

정책보고서 2020-00

발 간 등 록 번 호
11-1352000-000000-00



사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

노인·장애인 돌봄제도 정합성 확보 방안 연구

황주희

이윤경·오욱찬·강은나·김성희·이민경

김동기·김찬우·윤상용·신현욱·신은경·선우덕·김현승·남현주

류진아·김진희·장아영



【연구책임자】

황주희 한국보건의사회연구원 부연구위원

【공동연구진】

이윤경 한국보건의사회연구원 연구위원

오옥찬 한국보건의사회연구원 부연구위원

강은나 한국보건의사회연구원 연구위원

김성희 한국보건의사회연구원 연구위원

이민경 한국보건의사회연구원 부연구위원

김동기 목원대학교 조교수

김찬우 가톨릭대학교 교수

윤상용 충북대학교 교수

신현욱 전주대학교 교수

신은경 단국대학교 교수

남현주 가천대학교 교수

선우덕 성결대학교 교수

김현승 서울시복지재단 연구위원

류진아 한국보건의사회연구원 전문연구원

김진희 한국보건의사회연구원 연구원

장아영 한국보건의사회연구원 연구원



제1장 서론	1
제1절 연구 배경 및 목적	3
제2절 연구 내용 및 방법	6
제2장 고령장애인의 돌봄제도 현황과 제도 간 부정합성	9
제1절 고령장애인 대상 돌봄제도 및 제도 간 부정합성	11
제2절 최근 사회서비스 관련 제도 동향	29
제3절 좋은 돌봄과 지역사회 돌봄	41
제3장 고령장애인의 돌봄서비스 이용 실태	51
제1절 실태조사 개요	53
제2절 고령장애인의 제도 이용 실태	63
제3절 고령장애인의 하루 24시간 생활 실태	121
제4절 고령장애인의 돌봄서비스 필요시간	155
제5절 돌봄서비스 제공자의 서비스 제공 현황	186
제4장 선진국의 고령장애인 대상 돌봄제도	203
제1절 일본	205
제2절 호주	264
제3절 독일	315

제5장 결론 및 정책 제언	359
제1절 연구 결과	361
제1절 정책 제언	372
참고문헌	379

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 2-1〉 제도의 정합성과 부정합성 주요 내용	12
〈표 2-2〉 노인장기요양보험 등급별 인정점수 기준 변화	16
〈표 2-3〉 장기요양서비스 내용	17
〈표 2-4〉 노인장기요양서비스의 공급 현황 (2008-2018)	17
〈표 2-5〉 수직적 통합 및 수평적 통합의 예	31
〈표 2-6〉 서비스 통합의 연속성	31
〈표 2-7〉 OECD 국가의 서비스 통합 사례	32
〈표 2-8〉 주요 선진국의 장애인복지전달체계에서의 서비스 통합	33
〈표 2-9〉 주요 외국의 장애인 대상 사회서비스 제공 체계 비교	36
〈표 2-10〉 개인예산제도 모델별 강점과 제한점	39
〈표 2-11〉 서비스 통합의 성과	40
〈표 3-1-1〉 노인장기요양보험 전환자의 장애유형 및 거주 지역 모집단 분포	54
〈표 3-1-2〉 노인장기요양보험 전환자의 완료 표본	55
〈표 3-1-3〉 활동지원 계속 이용자의 장애유형 및 거주 지역 모집단 분포	56
〈표 3-1-4〉 활동지원 계속 이용자의 완료 표본	57
〈표 3-1-5〉 조사대상 및 규모	58
〈표 3-1-6〉 이용자 실태조사의 일반특성 영역	58
〈표 3-1-7〉 이용자 실태조사의 제도 경험 영역	59
〈표 3-1-8〉 생활시간조사 조사 항목	60
〈표 3-2-1〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 시간	64
〈표 3-2-2〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 이용 기간과 서비스 시간	65
〈표 3-2-3〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양 등급	65
〈표 3-2-4〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양 등급	66
〈표 3-2-5〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 측정 만족도	67
〈표 3-2-6〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 측정 만족도	68
〈표 3-2-7〉 응답자 일반 특성에 따른 서비스 제공시간 충분도	69
〈표 3-2-8〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 서비스 제공시간 충분도	70
〈표 3-2-9〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(총괄)	71
〈표 3-2-10〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 만족도(총괄)	72
〈표 3-2-11〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(제도 목적)	73
〈표 3-2-12〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 활동지원서비스 시간 만족도(제도 목적)	73



〈표 3-2-13〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(신청 및 이용)	74
〈표 3-2-14〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 시간 만족도(신청 및 이용)	75
〈표 3-2-15〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(인정 조사)	76
〈표 3-2-16〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 시간 만족도(인정 조사)	76
〈표 3-2-17〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(서비스 지원시간)	77
〈표 3-2-18〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 시간 만족도(서비스 지원시간)	78
〈표 3-2-19〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(본인 부담금)	79
〈표 3-2-20〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 활동지원서비스 시간 만족도(본인 부담금)	80
〈표 3-2-21〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(전달 체계)	81
〈표 3-2-22〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 만족도(전달 체계)	83
〈표 3-2-23〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 이용 경험과 서비스 시간(전체)	85
〈표 3-2-24〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 이용 경험과 서비스 시간	86
〈표 3-2-25〉 응답자 일반 특성에 따른 서비스 제공시간 충분도	87
〈표 3-2-26〉 응답자의 장애 특성에 따른 서비스 제공시간 충분도	88
〈표 3-2-27〉 응답자 일반 특성에 따른 지원시간 모두 사용 여부	89
〈표 3-2-28〉 응답자의 장애 특성에 따른 지원시간 모두 사용 여부	90
〈표 3-2-29〉 응답자 일반 특성에 따른 지원시간 모두 사용 않은 이유	92
〈표 3-2-30〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(총괄)	94
〈표 3-2-31〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(총괄)	95
〈표 3-2-32〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(제도 목적)	96
〈표 3-2-33〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(제도 목적)	97
〈표 3-2-34〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(신청 및 이용)	98
〈표 3-2-35〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(신청 및 이용)	99
〈표 3-2-36〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(종합 조사)	100
〈표 3-2-37〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(종합 조사)	101
〈표 3-2-38〉 응답자의 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(서비스 지원시간)	102
〈표 3-2-39〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(서비스 지원시간)	103
〈표 3-2-40〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(본인 부담금)	104
〈표 3-2-41〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 시간 만족도(본인 부담금)	105
〈표 3-2-42〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(전달 체계)	107
〈표 3-2-43〉 응답자 일반 특성에 따른 제도 전환에 대한 알고 있는 여부(전체)	108



〈표 3-2-44〉 응답자의 장애 특성에 따른 제도 전환 여부에 대한 알고 있는 지 여부(전체)	109
〈표 3-2-45〉 응답자 일반 특성에 따른 등급 외 판정여부에 따라 활동지원제도 이용을 아는지 확인 여부	110
〈표 3-2-46〉 응답자의 장애 특성에 따른 등급 외 판정여부에 따라 활동지원제도 이용을 아는지 확인 여부	111
〈표 3-2-47〉 응답자 일반 특성에 따른 자신과 맞는 조사 유형	112
〈표 3-2-48〉 응답자의 장애 특성에 따른 자신과 맞는 조사 유형	113
〈표 3-2-49〉 응답자 일반 특성에 따른 추후희망서비스(총괄)	114
〈표 3-2-50〉 응답자의 장애 특성에 따른 추후 희망 서비스(총괄)	115
〈표 3-2-51〉 응답자 일반 특성에 따른 추후희망서비스(경험 여부)	117
〈표 3-2-52〉 응답자 일반 특성에 따른 추후희망서비스(이용 의향 여부)	118
〈표 3-2-53〉 응답자의 장애 특성에 따른 추후 희망 서비스(이용의향 여부)	120
〈표 3-3-1〉 이용자의 일상 행위별 시간 사용	122
〈표 3-3-2〉 응답자 일반 특성에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)	123
〈표 3-3-3〉 응답자 장애 특성에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)	124
〈표 3-3-4〉 장애유형에 따른 일상 행위별 평균시간(상세)	126
〈표 3-3-5〉 응답자의 돌봄제공자에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)	128
〈표 3-3-6〉 응답자의 활동제약 특성	130
〈표 3-3-7〉 응답자 활동제약 정도 및 장애유형별 특성	132
〈표 3-3-8〉 활동제약 수준에 따른 이용자의 24시간 행위별 시간 사용	134
〈표 3-3-9〉 활동제약과 장애 유형에 따른 이용자의 24시간 행위별 시간 사용	138
〈표 3-3-10〉 이용자의 생활 특성에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)	140
〈표 3-3-11〉 장소에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)	143
〈표 3-3-12〉 평일 및 주말 구분에 따른 일상 행위별 평균시간(상세)	145
〈표 3-3-13〉 돌봄 제공자에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)	146
〈표 3-3-14〉 돌봄 제공자에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)	149
〈표 3-3-15〉 장소에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)	151
〈표 3-3-16〉 장소에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)	152
〈표 3-4-1〉 제공인력에 의한 추가 필요시간	155
〈표 3-4-2〉 제공인력에 의한 추가 필요시간: 장애유형별	157
〈표 3-4-3〉 제공인력에 의한 추가 필요시간: 활동제약 정도별	158
〈표 3-4-4〉 제공인력에 의한 추가 필요시간: 연령대별	160
〈표 3-4-5〉 제공인력에 의한 추가 필요시간: 월급여시간별	161

〈표 3-4-6〉 제공인력에 의한 추가 필요시간: 급여 감소시간별	164
〈표 3-4-7〉 제공인력에 의한 추가 필요시간 사유: 수면	166
〈표 3-4-8〉 제공인력에 의한 추가 필요시간 사유: 개인유지활동	166
〈표 3-4-9〉 제공인력에 의한 추가 필요시간 사유: 가정관리활동	167
〈표 3-4-10〉 제공인력에 의한 추가 필요시간 사유: 사회활동	167
〈표 3-4-11〉 제공인력에 의한 추가 필요시간 사유: 직장생활	168
〈표 3-4-12〉 제공인력에 의한 추가 필요시간 사유: 교제 · 여가활동	168
〈표 3-4-13〉 생활시간 조정 범위	170
〈표 3-4-14〉 생활시간 조정 전후 비교	171
〈표 3-4-15〉 생활시간 조정 전후 비교: 장애유형별	172
〈표 3-4-16〉 생활시간 조정 전후 비교: 활동제약 정도별	173
〈표 3-4-17〉 생활시간 조정 전후 비교: 연령대별	174
〈표 3-4-18〉 생활시간 조정 전후 비교: 수면	175
〈표 3-4-19〉 생활시간 조정 전후 비교: 개인유지활동	176
〈표 3-4-20〉 생활시간 조정 전후 비교: 가정관리활동	176
〈표 3-4-21〉 생활시간 조정 전후 비교: 사회활동	177
〈표 3-4-22〉 생활시간 조정 전후 비교: 직장생활	178
〈표 3-4-23〉 생활시간 조정 전후 비교: 교제 · 여가활동	179
〈표 3-4-24〉 현재 돌봄지원과 돌봄욕구	180
〈표 3-4-25〉 현재 돌봄지원과 돌봄욕구: 장애유형별	181
〈표 3-4-26〉 현재 돌봄지원과 돌봄욕구: 활동제약 정도별	183
〈표 3-4-27〉 현재 돌봄지원과 돌봄욕구: 연령대별	184
〈표 3-5-1〉 돌봄 서비스 제공자의 서비스 행위별 제공 시간 비율 비교	187
〈표 3-5-2〉 서비스 제공자의 서비스 제공 시간	191
〈표 3-5-3〉 서비스 제공자의 서비스 제공 횟수(주당)	191
〈표 3-5-4〉 서비스 행위별 제공 시간(일평균)	194
〈표 3-5-5〉 돌봄이용자의 특성에 따른 서비스 행위별 제공 여부	197
〈표 3-5-6〉 이용자의 장애 특성에 따른 서비스 행위별 제공 시간(일평균)	200
〈표 3-5-7〉 이용자의 활동제약에 따른 서비스 행위별 제공 시간(일평균)	201



〈표 4-1〉 장애지원구분 인정조사항목	209
〈표 4-2〉 장애정도구분의 기준시간	210
〈표 4-3〉 장애지원구분의 상태상	211
〈표 4-4〉 장애지원구분별 판정비율(2017.10월~2018.9월)	211
〈표 4-5〉 소득구분별 이용자수(2018.6월 기준)	212
〈표 4-6〉 장애인종합지원제도의 개호급여 내용	214
〈표 4-7〉 장애인종합지원제도의 개호급여별 이용 가능한 장애지원구분	215
〈표 4-8〉 장애복지서비스간 병급가능 여부(아마구치시 사례)	216
〈표 4-9〉 방문형 개호급여유형별 국고지원부담기준	217
〈표 4-10〉 개호급여 이용자 본인부담상한월액 기준표	218
〈표 4-11〉 개호급여 이용자 본인부담상한월액 기준표(후쿠오카시 사례)	218
〈표 4-12〉 표준지급량	219
〈표 4-13〉 참고: 아마구치시 사례: 개호급여의 2020년 월간 표준지급량	220
〈표 4-14〉 개호자의 상황	221
〈표 4-15〉 개호환경	221
〈표 4-16〉 개호상황표	222
〈표 4-17〉 기준조정률표	222
〈표 4-18〉 장애자복지서비스비의 거택개호서비스비 단가 산정 기준(2019.10월 이후)	224
〈표 4-19〉 장애자복지서비스비의 중도방문개호서비스비 단가 산정 기준(2019.10월 이후)	225
〈표 4-20〉 장애자복지서비스비의 동행원호서비스비 단가 산정 기준(2019.10월 이후)	226
〈표 4-21〉 장애자복지서비스비의 행동원호서비스비 단가산정 기준(2019.10월 이후)	227
〈표 4-22〉 장애자복지서비스비의 중도장애자 등 포괄지원서비스비 단가산정 기준(2019.10월 이후)	228
〈표 4-23〉 장애자복지서비스비의 생활개호서비스비 단가산정 기준(2019.10월 이후)	228
〈표 4-24〉 장애자복지서비스비의 단기입소서비스비 단가산정 기준(2019.10월 이후)	230
〈표 4-25〉 개호보험제도에서 지정한 노인성질환의 유형	233
〈표 4-26〉 요개호(요지원) 인정조사항목	235
〈표 4-27〉 개호보험제도의 요개호 인정자수 규모	236
〈표 4-28〉 요개호등급별 인정시간 및 기능상태	238
〈표 4-29〉 개호보험제도의 요개호등급별 인정자수 규모	238
〈표 4-30〉 개호급여서비스의 유형	241
〈표 4-31〉 재가개호급여의 등급별 월급여한도액	243



〈표 4-32〉 고액개호급여서비스의 지급기준	245
〈표 4-33〉 개호보험의 방문개호서비스 단가 산정 기준	246
〈표 4-34〉 개호보험의 방문간호서비스 단가 산정 기준	247
〈표 4-35〉 개호보험특별회계의 세입구조	248
〈표 4-36〉 개호보험제도와 장애인종합지원제도간 내용 비교(1): 적용대상자부분	249
〈표 4-37〉 개호보험제도와 장애인종합지원제도간 내용 비교(2): 급여신청절차	250
〈표 4-38〉 개호보험제도와 장애인종합지원제도간 내용 비교(3): 급여내용	251
〈표 4-39〉 개호보험제도와 장애인종합지원제도간 급여의 차이점(효고현 사례)	251
〈표 4-40〉 개호보험제도와 장애인종합지원제도간 급여의 차이점(아마구치시 사례)	253
〈표 4-41〉 개호보험제도와 장애인종합지원제도간 내용 비교(4): 급여비용의 이용자부담방식	254
〈표 4-42〉 개호보험제도와 장애인종합지원제도간 내용 비교(4): 자원조달방식	254
〈표 4-43〉 장애인 본인부담경감조치(사례1)	257
〈표 4-44〉 장애인 본인부담경감조치(사례2)	258
〈표 4-45〉 장애인의 장애인종합지원서비스 이용 실태	260
〈표 4-46〉 장애인의 개호보험급여서비스 이용 실태	261
〈표 4-47〉 고령장애인의 장애복지서비스 및 개호보험급여서비스 이용 실태(2015)	262
〈표 4-48〉 고령장애인의 장애복지서비스 및 개호보험급여서비스 병급이용 실태(2015)	263
〈표 4-49〉 호주의 노인 돌봄 프로그램과 서비스	271
〈표 4-50〉 재가돌봄패키지(HCP) 대상과 급여 수준	274
〈표 4-51〉 자산조사에 따른 '나의 노인 돌봄' 서비스 본인부담금	282
〈표 4-52〉 2018-2019년 노인 돌봄 서비스 이용자 현황	284
〈표 4-53〉 2018-2019년 노인 돌봄 서비스 제공기관 현황	288
〈표 4-54〉 나의 노인 돌봄 제도의 예산 변화 추이	289
〈표 4-55〉 2018-2019년 노인 돌봄 서비스 예산지출 현황	290
〈표 4-56〉 기존 장애인지원시스템의 문제점과 개선 방안	294
〈표 4-57〉 국가장애보험제도(NDIS) 연간 이용자 변화 추이	297
〈표 4-58〉 국가장애보험제도 자립능력 사정도구(Independent Assesment Tools)	300
〈표 4-59〉 NDIS의 지원 목적, 성과들 영역, 지원 범주	304
〈표 4-60〉 NDIS의 지원 항목별 서비스 가격 예시	305
〈표 4-61〉 NDIS 서비스 제공기관 등록 그룹 예시	311
〈표 4-62〉 NDIS 소요예산 추계	314



〈표 4-63〉 연차별 NDIS 예산 및 집행 변화 추이	315
〈표 4-64〉 호주의 노인 돌봄 제도와 국가장애평호제도 비교	322
〈표 4-65〉 모듈 1: 이동성 영역의 개별점수	332
〈표 4-66〉 모듈 2: 인지능력 및 의사소통능력 영역의 개별점수	333
〈표 4-67〉 모듈 3: 행동방식과 심리적 문제상황 영역의 개별점수	333
〈표 4-68〉 모듈 4: 자기돌봄 영역의 개별점수	334
〈표 4-69〉 모듈 4의 항목 4.13의 판단기준에 대한 개별점수	335
〈표 4-70〉 모듈 4의 항목 4.K의 판단기준에 대한 개별점수	335
〈표 4-71〉 모듈 5의 항목 5.1~5.7까지의 판단기준에 대한 조치 수	336
〈표 4-72〉 모듈 5의 항목 5.1~5.7까지의 판단기준에 대한 개별점수	336
〈표 4-73〉 모듈 5의 항목 5.8~5.11까지의 판단기준에 대한 조치 수	337
〈표 4-74〉 모듈 5의 항목 5.8~5.11까지의 판단기준에 대한 개별점수	337
〈표 4-75〉 모듈 5의 항목 5.12의 판단기준에 대한 개별점수	338
〈표 4-76〉 모듈 5의 항목 5.13~5.K의 판단기준에 대한 개별점수	338
〈표 4-77〉 모듈 5의 항목 5.13~5.K의 항목별 합계점수에 대한 개별점수	339
〈표 4-78〉 모듈 5의 항목 5.16의 판단기준에 대한 개별점수	339
〈표 4-79〉 모듈 6: 일상생활의 영위와 사회적 접촉 영역의 개별점수	340
〈표 4-80〉 모듈별 자립성 또는 능력 손상의 심각성 정도	341
〈표 4-81〉 장기요양등급	342
〈표 4-82〉 등급별 현물급여 월 한도액	344
〈표 4-83〉 등급별 시설급여 월 한도액	348
〈표 4-84〉 등급별 현금급여 월 한도액	349
〈표 4-85〉 사회적 장기요양보험 2020년	357



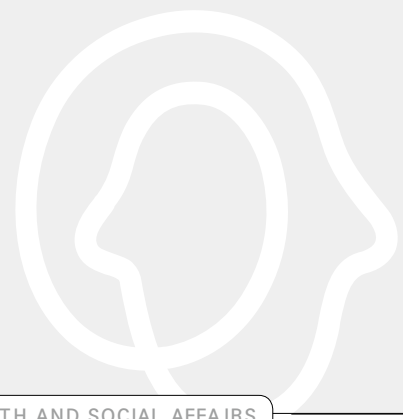
[그림 1-1] 연구 수행체계	7
[그림 2-1] 노인맞춤돌봄서비스 시행 전후 비교 (국비기준)	19
[그림 2-2] 활동지원서비스 급여시간 확대(2011.11~2019.7)	23
[그림 2-3] 장애인활동지원제도 이용자 수	24
[그림 2-4] 활동지원서비스 월급여 한도 및 서비스제공 시간	24
[그림 2-5] 「장애인활동지원제도」와 「노인장기요양제도」 연계 현황	27
[그림 2-6] 개인예산 제공 절차	37
[그림 3-3-1] 활동제약에 따른 하루 24시간 생활현황 남녀 비율	131
[그림 3-3-2] 활동제약에 따른 하루 24시간 생활현황 연령 비율	131
[그림 3-3-3] 응답자의 활동제약 정도 및 장애유형별 특성(%)	133
[그림 3-3-4] 활동제약과 일상행위에 따른 이용자의 24시간 행위별 시간 사용 비율(%)	136
[그림 3-3-5] 활동제약과 일상행위에 따른 남녀의 24시간 행위별 시간 사용 비율(%)	136
[그림 3-3-6] 활동제약과 일상행위에 따른 남녀의 24시간 행위별 시간 사용 비율(%)	137
[그림 3-3-7] 활동제약과 연령에 따른 24시간 행위별 시간 사용 비율(%)	137
[그림 3-3-8] 이용자의 일상행위별 돌봄제공자 도움 비율(%)	141
[그림 3-3-9] 장소에 따른 이용자의 일상행위별 비율(%)	142
[그림 3-3-10] 장소에 따른 이용자의 사회활동 일평균 시간 비율(%)	144
[그림 3-3-11] 돌봄 제공자에 따른 일상 행위별 평균시간 비율(%)	147
[그림 3-3-12] 돌봄 제공자에 따른 일상 행위별 남녀 평균시간 비율(%)	148
[그림 3-3-13] 돌봄 제공자에 따른 일상 행위 연령별 평균시간 비율(%)	148
[그림 3-3-14] 돌봄제공자에 따른 장애유형별 평균시간 비율(%)	150
[그림 3-3-15] 돌봄제공자에 따른 활동제약 관련 평균시간 비율(%)	151
[그림 3-3-16] 장소 및 성별에 따른 일상 행위별 평균시간 비율(%)	152
[그림 3-3-17] 장소 및 장애유형에 따른 일상 행위별 평균시간 비율(%)	153
[그림 4-1] 장애인종합지원제도의 급여지급결정 절차	208
[그림 4-2] 전반적인 장애인종합지원제도의 서비스급여체계	212
[그림 4-3] 총지급량 산정방식	219
[그림 4-4] 장애복지서비스의 예산 추이	231
[그림 4-5] 개호보험제도의 요개호 인정절차	236
[그림 4-6] 개호보험제도의 요개호등급 및 관련 보험급여 내용	237
[그림 4-7] 요개호 인정이후 급여이용체계	240

[그림 4-8] 개호급여서비스의 급여비율(이용자 본인부담률)	243
[그림 4-9] 노인 및 장애인 제도 개혁 이후 변화	265
[그림 4-10] '나의 노인 돌봄' 신청 및 사정 절차	277
[그림 4-11] 호주의 노인 돌봄 운영체계	285
[그림 4-12] NDIS 이용자 규모	296
[그림 4-13] NDIS 연령별 이용자 분포 변화 추이	298
[그림 4-14] NDIS 연령별 이용자 분포 변화 추이	302
[그림 4-15] 레퍼런스 패키지 운영체계	306
[그림 4-16] NDIS 전체 이용자의 연간 평균 급여수준	307
[그림 4-17] NDIS 전체 이용자의 항목별 예산지출 비중	308
[그림 4-18] NDIS 서비스 제공기관 그룹별 등록 현황	312
[그림 4-19] 2019-20 NDIS 자원 조달 모델	313
[그림 4-20] NDIS 시행 이후 65세 이상 장애인의 서비스 연계 흐름도	321
[그림 4-21] 6개 모듈과 모듈별 가중치	340
[그림 4-22] 장기요양급여 이용체계	342

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제1장

서론

제1절 연구 배경 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구 배경 및 목적

우리나라의 ‘돌봄(care)’ 제도는인구의 고령화와 돌봄의 탈가족화 그리고 인구고령화와 돌봄의 탈가족화 등의 사회적 변화에 따라 사회보장의 강화에 대한 사회적 요구 및 정책적 필요에 의해 발전되었다. 즉, 돌봄 영역의 국가적 개입의 필요성 증대에 따라 2000년대 초반부터 논의되기 시작하다 정책적 아젠다의 형태로 제기되고, 관련 제도를 설계하면서 다양한 논의와 경험적 검증 그리고 정치·경제적 판단을 더해 제도가 도입, 시작되었다. 인구 고령화 및 돌봄의 탈 가족화에 따라 2007년 우선적으로 「노인장기요양보험법」이 도입되었고, 당초 노인장기요양보험제도 준비 과정에서 장애인을 포함하는 것을 심도 있게 고려하지 못했고, 장애인이 포함될 경우 준비된 법체계 전반을 개정해야 하는 상황이었기 때문에 법 시행을 빠르게 진행하는 것에 합의되어 본 법의 수급대상에서 장애인을 제외하여 노인장기요양보험이 우선 시작하였다(김찬우, 2010). 따라서 본 제도는 65세 이상 노인 및 65세 미만 노인성 질환을 가진 자를 정책의 대상으로 설정함으로써 ‘장애인’을 제외한 제도로 시작되었다.

이후 노인장기요양보험의 후속조치로서 장애인을 대상으로 하는 ‘장애인장기요양제도’ 도입에 대한 정치적 요구를 시작으로 2007년 ‘장애인장기요양보장제도 추진단’이 설치·운영 되었다. 당시는 장애계의 요구에 따라 시행되고 있던 ‘장애인활동보조서비스(Personal Assistance Service)’가 시범사업의 형태로 진행되다가 2007년 4월부터 보건복지부의 전국사업으로 시행되는 시점이었다. 당시 ‘장애인장기요양보장제도 추진단’은 3개 안을 놓고 검토를 시작, 1안은 기존 활동보조서비스 등 기존 복지서비스제도를 확대하는 안과 장기요양서비스는 장애인장기요양보장제도에서 제공하고 그 외 서비스는 활동보조서비스 방식으로 제공하는 독자적인 장애인장기요양보장제도 구축(2안) 그리고 장애인장기요양서비스를 노인장기요양보험과 통합하여 제공하는 안(3안)이 고민되다 최종적으로 (1안) 기존의 활동보조서비스를 확대하여 장애인의 요양(케어)요구를 포괄하는 안으로 의견을 모아 현재에 이르고 있다(변용찬 외, 2008; 이승

기 외, 2011; 황주희, 2014, 재인용).

이러한 결정은 당시 보건복지부의 (1) ‘활동보조서비스’의 전국사업의 영향, (2) 장애계의 ‘요양’에 대한 부정적인 인식, (3) 재원조달 방식에 대한 고민, 그리고 (4) 장애아동 포함의 문제 등의 복잡한 이슈들에 기인한다고 할 수 있다. 따라서 ‘장애인 장기요양제도’의 구축을 목표로 시작된 제도 도입과정에서 그 이름을 ‘장애인활동지원제도’로 설정하면서 제도의 성격은 ‘활동보조서비스(PAS)’의 기본 철학인 ‘자기선택’과 ‘결정’을 강조하고, 사회참여 등 자립생활패러다임의 철학을 반영한 제도로서 2011년 10월 「장애인활동지원제도에 관한 법률」이 시행되었다. 이후 본 제도는 장애인의 자립생활 지원을 위한 장애인복지정책의 핵심적인 제도로 부각되며 (1) 급여량의 확대 (2) 대상의 확대 (3) 활동지원 인력의 증원 및 서비스 수가의 증액 등 급격히 발전해 왔다.

이러한 우리나라 돌봄 제도의 발전에도 불구하고 현재 돌봄제도가 직면한 이슈 중 하나는 활동지원제도를 이용하던 장애인이 65세가 도래하게 되면 노인장기요양보험으로 전환되는 제도 연계에서 발생되고 있는 제도 간 부정합성의 문제라 할 수 있다. 즉, 활동지원제도에서 노인장기요양보험으로 전환되는 과정상에서 발생하는 제도적 모순과 갈등의 이슈가 부각되고 있는 것이다. 문제는 현행 돌봄제도에서는 65세가 도래한 고령장애인의 경우 우선적으로 노인장기요양보험의 적용을 받도록 하도록 하여 장애인활동지원제도를 이용하던 장애인이 65세가 되었을 때 노인장기요양보험제도로 편입되면서 서비스 연속성이 보장받지 못하고 있다는 점이다. 이때 발생하는 서비스 연속성의 이슈는 급여량의 차이 및 서비스 전달체계의 차이에서 기인되는 문제라 할 수 있다.

또한 노인장기요양제도에서 등급외를 받는 고령장애인의 경우, 기존 활동지원제도와 동일한 급여량을 이용할 수 있도록 하고 있어 일반노인 및 65세 이후에 장애가 발생한 고령장애인의 제도 이용 패턴과 다른 방식의 제도 이용이 일어나고 있다. 이는 결국 급여량 형평성의 이슈를 야기하고 있다. 다시말하면, 일반적으로 비장애 노인은 등급판정에서 등급을 받게 되면 장기요양보험제도를 이용하도록 되어 있고, 등급외를 받게 되면 돌봄종합서비스를 이용하도록 되어 있지만, 활동지원제도를 이용하던 장애인의 경우, 노인장기요양보험제도 인정조사에서 등급외를 받게 되면 다시 장애인활동지원제도를 이용할 수 있게 되어 노인장기요양보험 이용자와 비교할 때 궁극적으로 더 많

은 급여를 제공받을 수 있는 상황인 것이다. 이러한 상황이 돌봄 제도 간 부정합성으로 이해되고 있다.

정합성의 확보는 제도가 처한 사회 및 시간 변화에 즉시적으로 대처하여 제도의 개혁 및 보완점을 발견하고 이를 위해 법, 규정·규칙, 제도적 모순과 갈등의 이슈를 파악하여 이를 최소화하는 제도 보강의 노력으로 이해할 수 있을 것이다. 일반적으로 어떠한 제도를 평가할 때 해당 제도 요소들간의 상호보완적 관계 혹은 최소한의 중립적인 관계를 유지하는데에 영향을 미치는 정합성을 알아보는 것을 내적 정합성이라 하고, 해당 제도와 그 제도가 처한 환경맥락과의 부합성(consequence)을 알아보는 것을 외적 정합성이라 한다(정정길, 2002; 2005). 즉, 제도 정합성이란 해당 제도의 본래 정책 목표(본래의 취지)에 맞는 운용에 대한 근본적인 질문으로 다양한 사회구성원의 이해차이로 인해 획일적인 제도는 부정합성을 나타낸다고 하였다(전상환, 2015). 따라서 제도 정합성을 확보한다는 것은 제도 운영에서 발생하는 제도 자체의 갈등과 모순, 제도 요소들 간에 상호보완적 관계(내적 정합성) 및 제도가 처한 환경적 요인에 의한 갈등과 충돌의 부정합성(외적 정합성)에 대한 제도적 조화가 필요하다.

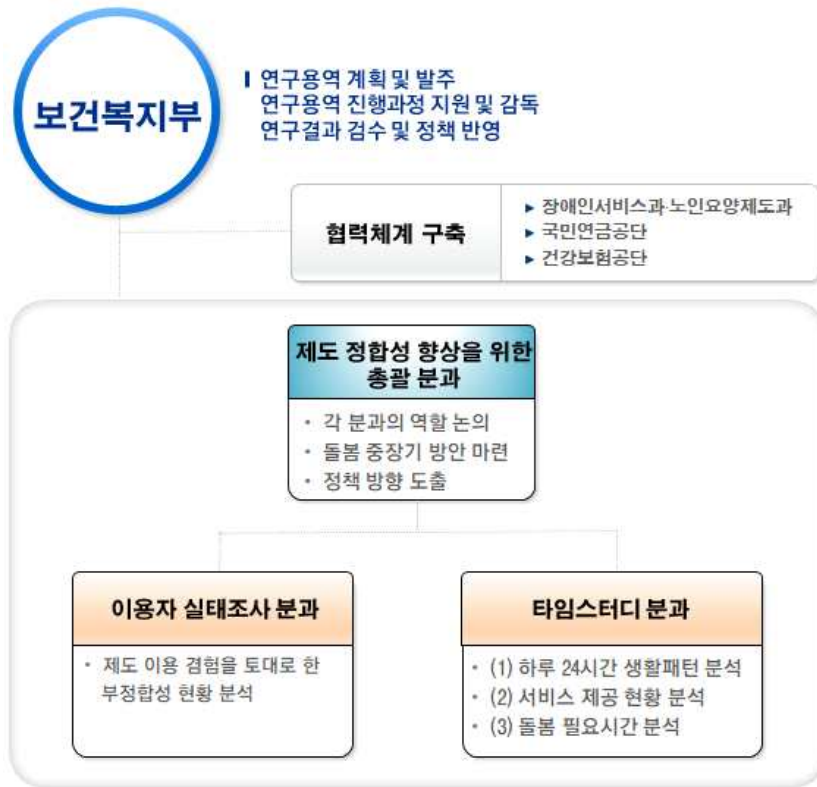
따라서 본 연구는 장애인 및 노인인 고령장애인이 이용할 수 있는 돌봄 제도의 정합성 확보를 위한 개선 방안 마련을 목적으로 수행되었다. 이에 고령장애인이 이용하고 있는 장애인활동지원제도와 노인장기요양제도로 구분되어 있는 우리나라 돌봄 제도의 내외적 부정합성 현황 분석을 시도해 보고, 장애인활동지원제도 및 노인장기요양제도의 목적, 취지, 서비스 내용 등을 고려한 제도간 부정합성 현황을 조사 방법을 통해 알아보는 데에 초점을 두었다. 또한 고령장애인의 24시간 일상생활 패턴 및 제공되는 서비스 내용 등을 비교함으로써 제공되고 있는 돌봄서비스 제도간 부정합을 보다 면밀히 살펴보고자 하였다. 더불어 고령장애인을 대상으로 한 해외 선진국의 돌봄제도의 분석을 통해 한국의 돌봄제도 개편의 함의를 도출하여 현행 돌봄제도의 제도 개편 방향 마련에 활용하고자 하였다.

제2절 연구 내용 및 방법

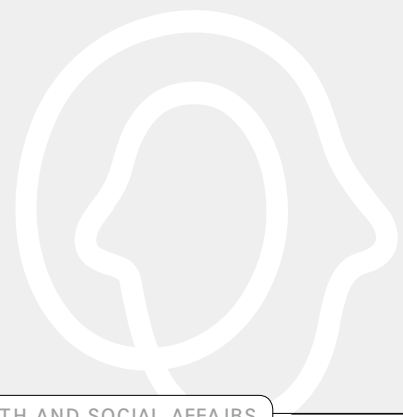
본 연구의 내용은 크게 고령장애인이 처해있는 돌봄제도 이용 경험과 이들의 하루 24시간 일상생활 패턴 및 제공받는 돌봄서비스 내용과 시간 등의 현황조사 부분과 해외 선진국의 고령장애인 관련 제도의 운용 형태 등을 파악하여 한국의 돌봄제도 개편의 방향을 마련하는 것이다. 우선 고령장애인의 제도 이용 경험 및 일상생활과 관련된 현황조사의 부분은 다시 (1) 장애인활동지원제도와 노인장기요양제도 간 제도 이용 경험, (2) 제도 전환과정에서의 경험 그리고 (3) 향후 이용하고 싶은 돌봄서비스의 내용 등으로 구분하여 조사되었다. 이러한 분석의 내용은 향후 양 제도의 개편 방향 설정에 있어 기초자료로 활용될 수 있을 것이다. 또한 고령장애인의 하루 24시간 일상생활 패턴의 분석과 더불어 노인장기요양제도 및 장애인활동지원제도에서 제공되고 있는 서비스 제공 내용 현황 조사에서는 현재 노인장기요양 등급내 및 등급외 고령장애인의 일상생활 패턴의 차이 및 서비스 제공의 차이 등을 살펴보는 것으로 현행 돌봄제도가 고령장애인의 삶의 패턴에 어느 정도 일치하는지 여부 등을 실증 데이터 분석을 통해 알아보았다.

이를 위한 연구 수행은 주관연구기관의 총괄 하에, 「이용자 실태조사 분과」, 「타임스터디 분과」로 구분하여 연구를 진행하였다. ‘이용자 실태조사 분과’는 현행 돌봄제도 이용에 있어서의 부정합성 측면을 분석하였고, ‘타임스터디 분과’에서는 고령장애인의 24시간 생활 패턴 및 서비스 제공 현황 등에 중점을 두어 연구를 수행하였다. 이를 위해 본 연구의 조사 대상은 활동지원제도를 이용하였다가 65세가 도래하여 노인장기요양보험으로 전환된 고령장애인과 노인장기요양보험의 인정조사에서 등급외를 받아 활동지원서비스를 계속 이용하고 있는 고령장애인 1,000명을 대상으로 (1) 제도 정합성 (2) 일상생활 패턴 등을 알아보았고, (3) 현행 돌봄제도 내에서 이들에게 돌봄 서비스를 제공하고 있는 노인장기요양보호사 및 활동지원사 1,000명을 대상으로 제공되고 있는 서비스 내용 현황을 분석하였다.

[그림 1-1] 연구 수행체계



본 연구는 고령장애인이 처해있는 돌봄제도 내 부정합성 현황을 다각적인 형태로 알아보기 위한 기초연구로서 현행 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험을 포괄하는 연구로 다루는 제도의 범위가 타 연구에 비해 큰 특징이 있다. 이에 현행 돌봄제도의 개편 방향 도출에 있어 보건복지부 내 장애인활동지원제도를 담당하고 있는 장애인서비스과와 노인장기요양보험을 담당하고 있는 요양보험제도과, 그리고 이들 제도의 실질적인 운용 담당 기관인 국민연금공단과 건강보험공단 등 다양한 이해당사자의 의견 수렴이 무엇보다 필요하였다. 따라서 이를 위해 보건복지부 ‘사회복지정책실’ 내에 ‘활동지원 연령제한 제도개선 T/F’를 운영하여 양 제도의 관련자가 참석하는 소통의 장을 마련하여 현실적이고 실현가능한 해결방안 도출을 위해 노력하였다. 또한 관련 전문가 자문회의 등을 활용하여 실효성 있는 돌봄제도의 개편 마련을 위한 의견 등을 수렴하였다.



제2장

고령장애인의 돌봄제도 현황과 제도 간 부정합성

제1절 고령장애인 대상 돌봄제도 및 제도 간 부정합성

제2절 최근 사회서비스 관련 제도 동향

제3절 좋은 돌봄과 지역사회 돌봄

10 노인·장애인 돌봄제도 정합성 확보 방안 연구

제 2 장

고령장애인의 돌봄제도 현황과 제도 간 부정합성

제1절 고령장애인 대상 돌봄제도 및 제도 간 부정합성

다양한 사회서비스의 내용 중에서도 돌봄서비스는 가장 핵심적이며 기본적인 사회 서비스로 볼 수 있다. 이러한 사회적 돌봄(social care) 또는 사회적 돌봄서비스(social service care)는 복합적인 사회경제적 변화와 함께 점차 확대되고 있는 사회적 위기에 개인이나 가족이 적절히 대응하기 어렵다는 점에서 그 중요성이 더욱 커지고 있다. 돌봄서비스 영역은 사회변화에 따라 지속적으로 변화할 가능성이 높은 부문이다(남찬섭, 2012: 12). 지역사회가 돌봄서비스의 중요성을 인식하고 있으며 사회구조적인 측면에서도 돌봄서비스의 사회적 기능과 역할이 중요한 요소로 작용하고 있다. 과거 가족 안에서 제공되던 돌봄서비스는 핵가족화와 맞벌이 부부의 증가 등으로 가족 스스로 해결하지 못하므로 국가 또는 지역사회가 고민해야 할 부문으로 인식되었다(김승권 외, 2006: 66).

이러한 사회환경적 맥락속에서 우리나라의 돌봄제도는 2000년대 초반부터 제기된 인구의 고령화와 돌봄의 탈 가족화 등 사회적 변화에 따른 사회보장제도의 강화를 배경으로 국가적 차원의 돌봄제도가 발전하였고, 「노인장기요양보험법」은 2007년 ‘65세 이상 노인’을 대상으로 하는 보험제도로 이후 장애인을 대상으로 하는 장애인장기요양제도의 도입필요성에 의해 2011년 「장애인 활동지원에 관한 법률」이 제정, ‘장애인’을 대상으로 하는 사회서비스의 성격으로 제도가 도입되었다. 이에 따라 ‘노인’과 ‘장애인’을 대상으로 하는 이원화된 형태의 돌봄 제도가 구축되었고, 이후 상이한 발전 과정을 거쳐 현재에 이르고 있다.

이러한 우리나라 돌봄 제도의 역사 속에서 최근 나타나는 이슈 중 하나는 활동지원 제도를 이용하던 장애인이 65세가 도래하게 되면 노인장기요양보험으로 전환되는 제도 연계가 이루어지고 그 과정에서 발생하는 돌봄제도 간 부정합성 문제라 할 수 있다. 즉 돌봄제도의 이용과정에서 발생하는 제도적 모순과 갈등이 존재하는 것이다. 따라서 제도 간 정합성의 확보는 제도가 처한 사회 및 시간 변화에 즉시적으로 대처하여 제도

의 개혁 및 보완점을 발견하고 이를 위해 법, 규정·규칙, 제도적 모순과 갈등의 이슈를 파악하여 이를 최소화하는 제도 보강의 노력으로 이해할 수 있을 것이다. 따라서 제도 정합성이란 해당 제도의 본래 정책 목표(본래의 취지)에 맞는 운용에 대한 근본적인 질문일 수 있으며, 다양한 사회구성원의 이해차이로 인한 획일적인 제도는 부정합성을 나타낸다고 하였다(전상환, 2015).

일반적으로 어떠한 제도를 평가할 때 해당 제도 요소들간의 상호보완적 관계 혹은 최소한의 중립적인 관계를 유지하는데에 영향을 미치는 정합성을 알아보는 것을 내적 정합성이라 하고, 해당 제도와 그 제도가 처한 환경맥락과의 부합성(consequence)을 알아보는 것을 외적 정합성이라 한다(정정길, 2002; 2005). 즉, 제도 정합성이란 해당 제도의 본래 정책 목표(본래의 취지)에 맞는 운용에 대한 근본적인 질문으로 다양한 사회구성원의 이해차이로 인해 획일적인 제도는 부정합성을 나타낸다고 하였다(전상환, 2015). 따라서 제도 정합성을 확보한다는 것은 제도 운영에서 발생하는 제도 자체의 갈등과 모순, 제도 요소들 간에 상호보완적 관계(내적 정합성) 및 제도가 처한 환경적 요인에 의한 갈등과 충돌의 부정합성(외적 정합성)에 대한 제도적 조화가 필요하다. 다음은 이러한 제도 정합성 및 부정합성 관련 주요 개념의 내용을 정리한 것이다(전상환, 2015).

〈표 2-1〉 제도의 정합성과 부정합성 주요 내용

구분	제도의 정합성 및 부정합성 주요 내용
정정길(2002)	<ul style="list-style-type: none"> - 구제도 요소의 잔존 및 기득권 세력의 저항(부정합성) - 상충된 가치의 분업화 및 가치의 시차별 적용(내적 정합성) - 조직 사회학적 신제도론 관점의 조직과 환경 맥락(외적 정합성) - 정부의 역할, 정책목표, 수단, 접근 방법, 혁신의 속성 등 효율성 및 실효성
김미나(2002)	<ul style="list-style-type: none"> - 상황적·맥락적 변수(외적), 지역내 제도들의 파트너십과 네트워크(내적) - 지역의 지리적·문화적·제도적 근접성의 사회적 기반
임성학(2006)	<ul style="list-style-type: none"> - 시장대 국가, 안정 대 다양성, 후보자 대 정당, 자유 위임대 명령 위임의 민적 가치 (제도적 정합 대 부정합)
이시원(2006)	<ul style="list-style-type: none"> - 제도요소들 간에 상호보완적 관계 유지(내적 정합성) - 제도가 처한 맥락적 환경과 부합성(외적 정합성)
박민정 외(2009)	<ul style="list-style-type: none"> - 절차적 합리성(절차적 구조, 의사결정 규칙, 의사반영)
성승현, 이희창(2009)	<ul style="list-style-type: none"> - 국유립 관리를 중심으로 시차적 접근의 거버넌스 정합성(참여, 책임성, 효율·효과성, 법, 독자성, 대응성)

자료: 전상환, 2015. p. 232.

따라서 본 장에서는 우리나라의 돌봄제도로써 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험제도의 발전과정상에서의 차이점을 알아보고(외적 부정합성) 제도 연계 과정에서 발생하는 내적 부정합성, 즉 제도적 모순과 갈등의 내용을 살펴보고자 한다.

1. 노인장기요양보험제도 및 장애인활동지원제도 도입 및 발전 과정

우리나라의 ‘돌봄(care)’에 대한 국가적 개입의 필요성은 2000년대 초반부터 일기 시작하였고, 정책적 아젠다의 형태로 제기되어 관련 제도를 설계하고, 이를 위한 다양한 논의와 경험적 검증 그리고 정치·경제적 판단이 더해져 오늘에 이르고 있다. 2007년 「노인장기요양보험법」의 도입은 인구고령화와 돌봄의 탈가족화 그리고 사회보장강화의 측면에서 노인을 대상으로 하는 공적영역의 돌봄 제도의 형태로 구축된 대표적 제도가 되었다. 그러나 본 법의 대상을 65세 이상 노인 및 65세 미만 노인성 질환을 가진 자로 한정함으로써 장애인을 수급대상에서 제외하여 제도를 시작하였다. 이는 당초 노인장기요양보험제도를 준비하는 과정에서 수급대상에 장애인을 포함하는 것을 심도 있게 고려하지 않은 상황에서 법체계를 준비함에 따라 장애인이 포함될 경우 법의 체계를 전반적으로 개정해야 했고, 이는 궁극적으로 법 시행의 지연을 의미했기 때문에 정부에서는 본 법의 수급대상에서 장애인을 제외한 상태에서 법안을 발의하여 노인장기요양보험제도를 시작하였다. 이후 노인장기요양보험제도의 후속조치로서 장애인을 대상으로 하는 장애인장기요양제도 도입에 대한 정치적 요구로 장애인장기요양보장제도 추진단이 2007년부터 설치되어 운영되었다.

당시의 상황은 장애계의 요구에 의해 ‘장애인활동보조서비스’가 2007년 4월부터 보건복지부의 전국사업으로 시행되고 있었기 때문에 장애인장기요양제도 도입 시 ‘장애인활동보조서비스’로서의 제도와 ‘장기요양보장제도’로서의 제도 구축 등 다양한 이슈가 논의되었다. 2008년 장애인장기요양보장제도 추진단은 3개 안을 놓고 검토를 시작하였으며, (1안) 기존 활동보조서비스 등 기존복지서비스제도의 확대, (2안) 장기요양서비스는 장애인장기요양보장제도에서 제공하고 그 외 서비스는 활동보조서비스 방식으로 제공하는 독자적인 장애인장기요양보장제도 구축, (3안) 장애인장기요양서비스를 노인장기요양보험과 통합하여 제공하는 안을 두고 논의를 계속하였다. 최종적으로 (1안) 기존의 활동보조서비스를 확대하여 장애인의 요양(케어)욕구를 포괄하는 안

으로 의견을 모은바 있다(변용찬 외, 2008; 이승기 외, 2011).

이러한 결정에는 당시 보건복지부의 ‘활동보조서비스’의 전국사업의 영향과 장애계의 ‘요양¹⁾’에 대한 부정적인 인식, 자원조달 방식에 대한 고민, 그리고 장애아동 포함의 문제가 함께 고려되면서 ‘활동보조서비스(PAS)’의 기본 철학인 ‘자기선택’과 ‘결정’을 강조하고, 사회참여 원칙을 강조하는 자립생활패러다임의 철학을 반영한 제도로서의 모습을 강조하면서 본 제도가 도입되었다. 이에 제도의 목적에 부합할 수 있도록 제도의 명칭을 기존의 단순한 ‘활동보조서비스’를 넘어선 개념으로 ‘활동지원’으로 변경하였고, 2011년 10월 「장애인활동지원제도에 관한 법률」이 시행, 독립적인 법적 근거를 가진 제도로 발전하였다. 즉, ‘장애인활동지원제도’는 초기 제도 도입의 논의 때부터 장애인의 장기 케어욕구와 자립지원, 그리고 사회참여확대 욕구를 충족할 수 있도록 추후 활동보조서비스의 내용 및 대상을 확대하고, 서비스 연계체계를 개발하여 제도 확대를 꾀하도록 방향을 설정하였기 때문에 엄밀한 의미에서 ‘활동보조서비스’보다 확대된 케어서비스를 포괄하는 제도의 형태로 발전하였음을 알 수 있다. 즉, 장애인활동지원제도는 해외의 일반적인 장기요양제도보다 확대된 형태로 이해될 수 있으며 케어서비스를 포괄하는 돌봄의 기능 외에 다양한 복지서비스를 포괄하는 다원적인 제도로 이해될 수 있다.

우리나라의 돌봄제도는 노인장기요양보험을 시작으로 장애인을 대상으로 하는 돌봄 제도로써 장애인활동지원제도가 도입되어 운용되고 있다. 따라서 본 절에서는 돌봄제도의 시작으로써 노인장기요양보험의 발전과정을 살펴보고, 이후 장애인활동지원제도의 발전과정을 살펴보기로 한다.

가. 노인장기요양보험 도입 및 발전과정

노인돌봄정책은 1981년 「노인복지법」 제정 이전과 이후 그리고 2008년 「노인장기요양보험제도」 도입 이전과 이후로 크게 구분된다고 할 수 있다. 특히 1989년 「노인복지법」에서 ‘재가복지서비스’가 명시되면서 지역을 기반으로 하는 서비스 제공이 시작되었고, 1993년 재가복지서비스가 가정봉사원파견서비스, 주야간보호서비스, 단기보

1) 자립생활패러다임 내에서 장애와 질병을 구분해 왔던 당시의 상황에서 ‘요양’은 장애를 질병으로 간주하는 의료서비스 제공에 국한되어 이해된 것으로 보인다.

호 등으로 세분화 되고, 1990년대 후반부터는 기존 무료양로/요양시설 중심에서 실비와 유료양로/요양시설이 운영되면서 노인을 대상으로 하는 지역사회 기반 서비스 유형의 다양화로 발전되었다. 그러나 요양시설 입소자는 기능상태보다 소득기준이 중요한 기준으로 작용하면서 무의탁노인 또는 수급자 위주의 시설이용으로 자리 잡는 한계가 대두되기도 하였다.

이후 2008년 ‘노인장기요양보험’의 도입을 전후로 고령화 사회와 고령사회를 경험하게 되고, 노인돌봄 욕구에의 대응을 위한 돌봄의 사회화로 제도가 변화되기 시작하였다. 이에 본격적인 돌봄에 대한 ‘공적지원’은 장기요양보험 도입 전후로 나뉘어 살펴볼 수 있을 것이다. 노인장기요양보험제도가 도입되기 직전인 2007년에는 ‘노인돌봄바우처 사업(현재 “노인돌봄종합서비스”)’을 시작하였고, 당시 돌봄을 필요로 하는 재가거주 노인에 대한 돌봄서비스가 시작되었다. 본 제도의 도입은 보편적 서비스로서 제도의 대상은 요양필요가 있는 노인으로 소득이나 가족 부양상태와 무관하게 누구나 서비스 이용이 가능하도록 사회보험 형태로 운용되도록 설계하였다. 대상자 규모는 제도 도입 이후 지속적으로 논의되어 오다가, 2014년 기존 3등급에서 5등급체제로 확대되었고, 2017년 이후에는 인지지원등급 도입으로 6개 등급까지로 확대된 상황이다.

나. 노인장기요양보험

노인장기요양보험은 전 국민 의무 가입제도이며, 급여의 대상자는 장기요양인정을 받은 자로 결정된다. 급여 대상자는 장기요양 인정자로 노인 등(65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매, 뇌혈관성 질환 등 대통령령으로 정하는 노인성 질병을 가진자)으로 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자, 의료급여법에 따른 수급권자로서 장기요양인정을 신청한 자 중 장기요양인정 신청에 대한 조사를 통해 등급판정에 의해 급여자격(장기요양 1등급~6등급)을 취득한자(노인장기요양보험법)가 제도의 대상이 된다. 본 제도의 재원은 가입자의 보험료와 급여이용자의 본인부담금, 국가부담금으로 충당하며 보험료는 건강보험료와 일괄 징수한다. 2020년 기준 건강보험료의 10.25%(2010년 6.55%)로 인상된 상황이며, 급여 수가는 2020년 기준 서비스 유형에 따라 평균 2.74% 인상되어 노인요양시설 1일 1등급자 기준 일당수가는 7만 990원이며, 이에 부담되는 본인부담금은 1일 1만 4,198원 수준이다. 급여이용자의 본인부담

금은 재가급여의 경우 급여이용액의 15%, 시설급여는 이용액의 20%를 부담하되 저소득자에 대한 본인부담금 경감제도가 운영 중이다. 국가부담금은 매년 예산의 범위 안에서 당해 연도 장기요양보험료 예상수입액의 100분의 20에 상당하는 금액을 공단에 지원한다. 장기요양 인정자 선정기준은 요양인정점수를 기준으로 하며, 제도초기 인정점수 55점 이상의 3등급 체계에서 현재 45점 이상의 5등급에 추가인지지원 등급으로 변화·발전되었다.

〈표 2-2〉 노인장기요양보험 등급별 인정점수 기준 변화

구분	08.7~12.6	12.7~13.6	13.7~ 14.6	14.7~17.6	현재
1등급	95점 이상	95점 이상	95점 이상	95점이상	95점이상
2등급	75~95미만	75~95미만	75~95미만	75~95미만	75~95미만
3등급	55~75미만	53~75미만	51~75미만	60~75미만	60~75미만
4등급	-	-	-	51~60미만	51~60미만
5등급	-	-	-	45~51미만	45~51미만
인지지원등급	-	-	-	-	45미만
비고	3등급체계 유지, 인정점수 기준인하			인정점수 기준인하 및 등급체계 5등급으로 변경	45점 미만자 중 치매의 경우 인지지원등급

자료: 보건복지부 고시 (2019)

노인장기요양보험의 급여는 노인장기요양보험법 제23조에 의해 크게 (1) 시설급여, (2) 재가급여(방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호, 단기보호, 기타 재가급여-복지용구) (3) 특별현금급여(가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비)로 구분된다. 특히 제도 시행 이후 요양시설과 재가서비스는 크게 확충되어 2008년 기준 시설급여를 제공하는 요양시설은 1700개소이던 것이 2018년 5,320개소로 약 3.5배 증가하였다.

〈표 2-3〉 장기요양서비스 내용

1~5등급	재가급여	방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주야간보호(치매전담실 포함), 단기보호, 복지용구
	기타재가급여	심신기능이 저하되어 일상생활을 영위하는데 지장이 있는 노인장기요양보험 대상자에게 일상생활 또는 신체활동 지원에 필요한 용구를 제공(구입/대여)
	시설급여	장기요양기관이 운영하는 노인 의료복지시설에 장기간 입소하여 신체활동 지원, 심신기능의 유지향상을 위한 교육 훈련을 제공한다. (치매전담실, 치매전담형 노인요양공동생활가정 포함)
	특별현금급여	가족 요양비, 특례 요양비, 요양병원 간병비

방문요양기관의 경우도 2008년 4,206개소에서 2018년 12,355개소로, 주야간보호서비스는 3,211 개소로 상당한 증가를 이루었다(국민건강보험공단, 2019). 다만 방문간호 기관은 2010년까지 증가하다가 현재는 증가 없이 유지되고 있는데 (2018년 682개소) 이는 방문간호에 대한 서비스 인식이 높지 않고 이용자가 의료서비스를 직접 병원에서 이용할 수 있는 상황으로 인한 것으로 알려져 있다.

〈표 2-4〉 노인장기요양서비스의 공급 현황 (2008-2018)

구분	(기관수) (개)	2008	2012	2014	2016	2018
시설 급여	노인요양시설	1,379	2,588	2,714	3,137	3,389
	노인요양공동생활가정	321	1,739	2,157	2,050	1,931
	전체	1,700	4,327	4,871	5,187	5,320
재가 급여	방문요양서비스기관	4,206	8,500	9,073	11,072	12,355
	방문목욕서비스기관	2,959	7,028	7,479	8,957	9,665
	방문간호서비스기관	592	626	586	598	682
	주야간보호센터	790	1,331	1,688	2,410	3,211
	단기보호시설	694	257	322	267	179
	복지용구사업소	720	1,498	1,599	1,823	1,920
	전체	6,618	19,240	20,747	19,398	21,290

자료: 국민건강보험공단, 노인장기요양보험통계연보 각년도

장기요양 급여의 이용과정은 장기요양 등급판정(1~5등급)을 받은 수급권자가 희망하는 서비스 제공기관과 계약을 통해 서비스 이용이 가능하다. 노인장기요양보험의 전반적 관리(등급판정, 서비스 질 평가 및 제공기관 모니터링 등)는 국민건강보험공단에 서 관할하고 있으며, 서비스 제공 기관의 지정은 관할구역의 특별자치시장, 특별자치도지사, 시장, 군수, 구청장으로부터 지정을 받아야 한다(노인장기요양보험법 제31조). 현행 노인장기요양기관의 인력기준은 「노인장기요양보험법」에 제시된 바 주요 장기요양인력은 요양보호사, 사회복지사, 간호사, 간호조무사, 물리치료사 등으로 각 기관의 정원대비 배치기준이 정해져있다.

다. 노인돌봄서비스²⁾

노인돌봄정책 중 노인돌봄서비스는 장기요양보험제도가 도입되기 이전에 바우처 형태로 독거노인돌봄서비스로 운영되었으며, 장기요양보험제도가 도입된 이후에는 두 제도를 통합하여 노인돌봄서비스로 운영하다가 2020년에는 노인돌봄맞춤서비스로 전면 개편되었다. 2020년 제도 개편 이전에는 노인장기요양보험 등급외자에 대한 ‘돌봄 종합 정책’이 있었으며, 이는 장기요양보험의 한계 중 하나인 인정조사를 통한 제도 대상의 선정으로 인한 돌봄 필요 노인과 제도의 연계에 있어 사각지대가 발생할 수 있다는 점이였다. 따라서 장기요양보험 도입 이후 ‘노인돌봄(종합)서비스’를 추가하여 노인 장기요양보험에서 등급을 받지 못한 ‘등급외자’노인을 대상으로 지역사회에서 돌봄서비스를 제공하는 바우처 방식의 돌봄 정책이 추가되었다. 따라서 노인을 대상으로 하는 돌봄제도는 요양욕구가 높은 자(등급판정자)는 ‘장기요양보험’을 통해, 상대적으로 요양욕구가 낮은 자는 ‘노인돌봄서비스’(현재는 맞춤돌봄서비스로 명칭이 변경)에서 서비스를 제공하는 원칙이 형성되었다. 또한 돌봄 사각지대의 위험이 있는 독거노인에 대해서 (1) 노인돌봄기본서비스와 (2) 재가노인보호서비스가 제공되었고 2020년 ‘노인맞춤돌봄서비스’으로 이러한 사업이 통합된 것이다. 이러한 노력은 노인을 대상으로

2) 보고서 집필 시점인 2020년에는 ‘노인돌봄 맞춤서비스’가 실시되기 시작하였으나 코로나19등의 영향과 실제 제공기간이 단기적이라 아직 이와관련된 연구가 미비하여 2019년까지의 돌봄제도를 논의하였음. 맞춤돌봄서비스란 기존의 돌봄종합,돌봄기본, 단기가사, 자원연계, 독거노인친구만들기 등 6개를 참여형 노인돌봄 맞춤서비스로 통합하여 사회복지 비영리 법인에 위탁, 욕구별 맞춤서비스 제공 (안전·사회참여·생활교육·일상생활지원 등)을 하는 사업임(보건복지부안내 자료, 2020)

하는 돌봄서비스 관련 정책간의 중복 방지를 위한 정책 간 조율이 이루어져 왔다. 이렇듯 노인돌봄은 (1) 노인장기요양보험, (2) 노인돌봄서비스, (3) 재가노인지원서비스 등으로 나누어지며, 이들 서비스의 기준은 노인의 기능 상태에 따라 달라지도록 설계되었다. 즉, 돌봄을 필요로 하는 노인의 기능 상태에 따라 지역사회 또는 시설에서 일상생활수행을 위한 다양한 유형의 서비스가 제공된다.

[그림 2-1] 노인맞춤돌봄서비스 시행 전·후 비교 (국비기준)

〈 노인맞춤돌봄서비스 시행 전·후 비교(국비 기준) 〉			
	'19년	'20년	비고
사업 종류	돌봄 기본·종합, 단기가사, 자원연계, 독거노인친구만들기 등 6종	'노인맞춤돌봄서비스'로 통합	6→1개 사업으로 통합, 바우처 폐지
제공 기관	2,805개소 (기본) 복지관 등 245개 (종합) 방문요양 등 2,583개(지정)	649개 권역별 책임기관제 (사회복지·비영리법인 위탁)	장기요양 기관과 분리

자료: 2020년 노인맞춤돌봄서비스 사업안내, p. 5

노인돌봄정책에서 제공하고 있는 서비스의 종류는 크게 제공 장소에 따라 (1) 시설 서비스와 (2) 재가서비스로 구분될 수 있다. 시설서비스는 돌봄의 정도에 따라 노인요양시설보호와 양로시설보호로 구분되어지는데, 노인요양시설보호는 일상생활수행능력에서의 자립도가 매우 낮고, 보호 요구도가 매우 높은 노인을 대상으로 하는 서비스로 대부분 노인장기요양보험제도를 통해 비용이 지원되고 있다. 반면, 재가서비스는 노인이 재가(또는 지역사회)에 거주하면서 돌봄을 받는 서비스로 제공되는 돌봄서비스의 종류와 정도에 따라 (a) 안부, 관찰 수준의 보호서비스(돌봄기본 및 재가지원)에서 (b) 신체수발의 보호서비스(방문요양 및 돌봄종합)까지 보호의 필요 정도로 나뉘어진다. 현재 재가서비스는 노인장기요양보험제도에 의해 제공되는 방문요양, 주야간보호, 방문목욕 등의 서비스와 노인돌봄서비스, 재가노인지원서비스에서 제공되고 있다.

2020년 현재 '노인맞춤돌봄서비스'로 통합되었긴 하지만, 노인을 대상으로 하는 돌봄서비스의 세부 내용을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 노인돌봄서비스란 '혼자 힘으로

일상생활을 영위하기 어려운 노인과 독거노인의 욕구에 따라 안전 확인, 생활교육, 서비스 연계, 가사·활동지원, 주간보호서비스 등 맞춤형 복지서비스 제공을 목적으로 실시되는 서비스로 규정되어 있다(보건복지부, 2019년도 노인돌봄서비스 사업안내). 둘째, 노인돌봄종합서비스는 방문서비스, 주야간보호서비스와 단기가사서비스, 치매가족휴가지원서비스로 구분된다. 방문서비스와 주야간보호서비스 수급자격은 만 65세 이상 노인 중 가구소득, 건강상태 등을 고려하여 돌봄서비스가 필요한 대상자에게 제공된다(노인장기요양 등급 외 A, B & 전국 가구 평균소득의 150% 이하). 셋째, 노인돌봄종합서비스 이용방식은 거주 시군구에서 노인돌봄종합서비스대상자로 선정 받은 후, 지역 내 노인돌봄종합서비스 제공기관을 통해 서비스를 이용할 수 있고, 서비스 제공기관은 시군구에서 노인돌봄종합서비스 제공기관으로 등록된 기관이다. 넷째, 독거노인돌봄기본서비스는 노인돌봄기본서비스, 독거노인사랑잇기서비스, 무연고독거노인장례지원서비스를 포함하며 만65세 이상 요양서비스 불필요 독거노인을 대상으로 소득, 건강, 주거, 사회적 접촉 등의 수준을 평가하여 보호 필요가 높은 대상자 순으로 가정방문, 유선 등을 통한 주기적 안전 확인, 생활교육, 서비스 연계 등 예방서비스를 제공하며 이용자 부담은 무료로 제공된다. 다섯째, 치매가족휴가지원서비스는 노인돌봄종합서비스 이용자 중 치매노인을 보호하는 가족에 대해 서비스 제공기관에서 일정 기간 동안 치매노인 보호(연간 6일 범위내에서 사용가능)하는 서비스라 할 수 있다. 노인을 대상으로 하는 이 같은 제도의 운영은 기존의 다양한 제도적 문제점 해소를 위해 지속적인 정책적 개선이 꾸준히 이루어지고 있는 상황이다.

요약하자면, 노인을 대상으로 하는 돌봄제도의 특성은 노인의 상태에 따른 돌봄 욕구에 대응하는 방식으로 개선, 발전되고 있다는 것이다. 즉, 노인의 상태에 따른 돌봄에 대한 욕구 대응은 노인의 돌봄 필요정도에 따라 이용할 수 있는 서비스(공급기관)가 체계화되고, 접근 가능하도록 구성하는 것이다. 이에 중증노인들의 욕구는 ‘치료’와 ‘요양’으로 상이하기 때문에 종합적으로는 의료와 요양을 통합하는 통합적 케어(integrated care)의 틀 아래 다양한 수준과 유형의 서비스를 지속적으로 받을 수 있는 연속적 돌봄체계 (continuum of care)가 갖춰져야 할 것이다(김찬우, 2005). 따라서 공급기관별 역할이 명확히 정립되어, 이용자가 기능 상태에 적합한 보호를 받을 수 있어야 하고, 돌봄 서비스 공급체계 뿐 아니라 보건의료와 주거서비스가 함께 고려되어 구성되어야 한다.

2. 장애인활동지원제도의 도입 및 발전 과정³⁾

가. 장애인활동지원제도 도입 과정

우리나라의 최초 돌봄제도는 노인장기요양보험으로 이에 대한 준비는 2003년부터 시작되었다. 같은 시기 장애인의 돌봄 문제도 같이 제기된 바 있으며, 당시 ‘국민장기요양제도’로서 장애인을 포괄하는 장기요양제도로의 구축도 함께 논의한 바 있다. 즉, 노인장기요양보험과의 (1) 통합안과 (2) 개별안으로 논의가 지속되다가 노인과 장애인의 장기요양 특성의 차이, 당시 현장에서의 인프라 부족 등을 고려하여 노인의 경우는 ‘노인장기요양보험제도’로 제도를 우선 시작하는 것으로 합의하고, 노인장기요양보험이 우선 도입되었다. 이후 노인과는 별개의 장애인 장기요양 제도 도입 필요성의 제기에 따라 ‘장애인장기요양제도 추진단’이 설치되었고, 당시 ‘장기요양’이라는 용어는 ‘요양’이 가지는 의미가 장애인에게 적용되기 어렵다는 장애인 단체들의 주장으로 65세 이상 노인 또는 65세 미만 노인성 질환자의 경우 노인장기요양보험의 대상으로 64세 미만 중증장애인은 장애인활동지원제도 대상으로 분리되어 제도가 구축되었다.

본 제도는 장애인의 장기요양욕구와 자립지원, 그리고 사회참여확대 욕구를 충족할 수 있도록 추후 활동보조서비스의 내용 및 대상을 확대하고, 서비스 연계체계를 개발하여 ‘장애인장기요양제도’로의 확대를 꾀하도록 방향을 설정하여 시작되었다(황주희, 2014, 재인용). 즉, 장애인활동지원제도의 방향은 본 제도가 논의될 당시 시범사업 형태로 중증장애인을 대상으로 운용되던 ‘장애인활동보조사업’이 2007년 3월부터 전국적으로 시행하게 됨에 따라 기존의 ‘장애인활동보조사업’이 포괄된 형태로 시작, 2011년 10월 「장애인활동지원제도에 관한 법률」이 제정되어 현재까지 이르고 있다. 때문에 장애인활동지원제도는 활동보조서비스를 기반으로 제도가 발전하였으며, 장기요양제도의 모습보다는 활동보조제도와 매우 흡사한 상황이다.

일반적으로 전 세계의 ‘활동보조서비스(Personal Assistance Service)’는 장애인의 탈시설화와 탈의료화, 그리고 자립생활 이념을 토대로 발전한 제도로써 대상자의 욕구나 서비스 지원내용은 장기요양보호의 대인서비스와 크게 다르지 않으나 장애인

3) 황주희 외(2019)를 재정리하였음

복지정책의 일환으로 그 이념적 지향점을 중심으로 태동했다는 점에서는 뚜렷한 차이점을 가진다. 즉, 활동보조서비스는 장애를 가진 성인들에게 자기결정의 기회를 제공하고, 이를 통해 공동체 참여를 촉진하는 역할을 하게 됨으로 활동보조서비스는 장애인의 건강과 자립을 위한 필수적 조건이며, 본 서비스를 통해 장애인 당사자는 활동보조인에게 일상생활의 보조를 받음으로 인한 사회활동 및 자립적인 일상생활의 활동으로 신체적·심리적 역량 강화가 가능해지는 자립을 성취하는 서비스 행위라 할 수 있다(Ratzka, 1993; 이채식·이성규·김명식, 2009 재인용).

이에 반해 장기요양의 개념은 학자와 나라별로 그 정의가 다양하지만, 우리나라의 경우 노인에 적합한 개념으로 받아 들여 사용되고 있고, 일반적으로 장기요양은 6개월 이상 독립적인 생활을 유지하지 못하거나 생활상의 장애를 가진 노인 및 장애인들의 일상생활 수행능력을 도와주는 건강, 복지 및 개인수발에 관련된 포괄적 개념이라 할 수 있다(OECD, 2003). 즉, 장기적 도움이 필요한 노인과 장애인을 대상으로 질환 및 기능제한에 따른 필요서비스 중심으로 일상생활수행에 필요한 의료, 복지서비스를 통합적으로 제공하는 것으로 이해 할 수 있다

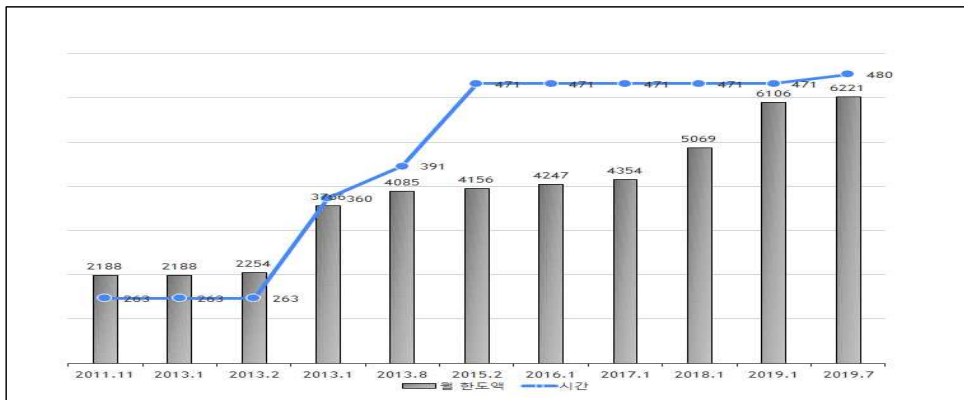
나. 장애인활동지원제도의 도입 이후의 제도 발전 상황

장애인활동지원제도는 제도 초기 제도의 대상을 1급 중증장애인으로 한정하여 운용하였다. 당시 1급 중증장애인의 월 급여 한도는 2,188만원(263시간)이었으나 장애계에서는 최대 급여량의 수준이 타인의 도움을 필요로 하는 중증장애인의 지원에는 미치지 못한다는 비판이 있어 왔다. 이후 2012년 거동에 어려움이 있는 장애인의 화재로 인한 사망 및 상해 사건 등이 발생하면서 서비스 제공시간에 대한 논의가 촉발(강혜민, 2013.01.04. 비마이너)되기 시작하였고, '13. 3월부터 최중증 수급자의 생활환경을 반영한 급여 확대가 이루어졌다. 2013년 3월 '추가급여'가 만들어져 월 급여 한도(최대 급여량)는 3,766천원(360시간)으로 확대되었으며, 2013년 8월 월 급여 한도(최대 급여량)는 4,085천원(391시간)으로 확대되었다. 그러나 2014년 화재로 인한 중증장애인 사망사건(정대연, 2014.05.12.)이 또다시 발생되면서 활동지원 급여량에 대한 확대 요구가 또 다시 대두되어 2015년 2월 26일 '장애인 활동지원에 관한 법률 시행령'이 개정되면서 월 급여 한도(최대 급여량)는 415만원(471시간)으로 증가하게 되었

다. 즉, 장애인활동지원제도의 월 급여 한도는 제도 도입 초기인 2011년 11월 218만원(263시간) 수준에서 2019년 7월 기준 622만원(480시간)으로 약 3배(서비스 시간 2배)정도 증가하여 급여량 확대의 측면에서는 제도의 발전이 바쁘게 진행되었다고 볼 수 있다.

[그림 2-2] 활동지원서비스 급여시간 확대(2011.11~2019.7)

(단위: 천원, 시간)



자료: 보건복지부, 장애인활동지원제도 사업안내(2011~2019), 황주희 외(2019:32)에서 재인용

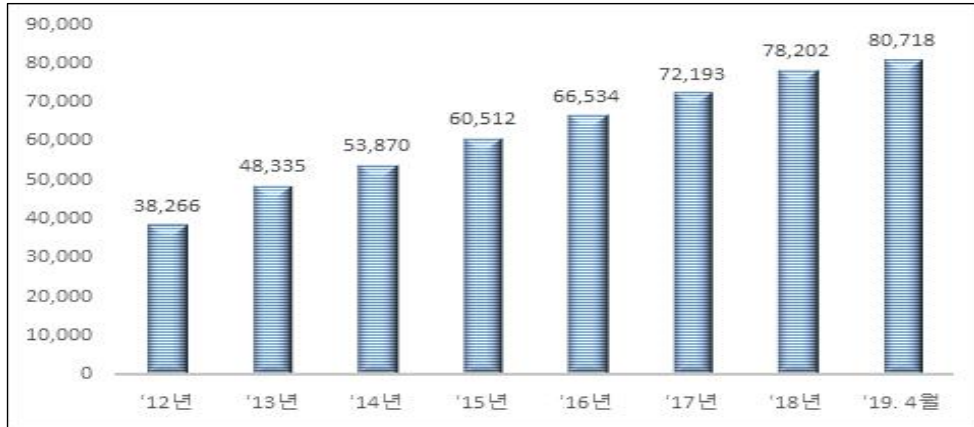
또한 급여량의 확대와 더불어 활동지원제도의 대상도 함께 확대되었는데, 제도 초기 활동지원제도의 신청자격은 1급 장애인에서 2013년 1~2급 장애인으로 확대되었고, 2015년 6월부터 1~3급 장애인으로 확대된 바 있다. 이에 따라 제도 초기 장애인활동지원제도 이용자는 3.8만 명 수준에서 '13년 4.8만 명 수준으로 증가하였고, '15년 6만 명 수준으로 확대, '19년 11월 기준 이용자의 규모는 8만 7천명 수준으로 증가한 상황이다(공공데이터포털, 2020).⁴⁾

4) 공공데이터포털. (2020). 보건복지부_장애인활동지원 통계 정보, <https://www.data.go.kr/data/3084474/fileData.do>에서 2020.6.7. 인출

24 노인·장애인 돌봄제도 정합성 확보 방안 연구

[그림 2-3] 장애인활동지원제도 이용자 수

(단위: 명)

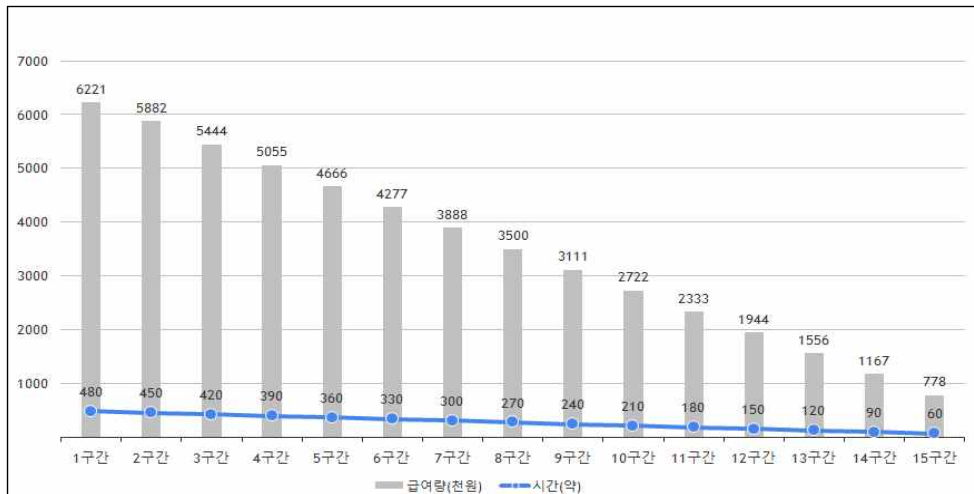


자료: 복지부 내부자료 및 공공데이터포털 자료, 황주희 외(2019:31)에서 재인용

또한 2019년 7월 장애인등급제 폐지 1단계 시행을 통해 활동지원제도의 우선적인 제도개선이 시행되어 활동지원제도의 대상은 모든 장애인으로 확대되었으며, 기존 4 등급 구분에서 15구간(+특례)으로 구간 범위가 확대된 상황이다.

[그림 2-4] 활동지원서비스 월급여 한도 및 서비스제공 시간

(단위: 천원, 시간)



자료: 보건복지위원회. (2019.7). 장애인활동 지원에 관한 법률 일부개정법률안 검토보고, 황주희 외(2019:32)에서 재인용

3. 고령장애인 대상 돌봄 제도내 모순 및 갈등⁵⁾

노인장기요양보험은 사회보험으로서 의료적 모델에 근거하여 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 일상생활을 수행하기 어려운 부분에 대한 시설 및 재가 서비스를 제공하는 제도로 발전하게 되었으며, 서비스 이용대상은 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성 질환 등 노인성질환을 가진 자 중 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자와 65세 미만자의 노인성질환이 없는 일반적인 장애인은 제외된다. 반면, 장애인활동지원제도는 조세방식으로 자립생활패러다임에 근거하여 만 6세 이상 65세 미만 중증장애인의 자립지원 및 사회참여 확대와 장애인 가족의 부담감소를 위한 목적으로 시행되고 있다. 특히 본 제도에서는 만 6세 이상 18세 미만 장애아동을 포함함으로써 이들 가족의 돌봄 부담 감소 또한 제도의 목적으로 포괄하고 있어 해외에서 이행되고 있는 일반적인 ‘활동보조서비스’와는 차별성을 가지고 있다. 즉, 일반적 활동보조서비스(personal assistance service: PAS)는 일상생활의 수행에 있어 기능적 제한으로 인하여 본인 스스로 신변처리가 불가능하거나 사회 구성원으로서 지역사회 참여 활동에 제한 때문에 타인의 도움을 필요로 하는 성인(만 18세 이상)을 대상으로 서비스를 제공하고 있음. 이는 최대한 자기 관리권을 실현하고, 자립생활을 통한 자기실현을 추구하기 위하여 제공되는 서비스이기 때문이다(황주희, 2015).

제도 발전 과정에서도 언급하였듯이 장애인활동지원제도는 대인서비스인 활동보조 서비스를 근간으로 활동지원제도로 발전하였기 때문에 활동보조서비스(PAS)의 핵심 가치인 최대한 자기 관리권의 실현과 자립생활을 통한 자기실현의 추구하고 같은 ‘자기선택’과 ‘결정’에 따른 사회참여 원칙을 강조하고 있다(황주희, 2014, 재인용). 때문에 서비스 내용에 있어 여전히 재가서비스 중심의 활동보조서비스에 머물러 있고, 시설서비스나 의료적 서비스의 필요를 포함하는 ‘케어’의 욕구에 대한 대응은 포괄하지 못하고 있다. 최근 발달장애인 가족의 돌봄에 대한 욕구를 해소하기 위해 활동지원서비스 내용에 발달장애인의 낮 시간동안의 보호를 위한 ‘주간활동’ 프로그램을 포함시키고, 이를 확대하고 있는 상황이어서 이러한 측면은 장애인활동지원서비스의 ‘돌봄’기능의

5) 본 장은 구첵희 외(2014), 윤상용 외(2015)의 연구를 바탕으로 정리하였음.

역할이 자체적으로 강화되고 있는 것으로 보인다.

현재 운용되고 있는 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험제도의 공통점으로는 첫째, 활동지원과 장기요양제도 모두 대상선정에서 인정조사를 통한 선별주의 방식으로 제도를 운용하고 있고, 둘째 과거의 온정적 도움이 아닌 돌봄에 대해서 개인의 보편적 욕구로서 개인의 기본적인 시민권 차원에서 삶의 독립성을 지원하여야 한다는 사회적 관점이 반영되었다는 공통점이 있다. 마지막으로 양 제도 모두 시설의 수용 및 이용보다는 ‘지역사회 거주’에 초점을 맞추고 있어 개인별 신체적 지원과 가사지원 등의 서비스 내용이 강조되고 있다.

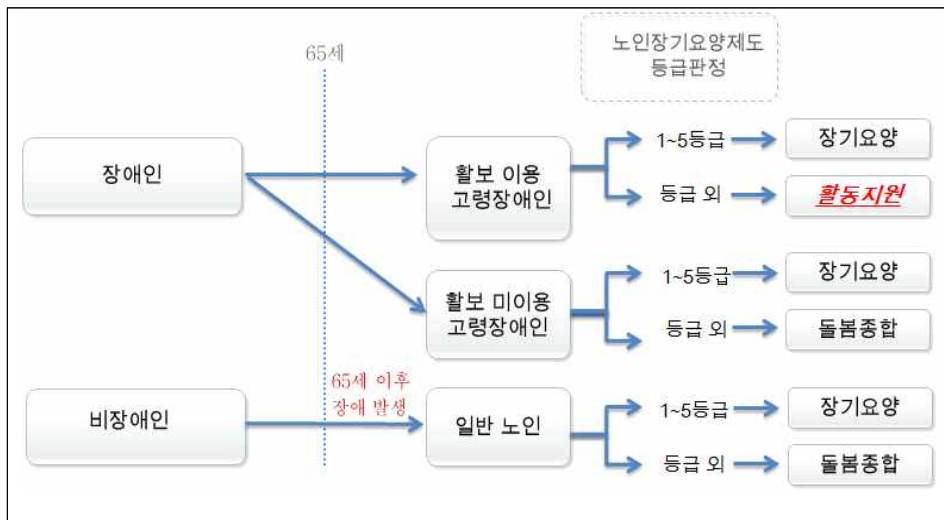
반면, 차이점도 존재하는데 장애인활동지원제도는 앞서 설명하였듯이 복지부의 시범사업으로 시작하였던 ‘장애인활동보조사업’을 기반으로 한 장애인자립생활 패러다임의 강조로 장애인 당사자의 ‘사회참여’와 ‘자립생활’에 대한 지원내용이 노인장기요양보험제도보다 강조되고 있고, 시설보호서비스를 제외한 재가서비스만을 제공하고 있고 있다. 노인장기요양제도는 개인생활유지 측면에서의 서비스 내용을 강조하는 서비스만이 제공되며, 재가보호 우선의 원칙을 가지고 있으나 보호의 연속성을 강조하면서 급성기 병원 간병서비스, 요양시설, 요양병원, 그룹홈(공동생활가정) 등 시설서비스가 여전히 큰 부분을 차지하는 차이점이 있다. 노인장기요양보험에서 제공하고 있는 시설서비스는 장기요양기관이 운영하는 노인의료복지시설(요양병원 제외)에 장기간동안 입소하여 신체활동지원, 심신기능의 유지와 향상을 위한 교육과 훈련 등을 제공하는 것을 뜻한다.

이러한 제도 성격의 차이로 인해 고령장애인이 당면한 갈등과 모순의 문제는 활동지원제도를 이용하던 장애인의 노인장기요양보험의 적용 시 발생하는 서비스 연속성의 문제라 할 수 있다. 이때 발생하는 서비스 연속성의 이슈는 급여량의 차이 및 서비스 전달체계의 차이에서 기인되는 급여량 비형평성 이슈와 이용자 편의성 보장의 어려움으로 정리 할 수 있다. 2014년도 국가인권위원회회의에서 시행한 장애인활동지원제도 개선방안 연구에 의하면, 활동지원제도를 이용하던 장애인이 65세가 도래한 규모는 2011년 937명, 2012년 1,062, 2013년 1,281명으로 매년 약 1000여명의 고령장애인이 노인장기요양보험제도로 편입되고 있는 것으로 보고되고 있다. 현재는 65세가 넘으면 경제활동에 적극적으로 참여해야 하는 경제활동인구로 간주되기보다는 어르신으로서 건강하고 품위를 유지하는 삶을 영위하는데 초점을 두고, 65세 이상자에 대해

서 개인의 신변처리 등 일상생활 지원이 필요한 것으로 간주되어 노인장기요양보험제도가 적용되고 있고 65세 이상의 고령장애인에게도 같은 원칙이 적용된다(구철회 외, 2014).

또한 노인장기요양제도에서 등급외를 받는 고령장애인의 경우, 기존 활동지원제도와 동일한 급여량을 이용할 수 있도록 하고 있어 일반노인 및 65세 이후에 장애가 발생한 고령장애인의 제도 이용 패턴과 다른 방식의 제도 이용이 일어나고 있다. 이는 결국 급여량 형평성의 이슈를 야기하고 있다. 다시말하면, 일반적으로 비장애 노인은 등급판정에서 등급을 받게 되면 장기요양보험제도를 이용하도록 되어 있고, 등급외를 받게 되면 돌봄종합서비스를 이용하도록 되어 있지만, 활동지원제도를 이용하던 장애인의 경우, 노인장기요양보험제도 인정조사에서 등급외를 받게 되면 다시 장애인활동지원제도를 이용할 수 있게 되어 노인장기요양보험 이용자와 비교할 때 궁극적으로 더 많은 급여를 제공받을 수 있는 상황인 것이다. 이러한 상황이 돌봄 제도 간 부정합성으로 이해되고 있다.

[그림 2-5] 「장애인활동지원제도」와 「노인장기요양제도」 연계 현황



장애인에게 있어 돌봄지원서비스는 이들의 독립적인 일상생활 영위와 사회참여 및 자립을 위한 기본적인 지원으로서 고령장애인의 돌봄에 대한 욕구가 연령을 기준으로

급변하는 것도 아님에도 불구하고 제도적용이 달라지고 또한 제도 이용에 따른 급여량에 차이가 발생되고 있다(구철회 외, 2014; 윤상용 외, 2015). 또한 현재의 활동지원 제도는 활동보조인을 통한 신체수발과 가사지원서비스와 같은 재가서비스를 제공하고 있어 적극적인 케어서비스를 제공하지 못하기 때문에 장애인의 케어욕구 해결에는 부족하다는 지적도 있다(김찬우, 2010). 장애인활동지원제도는 현재 시설서비스를 포함하고 있지 못하고 있으며, 현재 대인서비스를 중심으로 한 (1) 활동보조, (2) 방문목욕, (3) 방문간호서비스를 제공하고 있다. 그러나 방문목욕과 방문간호서비스 이용은 매우 저조하며, 장애인활동지원서비스를 이용하는 이용자 대부분은 활동보조서비스만을 이용하는 경우가 많다. 2011년 장애인활동지원제도가 도입되었으나 현재까지 서비스 내용이 다양하게 확대되지 못하였으며, 장애인의 케어 욕구 해결에는 아직 제한적인 것이 사실이다.

특히나 활동지원제도를 이용하던 장애인이 노인장기요양으로 전환 시 급여량이 크게 감소하는 문제가 있어 서비스 연속성에 있어 문제가 제기되고 있다. 이러한 급여량의 차이는 활동지원의 경우 장애인의 사회활동참여와 자립생활의 지원을 목적으로 기본급여(인정등급) + 추가급여(사회 환경적 요인 고려)의 형태로 급여량이 산출되나, 장기요양의 경우 일상생활유지를 목적으로 하여 인정등급을 기준으로하는 기본급여만이 산출되어 급여량이 산출되기 때문이다. 둘째, 양 제도의 기본철학의 차이를 들 수 있다. 앞서 설명하였듯이, 장애인활동지원제도는 장애인의 일상생활 지원은 물론 사회참여 및 자립생활을 위한 목적으로 서비스를 제공하고 있기 때문에 급여량의 한도 내에서 활동보조, 이동지원과 같은 서비스를 자신의 원하는 만큼 이용할 수 있으나 장기요양의 방문요양은 개인생활 유지(일상생활지원)의 측면만을 지원하기 때문에 하루에 최대 4시간으로 정해져 있어 병원이용이나 사회참여를 위해 노인장기요양보험제도를 이용할 수 없고, 설사 이용하려고 하더라도 서비스 이용시간에 제약이 발생할 수밖에 없다. 셋째, 본인부담금 수준에 있어서도 차이가 발생되고 있는데, 장애인활동지원제도의 경우 전국가구평균소득을 기준으로 하여 기본급에 대한 본인부담금은 가구 평균소득에 비례하여 6%~15% 수준으로 부과하고 있으며(기초수급자는 본인부담금 면제, 차상위계층은 월 2만원 정액), 추가급여의 경우 본인부담금은 2%~5% 수준으로(기초수급자 및 차상위계층은 면제) 부과하고 있다. 반면에 노인장기요양보험제도에서의 본인부담금은 재가서비스의 경우 전체비용의 15%, 시설서비스의 경우 20%를 이용자가

일괄 부담하도록 하고 있어 본인부담금 수준에 있어 차이가 발생하기 때문에 이러한 차이를 고려한 제도 개선이 요구된다.

제2절 최근 사회서비스 관련 제도 동향

앞서 설명하였듯이, 고령장애인 관련 돌봄 제도는 사회서비스 형태로 운용되고 있는 장애인활동지원제도와 보험형태로 운용되고 있는 노인장기요양보험이 있다. 양 제도는 거시적인 개념으로서 제도의 궁극적인 방향성을 ‘돌봄’ 제도로 볼 수 있으나 제도의 성격에는 차별적인 부분이 존재할 수 밖에 없다. 따라서 본 연구에서는 장애인활동지원제도의 운용형태인 사회서비스의 최근 동향을 살펴보고, 노인장기요양보험과 같은 대표적인 돌봄제도의 최근 동향을 살펴보고 현행 돌봄제도의 개편 방향의 거시적 방향성을 고민해 보고자 한다.

1. 사회서비스 정책의 변화: 서비스 공급부분의 효율화 및 이용자 권한의 확대

전 세계적 사회서비스 정책에서 두드러지게 나타나고 있는 변화의 줄기는 서비스 공급부분의 효율화의 강화와 서비스 이용자의 권한 확대로 요약할 수 있다. 이는 ‘서비스 통합’이라는 포괄적 용어로 개념정의 할 수 있으며, 이에 대한 구체적 변화의 경향을 (1) 전달체계 및 제도 통합 등 공급자 측면과 (2) 서비스 이용과정에서의 이용자 권한 확대 등 이용자 측면에서 나타난 변화를 중심으로 살펴보고자 한다. 최근 OECD국가에게서 나타나는 공통적으로 특징은 저성장 탈산업 사회라는 사회경제체제의 고착과 이러한 환경에 의한 고용불안정 및 실업을 증가로 대표되는 노동시장의 위기, 인구고령화 및 여성의 경제활동 증가, 그리고 빈곤과 사회적 배제의 확대라 할 수 있다. 이러한 경제사회적 변화의 모습은 국가적 차원의 복지 수요 증가에의 대응은 물론 복지 재정을 압박하는 요인으로 작용하고 있다. 따라서 막대한 재정이 투입되는 공공복지서비스의 효과성과 효율성 제고의 측면이 점차 강조되고 있고, 이에 대한 정치적 압력도 날로 커지고 있는 상황이다. 또한 인권 및 소비자 주권의 확대는 복지서비스가 기획되고 제공되는 전 과정에서 ‘이용자의 참여 확대’의 가치를 반영하는 것이 복지국가의 핵심 과업으로 강조되고 있다. 즉, 재정의 압박과 복지수요의 증대라는 거시적 환경 변화

속에서 복지운용의 효과성과 효율성을 제공하고, 동시에 서비스 제공에 있어 이용자 중심의 가치를 더욱 정교하게 구현해야 하는 과업에 직면해 있는 것이다. 이에 직면한 OECD 국가들의 대응 중 하나가 ‘서비스 통합(integrating services)’이라 할 수 있다.

서비스 통합이란 간단히 정의하면, 서비스 이용자 또는 제공자의 편익을 위해 다양한 복지서비스를 결합하는 것을 말하며, 보다 구체적으로는 “재정, 행정, 조직, 서비스 전달 등의 영역에서 다양한 부문들간 연계, 조정, 협력을 가능하게 하는 방법 및 모델”로 정의 될 수 있다(Kodner and Spreeuwenberg, 2002). 즉, 이러한 서비스 통합은 서비스 접근 및 서비스 이용에 기여할 뿐만 아니라 새로운 사회적 위험에 대한 대응, 예방의 중요성 증대 및 갈수록 복잡해져가는 서비스 간 조정의 필요성에 대한 해답을 제공할 수 있다는 방안이라는 점에서 OECD 국가들로부터 환영받았으며, 제도간 연계를 통한 서비스 효과성 제고의 노력으로 복지재정의 효과성을 담보할 수 있다는 점에서 널리 확산되고 있는 추세라 할 수 있다.

서비스 통합이 서비스 효과성을 제고하고 재정 절감을 유도하기 위한 대안으로 적용된 대표적 예시가 선진국의 고용정책과 저소득계층에 대한 사회정책의 연계 및 조정이다. 전통적 실업보호체계는 일시적 남성 생계부양자에 대한 실업보험과 근로무능력자(실업보험이 없는 비경제활동 여성, 아동, 노인, 장애인)에 대한 사회부조로 구분되는데, 두 부문 간 서비스 통합은 근로연령대에 있는 모든 현금급여 수급자에 대한 구직활동 조건부 급여, 근로활동을 지속하도록 하기 위한 인센티브 또는 디스인센티브의 도입, 새로운 위험 집단에 대한 서비스 확대(교육, 재활, 심리상담, 주간보호 등)등의 형태로 등장하였다. 이러한 서비스 통합의 과정에서 공적 고용서비스를 담당하는 기관이 다른 정부기관과 긴밀한 협력을 유지해야 함은 기본적 전제가 되었다(OECD, 2012).

2. 서비스 공급자 측면에서의 공공 전달체계의 통합

일반적으로 공공 전달체계의 통합은 (1) 수직적 통합과 (2) 수평적 통합으로 구분된다. 수직적 통합이란 “서열적 혹은 위계적으로 연결되어 있는 체계의 부문들을 통합하는 것”(England and Lester, 2005)이고, “다양한 서비스 세팅내에서 관리운영과 재원의 위계를 통합하는 것”(OECD, 2015)을 의미한다. 즉, 수직적 전달체계의 통합은

제도의 효율성과 비용 절감을 위한 필수적인 요소라 할 수 있다. 반면, 수평적 통합은 중복의 불이익(차별)과 복합적 욕구를 지니고 있는 서비스 이용자를 위해 다양한 부문들 간에 나뉘어져 있는 서비스, 전문인력 및 조직을 통합하는 것을 의미하며, 이러한 수평적 통합은 국가, 광역자치단체, 기초자치단체 또는 서비스 전달의 모든 단계에서 나타날 수 있다(OECD, 2015).

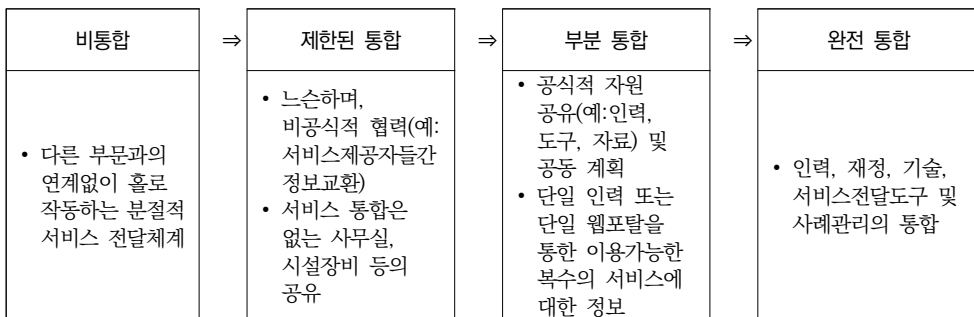
〈표 2-5〉 수직적 통합 및 수평적 통합의 예

구분	중앙정부	지방정부
수직적 통합	정부간 협력을 증진시키는 강력한 관리 인센티브	
수평적 통합	노동부와 복지부의 통합	지역 고용서비스기관, 사회서비스기관, 현금급여기관의 통합(원스탑샵)

자료: Ditch and Roberts(2002).

이러한 서비스 통합을 제도에 연결시킬 때, 보편적인 전략은 없으며, 조직간 관계의 측면에서 서비스 통합을 연속성을 가진 개념으로 인식하기도 한다(KPMG, 2015).

〈표 2-6〉 서비스 통합의 연속성



자료: KPMG, 2015

1) 일반 사회복지전달체계에서의 서비스 통합

OECD(2015)는 최근 회원국들에서 시도된 서비스 통합의 사례를 소개하고 있는데, 중앙정부, 지방정부 및 지역의 일선 전달체계에서의 협력 강화를 위한 새로운 서비스 셋팅과 인센티브를 도입한 수직적 통합의 사례로서 덴마크, 독일, 이탈리아를 소개하고 있으며, 서비스의 효율성을 제고하고 복합적 욕구를 가지고 있는 이용자의 서비스 접근성과 서비스 이용을 촉진하기 위해 윈스탑 진입 및 사례관리체계를 구축하는 수평적 통합의 사례로 고용서비스와 현금급여를 통합한 핀란드, 독일, 영국을 그리고 모든 시민을 대상으로 소득보장과 고용서비스 및 사회서비스의 모든 서비스의 단일 진입 포인트를 구축한 오스트리아와 노르웨이를 소개하고 있다.

〈표 2-7〉 OECD 국가의 서비스 통합 사례

수직적 통합	수평적 통합	
	고용센터와 지방정부의 협력 (장기실업자 대상)	모든 시민 대상의 소득보장, 고용서비스, 사회서비스의 통합
덴마크, 독일, 이탈리아	핀란드, 독일, 영국	오스트리아, 노르웨이

자료: OECD(2015)를 재구성.

2) 장애인복지전달체계에서의 서비스 통합

그렇다면, 고용정책의 영역에서 일어나고 있는 서비스 통합의 논의를 장애인복지전달체계에 적용시켜 보면 크게 (1) 소득지원, (2) 고용서비스(직업재활서비스), (3) 사회서비스로 구분할 수 있으며, 이러한 개별 국가별 정책의 발전은 각 국의 고유한 사회정책적 전통 및 사회경제 체제에 기인한 바가 크다고 할 수 있으므로 그러한 부분을 고려하되, 장애인복지 전달체계 내 각 영역이 장애인을 포함한 모든 시민을 대상으로 한 전달체계(보편형)인지 아니면 장애인만을 대상으로 한 전달체계(특수형)인지를 기준으로 구분하여 이들 국가의 소득지원, 고용서비스 및 사회서비스 영역별 서비스 통합 노력의 모습을 확인하고자 하였다.

분석 결과, 영국과 호주는 장애인을 포함한 모든 시민을 대상으로 한 소득지원과 고

용서비스를 갖추고 전달체계를 통합한 ‘보편형·부분 통합형’ 국가로 구분할 수 있으며, 노르웨이는 모든 시민을 대상으로 소득지원과 고용서비스, 사회서비스 전달체계를 통합한 ‘보편형·완전 통합형’ 국가로 구분할 수 있다. 반면, 미국은 모든 시민을 대상으로 각 정책 영역의 전달체계가 모두 독자적으로 운영되고 있는 ‘보편형·분리형’ 국가로 분류할 수 있으며, 우리나라의 경우에는 모든 시민을 대상으로 소득지원과 사회서비스의 전달체계를 통합한 ‘보편형·부분 통합형 국가’로 분류할 수 있다. 프랑스의 경우는 유일하게 장애인만을 대상으로 모든 정책 영역의 전달체계를 통합하여 운영하고 있는 ‘특수형·완전 통합형’ 국가로서 유사 사례를 찾기 어려운 독특성을 지니고 있는 것으로 분석되었다.

〈표 2-8〉 주요 선진국의 장애인복지전달체계에서의 서비스 통합

구분		소득지원	고용서비스	사회서비스	유형	
					보편형 VS 특수형	통합형 VS 분리형
영국	부처	Department of Work and Pension	Department of Work and Pension	Department of Health	- 보편형 전달체계 ※ 소득지원의 경우, 특수형 전달체계 추가 운영	[2원 전달체계] - 소득지원고용서비스 통합형 - 사회서비스 분리형
	일선	- Jobcentre Plus offices - Disability Benefit Centre	Jobcentre Plus offices	Local office of the social services department		
미국	부처	Social Security Administration	Department of Education	Department of Health and Human Services	- 소득지원사회서비스: 보편형 전달체계 ※ 소득지원의 경우, 전문 장애판정기구 설치 - 고용서비스: 특수형 전달체계	[3원 전달체계]
	일선	Social Security Administration Field office	Vocational Rehabilitation Agency	Local Health and Human Services Offices		
호주	부처	Department of Social Services	Department of Social Services	Department of Social Services	- 소득지원고용서비스: 보편형 전달체계 - 사회서비스: 특수형 전달체계	[2원 전달체계] - 소득지원고용서비스 통합형 - 사회서비스 분리형
	일선	Centrelink	Centrelink	National Disability Insurance Agency		
노르웨이		Ministry of Labour	Ministry of Labour	Ministry of Health and Care Services	- 보편형 전달체계	[1원 전달체계]

구분	소득지원	고용서비스	사회서비스	유 형	
				보편형 VS 특수형	통합형 VS 분리형
이	NAV(The Norwegian Labour and Welfare Administration) office	NAV(The Norwegian Labour and Welfare Administration) office	NAV(The Norwegian Labour and Welfare Administration) office		
프랑스	Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale(연대·사회 통합부)	Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé(고용·노동·보건부)	Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale(연대·사회 통합부)	- 특수형 전달체계 ※장애연금은 사회보험(전달체계에서 별도 운영)	[1원 전달체계]
	일선 MDPH	MDPH	MDPH		
우리나라	부처 보건복지부	고용노동부 보건복지부	보건복지부	- 보편형 전달체계 ※ 고용서비스의 경우, 특수형 전달체계 추가 운영	[2원 전달체계] -소득지원사회서비스 통합형 - 고용서비스 분리형
	일선 - 시군구 복지전달체계 - 국민연금공단	- 고용센터 - 장애인고용공단 - 시군구 복지전달체계	- 시군구 복지전달체계 - 국민연금공단		

현재의 상이한 장애인복지전달체계를 구축하게 된 맥락에 대한 이해는 외국 사례 분석에 기반하여 정책적 시사점을 도출하고자 할 때 놓쳐서는 안 될 요소라 할 수 있다. 예컨대 프랑스가 장애인만을 대상으로 이들의 모든 욕구에 대응하는 공적 서비스 진입 체계로서 MDPH를 운용할 수 있었던 것은 다른 국가에 비해 강력한 중앙집권의 역사와 전통을 지니고 있는 프랑스의 고유한 경험이 반영된 측면이 크다고 할 수 있다. 또한 영국에서 소득보장과 고용서비스가 통합된 전달체계로서 Jobcentre Plus가 설치되고 장애급여와 고용서비스의 적극적인 연계가 시도되고 있는 것은 영국의 고용시장 자체가 진입과 퇴출이 유연한 구조를 지니고 있다는 점도 한 배경으로 작용했다고 볼 수 있다.

이러한 외국 사례 분석을 통해 얻을 수 있는 우리나라 장애인복지 전달체계의 발전을 위해 얻을 수 있는 강력한 함의는 현재 분절적으로 작동하고 있는 장애인 대상의 소득보장, 고용서비스 및 사회서비스의 통합의 필요성이라 할 수 있다. 즉, 한정된 재정의 효율성과 서비스 이용자의 만족도 제고를 위한 효율적인 방안으로서의 전달체계의 통합 노력이 요구된다 할 수 있다. 또한 최근 몇 년간 전체 사회복지전달체계의 관점에

서 욕구사정체계의 통합 및 사례관리가 핵심적인 요소로 부각되면서 지역복지전달체계 개편 사업이 추진되어왔고 일정 수준 그 기능이 구현되고 있지만, 장애인복지전달체계에서 발생하고 있는 문제들에 대응하기에는 여전히 한계가 있는 것이 사실이다. 따라서 시군구 복지전달체계의 개편 등의 소극적인 접근이 아닌 기존의 전달체계를 공간과 기능의 차원에서 완전히 통합하는 혁신적인 접근을 고민할 필요가 있어 보인다. 앞서 살펴본 영국, 프랑스 및 노르웨이의 사례는 모두 이러한 혁신적인 차원의 개편을 이루어냈으며 그 결과 일정한 성과를 가져왔다고 평가된다.

또한 사회서비스 통합과 이를 가능하게 하는 표준화된 욕구사정체계의 구현을 고민해 볼 수 있다. 현재의 우리나라 장애인복지전달체계에서 가장 분절성이 높은 것은 사회서비스라고 할 수 있는데, 앞서 살펴 본 영국과 프랑스를 비롯하여 대부분의 주요 선진국들은 개인의 포괄적 욕구 사정에 기초하여 필요한 서비스 제공량을 산출하고 이를 이용자의 선택에 따라 자유롭게 이용하거나 구매할 수 있도록 하는 통합적 욕구사정체계를 구축하고 있는 반면 우리나라의 경우에는 개별 단위의 서비스가 서비스 제공기관을 중심으로 매우 기초적인 수준에서 욕구사정이 이루어지고 있는 한계가 있다.

3. 서비스 공급자 측면에서의 제도 통합

제도 통합은 공공 전달체계 통합의 이상적 형태로서 ‘one stop shop’의 효율성을 극대화하기 위해서 당연히 수반되어야 하는 프로그램(제도)의 통합을 의미하는 것이다. 보다 구체적으로 살펴보면, 공급기관별 혹은 서비스 영역별로 분화되어 있던 개별 서비스를 단일 서비스로 통합하여 이용자의 특성과 맥락을 고려하여 유연하게 이용할 수 있도록 제도를 통합하고 개편하는 것을 뜻한다. 제도 통합의 구체적인 사례로 영국, 미국, 호주, 프랑스, 일본 등 주요 선진국의 거주시설 입소, 활동지원, 장애인보조기구 지원, 주택개조 등 다양한 서비스 이용이 ‘포괄적 사회서비스 제도’ 내에서 운영되는 것을 확인 할 수 있다. 이들 국가의 제도명, 서비스 대상, 주요 서비스 내용 및 전달체계 등을 중심으로 포괄적 사회서비스 제도의 개요를 살펴보면 다음의 표와 같다.

〈표 2-9〉 주요 외국의 장애인 대상 사회서비스 제공 체계 비교

구분	주요 제도(법)	서비스 대상	주요 서비스 내용	주요 서비스 전달체계
영국	지역사회보호 (Community Care) 아동서비스 (Children Act)	노인, 장애인, 아동	생활시설입소, 케어서비스, 고용지원서비스, 장애아동서비스 등	①관리기구: 지방정부 지역사회서비스사무소 ②자격요건: 사회복지사(또는 케어매니저)가 의학적 정보, 욕구기능상태 결과 및 장애인과의 면담을 통해 결정, Care Plan에 의해 서비스 제공 ③서비스 공급자: 민간 비영리 또는 영리기관
미국	Medicaid 재가 및 지역사회서비스(Med icaid Home and Community Based Services)	노인, 장애인	활동보조서비스, personal care 서비스, 가정 간호 서비스 등	①관리기구: 지방정부 지역보건복지사무소 ②자격요건: 소득이 일정 수준 이하인 자 중 서비스 영역별로 욕구가 있다고 인정되어야 함. ③서비스 공급자: 민간 비영리 또는 영리기관
호주	국가장애보험(Natio nal Disability Insurance Scheme)	노인, 장애인	가정 지원, 사회적 지원, 간호, 연대 의료 보호, 개인적인 치료/도움, 식사 및 기타 음식 서비스, 임시 위탁 보호, 사례관리, 주택관리와 개조, 교통/이동, 상담, 재활보조기구 지원 등	①관리기구: 국가장애보험청(National Disability Insurance Agency) ②자격요건: 종합적인 사정 실시 ③서비스 공급자: 민간 비영리 또는 영리기관
프랑스	장애보상급여(PCH)	장애인	생활시설입소, 주간보호서비스, 활동보조서비스, 주택개조, 재활보조기구 등	①관리기구: 지방정부 MDPH ②자격요건: 종합사정팀의 사정에서 서비스 영역별로 욕구가 있다고 인정되어야 하며, 생애프로젝트(Life project) 수립. ③서비스 공급자: 민간 비영리 또는 영리기관
일본	장애인종합지원서비 스	장애인	개호급부(홈헬퍼, 단기입소, 요양개호, 생활개호 등), 훈련등급부(자립훈련, 취로이행지원 등), 지역생활지원사업(이동지원, 지역활동지원서비스)	①관리기구: 구시정촌 ②자격요건: 욕구판정표(106개항목)에 의거 서비스 욕구가 있다고 인정되어야 함. ③서비스 공급자: 민간 비영리 또는 영리기관

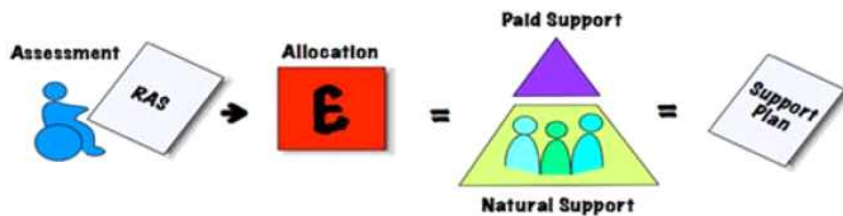
- 자료: 1) 김영순 외, 복지국가유형별 사회서비스의 발전과정과 시사점, 보건복지포럼 Vol. 125(2007. 3)
 2) 변용찬·윤상용 외, 중증장애인 활동보조서비스 수급실태조사, 한국보건사회연구원, 2007.
 3) 김용득, 영국 사회복지서비스의 구조와 서비스 질 관리 체계, 보건복지포럼 Vol. 125(2007. 3)
 4) 윤상용, 프랑스의 장애판정 및 복지욕구 평가 체계, 미발간자료.
 5) The National Board of Health and Welfare, Social services in Sweden - an overview 2003 (2003).
 6) <http://www.health.gov.au/internet/wcms/Publishing.nsf/Content/hacc-index.htm>

4. 이용자 권한 확대

앞서 설명하였듯이 ‘서비스 통합’의 구체적 변화의 경향은 (1) 전달체계 및 제도 통합 등 공급자 측면과 (2) 서비스 이용과정에서의 이용자 권한 확대 등 이용자 측면으로 나눌 수 있고, 이용자 참여 및 권한의 확대는 최근 사회서비스의 가장 핵심적인 기조로 설명되어 지는 특징이라 할 수 있다. 즉, 서비스 이용자의 참여 및 권한의 확대를 위한 구체적인 전략으로서 사회서비스에 투입되는 공적 재원을 서비스 제공기관이 아닌 바우처와 현금급여 등의 형태로 서비스 이용자에게 배분하는 이용자 재정 지원의 확대가 정책의 방식으로 고민되고 있으며, 이러한 이용자 재정 지원 확대의 가장 진전된 방식으로 개인예산(personal budget)제도가 있다. 개인예산은 개인의 욕구와 시간의 흐름에 따른 변화된 욕구 사정에 기반한 개별화된 자금 체계로, 개인이 구매하고자 하는 서비스를 결정하도록 도와주는 서비스 이용자들에게 할당된 자금의 양을 의미한다. 주요 선진국에서 실시하고 있는 개인예산제도의 공통적 특징은 다음과 같다. 첫째, 서비스제공자 혹은 다른 전문가들이 아닌 개인에 의한 결정, 둘째 개인에 의해 직접적으로 지불, 셋째 집단세팅이 아닌 개인에 기초한 일대일로 제공, 넷째 개인의 변화된 욕구와 바람에 유연하고 민감하게 적용, 다섯째 매우 특정한 욕구와 바람을 충족시킬 수 있도록 자원의 넓은 범위와 유형을 포함, 여섯째 단일 서비스 제공자가 제공할 수 있는 것에 의해 제한되지 않음, 일곱째 구체성의 정도가 높다.

[그림 2-6] 개인예산 제공 절차

Figure 1: Stages involved in the provision of a personal budget



자료: NDA. (2012). The Transition to Personal Budgets for People with Disabilities: A Review of Practice in Specified Jurisdictions.

대체로 ‘개인예산’은 위의 그림에서 보는 바와 같이 일반적인 자원할당을 결정하는 욕구사정체계를 기반으로 자금의 양이 결정되며, 이 자금은 서비스 구매를 위한 바우처 혹은 장애인 혹은 친구, 가족, 가까이에 있는 네트워크에 직접 지불이 가능하다. 또한 개인예산의 실행은 서비스 전달과정에서의 비용효과와 서비스 이용자 선택에 의한 서비스 제공을 통해 개인의 책임, 독립성, 능력, 적응유연성을 증진시킬 수 있다는 강점도 가진다.

개인예산제도는 현재 20여개 국가에서 실시되고 있는데(이동석, 2015), 주요 국가들이 운영하고 있는 개인예산제도를 서비스 이용자, 전문가, 서비스 제공기관 및 공적 재정부담기관 등 주요 이해관계자들에게 부여된 선택과 통제 수준의 차이에 따라 다양한 전달체계의 모델이 존재하는데 이는 크게 세 가지 모델로 대별된다. 각 모델의 특징과 장단점을 살펴보면 다음과 같다(NDA, 2012).

① 전문가 모니터링 모델(Professional monitored mode)

서비스 이용자들은 공인된 계획 돌봄에 따라 모니터링에 책임이 있는 케어매니저 혹은 코디네이터로부터 위임된 지침을 받는다. 사회복지사, 간호사와 같은 의료전문가들이 사정과 돌봄 계획 과정의 중요한 역할을 하는 경향이 있다.

② 전문가 지원 모델(Professional assisted model)

서비스 이용자들은 자금을 받거나 지원과 돌봄을 조직하는 케어 매니저/코디네이터/브로커 등으로부터 지원을 받는다. 전문가/기관/브로커는 노동자의 고용, 스케줄, 슈퍼비전, 종료에 따른 의사를 결정한다.

③ 이용자 주도 모델(Service user directed model)

서비스 이용자 지향 모델에서 서비스 이용자들은 욕구의 사정과 차후 돌봄 계획에 기초한 주기적인 현금급여를 받는다. 서비스 이용자들은 그들의 욕구와 돌봄 계획의 목적을 충족하기 위해 적절하다 생각되는 어떤 서비스나 재화를 구매하기 위한 측면에서 넓은 재량권을 가진다.

이러한 특징들을 살펴보았을 때, 장애인복지정책의 서비스 제공에 있어 개인예산 방식으로의 전환은 재정적, 정책적 그리고 실천적 이슈들의 복잡성을 보여주며, 더불어 하나의 개인예산 모델이 모든 서비스 이용자들에게 해결책을 제공할 수 없다는 것을 보여주기도 한다.

〈표 2-10〉 개인예산제도 모델별 강점과 제한점

Professional monitored model	Professional assisted model	Service user directed model
<p>강점:</p> <p>사정, 명확한 자격요건과 재정지원 혜택, 조언과 지원, 모니터링, 책임, 품질 통제</p>	<p>강점:</p> <p>개인중심, 능력형성(가족, 지역사회), 주 서비스에의 접근, 옹호</p>	<p>장점:</p> <p>선택, 통제, 독립성, 유연성, 지원과 돌봄 서비스의 접근</p>
<p>제한점:</p> <p>제한적, 강압적(intrusive), 덜 유연한, 전문적 개입의 수준, 자금의 다른 자원에 대한 제한된 접근</p>	<p>제한점:</p> <p>전문적 서비스와 자원의 유용성, 전문적 개입의 정도</p>	<p>제한점:</p> <p>제정책임성, 지원, 옹호, 지능(mental capacity)과 지적능력, 돌봄 전문가와 시장의 민감성, 품질 통제</p>

자료: NDA. (2012). The Transition to Personal Budgets for People with Disabilities: A Review of Practice in Specified Jurisdictions.

5. 서비스 통합의 성과

서비스 통합의 성과를 규명하고자 한 일련의 연구들에 따르면, 서비스 통합은 맞춤형 서비스 제공, 유연하고 반응적인 정책 조정, 기관 간 지식·경험·자원의 공유를 통한 비용 효과성 및 효율성 제고, 서비스 통합에 참여하는 조직과 인력의 역량 강화 및 혁신 등의 성과를 창출한 것으로 나타났다(OECD, 2015). 한편 KPMG(2013)는 서비스 통합의 성과를 서비스 제공자 측면과 서비스 이용자 측면으로 구분하여 다음의 〈표 2-11〉과 같이 상세히 기술하였다.

〈표 2-11〉 서비스 통합의 성과

구분	성과	내용
서비스 제공자 측면	역량 강화 및 서비스 목적 달성 가능성 제고	<ul style="list-style-type: none"> • 이용자 신원 확인 및 관류 서류의 진위 검증 등의 중복적 행정 절차를 줄이고 재정과 인력을 재분배함으로써 서비스의 목적 달성 가능성 제고 • 서비스 제공자의 직무만족도 높아짐
	서비스 계획 및 시스템의 개선	<ul style="list-style-type: none"> • 서비스 제공기관 및 프로그램간 정보공유를 통해 서비스 이용 패턴, 성과 및 이용자 욕구에 대한 이해가 제고 • 자료 분석을 통해 자원 할당의 효율성이 제고되며, 부정수급과 절차적 오류를 감지할 가능성이 높아짐
	위기개입 서비스의 수요 감소	<ul style="list-style-type: none"> • 더 신속하고 조정된 지원을 통해 이용자의 상태를 안정화 • 이로 인해 높은 비용이 요구되는 위기 개입 서비스 욕구 감소
서비스 이용자 측면	접근성 제고	<ul style="list-style-type: none"> • 원스탑센터, 온라인포탈 통합, 서비스제공기관간 공식적 네트워크 구축을 통해 이용자의 서비스에 대한 접근성 제고 • 필요로 하는 서비스 접근에 대한 이용자의 혼란 및 불편 감소
	통합적 맞춤형 지원	<ul style="list-style-type: none"> • 사례관리자의 데이터베이스 공유를 통한 이용자 정보 및 욕구에 대한 총체적 이해 가능 • 사례관리자(팀)에 의한 이용자의 욕구를 충족할 수 있는 다양한 지원의 조정 • 서비스 결정 및 제공과정에서 이용자의 참여 확대
	신속한 서비스	<ul style="list-style-type: none"> • 통합적 욕구사정을 통해 서비스 제공 시간 감소 • 정보 접근성 제고로 인한 사례관리자의 신속한 결정 가능
	성과 및 만족도 개선	<ul style="list-style-type: none"> • 개입의 연속성과 조정의 개선으로 인해 이용자 성과의 개선 • 서비스 제공자와 이용자간 새로운 관계 형성을 통해 서비스 접근과 이용자 만족도 개선

자료: KPMG(2013).

제3절 좋은 돌봄과 지역사회 돌봄

1. 고령자돌봄에 대한 다차원적 정의

본 연구의 주된 대상은 고령장애인이다. 즉, 노인이며 동시에 장애인이라는 공통의 특성과 욕구를 공유함으로 기본적으로 이들에 대한 돌봄제도의 개편과정에서는 고령자에 대한 돌봄의 철학과 문화 그리고 정책적인 상황 등의 다차원적 검토 및 이해가 필요하다.

Fisher and Tronto(1990)는 돌봄에 대해서 “돌봄이란 우리의 세상을 바로잡고 지속시키고 유지시키기 위해 우리가 하는 모든 것을 포함하는 활동으로 간주되어야 한다. 여기서 이 세상은 우리의 몸, 자아, 환경, 그리고 복합적이며 생명 유지를 위한 그 물망으로 엮을 수 있는 모든 것을 포함 한다”(Tronto, 1993: 103; Fisher and Tronto, 1990: 40)라고 정의하였다. 이 같은 광의의 정의는 현행 돌봄 정책에서의 ‘돌봄’에 대한 정의를 탐색하는 시작점이 될 수 있다. 또한 Kittay,(1999)는 돌봄을 특정 의존집단에 한정된 욕구가 아니라 인간 누구나가 초기 양육기, 질병, 장애, 노령 등 지속적인 생애 과정에서 경험하는 보편적이고 본질적인 욕구로 이해하였다(Kittay, 1999). 따라서 돌봄이란 인간 자체가 독립적인 존재라기보다는 돌봄을 매개로 한 상호 의존적이고 관계적인 존재라는 전제를 강조한다. 이 외에도 돌봄은 스스로 자신을 돌볼 수 없는 사람을 돌보는 행위, 사회구성원의 유지 및 재생산을 위해 요구되는 사회적 활동이자 필수적인 노동(Daly& Rake, 2002)으로 정의되기도 하며, 일상적인 사회적, 심리적, 정서적, 신체적 돌봄의 영역을 포함하는 다차원적 개념(Knijin& Kremer, 1997)으로 이해되기도 한다. Daly(2002)는 돌봄은 사회 내 여성의 지위, 권력과 물질적 재화와 분배, 공공정책의 역할이 연결되는 문제로 보고 특히 ‘돌봄노동’은 신체적, 물리적 노동뿐 아니라 정서적, 감정적 노동이며, 여기에는 또한 윤리적, 도덕적 문제까지 포함되는 개념이라고 정의한 바 있다.

따라서 일상적인 의미의 ‘돌봄’은 돌봄 노동의 특수한 맥락에서 주고받는 사람들 간의 감성적, 정서적 관계 속에서 이루어지고, 노동이지만 대부분의 다른 노동처럼 기계로 대체할 수 없는 노동 이상의 어떤 것, 더 정확히는 ‘돌봄 관계’로 정의되어야 한다는 주장도 있다(Held, 2006). 따라서 돌봄에서 중심적인 요소는 느낌, 욕구, 욕망, 돌봄을

받는 사람의 사고, 돌봄을 받는 사람의 관점에서 상황을 이해하는 기술에 대한 관심이 라고 볼 수 있다.

반면 돌봄을 일종의 부담(burden)으로서 의무와 헌신의 성격 역시 지니고 있다고 하기도 한다. 돌봄은 타인에 대한 관심과 타인의 욕구를 수용하는 것에서 시작하기 때문에 제공자와 수혜자의 권력관계 속에서 타자지향성이 타자종속성으로 변질될 수 있고, 일방적인 타자의존성이나 타자에 대한 지배가 발생할 수 있어 돌봄이 내재적인 모순성을 극복하고 상호 의존적인 것이 되려면 당사자 간 권력의 불평등성에 대한 성찰이 필요하다고 할 수 있다(Tronto, 2006; Kittay, 2002; 마경희, 2008). 이러한 돌봄은 최근 ‘돌봄의 사회화’라는 현상을 통해 다음과 같이 변화하고 있다. 첫째, 돌봄은 더 이상 사적인 영역에서만 이루어지는 것으로 보기 어려우며, 보다 넓은 맥락에 위치시켜야 하고, 돌봄을 보다 공적인 문제로 인식하고 문화적 맥락에서 파악하여야 한다는 것으로 변화하고 있다. 또한 돌봄의 구체적 욕구와 돌봄 방식을 중심으로 돌봄 당사자와 돌봄 제공자의 지속적인 상호작용을 통하여 돌봄의 구체적 내용을 구성해 나가야 한다는 점이 강조되고 있다.

그렇다면 노인 돌봄은 어떻게 정의될 수 있을까? 노인 돌봄이란 스스로를 돌볼 수 없는 인생 노령기에 집중된 신체적, 정서적, 심리사회적 지원을 의미하며 전통적으로 가족에 의한 비공식적 돌봄(informal care)이 주된 특징이었으나, 국가나 시장, 지역 사회의 민간단체를 통한 공식적 돌봄(formal care)이 점차 확대되고 있는 것으로 이해할 수 있다. 이러한 경향은 서구사회의 오랜 경험 속에서 입증된 사실로서 공적 돌봄이 가족 돌봄을 충분히 대체하지 못하는 한계는 존재하고 따라서 가족 돌봄과 공적 돌봄의 적절한 역할 분담이 중요한 정책적 과제가 되고 있다(공선희, 2008).

2. 좋은 돌봄에 대한 담론들

돌봄의 사회화 현상의 산물로 공적 제도가 실행됨에 따라 노인 돌봄의 영역에서 서비스 질과 관련된 ‘좋은 돌봄’에 대한 논의가 활발해지고 있다. 기존의 가족 중심 돌봄이 공적 돌봄으로 대체됨에 따라 가족을 대체하는 ‘돌봄인력’의 등장과 이들이 제공하는 돌봄의 행위와 관련된 ‘서비스 질’에 대한 관심이 높아지고 가족과의 비교가 가능해졌기 때문이다. 좋은 돌봄에 대한 이해는 시대나 나라에 따라 다를 수 있지만 시장화·

상품화가 강조되는 사회적 돌봄을 ‘좋은 돌봄’으로 전환해야 함을 주장하는 연구자들은 공통적으로 여전히 가족 같은 돌봄을 강조하고 있다. 즉, 사회적 돌봄이라고 하더라도 가족에 의한 사적 돌봄과 유사할 때 좋은 돌봄이 될 수 있다는 입장이다(오세근, 2011). 최근 돌봄 관련 연구들은 좋은 돌봄이란 돌봄 제공자와 돌봄 수용자의 우호적 관계가 증진되고 돌봄과 관련된 다양한 선택권을 행사할 수 있을 때 좋은 돌봄으로 의미를 규정한다(Brechin, 1998; 최희경, 2009:재인용 238). 또 공적 돌봄에서 돌봄 수용자와 제공자 간의 의사소통, 친밀성, 개별적 대우, 인간적 관계, 돌봄 대상자의 상황과 특성을 고려한 서비스 등이 가족과 같은 좋은 돌봄을 형성할 때 이를 좋은 돌봄으로 간주한다(Stone, 2000). 따라서 좋은 돌봄 담론을 형성하는 중추적 개념은 대상자의 욕구와 특성, 서비스 제공자와 수용자의 정서적 유대, 서비스 이용자의 삶의 질, 사회적 지원망에의 선택권으로 볼 수 있다.

좋은 돌봄에 대한 다른 차원의 논의는 돌봄 주체와 서비스 전달체계의 선택에 이론적 관점을 제공하는 ‘전문가주의’와 ‘당사자주의’의 관점에서 나타나고 있다(석재은, 2006a). 즉, 좋은 돌봄을 전문가가 평가할 수 있다고 보는 전문가주의적 입장과 돌봄을 받는 당사자의 평가가 중요한 것이라고 보는 당사자주의 입장이 대립되고 있다는 점임. 과거 공적 복지 서비스의 확대에 따라 지나친 공적 개입, 전문가주의, 서비스 표준화의 강조는 최근 공적-민간 자원의 적절한 혼합, 전문가와의 일반인의 균형, 지역적 특성과 국가적 표준화간의 갈등, 법적 결정과 개인적 결정의 양자 존중 등이 강조되는 흐름으로 변화되고 있다. 따라서 전문가주의위주의 공적 제도 방향이 점차 당사자 중심으로 강조되고 있다(김찬우·박연진, 2014). 그러나 이미 돌봄이 공적 제도화된 상태에서 지나친 자기결정권만 강조하는 소비자주의는 서비스 시장화에 기반을 둔 돌봄 제공자로부터 질 높은 돌봄 당사자 주권을 보장받기 어려울 수 있는 한계도 있다.

따라서 돌봄은 돌봄 당사자와 돌봄 제공자 서로에게 강제가 되기보다는 선택이 될 수 있어야 하며, ‘진정으로 돌보고 싶다’라는 도덕적 인식이 돌봄 제공자에게 충분히 전제되어야 한다. 그러나 돌봄의 상품화를 통한 돌봄의 물신화 과정에서 돌봄 당사자와 돌봄 제공자 간의 관계를 훼손하고, 상호 소외를 가져오는 것은 좋은 돌봄을 위해 바람직한 상황은 아니다(석재은·김혜경 외, 2011:재인용 55). 즉, 좋은 돌봄의 현실적 달성을 위해서는 돌봄 당사자의 기대, 돌봄 제공자의 역량, 공적 제도에서 뒷받침할 수 있는 자원 간의 적절한 조정이 필요한 시점이라 하겠다.

돌봄의 윤리학에서 정의하는 ‘좋은 돌봄’과 관련하여 Tronto(1993)의 돌봄에 대한 네 가지 과정을 이해하는 것이 필요하다. Tronto에 의하면 좋은 돌봄은 돌봄의 네 가지 각 단계가 통합적으로 수행되어하며, 각 돌봄 단계에서 사회적이고 개별적인 수준에서의 도덕적 기준이 충족되어야 한다고 주장한다. 돌봄의 네 가지 과정은 다음과 같다. 첫째, 다른 사람의 돌봄에 대한 욕구에 관심을 두어야하며(caring about) 이 관심은 돌봄 욕구에 대한 사회적이고 문화적인 인정에 기반한 민감성(attentiveness)을 도덕성 기준으로 필요로 한다. 둘째 단계는 인정된 욕구를 충족시키기 위하여 책임을 지는 단계(taking care of)로서, 이 단계에서의 책임성(responsibility)은 도덕적 기준으로 제시되고 그 이행 책임의 규칙을 정해 개인에게 의무를 분배하는 책임의 개인화가 아니라 보다 사회적이고 문화인류학적인 개념으로서 문화적 실천 속에서 발생하는 것을 의미한다. 세 번째 단계는 구체적으로 돌봄을 제공하는 단계(care-giving)로서 신체적 수발행동과 대면적 접촉이 이루지는 단계로서 돌봄을 제공하기 위하여 가용한 자원들이 적절한지, 돌봄의 경쟁적 수행을 유발하는 상황은 없는지, 돌봄을 제공할 의지가 없는 상태인지 등 돌봄 제공능력의 도덕성 기준이 돌봄이 잘 이루어졌는지 여부와 함께 충족되어야 한다. 네 번째 단계는 제공되는 돌봄에 대해 돌봄을 받는 사람이 구체적으로 어떻게 받아들이는가의 돌봄수혜단계(care-receiving)로서 이 단계에서는 돌봄을 받는 사람이 제공되는 돌봄에 반응하고 평가를 내릴 수 있는 감응성(responsiveness)이 요구된다. 돌봄은 이 네 가지 단계가 통합되어야 좋은 돌봄이라고 할 수 있다(Tronto, 1993: 106-145).

이러한 돌봄의 각 단계는 좋은 돌봄(caring well)을 판단할 수 있는 도덕적 태도와 가치를 내포하고 있는데, 돌봄의 필요에 대한 인정은 관심(attentiveness), 욕구에 대한 반응은 책임(responsibility), 돌봄의 제공은 능력(competence), 돌봄의 수용은 반응(responsiveness)의 가치를 가지며 이는 도덕적 지향으로서 돌봄 윤리의 핵심이라 하겠다(Sevenhuijsen, 2003, p184). 그러나 동시에 각 단계는 권력과 갈등을 내포하고 있으므로 돌봄이 어떻게 정의되고, 제공되고, 평가되어야 하는지에 대한 집합적 협상과 토론을 필요로 하는 돌봄 정치가 작동한다는 것을 보여주고 있다. 결국 이러한 윤리적 관점에서 좋은 돌봄은 돌봄 관련자의 정치적 권력투쟁의 결과에 따라 달라질 수 있고, 욕구는 제공자와 수혜자의 관점에 따라 다르게 인지되며 협상과 논쟁의 대상이 되고, 누가 무엇을 얻는지에 대한 정치적 결정이 될 수 있다. 동시에 성별, 계급,

인종이라는 사회구조적 요인과 이러한 요인들이 개인적 삶에서 차지하는 방식에 의해 특징 지워진다고 할 수 있겠다(Sevenhuijsen, 2003, 138; 남궁명희, 2011:재인용).

3. 돌봄 문화와 돌봄의 제도화 사이에서 고령자 돌봄 노동

고령자 돌봄정책은 그 사회의 규범, 물질적 수준, 행위자의 가치관 및 행태가 반영된 것이라는 점에서(김찬우·박연진, 2014), 공적 영역에서의 노인 돌봄을 단순히 제도적 측면에서만 고려하는 것은 한계가 있다. 그렇기에 돌봄의 제도화 과정을 이해하기 위해서는 그 사회의 정치, 경제적 배경에 관한 것뿐 아니라 한 사회가 역사적·규범적으로 요구하였던 돌봄의 정치 즉 시대에 따라 때로는 역동적으로 변화하는 돌봄 문화에 관한 이해가 선행되어야 한다. 그러나 기존의 돌봄과 관련한 대부분의 담론들은 돌봄의 문화현상에 대한 접근 부재와 노인장기요양보험제도 설계 당시의 돌봄 담론 부재로 돌봄을 돌봄 당사자와 (가족)돌봄 행위자 간의 이자(二者)적 관계만으로 한정짓고, 사회적 맥락을 간과하게 하여 돌봄이 갖는 다차원적이며 역사적 변화성에 대한 고려를 제한하였다(김찬우·박연진, 2014).

돌봄을 이자적 관계로만 한정하면 특정 문화 속에서 돌봄이 사회·정치적으로 어떻게 기능하는지에 관해 간과하게 한다는 점에서 한계를 가질 수 있다(Tronto, 1993; 김찬우·박연진, 2014 재인용 97). 특히 돌봄은 젠더 평등과 관련한 문제인 동시에 사람들의 삶의 중요한 가치이기 때문에(Kremer, 2002) 돌봄을 둘러싼 사회·정치적 환경과 문화적 차원을 모두 살펴볼 필요가 있다. 그렇기에 돌봄을 문화적 차원에서 우선적으로 살펴보면, 우리나라의 경우 전통적 유교 문화 안에서 돌봄은 가정의 영역에서 주로 여성(며느리와 아내)에 의해 제공되어져, 효(孝) 문화에 기반하여 이루어져 왔던 이러한 가족 내 돌봄은 무엇보다 노인에 대한 공경과 사랑이 바탕이 되어야 하는 것으로 간주되어져 왔음. 이러한 맥락에서 돌봄은 가정 내 여성이 중심이 되어 제공되어 왔다는 점에서 ‘돌봄의 젠더화’가 문화적 측면에서 돌봄을 설명하는데 중요한 분석요소가 되어야 할 것이다.

또한 돌봄은 돌봄을 받는 사람과 제공하는 사람 모두에게 영향을 미치며 서로 관계를 만들어 내는 측면이 중요하게 존재한다는 점에서(Ruddick, 1998: 14) 서로 간의 관계맺음, 즉 ‘관계의 친밀성’이 주요한 요소라 할 수 있음. 즉 이는 돌봄이 상대방의

행위에 민감하게 반응하여 상황에 맞는 적절한 돌봄을 제공해야 하며 그것의 바탕에는 존경과 사랑, 믿음 등의 가치가 내제되어야 한다는 점이 특징이라 점과도 그 맥락을 함께한다고 하겠다(Engster, 2005). 반면에 제도화 측면에서의 돌봄 성격은 개인의 영역 소위 말하는 프라이버시와 소비가 서로 공생의 관계가 된 상태에서 임금교환이 이루어진다는 점에서 기존의 서비스 노동과는 다른 특성을 가지게 된다. 따라서 제도 안에서의 돌봄은 돌봄에 관리와 규율이 존재하고, 효율성의 측면이 강조된다는 점이 그 특징이라 할 수 있다. 그렇기에 정부의 통제와 감시가 존재한다는 점, 공식적인 표준화된 기준이 있다는 점, 그리고 무엇보다 임금이 교환되는 노동으로 행해진다는 점, 마지막으로 감정적이나 재정적으로 비용이 수반되어진다는 점이 제도적 돌봄의 특징적 성격이라 하겠다(Ungerson, 1999; Daly and Lewis, 2000). 이러한 점을 종합적으로 고려하여 볼 때 임금교환의 노동으로 돌봄이 제공된다는 점에서 ‘돌봄의 상품화’를, 국가적 차원에서 돌봄이 관리되고 제공된다는 점에서 ‘돌봄의 전문성’을 마지막으로 정부의 통제 및 감시와 함께 돌봄에 표준화된 기준이 존재한다는 점에서 ‘표준화된 돌봄’을 제도화 측면에서의 돌봄의 주요 특징이라 할 수 있다.

4. 지역사회와 한일의 지역 돌봄 정책

2003년부터 노인장기요양보험제도 준비가 시작될 때부터 장애인의 돌봄도 같이 제기된 바 있다. 당시 노인과 장애인의 장기요양 특성의 차이, 인프라 부족 등을 고려하여 노인의 경우는 노인장기요양보험제도로 우선 제도를 시작함에 따라 우선 장애인의 경우는 특히 지역사회 중심 돌봄 (community care)에 초점을 둔 활동보조사업(현, 활동지원사업)이 실시되어 지역사회 보호의 구체적 적용이 장애인 분야에 본격적 사회 서비스 형태로 제공되었다.

지역사회보호(communitary care)는 대개 다음의 두 가지 의미로 사용되는데, 그 하나는 지역사회 내에서 실시하는 보호(care in the community)’라는 의미이며 이때 지역사회는 시설(institution)과 대비되는 말로 이해하는 것이 적절하다. 두 번째 의미는 ‘지역사회에 의한 보호(care by the community)’로(감정기·백종만·김찬우, 2015), 지역사회가 강조된 것은 주로 복지국가 위기 이후의 상황에서 복지 다원주의(welfare pluralism)나 복지혼합(welfare mix)의 원리를 적용하여 사회복지에 대한

책임을 국가에서 지역사회로 이전 시키려는 움직임을 의미한다.

현재 진행중인 커뮤니티 케어 정책에서의 ‘커뮤니티’ 역시 위의 두 가지 의미를 포괄하고 있는데, 요양시설이 아닌 지역사회 내에서 서비스를 제공하되, 중앙정부만의 돌봄이 아닌 지방자치단체 및 그 지역의 다양한 민간부문에 돌봄의 책임과 업무를 이전시키는 것을 의미한다. 따라서 이러한 커뮤니티 기반의 돌봄서비스(care by the community)는 주민들이 함께 의사소통하고 지속적으로 서비스의 공급에 참여하는 공급자-이용자 간 상호적인 관계를 전제한다는 특징을 갖게된다(전지훈, 2019).

노인장기요양보험제도 도입 이전의 지역사회보호는 저소득층을 대상으로 생활지원에 초점이 맞춰있었으며 특히 한국은 1990년대 초를 전후로 시설보호보다 재가복지가 더 적절한 보호서비스 방법이라는 인식이 확산되기 시작함 동시에 사회복지관이 급속히 증가하고 재가복지봉사센터 등을 통한 재가복지서비스도 본격화되었다(감정기 외, 2015). 이후 2005년 이후 사회복지서비스 공급 중심축이 지방으로 이동하게 되고 국고 보조사업의 지방 이양에 따른 사회복지 재정의 지원체계에 변화가 있었고 이러한 변화는 노인복지사업에 있어서도 중앙정부의 기본 역할과 지방정부의 실질적 정책 구현이라는 양 정부 간의 공조와 조정이 절대적으로 필요한 환경을 만들었음. 그러나 전달체계 간의 단절화 현상은 여전히 해결해야 할 과제로 남아있다.

그러나 이러한 지방분권화 흐름과는 달리 2008년에 노인장기요양보험 도입에서 중앙정부와 국민건강보험공단의 역할이 크게 강조되었고(김찬우, 2015), 재가장기요양의 등장과 같은 정부의 서비스 전달체계 개편 등으로 재가복지가 주목되면서 노인돌봄에서의 지역사회 기능이 강조되기 시작했다(감정기 외, 2015). 그럼에도 불구하고 실제 노인장기요양보험법에 제시되어있는 지자체의 주요 역할은 장기요양기관 확충과 의료급여 수급권자의 서비스 이용비용을 일부 분담하는 정도로 미비하였다(서울시정개발연구원, 2007).

노인을 대상으로 하는 돌봄제도는 제도 시행 이후 지금까지도 지역사회 기능이 명확하지 않은 채 전개되고 있는 이유는 관리운영과 지역시설의 관리감독 권한이 지방정부와 건보공단으로 이원화된 점(이규식 외, 2010), 서비스 범위의 제한, 전달체계의 모순, 지역사회 보건복지자원과의 연계 통합의 부족(김수영, 2013), 돌봄서비스 제공기관들 간의 서비스 연계 및 조정의 어려움(전용호, 2015), 지역별 시설 인프라의 불균형 등(선우덕, 2017)에 의한 결과로 볼 수 있다. 2018년에 도입된 커뮤니티케어 정책은

급격히 증가하는 고령자의 다양한 욕구에 대응하기 위한 통합적 케어를 실시하기 위한 것이며 지난 2년간의 선도사업을 거쳐 2020년에는 본격적이고 적극적인 정책이 운영될 예정이다. 이러한 커뮤니티케어 사업은 돌봄을 필요로 하는 사람들이 지역사회에서 고립되지 않고 존엄성과 독립성을 갖고 살아갈 수 있도록 지원하고자 함이며, 기존의 돌봄서비스와 다른 새로운 점은 본격적이고 체계적으로 보건의료, 요양, 복지, 주거, 소득 등 지역사회에서의 삶을 지원하는 다양한 제도의 구분된 경계를 넘어 통합적 접근을 통한 사람 중심의 지원이라는 점이 강조되고 있다.

이처럼 통합적 지원이 가능하기 위해 석재은(2018)은 전문적인 사례관리와 다양한 서비스 종류의 개발과 지원이 필요하며, 지역공동체의 필요성과 서비스 기관 간의 민관 협치 중요성을 강조하였다. 또한 권미영(2019)은 기존의 공급자 중심으로 개별화되어 있던 서비스의 연계와 지역사회의 주체적 참여를 강조하는 것이 한국 커뮤니티케어 정책의 핵심이지만, 본질적으로 이 같은 케어시스템의 재구조화는 시스템을 가능케 할 지역사회의 행위 주체들이 얼마나 존재하느냐와 행위 주체들이 얼마나 적극적인 역할을 수행 하는가에 달려있다고 지적하고 있다.

한편, 일본에서 지역사회 기반 복지서비스가 강조된 것은 고령화 사회 대응 준비를 시작했던 1980년대 후반부터로 지역 단위 재가노인복지서비스 확충을 위한 노인보건 복지계획들이 수립·추진되면서 복지서비스의 주체로서 시정촌 단위의 지방자치단체의 역할이 강화되고, 복지 행정의 전문화가 요구되면서 지역 단위 복지서비스 기반 구축이 추진되었고(조추용 외, 2010), 지역사회 기반의 서비스 정책은 2000년에 실시한 사회복지기초구조개혁과 개호보험제도의 도입을 통해서 본격화되었다고 할 수 있다(김용득, 2018). 일본의 노인돌봄 분야에서는 약 55년(1950~2005년)에 걸쳐 시설 중심에서 재가 중심으로 점차 변화해간 역사적 변화가 있었다. 이러한 변화는 정책 대상자를 저소득 독거노인 세대에서 전 세대로 확대하고 입소시설의 정비, 즉 탈시설화에 주목하여 통소·일시보호·방문요양과 같은 서비스를 도입하면서 가능했다. 그러나 재가서비스를 주로 이용하는 대상은 경증의 노인으로 중증 또는 말기 노인의 경우 입소 시설과 병원에 의존하게 된다는 재가서비스 정책의 한계점이 제기되면서, 노인 1인 가구 세대를 기준으로 한 일상생활권역 단위의 재가서비스를 제공하는 지역포괄케어정책이 등장하게 된 것이다(辻哲夫, 2019).

2009년의 개호보험 개정에서는 지역포괄케어시스템이라는 개념을 도입하고 지역

사회가 노인돌봄의 중심적인 역할을 담당하게 되었다(후생노동성, 2014). 따라서 지역 포괄케어시스템⁶⁾은 노인이 가능한 스스로 익숙하게 살아온 지역에서 오랫동안 살 수 있도록 Aging in Place를 지원하기 위하여 의료, 간호, 개호, 재활, 보건, 예방, 주거, 생활 지원·복지서비스와 같은 다양한 측면의 통합지원체계를 의미한다. 지역포괄케어 정책 도입에서 설치된 지역포괄지원센터는 개호예방급여의 실시와 요개호 대상자에 대한 지역네트워크를 통한 집중적인 사례관리 지원의 역할을 담당하는 기구로 이를 중심으로 시설급여를 축소하고 재가급여를 확대하는 개혁을 추진해 왔다(조추용·정운태, 2010). 이후 지역포괄케어시스템의 구축을 위한 의료·개호종합확보법이 통과되면서 2014년 개정에서 지역 내 거주하는 노인에게 대한 의료와 개호의 연계를 강화하고 전국에 예방급여(방문간호 및 방문개호)를 시정촌 책임의 지역지원사업으로 전환하였다(김찬우·신수경, 2018; 김윤영·윤혜영, 2018). 이후 최근 아베정부의 개혁 이후에는 고령자 돌봄제도에서는 자조(自助), 공조(共助), 공조(公助)가 ‘자조(自助)’와 ‘공조(共助)’와 같은 개인대비 역할이 확대되는 반면, 공조(公助)와 같은 공적 지원은 축소되고 있는 실정이다(신수경·김찬우, 2018).

6) 지역포괄케어시스템은 대략 30분 이내에 필요한 서비스가 제공되는 일상생활 권역(중학교 1개구 범위) 단위로 상정한다.



제3장

고령장애인의 돌봄서비스 이용 실태

제1절 실태조사 개요

제2절 고령장애인의 제도 이용 실태

제3절 고령장애인의 하루 24시간 생활 실태

제4절 고령장애인의 돌봄서비스 필요시간

제5절 돌봄서비스 제공자의 서비스 제공 현황

제3장

고령장애인의 돌봄서비스 이용 실태

제1절 실태조사 개요

본 조사는 활동지원제도를 이용하다 65세가 도래하여 (1) 노인장기요양보험으로 제도 전환이 된 인정자와 (2) 노인장기요양보험에서 등급외자 판정을 받아 계속적으로 활동지원제도를 이용하는 장애인을 대상으로 이들의 제도 이용 경험과 일상생활 패턴 등을 파악하기 위한 목적으로 진행되었다. 특히나 노인장기요양보험으로 제도 전환을 경험한 이들에 대한 데이터 구축은 활동지원제도가 도입되고 데이터가 안정적으로 구축된 2013년 1월 부터 2019년 6월까지 국민연금공단 「장애인활동지원 인정자 DB」를 기반으로 하고, 국민건강보험공단 「노인장기요양보험 인정자 DB」 자료를 Merge한 자료를 토대로 조사 대상자 선정 작업을 진행하였다. 즉, 국민연금 공단의 활동지원 인정자 DB자료(장애인이 65세 도래 전 자료)에 2020년 6월 기준의 건강보험공단 DB 자료를 합친 자료를 활용하였다. 반면, 노인장기요양보험에서 등급외 판정을 받아 지속적으로 장애인활동지원제도를 이용하고 있는 고령장애인에 대한 모집단 자료는 위의 DB에 2019년 7월부터 2020년 6월까지 65세가 도래한 고령장애인의 케이스(활동지원 계속이용자)를 국민연금관리공단으로 제공 받은 자료를 활용하였다.

1. 모집단

노인장기요양보험 전환자 및 활동지원 계속 이용자 리스트를 기준으로, 장애유형은 신체외부장애, 신체내부장애, 정신적 장애 3가지로 고려하였으며, 이들의 거주 지역을 고려하여 조사 대상자를 선정하였다. 3가지 장애유형은 (1) 신체외부장애의 경우 지체장애, 뇌병변장애, 안면장애, 시각, 청각, 언어장애, (2) 신체내부장애의 경우 신장장애, 심장장애, 호흡기장애, 장루/요루장애, 간장애, 뇌전증장애, (3) 정신적 장애의 경우, 지적장애, 자폐성장애, 정신장애를 포함하였다. 노인장기요양보험 전환자의 장애 유형 및 지역에 대한 모집단 자료는 다음과 같다.

앞에서 설명하였듯 노인장기요양보험 전환자에 대한 데이터는 국민연금공단으로부터 2013년 1월 부터 2019년 6월까지 활동지원제도를 이용하다 만 65세가 도래한 고령장애인에 대한 정보를 바탕으로 2020년 6월 기준 노인장기요양보험 이용자 DB 자료를 Merge한 것으로 구축된 전체 1,393명의 고령장애인 중 150명은 2020년 8월 전 화조사 당시 확인이 되지 않아 이들은 조사대상에서 제외하였다.

〈표 3-1-1〉 노인장기요양보험 전환자의 장애유형 및 거주 지역 모집단 분포

(단위 : 명)

구분	신체 외부	신체 내부	정신적	확인 미상	합계
강원도	40	3	2	1	46
경기도	212	22	9	39	282
경상남도	91	8	7	14	120
경상북도	87	4	8	7	106
광주광역시	39	2	1	7	49
대구광역시	58	4	4	3	69
대전광역시	25	1	2	1	29
부산광역시	97	14	3	10	124
서울특별시	163	12	14	34	223
세종	7	0	1	1	9
울산광역시	23	2	2	2	29
인천광역시	43	6	5	3	57
전라남도	56	4	7	3	70
전라북도	58	2	4	10	74
제주	7	0	1	-	8
충청남도	39	5	6	9	59
충청북도	29	0	4	6	39
합계	1,074	89	80	150	1,393

전화조사를 통해서 2020년 8월 현재 노인장기요양보험을 이용하고 있는 고령장애인에 대한 정보를 활용하여 총 1,243명의 리스트를 가지고 본 연구의 조사 대상자 선정이 수행하였다. 전화조사자는 우선 고령장애인이 서비스를 제공받고 있는 장기요양 서비스 기관에 먼저 컨택하여 본 조사의 목적 및 내용 등에 안내하고(복지부의 협조 공문 등 발송), 장기요양서비스 기관에서 해당 고령장애인(가족) 및 서비스 제공자에게 본 조사의 참여를 안내할 수 있도록 하였다. 서비스 제공기관에 의한 안내가 충분히 고

지 된 이후 전화조사자는 다시 고령장애인 당사자 혹은 가족에게 연락하여 본 조사의 목적과 내용 그리고 조사 참여에 대한 안내를 시행하고, 일정을 조율하여 조사자가 방문할 수 있도록 하였다. 이는 2020년 코로나 19 감염병에 의한 팬데믹 상황에서 조사가 진행되어야 하고, 그 대상이 고령장애인이기 때문에 조사 수행이 쉽지 않은 점을 고려해 본 조사에 대한 신뢰도 확보 및 안전 도모를 위한 조치로 기획되었다.

장기요양보험 전환자 1,243명 중 서비스 제공기관의 이동 등의 사유로 적절한 컨택이 이루어지지 않은 경우가 440건, 장기요양서비스 제공기관에서의 강력 거절 371건, 전화번호 오류 및 결번 등의 접촉 불가 44건, 장기 비수신 30건이 발생하여 총 505명이 최종적으로 조사에 참여하였다. 그러나 데이터 검수 과정에서 조사지 오류 등의 이유로 5명의 조사지는 폐기 하였으며, 최종 500명에 대한 데이터가 수집되었다. 장기요양보험 전환자의 표본은 아래와 같다.

〈표 3-1-2〉 노인장기요양보험 전환자의 원료 표본

(단위 : 명)

구분	신체외부장애	내부장애	정신장애	합계
대도시	182	10	11	203
중소도시	193	10	14	217
농어촌	72	4	4	80
합계	447	24	29	500

노인장기요양보험에서 등급외 판정을 받아 지속적으로 장애인활동지원제도를 이용하고 있는 등급외 고령장애인에 대한 모집단 자료는 위의 DB에 2019년 7월부터 2020년 6월까지 65세가 도래하였으나 활동지원제도를 계속 이용하고 있는 고령자 정보를 국민연금관리공단으로 제공 받아 총 4,139명의 모집단 자료를 활용하였다.

〈표 3-1-3〉 활동지원 계속 이용자의 장애유형 및 거주 지역 모집단 분포

(단위 : 명)

구분	신체 외부	신체 내부	정신적	확인미상	합계
강원도	11	84	12	26	133
경기도	51	521	34	136	742
경상남도	14	218	24	42	298
경상북도	8	144	17	47	216
광주광역시	6	101	13	13	133
대구광역시	3	146	13	32	194
대전광역시	11	105	15	28	159
부산광역시	26	248	19	84	377
서울특별시	49	675	32	132	888
세종특별자치시	1	6	1	3	11
울산광역시	51	-	4	55	29
인천광역시	13	141	9	38	201
전라남도	12	121	17	42	192
전라북도	4	111	22	29	166
제주특별자치도	3	54	2	3	62
충청남도	15	111	11	34	171
충청북도	9	106	9	17	141
합계	236	2,943	250	710	4,139

그러나 장기요양보험 전환자와 마찬가지로, 총 4,139명의 장기요양보험 전환자의 서비스 제공기관 및 당사자 전화 컨택시 연락이 되지 않은 710건은 제외하였다. 따라서 등급외자에 대한 조사 대상자의 선정은 전화컨택을 통해 확인된 3,429명을 대상으로 아래와 같이 장애유형과 거주 지역을 고려한 비례배분을 통해 표본을 추출하였다. 활동지원 계속 이용자의 경우, 감각장애의 비율이 많아 장애유형은 크게 (1) 신체 외부 장애, (2) 감각장애, (3) 신체 내부장애, (4) 정신적 장애로 구분하였다. 코로나19 상황에 따른 응답자의 응답 거부 등 조사 일정을 감안하여 조사운영의 안정성을 확보하고자 노력하였으며, 활동지원 계속 이용자의 완료 표본은 아래와 같다.

〈표 3-1-4〉 활동지원 계속 이용자의 완료 표본

(단위 : 명)

구분	신체외부장애	감각장애	내부장애	정신장애	합계
대도시	108	209	18	5	340
중소도시	50	89	4	4	147
농어촌	6	5	0	2	13
합계	164	303	22	11	500

2. 조사의 개요

가. 조사표의 구성 및 내용

본 조사의 목적은 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험 간 제도연계를 경험한 고령장애인을 대상으로 돌봄 제도 이용 경험 및 생활 패턴, 서비스 제공 패턴 등의 분석을 통하여 현행 제도의 문제점을 파악하고 향후 제도의 방향성 도출을 위한 기초자료로 활용하기 위하여 진행되었다. 이에 본 조사표의 구성은 크게 (1) 고령장애인 이용자 실태조사 및 생활시간 조사와 (2) 서비스 제공자 대상 서비스 제공 조사로 구분하여 조사되었다. 따라서 본 연구의 조사 대상은 장애인활동지원제도를 이용하던 만 65세 이상 고령장애인 중 장기요양 등급내자 500명과 등급외자 500명이었으며, 이들에게 돌봄서비스를 제공하고 있는 장애인 활동지원사와 요양보호사 각 500명을 대상으로 쌍조사를 진행하였다. 즉, 이용자 실태조사에 참여한 고령장애인에게 돌봄서비스를 제공하고 있는 종사자의 서비스 제공 실태를 함께 조사하였다.

〈표 3-1-5〉 조사대상 및 규모

대상 분류		내용	조사 종류
고령 장애인 (n=1000)	장기요양 등급외자 (n=500)	- 제도 이용 경험, 만족도, 제도 전환 경험, 향후 희망 서비스 - 하루 24시간 생활 패턴 - 추가 필요시간	- 이용자 실태조사 - 이용자 생활시간조사 - 추가 필요시간 조사
	장기요양 등급내자 (n=500)		
서비스 제공자 (n=1000)	장애인 활동지원사 (n=500)	- 서비스 제공 내용 및 시간	- 서비스제공자 조사
	요양보호사 (n=500)		

1) 일반특성

이용자 일반특성 영역은 고령장애인의 인구사회학적 특성으로서 성별, 연령, 1인 가구 여부, 동거가구원 수, 소득수준 등을 포함하였고, 응답자의 주거환경은 주택의 유형, 집 구조의 편의성, 엘리베이터 설치 여부, 거주지 위치, 주택면적, 주거 소유 형태 등을 포함하였다. 또한 장애 및 기능 관련 특성으로 장애유형 및 정도, 건강관련 특성 등을 포함하였다.

〈표 3-1-6〉 이용자 실태조사의 일반특성 영역

조사항목	세부항목
A. 응답자의 일반현황	- 성별, 거주지, 1인 가구 여부, 동거가구원, 소득수준
B. 응답자의 주거환경	- 주택유형, 집 구조의 편의성, 엘리베이터 설치 여부, 거주지 위치, 주택면적, 주거 소유 형태
C. 응답자의 장애 및 건강관련 특성	- 장애유형, 장애정도, 장애 세부유형, 의료기구, 일상생활 가능정도, 의료기관 방문 횟수

2) 제도 경험 및 욕구

제도 경험 및 욕구 영역은 고령장애인이 현재 이용하고 있는 제도를 기준으로 하여 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험 이용 경험, 만족도, 및 추후 이용을 희망하는 서비스 내용 등을 포함하였다.

〈표 3-1-7〉 이용자 실태조사의 제도 경험 영역

조사항목	세부항목
D. 활동지원서비스제도 이용 현황	- 서비스 이용 현황, 서비스 이용 경험, 서비스 이용시점 및 중단시점, 서비스 이용 시간, 급여 구간(등급), 서비스 필요량 측정의 정확성, 서비스 충분정도, 서비스 인정시간 사용여부, 사용하지 않은 서비스 인정시간, 서비스 인정시간을 모두 사용하지 않은 사유, 서비스 만족도
E. 노인장기요양서비스 이용 현황	- 서비스 이용 경험, 급여 등급, 서비스 필요량 측정의 정확성, 서비스 충분정도, 서비스 인정시간 사용여부, 사용하지 않은 서비스 인정시간, 서비스 인정시간을 모두 사용하지 않은 사유, 장기요양급여 이용내용, 표준장기요양이용계획서에 명시된 급여내용, 서비스 만족도
F. 제도 전환 경험	- 제도 전환 인지 여부, 등급 외 판정 시 활동지원제도 재이용 가능상황 인지 여부, 양 제도 조사 적합성, 제도 전환 이후 서비스 평가
G. 추후 희망 서비스	- 추후 희망 서비스 이용 의향 여부

3) 생활시간 조사 및 서비스 제공 조사

고령장애인의 하루 24시간 생활시간 조사는 평일 2일과 주말 1일, 총 3일의 생활패턴을 조사하였다. 조사지의 내용은 하루 24시간을 기준으로 하여 행동영역, 장소, 주된 돌봄 제공자, 소요시간, 횟수, 필요시간 및 이유 등으로 구성되었다. 서비스제공자용 조사는 서비스제공시간 동안 행해지는 서비스 영역 및 소요 시간을 작성하도록 구성하여 정해진 시간 안에 어떠한 서비스가 제공되는지를 알아보았다.

〈표 3-1-8〉 생활시간조사 조사 항목

조사항목	세부항목
A. 이용자용	- 시간대, 주행동, 장소, 돌봄제공자, 소요시간, 필요시간 및 이유
B. 서비스제공자용	- 서비스 제공 시간 (신체활동, 가사활동, 사회활동, 간병, 재활보조, 의사소통지원, 정서적 지원, 조연 및 지도)

나. 이용자 실태조사

고령장애인 당사자를 대상으로 하는 이용자 실태조사는 가구 방문 면접조사의 형태로 진행되었으며, 면접타계식 TAPI를 활용하여 조사하였다. 즉, 조사원이 조사대상자의 가구를 방문하여 본 조사의 취지 및 내용에 대해 설명 한 후 제도 경험 관련 조사를 실시, 조사 응답자의 응답을 기입하는 형태로 조사를 진행하였다. 조사원은 고령장애인 당사자의 집에 방문하여 제도 이용 경험 등의 설문을 진행하고, 페이퍼를 활용한 생활시간조사를 실시, 나머지 2일치 응답에 대한 설명 및 응답 방식 등을 설명하였다(평일 2일, 주말 1일). 또한 이용자를 대상으로 추가 돌봄 필요시간 및 사유에 대해서도 함께 질문하였다.

다. 생활시간조사

고령장애인 당사자와 이들에게 돌봄서비스를 제공하고 있는 서비스 제공자(활동지원인, 요양보호사)를 대상으로 생활시간 조사를 진행하였다. 고령자를 대상으로 한 생활시간조사는 이들의 하루 24시간 생활 패턴을 알아보기 위한 목적으로 진행되었으며, 서비스 제공자를 위한 시간조사는 서비스 제공 패턴을 알아보기 위한 목적으로 진행되었다. 조사원은 이용자 실태조사를 위한 최초 방문 시, 고령장애인 및 서비스제공자와 함께 생활시간조사(1일치)를 함께 작성하고 작성 방법 등을 설명하여 응답에 어려움이 없도록 하였다. 고령장애인의 생활시간조사는 조사원이 방문한 바로 전 날을 기준으로 하여 작성하도록 하였고, 서비스 제공자용 설문의 경우 전날 서비스제공이 없었다면 가장 가까운 과거의 서비스제공일을 회상하여 작성하도록 하였다. 고령장애

인의 생활시간 조사는 총 3일(평일 2일, 주말 1일)을 요청하였으며, 조사원이 방문한 당일 일지 중 1일치를 작성, 이후 2일치는 자기기입식 작성 하도록 하고, 추후 조사원이 필요시간 등의 조사로 재방문 할 때 조사표를 수거하는 방식으로 진행되었다.

3. 조사의 실제

가. 사전조사

고령장애인 당사자 및 서비스 제공자용 조사문항의 신뢰도와 타당도 향상 및 조사원 지침서 수정을 위한 사전조사(pre-test)는 총 4회 실시되었다. 사전조사에 앞서 사전 조사에 참여하는 2명의 조사원을 대상으로 조사원교육이 진행되었으며, 이용자 실태 조사는 노인장기요양보험 등급내자와 등급외자의 제도 이용경험이 상이하므로 이들을 대상으로 각각 2회씩 사전조사를 실시하였다. 사전조사에서는 일차적으로 개발된 조사표의 적용을 통해 조사표 항목의 표현 및 내용 등이 수정·보완되었으며, 사전조사에 참여한 조사원의 조사표 적용 결과 등을 반영하여 조사원 지침서를 보완하여 조사원 교육에 사용하였다.

나. 조사원 교육

본 조사는 장애인활동지원제도와 노인장기요양보험, 그리고 고령장애인의 특성 등에 대한 기본적인 이해가 중요시 되는 조사로 본 연구의 연구진에 의해 조사원 교육이 진행되었다. 본 조사에 투입된 조사원은 으로 연구진이 개발한 조사 지침서를 이용하여 조사원 교육을 실시하였다. 조사원 교육은 광주/전라권, 부산/경남권, 서울/인천/경기/강원권으로 구분하여 실시하였으며, 교육이 진행되던 2020년 9월 중순 이후 코로나19 집단 감염과 관련 지역 전파 우려로 집합금지명령이 진행되어 상황을 주시하며 지방부터 서울지역 순으로 교육을 진행하였다. 1회 교육시간은 6시간으로 (1) 제도의 이해 (2) 장애의 이해, (3) 조사표 항목에 대한 이해 순으로 진행하였다.

다. 현지 조사

현지 조사는 2020년 10월 27일부터 12월 말까지 실시되었고, 코로나19 집단 감염의 우려로 사회적 거리두기 수칙을 준수하여 실시되었다. 총 4 개 권역, 50명의 조사원에 의해 조사가 실시되었으며 조사원은 철저한 방역수칙을 준수하고, 조사자의 집에 방문하여 조사를 수행하였다. 본 연구의 연구진은 조사감독원으로 현지조사 기간 중 권역별 각 조사팀을 점검하였으며, 조사문항의 어려움, 조사과정 및 진행에서 발생하는 문제 등을 해결 할 수 있도록 하였다.

라. 자료의 처리

조사는 TAPI를 통하여 진행하였으므로, 별도의 입력과정 없이 사후 검증을 실시하여 데이터값을 보완하는 형태로 처리하였다. 데이터 검증 시에는 전화 검증을 통해 오류가 발견된 부분에 대한 재조사를 실시하였으며, 일부 응답 오류 설문지는 폐기 처리하였다. 따라서 최종적으로 점검 완료된 조사 결과는 SPSS 통계패키지를 활용하여 분석하였다. 실태조사의 경우, 응답자의 빈도, 백분율 등 기술통계를 중심으로 분석하였으며, 생활시간조사의 경우에는 항목별 소요 시간을 중심으로 분석하였다.

제2절 고령장애인의 제도 이용 실태

1. 노인장기요양보험 이용 경험 기본현황 (N=500)

활동지원제도를 이용하던 장애인 중 65세가 도래한 고령장애인은 현재 제도적으로 (1) 노인장기요양보험으로 전환(등급내자)되거나 (2) 노인장기요양보험 인정조사에서 ‘등급외’ 판정을 받아 다시 활동지원제도를 이용할 수 있다(등급외자). 따라서 본 고의 주요 목적 중 하나는 활동지원서비스를 이용하던 장애인이 65세 도래 후 노인장기요양보험으로의 전환 과정에서 등급외 판정과 등급 판정(등급내 판정)으로 각각 상이한 전환 경로를 거친 두 집단의 현재 또는 기존 활동지원제도 이용 (과거)경험과 서비스 만족도 및 추후 희망서비스 등에서 어떠한 차이가 있는지를 실증적으로 비교하는 것이다. 노인장기요양보험 이용 경험에 대한 문항은 활동지원제도를 이용하던 장애인 중 65세 도래 이후 노인장기요양보험으로 전환된 500명을 대상으로 조사되었다.

가. 노인장기요양 서비스 이용 기간 및 시간

노인장기요양보험 이용경험과 서비스 시간에 대한 주요 분석결과를 살펴보면, 평균 이용 기간은 약 36개월, 월평균 이용시간은 약 78시간, 일평균 이용시간은 약 3시간 이용하고 있는 것으로 나타났다. 성별의 경우 여자의 월평균 이용시간이 남자보다 약 5시간 정도 더 많았으며, 연령별로는 65-70세가 70-75세보다 월평균 약 2.5시간 더 이용하는 것으로 나타났다. 한편 가구유형에 있어서는 독거 1인 가구 장애인이 2인 이상 가구보다 월평균 약 5시간 이용시간이 더 길었다.

〈표 3-2-1〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 시간

(단위: 개월, 시간)

구분	전체(N)	노인장기요양보험 이용 경험(개월)		노인장기요양보험(시간)			
		평균	표준편차	월평균	표준편차	일평균	표준편차
전 체	500	36.24	21.35	77.88	24.22	2.97	0.90
성별							
남자	226	36.43	21.13	72.33	27.97	2.76	1.04
여자	274	36.08	21.56	82.45	19.53	3.14	0.73
연령							
65-70	363	27.64	13.07	78.58	24.43	3.00	0.90
70-75	137	59.02	22.29	76.00	23.65	2.90	0.90
급여량 차이							
증가 또는 유지	125	35.19	21.67	80.74	12.13	3.10	0.55
1-60시간	237	34.70	21.29	77.31	23.07	2.94	0.86
60-150시간	84	41.54	20.96	65.99	33.92	2.59	1.25
150시간 이상	54	37.22	20.63	92.22	23.56	3.41	0.85

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동지원제도를 이용했을 때와 노인장기요양보험 이용 시 발생되었던 급여량 차이의 경우, 급여량이 증가 또는 유지되는 경우 월평균 급여량은 약 80시간 정도로 나타났고, 급여량이 1시간에서 60시간 미만 차이나는 경우 이들의 월평균 이용시간은 약 77시간으로 나타났다. 150시간 이상 급여량이 감소한 대상자의 경우 월평균 이용시간은 약 92시간으로 급여량 차이가 발생한 집단 중 가장 많은 시간을 이용하는 것으로 나타났다.

현재 노인장기요양보험으로 전환된 장애인 응답자의 장애 및 기능상태별 월평균 이용시간은 신체외부장애가 감각장애보다 약 14시간으로 가장 길었다. 반면 노인장기요양 서비스 이용기간은 정신장애가 평균 25개월로 가장 낮은 것으로 나타났다. 활동제약 수준에 있어서는 활동제약이 심한 대상자가 활동제약이 중간인 대상자보다 월평균 이용시간이 약 11시간 더 길었다. 이들의 월평균 서비스 이용시간은 활동제약이 낮은 대상자보다는 약 6.5시간 더 길었다.

〈표 3-2-2〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 이용 기간과 서비스 시간

(단위: 개월, 시간)

구분	전체(N)	노인장기요양보험 이용 경험(개월)		노인장기요양보험(시간)			
		평균	표준편차	월평균	표준편차	일평균	표준편차
전 체	500	36.24	21.35	77.88	24.22	2.97	0.90
장애유형							
신체외부장애	383	36.78	20.99	80.15	25.14	3.04	0.93
감각장애	64	37.94	24.60	66.64	20.28	2.61	0.79
내부장애	24	36.58	19.18	75.08	14.36	2.96	0.55
정신장애	29	25.14	17.51	75.00	19.12	2.88	0.80
활동제약							
활동제약 낮음	45	37.51	20.86	76.29	13.60	2.92	0.52
활동제약 중간	208	34.59	21.21	72.13	20.03	2.80	0.81
활동제약 심함	247	37.40	21.54	83.00	27.66	3.13	1.00

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

나. 노인장기요양 등급에 따른 특성

노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 노인장기요양 등급 분포를 살펴보면, 1등급 190명, 3등급 143명, 2등급 84명 순으로 나타났다. 성별의 경우 남자가 여자보다 1등급의 비율이 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 급여량 차이에 따른 노인장기요양 등급의 경우, 150시간 이상 하락한 대상자의 1등급 비율이 64.8%로 가장 높게 나타난 반면 급여량 증가 또는 유지한 대상자의 1등급 비율이 24%로 가장 적었다.

〈표 3-2-3〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양 등급

(단위: 명)

구분	전체(N)	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급
전 체	500	190	84	143	79	4	-
성별							
남자	226	93	32	68	31	2	
여자	274	97	52	75	48	2	
연령							

65-70	363	138	63	115	45	2	
70-75	137	52	21	28	34	2	
급여량 차이							
증가 또는 유지	125	30	28	32	32	3	
1-60시간	237	92	30	75	39	1	
60-150시간	84	33	18	27	6	0	
150시간 이상	54	35	8	9	2	0	

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

응답자의 장애 및 기능 상태별 노인장기요양 인정등급 분포를 살펴보면, 장애유형의 경우 신체 외부 장애의 1등급 비율이 가장 높은 반면, 정신장애와 내부 장애의 1등급 비율이 가장 낮은 것으로 나타났다. 활동제약의 경우 활동제약 심함의 경우가 1등급 비율이 가장 높게 나타났다. 이 같은 결과는 장애인의 장애 및 기능 수준에 대한 평가에 있어 활동지원제도의 인정조사, 노인장기요양보험의 인정조사 그리고 활동제약 수준 결과에 있어 어느 정도의 일치성이 존재하기는 하지만, 일치하지 않는 부분도 있는 것을 뜻한다.

〈표 3-2-4〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양 등급

(단위: 명)							
구분	전체(N)	1등급	2등급	3등급	4등급	5등급	인지등급
전 체	500	190	84	143	79	4	-
장애유형							
신체외부장애	383	158	70	118	37	0	
감각장애	64	19	3	11	30	1	
내부장애	24	6	5	6	7	0	
정신장애	29	7	6	8	5	3	
활동제약							
활동제약 낮음	45	14	5	11	12	3	
활동제약 중간	208	53	26	78	50	1	
활동제약 심함	247	123	53	54	17	0	

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

다. 노인장기요양 서비스 지원시간 측정을 위한 인정조사 측정의 만족도

노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 지원시간 측정을 위한 인정조사에 대한 만족도를 살펴보면 다음과 같다. 전체(N) 전환자 중 약 28% 정도가 인정조사 측정에 만족하는 것으로 나타나 전반적으로 측정에 대한 만족도가 높지 않았다. 성별의 경우 여자의 측정 만족도가 남자보다 약간 높았으며, 연령별로 ‘그렇지 않다’ ‘전혀 그렇지 않다’로 응답한 응답은 72.2%, 71.5%로 큰 차이는 없었다. 반면, 급여량 차이가 발생한 노인장기요양 전환자의 경우, 급여량이 150시간 이상 하락한 장애인의 인정조사 측정과 관련된 만족도가 가장 낮았다. 이는 급여량 차이가 크게 발생한 제도 전환자의 경우 노인장기요양보험에서 자신의 신체적·인지적 특성 및 환경의 요인 등이 충분히 반영되지 않았다고 인식하고 있는 것을 알 수 있다. 또한 이러한 급여량 차이는 실제 활동지원제도와 노인장기요양보험 인정조사 간 측정 항목 및 급여량 산정 방식 간에 불일치가 크다는 것을 의미하는 것으로 해석할 수 있다.

〈표 3-2-5〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 측정 만족도

(단위: %)					
구분	전체(N)	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
전 체	500	3.4	24.6	36.2	35.8
성별					
남자	226	4.4	21.7	39.4	34.5
여자	274	2.6	27.0	33.6	36.9
연령					
65-70	363	3.6	24.2	33.9	38.3
70-75	137	2.9	25.5	42.3	29.2
급여량 차이					
증가 또는 유지	125	3.2	33.6	41.6	21.6
1-60시간	237	5.1	25.3	35.9	33.8
60-150시간	84	0.0	10.7	38.1	51.2
150시간 이상	54	1.9	22.2	22.2	53.7

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 장애 및 기능 상태별 측정 만족도에 대한 주요 분석결과를 살펴보면, 신체외부장애의 만족도가 타장애유형에 비해 상대적으로 낮았다. 즉, 노인장기요양보험의 인정조사가 신체외부장애의 특성을 그 만큼 반영하지

못한다고 인식하는 것으로 해석할 수 있다. 활동제약 수준에 따른 만족도도 활동제약이 심한 경우 만족도가 가장 낮았고, 활동제약 중간 그룹의 측정에 대한 만족도가 상대적으로 높았다.

〈표 3-2-6〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 측정 만족도

(단위: %)

구분	전체(N)	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
전 체	500	3.4	24.6	36.2	35.8
장애유형					
신체외부장애	383	3.1	22.5	35.2	39.2
감각장애	64	4.7	35.9	34.4	25.0
내부장애	24	0.0	29.2	50.0	20.8
정신장애	29	6.9	24.1	41.4	27.6
기능 상태(1)					
활동제약					
활동제약 낮음	45	6.7	26.7	44.4	22.2
활동제약 중간	208	2.4	32.7	34.1	30.8
활동제약 심함	247	3.6	17.4	36.4	42.5

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

라. 노인장기요양 서비스 제공시간 충분도

노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 제공시간 충분도 분석결과 제도 전환자의 15.2%만이 서비스제공시간이 충분하다고 응답하였고 나머지 84.8%가 충분하지 않다고 응답하였다. 이는 노인장기요양보험의 급여량이 활동지원제도와 비교했을 때 적기 때문인 것으로 추측할 수 있다. 제도 전환시 발생하는 급여량 차이별 서비스 제공시간 충분도를 살펴보면, 급여량 증가 또는 유지한 대상자의 만족도가 가장 높게 나타났고, 급여량 차이가 클수록 제공시간 충분도도 낮았다. 한편 급여량이 증가 또는 유지된 대상자의 경우에도 급여량에 대한 만족도가 약 21%정도로 낮아 제도 전환자의 서비스 제공시간에 대한 충분도는 전반적으로 낮았다.

〈표 3-2-7〉 응답자 일반 특성에 따른 서비스 제공시간 충분도

(단위: %)

구분	전체(N)	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
전 체	500	1.2	14.0	35.0	49.8
연령					
65-70	363	1.7	13.8	33.9	50.7
70-75	137	0.0	14.6	38.0	47.4
급여량 차이					
증가 또는 유지	125	3.2	17.6	46.4	32.8
1-60시간	237	0.8	16.0	33.8	49.4
60-150시간	84	0.0	3.6	28.6	67.9
150시간 이상	54	0.0	13.0	24.1	63.0

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 장애 및 기능 상태별 서비스 제공시간 충분도에 대한 장애유형별 응답결과를 살펴보면, 내부장애인의 경우 타 장애유형에 비해 서비스 제공시간이 충분하지 않았다는 응답이 91.7%로 가장 높았다. 이는 노인장기요양보험의 인정조사에서 내부장애인의 특성이 고려되지 못하는 부분이 반영된 결과로 해석될 수 있다. 활동제한 수준에 따른 서비스 제공시간 충분도의 경우도 활동제한의 수준이 높을수록 서비스 제공시간이 충분하지 않다는 응답이 높게 나타났다.

〈표 3-2-8〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 서비스 제공시간 충분도

(단위: %)

구분	전체(N)	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
전 체	500	1.2	14.0	35.0	49.8
장애유형					
신체외부장애	383	1.3	13.8	31.6	53.3
감각장애	64	0.0	17.2	50.0	32.8
내부장애	24	0.0	8.3	41.7	50.0
정신장애	29	3.4	13.8	41.4	41.4
활동제약					
활동제약 낮음	45	4.4	17.8	51.1	26.7
활동제약 중간	208	0.0	16.8	39.4	43.8
활동제약 심함	247	1.6	10.9	28.3	59.1

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

위에서 살펴본 노인 장기요양서비스 지원시간이 충분한 지에 대한 질문에서 ‘매우 그렇다’와 ‘그렇다’로 응답한 대상자 76명에 한해, 응답자 일반특성에 따른 지원시간 모두 사용여부를 분석한 결과 76명 모두 노인 장기요양서비스 지원시간을 모두 다 사용한 것으로 나타났다.

2. 노인장기요양보험의 제도적 특성에 대한 만족도 (N=500)

활동지원제도를 이용하다가 노인장기요양보험으로 전환된 장애인 500명을 대상으로 노인장기요양보험의 주요 특성들에 대한 만족도 결과를 분석하였다. 제도적 특성을 구성하는 항목은 제도 목적, 신청 및 이용, 인정 조사, 서비스 지원시간, 본인부담금, 전달체계 등 6개 로 구성되었으며 4점 만점을 기준으로 측정되었다. 응답 점수가 높을 수록 만족도가 높은 것을 의미한다.

우선 노인장기요양보험으로 전환된 장애인을 대상으로 주요 항목별 만족도를 살펴 보면, 4점 만점 중 전달체계 3.35점, 종합(인정)조사 3.31점이 상대적으로 높게 나타난 반면, 본인 부담금 2.54점, 서비스 지원시간 2.71점으로 상대적으로 낮게 나타났다. 이는 서비스지원시간에 대한 불만 외에 전반적인 제도 이용의 수준은 양호하게 인식하는 것으로 해석할 수 있다. 여성 장애인의 경우, 제도 이용 만족도가 남성 장애인

에 비해 전반적으로 높았고, 연령별로는 65~70세 미만의 평균 만족도가 3.57점으로 70~75세 미만(3.53점)보다 전반적으로 약간 높았다. 급여량 차이에 따른 제도 만족도는 급여량이 증가 또는 유지된 대상자의 평균 만족도가 3.76점으로 가장 높은 반면, 급여량이 150시간 이상 하락한 대상자의 평균 만족도가 3.26점으로 가장 낮은 것으로 나타났다.

〈표 3-2-9〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(총괄)

(단위: 점)

구분	전체(N)	제도목적	신청 및 이용	종합(인정)조사	서비스 지원시간	본인 부담금	전달체계	평균
전 체	500	3.04	3.05	3.31	2.71	2.54	3.35	3.00
성별								
남자	226	3.01	3.03	3.28	2.67	2.58	3.36	2.99
여자	274	3.07	3.07	3.33	2.75	2.51	3.34	3.01
연령								
65~70	363	3.04	3.07	3.32	2.72	2.59	3.35	3.02
70~75	137	3.04	3.01	3.28	2.71	2.42	3.35	2.97
급여량 차이								
증가 또는 유지	125	3.31	3.26	3.43	2.97	2.67	3.45	3.18
1~60시간	237	3.07	3.06	3.34	2.76	2.56	3.34	3.02
60~150시간	84	2.82	2.86	3.20	2.43	2.40	3.34	2.84
150시간 이상	54	2.63	2.82	3.03	2.34	2.41	3.17	2.73

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별 노인장기요양보험 주요 특성에 대한 만족도의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면, 종합(인정)조사를 제외한 나머지 부분에서 정신장애의 만족도가 가장 높게 나타난 반면, 신체외부 장애의 경우 본인부담금 부분을 제외한 나머지 부분에서 만족도가 가장 낮게 나타났다. 이는 현재 노인 장기요양서비스의 경우 신체외부 장애인에게는 정합성이 상대적으로 낮은 제도임을 보여주는 결과이다. 둘째, 기능상태의 경우 혼자 가능한 대상자가 그렇지 못한 대상자보다 전반적으로 만족도가 높게 나타났으며, 셋째, 활동제약의 경우에도 유사하게 활동제약이 낮은 대상자가 상대적으로 만족도가 가장 높게 나타났다.

〈표 3-2-10〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 만족도(총괄)

(단위: 점)

구분	전체(N)	제도목적	신청 및 이용	종합 (인정)조사	서비스 지원시간	본인 부담금	전달 체계	평균
전 체	500	3.04	3.05	3.31	2.71	2.54	3.35	3.00
장애유형								
신체외부장애	383	2.99	3.04	3.29	2.68	2.56	3.34	2.98
감각장애	64	3.20	3.05	3.34	2.80	2.55	3.29	3.04
내부장애	24	3.17	3.08	3.42	2.81	2.22	3.36	3.01
정신장애	29	3.24	3.21	3.34	2.93	2.71	3.56	3.17
활동제약								
활동제약 낮음	45	3.24	3.18	3.36	3.06	2.53	3.48	3.14
활동제약 중간	208	3.12	3.04	3.34	2.82	2.69	3.33	3.06
활동제약 심함	247	2.94	3.05	3.27	2.56	2.43	3.34	2.93

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

이하에서는 노인장기요양보험의 주요 특성별 만족도에 대해 살펴보았다. 우선 제도 목적에 만족도를 살펴보면, 4점 만점 중 3.00점으로 제도 목적에 대한 만족도가 전반적으로 높았다. 즉, 노인장기요양보험이 고령이나 노인성 질병 등으로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 이들에게 신체활동 및 일상생활 지원 등의 서비스를 제공하여 노후 생활의 안정과 그 가족의 부담을 덜어주기 위한 목적대로 운영되고 있음을 보여주는 것으로 해석할 수 있다. 계속해서 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 노인장기요양보험의 목적에 대한 만족도의 집단간 차이를 살펴보면, 성별에 있어서는 여성의 만족도가 3.01점으로 남성의 2.99점보다 약간 높았으며, 연령별로 크게 차이하지 않았다. 급여량 차이의 경우, 급여량이 증가 또는 유지한 대상자의 만족도가 3.18점으로 가장 높게 나타난 반면, 급여량차이가 클수록 전반적인 만족도가 낮았다.

〈표 3-2-11〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(제도 목적)

(단위: 점)

구분	전체(N)	제도 목적	
		평균	표준편차
전 체	500	3.04	0.92
성별			
남자	226	3.01	0.91
여자	274	3.07	0.93
연령			
65~70	363	3.04	0.95
70~75	137	3.04	0.85
급여량 차이			
증가 또는 유지	125	3.31	0.78
1~60시간	237	3.07	0.92
60~150시간	84	2.82	0.93
150시간 이상	54	2.63	1.00

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능상태별로 노인장기요양보험 목적에 대한 만족도의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면, 정신장애인의 만족도가 3.24점으로 가장 높은 반면 신체외부 장애의 만족도가 2.99점으로 가장 낮았다. 또한 기능상태의 또 다른 변수인 활동제약 수준에 있어서는 활동제약 수준이 심할수록 평균 만족도가 낮았다.

〈표 3-2-12〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 활동지원서비스 시간 만족도(제도 목적)

(단위: 점)

구분	전체(N)	제도 목적	
		평균	표준편차
전 체	500	3.04	0.92
장애유형			
신체외부장애	383	2.99	0.93
감각장애	64	3.20	0.84
내부장애	24	3.17	0.96
정신장애	29	3.24	0.87
활동제약			
활동제약 낮음	45	3.24	0.80
활동제약 중간	208	3.12	0.88
활동제약 심함	247	2.94	0.97

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

이어서 제도 신청 및 이용에 대한 만족도를 살펴보면, 서비스 신청 시 정보습득 용이성은 4점 만점 중 3.10점으로 나타나 서비스 신청 시 정보습득 용이성에 대한 만족도가 전반적으로 높았다. 즉, 본 제도를 신청할 때 필요한 정보를 쉽게 얻을 수 있는 지에 대한 만족도가 전반적으로 높게 나타났다. 또한 서비스 이용 시 만족도는 4점 만점 중 3.01점으로 나타나 유사하게 이에 대한 만족도가 전반적으로 높음을 알 수 있다. 즉, 본 제도 이용에 만족하는 지에 대해 전반적으로 만족하고 있음을 알 수 있다. 정보습득 용이성과 이용 시 만족도의 경우 여성 장애인의 만족도가 남성에 비해 모두 높았다. 급여량 차이에 따른 제도 신청 및 이용 만족도의 집단간 차이를 살펴보면, 급여량이 증가 또는 유지된 대상자의 만족도가 모두 가장 높은 반면, 급여량 차이가 크게 날수록 제도 신청 및 제도 이용 만족도가 낮았다.

〈표 3-2-13〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(신청 및 이용)

(단위: 점)

구분	전체(N)	서비스 신청 시 정보 습득 용이성		서비스 이용 시 만족도	
		평균	표준편차	평균	표준편차
전 체	500	3.10	0.93	3.01	1.01
성별					
남자	226	3.08	0.95	2.99	1.01
여자	274	3.12	0.92	3.02	1.01
연령					
65-70	363	3.14	0.93	3.00	1.03
70-75	137	3.00	0.92	3.01	0.94
급여량 차이					
증가 또는 유지	125	3.23	0.82	3.30	0.73
1-60시간	237	3.08	0.96	3.05	1.01
60-150시간	84	2.99	0.95	2.74	1.05
150시간 이상	54	3.07	1.01	2.57	1.24

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능상태별로 활동지원제도 신청 및 이용 만족도의 집단간 차이를 살펴보았다. 장애유형의 경우, 정신장애가 타 장애유형 보다 상대적으로 모두 만족도가 높은 반면, 신체외부 장애의 서비스 이용에 대한 만족도는 가장 낮았다. 또한 기능상태의 또 다른 변수인 활동제약 수준에 있어서는 활동제약의 수준이 높을수록 서비스 이용 만족도는 낮았다.

〈표 3-2-14〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 시간 만족도(신청 및 이용)

(단위: 점)

구분	전체(N)	서비스 신청 시 정보 습득 용이성		서비스 이용 시 만족도	
		평균	표준편차	평균	표준편차
전 체	500	3.10	0.93	3.01	1.01
장애유형					
신체외부장애	383	3.12	0.93	2.96	1.03
감각장애	64	3.00	0.98	3.09	0.92
내부장애	24	3.04	0.86	3.13	0.99
정신장애	29	3.14	0.92	3.28	0.92
활동제한					
활동제한 낮음	45	3.18	0.91	3.18	0.96
활동제한 중간	208	3.05	0.92	3.02	0.96
활동제한 심함	247	3.13	0.95	2.96	1.06

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

이어서 노인장기요양보험 이용 여부 및 급여량을 결정하는 요양필요도 평가로서의 의의를 갖고 있는 인정조사에 대한 만족도를 살펴보면, 방문조사자 친절도는 4점 만점 중 3.42점으로 나타나 방문조사자의 친절도에 대한 만족도는 매우 높았다. 이는 서비스지원시간을 결정하기 위해 건강보험공단의 직원(간호사)이 방문했을 때, 이들의 친절도에 대해서는 만족하는 것으로 보인다. 또한 방문조사자의 장애에 대한 이해도에 대한 만족도의 경우에도 4점 만점 중 3.19점으로 높았다. 즉, 건강보험공단 방문조사자들은 장애에 대한 이해도에 대해 전반적으로 만족도가 높았다.

이러한 방문조사자 친절도 및 방문조사자의 장애에 대한 이해도에 대한 인구사회학적 속성별 만족도의 집단간 차이를 살펴보면, 여성이 남성에 비해 65~70세 미만이 70~75세 미만보다 만족도가 더 높았다. 급여량 차이에 따른 만족도는 급여량이 증가 또는 유지된 대상자의 만족도가 모두 높았고, 급여량 하락 폭이 클수록 만족도가 낮았다.

〈표 3-2-15〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(인정 조사)

(단위: 점)

구분	전체(N)	방문조사자 친절도		방문조사자의 장애에 대한 이해도	
		평균	표준편차	평균	표준편차
전 체	500	3.42	0.72	3.19	0.86
성별					
남자	226	3.38	0.75	3.17	0.85
여자	274	3.45	0.70	3.21	0.86
연령					
65-70	363	3.44	0.71	3.19	0.86
70-75	137	3.36	0.74	3.20	0.85
급여량 차이					
증가 또는 유지	125	3.49	0.63	3.37	0.72
1-60시간	237	3.46	0.69	3.23	0.86
60-150시간	84	3.36	0.77	3.05	0.92
150시간 이상	54	3.19	0.91	2.87	0.95

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별 노인장기요양보험 방문조사자 친절도 및 장애이해도의 집단간 차이를 살펴보면, 내부 장애인의 경우 신체외부장애인에 비해 만족도가 낮았다. 방문조사자의 친절도는 활동제약이 낮은 경우 가장 낮은 반면, 방문조사자의 장애에 대한 이해도는 활동제약이 심한 경우 가장 낮았다.

〈표 3-2-16〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 시간 만족도(인정 조사)

(단위: 점)

구분	전체(N)	방문조사자의 친절도		방문조사자의 장애에 대한 이해도	
		평균	표준편차	평균	표준편차
전 체	500	3.42	0.72	3.19	0.86
장애유형					
신체외부장애	383	3.42	0.74	3.17	0.88
감각장애	64	3.45	0.64	3.22	0.84
내부장애	24	3.38	0.77	3.46	0.66
정신장애	29	3.45	0.57	3.24	0.79
활동제약					
활동제약 낮음	45	3.40	0.75	3.31	0.85
활동제약 중간	208	3.44	0.67	3.25	0.77
활동제약 심함	247	3.41	0.75	3.13	0.93

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

이어서 서비스 지원시간에 대한 만족도를 살펴보면, 나의 생활환경 반영도는 4점 만점 중 2.84점으로 전반적으로 양호한 반면, 서비스 지원시간 만족도는 4점 만점 중 2.59점으로 높지 않았다. 즉, 서비스지원시간을 결정하기 위해 건강보험공단의 직원이 평가하러 왔을 때 나의 생활환경(독거 등)이 잘 반영된다고 생각하는 지에 대한 만족도는 전반적으로 양호하였으나 건강보험공단 직원의 평가에 의해 제공된 서비스지원 시간은 욕구와 비교할 때 만족스럽지 않은 것으로 해석할 수 있다. 특히 이와 같은 서비스지원시간 만족도는 타영역 만족도에 비해 본인부담금 영역과 함께 만족도 점수가 낮았다.

노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별 나의 생활반영정도 및 서비스 지원시간 만족도의 집단간 차이를 살펴보면, 성별에 있어서는 여성이 남성보다, 연령별로는 65~70세 미만보다 70~75세 미만보다 매우 근소한 차이로 높았다.

〈표 3-2-17〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(서비스 지원시간)

(단위: 점)

구분	전체(N)	나의 생활환경 반영도		서비스지원시간 만족도	
		평균	표준편차	평균	표준편차
전 체	500	2.84	1.00	2.59	1.12
성별					
남자	226	2.77	0.99	2.58	1.15
여자	274	2.90	1.00	2.60	1.11
연령					
65~70	363	2.84	0.99	2.60	1.12
70~75	137	2.85	1.01	2.57	1.13
급여량 차이					
증가 또는 유지	125	3.07	0.90	2.87	0.98
1~60시간	237	2.91	1.00	2.61	1.14
60~150시간	84	2.60	0.97	2.27	1.11
150시간 이상	54	2.37	1.03	2.31	1.23

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 서비스 지원시간 만족도의 집단간 차이를 살펴보았다. 장애유형의 경우, 나의 생활환경 반영도는 내부장애인에서 서비스지원시간 만족도는 정신장애인 그룹에서 가장 높게 나타난 반면, 신체의

부장애인의 경우 모두 낮았다. 또한 타인의 도움 필요도 수준을 파악할 수 있는 대리 변수인 활동제약의 수준별 생활환경 반영도 및 서비스 지원시간 만족도는 모두 기능상태가 취약하거나 활동제약 수준이 심한 집단일수록 만족도가 낮게 나타나는 일관된 경향을 보였다. 이는 현재의 노인장기요양보험이 장애인의 기능상태 및 욕구에 비례한 서비스 지원시간이 만족스럽지 않은 상황으로 인식되는 경향을 반영한 결과로 유추할 수 있다.

〈표 3-2-18〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 시간 만족도(서비스 지원시간)

(단위: 점)

구분	전체(N)	나의 생활환경 반영도		서비스지원시간 만족도	
		평균	표준편차	평균	표준편차
전 체	500	2.84	1.00	2.59	1.12
장애유형					
신체외부장애	383	2.81	1.01	2.54	1.13
감각장애	64	2.88	0.88	2.72	1.06
내부장애	24	3.00	1.06	2.63	1.17
정신장애	29	2.97	0.98	2.90	1.14
활동제약					
활동제약 낮음	45	3.20	0.87	2.91	1.04
활동제약 중간	208	2.97	0.89	2.67	1.08
활동제약 심함	247	2.67	1.07	2.46	1.16

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

노인장기요양보험 전환자의 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도 중 본인부담금에 대한 주요 분석결과를 살펴보았다. 본인부담금의 적절성에 대한 장애인의 만족도는 4점 만점 중 2.54점으로 전반적으로 만족도가 높지 않았다. 이는 노인장기요양보험의 본인부담금부과 원칙에 대해 대부분의 노인장기요양제도로 전환된 장애인들이 적잖은 경제적 부담을 느끼고 있음을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 남성 장애인의 경우 여성 장애인보다 본인부담금에 대한 만족도가 약간 높았고, 급여량이 증가 또는 유지된 장애인의 본인부담금에 대한 만족도는 높은 반면, 급여량 하락의 폭이 클수록 만족도가 전반적으로 낮았다.

〈표 3-2-19〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(본인 부담금)

(단위: 점)

구분	전체(N)	본인 부담금 적절도	
		평균	표준편차
전 체	500	2.54	1.06
성별			
남자	226	2.58	1.03
여자	274	2.51	1.08
연령			
65-70	363	2.59	1.07
70-75	137	2.42	1.03
급여량 차이			
증가 또는 유지	125	2.67	0.96
1-60시간	237	2.56	1.11
60-150시간	84	2.40	1.09
150시간 이상	54	2.41	0.96

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능상태별에 따른 본인부담금에 대한 주요 분석결과를 살펴보면, 장애유형의 경우 내부장애인의 만족도가 2.22점으로 가장 낮았다. 신체기능상태와 유사하게 서비스 필요도를 가늠할 수 있는 대리 변수인 활동제약 수준에 따른 본인부담금에 대한 적절성에 대한 인식은 제약 수준이 중간인 집단에서 본인 부담금 만족도가 가장 높았던 반면, 제약수준이 높은 집단의 만족도가 가장 낮았다.

〈표 3-2-20〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 활동지원서비스 시간 만족도(본인 부담금)

(단위: 점)

구분	전체(N)	본인 부담금 적절도	
		평균	표준편차
전 체	500	2.54	1.06
장애유형			
신체외부장애	383	2.56	1.07
감각장애	64	2.55	1.06
내부장애	24	2.22	1.00
정신장애	29	2.71	0.76
활동제약			
활동제약 낮음	45	2.53	1.07
활동제약 중간	208	2.69	0.98
활동제약 심함	247	2.43	1.10

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

노인장기요양보험 전환자의 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도 중 전달체계에 대한 주요 분석결과를 살펴보면, 4점 만점 중 서비스 시간의 자유는 2.67점, 서비스의 계획성은 3.39점, 일정 변경의 수월성은 3.34점, 요양보호사 선택은 3.37점, 요양보호사의 장애이해도는 3.52점, 요양보호사의 시간약속은 3.63점, 서비스제공기관의 갈등조절 역할은 3.51점으로 나타나 서비스 시간의 자유를 제외한 나머지 전달체계 요소들의 만족도는 매우 높게 나타났다. 따라서, 저녁이나 휴일에도 원할 때 서비스를 지원받을 수 있는 지에 대한 만족도가 높지 않았음을 알 수 있다. 급여량 차이의 경우, 급여량이 증가 또는 유지된 장애인의 만족도가 전달체계 관련 모든 영역에서 가장 높게 나타난 반면 급여량 감소폭이 클수록 만족도가 낮았다.

〈표 3-2-21〉 응답자 일반 특성에 따른 노인장기요양보험 만족도(전달 체계)

(단위: 점)

구분	전체(N)	서비스 시간의 자유		서비스의 계획성		일정 변경의 수월성		요양보호사 선택		요양보호사의 장애 이해도		요양보호사의 시간약속		서비스제공기의 갈등조절 역할	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
전 체	500	2.67	1.11	3.39	0.77	3.34	0.76	3.37	0.82	3.52	0.71	3.63	0.63	3.51	0.69
성별															
남자	226	2.82	1.10	3.41	0.81	3.37	0.78	3.36	0.81	3.50	0.76	3.58	0.66	3.47	0.69
여자	274	2.54	1.11	3.37	0.75	3.31	0.75	3.38	0.83	3.54	0.67	3.67	0.60	3.53	0.70
연령															
65-70	363	2.68	1.13	3.37	0.79	3.34	0.75	3.38	0.81	3.52	0.70	3.63	0.62	3.50	0.69
70-75	137	2.64	1.06	3.42	0.72	3.34	0.79	3.35	0.85	3.53	0.74	3.64	0.66	3.51	0.69
급여량 차이															
증가 또는 유지	125	2.74	1.10	3.45	0.70	3.44	0.65	3.49	0.70	3.62	0.60	3.75	0.50	3.62	0.56
1-60시간	237	2.71	1.10	3.40	0.78	3.32	0.78	3.35	0.82	3.49	0.73	3.59	0.65	3.49	0.70
60-150시간	84	2.68	1.13	3.33	0.81	3.39	0.73	3.33	0.85	3.52	0.72	3.62	0.60	3.49	0.70
150시간 이상	54	2.30	1.11	3.28	0.86	3.07	0.91	3.24	0.99	3.43	0.79	3.52	0.79	3.33	0.85

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별에 따른 전달체계 관련 영역의 주요 분석결과를 살펴보면, 정신장애가 전달체계의 모든 부분에서 만족도가 가장 높은 것으로 나타났다. 반면, 감각장애가 전달체계 관련 전반적 영역에서 만족도가 낮은 것으로 나타났다. 신체기능상태와 유사하게 서비스 필요도를 가늠할 수 있는 대리 변수인 활동제약 수준에 있어서는 전반적으로 활동제약이 낮은 경우가 만족도가 높은 것으로 나타났다. 다만 활동제약이 중간정도인 경우가 전반적으로 만족도가 낮은 것으로 나타났다.

〈표 3-2-22〉 응답자의 장애 및 기능상태별에 따른 노인장기요양보험 만족도(전달 체계)

(단위: 점)

구분	전체(N)	서비스 시간의 자유		서비스의 계획성		일정 변경의 수월성		요양보호사 선택		요양보호사의 장애 이해도		요양보호사의 시간약속		서비스제공기의 갈등조절 역할	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
전 체	500	2.67	1.11	3.39	0.77	3.34	0.76	3.37	0.82	3.52	0.71	3.63	0.63	3.51	0.69
장애유형															
신 체 외 부 장애	383	2.64	1.12	3.38	0.78	3.35	0.77	3.35	0.84	3.52	0.72	3.63	0.63	3.48	0.72
감각장애	64	2.66	1.09	3.28	0.88	3.20	0.80	3.39	0.81	3.44	0.75	3.55	0.71	3.55	0.66
내부장애	24	2.50	1.14	3.50	0.59	3.29	0.62	3.46	0.66	3.50	0.66	3.75	0.44	3.54	0.59
정신장애	29	3.21	0.94	3.55	0.51	3.48	0.69	3.48	0.69	3.72	0.53	3.76	0.51	3.72	0.45
활동제약															
활동제약 낮음	45	2.93	0.86	3.62	0.61	3.49	0.66	3.51	0.69	3.53	0.63	3.71	0.59	3.58	0.54
활동제약 중간	208	2.74	1.08	3.32	0.78	3.30	0.76	3.35	0.82	3.49	0.72	3.60	0.63	3.50	0.66
활동제약 심함	247	2.57	1.17	3.40	0.79	3.34	0.78	3.36	0.84	3.55	0.71	3.64	0.64	3.50	0.74

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

3. 활동지원제도 이용 경험 기본현황 (N=1,000)

현재 노인장기요양보험 전환자(n=500)의 경우 활동지원제도 이용 경험에 대한 응답값은 과거의 활동지원제도 이용경험에 대한 응답이며, 65세 이후에도 지속적으로 활동지원제도를 이용하고 있는 장애인의 경우에는 현재까지의 활동지원제도 이용 경험에 대한 응답값을 분석한 것이다.

가. 활동지원서비스 이용 기간 및 시간

현재까지 활동지원서비스를 이용하고 있거나(노인장기요양 등급외자) 또는 현재 노인장기요양보험제도 전환자현재까지 활동지원서비스를 이용하고 있거나(노인장기요양 등급외자) 또는 현재 노인장기요양보험제도 전환자를 포함한 전체 활동지원제도 평균 이용 기간은 84.5개월(7.04년)로 나타났고, 월평균 이용 시간은 140시간, 일평균 이용시간은 5.5시간으로 파악되었다. 이 중 현재까지도 활동지원서비스를 이용하고 있는 장애인(활동지원 계속 이용자)의 경우, 총 이용기간은 95.9개월(대략 8년), 월평균 이용시간은 144.7시간, 일평균 이용시간은 6.3시간으로 나타났다. 반면 65세 이전에 활동지원서비스를 이용하다가 노인장기요양보험으로 전환된 장애인(노인장기요양보험 전환자)의 경우는 총 이용기간이 73.01개월(6.08년), 월평균 이용시간은 135.2시간, 일평균 이용시간은 4.7시간으로 나타났다. 따라서 전환자에 비해 활동지원 계속 이용자의 경우 총 이용 기간은 22.9개월, 월평균 이용시간은 9.5시간, 일평균 이용시간은 1.6시간 더 많은 서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났다.

활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별 활동지원 제도 이용 시간에 대한 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 성별에 있어서 여성이 남성보다 월평균 이용시간이 약간(3.2 시간) 더 길었으며, 연령별로는 65~70세 미만이 70~75세보다 월평균 이용시간이 약간(1.5시간) 더 길었다. 고령인 경우 장기요양 서비스로 전환되어 시간이 낮은 것으로 보인다. 한편 가구유형에 있어서는 독거 장애인(1인 가구)이 동거 가구원과 함께 살고 있는 장애인(2인 이상 가구)에 비해 월평균 29.7시간 길었다. 이는 활동지원제도의 인정조사에서 1인 독거 가구와 같은 환경적 요인에 대한 고려에 기인하는 것으로 해석할 수 있다.

〈표 3-2-23〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 이용 경험과 서비스 시간(전체)

(단위: 개월, 시간)

구분	전체	활동지원서비스 이용 경험(개월)		활동지원서비스(시간)			
		평균	표준편차	월평균	표준편차	일평균	표준편차
전 체	1,000	84.47	32.59	139.97	85.40	5.49	2.54
현재 이용 제도							
활동지원	500	95.94	21.07	144.72	72.62	6.29	2.24
장기요양	500	73.01	37.68	135.22	96.33	4.69	2.57
성별							
남자	507	84.72	31.67	138.38	84.11	5.50	2.54
여자	493	84.22	33.55	141.60	86.75	5.48	2.55
연령							
65-70	715	83.79	33.79	140.39	86.78	5.50	2.56
70-75	285	86.18	29.36	138.91	81.96	5.45	2.49
가구구성							
1인 가구	453	89.10	30.18	156.19	94.91	6.03	2.71
2인 이상 가구	547	80.64	34.02	126.54	74.07	5.04	2.30

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별 월평균 이용시간의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 신체외부 장애인의 월평균 이용시간이 147.8시간으로 가장 길었으며 이어서 감각장애 138.8시간, 정신장애 99.8시간, 내부장애 91.2시간의 순으로 나타나 타 장애유형에 비해 지체 및 뇌병변 장애인의 활동지원서비스 이용시간이 가장 길었다. 활동제약 수준⁷⁾에 있어서는 활동제약 수준이 심한 장애인이 활동제약 수준이 낮거나 중간 수준인 장애인보다 월평균 이용시간이 각각 53.3시간, 30.0시간 더 길었다. 이는 활동제약 수준이 심할수록 월평균 및 일평균 이용시간이 증가함을 보여주고 있다.

7) 현재 활동지원제도와 노인장기요양보험의 인정조사는 각 제도의 목적에 따라 노인장기요양보험에서는 '요양 필요도'를 장애인활동지원제도에서는 '일상생활 및 사회활동의 제한' 정도를 측정하고 있음. 따라서 본 연구에서는 '혼자 앉기 여부, 혼자 외출 가능 여부, 혼자 체위 변경 여부와 사지마비와 같은 중증의 상태 등을 동반한 경우 등을 고려하여 '활동제약 수준'을 고려하였음

〈표 3-2-24〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 이용 경험과 서비스 시간

(단위: 개월, 시간)

구분	전체	활동지원서비스 이용 경험(개월)		활동지원서비스(시간)			
		평균	표준편차	월평균	표준편차	일평균	표준편차
전 체	1,000	84.47	32.59	139.97	85.40	5.49	2.54
장애유형							
신체외부장애	547	81.66	34.59	147.77	97.67	5.27	2.71
감각장애	367	93.15	26.63	138.83	68.86	5.97	2.22
내부장애	46	60.85	30.10	91.24	43.77	5.15	2.70
정신장애	40	70.45	32.89	99.80	34.86	4.36	1.78
활동제약							
활동제약 낮음	94	76.89	32.68	108.96	57.69	4.88	1.97
활동제약 중간	577	86.68	31.40	132.30	73.05	5.53	2.33
활동제약 심함	329	82.76	34.25	162.28	104.97	5.59	2.98

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

나. 활동지원서비스 제공시간 충분도

현재 활동지원서비스를 이용하고 있거나 또는 노인장기요양보험으로 전환된 장애인을 대상으로 서비스 제공시간 충분도를 살펴본 결과 전체의 34.5%만이 충분하다고 응답하였다. 즉, 서비스 제공시간에 대해 불충분하다는 응답 비율이 높았다. 특히나 활동지원계속 이용자보다 노인장기요양보험 전환자의 서비스 제공시간 만족도가 3.8%p 더 높았는데, 이는 노인장기요양보험 전환자는 현재 제도 전환과정에서 급여량의 차이로 인해 활동지원제도 이용 시 보다 급여량이 감소하게 되면서 과거 이용 경험을 오히려 긍정적으로 평가하는 심리적 경향이 반영된 것으로 유추된다.

이어서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별 서비스 제공시간 충분도의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 성별에 있어서 남성이 여성보다 서비스 제공시간에 대한 만족도가 낮았으며, 연령별로는 70~75세가 65~70세보다 서비스 제공시간에 대해서 충분하지 않다는 응답이 약간 높았다.

〈표 3-2-25〉 응답자 일반 특성에 따른 서비스 제공시간 충분도

(단위: %)

구분	전체	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
전 체	1,000	5.4	29.1	42.3	23.2
현재 이용 제도					
활동지원	500	4.0	28.6	44.8	22.6
장기요양	500	6.8	29.6	39.8	23.8
성별					
남자	507	4.3	29.6	42.8	23.3
여자	493	6.5	28.6	41.8	23.1
연령					
65-70	715	5.6	29.2	41.1	24.1
70-75	285	4.9	28.8	45.3	21.1

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 서비스 제공시간 충분도의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 신체외부장애인 중 서비스 제공시간이 충분하다고 응답한 비중이 37.1%로 가장 높았으며, 타 유형의 장애인은 대략 32%로 유사한 비중으로 서비스 제공시간이 충분하다고 응답하였다. 이는 타 장애유형에 비해 신체외부장애인이 서비스 제공시간이 상대적으로 긴데서 비롯된 것으로 판단된다. 또한 활동제약 수준에 있어서는 활동제약 수준이 낮은 장애인의 서비스 제공시간 만족도가 가장 높았으며, 활동제약 수준이 중간인 장애인의 서비스 제공시간 만족도가 가장 낮았다.

〈표 3-2-26〉 응답자의 장애 특성에 따른 서비스 제공시간 충분도

(단위: %)

구분	전체	매우 그렇다	그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
전 체	1,000	5.4	29.1	42.3	23.2
장애유형					
신체외부장애	547	5.7	31.4	38.2	24.7
감각장애	367	4.6	26.4	47.7	21.3
내부장애	46	6.5	26.1	47.8	19.6
정신장애	40	7.5	25.0	42.5	25.0
활동제한					
활동제한 낮음	94	4.3	35.1	41.5	19.1
활동제한 중간	577	5.0	27.4	44.9	22.7
활동제한 심함	329	6.4	30.4	38.0	25.2

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

다. 활동지원서비스 지원시간 모두 소진 여부

앞선 질문인 서비스 제공시간 충분도에 대해 만족한다고 응답한 장애인을 대상으로 지원시간의 전부 사용 여부를 파악한 결과 전체의 94.8%가 모두 사용하였다고 응답하였다. 65세가 지나서 현재에도 활동지원서비스를 이용하는 장애인보다는 65세 이전에 활동지원서비스를 이용하다가 노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 지원시간 전부 사용 비중이 2.9%p 더 높았는데, 이는 노인장기요양보험 전환자가 활동지원제도 계속 이용자보다 월평균 지원시간이 9.5시간이 더 적기 때문에 전부 사용이 더 용이한 것으로 추정된다.

활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 지원시간 전부 사용 여부의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 성별에 있어서 여성이 남성보다 지원시간 전부 사용 비중이 약간 더 높았으며, 연령별로는 70~75세 미만이 65~70세 미만보다 지원시간 전부 사용 비중이 더 높았다.

〈표 3-2-27〉 응답자 일반 특성에 따른 지원시간 모두 사용 여부

(단위: %)

구분	전체	아니오	예
전 체	345	5.2	94.8
현재 이용 제도			
활동지원	163	6.7	93.3
장기요양	182	3.8	96.2
성별			
남자	172	5.8	94.2
여자	173	4.6	95.4
연령			
65-70	249	6.4	93.6
70-75	96	2.1	97.9

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 지원시간 전부 사용 여부의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 신체외부장애인의 전부 사용 비중이 97.0%로 가장 높았으며, 이어서 감각장애가 그보다 약간 낮은 93.9%, 내부장애 86.7%, 정신장애 78.9%의 순이었다. 이는 신체외부장애인의 실제적인 서비스 수요가 타 장애유형보다 더 크다는 것을 보여주는 결과로 볼 수도 있으나 활동지원사가 정신적 장애인을 기피하는 환경도 일정 정도 영향을 미친 것으로 추정된다. 한편 활동제약 수준에 있어서도 활동제약 수준이 심할수록 지원시간 전부 사용 비중이 더 높게 나타나 중증장애인의 실제 서비스 수요가 더 큼을 다시 한 번 확인할 수 있었다.

〈표 3-2-28〉 응답자의 장애 특성에 따른 지원시간 모두 사용 여부

(단위: %)

구분	전체	아니오	예
전 체	345	5.2	94.8
장애유형			
신체외부장애	203	3.0	97.0
감각장애	114	6.1	93.9
내부장애	15	13.3	86.7
정신장애	13	23.1	76.9
활동제약			
활동제약 낮음	37	10.8	89.2
활동제약 중간	187	5.3	94.7
활동제약 심함	121	3.3	96.7

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

라. 활동지원서비스 지원시간 모두 소진하지 않은 이유

계속된 부수 질문으로서 지원시간을 전부 사용하지 않았다고 응답한 장애인 18명을 대상으로 그 이유를 물어본 결과, ‘시간이 다 필요하지 않아서’라고 응답한 비중이 전체의 44.4%로 가장 많았으며, ‘필요로 하는 시간대에 활동지원사를 구하지 못해서’와 ‘장기간 외출, 여행 등 특별한 일정에 사용하려고’가 16.7%로 뒤를 이었다. 이러한 결과는 인정조사를 통한 급여량 결정 방식이 일부 대상에 대하여 실제 서비스 수요를 상회하는 부분이 있는 것으로 추정되며, 서비스 이용과정에서 수요와 공급의 불일치가 나타나고 있는 것으로 해석할 수 있다. 현재에도 활동지원서비스를 이용하는 장애인의 경우에는 기타에 이어 ‘장기간 외출, 여행 등 특별한 일정에 사용하려고’가 가장 많았으며, ‘시간이 다 필요하지 않아서’와 ‘필요로 하는 시간대에 활동지원사를 구하지 못해서’가 그 뒤를 이었다. 반면에 노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 경우 ‘시간이 다 필요하지 않아서’가 압도적으로 비중이 높았으며, ‘필요로 하는 시간대에 활동지원사를 구하지 못해서’가 그 뒤를 이었다. 이어서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 지원시간 미사용 이유의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 성별에 있어서 남성의 경우 ‘시간이 다 필요하지 않아서’라고 응답한 비중이 전체의 50.0%로 가장 많았으며, 이어서 ‘필요로 하는 시간대에 활동지원사를 구하지 못해서’ 30.0%, ‘장기간 외출, 여행 등 특별한 일정에 사용하려고’ 20.0%의 순

으로 나타났다. 반면 여성의 경우에는 기타에 이어 ‘시간이 다 필요하지 않아서’ 37.5%, ‘장기간 외출, 여행 등 특별한 일정에 사용하려고’ 12.5%의 순이었다.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 지원시간 미사용 이유의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 앞서 신체외부장애, 내부장애, 정신장애의 경우 ‘시간이 다 필요하지 않아서’의 비중이 가장 큰 반면, 감각장애의 경우에는 ‘장기간 외출, 여행 등 특별한 일정에 사용하려고’의 비중이 가장 컸다. 실제 현재 활동지원서비스를 이용하는 감각장애인의 대부분이 시각장애인임을 고려할 때, 반복과 훈련을 통해 일상생활 수행이 어느 정도 가능한 시각 장애인들은 특별한 상황에서 활동지원서비스를 집중적으로 사용하기 위해 이용시간을 조절하고 있다는 것을 확인할 수 있다. 한편 혼자 활동제한 수준에 따른 지원시간 미사용 이유 차이를 살펴보면, 활동제한의 수준이 ‘시간이 다 필요하지 않아서’의 비중이 가장 크게 나타난 반면, 해당 기능을 수행할 수 없는 장애인의 경우에는 ‘필요로 하는 시간대에 활동지원사를 구하지 못해서’의 비중도 ‘시간이 다 필요하지 않아서’의 비중 못지 않게 큰 것으로 나타났다. 이는 타인의 도움 필요도가 높은 중증 장애인의 경우 활동지원사를 구하는 데 어려움을 겪고 있음을 보여주는 결과라고 할 수 있다.

92 노인·장애인 돌봄제도 정합성 확보 방안 연구

〈표 3-2-29〉 응답자 일반 특성에 따른 지원시간 모두 사용 않은 이유

(단위: %)

구분	전체	① 시간이 다 필요하지 않아서	② 필요로 하는 시간대에 활동지원사를 구하지 못해서	③ 활동지원사의 변경 등으로 서비스가 일부 중단 돼서	④ 본인부담금을 지불하기 어려워서	⑤ 장기간 외출, 여행 등 특별한 일정에 사용하려고	⑥ 활동지원사 서비스가 불만족스러워서	⑦ 기타
전 체	18	44.4	16.7	0.0	0.0	16.7	0.0	22.2
현재 이용 제도								
활동지원	11	18.2	18.2	0.0	0.0	27.3	0.0	36.4
장기요양	7	85.7	14.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
성별								
남자	10	50.0	30.0	0.0	0.0	20.0	0.0	0.0
여자	8	37.5	0.0	0.0	0.0	12.5	0.0	50.0
연령								
65-70	16	50.0	12.5	0.0	0.0	12.5	0.0	25.0
70-75	2	0.0	50.0	0.0	0.0	50.0	0.0	0.0
장애유형								
신체외부장애	6	66.7	33.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
감각장애	7	0.0	14.3	0.0	0.0	42.9	0.0	42.9
내부장애	2	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
정신장애	3	66.7	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	33.3
활동제약								
활동제약 낮음	4	75.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	25.0
활동제약 중간	10	30.0	10.0	0.0	0.0	30.0	0.0	30.0
활동제약 심함	4	50.0	50.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

4. 활동지원제도의 제도적 특성에 대한 만족도

고령장애인 중 현재 활동지원서비스를 이용하고 있거나 또는 노인장기요양보험으로 전환된 장애인을 대상으로 활동지원서비스의 주요 제도적 특성들에 대한 만족도 결과를 분석하였다. 제도적 특성을 구성하는 항목은 제도 목적, 신청 및 이용, 종합(인정)조사, 서비스 지원시간, 본인부담금, 전달체계 등 6개 로 구성되었으며 4점 만점을 기준으로 측정되었다. 응답 점수가 높을수록 만족도가 높은 것을 의미한다.

우선 전체 응답자 1,000명의 주요 항목별 만족도를 살펴보면, 종합조사(3.47점), 제도 목적(3.46점), 전달체계(3.43점) 등이 3점대 중반으로 비교적 높은 만족도를 보였으며, 이어서 신청 및 이용(3.24점), 서비스 지원시간(3.05점)이 3점대 초반으로 그 뒤를 이은 가운데 본인부담금(2.76점)이 3점 미만의 가장 낮은 만족도를 보였다. 이러한 결과를 종합해 볼 때, 활동지원제도 전반에 대해 만족하고 있으나 경제적 어려움으로 인해 소득수준에 비례하여 부과되는 본인부담금에는 상대적으로 덜 만족하고 있음을 알 수 있다.

현재 제도이용자에 따른 만족도 차이를 살펴보면, 현재에도 활동지원서비스를 이용하는 장애인의 경우에는 노인장기요양보험으로 전환된 장애인에 비해 본인부담금 납부를 제외한 모든 항목에서 만족도가 더 높거나 유사한 것으로 나타났다. 이는 이들이 활동지원제도가 노인장기요양보험에 대해서 갖는 비교우위적 특성, 즉 노인장기요양보험보다 장애특성을 반영한 인정조사로 인한 지원시간이 많고 장애친화적인 제도 설계와 운영, 그리고 동일 서비스를 계속 이용하는 데 따른 심리적 편안함 등의 요인이 복합적으로 작용한 결과로 판단된다.

이어서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 활동지원제도 주요 특성에 대한 만족도의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 성별로 6개 제도 특성에 대한 만족도를 평균한 결과 여성의 만족도가 3.27점으로 남성의 3.21점보다 더 높았으며, 개별 영역에서도 본인부담금을 제외한 모든 영역에서 여성이 남성보다 만족도가 더 높았다. 연령별로는 65~70세 미만의 평균 만족도가 3.25점으로 70~75세의 평균 만족도 3.21점보다 높게 나타났다.

〈표 3-2-30〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(총괄)

(단위: 점)

구분	전체	제도목적	신청 및 이용	종합 (인정) 조사	서비스 지원시간	본인 부담금	전달체계	평균
전 체	1,000	3.46	3.24	3.47	3.05	2.76	3.43	3.24
현재 이용 제도								
활동지원	500	3.54	3.28	3.48	3.05	2.62	3.53	3.25
장기요양 (경험응답)	500	3.38	3.19	3.45	3.06	2.89	3.33	3.22
성별								
남자	507	3.42	3.22	3.42	2.99	2.78	3.41	3.21
여자	493	3.50	3.25	3.52	3.12	2.75	3.45	3.27
연령								
65~70	715	3.45	3.26	3.49	3.06	2.78	3.43	3.25
70~75	285	3.49	3.18	3.42	3.04	2.73	3.42	3.21

자료: 고려장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 활동지원제도 주요 특성에 대한 만족도의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 신체외부장애인의 평균 만족도가 3.25점으로 감각장애, 정신장애, 내부장애 등 다른 장애유형의 평균 만족도(3.22점)에 약간 더 높았다. 이는 현 활동지원제도가 종합조사 및 서비스 지원시간 등에서 타 장애유형에 비해 신체외부장애가 좀 더 유리한 구조로 되어 있는 것을 반영하는 결과로 판단된다. 또한 기능상태의 또 다른 변수인 활동제약 수준에 있어서도 활동제약 수준이 심할수록 제도 전반에 대한 평균 만족도가 더 높았다. 이는 신체기능상태가 취약하고 활동제약 수준이 높은 중증 장애인일수록 활동지원제도에 더 만족하고 있다고 해석 할 수 있다.

〈표 3-2-31〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(총괄)

(단위: 점)

구분	전체	제도 목적	신청 및 이용	종합 (인정) 조사	서비스 지원시간	본인 부담금	전달 체계	평균
전 체	1,000	3.46	3.24	3.47	3.05	2.76	3.43	3.24
장애유형								
신체외부장애	547	3.44	3.22	3.47	3.07	2.89	3.39	3.25
감각장애	367	3.49	3.28	3.45	3.03	2.61	3.49	3.23
내부장애	46	3.57	3.16	3.62	3.05	2.59	3.42	3.24
정신장애	40	3.30	3.09	3.46	3.04	2.88	3.39	3.19
활동제한								
활동제한 낮음	94	3.36	3.18	3.43	2.94	2.91	3.38	3.20
활동제한 중간	577	3.46	3.22	3.45	3.03	2.70	3.45	3.22
활동제한 심함	329	3.48	3.27	3.50	3.13	2.84	3.40	3.27

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

이하에서는 활동지원제도의 6개 주요 특성별로 만족도가 현재 활동지원제도 이용 여부, 인구사회학적 속성, 장애 및 기능 상태에 따라 어떠한 차이가 있는지를 살펴보았다. 우선 제도 목적에 대한 만족도를 살펴보면, 현재에도 활동지원서비스를 이용하는 장애인의 만족도가 3.54점으로 노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 만족도(3.38 점)에 비해 더 높았다. 이는 제도 전환에 따른 적응에 어려움을 겪지 않은 활동지원제도 계속 이용자들이, 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인에게 활동지원 급여를 제공하여 장애인의 자립생활을 지원하고 그 가족의 부담을 줄여주고자 하는 활동지원제도의 목적에 더 깊게 공감하고 있음을 보여주는 것으로 해석할 수 있다. 계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 활동지원제도의 목적에 대한 만족도의 집단간 차이를 살펴보면, 성별에 있어서는 여성의 만족도가 3.50점으로 남성의 3.42점보다 더 높았으며, 연령별로는 70~75세 미만의 평균 만족도가 3.49점으로 65~70세 미만의 만족도 3.42점보다 높았다.

〈표 3-2-32〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(제도 목적)

(단위: 점)

구분	전체	제도 목적	
		평균	표준편차
전 체	1,000	3.46	0.65
현재 이용 제도			
활동지원	500	3.54	0.58
장기요양(경험 응답)	500	3.38	0.70
성별			
남자	507	3.42	0.65
여자	493	3.50	0.64
연령			
65-70	715	3.45	0.66
70-75	285	3.49	0.62

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 활동지원제도 목적에 대한 만족도의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 내부장애의 만족도가 3.57점으로 가장 높았으며, 이어서 감각장애 3.49점, 신체외부장애 3.44점, 정신장애 3.30점의 순으로 나타났다. 또한 기능상태의 또 다른 변수인 활동제약 수준에 있어서는 활동제약 수준이 심할수록 평균 만족도가 더 높았다.

〈표 3-2-33〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(제도 목적)

(단위: 점)

구분	전체	제도 목적	
		평균	표준편차
전 체	1,000	3.46	0.65
장애유형			
신체외부장애	547	3.44	0.66
감각장애	367	3.49	0.63
내부장애	46	3.57	0.58
정신장애	40	3.30	0.76
활동제약			
활동제약 낮음	94	3.36	0.73
활동제약 중간	577	3.46	0.64
활동제약 심함	329	3.48	0.63

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

이어서 제도 신청 및 이용에 대한 만족도를 살펴보면, 서비스 신청시 정보습득 용이성 만족도가 3.09점, 서비스 이용시 만족도가 3.38점으로 이용시 만족도가 더 높게 나타났다. 이는 제도 이용의 첫 번째 단계인 서비스 신청과정에서 다양한 매체의 활용 및 감각장애, 정신장애 등 의사소통 장애인에 대한 정보접근성 제고 가 더욱 필요함을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 현재 활동지원 이용 여부에 따른 만족도를 비교해 보면, 서비스 신청시 정보습득 용이성 만족도의 경우 활동지원제도 계속 이용자와 노인장기요양보험 전환자간 차이가 없었으나, 서비스 이용시 만족도의 경우에는 계속 이용자의 만족도가 전환자보다 높았다.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 활동지원제도 신청 및 이용 만족도의 집단간 차이를 살펴보면, 성별에 있어서는 여성이 남성보다, 연령별로는 65~70세 미만이 70~75세 미만보다 서비스 신청시 정보습득 용이성과 서비스 이용시 만족도 모두에서 더 높았다.

〈표 3-2-34〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(신청 및 이용)

(단위: 점)

구분	전체	서비스 신청 시 정보 습득 용이성		서비스 이용 시 만족도	
		평균	표준편차	평균	표준편차
전 체	1,000	3.09	0.95	3.38	0.75
현재 이용 제도					
활동지원	500	3.09	0.95	3.47	0.70
장기요양(경험 응답)	500	3.09	0.95	3.29	0.79
성별					
남자	507	3.07	0.95	3.36	0.76
여자	493	3.11	0.95	3.40	0.74
연령					
65-70	715	3.11	0.93	3.40	0.75
70-75	285	3.04	0.99	3.33	0.75

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 활동지원제도 신청 및 이용 만족도의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애 유형별로 살펴보면 서비스 신청시 정보습득 용이성의 경우에는 내부장애와 정신장애의 만족도가 상대적으로 낮았으며, 서비스 이용시 만족도에서는 정신장애와 신체외부장애인의 만족도가 상대적으로 낮았다. 또한 기능상태의 또 다른 변수인 활동제약 수준에 있어서는 활동제약 수준이 심할수록 두 항목에서 모두 만족도가 더 높았다.

〈표 3-2-35〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(신청 및 이용)

(단위: 점)

구분	전체	서비스 신청 시 정보 습득 용이성		서비스 이용 시 만족도	
		평균	표준편차	평균	표준편차
전 체	1,000	3.09	0.95	3.38	0.75
장애유형					
신체외부장애	547	3.10	0.96	3.34	0.76
감각장애	367	3.11	0.93	3.45	0.71
내부장애	46	2.91	1.03	3.41	0.78
정신장애	40	2.98	0.92	3.20	0.88
활동제약					
활동제약 낮음	94	3.03	1.00	3.33	0.74
활동제약 중간	577	3.08	0.96	3.37	0.77
활동제약 심함	329	3.13	0.91	3.41	0.72

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

이어서 서비스 이용 여부 및 급여량을 결정하는 장애평가로서의 의의를 갖고 있는 종합조사에 대한 만족도를 살펴보면, 방문조사자 친절 만족도가 3.55점, 방문조사자의 장애에 대한 이해 만족도가 3.39점으로 조사자 친절 만족도가 더 높게 나타났다. 이는 방문조사자 교육시 다양한 장애 유형, 특히 비신체외부장애인 감각장애, 정신장애, 내부장애의 특성과 욕구에 대한 보다 면밀한 교육이 이루어질 필요가 있음을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 현재 활동지원 이용 여부에 따른 만족도를 비교해 보면, 방문조사자의 친절도 및 장애에 대한 이해도 모두에서 활동지원제도 계속 이용자가 노인장기요양보험 전환자에 비해 만족도가 더 높았다.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 활동지원제도 신청 및 이용 만족도의 집단간 차이를 살펴보면, 성별에 있어서는 여성이 남성보다, 연령별로는 65~70세 미만이 70~75세 미만보다 방문조사자의 친절도 및 장애에 대한 이해도 모두에서 더 높았다.

〈표 3-2-36〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(종합 조사)

(단위: 점)

구분	전체	방문조사자 친절도		방문조사자의 장애에 대한 이해도	
		평균	표준편차	평균	표준편차
전 체	1,000	3.55	0.64	3.39	0.73
현재 이용 제도					
활동지원	500	3.57	0.62	3.40	0.75
장기요양(경험 응답)	500	3.53	0.66	3.38	0.72
성별					
남자	507	3.50	0.67	3.34	0.76
여자	493	3.60	0.60	3.44	0.70
연령					
65-70	715	3.57	0.62	3.40	0.71
70-75	285	3.50	0.69	3.35	0.80

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능상태별로 활동지원제도 신청 및 이용 만족도의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 방문조사자 친절도 및 장애 이해도 모두에서 내부장애인의 만족도가 다른 장애유형에 상대적으로 높게 나타났다. 또한 혼자 외출, 혼자 앉기, 혼자 체위 변경 및 활동제약 수준 등 신체기능상태 혹은 타인의 도움 필요도 수준을 파악할 수 있는 대리 변수에 있어서는 종합조사에서의 집단간 차이가 거의 나지 않았다.

〈표 3-2-37〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(종합 조사)

(단위: 점)

구분	전체	방문조사자의 친절도		방문조사자의 장애에 대한 이해도	
		평균	표준편차	평균	표준편차
전 체	1,000	3.55	0.64	3.39	0.73
장애유형					
신체외부장애	547	3.54	0.66	3.39	0.73
감각장애	367	3.53	0.63	3.37	0.76
내부장애	46	3.72	0.50	3.52	0.62
정신장애	40	3.53	0.55	3.40	0.71
활동제약					
활동제약 낮음	94	3.55	0.62	3.31	0.76
활동제약 중간	577	3.52	0.64	3.39	0.73
활동제약 심함	329	3.59	0.65	3.41	0.73

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

이어서 서비스 지원시간에 대한 만족도를 살펴보면, 나의 생활환경 반영 만족도가 3.17점, 서비스 지원시간 만족도가 2.94점으로 이용인의 생활환경 반영 만족도가 더 높게 나타났다. 이는 추가급여 또는 특별지원급여 등을 통해 장애인 개인과 가구의 생활환경 특성을 반영하여 급여량을 결정하는 방식에 대해 이용자들이 긍정적으로 평가하고 있음을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 현재 활동지원 이용 여부에 따른 만족도를 비교해 보면, 계속 이용자와 장기요양 전환자간 차이가 크지 않은 가운데, 생활환경 반영 만족도는 계속 이용자가 지원시간 만족도는 장기요양 전환자가 약간 더 높았다.

활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 서비스 지원시간 만족도의 집단간 차이를 살펴보면, 성별에 있어서는 여성이 남성보다, 연령별로는 65~70세 미만이 70~75세 미만보다 생활환경 반영도 및 지원시간 모두에서 매우 근소한 차이로 더 높았다.

〈표 3-2-38〉 응답자의 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(서비스 지원시간)

(단위: 점)

구분	전체	나의 생활환경 반영도		서비스지원시간 만족도	
		평균	표준편차	평균	표준편차
전 체	1,000	3.17	0.80	2.94	0.90
현재 이용 제도					
활동지원	500	3.18	0.78	2.91	0.92
장기요양(경험 응답)	500	3.15	0.82	2.97	0.88
성별					
남자	507	3.10	0.80	2.88	0.90
여자	493	3.24	0.79	3.01	0.90
연령					
65-70	715	3.17	0.80	2.95	0.92
70-75	285	3.14	0.81	2.93	0.86

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 서비스 지원시간 만족도의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 장애인의 생활환경 반영도의 경우에는 내부장애와 정신장애의 만족도가 상대적으로 낮았으며, 서비스 지원시간에 대해서는 감각장애와 신체외부장애의 만족도가 상대적으로 낮았다. 이는 내부장애인과 정신장애인의 경우 추가급여 또는 특별지원급여에 해당 장애 특성이 상대적으로 적게 반영되고 있다고 인식하는 것으로 볼 수 있다. 또한 타인의 도움 필요도 수준을 파악할 수 있는 대리 변수에 있어서는 생활환경 반영도 및 서비스 지원시간 모두 기능상태가 취약하거나 활동제약 수준이 심한 집단일수록 만족도가 높게 나타나는 일관된 경향을 보였다. 이는 현 활동지원제도가 장애인의 이용자의 기능상태 및 욕구에 비례하여 서비스 지원시간에 대하여 만족스럽다는 인식이 반영된 결과로 유추할 수 있다.

〈표 3-2-39〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(서비스 지원시간)

(단위: 점)

구분	전체	나의 생활환경 반영도		서비스지원시간 만족도	
		평균	표준편차	평균	표준편차
전 체	1,000	3.17	0.80	2.94	0.90
장애유형					
신체외부장애	547	3.18	0.81	2.96	0.90
감각장애	367	3.17	0.78	2.90	0.89
내부장애	46	3.07	0.88	3.04	0.99
정신장애	40	3.10	0.81	2.98	0.92
활동제한					
활동제한 낮음	94	3.02	0.78	2.85	0.93
활동제한 중간	577	3.16	0.81	2.91	0.90
활동제한 심함	329	3.22	0.79	3.03	0.88

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

이어서 본인부담금 적절성에 대한 만족도를 살펴보면, 2.76점으로 활동지원제도 특성의 다른 주요 항목에 대한 만족도에 비해 확연히 낮았다. 이는 기초수급자를 제외한 장애인에게 본인부담금을 부과하고 있는 수익자 부담 원칙에 대해 대부분의 장애인들이 적잖은 경제적 부담을 느끼고 있음을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 현재 활동지원제도 이용 여부에 따른 만족도 차이를 살펴보면, 65세가 지나서 현재에도 활동지원서비스를 이용하는 장애인의 만족도가 2.62점으로 65세 이전에 활동지원서비스를 이용하다가 노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 만족도(2.89점)에 비해 더 낮았다.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 본인부담금 적절성에 대한 만족도의 집단간 차이를 살펴보면, 성별에 있어서는 남성이 여성보다, 연령별로는 65~70세 미만이 70~75세 미만보다 본인부담금 만족도가 약간 더 높았다. 소득수준별로는 소득에 비례하여 본인부담금액이 정해지는 구조하에서 예견된 결과로서 차상위 이상자가 차상위자보다 본인부담금 적절성에 대한 만족도가 더 낮았다.

〈표 3-2-40〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(본인 부담금)

(단위: 점)

구분	전체	본인 부담금 적절도	
		평균	표준편차
전 체	1,000	2.76	0.94
현재 이용 제도			
활동지원	500	2.62	0.92
장기요양(경험 응답)	500	2.89	0.93
성별			
남자	507	2.78	0.94
여자	493	2.75	0.93
연령			
65-70	715	2.78	0.93
70-75	285	2.73	0.95

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 본인부담금 적절성 만족도의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 신체외부장애와 정신장애의 만족도가 더 높았던 반면 감각장애와 내부장애는 본인부담금 만족도가 상대적으로 낮았다. 신체기능상태와 유사하게 서비스 필요도를 가늠할 수 있는 대리 변수인 활동제약 수준에 있어서도 일관된 경향이 나타나지는 않았는데, 제약 수준이 가장 낮은 집단에서 본인부담금 만족도가 가장 높았던 반면, 제약수준이 중간인 집단에서 만족도가 가장 낮았다.

〈표 3-2-41〉 응답자의 장애 특성에 따른 활동지원서비스 시간 만족도(본인 부담금)

(단위: 점)

구분	전체	본인 부담금 적절도	
		평균	표준편차
전 체	1,000	2.76	0.94
장애유형			
신체외부장애	547	2.89	0.91
감각장애	367	2.61	0.95
내부장애	46	2.59	1.01
정신장애	40	2.88	0.64
활동제약			
활동제약 낮음	94	2.91	0.85
활동제약 중간	577	2.70	0.94
활동제약 심함	329	2.84	0.94

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

마지막으로 활동지원서비스 전달체계와 관련된 주요 세부 항목에 대한 만족도를 파악해 본 결과, ‘활동지원사의 시간 약속’, ‘활동지원사의 장애 이해도’, ‘서비스 제공기관의 갈등 조정 역할’에 대한 만족도가 3점대 후반으로 상대적으로 가장 높았으며, 이어서 ‘서비스의 계획성’, ‘일정 변경의 수월성’, ‘활동지원사 선택’이 3점대 중반으로 뒤를 이었으며, ‘서비스 시간의 자유’가 2.89점으로 가장 만족도가 낮았다. 이는 이용 장애인이 원하는 시간에 활동지원사를 배치하기 어려운, 서비스 수급의 불균형이 실제로 적지 않음을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 현재 활동지원제도 이용 여부에 따른 만족도 차이를 살펴보면, 현재에도 활동지원서비스를 이용하는 장애인의 활동지원 전달체계 7개 항목에 대한 만족도 평균은 3.53점으로 65세 이전에 활동지원서비스를 이용하다가 노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 만족도평균(3.32점)에 비해 더 높았다. 이는 서비스 신청, 종합조사, 서비스 이용 과정 등 활동지원제도와 완전히 다른 전달체계를 이용해야 하는 노인장기요양보험으로 전환되지 않고 기존에 친숙한 활동지원 전달체계를 계속 사용하면서 비롯된 결과로 판단된다.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 활동지원제도 전달체계에 대한 평균 만족도의 집단간 차이를 살펴보면, 성별에 있어서는 여성(3.45점)이 남성(3.40점)보다 약간 더 평균 만족도가 높았으

나, 연령별로는 65~70세 미만(3.43점)과 70~75세 미만(3.42점) 두 집단에서 차이가 나지 않았다.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 활동지원제도 전달체계 평균 만족도의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애 유형별로 살펴보면 신체외부장애(3.39점)와 정신장애(3.39점)의 만족도가 상대적으로 감각장애(3.49점)와 내부장애(3.42점)에 비해 약간 더 낮았다. 이는 지체장애, 뇌병변 장애, 지적장애, 발달장애, 정신장애 등이 장애 특성상 타 장애유형에 비해 지원 강도가 더 높은데서 비롯된 결과로 볼 수 있다. 신체기능상태와 유사하게 서비스 필요도를 가늠할 수 있는 대리 변수인 활동제약 수준에 있어서도 일관된 경향이 나타나지는 않았는데, 제약 수준이 중간인 집단에서 전달체계 평균 만족도가 가장 높았던 반면, 제약 수준이 가장 낮은 집단에서 평균 만족도가 가장 낮았다.

〈표 3-2-42〉 응답자 일반 특성에 따른 활동지원서비스 만족도(전달 체계)

(단위: 점)

구분	전체	서비스 시간의 자유		서비스의 계획성		일정 변경의 수월성		활동지원사 선택		활동지원사의 장애 이해도		활동지원사의 시간약속		서비스제공자의 갈등조절 역할	
		평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차	평균	표준 편차
전 체	1,000	2.89	1.04	3.47	0.67	3.44	0.70	3.37	0.79	3.57	0.62	3.71	0.53	3.56	0.59
현재 이용 제도 활동지원 장기요양(경험 응답)	3.53/500	3.05	1.01	3.57	0.61	3.56	0.65	3.45	0.74	3.68	0.53	3.79	0.44	3.62	0.57
	3.32/500	2.74	1.05	3.38	0.72	3.31	0.72	3.28	0.83	3.45	0.68	3.62	0.59	3.49	0.61
성별															
남자	3.40/507	2.93	1.04	3.45	0.68	3.37	0.72	3.33	0.80	3.54	0.65	3.68	0.53	3.53	0.59
여자	3.45/493	2.86	1.04	3.50	0.66	3.50	0.66	3.40	0.78	3.59	0.60	3.73	0.52	3.58	0.59
연령															
65-70	3.43/715	2.91	1.05	3.47	0.68	3.43	0.70	3.37	0.78	3.58	0.62	3.69	0.53	3.56	0.59
70-75	3.42/285	2.85	1.01	3.48	0.64	3.44	0.68	3.35	0.81	3.54	0.62	3.74	0.52	3.56	0.59
장애유형															
신체외부장애	547	2.83	1.05	3.44	0.69	3.39	0.69	3.35	0.80	3.52	0.63	3.66	0.54	3.52	0.59
감각장애	367	3.02	1.01	3.53	0.66	3.50	0.70	3.38	0.79	3.65	0.59	3.78	0.49	3.60	0.60
내부장애	46	2.74	1.14	3.52	0.66	3.50	0.62	3.39	0.77	3.52	0.59	3.67	0.60	3.57	0.58
정신장애	40	2.78	0.97	3.43	0.59	3.40	0.74	3.40	0.74	3.50	0.75	3.65	0.53	3.60	0.55
활동제약															
활동제약 낮음	94	2.84	1.03	3.44	0.61	3.41	0.69	3.27	0.83	3.53	0.63	3.68	0.51	3.49	0.58
활동제약 중간	577	2.96	1.01	3.49	0.69	3.48	0.70	3.36	0.81	3.58	0.62	3.73	0.53	3.56	0.60
활동제약 심함	329	2.80	1.08	3.45	0.66	3.37	0.69	3.41	0.74	3.55	0.62	3.67	0.53	3.57	0.57

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

5. 고령장애인의 제도 전환 경험

현재 활동지원서비스를 이용하고 있거나 또는 노인장기요양보험으로 전환된(과거에 활동지원서비스 이용 경험이 있는) 장애인 1,000명을 대상으로 65세 도래시 활동지원 제도에서 노인장기요양보험으로의 제도 전환에 대한 인지 여부를 파악한 결과 전체의 83.1%가 인지하고 있었다고 응답하였다. 현재에도 활동지원서비스를 이용하는 장애인의 제도 전환 인지율은 89.6%에 달한 반면, 65세 이전에 활동지원서비스를 이용하다가 노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 제도 전환 인지율은 76.6%로서 13%p의 격차를 보였다.

이어서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 제도 전환 인지율의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 성별에 있어서 남성이 여성보다, 연령별로는 연령대가 상대적으로 낮은 65~70세 미만이 70~75세 미만보다 각각 인지율이 높았다. 65세 전후의 활동지원제도간 또는 활동지원제도와 노인장기요양보험간 급여량 차이 수준에 따라 등급의 판정 후 제도 이용 인지율이 차이가 있는 지를 살펴본 결과, 60~150시간 감소한 자의 제도 전환 인지율이 79.8%로 가장 높았으며, 150시간 이상 감소한 자의 인지율이 72.2%로 가장 낮았다.

〈표 3-2-43〉 응답자 일반 특성에 따른 제도 전환에 대한 알고 있는 여부(전체)

구분	전체	(단위: %)	
		예	아니오
전 체	1,000	83.1	16.9
현재 이용 제도			
활동지원	500	89.6	10.4
장기요양	500	76.6	23.4
성별			
남자	507	84.4	15.6
여자	493	81.7	18.3
연령			
65~70	715	85.3	14.7
70~75	285	77.5	22.5
급여량 차이			
유지 또는 증가	125	75.2	24.8
1~60시간	237	77.2	22.8
60~150시간	84	79.8	20.2
150시간 이상	54	72.2	27.8

주: 전체응답자는 1,000명이나 급여량 차이가 발생하는 그룹은 노인장기요양보험으로 전환된 500명의 응답값임.
자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 제도 전환 인지율의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 감각장애의 인지율이 86.4%로 가장 높았으며, 이어서 신체외부장애와 내부장애가 그보다 약간 낮은 82.4%, 80.4%의 인지율을 보인 반면, 정신장애의 인지율은 65.0%로서 다른 세 장애범주와 현저한 차이를 보였다. 이는 발달장애와 정신장애 등 정신적 장애인의 경우 인지기능의 저하로 인해 상대적으로 제도 전환에 대한 인지율이 낮았음을 알 수 있다. 또한 신체기능상태와 유사하게 서비스 필요도를 가늠할 수 있는 대리 변수인 활동제약 수준에 있어서도 일관된 경향이 나타나지는 않았는데, 제약 수준이 중간인 집단에서 제도 전환 인지율이 가장 높았던 반면, 제약수준이 가장 심한 집단에서 인지율이 가장 낮았다.

〈표 3-2-44〉 응답자의 장애 특성에 따른 제도 전환 여부에 대한 알고 있는 지 여부(전체)

(단위: %)

구분	전체	예	아니오
전 체	1,000	83.1	16.9
장애유형			
신체외부장애	547	82.4	17.6
감각장애	367	86.4	13.6
내부장애	46	80.4	19.6
정신장애	40	65.0	35.0
활동제약			
활동제약 낮음	94	80.9	19.1
활동제약 중간	577	85.4	14.6
활동제약 심함	329	79.6	20.4

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동지원제도 이용 경험이 있는 장애인 1,000명을 대상으로 65세 도래시 노인장기요양보험에서 등급의 판정시 활동지원제도 이용이 가능함을 인지하고 있는지에 대한 여부를 파악한 결과 전체의 64.6%만이 인지하고 있다고 응답하였다. 이는 활동지원서비스 이용경험이 있는 고령 장애인 중 3명중 1명이 인지하지 못하고 있음을 나타내는 것으로서 등급의 판정 후 활동지원제도 이용에 대한 홍보가 더 필요함을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 65세가 지나서 현재에도 활동지원서비스를 이용하는 장애인의 제

도 전환 인지율은 78.8%에 달한 반면, 65세 이전에 활동지원서비스를 이용하다가 노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 제도 전환 인지율은 50.4%로서 커다란 격차를 보였다.

이어서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 등급의 판정 후 활동지원제도 이용 인지율의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 성별에 있어서 남성이 여성보다, 연령별로는 연령대가 상대적으로 낮은 65~70세 미만인 70~75세 미만보다 각각 인지율이 높았다. 또한 65세 전후의 활동지원제도간 또는 활동지원제도와 노인장기요양보험간 급여량 차이 수준에 따라 등급의 판정 후 제도 이용 인지율이 차이가 있는 지를 살펴본 결과, 유지 또는 증가 집단의 인지율이 가장 높았으며, 이어서 60~150시간 감소, 1~60시간 감소, 150시간 이상 감소한 집단의 순으로 인지율이 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-2-45〉 응답자 일반 특성에 따른 등급 외 판정여부에 따라 활동지원제도 이용을 아는지 확인 여부

(단위: %)

구분	전체	예	아니오
전 체	1,000	64.6	35.4
현재 이용 제도			
활동지원	500	78.8	21.2
장기요양	500	50.4	49.6
성별			
남자	507	67.5	32.5
여자	493	61.7	38.3
연령			
65~70	715	66.9	33.1
70~75	285	58.9	41.1
급여량 차이			
유지	125	55.2	44.8
1~60시간	237	48.1	51.9
60~150시간	84	53.6	46.4
150시간 이상	54	44.4	55.6

주: 전체응답자는 1,000명이나 급여량 차이가 발생하는 그룹은 노인장기요양보험으로 전환된 500명의 응답값임
자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 등급의 판정후 활동지원제도 이용 인지율의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 감각장애의 인지율이 72.2%로 가장 높았으며, 이어서 신체외 부장애와 내부장애가 그보다 약간 낮은 61.1%, 58.7%의 인지율을 보인 반면, 정신장애의 인지율은 50.0%로서 다른 세 장애범주와 현저한 차이를 보였다. 또한 신체기능 상태와 유사하게 서비스 필요도를 가늠할 수 있는 대리 변수인 활동제약 수준에 있어서도 일관된 경향이 나타나지는 않았는데, 제약 수준이 중간인 집단에서 등급의 판정 후 제도 이용 인지율이 가장 높았던 반면, 제약수준이 가장 심한 집단에서 인지율이 가장 낮았다.

〈표 3-2-46〉 응답자의 장애 특성에 따른 등급 외 판정여부에 따라 활동지원제도 이용을 아는지 확인 여부

(단위: %)

구분	전체	예	아니오
전 체	1,000	64.6	35.4
장애유형			
신체외부장애	547	61.1	38.9
감각장애	367	72.2	27.8
내부장애	46	58.7	41.3
정신장애	40	50.0	50.0
활동제약			
활동제약 낮음	94	60.6	39.4
활동제약 중간	577	67.4	32.6
활동제약 심함	329	60.8	39.2

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동지원제도 이용 경험이 있는 장애인 1,000명을 대상으로 활동지원조사와 노인 장기요양서비스조사 중 자신에게 더 맞는 조사가 무엇인지를 파악한 결과 전체의 73.0%가 활동지원조사라고 응답한 반면, 노인장기요양조사가 자신과 더 맞다고 응답한 장애인은 27.0%에 불과하였다. 이는 활동지원서비스가 장애인의 특성과 욕구에 더 잘 부합하는 제도라는 것을 보여주는 동시에 기존에 이용 중인 서비스 제공 환경에 대한 익숙함에서 비롯된 결과라고 할 수 있다. 65세가 지나서 현재에도 활동지원서비스를 이용하는 장애인의 경우 자신에게 더 맞는 조사로 활동지원조사를 꼽은 비율이 무

려 94.2%에 달한 반면, 65세 이전에 활동지원서비스를 이용하다가 노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 경우에는 활동지원조사와 노인장기요양조사를 꼽은 비율이 각각 51.8%와 48.2%로 차이가 크지 않았다.

이어서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 주요 인구사회학적 속성별로 두 조사 중 활동지원조사를 자신과 더 맞는다고 꼽은 비율의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 성별에 있어서 남성이 여성보다, 연령별로는 연령대가 상대적으로 낮은 65~70세 미만이 70~75세 미만보다 각각 활동지원조사 선호율이 더 높았다. 65세 전후의 활동지원제도간 또는 활동지원제도와 노인장기요양보험간 급여량 차이 수준에 따라 활동지원제도 선호율에 차이가 있는 지를 살펴본 결과, 60~150시간 감소 집단의 선호율이 가장 높았으며, 이어서 150시간 이상 감소, 1~60시간 감소, 유지 집단의 순으로 활동지원제도 선호율이 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-2-47〉 응답자 일반 특성에 따른 자신과 맞는 조사 유형

(단위: %)

구분	전체	활동지원조사	노인장기요양서비스조사
전 체	1,000	73.0	27.0
현재 이용 제도			
활동지원	500	94.2	5.8
장기요양	500	51.8	48.2
성별			
남자	507	75.7	24.3
여자	493	70.2	29.8
연령			
65-70	715	73.6	26.4
70-75	285	71.6	28.4
급여량 차이			
유지	125	41.6	58.4
1-60시간	237	52.3	47.7
60-150시간	84	60.7	39.3
150시간 이상	54	59.3	40.7

주: 전체응답자는 1,000명이나 급여량 차이가 발생하는 그룹은 노인장기요양보험으로 전환된 500명의 응답값임
 자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 활동지원조사 선호율의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 감각장애의 활동지원조사 선호율이 86.6%로 가장 높았으며, 이어서 신체외부장애와 내부장애가 그보다 약간 낮은 66.2%, 60.9%의 선호율을 보인 반면, 정신장애의 활동지원조사 선호율은 55.0%로서 다른 세 장애범주와 현저한 차이를 보였다. 이는 시각장애인이 가장 큰 비중을 차지하는 감각 장애인의 경우 노인장기요양조사에서 등급외자 판정 혹은 지원시간 감소의 위험이 가장 큰 장애유형이라는 것을 보여주는 결과라고 할 수 있다. 또한 신체기능상태와 유사하게 서비스 필요도를 가늠할 수 있는 대리 변수인 활동제약 수준에 있어서도 일관된 경향이 나타나지는 않았는데, 제약 수준이 중간인 집단에서 활동지원제도 선호율이 가장 높았던 반면, 제약수준이 가장 심한 집단에서 선호율이 가장 낮았다.

〈표 3-2-48〉 응답자의 장애 특성에 따른 자신과 맞는 조사 유형

(단위: %)

구분	전체	활동지원조사	노인장기요양서비스조사
전 체	1,000	73.0	27.0
장애유형			
신체외부장애	547	66.2	33.8
감각장애	367	86.6	13.4
내부장애	46	60.9	39.1
정신장애	40	55.0	45.0
활동제약			
활동제약 낮음	94	70.2	29.8
활동제약 중간	577	77.3	22.7
활동제약 심함	329	66.3	33.7

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

6. 추후 희망 서비스

활동지원제도 이용 경험이 있는 장애인 1,000명을 대상으로 추후 희망서비스를 파악한 결과, 총 8개의 희망서비스 중 ‘응급안전서비스’를 희망하는 비율이 70.5%로 가장 높았으며, ‘주거환경개선서비스’ 64.2%, ‘야간순회 방문서비스’ 45.2%, ‘보조기기

구입 및 서비스 이용' 40.8% 등의 순으로 선호도가 높았다. 반면에 '장애인 지원 주택 및 요양시설(34.6%)', '주간서비스(33.8%)', '장애인요양시설(28.2%)', '노인요양시설(24.8%)' 등의 서비스는 상대적으로 선호도가 낮았다. 이는 활동지원제도와 노인장기요양보험이 공히 서비스의 범주가 협소한 상황에서 향후 서비스 확대시 응급안전서비스, 주거환경개선서비스 및 야간순회방문서비스를 우선적으로 도입할 필요가 있음을 보여주는 결과라고 할 수 있다.

현재 활동지원제도 이용 여부에 따른 추후 희망서비스를 살펴보면, 65세가 지나서 현재에도 활동지원서비스를 이용하는 장애인이 우선적으로 희망하는 서비스는 역시 응급안전서비스, 주거환경개선서비스 및 야간순회방문서비스로 나타났으며, 이러한 결과는 65세 이전에 활동지원서비스를 이용하다가 노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 경우에도 동일하였다. 이러한 응급안전서비스, 주거환경개선서비스 및 야간순회방문서비스에 대한 높은 욕구는 활동지원제도 이용 경험자의 성별, 연령, 급여량 차이 등 주요 인구사회학적 속성별로 분석한 결과에서도 동일하게 나타났다.

〈표 3-2-49〉 응답자 일반 특성에 따른 추후희망서비스(총괄)

(단위: %)

구분	전체	야간 순회	응급 안전	주거 환경 개선	노인 요양 시설	장애인 요양 시설	주간 서비스	보조기 구입 및 서비스 이용	고령 장애인 지원 주택 및 요양시설
전 체	1,000	45.2	70.5	64.2	24.8	28.2	33.8	40.8	34.6
현재 이용 제도									
활동지원	500	43.6	71.4	64.6	23.6	28.6	40.6	37.6	35.8
장기요양	500	46.8	69.6	63.8	26.0	27.8	27.0	44.0	33.4
성별									
남자	507	46.4	69.2	60.8	23.9	29.4	35.3	43.6	35.1
여자	493	44.0	71.8	67.8	25.8	27.0	32.3	37.9	34.1
연령									
65-70	715	44.9	70.4	62.8	24.2	28.1	31.9	41.4	34.3
70-75	285	46.0	70.9	67.7	26.3	28.4	38.6	39.3	35.4

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 추후 희망서비스의 집단간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 신체외부장애와 감각장애 및 정신장애의 경우에는 전체 응답과 동일하게 응급안전서비스, 주거환경개선서비스, 야간순회방문서비스의 욕구가 높았으나, 내부장애인의 경우에는 야간순회방문서비스 대신에 보조기기 구입 및 서비스이용에 대한 욕구가 더 높았다. 한편 활동제약 수준에 있어서도 집단간 차이를 보여주었는데, 활동제약 수준이 중간인 집단과 심한 집단에서는 동일하게 응급안전서비스, 주거환경개선서비스, 야간순회방문서비스를 희망하는 비율이 높게 나타난 반면, 활동제약 수준이 낮은 집단에서는 야간순회방문서비스 대신에 보조기기 구입 및 서비스 이용에 대한 희망이 더 높았다.

〈표 3-2-50〉 응답자의 장애 특성에 따른 추후 희망 서비스(총괄)

(단위: %)

구분	전체	야간 순회	응급 안전	주거 환경 개선	노인 요양 시설	장애인 요양 시설	주간 서비스	보조기 기 구입 및 서비스 이용	고령 장애인 지원 주택 및 요양시설
전 체	1,000	45.2	70.5	64.2	24.8	28.2	33.8	40.8	34.6
장애유형									
신체외부장애	547	47.0	72.0	66.4	26.7	29.4	30.0	45.0	34.6
감각장애	367	43.1	66.5	60.5	23.2	25.3	40.3	36.2	33.0
내부장애	46	34.8	78.3	69.6	19.6	32.6	37.0	41.3	43.5
정신장애	40	52.5	77.5	62.5	20.0	32.5	22.5	25.0	40.0
활동제약									
활동제약 낮음	94	36.2	63.8	61.7	26.6	35.1	40.4	53.2	44.7
활동제약 중간	577	44.0	69.8	65.0	23.7	26.9	36.4	38.3	33.8
활동제약 심함	329	49.9	73.6	63.5	26.1	28.6	27.4	41.6	33.1

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동지원제도 이용 경험이 있는 고령장애인 1,000명을 대상으로 추후 희망서비스 중 야간순회방문서비스, 응급안전서비스, 주거환경개선서비스 및 노인요양시설 등 4개 서비스에 대한 이용 경험을 파악한 결과, 전체적으로 20% 미만의 낮은 이용 경험을 보인 가운데 주거환경개서비스와 응급안전서비스가 각각 17.4%, 17.3%의 이용률을 보여 상대적으로 이용 경험이 많은 것으로 나타났으며, 야간순회방문서비스(4.4%)와

노인요양시설(4.1%)의 이용 경험은 상대적으로 낮았다. 현재 활동지원제도 이용 여부에 따른 4개 서비스의 이용 경험 차이를 살펴보면, 65세가 지나서 현재에도 활동지원 서비스를 이용하는 장애인의 경우에는 응급안전서비스 이용 경험이 18.8%로 주거환경개선서비스 이용률(16.6%)보다 높게 나타난 반면, 65세 이전에 활동지원서비스를 이용하다가 노인장기요양보험으로 전환된 장애인의 경우에는 두 서비스의 이용 경험 순위가 반대로 나타났다.

이어서 응답자의 주요 인구사회학적 특성에 따라 이용 경험 비중이 상대적으로 크게 나타난 응급안전서비스와 주거환경개선서비스의 경험률 차이를 살펴보면, 우선 성별의 경우에는 여성이 남성보다, 연령별로는 70~75세 미만이 65~70세 미만보다 두 서비스의 이용 경험률이 약간 더 높았다. 또한 급여량 차이에 있어서는 60~150시간 감소한 집단의 두 서비스 이용 경험이 가장 많았으며, 이어서 150시간 이상 감소한 집단에서 두 번째로 이용 경험이 많았다.

〈표 3-2-51〉 응답자 일반 특성에 따른 추후희망서비스(경험 여부)

(단위: %)

구분	전체	야간순회 방문서비스		응급안전 서비스		주거환경 개선 서비스		노인요양시설	
		있다	없다	있다	없다	있다	없다	있다	없다
전 체	1,000	4.4	95.6	17.3	82.7	17.4	82.6	4.1	95.9
현재 이용 제도									
활동지원	500	4.2	95.8	18.2	81.8	16.6	83.4	3.2	96.8
장기요양	500	4.6	95.4	16.4	83.6	18.2	81.8	5.0	95.0
성별									
남자	507	4.3	95.7	17.4	82.6	16.8	83.2	3.7	96.3
여자	493	4.5	95.5	17.2	82.8	18.1	81.9	4.5	95.5
연령									
65~70	715	3.6	96.4	16.4	83.6	16.5	83.5	3.9	96.1
70~75	285	6.3	93.7	19.6	80.4	19.6	80.4	4.6	95.4
급여량 차이									
유지	125	0.8	99.2	12.8	87.2	20.8	79.2	4.8	94.9
1~60시간	237	6.3	93.7	14.3	85.7	15.6	84.4	5.1	95.1
60~150시간	84	6.0	94.0	22.6	77.4	23.8	76.2	7.1	92.8
150시간 이상	54	3.7	96.3	24.1	75.9	14.8	85.2	1.9	98.1
장애유형									
신체외부장애	547	4.6	95.4	19.9	80.1	19.9	80.1	5.5	95.7
감각장애	367	4.6	95.4	15.5	84.5	15.0	85.0	2.5	97.8
내부장애	46	2.2	97.8	10.9	89.1	10.9	89.1	2.2	96.7
정신장애	40	2.5	97.5	5.0	95.0	12.5	87.5	2.5	100.0
중증 여부									
해당	94	3.2	96.8	21.3	78.7	22.3	77.7	2.1	97.9
비해당	906	4.5	95.5	16.9	83.1	16.9	83.1	4.3	95.7

주: 전체응답자는 1,000명이나 급여량 차이가 발생하는 그룹은 노인장기요양보험으로 전환된 500명의 응답값임
 자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 응답자의 장애 및 신체기능상태에 따라 이용 경험 비중이 상대적으로 크게 나타난 응급안전서비스와 주거환경개선서비스의 경험률 차이를 살펴보면, 신체 외부 장애의 서비스 이용 경험이 가장 많았으며, 반면에 정신장애의 서비스 이용 경험이 가장 적었다. 또한 중증 여부에 있어서는 중증장애인의 서비스 이용 경험이 경증장애인 보다 더 많았다.

〈표 3-2-52〉 응답자 일반 특성에 따른 추후희망서비스(이용 의향 여부)

(단위: %)

구분	전체	야간 순회		응급 안전		주거환경 개선		노인요양 시설		장애인요양 시설		주간 서비스		보조기기 구입 및 서비스 이용		고령장애인 지원주택 및 요양시설	
		있다	없다	있다	없다	있다	없다	있다	없다	있다	없다	있다	없다	있다	없다	있다	없다
전 체	1,000	45.2	54.8	70.5	29.5	64.2	35.8	24.8	75.2	28.2	71.8	33.8	66.2	40.8	59.2	34.6	65.4
현재 이용 제도																	
활동지원	500	43.6	56.4	71.4	28.6	64.6	35.4	23.6	76.4	28.6	71.4	40.6	59.4	37.6	62.4	35.8	64.2
장기요양	500	46.8	53.2	69.6	30.4	63.8	36.2	26.0	74.0	27.8	72.2	27.0	73.0	44.0	56.0	33.4	66.6
성별																	
남자	507	46.4	53.6	69.2	30.8	60.7	39.3	23.9	76.1	29.4	70.6	35.3	64.7	43.6	56.4	35.1	64.9
여자	493	44.0	56.0	71.8	28.2	67.7	32.3	25.8	74.2	27.0	73.0	32.3	67.7	37.9	62.1	34.1	65.9
연령																	
65~70	715	44.9	55.1	70.3	29.7	62.8	37.2	24.2	75.8	28.1	71.9	31.9	68.1	41.4	58.6	34.3	65.7
70~75	285	46.0	54.0	70.9	29.1	67.7	32.3	26.3	73.7	28.4	71.6	38.6	61.4	39.3	60.7	35.4	64.6
급여량 차이																	
유지	117	51.3	48.7	66.7	33.3	68.4	31.6	25.6	74.4	24.8	75.2	28.0	72.0	32.0	68.0	28.8	71.2
1~60시간	246	43.5	56.5	68.3	31.7	63.4	36.6	25.2	74.8	26.2	73.8	24.1	75.9	50.2	49.8	36.3	63.7
60~150시간	83	50.6	49.4	74.7	25.3	61.4	38.6	24.1	75.9	35.7	64.3	32.1	67.9	46.4	53.6	34.5	65.5
150시간 이상	54	46.3	53.7	74.1	25.9	59.3	40.7	33.3	66.7	29.6	70.4	29.6	70.4	40.7	59.3	29.6	70.4

주: 전체응답자는 1,000명이나 급여량 차이가 발생하는 그룹은 노인장기요양보험으로 전환된 500명의 응답값임
 자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

계속해서 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 및 기능 상태별로 추후 희망서비스의 집단 간 차이를 살펴보았다. 우선 장애유형별로 살펴보면 신체외부장애와 감각장애 및 정신장애의 경우에는 전체 응답과 동일하게 응급안전서비스, 주거환경개선서비스, 야간순회방문서비스의 욕구가 높았으나, 내부장애인의 경우에는 야간순회방문서비스 대신에 보조기기 구입 및 서비스이용에 대한 욕구가 더 높았다. 한편 활동제약 수준에 있어서도 집단간 차이를 보여주었는데, 활동제약 수준이 중간인 집단과 심한 집단에서는 동일하게 응급안전서비스, 주거환경개선서비스, 야간순회방문서비스를 희망하는 비율이 높게 나타난 반면, 활동제약 수준이 낮은 집단에서는 야간순회방문서비스 대신에 보조기기 구입 및 서비스 이용에 대한 희망이 더 높았다.

120 노인·장애인 돌봄제도 정합성 확보 방안 연구

〈표 3-2-53〉 응답자의 장애 특성에 따른 추후 희망 서비스(이용의향 여부)

구분	전체	야간 순회		응급 안전		주거환경 개선		노인요양 시설		장애인요양 시설		주간 서비스		보조기기 구입 및 서비스 이용		고령장애인 지원주택 및 요양시설	
		있다	없다	있다	없다	있다	없다	있다	없다	있다	없다	있다	없다	있다	없다	있다	없다
전 체	1,000	45.2	54.8	70.5	29.5	64.2	35.8	24.8	75.2	28.2	71.8	33.8	66.2	40.8	59.2	34.6	65.4
장애유형																	
신체외부장애	547	47.0	53.0	72.0	28.0	66.4	33.6	26.7	73.3	29.4	70.6	30.0	70.0	45.0	55.0	34.6	65.4
감각장애	367	43.1	56.9	66.5	33.5	60.5	39.5	23.2	76.8	25.3	74.7	40.3	59.7	36.2	63.8	33.0	67.0
내부장애	46	34.8	65.2	78.3	21.7	69.6	30.4	19.6	80.4	32.6	67.4	37.0	63.0	41.3	58.7	43.5	56.5
정신장애	40	52.5	47.5	77.5	22.5	62.5	37.5	20.0	80.0	32.5	67.5	22.5	77.5	25.0	75.0	40.0	60.0
활동제약																	
활동제약 낮음	94	36.2	63.8	63.8	36.2	61.7	38.3	26.6	73.4	35.1	64.9	40.4	59.6	53.2	46.8	44.7	55.3
활동제약 중간	577	44.0	56.0	69.8	30.2	65.0	35.0	23.7	76.3	26.9	73.1	36.4	63.6	38.3	61.7	33.8	66.2
활동제약 심함	329	49.8	50.2	73.6	26.4	63.5	36.5	26.1	73.9	28.6	71.4	27.4	72.6	41.6	58.4	33.1	66.9

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

제3절 고령장애인의 하루 24시간 생활 실태

1. 돌봄서비스 이용자의 시간 사용

돌봄서비스 이용자의 생활시간 조사는 장애인활동지원제도를 이용하던 장애인 중 65세 도래로 노인장기요양보험으로 제도 전환한 장애인(n=500)과 노인장기요양보험에서 등급의 판정을 받아 활동지원제도를 지속적으로 이용한 장애인(n=500)의 24시간 일상생활의 패턴을 조사한 결과이다. 본 조사에서는 장애인의 행동분류에 따른 시간 기록을 통해 하루동안의 시간 사용 패턴을 분석하였다. 조사는 하루 24시간의 내용에 치우침이 없도록, 3일 간의 생활시간 일지를 작성하여 이를 분석하였다. 이용자의 시간 사용 내용에 관한 현황에서 비율 100%는 24시간을 의미하며, 이는 3일간의 관찰 기록의 평균을 의미한다.

생활시간을 기록하는 행동분류는 (1) 수면, (2) 개인유지 활동, (3) 가정관리활동, (4) 사회활동, (5) 교제 및 여가활동으로 구분되었으며, 각 행동분류의 세부내용은 개인유지 활동의 경우 세면, 개인위생, 배설관리, 옷갈아입기, 식사, 체위변경, 실내이동으로 구분되며, 가정관리활동의 경우는 침구·세탁, 주거환경관리, 물품관리, 금전관리, 요리 및 식사준비로 구분하였다. 사회활동은 주로 집밖에서의 활동을 위한 준비(외출준비)부터 (동행)외출, 이동, 지역사회참여, 집밖여가로 구분하여 측정하였다. 교제 및 여가활동으로는 집안여가, 교제, 가족 및 친분 있는 사람 돌보기(돕기)로 구분하였다.

이러한 행동 분류는 각 행동의 횟수, 회수 당 소요 시간, 총 소요 시간, 이 행동이 집 안에서 이루어지는지, 집 밖에서 이루어지는지를 기록하도록 하였고, 이 행위를 지원해주는 돌봄 제공자가 누구인지(본인 혼자, 가족, 돌봄제공자)를 기록하도록 하였다.

2. 응답자 특성에 따른 하루 24시간 생활 현황

〈표 3-3-1〉 이용자의 일상 행위별 시간 사용

(단위: 평균시간, %)

구분	활동지원서비스		장기요양서비스		t
	평균시간 (비율)	표준편차	평균시간 (비율)	표준편차	
수면	7.69 (32.0 ^o)	2.14	8.87 (36.9 ^o)	2.17	-14.953*
개인 유지	4.66 (19.4)	1.63	4.58 (19.1)	2.09	1.223*
가정 관리	1.33 (5.5 ^o)	1.29	1.22 (5.1 ^o)	1.36	2.235*
사회 활동	2.41 (10.0 ^o)	2.32	0.65 (2.7 ^o)	1.35	25.376*
교제 여가	7.91 (33.0 ^o)	2.97	8.69 (36.2 ^o)	3.28	-6.808*
전체	24.00 (100.0)	0.00	24.00 (100.0)	0.00	

주: 비율 100%는 하루 24시간임

p<0.05 t값 유의도 *, **, *** 표시

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

노인장기요양 등급 외자로서 현재까지 활동지원 서비스를 받고 있는 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 특성에 따른 하루 24시간 생활 현황을 일상 행위별 시간 사용에 따라 살펴보았다. 우선 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 노인장기요양보험 전환자에 비하여 개인유지, 가정관리에 사용하는 시간이 0.08시간, 0.11시간 길고, 특히 사회활동의 경우 하루 중 2.41시간(10.0%) 사용하여 노인장기요양보험 전환자의 사회활동 시간인 0.65시간(2.7%) 비하여 1.76시간 긴 것으로 조사되었다. 노인장기요양보험으로 전환(등급내자)되었거나 또는 노인장기요양보험 인정조사에서 ‘등급외’ 판정을 받아 다시 활동지원제도 이용자(등급외자)의 하루 24시간 생활 패턴의 가장 큰 차이는 사회활동으로 나타났다. 본 연구에서 정의한 ‘사회활동’은 외출을 위한 몸단장, 가방 챙기기, 약 챙기기, 마트, 병원, 은행, 주민센터, 미용실, 쇼핑, 세탁소, 찜질방 외출 등과 같은 동행외출, 학교 및 직장 출퇴근 이동, 지역사회 복지관 프로그램이나 안전교육 참여, 문화활동 및 종교활동과 운동을 비롯한 집 밖에서의 모임과 만남을 의미한다. 그러나 수면 및 교제·여가 활동의 경우 노인장기요양보험

전환자가 활동지원서비스 계속 이용자에 비하여 각각 1.18시간 및 0.78시간 긴 평균 이용시간을 나타냈다.

〈표 3-3-2〉 응답자 일반 특성에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)

(단위: 평균시간, %)

구분	활동지원서비스						장기요양서비스					
	수면	개인 유지	가정 관리	사회 활동	교제 여가	계	수면	개인 유지	가정 관리	사회 활동	교제 여가	계
전체	7.69 (32.0)	4.66 (19.4)	1.33 (5.5)	2.41 (10.0)	7.91 (33.0)	24.00 (100.0)	8.87 (36.9)	4.58 (19.1)	1.22 (5.1)	0.65 (2.7)	8.69 (36.2)	24.00 (100.0)
성별												
남자	7.76 (32.3)	4.61 (19.2)	1.36 (5.7)	2.67 (11.1)	7.60 (31.7)	24.00 (100.0)	8.77 (36.6)	4.68 (19.5)	1.41 (5.9)	0.82 (3.4)	8.32 (34.7)	24.00 (100.0)
여자	7.60 (31.7)	4.73 (19.7)	1.28 (5.3)	2.08 (8.7)	8.31 (34.6)	24.00 (100.0)	8.94 (37.3)	4.49 (18.7)	1.06 (4.4)	0.51 (2.1)	9.00 (37.5)	24.00 (100.0)
연령												
65~70	7.74 (32.2)	4.65 (19.3)	1.31 (5.4)	2.47 (10.3)	7.86 (32.8)	24.00 (100.0)	8.89 (37.0)	4.46 (18.6)	1.22 (5.1)	0.62 (2.6)	8.80 (36.7)	24.00 (100.0)
70~75	7.58 (31.6)	4.73 (19.7)	1.37 (5.7)	2.28 (9.5)	8.04 (33.5)	24.00 (100.0)	8.80 (36.7)	4.87 (20.3)	1.21 (5.0)	0.73 (3.0)	8.39 (35.0)	24.00 (100.0)
가구구성												
1인 가구	7.96 (33.2)	4.59 (19.1)	1.15 (4.8)	2.03 (8.5)	8.27 (34.4)	24.00 (100.0)	9.17 (38.2)	3.76 (15.7)	0.63 (2.6)	0.48 (2.0)	9.96 (41.5)	24.00 (100.0)
2인 이상 가구	7.34 (30.6)	4.76 (19.8)	1.55 (6.5)	2.90 (12.1)	7.45 (31.0)	24.00 (100.0)	8.71 (36.3)	4.99 (20.8)	1.52 (6.3)	0.74 (3.1)	8.04 (33.5)	24.00 (100.0)
소득지원대상												
기초수급자	7.89 (32.9)	4.66 (19.4)	1.13 (4.7)	2.03 (8.5)	8.30 (34.6)	24.00 (100.0)	9.01 (37.5)	4.13 (17.2)	0.85 (3.6)	0.60 (2.5)	9.41 (39.2)	24.00 (100.0)
차상위자	7.77 (32.4)	4.49 (18.7)	1.43 (6.0)	3.01 (12.5)	7.30 (30.4)	24.00 (100.0)	8.71 (36.3)	4.58 (19.1)	1.28 (5.3)	0.50 (2.1)	8.92 (37.2)	24.00 (100.0)
해당 없음	7.49 (31.2)	4.69 (19.5)	1.49 (6.2)	2.68 (11.1)	7.65 (31.9)	24.00 (100.0)	8.77 (36.6)	4.91 (20.5)	1.48 (6.2)	0.70 (2.9)	8.14 (33.9)	24.00 (100.0)

주: 비율 100%는 하루 24시간임

0.05) p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 t 표시 추가 (t 값을 넣을 수 없어 t의 유의도만 표시함)

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

응답자 일반 특성에 따른 일상 행위별 평균시간을 살펴보면, 성별, 연령 등 응답자의 일반 특성에 따른 일상 행위별 평균시간 차이에 따라 살펴본 결과, 남녀 구분 없이 활동지원서비스 계속 이용자의 사회활동 시간이 노인장기요양보험 전환자와 비교하였을 때, 긴 것으로 나타났다. 하지만 활동지원서비스 계속 남성 이용자의 사회활동 시간은 2.67시간(11.1%)으로 여성 이용자의 2.08시간(8.7%)에 비하여 0.59시간(2.3%) 더

긴 것으로 조사되어, 성별에 따른 사회활동 시간의 차이가 있는 것으로 보인다.

한편 연령의 경우 활동지원서비스 계속 이용자의 사회활동 시간이 노인장기요양보험 전환자와 비교하였을 때, 긴 것으로 나타났고, 연령 구분에 따른 차이는 크지 않은 것으로 나타났다. 본 연구는 고령장애인을 대상으로 한 첫 연구였기 때문에 고령장애인의 연령에 따른 생활패턴의 차이에 대해서는 지속적인 연구가 필요해 보인다.

일반 특성에 따른 일상 행위별 평균 시간의 부분에서 주의 깊게 볼 부분은 장기요양보험 전환자 중 1인 가구(가정관리 평균 0.63시간, 사회활동 평균 0.48)와 기초수급자(가정관리 평균 0.86시간, 사회활동 평균 0.60)의 경우, 가정관리와(평균 1.22시간) 사회활동(평균 0.65시간)의 평균 소요시간이 다른 대상들에 비해 조금 더 낮은 것으로 나타난 점이다.

〈표 3-3-3〉 응답자 장애 특성에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)

(단위: 평균시간, %)

구분	활동지원서비스						장기요양서비스					
	수면	개인 유지	가정 관리	사회 활동	교제 여가	계	수면	개인 유지	가정 관리	사회 활동	교제 여가	계
전체	7.69 (32.0)	4.66 (19.4)	1.33 (5.5)	2.41 (10.0)	7.91 (33.0)	24.00 (100.0)	8.87 (36.9)	4.58 (19.1)	1.22 (5.1)	0.65 (2.7)	8.69 (36.2)	24.00 (100.0)
장애유형												
신체외부장애	7.90 (32.9)	4.71 (19.6)	1.01 (4.2)	1.79 (7.5)	8.59 (35.8)	24.00 (100.0)	8.89 (37.1)	4.52 (18.8)	1.20 (5.0)	0.56 (2.3)	8.82 (36.8)	24.00 (100.0)
감각장애	7.51 (31.3)	4.67 (19.4)	1.53 (6.4)	2.80 (11.7)	7.49 (31.2)	24.00 (100.0)	8.43 (35.1)	5.22 (21.7)	1.49 (6.2)	0.85 (3.5)	8.02 (33.4)	24.00 (100.0)
내부장애	8.17 (34.1)	4.11 (17.1)	0.89 (3.7)	1.83 (7.6)	9.01 (37.5)	24.00 (100.0)	8.61 (35.9)	4.50 (18.8)	0.82 (3.4)	1.28 (5.3)	8.79 (36.6)	24.00 (100.0)
정신장애	8.61 (35.9)	4.79 (19.9)	1.16 (4.8)	2.02 (8.4)	7.43 (30.9)	24.00 (100.0)	9.09 (40.4)	3.95 (16.5)	1.17 (4.9)	0.84 (3.5)	8.35 (34.8)	24.00 (100.0)
활동제한												
활동제한 낮음	7.63 (31.8)	5.07 (21.1)	1.15 (4.8)	2.40 (10.0)	7.75 (32.3)	24.00 (100.0)	9.10 (37.9)	5.12 (21.3)	0.89 (3.7)	0.98 (4.1)	7.91 (33.0)	24.00 (100.0)
활동제한 중간	7.50 (31.2)	4.76 (19.8)	1.52 (6.3)	2.58 (10.8)	7.64 (31.8)	24.00 (100.0)	8.71 (36.3)	4.92 (20.5)	1.36 (5.7)	0.83 (3.4)	8.19 (34.1)	24.00 (100.0)
활동제한 심함	8.59 (35.8)	3.95 (16.5)	0.57 (2.4)	1.65 (6.9)	9.24 (38.5)	24.00 (100.0)	8.96 (37.3)	4.19 (17.5)	1.16 (4.8)	0.44 (1.8)	9.26 (38.6)	24.00 (100.0)

주: 비율 100%는 하루 24시간임

0.05) p t값이 유의할 경우, 위치자 형태로 t 표시 추가

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애 특성에 따른 하루 24시간 행동 패턴의 집단 간 차이를 살펴보면 다음과 같다. 활동지원서비스 계속 이용

자의 장애유형별 행동 패턴은 감각장애인의 경우 사회활동 시간이 2.80시간으로 가장 길었으며, 이어서 정신장애 2.02시간, 내부장애 1.83시간, 신체외부장애의 경우 1.79시간 순으로 나타났다. 한편 노인장기요양보험 전환자의 장애유형별 행동 패턴을 살펴보면, 내부장애인의 사회활동 시간이 1.28시간으로 가장 길었으며, 이어서 감각장애 0.85시간, 정신장애 0.84시간, 신체외부장애의 경우 0.56시간 순으로 나타났다. 이러한 차이는 노인장기요양보험의 경우 노인 등의 장기적 요양 등을 지원하는 것이 목적으로서 주로 의료적 판단에 중심을 둔 심사도구이기 때문에, 등급내자의 경우 전반적으로 요양 필요시간을 측정하는 데에 중심을 두고 있어 일상생활을 수행하는 기능상태가 활동지원서비스 계속 이용자에 비해 더욱 어려움을 가지는 자이기 때문으로 사료된다. 반면에 활동지원서비스 계속 이용자의 경우에는 거동 및 인지관련해서 어느 정도 독립적인 기능이 가능한 장애인의 비율이 높기 때문에 이들의 ‘사회활동’시간이 긴 것으로 생각해 볼 수 있다.

본 연구에서는 고령장애인의 기능상태에 대한 동일 기준이 필요할 것으로 판단하여 ‘활동제약’의 기준을 설정하여 고령장애인의 기능 상태를 구분하였다. 이는 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자의 특성이 양 제도의 목적과 취지에 따른 인정조사의 차이로 인해 고령장애인의 기능상태에 대한 동일 기준의 적용이 필요할 것으로 생각되었기 때문이다. ‘활동제약’의 수준이 높은 것은 사지마비 등 ‘침대 등에서 혼자서 돌아누울 수 없는 상태’를 뜻하며, 활동제약의 수준이 약한 것은 ‘스스로 외출이 가능한 수준’을 뜻하는 것으로 이해할 수 있다. 노인장기요양보험 전환자의 경우는 전체 평균에서 벗어나는 경향성을 보이는 경우가 내부장애인인 경우와 활동제약이 심한 경우로 평균 이용 시간은 수면→교제여가→개인유지→가정관리→사회활동 순이었는데, 내부장애인의 경우는 교제여가가 가장 높았고, 개인유지→사회활동→가정관리로 그 순서에 차이가 있었다. 활동제약이 심한 경우는 교제여가가 가장 많은 시간 비중을 차지하였고, 그 평균값(평균 9.26시간)이 전체 대상에서 가장 높았다. 특히나 교제여가 항목에서 활동제약 수준이 낮음에서 심함으로 가면서 평균시간이 계속 상승하여 집안에서 TV를 보거나 쉬는 등의 활동시간이 현저하게 늘어나는 것을 확인할 수 있다. 그러나 사회활동부분은 활동제약 수준이 낮음에서 심함으로 가면서 평균시간이 감소하는 모습을 보여 이는 노인장기요양보험의 목적이 돌봄과 보호에 초점을 두고 있는 것을 반영하는 결과로 이해할 수 있다.

〈표 3-3-4〉 장애유형에 따른 일상 행위별 평균시간(상세)

(단위: 평균시간, %)

제공시간 구분	활동지원서비스				장기요양서비스			
	신체외부	감각장애	내부장해	정신장애	신체외부	감각장애	내부장해	정신장애
수면	7.90 (32.9)	7.51 (31.3)	8.17 (34.1)	8.61 (35.9)	8.89 (37.1)	8.43 (35.1)	8.61 (35.9)	9.69 (40.4)
개인유지	4.71 (19.6)	4.67 (19.4)	4.11 (17.1)	4.79 (19.9)	4.52 (18.8)	5.22 (21.7)	4.50 (18.8)	3.95 (16.5)
세면	0.62 (2.6)	0.65 (2.7)	0.60 (2.5)	0.66 (2.8)	0.52 (2.2)	0.61 (2.6)	0.59 (2.4)	0.41 (1.7)
개인위생	0.68 (2.8)	0.75 (3.1)	0.72 (3.0)	0.71 (3.0)	0.62 (2.6)	0.74 (3.1)	0.64 (2.7)	0.57 (2.4)
배설관리	0.76 (3.2)	0.79 (3.3)	0.75 (3.1)	0.65 (2.7)	0.87 (3.6)	1.01 (4.2)	0.91 (3.8)	0.81 (3.4)
옷갈아입기	0.40 (1.7)	0.41 (1.7)	0.32 (1.3)	0.37 (1.5)	0.29 (1.2)	0.35 (1.5)	0.30 (1.3)	0.26 (1.1)
식사	1.29 (5.4)	1.50 (6.3)	1.30 (5.4)	1.39 (5.8)	1.27 (5.3)	1.40 (5.9)	1.32 (5.5)	1.24 (5.2)
체위변경	0.42 (1.8)	0.24 (1.0)	0.13 (0.6)	0.53 (2.2)	0.57 (2.4)	0.61 (2.5)	0.36 (1.5)	0.45 (1.9)
실내이동	0.53 (2.2)	0.33 (1.4)	0.29 (1.2)	0.48 (2.0)	0.39 (1.6)	0.49 (2.0)	0.39 (1.6)	0.21 (0.9)
가정관리	1.01 (4.2)	1.53 (6.4)	0.89 (3.7)	1.16 (4.8)	1.20 (5.0)	1.49 (6.2)	0.82 (3.4)	1.17 (4.9)
침구,세탁	0.22 (0.9)	0.34 (1.4)	0.16 (0.7)	0.24 (1.0)	0.25 (1.1)	0.31 (1.3)	0.17 (0.7)	0.23 (1.0)
주거환경관리	0.22 (0.9)	0.34 (1.4)	0.17 (0.7)	0.28 (1.2)	0.25 (1.0)	0.35 (1.4)	0.18 (0.7)	0.23 (1.0)
물품관리	0.12 (0.5)	0.16 (0.7)	0.08 (0.3)	0.08 (0.3)	0.14 (0.6)	0.18 (0.8)	0.09 (0.4)	0.12 (0.5)
금전관리	0.05 (0.2)	0.04 (0.2)	0.04 (0.2)	0.07 (0.3)	0.05 (0.2)	0.05 (0.2)	0.01 (0.0)	0.04 (0.2)
요리 및 식사 준비	0.40 (1.7)	0.65 (2.7)	0.44 (1.8)	0.49 (2.0)	0.50 (2.1)	0.60 (2.5)	0.38 (1.6)	0.54 (2.2)
사회활동	1.79 (7.5)	2.80 (11.7)	1.83 (7.6)	2.02 (8.4)	0.56 (2.3)	0.85 (3.5)	1.28 (5.3)	0.84 (3.5)
외출준비	0.18 (0.7)	0.23 (1.0)	0.21 (0.9)	0.20 (0.8)	0.08 (0.3)	0.11 (0.4)	0.12 (0.5)	0.04 (0.2)
(동행)외출	0.61 (2.6)	0.78 (3.3)	1.16 (4.8)	0.44 (1.9)	0.28 (1.2)	0.43 (1.8)	1.02 (4.2)	0.33 (1.4)
이동	0.15 (0.6)	0.23 (1.0)	0.02 (0.1)	0.19 (0.8)	0.02 (0.1)	0.01 (0.0)	0.07 (0.3)	0.04 (0.2)
지역사회참여	0.13 (0.5)	0.28 (1.2)	0.04 (0.1)	0.16 (0.7)	0.01 (0.0)	0.09 (0.4)	0.00 (0.0)	0.02 (0.1)
집밖여가	0.67 (2.8)	1.16 (4.8)	0.41 (1.7)	0.84 (3.5)	0.17 (0.7)	0.21 (0.9)	0.07 (0.3)	0.41 (1.7)
직장생활	0.05 (0.2)	0.12 (0.5)	0.00 (0.0)	0.18 (0.8)	0.01 (0.0)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)

교제 및 여가활동	8.59 (35.8)	7.49 (31.2)	9.01 (37.5)	7.43 (30.9)	8.82 (36.8)	8.02 (33.4)	8.79 (36.6)	8.35 (34.8)
집안 여가	8.33 (34.7)	7.00 (29.2)	8.63 (36.0)	7.21 (30.0)	8.38 (34.9)	7.57 (31.5)	8.35 (34.8)	8.18 (34.1)
교제(집 안)	0.19 (0.8)	0.37 (1.5)	0.14 (0.6)	0.10 (0.4)	0.29 (1.2)	0.33 (1.4)	0.17 (0.7)	0.13 (0.5)
가족 및 친분 있는 사람 돌보 기(돌보기)	0.07 (0.3)	0.12 (0.5)	0.23 (1.0)	0.11 (0.5)	0.15 (0.6)	0.13 (0.5)	0.27 (1.1)	0.03 (0.1)
전체	24.00 (100.0)	24.00 (100.0)	24.00 (100.0)	24.00 (100.0)	24.00 (100.0)	24.00 (100.0)	24.00 (100.0)	24.00 (100.0)

주: 비율 100%는 하루 24시간임

0.05>p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 t 표시 추가

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동지원 계속 이용자의 경우에도 활동제약의 수준이 낮은 경우 이들의 사회활동 시간은 1.15시간, 중간 1.52시간, 활동제약이 심함의 경우 0.57시간으로 줄어드는 것을 발견할 수 있는데 이는 결국 활동제약이 심한 등급의 고령장애인의 경우에도 가정관리 활동 보다는 좀 더 수동적인 집안 내 교제 및 여가활동의 시간이 확대되는 것을 알 수 있다.

장애유형에 따른 일상 행동분류를 세분화하여 장애유형별 집단 간 차이를 살펴보면 다음과 같다. 이전 표에서는 활동지원서비스 계속 이용자와 노인장기요양보험 전환자의 하루 24시간 생활시간의 패턴은 다소 차이가 있었으나, 세부 항목별로 살펴보면 매우 유사한 것을 확인 할 수 있다. 먼저, “수면”이라는 행위는 내부장애인을 제외하고는 모두 교제 및 여가활동 다음으로 많은 시간을 소요하고 있는 반면, 노인장기요양보험 서비스를 받고 있는 장애인의 경우는 내부장애인을 제외하고는 모두 가장 많은 소요 시간을 보이고 있다. 개인유지활동에서는 활동지원서비스를 받는 장애인이나 노인장기요양보험 전환자나 모두 “식사”에 소요되는 시간이 가장 길었다. 즉 식사를 위한 행위가 개인유지활동 중에서 상대적으로 비중 있는 행동으로 나타났다.

사회활동의 세부 항목과 관련해서는 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자중 내부장애인의 사회활동 평균 시간이 각각 1.16시간 및 1.02시간으로 가장 길었는데 이는 내부장애인의 경우 장애특성상 병원이용 등의 필요성에 의한 것으로 생각해 볼 수 있다. 반면, 활동지원서비스 계속 이용자 중 감각장애인의 사회활동 평균 시간에서 ‘복지관 프로그램이용 및 안전교육 참여 등’의 시간이 0.28시간으로 타

장애유형보다 길었다. 한편 운동, 문화 활동, 모임/만남 등의 집밖여가에 있어서 활동 지원서비스 계속 이용자 중 감각장애 1.16시간 그리고 정신장애 0.84시간으로 신체의 부 0.67시간 및 내부장애 0.41시간에 비하여 길었다. 이는 결국 활동지원서비스 계속 이용자의 세부적 사회활동 시간 사용에 있어서 장애유형별 차이가 분명하게 나타난 것을 확인 할 수 있다. 교제 및 여가활동에서는 활동지원서비스 계속 이용자와 노인장기요양보험 전환자 모두 “집안 여가”의 시간이 길었다.

〈표 3-3-5〉 응답자의 돌봄제공자에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)

(단위: 평균시간, %)

구분	활동지원서비스		장기요양서비스		t
	평균시간 (비율)	표준편차	평균시간 (비율)	표준편차	
수면	7.69 (32.0)	2.14	8.87 (36.9)	2.17	
스스로	7.59 (31.6 ¹)	2.17	8.26 (34.4 ¹)	2.61	-7.592*
가족	0.10 (0.4 ¹)	0.72	0.60 (2.5 ¹)	1.77	-10.282*
제공 인력	0.00 (0.0)	0.05	0.01 (0.0)	0.07	-1.646*
개인 유지	4.66 (19.4)	1.63	4.58 (19.1)	2.09	
스스로	2.48 (10.3 ¹)	1.77	1.54 (6.4 ¹)	2.12	13.180*
가족	0.52 (2.1 ¹)	1.03	1.66 (6.9 ¹)	1.98	-19.794*
제공 인력	1.67 (6.9 ¹)	1.26	1.38 (5.8 ¹)	0.87	7.256*
가정 관리	1.33 (5.5)	1.29	1.22 (5.1)	1.36	
스스로	0.14 (0.6)	0.44	0.11 (0.5)	0.43	1.712*
가족	0.33 (1.4 ¹)	0.81	0.73 (3.0 ¹)	1.22	-10.419*
제공 인력	0.85 (3.5 ¹)	1.02	0.37 (1.6 ¹)	0.60	15.604*
사회 활동	2.41 (10.0)	2.32	0.65 (2.7)	1.35	
스스로	0.42 (1.8 ¹)	1.31	0.17 (0.7 ¹)	0.73	6.404*
가족	0.13 (0.6 ¹)	0.66	0.28 (1.2 ¹)	0.97	-4.809*
제공 인력	1.85 (7.7 ¹)	1.81	0.19 (0.8 ¹)	0.58	33.847*

교제 여가	7.91 (33.0)	2.97	8.69 (36.2)	3.28	
스스로	5.70 (23.7 ^a)	2.89	6.80 (28.3 ^a)	3.43	-9.484*
가족	0.30 (1.3 ^b)	1.13	0.83 (3.4 ^b)	1.69	-10.007*
제공 인력	1.91 (8.0 ^c)	1.78	1.07 (4.5 ^c)	0.87	16.522*
전체	24.00 (100.0)	0.00	24.00 (100.0)	0.00	

주: 비율 100%는 하루 24시간임

p<0.05 t값 유의도 *, **, *** 표시

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

응답자의 돌봄제공자에 따른 일상 행위별 평균시간을 살펴보면, 우선 주목할 것은 노인장기요양보험제도 전환자의 경우 활동지원서비스 계속 이용자에 비하여 가족을 통한 도움이 상대적으로 높은 것으로 조사되었다. 응답자의 돌봄제공자에 따른 일상 행위별 비율을 비교해 보면, 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 스스로 하는 경우가 68%, 가족의 도움 5.8%, 제공 인력의 도움이 26.1%로 나타났고, 반면에 노인장기요양보험제도 전환자의 경우 스스로 하는 경우가 70.3%, 가족의 도움 17%, 제공 인력의 도움이 12.7%로 나타났다.

세부적으로 보면 수면의 경우 등급내자의 경우 가족의 도움시간이 0.60시간으로 등급외자의 0.10시간에 비하여 길었고, 이러한 경향은 개인유지, 가정관리, 사회활동, 교제 여가의 분야에서 모두 나타났다. 즉, 활동지원 서비스 계속 이용자의 “개인유지”에서 스스로(평균 2.48시간)하는 비중이 높은 반면, 장기요양보험 전환자의 경우에는 가족의 지원(평균 1.66시간) 비중이 높았다. 이는 노인장기요양보험의 경우, 가족을 요양돌봄자로 인정하는 특성에 일부 기인하는 것일 수 있고, 요양서비스 제공시간이 활동지원제도에 비해 적기 때문으로 이해할 수 있다.

3. 활동제약에 따른 하루 24시간 생활 현황

〈표 3-3-6〉 응답자의 활동제약 특성

(단위: 명, %)

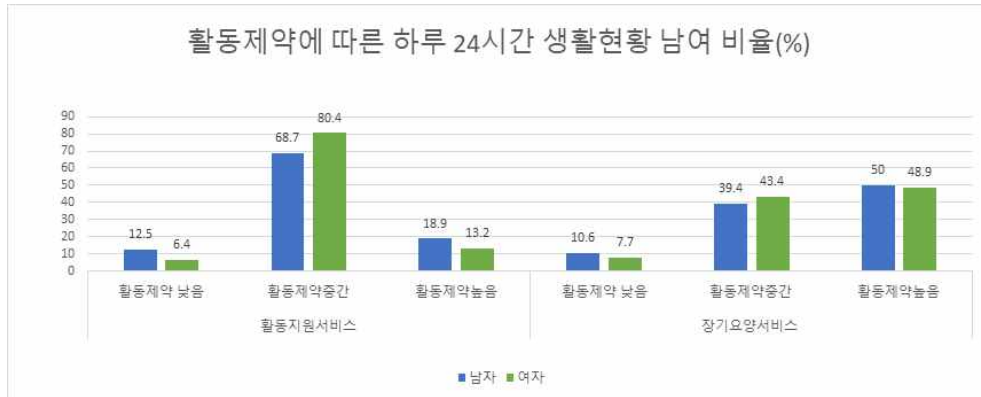
구분	활동지원서비스			장기요양서비스		
	활동 제약 낮음	활동 제약 중간	활동 제약 높음	활동 제약 낮음	활동 제약 중간	활동 제약 높음
전체	49 (9.8)	369 (73.8)	82 (16.4)	45 (9.0)	208 (41.6)	247 (49.4)
성별						
남자	35 (12.5)	193 (68.7)	53 (18.9)	24 (10.6)	89 (39.4)	113 (50.0)
여자	14 (6.4)	176 (80.4)	29 (13.2)	21 (7.7)	119 (43.4)	134 (48.9)
연령						
65-70	39 (11.1)	254 (72.2)	59 (16.8)	30 (8.3)	153 (42.1)	180 (49.6)
70-75	10 (6.8)	115 (77.7)	23 (15.5)	15 (10.9)	55 (40.1)	67 (48.9)

주: 0.05) p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 t 표시 추가

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동제약에 따른 하루 24시간 생활현황을 응답자의 인구 사회학적특성과 연동하여 살펴본 표를 보면, 활동제약에 따른 하루 24시간 생활현황을 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 집단 간 차이를 통해 살펴보면, 두 집단 모두 활동 제약 낮음의 비율은 유사하나, 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 활동제약의 수준이 중간에 해당하는 이용자가 73.8%로 등급내자의 41.6%에 비하여 높았다. 한편 노인장기요양보험 전환자의 경우 활동제약높음에 해당하는 이용자가 49.4%로서 등급내자의 16.4%보다 약 3배정도 많은 것으로 조사되었다. 이는 ‘스스로 뒤집기’ 등이 어려운 기능상태의 장애인은 장기요양보험 전환자 그룹에서 더 많다는 것을 알 수 있다. 현재 활동지원 계속 이용자의 경우에는 감각장애 등 장애특성에 기인하는 일상생활의 어려움 등이 고려된 것으로(활동지원 종합조사) 노인장기요양보험의 인정기준과 차이가 있기 때문이다.

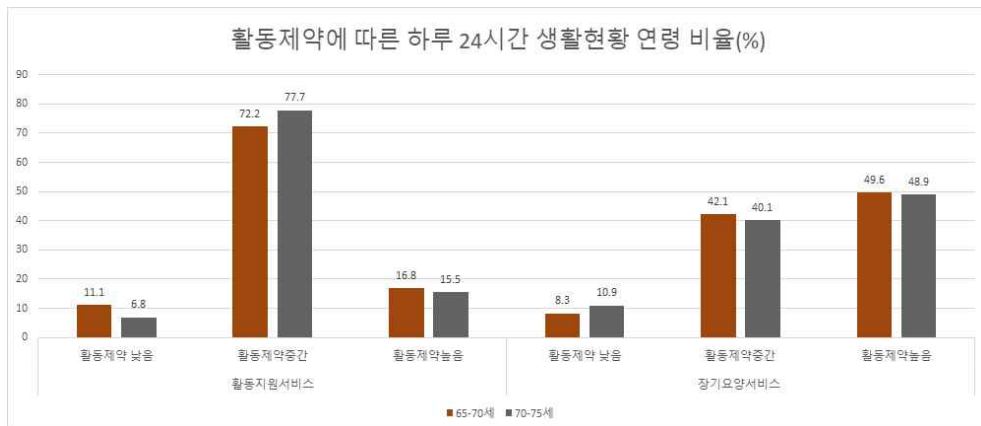
[그림 3-3-1] 활동제약에 따른 하루 24시간 생활현황 남녀 비율



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동제약 수준에 따른 하루 24시간 생활현황을 남녀에 따라 살펴보았다. 성별 패턴의 경우 전체 패턴과 유사하게 등급외자의 경우 활동제약 중간에의 비율이 높은 반면, 등급내자의 경우 활동제약 높음의 비율이 상대적으로 높게 나타났다. 또한 활동제약에 따른 하루 24시간 생활현황을 연령별로 나누어 살펴보았을 때, 연령별 패턴은 유사하게 나타났다. 종합해 볼 때 활동제약 특성이 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 사회활동 및 가정관리 활동 등의 시간 및 패턴 차이에 있어 일정 정도 설명력을 가지고 있는 것으로 파악된다.

[그림 3-3-2] 활동제약에 따른 하루 24시간 생활현황 연령 비율



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-3-7〉 응답자 활동제약 정도 및 장애유형별 특성

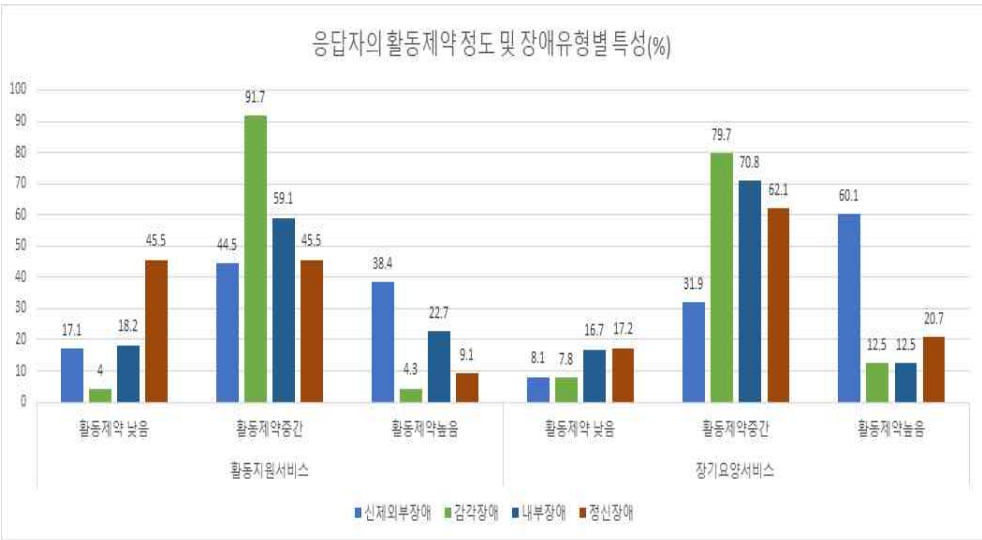
(단위: 명, %)

구분	활동지원서비스			장기요양서비스		
	활동 제약 낮음	활동 제약 중간	활동 제약 높음	활동 제약 낮음	활동 제약 중간	활동 제약 높음
전체	49 (9.8)	369 (73.8)	82 (16.4)	45 (9.0)	208 (41.6)	247 (49.4)
장애유형						
신체외부장애	28 (17.1)	73 (44.5)	63 (38.4)	31 (8.1)	122 (31.9)	230 (60.1)
감각장애	12 (4.0)	278 (91.7)	13 (4.3)	5 (7.8)	51 (79.7)	8 (12.5)
내부장애	4 (18.2)	13 (59.1)	5 (22.7)	4 (16.7)	17 (70.8)	3 (12.5)
정신장애	5 (45.5)	5 (45.5)	1 (9.1)	5 (17.2)	18 (62.1)	6 (20.7)

주: 0.05>p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 t 표시 추가
 자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

응답자의 활동제약 정도별 장애유형별 특성을 교차 분석 해 본 결과, 몇 가지 사항을 확인할 수 있었다. 우선 노인장기요양보험 전환자의 신체외부장애의 비율을 살펴보면 활동제약의 수준이 높은 경우가 전체 500명 중 230명으로 그 비율이 상당히 높은 것으로 나타났다. 즉, 노인장기요양보험의 인정조사는 신체외부장애의 기능상태에 대한 상관성이 높은 것을 알 수 있다. 반면, 활동지원서비스 계속 이용자의 경우, 감각장애인이 278명으로 활동지원 계속 이용자 500명 중 높은 비율을 차지하고 있는 것을 알 수 있다. 또한 감각장애나 정신장애의 경우 활동제약의 수준이 높은 경우가 노인장기요양보험 전환자의 비율이 더 높았다. 이러한 결과들은 노인장기요양보험 인정조사가 장애유형별 특성을 반영한다기 보다는 신체적 특성에 기반을 둔 기능상태에 따른 요양 필요도를 측정하기 때문에 활동지원을 이용하던 장애인의 특성을 모두 포괄하지 못하고 있음을 알 수 있다.

[그림 3-3-3] 응답자의 활동제약 정도 및 장애유형별 특성(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

134 노인·장애인 돌봄제도 정합성 확보 방안 연구

〈표 3-3-8〉 활동제약 수준에 따른 이용자의 24시간 행위별 시간 사용

(단위: 평균시간, %)

구분	활동제약 낮음						활동제약 중간						활동제약 높음					
	수면	개인 유지	가정 관리	사회 활동	교제 여가	계	수면	개인 유지	가정 관리	사회 활동	교제 여가	계	수면	개인 유지	가정 관리	사회 활동	교제 여가	계
전체	8.33 (34)	5.09 (21)	1.02 (4)	1.72 (7)	7.83 (32)	24.0 0 (100)	7.94 (33)	4.82 (20)	1.46 (6)	1.95 (8)	7.84 (32)	24.0 0 (100)	8.86 (37)	4.13 (17)	1.01 (4)	0.74 (3)	9.25 (38)	24.0 0 (100)
성별																		
남자	8.23 (34)	5.16 (21)	0.94 (3)	2.09 (8)	7.58 (31)	24.0 0 (100)	7.88 (32)	4.83 (20)	1.61 (6)	2.34 (9)	7.34 (30)	24.0 0 (100)	8.76 (36)	4.14 (17)	1.16 (4)	0.90 (3)	9.03 (37)	24.0 0 (100)
여자	8.51 (35)	4.98 (20)	1.16 (4)	1.11 (4)	8.25 (34)	24.0 0 (100)	7.99 (33)	4.81 (20)	1.32 (5)	1.57 (6)	8.31 (34)	24.0 0 (100)	8.97 (37)	4.12 (17)	0.86 (3)	0.58 (2)	9.47 (39)	24.0 0 (100)
연령																		
65-70	8.32 (34)	5.10 (21)	1.03 (4)	1.92 (8)	7.63 (31)	24.0 0 (100)	8.01 (34)	4.75 (19)	1.44 (6)	1.95 (8)	7.85 (32)	24.0 0 (100)	8.86 (37)	4.04 (16)	1.03 (4)	0.69 (2)	9.38 (39)	24.0 0 (100)
70-75	8.38 (35)	5.06 (21)	1.02 (4)	1.17 (4)	8.38 (35)	24.0 0 (100)	7.77 (32)	4.99 (20)	1.50 (6)	1.93 (8)	7.81 (32)	24.0 0 (100)	8.86 (37)	4.36 (18)	0.98 (4)	0.88 (3)	8.92 (37)	24.0 0 (100)

주: 비율 100%는 하루 24시간임

0.05>p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 F 표시 추가

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

위 표는 활동제약에 따른 하루 24시간 생활현황을 응답자의 인구사회학적 특성에 따라 분석한 것이다. 활동제약의 수준에 따라 살펴보는 것이 목적이므로 노인장기요양 보험 전환자와 활동지원 서비스 계속 이용자를 모두 합하여 그 경향성을 살펴보았다. 흥미로운 지점이 있는데, 활동제약수준이 낮거나 중간인 경우는 수면과 교제여가활동이 가장 많은 비중을 차지하며 다음 순서가 개인유지활동이라는 공통점을 가지며, 그 다음 비중을 차지하는 것이 사회활동으로 나타났다. 이것은 성별, 연령별로도 비슷하게 나타났다. 물론 예외는 있는데, 활동제약이 낮은 여성인 경우(사회활동<가정관리)로 나타났다. 이는 역할기대에 따른 문화의 특성을 나타내는 것이라고 생각된다.

활동제약과 일상행위에 따른 이용자의 24시간 행위별 시간 사용을 살펴보면 활동제약 높은 이용자의 교제여가가 38.6%로 가장 높고, 활동제약 중간 32.7%, 활동제약 낮음 32.6%로 나타났다. 교제여가의 구분이 집안여가, 교제, 가족 및 친분 있는 사람 돌보기 등으로 나누어져 있어, 향후 이 부분을 사회활동과 좀 더 명확히 구분하기 위하여, 집안 교제 및 여가활동으로 제시하는 것도 필요할 것으로 사료된다. 반면 사회활동에 있어 활동제약이 높은 경우 3.1%, 활동제약 중간 8.1%, 활동제약 낮음 7.2%로 조사되어, 활동제약 수준에 따라 사회활동 시간에 차이가 있는 것으로 나타났다. 하지만 활동제약 중간 이용자의 시간 비율이 낮은 이용자에 비하여 0.9% 긴 것으로 나타나, 활동제약 지표의 경우 신체나 의료적 측면을 반영하는 예측력이 있으나, 그 외의 장애 특성에 대한 예측력 측면에서는 한계가 있는 것으로 보인다.

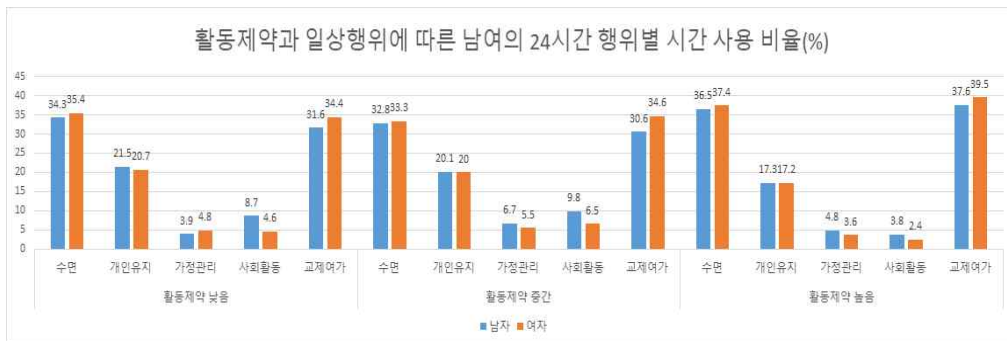
[그림 3-3-4] 활동제약과 일상행위에 따른 이용자의 24시간 행위별 시간 사용 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

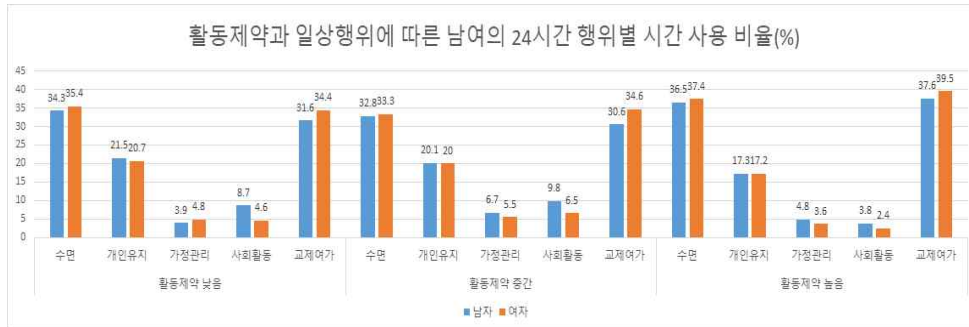
또한 활동제약과 일상행위에 따른 남녀의 24시간 행위별 시간 사용을 살펴보면 사회활동에서 남녀 차이가 나타났다. 활동제약이 낮은 남성의 사회활동 시간 비율은 8.7%인 반면, 여성은 4.6%로 두 배 가까이 차이가 났다. 활동제약이 중간수준인 남성의 경우도 9.8%의 사회활동인 반면, 여성은 6.5%로 나타나 이 역시도 일정정도 차이가 나타났다. 그러나 활동제약의 수준이 높은 남성(3.8%)과 여성(2.4%)의 사회활동의 비율은 상대적으로 그 차이가 적었다. 이러한 차이는 남녀의 사회 및 가정에서의 역할에 대한 차이에 기인하는 것으로 해석할 수 있다.

[그림 3-3-5] 활동제약과 일상행위에 따른 남녀의 24시간 행위별 시간 사용 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

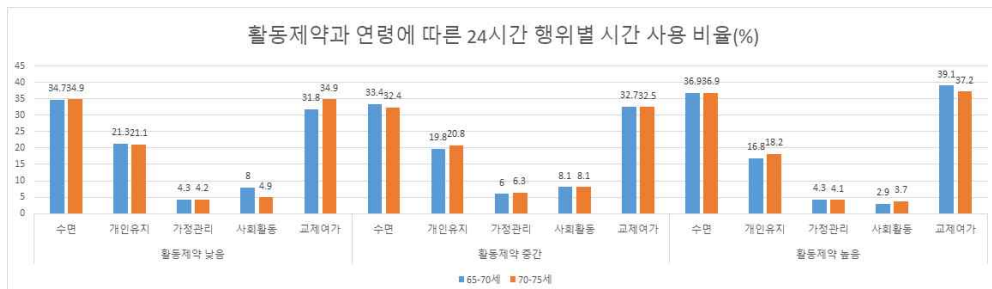
[그림 3-3-6] 활동제약과 일상행위에 따른 남녀의 24시간 행위별 시간 사용 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

한편 활동제약과 연령에 따른 24시간 행위별 시간 사용을 살펴보면, 연령별 사회활동에서 차이가 있었다. 즉 활동제약의 수준이 높은 경우 65-70세의 시간사용 비율이 2.9%, 70-75세는 3.7%인 반면, 활동제약의 수준이 낮은 경우 65-70세는 8%, 70-75세는 4.9%로 상대적으로 낮아지는 것을 확인 할 수 있었다.

[그림 3-3-7] 활동제약과 연령에 따른 24시간 행위별 시간 사용 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-3-9〉 활동제약과 장애 유형에 따른 이용자의 24시간 행위별 시간 사용

(단위: 평균시간, %)

구분	활동제약 낮음						활동제약 중간						활동제약 높음					
	수면	개인 유지	가정 관리	사회 활동	교제 여가	계	수면	개인 유지	가정 관리	사회 활동	교제 여가	계	수면	개인 유지	가정 관리	사회 활동	교제 여가	계
전체	8.33 (34)	5.09 (21.2)	1.02 (4.3)	1.72 (7.2)	7.83 (32.6)	24.0 0 (100)	7.94 (33.1)	4.82 (20.1)	1.46 (6.1)	1.95 (8.1)	7.84 (32.7)	24.0 0 (100)	8.86 (36.9)	4.13 (17.2)	1.01 (4.2)	0.74 (3.1)	9.25 (38.6)	24.0 0 (100)
장애유형																		
신체외부장애	8.54 (35.6)	5.21 (21.7)	0.90 (3.8)	1.67 (6.9)	7.68 (32.0)	24.0 0 (100)	8.30 (34.6)	5.03 (20.9)	1.40 (5.8)	1.07 (4.5)	8.19 (34.1)	24.0 0 (100)	8.80 (36.7)	4.15 (17.3)	1.02 (4.2)	0.69 (2.9)	9.34 (38.9)	24.0 0 (100)
감각장애	7.77 (32.4)	5.18 (21.6)	1.26 (5.3)	1.75 (7.3)	8.03 (33.5)	24.0 0 (100)	7.59 (31.6)	4.77 (19.9)	1.56 (6.5)	2.58 (10.7)	7.50 (31.2)	24.0 0 (100)	8.77 (36.5)	4.28 (17.8)	1.17 (4.9)	1.26 (5.3)	8.52 (35.5)	24.0 0 (100)
내부장애	7.76 (32.3)	4.25 (17.7)	0.95 (4.0)	1.28 (5.3)	9.76 (40.7)	24.0 0 (100)	8.18 (34.1)	4.61 (19.2)	0.97 (4.0)	1.54 (6.4)	8.71 (36.3)	24.0 0 (100)	9.87 (41.1)	3.28 (13.6)	0.33 (1.4)	1.82 (7.6)	8.72 (36.3)	24.0 0 (100)
정신장애	8.54 (35.6)	4.89 (20.4)	1.37 (5.7)	2.35 (9.8)	6.85 (28.5)	24.0 0 (100)	9.40 (39.2)	3.99 (16.6)	1.10 (4.6)	0.91 (3.8)	8.61 (35.9)	24.0 0 (100)	10.6 1 (44.2)	3.81 (15.9)	1.09 (4.5)	0.31 (1.3)	8.19 (34.1)	24.0 0 (100)

주: 비율 100%는 하루 24시간임

0.05) p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 F 표시 추가

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동제약과 장애유형에 따른 이용자의 24시간 시간사용을 보면, 활동제약수준이 낮거나 중간인 경우는 시간 사용의 비중이 수면→교제여가활동→개인유지활동→사회활동→가정관리활동 순서로 나타나지만, 활동제약의 수준이 높은 경우는 교제여가활동의 비중이 늘어나고(평균 7.83 시간 혹은 평균 7.84시간에서 평균 9.25시간으로), 개인유지활동 다음으로 가정관리활동의 비중이 높아지는 것을 확인 할 수 있었다. 사회활동의 비중은 가장 적은 비중을 차지하였다. 장애유형과 활동제약의 수준을 고려한 분석을 살펴보면, 활동제약이 낮은 수준에서 감각장애인은 가정관리(평균 1.26시간)와 사회활동(평균 1.75시간)의 시간 비중이 비슷하지만, 내부장애인의 경우는 교제여가활동(평균 9.76시간)의 비중이 가장 높았다. 활동제약의 수준이 중간인 경우는 신체외부장애인과 정신장애인의 경우 사회활동보다는 가정관리활동의 비중이 높고, 감각장애인과 내부장애인의 경우는 사회활동의 비중이 가정관리활동보다 높았다. 활동제약의 수준이 높은 경우, 내부장애인을 제외하고는 사회활동보다 가정관리활동의 비중이 높았고, 감각장애인의 경우 가정관리활동과 사회활동의 비중이 비슷하게 나타났다.

4. 생활 특성에 따른 하루 24시간 사용 현황

〈표 3-3-10〉 이용자의 생활 특성에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)

(단위: 평균시간, %)

구분	활동지원서비스						장기요양서비스					
	수면	개인유지	가정관리	사회활동	교제여가	계	수면	개인유지	가정관리	사회활동	교제여가	계
전체	7.69 (32.0)	4.66 (19.4)	1.33 (5.5)	2.41 (10.0)	7.91 (33.0)	24.00 (100.0)	8.87 (36.9)	4.58 (19.1)	1.22 (5.1)	0.65 (2.7)	8.69 (36.2)	24.00 (100.0)
돌봄 제공자												
스스로	7.59 (31.6)	2.48 (10.3)	0.14 (0.6)	0.42 (1.8)	5.70 (23.7)	16.33 (68.0)	8.26 (34.4)	1.54 (6.4)	0.11 (0.5)	0.17 (0.7)	6.80 (28.3)	16.88 (70.3)
가족	0.10 (0.4)	0.52 (2.1)	0.33 (1.4)	0.13 (0.6)	0.30 (1.3)	1.38 (5.8)	0.60 (2.5)	1.66 (6.9)	0.73 (3.0)	0.28 (1.2)	0.83 (3.4)	4.10 (17.1)
제공 인력	0.00 (0.0)	1.67 (6.9)	0.85 (3.5)	1.85 (7.7)	1.91 (8.0)	6.29 (26.2)	0.01 (0.0)	1.38 (5.8)	0.37 (1.6)	0.19 (0.8)	1.07 (4.5)	3.02 (12.6)
장소												
집 안	7.69 (32.0)	4.66 (19.4)	1.33 (5.5)	0.24 (1.0)	7.88 (32.8)	21.80 (90.8)	8.87 (36.9)	4.56 (19.0)	1.21 (5.1)	0.06 (0.3)	8.68 (36.2)	23.39 (97.5)
집 밖	- (0.0)	- (0.0)	- (0.0)	2.17 (9.0)	0.03 (0.1)	2.20 (9.2)	- (0.0)	0.01 (0.0)	0.00 (0.0)	0.59 (2.4)	0.01 (0.0)	0.61 (2.5)
요일												
평일	7.71 (32.1)	4.64 (19.3)	1.35 (5.6)	2.45 (10.2)	7.85 (32.7)	24.00 (100.0)	8.92 (37.2)	4.51 (18.8)	1.23 (5.1)	0.66 (2.8)	8.68 (36.2)	24.00 (100.0)
주말	7.61 (31.7)	4.75 (19.8)	1.24 (5.2)	2.25 (9.4)	8.15 (34.0)	24.00 (100.0)	8.68 (36.2)	4.83 (20.1)	1.17 (4.9)	0.61 (2.5)	8.72 (36.3)	24.00 (100.0)

주: 비율 100%는 하루 24시간임

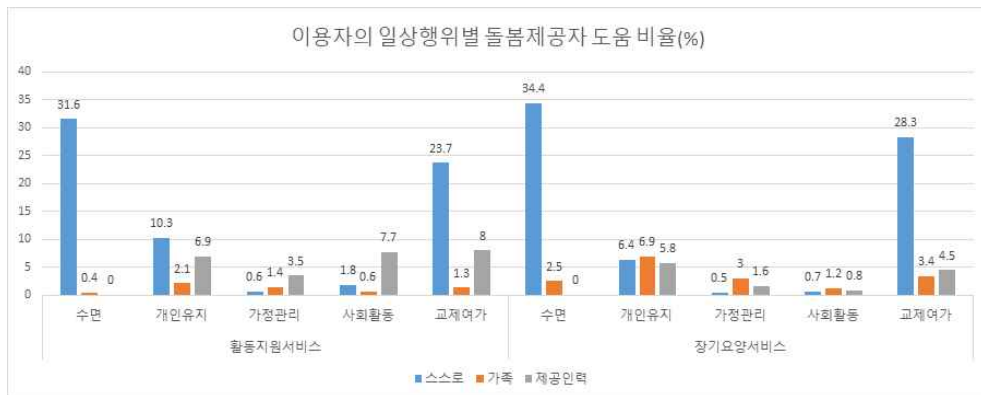
0.05>p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 t 표시 추가

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

이용자의 생활 특성에 따른 일상 행위별 평균 시간은 노인장기요양 등급 외자로서 현재까지 활동지원 서비스 계속 이용자의 경우와 노인장기요양보험 전환자의 경우에 행위가 이루어지는 장소(집 안/집 밖)와 요일(평일/주말)에 따라 분석해 보았다. 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장애유형 각각에 대하여 일상 행위별 돌봄제공자 도움 비율을 살펴보았을 때, 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 제공인력의 도움 정도가 사회활동(7.7%)과 가정관리(3.5%)에서 스스로 및 가족의 돌봄 제공 비율 보다 높았다. 또한 개인유지(6.9%)와 교제여가(8%)의 부분에서는 스스로 하는 비율이 높았다. 반면, 노인장기요양보험 전환자의 경우 개인유지(6.9%), 가정관리(3%), 사회활동(1.2%) 영역에서 가족의 돌봄 제공의 비율이 스스로 혹은 제공인력

보다 높았다. 이는 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 제공인력의 역할이 일상생활에서 보다 더 중심이 되고, 노인장기요양보험 전환자의 경우는 가족의 돌봄 역할이 보다 중심이 되는 것을 확인 할 수 있었다.

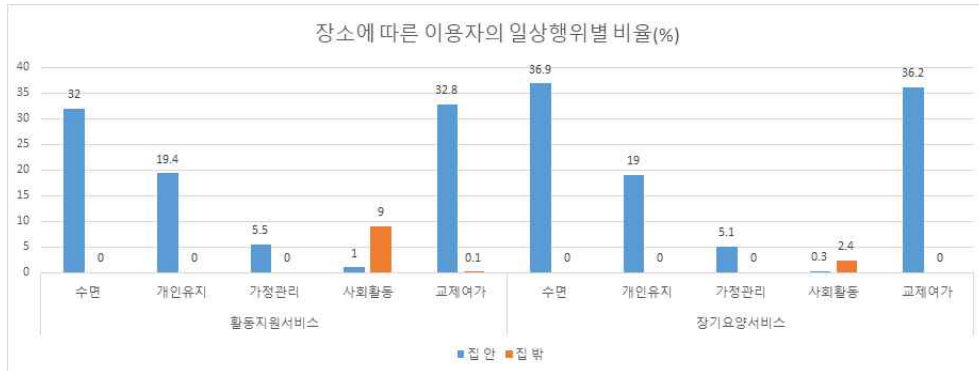
[그림 3-3-8] 이용자의 일상행위별 돌봄제공자 도움 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

다음으로 장소에 따른 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 일상행위별 차이를 살펴보았을 때, 전반적인 일상행위별 패턴이 집 안 또는 집 밖의 차이가 크지 않았으나, 활동지원서비스 계속 이용자의 집 밖 사회활동이 9%로서, 노인장기요양보험 전환자의 2.4%에 비하여 약 3.75배 긴 것으로 조사되었다. 집 안 사회활동(외출을 위한 준비가 이에 해당 됨)의 경우는 활동지원서비스 계속 이용자가 1% 그리고 노인장기요양보험 전환자 0.3%로 역시 긴 것으로 나타났다.

[그림 3-3-9] 장소에 따른 이용자의 일상행위별 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

더 나아가 요일에 따른 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 일상행위별 차이를 살펴보았을 때, 전반적인 일상행위별 패턴이 요일에 따라 차이가 크지 않았다. 단지 앞의 결과와 유사하게 활동지원서비스 계속 이용자의 평일 사회활동은 10.2%로서, 노인장기요양보험 전환자의 2.8%에 비하여 약 3.64배 길었고, 주말 사회활동 역시 등급외자가 9.4%로서 등급내자의 2.5%에 비하여 약 3.76배 길었다. 결과적으로 평일과 주말 간 일상생활의 차이는 크지 않았다.

〈표 3-3-11〉 장소에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)

(단위: 평균시간, %)

제공시간 구분	활동지원서비스				장기요양서비스				t	
	집안		집밖		집안		집밖			
	시간	%	시간	%	시간	%	시간	%		
수면	7.69	(35.4 ¹)	0.00	(0.0)	8.86	(37.9 ¹)	0.00	(0.0)	-14.953	-
개인유지	4.66	(21.5)	0.00	(0.0 ¹)	4.56	(19.6)	0.01	(2.2 ¹)	1.380	-3.602
세면	0.64	(2.9 ¹)	0.00	(0.0)	0.53	(2.3 ¹)	0.00	(0.0)	7.118	-
개인위생	0.73	(3.3 ¹)	0.00	(0.0)	0.63	(2.7 ¹)	0.00	(0.3)	5.365	-1.300
배설관리	0.77	(3.6 ¹)	0.00	(0.0)	0.88	(3.8 ¹)	0.00	(0.5)	-5.674	-1.688
옷갈아입기	0.41	(1.9 ¹)	0.00	(0.0)	0.30	(1.3 ¹)	0.00	(0.0)	9.925	-
식사	1.42	(6.6 ¹)	0.00	(0.0)	1.28	(5.6 ¹)	0.00	(0.5)	5.413	-1.916
체위변경	0.30	(1.3 ¹)	0.00	(0.0)	0.56	(2.4 ¹)	0.00	(0.0)	-11.694	-
실내이동	0.39	(1.8)	0.00	(0.0 ¹)	0.39	(1.7)	0.00	(0.9 ¹)	0.421	-2.499
가정관리	1.33	(6.1 ¹)	0.00	(0.0 ¹)	1.21	(5.2 ¹)	0.00	(0.7 ¹)	2.312	-2.034
침구,세탁	0.29	(1.4 ¹)	0.00	(0.0)	0.26	(1.1 ¹)	0.00	(0.0)	2.793	-
주거환경관리	0.29	(1.3 ¹)	0.00	(0.0)	0.26	(1.1 ¹)	0.00	(0.0)	2.533	-
물품관리	0.14	(0.6)	0.00	(0.0)	0.14	(0.6)	0.00	(0.0)	-0.603	-
금전관리	0.05	(0.2)	0.00	(0.0 ¹)	0.05	(0.2)	0.00	(0.6 ¹)	-0.382	-1.963
요리 및 식사 준비	0.55	(2.6 ¹)	0.00	(0.0)	0.51	(2.2 ¹)	0.00	(0.1)	2.014	-1.000
사회활동	0.24	(1.2 ¹)	2.17	(98.9 ¹)	0.06	(0.3 ¹)	0.59	(95.2 ¹)	12.318	24.002
외출준비	0.21	(1.0 ¹)	0.00	(0.0 ¹)	0.06	(0.3 ¹)	0.02	(3.3 ¹)	16.176	-5.656
(동행)외출	0.00	(0.0)	0.73	(37.6 ¹)	0.00	(0.0)	0.34	(51.7 ¹)	-	9.959
이동	0.00	(0.0)	0.19	(7.2 ¹)	0.00	(0.0)	0.02	(1.9 ¹)	-	9.313
지역사회참여	0.00	(0.0)	0.22	(8.1 ¹)	0.00	(0.0)	0.02	(2.4 ¹)	-	8.791
집밖여가	0.00	(0.0)	0.96	(44.6 ¹)	0.00	(0.0)	0.18	(35.4 ¹)	-	17.636
직장생활	0.03	(0.1 ¹)	0.06	(1.4 ¹)	0.00	(0.0 ¹)	0.01	(0.5 ¹)	2.838	3.523
교제 및 여가활동	7.88	(35.8 ¹)	0.03	(1.1 ¹)	8.68	(37.0 ¹)	0.01	(1.8 ¹)	-6.994	3.321
집안 여가	7.51	(34.1 ¹)	0.00	(0.0)	8.26	(35.2 ¹)	0.00	(0.0)	-6.385	-
교제(집 안)	0.26	(1.2)	0.03	(0.9 ¹)	0.27	(1.2)	0.01	(1.8 ¹)	-0.174	2.835
가족 및 친분 있는 사람 돌보기(돌기)	0.11	(0.5 ¹)	0.00	(0.2 ¹)	0.15	(0.6 ¹)	0.00	(0.0 ¹)	-2.219	2.833
전체	21.80	(100.0)	2.20	(100.0)	23.38	(100.0)	0.61	(100.0)	-23.775	23.775

주: 비율 100%는 하루 24시간임

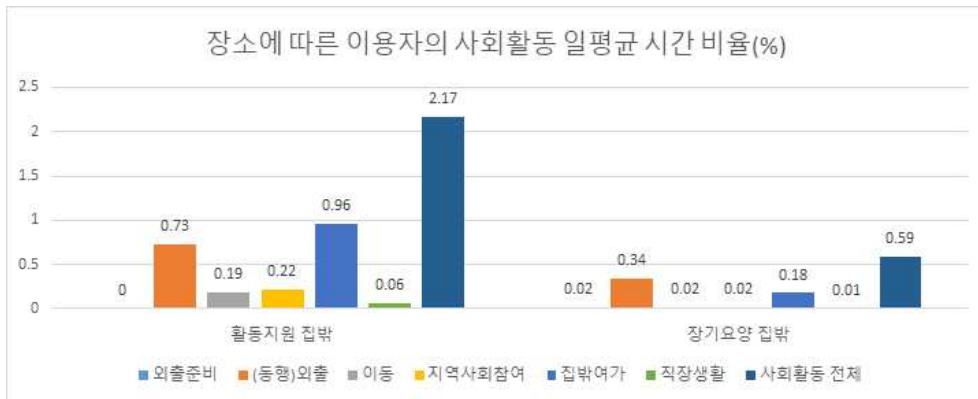
p< 0.05 t값 유의도 *, ** *** 표시

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 장소별 일상 세부 행위별 차이를 살펴보았을 때, 사회활동을 제외하고는 패턴의 차이가 크지 않았다. 하지만

차이를 보이는 부분은 사회활동 영역으로 활동지원 서비스 계속 이용자는 집 안 활동(평균 0.24시간)에 비해 집 밖 활동시간이 평균 2.17시간으로 그 비중이 높으며, (동행)외출(평균 0.73시간)과 집밖 여가(평균 0.96시간)가 전체 항목에서 높은 비중을 차지하였다. 노인장기요양보험 전환자는 집 밖 활동의 비중이 활동지원 서비스 계속 이용자에 비해 상대적으로 매우 낮았고(평균 0.59시간), (동행)외출(평균 0.34시간)과 집밖여가(평균 0.18시간)의 비중이 전체에서 가장 많았다.

[그림 3-3-10] 장소에 따른 이용자의 사회활동 일평균 시간 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

(표 3-3-12) 평일 및 주말 구분에 따른 일상 행위별 평균시간(상세)

(단위: 평균시간, %)

제공시간 구분	활동지원서비스				장기요양서비스				t	
	평일		주말		평일		주말			
	시간	%	시간	%	시간	%	시간	%		
수면	7.71	(32.1 ¹)	7.61	(31.7 ¹)	8.92	(37.2 ¹)	8.68	(36.2 ¹)	-13.592	-6.297
개인유지	4.64	(19.3)	4.75	(19.8)	4.51	(18.8)	4.83	(20.1)	1.688	-0.508
세면	0.63	(2.6 ¹)	0.66	(2.7 ¹)	0.52	(2.2 ¹)	0.55	(2.3 ¹)	6.391	3.170
개인위생	0.72	(3.0 ¹)	0.74	(3.1)	0.61	(2.5 ¹)	0.72	(3.0)	5.609	0.646
배설관리	0.77	(3.2 ¹)	0.80	(3.3 ¹)	0.88	(3.7 ¹)	0.92	(3.8 ¹)	-5.074	-2.713
옷갈아입기	0.41	(1.7 ¹)	0.40	(1.7 ¹)	0.30	(1.2 ¹)	0.29	(1.2 ¹)	8.638	4.897
식사	1.41	(5.9 ¹)	1.46	(6.1 ¹)	1.27	(5.3 ¹)	1.34	(5.6 ¹)	4.842	2.194
체위변경	0.30	(1.3 ¹)	0.28	(1.2 ¹)	0.55	(2.3 ¹)	0.59	(2.4 ¹)	-10.279	-5.593
실내이동	0.39	(1.6)	0.39	(1.6)	0.38	(1.6)	0.42	(1.8)	0.583	-0.606
가정관리	1.35	(5.6 ¹)	1.24	(5.2)	1.23	(5.1 ¹)	1.17	(4.9)	2.155	0.680
침구,세탁	0.30	(1.2 ¹)	0.28	(1.2)	0.26	(1.1 ¹)	0.24	(1.0)	2.466	1.295
주거환경관리	0.29	(1.2 ¹)	0.29	(1.2)	0.26	(1.1 ¹)	0.24	(1.0)	1.967	1.700
물품관리	0.15	(0.6)	0.11	(0.5)	0.15	(0.6)	0.13	(0.5)	-0.231	-0.978
금전관리	0.05	(0.2)	0.03	(0.1)	0.05	(0.2)	0.04	(0.2)	-0.539	-0.788
요리 및 식사 준비	0.56	(2.3 ¹)	0.53	(2.2)	0.50	(2.1 ¹)	0.52	(2.2)	2.108	0.217
사회활동	2.45	(10.2 ¹)	2.25	(9.4 ¹)	0.66	(2.8 ¹)	0.61	(2.5 ¹)	22.895	10.947
외출준비	0.21	(0.9 ¹)	0.21	(0.9 ¹)	0.09	(0.4 ¹)	0.07	(0.3 ¹)	11.346	7.010
(동행)외출	0.76	(3.2 ¹)	0.64	(2.7 ¹)	0.36	(1.5 ¹)	0.25	(1.1 ¹)	8.746	4.786
이동	0.20	(0.9 ¹)	0.15	(0.6 ¹)	0.02	(0.1 ¹)	0.02	(0.1 ¹)	8.612	3.534
지역사회참여	0.25	(1.1 ¹)	0.09	(0.4 ¹)	0.02	(0.1 ¹)	0.00	(0.0 ¹)	8.245	3.242
집밖여가	0.92	(3.8 ¹)	1.12	(4.6 ¹)	0.16	(0.7 ¹)	0.26	(1.1 ¹)	15.698	8.163
직장생활	0.11	(0.4 ¹)	0.05	(0.2)	0.01	(0.0 ¹)	0.00	(0.0)	4.171	1.635
교제 및 여가활동	7.85	(32.7 ¹)	8.15	(34.0 ¹)	8.68	(36.2 ¹)	8.72	(36.3 ¹)	-6.437	-2.330
집안 여가	7.46	(31.1 ¹)	7.72	(32.2)	8.29	(34.5 ¹)	8.19	(34.1)	-6.255	-1.814
교제(집 안)	0.28	(1.2)	0.31	(1.3)	0.27	(1.1)	0.32	(1.3)	0.581	-0.041
가족 및 친분 있는 사람 돌보기(돌기)	0.11	(0.5)	0.12	(0.5)	0.13	(0.6)	0.21	(0.9)	-1.255	-1.612
전체	24.00	(100.0)	24.00	(100.0)	24.00	(100.0)	24.00	(100.0)		

주: 비율 100%는 하루 24시간임

p<0.05 t값 유의도 * ** *** 표시

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

평일 및 주말 구분에 따른 일상 행위별(상세) 평균 시간 분석한 결과를 보면, 개인유지에서는 가장 많은 비중을 차지하는 세부활동이 “식사” 였는데, 평일과 주말에 따른

활동지원 서비스를 받고 있는 고령 장애인과 노인장기요양보험 전환자의 시간 소요량의 격차는 크지 않았다. 가정관리에서도 가장 많은 비중을 차지하는 세부활동이 “요리 및 식사 준비”로 이 역시 평일과 주말에 따른 활동지원 서비스계속 이용자와 노인장기요양보험 전환자의 시간 소요량에 차이는 미비하였다. 그러나 사회활동의 경우, 집밖 여가에서 활동지원서비스 계속 이용자의 평일 시간소요량(평균 0.92시간)과 노인장기요양보험 전환자의 평일 소요시간(평균 0.16시간)은 차이가 있었다. (동행)외출의 경우도 활동지원 계속 이용자의 평일 시간소요량(평균 0.76시간)과 노인장기요양보험 전환자의 평일 소요시간(평균 0.36시간)에는 차이가 있었다.

〈표 3-3-13〉 돌봄 제공자에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)

(단위: 평균시간, %)

구분	활동지원서비스				장기요양서비스			
	스스로	가족	제공인력	계	스스로	가족	제공인력	계
전체	16.33 (68.0)	1.38 (5.8)	6.29 (26.2)	24.00 (100.0)	16.88 (70.3)	4.10 (17.1)	3.02 (12.6)	24.00 (100.0)
성별								
남자	16.29 (67.9)	1.48 (6.2)	6.22 (25.9)	24.00 (100.0)	16.53 (68.9)	4.71 (19.6)	2.76 (11.5)	24.00 (100.0)
여자	16.38 (68.2)	1.25 (5.2)	6.37 (26.5)	24.00 (100.0)	17.17 (71.5)	3.59 (15.0)	3.24 (13.5)	24.00 (100.0)
연령								
65-70	16.45 (68.5)	1.28 (5.3)	6.27 (26.1)	24.00 (100.0)	16.80 (70.0)	4.15 (17.3)	3.05 (12.7)	24.00 (100.0)
70-75	16.04 (66.8)	1.62 (6.7)	6.34 (26.4)	24.00 (100.0)	17.10 (71.2)	3.95 (16.5)	2.95 (12.3)	24.00 (100.0)

주: 비율 100%는 하루 24시간임

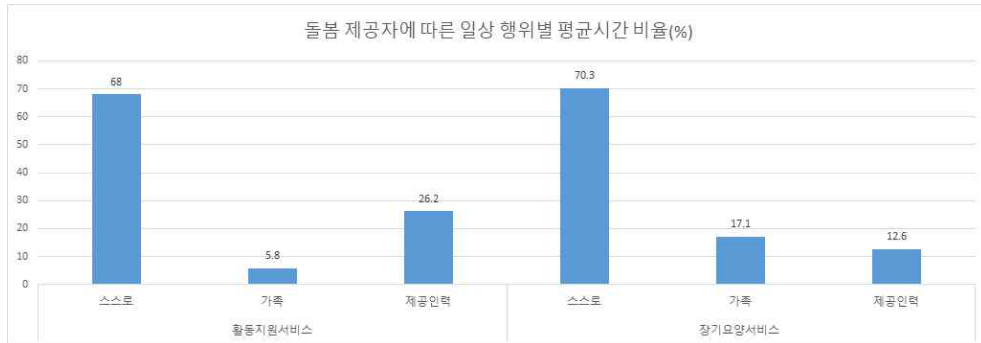
0.05>p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 t 표시 추가

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

돌봄 제공자에 따른 일상 행위별 평균시간을 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 집단 간 차이를 비교하여 살펴보면, 두 집단 모두 스스로라고 응답한 시간 비율은 등급외자 68% 및 등급내자 70.3%로 큰 차이는 없었으나, 가족 및 제공인력 측면에서 차이가 있었다. 노인장기요양보험 전환자의 경우 가족의 시간 비율이 17.1%로서 활동지원서비스 계속 이용자의 5.8%에 비하여 약 2.9배 긴 시간을 가족이 중요한 돌봄제공자로서 역할을 하고 있는 것으로 조사되었다. 반면 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 제공인력의 시간 비율이 26.2%로서 노인장기요양보험 전환자의

12.6%에 비하여 약 2배 이상 긴 시간을 제공인력이 중요한 돌봄제공자로서 역할을 하고 있는 것으로 나타났다.

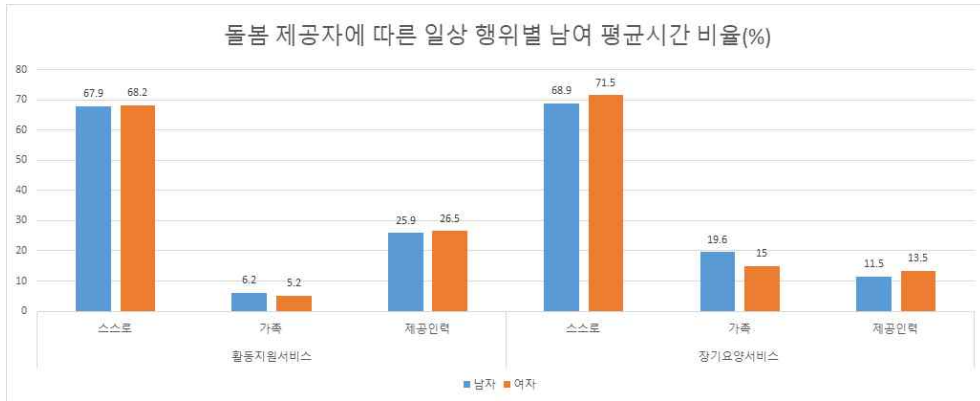
[그림 3-3-11] 돌봄 제공자에 따른 일상 행위별 평균시간 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

한편 돌봄 제공자에 따른 일상 행위별 평균시간을 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 집단 간 차이를 성별로 비교하여 살펴보면, 활동지원서비스 계속 이용자의 돌봄 제공자의 행위별 남녀 차이는 크지 않았다. 하지만 노인장기요양보험 전환자의 경우 스스로 하는 시간 비율에 있어 여성이 남성에 비하여 2.6% 더 길었고, 제공인력이 제공하는 시간 비율 역시 여성이 남성에 비하여 2% 더 긴 것으로 나타났다. 그러나 가족이 제공하는 시간 비율의 경우 남성이 19.6% 그리고 여성이 15%로서 남성이 여성에 비하여 4.6% 더 가족돌봄을 받는 것으로 조사되었다. 이는 노인장기요양보험 전환 여성의 경우 남성에 비하여 돌봄의 주체로서 스스로와 제공인력의 비율이 높은 반면, 남성의 경우는 가족의 지원 비율이 높은 것으로 나타났는데, 이는 성별 잔존기능의 차이와 가족의 역할 부분의 차이에 의한 것으로 유추해 볼 수 있다.

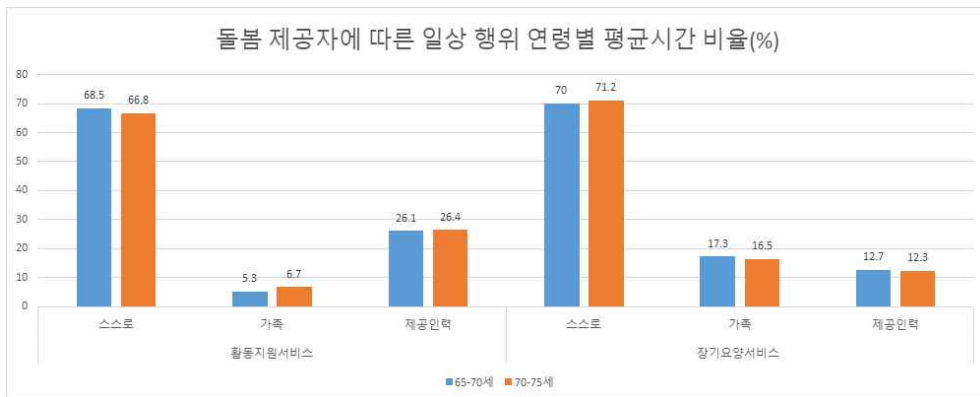
[그림 3-3-12] 돌봄 제공자에 따른 일상 행위별 남녀 평균시간 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

더 나아가 돌봄 제공자에 따른 일상 행위별 평균시간의 집단 간 차이를 연령대별로 비교하여 살펴보면, 노인장기요양보험 전환자의 연령대별 차이는 크지 않은 것으로 나타났다. 하지만 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 제공인력에 의한 지원이 연령대에 상관없이 노인장기요양보험 전환자 보다 2배 이상 길었다. 더 나아가 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 연령대가 증가 할수록 ‘스스로’ 행하는 비율이 낮아지고, 가족에 의한 지원은 증가하는 것으로 조사되었다.

[그림 3-3-13] 돌봄 제공자에 따른 일상 행위 연령별 평균시간 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-3-14〉 돌봄 제공자에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)

(단위: 평균시간, %)

구분	활동지원서비스				장기요양서비스			
	스스로	가족	제공인력	계	스스로	가족	제공인력	계
전체	16.33 (68.0)	1.38 (5.8)	6.29 (26.2)	24.00 (100.0)	16.88 (70.3)	4.10 (17.1)	3.02 (12.6)	24.00 (100.0)
장애유형								
신체외부장애	16.83 (70.1)	1.03 (4.3)	6.15 (25.6)	24.00 (100.0)	16.56 (69.0)	4.33 (18.1)	3.11 (13.0)	24.00 (100.0)
감각장애	15.95 (66.5)	1.60 (6.7)	6.45 (26.9)	24.00 (100.0)	17.49 (72.9)	3.93 (16.4)	2.57 (10.7)	24.00 (100.0)
내부장애	17.38 (72.4)	0.90 (3.7)	5.73 (23.9)	24.00 (100.0)	18.71 (78.0)	2.36 (9.8)	2.93 (12.2)	24.00 (100.0)
정신장애	17.21 (71.7)	1.61 (6.7)	5.18 (21.6)	24.00 (100.0)	18.23 (75.9)	2.82 (11.7)	2.96 (12.3)	24.00 (100.0)
활동제약								
활동제약 낮음	17.74 (73.9)	0.63 (2.6)	5.63 (23.5)	24.00 (100.0)	19.08 (79.5)	2.02 (8.4)	2.90 (12.1)	24.00 (100.0)
활동제약 중간	16.27 (67.8)	1.45 (6.1)	6.27 (26.1)	24.00 (100.0)	17.73 (73.9)	3.47 (14.5)	2.80 (11.7)	24.00 (100.0)
활동제약 심함	15.74 (65.6)	1.52 (6.3)	6.74 (28.1)	24.00 (100.0)	15.76 (65.7)	5.01 (20.9)	3.23 (13.5)	24.00 (100.0)

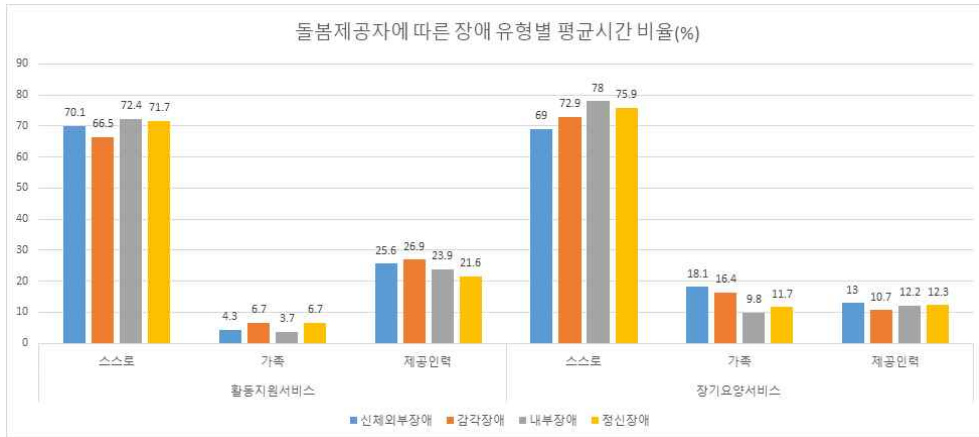
주: 비율 100%는 하루 24시간임

0.05>p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 t 표시 추가

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

장애유형과 활동제약의 수준에 따른 일상 행위별 평균시간을 장애인이 스스로 하는 경우, 가족의 지원을 받는 경우, 제공인력의 지원을 받는 경우로 나누어 살펴본 결과는 다음과 같다. 우선 노인장기요양보험 전환자 중 내부장애의 경우 다른 장애유형보다 스스로 돌봄의 시간 비율이 높은 반면에 가족에 의한 돌봄 비율은 가장 낮았다. 반면 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 감각장애의 경우 스스로 돌봄의 비율이 가장 낮았고, 가족 및 제공인력의 지원이 가장 길었다. 정신장애의 경우는 가족지원 시간이 가장 길었고, 제공인력에 의한 지원은 가장 낮았다. 이러한 차이는 제공인력에 의한 급여량의 차이 및 서비스 내용과 관련이 있다고 생각된다.

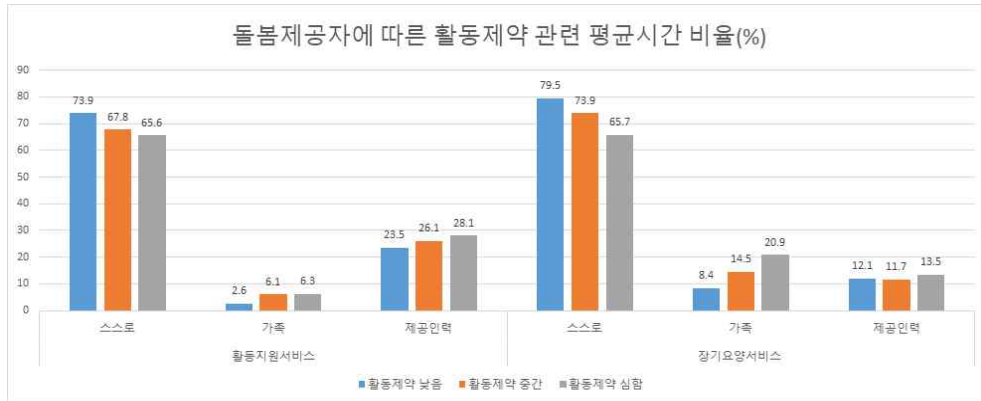
[그림 3-3-14] 돌봄제공자에 따른 장애유형별 평균시간 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

한편 활동제약의 수준에 따른 돌봄 제공자의 돌봄 비율을 살펴보면, 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전환자는 유사한 비율 및 패턴을 보여주고 있는 것으로 조사되었다. 즉, 활동지원서비스 계속이용자 및 노인장기요양보험 전환자의 활동제약 수준이 높아짐에 따라 장애인이 스스로 보내는 시간이 낮아지고, 가족과 제공인력이 지원하는 시간이 늘었다. 특히 노인장기요양보험 전환자의 경우는 활동제약이 낮은 단계에서는 가족이 지원하는 시간(평균 2.02시간)과 제공인력이 지원하는 시간(평균 2.90시간)이 유사하였지만, 활동제약 수준이 중간인 경우부터 활동제약이 심함으로 가면서 가족이 지원하는 시간이 점차 길어지는 것을(평균 3.47시간에서 평균 5.01시간) 확인할 수 있었다.

[그림 3-3-15] 돌봄제공자에 따른 활동제약 관련 평균시간 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-3-15〉 장소에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)

(단위: 평균시간, %)

구분	활동지원서비스			장기요양서비스		
	집 안	집 밖	계	집 안	집 밖	계
전체	21.80 (90.8)	2.20 (9.2)	24.00 (100.0)	23.39 (97.5)	0.61 (2.5)	24.00 (100.0)
성별						
남자	21.55 (89.8)	2.45 (10.2)	24.00 (100.0)	23.22 (96.8)	0.78 (3.2)	24.00 (100.0)
여자	22.12 (92.2)	1.88 (7.8)	24.00 (100.0)	23.53 (98.1)	0.47 (1.9)	24.00 (100.0)
연령						
65-70	21.77 (90.7)	2.23 (9.3)	24.00 (100.0)	23.43 (97.6)	0.57 (2.4)	24.00 (100.0)
70-75	21.88 (91.2)	2.12 (8.8)	24.00 (100.0)	23.31 (97.1)	0.69 (2.9)	24.00 (100.0)

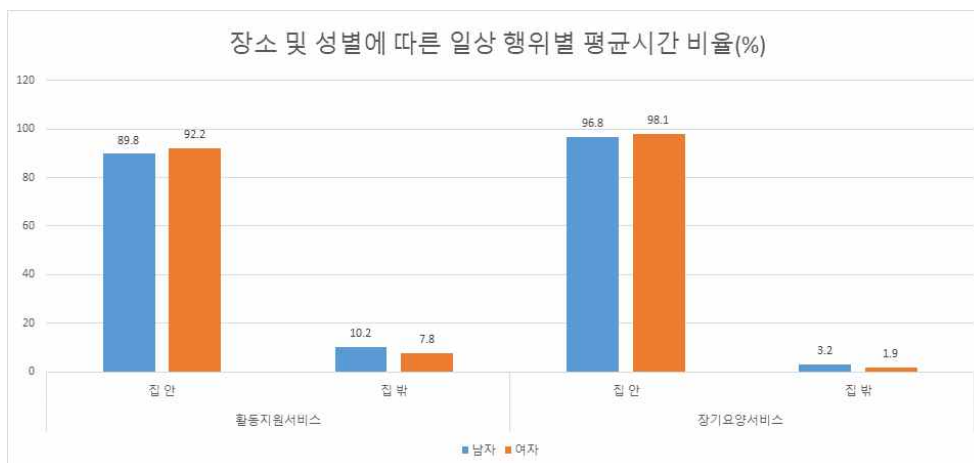
주: 비율 100%는 하루 24시간임

0.05>p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 t 표시 추가

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

장소에 따른 일상행위별 평균시간을 인구사회학적 변수에 따라 분석한 결과에서는 전체적인 경향치가 전체를 나타내는 분석과 크게 다르지 않았다. 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 남녀 모두 노인장기요양보험 전환자의 경우보다 집 밖 활동은 길고 집 안 활동은 상대적으로 낮은 것으로 나타났다. 세부적으로 집 밖 활동에서 남성의 경우가 등급내자 및 등급외자 모두에서 여성보다 길었다.

[그림 3-3-16] 장소 및 성별에 따른 일상 행위별 평균시간 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

다음으로 장소 및 연령에 따른 활동지원서비스 계속 이용자 및 노인장기요양보험 전 환자의 일상행위별 차이를 살펴보았을 때, 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 남녀 모두 노인장기요양보험 전 환자의 경우보다 집 밖 활동은 길고 집안 활동은 상대적으로 낮았다. 그러나 집 밖 활동에서 연령에 있어서 등급내자 및 등급외자의 차이는 거의 나타나지 않았다.

〈표 3-3-16〉 장소에 따른 일상 행위별 평균시간(일평균)

(단위: 평균시간, %)

구분	활동지원서비스			장기요양서비스		
	집 안	집 밖	계	집 안	집 밖	계
전체	21.80 (90.8)	2.20 (9.2)	24.00 (100.0)	23.39 (97.5)	0.6 (2.5)	24.00 (100.0)
장애 유형						
신체외부장애	22.4 (93.3)	1.6 (6.7)	24.0 (100.0)	23.5 (97.8)	0.5 (2.2)	24.0 (100.0)
감각장애	21.4 (89.3)	2.6 (10.7)	24.0 (100.0)	23.2 (96.7)	0.8 (3.3)	24.0 (100.0)
내부장애	22.4 (93.2)	1.6 (6.8)	24.0 (100.0)	22.8 (95.1)	1.2 (4.9)	24.0 (100.0)
정신장애	22.2 (92.4)	1.8 (7.6)	24.0 (100.0)	23.2 (96.5)	0.8 (3.5)	24.0 (100.0)

활동제약						
활동제약 낮음	21.8	2.2	24.0	23.0	1.0	24.0
	(90.8)	(9.2)	(100.0)	(96.0)	(4.0)	(100.0)
활동제약 중간	21.6	2.4	24.0	23.2	0.8	24.0
	(90.1)	(9.9)	(100.0)	(96.8)	(3.2)	(100.0)
활동제약 심함	22.6	1.4	24.0	23.6	0.4	24.0
	(94.0)	(6.0)	(100.0)	(98.3)	(1.7)	(100.0)

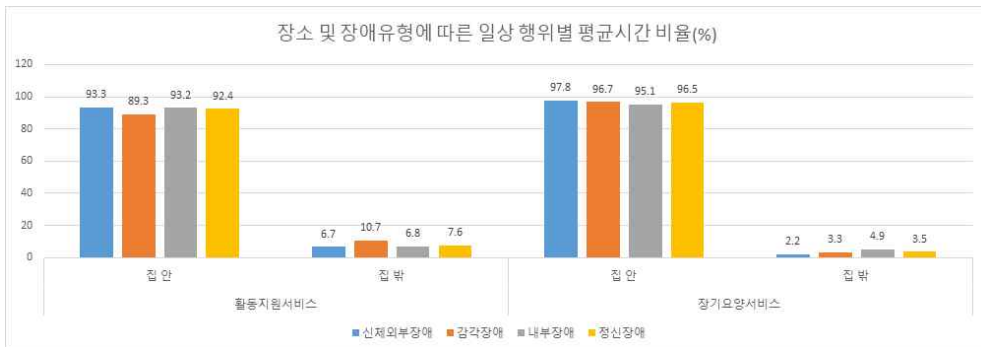
주: 비율 100%는 하루 24시간임

0.05>p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 t 표시 추가

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

장소에 따른 일상행위별 평균시간을 장애유형과 활동제약의 수준에 따라 분석한 결과에서는 활동지원 서비스를 받는 장애인의 집박활동 시간(평균 2.20시간)이 장기요양서비스를 받는 장애인의 집박활동 시간(평균 0.60시간)보다 높았다. 활동지원서비스 계속 이용 감각장애의 경우 집 박 활동 시간 비율이 10.7%로 가장 길었고, 신체외부 장애의 집 박 활동 시간 비율이 6.7%로 가장 낮았다. 반면에 노인장기요양보험 전환 내부장애인의 경우 집 박 활동 시간 비율이 4.9%로 가장 길었고, 신체외부 장애의 집 박 활동 시간 비율이 2.2%로 가장 낮았다.

[그림 3-3-17] 장소 및 장애유형에 따른 일상 행위별 평균시간 비율(%)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동제약에 따른 집 밖 및 집안 활동의 비율을 살펴보면, 등급외자의 집 밖 활동이 등급내자 보다 길었고 노인장기요양보험 전환자의 경우 집 밖 활동의 비율과 활동제약의 수준이 비례하는 것으로 나타났다. 즉, 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 집 밖 활동제약 낮음이 9.2% 그리고 활동제약 중간이 9.9%로 오히려 활동제약 중간이 낮음

이 비하여 집 밖의 비율이 0.7%p로 높았다. 이는 활동제약의 수준이 신체외부장애 외의 장애유형의 특성을 모두 반영하지 못하는 한계가 있음을 알 수 있다.

제4절 고령장애인의 돌봄서비스 필요시간

1. 추가 필요시간 현황

고령장애인이 필요로 하는 돌봄 추가 시간은 본인 혹은 가족에 의해 수행되고 있는 현재의 생활패턴에서 제공인력에 의한 돌봄 필요시간이 어느 정도 인지를 묻는 것으로 기획하여 산출하였다. 이러한 제공인력에 의한 추가 필요시간은 6개 생활시간 대분류 항목별로 질문한 것으로 앞서 작성한 하루 24시간 생활 패턴에 대한 응답값을 TAPI를 통하여 확인하도록 한 후 현재 제공인력에 의해 제공받는 돌봄 시간과 추가로 필요하다고 응답한 필요시간을 합한 최대값이 주당 168시간(하루 24시간)이 넘지 않도록 하여 산출하였다. 본 절에서는 모든 시간을 월 단위 시간으로 환산하여 제시하였다.

〈표 3-4-1〉은 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자의 추가 필요시간 현황을 보여준다. 제공인력에 의한 추가 필요시간 응답 결과를 보면 노인장기요양보험 전환자의 73.6%, 활동지원 계속 이용자의 59.8%가 현재보다 제공인력에 의한 추가 시간이 필요하다고 응답하였다.

〈표 3-4-1〉 제공인력에 의한 추가 필요시간

(단위: %, 시간/월)

구분	노인장기요양보험 전환자(N=500)					활동지원 계속 이용자(N=500)				
	필요자 비율	필요시간				필요자 비율	필요시간			
		평균	표준 편차	최소	최대		평균	표준 편차	최소	최대
수면	13.2	15.4	14.1	0.6	60.0	9.8	11.7	12.6	2.1	60.0
개인유지활동	55.4	25.4	23.8	1.1	192.9	31.8	14.8	11.3	1.8	60.0
가정관리활동	52.4	22.9	19.3	1.4	107.1	35.0	15.8	11.9	2.1	64.3
사회활동	43.2	28.8	27.5	2.1	197.1	48.4	24.7	21.8	2.1	137.1
직장생활	3.2	9.1	8.7	0.6	38.6	2.2	11.8	13.2	2.9	42.9
교제·여가활동	16.0	17.0	15.5	1.1	60.0	16.4	14.0	11.4	1.4	60.0
전체	73.6	59.2	58.8	2.1	342.9	59.8	43.3	35.0	2.1	201.4

주: 필요시간은 0을 초과하는 경우로 한정하여 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

노인장기요양보험 전환자는 현재 제공인력에 의한 돌봄시간이 활동지원 계속 이용자에 비해 적기 때문에 상대적으로 추가 돌봄을 필요로 하는 비율이 높을 수 있다. 추가 필요시간이 있는 경우, 평균 필요시간도 노인장기요양보험 전환자가 월 59.2시간으로 활동지원 계속 이용자의 월 43.3시간보다 많은 것으로 나타났다.

6개 생활시간 대분류 항목별로 추가 돌봄시간을 필요로 하는 비율을 보면 노인장기요양보험 전환자의 경우 개인유지활동 > 가정관리활동 > 사회활동의 순으로 높게 나타난다. 반면 활동지원 계속 이용자의 경우에는 사회활동 > 가정관리활동 > 개인유지활동의 순으로 나타나 다른 양상을 보인다. 대부분의 항목에서 추가 돌봄시간을 필요로 하는 비율은 노인장기요양보험 전환자가 활동지원 계속 이용자보다 높거나 유사했는데, 예외적으로 사회활동의 경우에는 활동지원 계속 이용자의 48.4%가 추가 돌봄시간을 필요로 하고 있어 노인장기요양보험 전환자 43.2%보다 높게 나타났다.

〈표 3-4-2〉는 이러한 추가 필요시간 현황을 장애유형별로 제시한 것이다. 장애유형은 사례수의 제한을 고려하여 신체외부장애, 감각기능장애, 신체내부장애, 정신적 장애로 구분하였다. 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자의 추가시간 필요자 비율을 보면 감각기능장애인의 경우에만 활동지원 계속 이용자의 필요자 비율이 높고, 나머지 장애유형은 모두 노인장기요양보험 전환자의 필요자 비율이 더 높게 나타난다. 또한 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자 모두 신체외부장애인의 필요자 비율이 가장 높게 나타났다. 생활시간 항목별로 현황을 보면 장기요양을 이용하는 신체외부장애인의 개인유지활동 추가 시간 필요자 비율이 61.4%로 매우 높고, 활동지원을 이용하는 감각기능장애인의 사회활동 추가 시간 필요자 비율이 51.5%로 두드러지게 높았다.

〈표 3-4-2〉 제공인력에 의한 추가 필요시간: 장애유형별

(단위: %, 시간/월)

구분		노인장기요양보험 전환자(N=500)					활동지원 계속 이용자(N=500)				
		필요자 비율	필요시간				필요자 비율	필요시간			
			평균	표준 편차	최소	최대		평균	표준 편차	최소	최대
신체 외부 장애	수면	14.9	15.0	13.6	0.6	60.0	15.2	14.5	15.4	2.1	60.0
	개인유지활동	61.4	25.3	22.3	1.1	107.1	36.6	14.8	11.1	2.1	60.0
	가정관리활동	55.4	22.8	19.2	1.4	107.1	39.6	17.2	14.2	2.9	64.3
	사회활동	43.6	29.2	27.9	2.1	197.1	45.1	27.3	26.7	4.3	137.1
	직장생활	3.9	9.4	8.9	0.6	38.6	2.4	14.6	19.0	2.9	42.9
	교제·여가활동	18.3	17.9	16.1	1.4	60.0	12.2	14.7	14.5	2.1	60.0
	전체	77.5	60.3	60.0	2.1	342.9	61.6	46.9	43.3	2.1	201.4
감각 기능 장애	수면	7.8	13.3	10.8	2.1	30.0	6.9	9.5	8.5	4.3	42.9
	개인유지활동	26.6	21.0	14.9	4.3	51.4	28.7	14.9	11.5	1.8	60.0
	가정관리활동	42.2	24.9	22.7	2.1	85.7	33.0	15.0	9.6	2.1	44.3
	사회활동	42.2	25.1	25.0	2.1	102.9	51.5	23.0	18.7	2.1	90.0
	직장생활	1.6	4.3	-	4.3	4.3	2.0	11.2	10.8	4.3	32.9
	교제·여가활동	9.4	13.6	8.7	8.6	30.0	18.8	14.2	10.6	1.4	42.9
	전체	57.8	50.3	49.3	2.1	162.9	59.7	41.2	29.6	2.9	128.6
신체 내부 장애	수면	4.2	17.1	-	17.1	17.1	13.6	4.0	0.4	3.6	4.3
	개인유지활동	50.0	25.2	20.2	2.9	60.0	36.4	14.5	13.1	4.3	42.9
	가정관리활동	50.0	25.1	17.2	1.4	60.0	40.9	16.0	17.4	2.1	60.0
	사회활동	41.7	41.0	31.8	7.1	98.6	45.5	32.0	26.5	2.9	68.6
	직장생활	0.0	-	-	-	-	4.5	4.3	-	4.3	4.3
	교제·여가활동	4.2	17.1	-	17.1	17.1	18.2	8.4	3.8	3.6	12.9
	전체	66.7	65.5	49.3	4.3	158.6	54.5	52.4	34.2	12.9	124.3
정신적 장애	수면	10.3	25.7	29.7	8.6	60.0	0.0	-	-	-	-
	개인유지활동	44.8	33.4	50.1	4.3	192.9	36.4	12.0	6.8	8.6	22.1
	가정관리활동	37.9	18.2	16.2	1.4	50.0	9.1	8.6	.	8.6	8.6
	사회활동	41.4	21.2	22.5	3.6	60.0	18.2	21.4	18.2	8.6	34.3
	직장생활	0.0	-	-	-	-	0.0	-	-	-	-
	교제·여가활동	10.3	3.2	1.9	1.1	4.3	9.1	12.9	-	12.9	12.9
	전체	62.1	54.1	67.2	2.5	222.9	45.5	22.4	19.8	8.6	56.4

주: 필요시간은 0을 초과하는 경우로 한정하여 제시함. 신체내부장애인과 정신적 장애인은 사례수가 적어 해석에 주의
를 요함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-4-3〉은 활동제약 정도에 따라 추가 필요시간 현황을 구분하여 살펴본 것이다. 노인장기요양보험 전환자의 경우 활동제약 수준이 낮은 경우 추가시간 필요자 비율이 57.8%, 활동제약 수준이 중간일 때 필요자 비율이 68.8%, 활동제약 수준이 높을 때 필요자 비율이 80.6%로 활동제약 수준과 추가 필요시간의 상관성이 확실하게 드러난다. 반면 활동지원 계속 이용자는 활동제약 수준에 따라 추가 시간 필요 비율에 큰 차이가 없었다.

〈표 3-4-3〉 제공인력에 의한 추가 필요시간: 활동제약 정도별

(단위: %, 시간/월)

구분		노인장기요양보험 전환자(N=500)					활동지원 계속 이용자(N=500)				
		필요자 비율	필요시간				필요자 비율	필요시간			
			평균	표준 편차	최소	최대		평균	표준 편차	최소	최대
활동 제약 낮음	수면	2.2	30.0	-	30.0	30.0	12.2	10.6	4.4	4.3	17.1
	개인유지활동	33.3	22.0	16.5	2.9	57.1	28.6	16.4	11.5	4.3	42.9
	가정관리활동	42.2	21.7	15.6	4.3	57.1	42.9	17.0	12.7	4.3	51.4
	사회활동	42.2	32.1	18.3	4.3	60.0	51.0	30.5	20.3	4.3	68.6
	직장생활	2.2	0.6	-	0.6	0.6	0.0	-	-	-	-
	교제·여가활동	8.9	24.6	6.4	17.1	30.0	10.2	22.1	10.3	12.9	34.3
	전체	57.8	57.0	39.4	2.9	121.4	63.3	49.1	31.2	7.1	128.6
활동 제약 중간	수면	10.6	13.2	12.7	0.6	60.0	7.0	11.3	12.6	4.3	60.0
	개인유지활동	43.8	20.7	17.9	1.1	90.0	30.9	15.0	11.0	1.8	60.0
	가정관리활동	44.2	21.3	17.4	1.4	85.7	32.5	16.0	11.5	2.1	60.0
	사회활동	46.6	24.2	23.4	2.1	102.9	49.6	23.6	19.7	2.1	90.0
	직장생활	2.9	13.2	12.7	4.3	38.6	2.2	14.6	14.7	2.9	42.9
	교제·여가활동	12.0	13.1	11.6	1.1	53.6	16.5	14.0	11.4	1.4	60.0
	전체	68.8	48.2	46.4	2.1	235.7	58.8	42.5	32.9	2.9	180.0
활동 제약 높음	수면	17.4	16.2	14.7	2.1	60.0	20.7	12.8	14.8	2.1	60.0
	개인유지활동	69.2	28.2	26.5	1.4	192.9	37.8	13.3	12.3	2.1	60.0
	가정관리활동	61.1	24.1	20.8	1.4	107.1	41.5	14.5	13.1	2.1	64.3
	사회활동	40.5	32.6	31.8	2.1	197.1	41.5	25.9	31.7	2.9	137.1
	직장생활	3.6	7.3	3.9	0.6	14.3	3.7	4.3	0.0	4.3	4.3
	교제·여가활동	20.6	18.3	17.2	1.4	60.0	19.5	11.8	10.8	2.1	38.6
	전체	80.6	67.5	67.3	2.1	342.9	62.2	43.3	44.9	2.1	201.4

주: 필요시간은 0을 초과하는 경우로 한정하여 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자 모두 활동제약 수준에 따른 추가 시간 필요자 비율의 상관성이 가장 잘 드러나는 항목은 개인유지활동이다. 노인장기요양보험 전환자의 경우 활동제약 수준에 따라 개인유지활동 추가 시간 필요자 비율이 33.3% → 43.8% → 69.2%로 상승하며, 활동지원 계속 이용자 또한 개인유지활동 추가 필요자 비율이 28.6% → 30.9% → 37.8%로 상승했다. 교제·여가활동 또한 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자 모두 활동제약 수준이 높아질수록 추가 시간 필요자 비율이 높아지는 관계가 확인된다.

〈표 3-4-4〉는 연령대를 65~69세와 70~74세로 구분하여 살펴본 것이다. 노인장기요양보험 전환자는 65~69세보다 70~74세의 추가 시간 필요자 비율이 더 낮는데, 활동지원 계속 이용자는 65~69세보다 70~74세의 추가 시간 필요자 비율이 다소 높다. 각 항목별로 보면 연령대가 더 높을 때 추가 시간 필요자 비율이 높아지는 항목과 낮아지는 항목이 혼재되어 있는데, 전반적으로 연령대에 따른 명확한 변화 패턴이 발견되지 않는다.

〈표 3-4-4〉 제공인력에 의한 추가 필요시간: 연령대별

(단위: %, 시간/월)

구분		노인장기요양보험 전환자(N=500)					활동지원 계속 이용자(N=500)				
		필요자 비율	필요시간				필요자 비율	필요시간			
			평균	표준 편차	최소	최대		평균	표준 편차	최소	최대
65~69세	수면	14.9	15.3	14.1	0.6	60.0	9.4	12.1	12.3	2.1	60.0
	개인유지활동	55.9	25.3	24.8	1.1	192.9	31.0	14.4	10.7	1.8	60.0
	가정관리활동	51.8	22.8	19.1	1.4	107.1	34.4	15.3	11.7	2.1	64.3
	사회활동	42.7	28.8	28.9	2.1	197.1	46.9	24.0	21.7	2.9	137.1
	직장생활	3.9	9.2	9.4	0.6	38.6	2.3	10.5	13.3	2.9	42.9
	교제·여가활동	15.2	16.4	15.4	1.1	60.0	17.3	14.7	12.0	1.4	60.0
	전체	74.9	57.9	59.4	2.1	342.9	59.1	42.1	35.9	2.9	201.4
70~74세	수면	8.8	15.8	14.5	2.1	53.6	10.8	11.1	13.5	4.3	60.0
	개인유지활동	54.0	25.7	20.7	1.4	72.9	33.8	15.5	12.5	2.1	60.0
	가정관리활동	54.0	23.3	19.9	1.4	85.7	36.5	17.0	12.5	4.3	60.0
	사회활동	44.5	28.8	23.6	2.1	102.9	52.0	26.2	22.2	2.1	85.7
	직장생활	1.5	8.6	0.0	8.6	8.6	2.0	15.2	15.4	4.3	32.9
	교제·여가활동	18.2	18.3	15.9	1.4	60.0	14.2	12.1	9.3	4.3	42.9
	전체	70.1	62.9	57.5	2.9	240.0	61.5	46.0	32.8	2.1	124.3

주: 필요시간은 0을 초과하는 경우로 한정하여 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-4-5〉는 현재 받고 있는 공적 돌봄서비스의 급여시간 구간에 따라 추가 필요시간을 살펴본 것이다. 급여시간은 월 60시간 미만, 60~119시간, 120~239시간, 240~480시간으로 구분하였는데, 노인장기요양보험 전환자 중에서 월 120시간 이상의 급여시간을 갖는 경우는 없기 때문에 이에 대한 값은 제시하지 않았다.

〈표 3-4-5〉 제공인력에 의한 추가 필요시간: 월급여시간별

(단위: %, 시간/월)

구분		노인장기요양보험 전환자(N=500)					활동지원 계속 이용자(N=500)				
		필요자 비율	필요시간				필요자 비율	필요시간			
			평균	표준 편차	최소	최대		평균	표준 편차	최소	최대
60시간 미만	수면	8.0	15.2	7.8	4.3	25.7	12.5	14.3	-	14.3	14.3
	개인유지활동	65.3	41.5	35.0	2.1	192.9	12.5	7.1	-	7.1	7.1
	가정관리활동	62.7	32.9	25.7	2.1	107.1	0.0	-	-	-	-
	사회활동	44.0	38.6	29.9	4.3	128.6	25.0	7.9	1.0	7.1	8.6
	직장생활	1.3	4.3	-	4.3	4.3	12.5	4.3	-	4.3	4.3
	교제·여가활동	13.3	26.4	22.5	2.1	60.0	0.0	-	-	-	-
	전체	80.0	86.8	78.5	2.1	342.9	37.5	13.8	13.0	4.3	28.6
60~119시간	수면	14.1	15.4	14.6	0.6	60.0	11.3	15.6	17.4	3.6	60.0
	개인유지활동	53.6	22.0	19.0	1.1	102.9	31.9	14.8	10.0	2.1	42.9
	가정관리활동	50.6	20.8	16.9	1.4	85.7	35.8	17.7	13.7	2.1	64.3
	사회활동	43.1	27.0	26.7	2.1	197.1	50.5	26.4	24.7	2.1	137.1
	직장생활	3.5	9.4	8.9	0.6	38.6	1.0	5.7	4.0	2.9	8.6
	교제·여가활동	16.5	15.6	13.9	1.1	60.0	19.6	12.4	8.8	2.1	38.6
	전체	72.5	53.8	52.7	2.1	300.0	60.8	47.1	39.0	2.1	201.4
120~239시간	수면	-	-	-	-	-	7.0	7.7	2.7	2.1	12.9
	개인유지활동	-	-	-	-	-	31.6	15.6	12.5	2.1	60.0
	가정관리활동	-	-	-	-	-	36.1	14.7	9.9	2.1	51.4
	사회활동	-	-	-	-	-	49.6	24.5	19.8	2.9	85.7
	직장생활	-	-	-	-	-	3.3	14.3	14.9	4.3	42.9
	교제·여가활동	-	-	-	-	-	15.2	16.0	13.6	1.4	60.0
	전체	-	-	-	-	-	60.2	42.8	32.6	2.9	150.0
240~480시간	수면	-	-	-	-	-	18.2	8.9	4.3	4.3	17.1
	개인유지활동	-	-	-	-	-	36.4	11.2	10.1	1.8	34.3
	가정관리활동	-	-	-	-	-	31.8	12.9	13.0	2.9	51.4
	사회활동	-	-	-	-	-	36.4	17.1	15.3	4.3	60.0
	직장생활	-	-	-	-	-	0.0	-	-	-	-
	교제·여가활동	-	-	-	-	-	11.4	12.7	11.0	4.3	30.0
	전체	-	-	-	-	-	56.8	30.8	24.4	2.9	94.3

주: 필요시간은 0을 초과하는 경우로 한정하여 제시함. 노인장기요양보험 전환자 중 월급여시간이 120시간 이상이 되는 사례는 없음.

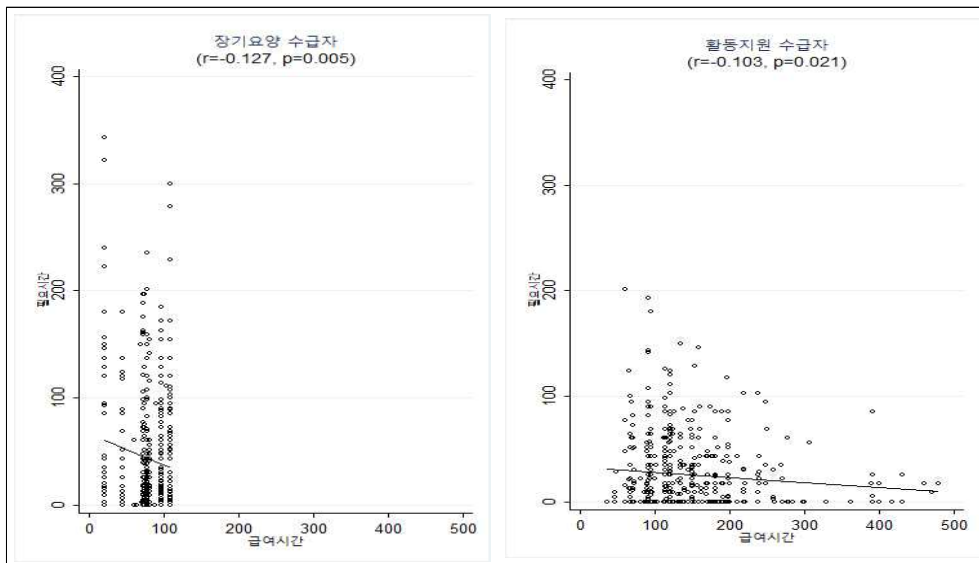
자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

먼저 노인장기요양보험 전환자를 보면 월 60시간 미만의 급여시간을 갖는 경우 추가 시간 필요자 비율은 80.0%인데, 급여시간이 60~119시간인 경우에는 추가 시간 필요자 비율이 그보다 낮은 72.5%로 나타났다. 이는 급여시간이 낮은 경우, 급여시간이 부족하다고 느끼는 경우가 더 많다는 의미라 할 수 있다. 반면 활동지원 계속 이용자의 경우 월 급여시간이 60시간 미만인 경우에는 추가 시간 필요자 비율이 37.5%로 낮았는데, 급여시간이 60시간 이상인 경우에는 대체로 60% 내외의 필요자 비율이 나타났다. 활동지원 계속 이용자의 경우 60시간 미만의 낮은 급여시간을 가진 경우 급여시간이 부족하다고 느끼기 보다는 돌봄 욕구 수준 자체가 낮은 상황으로 해석 할 수 있다.

[그림 3-4-1]은 이러한 급여시간과 추가 필요시간의 상관관계를 보여준다. 이때 직선은 급여시간과 추가 필요시간 사이의 선형 회귀선이다. 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자 모두 급여시간이 많을수록 추가 필요시간은 적은 것으로 나타나, 부(-)적인 상관관계를 보여준다. 상관계수를 보면 노인장기요양보험 전환자가 -0.127, 활동지원 계속 이용자가 -0.103으로 통계적으로 유의미하지만, 상관성의 정도는 낮게 나타났다.

[그림 3-4-1] 급여시간과 추가 필요시간의 관계

(단위: 시간/월)



자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-4-6〉은 노인장기요양보험 전환자만을 대상으로 하여, 65세가 되기 전에 받았던 활동지원 급여시간에 비해 현재 장기요양 급여시간이 줄어든 시간, 즉 급여 감소시간에 따라 현재 느끼는 추가 필요시간의 현황을 살펴본 것이다. 활동지원 대비 장기요양의 급여 감소시간에 변동이 없거나 증가한 경우에는 추가 시간 필요자 비율이 61.6%로 나타났다. 그런데 급여 감소시간이 1~59시간인 경우에는 73.4%, 급여 감소시간이 60~119시간인 경우에는 87.7%, 급여 감소시간이 120시간 이상인 경우에는 82.2%로, 대체로 급여 감소시간이 많으면 추가 시간 필요자 비율이 높다는 것을 확인할 수 있다.

〈표 3-4-6〉 제공인력에 의한 추가 필요시간: 급여 감소시간별

(단위: %, 시간/월)

구분		노인장기요양보험 전환자(N=500)				
		필요자 비율	필요시간			
			평균	표준편차	최소	최대
0시간 이상 (변동없음 혹은 증가)	수면	8.8	11.9	8.2	0.6	30.0
	개인유지활동	36.0	18.7	15.9	1.1	60.0
	가정관리활동	36.8	20.4	16.6	1.4	60.0
	사회활동	40.0	24.9	22.9	2.9	98.6
	직장생활	3.2	14.5	16.2	4.3	38.6
	교제·여가활동	12.0	13.9	11.0	4.3	38.6
	전체	61.6	44.4	41.8	2.1	171.4
1~ 59시간	수면	13.5	13.2	13.2	2.1	60.0
	개인유지활동	57.0	22.6	20.1	1.4	107.1
	가정관리활동	54.0	21.3	18.6	1.4	107.1
	사회활동	45.1	28.3	29.8	2.1	197.1
	직장생활	3.0	6.8	4.0	0.6	12.9
	교제·여가활동	18.6	16.1	16.0	1.1	60.0
	전체	73.4	57.3	56.7	2.1	321.4
60~ 119시간	수면	15.4	13.5	7.8	3.6	30.0
	개인유지활동	73.8	35.0	33.8	4.3	192.9
	가정관리활동	67.7	27.2	21.6	4.3	107.1
	사회활동	47.7	36.3	29.1	2.9	128.6
	직장생활	0.0	-	-	-	-
	교제·여가활동	10.8	24.2	18.5	4.3	60.0
	전체	87.7	75.6	69.9	2.9	342.9
120시간 이상	수면	17.8	25.4	19.7	6.4	60.0
	개인유지활동	67.1	30.1	24.2	2.1	102.9
	가정관리활동	60.3	26.2	20.9	2.1	85.7
	사회활동	38.4	29.0	23.4	4.3	90.0
	직장생활	6.8	7.9	4.9	0.6	14.3
	교제·여가활동	19.2	19.7	16.3	4.3	60.0
	전체	82.2	68.1	67.8	2.1	300.0

주: 노인장기요양보험 전환자만을 대상으로 분석함. 급여 감소시간은 (장기요양 급여시간 - 활동지원 급여시간)으로 계산됨. 필요시간은 0을 초과하는 경우로 한정하여 제시함.

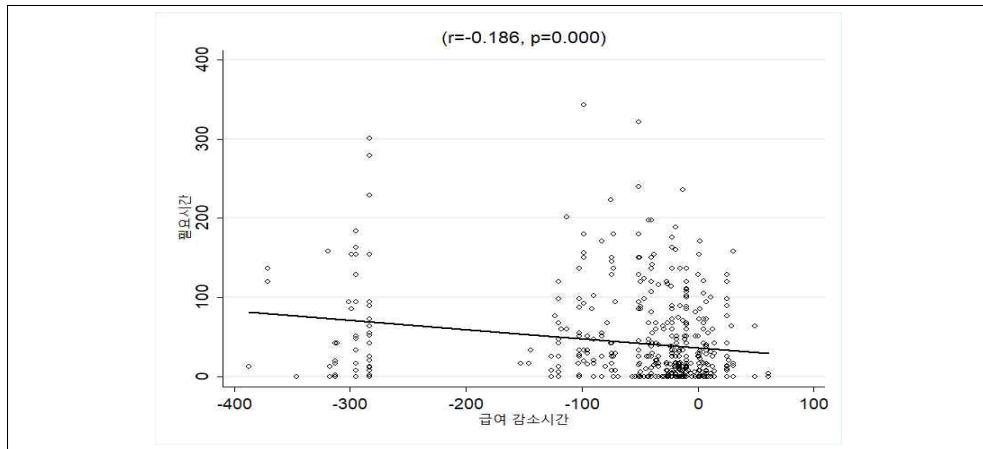
자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

[그림 3-4-2]는 노인장기요양보험 전환자의 활동지원 대비 급여 감소시간과 추가 필요시간의 상관관계를 살펴보았다. 아래 그림을 보면 급여 감소시간이 클수록 추가

필요시간이 많은 것으로 나타났다. 상관계수는 -0.186으로 통계적으로 유의미하지만, 상관성의 정도는 낮은 편으로 나타났다.

[그림 3-4-2] 급여 감소시간과 추가 필요시간의 관계(노인장기요양보험 전환자)

(단위: 시간/월)



주: 노인장기요양보험 전환자만을 대상으로 분석함. 급여 감소시간은 (장기요양 급여시간 - 활동지원 급여시간)으로 계산되어 음수의 값이 감소를 의미함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

2. 추가 필요시간 사유

추가 필요시간에 대한 사유를 질문한 결과는 다음과 같다. 본 연구에서 제시한 제공 인력에 의한 추가 필요시간에 대한 사유에 대한 응답은 고령장애인이 요구하는 추가 필요시간에 대해 한 번 더 생각하게 하여 비현실적인 추가 필요시간 응답을 어느 정도 통제하기 위한 목적으로도 고려되었다. 우선 수면시 제공인력에 의한 돌봄시간이 더 필요하다고 응답한 경우, 그 사유로는 노인장기요양보험 전환자의 경우 ‘심한 장애로’가 50.0%, ‘응급상황 대비를 위해’가 33.3%로 많았는데, 활동지원 계속 이용자는 ‘자립생활(외부활동)을 위해’라는 응답이 38.8%, ‘심한 장애로’가 30.6%로 많아 차이를 보였다.

개인유지활동을 위한 추가 돌봄시간이 필요한 경우 그 사유를 보면, 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자 모두 ‘심한 장애로’라는 응답이 가장 높게 나타났다. 다만 노인장기요양보험 전환자의 경우 ‘심한 장애로’라는 응답이 63.9%로 대다수

를 차지하는데 반해, 활동지원 계속 이용자는 ‘심한 장애로’가 42.1%이고 그 외에도 ‘자립생활(외부활동)을 위해’라는 응답이 26.4%로 높은 비율을 보였다.

〈표 3-4-7〉 제공인력에 의한 추가 필요시간 사유: 수면

(단위: 명, %)

구분	노인장기요양보험 전환자		활동지원 계속 이용자		전체	
	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
심한 장애로	33	50.0	15	30.6	48	41.7
응급상황 대비를 위해	22	33.3	13	26.5	35	30.4
자립생활(외부활동)을 위해	9	13.6	19	38.8	28	24.3
가족돌봄의 한계로	1	1.5	1	2.0	2	1.7
제공인력 업무가 아니라	0	0.0	1	2.0	1	0.9
높은 서비스 수가로	1	1.5	0	0.0	1	0.9
기타	0	0.0	0	0.0	0	0.0
합계	66	100.0	49	100.0	115	100.0

주: 제공인력에 의한 추가 필요시간이 있는 경우만 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-4-8〉 제공인력에 의한 추가 필요시간 사유: 개인유지활동

(단위: 명, %)

구분	노인장기요양보험 전환자		활동지원 계속 이용자		전체	
	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
심한 장애로	177	63.9	67	42.1	244	56.0
응급상황 대비를 위해	20	7.2	26	16.4	46	10.6
자립생활(외부활동)을 위해	28	10.1	42	26.4	70	16.1
가족돌봄의 한계로	43	15.5	14	8.8	57	13.1
제공인력 업무가 아니라	3	1.1	4	2.5	7	1.6
높은 서비스 수가로	5	1.8	0	0.0	5	1.1
기타	1	0.4	6	3.8	7	1.6
합계	277	100.0	159	100.0	436	100.0

주: 제공인력에 의한 추가 필요시간이 있는 경우만 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

가정관리활동에 추가 필요시간이 필요한 경우 그 사유로는, 노인장기요양보험 전환자는 ‘심한 장애로’가 63.9%로 가장 높은 비율을 보이는데, 활동지원 계속 이용자는 ‘심한 장애로’가 42.1%이며 그 외에도 ‘자립생활(외부활동)을 위해’라는 응답이 26.4%로 비교적 높은 응답 비율을 보였다.

〈표 3-4-9〉 제공인력에 의한 추가 필요시간 사유: 가정관리활동

(단위: 명, %)

구분	노인장기요양보험 전환자		활동지원 계속 이용자		전체	
	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
심한 장애로	178	67.9	75	42.9	253	57.9
응급상황 대비를 위해	20	7.6	26	14.9	46	10.5
자립생활(외부활동)을 위해	31	11.8	51	29.1	82	18.8
가족돌봄의 한계로	27	10.3	10	5.7	37	8.5
제공인력 업무가 아니라	3	1.1	8	4.6	11	2.5
높은 서비스 수가로	1	0.4	1	0.6	2	0.5
기타	2	0.8	4	2.3	6	1.4
합계	262	100.0	175	100.0	437	100.0

주: 제공인력에 의한 추가 필요시간이 있는 경우만 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

사회활동에 제공인력에 의한 추가 돌봄시간이 필요하다고 응답한 경우 그 사유를 살펴보면, 노인장기요양보험 전환자는 ‘심한 장애로’가 48.1%, ‘자립생활(외부활동)을 위해’가 34.3%를 보이는데, 활동지원 계속 이용자는 ‘자립생활(외부활동)을 위해’가 55.4%로 가장 높고 ‘심한 장애로’가 28.9%로 그 다음으로 높았다.

〈표 3-4-10〉 제공인력에 의한 추가 필요시간 사유: 사회활동

(단위: 명, %)

구분	노인장기요양보험 전환자		활동지원 계속 이용자		전체	
	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
심한 장애로	104	48.1	70	28.9	174	38.0
응급상황 대비를 위해	21	9.7	24	9.9	45	9.8
자립생활(외부활동)을 위해	74	34.3	134	55.4	208	45.4
가족돌봄의 한계로	13	6.0	9	3.7	22	4.8
제공인력 업무가 아니라	0	0.0	2	0.8	2	0.4
높은 서비스 수가로	0	0.0	1	0.4	1	0.2
기타	4	1.9	2	0.8	6	1.3
합계	216	100.0	242	100.0	458	100.0

주: 제공인력에 의한 추가 필요시간이 있는 경우만 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

직장생활에서 제공인력에 의한 추가 필요시간이 있다고 응답한 사례는 매우 적었다. 다만 필요하다고 응답한 경우 그 사유로는 ‘심한 장애로’가 가장 많았다.

〈표 3-4-11〉 제공인력에 의한 추가 필요시간 사유: 직장생활

(단위: 명, %)

구분	노인장기요양보험 전환자		활동지원 계속 이용자		전체	
	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
심한 장애로	10	62.5	6	54.5	16	59.3
응급상황 대비를 위해	2	12.5	0	0.0	2	7.4
자립생활(외부활동)을 위해	2	12.5	4	36.4	6	22.2
가족돌봄의 한계로	0	0.0	0	0.0	0	0.0
제공인력 업무가 아니라	0	0.0	1	9.1	1	3.7
높은 서비스 추가로	0	0.0	0	0.0	0	0.0
기타	2	12.5	0	0.0	2	7.4
합계	16	100.0	11	100.0	27	100.0

주: 제공인력에 의한 추가 필요시간이 있는 경우만 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

교제·여가활동에서 제공인력에 의한 추가 돌봄시간이 필요하다고 응답한 경우에, 노인장기요양보험 전환자는 그 사유로 ‘심한 장애로’가 51.3%로 과반을 차지했는데, 활동지원 계속 이용자는 ‘자립생활(외부활동)을 위해’가 62.2%로 과반을 차지해 차이를 보였다.

〈표 3-4-12〉 제공인력에 의한 추가 필요시간 사유: 교제·여가활동

(단위: 명, %)

구분	노인장기요양보험 전환자		활동지원 계속 이용자		전체	
	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
심한 장애로	41	51.3	18	22.0	59	36.4
응급상황 대비를 위해	12	15.0	8	9.8	20	12.3
자립생활(외부활동)을 위해	23	28.8	51	62.2	74	45.7
가족돌봄의 한계로	3	3.8	3	3.7	6	3.7
제공인력 업무가 아니라	1	1.3	2	2.4	3	1.9
높은 서비스 추가로	0	0.0	0	0.0	0	0.0
기타	0	0.0	0	0.0	0	0.0
합계	80	100.0	82	100.0	162	100.0

주: 제공인력에 의한 추가 필요시간이 있는 경우만 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

3. 생활시간 조정 시뮬레이션

여기서는 앞서 제시한 제공인력에 의한 추가 필요시간이 실제로 공적 급여로 제공되는 경우의 가상적인 상황을 시뮬레이션으로 제시하고자 한다. 이러한 가상적인 상황은 생활시간에서 돌봄 제공에 대한 고령장애인의 욕구라 볼 수 있다. 그런데 제공인력에 의한 추가 필요시간을 현재 제공인력 돌봄시간에 단순히 더할 수는 없다. 추가 필요시간을 더한 총 생활시간이 하루 24시간을 초과하기 때문이다. 따라서 일정한 가정에 따라 추가 필요시간과 기존 생활시간을 조정하여 모두를 합산한 시간이 하루 24시간이 되도록 할 필요가 있어 몇 가지 가정을 두어 시뮬레이션을 진행하였다. 우선 생활시간 조사 당시 제한에 따라 추가 필요시간이 주당 168시간(하루 24시간)을 초과하는 경우는 없지만 생활시간 항목별로 제공인력에 의한 추가 필요시간이 현재 총 생활시간을 초과하는 사례가 있다. 예를 들어 <표 3-4-13>을 보면 노인장기요양보험 전환자의 사회활동 항목에서 이러한 사례가 141명으로 상당히 많이 관찰된다. 물론 이것은 조사에서 허용한 것으로 만약 제공인력에 의한 추가 필요시간이 제공된다면 해당 항목의 생활시간을 늘릴 수 있을 것이기 때문이다. 그러나 특정 항목의 생활시간을 늘리려면 다른 항목의 생활시간을 조정하여 줄여야 하는데, 어느 항목의 생활시간을 줄일지 조정의 근거를 찾기가 어려운 한계가 있다. 더구나 이러한 조정은 6개 생활시간 영역에서 동시에 이루어져야 하기 때문에 본 연구에서는 불가피하게 생활시간 조사에서 응답한 6개 항목별 총 생활시간은 그대로 유지된다는 것을 가정하였다.

다음으로 만약 제공인력에 의한 추가 필요시간이 공적 급여로 제공된다면 이용자는 기존에 스스로 돌보는 시간이나 가족에 의한 돌봄 시간을 줄여야 한다. 그런데 항목별 생활시간을 고정하는 상황에서는 스스로 돌보는 시간과 가족에 의한 돌봄 시간을 합산한 시간을 추가 필요시간이 초과하는 경우가 발생할 수 있다. <표 #13>에서 보는 바와 같이 이러한 사례는 매우 많이 나타난다. 따라서 항목별 생활시간을 조정하지 않는다는 기본 전제 하에서는, 항목별 제공인력에 의한 추가 필요시간은 스스로 돌보는 시간과 가족 돌봄 시간을 합산 시간을 상한으로 적용하였다.

마지막으로 제공인력에 의한 추가 필요시간이 제공되어 스스로 돌보는 시간과 가족 돌봄 시간을 줄이게 될 경우, 각각의 시간을 어떻게 줄이는지에 대한 가정이 필요하다. 어떤 응답자는 가족 부담을 덜기 위해 가족 돌봄시간을 우선 줄일 수도 있지만, 어떤

응답자는 스스로 돌보는 시간을 우선 줄일 수도 있다. 어떤 항목을 우선 줄이는 것을 원하는지는 데이터 상 확인할 수 없으므로 본 연구에서는 응답자가 현재 스스로 돌보는 시간과 가족 돌봄 시간의 구성비에 따라 비례적으로 줄이는 것으로 가정했다. 예를 들어 개인유지활동에서 스스로 돌보는 시간이 하루 4시간, 가족이 돌보는 시간이 2시간이고, 추가 필요시간이 하루 3시간인 상황을 가정해 보면, 이 경우 추가로 제공되는 3시간의 급여시간만큼 차감되는 시간은 스스로 돌보는 시간 2시간($=3*(4/(4+2))$), 가족 돌봄 시간 1시간($=3*(2/(4+2))$)이 된다. 이러한 조정을 거친 후 조정된 스스로 돌봄 시간, 조정된 가족 돌봄 시간, 제공인력에 의한 돌봄 시간, 그리고 조정된 추가 필요시간을 모두 더하면 해당 항목의 총 생활시간과 일치하게 된다.

이렇게 추가 필요시간과 기존 생활시간을 조정하는 과정을 요약하면 다음과 같다. (1) 모든 응답자의 6개 항목의 총 생활시간은 현재 상태로 고정된다고 가정한다. (2) 제공인력에 의한 추가 필요시간은 스스로 돌보는 시간과 가족 돌봄 시간의 합산 시간을 상한으로 적용하여 조정한다. (3) 조정된 추가 필요시간 만큼 스스로 돌보는 시간과 가족 돌봄 시간을 차감한다. 이때 차감시간은 기존 스스로 돌봄 시간과 가족 돌봄 시간의 구성비에 비례하여 차감하는 것이다.

〈표 3-4-13〉 생활시간 조정 범위

(단위: 명, %)

구분	노인장기요양보험 전환자(N=500)				활동지원 계속 이용자(N=500)			
	스스로+가족 돌봄시간 < 추가 필요시간		총 생활시간 < 추가 필요시간		스스로+가족 돌봄시간 < 추가 필요시간		총 생활시간 < 추가 필요시간	
	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
수면	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0
개인유지활동	62	12.4	4	0.8	18	3.6	0	0.0
가정관리활동	146	29.2	111	22.2	119	23.8	65	13.0
사회활동	166	33.2	141	28.2	197	39.4	45	9.0
직장생활	16	3.2	16	3.2	7	1.4	7	1.4
교제·여가활동	0	0.0	0	0.0	1	0.2	0	0.0
전체	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

이러한 가정과 원칙에 따라 조정된 생활시간 결과는 아래 표와 같다. 노인장기요양 보험 전환자를 먼저 살펴보면 생활시간을 조정하기 전에는 스스로 돌봄 시간이 월 506.4시간, 가족 돌봄 시간이 123.0시간, 제공인력 돌봄 시간이 43.6시간이었다. 제공인력에 의한 추가 필요시간은 월 43.6시간(D)으로 응답되었는데, 개인별로 스스로 돌봄 시간과 가족 돌봄 시간의 합산 시간을 추가 필요시간의 상한으로 적용하면 인정되는 추가 필요시간은 24.6시간(d)이 된다. 이러한 인정된 추가 필요시간 24.6시간이 공적 급여로 제공된다면 스스로 돌봄 시간은 월 506.4시간에서 498.0시간으로, 가족 돌봄 시간은 월 123.0시간에서 106.7시간으로 줄어들게 되며, 제공인력에 의한 돌봄 시간은 월 90.7시간에서 115.3시간(90.7+24.6)으로 나타났다.

〈표 3-4-14〉 생활시간 조정 전후 비교

(단위: 시간/월, %)

구분		총 생활 시간	조정 전					조정 후				
			스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간 (C+D)	스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간 (c+d)
			(A)	(B)	(C)	(D)	(C+D)	(a)	(b)	(c)	(d)	(c+d)
장기요양 보험	시간	720.0	506.4	123.0	90.7	43.6	134.3	498.0	106.7	90.7	24.6	115.3
	비율	100.0	70.3	17.1	12.6	6.1	18.6	69.2	14.8	12.6	3.4	16.0
활동지원	시간	720.0	489.9	41.5	188.6	25.9	214.5	480.7	38.3	188.6	12.3	201.0
	비율	100.0	68.0	5.8	26.2	3.6	29.8	66.8	5.3	26.2	1.7	27.9
전체	시간	720.0	498.1	82.2	139.7	34.7	174.4	489.4	72.5	139.7	18.5	158.1
	비율	100.0	69.2	11.4	19.4	4.8	24.2	68.0	10.1	19.4	2.6	22.0

주: 조정 전의 총 생활시간(720시간)은 A+B+C, 조정 후의 총 생활시간(720시간)은 a+b+c+d가 됨. 추가 필요시간은 응답자 전체 평균값을 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동지원 계속 이용자 또한 동일한 원리로 생활시간을 조정하였다. 생활시간을 조정하기 전에는 스스로 돌봄 시간이 월 489.9시간, 가족 돌봄 시간이 41.5시간, 제공인력 돌봄 시간이 188.6시간이었다. 제공인력에 의한 추가 필요시간은 월 25.9시간(D)으로 응답되었는데, 개인별로 스스로 돌봄 시간과 가족 돌봄 시간의 합산 시간을 추가 필요시간의 상한으로 적용하면 인정되는 추가 필요시간은 12.3시간(d)이 된다. 이러한 인정된 추가 필요시간 12.3시간이 공적 급여로 제공된다면 스스로 돌봄 시간은 월 489.9시간에서 480.7시간으로, 가족 돌봄 시간은 월 41.5시간에서 38.3시간으로 줄

어떻게 되며, 제공인력에 의한 돌봄시간은 월 188.6시간에서 201.0시간 (188.6+12.3)이 된다.

〈표 3-4-15〉 생활시간 조정 전후 비교: 장애유형별

(단위: 시간/월, %)

구분			총 생활 시간	조정 전					조정 후				
				스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간	스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간
				(A)	(B)	(C)	(D)	(C+D)	(a)	(b)	(c)	(d)	(c+d)
신체 외부 장애	장기요양 보험	시간	720.0	496.8	130.0	93.3	46.8	140.0	488.7	112.1	93.3	25.9	119.2
		비율	100.0	69.0	18.1	13.0	6.5	19.4	67.9	15.6	13.0	3.6	16.6
	활동지원	시간	720.0	504.8	30.8	184.4	28.9	213.3	496.5	27.5	184.4	11.6	196.0
		비율	100.0	70.1	4.3	25.6	4.0	29.6	69.0	3.8	25.6	1.6	27.2
	전체	시간	720.0	499.2	100.2	120.6	41.4	162.0	491.0	86.8	120.6	21.6	142.2
		비율	100.0	69.3	13.9	16.7	5.8	22.5	68.2	12.1	16.7	3.0	19.8
감각 기능 장애	장기요양 보험	시간	720.0	524.8	118.0	77.2	29.1	106.2	518.8	107.2	77.2	16.8	93.9
		비율	100.0	72.9	16.4	10.7	4.0	14.8	72.1	14.9	10.7	2.3	13.0
	활동지원	시간	720.0	478.5	48.1	193.4	24.6	218.0	468.9	44.8	193.4	12.9	206.2
		비율	100.0	66.5	6.7	26.9	3.4	30.3	65.1	6.2	26.9	1.8	28.6
	전체	시간	720.0	486.6	60.3	173.1	25.4	198.5	477.6	55.7	173.1	13.6	186.7
		비율	100.0	67.6	8.4	24.0	3.5	27.6	66.3	7.7	24.0	1.9	25.9
신체 내부 장애	장기요양 보험	시간	720.0	561.4	70.7	87.9	43.7	131.6	547.0	56.0	87.9	29.1	117.0
		비율	100.0	78.0	9.8	12.2	6.1	18.3	76.0	7.8	12.2	4.0	16.2
	활동지원	시간	720.0	521.3	26.9	171.8	28.6	200.4	510.6	24.1	171.8	13.4	185.2
		비율	100.0	72.4	3.7	23.9	4.0	27.8	70.9	3.4	23.9	1.9	25.7
	전체	시간	720.0	542.2	49.7	128.0	36.5	164.5	529.6	40.8	128.0	21.6	149.6
		비율	100.0	75.3	6.9	17.8	5.1	22.8	73.6	5.7	17.8	3.0	20.8
정신적 장애	장기요양 보험	시간	720.0	546.8	84.6	88.7	33.6	122.3	534.6	75.9	88.7	20.9	109.5
		비율	100.0	75.9	11.7	12.3	4.7	17.0	74.3	10.5	12.3	2.9	15.2
	활동지원	시간	720.0	516.2	48.3	155.5	10.2	165.6	511.5	47.1	155.5	6.0	161.4
		비율	100.0	71.7	6.7	21.6	1.4	23.0	71.0	6.5	21.6	0.8	22.4
	전체	시간	720.0	538.4	74.6	107.0	27.2	134.2	528.3	67.9	107.0	16.8	123.8
		비율	100.0	74.8	10.4	14.9	3.8	18.6	73.4	9.4	14.9	2.3	17.2

주: 조정 전의 총 생활시간(720시간)은 A+B+C, 조정 후의 총 생활시간(720시간)은 a+b+c+d가 됨. 추가 필요시간은 응답자 전체 평균값을 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-4-15〉는 이러한 생활시간 조정 결과를 장애유형별로 살펴본 것이다. 생활시간 조정에 적용한 원칙에 따라 응답한 추가 필요시간보다 인정된 추가 필요시간은 모두 절반 수준으로 낮아진다. 조정 전에는 신체외부장애인의 추가 필요시간이 신체내부 장애인보다 다소 높았는데, 조정 후에는 신체내부장애인이 신체외부장애인보다 다소 높아지는 결과가 나타난다. 하지만 노인장기요양보험 전환자의 추가 필요시간이 활동 지원 계속 이용자보다 높은 것은 조정 전과 후에 변하지 않았다.

〈표 3-4-16〉은 활동제약 정도별로 생활시간 조정 전후를 비교한 결과이다.

〈표 3-4-16〉 생활시간 조정 전후 비교: 활동제약 정도별

(단위: 시간/월, %)

구분			총 생활 시간	조정 전					조정 후				
				스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간	스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간
				(A)	(B)	(C)	(D)	(C+D)	(a)	(b)	(c)	(d)	(c+d)
활동 제약 낮음	장기요양 보험	시간	720.0	572.4	60.5	87.1	32.9	120.1	560.1	56.0	87.1	16.8	104.0
		비율	100.0	79.5	8.4	12.1	4.6	16.7	77.8	7.8	12.1	2.3	14.4
	활동지원	시간	720.0	532.1	18.9	169.0	31.1	200.1	521.8	16.6	169.0	12.7	181.7
		비율	100.0	73.9	2.6	23.5	4.3	27.8	72.5	2.3	23.5	1.8	25.2
	전체	시간	720.0	551.4	38.8	129.8	32.0	161.8	540.1	35.4	129.8	14.7	144.5
		비율	100.0	76.6	5.4	18.0	4.4	22.5	75.0	4.9	18.0	2.0	20.1
활동 제약 중간	장기요양 보험	시간	720.0	531.8	104.1	84.1	33.1	117.2	522.5	92.6	84.1	20.8	104.9
		비율	100.0	73.9	14.5	11.7	4.6	16.3	72.6	12.9	11.7	2.9	14.6
	활동지원	시간	720.0	488.2	43.6	188.2	25.0	213.2	478.6	40.3	188.2	12.9	201.1
		비율	100.0	67.8	6.1	26.1	3.5	29.6	66.5	5.6	26.1	1.8	27.9
	전체	시간	720.0	503.9	65.4	150.7	27.9	178.6	494.5	59.2	150.7	15.7	166.4
		비율	100.0	70.0	9.1	20.9	3.9	24.8	68.7	8.2	20.9	2.2	23.1
활동 제약 높음	장기요양 보험	시간	720.0	472.9	150.2	96.9	54.3	151.3	466.0	127.9	96.9	29.2	126.1
		비율	100.0	65.7	20.9	13.5	7.5	21.0	64.7	17.8	13.5	4.1	17.5
	활동지원	시간	720.0	472.1	45.6	202.3	26.9	229.2	465.8	42.2	202.3	9.7	212.0
		비율	100.0	65.6	6.3	28.1	3.7	31.8	64.7	5.9	28.1	1.3	29.4
	전체	시간	720.0	472.7	124.1	123.2	47.5	170.7	466.0	106.5	123.2	24.3	147.5
		비율	100.0	65.6	17.2	17.1	6.6	23.7	64.7	14.8	17.1	3.4	20.5

주: 조정 전의 총 생활시간(720시간)은 A+B+C, 조정 후의 총 생활시간(720시간)은 a+b+c+d가 됨. 추가 필요시간은 응답자 전체 평균값을 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

활동제약 정도별로도 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자의 추가 필요시간은 조정 후에 대략 절반 정도로 줄어든다. 조정 전에 노인장기요양보험 전환자의 경우 활동제약 정도가 높을수록 추가 필요시간이 높았고, 활동지원 계속 이용자는 반대로 활동제약 정도가 낮을 때 추가 필요시간이 가장 높았는데, 조정 후에 인정된 추가 필요시간도 이러한 양상은 거의 동일하게 확인된다. 다만 활동지원 계속 이용자는 활동제약 정도가 낮은 경우와 중간일 때 인정된 추가 필요시간이 각각 월 12.7시간과 12.9시간으로 유사하게 나타난다.

〈표 3-4-17〉은 연령대별로 생활시간 조정 전후를 비교한 것이다. 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자 모두 조정 전의 추가 필요시간은 65~69세보다 70~74세가 다소 높게 나타났다. 조정 후의 추가 필요시간은 전체적으로 줄어들었는데, 역시 연령대에 따른 차이는 크지 않았다.

〈표 3-4-17〉 생활시간 조정 전후 비교: 연령대별

(단위: 시간/월, %)

구분			총 생활 시간	조정 전					조정 후				
				스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간	스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간
				(A)	(B)	(C)	(D)	(C+D)	(a)	(b)	(c)	(d)	(c+d)
65~ 69세	장기요양 보험	시간	720.0	503.9	124.6	91.5	43.4	134.9	495.8	108.2	91.5	24.4	116.0
		비율	100.0	70.0	17.3	12.7	6.0	18.7	68.9	15.0	12.7	3.4	16.1
	활동지원	시간	720.0	493.5	38.5	188.0	24.9	212.9	484.4	35.4	188.0	12.2	200.2
		비율	100.0	68.5	5.3	26.1	3.5	29.6	67.3	4.9	26.1	1.7	27.8
	전체	시간	720.0	498.8	82.2	139.0	34.3	173.3	490.2	72.4	139.0	18.4	157.4
		비율	100.0	69.3	11.4	19.3	4.8	24.1	68.1	10.1	19.3	2.6	21.9
70~ 74세	장기요양 보험	시간	720.0	512.9	118.6	88.4	44.1	132.5	503.9	102.6	88.4	25.0	113.5
		비율	100.0	71.2	16.5	12.3	6.1	18.4	70.0	14.3	12.3	3.5	15.8
	활동지원	시간	720.0	481.2	48.6	190.2	28.3	218.5	471.9	45.2	190.2	12.6	202.8
		비율	100.0	66.8	6.7	26.4	3.9	30.3	65.5	6.3	26.4	1.7	28.2
	전체	시간	720.0	496.5	82.2	141.3	35.9	177.2	487.3	72.8	141.3	18.6	159.9
		비율	100.0	69.0	11.4	19.6	5.0	24.6	67.7	10.1	19.6	2.6	22.2

주: 조정 전의 총 생활시간(720시간)은 A+B+C, 조정 후의 총 생활시간(720시간)은 a+b+c+d가 됨. 추가 필요시간은 응답자 전체 평균값을 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

다음은 앞서 행한 생활시간 조정 결과를 6개 생활시간 항목별로 살펴본 것이다. 먼저 <표 3-4-18>을 보면 수면에서 제공인력에 의한 추가 필요시간은 노인장기요양보험 전환자가 월 2.0시간, 활동지원 계속 이용자가 월 1.2시간으로 필요 평균시간이 매우 낮았다. 또한 추가 필요시간이 스스로 돌봄시간과 가족 돌봄시간을 합산한 시간보다 높게 응답한 경우가 전혀 없었기 때문에(<표 3-4-13> 참조) 조정 후에도 추가 필요 시간에는 변화가 없었다.

<표 3-4-18> 생활시간 조정 전후 비교: 수면

(단위: 시간/월, %)

구분		총 생활 시간	조정 전					조정 후				
			스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간 (C+D)	스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간 (c+d)
			(A)	(B)	(C)	(D)	(C+D)	(a)	(b)	(c)	(d)	(c+d)
장기요양 보험	시간	266.0	247.7	18.1	0.2	2.0	2.2	245.9	17.9	0.2	2.0	2.2
	비율	100.0	93.1	6.8	0.1	0.8	0.8	92.5	6.7	0.1	0.8	0.8
활동지원	시간	230.7	227.8	2.9	0.0	1.2	1.2	226.7	2.8	0.0	1.2	1.2
	비율	100.0	98.7	1.2	0.0	0.5	0.5	98.2	1.2	0.0	0.5	0.5
전체	시간	248.4	237.8	10.5	0.1	1.6	1.7	236.3	10.4	0.1	1.6	1.7
	비율	100.0	95.7	4.2	0.0	0.6	0.7	95.1	4.2	0.0	0.6	0.7

주: 조정 전의 총 생활시간은 A+B+C, 조정 후의 총 생활시간은 a+b+c+d가 됨. 추가 필요시간은 응답자 전체 평균값을 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

개인유지활동에서 전체 노인장기요양보험 전환자는 월 14.1시간, 활동지원 계속 이용자는 월 4.7시간의 추가 필요시간이 있다고 응답하였다. 생활시간을 조정한 이후 인정된 추가 필요시간은 노인장기요양보험 전환자가 월 11.1시간, 활동지원 계속 이용자가 월 4.2시간으로 조정 전보다 다소 줄어들었다.

〈표 3-4-19〉 생활시간 조정 전후 비교: 개인유지활동

(단위: 시간/월, %)

구분		총 생활 시간	조정 전					조정 후				
			스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간 (C+D)	스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간 (c+d)
			(A)	(B)	(C)	(D)	(C+D)	(a)	(b)	(c)	(d)	(c+d)
장기요양 보험	시간	137.3	46.1	49.7	41.4	14.1	55.5	43.6	41.2	41.4	11.1	52.5
	비율	100.0	33.6	36.2	30.2	10.3	40.4	31.8	30.0	30.2	8.1	38.2
활동지원	시간	139.8	74.3	15.5	50.0	4.7	54.7	70.9	14.7	50.0	4.2	54.2
	비율	100.0	53.2	11.1	35.8	3.4	39.1	50.7	10.5	35.8	3.0	38.8
전체	시간	138.5	60.2	32.6	45.7	9.4	55.1	57.3	27.9	45.7	7.6	53.3
	비율	100.0	43.5	23.5	33.0	6.8	39.8	41.3	20.2	33.0	5.5	38.5

주: 조정 전의 총 생활시간은 A+B+C, 조정 후의 총 생활시간은 a+b+c+d가 됨. 추가 필요시간은 응답자 전체 평균값을 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

가정관리활동에서 전체 노인장기요양보험 전환자는 월평균 12.0시간이 제공인력에 의해 추가로 필요하다고 응답했고, 활동지원 계속 이용자의 추가 필요시간은 월 5.5시간으로 나타났다. 생활시간을 조정한 후에 인정된 추가 필요시간은 노인장기요양보험 전환자가 월 5.0시간, 활동지원 계속 이용자가 월 1.8시간으로 크게 줄어들었다. 이는 가정관리활동에서 응답한 추가 필요시간이 스스로 돌봄시간과 가족 돌봄시간을 합산한 시간을 초과하는 경우가 매우 많기 때문이다.

〈표 3-4-20〉 생활시간 조정 전후 비교: 가정관리활동

(단위: 시간/월, %)

구분		총 생활 시간	조정 전					조정 후				
			스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간 (C+D)	스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간 (c+d)
			(A)	(B)	(C)	(D)	(C+D)	(a)	(b)	(c)	(d)	(c+d)
장기요양 보험	시간	36.5	3.4	21.9	11.2	12.0	23.3	2.7	17.5	11.2	5.0	16.3
	비율	100.0	9.3	59.9	30.8	32.9	63.7	7.4	48.0	30.8	13.8	44.6
활동지원	시간	39.8	4.2	10.0	25.5	5.5	31.1	3.5	8.9	25.5	1.8	27.3
	비율	100.0	10.6	25.2	64.2	13.9	78.1	8.9	22.5	64.2	4.4	68.6
전체	시간	38.1	3.8	16.0	18.4	8.8	27.2	3.1	13.2	18.4	3.4	21.8
	비율	100.0	10.0	41.8	48.2	23.0	71.2	8.2	34.7	48.2	8.9	57.1

주: 조정 전의 총 생활시간은 A+B+C, 조정 후의 총 생활시간은 a+b+c+d가 됨. 추가 필요시간은 응답자 전체 평균값을 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-4-21〉을 보면 사회활동에서도 생활시간 조정 전과 후에 추가 필요시간의 차이는 크게 나타났다. 노인장기요양보험 전환자의 경우 제공인력에 의해 추가로 필요한 돌봄시간은 월 12.4시간이었는데, 조정 후에는 월 3.7시간으로 크게 줄어들었으며, 활동지원 계속 이용자 또한 조정 전에 월 11.9시간이었던 추가 필요시간이 조정 후에는 월 2.8시간으로 크게 줄었다. 가정관리활동과 마찬가지로 응답한 추가 필요시간이 스스로 돌봄시간과 가족 돌봄시간을 합산한 시간을 초과하는 경우가 매우 많았기 때문이다.

〈표 3-4-21〉 생활시간 조정 전후 비교: 사회활동

(단위: 시간/월, %)

구분		총 생활 시간	조정 전					조정 후				
			스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간	스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간
			(A)	(B)	(C)	(D)	(C+D)	(a)	(b)	(c)	(d)	(c+d)
장기요양 보험	시간	19.3	5.0	8.4	5.8	12.4	18.2	4.0	5.7	5.8	3.7	9.5
	비율	100.0	26.2	43.7	30.2	64.6	94.7	20.8	29.8	30.2	19.3	49.5
활동지원	시간	69.5	10.0	4.0	55.4	11.9	67.4	8.4	2.8	55.4	2.8	58.2
	비율	100.0	14.4	5.8	79.8	17.2	97.0	12.1	4.1	79.8	4.0	83.8
전체	시간	44.4	7.5	6.2	30.6	12.2	42.8	6.2	4.3	30.6	3.3	33.9
	비율	100.0	17.0	14.0	69.0	27.5	96.5	14.0	9.6	69.0	7.3	76.4

주: 조정 전의 총 생활시간은 A+B+C, 조정 후의 총 생활시간은 a+b+c+d가 됨. 추가 필요시간은 응답자 전체 평균값을 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-4-22〉는 직장생활에서 생활시간을 조정하기 전과 후를 비교한 결과이다. 직장생활에서는 총 생활시간보다 추가 필요시간이 더 높은 경우가 있었다. 예를 들어 노인장기요양보험 전환자의 경우 직장생활에서 총 생활시간이 월 0.2시간인데, 추가 필요시간은 월 0.3시간으로 더 높았다. 이러한 사례는 노인장기요양보험 전환자의 경우 직장생활에서 추가 필요시간이 있다고 응답한 경우가 매우 적어 평균 필요시간이 낮는데, 필요하다고 응답한 사람이 추가 필요시간을 매우 높게 응답한 결과라 할 수 있다. 이에 생활시간을 조정한 후에는 이러한 현상이 사라져 조정 전 추가 필요시간은 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자 모두 월 0.3시간이었으나 조정 후에는 각각 월 0.0시간과 0.1시간으로 감소하였다.

〈표 3-4-22〉 생활시간 조정 전후 비교: 직장생활

(단위: 시간/월, %)

구분		총 생활 시간	조정 전					조정 후				
			스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간 (C+D)	스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간 (c+d)
			(A)	(B)	(C)	(D)	(C+D)	(a)	(b)	(c)	(d)	(c+d)
장기요양 보험	시간	0.2	0.2	0.0	0.0	0.3	0.3	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0
	비율	100.0	83.1	0.0	16.9	123.1	140.1	83.1	0.0	16.9	0.0	16.9
활동지원	시간	2.9	2.6	0.0	0.2	0.3	0.5	2.5	0.0	0.2	0.1	0.3
	비율	100.0	92.4	0.0	7.6	9.1	16.7	87.9	0.0	7.6	4.5	12.1
전체	시간	1.5	1.4	0.0	0.1	0.3	0.4	1.4	0.0	0.1	0.1	0.2
	비율	100.0	91.7	0.0	8.3	17.8	26.1	87.6	0.0	8.3	4.2	12.4

주: 조정 전의 총 생활시간은 A+B+C, 조정 후의 총 생활시간은 a+b+c+d가 됨. 추가 필요시간은 응답자 전체 평균값을 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

마지막으로 〈표 3-4-23〉은 교제·여가활동에서의 생활시간을 조정한 결과이다. 조정 전에 노인장기요양보험 전환자는 월 2.7시간의 추가 필요시간을 응답했고, 활동지원 계속 이용자는 월 2.3시간의 추가 필요시간을 응답했는데, 조정 후에도 거의 변하지 않았다. 이는 교제·여가활동에서 추가 필요시간이 스스로 돌봄시간과 가족 돌봄시간을 합산한 시간을 초과하는 경우가 거의 없었기 때문이다.

〈표 3-4-23〉 생활시간 조정 전후 비교: 교제·여가활동

(단위: 시간/월, %)

구분		총 생활 시간	조정 전					조정 후				
			스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간 (C+D)	스스로	가족	제공 인력	추가 필요 시간	합산 돌봄 시간 (c+d)
			(A)	(B)	(C)	(D)	(C+D)	(a)	(b)	(c)	(d)	(c+d)
장기요양 보험	시간	260.7	203.9	24.8	32.1	2.7	34.8	201.6	24.4	32.1	2.7	34.8
	비율	100.0	78.2	9.5	12.3	1.0	13.3	77.3	9.4	12.3	1.0	13.3
활동지원	시간	237.4	170.9	9.1	57.4	2.3	59.7	168.7	9.0	57.4	2.3	59.7
	비율	100.0	72.0	3.8	24.2	1.0	25.2	71.0	3.8	24.2	1.0	25.2
전체	시간	249.1	187.4	17.0	44.7	2.5	47.3	185.1	16.7	44.7	2.5	47.3
	비율	100.0	75.2	6.8	18.0	1.0	19.0	74.3	6.7	18.0	1.0	19.0

주: 조정 전의 총 생활시간은 A+B+C, 조정 후의 총 생활시간은 a+b+c+d가 됨. 추가 필요시간은 응답자 전체 평균값을 제시함.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

4. 요양 지원과 사회활동 지원 욕구

여기서는 고령장애인의 돌봄 욕구가 어느 정도로 충족되고 있는지를 살펴보았다. 돌봄 욕구의 충족 정도를 제시하기 위해서는 현재 제공받는 돌봄 지원과 고령장애인이 원하는 돌봄 욕구를 정의해야 할 필요가 있다. 즉, 가족에 의한 돌봄을 ‘사적 돌봄’으로 제공인력에 의한 돌봄을 ‘공적 돌봄’으로 개념화한 후 가족 혹은 제공인력에 의한 실제 돌봄 시간을 ‘현재 돌봄지원’, 가족 혹은 제공인력에 의한 돌봄시간과 추가 필요시간을 더한 시간을 ‘돌봄욕구’로 정의하여 돌봄 욕구 대비 충족 정도를 살펴보았다. 돌봄욕구 시간 산정에는 앞서 제시한 3가지 원칙에 따라 조정된 생활시간을 사용하였다. 돌봄은 크게 요양과 사회활동으로 구분할 수 있다. 본 연구의 조사표에 따라 6개 생활시간 항목 중에서 수면, 개인유지활동, 가정관리활동, 교제·여가활동은 ‘요양’으로, 사회활동과 직장생활은 ‘사회활동’으로 구분하여 욕구 대비 충족 수준을 알아보았다. 본 연구에서 정의된 사회활동시간은 직장생활 시간을 포함한 시간으로 적용하였다.

〈표 3-4-24〉는 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자의 돌봄욕구 충족 정도이다. 우선 노인장기요양보험 전환자의 경우 현재 사적돌봄 시간이 월 123.0시간, 공적돌봄 시간이 90.7시간으로 총 돌봄지원 시간은 월 213.6시간이다. 그런데 조정된 생활시간을 기준으로 돌봄욕구 시간을 보면 사적 돌봄이 월 106.7시간, 공적 돌봄이

월 115.3시간으로 총 돌봄욕구는 222.0시간이다. 따라서 현재 돌봄욕구 충족률은 96.2%로 나타난다. 생활시간을 요양과 사회활동으로 구분하면 요양 지원 욕구 충족률은 96.5%, 사회활동 지원 욕구 충족률은 93.2%로 요양 지원 욕구 충족률이 다소 높게 나타난다.

마찬가지로 원리로 활동지원 계속 이용자의 돌봄욕구 충족 정도를 보면 현재 총 돌봄 지원 시간은 월 230.1시간, 돌봄욕구 시간은 월 239.3시간으로 돌봄 욕구 충족률은 96.2%를 보여 노인장기요양보험 전환자와 유사하게 나타난다. 하지만 요양과 사회활동으로 구분해보면 요양 지원 욕구 충족률은 95.8%, 사회활동 욕구 충족률은 97.2%로 노인장기요양보험 전환자와 달리 사회활동 욕구 충족률이 더 높게 나타난다.

〈표 3-4-24〉 현재 돌봄지원과 돌봄욕구

(단위: 시간/월, %)

구분			노인장기요양보험 전환자				활동지원 계속 이용자			
			사적 돌봄	공적 돌봄	전체	욕구 충족률	사적 돌봄	공적 돌봄	전체	욕구 충족률
요양	현재 돌봄지원	시간	114.5	84.8	199.4	96.5	37.5	133.0	170.5	95.8
		비율	57.4	42.6	100.0		22.0	78.0	100.0	
	돌봄욕구	시간	101.0	105.7	206.7		35.5	142.4	177.9	
		비율	48.9	51.1	100.0		19.9	80.1	100.0	
사회활동	현재 돌봄지원	시간	8.4	5.8	14.3	93.2	4.0	55.6	59.7	97.2
		비율	59.0	41.0	100.0		6.8	93.2	100.0	
	돌봄욕구	시간	5.7	9.6	15.3		2.8	58.6	61.4	
		비율	37.5	62.5	100.0		4.6	95.4	100.0	
전체 돌봄	현재 돌봄지원	시간	123.0	90.7	213.6	96.2	41.5	188.6	230.1	96.2
		비율	57.6	42.4	100.0		18.0	82.0	100.0	
	돌봄욕구	시간	106.7	115.3	222.0		38.3	201.0	239.3	
		비율	48.1	51.9	100.0		16.0	84.0	100.0	

주 1) 사적 돌봄은 가족에 의한 돌봄 시간, 공적 돌봄은 제공인력에 의한 돌봄 시간을 의미함.

2) 돌봄욕구 시간은 항목별 총 생활시간이 변하지 않는다는 가정 하에 추가 필요시간 만큼 스스로 돌봄시간과 가족 돌봄 시간이 비례적으로 감소한다는 가정을 적용한 조정 생활시간을 기준으로 함.

3) 돌봄욕구 충족률은 현 제도 하에서의 충족률로 돌봄욕구 총시간에서 현재 돌봄지원 총시간이 차지하는 비율.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-4-25〉는 이를 장애유형별로 구분해 살펴보았다. 우선 돌봄욕구 시간이 가장 높은 장애유형은 노인장기요양보험 전환자 중에서는 신체외부장애인이 월 231.3시간으로 가장 높지만, 활동지원 계속 이용자 중에서는 감각기능장애인이 월 251.1시간으로 가장 높았다. 돌봄 욕구 충족률을 보면 노인장기요양보험 전환자는 신체외부장애인

과 감각기능장애인이 각각 96.5%와 97.0%로 높은 편이고, 신체내부장장애인과 정신적 장애인은 각각 91.7%와 93.4%로 낮은 편이었다. 하지만 활동지원 계속 이용자의 돌봄 욕구 충족률은 신체내부장장애인이 94.9%로 상대적으로 낮은 편이었지만 나머지 장애유형은 약 96~98%로 크게 다르지 않았다.

요양과 사회활동으로 구분해 보면, 노인장기요양보험 전환자는 활동지원 계속 이용자에 비해 요양 지원 욕구와 돌봄지원이 모두 높고, 반대로 사회활동 지원 욕구와 돌봄 지원은 모두 낮게 나타났다. 대부분은 요양 지원 욕구 충족률과 사회활동 지원 욕구 충족률에서 큰 차이를 보이지 않았지만, 노인장기요양보험 전환자 중 정신적 장애인은 사회활동 지원 욕구 충족률이 75.6%로 매우 낮게 나타난다. 하지만 사례수가 적어 해석에 주의할 필요가 있다.

〈표 3-4-25〉 현재 돌봄지원과 돌봄욕구: 장애유형별

(단위: 시간/월, %)

구분				노인장기요양보험 전환자				활동지원 계속 이용자			
				사적 돌봄	공적 돌봄	전체	욕구 충족률	사적 돌봄	공적 돌봄	전체	욕구 충족률
신체 외부 장애	요양	현재 돌봄지원	시간	122.2	88.2	210.4	96.6	28.5	141.1	169.6	96.0
			비율	58.1	41.9	100.0		16.8	83.2	100.0	
		돌봄욕구	시간	106.8	111.0	217.8		25.8	150.8	176.6	
			비율	49.0	51.0	100.0		14.6	85.4	100.0	
	사회활동	현재 돌봄지원	시간	7.7	5.1	12.8	94.6	2.2	43.3	45.5	97.1
			비율	60.2	39.8	100.0		4.9	95.1	100.0	
		돌봄욕구	시간	5.3	8.2	13.6		1.7	45.2	46.9	
			비율	39.4	60.6	100.0		3.6	96.4	100.0	
	전체 돌봄	현재 돌봄지원	시간	130.0	93.3	223.2	96.5	30.8	184.4	215.2	96.3
			비율	58.2	41.8	100.0		14.3	85.7	100.0	
		돌봄욕구	시간	112.1	119.2	231.3		27.5	196.0	223.5	
			비율	48.5	51.5	100.0		12.3	87.7	100.0	

구분				노인장기요양보험 전환자				활동지원 계속 이용자			
				사적 돌봄	공적 돌봄	전체	육구 충족률	사적 돌봄	공적 돌봄	전체	육구 충족률
감각 기능 장애	요양	현재 돌봄지원	시간	105.5	71.0	176.5	97.3	43.3	129.8	173.1	95.7
			비율	59.8	40.2	100.0		25.0	75.0	100.0	
		돌봄육구	시간	98.2	83.2	181.4		41.7	139.2	180.9	
			비율	54.1	45.9	100.0		23.1	76.9	100.0	
	사회활동	현재 돌봄지원	시간	12.5	6.2	18.7	94.4	4.8	63.6	68.4	97.4
			비율	66.8	33.2	100.0		7.0	93.0	100.0	
		돌봄육구	시간	9.1	10.7	19.8		3.1	67.1	70.2	
			비율	45.8	54.2	100.0		4.4	95.6	100.0	
	전체 돌봄	현재 돌봄지원	시간	118.0	77.2	195.2	97.0	48.1	193.4	241.5	96.2
			비율	60.5	39.5	100.0		19.9	80.1	100.0	
		돌봄육구	시간	107.2	93.9	201.2		44.8	206.2	251.1	
			비율	53.3	46.7	100.0		17.9	82.1	100.0	
신체 내부 장애	요양	현재 돌봄지원	시간	55.3	75.7	130.9	91.4	22.4	128.4	150.8	95.5
			비율	42.2	57.8	100.0		14.8	85.2	100.0	
		돌봄육구	시간	48.6	94.7	143.3		20.3	137.6	158.0	
			비율	33.9	66.1	100.0		12.9	87.1	100.0	
	사회활동	현재 돌봄지원	시간	15.4	12.3	27.6	93.1	4.5	43.4	47.9	93.1
			비율	55.6	44.4	100.0		9.3	90.7	100.0	
		돌봄육구	시간	7.4	22.3	29.7		3.8	47.6	51.4	
			비율	25.0	75.0	100.0		7.4	92.6	100.0	
	전체 돌봄	현재 돌봄지원	시간	70.7	87.9	158.6	91.7	26.9	171.8	198.7	94.9
			비율	44.6	55.4	100.0		13.5	86.5	100.0	
		돌봄육구	시간	56.0	117.0	173.0		24.1	185.2	209.4	
			비율	32.4	67.6	100.0		11.5	88.5	100.0	
정신적 장애	요양	현재 돌봄지원	시간	81.8	79.0	160.9	95.2	38.9	110.5	149.4	97.2
			비율	50.9	49.1	100.0		26.1	73.9	100.0	
		돌봄육구	시간	73.7	95.3	169.0		37.7	116.0	153.6	
			비율	43.6	56.4	100.0		24.5	75.5	100.0	
	사회활동	현재 돌봄지원	시간	2.7	9.7	12.4	75.6	9.4	45.0	54.4	99.2
			비율	22.1	77.9	100.0		17.3	82.7	100.0	
		돌봄육구	시간	2.2	14.2	16.4		9.4	45.4	54.8	
			비율	13.3	86.7	100.0		17.1	82.9	100.0	
	전체 돌봄	현재 돌봄지원	시간	84.6	88.7	173.2	93.4	48.3	155.5	203.8	97.8
			비율	48.8	51.2	100.0		23.7	76.3	100.0	
		돌봄육구	시간	75.9	109.5	185.4		47.1	161.4	208.5	
			비율	40.9	59.1	100.0		22.6	77.4	100.0	

주 1) 사적 돌봄은 가족에 의한 돌봄 시간, 공적 돌봄은 제공인력에 의한 돌봄 시간을 의미함.

2) 돌봄육구 시간은 항목별 총 생활시간이 변하지 않는다는 가정 하에 추가 필요시간 만큼 스스로 돌봄시간과 가족 돌봄 시간이 비례적으로 감소한다는 가정을 적용한 조정 생활시간을 기준으로 함.

3) 돌봄육구 충족률은 현 제도 하에서의 충족률로 돌봄육구 총시간에서 현재 돌봄지원 총시간이 차지하는 비율.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-4-26〉 현재 돌봄지원과 돌봄욕구: 활동제약 정도별

(단위: 시간/월, %)

구분				노인장기요양보험 전환자				활동지원 계속 이용자			
				사적 돌봄	공적 돌봄	전체	욕구 충족률	사적 돌봄	공적 돌봄	전체	욕구 충족률
활동 제약 낮음	요양	현재 돌봄지원	시간	57.8	78.9	136.7	94.5	16.7	114.1	130.8	94.2
			비율	42.3	57.7	100.0		12.7	87.3	100.0	
		돌봄욕구	시간	53.3	91.3	144.7		14.6	124.2	138.8	
			비율	36.9	63.1	100.0		10.5	89.5	100.0	
	사회활동	현재 돌봄지원	시간	2.7	8.2	11.0	71.9	2.2	54.9	57.1	96.0
			비율	25.0	75.0	100.0		3.9	96.1	100.0	
		돌봄욕구	시간	2.6	12.6	15.3		1.9	57.5	59.5	
			비율	17.2	82.8	100.0		3.3	96.7	100.0	
	전체 돌봄	현재 돌봄지원	시간	60.5	87.1	147.6	92.3	18.9	169.0	187.9	94.8
			비율	41.0	59.0	100.0		10.1	89.9	100.0	
		돌봄욕구	시간	56.0	104.0	159.9		16.6	181.7	198.2	
			비율	35.0	65.0	100.0		8.4	91.6	100.0	
활동 제약 중간	요양	현재 돌봄지원	시간	94.3	76.1	170.3	95.5	39.0	130.2	169.1	95.6
			비율	55.3	44.7	100.0		23.0	77.0	100.0	
		돌봄욕구	시간	86.2	92.1	178.3		37.2	139.6	176.9	
			비율	48.4	51.6	100.0		21.0	79.0	100.0	
	사회활동	현재 돌봄지원	시간	9.8	8.0	17.8	93.3	4.6	58.1	62.7	97.1
			비율	55.2	44.8	100.0		7.3	92.7	100.0	
		돌봄욕구	시간	6.3	12.8	19.1		3.1	61.4	64.5	
			비율	33.2	66.8	100.0		4.8	95.2	100.0	
	전체 돌봄	현재 돌봄지원	시간	104.1	84.1	188.2	95.3	43.6	188.2	231.8	96.0
			비율	55.3	44.7	100.0		18.8	81.2	100.0	
		돌봄욕구	시간	92.6	104.9	197.5		40.3	201.1	241.4	
			비율	46.9	53.1	100.0		16.7	83.3	100.0	
활동 제약 높음	요양	현재 돌봄지원	시간	142.0	93.3	235.3	97.3	43.1	157.1	200.2	97.3
			비율	60.3	39.7	100.0		21.5	78.5	100.0	
		돌봄욕구	시간	122.1	119.8	241.9		40.0	165.7	205.7	
			비율	50.5	49.5	100.0		19.5	80.5	100.0	
	사회활동	현재 돌봄지원	시간	8.2	3.6	11.8	98.0	2.5	45.2	47.7	98.5
			비율	69.6	30.4	100.0		5.2	94.8	100.0	
		돌봄욕구	시간	5.8	6.3	12.1		2.2	46.3	48.5	
			비율	47.9	52.1	100.0		4.4	95.6	100.0	
	전체 돌봄	현재 돌봄지원	시간	150.2	96.9	247.1	97.3	45.6	202.3	247.9	97.5
			비율	60.8	39.2	100.0		18.4	81.6	100.0	
		돌봄욕구	시간	127.9	126.1	254.0		42.2	212.0	254.2	
			비율	50.3	49.7	100.0		16.6	83.4	100.0	

주 1) 사적 돌봄은 가족에 의한 돌봄 시간, 공적 돌봄은 제공인력에 의한 돌봄 시간을 의미함.

2) 돌봄욕구 시간은 항목별 총 생활시간이 변하지 않는다는 가정 하에 추가 필요시간 만큼 스스로 돌봄시간과 가족 돌봄 시간이 비례적으로 감소한다는 가정을 적용한 조정 생활시간을 기준으로 함.

3) 돌봄욕구 충족률은 현 제도 하에서의 충족률로 돌봄욕구 총시간에서 현재 돌봄지원 총시간이 차지하는 비율.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-4-27〉 현재 돌봄지원과 돌봄욕구: 연령대별

(단위: 시간/월, %)

구분				노인장기요양보험 전환자				활동지원 계속 이용자			
				사적 돌봄	공적 돌봄	전체	욕구 충족률	사적 돌봄	공적 돌봄	전체	욕구 충족률
65~69세	요양	현재 돌봄지원	시간	117.3	85.9	203.2	96.6	35.4	130.5	165.9	95.8
			비율	57.7	42.3	100.0		21.3	78.7	100.0	
		돌봄욕구	시간	103.5	106.9	210.4		33.3	139.9	173.3	
			비율	49.2	50.8	100.0		19.2	80.8	100.0	
	사회활동	현재 돌봄지원	시간	7.3	5.7	13.0	93.7	3.1	57.4	60.6	97.2
			비율	56.3	43.7	100.0		5.2	94.8	100.0	
		돌봄욕구	시간	4.7	9.1	13.8		2.0	60.2	62.3	
			비율	34.3	65.7	100.0		3.3	96.7	100.0	
	전체 돌봄	현재 돌봄지원	시간	124.6	91.5	216.1	96.4	38.5	188.0	226.5	96.1
			비율	57.6	42.4	100.0		17.0	83.0	100.0	
		돌봄욕구	시간	108.2	116.0	224.2		35.4	200.2	235.6	
			비율	48.3	51.7	100.0		15.0	85.0	100.0	
70~74세	요양	현재 돌봄지원	시간	107.3	82.1	189.4	96.1	42.4	138.9	181.3	96.0
			비율	56.7	43.3	100.0		23.4	76.6	100.0	
		돌봄욕구	시간	94.3	102.7	197.0		40.6	148.3	188.8	
			비율	47.9	52.1	100.0		21.5	78.5	100.0	
	사회활동	현재 돌봄지원	시간	11.3	6.3	17.7	92.3	6.2	51.4	57.5	97.1
			비율	64.1	35.9	100.0		10.7	89.3	100.0	
		돌봄욕구	시간	8.3	10.8	19.1		4.7	54.6	59.2	
			비율	43.6	56.4	100.0		7.9	92.1	100.0	
	전체 돌봄	현재 돌봄지원	시간	118.6	88.4	207.1	95.8	48.6	190.2	238.8	96.3
			비율	57.3	42.7	100.0		20.3	79.7	100.0	
		돌봄욕구	시간	102.6	113.5	216.1		45.2	202.8	248.1	
			비율	47.5	52.5	100.0		18.2	81.8	100.0	

주 1) 사적 돌봄은 가족에 의한 돌봄 시간, 공적 돌봄은 제공인력에 의한 돌봄 시간을 의미함.

2) 돌봄욕구 시간은 항목별 총 생활시간이 변하지 않는다는 가정 하에 추가 필요시간 만큼 스스로 돌봄시간과 가족 돌봄 시간이 비례적으로 감소한다는 가정을 적용한 조정 생활시간을 기준으로 함.

3) 돌봄욕구 충족률은 현 제도 하에서의 충족률로 돌봄욕구 총시간에서 현재 돌봄지원 총시간이 차지하는 비율.

자료: 고령장애인 돌봄 이용 실태조사 및 생활시간 조사 원자료 분석.

〈표 3-4-26〉은 돌봄 욕구 충족 정도를 활동제약 정도별로 구분해 살펴본 것이다. 우선 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자 모두 활동제약 정도가 높을수록 돌봄 욕구 충족률이 높게 나타났다. 또한 동일한 활동제약 수준일 때 노인장기요양보험 전환자보다는 활동지원 계속 이용자의 돌봄 욕구 충족률이 다소 높게 나타났다.

양 집단 사이에 돌봄 욕구 충족률에서 큰 차이가 확인되는 것은 아니지만, 노인장기요양보험 전환자는 활동지원 계속 이용자에 비해 사적 돌봄에 의한 돌봄 충족 정도가 매우 높게 나타나는 것이 특징이다. 요양 지원과 사회활동 지원으로 구분해보면 두 영역에서의 돌봄 욕구 충족률에 대체로 큰 차이는 없다. 하지만 노인장기요양보험 전환자 중 활동제약 정도가 낮은 경우에는 사회활동 지원 욕구 충족률이 71.9%로 요양 지원 욕구 충족률에 비해 매우 낮은 것이 확인되었다.

〈표 3-4-27〉은 돌봄 욕구 충족 정도를 연령대로 구분하여 분석한 결과이다. 65~69세와 70~74세 사이에서 돌봄 욕구 충족률에 큰 차이는 확인되지 않았다. 또한 65~69세는 노인장기요양보험 전환자의 돌봄 욕구 충족률이 활동지원 계속 이용자보다 높고, 70~74세는 활동지원 계속 이용자의 돌봄 욕구 충족률이 노인장기요양보험 전환자보다 높지만, 그 차이는 미미한 수준이었다.

제5절 돌봄서비스 제공자의 서비스 제공 현황

1. 서비스 제공자의 시간 사용

본 절에서는 고령장애인이 이용하는 돌봄제도 내 돌봄서비스 제공자의 서비스 제공 현황을 비교한 것이다. 즉, 서비스의 여러 영역에서 활동지원과 노인장기요양 서비스 제공 시간을 비교 분석하는 것이다. 각 표마다 제시되는 활동지원 서비스 제공시간은 65세 이상 장기요양 등급외자로 서비스를 지속하여 받는 대상에게 활동지원사가 서비스를 제공하는 시간을 의미하며, 장기요양 서비스의 제공시간은 65세 이후 장기요양 서비스로 전환한 대상에게 요양보호사가 요양서비스를 제공하는 시간으로 제시되었다. 노인장기요양보험의 경우, 가족 등으로부터 방문요양에 상당하는 서비스를 받는 경우 특별현금급여의 형태로 가족요양비를 수급하는 사례가 있다. 본 연구에서는 가족요양의 경우, 서비스 제공자의 서비스 제공시간이 24시간이 되므로 이들의 사례를 제외하여 서비스 제공자의 서비스 제공현황을 분석하였다.

양 서비스의 제공시간을 여러 세부 제공 서비스 영역별로 비교하고자 하는 이유는 다음과 같다. 첫째, 각 비교 영역별로 두 서비스의 제공된 시간들이 어떠한 차이가 있으며, 이러한 차이가 양 제도의 특성을 잘 살리고 있는가를 살펴보는 데 필요한 비교라고 하겠다. 둘째, 두 서비스 제공시간의 이러한 세부 서비스 영역별 비교를 인구사회주거적 특성으로 한 번 더 비교하면서(〈표 3-5-5〉 참조) 제도의 특성을 고려한 차이를 알아보았다. 이러한 분석은 향후 양 제도의 적용 방향을 고려해보는 기초자료로 활용할 수 있을 것이다. 셋째 장애 및 기능상의 특성과 비교를 통해 장애인의 장애 유형 및 상태별 양 제도의 세부 서비스 영역별 제공 시간의 차이점을 살펴보고(〈표 3-5-6〉 참조) 그 함의를 도출함으로써 제도 방향을 위한 기초자료로 활용 할 수 있다.

2. 활동지원과 장기요양 서비스 제공자의 행위별 시간 비율 비교

다음 〈표 3-5-1〉은 제공 서비스의 영역(신변관리지원, 사회활동지원, 의사소통지원)별로 활동지원 서비스 시간의 비율과 장기요양 서비스 시간의 비율을 비교해본 것이다. 현재 활동지원제도의 급여량이 노인장기요양제도의 급여량에 비해 높기 때문에

양 제도 이용자의 서비스 이용 평균 시간을 단순 비교하는 것은 한계가 있으므로 지역 사회 거주 장애인 중 1일 받는 전체 시간을 100%라고 하였을 때, 각각의 세부 영역별로 시간의 비중을 비교하였다. 서비스 개념과 대상을 고려해 볼 때 3가지 영역중 대체로 신변관리 영역 제공 시간은 장기요양에, 사회활동지원은 활동지원 대상에게 더 적합한 내용으로 볼 수 있다.

〈표 3-5-1〉 돌봄 서비스 제공자의 서비스 행위별 제공 시간 비율 비교

(단위: %)

제공시간 구분		활동지원서비스	장기요양서비스	t
신변 관리 지원	신체활동	(30.8 ⁵)	(49.4 ⁴)	-21.350*
	목욕	(4.2 ⁵)	(7.3 ³)	-9.424*
	개인위생	(2.8 ⁵)	(5.4 ³)	-9.340*
	배설관리	(1.7 ⁵)	(5.6 ³)	-16.682*
	옷갈아입기	(2.2)	(2.6)	-1.287*
	식사	(12.3 ⁵)	(16.2 ⁵)	-9.878*
	체위변경	(0.9 ⁵)	(2.9 ³)	-10.257*
	실내이동	(1.0 ⁵)	(1.8 ⁵)	-7.169*
	실내운동보조	(1.5 ⁵)	(2.7 ³)	-7.220*
	지켜보기	(4.2 ⁵)	(4.9 ³)	-2.941*
	가사활동	(36.1 ¹)	(46.1 ¹)	-10.866*
	침구,세탁	(8.1 ¹)	(10.7 ³)	-6.510*
	주거환경관리	(8.7 ³)	(12.1 ¹)	-9.867*
	물품관리	(2.6)	(2.6)	0.204*
	금전관리	(0.1 ¹)	(0.0 ⁵)	3.953*
	요리 및 식사 준비	(13.8 ⁵)	(17.3 ³)	-7.471*
사회 활동 지원	지켜보기	(2.8 ⁵)	(3.3 ³)	-2.102*
	사회활동	(30.3 ⁵)	(4.5 ⁵)	30.386*
	외출준비	(2.4 ⁴)	(0.7 ⁵)	13.519*
	함께외출	(9.9 ³)	(3.8 ³)	10.850*
	이동	(1.0 ⁵)	(0.0 ⁵)	9.975*
	지역사회참여	(2.3 ³)	(0.0 ⁵)	9.310*
	집박여가	(10.6 ⁵)	(0.0 ⁵)	22.459*
의사 소통 지원	지켜보기	(4.2 ⁵)	(0.0 ⁵)	15.213*
	의사소통	(2.7 ⁵)	(0.0 ⁵)	14.859*
	의사소통 도움	(0.5 ⁵)	(0.0 ⁵)	8.896*
	지켜보기	(2.2 ⁵)	(0.0 ⁵)	12.961*
기타상황		(0.0 ⁵)	(0.0 ⁵)	2.555*

주: 비율 100%는 1일 제공되는 총시간임.

t값은 1일 동안 제공된 총 시간을 100으로 하였을 때 서비스 행위별 비율값으로 산출되었음

t값 유의도에 따라 *, **, *** 표시

실제 표에서 제시된 시간에서 신변관리 제공시간을 구성하는 신체활동지원과 가사활동지원에서 장기요양 서비스가 각각 49.3%, 46.1%를 차지하여, 활동지원 제공시간 중 신체활동 지원 시간 비율 31.5%, 가사활동지원시간 비율 36.5%로 높게 나타났다. 반면 사회활동지원 제공 시간은 활동지원 제공에서 29.1%를 차지하여 같은 영역의 장기요양 서비스 제공 비율 4.5%를 크게 앞섰다. 즉, 거동이 불편하여 집밖 외출이 제한적인 장기요양 대상에 비해 사회활동이 가능한 장애인을 대상으로 하는 활동지원 서비스의 1/3 가량은 사회활동지원에 제공되고 있는 것을 알 수 있다. 세부적인 서비스 영역별 시간을 더 구분하여 비교해보면 다음과 같다.

가. 신체활동 지원 영역

신변관리 영역의 하나인 신체활동지원은 다시 목욕, 개인위생, 배설관리, 옷갈아입기, 식사, 체위변경, 실내이동, 실내운동보조, 지켜보기 시간으로 구분된다. 신체활동지원 영역은 대체로 신체기능의 ‘기본적 일상생활동작(ADL: Activities of Daily Livings)’과 관련이 높은 영역으로 ADL제한이 상대적으로 많은 장기요양 대상자들이 활동지원 서비스 대상자보다는 비중이 높다고 볼 수 있다.

구체적으로 입욕준비 및 이동, 몸씻기와 정리 등이 포함되는 목욕지원 시간 영역에서는 활동지원 서비스가 4.4%를 차지하는 반면, 장기요양 서비스는 7.4%를 차지하는 것으로 나타났다. 양치질, 세수, 손씻기 등이 포함된 개인위생 시간 영역에서는 활동지원 서비스가 2.8%를 차지하는 반면, 장기요양 서비스에서는 5.2%를 차지하는 것으로 나타났다. 배설관련 이동보조, 배뇨 및 배변도움, 기저귀 및 기타 지원 등이 포함된 배설관리 지원시간 영역에서는 활동지원 서비스가 1.7%를 차지하는 반면, 장기요양 서비스에서는 5.5%를 차지하는 것으로 나타났다.

신체활동 지원에서 가장 큰 비중을 차지하는 식사 지원 시간에서는 활동지원 서비스가 13.0%를 차지하는 반면, 장기요양 서비스에서는 16.7%를 차지하는 것으로 나타났다. 이 식사지원은 상차리기, 식사보조(간식포함), 구토정리 및 기타관련 서비스들로 구성된다. 이러한 목욕, 세신, 배설, 식사 등은 ADL 동작 중에서 가장 기본적인 것으로 이 부분에서의 양 서비스 제공시간 비중 차이가 대체로 3 ~ 4 %로 나타나 활동지원 서비스 제공 보다 장기요양이 상당히 높은 비중을 차지하는 것으로 볼 수 있다. 나머지

세부 영역 지원 시간에도 장기요양 서비스 제공이 활동지원보다 높게 나타났으나 그 차이는 크지는 않은 것으로 나타났다. 각각에서 차이를 보면 옷갈아입기(0.1%), 체위 변경 (1.7%), 실내이동(0.8%), 실내운동보조(1.2%), 지켜보기 시간(1.0%)으로 나타났고 전부 장기요양 제공 시간 비중이 약간 씩 높은 것을 알 수 있다.

나. 가사활동 지원 영역

신변관리 영역의 하나인 가사활동지원은 다시 침구/세탁, 주거환경관리, 물품관리, 금전관리, 요리/식사 준비, 지켜보기 시간으로 구분된다. 가사활동 지원영역은 대체로 신체기능의 ‘도구적 일상생활동작(IADL: Instrumental Activities of Daily Livings)’과 관련이 높은 영역으로 재가 생활에 필수적인 지원 시간을 포함하고 있다. 전체적으로 이 부분에서도 장기요양서비스 (46.1%) 제공 시간이 활동지원 비중 (36.6%) 보다 9.5% 높게 나타났다. 전체 하루 중 서비스 제공 세부 구분에서 가장 높은 비중을 차지하는 지원은 요리/식사준비 시간인데 이 부분에서도 장기요양 지원은 17.4%이고 활동지원은 13.9%를 차지하고 있어 3.5% 정도가 장기요양 서비스 부분이 더 높다.

참고로 위에서 언급한 식사지원과 이 요리/식사 준비를 합치면 활동지원서비스에서는 1일 총 서비스 중 26.9%로, 장기요양서비스에서는 34.1%를 차지하는 것으로 나타났다. 즉, 장기요양의 경우는 하루 총 서비스의 1/3 이상을 식사관련 서비스 지원에 사용하고 있음을 알 수 있다. 활동지원에서도 이 비중이 1/4 이상이 됨을 알 수 있다. 그 다음으로 두 서비스간 비중 차이를 보이는 세부 영역은 주거환경관리로 활동지원에서 8.9%를 보이는 반면 장기요양에서는 12.2%로 3.3%의 차이를 보여준다. 나머지 세부 영역 지원 시간에서도 장기요양 서비스 제공이 활동지원보다 높게 나타났으나 그 차이는 크지는 않은 것으로 나타났다. 각각에서 차이를 보면 침구세탁(2.3%), 물품관리 (0%), 지켜보기(0.5%)로 나타났고 금전관리 비중은 활동지원이 더 높기는 하나 전체적으로 비중이 0.1%만 차지해서 제공자들이 지원하는 시간은 거의 없다고 볼 수 있다.

다. 사회활동 지원 영역

사회활동지원은 다시 외출준비, 함께외출, 이동, 지역사회참여, 집박여가, 지켜보기 시간으로 구분된다. 사회활동 지원영역은 위의 신변관리 지원과 달리 활동지원 서비스에서의 비중이 29.1%로 장기요양에서의 비율 4.5% 보다 훨씬 높게 나타났다. 본 연구의 조사기간은 코로나로 사회참여 및 여가활동이 상당히 제한적으로 발생할 것을 고려한다면 그 이전에 비율 차이는 훨씬 클 것으로 예상된다.

가장 큰 차이를 보이는 세부 지원 영역은 집박여가로 활동지원에서는 10.1%를 차지하지만 장기요양 서비스에서는 제공시간이 없다. 이동(사회활동), 지역사회참여, 집박여가, 관련 지켜보기에서는 대상자의 특성상 장기요양은 0%로 나타났다. 물론 이러한 이유는 대상자의 기능상태가 중증인 점도 있고, 현재 요양보호사의 제공서비스에서는 집박 활동 지원은 병원 동행 정도로 제한 되어 있어서 나타난 것일 수도 있다. 외출준비에서는 활동지원이 2.4%로 장기요양에서의 비율 0.7%보다 높고, 함께 외출에서도 활동지원이 9.8%를 차지하는 반면 장기요양에서는 3.8%만 차지하고 있음을 알 수 있다. 따라서 외출관련 시간에서는 활동지원이 12.2%를 하루 서비스에서 차지하고 있으며, 장기요양에서는 4.5% 정도만 차지하고 있는 것을 알 수 있다.

라. 의사소통 지원 영역

의사소통지원은 전체 서비스 중 비중이 낮게 나타났다. 기본적인 신변관리와 사회활동 지원 중에서 주로 대부분의 의사소통이 발생한 것으로 보이며, 순수 정서적 지원 등의 의사소통지원은 활동지원 서비스에서만 2.6%를 차지하는 것으로 나타났다.

3. 활동지원과 장기요양 서비스 제공자의 서비스 제공 시간 및 횟수 비교

다음 <표 3-5-2>는 활동지원과 장기요양 서비스의 월 제공시간과 일평균시간을 비교해 본 것이다. 활동지원 서비스의 월 평균 시간은 144.7시간이고, 일 평균 제공 시간은 6.3 시간으로 나타났고, 반면 장기요양 서비스의 월 평균 시간은 85.9 시간, 일 평균 제공 시간은 3.3 시간으로 나타났다. 이러한 시간의 차이는 제도상의 급여량 차이

이며 실제 이 차이로 인해 장애인에 대한 제도의 정합성 부분이 중요 이슈가 되는 것을 알 수 있다. 장기요양과 달리 활동지원의 경우는 지역별 추가급여 및 기본 제도 시간에서 양이 높아 현재 자료 분석으로만 볼 때는 장기요양 급여보다 월 58.8 시간, 일 3 시간 정도 많은 것으로 나타났다.

〈표 3-5-2〉 서비스 제공자의 서비스 제공 시간

(단위: 평균시간)

구분	활동지원서비스		장기요양서비스		t
	평균시간	표준편차	평균시간	표준편차	
월 제공 시간	144.72	72.57	85.94	14.95	33.779*
일평균 제공 시간	6.29	2.24	3.28	.54	53.221*

주: 돌봄제도 1일 평균 이용 시간

t값은 1일 동안 제공된 총 시간을 100으로 하였을 때 서비스 행위별 비율값으로 산출되었음

t값 유의도에 따라 *, **, *** 표시

다만 〈표 3-5-3〉의 서비스 주당 횟수를 비교해 볼 때는 활동지원은 주당 평균 4.6회 이고 장기요양 서비스는 주당 평균 5.2회가 제공되는 것으로 나타나 장기요양 서비스는 제공시간은 적은 반면 주당 횟수는 더 높은 것을 알 수 있다.

〈표 3-5-3〉 서비스 제공자의 서비스 제공 횟수(주당)

(단위: 평균 회)

구분	활동지원서비스		장기요양서비스		t
	횟수	표준편차	횟수	표준편차	
제공 횟수(주당)	4.58	1.14	5.23	0.95	-16.487*

t값은 1일 동안 제공된 총 시간을 100으로 하였을 때 서비스 행위별 비율값으로 산출되었음

t값 유의도에 따라 *, **, *** 표시

4. 활동지원과 장기요양 서비스 행위별 제공시간 비교

다음 〈표 3-109〉는 활동지원과 장기요양 서비스의 구체적인 세부 행위별 시간을 비교한 것이다. 위에서 제시된 〈표 3-107〉에서 일평균 시간 6.29 시간을 구체적 행위

별로 구분한 것이라 하겠다. 전반적인 분석은 비율 중심의 <표 3-109>에서 언급한 것과 유사하나 세부행위별 구체적 시간을 제시한 것이 특징이라 하겠다. <표 3-107>에서 보았듯이 전체적인 1일 제공 총 시간이 활동지원이 6.29 시간으로 장기요양 3.28 시간 보다 거의 2배가량 높기 때문에 비율과 달리 세부 행위별 시간은 대체로 활동지원 서비스 시간이 영역에 구분 없이 높게 나타났다. 따라서 앞에 언급했듯이 양 제도 자체의 급여량의 차이로 총 시간이 활동지원이 높음에 따라 절대적 시간의 비교인 <표 3-77>은 양 서비스의 비교보다 실제 한 제도 서비스 내에서의 절대 시간을 참고로 보는 것에 의의가 있다. 다만 두 제도의 절대 시간 비교를 통해 어떠한 행위에서 장기요양 서비스 시간이 특히 감소되는 가를 알 수 있고, 또 어떤 행위는 더 장기요양에서 많이 제공되는 지도 알 수 있으므로 이 시간 비교는 향후 고령 장애인의 보충 서비스 부분에 대한 정책 보완의 기초자료로 의미가 있다고 하겠다.

가. 신체활동 지원 영역

신체활동지원은 목욕, 개인위생, 배설관리, 옷갈아입기, 식사, 체위변경, 실내이동, 실내운동보조, 지켜보기 시간으로 세부행위별 구분된다. 활동 지원 서비스 1일 시간 (6.29시간)중 신체활동 지원 시간은 총 1.94 시간인 반면 장기요양 서비스는 총 1일 시간 (3.28 시간) 중 1.62 시간이 제공되고 있음을 알 수 있다. 구체적으로 입욕준비 및 이동, 몸씻기와 정리 등이 포함되는 목욕지원 행위에서는 활동지원 서비스가 0.27시간 제공되는 반면, 장기요양 서비스는 0.24시간 제공되는 것으로 나타났다. 양 치질, 세수, 손씻기 등이 포함된 개인위생 행위에서는 활동지원 서비스가 0.17시간 제공되는 반면, 장기요양 서비스에서는 0.18시간 제공되어 더 높은 것으로 나타났다.

배설관련 이동보조, 배뇨 및 배변도움, 기저귀 및 기타 지원 등이 포함된 배설관리 지원시간 영역에서는 활동지원 서비스가 0.11시간 제공되는 반면, 장기요양 서비스에서는 0.19시간 제공되어 장기요양 서비스에서 배설지원은 상당히 높게 차지하는 것으로 나타났다. 신체활동 지원에서 가장 큰 비중을 차지하는 식사 지원 시간에서는 활동지원 서비스가 0.77시간 제공되는 반면, 장기요양 서비스에서는 0.53시간 제공되는 것으로 나타났다. 이 식사지원은 상차리기, 식사보조(간식포함), 구토정리 및 기타관련 서비스들로 구성된다.

나머지 세부 영역 지원 시간에도 장기요양 서비스 제공이 활동지원보다 높게 나타났다. 그러나 그 차이는 크지는 않은 것으로 나타났다. 각각에서 차이를 보면 옷갈아입기(0.06시간), 실내이동(0.0시간), 실내운동보조(0.0시간), 지켜보기 시간(0.1시간)으로 같거나 활동지원 시간이 높았다. 다만 외상노인에게 많을 수 있는 장기요양 서비스에서 체위변경 행위시간은 장기요양에서 제공시간 (0.09)이 활동지원서비스에서의 제공시간 0.06시간 보다 높게 나타났다.

나. 가사활동 지원 영역

가사활동지원은 침구/세탁, 주거환경관리, 물품관리, 금전관리, 요리/식사 준비, 지켜보기 시간으로 구분된다. 전체적으로 이 부분에서도 활동지원에서의 총 제공 시간이 2.27시간으로 장기요양서비스에서의 1.51 시간보다 높게 나타났다. 장기요양 서비스가 ADL 제한과 관련이 높으나 이 가사활동 지원은 IADL 제한과 관련이 높아서 전체 세부 행위에서 신체활동 행위와 달리 활동지원에서의 제공시간이 높게 나타났다. 1일 중 서비스 제공 세부 구분에서 가장 높은 비중을 차지하는 지원은 요리/식사준비 시간인데 이 부분에서 활동지원은 0.87시간 제공되는 반면 장기요양 지원은 0.57시간 제공되고 있어 활동지원에서 이 부분이 더 제공되고 있다. 참고로 신체활동 지원의 식사 지원과 요리/식사 준비를 합치면 활동지원서비스에서는 1일 총 서비스 중 1.64시간 제공되는 반면, 장기요양서비스에서는 1.1시간 제공되는 것으로 나타났다. 1일 총 서비스 중 지원 시간 비율이 가장 높다.

침구/세탁 지원에서는 활동지원이 0.51 시간, 장기요양이 0.35 시간, 주거환경관리 행위에서는 활동지원에서 0.54 시간 제공되는 반면 장기요양에서는 0.40시간, 물품관리에서는 활동지원에서 0.16 시간, 장기요양에서는 0.09시간, 지켜보기에서는 활동지원에서 0.18 시간, 장기요양에서는 0.11시간으로 전부 활동지원에서의 시간이 높게 제공되고 있었다. 금전관리 시간은 활동지원에서만 0.01시간으로 나타났다.

다. 사회활동 지원 및 의사소통 지원 영역

사회활동지원과 의사소통지원의 경우는 장기요양서비스에 1일 중 차지하는 시간

이 총 0.15 시간 밖에 되지 않아 비교의 큰 의미는 없는 것으로 나타났다. 사회활동 지원영역은 신변관리 지원과 달리 활동지원 서비스에서의 1/3 가량 차지하는 영역으로 제도의 목적 자체가 사회참여 및 외출동행 이라는 점을 볼 때 장애인이라도 집 밖에서 지원이 많은 것을 확인할 수 있다.

여러 세부 행위 중 가장 많은 시간이 지원되는 것은 함께외출 지원으로 활동지원에서는 0.62 시간, 장기요양에서는 0.12 시간으로 나타났다. 그나마 장기요양에서 이 시간이 발생한 것은 병원 및 산책 동행 등에서 지원 된 것으로 보인다. 나머지 시간들은 활동지원에서만 시간이 지원되고 있어 <표 3-5-4>에서 자세한 수치를 제시하였다.

<표 3-5-4> 서비스 행위별 제공 시간(일평균)

(단위: 평균시간, %)

제공시간 구분		활동지원서비스		장기요양서비스		t
		평균시간 (비율)	표준편차	평균시간 (비율)	표준편차	
신변 관리 지원	신체활동	1.94 (30.8 ¹)	1.39	1.62 (49.4 ¹)	0.81	-8.370*
	목욕	0.27 (4.2 ¹)	0.40	0.24 (7.3 ¹)	0.31	-2.887*
	개인위생	0.17 (2.8 ¹)	0.30	0.18 (5.4 ¹)	0.26	-6.685*
	배설관리	0.11 (1.7 ¹)	0.26	0.19 (5.6 ¹)	0.24	-13.966*
	옷갈아입기	0.14 (2.2 ¹)	0.19	0.08 (2.6 ¹)	0.13	2.310*
	식사	0.77 (12.3)	0.48	0.53 (16.2 ¹)	0.33	1.187*
	체위변경	0.06 (0.9 ¹)	0.19	0.09 (2.9 ¹)	0.18	-9.431*
	실내이동	0.06 (1.0 ¹)	0.14	0.06 (1.8 ¹)	0.12	-5.436*
	실내운동보조	0.09 (1.5 ¹)	0.21	0.09 (2.7 ¹)	0.18	-7.861*
	지켜보기	0.26 (4.2 ¹)	0.47	0.16 (4.9 ¹)	0.33	-6.027*
	가사활동	2.27 (36.1)	1.56	1.51 (46.1)	0.77	-0.029*
	침구,세탁	0.51 (8.1 ¹)	0.51	0.35 (10.7 ¹)	0.33	3.387*
	주거환경관리	0.54 (8.7 ¹)	0.50	0.40 (12.1 ¹)	0.32	2.435*
	물품관리	0.16 (2.6)	0.25	0.09 (2.6)	0.15	0.861*

	금전관리	0.01 (0.1')	0.06	0.00 (0.0')	0.01	-3.123*
	요리 및 식사 준비	0.87 (13.8')	0.77	0.57 (17.3')	0.43	3.146*
	지켜보기	0.18 (2.8')	0.38	0.11 (3.3')	0.23	-6.100*
사회 활동 지원	사회활동	1.91 (30.3')	1.97	0.15 (4.5')	0.48	25.820*
	외출준비	0.15 (2.4')	0.23	0.02 (0.7')	0.08	16.588*
	함께외출	0.62 (9.9')	1.05	0.12 (3.8')	0.43	10.782*
	이동	0.06 (1.0')	0.23	0.00 (0.0')	0.00	10.002*
	지역사회참여	0.14 (2.3')	0.64	0.00 (0.0')	0.00	8.044*
	집밖여가	0.67 (10.6')	1.23	0.00 (0.0')	0.00	18.781*
	지켜보기	0.27 (4.2')	0.75	0.00 (0.0')	0.00	10.663*
의사 소통 지원	의사소통	0.17 (2.7')	0.50	0.00 (0.0')	0.00	-6.707*
	의사소통 도움	0.03 (0.5')	0.16	0.00 (0.0')	0.00	-4.336*
	지켜보기	0.14 (2.2')	0.46	0.00 (0.0')	0.00	-5.932*
기타상황		0.00 (0.0')	0.04	0.00 (0.0')	0.00	-6.043*
전체		6.29 (100.0)	2.24	3.28 (100.0)	0.54	1.145*

라. 인구사회주거적 특성에 따른 활동지원과 장기요양 서비스 제공시간 비교

다음 <표 3-5-5>는 활동지원과 장기요양 서비스의 일평균시간을 인구사회주거적 특성별로 비교해 본 것이다. 표에서 볼 수 있듯이 이 인구사회주거적 특성은 성별, 연령, 거주지, 가구구성, 소득, 주택유형, 주택편리성, 엘리베이트 유무, 거주지 위치(층), 주택 면적 이 포함된다. 다양한 특성 중 의미있는 차이를 보이는 특성 중심으로 짚어 보겠다. 특히 본 표 분석에서 초점은 절대 시간보다 상대적 비중에 있다. 앞서 언급한 대로 절대 총량에서 활동지원시간이 많기 때문에 비중을 중심으로 비교해보겠다.

성별 비교 분석에서는, 활동지원 서비스의 경우에는 여성이 신체활동, 가사활동 지원에서의 비중이 높고, 남성은 사회활동 지원에서 비중이 높았다. 반면 장기요양 서

비스의 경우에서는 남성이 신체활동 지원이 높고, 여성이 가사활동에서는 더 비 중이 높게 제공되고 있었다. 즉, 활동지원에서 남성 고령자는 총 시간중 사회참여에 지원시간이 높고(33.0%), 장기요양에서는 남성은 신체활동 지원 비중(52.1%)이 높은 것을 알 수 있다. 연령별 비교에서는 큰 차이가 없음을 알 수 있는데, 다만 활동지원에서 65~70 미만 구간이 70 ~ 75 구간보다 사회활동 지원의 비중이 조금 높게 나타났다(31% : 28.7%). 나머지 서비스 영역들은 큰 차이가 없다.

거주지 비교에서는 두 서비스 간에 약간의 차이가 있다. 농어촌과 도시 지역의 구분이 발생하는데, 활동지원 서비스의 경우, 신체활동과 가사활동에서는 농어촌 지역의 제공시간 비중이 높고 사회활동지원에서는 낮은 반면, 장기요양 서비스의 경우는 도심 지역 제공 시간 비중이 신체활동에서 높게 나타났고 농어촌 지역은 가사활동 지원의 제공 시간 비중이 높았다. 농어촌 활동 지원대상자의 경우는 도심 지역에 비해 상대적으로 사회참여 활동이 낮아서 이러한 차이가 발생한 것으로 볼 수 있다.

가구 구성 비교에서는 활동지원의 신체활동 지원 시간은 1인 가구가 2인 이상 가구 보다는 높게 나타났다(활동지원-신체활동 1인가구 2.11, 2인가구 이상 1.72 시간) 반면 장기요양에서는 1인가구 1.49 시간으로 2인가구 이상 1.71 시간 보다 낮게 나타났다. 2인 이상가구 1인 가구의 서비스 영역과 양 서비스 간의 차이가 크지 않았다. 다만 실제 2인 가구 이상이라 하더라도 하루에 같이 있는 시간이 적은 경우가 많아 전체적으로는 큰 차이가 없는 것으로 보인다.

소득과 주택유형 비교에서는 전반적인 시간의 비중이 양 제도에서 특정한 방향으로 분석하기는 어려웠다. 기초수급자의 경우 타 계층에 비해 신체활동(2.07시간)과 가사활동(2.39 시간)에 제공되는 시간이 높은 반면, 장기요양의 경우는 기초수급자의 신체활동 지원 시간(1.5 시간)으로 타계층에 비해 조금 낮았다.

주택편리성 비교에서는 활동지원 서비스에서는 불편한 주택에 사는 경우가 편리주택에 비해 신체활동(2.03 시간)과 가사활동(2.35 시간)에 제공되는 시간이 높은 반면, 장기요양의 경우는 반대로 불편한 주택 거주에서 신체활동(1.58 시간)과 가사활동(1.45시간)에 제공되는 시간이 편리주택 보다 더 낮게 나왔다.

엘리베이터 설치 여부, 거주지 위치, 주택면적은 크게 일관성을 보이는 패턴이 양 제도 비교나 한 제도 안에서 지원 서비스 영역 비교에서 없었다. 그나마 활동지원 서비스의 경우에는 지하에 사는 경우 타 층 거주에 비해 사회활동 시간이 높은 것(2.14 시간)

이 특징이라 하겠다. 주택면적의 경우는 장기요양 서비스에서는 면적이 클수록 신체활동 지원 시간이 높아지고, 반면 가사활동 지원시간은 오히려 감소하는 경향을 볼 수 있으나 활동지원 서비스에서는 크게 주택면적과는 상관이 없는 것으로 보인다.

〈표 3-5-5〉 돌봄이용자의 특성에 따른 서비스 행위별 제공 여부

(단위: 평균시간, %)

이용자 특성	활동지원서비스						장기요양서비스					
	신체 활동	가사 활동	사회 활동	의사 소통	기타 상황	계	신체 활동	가사 활동	사회 활동	의사 소통	기타 상황	계
전체	1.94 (30.8)	2.27 (36.1)	1.91 (30.3)	0.17 (2.7)	0.00 (0)	6.29 (100.0)	1.62 (49.4)	1.51 (46.1)	0.15 (4.5)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.28 (100.0)
성별												
남자	1.84 (29.6)	2.13 (34.3)	2.05 (33.0)	0.19 (3.1)	0.00 (0.0)	6.22 (100.0)	1.72 (52.1)	1.43 (43.5)	0.15 (4.5)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.30 (100.0)
여자	2.06 (32.3)	2.45 (38.5)	1.71 (26.9)	0.15 (2.3)	0.00 (0.0)	6.37 (100.0)	1.56 (47.7)	1.57 (47.8)	0.15 (4.5)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.27 (100.0)
연령												
65-70	1.90 (30.4)	2.26 (36.1)	1.94 (31.0)	0.16 (2.5)	0.00 (0.1)	6.27 (100.0)	1.63 (49.3)	1.52 (46.1)	0.15 (4.6)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.30 (100.0)
70-75	2.02 (31.8)	2.30 (36.3)	1.82 (28.7)	0.21 (3.2)	0.00 (0.0)	6.34 (100.0)	1.61 (49.7)	1.49 (46.0)	0.14 (4.3)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.24 (100.0)
거주지												
대도시	1.85 (29.8)	2.25 (36.2)	1.93 (31.0)	0.18 (2.9)	0.00 (0.0)	6.21 (100.0)	1.68 (50)	1.52 (45.2)	0.16 (4.8)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.37 (100.0)
중소도시	2.10 (32.7)	2.29 (35.6)	1.89 (29.3)	0.15 (2.4)	0.00 (0.0)	6.44 (100.0)	1.66 (50.5)	1.49 (45.3)	0.14 (4.1)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.28 (100.0)
농어촌	2.26 (34.6)	2.67 (40.9)	1.50 (22.9)	0.10 (1.5)	0.00 (0.0)	6.54 (100.0)	1.37 (44.6)	1.56 (50.7)	0.14 (4.7)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.07 (100.0)
가구구성												
1인 가구	2.11 (32)	2.59 (39.4)	1.71 (26.0)	0.17 (2.6)	0.00 (0.0)	6.57 (100.0)	1.49 (46.1)	1.59 (49.1)	0.16 (4.8)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.23 (100.0)
2인 이상 가구	1.72 (29)	1.85 (31.3)	2.16 (36.6)	0.18 (3.0)	0.00 (0.1)	5.91 (100.0)	1.71 (51.5)	1.46 (44.2)	0.14 (4.3)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.31 (100.0)
소득지원대상												
기초수급자	2.07 (32.9)	2.39 (37.9)	1.65 (26.2)	0.18 (2.9)	0.00 (0.0)	6.31 (100.0)	1.50 (46.2)	1.58 (48.7)	0.17 (5.1)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.24 (100.0)
차상위자	1.82 (28)	2.28 (35.1)	2.24 (34.5)	0.16 (2.4)	0.00 (0.0)	6.50 (100.0)	1.77 (54.7)	1.44 (44.4)	0.03 (0.9)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.24 (100.0)
해당 없음	1.82 (29.3)	2.15 (34.6)	2.09 (33.5)	0.16 (2.6)	0.00 (0.1)	6.23 (100.0)	1.72 (51.9)	1.46 (43.9)	0.14 (4.2)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.32 (100.0)
주택유형												
단독주택	2.04 (31.8)	2.49 (38.8)	1.72 (26.7)	0.17 (2.7)	0.00 (0.0)	6.42 (100.0)	1.50 (47.2)	1.52 (47.9)	0.16 (4.9)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.17 (100.0)
다세대주택	1.66 (26.8)	1.97 (31.8)	2.35 (38.0)	0.22 (3.5)	0.00 (0.0)	6.19 (100.0)	1.65 (50.4)	1.39 (42.3)	0.24 (7.2)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.28 (100.0)

아파트	2.02 (32.3)	2.23 (35.7)	1.83 (29.2)	0.17 (2.7)	0.00 (0.1)	6.26 (100.0)	1.68 (50.4)	1.52 (45.6)	0.13 (4.0)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.34 (100.0)
기타	1.51 (23.7)	2.40 (37.8)	2.29 (36.1)	0.15 (2.4)	0.00 (0.0)	6.35 (100.0)	1.73 (51.3)	1.53 (45.4)	0.11 (3.2)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.37 (100.0)
주택 편리성												
편리	1.91 (30.5)	2.25 (35.9)	1.93 (30.9)	0.17 (2.6)	0.00 (0.1)	6.25 (100.0)	1.64 (49.1)	1.55 (46.3)	0.15 (4.6)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.35 (100.0)
불편	2.03 (31.7)	2.35 (36.7)	1.83 (28.6)	0.19 (3.0)	0.00 (0.0)	6.40 (100.0)	1.58 (50.0)	1.45 (45.8)	0.14 (4.3)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.16 (100.0)
엘리베이터 여부												
설치	2.03 (31.9)	2.28 (35.9)	1.87 (29.5)	0.17 (2.6)	0.00 (0.1)	6.35 (100.0)	1.69 (50.5)	1.51 (45.1)	0.15 (4.3)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.35 (100.0)
미설치	1.79 (28.9)	2.26 (36.5)	1.96 (31.6)	0.18 (2.9)	0.00 (0.0)	6.19 (100.0)	1.54 (48.1)	1.52 (47.2)	0.15 (4.7)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.21 (100.0)
거주지 위치												
지하1층 이하	1.54 (25.7)	1.92 (32.0)	2.14 (35.7)	0.39 (6.6)	0.00 (0.0)	6.00 (100.0)	1.93 (59.3)	1.28 (39.3)	0.05 (1.4)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.25 (100.0)
1층	1.85 (29.6)	2.37 (38.1)	1.86 (29.9)	0.15 (2.4)	0.00 (0.1)	6.23 (100.0)	1.48 (46.4)	1.53 (47.9)	0.18 (5.6)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.19 (100.0)
2층 이상	1.97 (31.3)	2.24 (35.5)	1.92 (30.4)	0.18 (2.8)	0.00 (0.0)	6.31 (100.0)	1.72 (51.3)	1.51 (44.9)	0.13 (3.7)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.35 (100.0)
주택 면적												
10평 이하	2.17 (30.6)	2.59 (36.6)	2.17 (30.7)	0.15 (2.1)	0.00 (0.0)	7.08 (100.0)	1.55 (47.0)	1.67 (50.7)	0.08 (2.3)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.30 (100.0)
11평-25평	1.96 (31.5)	2.29 (36.7)	1.80 (28.9)	0.18 (2.9)	0.00 (0.1)	6.24 (100.0)	1.58 (48.5)	1.51 (46.3)	0.17 (5.2)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.26 (100.0)
26평-45평	1.65 (28.3)	1.99 (34.0)	2.05 (35.0)	0.16 (2.7)	0.00 (0.0)	5.85 (100.0)	1.73 (51.8)	1.49 (44.7)	0.12 (3.5)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.34 (100.0)
46평 초과	2.62 (35)	2.16 (28.8)	2.45 (32.7)	0.26 (3.5)	0.00 (0.0)	7.50 (100.0)	1.88 (60.2)	1.09 (34.9)	0.15 (4.9)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.13 (100.0)

주: 비율 100%는 1일 제공되는 총시간임.

t값은 1일 동안 제공된 총 시간을 100으로 하였을 때 서비스 행위별 비율값으로 산출되었음

0.05>p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 t 표시 추가

5. 장애 특성에 따른 활동지원과 장기요양 서비스 제공 시간 비교

다음 <표 3-5-6>은 활동지원과 장기요양 서비스의 일평균시간을 대상자의 장애 특성별로 비교해 본 것이다. 표에서 볼 수 있듯이 본 연구에서는 장애 특성을 크게 장애 유형(신체장애, 감각장애, 내부장애, 정신장애)과 활동제약(낮음, 중간, 높음)으로 구분하였다.

가. 장애 유형별 활동지원과 장기요양 서비스 제공 시간 비교

장애유형의 분석에서는 양 서비스 마찬가지로 신체활동 시간이 신체외부장애 유형에서 높게 나타났고, 가사활동은 감각장애에서 높게 나타났다. 활동지원 서비스가 주로 이 두 장애 유형의 욕구에 가장 충족하는 것을 고려할 때 타당한 수치로 보인다. 다만 주어진 시간이 한정되어있으므로 상대적으로 신체기능이 좋은 감각장애는 신체활동보다 가사지원에 더 많은 제공시간을 받고 있는 것으로 보인다. 특히 활동보조 서비스에서 사회활동 지원의 경우 감각장애는 2.22 시간으로 타 장애유형 보다는 높게 나타났다. 그 다음으로 내부 장애 1.57 시간이 있다. 사회활동 지원이 거의 없는 장기요양 대상에게는 내부 장애 0.41시간이 가장 높았다. 따라서 대체로 신체장애가 아닌 경우는 가사활동과 사회활동 지원 시간이 높고, 신체외부장애는 신체활동 지원 시간이 높음을 알 수 있다. 정신장애의 경우에는 활동지원 서비스에서는 신체활동(1.86 시간), 가사활동(1.83 시간), 사회활동(1.34 시간) 순으로 제공되었고, 장기요양 서비스에서는 가사활동(1.62 시간)이 신체활동 지원(1.28 시간)보다 높은 것으로 나타났다.

나. 활동제약 정도 별 활동지원과 장기요양 서비스 제공 시간 비교

활동제약이 높은 대상일수록 활동지원과 장기요양 서비스에서 신체활동 시간이 높은 것으로 나타났다. 제약이 심한 대상은 활동지원서비스에서는 신체활동에 2.79 시간, 장기요양에서 1.89 시간을 제공 받은 반면, 가사활동 시간은 반대로 신체활동의 제약이 낮을수록 활동지원에서 1.58 시간, 장기요양 서비스에서 1.59 시간으로 높게 나타났다. 활동제약이 중간으로 응답한 경우는 사회활동 시간이 가장 높게 나타났다. 활동지원에서 2.03 시간, 장기요양에서 0.18 시간임을 알 수 있다.

〈표 3-5-6〉 이용자의 장애 특성에 따른 서비스 행위별 제공 시간(일평균)

(단위: 평균시간, %)

구분	활동지원서비스						장기요양서비스					
	신체 활동	가사 활동	사회 활동	의사 소통	기타 상황	계	신체 활동	가사 활동	사회 활동	의사 소통	기타 상황	계
전체	1.94 (30.8)	2.27 (36.1)	1.91 (30.3)	0.17 (2.7)	0.00 (0.0)	6.29 (100.0)	1.62 (49.4)	1.51 (46.1)	0.15 (4.5)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.28 (100.0)
장애유형												
신체외부장애	2.33 (37.9)	2.23 (36.2)	1.40 (22.8)	0.19 (3.1)	0.00 (0.0)	6.15 (100.0)	1.73 (51.3)	1.51 (44.8)	0.13 (3.9)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.37 (100.0)
감각장애	1.73 (26.8)	2.33 (36.1)	2.22 (34.5)	0.16 (2.5)	0.00 (0.1)	6.45 (100.0)	1.29 (43.6)	1.56 (52.6)	0.11 (3.8)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	2.96 (100.0)
내부장애	1.92 (33.6)	2.05 (35.7)	1.57 (27.5)	0.18 (3.2)	0.01 (0.1)	5.73 (100.0)	1.27 (41.6)	1.36 (44.8)	0.41 (13.5)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.04 (100.0)
정신장애	1.86 (36)	1.83 (35.4)	1.34 (25.8)	0.13 (2.4)	0.02 (0.4)	5.18 (100.0)	1.28 (41.5)	1.62 (52.7)	0.18 (5.8)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.08 (100.0)
활동제한												
활동제한 낮음	1.49 (26.4)	2.42 (42.9)	1.58 (28.1)	0.15 (2.6)	0.00 (0.0)	5.63 (100.0)	1.24 (41.3)	1.59 (53.2)	0.17 (5.5)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.00 (100.0)
활동제한 중간	1.81 (28.8)	2.27 (36.1)	2.03 (32.4)	0.17 (2.7)	0.00 (0.1)	6.27 (100.0)	1.39 (45.1)	1.51 (49.0)	0.18 (5.9)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.09 (100.0)
활동제한 심함	2.79 (41.3)	2.21 (32.8)	1.53 (22.7)	0.21 (3.1)	0.00 (0.0)	6.74 (100.0)	1.89 (54)	1.50 (42.7)	0.11 (3.3)	0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	3.51 (100.0)

주: 비율 100%는 1일 제공되는 총시간임.

t값은 1일 동안 제공된 총 시간을 100으로 하였을 때 서비스 행위별 비율값으로 산출되었음

0.05) p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 t 표시 추가

〈표 3-5-7〉 이용자의 활동제약에 따른 서비스 행위별 제공 시간(일평균)

(단위: 평균시간, %)

제공시간 구분		전체 평균시간 (비율)	활동제약 낮음		활동제약 중간		활동제약 높음	
			평균시간 (비율)	표준편차	평균시간 (비율)	표준편차	평균시간 (비율)	표준편차
신변 관리 지원	신체활동	1.79 (36.5)	1.37 (31.2)	0.87	1.67 (31.9)	1.14	2.15 (48.5)	1.20
	목욕	0.25 (5.2)	0.16 (3.6)	0.30	0.23 (4.5)	0.35	0.32 (7.3)	0.37
	개인위생	0.18 (3.6)	0.09 (2.1)	0.22	0.14 (2.7)	0.26	0.26 (6.0)	0.31
	배설관리	0.14 (2.9)	0.05 (1.2)	0.16	0.10 (1.9)	0.22	0.26 (5.8)	0.30
	옷갈아입기	0.12 (2.3)	0.06 (1.4)	0.15	0.11 (2.1)	0.17	0.14 (3.1)	0.17
	식사	0.66 (13.5)	0.64 (14.5)	0.41	0.69 (13.2)	0.46	0.61 (13.7)	0.38
	체위변경	0.08 (1.5)	0.04 (0.9)	0.13	0.04 (0.8)	0.14	0.15 (3.5)	0.24
	실내이동	0.06 (1.2)	0.03 (0.8)	0.08	0.05 (1.0)	0.13	0.09 (1.9)	0.15
	실내운동보조	0.09 (1.8)	0.05 (1.1)	0.12	0.08 (1.5)	0.19	0.13 (2.9)	0.22
	지켜보기	0.22 (4.4)	0.24 (5.4)	0.49	0.23 (4.3)	0.41	0.19 (4.3)	0.38
	가사활동	1.92 (39.2)	2.03 (46.2)	1.39	2.02 (38.5)	1.38	1.70 (38.4)	1.13
	침구,세탁	0.44 (8.9)	0.51 (11.6)	0.61	0.46 (8.7)	0.44	0.38 (8.5)	0.38
	주거환경관리	0.48 (9.7)	0.54 (12.4)	0.45	0.51 (9.7)	0.47	0.40 (8.9)	0.33
	물품관리	0.13 (2.6)	0.13 (3.0)	0.25	0.14 (2.6)	0.23	0.11 (2.5)	0.18
	금전관리	0.00 (0.1)	0.00 (0.0)	0.02	0.01 (0.1)	0.05	0.00 (0.1)	0.03
	요리 및 식사 준비	0.73 (14.9)	0.74 (16.9)	0.60	0.76 (14.5)	0.69	0.66 (14.9)	0.59
	지켜보기	0.15 (3.0)	0.10 (2.3)	0.26	0.15 (2.8)	0.34	0.15 (3.5)	0.32
사회 활동 지원	사회활동	1.10 (22.4)	0.92 (20.9)	1.65	1.44 (27.4)	1.89	0.52 (11.7)	1.15
	외출준비	0.09 (1.8)	0.08 (1.8)	0.18	0.10 (2.0)	0.20	0.07 (1.5)	0.16
	함께외출	0.39 (8.0)	0.34 (7.6)	0.81	0.48 (9.2)	0.94	0.24 (5.4)	0.68
	이동	0.03 (0.7)	0.03 (0.7)	0.17	0.04 (0.9)	0.19	0.01 (0.3)	0.12
	지역사회참여	0.08 (1.6)	0.07 (1.5)	0.52	0.11 (2.0)	0.56	0.02 (0.5)	0.24

202 노인·장애인 돌봄제도 정합성 확보 방안 연구

	집밖여가	0.36 (7.4)	0.23 (5.2)	0.77	0.51 (9.6)	1.12	0.13 (3.0)	0.60
	지켜보기	0.14 (2.9)	0.18 (4.1)	0.75	0.19 (3.6)	0.64	0.04 (1.0)	0.23
	직장생활							
의사 소통 자원	의사소통	0.09 (1.9)	0.08 (1.8)	0.33	0.11 (2.2)	0.38	0.06 (1.3)	0.38
	의사소통 도움	0.02 (0.4)	0.01 (0.3)	0.08	0.03 (0.5)	0.14	0.01 (0.2)	0.09
	지켜보기	0.07 (1.5)	0.07 (1.5)	0.31	0.09 (1.7)	0.34	0.05 (1.2)	0.37
기타상황		0.00 (0.0)	0.00 (0.0)	0.01	0.00 (0.0)	0.04	0.00 (0.0)	0.01
전체		4.91 (100.0)	4.40 (100.0)	1.99	5.25 (100.0)	2.28	4.43 (100.0)	2.18

주: 비율 100%는 1일 제공되는 총시간임.

t값은 1일 동안 제공된 총 시간을 100으로 하였을 때 서비스 행위별 비율값으로 산출되었음
0.05>p t값이 유의할 경우, 위첨자 형태로 t 표시 추가

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제4장

선진국의 고령장애인 대상 돌봄제도

제1절 일본

제2절 호주

제3절 독일

제4장 선진국의 고령장애인 대상 돌봄제도

제1절 일본

1. 현행 장애인 및 노인을 위한 장기요양제도의 개요

가. 장애인종합지원제도의 개요 및 주요내용

1) 수립배경

장애인종합지원제도는 2013년 4월부터 시행되고 있는데, 이는 2006년 10월부터 전면 시행되어 오던 장애인자립지원제도를 폐지하고 명칭을 변경한 제도이다. 근거법의 명칭은 ‘장애인의 일상생활 및 사회생활을 종합적으로 지원하기 위한 법률’이다(줄여서, 장애인종합지원법이라 칭함).

2000년 4월에 도입된 개호보험제도를 계기로 신체장애자복지법, 지적장애자복지법, 아동복지법 등을 개정하여 장애자를 위한 별도의 장기요양(돌봄) 지원대책을 마련하였고, 이를 바탕으로 2003년 4월부터 장애인지원비제도를 수립하였다. 이 제도는 그동안의 행정조치제도로 운영되던 방식을 서비스이용 계약방식으로 전환한 특징을 지니고 있었지만, 정신장애인을 대상자에서 제외시켰던 점, 입소시설에서 지역으로의 이행지원 및 일반취업으로의 이행지원이 원활하게 추진되지 못했던 점, 그리고 예산부족으로 제도가 제대로 운영되지 못했던 점 등의 문제점이 상존하고 있었다(장애자복지연구회(편), 2019).

그러한 장애인지원비제도의 문제점을 해결하기 위해 2005년 10월에 장애인자립지원법을 제정, 2006년 10월부터 실시하게 되었고, 이 제도가 현행 장애인종합지원제도로 대체되기에 이르렀다. 장애인자립지원제도가 지향하고 있었던 특징은 첫째, 기존의 신체장애, 지적장애 및 정신장애 관련 법에 의해 제각각 운영되던 것을 일원화시켰다는 점, 둘째, 이용자중심의 서비스체계로 개편하였다는 점, 셋째, 취업지원을 강화하였

다는 점, 넷째, 급여지급 결정을 투명하고 명확하게 하였다는 점, 다섯째, 안정적으로 재원을 확보하였다는 점이다(장애자복지연구회(편), 2019).

장애인종합지원제도는 장애인자립지원제도의 기본이념을 유지하면서도 보다 강화시켰다. 즉, 장애인자립지원법에서는 ‘자립된 일상생활 또는 사회생활을 수행할 수 있도록 한다’는 목적을 지니고 있었지만, 장애인종합지원법에서는 ‘기본적인 인권을 영위하는 개인으로서의 존엄성에 부합하는 일상생활 또는 사회생활을 수행할 수 있도록 한다’는 목적으로 강화되었다. 다시 말하면, 장애인종합지원제도에서는 모든 국민은 장애의 유무와 관계없이 차별 없는 생활을 영위하게 한다는 것과 모든 장애인은 가능한 한 살아온 친근한 지역에서 사회참여의 기회를 받으면서 지역주민과 어울려 생활하게 한다는 것으로 축약할 수 있다. 이러한 기본이념의 강화는 후술하겠지만, 장애인에게 지급되던 기존의 서비스 양을 확대시키는 계기가 되었다고 볼 수 있다.

2) 지원대상자의 범위

장애인종합지원제도의 지원대상자는 기존의 장애인자립지원제도로부터 지원받고 있었던 신체장애자, 지적장애자 및 정신장애자(발달장애자를 포함) 이외에도 난치병자(치료방법이 확립되어 있지 않은 질병, 기타 특수한 질병으로 정령으로 정한 장애정도가 후생노동대신이 정한 정도에 해당하는 자)를 추가하였다.

여기에서 신체장애란 사지(두 손과 두 다리)가 부자유스럽거나 시각이나 청각에 제한이 있어 신체기능에 장애가 있는 상태를 말한다. 이는 ①시각장애, ②청각 또는 평형기능의 장애, ③음성기능, 언어기능 및 저작기능의 장애, ④지체부자유, ⑤내부장애 및 난치병이 포함되어 있다. 난치병의 종류는 2015년 이후 지속적으로 확대하여 왔는데, 1차 개정시(2015.1) 기존의 130개에서 151개, 2차 개정시(2015.7) 332개, 3차 개정시(2017.4) 358개, 4차 개정시(2018.4) 359개, 그리고 2019년부터는 361개로 확대되었다(후생노동성, 장애인종합지원법의 대상질환(난병 등)의 개정에 대해; <https://www.mhlw.go.jp/content/000526647.pdf> 참조) 그리고, 신체내부의 장기에 장애가 있는 내부장애의 경우에는 신체장애자복지법에서 7가지의 장애, 즉, 심장기능장애, 신장기능장애, 호흡기기능장애, 방광/직장기능장애, 소장기능장애, HIV에 의한 면역기능장애 및 간기능장애를 지칭하고 있다. 지적장애란 지적기능에 제약이 있

거나, 적응행동에 제약을 동반하는 상태이거나, 발달기에 발생한 장애인 경우를 말한다. 일반적으로 금전관리·읽고 쓰기·계산 등, 일상생활이나 학교생활에서 두뇌를 사용하는 지적활동에 지장이 있는 경우를 가리킨다. 정신장애에는 통합실조증, 기분장애, 간질, 의존증, 고차뇌기능장애가 포함되는데, 여기에서 고차뇌기능장애에는 기억장애, 주의장애, 축행기능장애, 사회적 행동장애, 질병 인식결여 등이 있다.

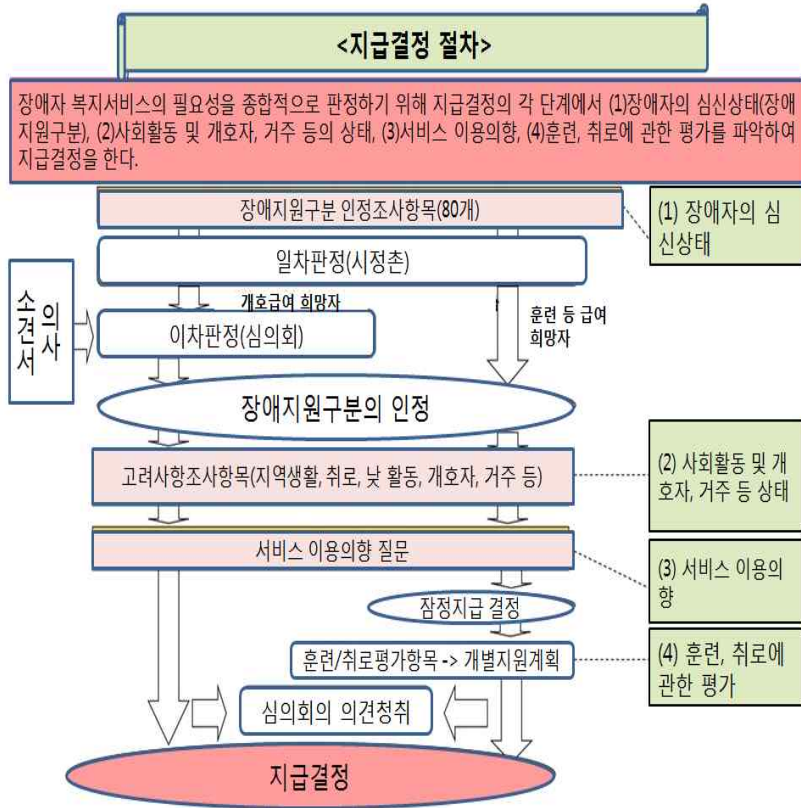
그런데, 장애인종합지원제도에 의해 서비스를 이용하던 장애인이 65세가 되면 개호보험제도의 급여수준과 동등하다고 인정될 때에는 원칙적으로 개호보험제도의 급여대상자로 전환하도록 되어 있다.

3) 지원대상자의 선정 및 급여지급 결정방식

전반적인 장애인종합지원제도에 의한 급여결정 절차는 [그림 4-1]과 같다. 대략적으로 설명하면 대상자로부터의 신청에 의해 장애지원구분 인정조사를 실시한 후, 그 결과를 가지고 일차 및 이차판정을 거쳐 장애지원구분(개호서비스의 필요도 척도)이 결정된다. 이러한 인정조사 및 대상자 선정방식은 개호보험제도에서 적용하고 있는 절차와 동일하다. 다만, 개호급여(장기요양급여)가 아닌 훈련 등의 급여를 희망하는 장애인인 경우에는 이차판정을 거치지 않고 일차판정만으로 장애지원구분을 인정받는다.

그런데, 그러한 장애지원구분을 인정받은 자는 사회활동 및 개호자(수발자), 거주 등의 상태와 서비스 이용의향을 다시 조사, 평가받고 나서 지자체별로 해당하는 급여가 지급되도록 결정하는 것으로 되어 있다.

[그림 4-1] 장애인종합지원제도의 급여지급결정 절차



자료: (일반재단법인) 후생노동통계협회, 국민의 복지와 개호의 동향, 2018/2019, 2018.

(1) 장애인지원구분 인정조사항목

장애인지원구분을 결정하기 위해 필요한 조사항목은 <표 4-1>과 같이 총 80개이다. 이는 과거 장애정도구분을 위해 활용된 106개 항목에서 축소된 것이다.

다시 말하면, 이동 및 동작 등에 관한 항목(12개), 신체수발 및 일상생활 등에 관한 항목(16개), 의사소통 등에 관한 항목(6개), 행동장애에 관한 항목(34개), 특별의료에 관한 항목(12개)으로 구성되어 있다. 이러한 항목들은 다양한 유형의 장애상태를 고려한 것들인데, 후술하겠지만, 상당한 항목들이 개호보험제도에서 활용하고 있는 것과 동일하다.

〈표 4-1〉 장애지원구분 인정조사항목

영역	조사항목	
1. 이동 및 동작 등에 관한 영역 (12개)	1-1. 뒤집기 1-3. 앉은 자세 유지하기 1-5. 일어서기 1-7. 한쪽 발로 서 있기 1-9. 이동 1-11. 욕창	1-2. 누운 자세에서 몸 일으키기 1-4. 이송(옮겨타기) 1-6. 양발로 서 있기 1-8. 보행 1-10. 옷 갈아입기 1-12. 연하(삼키기)
2. 신체수발 및 일상생활 등에 관한 영역 (16개)	2-1. 식사 2-3. 입욕 2-5. 배변 2-7. 투약 관리 2-9. 전화 등 이용 2-11. 위험 인식 2-13. 청소 2-15. 물건사기	2-2. 구강청결 2-4. 배뇨 2-6. 건강, 영양관리 2-8. 금전관리 2-10. 일상적인 의사결정 2-12. 조리 2-14. 세탁 2-16. 교통수단 이용
3. 의사소통 등에 관한 영역 (6개)	3-1. 시력 3-3. 의사소통 3-5. 읽고 쓰기	3-2. 청력 3-4. 설명 이해 3-6. 감각과민, 감각둔화/마비
4. 행동장애에 관한 영역 (34개)	4-1. 피해적, 거부적 4-3. 감정의 불안정 4-5. 폭언, 폭행 4-7. 큰소리, 괴성지르기 4-9. 배회 4-11. 외출시 복귀 불가능 4-13. 수집벽 4-15. 불결행위 4-17. 심한 건망증 4-19. 심한 행동이나 정지 4-21. 자해행위 4-23. 부적절한 행동 4-25. 과식, 반우울 등 4-27. 반복적인 행동 4-29. 의욕결핍 4-31. 집중력유지가 안됨 4-33. 집단 부적응	4-2. 거짓말하기 4-4. 주야(낮과 밤) 역전 4-6. 같은 말 되풀이하기 4-8. 지원거부 4-10. 차분하지 못함 4-12. 혼자 나가려고 함 4-14. 물건 망가트리기 4-16. 음식 잘못 먹기 4-18. 거부 4-20. 불안정한 행동 4-22. 타인 상처입히기 4-24. 돌발적인 행동 4-26. 조울증상 4-28. 대인에 대한 불안, 긴장 4-30. 말이 정리되지 못함 4-32. 자기의 과대평가 4-34. 음료수의 다음 및 과음
5. 특별의료에 관한 영역 (12개)	5-1. 점적관리 5-3. 투석 5-5. 산소요법 5-7. 기관절개 처치 5-9. 경관영양 5-11. 욕창처치	5-2. 중심정맥영양 5-4. 스토마 처치 5-6. 레스피레이터 5-8. 동통 간호 5-10. 모니터측정 5-12. 카테텔

자료: 후생노동성 참고자료(<https://www.mhlw.go.jp/content/000501490.pdf>)

(2) 장애지원구분의 기준

인정조사항목을 바탕으로 최종적으로 비해당과 구분1~6의 총 7개에 이르는 장애지원구분(등급)으로 분류하고 있다. 이러한 구분의 판정기준은 기존 장애인자립지원제도에서 적용하였던 장애정도구분의 기준시간을 그대로 적용하고 있다. 그런데, 그러한 장애정도구분의 기준시간은 개호보험제도에서 적용하고 있는 요개호인정 기준시간과 일치되어 있다. 다만, 장애정도구분체계에서는 장애의 정도가 중증도와 관련이 높았지만, 중증도와 무관하게 많은 서비스를 필요로 하는 경증자를 고려하여 새로운 방식의 장애지원구분체계로 변경하였다. 이는 장애의 중증도가 반드시 서비스의 양과 일치하지 않는다는 것을 의미하고 있다.

〈표 4-2〉 장애정도구분의 기준시간

구분	장애정도구분 기준시간
비해당	25분 미만인 경우
구분1	25분 이상 32분 미만인 상태, 또는 이에 해당한다고 인정된 상태
구분2	32분 이상 50분 미만인 상태, 또는 이에 해당한다고 인정된 상태
구분3	50분 이상 70분 미만인 상태, 또는 이에 해당한다고 인정된 상태
구분4	70분 이상 90분 미만인 상태, 또는 이에 해당한다고 인정된 상태
구분5	90분 이상 110분 미만인 상태, 또는 이에 해당한다고 인정된 상태
구분6	110분 이상인 상태, 또는 이에 해당한다고 인정된 상태

주: '이에 해당한다고 인정된 상태'라는 의미는 ①장애정도구분 기준시간은 위의 구분마다 정해진 시간범위인 상태이고, ②장애정도구분 기준시간은 ①에 정해진 시간범위에 없지만, 인정조사 중 행동장애의 빈도 및 수단적 일상생활동작과 관련한 지원의 필요성에 관한 항목의 결과를 감안하여 ①의 상태에 해당한다고 인정된 상태이고, ③장애정도구분 기준시간, 인정조사의 결과, 특기사항 및 의사의견서를 감안하여 ②의 상태에 해당한다고 인정된 상태임.

자료: (일반재단법인) 후생노동통계협회, 국민의 복지와 개호의 동향, 2018.

즉, 장애인종합지원제도로 변경된 이후 장애지원구분을 결정하는 새로운 판정방식으로 변경되었다. 즉, 2009~2011년도의 인정데이터(약 14,000건)에서 신청자(조사대상자)와 동일한 상태상인 장애자의 2차 판정 결과를 추출하고, 그 추출된 데이터 중, 가장 확률이 높은 구분(2차 판정 결과)을 장애지원구분의 1차 판정결과로 간주하고, 심사회에서 특기사항, 의사의견서를 고려하여 2차적으로(최종적으로) 구분을 결정한다. 다시 말하면, 각 장애지원구분에 해당하는 상태상은 〈표 4-3〉과 같다.

〈표 4-3〉 장애지원구분의 상태상

구분	장애정도구분 기준
비해당	인정조사의 결과 및 의사의견서에 의해 확인된 '신청자에게 필요한 지원수준'이 현재까지 '비해당'으로 판정된 케이스가 가장 많은 상태상에 해당하는 경우
구분1	인정조사의 결과 및 의사의견서에 의해 확인된 '신청자에게 필요한 지원수준'이 현재까지 '구분1'로 판정된 케이스가 가장 많은 상태상에 해당하는 경우
구분2	인정조사의 결과 및 의사의견서에 의해 확인된 '신청자에게 필요한 지원수준'이 현재까지 '구분2'로 판정된 케이스가 가장 많은 상태상에 해당하는 경우
구분3	인정조사의 결과 및 의사의견서에 의해 확인된 '신청자에게 필요한 지원수준'이 현재까지 '구분3'로 판정된 케이스가 가장 많은 상태상에 해당하는 경우
구분4	인정조사의 결과 및 의사의견서에 의해 확인된 '신청자에게 필요한 지원수준'이 현재까지 '구분4'로 판정된 케이스가 가장 많은 상태상에 해당하는 경우
구분5	인정조사의 결과 및 의사의견서에 의해 확인된 '신청자에게 필요한 지원수준'이 현재까지 '구분5'로 판정된 케이스가 가장 많은 상태상에 해당하는 경우
구분6	인정조사의 결과 및 의사의견서에 의해 확인된 '신청자에게 필요한 지원수준'이 현재까지 '구분6'으로 판정된 케이스가 가장 많은 상태상에 해당하는 경우

자료: 후생노동성, 장애인종합지원법에 의한 장애지원구분 인정조사원매뉴얼, 2014.4

참고로 시정촌심사회에 의한 2017.10월~2018.9월간 2차 판정 결과를 보면, 구분1은 전체의 2.0%, 구분2는 18.3%, 구분3은 20.9%, 구분4는 18.3%, 구분5는 14.9%, 구분6은 25.5%로 집계되고 있다(〈표 4-4〉 참조). 여기에서 중증장애인(심한 장애인)에 해당하는 구분4~6의 대상자는 전체의 58.7%를 차지하고 있다. 또한, 소득구분별로 보면, 2018.6월 현재, 생활보호대상자가 전체의 13.8%, 저소득자가 79.2%, 일반소득자1이 5.5%, 일반소득자2가 1.5%로 집계되고 있는데, 일반소득계층은 전체의 7%수준이다(〈표 4-5〉 참조).

〈표 4-4〉 장애지원구분별 판정비율(2017.10월~2018.9월)

(단위: 건, %)

비해당	구분1	구분2	구분3	구분4	구분5	구분6	합계
44 (0.0)	5,483 (2.0)	49,621 (18.3)	56,510 (20.9)	49,660 (18.3)	40,359 (14.9)	69,049 (25.5)	270,726 (100.0)

자료: 후생노동성 참고자료(<https://www.mhlw.go.jp/content/000501490.pdf>)

〈표 4-5〉 소득구분별 이용자수(2018.6월 기준)

(단위: 천 명, %)

생활보호	저소득자	일반소득자1	일반소득자2	합계
117 (13.8)	670 (79.2)	46 (5.5)	12 (1.5)	846 (100.0)

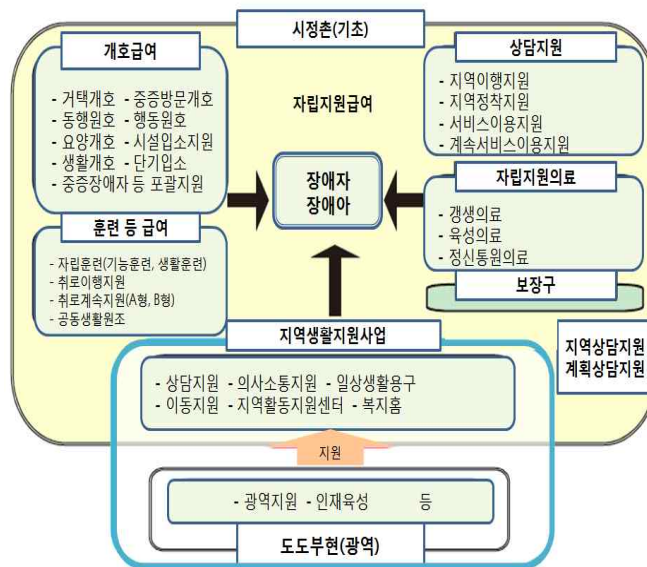
자료: 장애인복지연구원(편), 장애인종합지원법 제2판, 2019.3

4) 서비스급여 내용

(1) 급여내용

장애인종합지원제도에서 제공하는 급여서비스의 내용은 [그림 4-2]와 같다. 크게 자립지원급여와 지역생활지원사업으로 구분된다. 자립지원급여에는 국가가 의무적으로 예산을 확보하여 지급하여야 하는 것으로 ①개호급여, ②훈련 등 급여비, ③자립지원의료, ④보장구비 지급, ⑤상담지원서비스가 있고, 지역생활지원사업은 지방자치단체의 실정에 따라 재량적으로 지급하는 서비스이다.

[그림 4-2] 전반적인 장애인종합지원제도의 서비스급여체계



자료: (일반재단법인) 후생노동통계협회, 국민의 복지와 개호의 동향, 2018.

이 중에서 개호보험제도의 급여내용과 유사한 개호급여만을 중심으로 그 내용을 정리하면 <표 4-6>과 같다. 즉, 자택에서 거주하면서 이용할 수 있는 ①방문형 서비스는 거택개호, 중도방문개호, 동행원호, 행동원호, 중도장애자포괄지원이 있고, 주로 주간(낮)이나 일정기간에 이용할 수 있는 ②통소형 서비스는 요양개호, 생활개호 및 단기입소가 있으며, 시설에 입소하여 이용할 수 있는 서비스는 ③시설입소지원이 있다. 이를 다시 간략하게 개호급여 내용별 이용 가능한 장애지원구분을 제시하면 <표 4-7>과 같다. 여기에서 시각장애인을 위한 동행원호는 비해당등급으로 결정된 장애인도 이용할 수 있는 서비스이다.

먼저, 방문형서비스를 설명하면, 거택개호서비스의 내용은 거택에서 제공되는 ①입욕, 배설 및 식사 등에 대한 개호, ②조리, 세탁 및 청소와 같은 가사지원, ③일상생활에 관한 상담 및 조언, ④기타 생활전반에 걸친 원조 등이다. 그 이외에 통원개조 및 통원승강개조도 포함되어 있다. 중도방문개호의 내용은 거택에서 제공되는 ①입욕, 배설 및 식사 등에 대한 개호, ②조리, 세탁 및 청소와 같은 가사지원, ③기타 생활전반에 걸친 원조, ④외출 시 이동 중의 개호 등이다. 동행원호의 내용은 외출 시 ①이동에 필요한 정보 제공(대필, 대독도 포함), ②이동원호, 배설 및 식사 개호, ③기타 외출 시 필요한 원조이다. 여기에서 외출의 경우, 통근, 영업활동 등의 경제활동과 관련된 외출, 장기간에 걸친 외출 및 사회통념상 적당하지 않은 외출은 제외한다. 행동원호의 내용은 ①행동 시 발생할 수 있는 위험을 피하기 위한 필요한 원호, ②외출 시 이동 중의 개호, ③배설 및 식사 등의 개호 및 기타 행동 시 필요한 원조이다. 이러한 행동원호에는 예방적 대응, 제어적 대응 및 신체개호적 대응으로 취해지는 원조가 있다. 예방적 대응은 어떠한 행동이 취해질지 예정을 알 수 없어서 불안정해지고 부적절한 행동이 발생하지 않도록 미리 행동의 순서나 외출 때에는 그 목적지에서의 행동을 이해시키는 것을 말하고, 제어적 대응은 행동장애를 일으켰을 때의 문제행동을 적절하게 억제시키는 것을 말하며, 신체개호적 대응은 변의(배설느낌)의 의식을 나타내지 못하는 장애인에 대한 개조를 말한다. 중도장애자포괄지원의 내용은 방문형서비스와 통소서비스를 조합하여 포괄적으로 지원하는 것이다. 이 서비스사업소의 운영기준은 이용자와 24시간 연락대응이 가능한 체제를 확보하여야 하고, 두 가지 이상의 장애복지서비스를 제공할 수 있는 체제를 확보하여야 하며, 전문의를 갖춘 의료기관과 협력체제가 갖추어져야 하고, 마지막으로 제공된 서비스에 따라 최저기준과 지정기준을 충족하여야 하는 것으로 되

어 있다.

주간 이용형 서비스의 경우, 요양개호의 내용은 ①병원의 장기입원에 따른 의학적 관리아래 식사, 입욕, 배설 등의 개호, 일상생활상의 상담지원을 제공하고, ②이용자의 장애정도에 따라 그에 부합되는 서비스 제공체제가 확보되도록 사업자마다 평균 장애 지원구분에 대응하는 인원배치기준과 서비스단가를 설정하여야 하는 것이다. 생활개호의 내용은 주로 주간(낮)에 입욕, 배설 및 식사의 개호, 일상생활 지원, 생산활동의 기회를 제공하는 것이다. 단기입소서비스의 내용은 ①단기간의 입욕, 배설 및 식사 개호, 기타 필요한 지원, ②단기입소자는 장기입소시설내 입소자로 간주하고, 직원배치 및 서비스단가를 장기입소시설서비스보다 더 높게 책정하는 것이다.

마지막으로 시설입소지원서비스의 내용은 (1)야간에 입욕, 배설 등의 개호 및 일상생활의 상담지원을 실시하고, (2)생활개호의 이용자는 이용기간의 제한 없고, 자립훈련 및 취로이행지원대상의 이용자는 서비스이용기간에 제한이 있다.

〈표 4-6〉 장애인종합지원제도의 개호급여 내용

구분	사업내용	이용자기준
거택개호 (방문형)	자택에서 입욕, 배설 및 식사 케어를 제공	장애지원구분1 이상인 자
중도방문 개호 (방문형)	중도 지체부자유자 또는 중도 지적장애/정신장애로 상시 케어를 필요로 하는 장애자에 대해 자택에서의 입욕, 배설 및 식사 케어 제공 및 외출 시 이동 중 케어를 제공	장애지원구분4 이상이고, 아래에 해당하는 자 (1) 양지 이상에 마비가 있고 인정조사항목의 보행, 이송, 배뇨, 배변 중에 '지원이 불필요' 이외에 해당되는 경우 (2) 인정조사항목 중에 행동관련항목(12개)의 총점이 10점 이상인 경우
동행원호 (방문형)	시각장애로 이동에 현저한 어려움이 있는 장애자이면서 외출시 동행하여 이동에 필요한 정보 제공, 이동 원호, 배설 및 식사 케어를 제공	동행원호사정표에서 이동장애점수가 1점 이상, 또는 이동장애 이외의 점수가 1점 이상인 자
행동원호 (방문형)	지적 및 정신장애로 행동에 현저한 어려움이 있는 장애자이면서 상시 케어가 필요하고, 해당 장애자들이 행동할 때 발생하는 위험을 피하기 위해 필요한 원호, 외출 시 이동 중 케어를 제공	장애지원구분3 이상이고, 행동관련항목(12개)의 총점이 10점 이상인 경우
중도장애자 등 포괄지원 (방문형)	상시 케어가 필요한 장애자로 케어필요도가 매우 높아서 거택개호 및 기타 장애자 복지서비스를 포괄적으로 제공	의사소통에 현저한 장애가 있고 사지마비나 와상상태에 있는 자 및 지적/정신장애로 행동상 현저한 어려움이 있는 자
요양개호 (주간형)	의료가 필요한 장애자로 상시 케어가 필요한 자이면서, 병원 및 기타 시설에서 주로 주간, 기능훈련, 요양관리, 간호, 의학적 관	병원 및 시설의 장기입원에 따른 의료적 케어에 부가하여, 상시 케어가 필요한 자이고, 아래에 해당하는 자

구분	사업내용	이용자기준
	리 케어 및 일상생활 돌봄을 지원 (요양개호의료는 요양개호 중 의료에 관한 것임)	(1) 근위측성측색경화증(ALS), 환자 등 기관절개를 동반한 인공호흡기에 의한 호흡관리를 받는 자로 장애지원구분6인 경우 (2) 근 지스트로피환자 또는 중증심신장애자로 장애지원구분5 이상인 경우
생활개호 (주간형)	장애자지원시설 등에서 상시 케어가 필요한 자이면서, 주로 주간에 식사, 입욕, 배설 등의 케어 및 일상생활 지원, 생산활동의 기회 등을 제공	지역 및 입소시설에서 안정된 생활을 보내기 위해 상시 개호지원이 필요한 자로 아래에 해당하는 자 (1) 장애지원구분3 이상인 경우 (2) 50세 이상인 경우는 장애지원구분2(시설입소는 구분3) 이상인 경우
단기입소 (주간형)	주택에서 개호자의 질병, 기타 이유로 장애자지원시설, 아동복지시설, 기타 아래에 해당하는 편의를 적절하게 제공할 수 있는 시설에 단기간 입소가 필요한 장애에 대해 입욕, 배설 및 식사, 기타 필요한 케어를 제공	복지형 장애지원구분1 이상인 자 장애지원구분1 이상에 해당하는 장애아 의료형 의식장애자, 운동뉴런질환 보유자 및 중증심신장애자
시설 입소지원 (시설입소형)	시설입소 장애자에게 주로 야간에 입욕, 배설 및 식사케어를 제공	야간에 케어가 필요한 자, 통소가 어려운 자립훈련 또는 취로이행지원 이용자 (1) 생활개호이용자 중, 구분4 이상인 자(50세 이상자는 구분3 이상) (2) 자립훈련 또는 취로이행지원 이용자 중, 지역사회지원원의 상태에 따라 통소가 어려운 자

자료: (일반재단법인) 후생노동통계협회, 국민의 복지와 개호의 동향, 2018.

〈표 4-7〉 장애인종합지원제도의 개호급여별 이용 가능한 장애지원구분

구분	비해당	구분1	구분2	구분3	구분4	구분5	구분6	비고
거택개호 (홈헬프)								통원케어에 대해서는 구분2 이상이고 인정조사항목의 요건을 충족할 것
중도방문개호								〈표 4-6〉 참조
동행원호								〈표 4-6〉 참조
행동원호								지적 및 정신장애자만 해당
요양개호								〈표 4-6〉 참조
생활개호								50세 이상은 구분2부터 이용 가능
단기입소								
중도장애자 등 포괄지원								〈표 4-6〉 참조
시설입소지원								50세 이상은 구분3부터 이용 가능

자료: (일반재단법인) 후생노동통계협회, 국민의 복지와 개호의 동향, 2018.

(2) 급여의 동시 이용 가능여부

〈표 4-8〉은 특정급여서비스를 이용하면서 다른 급여서비스를 이용할 수 있는지를 정리한 표인데, 동일시간대에 병급이 가능한 경우, 동일시간대에는 병급이 불가능한 경우, 병급자체가 불가능한 경우로 구분되어 있다.

〈표 4-8〉 장애복지서비스간 병급가능 여부(아마구치시 사례)

구분	거택개호	중도방문개호	병동방문개호	행동지원개호	요양개호	생활개호	단기입소	중도장애인포괄지원	시설입소지원
거택개호		X	△	△	X	△	△	X	X
중도방문개호	X		X	△	X	△	△	X	X
동행원호	△	X		X	X	△	△	X	X
행동원호	△	△	X		X	△	△	X	X
요양개호	X	X	X	X		X	X	X	X
생활개호	△	△	△	△	X		△	X	O
단기입소	△	△	△	△	X	△		X	X
중도장애인포괄지원	X	X	X	X	X	X	X		X
시설입소지원	X	X	X	X	X	O	X	X	

주: O는 병급가능, △는 동일시간대에는 병급불가, X는 병급불가

(개호급여와 기타 급여간 병급관계는 생략함)

자료: 아마구치시 장애복지과, 아마구치시 장애복지서비스 지급결정기준, 2020.4.1 개정.

(3) 급여수준

개호급여유형별로 각 구분에 해당하는 자에 대한 국고부담기준액은 2018년 기준으로 다음과 같다. 여기에서 국고부담기준액은 개인의 서비스 지급 상한액을 의미하는 것이 아니라 시정촌(지자체)에 대한 국고부담의 상한을 설정한 것이다. 이와 같은 방식은 서비스 이용이 국고부담기준액보다 적게 이용한 자로부터 남는 국고부담액을 서비스 이용이 많은 자에게로 이전시킬 수 있게 한 것이다. 그렇지만, 총량적으로 보면, 각 지자체에서 지원하는 장애인에 대한 급여의 총액은 국고부담의 총액 범위 내에서 이루어지고 있다. 만약에 지자체에 대한 국고부담기준을 초과하여 서비스를 지급한 시정촌

은 그 초과액을 지자체의 재정으로 충당하도록 하고 있다.

이 중에서 방문형 서비스에 대해서만 살펴보면, 거택개호이용자는 월 2,930~24,150단위, 중도 방문개호 이용자는 월 21,500~48,110단위(단, 개호보험대상자는 16,020단위), 동행원호 이용자는 구분과 무관하게 월 12,730단위, 행동원호 이용자는 월 14,790~34,440단위, 중도장애자등 포괄지원 이용자는 월 85,750단위(단, 개호보험대상자는 58,480단위), 그리고 중도장애자등 포괄지원 대상자이고 중도장애자등 포괄지원을 이용하지 않고 거택개호, 중도방문개호, 동행원호 또는 행동원호를 이용하는 자는 월 69,830단위(단, 개호보험대상자는 42,560단위)로 되어 있다. 각 지자체는 국고부담기준액을 바탕으로 각 개인별 개호급여서비스의 지급량을 결정하고 있으며 지자체별 총지급량을 결정하는 방식이 일정하지 않다.

〈표 4-9〉 방문형 개호급여유형별 국고지원부담기준

구분	구분1	구분2	구분3	구분4	구분5	구분6
거택개호	2,930단위	3,790단위	5,580단위	10,480단위	16,780단위	24,150단위
중도방문개호	-	-	(21,500단위)	26,920단위	33,740단위	48,110단위
동행원호	12,730단위					
행동원호	-	-	14,790단위	19,930단위	26,500단위	34,440단위
중도장애자 등 포괄지원	-	-	-	-	-	85,750단위

주: 중도방문개호의 구분3은 경과조치임

자료: 후생노동성, 방문계서비스에 관한 국고부담기준의 일부개정에 대해, 2018.3.30

그리고, 이용자의 서비스 이용 부담상한월액은 생활보호대상자와 저소득자는 무료, 시정촌민세 과세세대 중에서 소득할액 16만엔 미만인 경우는 9,300엔, 그 이외의 일반소득자는 37,200엔이다. 그런데, 시정촌민세 과세세대 중에서 시민세 소득할액 16만엔 미만에 해당하는 일반소득자라도 입소시설이용자(20세 이상), 그룹홈, 케어홈을 이용하는 자는 부담상한월액이 37,200엔이다. 다만, 지역마다 다소 차이가 있는데, 후쿠오카시의 경우에는 시민세 소득할액 16만엔 이상의 소득자라도 시설입소서비스를 제외한 경우에는 부담상한월액이 18,600엔이다. 참고로 여기에서 말하는 부담상한월액이란, 이용자가 이용한 서비스의 총비용이 부담상한월액을 초과한다고 하더라도 이용자는 최대 상한액만 부담한다는 것을 의미한다. 참고로, 저소득계층의 부담상한월액

에 대해서는 지난 2007.4월부터 2010.3월까지 저소득1과 저소득2로 구분하여 각각 3,750엔 → 1,500엔, 6,150엔 → 3,000엔을 경감해 오다가 2010.4월부터는 저소득계층 무료화조치로 현재와 같이 변경되었다.

〈표 4-10〉 개호급여 이용자 본인부담상한월액 기준표

	세대수입기준	부담상한 월액(엔)
생활보호	생활보호수급세대	0
저소득층	시정촌민세 비과세세대	0
일반1	시정촌민세 과세세대(소득할액 16만엔 미만) (단, 입소시설이용자(20세이상), 그룹홈, 케어홈 이용자는 제외)	9,300
일반2	일반1 이외	37,200

자료: (일반재단법인) 후생노동통계협회, 국민의 복지와 개호의 동향, 2018.

〈표 4-11〉 개호급여 이용자 본인부담상한월액 기준표(후쿠오카시 사례)

	세대수입기준	부담상한 월액(엔)	
		재택서비스 등	시설입소지원
생활보호	생활보호수급세대	0	0
저소득층	시정촌민세 비과세세대	0	0
일반	시정촌민세 과세세대(소득할액 16만엔 미만)	9,300	37,200
	시정촌민세 과세세대(소득할액 16만엔 이상)	18,600	

자료: 후쿠오카시 장애자재택지원과, 장애자종합지원법(장애복지서비스, 지역생활지원사업)에 관한 서비스내용 등에 대해, 2018.6.

(4) 장애자복지서비스의 보수(서비스단가) 산정 구조

2019년 10월 기준으로 수정된 장애자복지서비스의 지불단가를 정리하면 다음과 같다. 다만, 여기에서는 방문형 서비스에 해당하는 거택개호, 중도방문개호, 동행원호, 행동원호 및 중도장애자 등 포괄지원서비스와 생활개호(주간보호), 단기입소에 한정하여 설명한다.

먼저 거택개호서비스비의 지불단가는 〈표 4-18〉과 같은데, 여기에서는 기본액 산정만을 설명한다. 다만, 이를 기준으로 개호종사자교육의 기초연수과정수료자가 수행

한 경우, 중도방문개호연수수료자가 수행한 경우, 2명의 거택개호종사자가 수행한 경우, 야간이나 조조, 심야에 수행한 경우, 초임자연수과정수수료자가 작성한 거택개호계획에 입각하여 제공한 경우, 사업소와 동일한 건물의 이용자나 그 이외의 동일건물 이용자 20명이상에게 서비스를 제공한 경우, 특정사업소, 특별지역, 긴급 시 대응, 객담흡인 등 지원체제 등에 대해서는 감산 또는 가산하여 산정하도록 하고 있다.

주요 가산내용을 제시하면, ①특정사업소에 대한 5%, 10%, 또는 20%의 가산이 있는데, 그 조건은 서비스제공체제의 정비, 양질의 인재 확보, 중도장애인 대응에 적극적으로 노력하는 사업소 등이다. 또한, ②복지전문직원 등 연계가산으로 90일간 3회를 한도로 1회당 564단위를 가산하는 것이고, ③객담흡인 등 지원체제 가산으로 1일당 100단위를 가산하고 있다.

〈표 4-12〉 장애자복지서비스비의 거택개호서비스비 단가 산정 기준(2019.10월 이후)

기준시간	신체개호 및 통원지원(신체개호 를 동반하는 경우)	가사 원조	통원지원 (신체개호 동반하지 않는 경우)	통원지원 (송강지원)
30분미만	249단위	102단위	102단위	1회 98단위 (시간 무관)
30분~ 1시간미만	393단위	148단위 (30~45분)	191단위	
1시간~ 1시간30분미만	571단위	191단위 (45분~1시간미만)	268단위	
1시간30분~ 2시간미만	652단위	232단위 (1시간~ 1시간15분미만)	336단위(+68단위) (1시간30분이상 30분마다)	
2시간~ 2시간30분미만	734단위	268단위 (1시간15분~ 1시간30분)	-	
2시간30분~ 3시간미만	815단위	302단위(+34단위) (1시간30분이상 15분마다)	-	
3시간이상 30분마다	896단위(+81단위)	-	-	

〈표 4-19〉는 중도방문개호서비스비의 지불단가 기준인데, 이를 기준으로 중도장애인 경우, 장애지원구분 6에 해당하는 자인 경우, 2인의 중도방문개호종사자가 수행한 경우, 야간이나 조조, 심야에 수행한 경우, 90일 이상 이용인 경우(병원입원 또는 시설입소 장애인 대상), 특정사업소, 특별지역, 긴급시 대응, 객담흡인(일반장애인 대상)

등 지원체제 등에 대해서는 감산 또는 가산하여 산정하도록 하고 있다.

주요 가산내용을 제시하면, ①특정사업소에 대한 10%, 또는 20%의 가산이 있는데, 그 조건은 서비스제공체제의 정비, 양질의 인재 확보, 중도장애인 대응에 적극적으로 노력하는 사업소 등이다. 또한, ②행동장애지원 연계가산으로 30일간 1회에 한해 1회당 584단위를 가산하는 것이고, ③객담흡인 등 지원체제 가산으로 1일당 100단위를 가산하고 있다.

〈표 4-13〉 장애자복지서비스비의 중도방문개호서비스비 단가 산정 기준(2019.10월 이후)

기준시간	일반장애인 및 병원입원 또는 입소중인 장애인 경우
1시간미만	184단위
1시간 ~ 1시간30분미만	274단위
1시간30분 ~ 2시간미만	366단위
2시간 ~ 2시간30분미만	457단위
2시간30분 ~ 3시간미만	549단위
3시간 ~ 3시간30분미만	639단위
3시간30분 ~ 4시간미만	731단위
4시간 ~ 8시간미만	816단위 (30분마다 85단위 가산)
8시간 ~ 12시간미만	1,496단위 (30분마다 85단위 가산)
12시간 ~ 16시간미만	2,171단위 (30분마다 80단위 가산)
16시간 ~ 20시간미만	2,817단위 (30분마다 86단위 가산)
20시간 ~ 24시간미만	3,499단위 (30분마다 80단위 가산)

〈표 4-20〉는 동행원호서비스비의 지불단가 기준인데, 이를 기준으로 개호종사자교육의 기초연수과정수료자가 수행한 경우, 맹인용 통역, 개조원이 수행한 경우, 2명의 동행원호종사자가 수행한 경우, 야간이나 조조, 심야에 수행한 경우, 맹인에 대해 맹인용 맹인용 통역, 개조원이 수행한 경우, 장애지원구분 3에 해당하는 경우, 장애지원구분 4이상인 경우, 특정사업소, 특별지역, 긴급시 대응, 객담흡인 등 지원체제 등에 대해서는 감산 또는 가산하여 산정하도록 하고 있다.

주요 가산내용을 제시하면, ①맹인지원에 대한 25% 가산, ②구분3의 장애인에게 제공될 때의 20% 가산, ③구분4 이상의 장애인에게 제공될 때의 40% 가산, ④특정사업

소에 대한 5%, 10%, 또는 20%의 가산이 있는데, 그 조건은 서비스제공체제의 정비, 양질의 인재 확보, 중도장애인 대응에 적극적으로 노력하는 사업소 등이다. 또한, ⑤특별지역에 대한 15% 가산과 ⑥객담흡인 등 지원체제 가산으로 1일당 100단위를 가산하고 있다.

〈표 4-14〉 장애자복지서비스비의 동행원호서비스비 단가 산정 기준(2019.10월 이후)

기준시간	일반장애인 및 병원입원 또는 입소중인 장애인 경우
30분미만	184단위
30분 ~ 1시간미만	292단위
1시간 ~ 1시간30분미만	421단위
1시간30분 ~ 2시간미만	485단위
2시간 ~ 2시간30분미만	548단위
2시간30분 ~ 3시간미만	611단위
3시간이상	674단위 (30분마다 63단위 가산)

〈표 4-21〉은 행동원호서비스비의 지불단가 기준인데, 이를 기준으로 지원계획서가 미작성인 경우, 2명의 행동원호종사자가 수행한 경우, 특정사업소, 특별지역, 긴급시 대응, 객담흡인 등 지원체제 등에 대해서는 감산 또는 가산하여 산정하도록 하고 있다.

주요 가산내용을 제시하면, ①특정사업소에 대한 5%, 10%, 또는 20%의 가산이 있는데, 그 조건은 서비스제공체제의 정비, 양질의 인재 확보, 중도장애인 대응에 적극적으로 노력하는 사업소 등이다. 또한, ②행동장애지원지도 연계가산으로 중도방문개호로 이행한 달에 대해 1회에 한해 273단위를 가산하는 것과 ③객담흡인 등 지원체제 가산으로 1일당 100단위를 가산하고 있다.

〈표 4-15〉 장애자복지서비스비의 행동원호서비스비 단가산정 기준(2019.10월 이후)

기준시간	기준
30분미만	255단위
30분 ~ 1시간미만	403단위
1시간 ~ 1시간30분미만	587단위
1시간30분 ~ 2시간미만	735단위
2시간 ~ 2시간30분미만	884단위
2시간30분 ~ 3시간미만	1,032단위
3시간 ~ 3시간30분미만	1,182단위
3시간30분 ~ 4시간미만	1,330단위
4시간 ~ 4시간30분미만	1,480단위
4시간30분 ~ 5시간미만	1,628단위
5시간 ~ 5시간30분미만	1,777단위
5시간30분 ~ 6시간미만	1,925단위
6시간 ~ 6시간30분미만	2,075단위
6시간30분 ~ 7시간미만	2,223단위
7시간 ~ 7시간30분미만	2,373단위
7시간30분이상	2,520단위

〈표 4-22〉는 중도장애자 등 포괄지원서비스비의 지불단가 기준인데, 이를 기준으로 2명의 종사자가 수행한 경우, 야간이나 조조, 심야에 수행한 경우, 특별지역, 객담 흡인 등 지원체제, 저소득 이용자에 대해 지원을 한 경우 등에 대해서는 감산 또는 가산하여 산정하도록 하고 있다.

주요 가산내용을 제시하면, ①특별지역에 대한 15% 가산과 ②객담흡인 등 지원체제 가산으로 1일당 100단위를 가산하는 것, ③단기입소이용자로 저소득자일 경우에 1일당 48단위를 가산하는 것이다.

〈표 4-16〉 장애자복지서비스비의 중도장애자 등 포괄지원서비스비 단가산정 기준(2019.10월 이후)

기준시간	거택개호, 중도방문개호, 동행원호, 행동원호, 생활개호, 자립훈련, 취로이행지원, 취로계속지원, 취로정책지원, 자립생활원조인 경우	단기입소인 경우	공동생활원조인 경우(외부서비스이용형을 제외)
1시간미만	202단위	1일마다 949단위	1일마다 1,000단위
1시간 ~ 12시간미만	302단위(30분마다 100단위 가산)		
12시간 ~ 24시간미만	2,500단위(30분마다 98단위 가산)		

〈표 4-23〉은 생활개호서비스비의 지불단가 기준인데, 이를 기준으로 지방공공단체가 설치한 지정생활개호사업소 또는 지정장애자지원시설의 경우, 이용자의 수가 이용정원을 초과한 경우, 간호직원, 물리(작업)치료사 또는 생활지원원의 수가 기준미달인 경우, 서비스관리책임자수가 기준미달인 경우, 생활개호계획 등이 작성되지 않은 경우, 개소시간, 단시간 이용, 정원 81명 이상의 사업소인 경우, 의사배치가 없는 경우, 신체구속금지를 실시하지 않는 경우, 서비스관리책임자 배치 등에 따라서 감산 또는 가산하여 산정하도록 하고 있다.

주요 가산내용을 제시하면, ①인원배치체제 가산으로 직접처우직원을 추가배치한 사업소에게 33~265단위, ②방문지원 특별가산으로 연속적으로 5일이상 이용이 없는 이용자에 대해 거택을 방문하여 상담원조 등을 실시한 경우에 187~280단위(1개월에 2회), ③연장지원가산으로 영업시간인 8시간을 초과하여 서비스를 제공한 경우에 61~93단위를 가산하는 것이다.

〈표 4-17〉 장애자복지서비스비의 생활개호서비스비 단가산정 기준(2019.10월 이후)

	정원수	구분	기준액
생활개호서비스	정원 20명 이하	구분6	1,291단위
		구분5	969단위
		구분4	687단위
		구분3	617단위
		구분2이하	564단위
	정원 21~40명 이하	구분6	1,151단위
		구분5	859단위
		구분4	605단위

	정원수	구분	기준액
		구분3	544단위
		구분2이하	496단위
	정원 41~60명 이하	구분6	1,111단위
		구분5	824단위
		구분4	573단위
		구분3	507단위
		구분2이하	464단위
	정원 61~80명 이하	구분6	1,055단위
		구분5	789단위
		구분4	554단위
		구분3	498단위
		구분2이하	450단위
	정원 81명 이상	구분6	1,038단위
		구분5	773단위
		구분4	540단위
		구분3	483단위
		구분2이하	433단위
공생형 생활개호서비스	공생형 생활개호서비스(I)		698단위
	공생형 생활개호서비스(II)		859단위
기준해당 생활개호서비스	기준해당 생활개호서비스(I)		698단위
	기준해당 생활개호서비스(II)		859단위

〈표 4-24〉는 단기입소서비스비의 지불단가 기준인데, 이를 기준으로 이용자의 수가 이용정원을 초과한 경우, 직원수가 기준미달인 경우, 대규모시설인 경우, 신체구속 금지를 실시하지 않는 경우, 복지전문직원을 배치한 경우에 따라서 감산 또는 가산하여 산정하도록 하고 있다.

주요 가산내용을 제시하면, ①단독형 가산으로 병설형, 공생형이 아닌 지정단기입소 사업소에서 지정단기입소를 실시한 경우에 320단위, ②긴급단기입소허용가산으로 공생 확보, 긴급시 입소허용을 한 경우에 복지형의 180단위, 의료형의 270단위, ③정원 초과 특례가산으로 긴급시에 정원을 초과하여 입소를 허용한 경우에 10일 한도로 50단위, ④특별중도지원가산으로 의료욕구가 높은 장애(아)자에게 서비스를 제공한 경우에 120(388)단위를 가산하는 것이다.

〈표 4-18〉 장애자복지서비스비의 단기입소서비스비 단가산정 기준(2019.10월 이후)

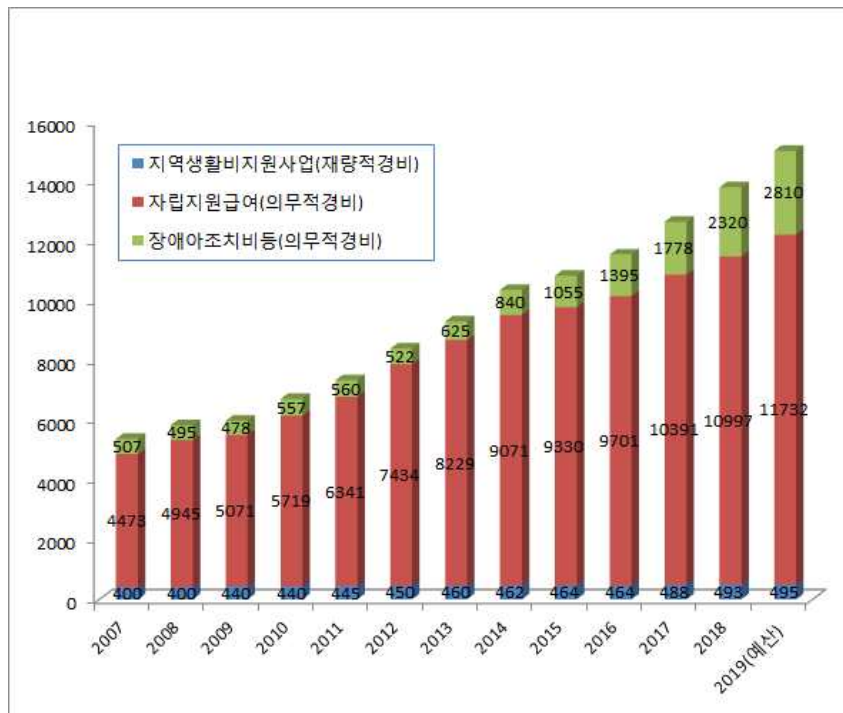
	유형	구분	기준액	유형	구분	기준액
복지형 단기 입소 서비스	복지형 단기입소서비스(I)	구분6	902단위	복지형강화 단기입소서비스(I)	구분6	1,103단위
		구분5	766단위		구분5	968단위
		구분4	633단위		구분4	834단위
		구분3	569단위		구분3	771단위
		구분2이하	497단위		구분2이하	699단위
	복지형 단기입소서비스(II)	구분6	588단위	복지형강화 단기입소서비스(II)	구분6	790단위
		구분5	515단위		구분5	718단위
		구분4	310단위		구분4	512단위
		구분3	234단위		구분3	437단위
		구분2이하	168단위		구분2이하	369단위
	복지형 단기입소서비스(III)	구분3	766단위	복지형강화 단기입소서비스(III)	구분3	968단위
		구분2	601단위		구분2	803단위
		구분1	497단위		구분1	699단위
	복지형 단기입소서비스(IV)	구분3	515단위	복지형강화 단기입소서비스(IV)	구분3	718단위
		구분2	272단위		구분2	474단위
		구분1	168단위		구분1	369단위
의료형 단기입소서비스		의료형 단기입소서비스(I)				2,907단위
		의료형 단기입소서비스(II)				2,703단위
		의료형 단기입소서비스(III)				1,690단위
의료형 특정 단기입소서비스		의료형 특정 단기입소서비스(I)				2,785단위
		의료형 특정 단기입소서비스(II)				2,571단위
		의료형 특정 단기입소서비스(III)				1,588단위
		의료형 특정 단기입소서비스(IV)				2,027단위
		의료형 특정 단기입소서비스(V)				1,893단위
		의료형 특정 단기입소서비스(VI)				1,217단위
공생형 단기입소서비스		공생형 단기입소(복지형) 서비스(I)				766단위
		공생형 단기입소(복지형) 서비스(II)				234단위
		공생형 단기입소(복지형강화) 서비스(I)				964단위
		공생형 단기입소(복지형강화) 서비스(II)				435단위
기준해당 단기입소서비스		기준해당 단기입소서비스(I)				766단위
		기준해당 단기입소서비스(II)				234단위

5) 재원조달 규모

2020년도 장애복지서비스의 총예산액은 1조 5,037억엔 수준인데, 이중에서 개호 급부비가 포함되어 있는 자립지원급부액은 1조 1,732억엔으로 전체의 78%로 약 3/4을 차지하고 있다.

[그림 4-3] 장애복지서비스의 예산 추이

(단위: 억 엔)



자료: 후생노동성 장애보건복지부, 2020년도 장애보건복지관계 예산의 개요, 2019.

나. 개호보험제도의 개요 및 주요내용

1) 개호보험제도의 개요

일본의 개호보험제도는 2000년 4월에 도입되었고, 시행 5년 만에 제도개혁을 단행하였으며, 그 이후 지속적으로 제도를 개선했다. 일본의 개호보험제도는 사회보험제도이면서 조세로부터 전체예산의 50%를 지원받고 있다. 개호보험제도는 기존의 노인복지법과 노인보건법으로 운영되던 개호서비스를 하나의 제도를 통합한 사회보험제도이다. 다시 말하면, 기존의 법에 의해 제공되고 있었던 방문개호, 방문목욕, 방문간호서비스나 특별양호노인홈에서의 시설서비스를 포함하여 개호보험제도에서 제공하고 있으며, 그 이외의 각종 급여서비스가 추가되어 있다. 특히, 전술한 조세비중이 절반을 차지하고 있게 된 배경에는 기존의 조세로 운영되던 법에 의한 서비스를 그대로 개호보험제도에서 포함하고 있기 때문이다.

(1) 개호급여서비스 수급대상자(피보험자)의 범위

개호보험제도에서는 공적의료보험제도에 가입되어 있는 자를 피보험자로 하고 있지만, 연령을 기준으로 65세 이상자를 제1호 피보험자, 40~65세 미만인 자를 제2호 피보험자로 하고 있다. 따라서 40세미만의 의료보험가입자는 개호보험제도에서 제외되어 있다. 그런데, 제2호 피보험자는 후생노동성에서 지정하는 16개의 노인성질환이 있으면서 그로 인한 요개호 상태에 놓여 있어야 비로소 수급대상자가 될 수 있다. 즉, 40~65세 미만자는 노인성질환의 유무와 요개호상태의 유무를 동시에 충족하여야 수급대상자가 될 수 있다. 그렇지만, 65세 이상자는 노인성질환의 유무와 관계없이 요개호 상태에 있으면 수급대상자가 될 수 있다.

참고로, 여기에서 의료보험제도의 가입자라고 함은 건강보험법 규정에 의한 피보험자(일일고용특례피보험자 제외), 선원보험법 규정에 의한 피보험자, 국민건강보험법 규정에 의한 피보험자, 국가공무원공제조합법 또는 지방공무원등공제조합법에 기반을 둔 공제조합조합원, 사립학교교직원공제법 규정에 의한 사립학교교직원공제제도 가입자, 건강보험법, 선원보험법, 국가공무원공제조합법, 또는 지방공무원등공제조합법 규

정에 의한 피부양자(일일고용고특례피보험자의 피부양자는 제외), 건강보험법 규정에 따라 일일고용특례 피보험자수첩을 교부받은 자 및 그 피부양자이다.

여기에서 후생노동성이 지정한 노인성질환은 <표 4-25>에서 볼 수 있듯이 뇌졸중이나 치매와 같은 노인계층에게 주로 발생하는 질환 이외에 근위축성측색경화증, 후종인대골화증, 다계통위축증, 척수소뇌변성증, 척주관협착증, 조로증(웰너증후군 등) 등과 같이 일반장애인에게도 보여지는 질환도 포함하고 있다. 이 중에서 다계통위축증과 관절류마치스는 2006년도에 추가된 질환이다.

<표 4-19> 개호보험제도에서 지정한 노인성질환의 유형

질병명(16개)
(1) 말기암 (의사가 일반적으로 인정된 의학적 지식을 근거로 회복의 전망이 없는 상태에 이르렀다 고 판단한 것에 한함)
(2) 근위축성측색경화증
(3) 후종인대골화증
(4) 골절을 동반한 골다공증
(5) 다계통위축증
(6) 조로기의 치매(알츠하이머병, 뇌혈관성치매 등)
(7) 척수소뇌변성증
(8) 척주관협착증
(9) 조로증(웰너증후군 등)
(10) 당뇨병성 신경장애, 당뇨병성 신증 및 당뇨병성 망막증
(11) 뇌혈관질환(뇌출혈, 뇌경색 등)
(12) 진행성 핵상성마비 대뇌피질기저핵변성증 및 파킨슨병
(13) 폐쇄성 동맥경화증
(14) 관절류마치스
(15) 만성폐쇄성폐질환(폐기종, 만성기관지염 등)
(16) 양측의 슬관절 또는 고관절에 현저한 변형을 동반하는 변형성관절증

이러한 노인성질환은 심신의 병적 가령현상과의 의학적 관계가 있다고 생각되는 질병으로 다음 조건에 부합하여야 하는데, 이는 가령에 따라 발생하는 심신의 변화에 기인하여 요개호상태의 원인인 심신의 장애를 발생시키는 것으로 인정된 질병이다. 즉, 그 조건은 ①65세 이상 고령자에게 많이 발생되지만, 40~65세미만의 계층에게도 발생될 수 있는 것으로 이환율이나 유병율에 대해 가령과의 관계가 인정되는 질병일 것, ②3~6개월 이상 계속해서 요개호상태나 요지원상태가 될 가능성이 높다고 고려되는 질병일 것이어야 한다.

2) 개호급여서비스 제공체계

개호급여서비스의 제공절차는 요개호 인정신청에 의한 인정조사 실시 -> 1차 및 2차 요개호 및 요지원등급 판정 -> 케어매니저 등으로부터의 개호서비스계획서 작성 -> 사업자에게 개호급여서비스 신청 -> 개호급여서비스 이용으로 이루어지고 있다. 다시 말하면, 가입자본인이 개호욕구가 있다고 해도 개호서비스를 제공할 정도의 욕구수준에 있는지를 우선적으로 인정받아야 한다는 것이다.

(1) 요개호 인정체계

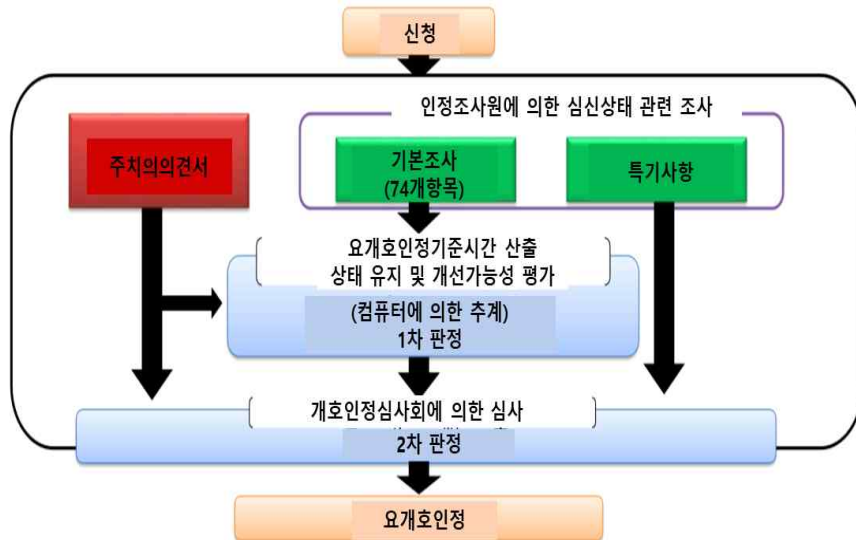
개호급여서비스를 받기 위해서는 우선적으로 요개호 상태가 존재하는지, 그리고 어느 정도인지를 평가받아야 한다. [그림 4-5]에서와 같이 피보험자가 요개호인정을 신청하면 보험자에 소속된 시정촌 직원, 또는 개호지원전문원(일명, 케어매니저)이 74개 항목에 이르는 내용(〈표 4-26〉 참조)을 가지고 신청자의 신체 및 정신인지 기능상태를 기준에 의거하여 조사한다. 인정조사 항목은 2000년 제도를 도입할 당시에는 85개 항목이었으나, 그 이후 2003년도에 79개 항목, 2006년도에 82개 항목, 2009년도에 74개 항목으로 조정되었다. 그 조사결과를 가지고 일차적으로 컴퓨터프로그램에 의한 판정을 한 후, 이차적으로 신청자 개개인의 특성을 추가적으로 고려하기 위해 주치의의 의견서와 인정조사 시 제기된 개개인의 특이한 고려사항을 추가로 1차 판정결과 함께 각 지방자치단체마다 설치된 개호인정심사회에서 심의한 후, 최종적으로 요개호인정 여부를 결정한다.

〈표 4-20〉 요개호(요지원) 인정조사항목

영역	조사항목	
1. 신체기능 및 기거동작 영역 (13개)	1-1. 마비 등의 유무 1-3. 돌아눕기(뒤집기) 1-5. 앉은 자세 유지 1-7. 보행 1-9. 한쪽다리로 서 있기 1-11. 손톱깎기 1-13. 청력	1-2. 구충의 유무 1-4. 일어나 앉기 1-6. 양발로 서 있기 1-8. 일어서기 1-10. 몸 씻기 1-12. 시력
2. 생활기능 영역 (12개)	2-1. 이승 2-3. 연하(삼키기) 2-5. 배뇨 2-7. 구강청결 2-9. 머리다듬기 2-11. 바지 등 벗고 입기	2-2. 이동 2-4. 식사섭취 2-6. 배변 2-8. 얼굴 씻기 2-10. 상의 벗고 입기 2-12. 외출 빈도
3. 인지기능 영역 (9개)	3-1. 의사전달 3-3. 생년월일, 연령 말하기 3-5. 본인이름 말하기 3-7. 장소이해 3-9. 외출시 돌아오지 못함	3-2. 매일 일과 이해 3-4. 단기 기억 3-6. 현재 계절 말하기 3-8. 배회
4. 정신 및 행동장애 영역 (15개)	4-1. 피해적 망상 4-3. 감정의 불안정 4-5. 같은 말 되풀이하기 4-8. 집에 가고 싶다고 보채기 4-10. 수집벽 4-12. 심한 건망증 4-14. 자기 멋대로 굴기	4-2. 거짓말하기 4-4. 주야(낮과 밤) 역전 4-7. 큰소리, 괴성지르기 4-9. 혼자 나가려고 함. 4-11. 물건 망가트리기 4-13. 의미 없는 말로 중얼대기 4-15. 말이 정리되지 못해 대화하지 못함
5. 사회생활에 대한 적응 영역 (6개)	5-1. 약 복용 5-3. 일상적인 의사결정 5-5. 물건사기	5-2. 금전관리 5-4. 집단에 대한 부적응 5-6. 간단한 조리하기
6. 특별의료에 관한 영역 (12개)	5-1. 점적관리 5-3. 투석 5-5. 산소요법 5-7. 기관절개 처치 5-9. 경관영양 5-11. 욕창처치	5-2. 중심정맥영양 5-4. 스토마 처치 5-6. 레스피레이터 5-8. 동통 간호 5-10. 모니터측정 5-12. 카테텔

자료: 후생노동성, 요개호인정: 인정조사원텍스트 2009 (개정판), 2018년 4월.

[그림 4-4] 개호보험제도의 요개호 인정절차



2018년 말 현재, 요개호 인정자수는 65세 이상의 제1호 피보험자의 경우, 6,453천 명으로 대부분을 차지하고 있고, 40~64세 이하자의 제2호 피보험자의 경우, 130천명 (피보험자수대비 0.3%)에 불과하다. 노인인구대비 제1호 피보험자의 인정자비율은 18.3%인데, 이는 시행초년도인 2000년의 11.0%에 비해 1.7배 증가한 것이다(표 4-27참조).

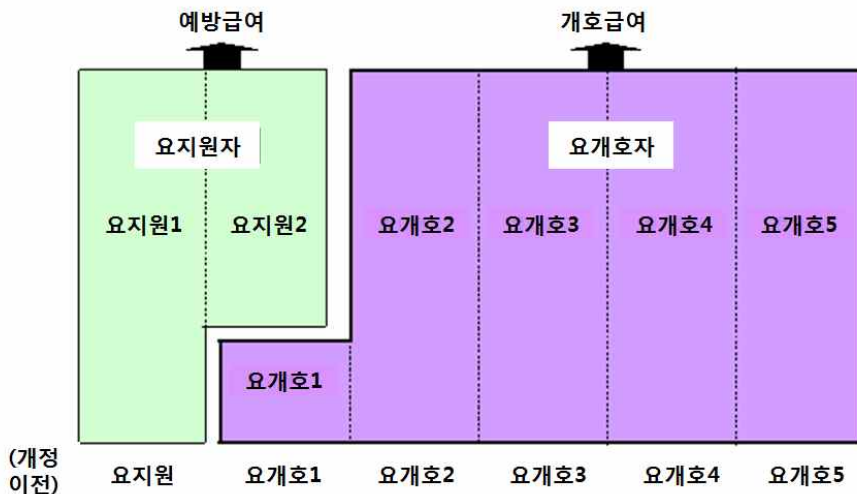
〈표 4-21〉 개호보험제도의 요개호 인정자수 규모

구분	2000	2018	증가율
제1호 피보험자(천명) (65세 이상 자)	2,471	6,453	2.6배
제2호 피보험자(천명) (40~64세 이하 자)	91	130	1.4배
합계(천명)	2,562	6,582	2.6배
노인인구대비 제1호 피보험자의 인정자비율(%)	11.0	18.3	1.7배

자료: 후생노동성, 개호보험사업상황보고, 각년도

여기에서 요개호 상태를 인정시간을 기준으로 7개의 등급으로 구분되는데, 크게 요지원 등급과 요개호 등급으로 나뉜다. 전자는 2개 등급, 후자는 5개의 등급이다(그림 5 참조). 일본에서는 전자를 개호예방등급, 후자를 개호등급으로 부르고 있고 등급에 따라서 수급 가능한 서비스가 결정된다. 이러한 등급구분은 제도도입 초기에는 6개의 등급(요지원 및 요개호 1~5)이었으나, 2005년 제도개혁으로 현재와 같은 7개의 등급체제로 개편되었다. 참고로 요개호인정시간이 32~50분 미만에 해당하는 자에 대해서는 기능상태를 보고 요지원2와 요개호1 중에 하나로 인정하는데, 대략적으로 2/3는 요지원2, 1/3은 요개호1로 구성되어 있다.

[그림 4-5] 개호보험제도의 요개호등급 및 관련 보험급여 내용



이와 같이 요지원 및 요개호 등급별 인정시간은 <표 4-28>과 같다. 즉, 개호보험제도에서 급여를 받기 위해서는 요개호 인정시간이 최소한 25분 이상이어야 한다. 2018년 4월 현재, 전체 요개호인정자수(요지원자수 포함)는 6,438천명이고, 이는 2010년의 4,871천명에 비해 33%정도 증가한 수치이다. 동 기간의 등급별 증가속도를 보면, 요개호1(53%)이 가장 높고, 요개호5(7%)가 가장 낮게 나타나고 있다(표 4-29 참조).

〈표 4-22〉 요개호등급별 인정시간 및 기능상태

구분	요개호 인정시간	대상자의 상태
요지원1	25~32분미만	일상생활동작(식사·배설·입욕·청소)관련 자택생활에서 기본적인 일상생활은 혼자서 가능하지만, 수단적 일상생활동작(쇼핑·금전관리·내복약관리·전화이용)에서 어느 한 가지 동작이라도 일부 관찰보호 및 도움이 필요한 상태
요지원2	32~50분미만	요지원1의 상태에 추가하여, 하지근력 저하로 보행상태가 불안정한 상태. 향후 일상생활에서 도움이 필요해질 가능성이 있는 상태
요개호1		수단적 일상생활동작 중 어느 한 가지 동작이라도 매일 도움이 필요한 상태. 일상생활동작에서도 보행 불안정 및 하지근력 저하로 일부 도움이 필요한 상태
요개호2	50~70분미만	수단적 일상생활동작 및 일상생활동작의 일부에 매일 도움이 필요한 상태. 일상생활동작을 수행할 수 있지만, 치매증상이 보이고, 일상생활에 문제를 일으킬 가능성이 있는 상태
요개호3	70~90분미만	자립보행이 곤란한 상태로 지팡이·보행기 및 휠체어를 이용하는 사람이 대상. 수단적 일상생활동작 및 일상생활동작에서 매일 몇 개의 동작에 전면적으로 도움이 필요한 상태
요개호4	90~110분미만	이동할 때 휠체어가 필요하고, 항상 도움없이 일상생활을 할 수 없는 상태이고, 전면적으로 도움이 필요하지만, 대화는 가능한 상태. 위루 및 점적으로 식사도움이 필요하지 않은 사람은 전면적인 도움이 필요하지 않은 상태로 판단하고, 요개호4로 판정하는 경우도 있음.
요개호5	110분이상	거의 와상상태이고, 의사전달이 어렵고, 자력으로 식사할 수 없는 상태. 모든 일상생활에서 항상 도움이 없으면 생활자체가 어려운 상태

〈표 4-23〉 개호보험제도의 요개호등급별 인정자수 규모

(단위: 만 명)

구분	2010.4월	2018.4월	증가배수
요지원1	60.4	88.0	1.46
요지원2	65.4	88.4	1.36
요개호1	85.2	129.7	1.53
요개호2	85.4	112.7	1.32
요개호3	71.3	85.6	1.20
요개호4	63.0	79.1	1.26
요개호5	56.4	60.3	1.07
합계	487.1	643.8	1.33

자료: 후생노동성, 개호보험사업상황보고, 각년도

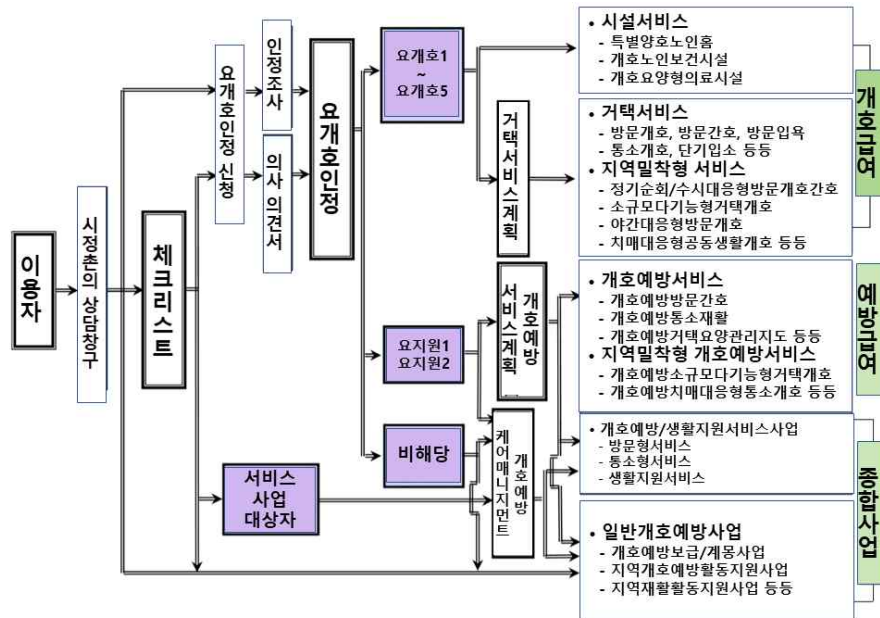
(2) 요개호 인정 이후 급여서비스 이용방식

개호급여서비스를 받기 위해서는 최소 25분이상의 요개호인정시간이 필요하고, 그 시간에 미달되면 비해당자가 된다. 비해당자는 향후 요개호 대상자가 될 가능성이 높기 때문에 별도로 마련된 개호예방 케어매니지먼트를 받든가, 케어매니지먼트를 거치지 않고 일반국민들을 대상으로 하는 개호예방사업에 참여할 수 있다.

그 이외의 요지원등급이나 요개호등급으로 인정받은 자는 개호서비스계획서를 작성하여 적합한 급여서비스를 받는다. 여기에서 개호(예방)서비스계획서는 개호지원전문원(일명, 케어매니저)이 작성하는 것을 원칙으로 하고 있다. 요지원 등급자는 개호예방서비스계획서, 요개호 등급자는 거택서비스에 한하여 서비스계획서를 작성 받는다(그림 6 참조). 요개호 등급자는 시설서비스와 거택서비스, 지역밀착형서비스를 선택하여 받을 수 있지만, 요지원등급자는 시설서비스를 이용할 수 없고, 거택 및 지역밀착형 예방서비스를 받을 수 있다.

그런데, 최근 제도의 개혁으로 시설서비스는 요개호등급자 중에서 요개호 3~5등급에 해당하는 중증자에 한하여 받을 수 있도록 개편하였다. 또한, 시설서비스 중에서 개호요양형 의료시설은 2018년도부터 개호의료원으로 개편되어 운영되기 시작하였는데, 점차적으로 개호의료원으로 전환되고 있다.

[그림 4-6] 요개호 인정이후 급여이용체계



자료: 후생노동성, 2018년도 공적개호보험제도의 현상과 향후의 역할, 2018.

3) 개호급여 내용

(1) 개호(예방)급여의 내용

개호급여는 요개호 인정등급자를 대상으로 하는 개호급여와 요지원 등급자를 대상으로 하는 개호예방급여로 구분된다(표 4-30 참조).

개호급여는 다시 시설급여서비스와 거택급여서비스(재가급여서비스) 및 지역밀착형 급여서비스로 나뉜다. 시설급여서비스는 요개호 3~5등급자(치매질환자는 등급과 무관)에게 제공되고, 거택급여서비스 및 지역밀착형 급여서비스는 등급과 관계없이 제공된다. 여기에서 지역밀착형서비스는 기초자치단체가 관리하는 서비스인데, 원칙적으로 해당 거주지역에 살고 있는 등급자만 이용할 수 있다.

개호예방급여는 시설서비스를 포함하지 않고, 거택 및 지역밀착형 개호예방급여서

비스가 있다. 이러한 개호급여는 모두 현물 및 서비스의 형태로 제공되고, 현금급여는 원칙적으로 개호보험제도에서는 제공되지 않는다. 다만, 지방자치단체에 따라 중증자를 대상으로 부양가족에게 현금수당을 지급하는 경우도 있다.

여기에서 방문형 서비스만을 살펴보면, 개호급여에는 방문개호, 방문입욕개호, 방문간호, 방문재활, 거택요양관리지도(방문진료)가 있고, 개호예방급여에는 방문개호를 제외하고 나머지의 방문입욕개호, 방문간호, 방문재활, 거택요양관리지도(방문진료)가 있다. 그리고, 지역밀착형 개호급여에는 정기순회/수시대응형 방문개호간호와 야간대응형 방문개호가 있다.

〈표 4-24〉 개호급여서비스의 유형

	도도부현 등(광역자치단체)의 지정감독 서비스	시정촌(기초자치단체)의 지도감독 서비스
개 호 급 여	(1) 거택개호급여서비스 - 방문개호, 방문입욕개호, 방문간호, 방문재 활, 거택요양관리지도 - 통소개호, 통소재활 - 단기입소생활개호, 단기입소요양개호 - 특정시설입거자생활개호 - 복지용구대여 - 특정복지용구판매 - 거택개호 주택개수 (2) 시설급여서비스 - 개호노인복지시설 - 개호노인보건시설 - 개호요양형 의료시설 - 개호의료원	(1) 지역밀착형 개호급여서비스 - 정기순회/수시대응형 방문개호간호 - 야간대응형 방문개호 - 지역밀착형 통소개호(주간보호서비스) - 치매대응형 통소재활(주간재활서비스) - 소규모다기능형 거택개호 - 치매대응형 공동생활개호 - 지역밀착형 특정시설입거자생활개호 - 지역밀착형 개호노인복지시설입소자생활개호 - 복합형서비스(간호소규모다기능형거택개호) (2) 거택개호지원
개 호 예 방 급 여	(1) 개호예방급여서비스 - 방문입욕개호, 방문간호, 방문재활, 거택요양관리지도 - 통소재활 - 단기입소생활개호, 단기입소요양개호 - 특정시설입거자생활개호 - 복지용구대여 - 특정복지용구판매 (2) 거택개호 주택개수	(1) 지역밀착형 개호급여서비스 - 지역밀착형 통소개호(주간보호서비스) - 소규모다기능형 거택개호 - 치매대응형 공동생활개호 - 지역밀착형 특정시설입거자생활개호 (2) 개호예방지원

그리고 시설급여에는 개호노인복지시설(특별양호노인홈), 개호노인보건시설, 개호요양형 의료시설 및 개호의료원에서 제공되는 서비스가 있다. 여기에서 개호의료원은 전술한 바와 같이 기존의 개호요양형 의료시설(우리나라의 요양병원에 해당)을 개편하

여 신설된 시설인데, 이는 2006년 제도 개혁시 기존 개호요양형 의료시설을 2011년까지 폐지하기로 결정된 바 있었다. 그러나, 현실을 감안하여 2018년 3월말까지 폐지기간을 연장하였고, 2018년 4월부터 개호의료원이 공식적으로 운영하게 되었다. 다만, 개개의 의료시설들의 실정을 감안하여 향후 6년간 순차적으로 전환하도록 유예기간을 두고 있다.

한편, 시정촌이 지도, 감독하는 지역밀착형 서비스는 요개호등급자의 지역거주성을 감안하여 해당지역 거주 주민을 중심으로 이용할 수 있는 시설을 개설하여 제공하는 서비스인데, 도도부현 등 광역자치단체의 지도, 감독에 의한 서비스와 차이점은 시설의 규모가 크지 않다는 점, 치매질환자를 우선적으로 지원하는 서비스라는 것이다.

이 중에서 개호보험시설(시설급여서비스 제공시설)은 수요에 비해 공급이 적기 때문에 항상 대기자가 존재하고 있는데, 각 시설마다 대기자 중 우선적으로 입소(입원)할 수 있는 기준을 갖추고 있다. 예를 들면, 개호노인복지시설은 개호(돌봄)의 필요성 정도 및 가정환경 등을 고려하는데, 요개호도 3~5등급의 중증대상자(2015년 4월 이후)나 치매질환자, 그리고 가정에서의 개호가 어렵다고 판단되는 요개호자를 우선 입소대상자로 정해 놓고 있다. 개호노인보건시설은 의학적 관리가 필요한 개호 및 기능훈련의 필요성이 있는 요개호자를 우선입소자로 정해 놓고 있으며, 개호요양형 의료시설이나 개호의료원은 장기간에 걸친 요양, 의학적 관리가 필요한 개호의 필요성이 있는 요개호자를 우선입원자로 정해 놓고 있다.

4) 개호급여 수준

(1) 재가급여 월급여한도액

개호보험제도에서는 재가급여에 한하여 월 급여한도액을 설정해 놓고 있는데, 이 한도액을 초과하는 비용은 전액 이용자가 부담하도록 하고 있다. 여기에서 한도액에 적용되는 재가급여는 방문개호, 방문입욕개호, 방문간호, 방문재활, 통소개호, 통소재활, 단기입소, 복지용구대여 및 개호예방서비스에 한정하고 있다. 요개호등급에 따라 최소 5,003단위에서 최대 36,065단위로 설정되어 있다. 여기에서 개호보험제도에 장애복지서비스(개호급여)에 준하는 개호보험서비스가 있는 경우, 기본적으로 개호보험서

비스를 우선적으로 받도록 되어 있다. 이 때 장애인은 개호보험제도에서 정한 방식대로 이용자부담을 지불하여야 하는데, 저소득계층에 한하여 몇 가지 조건에 부합하면, 장애인종합지원제도에서 지원하여 이용자부담액을 경감시켜주고 있다.

〈표 4-25〉 재가개호급여의 등급별 월급여한도액

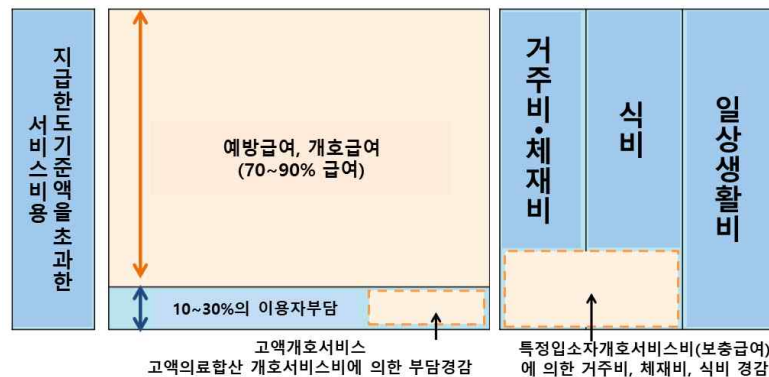
(단위: 단위)

구분	요지원1	요지원2	요개호1	요개호2	요개호3	요개호4	요개호5
한도액	5,003	10,473	16,692	19,616	26,931	30,806	36,065

(2) 이용자 본인일부부담금

개호급여서비스를 이용할 때 이용자는 급여비용의 일부를 부담하도록 하고 있다. 기본적으로 개호서비스비용의 10%를 부담하게 되는데, 소득수준에 따라서 20%와 30%를 부담하도록 하고 있다. 그 이외에 비보험급여에 해당하는 식비와 거주비(체제비)는 전액 이용자가 부담하도록 하고 있다(그림 4-8 참조). 그런데, 재택서비스의 경우에는 요개호 등급에 따라서 급여해줄 수 있는 상한액을 두고 있고, 그 상한액을 초과하는 비용에 대해서는 전액 이용자가 부담하도록 하고 있다. 또한, 개호서비스계획서를 작성하는데 소요되는 거택개호지원비용은 이용자의 본인부담 없이 전액 급여되고 있다.

〔그림 4-7〕 개호급여서비스의 급여비율(이용자 본인부담률)



자료: 후생노동성, 2018년도 공적개호보험제도의 현상과 향후의 역할, 2018.

여기에서 20%의 본인부담율을 적용받는 소득계층은 「합계소득금액 160만엔」이상이거나, 「연금수입+기타 합계소득금액 280만엔 이상(독거세대에 해당. 부부세대인 경우는 346만엔 이상)」인 계층이고, 2018년 8월부터 시행되고 있는 30%의 본인부담율을 적용받는 소득계층은 「합계소득금액 220만엔 이상」이거나, 「연금수입+기타 합계소득금액 340만엔 이상(독거세대에 해당. 부부세대의 경우에는 463만엔 이상)」인 계층이다. 그리고, 일상생활비는 이미용비, 교양오락비, 예금관리비용 등을 말하는데, 이에 소요되는 비용도 이용자본인이 전액 부담하여야 한다.

이외에도 저소득계층에게는 식비 및 거주비에 대한 본인부담한도액이 있고, 그 본인부담한도액을 초과한 비용에 대해서는 보충급여로 보험제도에서 급여해 주고 있다. 다시 말하면, 저소득계층의 소득수준을 다시 3단계로 구분하여 각 단계마다 본인부담한도액에 차이가 있고, 기준비용액과 부담한도액간의 차액을 개호보험제도에서 특정입소자개호서비스(보충급여)로 급여해주고 있다. 예를 들면 식비의 경우, 소득수준에 따라 일일 300~650엔을 부담한도액으로 설정해 놓고 있고, 거주비의 경우에는 다소 복잡하여 다인실 이용자에게는 시설의 유형과 소득수준에 따라서 무료와 일일 370엔, 기존 1인실 이용자에게는 320~1,310엔, 유니트형 준1인실 이용자는 490~1,310엔, 유니트형 1인실 이용자는 820~1,310엔을 부담한도액으로 설정해 놓고 있다.

그리고, 고액개호서비스 반환급여제도가 있는데, 이는 이용자가 매월 본인부담금으로 지급한 금액이 일정금액을 초과한 경우에 초과한 금액을 전액 반환해주는 제도이다. 자세한 것은 <표 4-32>의 내용을 참고할 수 있다.

〈표 4-26〉 고액개호급여서비스의 지급기준

소득단계	소득구분	상한액
소득1단계	(1) 생활보호제도의 피보호자 (2) 15,000엔 감액으로 생활보호제도의 피보호자가 되지 않는 경우 (3) 시정촌민세 세대비과세의 노령복지연금 수급자	(1) 개인 15,000엔 (2) 세대 15,000엔 (3) 세대 24,600엔 개인 15,000엔
소득2단계	시정촌민세 세대비과세이고, [공적연금 등 수입금액+합계소득금액]이 80만엔 이하인 경우	세대 24,600엔 개인 15,000엔
소득3단계	시정촌민세 세대비과세이고, 24,600엔 감액으로 생활보호제도의 피보호자가 되지 않는 경우	세대 24,600엔
소득4단계	제1~3 단계에 해당하지 않는 소득계층	세대 44,400엔

자료: 후생노동성, 2018년도 공적개호보험제도의 현상과 향후의 역할, 2018.

(3) 개호서비스의 유형별 서비스 지불단가

2018년 4월에 개정된 개호보수(개호서비스수가)표를 기준으로 정리하면 다음과 같다. 다만, 여기에서는 방문형 서비스에 해당하는 방문개호, 방문입욕개호, 방문간호서비스에 한정하여 설명한다.

먼저 방문개호서비스비의 지불단가는 〈표 4-33〉과 같은데, 여기에서는 기본액 산정만을 설명한다. 다만, 이를 기준으로 신체개호의 (2)~(4)에 이어서 생활원조를 수행한 경우, 개호직원초임자연수과정을 수료한 서비스제공책임자를 배치한 경우, 2명의 방문개호원이 수행한 경우, 야간이나 조조, 심야에 수행한 경우, 특정사업소, 공생형 방문개호를 제공한 경우, 사업소와 동일건물의 이용자 또는 그 이상의 동일건물의 이용자 20명이상에게 서비스를 제공한 경우, 특별지역, 중산간지역 등에 있는 소규모사업소, 중산간지역 등에 거주하는 자에 대한 서비스 제공, 긴급시 대응 등에 대해서는 감산 또는 가산하여 산정하도록 하고 있다.

신체개호의 경우에는 1시간 이내로 서비스를 제공하도록 유도하고 있고, 1시간이 초과하면 30분마다 83단위씩 가산되기는 하지만, 그 이전 시간대에 비해 증가율이 감소하게 되어 있다. 그리고 생활원조의 경우에는 최대 45분까지만 인정하고 있고, 그 이상 서비스를 제공하더라도 45분에 해당하는 비용만 지불하도록 하고 있다.

〈표 4-27〉 개호보험의 방문개호서비스 단가 산정 기준

기준시간	신체개호	생활원조	통원 등 승강지원
(1) 20분 미만	165단위		1회에 98단위
(2) 20분 ~ 30분 미만	248단위	181단위 (20분~45분미만)	
(3) 30분 ~ 1시간 미만	394단위	223단위 (45분이상)	
(4) 1시간이상 30분마다	575단위 (30분 초과마다 83단위 가산)		

방문입욕개호서비스비의 지불단가는 기본액을 기준으로 개호직원 3명이 제공한 경우, 전신입욕이 곤란하고 닦아내거나 부분욕을 제공한 경우, 사업소와 동일건물의 이용자 또는 그 이상의 동일건물의 이용자 20명이상에게 서비스를 제공한 경우, 특별지역, 중산간지역 등에 있는 소규모사업소, 중산간지역 등에 거주하는 자에 대한 서비스 제공 등에 대해서는 감산 또는 가산하여 산정하도록 하고 있다. 지불단가는 1회에 1,250단위로 설정되어 있다.

방문간호서비스비의 지불단가는 〈표 4-34〉와 같은데, 기본액을 기준으로 준간호사가 제공한 경우, 야간이나 조조, 심야에 수행한 경우, 복수 명의 방문, 1시간30분이상의 방문인 경우, 요개호5에게 제공한 경우, 사업소와 동일건물의 이용자 또는 그 이상의 동일건물의 이용자 20명이상에게 서비스를 제공한 경우, 특별지역, 중산간지역 등에 있는 소규모사업소, 중산간지역 등에 거주하는 자에 대한 서비스 제공, 긴급시 방문, 특별관리, 말기케어, 의료보험의 방문간호가 필요하여 주치의가 발행하는 방문간호지시문서에 의한 방문간호일 경우 등에 대해서는 감산 또는 가산하여 산정하도록 하고 있다.

수가산정의 내용을 보면, 최대 1시간30분 이내로 서비스를 제공하도록 되어 있고, 정기순회/수시대응형 방문개호간호서비스에 한하여 1개월에 2,935단위를 포괄적으로 지불하는 방식을 채택하고 있다.

〈표 4-28〉 개호보험의 방문간호서비스 단가 산정 기준

기준시간	지정방문간호스테이션에서 제공한 경우	병원에서 제공한 경우	정기순회, 수시대응형 방문개호간호사업소와 연계한 경우
(1) 20분 미만	311단위	263단위	1개월에 2,935단위
(2) 20분 ~ 30분 미만	467단위	396단위	
(3) 30분 ~ 1시간 미만	816단위	569단위	
(4) 1시간 ~ 1시간30분 미만	1,118단위	836단위	
(5) 물리치료사, 작업치료사, 언어청각사의 경우	296단위	-	

5) 재원조달

개호보험제도의 재원은 조세와 보험료로 조달하고 있는데, 각각 총재정의 절반씩 차지하고 있다. 보험료는 1호 피보험자가 23%, 2호 피보험자가 27%를 충당하고, 조세는 기초자치단체(시정촌)가 12.5%, 광역자치단체(도도부현)가 12.5%, 그리고 국가가 25%를 부담하고 있는데, 시설급여에 한하여 국가가 20%, 광역자치단체가 17.5%를 부담하고 있어 광역자치단체의 부담비율이 높다. 2018년도의 세입기준으로 볼 때, 국고지출금이 2조 4,823억엔, 도도부현지출금이 1조 4,973억엔, 시정촌부담금이 1조 2,113억엔으로 정부의 합계액이 5조 1,909억엔으로 집계되고 있다(표 4-35 참조).

〈표 4-29〉 개호보험특별회계의 세입구조

(단위: 억 엔)

구분	2000	2018
보험료(1호 피보험자분)	1,924	24,260
분담금 및 부담금	56	110
사용료 및 수수료	0.5	7
국고지출금	8,869	24,823
지불기금교부금(2호 피보험자분)	11,243	27,019
도도부현지출금	4,206	14,973
상호재정안정화사업교부금	0.9	0
재산수입	7	4
기부금	2	0.06
전입금 (시정촌부담금)	11,669 (4,177)	15,856 (12,113)
전년도잉여금	5	2,726
시정촌부채(재정안정화기금으로부터의 차입금)	8	2
잡수입	11	80
합계	38,000	109,860

자료: 후생노동성, 2018년도 개호보험사업상황보고(연보)

(https://www.mhlw.go.jp/topics/kaigo/osirase/jigyo/18/dl/h30_gaiyou.pdf)

다. 양 제도간 비교분석

1) 급여대상자범위

개호보험제도에서는 65세 이상의 고령자를 대상으로 급여를 제공하는 것으로 하되, 40~65세미만인 성인에 대해서는 정부가 지정하는 16개의 특정질환 환자에 한하여 제공하는 것으로 하고 있다. 그러한 특정질환 환자는 장애인종합지원제도보다는 개호보험제도에 의한 개호서비스를 우선적으로 제공하도록 하고 있다. 그렇지만, 개호보험제도로부터 요개호 인정을 받지 못하거나, 요개호 인정 자체를 신청하지 않는 한 장애인종합지원법에 의한 개호서비스를 받을 수 있다.

〈표 4-30〉 개호보험제도와 장애인종합지원제도간 내용 비교(1): 적응대상자부분

장애인종합지원제도	개호보험제도
- 원칙적으로 65세 미만의 장애인 (신체장애자, 지적장애자, 정신장애자 등)	요개호상태에 있는 65세 이상의 고령자 40~65세미만의 특정질병 환자

2) 급여서비스 신청절차

양 제도가 신청주의에 입각하여 대상자 인정절차가 진행되는데, 1차 판정에 이어 시정촌에 설치된 심사회에서 2차 판정이 이루어지는 것은 양제도가 동일하지만, 1차 판정에 필요한 인정조사항목은 개호보험제도에서는 74개인 반면, 장애인종합지원제도에서는 80개이다. 급여대상자의 구분은 개호보험제도에서는 7개 등급인 반면, 장애인종합지원제도에서는 6개 등급이다. 그러나, 등급별 인정시간측면에서는 동일하게 설정되어 있다고 볼 수 있다.

참고로 인정조사항목의 내용을 비교해 보면, 〈표 4-1〉과 〈표 4-26〉과 같은데, 개호보험제도에서는 신체기능 및 기거동작 영역(13개), 생활기능 영역(12개), 인지기능 영역(9개), 정신 및 행동장애 영역(15개), 사회생활에 대한 적응 영역(6개), 특별의료에 관한 영역(12개)이고, 장애인종합지원제도에서는 이동 및 동작 영역(12개), 신체수발 및 일상생활 영역(16개), 의사소통 영역(6개), 행동장애 영역(34개), 특별의료영역(12개)으로 구성되어 있다. 특별의료영역의 조사항목은 양 제도가 동일하지만, 그 이외 영역의 조사항목은 서로 반드시 일치하지는 않는데, 행동장애영역의 조사항목은 장애인종합지원제도에서 훨씬 많은 내용을 조사하고 있다.

각 항목에 대한 판단기준을 보면, 장애인종합지원제도에서는 ‘상황에 따라 가능, 또는 불가능’한 경우라면 ‘할 수 없다(불가능)’고 판단하지만, 개호보험제도에서는 상황의 빈도에 따라서 가능, 또는 불가능으로 판단한다는 것이다. 또한, 장애의 상태 및 난치병 등의 증상에 변화가 있는 경우 장애인종합지원제도에서는 ‘지원이 필요한 상태’로 판단하지만, 개호보험제도에서는 빈도에 따라 달리 판단한다는 것이다.

〈표 4-31〉 개호보험제도와 장애인종합지원제도간 내용 비교(2): 급여신청절차

장애인종합지원제도	개호보험제도
<ul style="list-style-type: none"> - 대상자 선정절차 <ul style="list-style-type: none"> * 인정조사항목수: 80개 * 인정절차: 1차 판정 -> 2차 판정(시정촌심사회) * 인정조사방식: '가능하기도 하고 불가능하기도 하는' 경우는 불가능하다는 것을 전제 * 생활환경이 아닌 자택, 독신을 전제로 평가 * 심사회방식: 필요한 지원정도가 1차판정결과에 상응하는가를 검토 	<ul style="list-style-type: none"> - 대상자 선정절차 <ul style="list-style-type: none"> * 인정조사항목수: 74개 * 인정절차: 1차 판정 -> 2차 판정(개호인정심사회) * 인정조사방식: '가능하기도 하고 불가능하기도 하는' 경우는 어느 쪽이 더 빈번한가를 전제 * 생활환경 및 신청자환경도 포함하여 평가 * 심사회방식: 통상적인 개호시간에 비해 더 걸리는지를 검토
<ul style="list-style-type: none"> - 급여대상자 구분 <ul style="list-style-type: none"> * 비해당, 구분1~6 * 구분 기준시간: 25분미만 제외 25~32분미만은 구분1 32~50분미만은 구분2 50~70분미만은 구분3 70~90분미만은 구분4 90~110분미만은 구분5 110분이상은 구분6 - 구분 기준 <ul style="list-style-type: none"> * 필요한 표준적인 지원의 수준을 의미 	<ul style="list-style-type: none"> - 급여대상자 구분 <ul style="list-style-type: none"> * 비해당, 요지원1~2, 요개호1~5 * 요개호인정시간: 25분미만 제외 25~32분미만은 요지원1 32~50분미만은 요지원2, 요개호1 50~70분미만은 요개호2 70~90분미만은 요개호3 90~110분미만은 요개호4 110분이상은 요개호5 - 구분 기준 <ul style="list-style-type: none"> * 개호시간의 총량을 의미

3) 급여내용

양 제도의 급여내용을 비교해 보면, 양제도가 재택급여, 시설급여 및 보장구(복지용구)급여를 갖추고 있지만, 각 급여내 서비스의 유형에 상당한 차이를 나타내고 있다. 급여내용을 계획, 결정 및 조정을 담당하고 있는 전문직이 양 제도에서 배치되어 있다는 점이 동일하다. 그렇지만, 대체적으로 장애인종합지원제도에서는 방문형 서비스가 강화되어 있는 반면에 개호보험제도에서는 상대적으로 시설서비스가 다양하게 갖추어져 있는 것으로 볼 수 있다. 그렇지만, 장애인종합지원제도에서는 그 이외의 치로지원 등의 훈련급여, 상담지원, 자립의료지원서비스가 추가 또는 강화되어 있는 것으로 볼 수 있다. 특히, 시각장애자나 정신장애자를 위한 동행원호나 행동원호서비스는 개호보험제도에서는 거의 제공되고 있지 못한 것으로 보여진다.

좀 더 구체적으로 개호급여를 포함한 장애복지서비스와 개호보험서비스간 차이를 정리한 것은 〈표 4-38〉과 같다. 이는 후생노동성에서 통지의 형태로 2015년 2월에 각

지자체에 전달한 서비스 중에서 시설입소지원을 제외한 모든 장애복지서비스에 대해 개호보험에 해당하는 서비스가 있는지, 해당하는 서비스가 장애복지서비스와 완전하게 일치하거나 부분적으로 일치하는지를 검토한 것이다.

〈표 4-32〉 개호보험제도와 장애자종합지원제도간 내용 비교(3): 급여내용

장애자종합지원제도	개호보험제도
<ul style="list-style-type: none"> - 자립지원급여: 개호급여 <ul style="list-style-type: none"> * 거택개호, 중증방문개호, 동행원호, 행동원호, 중증장애자포괄지원 등 * 생활개호, 요양개호 * 단기입소지원 * 시설입소지원 - 상담지원 - 자립지원의료 - 보장구 - 지역지원생활 지원 	<ul style="list-style-type: none"> - 재택급여 <ul style="list-style-type: none"> * 방문개호, 방문입욕개호, 방문간호, 방문재활 등 * 통소개호, 통소재활 * 단기입소생활개호, 단기입소요양개호 * 특정시설입소자생활개호, 복지용구, 주택개수 등 - 시설급여 <ul style="list-style-type: none"> * 노인복지시설, 노인보건시설, 개호의료원 등 - 지역밀착형급여
<ul style="list-style-type: none"> - 급여내용의 계획조정 <ul style="list-style-type: none"> * 케어매니저(개호지원전문원) 	<ul style="list-style-type: none"> - 급여내용의 계획조정 <ul style="list-style-type: none"> * 상담지원전문원

〈표 4-33〉 개호보험제도와 장애자종합지원제도간 급여의 차이점(효고현 사례)

서비스유형	분류기준			구분정리의 근거
	1	2	3	
거택개호			○	양 제도의 소관범위 등에서 볼 때 부분적으로 일치
중도방문개호			○	외출을 포함한 포괄지원, 대상이 중도장애인
동행원호	○			외출(사회참가)의 지원은 개호보험에 없음.
행동원호	○			외출시 위험회피지원은 개호보험에 없음
요양개호	○			중심시설 등의 연령초과아동 등에 대한 지원
생활개호			○	생산활동이 중심이 되는 경우 등 일부에서 다름.
단기입소			○	중도장애인에 대한 지원
중도장애자등 포괄지원		○		기본은 방문, 대상은 현저한 중도의 장애자로 한정
자립훈련		○		의학적 관리의 유무 등 및 생활재활등의 내용, 대상 등
취로이행지원	○			취로에 관한 지원은 개호보험에 없음
취로계속지원	○			취로에 관한 지원은 개호보험에 없음
공동생활원조		○		지원시간 및 목적 등에 따라 다름
보장구	○			보장구라는 사고방식자체가 개호보험에 없음
일상생활용구			○	품목에 대해서는 개호보험과 일부 차이가 있음.

서비스유형	분류기준			구분정리의 근거
	1	2	3	
이동지원사업	O			외출(사회참가)의 지원은 개호보험에 없음

주: 휠체어, 보행기, 보행보조장치는 용구로 개호보험에서 대응할 수 있는 경우가 있음.

1)기준1: 개호보험에 상당하는 서비스가 없는 것이 확실한 것

2)기준2: 개호보험에 외견상 유사하다고 생각되는 서비스가 있지만, 내용은 다른 것

3)기준3: 일정한 공통점이 있지만, 장애상황에 따라서 다른 지원이 포함된 것

자료: (일반사단법인) 효고현상담지원네트워크, 효고현 고령장애자 케어매니지먼트 충실강화사업, 2016.3에서 발췌

여기에서 일부의 개호서비스를 예를 들어 양 제도간 차이점을 살펴보면 다음과 같다.

우선, 분류기준2에 해당하는 서비스 중에서 개호보험제도내 소규모다기능형거택개호가 있는데, 이는 주간이용, 숙박 및 방문을 조합하여 서비스를 필요한 만큼 이용할 수 있게 한 서비스이고 모든 요지원자 및 요개호자가 이용할 수 있다. 이에 비해 중도장애자 등 포괄지원은 방문(거택개호) 및 기타 지원을 포괄적으로 제공하는 것이고 이용자는 매우 심한 중도의 장애인에게 한정되어 있다. 따라서 이에 해당하는 장애인은 소규모다기능형 거택개호를 이용하기에 적합하지 않다.

그리고 개호보험제도내 통소재활(주간재활)은 노인보건시설이나 의료기관에서의 재활지원이고 어디까지나 의학적 관리아래 이루어지는 재활인 반면에 장애인종합지원제도내 자립훈련은 일부분(즉, 신체장애인으로 기능회복이 필요한 경우) 공통적이지만, 그 이외의 부분(즉, 지적장애인 등에 대한 생활훈련이나 신체장애인에 대한 근력강화의 관점에서 이루어지는 훈련 등)은 개호보험제도에는 없다.

또한 개호보험제도내 치매대응형공동생활개호는 주야간에 걸쳐서 연속된 지원을 받을 수 있지만, 장애인종합지원제도내 공동생활원조는 야간 및 휴일에만 지원되는 서비스로 주간(낮)에는 이용자가 주거 이외의 장소에서 이루어지고 있다. 여기에서 치매증상이 있는 장애인이라 하더라도 본인의 의향을 묻지 않고 공동생활원조에서 치매대응형공동생활개호로 이전시켜버리면 단순한 서비스의 이전에 불과하고 해당장애인의 주간(낮) 활동의 기회를 박탈하고 치매대응형공동생활개호시설내에 묶어두는 것이 된다.

이번에는 분류기준3에 해당하는 서비스를 살펴보면, 장애인종합지원제도내 거택개호는 일상생활뿐만 아니라 사회생활에 필요한 지원을 포함하고 있어서 개호보험내 방문개호의 제공범위와 다른 경우가 있다. 그리고 양 제도간 거택내에서의 개호에는 공

통적인 부분이 있지만, 중도방문개호는 외출시 이동지원서비스를 포함하고 있고, 식사 도움이나 가사 등 개개의 행위에 초점을 두고 있는 방문개호서비스와 다르고 또한 중도방문개호는 장시간의 연속적인 지원을 기본으로 하고 있다는 점이 특징이다.

그리고 생활개호(주간보호)는 법적으로는 입욕, 배설 및 식사 개호, 창작적인 활동 또는 생산활동의 기회를 제공하는 서비스로 되어 있는데, 개호보험제도내 통소개호(주간보호)와 공통적인 부분이 있지만, 생산활동의 기회 제공이라는 개념은 개호보험제도 내에는 없다. 그래서 생산활동을 주로 하고 있는 사업소의 이용을 희망하는 경우에는 일률적으로 통소개호로 이행시키는 것이 적절하기 않다는 것이다.

참고로 야마구치시에서 적용하고 있는 장애복지서비스와 개호보험서비스간 관계를 제시하면 <표 4-40>과 같다.

<표 4-34> 개호보험제도와 장애인종합지원제도의 급여의 차이점(야마구치시 사례)

서비스유형	적용관계
장애인지원시설(생활개호+시설입소지원)	개호보험 적용제외
요양개호	개호보험 적용제외
공동생활원조	개호보험 적용우선. 단, 주거장소 변경시 이용자부담 증가
거택개호, 중도방문개호	개호보험 적용우선. 개호보험의 단위수 상한을 초과 지급필요한 자로 일정한 추가지급기준을 충족한 경우 장애복지서비스를 추가지급 가능
행동원호, 동행원호	고유의 장애복지서비스
취로이행지원, 취로계속지원, 취로정착지원, 자립생활원조	고유의 장애복지서비스
자립훈련(생활훈련)	고유의 장애복지서비스
단기입소, 자립훈련(기능훈련)	개호보험 적용우선
생활개호	개호보험 적용우선

자료: (일반사단법인) 효고현상담지원네트워크, 효고현 고평장애자 케어매니지먼트 충실강화사업, 2016.3에서 발췌

4) 급여비용의 이용자 본인부담방식

양 제도의 급여비용에 대한 이용자 본인일부부담금은 제도의 성격에 의해 차이가 있다. 장애인종합지원제도는 조세에 의해 운영되기 때문에 소득수준을 감안하여 차등 부담하는 응능방식을 채택하고 있지만, 개호보험제도는 조세도 포함되어 있지만 보험료

로 운영된다는 점에서 소득수준에 관계없이 급여비용의 10%를 일률적으로 부담시키는 응익방식을 채택하고 있다. 다만, 고소득계층에 한하여 20~30%의 응익부담비율을 적용하고 있다.

〈표 4-35〉 개호보험제도와 장애인종합지원제도간 내용 비교(4): 급여비용의 이용자부담방식

장애인종합지원제도	개호보험제도
<ul style="list-style-type: none"> - 소득수준에 따라 차등 부담하는 응능부담방식 * 생활보호대상자, 저소득자, 일반소득자1, 2의 4개 계층으로 구분하여 차등 부담 	<ul style="list-style-type: none"> - 원칙적으로 소득수준과 관계없이 이용자에게 일정률을 부담하게 하는 응익부담방식 * 일정소득이하자는 10%이나, 일정소득 이상의 일부 고소득자에게는 20%, 30% 적용

5) 재원조달방식

양 제도의 재원조달방식은 장애인종합지원제도는 전액 조세로 운영되지만, 개호보험제도는 조세와 보험료가 각각 총재정의 절반씩 차지하고 있다.

〈표 4-36〉 개호보험제도와 장애인종합지원제도간 내용 비교(4): 재원조달방식

장애인종합지원제도	개호보험제도
<ul style="list-style-type: none"> - 조세방식으로 재원조달 - 부담비율 * 정부: 총재정의 100% 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회보험방식으로 재원조달 - 부담비율 * 보험료: 총재정의 50% * 조세: 총재정의 50%

2. 현행 장애인종합지원제도와 개호보험제도간 연계정책 분석

가. 장애인종합지원법의 규정내용

장애인종합지원법 제7조에 의하면, 개호보험법과 장애인종합지원법에 동등한 서비스가 있는 경우에는 개호보험법을 우선적으로 적용한다로 되어 있다. 다시 말하면, 법 조문의 내용을 보면, ‘자립지원급여는, 해당 장애상태에 따라 개호보험법 규정에 의한

개호급여, 건강보험법 규정에 의한 요양급여, 기타 법령에 근거한 급여이면서 정령으로 정한 것 중, 자립지원급여에 상당하는 것을 받을 수 있을 때에는 정령으로 정한 한도내에 해당 정령으로 정한 급여 이외의 급여이면서 국가 또는 지방공공단체의 부담으로 자립지원급여에 상당하는 것이 제공될 때는 그 한도내에서 이행하지 않는다'라고 되어 있다. 그 의미는 정해자종합지원법에 의한 자립지원급여가 개호보험법 등 다른 법령에서 동등한 급여가 제공될 때에는 그 한도의 범위내에서 자립지원급여가 중단된다는 것이다.

이러한 내용의 시초는 2000년 개호보험제도가 시행하던 시기로 거슬러 올라가는데, 당시 개호보험제도와 장애인복지법 적용관계 등에 대한 통지를 근거로 하고 있다. 즉, '개호보험법과 장애인복지법에서 중복되는 재택개호서비스에 대해서는 장애인복지법으로 제공할 필요가 없다'로 되어 있다. 그 후 2005년 장애인자립지원법에서 개호보험법의 우선 적용원칙이 명문화되었고, 2013년부터 시행되는 장애인종합지원법에서는 기존의 조문을 그대로 규정하고 있다.

결론적으로, 장애인종합지원제도의 일부 개호급여가 개호보험제도의 개호서비스와 중복된다는 관점에서 이를 조정하기 위해 장애인이 65세 이상이 되면 개호보험서비스를 우선적으로 받도록 하는 원칙을 세워두고 있다. 예를 들면, 개호보험제도에는 지급되지 않는 동행원호나 행동원호, 중도방문개호, 자립훈련(생활훈련), 취로이행지원, 취로계속 지원 등에 대해서는 65세가 되더라도 장애인종합지원제도에서 계속해서 이용할 수 있지만, 그 이외의 서비스에 대해서는 개호보험법에서 인정하고 있는 서비스를 받도록 하고 있고, 서비스사업자도 개호보험제도에서 지정한 사업소를 선택할 필요가 있다(다만, 후술하겠지만, 2018년도에 개선됨). 또한, 개호보험의케어플랜에 포함되어 있는 서비스의 수급량이 개호보험서비스만으로 확보할 수 없는 경우에는 개호보험서비스에 추가하여 장애인종합지원제도로부터 받을 수 있다. 그러나 이는 어디까지나 기본원칙을 말하는 것으로 실제적인 실행은 지방자치단체의 재량으로 판단해서 추진하라는 의미도 포함하고 있다.

한편, 이와 같이 65세시 고령 장애인을 우선적으로 개호보험제도를 적용하도록 하고 있는 규정이 몇 가지의 문제를 발생시키고 있다는 것을 지적하고 있다(三原 岳, 2018). 첫 번째는 서비스 이용에 관한 본인부담액이 바뀔 가능성이 있다는 점이다. 개호보험제도에서는 서비스의 이용량에 비례해서 이용액의 10%에서 30%까지 부담하여

야 하기 때문에 장애인종합지원제도에서 많은 서비스를 이용하던 장애인의 비용부담액이 크게 증가할 가능성이 있다는 것이다.

두 번째는 이용할 수 있는 서비스의 내용이 바뀐다는 점이다. 예를 들면, 방문형 서비스의 경우 개호보험제도에서는 가족이 동거할 때 생활원조는 시간단위로 엄격하게 구분되어 있고, 서비스의 제공내용도 엄격하게 제한되어 있지만, 장애인종합지원제도에서는 그러한 제한이 없고 장애인과 방문헬퍼가 3시간 같이 시간을 보내는 서비스도 인정하고 있다는 것이다. 이러한 점에서 장애인복지서비스를 이용하던 장애인이 개호보험으로 이관되면 일상생활이 중단되어 버리는 위험성이 발생한다. 세 번째는 장애인복지서비스에서의 통소서비스를 이용하던 장애인은 개호보험제도로 이관되면 그동안 이용하던 사업소나 직원과의 관계가 끊어진다는 점이다(후술하겠지만, 2018년도에 개선됨).

다음으로 개호보험제도의 우선적용과 관련한 정부의 후속조치 내용에 대해서 설명하면 다음과 같다. 즉, 후생노동성이 장애인자립지원법의 제정 이후 2007년에 각 지방자치단체에 내려 보낸 통지문에서는 해당 지방자치단체는 유연하게 대처할 것을 요구하고 있다. 다시 말하면, ‘장애인이 동등한 서비스를 희망하는 경우라도 심신상태나 서비스의 이용이유가 다양하고 개호보험서비스를 일률적으로 우선 적용시켜 그 보다 더 필요한 지원을 받을 수 있을지 여부를 일괄적으로 판단하는 것은 곤란하다’는 지적이 있었다. 즉, 첫 번째는 지방자치단체가 이용자의 의향을 들어보고 나서 판단하는 것이 중요하다는 것이다. 두 번째는 개호보험서비스만으로 필요한 서비스공급량이 충족되지 못할 때에는 추가로 장애인복지서비스를 이용할 수 있다는 것이다. 세 번째는 개호보험서비스로 필요한 지원을 받을 수 있다고 판단되어도 이용 가능한 사업소나 시설이 주변에 설치되어 있지 않거나, 비록 설치되어 있다고 해도 이용할 공간이 없거나, 그리고 개호보험제도의 요개호 인정결과 비해당으로 판정받은 경우에는 자립지원급여서비스를 이용할 수 있다는 것이다. 장애인종합지원법의 제정 이후인 2015년에도 동일한 통지문이 전달되었다.

나. 최근의 연계 개선정책 내용

이러한 문제점을 해결하기 위해 후생노동성에서는 2018년 4월에 개호보험법과 장

해자종합지원법을 개정하기에 이르렀고, 고령장애인이 개호보험서비스를 원활하게 이용할 수 있도록 하는 제도를 도입하였다. 즉, 65세에 도달하였다고 해서 개호보험제도의 적용으로 이용자의 부담이 증가하는 것은 적합하지 않다고 보고, 본인부담액을 경감시키는 조치이다. 이 제도에 해당하는 자의 조건으로는 (1) 65세 이전까지 5년간 장해자복지서비스의 제공을 받은 경우, (2) 장해자복지서비스의 거택개호, 중도방문개호, 단기입소, 생활개호(주간보호)와 개호보험서비스의 방문개호, 통소개호(지역밀착형 통소개호 포함), 단기입소생활개호, 소규모다기능형 거택개호의 이용자일 경우, (3) 소득이 낮거나 생활보호자에 해당하는 경우, (4) 장해지원구분이 2 이상일 경우, (5) 65세까지 개호보험서비스를 이용하지 않았을 경우를 충족시키는 장애인이어야 한다.

첫 번째의 조건은 65세 이전까지의 5년간 장애자종합지원법에 의해 개호보험에 상응하는 장해복지서비스를 지급받은 경우이다. 여기에서 지난 5년간의 기간 중에 병원 입원이나 부득이한 사정으로 장해복지서비스를 받지 못했던 기간이 있을 때에는 그 기간을 빼고 나머지 기간에 장해복지서비스를 받았다면 첫 번째 조건에 충족하는 것으로 간주하고 있다. 여기에서 ‘병원입원이나 부득이한 사정’이란 입원이나 지진재해 등으로 장해복지서비스의 신청을 하지 못했던 것을 의미한다. 따라서 입원기간을 알 수 있는 증명서(영수증 등)나 자연재해증명서를 제출하여야 한다. 예를 들어 설명하면 다음과 같다.

〈표 4-37〉 장애인 본인부담경감조치(사례1)

장해자복지서비스	개호보험서비스	경감대상 해당여부
(사례1) 60~62세미만: 거택개호 2년 62~65세미만: 중도방문개호 3년	65세이후: 방문개호	해당
(사례2) 60~64세미만: 생활개호 4년 64~65세미만: 병원입원 1년	65세이후: 통소개호(주간보호)	해당
(사례3) 60~65세미만: 생활개호 5년 60~65세미만: 취로지원 5년	65세이후 통소개호(주간보호)	해당
(사례4) 60~62세미만: 취로지원 2년 62~65세미만: 생활개호 3년	65세이후 통소개호(주간보호)	비해당
(사례5) 60~65세미만: 취로지원 5년, 또는 병원입원 5년	65세이후 통소개호(주간보호)	비해당

두 번째의 조건은 모든 유형의 장애자복지서비스나 개호보험서비스가 아니라 일부의 서비스에 한정한다는 것이다. 즉, 양 제도간 동일한 유형의 서비스로 3대 재가서비스에 해당하는 홈헬프서비스, 주간보호서비스 및 단기보호서비스를 기준으로 하고 있다는 것이다. 단, 개호보험에서는 소규모다기능형 거택개호도 포함시키고 있는데, 이는 방문개호, 주간보호 및 단기보호가 소규모의 형태로 혼합된 서비스이기 때문이다.

세 번째의 조건은 65세에 도달하기 전일까지 저소득계층이나 생활보호대상자에 해당하고 있어야 한다는 것이다. 예를 들어 설명하면 다음과 같다.

〈표 4-38〉 장애인 본인부담경감조치(사례2)

65세 도달이전	65세 경과시점	경감대상 해당여부
(사례1) 저소득, 생활보호대상자	시정촌민세 비과세대상, 생활보호대상자로 유지	해당
(사례2) 저소득, 생활보호대상자	시정촌민세 과세대상으로 전환	비해당
(사례3) 저소득, 생활보호대상자	시정촌민세 과세대상이었으나, 서비스신청시 다시 시정촌민세 비과세대상으로 전환된 경우	해당
(사례4) 저소득, 생활보호대상자	시정촌민세 비과세대상 또는, 생활보호대상자이었으나, 서비스신청시 다시 일반소득대상으로 전환된 경우	비해당
(사례5) 일반소득대상	시정촌민세 비과세대상, 생활보호대상자로 전환된 경우	비해당

네 번째 조건은 최소한 장애지원구분2 이상을 전제로 한다는 것인데, 이는 장애지원구분1이 개호보험제도에서의 개호예방에 해당하는 요지원등급에 해당한다고 보고 있기 때문이다.

다섯 번째의 조건은 65세 미만에 해당하는 제2호피보험자(40~65세미만의 특정질환자)로 개호보험서비스를 받고 있지 않아야 한다는 것이다.

이상과 같은 조건에 해당하는 고령장애인이 개호보험서비스를 이용하게 되면 우선적으로 개호보험사업자에게 이용자본인부담금(10%)을 지불하고 나서 지자체에 상환액을 신청, 받으면 된다.

한편, 장애자복지서비스와 개호보험서비스에 공생형서비스를 신설하고, 동일한 사

업자가 양 제도의 서비스를 제공할 수 있도록 하였다. 다시 말하면, 65세가 된 장애인이 개호보험제도로 전환되어도 사업자를 바꾸지 않고 필요한 서비스를 원활하게 제공할 수 있도록 했다는 것이다. 이는 기존에는 장해복지서비스사업소로부터 이용자 부담 없이 무료로 서비스를 이용하던 저소득계층은 65세가 되어 개호보험사업소에서만 서비스를 이용하게 되고, 10%의 본인부담률이 적용되고 있었다. 제도 개정 이후에는 장해복지서비스사업소나 개호보험사업소도 상대방의 서비스를 각각 취급하게 되었고 장해복지서비스사업소로부터 이용자 부담 없이 무료로 서비스를 이용하던 저소득계층도 일단 개호보험제도의 원칙에 따라 10%의 본인부담률을 적용하여 비용을 지불한 후 장애자종합지원법에 의한 이용자 부담경감제도로 상환받도록 했다는 것이다.

3. 현행 장애인종합지원제도 및 개호보험제도의 서비스 이용 실태

가. 65세 이상 고령장애인의 서비스 이용 실태

후생노동성의 2016년도 장애인 생활어려움실태조사의 결과를 보면, 65세 이상 장애자수첩소지자(법정장애인)의 고령장애인 중에서 장해복지서비스를 이용하고 있는 자가 전체의 19.8%로 나타났다. 장애지원구분별로 보면, 구분1이 전체의 26.2%, 구분2는 21.1%, 구분3은 15.4%, 구분4는 14.5%, 구분5는 4.2%, 구분6은 2.9%로 나타나고 있는데, 심한 장애정도로 분류할 수 있는 구분4~구분6의 비율이 21.6%이다. 다시 말하면, 65세 이상 고령장애인의 약 20%는 장애인종합지원제도에 의한 서비스를 지속적으로 받고 있는 것으로 보인다.

〈표 4-39〉 장애인의 장애인종합지원서비스 이용 실태

(단위: %)

	65세 미만			65세 이상		
	전체	장애자수첩 소지자	장애자수첩 미소지자1)	전체	장애자수첩 소지자	장애자수첩 미소지자1)
이용	32.0	32.1	31.3	22.7	19.8	73.2
(구분1)	7.4	7.3	20.0	25.7	26.2	21.8
(구분2)	17.6	17.8	-	22.5	21.1	32.7
(구분3)	19.9	19.1	80.0	15.6	15.4	16.4
(구분4)	17.3	17.5	-	13.4	14.5	5.5
(구분5)	10.6	10.8	-	3.9	4.2	1.8
(구분6)	14.4	14.6	-	2.6	2.9	-
미이용	56.0	55.6	62.6	51.6	53.8	13.1
미상	12.0	12.3	6.1	25.7	26.4	13.7
합계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 1) 장애자수첩 미소지자로 자립지원급여 등을 받고 있는 자

자료: 후생노동성, 2016년 생활의 어려움 등에 관한 조사(전국 재택장애(아)자 등 실태조사)의 결과, 2018.4

이번에는 65세 이상 장애자수첩소지자(법정장애인)의 고령장애인 중에서 개호보험급여서비스를 이용하고 있는 자가 전체의 34.4%로 나타났다. 요개호도별로 보면, 요지원1이 전체의 9.8%, 요지원2가 16.6%, 요개호1이 13.8%, 요개호2가 20.4%, 요개호3이 15.3%, 요개호4가 10.3%, 요개호5가 8.4%로 나타나고 있는데, 심한 장애정도로 분류할 수 있는 요지원3~요지원5의 비율이 34.0%이다. 다시 말하면, 65세 이상 고령장애인의 약 1/3은 개호보험급여를 받고 있는 것으로 보인다.

〈표 4-40〉 장애인의 개호보험급여서비스 이용 실태

(단위: %)

	65세 미만			65세 이상		
	전체	장애자수첩 소지자	장애자수첩 미소지자1)	전체	장애자수첩 소지자	장애자수첩 미소지자1)
이용	8.7	9.1	1.8	36.3	34.4	69.3
(요지원1)	9.3	9.4	-	10.6	9.8	17.0
(요지원2)	12.4	11.5	100.0	16.6	16.6	17.0
(요개호1)	12.4	12.5	-	14.0	13.8	16.0
(요개호2)	25.8	26.0	-	20.3	20.4	18.9
(요개호3)	9.3	9.4	--	15.8	15.3	19.8
(요개호4)	9.3	9.4	-	9.9	10.3	6.6
(요개호5)	7.2	7.3	-	7.7	8.4	1.9
미이용	68.6	68.0	80.0	42.0	43.1	22.3
미상	22.7	23.0	18.2	21.8	22.5	8.9
합계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

주: 1) 장애자수첩 미소지자로 자립지원급여 등을 받고 있는 자

자료: 후생노동성, 2016년 생활의 어려움 등에 관한 조사(전국 재택장애(아)자 등 실태조사)의 결과, 2018.4

또한, 2015년에 발표된 후생노동성의 조사보고서에 의하면(후생노동성, 2015), 65세이상 고령장애자 중에서 장해복지서비스를 이용하는 자는 전체연령 장해복지서비스의 약 10% 정도이고, 이중에서 병급여이용자는 65세이상 장해복지서비스 이용자중 35.7%, 비병급여이용자는 64.3%로 조사되고 있다. 그리고 장해복지서비스만 이용하는 고령자의 경우, 그 이유가 개호보험제도의 요개호인정 등을 신청하지 않았기 때문이 전체의 절반가량을 차지하고 있다.

〈표 4-41〉 고령장애인의 장애복지서비스 및 개호보험급여서비스 이용 실태(2015)

(단위: 명, %)

	(명)	(%)
(1) 전체 장애복지서비스 이용자(65세 미만 포함)	350,205	100.0
(2) 65세 이상 장애복지서비스 이용자	34,4001	9.8
병급 (개호보험, 장애복지) 이용자	12,198	[35.7]
개호보험서비스에 관한 보험급여의 거택개호서비스비 등 구분지급 한도기준액의 제약으로 장애복지서비스를 추가한 자	5,575	(45.7)
장애복지서비스만 이용하는 자	21,9531	[64.3]
요개호인정 등의 결과 비해당되었기 때문	1,374	(6.3)
개호보험서비스만으로 적절한 지원이 어렵다고 판단하였기에	1,705	(7.8)
장애복지서비스 고유의 서비스(행동원호, 동행원호 등)이기 때문에	6,514	(29.7)
요개호인정 등의 신청을 하지 않았기 때문에3)	11,291	(51.4)

주: ()안의 백분율은 전체병급이용자 또는 전체장애복지서비스만의 이용자를 기준으로 한 것임.

1) 각 란의 수치의 합계가 자료집계상 반드시 일치하지 않을 수 있음.

자료: 후생노동성 사회원호국, 장애자의 일상생활 및 사회생활을 종합적으로 지원하기 위한 법률에 의한 자립지원급부와 개호보험제도의 적용관계 등에 대한 운용 등 실태조사 결과, 2015.2

그리고 병급이용자 중에서 거택개호(장애복지서비스)와 방문개호(개호보험서비스)를 병용하는 자는 전체의 24.5%, 거택개호(장애복지서비스)와 방문개호(개호보험서비스)*방문개호 이외의 서비스를 병용하는 자는 전체의 65.6%, 거택개호(장애복지서비스)와 방문개호이외의 서비스(개호보험서비스)를 병용하는 자는 전체의 9.9%로 조사되고 있다. 또한, 중도방문개호(장애복지서비스)와 방문개호(개호보험서비스)를 병용하는 자는 전체의 11.9%, 중도방문개호(장애복지서비스)와 방문개호(개호보험서비스)*방문개호 이외의 서비스를 병용하는 자는 전체의 84.1%, 중도방문개호(장애복지서비스)와 방문개호이외의 서비스(개호보험서비스)를 병용하는 자는 전체의 4.0%로 조사되고 있다.

〈표 4-42〉 고령장애인의 장애복지서비스 및 개호보험급여서비스 병급이용 실태(2015)

(단위: 명, %)

	(명)	(%)
병급(개호보험, 장애복지)	12,198	100.0
병급자 중 거택개호(장애복지)를 이용하는 자	5,297	43.4
거택개호와 병용하고 있는 개호보험서비스가 방문개호만인 경우	1,297	[24.5]
거택개호와 병용하고 있는 개호보험서비스가 방문개호 및 그 이외의 서비스인 경우	3,476	[65.6]
거택개호와 병용하고 있는 개호보험서비스가 방문개호 이외의 서비스인 경우	524	[9.9]
병급자 중 중도방문개호(장애복지)를 이용하는 자	1,351	11.1
중도방문개호와 병용하고 있는 개호보험서비스가 방문개호만인 경우	161	[11.9]
중도방문개호와 병용하고 있는 개호보험서비스가 방문개호 및 그 이외의 서비스인 경우	1,136	[84.1]
중도방문개호와 병용하고 있는 개호보험서비스가 방문개호 이외의 서비스인 경우	54	[4.0]

주: []안의 백분율은 전체 병급자 중 거택개호, 또는 중도방문개호 이용자를 기준으로 한 것임.

1) 각 란의 수치의 합계가 자료집계상 반드시 일치하지 않을 수 있음.

자료: 후생노동성 사회원호국, 장애자의 일상생활 및 사회생활을 종합적으로 지원하기 위한 법률에 의한 자립지원 급부와 개호보험제도의 적용관계 등에 대한 운용 등 실태조사 결과, 2015.2

한편, 2016년도 장애자의 개호보험서비스이용 등에 관한 실태조사(미츠호정보총연 주식회사, 2016)에 의하면, 장애복지서비스의 이용을 종료하고 개호보험서비스를 이용하기 시작한 고령장애인(개호보험서비스 이행자) 중에서 그동안 이용하고 있었던 장애복지서비스는 거택개호가 가장 많은 70.9%를 차지하고 그 다음으로 생활개호(주간보호, 15.8%), 단기입소(6.8%)로 조사되었다. 그리고 새로 이용하게 된 개호보험서비스는 방문개호가 가장 많은 58.8%를 차지하고 그 다음으로 통소개호(주간보호, 20.4%), 방문간호(8.8%)의 순으로 조사되었다.

그리고, 고령장애인의 장애복지서비스와 개호보험서비스를 병용하고 있는 자 중에서 이용하고 있었던 장애복지서비스는 거택개호(39.9%), 동행원호(32.4%), 생활개호(9.7%)의 순으로 많이 이용하였던 것으로 조사되었고, 또한, 이용하고 있었던 개호보험서비스는 방문개호(64.4%), 통소개호(26.7%), 방문간호(14.4%)의 순으로 많이 이용하였던 것으로 조사되었다.

제2절 호주

1. 노인·장애인 돌봄 정책 동향

호주의 정부구조는 연방정부(Commonwealth Government), 주정부/특별자치행정구역정부(States Governments/Territories Governments), 지방정부(Local Governments)의 3층 구조로 구성되어 있다. 호주의 장애인 지원제도는 오랜 기간 ‘연방-주정부 장애협약(CSTDA: Commonwealth State/Territory Disability Agreement)’에 기반을 두고 연방정부와 주정부의 책임을 규정해 왔다. 이 협약에 따라 연방정부는 건강(Medicare), 소득(노인 및 장애인 연금), 고용, 국방을 담당하고 주정부 및 특별자치행정구역정부는 주거, 교육, 복지시설 및 지역사회 서비스를 담당하며 지방정부는 지역사회 복지 프로그램 운영 및 서비스 전달을 담당한다. 이러한 운영 구조 하에서 연방정부-주정부, 주정부-주정부 사이의 정책조율을 위해 호주정부협의회(COAG: Council of Australian Governments)를 구성하여 운영하고 있다.

호주는 인구고령화가 급속하게 진행되고 있는 대표적인 국가이다. 1970년대 초부터 출산율·사망률이 감소하기 시작하여 2차 세계대전 직후 출생한 베이비붐 세대가 노년기에 진입함에 따라 인구고령화가 심화되고 있다. 호주의 만 65세 이상 노인인구는 1999년부터 꾸준히 증가하여 2019년 말 기준 호주의 전체인구 약 2,536만 명 중 16.1%로 390만 명에 달하고 있다(Australian Bureau of Statistics, 2019). 또한, 85세 이상은 전체인구의 약 3.4%(약 78만명), 만 65세 이상의 약 20.1%로 초고령 인구가 차지하는 비중이 점차 증가하고 있는 추세이다. 한편, 장애인구의 경우에는 인구고령화가 더욱 심각한 수준으로, 전체 장애인구 440만 명(전체 인구의 약 17.7%) 중 절반에 가까운 약 220만 명(약 49.6%)이 만 65세 이상인 것으로 확인된다(Australian Bureau of Statistics, 2019).

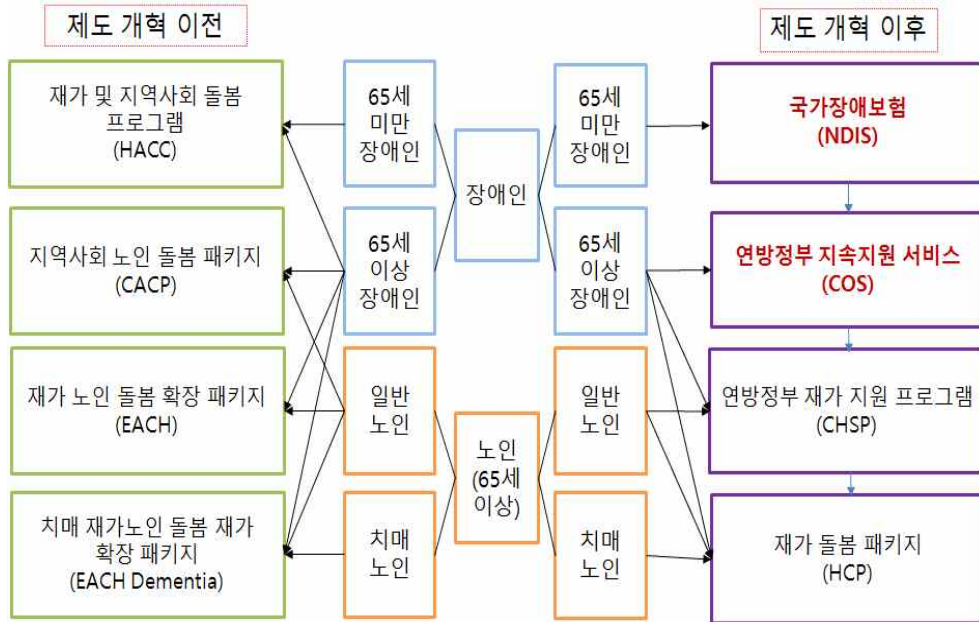
이처럼 심각한 수준으로 진행되고 있는 인구고령화에 대응하기 위해 호주 정부는 노인·장애인 제도개혁을 단행해 왔다. 호주 정부는 제도개혁 추진하는 과정에서 1980년대 중반부터 강조하기 시작한 지역사회 돌봄(community care)의 기조를 유지함과 동시에 개인의 선호와 필요 수준에 따라 서비스의 선택과 결정이 가능하도록 고객 주도 돌봄(CDS: Consumer-directed care)을 지향하고 있다.

호주 정부는 노인 돌봄 제도 개혁을 위해 지난 2012년에 ‘더 오래 더 나은 삶 개혁’(LLL: Living Longer Living Better Reform) 10년 계획을 발표하여 추진 중에 있다. 이에 따라 기존에 지역사회 돌봄 서비스의 주축이었던 재가 및 지역사회 돌봄 프로그램(HCCP: Home and Community Care Program), 지역사회 노인 돌봄 패키지(CACP: Community Aged Care Packages), 재가노인 확장 돌봄 프로그램(EACH: Extended Aged Care at Home Program), 재가 치매노인 돌봄 패키지(EACHD: Extended Aged Care at Home Dementia)가 연방정부 재가지원프로그램(CHSP: Commonwealth Home Support Program)과 재가 돌봄 패키지(HCP: Home Care Packages)로 대체되었다. 또한, 서비스 신청 및 심사 등을 일원화하기 위해 ‘나의 노인 돌봄’(My Aged Care) 포털 서비스가 신설되었다.

장애인 분야에서는 기존에 흩어져 있던 각종 프로그램과 재정을 통합하여 사람중심의 돌봄과 지원 모델(a person-centered model of care and support)에 기반을 둔 사회보험의 성격을 지닌 국가장애보험제도(NDIS: National Disability Insurance Scheme)가 도입되었으며, 이를 전담하는 독립기구인 국가장애보험기관(NDIA: National Disability Insurance Agency)이 신규로 설립되었다. 또한, 시스템 개혁이 추진되는 과정에서 서비스 공백이 발생할 우려가 있는 만 65세 이상의 장애인의 서비스 지속성을 담보하기 위해 연방정부지속지원프로그램(COS: Commonwealth Continuity of Support Program)이 임시적으로 신설되었다.

이처럼 제도 개혁이 추진됨에 따라 호주의 노인 돌봄 제도와 장애인 지원 제도는 기존의 일부 통합된 구조에서 각각의 독립된 구조로 재편되었다. 따라서 현재장애인 지원 제도로 신설된 NDIS는 65세 미만 장애인을, 나의 노인 돌봄 제도는 65세 이상 장애인과 비장애인을 각각 대상으로 하며, 일부 만 65세 이상 장애인은 연방정부지속지원프로그램(COS)을 통해 지원하는 구조로 운영되고 있다.

[그림 4-8] 노인 및 장애인 제도 개혁 이후 변화



2. 나의 노인 돌봄 제도(My Aged Care)

가. 제도 개요

1) 근거 법률

호주의 노인 돌봄 서비스의 근거 법령은 1997년에 제정된 노인돌봄법(The Aged Care Act 1997)으로, 이 법은 서비스 제공자의 자격요건과 책임, 노인 돌봄 시설의 할당, 이용자의 승인 및 유형, 자격 및 노인 복지 시설의 할당, 정부의 보조금 등에 관한 내용을 담고 있다.

호주 정부는 초고령 사회에 대응하기 위해 보다 반응적이고(responsive), 통합적이며(integrated), 고객 주도(consumer-directed)의 지속가능한(sustainable) 노인 돌봄 시스템을 마련하고자 지난 2012년에 ‘더 오래 더 나은 삶 개혁’(LLL: Living Longer Living Better Reform) 10년 계획을 발표하여 추진 중에 있다(The

Department of Health and Aging(구 Department of Health, 2012). 이를 위해서 호주 정부는 2013년 6월 노인돌봄법(Aged Care Act 1997)을 「더 오래 더 나은 삶 노인 돌봄 법」(Aged Care 'Living Longer Living Better' Act 2013)이라는 명칭을 변경하여 일부 개정하였다. 또한, 노인돌봄품질및안전위원회법(Aged Care Quality and Safety Commission Act 2018)을 신규로 제정하였다. 이 법은 노인 돌봄 서비스 품질 및 안전위원회(ACQSC: Aged Care Quality and Safety Commission)의 설치, 기능 및 역할 등에 관한 사항을 담고 있다.

2) 도입 배경

호주는 지역사회 돌봄의 긴 역사를 가지고 있는 국가들 중에 하나로, 1956년 재가간호서비스를 제공하는 비영리 조직에 정부가 보조금을 지급하기 시작한 것이 그 시초로 볼 수 있다. 이후 1969년에는 재가돌봄프로그램(Home Care Programme)에 대한 보조금이 지급되었고, 1970년에는 식사배달보조금 프로그램이 도입되었다. 하지만 이처럼 분산된 접근 방식은 복합적인 욕구를 가지고 있는 노인과 돌봄자의 기대에 부응하기에는 역부족이었다. 또한, 불필요한 시설 입소, 시설보호에 따른 막대한 예산 부담, 시설 내 인권침해 발생 등의 여러 가지 문제점들이 나타났다. 이러한 상황에서 기존 노인 돌봄 제도의 대대적인 개혁이 필요하다는 목소리가 높으며, 당시 집권당이었던 노동당 정부는 1985년 노인 돌봄 10년 개혁(A Ten-year Reform of Aged Care)을 발표하여 기존의 분산된 각종 프로그램 재정과 행정을 통합하여 연방정부와 주정부가 공동으로 재원을 투입하고 관리하는 단일 프로그램 방식인 재가 및 지역사회 돌봄 프로그램(HACC)을 도입하게 되었다. 동시에 공정하고 포괄적인 방법으로 노인의 돌봄 욕구를 사정하기 위해 노인 돌봄 심사팀(ACAT: Aged Care Assessment Team)이 신설되었다(Broe, 2016).

재가 및 지역사회 돌봄 프로그램(HACC)이 도입되면서 개인 돌봄 서비스, 휴식돌봄 서비스, 치매 전문 서비스 등 지역사회 노인 돌봄 서비스가 대폭 확장되었다. 또한, 가장 지원이 필요한 이들에게 재원을 집중적으로 할당할 수 있게 됨으로써 강도 높은 지원이 필요한 이들의 불필요한 시설입소가 감소하는 효과가 나타났다. 하지만 복합적인 욕구를 가진 노인과 돌봄자의 서비스 조정(coordination)은 여전히 문제로 남아 있었

으며, 이를 해결하기 위해 1980년대 후반부터 서비스 조율기능이 강화된 ‘중개 모델’이 등장하기 시작하였다. 1987년 노인 및 돌봄자의 욕구 및 상황에 따라 서비스의 조정이 가능한 커뮤니티 옵션(Community Options)이 소개되었으며, 1992년에는 지역사회 노인 돌봄 패키지(CACP)가 그 뒤를 이었다. 2000년에는 지역사회 노인 돌봄 패키지(CACP)와 더불어 호주의 지역사회 노인 돌봄의 양대 축을 담당하였던 재가노인돌봄확장패키지(EACH)와 재가치매노인돌봄확장패키지(EACHD)가 도입되었다. 재가노인돌봄확장패키지(EACH)는 지역사회 노인 돌봄 패키지(CACP)의 확장 버전으로, 복합적인 욕구를 가진 재가 노인의 욕구와 상황에 맞게 강도 높고 포괄적인 지원을 제공함으로써 시설입소를 방지하기 위한 목적으로 고안된 프로그램이다. 이외에도 2000년대에 들어서면서 기존 휴식돌봄서비스는 국가돌봄자휴식프로그램(NRCP: National Respite for Carers Program)으로 확대되었고, 2006년에 퇴원 후 전환 돌봄 패키지(TCP: Transition Care Packages) 등이 신설되면서 지역사회 돌봄의 기반이 한층 더 확장되었다.

2010년 이전까지 연속적으로 단행된 노인 돌봄 개혁은 호주의 지역사회 돌봄 정책을 한층 더 강화하였다. 하지만 다른 한편으로는 연방정부-주정부-지방정부 단위에서 산발적이고 운영되고 있는 각종 지역사회 노인 돌봄 서비스와 전달체계를 더욱 분절화하고 복잡하게 만드는 결과를 초래하였다. 또한, 공급자 중심의 정책에서 완전히 벗어나지 못하였다는 한계를 가지고 있었다. 이에 2012년 ‘더 오래 더 나은 삶’(LLLB)이라는 명칭으로 ‘소비자 중심의 돌봄’(Consumer-centered Care)을 강조하는 제2차 노인 돌봄 개혁이 추진되었다. 그 결과로써 연방정부가 주도적으로 흩어져 있던 각종 프로그램들을 통합하여 일원화된 방식으로 개편한 연방정부 재가 지원 프로그램(CHSP)과 재가 돌봄 패키지(HCP)가 탄생되었다. 이들 프로그램의 특징은 기존 프로그램 대비 서비스의 조합과 범위, 할당된 예산의 활용에 대한 소비자의 재량이 확대되었다는 점이다. 또한, 돌봄 욕구의 수준에 따라 지원되는 서비스의 범위와 강도가 다층적으로 마련되었다. 이외에도 서비스의 접근성과 편의성을 높이기 위해 전화나 웹사이트로 서비스에 접근할 수 있는 ‘나의 노인 돌봄(My Aged Care)’이라는 포털 서비스가 도입되어 운영되기 시작하였다.

3) ‘더 오래 더 나은 삶’ 노인 돌봄 개혁

‘더 오래 더 나은 삶 개혁’(LLLB)의 핵심은 기존의 노인 돌봄 제도를 고객 요구 기반 시스템(consumer demand-driven system)으로 전환하는 것이다. 이를 위해서 호주 정부는 다섯 가지 비전을 제시하였다(The Department of Health, 2017). 첫째, 고령화 사회에서 지속가능한 노인 돌봄 체계를 마련할 것 둘째, 서비스의 접근성을 향상시킬 것 셋째, 노인이 가능한 자신의 집에서 오래 생활할 수 있도록 지원할 것 넷째, 노인 돌봄 서비스 시장에 투자를 유도하여 성장을 도모할 것 다섯째, 적절한 보상이 이뤄지는 일자리와 다양한 경력 경로를 제공할 것이다.

노인 돌봄 개혁은 10년에 걸쳐 3단계로 나누어 추진되는데, 현재 2단계까지 마무리되고 3단계에 도입한 상태이다(The Department of Health, 2017). 호주의 회계연도 기준으로 1단계는 2012~13년에서부터 2013~14년까지로 ① 노인돌봄법 및 관련 시행령 개정, ② 노인돌봄서비스 이용창구인 ‘나의 노인 돌봄’ 포털과 연락센터 구축, ③ 새로운 재가 및 시설 돌봄 보충, ④ 새로운 재가 노인 돌봄 패키지 및 고객 주도 돌봄 도입, ⑤ 노인돌봄가격관리위원회(ACPC: Aged Care Pricing Commissioner) 신설, ⑥ 호주노인돌봄품질관리원(AACQA: Australian Aged Care Quality Agency) 신설에 중점을 두고 추진되었다. 2단계는 2015~16년까지로 1단계의 추진과제들을 확대하기 위해 ① ‘나의 노인 돌봄’ 포털 확대, ② 모든 노인 돌봄 서비스로 고객 주도 돌봄 확대 적용, ③ 연방정부재가지원프로그램(CHSP) 실시, ④ ‘나의 노인 돌봄’ 포털을 통한 노인돌봄서비스 사정 및 연계에 중점을 두고 추진되었다. 마지막으로 현재 진행 중인 3단계는 2016-17년부터 2021-22년까지로 ① 노인돌봄서비스불만제기책임관(ACCC: Aged Care Complaint Commissioner) 신설, ② 단기 회복 돌봄(SRC: Short-term Restorative Care) 서비스 도입, ③ 재가 돌봄 서비스에 대한 선택권 강화, ④ 보다 강화된 자산조사(means test) 체계 마련, ④ 다양한 인구그룹의 동등한 서비스 접근을 위한 가격조정체계 마련, ⑤ 인력공급 전략 등에 중점을 두고 추진 중에 있다.

‘더 오래 더 나은 삶 개혁’(LLLB)이 단행되면서 주목되는 주요 특징은 다음과 같다. 첫째, 기존에 연방정부-주정부 단위로 흩어져 있던 각종 노인 돌봄 서비스들을 연방정부가 주도적으로 관리하는 단일 프로그램으로 통합되었다. 둘째, 고객의 서비스에 대

한 선택과 통제가 가능하도록 노인 돌봄 서비스의 유형과 급여수준이 다층적으로 구조화되었다. 셋째, 노인 돌봄 서비스 접근성과 편의성을 향상시키기 위해 ‘나의 노인 돌봄’(My Aged Care) 포털을 신설하여 서비스 신청-자격심사 및 사정-연계 창구를 한 곳에서 이뤄질 수 있도록 일원화되었다. 넷째, 불필요한 시설입소에 따른 재정 부담을 줄이기 위해 시설입소와 시설 돌봄의 기준을 강화하고, 지역사회 기반 노인 돌봄 서비스가 대폭 확대되었다. 다섯째, 노인 돌봄 서비스 품질 및 안전관리체계가 강화되었다. 마지막으로, 노인 돌봄 제도의 지속성을 담보하기 위해 안정적인 재정관리 체계가 도입되었다(The Department of Health, 2017).

나. 대상

1) 연령기준

‘더 오래 더 나은 삶 개혁’이 추진되면서 호주의 노인 돌봄 제도는 ‘나의 노인 돌봄’이라는 명칭으로 불리고 있다. ‘나의 노인 돌봄’은 돌봄 요구 수준에 따라 각종 하위 프로그램들로 구성되어 있으며, 공통적으로 만 65세 이상의 연령조건을 충족해야 한다. 다만, 조기노화와 조기사망률이 높은 것으로 알려진 원주민⁸⁾ 등의 경우에는 만 50세 이상이라도 신청자격이 주어진다. 또한, 만 50세 이상(원주민의 경우 만 45세 이상)으로 소득수준이 낮거나, 노숙인 또는 노숙인이 될 위험에 있는 이들은 예외적으로 이용 자격이 주어진다. 이상의 연령기준을 충족하면서 아래의 증상이나 변화 중에서 어느 하나에 해당되면 ‘나의 노인 돌봄’을 신청할 수 있다.

- 활동능력 또는 기억능력에 변화를 인지한 경우
- 의료적 문제나 이동능력 저하로 진단을 받은 경우
- 가족 돌봄에 변화가 발생한 경우
- 최근 낙상이나 병원에 입원한 적이 있는 경우

8) 원주민은 Aboriginal and Torres Strait Islander people을 말한다.

상기에서 제시된 연령기준과 노화 관련 증상 및 변화는 ‘나의 노인 돌봄’을 이용하기 위한 최소한의 자격요건이다. 따라서 각각의 하위 노인 돌봄 프로그램들을 이용하기 위해서는 별도의 요건을 충족하고 사정절차를 거쳐야 한다.

2) 서비스 유형과 내용

‘나의 노인 돌봄’은 크게 재가 도움(Help at Home), 유동적 돌봄(Flexible Care), 시설 돌봄(Residential Care)의 3층 구조로 이루어져 있다. 각각 다양한 하위 프로그램들로 구성되어 있으며, 돌봄 요구 수준에 따라 대상과 서비스 내용에 차이가 있다.

〈표 4-43〉 호주의 노인 돌봄 프로그램과 서비스

구분	서비스 유형	대상	서비스 내용
재가 도움 (Help at Home)	연방정부재가지원프로그램 (Commonwealth Home Support Program)	65세 이상(또는 50세 이상 원주민 등)으로 낮은 수준의 돌봄이 필요한 자	식사배달 및 식사준비, 간호, 일상생활, 휴식 돌봄, 집 유지, 주택개조, 이동, 사회활동 지원 등
	재가 돌봄 패키지 (Home Care Packages)	65세 이상(또는 50세 이상 원주민 등)으로 복합적인 욕구를 가진 이들로 노인돌봄평가팀(ACAT)에 의해 사정을 받은 자	기본 수준 (Level 1, \$9000) 낮은 수준 (Level 2, \$15,750) 보통 수준 (Level 3, \$34,500) 높은 수준 (Level 4, \$52,250)
유동적 돌봄 (Short-term care / Flexible Care)	퇴원 후 전환 돌봄 (Transition Care)	병원 등 퇴원 후 기능 회복이 필요한 사람	간호, 치료, 활동지원 등 (12주)
	단기 회복 돌봄 (Short-term restorative Care)	기능의 회복 또는 기능 저하의 지연이 필요한 사람	간호, 치료, 영양, 활동지원, 식사, 보조기구, 주택 유지, 각종, 이동 등(8주)
	휴식 돌봄 (Respite Care)	긴급 또는 일시적으로 휴식이 필요한 노인과 돌봄자	긴급 휴식, 시설 주간 휴식, 단기간 휴식, 유동적 휴식
	다목적 서비스 (Multi-purpose services)	소규모 시골 지역 및 오지 거주자로 통합의료 서비스를 받는 사람	-
	혁신적 돌봄 (Innovative Care)	장기요양서비스가 충분히 제공되지 못하는 사람	-

구분	서비스 유형	대상	서비스 내용
노인 돌봄홈 (Aged Care Homes /Residenti al care)	시설 돌봄 (Residential care)	65세 이상(또는 50세 이상 원주민 등) 노인돌봄평가팀(ACAT) 사정에 의해 시설 돌봄이 필요하다고 인정받은 자	24/7 주거, 호텔 서비스, 돌봄 서비스

자료: 1. The Department of Health (2018-19). Report on the Operation of the Aged Care Act 1997. 27 November 2019.
https://www.gen-agedcaredata.gov.au/www_ahwgen/media/ROACA/2018-19-ROACA.pdf
 에서 2020. 09.30 인출
 2. <https://www.myagedcare.gov.au/types-care>

(1) 재가 도움⁹⁾

재가 도움은 크게 ① 연방정부 재가지원프로그램(CHSP)과 ② 재가 돌봄 패키지(HCP)로 구성되어 있다.

① 연방정부 재가지원프로그램

연방정부 재가지원 프로그램(CHSP)은 ‘더 오래 더 나은 삶’(LLLB) 노인 돌봄 개혁이 추진되면서 신설된 프로그램으로 돌봄 욕구가 최초로 발생한 노인에게 입문 수준(entry level)의 서비스를 제공한다. 연방정부 재가지원 프로그램(CHSP)은 노화에 따른 기능저하를 지연시켜서 보건의료서비스 이용을 최대한 늦추는 것을 목적인다. 따라서 연방정부 재가지원 프로그램(CHSP)은 대부분의 일상생활을 혼자서 가능하지만 1~2가지 정도의 지원이 있다면 가정과 지역사회에서 독립된 생활을 살아갈 수 있는 노인을 대상으로 한다. 이때 제공되는 서비스는 노인에게 강도 높은 돌봄 서비스를 제공하는 것이 아니라 이들이 가능한 가정 및 지역사회에서 생활을 유지할 수 있도록 보조하는 성격이 강하다. 연방정부 재가지원 프로그램(CHSP)을 통해 제공되는 구체적인 서비스 내용은 다음과 같다.

9) 재가 돌봄 패키지(HCP: Home Care Packages)는 기존 HACP, CACP, EACH, EACH-D를 통합한 프로그램으로 2013년 7월부터 단계적으로 전환되어 2015년 7월 전면 시행되고 있음

- 식사준비(음식재료 준비, 요리 보조, 영양관리 등)
- 기타 음식 서비스
- 이동 보조
- 가사 도움(청소, 빨래, 식사준비 등)
- 개인 돌봄(목욕, 옷입기 등)
- 주택유지(전구 교체, 정원관리 등)
- 주택개조(핸드레일, 경사로 등 설치)
- 보조기구(목욕의자, 휠체어 등)
- 사회적지지 그룹(센터 기반 주간 돌봄)
- 간호(약물관리 등)
- 보건 및 치료서비스(물리치료, 작업치료 등)
- 물품, 기구, 보조공학
- 유동적 돌봄(재가 주야간 돌봄, 지역사회 개인 휴식 돌봄, 위탁 휴식 돌봄 등)
- 시설 기반 휴식 돌봄(주간 휴식, 시설 주간 휴식, 지역사회 그룹 휴식 등)
- 숙박 돌봄

② 재가 돌봄 패키지

재가 돌봄 패키지(HCP)는 기존의 재가 노인 확장 돌봄 프로그램(EACH), 재가 치매 노인 확장 돌봄프로그램(EACH-D)을 하나로 통합한 프로그램이다. 재가 돌봄 패키지(HCP)는 복합적인 욕구를 가지고 있는 노인을 대상으로 포괄적이고 강도 높은 수준의 돌봄 서비스를 제공한다. 급여수준은 사정결과에 따라 기본수준(Level 1), 낮은 수준(Level 2), 중간수준(Level 3), 높은 수준(Level 4)의 4단계로 구분되어 결정된다.

〈표 4-44〉 재가돌봄패키지(HCP) 대상과 급여 수준

구분	대상	연간 급여 수준
기본 수준(Level 1)	HACC보다 높은 수준의 돌봄 욕구를 가진 사람	\$9,000
낮은 수준(Level 2)	기존 CACP과 유사한 낮은 돌봄 욕구를 가진 사람	\$15,750
중간 수준(Level 3)	중간 수준의 돌봄 욕구가 필요한 사람	\$34,500
높은 수준(Level 4)	기존 EACH 혹은 EACH-D와 유사한 높은 수준의 돌봄 욕구를 가진 사람	\$52,250

자료: <https://www.myagedcare.gov.au/help-at-home/home-care-packages>.

재가 돌봄 패키지(HCP)는 서비스 내용적 측면에서 연방정부 재가지원 프로그램(CHSP)에 제공되는 것과 비교해볼 때 유사하나, 개인별로 할당된 예산 범위 안에서 노인의 필요와 선택에 따라 다양한 서비스들을 복합적으로 이용이 가능하다는 차이점이 있다. 또한, 연방정부 재가지원 프로그램(CHSP)과 달리 서비스 코디네이터가 노인의 의견을 최대한 반영하여 개인별 돌봄 서비스 계획을 수립하고 실행을 돕는다는 점에서도 차이가 있다. 재가 돌봄 패키지(HCP)에서 제공되는 구체적인 서비스 내용은 다음과 같다.

- 개인 돌봄
- 영양, 수분, 음식 준비, 체중 관리
- 대소변관리용품
- 이동 및 보조도구
- 간호, 건강 및 재활치료서비스
- 이동 및 활동 보조서비스
- 피부관리서비스
- 유선건강관리서비스
- 보조공학 장비 구매
- 보조기구 수리 및 임대

(2) 유동적 돌봄¹⁰⁾

유동적 돌봄(Flexible care)은 ① 퇴원 후 전환 돌봄(Transition care) ② 단기 회복 돌봄(Short-term Restorative Care) ③ 다목적 서비스(Multiple-purpose Services) ④ 혁신적 케어프로그램(Innovative Care Programme) ⑤ 휴식 돌봄(Respite Care)으로 구성되어 있다.

퇴원 후 전환 돌봄은 병원이나 요양시설에서 퇴원한 노인이 가정에서 심신회복이나 자립능력 회복을 돕기 위해 최장 12주까지 집중적인 돌봄을 제공하는 서비스이다. 단기 회복 돌봄은 일상생활에서 도움이 필요하기 시작한 노인이 장기 돌봄과 보건의료서비스로 진입하는 것을 최대한 지연시키거나 회피하기 위해 기능유지에 초점을 두는 서비스이다. 다목적 서비스는 소규모 시골 지역이나 오지에서 거주하고 있는 노인들을 대상으로 통합 돌봄 및 의료서비스를 제공하는 서비스이다. 혁신적 케어프로그램은 장기요양서비스가 충분히 제공되지 못하는 대상자나 지역의 욕구를 충족하기 위한 서비스 제공법과 프로그램을 연구 및 개발하기 위한 프로그램이다. 마지막으로 휴식 돌봄은 일정기간 동안 휴식이 필요한 노인과 가족에게 가정이나 시설에서 주간 돌봄 서비스를 제공하거나 요양시설에서 단기간 돌봄 서비스를 제공한다.

(3) 시설 돌봄¹¹⁾

시설 돌봄(Residential Care)은 현격한 기능저하, 건강문제 등으로 인해 더 이상 가정에서 독립적으로 생활하기 어려운 노인들이 단기간 또는 장기간 요양원(nursing home), 거주노인시설(residential aged care facility) 등에 입소하여 24시간 돌봄 서비스를 제공한다. 따라서 시설 돌봄은 심각한 기능저하로 지속적인 도움이 필요하거나 심각한 건강상의 문제로 인해 더 이상 가정과 지역사회에서 혼자서 살아가기 어려운 ① 만 65세 이상 노인, ② 만 65세 미만으로 장애 또는 치매를 가지고 있는 사람, ③ 다른 서비스를 통해 가정에서 혼자서 생활하는 것이 어려운 사람을 대상으로 한다.

10) 유동적 돌봄(Flexible Care)은 단기 돌봄(Short-term Care)이라는 명칭을 혼용

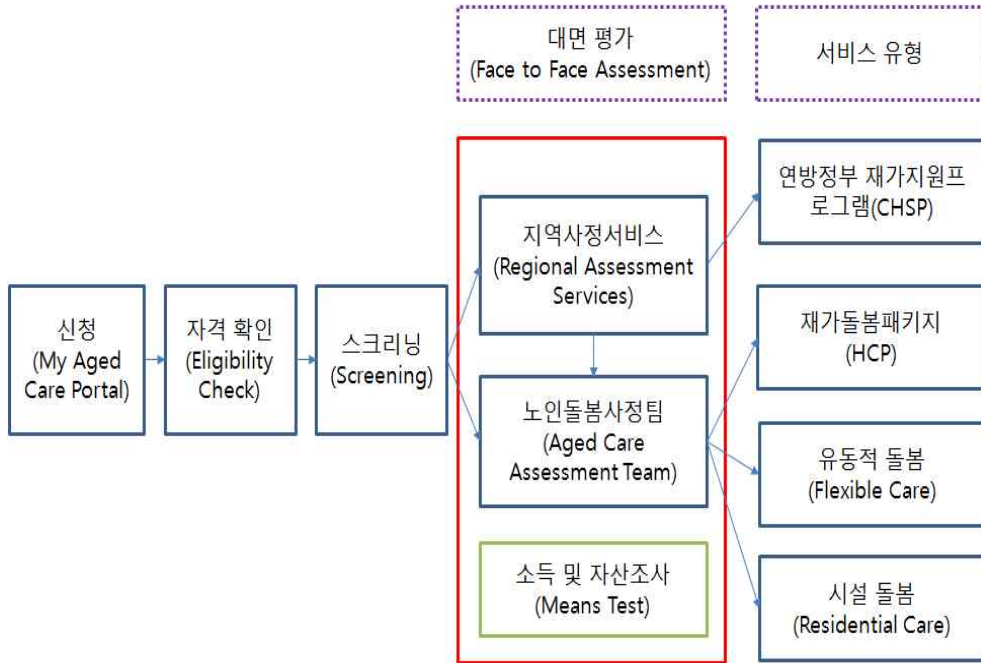
11) 시설 돌봄(Residential Care)은 노인돌봄홈(Aged Care Homes)이라는 명칭을 혼용

시설 돌봄에서 제공되는 주요 서비스는 ① 가구, 주택관리, 음식, 청소, 사회활동, 세면도구 등 주거지원서비스(Accommodation Services), ② 목욕, 식사, 약물복용 등을 지원하는 개인 돌봄, ③ 간호, 재활치료, 대소변 관리 등 임상서비스(Clinical Services) 등이 포함된다.

다. 신청 및 사정절차

노인 돌봄 서비스의 신청은 본인, 가족 또는 일반주치의(GP: General Practitioner) 및 의료관련 전문가가 접수할 수 있다. 신청은 ‘나의 노인 돌봄’ 포털을 통해 이뤄지며 접수가 완료되면 일차적으로 이용자격 확인(eligibility check)과 사전 전화 스크리닝(screening) 절차를 거친다. 이후 신청자의 기능상태 등을 고려하여 필요한 서비스의 유형과 지원수준에 따라 지역사정서비스(RAS: Regional Assessment Services)나 노인돌봄사정팀(ACAT: Aged Care Assessment Team)으로 의뢰되어 대면사정절차(Face to Face Assessment)가 진행된다. 이용자격 확인과 사전전화 스크리닝을 통해 입문수준의 돌봄이 필요한 것으로 판단되면 지역사회정서비스(RAS)가 사정을 담당하며, 주로 연방정부 재가지원 프로그램(CHSP)으로 연계된다. 반면, 사정결과에서 보다 포괄적이고 강도 높은 지원이 필요하다고 판단된 경우에는 심층사정을 담당하는 노인돌봄사정팀(ACAT)에 의해 대면사정이 진행된다. 이후 사정결과에 따라 재가 돌봄 팩키지(HCP)나 시설 돌봄(Residential Care)으로 연계된다. 대면사정은 등록 간호사(Registered Nurse)나 의료관련 전문가(Allied Health Professionals)에 상응하는 자격을 가진 전문 평가원(Assessor)에 의해 진행된다. 사정이 완료된 이후에는 신청자의 이용료(기여금) 산정을 위한 소득과 자산 조사(means test)가 진행된다.

[그림 4-9] '나의 노인 돌봄' 신청 및 사정 절차



1) 서비스 신청

‘더 오래 더 나은 삶’ 노인 돌봄 개혁이 추진되면서 추가된 가장 큰 변화들 중에 하나는 서비스의 접근성과 편의성을 높이기 위해 정보제공-신청-사정-모니터링이 한곳에서 이뤄질 수 있도록 온라인 플랫폼을 기반으로 한 ‘나의 노인 돌봄’ 포털이 신설되었다는 점이다. ‘나의 노인 돌봄’은 이용자, 서비스 제공자, 사정 및 평가기관 등 3자가 정보를 공유하는 온라인 기반 이용창구로 2013년부터 일부 지역에서 단계적으로 도입되어 2015년 7월 1일부터 호주 전역에서 전면 시행되고 있다.

‘나의 노인 돌봄’이 신설됨에 따라 기본적으로 호주의 모든 노인 돌봄 서비스의 신청은 해당 포털을 통해 이뤄지고 있다. 다만, 일부 노인들의 인터넷 접근성과 이용능력을 고려하여 각 지역에 위치해 있는 나의 노인 돌봄 연락 센터(My Aged Care Contact Center)를 두고 전화나 방문을 통해서 신청이 가능하도록 하고 있다.

2) 스크리닝

스크리닝(Screening)은 노인 돌봄 서비스 이용을 희망하는 노인이 나의 노인 돌봄 포털에 신청서를 제출하고 등록된 이후에 나의 노인 돌봄 연락 센터의 직원에 의해 진행된다. 이 단계는 전화조사 방식으로 진행되며 노인의 기본적인 욕구를 파악하기 위한 노인의 기능상태, 욕구, 상황 등 관련 기초적인 수준의 정보수집이 이뤄진다. 이렇게 수집된 정보를 토대로 나의 노인 돌봄 연락 센터의 직원은 재가 지원 사정과 포괄적 사정의 둘 중에서 신청자에게 적합한 사정을 판단하여 해당 사정절차를 안내하고 의뢰한다.

3) 사정

(1) 재가 지원 사정

스크리닝을 통해 연방정부재가지원프로그램(CHSP)이 적합하다고 판단된 경우에는 재가 지원 사정이 진행된다. 재가 지원 사정은 지역사정서비스(RAS)가 담당하며, 일반적으로 신청인의 집에서 대면사정의 방식으로 진행된다. 재가 지원 사정에서 수집되는 구체적인 정보내용은 다음과 같다.

- 가족, 지역사회 참여 및 지원
- 돌봄자, 돌봄 책임, 돌봄 관계의 지속성
- 기능 수준
- 신체 및 개인적 건강
- 건강보험 가입 여부 및 건강상태
- 인지 능력 및 정신사회학적 상황
- 가정과 개인의 안전
- 취약함의 복잡성 및 위험성 수준
- 지원의 고려 상황
- 목적, 동기, 선호

재가 지원 사정이 진행되는 과정에서 평가원은 고객과 협력하여 고객의 강점, 능력, 어려움 영역, 욕구를 충족하기 위해 가장 필요한 서비스를 고려하여 지원계획을 수립하는 역할을 수행한다.

(2) 포괄적 사정

포괄적 사정은 스크리닝과 재가 지원 사정을 통해 복합적인 욕구를 가진 노인으로 강도 높은 지원이 필요하다고 판단된 경우에 노인돌봄사정팀(ACAT)에 의해 진행된다. 사정방식은 재가 지원 사정과 마찬가지로 대면사정의 방식으로 진행된다. 포괄적 사정에서는 스크리닝과 재가 지원 사정을 통해서 이미 수집된 정보와 추가적인 대면사정을 통해 신청자가 노인돌봄법(Aged Care Act 1997)에서 정하고 있는 돌봄 서비스 유형에 적합한지 여부를 판단하는 것에 일차적인 초점을 둔다. 이를 위해서 평가원은 신청자의 신체적 능력, 의학적 건강상태, 심리사회학적 요소, 인지 및 행동 요소, 물리적 환경 요소, 회복 욕구 등 다양하고 심층적인 정보를 수집하고, 이렇게 수집된 정보를 종합적으로 고려하여 사정을 진행한다. 평가원은 재가 지원 사정에서와 마찬가지로 고객과 협력하여 고객의 강점, 능력, 어려움 영역, 욕구와 목표를 충족하기 위해 가장 필요한 서비스를 고려하여 서비스 지원 계획을 세우는 역할을 담당하기도 한다. 평가원은 사정결과 신청자가 노인돌봄법(Aged Care Act 1997)에서 정한 돌봄 서비스 유형에 해당되고 자격요건을 충족한 것으로 확인되면 재가 돌봄 패키지(HCP), 시설 돌봄(Residential Care) 또는 유동적 돌봄(Flexible Care)로 연계한다.

(3) 보완적 사정 도구

재가 지원 사정이나 포괄적 사정을 진행하는 과정에서 평가원은 고객의 욕구와 상황에 대한 전인적 사정(a holistic assessment)을 위해 보완적 사정도구(supplementary assessment tools)를 사용할 수 있다(The Department of Health, 2018). 하지만 평가원이 임상적으로 신뢰성을 인정받은 사정도구를 의무적으로 사용해야 하는 것은 아니다. 즉, 사정도구는 이용자격이나 급여수준을 절대적으로 결정하는 기준으로 사용되지 않으며, 신청자의 욕구와 상황을 이해하기 위한 보조적인 수단

으로 사용된다. 평가원이 보완적 사정도구를 사용하고자 할 경우에는 반드시 사정도구의 이름과 결과를 보관해야 한다. 또한, 사정결과 복사본을 고객에게 반드시 전달해야만 한다. 평가원이 일반적으로 사용하는 보완적 사정 도구의 목록은 다음과 같다.

- Caregiver Strain Index(CSI)*¹²⁾
- Modified Caregiver Strain Index(MCSI)*
- Older Americans Resources and Services - Instrumental Activities of Daily Living(OARS-IADL)*
- Barthel Index of Activities of Daily Living*
- Kimberley Indigenous Cognitive Assessment - Activities of Daily Living-(KICA-ADL)*
- Revised Urinary Incontinence Scale(RUIS)
- Revised Faecal Incontinence Scale(RFIS)
- South Australian Oral Health Referral Pad
- Oral Health Assessment Tool(OHAT) for Non-Dental Professionals
- Mini Nutritional Assessment(MNA)*
- Brief Pain Inventory(Short Form)
- Resident's Verbal Brief Pain Inventory
- Abbey Pain Scale
- Alcohol Use Disorders Identification Test(AUDIT)
- Standardised Mini-Mental State Examination(SMMSE)
- Rowland Universal Dementia Assessment Scale(RUDAS)
- Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly (IQCODE)
- Kimberley Indigenous Cognitive Assessment - Cognitive Assessment(KICA-COG)
 - Kessler 10(K10)*
 - Kimberley Indigenous Cognitive Assessment - Carer: Cognitive Informa-

12) * 표시가 있는 보완적 사정도구는 포괄적 사정에서 노인돌봄팀 평가원(ACAT assessor)뿐만 아니라 재가 지원 사정에서 지역사정서비스의 평가원(RAS assessor)에 의해서도 이용이 가능함

nt Report(KICA-Carer)

- Geriatric Depression Scale(GDS)

4) 자산조사

‘나의 노인 돌봄’에서 제공되는 모든 서비스는 이용자의 서비스 유형과 급여수준에 따라 기여금(contribution) 또는 본인부담금이 있다. 기여금의 수준은 정부가 매년 3월과 9월에 고시하는 노령연금의 일정 비율을 기준으로 결정되며, 이용자의 소득 및 자산수준에 따라 차등적으로 부과된다. 본인부담금은 기본적으로 일일 이용료(basic daily fee), 소득조사 돌봄 부담금(income-tested care fee), 추가 부담금(additional fee)으로 구성되어 있으며, 일일 이용료는 소득 및 자산수준과 상관없이 모든 이용자에게 공통적으로 부과되고, 소득조사 돌봄료는 소득 및 자산수준에 따라 차등적으로 부과된다. 추가 부담금은 이용자가 나의 돌봄 제도를 통해 보장되지 않은 서비스를 별도로 이용할 경우에 추가적으로 부과된다.

서비스 유형별로 구체적으로 살펴보면 연방정부재가지원프로그램(CHSP)의 경우에는 일일 이용료만 본인부담금이 있다. 별도로 고시된 정액은 없으며 이용자와 서비스 제공자 사이에서 합의한 소액의 일일 이용료를 부담한다. 재가지원팩키지(HCP)의 경우에는 인정조사 등급과 소득 및 자산수준에 따라 일일 이용료와 소득조사 돌봄 부담금이 차등적으로 부과된다. 일일 이용료는 모든 이용자에게 공통적으로 부과되지만 소득조사 돌봄 부담금은 일정 수준의 소득을 초과하는 이용자에게만 부과된다. 일일 이용료의 부담수준은 호주 정부가 고시하는 전체 노령 연금의 비율(15.50%~17.05%)에 따라 결정된다. 한편, 소득조사 돌봄 부담금은 연간 및 평생 본인부담금 상한액이 있어서 이미 상한액을 초과한 이용자에게는 더 이상 부과되지 않는다.

유동적 돌봄(Flexible Care)은 소득조사 돌봄 부담금은 없고 일일 이용료만 부과된다. 본인부담금 수준은 재가지원팩키지(HCP)와 마찬가지로 호주 정부가 고시하는 전체 노령 연금의 비율에 따라 결정되는데, 집에서 이용하는 경우에는 전체 노령 연금의 17.5%, 시설에서 이용하는 경우에는 85%가 각각 적용된다.

마지막으로 시설 돌봄(Residential Care)의 본인부담금은 일일 이용료, 소득조사 돌봄 부담금, 숙박료(accommodation fee), 추가 부담금, 별도 부담금(extra serv-

ice fee)로 구성되어 있다. 일일 이용료의 수준을 결정하는 호주 정부의 고시 비율은 85%로 다른 서비스에 비해 본인 부담금 수준이 월등히 높은 편이다. 일일 이용료 외에도 소득 및 자산 수준에 따라 1일 기준 \$0~\$256.44가 부과되며, 연소득 \$70,320 이상이거나 자산이 \$171,535.20을 초과하는 경우에는 별도로 숙박료가 부과된다. 또한, 최소 돌봄 기준 이상의 서비스를 이용하거나 보장되지 않는 서비스를 이용할 경우에는 추가 부담금과 별도 부담금이 각각 추가로 부과된다.

〈표 4-45〉 자산조사에 따른 ‘나의 노인 돌봄’ 서비스 본인부담금

서비스 유형		노령 연금의 고시 비율	일일 이용료	소득조사 돌봄 부담금	추가 부담금
연방정부재가지원프로그램 (CHSP)		비해당	서비스 제공자와 합의한 소액	없음	없음
재가 돌봄 패키지 (HCP)	기본 수준 (L1)	15.68%	\$9.36	자산조사 돌봄료 1그룹: 1일 최대 15.43달러 - 1인 소득가구: 27,840.80 - 동거 2인 소득가구: \$21,606.00 - 비동거 2인 소득 가구: \$27,320.80 2그룹: 1일 최대 \$15.43~ \$30.86 - 1인 소득가구 \$53,731.60 - 동거 2인 소득가구 \$41,121.60 - 비동거 2인 소득가구: \$53,211.60 연간 본인부담금 상한액 1그룹: 노령연금 완전 수급자 또는 연소득 \$28,087.41 이하는 본인부담금 없음 2그룹: 노령연금 부분 수급자 또는 연소득 \$27,840.80~\$53,731.60 연 최대 \$5,617.47 부과 3그룹: 연소득 \$53,731.60 초과 \$11,234.96 부과 평생 본인부담금 상한액: \$67,409.85	보장 되지 않는 서비스 이용 시 별도 부과
	낮은 수준 (L2)	16.58%	\$10.19		
	중간 수준 (L3)	17.05%	\$10.48		
	높은 수준 (L4)	15.50%	\$10.75		
유동적 돌봄 (Flexible Care)	퇴원 후 전환 돌봄 (Transition Care)	1. 집에서 이용 17.5% 2. 시설에서 이용	1. 집에서 이용 \$10.75 2. 시설에서 이용 \$52.25	없음	비해당

서비스 유형		노령 연금의 고시 비율	일일 이용료	소득조사 돌봄 부담금	추가 부담금
	단기 회복 돌봄 (Short-term restorative Care)	85%	1. 재가에서 이용 \$10.75 2. 시설에서 이용 \$51.22	없음	비해당
	휴식 돌봄 (Respite Care)		재가지원프 로그램 및 시설돌봄 이용료와 동일	없음	비해당
시설 돌봄 (Residential Care)		85%	1일 기준 \$52.25 또는 연간 \$19,071	1. 자산조사 돌봄 부담금 1일 기준: \$0~\$256.44 연간 본인부담금 상한액: \$28,087.41 평생 본인부담금 상한액: \$67,409.85 2. 숙박료(시설 위치 등에 따라 상이) 1그룹: 정부가 부담 - 연소득 27,840 이하 또는 자산 \$50,500 이하인 경우 2그룹: 전부 본인 부담 - 연소득 70,320 이상 또는 자산 \$171,535.20을 초과하는 경우	1. 최소 돌봄 서비 스 기준을 초과하는 서비스를 이용 시 별도 부과 2. Room 크기를 업 그레이드 할 경우 별도 부과 금(Extra Service Fees) 있 음

자료: <https://www.myagedcare.gov.au/understanding-costs>의 내용 재구성

라. 이용자 규모 및 현황

1) 이용자 규모

호주의 회계연도 2018-2019년 기준으로 나의 노인 돌봄 서비스 이용자는 약 130만 명(1,282,567명)인 것으로 확인된다(The Department of Health, 2019) 이는 호주의 만 65세 이상 인구 390만 명의 약 33%에 해당된다.

2) 서비스 유형별 이용자

서비스 유형별로 살펴보면, 연방정부재가지원프로그램(CHSP) 840,984명(65.6%), 재가돌봄패키지(HCP) 106,707명, 휴식 돌봄(Respite care) 65,523명, 시설 돌봄(Residential Care) 242,621명, 유동적 서비스(Flexible care) 26,975명으로 확인된다. 따라서 75.4%는 재가 기반 지원 및 돌봄(Home-based support and care)을 이용 중이며, 시설 돌봄(Residential Care) 이용자는 전체 이용자의 18.9%(242,621명)를 차지한다.

〈표 4-46〉 2018-2019년 노인 돌봄 서비스 이용자 현황

(단위: 명, %)

서비스 유형		이용자 수	비중
연방정부재가지원프로그램(CHSP)		840,984	65.6
재가 돌봄(HCP)		106,707	8.3
휴식 돌봄(Respite Care)		65,523	5.1
시설 돌봄(Residential Care)		242,621	18.9
유동적 돌봄(Flexible Care)	퇴원 후 전환 돌봄 (Transition Care)	24,432	2.1
	단기 회복 돌봄 (Restorative Care)	2,543	
	다목적 서비스 (Multiple-purpose services)	-	
	혁신적 돌봄 서비스 (Innovative Care Services)	-	
총계		1,282,810	100.0

자료: The Department of Health (2019a). 2018-19 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997.

마. 운영체계

1) 운영구조

나의 노인 돌봄의 운영구조는 크게 사회서비스부(Department of Social Services; DSS)와 보건부(Department of Health), 그리고 그 하부 조직으로 나눌 수 있다. 사회서비스부는 산하기관인 호주보건복지연구소(Australian Health and Welfare Institution)를 통해 노인 관련 연구와 정책수립의 역할을 담당한다. 보건부는 노인 돌봄 서비스 이용창구인 '나의 노인 돌봄' 포털과 나의 노인 돌봄 연락 센터를 관리하고, 지역사회정서서비스(RAS)와 노인돌봄사정팀(ACAT)을 통해 고객의 이용자격을 확인하여 사정하는 역할을 담당한다. 이외에도 노인 돌봄 품질 관리, 재원 및 재정 관리 등을 하는 산하기관들이 존재하는데, 각각의 역할과 기능을 살펴보면 다음과 같다.

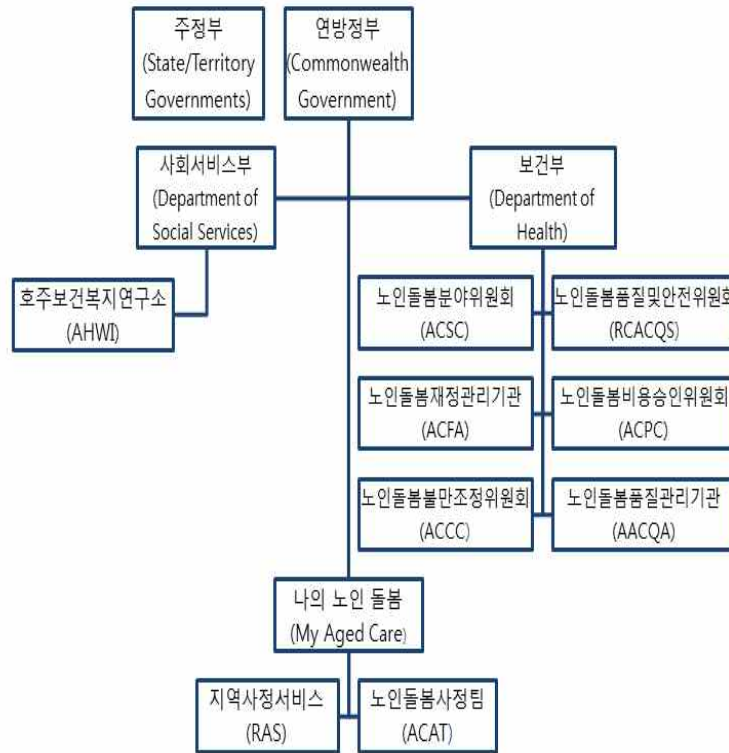
(1) '나의 노인 돌봄' 연락 센터

나의 노인 돌봄의 운영을 맡고 있는 나의 노인 돌봄 연락 센터(My Aged Care Contact Center)는 My Aged Care 포털 또는 유선으로 고객에게 서비스 이용법에 대한 정보 제공, 고객 등록, 스크리닝, 이용자 내역 관리 등의 역할을 담당한다. 등록과 스크리닝을 거친 고객은 돌봄 욕구 수준에 따라 지역사회정서서비스(RAS)와 노인돌봄사정팀(ACAT)으로 연계되어 필요한 서비스에 대한 사정을 받는다. 지역사회정서서비스(RAS)는 면대면 사정을 통해 주로 연방정부재가지원프로그램(CHSP) 서비스에 연결한다. 노인돌봄사정팀(ACAT)은 재가지원패키지(HCP), 유동적 돌봄(Flexible care), 시설 돌봄(Residential Care)의 대상자를 사정한다. 한편, 빅토리아주의 경우에는 예외적으로 노인돌봄사정서비스(ACAS: Aged Care Assessment Service)가 평가한다.

(2) 노인돌봄분야위원회

노인돌봄분야위원회(ACSC: Aged Care Sector Committee)는 정부에 장기요양

[그림 4-10] 호주의 노인 돌봄 운영체계



정책의 발전과 장기요양시스템의 새로운 모형을 제시하기도 하며, 법령 점검, 장기 요양정책방향 제시, 소비자와 제공자간의 불필요한 규제를 줄이기 위한 활동들을 한다. 또한, 소비자, 시장의 의견수렴을 통해 지속가능한 노인 돌봄 서비스를 마련하기 위해 장기적인 로드맵을 제시하고 정부 관계자의 정책 결정에 도움을 주는 역할을 한다.

(3) 노인 돌봄 품질 및 안전위원회

국립 노인 돌봄 품질 및 안전 위원회(RCACQS: The Royal Commission into Aged Care Quality and Safety)는 노인 돌봄 서비스 관련 공공의 이익을 위해 공개 민원처리를 담당하는 기관이다. 국립 노인 돌봄 품질 및 안전 위원회는 노인 돌봄 서비스 관련 공개 민원처리를 위해 개인이나 기관으로부터 필요한 증빙자료를 요청할 수 있는 최고의 권한을 가진 기관이다.

(4) 노인 돌봄 재정 관리기관

노인 돌봄 재정 자문기관(ACFA: Aged Care Financing Authority)은 정부에 재원과 경제 이슈, aged care 재정 등에 대해 전문적인 자문을 제공하는 역할을 담당한다.

(5) 노인 돌봄 비용 승인 위원회

노인 돌봄 서비스 비용승인 위원회(ACPC: Aged Care Pricing Commissioner)는 기존 고객에 대한 추가 서비스 비용 승인, 시설 돌봄 대상 고객의 최대 비용을 초과한 입소비(accommodation payment) 승인을 담당하는 역할을 한다.

(6) 노인 돌봄 불만조정 위원회

노인 돌봄 불만관리 위원회(ACCC: Aged Care Complaints Commissioner)는 고객의 불만사항을 처리하는 조직으로 호주 정부의 재정 지원을 받는 서비스 제공자, 시설로부터 본인이나 다른 사람이 받은 간호나 서비스의 질에 관련된 불만 사항을 처리하는 역할을 담당한다.

(7) 노인 돌봄 품질관리 기관

노인 돌봄 질 관리 기관(AACQA: Australian Aged Care Quality Agency)은 호주 정부의 노인 돌봄 서비스 보조금을 승인하고, 재가서비스와 유동적서비스, 시설서비스의 질을 평가, 서비스 질 관리 규정과 모니터링 관련 정보제공, 서비스 제공자에게 보수교육을 제공하는 역할을 담당한다. 또한, 지역사회와의 협업하여 노인에게 제공되는 서비스를 모니터링하여 서비스의 질을 향상시키는 역할을 수행한다.

2) 서비스 제공기관

노인 돌봄 서비스의 일부분만 연방정부, 주정부, 지방정부가 담당하고, 대부분은 영리 또는 비영리 민간기관이 서비스 제공을 담당하고 있다. 시설 운영주체에 따라 살펴

보면, 비영리 민간기관 57.3%, 영리 민간기관 35.9%, 정부 6.8%로 구성된다.

노인 돌봄 서비스 제공기관은 노인돌봄법(Aged Care Act 1997)에 따라 승인을 받은 법인(개인사업자 불가)만이 등록할 수 있다. 또한, 시설 돌봄을 제공하는 기관은 노인돌봄기관평가시행령에 따라 별도의 평가절차를 거쳐서 승인을 받아야 한다. 2019년 6월 말 기준 정부로부터 보조금을 지원받아 운영되고 있는 노인 돌봄 서비스 등록기관은 재가 지원(Home Support) 1458개소, 재가 돌봄(Home Care) 928개소, 시설 돌봄(Residential Care) 873개소, 유동적 서비스 119개소인 것으로 파악된다. 이 중에서 시설을 기반으로 한 시설 돌봄(Residential Care)과 유동적 돌봄(Flexible Care) 제공 장소 수는 223,041개소로 2018년 6월 말 216,215개소 대비 6,826개소 증가한 것으로 파악된다.

〈표 4-47〉 2018~2019년 노인 돌봄 서비스 제공기관 현황

(단위: 개소)

서비스 유형		등록 기관	제공 장소	
연방정부재가지원프로그램(CHSP)		1,458		
재가 돌봄(HCP)		928		
휴식 돌봄(Respite Care)		565	2,579	
시설 돌봄(Residential Care)		873	213,397	
유동적 돌봄(Flexible Care)	전환 돌봄 (Transition Care)	주정부 등이 관리	4,060	9,644
	단기 회복 돌봄 (Short-term restorative care)	53	825	
	다목적 서비스 (Multi-purpose services)	병원 등 내 위치	3,646	
	혁신적 돌봄 서비스 (Innovative Care Services)	-	41	
	기타(원주민 등 돌봄)	-	1,072	
총계		3,877	225,620	

자료: The Department of Health (2019a). 2018-19 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997.

바. 재정

1) 재원

‘나의 노인 돌봄’의 재원은 조세(소득세, 소비세), 건강보험료(Medicare 2%) 등의 세금을 통한 연방정부 기금, 주정부 및 특별자치행정구역정부의 분담금, 그리고 이용자의 본인부담금으로 충당된다. 2018-2019년 회계연도 기준 ‘나의 노인 돌봄 제도’의 예산은 약 201억 달러(\$1=W825원, 약 16조 6천억 원)로 파악된다. 이는 2013-14년 대비 43억 1,400만 달러 증가한 수준이며, 향후 인구고령화가 심화되어 이용자가 늘어나면서 전체 예산은 지속적으로 증가할 것으로 전망된다.

〈표 4-48〉 나의 노인 돌봄 제도의 예산 변화 추이

(단위: 백만 달러)

구분	NSW	Vic	Qld	WA	SA	Tas	ACT	NT	호주 전체
2013-14	5,075	4,163	2,916	1,527	1,433	402	180	98	15,797
2014-15	5,234	4,377	3,102	1,573	1,508	426	222	110	16,722
2015-16	5,534	4,633	3,219	1,673	1,560	433	248	103	17,527
2016-17	5,824	4,658	3,345	1,699	1,603	444	230	108	18,019
2017-18	5,792	4,871	3,597	1,782	1,628	486	254	106	18,727
2018-19	6,253	5,264	3,901	1,809	1,785	486	294	117	20,111

자료: Productivity Commission (2020). Report on Government Services 2020: part f, chapter 14, aged care services report and attachment tables.

2) 지출

‘나의 노인 돌봄’의 예산은 크게 5가지 영역¹³⁾에 사용된다. 2018-2019년 회계연도 기준 전체 예산 약 199억 달러 중 지출이 가장 높은 영역은 시설 돌봄(Residential

13) 전체 예산 중 행정 및 관리 비용을 제외한 직접서비스 비용만 포함

care)으로 139억 달러가 지출되어 전체 예산의 65.3%를 차지하고 있다. 그 다음으로 재가 지원(CHSP) 330억 달러(16.6%), 재가 돌봄(HCP) 250억 달러(12.6%), 유동적 서비스(Flexible Care), 60억 달러(3.0%), 기타 노인 돌봄(Other aged care) 50억 달러(2.5%)가 지출되었다.

〈표 4-49〉 2018~2019년 노인 돌봄 서비스 예산지출 현황

(단위: 억 달러, %)

서비스 유형	지출액	비중
연방정부재가지원프로그램(CHSP)	33	16.6%
재가 돌봄(HCP)	25	12.6%
시설 돌봄(Residential Care)	130	65.3%
유동적 돌봄(Flexible Care)	6	3.0%
기타 노인 돌봄(Other Aged Care)	5	2.5%
총계	199	100.0%

자료: The Department of Health (2019a). 2018-19 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997.

3. 국가장애보험제도

가. 제도 개요

1) 근거 법령

국가장애보험제도(이하 'NDIS')는 2013년 제정된 국가장애보험제도법(이하 NDIS 법)에 근거하여 도입된 호주의 국가장애보험제도이다. NDIS는 영구적이고 심각한 장애를 가진 장애인들이 동등한 사회구성원으로서 교육, 고용, 지역사회 활동 등 삶의 전 영역에서 배제되지 않고 '보통의 삶'(ordinary life)을 향유할 수 있도록 '정당하고 필수적인'(reasonable and necessary) 지원을 제공하기 위해 도입되었다.

NDIS를 관할하는 법률은 크게 NDIS법과 시행규칙의 두 축으로 구성되어 있다.

NDIS법은 장애인의 자립과 사회경제적 참여, 비장애인과 동등한 시민으로서의 권리를 명시하고 있으며, 이를 위해서 서비스를 계획하고 전달하는 데 있어 이용자의 자기 결정권과 선택과 통제의 원리를 담고 있다. 이외에도 국가장애보험기관(이하 'NDIA') 설치 및 기능과 역할, 이용자 자격 기준, 정부운영체계, NDIS 품질 및 안전위원회의 설치 및 기능과 역할 등에 관한 일반적인 규정을 명시하고 있다. NDIS의 운영 및 품질 관리에 관한 세부사항은 사회서비스 장관과 사회서비스 장관으로부터 위임을 받은 NDIS 품질 및 보호 위원회가 제정하는 시행규칙에서 정하고 있다.

2) 도입 배경

NDIS는 영구적이고 심각한 장애를 가진 장애인들이 동등한 사회구성원으로서 교육, 고용, 지역사회 활동 등 삶의 전역에서 배제되지 않고 '보통의 삶'(ordinary life)을 향유할 수 있도록 '정당하고 필수적인'(reasonable and necessary) 지원을 제공하기 위해 도입되었다. NDIS는 장애인 개인마다 지원욕구가 다르다는 점을 인정하고 장애인이 서비스에 대한 선택(choice)과 통제(control)를 극대화해야 한다는 대전제 속에 추진되었다(Productivity Commission, 2013).

호주는 전통적으로 1992년에 체결된 연방정부와 주정부 장애협약(Commonwealth State/Territory Disability Agreement)에 따라 연방정부는 고용 및 소득보장을 담당하고, 주정부 및 특별행정구역정부는 주거 및 기타 서비스를 담당했었다. 하지만 만성적인 예산부족, 장애인구의 고령화에 따른 복지수요 증대, 고비용 저효율의 예산집행 구조, 주간(inter-state/territory) 및 주내(within state/territory) 서비스의 비형평성, 장애인-노인 지원제도 간의 정합성 부족 등의 고질적인 문제를 안고 있었다. 이에 장애로 인해 발생하는 위험비용에 대비하기 위해 사회보험 형태의 제도를 국가차원에서 도입할 필요가 있다는 주장이 1980년대 중반부터 제기되어 왔다. 또한, 뉴사우스웨일즈 주(New South Wales State)에서는 교통사고나 근로활동 중에 장애를 입은 장애인들을 위한 장기돌봄지원제도(Lifetime Care and Support Scheme)를 운영하였으며, 빅토리아주(Victoria State)에서는 개인예산제와 유사한 개인별지원팩키지(ISP: Individual Support Packages)를 운영하기도 하였다. 그러나 연방정부차원의 국가장애보험제도 도입의 필요성에 대한 본격적인 논의

는 지역사무 상임위원회(Senate Standing Committee on Community Affair)가 2007년 ‘연방정부와 주정부 및 특별행정구역정부 국가장애협정의 재정 및 운영’(Funding and Operation of the Commonwealth State/Territory Disability Agreement)에 관한 보고서를 발표하면서 촉발되었다. 이 보고서에서는 국가장애협정에서 연방정부와 주정부 및 특별행정구역정부 간 역할과 재정분담을 명시하고 있으나, 이에 따라 장애인지원시스템이 조화롭고 일관되게 운영되고 있지 않다는 문제점이 제기되었다. 이에 정부차원의 국가장애전략(National Disability Strategy) 수립, 개인별예산제도 형태의 시스템 도입, 새로운 방식의 재원확충 방안 등을 검토할 것을 권고하였다.

이에 2007년 지역사무 상임위원회는 ‘연방정부와 주정부 및 특별행정구역정부 국가장애협약의 재정 및 운영’(Funding and Operation of the Commonwealth State/Territory Disability Agreement)에 관한 보고서를 통해 현존하는 장애인지원시스템은 조화롭고 일관되게 운영되고 있지 않다는 문제를 제기하면서 새로운 국가장애전략 수립, 개인별예산제도 형태의 서비스 지원시스템 개혁, 새로운 방식의 재원확충 방안 등을 권고하였다. 이와 같은 권고는 미래국가발전 장기 전략을 수립하기 위해서 당시 집권당이었던 노동당 정부(Labor Party)가 2008년에 개최한 호주 2020 정상회의(Australia 2020 Summit)에서 또 다시 제기되었다. 이에 호주의회는 생산성위원회(Productivity Commission)로 하여금 국가장애보험제도 도입의 타당성 검토를 의뢰하였다.

생산성위원회(Productivity Commission)는 2011년 6월 ‘Disability Care and Support: Inquiry Report’라는 이름으로 보고서를 제출하였다. 이 보고서에서는 현존하는 장애인지원시스템은 “불공정(unfair)하고, 예산이 불충분하며(underfunded), 분절적(fragmented)이고, 비효과적(ineffective)”인 운영구조로 인해 그 기능을 수행하기에 역부족인 것으로 결론지었다. 또한, 예산이 서비스 제공기관에게 포괄보조금(block funding)의 형태로 지급되다 보니 이용자의 선택권을 제한하고 있으며, 만성적인 예산부족으로 인해 상당수의 장애인이 필요한 지원을 적시에 제공받지 못하여 장애상태가 악화되어 더 많은 미래비용을 발생케 한다고 지적하였다. 이에 생산성위원회는 장애인구의 고령화에 따른 복지수요 증대, 고비용 저효율의 예산집행 구조 등으로 인한 장애인지원시스템의 불확실성 증가와 이에 따른 심각한 재정난에 직면

할 것으로 전망하였다. 이러한 지적 사항들은 기존의 장애인지원시스템을 획기적으로 재편할 필요성이 있다는 것을 입증하기에 충분했다.

결과적으로 생산성위원회(Productivity Commission)는 만성적인 예산부족, 장애인구의 고령화에 따른 복지수요 증대, 고비용 저효율의 예산집행 구조 등을 개선하기 위해서는 ① 사람중심, ② 실제적 지원욕구에 기반, ③ 전 생애적 접근, ④ 지역사회 역량강화와 사회적 자본 개발, ⑤ 비용효과적인 조기 개입의 다섯 가지 원칙에 기반을 둔 국가장애보험제도(NDIS)를 도입할 필요가 있으며, 이를 총괄하는 NDIA를 설치할 것을 제안하였다.

이러한 제안을 받아들인 호주 정부는 그 해 8월 연방정부 평의회를 개최하여 NDIS 도입을 위한 절차에 착수하기로 합의하였다. 2012년 4월에는 보고서에 제시된 당초 계획보다 1년 더 앞당겨 2013년 중반부터 NDIS 시범사업을 운영하기로 공표하였고, 2013년 3월 호주의회는 NDIS의 도입 근거가 되는 NDIS법을 의결하였다. 같은 해 7월 시범사업이 시행됨과 동시에 NDIA가 설치되었고, 2013년 7월부터 2016년 6월까지 3년간 시범사업이 일부 지역에서 시행되었다. 2016년 7월부터는 본 사업으로 전환되었고, 2019년 7월부터는 호주 전역으로 확대되어 전면 시행되고 있다(NDIA, 2020).

〈표 4-50〉 기존 장애인지원시스템의 문제점과 개선 방안

현재의 문제점	개선 방안
충분하지 못한 국가의 지원	장기간 장애 요양 및 장애 지원에 관한 비용을 모두 포괄하여 지원함으로써 비장애인도 그들과 그들의 가족 중 누군가에게 장애가 발생했을 때 지원을 받을 수 있다는 확신을 가질 수 있도록 함
비협평성	호주 전역에 통용되는 국가 표준기준과 혜택기준을 마련하여 사고 여부와 그 사고에 대한 책임성 여부와 관계없이 모든 국민들이 최소 기준만 충족하면 보험을 통한 혜택을 받을 수 있도록 함
예산부족에 따른 대기자	재정이 두 배로 증가시켜 호주 정부의 세수입 안정성이 확보될 수 있도록 함
조기중재 실패	모든 보험과 같이 장기간 비용을 최소화하는 것에 초점을 두고 비용효과적인 조기중재에 대한 강한 유인책을 제공할 수 있도록 함
서비스 분절성	지역 간, 서비스 제공자들 간의 경계를 넘어 통합적이고 일관되게 예산과 사정이 이루어지는 시스템이 구축됨
명확한 책무성 부족	NDIS의 사정을 통해 제도권 밖에서 지원을 받지 못하고 있는 이들을 찾아내어 적합한 지원체계에 의뢰, 연계를 촉진할 수 있도록 함
장애인과 가족의 선택 기회 제한	예산을 개인에게 직접 지급하고 관리하게 함으로써 서비스 제공기관을 선택할 수 있도록 함
미래에 대한 계획 부족	직업을 구하거나 지역사회에 참여할 수 있도록 유도함(개인의 단기와 장기 계획을 반영하여 서비스 제공)
가족과 돌봄자의 노고에 대한 저평가	사정과정에서 가족과 돌봄자가 장애인에게 제공하는 지원내용을 확인하고, 이들을 위한 별도의 추가적인 지원이 제공될 수 있도록 함
지역사회 참여 부족	지역사회 조직과 비영리조직으로 하여금 장애인이 지역사회와 관계를 가질 수 있도록 촉진함
경제적 불안정성	안정적인 지원을 통해 위기관리 모델 시스템에서 발생하는 비공식 지원체계의 소진을 예방할 수 있도록 함
강제력이 약한 관리 체계로 인한 비효율성	새로운 제도는 엄격한 보험원리에 따라 운영될 수 있도록 상무위원회가 감독을 담당하고 재무부가 총괄하도록 하고, 장애인과 그 가족에게 서비스에 대한 더 많은 통제권 부여하고, 긍정적인 성과를 달성하도록 유도하며, 불필요한 서비스를 받는 것을 방지하도록 함
미래에 어떤 서비스를 받을 수 있을지 확실성 부족	장기 돌봄 및 지원의 욕구에 초점을 두고 계획을 수립하도록 함으로써 자신들의 욕구에 따라 어떤 서비스에 대한 이용자자격권이 있는지 명확해지도록 함(특별 기금에 대한 재원이 강제적 조세 형태로 마련되기 때문에 매년마다 달라지는 국가 예산에 의존할 필요가 없음)
효율적 관리를 위한 정보와 데이터의 부족	단일 국가기관(NDIA)에서 웹과 다른 수단을 통한 정보제공, 서비스 제공기관의 서비스 수행에 대한 객관적인 이용정보 제공, NDIS의 비용 및 성과 관리를 위한 일관된 정보수집이 가능하도록 함
증거기반 서비스 제공미흡	연구 기능을 강화하고, 증거에 기반 둔 실천이 이루어지도록 함

자료: Productivity Commission(2011), Disability Care and Support: Inquiry Report(Volume 1.).

나. 대상

1) 이용자 자격요건

NDIS의 이용자 자격요건은 NDIS법(NDIS Act 2013)에서 상세하게 규정하고 있으며, 기본적으로 연령, 거주, 장애 조건을 충족해야 한다. 연령은 NDIS를 신청할 당시 만 65세 미만이어야 한다. 따라서 만 65세 이상은 대상에서 제외되며, 노인 돌봄 제도나 다른 서비스를 이용해야만 한다. 다만, 65세 이전에 NDIS에 진입하여 이용 도중 65세에 도달한 경우에는 NDIS와 노인 돌봄 제도 둘 중에서 선택할 수 있다. 연령 하한선은 별도로 없으며, 7세 미만 아동은 NDIS의 하위 프로그램인 유아기 조기 개입(ECEI: Early Childhood Early Intervention) 프로그램을 이용할 수 있다.

거주요건으로는 현재 호주에서 거주인 사람으로 호주 시민권자이거나 영주권 비자 소유자 또는 특별범주 비자를 소유한 사람만이 대상이 된다.

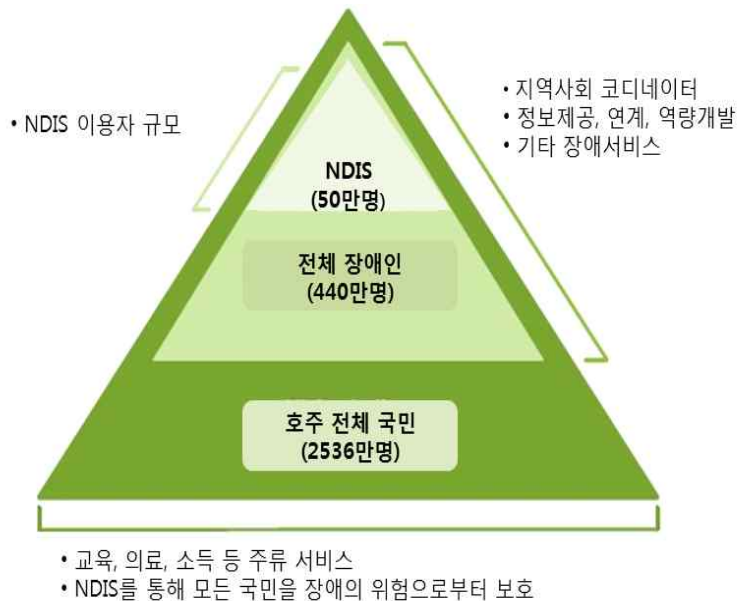
연령과 거주요건 외에도 장애조건을 충족해야 한다. 구체적인 장애조건은 ① 지적, 인지적, 신경학적, 감각적, 신체적 손상, 또는 정신적 손상이 있는 사람으로, ② 그 손상이 영구적이거나 영구적일 수 있고, ③ 의사소통, 사회적 교류, 교육, 이동, 자기 돌봄, 자기 관리를 수행하는데 상당한 수준으로 기능 상태에 제한을 가하여, ④ 사회적 또는 경제적 참여가 어려워 ⑥ NDIS를 통한 지원이 필요한 경우를 말한다. 한편, 조기 개입 대상자로 분류되는 만 7세 미만의 경우에는 별도의 장애기준을 두고 있다. 만 7세 미만의 경우에는 영구적이거나 영구적일 가능성이 있는 ① 지적, 인지적, 신경학적, 감각적, 신체적 손상을 가지고 있는 경우, ② 정신적인 문제로 하나 이상의 손상을 가지고 있는 경우, ③ 발달지연을 가지고 있는 경우이다. 이상의 조건 중 하나에 해당되는 아동으로 조기 개입을 통해 기능상태가 향상되거나 기능저하를 지연시켜 미래의 지원 욕구가 감소할 것으로 예상되는 경우에 이용대상이 된다.

2) 이용자 규모

생산성위원회는 2011년 NDIS를 설계할 당시 총 예상인원을 41만 명 정도로 추정하였다. 그러나 그 이후에 국가장애보험법(NDIS Act 2013)이 제정되면서 원래 계획

에 포함되지 않았던 그룹들이 새롭게 포함되면서 총 예상 이용자 규모가 50만 명으로 늘어났다(Productivity Commission, 2017). 새롭게 추가된 새로운 그룹은 ① 기능 손상으로 인하여 학습이나 대인관계에 어려움을 겪는 사람들과 ② 조기중재가 적시에 이루어지지 않는다면 발달지연이 예견되는 사람들이다. 여기에 더해 서비스 진입 당시에는 65세 미만이었으나 그 이후에 65세를 넘긴 이들도 새로이 추가되었다. 이에 따라 생산성위원회는 NDIS 전면 도입이 완료되면 총 이용자 수가 50만 명 정도에 달할 것으로 내다보고 있다. 이는 호주의 전체 장애인구가 440만 명으로 추정되고 있다는 점을 감안한다면 전체의 약 11.4%에 해당된다.

[그림 4-11] NDIS 이용자 규모



자료: Tune, D. (2019). Review of The National Disability Insurance Scheme Act 2013: Removing Red Tape and Implementing the NDIS Participant Service Guarantee 일부 수정

3) 이용자 현황

(1) 전체

NDIS의 이용자는 도입 이래 꾸준히 증가하여 2020년 6월 말 기준 전체 이용자는 391,999명인 것으로 확인된다. 이는 전년대비 37%(105,894명) 증가한 것으로 호주 전역에 전면 도입이 완료되면 최대 50만 명에 이를 것으로 전망된다.

〈표 4-51〉 국가장애보험제도(NDIS) 연간 이용자 변화 추이

(단위: 명, %)

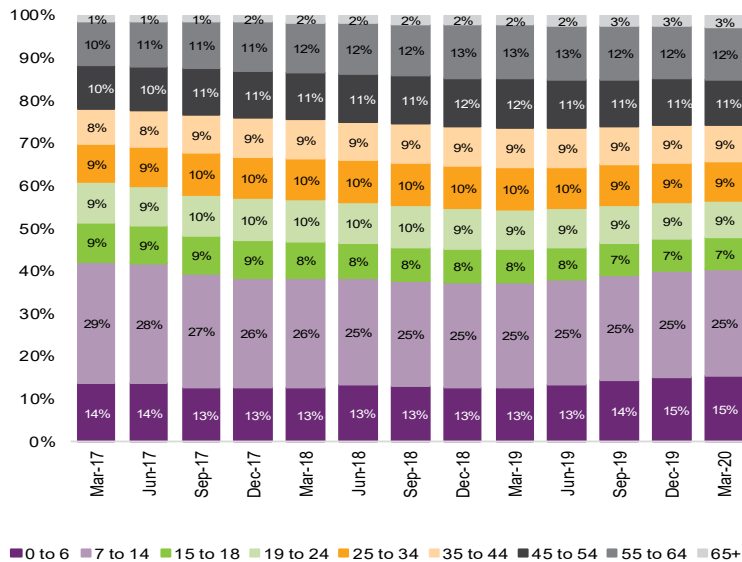
구분	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20
이용자	7,285	17,155	29,719	89,610	172,333	286,015	391,999
증감		9,870	12,564	59,891	82,723	113,682	105,984
증감률		132	73	202	92	66	37

자료: NDIA (2020a). Q4 2019-2020 NDIS Quarterly Report to disability ministers.

(2) 연령별

2020년 6월 말 기준 전체 이용자 391,999명 중에서 6세 이하로 유아기 조기 개입(ECEI: Early Childhood Early Intervention) 프로그램을 이용 중인 이용자는 61,962명(약 15%)인 것으로 확인된다. 65세 이전에 NDIS에 진입하여 65세에 도래한 이용자는 전체 이용자의 약 3%를 차지하고 있다. 향후 3년 이내에 전체 이용자는 50만 명에 이를 것으로 예상되고 있으며, 그 중 65세 이상 장애인은 2,200명으로 전체의 4.4%를 차지할 것으로 전망된다(NDIA, 2020).

[그림 4-12] NDIS 연령별 이용자 분포 변화 추이



자료: NDIA (2020a). Q4 2019-2020 NDIS Quarterly Report to disability ministers.

다. 신청 및 사정절차

1) 신청

NDIS의 신청은 장애인 본인이 직접 서비스를 신청하거나 부모, 가족, 후견인, 지역사회 코디네이터 등이 대리로 신청할 수 있다. NDIS를 신청하고자 하는 사람은 Access Request Form 또는 NDIS Supporting Evidence Form을 작성하여 관련 증빙자료(기능상태 결과, 주치의 등 의사소견서 등)를 NDIA에 제출해야 한다. NDIA는 신청자가 제공한 정보에 대한 사실 여부를 확인한 후 요건을 충족하면 참여자로 선정된다. 거주요건, 연령 적격성 심사를 걸쳐 참여자로 선정되면 개인별계획수립을 지원하는 NDIA 플래너(planner)를 배치 받는다. NDIA 플래너는 참여자에게 NDIS 지원 절차를 안내를 하고, 개인별지원계획의 수립을 돕는 역할을 담당한다.

2) 계획수립

개인별지원계획 수립은 NDIS 플래너가 신청자를 면담하여 기능상태, 현재 자신이 제공받고 있는 가족 및 지역사회 지원, 자신의 삶의 양식, 주변사람들과의 관계, 미래 목표와 이를 달성하기 위해 필요한 지원 등을 자기진술 방식으로 작성하는 방식으로 진행된다. 이때 혹시 참여자가 자신의 삶에 대한 전반을 플래너에게 설명하기 위해 도움이 필요하다면 조력자가 함께 동석하는 것이 가능하다. 이렇게 수집된 정보를 토대로 플래너는 신청자의 삶 전반에 대해 사정을 하고, 참여자의 욕구에 가장 적합하고 참여자의 목표 달성이 가능하도록 필요한 서비스지원 계획을 수립한다. 또한, 플래너는 필요한 경우 참여자의 동의하에 기능상태 등을 평가하기 위해 다양한 사정도구를 활용하여 전문가 사정을 실시하기도 한다. 개인별지원계획의 초안이 완료되면 이용자에게 확인 절차를 거치며, 만약 작성된 내용이 본인에게 맞지 않다면 플래너에게 수정을 요구할 수 있다.

3) 자립능력 사정

NDIS가 도입된 이후 현 시점까지 신청자의 장애상태, 기능상태, 생활환경, 사회참여 수준 등을 사정하기 위한 사정절차는 존재하지 않은 상태이다. 하지만 최근 NDIA는 2021년 초반부터 자립능력 사정(Independent Assessments)을 도입할 계획이라고 발표하였다. 자립능력 사정은 NDIS의 지속성과 신뢰성을 확보하기 위한 취지에서 도입되는 것으로 신청자의 개인예산을 결정하기 위한 참고자료로 활용될 계획이다. 현재 개발 중인 자립능력 사정은 7세 이상을 대상으로 적용할 계획이며, 7세 미만의 경우에는 별도의 사정체계를 고려 중에 있다.

이를 위해서 NDIA는 2018년 11월부터 자립능력 사정에 활용될 사정도구를 개발하기 위해 시범사업을 진행 중에 있다. 세계보건기구가 제시한 국제 기능장애건강분류(WHO ICF: World Health Organization International Classification of Functioning, Disability and Health)에 부합한 사정도구를 선정하기 위해 120여개가 넘는 사정도구를 검토하는 시범사업을 진행하였다. 그중에서 6개의 사정도구를 최종적으로 선정하여 추가로 검토 중에 있다. 선정된 사정도구는 학령기용 2개, 성인기용 3개, 공통 1개로 구성되어 있다.

〈표 4-52〉 국가장애보험제도 자립능력 사정도구(Independent Assessment Tools)

대상	사정도구
7-17세	<ul style="list-style-type: none"> - PEDICAT (Speedy) or PEDICAT ASD (Speedy) - Vineland 3 Domain Version* - Participation and Environment Measure- for Children and Youth (PEM-CY)
18세 이상	<ul style="list-style-type: none"> - WHODAS 2.0 36 Question - Lower Extremity Function Scale(where applicable) - Vineland 3 Domain Version* - Craig Hospital Inventory of Environmental Factors (CHIEF)

자료: NDIA (2020b). Independent Assessment: Selection of Assessment Tools.

향후 NDIA는 선정된 자립능력 사정도구에 대한 최종검토가 완료되면 2021년 초반부터 신규 유입 이용자를 대상으로 우선적으로 적용하고, 2021년 중반부터는 기이용자까지 확대할 계획이다. 자립능력 사정은 NDIA에 직접 고용되어 있지 않고 신청자와 이해관계가 없는 작업치료사, 물리치료사, 언어치료사, 임상 정신과전문의, 재활상담사, 사회복지사 등의 자격을 가진 독립된 평가원(Independent Assessor)이 담당할 계획이다. 한 가지 유의할 점은 사정결과는 신청자의 적격성 판단, 개인별지원계획 수립과 개인예산 산출을 위해 수집되는 여러 가지 정보 중에서 하나의 기초자료로 활용될 뿐 이용자격이나 급여수준 등을 절대적으로 결정하기 위한 목적으로 사용되지 않는다.

4) 전문장애주택(SDA)의 이용자 사정

NDIS는 원칙적으로 주택서비스(주택개조, 그룹홈 등 기능보강 등)를 지원하지 않는다. 다만, ① 이동(mobility), 자기 돌봄(self-care), 자기 관리(self-management)와 관련하여 심각한 기능적 장애(an extreme functional impairment)를 가지고 있는 경우이거나, ② 장기간 시설에서 거주해왔거나 심각한 기능장애로 인해 24시간 또는 부분적으로 상주직원에게 의한 대인서비스가 필요하다고 인정된 경우에 한하여 예외적으로 전문장애주택(SDA)의 이용자로 별도 승인을 받아 지원을 받을 수 있다. 이 경우 상기의 일반적인 사정과 별개로 SDA 평가원(Assessor)과 의료전문가(allied health

professionals)에 의한 별도의 사정절차를 거쳐야 한다. 전문장애주택(SDA)는 엄격한 자격요건을 갖춘 소수의 이용자에게만 예외적으로 허용되며, 이용자가 되기 위해서는 기본적으로 개인지원계획에 장기 주택 계획(Housing Plan)이 반드시 포함되어 있어야 한다.

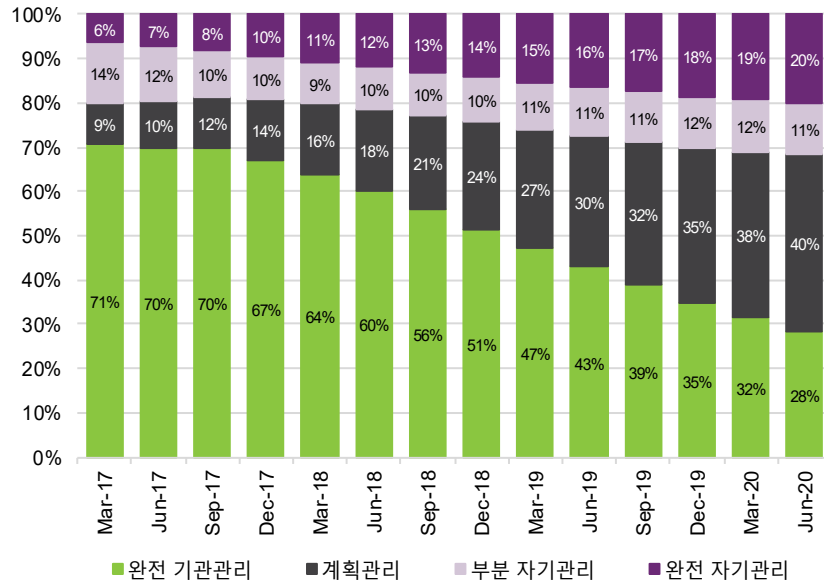
라. 서비스 유형 및 급여 수준

1) 예산관리 방식

이용자는 개인예산에 대한 관리방식을 다음의 네 가지 방식 중 선택할 수 있다. 첫 번째는 이용자가 예산을 직접 관리하거나 이용자가 지명한 사람이 관리하는 자기관리(self-managed) 방식이다. 두 번째는 참여자로부터 위임을 받은 플랜 매니저가 예산을 관리하는 계획관리(plan-managed) 방식이다. 세 번째는 NDIA가 예산을 관리하는 기관관리(agency-managed) 방식이다. 마지막으로 본인의 선택에 따라 하나 이상의 방식을 혼용하는 혼합방식(combination)이다.

최근의 이용자의 예산 관리 방식의 선택 추이를 살펴보면, 초창기에는 완전 기관관리(agency-managed fully) 방식이 절대적으로 많았으나 점차 줄어들고 있는 추세이다. 반면, 완전 자기관리 방식(self-managed fully)과 계획관리 방식(plan-managed)은 꾸준히 늘어나고 있다.

[그림 4-13] NDIS 연령별 이용자 분포 변화 추이



자료: NDIA (2020a). Q4 2019-2020 NDIS Quarterly Report to disability ministers.

2) 개인예산의 용처 및 용도

NDIS는 이용자가 ① 자신의 목표를 달성하여 자립능력을 극대화하고 ② 독립적으로 살아가면서 시민으로서 지역사회에서 완전히 통합되어 ③ 지역사회와 근로활동에 참여할 수 있도록 정당하고 필수적인 지원을 보장하기 위해 도입되었다. 개인예산은 다음과 같은 용처로 사용이 가능하다.

- 지원을 통해 이용자 스스로 기술한 목표와 꿈을 달성하기 위함일 것
- 장애인의 사회 및 경제활동을 촉진시킬 수 있을 것
- 지원을 통해 나타날 수 있는 성과물이 경제적으로 가치가 있을 것
- 장애인에게 효과적이고 유익한 지원일 것
- 가족, 돌봄자, 비공식적 지원체계 또는 지역사회로부터 제공될 수 있는 성질이 아닐 것
- NDIS를 통해 제공되는 것이 가장 적합할 것

따라서 개인예산은 상기에서 제시된 목적을 위해 필요한 ‘정당하고 필수적인 지원’에 해당하는 서비스와 재화에 한정된다. 호주의 건강보험인 메디케어(Medicare) 등 타 제도나 서비스를 통해 지원되는 서비스에는 사용할 수 없으며, 개인적인 생활비 등을 위한 용도로도 사용할 수 없다. 또한, 집 임대료는 원칙적으로 사용이 불가하다. 다만, 개인별지원계획에 심각한 기능적 장애나 높은 수준의 욕구로 인해 거주지원서비스가 필요하다고 인정되어 NDIA의 승인을 얻는 이용자에 한하여 장애인전문주택(SDA: Specialist Disability Accommodation) 지원을 받을 수 있다.

개인예산의 용처는 지원 목적에 따라 크게 ① 핵심(Core), ② 자본(Capital), ③ 역량 개발(Capacity Building)의 세 가지 항목으로 구분되어 있으며, 각각의 지원 항목은 성과를 영역(outcomes framework domain), 지원 범위(support categories)와 연동되어 있다. 성과를 영역은 이용자가 달성하고자 하는 목표에 따라 ① 일상생활, ② 사회 및 지역사회 참여, ③ 주거, ④ 선택과 통제, ⑤ 일, ⑥ 대인관계, ⑦ 건강과 안녕 관계, ⑧ 평생학습의 8개 성과영역으로 구분된다. 이러한 성과를 영역에 따라 지원 범주는 아래의 표에 제시된 바와 같이 총 15가지 범주로 나뉘어져 있다.

이용자는 지원 목적별로 할당된 자신의 총 개인예산을 유연하게 활용하여 서비스를 구매할 수 있다. 하지만 지원 목적별로 할당된 예산을 사용하는데 제한이 있다. 핵심 지원에 할당된 예산은 그 목적 안에 포함된 지원범주의 서비스들을 구매받지 않고 자유롭게 구매하는 것이 가능하다. 그러나 자본 항목에 할당된 예산은 이용자의 계획에 명시되어 있는 특정 서비스(예-휠체어 구입)에 반드시 사용해야 한다. 그리고 역량개발에 할당된 예산은 참여자의 계획에 명시되어 있는 특정 범주에 반드시 사용하여야 한다.

〈표 4-53〉 NDIS의 지원 목적, 성과를 영역, 지원 범주

지원 목적 (support purpose)	성과 영역 (outcomes framework domain)	지원 범주 (support categories)
핵심 (Core)	일상생활(Daily Living)	01 일상생활지원 (Assistance with Daily Life)
	일상생활(Daily Living)	02 이동(Transport)
	일상생활(Daily Living)	03 소모품(Consumables)
	사회 및 지역사회 참여 (Social & Community Participation)	04 사회 및 지역사회 참여 원조 (Assistance with Social & Community Participation)
자본 (Capital)	일상생활(Daily Living)	05 보조기구(Assistive Technology)
	집(Home)	06 주택개조 및 전문장애인주거시설 (Home Modifications and Specialist Disability Accommodation)
역량개발 (Capacity Building)	선택과 통제(Choice & Control)	07 지원 조정 (Support Coordination)
	집(Home)	08 생활양식 개선 (Improved Living Arrangements)
	사회 및 지역사회 참여 (Social and Community Participation)	09 사회 및 지역사회 참여 증진 (Increased Social and Community Participation)
	근로(Work)	10 직업탐색 및 유지 (Finding and Keeping a Job)
	대인관계(Relationships)	11 대인관계 개선 (Improved Relationships)
	건강과 안녕(Health & Wellbeing)	12 건강과 안녕 개선 (Improved Health and Wellbeing)
	평생학습(Lifelong Learning)	13 학습활동 개선 (Improved Learning)
	선택과 통제(Choice & Control)	14 삶의 선택 개선 (Improved Life Choices)
	일상생활(Daily Living)	15 일상생활수행능력 개선 (Improved Daily Living Skills)

자료: NDIA (2020c). NDIS Price Guide 2020-21.

3) 급여

(1) 개인예산 산출 방식

NDIS의 개인예산(급여 수준)은 참여자가 플래너(planner)의 지원을 받아 개인별 지원계획을 수립하고 NDIA에 제출하여 승인을 받아 결정된다. 급여 수준은 개인별 지원계획을 토대로 필요한 서비스와 재화의 가격을 토대로 결정된다. 이를 위해 NDIA는 각 지원 범주에 따른 개별 서비스의 명칭, 번호, 기본정보, 단가 등이 포함된 지원 카탈로그(Support Catalogue)를 매년 배포하고 있다. 지원 카탈로그는 참여자나 참여자의 서비스 구매를 지원하는 코디네이터가 참여자에 할당된 예산의 범위 안에서 적절히 서비스를 구매, 관리, 모니터링할 수 있도록 지원하기 위한 취지에서 제공되고 있다. 또한, 시장의 경향, 비용과 임금 변화 등을 적절히 반영하여 서비스 단가의 한도금액을 명시함으로써 시장에서 서비스 단가가 너무 과도하게 책정되는 것을 방지하고, 참여자의 개인예산 산정을 위한 기초자료로 활용된다. 2020년 7월 1일자로 발표된 2020-21년 카탈로그에서는 864개 지원 항목 중 489개 지원 항목의 가격 상한선을 제시하고 있다.

〈표 4-54〉 NDIS의 지원 항목별 서비스 가격 예시

(단위: 달러)

등록 그룹 이름	지원범주 이름	지원 내용 이름	제공 시간	견적 필요 여부	근거리	원거리	최장 원거리
일상적 개인 활동	일상생활 보조	개인 돌봄 보조	시간 단위	N	\$60.87	\$85.22	\$91.31
강도 높은 일상적 개인활동 보조	일상생활 보조	일요일 개인 돌봄 보조	시간 단위	N	\$80.75	\$113.05	\$121.13
지역사회 간호 돌봄	일상생활 보조	등록 간호사에 의한 건강지원 전달	시간 단위	N	\$86.62	\$121.27	\$129.93
지역사회, 사회, 시민 참여활동	사회 및 지역사회 참여	지역사회 여가활동 참여 비용 지원	회기 당	N	\$543.00	\$760.20	\$814.50
전문화된 지원고용	사회 및 지역사회 참여	지원 고용	주중 주간	N	\$54.30	\$76.02	\$81.45

자료: NDIA (2020d). Support Catalogue 2020-21.

현재 개인예산의 상한선은 설정되어 있지 않다. 다만, 개인예산의 산출과 관리, NDIS 운영에 소요되는 총 예산 관리, 이용자 간의 예산할당의 형평성을 담보하기 위한 목적으로 레퍼런스 패키지(Reference Packages) 개발이 제안된 바 있다(Productivity Commission, 2017). 레퍼런스 패키지는 참여자의 연령, 11개의 장애 유형, 기능수준에 따라 이용자들을 그룹으로 유형화하여 각 유형그룹에 따른 ‘전형적인 지원 욕구와 예산’(typical support needs and funding)을 산출해내는 시스템이다. 즉, 이전 참여자들의 장애유형별, 기능수준별 개인예산 수준 등에 관한 정보를 토대로 신규 이용자의 개인예산액의 최대값과 최소값 범주를 산출한 후 개인의 특성에 맞게 조정하여 최종 개인예산액을 추정해내는 방식이다. 전형적인 지원 욕구는 앞서 이미 소개한 바 있는 일상생활, 사회참여, 이동 등 15개 지원 범주를 말한다.

[그림 4-14] 레퍼런스 패키지 운영체계



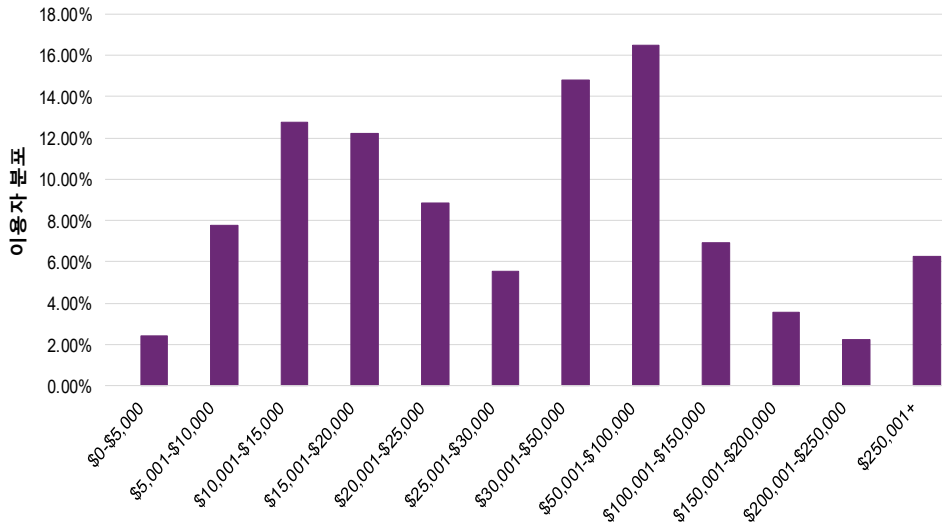
자료: Productivity Commission(2017). National Disability Insurance Scheme(NDIS) Costs.

(2) 급여 수준

2020년 6월 말 기준 이용자 1당 연간 평균 개인예산은 5만 8백 달러(약 4,320만원)로 확인된다. 전체 이용자의 개인예산을 범주화하여 살펴보면, 5만 1달러~10만 달러 사이가 16.5%로 가장 많이 분포하고 있고, 25만 달러 이상도 약 6.3%에 이르는 것으로 파악된다.

[그림 4-15] NDIS 전체 이용자의 연간 평균 급여수준

(단위: 달러)

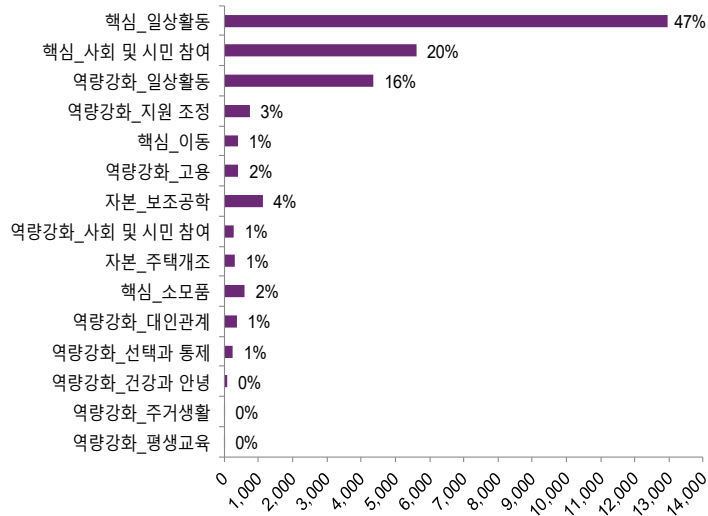


자료: NDIA (2020). Q4 2019-2020 NDIS Quarterly Report to disability ministers.

전체 이용자의 예산 용처별로 살펴보면, 핵심지원 항목의 일상활동 영역에 사용된 예산이 전체 지출의 47%를 차지하고 있다. 다음으로 핵심지원 항목의 사회 및 지역사회 참여(20%), 역량강화 항목의 일상생활 역량강화(16%), 자본 항목의 보조공학(4%) 등의 순으로 지출 비중이 높다.

[그림 4-16] NDIS 전체 이용자의 항목별 예산지출 비중

(단위: 백만 달러)



자료: NDIA (2020). Q4 2019-2020 NDIS Quarterly Report to disability ministers.

마. 운영구조

연방정부와 주정부 및 특별행정구정역부는 NDIS의 정책, 운영과 자금마련 등에 관해서 공동으로 관여한다. 이외에 주목되는 점은 NDIS의 신청과 개인예산 승인, 자금 관리 등을 전담하는 별도의 기구인 NDIA가 설치·운영되고 있다는 점이다. NDIS의 구체적인 운영체제는 다음과 같다.

1) 운영체제

(1) 장애개혁상임협의회

NDIS의 운영 전반에 대한 최고 의사결정기구인 호주정부 장애개혁상임협의회(COAG Standing Council on Disability Reform)이다. 호주정부 장애개혁상임협

의회는 연방정부와 주정부 및 특별행정구역정부를 대표하는 재무부장관과 행정부장관으로 구성되어 있으며, NDIS의 정책, 기금, 운영 등과 관련된 정책적 이슈들을 결정할 수 있는 권한을 가지고 있다.

(2) 사회서비스부

NDIS의 총괄책임을 담당하는 정부부처 장관은 연방정부 사회서비스부 장관(Department of Social Services Minister)이다. 사회서비스부 장관은 국가장애보험제법(NDIS Act 2013)을 집행하는 권한을 가지고 있다. 또한, 연방정부와 주정부 및 특별행정구역 정부의 협약에 의거하여 NDIS 규칙을 제정하고 NDIA를 지도·감독하는 역할을 담당한다. 또한, NDIA 위원회와 NDIS 자문협의회를 임명하는 역할을 담당한다. 한편, 사회서비스부 장관은 NDIS와 관련된 중대한 사안에 대한 의사결정을 내릴 때에는 연방정부, 주정부 및 특별행정구역정부들의 동의나 의견수렴 과정을 반드시 거쳐야 한다.

(3) 국가장애보험기관

NDIS를 설계할 당시 가장 중요하게 고려하였던 것들 중에 하나가 연방정부와 주정부 및 특별행정구역정부의 책무성, 이용자 중심의 서비스 전달, 비용효과적인 서비스 전달, 보험원리에 기반을 둔 운영 등을 담보한 운영체계를 확립하는 것이었다(Productivity Commission 2011). 이를 위해서 생산성위원회는 NDIS를 총괄하는 독립적인 기구가 필요하다는 결론에 이르렀고, 신규로 설립하는 1안과 이미 각 지역에 구축되어 있는 전달체계(예-Medicare 사무소)를 활용하는 2안을 두고 검토하였다. 그 결과, 기존의 서비스 전달체계(1안)를 활용할 경우 앞서 제시한 조건들을 충족하기 어렵다고 보고 독립된 기관을 신규로 설립하는 1안을 제안하였다. 이러한 권고에 따라 호주정부는 준정부 기구 성격을 지닌 NDIA를 설립하게 되었다.

NDIA은 NDIS의 운영 전반을 담당하기 위해 설치된 독립된 기관으로써 연방정부, 주정부 등이 출연하는 기금과 건강보험료 추가 부담금(Medicare levy)을 통해 충당되는 특별기금 관리, 개인별계획 및 개인예산 승인, 개인예산 관리, 정보제공, 의뢰 및 연

계, 주류 서비스와 지역사회 역량개발, 운영현황 보고 등 전반을 담당하는 역할을 담당한다. 국가장애보험기관(NDIA)은 기관의 기능, 운영전략, 기금 관리 및 투자, 실적 등 기관운영 전반에 대해 NDIA 위원회의 관리 및 감독을 받으며, NDIA 위원회는 독립된 자문협의회(Independent Advisory Council)를 통해 견제를 받는다.

(4) 국가장애보험 품질 및 보호 위원회

국가장애보험제도 품질 및 보호 위원회(NDIS Quality and Safeguards Commission)는 독립적으로 설치된 기관으로써 사회서비스 장관으로부터 위임을 받아 NDIS 서비스의 품질 개선 및 보호를 위해 NDIS 수행 규칙(NDIS Code of Conduct), NDIS 실천 기준(NDIS Practice Standards) 중 시행규칙과 지침을 마련하고 서비스 제공기관의 등록 및 지도·감독하는 역할을 담당한다. 또한, NDIS 이용자의 권리보호를 위해 민원 및 불만처리, 서비스 제공기관 개선명령 등의 역할을 수행한다.

2) 서비스 전달체계

(1) ECEI 코디네이터 및 지역코디네이터(LAC)

NDIA는 민간영역의 ECEI 코디네이터(0~6세)와 지역 코디네이터(LAC: Local Area Coordinator)(7세 이상)와 파트너 체계를 구축하고 있다. 해당 지역에 ECEI 코디네이터나 지역 코디네이터가 존재하지 않을 경우에는 지원 코디네이터(Support Coordinator)를 개인별지원계획에 포함하여 그 역할을 대신할 수 있다. 이들 코디네이터는 이용자의 NDIS에 대한 이해와 접근, 개인별지원계획 수립을 지원하고, 승인된 개인별지원계획이 원활하게 실행될 수 있도록 서비스 연계와 모니터링 등의 역할을 담당한다.

(2) 서비스 제공기관

서비스 제공기관이 되기 위해서는 NDIS 실천 기준(Practice Standards)을 충족하여 등록절차를 거쳐야 한다. NDIS 서비스 제공기관의 등록과 심의는 NDIS 품질 및 보호 위원회(NDIS Quality and Safeguard Commission)가 담당한다. 다만, 예외적으로 서호주 지역 내에서만 서비스를 제공하는 기관의 경우에는 2020년 12월 1일까지는 NDIA를 통해서 등록해야 한다. NDIS 서비스 제공기관으로 등록을 희망하는 기관은 연락처, 기관운영구조, 관리체계, 서비스의 내용과 범위, 등록희망 그룹에 관한 정보를 포함한 신청서를 제출해야 하며, NDIS 품질 및 보호 위원회는 기관의 서비스 전달의 적합성(Suitability)과 NDIS 실천 기준 준수 여부를 기준으로 등록승인 여부를 결정한다. 서비스 제공기관은 해당 기관에서 제공하는 서비스 유형에 따라 크게 관련 그룹을 선택하여 등록이 가능하다. NDIS 품질 및 보호 위원회(NDIS Quality and Safeguard commission)는 NDIS 실천 기준에서 서비스 유형에 따른 등록그룹과 관련 인력기준을 다음과 같이 제시해주고 있다(NDIS Quality and Safeguard commission, 2020).

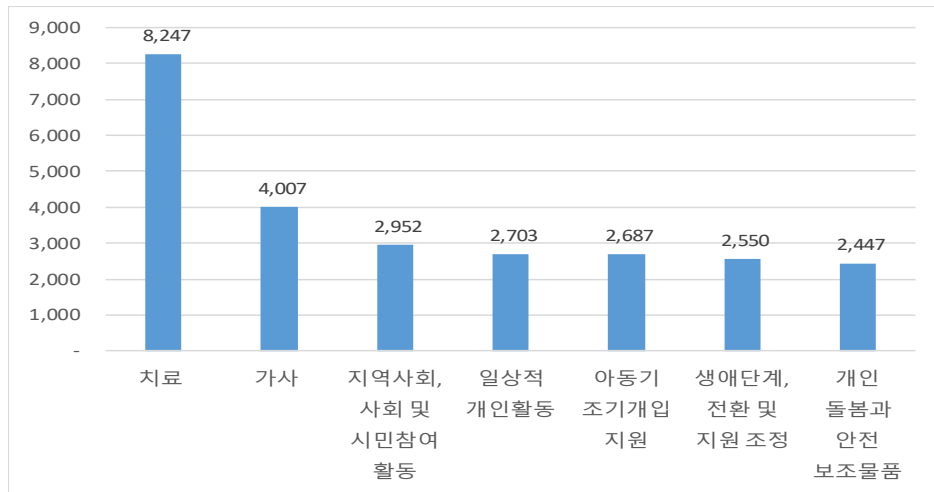
〈표 4-55〉 NDIS 서비스 제공기관 등록 그룹 예시

그룹 번호	등록 그룹 범주	인력
101	주택 및 임차인 보조	<ul style="list-style-type: none"> - 복지사 - 사회복지사 - 원주민 보건전문가 - 기타 관련 전문가
108	여행 및 이동 계획 보조	<ul style="list-style-type: none"> - 버스기사 - 택시기사 - 기타 관련 전문가
111	주택개조	<ul style="list-style-type: none"> - 설계사 - 건축가 - 건축 디자이너 - 건축 감리사 - 작업치료사 - 배관기사 - 재활공학사
121	통역과 번역	<ul style="list-style-type: none"> - 통역사 및 번역사
128	치료 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 예술 치료사 - 청각전문가 - 상담사 - 비만관리사

자료: NDIS Quality and Safeguard commission(2020). NDIS Practice Standards.

전체 서비스 제공기관의 수는 본 사업으로 전환된 이래 꾸준히 증가하고 있다. 2017년 6월 말 4,005개소에 불과하였으나, 2020년 6월 말에는 총 14,882개소가 서비스 제공기관이 등록되어 활동 중인 것으로 파악된다. 이들 기관 중 43%는 개인 및 단독 사업자이고, 57%는 기업체 및 단체로 등록되어 있다. 등록된 서비스 제공기관의 서비스 유형별로 살펴보면, 치료 기관이 8,247개소로 가장 많고, 다음으로 가사 지원 기관 4,007개소, 지역사회, 사회 및 시민참여 활동 지원 기관 2,952개소, 일상적 개인 활동 2,703개소, 아동기 조기개입 지원 2,687개소, 생애단계, 전환 및 지원 조정 2,550개소, 개인 돌봄과 안전 보조물품 2,447개소 등의 순으로 많다.

[그림 4-17] NDIS 서비스 제공기관 그룹별 등록 현황



자료: NDIA(2020). Q4 2019-2020 NDIS Quarterly Report to disability ministers.

바. 재정

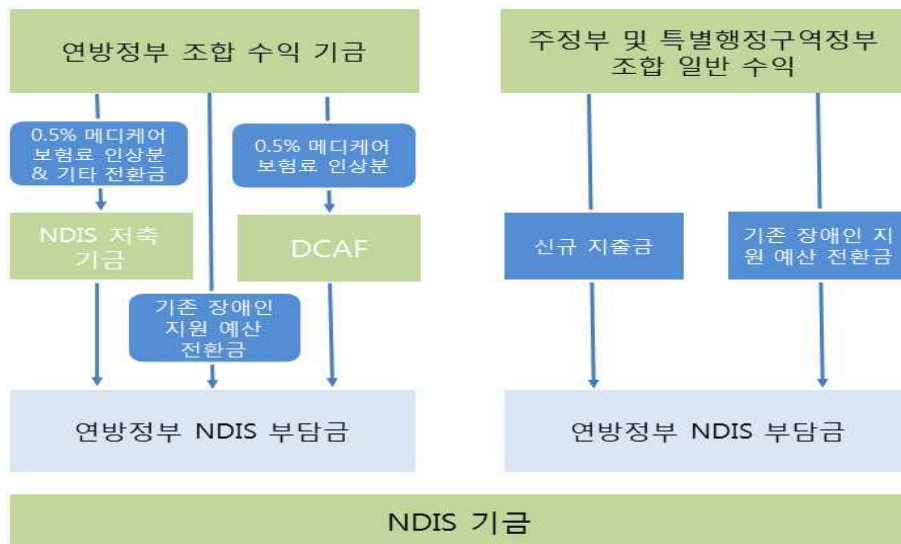
1) 재원

NDIS의 재원은 연방정부와 주정부 및 특별행정구역 정부의 협약에 따라 공동으로 부담하는 것을 원칙으로 하며, 크게 연방정부와 주정부의 기존 서비스 및 프로그램 지원 예산, 특별기금, 기타 예산이다. 첫 번째 재원은 NDIS 도입 전에 연방정부와 주정부 및 특별행정구역정부가 운영하였던 기존의 각종 프로그램 및 서비스가 NDIS로 흡

수되면서 생기는 기존 장애인 지원 예산이며, 전체 예산 중 가장 큰 비중을 차지한다. 두 번째 재원은 호주의 건강보험에 해당되는 메디케어 보험료(과세소득 1.5% → 2.0%)을 인상하여 조성하는 특별기금인 ‘Disability Care Australia Fund’(DCAF)이다. 그리고 이를 통해서도 충당되지 않은 나머지 예산은 건강보험료를 추가로 인상, NDIS 운영비 절략, 다른 기금에서 100% 사용되지 않은 예산, 연방정부 수익금 등을 통해 충당된다(Productivity Commission, 2017).

NDIS 도입 전환기(2016-2019년) 동안에는 65세 미만 이용자에게 소요되는 예산은 연방정부와 주정부 및 특별행정구역정부가 40.6% 대 59.4%의 비율로 분담한다. 그러나 65세 이상의 비원주민 장애인들과 50세 이상의 원주민 장애인들의 경우에는 연방정부가 100% 부담하고, NDIA의 운영비와 정보, 연계 및 역량개발 활동에 대한 비용 역시 연방정부가 100% 부담한다. 또한, 전환기 동안에는 연방정부가 주정부 및 특별행정구역정부가 사전에 합의한 예상 인원을 초과하여 예산이 추가적으로 필요하거나, 이용자 1인당 추계한 소요예산이 초과할 경우에도 그 예산을 연방정부가 100% 부담한다. NDIS가 전면 도입이 완료된 이후에는 연방정부 52%, 주정부 및 특별행정구역정부 48% 비율로 각각 분담할 계획이다.

[그림 4-18] 2019-20 NDIS 자원 조달 모델



자료: Productivity Commission(2017). National Disability Insurance Scheme(NDIS) Costs.

2) 재정 규모

2019년 7월 1일부로 NDIS가 호주 전역으로 전면 시행되면서 이용자 수는 급속한 속도로 증가하고 있으며, 향후 3년 내에 총 이용자 수는 50만 명에 달할 것으로 전망되고 있다. 이에 따라 재정 규모 역시 크게 증가하고 있는 추세이다. 생산성위원회는 전면 도입이 시작되는 2019-20년에는 약 215억 달러, 2028-2029년에는 321억 달러에 이를 것으로 추계한 바 있다(Productivity Commission 2017).

〈표 4-56〉 NDIS 소요예산 추계

(단위: 억 달러)

구분	2019-20	2020-21	2021-22	2022-23	2028-29
예측 총 예산	215	228	240	251	321
이용자 예산	200	215	226	237	306
ILC 포괄보조금	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
행정 및 기타	1.3	1.3	1.3	1.3	1.4
연방정부 부담금	111 (52%)	120 (52%)	127 (53%)	135 (54%)	179 (56%)
주정부 부담금(비율)	103 (48%)	109 (48%)	112 (47%)	116 (46%)	143 (44%)

자료: Productivity Commission · (2017). National Disability Insurance Scheme(NDIS) Costs.

2013-14년 시범사업 시행 이후 2019-20년까지 책정된 예산과 집행 현황을 살펴보면, 도입 초기에는 전체 이용자가 7,285명으로 예산은 약 1억 3,300만 달러이었다. 하지만 2019-20년에는 이용자 수가 391,999명으로 대폭 증가하였고, 이에 따라 예산은 약 242억 달러로 크게 상승하였다. 2017년에 생산성위원회가 추계한 예산보다 실제 예산이 더 많은 이유는 당시 추계에 포함되지 않았던 학교통학 이동 지원, 학교 내 개인 돌봄, 집행 지연과 미집행 관련 예산이 뒤늦게 반영되었기 때문이다.

〈표 4-57〉 연차별 NDIS 예산 및 집행 변화 추이

(단위: 명, 백만 달러, %)

구분	2013-14	2014-15	2015-16	2016-17	2017-18	2018-19	2019-20
이용자	7,285	17,155	29,719	89,610	172,333	286,015	391,999
예산	132.7	496.7	939.3	3,234.4	7,741.7	14,554.0	24,163.9
집행	85.8	370.9	704.4	2,184.9	5,428.4	10,362.9	16,114.9
집행률	65	75	75	68	70	71	67

자료: NDIA · (2020). Q4 2019-2020 NDIS Quarterly Report to disability ministers.

4. 임시적 성격의 연방정부지속지원프로그램

가. 제도 개요

연방정부지속지원프로그램(COS: Commonwealth Continuity of Support Programme)은 주정부가 자체적으로 운영해 왔던 기존의 각종 장애인 지원 프로그램 및 서비스들이 NDIS로 편입되면서 기이용자들 가운데 NDIS의 대상에서 제외되는 이들에게 지속적으로 서비스를 제공하기 위해서 임시적으로 마련된 프로그램이다(The Department of Health, 2019b).

NDIS가 도입될 당시 논란이 되었던 쟁점들 중에 하나는 만 65세 이상의 장애인을 대상에 포함할지 여부이었다. 결과적으로 만 65세 이상의 장애인은 제외되었고, 주정부의 프로그램 및 서비스를 이용해오던 만 65세 이상 장애인은 서비스 중단에 처할 위기에 직면하였다. 이를 해결하기 위해 연방정부와 주정부 및 특별행정정부는 국가장애 보험제도 상호 협약(National Disability Insurance Scheme Intergovernmental Agreement)을 체결하여 만 65세 기이용자가 이전과 동일한 수준의 서비스를 보장받을 수 있도록 연방정부지속지원프로그램(COS)을 신설하였다(The Department of Health, 2019b). 이러한 배경에서 도입된 연방정부지속지원프로그램(COS)은 2016년 7월 1일부터 일부 지역에서 시행되어 현재 호주 전역에서 전면 시행되고 있다.

나. 대상

1) 자격요건

연방정부지속지원프로그램(COS)의 대상은 ① NDIS가 거주하고 있는 지역에서 시행되는 시점에 이미 만 65세를 넘은 장애인으로, ② 기존 주정부의 장애인 지원 프로그램 및 서비스를 지난 12개월 간 이용해왔거나 이미 신청서를 제출하여 승인받고 대기 중인 경우이다. 즉, 연방정부지속지원프로그램(COS)의 대상이 되기 위해서는 만 65세 이상 연령기준과 주정부의 프로그램 및 서비스의 기이용자 또는 이미 승인을 받은 대기자라는 두 가지 조건을 동시에 충족해야 한다(The Department of Health, 2019). 다만, 원주민 등의 경우에는 조기노화의 특성을 고려하여 만 50~65세 사이의 완화된 연령기준이 적용된다. 이상의 자격요건에 해당되는 장애인과 돌봄자(가족 등)는 연방정부지속지원프로그램(COS)을 이용할 수 있다.

2) 신청 및 사정절차

상기의 자격요건에 해당되는 이용자는 서비스 제공기관의 담당자가 이용자와 협의하여 연방정부지속지원프로그램(COS) 대상자로 별도의 사정절차 없이 바로 전환되어 이전과 동일한 수준의 서비스를 제공받는다. 다만, 연방정부지속지원프로그램(COS)을 신청하는 과정에서 나의 노인 돌봄 제도(CHSP, HCP 등)로 전환하기를 희망한다면 재가사정서비스(RAS)나 노인돌봄팀(ACAT)의 사정을 받아 적합성 여부를 확인한 후에 전환될 수 있다.

3) 지원 규모

연방정부지속지원프로그램(COS)은 NDIS가 도입되는 과도기 동안에 임시적으로 운영하는 프로그램이기 때문에 호주 전역에 NDIS의 전면 시행이 완료되는 시점인 2020년 6월 30일 이후부터는 신규 신청자를 더 이상 받지 않는다. 연방정부지속지원프로그램(COS)의 이용자 유입이 완료되면 총 이용자는 약 5,500명일 것으로 예상하고 있다.

다. 서비스 내용 및 급여 수준

1) 서비스 유형 및 범위

연방정부지속지원프로그램(COS)은 크게 주거 지원(Accommodation Support) 서비스, 지역사회 지원(Community Support) 서비스, 지역사회 접근 지원(Community Access) 서비스, 돌봄(Respite) 서비스, 개인별 지원 패키지(ISP: Individual Support Packages)로 구성되어 있다. 각각의 하위 프로그램의 서비스 지원 내용을 살펴보면 다음과 같다.

(1) 주거 지원

주거 지원은 시설, 재가, 위탁가정 등에서 거주하고 있는 만 65세 이상의 장애인들에게 24시간 또는 일정시간 동안 돌봄과 일상생활을 지원하는 서비스이다. 여기에 포함되는 대상은 다음과 같다.

- 20인 이상이 거주하는 대규모 시설 : 24시간 돌봄
- 7~20인이 거주하는 소규모 시설: 24시간 돌봄
- 호스텔: 일반적으로 24시간 돌봄을 제공하지 않음
- 7인 미만의 그룹홈
- 방문 간호 및 돌봄
- 재가 주거생활 지원
- 위탁가정
- 기타 주거지원서비스

(2) 지역사회 지원

지역사회 지원은 65세 이상 장애인의 자립생활 능력을 극대화하기 위해 기능향상 치료, 행동지원 교육, 다학제팀 기반 서비스 등을 지원하는 프로그램이다. 구체적인 서

비스 내용으로는 치료서비스, 행동전문개입, 개인/가족/그룹 상담, 지역사회 자원 및 지원팀, 사례관리, 조정 및 개발, 기타 지역사회 지원 등이 있다.

(3) 지역사회 접근 서비스

지역사회 접근 서비스는 65세 이상 장애인의 지역사회 참여와 사회적 자립을 지원하는 서비스로 교육 및 생존기술 개발, 여가 및 휴가 지원 등이 포함된다.

(4) 휴식 돌봄 서비스

휴식 돌봄 서비스는 65세 이상 장애인의 가족 또는 돌봄자가 단기간 및 단시간 동안 휴식을 취할 수 있도록 지원하는 서비스이다. 휴식 돌봄 서비스는 본인의 집이나 센터, 위탁 가정 및 동료 가정 등 다양한 형태로 제공된다.

(5) 개인별 지원 패키지

NDIS가 도입되기 전에 빅토리아주를 포함한 몇몇의 주에서는 NDIS의 전신이라고 할 수 있는 개인별 지원 패키지(ISP: Individual Support Packages)를 자체적으로 운영해 왔다. 따라서 NDIS 시행 이전에 개인별 지원 패키지나 개인예산제(Individual Budgets)를 이용해왔던 만 65세 이상 장애인은 연방정부지속지원프로그램(COS)의 예산지원을 통해서 서비스가 유지된다. 예산관리 방식은 서비스 제공기관이 직접 관리하는 형태인 서비스 제공자 관리형(Service Provider), 중개 기관이 관리하는 중개형(Intermediary), 이용자의 은행 계좌로 예산을 받아 직접 관리하는 직접불 관리형(Direct Funding) 중에서 선택이 가능하다.

연방정부지속지원프로그램(COS)에서 지원되는 개인별 지원 패키지(ISP: Individual Support Packages)의 이용자는 상기에서 제시된 서비스를 직접 구매하여 사용할 수 있다. 하지만 직업지원서비스, 다른 정부 프로그램을 통해 지원되는 서비스, 부동산 구입, 대출 상환, 건축, 해외 여행, 가족 돌봄자 인건비, 자동차 구매, 생활비 등에는 사용이 제한된다.

2) 급여 수준

연방정부지속지원프로그램(COS)으로 전환되면서 급여 수준의 하락은 발생하지 않으며 이전과 동일한 수준의 급여를 지급받는다. 개인부담금 여부는 이용하는 서비스마다 차이가 있다. 보통 시설 돌봄을 기반으로 하는 서비스는 개인부담금을 지불해야 한다.

3) 급여지급 형태

상기에서 소개된 5가지의 서비스 유형 중 개인별 지원 패키지를 제외한 나머지는 서비스는 이용자의 서비스 제공기관에게 포괄적 보조금(Block-funding)의 형태로 직접 지급된다. 개인별 지원 패키지의 이용자의 경우에는 앞서 소개한 예산관리 방식에 따라 급여지급의 형태가 다양하다.

라. 노인 돌봄 제도로 이용 전환

연방정부지속지원프로그램(COS)을 이용하는 도중에 이용자의 상황이나 욕구가 변화되면 노인 돌봄 제도로 전환이 가능하다. 이를 위해서 12개월마다 욕구사정이 이뤄진다. 연방정부지속지원프로그램(COS)를 이용해오던 도중에 이용자의 상황에 변화가 발생하여 이전보다 약간 높은 수준의 지원이 필요하다면 보건부에 추가 지원금을 신청하여 승인을 받고 연방정부지속지원프로그램(COS)의 이용자로 계속 남을 수 있다. 다만, 이때 추가 지원금은 최대 8,000달러를 초과하지 않아야 하는데, 그 이유는 노인 돌봄 패키지의 기본수준(level 1) 지원금이 8,000달러이기 때문에 그 이상을 초과하면 노인 돌봄 제도로 전환하는 것이 적합하다고 보기 때문이다. 여기에 해당되는 경우에는 연방정부지속지원프로그램(COS)을 통해서는 이용자의 욕구 충족이 더 이상 어렵다고 보고 노인돌봄제도의 사정기관인 노인돌봄팀(ACAT)으로 의뢰되어 노인 돌봄 제도로 전환절차가 진행된다.

제3절 독일

1. 개요

독일은 2009년 3월 26일 유엔장애인권리협약에 서명함으로써 모든 삶의 영역에서 장애인들의 평등한 참여를 점진적으로 이행할 것을 약속하였다. 이를 실현하기 위해 독일정부는 2011년에는 제1차 국가기본계획을, 2016년에는 제2차 국가기본계획을 수립하였다. 국가기본계획은 장애인의 삶과 밀접하게 연관된 사회 전 영역에서의 통합(Inklusion)이라는 비전을 담고 있다(DGB, 2019). 특히 독일의 장애인정책은 장애인의 ‘자기결정권’을 강조하고 비장애인과 동등한 ‘사회참여’를 촉진함으로써 ‘장애가 있는 사람’이 자주적이고 독립적으로 생활할 수 있도록 지원한다(사회법전 제9권 제1항).

독일은 비스마르크 유형의 복지국가답게 ‘돌봄’에 대한 필요는 사회보험인 “사회적 장기요양보험(soziale Pflegeversicherung)”을 통하여 보장된다. 사회적 장기요양보험(이하 장기요양보험)에 관한 내용은 “사회법전 제11권 장기요양보험법(이하 사회법전 제11권)”에서 규정하고 있다. 이 보험은 연령이나 장애와 상관없이 모든 국민을 대상으로 한다. 따라서 장애인을 위한 돌봄서비스는 장기요양보험제도의 틀 안에서 보험급여로 제공된다. 다만 독일은 연방제 공화국으로서 주마다 주의 법에 따라 다양한 돌봄서비스를 제공하고 있으며, 장애인은 사회적 장기요양보험을 통한 급여와 주법에 따른 급여 중 선택할 수 있다.

독일 장애인정책의 법적 근거가 되는 법은 “사회법전 제9권 장애인의 재활과 참여법(이하 사회법전 제9권)”이다. 이 법은 돌봄보다는 장애인의 사회참여와 자기결정권을 강조하며 교육, 노동 그리고 여가생활까지의 참여가 가능할 수 있도록 광범위한 사회생활에서의 지원서비스에 대한 내용을 규정하고 있다.

따라서 본 연구에서는 노인과 장애인의 ‘돌봄’을 책임지는 장기요양보험제도에 대한 내용을 상세히 다루고, 사회법전 제9권에서 특히 장애인의 선택권을 보장하는 “개인에 산”제도를 설명하고자 한다. 이어서 노르트라인-베스트팔렌(Nordrhein-Westfalen) 주의 빌레펠트(Bielefeld)시에서 시범사업으로 시행하고 있는 지역사회 내의 커뮤니티 케어 사례를 소개하고자 한다.

2. 장기요양보험제도

독일은 유럽에서 가장 빠르게 고령화가 진행되었으며, 이로 인하여 1970년대 중반부터 노인을 위한 사회적 장기요양제도 도입의 필요성이 이슈 되기 시작하였다. 특히 배우자를 잃고 혼자 사는 고령의 노인이 늘어남에 따라 가족의 수발책임은 커다란 부담이 될 수밖에 없었다.

경제적 수발부담을 감당할 수 없을 경우 사회부조에 의지할 수밖에 없는데 사회부조는 노인의 장기요양에 대한 욕구를 근본적으로 충족시키는 대안이 될 수 없었다. 사회부조는 공공부조의 특성상 소득, 자산, 부양의무자조건을 충족하여야만 수급자격이 주어지기 때문에 독일에서는 평생 열심히 일해 온 노인들이 이처럼 사회부조 수급자로 전락하게 해서는 안 된다는 사회분위기가 조성되었다. 고령화의 진전과 더불어 장기요양대상자의 수가 급격히 늘어나면서 장기요양으로 인한 지출이 전체 사회부조 지출액의 1/3을 넘어서게 되자 사회부조재정의 책임주체인 지방정부는 이를 감당하기 어려워졌다. 결국 1995년 독일의 사회보험 전통에 부합하는 "사회적 장기요양보험제도(soziale Pflegeversicherung)"가 다섯 번째 사회보험으로 도입되었다(Sieveling, 1998: 37-39).

가. 특징 및 원칙

1) 특징

독일의 장기요양보험은 모든 국민을 의무가입 대상으로 하는 보편적 사회보장제도이다. 부과방식으로 운영되는 장기요양보험은 타 사회보험과 달리 국가의 재정지원에 관한 법적 근거는 없다. 한국의 장기요양보험과 다르게 장애인도 수급대상이며, 급여수급권자는 등급과 상관없이 소비자 선택권이 보장된다.

장기요양보험은 의료보험과 마찬가지로 공적 장기요양보험과 민간 장기요양보험으로 구분된다. 공적 장기요양보험에는 일정 소득 이하의 국민이 가입할 수 있으며, 민간 장기요양보험에는 임의가입자와 주로 공무원과 일정 소득 이상의 국민이 가입한다.

2) 원칙

(1) 재가급여 우선의 원칙

독일 장기요양보험은 재가급여를 우선으로 한다. 장기요양대상자가 자신의 가정에 머물 수 있도록 재가급여와 가족친지 및 이웃의 수발용의(Pflegebereitschaft)를 우선적으로 지원하여야 한다. 따라서 주·야간보호와 같은 부분거주시설(teilstationär)에서의 장기요양급여와 단기보호(Kurzzeitpflege)는 요양원과 같은 완전거주시설(vollstationär) 장기요양급여에 우선한다(사회법전 제11권 제3조).

(2) 예방 및 의료적 재활 우선의 원칙

장기요양보험 급여관리주체인 장기요양보험조합(Pflegekasse)은 예방서비스를 제공하고, 장기요양필요성의 개시를 막기 위하여 관할 급여관리운영주체들로 하여금 사전에 예방과 치료 그리고 의료적 재활을 위한 적절한 서비스를 제공하도록 하여야 한다. 장기요양필요성이 개시된 후에도 의료적 재활과 포괄적 의미에서 보충적 서비스를 제공함으로써 장기요양필요성을 극복 내지 완화하거나 악화를 방지하도록 해야 한다(사회법전 제11권 제5조). 장기요양대상자도 장기요양필요성을 극복 내지 완화하거나 악화를 방지하기 위하여 스스로 의료적 재활과 적극적 수발을 위한 서비스에 협조하여야 한다. 따라서 장기요양보험가입자는 의료적 통원재활서비스에 대해 의료보험에 급여청구권을 가진다(Schmidt, 2010: 169).

(3) 예산원칙

독일 장기요양보험은 욕구충족의 원칙이 아니라 예산원칙(Budgetprinzip)이 적용되는 제도이다(Rothgang, 1996: 931). 예산원칙에서는 사용가능한 재정규모의 일정 금액이나 수입의 일정 부분으로 먼저 확정하고, 총액에 맞춰 급여를 제공하도록 한다. 장기요양보험은 부분보장(Teilkasko)형 사회보험으로서 의료보험과 다르게 등급별 정해진 월 한도액까지만 급여를 제공하고, 초과하는 금액은 수급자가 부담하여야 한다.

나. 보험가입자

독일 장기요양보험은 의료보험과 마찬가지로 공적 장기요양보험과 민간 장기요양보험으로 구분된다. 2018년 12월 31일 기준으로 공적 장기요양보험가입자는 약 7천 275만 명이며, 민간 장기요양보험가입자는 약 932만 명으로 민간보험 가입자는 전체 장기요양보험가입자의 9%에 불과하다(BMG, 2020: 1).

1) 공적 장기요양보험가입자

모든 공적 의료보험 의무가입자와 공적 의료보험 임의가입자 그리고 공적 의료보험에 가입된 피부양자는 장기요양보험에 가입하여야 한다(사회법전 제11권 제20조). 피부양자인 가족은 월소득, 연령 또는 장애여부 등의 조건을 충족할 경우 가족보험(Familienversicherung)에 가입할 수 있다(사회법전 제11권 제25조). 특히 자녀가 육체적, 정신적 또는 정서적 장애(사회법전 제9권 제2조 제1항)로 인하여 스스로 부양할 수 없는 경우에는 연령제한 없이 보험에 가입할 수 있다.

인가된 장애인직업재활기관(Werkstätten für behinderte Menschen)이나 시각 장애인직업재활기관(Blindenwerkstätten)에서 일하는 장애인, 또는 이러한 기관이 제공하는 가내노동을 하거나 사회법전 제9권 제60조에 의거하여 다른 급여제공자에 게서 일하는 장애인도 장기요양보험의 의무가입대상에 포함된다. 또한 장애인시설(Anstalten), 거주시설(Heim) 또는 이와 유사한 시설에서, 동일업무에서 소득능력이 완전한 피고용인의 5분의 1에 해당하는 능률의 일을 하는 장애인(여기에는 장애인시설, 거주시설, 시설의 관리운영주체를 위한 근무도 포함)도 장기요양보험에 가입하여야 한다(사회법전 제11권 제 25조 제2항 제2문).

공적 의료보험의 임의가입대상이 될 경우, 3개월 내에 공적 장기요양보험과 민간 장기요양보험 중 선택할 수 있다.

2) 민간 장기요양보험가입자

장기요양보험 가입의무가 있는 자가 민간 의료보험에 가입한 경우, 민간 의료보험가입자는 동일한 의료보험회사의 장기요양보험에 본인 뿐 아니라 자신의 피부양자를 가입하여야 한다. 이 때 민간보험회사는 어떠한 이유로도 보험계약을 거부할 수 없다(Kontrahierungszwang)(BMG, 2010: 24). 정부는 보험가입자를 보호하는 차원에서 민간보험회사의 보험료산출과 보험계약의 조건을 규정한다. 예를 들어 보험가입자의 성과 건강상태에 따라 보험가입을 거부해서는 안 되며, 보험료 또한 차등을 두거나 공적 장기요양보험의 최고보험료보다 더 높은 보험료를 요구해서는 안 된다. 급여종류와 급여한도액에 있어서도 민간보험회사는 공적 장기요양보험과 동일한 급여를 제공하여야 한다(남현주, 2018: 548).

다. 장기요양보험급여 수급요건 및 급여절차

2015년 장기요양 등급판정도구가 개정되기 전까지 장기요양필요성 개념은 많은 비판을 받아왔다. 개정 전 장기요양필요성 개념은 신체위주의 장애, 즉 이동성, 영양공급, 청결관리 및 가사관리 등의 수발조치와 연관되어 정의되어 있었기 때문에 그 개념이 너무 협소하다는 비판을 받아 왔다. 특히 인지적 그리고 정신적 장애가 있는 경우(예를 들어 인지 및 소통능력 또는 특정 행동방식이나 정신적 문제) 장기요양필요성을 판단하는데 거의 반영되지 않아 신체적인 수발을 필요로 하는 대상자들보다 높은 등급판정을 거의 받지 못하였다. 또한 장기요양을 필요로 하는 아동이나 질병이나 특정 치료로 인한 욕구와 부담 또는 일상생활을 계획과 사회적 관계 유지에 대한 욕구 등은 포함되지 않았다. 또한 개인에게 남아있는 능력을 강화하지 않고 이들의 결손을 메우는 데에만 초점이 맞춰져 왔다는 비판의 목소리도 있었다. 이를 반영하여 새 등급판정에서 적용되는 ‘장기요양필요성’의 개념은 신체기능의 제약뿐만 아니라 자기조정과 사회참여를 제한하는 인지적·심리적 손상까지 포함하게 되었다(남현주, 2014).

1) 장기요양필요성의 개념

장기요양을 필요로 하는 사람은 “건강상의 이유로 자립성 또는 능력의 손상이 나타나고 이로 인해 타인의 도움을 필요로 하는 사람”이다. 여기에는 신체적, 인지적 또는 심리적 장애나, 건강상의 부담 또는 요구를 스스로 해결 또는 감당할 수 없는 사람들이 속한다. 장기요양필요성은 최소 6개월 이상 지속될 것이 예측되어야 한다(사회법전 제11권 제14조).

2) 등급판정체계

장기요양보험 급여를 받기 위해서는 장기요양대상자나 부양가족이 대상자가 가입한 장기요양보험조합에 등급판정 신청을 하여야 한다. 장기요양보험조합이 MDK(의료보험 의료지원단 - Medizinischer Dienst der Krankenversicherung)에 등급판정을 위한 조사를 의뢰하면, MDK소속 간호사 또는 의사가 신청자의 가정을 방문하여 도움욕구 정도를 조사한다. 조사결과를 토대로 MDK는 장기요양등급과 급여종류를 장기요양보험조합에 권고하고, 장기요양보험조합은 등급판정신청자에게 최종 판정결과를 통보한다. 판정결과의 통보는 급여신청 후 5주 이내에 이루어져야 한다. 대상자가 병원이나 호스피스 또는 재활시설에 있거나 재가호스피스서비스를 받고 있을 경우 MDK는 급여신청 후 1~2주 이내에 등급판정을 하여야 한다.

3) 등급판정도구 및 장기요양등급

(1) 장기요양등급 평가판정도구

장기요양대상자는 자립성 또는 능력의 손상 정도에 따라 장기요양등급이 판정된다. 장기요양등급은 장기요양학적 근거를 기반으로 한 평가판정도구를 통해 결정된다. 평가판정도구는 6개 영역에 상응하는 6개 모듈(Modul)로 구성된다. 6개 영역은 이동성과 운동성, 인지능력 및 의사소통능력, 행동방식과 심리적 문제 상황, 자기돌봄, 질병 또는 치료 관련 대처 능력, 일상생활의 영위와 사회적 접촉으로 나뉜다. 모듈 1부터 6까지 모듈별 판단기준 및 개별점수는 다음과 같다(사회법전 제11권 별지 1).

□ 모듈 1: 이동성 영역의 개별점수

모듈 1에는 5개의 판단기준이 있으며, 각 판단기준은 그 정도에 따라 다음과 같이 차등한 개별점수로 평가되는 범주들¹⁴⁾로 구분된다.

〈표 4-58〉 모듈 1: 이동성 영역의 개별점수

항목	판단기준	자립적	대체로 자립적	대체로 비자립적	비자립적
1.1	침대에서 자세 변경	0	1	2	3
1.2	안정적으로 앉은 자세 유지	0	1	2	3
1.3	자리바꾸기	0	1	2	3
1.4	집 안에서의 이동	0	1	2	3
1.5	계단 오르기	0	1	2	3

□ 모듈 2: 인지능력 및 의사소통능력 영역의 개별점수

모듈 2에는 11개의 판단기준이 있으며, 각 판단기준은 그 정도에 따라 다음과 같이 차등한 개별점수로 평가되는 범주들¹⁵⁾로 구분된다.

14) 이때 범주는 “자립적”, “대체로 자립적”, “대체로 비자립적”, “비자립적”으로 구분된다.

15) 이때 범주는 “능력있음/손상없음”, “대부분의 능력있음”, “약간의 능력있음”, “능력없음”으로 구분된다.

〈표 4-59〉 모듈 2: 인지능력 및 의사소통능력 영역의 개별점수

항목	판단기준	능력 있음/ 손상없음	대부분의 능력 있음	약간의 능력 있음	능력 없음
2.1	가까운 주변 인물들의 인지능력	0	1	2	3
2.2	공간적 지남력(정향능력)	0	1	2	3
2.3	시간적 지남력(정향능력)	0	1	2	3
2.4	중요한 사건 또는 관찰에 관한 기억	0	1	2	3
2.5	여러 단계로 진행되는 일상생활 수행능력	0	1	2	3
2.6	일상생활에서 결정능력	0	1	2	3
2.7	사태와 정보의 파악능력	0	1	2	3
2.8	위험 인지능력	0	1	2	3
2.9	기본욕구의 표현능력	0	1	2	3
2.10	요구사항의 이해능력	0	1	2	3
2.11	대화참여능력	0	1	2	3

□ 모듈 3: 행동방식과 심리적 문제상황 영역의 개별점수

모듈 3에는 13개의 판단기준이 있으며, 각 판단기준은 그 발생빈도에 따라 다음과 같이 차등한 개별점수로 평가되는 범주들¹⁶⁾로 구분된다.

〈표 4-60〉 모듈 3: 행동방식과 심리적 문제상황 영역의 개별점수

항목	판단기준	전혀 또는 아주 드물게	가끔 ¹⁾	자주 ²⁾	매일
3.1	기계적으로 움직이는 특이한 행동	0	1	3	5
3.2	야간의 소란	0	1	3	5
3.3	자해행위 및 스스로에게 유해한 공격적 행위	0	1	3	5
3.4	물건 파괴	0	1	3	5
3.5	타인에 대한 육체적·공격적 행위	0	1	3	5
3.6	언어적 공격	0	1	3	5
3.7	기타 특이한 언어적 행동	0	1	3	5
3.8	수발 또는 기타 지원조치에 대한 거부	0	1	3	5
3.9	환각	0	1	3	5
3.10	공포	0	1	3	5
3.11	우울한 상태에서 오는 의욕상실	0	1	3	5
3.12	사회적으로 적절하지 못한 행동	0	1	3	5
3.13	그 밖의 수발 관련 적절하지 못한 태도	0	1	3	5

1) 2주 이내에 1~3번

2) 일주일에 2번에서 수차례. 그러나 매일은 아님

16) 이때 범주는 “전혀 또는 아주 드물게”, “가끔”, “자주”, “매일”로 구분된다.

□ 모듈 4

모듈 4에는 13개의 판단기준이 있다. 항목 4.1부터 4.12까지의 판단기준은 자립성의 정도에 따라 다음과 같이 차등한 점수로 평가되는 범주들¹⁷⁾로 구분된다. 항목 4.8, 4.9, 4.10의 판단기준에서 나타나는 자립성의 정도는 수발에 있어서 특별히 중요한 의미를 갖기 때문에 해당 항목들에는 가중치를 둔다. 항목 4.11과 4.12의 판단기준에 대해서는 피보험자의 평가에서 "대체로 요실금"(überwiegend inkontinent) 또는 "완전 요실금"(vollständig inkontinent)이 확인되거나, 인공적으로 대소변을 처리하는 경우에만 개별점수가 부여된다.

〈표 4-61〉 모듈 4: 자기돌봄 영역의 개별점수

항목	판단기준	능력 있음/ 손상없음	대부분의 능력 있음	약간의 능력 있음	능력 없음
4.1	상체 앞부분 씻기	0	1	2	3
4.2	머리 부분 관리(빗질, 치아관리/틀니관리, 면도)	0	1	2	3
4.3	치부(성기부분) 씻기	0	1	2	3
4.4	머리감기 포함한 샤워 또는 목욕	0	1	2	3
4.5	상의 입고 벗기	0	1	2	3
4.6	하의 입고 벗기	0	1	2	3
4.7	먹기에 종계 음식물 준비/음료 따르기	0	1	2	3
4.8	먹기	0	3	6	9
4.9	마시기	0	2	4	6
4.10	화장실 또는 환자용 변기 이용	0	2	4	6
4.11	소변실금의 결과 처리하기와 장기카테터와 도뇨관 사용능력	0	1	2	3
4.12	대변실금의 결과 처리하기와 인공항문 사용능력	0	1	2	3

자료: 사회법전 제11권.

항목 4.13의 판단기준은 그 정도에 따라 다음과 같이 차등한 개별점수로 평가되는 범주들¹⁸⁾로 구분된다.

17) 이때 범주는 "자립적", "대체로 자립적", "대체로 비자립적", "비자립적"으로 구분된다.

18) 이때 범주는 "없음", "부분적", "완전히"로 구분된다.

〈표 4-62〉 모듈 4의 항목 4.13의 판단기준에 대한 개별점수

항목	판단기준	없음	부분적	완전히
4.13	침대에서 자세 변경	0	1	2

규칙적이고 매일 이루어지는 비경구 또는 경관을 통한 영양공급이 최소 6개월 동안 필요하지 않으면, “없음”(0점)으로 평가하여야 한다. 비경구 또는 경관을 통한 영양공급이 다른 사람의 도움 없이 스스로 할 수 있는 경우에도 점수를 부여하지 않는다.

음식 또는 음료를 구강으로 섭취하지만 영양결핍을 방지하기 위하여 매일 그리고 추가적으로 비경구 또는 경관을 통한 영양공급이 이루어진다면, “부분적”(6점)으로 평가하여야 한다.

음식 또는 음료를 완전히 또는 거의 완전히 비경구 또는 경관을 통해서만 섭취할 경우 “완전히”(3점)로 평가하여야 한다.

비경구 또는 존테를 통해서만 영양공급을 할 경우가 부분적으로 비경구 또는 경관을 통해 영양공급을 할 경우보다 더 낮은 점수를 받는다. 그 이유는 비경구 또는 경관을 통해서만 영양을 공급할 때보다 구강영양섭취를 할 때 더 많은 도움을 필요로 하기 때문이다.

18개월 이하 아동의 경우, 항목 4.1부터 4.13까지의 판단기준은 4.K의 판단기준으로 대체되고 다음과 같이 평가한다.

〈표 4-63〉 모듈 4의 항목 4.K의 판단기준에 대한 개별점수

항목	판단기준	개별점수
4.K	18개월 이하의 아동에게 음식섭취에 중대한 문제가 있어 심각한 정도의 수발집중적 도움욕구가 필요한 경우	20

□ 모듈 5: 질병 및 치료 관련 요구사항들과 부담을 스스로 감당하고 대처할 수 있는 능력 영역의 개별점수

모듈 5에는 16개의 판단기준이 있다. 항목 5.1부터 5.7까지의 판단기준은 하루 평균 조치빈도에 따라 다음과 같이 차등한 개별점수로 평가되는 범주들¹⁹⁾로 구분된다.

〈표 4-64〉 모듈 5의 항목 5.1~5.7까지의 판단기준에 대한 조치 수

항목	판단기준	없거나 스스로	조치 수		
			매일	매주	매달
5.1	약	0			
5.2	주사(피하 또는 근육내)	0			
5.3	정맥주사 공급(port)	0			
5.4	석션과 산소호흡기	0			
5.5	문지르기 또는 냉온찜질팩사용	0			
5.6	신체상태 측정 및 해석	0			
5.7	신체장착 보조기구	0			
5.1부터 5.7까지의 조치 합계		0			
하루 측정 단위로 변환		0			

〈표 4-65〉 모듈 5의 항목 5.1~5.7까지의 판단기준에 대한 개별점수

항목 5.1~5.7까지의 판단기준에 대한 개별점수				
조치빈도/일	전혀 또는 하루 한 번보다 드물게	매일 최소 한 번에서 최대 세 번	매일 최소 세 번부터 최대 여덟 번	매일 9번 이상
개별점수	0	1	2	3

항목 5.1부터 5.7까지의 각 판단기준에서 우선 매일 지속적으로 최소 6개월 동안 빈발할 것으로 예상되는 조치의 평균 횟수는 ‘매일’ 칸에 기록하고, 매주 지속적으로 최소 6개월 동안 빈발할 것으로 예상되는 조치는 ‘매주’ 칸에, 그리고 매월 지속적으로 적어도 6개월 동안 빈발할 것으로 예상되는 조치는 ‘매달’ 칸에 기록한다. 피보험자가 독립적으로 수행할 수 없는 조치만 고려한다.

매일, 매주 그리고 매달 취한 조치의 평균 횟수는 5.1부터 5.7까지 합산한다(예컨대 매일 3회 약복용 - 판단기준 5.1 - 그리고 1회 혈당 측정 - 판단기준 5.6 -, 이 경우 하루 4회 조치에 해당함). 이 빈도수는 하루 평균값으로 변환된다. 매월 측정값을 하루 측정값으로 변환하려면 매월 측정값의 합계를 30으로 나눈다. 주당 측정값을 하루 측정값으로 변환하려면 주당 측정값의 합계를 7로 나눈다.

항목 5.8부터 5.11까지의 판단기준은 하루 평균 조치빈도에 따라 다음과 같이 차등한 개별점수로 평가되는 범주들²⁰⁾로 구분된다.

19) 범주는 “없거나 스스로”, “조치 수 (매일 / 매주 / 매달)”로 구분된다.

〈표 4-66〉 모듈 5의 항목 5.8~5.11까지의 판단기준에 대한 조치 수

항목	판단기준	없거나 스스로	조치 수		
			매일	매주	매달
5.8	붕대교환 및 상처치료	0			
5.0	스토마 사용	0			
5.10	규칙적인 일회용 카테터사용과 관장법 사용	0			
5.11	가정에서의 치료조치	0			
5.8부터 5.11까지의 조치 합계		0			
하루 측정 단위로 변환		0			

〈표 4-67〉 모듈 5의 항목 5.8~5.11까지의 판단기준에 대한 개별점수

항목 5.1~5.7까지의 판단기준에 대한 개별점수				
조치빈도/일	전혀 또는 하루 한 번보다 드물게	매주 최소 한 번에서 여러 번까지	매일 한 번에서 세 번 미만까지	매일 세 번 이상
개별점수	0	1	2	3

항목 5.8부터 5.11까지의 각 판단기준에서 우선 매일 지속적으로 최소 6개월 동안 빈발할 것으로 예상되는 조치의 평균 횟수는 ‘매일’ 칸에 기록하고, 매주 지속적으로 최소 6개월 동안 빈발할 것으로 예상되는 조치는 ‘매주’ 칸에, 그리고 매일 지속적으로 적어도 6개월 동안 빈발할 것으로 예상되는 조치는 ‘매달’ 칸에 기록한다. 피보험자가 독립적으로 수행할 수 없는 조치만 고려한다.

매일, 매주 그리고 매달 취한 조치의 평균 횟수는 5.8부터 5.11까지 합산한다. 이 빈도수는 하루 평균값으로 변환된다. 매일 측정값을 하루 측정값으로 변환하려면 매일 측정값의 합계를 30으로 나눈다. 주당 측정값을 하루 측정값으로 변환하려면 주당 측정값의 합계를 7로 나눈다.

가정에서 이루어지는 시간 및 기술집약적 조치가 최소 6개월 동안 지속적으로 빈발할 것이 예상되는 경우, 이러한 조치는 주간 또는 월간 평균 조치빈도에 따라 다음과 같이 차등한 개별점수로 평가되는 범주들²¹⁾로 구분된다.

20) 범주는 “없거나 스스로”, “조치 수 (매일 / 매주 / 매달)”로 구분된다.

21) 범주는 “없거나 자립적”, “매일”, “주간 빈도 곱하기”, “월간 빈도 곱하기”로 구분된다.

〈표 4-68〉 모듈 5의 항목 5.12의 판단기준에 대한 개별점수

항목	판단기준	없거나 자립적	매일	주간 빈도 곱하기	월간 빈도 곱하기
5.12	가정에서 이루어지는 시간 및 기술집중적인 조치	0	60	8.6	2

항목 5.12의 판단기준에서 우선 매주 규칙적이고 평균적으로 이루어지는 조치의 횟수와 매월 규칙적이고 평균적으로 이루어지는 조치의 횟수를 조사한다. 조치가 매일 규칙적으로 이루어지면 60점을 부여한다. 매주 규칙적으로 이루어지는 조치는 매 조치마다 8.6점으로 평가한다. 매월 규칙적으로 이루어지는 조치는 매 조치마다 2점으로 평가한다.

항목 5.13부터 5.K까지의 판단기준은 매주 평균 빈도수 또는 매월 평균 빈도수에 따라 다음과 같이 차등한 점수로 평가되는 범주들²²⁾로 구분된다.

〈표 4-69〉 모듈 5의 항목 5.13~5.K의 판단기준에 대한 개별점수

항목	판단기준	없거나 자립적	매일	주간 빈도 곱하기
5.13	의사방문	0	4.3	1
5.14	다른 의료 또는 치료기관 방문(3시간 까지)	0	4.3	1
5.15	시간적으로 연장된 의료 또는 치료기관 방문 (3시간 이상)	0	8.6	2
5.K	(장애)아동의 조기개입을 위한 기관 방문	0	4.3	1

항목 5.13부터 5.K까지의 각 판단기준에서 우선 매주 지속적으로 최소 6개월 동안 빈발할 것으로 예상되는 방문의 규칙적이고 평균적인 빈도수와 매달 지속적으로 최소 6개월 동안 빈발할 것으로 예상되는 방문의 규칙적이고 평균적인 빈도수를 조사한다.

매월 규칙적으로 이루어지는 방문은 매 방문마다 1점으로 평가한다. 매주 규칙적으로 이루어지는 방문은 매 방문마다 4.3점으로 평가한다.

시간적으로 연장된 의사방문이나 다른 의료 또는 치료기관 방문의 경우, 두 배로 평가한다.

22) 범주는 “없거나 스스로”, “주간 빈도 곱하기”, “월간 빈도 곱하기”로 구분된다.

항목 5.12부터 5.15까지 - 아동의 경우 5.K까지 - 의 점수는 합산한다. 항목 5.12부터 5.15까지 - 아동의 경우 5.K까지 -의 판단기준은 이렇게 얻어진 점수의 합계에 기초하여 다음의 개별점수들로 평가된다.

〈표 4-70〉 모듈 5의 항목 5.13~5.K의 항목별 합계점수에 대한 개별점수

합계점수	개별점수
0 ~ 4.3	0
4.3 ~ 8.6	1
8.6 ~ 12.9	2
12.9 ~ 60	3
60 ~	6

항목 5.16의 판단기준은 다음과 같이 차등한 점수로 평가되는 범주들²³⁾로 구분된다.

〈표 4-71〉 모듈 5의 항목 5.16의 판단기준에 대한 개별점수

항목	판단기준	없거나 자립적	대체로 자립적	대체로 비자립적	비자립적
5.16	다이어트 또는 다른 질병 또는 치료로 인한 행동규칙의 준수	0	1	2	3

□ 모듈 6: 일상생활의 영위와 사회적 접촉 영역의 개별점수

모듈6에는 6개의 판단기준이 있으며, 각 판단기준은 다음과 같이 차등한 점수로 평가되는 범주들²⁴⁾로 구분된다.

23) 범주는 “없거나 자립적”, “대체로 자립적”, “대체로 비자립적”, “비자립적”으로 구분된다.

24) 범주는 “없거나 자립적”, “대체로 자립적”, “대체로 비자립적”, “비자립적”으로 구분된다.

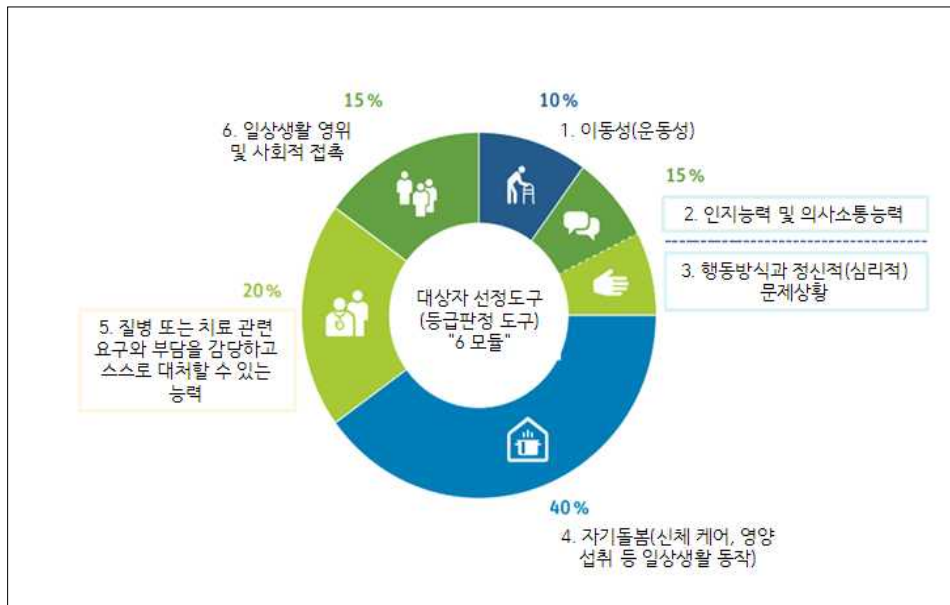
〈표 4-72〉 모듈 6: 일상생활의 영위와 사회적 접촉 영역의 개별점수

항목	판단기준	자립적	대체로 자립적	대체로 비자립적	비자립적
6.1	일과 계획 및 변화 적응	0	1	2	3
6.2	휴식과 수면	0	1	2	3
6.3	소일거리 하기	0	1	2	3
6.4	미래 지향적 계획 세우기	0	1	2	3
6.5	타인과의 직접적 접촉을 통한 상호작용	0	1	2	3
6.6	주변 사람들 외의 타인과의 접촉 유지	0	1	2	3

□ 모듈별 가중치

하나의 모듈 안에 있는 각각의 점수영역에는 그 영역에서 밝혀진 자립성 내지 능력 손상의 심각성 정도와 모듈 가중치를 고려하여 가중치 점수들을 할당한다. 모듈 1에는 10%, 모듈 2와 3에는 각각 15%, 모듈 4에는 40%, 모듈 5에는 20% 그리고 모듈 6에는 15%의 가중치를 두고 점수 값을 계산한다([그림 4-21] 참조).

[그림 4-19] 6개 모듈과 모듈별 가중치



자료: Wingenfled et al., 2011: 113.

심각성의 정도를 나타내는 여러 단계의 범주들에는 개별 판단기준에 따라 장기요양학적 근거를 토대로 정해진 개별점수들이 할당된다(〈표 4-80〉 참조).

〈표 4-73〉 모듈별 자립성 또는 능력 손상의 심각성 정도

	모듈	가중치	0 없음	1 미미한	2 현저한	3 중증	4 최중증	
1	이동성	10 %	0-1	2-3	4-5	6-9	10-15	모듈 1의 개별점수 합
			0	2.5	5	7.5	10	모듈 1의 가중점수
2	인지능력과 의사소통능력	15 %	0-1	2-5	6-10	11-16	17-33	모듈 2의 개별점수 합
3	행동방식과 정신적 문제상황		0	1-2	3-4	5-6	7-65	모듈 3의 개별점수 합
	모듈 2 또는 3의 최고치		0	3.75	7.5	11.25	15	모듈 2와 3의 가중점수
4	자기돌봄	40 %	0-2	3-7	8-18	19-36	37-54	모듈 4의 개별점수 합
			0	10	20	30	40	모듈 4의 가중점수
5	질병 또는 치료요구 및 부담 감당 능력	20 %	0	1	2-3	4-5	6-15	모듈 5의 개별점수 합
			0	5	10	15	20	모듈 5의 가중점수
6	일상생활 영위와 사회접촉	15 %	0	1-3	4-6	7-11	12-18	모듈 6의 개별점수 합
			0	3.75	7.5	11.25	15	모듈 6의 가중점수

자료: 사회법전 제11권 별지 2. 재구성.

(2) 장기요양등급

각 모듈에는 정해진 점수영역들에 따라 개별점수의 합계가 각각 등급으로 분류된다. 각 모듈의 최고 가중치 점수를 전부 합산하면 전체점수 100점이 된다. 계산된 총점수를 근거로 장기요양대상자는 〈표 4-81〉과 같이 5개의 장기요양등급으로 분류된다.

라. 장기요양보험급여

장기요양보험의 급여에는 신체관련 수발조치, 수발관련 돌봄조치 그리고 가사도움에 필요한 제반서비스, 현물급여 그리고 현금급여가 포함된다. 급여의 종류와 범위는 장기요양필요성의 정도에 따라, 그리고 재가서비스, 주·야간보호나 단기보호와 같은 부분거주시설보호 또는 요양원과 같은 완전거주시설보호의 필요성 여부에 따라 결정된다. 재가서비스와 부분거주시설보호의 경우, 장기요양보험의 급여는 가족, 이웃 또는 기타 자원봉사자들과 같은 ‘비공식 수발자’가 제공하는 수발과 돌봄을 보충한다.

1) 재가급여

(1) 장기요양현물급여(Pflegesachleistung)

장기요양 2등급부터 5등급의 수급자가 재가급여를 선택할 경우 신체관련 수발조치와 수발적 돌봄조치 및 가사관리도움과 같은 재가수발지원(häusliche Pflegehilfe)을 청구할 수 있다. 여기에는 이동성, 인지능력 및 의사소통능력, 행동방식과 심리적 문제 상황, 자기돌봄, 질병 또는 치료 관련 요구사항들과 부담을 감당하고 스스로 대처할 수 있는 능력, 일상생활의 영위와 사회적 접촉의 영역에서 이루어지는 모든 수발조치가 포함된다. 이러한 재가수발지원은 수발적 조치를 통하여 가능한 한 수급자의 자립성이나 능력의 손상을 제거 또는 감소시키고 장기요양필요성의 악화를 막기 위해 제공된다. 장기요양필요자와 수발자에 대한 장기요양전문적 지도 또한 재가수발지원에 포함된다(사회법전 제11권 제36조 제1항).

수발적 돌봄조치(pflegerische Betreuungsmaßnahmen)는 가정에서 일상생활을 처리하고 영위할 수 있도록 지원하는 급여들, 특히 다음과 관련한 서비스가 포함된다: 심리사회적 문제상황이나 위험의 해결, (시간간적) 정향, 일상생활의 계획, 의사소통, 사회적 관계의 유지, 일상에서 욕구에 부합한 소일거리, 인지적 활성화를 위한 조치(사회법전 제11권 제36조 제2항).

〈표 4-75〉 등급별 현물급여 월 한도액

(단위: 유로)

등급	1	2	3	4	5
	-	689	1,298	1,612	1,995

재가수발지원은 수급자가 본인의 가정에서 수발을 받지 않아도 승인된다(예: 자녀의 가정). 단, 요양원과 같은 거주장기요양시설이나 의료적 예방, 의료적 재활, 노동생활 내지 공동체생활에의 참여, 환자와 장애인의 교육과 양육이 설립의 주된 목적인 기관이나 병원은 포함되지 않는다(사회법전 제11권 제71조 제4항). 또한 여러 명의 수급자가 공동생활을 할 경우 함께 재가수발지원을 청구할 수 있다.

(2) 혼합급여(Kombinationsleistung)

수급자 자신이 받을 현물급여의 일부만을 청구한 경우, 나머지에 해당하는 부분은 현금급여로 받을 수 있다. 이때 현금급여는 수급자가 현물급여를 청구한 백분비만큼 감액되며, 수급자 현금급여와 현물급여를 어떤 비율로 지급 받을지 결정하면, 그는 6개월간 이를 바꿀 수 없다. 현금급여는 단기보호 기간에는 매년 8주까지, 대리수발 기간에는 매년 6주까지 단기보호나 대리수발 개시 전 지급받은 액수의 절반으로 계속해서 지급된다.

장애인지원을 위한 완전거주시설의 기관에 있는 수급자는 자신이 재가수발을 받은 날짜들에 대해 감액되지 않은 현금급여를 비율에 상응하여 수급할 권리를 갖는다.

(3) 수발자 유고시 대체수발(Verhinderungspflege/Ersatzpflege)

수발자가 휴식휴가, 질병, 또는 다른 사유로 수발을 할 수 없는 경우, 장기요양보험 조합은 대체수발의 비용을 매년 최장 6주간 부담한다. 이를 위해서는 수발자가 최초 유고가 발생하기 전 적어도 6개월 이상 2등급 이상의 수급자의 가정에서 그를 수발했어야 한다. 대체수발이 수급자와 2촌까지의 혈족 또는 인척관계가 아니거나²⁵⁾ 또는 수급자와 동거하지 않는 수발자에 의해 수행될 경우, 장기요양보험조합은 한 해 1,612유

로까지 비용을 지급할 수 있다.

대체수발이 장기요양필요자와 2촌까지의 혈족 또는 인척관계에 있거나 또는 그와 동거하는 수발자에 의하여 수행될 경우, 장기요양보험조합은 최장 6주간 일반적으로 등급별 규정된 현금급여의 액수를 초과하여 지급할 수 없다.

(4) 장기요양보장구

의료보험이나 다른 관할 급여관리운영주체로부터 질병이나 장애를 이유로 보장구가 지급되지 않는 경우, 수급자는 수발을 용이하게 하거나 수급자의 불편을 덜어주거나 또는 그에게 자립생활을 가능하게 하는 장기요양보장구를 청구할 권리를 갖는다. 청구권에는 보장구의 필요한 변형, 수선, 대체물 조달 및 사용교육에 대한 권리도 포함된다.

장기요양보험조합은 전문장기요양인력 또는 의료지원단의 참여하에 수급자가 신청한 장기요양보장구의 공급 필요성을 심사한다. 보험가입자가 필요 이상의 장기요양보장구를 요구할 경우, 추가비용과 이로 인한 후속비용은 본인이 부담하여야 한다.

소비성 장기요양보장구(예: 일회용 장갑)에 대하여 장기요양보험조합은 월 40유로까지 부담하며, 급여는 비용상환의 형태로도 지급될 수 있다.

장기요양보험조합은 우선적으로 모든 경우에 유용한 기술적 장기요양보장구를 대여 형식으로 제공하여야 한다. 장기요양보험조합은 수급자가 장기요양보장구에 잘 적응하는지, 또는 수급자 자신이나 수발자가 보장구 사용교육을 받는지 여부에 따라 보장구의 승인을 결정할 수 있다.

만18세 이상의 보험가입자는 매 보장구당 25유로를 초과하지 않는 범위 내에서 보장구비용의 100분의 10을 제공기관에 지불하여야 한다(소비성 보장구 제외). 보험가입자의 과도한 부담을 피하기 위하여 장기요양보험조합은 의료보험법에 따라 추가비용의 전부 또는 일부를 면제할 수 있다(사회법전 제5권 제62조).

25) 이는 장기요양필요자와 직계존비속 2촌까지의 혈족관계와 인척관계(사위, 며느리)를 의미한다.

(5) 주거환경개선

개인적 주거환경의 개선조치를 통하여 개별적 재가수발이 가능해지거나 현저하게 용이해 지는 경우, 또는 수급자의 자립적 생활이 다시 가능해 질 경우, 장기요양보험조합은, 예컨대 가사영역의 기술적 지원과 같은, 보험가입자의 주거환경개선조치를 위해 보조적 경제지원금을 지급할 수 있다.

보조금은 매 조치마다 4,000유로를 초과할 수 없다. 여러 장기요양필요자가 공동주택에서 생활하는 경우, 공동의 주거환경을 개선하기 위한 조치의 보조금은 각 장기요양필요자마다 4,000유로를 초과할 수 없다.

보조금총액은 매 조치마다 16,000유로를 초과할 수 없으며, 만일 4인 이상의 청구권자들이 공동생활을 할 경우에는 매 조치마다 보조금총액을 청구권자들의 보험관리운영주체들이 자신들의 청구권자 수에 비례해서 부담한다.²⁶⁾

2) 부분거주시설보호와 단기보호

(1) 주·야간보호

장기요양 2등급에서 5등급까지의 수급자는 주간 또는 야간보호기관(Einrichtung der Tagespflege oder der Nachtpflege)²⁷⁾에서 부분거주시설보호를 청구할 수 있는 권리를 가진다. 부분거주시설보호는 수급자의 집으로부터 주야간보호기관까지 필요한 송영서비스도 포함한다.

장기요양보험조합은 돌봄비용을 포함하여 부분거주시설보호에 필요한 비용과 기관에서 필요한 의료적 간호수발의 비용을 부담한다.

장기요양 2등급에서 5등급까지의 수급자는 현물급여, 현금급여 또는 혼합급여에 추가로 주야간보호를 청구할 수 있다. 이때 비용은 이러한 급여들에 산입하지 않는다.

26) 공동거주주택에서 한 조치마다 어차피 16,000유로까지밖에 지원되지 않는데, 노인들이 4인을 초과하여 생활할 경우에는 해당 보험관리주체들이 최고 16,000유로까지의 지원금을 자신들이 담당하는 노인 수에 따라 1/n로 부담한다는 의미이다.

27) 이하 주야간보호기관이라 한다.

(2) 단기보호

장기요양 2등급에서 5등급까지의 수급자가 입원치료를 받게 될 경우 그 과도기 동안, 또는 재가수발이나 부분거주시설보호가 잠정적으로 불가능하거나 충분하지 않은 기타 위급상황의 경우 완전거주시설보호를 신청할 권리를 갖는다.

단기보호의 수급권은 매년 8주로 제한된다. 장기요양보험조합은 돌봄비용을 포함한 수발관련 비용 및 의료적 간호수발비용을 등급과 상관없이 매년 총 1,612유로까지 부담한다.

수급자가 대체수발을 아직 신청하지 않은 경우 그 금액을 최고 1,612유로까지 더하여 매년 총 3,224유로까지 인상할 수 있다.

장기요양보험조합으로부터 단기보호를 허가받은 장기요양기관에서 수발이 가능하지 않거나 또는 기대하기 어려워 보이는 경우, 집에서 수발 받는 수급자가 개별적으로 합리적 이유가 있으면 장애인 지원을 위한 적절한 기관이나 기타 적절한 기관에서도 단기보호를 받을 권리가 있다.

3) 완전거주시설보호

(1) 일반 완전거주시설보호

장기요양 2등급에서 5등급까지의 수급자는 완전거주시설보호를 청구할 권리를 갖는다. 완전거주시설에 있는 수급자를 위하여 장기요양보험조합은 등급별 일괄적 급여액의 범위에서 돌봄비용을 포함한 수발관련 비용 및 의료적 간호수발비용을 부담한다.

장기요양 1등급의 장기요양필요자가 완전거주시설보호를 선택한 경우 매달 125유로의 보조금을 받는다.

〈표 4-76〉 등급별 시설급여 월 한도액

(단위: 유로)

등급	1	2	3	4	5
	-	770	1,262	1,775	2,005

(2) 장애인 지원을 위한 완전거주시설보호

장기요양 2등급부터 5등급까지의 수급자인 장애인이 노동생활과 교육 또는 사회참여, 학교교육 또는 훈련을 우선적 목적으로 하는 장애인 지원을 위한 완전거주시설에 있을 경우, 장기요양보험조합은 합의된 기숙사비의 15%를 부담한다. 그러나 장기요양보험조합이 부담하는 비용은 개별적으로 매월 266유로를 초과할 수 없다.

4) 현금급여

(1) 일반 현금급여

장기요양 2등급부터 5등급까지의 수급자는 재가급여 대신 현금급여를 신청할 수 있다. 독일은 현금급여를 '재가급여'에 포함시켜 수급자에게 현금을 직접 지급한다. 현금급여청구권은 수급자가 현금급여의 규모에 부합하게 필요한 신체관련 수발조치와 수발적 돌봄조치 및 가사관리도움을 적절한 방식으로 스스로 조달할 것을 전제로 한다.

수급자는 현금급여를 현물급여와 결합하여 '혼합급여'로 신청할 수 있으며, 이 경우 현금급여는 해당 월에 사용된 현물급여액에 비례하여 감소하여 지급된다. 현금급여는 1개월을 30일 기준으로 계산한다. 단기보호 기간에는 매년 8주까지, 대체수발 기간에는 매년 6주까지 지금까지 지급된 현금급여의 절반이 계속해서 보장된다. 2020년 등급별 월 현금액은 〈표 4-84〉과 같다.

〈표 4-77〉 등급별 현금급여 월 한도액

(단위: 유로)

등급	1	2	3	4	5
	-	316	545	728	901

2) 수발부담경감금(Entlastungsbetrag)

재가수발을 받는 수급자는 등급과 상관없이 매달 125유로까지의 수발부담경감금을 받을 권리가 있다(사회법전 제11권 제45b조). 즉, 이 수발부담경감금은 아주 경증인 1 등급자에게도 지급되며, 모든 수급자는 주·야간보호 및 단기보호, 현물급여, 주법이 승인하는 “일상생활지원서비스(Angebote zur Unterstützung im Alltag)” 등을 이용하는데 사용할 수 있다. 이 현금급여의 수급권은 수급자 본인에게 보장되지만 비공식 수발자의 수발부담을 경감하고 일상에서 장기요양필요자의 자립성과 자기결정성을 지원하기 위하여 품질이 보장된 서비스를 지원한다는 목적으로만 사용되어야 한다(사회법전 제11권 제45b조).

5) 장기요양지원센터를 통한 상담 및 서비스 조정

(1) 설립 배경 및 목적

1995년 장기요양보험이 도입되고 10년이 지난 시점까지 장기요양대상자의 주거지에 근거한 포괄적 지원시스템이 부재하고 예방과 재활을 위한 장기요양서비스 지원이 부족하다는 비판을 받아왔다. 장기요양지원센터(Pflegestützpunkt)를 운영함으로써 개별 상담서비스를 제공하고, ‘재가보호를 시설보호에 우선’ 하여 재가서비스를 강화하고 동시에 시설 간 경쟁을 유도하여 장기요양서비스 품질을 개선하고자 하였다(남현주, 2010).

(2) 기능

2008년 개혁 이후 도입된 장기요양지원센터는 장기요양보험의 급여신청부터 급여 종류, 급여액 및 급여제공기관 뿐 아니라 연방법과 주법이 정한 사회급여, 그리고 기타 지원서비스의 선택과 신청에 관한 포괄적이고 독립적인 안내와 상담을 하여야 한다. 따라서 장기요양지원센터는 장기요양대상자의 거주지에 인접한 서비스공급과 돌봄에서 고려할 수 있는 모든 건강증진적, 예방적, 치료적, 재활적, 기타 의료적, 수발적, 사회적 도움서비스 및 지원서비스를 신청부터 도움을 주는 과정까지 포함하여 조정하여야 한다. 이를 위하여 장기요양지원센터는 지역사회 내에서 상호 연관된 수발적, 사회적 지원 및 돌봄서비스들의 네트워크를 연결하고 관련된 기관들이 장기요양지원센터에 참여하도록 노력하여야 한다(사회법전 제11권 제7c조).

(3) 관리주체

장기요양지원센터의 관리운영주체는 비용부담과 서비스제공에 참여하는 주체로 장기요양보험조합, 의료보험조합 그리고 수발부조를 관할하는 사회부조 관리운영주체와 주법에 따라 정해진 노인부조기관이 포함된다.²⁸⁾

최고주관청에서 결정하면 의료 및 장기요양보험조합에서 장기요양지원센터를 설립하며, 지자체의 노인부조 및 사회부조기관이 장기요양지원센터의 관리주체로서 참여하면 의료보험조합 최고협의회에서 재정적 지원을 할 수 있다. 이밖에 지역사회 내 장기요양시설과 재가기관이 협력하고 참여한다. 장기요양지원센터가 설립되지 않은 지역에서는 장기요양보험조합이 대신 상담서비스를 제공할 의무가 있다. 2018년 현재 16개의 연방 주 중에서 14개의 주는 장기요양지원센터를 운영하고 있으나, 라인란드-팔츠(Rheinland-Pfalz) 주는 주민 3만 명당 1개의 센터를 설치한 반면, 바이언(Bayern) 주는 주민 140만 명당 1개의 센터를 운영하고 있어 주마다 매우 다르다(Braeseke et al., 2018: 34).

28) 사회법전 제12권에 의거하여 수발부조(Hilfe zur Pflege)를 관할하는 사회부조관리운영주체와 주법에 따라 정해진 노인부조기관은 2021년 12월 31일까지 장기요양보험조합과 의료보험조합에 관한 주법의 규정에 근거하여 장기요양지원센터의 설치에 관한 합의의 체결을 요구할 수 있다(사회법전 제11권 제7c조 제1a항 제1문).

(4) 장기요양상담사

모든 장기요양지원센터에는 장기요양상담사(Pflegeberater)가 상근하여야 한다. 장기요양상담사는 사례관리자로서 장기요양대상자의 욕구와 개개인이 처한 상황을 파악하고 이를 토대로 요양서비스 계획을 세우고 요양서비스 신청서를 해당 장기요양보험조합에 제출한다. 장기요양상담사들은 대부분 장기요양보험조합의 직원이며 사회법과 사회법전 제11권 그리고 사회복지사업에 대한 지식과 경험을 갖추어야 한다. 따라서 이들은 사회보험전문교육뿐만 아니라 노인수발법(Altenpflegegesetz)과 간호직종사자법에 따른 교육과 사회복지사 교육을 필수로 이수하여야 한다.

기본 자격으로 노인전문요양보호사(Altenpfleger), 보건간호사(Gesundheits- und Krankenpfleger), 보건아동간호사(Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger), 사회보험전문가(Sozialversicherungsfachangestellte), 사회복지사, 기타 관련 직업이나 교육이수자로 사회교육사(Sozialpädagogen), 심리교육치료사(Heilpädagogen) 또는 사회보험기관에서 보건·사회법 또는 장기요양 관련하여 3년 이상의 상담 경력이 요구된다.

추가 자격 조건으로 보건간호와 장기요양 및 보건학 관련 교육 100시간 이상, 사례관리 180시간 이상(이론과 실제-110시간, 활동 분야 관련 심층 교육-70시간), 법교육 120시간 이상(일반 사회법-40시간, 장기요양 관련 법-80시간)을 이수하고, 재가서비스기관 1주일과 주·야간시설 2일의 실습을 실시하여야 한다(GKV-Spitzenverband, 2018).

6) 비공식수발자를 위한 급여 및 서비스

독일은 노인 및 장애인 돌봄영역에서 가족 및 가까운 친지, 친구나 이웃 등 비공식수발자(informelle Pfleger)의 중요성을 인정하고 정책적으로 이를 지지해오고 있다. 사회법전 제11권 제3조에서 “장기요양보험은 급여제공 시 가능한 한, 장기요양대상자가 오랫동안 자신의 가정에서(in ihrer häuslichen Umgebung) 머물 수 있도록 재가수발과, 가족친지 및 이웃의 수발용의(Pflegebereitschaft)를 우선적으로 지원하여야 한다”고 규정함으로써 비공식수발자를 주요 수발제공자로서 강조한다. 또한 장기요양대

상자 역시 가까운 가족의 돌봄을 받으며 최대한 오래 본인이 거주하던 곳에서 생활하기를 원한 것 뿐 아니라 가족수발자도 이를 원했기 때문에 이들의 요구를 정부도 정책적으로 지지해왔다(Keck & Blome, 2008; Leitner, 2003, 2013; Rothgang, 2010; Rothgang et al. 2015: 189-190; Wingefeld, 2020).

(1) 비공식수발자의 개념

사회법전 제11권 제19조에 따라 “수발자(Pflegeperson)”라 함은 장기요양대상자를 그의 가정에서 비상업적으로 수발하는 사람을 말한다. 즉, 가족친지, 이웃 등 비공식수발자가 한 명 또는 여러 명의 장기요양대상자를 최소 주당 10시간 이상, 1주일에 최소 2일 이상 나누어 규칙적으로 수발할 경우 “수발자”로서 인정받으며 법적인 사회보장급여를 받을 수 있다. 예를 들어 자녀인 수발자가 아버지와 어머니를 각각 7시간과 5시간 수발할 경우 수발시간을 합산하여 총 12시간 수발한 것을 “합산수발(Additionspflege)”로 인정받는다.

가족친지의 범위에는 부부, 생활동반자, 사실혼배우자, 부모, 형제자매, 자녀, 계부모, 시부모, 조부모, 입양자녀, 위탁자녀, 사위와 며느리, 손자녀, 배우자의 남자형제 및 자매(누이)의 남편이 포함된다.

(2) 수발자의 사회보장 지원

장기요양 2등급 이상의 수급자를 수발하는 수발자는 연금보험, 의료보험과 장기요양보험, 재해보상보험, 고용보험의 사회보장(soziale Sicherung) 지원을 받는다(사회법전 제11권 제44조).

□ 연금보험

장기요양 2등급 이상의 수급자를 수발하는 수발자가 주당 30시간 이상 규칙적으로 소득활동을 하지 않는 경우 장기요양보험조합은 공적 연금보험의 관할 관리운영주체에 보험료를 연금보험료를 납부한다. 연금보험료는 수급자의 장기요양등급과 수발자가 수발하는 주당 수발시간에 따라 차등 지원된다. 2017년 7월 1일 이후 장기요양보

험조합은 연금수급자인 수발자에게도 연금보험료를 추가 지급한다.

□ 의료보험과 장기요양보험

가족수발자는 사회보험이 당연적용 되지 않는 직업에 종사하거나 가족보험에 함께 가입되어 있지 않은 경우 본인이 스스로 의료보험에 가입하여야 한다. 단, 수발자가 수발휴직법에 따라 단기수발휴직으로 인하여 소득이 없거나 월 450유로 미만의 미니잡(Minijob)에 종사하여 의료보험에 임의가입만 가능할 경우 장기요양보험조합은 의료보험과 장기요양보험의 최저보험료를 지원한다.

□ 재해보상보험

수발자가 가족을 수발하고 장기요양보험조합에 수발자로 등록된 경우 자동으로 재해보상보험에 가입되기 때문에 따로 재해보상보험에 가입하지 않아도 되며 보험료 납부 의무가 없다. 보험급여는 수발하기 위하여 이동하는 동안 그리고 수발서비스를 제공하는 동안 발생한 재해에 대하여 지급된다.

재해보상보험급여에는 의사가 제공하는 모든 의료서비스와 입원, 재활치료, 약제, 이동비용 등 의료보험조합에서 제공하는 모든 급여가 포함된다. 재해 정도가 심각하여 수발자가 다른 직업을 선택해야 할 경우 이를 위한 교육비용도 지급되며, 재해 정도가 매우 심각한 경우 재해보상보험에서 연금을 지급할 수도 있다.

□ 고용보험

수발자의 고용보험은 2017년부터 노동촉진법에 따라 보장되며, 장기요양보험조합은 수발자를 대신하여 연방고용공단에 고용보험료를 납부한다. 이는 특히 다음의 상황을 고려하여 새로 도입되었다. 수발하던 가족이 갑자기 사망한 경우 수발자는 새로운 직장을 찾기 어려운 상황에 처할 수 있는데, 이때 수발자가 고용보험가입자로서 실업급여 1을 지급받고 모든 노동촉진프로그램에 참여할 수 있다. 가족수발을 위해 고용을 포기한 경우 즉, 수발자가 수발하기 직전까지 고용보험이 적용되는 고용상태였다면 고용보험에 가입된다. 그러나 수발자가 수발하는 동안 시간제 근로를 할 경우 장기요양보험조합은 고용보험료를 지원하지 않는다.

(3) 비공식수발자의 일과 가족수발 양립 지원 제도

가족친지를 수발하는 피고용자들은 수발휴직법(Pflegezeitgesetz)과 가족수발직장 협의촉진법(Gesetz zur besseren Vereinbarkeit von Familie, Pflege und Beruf)에 따라 단기수발휴직(Pflegezeit)과 가족수발단축근무(Familienpflegezeit)가 가능하다(사회법전 제11권 제43a조).

□ 수발휴직제도

수발휴직법에 따라 15인 이상 근무하는 사업장의 근로자가 가족이나 가까운 친척을 수발할 경우 최장 6개월의 무급휴가를 신청할 법적 권리가 보장된다. 고용주는 사업상 특별한 사유 없이 단기휴직 신청을 거절할 수 없으며, 이 기간 동안 고용주는 근로계약을 해지할 수 없다.

수발휴직은 10일, 3개월, 6개월간 가능하다. 특히 10일의 휴직은 근로자의 가족이 예기치 않게 수발을 필요로 하는 급한 상황에서 신속하게 대응할 수 있도록 하기 위함이다. 예를 들어 심한 뇌졸중을 앓는 경우처럼 갑작스럽고 예상치 못한 수발이 필요한 경우 근로자가 수발인력이나 장기요양기관을 알아보기 위하여 최대 10일의 휴직은 바로 신청할 수 있다.

□ 가족수발단축근무

가족수발직장협의촉진법에 따라 25인 이상 근무하는 사업장의 근로자가 가족이나 가까운 친척을 수발할 경우 최고 24개월 주 15시간까지 근로시간을 단축하여 근로할 수 있는 권리가 보장된다. 단기수발휴직과 가족수발단축근무기간은 합쳐서 최장 24개월까지만 가능하며, 이 중 단기수발기간은 최고 6개월만 가능하다.

(4) 현금급여

수발자를 위하여 사용할 수 있는 현금급여인 '수발부담경감금'은 2017년 장기요양 강화법이 시행되면서 도입되었다. 수발부담경감금은 수발자의 수발부담을 덜어줄 수 있는 서비스를 이용함으로써 보험가입자에게 발생한 비용을 환급하는데 쓰인다. 이 서

비스에는 주·야간보호 및 단기보호 그리고 재가기관이 제공하는 장기요양서비스(사회법전 제11권 제36조의 의미)는 원칙적으로 포함되지만 2~5등급자의 자기돌봄 영역의 서비스는 해당되지 않는다. 또한 주법(州法)이 승인한 일상생활지원서비스도 수발부담경감금을 사용하는 서비스에 포함되는데, 일상생활지원서비스는 커뮤니티케어 활성화의 일환으로 도입되었다. 그러나 사회법전 제12권에 따라 장기요양 부조급여(Fürsorgeleistungen zur Pflege)가 지급되는 경우 수발부담경감금은 지급되지 않는다. 수급자가 수발부담경감금을 해당 해에 모두 사용하지 않을 경우 미사용 금액은 다음 해로 이월될 수 있다. 2020년 현재 수발부담경감금은 월 125 유로이며, 모든 등급자에게 동일하게 지급된다.

(5) 기타 지원서비스

□ 수발교육

장기요양보험조합은 장기요양 분야에의 사회적 참여를 촉진 및 강화하고, 수발과 돌봄을 용이하게 하고 개선하며, 수발로 인한 육체적·정신적 부담을 완화하고 예방하기 위하여 가족친지와 기타 수발자원봉사에 관심이 있는 자를 위한 교육강좌를 무료로 제공하여야 한다. 교육강좌는 수발을 독자적으로 수행할 수 있는 능력을 갖도록 하는 것 이어야 한다. 수발자와 장기요양대상자가 원하는 경우, 교육은 장기요양대상자의 가정에서 이루어질 수 있다.

장기요양보험조합은 교육강좌를 독자적으로 또는 다른 장기요양보험조합과 공동으로 실시할 수 있으며 적절한 다른 기관에 위임할 수 있다. 교육강좌의 통일적 실행과 구성에 관하여 장기요양보험조합 주연합회는 수발교육을 실시하는 기관의 관리운영주체와 표준협정을 체결할 수 있다(사회법전 제11권 제45조).

□ 자조모임

장기요양보험조합은 장기요양대상자와 이들의 가족친지 및 이들과 비견할 가까운 수발자의 지원을 목적으로 하는 자조그룹, 자조단체, 자조지원센터의 구축 및 확장을 위해 지원금으로 보험가입자 1인당 연간 0.10유로를 사용한다(사회법전 제45d조 제1항). 주정부는 법규명령을 통해 권고안의 이행에 관한 세부사항을 결정할 권한이 있다.

자조그룹(Selbsthilfegruppen)은 본인의 문제 때문에 또는 가족친지로서 인격적이고 상호적인 지원이나 또는 자원봉사자와 기타 시민참여에 용의가 있는 자의 도움을 통해 장기요양대상자와 그의 가족친지 및 이들과 비견할 가까운 수발자의 삶의 상황을 개선할 목적을 추구하는 사람들의 자발적, 중립적, 독립적, 비영리적인 모임이다. 자조단체(Selbsthilfeorganisationen)는 자조그룹이 모인 연합회이다. 자조지원센터(Selbsthilfekontaktstellen)는 특정장소 또는 지역에서 활동하는 전문상담기관으로 전담인력이 근무하며 장기요양대상자와 그의 가족친지 및 이들과 비견할 가까운 수발자의 삶의 상황을 개선하는 것을 목적으로 한다.

마. 재정

1) 원칙

독일 장기요양보험의 재정은 보험료 및 기타 수입으로 충당한다. 장기요양보험은 부과방식으로 운영되며, 원칙적으로 고용주와 피고용자가 절반씩 부담한 보험료가 급여의 주요 재원이다.

장기요양보험은 부분보장을 원칙으로 하기 때문에 보험자가 지급하는 보험급여로는 수급권자가 이용하는 금액을 전액 충당할 수 없다. 따라서 수급자나 그의 가족이 같이 부담하여야 한다.

2) 보험료

2020년 장기요양보험료율은 3.05%이며, 자녀가 없는 23세 이상 피보험자의 장기요양보험료율은 3.30%이다. 장기요양보험의 경험적 수치를 근거로 2020년 1%p 보험료율을 상향조정하면 16억 유로의 보험료 수입이 발생하며, 1%p 임금이 증가하면 3억5천만 유로의 추가 보험료 수입이 발생할 수 있을 것으로 예상된다. 인구 만 명당 재가급여는 8천 9백만 유로를, 시설급여에는 1억9300만 유로를 그리고 장애인시설에는 32백만 유로를 지출해야할 것으로 추정해볼 수 있다(BMG, 2020: 17).

〈표 4-78〉 사회적 장기요양보험 2020년

구분	10억 유로
1% 포인트 보험료율	16.0
1% 포인트 임금 증가	0.35
100,000 보험료 납부자	0.10
수급자 10,000명당 지출비	100만 유로
재가급여	89
시설급여	193
장애인시설	32

자료: BMG, 2020: 17.

3) 장기요양준비기금

장기요양강화법 I이 2015년부터 시행되면서 연방보험청은 매년 장기요양보험료가 부과되는 소득의 0.1%의 1/12에 해당하는 금액(연 약 12억 유로)을 독일연방은행에 적립하고 있다(사회법전 제11권 제135조 제1항). 이는 2034년 장기요양대상자 수가 가장 많아질 것을 전망하면서 저출산과 고령화로 인하여 보험료 인상이 불가피해질 미래를 미리 대비하여 준비하는 것이다. 20년이라는 기간은 1959년부터 1967년까지 출생한 베이비부머세대의 수가 124만에서 136만 명으로 그 전이나 후세대보다 많기 때문이며, 2034년에는 첫 베이비부머세대가 75세가 되면서 장기요양대상자가 될 위험이 높아질 것을 감안한 것이다. 2015년 2월 20일 첫 적립을 시작으로 2033년 12월 마지막으로 적립한다(사회법전 제11권 제135조 제2항).

사회법전 제11권 제134조 제2항에 따라 주식 또는 주식형펀드에 투자한 이 기금은 2035년부터 최고 10년에 걸쳐 정리하여야 한다. 이 기금은 장기요양보험기금과는 법적으로 구분되는 자산이며, 독일연방은행은 매년 연방보건부에 수입과 지출을 포함한 회계보고서를 제출하여야 한다.

3. 장애인 개인예산제도

가. 개요

장애인을 위한 “개인예산(Persönliches Budget)”이라는 급여유형은 사회법전 제9권이 2001년 제정되면서 도입되었다. 이후 장애인은 그동안 재활주체로부터 받아오던 서비스 또는 현물급여 대신 개인예산을 선택할 수 있게 되었다. 장애인은 개인적인 필요를 충족하는데 필요한 비용을 직접 지불함으로써 본인의 책임 하에 독립적으로 서비스를 ‘구매’하거나 본인이 직접 서비스를 제공할 사람을 고용할 수 있다. 즉, 장애인이 현금급여를 받아 본인 스스로가 받고 싶은 서비스를 선택하고 직접 그 비용을 지불하도록 하여 그들의 권리를 더욱 강화한 것이다. 이로 인하여 본인이 직접 누가 언제 본인에게 가장 적합한 서비스를 제공할 것인지를 결정한다. 이러한 선택의 자유는 장애인의 자기결정을 촉진한다(BMAS, 2020: 3).

통합급여로서의 범주체적 개인예산은 참여급여(Leistungen zur Teilhabe)의 발전을 위해 특히 중요하다. 이는 여러 급여주체가 서로 다른 참여 및 재활급여를 하나의 예산으로 제공함을 의미한다. 모든 참여급여 외에 법정 의료보험급여, 사회적 장기요양보험급여, 수발을 필요로 하는 경우 지급되는 산재보험급여와 사회부조의 수발급여도 범주체적 개인예산에 포함될 수 있다.

개인예산을 이용하기 위해서 장애인은 급여주체에 신청서를 제출하여야 한다. 2008년 1월 1일부터 장애인은 개인예산의 형태로 급여를 받을 수 있는 법적 권리가 있다. 이는 잠재적 예산수급권자의 요청 및 선택 권한이 완전히 준수되고 법적 요건이 충족되면 개인예산 신청은 모두 승인되어야 함을 의미한다(BMAS, 2020).

나. 대상자

사회법전 제9권에 따라 참여급여를 청구할 권리가 있는 장애인은 개인예산을 신청할 수 있다. “장애가 있는 사람(Menschen mit Behinderungen)”은 신체적, 정신적, 지적 또는 감각적 장애가 있어 태도 및 환경적 장벽의 상호작용으로 인하여 6개월 이상 동등한 권리를 가지고 사회에 참여하지 못할 가능성이 매우 높은 사람을 의미한다.

이러한 장애는 신체 및 건강상태가 같은 연령의 전형적인 상태에서 벗어난 경우 존재한다(사회법전 제9권 제2조 제1항).

개인예산은 연령이나 장애유형 또는 장애정도와 상관없이 장애가 있는 사람은 누구나 신청할 수 있기 때문에 발달장애인과 정신장애인도 신청할 수 있으며, 특히 성인이 된 장애인이 부모의 집에서 독립하고자 할 경우 개인예산은 시설주거에 대한 적절한 대안이 될 수 있다. 장애아동이 있는 부모도 개인예산을 신청하여 자녀를 돌보는데 사용할 수 있다(BMAS, 2020: 15).

다. 급여와 급여제공주체

1) 급여

2005년 3월 21일에 제정된 사회법 행정절차의 간소화를 위한 법(Gesetz zur Vereinfachung der Verwaltungsverfahren im Sozialrecht)에 따라 참여급여는 서비스와 현물급여 대신 개인예산을 승인할 수 있음을 명확히 하였다. 참여급여에는 의료재활서비스, 노동생활 참여서비스와 공동체생활 참여서비스가 포함된다. 참여급여 외에도 건강보험 및 장기요양보험급여, 수발을 필요로 할 경우 재해보상급여, 일상적이고 정기적으로 반복되는 사회법전 제12권에 따른 수발부조는 현금급여 또는 바우처로 지급될 수 있다.

개인예산은 일반적으로 매월 현금으로 지급된다. 정당한 경우에는 바우처를 발행한다. 지속적인 서비스에 대한 욕구평가는 일반적으로 2년마다 반복된다. 개인예산은 개별적으로 결정된 요구사항을 처리하고 필요한 상담과 지원을 제공할 수 있는 방식으로 책정된다. 개인예산의 금액은 개인예산 없이 제공되어온 서비스의 비용을 초과하지 않아야 한다. 이때 사회법전 제11권 제35a조는 영향을 받지 않는다. 사회법전 제11권 제35a조의 내용은 다음과 같다: 장기요양보험의 현물급여, 2~5등급자에게 지급되는 현금급여, 혼합급여, 소비성 장기요양보장구 구매를 위한 월 40유로의 지원금과 주·야간보호는 개인예산제를 통하여 받을 수 있다. 혼합급여의 경우에는 이미 정해진 현금급여 부분만 개인예산체제의 형태로 지급될 수 있으며 현물급여, 혼합급여, 주·야간보호는 바우처로만 제공된다. 개인예산제를 실행하는 급여제공주체는 급여지급이 승인

되고 장기요양대상자가 급여를 사용할 수 있도록 보장하여야 한다(사회법전 제11권 제35a조).

2) 급여제공주체

개인예산에는 다음의 급여제공주체가 관여될 수 있다: 의료보험조합, 장기요양보험 조합, 연금보험관리기관, 산업재해보험관리기관, 농민노령보장기관, 전쟁피해자부양 기관, 청소년지원기관, 사회부조기관, 통합사무소(Integrationsamt), 연방노동청 (Bundesagentur für Arbeit). 그러나 예산은 이 기관 중 한 곳을 통해 지급되기 때문에 신청자에게 매우 편리하다.

라. 절차

1) 신청

참여급여를 개인예산으로 받기 위해서는 장애인 본인 또는 법적 대리인이 신청하여야 한다.

사회청, 연금관리기관, 연방노동청, 산재보험관리기관, 의료보험조합, 장기요양보험 조합과 정책희생자부양기관 등 책임주체가 여럿일 경우 개인예산에 대한 포괄적인 검토 및 판정 절차를 시작하기 위하여 재활신청(Reha-Antrag)은 이 중 한 곳이나 상담소(Ansprechstelle)에 제출하면 된다(BMAS, 2020: 9).

하나의 급여제공주체만 있는 “간단한” 개인예산 뿐 아니라 둘 이상의 급여제공주체가 관련된 개인예산의 경우에도 급여제공주체 한 곳에 신청하면 된다.

2) 필요에 대한 판정

개인예산 신청서가 제출되면 급여제공주체는 필요판정절차의 일환으로 신청자의 돌봄의 필요정도를 조사한다. 이미 서비스나 현물급여를 받고 있던 장애인이 개인예산으로 전환하고자 할 경우, 돌봄의 필요정도가 이미 확인되었기 때문에 비교적 쉽게 전환

이 가능하다. 이 경우 예산을 책정할 때 중요한 것은 특정서비스 구매가격을 책정하는 것이다. 장애인이 필요로 하는 서비스가 증가하여 개인예산으로 변경하고자 할 경우 급여제공주체에 알려야 한다.

새로운 신청의 경우 개인예산으로 요청되지 않는 서비스의 경우와 마찬가지로 지원 계획회의 또는 예산회의에서 필요성이 결정된다. 여기에는 급여제공주체나 상담소 (Ansprechstelle) 뿐 아니라 예산수급권자와 필요한 경우 관재인도 동등한 권리로 참여한다(BMAS, 2020: 5).

3) 담당 재활주체 선정

여러 재활주체(Rehabilitationsträger)가 있을 경우 단 하나의 주체만이 “제공주체 (leistender Träger)”로서 범주체적 참여급여를 책임진다. 이 주체는 참여계획회의 및 참여계획의 모든 서비스 제공을 위하여 필요한 평가 또는 문서화와 같은 참여계획 절차를 시작하고 구현할 책임이 있다(사회법전 제9권 제14조). 따라서 관할기관과 관련된 질문이 아직 남아있더라도 참여급여신청이 적시에 그리고 포괄적으로 결정된다.

4) 목표 합의

급여제공주체로부터 필요성이 판정되면 예산수급권자와 위임 받은 급여제공주체는 소위 목표를 합의한다. 합의한 목표는 개별 지원 및 급여목표의 방향을 규정하고 판정된 개별 필요성을 충족하는지에 대한 증명과 품질보증에 대한 규정을 포함하고 구체적이어야 한다. 즉, 합의한 목표는 신청자의 특성에 맞고, 측정가능하고 수준이 높으며 현실적이고 기한이 정해져 있어야 한다(BMAS, 2020: 7).

4. 커뮤니티케어 사례: 빌레펠드(Bielefeld)시의 일상생활지원서비스

가. 일상생활지원서비스에 대한 개요

1) 개념

2017년부터 일상생활지원서비스(Angebote zur Unterstützung im Alltag)라는 새로운 개념이 도입되면서 법개정 이전의 “낮은 문턱의 돌봄 및 수발부담경감서비스”(niedrigschwellige Betreuungs- und Entlastungsangebote)가 대체되었다. 일상생활지원서비스는 수발자의 부담을 경감하는데 기여하고, 장기요양필요자로 하여금 가능한 오래 자신의 가정에 머물면서 사회적 접촉을 유지하고 일상생활을 계속해서 최대한 스스로 수행할 수 있도록 돕는다(사회법전 제11권 제45a조 제1항).

2) 종류

일상생활지원서비스는 크게 세 유형으로 구분할 수 있다(사회법전 제11권 제45a조). 첫째, ‘돌봄서비스(Betreuungsangebote)’에는 자원봉사자가 수발전문가의 지도 하에 일반적 또는 특별한 돌봄욕구를 가진 장기요양대상자를 그룹 또는 가정에서 돌보는 서비스가 포함된다. 둘째, 수발자부담경감서비스(Angebote zur Entlastung von Pflegenden)에는 수발하는 가족친지 및 이와 비견할 가까운 수발자의 부담을 경감하고 상담을 통해 지원하는 서비스가 있다. 셋째, 일상생활부담경감서비스(Angebote zur Entlastung im Alltag)는 일상생활이나 특히 가사활동에서, 또는 개별적으로 필요한 도움을 스스로의 책임 하에 조달하는 과정에서 일반적 또는 수발이 필요한 어려움을 극복하는데 도움이 되는 서비스가 있다.

일상생활지원서비스에는 특히 치매환자를 위한 돌봄그룹(Betreuungsgruppen), 가정에서 수발하는 가족친지의 부담을 시간단위로 경감해주는 봉사자그룹(Helferinnen- und Helferkreise), 작은 그룹의 주간보호 또는 인증된 봉사자로부터의 개별 돌봄, 장기요양필요자와 수발하는 가족친지 및 이와 비견할 가까운 수발자를 위해 돌봄서비스와 수발부담경감서비스를 연계해주는 중개역할(Agentur), 가족부담

을 경감하는 서비스, 일상생활동행서비스, 수발자보조원(Pflegebegleiter), 가사관리 관련 서비스가 고려될 수 있다.

일상생활지원서비스는 이 밖에도 주(州)법에 따라 더 많은 영역들에 적용될 수 있다.

3) 주정부의 권한과 의무

주정부는 정기적인 서비스품질보장에 대한 원칙과 현재 제공되는 서비스와 이에 대한 비용의 개요를 정기적으로 전달하는 기준을 포함하여 일상생활지원서비스의 승인에 관한 세부사항을 법규명령을 통하여 규정할 권한을 갖는다.

주정부는 법규명령을 제정할 때 장기요양보험조합 최고연합회가 연방차원의 장애인 및 장기요양대상자협회들(Verbände der Behinderten und Pflegebedürftigen auf Bundesebene)의 의견을 들은 후 민간의료보험연합회와 지원금교부절차에 관하여 결정한 권고안을 고려하여야 한다. 권고안은 연방보건부와 주정부의 동의를 필요로 하며, 주정부는 법규명령을 통해 권고안의 이행에 관한 세부사항을 결정할 권한을 갖는다.

나. 노르트라인-베스트팔렌주의 규정

1) 목적

노르트라인-베스트팔렌(Nordrhein-Westfalen)주에서는 사회법전 제11권 제45a조에 근거한 일상생활지원서비스를 지역에서 제공하기 위하여 “노르트라인-베스트팔렌 주의 일상생활지원서비스 공급 승인 및 돌봄조직개발 촉진에 관한 규정(Verordnung über die Anerkennung von Angeboten zur Unterstützung im Alltag und Förderung der Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur in Nordrhein-Westfalen - 이하 ‘일상생활지원서비스 규정’)”을 제정하였다.

일상생활지원서비스 규정의 목적은 첫째, 서비스를 이용할 자격이 있는 사람들에게 그들의 욕구를 반영하고 품질이 보장된 접근용이한 서비스를 제공함으로써 자기결정적이고 독립적인 일상생활을 살아갈 수 있는 능력을 촉진하고, 둘째, 수발하는 가족친

지 및 이와 비견할 가까운 수발자의 수발부담을 덜어줄 기회를 제공하는 것이다. 일상생활지원서비스 제공자 인증에 대한 권한은 군(Kreis)과 자치시(kreisfreien Städte)에 있다.

2) 노년, 수발 및 치매 지역사무소

노르트라인-베스트팔렌주에서는 2019년부터 12개의 “노년, 수발 및 치매 지역사무소(Regionalbüros Alter, Pflege und Demenz; 이하 ‘노년지역사무소’)”를 운영하고 있다. 노년지역사무소는 지역네트워크주체로서 일상생활지원서비스에 대한 정보 및 자격에 관한 제안 뿐 아니라 현장의 정규직 및 자원봉사자를 위한 네트워크 체제를 개발하였다. 또한 노년지역사무소는 서비스센터로서 지역사회에서 공급되는 일상생활지원서비스에 대한 상담을 제공하고, 영리 및 비영리기관과 협력계약 체결하여 전문 동반서비스와 개별 서비스제공자에게 정보를 제공하고 교육도 진행한다(Regionalbüro Ostwestfalen-Lippe, 2020: 1).

다. 빌레펠트시의 일상생활지원서비스

1) 종류

일상생활지원서비스에는 신체 관련 수발조치와 의료적 보조서비스와 같은 전문적인 서비스는 제공될 수 없다. 빌레펠트시의 일상생활지원서비스에는 다음과 같은 서비스가 포함된다.

- 가족수발자 경감서비스: 가족수발자 또는 이와 비견할 가까운 수발자가 수발일상을 잘 대처할 수 있도록 돕는 서비스가 포함된다. 예를 들어 상담, 일상 활동 지원 및 가족모임(예: 장기요양보험, 대리인 또는 후견인과 같은 문제)과 같은 돌봄서비스에 대한 정보를 제공한다.
- 가사지원서비스: 수발대상자가 일상생활을 유지하는데 필요한 가사지원서비스만 포함한다. 따라서 건물 관리, 시설 유지 보수 또는 수공업 등 일상생활과 관련 없는

서비스는 제공되지 않는다.

- 돌봄서비스: 수발대상자가 개별 돌봄욕구에 따라 일상생활과 여가활동을 하도록 격려하고 이러한 활동을 할 때 동반하고 지지하는 서비스가 포함된다. 이 때 3명 이상의 수발대상자와 함께 집단으로 또는 2명 이하의 수발대상자와 함께 개별로 활동할 수 있다.
- 수발대상자 활동지원서비스: 특히 사회적 접촉, 여가활동, 관청업무 및 개별적으로 필요한 도움을 파악하여 활동지원서비스를 제공함으로써 수발대상자들이 일상생활에서 요구되는 사항에 대처하고 사회참여를 할 수 있도록 하는 것을 목적으로 한다. 예를 들어 소일거리 지도 및 지원, 운동기능 유지 및 증진을 위한 활동, 사회참여, 대화하기, 소리 내어 읽기, 기억하기 연습, 노래하기 등이 포함된다.

2) 공급자

(1) 공급주체

노르트라인-베스트팔렌 주의 일상생활지원서비스 규정에 따른 서비스 공급자는 다음과 같다.

- 공법에 따른 법인과 자원봉사자들이 활동할 수 있는 공익과 자선 활동을 목적으로 하는 비영리기관
- 사회법전 제11권 제72조에 따라 공급계약을 통해 승인된 장기요양기관
- 공급계약은, 주법에 의거하여 지역의 관리운영주체가 장기요양기관의 관할권을 가지고 있지 않은 한, 주의 초지역적 사회부조관리운영주체와 합의하에 장기요양기관관리운영주체 또는 대리권한을 가진 동일한 관리운영주체들의 연합회와 장기요양보험조합 주연합회 간에 체결된다.
- 기타 사회법전 제11권 제72조에 따른 장기요양 공급계약을 체결하지 않은 영리기관
- 사적으로 장기요양대상자와 고용계약을 맺고 수발을 제공하는 직접 고용관계의 개인사업자

- 특별한 사적인 개인 관계를 바탕으로 자발적 시민참여 활동을 하는 이웃과 같은 자원봉사자(Nachbarschaftshilfe)

(2) 인정 조건

일상생활지원서비스는 자격을 갖춘 사람이 제공하고, 적절한 전문적인 지원 및 동반 서비스가 전문인력에 의해 보장되어야 한다. 전문인력으로 인정받는 사람들은 다음과 같다.

- 3년 이상의 국가공인직업훈련교육을 받았거나 적절한 학위를 소지한 사람으로서 서비스제공자에게 전문적인 지원과 동반을 할 수 있는 사람으로 노인요양보호사(Altenpfleger), 간호사, 소아간호사, 장애인을 위한 사회통합지원서비스의 장애전문치료교육 요양보호사 등
- 사회적 돌봄전문가(Fachkraft für soziale Betreuung)로서 사회사업학과, 사회교육학, 치료교육학, 교육학, 심리학 또는 보건 및 수발 또는 사회매니지먼트학과 등에서 국가가 인정한 학위를 취득한 사람
- 국가에서 인정한 교사 또는 (유치원·청소년 복지 시설 등의 사회 교육 기관에서 일하는) 사회교육자, 장애전문치료 교육요양보호사, 심리교육치료사, 작업치료사, 물리치료사 또는 언어치료사
- 국가자격증과 동등한 전문자격을 갖고 기관의 컨셉에 따라 실제로 사회돌봄 영역에 투입되는 사람

일상생활지원서비스 공급자는 활동 중 발생할 수 있는 사고에 대비할 수 있도록 재해보험에 가입되어 있어야 한다.

일상생활지원서비스 공급은 서비스컨셉을 기반으로 한다. 서비스컨셉에는 제공하는 서비스와 수발자에게 부과되는 비용을 포함한 다양한 정보가 포함되어야 하며, 서비스 이용자와 계약을 체결하기 전에 제공되어야 한다.

(3) 개인사업자와 자원봉사자에 관한 추가 조건

‘개인사업자’는 월 450유로 이하의 저임금의 미니잡(Minijob) 노동자로 신고했거나 수발대상자와 직접적이고 정기적인 고용관계를 맺은 개인이 포함된다. 개인사업자로 인정받기 위해서는 노르트라인-베스트팔렌 주가 지원하는 서비스지점인 지역사무소에서 상담 받은 증명서를 제출하고 미니잡센터 또는 정규직 노동자로서 사회보험공단에 신고하여야 한다. 일상생활지원서비스를 제공하고자 하는 개인사업자는 사회법전 제11권 제45조에 따라 수발교육을 1회 이상 이수하여야 한다. 또한 개인사업자로 등록된 서비스 제공자는 수발대상자와 동거하거나, 등록된 수발자이거나 수발을 받는 자와 2촌 관계 또는 인척관계가 아니어야 한다.

특별한 사적인 개인 관계를 바탕으로 자발적 시민참여 활동을 하는 이웃과 같은 자원봉사자들이 일상생활지원서비스를 제공하고자 할 경우 이들은 사회법전 제11권 제45조에 따라 수발교육을 1회 이상 이수하여야 한다. 빌레펠트시의 노년지역사무소는 한 반당 20명 이하의 수강자를 대상으로 10개의 강좌를 총 40시간에 걸쳐 교육하고 있다.

수발을 필요로 하는 사람들에게 비전문적으로 일상생활 활동, 돌봄 및 동반서비스를 제공하되, 신체수발이나 영양공급과 같은 기초수발서비스는 제공되지 않는다. 또한 이 유형의 일상생활지원서비스는 서비스 제공자의 “도덕적 의무”가 전면에서 부각되기 때문에 주로 자발적인 활동이며, 봉사활동 중 발생한 비용에 대해서는 수발대상자가 사회법전 제11권 제45b조에 따라 일괄적으로 수발부담경감금을 정산할 수 있다. 서비스 제공자는 수발대상자와 동거하거나, 등록된 수발자이거나 수발을 받는 자와 2촌 관계 또는 인척관계가 아니어야 한다.

3) 이용비용

장기요양등급판정을 받고 재가수발을 선택한 일상생활지원서비스 이용자는 매달 125 유로의 수발부담경감금을 사용할 수 있다(사회법전 제11권 제45b조). 2~5 장기요양등급자의 경우 수발부담경감금 외에 이용하지 않은 현물급여액의 40%까지 용도변경을 신청하여 일상생활지원서비스를 사용할 수 있다. 이때 용도변경한 장기요양급

여액은 장기요양등급에 따라 다르다.

수발부담경감금과 용도변경한 현물급여로 구성된 총급여액은 승인된 장기요양기관(사회법전 제11권 제72조), 공급계약이 없는 영리기관과 비영리기관에서 제공하는 일상생활지원서비스를 이용하는데 사용할 수 있다. 이용자가 직접 고용한 개별요양인력과 이웃과 같은 자원봉사자를 통해 일상생활지원서비스를 제공받아 발생한 비용은 비용상환절차(Kostenerstattungsverfahren)에서 수발부담경감금액을 초과할 수 없다.

영리와 비영리기관의 일상생활지원서비스는 시간당 32.50유로를 초과할 수 없다. 일반적으로 개별요양인력이 제공하는 서비스 가격은 더 낮으며, 자원봉사자의 경우 활동 중 발생하는 비용만 상환되기 때문에 이용비용은 가장 낮다(Regionalbüro Ostwestfalen-Lippe, 2020).

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제5장

결론

제1절 연구 결과
제2절 정책 제언

제5장 결론

제1절 연구 결과

제1절 연구 결과

본 연구는 고령장애인이 이용하고 있는 노인장기요양보험과 장애이활동지원제도 간 정합성 확보를 위한 개선 방안 마련을 목적으로 수행되었다. 이에 현행 돌봄제도 이용과 관련된 제도적 수준, 급여 내용 및 급여량 부분의 부정합성을 살펴보고, 해외 선진국의 고령장애인 정책 현황 및 제도 발전 노력 등을 분석하여 우리나라의 정책적 개선 방안을 마련하고자 하였다.

1. 제도적 수준에서의 부정합성

본 고의 주요 목적 중 하나는 65세 이전에 활동지원서비스를 이용하다가 65세 도래 후 노인장기요양보험으로의 전환과정에서 등급의 판정과 등급 판정으로 각각 활동지원 계속 이용자와 노인장기요양 전환자로 상이한 전환 경로를 거친 두 집단의 양제도 이용 경험과 서비스 만족도, 추후 희망서비스 등에서 어떠한 차이가 있는지를 실증적으로 비교하는 것이다. 우선 두 집단의 활동지원제도 이용 경험을 살펴보면, 일평균 이용시간은 활동지원 계속 이용자(일평균 5.49시간)가 노인장기요양보험 전환자(일평균 2.97시간)보다 약 2배 정도 더 긴 것으로 나타났다. 이는 활동지원제도를 계속이용하고 있는 고령장애인과 노인장기요양보험으로 전환된 고령장애인의 급여량에 있어 현저한 차이가 발생되고 있어 급여량의 측면의 부정합성이 있음을 알 수 있다. 활동지원제도 이용 시 받았던 급여량 대비 노인장기요양보험 급여량이 늘었거나 유지되는 경우 일평균 3.1시간 서비스를 제공받고 있었으며, 급여량 차이가 1시간에서 120시간 이상의 경우 대체로 현재 하루 3시간 정도의 서비스를 제공받고 있는 것으로 나타났다. 장

애유형별 돌봄 제도 서비스 이용시간을 비교해 보면, 장기요양보험을 이용하고 있는 감각장애의 일평균 서비스 이용시간이 2.61시간으로 타 장애유형에 비해 낮았고, 활동지원제도 계속 이용자의 경우에는 정신장애인의 일평균 서비스 이용시간이 4.36시간으로 타장애유형에 비해 낮았다.

고령장애인의 양 제도 이용에 따른 만족도를 살펴보면, 장기요양보험 이용자의 제도 만족도 평균은 3.00점으로 활동지원제도에 대한 전반적인 만족도 3.32점에 비해 차이가 있었다. 특히 현재까지 활동지원제도를 이용하고 있는 고령장애인(등급외자)의 제도 만족도는 3.37점으로 현재는 노인장기요양보험을 이용하고 있으나 과거 활동지원제도에 대한 이용경험을 포함한 활동지원제도에 대한 전반적인 만족도(3.32점)에 비해 높았다. 이는 활동지원제도가 노인장기요양보험에 비해 최대 급여량의 수준이 높고, 장애유형별 특성, 장애인이 처해있는 주거 및 독거 등의 환경을 고려한 제도 설계와 운영, 그리고 동일 서비스의 계속적 이용에 따른 심리적 편안함 등의 요인이 복합적으로 작용한 결과로 판단된다.

노인장기요양보험 전환자의 급여량 차이에 따른 노인장기요양보험의 만족도를 살펴보면, 급여량 차이가 클수록 노인장기요양보험에 대한 만족도는 낮아졌다. 즉, 급여량의 차이가 클수록 서비스 지원시간, 본인부담금, 제도의 목적, 신청 및 이용 등에서 만족도가 낮아지는 경향을 확인할 수 있었으며, 급여량이 증가 또는 유지되었던 고령장애인의 경우에는 노인장기요양보험제도의 평균 만족도가 3.18으로 가장 높았다. 이는 급여 증가자의 경우, 인정조사에 대한 만족도가 높고 이로 인한 서비스 지원시간의 만족도가 급여량 감소자에 비해 높기 때문일 것으로 보인다. 장애유형별 노인장기요양보험 이용 만족도를 살펴보면, 신체외부장애인의 노인장기요양보험 만족도가 타 장애유형에 비해 낮은 반면 정신적장애인의 경우는 타 장애유형에 비해 장기요양보험 이용 만족도가 조금 높았다. 장애유형별 활동지원제도 이용 만족도를 살펴보면, 정신장애를 제외하고는 대체적으로 제도 만족도에 차이가 없었다.

또한 활동지원제도를 이용하다 65세가 도래하면 노인장기요양보험으로 전환되는 부분에 대한 인지 여부를 물어본 결과, 활동지원제도 계속 이용자의 89.6%가 인지하고 있었던 반면 노인장기요양보험 전환자의 경우는 76.6%만이 인지하고 있었던 것으로 나타났다. 즉, 노인장기요양보험 전환자의 경우 제도 전환에 대해 13%p 인지도 차이를 나타냈다. 더불어 노인장기요양보험 인정조사에서 등급외 판정을 받으면 활동지

원제도를 계속 이용 할 수 있는 현 제도의 특성에 대한 인지 여부를 물어본 결과, 활동 지원제도 계속 이용자의 78.8%가 알고 있었다고 응답한 반면, 노인장기요양보험 전환자는 50.4%만이 이를 알고 있었다고 응답하여 현행 제도에 대한 이해도에 차이가 있었다. 이는 현행 제도에 대한 고령장애인의 이해도에 차이가 있었음을 확인할 수 있는 부분이다.

마지막으로 활동지원 계속 이용자와 노인장기요양 전환자의 돌봄 서비스로서 추후 희망하는 서비스를 물어본 결과, ‘응급안전’ 70.5%, 주거환경개선 64.2%, 야간순회 45.2%, 그 외 각종 시설이용 순으로 나타났다. 이는 활동지원제도와 노인장기요양보험에서 제공하고 있는 서비스의 범주가 협소하여 향후 서비스 확대 시 응급안전서비스, 주거환경개선서비스 및 야간순회방문서비스를 우선적으로 고려하여야 할 필요가 있음을 보여주는 결과라 할 수 있다. 현행 이용하고 있는 제도별로 희망서비스를 살펴보면, 대체적인 이용희망 패턴은 비슷하나 노인장기요양보험 전환자의 경우 보조기기 구입 및 서비스 이용에 대한 욕구가 활동지원 계속 이용자에 비해 조금 높았고, 활동지원 계속 이용자의 경우, 주간서비스에 대한 욕구가 노인장기요양보험 전환자에 비해 높았다. 이러한 결과는 활동지원 계속 이용자의 경우 감각장애인의 비율이 높아 이들의 욕구와 차이를 보이는 것으로 이해될 수 있다. 특히 본 연구에서 제시된 다양한 (소규모)시설의 경우, 현재 존재하지 않는 고령장애인의 특성을 고려한 시설 종류를 제시하여 이해도가 낮은 상태에서 응답한 것이기 때문에 응답율이 낮은 것으로 예측되며, 장애인의 시설이용에 대한 부정적인 인식도 작용한 것으로 추측된다.

2. 급여 내용에 있어서의 부정합성

가. 고령장애인의 하루 24시간 생활패턴 분석

고령장애인의 하루 24시간 생활 패턴 및 돌봄서비스 제공자에 의한 서비스 제공 패턴 등을 활용하여 고령장애인의 생활패턴 및 욕구에 기반을 둔 급여 내용의 정합성을 알아보고자 하였다. 고령장애인의 생활패턴 결과 노인장기요양보험으로 전환자 및 활동지원제도 계속 이용자의 가장 큰 차이는 사회활동 및 교제여가 시간에서 나타났다. 돌봄제도 이용의 차이에도 불구하고, 고령장애인의 개인유지 및 가정관리 활동 시간은

대체적으로 비슷한 수준이었으며, 차이나는 부분은 사회활동 및 교제여가활동시간임을 알 수 있었다.

활동지원제도 계속 이용자의 경우 하루 2.41시간, 하루를 100%로 봤을 때 사회활동이 차지하는 비율은 10.0%인 반면, 노인장기요양보험 전환자의 사회활동 시간은 하루 0.65시간, 전체 하루의 2.7%로 차이가 컸다. 이러한 차이는 연령별로는 큰 차이 없었으며, 현행 이용 제도별 및 장애유형별로 차이를 나타냈다. 활동지원서비스 계속 이용자 중 감각장애인의 사회활동 시간이 2.80시간으로 가장 길었으며, 이어서 정신장애 2.02시간, 내부장애 1.83시간, 신체외부장애 1.79시간 순으로 나타났다. 반면 노인장기요양보험 전환자 중에는 내부장애인의 사회활동 시간이 1.28시간으로 가장 길고, 이어서 감각장애 0.85시간, 정신장애 0.84시간, 신체외부장애의 경우 0.56시간 순으로 나타났다. 이러한 차이는 활동지원제도를 이용하던 장애인 중 65세가 도래한 장애인 중 노인장기요양보험으로 전환된 고령장애인은 노인장기요양보험 인정조사에서 ‘기능’을 중심으로 하는 요양필요도를 의료적 판단에 중심을 두어 평가하기 때문에 장애유형별 특성을 반영한 ‘기능제한’을 측정하기보다 외상상태와 같은 신체적 기능상태에 초점을 두어 대상을 선별하는 구조에 기인하는 것으로 보인다.

반면, 노인장기요양보험 전환자의 여가시간은 하루 평균 8.69시간, 하루 36.2%, 활동지원 계속 이용자의 교제여가 시간은 7.91시간, 하루 33%로 나타나, 집안에서의 교제 및 여가 시간은 ‘사회활동’시간이 적을수록 증가하여, 신체적 기능상태가 심할수록 사회활동 시간은 감소하고 집안에서의 여가시간은 증가하는 것으로 보인다. 이러한 기능상태에 대한 확인을 위하여 본 연구에서는 ‘활동제약²⁹⁾’ 변수를 적용하여 활동제약 특성에 따른 집단 간 차이를 분석해 보면, 두 집단 모두 활동제약 낮음의 비율은 유사하나, 활동지원서비스 계속 이용자의 활동제약중간 비율이 73.8%로 등급내자의 41.6%에 비하여 높았다. 즉, 노인장기요양보험 전환자의 경우 활동제약 높음에 해당하는 이용자가 49.4%로 등급내자의 16.4%보다 약 3배정도 많아 노인장기요양보험 전환자의 기능상태가 활동지원 계속 이용자에 비해 취약한 상황임을 알 수 있다. 활동제약의 수준이 심할수록 교제여가 시간이 증가하는 것으로 나타났다(심함 38.6% =>

29) ‘활동제약의 수준이 높음’ 경우는 신체적, 정신적 기능제한으로 스스로 몸을 뒤집을 수 없는 상태의 전신 마비, 공격성 또는 과잉행동, 인공호흡기의 착용 등의 중증의 상태로 분류하였음. 반면, ‘활동제약의 수준이 낮음’ 경우는 혼자서 외출이 가능한 경우로 분류하였음

중간 32.7% => 낮음 32.6%). 반면 사회활동에 있어 활동제약이 중간인 경우 사회활동 시간이 가장 높았다(심함 3.1% => 중간 8.1% => 낮음 7.2%).

돌봄제공자에 따른 일상 행위별 평균시간은 노인장기요양보험제도 전환자의 경우, 수면의 가족 도움시간은 0.60시간으로 활동지원 계속 이용자의 0.10시간에 비하여 조금 길었으며, 이러한 경향은 개인유지, 가정관리, 사회활동, 교제 여가의 분야에서 모두 나타났다. 반면 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 수면을 제외한 부분에서 제공 인력의 도움 시간이 등급내자의 경우보다 대부분 길게 나타났는데, 주목할 부분은 사회활동에서 활동지원서비스 계속 이용자가 제공인력으로부터 1.85시간의 도움을 받는 반면에 노인장기요양보험제도 전환자는 0.19시간 도움을 받아 차이가 있었다.

하루 24시간을 100%로 보았을 때 타인의 도움 없이 스스로 일상생활을 수행하는 빈비율은 활동지원서비스 계속 이용자는 68%, 가족의 도움 5.8%, 제공 인력의 도움이 26.1%로 나타난 반면, 노인장기요양보험제도 전환자의 경우 스스로 70.3%, 가족의 도움 17%, 제공 인력의 도움이 12.7% 나타나 두 집단간 차이가 있었다. 가족에 의한 돌봄지원의 경우, 노인장기요양보험 전환자가 활동지원제도 계속 이용자에 비해 비율이 높았다. 그러나 제공인력에 의한 돌봄 지원은 활동지원서비스 계속 이용자가 노인장기요양보험 전환자의 두 배 이상의 비율로 차이가 있었다. 즉, 노인장기요양보험제도 전환자의 경우 가족에 의한 돌봄의 비율이 높았고, 활동지원서비스 계속 이용자의 경우 사회활동 및 가정관리 등 제공인력에 의한 돌봄의 비율에서 차이가 있어 필요로 하는 돌봄 내용에 있어서 부정합성을 보이고 있다.

나. 돌봄서비스 제공자의 서비스 제공 패턴 분석

현재 돌봄서비스를 제공하고 있는 돌봄제공자의 서비스 제공패턴을 분석하였다. 이러한 접근은 다양한 형태의 서비스가 다양한 상태의 이용자에게 한정된 시간에 주어지는 서비스의 특성을 고려할 때 서비스 제공시간 및 비율을 해석하는 것은 상당히 복잡하지만 이러한 실증적 시간 분석은 제공되는 시간이 원래 서비스 실행 목적이나 욕구에 대응하여 제공되고 있는 지를 점검하는 중요한 분석이라 할 수 있다. 현재 활동지원제도의 급여량이 노인장기요양제도의 급여량에 비해 높기 때문에 양 제도 이용자의 서비스 이용 평균 시간을 단순 비교하는 것은 한계가 있으므로 지역사회 거주 고령장애

인중 1일 받는 전체 시간을 100%라고 하였을 때, 각각의 세부 영역별로 시간의 비중을 비교하였다.

양제도의 서비스 개념과 대상을 고려해 볼 때 신체활동, 가사활동 및 사회활동의 3가지 영역 중 대체로 신변관리 영역 제공 시간은 장기요양에, 사회활동지원은 활동지원 대상에게 더 적합한 내용으로 볼 수 있다. 신체활동지원 영역에 대한 서비스 지원은 ADL제한이 상대적으로 많은 장기요양 대상자들이 활동지원 서비스 이용자보다 높았다. 특히 목욕, 세신, 배설, 식사 등은 ADL 동작 중에서 가장 기본적인 것으로 이 부분에서의 양 서비스 제공시간 비중 차이가 대체로 3 ~ 4 %로 나타나 활동지원 서비스 제공 보다 장기요양이 상당히 높은 비중을 차지하는 것으로 나타났다. 반면 가사활동 지원에서는 활동지원에서 시간이나 비중이 높음을 알 수 있다. 가사활동의 경우는 상대적으로 활동제약의 수준이 낮은 활동지원 서비스 대상자들에게서 더 많은 비중을 차지하는 것으로 나타났다.

주로 활동지원과 장기요양 제공시간의 가장 큰 차이를 만드는 것은 사회활동 지원 시간으로 이는 제도적으로 장기요양은 집안의 신체활동지원, 간병 및 가사지원 일부를 지원하고 있기 때문이다. 장기요양서비스에서는 신체활동지원과 가사활동지원에서 각각 49.3%, 46.1%를 차지하였고 활동지원 서비스의 경우는 각각 31.5%, 36.5%로 신체활동과 가사활동지원의 비율이 낮았다. 반면 사회활동지원 제공 시간은 활동지원 제공에서 30.3%로 같은 영역의 장기요양 서비스 제공 비율 4.5%보다 월등히 높았다. 즉, 거동이 불편하여 집밖 외출이 제한적인 장기요양 대상에 비해 사회활동이 가능한 고령장애인을 대상으로 하는 활동지원 서비스의 1/3 가량은 사회활동을 지원하고 있어 서비스 제공 패턴에서 차이가 있었다. 가장 큰 차이를 보이는 사회활동의 세부 지원 영역은 집밖여가와 함께 외출로 나타났다. 이러한 분석은 활동제약 상태별에서도 나타나는데 대체로 활동지원서비스와 장기요양의 큰 차이는 사회활동지원 중 위의 두 항목 지원시간으로 나타났다.

전반적인 절대시간 분석에서는 전체적인 1일 제공 총 시간이 활동지원이 6.29 시간으로 장기요양 3.28 시간 보다 거의 2배가량 높기 때문에 비율과 달리 세부 행위별 시간은 대체로 활동지원 서비스 시간이 하위 영역 구분 없이 높게 나타났다. 따라서 서비스 영역별 비율 중심으로 살펴본 시간 비교 분석은 향후 고령 장애인의 보충 서비스 부분에 대한 정책 보완의 기초자료로 의미가 있다고 하겠다. 장애유형별 비교에서 대체

로 신체장애가 아닌 경우는 가사활동과 사회활동 지원 시간이 높고, 신체외부장애는 신체활동 지원 시간이 높음을 알 수 있다. 활동제약 상태별 비교를 보면 활동제약이 높은 집단이 실제 제공되는 절대적 총 시간은 높음에도 불구하고 그 세부 행위 비중에서는 신체활동 지원은 높고, 중간 집단은 사회활동 지원 비중이 타 집단에 비해서 높고, 제약 낮은 집단은 가사활동 지원 비중이 가장 높아 차이가 있었다.

가사활동 지원은 활동지원서비스에서 시간이나 비중이 높았다. 즉, 가사활동의 경우는 상대적으로 활동제약의 수준이 낮은 활동지원 서비스 대상자들에게서 더 많은 비중을 차지하는 것으로 나타났다. 주로 활동지원서비스와 장기요양서비스의 제공시간의 가장 큰 차이는 사회활동 지원이었다. 이는 제도적으로 장기요양은 집안의 신체활동지원, 간병 및 가사지원 일부를 지원하고 있기 때문에 사회활동의 세부 지원 영역은 집 밖여가와 함께 외출로 나타났다.

3. 급여량의 부분에서의 부정합성

고령장애인이 이용하고 있는 활동지원제도와 노인장기요양보험 이용에 따른 급여량 부정합성을 알아보기 위하여 '제공인력에 의한 추가 필요시간 여부', 추가 필요시간, 및 욕구 대비 돌봄서비스 충족률을 분석하였다. 조사한 결과 노인장기요양보험 전환자의 73.6%, 활동지원 계속 이용자의 59.8%가 추가 필요시간이 있다고 응답하였으며, 필요하다고 응답한 경우 노인장기요양보험 전환자의 필요시간은 월 59.2시간, 활동지원 계속 이용자의 필요시간은 월 43.3시간으로 나타났다. 이는 현재 공적 급여에 의한 돌봄시간이 더 적은 노인장기요양보험 전환자의 추가적인 공적 돌봄 욕구가 더 높다는 의미이다. 다만 사회활동에 대한 추가 돌봄지원이 필요하다고 응답한 경우는 노인장기요양보험 전환자보다 활동지원 계속 이용자가 더 많았다. 또한 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자 모두 현재 급여시간이 적을수록 추가 필요시간이 높고, 노인장기요양보험 전환자의 경우에는 과거에 받던 활동지원에 비해 감소한 급여시간이 높을수록 추가 필요시간이 높았다.

이러한 제공인력에 의한 추가 필요시간은 응답자에게 거의 제약을 가하지 않고 주관적인 응답을 그대로 받은 결과인데, 이 연구에서는 추가 필요시간이 스스로 돌보는 시간과 가족에 의한 돌봄시간을 합산한 시간을 초과할 수 없다는 전제를 두고 생활시간

을 조정하는 작업을 거쳐 이를 돌봄 욕구로 판단하였다. 생활시간을 조정한 결과 노인 장기요양보험 전환자의 평균 추가 필요시간 43.6시간은 24.6시간으로, 활동지원 계속 이용자의 평균 추가 필요시간 25.9시간은 12.3시간으로 감소한다. 이것을 공적 돌봄에 대한 추가 욕구로 볼 수 있다. 이러한 인정된 추가 욕구를 바탕으로 현재 가족에 의한 사적 돌봄과 제공인력에 의한 공적 돌봄을 합산한 돌봄 욕구와 지원시간을 기준으로 하여 돌봄 욕구 충족률을 판단해 보았다. 노인장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자 모두 돌봄 욕구 충족률은 96.2%로 나타났으며, 생활시간을 요양과 사회활동으로 구분했을 때 노인장기요양보험 전환자는 요양 지원 욕구 충족률이, 활동지원 계속 이용자는 사회활동 욕구 충족률이 상대적으로 더 높은 것으로 나타났다.

이러한 분석 결과는 장기요양제도와 활동지원제도의 급여량 편차로 인해 노인장기요양보험 전환자의 추가적인 공적 돌봄 욕구가 더 크게 나타난다는 사실을 확인시켜 준다. 하지만 노인장기요양보험 전환자의 추가적인 돌봄 욕구는 대체로 사회활동보다는 요양 지원에서 나타나고 있다는 사실도 확인된다. 또한 노인장기요양보험 전환자의 추가적인 공적 돌봄 욕구가 더 높음에도 불구하고 전반적인 돌봄 욕구 충족률은 활동지원 계속 이용자와 유사하게 나타난 것은 노인장기요양보험 전환자의 부족한 공적 돌봄을 가족이 보완하고 있기 때문이다.

4. 선진 해외 선형국의 고령장애인 관련 정책 시사점

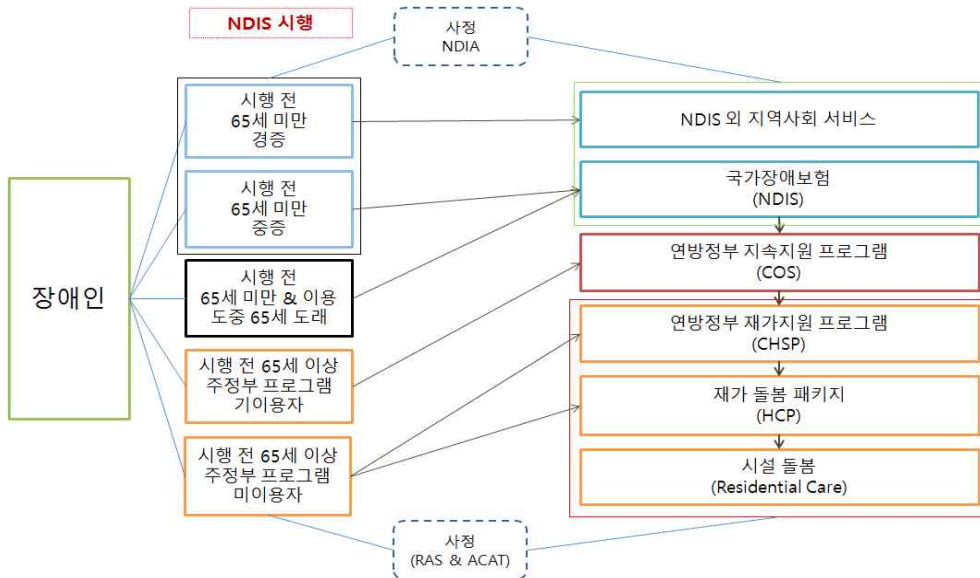
장애인과 노인의 특성을 동시에 가지고 있는 고령장애인에 대한 돌봄제도에 대한 고찰은 한국의 현행 돌봄체계에 대한 정책의 방향 모색에 있어 시사점 도출의 목적으로 진행되었다. 이를 위해 국가의 선택은 우리나라와 같이 노인과 장애인을 구분하여 돌봄 제도를 구축하고 있는 일본과 호주의 정책 현황 및 발전 모습을 살펴보았으며, 장애인과 노인의 대상 구분 없이 제도의 목적에 따른 통합적인 제도를 구축하고 있는 대표적인 국가인 독일의 제도 현황을 고찰해 보았다. 이러한 노력은 우리나라의 현행 돌봄 제도의 개선 방향의 설정에 있어 다양한 시사점을 제공 할 것으로 기대하였다.

본 연구에서 살펴본 바와 같이 최근 일본과 호주는 인구 고령화로 인한 돌봄 제도의 역할 확대, 관련 예산의 효율적 관리와 사용, 그리고 제도적 사각지대에 대한 대응 등을 목적으로 노인 및 장애인복지 정책에 있어 지속적인 제도 개혁을 단행한 것을 확인

할 수 있다. 특히 일본과 호주의 최근 정책 개편의 핵심은 고령장애인과 같은 중복적인 성격의 대상을 위해 근거 법령, 관할 부처, 전달체계, 재정 등을 완전히 분리하여 노인 돌봄 제도와 장애인 제도로 각각 독립된 제도로 재편을 추진하고, 이러한 독립된 제도 재편을 통해 장애인에 대한 지원을 확대하였다는 점을 들 수 있다. 즉, 분절적으로 운영, 관리되어왔던 장애인 관련 프로그램 및 서비스를 통합하고, 제도적 사각지대에 있었던 장애인을 포괄하며, 다양한 서비스 내용 및 급여체계를 활용한 제도 효율성 증대를 도모하였다는 점이다. 이러한 제도 개편의 방향은 (1) 지역사회 중심 돌봄(community-centered care)과 (2) 개인의 선호와 욕구에 따른 필요서비스 이용이 가능한 급여내용(서비스)의 다양화, (3) 할당된 예산에 대한 재량범위를 확대하는 고객주도(consumer-directed)의 급여 다양화 정책 등으로 요약할 수 있다. 즉, 고령인구의 증가 및 고령장애인의 증가로 인한 효율적 제도 구축 및 예산 관리를 위해 연방정부-주정부-지방정부 각각의 단위에서 산발적으로 흩어져 있던 각종 프로그램과 재정을 지역사회 중심으로 통합시키려는 노력이 공통적으로 시행되고 있는 것으로 보이며, 지역중심의 이용창구 및 서비스 제공기관의 단일화를 통한 서비스의 접근성과 편의성 증진 그리고 다양한 욕구에 대응하는 제도목적에 기반을 둔 다양한 서비스 내용과 급여 활용 등을 통한 제도 효율성 증진에 초점을 맞추고 있다.

하지만 우리나라와 마찬가지로 65세를 기준으로 한 연령구분에 의한 독립된 형태의 노인 및 장애인 복지 정책의 제도의 재편은 일본과 호주의 사례에서 볼 수 있듯이 여전히 한계를 가질 수밖에 없다. 인구고령화와 함께 장애인구의 고령화는 더욱 심화되고 있는 상황에서 장애인복지 정책에서 고령장애인을 포괄하는 것에는 한계가 있고, 어쩔 수 없이 일부 고령장애인에게만 제도 선택권을 부여하거나 노인복지 서비스와 중복으로 이용하게 함으로써 급여량 형평성의 부분에서 한계가 발생되고 있다. 즉, 65세 이후에 장애가 발생한 고령장애인의 경우에는 제도 선택권 및 서비스 중복 등이 제공되지 못하는 구조이기 때문에 기존제도를 이용하던 고령장애인과 차별적인 환경에 놓이게 된다. 이는 일반적으로 노인복지 정책의 급여수준에 비해 장애인복지정책에서 제공하고 있는 최대 급여량의 수준이 더욱 높기 때문이기 때문에 어떠한 대응방식에도 이러한 문제에서 자유로울 수 없다(NDIA, 2020a). 아래 호주의 사례가 이러한 문제를 극명하게 보여준다 할 수 있다.

[그림 4-23] NDIS 시행 이후 65세 이상 장애인의 서비스 연계 흐름도



그럼에도 불구하고, 일본과 호주의 제도 개편의 방향은 대상의 구분 외에 다양한 서비스 내용과 급여 방식을 도입함으로써 현재의 다양한 이슈에 대응하는 방식으로 변화함으로써 독일과 같은 통합적인 형태의 제도 방향으로 변화하고 있는 것으로 보인다. 즉, 독일의 돌봄 정책은 비장애인과 동등하게 주로 사회적 장기요양보험제도 내에서 이루어지며³⁰⁾, 때문에 장기요양보험제도 내 서비스의 내용이 다양하고, 급여지급 방식에 있어서도 다양하다. 또한 장기요양보험에서 커버하지 못하는 장애인의 특별한 요구에 대응하는 제도의 구축은 주법에 따라 커뮤니티케어 활성화를 위한 다양한 수발서비스를 통해 대응하고 있다. 특히 2001년 도입된 개인예산제도는 장애인의 자기결정권을 존중하고 선택권을 보장하며 급여의 내용을 현금급여와 현금급여(개인예산) 중 본인의 필요에 가장 적합한 급여를 선택하게 함으로써 장애인의 독립성과 자주성을 확보하도록 한다. 또한 가족이나 이웃 등 비공식수발자의 중요성을 정책적으로 인정하고

30) 이것이 가능한 것은 장기요양필요성의 개념, 이를 평가하는 판정도구에 있어 2015년부터 '자립성의 손상'과 '타인의 도움에 대한 의존성'을 결정짓는 요인을 수발시간량으로 계량화될 수 있는 신체기능의 제약 뿐만 아니라 '자기조정'과 '사회참여'를 제한하는 인지적·심리적 손상까지를 포함. 즉, 심리적 문제 상황, 인지적 능력, 의사소통 및 사회참여, 다양한 질병극복 등의 차원이 고려되어 모든 유형의 장애인이 장기요양보험을 통하여 동등하게 등급판정을 받고 급여를 받을 수 있게 되었음

비공식수발자의 범위에 가족 뿐 아니라 이웃이나 자원봉사자들도 포함하며, 그들의 윤리적 가치와 권리를 인정하고 있다. 독일의 빌레펠트시의 사례에서 볼 수 있듯이 수발자의 부담을 덜어주는 수발경감제도 등 급여체계의 다양화를 통한 제도 효율성을 담보하고 있다고 할 수 있다(Schneekloth et al., 2017: 57).

제2절 정책 제언

1. 우선적인 급여량 정합성 확보 노력 필요

고령장애인의 양 제도 이용에 따른 만족도를 살펴보면, 장기요양보험 이용자의 제도 만족도는 활동지원 계속 이용자에 비해 낮았다. 특히 이러한 만족도에 큰 차이를 나타내는 부분은 ‘급여량’의 부분이며, 전달체계 관련 부분 보다는 급여량에 대한 불만족의 부분이 가장 큰 제도적 부정합의 부분으로 확인되었다. 노인장기요양보험 전환자의 급여량 차이에 따른 노인장기요양보험의 만족도를 살펴보면, 급여량 차이가 클수록 노인장기요양보험에 대한 전반적인 만족도는 낮았고, 서비스 지원시간에 대한 만족도가 가장 낮았다. 또한 활동지원제도보다 노인장기요양보험에서 급여량이 증가한 경우는 노인장기요양보험에 대한 만족도가 높은 점 또한 급여량의 부분이 제도 만족도에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 돌봄 제도로써 활동지원제도와 노인장기요양보험의 급여량 수준의 차이에 기인하는 것으로 제도적으로 어떠한 방식으로든 기존 급여량 수준을 유지하는 것이 제도 개편에서 가장 우선적으로 고려되어야 할 부분으로 사료된다.

따라서 65세가 도래하여 노인장기요양보험 전환자 중 급여량에 차이가 없거나 급여량이 오히려 증가한 경우 노인장기요양보험 이용 만족도는 활동지원제도보다 높아져 제도 개편의 대상으로 고려할 필요가 없으며, 급여량 차이가 크고 현실적으로 급여량의 정합성을 맞출 수 있는 수준을 고려하여 급여량의 정합성을 맞추어주는 정책적 노력이 필요하다. 이러한 노력은 다른 제도 개편의 방향성을 염두해 두고 진행하되 그 시급성이 크므로 가장 우선적인 제도 개편의 방향으로 고려하여야 할 것이다. 이후 중장

기적인 제도 개편의 방향성을 마련한 후에는 급여량 정합성을 요구하는 대상을 점차적으로 확대하여 급여량이 줄어들음으로 인하여 일상생활 및 자립생활에 어려움을 겪는 고령장애인이 발생할 수 있도록 제도의 유연성을 발휘 할 필요가 있다. 향후 활동지원제도의 제도 개편은 단순히 급여량의 정합성만을 고려한 측면이 아니라 현행 제도의 한계 및 발전 방향을 고민하여 단계적인 제도의 내실화를 모색할 필요가 있다.

2. 양 제도의 명확한 방향성 구축 필요

앞서 제시하였듯이 노인장기요양보험 전환자를 대상으로 제도 이용과 관련된 만족도를 물어본 결과, 급여량의 하락이 가장 큰 불만족의 원인으로 제기 되었으며 급여량의 부정합성과 함께 급여량을 선정하는 인정조사 관련 만족도도 낮게 응답된 것을 확인할 수 있었다. 이는 현재 노인 장기요양보험의 인정조사 항목 및 측정 방식이 고령장애인의 장애특성 등을 충분히 고려하지 못하는 측정 이슈의 부정합성과도 관련이 있다고 할 수 있다. 즉, 양 제도의 최대 급여량의 차이와 더불어 인정조사(종합조사)를 통한 측정에 있어서도 노인장기요양제도의 ‘기능중심’의 접근이 활동지원제도의 ‘자립생활’ 지원을 위한 장애 특성 및 생활 환경의 고려와 일치하지 못하는 것이다.

현재 고령장애인이 이용할 수 있는 노인장기요양보험과 활동지원제도 양 제도의 법률에서 확인되는 바와 같이 장기요양보험 급여는 신체활동 지원 중심의 ‘요양’ 욕구에 대응하고 있고, 활동지원은 ‘요양’ 욕구뿐만 아니라 ‘사회활동’ 욕구까지 추가적으로 대응하도록 제도가 설계되어 있다. 즉, 일반 노인과 장애인의 서로 다른 욕구에 대응하는 제도로 설계되어 있고, 이를 대표하는 부분이 ‘사회활동’ 욕구 등을 고려한 종합조사의 실시와 이를 고려한 급여 산정 방식이다. 때문에 활동지원 최대 급여량의 수준이 노인 장기요양보험에 비해 높고, 이러한 부분이 제도 전환 시 급여량의 차이를 발생시키고 있는 것이다. 그러나 이러한 급여량 차이에도 불구하고 현재는 제도의 목적 및 취지, 지향하는 철학의 부분에만 차이가 있을 뿐 이용할 수 있는 서비스의 내용은 재가방문서비스로 한정되어 있어 노인장기요양보험의 시설급여를 제외하면 거의 유사한 상황이라서 제도의 명확한 방향성 구축이 요구되는 상황이라 할 수 있다.

본 연구의 고령장애인의 하루 24시간 이용 패턴을 살펴보더라도 고령장애인의 장애 유형, 활동제약의 수준, 그리고 욕구에 따라 ‘사회활동’ 및 ‘교제 및 여가활동’의 시간

에 있어 상당한 차이를 보이는 것을 확인 할 수 있었다. 서비스 제공자를 대상으로 실시한 서비스 제공 현황을 보더라도, 신체지원 및 가사활동 지원의 부분에는 큰 차이가 없으나 사회활동의 영역과 집안에서의 여가시간에서 차이를 나타냈다. 즉, 사회활동시간이 늘어나면 집안에서의 여가시간이 감소하고, 사회활동 시간이 적으면 집안에서의 여가시간이 증가하는 상황인 것이다. 호주와 일본과 같은 해외의 사례에서 볼 수 있듯이 노인과 장애인을 대상으로 하는 제도는 그 목적과 취지에 따라 서비스의 내용적 측면에서 명확한 차이점을 보인다. 노인 돌봄 제도는 돌봄, 간호, 치료, 돌봄 휴식 등을 중심으로 설계하고, 장애인 돌봄 제도는 일상생활, 지역사회 및 사회참여, 고용, 보장구 및 보조기구 등을 중심으로 서비스 내용을 구축하여 양 제도의 지향점 및 운영원리에서 분명한 차이점을 지닌다. 따라서 고령장애인을 위한 제도적 명확성 확보를 위해서는 장기요양보험은 신체지원, 간병, 가사지원 등과 관련된 일상생활지원에 보다 초점을 두고 활동지원서비스는 이동편의, 사회참여 지원에 초점을 두는 방향을 고민해 볼 수 있다.

3. 서비스 내용 다양화를 통한 제도 효율성 고려

해외의 돌봄제도의 특징에서 언급한 바와 같이 노인과 장애인으로 구분하여 돌봄 정책을 구축·운용하고 있는 국가의 경우, 우리나라와 마찬가지로 고령장애인과 같이 장애인과 노인이라고 하는 중복적인 특성을 가진 집단에 대한 정책적 노력이 지속적으로 이루어져 왔음을 알 수 있다. 이를 위해 제도 간 명확한 역할 정립을 통한 특화된 서비스 내용을 구축하는 노력 뿐 아니라 급여 방식의 다양성을 통해 다양한 욕구에 대응하는 다양한 대응방식을 구축하고 있는 것이다. 본 연구에서는 활동지원 계속 이용자와 노인장기요양 전환자를 대상으로 추후 이용하기를 희망하는 서비스 내용을 물어본 결과, ‘응급안전’ 70.5%, 주거환경개선 64.2%, 야간순회 45.2%, 그 외 각종 시설이용 순으로 욕구가 나타나기도 하였다. 이는 활동지원제도와 노인장기요양보험에서 제공하고 있는 서비스의 범주가 협소하여 향후 서비스 확대 시 응급안전서비스, 주거환경개선서비스 및 야간순회방문서비스를 우선적으로 고려하여야 할 필요가 있음을 보여주는 결과라 할 수 있다. 현행 이용하고 있는 제도별로 희망서비스를 살펴보면, 대체적인 이용희망 패턴은 비슷하나 노인장기요양보험 전환자의 경우 보조기기 구입 및 서비스

이용에 대한 욕구가 활동지원 계속 이용자에 비해 조금 높았고, 활동지원 계속 이용자의 경우, 주간서비스에 대한 욕구가 노인장기요양보험 전환자에 비해 높았다.

장애유형별 희망서비스의 비율을 살펴보면, 내부장애와 정신장애의 응급안전 서비스에 대한 이용 희망율이 타장애유형에 비해 높았고, 감각장애인의 주간서비스에 대한 이용희망율이 타장애유형에 비해 높았다. 내부장애인의 고령장애인 지원주택 및 요양 시설에 대한 이용 희망율이 타 장애유형에 비해 높아 다양한 욕구를 보여주고 있다. 따라서 향후 활동지원제도는 장애인의 일상생활 및 사회생활에서의 포괄적 지원을 목표로 현재와 같은 제한적 대인서비스 뿐 아니라 서비스 내용의 다양화를 적극적으로 고려할 필요가 있다. 적용 가능한 방안으로서, 방문목욕, 방문간호, 활동지원의 틀을 유지하되, 장애인의 특성과 욕구를 반영하여 포괄적 서비스를 제공할 수 있는 다양한 서비스 내용을 추가하는 등 통합적인 제도 구축 방안을 고민할 필요가 있다.

4. 급여 제공 방식의 다양화 및 제도 통합의 노력

본 연구의 돌봄 필요시간 및 충족을 관련 분석에서 알 수 있듯이 현재 장기요양제도와 활동지원제도의 급여량 편차로 인해 노인장기요양보험 전환자의 추가적인 공적 돌봄 욕구가 더 크게 나타난다는 사실을 확인하였다. 하지만 노인장기요양보험 전환자의 추가적인 돌봄 욕구는 대체로 사회활동보다는 요양 지원 부분에서 나타나고 있는 사실도 확인된다. 노인장기요양보험 전환자의 추가적인 공적 돌봄 욕구가 더 높음에도 불구하고, 전반적인 돌봄 욕구 충족률이 활동지원 계속 이용자와 유사하게 나타난 것은 노인장기요양보험 전환자의 부족한 공적 돌봄을 가족이 보완하고 있기 때문으로 해석되며, 노인장기요양보험 전환자를 위한 현금 지급 방식 등을 고민해 볼 수 있다. 이러한 방식은 장애인 당사자의 선택권을 보장한다는 측면에서 강점을 가지며, 우리나라의 노인장기요양보험에서는 이미 가족요양의 경우 현금지급방식을 도입하여 이를 실현하고 있어 현금지급 방식의 우선 대상으로서 노인장기요양보험 전환자를 우선적으로 고민해 볼 수 있을 것이다.

사실 노인 및 장애인을 대상으로 하는 돌봄정책의 기본원칙인 지역사회 중심의 보호(Aging in Place)와 이용자 중심의 서비스 체계(Client-centered)라 할 수 있다. 해외 사례에서 알 수 있듯이 고령장애인과 같은 중복적인 특성을 지닌 대상에 대한 정책적

고려는 이용자의 서비스 접근성 및 이용 편의성을 고려하고, 제도의 효율성 증진을 위해 분절적인 서비스 형태보다는 통합적인 서비스 체계를 구축함으로써 재정적 측면 뿐 아니라 제도적 사각지대를 줄이고 제도 운용의 효율성을 강화시키기 위해 노력하고 있는 점일 것이다. 현재 우리나라에서도 커뮤니티케어 정책의 강화를 위해 정책적으로 다양한 노력을 시도하고 있는 상황이다. 이러한 노력은 각 제도의 발전과 함께 고려되어 발전되어야 하며 중앙정부차원의 단일 제도의 개편에서 그치는 것이 아니라 중앙정부와 지방정부 간 역할의 정립 및 제도 발전을 통한 지역사회 고령장애인의 욕구 해소의 방식으로 발전되어야 할 필요가 있다.

5. 사회활동의 개념 확대 및 이를 지원하는 정책적 노력 필요

앞서 설명하였듯이, 노인장기요양보험과 장애인활동지원제도의 명확한 역할 정립은 제도 개편을 위한 시작점이라 할 수 있다. 현재는 제도의 취지와 목적, 강조하고 있는 철학적 측면의 차이 외에 뚜렷한 차이를 가지고 있지 못하는 실정이어서 고령장애인의 입장에서는 ‘급여량’이 높은 제도 이용만을 요구하고 있는 상황이기 때문이다. 따라서 노인장기요양보험에 비해 활동지원제도가 가지는 명확한 지향점은 ‘사회활동’을 포함한 지원이기 때문에 사회활동의 개념과 이와 관련된 서비스의 구축 등을 고민하여야 한다. 본 연구에서는 활동지원사 및 코디네이터의 협조를 얻어 활동지원 기록지를 제공받고 현재 ‘집 밖’ 활동으로 제공되고 있는 서비스의 내용을 분석하여 이를 ‘사회활동’의 개념으로 정의하여 연구를 진행하였다.

연구 결과 장애유형에 상관없이 활동지원 계속 이용자의 사회활동 시간 및 하루 24시간 내에서의 비율은 약 10%로 장기요양보험 전환자(약 2%)에 비해 높았으며, 사회활동과 집안에서의 여가시간과는 부적인 관계가 있음을 알 수 있었다. 조사가 진행된 시점은 코로나19로 인하여 전 세계적으로 집밖에서 이루어지는 사회활동이 자유롭지 않은 시기였음을 감안하면, 활동지원계속 이용자와 노인장기요양 전환자의 생활패턴은 이미 상당한 차이가 있음을 알 수 있다. 이러한 차이점을 확인할 수 있었음에도 불구하고, 현행 연구에서 정의된 사회활동의 개념은 장소를 기준으로만 고려한 한계가 있다. 추후 고령장애인의 사회활동에 대한 개념의 정의에서는 자립생활패러다임과 같은 철학적 기초를 반영하고 고령장애인의 욕구 등을 수렴하여 확대된 형태의

사회활동의 개념을 정의하고, 이에 대응할 수 있는 서비스 내용 등을 고민하는 제도 개편의 방향을 모색 할 필요가 있다.

6. 서비스 제공 영역별 시간 사용과 관련된 가이드라인 마련 필요

본 연구에서 분석한 돌봄 제도 간 서비스 제공자의 서비스 제공 내용 분석 결과를 살펴보면, 주로 활동지원서비스와 장기요양서비스의 제공시간의 가장 큰 차이는 사회활동 지원이었지만, 대체적으로 활동지원 서비스의 가사활동 지원의 시간이나 비중이 높은 것을 확인 할 수 있었다. 즉, 가사활동의 경우는 상대적으로 활동제약의 수준이 낮은 활동지원 서비스 대상자들에게서 더 많은 비중을 차지하는 것으로 나타나 제공되는 급여량의 효율적 사용의 측면에서 급여량 사용에 대한 명확한 가이드라인의 마련이 요구되는 것으로 보여진다.

국가별로 돌봄 대상 선정 및 급여량 제공에서 고려하는 중요한 지표 중 하나는 돌봄 인프라의 수준이라 할 수 있다. 예컨대, 대부분의 유럽 국가들은 기능적 제한의 수준이 경한 장애인 혹은 노인을 위한 지역사회 차원의 여가 및 지원프로그램이 잘 갖추어져 있기 때문에 장기요양보험 혹은 활동지원제도와 같은 돌봄 제도에서 서비스를 제공하고 있지 않다. 그러나 우리나라의 경우, 지역 차원의 복지 인프라가 충분치 않고 감각 장애인과 같은 기능제한의 경우 이들을 위한 서비스가 충분하지 않기 때문에 이들을 돌봄 제도 내에서 포괄하고 있어 급여량의 산정 및 급여량 이용에 있어 차이가 발생되는 것으로 보인다. 때문에 장기요양보험 전환자와 활동지원 계속 이용자 간 급여량의 차이, 일상생활 패턴의 차이, 그리고 서비스 이용 영역에 있어 차이가 발생하는 구조로 인해 제도의 명확성을 저해하는 것으로 보인다. 물론 이러한 문제는 향후 지역을 기반으로 하는 다양한 제도의 발전 등 커뮤니케이터 정책과의 통합적 접근 등 인프라의 구축 혹은 서비스 내용의 다양성 등을 통해 해결할 수 있도록 노력하여야 할 것이다.

7. 이용자 중심의 제도 이해도 증진 노력 필요

향후 고령장애인을 위한 제도 개편의 방향이 어떠한 방식으로 설정 될지와 관련하여 활동지원제도를 이용하던 고령장애인의 제도 이용에 있어 변화가 야기되는 경우, 이에

대한 제도 설명 및 이해도 증진을 위한 정부 차원의 노력이 필요해 보인다. 본 연구에서는 활동지원제도 이용자가 65세 도래시점에서 노인장기요양보험으로 전환되는 현재의 제도 설계에 대한 인지 여부를 물어보고, 노인장기요양보험 인정조사에서 등급외 판정을 받으면 활동지원제도를 계속 이용 할 수 있는 현 제도의 특성에 대해 알고 있었는지 여부를 물어보았다. 분석 결과 활동지원제도 계속 이용자와 노인장기요양보험 전환자간 이러한 제도 이해도에 차이가 있었음을 확인할 수 있었다. 즉, 활동지원 계속 이용자에 비해 노인장기요양 전환자의 제도 전환에 대한 인지여부가 낮았으며, 등급외자에 대한 제도 대응 방식에 대한 이해도도 낮았던 것으로 나타났다. 이러한 경향은 장애유형별로도 나타나는데, 상대적으로 등급외자가 많은 감각장애인의 제도 이해도가 가장 높았고, 다음으로 신체 외부 장애, 신체 내부 장애, 정신장애 순으로 나타났다. 따라서 활동지원 기이용자가 65세가 도래하기 이전에 현행 제도 전환에 대한 안내를 통하여 갑작스러운 제도 전환으로 인한 불이익이나 제도 이용의 편의성 하락을 예방할 수 있도록 노력하여야 할 것이다.



- 공공데이터포털. (2020). 보건복지부_장애인활동지원 통계 정보, <https://www.data.go.kr/data/3084474/fileData.do>.에서 2020.6.7. 인출.
- 국민연금공단. (2020). 서비스 지원 종합조사(2019년 7~11월) 원자료.
- 국민연금공단, 국민건강보험공단. (2020). 활동지원-장기요양 전환(2013~2019년) 원자료.
- 김경미. (2007). 활동보조서비스 제도화 방안: 미국의 활동보조서비스와 한국에서의 제도화 모색. 사회복지정책. vol(209). 195-216.
- 김윤수, 류호영. (2012). 사회적 돌봄서비스 만족도에 대한 영향요인 분석, 보건사회연구, 32(3). 298-326.
- 김찬우, 김미옥, 신형익, 임정기. (2008). 장애인 장기요양보장을 위한 정책연구. 보건복지부·가톨릭대학교.
- 김찬우. (2015). 노인복지서비스 증진을 위한 지방정부의 역할정립에 관한 고찰. 노인복지연구. vol(67). 33-59
- 보건복지위원회. (2019). 장애인활동 지원에 관한 법률 일부개정법률안 검토보고(2019.7.).
- 전상환. (2015). 제도 정합성 관점에서의 주민참여예산제도 평가: 도시, 농촌, 도·농복합 기초지자체 적용을 중심으로, 지방정부연구. 229-255.
- 정종화. (2005). 활동보조서비스 제도화를 위한 법개정 방향. 한국장애인자립생활센터 협의회.
- 황주희, 김유휘, 김성희, 김동기, 김찬우, 조영림. (2019). 고령사회 대응을 위한 장애인활동지원제도 현황 진단 및 개선방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김윤수, 류호영(2012). 사회적 돌봄서비스 만족도에 대한 영향요인 분석, 보건사회연구, 32(3). 298-326
- 전상환(2015). 제도 정합성 관점에서의 주민참여예산제도 평가: 도시, 농촌, 도·농복합 기초지자체 적용을 중심으로, 지방정부연구. 229-255.
- 공공데이터포털. (2020). 보건복지부_장애인활동지원 통계 정보, <https://www.data.go.kr/data/3084474/fileData.do>.에서 2020.6.7. 인출.
- 국민연금공단. (2020). 서비스 지원 종합조사(2019년 7~11월) 원자료.
- 국민연금공단, 국민건강보험공단. (2020). 활동지원-장기요양 전환(2013~2019년) 원자료.
- 김경미. (2007). 활동보조서비스 제도화 방안: 미국의 활동보조서비스와 한국에서의 제도화 모

색. 사회복지정책. vol(209). 195-216.

보건복지부. (2011). 2011년 장애인활동지원 사업안내.

보건복지부. (2012). 2012년 장애인활동지원 사업안내.

보건복지부. (2013). 2013년 장애인활동지원 사업안내.

보건복지부. (2014). 2014년 장애인활동지원 사업안내.

보건복지부. (2015). 2015년 장애인활동지원 사업안내.

보건복지부. (2016). 2016년 장애인활동지원 사업안내.

보건복지부. (2017). 2017년 장애인활동지원 사업안내.

보건복지부. (2018). 2018년 장애인활동지원 사업안내.

보건복지부. (2019). 2019년 장애인활동지원 사업안내.

보건복지부. (2020). 2020년 장애인활동지원 사업안내.

보건복지부. (2018). 장기요양등급판정기준에 관한 고시. 보건복지부고시 제2018-146호.

보건복지부. (2019). 장애인 서비스 지원 종합조사의 내용 및 점수 산정 방법에 관한 고시. 보건복지부고시 제2019-119호.

보건복지위원회. (2019). 장애인활동 지원에 관한 법률 일부개정법률안 검토보고(2019.7.).

정종화. (2005). 활동보조서비스 제도화를 위한 법개정 방향. 한국장애인자립생활센터 협의회.

황주희, 김유휘, 김성희, 김동기, 김찬우, 조영림. (2019). 고령사회 대응을 위한 장애인활동지원 제도 현황 진단 및 개선방안 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.

장애인복지연구회(편), 축조해설: 장애인종합지원법 제2판, 2019.

三原 岳, “65세의 벽은 왜 생기는가: 개호보험과 장애인복지의 틈새에서 일어나는 문제를 생각 한다”, 닛세이키초연구소 기초연례포트 2018-11-29.

미츠호정보총연주식회사, 2016년도 장애인의 개호보험서비스이용 등에 관한 실태조사, 2016 야마구치시 장애복지과, 야마구치시 장애복지서비스 지급결정기준, 2020년 4월 1일 개정.

(일반재단법인) 후생노동통계협회, 국민의 복지와 개호의 동향, 2018/2019, 2018.

(일반사단법인) 효고현상담지원네트워크, 효고현 고령장애인 케어매니지먼트 충실강화사업, 2016.3

후생노동성, 장애인종합지원법의 대상질환(난병 등)의 개정에 대해
(<https://www.mhlw.go.jp/content/000526647.pdf>)

후생노동성, 방문게서서비스에 관한 국고부담기준의 일부개정에 대해, 2018.3.30

후생노동성, 장애인종합지원법에 의한 장애지원구분 인정조사원매뉴얼, 2014.4

후쿠오카시(장애인재택지원과), 장애인종합지원법(장애복지서비스, 지역생활지원사업)에 관한 서비스내용 등에 대해, 2018.6.

- 후생노동성(장애보건복지부), 2020년도 장애보건복지관계예산의 개요, 2019.
- 후생노동성, 요개호인정: 인정조사원텍스트 2009 (개정판), 2018년 4월.
- 후생노동성, 개호보험사업상황보고, 각년도
- 후생노동성, 2018년도 공적개호보험제도의 현상과 향후의 역할, 2018.
- 후생노동성 사회원호국, 장애인의 일상생활 및 사회생활을 종합적으로 지원하기 위한 법률에 의한 자립지원금부와 개호보험제도의 적용관계 등에 대한 운용 등 실태조사 결과, 2015.2
- 후생노동성 장애복지서비스등 보수개정검토팀, 국고부담기준에 대해서, 2014.11.17
- Australian Bureau of Statistics (2019). Disability, Ageing and Carers, Australia: Summary of Findings. <https://www.abs.gov.au/statistics/health/disability/disability-ageing-and-carers-australia-summary-findings/2018>.
- Bigby, C. (2013). Submission to the Disability Care and Support Inquiry: Productivity Commission. <https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/disability-support/submissions/sub0384.pdf>에서 2020. 9. 30. 인출.
- Bigby, C., & Balandin, S. (2005). Another minority group: A survey of the use of aged care day programs and community leisure services by older people with lifelong disability. *Australasian Journal on Aging*, 24, 1, 14-18.
- Fyffe, C., Bigby, C, McCubbery, J. (2007). Exploration of the population of people with disabilities who are ageing, their changing needs and the capacity of the disability and age care sector to support them to age positively. National Disability Administrators Group: Canberra.
- National Disability Insurance Agency. (2020a). Q4 2019-2020 NDIS Quarterly Report to Disability Ministers: Report to disability ministers appendices. <https://ndis.gov.au/about-us/publications/quarterly-reports>에서 2020. 9. 30. 인출.
- National Disability Insurance Agency (2020b). Independent Assessment: Selection of Assessment Tools. <https://www.ndis.gov.au/participants/independent-assessments/independent-assessment-toolkit>에서 2020. 9. 30. 인출.

- National Disability Insurance Agency. (2020c). NDIS Price Guide 2020-21. <https://ndis.gov.au/providers/price-guides-and-pricing>에서 2020. 9. 30. 인출.
- National Disability Insurance Agency. (2020d). NDIS Support Catalogue. <https://ndis.gov.au/providers/price-guides-and-pricing>에서 2020. 9. 30. 인출.
- NDIS Quality and Safeguard commission (2020). NDIS Practice Standards. <https://www.ndiscommission.gov.au/sites/default/files/documents/2019-12/ndis-practice-standards-and-quality-indicators.pdf>에서 2020. 9. 30. 인출.
- Productivity Commission (2011). Disability Care and Support, Inquiry Report(Volume 1.). <https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/disability-support/report>에서 2020. 09. 30. 인출.
- Productivity Commission (2017). National Disability Insurance Scheme (NDIS) Costs. <https://www.pc.gov.au/inquiries/completed/ndis-costs#report>에서 2020. 09. 30. 인출.
- Productivity Commission (2020). Report on Government Services 2020: part f, chapter 14, aged care services report and attachment tables. [h t t p s : / / w w w . p c . g o v . a u / r e s e a r c h / o n g o i n g / r e p o r t - o n - g o v e r n m e n t - s e r v i c e s / 2 0 2 0 / c o m m u n i t y - s e r v i c e s / a g e d - c a r e - s e r v i c e s](https://www.pc.gov.au/research/ongoing/report-on-government-services/2020/community-services/aged-care-services)에서 2020. 09. 30 인출.
- The Department of Health (2018). My Aged Care Assessment Manual. <https://www.health.gov.au/resources/publications/my-aged-care-assessment-manual>에서 2020. 09. 30. 인출.
- The Department of Health (2019a). 2018-19 Report on the Operation of the Aged Care Act 1997. <https://www.health.gov.au/resources/publications/2018-19-report-on-the-operation-of-the-aged-care-act-1997>에서 2020. 9. 30. 인출.
- The Department of Health (2019b). Commonwealth Continuity of Support (CoS) Programme: Specialist Disability Services for Older People. <https://www.health.gov.au/resources/publications/commonwealth-continuity-of-support-cos-programme-manual>. 2020. 9. 30. 인출.
- Tune, D. (2017). Legislated Review of Aged Care 2017. <https://www.health.gov.au/resources/publications/legislated-review-of-aged>

-care-2017-report에서 2020. 9. 30. 인출.

Tune, D. (2019). Review of The National Disability Insurance Scheme Act 2013: Removing Red Tape and Implementing the NDIS Participant Service Guarantee. <https://www.dss.gov.au/disability-and-carers-programs-services-for-people-with-disability-national-disability-insurance-scheme/review-of-the-ndis-act-report>에서 2020. 9. 30. 인출.