

# 일본 제도문화에서 본 장애인정책 연구

정 희 경\*

(e-mail : hkc9912@hanmail.net)

## <목 차>

- |                                  |            |
|----------------------------------|------------|
| 1. 서론                            | 4. 분석결과    |
| 2. 문헌고찰                          | 4.1. 할당    |
| 2.1. 사회복지기초구조개혁                  | 4.2. 급여    |
| 2.2. 개호보험과 장애인복지서비스의 통합문제에 대한 논쟁 | 4.3. 전달체계  |
| 2.3. 개호보험우선의 원칙                  | 4.4. 재원    |
| 3. 연구 목적 및 방법                    | 5. 결론 및 제언 |
| 3.1. 분석틀                         | 5.1. 결론    |
| 3.2. 분석대상 및 자료수집                 | 5.2. 제언    |

キーワード：日本(Japan), 障害老人(Disabledelderly), 障害者福祉サービス(Disability welfare services), 老人福祉サービス(The elderly welfare services)、制度文化 (Cultural institutions)

## 1. 서론

현대 복지국가에서 고령화 문제는 가장 큰 사회문제로 인식된다. 이는 세계적인 현상이지만, 특히 일본과 한국은 전 세계적으로 유례를 찾아볼 수 없을 정도로 급속한 고령화를 경험하고 있다. 이들 나라에서 노인에 대한 사회적 지원의 형태로, 전통적인 시설보호를 대체한 재가보호가 인권이나 사회적 비용 측면 등에서 그 당위성을 인정받은 역사 또한 짧지 않다. 사회보장제도의 기본 원리로 흔히 강조되고 있는 소위 자립조장의 원리는 이와 같은 재가보호를 기반으로 한 것이다. 일본에서 노인을 대상으로 한 개호보험이나 이를 기반으로

\* 광주대학교, 조교수, 사회복지학부

한 한국 노인장기요양보험의 자립이념 강조가 그 예라고 할 수 있다. 위와 같은 노인복지서비스의 세계적 경향을 감안하면서 본 연구에서는 노인보호의 대표적 대상자로 간주되는 장애인에 초점을 맞춰 이들의 복지서비스 관한 사회적 지원의 양태를 고찰해보고자 한다.

장애노인은 ‘장애’와 ‘노인’이라는 이중적 위험에 놓여 있어 장애인복지 분야에서, 노인복지 분야에서도 이렇다 할 관심을 받지 못했다. 본 연구에서 제시하는 “장애노인”이란 “장애인의 노화(aging with disability)”를 겪는 사람으로서, 장기간 장애인(person with long-term disability)으로 살아왔고, 장애인이 노령기를 맞이한 경우를 말한다. 즉 장애노인(life-long disabled elderly)은 출산 이후 또는 젊어서 장애가 발생하여 장애인으로 오랫동안 살아오다가 현재 노인이 된 사람을 말한다(박혜정, 2006). 이들은 장애문제로 인한 사회적편견과 소외를 경험하면서 노인이 되었고, 노후에 발생하는 노령의 문제에 가중적으로 직면함으로써 사회적으로 고립될 가능성이 높으며(김성희 외, 2013), 신체적으로 적절한 치료를 받지 못하면 2차적 질병문제가 심각해 지는 것을 경험하기 쉬운 집단이라고 할 있다(선우덕 외 2004 : 김성희 외, 2011). 그로인해 심리적·개인적 그리고 사회적(김동배 외, 2009) 소외감을 느꼈을 가능성이 높으며, 지속적으로 장애로 인한 신체적 한계나 편견을 극복해야 하는 어려움을 겪게 된다. 이처럼 ‘장애’와 ‘노인’이라는 이중적 위험을 지녔음에도 불구하고 장애노인이 사회적 관심과 연구에서 배제된 이유로 다음의 두 가지를 생각할 수 있다. 첫째, 자본주의 체제에서 비효율성의 대표적인 계층인 장애인과 노인이라는 두 계층이 합쳐진 형태가 장애노인이라는 것이다. 이것이 장애노인이 사회적 관심에서 원천적으로 배제될 수밖에 없는 가장 큰 요인의 하나일 것이다. 둘째, 위와 같은 이유로 장애인으로서 “고령화된 장애인(aging with disability)”과 “노화에 따른 장애인(disability with aging)”으로 명확히 개념을 구분하여, 각각의 욕구에 대한 사회적 대응의 필요성이 환기될 수 없었기 때문이다(양희택, 신원우, 2011). 이러한 상황에서 학계나 실천현장에서 장애노인에 관한 학문적·실천적 탐색의 시도는 곤란했을 것임이 능히 추측된다.

그 상징적인 사례 중 하나가 65세를 기점으로 한 장애인복지서비스와 노인복지서비스의 “선택” 문제이다. 한국의 경우, 65세 이전의 장애인은 “장애인활동지원에 관한 법률”에 의거한 장애인으로서의 활동지원서비스를 받지만, 65세에 도달한 시점부터 예외 없이 “노인장기요양보험법”에 의거한 노인으로서의 장기요양서비스를 받게 된다. 그 결과 서비스의 양이 급격히 줄어드는 상황이

발생하게 된다(이슬기, 2013). 즉 장애인으로서의 욕구와 노인으로서의 욕구 차별화에 대한 정책적인 고려가 이루어지고 있지 않음을 보여준다고 하겠다. 이러한 현상으로 인해, 최근1~2년 동안 장애계에서 가장 큰 관심을 갖고 정부에 강력하게 요구한 사항 중의 하나가 장애인에 대한 복지서비스의 정비이다. 2011년부터 시행된 장애인활동지원법은 많은 중증장애인의 사회참여 기회를 확대시켰고, 가족들의 부양부담을 줄여주는 역할을 수행해 왔다(신준옥, 2013). 그럼에도 여전히 활동지원제도는 장애인들의 욕구들에 대해 충분히 대응했다는 평가를 받지 못한다. 이러한 현상은 2014년 현재 재가장애인구 262만명 중 43.3%에 해당하는 118만 명이 장애인(김성희 외, 2014)이라는 숫자를 감안 할 때 심각한 사회문제로 이어 질 수 있다고 보여 진다.

장애인에 대한 연구로는 신체활동이나 의료관련내용 그리고 일상생활만족도(송미영, 2011; 김홍수, 2011; 이재환, 2016)에 대한 내용이 대부분으로 이들 연구는 주로 양적연구방법을 채택하여, 신체활동과 의료관련내용, 그리고 일상생활만족도를 조사하여 이들에게 영향을 주는 요인들을 분석하였다. 한편 일본은 장애인의 의료적 욕구와 재활에 초점을 맞추어 일상생활자립도를 측정하여 그 결과를 바탕으로 일상생활자립도를 높이기 위한 제언과 가족이나 개호인의 개호부담(板橋 裕子 외, 2012; 山崎雅也·清水順市, 2012; 講内 源太 외, 2013; 滝沢 茂男 외, 2015)과 같은 연구가 대부분이라고 볼 수 있다.

그러나 장애인의 서비스에 대한 선행연구는 장애인이라는 이중적 사회 소수자로서의 특성을 감안할 때 한·일 양국에서 거의 이루어지지 않았는데, 국내 연구물로는 연구보고서(김성희, 2011; 황주희(2014)가 있다. 김성희(2011)는 일본의 장애인복지서비스와 노인복지서비스를 소개하는데 그쳤으며, 황주희(2014)는 장애인특성의 분석을 통해 장애인정책과 노인정책의 연계방안을 모색하였다. 일본의 경우 原田 啓一郎(2011)는 노인과 장애인의 개호 관련법제의 분석을 통해 장애노인의 개호서비스에 대한 적용관계를 정리하여, 일본 장애노인에 대한 개호보험의 과제를 파악하고자 하였다. 이 연구들은 주로 법적 측면에서의 분석을 특징으로 하며 사회복지정책 전개에 관한 구체적 분석들의 부재와 분석결과에 따른 장애노인의 삶의 실제 파악까지는 이르지 못한 한계를 지닌다.

이상과 같은 문제의식을 바탕으로 본 연구에서는 일본의 장애노인이 갖는 ‘장애인의 복지서비스’와 ‘노인의 복지서비스’의 차이에 관한 사회복지정책의 특성에 관해 살펴봄으로써, 혼란을 거듭하고 있는 우리나라 장애인 관련 정책 수립을 위한 방향을 제시하고자 한다.

## 2. 문헌검토

### 2.1. 사회복지기초구조개혁(社会福祉基礎構造改革)

일본의 장애인복지시책은 고도 경제성장의 혜택과 국제장애인의 해를 맞이하여 국제적인 장애인시책, 장애인운동의 성과로 인해 많은 발전을 이루었다. 그러나 이후 장기적인 경제 불황속에서 사회보장 관련 예산의 증가가 경제사회에는 마이너스가 되는 것은 아닌가라는 걱정의 목소리가 높아지면서, 사회복지개혁에 관한 논의가 시작되었다. 이러한 논의는 1990년대 ‘재정구조개혁’으로 본격화되었고 사회복지분야에서는 2000년 6월 ‘사회복지기초구조개혁’이 진행되어 사회복지의 방향에 큰 전환점을 가져왔다. 특히 사회복지기초구조개혁의 직접적인 계기가 된 것은 1997년에 재정적자 해소를 위해 6분야의 개혁<sup>1)</sup>을 실시하려는 법안인 ‘재정구조개혁법’의 제출이었다.

사회복지기초구조개혁은 6분야 중 1개 분야로 작은 정부를 실현하기 위한 시책의 일부분으로 국가와 지방자치단체의 사회복지관계비용 부담분을 삭감하는 것으로 처음부터 계획되었다(大島正彦, 2007). 이러한 일본 정부의 계획은 노인복지분야의 ‘노인개호보험제도(2000년)’와 장애인복지서비스제도인 ‘지원비제도(2003년)’가 시행되는데 커다란 영향을 주었다고 볼 수 있다.

### 2.2. 개호보험과 장애인복지서비스의 통합문제에 대한 논쟁

사회복지기초구조개혁은 사회복지관계비용에 대한 국가와 지방자치단체의 부담을 낮추는 것을 목적으로 하였다. 그 중 노인개호보험은 보험방식을 채택하고 자기부담금을 부여함으로써, 목적을 달성했다고 볼 수 있다. 그러나 장애인복지서비스에 대한 자기부담금 부과는 장애인단체의 거센 반발로 계획조차 하지 못하였다<sup>2)</sup>.

이후 일본정부는 “시설에서 지역으로”라는 슬로건을 바탕으로 장애인의 지역생활지원에 총력을 가한다. 시설이 아닌 지역에서 생활하기 위한 장애인지원

1) 6개 분야의 개혁이란 행정개혁, 경제구조개혁, 금융개혁, 재정구조개혁, 교육개혁, 사회복지구조개혁(의료, 연금, 복지)을 의미한다.

2) 이시기에 일본의 장애계는 전국행동을 결성하여 대대적인 반대운동을 전개하게 된다. 5,000명이상의 장애인들이 전국 집회에 참가하기도 하였다. 또한 반대운동을 정치권으로 확산시켜 나갔다. 각 정당에 질의서를 보내어 답변을 받아내었으며, 민주당과 같은 야당의 적극적인 지지를 얻어 내기도 하였다. 全日本障害者自立生活連合会(2016)

<http://www.j-il.jp/bigaction/2012syuin/12qaa7.html>. (검색일 : 2016.02.14)

정책으로써 “지원비제도”는 장애인들로부터 높은 평가를 받았다. 그 이유는 자기부담금이 없었으며, 장애인이 지방자치단체에 서비스의 양 증가를 요구하면 대부분 받아들여졌기 때문이었다(김성희 외, 2011). 그러나 그것도 잠시 2003년 2월 15일, 7개 현지사(県知事)가 공동으로 ‘장애인복지는 개호보험으로’라는 계획을 발표하였다. 이유는 세금에 전적으로 의존하고 있는 장애인복지에 대한 재정 부담이 너무 크고, 개호보험서비스를 장애인도 사용할 수 있다는 것 때문이었다. 이러한 움직임을 구체화한 것은 전국 169시·정·촌 가맹기구인 “복지지자체 유닛”이다. 이 기구는 개호보험 이용대상이 되는 65세 이상의 연령제한을 철폐하고, 개호보험과 장애인복지서비스 예산을 통합하여 점차적으로 개호보험의 틀에 장애인복지서비스를 포함시켜야 한다고 주장했다<sup>3)</sup>.

이에 대표적인 진보적 장애단체인 DPI일본회의(8개의 연합단체로 구성된 장애인단체연합회)는 ‘장애인의 지역생활 확립을 요구하는 전국 대행동’을 통해 전국의 475개 단체에서 1,200명이 모여 반대의 의지를 명확히 표명하면서 성명서를 발표하기도 하였으며<sup>4)</sup>, DPI일본회의가 중심된 장애인단체 연합은 총 9회에 걸친 후생성 장애인보건복지부와 회의가 지속적으로 이루어졌다. 그럼에도 불구하고 2006년에 “지원비제도”를 폐지하고 “장애인자립지원법”을 제정하면서 개호보험과 장애인복지서비스제도의 통합에 대한 논의는 일단락되었다. “장애인자립지원법” 시행 이후 장애인 욕구에 대한 부적절한 사회적 대처는 적잖은 비판에 직면하게 된다. 예를 들면 자기부담금 문제였다. 지원비제도에서 없었던 자기부담금은 국가나 지방자치단체가 사회복지비용의 부담을 느끼면서, 자기부담금에서 재정안정화를 도모하고자 시작되었다. 그러나 자기부담금 문제는 수익이 없는 최중증장애인의 경우 월 10만 엔 이상의 자기부담금을 지급할 수 없어 서비스의 양을 줄이게 되고, 결국에는 가정이나 시설로 들어갈 수밖에 없는 결과를 가져왔다. 이러한 현상은 탈시설과 자립생활을 이념으로 한 법의 취지에 부합하지 않았다. 결국 가정이나 시설로의 복귀는 결과적으로 장애인의 생존권을 빼앗는다는 이유로, 전국 각지에서 소송이 일게 되었으며 전국에서 소송단을 구성하였으며 국가를 상대로 소송을 걸어 진행됐다<sup>5)</sup>. 결국 사회적

3) 일본 생존학연구센터 홈페이지 참고(<http://www.arsvis.com>) (검색일 : 2016.03.10)

4) DPI일본회의 홈페이지 참고(<http://www.dpi-japan.org>) (검색일 : 2016.05.15)

5) 厚生省(2010) 「障害者自立支援法違憲訴訟原告団・弁護団と国の基本合意文書」

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/jiritsushienhou/2010/01/dl/100107-1b.pdf> : 국가에 소송을 제기한 곳은 さいたま, 奈良, 旭川, 和歌山, 京都, 名古屋, 大津, 神戸, 広島,

여론이 불리하게 작용되면서 국가는 “장애인자립지원법”을 폐지하고 “장애인 종합지원법”으로의 전면 개정을 진행하게 된다. “장애인종합지원법”으로 이행되기 전인 “장애인자립지원법” 시기에도 이미 장애인과 노인의 복지서비스 욕구 차별화에 관한 공감은 일정부분 이루어졌다. 그것은 2007년3월28일에 후생성 장애인복지과과장이 고시한 “장애인자립지원법을 기본으로 한 자립지원금부와 개호보험 등에 대해서(障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について)”라는 대책이었다. 이 대책은 장애인에 대해 개호보험법의 일괄적서비스의 적용을 지양하고, 장애인, 특히 중증장애인과 노인의 욕구와 그에 대한 서비스 차별화에 대한 사회적 공감을 담은 것이었다<sup>6)</sup>.

### 2.3 개호보험우선의 원칙

65세 이상의 장애인인은 요개호상태 또는 요지원상태가 되는 신체장애와 정신장애 그리고 지적장애인은 장애가 심해지면 개호보험법 규정에 따라 요개호인정을 받아 보험급부를 받을 수가 있다. 그러나 이때 장애인복지서비스를 받고 있었다라도 법률 제7조(법령의 조정규정)에 의해 개호보험을 우선 받아야 한다. 개호보험은 장애인복지서비스보다 우선하기 때문에, 개호보험서비스 이용이 가능하다면 개호보험서비스를 우선 받아야 하는 것이 원칙이다<sup>7)</sup>. 이러한 장애인복지법과 개호보험법의 관계는 “65세 이상의 장애인은 원칙적으로 개호보험을 우선 적용받는 것(이하, 개호보험 우선원칙)”을 명시하고 있는 종합지원법 제72조의 규정으로 확인할 수 있다. 따라서 대상이 되는 65세 이상의 장애인인은 본인의 의사와 선택권과 상관없이 평생 이용해왔던 장애인복지서비스를 이용할 수 없게 된다. 이에 일본의 장애계는 강하게 반발하였고, 후생노동성은 이러한 문제를 해결하기 위해서 2007년 3월에 「장애인자립지원법에 근거한 자립지원금부와 개호보험제도의 적용관계 등」을 각 지방자치단체에 통보했다(이하 <적용관계 등의 통지>).

盛岡, 岡山, 福岡, 大阪, 東京 등 14곳의 도도부현이다(검색일 : 2016.0308).

6) 全国社会福祉協議会(2010) 「2010년1월7일에는 소송단과 후생성인 합의하여 “장애인자립지원법 위헌소송의 기본 합의문”을 작성하였다. 합의문에는 개호보험우선원칙(장애인자립지원법제7조)을 폐지하고 장애의 특성을 고려한 선택제 등의 도입을 계획해야 한다고 합의하였다」 (검색일 : 2015.08.14).

7) 厚生労働省(2014) 「障害者自立支援法にもとづく自立支援給付と介護保険制度との適用関係な」 <http://www.pref.osaka.lg.jp/attach/1192/00000000/kaigonotekiyou240330.pdf#search=> (검색일 : 2016.10.25.)

그 내용은 “개호보험 우선원칙”을 기본원칙으로 하되, 장애가 있는 사람의 심신의 상태나 서비스 필요 이유가 다양하기 때문에, “개호보험 서비스를 일률적으로 우선시해서 장애인에게 필요한 서비스를 간단하게 판단해 버리는 것은 문제가 있다고 지적” 하는 것이었다. 그러므로 “장애인 복지서비스의 종류나 장애인의 상황에 따라 개호보험서비스를 우선적으로 적용하지 않아도 된다”고 규정하였다(이하 “장애고려사항” 이라한다). 즉 개호보험제도를 우선적용해야 하지만 장애복지서비스의 이용이 더욱 필요하다고 인정될 경우에는 자립지원급부를 적용하거나, 또는 두 제도의 변용이 가능하게 되었다. 그러나 <적용관계 등의 통지>의 “장애고려사항”은 모든 지역에서 공통적으로 이해되어 동일한 수준으로 서비스가 지원되거나 제도가 실행된다고는 말하기 어렵다. 각 시·정·촌의 재정 상태나 이해정도에 따라 해석과 실질적인 지원에는 차이가 있다<sup>8)</sup>

### 3. 연구 방법

#### 3.1. 분석틀

본 연구는 일본의 장애인에 대한 지원체계와 지원현황을 분석하여, 한국에의 시사점과 개선방안을 모색하는 것에 목적을 둔다. 이러한 목적을 달성하기 위하여, 본 연구에서는 사회복지정책 분석에서 주로 사용되고 있는 Gilbert와 Terrell가 제시한 할당, 급여, 전달체계, 재원을 중심으로 분석하고자 한다. Gilbert와 Terrell의 분석틀을 설정한 이유는 사회복지정책들을 분석할 때 주로 쓰이며 이 분석틀이 사회정책의 내용을 체계적으로 설명할 수 있어 분석에 활용되고 있기 때문이다(신현희, 2013; 정희경·허숙민 2015에서 재인용).

먼저 할당이란 사회적 할당인 복지급여를 받는 대상자를 말하며, 급여를 누가 받을 것인가를 결정짓는 것을 말한다. 급여를 받기 위한 조건으로는 자산의 상태, 가계규모, 연령 교육, 결혼여부 등을 들 수 있다. 이 중 가장 많이 고려되는 것은 자산의 상태이며, 자산의 상태 기준은 국가별로 조금씩 다르지만 우리나라와 일본은 대상자 개인뿐만 아니라 법적 부양의무자의 자산 상태까지 보고 있다는 것이 특징이다. 또한 할당에서 중요한 점은 선택의 기준 제시가 아

8) 西村直(2014) 介護保険優先原則による利用者への影響調査の結果에서 인용,  
<http://www.kyosaren.com/aboutKyosaren/> (검색일 : 2016.03.02)

나라, ‘사회적 할당인 복지급여를 받을 자격을 결정하는 기준이 무엇인가?’이다.

급여는 전통적으로 현금급여와 현물급여로 구분되며, 급여를 받을 대상자에게 현금급여와 현물급여로 나누어 지급하게 된다. 그 이외에도 영향력, 기회, 증서 등도 이에 포함되며 그 형태 또한 다양하다고 볼 수 있다.

전달체계는 ‘어떻게’ 전달하는가에 대한 문제이다. 즉 대상자인 ‘누구에게’와 급여인 ‘무엇(현금과 현물)’을 어떻게 전달할 것인가에 대한 것이다. 즉 제공자가 급여를 대상자에게 어떻게 전달하고 연계할 것인가에 대해서 구조화하는 것을 의미하며, 전달하는 과정을 의미한다.

마지막으로 재원은 급여를 제공하기 위한 재정을 어떻게 충당할 것인가에 대한 것으로 공공재원인지, 민간재원인지, 혼합인지를 의미한다. 현행으로 봤을 때 자기부담금도 이에 해당한다고 볼 수 있다.

### 3.2. 분석대상 및 자료수집

본 연구에서는 일본의 장애인에 대한 지원정책을 분석하기 위해 일본의 노인복지와 장애인복지에 관련한 법과 제도, 지원서비스를 언급한 문헌을 참고하여 분석하였다. 분석으로서 일본의 장애인복지와 노인복지 정책을 선택한 것에는 다음과 같은 이유가 있다. 첫째, 현재 우리나라의 장애계가 민감하게 반응하고 있는 장애인에 대한 서비스지원 정책이 시스템 안에서 먼저 경험하고 그 해결책을 찾아 안정적으로 운영되고 있기 때문이다. 둘째, 장애인에 대한 서비스 수급이 본인의 선택에 의해서 결정됨으로써 환경의 변화 없이 장애노인이 노후를 맞이할 수 있기 때문이다. 이러한 일본의 상황은 현재 장애인 정책에 혼란을 겪고 있는 우리나라에 시사하는 바가 크다고 볼 수 있다.

이를 위하여 일본의 노인의 개호보험제도(介護保険制度)와 장애인종합지원법(障害者総合支援法)을 포함하여 관련 논문 등 문헌 및 일본의 후생노동성과 관련 기관 홈페이지 등의 자료들을 수집하였다.

분석 대상이 현재 일본장애노인이 이용하고 있는 정책이므로 근거자료가 선행연구를 통한 자료이기 보다는 홈페이지 검색을 통한 자료들이 대부분임을 밝힌다. 홈페이지 검색 내용은 각주에서 자세히 밝혔으며, 참고문헌으로도 정리하였다. 또한 홈페이지 내용에 대한 신뢰성과 타당성을 확보하기 위해서 일본의 장애인복지관련 학계관계자 1인과 장애인 당사자 단체 대표 1인의 교차검증을 통해 신뢰도와 타당도를 검증 받았다.



## 4. 분석결과

### 4.1. 할당

일본의 총인구는 2016년 10월 1일 현재 1억 2,693만 명이다. 이 중 65세 이상의 고령자 인구는 3,463만 명으로, 이는 총인구에서 차지하는 총인구의 고령화 비율의 27.3%에 해당한다(総務省, 2016).

일본의 장애인구로는 재가 신체장애인이 386,4천 명 중 65세 이상이 265,5천 명이며, 재가 지적장애인 622천 명 중 65세 이상이 5만8천 명(9.3%)이다. 또한 외래 정신장애인 3,622천 명 중 65세 이상이 132,4천명(36.7%)이다(内閣府, 2014, pp.29~30). 시설입소 장애인을 제외한 재가장애인 중 65세 이상의 장애인은 총 368,7만 명이지만, 이들이 다 장애인복지서비스의 대상이 되지는 않는다. 서비스대상이 되기 위해서는 아래의 사항에 해당되어야 한다.

노인복지서비스와 장애복지서비스의 적용을 받을 수 있는 장애인은 65세 이상이 되어야 한다. 또한 다음과 같은 16개 유형의 특정질환에 해당된 40세가 된 환자도 노인복지와 장애복지서비스의 적용대상이 된다. 다만 16개 유형의 질환자 중 생활보호대상자인 경우에는 공공부조상의 의료보호혜택을 받기 때문에 대상에서 제외되며, 생활보호대상자가 아닐 경우에만 이에 해당된다. 질환이란 노령과 관계가 있는 질환으로 암(말기), 파킨슨병 관련 질환, 당뇨병성 신경장애, 관절 류머티즘, 척수소뇌변성증, ALS(루게릭), 척추관협착증, 뇌혈관질환, 패색성동맹경화증, 만성폐쇄성폐질환, 골격을 동반한 골다공증, 다계통위축증, 초노기의 치매증, 후종인대골와증, 조로증(早老症), 양측엽관절 또는 고관절에 흔히 나타나는 변형을 동반한 변형성관절염이 해당된다.

또한 65세 이상의 장애인과 16개 유형의 특정질환자들이 모두 장애인복지서비스를 이용할 수 있는 것은 아니다. 일본의 후생성이 제시한 장애노인의 개호보험제도와 장애인복지서비스의 적용을 동시에 받기 위해서는 다음에 해당되어야 한다. 첫째, 장애당사자가 장애특성에 따라 받아야 할 서비스가 개호보험제도에는 없고, 장애인복지서비스에만 있다고 인정될 경우이다. 둘째, 개호보험을 받기 위한 심사에서 개호보험이용 대상자로 선정되지 못하게 되면 장애인복지서비스를 그대로 받을 수 있는 자격이 주어진다. 셋째, 이용 가능한 개호보험서비스가 본인이 살고 있는 지역의 사업소나 시설 등 가까운 곳에 없는 등 개호보험서비스의 이용이 곤란하다고 시·정·촌이 인정한 경우에도 장애인

복지서비스를 받을 수 있다고 규정하고 있다.

그러나 지방자치단체 별로 약간의 차이는 있지만, 실제사례를 살펴보면 장애인들이 개호보험을 신청하게 되면 기존의 장애인복지서비스의 양에 비해 현저하게 줄기 때문에 “장애고령사항”의 지침에 따라 개호보험을 신청하지 않고 장애인복지서비스를 그대로 받고 있는 장애인들이 많다고 볼 수 있다.

장애가 있는 상태에서 노인이 된 경우와 고령화의 동반으로 인해 장애인이 된 경우에는 “신체와 기능의 저하”가 함께 나타나기 때문에, 서비스의 지원방법도 동일하다는 오해가 있을 수 있다. 그러나 장애당사자 개인의 신체적 특성은 각기 다르며, 필요로 하는 서비스나 욕구 또한 다르기 때문에 장애인과 고령 장애인에 대한 지원서비스를 단순히 “손상을 가진 노인”으로 간주해서는 안 된다는 것을 인정하고 있다고 볼 수 있다. 이러한 오해는 지적장애인이거나 정신장애인의 경우도 마찬가지이다. 더욱이 신체적 장애가 없는 지적장애인이거나 정신장애인의 경우는 65세 이후가 되면서 체력저하로 신체장애가 나타나지만, 개호보험서비스를 받을 수 있는 신체적 손상이 없기 때문에 적용을 받을 수 없어 장애인복지서비스만 받고 있는 경우도 있다(황주희 외, 2014, pp.151-157).

장애노인이 장애인복지서비스와 장애인기초연금을 받기 위해서는 장애를 등록하고 장애인수첩을 소지하고 있어야 하며, 서비스의 대상이 되기 위해서는 장애인복지서비스에 대한 신청이 이루어져야 한다. 기초 장애연금의 경우는 65세가 되어도 고령연금이 아닌 장애인기초연금을 그대로 받게 되는데 반드시 등록 장애인이어야 한다.

## 4.2. 급여

일본의 장애인에 대한 지원은 기본적으로 현금급여와 현물급여로 나뉜다. 대체적으로 장애기초연금과 장애수당, 의료비지원제도는 현금급여이며, 그 외 장애인복지서비스는 현물급여이다. 먼저 현금급여를 살펴보면, 국가에서 지급하는 장애기초연금과 장애특별수당이 있다. 장애기초연금은 18세 이전에 장애인이 되었음을 인정받은 사람들 중 장애1급과 장애2급이 받을 수 있으며, 장애1급은 월액 81,258엔(연 975,100엔), 2급은 월액 65,000엔(연 780,100엔)의 연금을 받는다(2016년 기준). 특별장애수당이 있는데, 이는 최종증장애인들 중에서 상시적으로 특별한 개호를 필요로 하는 특별장애인으로 인정되면 매월 26,620엔의 특별수당이 지급되는 것이다. 다만 장애인당사자의 전년도 소득이

3,604,000엔 이상인 사람, 부양의무자의 전년도 소득이 6,287,000엔 이상일 경우에는 수당을 지급하지 아니한다. 그 외에도 지방자치단체별로 차이는 있지만, 동경도의 경우 중증장애인에게 매월 6만엔의 별도 장애수당이 지급된다. 그러므로 65세 중증장애인의 경우 연금 81,258엔 이외 특별장애수당은 중복중증장애인인 경우에는 33,470엔, 지적 또는 신체적 중증장애인의 경우 27,670엔, 정신장애인의 경우는 26,620엔의 장애수당을 받고 있다. 또한 각 시별로 1급과 2급 장애인은 4,000엔, 3급 장애인은 2,500엔 등 장애등급에 따라 별도의 수당을 받고 있다. 그러므로 예를 들어 동경도에 거주하는 1급 중증장애인의 경우라면 장애기초연금과 특별장애수당과 도(都)의 수당과 중증심신장애수당을 합해 최대 현금급여만 170,000만 엔 정도의 현금급여를 받을 수 있다.

또한 의료비지원제도로는 후기고령자지원제도가 있는데 이 제도는 65세부터 74세의 장애가 있는 고령자가 대상으로 광역지역의 의료비연합으로부터 인정 받은 날부터 가입이 가능하다. 후기고령자의료보험증에는 각 개인의 소득수준에 따라 자기부담금 10%, 30%가 명시되어 있어, 진료를 받을 때 의료기관에 제출하면 된다. 후기고령자의료제도는 고액의 의료비를 지원하기 위한 것이라고 볼 수 있다. 그러나 10%, 30%의 자기부담금이 부담이 되는 중증장애노인들에게는 지방자치단체가 대신 지급하기도 한다. 교토의 경우가 이에 해당되는데, 입원 중의 식대, 거주비, 노인방문개호요양비의 기본이용료를 교토 시가 대신 지급하고 있다<sup>9)</sup>.

현물급여는 장애인복지서비스 중 재택개호, 중증방문개호, 중증장애인포괄지원은 원칙적으로 개호보험을 우선으로 한다. 정신장애인이거나 지적장애인, 시청각장애인이 장애특성으로 인해 개호보험보다는 장애인복지서비스 이용이 적당하다고 지방자치단체가 인정한 경우에는 장애복지서비스 이용이 가능하다. 이것은 앞서 기술한 것처럼 「장애인자립지원법에 근거한 자립 지원 급부와 개호보험 제도의 적용 관계 등」에 예외적으로 포함된 “장애고려사항”에 의해서 가능한 것이다. 또한 행동원호와 동행원호는 통원 시에 필요한 지원과 사회생활상에 필요불가결한 외출 시에 필요한 지원은 개호보험서비스를 우선 적용할 수 있다. 그리고 단기입소, 거주생활입소, 공동생활원원조(그룹홈 등), 주간보호시설 또한 정신장애나 지적장애 등 장애특성으로 인해 장애복지서비스 이용이

9) 京都市(2016) 「後期高齢者医療制度」 <http://www.city.kyoto.lg.jp> (2016년4월12일 검색)

적당하다고 지방자치단체가 인정한 경우에는 장애복지서비스를 받을 수 있다.

장애인복지서비스를 받는 대부분의 장애인들은 중증장애인들로 80시간 이상의 활동지원서비스를 받고 있거나, 그에 준하는 서비스를 받고 있다. 이러한 숫자는 개호보험서비스의 양을 훨씬 웃도는 것으로써 일부 장애노인들이 65세 이상이 되더라도 장애인복지서비스를 계속적으로 이용하고 있다고 볼 수 있다.

그러나 취로계속지원 A, B형의 경우는 장애노인들이 실질적으로 취로에 대한 욕구가 적기 때문에 변용이 불가능하며, 방문입욕서비스나 이동지원, 지역이행지원급여는 개호보험서비스를 통해 충분히 해결할 수 있기 때문에 개호보험서비스를 이용하도록 장려하고 있다.

한편 경증의 장애노인들로 장애인복지서비스를 많이 이용하지 않았던 장애인들은 개호예방 일상생활지원종합사업<sup>10)</sup>에서 고령의 정신장애인이나 지적장애인에게 제공되는 서비스를 제공받고 있다. 서비스의 지원 내용은 복지서비스의 이용절차나 생활비관리, 연금증서 등 중요한 서류보관 등으로, 지역에서 생활할 때 필요한 지원을 제공하는 서비스를 말한다. 또한 현재 시설에 입소해 있거나 병원에 입원해있더라도 퇴원이나 퇴소예정인 사람은 이용가능하다. 서비스 제공은 일상생활지원전문인과 생활지원인이 실시한다. 일상생활지원전문인(日常生活支援専門員)은 복지서비스 이용지원, 불만해결제도의 이용지원, 주택개조, 주민표 제출할 때 필요한 지원 등 정기적으로 방문하여 생활변화를 확인 후 필요한 서비스를 지원한다. 한편 생활지원인(生活支援員)은 정기적인 방문으로 생활변화를 관찰하고 예금입금, 예금해약, 이용자가 이용하고자 하는 서비스 내용을 설명하고 생활지원계획을 세우며, 서비스를 제공하기도 한다. 지역생활지원사업(地域生活支援事業)은 지역생활 전반에 필요한 상담에 응하고, 정보를 제공하며, 특히 성년후견제도의 이용촉진 및 의사소통지원 강화에 목적에 두고 있다. 성년후견제도에 대한 법인후견활동 소개, 수화통역사의 파견, 복지기기 대여 등 시·정·촌이 장애인들의 일상생활을 지원하는 사업을 지원하고 있으며, 장애노인 또한 이 사업의 대상이 된다.

또한 장애노인은 고령자지역생활포괄지원사업의 대상이 되기도 한다. 장애인으로 장애인복지서비스를 받지 않는 사람들은 개호예방지원 및 포괄지원사업 서비스를 받게 된다. 이 서비스의 주요내용은 경증 장애노인들에 대한 개호예방

10) みずほ情報総研株式会社(2012) 介護予防・日常生活支援総合事業の手引き에서 인용

케어서비스, 일상생활에 필요한 종합상담, 권리옹호서비스 등 포괄적이고 지속적인 케어메니저서비스이다. 개호보험 우선원칙임에도 불구하고 장애인들이 계속적으로 장애인복지서비스를 이용할 수 있는 것은 장애특성과 사회환경에 따라 생활욕구가 변화함을 사회가 공감하고 인정하기에 가능하다고 할 수 있다.

### 4.3. 전달체계

서비스의 전달체계는 급여가 필요한 수요자에게 가장 효율적으로 잘 전달하여 수요자의 욕구를 효과적으로 충족시키는데 큰 역할을 한다(박윤자·강연숙, 2013).

현재 장애노인이 지역에서 필요한 서비스를 받는 곳은 지역생활지원센터이다. 지역생활지원센터는 전국의 시·정·촌 1,742곳(2014년 기준, 시·정·촌의 수는 1,718곳<sup>11)</sup>)에 설치되어 있으며, 도·도·부·현 지역생활지원센터는 시·정·촌 지역생활지원센터의 사업을 지원하고 있다. 시·정·촌은 이 사업의 전부 또는 일부를 민간단체에 위탁하거나 보조할 수 있다. 또한 지적장애인이거나 정신장애인이 주 대상자가 되는 일상생활지원사업의 주체는 도·도·부·현의 사회복지법인 사회복지협의회 1,727곳에서 실시하고 있다.

지역포괄지원센터는 2006년 개호보험법 개정으로 만들어졌으며, 2008년 4월부터 전국에 설치되었다. 지역포괄지원센터는 시·정·촌이 설치주체가 되어 보건사, 사회복지사, 주임개호지원전문원 등을 배치하고 있으며, 3직종의 협력으로 주민의 건강증진 및 생활안정을 위해 필요한 원조를 실시하고 있다. 또한 보건의료 향상 및 복지 증진의 포괄적 지원을 목적으로 하는 곳이다(介護保険法 第115条 46). 대부분의 노인이나 고령자가 지역포괄지원센터를 통해 서비스를 지원받고 있으며, 고령자의 생활을 지탱하는 중요한 역할을 하고 있다. 또한 전국에 4,328개소센터가 있으며, 시사와 지부를 포함하면 7,072개소가 된다. 지역포괄지원센터의 설치주체는 직영 약 30%, 위탁 70%로, 위탁이 증가하고 있다<sup>12)</sup>. 민간위탁방식으로 운영되며 상근인력으로는 사회복지사, 보건사, 주임케어메니저가 의무적으로 배치되어 있다. 이들은 주로 이용자에 대한 종합상담 지원업무 이외에도 권리옹호업무, 개호예방, 케어메니저먼트업무 등 다면적이

11) 総務省(2016)市町村合併資料集

<http://www.soumu.go.jp/gapei/gapei2.html>(검색일 : 2016.03.10.일)

12) 厚生労働省(2013) 「地域包括支援センターにおける実務実態に関する調査研究報告書」

[http://www.mri.co.jp/project\\_related/hansen/uploadfiles/h23\\_03.pdf#search=](http://www.mri.co.jp/project_related/hansen/uploadfiles/h23_03.pdf#search=)(검색일 : 2016. 03.10.)

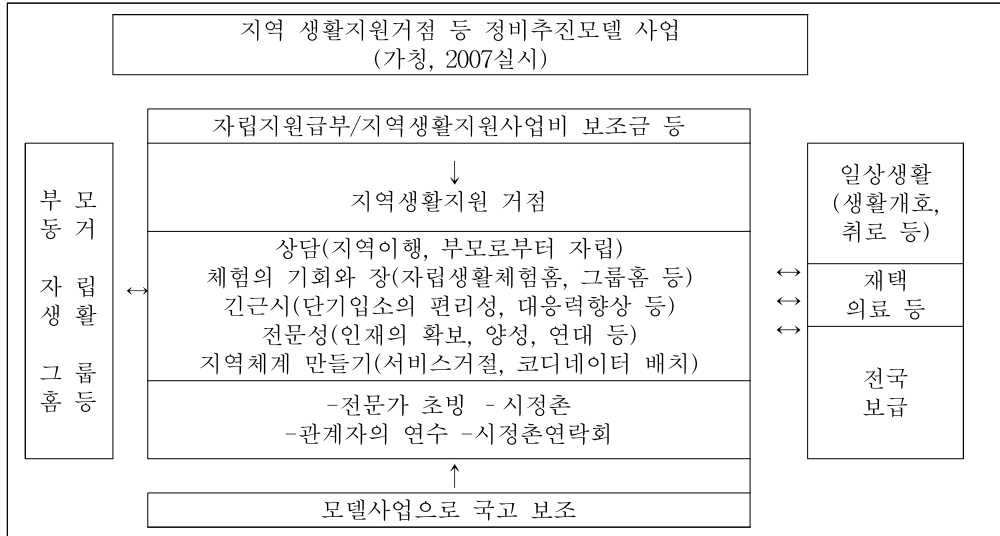
고 포괄적이며 지속적인 지원업무를 실시하고 있다. 특히 케어매니지먼트사업은 케어매니저의 역량을 높이기 위한 연수를 실시하고 있으며, 매니저들의 경력을 고려하여 연수 내용이 다양하게 이루어지고 있다.

2017년에 실시예정인 장애인의 지역생활지원거점은 장애인의 탈시설과 지역이행을 통한 지역지원서비스의 정비를 위해 준비하는 정책이다. 지역생활지원거점은 각 시·정·촌에서 관리하게 되는데, 이는 장애인들의 고령화, 중증화나 부모 사망 후에 나타나는 장애인 개인이 안고 있는 과제들에 어떤 식으로 대응하고 지원해야 할 것인가를 결정하고 실행한다. 이때 개인에 대한 지원은 각 개인, 즉 서비스 이용자의 욕구나 장애인복지서비스의 현황, 기관 간 상담지원센터의 설치유무 등을 고려하여 결정한다. 이 거점의 정비를 위해 필요한 기능들은 주로 상담(시설에서 지역으로의 이행, 부모로부터의 자립), 자립체험의 기회와 자립생활 장소를 제공(자립생활과 그룹 홈 등), 긴급시에 이용할 수 있는 곳에 대한 준비, 전문성(인재확보, 양성, 연대 등), 지역사회 지원체계(서비스 거점, 코디네이터의 배치 등)등이다. 2017년부터는 각 시·정·촌 또는 각 권역에 적어도 한 곳을 설치하겠다는 목표로 진행되고 있다. 지역생활지원거점은 각 지역에서 진행 중인 서비스를 집약시키고, 여기에 그룹홈과 장애인지원시설을 포함하는 것을 말한다. 즉, 그룹홈과 시설을 지역에 두겠다는 발상이기도 한다. 이때 도·도·부·현의 역할은 시·정·촌에서 실시하는 서비스와 사업들에 대한 지원(예를 들면, 시설입소지원의 이용자 수 등)과 지도감독을 하게 된다. 일본은 이 지역생활지원거점을 통해 장애인은 물론 장애인노인의 지역생활을 지원하고자 하며, 이 거점은 구체적인 사업이 아닌 지역공동체의 의미를 지닌다고 볼 수 있다. 또한 이 거점의 특징은 자립생활하는 장애인뿐만 아니라, 소규모 거주시설 이용자나 그룹홈 이용자들을 다 포괄하는 것으로 소규모 거주시설을 지역에 두어야 한다는 원칙을 가지고 있다고 할 수 있다. 또한 기존에 지역사회에서 진행되는 서비스들을 활용함으로써 새로운 시스템을 정비한다기 보다는 기존의 시스템을 적극 활용하는 형태를 취하고 있다. 지역생활지원거점은 3년간의 모델사업을 거쳐 2017년부터 실시될 예정이다<sup>13)</sup>.

13) 厚生労働省(2014) 「社会保障新議會障害者部会配布資料」

[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shougai/shougai\\_shisaku/shougai\\_kyogi/dai7ki/semonbukai1.files/260722\\_12.pdf#search](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shougai/shougai_shisaku/shougai_kyogi/dai7ki/semonbukai1.files/260722_12.pdf#search)(검색일2016.03.10)

〈표1〉 지역생활지원거점(2017년 실시) 정비추진모델 사업



출처 : 日本厚生労働省, 2016

2017년부터 시행될 지역생활지원거점은 앞으로의 장애인과 장애인에 대한 모든 지원의 중심이 될 것으로 보인다.

#### 4.4. 재원

장애인복지서비스를 총괄하는 장애자종합지원법의 재원은 100% 조세방식을 취하고 있다. 재원조달은 국가 50%, 도·도·부·현 20%, 시·정·촌 20%, 그리고 자기부담금 10%인 혼합방식을 채택하고 있다. 자기부담금의 경우 매월 상한선이 있으며, 초과할 경우에는 지방자치단체가 지원한다. 자기부담금은 소득에 따라 4개 범주로 부담 상한월액이 정해진다. 매월 이용한 서비스 양에 상관없이, 그 이상의 부담은 발생하지 않는다. 또한 소득을 판단하는 세대의 범위는 18세 이상일 경우에는 장애인과 그 배우자로 정하고 있다. 이때 장애인이나 배우자가 생활보호수급세대거나 시·정·촌민세 비과세세대일 경우에는 자기부담금이 발생하지 않는다. 즉 3인 세대로 장애인기초연금 1급 수급자의 경우, 수입이 약 300만 엔 이하의 세대가 자기부담금 면제 대상이 된다. 또한 시·정·촌민세 과세세대로 수입이 약 600만 엔 이하의 세대인 경우에는 9,300엔의 부담금이 발생하며, 위의 세대에 해당하지 않고 수입이 있는 세대의 경우는 37,200

엔의 부담금이 발생 한다(厚生労働省, 2015). 그러나 실질적으로 많은 중증장애인들의 수입이 없거나 시·정·촌민세 비과세세대가 많기 때문에 월 이용 상한액이 0엔이거나 최대 9,300엔에 지나지 않는다. 그 외 장애인에게 추가비용은 그 지방자치단체가 지급하고 있다.

<표2> 세대 수입현황별 자기부담금 상한액

구분	세대의 수입 상황	부담상한월액
생활보호	생활보호수급세대	0엔
저소득	시·정·촌민세 비과세세대	0엔
일반 1	시·정·촌민세 과세세대(소득비율로 계산하여 16만 엔 미만) 입소시설이용자(20세 이상), 그룹홈과 케어홈 이용자를 제외	9,300엔
일반 2	생활보호, 저소득, 일반 1을 제외한 대상자	37,200엔

출처: 日本厚生労働省(2016)

한편 일본 개호보험의 경우 2015년 8월부터는 일정 이상의 소득이 있는 고령자가 개호보험서비스를 이용할 경우에는 자기부담률이 10%에서 20%로 인상되었다. 베이비붐 시대(1947년부터 1949년)에 태어난 사람들이 고령기에 접어들면서 요개호인정자가 급증하여 개호보험제도의 존속이 위협해질 수도 있다는 이유에서이다. 그러나 장애인복지서비스에서도 제시하였듯이 장애노인의 경우 대부분 소득이나 재산이 없는 경우가 많기 때문에, 실질적으로 자기부담금은 0원일 가능성이 많다. 후기고령자의료제도의 운영주체는 도내 모든 시·구·정·촌이 가입하는 각 도·도·부·현의 후기고령자 의료광역연합이다. 시·구·정·촌은 가입 및 자격상실에 대한 신고와 접수, 주소변경 및 급부신청 등을 접수하는 창구역할을 한다. 대상자는 후기고령자의료제도의 대상자인 75세 이상 1,400백만 명으로, 의료비는 12.8조 엔(2010년 예산)이며 급부비용은 11.7조 엔, 환자부담금은 1.1조 엔 이었다. 2010년 보험료는 전국평균 63,000엔(연, 기초수급권자는 약 4,200엔)이었다. 시·정·촌 일상생활지원사업에 대한 재원은 국가가 예산의 범위 내에서 50%를 지원하고 도·도·부·현이 25%, 시·정·촌이 25%를 부담한다. 도·도·부·현 지역생활지원사업은 국가가 50%, 도·도·부·현이 50%를 지원한다. 일상생활지원사업은 실시주체가 사회복지법인이기 때문에 별도의 지



원이나 보조비는 없다. 다만 서비스를 이용하는 1회의 서비스 제공료로 이용자  
에게 1,200엔의 이용료를 받고 있다. 상담은 무료이다.

## 5. 결론 및 제언

### 5.1. 결론

일본의 현행법에 따르면 65세 이상의 장애인 또는 특정질환자는 요개호인정  
을 받아 요개호 또는 요지원상태가 된 사람은 개호보험서비스를 받을 수 있다.  
그러나 개호보험만으로 서비스의 양이 부족한 경우에는 장애인복지서비스를 이  
용할 수 있으며, 장애인 개인의 다양한 욕구를 반영하는 종합적인 서비스를  
제공받는다(原田啓一郎, 2012). 이러한 일본의 장애인 지원정책은 장애인의 지  
역생활과 사회참여를 장려하고 장애특성에 맞는 서비스 욕구를 인정함으로써,  
다른 정책들과는 차별화를 시키고 있다. 본 연구에서는 일본의 장애인들이 이  
용할 수 있는 복지서비스 분석하였으며, 분석 결론을 요약하면 다음과 같다.

첫째 할당이다. 즉 개호보험제도와 장애복지서비스의 적용을 받을 수 있는  
장애인은 65세 이상이 되어야 하며, 앞에서 서술한 바와 같이 16개 유형의 특  
정질환자로서 40세 이상인 된 환자도 개호보험과 장애복지서비스의 적용대상  
이 된다. 다만 16개 유형의 질환자 중 생활보호대상자인 경우에는 공공부조상  
의 의료보호혜택을 받기 때문에 대상에서 제외되며, 생활보호대상자가 아닐 경  
우에만 이에 해당된다. 개호보험은 장애인복지서비스에 비해 서비스의 양이 월  
등히 줄어들기 때문에 장애인들이 개호보험서비스를 이용하는데 한계가 있다.  
또한 장애특성을 감안할 때 장애노인의 욕구에 맞는 서비스가 개호보험서비스  
에 없는 경우가 많아 많은 장애인들이 실질적으로 장애인복지서비스를 이용  
하고 있으며, 점점 그 수는 증가하고 있다.

둘째 급여이다. 현금급여는 장애인인 65세가 되면 현금급여로 장애연금과  
장애수당, 특별장애수당 등을 받을 수 있다. 또한 74세 이상이면 후기고령자의  
료비제도의 수급권자가 된다. 현물급여는 의료적 기준에 따라 인정등급을 받는  
개호보험서비스의 경우, 장애노인의 사회활동과 장애개인의 특성을 고려하여  
책정된 서비스가 아니기 때문에 장애노인이 이용하기에는 서비스의 양이나 질

이 부족하다. 뿐만 아니라 지원체계와 접근방법이 일반노인복지와 엄연히 다르기 때문에 장애인들은 기존에 이용하여 익숙한 장애인복지서비스를 제공받고 있었다.

셋째 전달체계이다. 전달체계는 빠르고 정확하게 서비스를 지원기관을 통해 장애인에게 제공하는 것을 말한다. 일본은 2017년 지역생활지원거점을 준비하고 있다. 지역생활지원거점은 장애의 고령화에 대비하는 것임을 사업의 목적에 명시하고 있다. 장애인에게 꼭 필요한 서비스를 신속하게 제공하기 위해서는 생활환경을 중심으로 장애인에게 필요한 서비스가 가까이 있어 쉽게 서비스를 쉽게 이용할 수 있어야 한다. 또한 일본의 사회복지전달체계에서 가장 중요하게 인식하고 있는 것은 상담이다. 정보제공과 일상생활에 대한 모든 상담이 가능한 지역생활지원센터의 사업과 지적장애노인과 정신장애노인에게 알맞은 서비스를 지원하는 일상생활지원센터의 사업은 장애인들의 욕구를 충분히 반영할 수 있으며, 장애노인을 위한 개별화된 서비스가 가능한 전달체계라고 볼 수 있다.

마지막 재원이다. 현재 장애인복지서비스의 재원은 세금으로 국가와 지방자치단체가 부담하고 있다. 이 외 이용 장애인의 자기부담금이 있다. 원래 “장애인자립지원법”하에 있었던 2006년부터 2013년까지 일본 장애인이 맞닥뜨린 쟁점은 “응역부담(수입에 따른 차등)”에 대한 논쟁이었다. 소득에 상관없이 이용한 금액만큼의 자기부담금이 발생하였는데, 장애계의 반발과 장애인들의 서비스이용 감소로 인해 2013년 “장해자종합지원법” 제정 이후에는 소득에 따라 자기부담금이 결정되었다(정희경·허숙민, 2015). 또한 상한금액이 정해져 있어, 소득이 거의 없는 장애노인의 경우 서비스의 양에 관계없이 자기부담금을 납부하지 않는다. 이상의 결과를 표로 정리하면 다음과 같다.

&lt;표3&gt; 분석들에 따른 정리

분석	장애인지원정책
할당	- 65세 이상의 장애인, 40세 이상 16유형의 특정질환자 - 개호보험만으로 서비스의 양이 부족한 장애인 - 개호보험서비스만으로는 서비스가 부족한 장애인
급여	- 현금 급여는 장애연금, 특별장애연금, 장애수당, 후기고령자의료비지원제도 - 현물급여는 장애인복지서비스, 일부 노인개호보험 서비스
전달 체계	- 도·도·부·현, 시·구·정·촌은 각 센터를 지원 - 고령자지역포괄지원센터, 장애인지역생활지원거점, 지역생활지원센터, 일상생활지원센터 등 직접적인 서비스와 상담 지원
재원	- 장애인복지서비스는 국가 50%, 도·도·부·현 20%, 시·정·촌 20%, 자기 부담금 10% (소득에 따라 자기부담금이 차이가 있는 응익부담) - 후기고령자의료비지원제도의 재원부담은 지방자치단체, 자기 부담금 20%

## 5.2. 제언

현재 우리나라의 장애노인이 장애인복지서비스를 유일하게 받을 수 있는 것은 활동지원제도라고 볼 수 있다. 그러나 65세 이상이 되면 현행법상 활동지원 제도를 이용할 수 없으며, 노인장기요양서비스로 전환해야 한다. 생일전달 까지 활동지원서비스로 577시간을 받던 A씨가 다음 달 65세가 되면서 70시간의 노인장기요양서비스를 받을 수 있다는 판정을 받은 사례가 소개되었다<sup>14)</sup>. 이러한 사례는 법이 유연성을 발휘하지 않으면 앞으로도 많아질 것으로 예상된다. 이러한 병폐를 막기 위해서 다음과 같은 제언이 필요하다.

첫째, 관계법령의 개정이 필요하다. 현재 장애인활동지원서비스는 장애인활동지원법에 의거하여 실시되고 있다. 장애인활동지원법 제12조 제1항에 있는 자격요건을 완화하여 65세 이상이 되더라도 노인장기요양서비스만으로 일상생활이 어려운 장애인에게는 장애특성과 주위환경을 고려한 서비스를 65세 이후에도 활용할 수 있어야 할 것이다. 현재 일본의 경우 원칙적으로는 “개호보험의 원칙”을 주장하고 있지만, “장애인배려사항”을 통해 지방자치단체장의 재량에 따라 노인복지와 장애인복지의 통합 또는 연계를 통해서 장애인에 대한 통합적인 서비스지원이 이루어지고 있는 것이 현실이다. 그러나 경우 우리나라의 경우는 “서비스의 중복 수급”이라는 이유로 엄격하게 금하고 있다. 그로 인해 65세 이상의 장애노인은 노인장기요양서비스로 강제 전환되면서 서비

14) 한겨레신문, 2015년4월19일 기사

스의 양이 현저히 줄어들어 본인이 오랫동안 살아왔던 지역생활유지가 어려워지게 되어 결국에는 시설로 들어가는 경우가 발생하게 된다. 이러한 병폐를 방지하기 위해서는 관계법령을 개정하여 장애인인이 65세 이상이 되었을 때도 장애인복지서비스를 우선적으로 받을 수 있도록 하거나, 본인이 선택을 할 수 있도록 정책적 보완이 시급하다. 장애노인의 정책을 결정할 때는 오랫동안 장애인으로 살아온 사람들에 대한 우선 정책이 필요하며, 노인복지와 장애인복지 서비스 제도의 통합과 효율을 위한 지속적인 검토가 더욱 필요할 것이다(김찬우, 2013 ; 황주희, 2014).

둘째, 현재 공공부조형식으로 진행되고 있는 장애인연금 금액을 상향조정하여 소득보존제도로써 연금을 현실화하여야 할 것이다. 이 역시 장애인인은 65세 이상이 되면 기초연금을 수급하게 되는데 이럴 경우 장애인복지법상에서 지급하고 있는 장애수당을 받지 못하게 된다<sup>15)</sup>. 장애노인의 경우 일반노인보다 신체적 특성상 비용이 많이 발생하기 때문에 동일 연금생활을 할 경우 상대적으로 더 어려움을 겪을 것임을 예상할 수 있으므로 이에 대한 개선이 필요하다. 또한 현물급여도 단순한 활동지원서비스 이외의 부가급여 부분의 서비스 내용이 증가되어야 할 것이다. 예를 들면 생활 습관병이나 합병증을 예방하기 위한 식생활 개선이나 예방 프로그램들의 범의 테두리 안에서 장애인들에게 지원되어야 할 것이다. 또한 2017년 12월부터 시행예정인 “장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률”이 잘 시행될 수 있도록 국가나 지방정부는 노력을 해야 할 것이며, 동법을 통해 장애인주치의제도가 정착되어야 할 것이다.

셋째, 현재 우리나라의 장애인 서비스제공기관은 활동지원제공기관이나 노인장기요양과건기관에 불과하다. 장애인인들이 본인들이 살아왔던 지역을 떠나 시설로 들어가지 않기 위해서는 지역사회에서 장애노인을 지원할 수 있는 전달체계의 확립과 지원체계의 정비가 필요하다. 예를 들면 유사시에 이용할 수 있는 단기보호시설이나 소규모 그룹홈 등을 통해 장애인에게 개인별 서비스를 지원할 수 있어야 할 것이다. 이러한 전달체계의 확립은 장애인 뿐만 아니라 가족이나 부양자의 부양부담이 감소될 것이다. 또한 장애노인의 특색을 잘 이해하고 지원할 수 있는 전문인력의 양성이 필요하다. 전문인력의 양성은

15) 장애인복지법 제49조에 의거하여 장애인연금을 받지 못하는 경증장애인에 대하여 월4만 원의 장애수당이 지급된다. 장애인복지법상 중증장애수당이 독립하여 장애인연금법이 되었으며, 경증장애인에 대한 수당은 그대로 장애수당이 되었다.

각 장애유형별 기관에서 실시하여야 할 것이다. 예를 들면 지적장애인가에서는 지적장애인에 필요에 인력을 양성하고, 시각장애인가는 시각장애인에 필요한 인력을 양성해야 할 것이다. 현재 활동지원인 교육기관에서 양성하는 활동지원인들은 장애인복지전반에 대한 교육을 받고 파견되고 있기 때문에 전문 인력으로 평가하기에는 다소 무리가 따른다고 볼 수 있다.

마지막, 재원부분이다. 현재 우리나라의 장애인에 대한 지원서비스는 극히 일부의 장애인복지서비스를 이용하는 장애노인을 제외한 대부분의 사람들이 노인장기요양보험서비스를 이용하지만 그 외의 서비스는 거의 없다고 볼 수 있다. 그렇기 때문에 장애노인을 위한 서비스개발, 상담지원, 치매나 질병을 예방할 수 있는 예방프로그램 개발을 할 수 있도록 재원의 확보가 필요하다. 그러나 재원을 새로 확보하려고보다는 기존의 장애인복지서비스의 재원을 재분배하는 것이 바람직하다고 볼 수 있다.

### 【참고문헌】

국가인권위원회(2012) 『시설거주인 거주 현황 및 자립생활 욕구 실태조사』 국가인권위원회  
 김동배·채수진·박은영(2009) 「장애노인의 이중차별 경험과 성공적 노화의 관계: 역할수행의 매개효과」 『노인복지연구』 40(1), 한국노인복지학회, pp.63-87.  
 김미향(2015) 「나이 먹은 것도 서러운데 ‘장애노인’외면 하는 ‘활동지원제’」 한계레신문, 2015년4월19일 기사.  
 김성희·이송희·노승현·정일교(2011) 『장애노인 서비스 연계방안』 보건사회연구원  
 김성희·변경희·이성애·정희경·이민경(2012) 『주요 선진국 장애판정제도 현황 및 정책적 시사점 연구』 한국보건사회연구원  
 김성희(2014) 『2014 장애인 실태조사』 한국보건사회연구원  
 김홍수(2011) 「장애노인의 의료이용에 영향을 미치는 요인」 『한국노년학』 31, 한국노년학회, pp.171-188.  
 박윤자·강영숙(2013) 「노인장기요양보험제도의 한·일 비교연구」 『일본문화연구』 45, 동아시아일본학회, pp.173-192.  
 박혜정(2006) 「노령장애인의 재취업욕구와 전이욕구에 관한 조사연구」 한국노년학회 2006 춘계학술대회발표자료  
 선우덕·송현중·이윤환·김동진(2004) 『허약노인 대상의 보건의료서비스 개발 및 효율적 운영체계 구축방안』 보건사회연구원  
 송미영(2011) 「남녀 장애노인의 일상생활만족도 비교분석」 『한국노년학』 31(1), 한국노년학회, pp.143-155.  
 신준옥(2013) 『장애인활동지원서비스가 가족부양부담에 미치는 영향 : 가족 레질리언스 조절효과를 중심으로』 성결대학교 일반대학원 박사논문.

- 양희택·신원우(2011) 「장애를 가진 노인의 특성에 관한 연구:고령화된 장애와 노화에 따른 장애의 비교를 중심으로」 『노인복지연구』 52, 한국노인복지학회, pp.255-278.
- 이슬기(2013) 「장애노인에게 활동지원제도는 없다」 에이블뉴스
- 이재환(2016) 「장애노인 신체활동 참여 제약요인 탐색」 『한국특수체육학회지』 24, 한국특수체육학회, pp.83-96 .
- 황주희·노승현·강민희·정희경·이주연·이민경(2014) 『장애노인 대상의 통합적 복지서비스 제공을 위한 정책방안』 한국보건사회연구원
- 大島正彦(2007) 「社会福祉基礎構造改革の問題点」 『文京学院大学』 人間学部研究紀要, pp.276-278.
- 京都市(2016) 「後期高齢者医療制度」京都市
- 厚生労働省(2014) 「地域生活支援拠点」社会保障審議会障害者部配布資料
- 厚生労働省(2012) 「障害者自立支援法に基づく自立支援給付と介護保険制度との適用関係等について」障害者福祉課長通達書文
- 厚生労働省(2016) 「地域包括支援センターにおける実務実態に関する調査研究報告書」
- 講内源太(2013) 「多職種連携の視点からみたF I Mと日常生活自立度の関連性について」日本理学療法学会発表資料
- 板橋裕子・別所遊子・上野まり(2012) 「夫介護者の排便介護の負担感および肯定感 : 妻介護者との比較から」 『地域社会看護学会』 15(1), pp.5-15.
- 生存学センター(2016) 「介護保険と障害者福祉サービスの統合問題について」立命館大学
- 総務省(2016) 『市町村合併資料集』総務省
- 総務省(2016) 『人工統計一平成28年10月報』総務省
- 全国社会福祉協議会(2015) 「障害者の高齢化に関する課題検討報告」全国社会福祉協議会障害関係団体連絡協議会
- 全日本障害者自立生活センター連合会(2016) 「介護保険と障害者福祉の統合反対について」全日本障害者自立生活センター連合会
- 滝沢茂男(2015) 「褥瘡の予防とリハビリテーション実施に関する研究」 『バイオフィリアリハビリテーション学会』 (2), pp.158-166.
- DPI日本会議(2004) 「障害者施策の介護保険統合に反対する緊急アピール」DPI日本会議
- 原田啓一郎(2011) 「高齢障害者の介護保障をめぐる法制度の現状と課題—小規模多機能型居宅介護事業背負所と障害者支援施設の事例分析を通じて」内部資料
- みずほ情報研究所(2012) 『介護予防・日常生活支援総合事業の手引き』みずほ情報総研株式会社
- 内閣府(2014) 『障害者白書』内閣府
- 西村直(2014) 「介護保険優先原則による利用者への影響調査の結果」きょうされん.
- 山崎雅也・清水順市(2012) 「訪問リハビリテーション導入が介護負担感におよぼす影響」 『理学療法学会大会発表文』 39.

논문 투고 일자 : 2016. 10. 08.

논문 심사 일자 : 2016. 11. 02.

게재 확정 일자 : 2016. 11. 03.

---

 < 要 旨 >
 

---

## 日本の制度文化からみる日本の障害老人政策研究

鄭喜慶

本論文では、日本の障害老人に対する社会福祉政策を分析し、混乱を重ねている韓国の障害老人関連政策樹立のための方向性を提示することを目的とする。分析は、社会福祉政策分析でよく使われているGilbertとTerrellの分析枠組みを利用し、分析結果をもとに、韓国の障害老人に対する政策の改善案を提示すると、次の通りである。

第一に、関係法令の改正により、障害者が65歳になっても本人の意志を尊重し、高齢者福祉ではなく障害者福祉サービスを利用すべきである。第二に、現金給与に該当する障害者年金を現実化しなければならない。障害老人の場合、一般的な高齢者よりも身体的特性上、コストが発生することが多いことがある。また、現物給与の多様性を追求し、障害老人が利用できる多様なサービスが開発されなければならない。第三に、伝達システムと支援システムの整備が必要である。そのためには、障害老人の身体的特徴と高齢の知的障害者や精神障害者を支援する専門人材の育成が必要である。また、ショートステイや小規模グループホームなどの施設も必要である。第四に、サービス利用のための自己負担金の廃止と上限額を限定させ、障害老人が自己負担金の負担でサービス利用を放棄する状況が発生しないようにしなければならない。

## Differentiated policies for the Japanese disability welfare service needs

Chong, Hee-Kyong

In this paper, we analyze the social welfare policy of Japan's failure to the elderly. An object of the present invention is to provide a direction for disabled elderly Korean people related policies established that created confusion. Analysis, using the analytical framework of Gilbert and Terrell being used in social welfare policy analysis, based on the analysis results, presents proposals for improvement of the policy for disabled elderly Korean people, is as follows: First, the revision of related laws and regulations, even if a disabled person becomes 65 years of age to respect the will of the person, should be available for persons with disabilities welfare services rather than the elderly welfare. Second, we must realize the disability pension corresponding to the cash salary. In the case of failure of the elderly, general physical characteristics other than age, it may be often cost occurs. Moreover, the pursuit of diversity in kind salary, various services failure elderly available must be developed. Third, there is a need for the development of a transmission system and the support system. For this purpose, there is a need for training of professionals to help people with intellectual disabilities and mental disabilities of the physical characteristics are of the disabled elderly. In addition, facilities such as short stay and small group homes also required. Fourth, to limit the abolition and the maximum amount of self-contribution for the service use, failure of the elderly must not occur if you want to abandon the services available in the burden of self-contribution.