

대전복지재단 정책연구2017-7

ISBN 978-89-98568-47-4

---

# 고령장애인 실태와 대응 방안 연구

---

송지현, 윤경아, 박혜미, 김기수



대전복지재단

Daejeon Welfare Foundation



---

# 고령장애인 실태와 대응 방안 연구

---

• 책임연구원

송지현 대전복지재단 연구개발부 책임연구원

• 공동연구원

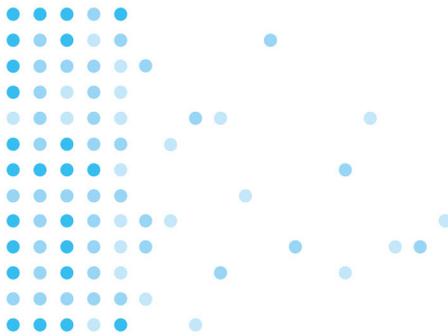
윤경아 대전대학교 사회복지학과 교수

박혜미 대전대학교 사회복지학과 교수

김기수 대전복지재단 연구개발부 책임연구원

• 연구지원

김경현 대전복지재단 연구개발부 위촉연구원



대전복지재단

Daejeon Welfare Foundation



# 차 례

요 약 ..... vii

**제1장 서 론 ..... 3**

제1절 연구의 배경 및 목적 ..... 3

제2절 연구내용 및 방법 ..... 6

    1. 연구내용 ..... 6

    2. 연구방법 ..... 7

**제2장 문헌고찰 ..... 11**

제1절 고령장애인의 개념 ..... 11

제2절 장애발생시기에 따른 고령장애인의 특성 ..... 14

제3절 최근 국내 고령장애인 관련 연구 ..... 15

제4절 국내 고령장애인 관련 정책 ..... 27

    1. 소득보장 ..... 27

    2. 고용보장 ..... 28

    3. 의료보장 ..... 31

    4. 일상생활지원 ..... 31

    5. 여가활동지원 ..... 34

제5절 시사점 ..... 35

    1. 장애인복지정책과 노인복지정책의 연계 ..... 35

    2. 고령장애인에 대한 정책 확대 ..... 36

    3. 고령발달장애인에 대한 대책 및 정책 방향 ..... 37

**제3장 고령장애인의 실태 ..... 41**

제1절 대전광역시 고령장애인 현황 ..... 41

제2절 조사개요 ..... 43

|   |            |
|---|------------|
| 1. 분석자료 .....                                       | 43         |
| 2. 분석내용 .....                                       | 43         |
| 3. 분석방법 .....                                       | 44         |
| 제3절 분석결과 .....                                      | 45         |
| 1. 고령장애인의 개인적 특성 .....                              | 45         |
| 2. 고령장애인의 장애 특성 .....                               | 46         |
| 3. 고령장애인의 건강 특성 .....                               | 50         |
| 4. 고령장애인의 경제적 특성 .....                              | 63         |
| 5. 고령장애인의 문화 및 여가활동 참여 .....                        | 72         |
| 6. 고령장애인의 사회적 차별 인식 .....                           | 75         |
| 7. 고령장애인의 복지욕구 .....                                | 82         |
| <b>제4장 초점집단면접 결과분석 .....</b>                        | <b>89</b>  |
| 제1절 조사개요 .....                                      | 89         |
| 1. 조사목적 및 자료수집 .....                                | 89         |
| 2. 면담진행 .....                                       | 90         |
| 제2절 분석결과 .....                                      | 91         |
| 1. 노화에 의한 신체적, 심리, 정서적 장애, 문제행동 및 노인성 질병의 복합성 ..... | 91         |
| 2. 사회적 관계망의 축소 및 변화 .....                           | 94         |
| 3. 장애와 노화의 교차성에 대비 못하는 지원 체계 .....                  | 96         |
| 4. 노화 관련 지식 및 정보에 대한 교육적 지원 .....                   | 99         |
| 5. 장애영역과 노인영역 간의 연계 강화, 고령장애 전문 인력 및 서비스 구축 .....   | 101        |
| 6. 활동지원서비스 강화, 성인장애주간활동 및 성년후견인 제도 확대 .....         | 103        |
| <b>제5장 결론 및 제언 .....</b>                            | <b>111</b> |
| 제1절 분석결과 .....                                      | 111        |
| 1. 조사자료 분석결과 .....                                  | 111        |
| 2. 초점집단면접 분석결과 .....                                | 116        |

|                                   |     |
|-----------------------------------|-----|
| 제2절 제언 .....                      | 120 |
| 1. 고령장애인의 정책적 지원방안을 위한 기본방향 ..... | 120 |
| 2. 고령장애인의 특성 및 욕구에 기반을 둔 제도 ..... | 124 |
| 참고문헌 .....                        | 135 |

## 표 차례

|  |    |
|--|----|
| < 표 2-1- 1 > 제도상으로 본 고령자의 연령기준 .....               | 13 |
| < 표 2-3- 1 > 국내 고령장애인 관련 연구: 고용 .....              | 17 |
| < 표 2-3- 2 > 국내 고령장애인 관련 연구: 건강 .....              | 19 |
| < 표 2-3- 3 > 국내 고령장애인 관련 연구: 웰빙 .....              | 22 |
| < 표 2-3- 4 > 국내 고령장애인 관련 연구: 고령장애인의 삶에 대한 인식 ..... | 24 |
| < 표 2-3- 5 > 국내 고령장애인 관련 연구: 보고서 .....             | 26 |
| < 표 2-4- 1 > 국내 고령장애인 관련 제도/서비스: 소득보장 .....        | 28 |
| < 표 2-4- 2 > 고령장애인의 연령별 취업유형 .....                 | 29 |
| < 표 2-4- 3 > 국내 고령장애인 관련 사업/서비스: 고용 .....          | 30 |
| < 표 2-4- 4 > 국내 고령장애인 관련 사업/서비스: 의료 .....          | 31 |
| < 표 2-4- 5 > 국내 고령장애인 관련 사업/서비스: 일상생활지원 .....      | 34 |
| < 표 2-4- 6 > 국내 고령장애인 관련 사업/서비스: 문화·여가 .....       | 35 |
| < 표 3-1- 1 > 대전광역시 고령장애인 인구 현황 .....               | 42 |
| < 표 3-2- 1 > 2013년 대전광역시 장애인 실태조사 개요 .....         | 43 |
| < 표 3-2- 2 > 분석영역 및 내용 .....                       | 44 |
| < 표 3-3- 1 > 개인적 특성 .....                          | 45 |
| < 표 3-3- 2 > 장애 유형 .....                           | 46 |
| < 표 3-3- 3 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 장애 유형 .....     | 48 |
| < 표 3-3- 4 > 성별에 따른 장애등급, 장애기간, 장애발생시기 .....       | 49 |
| < 표 3-3- 5 > 연령대에 따른 장애등급, 장애기간, 장애발생시기 .....      | 50 |
| < 표 3-3- 6 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 주관적 건강상태 .....  | 51 |
| < 표 3-3- 7 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 건강검진 여부 .....   | 52 |
| < 표 3-3- 8 > 건강검진을 받지 못한 이유 .....                  | 52 |
| < 표 3-3- 9 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 병원 못간 경험 .....  | 53 |
| < 표 3-3-10 > 병의원을 못간 이유 .....                      | 54 |
| < 표 3-3-11 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 만성질환 여부 .....   | 55 |

|  |    |
|--|----|
| < 표 3-3-12 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 스트레스 정도 .....         | 56 |
| < 표 3-3-13 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 우울 여부 .....           | 57 |
| < 표 3-3-14 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 일상생활 도움 정도 .....      | 58 |
| < 표 3-3-15 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 일상생활 도와주는 사람 여부 ..... | 59 |
| < 표 3-3-16 > 일상생활 도와주는 사람 .....                          | 59 |
| < 표 3-3-17 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 일상생활 도움의 충분성 .....    | 60 |
| < 표 3-3-18 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 혼자 외출 가능 여부 .....     | 61 |
| < 표 3-3-19 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 월평균 외출 횟수 .....       | 62 |
| < 표 3-3-20 > 외출 목적 .....                                 | 63 |
| < 표 3-3-21 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 국민기초생활보장 수급 여부 .....  | 64 |
| < 표 3-3-22 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 월평균 개인소득 .....        | 65 |
| < 표 3-3-23 > 개인 주소득 유형 .....                             | 65 |
| < 표 3-3-24 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 개인 주소득 유형 .....       | 66 |
| < 표 3-3-25 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 가구소득 .....            | 67 |
| < 표 3-3-26 > 전 가구원의 주소득 유형 .....                         | 68 |
| < 표 3-3-27 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 가구원 주소득 유형 .....      | 69 |
| < 표 3-3-28 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 생활비 .....             | 70 |
| < 표 3-3-29 > 장애로 인한 비용 발생 .....                          | 70 |
| < 표 3-3-30 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 현재 근로 여부 .....        | 71 |
| < 표 3-3-31 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 일하지 않는 이유 .....       | 72 |
| < 표 3-3-32 > 지난 1개월 동안 참여한 주된 문화 및 여가활동 .....            | 73 |
| < 표 3-3-33 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 문화 및 여가활동 만족도 .....   | 74 |
| < 표 3-3-34 > 문화 및 여가활동을 만족스럽게 보내지 못한 이유 .....            | 75 |
| < 표 3-3-35 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 차별 정도 .....           | 76 |
| < 표 3-3-36 > 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 결혼 .....             | 76 |
| < 표 3-3-37 > 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 취업 .....             | 77 |
| < 표 3-3-38 > 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 직장생활 .....           | 77 |
| < 표 3-3-39 > 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 운전면허 .....           | 78 |
| < 표 3-3-40 > 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 보험제도 .....           | 78 |

|  |    |
|--|----|
| < 표 3-3-41 > 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 의료기관 이용 .....      | 78 |
| < 표 3-3-42 > 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 정보통신 이용 .....      | 79 |
| < 표 3-3-43 > 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 지역사회생활 .....       | 79 |
| < 표 3-3-44 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 상담자 유무 .....        | 80 |
| < 표 3-3-45 > 사회적 차별에 대한 주된 상담자 .....                   | 80 |
| < 표 3-3-46 > 사회적 차별에 대해 상담이 이루어지지 않는 주된 이유 .....       | 81 |
| < 표 3-3-47 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 폭력경험 여부 .....       | 82 |
| < 표 3-3-48 > 대전광역시 장애인복지사업에 대한 인지 여부 및 이용 경험 .....     | 83 |
| < 표 3-3-49 > 장애인복지사업 정보 취득 방법 .....                    | 84 |
| < 표 3-3-50 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 대전광역시에 대한 요구사항 여부 · | 85 |
| < 표 3-3-51 > 대전광역시에 대한 장애인복지 관련 요구사항 .....             | 86 |
| < 표 4-1- 1 > 초점집단면접 참여자 .....                          | 89 |
| < 표 4-1- 2 > 면담의 질문 구성 .....                           | 90 |

# 요 약

## 1. 연구의 목적 및 연구방법

### □ 연구배경 및 목적

- 전 세계적으로 빠른 고령화 진행으로 우리나라는 고령사회에 진입했음. 장애인구 역시 고령화 현상을 보이고 있음. 고령장애인의 증가추세는 앞으로 지속될 것으로 보임
- 장애인구가 고령화되는 이유는 노인의 평균수명 연장과 노령인구의 각종 노인성 질환으로 인해 장애를 입게 되는 경우가 많아짐. 장애인들의 생존율과 수명이 증가하고 있기 때문임
- 고령장애인 문제는 일반 장애인 및 노인문제보다 심각하며 이중적인 어려움이 존재함. 국가나 지역사회의 개입이 필요한 정책적 과제임에도 장애인의 고령화 현상에 대비하여 수행된 학술 및 정책 연구는 여타 장애인 대상 연구에 비해 상대적으로 부족함
- 노인복지와 장애인복지의 중복대상임에도 불구하고, 노인복지와 장애인복지 영역에서 배제되거나 소외되고 있어 고령장애인을 위한 정책적 대응을 고민할 필요가 있음
- 이에 본 연구는 대전광역시 고령장애인의 실태와 욕구를 파악하고 장애인의 고령화에 따른 대책을 마련하고자 함
- 본 연구의 목적은 고령장애인을 50세 이상 장애를 가진 상태에서 노화로 인한 장애인과 장애인의 노화를 모두 포함하는 것으로 개념화하고, 연령, 장애기간, 장애발생시기에 따라 고령장애인의 특성 및 욕구를 분석하여 실효성 있는 정책적 방안을 모색하고자 하는 것임

### □ 연구방법

- 문헌연구를 통해 국내 고령장애인 관련 정책 및 제도를 분석하고 검토하여 시사점을 도출함
- 2차 자료 분석으로 「2013년 대전광역시 장애인 실태조사」의 데이터를 활용하여 고령장애인의 생활실태와 욕구 등을 분석함
- 장애인이용시설과 장애인거주시설 실무자를 대상으로 총 2회의 초점집단면접을 실시하여 고령발달장애인의 실태 및 욕구, 현장 전문가들의 경험과 견해를 심층적으로 파악함

- 현장 및 학계 전문가의 서면자문을 통해 보고서 검토와 정책 대안에 대한 의견을 수렴하여 반영하도록 함

## II. 고령장애인의 실태

### 1. 조사개요

#### □ 분석자료

- 본 연구는 2013년 6월 20일 ~ 8월 9일에 걸쳐 대전광역시 등록장애인 중 1,079명에 대해 조사된 「2013년 대전광역시 장애인 실태조사」데이터를 추출하여 활용함

#### □ 분석내용

- 「2013년 대전광역시 장애인실태조사」자료에서 50세 이상을 별도로 추출하여 대전광역시 고령장애인의 실태 자료를 구성하여 분석함
- 전체 조사대상자 1,079명 중 50대 이상 고령장애인 741명을 대상으로 분석에 활용함
- 분석내용은 고령장애인의 개인적 특성, 장애특성, 건강 및 보호 특성, 경제적 특성, 문화 및 여가참여, 사회적 차별 인식, 복지욕구임

#### □ 분석방법

- 분석 자료는 SPSS 20.0 프로그램을 활용하여 분석함. 기술통계와 교차분석을 사용함. 고령장애인의 실태와 특성을 파악하기 위하여 빈도분석을 실시하였음

### 2. 분석결과

#### □ 고령장애인의 개인적 특성

- 남성 57.0%(422명), 여성 43.0%(319명)임. 70세 이상의 고령장애인이 45.8%에 달함.
- 초등학교 졸업 33.9%(251명), 고등학교 졸업 20.5%(152명), 중학교 졸업 18.4%(136명), 무학 15.9%(118명), 대학 이상 11.3%(84명) 순임

- 유배우자 63.9%(470명), 사별, 이혼 등과 같이 배우자가 없는 경우 36.1%(266명)으로 나타남
- 가구원 수는 2명 38.1%(282명), 1명 21.3%(158명), 3명 16.5%(122명), 5명 13.0%(96명), 4명 11.2%(83명) 순임

#### □ 고령장애인의 장애 특성

- 고령장애인의 장애 유형은 지체장애 52.4%(388명), 뇌병변장애 14.3%(106명), 청각장애 11.3%(84명), 시각장애 9.0%(67명), 정신장애 5.0%(37명), 신장장애 3.2%(24명), 지적장애 1.8%(13명), 장루·요루장애 1.1%(8명) 등의 순임
- 모든 연령대에서 지체장애의 비율이 높게 나타남. 연령이 높을수록 뇌병변장애와 청각장애의 비율이 높아짐. 장애기간이 길수록 시각장애와 청각장애의 비율이 높아짐
- 고령장애인의 장애기간은 20년 미만 61.4%(454명), 20년 이상 38.6%(286명)으로 나타남. 남성, 여성 모두 노년기에 장애가 많이 발생함

#### □ 고령장애인의 건강 특성

- 연령이 높을수록 건강이 나쁘다고 인식함. 장애가 이른 나이에 발생할수록 주관적 건강상태를 좋다고 인식함
- 연령이 높아질수록 건강검진을 받지 않는 비율이 높아지는 경향을 보임. 장애기간이 길수록 건강검진을 받은 비율이 높은 것을 알 수 있음
- 고령장애인의 76.0%가 만성질환을 가지고 있다고 응답함. 연령이 높고 장애기간이 짧은 고령장애인일수록 만성질환을 앓고 있는 비율이 높음
- 장애가 이른 나이에 발생할수록 일상생활에서 스트레스를 느끼는 정도가 높은 경향을 보임. 장애기간이 짧을수록 우울을 더 느끼는 것을 알 수 있음
- 일상생활을 하는 데 남의 도움이 필요한 정도는 청장년기에 다소 낮아졌다가 노년기에 다시 높아짐. 연령이 높아질수록 제공받는 도움이 충분하지 않다고 느끼는 경향을 보임. 장애기간이 길수록 현재 제공받는 도움이 충분하다고 느끼는 경향을 보임
- 노년기에 장애가 발생한 장애인은 다른 장애인보다 월평균 외출 횟수가 적은 경향을 보임

### □ 고령장애인의 경제적 특성

- 고령장애인의 20.5%가 국민기초생활보장 수급자임. 고령장애인의 74.5%가 개인소득이 전혀 없거나 100만원 미만임. 전반적으로 소득 수준이 매우 낮음
- 발달기에 장애가 발생한 장애인 31.1%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인 44.1%, 노년기에 장애가 발생한 장애인 23.8%가 근로소득 등을 통해 소득을 보장받는 것으로 나타남
- 발달기와 노년기에 장애가 발생한 장애인은 근로소득 등을 통해 소득을 보장받기보다는 공적·사적이전소득을 통해 소득을 보장받는 경향을 보임

### □ 고령장애인의 문화 및 여가활동 참여

- 과반수의 고령장애인이 문화 및 여가활동으로 TV를 시청하였으며, 다른 활동은 5% 미만의 낮은 비율을 보임. 문화 및 여가활동을 참여하고 있지 않다는 응답이 4.5%(33명)로 나타남
- 고령장애인들의 문화 및 여가활동에 참여하기 위해서는 경제적인 부담이 해결되어야 함. 문화적인 활동을 할 수 있도록 이동이 편리해야 함. 문화시설 등의 접근이 가능하도록 편의시설이 확대되어야 함

### □ 고령장애인의 사회적 차별 인식

- 장애로 차별 받고 있다고 느끼는 정도를 조사한 결과, 전혀 느끼지 않음 40.3%, 별로 느끼지 않음 29.8%, 가끔 느낌 18.1%, 항상 느낌 11.8% 순으로 나타남
- 장애기간이 긴 경우, 장애가 이른 나이에 발생할수록 장애 때문에 차별을 받고 있는 정도가 높은 것으로 나타남
- 연령이 어릴수록, 장애기간이 길수록, 장애발생시기가 빠를수록 장애로 인해 폭력을 경험하는 비율이 높아지는 경향을 보임

### □ 고령장애인의 복지요구

- 고령장애인을 대상으로 장애인복지사업 이용경험을 조사한 결과, 통신 관련 요금감면 및 할인이 88.6%(546명)로 가장 높았음
- 장애인복지 관련 요구사항은 소득보장 48.7%(312명), 의료보장 20.3%(130명), 기타

7.3%(47명), 일상생활보장 5.9%(38명), 고용보장 4.4%(28명), 이동권 보장 3.4%(22명) 등의 순임

### Ⅲ. 초점집단면접 결과분석

#### □ 노화에 의한 신체적, 심리, 정서적 장애, 문제행동 및 노인성 질병의 복합성

- 고령발달장애인의 노화 현상들로 치아, 소화기 등의 신체기능 저하, 관절염, 통풍 등의 근골격 질환으로 인한 보행 문제, 고혈압, 당뇨, 치매 등의 이차장애가 발생함
- 노화에 대한 정보 및 인식 부족으로 건강관리를 통한 회복 및 유지 기능이 떨어지고 치료시기를 놓쳐 증상상이 악화되는 사태가 발생하는 경우가 빈번함
- 장애로 인한 기능제한, 고령화에 따른 신체적인 고통, 생활 패턴의 유지 저하, 체력적 소모 및 한계, 무기력감 및 우울증 등 심리적 문제가 복합적으로 진행되면서 전반적인 삶에 대한 의욕이 크게 떨어짐
- 발달장애 특성상 기존 훈련으로 조절되었던 폭력성, 자학, 집착 등의 문제 행동 및 정신측면에서의 증상이 악화되는 경향이 있음

#### □ 사회적 관계망의 축소 및 변화

- 주부양자인 부모의 고령화로 인한 소진 및 부재는 고령발달장애인의 사회적 참여 빈도 및 적극성이 감소됨
- 부양 부담 가중 및 소원함으로 인해 가족 내에서의 존재감이 미약해지는 경향이 있음
- 고령화에 따라 인지적 기능이 떨어짐에도 불구하고 사회적 관계에 있어서는 같은 노년층과 관계 형성을 하고자 하는 욕구가 있음

#### □ 장애와 노화의 교차성에 대비 못하는 지원 체계

- 고령장애인은 보험과 같은 의료지원 체계와의 연계가 매우 어려움
- 등급 판정을 위한 평가 체계 및 그 판정 과정이 장애인의 욕구 및 필요도에 부응하지 못함
- 장애에 대한 재판정 과정을 통해 세부 장애 영역에 대해 더 정확하게 진단하여 장애인의 신체, 심리, 사회적 노화에 대응할 수 있도록 지원 체계 구축이 요구됨

## □ 노화 관련 지식 및 정보에 대한 교육적 지원

- 장애인이 겪게 되는 조기노화나 건강 위험 등 고령발달장애인이 가지는 특별한 욕구에 대한 교육과 건강 지원 서비스에 대한 접근이 가능하도록 적극적인 홍보가 요구됨
- 발달장애 자녀의 고령화에 대해 의식을 못 하거나 돌봄 가족의 소진 및 부재로 소원해지는 경우가 많음
- 장애인 이용시설 및 거주시설 종사자에 대한 발달장애의 노화에 대한 정보 및 지식 관련 교육이 미흡함. 고령발달장애에 대한 건강 및 의료전문가들의 정확한 진단 및 전문 서비스 간 긴밀한 연계가 요구됨
- 이용시설 및 거주시설 종사자들이 고령발달장애인의 사례관리에 있어 전문 가이드라인 구축의 필요성이 제기됨

## □ 장애영역과 노인영역 간의 연계 강화, 고령장애 전문 인력 및 서비스 구축

- 노인 분야와 장애인 분야의 양 영역 간 협력이 필요함. 서로 다른 문화적 차이와 행정적 제약에 따라 상호간 연계 체계가 미흡함
- 고령발달장애인의 특별한 욕구 및 특성을 반영할 수 있는 전문 시설의 구축과 고령장애인 대상 전문 서비스 활성화의 필요성이 제기됨

## □ 활동지원서비스 강화, 성인장애주간활동 및 성년후견인 제도 확대

- 활동보조의 지원서비스 내용과 기능에 따라 장애인 삶의 질이 달라지는 만큼 고령발달장애인의 특성과 욕구에 맞는 차별화된 서비스 제공이 필요함
- 장애인 돌봄과 노인 요양의 역량을 겸비한 활동보조 자격과 요양보호 자격을 모두 갖춘 전문 인력 양성의 필요성이 제기됨
- 고령발달장애인을 대상으로 하는 주간보호서비스 확충, 성인장애 주간활동서비스 강화 필요성이 제기됨
- 생애주기적 서비스 지원의 연속성 유지 및 강화를 위한 성년후견인 제도의 확대 및 심화를 통한 자립 지원 강화의 필요성이 제기됨

## IV. 제언

### □ 고령장애인의 정책적 지원방안을 위한 기본 방향

- 고령장애인을 위한 정책으로 경제적 지원과 건강 및 의료, 일상생활, 사회적 관계, 취미 및 여가활동 등의 영역을 모두 포함하는 다차원적 지원 방안이 마련되어야 함
- 고령장애인에 대한 용어의 통일 및 연령적 개념 정의가 필요함
- 노인복지사업과 장애인복지사업간의 연계 및 자원의 효율적 이용이 필요함

### □ 고령장애인의 특성 및 욕구에 기반을 둔 제도

#### ○ 소득보장

- 고령장애인의 특성에 맞춘 적합한 일자리를 개발하여 지원하는 것이 필요함. 단순히 소득보장의 의미를 넘어 사회적 관계를 유지하고 신체적 건강을 도모하며 자립하여 생활할 수 있도록 고령장애인의 경제활동을 활성화하여야 함
- 소득보장을 위한 다양한 지원이 필요함. 경제적 지원으로 생활 안정을 도모할 수 있는 다양한 지원이 고려되어야 함

#### ○ 의료보장

- 장애의 특성을 이해하고 있는 의료인의 배치와 장애 특성을 고려한 의료설비 구축, 만성질환 관리, 건강증진을 포함한 건강관리 서비스가 필요함
- 정신건강을 위한 심리정서 관련 프로그램 개발 및 사회적 관심과 정책적 지원이 필요함

#### ○ 일상생활지원

- 고령장애인을 위한 돌봄 서비스 지원으로 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도로 받을 수 있는 서비스 혜택을 선택하도록 하는 방안이 필요함
- 장기요양의 욕구가 높은 장애인과 노인을 통합하여, '장기요양제도'를 통해 충분한 서비스 제공과 추가적인 활동지원서비스 제공이 이루어질 수 있도록 제도의 검토가 필요함
- 장애인활동지원제도의 수급자였으나 노인장기요양보험제도의 수급자가 되지 못한 고령장애인에 대한 욕구충족 방안 마련이 필요함

- 고령장애인을 위한 주간보호시설이 확충되어 가족의 돌봄 부담을 경감시키는 지원 서비스가 되도록 해야 함

○ 여가활동지원

- 고령장애인이 참여할 수 있는 문화·여가 프로그램이 개발되어야 함. 지역사회 장애인복지관, 장애인체육관 등의 다양한 기관에서 프로그램을 선택적으로 이용하도록 해야 함
- 경로당을 활성화하기 위해 고령장애인이 이용하기 편리한 시설로 개축되어야 함. 경로당 이용 노인들을 대상으로 장애인식 개선 교육이 필요함
- 모든 장애인을 위한 체육시설을 설치하되, 고령장애인을 위한 특화 운동프로그램을 운영하도록 해야 함

○ 노후대비

- 고령장애인을 위한 후견인 지원 확대를 통해 재산관리와 일상생활 전반에 대한 보호와 지원을 받을 수 있도록 해야 함
- 고령화 사회에 장애인의 노후대비 문제를 해결하기 위해서는 노후 준비에 대한 인식개선 교육이 필요함. 부모 사후 장애인 자녀의 생활에 대해 준비를 해야 하는 부모님 대상 인식개선 방안도 마련되어야 함

Daejeon Welfare Foundation



# 제1장

## 서론





# 제1장 서론

## 제1절 연구의 배경 및 목적

전 세계적으로 유례를 찾을 수 없을 정도로 빠른 고령화가 진행되고 있다. 우리나라는 고령사회에 진입했다. 2000년 고령화사회로 진입한 지 17년 만이다. 65세 이상 노인 인구는 725만7228명으로 전체 인구의 14.0%를 차지하고 있으며, 2026년에는 20%를 상회하는 초고령사회가 될 것으로 전망하고 있다(행정안전부, 2017).

전체 인구의 고령화와 함께 장애인구 역시 고령화 현상을 보이고 있다. 우리나라 전체 장애인구 253만7479명 중 65세 이상 고령장애인이 차지하는 비율은 44.9%로 2011년 38.8%, 2014년 43.3%에 비해 빠르게 증가하는 것으로 나타났다. 또한 50세 이상 고령장애인 비율은 76.0%에 달하는 실정이다(복지로, 2017). 이러한 장애인구의 고령화 증가율은 일반 인구의 고령화 증가율과 비교해 보면 2~3배 높은 수준으로 고령장애인의 증가추세는 앞으로도 지속될 것으로 보인다.

대전광역시 장애인구 또한 고령화가 심화되고 있다. 2017년 5월 현재 대전광역시 전체 장애인구 가운데 65세 이상 고령장애인은 31,313명으로 전체 장애인구 대비 44.0%를 차지하고 있다. 50세 이상 고령장애인 또한 53,422명으로 75.0%에 달하고 있다(대전광역시 내부자료, 2017).

장애 인구의 고령화 현상은 우리나라뿐 아니라 전 세계적으로 두드러진 현상이다. 과거와 달리 장애인구가 고령화되는 주된 이유로는 첫째, 노인의 평균수명 연장과 더불어 노령인구의 각종 노년성 질환으로 인하여 장애를 입게 되는 경우(disability with aging)가 많아졌기 때문이다. 두 번째는 장애인들의 수명이 증가하고 있기 때문이다. 과거와 달리 공공보건의 개선, 의료기술의 발전, 적절한 보장구의 개발, 장애인들의 접근과 기회의 증진 등의 요인으로 인해서 장애인들의 생존율과 수명이 증가하고 있기 때문이다(Putman, 2002; 양희택·신원우, 2011; 우주형, 2017).

일반적으로 고령장애인은 장애발생시기에 따라 ‘노화과정 장애인(late life disabled elderly)’과 ‘고령화된 장애인(life long disabled elderly)’으로 구분할 수 있다. 두 집단 모두 ‘노화’와 ‘장애’ 이슈를 모두 경험하며, 그 특성과 욕구가 다양하다. 이들은 ‘장애’와 ‘노화’를 공통적으로 경험하기 때문에 노동, 건강, 가족지원, 지역사회 참여 등의 영역에서 주요 이슈를 공유하고 있으나, 서로 다른 정체성과 특성 그리고 욕구를 가지는 상이한 집단이기도 하다(노승현, 2007, 김성희 외, 2011).

먼저 노화과정 장애인이란 장애발생시기가 청장년기 이후 즉 노화과정에서 장애를 입은(disability with aging) 고령장애인으로, 노화에 따른 만성질환이나 사고 등으로 장애를 입게 된 경우를 말한다. 노인들은 노화의 영향으로 각종 노인성 질환을 겪게 되면서, 결과적으로 많은 노인이 장애인이 된다는 것이다. 이들은 신체기능의 퇴화로 인해 야기되는 수단적 일상생활수행능력(Instrumental Activities of Daily Living: IADL)이나 일상생활수행능력(Activities of Daily Living: ADL)의 어려움 혹은 감각 및 인지적인 부분의 어려움을 포함하게 된다(Atchley, 1999). 또한 노인들은 연령의 증가에 따라 관절질환, 뇌졸중, 당뇨 등 노인성 질환을 경험하게 되는데 이러한 질환은 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애 출현율을 증가시키고 있다(백은령·노승현, 2012). 이러한 고령장애인의 문제는 주로 노인 분야의 관심 대상이었다(김성희 외, 2011; 황주희 외, 2014).

반면 고령화된 장애인이란 장애와 함께 나이 들어감을 경험(aging with disability)하는 고령장애인을 말한다. 즉, 장기간 장애인으로 살아오면서 노인이 되는 경우로 과거에는 많은 장애인이 낮은 생존율을 보였으며, 조기 사망하는 비율이 높게 나타났다. 그러나 최근 의료기술 발달, 보건환경 개선, 장애인에게 적절하게 맞추어진 재활보조공학 기술과 기기의 발전은 장애인들의 생존율과 수명을 증가시켰다. 이러한 고령장애인은 주로 장애인 분야의 관심 대상이었다(김성희 외, 2011). 선행 연구에 따르면 오랜 기간 장애인으로 살아온 고령화된 장애인은 장애발생 후 15~20년 정도 지나면 비장애인보다 이른 시기에 급격한 신체적, 심리적, 사회환경적 변화, 즉 조기 노화를 경험하게 되며, 기존에 가지고 있던 장애와 더불어 ‘이차적인 장애(secondary conditions)’를 함께 경험하는 것으로 나타났다(Trieschman, 1987; Capoor & Stein, 2005). 특히 이차적인 장애는 기본적인 장애 경험 이후 기존 장애로 인하여 새롭게 발생하는 기능 및 건강의 쇠퇴를 뜻하며, 이러한 조기노화와 이차적 장애 이슈는 고령장애인의 주요 특성이 되었다(황주희 외, 2014).

고령장애인의 특성은 장애발생시기, 장애원인 또는 장애유형에 따라 다양하며, 그 욕구 또한 다양하다. 노화에 따른 장애인은 장애 정체성이 낮고 의료적 서비스에 집중되어 있으며, 청장년기에 장기적으로 노년에 대한 개별적인 준비기간을 갖는다. 또한 노인성 만성질환을 갖고 있으며, 일상생활수행능력에서 장애를 보이게 되고 건강약화 및 적절한 의료재활서비스 이용의 어려움으로 인해 중증장애로 발전하게 될 가능성이 높다. 이와 더불어 우울감이 증대되고 생활만족도 및 삶의 질이 저하되기 때문에 신체적 및 심리사회적 문제가 복합적으로 발생하게 된다. 반면 고령화된 장애인은 조기노화, 이차적 장애로 인해 신체 기능적(ADL, IADL) 측면에서 어려움을 경험하

며, 상대적으로 주관적 신체건강에 대한 부정적 인식이 높고 전 생애기간 중 노년기를 준비할 수 없기에 나타나는 우울감과 스트레스의 증가, 직업을 포함한 사회적 활동에서의 제약이 높다. 더불어 조기노화 및 이차적 장애로 인해 경제활동 유지에 어려움을 겪고 있어 노화에 따른 의료비 부담과 빈곤 문제가 심각하다(권오균, 2008; 양희택·신원우, 2011; 최성일 외, 2013; 우주형, 2017).

더불어 일반인보다 수명이 짧은 것으로 알려진 발달장애인의 평균수명도 의학기술의 발달과 함께 증가하고 있어, 고령장애인의 이슈에 있어 발달장애인의 특성은 또 다른 측면의 접근이 요구된다(박주홍 외, 2016). 발달장애인이 갖는 이슈 중 하나는 조기노화 문제이며, 이들은 특히 조기노화의 위험에 취약한 것으로 알려져 있다. 발달장애인은 비장애인보다 노화증상이 비교적 이른 나이에 나타나기 때문에 발달장애와 더불어 노인성 질병에 시달리는 기간 또한 늘어나게 된 셈이다. 또한 발달장애인은 자신을 돌볼 수 있는 능력이 제한적이거나 자신의 의사를 타인에게 뚜렷하게 전달함에 어려움이 있는 등 중증장애로 인해 지속적인 돌봄이 요구된다. 특히 중증인 경우 서비스 이용에서 배제되거나 소외를 경험하는 것은 잘 알려진 사실이다.

고령장애인은 노인문제와 장애문제에 직면하게 되어 사회적으로 소외될 가능성이 높은 집단이며, 다른 집단보다 복합적인 형태로 문제가 나타난다. 즉 고령장애인 문제는 일반 장애인 및 노인 문제보다 심각하며 이중적인 어려움이 존재한다(김형수, 1996). 따라서 점차 증가하고 있는 고령장애인의 문제는 장애인 당사자와 가족 내에서의 문제이기보다는 국가나 지역사회의 개입을 해야 하는 정책적 과제이다.

최근 인구 고령화와 함께 고령장애인에 대한 학문적 관심이 높아지면서 고령장애인 관련 연구가 장애인복지 분야, 노인복지 분야, 그리고 일부 분야에서 다양한 연구들이 진행되고 있다. 그러나 생애주기에서 노년기에 있는 장애인의 비중이 압도적으로 높음에도 불구하고 장애인의 고령화 현상에 대비하여 수행된 학술 및 정책 연구는 여타 장애인 대상 연구에 비해 상대적으로 부족하다. 또한 우리나라의 장애인복지정책은 이용자 중심으로 점차 발전하고 있으나, 고령장애인의 다양한 욕구를 충족시키기에는 현재 제공되고 있는 지원이 부족한 실정이다. 제4차 장애인정책종합계획(2013~2017)이 수립되면서, ‘장애인과 비장애인이 더불어 행복한 사회’라는 비전 아래 4대 분야 19대 중점과제 71개가 세부과제로 확정되었지만, 고령장애인에 대한 종합적인 정책계획은 국가의 종합적인 장애인 정책계획 안에 포함되지 못하고 세부계획만이 제시되었다. 또한 고령장애인은 노인이라는 특성과 장애라는 특성 모두를 가지고 있어, 노인복지와 장애인복지의 중복대상임에도 불구하고, 노인복지와 장애인복지 영역에서 실제로 배제되거나 소외되고 있어 고령장애

인을 위한 정책적 현실은 매우 제한적인 상황이다. 장애인구의 고령화가 심화되고 있는 상황에서 이들에 대한 정책적 대응을 고민할 필요가 있다.

특히 발달장애인은 장애인의 노화경험을 대표하는 인구로 볼 수 있으며, 이른 시기에 장애가 발생하여 장애기간이 긴 고령화된 고령장애인은 오랜 기간 장애인으로 살아오면서 경제활동 참여에 제약을 경험하고, 결과적으로 빈곤화를 경험할 확률이 높기 때문에 고령장애인 정책에 있어 이들에 대한 우선적인 정책적 관심이 요구된다(황주희, 2015).

따라서 본 연구에서는 대전광역시 고령장애인의 실태와 욕구를 파악하고 장애인의 고령화에 따른 대책을 마련하고자 한다. 이를 위해 본 연구에서는 고령장애인을 50세 이상 장애를 가진 상태에서 노화로 인한 장애인과 장애인의 노화를 모두 포함하는 것으로 개념화하고, 연령, 장애기간, 장애발생시기에 따라 고령장애인의 특성 및 욕구를 비교·분석하였다. 또한 결과를 통해 대전광역시 고령장애인의 특성과 욕구를 반영한 실효성 있는 정책적 방안을 모색하고자 한다.

## 제2절 연구내용 및 방법

### 1. 연구내용

본 연구는 총 5장으로 구성되어 있다. 제1장 서론에 이어, 제2장에서는 국내외 선행 연구 검토를 통해 고령장애인의 개념 및 특성을 파악하였으며, 고용, 건강, 웰빙, 삶에 대한 인식별로 주요 이슈 및 연구의 흐름을 고찰하고자 하였다. 더불어 국내 고령장애인 지원 정책의 현황 및 시사점을 제시하였다. 구체적으로 고령장애인의 소득보장, 고용, 의료보장, 일상생활지원, 여가활동지원 관련 제도 및 사업을 살펴보고, 주요 지원 및 서비스 제공 현황을 파악하여 시사점을 도출하였다. 제3장에서는 2장에서 논의한 고령장애인의 개념을 적용하여 「2013년 대전광역시 장애인실태조사」의 자료를 분석하여 고령장애인의 특성과 욕구를 파악하고자 하였다. 구체적으로는 고령장애인의 개인 및 장애 특성, 건강, 경제, 문화 및 여가활동, 사회적 차별 인식, 복지욕구 등을 파악하여 제시하였다. 특히 고령장애인의 연령, 장애기간, 장애발생시기에 따른 실태와 욕구를 비교 제시함으로써 고령장애인의 특성에 따른 욕구를 파악할 수 있도록 하였다. 제4장에서는 고령발달장애인에 초점을 맞추어 실태와 욕구 등을 파악하였다. 고령장애인 중 고령발달장애인은 장애인은 노화경험을 대표하는 인구로 볼 수 있으며, 최근 발달장애인들은 노년기까지 생존하는데,

이들이 나이가 들면서 일반인구가 경험하는 다양한 노화관련 위험을 경험하고 있다. 고령발달장애인은 30대에서 40대로 진입하면서 생애주기의 변화를 경험하게 되며, 이러한 변화는 노화관련 의존성을 야기한다고 주장하고 있다(Janicki, 2010). 이에 장애인 이용시설과 거주시설 종사자를 대상으로 초점집단면접을 실시하여 고령발달장애인의 실태 및 특성, 어려움, 고령장애인 대상 복지서비스 제공 현황, 서비스 제공시 어려운 점 그리고 정책적 지원방안 등에 대한 내용을 분석하였다. 제5장은 결론 및 정책제언 부분으로 고령장애인 관련 선행 연구 및 지원 정책의 분석 결과, 2차 자료 분석 및 초점집단면접 결과 등을 바탕으로 정책적 지원방안을 제시하였다.

## 2. 연구방법

본 연구는 대전광역시 고령장애인의 실태와 욕구를 파악하기 위하여 문헌연구, 2차 자료 분석, 초점집단면접, 전문가 자문을 실시하였다. 이상의 내용을 더욱 구체적으로 구분하여 서술하면 다음과 같다.

### 1) 문헌연구

선행연구 고찰을 통해 고령장애인의 개념 및 구분기준, 장애발생시기에 따른 특성 등을 검토하였다. 또한 고령장애인의 고용, 건강, 웰빙, 삶에 대한 인식별 관련 연구동향 및 흐름을 파악하였으며, 국내 고령장애인 관련 정책 및 제도를 분석하고 검토하여 주요 시사점을 도출하고 정책 지원 방향을 설정하는데 활용하였다.

### 2) 2차 자료 분석

본 연구는 「2013년 대전광역시 장애인 실태조사」의 데이터를 활용하여 고령장애인의 생활실태와 욕구 등을 분석하였다. 고령장애인의 연령, 장애기간, 장애발생시기에 따른 장애 특성, 건강, 경제, 문화 및 여가활동, 사회적 차별 인식, 복지 욕구 등을 파악하였다.

### 3) 초점집단면접(Focus Group Interview: FGI)

장애인이용시설과 장애인거주시설 실무자를 대상으로 총 2회의 초점집단면접을 실시하였다. 이를 통해 고령발달장애인의 실태 및 욕구, 현장 전문가들의 경험과 견해를 심층적으로 파악하였

다. 첫 번째 초점집단면접은 장애인거주시설 실무자를 대상으로 약 2시간에 걸쳐 진행되었다. 면접내용은 서비스 제공자로서 고령장애인 이슈에 대해 논의하며 고령장애인의 실태 및 특성 등을 파악하였다. 특히 고령발달장애인의 특성, 일상생활, 서비스 욕구 및 제공시 어려움, 고령발달장애인의 가족 특성 및 욕구 등을 비구조화된 방식으로 진행하였다. 두 번째 초점집단면접은 장애인이용시설 종사자들과 약 2시간에 걸쳐 진행되었으며, 1차 초점집단면접과 동일한 주제 하에 비구조화된 방식으로 진행하였다. 인터뷰 내용은 참여자 동의하에 모두 녹음되었으며, 대상자의 익명성을 보장하기 위해 구체적인 인적사항은 제시하지 않았다.

#### 4) 전문가 자문

본 연구는 고령장애인 실태 및 욕구 분석과 초점집단면접 분석 결과를 토대로 현장 및 학계 전문가의 의견을 수렴하여 대전광역시 고령장애인의 정책적 지원방안을 모색하고자 서면자문을 실시하였다. 작성된 보고서에 대한 검토와 정책 대안에 대한 의견을 수렴하여 최종보고서에 반영하도록 하였다.



## 제2장

---

### 문헌고찰

---





## 제2장 문헌고찰

장애인구의 고령화와 함께 고령장애인에 대한 연구와 정책 개발의 필요성이 제기되었으며(김성희 외, 2012; 황주희 외, 2014), 지방정부차원에서도 지역 고령장애인에 대한 조사연구와 이를 기초로 한 지원제도나 사업 개발에 대한 관심이 증가하고 있다. 대전시에서도 고령장애인에 대한 정책 개발을 위해 대전복지재단과 연계하고 있다. 이 장에서는 고령장애인의 개념, 장애발생시기에 따른 고령장애인의 특성, 최근 고령장애인 관련 주요 연구를 검토하고, 관련 제도를 분석함으로써 대전시 고령장애인 관련 정책이나 사업에 필요한 시사점을 제공하고자 한다.

### 제1절 고령장애인의 개념

고령장애인은 어의 상 장애를 가진 고령자를 의미하지만, 장애와 고령의 기준이 다양하기 때문에 연구나 정책에 따라 다양하게 정의되고 있다. 고령장애인의 개념을 정의하기 위해서는 장애의 개념과 고령장애인의 연령기준을 검토할 필요가 있다. 먼저, 최근의 장애 개념 이해를 위해서는 세계보건기구(WHO)의 새로운 국제장애분류(International Classification of Functioning, Disability and Health; ICF)에 대해 살펴볼 필요가 있다. ICF는 건강과 건강 관련 상태를 표현하기 위해 2001년 WHO가 개발한 국제장애분류체계로 기능차원에서 건강을 다루며, 건강상태를 구성하는 요소에 주목하고 있다(통계청, 2010). ICF에서는 1980년 국제장애분류(International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps; ICIDH)와 달리 장애를 독립적으로 정의하지 않고 있으며<sup>1)</sup>, 신체 기능과 구조, 활동, 참여 측면에서 기능수행과 장애에 대해 설명하고 있다.

ICF는 건강상태를 설명하는 요소를 기능과 장애 및 배경의 두 가지 요인으로 구분하여 설명하면서, 기능과 장애 및 배경요인이 역동적으로 상호작용함으로써 건강상태를 구성한다고 가정한다

---

1) ICF가 개발되기 전에 WHO는 장애를 ICIDH 모델로 설명하였다. ICIDH에서는 장애를 손상, 기능제한, 사회적 불리의 세 가지 단계로 분류하고, 이 세 가지를 포괄적으로 장애의 분류로 포함시켰다. 손상은 질병, 상해, 선천적 기형 등으로 인해 만성적 또는 영구적으로 나타나는 심신의 구조적, 기능적 손상자체를 의미한다. 기능제한은 손상에 의해 개인이 일상생활 속에서 활동수행 능력이 제한되거나 결여되는 것을 의미한다. 사회적 불리는 손상이나 기능제한으로 인해 사회적 차원에서 경험하는 불이익으로 역할수행이 제한되거나 불가능해지는 상태를 의미한다. ICIDH는 신체적인 손상이 기능상의 제한으로, 이것이 사회적 불리로 가는 장애형성의 과정을 제시한다(통계청, 2010).

(통계청, 2010). 장애는 건강문제만을 의미하는 하는 것이 아니라 손상, 활동제한, 참여제약을 포괄하는 복잡한 현상으로 개인의 신체와 개인이 처해 있는 사회적 상황들 간의 상호작용에 영향을 받는다. 즉 ICF에서 장애는 신체의 기능과 신체구조, 활동, 참여의 요소에 이상이 있는 손상, 활동제한, 참여제약의 상태를 의미한다.

그리고 이러한 장애의 적용은 사회의 규범에 영향을 받기 때문에 장애인의 정의 및 범주는 사회에 따라 차이가 있다. 우리나라의 장애인복지법 제2조 1항에서는 "장애인"을 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자로 규정하고 있다. 이러한 정의는 포괄적인 의미에서 보면 WHO의 ICIDH나 ICF의 기능적 정의와 상당히 유사하다(황수경, 2004). 그러나 제2조 제2항에서는 "이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자"로 규정하고 장애유형을 각 호에 제시함으로써 장애유형에 따라 장애인 인정여부를 결정하고 있다. 구체적으로는 장애인복지법 시행령에서 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 의미한다. 보건복지부고시 제2015-188호의 장애인의 분류에 따르면 장애는 신체적 장애와 정신적 장애로 구분된다. 신체적 장애는 다시 외부신체기능의 장애(지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면장애)와 내부기관의 장애(신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애, 장루·요루장애, 뇌전증장애)로 구분된다. 정신적 장애는 발달장애(지적장애, 자폐성장애)와 정신장애(정신장애)로 구분된다. 우리나라는 장애인의 범위를 신체 구조 및 기능상의 장애로 판정하고 있으며, 장애유형을 정하여 최저기준을 제시하고 있다(나은우·정한영, 2009).

다음으로, 고령장애인의 연령기준과 관련된 문제다. 일반적으로 고령이란 많은 나이를 의미하며, 노인, 고령자, 노령 등의 용어와 혼용되고 있다. 고령의 개념이나 기준은 법률이나 제도 또는 프로그램에 따라 다양하게 규정되고 있다. <표 2-1-1>에서 볼 수 있듯이 국내 고령장애인 관련 주요 법률에서도 고령의 개념이 노인, 고령자, 노령과 같이 사용되고 있다. 구체적으로, 고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률은 55세 이상을 고령자, 50세 이상 55세 미만을 준 고령자로 규정하고 있으며, 가정폭력범죄의 처벌에 관한 특례법, 기초연금법에서는 60세 이상을 노인이나 고령으로 설정하고 있다.

〈 표 2-1-1 〉 제도상으로 본 고령자의 연령기준

| 영역       | 고령장애인 관련 주요 법률  | 연령기준  |
|----------|---|---|
| 장기<br>요양 | <b>노인장기요양보험법</b><br>제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.<br>1. "노인 등"이란 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진 자를 말한다.   | 65세 이상자를 노인으로 규정                            |
| 복지       | <b>노인복지법</b><br>제1조(목적) 이 법은 노인의 질환을 사전예방 또는 조기발견하고 질환상태에 따른 적절한 치료·요양으로 심신의 건강을 유지하고, 노후의 생활안정을 위하여 필요한 조치를 강구함으로써 노인의 보건복지증진에 기여함을 목적으로 한다.   | 노인복지사업시행규칙에 대상노인의 연령을 60-65세 이상인 자로 규정      |
|          | <b>가정폭력범죄의 처벌 등에 관한 특례법</b><br>제4조(신고 의무 등) ② 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람이 직무를 수행하면서 가정 폭력범죄를 알게 된 경우에는 정당한 사유가 없으면 즉시 수사기관에 신고하여야 한다.<br>2. 아동, 60세 이상의 노인, 그 밖에 정상적인 판단 능력이 결여된 사람의 치료 등을 담당하는 의료인 및 의료기관의 장   | 60세 이상을 노인으로 규정                             |
| 연금       | <b>국민연금법</b><br>제1조(목적) 이 법은 국민의 노령, 장애 또는 사망에 대하여 연금급여를 실시함으로써 국민의 생활 안정과 복지 증진에 이바지하는 것을 목적으로 한다.<br>제61조(노령연금 수급권자) ① 가입기간이 10년 이상인 가입자 또는 가입자였던 자에 대하여는 60세(특수직종근로자는 55세)가 된 때부터 그가 생존하는 동안 노령연금을 지급한다.   | 노령연금 수급개시 연령 60세로 규정                        |
|          | <b>기초연금법</b><br>제1조(목적) 이 법은 노인에게 기초연금을 지급하여 안정적인 소득기반을 제공함으로써 노인의 생활안정을 지원하고 복지를 증진함을 목적으로 한다.<br>제3조(기초연금 수급권자의 범위 등) ① 기초연금은 65세 이상인 사람으로서 소득인정액이 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액 이하인 사람에게 지급한다.  | 60세 이상인 자를 노인으로 규정                          |
| 고용       | <b>고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률</b><br>제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.<br>1. "고령자"란 인구와 취업자의 구성 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 연령 이상인 자를 말한다.<br>2. "준고령자"란 대통령령으로 정하는 연령 이상인 자로서 고령자가 아닌 자를 말한다.<br>고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률 시행령<br>제2조(고령자 및 준고령자의 정의) ① 「고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률」 제2조제1호에 따른 고령자는 55세 이상인 사람으로 한다.<br>② 법 제2조제2호에 따른 준고령자는 50세 이상 55세 미만인 사람으로 한다. | 55세 이상인 자를 고령자, 50세 이상 55세 미만인 사람을 준고령자로 규정 |
| 이동       | <b>교통약자의 이동편의 증진법</b><br>제1조(목적) 이 법은 교통약자가 안전하고 편리하게 이동할 수 있도록 교통수단, 여객시설 및 도로에 이동편의시설을 확충하고 보행환경을 개선하여 사람중심의 교통체계를 구축함으로써 교통약자의 사회 참여와 복지 증진에 이바지함을 목적으로 한다.<br>제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.<br>1. "교통약자"란 장애인, 고령자, 임산부, 영유아를 동반한 사람, 어린이 등 일상생활에서 이동에 불편을 느끼는 사람을 말한다.   | 고령자를 교통약자로 규정하고 있으나 고령자의 연령기준은 제시되지 않음      |

노인복지법에서는 노인에 대한 용어 정의는 없으나 노인복지사업 시행규칙에 이용대상 노인의 연령을 60세 혹은 65세로 구분하여 적용하고 있다. 국민연금법에서는 노령연금 수급개시 연령을 60세로 규정하고 있으나, 1998년 연금개혁조치로 연금수급연령은 2013년부터 2033년까지 60세에서 5년마다 1세씩 늦춰져 65세로 상향 조정된다. 현재 1952년생까지는 60세, 1953년-1956년생은 61세, 1957년-1960년생은 62세이며, 1969년 이후 출생자의 연금수급개시 연령은 65세로 늦춰진다. 노인장기요양법에서는 65세 이상자를 노인으로 규정하고 있으며, 교통약자의 이동편의 증진법에서는 고령자를 교통약자로 규정하고 있지만 고령자에 대한 구체적인 정의가 제시되지 않았다.

위에서 살펴본 바와 같이, 고령장애인과 관련이 깊은 법 규정에서 고령이나 노인의 개념을 명확하게 규정하고 있지는 않으나 각 법률의 입법목적에 맞게 고령 혹은 노인, 노령에 해당되는 대상을 60세 이상 또는 65세 이상으로 구분하여 적용하고 있다. 이러한 점에 비추어 고령장애인의 연령도 이에 준하여 설정할 수 있다. 그러나 거동장애와 이에 따른 의료적 문제가 있는 장애인의 경우에는 전형적인 노화과정에서 70세 이후에 의료적, 기능적 문제발생비율이 높아지는 데에 반해 70세 이전에 급속한 노화가 진행된다(OMRDD, 2009). 급속한 노화를 경험하는 장애인은 의료적, 기능적 문제발생비율이 50세나 그 이전부터 높아질 수 있다는 점에서(Trieschmann, 1986), 40세 이상이나 50세 이상의 장애인을 고령장애인으로 볼 수 있다. 1995년부터 2013년까지 발표된 장애노인 관련 학술논문을 분석한 이경준과 정명선(2014)의 연구에서도 연령기준의 분석대상이 된 88편의 논문들에서 장애노인의 연령기준은 40세 이상(3편, 3.4%), 50세 이상(7편, 8.0%), 55세 이상(17편), 60세 이상(24편, 27.3%), 65세 이상(37편, 42.0%)으로 다양하게 적용되었다.

## 제2절 장애발생시기에 따른 고령장애인의 특성

장애를 가진 사람은 장애를 가지고 나이 들어가면서(aging with disability), 장애발생시기에 따라 수년 간 혹은 수십 년간, 심지어는 전 생애동안 끊임없이 지속되는 기능상의 문제를 경험할 수 있다(Verbrugge, Latham, & Clarke, 2017). 또한 장애를 가진 사람들은 노화과정에서 장애나 신체적 손상으로 인해 직·간접적으로 신체적·심리적 건강상태에 영향을 받게 되는 이차적인 건강 문제가 발생한다(Jensen et al., 2012). 이에 따라 장애를 가지고 나이 들어가는 사람들은 빠른

노화(accelerated aging)를 겪게 된다. 빠른 노화란 장애를 가진 후에 노화와 관련된 특성이나 질병이 일반적인 노화과정에서 발생하는 것보다 더 많이 발생하거나 더 일찍 나타나는 상태로 장애 발생시기나 장애기간, 역연령, 출생코호트 같은 시간적 요소의 영향을 받는다(Jensen, Hirsh, Molton, & Bamer, 2009).

장애발생시기와 장애기간을 고려하여 우리나라 고령장애인의 특성을 살펴본 황주희 외(2014)의 연구<sup>2)</sup>에 의하면, 고령화된 장애인은 노화과정 장애인에 비해 주관적 건강상태에 대한 인식과 만성질환 유병률로 볼 때 상대적으로 건강하고 외부활동에 적극적이지만, 차별과 빈곤위험이 높게 나타났다. 반면 노화과정 장애인은 차별과 경제적 측면에서는 상대적으로 양호하지만, 건강, 돌봄욕구, 생활만족도의 영역에서는 취약한 것으로 나타났다. Verbrugge와 Yang(2002)의 연구에서도 장애발생시기에 따라 고령장애인의 특성 및 욕구에 차이가 있음을 밝혔다. 사회참여는 양 집단 모두 전반적인 건강상태가 좋지 않을 때 감소하였지만, 장애가 아동기에 발생한 경우에는 성인기에 장애인이 된 경우보다 많은 기능상의 문제가 있음에도 불구하고, 성인기에 장애인이 된 사람들에 비해 사회참여 활동이 비슷하거나 오히려 더 높게 나타났다.

### 제3절 최근 국내 고령장애인 관련 연구

다음에서는 2010년 이후 고령장애인 관련 국내 주요 연구들을 살펴보고자 한다. 이경준과 정명선(2014)<sup>3)</sup>이 1995년부터 2013년까지 발표된 고령장애인 관련 연구논문을 체계적으로 분석한 바 있으며, 고령장애인 관련 정책도 2000년대 이후 새로 생기거나 기존 정책의 경우에도 내용상 변화가 있기 때문이다. 구체적으로 2010년 이후 주요 학술지와 보고서에 게재된 고령장애인 관련 연구들을 고용, 건강, 웰빙, 고령장애인의 삶에 대한 인식 측면에서 살펴보고자 한다.

<표 2-3-1>에서는 고령장애인 고용 관련 주요 연구를 살펴보았다. 일반적으로, 근로능력이 있다 하더라도 장애인은 비장애인에 비해 고용 상 취약계층으로 선진국과 개발도상국 모두에서 비장애인에 비해 취업률이 낮고 실업률이 높다(Mitra, Posarac, & Vick, 2011). 이러한 상황은 우리

2) 이 연구에서는 고령화된 장애인을 장애기간이 20년 이상이면서 발달기에 장애가 발생된 인구로 정의하고, 노화과정 장애인을 장애기간이 20년 미만이면서 고령기(65세 이상)에 장애가 발생된 인구로 조작적으로 정의하였다.  
3) 이 연구에서는 학술지, 연구자 수, 연구주제, 연구방법, 연구대상 등에 대해 분석을 실시하였다. 연구결과 총 45개 학술지에 총 92편의 고령장애인 관련 연구들이 게재되었으며, 연구자 수는 1인 단독연구가 다수를 차지하였다. 연구주제는 생활만족 및 차별경험, 실태조사 및 서비스욕구, 정신건강, 취업, 직업 및 소득보장, 중재프로그램, 보건 및 의료, 정책 및 제도, 부양자 및 보호자 요인 등의 순으로 높게 나타났다.

나라도 마찬가지로여서 의무고용률제도 등 정부의 장애인의 고용률 관련 대책이 실시되고 있다.

본 연구에서 살펴본 고령장애인의 고용 관련 연구는 50세나 55세 이상을 대상으로 진행되었으며(노승현, 2012; 서대석, 2012; 박재철, 2013; 이수용 외, 2015; 남정휘, 2017), 박재철(2013)의 연구를 제외한 나머지 연구들은 장애인고용패널조사 자료를 활용하여 2차 분석하였다. 구체적으로, 고령장애인의 취업형태에 대한 종단적 추이를 분석한 노승현(2012)의 연구에서는 장애특성과 사회인구학적 특성에 따라 취업형태 예측요인을 분석하였다. 이 연구에서는 연구결과에 따라 고령장애인의 취업률을 높이기 위한 방안으로 고령장애인의 특성을 고려한 직무조정, 여성 장애인이나 내부장애인, 중증정신장애인의 특성에 맞는 취업전략, 장애가 늦게 발생한 장애인의 고용유지 대책이 필요함을 강조하였다. 고용의 질과 장애인노인의 생활만족도 간의 관계를 연구한 서대석(2012)의 연구에서는 월평균 임금, 월평균 근무일수, 직업적 배려, 직무만족도, 직무적합도가 고령장애인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인으로 나타났다. 연구결과에 따라 장애인노인의 고용기회 확대, 장애인노인의 특수성을 감안한 직업적 배려, 장애인노인의 교육·기술·기능에 적합한 일자리 제공과 관련된 정책과 직무만족도 증진 방안 모색의 필요성이 제기되었다.

박재철(2013)은 고령장애인(50~64세)의 노동시장에서의 차별을 청장년장애인(15~49세) 및 일반고령자(50~64세)와의 비교를 통해 분석하였다. 이를 통해 장애인고용장려금정책에서 고령여부(50~64세)를 반영하여 여성장애인과 중증장애인처럼 고령장애인에게도 추가지원하는 방안, 임금보조 외에 고령장애인을 위한 다양한 직종개발, 취업상담, 교육훈련, 취업알선까지 통합적으로 지원되는 노동공급측면의 고용서비스 강화방안을 강조하였다. 또한 장애인고용제도에서 연령차별을 보완하고 고령자고용제도를 흡수하는 쪽으로 고령자고용제도와 장애인고용제도의 통합이 필요함을 지적하였다. 고령장애인의 노동시장 진입 예측요인을 분석한 이수용 외(2015)의 연구에서는 취업가능성을 높이기 위한 방법으로 기초생활 수급권자를 위한 노동시장 유인과 노인성 장애로 인한 만성질환의 관리, 구직활동상에서의 차별 해소, 고용서비스의 접근성 향상의 필요성을 강조하였다. 고령장애인의 고용유지과정과 고용유지 가능성 예측요인을 분석한 남정휘(2017)는 연구결과에 기초하여 대책이 필요한 사항에 대해 다음과 같이 제시하였다. 구체적으로 살펴보면, 첫째, 고령장애인의 고용확대 및 고용안정을 위해 우선적으로 건강보장체계 개선이 필요하다. 둘째, 고령장애인은 노화과정에서 질병에 대한 위험에 노출되고, 질병발생률 증가에 따른 의료비 부담이 높기 때문에 고령장애인에 대한 부담금 산정의 특례조치와 더불어 부담금 산정에서 사업주 지원방안 검토 및 고령장애인의 신체적·정신적 상태를 고려한 직무배치나 적합한 직종개발이 필요하다. 셋째, 장애인고용공단 등에서 고령장애인의 특성을 반영한 직업훈련과정 및 고용서비스 프로그램

개발이 필요하다. 넷째, 고령장애인의 고용안정을 도모하기 위해서는 열악한 임금체계를 개편하고, 고용상의 차별예방체계를 마련하는 것이 시급한 과제로 최저임금이상의 의무고용제 등 강력한 조치의 마련과 더불어 노동시장 진입 및 고용안정에 방해되는 물리적 장벽 개선을 위해 정당한 편의 제공이 필요하다.

〈 표 2-3-1 〉 국내 고령장애인 관련 연구: 고용

| 저자           | 조사대상 및 방법  | 주요 연구결과   |
|--------------|--|---|
| 노승현 (2012)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1차, 2차, 3차 조사 모두 에 참여한 50~75세 고령장애인 2,522명</li> <li>- 2008~2010년까지의 장애인 고용패널조사<sup>4)</sup> 자료</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 남자인 경우 배우자가 있을 때, 연령이 낮을수록, 장애기간이 긴 경우 신체외부 장애에 비해 감각장애인인 경우 취업확률이 높았으며, 정신장애 및 내부장애는 취업 확률이 낮게 나타남</li> <li>- 장애가 경증일수록, 주관적 건강상태가 양호할수록, 건강, 일 지장 정도가 낮을수록 취업확률이 높았으며, 교육년수가 짧을수록, 자격증이 있을 때, 고용서비스 경험이 있을 때, 주관적 경제상태 상층에 속할 때, 자산수준이 높을 때, 부채수준이 높을 때, 근로 외 소득이 낮을 때 취업확률이 높게 나타남</li> </ul> |
| 서대석 (2012)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 55세 이상 임금근로 장애인 357명</li> <li>- 장애인고용패널조사 중 3차조사 자료</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 생활만족도에 영향을 미친 변인은 학력수준, 월평균 임금, 월평균 근무일수, 직업적 배려, 직무만족도, 직무 적합도인 것으로 나타남</li> </ul>  |
| 박재철 (2013)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2008년 고령화연구패널조사(45세 이상)와 2008년 장애인고용패널조사(15세 이상 72세 이하의 등록장애인)을 대상의 데이터를 병합하여 사용</li> </ul>               | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 고용측면에서 고령장애인은 일반고령자와 청장년장애인에 비해 종사상위위가 낮고 불안정하여 실질적인 격차가 나타났으나 통계적으로 유의한 수준에서는 연령에 따른 차이만을 검증할 수 있어 이종차별은 제한적으로 확인됨</li> <li>- 고령장애인의 월평균임금은 일반고령자의 55%, 청장년장애인의 79.6%이고, 시간급임금에서도 차이가 있었으나 연령에서만 유의하게 나타나 장애여부에 따른 이종차별은 제한적으로 확인됨</li> </ul>   |
| 이수용 외 (2015) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50세 이상의 장애인</li> <li>- 6차 장애인고용패널조사 자료를 이용한 이차자료 분석</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 고령장애인과 비고령장애인에게 공통적인 취업예측요인은 성별, 기초생활수급 여부, 노후준비여부로 나타남</li> <li>- 고령화된 장애인과 노인성 장애인에게 공통적인 취업결정요인은 연령, 기초생활수급여부, 구직활동에서의 차별 여부로 나타남</li> </ul>  |
| 남정휘 (2017)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 50세 이상 장애인 506명</li> <li>- 장애인고용패널 3차부터 8차까지의 자료 분석</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 최장기간(6년)까지 취업상태로 남아 있는 비율은 58.1%이고, 퇴사율은 41.9%로 나타나 전체 취업한 고령장애인의 약 41%가 퇴사하는 것으로 나타남</li> <li>- 퇴사율은 1년을 기점으로 그 후부터 지속적으로 감소추세가 나타나 고령장애인이 전반적으로 불안정한 고용상태임을 확인함</li> <li>- 인적자본요인 중 교육수준이 높을수록 고용유지 가능성이 높게 나타남</li> <li>- 고용환경요인에서는 임금수준이 높을수록 고용유지 가능성이 높게 나타남</li> </ul>                    |

4) 장애인복지법에 규정되어 있는 15개 장애유형별로 등록 장애인 5,092명을 대상으로 2008년부터 매년 패널조사를 실시하며, 2015년 8차까지 완료되어 있는 상태다.

<표 2-3-2>에서는 고령장애인의 건강과 관련된 주요 연구들을 살펴보았다. ICF에서 정의하듯이 장애는 손상, 활동 제한, 참여 제약을 포괄하는 개념이기 때문에, 장애는 특정 건강조건(뇌성 마비, 다운증후군 등)을 가진 개인의 개인적 요인과 환경적 요인이 상호영향을 미쳐 나타난 결과다. 장애와 관련된 특정 건강조건에 따라 장애인의 건강상태와 케어욕구에 큰 차이가 있지만(WHO, 2016), 많은 연구에서 장애를 가진 사람들은 일반인구집단보다 건강상태가 나쁜 것으로 나타났다(Rimmer & Rowland, 2008). 노년기의 주요 관심사가 건강임을 고려하면 고령장애인에게 건강은 매우 중요한 관심영역이다.

구체적인 연구를 살펴보면, 양희택과 신원우(2011)는 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 특성 비교를 통해 장애인노인의 건강상태나 우울 등을 분석하였다. 연구결과 고령화된 장애인이 노화에 따른 장애인에 비해 신체 및 기능적 장애수준, 건강상태나 우울 등이 더 열악하게 나타났으며, 이를 기초로 고령화된 장애인과 노화에 따른 장애인의 욕구와 이에 기반을 둔 서비스 및 제도의 구축에 있어 좀 더 세밀한 고려가 필요함을 강조하였다. 또한 고령화된 장애인에 대한 현황 및 욕구 파악이 필요하고, 고령화된 장애인 및 노화에 따른 장애인에 대한 노인복지와 장애인복지의 학문적·정책적·실천적 결합과 연구의 필요도 제기하였다. 정덕진(2014)은 고령장애인의 주관적 건강과 우울 간의 관계에서 심리사회적 자원(자아존중감, 사회적지지)의 조절효과가 있음을 검증하였다. 문필동과 이정화(2016)는 장애인노인의 경제활동이 건강상태에 어떠한 영향을 미치고 있는지를 검증하고 이 관계 속에서의 가족관계만족도 매개효과를 분석하였다. 이 연구에서는 고령장애인에게 일자리는 소득뿐만 아니라 건강을 보다 오래 유지하고, 가족관계나 사회관계를 더 긍정적으로 유지할 수 있게 하는 복합적인 의미가 있음을 보여주었으며, 고령장애인을 대상으로 노년기 부부관계와 부모자녀관계, 고부관계, 형제자매, 친인척관계 등의 가족관계를 향상시키는 통합적인 가족관계증진프로그램 개발의 필요성을 강조하였다.

김정석 등(2017)은 중년장애인(40~64세)과 고령장애인(65세 이상)의 우울 예측요인을 분석하였으며, 전 생애주기에 걸친 우울예방 및 감소 전략이 필요하지만, 특히 고령장애인의 우울예방 노력이 우선적으로 시급한 과제임을 강조하였다. 고령장애인의 경우 일상생활 도움필요가 주요 우울 예측요인으로 나타난 점에 비추어 고령장애인의 정신건강 증진방안으로 돌봄서비스의 필요성을 제안하였다. 또한 정신건강 증진을 위해 신체적 건강을 포함한 다차원적 접근과 중년장애인의 우울예방 활동 시 개인 내적요인 뿐만 아니라 사회적 차별 개선 노력도 추진되어야 함을 강조하였다. 노승현 등(2017)의 연구에서는 고령장애인이 경험한 차별과 사회적 지지가 신체 건강(주관적 건강, 만성질환 빈도)과 정신건강(우울)에 영향을 미치는지, 이러한 관계가 장애정체감을

통해 매개되는지, 또 이러한 매개효과가 중증장애인과 경증장애인에게서 차별적으로 나타나는가를 검증하였다. 연구결과, 중증 고령장애인의 경우 보험, 정보통신, 지역사회생활 및 일상생활에서의 차별경험 수준이 경증 장애인에 비해 상대적으로 높았으며, 차별경험이 우울에 유의한 영향을 미치는 것으로 나타나 장애기간이 긴 고령장애인과 중증 고령장애인의 차별경험 전략마련이 강조되었다. 사회적 지지와 우울 간의 관계에서 장애정체감의 매개효과가 검증됨에 따라 고령장애인의 장애정체감 증진방안 모색 필요성도 제기되었다.

〈 표 2-3-2 〉 국내 고령장애인 관련 연구: 건강

| 저자                          | 조사대상 및 방법   | 주요 연구결과   |
|-----------------------------|---|---|
| 양희택<br>신원우<br>(2011)        | - 장애인노인 677명<br>- 2009년도 3차 국민노후 보장<br>패널 자료          | - 64세 이전에 장애진단을 받은 고령화된 장애인과 65세 이후 장애진단을 받은 노화에 따른 장애인으로 구분<br>- 고령화된 장애인이 노화에 따른 장애인에 비해 경제적 수준, 신체 및 기능적 장애 수준과 건강상태, 우울과 삶의 만족도 측면에서 더 열악한 상태로 나타남  |
| 정덕진<br>(2014)               | - 65세 이상 장애인노인 650명<br>- 한국복지패널 2011년도 자료             | - 자아존중감이 평균적인 수준이거나 사회적 지지를 좀 더 많이 경험할수록 주관적 건강이 우울에 미치는 영향을 완충하는 것으로 나타남   |
| 문필동<br>이정화<br>(2016)        | - 60세 이상 장애인노인 1,144명<br>- 한국복지패널 8차년도 자료             | - 취업이 장애인노인의 정신적 및 신체적 건강상태에 긍정적으로 기여하는 것으로 나타남<br>- 경제활동에 참여할수록 가족관계 만족도가 높아지고, 부부관계나 자녀관계에서 만족도가 높아질수록 장애인노인의 건강상태가 좋아지는 것으로 나타남  |
| 김정석<br>신유리<br>노승현<br>(2017) | - 40세 이상 장애인 486명<br>- 2014년 한국복지패널 장애인<br>부가조사자료     | - 40대에 비해 50대는 우울수준이 다소 낮아지는 경향을 보이나 65세 이후 급격하게 증가하는 것으로 나타남<br>- 고령장애인의 경우 중년장애인에 비해 여성, 중졸이하, 사별/이혼, 장애상태 악화, 저소득, 일상생활 도움필요의 비중이 높게 나타남<br>- 고령장애인은 장애로 인한 사회적 차별경험, 친구 및 지인지지의 수준이 낮게 나타났으며, 중년장애인의 우울 예측요인은 미혼, 가족지지, 사별/이혼, 일상생활 도움필요, 장애로 인한 사회적 차별, 친구 및 지인의 순임<br>- 고령장애인의 우울 예측요인은 일상생활 도움필요, 가족지지, 연령, 장애상태 악화, 미혼, 친구 및 지인지지의 순임 |
| 노승현<br>신유리<br>김정석<br>(2017) | - 50세 이상 시각, 청각, 지체<br>장애인 359명<br>- 2016년 장애인패널조사 자료 | - 중증 고령장애인의 경우 보험차별, 정보통신차별, 지역사회생활차별, 일상생활차별 경험 수준이 경증 장애인에 비해 상대적으로 높았으며, 차별경험이 우울에 유의한 영향을 미침<br>- 사회적 지지 수준이 높을수록 신체건강 수준이 높게 나타남<br>- 고령장애인의 사회적 지지 수준이 높을수록 장애정체감 수준이 높았고, 장애정체감 수준이 높을수록 우울 수준이 낮게 나타났으며, 사회적 지지와 우울 간의 관계에서 장애정체감의 매개효과가 검증됨  |

<표 2-3-3>에서는 고령장애인의 웰빙(well-being) 관련 주요 연구들을 살펴보았다. 개인에게 있어서 웰빙이란 신체적, 사회적, 정신적으로 긍정적 상태에 있음을 의미하며(DEFRA, 2010), 상호 관련된 4가지 요소(기본적 욕구, 경제적 욕구, 환경적 욕구, 주관적 행복)로 구성된다(Summers, Smith, Case, & Linthurst, 2012). 고령자의 웰빙이 무엇인가에 대해 합의된 정의는 없지만, 국제적으로 개발된 활기찬 노후(active aging), 생산적 노후(productive aging), 성공적 노후(successful aging), 긍정적 노후(positive aging)와 유사한 개념으로 사용된다(Department of Health, 2014). 활기찬 노후는 고령자들이 나이 들어가면서도 삶의 질을 개선할 수 있도록 건강, 참여, 안전의 기회를 최대화하는 과정이다(WHO, 2002). 이 정의에는 고령자가 건강하고, 생산적이며, 안전하게 자신의 방식에 따라 삶을 영위하는 데 필요한 요소들이 포괄적으로 규정되며(Buy et al., 2008), 노인의 자립, 참여, 케어, 자기실현 및 존엄성에 대한 고려가 포함된다(WHO, 2002). 생산적 노후에서는 자신의 건강과 가족, 지역 및 사회에 기여하기 위해 다양한 활동을 하는 노인들의 기여가 강조된다(Butler & Gleason, 1985). 성공적 노후에서 중요한 것은 장애와 인지기능 저하를 예방하는 것이며, 성공적 노후에 결정적 영향을 미치는 요인은 인구학적/사회경제적 요인이라기보다는 생활습관, 만성질환, 주관적 건강이다(Depp & Jeste, 2006). 긍정적 노후에서는 노인들이 노화과정에서 상실과 획득 모두를 경험할 수 있음을 인정하고, 노년기는 보상에 초점을 맞춰야 하는 시기임을 강조한다(Browne, 2009). 이러한 개념들에서는 공통적으로 신체적, 정신적 건강과 자립, 참여, 안전의 향상이나 유지 기회 제공을 통해 삶의 질을 높이는 것이 중요하다(Alpine Shire Council·Alpine Health, 2013).

본 연구에서 살펴본 고령장애인의 웰빙 관련 연구에서는 대개 생활만족도, 행복감, 노후준비를 종속변수로 하여 연구를 진행하였다. 먼저, 생활만족감을 종속변수로 한 연구들을 살펴보면 다음과 같다. 송미영(2011)은 고령장애인을 대상으로 9개 차원의 일상생활만족도와 일상생활만족도 예측요인에서 성별차이를 파악하였다. 성별에 관계없이 사회경제적 지위(하층), 건강상태(나쁜 편, 만성질환 있음), 가족과 타인의 도움필요, 장애정도(중증)이 일상생활만족도에 부정적 영향을 미치는 것으로 조사되었다. 성별에 따라서는 여성의 경우에는 낮은 연령, 남성의 경우에는 무학보다는 중졸/고졸이상이 일상생활만족도가 높게 나타났다. 이종운과 허만세(2012)는 사회적·정서적 고립감과 가족기능이 청각장애노인의 생활만족도에 미치는 영향을 검증하였다. 이에 따라 청각장애노인쉼터 등과 같은 공간 마련을 통해 청각장애노인의 사회적, 정서적 소외감을 감소시킬 수 있는 방안을 마련해야 하며, 청각장애노인들의 특성을 반영한 프로그램 개발이 시급함을 강조하였다. 또한 이 연구를 통해 청각장애노인의 가족기능 강화를 위해 가족과 함께할 수 있는 프

로그램 개발 및 실시가 필요함이 시사되었다. 이준상(2012)은 시각장애노인의 생활만족도 예측요인을 분석하여, 시각장애인의 성별, 월평균 가구소득, 여가활동 참여 정도, 재가복지서비스 이용 정도가 생활만족에 영향을 미침을 밝혔다. 시각장애노인들의 생활만족도는 보통수준이었으며, 재가복지서비스 이용정도는 사회복지시설 이용보다 상대적으로 높게 나타났고, 여가활동 참여 정도는 매우 낮게 나타났다. 박현숙과 양희택(2013)은 고령장애인의 차별경험이 생활만족도에 어떠한 영향을 미치는지를 장애수용의 매개효과를 중심으로 분석하였으며, 차별경험과 생활만족도 간 장애수용의 부적 매개효과를 검증하였다. 연구결과에 기초하여 장애노인이 일상생활에서 겪는 차별로 인해 생활만족도가 낮은 상황이라는 하지만, 생활만족도를 높이기 위해서는 장애노인이 긍정적인 장애정체성을 가질 수 있도록 장애노인 스스로의 인식개선뿐만 아니라 장애인복지영역과 노인복지영역에서 공동의 노력이 요구됨을 강조하였다. 이미정(2016)은 삶의 만족도와 장애유지기 간의 상호작용변수가 성공적 노화에 부정적인 영향을 미치는 것을 검증하고, 이에 따라 초기 장애 발생 시점에서의 즉각적 개입의 필요성을 강조하였다. 송진영(2017)은 고령장애인의 노후준비여부와 사회경제적 지위가 생활만족도에 미치는 영향을 파악하고, 취업여부가 노후준비여부 및 사회적 지위와 생활만족도 간의 관계를 조절하는지 검증하였다. 고령장애인의 노후준비여부와 생활만족도 간의 관계에서 취업여부의 조절효과가 나타남에 따라 고령장애인의 취업활동 촉진을 위한 직업재활프로그램, 고령장애인의 경험을 최대화할 수 있는 일자리 개발, 고령장애인의 비경쟁 노동시장진입 프로그램과 서비스 개발 등을 강조하였다.

이해경과 강승원(2016)은 고령장애인의 행복감 예측요인을 분석하였다. 고령장애인의 행복감은 10점 만점에 5.2점이었으며, 농촌지역은 장애기간이 길수록, 사회적 고립감이 낮을수록, 사회참여활동이 높을수록 행복감이 높게 나타났고, 도시지역은 사회참여활동이 높을수록 행복감이 높게 나타났다. 이러한 결과를 바탕으로 농촌과 도시지역별 고령장애인의 행복감 증진방안을 제안하였다. 먼저, 농촌지역 고령장애인의 행복감을 높이기 위해서 여가프로그램 개발과 이동권 확대, 의료기관과 장애인복지관 연계체계 구축, 문화시설 접근성 확대 방안이 필요함을 강조하였다. 도시지역은 기존 평생교육, 문화체험프로그램뿐만 아니라 경제활동, 봉사활동, 정치활동 등 다양하게 조직화된 활동에 참여할 수 있도록 기회를 확대할 필요가 있으며, 노인복지와 장애인복지 서비스의 분절성을 개선할 수 있는 방안 모색이 강조되었다.

한편, 박현숙(2016)은 고령장애인의 경제적 상실감이 사회참여와 장애수용에 미치는 영향을 검증하였다. 경제적 상실감이 높을수록 사회참여가 낮아지지만, 장애수용이 경제적 상실감과 사회참여와의 관계에서 부적 부분매개 변수로 나타났다. 이러한 결과를 바탕으로 고령장애인들의

장기간의 장애에 대한 경험을 비장애인들에게 이야기로 들려줌으로써 고령장애인에게는 장애수용 강화를, 비장애인들에게는 장애인식 개선의 기회로 활용함으로써 지역사회 내에서 장애에 대한 공감대를 형성할 수 있도록 지원하는 방안이 강조되었다.

〈 표 2-3-3 〉 국내 고령장애인 관련 연구: 웰빙

| 저자             | 조사대상 및 방법  | 주요 연구결과  |
|----------------|--|--|
| 송미영 (2011)     | - 65세 이상 장애인 386명<br>- 1차 장애인고용패널조사 자료를 활용한 이차자료분석                   | - 여성장애노인과 남성장애노인은 일상생활만족도 영향요인의 차이가 있는 것으로 나타남; 여성은 연령이 낮을수록 일상생활만족도가 높았으며, 남성은 교육 수준이 무학일 경우보다 중졸과 고졸이상일수록 생활만족도가 높게 나타남<br>- 공통적으로는 사회경제적 지위(하층), 건강상태(나쁜 편, 만성질병 있음), 가족/타인의 도움필요, 장애정도(중증)가 일상생활만족도에 부적 영향을 미침   |
| 이중운 허민세 (2012) | - 대구청각·언어장애인복지관 이용경험 있는 65세 이상 청각장애인 93명<br>- 면접조사                   | - 사회적·정서적 고립감, 가족기능이 생활만족도에 영향을 미치는 것으로 나타났으며, 가족기능이 생활만족도에 가장 큰 영향을 미치는 요인으로 조사됨  |
| 이준상 (2012)     | - 55세 이상 시각장애노인 182명   | - 시각장애노인들의 생활만족도는 보통수준이었으며, 재가복지서비스 이용정도는 사회복지시설 이용보다 상대적으로 높게 나타났고, 여가활동 참여는 매우 낮게 나타남<br>- 인구사회학적 특성과 장애특성에 따른 생활만족도의 차이를 분석한 결과, 시각장애노인의 가구원 수, 직업 유무, 장애정도 등에서 유의한 차이가 나타남<br>- 시각장애노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인은 성별, 월평균 가구소득, 여가활동 참여 정도, 재가복지서비스 이용정도로 조사됨 |
| 박현숙 양희택 (2013) | - 55세 이상의 고령장애인 2,461명<br>- 장애인고용패널 4차년도 자료를 활용한 이차자료분석              | - 고령장애인의 일반적 특성(성별, 주관적, 사회경제적 지위, 장애유형)에 따라 생활만족도에 차이를 나타냄; 성별의 경우에는 여성이 남성보다 높게 나타났으며, 주관적·사회경제적 지위는 상층, 중상층, 하층, 중하층의 순으로 높고, 장애유형에서는 정신적 장애가 다른 장애유형보다 높게 나타남<br>- 차별경험과 생활만족도 간 장애수용의 부적 매개효과 검증  |
| 박현숙 (2016)     | - 경기, 충청지역의 55세 이상 318명<br>- 설문조사                                    | - 경제적 상실감이 높을수록 사회참여가 낮아지는 것으로 나타남<br>- 장애수용이 경제적 상실감과 사회참여 사이에서 부적 부분매개 변수로 나타남   |
| 이해경 강승원 (2016) | - 50세 이상 고령장애인 459명<br>- 설문조사  | - 고령장애인의 행복감은 10점 만점에 5.2점<br>- 농촌지역은 장애기간이 길수록, 사회적 고립감이 낮을수록, 사회참여활동이 높을수록 행복감이 높게 나타남<br>- 도시지역은 사회참여활동이 높을수록 행복감이 높게 나타남   |
| 이미정 (2016)     | - 65세 이상 장애인 295명<br>- 국민노후보장패널 제4차 본 조사와 부가조사 데이터(2011)를 활용한 이차자료분석 | - 장애노인의 성공적 노화(노후)를 신체 기능의 상실로 일상생활에 제약이 따르더라도 스스로 무엇인가를 할 수 있다는 능동적인 자세를 가지며 자신의 환경을 통제하고 적응해나가는 삶으로 정의<br>- 삶의 만족도는 장애노인의 성공적 노화에 긍정적인 영향을 미침<br>- 삶의 만족도와 장애유지기간의 상호작용변수가 성공적 노화에 부정적인 영향을 미치는 것으로 나타남  |
| 송진영 (2017)     | - 50세 이상의 고령장애인 2,717명<br>- 8차 장애인고용패널자료를 사용한 이차자료분석                 | - 노후준비여부와 사회경제적 지위는 생활만족도와 정적 관계<br>- 고령장애인의 노후준비여부와 생활만족도 간의 관계에서 취업여부의 조절효과가 나타남   |

<표 2-3-4>에서는 고령장애인의 삶을 내부자적인 관점에서 탐색한 연구들을 살펴보았다. 윤명숙과 정향숙(2012)은 노인정신장애인들의 삶의 경험과 특성을 현상학적인 방법을 통해 심층적으로 접근하였으며, 연구결과를 바탕으로 이들의 삶의 주요 주제어로 병과 함께 한 오랜 세월, 덜어내야 할 서러움, 보호자가 필요한 어른, 스스로 부추김, 일에 대한 간절함, 짙게 없는 인생의 뒤안길을 도출해 내었다. 김미옥 등(2013)은 60~70대 고령여성장애인 6명을 대상으로 그들의 삶을 내부자적 관점에서 탐색하였으며, 여성으로 장애를 가지고 살아왔던 삶은 힘들고 고단했으나 노년기가 되면서 장애인 보다는 노인의 특성에 더 가까운 모습을 보임을 관찰하였다.

신유리 등(2016)은 초점집단면접 결과를 바탕으로 정책적, 실천적 시사점을 다음과 같이 제시하였다. 첫째, 고령장애인의 이차장애를 예방하고 관리할 수 있는 의료적 개입이 필요하며, 이를 위해 장애유형별로 이차장애에 대한 기본적인 의료데이터 구축 작업이 선행되어야 한다. 둘째, 장애인의 건강한 노후를 위해 의료이용 및 서비스 접근성을 높이는 것이 필요하며, 이를 위해 의료기관 내에 장애를 고려한 의료검진장비를 갖추고 의료진의 장애이해를 높이기 위한 노력이 필요하다. 셋째, 장애인의 생애주기에서 직면하게 되는 신체적·정신적 변화를 잘 알고 시기적절한 의료적 개입을 체계적으로 할 수 있도록 장애인주치의제의 검토가 필요하다. 넷째, 장애인복지관이나 노인복지관 등에서 소규모 단위의 프로그램이나 여가문화 활동프로그램을 개발하여 노령을 맞는 장애인의 관계망 증진 방안을 모색해야 한다. 다섯째, 고령화된 장애인에 대한 활동보조서비스 제공과 여가활동, 평생교육프로그램 제공이 필요하다. 여섯째, 사회복지관이나 스포츠기관에서 장애를 가진 노인의 체력향상을 위해 일상적 운동 관련 단계별 프로그램을 개발하고 관리시스템을 구축해야 한다.

〈 표 2-3-4 〉 국내 고령장애인 관련 연구: 고령장애인의 삶에 대한 인식

| 저자                          | 조사대상 및 방법   | 주요 연구결과   |
|-----------------------------|---|---|
| 윤명숙<br>정향숙<br>(2012)        | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 정신분열병 병력이 10년 이상이며, 장애인으로 등록되었고 현재 지역사회에 거주하고 있는 5명</li> <li>- 심층면접</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 자료분석은 Colaizzi가 제시한 6단계 과정에 따라 경험의 본질적 구조로서 16개의 주제와 6개의 주제묶음(병과 함께 한 오랜 세월, 덜어내야 할 서러움, 보호자가 필요한 어른, 스스로 부추김, 일에 대한 간절함, 질게 없는 인생의 뒷안길)을 도출함</li> <li>- 노인정신장애인들은 노인이자 장애인, 장애인이자 정신장애이로서 사회적으로 고립되어 있었고 편견의 뒷안길에 서성거리며 위치하고 있는 것으로 분석됨</li> <li>- 경제적으로 어려운 삶속에서 남은 가족들의 간헐적인 지지와 주변의 도움에 희망을 발견하고 살아가는 것으로 분석됨</li> </ul>   |
| 김미옥<br>김고은<br>최수연<br>(2013) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 60~70대 고령여성장애인 6명</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 고령여성장애인은 장애를 처음 인식하게 된 그 시절을 죽음 같은 절망으로 기억하고 있으며, 이후 장애에 순응과 타협의 과정을 거치며 여성장애인으로서 여성성 상실, 소극적이고 움츠러듦을 통해 사회적으로 배제되는 생활을 한 것으로 나타남</li> <li>- 이러한 과정에서 불편한 일상으로 인해 어려움을 겪으며, 아픔인 동시에 힘의 근원으로서 가족을 인식함</li> <li>- 고령이 되면서 가장 큰 어려움은 약해지는 건강과 깊어가는 가난이며, 한편으로는 생의 회한과 혼자 남겨지는 것에 대한 두려움이었으나, 일부 참여자들은 삶의 작은 일에 감사하는 모습을 보여줌</li> </ul>  |
| 신유리<br>김정석<br>김경미<br>(2016) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 지체·뇌병변·시각장애·청각장애를 가진 장애인 40대 중후반, 50대, 60대의 장애인</li> <li>- 초점집단면접</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 급격한 신체적 변화에 직면해 있으며 나이 들어감 혹은 노령경험을 이차장애를 떠안는 자신의 삶으로 해석</li> <li>- 나이 들어가도 비장애인들과 함께 하지 못하고 여전히 관계와 참여에서 장애를 이유로 거부당하고 배제를 경험</li> <li>- 나이 들에 따라 야기되는 이차장애와 건강악화로 인해 의존성이 더욱 확대되지만 장애인의 관계망은 더 위축되고 사회적 지지도 결핍되는 상호 모순된 현상이 발견됨</li> <li>- 장애인집단 내에서 젊은 계층으로부터 소외를 경험하고, 일반노인들 사이에서도 분리를 경험하는 경우 부정적이고 타자화된 자기 정체감을 갖게 됨</li> <li>- 노화로 악화된 힘겨운 상황을 살아내는 삶 가운데 죽음을 항상 염두에 두며, 내려놓은 삶의 연속적 과정으로 노령의 의미를 해석</li> <li>- 나이 들과 장애, 질병발생에 따른 의존성 확대와 자율성 상실 등에 대해 거부감이나 두려움을 갖기보다 어쩔 수 없이 받아들여야 할 삶의 일부로 여김</li> <li>- 노화로 신체변형과 질병 등 이차장애를 앓고 있지만 그런 삶의 고난과 절망에 집중하기보다는 지금 현재 삶에 대한 희망과 기대를 더 드러내기도 함</li> </ul> |

이 밖에서 연구보고서를 통해 황주희 등(2013)은 고령장애인을 대상으로 통합적 복지서비스 제공 기반 마련을 위해 필요한 내용들을 파악하기 위해 3개년도의 장애인 실태조사 자료를 분석하고, 관련 전문가들을 대상으로 한 초점집단면접을 실시하였다(표 2-3-5). 연구결과를 바탕으로 고령장애인 정책의 우선순위와 고령장애인의 특성과 욕구에 맞는 정책, 고령장애인 정책의 방향을 제안하였다. 먼저, 고령장애인 정책의 우선순위에서 고령화된 장애인의 경우 경제활동참여 제한 등으로 인하여 국민기초생활보장 수급비중이 높아 적극적 고용지원, 소득지원 등 다각적 경제적 지원이 필요함을 언급하였다. 또한 발달장애인의 경우 장애인복지시설의 주이용자이나, 향후 노화를 경험하는 부분에 대한 지원 내용은 부족한 점을 고려하여 향후 노화 이슈에 대응하는 프로그램 개발 및 관련 시설의 확대가 필요함을 강조하였다. 다음으로, 고령장애인 정책의 대상과 관련하여 장애인의 조기노화 및 이차 장애발생과 같은 특성을 고려하여 50세 등 별도의 연령기준에 따라 지원이 이루어져야 하고, 고령화된 장애인노인과 노화과정 장애인의 특성에 따른 대책 마련의 필요성을 제기하였다. 구체적으로, 고령화된 장애인노인의 경우 이차적 장애 및 조기노화의 이슈가 있으므로 이를 예방할 수 있는 건강 관련 서비스(재활 등 의료지원서비스와 확대, 식생활개선이나 합병증 예방 등 건강서비스 등)의 개발과 정책적 지원이 필요하고, 노화과정 장애인은 상대적으로 건강, 돌봄욕구, 생활만족도가 고령화된 장애인노인에 비해 낮으므로 장애 적응과정 및 생활만족도 향상 대책이 필요하다. 끝으로, 향후 고령장애인 정책은 다음과 같은 방향으로 진행되어야 함을 강조하였다. 첫째, 고령장애인과 같이 복지사각지대에 있는 복합적 욕구를 가진 대상을 위한 서비스제공은 장애인복지관 등과 같은 통합적 복지서비스를 제공하는 시설들을 적극적으로 활용해야 한다. 둘째, 고령장애인을 위한 복지시설 간 연계를 촉진하기 위한 시범적인 연계기금의 시범운용을 통해 장애인노인이 장애인복지영역과 노인복지영역에서 소외되지 않을 수 있는 방안을 마련해야 한다. 셋째, 노인장기요양보험과 장애인활동지원제도의 역할재검토가 필요하며, 장애인복지 및 노인복지분야의 전문가 간 교류를 통해 이용자 입장에서의 통합적 제도 설계가 필요하다.

손능수 등(2017)은 2014년 장애인실태조사 자료에서 경상북도 지역 65세 이상 장애인을 추출하여 이차자료 분석하였으며, 연구결과를 바탕으로 경상북도 차원에서 고령장애인 관련 정책과 실천현장에 필요한 제안을 하였다. 구체적으로, 정책적 차원에서는 고령장애인 관련 정책 수립 시 농촌 재가장애인노인의 보충적 서비스 제공을 위한 조례 제정, 농촌지역 재가장애인노인의 접근성과 이동권 확보를 위한 이동차량지원 확대 필요성 등이 강조되었다. 실천적 차원에서는 노인돌봄서비스에서 일반노인과 구별되는 장애인 맞춤형 돌봄서비스 제공, 농촌 경로당을 장애인노인들이 이용하기 편리한 시설로의 개축 등이 제안되었다.

< 표 2-3-5 > 국내 고령장애인 관련 연구: 보고서

| 저자                          | 조사대상 및 방법  | 주요 연구결과  |
|-----------------------------|--|--|
| 황주희 외<br>(2014)             | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 장애노인의 현황 및 특성 분석을 위해 2005년, 2008년, 2011년 장애인실태조사 자료를 이용한 이차자료 분석</li> <li>- 장애인복지, 노인복지 및 통합적 복지서비스 제공 실무자를 대상으로 한 초점집단면접</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 이차자료 분석결과                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① 20년 이상 오랜 기간 장애를 경험한 고령화된 장애인은 고령기에 장애를 경험한 노화과정 장애인에 비해 상대적으로 건강하다고 인식하고 있으며, 외부활동에 적극적이지만 사회적 차별과 경제적 빈곤위험이 높은 특성이 있음</li> <li>② 노화과정 장애인은 고령화된 장애인에 비해 상대적으로 건강, 돌봄욕구, 생활만족도에서 위험요인을 경험하는 반면 차별경험과 경제적 측면에서는 양호한 경향을 보임</li> </ul> </li> <li>- 초점집단면접 분석결과                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① 장애인에게 통합적 복지서비스 제공과 관련하여, 실무자들이 느끼는 어려움은 현행 복지서비스가 대상별로 구분되고, 이에 따라 복지시설 운운도 이원화되어, 이러한 체계 내에서 장애노인의 통합적 복지욕구를 충족시켜 나가는 데에 현실적 어려움이 있음(복지시설 간 배타성, 편의시설의 문제, 재정지원방식의 이원화로 인한 어려움 등)</li> <li>② 장애인 대상 통합적 복지서비스 제공을 위해서는 새로운 형태의 재정지원 및 서비스 제공방식 고민의 필요성을 제기함</li> <li>③ 복지기관의 장애노인에 대한 통합 서비스 제공 노력이 기관평가 항목 등에 반영됨으로써 장애와 노인에 대한 통합적 서비스 지원을 지원할 수 있는 환경조성의 필요성을 제기함</li> </ul> </li> </ul>   |
| 손능수<br>이신영<br>이중운<br>(2017) | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 2014년 장애인실태조사 자료에서 경상북도 지역 65세 이상 장애인을 추출하여 이차자료 분석</li> <li>- 시군 담당공무원, 장애인 복지시설 관계자, 노인복지시설 관계자, 장애인 및 노인 단체 관계자를 대상으로 한 초점집단면접</li> <li>- 초점집단면접 조사지역과 동일한 지역에 거주하고 있는 노인 중 기관 및 단체의 서비스를 이용하고 있는 재가 장애인과 서비스를 이용하지 않고 있는 재가 장애인 각각 유형별로 2명씩 개별면접</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- 초점집단면접 분석결과                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① 자원의 제한으로 우선 서비스대상 결정에 어려움이 있음</li> <li>② 장애유형별, 경증장애노인과 중증장애노인, 고령화된 장애인과 노화과정 장애인에 따라서 욕구가 다르므로 차별화된 서비스 계획의 필요성이 제기됨</li> <li>③ 장애인단체에서 적은 수의 인력으로 사업을 진행하다보니 업무량이 많아 근거리 거주 장애인 위주로 사업이 진행되어, 교통오지에 사는 장애인에 대한 서비스 확충에 어려움이 있음</li> <li>④ 장애인들은 주위사람들의 반응에 민감하며 차별대우를 받는다고 생각하는데, 이런 감정이 타인과 대인관계를 맺는데 장애요인이 되어 사회적 관계 단절을 초래하는 문제가 제기됨</li> </ul> </li> <li>- 개별면접 분석결과                             <ul style="list-style-type: none"> <li>① 대부분의 장애인들은 수입이 충분하지 않아 생활비 및 의료비 지출, 주택개선과 관련하여 어려움을 겪고 있음</li> <li>② 장애인들은 어느 정도 차별경험을 가지고 있으며, 여기에서 오는 차별감은 장애인들의 사회적 관계의 단절을 가져오고 삶의 의욕을 저하시킴</li> <li>③ 장애인들이 프로그램을 이용하지 않는 이유는 거리가 멀어서, 차량지원이 없어서, 프로그램이 있는지 알지 못해서, 차별을 느껴서, 크게 도움이 되지 않아서 등 다양한 의견이 표출되었음</li> <li>④ 경로당은 일반노인을 위하여 설계, 건축되어 장애인들이 계단, 의자, 화장실 등을 이용하는데 어려움이 있음</li> </ul> </li> </ul> |

## 제4절 국내 고령장애인 관련 정책

노인복지정책의 대상은 일반적으로 연령을 기준으로 규정되기 때문에 장애인의 경우 65세 전에는 장애인복지정책의 대상이지만 65세 이후에는 노인복지정책의 대상으로 전환된다. 이에 따라 우리나라의 고령장애인 관련 제도나 서비스는 장애인복지와 노인복지의 두 영역에서 이루어진다. 다음에서는 이 두 정책 영역 중 고령장애인과 관련이 깊은 내용에 대해 살펴보려고 한다.

### 1. 소득보장

고령장애인의 주요 소득보장제도로는 장애인연금과 장애수당, 기초연금 등을 들 수 있다(표 2-4-1). 먼저, 고령장애인의 소득을 직접 보전해주는 각종 연금에 대해 살펴보면 다음과 같다. 장애인연금은 장애로 인한 근로능력 상실과 추가비용을 보전해 주기 위해 매월 일정 금액을 연금으로 지급하는 제도이다. 지급대상은 소득하위 70%의 장애인연금대상 중증장애인이다. 장애인연금은 근로능력 상실 보전을 위한 기초급여와 추가비용 보전을 위한 부가급여로 구분되는데, 기초급여는 모든 장애인연금 대상자에게 지급하며, 부가급여는 기초생활수급자, 차상위계층, 차상위 초과자에게 지급한다. 장애수당은 장애로 인한 추가비용 보전을 목적으로 18세 이상의 경증장애인에게 월 4만원(보장시설 수급자 월 2만원)을 지급한다. 기초연금은 노인의 생활안정 지원과 복지 증진을 목적으로 만들어진 제도로 지급대상은 65세 이상 노인 중 소득하위 70% 이하이다. 보건복지부(2017. 8. 22. 보도자료)에 의하면, 기초연금액은 2017년 현재 20만6050원으로, 65세 이상 노인 중 소득하위 70%인 약 475만 명이 받고 있다. 소득 기준선은 노인들의 소득과 재산 분포, 임금·지가·물가상승률 등을 종합적으로 반영해 해마다 설정하는데, 1인가구는 올해 119만원, 부부인 가구는 190만4천원이다. 장애연금은 장애인연금법을 근거로 시행되는 장애인연금과 달리 국민연금법에 의해 시행되는 국민연금의 한 종류로 국민연금 가입 중에 발생한 질병이나 부상으로 장애가 생겼을 때 지급된다. 장애연금은 장애등급에 따라 일정한 급여를 지급하며, 장애가 계속된다면 노령연금을 받을 때까지 지급된다.

〈 표 2-4-1 〉 국내 고령장애인 관련 제도/서비스: 소득보장

| 제도/서비스  | 대상  | 지원내용   |
|---------|---|--|
| 장애인연금1) | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18세 이상의 중증장애인 중 소득하위 70%</li> <li>• 중증장애인은 장애등급 1급, 2급 및 3급 중복 장애를 가진 장애인</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18세 이상 중증장애인에 대하여 기초급여와 부가급여를 합한 금액을 지급</li> <li>• 기초급여(18-64세): 최대 206,050원 지급                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- (65세 이상) 동일한 성격의 급여인 기초연금으로 전환하여 지급하고, 기초급여는 미지급</li> </ul> </li> <li>• 부가급여(18세 이상): 20,000-286,050원 지급</li> </ul>  |
| 장애수당2)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 18세 이상 경증장애인</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 국민기초생활수급자와 차상위계층: 1인당 월 4만원 지급(보장시설 수급자는 월 2만원)</li> </ul>  |
| 기초연금3)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 65세 이상 노인 중 소득 하위 70%</li> </ul>   | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 기초연금액 산정: 국민연금 수급여부 및 수급액에 따라, 무연금자와 저연금자는 기준연금액 전액을 기초연금액으로 받게 됨( '17년 기준 연금액 206,050원)                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- 국민연금 수급자 중 국민연금액이 30.9만 원 이상인 경우, 50%까지 기초연금액을 감액</li> </ul> </li> <li>• 기초연금 급여액 산정: 개인별로 산정된 기초연금액에 부부 동시 수급여부나 소득 인정액 수준에 따라 부부감액이나 소득역전방지 감액을 적용한 뒤, 최종 기초연금 급여액을 결정</li> <li>• 2017년 현재 평균 기초연금 급여액은 평균 18.4만원 수준</li> </ul> |
| 장애연금4)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 국민연금 가입기간 중 장애 발생자</li> </ul>  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애등급(1~3급)에 따라 기본연금액의 100~60%* 지급, 장애4급은 기본연금액의 225%를 일시보상금으로 지급                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1급: 기본연금액 100% + 부양가족연금액</li> <li>2급: 기본연금액 80% + 부양가족연금액</li> <li>3급: 기본연금액 60% + 부양가족연금액</li> </ul> </li> </ul>   |

자료: 1) 보건복지부(2017). “장애인연금 개요” [http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=06&MENU\\_ID=063701](http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=063701). (2017-10-20 방문).  
 2) 보건복지부(2017). “장애수당/장애아동수당” [http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=06&MENU\\_ID=063701](http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=063701). (2017-10-20 방문).  
 3) 기초연금(2017). “제도안내” [http://basicpension.mohw.go.kr/Nfront\\_info/basic\\_pension\\_1.jsp](http://basicpension.mohw.go.kr/Nfront_info/basic_pension_1.jsp). (2017-10-20 방문).  
 4) 보건복지부(2017). “연금·수당” [http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=06&MENU\\_ID=063701](http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=063701). (2017-10-20 방문).

## 2. 고용보장

고령장애인의 고용 관련 정책을 살펴보기 전에 장애인의 경제활동실태를 살펴보면 다음과 같다. 2015년 장애인 경제활동 실태조사에 따르면, 장애인의 경제활동인구율은 37.7%로 전체 인구의 63.3%에 비해 현저히 낮은 것으로 추정된다. 더욱이 경제활동인구율을 연령별로 살펴보면

40대는 58.9%, 50대는 54.4%, 그리고 60세 이상에서는 23.2%에 불과하였다. 또한, <표 2-4-2>에서 보는 바와 같이, 연령별 취업유형은 40대 이상 연령층에서 모두 일반사업체(공무원 등 포함) 취업비율이 가장 높았지만, 이를 제외하면 40대에서는 정부재정지원 장애인일자리사업 4.2%, 장애인직업재활시설 4.7%, 50대에서는 장애인일자리사업 3.9%, 장애인직업재활시설 2.6%, 60세 이상에서는 장애인일자리사업 11.9%, 장애인직업재활시설 1.6%로 나타났다. 60세 이상의 고령장애인의 경우 40대나 50대에 비해 장애인일자리에 참여하는 비율이 3~4배가량 높음을 볼 수 있다.

< 표 2-4-2 > 고령장애인의 연령별 취업유형

단위 : 명(%)

| 구분     | 장애인일자리사업 | 장애인직업재활시설 | 일반사업체     | 총계  |
|--------|----------|-----------|-----------|-----|
| 40대    | 21( 4.2) | 24(4.7)   | 460(90.9) | 506 |
| 50대    | 25( 3.9) | 17(2.6)   | 607(93.5) | 649 |
| 60세 이상 | 76(11.9) | 10(1.6)   | 552(86.5) | 638 |

자료: 남기성·전용석·김용탁(2016). 장애인 일자리지원사업 심층평가 연구. 한국고용정보원. p.24에서 수정.

고령장애인의 고용 관련 정책이나 서비스로는 장애인일자리사업과 노인일자리지원사업을 들 수 있다. 장애인일자리사업은 장애인복지법 제21조와 장애인복지법시행령 제13조의 2에 근거하여 장애인의 사회참여와 소득보장을 지원하기 위해 실시된다. <표 2-4-3>에서 보는 바와 같이, 2017년 현재 장애인일자리사업은 복지일자리, 일반형일자리, 특화형일자리로 구분되며, 급여는 근로일수(근로시간)에 비례하여 산정되므로 12월 급여는 1월-11월 급여와 상이하다(보건복지부, 2017). 노인일자리지원사업은 노인복지법 제23조와 저출산고령사회기본법 제11조에 근거하여 근로능력이 있는 고령자에게 일자리를 제공하기 위해 2004년부터 시작되었다. 2017년 현재 노인일자리지원사업은 시장형사업단과 인력과견형사업단으로 구분된다(보건복지부, 2016). 구체적으로, 시장형사업단은 소규모 매장이나 전문직종 사업단 운영을 통해 일자리를 창출하는 사업으로 3개 유형(공동작업형, 제조판매형, 전문서비스형) 15개 세부사업으로 운영되며, 정부보조금으로 일정기간 사업비 또는 참여자 인건비 일부를 지원한다. 인력과견형사업단은 수요처에서 요구하는 인력을 파견하여 근무기간에 대한 임금을 받을 수 있는 일자리다.

〈 표 2-4-3 〉 국내 고령장애인 관련 사업/서비스: 고용

| 사업/서비스       | 대상   | 지원내용   |                                      |    |      |         |       |  |       |  |              |   |                              |   |              |  |                              |                                  |     |   |                                |                                      |
|--------------|--|--|--------------------------------------|----|------|---------|-------|--|-------|--|--------------|---|------------------------------|---|--------------|--|------------------------------|----------------------------------|-----|---|--------------------------------|--------------------------------------|
| 장애인일자리사업1)   | <ul style="list-style-type: none"> <li>18세 이상 등록장애인 및 미취업 시각장애인 안마사</li> </ul>   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th>내용</th> <th>근로시간</th> <th>급여(원)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>복지일자리</td> <td>공공기관, 복지관 등에 배치되어 공공형(주차단속, 환경도우미, 보육도우미)업무 수행</td> <td>월56시간</td> <td>363,000</td> </tr> <tr> <td>일반형일자리 (전일제)</td> <td>공공기관에 배치되어 행정보조, 복지서비스 업무 수행</td> <td>주40시간 (1~11월)<br/>주38시간 (12월)</td> <td>1,353,000 (1~11월)<br/>1,282,780 (12월)</td> </tr> <tr> <td>일반형일자리 (시간제)</td> <td>공공기관에 배치되어 행정보조, 복지서비스 업무 수행</td> <td>주20시간 (1~11월)<br/>주19시간 (12월)</td> <td>676,000 (1~11월)<br/>642,190 (12월)</td> </tr> <tr> <td>특화형</td> <td>시각장애인 안마사 파견사업: 일정시설 여건을 갖춘 노인 복지관, 경로당 등에 배치되어 안마서비스를 제공</td> <td>주25시간 (1~11월)<br/>주23.5시간 (12월)</td> <td>1,066,000 (1~11월)<br/>1,001,730 (12월)</td> </tr> </tbody> </table> | 구분                                   | 내용 | 근로시간 | 급여(원)   | 복지일자리 | 공공기관, 복지관 등에 배치되어 공공형(주차단속, 환경도우미, 보육도우미)업무 수행 | 월56시간 | 363,000  | 일반형일자리 (전일제) | 공공기관에 배치되어 행정보조, 복지서비스 업무 수행                  | 주40시간 (1~11월)<br>주38시간 (12월) | 1,353,000 (1~11월)<br>1,282,780 (12월)      | 일반형일자리 (시간제) | 공공기관에 배치되어 행정보조, 복지서비스 업무 수행   | 주20시간 (1~11월)<br>주19시간 (12월) | 676,000 (1~11월)<br>642,190 (12월) | 특화형 | 시각장애인 안마사 파견사업: 일정시설 여건을 갖춘 노인 복지관, 경로당 등에 배치되어 안마서비스를 제공 | 주25시간 (1~11월)<br>주23.5시간 (12월) | 1,066,000 (1~11월)<br>1,001,730 (12월) |
| 구분           | 내용   | 근로시간   | 급여(원)                                |    |      |         |       |  |       |  |              |   |                              |   |              |  |                              |                                  |     |   |                                |                                      |
| 복지일자리        | 공공기관, 복지관 등에 배치되어 공공형(주차단속, 환경도우미, 보육도우미)업무 수행   | 월56시간  | 363,000                              |    |      |         |       |  |       |  |              |   |                              |   |              |  |                              |                                  |     |   |                                |                                      |
| 일반형일자리 (전일제) | 공공기관에 배치되어 행정보조, 복지서비스 업무 수행   | 주40시간 (1~11월)<br>주38시간 (12월)   | 1,353,000 (1~11월)<br>1,282,780 (12월) |    |      |         |       |  |       |  |              |   |                              |   |              |  |                              |                                  |     |   |                                |                                      |
| 일반형일자리 (시간제) | 공공기관에 배치되어 행정보조, 복지서비스 업무 수행   | 주20시간 (1~11월)<br>주19시간 (12월)   | 676,000 (1~11월)<br>642,190 (12월)     |    |      |         |       |  |       |  |              |   |                              |   |              |  |                              |                                  |     |   |                                |                                      |
| 특화형          | 시각장애인 안마사 파견사업: 일정시설 여건을 갖춘 노인 복지관, 경로당 등에 배치되어 안마서비스를 제공  | 주25시간 (1~11월)<br>주23.5시간 (12월)   | 1,066,000 (1~11월)<br>1,001,730 (12월) |    |      |         |       |  |       |  |              |   |                              |   |              |  |                              |                                  |     |   |                                |                                      |
| 노인일자리지원사업2)  | <ul style="list-style-type: none"> <li>사회활동 지원사업 참여 조건에 부합하는 만 65세 이상 노인, 일부 사업의 경우 만 60세 이상도 지원 가능</li> </ul>                 | <table border="1"> <thead> <tr> <th>구분</th> <th colspan="2">유형</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="3">시장형 사업단</td> <td>공동작업형</td> <td>공동작업장운영사업, 지역영농사업</td> </tr> <tr> <td>제조판매형</td> <td>식품제조 및 판매사업, 공산품제작 및 판매사업, 매장운영사업, 아파트택배사업, 지하철택배사업, 세차 및 세탁사업</td> </tr> <tr> <td>전문서비스형</td> <td>학교 급식도우미, CCTV 상시관제, 스쿨존 교통지원, 영유아 및 청소년 교육지원</td> </tr> <tr> <td rowspan="2">인력파견형 사업단</td> <td colspan="2">예산은 자체단체 경상보조로 지원되며, 예산지원기준은 1인당 연간 200만원</td> </tr> <tr> <td colspan="2">수요처의 요구에 의해서 일정 교육을 수료하거나 관련된 업무능력이 있는 자를 해당수요처로 연계하여 근무기간에 대한 일정 임금을 지급 받을 수 있는 일자리<br/>예산은 자체단체 경상보조로 지원되며, 지원기준은 1인당 연간 15만원</td> </tr> </tbody> </table>  | 구분                                   | 유형 |      | 시장형 사업단 | 공동작업형 | 공동작업장운영사업, 지역영농사업                              | 제조판매형 | 식품제조 및 판매사업, 공산품제작 및 판매사업, 매장운영사업, 아파트택배사업, 지하철택배사업, 세차 및 세탁사업 | 전문서비스형       | 학교 급식도우미, CCTV 상시관제, 스쿨존 교통지원, 영유아 및 청소년 교육지원 | 인력파견형 사업단                    | 예산은 자체단체 경상보조로 지원되며, 예산지원기준은 1인당 연간 200만원 |              | 수요처의 요구에 의해서 일정 교육을 수료하거나 관련된 업무능력이 있는 자를 해당수요처로 연계하여 근무기간에 대한 일정 임금을 지급 받을 수 있는 일자리<br>예산은 자체단체 경상보조로 지원되며, 지원기준은 1인당 연간 15만원 |                              |                                  |     |   |                                |                                      |
| 구분           | 유형   |  |                                      |    |      |         |       |  |       |  |              |   |                              |   |              |  |                              |                                  |     |   |                                |                                      |
| 시장형 사업단      | 공동작업형  | 공동작업장운영사업, 지역영농사업  |                                      |    |      |         |       |  |       |  |              |   |                              |   |              |  |                              |                                  |     |   |                                |                                      |
|              | 제조판매형  | 식품제조 및 판매사업, 공산품제작 및 판매사업, 매장운영사업, 아파트택배사업, 지하철택배사업, 세차 및 세탁사업   |                                      |    |      |         |       |  |       |  |              |   |                              |   |              |  |                              |                                  |     |   |                                |                                      |
|              | 전문서비스형   | 학교 급식도우미, CCTV 상시관제, 스쿨존 교통지원, 영유아 및 청소년 교육지원  |                                      |    |      |         |       |  |       |  |              |   |                              |   |              |  |                              |                                  |     |   |                                |                                      |
| 인력파견형 사업단    | 예산은 자체단체 경상보조로 지원되며, 예산지원기준은 1인당 연간 200만원  |  |                                      |    |      |         |       |  |       |  |              |   |                              |   |              |  |                              |                                  |     |   |                                |                                      |
|              | 수요처의 요구에 의해서 일정 교육을 수료하거나 관련된 업무능력이 있는 자를 해당수요처로 연계하여 근무기간에 대한 일정 임금을 지급 받을 수 있는 일자리<br>예산은 자체단체 경상보조로 지원되며, 지원기준은 1인당 연간 15만원 |  |                                      |    |      |         |       |  |       |  |              |   |                              |   |              |  |                              |                                  |     |   |                                |                                      |

자료: 1) 보건복지부(2017). 2017년 장애인일자리사업 안내. p.3.

2) 보건복지부(2016). 2017년도 노인 일자리 및 사회활동지원사업 운영안내. pp.10-12.

### 3. 의료보장

장애인은 비장애인에 비해 만성질환 유병률과 장애로 인한 이차질환 발생률이 높아 의료비 지출이 전체인구보다 높다. 보건복지부·국립재활원(2016)이 발간한 장애와 건강 통계<sup>5)</sup>에 의하면, 장애인은 장애관련 질환뿐만 아니라 만성질환과 중증질환 유병률이 높아 연평균 입원일수(18일)가 전체인구(2.3일) 대비 7.8배 높고, 장애인 1인당 연평균 진료비(391만원)는 국민 1인당 진료비보다 3.9배 높게 나타났다. 고령장애인의 의료보장과 관련하여, 저소득 장애인의 의료비를 지원하는 제도로 장애인 의료비 지원제도가 시행되고 있다(표 2-4-4). 장애인 의료비 지원제도는 장애인복지법(제36조, 시행규칙 제20조, 제21조)과 의료급여법(제3조, 제10조, 같은 법 시행령 제3조, 제13조)에 근거하여 저소득 장애인의 의료기관 이용 시 발생하는 본인부담금의 일부 또는 전액을 지원하는 제도다.

〈 표 2-4-4 〉 국내 고령장애인 관련 사업/서비스: 의료

| 사업/서비스    | 대상  | 지원내용  |
|-----------|---|---|
| 장애인 의료비지원 | <ul style="list-style-type: none"> <li>의료급여법에 의한 의료급여 2종 수급권자인 등록장애인</li> <li>차상위본인부담 경감대상 등록 장애인(만성질환 및 18세 미만 장애인)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>의료기관 이용시 발생하는 급여항목 본인부담금의 일부 또는 전액 지원(비급여 제외)                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- 1차 의료기관 외래진료 본인부담금 750원 일괄지원</li> </ul> </li> <li>2차, 3차 의료기관 진료                         <ul style="list-style-type: none"> <li>- 의료(요양)급여수가적용 본인부담 진료비 15%(차상위 14%, 암환자 5%, 입원 10% 등) 전액을 지원하되 본인 부담금 식대 20%는 지원하지 않음</li> </ul> </li> </ul> |

자료: 보건복지부(2017). "의료지원" [http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR\\_MENU\\_ID=06&MENU\\_ID=063701](http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=063701). (2017-10-27 방문).

### 4. 일상생활지원

고령장애인의 일상생활지원사업은 고령장애인이 생활하는 장소에 따라 구분하여 살펴볼 수 있다. 먼저, 지역사회에 거주하는 고령장애인의 일상생활지원과 관련된 주요 사업에는 장애인활동지원사업과 노인돌봄종합서비스, 장기요양사업이 있다. 우리나라는 장애인과 노인에 대한 요양제도가 분리되어 있어 보건복지부 지침에 따라 65세 이상의 장애인은 장애인활동지원서비스가 중단되고 노인장기요양서비스로 전환된다.

5) 2012년 12월 31일 기준 등록장애인을 대상으로 건강 데이터베이스를 분석하여 발간한다.

혼자 일상생활과 사회생활이 어려운 장애인의 자립생활을 지원하고 가족의 부양부담을 줄이기 위해 꼭 필요한 제도 중의 하나가 장애인활동지원사업이다. 활동지원급여의 신청자격은 <표 2-4-5>에서 보는 바와 같이, 6세 이상-65세 미만의 장애인복지법 상 등록 1-3급 장애인이며, 소득수준과 무관하게 신청할 수 있다. 또한 다음의 3가지 경우에도 활동지원급여를 신청할 수 있다(보건복지부, 2017c). 첫째, 활동지원급여를 받던 사람이 65세 이후 장기요양급여대상자로 전환되는 과정에서 장기요양급여 수급자격이 인정되지 않은 경우라도 장애특성상 활동지원급여가 적절하다고 판단되면 급여신청이 가능하다. 둘째, 65세 미만의 활동지원급여 수급자 또는 수급자였던 자가 장기요양 수급자가 된 경우, 장기요양 인정등급을 포기하면 급여신청이 가능하다. 셋째, 거주시설이나 의료기관에 입소 중인 자가 퇴소나 퇴원을 앞두고 있어 활동지원이 필요한 경우에도 신청가능하다(보건복지부, 2017c).

장애인활동지원 사업과 유사한 사업으로는 노인복지영역에서 이루어지는 노인돌봄종합서비스가 있다. 노인돌봄종합서비스는 혼자 힘으로 일상생활이 어려운 65세 이상 노인 중 가구소득이나 건강상태 등을 고려하여 대상자를 선정하고, 노인과 가족에게 필요한 지원을 바우처 방식으로 제공하는 사업이다. 구체적으로, 방문서비스와 단기가사서비스에서는 신변·활동(식사, 세면, 화장실 이용, 목욕 보조, 외출동행 등)과 가사·일상생활(취사, 청소, 세탁, 생활필수품 구매 등)을 지원하고, 주간보호서비스에서는 심신기능회복을 위한 기능훈련과 여가활동, 급식 서비스 등을 제공한다. 또한 방문서비스는 주간보호서비스 이용자 중 치매노인에게는 단기보호서비스를 추가 제공함으로써 치매가족에게 휴가를 지원한다(보건복지부, 2017d).

장기요양사업이란 장기요양보험료나 국가 및 지방자치단체의 부담금을 재원으로 하여 혼자 일상생활이 어려운 고령자에게 신체활동이나 가사활동 지원 등의 장기요양급여를 제공하는 사업이다. 2016년 노인장기요양보험 통계연보에 의하면, 2016년 말 기준 장기요양보험 총 연간 요양급여비(환자부담금+공단부담금)는 5조 52억 원 중 공단부담금은 4조 4,177억(공단부담률 88.3%)이며, 급여이용 수급자 1인당 월평균 급여비는 1,067,761원(공단부담금 942,415원)으로 조사되었다. 재가급여와 시설급여는 각각 49.3%와 50.7%를 차지하였다.

노인장기요양보험법에 따르면, <표 2-4-5>에서 보는 바와 같이, 장기요양급여는 재가급여, 시설급여, 특별현금급여로 구분되며, 이 중 재가급여와 특별현금급여의 가족요양비는 지역사회에 거주하는 고령자가 받을 수 있다. 첫째, 재가급여 중 방문요양, 방문목욕, 방문간호는 장기요양요원이 수급자를 방문하여 신체활동/가사활동, 목욕, 진료보조 및 요양 관련 상담 등을 지원하는 장기요양급여이고, 주·야간보호와 단기보호는 수급자를 하루 중 일정 시간 또는 일정 기간 동안 장

기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여다. 기타재가급여는 수급자의 일상생활·신체활동 지원 및 인지기능의 유지·향상에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원을 제공하는 장기요양급여다. 둘째, 시설에 거주하는 고령장애인의 일상생활지원은 시설급여를 통해 제공된다. 시설급여는 수급대상인 고령자를 장기요양기관이 운영하는 노인의료복지시설 등에서 장기간 돌보면서 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여다. 셋째, 특별현금급여에는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비가 있다. 가족요양비는 장기요양기관이 현저히 부족한 지역(도서·벽지 등) 혹은 천재지변 등으로 요양급여 이용이 어려운 경우, 신체·정신 등 대통령령으로 정하는 사유로 인하여 가족 등으로부터 장기요양을 받아야 하는 자에게 지급한다. 특례요양비는 수급자가 장기요양기관이 아닌 노인요양시설 등의 기관 또는 시설에서 재가급여 또는 시설급여에 상당한 장기요양급여를 받은 경우 장기요양급여비용의 일부를 해당 수급자에게 지급하는 것이다. 요양병원간병비 수급자가 요양병원에 입원한 때 장기요양에 사용되는 비용의 일부를 지급하는 것이다.

장애인복지법 시행규칙에 따른 장애인거주시설은 일반가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 일정 기간 거주·요양·지원 등 제공이다. 이러한 시설 중 고령자와 관련된 시설은 장애유형별 거주시설, 중증장애인시설, 단기거주시설, 공동생활가정이 있다.

〈 표 2-4-5 〉 국내 고령장애인 관련 사업/서비스: 일상생활지원

| 사업/서비스       | 대상  | 지원내용   |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |
|--------------|---|--|------|------------|--------------|--|--------------|--------------------|----------|----------------|-------------|-------------------|--------------|--------------------|-------------|-------------|-------------|---------------------------------------|-------------|-------------------|
| 장애인활동지원1)    | • 6세~64세의 장애인복지법상 등록 1~3급 장애인 중 활동지원 인정 조사표에 의한 방문조사 결과 220점 이상인 자    | • 신변처리, 가사활동, 이동보조, 동료상담, 방문목욕, 간호 등<br>• 월 한도액: 기본급여는 등급별 월 43.5~109.1만원, 추가급여는 독거여부, 출산여부, 취업 및 취학여부 등의 생활환경에 따라 월 9.3~2,523천원 추가급여 제공   |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |
| 노인돌봄종합서비스2)  | • 65세 이상 노인(단기 가사의 경우 독거노인/75세 이상 부부노인가구) 중 가구소득, 건강상태 등을 고려하여 대상자 선정 | • 방문서비스(월 27시간 또는 36시간)<br>• 주간보호서비스(월 27시간(9일) 또는 36시간(12일))<br>• 단기가사서비스(1개월(24시간) 또는 2개월(48시간))<br>• 치매환자가족지원서비스(연 6일 범위 내)   |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |
| 노인장기요양보험제도   | • 장기요양이 필요한 65세 이상 노인 및 치매 등 노인성질환을 가진 65세 미만인 자                      | • 재가급여: 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 기타재가급여<br>• 시설급여<br>• 특별현금급여: 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비  |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |
| 장애인거주시설3)    | • 등록장애인   | <table border="1"> <thead> <tr> <th>대상시설</th> <th>시설별 대상 장애인</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• 장애유형별 거주시설</td> <td></td> </tr> <tr> <td>지체·뇌병변장애인 시설</td> <td>지체·뇌병변장애인(중복장애 포함)</td> </tr> <tr> <td>시각장애인 시설</td> <td>시각장애인(중복장애 포함)</td> </tr> <tr> <td>청각·언어장애인 시설</td> <td>청각·언어장애인(중복장애 포함)</td> </tr> <tr> <td>지적·자폐성장애인 시설</td> <td>지적·자폐성장애인(중복장애 포함)</td> </tr> <tr> <td>• 중증장애인거주시설</td> <td>1, 2급 중증장애인</td> </tr> <tr> <td>• 장애인단기거주시설</td> <td>1개월 기준으로 보호자의 휴식 또는 일시적 파난 등이 필요한 장애인</td> </tr> <tr> <td>• 장애인공동생활가정</td> <td>유형별 거주시설 입소대상과 동일</td> </tr> </tbody> </table> | 대상시설 | 시설별 대상 장애인 | • 장애유형별 거주시설 |  | 지체·뇌병변장애인 시설 | 지체·뇌병변장애인(중복장애 포함) | 시각장애인 시설 | 시각장애인(중복장애 포함) | 청각·언어장애인 시설 | 청각·언어장애인(중복장애 포함) | 지적·자폐성장애인 시설 | 지적·자폐성장애인(중복장애 포함) | • 중증장애인거주시설 | 1, 2급 중증장애인 | • 장애인단기거주시설 | 1개월 기준으로 보호자의 휴식 또는 일시적 파난 등이 필요한 장애인 | • 장애인공동생활가정 | 유형별 거주시설 입소대상과 동일 |
| 대상시설         | 시설별 대상 장애인  |  |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |
| • 장애유형별 거주시설 |   |  |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |
| 지체·뇌병변장애인 시설 | 지체·뇌병변장애인(중복장애 포함)  |  |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |
| 시각장애인 시설     | 시각장애인(중복장애 포함)  |  |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |
| 청각·언어장애인 시설  | 청각·언어장애인(중복장애 포함)   |  |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |
| 지적·자폐성장애인 시설 | 지적·자폐성장애인(중복장애 포함)  |  |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |
| • 중증장애인거주시설  | 1, 2급 중증장애인   |  |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |
| • 장애인단기거주시설  | 1개월 기준으로 보호자의 휴식 또는 일시적 파난 등이 필요한 장애인                                 |  |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |
| • 장애인공동생활가정  | 유형별 거주시설 입소대상과 동일   |  |      |            |              |  |              |                    |          |                |             |                   |              |                    |             |             |             |                                       |             |                   |

자료: 1) 보건복지부(2017b). 장애인복지사업안내①. p.28.  
 2) 보건복지부(2017d). 노인돌봄서비스 사업안내. p.96.  
 3) 보건복지부(2017c). 장애인복지시설 사업안내(제3권). p.35.

## 5. 여가활동지원

고령장애인의 여가활동과 관련된 시설로는 장애인복지관과 노인복지관을 들 수 있다(표 2-4-6). 장애인복지관은 장애인복지법 상 지역사회재활시설로 분류되며, 장애인의 여가 및 사회 참여활동 뿐만 아니라 상담·치료·훈련이나 일상생활을 지원하는 시설이다. 노인복지관은 노인복지법 상 노인여가복지시설로 분류되며, 노인의 교양·취미생활 및 사회참여활동과 관련된 서비스 외에 건강증진 및 질병예방과 소득보장·재가복지 등의 서비스를 제공한다.

〈 표 2-4-6 〉 국내 고령장애인 관련 사업/서비스: 문화·여가

| 사업/서비스 | 대상           | 지원내용  |
|--------|--------------|---|
| 장애인복지관 | • 등록장애인 및 가족 | • 장애인에 대한 각종 상담 및 사회심리·교육·직업 등 장애인의 지역사회생활에 필요한 종합적인 서비스를 제공하고 장애에 대한 사회적 인식개선 사업 수행              |
| 노인복지관  | • 60세 이상 노인  | • 노인에게 교양·취미생활 및 사회참여활동 등에 대한 각종 정보와 서비스를 제공하고, 건강증진 및 질병예방과 소득 보장·재가복지, 그 밖에 노인복지증진에 필요한 서비스를 제공 |

## 제5절 시사점

### 1. 장애인복지정책과 노인복지정책의 연계

2014년 장애인 실태조사<sup>6)</sup>에 의하면, 장애인구 중 65세 이상 고령자가 차지하는 비율은 2000년의 30.3%에서 해마다 증가하여 2014년에는 43.3%에 이르는 것으로 나타났다. 전체 장애인 10명 중 4명이 65세 이상 고령장애인이며, 50세 이상을 고령으로 볼 때는 전체 장애인 중에서 고령장애인이 차지하는 비율이 더욱 증가하게 된다. 따라서 증가하는 고령장애인의 삶의 질 향상을 위해서는 “장애인”과 “노인”분야의 정책이나 사업의 연계가 필요하다. 그러나 현재 고령장애인은 양 정책 영역의 주요 관심 대상에서 벗어나 있다. 양 분야 모두 자원이 한정된 상황에서 기존의 주요 서비스대상이 아닌 새롭게 등장한 고령장애인 집단을 자기 분야의 주요 서비스대상으로 받아들이지 못하고 있는 상황이다.

앞에서 살펴본 바와 같이, 고령장애인에 대한 서비스는 장애인복지와 노인복지의 두 영역에 걸쳐서 이루어진다. 등록장애인의 경우 나이를 기준으로 65세 전까지는 장애인복지의 대상이지만 65세부터는 노인복지의 대상으로 전환된다. 장애인복지의 대상에서 노인복지의 대상으로 전환되는 과정에서 충분한 정책적 지원이 이루어지지 않아 제도적 개선이 필요한 시점이다. 예를 들어, 돌봄서비스와 관련하여, 활동지원서비스를 받던 장애인이 65세가 되어 노인복지서비스의 대상으로 전환되면서 활동지원서비스와 유사한 서비스를 노인장기요양제도를 통해 받기 어려운 경우가 발생하게 된다. 또한 복지시설의 재정을 맡고 있는 지방자치단체의 지역 간 칸막이 문제도 양 서비스 간 연계를 어렵게 하는 요인으로 작용할 수 있다. 인근 복지시설인 경우에도 동일 지자체가

6) 장애인 실태조사는 장애인복지법에 근거하여 1990년에 처음으로 실시되었고, 2014년 조사는 7번째 실시되는 조사로 한국보건사회연구원을 통해 전국 38,560가구에 대한 방문 면접조사를 통해 실시되었다.

아니면 기관 간 연계가 어려워 연계기관 간 재정 투입이 필요한 사업을 시행할 때는 장애인복지와 노인복지 서비스의 연계가 더욱 어렵게 된다(황주희 외, 2014).

## 2. 고령장애인에 대한 정책 확대

고령장애인 관련 정책의 연계, 조정뿐만 아니라 고령장애인에 대한 정책을 확대하기 위해서는 일차적으로 관련 영역의 공통기반 탐색이 중요하다. 장애인대상 프로그램(젊은 장애인을 위한 일, 교육, 훈련, 거주서비스)과 노인대상 프로그램(취업알선과 질병관리)은 주된 관심사에 차이가 있지만, 장애인의 평균수명 증가로 노년기까지 생존하는 장애인들이 많아짐에 따라 양 영역의 분리보다는 공통기반을 탐색하여 정책을 수립하는 것이 중요하다(Murphy, O'Shea, Cooney & Casey, 2007). 그런데 장애 및 고령 관련 정책의 공통기반을 탐색하는 과정에서는, 장애가 사회 조직의 산물이듯이 노화과정(aging)도 노인에 대한 사회의 부정적 인식이나 제도에 영향을 받기 때문에, 장애나 고령과 관련된 손상과 이러한 손상에 영향을 미치는 환경 변화에 많은 관심을 가져야 한다(Naue & Kroll, 2010). 양 영역에서의 공통기반 탐색을 바탕으로 한 정책의 우선순위도 개발되어야 할 것이다.

아울러 고령장애인이 단일 집단이 아니기 때문에 장애기간, 장애특성 등에 따른 다양한 프로그램이 개발되어야 할 것이다. 특히, 노화과정 장애인에 대한 정책적 관심과 사업의 확대가 필요하다. 선행연구(양희택·신원우, 2011; 황주희 외, 2014)에서 살펴본 바와 같이, 생애 초기나 청, 장년기에 장애를 입은 고령화된 장애인과 늦은 시기에 장애가 발생하여 장애기간이 상대적으로 짧은 노화과정 장애인은 각기 구별되는 고유한 특성을 가지고 있다. 국내 연구들을 종합하여 고령화된 장애와 노화과정 장애의 특징을 비교한 황주희 등(2014)에 따르면, 오랜 기간 장애를 경험한 고령화된 장애인은 차별과 빈곤의 위험이 높으며, 고령기에 장애를 경험한 노화과정 장애인은 상대적으로 건강, 돌봄, 생활만족도에서 위험요인이 크게 나타났다.

고령화된 장애인과 노화과정 장애인은 장애수용의 측면에서도 차이가 나타난다. 고령화된 장애인은 장기간 장애에 적응하며 생활해 왔기 때문에 장애수용 혹은 장애에 대한 적응력이 강하고 장기간 장애인복지사업을 이용해 왔기 때문에 사업에 대한 이해와 활용의 측면에서 강점이 있다. 반면에 노화과정 장애인은 자신이 장애인이라는 인식이 약하고 장애인복지분야의 서비스를 이용한 경험이 적어 자신에게 필요한 장애인복지사업을 이용하는데 소극적이거나 이용에 어려움이 있을 수 있다. 따라서 고령장애인에 대한 사업을 확대할 때 이러한 장애발생시기별 특성도 고려되어야 할 것이다.

### 3. 고령발달장애인에 대한 대책 및 정책 방향

오랫동안 장애를 가지고 살아온 고령화된 장애인에 대한 정책은 장애인복지와 노인복지의 양 영역에서 모두 중요하다. 특히, 고령장애인 중에서 장애인복지시설을 이용하고 있는 주된 대상인 발달장애인을 위한 정책적 관심과 대책이 중요하다(황주희 외, 2014). 그 이유는 다음과 같다. 먼저, 발달장애인의 평균수명이 증가하여 고령발달장애인의 규모가 증가하였으며, 더욱이 이러한 고령발달장애인 인구가 증가 추세에 있기 때문이다. 지난 30년 동안 서구 국가들에서 지적장애인을 포함한 발달장애인의 평균수명이 일반인구에 비해 현저하게 증가하였으며(Bigby, 2010), 55세 이상 고령발달장애인의 규모가 증가 추세에 있다(Hogg & Moss, 1993). 1980년대 이후부터 서구의 연구자들은 발달장애인들이 나이 들어감에 따라 지원에 대한 내용이 변화될 필요가 있기 때문에 이에 따른 대책의 필요성을 강하게 제기하였다(Janicki & Wisniewski, 1985; Sutton, Factor, Hawkins, Heller, & Seltzer, 1993).

다음으로, 고령발달장애인은 고령자인 동시에 발달장애인으로서 독특한 서비스 욕구를 갖고 있기 때문에 노인에게 서비스를 제공하는 기관과 발달장애인에게 서비스를 제공하는 기관 간 연계서비스가 필요하기 때문이다(Factor, Heller, & Janicki, 2012). 성인발달장애인은 장애와 관련된 생물학적인 영향으로 장애가 없는 사람들에 비해 젊은 나이에 만성적인 건강문제가 생길 위험이 크며, 건강에 유익한 생활습관을 가지거나 필요한 보건서비스에 접근하는데도 어려움이 있어서 현존 서비스들 간 공조체계 구축이 절실히 필요하다(Factor, Heller, & Janicki, 2012).

대부분의 나라에서 인구고령화를 경험하고 있으며, 길어진 노후를 잘 보내는 것에 대한 관심이 개인과 정책의 영역에서 중요한 이슈다. 이러한 배경에서 고령자의 웰빙과 관련된 개념들이 다양하게 개발되었다. 국제적으로 개발된 활기찬 노후, 생산적 노후, 성공적 노후 등의 개념은, 강조점에 다소 차이가 있지만, 고령자의 웰빙 상태를 측정하는 용어로 서로 유사하게 사용된다. 앞에서 언급한 바와 같이, 이 개념들에서는 공통적으로 신체적, 정신적 건강과 자립, 참여, 안전의 향상이나 유지 기회 제공을 통해 삶의 질을 높이는 것이 중요하다(Alpine Shire Council·Alpine Health, 2013). 특히, 이 중에서도 활기찬 노후는 고령자들이 나이 들어가면서도 삶의 질을 개선할 수 있도록 건강, 참여, 안전의 기회를 최대화하며(WHO, 2002), 고령자가 건강하고, 생산적이며, 안전하게 자신의 방식에 따라 삶을 영위하는 데 필요한 요소들이 포괄적으로 규정된다(Buy et al., 2008). 이러한 점에서 고령발달장애인의 정책을 개발하는데 중요한 방향이 될 수 있다.

향후 고령발달장애인의 정책 방향을 설정하는데 활기찬 노후의 개념이 중요하게 고려될 필요가 있다. 활기찬 노후의 개념과 원리가 고령발달장애인의 생활 상황을 이해하는데 적용될 수 있기 때

문이다. 구체적인 이유는 다음과 같다. 첫째, 장애유형과 상관없이 고령발달장애인도 자신의 삶의 질 향상을 위해 건강과 참여, 안전의 기회를 최대화하는 과정에 참여하기를 원하기 때문이다 (Sheila et al., 2012). 둘째, 고령발달장애인들도 활기찬 노후 개념에서 중요하게 생각하는 요소들을 그들의 활기찬 노후를 위한 주요 영역으로 인식하고 있어서 (Buys et al., 2008), 활기찬 노후의 개념과 원리를 고령발달장애인에게 적용하는데 무리가 없을 것으로 여겨진다. 구체적으로, 고령발달장애인들은 최적의 건강과 신체단련, 의미 있는 활동을 포함하여 일상적인 활동에 참여하는 것, 평생학습 및 현재의 기술을 유지하는 것, 안전감을 갖는 것, 마음에 드는 곳에서의 거주, 권한을 갖는 것, 만족스러운 관계와 지원을 활기찬 노후의 주요 영역으로 인식하였다.



# 제3장

## 고령장애인의 실태





## 제3장 고령장애인의 실태

### 제1절 대전광역시 고령장애인 현황

2017년 5월 기준 대전광역시 등록 장애인구 71,202명 중 65세 이상의 고령장애인은 31,312명으로 전체 장애인구 대비 44.0%를 차지하고 있다. 50세 이상 고령장애인 또한 53,422명으로 75.0%에 이른다.

고령장애인의 일반적 특성을 살펴보면 다음과 같다. 먼저, 성별은 남성이 55.4%(29,586명), 여성이 44.6%(23,836명)이었다. 남성 고령장애인이 여성보다 10.8% 포인트 높았다.

고령장애인의 연령 분포는 60대가 28.4%(15,157명)로 가장 높은 비율을 차지하고 있으며, 다음으로 70대 26.3%(14,076명), 50대 26.2%(13,980명), 80대 16.5%(8,836명) 순이었다. 50~70대 사이의 연령대에 전체 고령장애인의 약 80.9%가 집중되어 있다.

고령장애인의 장애유형은 지체장애가 53.3%(28,470명)로 가장 높은 비율을 차지하고 있으며, 다음으로 청각장애 13.6%(7,294명), 뇌병변장애 11.3%(6,034명), 시각장애 10.3%(5,502명), 신장장애 3.4%(1,831명), 정신장애 3.2%(1,710명), 지적장애 2.0%(1,053명) 등의 순이었다. 이 밖에 장애는 1.0% 미만 수준으로 나타났다.

고령장애인의 장애등급은 6급이 27.9%(14,891명)로 가장 많았으며, 다음으로 5급 23.7%(12,676명), 4급 16.1%(8,597명), 3급 15.2%(8,146명) 등의 순이었다. 고령장애인 중 1~3급의 중증장애인은 32.3%, 4~6급의 경증장애인은 67.7%의 분포를 보인다.

〈 표 3-1-1 〉 대전광역시 고령장애인 인구 현황

단위 : 명, %

| 구분   |         | 빈도     | 비율    |
|------|---------|--------|-------|
| 성별   | 남성      | 29,586 | 55.4  |
|      | 여성      | 23,836 | 44.6  |
| 연령대  | 50대     | 13,980 | 26.2  |
|      | 60대     | 15,157 | 28.4  |
|      | 70대     | 14,076 | 26.3  |
|      | 80대     | 8,836  | 16.5  |
|      | 90대     | 1,349  | 2.5   |
|      | 100세 이상 | 24     | 0.1   |
| 장애유형 | 지체장애    | 28,470 | 53.3  |
|      | 뇌병변장애   | 6,034  | 11.3  |
|      | 시각장애    | 5,502  | 10.3  |
|      | 청각장애    | 7,294  | 13.6  |
|      | 언어장애    | 359    | 0.7   |
|      | 지적장애    | 1,053  | 2.0   |
|      | 자폐성장애   | 1      | 0.0   |
|      | 정신장애    | 1,740  | 3.2   |
|      | 신장장애    | 1,831  | 3.4   |
|      | 심장장애    | 95     | 0.2   |
|      | 호흡기장애   | 301    | 0.6   |
|      | 간장애     | 204    | 0.4   |
|      | 안면장애    | 40     | 0.1   |
|      | 장루·요루장애 | 359    | 0.7   |
|      | 뇌전증장애   | 139    | 0.2   |
|      | 등급      | 1급     | 3,096 |
| 2급   |         | 6,016  | 11.3  |
| 3급   |         | 8,146  | 15.2  |
| 4급   |         | 8,597  | 16.1  |
| 5급   |         | 12,676 | 23.7  |
| 6급   |         | 14,891 | 27.9  |
| 합계   |         | 53,422 | 100.0 |

출처: 대전광역시 내부자료(2017)

## 제2절 조사개요

### 1. 분석자료

본 연구는 고령장애인의 실태 및 특성을 파악하기 위하여 「2013년 대전광역시 장애인 실태조사」 데이터를 추출하여 활용하였다. 「2013년 대전광역시 장애인 실태조사」는 대전광역시 등록장애인을 대상으로 생활실태와 복지욕구를 파악하여 실효성 있는 장애인복지정책을 수립하기 위해 실시한 조사이다. 장애인 실태조사는 대전광역시 등록장애인 70,887명을 모집단으로 하여 표본 설계를 하였으며, 1,079명에 대해 조사가 완료되었다. 「2013년 대전광역시 장애인 실태조사」의 조사 개요는 다음과 같다.

〈 표 3-2-1 〉 2013년 대전광역시 장애인 실태조사 개요

| 구분   | 내용   |
|------|--|
| 조사기간 | 2013. 6. 20. ~ 8. 9.   |
| 조사대상 | 대전광역시 등록장애인 70,887명 중 1,079명   |
| 조사내용 | 장애특성, 차별경험 및 인권, 근로 및 직업생활, 경제상태, 건강 및 의료, 교육, 문화 및 여가활동, 접근권 및 이동권, 일상생활 및 주거, 결혼생활·여성장애인, 복지서비스 및 기타 |

### 2. 분석내용

본 연구에서는 「2013년 대전광역시 장애인실태조사」자료에서 50세 이상을 별도로 추출하여 대전광역시 고령장애인의 실태 자료를 구성하여 분석하였다. 「2013년 대전광역시 장애인 실태조사」의 전체 조사대상자 1,079명 중 50대 이상 고령장애인 741명을 대상으로 분석에 활용하였다.

현재 고령장애인에 대한 연령적 구분은 연구 주제 또는 목적에 따라 매우 다양하다. 일부 연구에서는 비장애노인과 마찬가지로 65세 이상을 고령장애인으로, 장애인 고용정책 관련연구에서는 55세 이상을 고령장애인으로 정의하고 있다. 최근 연구에서는 40세 이상이나 50세 이상을 고령장애인으로 정의하는 경향이 있다. 이처럼 고령장애인에 대한 연령 기준은 사회적 합의의 문제지만, 고령장애인의 특성을 고려하고 이들에 대한 효과적인 정책적 개입이 가능할 수 있도록 가능한 포괄적 수준에서 접근하는 것이 필요하다. 따라서 본 연구에서는 고령장애인의 조기노화와 이차적

장애 이슈와 같은 특성을 고려하고, 사회적으로 합의될 수 있는 수준인 50세 이상의 중고령 장애인을 고령장애인으로 정의하였다.

일반적으로 고령장애인은 장애발생 시기에 따라 기존 장애에 더해지는 노화(Aging with disability)를 경험하는 집단과 노화로 인해 장애를 경험하는 노화에 따른 고령장애인(Disability with Aging)으로 구분되는데, 두 집단 모두 ‘노화’와 ‘장애’ 이슈를 복합적으로 경험함과 동시에 그 특성과 욕구가 다양하다. 이를 위해 50세 이상 고령장애인을 대상으로 고령화된 장애인과 노화에 따른 고령장애인의 특성을 분석하기 위해 연령(50~64세, 65~79세, 80세 이상), 장애기간(20년 미만, 20년 이상), 장애발생시기(발달기, 청장년기, 노년기)를 기준으로 하여 이들의 특성을 살펴보았다. 분석내용은 고령장애인의 개인적 특성, 장애특성, 건강 및 보호 특성, 경제적 특성, 문화 및 여가참여 등이다.

〈 표 3-2-2 〉 분석영역 및 내용

| 구분           | 내용   |
|--------------|--|
| 개인적 특성       | 성별, 연령, 교육수준, 배우자 유무, 가구원 수  |
| 장애 특성        | 장애유형, 장애등급, 장애기간, 장애발생시기   |
| 건강 특성        | 주관적 건강상태, 건강검진 여부, 건강검진을 받지 못한 이유, 병원 이용여부 및 이유, 만성질환, 스트레스, 우울, 일상생활 도움 정도, 일상생활 도움 주는 사람 여부 및 도움 충분성, 혼자 외출가능 여부, 외출 횟수, 외출 목적 |
| 경제적 특성       | 국민기초생활보장 수급 여부, 월평균 개인소득, 개인의 주소득 유형, 월평균 가구소득, 가구원의 주소득 유형, 최소생활비, 장애로 인한 비용 발생 항목, 근로 여부, 일하지 않는 이유                            |
| 문화 및 여가활동 참여 | 주된 문화 및 여가활동, 문화 및 여가활동 만족도, 불만족 이유  |
| 사회적 차별 인식    | 장애로 인한 차별정도, 영역별 차별경험, 상담자 유무, 주된 상담자, 상담을 하지 않는 이유, 폭력경험 여부   |
| 복지욕구         | 장애인복지사업 인지 및 이용경험 여부, 장애인복지사업 정보 취득 방법, 대전광역시에 대한 요구사항   |

### 3. 분석방법

분석 자료는 SPSS 20.0 프로그램을 활용하여 분석하였으며, 주요 분석방법은 기술통계와 교차분석을 사용하였다. 고령장애인의 실태와 특성을 파악하기 위하여 빈도분석을 실시하였으며, 주요 변수들에 대해서는 집단 간 차이를 분석하고자 연령, 장애기간, 장애발생시기별로 교차분석을 실시하였다.

## 제3절 분석결과

### 1. 고령장애인의 개인적 특성

고령장애인의 개인적 특성을 분석한 결과, 다음과 같다. 성별은 남성 57.0%(422명), 여성 43.0%(319명)로 남성이 비율이 더 높게 나타났다. 연령별 분포를 살펴보면, 70대가 32.8%(243명)로 가장 많았고, 다음으로 60대 31.4%(233명), 50대 22.8%(169명), 80세 이상 13.0%(96명) 순이었다. 70세 이상의 고령장애인이 45.8%에 달하고 있는 것을 알 수 있다.

〈 표 3-3-1 〉 개인적 특성

단위 : 명, %

| 구분                |        | 빈도  | 비율   |
|-------------------|--------|-----|------|
| 성별<br>(N=741)     | 남성     | 422 | 57.0 |
|                   | 여성     | 319 | 43.0 |
| 연령대<br>(N=741)    | 50대    | 169 | 22.8 |
|                   | 60대    | 233 | 31.4 |
|                   | 70대    | 243 | 32.8 |
|                   | 80세 이상 | 96  | 13.0 |
| 교육수준<br>(N=741)   | 무학     | 118 | 15.9 |
|                   | 초등학교   | 251 | 33.9 |
|                   | 중학교    | 136 | 18.4 |
|                   | 고등학교   | 152 | 20.5 |
|                   | 대학교 이상 | 84  | 11.3 |
| 배우자 유무<br>(N=736) | 배우자 있음 | 470 | 63.9 |
|                   | 배우자 없음 | 266 | 36.1 |
| 가구원 수<br>(N=741)  | 1명     | 158 | 21.3 |
|                   | 2명     | 282 | 38.1 |
|                   | 3명     | 122 | 16.5 |
|                   | 4명     | 83  | 11.2 |
|                   | 5명     | 96  | 13.0 |

교육수준을 살펴보면, 초등학교 졸업이 33.9%(251명)로 가장 높은 비율을 차지하고 있으며, 다음으로 고등학교 졸업 20.5%(152명), 중학교 졸업 18.4%(136명), 무학 15.9%(118명), 대

학교 이상 11.3%(84명) 순이었다. 고령장애인의 49.8%가 무학을 포함한 초등학교 졸업 이하의 학력으로 나타났다.

배우자 유무는 유배우자가 63.9%(470명), 사별, 이혼 등과 같이 배우자가 없는 경우가 36.1%(266명)로 나타났다. 가구원 수는 2명이 38.1%(282명)로 가장 많았고, 다음으로 1명 21.3%(158명), 3명 16.5%(122명), 5명 13.0%(96명), 4명 11.2%(83명) 순이었다.

## 2. 고령장애인의 장애 특성

고령장애인의 장애 유형은 지체장애가 52.4%(388명)로 가장 높은 비율을 차지하고 있으며, 다음으로 뇌병변장애 14.3%(106명), 청각장애 11.3%(84명), 시각장애 9.0%(67명), 정신장애 5.0%(37명), 신장장애 3.2%(24명), 지적장애 1.8%(13명), 장루요루장애 1.1%(8명) 등의 순이었다. 이 밖에 장애는 1.0% 미만 수준으로 나타났다.

〈 표 3-3-2 〉 장애 유형

단위 : 명, %

| 구분     | 빈도  | 비율    |
|--------|-----|-------|
| 지체장애   | 388 | 52.4  |
| 뇌병변장애  | 106 | 14.3  |
| 시각장애   | 67  | 9.0   |
| 청각장애   | 84  | 11.3  |
| 언어장애   | 3   | 0.4   |
| 정신장애   | 37  | 5.0   |
| 신장장애   | 24  | 3.2   |
| 심장장애   | 3   | 0.4   |
| 호흡기장애  | 2   | 0.3   |
| 간장애    | 4   | 0.5   |
| 장루요루장애 | 8   | 1.1   |
| 뇌전증장애  | 1   | 0.1   |
| 지적장애   | 13  | 1.8   |
| 안면장애   | 1   | 0.1   |
| 계      | 741 | 100.0 |

본 조사에서는 고령장애인의 장애유형 중 자폐성장애가 0%로 나타났다. 이는 고령자폐성장애인이 2013년 대전광역시 장애인 실태조사 조사대상자에 포함되지 않았기 때문이다. 2013년 등록 장애인 70,887명 중 50세 이상 고령발달장애인은 679명이었으며, 그 중 고령자폐성장애인은 1명으로 나타났다. 우리나라에서 자폐가 장애 범주에 포함된 게 2000년이어서 현재 자폐성장애의 수가 많지 않다.

고령장애인의 장애 유형을 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따라 살펴보면 다음과 같다. 연령대별로 장애 유형을 살펴보면, 50~64세 장애인의 장애 유형은 지체장애(56.5%), 정신장애(9.9%), 뇌병변장애(9.2%), 청각장애(7.5%), 시각장애(6.2%) 등의 순으로 나타났다. 65~79세 장애인의 장애 유형은 지체장애(51.8%), 뇌병변장애(16.4%), 시각장애(12.2%), 청각장애(11.0%) 등의 순으로 나타났다. 80세 이상 장애인의 장애 유형은 지체장애(41.7%), 청각장애(24.0%), 뇌병변장애(21.9%), 시각장애(6.3%) 등의 순으로 나타났다. 모든 연령대에서 지체장애의 비율이 높게 나타났다. 50~64세의 장애인은 정신장애, 지적장애, 65~79세의 장애인은 시각장애, 80세 이상의 장애인은 뇌병변장애와 청각장애의 비율이 상대적으로 높게 나타났다. 연령이 높을수록 뇌병변장애와 청각장애의 비율이 높아지는 반면, 지체장애인의 비율은 낮아지는 경향을 보였다.

장애기간별로 장애 유형을 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 장애인은 지체장애(54.4%), 뇌병변장애(19.8%), 청각장애(8.8%) 등의 비율이 높게 나타났다. 장애기간이 20년 이상인 장애인은 지체장애(49.3%), 시각장애(15.4%), 청각장애(15.4%) 등의 비율이 높게 나타났다. 장애기간이 길수록 시각장애와 청각장애의 비율이 높아지고 지체장애의 비율은 낮아지는 경향을 보였다.

장애발생시기를 기준으로 1~18세는 발달기, 19~49세는 청장년기, 50세 이상을 노년기로 구분하였다. 장애발생시기별로 장애 유형을 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 장애유형은 지체장애(47.4%), 시각장애(22.7%), 청각장애(16.5%), 지적장애(8.2%) 등의 순으로 나타났다. 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 장애유형은 지체장애(55.1%), 정신장애(10.6%), 청각장애(9.3%), 뇌병변장애(8.9%), 시각장애(8.5%) 등의 순으로 나타났다. 노년기에 장애가 발생한 장애인의 장애유형은 지체장애(52.0%), 뇌병변장애(20.3%), 청각장애(11.3%), 시각장애(6.1%), 신장장애(3.7%) 등의 순으로 나타났다. 발달기에 장애가 발생한 장애인은 지적장애, 청장년기에 장애가 발생한 장애인은 정신장애, 노년기에 장애가 발생한 장애인은 뇌병변장애의 비율이 상대적으로 높게 나타났다.

〈 표 3-3-3 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 장애 유형

단위 : 명, %

| 구분      | 연령대 <sup>1)</sup> |            |           | 장애기간 <sup>2)</sup> |            | 장애발생시기 <sup>3)</sup> |            |            |
|---------|-------------------|------------|-----------|--------------------|------------|----------------------|------------|------------|
|         | 50~64세            | 65~79세     | 80세 이상    | 20년 미만             | 20년 이상     | 발달기                  | 청장년기       | 노년기        |
| 지체장애    | 56.5              | 51.8       | 41.7      | 54.4               | 49.3       | 47.4                 | 55.1       | 52.0       |
| 뇌병변장애   | 9.2               | 16.4       | 21.9      | 19.8               | 5.6        | 2.1                  | 8.9        | 20.3       |
| 시각장애    | 6.2               | 12.2       | 6.3       | 4.8                | 15.4       | 22.7                 | 8.5        | 6.1        |
| 청각장애    | 7.5               | 11.0       | 24.0      | 8.8                | 15.4       | 16.5                 | 9.3        | 11.3       |
| 언어장애    | 1.0               | 0.0        | 0.0       | 0.7                | 0.0        | 0.0                  | 0.0        | 0.7        |
| 정신장애    | 9.9               | 2.3        | 0.0       | 3.5                | 7.3        | 2.1                  | 10.6       | 2.5        |
| 신장장애    | 3.8               | 2.8        | 3.1       | 4.6                | 1.0        | 0.0                  | 3.8        | 3.7        |
| 심장장애    | 0.3               | 0.3        | 1.0       | 0.4                | 0.3        | 0.0                  | 0.4        | 0.5        |
| 호흡기장애   | 0.3               | 0.3        | 0.0       | 0.0                | 0.7        | 1.0                  | 0.4        | 0.0        |
| 간장애     | 0.7               | 0.6        | 0.0       | 0.9                | 0.0        | 0.0                  | 0.4        | 0.7        |
| 장루·요루장애 | 0.0               | 1.7        | 2.1       | 1.5                | 0.3        | 0.0                  | 0.4        | 1.7        |
| 뇌전증장애   | 0.3               | 0.0        | 0.0       | 0.2                | 0.0        | 0.0                  | 0.4        | 0.0        |
| 지적장애    | 3.8               | 0.6        | 0.0       | 0.2                | 4.2        | 8.2                  | 1.3        | 0.5        |
| 안면장애    | 0.3               | 0.0        | 0.0       | 0.0                | 0.3        | 0.0                  | 0.4        | 0.0        |
| 전체      | 100.0(292)        | 100.0(353) | 100.0(96) | 100.0(454)         | 100.0(286) | 100.0(97)            | 100.0(236) | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=88.928$ ,  $df=26$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=94.173$ ,  $df=13$ ,  $p=.000$     3)  $\chi^2=120.889$ ,  $df=26$ ,  $p=.000$

고령장애인의 등급은 3급이 23.8%(176명)로 가장 많았고, 다음으로 5급 19.3%(143명), 6급 19.2%(142명), 2급 15.7%(116명) 등의 순이었다. 성별에 따라 장애등급을 살펴보면, 남성은 3급이 26.1%로 가장 많았으며, 다음으로 6급 20.6%, 5급 18.2%, 2급 17.1% 등의 순이었다. 여성은 3급과 5급이 각각 20.7%로 높은 비율을 차지하고 있으며, 다음으로 4급 19.4%, 6급 17.2% 등의 순이었다. 고령장애인의 장애기간은 20년 미만이 61.4%(454명), 20년 이상이 38.6%(286명)로 나타났다. 성별에 따른 장애기간을 살펴보면, 남성의 55.7%, 여성의 68.9%가 장애기간이 20년 미만으로 나타났다.

장애발생시기는 노년기가 55.1%(408명)로 가장 많았으며, 다음으로 청장년기 31.8%(236명), 발달기 13.1%(97명) 순이었다. 성별에 따른 장애발생시기를 살펴보면 남성은 노년기에 장애가 발생한 비율이 46.7%로 가장 많았으며, 다음으로 청장년기 38.9%, 발달기 14.5% 순이었

다. 여성은 노년기가 66.1%로 가장 많았으며, 다음으로 청장년기 22.6%, 발달기 11.3% 순이었다. 남성, 여성 모두 노년기에 장애가 많이 발생하는 것을 알 수 있다.

〈 표 3-3-4 〉 성별에 따른 장애등급, 장애기간, 장애발생시기

단위: % (명)

| 구분                              |        | 남성         | 여성         | 전체         |
|---------------------------------|--------|------------|------------|------------|
| 장애등급 <sup>1)</sup><br>(N=741)   | 1급     | 6.9        | 8.2        | 7.4( 55)   |
|                                 | 2급     | 17.1       | 13.8       | 15.7(116)  |
|                                 | 3급     | 26.1       | 20.7       | 23.8(176)  |
|                                 | 4급     | 11.1       | 19.4       | 14.7(109)  |
|                                 | 5급     | 18.2       | 20.7       | 19.3(143)  |
|                                 | 6급     | 20.6       | 17.2       | 19.2(142)  |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=741)   | 20년 미만 | 55.7       | 68.9       | 61.4(454)  |
|                                 | 20년 이상 | 44.3       | 31.1       | 38.6(286)  |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 14.5       | 11.3       | 13.1( 97)  |
|                                 | 청장년기   | 38.9       | 22.6       | 31.8(236)  |
|                                 | 노년기    | 46.7       | 66.1       | 55.1(408)  |
| 계                               |        | 100.0(422) | 100.0(319) | 100.0(741) |

1)  $\chi^2=13.997$ ,  $df=5$ ,  $p=.016$     2)  $\chi^2=13.287$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$     3)  $\chi^2=10.015$ ,  $df=2$ ,  $p=.007$

연령대에 따른 장애등급을 살펴보면 50~64세는 3급이 26.0%로 가장 많았으며, 다음으로 6급 20.5%, 2급 16.4%, 5급 15.4% 등의 순이었다. 65~79세는 3급이 22.4%로 가장 많았으며, 다음으로 5급 21.8%, 6급 20.4%, 4급 14.7% 등의 순이었다. 80세 이상은 3급과 5급이 각각 21.9%로 가장 많았으며, 다음으로 4급 20.8%, 2급 19.8%, 6급 10.4% 등의 순이었다. 모든 연령대에서 3급의 장애등급이 가장 높게 나타났다. 연령대에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

장애기간을 살펴보면 모든 연령대에서 20년 미만의 장애기간이 높게 나타났다. 50~64세는 20년 이상의 장애기간이 44.9%로 높게 나타났으며, 80세 이상의 연령대에서 20년 미만의 장애기간이 71.9%로 다른 연령대보다 상대적으로 높게 나타났다. 장애기간은 연령이 적을수록 장애기간이 긴 것을 알 수 있다.

장애발생시기를 살펴보면, 50~64세는 청장년기에 장애가 발생한 경우가 54.5%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 노년기 26.0%, 발달기 19.5% 순이었다. 65~79세는 노년기에 장애가 발

생한 경우가 70.3%로 가장 많았으며, 다음으로 청장년기 19.5%, 발달기 10.2% 순이었다. 80세 이상은 노년기에 장애가 발생한 경우가 87.5%로 가장 많았다. 장애는 연령이 높아질수록 노년기에 발생하는 경우가 많았으며, 연령이 적을수록 발달기에 장애가 발생하는 경우가 많았다.

< 표 3-3-5 > 연령대에 따른 장애등급, 장애기간, 장애발생시기

단위 : % (명)

| 구분                              |        | 50~64세     | 65~79세     | 80세 이상    | 전체         |
|---------------------------------|--------|------------|------------|-----------|------------|
| 장애등급 <sup>1)</sup><br>(N=741)   | 1급     | 8.9        | 6.8        | 5.2       | 7.4( 55)   |
|                                 | 2급     | 16.4       | 13.9       | 19.8      | 15.7(116)  |
|                                 | 3급     | 26.0       | 22.4       | 21.9      | 23.8(176)  |
|                                 | 4급     | 12.7       | 14.7       | 20.8      | 14.7(109)  |
|                                 | 5급     | 15.4       | 21.8       | 21.9      | 19.3(143)  |
|                                 | 6급     | 20.5       | 20.4       | 10.4      | 19.2(142)  |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=741)   | 20년 미만 | 55.1       | 63.6       | 71.9      | 61.4(454)  |
|                                 | 20년 이상 | 44.9       | 36.4       | 28.1      | 38.6(286)  |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 19.5       | 10.2       | 4.2       | 13.1( 97)  |
|                                 | 청장년기   | 54.5       | 19.5       | 8.3       | 31.8(236)  |
|                                 | 노년기    | 26.0       | 70.3       | 87.5      | 55.1(408)  |
| 계                               |        | 100.0(292) | 100.0(353) | 100.0(96) | 100.0(741) |

1)  $\chi^2=16.066$ ,  $df=10$ ,  $p=.098$     2)  $\chi^2=10.015$ ,  $df=2$ ,  $p=.007$     3)  $\chi^2=175.453$ ,  $df=4$ ,  $p=.000$

### 3. 고령장애인의 건강 특성

고령장애인의 주관적 건강상태는 46.3%가 나쁘다고 인식하고 있었으며, 다음으로 매우 나쁨 25.9%, 좋음 25.1%, 매우 좋음 2.7% 순이었다. 고령장애인은 평소 자신의 건강상태를 나쁘다(72.2%, 매우 나쁨+나쁨)고 인식하고 있었다.

연령대에 따른 주관적 건강상태를 살펴보면, 연령이 높을수록 건강이 나쁘다고 인식하고 있었으며, “매우 나쁨” 응답자는 증가한 반면, “좋음”과 “매우 좋음” 응답은 감소하는 경향을 보였다.

장애기간에 따른 주관적 건강상태를 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우는 76.0%(매우 나쁨+나쁨)가 자신의 건강상태가 나쁘다고 인식하고 있었다. 20년 이상인 경우는 66.1%(매우 나쁨+나쁨)가 자신의 주관적 건강상태를 나쁘게 인식하고 있었다. 20년 미만인 경우가 20년 이

상인 경우보다 건강상태를 나쁘게 인식하고 있었으며, 장애기간이 짧을수록 자신의 건강이 나쁘다고 인식하는 경향을 보였다. 장애발생시기에 따른 주관적 건강상태를 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인(59.8%), 청장년기에 장애가 발생한 장애인(64.0%), 노년기에 장애가 발생한 장애인(79.9%) 모두 건강상태가 나쁘다고 인식하고 있었다. 장애가 이른 나이에 발생할수록 주관적 건강상태를 좋다고 인식하고 있었다.

〈 표 3-3-6 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 주관적 건강상태

단위 : % (명)

| 구분                              |        | 매우 나쁨 | 나쁨   | 좋음   | 매우 좋음 | 전체         |
|---------------------------------|--------|-------|------|------|-------|------------|
| 전체                              |        | 25.9  | 46.3 | 25.1 | 2.7   | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)    | 50~64세 | 15.4  | 43.8 | 36.3 | 4.5   | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 31.4  | 47.3 | 19.5 | 1.7   | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 37.5  | 50.0 | 11.5 | 1.0   | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)   | 20년 미만 | 30.2  | 45.8 | 21.1 | 2.9   | 100.0(454) |
|                                 | 20년 이상 | 18.9  | 47.2 | 31.5 | 2.4   | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 16.5  | 43.3 | 36.1 | 4.1   | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 19.1  | 44.9 | 32.6 | 3.4   | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 32.1  | 47.8 | 18.1 | 2.0   | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=53.975$ ,  $df=6$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=16.298$ ,  $df=3$ ,  $p=.001$     3)  $\chi^2=33.953$ ,  $df=6$ ,  $p=.000$

최근 2년간 건강검진을 받아본 경험을 살펴보면, 고령장애인의 80.6%가 건강검진을 받은 것으로 나타났다. 연령대에 따라 건강검진 여부를 살펴보면, 50~64세의 83.6%, 65~79세의 82.2%, 80세 이상의 65.6%가 건강검진을 받은 것으로 나타났다. 연령이 높아질수록 건강검진을 받지 않는 비율이 높아지는 경향을 보였다.

장애기간에 따른 건강검진 여부를 살펴보면, 장애기간이 20년 미만의 경우 78.9%, 장애기간이 20년 이상인 경우 83.6%가 건강검진을 받은 것으로 나타났다. 장애기간이 길수록 건강검진을 받은 비율이 높은 것을 알 수 있다. 장애기간에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

장애발생시기에 따른 건강검진 여부를 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 81.4%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 85.6%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 77.5%가 건강검진을 받은 것으로 나타났다.

〈 표 3-3-7 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 건강검진 여부

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 예    | 아니오  | 전체         |
|---------------------------------|--------|------|------|------------|
| 전체                              |        | 80.6 | 19.4 | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)    | 50~64세 | 83.6 | 16.4 | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 82.2 | 17.8 | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 65.6 | 34.4 | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)   | 20년 미만 | 78.9 | 21.1 | 100.0(454) |
|                                 | 20년 이상 | 83.6 | 16.4 | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 81.4 | 18.6 | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 85.6 | 14.4 | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 77.5 | 22.5 | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=15.929$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=2.499$ ,  $df=1$ ,  $p=.068$     3)  $\chi^2=6.386$ ,  $df=2$ ,  $p=.041$

고령장애인이 건강검진을 받지 않은 경우 그 이유를 알아본 결과 기타를 제외하고 거동이 불편해서가 25.4%(36명)가 가장 많았으며, 다음으로 싫어서 14.1%(20명), 경제적인 이유로 12.0%(17명), 교통편이 불편해서와 증상이 가벼워서가 각각 6.3%(9명) 등의 순이었다.

〈 표 3-3-8 〉 건강검진을 받지 못한 이유

단위 : 명, %

| 구분                            | 빈도  | 비율    |
|-------------------------------|-----|-------|
| 경제적인 이유로                      | 17  | 12.0  |
| 병원 등에 예약을 하기가 힘들어서            | 2   | 1.4   |
| 교통편이 불편해서                     | 9   | 6.3   |
| 내가 갈 수 있는 시간에 병원 등이 문을 열지 않아서 | 2   | 1.4   |
| 병원 등에서 오래 기다리기 싫어서            | 5   | 3.5   |
| 증상이 가벼워서                      | 9   | 6.3   |
| 거동이 불편해서                      | 36  | 25.4  |
| 필요성을 못 느껴서                    | 5   | 3.5   |
| 싫어서                           | 20  | 14.1  |
| 기타                            | 37  | 26.1  |
| 계                             | 142 | 100.0 |

최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 경험을 살펴보면, 고령장애인의 82.7%가 가지 못한 경험이 없다고 응답하였다. 연령대에 따른 병의원에 가지 못한 경험을 살펴보면, 50~64세의 85.3%, 65~79세의 81.6%, 80세 이상의 79.2%가 가지 못한 경험이 없다고 응답하였다. 연령이 높아질수록 본인이 원할 때 병의원에 가지 못한 경험이 많아지는 경향을 보였다. 장애기간에 따른 병의원에 가지 못한 경험을 보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 82.2%, 20년 이상인 경우 83.6%가 병의원에 가지 못한 경험이 없다고 응답하였다.

장애발생시기에 따라 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 86.6%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 83.5%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 81.4%가 병의원에 가지 못한 경험이 없다고 응답하였다. 장애가 이른 나이에 발생할수록 상대적으로 본인이 원할 때 병의원에 가지 못한 경험이 낮아지는 경향을 보였다. 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

〈 표 3-3-9 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 병원 못간 경험

단위 : % (명)

| 구분                              |        | 예    | 아니오  | 전체         |
|---------------------------------|--------|------|------|------------|
| 전체                              |        | 17.3 | 82.7 | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)    | 50~64세 | 14.7 | 85.3 | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 18.4 | 81.6 | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 20.8 | 79.2 | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)   | 20년 미만 | 17.8 | 82.2 | 100.0(454) |
|                                 | 20년 이상 | 16.4 | 83.6 | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 13.4 | 86.6 | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 16.5 | 83.5 | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 18.6 | 81.4 | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=2.498$ ,  $df=2$ ,  $p=.287$     2)  $\chi^2=.243$ ,  $df=1$ ,  $p=.349$     3)  $\chi^2=1.633$ ,  $df=2$ ,  $p=.442$

고령장애인 본인이 원하는 때 병의원에 가지 못한 이유에 대해서는 경제적인 이유로가 74.8%(95명)로 가장 많았으며, 다음으로 혼자 갈 수 없어서 16.5%(21명), 교통편이 불편해서 3.9%(5명) 등의 순이었다.

〈 표 3-3-10 〉 병의원을 못간 이유

단위 : 명, %

| 구분                  | 빈도  | 비율    |
|---------------------|-----|-------|
| 경제적인 이유로            | 95  | 74.8  |
| 병의원 등에 예약을 하기가 힘들어서 | 1   | 0.8   |
| 교통편이 불편해서           | 5   | 3.9   |
| 혼자 갈 수 없어서          | 21  | 16.5  |
| 증상이 가벼워서            | 1   | 0.8   |
| 기타                  | 4   | 3.1   |
| 계                   | 127 | 100.0 |

3개월 이상 지속되는 만성질환이 있는지에 대해 살펴본 결과, 고령장애인의 76.0%가 만성질환을 가지고 있다고 응답하였다. 많은 고령장애인이 장애 외의 다양한 만성질환을 앓고 있으며, 좋지 않은 건강상태임을 알 수 있다.

연령대별로는 50~64세 61.3%, 65~79세 84.4%, 80세 이상 89.6%가 만성질환을 앓고 있다고 응답하였으며, 연령이 높아질수록 만성질환을 앓고 있는 비율이 높아지는 것을 알 수 있다. 장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만의 경우 77.5%, 20년 이상인 경우 73.4%가 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났다. 장애기간이 짧을수록 만성질환을 앓고 있는 비율이 높아지는 경향을 알 수 있다. 연령대와 장애발생시기에 따른 차이는 유의미하지 않았다. 장애발생시기별로 만성질환 여부를 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 경우 73.2%, 청장년기에 발생한 경우 66.1%, 노년기에 발생한 경우 82.4%가 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났다. 연령이 높고 장애기간이 짧은 고령장애인일수록 만성질환을 앓고 있는 비율이 높았다.

〈 표 3-3-11 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 만성질환 여부

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 예    | 아니오  | 전체         |
|---------------------------------|--------|------|------|------------|
| 전체                              |        | 76.0 | 24.0 | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)    | 50~64세 | 61.3 | 38.7 | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 84.4 | 15.6 | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 89.6 | 10.4 | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)   | 20년 미만 | 77.5 | 22.5 | 100.0(454) |
|                                 | 20년 이상 | 73.4 | 26.6 | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 73.2 | 26.8 | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 66.1 | 33.9 | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 82.4 | 17.6 | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=1.620$ ,  $df=1$ ,  $p=.118$     2)  $\chi^2=.243$ ,  $df=1$ ,  $p=.349$     3)  $\chi^2=22.109$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$

고령장애인이 일상생활을 하는 중에 스트레스를 어느 정도 느끼는지 조사한 결과, 34.8%가 많이 느끼는 편이라고 응답하였으며, 다음으로 조금 느끼는 편임 27.3%, 대단히 많이 느낌 24.7%, 거의 느끼지 않음 13.2% 순이었다. 고령장애인의 59.5%(많이 느끼는 편임+대단히 많이 느낌)가 많은 스트레스를 경험하고 있는 것으로 나타났다.

연령대별로 스트레스 정도를 살펴본 결과, 50~64세의 57.5%(많이 느끼는 편임+대단히 많이 느낌), 65~79세의 62.9%, 80세 이상의 53.1%가 일상생활을 하는 중에 스트레스를 많이 느끼는 편이라고 응답하였다.

장애기간별로는 장애기간이 20년 미만인 경우 59.1%, 장애기간이 20년 이상인 경우 60.2%가 스트레스를 많이 느끼는 편이라고 응답하였다. 장애기간이 길수록 일상생활에서 스트레스를 느끼는 정도가 높은 것을 알 수 있다. 장애발생시기별로 스트레스 정도를 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 61.8%, 청장년에 장애가 발생한 장애인의 60.6%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 58.3%가 일상생활에서 스트레스를 많이 느끼고 있다고 응답하였다. 장애가 이른 나이에 발생할수록 일상생활에서 스트레스를 느끼는 정도가 높은 경향을 보였다. 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

〈 표 3-3-12 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 스트레스 정도

단위: %(명)

| 구분                              |        | 거의 느끼지 않음 | 조금 느끼는 편임 | 많이 느끼는 편임 | 대단히 많이 느낌 | 전체         |
|---------------------------------|--------|-----------|-----------|-----------|-----------|------------|
| 전체                              |        | 13.2      | 27.3      | 34.8      | 24.7      | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)    | 50~64세 | 12.0      | 30.5      | 34.2      | 23.3      | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 12.5      | 24.6      | 37.1      | 25.8      | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 19.8      | 27.1      | 28.1      | 25.0      | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)   | 20년 미만 | 12.3      | 28.6      | 33.3      | 25.8      | 100.0(454) |
|                                 | 20년 이상 | 14.7      | 25.2      | 37.1      | 23.1      | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 15.5      | 22.7      | 40.2      | 21.6      | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 12.7      | 26.7      | 35.2      | 25.4      | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 13.0      | 28.7      | 33.3      | 25.0      | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=7.820$ ,  $df=6$ ,  $p=.252$     2)  $\chi^2=2.747$ ,  $df=3$ ,  $p=.432$     3)  $\chi^2=3.012$ ,  $df=6$ ,  $p=.807$

최근 1년 동안 연속적으로 2주 이상 우울감을 느낀 적이 있는지를 조사한 결과, 고령장애인의 30.1%가 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있다고 응답하였다.

연령대로 살펴보면, 연령이 높을수록 우울감이 높은 경향을 보였다. 장애기간은 장애기간이 20년 미만의 경우 31.9%, 장애기간이 20년 이상의 경우 27.3%가 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀다고 응답하였다. 장애기간이 짧을수록 우울을 더 느끼는 것을 알 수 있다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 24.7%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 27.5%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 32.8%가 일상생활에 지장을 느낄 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀다고 답하였다. 장애가 늦은 나이에 발생할수록 우울감을 느끼는 경향을 보였다. 연령, 장애기간, 그리고 장애발생시기별로 유의미한 차이는 나타나지 않았다.

〈 표 3-3-13 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 우울 여부

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 예    | 아니오  | 전체         |
|---------------------------------|--------|------|------|------------|
| 전체                              |        | 30.1 | 69.9 | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)    | 50~64세 | 25.7 | 74.3 | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 32.0 | 68.0 | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 36.5 | 63.5 | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)   | 20년 미만 | 31.9 | 68.1 | 100.0(454) |
|                                 | 20년 이상 | 27.3 | 72.7 | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 24.7 | 75.3 | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 27.5 | 72.5 | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 32.8 | 67.2 | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=5.163$ ,  $df=2$ ,  $p=.076$     2)  $\chi^2=1.814$ ,  $df=1$ ,  $p=.103$     3)  $\chi^2=3.517$ ,  $df=2$ ,  $p=.172$

일상생활을 하는데 남의 도움이 필요한 정도를 조사한 결과, 모든 생활에 혼자 가능이 53.3%로 가장 많았으며, 다음으로 일부 남의 도움 필요 15.4%, 모든 일에 남의 도움 필요 13.6%, 대부분 생활 혼자 가능 11.6%, 대부분 남의 도움 필요 6.1% 순이었다. 고령장애인은 일상생활을 혼자하는 경우(모두+대부분 혼자)가 64.9%, 도움이 필요한 경우(일부+대부분+모든 일)가 35.1%로 일상생활을 혼자하는 경우가 더 많았다.

연령대별로 살펴보면, 50~64세의 5.5%, 65~79세의 15.0%, 80세 이상의 33.3%가 모든 일에 남의 도움이 필요하다고 응답하였으며, 연령이 높아질수록 비율이 높아지는 것을 알 수 있다. 연령이 높을수록 일상생활 도움정도가 높아지는 경향을 보였다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 16.5%, 장애기간이 20년 이상인 경우 9.1%가 모든 일에 남의 도움이 필요하다고 응답하였으며, 장애기간이 짧은 경우 일상생활 도움정도가 높아지는 경향을 보였다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 경우 8.2%, 청장년기에 장애가 발생한 경우 4.7%, 노년기에 장애가 발생한 경우 20.1%가 모든 일에 남의 도움이 필요하다고 응답하였다. 일상생활을 하는 데 남의 도움이 필요한 정도는 청장년기에 다소 낮아졌다가 노년기에 다시 높아졌다.

〈 표 3-3-14 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 일상생활 도움 정도

단위 : %(명)

| 구분                               |        | 모든 생활 혼자 가능 | 대부분 생활 혼자 가능 | 일부 남의 도움 필요 | 대부분 남의 도움 필요 | 모든 일에 남의 도움 필요 | 전체         |
|----------------------------------|--------|-------------|--------------|-------------|--------------|----------------|------------|
| 전체                               |        | 53.3        | 11.6         | 15.4        | 6.1          | 13.6           | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)     | 50~64세 | 62.7        | 11.6         | 15.1        | 5.1          | 5.5            | 100.0(292) |
|                                  | 65~79세 | 53.3        | 11.3         | 14.4        | 5.9          | 15.0           | 100.0(353) |
|                                  | 80세 이상 | 25.0        | 12.5         | 19.8        | 9.4          | 33.3           | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)    | 20년 미만 | 54.0        | 11.0         | 13.0        | 5.5          | 16.5           | 100.0(454) |
|                                  | 20년 이상 | 52.1        | 12.6         | 19.2        | 7.0          | 9.1            | 100.0(286) |
| 장애발생 시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 53.6        | 13.4         | 19.6        | 5.2          | 8.2            | 100.0( 97) |
|                                  | 청장년기   | 60.2        | 12.7         | 16.9        | 5.5          | 4.7            | 100.0(236) |
|                                  | 노년기    | 49.3        | 10.5         | 13.5        | 6.6          | 20.1           | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=64.980$ ,  $df=8$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=12.650$ ,  $df=4$ ,  $p=.013$     3)  $\chi^2=35.677$ ,  $df=8$ ,  $p=.000$

일상생활을 하는 데 있어 남의 도움을 필요로 하는 장애인 중 특별히 도와주는 사람이 있는 지에 대해 조사한 결과, 고령장애인의 88.1%가 일상생활에서 도움을 받고 있는 것으로 나타났다. 많은 고령장애인이 도움을 주는 사람이 있는 것을 알 수 있다.

연령대별로 일상생활 도움정도를 살펴보면, 50~64세의 84.7%, 65~79세의 89.9%, 80세 이상의 89.0%가 일상생활을 하는데 있어 도움을 주는 사람이 있다고 응답하였다.

장애기간별로는 장애기간이 20년 미만의 경우 89.6%, 장애기간이 20년 이상의 경우 85.8%가 일상생활을 하는 데 있어 도움을 주는 사람이 있다고 응답하였다. 장애기간이 짧을수록 도움을 주는 사람이 있는 것으로 나타났다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 경우 87.0%, 청장년기에 장애가 발생한 경우 83.5%, 노년기에 장애가 발생한 경우 90.5%가 일상생활을 하는 데 있어 도움을 주는 사람이 있는 것으로 나타났다.

연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

〈 표 3-3-15 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 일상생활 도와주는 사람 여부

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 예    | 아니오  | 전체         |
|---------------------------------|--------|------|------|------------|
| 전체                              |        | 88.1 | 11.9 | 100.0(353) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=353)    | 50~64세 | 84.7 | 15.3 | 100.0(111) |
|                                 | 65~79세 | 89.9 | 10.1 | 100.0(169) |
|                                 | 80세 이상 | 89.0 | 11.0 | 100.0( 73) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=353)   | 20년 미만 | 89.6 | 10.4 | 100.0(212) |
|                                 | 20년 이상 | 85.8 | 14.2 | 100.0(141) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=353) | 발달기    | 87.0 | 13.0 | 100.0( 46) |
|                                 | 청장년기   | 83.5 | 16.5 | 100.0( 97) |
|                                 | 노년기    | 90.5 | 9.5  | 100.0(210) |

1)  $\chi^2=1.843$ ,  $df=2$ ,  $p=.398$     2)  $\chi^2=1.171$ ,  $df=1$ ,  $p=.180$     3)  $\chi^2=3.142$ ,  $df=2$ ,  $p=.208$

일상생활을 도와주는 사람이 있는 경우, 도움을 주는 사람을 살펴보면 배우자가 51.0%(159명)로 가장 많았으며, 다음으로 자녀(며느리, 사위 포함) 17.6%(55명), 요양보호사 11.5%(36명), 활동보조인 4.5%(14명), 간병인 3.8%(12명), 친구 및 이웃 2.3%(7명), 기타 친인척 1.9%(6명) 등의 순이었다. 고령장애인의 일상생활지원은 여전히 주로 가족을 통해서 이루어지고 있어 가족의 부담이 매우 높음을 알 수 있다. 기타로는 의사 및 간호사, 가정봉사원, 직장동료 등이 있었다.

〈 표 3-3-16 〉 일상생활 도와주는 사람

단위 : 명, %

| 구분             | 빈도  | 비율    |
|----------------|-----|-------|
| 배우자            | 159 | 51.0  |
| 부모             | 5   | 1.6   |
| 자녀(며느리, 사위 포함) | 55  | 17.6  |
| 형제, 자매         | 5   | 1.6   |
| 기타 친인척         | 6   | 1.9   |
| 친구 및 이웃        | 7   | 2.3   |
| 간병인            | 12  | 3.8   |
| 활동보조인          | 14  | 4.5   |
| 요양보호사          | 36  | 11.5  |
| 사회복지사 및 생활지도원  | 5   | 1.6   |
| 기타             | 8   | 2.6   |
| 계              | 312 | 100.0 |

자신의 일상생활을 수행하는 데 가족이나 주변사람으로부터 도움을 받는 경우 현재 제공받는 도움이 충분하지에 대해 살펴본 결과, 고령장애인의 55.0%(충분함+매우 충분함)가 충분하다고 응답하였다. 반면 도움이 부족하다고 응답한 비율도 45.0%(부족함+매우 부족함)에 이르러 여전히 필요로 하는 도움을 충분히 제공받지 못한 고령장애인이 상당수에 이르고 있음을 알 수 있다.

연령대별로 일상생활 도움의 충분성을 살펴보면, 50~64세의 60.8%, 65~79세의 54.1%, 80세 이상의 49.2%가 현재 제공받는 도움이 충분하다고 응답하였다. 연령이 높아질수록 제공받는 도움이 충분하지 않다고 느끼는 경향을 보였다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 54.5%, 장애기간이 20년 이상인 경우 55.9%가 현재 제공받는 도움이 충분하다고 응답하였다. 장애기간이 길수록 현재 제공받는 도움이 충분하다고 느끼는 경향을 보였다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 67.6%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 53.6%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 53.0%가 현재 제공받는 도움이 충분하다고 응답하였다. 장애가 이른 나이에 발생할수록 현재 제공받는 도움이 충분하다고 느끼는 경향을 보였다.

연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

< 표 3-3-17 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 일상생활 도움의 충분성

단위 : % (명)

| 구분                              |        | 매우 부족함 | 부족함  | 충분함  | 매우 충분함 | 전체         |
|---------------------------------|--------|--------|------|------|--------|------------|
| 전체                              |        | 11.5   | 33.5 | 49.1 | 5.9    | 100.0(269) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=269)    | 50~64세 | 7.6    | 31.6 | 57.0 | 3.8    | 100.0( 79) |
|                                 | 65~79세 | 12.0   | 33.8 | 48.1 | 6.0    | 100.0(133) |
|                                 | 80세 이상 | 15.8   | 35.1 | 40.4 | 8.8    | 100.0( 57) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=269)   | 20년 미만 | 9.6    | 35.9 | 47.3 | 7.2    | 100.0(167) |
|                                 | 20년 이상 | 14.7   | 29.4 | 52.0 | 3.9    | 100.0(102) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=269) | 발달기    | 8.8    | 23.5 | 64.7 | 2.9    | 100.0( 34) |
|                                 | 청장년기   | 10.1   | 36.2 | 49.3 | 4.3    | 100.0( 69) |
|                                 | 노년기    | 12.7   | 34.3 | 45.8 | 7.2    | 100.0(166) |

1)  $\chi^2=5.406$ ,  $df=6$ ,  $p=.493$     2)  $\chi^2=3.661$ ,  $df=3$ ,  $p=.300$     3)  $\chi^2=5.042$ ,  $df=6$ ,  $p=.538$

혼자 외출 가능 여부를 살펴보면, 고령장애인의 77.2%가 혼자 외출이 가능하다고 응답하였다. 혼자 외출이 불가능한 고령장애인 또한 22.8%로 나타나, 4명 중 1명은 혼자서 외출이 불가능한 것으로 나타났다.

연령대별로 혼자 외출 가능 여부를 살펴보면, 50~64세의 86.0%, 65~79세의 76.8%, 80세 이상의 52.1%가 혼자 외출이 가능하다고 응답하였으며, 연령이 높아질수록 혼자 외출이 가능한 인구가 급격히 감소하는 경향을 보였다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 75.3%, 장애기간이 20년 이상인 경우 80.1%가 혼자 외출이 가능하다고 응답하였다. 장애기간이 길수록 혼자 외출이 가능한 인구의 비중이 높아졌다. 장애기간에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 경우 83.5%, 청장년기에 장애가 발생한 경우 87.7%, 노년기에 장애가 발생한 경우 69.6%가 혼자 외출이 가능하다고 응답하였다. 노년기에 장애가 발생한 경우 다른 발달기, 청장년기에 장애가 발생한 경우에 비해 외출할 수 없는 비율이 높았다. 이는 장애기간이 길수록, 장애가 이른 나이에 발생할수록 장애에 적응하게 되고, 또한 훈련을 통해 혼자서 외출이 가능할 수 있도록 준비할 수 있는 시간이 있었기 때문으로 보인다.

〈 표 3-3-18 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 혼자 외출 가능 여부

단위 : % (명)

| 구분                              |        | 예    | 아니오  | 전체         |
|---------------------------------|--------|------|------|------------|
| 전체                              |        | 77.2 | 22.8 | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)    | 50~64세 | 86.0 | 14.0 | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 76.8 | 23.2 | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 52.1 | 47.9 | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)   | 20년 미만 | 75.3 | 24.7 | 100.0(454) |
|                                 | 20년 이상 | 80.1 | 19.9 | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 83.5 | 16.5 | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 87.7 | 12.3 | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 69.6 | 30.4 | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=47.161$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=2.237$ ,  $df=1$ ,  $p=.079$     3)  $\chi^2=30.361$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$

지난 1개월 동안 월평균 외출 횟수를 조사한 결과, 고령장애인의 53.2%가 21회 이상 외출을 했다고 가장 많이 응답하였다. 다음으로 11~20회 이하 24.6%, 10회 이하 22.3% 순이었다.

연령대별로 외출 횟수를 살펴보면, 50~64세의 경우 16.4%, 65~79세 25.2%, 80세 이상의 29.2%가 지난 1개월 동안 10회 이하로 외출을 하였다. 연령이 높을수록 외출하는 빈도가 감소하는 반면, 연령이 적을수록 외출하는 빈도가 증가하는 경향을 보였다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 22.9%, 20년 이상인 경우 21.3%가 10회 이하로 외출을 한다고 응답하였다. 장애기간에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 21.6%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 18.6%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 24.5%가 지난 1개월 동안 10회 이상 외출을 하였다. 노년기에 장애가 발생한 장애인은 다른 장애인보다 월평균 외출 횟수가 적은 경향을 보였다. 장애기간에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

< 표 3-3-19 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 월평균 외출 횟수

단위 : % (명)

| 구분                              |        | 10회 이하 | 11-20회 이하 | 21회 이상 | 전체         |
|---------------------------------|--------|--------|-----------|--------|------------|
| 전체                              |        | 22.3   | 24.6      | 53.2   | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)    | 50~64세 | 16.4   | 21.2      | 62.3   | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 25.2   | 25.5      | 49.3   | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 29.2   | 31.2      | 39.6   | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)   | 20년 미만 | 22.9   | 23.6      | 53.5   | 100.0(454) |
|                                 | 20년 이상 | 21.3   | 25.9      | 52.8   | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 21.6   | 18.6      | 59.8   | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 18.6   | 26.3      | 55.1   | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 24.5   | 25.0      | 50.5   | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=20.012$ ,  $df=4$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=.595$ ,  $df=2$ ,  $p=.743$     3)  $\chi^2=5.580$ ,  $df=4$ ,  $p=.233$

고령장애인이 지난 1개월 동안 외출한 목적은 산책이라는 응답이 26.9%(181명)로 가장 많았으며, 다음으로 통근·통학 21.8%(147명), 병원 진료 21.2%(143명), 친척, 친구, 이웃 방문 8.0%(54명), 지역사회시설 이용 및 행사 참여 7.9%(53명) 등의 순이었다.

〈 표 3-3-20 〉 외출 목적

단위 : 명, %

| 구분                | 빈도  | 비율    |
|-------------------|-----|-------|
| 통근통학              | 147 | 21.8  |
| 병원 진료             | 143 | 21.2  |
| 쇼핑(물건사기)          | 21  | 3.1   |
| 산책                | 181 | 26.9  |
| 친척, 친구, 이웃 방문     | 54  | 8.0   |
| 지역사회시설 이용 및 행사 참여 | 53  | 7.9   |
| 일자리 구하기           | 1   | 0.1   |
| 종교 활동             | 20  | 3.0   |
| 텃밭 농사             | 15  | 2.2   |
| 운동                | 33  | 4.9   |
| 기타                | 5   | 0.7   |
| 계                 | 673 | 100.0 |

#### 4. 고령장애인의 경제적 특성

국민기초생활보장 수급 여부를 살펴보면, 고령장애인의 20.5%가 국민기초생활보장 수급자인 것으로 나타났다.

연령대별로 국민기초생활보장 수급 여부를 살펴보면, 50~64세의 27.4%, 65~79세의 17.6%, 80세 이상의 10.4%가 국민기초생활보장 수급자로 나타났다. 연령이 높을수록 미수급자의 비율이 높아지는 경향을 보였다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 15.9%, 장애기간이 20년 이상인 경우 27.6%가 국민기초생활보장 수급자로 나타났다. 장애기간이 길수록 국민기초생활보장 수급 비율이 높아지는 경향을 보였다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 36.1%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 25.8%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 13.7%가 국민기초생활보장 수급자로 나타났다. 장애가 이른 나이에 발생할수록 수급자 비중이 높았다. 이는 장애기간이 길고 장애가 이른 나이에 발생할수록 경제적 어려움을 느끼는 인구가 더 많은 것으로 볼 수 있다.

〈 표 3-3-21 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 국민기초생활보장 수급 여부

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 예    | 아니오  | 전체         |
|---------------------------------|--------|------|------|------------|
| 전체                              |        | 20.5 | 79.5 | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)    | 50~64세 | 27.4 | 72.6 | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 17.6 | 82.4 | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 10.4 | 89.6 | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)   | 20년 미만 | 15.9 | 84.1 | 100.0(454) |
|                                 | 20년 이상 | 27.6 | 72.4 | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 36.1 | 63.9 | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 25.8 | 74.2 | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 13.7 | 86.6 | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=16.372$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=14.949$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$     3)  $\chi^2=30.068$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$

고령장애인의 월평균 소득 분포를 살펴보면, 50만원 미만이 45.9%로 가장 많았으며, 다음으로 100만원 이상 25.6%, 50만원~100만원 미만 16.3%, 소득 없음 12.3% 순이었다. 고령장애인의 74.5%가 개인소득이 전혀 없거나 100만원 미만으로 나타나, 전반적으로 소득 수준이 매우 낮음을 알 수 있다.

연령대별로 월평균 개인소득을 살펴보면, 50~64세의 40.6%, 65~79세의 17.0%, 80세 이상의 12.5%가 100만원 이상의 소득이 있다고 응답하였으며, 연령이 높을수록 월평균 개인소득이 감소하는 경향을 보였다.

장애기간별로 보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 24.4%, 20년 이상이 경우 27.5%가 100만원 이상의 소득이 있다고 응답하였다. 장애기간에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

장애발생시기별로 보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 27.4%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 35.2%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 19.5%가 100만원 이상의 소득이 있다고 응답하였다. 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 월평균 개인소득이 가장 높았으며, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 개인소득이 가장 낮았다.

〈 표 3-3-22 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 월평균 개인소득

단위: %(명)

| 구분                              |        | 소득 없음 | 50만원 미만 | 50만원~100만원 미만 | 100만원 이상 | 전체         |
|---------------------------------|--------|-------|---------|---------------|----------|------------|
| 전체                              |        | 12.3  | 45.9    | 16.3          | 25.6     | 100.0(724) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=724)    | 50~64세 | 16.0  | 26.0    | 17.4          | 40.6     | 100.0(281) |
|                                 | 65~79세 | 9.2   | 56.5    | 17.3          | 17.0     | 100.0(347) |
|                                 | 80세 이상 | 12.5  | 65.6    | 9.4           | 12.5     | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=723)   | 20년 미만 | 14.0  | 44.0    | 17.6          | 24.4     | 100.0(443) |
|                                 | 20년 이상 | 9.6   | 48.6    | 14.3          | 27.5     | 100.0(280) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=724) | 발달기    | 7.4   | 52.6    | 12.6          | 27.4     | 100.0( 95) |
|                                 | 청장년기   | 13.5  | 34.3    | 17.0          | 35.2     | 100.0(230) |
|                                 | 노년기    | 12.8  | 50.9    | 16.8          | 19.5     | 100.0(399) |

1)  $\chi^2=91.155$ ,  $df=6$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=5.230$ ,  $df=3$ ,  $p=.156$     3)  $\chi^2=27.065$ ,  $df=6$ ,  $p=.000$

고령장애인 개인의 주소득 유형은 국민기초생활보장 급여, 장애수당, 장애연금 등의 공적이전 소득이 59.0%(382명)로 가장 많았다. 다음으로 근로소득 17.2%(111명), 가족·친척의 용돈, 이웃·사회복지기관의 후원 등의 사적이전소득 9.7%(63명), 사업소득 7.3%(47명) 등의 순이었다. 고령장애인은 근로소득보다는 공적·사적이전소득에 더 많이 의존하고 있다는 것을 알 수 있다.

〈 표 3-3-23 〉 개인 주소득 유형

단위: 명, %

| 구분            | 빈도  | 비율    |
|---------------|-----|-------|
| 근로소득          | 111 | 17.2  |
| 사업소득          | 47  | 7.3   |
| 재산·금융·개인연금 소득 | 32  | 4.9   |
| 공적이전소득        | 382 | 59.0  |
| 사적이전소득        | 63  | 9.7   |
| 기타소득          | 12  | 1.9   |
| 계             | 647 | 100.0 |

고령장애인 개인의 주소득 유형을 살펴보면, 국민기초생활보장 급여, 장애수당, 장애연금 등의 공적이전소득과 가족·친척의 용돈, 이웃·사회복지기관의 후원 등의 사적이전소득이 68.8%, 근로소득, 사업소득, 재산·금융·개인연금 소득 등의 근로소득 등이 31.2%로 나타났다.

연령대별로 살펴보면, 50~64세의 49.4%, 65~79세의 22.6%, 80세 이상의 10.7%가 근로소득 등을 통해 소득을 보장받는 것으로 나타났다. 연령이 높아질수록 근로소득 등의 비율은 낮아지고 공적·사적이전소득이 높아지는 경향을 보였다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 30.2%, 20년 이상인 경우 32.9%가 근로소득 등을 통해 소득을 보장받는 것으로 나타났다. 장애기간에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인 31.1%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인 44.1%, 노년기에 장애가 발생한 장애인 23.8%가 근로소득 등을 통해 소득을 보장받는 것으로 나타났다. 발달기와 노년기에 장애가 발생한 장애인은 근로소득 등을 통해 소득을 보장받기보다는 공적·사적이전소득을 통해 소득을 보장받는 경향을 보였다.

< 표 3-3-24 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 개인 주소득 유형

단위 : % (명)

| 구분                              |        | 공적·사적이전소득 | 근로소득 등 | 전체         |
|---------------------------------|--------|-----------|--------|------------|
| 전체                              |        | 68.8      | 31.2   | 100.0(647) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=647)    | 50~64세 | 50.6      | 49.4   | 100.0(245) |
|                                 | 65~79세 | 77.4      | 22.6   | 100.0(318) |
|                                 | 80세 이상 | 89.3      | 10.7   | 100.0( 84) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=646)   | 20년 미만 | 69.8      | 30.2   | 100.0(388) |
|                                 | 20년 이상 | 67.1      | 32.9   | 100.0(258) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=647) | 발달기    | 68.9      | 31.1   | 100.0( 90) |
|                                 | 청장년기   | 55.9      | 44.1   | 100.0(204) |
|                                 | 노년기    | 76.2      | 23.8   | 100.0(353) |

1)  $\chi^2=65.005$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=.562$ ,  $df=1$ ,  $p=.523$     3)  $\chi^2=24.864$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$

고령장애인을 포함한 전 가구원의 월평균 소득을 살펴본 결과, 100만원~200만원 미만이 24.0%로 가장 많았으며, 다음으로 50만원 미만 23.9%, 50만원~100만원 미만 21.2%, 300만

원 이상 15.5% 등의 순이었다. 고령장애인 가구의 69.1%가 200만원 미만의 소득으로 나타나, 전반적으로 소득수준이 낮음을 알 수 있다.

연령대별로 전 가구원의 월평균 소득을 살펴보면, 50~64세의 59.5%, 65~79세의 76.2%, 80세 이상의 71.9%가 가구소득이 200만원 미만이라고 응답하였다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 66.8%, 장애기간이 20년 이상인 경우 72.8%가 가구소득이 200만원 미만으로 나타났으며, 장애기간이 길수록 가구소득이 감소하는 경향을 보였다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인 72.2%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인 64.8%, 노년기에 장애가 발생한 장애인 70.9%가 가구소득이 200만원 미만으로 나타났다. 장애기간과 장애발생시기에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

〈 표 3-3-25 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 가구소득

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 50만원 미만 | 50~100만원 미만 | 100~200만원 미만 | 200~300만원 미만 | 300만원 이상 | 전체         |
|---------------------------------|--------|---------|-------------|--------------|--------------|----------|------------|
| 전체                              |        | 23.9    | 21.2        | 24.0         | 15.4         | 15.5     | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)    | 50~64세 | 14.7    | 20.5        | 24.3         | 21.6         | 18.8     | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 27.8    | 23.2        | 25.2         | 11.6         | 12.2     | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 37.5    | 15.6        | 18.8         | 10.4         | 17.7     | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)   | 20년 미만 | 22.5    | 20.5        | 23.8         | 16.7         | 16.5     | 100.0(454) |
|                                 | 20년 이상 | 25.9    | 22.4        | 24.5         | 13.3         | 14.0     | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 20.6    | 22.7        | 28.9         | 12.4         | 15.5     | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 19.9    | 22.9        | 22.0         | 19.5         | 15.7     | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 27.0    | 19.9        | 24.0         | 13.7         | 15.4     | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=40.384$ ,  $df=8$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=3.270$ ,  $df=4$ ,  $p=.514$     3)  $\chi^2=9.602$ ,  $df=8$ ,  $p=.294$

고령장애인 개인을 포함한 전 가구원의 주소득 유형은 근로소득이 42.4%(312명)로 가장 많았다. 다음으로 공적이전소득 32.8%(241명), 사업소득 9.4%(69명), 사적이전소득 8.7%(64명), 재산·금융·개인연금 소득 5.0%(37명) 등의 순이었다. 고령장애인 가구는 주로 근로소득과 공적이전소득에 의존하고 있는 것을 알 수 있다.

〈 표 3-3-26 〉 전 가구원의 주소득 유형

단위 : 명, %

| 구분            | 빈도  | 비율    |
|---------------|-----|-------|
| 근로소득          | 312 | 42.4  |
| 사업소득          | 69  | 9.4   |
| 재산·금융·개인연금 소득 | 37  | 5.0   |
| 공적이전소득        | 241 | 32.8  |
| 사적이전소득        | 64  | 8.7   |
| 기타소득          | 12  | 1.6   |
| 계             | 735 | 100.0 |

고령장애인 가구의 주소득 유형을 살펴보면, 국민기초생활보장 급여, 장애수당, 장애연금 등의 공적이전소득과 가족·친척의 용돈, 이웃·사회복지기관의 후원 등의 사적이전소득이 41.5%, 근로소득, 사업소득, 재산·금융·개인연금 소득 등의 근로소득 등이 58.5%로 나타났다.

연령대별로 고령장애인 가구의 주소득 유형을 살펴보면, 50~64세의 68%, 65~79세의 53.9%, 80세 이상의 46.3%가 근로소득 등을 통해 가구소득을 보장받는 것으로 나타났다. 연령이 높아질수록 근로소득 등의 비율은 낮아지고 공적·사적이전소득은 높아지는 경향을 보였다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 60.5%, 장애기간이 20년 이상인 경우 55.6%가 근로소득 등을 통해 가구소득을 보장받는 것으로 나타났다. 장애기간이 길수록 근로소득 등을 통해서 소득을 보장받기보다는 공적·사적이전소득을 통해 가구소득을 보장받는 경향이 있었다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인 60.8%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인 61.0%, 노년기에 장애가 발생한 장애인 56.5%가 근로소득 등으로 소득을 보장받는 것으로 나타났다. 노년기에 장애가 발생한 장애인은 발달기, 청장년기에 장애가 발생한 장애인보다 근로소득 등을 통해서 소득을 보장받기보다는 공적·사적이전소득 등을 통해 가구가 소득을 보장받는 경향이 있었다.

장애기간과 장애발생시기에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

〈 표 3-3-27 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 가구원 주소득 유형

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 공적·사적이전소득 | 근로소득 등 | 전체         |
|---------------------------------|--------|-----------|--------|------------|
| 전체                              |        | 41.5      | 58.5   | 100.0(735) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=735)    | 50~64세 | 32.0      | 68.0   | 100.0(291) |
|                                 | 65~79세 | 46.1      | 53.9   | 100.0(349) |
|                                 | 80세 이상 | 53.7      | 46.3   | 100.0( 95) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=734)   | 20년 미만 | 39.5      | 60.5   | 100.0(448) |
|                                 | 20년 이상 | 44.4      | 55.6   | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=735) | 발달기    | 39.2      | 60.8   | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 39.0      | 61.0   | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 43.5      | 56.5   | 100.0(402) |

1)  $\chi^2=19.806$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=1.725$ ,  $df=1$ ,  $p=.108$     3)  $\chi^2=1.516$ ,  $df=2$ ,  $p=.469$

고령장애인 가구가 한 달 동안 살아가는데 필요한 최소한의 생활비를 조사한 결과, 100만원~200만원 미만이 37.0%로 가장 많았으며, 다음으로 100만원 미만 33.2%, 200만원~300만원 미만 16.1%, 300만원 이상 13.7% 순이었다.

연령대별로 한 달 동안 살아가는데 필요한 최소한의 생활비를 살펴보면, 50~64세의 61.8%, 65~79세의 77.0%, 80세 이상의 70.3%가 한 달 동안 살아가는데 필요한 최소한의 생활비가 200만원 미만이라고 답하였다. 80세 이상의 고령장애인은 50~64세, 65~79세의 고령장애인보다 한 달 동안 필요한 최소한의 생활비가 적은 경향을 보였다. 더불어 연령이 높아질수록 한 달 동안 살아가는데 필요한 최소한의 생활비가 100만원 미만이라고 응답한 비율이 높아짐을 알 수 있다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 66.1%, 장애기간이 20년 이상인 경우 76.8%가 한 달 동안 살아가는데 필요한 최소한의 생활비가 200만원 미만이라고 응답하였다. 장애기간이 길수록 필요한 최소한의 생활비가 적어지는 경향을 보였다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인 76.8%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인 67.4%, 노년기에 장애가 발생한 장애인 70.3%가 한 달 동안 살아가는데 필요한 최소한의 생활비가 200만원 미만이라고 응답하였다. 장애발생시기에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

< 표 3-3-28 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 생활비

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 100만원 미만 | 100만원~200만원 미만 | 200만원~300만원 미만 | 300만원 이상 | 전체         |
|---------------------------------|--------|----------|----------------|----------------|----------|------------|
| 전체                              |        | 33.2     | 37.0           | 16.1           | 13.7     | 100.0(722) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=722)    | 50~64세 | 25.0     | 36.8           | 19.6           | 18.6     | 100.0(280) |
|                                 | 65~79세 | 38.2     | 38.8           | 13.5           | 9.5      | 100.0(348) |
|                                 | 80세 이상 | 39.4     | 30.9           | 14.9           | 14.9     | 100.0( 94) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=721)   | 20년 미만 | 31.0     | 35.1           | 18.7           | 15.3     | 100.0(445) |
|                                 | 20년 이상 | 36.6     | 40.2           | 12.0           | 11.2     | 100.0(276) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=722) | 발달기    | 32.6     | 44.2           | 8.4            | 14.7     | 100.0( 95) |
|                                 | 청장년기   | 34.4     | 33.0           | 17.6           | 15.0     | 100.0(227) |
|                                 | 노년기    | 32.8     | 37.5           | 17.0           | 12.8     | 100.0(400) |

1)  $\chi^2=23.828$ ,  $df=6$ ,  $p=.001$     2)  $\chi^2=9.607$ ,  $df=3$ ,  $p=.022$     3)  $\chi^2=7.073$ ,  $df=6$ ,  $p=.314$

장애로 인한 비용이 발생한 항목을 조사한 결과 교통비가 38.0%(109명)로 가장 많았으며, 다음으로 의료비 22.6%(65명), 통신비 17.4%(50명), 보호/간병비 10.5%(30명), 재활기관 이용료 3.5%(10명) 등의 순이었다.

< 표 3-3-29 > 장애로 인한 비용 발생

단위 : 명, %

| 구분              | 빈도  | 비율    |
|-----------------|-----|-------|
| 교통비             | 109 | 38.0  |
| 의료비             | 65  | 22.6  |
| 보육/교육비          | 3   | 1.0   |
| 보호/간병비          | 30  | 10.5  |
| 재활기관 이용료        | 10  | 3.5   |
| 통신비             | 50  | 17.4  |
| 장애인보조기구 구입, 유지비 | 3   | 1.0   |
| 부모사후대비비         | 1   | 0.3   |
| 거의 없음           | 1   | 0.3   |
| 의식주 생활비         | 7   | 2.4   |
| 기타              | 8   | 2.8   |
| 계               | 287 | 100.0 |

현재 일을 하고 있는지 여부를 조사한 결과, 고령장애인의 75.9%가 현재 일을 하고 있지 않는 것으로 나타났다.

연령대별로 근로 여부를 살펴보면, 50~64세의 58.9%, 65~79세의 84.4%, 80세 이상의 96.9%가 현재 일을 하고 있지 않는 것으로 나타났다. 연령이 높아질수록 현재 일을 하고 있지 않는 비율이 증가하는 경향을 보였다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 77.0%, 장애기간이 20년 이상인 경우 74.1%가 현재 일을 하고 있지 않는 것으로 나타났다. 장애기간이 짧을수록 일을 하지 않는 경향을 보였다. 장애기간에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 72.2%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 65.3%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 83.0%가 현재 일을 하고 있지 않는 것으로 나타났다. 장애가 늦은 나이에 발생할수록 현재 일을 하지 않는 비율이 증가하는 경향을 보였다.

〈 표 3-3-30 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 현재 근로 여부

단위: % (명)

| 구분                              |        | 예    | 아니오  | 전체         |
|---------------------------------|--------|------|------|------------|
| 전체                              |        | 24.1 | 75.9 | 100.0(740) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=740)    | 50~64세 | 41.1 | 58.9 | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 15.6 | 84.4 | 100.0(352) |
|                                 | 80세 이상 | 3.1  | 96.9 | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=739)   | 20년 미만 | 23.0 | 77.0 | 100.0(453) |
|                                 | 20년 이상 | 25.9 | 74.1 | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=740) | 발달기    | 27.8 | 72.2 | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 34.7 | 65.3 | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 17.0 | 83.0 | 100.0(407) |

1)  $\chi^2=83.131$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=.815$ ,  $df=1$ ,  $p=.207$     3)  $\chi^2=26.760$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$

고령장애인이 현재 일하지 않는 이유를 조사한 결과, 장애로 인해가 50.9%로 가장 많았으며, 다음으로 고령으로 인해 33.1%, 장애, 고령 이외 16.0% 순이었다. 장애, 고령 이외의 응답은 장애 이외의 다른 질병 때문에, 적합한 직종이 없어서, 장애인에 대한 차별과 선입견 때문에, 일하고 싶지 않아서, 가사/육아문제 때문에, 기초생활수급권이 박탈되기 때문에 등이었다.

연령대별로 현재 일하지 않는 이유를 살펴보면, 50~64세의 66.1%, 65~79세의 48.7%, 80세 이상의 30.1%가 심한 장애로 일하기 어려워서 현재 일하지 않고 있다고 응답하였다. 연령이 높을수록 나이가 많아서 현재 일하지 않는 비율이 높아지는 경향을 보였다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 53.3%, 장애기간이 20년 이상인 경우 46.7%가 장애로 인하여 현재 일하지 않고 있다고 응답하였다. 장애기간에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 41.4%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 60.1%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 48.7%가 장애로 인하여 현재 일하지 않고 있다고 응답하였다. 발달기에 장애가 발생한 장애인은 청장년기, 노년기에 장애가 발생한 장애인보다 장애/고령 이외의 이유로 현재 일하지 않는 비율이 상대적으로 높은 경향을 보였다.

< 표 3-3-31 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 일하지 않는 이유

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 장애로 인해 | 고령으로 인해 | 장애, 고령 이외 | 전체         |
|---------------------------------|--------|--------|---------|-----------|------------|
| 전체                              |        | 50.9   | 33.1    | 16.0      | 100.0(562) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=562)    | 50~64세 | 66.1   | 10.5    | 23.4      | 100.0(171) |
|                                 | 65~79세 | 48.7   | 37.6    | 13.8      | 100.0(298) |
|                                 | 80세 이상 | 30.1   | 60.2    | 9.7       | 100.0( 93) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=561)   | 20년 미만 | 53.3   | 31.8    | 14.9      | 100.0(349) |
|                                 | 20년 이상 | 46.7   | 35.4    | 17.9      | 100.0(212) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=562) | 발달기    | 41.4   | 31.4    | 27.1      | 100.0( 70) |
|                                 | 청장년기   | 60.1   | 22.9    | 17.0      | 100.0(153) |
|                                 | 노년기    | 48.7   | 38.1    | 13.3      | 100.0(339) |

1)  $\chi^2=73.829$ ,  $df=4$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=2.390$ ,  $df=2$ ,  $p=.303$     3)  $\chi^2=18.625$ ,  $df=4$ ,  $p=.001$

## 5. 고령장애인의 문화 및 여가활동 참여

고령장애인들이 지난 1개월 동안 직접 참여한 주된 문화 및 여가활동은 TV시청(유선방송, 비디오 포함)이 58.0%(430명)로 가장 많았으며, 다음으로 휴식(사우나 등) 10.7%(79명), 사교 일(친구, 친척 만남, 모임 등) 8.5%(63명), 없음 4.5%(33명), 스포츠(축구, 테니스, 수영 등) 3.5%(26명), 컴퓨터 또는 인터넷 활용 2.4%(18명) 등의 순이었다. 이밖에도 소수의 고령장애

인들이 독서, 신문이나 잡지 보기 (2.2%), 감상관람(2.0%), 여행(1.8%), 가족관련 일(1.3%) 등의 활동을 하고 있는 것으로 나타났다.

과반수의 고령장애인이 문화 및 여가활동으로 TV를 시청하였으며, TV시청과 휴식, 사교일을 제외한 다른 활동은 5% 미만의 낮은 비율을 보이고 있다. 이밖에도 문화 및 여가활동을 참여하고 있지 않다는 응답 또한 4.5%(33명)로 나타났다.

〈 표 3-3-32 〉 지난 1개월 동안 참여한 주된 문화 및 여가활동

단위 : 명, %

| 구분                          | 빈도  | 비율    |
|-----------------------------|-----|-------|
| 감상·관람(연극, 영화, 연주회 등)        | 15  | 2.0   |
| TV시청(유선방송, 비디오 포함)          | 430 | 58.0  |
| 컴퓨터 또는 인터넷 활용               | 18  | 2.4   |
| 승부놀이(바둑, 당구, 경마 등)          | 5   | 0.7   |
| 창작적 취미(미술, 서예, 글쓰기, 악기연주 등) | 5   | 0.7   |
| 독서, 신문이나 잡지 보기              | 16  | 2.2   |
| 스포츠(축구, 테니스, 수영 등)          | 26  | 3.5   |
| 영어, 한문, 교양강좌 등              | 2   | 0.3   |
| 사회(자원)봉사 활동                 | 3   | 0.4   |
| 여행(관광, 등산, 낚시, 하이킹 등)       | 13  | 1.8   |
| 사교 일(친구, 친척만남, 모임 등)        | 63  | 8.5   |
| 가족관련 일(외식, 쇼핑, 주말농장 등)      | 10  | 1.3   |
| 휴식(사우나 등)                   | 79  | 10.7  |
| 종교 활동                       | 5   | 0.7   |
| 산책                          | 9   | 1.2   |
| 없음                          | 33  | 4.5   |
| 기타                          | 9   | 1.2   |
| 계                           | 741 | 100.0 |

고령장애인이 참여한 문화 및 여가활동 만족도를 조사한 결과, 만족이 44.7%로 가장 많았으며, 다음으로 불만족 27.8%, 매우 불만족 18.3%, 매우 만족 9.1% 순이었다. 고령장애인의 53.8%가 참여한 문화 및 여가활동에 만족(만족+매우 만족)하고 있는 것으로 나타났다.

연령대별로 참여한 문화 및 여가활동 만족도를 살펴보면, 50~94세의 54.5%, 65~79세의

55.2%, 80세 이상의 47.3%가 참여한 문화 및 여가활동에 만족하고 있는 것으로 나타났다. 연령이 높아질수록 문화 및 여가활동 만족도가 낮아지는 경향을 보였으며, 특히 80세 이상의 문화 및 여가활동 만족도가 낮았다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 52.4%, 장애기간이 20년 이상인 경우 56.3%가 참여한 문화 및 여가활동에 만족하고 있는 것으로 나타났다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 61.8%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 54.0%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 51.9%가 참여한 문화 및 여가활동에 만족하고 있는 것으로 나타났다. 장애가 늦은 나이에 발생할수록 참여한 문화 및 여가활동 만족도가 낮아지는 경향을 보였다. 노년기에 장애가 발생한 장애인의 문화 및 여가활동 만족도가 가장 낮았다. 장애기간과 장애발생시기에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

< 표 3-3-33 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 문화 및 여가활동 만족도

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 매우 불만족 | 불만족  | 만족   | 매우 만족 | 전체         |
|---------------------------------|--------|--------|------|------|-------|------------|
| 전체                              |        | 18.3   | 27.8 | 44.7 | 9.1   | 100.0(733) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=733)    | 50~64세 | 13.8   | 31.7 | 42.8 | 11.7  | 100.0(290) |
|                                 | 65~79세 | 19.4   | 25.4 | 46.6 | 8.6   | 100.0(350) |
|                                 | 80세 이상 | 28.0   | 24.7 | 44.1 | 3.2   | 100.0( 93) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=732)   | 20년 미만 | 20.1   | 27.5 | 43.5 | 8.9   | 100.0(448) |
|                                 | 20년 이상 | 15.1   | 28.5 | 46.8 | 9.5   | 100.0(284) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=733) | 발달기    | 14.4   | 23.7 | 50.5 | 11.3  | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 16.6   | 29.4 | 45.5 | 8.5   | 100.0(235) |
|                                 | 노년기    | 20.2   | 27.9 | 42.9 | 9.0   | 100.0(401) |

1)  $\chi^2=17.163$ ,  $df=6$ ,  $p=.009$     2)  $\chi^2=2.900$ ,  $df=3$ ,  $p=.407$     3)  $\chi^2=4.438$ ,  $df=6$ ,  $p=.618$

고령장애인들이 참여한 문화 및 여가활동을 만족스럽게 보내지 못한 이유는 건강이나 체력이 부족해서가 46.3%(157명)로 가장 많았으며, 다음으로 경제적 부담 때문에 29.2%(99명), 시간이 부족해서 5.9%(20명), 적당한 취미가 없어서 5.3%(18명), 도우미가 없어서 3.2%(11명) 등의 순이었다. 이밖에도 교통 혼잡 및 이용교통수단이 불편해서 2.9%(10명), 여가정보 및 프로그램이 부족해서 2.7%(9명) 등의 이유로 문화 및 여가활동을 만족스럽게 보내지 못한 것으로 나타났다.

이는 고령장애인들이 문화 및 여가활동을 참여하기 위해서는 경제적인 부담이 해결되어야 하며, 장애인이 문화적인 활동을 할 수 있도록 이동이 편리해야 함은 물론, 문화시설 등의 접근이 가능하도록 편의시설이 확대되어야 한다.

〈 표 3-3-34 〉 문화 및 여가활동을 만족스럽게 보내지 못한 이유

단위 : 명, %

| 구분                   | 빈도  | 비율    |
|----------------------|-----|-------|
| 경제적 부담 때문에           | 99  | 29.2  |
| 시간이 부족해서             | 20  | 5.9   |
| 교통 혼잡 및 이용교통수단이 불편해서 | 10  | 2.9   |
| 도우미가 없어서             | 11  | 3.2   |
| 여가기시설이 부족해서          | 8   | 2.4   |
| 여기정보 및 프로그램이 부족해서    | 9   | 2.7   |
| 적당한 취미가 없어서          | 18  | 5.3   |
| 건강이나 체력이 부족해서        | 157 | 46.3  |
| 기타                   | 7   | 2.1   |
| 계                    | 339 | 100.0 |

## 6. 고령장애인의 사회적 차별 인식

장애 때문에 본인이 차별을 받고 있다고 느끼는 정도를 조사한 결과, 전혀 느끼지 않음이 40.3%로 가장 많았으며, 다음으로 별로 느끼지 않음 29.8%, 가끔 느낌 18.1%, 항상 느낌 11.8% 순이었다. 고령장애인의 29.9%가 장애 때문에 차별을 받고 있다(가끔+항상)고 응답하였다.

연령대별로 차별을 받고 있다고 느끼는 정도를 살펴보면, 50~64세의 36.1%, 65~79세의 25.8%, 80세 이상의 26.3%가 본인의 장애로 인해 차별을 받고 있다고 응답하였다. 50~64세가 차별을 느끼는 정도가 가장 높았으며, 이러한 결과는 이들이 외부 활동 수준이 가장 높기 때문으로 추정할 수 있다. 연령대에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 23.7%, 장애기간이 20년 이상인 경우 39.5%가 본인의 장애로 인해 차별을 받고 있다고 느끼고 있었다. 장애기간이 긴 경우 본인의 장애 때문에 차별을 받고 있다고 느끼는 정도가 높았다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 49.5%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 34.3%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 22.7%가 본인의 장애 때문에 차별을 받고 있다고 느끼고 있었다. 장애가 이른 나이에 발생할수록 장애 때문에 받고 있는 차별정도가 높은 것으로 나타났다. 노화를 경험하며 장기간 살아온 장애인이 상대적으로 사회적으로 느끼는 차별수준이 높은 것을 알 수 있다.

〈 표 3-3-35 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 차별 정도

단위 : % (명)

| 구분                              |        | 전혀 느끼지 않음 | 별로 느끼지 않음 | 가끔 느낌 | 항상 느낌 | 전체         |
|---------------------------------|--------|-----------|-----------|-------|-------|------------|
| 전체                              |        | 40.3      | 29.8      | 18.1  | 11.8  | 100.0(739) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=739)    | 50~64세 | 36.1      | 27.8      | 23.4  | 12.7  | 100.0(291) |
|                                 | 65~79세 | 43.3      | 30.9      | 13.9  | 11.9  | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 42.1      | 31.6      | 17.9  | 8.4   | 100.0( 95) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=738)   | 20년 미만 | 46.7      | 29.6      | 15.5  | 8.2   | 100.0(452) |
|                                 | 20년 이상 | 30.4      | 30.1      | 22.0  | 17.5  | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=739) | 발달기    | 22.7      | 27.8      | 28.9  | 20.6  | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 33.5      | 32.2      | 20.3  | 14.0  | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 48.5      | 28.8      | 14.3  | 8.4   | 100.0(406) |

1)  $\chi^2=11.838$ ,  $df=6$ ,  $p=.066$     2)  $\chi^2=28.483$ ,  $df=3$ ,  $p=.000$     3)  $\chi^2=39.235$ ,  $df=6$ ,  $p=.000$

장애로 인한 사회적 차별 경험에 대해서 차별의 영역을 결혼, 취업, 직장생활, 운전면허, 보험 제도, 의료기관 이용, 정보통신 이용, 지역사회생활로 구분하여 살펴보았다.

먼저 고령장애인이 장애로 인해 결혼 과정에서 받은 차별경험을 조사한 결과, 차별을 받은 경험이 있다는 응답이 24.6%(32명), 받지 않았다는 응답이 75.4%(98명)로 나타났다.

〈 표 3-3-36 〉 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 결혼

단위 : 명, %

| 구분    | 빈도  | 비율    |
|-------|-----|-------|
| 받았다   | 32  | 24.6  |
| 안 받았다 | 98  | 75.4  |
| 계     | 130 | 100.0 |

고령장애인이 장애로 인해 취업 시 사회적 차별을 받았는지 조사한 결과, 차별을 받았다는 응답이 35.4%(73명), 차별을 받지 않았다는 응답이 64.6%(133명)로 나타났다.

〈 표 3-3-37 〉 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 취업

단위 : 명, %

| 구분    | 빈도  | 비율    |
|-------|-----|-------|
| 받았다   | 73  | 35.4  |
| 안 받았다 | 133 | 64.6  |
| 계     | 206 | 100.0 |

고령장애인이 장애로 인해 직장생활 중에 사회적 차별을 받은 경험이 있는지를 소득, 동료관계, 승진을 중심으로 살펴보았다. 먼저 고령장애인이 직장생활 과정에서 소득의 차별경험이 있는지를 조사한 결과, 차별경험이 있다는 응답이 11.3%(27명), 차별경험이 없다는 응답이 88.7%(211명)로 나타났다. 직장생활 중에 동료와의 관계에서 차별을 경험했는지를 조사한 결과, 차별을 경험했다는 응답이 15.1%(36명), 차별경험이 없다는 응답이 84.9%(203명)로 나타났다. 직장생활 중 승진과정에서 차별을 경험했는지 조사한 결과, 차별을 경험했다는 응답이 12.4%(28명), 차별경험이 없다는 응답이 87.6%(198명)로 나타났다.

〈 표 3-3-38 〉 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 직장생활

단위 : 명, %

| 구분              | 빈도    | 비율  |      |
|-----------------|-------|-----|------|
| 소득<br>(N=238)   | 받았다   | 27  | 11.3 |
|                 | 안 받았다 | 211 | 88.7 |
| 동료관계<br>(N=239) | 받았다   | 36  | 15.1 |
|                 | 안 받았다 | 203 | 84.9 |
| 승진<br>(N=226)   | 받았다   | 28  | 12.4 |
|                 | 안 받았다 | 198 | 87.6 |

고령장애인이 운전면허 제도상(취득 시)의 차별을 받은 경험이 있는지를 조사한 결과, 차별을 받은 경험이 있다는 응답이 8.1%(12명), 차별을 받은 경험이 없다는 응답이 91.9%(137명)로 나타났다.

〈 표 3-3-39 〉 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 운전면허

단위 : 명, %

| 구분    | 빈도  | 비율    |
|-------|-----|-------|
| 받았다   | 12  | 8.1   |
| 안 받았다 | 137 | 91.9  |
| 계     | 149 | 100.0 |

고령장애인이 보험제도상(계약 시)의 차별을 받은 경험이 있는지를 조사한 결과, 차별경험이 있다는 응답이 43.1%(140명), 차별경험이 없다는 응답이 56.9%(185명)로 나타났다.

〈 표 3-3-40 〉 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 보험제도

단위 : 명, %

| 구분    | 빈도  | 비율    |
|-------|-----|-------|
| 받았다   | 140 | 43.1  |
| 안 받았다 | 185 | 56.9  |
| 계     | 325 | 100.0 |

고령장애인이 의료기관 이용 시 차별을 받은 경험이 있는지를 조사한 결과, 차별경험이 있다는 응답이 4.4%(32명), 차별경험이 없다는 응답이 95.6%(700명)로 나타났다.

〈 표 3-3-41 〉 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 의료기관 이용

단위 : 명, %

| 구분    | 빈도  | 비율    |
|-------|-----|-------|
| 받았다   | 32  | 4.4   |
| 안 받았다 | 700 | 95.6  |
| 계     | 732 | 100.0 |

고령장애인이 정보통신 이용 시(방송포함) 차별을 받은 경험이 있는지를 조사한 결과, 차별경험이 있다는 응답이 2.0%(14명), 차별경험이 없다는 응답이 98.0%(693명)로 나타났다.

〈 표 3-3-42 〉 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 정보통신 이용

단위 : 명, %

| 구분    | 빈도  | 비율    |
|-------|-----|-------|
| 받았다   | 14  | 2.0   |
| 안 받았다 | 693 | 98.0  |
| 계     | 707 | 100.0 |

고령장애인이 지역사회생활을 하기 위해 음식점, 극장, 공연장, 수영장 등을 이용할 때 차별을 받은 경험이 있는지를 조사한 결과, 차별경험이 있다는 응답이 8.8%(61명), 차별경험이 없다는 응답이 91.2%(633명)로 나타났다.

〈 표 3-3-43 〉 장애로 인해 사회적 차별을 받은 경험 - 지역사회생활

단위 : 명, %

| 구분    | 빈도  | 비율    |
|-------|-----|-------|
| 받았다   | 61  | 8.8   |
| 안 받았다 | 633 | 91.2  |
| 계     | 694 | 100.0 |

장애로 인해 사회적 차별을 받았을 때 차별경험에 대해 상담할 사람이 있는지를 조사한 결과, 고령장애인의 52.0%가 상담할 사람이 있다고 응답하였다.

연령대별로 상담자 유무를 살펴보면, 50~64세의 54.1%, 65~79세의 48.8%, 80세 이상의 53.3%가 장애로 인해 사회적 차별을 경험했을 때 상담할 사람이 있다고 응답하였다. 연령대에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만의 경우 44.9%, 장애기간이 20년 이상의 경우 57.4%가 사회적 차별을 경험했을 때 상담할 사람이 있다고 응답하였다. 장애기간이 긴 경우 장애로 인해 사회적 차별을 경험했을 때 상담할 사람이 있는 비율이 더 높은 경향이 있었다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 60.0%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 51.5%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 46.4%가 장애로 인해 차별을 경험했을 때 상담할 사람이 있다고 응답하였다. 장애발생시기에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

< 표 3-3-44 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 상담자 유무

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 예    | 아니오  | 전체         |
|---------------------------------|--------|------|------|------------|
| 전체                              |        | 52.0 | 48.0 | 100.0(221) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=221)    | 50~64세 | 54.1 | 45.9 | 100.0(122) |
|                                 | 65~79세 | 48.8 | 51.2 | 100.0( 84) |
|                                 | 80세 이상 | 53.3 | 46.7 | 100.0( 15) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=220)   | 20년 미만 | 44.9 | 55.1 | 100.0( 98) |
|                                 | 20년 이상 | 57.4 | 42.6 | 100.0(122) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=221) | 발달기    | 60.0 | 40.0 | 100.0( 55) |
|                                 | 청장년기   | 51.5 | 48.5 | 100.0( 97) |
|                                 | 노년기    | 46.4 | 53.6 | 100.0( 69) |

1)  $\chi^2=.568$ ,  $df=2$ ,  $p=.753$     2)  $\chi^2=3.390$ ,  $df=1$ ,  $p=.044$     3)  $\chi^2=2.292$ ,  $df=2$ ,  $p=.318$

사회적 차별을 받았을 때 상담할 사람이 있다고 응답한 고령장애인이 주로 상담하는 사람은 가족이 78.3%(90명)로 가장 많았으며, 다음으로 친척, 친구, 이웃 10.4%(12명), 종교인 5.2%(6명), 장애인단체, 자립생활센터 직원 3.5%(4명) 등의 순이었다.

< 표 3-3-45 > 사회적 차별에 대한 주된 상담자

단위 : 명, %

| 구분               | 빈도  | 비율    |
|------------------|-----|-------|
| 가족               | 90  | 78.3  |
| 친척, 친구, 이웃       | 12  | 10.4  |
| 종교인              | 6   | 5.2   |
| 상담관련 기관 직원       | 2   | 1.7   |
| 장애인단체, 자립생활센터 직원 | 4   | 3.5   |
| 기타               | 1   | 0.9   |
| 계                | 115 | 100.0 |

사회적 차별에 대해 상담이 이루어지지 않은 주된 이유는 효과가 없을 것 같아서가 54.3%(57명)로 가장 많았으며, 다음으로 타인에게 알리기 싫어서 21.0%(22명), 상담기관에 대한 정보 부족 15.2%(16명), 몸이 불편해서 4.8%(5명) 등의 순이었다.

〈 표 3-3-46 〉 사회적 차별에 대해 상담이 이루어지지 않는 주된 이유

단위 : 명, %

| 구분                             | 빈도  | 비율    |
|--------------------------------|-----|-------|
| 효과가 없을 것 같아서                   | 57  | 54.3  |
| 상담기관에 대한 정보 부족                 | 16  | 15.2  |
| 몸이 불편해서                        | 5   | 4.8   |
| 상담기관이 멀리 있어서                   | 1   | 1.0   |
| 타인에게 알리기 싫어서                   | 22  | 21.0  |
| 차별을 한 사람기관에 직접 말했기 때문에 필요가 없어서 | 2   | 1.9   |
| 기타                             | 2   | 1.9   |
| 계                              | 105 | 100.0 |

장애로 인해 폭력을 당한 경험이 있는지를 조사한 결과, 고령장애인의 9.6%가 폭력을 당한 경험이 있다고 응답하였다. 연령대별로 장애로 인한 폭력경험 여부를 살펴보면, 50~64세의 15.4%, 65~79세의 5.9%, 80세 이상의 5.2%가 장애로 인해 폭력을 당한 경험이 있다고 응답하였다. 연령이 적을수록 폭력을 당한 경험이 높아지는 경향을 알 수 있다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 4.2%, 장애기간이 20년 이상인 경우 18.2%가 장애로 인해 폭력을 당한 경험이 있다고 응답하였다. 장애기간이 길수록 폭력을 당한 경험이 높아졌다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 28.9%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 11.9%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 3.7%가 장애로 인해 폭력을 당한 경험이 있다고 응답하였다. 장애가 이른 나이에 발생할수록 장애로 인해 폭력을 당한 경험이 높아졌다. 연령이 어릴수록, 장애기간이 길수록, 장애발생시기가 빠를수록 장애로 인해 폭력을 경험하는 비율이 높아지는 경향을 보였다.

< 표 3-3-47 > 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 폭력경험 여부

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 예    | 아니오  | 전체         |
|---------------------------------|--------|------|------|------------|
| 전체                              |        | 9.6  | 90.4 | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)    | 50~64세 | 15.4 | 84.6 | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 5.9  | 94.1 | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 5.2  | 94.8 | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)   | 20년 미만 | 4.2  | 95.8 | 100.0(454) |
|                                 | 20년 이상 | 18.2 | 81.8 | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 28.9 | 71.1 | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 11.9 | 88.1 | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 3.7  | 96.3 | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=18.949$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$     2)  $\chi^2=39.630$ ,  $df=1$ ,  $p=.000$     3)  $\chi^2=59.479$ ,  $df=2$ ,  $p=.000$

## 7. 고령장애인의 복지욕구

고령장애인들이 정부 및 대전광역시에서 시행하고 있는 다양한 장애인복지사업을 얼마나 알고 이용해 왔는지를 조사해 보았다.

정부 및 대전광역시 장애인복지사업에 대한 인지도를 조사한 결과, 통신 관련 요금감면 및 할인이 83.1%(616명)로 인지도가 가장 높은 것으로 나타났으며, 다음으로 교통 관련 요금감면 및 할인인 76.8%(569명), 장애인자동차 표지발급 67.2%(498명), 공공시설 이용 시 요금감면 및 할인 64.0%(474명), 장애수당 62.8%(465명), 승용자동차 관련 세금 면제 61.3%(454명), 장애인연금 57.0%(422명) 등의 순이었다.

정부 및 대전광역시 장애인 복지사업을 알고 있는 고령장애인을 대상으로 장애인복지사업 이용 경험을 조사한 결과, 통신 관련 요금감면 및 할인이 88.6%(546명)로 이용경험이 가장 높았다. 다음으로 교통 관련 요금감면 및 할인 77.2%(439명), 공공시설 이용 시 요금감면 및 할인 69.2%(328명), 장애인자동차 표지발급 58.8%(293명), 장애등급심사제도 운영 53.3%(217명) 등의 순이었다. 이용경험은 인지도가 전반적으로 높은 사업에 대해서는 이용한 경험이 있지만, 나머지 사업에 대해서는 이용경험이 낮은 경향을 보였다.

〈 표 3-3-48 〉 대전광역시 장애인복지사업에 대한 인지 여부 및 이용 경험

단위 : 명, %

| 구분                  | 인지도   |      |     |      | 이용률   |      |       |       |
|---------------------|-------|------|-----|------|-------|------|-------|-------|
|                     | 알고 있음 |      | 모름  |      | 경험 있음 |      | 경험 없음 |       |
|                     | 빈도    | 비율   | 빈도  | 비율   | 빈도    | 비율   | 빈도    | 비율    |
| 장애인연금               | 422   | 57.0 | 319 | 43.0 | 119   | 28.2 | 303   | 71.8  |
| 장애수당                | 465   | 62.8 | 276 | 37.2 | 162   | 34.8 | 303   | 65.2  |
| 장애인보조기구 건강보험(의료급여)  | 236   | 31.8 | 505 | 68.2 | 75    | 31.8 | 161   | 68.2  |
| 장애인자동차 표지발급         | 498   | 67.2 | 243 | 32.8 | 293   | 58.8 | 205   | 41.2  |
| 승용자동차 관련 세금 면제      | 454   | 61.3 | 287 | 38.7 | 225   | 49.6 | 229   | 50.4  |
| 교통 관련 요금감면 및 할인     | 569   | 76.8 | 172 | 23.2 | 439   | 77.2 | 130   | 22.8  |
| 통신 관련 요금감면 및 할인     | 616   | 83.1 | 125 | 16.9 | 546   | 88.6 | 70    | 11.4  |
| 공공시설 이용 시 요금감면 및 할인 | 474   | 64.0 | 267 | 36.0 | 328   | 69.2 | 146   | 30.8  |
| 주택관련 분양할선 및 가산점 부여  | 140   | 18.9 | 601 | 81.1 | 23    | 16.4 | 117   | 83.6  |
| 전동휠체어 충전기 관리(행복충전소) | 113   | 15.2 | 628 | 84.8 | 7     | 6.2  | 106   | 93.8  |
| 장애인특별운송사업           | 345   | 46.6 | 396 | 53.4 | 51    | 14.8 | 294   | 85.2  |
| 전동휠체어 임대지원          | 178   | 24.0 | 563 | 76.0 | 7     | 3.9  | 171   | 96.1  |
| 여성장애인가사도우미 운영지원     | 129   | 17.4 | 612 | 82.6 | 8     | 6.2  | 121   | 93.8  |
| 장애인활동지원제도           | 152   | 20.5 | 589 | 79.5 | 11    | 7.2  | 141   | 92.8  |
| 시각장애인 안마사 파견사업      | 113   | 15.2 | 628 | 84.8 | 8     | 7.1  | 105   | 92.9  |
| 장애인 복지일자리 사업        | 207   | 27.9 | 534 | 72.1 | 9     | 4.3  | 198   | 95.7  |
| 장애인 행정도우미 지원        | 119   | 16.1 | 622 | 83.9 | 0     | 0.0  | 119   | 100.0 |
| 장애인 채용박람회           | 157   | 21.2 | 584 | 78.8 | 8     | 5.1  | 149   | 94.9  |
| 발달장애인 성년후견인 지원사업    | 61    | 8.2  | 680 | 91.8 | 0     | 0.0  | 61    | 100.0 |
| 장애인 보조기구 사례관리 시범사업  | 76    | 10.3 | 665 | 89.7 | 2     | 2.6  | 74    | 97.4  |
| 장애인 의료비 지원          | 266   | 35.9 | 475 | 64.1 | 81    | 30.5 | 185   | 69.5  |
| 장애인 자녀교육비 지원        | 146   | 19.7 | 595 | 80.3 | 15    | 10.3 | 131   | 89.7  |
| 장애등급심사제도 운영         | 407   | 55.5 | 326 | 44.5 | 217   | 53.3 | 190   | 46.7  |
| 장애인 보조기구 교부         | 168   | 22.7 | 572 | 77.3 | 36    | 21.4 | 132   | 78.6  |

고령장애인들이 공공 및 민간기관에서 실시하는 다양한 장애인복지사업에 대한 정보를 어떻게 취득하는지를 살펴보았다. 조사결과, 정보매체(언론매체, 인터넷 등)가 35.0%(259명)로 가장 많았으며, 다음으로 행정기관 24.4%(188명), 친척, 친구, 이웃 22.5%(166명), 사회복지 관련 기관 6.4%(47명) 등의 순이었다.

〈 표 3-3-49 〉 장애인복지사업 정보 취득 방법

단위: 명, %

| 구분                | 빈도  | 비율    |
|-------------------|-----|-------|
| 정보매체(언론매체, 인터넷 등) | 259 | 35.0  |
| 친척, 친구, 이웃        | 166 | 22.5  |
| 장애인동료             | 18  | 2.4   |
| 행정기관              | 188 | 24.4  |
| 사회복지 관련 기관        | 47  | 6.4   |
| 장애인단체             | 11  | 1.5   |
| 종교기관              | 2   | 0.3   |
| 교육기관              | 2   | 0.3   |
| 복지 관련 정보지         | 12  | 1.6   |
| 없음                | 19  | 2.6   |
| 잘 모름              | 7   | 0.9   |
| 기타                | 8   | 1.1   |
| 계                 | 739 | 100.0 |

대전광역시에 대한 장애인복지 관련 요구사항 유무를 살펴보면, 고령장애인의 86.5%가 장애인 복지와 관련하여 대전광역시에 요구사항이 있다고 응답하였다.

이를 연령대별로 살펴보면, 50~64세의 85.3%, 65~79세의 89.8%, 80세 이상의 78.1%가 장애인복지와 관련하여 대전광역시에 요구사항이 있다고 응답하였다.

장애기간별로 살펴보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 87.2%, 장애기간이 20년 이상인 경우 85.7%가 장애인복지와 관련하여 대전광역시에 요구사항이 있다고 응답하였다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 88.7%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 84.7%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 87.0%가 장애인복지와 관련하여 대전광역시에 요구사항이 있다고 응답하였다. 장애기간과 장애발생시기에 따른 차이는 유의미하지 않았다.

〈 표 3-3-50 〉 연령대, 장애기간, 장애발생시기에 따른 대전광역시에 대한 요구사항 여부

단위 : %(명)

| 구분                              |        | 예    | 아니오  | 전체         |
|---------------------------------|--------|------|------|------------|
| 전체                              |        | 86.5 | 13.5 | 100.0(741) |
| 연령대 <sup>1)</sup><br>(N=741)    | 50~64세 | 85.3 | 14.7 | 100.0(292) |
|                                 | 65~79세 | 89.8 | 10.2 | 100.0(353) |
|                                 | 80세 이상 | 78.1 | 21.9 | 100.0( 96) |
| 장애기간 <sup>2)</sup><br>(N=740)   | 20년 미만 | 87.2 | 12.8 | 100.0(454) |
|                                 | 20년 이상 | 85.7 | 14.3 | 100.0(286) |
| 장애발생시기 <sup>3)</sup><br>(N=741) | 발달기    | 88.7 | 11.3 | 100.0( 97) |
|                                 | 청장년기   | 84.7 | 15.3 | 100.0(236) |
|                                 | 노년기    | 87.0 | 13.0 | 100.0(408) |

1)  $\chi^2=9.440$ ,  $df=2$ ,  $p=.009$     2)  $\chi^2=.369$ ,  $df=1$ ,  $p=.308$     3)  $\chi^2=1.101$ ,  $df=2$ ,  $p=.577$

고령장애인들의 일반적 복지 욕구로서 대전광역시에 대한 요구 사항을 알아보았다. 장애인복지 관련 요구사항은 소득보장이 48.7%(312명)로 가장 많았으며, 다음으로 의료보장 20.3%(130명), 기타 7.3%(47명), 일상생활보장 5.9%(38명), 고용보장 4.4%(28명), 이동권 보장 3.4%(22명) 등의 순이었다. 고령장애인들은 소득보장, 의료보장, 일상생활보장에 대해 강한 복지욕구가 있음을 알 수 있다. 특히 소득보장과 의료보장에 대한 욕구는 다른 복지욕구를 압도하고 있음을 확인할 수 있었다.

〈 표 3-3-51 〉 대전광역시에 대한 장애인복지 관련 요구사항

단위 : 명, %

| 구분                | 빈도  | 비율    |
|-------------------|-----|-------|
| 소득보장              | 312 | 48.7  |
| 의료보장              | 130 | 20.3  |
| 고용보장              | 28  | 4.4   |
| 주거                | 19  | 3.0   |
| 이동권 보장            | 22  | 3.4   |
| 보육, 교육 보장         | 1   | 0.2   |
| 문화여가생활 및 체육활동보장   | 10  | 1.6   |
| 장애인 인권보장          | 16  | 2.5   |
| 장애인 인식개선          | 12  | 1.9   |
| 장애예방              | 6   | 0.9   |
| 일상생활보장(예: 활동보조지원) | 38  | 5.9   |
| 기타                | 47  | 7.3   |
| 계                 | 641 | 100.0 |



# 제4장

## 초점집단면접 결과분석





## 제4장 초점집단면접 결과분석

### 제1절 조사개요

#### 1. 조사목적 및 자료수집

본 연구는 대전광역시 등록 고령장애인의 생활실태 및 복지욕구를 보다 심층적으로 파악하고 일반화와 범주화가 어려운 고령발달장애인의 상황 및 특성을 파악하기 위하여 장애인 거주시설 및 이용시설 전문가를 대상으로 초점집단면접(Focus Group Interview; FGI)을 실시하였다. 노화와 장애의 이중적 어려움을 경험하는 고령발달장애인의 신체·심리적 특성, 가족, 주변 환경과의 관계의 변화, 서비스 이용 미충족 욕구를 질적 접근 방법으로 조사하는 데 있어 고령화된 발달장애의 특성상 당사자의 의견을 직접 수렴하기에는 한계가 있었다. 이에 발달장애인 돌봄 서비스 제공 현장에서 오랜 기간 활동해온 실무자를 대상으로 4명의 소집단 두 개를 구성하여 조사목적과 관련된 내용에 대해 심층적인 토론을 하여 자료를 수집하는 방법을 선택하였다.

〈 표 4-1-1 〉 초점집단면접 참여자

| 구분   | 참여자   | 연령  | 현 시설 경력 | 사회복지 총 경력 | 담당 업무  |
|------|-------|-----|---------|-----------|--------|
| 거주시설 | 면담자 1 | 43세 | 15년     | 15년       | 생활관리   |
|      | 면담자 2 | 41세 | 9년      | 11년       | 생활관리   |
|      | 면담자 3 | 38세 | 4년      | 10년       | 생활관리   |
|      | 면담자 4 | 38세 | 17년     | 17년       | 사무담당   |
| 이용시설 | 면담자 1 | 34세 | 5개월     | 7년        | 지역권익   |
|      | 면담자 2 | 32세 | 7년      | 13년       | 가족문화지원 |
|      | 면담자 3 | 37세 | 13년     | 8년        | 권익상담   |
|      | 면담자 4 | 32세 | 8년      | 6-7년      | 사례관리   |

## 2. 면담진행

본 초점집단면접은 거주시설, 이용시설의 두 개 그룹으로 구성하여 9월 22일, 29일에 동일 연구자가 사회자(moderator) 역할을 수행하며 준비된 질문들을 통해 답변을 유도하였다. 면담에 앞서 본 초점집단면접 조사의 주제와 목적을 상기하고, 질문에 대한 서로의 의견이 다를 수 있을 뿐 아니라 각자 모두의 답변이 중요하며 서로 간에 소통하고 의견 교류의 기회를 가지는 것에 의미가 있음을 강조하는 등 초점집단면접 조사 방법의 특징을 간단히 설명하였다.

참여자들 간의 자연스러운 분위기와 소통을 위해 테이블 및 연구자들을 원형으로 배치하고 간단한 다과를 준비하였다. 녹음에 대한 사전 설명 및 동의하에 참여자들의 목소리가 잘 녹음될 수 있는 위치에 스마트 폰을 세팅하였고, 원활한 동의 조사 절차의 진행 및 녹음을 위해 복지재단의 연구원의 도움을 받았다. 면담 참여자들의 비언어적 행위 또는 동의, 지지, 관심 정도 등을 암시하는 단서들의 파악을 위해 공동연구진의 토론 진행 상황에 대한 메모 작업이 이루어졌다.

〈 표 4-1-2 〉 면담의 질문 구성

| 구분                  | 내용  |
|---------------------|---|
| 1. 고령발달장애의 특성       | - 발달장애 노화가 가지는 특성<br>- 발달장애인 복지서비스 이용 관련 특성                                 |
| 2. 고령발달장애인의 일상생활 특성 | - 노화로 인한 발달장애인 일상의 어려움<br>- 고령발달장애인의 일상생활 실태                                |
| 3. 고령발달장애인 복지서비스 특성 | - 고령발달장애인 대상 서비스 현황<br>- 고령발달장애인 관련 서비스의 실효성<br>- 확대나 개선이 필요한 고령발달장애 관련 서비스 |

반구조화된 개방형 질문 형식으로 진행된 초점집단면접은 본 연구의 설문지 문항과 지원받고 싶은 내용으로 기술하였던 자료를 참고하여 <표 4-1-2>와 같은 내용으로 구성되었다.

본 조사의 분석을 위해 참여자들의 사전 동의하에 모든 면담 내용을 녹음하였다. 녹음된 내용은 초점집단면접이 진행되는 동안 동석하였던 한 명의 연구보조자에 의해 면담을 마친 날로부터 일주일 이내에 전사되었다. 면담의 맥락적 이해를 위해 면담 진행 중 공동연구진이 작성한 노트를 참고하여, 수집된 커뮤니케이션 내용을 체계적인 과정, 객관적인 기술, 맥락에 따른, 추론에 따라 분석하기 위한 반복적 읽기와 해석을 통해 그 주제 내용을 범주화하였고, 다음과 같이 결과를 도출하였다.

## 제2절 분석결과

### 1. 노화에 의한 신체적, 심리, 정서적 장애, 문제행동 및 노인성 질병의 복합성

고령화된 장애인 집단의 경우 장애가 이른 시기에 발생하여 오랜 기간 장애인으로 살아오기 때문에 나이 들에 따라 새롭게 발생하는 건강문제와 기능쇠퇴, 신체변형 등의 이차장애에 직면해 있음에도 장애 유형에 따라 그 드러남에 대한 민감성에 차이가 있을 수 있다. 특히 장기간 장애인으로 살아온 경우 약 15년에서 20년 정도 빠른 노화를 경험한다고 보고되고 있으나(김성희, 2014), 장애 유형에 따른 노화의 도래 시기 및 연령에 대한 정확한 체계화는 미흡한 실정이다. 장애인이 비장애인보다 조기 노화를 경험하고, 신체적 기능 저하가 40대부터 급격해진다는 전제하에 40대 이상 노인 대상자에 대한 관찰 및 서비스 제공 경험을 중심으로 면담 및 내용 분석을 진행하였다.

일반적으로 고령발달장애인의 노화 현상을 관찰할 수 있는 상황들로 치아, 소화기 등의 신체기능 저하, 관절염, 통풍 등의 근골격계 질환으로 인한 보행 문제, 고혈압, 당뇨, 치매 등의 이차장애의 발생이다.

보통 정신장애나 발달장애나 이런 분들 평균 수명이 비장애인보다 10년에서 15년 정도 일찍 사망한다는 게 최근에 배우는 것 중 하나였는데. 저희가 생각을 했을 때 발달장애인 분을 봤을 때 만 약 30대 후반에서 40대라고 보이지만 어떻게 보면 그 분들은 비장애인보다 조금 더 신체적으로나 기능적으로나 신체 내부적으로나 그 이상의 노화가 진행되고 있다는 것을 생각하고 대하면 좋을 것 같고요. 아시는 것처럼 치매라든지 이런 것도 지적장애인이거나 발달장애인이 비장애인보다 좀 일찍 찾아온다고 그렇게도...(이용시설 면담자 4)

다운증후군인 장애인분들은 일반 장애인분들하고 차이가 있어 더 노화가 빨리 진행된다고 해서 39세인데도 거의 노령이라고 볼 수도 있는데. 50세 이상 분들을 보면 통풍이라든지 그게 나이가 많이 들수록 발병 확률이 되게 높다고 해서. 얼마 전에도 저희는 그냥 단순히 다리를 절뚝절뚝 거려 가지고 물리치료만 받았는데 또 다른 데 가서 검사를 해보니까 통풍이라고 하더라고요.(거주시설 면담자 2)

이용자분들끼리 서로 대화를 할 때 40대 초반까지는 본인들 말이 어떤 이해하는 게 있는지 몰라도 서로 말을 이해하고 대화가 된다고. 지금 이용자분들이 40대 중후반이 되면서 서로 말이 안 들린다는 말을 가끔 해요. 뭐라고 하는지 모르겠다고. 어떻게 보면 비장애인들은 계속 나이가 들어도 어느 정도 말을 정확하게 전달하고 정확하게 듣고 하니가 청력이라든가 말을 이해하는 데 있어서는 노화가 느낄 수 있는데 발달장애인분들은 지적 능력이 어느 정도 낮으니까 그런 기능이 더 빨리 노화가 오는 게 아닌가 하는 생각이 들 때도 있었거든요.(이용시설 면담자 5)

그러나 일찍 시작된 기능퇴화와 노화로 인한 질병이 복합적으로 진행됨에 따라 그 개입 시기 및 방법에 대한 접근이 어려운 경우가 많다. 특히 노화가 무엇인지에 대한 정보 및 인식이 부족하여 건강관리를 통한 회복 및 유지 기능이 떨어지고 치료 시기를 놓쳐 제증상이 악화되는 사태가 발생하는 경우가 빈번하다. 노인성 질환에 대한 전문 지식 부족 및 고령발달장애 관련 전문 가이드라인의 부재로 드러나는 고령발달장애인 특성을 노화의 관점으로 볼 것인지 기능 저하로 볼 것인지에 대한 난해함이 있어 의료서비스와 재활서비스 제공이 대별되어야 함에도 이에 대한 구분에 어려움을 가지게 된다.

보통 다운증후군이신 분들은 신체 노화가 빨리 오시잖아요. 특히 제가 지금 하는 사업도 35세 이상 이신 분들을 대상으로 주간보호 프로그램을 하고 있는데 그 중에 두 분이 다운증후군이세요. 그 두 분이 진짜 불과 한 2, 3년 사이에 초창기 시작할 때 2, 3년까지는 막 산을 걸더라고요. 다른 이용자들도 잘 다니고 하는데 지금은 거의 5분을 걸기도 힘들 정도로 노화가 오고 관절염도 오고, 당뇨 이런 것도 복합적으로 계속 오는데. 그게 너무 단기간에 이루어지니까 보호자들도 이걸 어떻게 치료를 해야 하나 그냥 무작정 병원만 다니고 약을 먹어야 하고 이렇게만 할뿐이지 그걸 어떻게 관리해야 할지를 당황하시는 분들이 많아요, 보호자들이.(이용시설 면담자 1)

평소에 수월하게 행해지던 인지능력이나 신체능력이거나 그런 부분들이 점점 쇠퇴해간다는 거죠. 그런데 그 시각을 저희가 장애인센터이다 보니까 아무래도 재활 쪽으로 많이 보게 되더라고요. 신체 기능이 떨어지고 이런 쪽으로 보는 게 아니라 이 신체 기능을 다시 복원시켜주거나 더 향상 시켜줘야하겠다 그런 시각으로 많이 접근하게 되더라고요 조금씩. 계속 생활하다 보니까. 그런데 점점 느껴지는 게 고령화가 되어 가고 노화가 되어 가는데 의료적인 부분으로 접근을 해야 하는데 우리가 이제 계속 이런 시각으로 볼 수만은 없다. 그런 게 좀 많이 느껴지고 그럴 때, 모시는 분들이 노화된다는 그런 걸 좀 느끼는 것 같아요. 저희 전문 지식으로는 어느 정도 한계성이 있다. 그럴 때 많이 노화되어 가고 전문 지식이 필요한 것 같은 느낌이 있다.(거주시설 면담자 3)

장애가 아닌 나이가 들어가는 현상으로 인한 무기력, 우울 등의 현상으로 심리, 정서적 영역에서의 어려움이 극대화되는 경향이 있다. 이는 노화 속도 및 의존성 정도를 가중시키고, 서비스 지원에서 어려움을 초래한다.

고령화에 따라 회복 기간이 점점 길어지는 것뿐 아니라 발달장애인은 스스로에 대한 조절, 관리 및 대처 능력의 한계를 가지고 있어 고령화로 인한 고충의 정도가 더 크게 드러나기도 한다. 또한 장애로 인한 기능 제한과 고령화에 따른 불편함이 중복가중 되면서 겪게 되는 신체적인 고통과 생활 패턴의 유지 저하, 체력적 소모 및 한계, 무기력감 및 우울증 등과 같은 심리적인 문제가 복합적으로 진행되면서 전반적인 삶에 대한 의욕이 크게 떨어지게 된다.

저 같은 경우에는 사례관리 대상자 중에 한 분이 나이가 30대, 삼사십 대는 아니었는데 노화의 하나라고 제가 보기는 좀 모르겠는데 과거보다 자신감이나 아니면 새로운 것을 하는 거에 대해서 몇 년 사이에 부쩍 이렇게 감소하는 모습을 보면서. 작년까지는 이런 것들을 곧잘 도전적으로 하고 그랬는데 어느 순간 제가 봤을 땐 특별한 계기도 없는데. 괜히 막 위축된다거나 의존하려고 하던 거나 뭐 이런 것들이 조금 보였던 게 있었고요. 몸을 조금 다쳤을 때도 과거에는 그냥 툭 털고 일어난다든지, 아니면 병원을 안 가도 됐었는데 어느 순간 되니까 더 크게 아프다고 한다든지, 아니면 본인이 아픈 것을 좀 더 알아봐 주셨으면 하는 식으로. 정말 더 아프지는 모르겠지만 더 챙김 받고 싶다고. 이런 것들이 노인의 특성인지는 제가 잘 모르겠는데 그런 모습을 보이는 것들이 조금 있었습니다.(거주시설 면담자 1)

지적장애인 혼자 생활하시는 분 같은 경우 건강관리가 본인 스스로 안 되니까 어디 하나 아프면 그제 한 달 가고 그러다 보면 본인 스스로 무기력해지는 그런 게 있어요. 아프니까 복지관에 오기 싫어요, 이런 분들도 계시고. 어느 순간 다 귀찮아하는 그런 모습들을 보이시는. 아프면 나는 복지관 오기 싫어, 아프니까 집에 있어야 해. 약 먹고 그냥 집에 있을 거야. 이런 분들이 많으시거든요. 내가 아프다는 걸로 조금 더 언어내려는 그런 걸 또 배우세요. 내가 아프니까 이렇게 얘기하면 복지관에서 준다. 어디 데려가 준다 뭐 이런 걸 배우시는 분도 계시어서. 긍정적인 거면 좋은데 부정적으로 배우는 것도 있어서 그런 게 조금 아쉬울 때도 있고.(이용시설 면담자 1)

다운증후군이신 분들은 신체 노화가 빨리 오시잖아요. 특히 제가 지금 하는 사업도 35세 이상 이신 분들을 대상으로 주간보호 프로그램을 하고 있는데 그 중에 두 분이 다운증후군이세요. 그 두 분이 진짜 불과 한 2, 3년 사이에. 초창기 시작할 때 2, 3년까지는 막 산을 걷더라고요. 다른 이용자들도 잘 다니고 하는데 지금은 거의 5분을 걷기도 힘들 정도로 노화가 오고 관절염도 오고, 당뇨 이런 것도 복합적으로 계속 오는데. 그게 너무 단기간에 이루어지니까 보호자들도 이걸 어떻게 치료를 해야 하나 그냥 무작정 병원만 다니고 약을 먹어야 하고 이렇게만 할 뿐이지 그걸 어떻게 관리해야 할지를 몰라서 당황하시는 분들이 많아요, 보호자들이. 더군다나 보호자들이 부모님도 워낙 고령이시고, 부모님들이 그런 정보를 습득할 기회도 없으시니까. 그냥 기본적인 것만 하시는 케이스가 좀 많았던 것 같아요.(이용시설 면담자 1)

되게 활동적인 62세분이 구내염이나 관절염으로 아프데도 그걸 숨기고서. 외부 활동에 나간다고 했었을 때 그 분이 가고 싶어서. 대화나 이런 것도 잘 되시는 본인데도 자기 아픈 걸 얘기할 수 있는데도 그런 걸 다 숨겨서, 병을 더 키워서 병이 더 커진다든지 이런 게 발생하는 분도 계시고. 또 아예 자기가 하고 싶은 것만, 먹는 거라든지 이런 게 걸리는 거는. 건강을 위해서 체조나 식이 조절을 한다 싶으면 거부를 심하게 하고, 안 나가고, 활동하는 것도 안 하려고 해서. 건강을 위해서 해야 된다고 얘기를 하는데도 안 한다는 의지가 되게 강하면 저희도 어떻게 할 수 없어요. 저희는 해야 한다고 생각을 하는데 건강을 위해서. 이 사람은 안 한다고 하다 보니 이 부분이 좀. 딜레마? 이런 부분이 좀 생기고 해서 논란점이 되고 있습니다.(거주시설 면담자 2)

또한 발달장애의 특성상 기존에 훈련으로 조절되었던 폭력성, 자학, 집착 등의 문제 행동 및 정  
신적 측면에서 증상이 악화되는 경향이 있다.

한 5년 전? 지금 그 분 나이가 한 60세 정도 됐어요. 주간보호가 그 때 끝나서. 처음에는 그 정도는 아니었는데 점점 갈수록 그렇게 되는. 복지관을 어머니랑 아버지랑 같이 와요. 그런데 딱 보면 나이가 아버지보다 더 들어 보이세요, 또 폭력성이라기보다는 어머니한테만 계속 집착을 해서 이용자들이 본인 어머니한테 말을 걸면 경계 하고 있다가, 지켜보다가 막 덤벼들어요 이용자한테. 그런데 또 담당자들은 구별하고 잘 하는데. 나이가 들수록 그 분 같은 경우는 점점 폭력적이 되고, 언행도 욱을 하세요. 그러다가 어느 날은 복지관을 안 오는 거예요. 어머니랑 아버지는 오셨는데. 같이 안 왔어요? 물어봤더니 먼저 간다고 나갔다가 낯선 사람을 따라가는 횡수가 점점 늘더라고요. 폭력성도 좀 있고 욱도 잘하시고. 이런 분 같은 케이스가 간혹 있더라고요. 예전에는 그러지 않았는데 점점 해가 지나갈수록. 노화도 빠르게 오는 것 같아요. 딱 보면 사람들이 아버지가 더 젊어 보이고 아들이 더 나이 들어 보인다고. 복지관에서도 유심히 지켜봐야 하는 케이스 중의 하나가 폭력성인데. 체육관 같은 데 가서도 가리지 않고 약간 그런 식으로 때리기도 하고.(이용시설 면담자 2)

본인만 관심받기를 원하시는 경우가 많아요. 예전에는 안 그랬는데 불과 2, 3년 지나면서 그런 경우도 있고. 그런 분들이 장애인인 경우였다가 또 노년기까지 되면 겹쳐서 더 힘들어지더라고요. 프로그램 이용기간이 끝났어요. 기간이 끝난 것을 본인이 알고 끝났으면 기다렸다가 다시 해야 하는 거를 아는데 그래도 해달라고 떼를 쓰거나 민원 넣는 것도 좋아하시고요. 그리고 젊은 층보다 나이가 있으신 분들이 좀 사소한 민원을. 민원도 아닌데 그런 경우도 있고요. 본인만 관심받기를 원하는 그런 분도 있고.(이용시설 면담자 2)

## 2. 사회적 관계망의 축소 및 변화

주부양자인 부모의 고령화는 돌봄의 소진 및 부재 상황을 초래하고 이에 따라 고령발달장애인의 사회적 참여도 및 사회생활 적극성이 크게 감소되는 경향이 나타난다. 또한 장애 형제에 대한 부양 부담 가중과 소원한 가족 관계로 인해 고령장애인의 가족 내 존재감이 미약해지는 경향이 있다.

예전에 보면 오래 이용을 하셨던 분들 같은 경우는 예를 들어 보호자 분들 같이 사는 분도 있지만. 그런 분들이 고령화되고 나이 들고 10년이 지나다 보니까 같이 놀던 분들이 사망하거나 그런 경우가 있더라고요. 그럴 경우 옛날에는 그래도 좀 깔끔하게라도 하고 다녔는데, 복지관 오긴 오는데 퇴화되는 건 아닌데 예전보다 더 너무 안 좋아지는 거예요.(이용시설 면담자 2)

저희는 부양자가 없는 분들이 많으세요. 만약에 있다고 해도 부모님 연세가 많으시거나...(거주시설 면담자 4)

본인 의욕이 떨어지는 것도 있지만 지지체계, 뭐 가족이라든지 지인들이 어떻게 보면 발달 장애인 분들은 어려서부터 쪽 옆에 계셨을 거 아니에요. 그런데 어머니도 나이가 많이 들고, 옆에 형제들이 도와주셨다가 지치는 게 있다 보니까. 예전에는 복지관에 같이 데리고 가는 것도 부담 없이 하셨는데. 도와줄 수 있는 분들이 나이라든지 그런 것들을 통해서 부담을 느끼면서 그러신 거라고 생각이 들고요.(이용시설 면담자 4)

아동 청소년기에는 재활 치료라든지 그룹 활동이라든지 이런 것들을 많이 하고. 만 19세가 넘어가면서 근로가 가능한지, 어려운지 보고 근로가 가능하면 보호 작업장이라든지 아니면 취업이라든지 이런 것들을 하는데. 최근에 복지관에서도 평생 교육 프로그램이라고 해서 발달 장애인분들이 하루에 할 수 있는 것들을 많이 만들어 놓는데. 제가 느끼는 것은 이런 것들이 어느 정도 20, 30대가 넘어 가면 참여율이 높지 않은 것 같아요. 여러 가지가 있겠지만, 가족이 고등학교 졸업하고 나서 20, 30대까지는 더 적극적으로 옆에서 지지해주고 서포트해주고 이렇게 되는데. 가족도 어느 정도 옆에서 하다 보면 지치는 경우도 있고 그렇기 때문에 한 30대 후반에서 40대 넘어가면 급속도로 발달 장애인 분들의 복지관 이용률이 낮아지는 이유가 본인의 생각도 있지만 가족이 느끼는 그런 것들이 한계가 있지 않나 라는 생각이 드는 점이 좀 있긴 합니다.(이용시설 면담자 4)

일단 사는 집안 환경이 제일 중요한 것 같고. 혼자 살고 있는지, 형제가 있는지, 부모랑 살고 있는지에 따라서 여가 활동 프로그램을 이용하는지, 아니면 집에서 그냥 단순히 산책만 하는지, 취미가 뭐지 이런 게 많이 차이가 나고. 특히 재가 쪽, 복지관을 이용하지 않고 재가 서비스만 이용하는 분들은 더욱 더 다른 정보를 습득할 기회도 적고 크게 관심도 안 가지시고. 그냥 집에만 계시는 분들도 많고.(이용시설 면담자1)

고령장애인의 인지 발달 정도에 따라 스스로 노화를 자각하거나 인지하며 노후에 대해 걱정하는 경우도 있지만, 노화나 나이 자체에 대한 인식 자체가 없는 경우도 생기게 된다.

가장 나이 많으신 분도 일을 하고 계세요. 작업장까지 가셨던 분이라 양호하신 데. 그 분이 가장 두려워하는 게 가족하고 단절되는 거. 나이가 들면서 가족 관계가 단절된다는 것도 있었고, 본인 스스로 퇴화된다. 내가 나중에 밥을 먹으러 갈 때 혼자 내려가서 못 먹으면 어떡하지? 선생님이 갖다 줘야 하는데 미안해서 어떡하지 이런 것들. 그 분이 노인성 질환이거나 인지 능력이 부족해서 화장실을 못가고 대소변 실수하는 그런 모습들이 보이는데. 그런 모습들을 보면서 본인 자신이 그렇게 될까 봐 약간은 두려워하시는 것 같아요.(거주시설 면담자 3)

대부분 실수하면 좀 감추는 것 같아요.(거주시설 면담자 1)

그걸 또 숨겨놔요.(거주시설 면담자 3)

인지를 못 하니까. 실수 한 걸 보면서 자기가 늙는다는 거를 표현 하시는 분이 없어요.(거주시설 면담자 4)

그건 아직 안 보이시는 것 같아요. 본인 스스로 나이가 많다고 생각을 안 하시는지 모르겠는데. 그런 것 때문에.(거주시설 면담자 3)

인지를 잘 안 하시는 것 같아요. 아까 60세분은 30대 중반인 다른 같은 법인 내에서, 저 여성분하고 커플링하고 싶다고 얘기도 하시고. 자기 나이랑 연세가 있어도, 딸뻘이라고 얘기를 해주셔도 인지를 잘 못 하시더라고요.(거주시설 면담자 4)

그러나 인지적 기능이 떨어짐에도 불구하고 고령 시기에 이르면서 사회적 관계에서는 같은 노년층과 관계 형성을 하고자 하는 욕구가 있다. 노인으로서 나이에 맞는 역할, 행동 및 언어 패턴 등을 보이며 또래 그룹을 형성하고 있는 특징이 나타나기도 한다.

전에는 나이 차이가 좀 많이 나도 옆에 있는 분들하고 활동을 같이 하느라고 어려움이나 불만 같은 것들이 없었어요. 그런데 나이가 들어가고 동년배, 같은 나잇대 분들이랑 활동하기를 좀 선호하시는 분들이 점점 생기시더라고. 의견 대립이 생기니까 싫대. 너무 어려서 싫고, 짝수없어서 싫고, 말도 안 통해서 싫대. 싫다고 말씀을 하시고 저희 같은 경우는 ○○복지관 쪽에서 지역사회 노인분들하고 같이 놀러 나가는 프로그램이 있는데. 그런 거 하면 되게 좋아하세요. 이유를 물어봤더니 밖에서 하는 게 좋은 게 아니라, 비슷한 연령대와 같이 하는 게 좋다. 그래서 그런 것도 좀 요구하시는 것 같아요.(이용시설 면담자 3)

지적장애 있는 분들도 그 연세 때에 하는 행동이나 말을 하시는 경우가 있었어요. 50대가 됐어요, 그런데 20대 애들이 있잖아요. 예를 들면 주간보호가 18세부터 55세까지 연령대가 다양해요. 한참 어린 동생들 하나 있을 때 뭔가를 잘못하고 있는 행동을 보면 50대 분들은 꾸짖기보다는 뭐 혼내야 하지? 하면서. 그러면 또 그 나이대의 동생들은 알았다는 듯이. 자기네들 나이 또래끼리 같이 이렇게 하는데 더 어른이잖아요 말 듣는 것처럼 가만히 이렇게 있어요. 그러면 너 내일 두고 볼 거야 잘하는지 그렇게 얘기를 하더라고요. 치료실로 애들 지나가면 50대 여자분 같은 경우는 그 나잇대의 아이들 예뻐하고 막 그런 거 보이잖아요. 예뻐하는 표현을 하시고 그런 게 있더라고요. 실내에서 본인들끼리 같은 그룹에 있을 때는 안 그러시는데. 지적장애나 장애가 있어도 그 나이 또래에 잘 하는 말이라든지 행동은 조절하는구나 그런 걸 느낀 적이 있어요.(이용시설 면담자 2)

### 3. 장애와 노화의 교차성에 대비 못하는 지원 체계

장애인들이 나이 들어감에 따라 빈곤에 쉽게 노출되고, 의료 및 사회적 지원 서비스들로부터 소외되는 현상이 나타난다. 기존 제도의 수급 범위와 접근성이 제한적이고 연령 기준 및 조건에 따른 제약이 심한 것으로 파악된다. 국민기초생활보장제도의 수급 조건을 충족시키고 장애 정도 및 특징에 맞는 근로 활동을 찾는데 어려움이 따른다.

최근에 접수 상담을 한 분 중에 지적장애 2급이신데 독립을 하셨더라고요. 연세가 좀 있으셔서 부모님하고 살면서 부딪히는 문제들이 많이 있었다고는 해요. 그런데 임대 주택 선정이 되고 수급비를 못 받았던 것 같아요. 장애연금 20만 원 정도로만 살고, 활동보조인은 하고 계시더라고요. 처음엔 독립에 대해서 본인도 원해서 오기는 했었다고 하더라고요. 여러 가지 사회서비스에 의해서 독립된 사례가 있었어요. 그 분은 사실 일을 하고 싶어 하세요. 그런데 뇌전증이 있어서, 간질 증상 때문에 일을 할 수는 없어요. 그리고 말이나 행동이나 이런 게 너무 느려서 작업장이나 이런 데서 할 수 없기도 하고. 그 분의 일과는 주간보호센터 오전 9시, 10시에 가서 조금 있다가 밥 먹고 돌아와서 그냥 온종일 집에 있는 그런 생활 형태였고. 주간보호센터에서 조금 오래 계시지 그러나 했더니 스트레스를 많이 받으면 뇌전증 증상 때문에 오래 이용을 못한다고 하더라고요. 활동

보조인이 많이 의지가 되는 그런 경우였고. 부모님이 연로하기도 했고 가족들의 지원이 약해지고 있었기 때문에 저희 쪽에 의뢰가 되어서 갔던 거는 밀반찬 서비스입니다. 왜냐하면, 수급비가 아니라 장애연금만 20만 원 정도에, 주간보호에 얼마 나가고 하니깐. 사실상 활동보조인이 있어도 장을 봐서 요리해줄 수 있는 그런 여력이 안 되는 거예요. 그럴 때 복지관 서비스를 연계하면서 생활해 나가게 되는 그런 형태.(이용시설 면담자 4)

최근에 복지관에 취업 상담을 오신 분이 있었어요. 이분은 30대 후반 정도 지적 장애 2급이시더라고요. 그분의 목표는 취업인데, 수급자인 거예요. 수급자다 보니까 한 10만 원 정도만 벌었으면 좋겠대요, 교통비 정도만. 근데 대신 현금으로 줬으면 좋겠다고 하더라고요, 수급이 끊긴다고. 이런 분들 같은 경우에는 30대, 40대 고령이 되도 건강하거나 본인이 일하고 싶은 욕구가 있는 분들 같은 경우에는 수급이라는 게. 발달장애인이고를 떠나서 다 걸려있는 문제이긴 하지만. 수급이라는 것 때문에 뭔가 하고 싶은 거를 할 수 없는 상황이 있더라고요, 일과 관련해서는. 고령발달장애인분들도 충분히 일 할 수 있는 분들은 할 수 있을 텐데. 수급자들은 그거에 의존해서 어쩔 수 없이 생활만 하는 그런 경우도 있는 것 같아요.(이용시설 면담자 3)

그뿐만 아니라 고령장애인은 보험과 같은 의료지원 체계와의 연계도 상당히 어려운 경우가 많다. 장애인의 보험가입 활성화를 위한 대책들이 제시되고 있지만, 고령에 이룰수록 보험 혜택의 필요성이 커짐에도 불구하고 접근권 확보에는 어려움이 큰 실정이다.

장애인 같은 경우는 보험 들기가 많이 힘들더라고요. 우체국 암 보험도, 지원받아서 하는 것도 알아보고 있는데. 연령이 36세 이하만 되더라고요. 그래서 36세 이하인 장애인분들한테 저희는 지원받아서 암 보험 많이 드는데 고령자분들한테는 지금 상황에서는 노후라든지 관련해서는 어떻게 도움 받을 수 있는 게 부족해서. 재정적인 부분이라든가 그런 부분에서 조금 걱정이예요.(거주시설 면담자 2)

노인장기요양서비스와 장애인활동지원서비스는 등급판정을 통해 수급 여부를 결정하게 된다. 그러나 등급 판정을 위한 평가 체계 및 그 판정 과정이 장애인의 욕구 및 필요도에 부응하지 못하고 있다. 특히 활동지원서비스를 받고 싶어도 등급 재판정으로 인해 장애 연금 등 다른 급여와 연동되어 수급 혜택이 줄어들 가능성이 있어 신청을 꺼리는 경우가 빈번하다. 그뿐만 아니라 활동보조 수급자가 65세 이상이 되었을 때 장기요양으로의 연계 체계가 미흡하고 고령장애인의 특성 및 욕구에 대한 이해도 부족한 실정이다.

건강 지원 부분도 그런데. 저희가 상담을 가보면 장기 요양은 65세 이상이고 활동지원은 1, 2급 이렇게 되고 있기는 한데. 발달장애면서 고령 되면서는 분명 가족이 있는 분들은 가족지원이 잘 되면 상관이 없는데 분명 활동보조인이든 누구든 정기적으로 와서 좀 돌봐줘야 할 그런 지원이 분명히 필요해요. 근데 다 그 범위 안에서 벗어나있는 경우들은 정말 막막하기도 하고. 어쩔 수 없는 부분이기는 하지만 분명 3급 이내로 있는데 활동지원서비스를 신청하려면 재판정을 받아야

하는 거예요. 그런데 재판정을 어느 누구도 받으려고 하지 않으세요. 등급만 떨어지면 상관 없는데 장애 연금하고 맞물려 있다 보니 경제적이고, 생계적인 부분이다 보니까 다 꺼리시고. 저희도 사실 권할 수 없는 부분들이 있어서. 65세도 아니고 재판정을 어떻게 할지는 모르겠지만 뭔가가 좀 지원할 수 있는 게 있으면 좋겠다 싶더라고요.(이용시설 면담자 3)

이 분들 같은 경우는 진짜 활동보조서비스 받는 분들도 다수가 아니예요. 거동이 다 되기 때문에 안 받거나 아니면 아까 말씀드린 것처럼 재판정 때문에 못 받거나 그런 경우가 더 많아서.(이용시설 면담자 3)

활동보조서비스가 만 6세에서 만 65세 미만으로 되어 있는데. 활동보조서비스를 받다가 만약에 65세 이상이 되었을 때는 서비스가 중단되거나 아니면 장기 요양으로 넘어가는데. 장기 요양으로 났을 때는 이분이 서비스를 못 받을 수도 있고 그렇기 때문에 어느 정도 고령발달장애인에 대해서는 제도적으로 좀 연령을 더 높인다든지 아니면 지속적으로 서비스가 갈 수 있어야 하지 않나라는 생각이 들고.(이용시설 면담자 4)

특히 발달장애인의 특성상 등급 판정 시 장애에 대한 근본적인 이해 없이 신체 기능에 비중을 두어 평가가 이루어지는 경우에 대한 우려가 높았다.

발달장애는 신체적으로 건강한 경우, 겉으로 보기에 거동이 다 되고 수행이 되다 보니까. 1, 2급이고 다 그 안에 있어도 국민연금 공단에서 나와서 평가하고 할 때는 그 장애에 대한 이해는 좀 부족하게. 그냥 거동 다 되는데, 사실 근데 거동이 되는 게 문제가 아니라 인지적인 부분이 더 우선인 건데 그게 우선이 돼서 탈락이 되는 경우도 있더라고요. 그 부분도 필요할 것 같아요. (이용시설 면담자 3)

정작 치매 있는 분들도 공단에서 나오면 정신이 그 순간 맑아져서 다 대답하셔서 떨어지고 이런 경우도 많고. 활동보조가 65세가 넘어가도 원래 받고 있었던 사람들은 계속 받을 수 있다고 하는데 그게 혹시 언제까지 제한이 있냐요, 아니면 그건 쪽? (이용시설 면담자 3)

발달장애인의 노화 과정에 대한 이해와 대응 전략을 갖춘 전문성 확보의 필요성이 제기되고 있다. 장애에 대한 재판정 과정을 통해 세부 장애 영역에 대해 더 정확하게 진단하여 장애인의 신체, 심리, 사회적 노화에 대응할 수 있도록 지원 체계 구축이 요구된다.

만 40세가 넘으면 무조건 한 번 판정을 받을 수 있게끔 40세가 아니라 50세도. 발달장애 분 중에 근로하시는 분도 있거든요. 그런데 이분이 정신적인 어려움은 있지만, 지적장애로 해서 근로를 하고 있었는데 이런 재판정을 통해서 이분이 정신이라고 만약에 났을 때 사업장에서 이해하기가 어려운 상황도 있고 이거는 정말 복합적으로 봐야겠지만 단편적으로 장애를 정신 쪽인데 지적으로 받아서 같이 어울리는 데 어려움이 있고. 같은 지적장애 프로그램을 못하게 하나. 왜 같은 장애인데 이렇게 하나 이런 어려움이 있어서 어느 시기가 되면 했으면 어떨까 하는. (이용시설 면담자 4)

밖의 전문가들한테 진단을 받고. 이게 노인성 질환이다, 이걸 좀 도움이 필요하다, 노인성 질환이 아니다 장애 특성에 따른 퇴보현상이다. 그렇게 되면 저희가 접근 차원이 달라지겠죠. 아마 지속적인 의료 서비스가 외부에서 계속할 거고. 재활은 내부의 재활치료를 동원하는 식으로 틀리게 계획을 수립하고 계획을 지속적으로 한다는 말씀을 드리는 거예요. 한 번뿐만 아니라 한 번 진단을, 구분을 받았기 때문에. 그 다음에 그 기준 구분을 믿고 지속적인 서비스, 거기에 맞게 할 수 없지 않나 싶어요. 저희가 다시 뭘 하기는 좀 어렵지 않나 싶어서요.(거주시설 면담자 4)

#### 4. 노화 관련 지식 및 정보에 대한 교육적 지원

고령발달장애인과 그 가족은 발달장애의 노화가 가지는 특성 및 건강관리에 대한 지식과 정보가 필요하다. 그러나 장애인이 겪게 되는 조기노화나 건강 위험 등 고령발달장애인이 가지는 특별한 욕구에 대한 교육과 건강 지원 서비스에 대한 접근이 가능하도록 적극적인 홍보가 요구된다.

혼자 살고 있는지, 형제가 있는지, 아니면 부모랑 살고 있는지. 그거에 따라서 여가 활동 프로그램을 이용하는지, 집에서 단순히 산책만 하는지, 취미가 뭔지 이런 게 좀 많이 차이가 나고. 특히 복지관 이용하지 않고 재가 서비스만 이용하시는 분들은 다른 정보를 습득할 기회도 적고 크게 관심도 안 가지시고. 그냥 집에서만 계시는 분들도 많고.(이용시설 면담자 1)

건강관리나 이런 부분들에 대한 지원이 좀 필요할 것 같아요. 혼자 계시는 발달장애인 분들은 진짜 누가 옆에서 돌봐주거나 관심 가져주질 못하다 보니까. 아플 때 그 악화되는 정도가. 많이 아프다 이 정도가 아니라 거의 돌아가시기 직전까지 악화되는 경우들이 많이 있더라고요. 지적장애 여성분도 나이가 들면서 아픈 곳이 많아지고 앓았던 병류들이 처음에는 케어가 됐었는데 이제는 수치나 이런 게 거의 쇼크 정도 오고 이러다 보니까 건강 지원이 필요하지 않을까 싶었어요.(이용시설 면담자 3)

방문했을 때 눈이 점점 뿌옇게 보이고 오늘따라 일어나는데 어디가 더 빠근하고 갑자기 아파서가 아니라 노화에 대해서 발달장애인 수준의 언어로 교육이 된다고 하면 본인이 신체적으로나 노화에 대해서 받아들일 때, 내가 갑자기 몸이 안 좋아진 게 아니라 나이가 들면 이렇게 되는 거라고 받아들이는 거에 있어서 비장애인보다 좀 더 쉽게 받아들일 수 있는 그런 교육들. 발달 장애에 대한 특성을 더 이해하고 교육을 한다고 하면은 이 분들한테는 더 좋지 않을까라는 생각을 해봤습니다.(이용시설 면담자 4)

그러나 고령장애인의 가족에게 실질적인 교육 프로그램을 진행하기에 현실적인 제약이 큰 실정이다. 발달장애 자녀의 고령화에 대해 구체적으로 어떤 부분을 어떻게 고민해야 하는지에 대해 의식을 못 하거나 돌봄 가족의 소진 및 부재로 소원해지는 경우도 많다.

보호자가 노령화, 고령화에 대해서 고민하시는 분은 없는 것 같아요. 기관에 일임하고 계시니까, 문제없이 잘 지내나 이 정도인 것 같아요. 내 자식이 고령화가 되어 가는데 그쪽에서 맞춰서 해주는 거 없어요? 이렇게는 안 하시는 것 같아요.(거주시설 면담자 3)

고령발달장애인 보호자 중에는 부모님이 살아계시면 부모님이 너무 고령이시니까 그런 정보를 설명해드려도 받아들이시는 데 어려움이 있고, 형제와 함께 살고 있는 가정이라고 해도 형제분들이 대부분 직장 생활을 하고 있기 때문에 한 자리에 모으는 것도 힘들고, 전화로 간단한 정보 전달, 이 정도만 이루어지고 있어서 쉽지는 않은 것 같아요.(거주시설 면담자 1)

장애인 이용시설 및 거주시설 종사자에 대한 발달장애의 노화에 대한 정보 및 지식 관련 교육이 미흡한 것으로 나타났다. 특히 고령발달장애에 대한 건강 및 의료전문가들의 정확한 진단 및 전문 서비스 간 긴밀한 연계가 요구되었다.

요양보호 관련 일을 하는 곳이나, 주변 지인들한테 묻게 되는 것 같아요. 요양보호 받을 수 있겠냐 이렇게 질의를 하면, 아 일단 누워있으라고 움직이면 안 된다고 그리고 아무것도 대답하지 말라고. 그런 식의 정보 습득만 하게 되는 거고, 사실상 대책이라든가 이런 거는 하지는 못하고 있는데.(이용시설 면담자 3)

우리 센터는 50세 이상 되는 분들이 네 분 되고 거의 2, 30대 분들이 70% 정도. 젊은 거주 인원들이 생활하고 계시는데, 고령화가 되어간다 했었던 것은 평소 수월하게 행해지던 인지능력이나 신체능력이나 그런 부분들이 점점 쇠퇴해간다는 거죠. 그런데 그 시각을 저희는 장애인센터이다 보니까 재활 쪽으로 많이 보게 되더라고요. 신체 기능이 떨어지고 이런 쪽으로 보는 게 아니라 이 신체 기능을 다시 복원시켜주거나 더 향상시켜 줘야 되겠다는 시각으로 많이 접근하게 되더라고요. 그런데 고령화가 되어 가고 노화가 되어 가는데 의료적인 부분으로 접근을 해야 하는데 우리가 계속 이런 시각으로 볼 수만은 없다고 느껴지고, 모시는 분들이 노화된다는 걸 좀 느끼는 것 같아요. 저희 전문 지식으로는 어느 정도 한계성이 있다. 노화에 대한 전문 지식이 필요한 것 같은 느낌이 있다.(거주시설 면담자 3)

진단 같은 게 좀 수월하게 이루어지면 저희가 서비스 제공하는 것도 좀 수월할 것이고, 잘못된 오류를 범하는 일도 적지 않을까 생각을 합니다.(거주시설 면담자 3)

나아가 이용시설 및 거주시설 종사자들이 고령발달장애인의 사례관리에 있어 전문 가이드라인 구축의 필요성이 제기되었다.

고령장애인들을 돌보면서 어려운 점이 있는지. 그런데 뭐를, 어떤 서비스를 어떤 지원을 해줬으면 좋겠는지. 몇몇 분한테만 물어봤는데, 가이드라인이라고 해야 하나요, 뭔가 그런 게 있으면 처음부터 그런 사례가 있으면 따라서도 해보고 이게 좀 맞지 않는다 하면 변형된 뭔가를 좀 해보고 이런 게 있을 텐데. 고령장애인에 대한 서비스라든지 이런 게 잘 알 수가 없으니까... 그런 부분이 좀 있었으면 좋겠다.(거주시설 면담자 4)

### 5. 장애영역과 노인영역 간의 연계 강화, 고령장애 전문 인력 및 서비스 구축

노인 분야와 장애인 분야의 종사자들은 양 영역 간 협력이 필요하다는 데는 공감하지만, 여전히 서로 다른 문화적 차이와 행정적 제약에 따라 상호 간 연계 체계가 미흡한 것으로 나타났다.

노인 쪽에서 일하고 장애인 쪽에서도 일해 봤지만, 전문성 부족이라고 말씀을 드리는 것이. 일단 문화가 완전히 달라요. 노인 쪽에서는 장애를 65세 이상 노인을 시설에 입소했을 때 노인성 질환으로 보는 게 아니라 장애인으로 봐버리고 입소를 받으시니까. 문화적 차이가 너무 크고. 이 영역에 대한 전문성. 대상자에 맞춘 목적에 맞는 전문성이라는 거죠. 노인 분들도 보면 본인들이 절대 장애라고 생각을 안 하세요. 노인 분들은. 그런데 장애인들은 본인이 장애인이다 생각을 먼저 하고.(거주시설 면담자 3)

가장 좋은 것은 노인 영역과 장애인 영역이 모여서 상의하고. 근처에 있는 노인시설이나 장애인시설 연결해서 같이 회의하고 한 주제 가지고. 협력이 아니라 협동, 하나의 목적을 가지고. 하나의 주제를 가지고 예상은 그런 건데. 협동해서 같이 가면 좋은 건데 실질적으로는 몹시 어렵지 않나 싶어요. 말로는 다 그게 가장 좋다 그런 얘기는 해요. 그런데 현실적으로는 장벽이 아직은 크지 않나 싶더라고요.(거주시설 면담자 3)

특히 긴밀하고 원활한 연계를 위해 상위 수준의 조직들(정부, 지자체) 및 조직 내 상위 체계에서의 협력이 전제되어야 할 필요성이 지적되고 있다. 장애인 부모 연대 및 여러 단체의 장애 운동을 통해 장애인을 위한 다양한 복지 서비스들이 구축되고 있는 만큼 고령발달장애 분야의 활성화를 위한 노력이 강화되어야 할 것이다.

지체, 뇌병변은 투쟁하고 그래서 복지 서비스가 많이 올라왔잖아요. 최근의 화두는 발달장애거든요. 발달장애인지원센터가 17개 시도에 다 개소되고 발달장애인의 생애주기별 맞춤형 서비스를 제공하고 이런 것들이 계속 올라오고는 있는데. 성인발달장애인 중에 고등학교를 졸업하고 난 뒤에 연계가 초점인 것 같거든요. 이 초점이 고령으로 넘어오게 되면 정책적으로나 분위기를 고령으로 가기까지 어떻게 하면 만들 수 있을까. 예를 들어서 특수학교를 우리 집 근처에 짓지 마라, 특수학교를 왜 이렇게 못 짓게 하나 이런 것들은 부모님들이 투쟁도 하고 하다 보니까 사람들이 아는데. 고령발달장애인 분에 대해서는 누가 고민을 할까, 정책이라는 게 많은 사람이 고민하고 같이 얘기를 하고 그래야지 더 나아지는데. 아직은 19세 이상 졸업하고 나서 어떻게 할지를 고민하다 보니까 평생교육이라는 과정도 생기고 만들어지고 그러는데. 그 위쪽으로는 그런 게 없는 상황에서 어려움이 있지 않을까 하는 생각이 들어서.(이용시설 면담자 4)

그러나 현재로서 고령발달장애인에 대한 전문적인 서비스를 제공할 수 있는 기관 및 서비스 구축이 미흡한 실정이다. 이에 대상자에게 적합한 프로그램 및 서비스로의 연계가 어려워 지속적인 지원이 불가능한 경우가 발생하고 있다.

우리 기관에서는 아들이 45세 정도 됐고요. 어머니는 노년인 분이 오시는데, 그분들이 이용할 수 있는 게 많지 않아요. 수영하거나 사우나 하고, 체급단련하고 가는 정도지. 아들이 주간보호나 직업적응훈련을 할 수 있는 나이가 아니거든요. 아침에 와서 사우나하고 식당에서 밥 먹고 계속 앉아있어요, 로비에. 그분들은 그나마 그게 낙이잖아요. 어떻게 해줄 수 있는 것도 없고, 노인복지관, 유성노인복지관에 갔는데 그분들이 거기 또 계신 거예요. 계속 앉아 있다가 오후가 되면 그 쪽으로 이동하시더라고요. 여기서 뭐 이용하세요? 하니까 그냥 앉아 있다가 여기서 노래교실하면 하고 간단다고 하시고. 어떤 분은 우리 기관만 오는 것 같았는데, 어느 요일에 가면 보건소에서 하는 프로그램 맞춰서 참여도 하시고 그러더라고요. 기능이 그래도 많이 좀 열악하지 않으면 그렇게 이용하시는 분도 있고. 또 이분 같은 경우는 계속 일을 좀 많이 치시는 게 있어요. 경찰서에서 한 번 연락 와서 이분에 대한 개인정보. 뭔가 범죄 쪽으로 엮이면 개인정보를 제공을 해줘야 한대요. 생각지도 못한 일을 하는 것 같아요.(이용시설 면담자 2)

제가 하는 프로그램 9명이 이용하고 있고요. 제일 어르신 분이 42살이시고 제일 나이 많으신 분이 63세세요, 그렇게 9분이신데. 보통 주간보호센터는 이용기간을 2년 두는데 이 프로그램은 두진 않았어요, 이용기간을. 나이제한으로만 두는데. 그 이외에 대기자도 2명밖에 없을 거예요, 어떻게 보면 대기를 걸었는데 이 사람이 언제 자리가 날 줄 알고 무작정 기다리느냐 그런 것도 있으시고. 저희도 이용기간을 두자니 지금 다니고 있는 분이 끝나고 다시 대기로 들어오면 그 사이 2년이라는 기간 동안 이분은 또 어디에 가 있을 거냐, 이런 고민이 좀.(이용시설 면담자 1)

나이 때문에 이용을 못하는 경우가 많고 그렇잖아요. 엇그저께 주간보호를 원하시는 거예요, 그분들이. 그런데 나이가 넘어버리는 거예요. 복지관에 와서 얘기하잖아요, 이런 게 더 늘어나야 하고, 이게 문제고, 이런 애들은 어디를 가야 되며 그런 얘기를 많이 하시거든요. 나이라기보다는 어느 정도 노인 연령인데 주간보호만 맞춰서 하기는 한계가 있잖아요, 예를 들어 어르신들 대상으로 할 수 있는 집단 활동이 있으면 이 분들이 당장이라도 이용을 하겠다 이런 생각을 하는데 또 현실적으로 복지관 입장에서 보면 장소 대절이라든지... 이용자들이 다 원한다고 만들어낼 수 있는 게 아니니까. 생각은 하고 있는데 먼저 이야기를 못하는 거죠.(이용시설 면담자 2)

이에 고령발달장애인의 특별한 욕구 및 특성을 반영할 수 있는 전문 시설의 구축과 고령장애인 대상 전문 서비스 활성화의 필요성이 제기되었다.

장애노인 분들한테만 장애요양시설 같은 전문적인 곳이 생기면 어떨까. 그러면 서비스 단계가 달라지고 치매오신 분은 적절한 서비스를 받을 것이고. 정신적 문제로 오시는 분들은 그것에 대한 서비스를 받지 않을까. 그런 요양 시설, 그런 분야가 생기는 것도 좋을 것 같아요.(거주시설 면담자 1)

시설에서 들어오신 분들은 치매가 오지 않으신 분들하고 같이 생활하거든요. 서비스 지원이 똑같아요. 그러니까 생활하는 것도 모르고, 우리가 치매가 왔다 이런 건 전혀 알지 못하는 거죠. 차라리 그런 분야가 하나 생기면 더 낫지 않을까.(거주시설 면담자 1)

우리 기관에서도 좀 많이 나오는 이야기예요. 장애인노인시설이 좀 있었으면 좋겠다. 그런 얘기도 자주 하는데.(거주시설 면담자 4)

남자 분이 몇 년 전에 치매 증상을 보이셨을 때는 검사 자체가 안 되니까. 이번에도 안 될 줄 알았는데 이 분은 받으셨거든요. 저희도 사실 10대부터 50대까지 같이 생활을 하다 보니까 프로그램 자체가 다 독립하는 거 위주로 되고 있어요. 그런 게 안 되는 분들은 소외되는 경향이 있고. 이 분들은, 이 분들하고 프로그램을 같이 하시기가. 워낙 움직이기를 싫어하시고 안 하시려고 하고 그래요. 그래서 저희는 이런 분들만 모아서 소소하게 할 수 있는 텃밭 가꾸기나 여행 같은 거 위주로 프로그램을 진행하고 있는데 그런 건 또 좋아하시더라고요. 무리해서 멀리 가서 체험하고 오고 이런 게 아니라 그냥 소소하게 가서 바람 쐬고 경치 구경하고 맛있는 거 먹고 텃밭 조그마하게 가꾸어서 수확해서 먹고 이런. 다른 거에 비해서는 하시더라고요.(거주시설 면담자 4)

## 6. 활동지원서비스 강화, 성인장애주간활동 및 성년후견인 제도 확대

일상생활에 있어 타인의 도움을 절대적으로 필요로 하는 고령발달장애인에게 활동지원서비스는 자립생활 및 사회참여에 있어 매우 중요하고 필수적인 요소라 할 수 있다. 활동보조의 지원서비스 내용과 기능에 따라 장애인 삶의 질이 달라지는 만큼 고령발달장애인의 특성과 욕구에 맞는 차별화된 서비스 제공이 필요하다. 이를 위해 장애인 돌봄과 노인 요양의 역량을 겸비한, 즉 활동보조로서의 자격과 요양보호사로서의 자격을 모두 갖춘 전문 인력 양성의 필요성이 제기되었다.

가족체계도 중요하네 현장에서 일하다 보면 활동보조인을 누구를 만나느냐에 따라서 이분의 삶이 바뀌는 것도. 어느 활동보조인은 집 안에 가서 밥 드시는지만 확인하고 시간 다 되면 그냥 가고 이런 분도 있고, 어느 분들은 본인인, 그 분의 시간은 다 했지만 정말 가족처럼 책임을 다 해야 한다는 마음으로 본인 시간 내서 나들이도 가고 복지관도 더 시간 외로 더 왔다 갔다 해주시고. 그럼 그 분들은 더 많이 느끼고. 생활하는 영역이 더 넓어지고 이런 거를 볼 때 활동보조서비스에 대해서 조금 더 신경을 써주면 발달장애인분들이 고령이나 노화가 됐을 때도 더 즐길 수 있고 할 수 있는 게 많아지지 않을까라는 생각이 듭니다.(이용시설 면담자 3)

활동보조 자격도 갖고 계시고, 장기요양 자격도 갖고 계시는 선생님들이 계시거든요. 고령발달장애인 분 대상으로 서비스를 제공 할 때, 이 두 개를 갖고 있는 분들은 서비스를 제공해드리고 좀 더 수가를. 왜냐하면 이 분은 발달장애, 활동보조인 자격과 장기요양 자격을 다 가지고 있기 때문에 수가를 조금 높여서라도 고령발달장애인에 맞는 분들한테 제공해드리면 더 좋지 않을까 생각이 좀 들고.(이용시설 면담자 4)

성인발달장애인을 위한 복지서비스 공급 문제 해소를 위해 주간보호서비스 확충이 필요하다는 지적에 따라 발달장애인 주간보호센터가 만들어지고 있지만, 고령발달장애인을 대상으로 하는 서비스는 여전히 미흡한 것으로 나타났다.

우리 복지관도 고민인 프로그램이, 지금 하고는 있는데. 주간보호의 성격을 갖춘 프로그램을 어느 방향으로 하는 게 맞느냐. 보호 서비스로 가야 하나 아니면 주간보호는 그래도 좀 더 발전되고 성장하길 바라는 성격의 프로그램으로 방향이 가는데. 그 연령대가 해당이 되어서 진행하는데 보호자가 원하는 보호량 좀 안 맞는 경우도 있고, 보호자들은 단순 보호만을 원하는 분들도 계시고. 지금은 어느 정도 인지수준이 되시는 분들이 프로그램을 이용하고 있는데 그거보다 인지수준이 낮은 분들을 위한 그 분들에 대한 요구는 어떻게 할 거냐. 그런 게 조금 있죠.(이용시설 면담자 1)

나이 때문에 이용을 못하는 경우가 많고 그렇잖아요. 엇그저께 같은 경우도 주간보호를 원하시는 거예요. 그런데 나이가 넘어버리는 거예요. 복지관에 와서 얘기하잖아요, 이런 게 더 늘어나야 하고, 이게 문제고, 이런 애들은 어디를 가야 되며 그런 얘기를 많이 하시거든요. 나이라기보다는 어느 정도 노인 연령인데 주간보호만 맞춰서 하기는 한계가 있잖아요, 어르신들 대상으로 할 수 있는 집단 활동이 있으면 이 분들이 당장이라도 이용을 하겠다 이런 생각을 하는데 현실적으로 복지관 입장에서 보면 장소 대절이라든지... 이용자들이 다 원한다고 만들어낼 수 있는 게 아니니까. 생각은 하고 있는데 먼저 이야기를 못하는 거죠.(이용시설 면담자 2)

주간보호시설의 확대뿐 아니라 다양한 활동을 자율적으로 수행할 수 있는 성인장애 주간활동 서비스 강화의 필요성이 제기되었다. 생애주기적 접근에서 고령장애의 시기를 세분화하여 활발하고 활동적인 노화를 위한 적극적인 주간 활동 지원이 필요하다는 지적이다. 사회복지사가 활동 보조와 함께 협업하여 더욱 전문화되고 개별화된 주간 활동 프로그램을 자유롭게 수행하며 고령발달장애인의 욕구와 특성에 맞는 특화된 서비스를 제공할 수 있는 방안으로 제시되고 있다.

발달장애인 전체적으로 봤을 때, 성인발달장애인 구분을 할 거 아닙니까. 만 19세면 성인이고. 예를 들면 꼭 발달장애가 아니더라도 저희가 흔히 말하는 중년기, 장년기, 노년기 이렇게 봤을 때. 고령이라는 게, 범위가 너무 넓기 때문에 제 생각에는 중·장년기 발달장애, 아니면 그 이상으로 봤을 때 50, 60대가 고령. 이런 식으로 조금 더 카테고리를 세분화한다고 하면은 중·장년기에 대한 이야기가 좀 더 많이 나오지 않을까 라는 생각이. 처음에는 약간 헷갈렸었거든요. 이게 고령이면 흔히 말하는 만 65세 이상의 비장애인 분들을 고령으로 봤을 때 거기에 맞춰서 말씀을 드려야 되나. 30, 40대 장애인도 고령으로 보면. 그래서 제가 드는 느낌은 중·장년기의 발달장애인이고 노년기의 발달장애인을 조금 더 나누면 어떨까 라는 생각이 드는 게 있고요.(이용시설 면담자 4)

발달장애 쪽은 주간보호가 축소되거나 없어진다는 표현보다는, 지금보다 많이 줄어들어야 하지 않나 라는 생각을 하고 있고요. 그에 맞춰 장애활동지원, 주간은 성인장애 주간활동서비스가 진행되고 있잖아요. 발달장애가 있으면 꼭 주간보호센터에 보내는 게 아니라 어떤 기관에서. 대전 같은 경우에는 ○○장애인자립생활센터에서 성인장애인, 성인발달장애인 주간활동서비스. 만 19세 이상을 대상으로 하고 있는 것처럼 한 명이든 두 명이든 최대 네 명까지로 알고 있는데. 이런 분들을 모아서 같이 이 분들의 욕구를 하고서는 같이 사회복지, 활동보조는 활동보조인이 하지만 주간보호, 성인발달장애인 주간활동서비스는 사회복지사가 하기 때문에. 이런 분들이 같이 모였을 때 오늘은 영화 보고 싶다 그러면 같이 영화 보러 가는 거고, 오늘은 체육활동을 하고 싶다 그러면 체육활동 하는 것처럼. 과거에는 주간보호서비스 안에 기능 차이도 크게 나지만 거기서 하루를 보내

는데, 이 분들한테 맞는 것들을 좀 찾아드려야 하지 않나 라는 생각이 드는 게 있죠.(이용시설 면담자 4)

성인 주간활동서비스는 아시는 것 같이 모이는 장소가 필요 없거든요. 예를 들면 복지관은 발달 장애인 분이 이쪽으로 와야지 서비스를 받을 수 있잖아요. 그런데 성인 주간활동서비스는 이 분이 계시는 곳에 사회복지사가 찾아가서 이 분에 맞는 서비스를 제공하기 때문에. 어떻게 보면 지금 시범사업으로 많이 하고 있고, 대전에서도 시범사업으로 하다가 정식사업으로 올해부터 됐다고 듣기는 했는데, 확인은 다시 해봐야 하겠지만. 아까 말씀 드린 것처럼 이게 활동보조기관이면 전부 다 할 수 있는 게 아니라 대전에서는 한발하고 어디하고 몇 군데 밖에 안하고 있고. 그래서 이런 것들이 정착화가 된다고 하면은. 그리고 아까 말씀드린 것처럼 이런 서비스는 활동보조인이 사회복지사보다 못하다 이런 개념보다는 이 사업은 사회복지사가 투입되기 때문에 우리도 조금 더 사회복지 마인드를 갖고 이 분들을 대할 수 있지 않을까 라는 생각이 좀 드는 점이 있습니다.(이용시설 면담자 4)

그러나 실질적으로 고령발달장애인 서비스를 구축하는데 대상자 및 재정 확보의 제약이 큰 것이 현실이다. 이와 같은 고령발달장애 특화 서비스의 활성화를 위해서는 공적 지원 체계의 강화와 실적 중심의 평가 기준 완화의 필요성이 지적되었다.

복지관 안에서 주간보호 외에 고령으로, 흔히 말하는 65세 이상의 발달장애인 이용률이. 제 생각엔 그렇게 높지 않거든요, 한 자릿수 정도가 될 것 같은데. 이런 분들을 만약 복지관에서 프로그램 한다고 했을 때 저희가 프로포절 냈을 때 흔히 말하는 실적도 중요하거든요. 예를 들면 지적장애인 분들은 프로그램 하나 열면 20명이든 30명이든 올 수 있기 때문에 그 분들에 맞는 거를 할 수는 있는데. 복지관 입장에서는 이러한 성인, 고령발달장애인 프로그램을 열었을 때 모집이 얼마나 될지부터 고민이 되기 때문에. 어느 시든 재단이든 저희 사업비를 줄 수 있는 기관에서 인원이 소수가 되더라도 고령발달장애인을 위한 프로그램을 부담 없이 해라, 시에서도 이게 왜 이렇게 실적이 낮으냐고 했을 때, 저희는 고령발달장애인을 대상으로 하니까 실적이 낮습니다. 이랬을 때 시에서도 실적이 낮지만 그래도 이거는 이해하겠다. 이런 분위기가 어느 정도 되어야 복지관에서도 부담 없이 정말 2, 3명을 모시고 하든 5명을 모시고 하든 이렇게 좀 되지 않을까 라는 생각이 좀 들고요.(이용시설 면담자 4)

복지관에서는 사실 프로그램을 열 수 있죠. 예를 들면 고령장애. 그런데 정말 대상이 2, 3명이 되고 3, 4명이 됐을 때 좀 부담이 되는 것처럼. 공공차원에서 아예 고령장애인을 만났을 때 집에만 계시는 분들이 계시면 복지관에 좀 더 적극적으로 안내해서. 요즘 희망티움센터, 그런 것처럼 다 사례관리를 하고 있기 때문에. 사례관리자가 직접 오시고. 복지관에서 직접 이용자를 발굴한다는 게 인력이 없는 상태에서 어려움이 있기 때문에, 공공에서 발굴이 되었을 때 좀 더 적극적으로 직접 모시고 온다든지 해가지고 발달장애층을 넓혀주신다고 하면 자연스럽게 프로그램이 늘어나지 않을까 라는 생각이 들긴 해요.(이용시설 면담자 4)

생애주기적 서비스 지원의 연속성 유지 및 강화를 위한 성년후견인 제도의 확대 및 심화를 통한 자립 지원 강화의 필요성이 제기되었다. 발달장애인, 치매노인 등 요보호 성인의 권리를 보호하기 위한 제도인 성년후견인 제도는 선임된 후견인이 정신적 능력의 제약으로 의사결정과 권리주장에 어려움이 있는 장애인의 선택권 보장과 권리 보호를 통해 삶의 질 향상에 기여할 수 있을 것으로 평가되고 있다.

넓은 영역의 지원방안으로 봤을 때는. 발달장애인이 어쨌든 전 생애에 대한 계획이나 이런 부분이 좀 필요한 것 같아요. 접수상담을 하면서 부모님들이 겪는 전체적인 상황들을 봤을 때. 성인 30대, 40대 정도까지는 부모님들이 살아계셔서 돌보고, 가족들이 돌보고 하는데. 접수상담 와서 보면 특수학교 전공과 졸업하고 나서 애 진로를 확인하시는 거예요, 복지관을 거의 돌아다니세요. 여기 3년, 저기 3년, 저기 2년. 그런데 그 다음이 늘 없는 거예요, 그 다음에 대한 고민이 늘 막막한 거죠. 우리 자식들 어떡하나, 나 죽으면 어떡하나. 이런 부분들에 대한 것을 봤을 때 30대, 40대, 50대, 고령이 된다고 하면 부모님들이 다 떠나고 뭐하고 하면 사실 시설 밖에 떠오르는 게 현재는 없어요. 그러니까 성년후견인 뭐 이런 게 있어서 연계된다고 하더라도 아직 현실적으로는 부족한 것 같고. 활동보조인이든 누구든 발달, 고령발달장애인이 됐을 때는 가족 이외에 옆에 누군가가 정기적으로 좀 들여다보고 지원할 수 있는 인력에 대한 지원이 필요한 것 같아요. 지금까지처럼 살다가 20대나 30대가 됐을 때 개입되는 게 아니라. 사실 아동들도 회의를 해보면 똑같이 중증의 자폐성 아이들도 치료적 개입이 들어갔느냐, 안 들어갔느냐에 따라서 기능 수준이 너무 다른 거예요. 물론 이제 치료에 의한 말이고 행동이고 하지만 그래도 그게 치료 전보다는 훨씬 나더라고요. 그래서 드는 생각은 어린 시절부터 부모님이나 가족이 지식을 가지고 훈련을 체계적으로 해서 결국에는 자립해야 하지 않을까. 그런 생각이 들어요. 고령장애인, 발달장애인 분들도 어렸을 때부터 훈련을 통해서 자립이 이루어지면 가족들이 없거나 누가 인력 지원이 없을 때 그래도 혼자서 좀 살아갈 수 있게 해야 하지 않을까 그런 생각이 좀 들어요. (이용시설 면담자 3)

후견인 제도에 대해서 아직 잘 모르는 가정도 있고 그래서. 장애인 복지관에서는 제가 알기로 성년후견인 제도와 관련해서 부모 교육을 자주 하려고 하고 있고, 몇몇 기관들은 벌써 수차례 한 거로 알고 있고 그런데. 장애인 자녀를 양육하는 부모님 입장에서 본인이 나이가 들고 사망했을 때, 고령장애인에 대해서 어떻게 지원을 할지에 대해서 성년후견인을 조금 빨리 선임한다기보다는 알아봐서 본인 자녀에게 맞는 성년후견인을 좀 미리서부터 알아알음 해가지고 세워서 자녀의 특성이라든지 아니면 자녀가 어떻게 했으면 하는 것 이런 것들을 사전에 너무 급하게 임박해서 하는 것보다는 이런 것들을 체계화 해가지고 몇 년 전부터 매칭 식으로 하면은 가족이라든지 지인이 사망했을 때 성년후견인이 이 분에 대해서 이해를 빨리해서 이 분의 삶을 계속 이어나갈 수 있지 않을까 생각이 들고. 또 아시다시피 어려운 과정은 공공후견인, 저도 교육을 받고 하긴 했지만 대전에서 아마 발달장애지원센터에 문의를 하면 후견인을 매칭해주기도 한다고 듣기는 했는데. 그런 식으로 해서 사전에 미리미리 매칭을 하는 준비가 필요하지 않나라는 생각이 들기도 합니다. (이용시설 면담자 4)

그러나 이와 같은 성년후견인 제도를 고령발달장애인의 장애 특성과 생애주기에 따른 욕구에 맞게 활용하기 위해서는 후견인의 전문성 확보를 위한 교육과 보다 체계적인 개입이 필요하다. 또한 전문적 활동에 대한 정당한 보상 체계를 마련함으로써 처우를 개선하여 더욱 적극적이고 활발하게 발달장애인의 권익향상을 도모할 수 있도록 지원해야 할 것이다.

발달장애인 공공후견인서비스. 명칭이 아마 그럴 건데. 아까 말한 공공후견인은 발달장애인을 대상으로 하기 때문에, 교육받으신 분들은 제가 교육을 그 때 5일인가? 하루에 거의 뭐 8시간 이상, 8시간씩 계속 받았었는데. 교육을 받으면 그 후견인 교육도 있지만, 발달장애의 특성이라든지, 발달장애의 원인 뭐 이렇게 발달장애에 대한 이해를 나름 교육 과정 안에 다 나타나고 있고, 보조 교육도 있고 그렇기 때문에 발달장애인 공공후견인을 이용하면서 그 안에서 좀 더 전문성은 그렇게 낮지는...(이용시설 면담자 4)

저도 공공후견인 자격이 수료해서 있긴 있는데. 복지관에서 일하면서 공공후견인을 같이 하는 기관도 있습니다. 예를 들면 타 지역에 고령발달장애인에 대해서 관심을 두고, 좀 더 지원하고 싶은 생각이 있으신 기관장님들은 그걸 이해를 해주셔서 업무시간 안에서도 찾아뵙고, 사례관리자를 본인의 후견인으로 해서 하는 경우도 있는데. 기관에서 그게 이해가 안 된다고 하면 본인의 업무가 있는데 그 업무시간 안에 다니는 것과 장애인 복지관은 순환 보직으로 제가 전 기관에서 사례 관리를 4년 2개월 정도 했는데 저는 어떻게 보면 4년 2개월 동안 한 가지 사례관리 장애인 인권·권익 이쪽에서만 했는데 나머지 선생님들은 보면 프로그램에도 갔다가 기획팀에도 갔다가 이렇게 자주 바뀌는 상황 안에서. 복지관에서 공공후견인 자격이 있는 분이 그렇게 다닐 수 있을까라는 생각이 들어서. 어떻게 보면 공공후견인을 하는 분들의 처우를 조금 더, 제가 알기로는 한 달에 2만 원인가? 정확히 기억이 안 나는데 이렇게 비용을 받으시긴 받으십니다. 그런데 그 비용이 어떻게 보면 정말 교통비 수준의 비용을 받는 입장으로서 후견인만 하기에는 어려움이 있지 않나 라는 생각을, 그런 것도 개선이 되어야 하지 않을까...(이용시설 면담자 4)





# 제5장

---

## 결론 및 제언

---





## 제5장 결론 및 제언

본 연구는 고령장애인의 정책 수립에 필요한 기초자료 제공을 목적으로 고령장애인의 연령, 장애기간, 장애발생시기에 따라 고령장애인의 특성을 분석함으로써, 이들의 실태와 욕구를 파악하고 고령장애인을 위한 정책방안을 마련하는 데에 있다.

이를 위해 고령장애인 관련 국내·외 동향을 문헌고찰을 통해 살펴보고, 「2013년 대전광역시 장애인실태조사」를 분석하여 고령장애인의 실태와 욕구를 살펴보았다. 더불어 고령발달장애인의 실태 및 특성, 어려움, 고령발달장애인 대상 서비스 제공 현황 및 서비스 제공의 어려움, 지원방안 등을 도출하기 위하여 장애인복지 이용시설과 거주시설 종사자를 대상으로 초점집단면접을 실시하였다.

### 제1절 분석결과

#### 1. 조사자료 분석결과

##### 1) 고령장애인의 개인적 특성

고령장애인의 개인적 특성을 분석한 결과, 남성 57.0%(422명), 여성 43.0%(319명)로 남성 비율이 더 높게 나타났다. 70대가 32.8%(243명)로 가장 많았고, 60대 31.4%(233명), 50대 22.8%(169명), 80세 이상 13.0%(96명) 순으로, 70세 이상의 고령장애인이 45.8%에 달하고 있는 것을 알 수 있다.

교육수준은 초등학교 졸업이 33.9%(251명), 고등학교 졸업 20.5%(152명), 중학교 졸업 18.4%(136명), 무학 15.9%(118명), 대학 이상 11.3%(84명) 순이었다.

배우자 유무는 유배우자가 63.9%(470명), 사별, 이혼 등과 같이 배우자가 없는 경우가 36.1%(266명)로 나타났고, 가구원 수는 2명이 38.1%(282명)로, 1명 21.3%(158명), 3명 16.5%(122명), 5명 13.0%(96명), 4명 11.2%(83명) 순이었다.

## 2) 고령장애인의 장애 특성

고령장애인의 장애 유형은 지체장애가 52.4%(388명), 뇌병변장애 14.3%(106명), 청각장애 11.3%(84명), 시각장애 9.0%(67명), 정신장애 5.0%(37명), 신장장애 3.2%(24명), 지적장애 1.8%(13명), 장루·요루장애 1.1%(8명) 등의 순이었다. 모든 연령대에서 지체장애의 비율이 높게 나타났다. 연령이 높을수록 뇌병변장애와 청각장애의 비율이, 장애기간이 길수록 시각장애와 청각장애의 비율이 높아지는 경향을 알 수 있다.

등급은 3급이 23.8%(176명)로 가장 많았고, 다음으로 5급 19.3%(143명), 6급 19.2%(142명), 2급 15.7%(116명) 등의 순이었다.

장애기간은 20년 미만인 61.4%(454명), 20년 이상인 38.6%(286명)로 나타났다. 장애발생 시기는 노년기가 55.1%(408명)로 가장 많았으며, 다음으로 청장년기 31.8%(236명), 발달기 13.1%(97명) 순이었다. 남성, 여성 모두 노년기에 장애가 많이 발생하는 것을 알 수 있다.

## 3) 고령장애인의 건강 특성

고령장애인은 평소 자신의 건강상태를 나쁘다(72.2%, 매우 나쁨+나쁨)고 인식하고 있었다. 연령이 높을수록 건강이 나쁘다고 인식하고 있었으며, 장애기간이 20년 미만인 경우는 76.0%(매우 나쁨+나쁨)가, 20년 이상인 경우는 66.1%(매우 나쁨+나쁨)가 자신의 건강상태가 나쁘다고 인식하고 있었다.

건강검진 여부를 살펴보면, 장애기간이 20년 미만의 경우 78.9%, 장애기간이 20년 이상인 경우 83.6%가 건강검진을 받은 것으로 나타났다. 장애기간이 길수록 건강검진을 받은 비율이 높은 것을 알 수 있다. 병의원에 가지 못한 경험을 보면, 장애기간이 20년 미만인 경우 82.2%, 20년 이상인 경우 83.6%가 병의원에 가지 못한 경험이 없다고 응답하였다.

고령장애인 본인이 원하는 때 병의원에 가지 못한 이유에 대해서는 경제적인 이유로가 74.8%(95명)로 가장 많았으며, 혼자 갈 수 없어서 16.5%(21명), 교통편이 불편해서 3.9%(5명) 등의 순이었다.

3개월 이상 지속되는 만성질환이 있는지에 대해 살펴본 결과, 고령장애인의 76.0%가 만성질환을 앓고 있다고 응답하였다. 많은 고령장애인이 장애 외의 다양한 만성질환을 앓고 있으며, 좋지 않은 건강상태임을 알 수 있다.

고령장애인의 59.5%(많이 느끼는 편임+대단히 많이 느낌)가 많은 스트레스를 경험하고 있는

것으로 나타났다. 장애기간이 길수록, 장애가 이른 나이에 발생할수록 일상생활에서 스트레스를 느끼는 정도가 높은 경향을 보였다. 고령장애인의 30.1%가 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있다고 응답하였다. 연령이 높을수록 우울감이 높은 경향을 보였으며, 장애기간이 짧을수록 우울을 더 느끼는 것을 알 수 있다. 발달기에 장애가 발생한 장애인의 24.7%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 27.5%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 32.8%가 일상생활에 지장을 느낄 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀다고 답하였다. 장애가 늦은 나이에 발생할수록 우울감을 느끼는 경향을 보였다.

일상생활을 하는 데 남의 도움이 필요한 정도를 조사한 결과, 모든 생활에 혼자 가능이 53.3%, 일부 남의 도움 필요 15.4%, 모든 일에 남의 도움 필요 13.6%, 대부분 생활 혼자 가능 11.6%, 대부분 남의 도움 필요 6.1% 순이었다. 일상생활을 하는 데 남의 도움이 필요한 정도는 청장년기에 다소 낮아졌다가 노년기에 다시 높아졌다.

남의 도움을 필요로 하는 장애인 중 도와주는 사람이 있는지에 대해 조사한 결과, 고령장애인의 88.1%가 일상생활에서 도움을 받고 있는 것으로 나타났다. 일상생활에 도움을 주는 사람을 살펴 보면 배우자가 51.0%(159명), 자녀(며느리, 사위 포함) 17.6%(55명), 요양보호사 11.5%(36명), 활동보조인 4.5%(14명), 간병인 3.8%(12명), 친구 및 이웃 2.3%(7명), 기타 친인척 1.9%(6명) 등의 순이었다.

현재 제공받는 도움이 충분한지에 대해 살펴본 결과, 고령장애인의 55.0%(충분함+매우 충분함)가 충분하다고 응답하였다. 발달기에 장애가 발생한 장애인의 67.6%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 53.6%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 53.0%가 현재 제공받는 도움이 충분하다고 응답하였다.

고령장애인의 77.2%가 혼자 외출이 가능하다고 응답하였다. 혼자 외출이 불가능한 고령장애인 또한 22.8%로 나타나, 4명 중 1명은 혼자서 외출이 불가능한 것으로 나타났다. 발달기에 장애가 발생한 경우 83.5%, 청장년기에 장애가 발생한 경우 87.7%, 노년기에 장애가 발생한 경우 69.6%가 혼자 외출이 가능하다고 응답하였다. 장애가 이른 나이에 발생할수록 장애에 적응하게 되고, 훈련을 통해 혼자서 외출이 가능할 수 있도록 준비할 수 있는 시간이 있었기 때문으로 보인다. 연령이 높을수록 외출하는 빈도가 감소하는 반면, 연령이 적을수록 외출하는 빈도가 증가하는 경향을 보였다. 외출 목적은 산책 26.9%(181명), 통근·통학 21.8%(147명), 병원 진료 21.2%(143명), 친척, 친구, 이웃 방문 8.0%(54명), 지역사회시설 이용 및 행사 참여 7.9%(53명) 등의 순이었다.

#### 4) 고령장애인의 경제적 특성

고령장애인의 20.5%가 국민기초생활보장 수급자로, 장애기간이 20년 미만인 경우 15.9%, 장애기간이 20년 이상인 경우 27.6%가 국민기초생활보장 수급자로 나타났다. 장애기간이 길수록 국민기초생활보장 수급 비율이 높아지는 경향을 보였다. 장애가 이른 나이에 발생할수록 수급자 비중이 높았다. 이는 장애기간이 길고 장애가 이른 나이에 발생할수록 경제적 어려움을 느끼는 인구가 더 많은 것으로 볼 수 있다.

고령장애인의 74.5%가 개인소득이 전혀 없거나 100만원 미만으로 나타나, 전반적으로 소득 수준이 매우 낮음을 알 수 있다. 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 월평균 개인소득이 가장 높았으며, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 개인소득이 가장 낮았다.

고령장애인 개인의 주소득 유형은 국민기초생활보장 급여, 장애수당, 장애연금 등의 공적이전 소득이 59.0%(382명)로 가장 많았다. 고령장애인은 근로소득보다는 공적·사적이전소득에 더 많이 의존하고 있으며, 연령이 높아질수록 근로소득 등의 비율은 낮아지고 공적·사적이전소득이 높아지는 경향을 보였다. 발달기와 노년기에 장애가 발생한 장애인은 근로소득 등을 통해 소득을 보장받기보다는 공적·사적이전소득을 통해 소득을 보장받는 경향을 보였다.

고령장애인을 포함한 전 가구원의 월평균 소득을 살펴본 결과, 100만원~200만원 미만인 24.0%로 가장 많았으며, 50만원 미만 23.9%, 50만원~100만원 미만 21.2%, 300만원 이상 15.5% 등의 순이었다. 고령장애인 가구의 69.1%가 200만원 미만의 소득으로 나타나, 전반적으로 소득수준이 낮음을 알 수 있다.

고령장애인 가구가 한 달 동안 살아가는데 필요한 최소한의 생활비를 조사한 결과, 100만원~200만원 미만이 37.0%, 100만원 미만 33.2%, 200만원~300만원 미만 16.1%, 300만원 이상 13.7% 순이었다.

장애로 인한 비용이 발생한 항목을 조사한 결과 교통비가 38.0%(109명)로 가장 많았으며, 다음으로 의료비 22.6%(65명), 통신비 17.4%(50명), 보호/간병비 10.5%(30명), 재활기관 이용료 3.5%(10명) 등의 순이었다.

장애기간이 20년 미만인 경우 53.3%, 장애기간이 20년 이상인 경우 46.7%가 장애로 인하여 현재 일하지 않고 있다고 응답하였다. 발달기에 장애가 발생한 장애인은 청장년기, 노년기에 장애가 발생한 장애인보다 장애/고령 이외의 이유로 일하지 않는 비율이 상대적으로 높은 경향을 보였다.

### 5) 고령장애인의 문화 및 여가활동 참여

고령장애인들의 주된 문화 및 여가활동은 TV시청(유선방송, 비디오 포함)이 58.0%(430명), 휴식(사우나 등) 10.7%(79명), 사교 일(친구, 친척 만남, 모임 등) 8.5%(63명), 없음 4.5%(33명), 스포츠(축구, 테니스, 수영 등) 3.5%(26명), 컴퓨터 또는 인터넷 활용 2.4%(18명) 등의 순이었다.

고령장애인의 문화 및 여가활동 만족도를 조사한 결과, 만족이 44.7%로 가장 많았으며, 다음으로 불만족 27.8%, 매우 불만족 18.3%, 매우 만족 9.1% 순이었다. 고령장애인들이 참여한 문화 및 여가활동을 만족스럽게 보내지 못한 이유는 건강이나 체력이 부족해서가 46.3%(157명)로 가장 많았으며, 다음으로 경제적 부담 때문에 29.2%(99명), 시간이 부족해서 5.9%(20명), 적당한 취미가 없어서 5.3%(18명), 도우미가 없어서 3.2%(11명) 등의 순이었다.

고령장애인들이 문화 및 여가활동을 참여하기 위해서는 경제적인 부담이 해결되어야 하며, 장애인이 문화적인 활동을 할 수 있도록 이동이 편리해야 함은 물론, 문화시설 등의 접근이 가능하도록 편의시설이 확대되어야 한다.

### 6) 고령장애인의 사회적 차별 인식

장애 때문에 본인이 차별을 받고 있다고 느끼는 정도를 조사한 결과, 전혀 느끼지 않음 40.3%로 가장 많았으며, 다음으로 별로 느끼지 않음 29.8%, 가끔 느낌 18.1%, 항상 느낌 11.8% 순이었다. 고령장애인의 29.9%가 장애 때문에 차별을 받고 있다(가끔+항상)고 응답하였다.

장애발생시기별로 살펴보면, 발달기에 장애가 발생한 장애인의 49.5%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 34.3%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 22.7%가 본인의 장애 때문에 차별을 받고 있다고 느끼고 있었다. 장애가 이른 나이에 발생할수록 장애 때문에 받고 있는 차별정도가 높은 것으로 나타났다. 노화를 경험하며 장기간 살아온 장애인이 상대적으로 사회적으로 느끼는 차별수준이 높은 것을 알 수 있다.

장애로 인해 사회적 차별을 받았을 때 고령장애인의 52.0%가 상담할 사람이 있다고 응답하였고, 주로 상담하는 사람은 가족이 78.3%(90명)로 가장 많았으며, 다음으로 친척, 친구, 이웃 10.4%(12명), 종교인 5.2%(6명), 장애인단체, 자립생활센터 직원 3.5%(4명) 등의 순이었다.

장애로 인해 폭력을 당한 경험이 있는지를 조사한 결과, 고령장애인의 9.6%가 폭력을 당한 경

험이 있다고 응답하였다. 발달기에 장애가 발생한 장애인의 28.9%, 청장년기에 장애가 발생한 장애인의 11.9%, 노년기에 장애가 발생한 장애인의 3.7%가 장애로 인해 폭력을 당한 경험이 있다고 응답하였다. 연령이 어릴수록, 장애기간이 길수록, 장애발생시기가 빠를수록 장애로 인해 폭력을 경험하는 비율이 높아지는 경향을 보였다.

## 7) 고령장애인의 복지욕구

고령장애인을 대상으로 장애인복지사업 이용경험을 조사한 결과, 통신 관련 요금감면 및 할인이 88.6%(546명)로 이용경험이 가장 높았고, 교통 관련 요금감면 및 할인 77.2%(439명), 공공 시설 이용 시 요금감면 및 할인 69.2%(328명), 장애인자동차 표지발급 58.8%(293명), 장애등급심사제도 운영 53.3%(217명) 등의 순이었다.

장애인복지 관련 요구사항은 소득보장이 48.7%(312명)로 가장 많았으며, 다음으로 의료보장 20.3%(130명), 기타 7.3%(47명), 일상생활보장 5.9%(38명), 고용보장 4.4%(28명), 이동권 보장 3.4%(22명) 등의 순이었다. 고령장애인들은 소득보장, 의료보장, 일상생활보장에 대해 강한 복지욕구가 있음을 알 수 있다. 특히 소득보장과 의료보장에 대한 욕구는 다른 복지욕구를 압도하고 있음을 확인할 수 있었다.

## 2. 초점집단면접 분석결과

### 1) 노화에 의한 신체적, 심리, 정서적 장애, 문제행동 및 노인성 질병의 복합성

고령화된 장애인 집단의 경우 장애가 이른 시기에 발생하여 오랜 기간 장애인으로 살아오기 때문에 나이 들에 따라 새롭게 발생하는 건강문제와 기능쇠퇴, 신체변형 등의 이차장애에 직면해 있음에도 장애 유형에 따라 그 드러남에 대한 민감성에 차이가 있을 수 있다. 특히 장기간 장애인으로 살아온 경우 약 15년에서 20년 정도 빠른 노화를 경험한다고 보고되고 있으나(김성희, 2014), 장애 유형에 따른 노화의 도래 시기 및 연령에 대한 정확한 체계화는 미흡한 실정이다. 장애인이 비장애인보다 조기 노화를 경험하고, 신체적 기능 저하가 40대부터 급격해진다는 전제하에 40대 이상 노인 대상자에 대한 관찰 및 서비스 제공 경험을 중심으로 면담 및 내용 분석을 진행하였다.

일반적으로 고령발달장애인의 노화 현상을 관찰할 수 있는 상황들로 치아, 소화기 등의 신체기능 저하, 관절염, 통풍 등의 근골격계 질환으로 인한 보행 문제, 고혈압, 당뇨, 치매 등의 이차장애의 발생이다.

그러나 일찍 시작된 기능퇴화와 노화로 인한 질병이 복합적으로 진행됨에 따라 그 개입 시기 및

방법에 대한 접근이 어려운 경우가 많다. 특히 노화가 무엇인지에 대한 정보 및 인식이 부족하여 건강관리를 통한 회복 및 유지 기능이 떨어지고 치료시기를 놓쳐 제증상이 악화되는 사태가 발생하는 경우가 빈번하다. 노인성 질환에 대한 전문 지식 부족 및 고령발달장애 관련 전문 가이드라인의 부재로 드러나는 고령발달장애인 특성을 노화의 관점으로 볼 것인지 기능 저하로 볼 것인지에 대한 난해함이 있어 의료서비스와 재활서비스 제공이 대별되어야 함에도 이에 대한 구분에 어려움을 가지게 된다.

장애가 아닌 나이가 들어가는 현상으로 인한 무기력, 우울 등의 현상으로 심리, 정서적 영역에서 어려움이 극대화하는 경향이 있다. 이는 노화의 속도 및 의존성의 정도를 가중시키고, 서비스 지원에서 어려움을 초래한다.

고령화에 따라 회복 기간이 점점 길어지는 것뿐 아니라 발달장애인은 스스로에 대한 조절, 관리 및 대처 능력의 한계를 가지고 있어 고령화로 인한 고충 정도가 더 크게 드러나기도 한다. 또한 장애로 인한 기능 제한과 고령화에 따른 불편함이 중복가중 되면서 겪게 되는 신체적인 고통과 생활 패턴의 유지 저하, 체력적 소모 및 한계, 무기력감 및 우울증 등과 같은 심리적인 문제가 복합적으로 진행되면서 전반적인 삶에 대한 의욕이 크게 떨어지게 된다.

또한 발달장애의 특성상 기존에 훈련으로 조절되었던 폭력성, 자학, 집착 등의 문제 행동 및 정신적 측면에서의 증상이 악화되는 경향이 있다.

## 2) 사회적 관계망의 축소 및 변화

주부양자인 부모의 고령화는 돌봄 소진 및 부재 상황을 초래하고 이에 따라 고령발달장애인의 사회적 참여도 및 사회생활 적극성이 크게 감소되는 경향이 나타난다. 또한 장애 형제에 대한 부양 부담 가중과 소원한 가족 관계로 인해 고령장애인의 가족 내 존재감이 미약해지는 경향이 있다.

고령장애인의 인지 발달 정도에 따라 스스로 노화를 자각하거나 인지하며 노후에 대해 걱정하는 경우도 있지만, 노화나 나이 자체에 대한 인식 자체가 없는 경우도 생기게 된다.

그러나 인지적 기능이 떨어짐도 불구하고 고령 시기에 이르면서 사회적 관계에 있어서는 같은 노년층과 관계 형성을 하고자 하는 욕구가 있다. 노인으로서 나이에 맞는 역할, 행동 및 언어 패턴 등을 보이며 또래 그룹을 형성하고 있는 특징이 나타나기도 한다.

### 3) 장애와 노화의 교차성에 대비 못하는 지원 체계

장애인들이 나이 들어감에 따라 빈곤에 쉽게 노출되고, 의료 및 사회적 지원 서비스들로부터 소외되는 현상이 나타난다. 기존 제도의 수급 범위와 접근성이 제한적이고 연령 기준 및 조건에 따른 제약이 심한 것으로 파악된다. 국민기초생활보장제도의 수급 조건을 충족시키고 장애 정도 및 특징에 맞는 근로활동을 찾는 데 어려움이 따른다.

그뿐만 아니라 고령장애인은 보험과 같은 의료지원 체계와 연계도 상당히 어려운 경우가 많다. 장애인의 보험가입 활성화를 위한 대책들이 제시되고 있지만, 고령에 이를수록 보험 혜택의 필요성이 커짐에도 불구하고 접근권 확보에는 어려움이 큰 실정이다.

노인장기요양서비스와 장애인 활동지원 서비스는 등급판정을 통해 수급 여부를 결정하게 된다. 그러나 등급 판정을 위한 평가 체계 및 그 판정 과정이 장애인의 욕구 및 필요도에 부응하지 못하고 있다. 특히 활동지원 서비스를 받고 싶어도 등급 재판정으로 인해 장애 연금 등 다른 급여와 연동되어 수급 혜택이 줄어들 가능성이 있어 신청을 꺼리는 경우가 빈번하다. 그뿐만 아니라 활동보조 수급자가 65세 이상이 되었을 때 장기요양으로 연계 체계가 미흡하고 고령장애인의 특성 및 욕구에 대한 이해도 부족한 실정이다.

특히 발달장애의 특성상 등급 판정 시 장애에 대한 근본적인 이해 없이 신체 기능에 비중을 두어 평가가 이루어지는 경우에 대한 우려가 높았다.

발달장애인의 노화 과정에 대한 이해와 대응 전략을 갖춘 전문성 확보의 필요성이 제기되고 있다. 장애에 대한 재판정 과정을 통해 세부 장애 영역에 대해 더욱 정확하게 진단하여 장애인의 신체, 심리, 사회적 노화에 대응할 수 있도록 지원 체계 구축이 요구된다.

### 4) 노화 관련 지식 및 정보에 대한 교육적 지원

고령발달장애인과 그 가족은 발달장애의 노화가 가지는 특성 및 건강관리에 대한 지식과 정보가 필요하다. 그러나 장애인이 겪게 되는 조기노화나 건강 위험 등 고령발달장애인이 가지는 특별한 욕구에 대한 교육과 건강 지원 서비스에 대한 접근이 가능하도록 적극적인 홍보가 요구된다.

그러나 고령장애인의 가족에게 실질적인 교육 프로그램을 진행하기에 현실적인 제약이 큰 실정이다. 발달장애 자녀의 고령화에 대해 구체적으로 어떤 부분을 어떻게 고민해야 하는지에 대해 의식을 못 하거나 돌봄 가족의 소진 및 부재로 소원해지는 경우도 많다.

장애인 이용시설 및 거주시설 종사자에 대한 발달장애의 노화에 대한 정보 및 지식 관련 교육이

미흡한 것으로 나타났다. 특히 고령발달장애에 대한 건강 및 의료전문가들의 정확한 진단 및 전문 서비스 간 긴밀한 연계가 요구되었다.

나아가 이용시설 및 거주시설 종사자들이 고령발달장애인의 사례관리에 있어 전문 가이드라인 구축의 필요성이 제기되었다.

### 5) 장애영역과 노인영역 간의 연계 강화, 고령장애 전문 인력 및 서비스 구축

노인 분야와 장애인 분야의 종사자들은 양 영역 간 협력이 필요하다는 데는 공감하지만, 여전히 서로 다른 문화적 차이와 행정적 제약에 따라 상호 간 연계 체계가 미흡한 것으로 나타났다.

특히 긴밀하고 원활한 연계를 위해 상위 수준의 조직들(정부, 지자체) 및 조직 내 상위 체계에서의 협력이 전제되어야 할 필요성이 지적되고 있다. 장애인 부모 연대 및 여러 단체의 장애 운동을 통해 장애인을 위한 다양한 복지 서비스들이 구축되고 있는 만큼 고령발달장애 분야 활성화를 위한 노력이 강화되어야 할 것이다.

그러나 현재로서 고령발달장애인에 대한 전문적인 서비스를 제공할 수 있는 기관 및 서비스 구축이 미흡한 실정이다. 이에 대상자에게 적합한 프로그램 및 서비스로의 연계가 어려워 지속적인 지원이 불가능한 경우가 발생하고 있다.

이에 고령발달장애인의 특별한 욕구 및 특성을 반영할 수 있는 전문 시설 구축과 고령장애인 대상 전문 서비스 활성화 필요성이 제기되었다.

### 6) 활동지원서비스 강화, 성인장애주간활동 및 성년후견인 제도 확대

일상생활에 있어 타인의 도움을 절대적으로 필요로 하는 고령발달장애인에게 활동지원 서비스는 자립생활 및 사회참여에 있어 매우 중요하고 필수적인 요소라 할 수 있다. 활동보조 지원서비스 내용과 기능에 따라 장애인 삶의 질이 달라지는 만큼 고령발달장애인의 특성과 욕구에 맞는 차별화된 서비스 제공이 필요하다. 이를 위해 장애인 돌봄과 노인 요양 역량을 겸비한, 즉 활동보조인 자격과 요양보호사 자격을 모두 갖춘 전문 인력 양성의 필요성이 제기되었다.

성인발달장애인을 위한 복지서비스 공급 문제 해소를 위해 주간보호서비스 확충이 필요하다는 지적에 따라 발달장애인 주간보호센터가 만들어지고 있지만, 고령발달장애인을 대상으로 하는 서비스는 여전히 미흡한 것으로 나타났다.

주간보호시설의 확대뿐 아니라 다양한 활동을 자율적으로 수행할 수 있는 성인장애 주간활동

서비스 강화의 필요성이 제기되었다. 생애주기적 접근에서 고령장애의 시기를 세분화하여 활발하고 활동적인 노화를 위한 적극적인 주간활동지원이 필요하다는 지적이다. 사회복지사가 활동 보조와 함께 협업하여 더욱 전문화되고 개별화된 주간 활동 프로그램을 자유롭게 수행하며 고령발달장애인의 욕구와 특성에 맞는 특화된 서비스를 제공할 수 있는 방안으로 제시되고 있다.

그러나 실질적으로 고령발달장애인 서비스를 구축하는데 대상자 및 재정 확보의 제약이 큰 것이 현실이다. 이와 같은 고령발달장애 특화 서비스의 활성화를 위해서는 공적 지원 체계의 강화와 실적 중심의 평가 기준 완화의 필요성이 지적되었다.

생애주기적 서비스 지원의 연속성 유지 및 강화를 위한 성년후견인 제도의 확대 및 심화를 통한 자립 지원 강화의 필요성이 제기되었다. 발달장애인, 치매노인 등 요보호 성인의 권리를 보호하기 위한 제도인 성년후견인 제도는 선임된 후견인이 정신적 능력의 제약으로 의사결정과 권리주장에 어려움이 있는 장애인의 선택권 보장과 권리 보호를 통해 삶의 질 향상에 기여할 수 있을 것으로 평가되고 있다.

그러나 이와 같은 성년후견인 제도를 고령발달장애인의 장애 특성과 생애주기에 따른 욕구에 맞게 활용하기 위해서는 후견인의 전문성 확보를 위한 교육과 보다 체계적인 개입이 필요하다. 또한 전문적 활동에 대한 정당한 보상 체계를 마련함으로써 처우를 개선하여 더욱 적극적이고 활발하게 발달장애인의 권익향상을 도모할 수 있도록 지원해야 할 것이다.

## 제2절 제언

본 절에서는 고령장애인의 정책적 지원방안 마련을 위하여 현행 제도의 한계를 극복할 수 있는 정책적 지원방안의 기본방향과 고령장애인의 특성 및 욕구에 기반을 둔 필요한 제도 및 서비스 내용을 모색하였다.

### 1. 고령장애인의 정책적 지원방안을 위한 기본방향

본 연구는 조사결과를 바탕으로 고령장애인의 정책적 지원방안을 위한 기본방향을 다음과 같이 설정하였다.

첫째, 장애인의 고령화가 급속하게 진행되는 상황에서 고령장애인의 실태를 파악하고 정책적

지원방안을 마련하는 것이 중요하다. 이에 고령장애인을 위한 정책은 경제적 지원과 더불어 건강 및 의료, 일상생활, 사회적 관계, 여가활동 등의 영역을 모두 포함하는 다차원적 지원방안이 마련되어야 한다. 연구결과에 따르면 고령장애인의 경제적 상태가 미흡한 것으로 나타났으며, 실제 지원 욕구에서도 소득보장에 대한 욕구가 가장 높게 나타났다. 그러나 장애인의 특성을 고려할 때 경제적 지원과 더불어 건강, 여가, 일상생활 등에 대한 종합적인 지원이 병행되어야만 실효를 발휘할 수 있을 것으로 생각된다.

둘째, 고령장애인 대상 정책은 고령장애인에 대한 개념적 정의에서 시작하여, 정책의 우선순위를 설정하여 접근하여야 할 것이다. 고령장애인에 대한 용어의 통일 및 연령적 개념 정의가 필요하다. 현재 장애와 노화를 경험하는 인구에 대하여 ‘장애노인’, ‘노령장애인’, ‘고령장애인’, ‘노인성 장애인’ 등의 용어가 혼용되어 사용되고 있다. 고령장애인의 정책 개발을 위해서는 공통된 용어 사용이 필요하다. 고령장애인에 대한 연령 기준은 그 인구집단이 가지는 특성을 고려하여 정책적 개입 시기를 결정하는 사회적 합의의 문제이다. 일부 연구에서는 장애인이면서 노화를 경험하는 대상만을 한정하여 연구를 진행하거나, 노인 집단 중에 장애를 경험하는 집단으로 연구를 진행하기도 하는 등 고령장애인에 대한 연령적 개념 정의도 명확하게 이루어지지 않아 이에 대한 명확한 정리가 필요하다.

고령장애인의 연령 기준과 관련해서는, 많은 연구에서 「노인복지법」과 「저출산·고령사회 기본계획」, 「노인장기요양보험법」의 연령 기준인 65세를 기준으로 ‘노인’을 정의하여 연구를 수행하였으며, 60세를 노인으로 설정한 연구도 있다. 또한 「고용상 연령차별금지 및 고령자고용촉진에 관한 법률」에서는 55세 이상을 고령자로, 50~54세를 준고령자로 정의하고 있어 이러한 기준을 따르는 연구도 있다. 연령 기준은 사회적 합의의 문제이기 때문에 정책기준이나 연구목적에 따라 약간의 차이를 보인다. 노인의 정의는 다양할 수 있으나 합의된 기준이 필요하다. 그러나 오랜 기간 장애를 경험한 장애인은 일반적으로 비장애 인구보다 15~20년 빠르게 나타나는 조기노화와 이차적 장애가 발생하는 등의 이중적인 어려움을 경험한다. 조기 노화를 고려하여 고령장애인은 15~20년 정도 이른 연령의 기준을 적용할 필요가 있다는 지적도 있다(Trieschman, 1987). 따라서 고령장애인에 대한 구분은 고령장애인이 가지는 조기노화 및 이차적인 장애 발생과 같은 신체적 특성을 고려하여 고령장애인 서비스 개입이 이루어질 수 있도록 서비스 대상을 구분할 필요가 있다.

셋째, 노인복지사업과 장애인복지사업간의 연계 및 자원의 효율적 이용이 필요하다.

인구 고령화에 따른 고령장애인의 증가는 장애인복지서비스의 주요 대상자가 고령장애인으로 전환되는 것을 의미하기도 한다. 우리나라의 장애인 중 고령장애인의 비율은 비장애 인구 중 노인 인구가 차지하는 비율과 비교하였을 때 빠르게 증가하고 있다. 전체 장애인구의 특성을 고려한다면 고령장애인을 위한 서비스는 좀 더 확충되어야 할 필요가 있다. 즉, 고령장애인이 가지는 복지 욕구는 노인복지와 장애인복지 양 분야에 걸쳐 발생하므로 각 분야의 서비스 연계를 통한 자원의 효율적 이용이 가능할 수 있도록 해야 한다.

고령장애인의 이슈는 ‘노화로 인한 장애 경험’과 ‘장애인의 노화’로 구분되어 논의된다. 인구의 고령화로 인하여 장애인구 또한 고령화를 맞이하고 있고 노인의 노화로 인한 장애인구의 증가 현상이 나타나고 있다. 이러한 이분법적 접근은 전자의 경우 장애인복지 영역에서, 후자의 경우 노인복지 영역에서 다루고 있으나, 노화와 장애의 이슈는 생애 전반에 걸친 연속적 개념이기 때문에 이러한 이분법적 구분이 어려운 것이 사실이다(신영석 외, 2014). 즉 고령화된 장애인과 노화 과정 장애인의 정체성 차이, 요구하는 서비스의 상이점, 장애와 노화 중 강조하는 측면의 차이, 제도와 서비스 구축 배경이 되는 이론과 신념의 차이 등이 나타나지만, 두 영역을 분명하게 구분하기는 매우 어렵다. 장애 여부와는 상관없이 노화는 생애 전반에 걸쳐 일정 기간 지속해서 진행되는 연속적 개념이기 때문이다(박종엽·양희택, 2014). 고령장애인 영역은 노인복지와 장애인복지의 공유영역이기 때문에 두 영역의 서비스 공유영역 모색을 위한 서비스 연계노력을 할 필요가 있다.

그러나 고령장애인의 연령, 발생시기 등 차별성을 고려하지 못한 정책 연계는 문제를 야기할 수 있다. 먼저 장애인으로 오랜 기간 살아온 ‘고령화된 장애(aging with disability)’를 경험하는 인구는 장애서비스가 지속되기 바라는 경향이 강하다. 이러한 이유는 장애서비스와 노인서비스의 문화적 차이(김성희 외, 2011)와 장애인으로 오랜 기간 살아온 ‘고령화된 장애(aging with disability)’ 인구의 욕구에 노인서비스가 부응하기 어렵기 때문이다. 가장 대표적인 사례는 발달장애인구이다. 발달장애인이 연령이 증가하여 노화관련 변화를 경험한다고 해서 노인서비스 영역의 서비스를 받도록 유도된다면, 오랜 기간 장애인으로 살아온 삶의 특성과 차별적 욕구를 간과할 가능성이 높다(노승현 외, 2014). 국내에서는 고령장애인들이 노인복지관에 적응하지 못하고 차별을 경험한다는 사례가 보고되고 있다. 또한 장애기간에 따라 장애정체감과 노인정체감의 차이가 존재한다. 노화과정 장애인들은 고령화된 장애인과는 다른 장애원인 뇌졸중, 관절사용의 어려움, 감각기관의 기능저하 등으로 인해 장애정체성이 낮고, 의료적 서비스에 집중되어 있으며, 청장년기에 장기적으로 노년기에 대한 개별적인 준비기간을 갖는다. 반면, 고령화된 장애인은 비장애 노인과 비교하여 20~25년 일찍 의료적·기능적 노화문제가 발생하며, 이러한 이유들로 인하여 사회

적 노화가 비교적 이른 나이에 진행된다. 또한 의료적 서비스 중심이 아닌 지역사회에서의 참여와 활동을 강조하는 서비스를 요구하며, 노화에 대한 개인적 준비가 어렵고, 이에 대한 사회서비스가 제공되지 못한다는 점에서 고령화된 장애인은 노화과정 장애인과 다른 특징을 보이고 있다(박종엽양희택, 2016). 이러한 서비스의 문화적 차이, 장애정체성과 노인정체성의 차이는 양 영역의 통합과 연계를 어렵게 한다. 즉 장애인복지서비스와 노인복지서비스의 연계를 통한 고령장애인 서비스 방향은 차별성을 고려할 필요가 있다.

한편 고령화된 장애인과 노화과정 장애인 모두 겹으로 나타나는 현상, 필요로 하는 것, 표출된 문제 등의 양상은 비슷하다. 즉, 소득보장, 의료보장, 일상생활지원, 수단적 일상생활지원, 부양가족과의 어려움과 1차적 부양부담자의 상실과 더불어 최근 노인영역에서도 사회참여와 활동지원 등을 강조하는 추세이기에 기존 장애인복지서비스를 이용하는 이용자와 비슷한 양상을 보여 가고 있다. 장애정체성에 대한 수용 정도의 차이가 존재하며 서비스 지향점과 출발점이 상이하고 이념과 관점, 장애 유형, 유병률 내용의 차이가 분명히 존재하지만, 정책결정에 있어 양쪽의 서비스 연계는 꼭 필요하며, 그 중요성은 계속하여 강조되고 있다. 그러나 반드시 염두에 두어야 할 점은 고령화된 장애인의 이차장애에 의한 제약조건과 노년기를 준비할 수 있는 기회가 부족하였다는 점을 감안하여 서비스 연계 정책을 결정하여야 한다(Putnam, 2007).

국제적으로 고령장애인의 서비스와 정책은 장애영역과 노인영역의 통합적 방향을 강조하는 경향을 보인다(노승현 외, 2017). 가장 큰 이유는 정책효율성이며, 장애와 노화를 경험하는 측면에서 공유영역을 갖기 때문이다. 고령화된 국가는 지역사회에서 거주시설에 대한 요구보다는 재가 서비스에 대한 요구가 높게 나타나고 있으며, 지적장애인의 평균수명 연장과 장애특성상 2차 장애로 출현빈도가 높은 노인성 질병에 가까운 치매와 알츠하이머 등에 대한 지원 등 노인복지서비스 영역에 접근하는 비율이 점차 높아지고 있기 때문에 노인복지 영역과 장애인복지 영역의 상호작용을 요구하는 것이 증가하고 있다(Ansello & Janicki, 2000).

해외 선진국의 사례를 살펴보면, 장애인과 노인 서비스의 연계에 초점을 두고 있는 것을 확인할 수 있다. 예를 들어 장기요양제도를 살펴보면, 장기요양의 주 대상자는 65세 이상 노인이거나 전 연령층의 장애인으로 하고, 장기요양서비스를 제공할 수 있도록 설계되어 있다(신영석 외, 2014). 장기요양 욕구를 가지는 주된 대상자를 전 연령에 걸친 장애인과 노인으로 정하고, 장애로 인한 특화 서비스 욕구가 있는 장애인에 대하여 자립생활 이념에 맞도록 추가적으로 주정부 차원이나 카운티 차원에서 특화 서비스를 제공받을 수 있도록 설계되어 있다. 그러나 우리나라는 장애정도가 아닌 연령에 의한 이원화 정책으로 인해 장기요양제도는 노인을 대상으로 하는 노인장기

요양과 6세 이상 65세 미만의 장애인을 대상으로 하는 장애인활동지원제도로 구분되어 있다.

고령이면서 장애인인 경우 고령으로 인한 욕구와 장애로 인한 욕구가 복합적으로 발생하지만 현 제도는 둘 중 하나를 선택하게 함으로써 선택하지 않은 다른 욕구에 대한 사회적 지원은 배제된다는 한계를 가지고 있다. 따라서 노인복지와 장애인복지 서비스 간 연계를 위해서는 단기적으로 관련 전문가 및 이용자의 인식 개선을 통한 현장에서 노력이 전개되고, 장기적으로는 장애인복지와 노인복지 간 제도의 정비, 전달체계의 개편, 그리고 재정지원방식 변화 등을 도모할 필요가 있다.

## 2. 고령장애인의 특성 및 욕구에 기반을 둔 제도

### 1) 소득보장

#### (1) 고령장애인의 경제활동 활성화

고령장애인의 경제안정을 위하여 소득보장정책이 먼저 고려되어야 한다. 고령장애인은 장애로 인한 어려움과 더불어 노화로 인한 어려움으로 인해 경제활동을 유지하는 것에 어려움이 있으며, 결과적으로 빈곤을 경험할 확률이 높다. 또한 고령장애인에게 있어서 일은 단순히 소득보장의 의미를 넘어서 사회적 관계를 유지하고 신체적 건강을 도모하며 자립하여 생활할 수 있도록 한다는 측면에서 일과 삶의 균형 차원에서 시사하는 바가 높다.

조사결과에 따르면, 고령장애인들은 연령이 증가함에 따라 근로활동 비율이 낮아지는 경향을 보이나, 여전히 취업에 대한 욕구가 높은 것으로 나타났다. 그러나 장애 특성에 상관없이 장애와 나이로 인해 소득활동을 하지 못하고 있어, 노년기에 빈곤을 경험할 확률이 높아지는 것으로 나타났다.

이를 위해서 먼저, 고령장애인에게 적합한 일자리를 개발할 필요가 있다. 고령장애인의 특성 즉, 장애등급, 장애기간, 연령, 건강상태 등에 따른 맞춤형 일자리를 개발하여 지원하는 것이 필요하다. 고령장애인에게 일자리를 제공하는 것은 생계, 용돈 등 소득보장을 지원하는 동시에 사회 참여 기회를 확대한다는 측면에서 매우 중요하다. 이는 궁극적으로 장애인의 고령화에 따른 사회보장비의 절감과 정신적·신체적 건강증진에 기여한다는 점에서 의의가 있다.

현재 운영되고 있는 대전광역시 장애인일자리 사업은 「장애인복지법」 제 21조에 근거하여 시행되고 있으며, 만 18세 이상 등록 장애인 중 보조인 없이 업무수행이 가능한 사람이다. 장애인 일반형일자리(행정도우미), 장애인 일반형일자리(시간제일자리), 장애인복지 일자리 사업, 시작장

에인 안마사업단, 발달장애인 요양보호사 보조, 전동휠체어관리 충전기관리, 발달장애인직무지도 요원 등 10개의 장애인 일자리 사업이 운영되고 있으며, 지원인원은 총 788명이다. 그러나 현재 장애인전체 등록 장애인구 중에서 50세 이상 고령장애인 비율이 75.0%임을 고려한다면, 고령자 대상 장애인일자리 사업을 확대해나갈 필요가 있다. 고령장애인의 장애유형 및 특성, 능력에 따른 관찮은 일자리를 개발하고 보급해야 할 것이다.

더불어 고령장애인의 특성을 고려한 직업교육 및 훈련을 지원해야 한다. 장애인 직업훈련은 대부분 청·장년층 장애인을 중심으로 진행되기 때문에 고령장애인이 참여하기에 어려움이 있다. 따라서 고령장애인을 대상으로 하는 직업교육 및 훈련 과정을 개설할 필요가 있다.

## (2) 안정적인 소득보장 지원

대전광역시 고령장애인들은 복지욕구 중에서 소득보장에 대한 욕구가 가장 높게 나타났다. 고령장애인의 국민기초생활보장 수급자 비율은 25.0%로, 이는 대전시 수급자 3.5%에 비하면 굉장히 높은 수치이다. 더불어 고령장애인들은 소득이 없는 장애인을 포함하여 50만원 미만의 소득이 58.3%로 나타났다. 고령장애인들의 연령이 높아질수록 월평균 개인소득이 감소하는 경향을 보였으며, 장애기간이 길고 장애가 이른 나이에 발생할수록 경제적 어려움을 느끼는 인구가 더 많았다. 즉 고령장애인들은 나이가 많아질수록 소득은 감소하는 반면, 건강상태가 좋지 않고 만성질환을 앓고 있는 비율이 늘어나 의료비뿐만 아니라 교통비 증가 등으로 인해 추가지출이 증가하고 있는 것으로 나타났다.

특히 고령장애인의 과반수가 국민기초생활보장급여, 기초노령연금, 장애인수당, 장애인연금, 등과 같은 공적이전소득에 의존하고 있으며, 연령이 많아질수록 근로소득 등의 비율은 낮아지고 공적·사적이전소득이 높아지는 경향을 보였다. 이러한 어려움을 고려할 때 경제적 지원으로 생활 안정을 도모할 수 있는 다양한 지원이 고려되어야 하며, 특히 노후준비가 부족한 고령장애인에게는 소득보장을 위한 다양한 지원이 매우 필요하다. 고령장애인의 경제적 지원은 기본적인 의식주 생활 안정을 도모하게 될 뿐 아니라 건강 및 신체적 측면과 여가, 사회적 관계 유지 등의 심리정서적 측면의 안녕감과 삶의 질을 증진시켜 줄 것이다.

## 2) 의료보장

### (1) 고령장애인의 건강 예방, 유지 및 증진을 위한 지원

고령장애인의 복지욕구 중에서 두 번째로 높게 나타난 것이 의료보장에 대한 욕구였다. 연구결과 고령장애인의 72.2%가 본인의 건강상태에 대해서 부정적으로 인식하고 있으며, 장애와 더불어 노화의 진행에 따른 어려움이 가중됨에 따라 의료나 보호간병의 필요성이 증가하는 순환 고리가 형성되고 있다. 또한 장애유형에 따라 본인의 건강 상태에 대한 인지가 상대적으로 더디거나 의사 표현을 잘 하지 못해 건강 문제가 겹으로 드러났을 때는 이미 치료시기가 지난 경우도 있었다. 국내에 장애유형별 특성을 고려한 의료설비를 구축한 장애인 전문병원이 소수이기 때문에 건강검진을 하더라도 장애인이 불편하거나 견디기 어려운 검사는 생략하는 경우가 많고 간단한 검진만 하는 경우가 많아서 건강관리가 어렵고 적절한 시기에 치료가 어렵다(최복천 외, 2016; 조상은 외, 2017). 특히 발달장애인의 경우 장애의 특성상 의사소통의 어려움과 문제 행동 가능성 때문에 적절한 건강검진 서비스를 받지 못하고 있다.

따라서 고령장애인에 대한 정기적 건강검진을 통한 조기 발견 및 개입이 필요하다. 예방적 건강검진의 경우 고령장애인의 생애주기를 고려하여 발생가능한 노인성 질환을 지속해서 검진 및 관리하는 노력이 요구된다. 특히 고령발달장애인의 경우 조기발생 치매 예방 및 조기검진을 위한 지속적 관리가 필요하다. 이를 위해서 고령장애인의 의사소통을 위한 조치나 장애의 특성을 이해하고 있는 의료인의 추가 배치 등이 고려되어야 하며, 장애 특성을 고려한 의료설비 구축은 매우 중요한 사항이다.

또한 장애인의 76.0%가 장애 외의 다양한 만성질환을 앓고 있으며, 연령이 높아질수록 만성질환을 앓고 있는 비율 또한 높아졌다. 장애인들에게는 장애와 관련된 의료서비스도 필요하지만 만성질환 관리, 건강증진을 포함한 전반적인 건강관리 서비스도 필요한 것을 알 수 있다.

의료보장은 소득보장에 이어 고령장애인의 요구가 두 번째로 높은 분야임에도 불구하고 현재의 의료체계가 이러한 요구를 담지 못해 고령장애인들이 제대로 된 의료서비스를 받지 못하는 상황이다. 고령장애인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못하는 이유로 경제적인 어려움 외에 혼자 갈 수 없어서와 교통편이 불편해서이다. 이외에도 편의시설 부족, 의사들의 장애특성 이해 및 배려 부족 등으로 의료접근성의 제약이 장애인들의 건강 유지에 장벽으로 작용하고 있었다. 특히 발달장애인의 경우 의사소통이 어렵고, 문제 행동의 가능성과 함께 의료인의 장애에 대한 인식 부족으로 장애인 진료를 기피하는 의료기관이 있는 실정이다(최복천 외, 2016). 고령장애인들이 병의원 이

용 시 장애 친화적 병의원 탐색 및 접근의 어려움, 고령장애인의 특성을 고려한 지속적인 건강관리 필요하다. 이를 위해서 장애인 주치의 제도가 중요하다. 고령장애의 특성과 욕구를 잘 아는 주치의를 선정하여 고령장애인의 지속적 질환관리 및 치료를 해야 한다.

2015년 제정되어 2017년 12월에 시행 예정인 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에는 장애인들의 건강권과 의료접근성을 보장하는 내용이 담겨 있다. 이 법률에서는 장애유형 및 정도, 성별 특성 등에 따른 장애인 건강보건관리에 관한 사항, 장애인 건강 주치의, 의료비 지원을 법률로 담고 있다. 이를 통해 고령장애인 대상 건강보건서비스 제공기관을 확대하고 이동 제한 장애인의 편의제공을 확대하고 장애인 건강주치의제를 확인하여 방문 진료 서비스를 강화하는 등 건강증진을 위한 건강보건관리서비스 확대 및 보건의료서비스 접근성을 보장할 필요가 있다.

또한 장애인은 의료비 등 장애로 인한 추가비용이 지출되고 있으며, 장애인 1인당 연간 진료비는 326만원으로 국민 1인당 진료비의 3배 수준이다(보건복지부, 2017). 따라서 추가적인 의료비 지원도 필요하다.

## (2) 고령장애인의 정신건강을 위한 심리정서 지원

고령장애인의 정신건강을 위한 사회적 관심과 정책적 지원이 필요하다. 조사결과에 따르면, 고령장애인의 59.5%가 많은 스트레스를 경험하고 있는 것으로 나타났다. 고령장애인의 30.1%가 일상생활에 지장이 있을 정도로 슬프거나 절망감 등을 느낀 적이 있다고 응답하였으며, 연령이 높을수록 우울감이 높은 경향을 보였다. 특히 노화가 진행되면서 체력이 감소함은 물론 심한 무기력증을 호소하기도 하였다. 고령장애인은 장애인의 장애와 이로 인한 경제활동 중단, 빈곤, 외로움, 가정불화, 가족에게 느끼는 미안한 마음과 이로 인한 심리적·정서적 어려움을 경험하는 것으로 나타났다(노승현 외, 2014, 조상은 외, 2017). 장애유형별로 외부와 내부 고령장애인은 빈곤 등 경제적 어려움, 정신장애인은 외로움 및 고독, 지적장애인은 가정불화 및 외로움과 고독이 원인으로 나타났다. 고령발달장애인들은 본인들의 노화와 더불어 부모의 노화로 인하여 부모사후를 경험하게 되는데, 이들은 부모상실로 인한 우울감을 경험하는 것으로 나타났다.

더불어 등록 장애인구의 상당수가 후천적 장애로 인해 장애인이 되었으며, 장애를 겪은 후 자신의 장애를 받아들이기까지 상당 기간이 소요된다(박현숙양희택, 2015). 자신의 장애를 긍정적으로 수용하면서 자신과 환경을 변화시키고 자신이 직면한 상황과 관계를 긍정적으로 정립하게 될 경우에는 사회에 보다 잘 적응할 수 있지만, 그렇지 않은 경우는 심각한 스트레스와 우울 등의 강한 부정적 심리상태에 놓이게 된다.

한편, 고령장애인은 장애와 노화라는 건강상의 이유로 외부활동에 대해 적극적일 수 없고 가족이나 활동보조인의 도움없이 외출이 어려운 상황에서 상대적으로 더 고립되고 소외된 삶을 살아갈 수밖에 없는 상황에 놓여 있다. 이러한 고립과 소외는 고령장애인들을 부정적 심리상태에 놓이게 하며, 결국은 자살이라는 극단적인 상황에 놓이게 할 수 있다(박현숙양희택, 2015).

이처럼 고령장애인은 전반적으로 취약한 심리·정서적 상태에 있으며 장애특성에 따라 특정영역에서 더 부정적인 상태를 나타내기도 한다. 따라서 고령장애인이 장애 발생 후에 자신의 장애에 대해 이해하고 수용할 수 있도록 전문성 있는 심리정서 상담사를 양성하고 관련 프로그램을 개발·확대하는 것이 필요하다.

### 3) 일상생활지원

#### (1) 고령장애인 돌봄 서비스 지원

돌봄과 관련해서는 연령이 증가할수록 현재 받는 도움이 충분하지 않다고 느끼는 경향을 보였으며, 혼자 외출하는 빈도가 감소하였다. 이러한 결과는 돌봄 의존도가 높아질 수밖에 없음을 보여준다. 고령장애인의 일상생활지원은 주로 배우자, 자녀와 같은 가족을 통해서 이루어지고 있으며, 도움제공자가 배우자에서 자녀로 돌봄 역할이 이동할 경우 자녀가 없는 가구의 경우 연령이 높아질수록 고령장애인의 돌봄 역할의 공백 위험성이 높아질 수 있다.

장애인을 위한 대표적인 돌봄 제도로 장애인활동지원제도가 있다. 이용대상은 만6세 이상에서 만 65세 미만의 자로 혼자 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 1~3급 장애등급을 받은 사람으로 기본적으로 노인 외의 연령층을 대상으로 하고 있다. 현재 장애인복지 영역의 돌봄 서비스인 장애인활동지원제도와 노인복지 영역에서의 노인장기요양보험제도가 시행되고 있는데, 65세 이상이 된 고령장애인은 장애인활동지원제도에서 노인장기요양보험제도로 이동하게 된다.

그러나 문제는 65세 이상 장애인이 장애인활동지원제도에서 노인장기요양보험 수급자로 전환 시 수급 탈락 및 급여액이 대폭 감소함에 따라 일상생활의 불편을 초래하고 있다. 이에 장기요양보험의 인정신청 시 등급 외 판정요구, 수급자격 취득 후 서비스 거부, 수급자격 갱신 기피 등 장기요양보험의 적용을 거부하고 활동지원급여의 계속 이용을 요청하고 있다(구철희, 2014). 또한 노인장기요양보험 서비스를 이용할 경우 뇌병변장애인을 제외하고 모든 장애유형이 낮은 이용률을 보이고 있어 고령장애인의 돌봄 욕구에 부합하지 못하고 있는 것으로 나타났다(김성희 외, 2012).

따라서 수요자의 욕구에 부합한 서비스를 위하여 수요자가 서비스를 선택하도록 하는 방안을 고려할 필요가 있다. 즉 고령장애인의 장애 특성을 고려하여 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도의 서비스를 선택적으로 적용하는 방안을 고려할 필요가 있다. 본인의 기능장애 특성상 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도로부터 받을 수 있는 서비스 혜택을 비교하여 본인의 선택에 의해 서비스를 받도록 하는 것이다. 구체적으로 장애인활동지원제도의 대상자 중에는 활동보조서비스에 대한 욕구가 더 많은 대상자도 있지만, 한편으로는 노인장기요양보험제도에 대한 욕구에 더 부합하는 대상자도 있다. 따라서 65세라는 연령기준이 있으나 64세 이하의 장애인도 본인의 선택에 의해 노인장기요양보험제도와 장애인활동지원제도 중 선택하도록 하는 방안이 모색될 필요가 있다.

둘째, 고령장애인을 위한 서비스 연계의 측면에서 우리나라의 장기요양제도에 대한 지속적인 검토도 필요하다. 현재 우리나라의 장기요양제도는 정책의 연령적 구분에 따라 ‘노인장기요양’과 ‘장애인활동지원’으로 구분되어 있으나, 고령장애인은 노화로 인한 신체적·정신적 쇠퇴로 요양에 대한 욕구가 다른 장애인구 집단에 비해 높기 때문에 노인복지의 요양중심 서비스와의 연계가 다른 장애인구 집단보다 더욱 필요하다. 해외 선진국의 장기요양 서비스 대상은 장기요양의 욕구를 가진 장애인과 노인 모두를 서비스 대상으로 정하고, 대상의 구분 없이 요양의 욕구를 가진 사람에게 일상생활지원을 제공한다(신영석 외, 2014). 우리나라의 장기요양제도는 제도의 계획에서부터 ‘노인장기요양’과 ‘장애인활동지원’으로 구분되어 시작되었으나, 향후에는 장기요양의 욕구가 높은 장애인과 노인을 통합하여, ‘장기요양제도’를 통해 충분한 서비스 제공이 이루어질 수 있도록 하고, 장애인의 특성 및 이들의 자립생활 지원을 위한 목적으로 추가적인 활동지원서비스 제공이 이루어질 수 있도록 제도의 통일성과 효율성 측면의 지속적 검토가 필요하다.

셋째, 장애인활동지원제도의 수급자였던 자가 65세 이상이 되어 노인장기요양보험제도 대상으로 편입되는 과정에서 양 제도의 등급 판정 도구가 달라 노인장기요양보험제도의 대상자로 모두 포괄되지 않을 가능성이 있다. 특히, 장애인활동지원제도는 활동지원이 필요한 대상자를 선별하는 데 보다 초점을 둔 욕구판정체계를 사용하고 있으므로 장애인활동지원제도의 수급자였다 하더라도 노인장기요양보험제도의 수급자격을 얻지 못할 가능성이 있다. 따라서 노인장기요양보험제도와 유사한 기능을 수행하는 노인돌봄바우처제도나 지역의 복지서비스 등을 활용하여 장애인활동지원제도의 수급자였으나 노인장기요양보험제도의 수급자가 되지 못한 고령장애인에 대한 욕구 충족 방안 마련이 필요하다.

## (2) 고령장애인을 위한 주간보호시설 확충

현재 고령장애인이 지역사회 복지시설을 이용하는 비율은 매우 낮은 것으로 보고되었다. 이는 이용자격이 되지 않거나 존재 자체를 모르거나 주변에 시설이 없기 때문이다(조상은, 2017). 조사결과에 따르면, 고령장애인을 대상으로 하는 주간보호서비스나 낮 활동서비스가 부재하고, 있더라도 대기시간이 길거나 고령장애인에 대한 기피, 특히 중증 고령장애인에 대한 기피 때문에 이용이 어렵다는 것이다. 성인을 위한 장애인 복지 프로그램으로 주간보호시설이 있으나 이용 기준이 40세 이하이기 때문에 프로그램을 이용하지 못하는 경우도 있었다.

이에 고령장애인을 위한 주간보호시설을 확충할 필요가 있다. 장애인이 나이가 들어가면 부양자의 연령 또한 높아지기 때문에 부모, 배우자 등의 가족도 노화나 건강 문제를 겪게 되며, 결과적으로 가족은 이들의 돌봄에 부담과 어려움을 느끼게 된다. 이에 고령장애인이 낮 시간을 의미 있게 보낼 수 있고, 가족에게는 돌봄 부담을 덜어 줄 수 있는 주간보호서비스는 고령장애인과 그 가족에게 중요한 지원 체계가 될 수 있을 것이다.

하지만 대전의 장애인 주간보호시설은 총 36개소(대전광역시사회복지협의회, 2017)로, 고령장애인 인구보다 상대적으로 매우 부족한 상황이다. 또한 주간보호시설은 대체로 아동·청소년, 청년 중심으로 서비스가 제공되고 있어 고령장애인이나 장애의 정도가 심하면 서비스에 소외되는 현상도 나타나고 있다. 서비스를 제공하는 시설의 입장에서는 이용 장애인에게 적절한 서비스를 제공하기 위하여 집단의 동질성과 이용자 수준을 고려할 수밖에 없고 이렇다 보니 연령대가 높은 장애인의 경우 향후 지속적 서비스 이용에 상대적으로 제한을 받게 된다. 본 인터뷰에서도 40세 이상의 중·고령장애인이 서비스 종료 후 서비스를 이용할 곳이 마땅치 않음을 토로하였다. 주간보호시설을 이용하는 중·고령장애인은 거주시설 서비스를 이용하지 않고 가정과 지역사회 서비스를 필요로 하는 장애인이다. 장애인이 노화가 되면 가족의 평균연령도 높아지기 때문에 가정에서의 돌봄에 따른 부양부담은 상당히 높을 것으로 예상할 수 있다. 따라서 고령장애인을 위한 주간보호시설의 양적 확대가 시급하다. 고령장애인이라면 누구나 이용 가능한 지역사회 내 주간보호시설의 확충은 가족의 돌봄 부담을 경감시키는 유용한 지원 서비스가 될 것이다.

## 4) 여가활동지원

### (1) 고령장애인을 위한 문화여가 프로그램 개발

조사결과에 따르면, 고령장애인의 연령이 증가할수록 혼자 외출할 수 없는 인구가 증가하고 외출 빈도도 감소하는 경향을 보였다. 또한 고령장애인의 여가활동 참여는 대부분 TV시청, 휴식 등

과 같은 소극적 여가활동에 머무는 경향이 있었으며, 연령이 높아질수록 문화 및 여가활동 만족도가 낮아지는 경향을 보였다. 집 밖 활동과 적극적 여가활동은 노년기 삶의 질에 영향을 미치는 중요한 요인이다.

그러나 현재 지역사회에서 제공되고 있는 장애인 서비스는 대부분 아동, 청소년 중심으로 운영되고 있다. 특히 지역사회복지관의 프로그램은 상대적으로 연령이 낮은 아동, 청소년, 청년을 대상으로 제공하는 경우가 많고 장애인복지관도 고령장애인이 이용할 수 있는 프로그램은 거의 없는 실정이다. 노인회관이나 경로당은 비장애 노인과 어울리기가 쉽지 않아 고령장애인이 문화 및 여가 활동을 할 수 있는 인프라가 열악한 상황이다. 또한 고령장애인은 65세 이전에 노화를 일찍 경험하여 65세 이상의 연령이 이용할 수 있는 노인복지관을 이용할 수 없다.

따라서 고령장애인의 증가에 발맞추어 지역사회 차원에서 아동, 청소년 중심의 서비스에서 벗어나 고령장애인을 대상으로 다양한 문화여가 프로그램이 개발·운영되어야 한다. 즉 고령장애인이 참여할 수 있는 문화여가 프로그램이 개발되어야 하며, 장애인의 기호에 따라 지역사회 장애인복지관, 장애인체육관 등의 다양한 기관에서 운영하는 프로그램을 선택적으로 이용할 수 있어야 할 것이다.

## (2) 고령장애인을 위한 경로당 활성화

경로당은 지역 내 접근성과 인지율이 높아 노인여가복지서비스 전달체계로서 활용가치가 높다. 그러나 고령장애인들의 경로당 이용률은 낮은 편이다(손능수 외, 2017). 그 이유를 살펴보면, 경로당은 노인을 위하여 설계되고 건축되어, 고령장애인이 이용하기에 계단, 의자, 화장실 및 공간의 협소 등의 문제가 있다. 또는 경로당이 2층에 있거나 화장실이 실외에 있어 이용의 불편함을 지적하고 있다(이근홍·이화영, 2011). 더불어 노인들의 배타성, 이동의 불편함, 지역 이기주의, 이동거리의 문제 등이 고령장애인의 경로당 이용률을 낮추는 원인이다. 이에 고령장애인이 이용하기 편리한 시설로 개축되어야 한다. 휠체어를 이용할 수 있게 문턱을 없애거나 경사로 설치, 낙상방지를 위한 손잡이 설치, 실내에 편한 의자 배치 등을 갖추어야 한다.

또한 경로당은 친목도모 및 여가활동 장소 제공 수준의 단순기능을 담당하여 노인들의 욕구에 맞는 프로그램이 부족하다는 문제점이 지적되고 있다. 특히 고령장애인들은 장애로 인해 놀이 활동에서 제외되거나 숙임수를 당하는 경우도 있다(손능수 외, 2017). 따라서 장애 특성에 적합한 프로그램, 비장애인과 장애인이 함께 즐길 수 있는 프로그램, 남녀노인이 함께 할 수 있는 프로그램 등이 마련되어야 한다. 차별을 느끼는 고령장애인들의 참여를 증진시키기 위하여 비장애노인

이 장애를 이해하고 고령장애인을 배려하는 풍토 만들기가 중요하다. 이를 위해 지역사회주민, 경로당 이용노인 대상으로 장애인식개선 교육이 필요하다.

### (3) 고령장애인의 체육시설 및 운동프로그램 지원

고령장애인의 운동, 스포츠 관련 여가활동의 참여 비율이 낮게 나타났다. 고령장애인들은 비만과 체력 저하 등을 경험하고 있으며, 이에 대한 대안으로 운동이 요구된다. 조사결과에 따르면, 종사자들은 고령장애인의 운동 필요성을 절감하고 있으나, 고령장애인이 움직이기 싫어하거나 체력저하로 인하여 프로그램 진행에 제한이 있었다. 일부는 집 밖을 나오기조차 싫어하거나 텔레비전 시청만을 원하는 경우도 있었다. 또한 고령장애인들은 마땅히 운동할 시설 혹은 운동 프로그램이 없어 어려움을 경험하고 있었다.

고령장애인은 자발적 운동 참여가 제한적이며, 운동부족은 건강상태의 악화를 야기할 수 있다. 따라서 고령장애인의 특성에 부합한 운동프로그램 보급이 필요하다. 지역사회 내 고령장애인의 개별적 특성을 고려한 체육시설 및 운동 프로그램이 제한적임을 고려할 때, 고령장애인의 운동프로그램 지원이 필요하다.

기본적으로 건강관리에 대한 장애인들의 욕구가 높고, 장애유형이나 등급, 연령에 따라 다르다는 점에서 체육활동에 대한 욕구를 충족시키기 위한 다양한 방식을 고민해야 할 것이다. 특히 고령장애인의 경우 비장애인과 통합하여 체육활동이나 체육시설을 이용하는데 어려울 수 있으며, 장애인 관련 기관의 운동 프로그램 내용도 미약한 수준임을 고려할 때 고령장애인들이 마음대로 이용할 수 있는 체육시설을 확보하는 것이 필요하다. 단, 고령장애인만을 위한 체육시설이기보다는 모든 장애인을 위한 체육시설을 설치하되, 고령장애인을 위한 특화 운동프로그램을 운영할 수 있도록 한다면, 고령장애인의 건강한 노후생활을 영위하는 데 많은 도움이 될 수 있을 것이다.

## 5) 노후대비

### (1) 고령장애인을 위한 성년후견인 제도 활성화

고령화 추세와 맞물려 진행되고 있는 1인 가구의 증가는 장애 인구에서도 나타나고 있다. 고령장애인 가구 중 1~2인 가구의 비율이 높으며, 특히 고령장애인만으로 구성된 가구는 1인가구의 비율이 높았다(강미나 외, 2016). 조사결과에 따르면, 혼자 사는 고령장애인이 21.3%, 사별이혼 등과 같이 배우자가 없는 경우가 36.1%로 나타났으며, 1~2가구가 실제 초점집단면접에서도

장애인들이 나이가 들어감에 따라 부모사후를 걱정하고 있었다. 특히 발달장애인을 돌보는 고령의 부모는 자신이 죽거나 병들어서 자녀를 더는 돌볼 수 없는 상황이 발생했을 때 발달장애 자녀가 어떻게 살아갈지에 대한 걱정으로 심리적인 불안감과 어려움을 경험한다. 발달장애 자녀를 돌보는 부모가 장애 자녀보다 하루만 더 살았으면 좋겠다는 이야기는 그들의 심적 부담감을 보여 준다(최복천 외, 2016).

현재 우리나라에서는 2013년 7월 1일부터 성년후견제도가 시행되고 있으며, 이는 질병·장애·노령 등의 사유로 정신적 제약을 가진 사람들이 존엄한 인격체로서 주체적으로 후견제도를 이용하고 자신의 삶을 영위해 나갈 수 있도록 하기 위한 제도이다. 성년후견제도는 본인의 의사와 잔존능력의 존중을 기본이념으로 하여 후견 범위를 개별적으로 정할 수 있도록 하였고, 재산 관련 분야뿐만 아니라 치료, 요양 등 신상에 관한 분야에도 폭넓은 도움을 줄 수 있다. 또한 현재 정신적 제약이 없는 사람이라도 미래를 대비하여 성년후견제도를 이용할 수 있다(대한민국 법원 전자민원센터, 2017). 또한 발달장애인 공공후견지원사업을 시행하고 있으며, 이는 의사결정에 어려움을 겪는 성인발달장애인이 지역사회 안에서 자립해 살아가는데 필요한 도움을 받을 수 있도록 후견인 선임을 지원하는 사업이다(최복천 외, 2014).

홀로 사는 고령장애인의 증가뿐만 아니라 고령장애인의 연령 증가에 따라 고령장애인을 돌보는 가족들 또한 노화를 경험하고 있다. 이러한 현상은 고령장애인의 돌봄에 공백이 생기게 되며 이는 고령장애인의 재산 관리뿐만 아니라 돌봄 역할에 대한 공적서비스의 확대를 요구하게 된다. 공공후견지원 사업의 확대와 공고화를 통해 발달장애인뿐 아니라 전체 고령장애인을 위한 후견인 지원 확대를 통해 재산관리와 일상생활 전반에 대한 보호와 지원을 받을 수 있도록 해야 한다.

## (2) 장애인 노후대비 인식개선

고령장애인의 실태 및 지원방안과 관련한 본 연구결과를 살펴보면, 고령장애인의 노후준비 필요성에 대해 인식하고 있으며, 특히 생애주기상 청년기와 장년기와 같이 이른 시기부터 장애인의 노후와 지원방안을 준비해야 하는 것으로 나타났다. 그러나 본 연구에서 실시한 초점집단면접결과에서도 대부분 장애인과 종사자들은 노후준비와 지원의 중요성에 대하여 인식하고 있지만 준비를 하고 있지 못한 것으로 나타났다. 또한 일부는 노후준비의 중요성에 대하여 인식하지 못하고 있었다.

장애인의 수명이 연장됨에 따라 노년기간이 길어지고 노년생활에서 경험할 것으로 예상되는 위험들이 많아짐에 따라 노후대비를 위해 필요한 지식에 대한 수요가 늘어나고 있으며, 그 일환으로 다양한 노후대비 노년준비 교육이 필요하다.

따라서 고령화 사회에 장애인의 노후대비 문제를 해결하기 위해서는 자립생활을 준비하는 청소년기부터 노후준비에 대한 인식개선 교육이 필요하다. 더불어 장애인 단체 및 기관 종사자, 장애인 당사자 부모들을 대상으로 장애인의 고령화 및 노후준비에 대한 인식개선 교육을 진행해야 한다. 특히 고령장애인에게 적합한 서비스를 제공하기 위하여 장애인 단체 및 기관 종사자들에 대한 고령장애인 욕구 및 특성에 대한 교육훈련이 제공되어야 한다. 또한 발달장애인이나 정신장애인과 같이 부모사후 장애인 자녀의 생활에 대한 준비를 해야 하는 부모들을 대상으로 하는 인식개선 방안도 마련되어야 할 것이다.

## 참고문헌

- 강미나·유미경·조윤지·이동우(2016). 고령장애인 주거지원 연구. 국토연구원.
- 구철희(2014). 65세 이상 장애인에 대한 활동지원제도 적용 및 다른 제도와 연계방안. 청주대학교.
- 국민건강보험공단(2017). 2016 노인장기요양보험 통계연보.
- 김미옥·김고은·최수연(2013). 고령여성장애인의 삶에 관한 탐색적 연구. 한국가족복지학, 42, pp. 169-193.
- 김성희·권선진·강동욱·노승현·이민경·이송희(2012). 수요자 중심 장애인복지정책 개발을 위한 연구. 한국보건사회연구원.
- 김성희·이송희·노승현·정일교(2011). 장애인 서비스 연계방안 연구. 한국보건사회연구원.
- 김정석·신유리·노승현(2017). 중고령 장애인의 우울 영향요인 연구: 중년기와 고령기의 비교를 중심으로. 인문사회과학연구, 54, pp. 77-96.
- 김형수(1996). 장애노인의 현황과 특성. 한국노년학, 16(2), pp. 162-174.
- 나은우·정한영(2009). 장애의 개념과 분류. 대한의사협회지, 52(6), pp. 537-544.
- 남기성·전용석·김용탁(2016). 장애인 일자리지원사업 심층평가 연구. 한국고용정보원.
- 남정휘(2017). 고령 장애인의 고용유지 가능성에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 장애와 고용, 27(3), pp. 33-56.
- 노승현(2012). 고령장애인의 취업 및 취업형태 결정요인에 관한 종단적 연구. 장애와 고용, 22(3), pp. 51-82.
- 노승현·김수진·지윤경(2014). 고령 및 준고령 발달장애인 그룹홈 지원방안 연구. 서울시그룹홈지원센터.
- 노승현·신유리·김정석(2017). 고령장애인의 차별경험과 사회적 지지가 신체적 건강 및 정신적 건강에 미치는 영향-장애정체감의 매개효과와 장애정도에 따른 다중집단 분석. 재활복지, 21(2), pp. 113-137.
- 대전광역시 내부자료(2017). 대전광역시 등록장애인 현황.
- 대전광역시사회복지협의회(2017). 2017 대전광역시 사회복지시설·기관·단체 주소록.
- 문필동·이정화(2016). 장애노인의 경제활동이 건강상태에 미치는 영향: 가족관계만족도의 매개효과를 중심으로. 장애와 고용, 26(3), pp. 149-175.

- 박재철(2012). 고령장애인의 노동시장 이중차별 실증적 분석-임금노동자의 고용차별과 임금차별을 중심으로. 한국사회복지학, 65(2), pp. 79-102.
- 박종엽·양희택(2016). 고령화된 장애인의 사회복지프로그램 참여 경험에 관한 연구-장애인종합복지관을 중심으로. 한국사회복지질적연구, 10(3), pp. 211-237.
- 박주홍·이경림·최은정(2016). 성인발달장애인 실태조사 및 복지지원체계 강화방안. 부산복지개발원.
- 박현숙(2016). 고령장애인의 경제적 상실감이 장애수용과 사회참여에 미치는 영향. 한국사회복지교육, 34, pp. 27-46.
- 박현숙·양희택(2013). 장애노인의 차별경험이 생활만족도에 미치는 영향-장애수용의 매개효과를 중심으로. 장애와 고용, 23(3), pp. 153-274.
- 박현숙·양희택(2015)(2015). 고령장애인의 장애수용이 자살생각에 미치는 영향: 사회참여의 매개효과를 중심으로. 장애와 고용, 25(3), pp. 229-250.
- 보건복지부(2016). 2017년도 노인 일자리 및 사회활동지원사업 운영안내.
- 보건복지부(2017a). 2017 장애인활동지원 사업안내.
- 보건복지부(2017b). 장애인복지사업안내①.
- 보건복지부(2017c). 장애인복지시설 사업안내(제3권).
- 보건복지부(2017d). 노인돌봄서비스 사업안내.
- 보건복지부·국립재활원(2016). 장애와 건강 통계.
- 서대석(2012). 고용의 질이 장애노인의 생활만족도에 미치는 영향 연구. 한국비영리연구, 11(2), pp. 131-168.
- 손능수·이신영·이종운(2017). 경상북도 농촌 재가장애노인을 위한 복지서비스 제공방안. 경북행복재단.
- 송미영(2011). 남녀 장애노인의 일상생활만족도 비교분석. 한국노년학, 31(1), pp. 143-155.
- 송진영(2017). 고령장애인의 노후준비와 사회경제적 지위가 생활만족도에 미치는 영향: 취업여부의 조절효과를 중심으로. 장애와 고용, 27(3), pp. 145-166.
- 신영석·정홍원·김태완·강희정·김대중·강은나·황주희·조성호·정해식·황남희·강지원·김윤·정현진(2014). 2014 보건복지정책 현안과 정책과제. 한국보건사회연구원.
- 신유리·김정석·김경미(2016). 장애인에서 노인으로: 장애와 노령의 접점에서 살펴본 장애인의 나이 들어감에 관한 연구. 한국사회복지학, 68(4), pp. 143-167.
- 양희택·김민수·박익샘(2013). 경기도 장애인 복지 프로그램 연구. 경기복지재단.

- 양희택·신원우(2011). 장애를 가진 노인의 특성에 관한 연구: 고령화된 장애와 노화에 따른 장애의 비교를 중심으로. 노인복지연구, 52, pp. 255-278.
- 우주형(2017). 고령화시대, 이제는 고령장애인 대책 시급하다. 제25회 대전광역시 장애인부모대회 자료집, pp. 25-43.
- 윤명숙·정향숙(2012). 노인 정신장애인의 삶. 재활복지, 16(1), pp. 59-85.
- 이경준·정명선(2014). 국내 장애인 관련 연구의 동향분석-1995~2013년 국내학술지 연구를 중심으로. 재활복지, 18(1), pp. 1-30.
- 이미정(2016). 삶의 만족도가 장애노인의 성공적 노화에 미치는 영향: 장애유지기간 조절효과를 중심으로. 노인복지연구, 71(4), pp. 367-389.
- 이수용·송찬근·오소윤·김항구·박세진(2015). 고령 장애인의 노동시장 진입에 영향을 미치는 요인에 관한 연구. 직업재활연구, 25(2), pp. 107-127.
- 이종운·허만세(2012). 청각장애노인의 우울에 영향을 미치는 요인에 관한 연구-자아통합감을 중심으로. 재활복지, 16(3), pp. 269-291.
- 이준상(2012). 시각장애노인의 생활만족도에 영향을 미치는 요인. 시각장애연구, 28(2), pp. 211-228.
- 이해경·강승원(2016). 고령장애인의 행복감에 영향을 미치는 요인: 농촌과 도시지역 비교. 사회과학연구, 40(2), pp. 31-56.
- 정덕진(2014). 장애노인의 주관적 건강이 우울에 미치는 영향에 대한 심리사회적 자원의 조절효과. 보건사회연구, 34(2), pp. 247-275.
- 조상은·이현주·이선화·이수연(2017). 고령장애인의 욕구조사 및 중장기 정책방향. 한국장애인개발원.
- 최복천·제철웅·송남영·이현혜·이선경·조윤경·서동수·박경수·김주영·백은령·노문영(2014). 발달장애인 권리보장 및 복지지원 방안 연구. 보건복지부.
- 최복천·변용찬·황주희·김미옥·박희찬·심석순·오다은(2016). 발달장애인 통합적 복지지원체계 구축을 위한 정책 방안. 한국보건사회연구원.
- 최성일·노승현·이의정(2013). 중고령 장애인의 노후대비 실태와 지원방안 연구. 한국장애인개발원.
- 통계청(2010). 사용자를 위한 ICF 활용길잡이.
- 행정안전부(2017. 9. 4.). 보도자료. '17년 8월말 주민등록 인구수 5,175만 명.
- 황주희·김성희·노승현·강민희·정희경·이주연·이민경(2014). 장애인 대상의 통합적 복지서비스 제공을 위한 정책 방안. 한국보건사회연구원.

- Anselmo, E. F., & Janicki, M. P. (2000). *Community supports for aging adults with lifelong disabilities*.
- Alpine Shire Council·Alpine Health(2013). Positive Ageing Strategy 2013 - 2017.
- Atchley, R. C. (1999). *Continuity and adaptation in aging*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Bigby, C. (2012). Piecing Together Experiences of Older People with Intellectual Disability. In Leontowitsch, M., *Researching Later Life and Ageing*(pp.84-103). New York: Palgrave Macmillan.
- Butler, R. N., & Gleason, H. P. (1985). *Productive aging: Enhancing vitality in later life*. New York: Springer.
- Buys, L., Boulton-Lewis, G., Tedman-Jones, J., Edwards, H., Knox, M., and Bigby, C. (2008). Issues of active ageing: Perceptions of older people with lifelong intellectual disability. *Australasian Journal on Ageing*, 27(2), pp.67-71.
- Cappor, J., & Stein, A. B. (2005). Aging with spinal cord injury. *Physical Medicine and Rehabilitation Clinics*, 16(1), pp.129-161.
- Cataldo, A. M., Mathews, P. M., Boiteau, A. B., Hassinger, L. C., Peterhoff, C. M., Jiang, Y., ...& Nixon, R. A. (2008). Down syndrome fibroblast model of Alzheimer-related endosome pathology: accelerated endocytosis promoted late endocytosis defects. *The American Journal of pathology*, 173(2), pp.370-384.
- Department for Environment Food and Rural Affairs(2010). *Measuring Progress: Sustainable development Indicators 2010*. DEFRA, London.
- Department of Health(2014). The National Positive Ageing Strategy: Positive Ageing Starts Now. Dublin: Department of Health. [http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/National\\_Positive\\_Ageing\\_Strategy\\_English.pdf](http://health.gov.ie/wp-content/uploads/2014/03/National_Positive_Ageing_Strategy_English.pdf)에서 2017. 10. 3 인출.
- Hogg, J., & Moss, S. (1993). Characteristics of older people with intellectual disabilities in England. *International Review of Research in Mental Retardation*, 19, pp.71-96.
- Janicki, M., & Wisniewski, H. (1985). *Aging and developmental disabilities. Issues and approaches*. Baltimore: Paul H. Brookes.

- Jensen, M. P., Hirsh A. T., Molton I. R., & Bamer, A. M. (2009). Sleep problems in individuals with spinal cord injury: Frequency and age effects. *Rehabilitation psychology*, 54(3), pp.323–331.
- Jensen, M. P., Molton, I.R., Groah, S. L., et al. (2012). Secondary health conditions in individuals aging with SCI: Terminology, concepts, and analytic approaches. *Spinal Cord*, 50(5), pp.373–378.
- Mitra, S., Posarac, A., & Vick, B. (2011). Disability and Poverty in Developing Countries: A Snapshot from the World Health Survey. Social Protection Discussion Paper 1109. Washington, D.C.: World Bank.
- Murphy, K., O’Shea, E., Cooney, A., & Casey, D. (2007). The Quality of Life of Older People With a Disability in Ireland. Dublin, Ireland: National Council on Ageing and Older People.
- Naue, U., & Kroll, T. (2010). Bridging policies and practice: challenges and opportunities for the governance of disability and ageing. *International Journal of Integrated Care*, 10(12), pp.1–7.
- Putnam, M. (2002). Linking aging theory and disability models: Increasing the potential to explore aging with physical impairment. *The Gerontologist*, 42(6), pp.799–806.
- Putnam, M. (2007). *Aging and disability: Crossing network lines*. Springer Publishing Company.
- Rimmer, J. H., & Rowland, J. L. (2008). Health promotion for people with disabilities: Implications for empowering the person and promoting disability-friendly environments. *Journal of Lifestyle Medicine*, 2, pp.409–420.
- Sheila, L. F., Allison, C. H., Jerrilyn, Q., & Catherine, J. (2012) Active Aging for Individuals with Intellectual Disability: Meaningful Community Participation Through Employment, Retirement, Service, and Volunteerism. *American Journal on Intellectual and Developmental Disabilities*, 117(6), pp.497–508.
- Summers, J. K., Smith, L. M., Case, J. L., & Linthurst, R. A. (2012). A Review of the Elements of Human Well-Being with an Emphasis on the Contribution of Ecosystem Services. *AMBIO*, 41, pp.327-340.

Sutton, E., Factor, A., Hawkins, B., Heller, T., & Seltzer, G. (1993). *Older adults with developmental disabilities: Optimizing choice and change*. Baltimore: Paul H. Brookes.

The Office of Mental Retardation and Developmental Disabilities(2009). Preventative Health Care Screening Guidelines for People Aging with Intellectual and Other Developmental Disabilities. OMRDD, NY.

Trieschmann, R. B. (1986). *Aging with a disability*. New York: Demos Publications.

Verbrugge, L. M., & Yang, L. (2002). Aging with Disability and Disability with Aging. *Journal of Disability Policy Studies*, 12(4), pp.253-267.

Verbrugge, L. M., Latham, K. E., & Clarke, P. J. (2017). Aging with Disability among Midlife and Older Adults. *Research on Aging*, 39(6), pp.741-777.

## 웹사이트

복지로(2017). 사회보장통계 장애인등록 장애유형별 연령별 장애인수.

<http://www.bokjiro.go.kr/nwel/welfareinfo/sociguastat/retrieveSociGuaStatList.do>.  
(2017년 11월 24일 검색)

WHO(2002). Active ageing: A policy framework. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf)에서 2017. 8. 1 인출.

WHO(2016). Disability and health. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs352/en/>에서 2017. 10. 11 인출.

[대전복지재단 정책연구 2017-7]

---

## 고령장애인 실태와 대응 방안 연구

---

발행일 : 2017년 12월

발행인 : 정관성

발행처 : 대전복지재단

주소 : 대전광역시 중구 보문로 246 대림빌딩 10층(우: 34917)

전화 : 042-331-8909

팩스 : 042-331-8924

홈페이지 : <http://www.dwf.kr>

---

ISBN : 978-89-98568-47-4

이 책의 저작권은 재단법인 대전복지재단에 있습니다.

---

Daejeon Welfare Foundation



**대전복지재단**  
Daejeon Welfare Foundation

(34917) 대전광역시 중구 보문로 246 대림빌딩 10층  
TEL : (042)331-8909 FAX : (042)331-8924 <http://dwf.kr>



9 788998 568474  
ISBN 978-89-98568-47-4