

장애인장기요양제도와 노인장기요양제도간의 관계 설정에 관한 고찰: 서비스내용과 수요 추계를 중심으로*

김 찬 우**

(2009.11.28. 접수 / 2009.12.30. 1차수정 / 2010.1.16. 게재확정)

- 요약 -

본 연구의 목적은 현재 논의가 활발히 진행되고 있는 우리나라 장애인장기요양제도의 안정적 정착을 위해 바람직한 대안정립과 정확한 수요추정을 위해 실시되었다. 연구목적의 달성을 위해 현재 실시되고 있는 노인장기요양제도와와의 비교를 통해 장애인 장기요양제도 개발상에 나타나는 다양한 쟁점들을 짚어보았다. 주요 연구내용으로는 첫째, 장기요양의 개념과 장애인 장기요양서비스 유형 설정에 대한 쟁점을 짚어보았고, 활동보조서비스와의 관계에 대해 고찰해보았다. 둘째, 노인과 장애인에 대한 장기요양관련 외국제도의 사례들을 살펴보았다. 특히 개호보험이 실시된 후 변모하는 일본의 장애인대책들과 장애인의 장기요양에 공적부조를 활용하고 있는 미국

* 본 연구는 2007년 가톨릭대학교 2차 교비 연구비 지원으로 이루어졌음.

** 가톨릭대학교 사회복지학전공 조교수 (chanwoorang@hanmail.net)

및 독일의 예를 집중적으로 살펴보았다. 셋째, 정확한 수요추계를 위해 기존의 장애인 기능상태 자료들을 노인장기요양 등급판정 기준을 적용하여 시설입소 및 재가장애인의 전반적인 장기요양 수요를 추정하여 65세 미만의 10.6%로 나타났다. 결론적으로 노인장기요양과 장애인장기요양의 비교를 통해 현재 검토되고 있는 대안들의 실제 적용가능성 및 주요 쟁점의 바람직한 해결 방안에 대해 짚어보았다. 본 연구는 장애인 장기요양제도의 안정적 실행뿐 아니라 노인장기요양제도의 국민장기요양제도로의 확대 방안 등에도 중요한 기초 자료가 될 것으로 기대한다.

주제어: 장애인장기요양, 장기요양욕구, 평가판정도구,
노인장기요양보험제도, 활동보조서비스

1. 서론

2009년 7월 장애인 장기요양제도 시범사업이 실시되었다. 장애인 장기요양제도가 최근 장애인 복지정책의 중요 아젠다로 떠오른 실질적인 이유 중 하나는 2008년 7월에 도입된 노인장기요양보험제도의 대상에서 64세 이하 장애인은 제외되었다는 점이다. 즉 공적장기요양제도를 도입하고 있는 국가들에서 장기요양(long-term care)제도의 대상을 ‘만성 질환이나 장애로 인해 일정한 기간 동안 일상적 활동에 제한을 갖는 자’로 간주하고 있음에도 불구하고 우리나라의 ‘노인요양보험제도’에서는 64세 이하의 장애인은 그 기본 대상에서 제외되었다는 점이다. 물론 초기 노인장기요양제도의 논의과정에서 대상자에 장애인이 배제된 것은 아니었다. 그러나 당시 장애인의 복지 서비스 환경이 장기요양제도에 포함되기 어려운 현실적인 이유와 장애인 단체 내에서의 포함여부에 찬반에 대한 지속적인 논란과 노인관련 단체 및 부처의 반발(제도 준비가 상당히 길어짐) 등의 정치적인 이유로 대상자에서 장애인이 제외되었다. 그러다가 2007년 국회통과 시점에 장애인에 대한 장기요양문제가 다시 대두되어 2010년에 국회에 장애인 장기요양관련 대책이 보고되는 것으로 부대결의 되어 제도 전반에 관한 검토가 새롭게 진행되어야 하게 되었다.

실제 장애인에 대한 일상생활지원제도의 도입은 오래전부터 장애인 복지계의 핵심적 요구사항이었으며 그 수요도 꾸준히 증가해왔다. 2005년도 보건사회연구원과 보건복지부의 장애인 실태조사에 의하면 일상생활 수행에 있어 도움이 필요한 경우는 35.4%(거의 남의 도움필요 7.4%, 대부분 필요 9.2%, 일부도움필요 18.8%)를 차지하는 것으로 나타났다(한국보건사회연구원, 2006). 동일한 실태조사에서 도움이 필요한 재가장애인 중 도움을 주는 계층은 배우자, 부모, 자녀, 형제·자매 등

가족이 90.9%로 나타났다. 따라서 장애인의 절대 수의 증가, 일상생활 도움 제공의 90% 이상이 비공식적 자원에 의존하는 것은 장애인의 장기요양제도를 통한 장애인복지체계 전반의 서비스 지원이 확대되어야 함을 나타내는 것이라 하겠다.

이러한 문제점들을 극복하고자 2007년에 ‘장애인 활동보조 지원 사업’이 실행된다. 신체 수발, 가사 및 사회활동 등 서비스를 제공하는 활동보조사업의 구상은 자립생활패러다임에 입각하여 장애인이 필요한 일상생활 서비스를 제공한다는 취지에서 우리나라 장애인복지 정책에 상당히 높은 평가를 받을 수 있다. 그러나 지난 2년간의 활동보조사업의 평가에서 대상자기준과 실제 장애인의 요양욕구해결과는 차이가 난다는 지적이 계속 제기되고 있다. 즉 현재 활동보조인이 주로 담당하는 이동지원 및 일부가사지원 업무가 신체수발, 간병 및 가사지원 전반의 문제에 해당하는 장애인의 장기요양 욕구 해결에는 부족하다는 점이다. 동시에 이 제도의 실제 적용에서 최종증장애인에 국한(등록 장애 1등급자 대상)하여 실시됨으로 인해 그 취지와 실제 적용대상이 차이가 있다는 점 등이 장기요양 제도도입의 필요성으로 제기되고 있다. 따라서 장애인장기요양 제도 추진관련 논의 속에서 활동보조사를 포함한 장애인복지 전달체계 전면적 개편이 필요하다는 견해도 장애인장기요양에 대한 관심이 증가된 큰 이유라 하겠다.

다양한 논의들을 종합하여 2008년도에 장애인장기요양 시범사업안이 활동보조사업 확대에 초점을 두어 결정되었고, 다만 비교검토를 위해 노인장기요양제도 통합방안도 같이 실행 중에 있다(한국보건사회연구원, 2008). 2009년 장애인장기요양 시범사업¹⁾이 시작된 현 시점에서도 여전히 노인장기요양제도와 활동보조서비스라는 양 제도의 틀 속에서 새로운 장애인 장기요양제도를 어떠한 방식으로 가져갈 것인가 하는 부

1) 현재 진행되고 있는 시범사업시안에 대한 자세한 설명은 한국보건사회연구원의 “장애인 장기요양보장 실시 모형개발 및 모의적용연구”(2008)을 참조하기 바란다.

분에 대해서는 논의가 진행 중이다. 특히 노인장기요양제도의 도입이후 등장된 사회 서비스의 보편화, 개별적 지원방식, 민영화 및 서비스 인프라의 개편 현상들은 향후 도입될 장애인 장기요양제도에서도 중요 특징으로 나타날 가능성이 높다.

이러한 맥락에서 노인장기요양제도와 장애인장기요양설계방향을 구체적으로 비교·고찰하여 현 활동보조사업의 양적확대만이 아닌 장애인 장기요양욕구 해결의 실질적 대안으로서 제도가 추진될 수 있는 연구가 필요하다고 하겠다. 일본이나 독일과 같이 노인장기요양을 사회보험방식으로 해결하는 국가들에서도 장애인의 요양문제를 해결하는 재정지원과 서비스 전달방식은 중요 이슈이며 여전히 양 제도의 관계설정이 중요 이슈가 되고 있다. 따라서 양 제도의 관계설정을 고찰해 보는 것은 앞으로 장애인 장기요양제도의 방향설정에 중요한 함의가 있다고 본다. 동시에 본 연구는 장애인 장기요양 제도 개발에 관련된 다양한 쟁점들을 모색함으로써 제도개발에 필요한 기초연구로 활용될 수 있겠다.

본 연구의 세부 목적은 다음과 같다. 첫째, 이미 실시되고 있는 활동보조사업확대의 시범사업과 노인장기요양보험제도와의 비교논의를 통해 바람직한 장애인 장기요양의 개념을 검토하고 그 개념에 따른 일상생활 제약 장애인에 적합한 구체적 요양서비스 급여 유형들을 검토해보겠다.

둘째, 일본과 미국 및 독일의 노인 및 장애인 장기요양제도 간의 관계를 검토하여 우리나라 제도에 대한 시사점을 도출해 보는 것이다. 장기요양제도의 경우 국가에 따라 장애인과 노인을 구분하는 경우도 있고 그렇지 않은 경우도 있다. 또 각 국가의 재원조달방식과 제도의 설계 간의 관계를 살펴 볼 필요가 있다. 따라서 장애인의 장기요양 욕구 해결을 위한 세 국가들의 장기요양제도(노인포함), 활동보조서비스 제도 등을 살펴보고 우리나라에 대한 시사점을 도출해보겠다.

셋째, 장애인의 요양욕구라는 관점에서 보다 실질적인 대상규모 파악

을 위한 수요추계를 해보고자한다. 요양욕구의 수요추계는 제도관련 대상자의 선정과 전반적 재정규모를 결정하는 주요 과제이다(김찬우, 2008). 주요 분석 자료는 2007년 수집된 장애인 시설조사 자료와 2005년 장애인 실태조사에서 수집된 자료를 노인장기요양 평가판정의 틀 속에 재분석하였다. 결론적으로 노인장기요양제도와의 비교를 통해 장애인 장기요양제도 개발관련 쟁점들을 고찰해보겠다. 이러한 비교는 장애인 장기요양제도 개발과 성공적 실행에 중요한 정책적 가이드라인을 제시할 것으로 사료된다.

2. 장기요양의 개념과 장애인의 장기요양 서비스 관련 쟁점

1) 장기요양의 개념

장기요양(long-term care)은 사회보장제도가 시행되고 있는 각 국의 재정적, 사회문화적 배경에 따라 그 개념정의에 다소의 차이를 보이고 있다. 일본의 공적 개호보험에서는 ‘신체상 또는 정신상의 장애가 있어 입욕, 배설, 식사 등의 일상생활 기본동작에 대해 후생성령으로 정한 기간 동안에 상시 수발보호가 필요하다고 인정되는 자’에게 제공되는 서비스로 정의하였으며 독일의 경우는 수발보험과 관련된 정의에서 ‘신체적 또는 인지적, 정신적인 질병이나 장애로 일상생활과정 중에서 정기적으로 반복되는 동작 수행에 수발이 필요하다고 인정되는 대상’에게 지원되는 서비스로 정의하였다.

한편, Kane(1987)는 장기적으로 기능에 제한을 받고 있는 사람들에게 공식적 또는 비공식적으로 기능적 독립성을 최대한 지지해주는 의료적,

사회적, 개인적인 일련의 서비스로 설명하고 있다. Atchley(1994)는 만성적인 질병 혹은 장애를 가진 사람들에게 지속적으로 제공되는 원조로, OECD(2003)는 6개월 이상 독립적인 생활을 유지하지 못하거나 생활상의 장애를 가진 노인 및 장애인들의 일상생활 수행능력을 도와주는 건강, 복지 및 개인수발에 관련된 서비스(국가별로 차이가 있으나 한국에서는 OECD의 개념을 적용)로 장기요양을 정의하였다. 따라서 서비스 대상결정에 있어서 특별한 질환(disease)이나 건강상태가 아닌, 기능 장애(functional disability)가 전통적으로 중요한 기준이 되고 있음을 알 수 있다. 종합해보면 장기요양서비스는 신체적, 인지적, 정신적 질병이나 장애로 인하여 일상생활 수행에 의존적인 대상에게 지원되는 보건, 의료 및 복지 서비스를 통칭하는 것임을 알 수 있다.

이를 장애인복지에 적용해 정리하면, 크게 광의의 개념과 협의의 개념으로 구분해 볼 수 있다. 광의의 개념에서 장기요양서비스는 일상생활을 수행하는데 기본적으로 필요한 동작(일반적으로 이를 ADL 및 IADL로 명명함)에 제한이나 장애로 인하여 타인의 도움이나 지원이 필요할 때 제공되는 모든 서비스로 정의할 수 있을 것이다. 협의의 개념에서 장기요양서비스는 일상생활수행과 관련된 신체적 수발이나 가사활동 지원서비스로 한정되어 질 수 있다. 일반적으로 장기요양대상자의 질병치료 및 단기회복과 관련되어 제공되는 보건의료서비스는 장기요양서비스 범주에서 제외되고, 그 비용을 의료보장제도에서 지불하게 하는 것이 일반적이다.

2) 전반적 장기요양 서비스 범위 및 특징

현재 일각에서는 장기요양이라는 명칭은 장애인의 자립생활(Independent Living)과는 반대적 개념으로 인식하고 있으나, 현재 OECD 국가들에서 나타나는 장기요양 서비스의 범위를 구분해 보면, 그 서비

스 내용상에 있어서는 큰 차이가 없음을 알 수 있다. 개념의 정의에서도 언급되었듯이 서비스의 전달에 있어 핵심적 이슈는 의료, 사회복지, 대인수발 및 기타 지원서비스 등이 혼재되어 있어 이를 어떻게 조정하는가에 있다.

장기요양의 서비스는 의료적 특성(medically-oriented care)과 사회복지적 특성(socially-oriented care)의 서비스들로 크게 구분될 수 있다(김찬우, 2005). 의료적 특성과 사회복지적 특성의 장기요양서비스들은 다음과 같은 특성이 있다. 첫째 재원의 측면에서, 의료적 특성의 요양서비스들은 각 국가들의 의료보장(의료보험, 의료부조, 보편적 사회보장지원)의 재원에서 재정적 지원을 받는 경향이 있다. 사회복지적 특성을 가진 서비스들은 장기요양 재원이 별도로 있는 경우(일본, 독일의 경우) 해당 재원에서 지원을 받고 있으나 그렇지 않은 경우는 사회복지 재원에서 지원을 받고 있는 경우가 많다.

둘째, 서비스 제공인력 측면에서, 의료적 특성을 지닌 서비스들의 주요 대상자들은 급성의료케어에서 치료 및 간호를 우선적으로 받은 경우나 의료적인 문제가 발생한 경우가 많다. 의료적 특성의 요양 범주에 들어가는 서비스들은 간호사나 재활전문가들이 핵심 서비스 제공 인력으로 활동한다. 반면에 사회복지적 특성의 요양서비스는 사회복지인력이나 간병, 가사보조, 레크리에이션 담당자 등의 인력들이 주요 서비스제공인력이 된다. 셋째, 제공 장소 측면에서, 전통적으로 의료적 성향의 요양서비스는 시설요양중심으로 제공되어왔고 사회복지적 성향의 요양서비스는 지역사회를 중심으로 제공되어왔다. 그러나 최근에는 의료적 특성의 요양서비스라고 할지라도 지역사회에 거주하면서 받는 재가요양 범주의 서비스들이 증가하고 있다. 이 범주에 들어가는 서비스들은 시설요양 대상자의 재가 요양지원을 통해 재가요양의 시설 대체효과를 강조해온 OECD 국가들의 전략에 따른 것이다.

다음으로 장기요양 서비스는 서비스 제공 장소를 기준으로 크게 시

설서비스와 재가서비스로 구분할 수 있다. 시설서비스는 일반가정이 아닌 복지시설에서 제공되는 서비스이다. 복지시설의 구분은 국가마다 차이가 있는데, 일반적으로 생활시설이나 그룹홈 등의 복지시설뿐 아니라 장기요양병원 등의 의료시설을 포함하는 개념으로 활용된다. 이러한 시설서비스는 보건의료 뿐 아니라 복지서비스가 혼합되어 제공되는 것이 일반적이다.

재가서비스는 일반주택에서 살면서 필요한 장기요양서비스를 제공 받는 방법이다. 이는 다시 일반주택과 통원시설(ambulatory facility)간 이루어지는 이용서비스(services used outside the home)와 장기요양대상자의 일반주택에 방문하여 제공되는 서비스(in-home service)가 있다. 전자에는 낮 동안, 야간 또는 단기간 동안에만 체류하면서 서비스를 제공하는 주간보호센터, 야간보호센터, 단기보호센터 등이 있고, 이러한 기관에서 제공되는 이동, 영양 및 급식서비스, 여가서비스, 재활이나 간호 등 의료서비스가 포함된다. 후자는 방문형 서비스로, 방문의료, 방문간호, 방문재활, 방문영양지도, 방문보건교육, 방문식사배달, 방문간병수발, 방문가사지원 등 보건의료·복지서비스가 혼합되어 있다. 방문형 보건의료서비스의 경우, 국가별로 건강보험제도에서 담당하는 경우와 장기요양제도에서 담당하는 경우(일본)가 있다.

3) 장애인 장기요양 서비스 급여 유형 관련 주요쟁점

이러한 장기요양서비스를 장애인의 장기요양 및 자립생활 욕구에 맞게 결정하여 한 국가의 제도 내에 포함시키는 것은 실제 여러 가지 요인들에 의해 영향을 받는다. 우리나라의 경우는 2007년 4월 도입된 활동보조인 사업과 2008년 도입된 노인장기요양제도의 서비스 급여와의 관계가 엄밀히 고찰될 필요가 있다.

(1) 활동보조사업과 장기요양과 관련된 쟁점

앞서 언급한 대로 우리나라는 장애인에 대한 장기요양개념과 모델이 도입되기 이전에 활동보조사업이 전개되었다. 그러나 명명은 활동보조이나, 그 내용상으로는 외국의 장기요양서비스에 제공하는 모든 서비스를 포괄하고 있는 것이다. 실제로 활동보조사업은 <표1>에서 보는 바와 같이 ‘신체적·정신적 이유로 일상생활과 사회활동이 어려운 1급 중증 장애인이 있는 가구 중에서 활동보조가 필요하다고 인정된 자’로 대상을 규정하고 있다. 그리고 주요사업을 ①신변처리 지원 ②가사지원 지원 ③일상생활 지원 ④커뮤니케이션 보조 ⑤이동의 보조 ⑥동료상담 서비스으로 규정하고 있다.

공적장기요양제도가 없는 상황에서 활동보조사업의 개념을 포괄적으로 규정하고 관련서비스를 제공하는 것은 중증장애인에게 새로운 서비스유형의 제공이라는 측면에서 매우 효과적이다. 그러나 이 제도가 장애인복지서비스의 큰 틀에서 고려되지 않고, 기존의 장애인복지서비스 인프라, 장기요양모델 등과 충분한 검토 없이 성급히 전국사업으로 확대된 이후, 장기요양제도의 도입과정에서 장기요양서비스와 이념적 혹은 내용적 충돌이 발생하는 것이 현실이다. 따라서 현 시점에서는 장기요양 및 활동보조에 대한 개념의 재정립이 요구된다. 이에 따라 제공될 수 있는 서비스의 범위와 재정이 결정될 수 있기 때문이다.

<표 1> 활동보조사업과 장애인장기요양시범사업 추가서비스

※ 사업대상

사업 대상은 소득기준 없이 만 6세 이상 만 65세 미만의 신체적·정신적 이유로 일상생활과 사회활동이 어려운 1급 중증 장애인이 있는 가구 중에서 활동보조가 필요하다고 인정된 자

※ 사업내용

- 신변처리 지원: 목욕, 대소변, 옷 갈아입기, 세면, 식사보조 등
- 가사지원 지원: 쇼핑, 청소, 식사준비, 양육 보조 등
- 일상생활 지원: 금전관리, 시간관리, 일정관리 등
- 커뮤니케이션 보조: 낭독보조, 대필 보조 등
- 이동의 보조: 안내도우미·대리운전지원(시각장애인), 학교 등·하교 지원, 직장 출·퇴근 지원, 야외·문화활동 지원 등
- 동료상담서비스: 장애인에 의한 복지상담, 서비스안내 등

■ 2009년 장애인 장기요양 시범사업 추가 서비스

- 방문목욕 : 이동목욕차량과 보조인을 동반한 재가 방문목욕서비스
- 방문간호 : 간병욕구가 강한 재가 중증장애인을 위한 의료 지원 및 질병 관리 서비스

자료: *보건복지부(2007), **한국보건사회연구원(2008)

(2) 장기요양의 포괄적 개념 적용과 서비스: 활동보조서비스의 확대

포괄적 장기요양 개념, 즉, ‘일상생활을 수행하는데 기본적으로 필요한 동작(일반적으로 이를 ADL 및 IADL로 명명함)에 제한이나 장애로 인하여 타인의 도움이나 지원이 필요할 때 제공되는 모든 서비스로 정의’로 제도에 적용할 경우 포함되는 서비스 영역은 현재의 활동보조서비스와 노인장기요양제도의 급여가 공통으로 적용된다. 이 경우, 활동보조의 개념은 현재의 신체적·정신적 이유로 일상생활과 사회활동이 어려운 중증 장애인에게 제공되는 활동보조와 관련된 모든 서비스라는 넓은 의미로부터 그야말로 사회참여와 관련된 제반 활동 중심으로 조정되어야 할 것이다.

현재 시범사업안이 활동보조의 확대이기 때문에 실체는 이 포괄적 개념 정의가 채택된 것으로 볼 수 있다. 장애인공적장기요양제도라는 큰 틀 안에서 장기요양 및 활동보조서비스가 구분될 필요는 있으나 현재는

같이 포함하여 대상자의 선택이나 욕구의 우선순위에 따라 적용하는 것으로 설계되어 있다. 이 경우, 장기요양서비스는 간병 및 가사활동 이외에 장애인에게 필요한 모든 서비스로 포괄적으로 규정되어 이 중 활동보조서비스는 이동을 지원하는 서비스 중심으로 재편될 필요가 있다. 구체적 서비스로는 ①일상생활활동지원(목욕하기, 옷 입고 벗기, 집안 내에서 이동하기, 식사하기, 취침 중 체위변환 등) ②도구적 일상생활활동지원(쇼핑하기, 식사준비, 집안일 등) ③건강관리활동(약 먹기, 대소변 관리 등) ④사회참여활동(직업보조, 이동 및 외출 지원 등) 등이 그것이다.

(3) 장기요양의 협의적 개념 적용과 서비스: 장기요양과 활동보조의 구분

또 다른 대안은 제도 적용에 협의적 개념의 장기요양 개념을 적용하는 것이다. 즉, 장기요양의 개념을 장애인의 지역사회 자립보다는 ‘요양’에 초점을 두는 것으로 ‘일상생활을 수행하는데 필요한 의료 및 신체적 수발이나 가사활동 지원서비스’로 정의하는 것이다. 이러한 개념을 적용하게 되면 현재 시범사업안보다는 장애인 중 간병욕구가 강해 장기요양서비스가 필요한 장애인은 노인장기요양제도와 유사한 급여를 제공하고, 자립지원의 욕구가 강한 장애인은 현 활동보조 서비스를 받도록 하는 것이 바람직하다. 이 정의는 지역사회에 초점을 두고 장기요양의 개념을 정리하는 것으로 두 가지 제도가 동시에 실시되는 OECD를 비롯하여 외국의 장기요양제도에서 가장 일반적으로 활용되는 형태이다.

노인과 달리 중증이라 할지라도 사회참여 욕구가 강한 장애인의 특성상 ‘장기요양’이라는 용어에 장애인 당사자들은 상당히 거부감을 보이고 있는 것이 사실이다. 그러나 현실적으로 질병으로 인해 간병욕구가 강한 장애인에게는 방문간호 및 대인수발서비스가 이동지원보다 더 필

요하다는 점을 고려할 때 두 가지 제도를 병행하는 것은 다양한 장애인의 욕구에 맞는 제도로 설계될 수 있는 장점이 있다. 다만 현 노인장기요양제도의 연령제한을 낮추거나 64세 미만의 신청자격²⁾을 완화하지 않은 경우에는 노인장기요양제도에 장애인이 포함되기 어려운 여건이다.

3. 일본, 미국 및 독일의 노인과 장애인 장기요양 제도간의 관계

장애인의 장기요양과 관련하여 국가별로 다양한 형태가 있다. 장기요양제도에서 노인과 장애인의 구분 없이 통합적으로 서비스를 제공하는 국가, 사회부조 방식의 장애인복지 서비스를 중심으로 요양 서비스를 제공하는 국가, 활동보조서비스에서 장애인의 요양서비스를 포함하는 국가들이 있다(한국보건사회연구원, 2008). 본 연구에서는 우리나라 장애인 장기요양제도 개발에 참고가 될 만한 일본, 미국 및 독일의 장애인 장기요양관련 특성을 살펴보겠다. 일본과 미국은 공적부조방식을 택하고 있으나 향후 방향성은 차이를 보인다. 일본은 개호보험을 2000년에 실시한 이후 장애인의 포함여부 및 특별대책 관련 논의를 통해 2003년에 장애인지원비사업이 실행되다가 2006년에 장애인자립지원제도로 제도가 정비되었다. 이러한 변화 속에 급부상하고 있는 이슈는 젊은 연령층 장애인들도 개호보험의 적용대상으로 포함시키려는 개호보험제도와 자립지원제도의 통합안이다(이토우 슈헤이, 2005). 즉, 사회보험의

2) 우리나라 노인장기요양보험제도는 64세 미만의 경우 4대 노인성 질환(치매, 뇌졸중, 파킨슨씨병 및 이와 유사한 질병)의 경우에만 신청자격이 있다. 일본 개호보험은 제2호 피보험자인 40에서 64세 대상자의 경우는 15가지의 노인성 및 특정만성 질병에 대해 신청자격을 부여하고 있다.

장애인 제도 적용을 점차 모색하고 있는 국가로 볼 수 있다. 반면 미국은 Medicaid(의료급여)를 중심으로 노인과 장애인에 대한 의료적 특성의 장기요양제도를 지원하고 주정부의 장애인 복지재정에서 이동지원과 같은 활동보조를 부수적으로 지원하는 공적부조 활용의 대표적 국가라 하겠다. 독일의 경우는 이미 수발보험 초기부터 장애인과 노인을 구분하지 않고 제도를 실행하고 있다. 특히 본 연구에서의 초점은 양제도의 사례소개보다 노인장기요양과의 관계성을 고찰하는 데 있다.

1) 일본의 장애인장기요양관련 제도변화 개호보험간의 관계

(1) 개호보험제도 이전의 일본의 장애인 요양관련 서비스

장애인의 요양서비스 관련 일본에서는 개호보험이전에 조치제도(조세에 의한 복지제도)로서 전신성장애인개호인 파견사업, 홈헬퍼사업, 중증장애인에 대한 타인개호수당 등의 서비스가 있어왔다. 대표적인 사업으로는 전신성장애인개호인 파견사업, 시정촌홈헬퍼파견사업과 생활보호법에서의 타인개호 수당 등이 있다. 전신성 장애인 개호인 파견 사업은 18세 이상의 1급 장애인에게 제공되는 개호(介護: 활동보조) 서비스이다. 주요 서비스의 내용으로는 목욕, 용변, 식사, 옷 입고 벗기, 외출, 가사 등으로 포괄적이나, 단 시설 거주 장애인에게는 외출만 지원된다.

시정촌(市町村) 홈헬퍼(Home Helper) 파견 사업은 서비스 제공의 주체가 시정촌(시정촌은 우리나라의 시군구에 해당하는 행정단위라고 할 수 있다.)이며 파견에 필요한 비용 부담은 현재 국가 50%, 도도부현(都道府縣) 25%, 시정촌 25%로 되어 있다. 국가의 홈헬퍼 파견 사업을 바탕으로 행정기관이 홈헬퍼를 직접 파견하는 경우도 있지만, 대부분의 경우 사회복지협의회나 민간사회복지 사업자에게 위탁하여 서비스가 이루어지고 있다. 1970년대부터 시작되었으나 1992년에 시정촌 홈헬퍼 요강이

만들어져 후생성이 이 요강에 의하여 지방자치단체의 홈헬퍼 사업에 일정액의 국고를 지원하게 되었으며, 이렇게 국가 차원의 사업으로 편입되면서 신체에 대한 개호가 명문화 되었다. 이러한 전신성장애인개호인파견사업과 홈헬퍼사업 이외에도 생활보호법에 의해 수당을 받는 중증장애인들에게는 추가로 타인개호수당이 지급되는데, 이를 통해 개별적으로 활동보조인을 구해 이용할 수 있다. 이렇게 일본의 활동보조인 서비스는 홈헬퍼 사업, 전신성 장애인 개호인파견사업, 생활보호법의 타인개호수당 등으로 구성이 되어 일일 최고 24시간까지 서비스를 받을 수 있다. 이러한 지적장애인을 중심으로 한 활동보조인서비스 이외에도 시각장애인을 위한 가이드헬퍼(Guide Helper) 파견 사업이 이루어져 왔으며, 2001년부터는 지적장애인(정신지체·발달장애인)을 외출을 지원하기 위한 가이드 헬퍼 파견 사업 역시 이루어지고 있다(정중화, 2005).

(2) 개호보험이후의 장애인 요양 지원 서비스의 변화와 주요 쟁점

① 청장년장애인에 대한 개호보험적용 문제

일본의 개호보험 도입시의 최대 논점 중 하나가 청년장애인에 대한 개호보험 적용문제였다(이토우 슈헤이, 2005). 일본은 우리나라 노인장기요양보험제도와 달리 40세에서 64세까지의 대상(제2호 피보험자)을 개호보험에서 일부 포함하도록 되어있으나, 개호보험의 주 대상으로 장애인을 포함하지는 못했다. 청장년장애인 시책이 개호보험에 바로 적용되지 못한 이유로는 다음과 같은 의견이 대두되었기 때문이다. 첫째, 장애인시책은 국가의 책임으로 국비로 실시해야 한다는 관계자의 인식이 강했던 점. 둘째, 신체장애인 이외의 장애인시책이 일원적으로 기초지방자치단체에서 이루어지지 않는다는 점. 셋째, 장애인 개호서비스 내용은 고령자에 비해 다양하고 이에 대한 서비스 유형을 확립하는 데는 충분한 검토가 필요하다는 점, 마지막으로 보험이행에 있어 장애인 개

호서비스를 비롯하여 현행시책과의 조정이 필요한 점 등으로 계속적인 검토가 필요하다는 의견이 지배적이었다.

청장년장애인을 개호보험의 급부대상으로 하면 개호보험재정이 증대하여 보험료부담의 증가로 이어지게 되나 청장년장애인에 대한 개호서비스는 현재 조세재원에 의해 충당하고 있으므로 개호보험적용을 해도 재원의 규모는 크게 차이가 없을 수 있다. 조세와 사회보험료의 차이는 있다하더라도 사회전체의 부담이 증대하는 것은 아니라고 보았다고 할 수 있다. 문제가 되는 것은 청장년 장애인에 대한 개호서비스를 개호보험급부의 대상으로 하는 것이 적당하지 않다는 것이 아니라, 보험급부의 대상을 “연령에 따르는 요개호상태”에 한정하고 있는 현행의 개호보험법 제1조의 목적규정과 부합한다는 점이다. 따라서 이 문제의 해결을 위해서는 단순한 법조문의 개정이 아닌 개호보험제도 자체에 대한 생각의 변화를 통하여 청장년장애인에 대한 복지정책에 개호보험의 적용이 어떠한 의미가 있는가에 관해 당사자인 장애인과 제2호피보험자, 행정관계자, 장애인복지서비스 사업자간에도 합의점을 찾아내는 노력이 중요하다고 보았으며 이 노력은 시간이 상당히 걸릴 것으로 보았다.

② 장애인 지원비 제도와 자립지원제도

이런 논의를 통해 개호보험법 제정 이후 일본 장애인복지계에는 커다란 변화인 지원비제도의 도입에 의해 2003년부터 장애인복지 분야에서 조치제도를 대신하여 지원비제도라는 서비스이용제도가 도입된다. 앞서 언급했던 것처럼 조치제도에 의해 이루어지던 활동보조인파견서비스는 2003년 4월부터 관련 비용을 장애인에게 통일적으로 직접 지급하는 지원비제도로 전환되어 시행되었다. 새로운 지원비 제도 하에서는 이용자가 스스로 지정사업자를 선택하고 계약하는 형식을 취하게 되었던 것이다. 우리나라가 현재 사회서비스에 적용하고 있는 사회서비스체계의 바우처방식과 유사한 설계로 볼 수 있다.

지원비제도는 이용자주체의 생각과 서비스이용자와 서비스제공기관 사이의 계약관계를 전제로 하는 등 개호보험제도의 이념과 유사한 점이 많다. 지원비제도의 대상이 되는 개호서비스 중에는 방문개호와 통원개호, 시설입소서비스 등 개호보험급부와 유사하다. 지원비제도는 당초 개호보험제도와는 다른 제도로 시작했지만 양자의 관계를 어떻게 정리하는 것이 장애인복지에 바람직한지가 과제로 떠오르게 된다. 이러한 지원비 제도로의 전환은 일정한 논란은 있었으나 이용자와 제공자가 동등한 관계를 형성하고, 선택의 폭이 넓어진다는 점에서 일정한 긍정성이 있는 것으로 평가되어 왔다.

그러나 이러한 지원비제도는 재정문제의 심각한 악화를 가져와 개호보험의 피보험자 범위 확대를 통해 지원비제도와 개호보험을 통합하려는 법안이 2005년 최종 국회검토에서 연기된다. 그 후 2006년 4월 1일부터 ‘장애인자립지원법’이 시행되면서 다시 한 번 큰 변화를 겪게 된다. 일본의 장애인자립지원법은 기존제도의 다음과 같은 문제점을 개선하기 위해 실시되었다. 첫째, 신체·지적·정신장애 각각의 체계가 따로 있어서 서로의 체계 간에 대해 알기 어렵다는 의견이 많았다. 둘째, 지금까지 서비스를 필요로 하는 사람들에게 필요한 서비스가 전달되지 않는 문제점과 전달체계가 달라 지방 자치단체별로의 차이가 큰 격차가 있었다. 마지막으로 재원확보가 기존의 시스템으로 어렵다는 의견이 높았다.

일본은 이 문제점들을 대대적으로 개선하기 위한 장애인자립지원법을 2006년에 제정하였고, 그 다섯 가지 중요 개선사항을 살펴보면 아래와 같다. ①장애의 중별(신체장애·지적장애·정신장애)에 관계없이 하나의 시스템을 통해 장애인이 필요로 하는 서비스를 이용할 수 있도록 서비스의 구조를 일원화, ②모든 장애인에 대해서 가장 가까운 시정촌이 책임지고 서비스를 제공하며 국가와 지방자치단체도 비용부담(비용의 1/2)을 하는 것을 원칙, ③취업지원체제를 강화 ④지급결정의 구조를

투명화, 명확화 ⑤서비스를 쓰는 양과 소득에 상응해서 장애인이 부담하는 것으로 기존의 조치제도에서와의 가장 큰 변화 등이다.

결론적으로 일본의 변화는 개호보험제도 도입이후 저소득층 장애인에 대한 비용지원방식을 개호보험과 유사하게 개인별계약지원제도로 바꾸어 개호보험과 통합을 시도하였으나, 재정문제 및 장애인의 반대 등으로 통합이 연기된 상태이다. 그러나 이러한 논의는 ‘단념’이 아니라 ‘연기’에 있다는 문구가 눈에 띄는 대목이다.

2) 공적부조제도 활용을 통한 미국의 장애인 장기요양 지원

미국의 사회보장법 Title XIX 에 1965년에 제정된 Medicaid는 의료적으로 보장이 필요거나 저소득층을 위한 연방과 주 정부의 공동 재정 지원 프로그램으로 한국의 의료급여 제도에 해당한다. 따라서 장애인과 노인의 구분보다 소득기준이 중요하다. 물론 장애인의 경우는 ‘medically-indigent(의료보호가필요한상태)’로 판정되면 일정소득 이상도 포함되는 경우가 많다. 미국의 장기요양서비스에서 저소득층 지원은 별도로 구성되어 있지 않다. Medicaid 급여자의 단지 1/4 가량이 노인이나 장애자들이지만 이 들을 위한지출은 전체 Medicaid 지출의 2/3에 해당된다(Kodner, 1996).

Medicaid는 장기요양이나 만성질환자 케어에 있어 Medicare(노인건강보험)보다 더 많은 혜택을 갖고 있으나 엄격한 자격 기준에 해당되는 계층에게만 적용되며 수급자의 대부분은 저소득층에 해당된다. 문제는 중산층 이상의 노인이나 장애인들도 고비용의 시설 입소 후 자신의 자산을 다 사용하면 자동적으로 Medicaid 급여 자격을 갖추게 된다. 즉 미국은 “공적 지원이 필요한 장기요양대상자”가 되는 것을 막기 위해 개인적인 저축과 자산관리 등을 우선적으로 활용하도록 되어있다. 이 부분이 다른 국가들에게는 장기요양지원을 “사회보험방식”으로 전환시

키는 주요 계기가 되었으나 미국은 그 변화가 쉽지 않고 있다.

그러나 Medicaid 장기요양 지출의 80%는 시설중심 요양에 사용되고 있는 문제점, 즉, ‘Medicaid의 시설중심 편향(institutional bias)’이 지속적으로 대두되어 왔다(김찬우, 2005). 요양시설의 케어는 Medicaid 펀딩에 연방과 공동으로 참여하는 주정부에서는 의무적으로 Medicaid의 지원을 받을 수 있도록 법제화 되어 있다. Medicaid의 시설중심 편향이 적절한 재가 요양 서비스를 통해 자신의 지역사회에 머물며 요양이 가능한 노인 및 장애인층에게 까지 불필요한 시설입소를 유인하는 역기능을 일으킨다는 지적이 계속되어왔다(Merlis, 1999). 이러한 Medicaid의 institutional-bias를 줄이고 재가 요양에 대한 지원을 강화하기 위해 1981년부터 대부분의 주정부는 Medicaid 예외 조항(waiver)을 통해 시설입소 수준의 중증(重症) 노인 및 장애인 들을 위한 보다 의료 및 재활의 특성이 강화된 지역 및 재가 요양 서비스에 Medicaid의 지원을 허락해나갔다.

급격히 증가하는 시설중심 요양에 대한 Medicaid의 지출을 감소하고 재가 거주 노인들의 요양 욕구 지원을 강화하려는 노력의 일환으로 제정된 정책이 Medicaid Waiver 정책이다. 1990년대 개정된 OBRA는 재가 및 지역요양 (Home and Community Based Services: HCBS) Waiver 조항의 강화를 통해 주 정부들이 재가요양 서비스들에 더 유연한 재정 지원을 지속적으로 할 수 있도록 하였다(Leutz 1994). HCBS Waiver 정책의 지원을 받는 프로그램(이하 HCBS 프로그램)들은 너싱홈 케어 수준의 중증노인이나 장애인들 중 Medicaid 급여자 들을 주요대상으로 하였다. Medicaid의 운영이 주 정부에 의해 이루어짐에 따라 HCBS waiver 정책프로그램의 범주는 각 주마다 또는 각 주 안의 지역별로 차이를 보이지만, 대체적으로 사례관리, 주간보호(adult day care), 주간요양보호(adult day health care), 가정간호 보조(home health aid), 가사보조, 단기보호, 식사지원 및 교통 등의 서비스를 포함한다. 또 HCBS와 노인 및 장애인 집단 주택(congregate housing)이 함께 제공되는 시범사업을 전개하는 주들도 생겨

났다.

미국의 활동보조사업 역시 Medicaid지원과 관련이 있다. HCBS Waiver는 노인과 장애인으로 대상자를 한정하였으나, 현재는 다양한 조건을 가진 사람들- 만성정신질환자, 뇌손상자, 에이즈환자 등-에게도 확대되고 있다. 서비스의 내용은 사례관리, 가사일/가정의 건강지원서비스, 활동보조서비스, 주간보호, 거주서비스, 단기보호의 7가지 영역을 포함하며, 이외의 서비스도 제공될 수 있다(김경미, 2007).

결론적으로 미국은 Medicaid라는 공적부조형태의 지원을 통해 장애인의 요양서비스를 적극 지원해왔음을 알 수 있다. 더불어 주정부차원의 활동지원 서비스를 보충함으로써 장애인의 요양과 활동지원을 동시에 해결해나고 있다. 민간장기요양보험의 등장도 장애인에게는 아직 제한적으로 여겨지고 있음을 알 수 있다.

3) 장애인과 노인을 함께 포함하는 독일의 장기요양보험(수발보험)

독일은 노령과 장애연금, 단기간의 건강관리에 관한 욕구에 부응하는 사회보험을 갖추고 있는 상태에서 1995년부터는 장기요양보호를 포괄하는 사회보험제도인 수발보험(Pflegeversicherung)을 시행하고 있다. 독일은 장애인과 노인의 구분없이 장기요양제도를 시행한다는 점이 앞의 두 국가와의 가장 큰 차이라 볼 수 있다.

(1) 수혜범위

독일 수발보험은 연령구분에 상관없이 “법정 질병보험가입자(전 국민을 대상으로 2001년도를 기준 연간 총수입이 79,300DM 미만인 모든 근로자와 기타 일정 기준 내의 임의가입자)와 개인적으로 가입한 사람으로서 요양이 필요한 자”로 규정되어 있다. 독일의 수발보험법에서는

‘요양필요자란 신체적, 정신적 또는 영적인 질병이나 장애 때문에 매일 같이 습관적, 규칙적으로 반복되는 일상생활을 영위하기 위해서 타인의 도움을 영구히 또는 최소한 6개월 이상 필요로 하는 사람’으로 구분되어 있어 노인과 장애인의 구분보다 장기요양욕구에 따라 대상을 판단하는 것으로 볼 수 있다.

(2) 평가판정절차

급여를 원하는 요양신청자가 지방자치단체의 요양보험금고(MDK-실제 위탁업무 수행중인 질병금고의 지사)에 급여신청하면 요양보험금고는 질병보험법에 규정하고 있는 의료감독기관으로 하여금 피보험자가 요양급여를 받기 위한 전제조건을 갖추었는지, 요양 급여의 어느 등급에 해당되는 조사하게 한 후 이들의 조사자료와 질병치료담당의사의 소견서 등을 바탕으로 질병보험금고 내의 의료심사위원회가 신청자의 선정과 요양서비스의 필요상태 및 등급을 결정 한다.결정된 요양신청자가 현물급여나 현금급여 중 본인에게 적합한 급여형태 선택하는 절차를 따른다.

평가에 참가하는 MDK 소속 의사와 수발전문 인력은 방문 시 발견된 사항과 기타 정보를 공동으로 평가하는데, 예외적으로 정확한 판단이 어려울 경우, 지속적인 분석이 필요하다. 특히 장애인이나 정신질환자 그리고 그들이 필요로 하는 도움을 판단할 때에는 장애보조와 정신의학과 같은 분야에 전문가의 도움을 받을 수 있도록 되어있다.

(3) 케어플랜 및 서비스 제공

수발보험의 대상자로 선정되면 적절한 치료나 사회생활복귀를 위한 조치, 제안, 수발전문인력의 의무는 모든 수발과 관련된 판단을 케어 플랜을 통해 결정하게 되어있다. 특히 이 부분은 경증상태의 노인이나 사회참여를 중시하는 장애인에 대한 중요 함의가 있다.

① 사회생활복귀 조치

‘사회생활복귀 조치’는 모든 등급판정 평가 시에 사회생활복귀 가능성도 동시에 검토해야 하는 것으로 시작되며 사회생활복귀의 목표는 신청자의 일상생활에서 자립성 회복, 개선 또는 획득을 통해 다음을 달성하는 것으로 볼 수 있다. 사회생활복귀 필요성과 사회생활복귀 능력은 장애(피해)와 능력 장애(무능)의 경감을 위한 사회생활복귀 조치의 성공이 빠른 시일 내에 구체적으로 예상 가능하고 신청자의 신체적 정신적 능력이 사회생활복귀 조치에 협조할 수 있을 때 말할 수 있다. 이때 정신 질환자에게도 기타 정서 장애나 신체 장애에 적합한 사회생활복귀 조치를 적용할 수 있다는 점을 고려해야 한다.

② 수발보조수단/보조수단제공의 개선/변화

수발/보조수단은 수발과 부담 경감과 자립적인 생활 영위 가능, 질병 치료 보장, 장애의 경감 및 보완을 위한 것으로 수발/보조수단은 일상생활에서의 소비재나 장애인에게 적합한 주거환경의 기초시설물 분류되지 않는 제품을 뜻한다. 이미 제공된 수발/보조수단이 사용되지 않거나 충분히 사용되지 않을 경우, 수발서비스가 필요한 장애인에게 이 수단이 도움이 되는지 검토해야 한다.

③ 생활환경 적응을 위한 주거 환경 개선

독일 수발보험은 주거 환경 개선을 위하여 고려할 내용으로 다음과 같은 사항을 포함하고 있다.

- 욕실: 이동 가능한 세면기, 움직일 수 있는 거울, 장애자를 위한 화장실, 장애자를 위한 샤워실 또는 욕조 개조
- 문: 확장, 문턱 제거, 손잡이 낮게 설치, 문의 자동 개폐 장치 설치
- 계단: 벽 엘리베이터/리프트, 단단하게 고정된 경사면
- 부엌: 작업판의 이동성, 수납장의 높이조절, 상수도 연결/수도꼭지

(4) 재원조달 및 재정 현황

독일의 수발보험은 사회보험방식으로 보험료에 의해 운영된다. 보험료를 당사자에게도 기여 받는다는 점이 다른 국가와 차이가 있다. 노인의 경우는 사망 전까지 연금소득의 일정부분을, 장애인의 경우에도 소득기준에 따라 소득의 일부분을 보험료로 기여하게 되어있다. 보험료율은 고용인과 고용주에게 고용인 소득의 1.7%, 자영업자 및 은퇴자에게도 1.7%를 적용하고 있다. 1999년 이후 적자로 들어서서 2003년 말 현재 약 6억 9천 만 유로의 적자를 보이고 있는 것으로 나타났다. 전체 비용의 95%가 급여에 사용되었고, 5%가 행정 비용으로 지출되었는 것으로 나타났다. 급여에 지출된 비용 중에서 46.7%는 시설수용 비용에, 23.4%는 수발수당(현금지급분), 그리고 13.5%가 현물급여(재가 서비스 지원)에 지불된 것으로 나타났다.

4. 노인장기요양 등급판정도구 활용 장애인 장기요양 수요 추계

1) 장애인 장기요양 욕구와 수요 추계방식

장애인의 장기요양 욕구를 정확히 파악하여 이 기준에 의한 수요 추계를 하는 것은 장애인 장기요양제도의 수요와 공급 및 재정규모를 파악하는데 핵심적인 작업이다. 이러한 중요성에도 불구하고 지금까지 전국적인 장애인의 요양욕구 파악을 위한 연구는 제한적으로 이루어져왔다. 노인장기요양보험에서도 수요추계에 대한 연구가 제도도입이전에 이루어져 제도의 재정규모를 파악하는데 중요한 역할을 했다(김찬우, 2008). 현재 장애인장기요양제도의 정확한 평가판정도구 개발은 진행

중에 있어 노인장기요양제도의 등급판정기준과의 비교를 통해 그 수요를 추정해보는 것이 본 연구의 또 다른 주요 목적이다.

(1) 장애인 장기요양 욕구

장기요양의 욕구를 어떻게 정의하느냐는 학자별 또는 국가별 정책에 따라 차이를 가질 수 있다. 그러나 장기요양 욕구를 가진 대상을 선정하기 위한 정책적 기준으로는 흔히 장애유무 정도와 가족이나 사회적 지원의 유무와 정도, 그리고 소득수준이다(한혜경, 1999). 이 중에서도 장애의 유무와 정도는 많은 나라들에서 공통적으로 가장 중요시 되는 기준이며, Bebbington(1993)은 이 기준은 ADL이나 IDAL로 나누어 정의하고 있다. 그 외 Bebbington(1993)은 상당한 장애를 가지고 있는 대상자가 혼자 살거나 가족에 의해 도움을 받을 수 없고, 친구나 친척의 방문을 한번 이상 받지 못하는 경우에도 장기요양서비스가 제공되어야 한다고 하고 있다. 소득수준과 관련되어서 효율적 대상자 선정이 이슈가 되면서 강조되고 있는데 영국의 경우 장애를 가지고 있으면서 적합한 사람으로부터의 지원이 없거나 제한되어 있으며 동시에 자산조사를 조건으로 하는 보충연금이나 주택급여를 받는 사람을 그 대상으로 하고 있다.

따라서, 요양욕구의 기준은 기능상태의 제약, 질환, 수발부담 등이 고려될 수 있다고 하겠다. 특히 기능상태의 장애 정도를 대표하는 기본적인 일상생활기능(ADL)과 수단적 일상생활기능(IADL)은 의학적 진단 외에도 다른 질병이나 장애상태에 의해 일상생활을 유지하는데 어느 정도의 장애를 가지는지, 또는 어느 정도의 도움을 필요로 하는지를 나타내는 사회적 지표라고 할 수 있다.

현 노인장기요양보험제도에서도 최종 평가판정도구가 만들어지기 전에는 일상생활기능의 상태를 파악해 장기요양대상자 수요 추계자료로 활용하였다. 따라서 본 연구에서도 장애진단기준 및 서비스 대상자 선정기준이 명확하게 정해져 있지 않은 상태에서 일차적으로 장애유형

별 일상생활기능의 장애정도를 파악해 요양욕구를 파악하고자 한다.

(2) 노인장기요양 등급판정기준 활용 장애인 장기요양 욕구 추계방식

본 연구에서는 노인장기요양보험제도 등급방식의 기준을 근거로 장애인의 장기요양욕구를 시설과 재가로 나누어 실시하였다. 먼저, 시설입소자의 요양욕구 추정을 위해서는 2007년 보건복지부 시설조사에 사용된 자료를 활용하였다(김찬우, 2008). 이 시설입소자 자료는 전국 장애인 시설입소자를 대상으로 조사하여 14,623명(시설장애인 추정 수: 20,598명)의 ADL상태의 자료를 활용하였다, 재가 장애인의 경우는 2005년도 장애인실태조사자료(재가장애인 추정 수: 2,101,057명)를 근거로 수요를 추정하였다.

본 추계방식은 이미 등급이 확정된 노인장기요양대상자의 기능상태의 등급별 결과를 동일한 기능상태가 정보가 있는 장애인대상자에게 대입시켜 가상등급으로 구분하여 비율을 살펴보는 방식이다. 시설조사에서는 노인장기요양제도와 동일하게 12개의 ADL 항목을 사용하였고, 이미 조사가 완료된 2005년 장애인실태조사에서는 노인장기요양제도에서 활용하는 8개의 동일항목을 사용하여 추계에 사용하였다. 노인장기요양제도의 등급조사는 2004년 한국보건사회연구원의 노인실태 조사 자료에 ADL 영역자료를 분석하였다.

2) 시설입소 장애인 장기요양욕구 추계

아래 <표 2>는 노인장기요양제도와 장애인 실태조사의 공통항목을 근거로 장애인시설조사 결과에 대입하여 가상등급의 분포를 살펴본 것이다.

(1) 노인장기요양제도 등급을 장애인적용등급의 상태로 변경

<표 2> 노인장기요양제도 등급별 ADL 12개 항목 기능상태 평균(2004년 노인 복지 실태 조사 대비)

최종등급 (노인장기요양)	항목	2004년 노인복지실태조사와 공통항목의 상태
		공통12항목 ADL 12점(전부 완전자립)-36점(전부 완전도움)
1		27.55 (18-36)
2		18.82 (12-29)
3		16.77 (14-23)

노인장기요양제도의 ADL 항목은 옷 벗고 입기, 세수하기, 양치질하기, 목욕하기, 식사하기, 체위변경하기, 일어나 앉기, 옮겨 타기(앉기), 밖으로 나오기, 화장실 사용하기, 대변조절하기, 소변조절하기 총 12개로 장애인시설조사에서도 공통적으로 조사하였다. 이 항목은 모두 완전자립에서 완전도움까지를 측정하는 것이며, 완전자립인 경우에는 1점, 부분도움인 경우에는 2점, 완전도움인 경우에는 3점으로 측정된다. 이 등급의 평균 ADL 점수는 (12점 전부완전자립, 36점 전부완전도움) 표에 제시된 대로 1등급은 27.55, 2등급은 18.82, 3등급은 16.77로 나타났다.

(2) 시설장애인 수요 추계

<표 2>에 나타난 평균점을 기준으로 장애인의 가상등급을 구한 후 아래와 같이 장애인시설조사에 적용하여 보았다. 가상등급 1등급은 ADL의 총합이 28점 이상이며, 2등급은 ADL의 총합이 19점 이상, 3등급은 17점 이상, 4등급은 3등급의 최소값 14점을 반영하여 14점 이상으로 구분하였다. 시설 수요추계 결과 가상 1,2,3등급은 노인장기요양노인 1, 2, 3등급의 평균치에 의해 구분되어졌으므로 노인장기요양 1등급보다

는 상태가 ADL 측면에서는 중중이다. 4등급의 경우는 장기요양 대상의 폭을 넓게 잡은 경우이다. 3등급까지는 총 시설입소 장애인의 52.0%이며 장애노인을 제외한 경우는 50.9%이다. 4등급까지는 총 시설입소 장애인의 65.9%이며 장애노인을 제외한 경우는 64.4%이다.

3) 재가장애인(2005년 장애인실태조사-활동제약자) 추계

(1) 노인장기요양제도 등급을 장애인적용등급의 상태로 변경

2005년 장애인 실태조사 결과 노인장기요양보험제도 등급별 기능상태로 추계한 장기요양욕구추계는 다음과 같다. 장애인 실태조사는 공통항목이 8개 항목으로 그 평균은 <표 4>와 같다.

<표 3> 노인장기요양등급 기준 2007년 장애인시설입소자 가상등급별 분포

연령 ²⁾ 가상 등급 ¹⁾	총계		0세-18세 (23.2%)		19세-64세 (73.9%)		65세 이상 (2.9%)	
	각 등급별	누계	각 등급별	누계	각 등급별	누계	각 등급별	누계
1등급	19.7%	19.7%	7.8%	7.8%	11.5%	11.5%	0.4%	0.4%
	4,058명	4,058명	1,607명	1,607명	2,369명	2,369명	82명	82명
2등급	24.3%	44.0%	5.3%	13.1%	18.5%	30.0%	0.5%	0.9%
	5,006명	9,063명	1,092명	2,699명	3,811명	6,180명	103명	185명
3등급	8.0%	52.0%	1.4%	14.5%	6.4%	36.4%	0.2%	1.1%
	1,647명	10,711명	288명	2,987명	1,318명	7,498명	41명	226명
4등급	13.9%	65.9%	2.3%	16.8%	11.2%	47.6%	0.4%	1.5%
	2,863명	13,574명	474명	3,461명	2,307명	9,805명	82명	308명

1) 가상등급 1등급은 ADL합 28이상/ 2등급은 ADL합 19이상/ 3등급은 ADL합 17이상 / 4등급은 3등급의 최소값 14를 반영하여 14이상으로 구분.

2) 연령 - 총 사례 수 20,598명/ 18세 이하 4,778명/ 19-64세 15,222명/ 65세 이상 598명

<표 4> 노인장기요양제도 등급별 ADL 8개 항목 기능상태 평균(2004년 노인 복지 실태 조사 대비)

항목 최종등급	ADL(8개 항목-2005년 장애인실태조사 공통항목)
1	19.4545 (13-24)
2	12.9545 (8-20)
3	12.0256 (10-16)
4	8.9583 (8-12)

(2) 재가 장애인 수요추계결과

<표 5>에 나타난 평균점을 기준으로 장애인의 가상등급을 구한 후 아래와 같이 2005년 재가 장애인 실태조사에 적용하였다. 재가장애인 수요추계 결과, 4등급까지 포함할 때 19세 미만 전체 장애인의 2.5%, 19~64세는 7.6%, 65세 이상은 9.2%로 총 19.3%로 나타났다. 즉, 전체 재가장애인의 19.3%, 65세 미만의 10.1%가 장기요양욕구가 있다고 추정할 수 있다.

<표 5> 노인장기요양등급 기준 재가장애인 가상등급별 분포 (2005년 재가 장애인 실태 자료 대비)

연령 ²⁾ 가상 등급 ¹⁾	전체장애인 (100%)		0세-18세 (4.2%)		19세-64세 (63.3%)		65세 이상 (32.5%)	
	각 등급별	누계	각 등급별	누계	각 등급별	누계	각 등급별	누계
1등급	4.0%	4.0%	1.9%	0.7%	0.7%	1.2%	1.2%	2.1%
	84,042명	84,042명	39,920명	14,707명	14,707명	25,213명	25,213명	44,122명
2등급	5.4%	9.4%	4.6%	0.8%	1.5%	1.9%	3.1%	2.8%
	11,3457명	197,499	96,649명	16,808명	31,516명	39,920명	65,133명	58,830명

3등급	2.1%	11.5%	5.8%	0.3%	1.8%	0.9%	4.0%	0.8%
	44,122명	24,162명	121,861명	6,303명	37,819명	18,910명	84,042명	16,808명
4등급	7.8%	19.3%	10.1%	0.7%	2.5%	3.6%	7.6%	3.5%
	163,882명	405,504	212,207명	14,707명	52,526명	75,638명	159,680명	73,537명

- 1) 가상등급 1등급은 ADL합 20이상/ 2등급은 ADL합 13이상/ 3등급은12이상 / 4등급은 3등급의 최소값 10을 반영하여 10이상으로 구분.
- 2) 연령 - 총 사례 수 2,101,057명/ 18세 이하 89,160/ 1964세 1,330,008/ 65세 이상 681,889

*** 가상등급 구분**

- 2004년 노인복지실태조사 ADL(8개 항목) 동일문항과 최종 등급판정과의 비교를 거쳐 얻은 1등급은 평균 19.4545(20) 범위(13-24)/ 2등급은 평균 12.9545(13) 범위(18-20)/ 3등급은 평균 12.0256(12) 범위(10-16)/ 4등급은 평균 8.9583(9) 범위(8-12)를 근거로 하여 가상등급을 설정하였다.
- 가상등급 1등급은 ADL합 20이상 / 2등급은 ADL합 13이상 / 3등급은12이상 4등급은 3등급의 최소값 10을 반영하여 10이상으로 구분하였다.

4) 전체장애인(시설+재가) 추계결과

시설 입소장애인과 재가 장애인의 비율을 현재 등록장애인 인구자료 근거로 1:99로 설정하고 위의 가상등급 4등급까지를 포함한다면, 다음 식이 성립한다.

$$\begin{aligned} \text{총수요} &= (\text{시설장애인수요} \times 0.01) + (\text{재가장애인 결과} \times 0.99) \\ &= 65.9 \times 0.01 + 19.3 \times 0.99 = 19.8\% \text{ (65세 미만의 경우 10.6\%)} \end{aligned}$$

결론적으로 노인장기요양보험제도 등급의 기능상태 수준으로 전체 장애인의 장기요양욕구를 추계한 결과 총 장애인 중 19.8%가 장기요양 욕구가 있다고 추정되며, 65세 미만의 경우는 10.6%에 해당된다. 이 자료를 근거로 본다면, 노인장기요양보험제도 내의 3등급까지 포함되는

대상의 기능상태를 고려할 때 65세 이하 장애인의 10.6%(전 연령 대상 19.8%) 정도가 대상자에 포함될 수 있음을 의미한다. 위의 4등급 내 기능상태를 가진 65세 이상 장애인의 경우는 현재 노인장기요양제도 대상으로 포함될 가능성이 높다.

<표 6> 전체장애인(시설+재가) 가상등급별 수요

연령 ²⁾ 가상 등급 ¹⁾	전체장애인 (100%)			0세-18세 (4.2%)		19세-64세 (63.3%)		65세 이상 (32.5%)	
	각 등급별	누계	65세 미만 누계	각 등급별	누계	각 등급별	누계	각 등급별	누계
1등급	4.16%	4.16%	2.07%	0.77%	0.77%	1.30%	1.30%	2.08%	2.08%
	83242명	83242명	39561명	14576명	14576명	24984명	24984명	43682명	43682명
2등급	5.59%	9.75%	4.99%	0.85%	1.62%	2.07%	3.37%	2.78%	4.86%
	112373명	195615명	95771명	16651명	31228명	39559명	64543명	58242명	101924명
3등급	2.16%	11.91%	6.25%	0.31%	1.93%	0.96%	4.32%	0.79%	5.65%
	43697명	239312명	120748명	6243명	37471명	18734명	83277명	16641명	118565명
4등급	7.86%	19.77%	10.64%	0.72%	2.64%	3.68%	8.00%	3.47%	9.12%
	162272명	401585명	210217명	14565명	52036명	74905명	158182명	72802명	191367명

1) [표 5-12]와 [표 5-13]의 수치를 합하여 전체장애인의 가상등급별 수요를 구했음

2) 연령 - 총 사례 수 2,121,655명/ 18세 이하 93,938명/ 19~64세 1,345,230명/ 65세 이상 682,487

5. 결론 : 노인 및 장애인 장기요양개념의 비교 및 장애인장기요양 제도 설계방향

본 연구는 현재 실시되고 있는 노인장기요양보험제도와와의 비교를 통해 장애인 장기요양제도 정책개발과 관련된 장애인 장기요양의 개념과

서비스의 특징 및 수요추계를 살펴보았다. 지금까지 논의를 바탕으로 양제도의 비교와, 선형국들이 주는 교훈 및 제도발전 방안에 대한 제언들을 논의하며 본 연구의 결론을 맺고자 한다.

1) 핵심쟁점별 노인장기요양과 장애인장기요양제도간의 비교

바람직한 제도도입을 위해서는 현재 실행되고 있는 여러 제도들 간의 관계설정이 중요하다. 장애인장기요양제도의 시범사업이 실행되고 있는 현시점에서는 노인 및 장애인 장기요양제도(안)간의 비교를 통한 제도의 관계설정이 절대적으로 필요하다고 하겠다. <표 8>은 제도의 핵심영역별로 두 제도를 비교한 것이다. 우선 전체 대상자 규모는 고령층은 지속적으로 증가할 예정인데 반해 장애인의 경우는 2020년을 정점으로 감소한다고 추계되어있다. 문제는 제도의 수혜기간인데 노인의 경우 장기요양의 직접적 수혜기간은 사망 전 2-5년으로 볼 수 있는 데 반해 장애인의 경우 제도 수혜기간이 상대적으로 길 수 있다. 물론 이것은 장애가 있으면서 동시에 요양서비스가 필요한 대상자이므로 장애정도에 따라 차이가 있다. 아동을 포함하는가도 전체규모 추계와 관련이 있다.

<표 7> 핵심쟁점별 노인장기요양과 장애인장기요양의 차이

핵심쟁점	노인장기요양	장애인장기요양
전체 규모	65세 이상 2009년 약 510만 지속적 증가예상 수혜기간은 사망 전 2.5년 한정적	2009년 약 200만 2020년 정점에 이를 예상(장애유형포함에 따라 유동적) 제도 수혜기간이 장기적 연령(아동포함여부)기준이 중요

사회연대	약간 긍정적 - 서비스대상자는 적으나 고령은 보편적인 risk임 - 가족수발의 부담도 보편적임	현재 부정적 - 중도장애율이 높아지고 있으나 보편적 risk로 받아들이기 쉽지 않음
재원	사회보험방식 가능	사회보험방식 용이하지 않음
인프라	기존 복지제도 활용과 요양시설 보급	기존 복지제도 활용과 요양 및 생활시설 보급
인프라 확대 원칙	초기에는 중증위주의 제도로 시설확충에 주력	시설도 중요하지만 재가 장애인의 독립적 지역사회생활에 초점을 둘 필요
평가판정	장기요양욕구와 수발부담중심	장애유형별 특징 고려하되 요양서비스 욕구 중심
당사자 주권 관련 이슈	생애 최후반기에 이 용함으로 인해 가족의 참여, 인지장애, 시설 내 윤리적 보호 등의 이슈	노인보다 장기간 제공됨으로 독립 생활에 초점 전문가 개입과 당사자 주권과의 갈등소지
제도대상자 규모	전체노인의 4.9% (2009.7월 현재 기준)	본 연구 추정 64세 이하 장애인의 10.6%(전 연령 대상 19.8%)
핵심서비스	요양시설 및 방문요양	활동보조인서비스(요양시설은 현재 논의에서는 제외)

다음으로는 사회연대관련 사회전반의 대상자에 대한 지지의식이다. 장기요양제도의 실제 대상자가 많지는 않지만 고령이 되는 것은 일반적인 위험으로 어느 정도 긍정적인 면이 있으나 장애라는 위험에는 실제 중도장애율이 높아지고 있으나 여전히 보편적인 위험으로 받아들이지 못한다는 문제가 있다.

셋째, 사회연대와 관련하여 재원조달방식의 결정에 관한 쟁점이다.

장애인복지관련 재원조달을 사회보험형으로 하는 국가는 거의 없다. 독일의 수발보험의 경우는 제도 초기에 장애인 중 수발이 필요한자를 모두 포함해 실시했다. 이것이 가능했던 이유는 애초에 수발보험의 출발을 노인복지나 장애인복지의 관점에서 시작했던 것이 아니라 장기요양 욕구를 법적으로 설정하고 이 대상자를 한정해서 제도의 수혜자를 규정했기 때문이다. 현재 우리나라 실정을 감안한 쟁점은 조세로 하되 차등 지원에 대한 소득분포의 문제로 볼 수 있겠으며 추후 충분한 검토가 필요한 대목이다.

넷째, 인프라구축관련 문제이다. 이 부분에 대해서는 여러 가지 논의가 가능한데, 노인의 경우는 최종증은 시설에서 케어를 제공해야 된다는 것이 보편적 인식이지만 장애인의 경우는 요양서비스가 필요한 중증 장애라 할지라도 최대한 지역사회거주를 가능하게 지원해주어야 한다는 점이다. 따라서 재가인프라 구축이 절대적으로 필요하다. 물론 이것은 복지나 요양서비스로만 해결되는 것은 아니므로 다양한 지역사회제만 환경개선이 필요하다.

다섯째, 대상자 선정방식에 대한 특징이다. 현재 장애인복지제도의 단편성과 분절성문제와 관련되어 대상자 선정방식은 각 제도마다 다르다. 장애등급판정 체계는 전문가의 판단을, 활동보조사업의 경우는 장애정도를 고려한 서비스 시간을 기준으로 한다. 장애인 요양제도에서는 노인장기요양제도의 평가판정체계를 그대로 가져가는 방식도 고려해 볼 수 있으나 몇 가지 항목을 추가하여 장애인의 욕구사정에 맞게 수정해야하는 문제가 있다.

여섯째, 당사자주권관련 이슈가 두 제도에 대한 분명한 차별적 접근을 가져온다. 즉, 서비스 내용과 전달체계 면에서는 두 제도가 유사한 면이 있으나 장애인의 경우는 장기적으로 본 제도의 영향을 받게 됨에 따라 서비스 선택과 활동 및 이동권에 대한 욕구가 장기요양 욕구가 높은 최중증에게도 발생한다는 점이다. 노인의 경우는 수발 제공자가 이 부

분을 고려하여 서비스 제공 시 유의하면 되지만, 장애인의 경우는 자신의 생활을 위해 요양과 기타 지원을 보조적으로 받으려고 하기 때문에 전문가의 개입이 오히려 장애인의 생활을 간섭하는 여지를 갖게 될 수도 있다. 이 부분은 결국 활동보조사업과의 관계를 통해 정리가 필요한 부분이라 하겠다.

일곱째, 대상자 적용규모에 있어 2009년 7월 현재 노인장기요양제도는 전체노인의 약 4.9%를 포함하고 있는 반면, 장애인은 수요 추계예상에서 64세 이하 장애인의 10.4% 정도가 비슷한 상태에 있다고 볼 수 있다. 다만, 장애인은 아직 본격적 제도 도입이 시작되지 않아 추정규모이며 재원의 범위 안에서 정확한 적용 규모가 책정되리라 예상된다.

마지막으로 다양한 급여가 시행되고 있거나 시행될 예정이나 기본 급여로는 노인의 경우 요양시설과 재가의 방문요양을 들 수 있고, 장애인 은 활동보조인을 활용하는 활동보조 서비스를 핵심급여 유형으로 볼 수 있다.

2) 노인장기요양제도와 현행 장애인복지제도의 관계 설정관련 제언

지금까지의 논의를 종합하여 양제도간의 관계 설정을 통한 장애인 장기요양제도 설계방향을 제언하고자한다. 일본, 미국 및 독일등의 사례를 보면 장애인 장기요양 정책과 활동보조사업의 구체적인 내용은 다르지만, 정책방향은 공통적으로 시설중심의 보호에서 지역과 가족중심의 재가요양서비스로 전환되는 일련의 탈시설화(Deinstitutionalization) 정책을 펴고 있음을 알 수 있다. 즉, 장애인들이 지역사회 내에 있는 자택에서 가능한 오랫동안 독립적 생활을 누릴 수 있도록 각종 제도와 서비스를 개발하여 제공하고 있다. 또한 장기요양대상자를 중심으로 보건과 복지서비스에 대한 통합적 접근의 필요성을 인식하고 이에 대한 다각적

인 해결방안을 모색하고 있다. 선협국의 예를 통해 어떤 제도나 행정의 바람직하다고 단언하기는 어려운 문제이며, 각 국의 상황과 자원의 역량에 따라 가장 적합한 방안을 찾고, 효율적인 제공체계의 모델을 모색하고 있다. 결론적으로 장애인장기요양제도 설계에 다음과 같은 제언이 가능하겠다.

첫째, 기존 장애인복지제도 내에서 요양 서비스의 위치를 정해야 할 것이다. 장애인장기요양제도가 노인장기요양제도와 합쳐지지 않을 경우에는 장애인요양제도를 별도로 마련하는 것이 아니라 기존 장애인복지제도 내에서 요양서비스에 대한 기준을 마련해야 할 것이다. 일본 역시 개호보험과 통합 논의 속에서 별도의 장애인 요양제도를 기존의 장애인복지법(현재 장애인자립지원법) 내에서 마련하는 것으로 그 체계를 마련하였다.

둘째, 요양제도 내에서 장애인에 대한 서비스를 별도로 시행하고 있는 나라의 경우에는 장애인복지 체계내의 요양제도와 함께 병행하고 있다는 점이다. 즉 한국의 노인장기요양보험제도에서 일부장애인에 대한 제도와 더불어 장애인복지 체계내의 요양서비스를 보완적으로 가져갈 수도 있다는 점이다. 장기요양은 의료 및 재활 영역과 밀접한 관계를 가지게 되므로 복지 및 의료 영역에서 접근할 수 있고, 또한 별도의 장기요양제도를 가지게 되더라도 장애인복지 내의 요양 및 재활서비스는 그대로 존재한다. 즉, 각각의 제도 내에서 서비스 논리를 가지며 보완하는 기능을 담당하도록 한다.

미국에서처럼 장기요양보장까지를 포괄하는 의료보장제도의 한 축을 이루는 Medicaid의 HCBS Waiver 프로그램은 자립생활센터의 활동보조인 파견 서비스와 충돌되지 않고 서로 보완적인 관계를 형성하며 시행되고 있다고 할 수 있다. 또한 일본의 경우도 2000년 개호보험이 시행되기 이전부터 활동보조인 파견 서비스가 마련되어 있었고 개호보험 상에서는 장애인이 포함되어 있지 않지만, 활동보조인 파견 서비스 자체

는 단일한 형식이 아닌 다양한 프로그램의 복합(전신성장애인개호인파견사업과 홈헬퍼사업, 생활보호법에 의한 타인개호수당 등)으로 이루어져 최장 24시간을 이용할 수 있도록 하고 있다.

셋째, 자원의 효율적 사용을 위해서는 서비스 내용에 맞는 대상자 선정기준이 필요하다. 일본의 경우, 서비스 필요도에 의하지 않은 서비스 이용에 대한 심각한 재원부족의 문제를 경험하였고, 미국의 경우에도 Medicaid의 지나친 부담확대로 장애인에 대한 등급판정기준을 강화하는 추세이다. 서비스의 효율적인 이용을 위해서는 서비스 이용 대상 기준을 명확히 하고 욕구에 대응하는 적절한 서비스를 지급할 수 있도록 해야 할 것이다. 이를 위해 장애인 사례관리 지원체계의 마련과 서비스 대상자 선정기준에 대한 체계를 마련하는 것이 필요하다. 서비스 필요도는 의학적 장애등급과는 완전히 일치하지 않을 수 있다는 것을 고려해야 할 것이고, 장애인복지서비스를 서비스 군별로 구분하고 각 서비스 필요도에 의한 대상자 선정기준을 마련하는 것이 필요하다.

넷째 관리운영주체에 대해서 살펴보겠다. 일본의 경우는 지방자치단체에서 개호보험의 관리와 장애인복지제도의 관리를 동시에 하고 있다. 일본과 달리 개호보험에 해당하는 노인장기요양보험사업을 건강보험공단이 관리운영의 주체로 되어있는 우리나라 현실에서 장애인요양제도의 관리운영주체로 지자체, 장애인요양공단(가칭), 기타 제3의 관리자 등에 대한 검토가 필요하다. 일본제도와 노인장기요양제도의 경험을 볼 때 크게 구조면에서 두 가지 방식이 가능한데 한 가지는 전체 장애인 복지사업(요양, 취업지원, 지역생활지원)을 한 관리자가 통합으로 실시하는 안이 있을 수 있고, 다른 방식은 각 사업별로 관리자를 다르게 가져가는 방안이 있을 수 있다.

이러한 경우 대상자의 연령에 따라서도 몇 가지 방식이 가능한데, 65세 이상의 경우는 현재와 같이 건강보험공단에서 관리하게 되고, 20-65세 장애인의 경우 장애인요양사업관리 주체에서 주로 담당할 필요가 있

다. 20세 미만의 아동청소년 장애인의 경우는 장애인아동특별법(많은 국가에서 시행하고 있음)을 중심으로 지자체에서 담당하여 다양한 욕구(복지, 요양, 교육)를 통합적으로 추진하는 것이 필요하다. 아동의 경우는 최근 제정된 “장애인 등에 대한 특수교육법”과의 조정이 필요하다. 만약 새로운 관리주체를 설정할 경우 그 관리주체가 가져야할 기본적인 특징으로는 재원확보(보험, 조세, 또는 특별기금) 및 관리 경험이 있는 조직이나 서비스제공자와 지역사회에서 네트워크가 형성되어 있는 조직(전국적으로 조직되어 있어야함)이 되어야겠다.

다섯째, 장애인장기요양제도 설계에서 지속적으로 논란이 되고 있는 장애인의 ‘자립생활지원’이념과 장기요양서비스 급여내용간의 갈등해결이 주요과제라 하겠다. 즉, 현재 장기요양의 급여가 장애인의 사회생활지원보다 외상 및 중증간병욕구 대상자에게 치중되어 실제 장애인의 독립적 사회생활지원 및 잔존능력보존 및 재활에는 부합하지 못한다는 지적이다. 이 갈등을 근본적으로 해결하기 위해서는 간병욕구가 강한 64세 미만 장애인은 노인장기요양보험의 연령제한을 낮추어 현 노인장기요양보험을 ‘국민장기요양보험’으로 확대해 이 제도에 포함시키고, 장애인의 활동지원은 공적부조로 지속하는 방안에 대해서도 심각하게 고민할 필요가 있겠다.

마지막으로 정확한 인프라 및 제공체계 구축 및 재정규모 추정을 위한 수요추계 및 장애인 적합 서비스 유형개발 연구들이 지속적으로 이루어져야 하겠다. 인적 및 시설 인프라를 추계하는 작업은 전반적인 재정규모를 산출하고 구체적인 서비스 내용을 결정하는 데 핵심적인 사항이라 하겠다. 그러나 인프라 추계는 기본적으로 몇 가지 정책적 결정이 선행되어야 된다. 동시에 선행연구를 기반으로 구성되어야 하는데 노인 장기요양과 달리 장애인 장기요양부분에서는 인프라 추계에 대한 연구가 전무한 실정이다. 인프라 추계에 필요한 정책적 결정 사항으로는 대상자 규모(척도에 의한 규모, 재정부담고려 규모, 이용가능 규모 등), 서

비스 유형과 비용단가, 재가와 시설간의 비율, 대상자 선정방식, 필요 인력 기준 등이 필요하고, 이에 대한 안들이 어느 정도 결정된 사항에서 본격적인 추계가 가능하겠다. 따라서 종합적인 연구들을 통해 최종적인 장기요양제도대안 개발과 정확한 재정규모가 추정되어야 하겠다.

어느 국가나 장애인복지를 장애인 장기요양서비스로만 해결하기는 어렵다. 장애인의 복지를 위해서는 장애인에 대한 사회적 차별의 철폐, 이동권에 대한 사회적 인식의 확대, 장애 아동 교육에 대한 특별 지원의 확대 및 장애인과 더불어 사는 삶을 위한 전반적인 환경과 여건이 동반되어야 장애인 복지 서비스가 빛을 발할 수 있다. 최근 국민소득의 향상과 다른 사회복지 분야의 발전은 우리나라에서도 보다 나은 장애인복지 및 요양 서비스 체계가 개발되어야 할 시점으로 여겨지고 있다. 본 연구에서 고찰된 결과는 장애인 장기요양제도의 성공적인 실행을 위한 중요 기초 자료로 활용될 것으로 기대된다.

참고문헌

- 김경미, 2007, “활동보조서비스의 제도화 방안: 미국의 활동보조서비스와 한국에서의 제도화 모색” 『사회복지정책』 129: pp.195-216.
- 김찬우, 2005, “미국 장기요양 제도의 변천과 케어 매니지먼트 등장에 관한 연구” 『사회복지연구』 26 (겨울): pp.91-122.
- 김찬우, 2008, “노인돌봄서비스 수요 추정 고찰” 『사회복지정책』 34:pp.163-190.
- 이토오 슈헤이, 2005, “개정개호보험과 사회보장개혁” 장세철, 권순호, 김윤진, 박현정, 이서영, 조문기(역. 2008), 교육과학사, 『Kaisei Hoken to Shakai Hosho Kaikaku』, Yamabuki Shoten. Tokyo, Japan.
- 이봉주·강상경·김용득·김문근·김용득·김찬우·안상훈·김남희·정은희, 2008, 『사회서비스 수요·공급실태 정밀조사연구』, 기획예산처·서울대학교 사회과학연구원.
- 정종화, 2005, “활동보조 서비스를 제도화하기 위한 법 개정방향”, 『한국적 장애인자립생활센터 운영과 법제도마련을 위한 정책토론회 자료집』, 국가인권위원회.
- 보건복지부, 2007, 활동보조사업 안내, 보건복지부.
- 한국보건사회연구원, 2006, “전국 활동제약자 실태조사” 『한국보건사회연구원』 .
- 한국보건사회연구원, 2008, “장애인장기요양 정책 개발 및 모의 적용연구” 『한국보건사회연구원』 .
- 한혜경, 1999, “재가복지대상자의 특성과 서비스 만족도” 『한국사회복지학』 37(4):pp.429-448.
- Bebbington, Andrew, and Bleddyn Davies., 1993, "Efficient Targeting of Community Care : The Case of the Home Help Service" *Journal of Social Policy* 22(3): pp.373-391.
- Kane, R. L. and R. Kane., 1987, *Long-term care: Principles, programs, and policies*, New York, Springer Publishing Company.

- Kodner, D ., 1996, Forseeing the futre of long-term care: The highlights and implications of a delphi study. In R. Binstock, L. Cluff, & O. Mering, eds., *The Future of Long-term Care: Social and Policy Issues*, Baltimore, The Johns Hopkins University Press.
- Leutz, W. N., M. R. Greenlick, et al., 1994, "Integrating acute and long-term care" *Health Affairs* 13(4): pp.59-74.
- Merlis, M., 1999, "Financing long-term care in the twenty-first century: The public and private roles" The Common Wealth Fund September, 1999(Pub #343): www.cmf.org/publist.
- Minnesota Department of Human Services, 2005, *Minnesota Long-Term Care Consultation Services Assessment Form* : SW Section.
- OECD, 2003, *Long-term care in OECD*, OECD.

<Abstract>

**An Analysis of Aligning the Relationship
between Long-term care policy for the
Disabled and NLTC for Elders:
Focusing on the Service Benefits and
the Estimation of the Service Needs**

Kim, ChanWoo*

In 2009, July, the 1st demonstration project of the LTC policy for the disabled was just started. The purpose of this study was to analyze critical policy issues around the LTC policy for the disabled and to estimate the target size of the policy by comparing with NLTC for elders launched on July, 2008. The key contents of this study were as follows. First, the study discussed the desirable concept and service types of LTC for the disabled by comparing those of NLTC for Elders and the Personal Assistance Policy which have been implemented since 2007. Secondly, the study examined the similar service policies for the disabled in Japan and USA. This study found that the recent changes in Japanese Disabled Welfare policies have been in the middle of discussions to combine the KaiKo Hoken (LTC Insurance) and the Self-Reliance Assistant Policy for the disabled(public assistance) while USA LTC policies have utilized funding from both Medicaid and State

* Assistant Professor, Division of Social Welfare, Catholic University of Korea
(chanwoorang@hanmail.net)

tax-based programs. In third, the study estimated the target size of this policy and the result showed that at least 10.6% of the disabled population under 64 might be needed the LTC services in Korea. Finally, the study concludes the comparative discussions on policy components between LTC for elders and the disabled suggesting several policy alternatives in order to the develop the successful establishment of the LTC policy for the disabled.

key word : long term care for elders, long-term care for the disabled,
Personal Assistant policy, need estimation,
KaiKo Hoken(LTC policy in Japan)