는 청각 손실이 70 데시벨 이상으로 의사소통을 위해 인적도움이 필요



한 경우 월 423.15유로를, 중앙 시력이 없거나 정상 시력에서 1/20 미만인 경우 월 50 시간 인적서비스 이용 금액인 705.25유로를 받았다. 가족부양자의 경우 돌봄을 위해 경제활동을 하지 않는 경우 해당한다.

〈표 IV-2-4〉 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 그만 둔 경우 시간당 6.36€	완전 지원 금액의 80%

자료: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>

인적서비스는 크게 다섯가지 유형으로 나눌 수 있는데, 즉 존재의 필수적 행위, 규칙적인 보호감시, 자립지원, 경제활동과 관련된 추가비용, 자녀돌봄이다. 각 서비스 유형에 대한 내용은 아래 표와 같다.

〈표 IV-2-5〉 PCH 인적서비스 유형 및 내용

구분	서비스 내용
존재의 필수적 행위	<ul style="list-style-type: none"> - 몸단장, 옷 입기, 먹기, 배설활동을 포함한 개인 유지 관리 - 거주지 내 또는 장애와 관련된 절차를 위한 이동 - 자신의 행동 통제 - 여러 작업 수행 - 사회 생활 참여(여가, 문화생활, 공동체 생활 등을 위한 실외 이동) - 어린이와 청소년의 교육적 필요.
규칙적인 보호감시	<ul style="list-style-type: none"> - 장애인이 안전을 위협하는 위험한 상황에 노출되지 않도록 보호감시하는 것. - 한 가지 이상의 정신적, 인지적 기능에 지속적이거나 확실한 손상으로 인해 위험에 노출된 자. - 대부분의 필수적 행위에 대해서 완전한 도움이 필요하고 동시에 일상적 행위에 대해 돌봄 및 도움이 필요한 까닭에 지속적인 활동동반이 필요한 자 - 보호감시 필요성은 적극적인 개입이 없는 활동동반부터 심각한 행동 장애로 인한 적극적인 활동동반에 이르기까지 다양함.

구분	서비스 내용
자립지원	<ul style="list-style-type: none"> - 개인의 욕구를 존중하며 자립적 행동에서 대상자를 동반(보조)하는 것 - 인적도움의 필요를 인정받기 위해서는 자립지원 필요가 지속적이거나 종종 발생하고 한 가지 이상의 정신적, 인지적 손상이 있어야 함 - 자립지원을 위한 인적 도움은 대상자가 행하는 활동을 실현하기 위해 동반활동을 하는 것으로 대상자 대신에 행위를 하는 것이 아님 - 자립지원은 일상적 필수 행위(씻기, 배변활동, 먹고 마시기, 입기, 실내 이동 등)에만 관련되는 것이 아니라 기술 습득, 자립성 습득을 포함하는 것으로 이는 거주지에서 적응하고 이동하고 타인과 관계를 형성하고 사회참여를 위함임
경제활동과 관련된 추가비용	직장에서 맡은 역할을 이행하기 위한 활동 동반에 수반되는 인적서비스 비용을 제외하고 대상자가 이용하는 인적 서비스 비용
자녀돌봄	PCH 수급자 부모가 자녀를 돌보기 위해 적절한 장비를 구입할 수 있도록 하는 일시금. PCH 수급자에게 7세 미만 자녀가 있는 경우 육아용품 구입(기저귀갈이대, 유모차 등)을 위한 지원을 받을 수 있는데, 출생 시, 3세 생일, 6세 생일에 각각 지급.

PCH 자녀돌봄 수급자에게 제공되는 육아용품지원의 내용은 아래 표와 같다.

〈표 IV-2-6〉 PCH 수급자 장애인 부모 육아용품지원

연령	지원 금액	장애인 부부인 경우
출생 시	1,400유로	부모 각각 1,400유로
3세 생일	1,200유로	부모 각각 1,200유로
6세 생일	1,000유로	부모 각각 1,000유로

자료: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>

나. 장애인 용품

장애인용품의 대여 및 구입을 위한 지출 비용을 지원한다 (예, 휠체어). 공식적 지원 목록에 속한 용품의 경우 13,200유로 한도내에서 100% 환급이 가능하고, 목록에 속하지 않은 용품에 대해서는 80% 환급된다.



〈표 IV-2-7〉 PCH 장애인용품 지원

구분	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

자료: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>

다. 자택 개조 지원

자택개조의 경우 장애로 인하여 일시적(최소 1년 이상) 또는 영구적으로 활동에 제한이 있는 경우 이를 보상하기 위함이다. 본인이 집주인이 아닌 경우, 수급자(배우자)의 직계존속을 비롯하여 4촌의 자택에 거주하는 경우 지원받을 수 있다. 또한 개조가 불가능하거나 너무 비싸 건강상태에 알맞은 곳으로 이사를 가기로 결정한 경우 10년 내 3,000유로 한도 내에서 지원가능하다.

〈표 IV-2-8〉 PCH 자택개조 지원

구분	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

자료: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>

라. 교통지원

교통지원은 자차 개조 및 이동 관련 부수적 지출비용 지원을 의미한다. 자차 개조의 경우 '맞춤 좌석에서의 제한적 운전 가능 증명서' 필요하다. 이동관련 부수적 지출비용지원은 정기적으로 또는 이따금씩, 또는 휴가를 위해 주행하는 경우 지원을 받을 수 있다.

자택과 의료사회시설 사이의 왕복 이동의 경우 또는 일반적인 주행거리가 50km를 초과하는 경우 부수적 비용에 대한 지원을 받을 수 있다.

〈표 IV-2-9〉 교통지원 내용

구분	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

자료: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>

마. 특정비용지원(Aides spécifiques) 및 예외비용지원(Aides exceptionnelles)

특정비용지원은 장애와 관련하여 영구적이고 예측 가능한 사항에 대한 비용지원으로, PCH에서 지원하지 않는 영역에 대해 장애로 인해 지출하게 되는 비용을 지원한다. (예: 휠체어 유지비용)

예외비용지원은 PCH에서 지원하지 않는 영역에 대해 장애와 관련해 일회성으로 지출되는 비용을 지원한다. (예: 의료용 침대 수리 비용, 긴급 돌봄 비용)

〈표 IV-2-10〉 특정비용지원 및 예외비용지원 내용

지원 유형	지원 정도
특정비용지원	월 100€ 한도에서 75% 지원
예외비용지원	10년 동안 6,000€ 한도내에서 75% 지원

자료: <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202>



바. 안내견 지원

전문교육자에게 교육을 받은 안내견 및 안내견 관리 지출비용을 지원한다. 10년 동안 6,000유로 한도 내에서 완전 지원의 경우 100% 지원, 부분 지원인 경우 80% 지원받을 수 있다.

2021년 PCH가 지원하는 서비스별 수급 비율 현황을 살펴보면 인적서비스가 47.6%로 약 절반을 차지하고 특정비용과 예외비용을 합치면 20.3%를 차지하고 있다.

〈표 IV-2-11〉 2021년 PCH 서비스 유형별 수급비율

지원 유형	수급 비율
인적 서비스	47.6%
장애 용품	18.1%
거주자·자동차 개조 및 교통 추가비용	13.8%
특정비용·예외비용	20.3%
안내견	0.3%

자료: CNSA - Chiffres arrondis - Données 2022. Chiffres définitifs. / Rapport d'évaluation des politiques de sécurité sociale Autonomie. Edition 2022.

④ 급여 지급

수급자격이 주어지면 급여지급을 위한 마지막 서류 절차를 거쳐야 한다. 거주증명서, 계좌증명서, 세금납부증명서, MDPH 수급자격확인서, 장애로 인해 지출한 내역에 대한 영수증 또는 견적서, (해당되는 경우)가족부양자 서약서를 도의회 연대국에 제출한다²⁶⁾.

PCH 인적서비스 급여는 일반적으로 매월 말에 수급자 명의의 은행 계좌로 입금(Article L.245-13 du CASF)되고 그 외의 서비스 급여는 지출내역 영수증 또는 견적서를 제출하면 일회성 지급이 된다.

가장 대표적인 인적서비스의 경우를 대상자는 개별보상계획에 구체적으로 적힌 서비스 종류, 서비스 시간, 고용형태 등에 따라 인적서비스를 이용하게 된다.

재가서비스기관을 이용하는 경우 원하는 기관에 연락하여 계약을 맺고 서비스를 이용한다. 서비스기관은 서비스질 인가를 받은 서비스기관 또는 도의회에 허가를

26) <https://dossier-mdph.fr/versement-pch-apres-notification/>

받고 요금제가 정해진 기관이어야 한다. PCH 수급자는 서비스기관과 계약을 맺고 활동보조인은 서비스기관을 고용주로 둔 피고용인이 된다.

직접고용의 경우 수급자가 활동보조인에 대한 고용주가 되기 때문에 근로계약서 작성, 근로계약 사항 관리(근로시간, 휴가, 해고 시 사전 면담, 수당 지급 등), 노동 관련 기관 신고 등 모든 법적 절차 의무를 이행. 직접고용은 배우자, 부모, 자녀와 같은 직계 가족은 될 수 없는 게 원칙이지만 장애 정도가 일상생활에 필수적인 행위에 있어 심각한 의존상태인 경우 가족을 직접고용 대상으로 정할 수 있다. 이 경우 MDPH의 평가가 필요하다.

서비스 기관을 통한 대리고용은 도청으로부터 서비스질 인가를 받은 기관이용만 가능하다. 이렇게 고용한 활동보조인에 대해 PCH 수급자는 직접고용형태와 마찬가지로 고용주로서의 의무가 있다. 이용하게 되는 기관의 도움을 받아 모든 절차를 진행한다. 가족부양자의 경우 장애인의 배우자, 부모, 조부모, 자녀, 직계존속 4촌까지 가능하다. PCH는 수급자 본인에게 소득으로 인정되지 않지만 인적서비스 명목으로 받게 되는 보수가 가족부양자에게는 소득으로 인정되기 때문에 소득신고를 해야한다.

본인이 고용주가 되는 경우 인적서비스로 받은 급여를 정해진 날짜에 활동보조인에게 송금한다. 이러한 절차가 번거로울 수 있기 때문에 본인이 원하는 경우 ‘플러스 보편적 서비스 고용 수표(Plus chèque emploi service universel, 이하 +CESU)’를 이용 할 수 있다. 이를 이용하게 되면 인적서비스 이용에 대한 고용주로서의 모든 복잡한 절차를 +CESU에 위임하게 되어 부담을 덜게 되는 장점이 있다. CESU+를 이용하는 경우, 피고용인과 함께 CESU+ 홈페이지(cesu.urssaf.fr)에서 가입양식을 작성함과 동시에 고용주 본인과 피고용인의 은행계좌번호를 등록하여 CESU+를 활성화시킨다. 고용주가 매월 피고용인의 보수를 CESU+에 신고하면 CESU+는 고용주의 통장에서 해당금액을 자동 인출하여 피고용인의 계좌로 급여를 대신 입금하여 지급해주는 시스템이다.

수급자는 서비스 지출 영수증을 2년간 보관해야하는데 의회에서 불시에 지출에 대한 확인이 이루어지기 때문이다. 개별보상계획대로 사용되지 않은 급여는 다시 상환해야하기 때문에 서비스 고용형태에 변경을 원하는 경우 바로 담당자에게 알려야 하는 의무가 있다.



⑤ 긴급 지원

가. 긴급 신청

일반적으로 PCH를 신청하게 되면 판정 결과까지 평균 4개월 이상이 소요되는 데, 긴급한 상황의 경우 15일 이내로 판정이 가능하도록 하는 ‘PCH 긴급신청’을 이용할 수 있다 (Articles L245-2).

긴급 상황이라함은 장애인 삶을 유지, 시설(병원)로부터 퇴실, 직업활동 유지를 위하여 상당한 비용을 부담해야하는 경우에 해당한다(Arrete du 27 juin 2006). 단 이때 전체적 급여종류에 대한 긴급판정이 이루어지는 것이 아니라 긴급하게 필요한 PCH 세부적 급여 유형(인적지원, 교통지원 등)에 한한다. 가령, 고용유지를 위한 출퇴근 교통지원이 급한 상황에서 인적도움에 대해서 긴급신청을 할 수는 없다. 신청 시 긴급상황에 대한 증명서류 (의사소견서, 사회시설 및 사회의료시설 전문가가 작성한 서류 등)와 예상금액과 관련한 서류를 제출해야한다.

나. 긴급 지원 서비스

가족부양자가 입원을 해야하는 등 돌봄 제공 상황이 여의치 않아 긴급하게 도움이 필요한 경우 가족부양자의 도움을 대신하는 서비스(방문돌봄, 주야간보호, 시설 임시보호)를 이용할 수 있다. 이 경우 비용 지출에 대한 지원을 받을 수 있는데, PCH 서비스 중 예외비용지원(10년 동안 6000유로 비용지출 한도 내에서 75% 지원)을 이용하는 것이다. 이는 EP가 개별보상계획으로 정해놓은 서비스 종류 및 시간 외에 다른 유형 (또는 같은 유형)의 서비스를 예상치 못하게 이용하는 경우에 한하여 비용 지출에 대한 지원을 받을 수 있다. 우선 비용을 지불하고 증명서류를 제출하면 환급을 받는 시스템이다.

⑥ PCH 수급자격 판정 과정

PCH의 수급자격 판정은 크게 두 가지로 전체 평가와 인적서비스 평가로 나뉜다. 전체 판정은 가족과 사회부조법전 부록 2-5에서 정해진 20가지 필수행위에 대해 한 가지 절대적 어려움이 있거나 또는 두 가지 심각한 어려움이 있는 경우 일단 PCH 인적서비스를 제외한 PCH 서비스에 대하여 수급자격이 주어진다. 20가지 행위에 대해 자세한 사항은 다음 표와 같다.

〈표 IV-2-12〉 PCH 전체 평가를 위한 20가지 행위 항목

유형	내용	설명
이동	서있기	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 어떤 동작 중 서 있는 자세를 잡거나 서 있다가 동작하기 - 포함: 서 있다가 앉기, 서 있다가 눕기, 바닥에서 일어나기 (일어나기 위해 중간에 다른 동작 또는 자세를 잡는 것 포함) - 예외: 계속 서 있기, 누운 상태에서 앉기
	이동하기	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 한 지표면에서 다른 지표면으로 이동하기 - 포함: 의자에 앉기, 자세에 변화가 없이 침대에서 의자로 옮겨 앉기, 침대에서 휠체어로 옮겨 앉기 - 예외: 자세 바꾸기(앉기, 서기, 눕기, 바닥에서 일어나기, 지지대 바꾸기)
	걷기	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 한 다리는 지면에 있는 상태에서 한 발짝 한 발짝씩 다리 뻗어 나가기 - 포함: 산책하기, 거닐기, 전후좌우로 걷기, 다리를 미끄러뜨리거나 끌기, 절뚝거림, 한 발을 내딛고 다른 발을 미끄러뜨리기. - 예외: 달리기, 뛰어넘기, 지표면 이동하기, 실내 및 실외 이동하기
	이동하기 (실내 또는 실외)	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 교통수단 이용을 포함하여 한 장소에서 다른 장소로 이동하기 - 포함: 한 방에서 다른 방으로 이동하기, 층 이동하기, 계단 이용하여 층 이동하기, 다른 건물로 이동하기, 건물 밖으로 이동하기, 길로 나가기, 뛰어넘기, 오르기 - 예외: 짐을 가지고 이동하기, 걷기
	자주 사용하는 쪽(예: 오른손)의 손으로 잡기	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 자주 사용하는 쪽의 손으로 잡거나 잡기, 대충 혹은 정교하게 잡거나 잡는 능력이 있음 - 포함: 잡으려고 하기, 가지고 있기, 놓기 - 예외: 물건을 사용하는 법 알기, 양손 협응, 짐 들고 걷기, 정교한 운동활동수행(안구운동 또는 시각운동 협응)
	자주 사용하지 않는 쪽(예: 왼손)의 손으로 잡기	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 자주 사용하지 않는 쪽의 손으로 잡거나 잡기, 대충 혹은 정교하게 잡거나 잡는 능력이 있음 - 포함: 잡으려고 하기, 가지고 있기, 놓기 - 예외: 물건을 사용하는 법 알기, 양손 협응, 짐 들고 걷기, 정교한 운동활동수행(안구 또는 시각운동 협응)
자기 관리	정교한 운동 활동	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 한 손 또는 두 손을 활용하여 손가락으로 작은 물체 조작하기, 잡기, 놓기 - 포함: 안구 또는 시각운동 협응, 동전 다루기, 문 손잡이 돌리기 - 예외: 양손 협응, 물건 들어올리기, 짚어지기, 잡기, 잡기
	씻기	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 물과 세정제품 활용 또는 적절한 방법으로 목욕 또는 샤워와 같이 몸 전체 또는 부분 씻고 말리기, 손, 발, 등 씻기, 세수하기, 머리 감기, 수건으로 머리 말리기. - 예외: 서있기, 피부관리, 손톱발톱관리, 머릿결 관리, 수영관리, 양치질하기
	화장실 이용 및 대소변 후 청결관리	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 정상적인 방식으로 대소변 예상 및 제어하기 (예: 필요한 제스처를 표현하고 수행) - 포함: 적절한 자세잡기, 적절한 장소 선택 및 가기, 대소변 전후 옷매무새 정리하기, 씻기, 월경 시 필요한 부분에 대하여 관리하는 등 인지하여 생리대 준비 및 사용하기



유형	내용	설명
	옷 입기/벗기	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 사회적 상황과 날씨에 맞게 옷과 신발을 입(신)고 벗는데 필요한 제스처를 취하기 - 포함: 옷 준비하기, 상황과 계절에 따라 옷입기 - 제외: 압박스타킹 신기, 의치 착용하기
	식사하기 (먹고 마시기)	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 문화 및 개인 생활 습관에 따라 제공되는 음식을 소비하는데 필요한 제스처를 조정하고 입에 음식 넣기. - 포함: 음식 자르기, 씹기, 삼키기, 껌질 벗기기, 쪼개기 - 예외: 음식준비, 단체 음식 접시에 담기, 병적 섭식 행동
의사 소통	말하기	<ul style="list-style-type: none"> - 구두로 사실을 표현하거나 이야기를 하는 것으로 문자적 의미를 담고 있는 단어, 문장, 긴 문단으로 이루어진 메시지 생성, - 예외: 비구두 메시지 생성하기
	듣기(소리를 받아들이고 이해하기)	<ul style="list-style-type: none"> - 음성언어 소리를 이해하고 문자적 및 비유적 의미를 이해하기 - 포함: 뇌를 통하여 청각정보처리
	보기(구별하기, 동일시하기)	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 빛, 형태, 크기, 윤곽, 색깔 인지하기 - 포함: 뇌에서 시각정보처리
	의사소통 도구나 장치 활용하기	<ul style="list-style-type: none"> - 의사소통을 위한 장치나 기술 및 기타 방법을 활용하기 - 포함: 전화, 팩스, 컴퓨터와 같은 일상적인 의사소통 장치 활용 - 예외: 원격경보, 점자 타자기, 음성합성장치
일반적 사항 (사회적 관계)	시간 파악하기	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 밤낮 구분하기, 연도, 월, 일, 요일 인지하기 - 포함: 계절 인지하기, 과거와 미래 개념 알기 - 제외: 시간 엄수
	공간 파악하기	<ul style="list-style-type: none"> - 현재 있는 장소 인지하기, 위치 알기 - 포함: 현재 있는 국가, 도시, 공간 알기, 위치 알기(이동하는 경우)
	자신의 안전 제어하기	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 위험시 간단하거나 복잡한 적절한 행동 취하기 - 포함: 위험 피하기, 예상하기, 반응하기, 벗어나기, 위험에 처하지 않도록 행동하기 - 제외: 신체적 정신적 건강 관리, 적절한 식이조절, 적절한 신체적 활동하기, 체온조절하기, 안전한 성관계하기
	행동조절하기	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 새로운 상황 또는 예기치 않은 상황을 포함한 스트레스 조절, 사회적 기술 관리. 상황별 그리고 예의에 맞게 감정, 충동, 타인과의 관계에서 언어적, 신체적 공격성 조절하기, 상황별로 타인과의 관계를 유지하고 관리하기, 사회적 관계에서 자율적인 방식으로 행동하기, 사회규칙에 맞게 행동하기. - 포함: 신체 기능 변화, 질병 및 치료, 비통상적 상황(자기침체 및 억제 포함)에 의해 유발되는 행동
	다양한 업무 수행하기	<ul style="list-style-type: none"> - 정의: 차례로 또는 동시에 수행되는 다양하거나 통합적이거나 또는 복합적인 업무로 구성되는 간단하거나 복잡한 작업 착수하기 - 포함: (멀티태스킹을 포함하여)끝까지 완성이, 독립적으로 또는 그룹으로 수행하기, 촉박하거나 긴급한 상황에서 수행하기, 예상하기, 계획하기, 수행하기, 확인하기, 노하우 얻기, 시간관리하기, 문제해결하기

자료: Annexe 2-5, Code de l'action sociale et des familles

5가지 어려움 정도를 점수로 나타낼 수 있는데, 앞서 언급한 20가지 행위에 대하여 심각한 어려움(3점)이 두 가지 행위에, 절대적 어려움(4점)이 한 가지 행위에 해당되면 인적서비스를 제외한 PCH 서비스 수급자격에 부합하게 된다.

〈표 IV-2-13〉 어려움 정도 평가

점수	내용
0	어려움 없음: 문제 없이 그리고 도움 없이 활동을 수행. 즉, 자발적으로, 완전히, 정확하고 습관적으로 수행.
1	약간의 어려움(낮음): 해당 어려움은 활동 이행에 영향을 미치지 않음.
2	중간 정도의 어려움(중간): 활동을 어렵게 이행하지만 최종 결과는 정상인 경우. 예를 들어, 더 천천히 수행하거나 특별한 전략과 조건을 요구하는 경우.
3	심각한 어려움(높음): 일반적으로 수행되는 활동과 비교하여 어렵게 활동을 이행함.
4	절대적 어려움: 촉진 또는 용이하게 하는 요소 및 개별적 도움 없이는 혼자 활동을 전혀 수행할 수 없는 경우. 활동의 각 부분을 전혀 수행할 수 없는 경우.

자료: Annexe 2-5, Code de l'action sociale et des familles

아무 지원/도움도 받지 않고 정해진 20가지 행위를 한다고 가정해보았을 때, 다음 부사(adverbe)를 활용하여 판정을 용이하게 할 수 있다.

〈표 IV-2-14〉 PCH 판정을 위한 부사(adverbe)

- 무의식적으로 자동적으로 가능한가? (스스로, 외부개입 없이) : 대상자는 타자의 개입 및 도구적 도움없이 자기주도적으로 행동을 할 수 있다.
- 습관적으로 가능한가? (지속적으로, 일반적으로) : 대상자는 특정 행위를 하고자 할 때/ 필요할 때마다 건강이나 장소 및 상황에 구애받지 않고 일정한 방식으로 할 수 있다.
- 완전하게 가능한가? (전체적으로, 전부) : 대상자는 한 활동을 구성하는 모든 행위를 전부 실행할 수 있다.
- 올바르게 가능한가? (정확하고 적절한 방식으로) : 대상자는 사회에서 통용되는 규칙과 절차를 준수하여 적절한 시간을 소요하고 불편함이나 고통, 비정상적인 힘을 들이지 않고 결과물을 가지고 활동을 수행할 수 있다.



[그림Ⅳ-2-3] 부사(adverbe)를 활용한 판정 도식

출처: CNSA. (2022). Prestation de compensation du handicap : mise en oeuvre du décret n°2022-570 du 19 avril 2022, articles 2 et 3

PCH 전체 평가 조건에 부합하면 이어서 PCH 인적서비스 수급자격평가가 진행 되는데, 동 단계에서 두 가지 조건 판정이 진행된다. 먼저 조건 1로 7가지 행위에 대해서 한 가지 절대적 어려움이 있거나 또는 두 가지 심각한 어려움이 있는 경우 PCH 인적서비스 수급자격이 주어진다.

〈표 Ⅳ-2-15〉 조건 1 사항

	유형
조건 1	<ul style="list-style-type: none"> - 세면하기 - 옷입기 - 식사하기 - 배설관리 - 이동행동조절하기 - 다양한 업무 수행하기

자료: CNSA. (2022). Prestation de compensation du handicap : mise en oeuvre du décret n°2022-570 du 19 avril 2022, articles 2 et 3

조건 1에 해당되지 않는 경우 조건 2에 부합하면 인적서비스 수급자격을 인정받을 수 있다. 조건 2는 조건 1에서 언급한 7가지 필수적 행위와 규칙적 보호감시, 자립지원 부분에서 가족부양자로부터 하루 45분 이상의 도움을 받고 있다면 수급 조건에 부합하게 된다.

〈표 IV-2-16〉 조건 2 사항

	유형
7가지 필수적 행위	<ul style="list-style-type: none"> - 세면하기 - 옷입기 - 식사하기 - 배설 및 관리 - 이동 - 행동조절하기 - 다양한 업무 수행하기
규칙적 보호감시 필요	<ul style="list-style-type: none"> - 의사소통 도구나 장치 활용하기 - 시간 파악하기 - 공간 파악하기 - 자신의 안전 제어하기 - 행동 조절하기 - 다양한 업무 수행하기 - 필수적 행위에서 행동 조절하기
자립 지원 필요	<p>자립 지원의 개념은 개인의 열망을 존중하면서 자립 이행을 위한 동반을 뜻함. 자립지원 필요성은 불안, 스트레스, 다음과 같은 다양한 상황에서 기능의 악화가 초래할 수 있는 결과에 대한 과민성과 연관됨.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 거주지 내 생활과 실외 이동, 교통수단 이용 및 사회 생활 참여를 위하여 필요한 행위를 상황에 적응시키면서 통상적 및 비통상적 활동의 시간을 관리하여 계획하고 조직하며 착수 및 이행하기 - 가족, 가족부양자 및 그 외의 타인과 관계를 유지하기 위하여 타인과 상호작용하고 의도와 감정을 이해하고 사회적 관습 및 의사소통에 적응하기 - 도움 필요를 파악할 수 있고 적절한 결정을 내리고 건강을 잘 돌볼 수 있도록 대상자의 능력, 성취의 질 평가 및 한계 알기 - 일상생활 기술, 의사소통, 사회적 기술, 생활적 기술을 구현하기 위하여 감각정보(둔감 또는 민감성, 감각 탐색 및 회피, 환각, 통증 식별 어려움, 특정 환경에서의 변화 어려움) 다루기

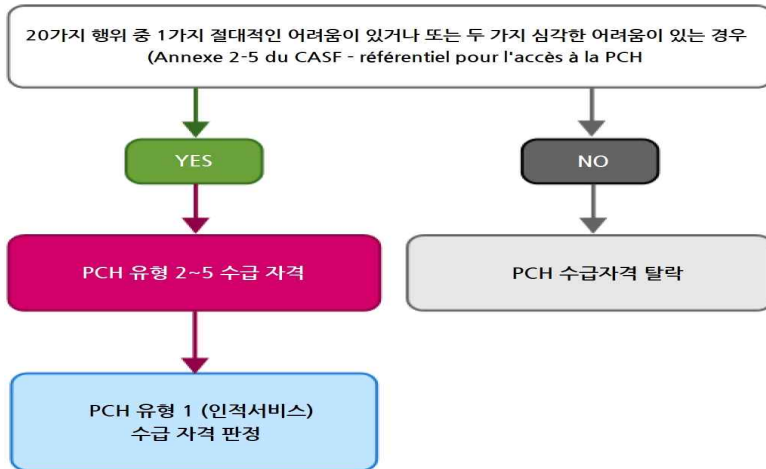
자료: CNSA. (2022). Prestation de compensation du handicap : mise en oeuvre du décret n°2022-570 du 19 avril 2022, articles 2 et 3



PCH 판정에 있어서 정해진 평가 행위에 대한 어려움이 영구적이거나 최소 1년 예측 가능한 기간이어야 한다. 그러나 그렇다고 해서 PCH를 판정하기 위해 대상자의 상태가 반드시 안정기여야만 할 필요는 없다. (Article L.245-4 du CASF; Annexe 2-5 du CASF).

PCH 수급자격을 위한 어려움 수준의 결정은 건강에 문제가 없는 동연령대 인구의 활동 수행을 비교대상으로 한다. 이는 대상자가 보통 환경에서 어떠한 도움(인적 서비스, 기술적서비스, 개조서비스, 안내견서비스 등)이나 간접적인 지지를 받지 않고 혼자서 해당 활동을 수행할 수 있는지 기능능력을 평가하는 것이다.

다음은 PCH 수급자격판정 (전제+인적서비스) 도식이다.



[그림Ⅳ-2-4] PCH 수급자격 평가 도식 결정 나무

자료: CNSA. (2022). Prestation de compensation du handicap : mise en oeuvre du décret n°2022-570 du 19 avril 2022, articles 2 et 3

⑦ PCH 재원

앞서 언급하였듯이 2020년 8월 7일에 제정된 사회 부채 및 자립에 관한 법률은 자립상실을 제5의 사회적 위험으로 간주하였고 노인과 장애인의 자립을 제5대 사회보험으로 제정하였다. 그리고 동 사회보험을 담당하는 기금으로 자립연대국가기금(Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, 이하 CNSA)을 지정하

였다. 동 기관은 2004년 6월 30일에 제정한 노인과 장애인의 자립을 위한 연대와 관련한 법률에 의거하여 2005년 5월에 설치된 공공기관이다. 자립이 사회보장 범위에 속하게 됨으로써 기존 CNSA가 의거하던 법률이 사회부조 및 가족법전이었던 까닭에 사회보장법전으로의 이전 문제와 기존 사회보장기금들과의 재정 산정 방식의 조화 문제로 제도 안정화에 시간이 다소 소요될 것으로 보인다.

CNSA의 재원은 다음 네 가지로 구성되며 2021년 예산은 316억유로이다.

〈표 IV-2-17〉 CNSA 재원 구성

- 사회보장세(Contribution Sociale Généralisée, CSG) : CSG의 1.93%
- 자립연대세(Contribution Solidarité Autonomie, CSA) : CSA의 2.2%
- 자립연대추가세(Contribution Additionnelle Solidarité Autonomie, CASA) : CNSA 재정의 3% 차지
- 건강보험기금잔고 : CNSA 재정의 1% 차지

CNSA는 자립과 관련된 사항에 대한 재정을 관리하여 지급하는데, 대표적으로 노인과 장애인의 자립 분야인 APA(개별자립수당으로 한국의 노인장기요양보험과 유사)와 PCH가 있다.

PCH의 재원의 경우 CNSA가 모두 담당하는 것이 아니고 지방정부에서도 함께 부담한다. 즉 CNSA가 지방정부에 지급하는 금액과 지방정부의 재정으로 PCH 재원이 구성되는 것이다.

각 지방정부마다 책정되는 지원금액은 지역적 상황에 따라 상이한데, 만 20~59세 인구수, 장애아동교육수당 수급자 수, 장애인연금 수급자 수, 장애연금 수급자 수, PCH 수급자 수, 지방세 예측액을 참고하여 예산이 짜여진다(Article L14-10-7, Article R14-10-32 du Code de l'action sociale et des familles).



(2) 개별자립수당 (Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA)

① 목적

2002년부터 PSD 를 대체하여 시행된 60세 이상의 의존인구에 대한 보편적 사회돌봄제도이다. 자립상실에 대해 지출되는 비용을 부분 또는 전체 지원해주는 APA 재가와 APA 시설로 나뉜다.

② 수급 조건

가. 연령

APA 수급대상 연령은 60세 이상이 해당한다.

나. 소득

소득에 따른 APA 수급자격부여 기준은 없지만 소득에 따라서 본인부담금이 다르게 책정된다. 월 소득이 신청 기준 이전 연도에 816.65유로~3,007.51유로인 경우 본인부담금이 0~90% 미만(지방정부별로 다양함)으로 책정된다. 월 소득이 3,007.51유로 이상인 경우 본인부담금이 90% 이상으로 책정된다.

소득으로 인정되는 내역은 소득신고내역에 등록된 소득액, 원천징수세가 적용되는 고정수익 투자상품, 본인의 자택을 제외한 재산 또는 자본, 배우자 또는 법적 동거인의 소득이 포함된다.

다. 거주

거주 조건은 프랑스에 안정적이고 지속적으로 자택, 타인(지인, 친인척)의 집, 위탁가정, 자립생활시설(공동생활가정)에 거주해야 한다.

라. 의존 상태

APA의 등급은 총 6등급으로 구성되며 1등급이 가장 의존성이 심한 상태이고 6등급이 자립능력이 있는 상태로, 1~4등급으로 판정된 경우 APA 수급자가 되며 5~6등급은 도의회에서 제공하는 재가서비스 이용이 가능하다.

〈표 IV-2-18〉 APA 등급 및 내용

등급(Gir)	내용
1	필수불가결하고 지속저인 돌봄이 요구되는 정신적 기능이 심각하게 손상된 채 외상 생활을 하는 자
2	정신적 기능이 완전히 손상되지는 않았지만 일상생활 대부분에 돌봄이 요구되는 외상 생활을 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

③ APA 수급자격 판정

가. 사회의료팀 (Equipe médico-sociale)의 평가

APA를 신청하고자하는 자는 시청이나 데파르트망 소속 사회복지센터, 자립센터에 신청서와 필요한 서류를 제출한다. 서류 제출이 확인되면 도의회에 소속된 다학제 전문가들로 구성된 사회의료팀이 APA 평가한다. APA 판정 도구인 AGGIR에 근거해 의존 상태 노인의 욕구와 환경을 고려한 서비스 계획을 제시하는 역할을 수행한다.

도의회 소속이기 때문에 지역별 상황에 따라 내부 조직 인력을 다양하게 구성할 수 있다. 보통 의사와 사회복지사, 간호사 등으로 구성되며 방문 및 서비스 계획은 사회복지사 및 간호사가, 등급의 평가는 의사가 맡는 경우가 많다. 복잡한 경우 회의를 진행하여 함께 평가를 내릴 수도 있다.

APA 평가도구(Grille Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource, Aggir)는 두 가지 유형으로 구성되어 있는데 첫째 유형은 판정에 직접적 영향을 주는 신체 및 정신적 활동 파악으로 총 10가지 행위로 구성되어 있다. 둘째 유형은 판정에 간접적인 도움을 주는 행위항목으로 평가자가 좀 더 대상자의 상태에 대해 잘 파악하는데 도움을 주는 설명적 유형인 집안활동 및 사회활동 항목이 있다. 이 두가지 유형에 대해 종합적으로 파악하여 판정 결과를 내린다.



〈표 IV-2-19〉 AGGIR 내용

유형	내용
신체 및 정신 활동 (소위 '판별')	<ul style="list-style-type: none"> - 언어적 및/또는 비언어적 의사소통하기 - 사회에서 인정하는 기준과 관련하여 논리적이고 분별 있는 방식으로 행동하기 - 시간과 공간 탐색하기 - 세면 - 옷 착용, 탈의 - 음식을 가져다가 먹기 - 대소변 처리, 위생관리하기 - 일어나기, 눕기, 앉기, 이 세 가지 자세 중 하나에서 다른 자세로 변경하기 - 생활공간 내부에서 이동하기 - 실외에서 이동하기 - 필요 시 알람을 위해 원격 통신 수단(전화, 알람, 초인종 등) 사용하기
집안 활동 및 사회 활동 (소위 '설명')	<ul style="list-style-type: none"> - 식사 준비 및 차리기 - 자산 및 재산 관리, 동전 및 지폐의 금전적 가치 인식, 돈 사용 및 사물의 가치 파악, 행정 절차 수행, 양식 작성 - 모든 일상적인 집안일 수행 - 집단적 또는 개별적 교통수단을 스스로 이용 - 자발적으로 상품 구매 - 의사의 처방을 따라 스스로 치료 관리 - 혼자서 또는 그룹으로 다양한 여가 활동하기

나. 서비스 이용 계획 (Plans d'aide)

EMS는 판정을 통하여 서비스 이용 계획서를 신청인에게 제안하며 계획서에는 재가서비스, 위탁 가정 이용금액, 교통지원, 도시락 배달, 기술 지원, 집안 개조, 임시거주시설에 대한 서비스 및 급여액이 제시된다. APA에서 지원하지 않지만 일부 항목에는 가족부양자의 도움 요청을 제안할 수도 있다. 제안된 지원 계획은 10일 내로 수락 또는 수정요청을 해야한다.

다. 등급 위원회 최종 판정

사회의료팀에서 서비스 계획 및 등급 평가가 이루어지면 등급 위원회에서 최종적으로 심의 및 판정을 내린다.

APA의 등급은 총 6등급으로 구성되며 1등급이 가장 의존성이 심한 상태이고 6등급이 자립능력이 있는 상태로, 1~4등급으로 판정된 경우 APA 수급자가 되며 5~6등급은 도의회에서 제공하는 재가서비스 이용이 가능하다.

〈표 IV-2-20〉 APA 등급 및 내용

등급(Gir)	내용
1	필수불가결하고 지속적인 돌봄이 요구되는 정신적 기능이 심각하게 손상된 채 와상 생활을 하는 자
2	정신적 기능이 완전히 손상되지는 않았지만 일상생활 대부분에 돌봄이 요구되는 와상 생활을 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

④ APA 급여

APA에서 지원하는 급여는 재가서비스, 안전장치 설치, 청결 위생, 도시락 배달, 집안 개조, 임시거주지원, 교통지출 지원이 있다.

〈표 IV-2-21〉 APA 급여액

등급	금액
GIR 1	1,914.04 €
GIR 2	1,547.93 €
GIR 3	1,118.61 €
GIR 4	746.54 €

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 지급되기도 한다. 인적 서비스를 제외한 일회성으로 지출된 항목에 대해서는 바로 지급된다.

장애인이 지속적인 보호감시가 없으면 위험한 상태에 빠지고 해당 가족 부양자를 대신할 수 있는 사람이 없는 경우, 가족부양자가 휴식이 필요할 때 최대 540.23 유로가 추가 지급된다. 가족부양자가 입원한 경우 1,073.30유로가 추가 지급된다.



본인 부담금은 대상자의 소득 수준에 따라서 데바르트망별로 부과되는 본인부담금이 다양하다. 소득인정내역으로는 이전 년도 소득신고내역, 자산 및 토지이다.

〈표 IV-2-22〉 월 소득 수준별 본인부담금

월 소득 수준	본인부담금
864.60 유로 미만	없음
864.60유로 이상 3,184.11 유로 미만	지역에 따라 0% ~90%까지 다양
3,184.11 유로 이상	90%

⑤ APA 재원

APA의 재원은 자립연대기여금(CSA), 사회보장세(CSG), 자립연대기여금(CASA)의 7.7% 로 구성된다.

⑥ 사례

PCH와 APA 모두 수급조건에 해당하는 경우 이용자의 조건에 따라 유리한 쪽으로 서비스를 선택할 수 있는데, 이에 대한 두가지 사례 내용은 아래와 같다.

〈표 IV-2-23〉 PCH, APA 모두 수급조건 해당 사례 예시

구분	조건	선택가능 서비스 예시
1	<ul style="list-style-type: none"> - 현재 62세. 59세 때 뇌졸중으로 편마비가 와서 거동이 불편하지만 그동안 장애인활동서비스 신청을 하지 않은 경우. - 현재 장애로 인해 2500 유로 상당의 화장실 개조가 필요한 경우. - 재산 소득 연 27,520.58유로. 	<ul style="list-style-type: none"> · PCH와 APA 수급조건에 모두 부합함. · 연 재산소득액 기준 미만이므로 PCH에서 집안 개조의 경우 본인부담금이 없이 100% 지원 받을 수 있음. 그러나 개조의 경우 1500유로까지 100% 지원이고 1500유로 이상인 경우 50% 지원이므로 PCH를 신청할 경우 총 2000유로 지원 받을 수 있음. · APA를 신청할 경우 집안개조 지원 받을 수 있음. 그러나 월 816.65유로 이상 소득이 있는 경우 본인 부담금이 있음. · PCH를 신청할 경우 집안개조와 더불어 재가서비스도 받을 수 있음. · APA를 신청할 경우 급여 유형이 따로 분리되어있지 않으므로 급여액을 집안개조에 다 지출할 수밖에 없음 . · 그러므로 A의 경우 PCH를 신청하는 게 유리함.

구분	조건	선택가능 서비스 예시
2	<ul style="list-style-type: none"> - 현재 71세. 51세 때 사고로 인해 허반신 마비 상태. - 오랫동안 방문간호서비스(Service de soins infirmiers à domicile)를 통해 매일 아침 세안 및 옷 입기 서비스 이용함. - 아내의 사망 이후로 집안 일(집안 청결 및 장보기)을 할 수가 없어 재가서비스를 이용해야 하는 상황. 	<ul style="list-style-type: none"> · PCH와 APA 수급조건에 모두 부합함 · PCH의 경우 집안일 서비스가 포함되어있지 않기 때문에 APA가 적합함.

4) 고령장애인

(1) 고령장애인 개념

프랑스에서 고령장애인 (Personne handicapée vieillissante, PHV) 용어의 정의는 2010년 CNSA에서 공식적으로 처음 제안되었는데²⁷⁾, 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.

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.

연령의 경우 또한 60세가 노인 서비스 제도 수급 조건에 해당되는 법적 기준이지만 노화과정은 장애와 삶의 경로에 따라 생리적 노화가 각자 크게 다르기 때문에 연령으로 장애인이 노화하고 있는지 판단이 어렵다.

27) CNSA. Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes. Dossier technique 2012.



(2) 고령장애인을 위한 제도

① 도립 자립 센터 (Maison départementale de l'autonomie, MDA)

MDA는 MDPH 미션과 도의회(Conseil départemental) 미션을 통합하여 원스톱으로 운영하는 자립서비스 통합기관으로 노인 및 장애인 관련 복지 서비스 정보 문의, 신청, 평가, 개별계획수립 및 관리하고 있다 (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.

② 고령장애인을 위한 생활가정 또는 의료요양가정 (Unités de Vie pour Personnes Handicapées Vieillissantes, UVPHV)

UVPHV는 장애인 거주시설 내 고령장애인 전용 거주 시설(일반 주거용 및 의료 요양 주거용)을 설치한 것이다. 자택이나 시설 거주 여부 상관없이 노령화가 진행중인 장애인에 맞는 거주지 제공이 목적이다. 입소 조건은 다음과 같다.

〈표 IV-2-24〉 UVPHV 입소조건

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 45세 이상의 장애인으로서 노화 증상(피로, 습득 능력 점진적 상실, 생활 속도 저하, 위축 등)을 보이는 자 ② 자택에 거주하면서 연로한 부모가 매일 자녀 돌봄이 힘든 경우 ③ 일반적인 생활가정이나 의료위탁가정에 거주중이지만 종종 젊은 거주자들의 생활리듬과 맞지 않는다고 느끼는 경우 |
|---|

③ 고령장애인 거주시설 (Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Handicapées, EHPA-H)

퇴직한 장애인 근로자 또는 자립능력을 어느정도 보유한 고령장애인을 위한 시설이다. 1인 또는 커플 입소가 가능하며 비의료적 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 유지시

키고 일상생활활동을 지원하며 사회통합을 촉진시키는 것이 목적이다.

④ 고령장애인 생활거주시설 (Unités de Vie pour Personnes Handicapées Agées, UVPHA)

노인거주시설 내에 고령장애인 전용 거주시설을 설치한 것이다. UVPHA에는 고령 장애인 전문 담당 인력을 배치하여 60세 이상이면서 MDPH에서 장애 인정을 받은 자가 입소할 수 있다. 노인거주시설은 주로 의사, 간호사, 간호조무사, 병원서 비스직원, 의료사무직원, 영양사, 심리학자, 물리치료사, 레크리에이션담당직원, 미용사, 발치료사 등 다양한 분야의 인력이 배치되어있다.

⑤ 도의회 자립 시설 거주 비용 부분 지원 (Aide sociale à l'hébergement, ASH)

저소득인 경우 시설 거주비용을 지방정부로부터 지원받을 수 있으며 수급 조건은 다음 사항에 모두 부합해야 한다.

〈표 IV-2-25〉 ASH 수급조건

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ① 65세(근로불가능 판정을 받은 경우 60세 이상) 이상인 자. ② 프랑스에 규칙적으로 거주하는 자. ③ 소득이 각 지방정부에서 정하는 기준 금액 이하인 자 ④ 장애율 80% 이상이거나 근로불가능 판정을 받은 자 |
|--|

지급된 급여액은 도의회에서 수급자 사망 시 유산에서 회수할 수 있는데, 노인과 장애인의 기준이 다르다. 노인 ASH 수급자의 경우 지급된 금액에 대해 수급자 상속인 유산에서 회수되는데 반해 장애인의 경우 부모, 배우자, 자녀 또는 돌봄제공자가 상속인이려면 ASH 회수가 되지 않는다. 또한 수급 받는 중 재산 상속이나 증여로 인한 소득 상승의 경우에도 환수가 이루어지지 않는다.

노인 및 장애인 거주 시설에 거주하는 성인장애수당(AAH) 수급 장애인의 경우 대상자가 AAH 급여액의 최소 30%를 지낼 수 있도록 도의회에서 시설거주 지원금액을 상향 조정하였다. 노인의 경우 노인연대수당 급여액의 연 1%를 지낼 수 있도록 하였다²⁸⁾.

28) <https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/vivre-dans-un-ehpad/prevention-accompagnement>



3. 소결

일본과 프랑스의 고령장애인의 돌봄서비스 사례를 통해 확인한 각 국가의 제도 현황과 이를 기반으로 고민할 수 있는 논의사항은 다음과 같다.

1) 일본

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.

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 장애인²⁹⁾ 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

nt-et-soins/une-unite-de-vie-dediee-aux-personnes-handicapees-a-lehpad-de-bouvigny-boyeffles-reportage

29) 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.

개선하였다.

또한 제도적 한계점과는 별개로, 일본의 장애인복지서비스는 우리나라의 활동지원서비스와 다르게 장애지원구분 정도, 서비스내용, 장애유형 등에 따라 상이한 서비스를 이용할 수 있다는 특징이 있다. 따라서 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.

이에 반해, 우리나라의 장애인 활동지원서비스는 서비스 유형을 크게 신체활동, 가사활동, 사회활동 3개로 구분할 수 있지만 모든 장애유형이 서비스 유형에 큰 구애를 받지 않고 사전계획을 통해 이용할 수 있다. 또한 65세 이전부터 이용하였다면 65세 이후에도 장기요양과 같은 서비스 유형임에도 제도 이전 없이 장애인 활동지원서비스를 지속해서 이용할 수 있다. 다만 65세 이전에 등록장애인이었다고 하더라도, 기존에 활동지원서비스를 이용하지 않았다면, 65세 이후에 사회활동이 충분히 가능한 장애인 당사자 임에도 서비스 이용이 불가하다는 한계가 있다. 장기요양등급을 받아야만 유사한 장기요양서비스를 이용할 수 있으나, 대부분 요양이라는 범위 안에서 기능하여 사회활동영역은 최소화되고, 서비스제공자가 각각의 장애유형에 적합한 서비스를 지원하기에는 어려움이 있다.

이러한 제도별 차이점에 대해서 확인하고 우리나라의 제도 개선에 대한 함의점을 도출하기 위해 본 절에서는 2011년에 비해 전체 이용자수 대비 65세 이상 비율이 10%를 넘어선 서비스 중에서 주로 지역사회에 거주하면서 이용 가능한 대표적인 장애인복지서비스 4가지인 거택개호, 중증방문개호, 생활개호, 동행원호를 정리하였다.

그 결과, 주로 상시적인 신체개호를 필요로 하는 거택개호, 중증방문개호, 생활개호는 개호보험서비스와 유사하여 개호보험 우선적용을 받는 것을 확인할 수 있었다. 이에 반해, 장애인의 이동지원이 주된 동행원호의 경우에는 다른 장애인복지서비스 유형과 다르게 장애특성과 지역사회활동 등을 고려하여 상당히 유연하게 이용 가능한 서비스라는 것을 확인할 수 있다.

따라서 향후 우리나라의 활동지원서비스는 65세 이후에 서비스 기능에 있어서 자택요양과 사회활동 등으로 구분하여, 장기요양보험서비스로의 이전에 따른 보전급여를 확대하고, 사회활동을 희망하는 장애인의 경우에는 기존에 장애인으로 등록되어 있었다면 65세 이후에도 장애인 활동지원서비스를 이용할 수 있는 방안을 모



색할 수 있다.

〈표 IV-1-26〉 고령장애인 주요 이용 서비스

	거택개호	중증방문개호	생활개호	동행원호
65세 이후 서비스 이전	○	○	○	-
개호보험서비스 유사 여부	○	○	○	-
장애특화서비스	-	-	-	○
장애인수첩 필수 여부	○	○	○	-
장애인정구분 인정조사 여부	○	○	○	(별도사정조사)
행동장애 여부	-	○	-	-
65세 이후 이용 가능 여부	△	△	△	○

2) 프랑스

프랑스의 고령장애인 정책을 살펴본 바 한국에 주는 시사점을 크게 두 가지로 나누어 생각해볼 수 있다.

첫째, 이용자의 선택권을 존중한다. 한국의 경우 65세 이전에 활동지원제도를 이용한 경우에 한해 노인장기요양보험 급여량과 비교 시 활동지원 최저구간 이상 감소한 경우 활동지원 급여의 일부지원이 가능한 반면 프랑스의 경우 한 번 PCH 수급자가 되면 조건에 부합하는 한 PCH 수급권이 계속 유지된다. 즉, 프랑스는 PCH와 APA의 경계 연령이 60세로, 동 연령에 도달하게 되면 장애율이 80% 경우 PCH와 APA(조건에 부합하는 한) 중에 선택권이 있다. 본인의 장애에 맞는 서비스를 이용해오다가 노인 연령에 도달했다고 하루 아침에 서비스의 양과 방식이 달라진다면, 연령이 증가할수록 새로운 환경에 적응하기가 어려워진다는 점을 생각할 때 고령장애인의 경우 굉장한 혼란을 겪게될 수도 있다. 고령장애인이 처음 활동지원제도를 이용하고자 하는 경우 두 국가의 차이점은 뚜렷하게 나타난다. 한국의 경우는 아예 활동지원제도를 이용할 수 없는 반면 프랑스는 60세 이후에 PCH를 처음 신청하는 경우 60세 이전에 PCH 장애조건에 부합한다면 수급자가 될 수 있다. 장애인이 있는 가정에서 부모님 또는 배우자가 가족부양자로서 돌봄을 이행하고 사회적 돌봄제도를 이용하지 않는 경우가 적지 않은데 장애인의 연령이 증가할수록 가족부

양자의 연령도 비례한다는 점을 고려해야한다. 프랑스정부는 이러한 가족 돌봄의 흐름과 한계에 대해 잘 파악하여 고령장애인이 필요한 서비스를 이용할 수 있는 가능성을 열어놓고 있다고 볼 수 있다.

둘째, 고령장애인의 특성에 맞게 끊임없이 여러 가지 정책을 개발하고 있다. 프랑스의 경우 인구의 고령화가 우리나라보다 100년 앞서서 진행되었는데 이에 따라 장애인의 고령화에 대한 인식도 더불어 정부차원에서 일찍부터 이루어질 수 있었다. 프랑스에서 자립성 상실의 개념이 사회복지의 차원에서 사회 보편적 권리로 이행이 되면서 본격적으로 고령장애인을 위한 정책이 활발하게 개발되고 시범사업을 진행하고 있다. MDPH가 장애인 서비스 원스톱기관이라면 장애인과 노인을 위한 도립자립센터를 시범 운영하고 있어 고령장애인의 노인관련 서비스를 원스톱으로 관리하도록 하고 있다. 다만 프랑스의 경우 APA 운영을 지방정부에서 맡고 있기 때문에 이러한 통합센터운영이 가능한 점이 있기는 하다. 그리고 이에 따르는 애로사항이 확인되어 전국으로 확장을 하기에는 아직까지는 조심스러워 보인다. 그러나 이 외에도 고령장애인에 맞는 거주시설도 기존의 노인거주시설이나 장애인거주시설 내에 설치를 한 점들을 미루어보아 새로운 시도를 계속해서 하는 것을 알 수 있다.



V 당사자 및 서비스 제공자 질적연구결과

1. 조사개요

본 절의 목적은 장애인활동지원제도의 연령기준에 의해 사각지대에 놓인 고령장애인의 돌봄 실태를 파악하는 것이다. 우리나라의 장애인활동지원제도 대상자 선정 기준은 만 6세 이상 만 65세 미만으로, 장애인의 나이가 만65세에 도래하면 장애인복지서비스 대상에서 노인복지서비스 대상자로 전환된다. 이로 인해 기활동지원 서비스 대상자가 아닌 고령장애인은 장애의 특수성이 고려되지 않은 노인복지서비스 체계에서 적절한 서비스를 지원받기 힘든 현실이다. 이에 노인돌봄영역에서 고령장애인의 돌봄은 어떻게 이루어지고 있는지를 고령장애인, 활동지원사, 생활지도사, 사회복지사 등 다층적인 집단의 목소리를 통해 그 모습을 나타내보고자 한다.

1) 연구방법 : 일반적 질적 연구(generic qualitative research)

본 연구에서는 연구문제와 연구내용을 충분히 달성하기 위해 일반적인 질적연구 방법을 활용하였다. 일반적 질적연구는 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).

연구문제; 노인돌봄영역에서 고령장애인의 돌봄은 어떠한 모습을 보이고 있는가?

2) 자료 수집 및 분석방법

(1) 연구대상자

본 연구대상자는 앞서 제시한 바와 같이 장애인활동지원제도의 연령기준에 의해 사각지대에 놓인 고령장애인과 이들을 지원하고 있는 요양보호사, 생활지원사, 사회복지사이다. 구체적으로 설명하면, 고령장애인 중 대인돌봄서비스가 요구되는 고령

장애인으로 노인돌봄서비스인 장기요양서비스, 노인맞춤돌봄서비스 등을 이용 경험이 있는 고령장애인을 우선적으로 선정하였다. 특히 노인돌봄서비스 경험을 통해 노인돌봄서비스의 특징, 한계 등을 충분히 이야기를 할 수 있는 고령장애인을 선정하였다. 또한 제도적으로 노인돌봄에서 탈락하는 등 현재는 노인돌봄서비스를 이용하지는 않지만 일상생활 지원에 욕구가 있는 고령장애인을 대상도 추가하였다. 이 뿐 아니라 이들을 지원하고 노인돌봄서비스 제공자들인 요양보호사, 사회복지사, 생활지원사 등을 참여시켜 노인복지서비스 현장에서의 고령장애인 돌봄 모습을 함께 조망하고자 하였다.

(2) 자료수집방법

자료수집 방법은 심층인터뷰를 실시하였다. 본 연구대상자가 고령으로 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 당사자 주변인으로서 요양보호사, 사회복지사, 생활지원사를 별도로 인터뷰를 실시하였다. 이러한 다층적 계층의 심층인터뷰를 통해 본 연구주제인 고령장애인의 돌봄의 현 실태를 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 노인돌봄서비스를 경험한 고령장애인을 선정하여야 했기에, 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, 의미단위분석, 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 연구참여자중에서도 전문가들의 섭외 내용과 상이한 부분이 있을 수 있기에, 그 기준을 더욱 명확히 설명하도록 하였다. 그리고 개인에 대한 비밀과 개인정보보호 등의 내용 역시 정확히 설명했으며, 이 후 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, 문화센터, 전화 등)에서 심층인터뷰가 이루어질 수 있도록 하였다. 또한 서비스 제공자들이 바라보는 고령장애인의 돌봄의 현실태와 한계 등을 짚기 위해서 이용자와 분리하여 인터뷰를 실시하였다. 마지막으로 본 연구의 대상자가 고령장애인이며, 이들에게 서비스를 제공하는 요양보호사도 있었기 때문에 관련 정보와 개인정보 등에 대한 비밀을 누설하지 않을 것을 명확히 하였다. 또한, 인터뷰 도중 건강상의 어려움이 있는 경우에는 인터뷰를 중지할 수 있음을 알렸다.

2. 분석결과

1) 인터뷰 질문지 구성 및 절차

심층인터뷰의 목적은 노인돌봄서비스 내에서의 고령장애인의 돌봄서비스 모습을 통해 장애인활동지원제도와 노인돌봄서비스 등 제도적 개선방안을 도출하는 것이다. 이를 위해 다음과 같은 반구조화 된 설문지를 구성하여 사용하였으며, 경우에

따라 관련 된 추가질문도 실시했다.

〈표 V-2-1〉 심층질문지

범주	주요 질문
인구학적 사항	- 장애등록사유 및 시기
돌봄 서비스 이용 경험	- 돌봄서비스 이용 경험(장애인활동지원제도, 노인장기요양보험제도, 노인돌봄서비스 등) 및 이용 서비스
활동지원서비스제도 이용 미경험	- 활동지원서비스 미경험 이유
현 돌봄서비스의 한계	- 만족도 - 현행 요양급여의 문제
돌봄서비스의 개편사항	- 희망 돌봄서비스 및 추가지원 사항 - 고령장애인을 위한 고려 사항 등

심층인터뷰 방식은 인터뷰 대상자가 원하는 시간으로 조정하여 결정하였다. 그리고 장애특성으로 당사자 스스로 의견을 개진하기 어려울 경우 사회복지사 동행 하에 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 인적사항

2023년 4월부터 10월까지 총 21인(장애인 당사자 15인, 요양보호사 1인, 사회복지사 2인, 사회복지사 3인)을 대상으로 심층인터뷰를 실시했으며 참여자들의 구체적인 인적사항은 아래 표와 같다. 당사자 참여자 연령 분포는 60대 2명, 70대 7명으로, 80대 5명, 90대 1명이었으며, 요양보호사는 60대 1인, 사회복지사는 40대 2인, 생활지원사는 40대 1인, 50대 2인으로 나타났다. 장애유형은 지체장애 3명, 시각장애 3명, 심장 및 장루요루 등 3명, 뇌병변 1명, 지적 장애 2명이었다. 특히 노인돌봄서비스(장기요양, 노인맞춤돌봄서비스)를 이용하고 있는 고령장애인은 전체 고령장애인 15인 중 73%로 수준이었으며, 대부분이 장기요양서비스 대상으로 나타났다. 장기요양서비스를 이용 하고 있는 고령장애인은 평균 2~3시간의 서비스를 지원 받고 있었으며, 그렇지 않은 장애인은 장기요양등급은 나오지 않으나 일상생활이 어려운 것으로 나타났다. 이 외에 노인맞춤형서비스를 받고 있는 고



령장애인은 주로 중점돌봄군이며, 이들은 신체적인 기능제한으로 일상생활지원 필요가 큰 대상으로 월 16시간 이상 40시간 미만의 직접서비스 제공, 주기적인 가사지원서비스 제공 가사지원서비스가 제공된다(보건복지부, 2023).

〈표 V-2-2〉 참여자 기본적 특성

	참여자 구분	지역	연령	성별	장애유형	장애발생 시기	장기요양 및 맞춤형돌봄서비스 이용 여부
A1	본인	서울	74	남	장루	65세 이전	X
A2	본인	서울	78	여	장루	65세 이전	X
A3	본인	경북	68	여	지체(중증,1급)	65세 이전	O(요양)
A4	본인	서울	75	여	시각(중증,1급)	65세 이전	X
A5	본인	경북	84	남	지체(중증,1급)	65세 이전	O(요양)
A6	본인	경남	70	남	신장(중증,2급)	65세 이전	O(요양)
A7	본인	서울	75	여	지적(중증,2급)	65세 이전	O(요양)
A8	본인	서울	74	남	뇌병변·지체(중증)	65세 이전	O(요양)
A9	본인	서울	93	여	시각(중증,1급)	65세 이전	O(요양)
A10	본인	부산	65	여	심장(중증)	65세 이전	X
A11	본인	서울	80	여	시각(중증,1급)	65세 이전	O(요양)
A12	본인	충북	82	남	지적(중증,2급)	65세 이전	O(맞춤형돌봄)
A13	본인	서울	68	남	지체(중증)	65세 이후	O(요양)
A14	본인	경북	73	남	뇌병변(중증)	67세	O(요양)
A15	본인	서울	82	남	시각	70세	O(요양)
B1	요양보호사	서울	66	여	시각	65세 이전	A11(요양)
B2	사회복지사	경북	40	남	-	65세 이전	A12(사례관리)
B3	사회복지사	서울	40	여	-	65세 이전	A9(사례관리)
B4	생활지원사	충북	49	여	-	65세 이전	A12, 지적장애(일반) (맞춤형지원)
B5	생활지원사	충북	50	여	-	65세 이전	청각, 지체장애(중점) (맞춤형돌봄)
B6	생활지원사	서울	59	여	-	65세 이전	지체장애(중점) (맞춤형돌봄)

3) 분석결과

분석결과 아래와 같이 세 개의 주제와 8개의 상위범주, 28개 하위범주가 도출되었다.

〈표 V-2-3〉 심층인터뷰 결과

주제	상위범주	하위범주
장애특수성이 고려된 공적 돌봄체계 필요	장애와 노화로 배가되는 생활제약 그리고 우울함	노화 및 장애로 인한 일차장애 악화
		장애 및 노화로 인한 사고, 65세 이후에 발생한 사고
		추가 질환 및 만성질환 등 증가
		움직임의 힘들, 죽음을 선택하고 싶다
	고령장애인 돌봄의 기피	계속 바뀌는 요양보호사
		중증 장애정도 일수록 돌봄 기피
	돌봄지원 부족으로 가족의 해체 및 경제적 힘듦의 경험	무너져 가는 가계 경제 가족의 해체
장애특수성이 부족한 노인복지 서비스	부족한 방문요양 급여량 및 자부담 문제	가사 중심 요양서비스 및 부족한 병원 이동지원 서비스
		사회참여의 제한
		서비스 제공 시간의 절대적 부족
		자부담의 부담
	상대적으로 어려운 장애인 지원, 욕구들의 상충	장애이해 및 감수성이 낮은 요양보호사
		노인돌봄 서비스 제공 수준과 당사자 욕구 간 갈등
		노인 돌봄과 차별성이 존재하지 않은 돌봄서비스 맞춤형 지원이 필요한 장애인 욕구
활동지원서비스 제도적 문제와 돌봄서비스에 대한 재편 요구	장애인 활동지원서비스 연령기준에 따른 사각지대	65세 이후 일차장애 악화, 2차 장애 등 집에 방치된 삶 활동지원제도 시행 시 65세가 넘은 고령장애인
		65세 이전, 요양급여 수급 그러나 65세 이후 활동지원 신청 불가
		재활병원 및 요양병원의 활동지원제도 정보 부족에 따른 활동지원제도 지원 시기 놓침
		장애정도가 유사하지만 친구는 활동지원대상자, 나는 요양급여대상자
		장애정체성이 강한 고령장애인
	고령장애인의 사회참여 욕구 증가	집 밖 활동을 위해 지원 필요 복지관, 사회 활동 등 욕구
		장애유형끼리 생활하는 고령 장애인 시설 마련 필요 활동지원서비스 추가 지원 필요
	신규서비스 및 활동지원서비스 요구	노인돌봄 영역에서 고령장애인에 대한 교육 필요
		노인돌봄정책 보다는 장애인돌봄정책에서 지원 필요



(1) 장애특수성이 고려된 공적돌봄지원 체계 필요

① 장애와 노화로 배가되는 생활제약 그리고 우울함

가. 노화 및 만성질환 등으로 인한 일차장애 악화

고령장애인은 노화로 인해 일차 장애가 더 악화되고 있는 것으로 나타났다. 시각 장애가 있는 고령장애인은 나이가 들에 따라 더 시각 장애가 악화되거나, 지체장애가 있는 고령장애인은 마비 또는 구축이 더 심화됨으로써 일차장애가 심화되고 있었다. 연구참여진 중 과거에는 경증의 시각장애인이었으나, 점차 나이가 들에 따라 시각장애가 더욱 심각해지게 되어 6급에서 4급으로 1급으로 변화된 경험을 하기도 하였다. 등급의 조정 역시도 주민센터의 직원이 참여자의 행동의 변화를 감지하고 재판정을 받게되었다. 특히 신장장애와 관련된 당뇨의 합병증 등은 일차장애를 더욱 악화시키기도 하였다.

몇 년도 정확히는 모르겠고 처음에 할 때 6급이었었어요. 그럴 때는 주민센터에도 혼자 다니고 어디도 다 혼자 다닐 수 있었었고 거의 까지 4급 때까지만 해도 혼자 거의 뺄까리고 다녔는데 지금 9년째, 10년째 이렇게 혼자 한 발짝 못 하고(참여자 A4)

주민센터에 가서 뭐 볼 일 보고 도장 같은 거 이렇게 났었는데 도장 가지고 가세요. 근데 이제 도장이 안 보여 갖고 더듬고 막 하니까 어차피 이렇게 안 보여가지고, 이렇게 저기하는데 병원에 가서 진단서를 다시 떼어오라고 그러더라고. 도장도 가져가라고 해도 못 보고 더듬고 막 그러니까 그래서 진단서를 제대로 가서 이제 제대로 저기를 받아가지고 하는데 1급으로 나온거예요. (참여자 A4)

예전에는 내가 다닐 수 있으니까. 한쪽이 좀 보이니까 이쪽이 보였었는데 이쪽이 보였었는데 이쪽이 각막이 떨어져버리니까 이쪽이 조금 불빛이 보이더라고요(참여자 A11)

이 근육이 굳어지거든요(…) (참여자 A5)

그거는 정확하게 몰랐는데 갑작스레 당뇨의 합병증이요. 이거 때문에 신장이 갑자기 안 좋아졌어요. (참여자 A6)

지금은 이제 자꾸 안 좋아지죠. 지금은 거의 걷는 거는 이제 붙잡고 이래 쌓아놓으면 한쪽 다리로 가.. 우측 다리는 거의 힘을 못 주고 그런데 이 우측 다리를 조금 힘을 주고 이래 가지고 손을 잡고 이래가지고 한 주씩 이렇게 지팡이를 짚고 걸었는데(참여자 A14)

한 70대 초반에 그냥 그때 3급을 받았어요. 안과에서 뭐냐 하면 서류내가지고 그래갖고 그때 당시에는 급수가 있어갖고 3급을 받았는데 그게 없어졌고 지금 내가 이제 전혀 안 보이게 된 거는 한 3년 됐는데(참여자 A15)

나. 장애 및 노화 등으로 65세 이후에 발생한 사고

고령장애인은 장애 뿐만 아니라 노화로 인해 넘어지거나 하는 낙상 등 2차장애 발생이 높은 것으로 나타났다. 이러한 사고는 일상의 제약으로 바로 연결되고 있다. 기존에는 일차장애로 생활하는데 제약이 있었다면, 고령이 될수록 낙상 등의 경험은 보조기기 또는 신체적 돌봄지원이 필요한 상황임을 알 수 있다. 특히 본 연구에서 참여한 A6는 신장장애인으로서 투석으로 인한 어지럼증으로 낙상사고를 겪은 후부터 신장장애 뿐만 아니라 이동의 제약으로 생활하는데 어려움을 보이고 있었다. 이 뿐 아니라 만65세 이전에는 장애정도가 심각하지 않다가 만65세 이후 전맹이 된 사례의 경우에는 안보였더 그 시기에 사고와 낙상 등이 많았다는 의견이 있었다.

화장실 여기 문턱에 걸려서 넘어졌어요. 요새 내가 다리가 아파서(참여자 A7)

다리 아픈데. 다리 아픈 약도 먹어야 되는데. 다리 아픈 약도 묵어야 다리가 무사하겠는데 약도 먹지도 않고 치료도 안 하니까 다리가 더 아프다고 그러고(참여자 A7)

이거 없으면 화장실도 못 가고 이제 여기서 (..) 나갈 때 구르마 있잖아요. 밀고 당겨 그거 밀고 다 저거 없으면 어디 못 가요(참여자 A7)

지팡이 이게 일어서려면 이 육신이 부러 잡아당기는 것 같이 못 일어나요. 아파갖고. 근데 뼈가 당기니, 근육이 뻥겨서 못 일어나요. 뼈가 그러면 내가 이거 할 말을 못 하잖아요. 근육이 당기니까 이게 일어나려면 부러 그러는 게 아니고 못 살아요. 그래갖고 내가 판정 받으려면 그 사람들이 부러 그러는 거 다 알아요. 이거 요양 판정 받을 때 그리고 그 사람들 나 할 때도 이런 누가 일어나려면 그때는 더 했어요(참여자 A9)

계단올라가다가 주저앉았는데 그게 고름이 생겨갖고 그래서 수술을 했는데 그 당시에는 한 1년은 완전히 하나도 못 걸었어(참여자 A6)

지금 이제 그전에 내가 다리를 이렇게 다치기 전에는 지팡이 잡고 조금씩 다녔어요. 그래서 운동한다고 하다가 넘어져 다리를 부러져가지고 이제 거의 못 걷고(참여자 A14)



많이 넘어졌고 지금 계단에서 헛디딤가지고 제 15계단 넘는데 거기서 거꾸로 떨어지기도 했고 아주 많이 겪었어요. 많이 넘어지고 지하철에서도 많이 넘어지고 그런 걸 다 겪었어요. 이 3년 동안에 별짓을 다 겪었어요(참여자 A15)

다. 추가 질환 및 만성질환 등 증가

장애와 더불어 추가적인 신체적 및 인지적 노화의 진행으로 인해 일상생활의 제약을 비장애인에 비해 더 경험하고 있었다. 장애로 인한 추가질환이 생기기도 하였으며, 당뇨와 같은 만성질환 등 지속적인 약복용이 이루어지고 있었다. 또한 신장장애가 있는 당사자의 경우에는 대부분의 노인들에게 나타나고 있는 고혈압의 조절은 혈액투석 여부를 결정하기 때문에 음식조절 등을 통해 혈압조절을 수시로 조절해야 하는 것으로 나타났다.

척수장애 때문에 방광에 문제가 (...)생기고 이게 괄약근도 적어지고 변비도 심하고 이렇거든요(참여자 A3)

당뇨약 먹으세요. 당뇨약(참여자 A7)

당뇨가 있어서 당뇨가 있고 고혈압이 있는 사람은 다른 사람보다도 생활하는 게 더 괴롭습니다. 그마 내 몸이 종합병원이라고 보면 된다. 안 가는 게 안 일어나는 게 없어. 고마 다른 합병증이 안 일어나는 게 없어(참여자 A6).

신장 투석을 하게 그런 거는 신장 투석하는 오래 하는 사람들은 소변을 못 보거든. 소변을 못 보기 때문에 투석을 하러 가는 기거든. 그 외에는 뭐(참여자 A6)

그러니까 혈압이 없으면 괜찮는데 혈압이 있는 사람은 몸무게가 많이 불어나면 뺄 수가 없어. 혈압 짝 내려가면 빠다가 내려와야 돼 혈압 되면 내려와야 돼 못 빼고 와야 돼 (참여자 A6)

연세 많으니까 85세 이상 되니까 요실도 좀 약간 있을 수 있고 이러니까 기저귀도 차고 그렇게 하죠(참여자 A5)

라. 움직임의 힘듦, 죽음을 선택하고 싶다

장애와 노화로 인한 신체적 및 인지적 변화, 그리고 사고 등으로 인한 일상의 변화는 ‘삶의 의미’를 잊게 하고 있었다. 즉 참여자 중 혈액투석을 하고 있는 당사자는 낙상으로 인한 이동의 제약은 더욱 당사자를 힘들게 만들고 있었다.

그 못 걸으니까 맨날 집에서 짜증만 내는 게 많은데. 일단은 타고 좀 나가주면 낫는데 하루이틀도 아니고 밥 먹고 병원에 가 또 뭐 집에 누워 있으니까네. 그것도 하루 이틀도 아니고 자식들 보기도 그렇지. 아픈디 내가 슬퍼 (참여자 A6)

맨날 집에만 있으니까 또 마누라는 밖에다 볼 일이 있을까 하는 기고. 집에 있으니까 혼자 있으면 마음이 좀 우울해지는 기라. 밖에 저 못 걸어도 저 뭐 바닷가 어디 가서 좀 바람을 좀 쐬고 좀 앉아 있다가 오고 싶은 그런 생각이..자꾸 어떤 데는 우울증이 올라와(참여자 A6)

② 고령장애인의 돌봄의 기피

가. 계속 바뀌는 요양보호사

장애인이기 때문에 또는 장애이해의 부족에 의해 잦은 요양보호사의 변경이 있기도 하였다. 당사자가 원하는 서비스를 제공하지 않거나 또는 요양보호사는 장애에 대한 이해부족 등으로 당사자는 요양보호사를 계속 변경하는 것으로 나타났다.

이분은 계속 변경되고 있어요. 요양보호사의 말을 모두 못 믿어요. 이분의 요양보호사는 엄청 많이 바뀌었어요(참여자 A12)

네 그거 가는 것도 운동 삼아 나는 걸어가고 싶은데 이 봉사 선생님이 걸어가지 않으려고 하니까 지금 차를 신청 해놨어요(참여자A11)

여섯 번째로 바뀌었어요. 목욕도 못시키고, 나를 케어하지 못하더라고(참여자 A3)

우리가 이제 바꿨다고 봐야 되죠. 왜냐하면 이제 좀 불성실하고 그러니까 이제 바꿔달라고 해서 바꾸고(참여자 A15)

뭐 하라고 그러는데도 이제 그게 그게 이행이 안 되니까 그건 이제 무슨 반찬을 뭘 좀 해달라고 그랬는데 그것도 안 해주고 그런다든가 이럴 때 그러니까 그것도 이제 내가 그



만두라고 하는 건 아니고 우리 이제 아들이 보고 이제 안 되겠다. 해갓고(참여자 A15)

나. 중증장애인 일수록 돌봄 기피

중증장애인의 경우에는 요양보호사의 경우 돌봄을 기피하고 있었다. 평균 3시간의 서비스를 주기에는 요양보호사에게는 상대적으로 쉬운 대상자를 선택할 수 밖에 없다. 노인맞춤돌봄서비스를 제공하는 생활지원사 역시도 연락이 제대로 되지 않거나, 추가적인 방문이 요구되는 이용자는 기피하고 있었다. 그 이유로는 추가적인 지원이나 혹은 방문 등은 자신이 담당하는 시간과 대상자에게 적정 서비스 전달에 영향을 주기 때문이다. 이러한 대상자는 주로 인지적 장애를 가지고 있는 장애인으로 생활지원사와 약속 및 소통에 있어서 제약이 있는 것으로 나타났다.

좀 더 쉬운 사람을 선택하게 되지요(참여자 B1)

그 시간이 비슷하니까 어차피 좀 더 버리라고 주간보호센터에 식모를 들어간다, 월급제로 이らし더라도. 아이고 그러면 좋은 데 가시면 좋으네요, 저는 돈을 많이 못 드리니까 보내드려야죠 이라고(참여자 A3)

기피 대상이 되고 서비스도 이제 계속 일반으로 간다던가 그러니까 중점에서 일반으로 갈 수밖에 없는 그런 대상이 될 수도 있을 것 같아요(참여자 B4)

이 어르신이 항상 찾아뵙고 하면 집에도 안 계시고 그리고 또 제가 여기저기 다 전화를 하거든요. 병원엔 병원대로 전화하고 또 동네 동네마다 다 알아보고 했는데 안 계시니까 제가 이제 서비스 할 그 저기가 안 되는 거예요(참여자 B4).

하면은 어르신이 안 계시니까 저는 서비스를 해야 되는데 저기 방문을 해야 되는데 안 계시니까 어르신이 안 계시고 그러면 저는 어디 가서 어떻게 할 수가 없겠더라고요(참여자 B4).

③ 돌봄지원 부족으로 가족의 해체 및 경제적 힘듦의 경험

가. 돌봄의 부족으로 무너져 가는 가계 경제

현재 3시간으로 불충분한 돌봄이 부족한 당사자는 개인이 직접 고용하여 추가적인 지원을 위해 돌봄서비스 비용에 지출하고 있었다. 요양급여 4시간을 제외하고는 24시간의 활동에 대해 오히려 개인이 비용을 지불하여 사람을 고용하고 있어 경제적 어려움을 토로하고 있었다.

24시간 케어를 하는데 거기서 4시간만 싹 빼고 나머지는 아니다. 이렇게 봤을 때는 정부 지원으로 판단을 했을 때는 엄청난 돈이 들겠죠(참여자 A5)

이제는 기초수급자가 되어야 해요(참여자 A5)

나. 가족의 해체

당사자들은 가족들의 왕래가 점점 감소되고 있었으며, 함께 살면서도 자신의 처지 때문에 가족 간에 화목함을 깨뜨리고 있다고 언급한 당사자도 있었다. 당사자들은 가족들의 장애에 대한 이해부족으로 상처를 받고 있기도 하였다.

있거든요. 하나는 아예 안보고, 이사할 때 한번 봤어요(참여자 A8)

딸들도 않아요 멀리사니까 큰 딸은 수원 살고 우리 작은 딸은 시골 곡성 멀리 사니까 오지도 못 해요(참여자 A7)

아들 딸 막론하고 전부 나에게 지원을 하는 이런 형편이고 이러다 보니까 가정적으로 모 든 것이 화목하게 지내기가 어려운 실정에 도달하고 이렇습니다. 내가 살아있는 생명을 끝지는 못하고 하루하루를 지내고 있습니다(참여자 A5)

못 봤어요 안 와요. 안와요. 전화도 안와요(참여자 A7)

우리 딸내미가 내가 한 십, 한 십 년 넘었는데 밖에서 나가가지고 그 손을 씻었더니 아빠 손 씻었어? 씻었지 그랬더니 비누질 했어? 안 했다 그랬더니 아빠 손에는 대장균이 득실 거리는 것 같은데. 딸이 그래요(참여자 A1)

저희는 수술하고 나서 그러고서 이제 어떤 우리 집사람이 장애에 대한 인식이 있잖아요. 그런 얘기 듣고, 딸한테 듣고, 마누라한테 듣고 이렇게 이게 보이지 않게 느껴지잖아요. 그러니까 접근하기가 싫고 우리는 각방 쓴 지 한 20년 돼요. 그 수술하고 한 일 년쯤부터 각방 써서 한 지붕, 한 지붕 두 가족으로 살아요. 따로따로. 그러니까(참여자 A1)



(2) 장애특수성이 부족한 노인복지서비스

① 부족한 방문요양 급여량

가. 가사 중심 요양서비스 및 부족한 병원 이동지원 서비스

이들은 현재 요양급여를 받고 있는 자들로서 보통 3시간을 이용하고 있었다. 활동지원서비스 90시간 정도로 볼 수 있으나 이보다는 더 높은 급여시간이 필요한 것으로 보인다. 보통 병원방문 지원과 가사지원을 주로 지원하고 있었다. 동 활동들은 연구참여자의 80%에서 응답하고 있었으며, 일부 참여자만이 복지관까지의 이동과 운동지원이 있었다. 병원지원의 경우에도 돌봄 지원 시간과 병원 시간일 일치할 경우에만 가능할 뿐 요양보호사의 지원은 어려운 것으로 나타났다. 이뿐 아니라 요양보호사는 가사 중심의 서비스가 중심으로 지원이기 때문에, 병원 이동 등을 부탁하지 않기도 하였다.

약 사러 가갔고 두 달치 지어갔고 갔다. 요양보호사랑 요(참여자 A7)

밥해요 요양보호사 와서 밥해요. 반찬은 시장 가서 그냥 사먹고(참여자 A7)

안과는 두 달 만에 한 번씩, 백기운도 두 달 만에 한 번씩(참여자 A9)

병원에 같이 가는 거는 요양보호사로 데리고 가면 불안해요. 시간이 그게 저기 안 맞으니까 그래서 옆에 여기 저기 우리 집에 저기 같이 사는 분이 한 분 있어요. 그래서 그분을 내가 이렇게 내가 데리고 좀 다닙니다. 병원에 갈 일이 있으면 그래서 그때 요양보호사가 어디 가는 거는 내가 부탁을 해본 데가 없어요(참가자 B14)

그 반찬해주고 밥해주고 그다음에 청소해주고 그런 거예요. 동행은 안 해요. 그거는. 내가 요양보호사는 의료보험공단에서 이제 건강 거시기 때문에 이제 움직이지 못한다는 것이 돼가지고 그렇게 하는 거예요(참가자 B15)

나. 사회참여의 제한

낮은 급여량은 고령장애인의 사회참여를 제한하고 있었다. 즉 복지관의 활동과 배움, 운동 등을 위해 이동과 기관에서의 지원이 요구되지만 평균 3시간으로는 부족한 것으로 나타났다. 농촌 지역에 거주하고 있는 연구참여자에게는 지리적 접근성이 매우 어려워 외부활동에 대한 제약이 심각하다는 언급이 있었다. 특히 이분은

맞춤형돌봄서비스를 받고 있는 상황으로, 이분을 지원하는 사회복지사(사례관리팀)는 그분에게 필요로 하는 것은 복지관으로의 이동과 활동을 위한 지원이 필요하지, 전화통화와 집 방문에 의한 지원은 간헐적으로 필요하다는 의견을 주었다.

지금 제가 이제 활동 보조가 없으니까 운동이라 카는 자체를 못 하잖아(참여자 A3)

혼자 돼야 가지. 요양보호사는 투석하는 데만 가고(참여자 A6)

네 그거 가는 것도 운동 삼아 나는 걸어가고 싶은데 이 봉사 선생님이 걸어가지 않으려고 하니까 지금 차를 신청 해놨어요. 장애 신청을(참여자 A4)

이분에게는 직접 바깥으로 나가서 복지관 활동하는데 지원하는 것이 필요하지 전화안부가 필요하지는 않아요(참여자 A16)

장애인복지관이 사례관리를 하고 있기 때문에, 맞춤형돌봄서비스는 직접적인 지원이 더 많이 있어야 해요(참여자 A16)

특히 어떤 참여자는 요양보호사에게 사회참여 지원에 대한 욕구가 높은 것으로 나타났다.

갈 수가 있으면 좋는데 그러니까 찾아가기가 어려워요. 그게 이제 거기서 도와주지 않으면 안 되는 거예요. 나 다니는 게(참여자 A15)

다. 서비스 제공 시간의 절대적 부족

하반신 장애로 인해 ‘팔’로 ‘하반신’ 활동을 대신 하였던 참여자는 갑작스러운 팔의 장애로 욕창이 심각해지자, 바로 병원 입원을 선택하지 못하고 욕창을 더 키워 감염위험에 놓인 것으로 나타났다. 그 이유는 ‘간병비’의 부족 때문이었다. 고령장애인을 지원하고 있는 요양보호사에 따르면, 과거에 욕창이 심각해져 병원에 입원한 경험이 있었으나, 그 시기에 간병비를 제때 내지 못해 병원 갈 시기를 놓쳤다는 것이다. 이 참여자는 현재 방문요양 4시간을 이용하고는 있으나, 팔이 아픈 이후부터는 24시간 지원이 필요하다고 하였다.

병원 안에요 병원 안에서는 원래 간병인이 있었는데 간병비가 비싸다고 그래서 병원에 입



원을 안 하시려고 그래요. 간병비 때문이래. 옛날에 한 거로 간병비가 얼마고 덜 줬고 자꾸 그런 말 하면서 안 할래 가. 내가 간병비가 아무리 비싸도 이제는 병원에 들어가야지. 누구도 방법 없다고 오는 사람마다 왜 병원 안 가냐고 다 난리하고 하니깐(참여자 A13)

손바닥만 하지 손바닥만 한데 엉덩이는 조그맣고 살도 없는데 손바닥만 하니깐 그것만 채우면 되는 게 아니잖아요. 그걸 더 위에 크게 붓대를 해야 그걸 붙이고 안 떨어지게 하는데 그게 어디 붙일 때도 마땅하지 않고 자꾸만 그 살에 붙이니까 살도 시뻘겍게 또 다 일어나고 너무 심각해. 빨리 병원에 가야 돼요(참여자 A13)

지금 보서는 24시간을 필요하겠죠 뭐 수시로 3분, 5분 만에 여기 좀 뒤집어달라 얹혀 달라 계속 옆에 있으면 불러요. 하여간 옛날 같지 않고 이 팔 아프고 나서는 엄청 자꾸만 불러대고 사람이 계속 있어야 되는데(참여자 A13)

근데 축 쳐지니까 내가 어떻게 감당이 안 돼. 그리고 어디 어떻게 안고 이려고 하기가 되게 불편해요. 두 다리는 못 쓰지 한쪽 팔 못 쓰지 어떻게 움직일라고 해도 꿈쩍도 안 하지.(참여자 A13)

‘팔’이 아프기 전에는 방문요양 시간 4시간(오후 2시30분-6시30분)으로 생활하고 있었으며, 팔이 아픈 이후부터는 즉 이동 자체에 어려움이 있는 이후부터는 친구의 도움을 얻기도 하였으며, 생존하기 위해 119를 부른 경우도 있었다. 특히 요양보호사 서비스 제공시간과 병원 방문 시간이 일치하지 않을 가능성이 높아 물리치료와 병원을 이용하는데 어려움을 겪고 있기도 하였다. 이뿐 아니라 절대적 시간이 부족하여 병원을 이용하게 되면 가사지원의 시간이 부족하게 되는 현상도 보였다.

이제 친구분이요 노인네가 80이 넘었는데 더 옛날부터 친구라고 의정부에 있는데 요즘에는 이래 팔심하고 나서는 계속 오전에 일찍 오잖아요. 와가지고 내가 있을 때까지 해주고 오늘은 친구가 있어요. 친구가 친구가요 80이 넘은 친구가 옛날 친구인데 그래 그분이 고맙게 그래 와가지고 내가 아침에도 다른 데로 오전에 또 일하거든요(참여자 A13)

어떻게 일어나지를 못하니깐 어저께는 물을 먹고 싶었는데 물을 못 가지고 오고 해가지고 그 옆에 놔뒀던 물을 다 마시고 해가지고 그래 119로 오라고 했더니 그저께 저녁에 119를 불렀지만 어저께 와서 짜증 내더라요(참여자 A13)

병원에 가면 내 시간에 맞춰갖고 진료를 안 해주잖아요. 그러니까 요양보호사를 데리고 갈 수도 없고(참여자 A14)

뭐 그냥 그리고 문제는 이제 내가 나가서 이제 병원을 간다든가 할 때 그걸 도와줄 수 있는 거 이제 활동보조가 없다는 거지 그게 그걸 이제 못 쓰는 거지. 내가 나이가 많아서 없대요. 그거는 또(참여자 A15)

혼자 못 가죠. 거기 혼자 어떻게 가 아무것도 안 보이는데 아들이 데리고 가요. 시간을 내가지고 회사에서 시간 내고 가는 거지(참여자 A15)

주로 이제 뭐냐 바깥에서 이제 만약에 외식을 한다 그럴 때는 이제 그 친구들도 같이 불러서 가고 그다음에 또 가까운 동네 병원 갈 때도 이제 친구 불러 가고 이제 그러는 거지. 갑자기 이제 무슨 감기가 걸렸다든가 그러면 어쩔 수 없이 가야 될 거 아니에요 그리고 또 무슨 코로나 검사하라고 그러는데 검사해야 되는데 보건소를 가야 되는데 갈 수 없잖아요. 그러니까 이제 그 친구한테 가자고 그래(참여자 A15)

지금 하여튼 반찬하는데 한 기껏 해봐야 한 2시간 정도로 하면 될 것 같아요. 내가 볼 때 근데 병원을 간다든가 뭐 할 때면 병원 가서 기다리는 시간 1시간이야. 그치 그러면 그러니까 그 시간이 그 사람은 모자라는 거지(참여자 A16)

그런 것도 있고 그 다음에 이제 병원을 같이 가자 그러면 그냥 시간을 다 거기서 써먹어버리니까(참여자 A16)

라. 본인부담금의 부담 문제

요양급여 시간이 부족함에도 불구하고 본인부담금 지불에 대한 부담으로 서비스 시간을 추가하지 않은 경우도 나타났다. 요양급여의 경우 기초생활보장수급자는 이 용료가 없는 반면, 그 외의 자는 다양한 요인에 의해 40~60%까지 감액되긴 하지만 일반반대상자는 본인부담금을 부담해야 한다. 기초연금 등 공적급여에 의존하고 있는 참여자의 경우에는 본인부담금 지출에 대한 부담이 있을 수 있으며, 특히 이를 가족에게 지원 받는 부담도 존재하였다.

내가 지금 자부담을 20만 원 정도 내고 있는데 재신청을 해가지고 만약에 시간이 더 늘리면 내 자부담이 더 많아지는 거 아니냐 그래서 현재 내가 하루 빠지고 하루 오고 이래가 청소해주고 뭐 필요한 거 좀 해주고 이래 가면 요양보호사가 더 필요 없을 것 같고 그런데 시간을 더 늘려가지고 요양보호사가 자주 온다 해가지고 내 몸이 좋아지는 것도 아니고 내 그거 저기 뭐고 부담금만 많아지는 거예요(참여자 14)



② 상대적으로 어려운 장애인 지원, 욕구들의 상충

가. 장애이해 및 감수성이 낮은 요양보호사

척수장애 등에 대한 이해 없이 목욕서비스를 제공한 경험이 언급되었다. 즉 척수 장애인은 경수 및 흉수에 따른 마비정도가 다르다. 따라서 목욕하거나 또는 스스로 몸을 지탱하는 정도가 다르며, 이에 대해 요양보호사는 주요 정보 없이 서비스 제공에 어려움이 있었음을 말하였다. 그리고 고령시각장애인이 이동의 위험으로 인해 자신의 몸을 서비스제공자에게 기대는 행위에 대한 부분에 대해 장애 감수성이 낮은 내용의 언급이 있었다. 그리고 맞춤형돌봄의 경우, 전화통화로 주로 안부를 물어나 지적장애인 분이기 때문에 소통의 어려움을 제기하였다. 장애특성에 대한 이해가 부족한 것으로 볼 수 있다.

목욕도 안 시켜봤어요 제가 그랬거든요. 그라고는 첫째 일단 개수대에 목욕을 하려고 하면 옷을 벗겨야 안 됩니까? (참여자 A3)

시각장애인이 너무 제 몸에 몸을 기대어서 너무 힘들었습니다(참여자 B1)

이분에게 맞춤형 돌봄이 제공되고 있는데요, 생활지도사가 지적장애에 대해 아는지 잘 모르겠어요(참여자 A16)

그런데 꼭 얼굴을 맞추고 눈을 맞추고 얘기를 해야지 자연스럽게 소통이 되지 만약에 제가 등 돌리고 칼질하면서 보통의 어르신들처럼 그러면은 전혀 못 알아들으시죠(참가자 B5).

어떤 대화할 때 주제가 어떤 특정적인 주제가 나오면 이제 아무래도 어르신이 장애가 있다 보니까 말하는 거에 좀 조심하고 있어요(참가자 B6)

자기가 좀 부당하게 많은 사회로부터 부당한 대우를 받는다는 거가 인식이 머리에 이렇게 잠재적으로 깔려 있어 갖고 뭘 해도 항상 불만족이었고 그다음에 의심이 많아갖고, 그러니까 뭘 그래서 일부러 갈 때는 그분 갈 때는 아무것도 안 갖고 들어가서 어르신 저 가요 하고 저를 손을 만지게끔 해서 저를 그냥 나오는 걸로 이렇게 해서 했던 부분(참가자 B6)

나. 노인돌봄 서비스 서비스 제공 수준과 당사자 욕구 간 갈등

고령장애인들은 장애로 인해 서비스 요구의 어려움을 언급하였다. 즉 몇몇 연구 참여자들은 요양보호사의 의견에 순응하는 경향을 보였다. 자신이 원하는 서비스를

요구하기 보다는 요양보호사가 지원하는 것에만 만족하는 수준으로 생활하고 있었다. 이에 반해 돌봄 지원 시간의 부족과 병원예약 시간 간 불일치로 요양보호사에게 서비스 지원을 요구하지 않고 주위의 편한 사람에게 지원받는 경우도 존재하였다.

저기 창문을 열어놓고 이렇게 누웠다가 혹시 동생 올까봐 덩다고 열린 창문을 닫아버려.
(참여자 A7)

와 갖고 잠깐 있으랬구면. 한시에 가고 분명 금방 저기 갈 시간이 되어버리네. 어저께도. 매일 금방 갈 시간이 되어버리네. 좀 하다가 허리가 아프다고 애가 드러눕더라고요.(참여자 A7)

더워서 못 가요 선생님 아니요. 나는 뭐 운동하니까 좋죠. 그런데 남을 괴롭힐 것 같아서 그런 생각은 전혀 안 해봤어요. 왜 그러냐면 이것도 감사하다고 생각해야죠(참여자 A9)

학교 단 밑에 가서 그냥 한 서너 번 가고 돌면 그냥 덩다고 들어가자고 그래요(참여자 A4)

그러면 어떻게 들어와야지 선생 말을 들어야지 또(참여자 A4)

병원에 같이 가는 거는 요양보호사로 데리고 가면 불안해요. 시간이 그게 저기 안 맞으니까 그래서 옆에 여기 저기 우리 집에 저기 같이 사는 분이 한 분 있어요. 그래서 그분을 내가 이렇게 내가 데리고 좀 다닙니다. 병원에 갈 일이 있으면 그래서 그때 요양보호사가 어디 가는 거는 내가 부탁을 해본 데가 없어요(참가자 B14)

그래서 요양보호사 보고 같이 가자 소리를 못하고 같이 가면 (...) 말이야. 갔다 올 데가 없는 거예요. 그 시간이 적어가지고. 그리고 또 요양보호사가 내만 하는 게 아니고 내하고 난 뒤에는 또 다른 집에도 가거든요. 그렇기 때문에 내 시간을 그거 하기 때문에 그 부탁도 못 합니다(참가자 B14)

아니 내가 부담을 주기 싫으니까 가까운 동네 바로 이 앞에 있는 병원에 좀 데려다 달라고 그런 말도 내가 하기가 거북해서 안 해요(참가자 B15)

이제 이제 그렇게 해갖고 또 이제 뭐냐 하면 이제 그냥 그만두겠다 그러면 그것도 골치 아프니까 이제 그렇게 시도를 안 해봤으니까 모르죠. 이제 왜냐하면(참여자 A16)

맞춤형돌봄서비스 취지는 장기요양 진입 예방을 위해 일상생활을 계속 잔존 능력을 향상시키는 것이다. 따라서 직접적인 지원 보다는 노인과 함께 서비스를 지원하는 측면이 강하다. 따라서 장애인은 요양수준의 가사지원이 필요할 수 있으며, 직접



적인 신체적 지원 등이 요구되기도 하여, 맞춤형돌봄서비스로는 불충분하다는 의견이 제시되었다.

네 근데 어르신은 제가 요양보호사인 줄 알고 계시는 거예요 제가 다 해드린 줄 알고 있는 거예요(참가자 B5)

다. 노인 돌봄과 차별성이 존재하지 않은 돌봄서비스

본 연구에 참여한 생활지원사는 지체장애와 청각장애 등은 노인과 유사한 일상생활 지원이 가능하며, 노인이 되면 장애를 갖게 된다는 것이다. 또한 맞춤형돌봄서비스의 경우 식사지원 등 유사한 서비스를 제공하고 있다고 말한다.

고령 장애인들뿐만 아니라 저는 어르신들 대부분이 다 나이가 드시면 장애를 갖게 된다고 생각을 하는 사람이라 네 많죠(참가자 B5)

고지서나 이런 글을 모르시니까 그런 거를 읽어드리고 어떻게 해야 되는지 예를 어떤 때는 그거 수납도 대납할 때도 있죠. 네 수납도 고지서에 세금 같은 거 대납할 때도 있고요. 그다음에 다리가 불편하시니까 일상생활에서 필요한 생필품 같은 것도 부탁하시면 사다드리기도 하고요.(참가자 B5)

그다음에 어르신들이 미처 이제 예를 들어서 귀하 안 들리시니까 동네에서 이제 이장님이 방송을 해도 보청기를 빼놓고 계실 때가 있거든요. 맞아요. 맞아. 그렇기도 하고 보청기를 끼우신다고 해도 그게 이제 저기가 아니니까요(참가자 B5)

뭐 이런 분들도 똑같이 필요한 도움은 장애에 대한 도움이 아니고 일상생활에 대한 도움이거든요. (참가자 B5)

고령이니까 (참가자 B5)

지금 이제 제가 관리하는 어르신 지금 어르신하고는 큰 차이는 없어요 (참가자 B6).

그게 이제 점점 기억력 감퇴나 인지장애 감태가 퇴보하잖아요. 그런 것들이 다 그렇기 때문에 역시나 똑같아요 (참가자 B5)

노인인가요? 네 큰 차이는 없어요. 어쨌든 고령화하신 분들도 제가 거기 똑같이 활동 지원을 해주니까 간호노동하고 저기 식사 관리 식사 같은 것도 해드리고 그러니까(참가자 B6)

라. 맞춤형 지원이 필요한 장애인 욕구

한편 지적장애 또는 정신장애, 시각장애 등의 경우에는 요양지원, 장애인복지서비스 대상자로서 지원이 필요하다는 의견이 있었다. 실제 이동이 가능하더라도 지적장애인의 경우 인지적 문제로 이용자와 약속 등은 할 수 없거나 의사소통이 적절히 이루어지고 있는지를 판단하기 힘들다고 하였다. 또한 서비스의 수준도 가사지원이 직접적으로 이루어져야 하는 군이기 때문에 맞춤형돌봄서비스를 제공하는데 한계가 있다고 말하였다.

처음에는 처음에 했었는데 이 어르신께서 이제 제가 어르신 제가 내일 올게요 하면은 그게 잘 잊어버리시고 또 병원 가시거나 나가시거나 그게 잘 이게 소통이 잘 이루어지지 않는 거예요. 그래서 이제 동 어르신 만나뵙기가 굉장히 어려운 거죠(참가자 B4)

네네 힘들었어요. 이 어르신이 조금 왜냐하면 저는 방문을 해서 이 어르신하고 같이 저기 뭔가라도 저기 대화라도 하든 뭐라든 얼굴을 봐야 되는데 그런 게 전혀 이루어지지 않으니까(참여자 B4)

(3) 활동지원서비스 제도적 문제와 서비스에 대한 요구

① 장애인 활동지원서비스 연령기준에 따른 사각지대

가. 65세 이후 일차장애 악화, 노화 및 사고에 따른 2차 장애 등 집에 방치된 삶

앞서 고령장애인의 장애 및 노화로 인한 일차장애의 악화, 낙상 및 사고로 인한 2차 장애발생, 만성질환 등의 발생은 고령 이후의 삶을 황폐하게 만들고 있었다. 특히 낙상 등으로 인한 2차 장애발생은 우울감을 증가시키기도 하였다. 가장 큰 문제는 이러한 위험들이 65세 이후에 발생한 경우이다. 현재 장애인활동지원제도는 65세 이전에 발생한 돌봄 및 사회참여의 제약을 지원하는 것이다. 그러나 고령장애인의 특성 상 노화 및 만성질환 등으로 인해 일차장애가 악화되어 활동지원서비스에서 배제되고 있다. 본 연구의 참여자 중에서도 시각장애인분들은 진행성 장애를 가지고 있었다. 그러다 보니 65세 이전에는 생활에 제약이 없다가 65세 이후가 되어서 전맹 수준이 되어 3시간의 요양급여 만으로만 생활하고 있었다.

그리고 65세 이후 낙상 등의 2차 장애의 발생과 추가 질환 및 만성질환 등 증가 등으로 인한 일상생활의 제약이 있다고 하더라도 활동지원제도를 받을 수 없다. 즉



노인의 사망 원인을 보면, 낙상 사고가 큰 비율을 차지하는 것과 같이 고령장애인의 경우에는 장애와 더불어 사고로 인해 제약수준이 더 큰 것으로 나타났다. 외부로 나가고 싶어도 시간적 제약과 요양급여 시간 외에는 집에서 나가기 힘든 고령장애 인분 들이 집에 방치되고 있었다. 장애로 인한 생활의 어려움에 이러한 상황들은 삶에 부정적 영향으로 작동하고 있었다.

몇 년도 정확히는 모르겠고 처음에 할 때 6급이었었어요. 그럴 때는 주민센터에도 혼자 다니고 어디도 다 혼자 다닐 수 있었었고 거의 까지 4급 때까지만 해도 혼자 거의 뺄까리고 다녔는데 지금 9년째, 10년째 이렇게 혼자 한 발짝 못 하고(참여자 A4)

가면 꼼짝도 안 하고 집에 혼자 나갈 수가 없어. 바람을 한 번 쐼라 해도 그래. 그게 누워 있다 하지. 좀 하면 마음이라도 좀 맑겠는데 아무것도 안 되니 뭐 맨날 내 혼자서 하는 게도 내 가족이니까 내가 가야 되는데 자기 몸이 마음대로 안되니까 가고 싶어도 못 가지. 어디 놀러 가고 싶어도(참여자 A6)

내가 내 마음대로 못 움직이니까 어찌할 도리가 없는데. 죽고 싶은 생각도 안 드네. 사람이 살아가고 먹고 집에서 있으면서 사람행세를 못 하는데 살면 뭐하겠네. 너무 한탄해(참여자 A6)

물리치료하러 오라고 하대요. 그래서 이제 코로나가 이렇게 해서 이제 한다고 그래서 나 혼자 못 가요. 데리러 와야 가지 그때 이제 데리러 오데요. 물리치료 침대가 높아. 지금 올라가려면 또 힘들고 근데 누가 도와줘야 되고(참여자 A7)

나. 활동지원제도 시행 시 65세가 넘는 고령장애인

본 연구의 참여자 중 만 83세의 고령장애인은 활동지원서비스 제도 시범사업 2007년에 이미 만 66세로 활동지원서비스 대상자가 아니었다. 그러다 보니 이들은 요양급여에서만 서비스를 오롯이 받을 수 밖에 없는 구조이다. 특히 본 연구의 참여자는 최종증장애인으로 신변처리부터 식사, 이동 등 모두 돌봄노동자로부터 지원이 필수적인 고령장애인이었다. 그는 제도 시행 시 연령이 고령이 된 경우와 같이 사각 지대에 놓인 고령장애인에 대한 활동지원서비스의 확대가 필요함을 강조하고 있었다.

수술했던 연도가 56세 때 했었거든요. 56세 때 지금 38년 6월 2일생이니까 지금 94년도에 수술한 지가 지금 29년째고 또 29년째고(...), 그때는 시범사업을 하고, 그러면서 이제 그 후에 2007년도 오니까 65세가 넘었죠. 이제 회장님은 56세 때 수술을 받았는데 거의

한 십 년 동안 이 제도가 없다가 턱 생기니까 시범사업을 했는데.. 이미 우리는 고령이 되어버린거죠(참여자 A5)

24시간 단 한 번도 옆에 사람이 떠나서는 안 됩니다. 대변, 소변, 체위 변형, 그다음에 뭐 식사 심지어는 코파는 것까지 눈에 눈곱이 있는 것까지 이제 서비스를 해드려야 되는 데 옆에서 사람이 붙어 있어야 되는데 그렇다면 정부에서 하는 게 요양보호사 3시간 59 분짜리 한 건, 그 나머지는 옆에 따님 붙어 있었죠(참여자 A5)

다. 65세 이전, 요양급여 수급 그러나 현재 신청 불가

장애인활동지원서비스는 65세 이후에는 신청이 되지 않는다. 단, 65세 이전에 요양급여를 받은 경우에는 65세 이전에 활동지원서비스를 신청해야 하면 추가급여를 보전해주고 있다. 그러나 65세 이전에 정보부족 또는 가족 요양보호를 제공받음으로써 장애인활동지원제도의 신청을 놓친 경우가 있었다. 평균 이들은 3시간을 지원받고 있었으며, 활동지원서비스 90시간 정도로 볼 수 있으나 이보다는 더 높은 급여시간이 필요한 것으로 보인다.

이혼하게 됐는데 그 집에, 그 전에는 같이 살았어요. 애엄마하고 같이 살았거든. 그 때 애 엄마가 요양보호 자격증 따가지고(참여자 A8)

라. 재활병원 및 요양병원의 활동지원제도 정보 부족에 따른 활동지원제도 지원 시기 놓침

재활병원과 요양병원에 입원하게 되면 주로 장기요양서비스에 대한 정보를 미리 접하게 되는 것으로 나타났다. 참여자들 중 요양병원 또는 재활병원에서 입원한 경우, 나이가 만65세 미만이라고 하더라도 요양급여 정보를 우선 접하다 보니 활동지원서비스보다는 요양급여 서비스를 우선 신청한 것으로 나타났다. 이로 인해 만65세 이후가 된 요양급여수급자들은 유사 장애유형에 비해 다소 낮은 급여를 받고 있었다.

이제 내가 요양병원에 다쳐가 있다 요양병원에 있다 혼자 생활이 안 되니까 그래 요양보호사를 쓰라 하더라고요. 그래서 알았죠(참여자 A14)



특히 척수장애인은 재활난민으로 불리기도 한다. 그 이유는 재활병원 내에서 장기적인 입원과 잦은 병원들의 이동하여 실제 지역사회로 전환되지 않고 있다. 본 연구에 참여한 척수장애인은 장애인활동지원제도의 정보가 있었다면, 재활병원의 생활을 줄이고 지역사회에서의 생활을 도전했을 것이라고 하였다. 즉 재활병원의 잦은 이동에서의 삶을 통해 정보부족에 따라 요양급여만 받게 되었으며, 활동지원 제도에 대한 정보를 늦게 접한 경우이다. 또한 재활병원에서 나와 재평가를 받은 결과, 재활병원에서 나오기 전 받은 급여가 2등급이었으나, 지역사회에 나온 이후에는 병원이 아닌 사회의 삶을 살고 있기에 3등급으로 하락한 것으로 나타났다.

65세 이전에 다치시기는 했는데 병원에서 어쨌든 치료를 계속 받으려고 어쨌든 입원을 계속 하시다 보니까 이제 집에 오는 게 늦어져서 65세 이후에 나오면서 이제 노인 장기요양보험만 받게 되었어요(참여자 A11)

마. 장애정도가 유사하지만 친구는 활동지원대상자, 나는 요양급여대상자

만65세 이전에는 장애가 심각하지 않았으나 만 65세 이후 장애가 악화됨으로서 활동지원서비스 대상에서 탈락되는 것에 대해 형평적이지 않다고 말한다. 같은 장애와 장애수준은 유사한데 과거에 활동지원대상이 아니었다고, 만 65세 이후에 서비스 급여차이가 나는 부분에 대해 정책적으로 개선되어야 한다는 의견이 있었다. 즉 현재 유사한 수준으로 보이지 않은 고령장애인이지만, 어떤 사람은 10시간의 활동지원으로 사회참여와 일상생활지원을 받고 있는 반면에, 자신은 2~3시간의 요양급여를 받고 있어서 지하철 이동, 친구만남, 화장실 사용 등에 어려움을 겪고 있다는 것이다.

요양보호사가 없는 시간은 저 혼자 죽으나 사나 혼자 버티고 있어요(참여자 A14).

누워 있지도 못하고 앉아 있지도 못하고 미쳐버릴 일입니다(참여자 A14).

우리 지회에서든 그렇고 그전부터 젊었을 때부터 이제 눈이 안 보여가지고 이제 활동 보조를 쓰던 사람은 계속 나이가 먹어도 쓰는데 중도 실명인 사람 나이가 많은 사람은 안 된대요. 그게 법으로 그런데 지금 국회에 개정이 돼 있어가지고 그걸 그 뭐냐 하면 나이드는 사람들 활동 보조를 쓰게 하려고 하는데도 그게 통과는 안 되고 그런 모양이에요 그게 (참여자 A15).

불공평한 거지 그 나이 든다고 그게 활동 보조를 못 쓰게 하면 안 되잖아요. 그러니까 그때 지금 시각장애인 협회 오는 사람들 협회 쉼터에 오는 사람들도 다 조금씩 보이는 사람인데도 전부 다 활동보조가 있어요. 그래갖고 다 같이 와요(참여자 A15)

아니 저 그 사람들은 나이 비슷한 나보다 이제 한 다섯 여섯 살 적은 사람도 있는데 그 사람들은 이제 젊었을 때부터 안 보이는 사람이니깐 계속 활동 보조를 쓰는 거고 나처럼 늦게 이 실명된 사람은 없어요(참여자 A15)

다른 사람들은 그렇게 화장실을 가도 그 활동 보조가 있어갖고 다 데리고 가고 다 오는 데 나 같은 경우는 이제 이제 혼자 다니거나 그 직원 불러가지고 가는 수밖에 없는 거예요. 이게 그러니까(참여자 A15)

바. 장애정체성이 강한 고령장애인

연구 참여자 중 고령의 시기에 장애가 악화된 시각장애인은 지금까지의 삶을 장애인으로 살아왔지, 고령이라고 노인으로 말하기는 힘들다고 하였다. 즉 그들은 시각장애인으로서 일상생활과 소통을 하였으며, 노인과는 다른 정체성을 가지고 있다는 것이다. 또한 유사 장애인들끼리는 서로의 불편함과 힘들음을 알고 그 경험을 알지 만 노인은 이것을 경험해보지 못했기 때문에 이해가 부족할 수 밖에 없다고 말한다.

나는 노인이라고 생각 안 해요. 나는 장애인이라고 생각하지(참여자 A15)

나는 장애인이라고 생각하지. 내가 이제 뭐 알고 싶은 거 이런 것들을 다 유튜브에서 강의도 듣고 별일 해갖고 알 건 다 안다고 하다못해... 나름대로 이제 소화하는 거죠(참여자 A15)

아니 그 다 유유상종이라고 그래도 같은 사람들끼리 있으면 서로가 좀 낫겠지. 근데 다른 사람이 다른 장애들하고 같이 있게 되면은 이제 문제가 많이 있을 거라고 보고 또 이 그런 거 안 가리고 그 노인들만 있다. 이제 어떤 사람이 무슨 병 가지고 있는지도 모르는 거고 또 그런 것들이 문제가 될 거 아니에요 그래서 내는 끼리끼리 모으는 것이 좋을 것 같고(참여자 A15)

왜냐하면 지들이 안 보이니까 안 보이는 사람들은 그냥 안 보이는 사람 심정을 알잖아요. 그러니까 그건 안 건드린다는 얘기지. 불편은 해도(참여자 A16)

나는 장애인 서비스가 낫다고 봐요. 왜냐면 왜냐하면 내가 이제 쉼터 같은 데 가보면 이제 거기서 이제 시각장애인들만 오잖아요. 이제 시각장애인들 오는데 거기서 일하는 사람도 시각장애인의 심정을 알고 그러니까 뭐가 가려운지를 금방 알아요(참여자 A15)



심지어 거기 직원 중에서 어떤 사람은 자기가 안대를 하고 뭐냐 하루를 살겠다 해보겠다
고 경험해 보겠다 했는데 1시간을 못 버티고 그만두더라고요. 그러니까 그게 얼마 그만큼
이해를 하려고 들겠어요(참여자 A15)

② 고령장애인의 사회참여 욕구 증가

가. 집 밖, 친구만남 등 활동을 위해 지원 필요

본 연구에 참여한 고령장애인은 집 밖의 활동에 욕구를 보이고 있었다. 즉 집 안에서만 생활하기 보다는 집 밖의 활동을 원하고 있었으며, 여기에는 전적으로 돌봄
급여량의 감소가 부정적 영향을 주고 있음을 알 수 있다. 일반적으로 요양보호사는
가사지원, 또는 병원 방문 등을 하고 있었다. 이 외에도 장을 함께 보거나 요양보호
사 없는 시간에 외부활동에 대한 욕구를 보이고 있었으며, 친구만남 등 사회참여에
대한 지원이 요구되고 있었다.

가면 꼼짝도 안 하고 집에 혼자 나갈 수가 없어. 바람을 한 번 쐬라 해도 그래. 그게 누워
있다 하지. 좀 (..)하면 마음이라도 좀 맑겠는데 아무것도 안 되니 뭐 맨날 내 혼자서 (..)
하는 게(참여자 A5)

지금은 타고 땡기지 나는 당이 많으니까 여기 이정수 내과에서 걸어댕기라고 해요. 운동
삼아 살살 많이 걸으라 해요. 그런데 그렇지 못해요(참여자 A11)

할매들 많이 있지요. 거기서 논다고 그러고 갔는데 이제 가고자 해도 구르마 지고 올리라
내리라 그 성가시니까 안 가고 우리 마당에 앉았다 들어오고 여기 앉았다 들어오고 그래
요(참여자 A7)

나 이제 데리고 복지관에 갔다 주고(참여자 A9)

그러면은 저는 사실 집에 있으면은 더 나태해지고 하니까 듣기라도 하고 아들 대화라도
할 수 있게끔 그렇게 나왔습니다, 선생님 고생하시는 김에 저도 입학 좀 해주십사 하고
그렇게 입학을 했어요(참여자 A3)

주로 이제 뭐냐 바깥에서 이제 만약에 외식을 한다 그럴 때는 이제 그 친구들도 같이 불러
서 가고 그다음에 또 가까운 동네 병원 갈 때도 이제 친구 불러 가고 이제 그러는 거지.
갑자기 이제 무슨 감기가 걸렸다든가 그러면 어쩔 수 없이 가야 될 거 아니에요 그리고
또 무슨 코로나 검사하라고 그러는데 검사해야 되는데 보건소를 가야 되는데 갈 수 없잖

아요. 그러니까 이제 그 친구한테 가자고 그래(참여자 A15)

나. 복지관, 사회 활동 등 욕구

고령장애인은 복지관 또는 물리치료실 등을 이용하고 주위의 사람들과 얘기를 나누는 등의 활동을 하기도 하였다. 이들은 주로 이동이 가능한 경우였으며 이동이 불가능한 경우에는 요양급여 시간으로는 불가능하였다. 또한 종합복지관 보다는 장애인복지관에서의 활동을 더 선호하고 있었다.

종합복지관에서 밥만 먹고 나와요. 그곳 말고 여기에는 앓을 데가 있고, 한 시간 반 정도 얘기하다와요(참여자 A8)

내가 이 걸음을 잘 못 고르니까. 운동하는 날은 8시 반에 왔다가 아침 11시 반에 가요. 세 시간 매일 와요 매일 오죠. 아니 내가 이제 시간대로 오라 하지. 그래서 운동 안 하는 날은 9시에 와 갖고 12시에 가고.(참여자 A9)

③ 신규서비스 및 서비스 개선 욕구

가. 장애유형끼리 생활하는 고령 장애인 의료지원·생활시설 마련 필요

동료 고령장애인들이 함께 거주할 수 있는 특화된 의료 및 생활지원시설의 요구를 하였다. 특히 비고령장애인과는 다른 특수성이 있기 때문에 노인시설이 아닌 장애인 관련 시설로 새롭게 추가되기를 원하고 있었다.

요양원 같은 좀 나이가 들어서 갈 만한 곳이나 혹은 수술하고 나와서 갈 수 있는 동료들 중심의 요양원이나 요양병원이 있었으면 좋겠다(참여자 A1)

의료적 지원이 지속적으로 필요한 당사자들을 위해서는 고령장애인 특화거주시설이 마련 되었으면 해요(참여자 A5)

나. 65세 연령 철폐

연구참여자 분들은 활동지원서비스와 요양서비스 간 시간의 차이에 대해 90% 이상은 모르고 있었다. 그러나 연구진과 인터뷰를 나누면서 급여량의 차이를 알게 되고, 65세의 철폐를 말하기도 하였다. 한 참여자는 65세의 차이로 인해 자신의 처지



를 구체적으로 설명하면서 주민센터에 항의한 사건의 경험을 나누기도 하였다.

65세까지 그게 철폐가 되면은(참여자 A1)

일주일에 3시간인가 시범사업으로 하다가 거기 한 2년 정도 했는데 그것도 이제 끊어지고 본격적으로 그게 장애 활동 지원 사업으로 변하고 또 65세 이상은 요양 병원 그걸로 두 가지로 갈라지는 와중에 제가 그래 이제 장애 활동 지원 사업에 못 들어가고 노인성 저걸로 그 활동지원 노인요양서비스 요양 서비스로 받게 돼 가지고 오늘날까지 하루에 3시간 이래 받으니까 24시간을 받아도 안 되는 이런 입장인데(참여자 A5)

장애인복지법에는 노인복지법의 65세라는 어떤 딱 선을 정해놓고 이제 한쪽은 지원해주고 한쪽은 지원을 안 해주고 그래서 제가 보건복지부도 욕을 내가 많이 했어요(참여자 A5)

64세 11개월 29일 23시 59분 59초까지는 이걸 지원을 받고 똑딱하면서 1초 딱 넘으면 65세 됐다고 못 받는 이런 제도가 대한민국이 어디 있노. (참여자 A5)

다. 노인 돌봄 영역에서 고령장애인에 대한 교육 필요

노인돌봄 영역에서 고령장애인에 대한 교육이 필요하다는 의견이다. 장애특수성에 대한 이해가 부족하다보니, 요양보호사 또는 생활지원사는 서비스 제공 시 관계적인 면, 지원 방법에서 애로사항이 있을 수 있기 때문에 노인 돌봄 영역에서 고령장애인에 대한 이해 및 교육이 시급한 것으로 보인다.

그러니까 뭘 그래서 일부러 갈 때는 그분 갈 때는 아무것도 안 갖고 들어가서 어르신 저 가요 하고 저를 손을 만지개끔 해서 저를 그냥 나오는 걸로 이렇게 해서 했던 부분(참여자 B6)

조현병 같은 저 같은 경우는 일반 어르신들이 조현병이 있는 어르신이 있거든요. 그런 분을 관리하는데 거기에 대한 일반적인 지식 같은 거에 더 교육을 전혀 안 한 상태에서 저희가 받아들여야 되니까 거기서 그는 어쨌든 어르신들의 트라우마가 이렇게 부딪혔을 때 되게 좀 많이 다운돼요. 기분이 다운되고 좀 힘들더라고요. (참여자 B6).

자주 안부 확인하고 그다음에 자녀들과 관계도 굉장히 중요하더라고요. 말씀드렸드시피 그것도 비상연락망의 일종이죠 (참여자 B5)

그런데 꼭 얼굴을 맞추고 눈을 맞추고 얘기를 해야지 자연스럽게 소통이 되지 만약에 제가 등 돌리고 칼질하면서 보통의 어르신들처럼 그러면은 전혀 못 알아들으시죠(참여자 B5)

이제 조언을 해준다면 네 제가 만약에 다른 생활지원사 선생님들한테 조언을 해준다면 네 일단은 아까 맨 처음에 비상 연락망을 좀 많이 갖고 있는 게 좋지요(참여자 B5)

라. 노인정책 보다는 장애인복지정책에서 지원 필요

노인정책보다는 장애인복지에서의 관심이 더 필요하며, 장애인복지영역을 선호하는 이유는 장애를 좀 더 알기 때문이라고 말한다.

저희는 노인보다 장애 쪽이 좋다고 생각하는 게 노인은 전체 노인의 장루 환자, 아까 말씀 드렸지만 간호사들도 이걸 몰라요.(참여자 A1)

수술은 의사가 해요. 의사는 수술하면은 장루 관리 아무것도 몰라요. 빼내고 암 제거하고 하는 거는 의사는 아무것도 몰라. 그다음에 이거 판 붙이는 것도 몰라. 어떻게 해야 되는 지.(참여자 A1)

그니까 장애를 좀 아는 사람들, 이해하는 사람들 왔으면 좋겠고(참여자 A1)

목욕도 목욕이고 뭐고 시키고 껌기고 손발톱이고 뭐고 머리 헤어드라이까지도 다 해주고 이러더라고요. 다 해주고. 목욕을 제가 이제 분들은 다 앞에 야하고는 목욕하면서도 힘든다 소리도 안 하고 제(참여자 A3)

3. 소결

본 질적 연구를 통해 활동지원제도 사각지대에 놓인 고령장애인은 일상생활 제약이 심각할수록 노인돌봄서비스에서 적절한 서비스를 이용하는데 제도적 한계에 부딪히고 있었다. 일반적으로 고령장애인은 비고령장애인과 다른 일상생활 제약을 경험하였다. 즉 만65세 이전에 장애등록을 하고 평생을 ‘장애인’으로 살아온 고령장애인은 젊을 때는 일차장애가 경증수준이었으나, 노화될수록 그리고 장애 특성 상 일차장애는 더 악화되어 중증이 되었다. 뿐만 아니라 일차장애 및 노화로 인해 만성 질환과 노인성질환 등이 발생하거나, 낙상과 같은 생활 사고를 많이 경험하기도 하였다.

이러한 고령장애인들의 일상생활 제약수준에도 불구하고 제도적으로 노인돌봄서비스를 이용할 수 밖에 없는 제도적 상황은, 만 65세에 도래 시, 장애인활동지원서



비스에서 장애인의 고려가 부족한 노인돌봄서비스로 전환되기 때문이다. 본 연구에 참여한 대상자를 토대로 이러한 제도적 사각지대에 놓인 유형들을 정리하면 다음과 같다. 첫째, 만65세 이전에는 활동지원서비스 대상자가 아니었으나, 만 65세 이후부터 일차장애가 심각해지거나 사고로 인해 생활의 제약이 있는 경우이다. 둘째, 요양급여 및 재활병원 등으로부터 요양급여서비스에 대한 정보만 접하는 구조에 놓 있음으로서 활동지원서비스에서 배제된 경우이다. 셋째, 장애인활동지원서비스가 2007년에 도입될 당시 참여자가 만65세 이상이 된 경우로 현재 최고령장애인 만 80세 이상의 고령장애인이 해당될 것으로 보인다.

〈표 V-2-4〉 만65세 이전에 등록된 고령장애인 중 활동지원서비스 사각지대에 놓인 고령장애인 유형

구분	특징
1. 만 65세 이전에 경증이었으나, 만 65세 이후 장애 악화 및 노화, 사고 등으로 제약이 심각하나 장애인활동지원서비스 대상이 되지 않는 고령장애인	- 시각장애의 악화 - 지적장애의 악화
2. 만 65세 이전부터 요양급여를 받고 있으나, 요양급여로는 부족한 고령장애인	
· 장애인활동지원제도 도입 시(2007년), 65세가 넘은 최고령장애인(현재 만 81세 이상인 고령장애인)	- 최고령장애인(만80세 이상 고령장애인)
· 정보 등의 부족으로 만65세 이상이 되어, 장애인활동지원서비스 신청이 불가능한 경우	- 요양급여 및 재활병원에서 정보 수집

2019년~2023년의 장애인활동지원서비스 대상자 확대 개정은 만65세 미만의 활동지원서비스를 이용하고 있거나 또는 요양급여서비스를 받고 있는 장애인에게만 적용된다. 즉 이들은 만65세 이상이 되더라도 ‘활동지원서비스 개정’에 의해 노인돌봄과 장애인활동지원에 병급 지원을 받게 되는 것이다. 이로 인해 만65세 이전에 활동지원서비스를 받을 정도의 장애정도가 아니었다는 이유로 장애정체성을 가진 고령장애인을 장애 고려 자체가 부족한 노인돌봄서비스로 넘기는 돌봄정책은 장애인으로서 지역사회에서 적절한 복지서비스를 받으면서 살아갈 권리를 박탈하는 것이다.

본 연구의 참여자 총 15명은 65세 이후 노화 및 만성질환 등으로 인한 일차장애의 악화와 사고로 인한 추가 장애발생 등으로 일상생활의 제약이 상당하였다. 특히

보통 2~3시간의 요양급여는 쉼터 이용 등 사회 활동, 병원 지원, 물치리료실 이용 등 이동과 사회참여를 병행 할 수 없는 시간이었다. 특히 요양서비스의 낮은 급여량은 병원 또는 매일 가는 물리치료 이용으로 가사지원서비스 부족 등에 대한 걱정이 있거나, 병원이동 또는 사회참여 부문을 줄이고 있기도 하였다. 이러한 낮은 급여량 때문에 고령장애인은 요양보호사에게 서비스 내용에 대해 '소극적으로 욕구'를 표출할 수밖에 없을 것으로 보인다.

이 뿐 아니라 노인맞춤돌봄서비스는 고령장애인의 적합한 가사지원 또는 신체지원에는 부적절 한 것으로 나타났다. 즉 노인맞춤돌봄서비스의 주 목적은 노인의 잔존기능유지 및 향상을 통해 장기요양 유입을 감소시키는 것이다. 이 때문에 고령장애인은 직접적인 식사지원이 필요 함에도 생활지원사는 서비스 지원 목적에 따라 직접제공 서비스에 대한 괴리를 느낄 수밖에 없으며, 이용자 역시도 서비스에 불만을 표출하기도 하였다. 그리고 노인돌봄서비스 제공자는 장애에 대한 감수성 및 이해의 한계를 보였으며, 중증고령장애인을 지원했던 경험이 있었던 생활지원사 등은 서비스 지원에 대한 어려움으로 중증고령장애인을 기피하기도 하였다. 특히 노인돌봄서비스 제공자들은 장애에 대한 교육을 받지 않고 서비스를 제공하고 있기에, 시각장애, 지적장애 등의 지원방식에 대한 어려움을 나타내기도 하였다.

결과적으로 노인돌봄서비스는 고령장애인의 욕구충족에 한계가 있었으며, 돌봄 서비스 제공자의 장애에 대한 이해 및 교육 부족, 낮은 급여량이 가장 큰 현실적인 문제라 할 수 있다. 특히 만65세 이전에 장애등록을 하고 만65세 이후에 들어 일상생활 제약이 심각한 고령장애인들은 유사한 일상생활 제약 수준이면서 기활동지원 서비스 대상자였던 고령장애인에 비해 낮은 급여를 이용하고, 활동지원서비스에서 배제되는 것에 대해 형평성에 문제를 제기하였다.

이에 장애인활동지원제도의 65세 연령제한을 장애인등록을 만 65세 이전에 등록한 자에 한하여 대상자 기준을 과감하게 없애는 방향으로 정책을 단계적으로 설계할 필요가 있다. 단, 우선적으로 장기요양보험서비스, 맞춤형돌봄서비스의 대상으로 적용하고, 추가적인 서비스가 필요한 경우에는 활동지원서비스를 지원할 필요가 있다. 장애인으로 살아온 삶 등의 장애정체성은 노인정체성과는 다르다. 장애인으로 살아오면서 이들은 장애로 인한 다양한 차별과 억압을 겪기도 하며, 지역사회에서 살아가기 위해서 지역사회 지원을 지원 받는 것(예, 편의가 고려된 주택, 장애인일자리 등)은 당연한 권리일 수 있다. 이러한 경험과 삶은 장애정체성으로 표출되



기에, 만 65세 이전에 장애등록한 장애인은 장애인복지급여에서 노인서비스와 병급으로 지원할 필요가 있다. 사실 장애를 가지고 있는 많은 사람들은 자신들이 장애인으로서의 정체성을 인정하지 못하고 있기도 하는데(오혜경, 2006), 이 경우는 생애 후반 또는 성인기에 장애가 된 사람들의 경우 그 경향이 있다. 따라서 이들은 노인복지서비스의 대상으로 선정될 필요가 있다. 첫째, 참여자 중 초고령장애인으로 현재 요양급여를 받고 있으나, 장애인활동지원제도 도입 시 65세 이상인 장애인의 경우에는 요양급여를 우선적용하고, 장애인활동지원급여를 추가 지원해줄 필요가 있다. 또한 둘째, 만 65세 이후에 장애가 심각해져 최중증이 된 경우에도 요양급여를 먼저 적용하고 이후 장애인활동지원급여를 추가지원해줄 필요가 있다. 이들은 사실 집에서의 요양보다는 바깥 활동을 주로 할 수 있는 집단이기에 1~2시간의 추가 급여정도 소요될 것으로 보이며, 이를 통해 더욱 건강한 노후를 보낼 수 있을 것으로 보인다. 셋째, 현재 요양급여를 받지 않은 경우에는 앞서 전술한 바와 같이 노인 돌봄서비스를 적용하고, 이후 장애인활동지원제도를 적용하도록 한다. 장애인활동지원서비스 대상자로서의 장애정도일 경우에는 사회참여를 지원하는 동행지원서비스 혹은 돌봄SOS와 같은 지원이 필요하다.

VI 현장전문가 질적 조사

1. 조사 개요

앞서 장애인활동지원제도의 연령기준에 의해 사각지대에 놓인 고령장애인과 이들을 지원하고 있는 요양보호사, 사회복지사를 대상으로 고령장애인의 정책방향에 대해 살펴보았다. 이러한 환경적 맥락을 토대로 본 절에서는 장애인복지관, 노인복지관, 요양기관에서 근무하고 있는 전문가를 대상으로 고령장애인의 서비스 현황 및 현 돌봄제도인 노인장기요양보험, 장애인활동지원제도, 노인맞춤돌봄서비스 등에서 장애인활동지원서비스 사각지대인 65세 이상 고령장애인을 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 연령기준에 의해 사각지대에 놓인 65세 이상 노인 및 고령장애인에게 돌봄 서비스를 제공하는 전문가 집단이다. 본 FGI는 돌봄서비스를 포함하여 이들에게 제공되고 있는 서비스 현황 및 서비스를 제공하면서 겪는 어려움, 현 제도의 사각지대를 해소할 수 있는 방안 등을 마련하기 위함이다. 이를 위해 서울과 지방의 특성을 반영하기 위해 서울과 충북의 관장 2인, 서울의 노인복지관장 1인과 노인장기요양제도에 의해 운영되는 노인요양원 원장 1인과 1차 FGI를 실시하였으며, 노인복지관에서 제공되고 있는 노인맞춤돌봄서비스 역시 서울과 충북의 지역을 고려하여 담당자 1인, 팀장 1인, 부장 1인과 2차 FGI를 실시하였다.



〈표 VI-1-1〉 본 연구의 FGI 참여자

FGI 참여자			일정
1차	장애인복지관장(서울)	A1	7월 27일(목) 09:30~11:30
	장애인복지관장(충북)	A2	
	노인복지관장	A3	
	노인요양원장	A4	
2차	노인복지관 부장	A5	9월 14일(목) 10:00~12:00
	노인맞춤돌봄서비스 전담사회복지사	A6	
	지역사회돌봄팀 과장	A7	

(2) 자료수집 방법

자료수집방식은 초점집단인터뷰(FGI)를 실시하였다. 65세 이상 고령장애인의 상황과 서비스 내용 등의 세부 내용들에 대한 사항을 파악하고 비장애노인과 장애노인에 대한 차별화된 서비스의 필요성 및 돌봄의 방향 등을 파악하기 위해 초점집단인터뷰를 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. 조사결과

1) FGI 질문지 구성 및 절차

FGI의 목적은 고령장애인의 현실을 파악하고, 고령장애인을 위한 돌봄 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-2-1〉 질문지

범주	주요 질문
인구학적 사항	- 연령, 소속기관 유형, 직업유형, 경력
소속기관의 서비스 내용	- 노인 및 장애인노인의 비율 - 장애인노인을 위한 서비스 내용
현 서비스의 제한	- 65세 이상 장애인노인을 위한 서비스 부재의 이유 - 활동지원사와 생활지원사의 차이
돌봄 서비스의 방향	- 노인돌봄과 장애인돌봄의 방향 - 고령장애인의 연령 기준 - 고령장애인을 위해 필요한 지원 등

전문가 초점집단인터뷰는 1회씩 총 2회 실시하였고, 인터뷰는 약 2시간 정도 소요되었다. 초점집단인터뷰 진행은 먼저 연구진 및 참여자 소개와 연구목적에 대해 밝히고 인터뷰 동의 여부 및 녹음에 대해 확인한 후 인터뷰를 실시하였다.

2) 분석결과

전문가 초점집단인터뷰(FGI) 분석 내용은 아래와 같이 3개의 주제와 6개의 상위범주, 15개 하위범주가 도출되었다.



〈표 V-2-2〉 FGI 결과

주제	상위범주	하위범주
장애에 대한 준비 없이 제공되는 노인복지서비스	급격한 노인인구의 증가	노인전문기관에 장애를 가진 이용자의 증가
		장애에 적합하지 않은 서비스 공간과 여건
	장애에 대한 교육 부재	노인 서비스 제공자의 장애에 대한 이해 부족
		서비스 제공자의 주관적인 장애인에 대한 접근
고령장애인에 대한 준비가 없는 장애인복지서비스	고령장애인의 서비스의 사각지대	장애손자녀를 돌보는 노인에게 제공되는 서비스의 부재
		고령장애인을 위한 별도의 서비스 부재(제한) : 아동 치료 및 청(소)년 중심인 장애인복지관
	고령장애인에 대한 새로운 서비스 마련	다양한 특성을 가진 고령 장애인의 발생
		고령장애인의 사회적 활동을 지원하는 서비스 요구
고령장애인 돌봄 서비스의 새로운 기준 마련	돌봄제도간의 상충	동일한 서비스의 다른 이름으로 인한 급여 차이
		출발의 목적이 다르지만 결과적으로 동일한 돌봄
		돌봄 서비스 제공자의 자격 차이
	돌봄 서비스의 새로운 기준 마련	제도가 아닌 돌봄 구분 필요
		영역별 서비스에서 읍면동 단위의 통합적 서비스 제공
		서비스 이용자의 욕구에 따른 제도 선택 기회 제공
		장애인활동보조제도의 조정 - 사회적 존중에서 '생활지원대상'으로 전환

(1) 장애에 대한 준비 없이 제공되는 노인복지서비스

① 급격한 노인인구의 증가

가. 노인전문기관에 장애를 가진 이용자의 증가

급격한 노인인구의 증가는 당뇨, 뇌졸중 등의 노인성 질환으로 인한 시각, 청각 등의 감각장애나 신체 움직임의 제한은 장애를 가진 노인인구의 증가로 이어지고 있다. 이는 노인전문기관을 중심으로 독거노인의 안전을 책임지기 위해 마련된 노인맞춤돌봄사업 대상자 중 장애를 가지고 있는 노인이 증가하고 있는 것으로도 확인할 수 있다. 이들에게 제공되는 서비스의 목적은 안전 지원으로 장애의 특성이 고려된 서비스가 제공되지 않기 때문에 장애를 가진 노인 대한 정확한 수치를 파악하고 있지는 않다. 또한 노인복지관에서도 노인인구가 급격히 증가하며 장애를 가진 이용자들이 증가하고 있는 것을 체감하고 있다.

저희가 2000년도에 개원 했을 때 노인 인구가 7.2%였거든요. 근데 이제 내년이 되면 거의 20% 초고령사회로 진입을 하는데 지금 2만명이 60세 이상의 노인이면 저희 회원 등록을 하는데 2만 명 회원이 등록이 돼 있고요. (참여자 A3)

○○구의 특성상 장애인복지관들도 굉장히 많이 밀집돼 있고 그리고 영구 임대아파트가 많기 때문에 장애가 있으면서 노인이 된 이제 인구도 많이 늘어난 것 같고... 저희가 장애 유형이나 이런 거를 주요하게 기록으로 그러니까 정보로 남겨 있기는 하겠지만 그게 소트가 되도록 하지는 않아요. (참여자 A7)

저희 현황은 그렇게 막 데이터화되지 않았기 때문에 잘 모르겠지만 네네 지금 말씀하시는 걸로 봐서는 저희 대부분 노인분들 중에 청각장애인이 좀 많으신 편이시라는데 저희가 데이터 수집을 할 때 장애 유형을 구분하거나 그렇게 해서 이렇게 신청을 받고 이러지는 않고 있어서 (참여자 A5)

노인 쪽에서의 장애 노인과 문제가 뭐냐하면요. 아까 관장님이 말씀하셨지만 장애인분들도 오래 살아요. 그러니까 노인 쪽으로 진입하는 숫자가 예전보다 많아지셨다 라는 거와 그 다음에 나이가 들어가면서 노인성 질환으로 장애가 되는 경우가 많아요. 당뇨가 합병증이나 뭐가 좀 안 좋아지면 신장 장애로 가거나 그 다음에 청력 장애로 가거나 시각장애가 되요. 당뇨로 인한 합병증으로 (참여자 A3)

나. 장애에 적합하지 않은 서비스 공간과 여건

노인복지관의 경우 서비스를 제공하면서 노인 장애인의 비율이 조금씩 늘어나고 있다는 것을 체감하고 있고 앞으로 일어날, 대비해야 할 일이라고 느끼고 있지만 당장 해결할 수 있는 부분은 아니라고 생각한다. 특히 건축연한이 오래된 건물은 장애인이 활동할 수 있는 환경이 안 되어 있는 곳이 대부분이다.

노인에게 서비스를 제공하며 장애를 가진 분들을 때때로 만나며 생활지원사를 매칭하거나 서비스를 지원하는데 어려움이 있기는 하지만 이에 대한 해결방안을 모색할 여력은 없으며, 노인복지관의 서비스 제공자 역시 장애인에 대한 고민이나 장애인에게 어떻게 서비스를 해야 할 지에 대해 알고 있지 못하고 주어진 업무를 그때그때 해결하며 수행하고 있다.

그래서 이게 지금 앞으로 일어날 굉장히 큰 일일 수도 있겠다 라는 좀 그런 긴장감이 좀 있긴 한데 저희 역시도 노인복지관에서 장애인을 받을 수 있는 환경이 잘 안 되어 있다고 생각이 돼요. 지금 새로 짓는 건물 같은 경우에 장애인 인증이나 이런 것들을 반드시 받도



록 되어 있지만 저희가 거의 20년 전에 지어진 건물이기 때문에 실은 제가 봐도 너무 불편한 환경에서 어르신들을 맞이해야 하는데 그런 부분들이... (참여자 A5)

장애인에 대한 서비스나 장애인복지관 같은 경우에는 제가 잘 알지는 못하지만 장애인에 대한 옹호에 대한 그런 부분이 굉장히 좀 많이 신경을 쓰고 있잖아요. 그러니까 이분이 어디 가서 피해를 입지 않도록 그리고 그런 부분들을 사회복지사가 많이 좀 같이 동행을 하거나 그런 것들을 권리옹호 그런 거 하기 위해서 많이 노력을 하고 계시는데 실은 맞춤형 돌봄 서비스나 노인 복지 영역에서 아직까지는 그 부분에 대해서 엄청나게 뭐라고 그러지 힘써서 하고 있지 않다 라고 저는 좀 생각이 들고 있어요. 아직까지 노인 인권 이렇게만 크게만 하고 있지 인식 개선 이런 부분을 하고 있지 (않거든요). (참여자 A5)

② 장애에 대한 교육 부재

가. 노인 서비스 제공자의 장애에 대한 이해 부족

비장애인으로 살아오다가 노년기에 질병으로 인해 장애가 갖게 된 경우 장애인이 라는 인식보다는 질환을 가진 환자라는 인식을 갖게 되는 것이 일반적인 것처럼 노인 서비스 제공자가 장애에 대한 지식을 습득하여 서비스를 제공하는 것을 기대하는 것은 현실적으로 쉽지 않다.

이는 맞춤형돌봄 서비스 자체가 고독사 예방이 1차적인 업무이며, 장기요양 진입을 예방하기 위해 어르신들의 일상생활을 지원하고 있기 때문에 현실적으로 장애 노인에게 서비스가 제공되고 있기는 하지만 장애에 대해 이해하고 적절한 서비스의 접점을 찾으려는 노력은 하지 못하고 있는 상황이다.

안부 업무를 수행하는 활동지원사는 청각장애를 갖고 계신 어르신의 안부를 파악하기 위해 전화를 해야 하는 상황에서 전화가 통화의 어려움으로 직접 방문을 해야 하고, 유사한 상황이 되었을 때 가정방문을 통해 안부 확인이 해야 된다는 업무 부담에 대해 먼저 생각하게 되는 것이 일반적이다.

어르신을 모시고 병원 가신 선생님이 휠체어 이동을 도와드렸는데 휠체어 사용 방법을 모르셨던 거예요. 그래서 이제 사고까지는 아니어도 그냥 휠체어로 다른 사람을 조금 다 치게 했던 일이 있었어요. 이제 그런 거 그런 경험이 아무런 지식이 없는 상태에서 이제 맞닥드리다보니까 업무에 되게 위축이 되고 휠체어를 타야 되는 어르신이야 또는 이동할 때 휠체어가 필요한 어르신이야하고 하면서 이제 서비스에 대한 거부, 업무에 대한 거부감도 좀 표현을 하시는 분들이 계시니 (참여자 A7)

뇌병변 장애를 갖고 계시는 이제 그 어르신을 케어를 할 때에도 그런 이제 생활지원사선

생님들은 어르신을 부축을 한다든지 아니면 간단하게라도 이렇게 좀 도와드리려고 하면 어떻게 도와드려야 되는지 그런 거를 알고는 있어야 되나라는 생각이 드는데 또 그런 교육을 하면 뭐야 우리한테 그런 역할까지 하라는 거야라고 하는 약간 방어적인 부분도 있을 수 있을 것 같아요. (참여자 A7)

나. 서비스 제공자의 주관적인 장애인에 대한 접근

맞춤돌봄서비스 뿐만 아니라 노인관련 복지서비스 현장에서 장애를 갖고 있는 노인을 접하게 되는 사례가 더 늘어날 것으로 예상하고 이 사업을 담당하는 선생님들도 기본적인 소양으로 장애에 대한 교육의 필요성을 느끼지만 실제로 교육 이후에 교육 효과에 대해서는 장담할 수 없으며, 현재로서는 활동지원사 선생님들의 장애인에 대한 개별적이고 주관적인 '라포'형성에 의존하여 서비스가 진행되고 있다. 다행히 라포형성이 잘되어 긍정적인 관계에서 돌봄이 이루어지기도 하지만, 장애에 대한 객관적인 지식없이 서비스 대상자의 요구가 서비스로 제공되어 잘못된 결과가 도출되면 더 이상 서비스가 제공되지 못하는 상황이 되고 장애에 대한 잘못된 편견으로 이어지게 되기도 한다.

이제 시각장애를 갖고 계신 분들은 특유의 뭐 예민함이 있으신 것 같더라고요. 그래서 가사 지원을 하더라도 이제 생활지도사 선생님들은 별 생각 없이 깨끗하게 정리를 해드렸다고 생각하는데 시각장애를 갖고 계신 분들은 자기의 생활 반경 안에 규칙들이 있으니까 이제 그런 거에 대한 지식이나 이런 게 없이 현장에서 맞닥뜨리게 되는 고충들이 있어서 좀 그런 것 같고...(참여자 A7)

노인대상자가 이렇게 저희한테 오면 실은 장애를 구분하지 않고 서비스를 일단 들어가기 때문에 굉장히 곤란하거나 그러진 않지만 이제 생활하시면서 아까 서비스를 들어가면서 선생님들이 힘들어지는 부분들이 잘 맞춰지면 상관이 없는데 힘들어지는 부분이 하나하나씩 발생하게 되면 이제 사회복지사 가서 면담도 하고 또 서비스에 대한 내용을 다시 한번 설명을 하고 이렇게 들어가고는 있어요. 근데 그게 굉장히 좀 힘들어요. 그 과정이 힘든 거예요. (참여자 A5)

우울증이라든지 이런 정신적인 어려움이 있는 분들이 더러 계셔서 사실 생활지원 선생님들이 그런 병력이 있으시다 라고 하면은 서비스 나가는 거에 대해서 걱정은 하시는데 가서 라포 형성을 잘하고 이제 성공적으로 좀 안정이 되면은 크게 이후에는 그거에 대해서 막 컴플레인을 하거나 저 이분 못하겠어요. 막 이런 고충이 계속 들려오지는 않아요. (참여자 A7)



(2) 고령장애인에 대한 준비가 없는 장애인복지서비스

① 고령장애인 서비스의 사각지대

가. 장애 손자녀 등 장애가족을 돌보는 노인에게 제공되는 서비스의 부재

돌봄이 필요한 고령의 노인이 자신의 장애자녀 또는 자녀의 장애자녀인 손자녀를 돌보고 있는 경우 노인복지관에서도 장애인복지관에서도 적절한 돌봄 프로그램이 제공되고 있지 않다. 본 FGI 참여자의 경우 지적장애를 돌보는 노인에게 맞춤돌봄 서비스를 제공하기 위해 방문하였지만 얼마인 노인과 지적장애인 자녀 돌봄에 있어 접점을 찾지 못해 결국 서비스가 종결되었다고 한다. 노인복지관에서도 장애손자녀를 돌보는 노인에게 제공할 수 있는 서비스가 없어 이들을 지원하는 서비스가 시급하다고 말하고 있다.

장애 자녀를 둔 어머니 모임은 별도로 만들었구요. 배우자가 장애가 있어서 돌봄을 받는 분들의 심리, 정서적 지원을 위한 자조 모임이나 이렇게 그룹핑을 해서 지원을 해요. 우리 복지관은 장애 특화적인 서비스의 부분들에 있어서는 자조 모임과 그룹핑을 해서 그 안에서 욕구들을 해드리려고 노력하고 있어요.. (참여자 A3)

가족이 다 노인이신데 저희가 서비스를 나갔을 때 따님이 지적장애가 있는 노인이셨어요. 그래서 저희 이제 생활지원사 선생님이 두 분을 다 케어해야 되는 상황이었는데 결국은 서비스가 종결이 됐었어요. 원치 않으신다고 해가지고...그래서 그 이유를 살펴보니 이제 두 분이 살아오신 이제 바운더리가 있다 보니까 생활지원사 선생님이 가서 그것들 규칙들이 깨거나 아니면 이제 저희가 지원하는 게 아니고 따님 이렇게 같이 도와줬으면 좋겠어요. 이렇게 해봐요.. 이런 거에 대해서 굉장히 불편해하시더라고요. 그리고 서비스에 우리는 딱 이것만 도와줬으면 좋겠어요 라고 하는 게 굉장히 명확한데 저희가 해드릴 수 없는 부분이고 하다 보니까... (참여자 A7)

나. 고령장애인을 위한 별도의 서비스 부재

초기 장애인복지관은 장애 아동의 치료가 중심이었고 이후 청(소)년을 위한 사회 재활과 직업재활 중심으로 서비스가 이루어졌다. 장애인의 건강상태가 좋아지고 생활여건이 좋아지며 고령장애인의 인구가 증가하였지만, 기존 아동과 청(소)년 중심으로 이루어진 장애인복지관의 서비스 체계를 재구성하기에는 어려움이 있다. 다행

히 고령장애인에 대한 서비스가 마련되어 운영되는 곳도 있지만 일부에 국한되어 있으며 주로 성인장애인을 위한 평생교육이나 여가 프로그램에 65세 이상 고령장애인이 참여하고 있는 것이 현실이다.

일반적으로 고령장애인을 65세 이상이라고 하지만 뇌변장장애인의 경우에는 신체적인 기능 등으로 봤을 때 40세 이후를 고령장애인으로 보고 있어, 우리 복지관의 경우 40세 이상 뇌변장장애인을 대상으로 한 40+주간보호를 운영하고 있으며, 통증을 포함한 물리치료를 하고 있어. 물리치료사 1명의 TO로 하고 있으나 고령장애인의 욕구를 충족시키기에는 역부족이지요... 65세 이후의 장애인의 삶도 좀 더 편안하고 안정적으로 노후를 보낼 수 있도록 바뀌어야 한다고 생각합니다. (참여자 A1)

우리 복지관의 경우 이용자 중 많은 부분을 65세 이상 노인이지만 이들을 위한 별도의 서비스를 가지고 있지는 않습니다. 성인을 위한 평생교육 프로그램과 여가 프로그램에 이분들이 주로 참여하고 있습니다. (참여자 A2)

② 고령장애인에 대한 새로운 서비스 마련

가. 다양한 특성을 가진 고령 장애인의 발생

장애의 특성에 따라 프로그램 자체의 조정보다는 접근성을 조정해서 고령장애인이 자연스럽게 참여할 수 있는 영역도 있지만, 지적장애를 동반한 인지에 장애가 있는 경우, 프로그램의 조정이 필요하기도 하고 타 장애인과 프로그램을 함께 하는 것은 제한이 있을 수밖에 없다.

알츠하이머를 갖고 주간보호를 이용하는 어르신 경우, 소리를 지르고 밀치는 등 도전적 행동이 있기 때문에 신체적인 어려움을 동반한 뇌변장장애를 갖고 있는 어르신은 그 소리 때문에 스트레스를 받으며 때로는 밀침을 당하는 사고로 이어질 수도 있다.

급격한 노인 인구의 증가로 고령장애인, 노인성질환을 갖고 있는 어르신들이 증가하면서 이들이 가지고 있는 장애의 특성이 고려된 새로운 서비스를 마련하는 것이 필요하다.

시력이 약하신 분들은 자리를 앞자리에 앉게 해드린다든지, 이동에 어려움이 있는 어르신의 경우 적절한 자리를 마련하는 등 환경적인 부분에서 조정이 가능한데, 지적장애를 가진 어르신의 경우 기존의 프로그램을 함께 하기에는 어려움이 있습니다... (참여자 A3)



코로나 이후 복지관에 방문하시는 어르신 분들 중 지적장애인 비율이 높아지는데 눈에 띄게 드러납니다. 신규 이용자의 약 10%가 지적장애를 동반하신 것으로 보입니다. 그분들의 경우 스포츠나 이런 것들은 참여하는데 큰 문제는 없지만 일반적인 프로그램을 개발할 때 인지력에 한계가 있으니까 거기에 맞는 프로그램 개발이 고민하고 있는 부분입니다. (참여자 A2)

요양원의 경우 지체나 인지 기능에 대해서는 적절하게 대응할 수 있어요. 실제로 신체기능보다는 인지 기능을 중심으로 방 배정 등을 하고 있어요. 하지만, 청각이나 시각 장애의 경우 수화를 할 수 있는 직원이 없기 때문에 적절히 대응할 수 없어요. 일부 장애만을 대응할 수 있기 때문에 모든 장애를 대응할 수 있는 방안이 필요한 건 사실이에요. 장루를 달고 있으면 요양병원에 가야 한다고 알고 있지만, 요양원에서도 그분들을 충분히 커버할 수 있는 전문성을 가지고 있습니다. 그러나, 시각 장애나 청각장애의 경우 요양원에서의 전문성은 미비하다고 볼 수 있지요. 그 외에 발달장애나 조현병이 있어도 복약지도를 하는 등 적절하게 지원할 수 있어요. (참여자 A4)

나. 고령장애인의 사회적 활동을 지원하는 서비스 마련

고령장애인을 돌봄의 대상으로 파악하고 제도를 마련하고 있지만, 그 내용을 보면 장애인활동지원제도는 장애인 당사자가 활동지원인에게 일상생활을 지원받음으로 인해 사회 활동 및 자립적인 일상생활 활동으로 신체적, 심리적 역량 강화가 가능해지는 자립적인 서비스 행위이고, 노인장기요양보험 역시 요양이 주 목적이지만 그 내용안에 사회적 활동을 지원하도록 하고 있다. 노인맞춤돌봄 서비스 역시 1차적인 업무는 고독사 예방이지만 맞춤 돌봄 서비스를 통해 장기요양 진입을 예방하도록 어르신들의 일상생활을 계속 지원하여 잔존 능력을 유지, 향상시키는 것이 주요 업무 중 하나이다. 요양을 목적으로 하는 장기요양보험에서도 평가 매뉴얼을 보면 사회적 활동을 지원하는 것을 항목이 있다.

고령장애인이라 하더라도 신체적·정신적 잔존 능력을 향상, 유지하기 위해서는 다양한 활동을 위한 지원이 필요하나, 실제 고령장애인에게 적합한 서비스가 노인복지관과 장애인복지관 모두에서 마련되어 있지 않고 있다. 노인맞춤돌봄서비스에서는 참여할 수 있는 사회활동 프로그램이 있다고 해도 급여시간이 부족하여 참여 자체를 시도해 볼 수가 없다. 따라서, 고령장애인의 사회적 활동을 유지시키기 위한 다양한 서비스 마련과 함께 활동에 참여하기 위한 적절한 급여제도의 개선도 고려되어야 한다.

그런 서비스까지는 아니더라도 어르신들 중에 혼자 살기 때문에 안보 안전 확인이 필요하거나 아니면 사회 참여를 이끌어내야 되거나 이런 옆에서 좀 지지해 주고 독려해 줄 수 있는 사람이 생활지원사로서 역할도 전 필요하다고 생각하거든요. (참여자 A7)

돌봄서비스에서 그니까 장기 요양이 무조건 요양만 하는 게 아니에요. 그 분의 생활 생활도 지원하고 또 밖에 일상생활하시는 거에 대해서 그게 이제 저희는 사회활동 이런 개념으로 네 평가 매뉴얼이나 이런 부분에서도 사회화 기능을 지원하는 부분이 있기 때문에... (참여자 A4)

(3) 고령장애인 돌봄 서비스의 새로운 기준 마련

① 돌봄제도간의 상충

가. 동일한 서비스의 다른 이름으로 인한 급여 차이

복지부의 활동지원지원제도는 65세 이전에 활동 지원을 받고 있었던 경우 65세 이후에 요양급여로 넘어가더라도 추가적인 지원이 가능하다. 그러나 65세 이전에 활동지원을 받지 않았거나 65세 이후 장애등록을 하여 활동 지원이 필요한 경우 요양급여에 의해 지원을 받고 있다. 활동지원과 요양급여라는 제도의 차이로 인해 서비스 당사자의 입장에서 볼 때 일상생활지원인 가사지원과 이동 지원 등의 동일한 급여가 제공되고 있음에도 불구하고 제도의 차이로 인해 서비스 제공시간에 차이가 발생하고 있다. 따라서, 본 FGI에서는 제도의 차이에서 오는 급여의 양을 형평성 있게 조정하는 것이 필요하다고 보았다.

중점돌봄 서비스의 경우 생활지원이 들어가고 있어요. 어르신들하고 같이 이제 치며 예방이나 이런 아니면 생활 기능을 좀 계속해서 이어질 수 있게끔 프로그램을 하고 있는데... 일상지원서비스에서 이제 중점 돌봄 어르신들이 예전에 장기요양에서 등급외 서비스를 받던 분들이 오셔서 이제 이 중점 돌봄을 이용하실 때 기본적으로 다 해주시를 바라세요. 청소도 그렇고 식사 관리나 그리고 식사를 준비하고 이런 거를 65세 이전까지는 장애에 집중된 서비스가 필요하다고 생각하지만 65세 이후에는 활보를 받는 분과 장기요양 급여를 받는 분의 서비스 내용의 차이가 너무 크다고 생각합니다...



나. 출발의 목적이 다르지만 결과적으로 동일한 돌봄

고령의 장애인을 대상으로 이루어지는 대표적인 돌봄은 장기요양보험, 장애인활동지원제도, 맞춤형 돌봄서비스로 볼 수 있다.

장기요양은 6개월 이상 독립적인 생활을 유지하지 못하거나 생활상의 장애를 가진 노인 및 장애인들의 일상생활 수행능력을 도와주는 건강, 복지 및 개인수발에 관련된 포괄적 개념으로 장기적으로 도움이 필요한 노인과 장애인을 대상으로 질환 및 기능제한에 따라 필요서비스를 중심으로 일상생활수행에 필요한 종합적인 서비스를 제공하는 것으로 요양이 주요 목적이라고 볼 수 있다.

장애인활동지원제도는 장애를 가진 성인들에게 자기결정의 기회를 제공하고, 이를 통해 사회 참여를 촉진하는 역할을 하는데, 활동지원제도에서 급여를 받는 장애인이 65세가 되었을 때도 여전히 자립의 존재로 보아야 하는지 논란이 될 수 있다.

맞춤형돌봄서비스는 독거어르신들의 고독사 예방을 목적으로 설계되어 기본적으로 안전 지원 서비스가 들어가 있고 독거어르신들의 우울이나 사회 관계 향상 프로그램을 중요하게 생각하고 설계되어 있다. 일반대상과 중점 대상으로 구분하여 중점 돌봄 어르신의 경우 청소, 식사 관리 등 가사 지원이나 병원, 관공서 방문을 이동서비스가 제공되고 있다. 물론 중점 돌봄 서비스를 받다가 증상이 나빠져 노인장기요양으로 넘어가는 경우도 있지만, 돌봄 서비스의 경우 자기부담금이 없기 때문에 장기요양으로 넘어갈 수 있는 상황이나 돌봄서비스로 남아있는 경우도 있다.

맞춤돌봄서비스의 경우 신체지원은 지원 항목이 아님에도 서비스 중 제공 중 요구받는 경우가 종종 있으며, 활동지원사가 쉽게 거절하지 못하는 상황에서 요구를 수행하고 있다.

이들 장기요양, 활동지원, 맞춤형 돌봄 등 제도의 목적이 다르고, 세부적인 내용에 차이가 있기도 하지만 65세 이상 연령의 대상자에게 제공되는 서비스를 놓고 볼 때 돌봄의 내용이 동일하게 진행되고 있다. 그러나, 어떤 급여를 받는지에 대해서는 제공시간에 차이가 있기 때문에 서비스 당사자의 경우 불만을 가질 수밖에 없고, 서비스 제공자의 입장에서라도 형평성이 있다고 보기에는 어려움이 있다.

거의 대부분 저희가 계획하고 있는 생활 교육이라든가 이런 프로그램을 진행을 하게끔 되어 있는데 실제로 어르신들이 그 30분 안에 굉장히 많은 걸 요구하시는 분들도 있고 그런 부분도 있어서 이제 생활지원사 선생님들이 대체로 그냥 다 맞춰주고 있지만 굉장히 무리한 요구를 하시는 분들께서는 아까 선생님 말씀하신 것처럼 '우리 서비스는 여기까지'

니다'라고 말씀을 드리지만 그런 것들이 아직 사회적으로 합의가 된 것 같지가 않아요.
(참여자 A5)

저희가 이제 못하는 영역 중에 하나가 신체 지원이라고 아까 말씀드렸는데 어르신들이나 등만 좀 밀어줘 이러시는 분들도 계시고요. 내가 이제 목욕을 하는데 난 등만 밀어주면 되는데 이걸 말씀하시는 분이 계시고 또는 손톱, 발톱을 좀 깎아줘 이제 이런 분들이 계세요. (중략) 우리 사업에서는 이제 신체 지원은 하지 않아 라고 하는 걸 선생님들이 이제 공공연하게 우리는 하지말자가 이제 좀 커요. 혹시나 화장실로 이동 지원이나 이런 거를 가정 내에서 하다가도 낙상이 있을 수 있으니까 정말 그런 상황이면 가급적이면 장기요양 등급으로 이관할 수 있도록 좀 노력해보자. (참여자 A7)

결과적으로 대상자하고 생활지원사하고 라포가 얼마나 형성이 되어 있는지에 따라서 안 되는 부분도 가끔 될 수도 있고 또 요구하는 부분이 내가 조금 더 좋은 어르신이라고 생각이 되는 그러니까 나랑 라포가 조금 저 친근하게 형성이 된 분들이라면 그래도 조금 더 해주고 이런 부분들이 있긴 있어서 이게 완전 안돼요. 완전 못해요. 이런 것들이 경계가 사실은 엄청 있는 부분은 아닌 것 같아요. (참여자 A5)

다. 돌봄 서비스 제공자의 자격 차이

장애인활동지원제도의 서비스 제공자인 활동지원사로 활동하기 위해서는 복지관련 자격이 있는 경우 30시간의 이론교육과 10시간의 실습이, 복지관련 자격이 없는 경우 40시간의 이론교육과 10시간의 실습을 이수해야 한다.

노인장기요양보험제도의 서비스 제공자인 요양보호사는 약 2달간의 이론교육과 1주의 시설실습, 1주의 재가 실습을 이수한 후 국가시험에 합격해야 활동이 가능하다.

맞춤돌봄서비스의 생활지원사는 2019년 기본돌봄서비스가 종결되면서 2020년 1월 1일부터 노인맞춤돌봄서비스가 갑자기 시행되어 기본돌봄서비스 제공자들이 그대로 연결이 되었다. 장애인활동지원사나 요양보호사와 같이 활동 이전의 자격기준이 전제되어 있지는 않다. 그러나 앞서 언급되었듯 세 제도 모두 고령장애인에 대한 돌봄이 이루어지고 있음에도 불구하고 장애인에 대한 이해와 지식이 없이 서비스가 제공되고 있어, 이에 대한 보완이 필요할 것으로 보인다. 물론, 생활지원사의 경우 고령장애인에 대한 서비스가 전제되어 있지 않은 상태에서 서비스가 이루어졌기 때문에 교육으로 공식화되었을 때의 혼란에 대해서도 사전에 고려되어야 할 것이다.



활동지원사의 경우에는 자격 제도를 취득하고 활동을 하시는 걸로 알고 있는데 이거 같은 경우에는 실은 내가 이 노인에 대한 서비스에 대한 마인드 이런 것들이 있으면 누구나 실은 할 수 있는 서비스이기 때문에 장애인을 돌본다는 것 자체가 저희가 그만큼 더 세밀하게 요구해야 됨에도 불구하고 그러지 못할 수 있고, 어려운 점이 있다고 생각이 되고요. (참여자 A5)

② 돌봄 서비스의 새로운 기준 마련

가. 제도가 아닌 돌봄 구분 필요

앞서 고령장애인 돌봄 제도를 통해 돌봄의 내용을 살펴보면, 요양의 관점에서 돌봄이 있고, 집안 내 일상생활인 가사지원, 식사지원 등이 돌봄의 영역에서 다루어지고 있다. 또한 외부에서 다른 사람들과 교류하고, 사회 참여를 하기 위한 지원 역시 돌봄으로 파악되고 있다.

이렇듯 돌봄의 영역이 광범위하기 때문에 제도 내에서 이루어지는 돌봄에 대한 기준이 마련되어야 제도의 기준이 아닌 돌봄 영역의 기준으로 서비스의 재편이 이루어지고 모든 서비스 대상자들에게 좀 더 형평성 있게 제공될 수 있을 것으로 판단된다.

활동지원제도의 서비스 내용은 자립지원이지만 그 안을 들여다보면 일상생활지원, 돌봄 등 신체적인 지원이 다수 포함되어 있어...65세 이상 고령장애인의 경우 장애인으로 진입했는지, 노인으로 진입하여 장기요양보험에서 요양 서비스를 받는지에 따라 서비스 양의 차이가 상당합니다. (참여자 A1)

돌봄이라는 단어 안의 의미가 사회적 활동을 지원하는 것인지, 일상활동을 지원하는 것인지, 요양 차원의 돌봄인지를 구분하는 것이 필요하다고 봅니다. (참여자 A3)

저는 장애인 활동 지원 같은 경우는 자립이라기보다는 사회적 활동이라고 다시 말씀드리는데 더 맞을 것 같아요. 네 사회적 활동을 하고 이제 장애로 인해 가지고 내가 거동이 힘들고 이렇다 보니까 내가 해야 될 사회적 활동을 못하는 거를 도와주는 사람이 활동 지원사잖아요. 그러니까 그런 어떤 사회적 활동과 요양은 완전히 다른 거거든요. 그랬을 때 과연 서비스에 어떤 명확한 구분을 한다면 지금 이런 역차별이라든가 이런 것들이 줄지 않을까 싶거든요. 장애인 쪽에서는 오히려 이런 말들을 하죠. 65세 전에 65세까지 이제 활동 지원 그 전에는 지금은 되지만 미리 활동지원 서비스를 받으면 지속적으로 갈 수 있지만은 그 이후에 보면 저 사람은 미리 받아가지고 저런 서비스를 활동 지원사를 확인을 받는데 나는 못 받네. 근데 내가 원하는 건 요양이 아니거든요. 내가 몸에 휠체어를 밀어

줄 사람이 필요하고 내가 일상생활이나 아니면 내가 사회적 활동을 도와줄 사람이 필요한 건데 요양을 원하는 건 아니라는 말이죠. (참여자 A2)

나. 영역별 서비스에서 읍면동 단위의 통합적 서비스 제공

현 고령장애인 돌봄제도는 관리운영체계와 서비스 제공 기관 및 인력이 각기 다르게 운영되고 있다. 그렇게 때문에 현 신체적·정신적 건강 상태가 동일하다고 하더라도 돌봄 서비스의 시작이 어떤 제도로 시작되었는지에 따라 돌봄 제공자의 전문성과 서비스 양에 있어서 차이가 생길 수밖에 없다.

노인, 장애인 등 서비스 대상 영역에 따라 서비스가 제공되기 때문에 발생하는 자연스러운 차별 현상이라고 볼 수 있다. 노령인구는 더욱 급격히 증가할 수밖에 없는 우리 사회의 구조상 고령장애 인구 역시 증가하고 있으며 서비스를 제공하게 되는 위탁 주체들은 더욱 다양해질 것을 예상할 수 있다. 지금까지의 영역별 서비스에서 읍면동 중심의 권역별 통합 사례로 서비스를 진행한다면 서로가 정보를 개방하게 되면서 유사중복사례를 막고 서비스의 누락도 해소할 수 있을 것으로 보인다.

저희는 장애인복지관하고 사례관리를 공유하지는 않지만요. 저희 어르신께서 장애 등급이 있으신 분들은 장애인복지관에서 사례 관리를 하고 있고 저희도 안전안부 서비스에서 중복 서비스를 받고 있는 분들이 지금 한 제가 알기로는 지금 10%정도 되는 걸로 알고 있습니다. (참여자 A6)

또 하나 저는 제안하고 싶은 게 이제는 영역 구분이 노인이다 장애인이다 뭐다라고 구분을 할 단계가 이제는 지났다고 보는 거예요. 그래서 이렇게 서비스를 권역별 중심으로 읍면동 중심으로 밀착해서 들어가야지 그렇지 않으면 서비스 중복되는 사람이 있고 누락되는 사람이 있기 때문에 기관 중심의 쪽에서 본인과 관련된 부처에서 과에서 나온 서비스를 주다 보니 그런 부분에 한계가 있으니 얘를 통합적으로 읍면동 단위로 해서 가야 되지 않을까 각자 서비스로 도생하다 보면 이런 일이 벌어지더라고요. (참여자 A3)

위탁받는 주체들이 너무 다양해졌는데 자기네끼리만 하고 있으니 읍면동 중심으로 통합 사례로 하면 서로가 정보에 대해서 개방이 되지 않느냐 그러면서 충분히 도와주면서 유사 중복 막고 못 받는 사람들한테 줄 수 있지 않느냐 (참여자 A3)



다. 서비스 이용자의 욕구에 따른 제도 선택 기회 제공

장애인복지 전문가의 입장에서 돌봄 제도가 갖고 있는 한계는 서비스가 제공되고 있는 동일한 시점에서의 서비스 양이 서비스가 언제 시작되었는지에 따라, 또 노인으로 진입했는지, 장애인으로 진입했는지에 따라 많은 차이가 있다는 것이다. 상대적으로 장애인활동지원제도의 서비스 양이 많기 때문에 우위에 있다고 언급되지만, 장애유형에 따라 필요한 의료용품들을 사용하고자 할 때 노인장기요양보험의 복지용품들은 다양하지만 장애인활동지원제도에서 지원되는 복지용품과 보조기기 지원은 제한적이고 다양하지 않음이 지적되고 있다.

따라서, 각각의 돌봄제도가 같은 서비스의 양과 내용으로 65세 이후 조정되어 서비스 이용자가 제도를 선택할 수 있는 기회가 제공된다면 서비스 이용자의 입장에서 자신에게 가장 적합한 서비스를 선택하여 만족스러운 서비스를 받을 수 있게 될 것이라고 판단된다.

그게 이제 가장 큰 맹점이 될 수 있는데 그 제도 두 개가 이게 사실은 유사한 기능인 것 같으면서 아까 말씀하신 대로 그러나 또 다르거든요 접근하는 방법들이 그래서 이 부분을 최소한 저는 장애인이나 노인이든 선택할 수 있는 그런 좀 기회가 됐으면 좋겠어요. 그러니까 내가 장기로 가든 저기 활동 보조로 가든 내 선택이 그러려면 어느 정도는 뭔가 이게 차이가 많이 줄어들어서 난 그냥 장애인이니깐 장애인 쪽에 서비스 받는 게 편해 라고 갈 수 있고 그렇지만 나는 또 노인 쪽에 대한 노인복지관도 가고 다양한 어떤 활동을 하는데 노인 쪽이 좋을 것 같아 노인쪽으로 갈 수 있는 그런 어떤 제도나 환경이 됐으면 가장 좋지 않을까라는 생각이 듭니다....(중략) 급여 차이가 워낙 많이 나니까 노인으로 가면은 지금 한시적으로 추가적으로 아까 말씀하신 추가적인 서비스를 제공하고 있지만 그게 이제 선택할 수 있는 상황이 아닌 거죠. 그게 좀 그것만 좀 줄여가면 노인 쪽에 가도 되고 장애인 쪽에 가도 되지 않을까... (참여자 A1)

만 65세 고정에서 생각하지 않으시고 이게 연결돼 있다고 생각을 하시면 좋겠고 그 연결되는 걸 조금 더 견고하게 제도적으로 만들어주면 장애인복지에서 특화적으로 할 수 있는 부분 또 장기 요양에서 특화적으로 할 수 있는 부분 장기요양에서는 또 정말 일상생활이나 전부 도움이 필요한 사람이 있기도 하겠지만 이 사람의 잔존 기능을 활용해서 일상생활을 최대한 하게끔 유도하는 또 그런 방법들도 있거든요. (참여자 A4)

라. 장애인활동지원제도의 조정 - 사회적 존재에서 '생활지원대상'으로 전환

장애인활동지원제도의 활동보조서비스는 장애를 가진 성인들에게 자기결정의 기회를 제공하고, 장애인의 건강과 자립을 위한 필수적인 서비스이다. 그러나 장애인이 65세 이상 고령이 되면 활동지원제도에서 장기요양제도로 이관되는 것으로 제도가 설계되어 운영되었다. 그동안 활동지원을 통해 활발한 사회생활을 하였던 장애인들이 65세가 되었다고 즉각 요양으로 넘어가는 것에 대한 제도적인 문제점으로 2021년 1월부터 65세 이후 장기요양 수급자로 전환된 후 장애인 활동지원에 비해 줄어드는 급여 지원이 이루어졌으며, 장기요양 등급 외 판정을 받은 장애인은 활동지원서비스를 계속 지원하고 있다.

이렇다보니 65세 이후 활동지원제도의 수급자인 장애인과 65세 이전에 활동지원제도의 대상이 되지 않은 장애인, 65세 이후 장애를 갖게 된 노인장기요양보험 수급자들간의 급여에서 많은 차이가 발생하고 있다.

본 FGI에서는 65세 이후 장애인활동지원제도의 보전급여 대상을 사회적 활동을 하는 '사회적 존재'로서 여전히 살아가는 장애인에게는 유효하지만, 그렇지 않고 가정 내 일상생활지원이 이루는 경우에는 타 제도와의 형평성을 고려하는 것이 필요하다고 보았다. 따라서 고령장애인의 경우 전체 시민들과의 형평성, 제한된 예산 등을 고려했을 때 정책 대상으로서 고령장애인은 '사회적 존재'에서 '생활지원 대상'으로 전환시키는 것이 필요하다고 보았다.

활동지원, 생활지원, 요양보호라는 것이 활동과 생활과 요양이라는 단어가 주는 의미가 뭐냐 라고 봤을 때 저는 활동 지원을 사회적 존재로 봤다. 그렇기 때문에 거기에 들어가는 다양한 시간을 최대한 인정하다 보니 아마 700만원이 넘게 나오더라고요 최고 저기가 네 근데 이제 생활 지원이라는 거는 생애주기로 봤을 때 우리가 이렇게 있잖아요. 60세가 넘어가면 임금 피크도 있고 정년이라는 것이 있잖아요. 사회적 존재에서 이제는 어느 정도 제한된 공간 안에서 살아가는 존재로 이제 전환이 되는 나이가 있잖아요. 그러니까 생활지원은 안전 확인하고 본인이 지역사회고 공간 안에서의 생활을 지원해 주는 최소한의 안전과 이런 거라면 요양보호는 그야말로 누구를 위한 거냐 돌봄자를 위한 제도거든요. (중략) 배경과 출처가 다르다보니 당사자 측면에서 요구하는 게 있고 전문가들이 보는 게 있고 국가 예산에서 보는 부분들이 있거든요. 이제 그런 차원에서 본다고 하면 우리가 언제까지 대한민국 국민으로서 사회적 존재로 보면서 활동하는 것들을 지원하고 그 다음부터는 예.. 어떤 걸로 가야되는 것이 모든 인간에 형평성이 맞느냐라는 것들도 얘기가 될 거라고 보거든요. (참여자 A3)



또 한 가지 중요한 거는 점차 활동 지원이든 생활 지원이든 요양이든 플러스 정신질환이 너무 많아져요. 애에 대한 플러스를 국가가 더 저거를 돌보냐 애는 추가가 돼야 되지만 기존에 있던 것들에서는 국가가 가지고 있는 그런 나이가 있으면 이 제도는 이 제도를 받아야 되는 게 맞는 거죠. 언제까지나 장애인이라는 걸로 끝까지 70대가 돼도 나는 이걸 못 놓겠다. 이거는 국민에 대한 또 다른 쪽의 영역을 받고 있는 거에 대한 형평성의 문제도 제기가 된다. 이런 부분에서 조금 논의가 됐으면 좋겠다. (참여자 A3)

3. 소결

본 FGI를 통해 고령장애인이 급증하고 있고, 이들에 대한 돌봄이 다양하게 제공되고 있다는 것을 알 수 있었다. 그러나, 고령장애인이 실제로 사회안에서 의미있는 삶을 살아가기 위한 서비스(프로그램)들은 전무하다시피한 것으로 파악되었다. 노인복지관에서는 장애를 가진 노인이 활동하기에 적합하지 않은 환경과 장애를 가진 노인을 서비스 대상으로 인식하지 않는 분위기가 있었으며 장애인복지관에서는 이미 아동과 청(소)년, 나아가 성인장애인 위주의 프로그램이 진행되고 있기 때문에 고령장애인을 위한 서비스 마련에 여력을 갖고 있지 못하고 있는 상황이었다. 그나마 다행인 것은 장애인활동지원제도, 노인장기요양보험제도, 노인맞춤돌봄서비스에서 돌봄에 대한 지원이 이루어지고 있다는 사실이었다. 그러나, 이마저도 고령장애인의 특성을 이해하지 못하고 서비스가 이루어지거나, 장애로 인해 동일한 어려움을 갖고 있음에도 서로 다른 제도에서 돌봄이 이루어지는 경우 제공되는 서비스 급여량의 차이가 확연히 다르다는 것이다. 이에 대해 고령장애인의 돌봄을 위해 다음과 같이 제안하고자 한다. 65세 이상 고령장애인에게 진입 통로에 관계없이 형평성 있는 서비스 급여를 제공받기 위해서 첫째, 돌봄에 대한 명확한 구분을 통해 고령장애인 서비스의 새로운 기준을 마련하는 것이 필요할 것이다. 현재의 제도 안에서 돌봄은 사회적 활동지원, 일상생활지원, 요양지원의 개념 모두가 포함되어 있어 동일한 잣대로 서비스의 양을 측정하는데 어려움이 있다.

65세 이상 고령장애인이 사회적 활동을 여전히 수행하고 있다면 가정 내에서의 일상지원이 필요하거나 요양지원을 받고 있는 서비스 대상자보다는 좀 더 많은 양을 급여가 이루어진다고 해서 타당한 것으로 판단할 수 있을 것이다. 둘째, 노인 인구가 급증하면서 노년기 이전부터 장애를 갖고 살아온 고령화된 장애인과 노인성 질환으로 인해 노년기에 장애를 갖게 된 고령장애인이 혼재되어 있다. 대부분의 경

우 고령화된 장애인은 장애인활동지원제도에서, 고령장애인은 노인장기요양보험에서 돌봄 서비스를 제공받으며 급여의 차이를 실감하고 있다. 따라서 고령화된 장애인과 고령장애인이라는 진입 통로가 장애인인지 노인인지의 구분보다는 권역별로 읍면동을 중심으로 통합사례관리를 통해 밀착서비스가 이루어지는 것도 필요할 것이다. 권역별 서비스가 이루어진다면 필요한 경우 중복서비스도 가능할 것이며, 과 서비스에 대한 조정도 통합사례관리 안에서 이루어질 것으로 기대할 수 있다. 셋째, 노인서비스와 장애인복지서비스 모두에서 고령장애인에 대한 대비를 하지 못하고 있는 것은 동일한 것으로 나타났다. 고령장애인의 돌봄에서 사회적 존재로서의 활동지원이 필요하지만 사회적 존재로서 살아갈 수 있는 사회적 기반이 부족한 것을 본 FGI에서 확인할 수 있었다. 따라서, 노인전문기관과 장애인전문기관 모두에서 고령장애인에 대한 특성을 고려한 서비스 개발에 관심을 갖는 것이 필요하다.



VII 결론

1. 결과 요약

본 연구는 당사자 및 생활지원사, 요양보호사 등 서비스 제공자 집단과 현장전문가 등 두 집단을 대상으로 ‘노인돌봄영역에서의 고령장애인의 돌봄 모습’을 살펴보았다. 그 결과 장기요양서비스와 노인돌봄서비스 목적의 차이, 돌봄제공자의 장애에 대한 이해 및 교육 부족, 낮은 급여량 등은 고령장애인의 욕구를 충족시키기에는 한계가 있는 것으로 분석되었다. 이를 요약하면 첫째, 노인돌봄서비스들의 제도적인 특징들은 고령장애인의 요양서비스, 사회참여 지원, 이동지원 등 복합적 욕구를 충족시키기 어려웠다. 즉 장기요양보험서비스는 가사 및 신체지원 등의 요양이 주목적으로 고령장애인의 사회참여 지원에는 한계가 있는 것으로 나타났다. 그리고 맞춤형돌봄서비스는 노인의 잔존기능을 향상시켜 장기요양 진입을 방지하는 목적을 갖는다. 때문에 거동이 가능한 고령장애인이 직접적인 가사지원 또는 신체지원이 필요한 경우에 이용자 욕구와 돌봄제공자 서비스 내용 간의 갈등이 나타난다고 하였다. 이는 생활지원사가 겪는 딜레마로 표출되었으며, 결과적으로는 고령장애인의 돌봄 기피와 서비스 제공자의 잦은 변경 등을 낳았다. 현장전문가들은 거동이 가능하거나 의사소통 등이 가능한 고령장애인 또는 지체장애인 등은 노인서비스를 제공하는 측면에서는 큰 차이가 없을 수 있으나, 지적장애와 감각장애(시·청각장애), 정신장애 등은 노인서비스와는 다른 장애관련 특화서비스가 필요함을 제기하기도 하였다.

〈표 VII-1-1〉 돌봄서비스 목적 및 대상자

구분	장애인활동지원제도	장기요양보험제도	노인맞춤돌봄서비스
목적	사회참여 확대, 요양지원	요양보호	장기요양진입 방지 잔존능력강화
대상자	만6세 만65세 장애인	만65세 이상	만65세 이상
한계	만65세 이후 등록 및 미등록 고령장애인에 대한 서비스 부재	급여량 부족, 찾은 병원 지원 및 지역사회 외출 등 지원 부족	급여량 부족, 거동 가능한 장애인에 대한 직접가사지원, 신체지원, 외출 지원 등 부족

둘째, 장애정체성이 높은 만65세 이전에 장애등록을 한 장애인에게는 노인돌봄 서비스와 활동지원서비스를 제공하여 병급하도록 할 필요성이 제기되었다. 장애인으로 살아온 삶, 장애인으로서의 가치와 생활 등은 장애정체성으로 나타나는데, 일반적으로 노인이 되어 장애를 경험한 그 상황과는 다르다. 이들은 장애인으로 살아오면서 장애로 인한 다양한 차별과 억압을 겪기도 하며, 지역사회에서 살아가기 위해서 지역사회 지원을 지원 받는 것(예, 편의가 고려된 주택, 장애인일자리, 교육 지원 등)은 시혜가 아닌 당연한 권리로 여긴다. 따라서 만 65세 이전에 장애등록한 장애인은 노인 이후에 장애를 경험한 자들과는 다른 삶을 살아왔기에 장애인복지서비스 대상자로서 지속되어야 할 필요가 있다. 다만, 예산상의 한계가 있기 때문에, 우선적으로 노인복지서비스와 장애인복지급여를 병급으로 지원할 필요가 있다.

2. 정책제언

1) 장애인활동지원서비스 대상자 단계적 확대(연령 제한 폐지)

(1) 현 실태

2023년 현재 장애인활동지원서비스 대상자는 4차례 개정을 통해 확대된바 있다. 즉 2019년 7월 장애등급제 폐지로 서비스지원종합조사 도입에 따라 급여량이 감소한 장애인을 대상으로 3년간 산정특례를 운영하였으며, 이 대상자들을 대상으로 2022년에는 산정특례를 지속지원 하도록 하였다. 그리고 2021년 65세 이후 장기요양 수급자로 전환된 후 장애인 활동지원에 비해 줄어드는 급여 지원(보전급여)을 제공함으로써 낮은 급여량에 대한 지원을 보전하였다. 이후 2023년 노인성질환으로 인해 장기요양보험서비스를 먼저 이용하고 있었던 만65세 미만 장애인은 활동지원급여 신청 가능하도록 확대하였다.



〈표 Ⅶ-2-1〉 장애인활동지원서비스 대상자 단계적 확대 현황

시행일자	개정 내용
2019.7	- 서비스지원종합조사 도입에 따른 급여량 감소 장애인 대상 3년간 산정특례 제도 운영
2021.1	- 65세 이후 장기요양 수급자로 전환된 후 장애인 활동지원에 비해 줄어드는 급여 지원(보전급여) - 장기요양 등급 외 판정 받은 장애인 대상 활동지원서비스 계속 지원
2022.7	- 산정특례 지속지원
2023.1	- 노인성 질환으로 인해 장기요양보험서비스를 먼저 이용하고 있었던 만65세 미만 장애인의 활동지원급여 신청가능

출처: 보건복지부 보도자료(2020.12.22.) “65세 이후에도 장애인 활동지원 서비스를 받을 수 있습니다.”

보건복지부 보도자료(2022.6.2.) “장애인활동지원 산정특례 계속 지원합니다.”

보건복지부 보도자료(2022.12.29.) “2023년, 장애인활동지원서비스 더욱 확대됩니다!”

그러나 만65세 이전부터 장애인으로 삶을 살아온 고령장애인 중 기활동지원대상자가 아니거나, 요양급여대상자가 아닌 경우에는 노인돌봄서비스로 전환된다. 그러나 본 질적연구에서 제시된 바와 같이 질적 및 양적으로 불충분한 노인돌봄서비스를 제공받고 있는 고령장애인은 활동지원서비스를 이용하고 있는 고령장애인에 비해 상대적으로 열악한 삶을 살고 있는 것으로 나타났다.

장기요양보험과 활동지원제도 등 두 제도가 유지되고 있는 국가들은 우리나라와 유사하게 연령제한에 대한 고민이 최근에 있었으며, 이에 따라 몇 가지 기준에 해당되는 경우에 한해 연령기준을 폐지한 것으로 나타났다. 일본의 경우 개호보험대상자는 만65세 이상이며, 장애인종합지원법에서의 ‘장애인’이란 신체·지적·정신장애 중 한 가지에 해당하는 18세 이상의 사람으로 만65세가 될 경우, 거택개호와 같이 개호보험법 및 장애인종합지원법상의 서비스가 동일하게 중복될 경우, “개호보험법 우선 적용원칙”이 적용된다. 이 뿐 아니라 일부 개호보험법에서 지원되지 않는 장애인복지서비스(행동원호³⁰⁾, 동행원호³¹⁾ 등) 이용 시 65세 이상인 경우에도 지속해서 서비스 이용이 가능하다. 프랑스의 경우에도 2021년 이전에는 원칙적으로 60세까지 PCH를 신청할 수 있었다. 예외적으로 60세 이상인 경우, 첫째, 60세 이전에 PCH 수급조건에 부합하는 장애가 있었던 경우에 한해서 75세까지만 PCH를 신청할 수 있었다. 둘째, 경제활동중인 경우에는 60세 이상도 활동지원서비스를 이

30) 발달장애인 도전적 행동 및 돌발행동 등 지원

31) 시각장애인 이동지원서비스(서비스지원자의 자차 사용 제외)

용할 수 있었다. 그러나 75세가 되면 PCH가 APA(개별자립수당: 장기요양, 1~4급)로 전환되면서 기존에 받고 있던 서비스 양이 절반 정도로 줄어들게 되자 장애계에서 연령으로 인한 차별이라는 항의가 계속 되었고, 결국 2020년 3월 6일 PCH 연령에 대한 수급조건 개정이 이루어졌다. 결과적으로 2021년 1월 1일부터 60세 이상의 경우 60세 이전에 PCH 장애 조건에 부합했던 경우 75세 이후에도 신청 가능하였다. 즉 75세 이후더라도 그 장애수준이 60세 이전에 PCH 장애 조건에 부합했던 경우라면 서비스 대상자가 되는 것이다. 예를 들면, 현재 75세의 경우, 60세 이전의 의료적 상황 등을 유추하여 PCH 장애 조건인 20개 주요 활동들이 한 가지 유형에 절대적인 어려움이 있거나, 두 항목에서 심각한 어려움이 있었는지를 판단하는 것이다.³²⁾

(2) 법적 개정방안

고령장애인 지원에 대한 장애인복지서비스 확대 논의가 필요한 시점이다. 만65세 이상 중 기활동지원서비스 대상자를 제외한 고령장애인을 모두 노인돌봄서비스로 전환시키기 보다는 만65세 이전 등록장애인을 우선적으로 노인돌봄서비스 중 장기요양보험과 노인맞춤돌봄서비스를 단계적으로 적용하고, 이후 활동지원서비스의 적용과 추가급여를 이용할 수 있도록 해야 할 것이다. 그러기 위해서는 아래의 법적 변화가 필요하다.

32) 절대적 어려움 : 해당 활동을 혼자서 전혀 할 수 없는 경우, 심각한 어려움 : 해당 활동을 혼자서 수행하는데 어려움이 있는 경우를 말함. 구체적인 내용은 본 연구의 해외사례를 참조하기 바란다.



〈표 VII-2-2〉 장애인활동지원에 관한 법률 개정안

장애인활동지원에 관한 법률	장애인활동지원에 관한 법률(개정안)
제5조(활동지원급여의 신청자격) 활동지원급여를 신청할 수 있는 사람은 다음 각 호의 자격을 모두 갖추어야 한다. <개정 2017. 12. 19., 2020. 12. 29., 2022. 6. 10.> 4. 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인 5. 「노인장기요양보험법」 제2조제1호에 따른 노인등이 아닌 사람으로서 대통령령으로 정하는 연령 이상인 사람. 다만, 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람으로서 보건복지부장관이 정하는 기준에 해당하는 사람은 신청자격을 갖는다. 다. 이 법에 따른 수급자였다가 65세 이후에 혼자서 사회생활을 하기 어려운 사람 라. 노인성 질병으로 장기요양급여를 수급하는 65세 미만인 사람 6. 활동지원급여와 비슷한 다른 급여를 받고 있거나 「국민기초생활 보장법」 제32조에 따른 보장시설에 입소한 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에 해당하지 아니하는 사람	(좌동) 나. (개정) 이 법에 따른 수급자였다가 65세 이후에 혼자서 사회생활을 하기 어려운 사람. 다만 이법에 따른 수급자가 아니더라도 65세 이후에 장애가 악화되어 노인장기요양보험, 노인복지법 제27조의 3에 의한 서비스를 수급받는 경우

(3) 쟁점

첫째, 장애인활동지원서비스 연령제한을 폐지할 경우, 많은 장애인이 활동지원서비스 대상자로 넘어옴으로써 예측되는 예산 가능성에 대한 부분이다. 이에 우선적으로 65세 이전에 장애등록을 한 고령장애인을 정책 대상으로 선정하고, 노인돌봄서비스를 우선 적용할 필요가 있다. 즉 장기요양보험제도에서 요양급여 대상자 여부를 판단하고, 등급외가 나올 경우에는 활동지원서비스로 연계하는 방안을 제안한다. 특히 연계된 대상자의 경우, 활동지원급여를 평가를 주로하고, 이때 노인돌봄맞춤형서비스 필요정도와 추가 보충급여를 판단하도록 한다. 예를 들면, 요양과 사회참여 중심 서비스가 요구될 경우에는 ‘장기요양 + 활동지원제도’, 잔존기능유지 및 사회참여 지원이 요구될 경우에는 ‘노인돌봄맞춤서비스(장애특화형 신규 마련 필요) + 활동지원제도’가 이루어질 필요가 있다. 대상자 구분이 명확히 되기는 힘들 수 있으나, 유사 돌봄서비스 내에서 이용자가 어떠한 서비스 욕구가 있는지를 판단하여 지원할 필요가 있다.

둘째, 만65세 이상이 되어 등록한 고령장애인에 대한 복지서비스이다. 이들에 대해서는 본 연구에서 제시한 바와 같이 장기간 동안 장애로 살아온 삶을 존중하고, 장애정체성을 고려한다면 만65세 이전에 등록한 장애인을 우선 적용하여 장애인복지서비스로 유입 할 필요가 있다.

2) 노인돌봄서비스의 장애 특화서비스 필요

(1) 장기요양보험서비스 급여 시간 확대 고려

장애인의 고령화 속도는 비장애인구에 비해 매우 빠르며, 장애인구 중 65세 이상 고령인구 비율은 52.8%로 전체인구의 고령자 비율(18.0%)에 비해 매우 높다(통계청, 2022). 또한 고령자 중 장애인구의 비중은 점차 증가할 것이며, 장애에 대한 요구는 계속 확대될 가능성이 높다. 65세 이후에 등록한 고령장애인에 대한 대책이 시급할 수 있다. 장기요양보험서비스 내에서 고령장애인이 등급 외 대상자의 경우, 본인부담금을 낮게 책정하는 등 지원 확대가 필요하다.

(2) 노인맞춤돌봄서비스 내 특화형 서비스 구축 필요

노인맞춤돌봄서비스 내 특화형 서비스가 마련될 필요가 있다. 노인맞춤돌봄서비스의 경우에는 이동지원이 포함되어 있으나, 시간적으로 부족한 상황이다. 이에 65세 이후에 등록한 고령장애인 또는 거동이 가능한 고령장애인을 위해 장애특화형 서비스 개발이 요구되며, 거동이 가능하지만 직접서비스 지원을 필요로 하는 고령장애인과 노인을 위한 서비스 영역이 필요하다. 그 이유는 장기요양서비스를 받기에는 거동은 가능하나 독거노인 또는 인지적 어려움으로 일상생활이 어려운 자들이 노인돌봄서비스에서 소외되었기 때문이다.



〈표 Ⅶ-2-2〉 노인맞춤돌봄서비스 내 특화형 서비스 구축

대상자 군	기준	노인맞춤돌봄서비스의 내용		
최중점 돌봄군	- 월 16시간 이상~ 60시간미만 직접 서비스 + 연계서비스(필요시) + 특화서비스(필요시)	직접 서비스 (방문· 통원 등)	안전 지원	- 방문 안전지원 - 전화 안전지원 - ICT 안전지원
			사회 참여	- 사회관계 향상 프로그램 - 자조모임
			생활 교육	- 신체건강분야 - 정신건강분야
			일상 생활 지원	- 이동활동지원 - 가사지원
중점 돌봄군	- 월 16시간 이상~ 40시간미만 직접서 비스 + 연계서비스(필요시) + 특화서비스(필요시)	연계서비스		
일반 돌봄군	- 월 16시간미만 직 접서비스 + 연계서비스(필요시) + 특화서비스(필요시)	특화서비스		

(3) 노인돌봄서비스 제공자 대상 장애 관련 교육 강화

노인 대상 서비스와 중복되는 서비스들 중 의료적 지원에 대한 부문 외에 장애특수성이 고려된 지원이 요구되는 것에 대한 제도적 대응이 필요하다. 즉 시각장애 특성을 고려한 일상생활 지원, 지적장애 등 치매와 다른 성격의 인지적 장애에 대한 의사소통의 지원과 서비스 지원, 신체적 위협을 가하는 정신적 장애 등에 대한 고려 등에 이들을 대응(또는 지원)할 수 있는 교육이 필요하다. 또한 노인에 비해 장애정체성을 가지고 살아온 사람들이기 때문에 노인돌봄제공자를 대상으로 장애 인권에 대한 교육 역시도 필요하다.

(4) 노인돌봄서비스 제공자를 선택 할 수 있는 기회 제공

현재는 장기요양보험, 활동지원서비스 등 병급할 경우, 요양보호사와 활동지원사들 중 선택하는 것은 제도적으로 불가능하다. 그러나 장애인의 경우 자신에게 지속적으로 서비스를 제공해 온 경험이 있는 자를 선호하고, 서비스 제공자도 이용자와의 적응 시간을 감소시키는 측면에서 본다면, 유사 서비스 내용일 경우에는 동일인을 이용자가 선택할 수 있도록 하는 것을 제안한다. 생활지원사 역시도 활동지원서비스를 함께 제공할 경우에는 같은 활동지원사가 지원할 수 있도록 하는 유연성이 필요하다.

(5) 노인돌봄서비스 내 장애여부 실태 파악 필요

노인돌봄서비스 대상자를 선정하는 틀에서 장애와 관련된 사항을 조사할 필요가 있다. 장기적으로는 노인돌봄서비스와 장애인돌봄서비스는 병행해서 이루어져야 하기 때문에, 노인돌봄서비스에서의 부족 영역, 장애인영역에서의 부족 영역 등을 파악할 필요가 있으며 노인돌봄서비스 내 장애여부, 장애정도 등을 확인하기 위한 분리통계 분석이 필요하다. 따라서 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제1호의2 서식]을 개편하여, 장애정도와 장애유형을 포함할 필요가 있다. 또한 노인맞춤돌봄서비스 신청서에도 노인맞춤돌봄서비스 신청서, 노인맞춤돌봄서비스 대상자 선정 조사지에 장애여부, 장애정도를 작성하는 란을 만들어 장애특화서비스 제공을 확대할 필요가 있다.

3) 장애인복지시설의 의료적 지원이 요구되는 시설 전환 필요

장애인활동지원제도 외에 고령장애인을 위한 특화된 의료 및 생활지원기관의 설립이 필요하다. 현재 집단이 함께 사는 거주시설의 형태가 아닌 장애유형별로 고령의 삶을 안전과 건강을 유지하면서 생활할 수 있는 거주모형을 마련해야 할 것이다. 의료적 처치가 중심이 되거나 혹은 서로가 이해해주는 유사장애동료들이 필요한 경우 등 실태를 고려하여 집에서 방치되지 않고, 집단 시설 또는 요양원과 요양병원이 아닌 장애특수적 고령특화기관에 대한 고민이 필요하다.



4) 고령장애인 특성을 살린 고령장애인가구 실태조사 실시 및 고령장애인복지 법률(가칭) 필요

현재 장애인실태조사는 장애인의 일반적인 사항을 조사하고 있다. 그러나 고령장애인 가구의 특성들인 노노가구의 특성, 1인 장애노인가구의 안전, 건강실태, 주거 실태, 경제적 상황 등에 대한 조사가 진행되지 않고 있다. 따라서 장애아동복지법에 의해 장애아동실태조사를 실시하고 있는 것과 같이, 고령장애인복지법을 법률화하여 고령장애인의 돌봄공백 등 고령장애인실태조사를 토대로 장애인복지법에서 지원할 수 있도록 토대를 마련할 필요가 있다.

참고문헌

- 국립재활원. (2022). 2022년 장애인 건강보건통계 컨퍼런스 자료집. 서울: 국립재활원.
- 김동기. (2015). 장애인활동지원제도와 노인 장기요양보험제도와 연계성에 대한 고찰
- 김세진.(2017.8.). 장애인 돌봄의 정책도출: 노인장기요양보험 제도와 장애인활동지원제도의 관계를 중심으로. 보건복지포럼. 67-77.
- 김진희.(2022). 고령장애인에게 장애발생 시기가 의미를 가지는가?. 장애와 고용, 제32권 제2호. 195-217.
- 김찬우.(2015). 고령장애인의 개념 정립과 복지욕구 비교를 통한 돌봄 서비스 정책 방향 설정에 대한 고찰. 비판사회정책 제46호, 165-201.
- 김현승, 노승현, 고은. (2018). 장애인구 고령화 대응을 위한 복지서비스 개선방안 연구. 서울: 서울시복지재단.
- 김현승, 이의정, 조형범, 남영란, 최미영. (2020). 고령장애인 지역사회 돌봄지원체계 모형개발 연구. 서울: 서울시복지재단.
- 보건복지부, 보건사회연구원. (2021). 2020년 장애인실태조사. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2021). 2021년 12월말 기준 장애인 등록 현황. 세종: 보건복지부.
- 이병화, 강민희, 노승현, 이선정, 전지혜, 이미영. (2019). 경기도 고령장애인 지원 방안 연구. 경기: 경기복지재단.
- 이병화, 이미영, 김민영, 서해정, 양희택, 최유일. (2020). 2020년 장애인 주간보호 시설 운영 실태조사. 경기: 경기복지재단.
- 이병화, 이미영. (2020). 경기도 고령장애인 특성 분석 연구. 경기: 경기복지재단.
- 이선영. (2021). 고령장애인 돌봄서비스의 연속성 및 통합성 강화를 위한 향후 과제 -일본 공생형서비스 도입 사례를 중심으로-. 일본문화학보 제95집, 59-74.
- 이예은.(2016). 고령화된 장애인과 노인성 장애인의 삶의 만족도에 미치는 영향. 성신여자대학교 일반대학원 석사졸업논문
- 이은실.(2022). 고령장애인의 활동지원서비스 이용과 서비스 전환 과정 경험. 보건과복지 제24권 제3호, 61-80.



- 이정량.(2019). 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험제도의 개선 방안 모색: 고령장애인을 중심으로. 인문사회21, 제10권 제2호, 1,211-1,222.
- 전해숙. (2015). 노인장기요양보험제도의 시행이 장애노인의 삶의 질 궤적에 미치는 영향. 보건교육건강증진학회지. 제32권 제3호. 97-107.
- 조상은, 이현주, 이선화, 이수연. (2017). 고령장애인의 욕구조사 및 중장기 정책방향. 서울: 한국장애인개발원.
- 조운화 외(2019).
- 황주희, 김성희, 노승현, 강민희, 정희경, 이주연, 이민경. (2014). 장애노인 대상의 통합적 복지서비스 제공을 위한 정책 방안. 세종: 한국보건사회연구원.
- 황주희, 김진희. (2022). 지역사회 통합돌봄 선도사업과 고령장애인: 현황과 과제. 보건복지 issue&focus. 제416호. 1-9.
- 황주희, 이윤경, 오옥찬, 강은나, 김성희, 이민경, 김동기, 김찬우, 윤상용, 신현욱, 신은경, 선우덕, 김현승, 남현주, 류진아, 김진희, 장아영. (2020). 노인·장애인 돌봄제도 정합성 확보 방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 닛세이기초연구소 기초연례포트. (2018). 65세의 벽은 왜 생기는가: 개호보험과 장애인복지의 틈새에서 일어나는 문제를 생각한다.
- 札幌市. 行動援護判定基準と認定調査等項目. <https://www.city.sapporo.jp/shogaifukushi/jiritsushien/documents/05besshi.pdf>에서 2023.3.14. 인출하여 재구성함.
- 厚生労働省. (2007). 障害者総合支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kaiseihou/dl/tuuthi_111121_08.pdf에서 2023.4.17. 인출함.
- 厚生労働省. (2019). 개호보험제도에 대하여. <https://www.mhlw.go.jp/content/12300000/000614774.pdf>에서 2023.3.14. 인출함.
- 厚生労働省. (2021). 高齢の障害者に対する支援等について.
- 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.
- 厚生労働省. (2023). 障害保健福祉関係主管課長会議資料.
- 厚生労働省. 同行援護の対象者の基準. <https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuit>

e/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kaiseihou/dl/sankou_110926_03_4.pdf 에서 2023.8.14. 인출하여 재구성함.

厚生労働省. 同行援護の対象者の基準. https://www.mhlw.go.jp/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/kaiseihou/dl/sankou_110926_03_4.pdf 에서 2023.8.14. 인출하여 재구성함.

厚生労働省. 장애인복지서비스 내용(거택개호). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html에서 2023.3.14. 인출하여 재구성함.

厚生労働省. 장애인복지서비스 내용(생활개호). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html에서 2023.3.14. 인출하여 재구성함.

厚生労働省. 장애인복지서비스 내용(중증방문개호). https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/shougaishahukushi/service/naiyou.html에서 2023.3.14. 인출하여 재구성함.

Ennuyer, B. (2003).

Tenand, M. (2016). La barrière des 60 ans dans les dispositifs de compensation des incapacités : quels effets sur les aides reçues à domicile par les populations handicapée et dépendante ?, Revue française des affaires sociales, no.4, p.129-155. p.135.

<https://www.vie-publique.fr/loi/271770-loi-du-6-mars-2020-pch-acces-la-prestation-de-compensation-du-handicap>

<https://dossier-mdph.fr/versement-pch-apres-notification/>

CNSA. (2012). Aide à l'adaptation et à la planification de l'offre médico-sociale en faveur des personnes handicapées vieillissantes. Dossier technique 2012.

<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>



[부록 1 학계전문가 간담회 결과]

1) 분석결과 개요

학계 전문가를 대상으로 고령장애인 돌봄서비스 지원방안에 대한 간담회를 진행한 결과 크게 3가지 범주의 결과가 도출되었다. 분석결과 간담회 참석자들은 개별화된 현재 서비스 제공 체계를 통합하고 재구조화할 필요가 있다고 생각했고, 통합적인 서비스 제공을 위해 고령장애인 특화 서비스 판정 절차 및 도구 마련, 연령 기준 완화등의 노력이 필요하다고 보았다. 구체적인 결과는 아래와 같다.

구분	중분류	주요내용
서비스의 적절한 역할 구분 또는 통합 필요성	개별화된 서비스	개별화된 서비스로 인한 어려움
	개선방안	통합적 관점의 필요성 예외 규정 등 개선 방안
고령장애인에게 필요한 서비스 판정 가능 여부	고령장애인 특화 서비스 판 정 절차의 필요성	새로운 평가판정 도구의 필요성
	고려 사항	장애 유형, 당사자의 공식·비공식 자 원 고려 필요성
조기노화를 겪는 장애인에 대한 노인 연령 기준(65세) 삭제 또는 축소	연령 기준으로 인한 어려움	고령장애인의 특성을 반영하지 못하는 연령 기준
	개선 방향	사각지대를 줄이기 위한 노력 필요

2) 분석결과

(1) 장애인활동지원서비스, 장기요양서비스, 노인맞춤돌봄서비스 등으로 구분되어 제공되는 서비스의 적절한 역할 구분 또는 통합 필요성

간담회 참석자들은 장애인활동지원서비스, 장기요양서비스, 노인맞춤돌봄서비스로 나누어 제공되고 있는 서비스의 유사성과 차이점에 주목하면서 각 서비스의 역할 명확하게 구분하거나 필요에 따라 통합하는 것이 서비스 전달에 효과적임을 지적했다.

① 개별화된 서비스

참석자들은 현재 운영되고 있는 서비스가 장애와 노인으로 이분화하여 정책을 설계하고 서비스를 운영하고 있다고 언급했다. 참석자들은 개별화된 서비스로 중간에 서비스의 주체가 바뀌면 돌봄 노동자가 바뀌고, 그 과정에서 장애 이해도가 낮은 돌봄 노동자가 배치되는 등의 문제가 있음을 지적했다. 급여 수준 및 범위의 차이로 인해 고령장애인 당사자의 본인부담금이 발생하는 것도 문제적이라는 의견도 공통적으로 제시되었다.

② 서비스 개선 방안

전문가들은 고령화 사회에서는 장애와 노인을 구분하는 관점이 아닌 통합적 관점으로 접근할 필요가 있다고 주장했다. 통합적인 관점에서 노인과 장애인의 욕구를 확인하고, 그에 맞는 서비스를 확인할 필요가 있으며, 그 이후에 기존의 제도를 늘리거나 제도를 연결하는 방식으로 개선이 필요하다고 보았다. 이 과정에서 서비스 개선 과정에서 급여 수준(급여량)과 범위 등에 대한 논의가 추가적인 필요하다는 의견이 있었다.

특히, 최근에는 지역사회 사회서비스 투자사업과 같이 서비스나 재원 중복 수혜 여부가 아닌 욕구 당사자의 실질적인 욕구 해결에 방점을 찍으려는 변화가 생기고 있다는 점에서 통합적 차원의 서비스 패키지 제공이 가능할 것이라는 전망을 내비치기도 했다. 장기요양과 장애인 서비스를 묶어서 제공하기 위해서는 분절되어 있는 서비스 간의 연결이 필요하다는 의견이 있었으나 구체적인 방안이 제안되지는 못했다.

제도를 완전히 개선하기 어렵다면 장기요양보험제도와 활동지원제도에 예외 규정을 추가하는 것도 현실적인 개선 방안이라는 의견도 있었다. 독일의 경우 예외 규정을 두어 노인 대상 서비스와 장애인 대상 서비스의 경계를 완화했다. 그렇기에 한국도 유사한 방안을 선택할 수 있겠으나 책임 주체가 명확하지 않을 경우 어려움이 있을 수 있으니 정부부서별 책임 소재를 명확히 하는 작업이 필수적이라는 의견도 있었다.



(2) 고령장애인에게 필요한 서비스 판정 가능 여부

간담회 참석자들은 공통적으로 보수 교육 체계를 개선하는 것이 전문성을 높일 수 있는 현실적인 방안이라고 보았다. 보수 교육 체계와 관련하여 제안된 내용은 아래와 같다.

① 고령장애인 특화 서비스 판정 절차의 필요성

간담회 참석자들은 고령장애인이 가진 욕구의 특수성에 주목하면서 이들의 욕구를 파악할 수 있는 서비스 판정 절차가 필요하다는 데 의견을 모았다. 연령을 기준으로 받을 수 있는 서비스를 결정하는 것이 아니라 장애 수준이나 일상생활 가능 정도 등 개별적인 욕구를 파악하고, 그에 따라 적합한 서비스를 이용할 수 있도록 하는 것이 좋겠다고 보았다. 이를 위한 평가판정 도구 및 서비스 이용 기준에 대한 논의가 필요하다.

② 고려 사항

고령장애인 특화 서비스 판정 절차를 만들고자 할 때 고려되어야 하는 사항으로는 장애 유형 및 특성을 꼽았다. 고려되어야 한다고 생각하는 유형은 전문가별마다 차이가 있었다. 발달 장애, 시각 장애, 정신장애, 내부 장애, 장루 요루 장애로 나누어 욕구 사정 도구를 개발해야 한다는 참석자도 있었던 반면 치매를 동반한 정신 장애인, 감각 장애인을 특화하는 것이면 충분하다는 참석자도 있었다. 고려해야 하는 사항으로는 기능 상태, 현재 활용할 수 있는 물적 자원과 인적 자원, 비공식적 자원 등을 살펴봐야 한다는 의견이 있었다.

(3) 조기노화를 겪는 장애인에 대한 노인 연령 기준(65세) 삭제 또는 축소

현재 문제가 되어 있는 연령 기준에 대한 의견도 있었다. 연령으로 나누는 현 제도에 문제가 있음에는 대부분이 공감했는데 구체적인 내용은 아래와 같다.

① 연령 기준으로 인한 어려움

한 참석자는 특정 나이를 정하지 않고 40세 이후부터는 기능 등에 따라 고령장애

인 여부를 결정한다는 해외 사례를 제시하면서 연령을 기준으로 서비스를 제공하는 것이 고령장애인의 욕구를 반영하고 있지 못함을 지적했다. 또한 75세 이상을 고령 장애인이라고 정의했을 경우 그들의 상태와 욕구가 노인과 어떻게 다른지에 대한 고찰이 필요하다는 의견이 있었다. 노화의 기준은 사람마다 다르기 때문에 65세로 연령 기준을 강화하기보다는 일상생활과 사회참여 제약 정도를 살펴봐야 한다는 의견도 있었다.

② 개선 방향

연령 기준을 삭제 혹은 완화해야 하는 이유는 연령으로 인해 발생하는 사각지대를 줄이고 개별화된 욕구를 사정하기 위함이다. 그렇기에 연령 기준을 당장 개선하지 않더라도 사각지대에 놓인 당사자를 우선적으로 고려하는 것도 방법이 될 수 있다는 의견이 있었다. 제도를 완전히 개선하는 것은 시간이 소요될 수밖에 없기 때문에 예외적 특례 조치 등을 개정 과정에 활용해 사각지대를 줄이려는 노력이 필요할 수 있다.

고령장애인의 돌봄 서비스 지원 방안 연구

발 행 일 : 2023년 10월

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

ISBN 93330 978-89-6921-487-4

※ 본 연구보고서의 내용을 무단 복사하는 것을 금합니다.