

# 장애인장기요양보장제도의 필요성과 추진방향

*Future Directions of the Long-term Care Policies for Persons with Disabilities*

변용찬 한국보건사회연구원, 연구기획조정실장

본 고는 노인장기요양보험법의 부대결의에 따라 장애인 장기요양보장제도를 포함하는 장애인종합복지대책을 국회에 보고할 수 있도록 하기 위하여 장애인장기요양보장추진단을 구성 운영한 바 있으며, 여기서 논의된 내용을 정리한 것이다.

장기요양서비스는 노인뿐만 아니라 장애인 등 모든 연령 계층에서 발생하는 보편적인 욕구이므로, 장애인에 대해서도 장기요양서비스가 제공되어야 한다는 점에는 이견이 없었다. 다만, 어떠한 방식으로 이러한 서비스를 제공할 것인가에 대해 많은 논의가 있었으며, 결국 현재의 활동보조서비스를 확대함으로써 장애인의 장기요양욕구에 대응하자는 방향으로 의견이 모아졌다. 이러한 방향은 장애인정책의 패러다임 변화에서 제시한 장애인의 자립생활 이념을 기초로 하는 것으로, 우리나라에서도 자립생활 이념을 받아들인 것으로 해석할 수 있다.

그러나 큰 방향에서는 모두 동의하고 있다고 하더라도 서비스 이용에 따른 자부담을 어느 정도로 할 것인가, 그리고 서비스 급여의 범위를 어디까지로 할 것인가, 수가는 적정한가, 평가판정항목의 적절성 등 세부 항목에서는 일부 이견이 있었으며, 앞으로 계속 논의가 이루어져야 할 분야이다.

## 1. 서론

장애인가구의 급속한 증가, 가족구조의 변화 등에 따라 장애인복지 수요가 지속적으로 증가하고 있다. 특히 장애개념의 변화, 탈시설화, 자립생활의 이념 확산, 장애인 인권의식 제고 등 장애인복지를 둘러싼 환경의 변화와 패러다임 역시 변화하고 있다. 이러한 여건변화와 함께 새로운 복지 수요 증가에 따른 신규 서비스의 제공 필요성이 높아지고 있다. 실제로 2005년 장애인 실태조사 결과에 의하면, 사회나 국가에 대해 가장 우선적으로 요구하는 사항은 소득보장과 의료보장으로 전통적 욕구가 여전히 높은 비율을

보여주고 있으나, 활동보조 및 수발 서비스 등 개인생활 보조 서비스 수요 증대, 생활시설, 교육시설, 장애인복지관 등 다양한 서비스 제공기관에 대한 정보 제공 및 상담 서비스 수요 증대, 성년 후견제 등 법률적 지원서비스 수요 확산 등 차별금지, 이동권, 주거보장, 가사지원서비스, 문화생활 등에 대한 욕구도 높은 수준을 보여주고 있다. 최근 정부는 이러한 장애인의 욕구에 부응하기 위하여 장애수당의 대폭 확대와 함께 장애인의 사회참여를 제고하기 위하여 2007년 4월부터 활동보조서비스를 제공하고 있다.

한편, 최근 고령화율이 급격하게 상승하고 있는 가운데 노인에 대한 가족부양기능이 약화되

고 노인의료비가 급격하게 증가하는 등 사회적 노인부양체계 확립에 대한 요구가 높아진 결과, 우리나라에서는 2007년 4월 노인장기요양보험 법안이 국회를 통과하여 2008년 7월부터 노인 장기요양보험제도가 실시되고 있다. 장기요양 보호(long-term care)는 신체적 및 정신적 장애로 인하여 장기간 일상생활에 필요한 기능을 스스로 수행할 수 없는 개인에게 보건·복지서비스를 제공하는 것을 의미한다. 따라서 장기요양 서비스는 청소나 세탁, 식사준비 등 일상생활 지원에서부터 각종 질환에 따른 전문적인 간호 서비스나 개인과 가족의 심리적, 사회적 적응 및 지역사회 자원의 연계에 이르기까지 매우 다양한 서비스가 필요하게 된다. 이러한 장기요양 서비스에 대한 욕구는 특정계층을 대상으로 발생하는 것이 아니라 사회경제적, 인구학적 특성에 상관없이 모든 계층에서 발생하는 보편적인 욕구이다. 그러나 노인장기요양보험법안에서는 장애인의 포함 여부가 제외됨에 따라 장애인 장기요양에 대한 검토가 필요하게 되었다.

그러나 이처럼 증대되고 있는 장애인의 복지 수요에 대응하는 현재의 장애인복지 전달체계에는 한계가 있으며, 장애인의 삶의 질을 향상시킬 수 있는 방안의 하나로서 노인장기요양보험제도와 장애인 장기요양보장제도와와의 관계에 대해 검토해 보고자 한다.

## 2. 노인장기요양보험제도에서 장애인 제외 문제

노인장기요양보험제도는 고령이나 노인성

질병 등으로 인하여 일상생활을 혼자 수행하기 어려운 노인 등에게 신체활동 또는 가사지원 등의 장기요양급여를 사회적 연대원리에 의해 제공하는 사회보험 제도로서 수급자에게 배설, 목욕, 식사, 취사, 조리, 세탁, 청소, 간호, 진료의 보조 또는 요양상의 상담 등을 다양한 방식으로 제공하는 제도이다.

2007년 4월 2일 「노인장기요양보험법」이 국회 본회의를 사실상 만장일치로 통과한 후 4.27일 공포됨으로써, 2008년 7월 1일부터 노인 장기요양보험제도가 시행되고 있다. 노인장기요양보험제도는 그 간 가족의 영역에 맡겨 왔던 치매·중풍 등 노인에 대한 장기간에 걸친 간병, 장기요양문제를 사회연대원리에 따라 국가와 사회가 분담하기 위한 것이다.

노인장기요양보험제도에서 장기요양인정을 신청할 수 있는 자는 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자, 「의료급여법」에 따른 수급권자 중 65세 이상의 노인 또는 65세 미만의 자로서 치매·뇌혈관성 질환 등 대통령령이 정하는 노인성 질병을 가진 자로 결정됨에 따라 65세 미만의 장애인이 사실상 유보되었다. 이는 노인과 장애인은 신체적 활동이나 일상생활면에서 도움을 필요로 하는 면에서 유사한 점이 많으나, 각기 다른 종류의 장애에 대한 등급판정체계, 서비스 전달체계, 수가체계를 마련하여야 하므로 통합적인 틀을 만든 후 적용해야 한다는 의견이 다수였기 때문이다. 이에 대해 국회에서는 노인장기요양보험법안 부대결의를 통해 다음과 같이 결의하였다.

### 노인장기요양보험법 부대결의

(장애인 장기요양서비스 적용)

이 법은 국민의 보험료부담 증가, 장애인에 대한 서비스 제공 시설 부족 등과 아울러 서비스 본질이 노인은 일상생활 보조 위주의 서비스인데 비하여 장애인은 사회참여·재활치료를 통한 자립지원에 중점을 둔 서비스라는 점을 고려하여 노인장기요양보험제도 도입 당시에는 부득이 65세 미만의 비 노인성질환을 가진 장애인은 장기요양보험급여대상에서 제외하고 있으나,

중증장애인이 일상생활을 영위하기 어려운 현실적 여건과 각종 장애인 시책이 장애인의 요구수준에 미흡하다는 점 등을 종합적으로 고려할 때 장기요양보험급여에 상응하는 복지서비스를 제공할 필요성이 있음.

정부(보건복지부장관)는 장애인의 특성에 적합하도록 장애인에 대하여 활동보조인 지원 등 각종 복지서비스를 제공하도록 하고, 2010년 6월 30일(장기요양급여가 개시된 날부터 2년 이내)까지 장애인(65세 미만의 자)에 대한

여 이 법에 따른 장기요양급여의 종류와 내용에 상응한 급여가 장애인의 특성에 적합하게 지원되는지 여부를 검토한 후, 장기요양인정의 신청자격에 장애인을 포함할 것인지 여부를 담은 장애인복지대책을 국회에 보고하도록 함. 그리고 향후 장애인을 대상으로 포함할 경우에 대비하여 2009년 7월부터 1년간 장애인을 대상으로 시범사업을 실시하여야 함.

## 3. 장애인장기요양보장제도 추진 필요성과 방향

### 1) 장애인 장기요양보장제도 추진 필요성

2005년도에 실시한 장애인 실태조사 결과 장애인의 일상생활동작에 대한 수행 능력을 살펴 보았다. 먼저, 일상생활동작의 측정도구 체크리스트인 Modified Barthel Index를 모든 장애유형에 적용하여 80~100점을 경도로, 43~79점을 중등도로, 0~42점까지를 중도로 구분한 결과

표 1. Barthel index에 따른 장애정도

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	정신 지체	발달 (지체)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루·요루 장애	간질 장애	전체
경도	94.5	60.8	97.3	98.6	95.8	87.4	82.1	98.6	90.3	93.4	85.1	74.4	100.0	94.9	98.0	90.3
중등도	3.1	17.0	2.3	0.9	2.1	8.4	14.6	1.4	7.9	3.9	12.2	8.5	-	5.1	-	5.2
중도	2.4	22.1	0.3	0.5	2.1	4.2	3.3	-	1.8	2.6	2.7	17.0	-	-	2.0	4.5
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(2,595)	(691)	(569)	(594)	(51)	(290)	(59)	(201)	(106)	(108)	(77)	(35)	(12)	(40)	(38)	(5,466)

자료: 변용찬 외, 「2005년도 장애인 실태조사」, 한국보건사회연구원, 2006.

경도가 90.3%였고, 중등도가 5.2%, 중도가 4.5%인 것으로 나타났으며, 장애유형별로 보면, 뇌병변장애가 중등도 및 중도의 비율이 각각 17.0%, 22.1%로 중증의 비율이 다른 장애유형에 비해 높은 것으로 나타났다.

재가장애인의 일상생활수행능력(ADL)에서는 전반적으로 '스스로 할 수 있다'의 응답률이 높았으나, 항목별로 대변 조절(참기)하기(92.6%), 식사하기(92.4%), 의자⇄침상으로 옮겨앉기(92.4%), 소변 조절(참기)하기(92.2%)가 '스스로 할 수 있다'의 응답 비율이 가장 높았고, '목욕하기'와 '계단 오르내리기'가 각각 80.2%, 76.9%로 가장 낮은 것으로 나타났다.

한편 장기요양의 대상이라고 할 수 있는 ADL에서의 완전도움 상태에 있는 장애인의 비율은 계단오르기 6.3%부터 식사하기 2.1%의 분포를 보이고 있다. 2007년 3월 현재 장애인의

수는 201만 명이므로, 계단오르기를 전혀 할 수 없는 장애인은 12만 6천명이고, 식사하기에 완전 도움이 필요한 장애인은 4만 2천명인 것으로 추정된다.

또한 재가장애인의 수단적 일상생활 수행능력(IADL)에서는 전반적으로 '완전자립'의 응답률이 높았지만, 항목별로 약 챙겨먹기(85.6%), 몸단장하기(81.7%), 상점이나 가게에서 물건사기(78.3%), 근거리 외출(교통수단 없이)하기(77.7%)는 '완전 자립'의 비율이 높았고, 빨래하기, 식사준비, 집안일하기, 교통수단 이용하기는 '완전 도움'의 비율이 높은 것으로 나타났다.

장애인의 약 64.6%는 거의 모든 일상생활을 타인의 도움 없이 혼자서 할 수 있으나, 나머지 35.4%는 타인의 도움이 필요한 것으로 나타났으며, 특히, 다른 장애에 비해 발달장애(91.0%),

표 2. 재가장애인의 일상생활수행능력(ADL) 정도

구분	구분						계
	전혀 할 수 없다	대부분 도움이 필요하다	중간 정도 도움이 필요하다	일부 도움이 필요하다	스스로 할 수 있다		
개인위생(양치질, 머리빗기, 세면 등)	3.2	2.0	2.1	4.2	88.4	100.0	
목욕하기	4.9	3.6	4.3	7.1	80.2	100.0	
식사하기	2.1	1.3	1.3	2.9	92.4	100.0	
화장실 사용하기	3.5	1.7	1.4	2.5	91.0	100.0	
계단 오르내리기	6.3	3.2	4.8	8.8	76.9	100.0	
옷 입고 벗기	4.3	3.2	4.0	7.7	80.7	100.0	
배변(대변) 조절하기(참기)	3.4	1.1	0.9	2.1	92.6	100.0	
배변(소변) 조절하기(참기)	3.1	1.1	1.2	2.4	92.2	100.0	
보행하기	4.8	2.7	2.9	7.1	82.5	100.0	
의자 ⇄ 침상으로 옮겨 앉기	3.2	1.3	1.1	2.1	92.4	100.0	

자료: 변용찬 외, 「2005년도 장애인 실태조사」, 한국보건사회연구원, 2006.

표 3. 재가장애인의 수단적일상생활수행능력(IADL) 정도

구분	구분				계
	완전자립	부분도움	완전도움		
몸단장하기	81.7	13.0	5.3	100.0	
집안일(일상적인 청소나 정리정돈, 침구정리, 설거지) 하기	65.6	21.3	13.1	100.0	
식사준비(음식재료를 준비하고 요리를 하고 밥상을 차리는 일)하기	65.2	20.8	14.0	100.0	
빨래(손으로 빨든 세탁기를 이용하든 상관없이) 하기	68.1	17.5	14.3	100.0	
근거리 외출하기(교통수단 없이)	77.7	13.1	9.2	100.0	
교통수단 이용하기	68.0	19.1	12.9	100.0	
상점이나 가게에서 사고 싶은 물건 사기	78.3	12.2	9.5	100.0	
금전관리하기	72.3	15.3	12.4	100.0	
전화사용하기	76.7	13.4	9.9	100.0	
약 챙겨먹기	85.6	8.5	5.9	100.0	

자료: 변용찬 외, 「2005년도 장애인 실태조사」, 한국보건사회연구원, 2006.

표 4. 재가장애인의 일상생활시 타인 도움 정도

구분	구분																전체
	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	정신 지체	발달 장애 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루·요루 장애	간질 장애		
혼자서 스스로	60.3	14.7	63.2	45.2	43.8	7.1	1.8	35.9	53.0	42.2	39.6	60.2	82.0	50.2	46.0	47.8	
대부분 혼자서	17.5	9.2	12.8	28.7	23.1	10.8	7.2	15.3	13.2	26.2	13.8	5.8	-	24.0	31.0	16.8	
일부도움 필요	14.8	24.8	15.4	19.5	23.3	37.6	35.8	23.2	19.5	19.4	26.1	8.4	18.0	19.9	15.9	18.8	
대부분 필요	4.5	21.6	6.1	5.4	6.0	26.1	29.5	20.2	8.6	6.6	16.3	-	-	6.0	2.6	9.2	
거의 남의도움 필요	2.8	29.7	2.5	1.2	3.9	18.4	25.7	5.3	5.8	5.7	4.2	25.6	-	-	4.5	7.4	
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	
(N)	(2,595)	(691)	(569)	(594)	(51)	(290)	(59)	(201)	(106)	(108)	(77)	(35)	(12)	(40)	(38)	(5,466)	

자료: 변용찬 외, 「2005년도 장애인 실태조사」, 한국보건사회연구원, 2006.

정신지체(82.1%), 뇌병변장애(76.1%)를 가진 장애인 중 타인의 도움을 필요로 하는 비율이 높은 것으로 나타났다.

타인의 도움이 필요한 장애인 중 실제로 도움 제공자가 있는 경우는 86.7%이며, 없는 경우는

13.3%였다. 도움을 받는 경우 도움 제공자는 배우자 47.1%, 자녀(며느리, 사위) 21.7%, 부모 18.3%, 형제·자매 3.8% 등으로 도움 제공자의 대부분(90.9%)은 가족 구성원이었다.

표 5. 재가장애인의 일상생활 도움 제공자 여부

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	정신 지체	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루·요루 장애	간질 장애	전체
있다	81.5	96.2	80.9	76.7	86.8	95.3	100.0	91.1	94.1	80.8	89.7	93.2	100.0	84.9	95.3	86.7
없다	18.5	3.8	19.1	23.3	13.2	4.7	-	8.9	5.9	19.2	10.3	6.8	-	15.1	4.7	13.3
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(1,018)	(588)	(208)	(319)	(28)	(269)	(57)	(130)	(50)	(63)	(47)	(14)	(2)	(20)	(21)	(2,834)

자료: 변용찬 외, 「2005년도 장애인 실태조사」, 한국보건사회연구원, 2006.

표 6. 재가장애인의 도움 주는 사람과의 관계

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	정신 지체	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루·요루 장애	간질 장애	전체
배우자	59.0	52.8	53.8	44.6	46.7	7.6	-	17.2	56.5	66.9	63.9	60.7	48.6	87.7	26.0	47.1
부모	6.3	9.8	4.5	4.5	33.1	68.7	93.0	52.3	6.6	8.0	9.2	15.2	-	-	59.3	18.3
자녀(며느리, 사위)	23.5	24.8	28.7	41.9	4.1	2.7	-	4.5	30.2	19.2	12.3	24.1	51.4	5.9	-	21.7
형제·자매	3.0	2.8	2.8	1.1	4.0	9.9	4.0	9.6	4.5	-	2.3	-	-	-	9.9	3.8
조부모	0.3	0.2	-	-	3.8	4.5	1.2	-	-	-	-	-	-	-	-	0.7
손자녀	0.7	0.8	1.8	1.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	6.4	-	0.8
기타 가족	0.4	0.4	1.2	0.5	-	2.1	-	1.9	-	-	-	-	-	-	-	0.7
친척	0.6	0.3	-	1.2	3.7	1.6	-	1.5	-	-	2.5	-	-	-	-	0.7
친구	0.6	-	0.7	-	-	0.4	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.3
이웃	1.7	1.0	2.0	2.0	-	1.3	-	1.5	-	2.1	-	-	-	-	-	1.4
유료 가정봉사원, 간병인, 활동보조인	2.2	5.8	0.6	-	4.5	0.4	-	2.5	-	-	-	-	-	-	-	2.4
무료 가정봉사원, 간병인, 활동보조인	1.4	0.6	3.3	1.7	-	-	-	2.1	2.2	3.8	7.0	-	-	-	4.7	1.4
기타	0.2	0.5	0.6	0.9	-	0.8	1.8	6.9	-	-	2.8	-	-	-	-	0.8
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(830)	(566)	(168)	(243)	(24)	(257)	(57)	(118)	(47)	(51)	(42)	(13)	(2)	(17)	(20)	(2,455)

자료: 변용찬 외, 「2005년도 장애인 실태조사」, 한국보건사회연구원, 2006.

한편, 장애인의 55.2%가 집박활동에 불편을 느끼고 있으며, 특히 뇌병변장애(85.5%), 호흡기장애(84.5%), 안면장애(79.5%)를 가진 장애인이 집박활동의 불편 정도가 심한 것으로 나타났다.

장애인이 집박 활동시 불편을 느끼는 원인은 장애인 관련 편의시설이 부족해서(35.6%), 외출시 동반자가 없어서(27.9%), 기타(22.6%), 주

위 사람들의 시선 때문에(13.9%)의 순으로 나타났다.

이처럼 장애인 가운데에는 일상생활 동작의 수행이나 외출에 어려움을 겪고 있는 장애인이 많이 존재하고 있으나, 이들은 주로 가족의 도움을 받고 있는 것으로 나타났으며, 도움을 받을 가족이 없는 경우의 비율도 상당히 높아서 요양보장이 필요한 장애인 수가 많이 있음을 알

표 7. 재가장애인의 외출(집박 활동) 불편정도

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	정신 지체	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루·요루 장애	간질 장애	전체
매우 불편	20.2	54.7	22.3	15.2	11.7	27.5	34.7	20.9	26.0	24.8	49.3	30.8	21.7	25.1	22.3	25.2
약간 불편	31.2	28.8	30.2	27.8	26.6	30.0	34.0	24.4	22.6	36.7	24.2	33.6	44.8	29.4	37.5	30.0
불편하지 않은 편	33.3	14.7	29.9	43.1	48.0	30.0	22.6	31.0	38.2	31.7	24.0	23.8	26.7	37.6	27.5	31.4
전혀 불편하지 않음	15.4	1.8	17.6	13.9	13.7	12.5	8.7	23.8	13.2	6.7	2.5	11.9	6.8	7.9	12.8	13.4
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(2,560)	(608)	(567)	(583)	(49)	(286)	(59)	(182)	(106)	(108)	(74)	(33)	(12)	(40)	(37)	(5,304)

자료: 변용찬 외, 「2005년도 장애인 실태조사」, 한국보건사회연구원, 2006.

표 8. 집박 활동시 불편 이유

(단위: %, 명)

구분	지체 장애	뇌병변 장애	시각 장애	청각 장애	언어 장애	정신 지체	발달 (자폐)	정신 장애	신장 장애	심장 장애	호흡기 장애	간 장애	안면 장애	장루·요루 장애	간질 장애	전체
장애인관련 편의시설부족	46.2	36.4	33.6	19.4	10.1	10.0	11.5	7.3	27.1	30.9	43.4	25.6	-	25.6	4.7	35.6
외출시 동반자가 없어서	15.1	37.5	32.6	38.9	47.8	62.5	47.6	43.7	33.8	25.6	20.2	25.7	-	6.0	40.7	27.9
주위 사람들의 시선 때문에	15.7	9.7	8.8	9.9	31.7	21.9	35.8	28.3	1.5	2.9	3.7	4.1	100.0	22.9	12.6	13.9
기타	23.0	16.4	24.9	31.8	10.5	5.6	5.0	20.7	37.7	40.6	32.6	44.5	-	45.5	42.0	22.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
(N)	(1,311)	(529)	(297)	(248)	(19)	(161)	(41)	(84)	(52)	(67)	(55)	(23)	(8)	(22)	(22)	(2,939)

자료: 변용찬 외, 「2005년도 장애인 실태조사」, 한국보건사회연구원, 2006.

수 있다.

이러한 장애인의 도움 제공을 위해 정부에서는 신체수발, 가사 및 사회활동 등의 서비스를 제공하는 활동보조사업의 경우, 그 대상이 최종 증장장애인(장애등급 1급)에 국한하는 등 취약한 실정이며, 여성장애인가사도우미, 시각장애인 심부름센터, 장애인 재가복지센터 등 재가서비스를 제공하고 있으나, 미흡한 실정에 있다.

아울러 장애인(20~64세)의 가구당 월평균소득은 1,627천원으로 도시근로자가구 월평균소득 3,292천원의 49.4%에 불과하여 기존 장애인 서비스 이용의 사각지대가 존재하고 있다고 할 수 있다.

따라서 신체적 및 정신적 기능면에서 요양보장을 필요로 하는 장애인에게 상당한 기간에 걸쳐 건강보호(health)와 사회보호(social care) 제공에 소요되는 요양비용을 사회화하여, 국민이 권리로서 이용할 수 있도록 하는 공적제도를 시급히 도입할 필요가 있다고 하겠다.

## 2) 장애인 장기요양서비스 추진 방향

장애인의 경우 장기요양서비스 수요가 높고, 가족의 장애인 간병 부담이 높은 현실을 감안해 볼 때, 장기요양 서비스 제공 필요성이 있으며, 특히 장애인에 대한 자립생활 지원 확대 등 활동보조인에 대한 욕구도 높은 상황에 있다. 이러한 장기요양이 필요한 장애인을 대상으로 장애인장기요양보장서비스를 제공하는 방안에는 크게 3가지가 있을 수 있다. 첫째, 노인장기요양보장제도에 통합하는 방안, 둘째, 별도의 독자적인 장애인 장기요양제도를 창설하는 방안, 그

리고 현재 제공되고 있는 활동보조서비스를 확대하여 장기요양서비스를 제공하는 방안이다.

이러한 장애인 장기요양에 대한 수요에 부응할 수 있는 제도 설계를 위해서는 다음과 같은 방향 하에서 검토할 필요가 있다. 첫째, 장애인의 개별적 장애유형, 서비스 욕구 및 소득 등을 종합적으로 검토하여 맞춤형 서비스 공급이 될 수 있는 수요자 중심의 서비스 체계가 되어야 한다는 점이다. 둘째, 장애인들이 필요한 서비스를 이용할 수 있도록 시설, 인력 등 인프라 확충에 대한 고려가 필요하다는 점이다. 셋째, 현재 실시 중인 활동보조서비스, 가사간병도우미 등과 같은 기존 제도와의 연계성 검토가 필요하다는 점이다. 마지막으로 지속가능한 제도가 되기 위해서는 재원조달에 대한 검토가 이루어져야 한다는 점이다.

### (1) 노인장기요양제도에 통합(편입)

노인장기요양제도에 편입하게 되면 다음과 같은 장단점이 있다. 노인장기요양보장제도에 제공하고 있는 재가복지서비스, 시설서비스 등은 현재도 장애인을 대상으로 제공되고 있는 가정방문, 돌보미 서비스, 시설서비스, 주단기보호서비스, 활동보조서비스 등의 서비스와 서로 유사한 점이 많이 있다. 따라서 장애인이 노인장기요양보장제도 대상자에 포함될 경우 현재 제공되고 있는 유사 서비스는 장기요양제도에 담당하고, 활동보조서비스 가운데 외출지원 서비스, 학교 및 직업 지원 서비스 등만 특화하여 서비스를 제공하게 되므로 보다 많은 장애인에게 특화된 서비스를 제공할 수 있다는 장점

이 있다.

다만, 장애인이 노인장기요양보험대상자로 편입되기 위해서는 서비스 판정체계, 인력, 시설 등의 인프라가 필요하며, 또한 수가 문제도 연구가 이루어져야 한다. 현재 장애판정체계에 대한 연구가 진행 중에 있으므로 이러한 연구에서 노인장기요양서비스와 일치될 수 있는 장애판정체계의 구축에 대한 검토가 필요하다. 또한 노인을 대상으로 하는 판정도구로는 장애인에게 적용하는 것이 어려울 것이 예상되므로, 현재 개편이 진행 중인 장애판정체계의 틀 속에서 장애판정과 장기요양서비스에 대한 판정이 이루어지고 서비스 연계가 이루어지는 것이 바람직할 것으로 생각되며, 서비스 제공 비용은 노인장기요양서비스 운영주체인 국민건강보험공단에서 지급하는 방안에 대한 검토가 필요하다.

또한 장애인이 포함되는 만큼 유사서비스에 지원되는 정부의 재정을 추가로 지원하는 방안도 검토할 수 있다. 다만, 인구의 고령화로 노인 인구가 급속히 늘어나게 되면 장기요양서비스가 노인 중심으로 제공되어 장애인이 소외되는 현상이 발생할 수 있다.

노인장기요양보험제도에서는 보험료는 건강보험가입자가 부담하고 노인 또는 노인성 질환자만 급여를 받게 되는 것으로 설계되어 있기 때문에, 보험료를 내는 사람의 입장에서는 중도에 사고나 질병 등의 요인으로 장기요양 급여를 받을 필요성이 제기될 경우에도 65세까지 기다려야 하는 불합리한 점이 있는데, 이를 해소할 수 있다.

다만, 장애인을 노인장기요양보험제도에 포함할 경우 장애인복지서비스를 국가책임이 아

닌 보험으로 이전한다는 비난의 우려가 있고, 선천적 장애 등으로 영아 등 장애인에게 보험기여가 거의 없이 평생 보험급여를 제공해야 하므로 국민적 합의가 어렵다는 점이 제기되고 있으나, 장애영아의 부모도 보험기여를 하게 되며, 노인 역시 본인의 보험기여 없이 자녀가 보험기여를 한다는 점에서 장애인 제외시 형평성의 문제가 제기될 수 있다.

참고로 일본의 경우 개호보험에서의 재정적자 증가에 따라 2005년부터 개호보험 대상 연령 인하(40 → 20세) 등을 골자로 장애인을 개호보험에 통합하려고 하고 있으나, 장애인이 개호보험에 통합될 경우 장애인들은 서비스 축소를 우려하여 반대하고 있는 실정이다. 그러나 우리나라의 경우 장애인이 노인장기요양보험제도에 통합되는 것이 현재 미흡한 수준에 있는 장애인의 서비스 확대 측면에서 바람직할 것으로 사료된다.

노인장기요양보험법안의 부대 결의에 따라 2009년 시범사업을 거쳐 2010년까지 장기요양인정의 신청자격에 장애인을 포함할 것인지 여부를 담은 장애인복지대책을 국회에 보고하도록 되어 있으므로, 2009년도에 장애인이 노인장기요양보험제도 진입 타당성을 검토할 수 있는 시범사업을 실시하여 그 결과를 토대로 편입여부에 대한 종합적인 검토가 필요하다.

### (2) 독자적인 장애인 장기요양 체계 구축

독자적인 장애인 장기요양 체계를 구축하면, 장애인과 노인의 욕구의 차이를 보완할 수 있는 장점이 있다. 즉, 노인의 경우 장기요양 대상은

일상생활 동작 수행이 어려운 노인에게 서비스를 제공하는 것이지만, 장기요양 대상 장애인의 경우 이러한 서비스에 더하여 사회참여의 욕구가 있는 등 더 다양한 현실을 반영할 수 있다.

또한 장애인은 노인과 달리 일상생활동작의 수행에 어려움을 겪고 있는 이유가 단순히 신체적인 어려움뿐만 아니라 시각, 청각, 언어 등 감각적인 장애에 기인하는 경우가 있고, 지적 장애, 정신 장애 등 다양한 유형에 대한 서비스가 고려될 수 있다는 점에서 수요자의 욕구에 부합되는 정책을 추진할 수 있는 장점이 있다.

그러나, 독자적인 장애인 장기요양 체계를 구축하기 위해서는 장애인 장기요양 서비스 제공을 위한 인프라의 구축이 필요하며, 독자적인 장애판정체계가 필요시 되는데, 현재 독자적인 장애판정체계가 개발 중에 있으므로 이러한 판정체계의 도입 시 독자적인 제도 도입이 용이할 수가 있다. 노인장기요양보험제도에서는 주로 노인을 중심으로 판정도구 및 판정 시간 등이 개발되어 있으므로 이러한 도구가 장애인에게 적합한 지에 대한 검토가 필요한데, 이는 노인용 판정도구가 다양한 장애유형에 대해 모두 적용하기 어려운 점이 나타날 수 있기 때문이다. 또한 노인과는 달리 서비스 제공 인력 역시 다양하므로, 이러한 점을 포괄할 수 있는 독자적인 전달체계의 구축이 요구되어 지며, 장애인을 이해할 수 있는 독자적인 운영주체의 필요성이 제기된다고 하겠다. 실제로 장애인장기요양제도에서 제공되는 서비스 영역은 노인에게 제공하는 영역보다 유형이 훨씬 다양할 뿐만 아니라 관리운영체계가 복잡하기 때문에 노인장기요양보험제도에 편입되는 것보다는 독자적인 제

도 구축이 오히려 용이해 질 수 있다.

다만, 장애인의 경우 기여방식의 보험 편입에 어려움이 예상되고, 사회적 합의 도출이 어렵다는 점에서 보험방식보다는 조세방식이 더 바람직할 것으로 예상된다. 이때에는 중앙정부 및 지방자치단체가 운영주체가 되어야 할 것이다. 외국의 사례에서도 독일을 제외하고는 장애인 장기요양 서비스는 조세방식으로 이루어지고 있으며, 지방자치단체가 운영주체가 되고 있다. 그러나 이럴 경우 막대한 예산을 어떻게 확보할 것이지가 정책과제로 대두될 것이다.

(3) 활동보조서비스 등 기존 제도의 확대

2007년 4월부터 노인장기요양보험 서비스와 유사한 장애인 활동보조서비스가 실시되고 있으며, 현재 초기 단계에 있다. 활동보조서비스에서 제공하는 서비스는 노인장기요양보험제도에서 실시하고 있는 간병서비스를 제외한 가사서비스, 일상생활 지원서비스뿐만 아니라 장애인의 외출, 직업, 학교 등 사회참여 서비스 등도 포함하고 있으므로 오히려 더 광범위한 서비스를 제공하고 있는 것으로 해석된다.

다만, 현재는 1급에 한정하고 있고, 일상생활 동작이 극히 어려운 장애인만을 대상으로 간병서비스를 제외한 활동보조서비스가 제공되고 있다. 만약 활동보조서비스를 확대하여 장애인의 장기요양문제를 해결하려 할 경우에는 등급 제한 없이 일상생활동작 수행에 어려움이 있는 경우 가사·일상생활 서비스를 제공하고, 간병 욕구가 있는 경우 간병서비스도 포함되어야 하며, 사회활동 참여 욕구가 있는 장애인에 대해

표 9. 외국의 장애인 장기요양보장제도 비교

구분	일본	독일	영국	호주
제도명	장애인자립지원서비스	장기요양보험	지역사회보호	재가 및 지역사회보호 프로그램
관리체계	일반조세방식, 시정촌	사회보험방식, 질병금고	일반조세방식, 시군구	일반조세방식, 시군구
급여대상	장애인	6개월 이상 요양이 필요한 전국민	전연령 (주로 노인과 장애인)	전연령 (주로 노인과 장애인)
재원조달	• 중앙과 지방정부 각 50% • 본인부담 10%	• 보험료: 100% * 숙박비, 식비는 본인 부담	• 국가보건서비스에서 재원부담 * 본인부담 2%	• 연방정부: 60% • 지방정부: 40% * 본인부담(이용료) 있음
서비스 종류	• 개호서비스 • 훈련서비스 • 의료지원(보장구) 서비스 • 현물서비스 * 시설보호는 별도의 프로그램으로 제공	• 재가서비스 • 시설보호(노인집합 주택, 요양홈, 노인종합 시설 등) • 현금 및 현물 방식 (현금 80% 수준)	• 재가서비스 • 이동서비스 • 시설보호(독립시설 보호, 지역위원회직원 시설 보호, 간호보호) • 현물 및 현금 혼용	• 재가서비스 • 이동서비스 • 주거서비스 • 현물방식 * 시설보호는 별도의 프로그램으로 제공

자료: 보건복지부 내부자료, <http://www.longtermcare.or.kr/>

서는 사회참여 지원을 위한 서비스도 제공되어야 할 것으로 생각된다. 즉 서비스 판정체계의 개발과 함께 서비스 연계체계의 개발이 필요하다고 하겠다. 따라서 활동보조서비스 제공 추이를 모니터링하고, 노인장기요양보험에서 제공하고 있는 서비스의 유사성과 차이점을 고려하여 종합적으로 판단할 필요가 있다.

기존 서비스를 확대하는 방안은 운영주체가 현재의 중앙정부 및 지방자치단체가 되어야 하므로 지역특성에 적합한 서비스 제공이 이루어질 수 있으나, 재원조달의 측면에서는 지역 간 재정자립도의 차이에 따른 형평성 문제가 계속 나타날 소지가 있으며, 특히 재정자립도가 낮은 지역의 경우 장애인 장기요양의 수요에 부응할

수 있는 수준만큼 재원조달이 급격히 이루어질 수 있는 가라는 점이 관건이 된다고 하겠다.

4. 결론

노인장기요양보험법의 부대결의에 따라 2009년 7월부터 1년간 장애인 장기요양보장에 관한 시범사업을 실시할 수 있는 모형 개발 및 2010년 6월 30일까지 장기요양보장제도를 포함하는 장애인종합복지대책을 국회에 보고할 수 있도록 기초자료를 제시하기 위하여 장애인 장기요양보장추진단을 구성 운영하였다. 보다 구체적인 연구를 위해 그 산하 조직으로 제도·

총괄분과, 평가·판정분과, 수가·급여분과, 그리고 시설·인력분과를 운영하였다. 그 결과 평가판정도구의 개발, 수가의 산정, 시설 및 인력에 대한 고찰, 그리고 모의적용사업과 시범사업 실시를 위한 모형개발이 이루어졌다.

장기요양(long-term care)은 신체적 및 정신적 장애로 인하여 장기간 일상생활에 필요한 기능을 스스로 수행할 수 없는 개인에게 보건·복지서비스를 제공하는 것을 의미한다. 따라서 장기요양 대상자는 청소나 세탁, 식사준비 등 일상생활 지원에서부터 각종 질환에 따른 전문적인 간호서비스나 개인과 가족의 심리적, 사회적 적응 및 지역사회 자원의 연계에 이르기까지 매우 다양한 서비스가 필요하다고 하겠다. 이러한 장기요양서비스에 대한 욕구는 특정계층을 대상으로 발생하는 것이 아니라 사회경제적, 인구학적 특성에 상관없이 모든 계층에서 발생하는 보편적인 욕구라고 할 수 있다.

이처럼 장기요양서비스는 노인뿐만 아니라 장애인 등 모든 연령 계층에서 발생하는 보편적인 욕구이므로, 장애인에 대해서도 장기요양서비스가 제공되어야 한다는 점에는 이견이 없었다. 다만, 어떠한 방식으로 이러한 서비스를 제공할 것인가에 대해 많은 논의가 있었으며, 결국 현재의 활동보조서비스를 확대함으로써 장

애인의 장기요양욕구에 대응하자는 방향으로 의견이 모아졌다. 이러한 방향은 장애인정책의 패러다임 변화에서 제시한 장애인의 자립생활 이념을 기초로 하는 것으로, 우리나라에서도 자립생활 이념을 받아들인 것으로 해석할 수 있다. 그러나 큰 방향에서는 모두 동의하고 있다고 하더라도 세부 항목에서는 여전히 이견이 있었다.

가장 이견이 큰 부분은 서비스 이용에 따른 자부담을 어느 정도로 할 것인가, 그리고 서비스 급여의 범위를 어디까지로 할 것인가, 수가는 적정한가, 평가판정 모델은 장기요양서비스 대상자를 제대로 가려낼 것인가 등이라고 할 수 있다. 또한, 장애인복지에 대한 국가의 책임은 어디까지인가, 장애인의 장기요양문제를 사회보험의 원리에 부합하는가, 사회적 모델과 자립생활 패러다임의 영향으로 장애인의 경우 선택권과 자기결정권에 대한 의식이 강하나, 전문가 개입에 의한 장기요양제도는 이러한 패러다임에 부합되지 않는다는 점도 앞으로 계속 논의가 이루어져야 할 분야로 생각된다. 궁극적으로는 이러한 장애인 장기요양보장제도가 장애인의 삶의 질 향상에 기여할 수 있는 제도가 되도록 지속적인 노력과 관심이 필요하다고 할 것이다. **문정**