

보건·복지 ISSUE & FOCUS

Korea Institute for Health
and Social Affairs

ISSN 2092-7117
제 278호 (2015-10) 발행일 : 2015. 04. 20

KIHASA 한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

장애인구의 고령화: 실태 및 시사점*

최근 장애인의 고령화는 일반인구의 고령화에 비해 2-3배 빠르게 심화되고 있으며, 우리나라의 장애인구 중 50세 이상 장애노인의 비율은 2000년 이후 지속적으로 증가하여 2011년 현재 71.1%에 이르고 있음. 장애노인의 장애 유형별 특성을 연도별로 살펴보면, 신장, 심장, 호흡기, 간, 장루·요루장애와 같은 내부장애인의 증가가 두드러지고 있는 것을 확인할 수 있음

장애노인의 장애발생은 고령기(54%)에 가장 많고, 장애노인의 주관적 건강 상태는 연령이 높을수록 낮아지며, 장애가 일찍 발생한 경우 상대적으로 양호하였음. 장애노인의 외부 도우미 필요 욕구는 점차 증가하고 있으며, 고령기에 장애를 경험하는 인구의 외부 도우미 필요욕구가 크게 나타남

장애노인은 연령이 증가할수록 의료보장에 대한 욕구가 증가하는 경향을 보이며, 장애기간이 오래될수록 소득보장에 대한 욕구가 높음

장애노인 대상 정책의 발전을 위해서는 장애노인에 대한 명확한 구분 및 장애노인 정책의 우선순위를 설정하여야 하며, 장애인복지서비스의 주요대상이 장애노인으로 확대됨에 따른 장애노인 대상 특화 프로그램의 개발 및 복지시설의 확충, 의료서비스 욕구에 대응할 수 있는 정책적 지원방안 확립, 그리고 현행 제도의 한계를 극복할 수 있는 정책적 방향 설정이 필요함



황주희
사회서비스연구실 부연구위원

1. 장애인구의 고령화

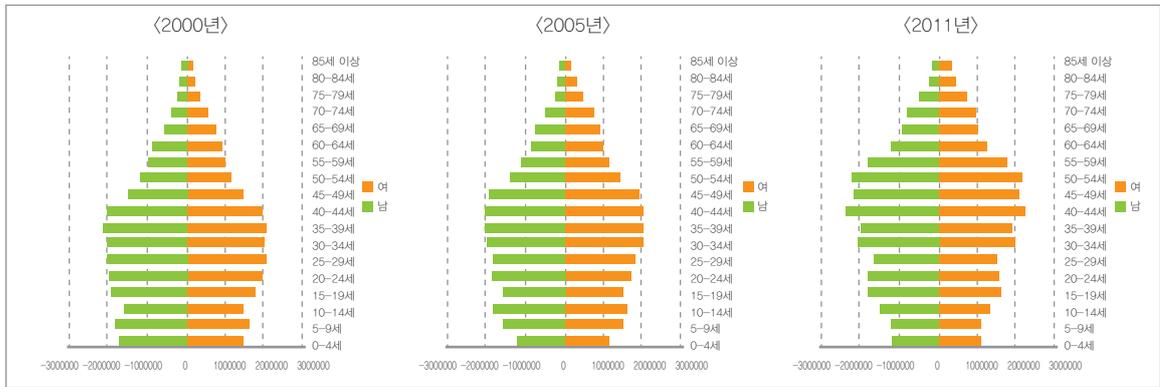
- 장애인구와 일반인구의 인구피라미드를 비교해보면, 장애인구의 고령화가 일반인구에 비해 심화되고 있음을 알 수 있음

○ 인구피라미드는 인구구조의 변화를 종합적으로 살펴볼 수 있는 장점을 지니고 있으므로 일반인구와 장애인구의 인구피라미드를 비교해보면, 일반인구 피라미드는 고령화 및 출산율 저하로 인해 유소년층이 얇고 60년대 베이비붐 세대들이 중년층을 차지하면서 중간층이 넓어져 방추형 피라미드 형태를 띠고 있음

* 본 글은 '황주희 외(2014). 「장애노인 대상의 통합적 복지서비스 제공을 위한 제공방안」. 한국보건사회연구원'의 일부를 요약·정리한 것임을 밝힘.

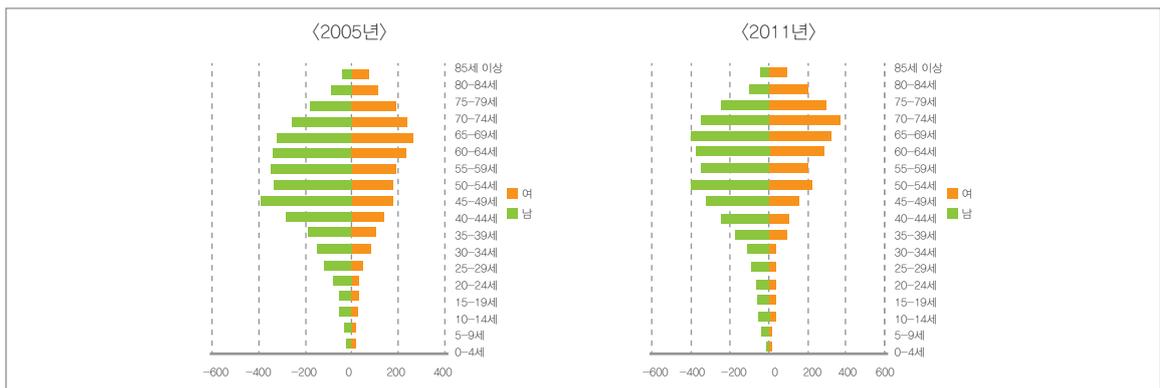
○이에 반해, 장애인구는 유소년층 인구의 비율이 현저하게 낮고, 노인인구가 월등히 많은 역피라미드 형태를 띠고 있어 장애인구의 고령화 현상이 일반 인구에 비해 심화되어 있음. 이러한 장애인구의 고령화는 전체 인구의 고령화현상과 더불어 더욱 심화될 가능성이 높음

[그림 1] 일반인구 인구피라미드



자료: 통계청, 「인구총조사」(2000년, 2005년, 2011년)

[그림 2] 장애인구 인구피라미드¹⁾



자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 「장애인실태조사」(2005년, 2011년)

2. 장애노인에 대한 연령적 구분 및 개념정의

- 일반적으로 비장애 노인은 65세를 기준으로 연령적 구분을 사용하고 있으나, 장애노인의 경우 장애노인이 가지고 있는 특성을 고려하고, 사회적으로 합의될 수 있는 수준의 연령적 구분이 필요함

○일반적으로 생물학적 노화는 22세 정도에 시작되어 점진적으로 진행되는 감퇴현상²⁾으로 보고 있으나, 생물학적 기준을 적용한다면 22세 이상을 노인으로 정의 할 수 있어 사회적 합의를 이끌어 낼 수 있는 수준이 아님
 - 우리나라에서는 비장애노인의 경우, 일반적으로 「노인복지법」에 따라 연령상 65세를 기준으로 ‘노인’을 정의하고 있음

○그러나 오랜 기간 장애인으로 살아온 고령화된 장애인의 경우 일반인에 비해 15~20년 빠르게 조기노화(Premature Aging)를 경험한다는 실증연구들이 진행되었고, 기존장애에 더해지는 이차적 장애(Secondary Condition)로 인한 어려움이 있음이 밝혀지고 있음

1) 2008년 「장애인실태조사」는 등록장애인만을 대상으로 조사가 이루어져, 추정장애인의 규모를 포함하지 못했으므로 분석에서 제외하였음.

2) Krause J. S., & Adkins, R. H.(2004). Methodological Issue. In Kemp, B. J. & Mosqueda, L.(Eds.). Aging with a Disability—What the Clinical Needs to Know. Johns Hopkins Univ. Press.

- 특히, 이차적 장애의 경험은 기본적인 장애 경험이후에 기존 장애로 인하여 새롭게 발생하는 기능 및 건강의 쇠퇴를 뜻하며, 이러한 조기노화와 이차적 장애 이슈는 장애인인의 주요 특성이 됨

○ 현재 장애인인에 대한 연령적 구분은 연구의 주제 및 목적에 따라 매우 다양하게 진행되고 있음

- 일부 연구에서는 비장애인인과 마찬가지로 65세 이상을 장애인인으로 정의하기도 하고, 장애인고용정책 관련 연구에서는 55세 이상을 장애인인으로 정의하기도 하며, 최근 장애인 관련 연구에서는 40세 이상이나 50세 이상을 장애인인으로 정의하는 경향이 있음

○ 이처럼 ‘장애인’에 대한 연령 기준은 사회적 합의의 문제이나, 장애인인의 특성을 고려하고, 이들에 대한 효과적인 정책적 개입이 가능 할 수 있도록 가능한 포괄적 수준으로 접근하는 것이 필요함

○ 따라서 본 고에서는 ‘장애인’의 조기노화와 이차적 장애 이슈와 같은 특성을 고려하고, 사회적으로 합의될 수 있는 수준인 50세 이상의 중·고령 인구층으로 ‘장애인’을 정의하였음

■ 장애인을 정의하는데 있어 연령이외에 고려하여야 할 요인은 장애인에 대한 개념적 구분과 이러한 구분을 가능하게 할 수 있는 적절한 기준임

○ 장애인은 크게 (1) 고령화된 장애(aging with disability)와 (2) 노화과정 장애(disability with aging)³⁾로 크게 구분 할 수 있고, 이들 집단은 장애특성 및 욕구의 차이가 존재하기 때문에 정책적 대응방안 마련을 위한 개념적 구분이 필요함

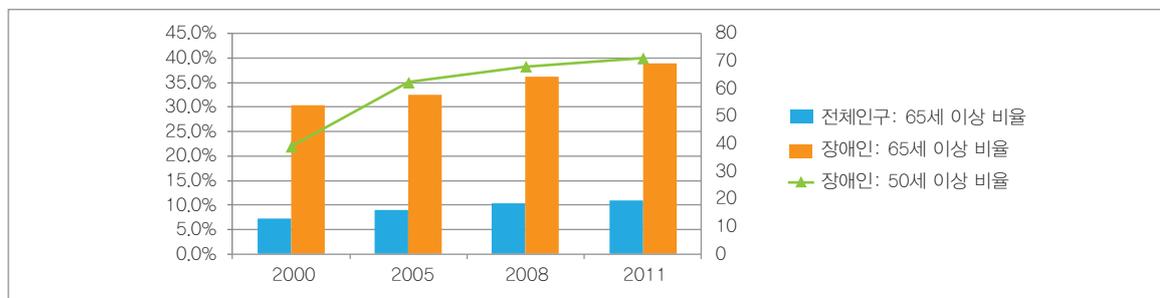
- 즉, ‘고령화된 장애’는 장애가 상대적으로 이른 시기에 발생하여 오랜 기간 장애인으로 살아온 인구를 의미하는 반면, ‘노화과정 장애’는 상대적으로 늦은 시기에 장애가 발생하여 장애기간이 짧은 인구를 의미함
- 해외 및 우리나라에서의 최근 연구들은 고령화된 장애와 노화과정 장애의 구분을 위해 장애기간(20년 이상, 20년 미만)과 장애발생시기(발달기, 청년기, 노년기)를 고려한 연구들이 진행된 바 있음

3. 장애인의 증가와 장애발생 시기

■ 우리나라의 장애인구 중 50세 이상 장애인의 비율은 2000년 이후 지속적으로 증가

○ 전체인구의 65세 이상 노인증가율과 비교했을 때, 65세 이상 장애인 증가율은 2~3배 이상 빠르게 진행되고 있으며, 50세 이상 장애인의 비율은 2000년 39.1%이던 것이 2005년 62.3%, 2008년 68.1%, 2011년 71.1%로 확연한 증가율을 나타내고 있음

[그림 3] 장애인구 중 장애인의 비율: 연도별 (단위: %)

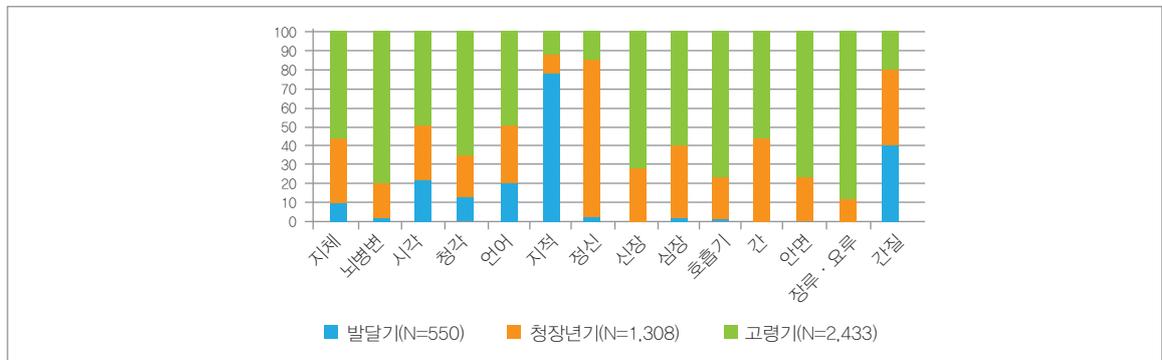


자료: 보건복지부(2012), 2011년 장애인실태조사 결과 발표자료와 2000년, 2005년, 2008년, 2011년 「장애인실태조사」 재구성.
 주: 50세 이상 장애인의 비율은 오른쪽 단위에 따름.

3) 노화과정 장애(disability with aging)는 대부분의 선행연구에서 장애기간이 상대적으로 짧고(20년 미만), 장애발생시기가 발달기 이후인 경우로 정의되었음. 즉 장애기간이 짧은 후천적 장애인구를 의미하며, 고령화된 장애와의 비교를 위하여 적용된 개념임. 이 개념은 노인성 장애, 노화 기인성 장애, 노화과정 장애로 번역하는 경우도 있으나 이러한 용어는 노인성 질환으로 인한 장애로 오인될 위험이 크기 때문에 본 연구에서는 ‘노화과정 장애’라는 용어를 사용하여 정리하였음.

- 장애노인의 장애발생시기⁴⁾는 고령기가 가장 많고, 고령기 장애 발생 장애유형은 내부장애유형이 많음
 - 50세 이상 장애노인 중 발달기에 장애가 발생한 경우는 전체의 12.8%에 불과하고, 청·장년기에 장애가 발생(30.5%)하거나 고령기에 장애가 발생(54%)하는 것으로 나타남. 즉, 고령기 장애발생이 가장 많았음
 - 장애유형별 장애발생시기를 살펴보면, 장애가 발달기에 발생한 장애유형은 지적장애(80.0%)가 가장 높았으며, 다음으로 간질장애(41.2%), 안면장애(25%)순임
 - 청·장년기에 장애가 발생한 경우는 정신장애(82.6%)가 가장 높았으며, 다음으로 간장애(47.1%), 간질(41.2%), 심장장애(38.5%)순임
 - 반면, 고령기에 장애가 발생한 경우는 장루·요루장애(86%), 뇌병변 장애(76.7%), 안면(75%), 호흡기장애(73.8%), 신장장애(70.8%)로, 뇌병변과 안면장애를 제외하면 내부장애의 비율이 높음

[그림 4] 장애유형별 장애노인의 장애발생 시기 (단위: %)



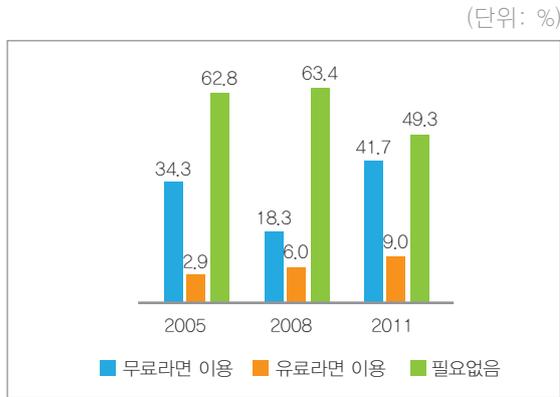
자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 「장애인실태조사」 (2011), 재분석.

4. 장애노인의 건강 상태 및 외부도우미 필요욕구

- 주관적 건강상태는 연령이 높을수록 낮아지며, 장애가 일찍 발생한 경우 상대적으로 양호
 - 장애노인의 주관적 건강상태는 연령이 낮을수록(50~64세 2.29점, 65~79세 2.08점, 80세 이상 1.99점), 장애기간이 20년 이상인 경우(20년 미만 2.1점, 20년 이상 2.28점) 그리고 장애발생시기가 이른 경우(발달기 2.38점, 청장년기 2.25점, 고령기 2.06점) 주관적 건강상태가 양호한 것으로 나타났음
 - 이는 연령이 높은 상태에서 장애를 경험하는 인구의 주관적 건강상태는 낮고, 장애를 늦게 경험하는 인구의 주관적 건강상태도 장애를 오랜기간 경험한 인구에 비해 상대적으로 낮음을 의미함
- 외부 도우미 필요 욕구는 연도별로 점차 증가하고 있으며, 고령기에 장애를 경험하는 인구의 외부 도우미 필요욕구가 큼
 - “외부 도우미가 필요 없음” 이라고 응답한 경우는 2005년 62.3%, 2008년 63.4%에 비해 2011년의 경우 49.3%로 낮아졌으며, “유료라도 이용하겠다” 는 응답은 2000년 2.9%에서 2011년 9.0%로 크게 높아졌음
 - 장애발생시기가 이른 경우 무료라도 이용하겠다는 큰 차이가 없었으나, 유료라도 이용하겠다는 응답은 장애 발생시기가 이른 경우 낮은 경향을 보였음

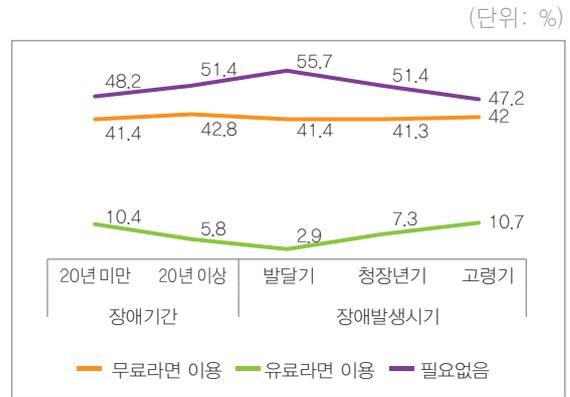
4) 장애발생시기를 기준으로 1~18세는 ‘발달기’, 19~49세 ‘청·장년기’, 50세 이상을 ‘고령기’로 구분

[그림 5] 장애노인의 외부 도우미 필요여부: 연도별



자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 「장애인실태조사」(2005년, 2008년, 2011년), 재분석.

[그림 6] 장애노인의 외부도우미 필요여부: 장애기간 및 장애발생시기별



자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 「장애인실태조사」(2011), 재분석.

5. 장애노인의 생활만족 및 외출 특성

■ 늦은시기에 장애를 경험하는 장애노인일수록 이들의 생활만족도는 낮아지는 경향을 보임

○ 장애노인의 생활만족도는 연령이 낮을수록(50~64세 2.57점, 65~79세 2.49점, 80세 이상 2.35점), 장애 발생 시기별(발달기 2.57점, 청장년기 2.55점, 고령기 2.47점) 생활만족도는 유의한 차이⁵⁾를 나타냈음

■ 연령이 증가할수록, 고령기에 장애를 경험하는 장애노인일수록 전혀 외출하지 않는 비율이 높음

○ 연령이 높을수록 전혀 외출하지 않는 인구가 3.3%(50~64세), 5.2%(65~79세), 15.8%(80세 이상)로 증가하는 경향을 보였으며, 거의 매일 외출하는 인구는 연령이 낮을수록 증가하였음(50~64세 70.3%, 65~79세 59.6%, 80세 이상 42.5%)

○ 고령기에 장애를 경험하는 장애노인의 경우 전혀 외출하지 않는 인구비율은 7.1%로 가장 높아 장애가 고령기에 발생한 장애노인의 경우 장애로 인한 외출의 어려움이 장애가 이른시기에 발생한 장애노인에 비해 상대적으로 큼

<표 1> 장애노인의 외출빈도: 연령, 장애기간, 장애발생시기별

(단위: %)

	연령			장애기간		장애발생시기		
	50~64세 (N=1,843)	65~79세 (N=2,011)	80세 이상 (N=437)	20년 미만 (N=2,910)	20년 이상 (N=1,381)	발달기 (N=550)	청장년기 (N=1,308)	고령기 (N=2,433)
거의 매일	70.3	59.6	42.5	60.3	67.1	70.4	70.5	56.4
주1~3회	20.1	24.7	22.1	24.1	19.0	19.5	19.3	24.9
월 1~3회	6.3	10.4	19.6	9.7	9.5	7.6	6.7	11.6
전혀 외출 하지 않음	3.3	5.2	15.8	5.9	4.3	2.5	3.6	7.1
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
χ^2	227.581***			22.225***		101.069***		

자료: 보건복지부·한국보건사회연구원, 「장애인실태조사」(2011), 재분석.

5) F값(유의도): 연령 37.749(.000)***, 장애기간 -2.108(.035)*, 장애발생시기 12.241(.000)***

6. 장애노인의 경제적 특성

■ 장애노인의 월평균 가구소득은 연령이 낮을수록 장애발생시기가 발달기 일 때 상대적으로 낮았고, 수급자 비중도 장애기간이 길고 장애가 일찍 발생할수록 높음

○ 장애노인의 월평균 가구소득은 연령이 낮을수록 많고, 장애발생시기가 발달기일 때 상대적으로 낮고, 수급자의 연령은 50~64세가 일반수급(13.8%), 조건부수급(0.4%)의 비중이 가장 높았으며, 장애노인의 수급자 비중은 장애가 일찍 발생할수록(발달기 19.6%, 청장년기 13.7%, 고령기 8.9%) 높았음

〈표 2〉 장애노인의 가구소득: 연령, 장애기간, 장애발생시기별 (단위: %)

항목		평균	표준편차	F(p)
연령	50-64세	234.07	433.205	30.989(.000)***
	65-79세	158.17	146.151	
	80세 이상	169.09	171.803	
장애기간	20년 미만	197.99	356.724	2.374(.018)*
	20년 이상	179.26	164.115	
장애 발생시기	발달기	181.36	188.488	5.295(.005)**
	청장년기	215.07	317.824	
	고령기	181.94	323.899	
	계	191.96	308.268	

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 「장애인실태조사」(2011), 재분석.

〈표 3〉 장애노인의 국민기초생활보장 수급여부: 연령, 장애기간, 장애발생시기별 (단위: %)

	연령			장애기간		장애발생시기		
	50~64세 (N=1,843)	65-79세 (N=2,011)	80세 이상 (N=437)	20년 미만 (N=2,910)	20년 이상 (N=1,381)	발달기 (N=550)	청장년기 (N=1,308)	고령기 (N=2,433)
미수급	85.7	90.3	88.8	90.4	83.6	80.4	86.3	91.1
일반수급	13.8	9.5	11.2	9.3	15.9	18.9	13.5	8.7
조건부수급	0.4	0.2	0.0	0.2	0.4	0.7	0.2	0.2
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
χ^2	20.970***			42.199***		58.380***		

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 「장애인실태조사」(2011), 재분석.

7. 장애노인의 복지욕구

■ 장애노인은 연령별, 장애기간별, 장애발생시기별로 복지욕구에 차이가 나타남

○ 연령이 증가할수록 의료보장에 대한 욕구는 증가하는 경향을 보이며, 장애기간이 오래될수록 소득보장에 대한 욕구가 높음

○ 발달기에 장애가 발생한 장애노인의 경우 소득보장, 주거보장, 장애인식개선 욕구가 높았고, 청장년 시기에 장애가 발생한 장애노인의 경우 소득보장, 고용보장, 장애인권보장 욕구가 상대적으로 높았음. 반면, 고령기에 장애가 발생한 인구의 경우 의료보장, 소득보장, 이동권보장 욕구가 상대적으로 높음

<표 4> 장애노인의 국가에 대한 요구사항(1순위): 연령, 장애기간, 장애발생시기별 (단위 : %)

	연령			장애기간		장애발생시기		
	50~64세 (N=1,843)	65~79세 (N=2,011)	80세 이상 (N=437)	20년 미만 (N=2,910)	20년 이상 (N=1,381)	발달기 (N=550)	청장년기 (N=1,308)	고령기 (N=2,433)
소득보장	39.9	37.8	33.1	36.7	41.4	39.6	40.9	36.5
의료보장	29.9	40.3	45.7	39.1	30.8	29.3	28.9	42.0
고용보장	10.2	4.8	2.7	6.9	7.0	6.9	9.9	5.4
주거보장	7.7	6.9	7.1	6.9	8.0	10.5	7.5	6.4
이동권보장	1.7	2.4	4.3	2.3	2.2	2.0	2.0	2.5
보육,교육 보장	0.9	0.5	0.5	0.7	0.7	0.9	0.8	0.5
문화여가체육 활동보장	1.7	1.2	1.1	1.4	1.4	1.5	1.5	1.4
장애인인권보장	3.8	2.0	1.8	2.5	3.3	3.6	3.8	2.0
장애인식개선	1.4	1.0	1.4	0.9	1.7	2.2	1.5	0.8
장애예방	1.4	0.8	0.7	1.0	1.2	1.1	1.6	0.7
기타	0.2	0.3	0.7	0.2	0.6	0.5	0.3	0.3
없음	1.1	2.0	0.9	1.5	1.6	1.8	1.1	1.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

자료: 보건복지부 · 한국보건사회연구원, 「장애인실태조사」 (2011), 재분석.

8. 정책적 시사점

- 우리나라의 장애인복지정책은 수요자 중심으로 점차 발전하고 있는 상황이나, 장애인구의 고령화가 심화되고 있는 지금의 상황에서 이들에 대한 정책적 대응을 고민할 필요가 있음
 - 2000년대 이전까지 장애인복지서비스는 시설을 중심으로 장애아동 대상 특수교육의 강화와 청장년층 (20세~45세) 대상 직업재활 및 복지서비스 제공 그리고 시설의 확대에 초점을 맞추어왔음
 - 그러나 2006년 12월 국제연합(UN) 주도의 「장애인권리협약」이 제정되면서 장애인복지 환경이 권리중심으로 변화되어 2011년 10월 「장애인활동지원법」 제정 및 발달재활사업의 운용, 2011년 「장애인연금법」의 제정, 2014년 4월 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」 국회 본회의 통과 등 장애인의 소득, 일상생활 지원, 발달장애인을 위한 재활치료지원 등 수요자 중심의 복지정책 및 제도들이 새로이 신설·발전하고 있는 실정임
 - 그러나 현재 장애인 대상 정책적 대응방안 및 방향성은 부재한 상황으로, 본 고에서는 장애노인을 개념적으로 정의하고, 이들의 특성을 반영한 정책적 방향을 제시하고자 함
- 향후 장애인 대상 정책은 장애인에 대한 개념의 정의에서 시작하여, 정책의 우선순위를 설정하여 접근하여야 할 것임
 - 장애인에 대한 구분은 장애노인이 가지는 (1) 조기노화 및 (2) 이차적인 장애 발생과 같은 신체적 특성을 고려하여 50세를 기준으로 한 ‘장애인 서비스 개입’이 이루어 질 수 있도록 서비스 대상을 구분 할 필요가 있음
 - 지적장애와 같이 이른 시기에 장애가 발생되어 오랜 기간 장애를 경험하며 살고 있는 고령화된 장애노인의 경우, 오랜 기간 장애인으로 살아오면서 경제활동 참여에 제약을 경험하고, 결과적으로 빈곤화를 경험할 확률이 증가하기 때문에 장애인 정책에 있어 이들에 대한 우선적인 정책적 관심이 요구됨
 - 특히 지적장애와 발달장애와 같이 장애기간이 긴 고령화된 장애노인은 경제적 어려움에 처해있는 경우가 많아 이들의 경제상황을 충분히 고려하여 소득보전에 초점을 맞춘 정책적 대응방안을 마련할 필요가 있음

■ 장애인 대상 특화 프로그램의 개발 및 복지시설 확충

- 인구의 고령화에 따른 장애노인의 증가는 장애인복지서비스의 주요 대상자가 장애노인으로 전환되는 것을 의미하므로 장애인 대상 특화 프로그램의 개발 및 시설의 확충이 요구됨
- 지적장애와 발달장애와 같이 장애기간이 긴 고령화된 장애노인의 경우, 이들의 필요와 욕구에 맞는 프로그램의 개발 및 복지시설의 확충이 필요함
 - 현재 지역사회에서 장애인이 이용할 수 있는 시설은 장애인복지관이나, 주간보호시설, 단기보호시설 및 그룹홈이 있으나, 지적장애와 발달장애를 가진 장애노인이 이용할 수 있는 복지시설은 매우 제한적이어서 장애노인이 가지고 있는 장애와 노화와 같은 복합적인 이슈를 고려한 지역사회내 시설확대가 요구됨
- 반면 장애발생시기가 늦고 장애 경험시기가 짧은 노화과정 장애인의 경우, 유료라도 외부도우미를 필요로 하는 비율이 높고, 이동지원에 대한 욕구가 높으며, 생활만족도도 상대적으로 낮으므로 이들이 장애로 인한 신체적·정신적·환경적 변화에 적절히 적응할 수 있도록 지원하여야 함
 - 장애노인은 ‘장애’와 ‘노화’의 경험으로 인하여, 직업생활, 재정적 계획, 장애로 인한 변화된 역할에의 적응(role adaptation) 그리고 장애의 문제에 대응해 나갈 수 있는 지지적 시스템을 찾는 일 등 장애에 적절히 적응(adjustment)할 수 있는 다양한 지원이 요구됨

■ 높은 의료서비스 욕구에 대응할 수 있는 정책적 지원방안 확립

- 장애노인의 의료서비스에 대한 욕구는 연령이 증가할수록 높아지며, 장애기간이 짧고 낮은 나이에 장애발생을 경험한 장애노인에게서 높게 나타남
- 따라서 장애노인의 의료서비스 욕구에 대응할 수 있도록 의료서비스 지원을 위한 정책의 도입이 시급함
 - 장애노인의 의료서비스는 고령기 내부장애에 대한 의료적 지원 대책의 마련 뿐 아니라, 생활 습관병이나 합병증에 대한 예방과 같은 식생활개선과 같은 예방프로그램에 대한 개발 및 보급도 필요함
 - 또한 조기노화를 방지하고 예방할 수 있도록 물리치료와 같은 의료적 서비스를 확대하고, 지속적인 건강관리 및 재활을 위한 의료지원방안이 마련되어야 함

■ 현행 제도의 한계를 극복할 수 있는 정책적 방향 설정

- 우리나라의 경우, 복지서비스 대상별로 장애인복지서비스와 노인복지서비스가 구분되어 있어 향후 장애노인의 증가는 장애인복지 서비스 대상자의 확대는 물론 노인복지 서비스 대상자의 확대와 관련이 있음
 - 현재 장애인복지 서비스의 주된 대상자는 18세 이상 ‘장애인등록’을 한 자에 한하여 서비스를 제공하고 있으며, 노인복지 대상자는 65세 이상 노인으로 정의하고 있어, 65세 이상의 장애노인은 장애인복지와 노인복지 서비스의 중복 대상임. 그러나 현재 장애노인은 양 제도에서 소외되고 있음
 - 따라서 향후 장애노인 정책은 장애인복지서비스와 노인복지서비스의 연계를 활성화하고, 각각의 복지체계가 가지고 있는 강점들을 효율적으로 활용할 수 있도록 제도적 개선방안을 고민할 필요가 있음

집필자 | 황주희 (사회서비스연구실 부연구위원) 문의 | 044-287-8246

발행인 | 최병호 발행처 | 한국보건사회연구원

(339-007)세종시 시청대로 370 세종국책연구단지 사회정책동(1층~5층) | TEL 044)287-8000 | FAX 044)287-8052 | <http://www.kihasa.re.kr>

한국보건사회연구원 홈페이지의 발간자료에서 온라인으로도 이용하실 수 있습니다. <http://www.kihasa.re.kr/html/jsp/publication/periodical/focus/list.jsp>