

2025 한국장애인보건의료협회 하계학술대회

고령장애인을 위한 돌봄 통합지원

| 일 시 | 2025년 06월 28일 토요일 13:00~18:00

| 장 소 | 서울 여의도 이룸센터 누리홀

| 참여방법 | 현장 · 온라인 참여 병행

 YouTube

| 문 의 | kahcpd@gmail.com

| 공동주최 |



한국장애인보건의료협회
The Korean Association of Health Care for People with Disabilities



한국장애인복지학회
Korea Academy of Disability and Welfare



김예지 국회의원



서미화 국회의원

| 주 관 |



사랑의열매 사회복지공동모금회

유튜브



홈페이지



■ 프로그램 : “고령장애인을 위한 돌봄 통합지원”

사회 : 장숙량 (한국장애인보건의료협회의 학술위원장/중앙대학교 적십자간호대학 교수)

시 간	프로그램	발표자
환영사 및 인사말		
13:00 ~ 13:20	축사 및 인사말	임재영 (한국장애인보건의료협회의 회장 /서울대학교 의과대학 교수) 김용익 (돌봄과미래 이사장) 윤상용 (한국장애인복지학의 회장) 김예지 (국민의힘 국회의원) 서미화 (더불어민주당 국회의원)
기조발제		
13:20 ~ 13:50	고령장애인의 보건복지 요구와 개선방향	노승현 (루터대학교 사회복지학과 교수)
[1부] 고령장애인 통합돌봄 방안		좌장: 김진우 (한국장애인보건의료협회의 부회장 /덕성여자대학교 사회복지학과 교수)
13:50 ~ 14:10	고령장애인의 현황과 추이	양희수 (한국장애인보건의료협회의 청년이사 /충북대학교 보건과학융합연구소 책임연구원)
14:10 ~ 14:30	장애인의 노인성 질병 발생 양상	박보미 (한국장애인보건의료협회의 이사 /중앙대학교 의과대학 교수)
14:30 ~ 14:50	장애인 의료-요양-돌봄 서비스 요구도 조사결과	서해정 (중앙장애인지역사회통합지원센터 센터장)
14:50 ~ 15:10	장애인 통합돌봄을 위한 장단기 추진방안 제안	박종혁 (한국장애인보건의료협회의 이사장 /충북대학교 의과대학 교수)
15:10 ~ 16:10	[토론] 서동명 (한국장애인복지학회 수석부회장/동덕여자대학교 사회복지학과 교수) [토론] 서인환 (한국장애인보건의료협회의 부회장/장애인 인권센터 대표) [토론] 이찬우 (한국장애인보건의료협회의 대외협력이사/한국척수장애인협회 정책위원장) [토론] 김예영 (한국여성장애인연합 사무총장) [토론] 김동호 (한국장애인보건의료협회의 대외협력이사/한국장애인단체총연맹 정책위원장)	
16:10 ~ 16:30	휴식	
[2부] 자유연제: 신진연구자		좌장: 최용준 (한국장애인보건의료협회의 편집위원장 /한림대학교 의과대학 교수)
15:50 ~ 17:30	다학제주치의팀 성과결과: 장애인건강지킴이 플랫폼 고령과 장애의 경계를 넘는 커뮤니티케어: 일본 지역포괄케어 시스템의 변화와 통합지원 전략 1인가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향요인	이운영 (충북대학교 보건과학융합연구소 선임연구원) 이아영 (서울대학교 사회과학연구원 사회복지연구소 선임연구원) 김윤환 (고려대학교 일반대학원 보건학협동과정 박사과정)
17:10 ~ 17:50	[토론] 전보영 (한국장애인보건의료협회의 이사/명지전문대학보건의료정보과 교수) [토론] 이정주 (돌봄과미래 학술위원/단국대학교 행정법무대학원 교수)	
17:50 ~ 18:00	시상 및 마무리	

CONTENTS

목 차

기조발제

고령장애인의 보건복지 요구와 개선방향.....	1
노승현 (루터대학교 사회복지학과 교수)	

[1부] 고령장애인 통합돌봄 방안

고령장애인의 현황과 추이.....	17
양희수 (한국장애인보건의료협회의 청년이사/충북대학교 보건과학융합연구소 책임연구원)	
장애인의 노인성 질병 발생 양상.....	45
박보미 (한국장애인보건의료협회의 이사/중앙대학교 의과대학 교수)	
장애인 의료-요양-돌봄 서비스 요구도 조사결과.....	59
서해정 (중앙장애인지역사회통합지원센터 센터장)	
장애인 통합돌봄을 위한 장단기 추진방안 제안.....	85
박종혁 (한국장애인보건의료협회의 이사장/충북대학교 의과대학 교수)	

[2부] 자유연제 : 신진연구자

다학제주치의팀 성과결과: 장애인건강지킴이 플랫폼.....	111
이운영 (충북대학교 보건과학융합연구소 선임연구원)	
고령과 장애의 경계를 넘는 커뮤니티케어 : 일본 지역포괄케어시스템의 변화와 통합지원 전략.....	123
이아영 (서울대학교 사회과학연구원 사회복지연구소 선임연구원)	
1인가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향요인.....	137
김윤환 (고려대학교 일반대학원 보건학협동과정 박사과정)	

2025 한국장애인보건의료협회 하계학술대회

고령장애인의 보건복지 요구와 개선방향

노승현 (루터대학교 사회복지학과 교수)

고령장애인의 보건복지 요구와 개선방향

루터대학교

노승현

목차

1. 논의 배경
2. 고령장애의 개념과 연령
3. 생애주기 관점과 고령장애
4. 고령장애인 지원방향
5. 개선과제 및 개선방향

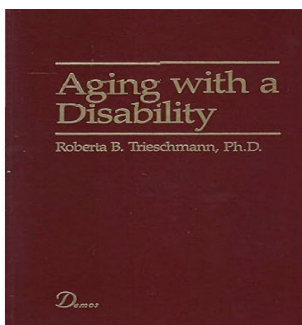
1. 논의 배경

해외 초기 연구
(1980년대 후반)

본격적 연구 시작
(1990년대)

- 장애인구 고령화(장애인 수명증가 & 노화과정 장애경험)
- 탈시설과 지역사회
- 이중위험(Double Jeopardy)과 역설(Paradox)
 - Braddock(1999), 노승현 외(2023)

2. 고령장애의 개념(조기노화)



- 최초 연구 : Aging with a Disability(Roberta B. Trieschman, 1987)

- 주요내용

조기 발생, 장기간 장애인의 노화경험(Aging with Disability)에 주목: SCI, CP 등
Balancing Act 모델 : 신체적 능력 변화와 환경 요구 간의 균형
조기노화와 이차장애(조기 근골격계 노화, 피로, 통증, 이차장애 등)
노화의 심리사회적 영향(자율성 상실, 역할변화, 우울 등)
장애발생시기에 따른 차별적 노화경험

- WHO(2000) : 발달장애인의 조기노화

- 발달장애인의 조기노화 경향 객관적으로 인정될 필요 있음.
- But 모든 장애인이 조기노화는 경험하는 것은 아님.
- 특정 장애유형(다운증후군, 뇌성마비와 발달장애 등에서 위험성 높음)

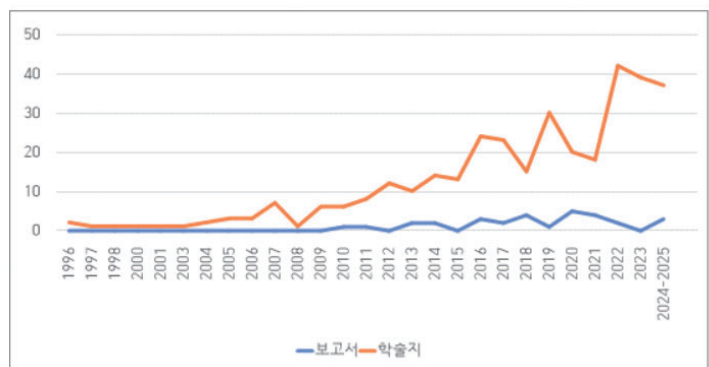
2. 고령장애의 개념(이론적 정의)

항목	내용
개념적 정의	- 노인(고령자)은 노화를 경험하는 자를 의미하며, 노화는 신체, 심리, 사회적 변화를 포함 - 노화는 대략 25세에 시작
조작적 정의	- 개인의 지각
	전체인구 71.6세(기능장애 있는 경우 71.6세, 기능장애 없는 경우 71.7세 (2023년 노인실태조사)
	- 사회적 역할 상실
	노인(고령자)은 은퇴 이후 사망 까지를 의미 고용율(전체인구; 63.3%, 장애인; 34.5%)에서 차이가 큼 장애유형별 편차 큼. 평균 은퇴 연령 연구 어려움
	- 역연령(曆年齡)
	65세(노인정책, 장애정책의 연속성 고려할 때 65세)
	- 기능적 연령
	장애인 조사망율, 평균 사망 연령, 건강수명에서 격차 (장애인 건강보건통계, 2023)

- 장애인구의 조기노화(Trieschman, 1987)와 기능적 연령 → 연령 기준 하향

2. 고령장애의 개념(선행 연구 검토)

연도	연구유형		전체
	연구보고서	학술지	
1996	0	2	2
1997	0	1	1
1998	0	1	1
2000	0	1	1
2001	0	1	1
2003	0	1	1
2004	0	2	2
2005	0	3	3
2006	0	3	3
2007	0	7	7
2008	0	1	1
2009	0	6	6
2010	1	6	7
2011	1	8	9
2012	0	12	12
2013	2	10	12
2014	2	14	16
2015	0	13	13
2016	3	24	27
2017	2	23	25
2018	4	15	19
2019	1	30	31
2020	5	20	25
2021	4	18	22
2022	2	42	44
2023	0	39	39
2024	3	34	37
2025	0	3	3
	30	340	370



선행연구(2025년 3월 까지) 검토결과(370개)

● 초기 연구

- ✓ 학 술 지 : 1996년
- ✓ 보 고 서 : 2010, 2011년

2. 고령장애의 개념(선행 연구 검토)

개념	연구유형		전체
	연구보고서	학술지	
장애노인	2(6.7%)	145(42.6%)	147(39.7%)
고령장애	18(60.0%)	96(28.2%)	114(30.8%)
중고령장애	4(13.3%)	60(17.6%)	64(17.3%)
노화	2(6.7%)	9(2.6%)	11(3.0%)
중노년장애	0(0.0%)	5(1.5%)	5(1.4%)
고령화된장애	0(0.0%)	4(1.2%)	4(1.1%)
노년기장애	0(0.0%)	4(1.2%)	4(1.1%)
노령장애	0(0.0%)	4(1.2%)	4(1.1%)
노인장애	0(0.0%)	1(3%)	1(3%)
장노년기	0(0.0%)	1(3%)	1(3%)
장애가 있는 노인	0(0.0%)	1(3%)	1(3%)
장애를 가진 노인	0(0.0%)	1(3%)	1(3%)
중장년장애	0(0.0%)	1(3%)	1(3%)
없음	4(13.3%)	8(2.4%)	12(3.2%)
전체	30(100%)	340(100%)	370(100%)

보고서: 고령장애, 중고령 장애 용어 사용

학술지: 장애노인, 고령장애 순

2. 고령장애의 개념(선행 연구 검토)

연령	연구유형		전체
	연구보고서	학술지	
30	0(0%)	1(3%)	1(3%)
35	0(0.0%)	2(6%)	2(5%)
40	7(23.3%)	35(10.3%)	42(11.4%)
45	0(0.0%)	15(4.4%)	15(4.1%)
50	13(43.3%)	62(18.2%)	75(20.3%)
55	0(0.0%)	24(7.1%)	24(6.5%)
60	0(0.0%)	43(12.6%)	43(11.6%)
65	5(16.7%)	112(32.9%)	117(31.6%)
불명확	5(16.7%)	46(13.5%)	51(13.8%)
	30(100.0%)	340(100%)	370(100%)

보고서 : 50세, 40세

학술지: 65세, 50세, 40세

연구유형		연령기준									총계
		30	35	40	45	50	55	60	65	불명확	
연구 보고서	고령장애			3		11			1	3	18
	중고령장애			3		1			0	0	4
	장애노인			0		1			1	0	2
	노화			1		0			0	1	2
	불명확			0		0			3	1	4
계				7		13			5	5	30
학술지	장애노인	0	0	0	0	2	7	26	85	25	145
	고령장애	0	0	3	0	34	14	14	23	8	96
	중고령장애	0	1	21	15	17	1	0	0	5	60
	노화	0	1	4	0	2	0	0	0	2	9
	중노년장애	0	0	3	0	1	0	0	0	1	5
	고령화된장애	0	0	2	0	1	0	1	0	0	4
	노년기장애	0	0	0	0	0	0	2	2	0	4
	노령장애	0	0	0	0	4	0	0	0	0	4
	장노년기	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1
	장애가 있는 노인	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	장애를 가진 노인	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1
	중장년장애	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	노인장애	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1
	불명확	1	0	2	0	0	0	0	1	4	8
계		1	2	35	15	62	24	43	112	46	340

연구보고서 : 고령장애 연구 50세, 중고령 장애 연구 40세 적용

학술지 : 장애노인 연구 65세, 고령장애 연구 50세, 중고령 장애 50세, 40세

* 초기 연구: 50세 이상 장애인을 고령장애로 정의, 최근 50세 이상 장애인을 중고령 장애로 정의 경향

2. 고령장애의 개념(선행 연구 검토)

연구유형		연령기준								총계
		30	35	40	45	50	55	60	65	
연구 보고서	전체장애			1		12			4	19
	발달장애			5		0			0	5
	발달, 뇌병변장애			1		0			0	1
	지체, 뇌병변, 감각장애			0		1			0	1
	불명확			0		0			1	1
학술지	계			7		13			5	30
	전체장애	0	0	6	10	37	10	23	66	158
	지체장애	0	0	3	2	7	1	3	10	31
	발달장애	1	2	12	0	1	0	0	1	20
	여성장애	0	0	3	2	4	1	1	0	12
	시각장애	0	0	0	0	1	2	1	7	12
	청각장애	0	0	0	0	2	1	2	4	10
	뇌병변장애	0	0	0	0	1	1	3	3	9
	중사자	0	0	2	0	0	0	0	0	8
	지체, 뇌병변, 감각	0	0	0	0	1	5	1	2	9
	지체, 뇌병변	0	0	0	0	0	1	2	3	6
	지적장애	0	0	3	0	0	0	1	0	4
	뇌성마비장애	0	0	1	0	2	0	0	0	3
	정신장애	0	0	1	1	0	0	0	0	2
	비장애	0	0	0	0	0	0	1	2	3
	기업체	0	0	0	0	0	1	0	0	1
	보호자	0	0	0	0	0	0	0	0	1
	척수장애	0	0	1	0	0	0	0	0	1
	시설	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	시청각	0	0	0	0	0	0	0	1	1
	없음			3		6	1	5	14	48
		1	2	35	15	62	24	43	112	340

연구보고서 : 전체장애 50세, 발달장애 40세

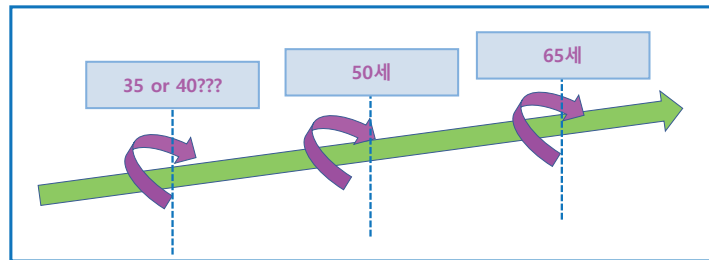
학술지 : 전체장애 및 지체장애 65세, 발달장애 40세

3. 생애주기 관점과 고령장애(이론적 모형)

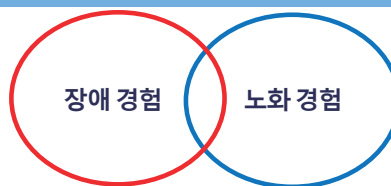
생애주기 관점		인간의 삶과 발달을 환경 속에서 총체적으로 이해하려는 접근(Elder, 1994) 노화를 인간발달의 과정으로 이해(Elder & Johnson, 2002)	
원칙	노화연구	장애연구	
시간과 장소 (Time and Place)	cohort effects, period effects 고려(Elder et al., 2003)	미국 ADA 전 후 출생자의 노화 차이 공교육 접근성 변화와 발달장애인의 사망률의 관계(Landes, 2007)	
삶의 전환과 타이밍 (Transition and Timing)	주요 전환시점과 누적 효과 고려 (Elder, 2003)	장애발생시기와 장애기간의 효과 & 장애정체성(Darling & Heckert, 2010) 교육환경, 직장환경, 돌봄환경의 누적효과(Fyson & Kitson, 2007)	
인간행위(Human Agency) & 연결된 삶(Linked Lives)	주체적 행위자, 환경과 상호의존성(Elder, 2003)	자기결정 & 구조적 차별의 상호작용(Barnes, 2016)	
인간 발달과 삶의 궤적(Human Development and Life Trajectories)	평생에 걸쳐 일어나는 과정(Elder, 2003)	장애기간과 회복탄력성(Hutcheon & Lashewicz, 2014)	

3. 생애주기 관점과 고령장애(장애인 노화 연구)

- 삶의 전환과 타이밍의 원칙
 - 생애주기 변수 고려 필요(연령, 장애발생시기, 장애기간)
 - 장애유형별 성인기 이후 장기적 종단연구 필요(자료 및 연구방법의 한계)
- 주요 전환기 : 발달장애인 35세 혹은 40세, 고령장애인 50세, 65세 이후 장애정책과 노인정책의 분절성



3. 생애주기 관점과 고령장애(AwD vs. DwA)



- 이중위험(Double Jeopardy) : 장애와 노화 학술연구 문헌검토 다빈도 개념(Bishop & Hobson, 2012)
- Aging with Disability(AwD) & Disability with Aging(DwA)
- 해외 연구
 - 생애주기 요인(연령, 장애기간, 장애발생시기) 고려 장애인 노화 연구 필요성 제기(Aging with Disability 연구 강조)
 - 해외 양 영역 구분하여 제시한 최초의 연구 : Verbrugge & Yang(2002)
 - But 해당 연구는 비교 연구를 위한 구분이며, 연속적 개념임을 강조
 - 해당 분야 주요 연구(Putnam, 2002; Kem & Mosqueda, 2004; Putnam et al., 2016) 통합적 접근 강조
 - ❖ 장애 및 노인 정책의 통합성 중요 But 집단 내 이질성을 이해하기 위한 비교 연구 필요(향후 장기적 종단적 연구 필요)
- 국내 : 김형수(1996) : 논의 연구 필요성 주장, 노승현(2008) : 생애주기 요인 포함 노화 연구 필요, 황주희 외(2014) : 실증분석

3. 생애주기 관점과 고령장애(AwD vs. Dwa)

국내 관련 연구 25개 분석

구분	연구유형		총계
	보고서	학술지	
장애발생시기	4(44.4%)	12(42.9%)	16(43.2%)
장애기간	0(0%)	15(53.6%)	15(53.6%)
장애기간&장애발생시기	5(55.6%)	1(3.6%)	6(16.2%)
총계	9(100%)	28(100%)	37(100%)

장애기간

구분	빈도	퍼센트
20년	9	60
1년, 20년	1	6.7
5, 10, 20년	1	6.7
연속변수	4	10.8
총계	15	100

장애발생시기

구분	빈도	퍼센트
40	1	4.0
50	4	16.0
55	2	8.0
60	2	8.0
65	4	16.0
연속변수	5	20.0
발달, 청년, 고령	6	24.0
총계	15	100

3. 생애주기 관점과 고령장애(AwD vs. Dwa)

선행연구 분석결과

고령화된 장애(Aging with Disability)

- 상대적으로 디지털역량, 차별경험, 가구소득
- 노화로 인한 장애에 비해 소득 욕구 높음

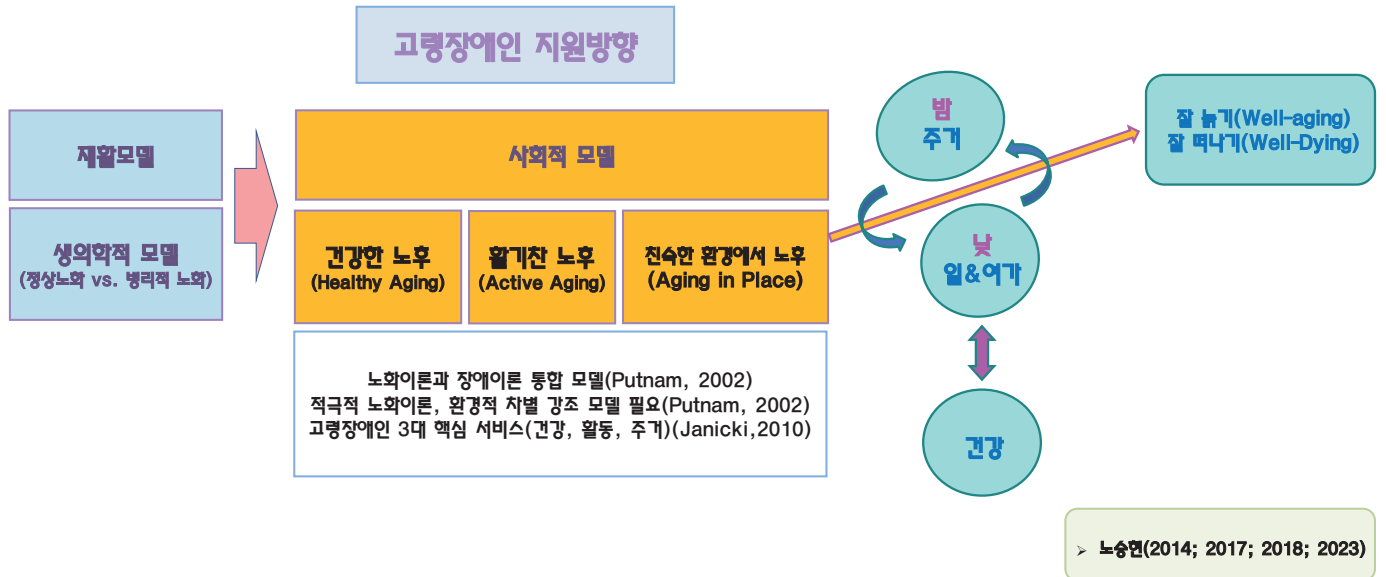
노화로 인한 장애(Disability with Aging)

- 상대적으로 주관적 건강, 만성질환율, 우울, 장애수용, 도움필요, 외출가능, 외출빈도, 여가만족, 운동참여, 취업, 사회적지지, 삶의질(만족) 위험 높음
- 고령화된 장애에 비해 의료 욕구 높음

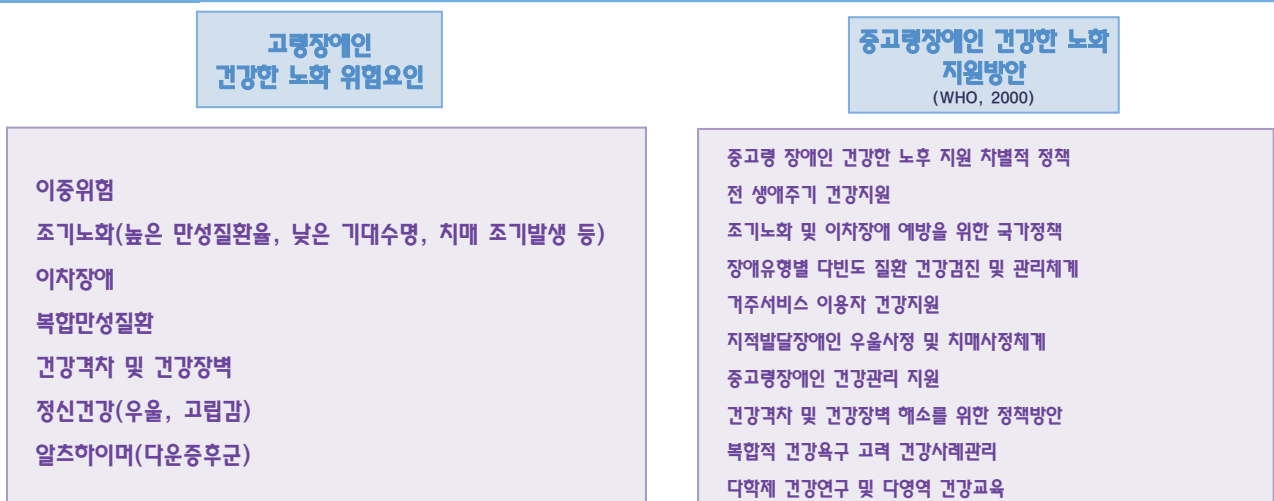
연구 함의

- 장애기간의 누적효과: 누적된 위험(이차장애, 소득위험, 사회환경적 차별)
누적된 기회(장애정체성, 집단정체성과 시민성, 회복탄력성)
- 장애발생시기(고령기 발생 vs. 고령기 전 발생, 발달기 발생)
- 차별성에 기초한 통합서비스 방안
- 집단 구분을 넘어 생애주기에 따른 연속성 고려
- 생애주기 변수 고려 장기적 노화과정 연구(성인기 이후)

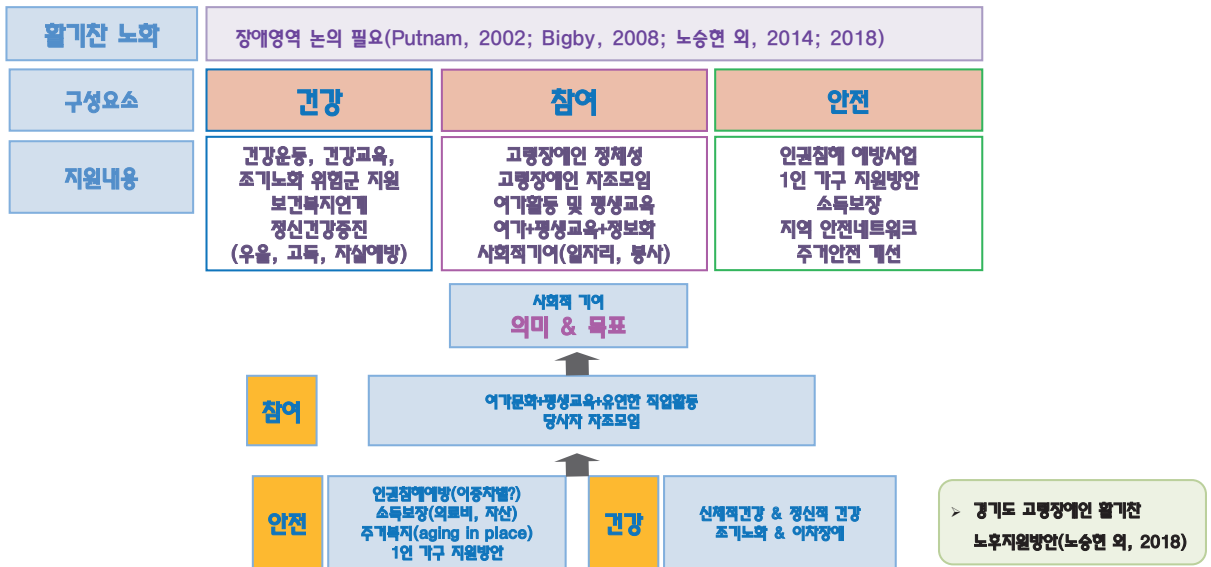
4. 고령장애인 지원방향



4. 고령장애인 지원방향(건강한 노화)



4. 고령장애인 지원방향(활기찬 노화)



4. 고령장애인 지원방향(친숙한 환경에서 노화)

Aging in Place 개념 공통 요소 (Barati et al., 2022)	독립성, 애착, 네트워크, 지역에서 살기, 안전, 편안함, 비시설, 고령자의 선호
장애인연구 적용	발달장애인 치매대응과 서비스 연속성, 전환지원 서비스 포함하는 개념으로 확장 친숙한 환경에서 노화로 번역(노승현 외, 2014) (Janicki, 2004; Janicki et al., 2000; Conroy & Mangan, 2006; 노승현 외, 2014; 황주희 외, 2020)
장애인연구 적용 확장	거주환경 친숙성 전환지원(은퇴, 돌봄자 변화, 건강악화 및 알츠하이머 대응, 임종 및 연명의료지원) 평생계획 및 노후준비 장애서비스의 지속성 vs. 장애 및 노인정책 통합

5. 고령장애인 지원 현황(지자체 조례)

구분		빈도	퍼센트
제정시기	2020	11	35.5
	2021	7	22.6
	2022	5	16.1
	2023	3	9.7
	2024	5	16.1
총계		31	100.0

2020년 이후 31개 조례 제정
지자체 조례는 있으나, 상위 법률 부재

5. 고령장애인 지원 현황(지자체 조례)

구분		빈도	퍼센트
목적		31	100%
정의		31	100%
지자체장 책무		31	100%
지원계획		27	87.1%
실태조사		25	80.6%
지원사업	건강유지 및 증진	31	100%
	돌봄	31	100%
	특화프로그램	29	93.5%
	노후준비 및 자립능력 향상	1	3.2%
	여가문화 및 평생교육	31	100%
	주거마련	1	3.2%
	주거환경개선	31	100%
	차별 및 폭력대응	31	100%
	사회활동참여	31	100%
	홍보	29	93.5%
사무위탁		30	96.8%
사업평가 및 사후관리		27	87.1%
중복지원금지		30	96.8%
협력체계 구축		31	100%
재정(예산)지원		13	41.9%

지원사업 및 예산지원 내용 임의 규정

5. 고령장애인 지원 현황(지자체 조례)

구분		빈도	퍼센트
개념	고령장애	28	90.3
	중고령 중증장애	3	9.7
	총계	31	100

구분		빈도	퍼센트
연령 기준	50세 이상	1	3.2
	50-64세	1	3.2
	55세 이상	1	3.2
	65세 이상	28	90.3
	총계	31	100

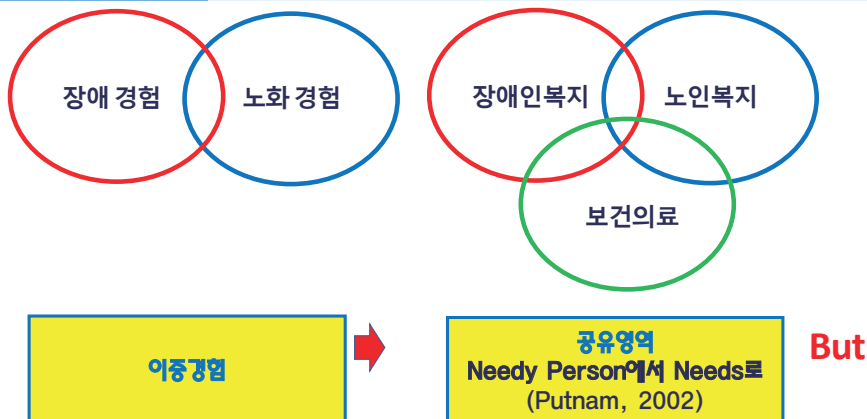
구분		연령				총계
		50	50-64	55	65	
개념	고령장애	0	0	1	27	28
	중고령 중증장애	1	1	0	1	3
	총계	1	1	1	28	31

고령장애 65세(27건), 55세(1건)
중고령 중증장애(50, 50-64, 65세)

5. 고령장애인 지원현황(서비스 사례)

- 한국형 통합 돌봄 모형 구축 사업(한국장애인복지관협회)(ADRC)
- 고령장애인 쉼터(경기도)
- 지역중심 건강 네트워크사업(서울시장장애인종합복지관 서비스 사례)
- 중장년 발달장애인 서비스(우리주니어이용센터 사례)
- 조기 노화 장애인 거주 서비스(교남시넷가)
- 평생계획서비스(충현복지관, 성민복지관 등)

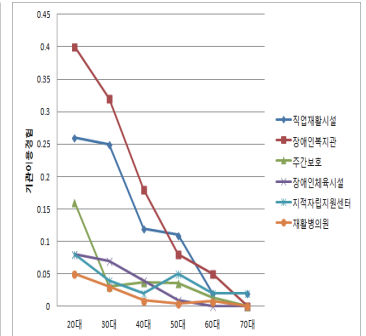
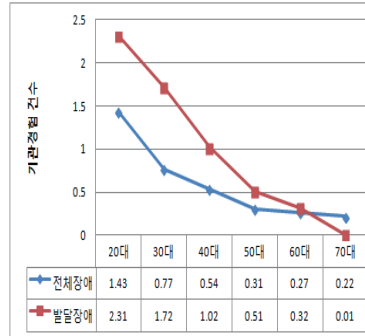
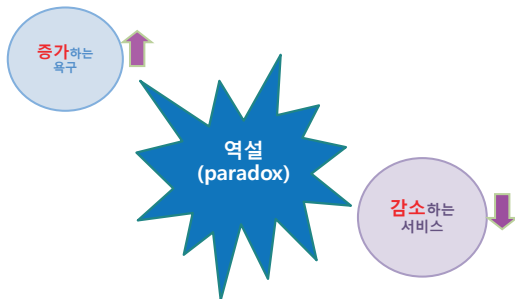
6. 개선과제(정책 분절성 : the silo effect)



6. 개선과제(서비스 파편성)

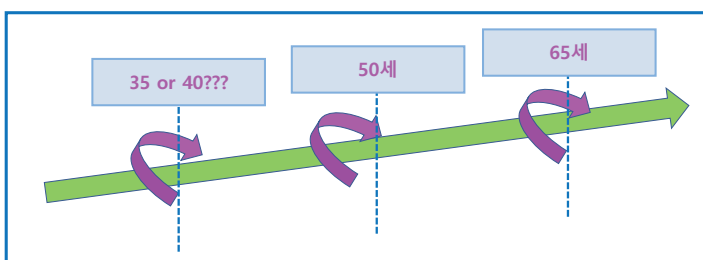


6. 개선과제(서비스 역설)



서비스 역설
(Doka, 2003; 노승현, 2018)

6. 개선과제(생애주기 분절성)



주요 전환기

- 발달장애인 35세 혹은 40세 이후 서비스 감소, 부모 사후 전환지원 부재(노승현 외, 2014)
- 65세 이후 장애서비스 분절

7. 개선방향

- 상위 정책 부재(지자체 조례 국한)

- 정책 분절성

- 서비스 파편성

- 서비스 역설

- 생애주기 분절성

- 법률 및 국가 수준 정책 마련

- 정책 조정기구 및 통합서비스(장애인복지+노인복지+보건의료)

- 지역 서비스 네트워크 기구
- 다학제 연구 및 다학제 상호교육

- 재정 및 예산 지원 방안
- 고령장애인 차별적(부가적) 서비스 공급 방안

- 전 생애주기 서비스 지원방안
- 장애유형별 전환지원 서비스

- 의료+요양+돌봄 통합서비스(정책, 전달체계, 서비스)

2025 한국장애인보건의료협회 하계학술대회

고령장애인의 현황과 추이

양희수 (한국장애인보건의료협회 청년이사
/충북대학교 보건과학융합연구소 책임연구원)

한국장애인보건의료협의회 2025년 하계 학술대회

고령장애인의 현황과 추이

한국장애인보건의료협의회 청년이사
충북대학교 보건과학융합연구소 책임연구원

양 희 수

Contents

1. 고령장애인의 정의
2. 국내 고령장애인 현황
3. 국내 고령장애인의 특성 비교
4. 국내 고령장애인 의료이용 비교
5. 국내 고령장애인 추이와 방안 모색

고령장애인의 정의

고령장애인 정의

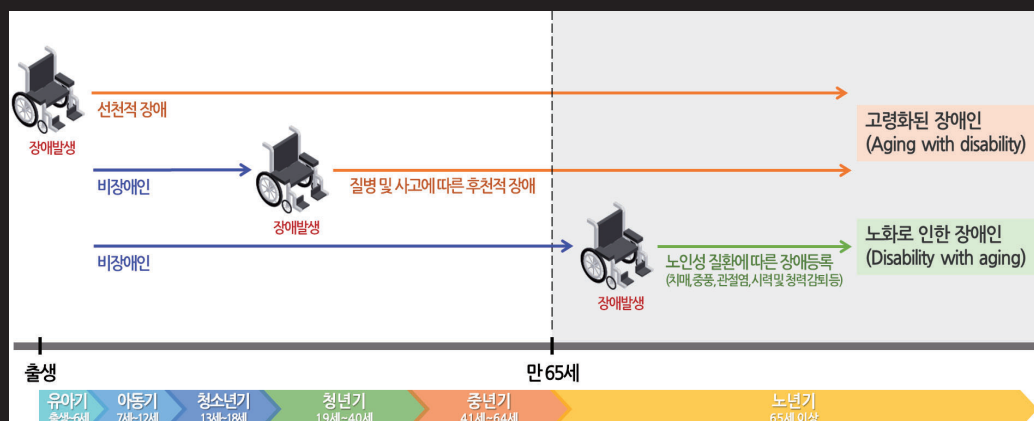
장애 출현 시기에 따른 고령화된 장애인 VS 노화로 인한 장애인

고령화된 장애인

- 선천 또는 후천적으로 **만 65세 이전에 장애가 출현**하여 일정기간 동안 장애인으로 살다가 노년기를 맞이한 집단

노화로 인한 장애인

- **만 65세 이전에는 비장애인**으로 살아오다가 노화로 인해 나타나는 여러 생리학적 기능저하로 장애를 갖게 된 집단



[그림] 장애출현 시기에 따른 고령화된 장애인과 노화로 인한 장애인 구분

고령화된 장애인과 노화로 인한 장애인의 서비스 욕구 비교

주요 관심사 및 우선순위 욕구에 맞는 개별화된 서비스 제공 필요

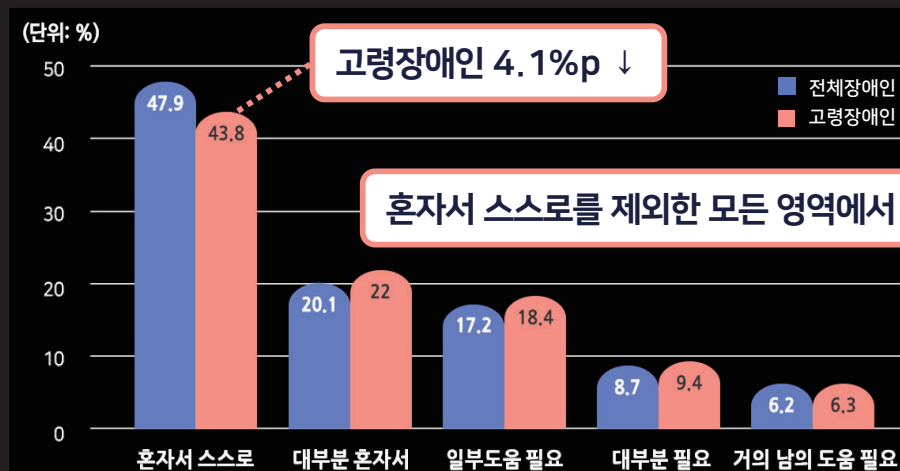
구분	고령화된 장애인 (Aging with Disability)	노화로 인한 장애인 (Disability with Aging)
장애출현 시기	발달기, 청장년기	노화기
장애발생 원인	선천성, 사고로 인한 중도장애	노인성 질환, 노화
장애 기간	20년 이상	20년 미만
장애인 정체성	강함	약함
주요 관심사	소득, 차별, 이동권, 사회참여 등	돌봄, 의료, 시설입소 등
우선순위 욕구	소득보장, 주거보장	의료보장
주요 장애유형	발달장애, 정신장애 등	신장장애, 시각장애 등

* 출처: 한국장애인단체총연맹

5

분절적 체계 속 고령장애인의 다양한 미충족 욕구 발생

- ✓ 고령장애인의 미충족 의료율 18.0%, 고령 비장애인에 비해 4.9%p 높음 (오옥찬외, 2020)
- ✓ 이는 일상생활 도움 필요도가 높은 고령장애인에게 정책 서비스가 충분히 제공되지 않아 미충족 의료로 이어진 결과일 가능성이 높음



[그림] 고령장애인의 일상생활 도움 필요 정도
*출처: 한국보건사회연구원, 장애인실태조사(2020)



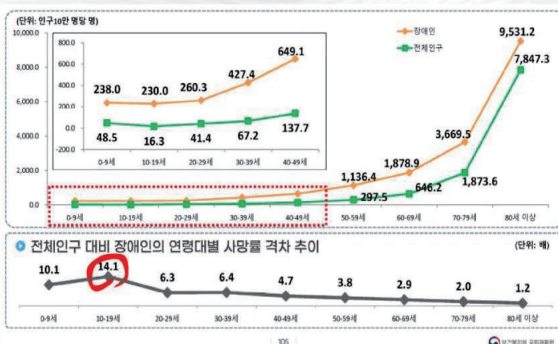
6

장애인의 조기노화에 따른 노령화

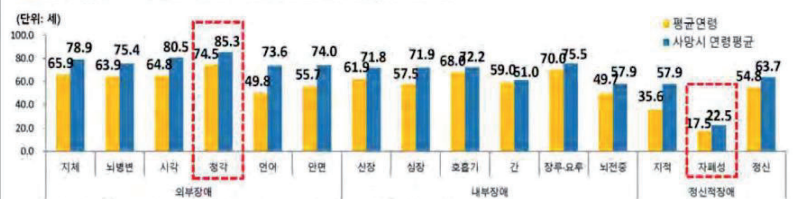
전체인구에 비해 더 빨리 노화하고 조기에 사망할 가능성 높음

- ✓ 장애인은 전체인구에 비해 이른 나이에 사망할 위험 ↑
- ✓ 장애인의 조기노화가 조기사망으로 이어진 결과일 가능성 ↑
- ✓ 장애유형 및 중증도에 따라 구체적으로 조기노화, 조기사망 등을 파악할 필요가 있음

장애인과 전체인구 연령대별 조사망률: 2021년



장애유형별 평균연령 및 사망 시 평균연령(2022년)



*출처: 국립재활원. 2023년 건강보건통계 컨퍼런스

장애인 vs 비장애인 뇌졸중 발생률 연구결과

Early-onset stroke among people with disabilities: a national database study in South Korea from 2008 to 2017

Hee Soo Yang,^{a,d,h} So Young Kim,^{c,d,h} Min Jae Jo,^e Yeon Yong Kim,^{f,g} and Jong Hyock Park^{b,c,d,*}

^aDepartment of Medicine, College of Medicine, Chungbuk National University, Cheongju, South Korea

^bDepartment of Preventive Medicine, College of Medicine, Chungbuk National University, Cheongju, South Korea

^cDepartment of Public Health and Preventive Medicine, Chungbuk National University Hospital, Cheongju, South Korea

^dInstitute of Health & Science Convergence, Chungbuk National University, Cheongju, South Korea

^eDepartment of Neurological Surgery, Chungbuk National University Hospital, Cheongju, South Korea

^fBig Data Steering Department, National Health Insurance Service, Wonju, South Korea

^gDrug Evaluation Department, National Institute of Food and Drug Safety Evaluation, Cheongju, South Korea

Summary

Background This study investigated 10-year trend in the incidence and prevalence of ischemic, hemorrhagic, and overall strokes according to the severity and type of disability between people with and without disabilities.

Methods This serial cross-sectional analysis was conducted using national health information data during a 10-year period from 2008 to 2017. Age-standardized incidence and prevalence were analyzed for each year, according to the presence, severity, and type of disability. The odds ratio (OR) of stroke was examined using multivariable logistic regression after adjusting for socio-demographic and clinical variables collected in 2017.

Findings In total, 413,398,084 people were enrolled between 2008 and 2017. In 2017, 43,552,192 people aged 19 or older were included and 5.8% was disabled. For 10 years, age-standardized incidence of ischemic and hemorrhagic stroke decreased significantly regardless of the presence of disability. However, age-standardized incidence of stroke in disabled were almost 2.5 times higher than the non-disabled in 2017. Stroke occurs 20 years earlier in people with disabilities than in those without disabilities. In 2017, people with disabilities had higher odds of stroke compared to those without disability (OR = 4.11, 95% confidence interval [CI]: 4.06–4.16), particularly among those with severe disabilities (OR = 4.75, 95% CI: 4.67–4.84). People with major internal organ impairment showed the highest incidence of stroke (OR = 5.95, 95% CI: 5.73–6.17). The main risk factors for stroke presented in this study were disability factors, chronic diseases, and advanced age.

Interpretation People with disabilities are at a greater risk of developing stroke incidence. Developing a public health policy and identifying the risk factors for stroke in people with disabilities would be beneficial.

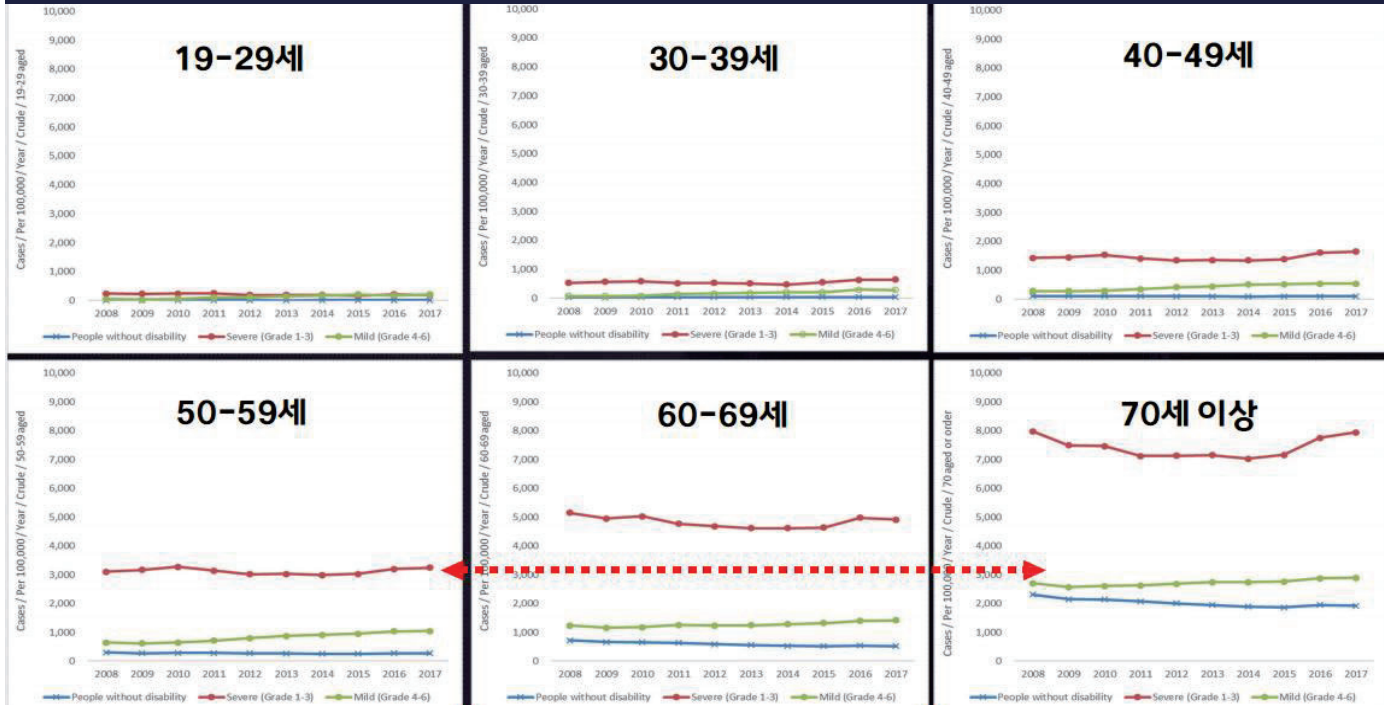
Funding This work was supported by a National Research Foundation of Korea (NRF) grant funded by the Ministry of Education (No. 2022R111A3070074).



The Lancet Regional Health - Western Pacific
2023;38: 100819
Published Online 13 June 2023
<https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100819>

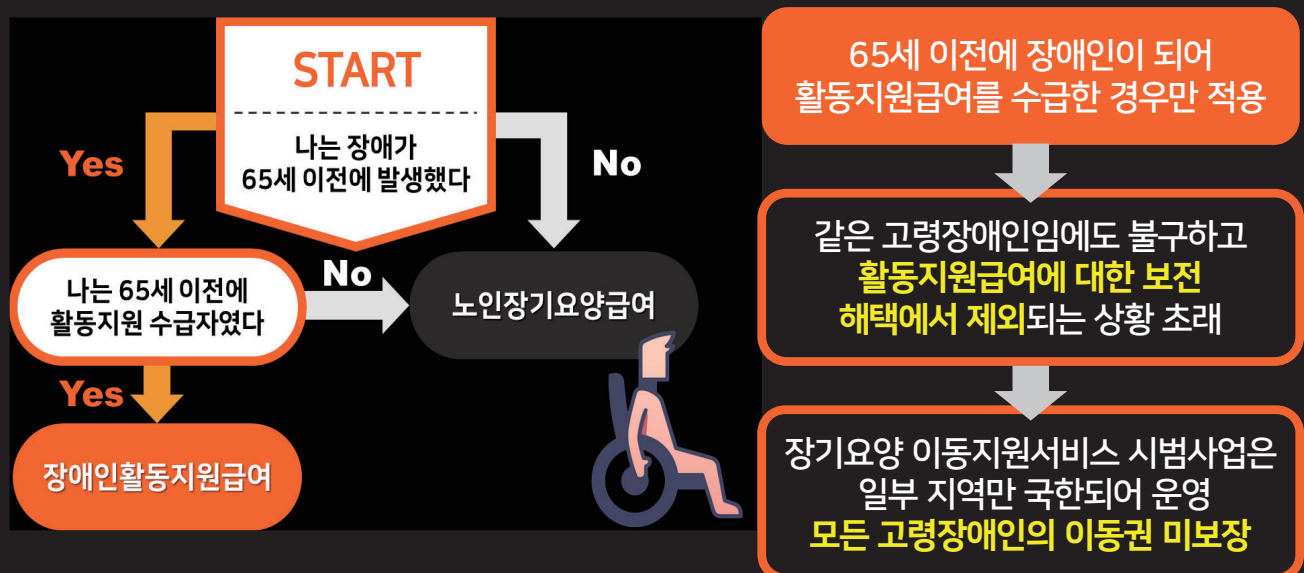
장애인 15년 이상 일찍 뇌졸중 발생

50대 중증장애인은 70세 이상 비장애인 보다 뇌졸중 발생률 높음



장애인과 노인을 이분법적으로 구분하는 현행 제도

고령장애인의 의료-요양-돌봄체계의 중복/충돌/누락/부재 지점 발생



[그림 장애발생 시점에 따른 활동지원급여 수급관계도]

고령장애인의 의료-요양-돌봄체계 개선 필요

실질적 제도 개선을 위한 연구 및 근거자료 부족

- ✓ 고령장애인의 특성별 다양한 욕구 파악 미흡
 - 제도의 실효성 저하 및 의료-요양-돌봄체계의 중복/충돌/누락/부재 지점 발생
- ✓ 의료-요양-돌봄 정보가 적절히 융합된 **고령장애인 데이터베이스** 및 연구 부재
 - 현행 제도 개선을 위한 관련 연구를 수행하는데 한계점 존재
 - 과학적 근거를 기반한 근거자료 제시 어려움

고령장애인의 미충족 의료-요양-돌봄 문제 발생

11

과학적 근거자료 마련 방안

국민건강보험공단 전 국민 자료를 활용한 고령장애인 현황 분석

1. 고령장애인 데이터베이스 구축
 - ✓ 목표: 고령장애인의 특성을 반영한 맞춤형 정책 수립
 - ✓ 고령장애인 대상 다양한 연구 데이터를 체계적으로 분석할 수 있는 DB 구축
2. 국내 고령장애인 현황 및 특성 비교 분석
 - ✓ 목표: 효과적인 의료-요양-돌봄 통합지원 모델 개발 및 벤치마킹
 - ✓ 우리나라 전국민 데이터를 활용하여 국내 고령장애인 현황 파악
 - ✓ 고령장애인의 장애중증도 및 유형별 의료이용, 사망 특성 비교

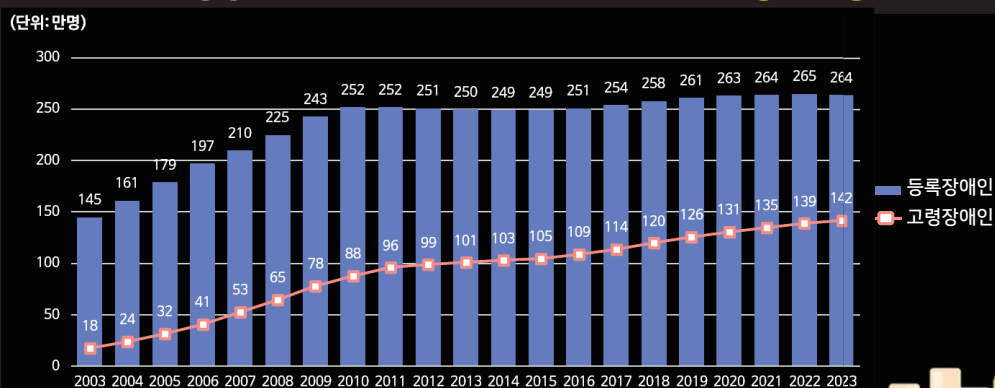
12

국내 고령장애인 현황

국내 고령장애인 현황

65세 이상 노년층 장애인 수 지속적 증가

- ✓ 국내 고령장애인은 **2023년 기준 142만여명**으로 전체장애인의 53.9%를 차지하였고, 이는 전체인구 고령화 비율에 약 3배 높은 수준 *(통계청, 2023)*
- ✓ 같은 해 신규등록 장애인 중 65세 이상의 비율도 77.4% 차지 *(보건복지부, 2024)*
- ✓ 2040년 고령장애인 수는 현재의 2배에 달하는 **290만명까지 증가**할 것으로 예측 *(홍주희외, 2019)*



[그림] 등록 장애인과 고령장애인의 연도별 인구증가 추이
*출처: 보건복지부, 장애인 등록 현황(2003~2022)



고령장애인 연구 데이터베이스 구축

국민건강보험공단 청구자료 기반 고령장애인 연구 DB 구축

분석 목표: “과학적 근거 기반 고령화된 장애인 정의 채택 지원”

- ✓ 전체 고령장애인, 고령화된 장애인, 노화로 인한 장애인 그룹 정의
→ 각 그룹별 인구사회학적 특성, 장애특성, 임상적특성 등 파악
- ✓ 장애와 조기노화의 관계 규명
- ✓ 장애특성(장애출현시점, 장애중증도, 장애유형)에 따른 노화양상 분석

15

장애인과 비장애인의 고령인구 비교

장애인의 고령인구 비장애인에 비해 최대 3.7배 ↑

구 분		비장애인	중증장애	경증장애
성별	남성	49.5%	59.7%	56.8%
	여성	50.5%	40.3%	43.2%
연령	65세 이상	17.2%	38.9%	64.2%
보험료분위	의료급여 수급권자	2.1%	29.9%	10%
	1분위	14.2%	17.2%	16.8
	10분위	13.8%	9.2%	14.2%
CCI score	1점 이하	26.5%	28.3%	26%
	4점 이상	6.6%	38.6%	35.3%
장기요양대상		1.2%	14.3%	12.1%

(2023년 기준)

최근으로 갈수록

- 고연령층 비중 증가
- 보험료분위간 격차 증가

65세 이상 인구: 장애인 5배 ↑

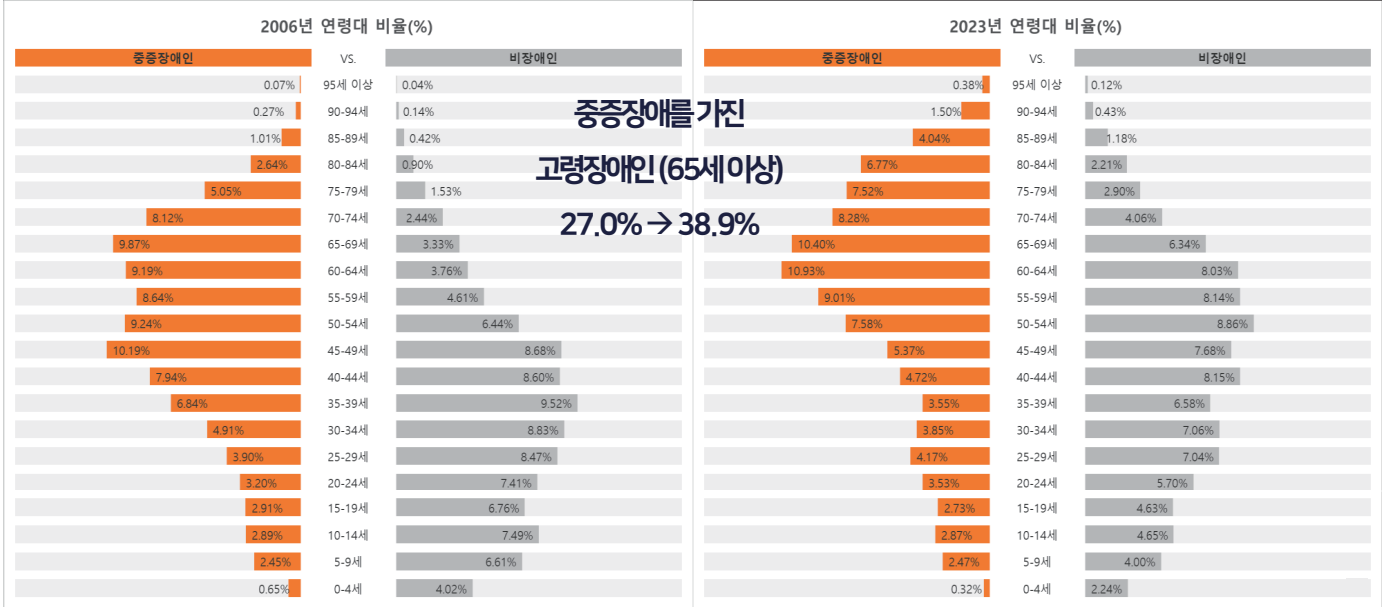
장기요양대상: 장애인 14배 ↑

16

장애인과 비장애인의 연령분포 변화

(중증장애인과 비장애인) 2006년 대비 2023년 고령인구 비중 증가

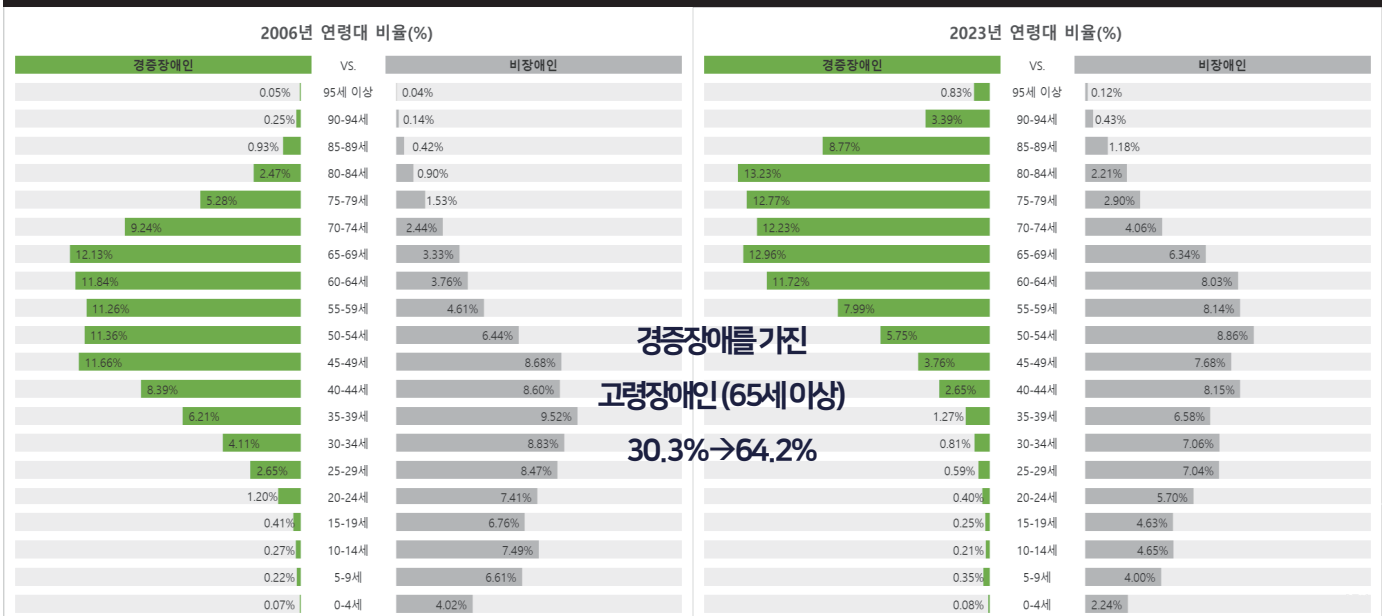
✓ 2006년 대비 2023년 중증장애인의 연령별 인구 구성은 '역 피라미드' 형



장애인과 비장애인의 연령분포 변화

(경증장애인과 비장애인) 2006년 대비 2023년 고령인구 비중 증가

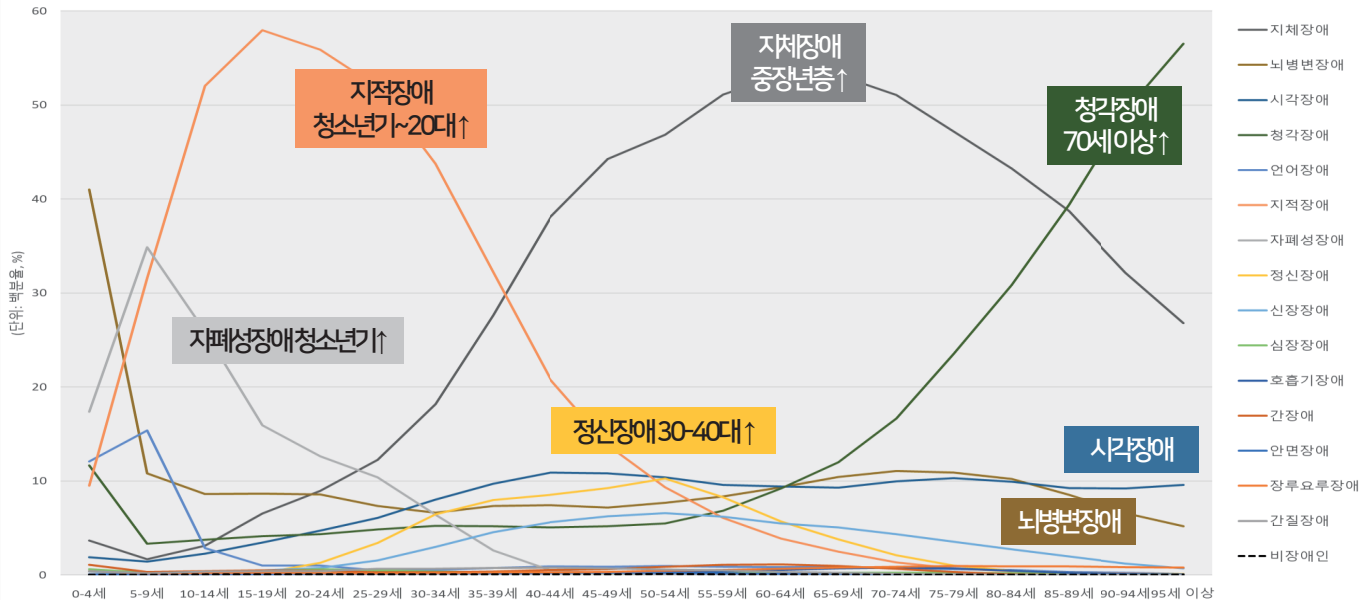
✓ 2006년 대비 2023년 경증장애에서 중증장애보다 크게 증가



연령대별 장애유형 분포 비교(2023)

10대: 자폐성장애 / 20~30대: 지적장애 / 50대: 자체장애, 정신장애
60~70대: 자체장애, 뇌병변장애 / 80대 이상: 청각장애, 시각장애

2023년 기준, 연령 구간에 대한 15개 장애유형 비중(%)



2006 vs. 2023

청각장애

2006년 대비 2023년
고령인구 1.5배 급증

자폐성장애

지적장애

2006년 대비 2023년
5세부터 39세까지 인구 증가

정신장애

가장 많은 연령대 변화

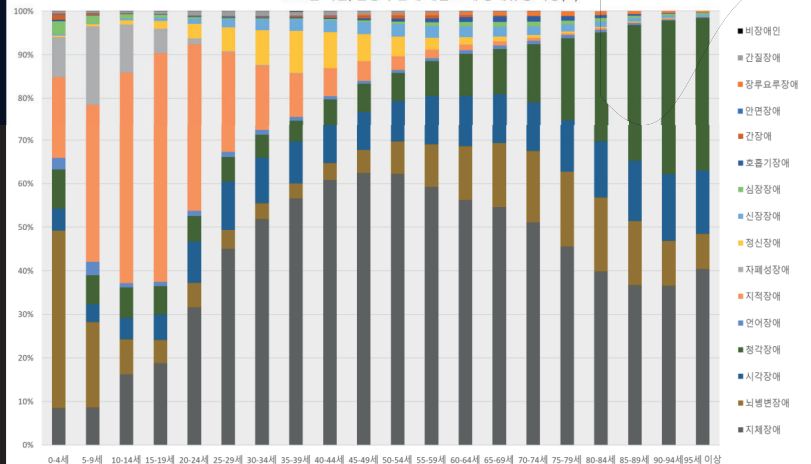
2006년 30대 → 2023년 50대

지체장애

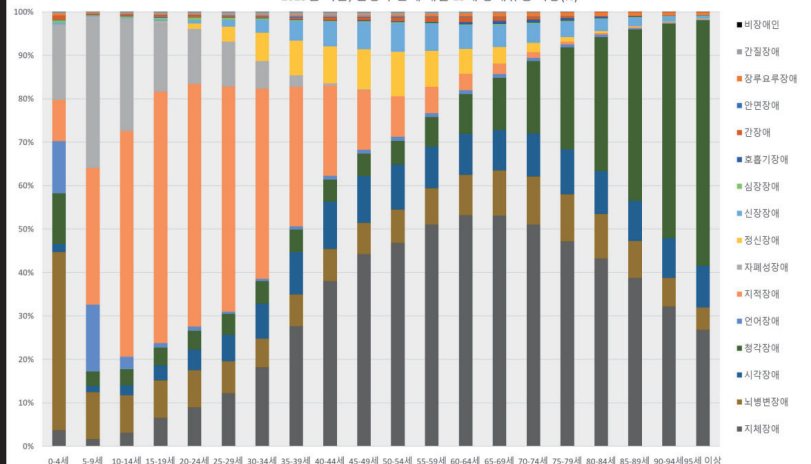
가장 많은 연령대 변화

2006년 50대 → 2023년 60대

2006년 기준, 연령 구간에 대한 15개 장애유형 비중(%)



2023년 기준, 연령 구간에 대한 15개 장애유형 비중(%)



연령대별 장애유형 분포 차이: 2006년 대비 2023년

연령 구간	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	뇌전증	비장애
0-4세	-4.8	0.2	-3.2	2.7	9.4	-9.5	8.2	-0.4	0.1	-2.4	-0.3	-0.1	-0.2	0.2	0.1	-0.02
5-9세	-6.9	-8.8	-2.7	-3.3	12.3	-4.9	16.8	-0.5	-0.1	-1.6	-0.1	0.0	-0.1	0.1	-0.1	-0.03
10-14세	-13.1	0.5	-2.7	-3.3	1.9	3.2	14.9	-1.0	-0.3	-0.6	0.0	0.3	-0.1	0.1	0.0	-0.03
15-19세	-12.3	3.3	-2.4	-2.4	0.0	5.0	10.3	-1.5	-0.2	-0.3	0.1	0.4	-0.1	0.1	-0.1	-0.02
20-24세	-22.7	3.0	-4.8	-1.6	-0.2	17.2	11.4	-2.1	-0.4	0.2	0.0	0.4	-0.2	0.1	-0.4	-0.02
25-29세	-32.9	3.0	-5.0	-0.8	-0.7	28.6	10.2	-2.1	-0.3	0.2	0.0	0.2	-0.1	0.1	-0.4	-0.01
30-34세	-33.8	3.0	-2.5	-0.1	-0.5	28.6	6.3	-1.5	0.4	0.1	0.0	0.2	-0.1	0.1	-0.4	-0.02
35-39세	-29.0	3.9	0.0	0.1	-0.2	22.2	2.6	-1.7	1.9	0.0	-0.1	0.2	0.1	0.1	-0.1	-0.03
40-44세	-22.9	3.6	1.8	-0.9	0.2	14.4	0.5	0.3	2.9	-0.1	-0.1	0.2	0.1	0.1	0.0	0.00
45-49세	-18.3	1.9	1.7	-1.3	0.2	9.3	0.1	3.0	3.5	-0.2	-0.2	0.0	0.1	0.0	0.1	-0.01
50-54세	-15.4	0.2	0.7	-0.9	0.3	6.2	0.0	5.8	3.7	-0.4	-0.4	0.2	0.1	0.0	0.1	0.02
55-59세	-8.2	-1.5	-1.9	-1.2	0.2	4.1	0.0	5.6	3.4	-0.7	-0.5	0.5	0.1	-0.2	0.2	0.04
60-64세	-3.1	-3.0	-2.6	-0.5	0.1	2.5	0.0	4.0	3.0	-0.8	-0.5	0.7	0.1	-0.1	0.2	0.04
65-69세	-1.5	-4.3	-2.3	1.6	0.0	1.5	0.0	2.7	2.7	-0.9	-0.5	0.8	0.1	-0.2	0.1	0.03
70-74세	-0.1	-5.3	-1.6	3.2	0.0	0.7	0.0	1.5	2.4	-0.8	-0.4	0.6	0.1	-0.1	0.1	0.02
75-79세	1.6	-6.3	-1.8	4.7	-0.1	0.3	0.0	0.6	1.9	-0.7	-0.3	0.3	0.0	-0.1	0.0	0.01
80-84세	3.4	-6.8	-2.9	5.4	-0.1	0.1	0.0	0.1	1.5	-0.6	-0.2	0.1	0.0	0.0	0.0	0.01
85-89세	2.0	-6.2	-4.6	7.9	-0.1	0.0	0.0	0.0	1.2	-0.4	-0.1	0.0	0.0	0.2	0.0	0.01
90-94세	-4.4	-3.7	-6.1	13.6	0.0	0.0	0.0	-0.1	0.7	-0.3	0.0	0.0	0.0	0.3	0.0	0.00
95세 이상	-13.6	-2.9	-5.0	21.1	-0.1	0.1	0.0	0.0	0.3	-0.3	0.1	0.0	-0.1	0.4	0.0	0.00

국내 고령장애인의 특성 비교

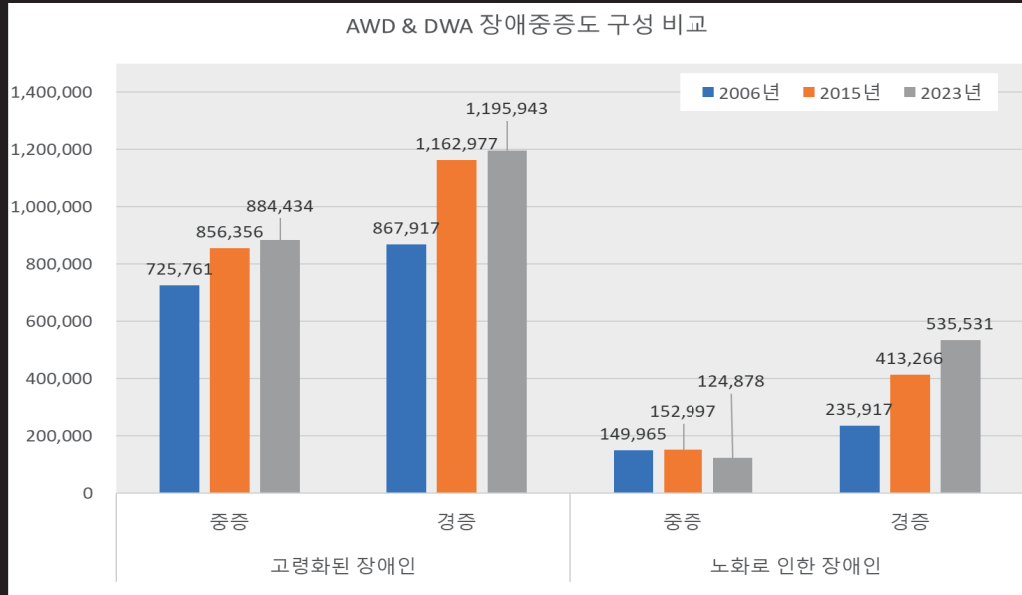
(65세 기준) AWD & DWA 장애중증도 변화

고령화된 장애인(AWD)

- ✓ 2006년대비 2023년 중증 장애인 구성: 1.2배 ↑
- ✓ 2006년대비 2023년 경증 장애인 구성: 1.4배 ↑

노화로 인한 장애인(DWA)

- ✓ 2006년대비 2023년 중증 장애인 구성: 0.8배 ↓
- ✓ 2006년대비 2023년 경증 장애인 구성: 2.3배 ↑



23

(65세 기준) AWD & DWA 장애유형 변화

2006년대비 2023년 증감



2006년대비 2023년 증감



국내 고령장애인의 의료이용 비교

비장애인과 장애인의 의료이용 비교

비장애인과 장애인의 1인당 평균 입원 & 외래일수 비교

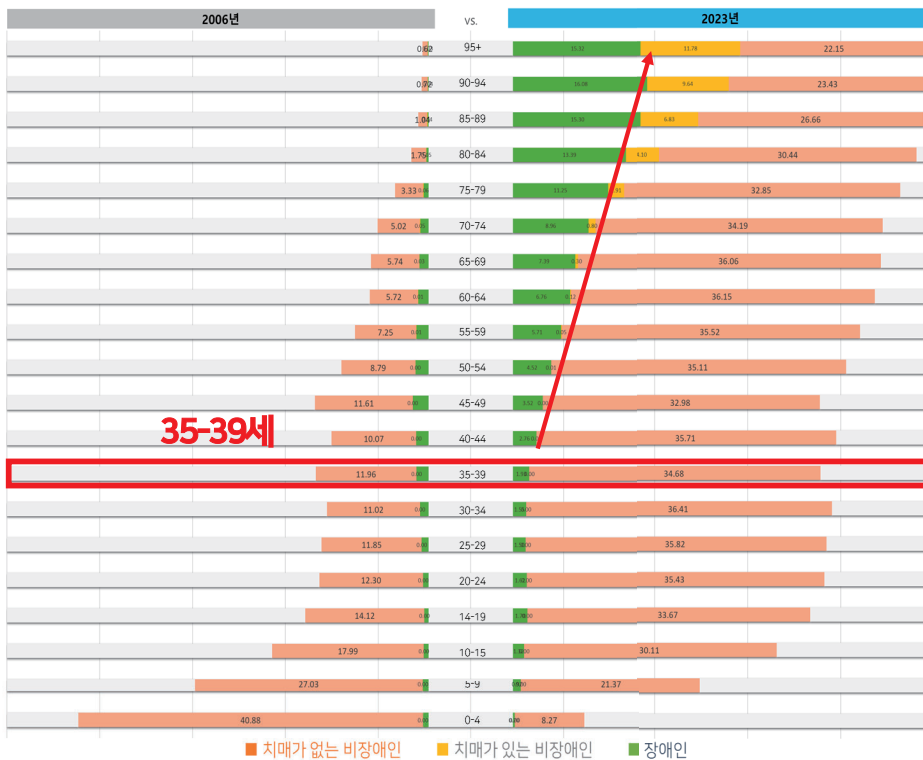
구분	2006년			2023년		
	비장애	중증장애	경증장애	비장애	중증장애	경증장애
1인당 평균 입원일수	16.2일	233.3일	60.8일	40.2일	640.7일	240.9일
1인당 평균 외래일수	238.2일	390.0일	397.4일	295.3일	636.8일	587.8일

2023년 기준

- ✓ (1인당 평균 입원일수) 비장애인에 비해 중증장애 16배 ↑, 경증장애 6배 ↑
- ✓ (1인당 평균 외래일수) 비장애인에 비해 중증장애 2배 ↑, 경증장애 2배 ↑
- ✓ (2006년 대비 2023년) 1인당 평균입원일수, 외래일수 평균 1.5배, 1.2배 ↑

연령에 따른 장애인의 총 외래 의료비(2023년 기준)

비장애인 대비 장애 총 외래비(단위: 억 원)



(장애인)

35-39세부터

외래 의료비 증가 추세

(65세 인구 기준)

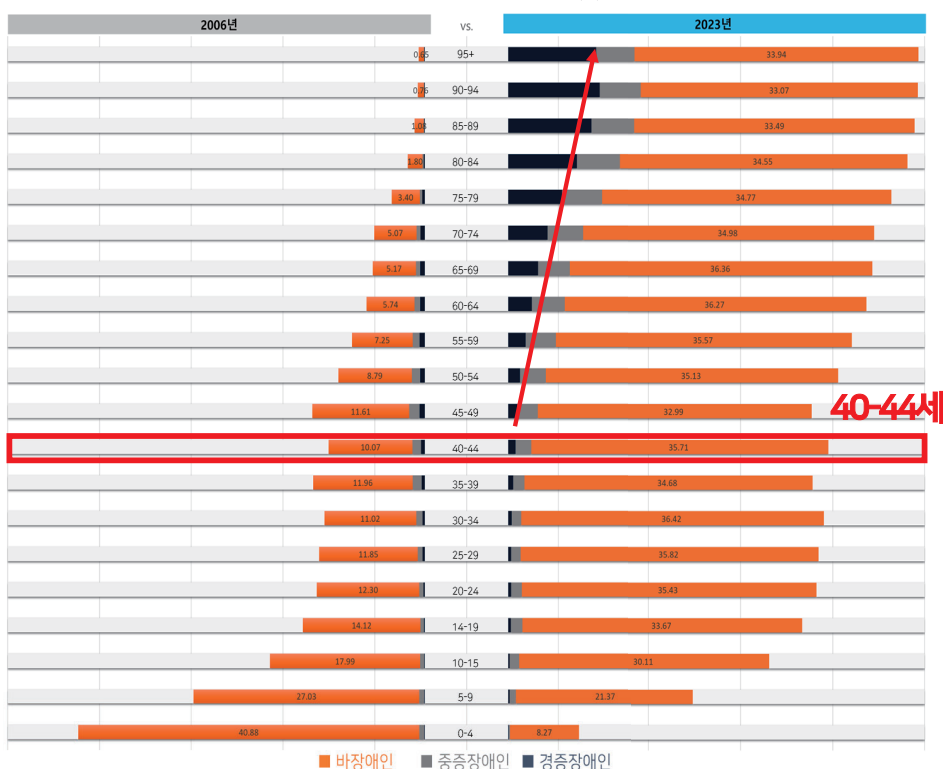
비장애인: 36억원

장애인: 7억원

⇒ 약 5배 차이

중증도에 따른 장애인의 총 외래 의료비(2023년 기준)

비장애인 대비 장애 중증도별 총 외래비(%)



(중증 및 경증장애인)

40-44세부터

외래 의료비 증가 추세

(65세 인구 기준)

비장애인: 36억원

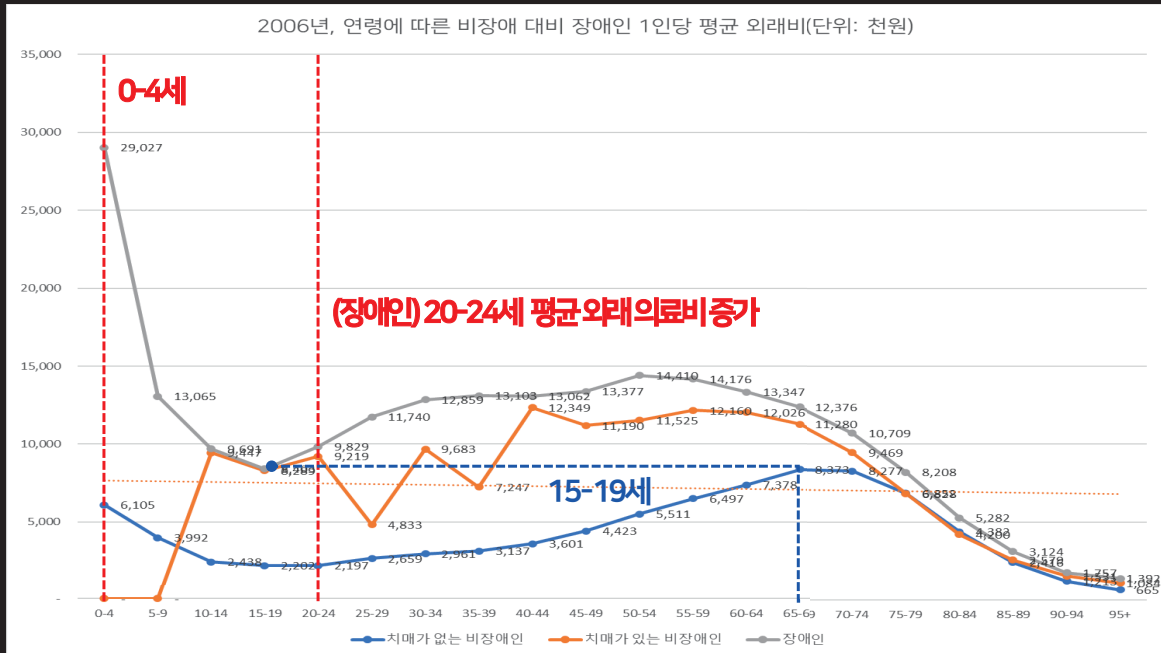
중증장애인: 3억원

경증장애인: 4억원

⇒ 약 9-12배 차이

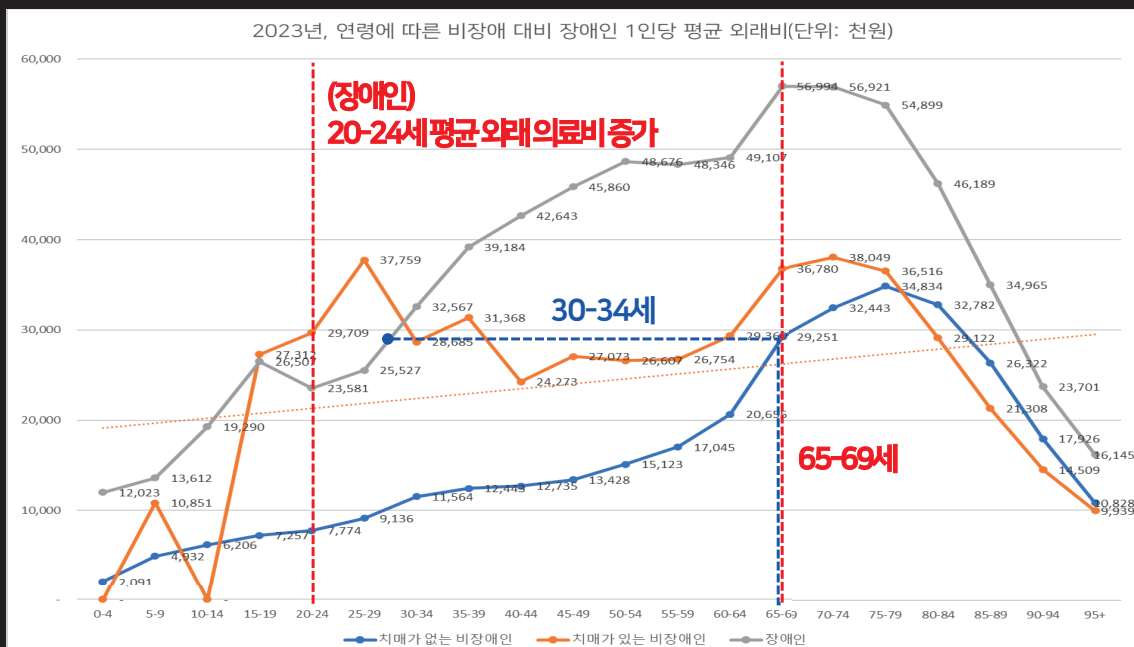
연령에 따른 장애인 1인당 평균 외래 의료비(2006년)

- ✓ 0-4세 구간에서 가장 높았고, 전반적으로 비장애인보다 평균 외래비 ↑
- ✓ (장애인) 15-19세 = (치매가 없는 비장애인) 65-69세



연령에 따른 장애인 1인당 평균 외래 의료비(2023년)

- ✓ 65-69세 구간에서 가장 높았고, 전반적으로 비장애인 대비 평균 외래 의료비 ↑
- ✓ (장애인) 30-34세 = (치매없는 비장애인) 65-69세



장애유형별(15유형) 평균 외래 의료비 비교

- ✓ (지체장애) 15-19세 가장 높음 / 10-14세 = 비장애인 65-69세
- ✓ (뇌병변장애) 15-19세 가장 높음 / 5-9세 = 비장애인 65-69세
- ✓ (청각장애, 안면장애, 시각장애) 75-79세 가장 높음
- ✓ (언어장애) 65-69세 가장 높음 / 55-59세 = 비장애인 65-69세
- ✓ (지적장애, 자폐성장애) 65-69세 가장 높음 / 60-64세 = 비장애인 60-64세
- ✓ (정신장애) 15-19세 가장 높음 / 15-19세 = 비장애인 65-69세

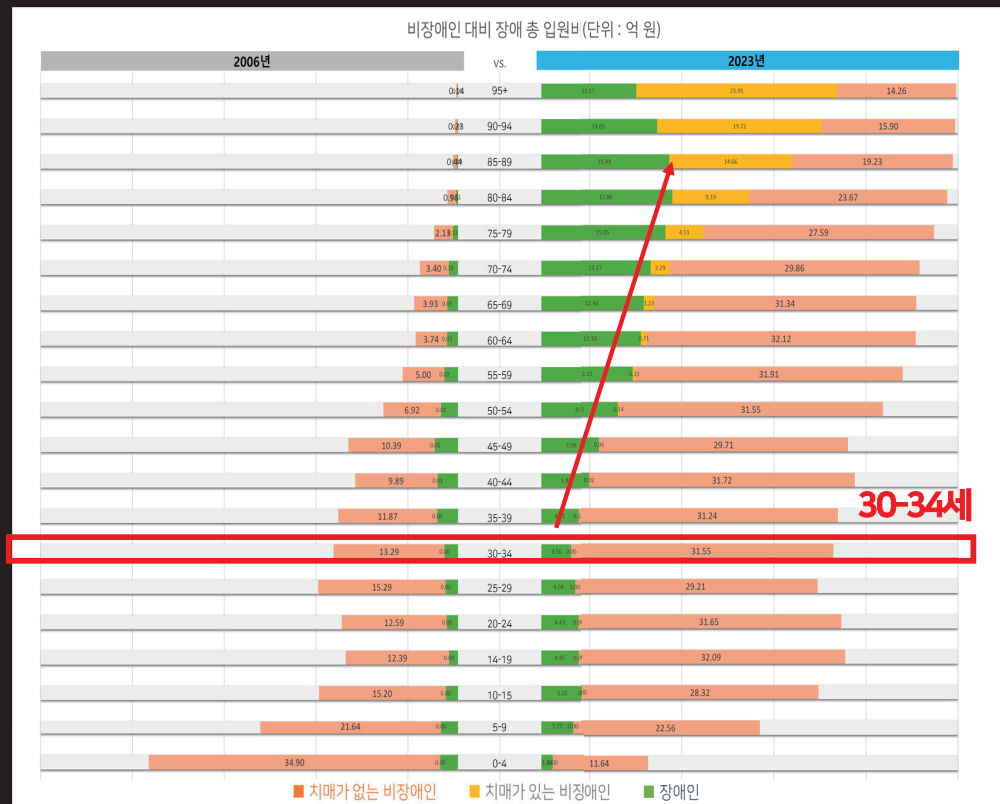
31

장애유형별(15유형) 평균 외래 의료비 비교

- ✓ (심장장애) 30-34세 가장 높음 / 10-14세 = 비장애인 65-69세
- ✓ (신장장애) 75-79세 가장 높음
- ✓ (간장애) 65-69세 가장 높음 / 10-14세 = 비장애인 65-69세
- ✓ (호흡기장애) 25-29세 가장 높음 / 5-9세 = 비장애인 65-69세
- ✓ (장루요루장애) 35-39세 가장 높음
- ✓ (뇌전증장애) 25-29세 가장 높음 / 25-29세 = 비장애인 65-69세

32

연령에 따른 장애인의 총 입원 의료비(2023년 기준)



(장애인)

30-34세부터

입원 의료비 증가 추세

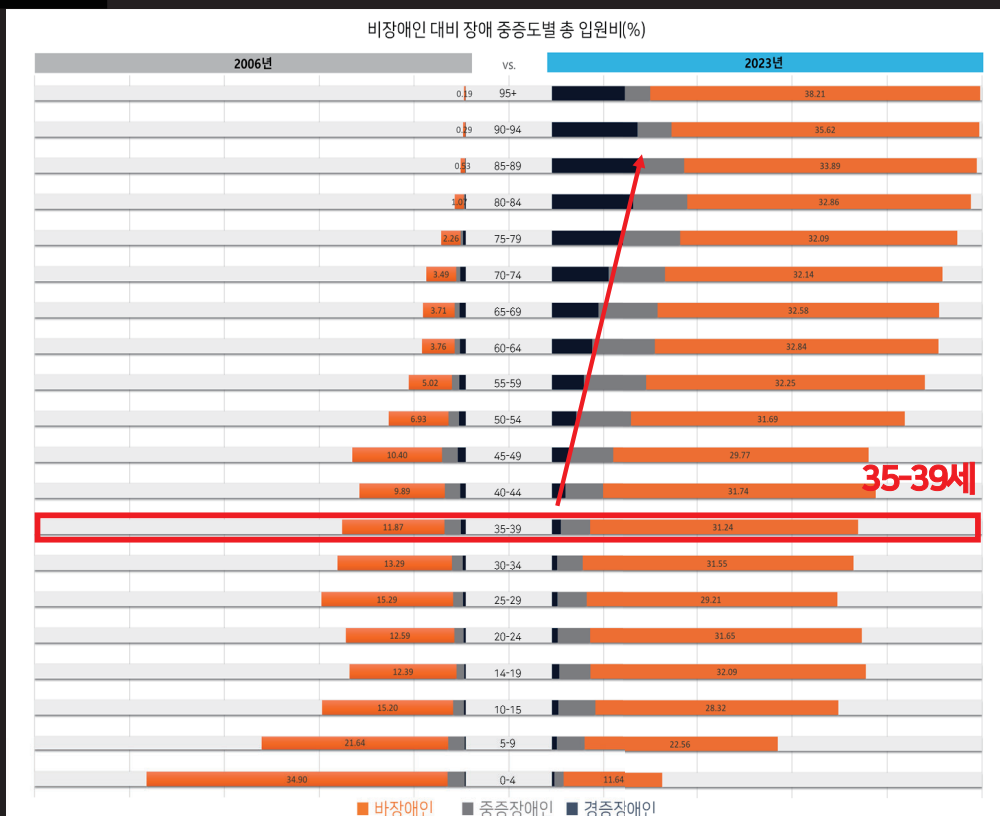
(65세 인구 기준)

비장애인: 31억원

장애인: 12억원

⇒ 약 2.6배 차이

증증도에 따른 비장애인 대비 장애인 총 입원비(2023년 기준)



(중증장애인)

5-9세부터

입원 의료비 증가 추세

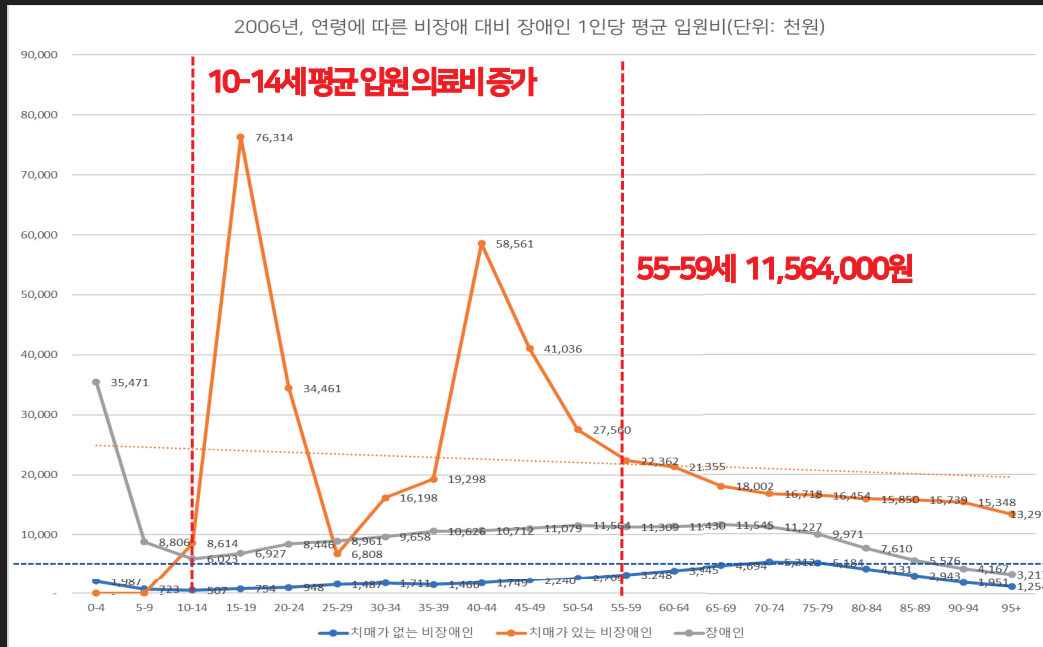
(경증장애인)

35-39세부터

입원 의료비 증가 추세

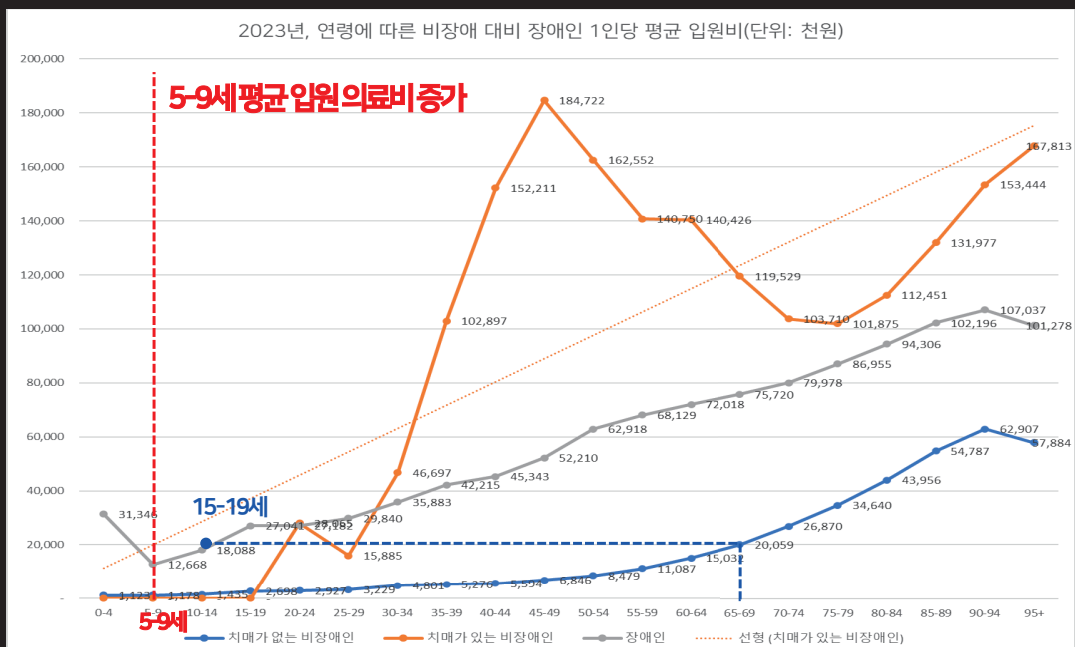
연령에 따른 장애인 1인당 평균 입원 의료비(2006년)

- ✓ 1인당 평균 입원 의료비: 치매가 있는 비장애인 > 장애인 > 치매가 없는 비장애인
- ✓ 장애인 10-14세부터 입원 의료비 증가



연령에 따른 장애인 1인당 평균 입원 의료비(2023년)

- ✓ 5-9세부터 평균 입원 의료비 증가 추세 / 90-94세 가장 높은 입원비
- ✓ (장애인) 15-19세 = (치매가 없는 비장애인) 65-69세



장애유형별(15유형) 평균 입원 의료비 비교

- ✓ (지체장애) 65-69세 가장 높음 / 40-44세 = 비장애인 65-69세
- ✓ (뇌병변장애) 80-84세 가장 높음
- ✓ (청각장애, 시각장애) 90세 이상 가장 높음 / 55-59세 = 비장애인 65-69세
- ✓ (안면장애) 90-94세 가장 높음 / 10-14세 = 비장애인 65-69세
- ✓ (언어장애) 90-94세 가장 높음 / 35-39세 = 비장애인 65-69세
- ✓ (지적장애) 75-79세 가장 높음 / 25-29세 = 비장애인 65-69세
- ✓ (자폐성장애) 10-14세 가장 높음 / 40-44세 = 비장애인 65-69세
- ✓ (정신장애) 70-74세 가장 높음 / 15-19세 = 비장애인 65-69세

37

장애유형별(15유형) 평균 입원 의료비 비교

내부기관 장애인의 경우 비장애인보다 평균 입원 의료비가 확연히 높았음

- ✓ (심장장애) 50-54세 가장 높음
- ✓ (신장장애) 90-94세 가장 높음
- ✓ (간장애) 35-39세 가장 높음
- ✓ (호흡기장애) 10-14세 가장 높음
- ✓ (장루요루장애) 40-44세 가장 높음
- ✓ (뇌전증장애) 85-89세 가장 높음

38

국내 고령장애인의 사망 비교

Chungbuk National University

비장애인과 장애인의 사망 비교

비장애인과 장애인의 성별 / 연령 / 장애등록 시기 빈도 분석

- ✓ (2023년 기준) 기대수명 증가에 따른 고연령층(65세 이상) 사망 비중 증가
- ✓ (2006년 대비 2023년) 65세 이전 등록장애인(중증) 사망 증가

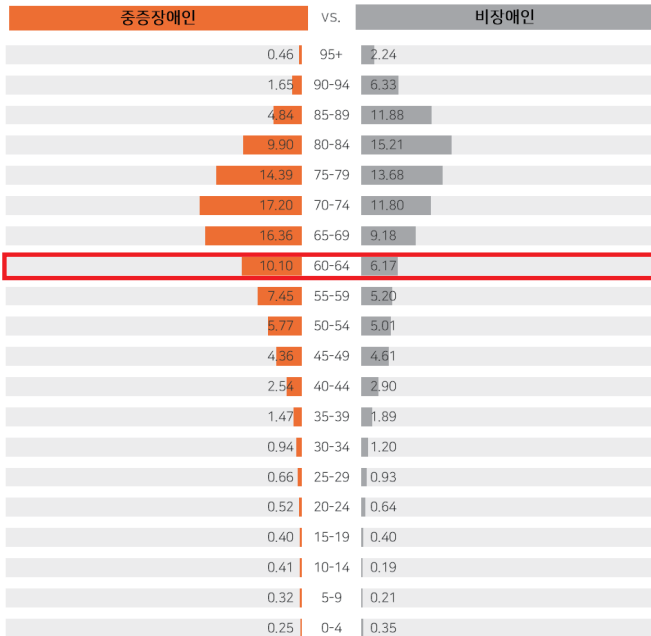
구 분		2006년			2023년		
		비장애인	중증장애	경증장애	비장애인	중증장애	경증장애
성별	남성	52.7%	62.4%	68.7%	52.6%	58.8%	54.3%
	여성	47.4%	37.7%	31.3%	47.5%	41.2%	45.7%
연령	65세 이상	70.3%	64.8%	69.1%	80.0%	79.4%	92.3%
장애등록 시점	65세 이전	-	50.4%	44.7%	-	57.5%	33.5%
	65세 이후	-	49.6%	55.3%	-	42.5%	66.5%

40

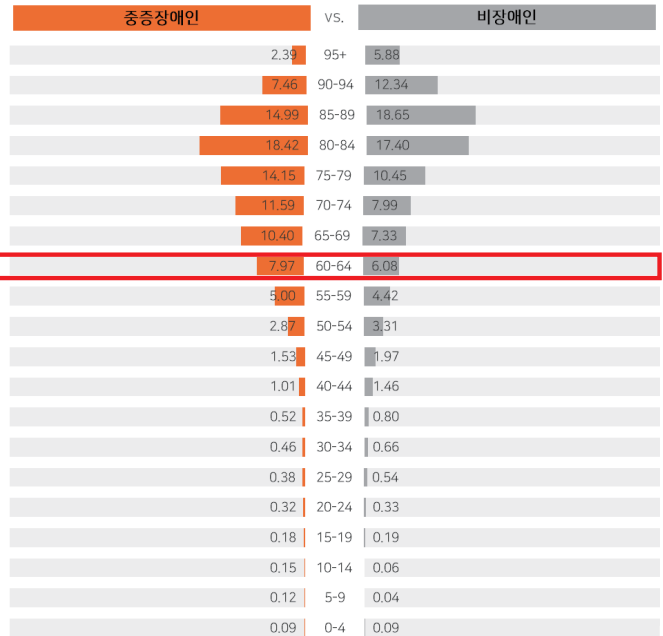
중증장애인의 사망연령분포의 변화

2006년 대비 2023년 사망연령 ↑ / (비장애인 대비) 5세 정도 일찍 사망

2006년 연령대 사망비율(%)



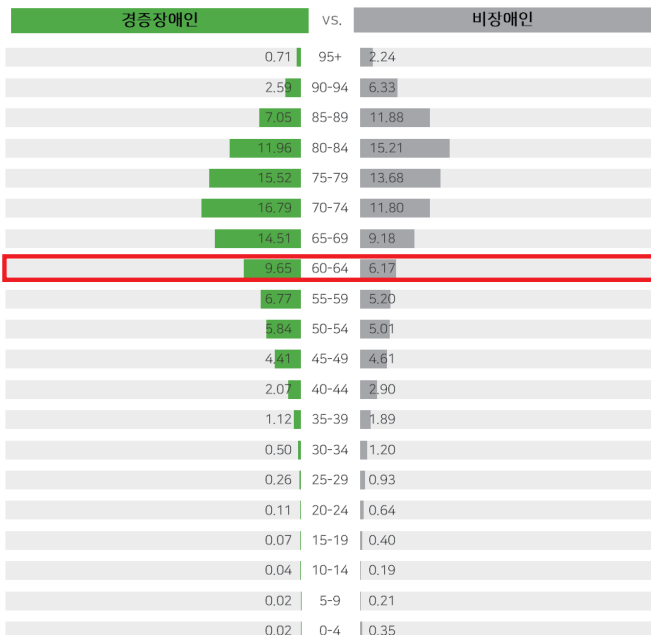
2023년 연령대 사망비율(%)



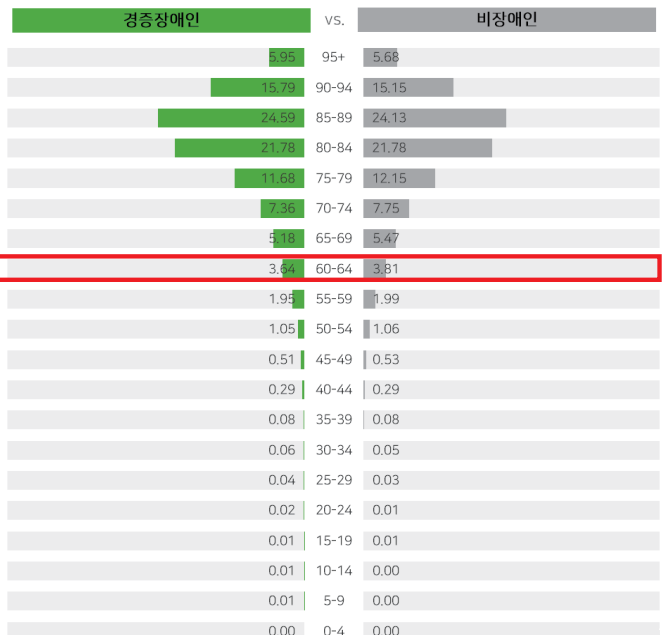
경증장애인의 사망연령분포의 변화

2006년 대비 2023년 사망연령 ↑ / (비장애인 대비) 5세 정도 일찍 사망

2006년 연령대 사망비율(%)



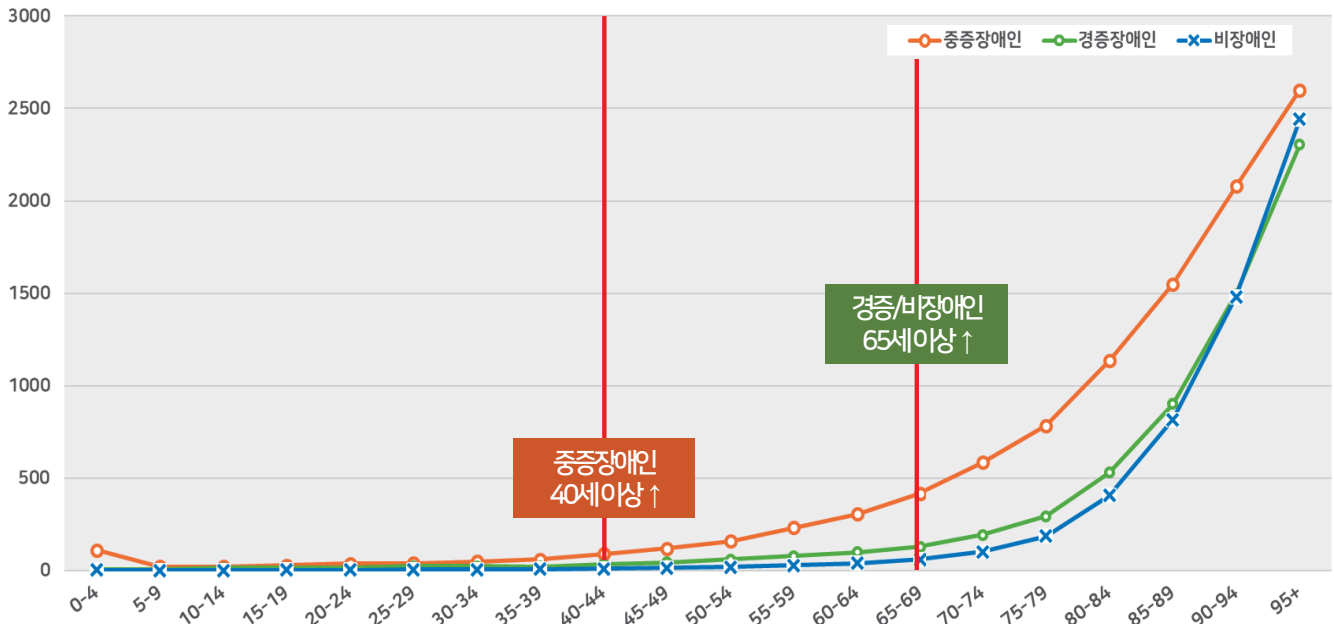
2023년 연령대 사망비율(%)



장애중증도에 따른 연령별 조사망률 (2023년 기준)

중증장애인 40대 사망률 증가 / 경증장애인, 비장애인 패턴 유사

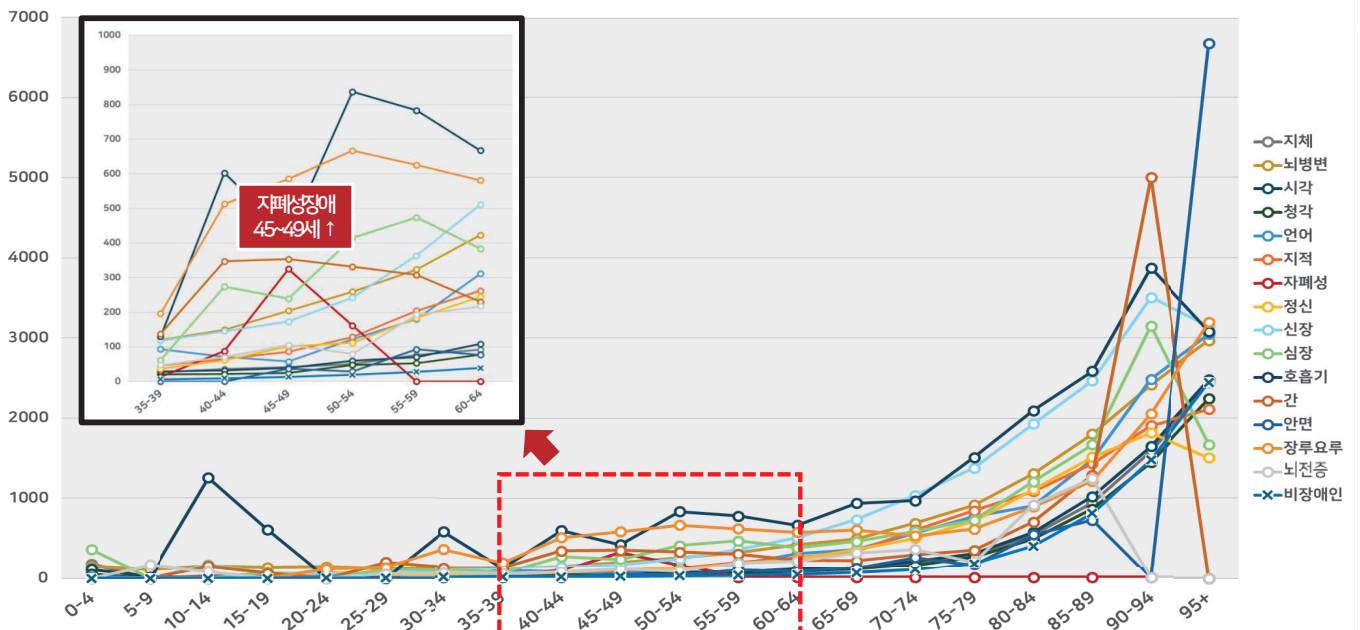
2023년 장애중증도에 따른 연령별 조사망률(인구 1만명 당)



장애중증도에 따른 연령별 조사망률 (2023년 기준)

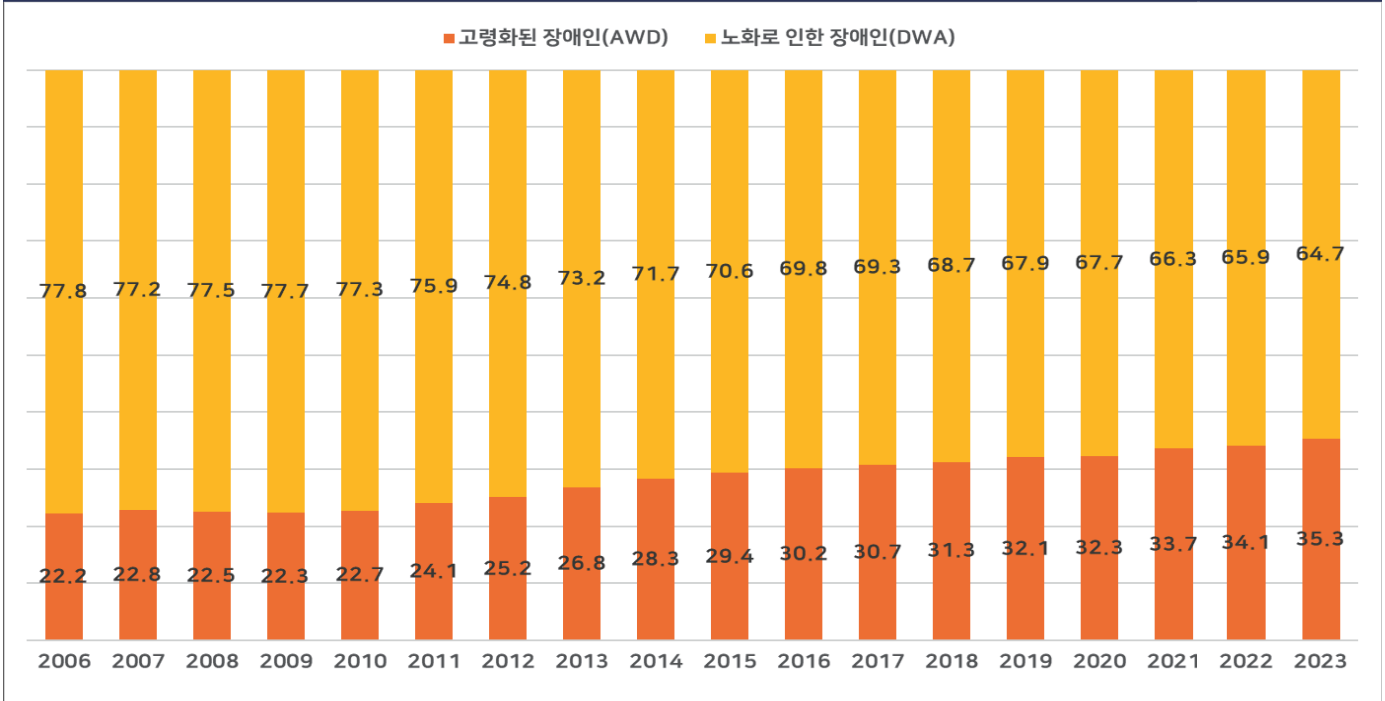
30대: 호흡기장애, 장루요루 장애 / 40대: 뇌병변장애, 자폐성장애, 심장장애, 간장애
50대: 정신장애, 지적장애 / 60대: 지체장애, 언어장애 / 80대 이상: 지체, 시각, 청각

2023년 장애유형에 따른 연령별 조사망률(인구 1만명 당)



(65세 기준) AWD & DWA 연도별 사망 비중

고령화된 장애인(AWD) : 노화로 인한 장애인(DWA) = 3 : 7



AWD & DWA 장애중증도별 사망자 구성 비교(65세 기준)

고령화된 장애인(AWD)

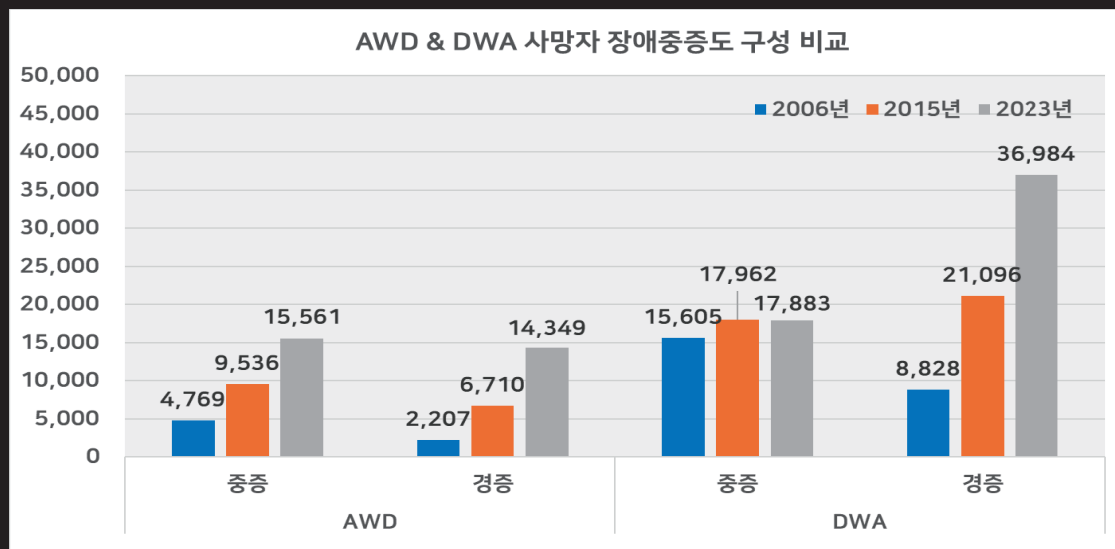
- ✓ 2006년대비 2023년 중증 장애인구성: 3.3배 ↑
- ✓ 2006년대비 2023년 경증 장애인구성: 6.5배 ↑

장애인 평균수명 증가로 65세 진입 후 사망지 증가

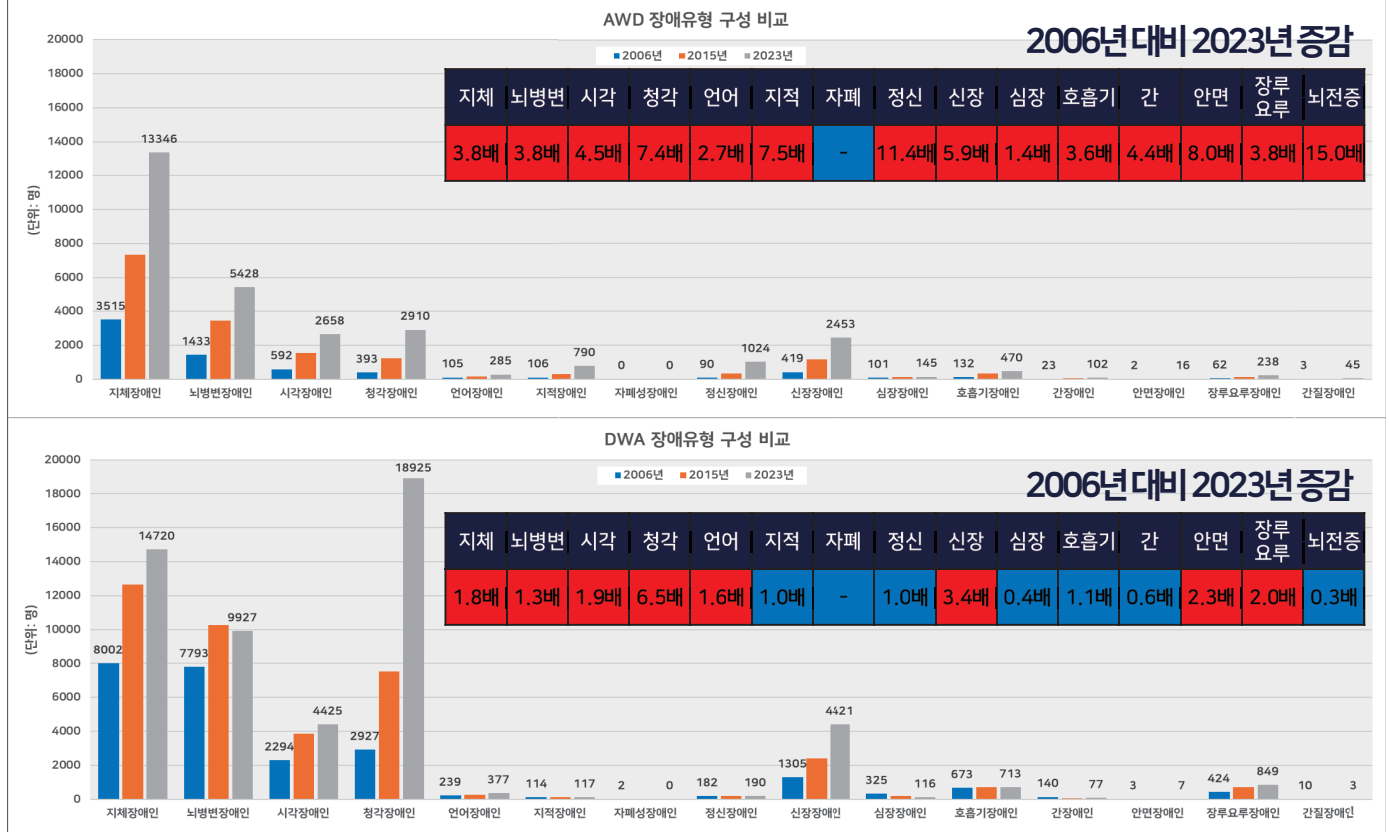
노화로 인한 장애인(DWA)

- ✓ 2006년대비 2023년 중증 장애인구성: 1.1배
- ✓ 2006년대비 2023년 경증 장애인구성: 4.2배

고령화로 인한 장애인구 증가로 사망지 증가



AWD & DWA 장애유형별 사망자 구성 비교(65세 기준)



국내 고령장애인의 추이와 방안 모색

국내 고령장애인의 추이 요약

- ✓ 장애인과 비장애인 모두에서 인구 고령화, 특히 경증장애에서 두드러짐
- ✓ 고령화된 장애인(AWD)보다 **노화로 인한 장애인(DWA)**가 **경증장애 비중 ↑**
- ✓ AWD의 경우 자폐, 신장, 장루요루, 지적 등의 장애유형이 많이 증가
- ✓ DWA의 경우 청각, 신장, 간, 장루요루 등의 유형이 많이 증가
- ✓ (의료비) 장애인이 상대적으로 젊은 연령대에서부터 **의료비 부담이 더 큼**
- ✓ (사망) 장애인이 비장애인보다 **약 5세 빨리 사망**
- ✓ (사망) 중증장애인 40세 이후 사망률 급격히 증가

49

과학적 근거 기반 고령장애인 정의 채택 지원

국민건강보험공단 청구자료 분석 결과 기반 “고령화된 장애인 정의 채택 지원”

- ✓ 장애유형에 따라 고령인구 정의를 세부적으로 정의할 필요가 있음

자폐성장애	발생시기는 평균 3.1세이며, 40세 이후부터 인구 비중이 급격히 감소하는 것으로 보아 다른 장애유형보다 노화가속화 양상이 있는 것으로 추정
지적장애	발생시기는 평균 7.9세이며, 60세 이후부터 인구 비중이 급격히 감소하는 것으로 보아 다른 장애유형보다 노화가속화 양상이 있는 것으로 추정
안면장애 간장애 정신장애	40-50대에서 가장 많은 비중을 차지, 80세 이후부터 인구 비중이 급격히 감소하는 것으로 보아 다른 장애유형보다 노화가속화 양상이 있는 것으로 추정

50

A photograph of a person sitting in a wheelchair, wearing a striped shirt and patterned pants. The person's hand is on the wheelchair's handle. The image is partially obscured by a dark blue overlay on the left and a dark blue horizontal band across the middle containing the text '감사합니다'.

감사합니다

2025 한국장애인보건의료협회 하계학술대회

장애인의 노인성 질병 발생 양상

박보미 (한국장애인보건의료협회 이사/중앙대학교 의과대학 교수)

장애인의 노인성 질병 발생 양상

중앙대학교 의과대학 예방의학교실
박 보 미

분석 개요

- **연구 목적** : 장애인에서 노인성 질환 발생 양상 확인 및 비장애인과 비교
- **데이터** : 2006 – 2023 국민건강보험공단 자료
- **분석 방법** : 각 연도별, 집단별 **질환 발생률***을 확인함
 - * **질환 발생률** = 새로 발생한 질환자의 수 / 전체 인구 수 * 1,000 (명)
- ✓ 연령에 따른 노인성 질환 발생률
 - 장애 유형 별 차이
 - 장애 중증도 별 차이
- **장애인 정의** : 장애 등록이 되어 있는 사람

분석에 활용된 정의

- 노인성 질환 : 주상병 코드를 활용하여 정의함

치매	F00-F03, G30
뇌혈관질환	I60-I69, U23.4
파킨슨질환	G20-23, R25.1
신경계근위축	G12, G13, G35

- 장애 유형 : 법적으로 정의된 15가지 범주를 기준으로 분류함. 또한, 이를 5개의 넓은 범주로 재분류함

5가지 범주	15가지 범주
지체 장애	지체 장애
뇌병변 장애	뇌병변 장애
의사소통 장애	시각 장애, 청각 장애, 언어 장애
지적 · 정신 장애	지적 장애, 자폐성 장애, 정신 장애
내부 · 안면 장애	신장 장애, 심장 장애, 호흡기 장애, 간 장애, 안면 장애, 장루요루 장애, 간질 장애

- 장애 중증도 : 장애인복지법에서 장애 정도에 따라 중증도를 구분하는 기준으로 분류함

중증 장애 - 장애 정도가 심하지 않은 장애인	장애 등급 1~3급
경증 장애 - 장애 정도가 심한 장애인	장애 등급 4~6급

(1) 치매



- All**

장애키간

연령

0 40 80

Male

장애키간

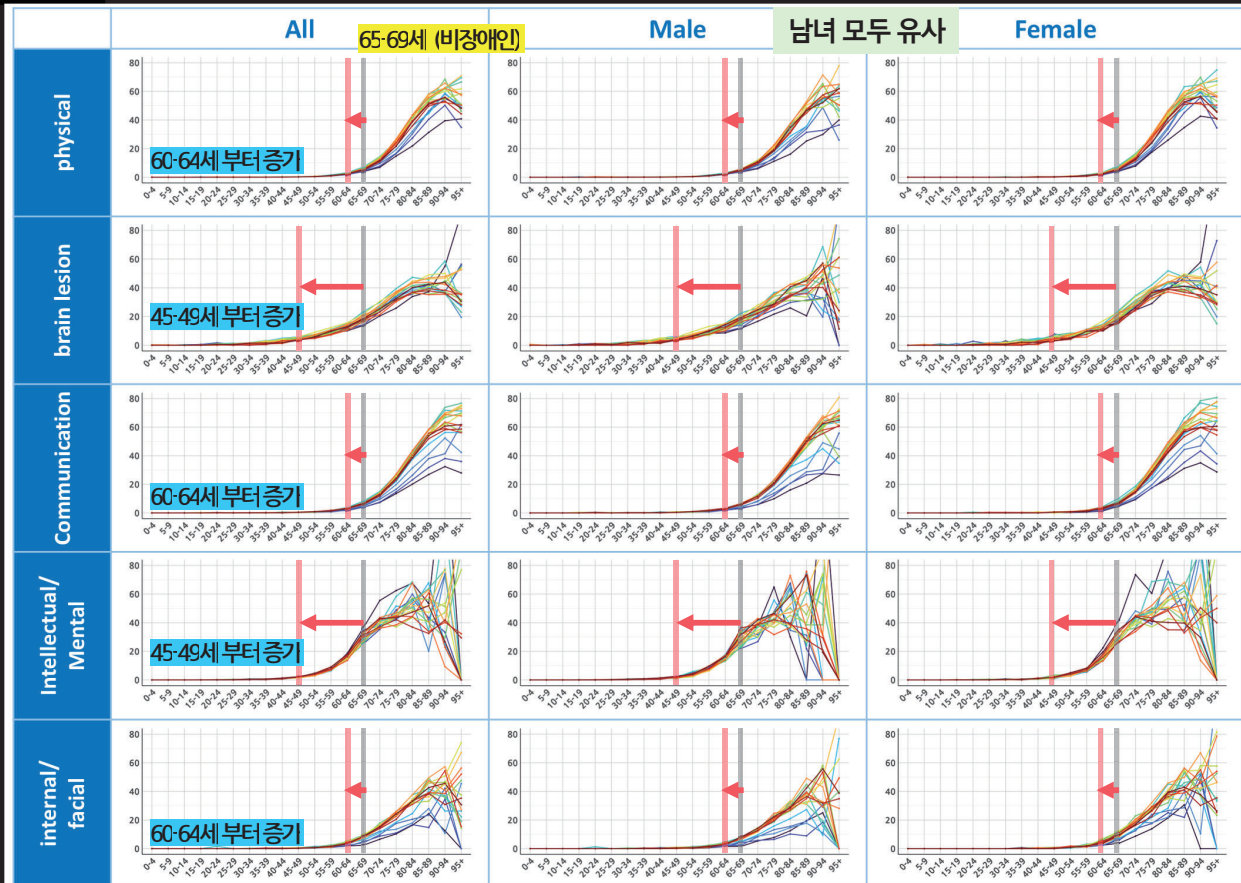
연령

Female

장애키간

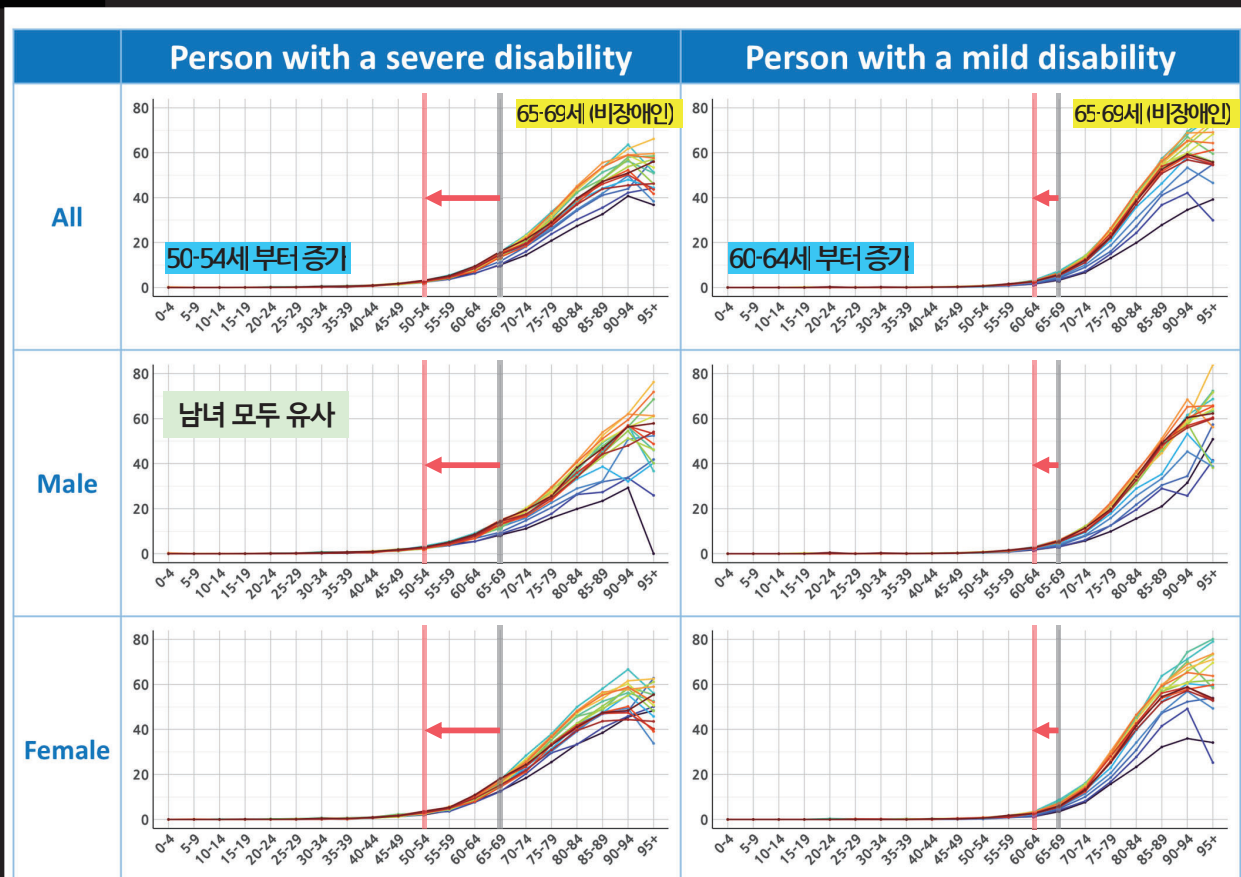
연령

5가지 장애 유형별 연령에 따른 치매 발생률



7

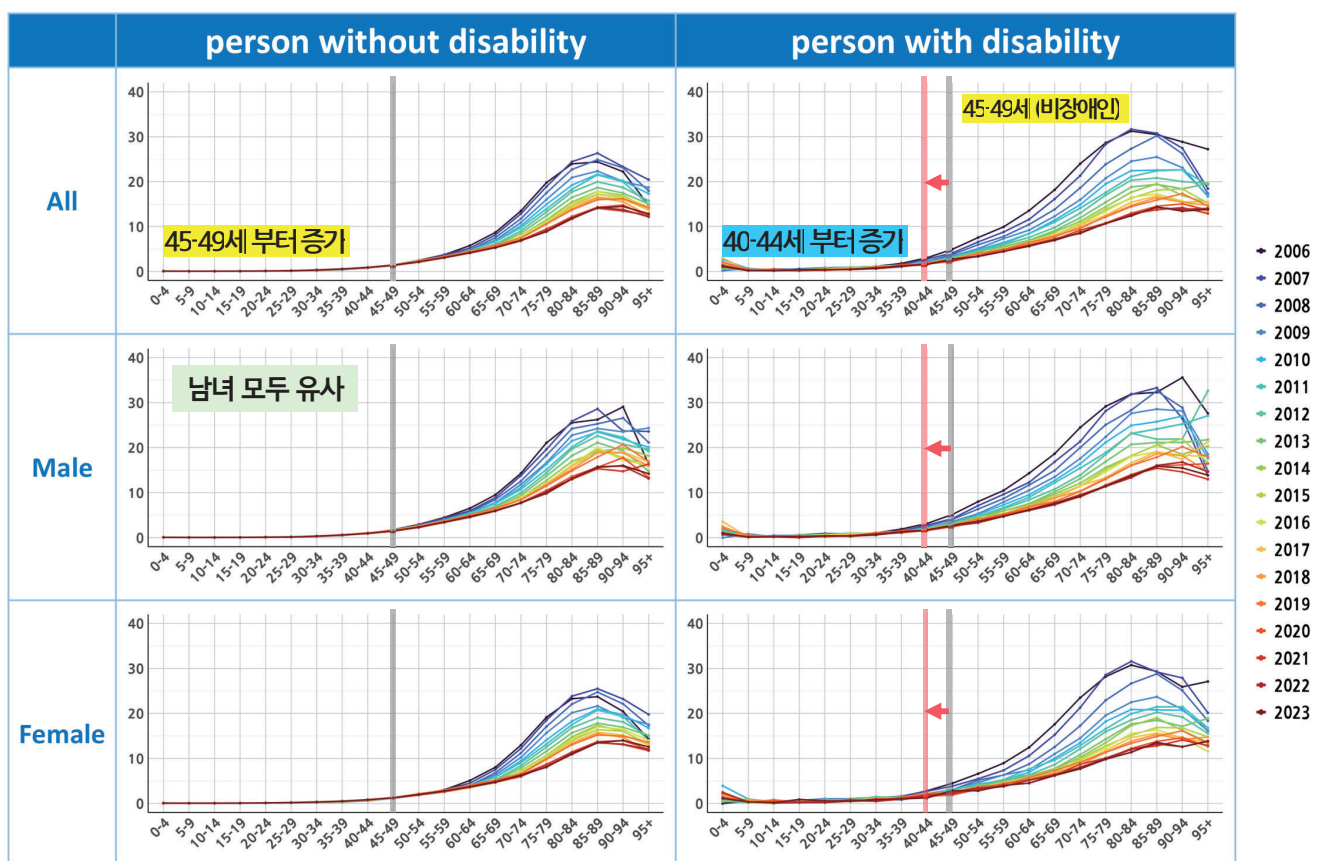
장애 중증도별 연령에 따른 치매 발생률



8

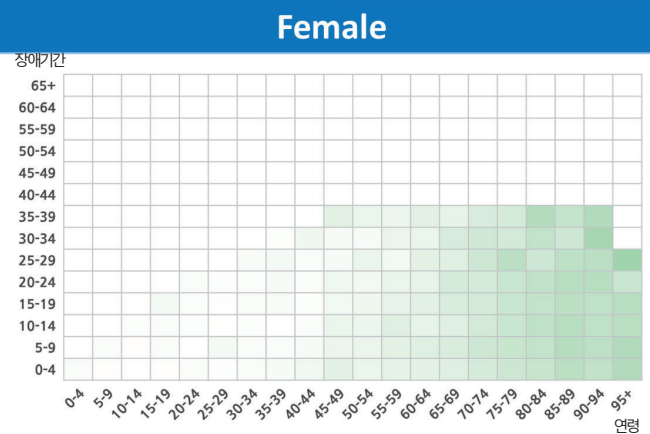
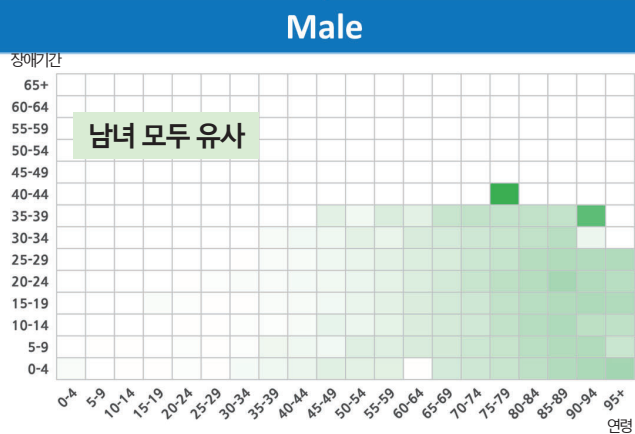
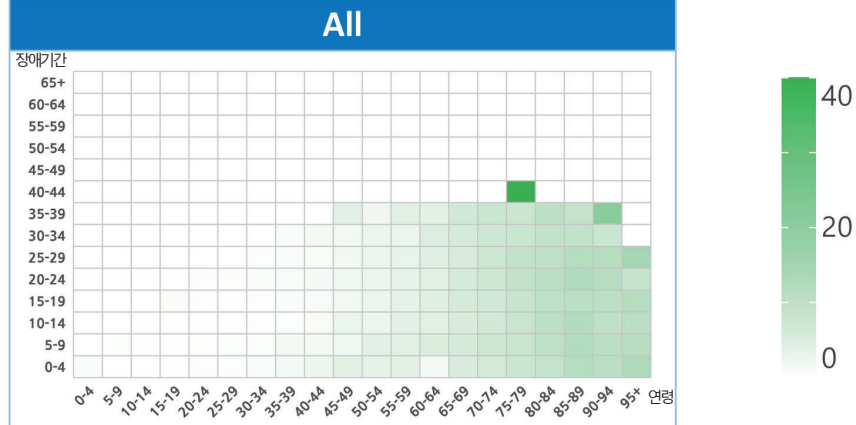
(2) 뇌혈관질환

연령에 따른 뇌혈관질환 발생률



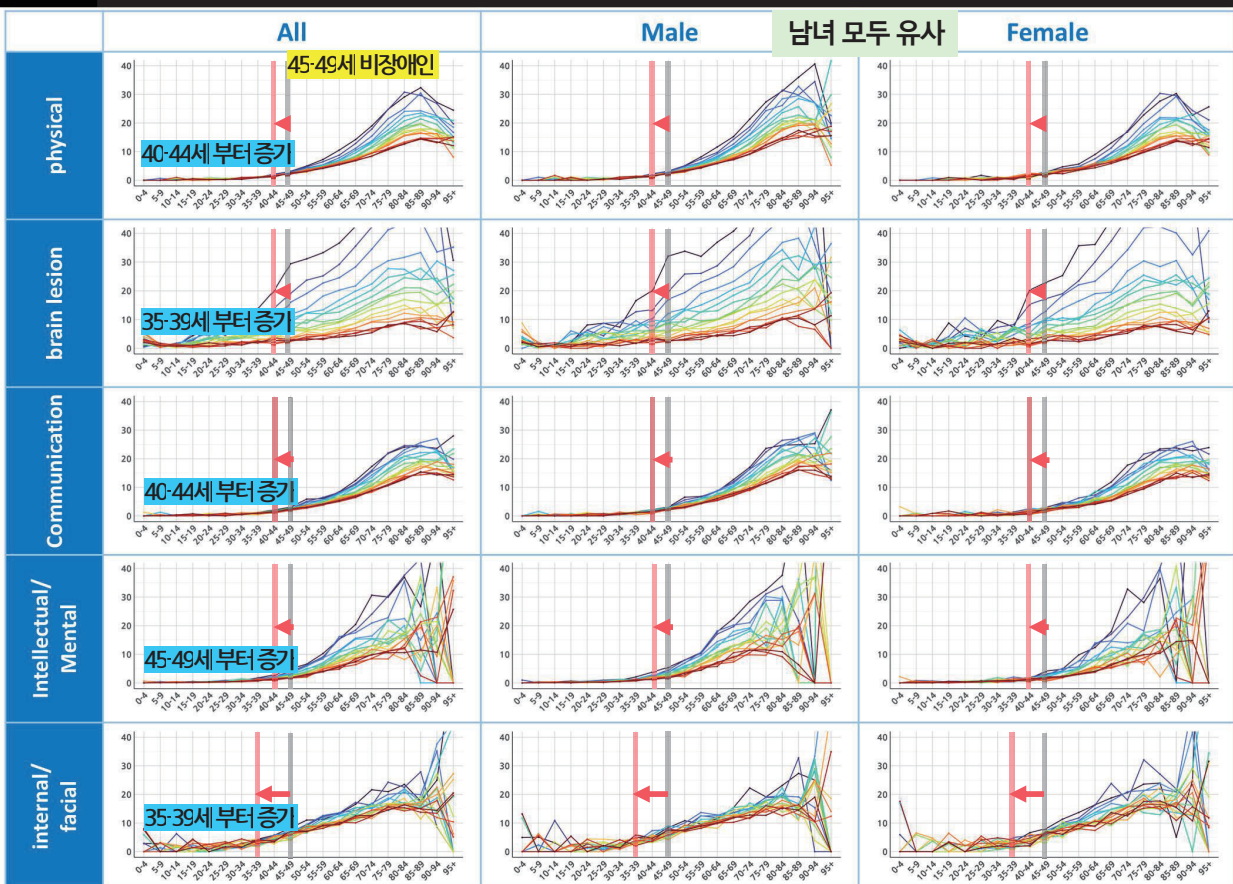
장애기간X연령에 따른 뇌혈관질환 발생률

- 장애기간에 따라서는 뇌혈관질환 발생률에 증감 패턴이 보이지 않음
- 연령이 증가함에 따라 뇌혈관질환 발생률 증가
- 연령의 영향이 더 중요



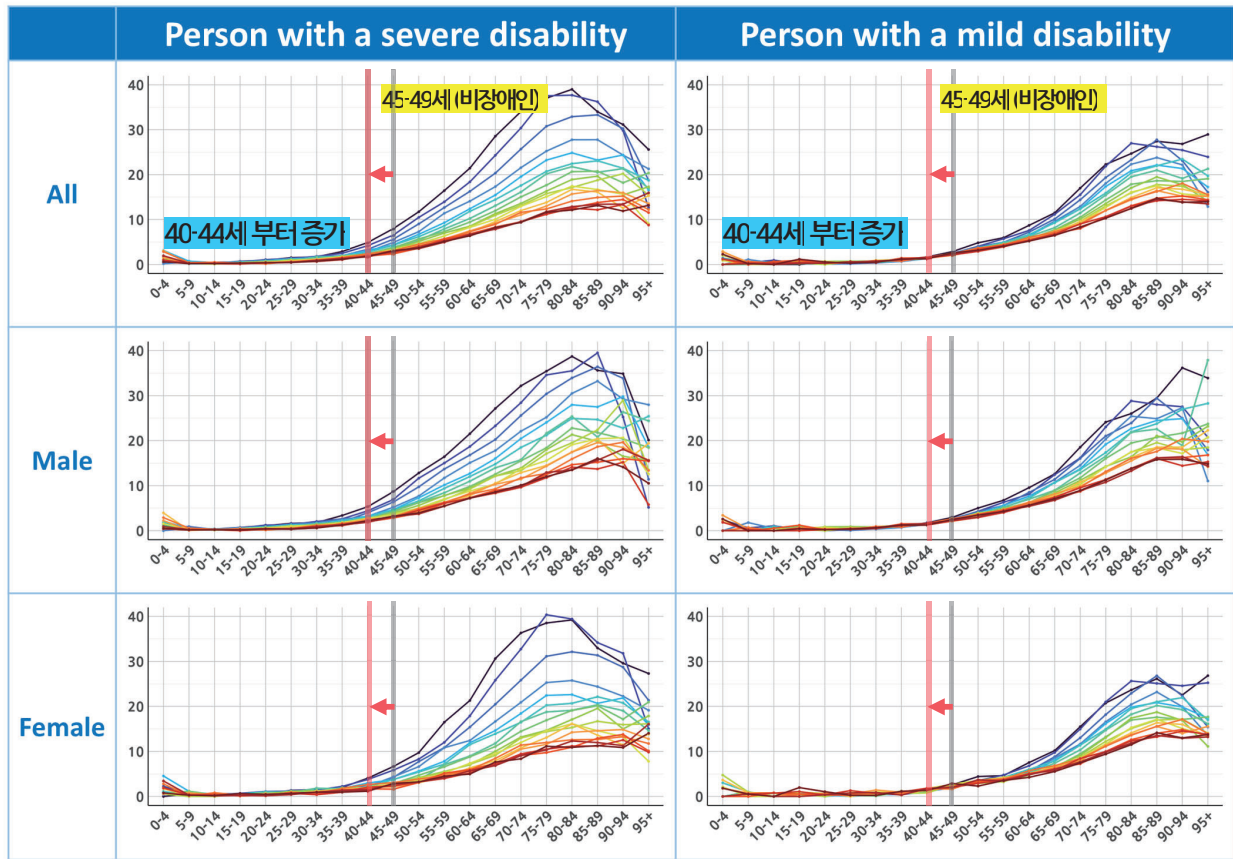
11

장애 유형별 연령에 따른 뇌혈관질환 발생률



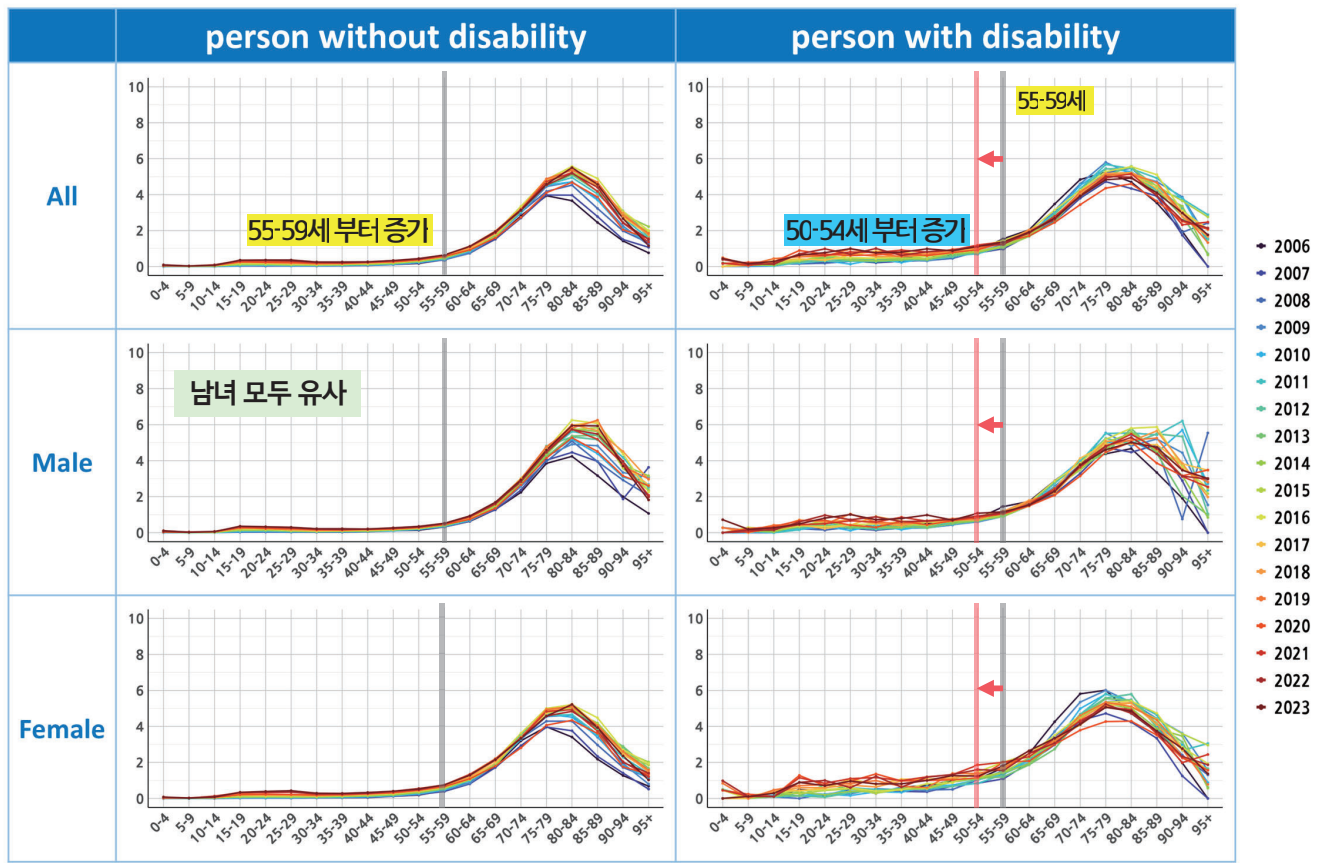
◆ 2006
 ◆ 2007
 ◆ 2008
 ◆ 2009
 ◆ 2010
 ◆ 2011
 ◆ 2012
 ◆ 2013
 ◆ 2014
 ◆ 2015
 ◆ 2016
 ◆ 2017
 ◆ 2018
 ◆ 2019
 ◆ 2020
 ◆ 2021
 ◆ 2022
 ◆ 2023

12



(3) 파킨슨질환

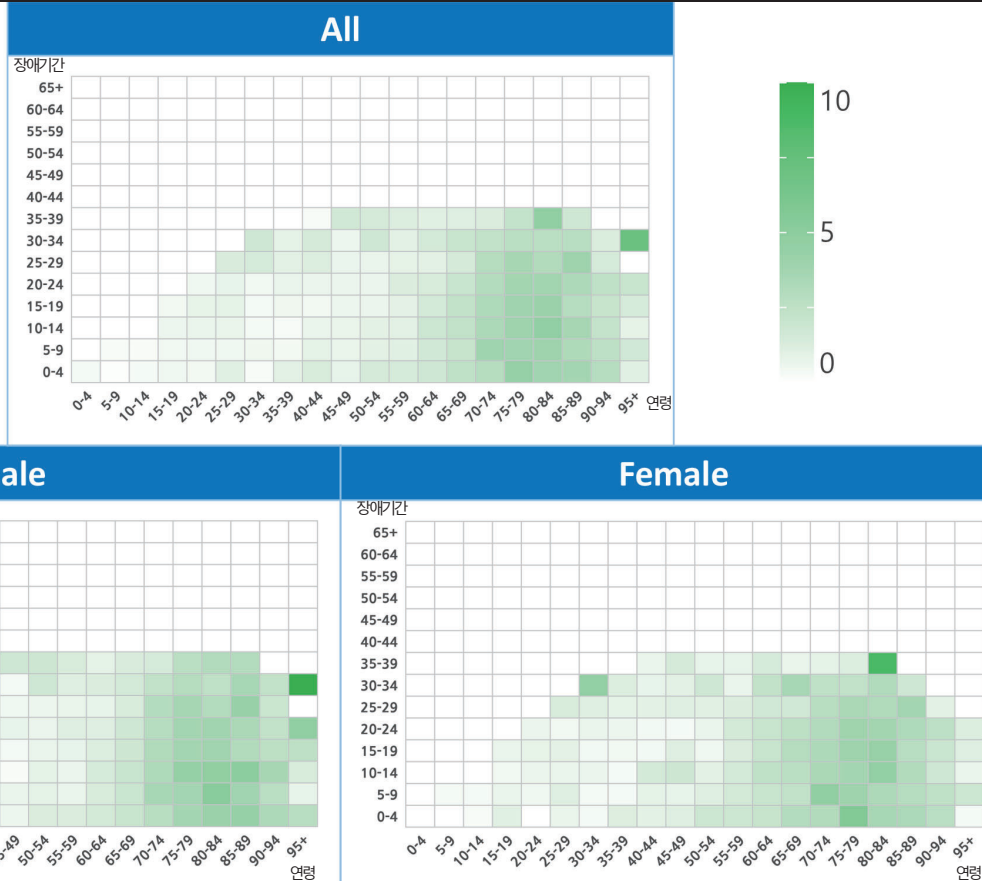
연령에 따른 파킨슨질환 발생률



15

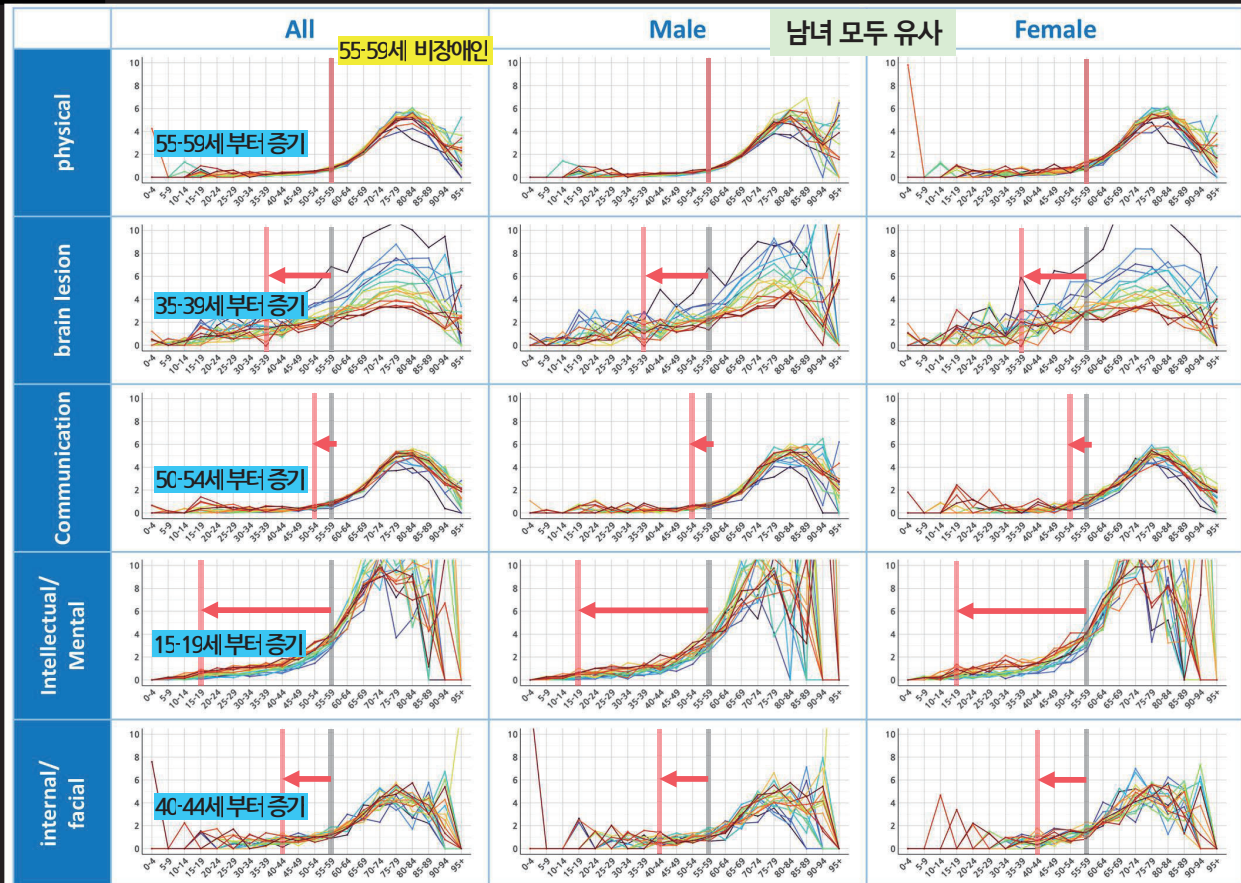
장애기간X연령에 따른 파킨슨질환 발생률

- 장애기간에 따라서는 파킨슨질환 발생률에 증감 패턴이 보이지 않음
- 연령이 증가함에 따라 파킨슨질환 발생률 증가 (80~84세까지)
- 연령의 영향이 중요



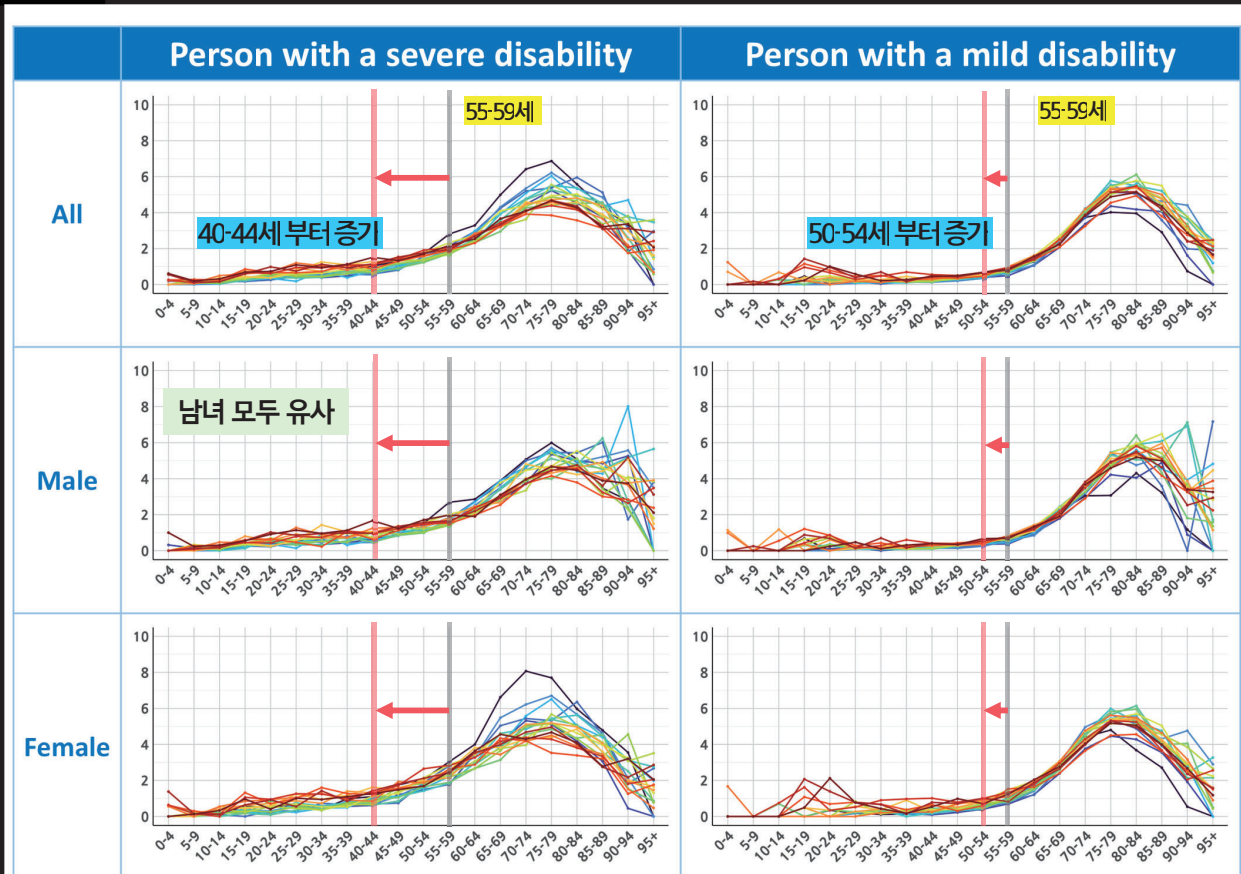
16

장애 종류별 연령에 따른 파킨슨질환 발생률



17

장애 중증도별 연령에 따른 파킨슨질환 발생률



18

노인성질환 전체요약



전체 요약

- **치매**
 - **비장애인 (65-69세)보다 장애인 (55-59세)에서 더 이른 연령부터 발생률 증가 시작**
 - 장애유형별
 - 지체장애: 60-64세부터 증가
 - 뇌병변장애: 45-49세부터 증가
 - 의사소통장애: 60-64세부터 증가
 - 지적정신장애: 45-49세부터 증가
 - 내부안면장애: 60-64세부터 증가
 - 장애중증도별
 - 중증 장애: 50-54세부터 증가
 - 경증 장애: 60-64세부터 증가
- **뇌혈관질환**
 - **비장애인 (45-49세)보다 장애인 (40-44세)에서 더 이른 연령부터 발생률 증가 시작**
 - 장애유형별
 - 지체장애: 40-44세부터 증가
 - 뇌병변장애: 35-39세부터 증가
 - 의사소통장애: 40-44세부터 증가
 - 지적정신장애: 45-49세부터 증가
 - 내부안면장애: 35-39세부터 증가
 - 장애중증도별
 - 중증 장애: 40-44세부터 증가
 - 경증 장애: 40-44세부터 증가



전체 요약

- 파킨슨질환
 - 비장애인 (55-59세)보다 장애인 (50-54세)에서 더 이른 연령부터 발생률 증가 시작
 - 장애유형별
 - 지체장애: 55-59세부터 증가
 - 뇌병변장애: 35-39세부터 증가
 - 의사소통장애: 50-54세부터 증가
 - 지적정신장애: 15-19세부터 증가
 - 내부안면장애: 40-44세부터 증가
 - 장애중증도별
 - 중증 장애: 40-44세부터 증가
 - 경증 장애: 50-54세부터 증가

21



감사합니다

2025 한국장애인보건의료협회 하계학술대회

장애인 의료-요양-돌봄 서비스 요구도 조사결과

서해정 (중앙장애인지역사회통합지원센터장)

장애인 의료-요양-돌봄 서비스 요구도 조사결과

한국장애인개발원
중앙장애인지역사회통합지원센터

서 해 정

Contents

- I. 설문지 개발 및 주요항목
- II. 조사 결과
 - a. (당사자) 장애인 의료-요양-돌봄 인프라 및 서비스 요구도 조사
 - b. (단체) 장애인 의료-요양-돌봄 제도 실현 방안 조사
- III. 결론

I. 설문지 개발 및 주요항목

고령장애인의료-요양·돌봄 설문지 개발

보건의료서비스영역 항목 고찰 및 설계

- ① 포괄적 문헌리뷰: 고령장애인 관련 연구 분석, 장기요양 및 활동지원서비스 항목 분석, 해외 장애인 의료-요양 서비스(영국, 스웨덴, 일본 등) 분석
- ② 설문항목 개발 → ③ 장애인 단체 및 전문가 자문 → ④ 구글폼 설문조사 진행

본문고찰을 바탕으로 한 장애인 의료·요양 설문지(안)

1. 설문조사 개요

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 현황과 필요성을 파악하고, 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

2. 설문조사 대상

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

3. 설문조사 방법

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

4. 설문조사 결과

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

본문고찰을 바탕으로 한 장애인 의료·요양 설문지(안)

1. 설문조사 개요

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 현황과 필요성을 파악하고, 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

2. 설문조사 대상

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

3. 설문조사 방법

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

4. 설문조사 결과

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

본문고찰을 바탕으로 한 장애인 의료·요양 설문지(안)

1. 설문조사 개요

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 현황과 필요성을 파악하고, 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

2. 설문조사 대상

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

3. 설문조사 방법

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

4. 설문조사 결과

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

본문고찰을 바탕으로 한 장애인 의료·요양 설문지(안)

1. 설문조사 개요

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 현황과 필요성을 파악하고, 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

2. 설문조사 대상

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

3. 설문조사 방법

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

4. 설문조사 결과

본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다. 본 설문지는 장애인 의료·요양 서비스의 질을 향상시키기 위한 목적으로 개발되었습니다.

1. 장애인 의료-요양-돌봄 제도 방향성

6가지 제도 설계 방향성 제시 / 전혀 동의하지 않음 ~ 매우 동의함

I. 장애인 의료-요양-돌봄 제도 방향성

- 방향 1. 장애인 의료-요양-돌봄 제도는 장애인의 특수성을 반영하여 설계되어야 한다.
- 방향 2. 장애인 복지시설에서 건강관리 서비스가 가능하고, 의료시설에서 복지 서비스가 가능해야 한다.
- 방향 3. 장애인들이 지역사회 내에서 삶을 살아갈 수 있도록 의료-요양-돌봄 제도를 설계해야 한다.
- 방향 4. 장애인 의료-요양-돌봄 서비스에서 장애인 당사자의 선택권과 자기결정권이 보장되어야 한다.
- 방향 5. 장애인 의료-요양-돌봄 제도는 서비스 제공자 중심에서 벗어나 이용자 중심으로 설계되어야 한다.
- 방향 6. 장애인 의료-요양-돌봄 서비스는 시설 서비스보다 방문 서비스가 강화되어야 한다.

위 방향에 대해 얼마나 동의하십니까?

1	2	3	4	5
전혀 동의하지 않음	동의하지 않음	보통	동의함	매우 동의함

5

2. 의료-요양-돌봄 주요 영역

10가지 주요 영역 제시 / 필요도 및 충족도

II. 의료-요양-돌봄 주요 영역 필요도 및 충족도

- 1) 건강의료지원(퇴원환자 연계, 일반/긴급의료, 교육훈련 등)
- 2) 식생활 지원(맞춤 식사, 도시락 및 밑반찬 배달 등)
- 3) 가사지원(청소, 이불빨래, 조리, 식사보조 등)
- 4) 동행지원(병원방문 및 산책 시 동행)
- 5) 심리정서 상담지원(외로움, 우울 등 심리정서 상담)
- 6) 일시보호 및 긴급돌봄지원(퇴원 후, 보호자 부재 시 일시보호)
- 7) 주거편의지원(도배 및 장판 교체, 싱크대 개보수 등)
- 8) 자립생활지원(일자리, 보조기기, 주거활동서비스 등)
- 9) 주거지원(주거전환, 주거비, 주거환경개선 등)
- 10) 장애인 문화예술체육 활동 연계서비스(요가, 음악감상 등)

(필요도) 당신은 이 요구가 얼마나 필요하다고 생각하십니까?

(충족도) 당신은 이 요구가 필요도 대비 얼마나 충분하다고 생각하십니까?

1	2	3	4	5
전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다

6

3. 건강의료지원 부문 세부 인프라 및 서비스

8가지 세부 인프라 및 18가지 서비스 항목 제시 / 필요도 및 충족도

III. 건강의료지원 부문 세부 인프라 및 서비스 필요도 및 충족도

인프라	시설	- 장애인 전문재활병원 - 장애인 전문요양 병원 - 장애인 전문요양 시설 - 장애인 주치의	서비스	일반 의료	- 의료보조기기 지원서비스 - 특정 식이 필요자에 대한 영양지원 서비스 - 의사소통지원(장비 및 기술) 서비스 - 의사소통지원(인력) 서비스 - 의료상담서비스
	인력	장애인 의료이용 지원인력		긴급 의료	- 재난안전서비스 - 야간의료지원서비스 24시간 의료서비스 - 단기의료지원서비스
	장비	장애인이 접근가능한 의료장비		교육 훈련	- 장애인 건강자가관리 훈련 - 의료제공자 장애 감수성 교육 - 의료보조기기 지원교육
	교통	장애인이 이동할 수 있는 특별교통수단			
	정보	장애인이 이용할 수 있는 의료정보			
서비스	연계	퇴원환자 연계서비스			
	일반 의료	- 방문진료 서비스 - 방문간호 서비스 - 방문재활치료 서비스 - 방문구강관리 서비스 - 방문복약지도 서비스			

(필요도) 당신은 이 요구가 얼마나 필요하다고 생각하십니까?

(충족도) 당신은 이 요구가 필요도 대비 얼마나 충분하다고 생각하십니까?

1	2	3	4	5
전혀 그렇지 않다	그렇지 않다	보통	그렇다	매우 그렇다

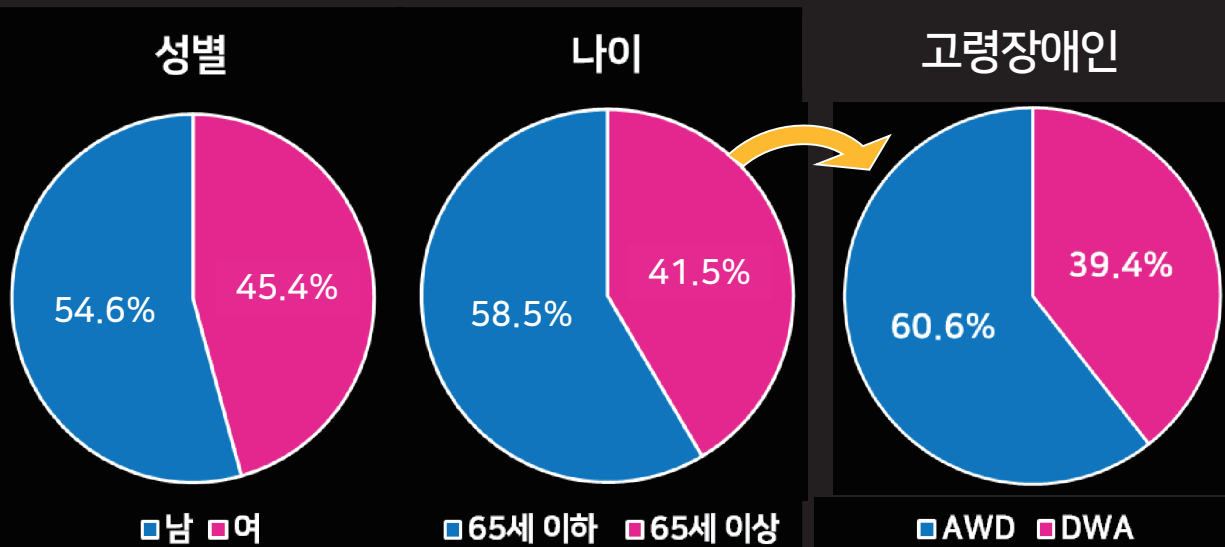
II. 조사결과

a. (당사자) 장애인 의료-요양-돌봄 인프라 및 서비스 요구도 조사

1. 응답자 일반 특성

장애인 당사자 총 330명 응답

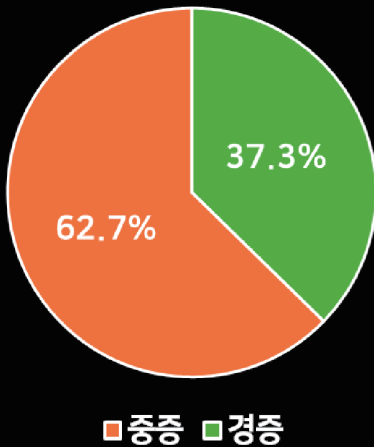
- ✓ 전체 장애인 중 65세 이상 장애인 41.5%
- ✓ 65세 이상 장애인 중 고령화된 장애인 60.6%, 노화로 인한 장애인 39.4%



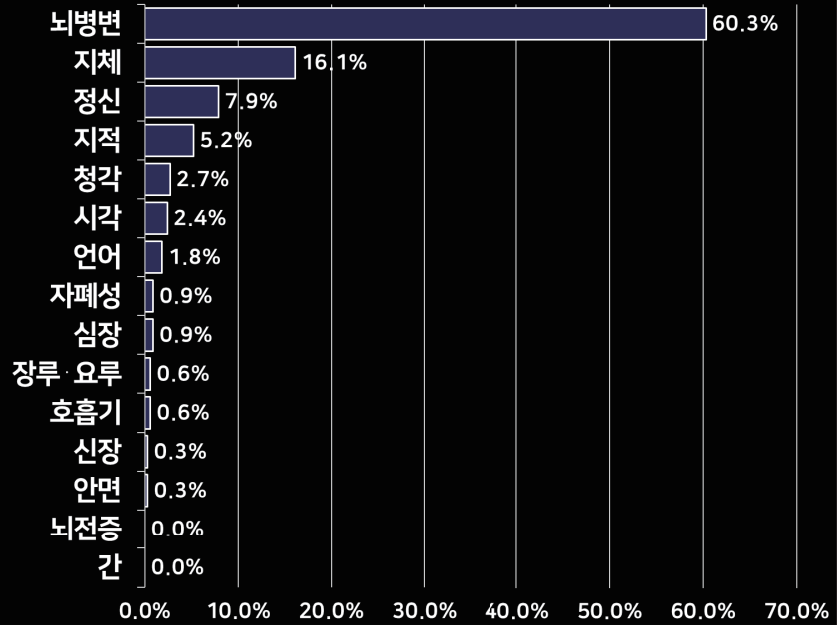
1. 응답자 일반 특성

중증장애인 62.7% / 뇌병변 > 지체 > 정신장애 순으로 응답

장애중증도



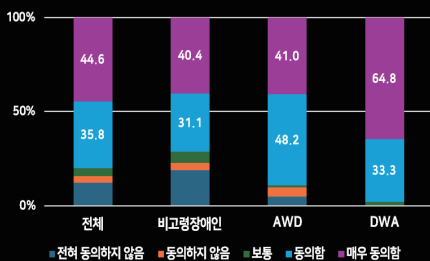
장애유형



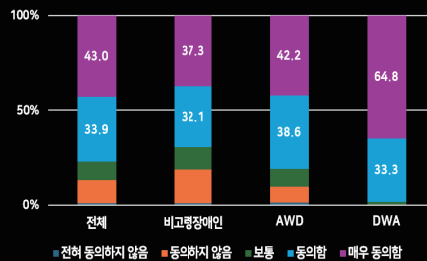
2. 장애인 의료-요양-돌봄 제도 방향성 (응답비중)

모든 영역에서 60% 이상 동의
특히, AWD & DWA 80% 이상 동의

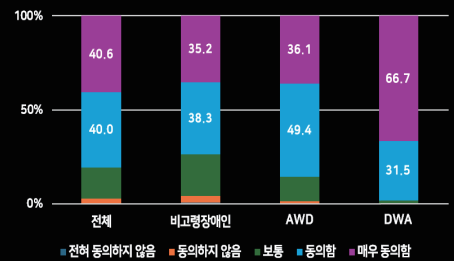
Q1. 장애인의 특수성을 반영하여 설계되어야 한다.



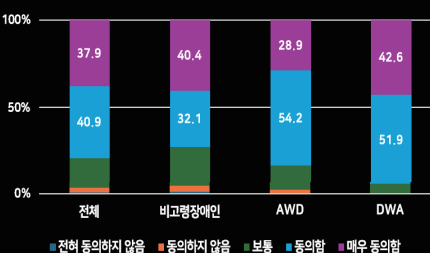
Q2. 장애인 복지시설에서 건강관리 서비스가 가능하고, 의료시설에서 복지서비스가 가능해야 한다.



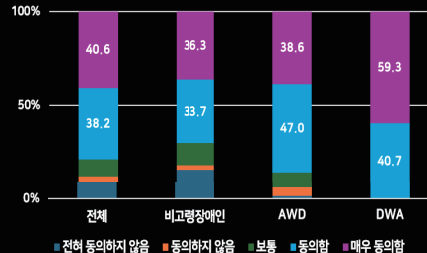
Q3. 장애인들이 지역사회 내에서 삶을 살아갈 수 있도록 설계되어야 한다.



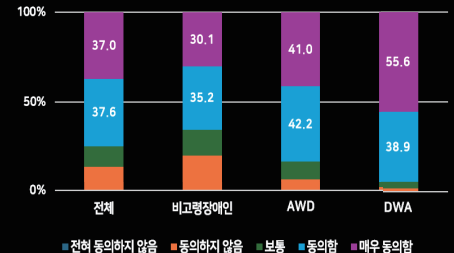
Q4. 장애인 당사자의 선택권과 자기결정권이 보장되어야 한다.



Q5. 서비스 제공자 중심에서 벗어나 서비스 이용자 중심으로 설계되어야 한다.



Q6. 시설 서비스보다 방문 서비스가 강화되어야 한다.



2. 장애인 의료-요양-돌봄 제도 방향성

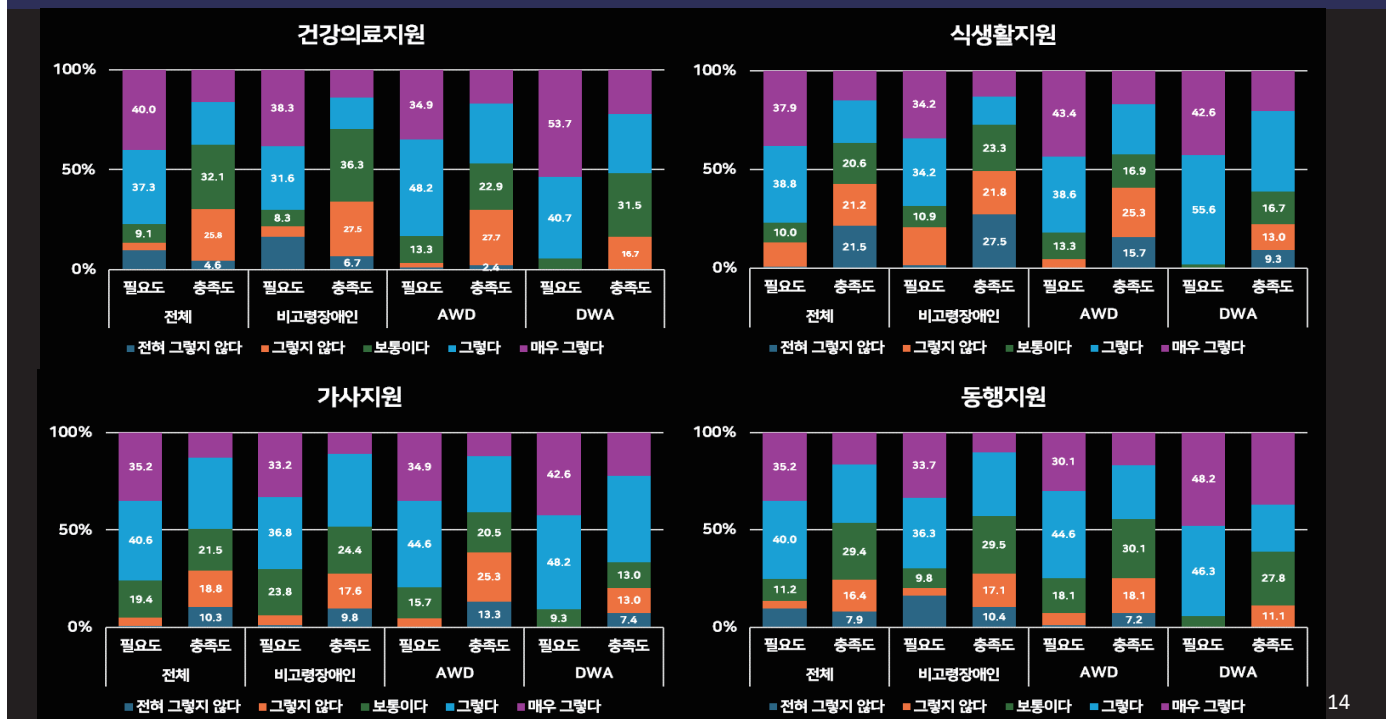
6가지 모든 방향성 전반적으로 '동의한다' 응답

구분	전체	비고령 장애인	AWD	DWA
	평균 (표준편차)	평균 (표준편차)	평균 (표준편차)	평균 (표준편차)
1 장애인 특수성을 반영하여 설계되어야 한다	3.97 (1.31)	3.70 (1.49)	4.16 (1.02)	4.63 (0.52)
2 장애인 복지시설에서 건강관리 서비스가 가능하고, 의료시설에서 복지 서비스가 가능해야 한다	4.06 (1.05)	3.87 (1.13)	4.12 (0.98)	4.63 (0.52)
3 장애인들이 지역사회 내에서 삶을 살아가 수 있도록 설계되어야 한다	4.18 (0.82)	4.04 (0.88)	4.20 (0.71)	4.65 (0.52)
4 장애인 당사자의 선택권과 자기결정권이 보장되어야 한다	4.13 (0.84)	4.07 (0.93)	4.10 (0.73)	4.37 (0.59)
5 서비스 제공자 중심에서 벗어나 서비스 이용자 중심으로 설계되어야 한다	3.98 (1.21)	3.73 (1.39)	4.17 (0.87)	4.59 (0.50)
6 시설 서비스보다 방문 서비스가 강화되어야 한다	3.98 (1.02)	3.75 (1.09)	4.17 (0.88)	4.48 (0.67)

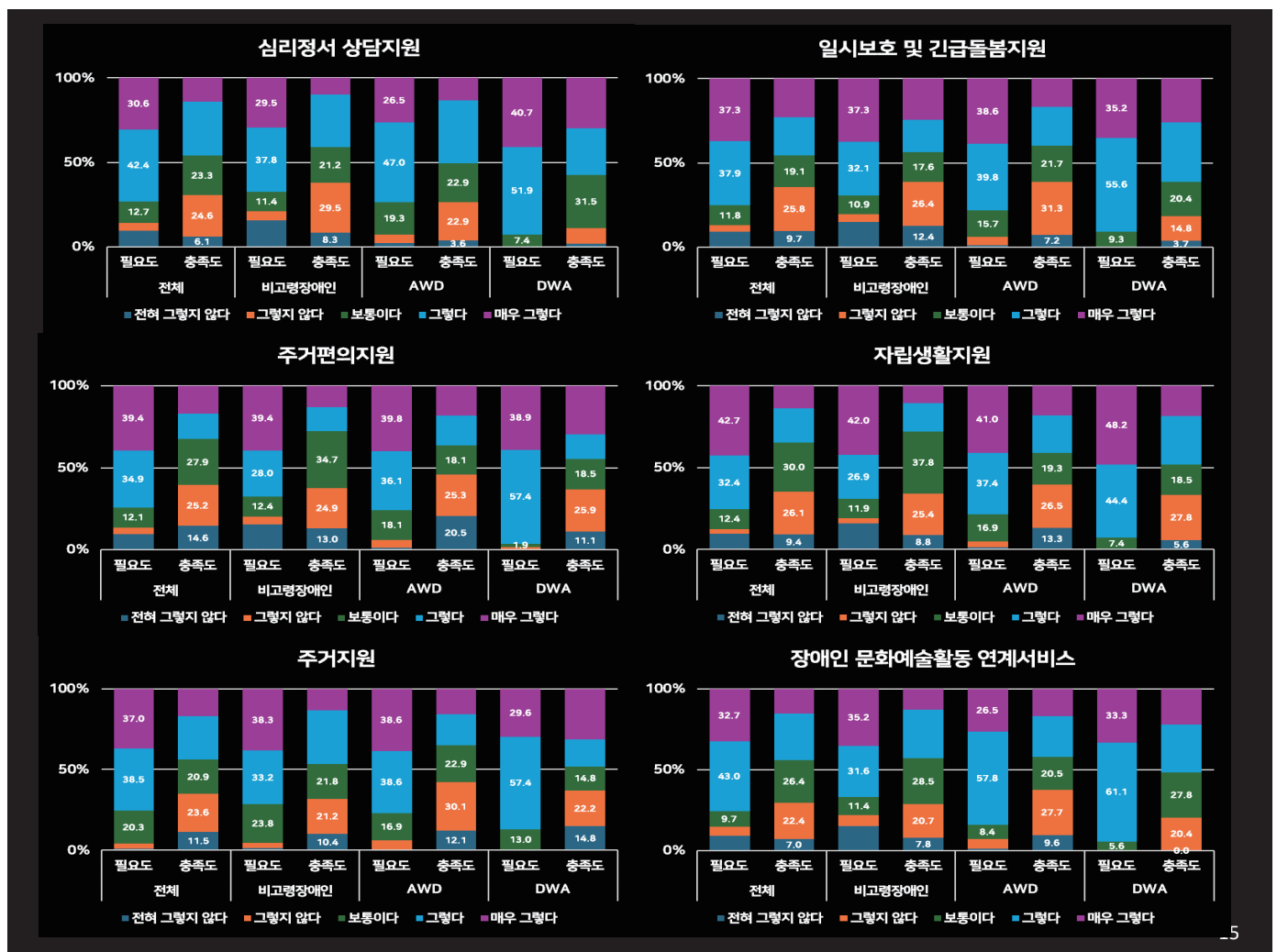
13

3. 의료-요양-돌봄 주요 영역 (응답비중)

모든 영역에서 70% 이상 필요 / 50% 이상 미충족 응답



14



5

4. (필요도 점수) 의료-요양-돌봄 주요 영역

고령장애인에서 비고령장애인보다 모든 영역에 높은 필요도를 보임

✓ 고령화된 장애인과 노화로 인한 장애인은 10가지 주요 영역 대부분 필요

구분		전체	비고령 장애인	고령화된 장애인 (AWD)	노화로 인한 장애인 (DWA)
		평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
1	건강의료지원	3.94(1.24)	3.70(1.44)	4.13(0.82)	4.48(0.61)
2	식생활지원	4.00(1.03)	3.80(1.15)	4.20(0.85)	4.41(0.53)
3	가사지원	4.05(0.88)	3.95(0.93)	4.10(0.84)	4.33(0.64)
4	동행지원	3.87(1.22)	3.67(1.40)	3.96(0.92)	4.43(0.60)
5	심리정서 상담지원	3.80(1.20)	3.60(1.37)	3.90(0.93)	4.33(0.61)
6	일시보호 및 긴급돌봄지원	3.90(1.21)	3.72(1.40)	4.10(0.92)	4.26(0.62)
7	주거편의지원	3.90(1.21)	3.71(1.42)	4.08(0.94)	4.33(0.61)
8	자립생활지원	3.96(1.24)	3.76(1.44)	4.13(0.91)	4.41(0.63)
9	주거지원	4.07(0.89)	4.04(0.94)	4.10(0.89)	4.17(0.64)
10	장애인 문화예술활동 연계서비스	3.85(1.20)	3.65(1.41)	4.02(0.84)	4.28(0.56)

5. (충족도 점수) 의료-요양-돌봄 주요 영역

반면, 충족도는 3점 대로 필요도에 비해 낮은 편

구분		전체	비고령 장애인	고령화된 장애인 (AWD)	노화로 인한 장애인 (DWA)
		평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
1	건강의료지원	3.19(1.12)	3.03(1.12)	3.31(1.13)	3.57(1.02)
2	식생활지원	2.88(1.37)	2.64(1.36)	3.02(1.35)	3.50(1.22)
3	가사지원	3.23(1.20)	3.22(1.16)	3.01(1.25)	3.61(1.19)
4	동행지원	3.31(1.16)	3.16(1.14)	3.29(1.16)	3.87(1.05)
5	심리정서 상담지원	3.23(1.15)	3.05(1.16)	3.34(1.09)	3.74(1.05)
6	일시보호 및 긴급돌봄지원	3.23(1.32)	3.17(1.38)	3.11(1.23)	3.65(1.14)
7	주거편의지원	2.95(1.29)	2.90(1.19)	2.88(1.41)	3.26(1.42)
8	자립생활지원	3.03(1.18)	2.95(1.10)	3.06(1.33)	3.28(1.22)
9	주거지원	3.14(1.28)	3.18(1.21)	2.96(1.27)	3.28(1.48)
10	장애인 문화예술활동 연계서비스	3.23(1.17)	3.20(1.14)	3.12(1.26)	3.54(1.06)

6. (필요도-충족도로 계산한 미충족률) 의료-요양-돌봄 주요 영역

미충족률: 20~40%, AWD에서 상대적으로 높은 편

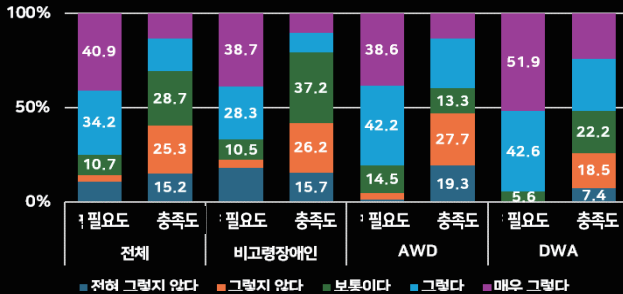
구분		전체	비고령 장애인	고령화된 장애인 (AWD)	노화로 인한 장애인 (DWA)
		백분율(%)	백분율(%)	백분율(%)	백분율(%)
평균		27.0	25.7	31.2	24.3
1	건강의료지원	25.5	25.0	26.2	26.1
2	식생활지원	37.5	41.6	36.8	26.6
3	가사지원	27.0	25.0	35.0	21.7
4	동행지원	19.6	19.4	22.8	16.2
5	심리정서 상담지원	20.2	21.3	19.5	17.8
6	일시보호 및 긴급돌봄지원	23.2	20.4	31.9	18.8
7	주거편의지원	32.8	30.0	39.1	32.2
8	자립생활지원	31.3	29.1	34.2	33.2
9	주거지원	30.3	28.2	36.6	28.1
10	장애인 문화예술활동 연계서비스	21.6	17.2	29.9	22.6

* 미충족률(%) = [(필요도 점수 - 충족도 점수) / 필요도 점수] × 100, * 0%에 가까울수록 충분히 충족됨 / 100%에 가까울수록 매우 미충족됨

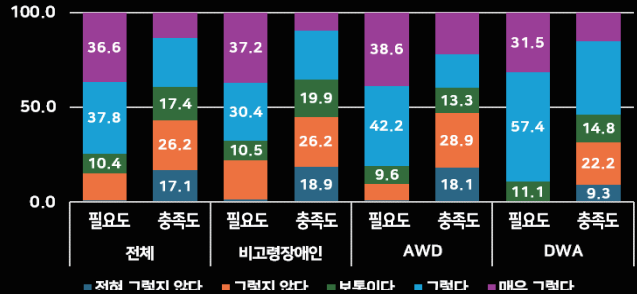
7. 건강의료지원 부문 세부 인프라 (응답비중)

모든 영역에서 70% 이상 필요 / 40% 이상 미충족 응답

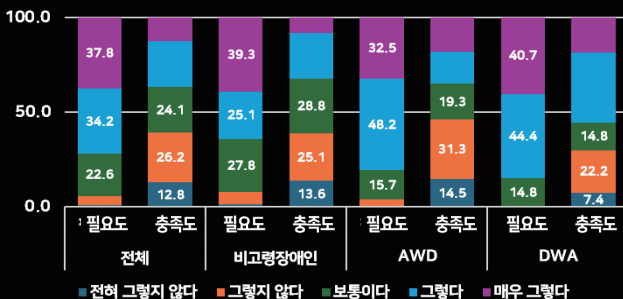
(시설) 장애인 전문재활병원



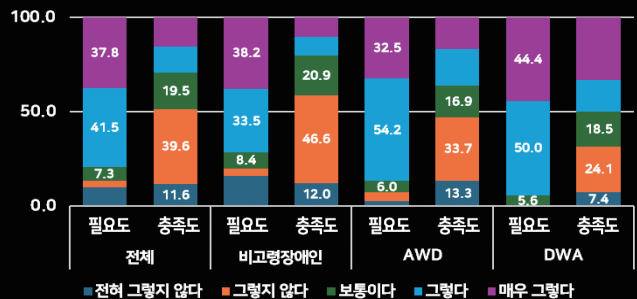
(시설) 장애인 전문요양 병원



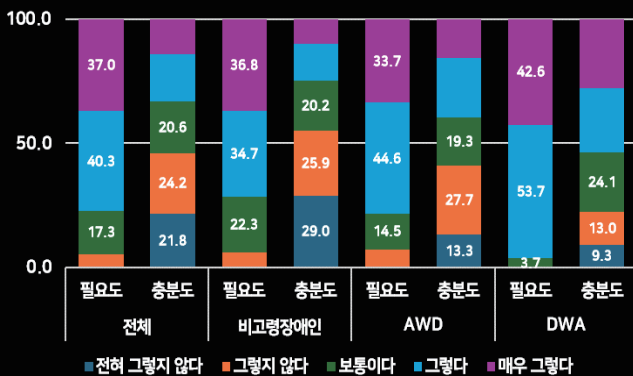
(시설) 장애인 전문요양 시설



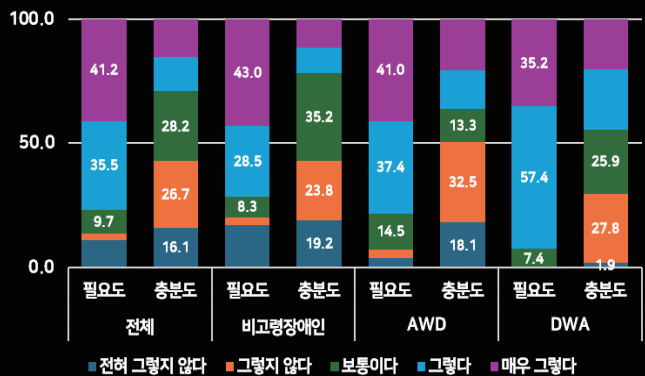
(시설) 장애인 주치의



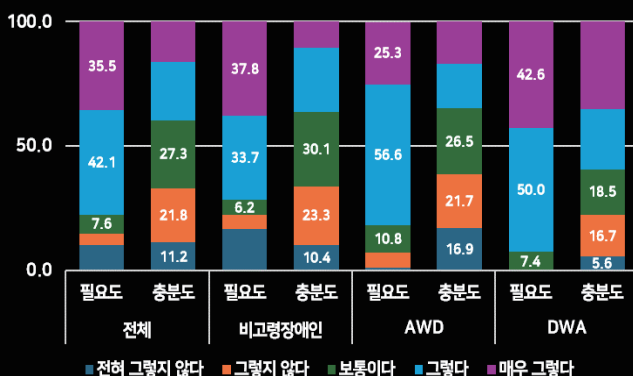
(인력) 장애인 의료이용 지원인력



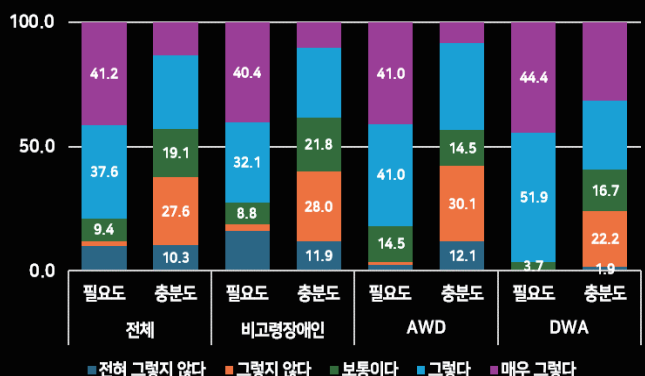
(장비) 장애인이 접근 가능한 의료장비



(교통) 장애인이 이동할 수 있는 특별교통수단



(정보) 장애인이 이용할 수 있는 의료정보



8. (필요도 점수) 건강의료자원부문 세부 인프라

고령장애인에서 비고령장애인보다 모든 영역에 높은 필요도를 보임
모든 장애인에서 의료이용 자원인력, 장애인 전문요양 시설 필요 높음

구분		전체	비고령 장애인	고령화된 장애인 (AWD)	노화로 인한 장애인 (DWA)
		평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
시설	장애인 전문재활 병원	3.91(1.28)	3.66(1.48)	4.13(0.88)	4.46(0.61)
	장애인 전문요양 병원	3.95(1.07)	3.82(1.18)	4.08(0.97)	4.20(0.63)
	장애인 전문요양 시설	4.04(0.92)	3.95(1.02)	4.10(0.79)	4.26(0.71)
	장애인 주치의	3.94(1.22)	3.75(1.41)	4.10(0.89)	4.39(0.60)
인력	장애인 의료이용 자원인력	4.08(0.88)	4.02(0.93)	4.05(0.88)	4.39(0.56)
장비	장애인 접근가능한 의료장비	3.93(1.27)	3.77(1.46)	4.08(1.01)	4.28(0.60)
교통	장애인이 이동할 수 있는 특별교통수단	3.88(1.23)	3.70(1.44)	3.99(0.85)	4.35(0.62)
정보	장애인이 이용할 수 있는 의료정보	3.98(1.22)	3.78(1.42)	4.17(0.89)	4.41(0.57)

9. (충족도 점수) 건강의료자원부문 세부 인프라

전반적으로 '보통' 이하. 특히 시설/인력/장비 미충족
AWD가 DWA보다 높은 미충족도를 보임

구분		전체	비고령 장애인	고령화된 장애인 (AWD)	노화로 인한 장애인 (DWA)
		평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
시설	장애인 전문재활 병원	2.88(1.25)	2.73(1.16)	2.87(1.36)	3.43(1.25)
	장애인 전문요양 병원	2.91(1.32)	2.79(1.28)	2.96(1.44)	3.28(1.23)
	장애인 전문요양 시설	2.96(1.24)	2.87(1.18)	2.93(1.34)	3.37(1.23)
	장애인 주치의	2.82(1.27)	2.59(1.15)	2.93(1.32)	3.44(1.37)
인력	장애인 의료이용 자원인력	2.80(1.36)	2.51(1.32)	3.01(1.30)	3.50(1.28)
장비	장애인 접근가능한 의료장비	2.85(1.28)	2.72(1.22)	2.88(1.43)	3.33(1.15)
교통	장애인이 이동할 수 있는 특별교통수단	3.12(1.24)	3.03(1.15)	2.96(1.33)	3.67(1.27)
정보	장애인이 이용할 수 있는 의료정보	3.08(1.23)	2.97(1.21)	2.98(1.22)	3.65(1.20)

10. (필요도-충족도로 계산한 미충족률) 건강의료자원부문 세부인프라

교통 및 정보 외 모든 지표에서 30% 이상의 미충족률을 보임
(전체) 의료이용 자원인력 41.8% (AWD) 전문재활 병원 미충족률 40.4%

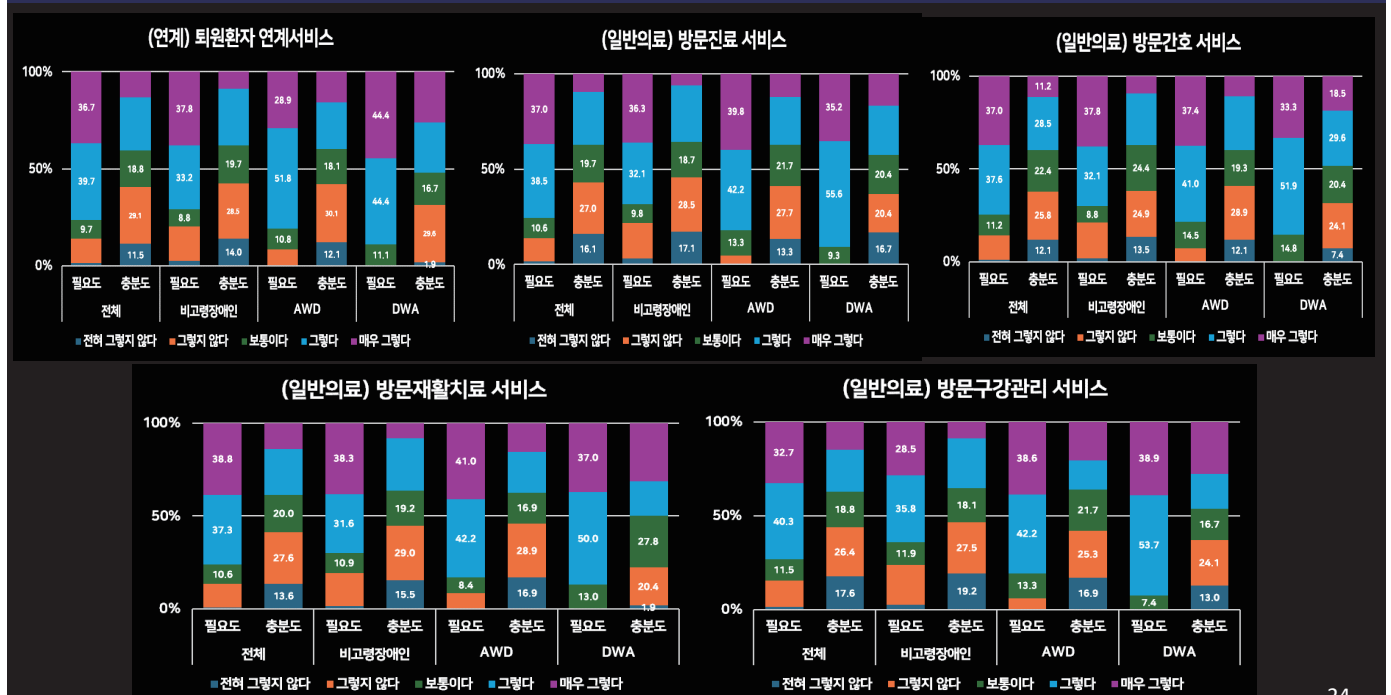
구분		전체	비고령 장애인	고령화된 장애인 (AWD)	노화로 인한 장애인 (DWA)
		백분율(%)	백분율(%)	백분율(%)	백분율(%)
전체 평균		35.0	36.7	37.1	26.5
시설 영역 평균		36.1	37.7	38.0	28.5
시설	장애인 전문재활 병원	35.5	35.1	40.4	29.9
	장애인 전문요양 병원	35.2	36.6	36.3	28.9
	장애인 전문요양 시설	35.4	36.8	37.7	27.3
	장애인 주치의	38.3	42.2	37.7	27.9
인력	장애인 의료이용 자원인력	41.8	50.0	34.0	26.2
장비	장애인 접근가능한 의료장비	36.8	38.3	39.1	28.8
교통	장애인이 이동할 수 있는 특별교통수단	26.6	25.1	34.3	20.4
정보	장애인이 이용할 수 있는 의료정보	30.2	29.2	37.6	22.3

* 미충족률(%) = [(필요도 점수 - 충족도 점수) / 필요도 점수] × 100 * 0%에 가까울수록 충분히 충족됨 / 100%에 가까울수록 매우 미충족됨

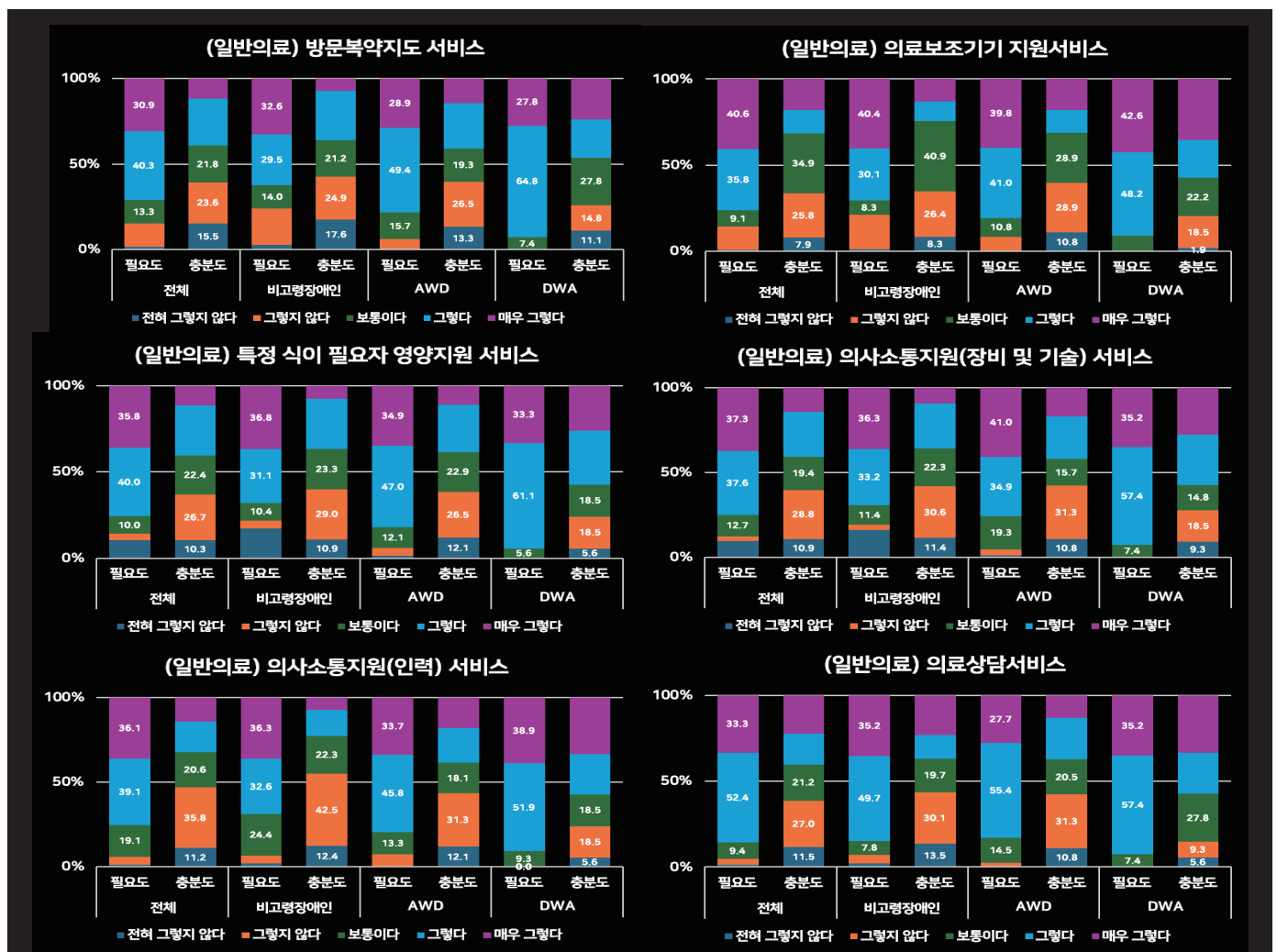
23

11. 연계 및 일반의료서비스 (응답비중)

모든 영역에서 70% 이상 필요 / 40% 이상 미충족 응답



24



12. (필요도 점수) 연계 및 일반의료서비스

의료상담서비스, 의사소통지원(인력) 서비스, 의료보조기기 지원서비스, 방문재활치료 서비스 높은 필요도

✓ 고령화된 장애인과 노화로 인한 장애인은 연계 및 일반의료서비스 모두 필요

구분		전체	비고령 장애인	고령화된 장애인 (AWD)	노화로 인한 장애인 (DWA)
		평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
연 계	퇴원환자 연계서비스	3.98(1.05)	3.85(1.18)	4.01(0.86)	4.33(0.67)
	방문진료 서비스	3.97(1.06)	3.79(1.21)	4.17(0.84)	4.26(0.62)
일 반 의 료	방문간호 서비스	3.96(1.06)	3.84(1.19)	4.08(0.90)	4.19(0.68)
	방문재활치료 서비스	4.01(1.04)	3.87(1.16)	4.16(0.90)	4.24(0.67)
	방문구강관리 서비스	3.89(1.06)	3.65(1.18)	4.13(0.87)	4.31(0.61)
	방문복약지도 서비스	3.85(1.06)	3.68(1.21)	4.01(0.83)	4.20(0.56)
	의료보조기기 지원서비스	4.02(1.05)	3.88(1.18)	4.12(0.92)	4.33(0.64)
	특정식이 필요자 영양지원 서비스	3.87(1.24)	3.65(1.45)	4.10(0.88)	4.28(0.56)
	의사소통지원(장비 및 기술) 서비스	3.90(1.22)	3.70(1.41)	4.11(0.92)	4.28(0.60)
	의사소통지원(인력) 서비스	4.04(0.92)	3.96(0.99)	4.06(0.87)	4.30(0.63)
	의료상담서비스	4.13(0.82)	4.10(0.91)	4.08(0.72)	4.28(0.60)

13. (충족도 점수) 연계 및 일반의료서비스

전반적으로 '보통' 이하. 모든 군에서 방문서비스와 의사소통지원(인력) 서비스에 높은 미충족

✓ 고령화된 장애인은 의료보조기기 지원, 영양지원, 의료상담서비스에서도 미충족

구분		전체	비고령 장애인	고령화된 장애인 (AWD)	노화로 인한 장애인 (DWA)
		평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
연 계	퇴원환자 연계서비스	3.02(1.25)	2.90(1.22)	3.01(1.29)	3.44(1.22)
일 반 의 료	방문진료 서비스	2.88(1.25)	2.79(1.22)	2.95(1.25)	3.06(1.35)
	방문간호 서비스	3.01(1.22)	2.95(1.20)	2.98(1.23)	3.28(1.23)
	방문재활치료 서비스	2.98(1.28)	2.84(1.23)	2.90(1.35)	3.57(1.19)
	방문구강관리 서비스	2.91(1.33)	2.78(1.27)	2.98(1.39)	3.24(1.43)
	방문복약지도 서비스	2.96(1.27)	2.83(1.23)	3.02(1.29)	3.33(1.30)
	의료보조기기 지원서비스	3.08(1.19)	2.94(1.11)	2.99(1.26)	3.70(1.19)
	특정 식이 필요자 영양지원 서비스	3.05(1.20)	2.94(1.15)	2.99(1.21)	3.54(1.22)
	의사소통지원(장비 및 기술) 서비스	3.05(1.25)	2.92(1.18)	3.06(1.30)	3.48(1.33)
	의사소통지원(인력) 서비스	2.88(1.24)	2.63(1.11)	3.01(1.32)	3.61(1.28)
	의료상담서비스	3.13(1.34)	3.03(1.38)	2.98(1.24)	3.70(1.19)

27

14. (필요도-충족도로 계산한 미충족률) 연계 및 일반의료서비스

AWD에서 가장 높고, 대체로 30% 후반대임
(AWD) 방문재활치료 서비스 미충족률 39.7%

구분		전체	비고령 장애인	고령화된 장애인 (AWD)	노화로 인한 장애인 (DWA)
		백분율(%)	백분율(%)	백분율(%)	백분율(%)
연 계	퇴원환자 연계서비스	32.2	33.5	33.2	26.7
일반의료 영역 평균		32.8	33.7	36.0	25.0
일 반 의 료	방문진료 서비스	36.8	35.9	38.4	36.9
	방문간호 서비스	32.1	31.5	35.9	28.5
	방문재활치료 서비스	34.2	35.9	39.7	20.6
	방문구강관리 서비스	34.0	33.1	36.9	32.4
	방문복약지도 서비스	31.1	31.7	32.8	27.2
	의료보조기기 지원서비스	31.1	32.7	36.3	18.9
	특정 식이 필요자 영양지원 서비스	28.6	27.1	35.8	22.6
	의사소통지원(장비 및 기술) 서비스	29.5	29.1	33.7	24.3
	의사소통지원(인력) 서비스	38.0	45.1	34.3	20.8
	의료상담서비스	32.0	34.7	35.9	17.5

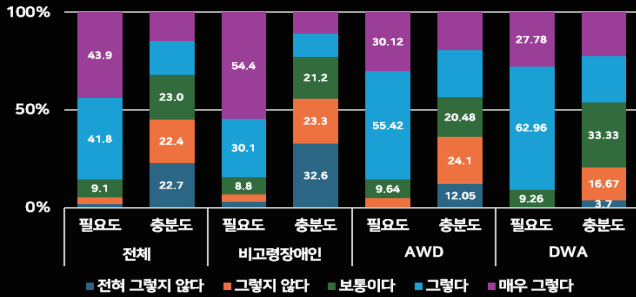
* 미충족률(%) = [(필요도 점수 - 충족도 점수) / 필요도 점수] × 100 * 0%에 가까울수록 충분히 충족됨 / 100%에 가까울수록 매우 미충족됨

28

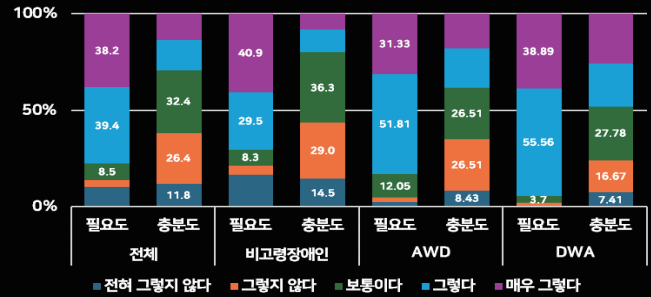
15. 긴급의료 및 교육훈련 서비스 (응답비중)

모든 영역에서 70% 이상 필요 / 40% 이상 미충족 응답

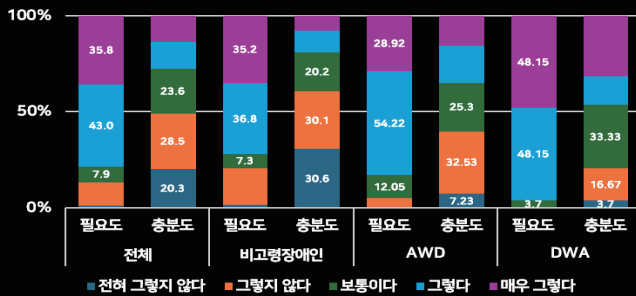
(긴급의료) 재난안전서비스



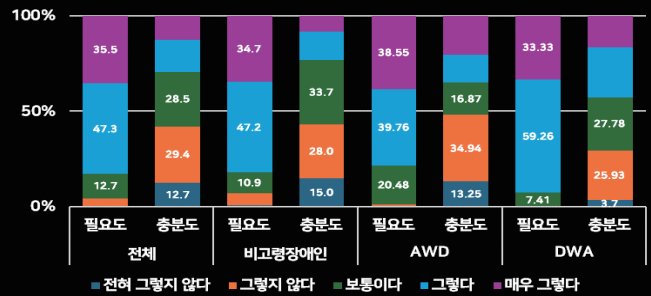
(긴급의료) 야간의료지원서비스



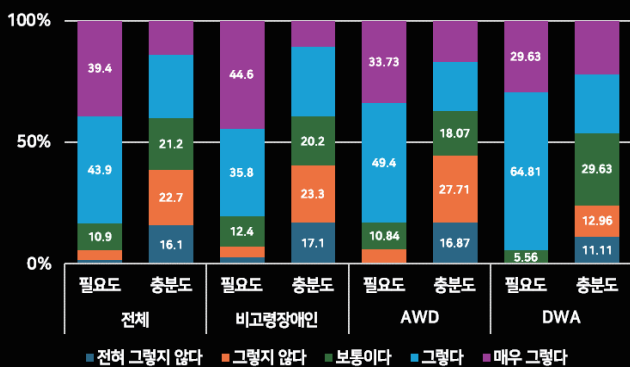
(긴급의료) 24시간 의로서비스



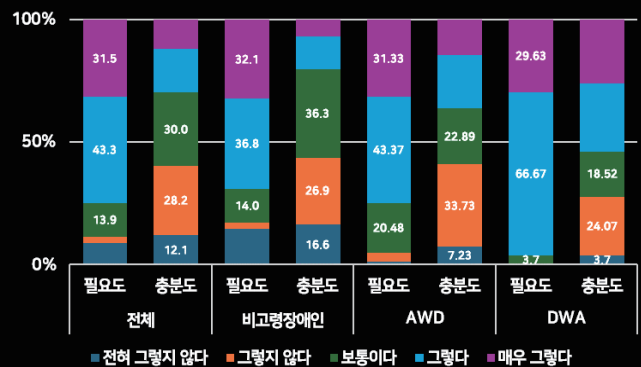
(긴급의료) 단기의료지원서비스



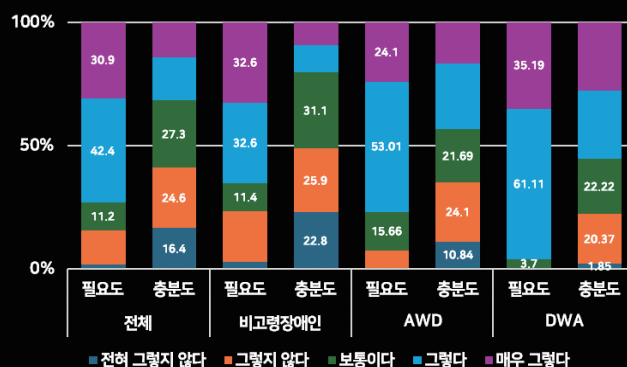
(교육훈련) 장애인 건강자가관리 훈련



(교육훈련) 의료제공자 장애 감수성 교육



(교육훈련) 의료보조기 지원교육



16. (필요도 점수) 긴급의료 및 교육훈련 서비스

(긴급의료) 재난안전, 24시간 의료서비스 및 단기의료지원 서비스
(교육훈련) 장애인 건강자가관리 훈련 서비스 높은 필요도

✓ 고령화된 장애인과 노화로 인한 장애인은 긴급의료 및 교육훈련 서비스 모두 필요

구분		전체	비고령 장애인	고령화된 장애인 (AWD)	노화로 인한 장애인 (DWA)
		평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
긴급의료	재난안전서비스	4.23(0.88)	4.29(0.99)	4.11(0.77)	4.19(0.59)
	야간의료지원 서비스	3.92(1.24)	3.73(1.46)	4.07(0.87)	4.31(0.64)
	24시간 의료서비스	4.00(1.01)	3.84(1.15)	4.07(0.78)	4.44(0.57)
	단기의료지원서비스	4.13(0.82)	4.08(0.89)	4.16(0.79)	4.26(0.59)
교육훈련	장애인 건강자가관리 훈련	4.15(0.89)	4.15(0.99)	4.11(0.83)	4.24(0.55)
	의료제공자 장애 감수성 교육	3.86(1.15)	3.69(1.34)	4.00(0.88)	4.26(0.52)
	의료보조기기 지원교육	3.87(1.05)	3.71(1.20)	3.94(0.83)	4.31(0.54)

17. (충족도 점수) 긴급의료 및 교육훈련 서비스

전반적으로 '보통' 이하. 모든 긴급의료 및 교육훈련 서비스 미충족
특히, AWD 단기의료지원 및 건강자가관리 훈련 서비스 미충족

✓ 고령화된 장애인은 단기의료지원 및 장애인 건강자가관리 훈련 서비스 미충족

구분		전체	비고령 장애인	고령화된 장애인 (AWD)	노화로 인한 장애인 (DWA)
		평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
긴급의료	재난안전서비스	2.79(1.36)	2.45(1.34)	3.14(1.32)	3.44(1.13)
	야간의료지원 서비스	2.93(1.20)	2.70(1.11)	3.13(1.24)	3.43(1.25)
	24시간 의료서비스	2.72(1.31)	2.36(1.24)	3.04(1.20)	3.54(1.21)
	단기의료지원서비스	2.87(1.21)	2.74(1.14)	2.94(1.36)	3.26(1.14)
교육훈련	장애인 건강자가관리 훈련	2.99(1.30)	2.93(1.28)	2.93(1.36)	3.33(1.27)
	의료제공자 장애 감수성 교육	2.89(1.19)	2.67(1.11)	3.02(1.20)	3.48(1.22)
	의료보조기기 지원교육	2.89(1.28)	2.58(1.22)	3.14(1.27)	3.59(1.16)

18. (필요도-충족도로 계산한 미충족률) 긴급의료 및 교육훈련 서비스

대체로 30% 이상의 미충족률을 보임
특히, 재난안전, 24시간 및 단기의료서비스 미충족률 40% ↑

구분		전체	비고령 장애인	고령화된 장애인 (AWD)	노화로 인한 장애인 (DWA)
		평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
긴급의료 영역 평균		40.3	47.4	33.5	26.8
긴급의료	재난안전서비스	44.6	55.9	31.0	23.3
	야간의료지원 서비스	33.8	37.7	30.6	26.8
	24시간 의료서비스	42.7	52.4	33.7	26.3
	단기의료지원서비스	40.2	43.7	38.5	30.7
교육훈련 영역 평균		35.0	39.6	32.5	24.6
교육훈련	장애인 건강자가관리 훈련	36.8	38.8	38.0	28.0
	의료제공자 장애 감수성 교육	34.0	38.1	32.5	23.9
	의료보조기기 지원교육	34.3	41.9	27.0	21.8

* 미충족률(%) = [(필요도 점수 - 충족도 점수) / 필요도 점수] × 100

* 0%에 가까울수록 충분히 충족됨 / 100%에 가까울수록 매우 미충족됨

33

b. (단체) 장애인 의료-요양-돌봄 제도 실현 방안 조사

1. 장애인 단체 의견조사수행

장애인 단체 4개 기관 의견수렴

- ✓ (응답단체) 한국자폐인사랑협회, 한국장애인부모회, 한국지적발달장애인복지협회, 한국시각장애인연합회, 한국장애인자립생활센터총연합회

장애인 의료-요양-돌봄 제도 방향성 및 실현 방안 조사
장애인 단체용 설문지

안녕하십니까?

충북대학교 보건과학융합연구소는 「고령화예년의 의료·요양·돌봄·현황 및 종합적 대응 방안 연구」를 진행하고 있습니다.

본 연구는 국민건강보험공단이 발표한 정책자료로, 2024년 3월 예정된 「의료·요양·돌봄」의 통합기회에 관한 법률(약칭: **통합돌봄법**)의 시행에 앞서 **장애인의 의료·요양·돌봄 제도 방향성 및 이에 대한 구체적인 실현 방안**을 장애인 단체를 통해 파악하고자 합니다.

귀 단체에서 응답해 주시는 내용은 장애인의 삶의 질 향상과 의료·요양·돌봄 제도 실현을 위한 중요한 기초 자료로 활용될 예정입니다.

본 설문은 익명성이 철저히 보장되며, 응답 내용은 연구목적 이외에 용도로 사용되지 않습니다. 수집된 모든 정보는 개인정보 보호법에 따라 안전하게 관리됩니다. 설문참여는 가발 익명이며 언제든지 참여를 중단할 수 있습니다.

본 설문은 약 15분가량 소요될 예정입니다. 귀하의 소중한 의견은 장애인에 대한 정책 개발에 크게 기여할 것으로 확신 부탁드립니다. 감사합니다.

바쁘신 와중에도 꼭 조사에 참여해 주셔서 대단히 감사드립니다.

충북대학교 보건과학융합연구소
연구책임자 박종혁
실무담당자 김유진
연락처 043-249-1922

각 문항은 앞으로 장애인 의료·요양·돌봄 제도가 나아가야 할 방향에 대한 장애인 단체의 의견과 그 방안을 묻는 문항입니다. 귀 단체에서 그간 생각해 온 바를 충분히 기술해주시기 바랍니다.

문항 1 "장애인의 의료·요양·돌봄 제도는 장애인의 특수성을 반영하여 설계되어야 한다" 귀 방향에 대해 얼마나 동의하십니까?

1 2 3 4 5
전혀 동의하지 않음 동의하지 않음 보통 동의함 매우 동의함

동의하신다면, 귀 방향에 대해 귀 단체에서 그간 생각해온 실현 방안에 대해 구체적으로 기술해주세요.

문항 2 "장애인 복지시설에서 건강관리 서비스가 가능하고, 의료시설에서 복지 서비스가 가능해야 한다." 귀 복지시설에서 (다른 중립적인 서비스) 건강관리(예: 응급치료, 만성질환 관리)를 함께 제공하고, 의료시설에서는 (다른) 의료 복지 서비스(예: 재활치료)를 추가적으로 제공하는 것을 의미합니다. 귀 방향에 대해 얼마나 동의하십니까?

1 2 3 4 5
전혀 동의하지 않음 동의하지 않음 보통 동의함 매우 동의함

동의하신다면, 귀 방향에 대해 귀 단체에서 그간 생각해온 실현 방안에 대해 구체적으로 기술해주세요.

문항 3 "장애인들이 지역사회 내에서 삶을 살아갈 수 있도록 의료·요양·돌봄 제도를 설계해야 한다." 귀 방향에 대해 얼마나 동의하십니까?

1 2 3 4 5
전혀 동의하지 않음 동의하지 않음 보통 동의함 매우 동의함

동의하신다면, 귀 방향에 대해 귀 단체에서 그간 생각해온 실현 방안에 대해 구체적으로 기술해주세요.

문항 4 "장애인 의료·요양·돌봄 서비스에서 장애인 당사자의 선택권과 자기결정권이 보장되어야 한다." 귀 방향에 대해 얼마나 동의하십니까?

1 2 3 4 5
전혀 동의하지 않음 동의하지 않음 보통 동의함 매우 동의함

동의하신다면, 귀 방향에 대해 귀 단체에서 그간 생각해온 실현 방안에 대해 구체적으로 기술해주세요.

35

2. 장애인 단체 의료-요양-돌봄 제도 방향성

공생형 서비스를 제외한 5가지 방향성 "동의한다" 응답

구분		전체
		평균 (표준편차)
1	장애인의 특수성을 반영하여 설계되어야 한다	5.0 (0.0)
2	장애인 복지시설에서 건강관리 서비스가 가능하고, 의료시설에서 복지 서비스가 가능해야 한다	2.8 (1.5)
3	장애인들이 지역사회 내에서 삶을 살아갈 수 있도록 설계되어야 한다	5.0 (0.0)
4	장애인 당사자의 선택권과 자기결정권이 보장되어야 한다	4.8 (0.5)
5	서비스 제공자 중심에서 벗어나 서비스 이용자 중심으로 설계되어야 한다	5.0 (0.0)
6	시설 서비스보다 방문 서비스가 강화되어야 한다	3.8 (1.3)

방향 1. 장애인의 특수성을 반영하여 설계

장애인 단체 모두 “매우 동의한다” 응답

- ✓ 발달장애인은 신체·정신·사회적 요구 다양 → 개별화된 지원 강화
- ✓ 발달장애인 노후 대비 → 가족 의존 아닌 국가 돌봄 시스템 마련, 전담 정책 및 제도적 지원 확대
- ✓ 시각장애인 대상 점자·음성 자료 제공 및 의료 정보(처방전 등) 접근성 보장
- ✓ 보조공학기기 활용 지원 등

37

방향 2. 공생형 서비스 가능하도록 설계

평균 2.8점으로 찬/반 의견 혼재

☒ 보통

- ✓ 복지시설에서 의료 서비스를 제공하기 위한 의료 전문성 확보 문제
- ✓ 의료 본연 또는 시설 본래 목적이 불분명해질 가능성
- ✓ 각 시설이 본래의 기능을 수행하는 것이 더 전문적이고 효과적

☒ 동의함

- ✓ 노인복지시설에서 물리치료사가 상주하는 사례처럼, 장애인복지시설에서도 물리치료 및 운동치료 제공 확대 필요
- ✓ 의료법적 문제를 해결하여 안전한 물리치료 및 건강관리 서비스 제공이 가능하도록 제도 개선 필요

38

방향 3. Aging in place 가능하도록 설계

평균 5.0점 "매우 동의한다" 응답

- ✓ 장애 친화적 병원과 지역사회 기반 돌봄 서비스 구축
- ✓ 중증 장애인의 경우 의료기관 방문이 어려운 경우가 많으므로 방문 진료 및 방문 돌봄 서비스 필수 → 기존 방문 간호 및 재활 서비스 외에도 심리 상담, 일상 지원 등을 포함한 종합적인 방문 서비스 체계 필요
- ✓ 의료와 돌봄뿐만 아니라 여가 활동, 심리적 지원, 사회적 참여 기회를 제공하는 것이 중요
- ✓ 장애인이 지역사회에서 고립되지 않고 자립적인 삶을 유지할 수 있도록 정책적 지원과 인식 개선 필요

39

방향 4. 장애인 당사자의 선택권과 자기결정권 보장

평균 4.8점 전반적으로 "동의한다"

- ✓ 정보 접근성 향상을 위한 쉬운 용어·보완대체의사소통(AAC)* 등 활용
- ✓ 장애인의 자기결정을 돕기 위한 전문 인력 및 상담 시스템 구축
- ✓ 개인예산제도를 의료-요양-돌봄 서비스까지 확대하여 당사자의 권한 보장

* 말이나 글을 사용하기 어려운 사람들이 의사소통을 할 수 있도록 돕는 방법 (얼굴표정, 제스처, 수어, 사진, 그림, 기호, 손짓 등)

40

방향 5. 서비스 제공자 중심에서 이용자 중심으로 설계

평균 5.0점 "매우 동의한다" 응답

- ✓ 개별 맞춤형 서비스 제공
 - 장애 유형 및 중증도에 따라 차별화된 지원
 - 이용자 건강 상태, 생활 환경, 가족 상황 고려
- ✓ 선택권 및 자율성 보장
 - 충분한 정보 제공 및 의사소통 강화
- ✓ 통합적 지역사회 기반 서비스 연계
 - 지역별 사람중심실천(PCP) 위원회 구성하여 당사자 의견 반영

41

방향 6. 시설 서비스보다 방문 서비스 강화

평균 3.8점 전반적으로 "동의한다" 응답

- ✓ 시설과 방문 서비스 병행 강화 필요
 - 방문 서비스는 대상자 발굴 및 의료·돌봄 지원 역할
 - 시설 서비스는 전문적 관리 및 장기적 돌봄 제공
 - 지역사회 중심의 서비스 확대 및 예산·제도적 지원 필수

42



Needs & Wants & Demand

고령장애인 당사자
(Needs & Wants)

장애인들이 지역사회 내에서
삶을 살아갈 수 있도록 선택권 및
자기결정권이 보장된
마충족 서비스 제공

장애인 단체
(Demand)

장애인의 특수성을 반영하고 선택권이 보장된
지역사회 내에서 삶을 살아갈 수 있는 이용자
중심 서비스 설계

But!

공생형 서비스 찬/반

공생형 서비스에 동의하십니까?	전체	비고령장애인	AWD	DWA	장애인단체
	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)	평균(표준편차)
전혀동의하지않음(1) ~ 매우 동의함(5)	4.05(1.05)	3.86(1.13)	4.12(0.98)	4.63(0.52)	2.8(1.5)

43

III. 결론

고령장애인의 특성을 고려한 보편적 제도 설계

40세~50세 장애인 세부적인 검토 필요 (발달장애인 등)

다양한 영역을 고려한 미충분 인프라 및 서비스 제공

부족한 인프라(시설/인력/장비/교통/정보) 개선

장애인 당사자 공생형 서비스 (+) / 장애인단체 공생형 서비스 (△)

(대상자) 고령장애인 시범사업 이후 → 전체 장애인 확대 고려
Ex. 건강의료지원 필요도: 비고령 3.70, AWD 4.13, DWA 4.48

2025 한국장애인보건의료협회 하계학술대회

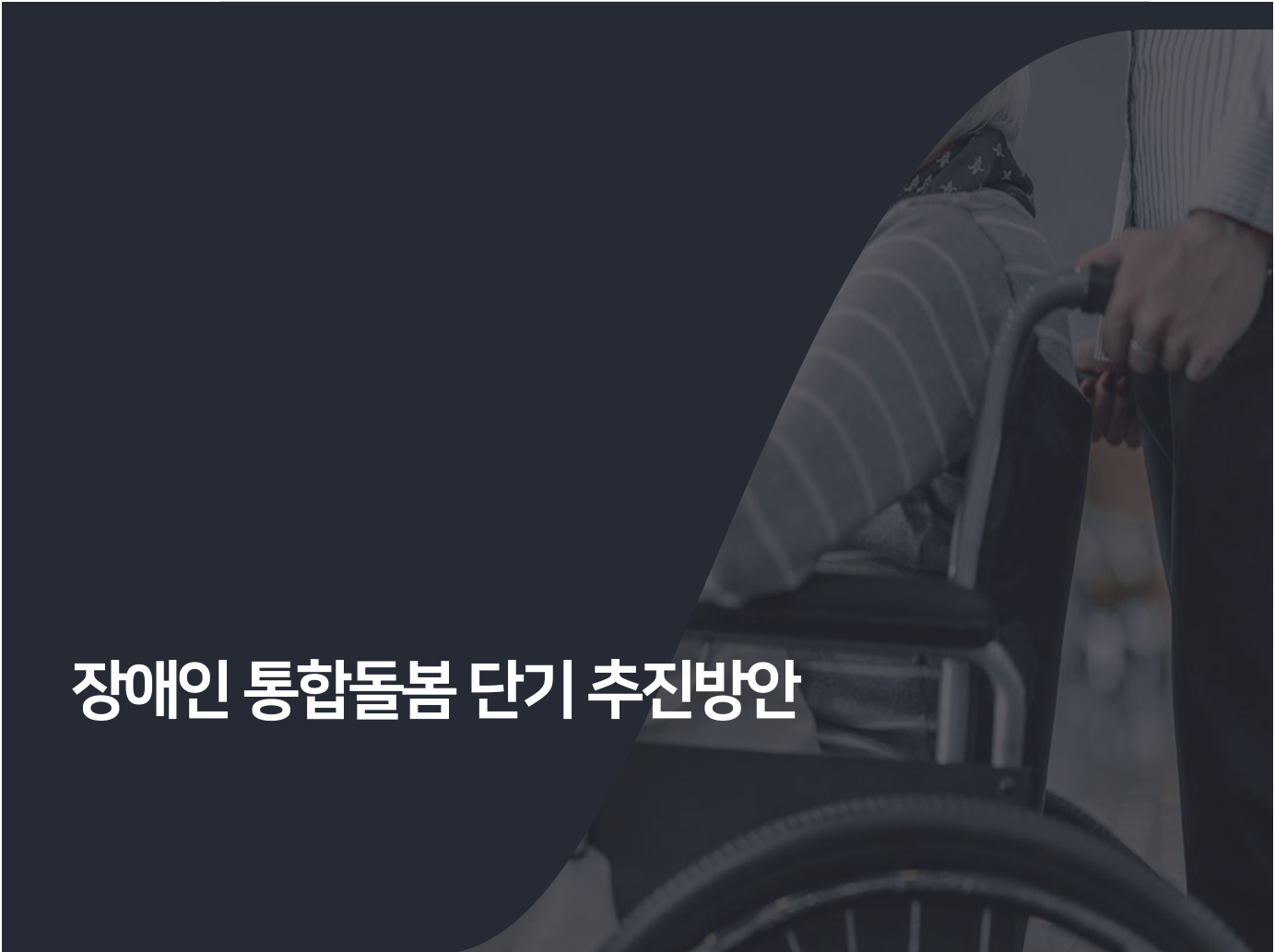
장애인 통합돌봄을 위한 장단기 추진방안 제안

박종혁 (한국장애인보건의료협회 이사장/충북대학교 의과대학 교수)



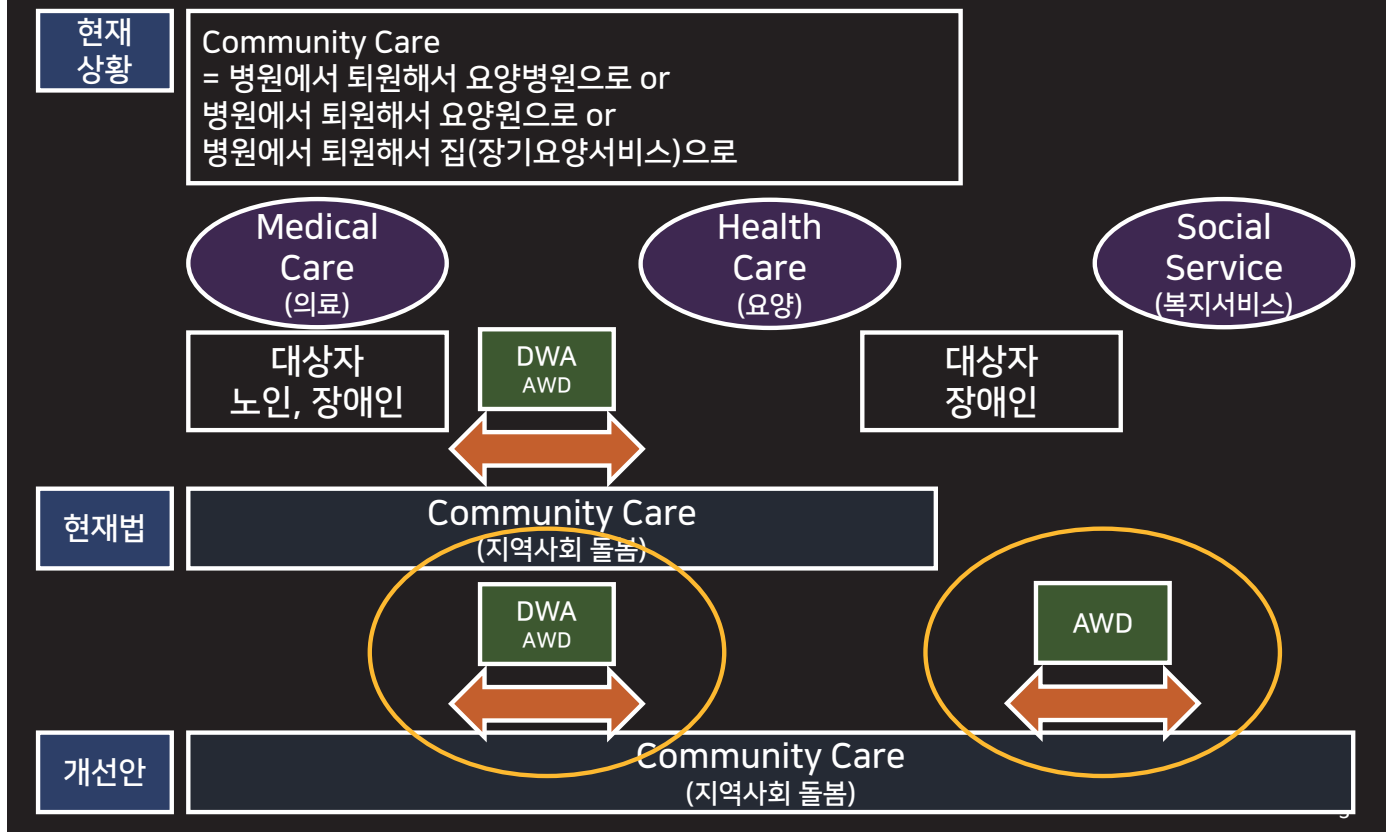
장애인 통합돌봄을 위한 장단기 추진방안 제안

한국장애인보건의료협의회 이사장 **박종혁**
충북대학교 의과대학 교수



장애인 통합돌봄 단기 추진방안

고령장애인 시범사업 시작 → 전체 장애인 확대



노인 의료돌봄 통합지원 시범사업 중심으로 시작

장애인 건강 악화와 조기노화에 따른 의료와 돌봄 연계 필요

- ✓ 1차 기능장애에서 2차 기능장애로 발전(장애의 악화)
 - 지역사회 내에서 적절한 재활치료 서비스나 2차 기능장애 예방을 위한 지원이 없으면, 나이가 들에 따라 1차 기능장애(예, 소아마비 후유증에 의한 하지 지체장애)에서 2차 기능장애(목발 사용에 의한 상지 기능 손상)로 발전
- ✓ 발달장애의 경우 조기노화 현상 발생
 - 해외의 경우 발달장애인은 40세 이후를 고령으로 보고 있음
 - 하지만 발달장애인에 적합한 의료시설, 의료인력 등의 부족으로 인해 적절한 의료서비스를 받고 있지 못함
 - 요양서비스를 제공한다고 하는 거주시설로의 입소 선택(→ 입소선택 방지 정책 필요)

추진방향에서의 수정 의견

노쇠 등→노쇠, 장애 등 / 노인→노인, 장애인 수정

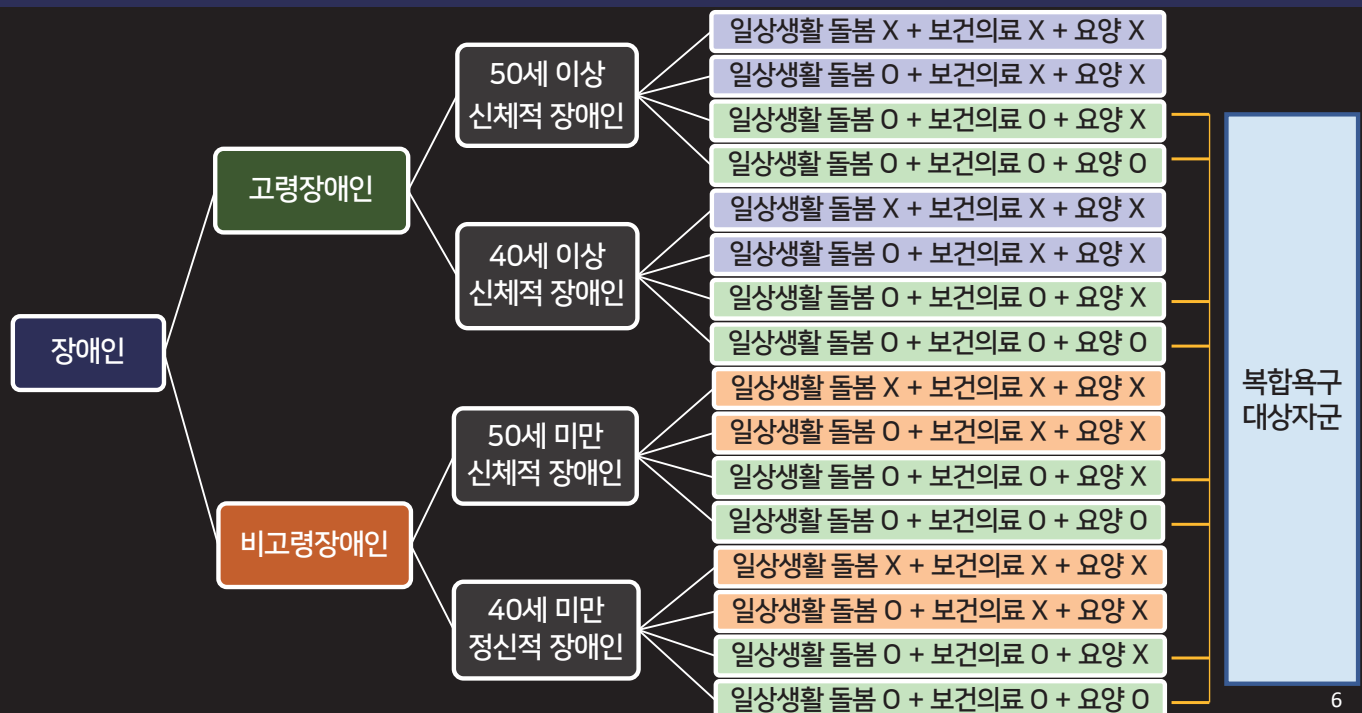
가 추진방향

- (목표) **노쇠 등**으로 일상생활 수행에 어려움을 겪는 사람에게 보건의료, 건강관리, 장기요양, 일상생활돌봄, 주거 등 돌봄 지원을 통합·연계 제공함으로써 살던 곳에서 계속하여 건강한 생활을 영위할 수 있도록 하는 **노인** 의료·돌봄 통합지원 모형 마련
- (방향) 재가 의료서비스 확충과 지역자원 또는 서비스를 대상자 중심으로 연계·통합하여 지원할 수 있는 체계 구축에 중점

5

통합돌봄 대상자

장애인은 복합욕구 대상자군



6

고령장애인+조기노화 장애 유형 상황 우선 고려

고령장애인 + 특정 유형, 연령 등을 먼저 추가 → 전체 장애인으로 확대

- ✓ 2차 기능장애가 예상되는 50세 이상 장애인(지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 심장, 신장, 간, 호흡기, 뇌전증, 안면, 장루요루)(연령과 건강상태에 따른 제한)
- ✓ 사고나 질환으로 척수장애가 발생 지체장애로 등록하고 병원에서 퇴원하는 장애인
- ✓ 1년에 2회 이상 입퇴원을 하는 정신장애인(연령 제한 없음)
- ✓ 40세 이상의 지적장애인, 자폐성장애인(건강상태 제한 없음)
- ✓ 다음의 시설에서 퇴원 또는 퇴소하는 사람
 - 장애인복지법 제58조 제1항 제1호의 장애인거주시설(단기거주시설 및 그룹홈 제외)
 - 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제19조의 정신의료기관
 - 정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률 제22조의 정신요양시설

통합안내 창구 및 서비스 제공기관

국민연금공단지사 및 장애 관련 기관/센터 추가

Before

통합안내 창구

보건소, 치매안심센터,
건보공단지사, 노인
맞춤돌봄수행기관, 기타 지정기관

서비스 제공기관

대상자 발굴기관인
통합안내창구와 대체로 중복

After

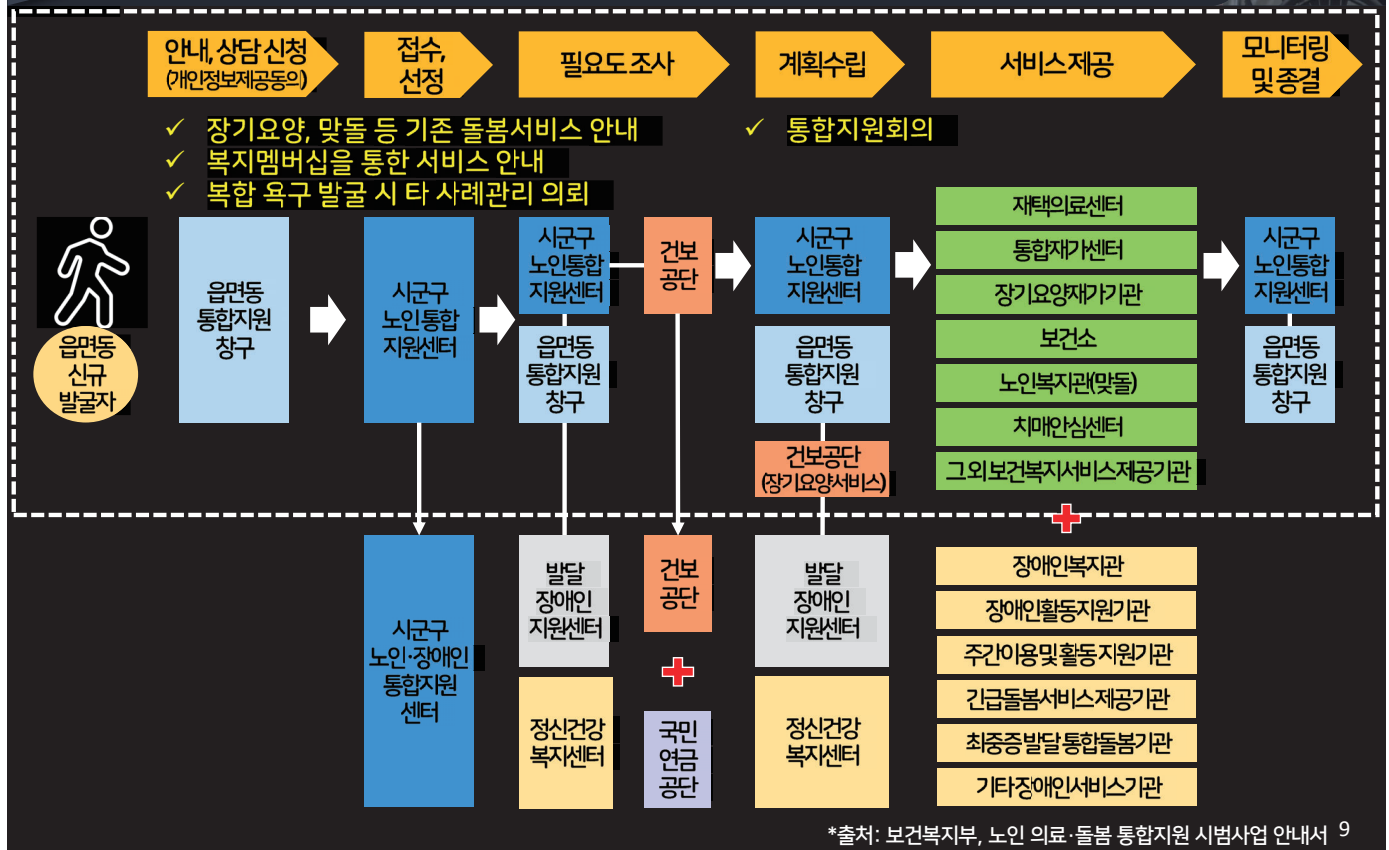
통합안내 창구

국민연금공단지사(장애 판정 시
필요한 경우 통합안내), 장애인
활동지원제공기관, 중앙 및 지역
발달장애인지원센터, 지역
정신건강센터 추가

서비스 제공기관

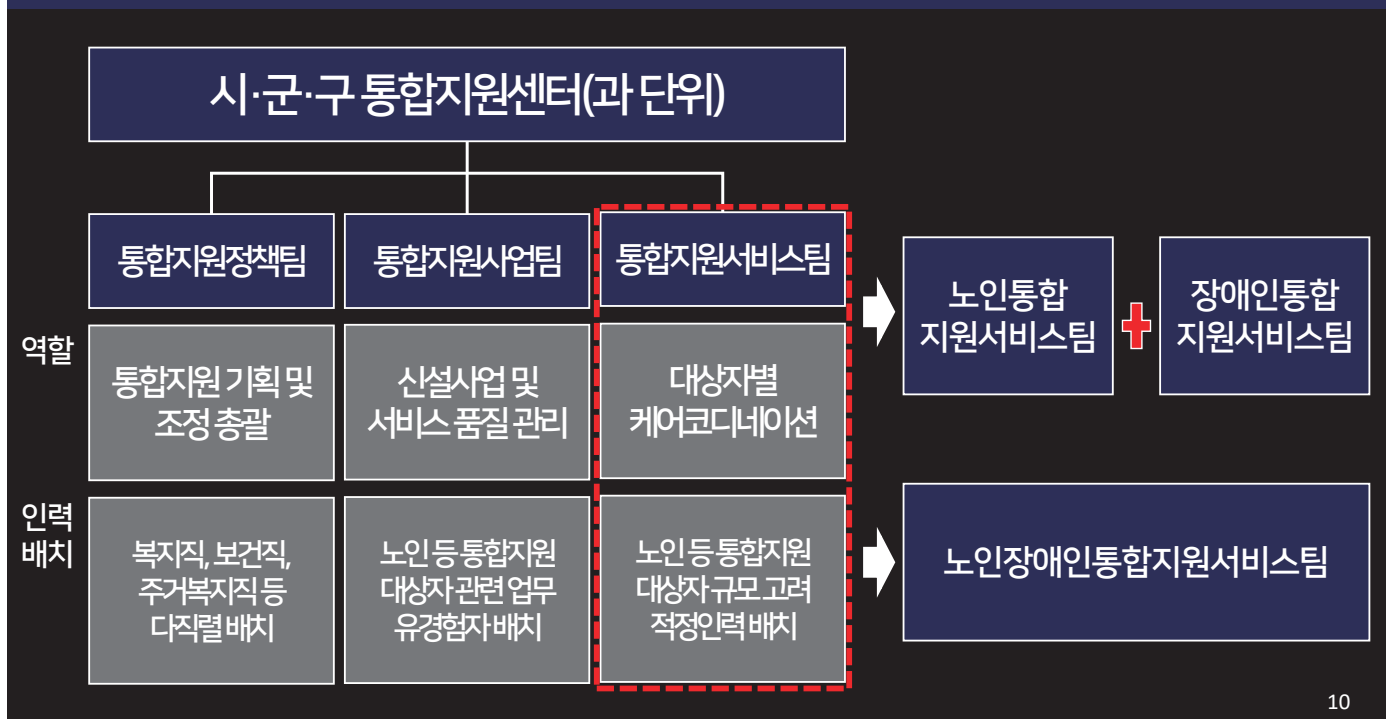
장애인복지관,
장애인가족지원센터 등 추가

추진체계 및 역할



시·군·구 전담부서(통합지원센터) 설치 및 운영

노인과 장애인 통합지원팀 일원화 vs. 이원화



다양한 'Needs'를 충족시키는 서비스 구성

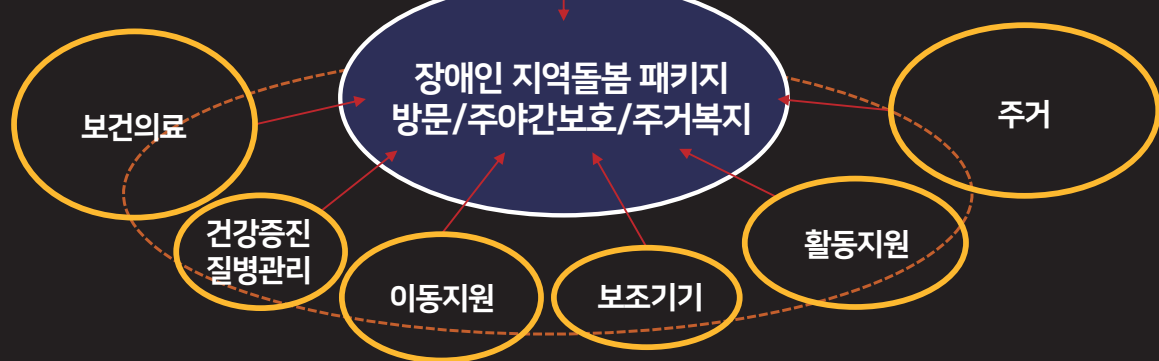
장애인 지역돌봄 패키지를 통한 맞춤형 서비스 제공

제2조(정의) 1. 통합지원은 보건의료, 건강관리, 장기요양, 일상생활돌봄, 주거 등을 통합 제공
제15조(보건의료) 제16조(건강관리 및 예방) 제17조(장기요양) 제19조(가족 등 지원)

각종 신규 사업

요양

제18조(일상생활돌봄) 1. 가사활동 지원 서비스
2. 이동지원 서비스 4. 주간 또는 야간 서비스
7. 지역사회 복귀 3. 보조기기
5. 인공지능 등 정보통신기술에 기반한 서비스
6. 기능·건강 상태를 고려한 주거 공간의 확보·제공 또는 주거환경 개선 등 주거지원 서비스



* 출처 : 김용익, 2024년 장충 장애인 단체 연수교육 11

주요서비스

서비스 영역	노인(통합)돌봄서비스	장애인복지서비스	일부 서비스 장기 요양 등급 판정 전제 ▼ 등급 판정 없는 장애인 이용 불가
[보건의료서비스]	재택의료센터 통합방문간호센터 찾아가는 보건의료기관 퇴원환자재가복귀지원	퇴원환자재가복귀 (지역장애인보건의료센터)	
[건강관리에방서비스]	보건소 방문건강관리사업 AI·IoT 기반 건강관리 치매안심센터 만성질환관리사업	장애인주치의제도	
[장기요양서비스]	장기요양재가서비스 노인맞춤돌봄서비스	-	
[일상생활돌봄]	이동·가사·영양 및 식사 지원서비스	장애인활동지원서비스 장애인콜택시 및 바우처 생활이동지원서비스	
[주거지원서비스]	주거환경개선사업 케어안심주택	주거환경개선사업 지원주택(일부 지자체)	

신규 서비스 제안: 퇴원(노인·장애인) 환자 재가복귀

장애인 통합돌봄 모델 구축

- ✓ 장애인통합돌봄 모델을 제주와 대구 일부지역에서 실시하였으나 통일된 표준화된 모델 구축에 어려움이 있었음. 가장 큰 한계는 **의료, 보건, 복지 서비스 통합제공을 위한 조직이 없었으며**, 전문성 부족과 중복사례관리가 운영효율을 저하시켰음
- ✓ 의료-돌봄 양방향의 통합모델이 중요
- ✓ 우선 **퇴원환자를 중심 통합연계관리 체계 구축** : 책임의료기관/공공 보건의료기관 **다학제적 접근방식을 도입**하여 의료,보건,복지서비스를 통합 제공

13

신규 서비스 제안: 퇴원(노인·장애인) 환자 재가복귀

장애인을 위한 퇴원 관리 기준 제고

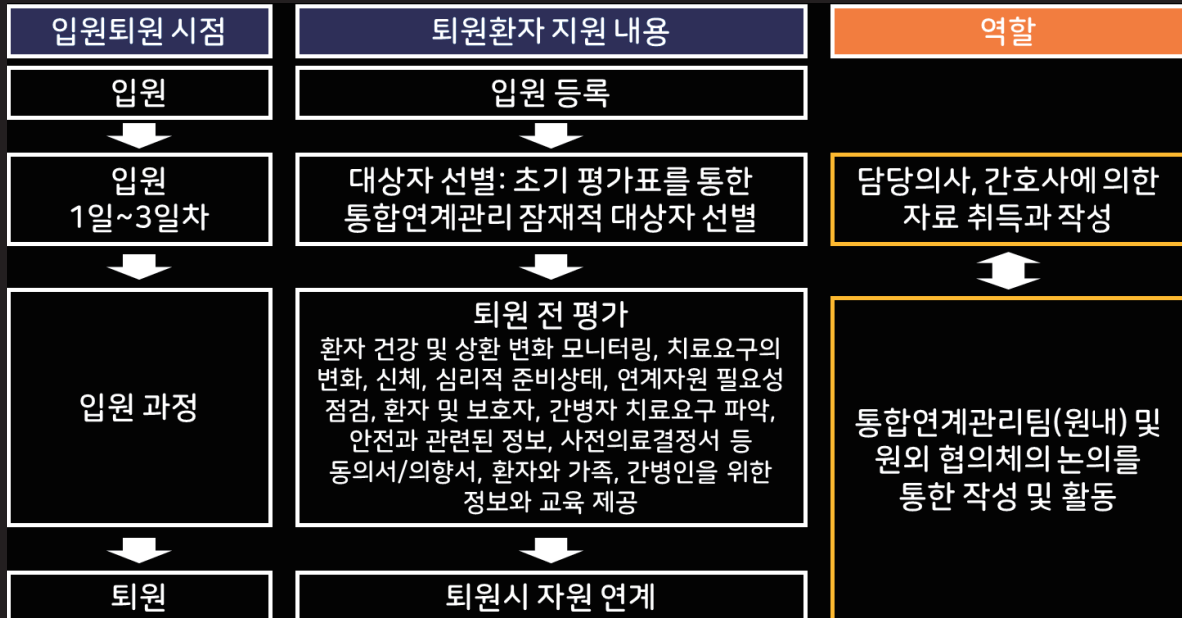
- ✓ **장애등급제 폐지 이후** 자격기준이 모호하여 혼란이 발생하고 있으며, **등록장애인, 등록 전 장애인, 거동불편자의 사각지대가 발생**하고 있음
- ✓ 통합적이고 명확한 자격기준을 마련하여 서비스 제공이 이루어져야 함
- ✓ 이를 위해 **"기능상태 평가"**를 통해 **등록장애인 뿐만 아니라 등록 전 장애인을 포함**하는 것이 필요함

14

신규 서비스 제안: 퇴원(노인·장애인) 환자 재가복귀

장애인(등록 전 장애인 포함) 통합연계관리

✓ 병원내 의료진에 의해 초기 평가가 함께 이루어질 수 있도록 역할분담



15

신규 서비스 제안: 퇴원(노인·장애인) 환자 재가복귀

입원 초기 평가 도구를 통해 퇴원시 통합연계관리 대상자 선별

- 신체 상태: 이동성, 통증, 활동성, 식욕, 수면, 연하곤란
- 심리 상태: 불안, 공포, 수면 장애, 환각, 기억상실, 우울증, 외상 후 스트레스
- 인지 상태: 기억력 저하, 판단 및 관리 능력 저하
- 목표: 독립적인 활동을 위한 건강 수준을 가졌는지에 대한 평가
- 지식: 자신의 건강 관리에 필요한 지식 (예: 투약 및 부작용에 대한 지식)
- 환경: 생활 환경의 안전성 등에 관한 평가
- 환자와 가족 및 간병인은 퇴원 후 연계 과정 동안 불안과 스트레스를 경험하므로 이에 대한 고려도 필요
- 환자의 건강 상태 확인 및 평가할 수 있는 지식과 역량
- 건강 정보에 대한 이해 및 언어 구사 능력
- 건강에 대한 과다한 정보 노출 여부
- 태도, 신념 또는 문화
- 환자를 관리할 수 있는 인지 능력 (질병, 수면부족, 발달 연령, 우울증이나 의약품 부작용 등 인지 장애에 영향을 받을 수 있는 상태 등이 포함)
- 일상적 활동을 스스로 관리할 수 있는 기능 상태
- 도움 받을 수 있는 네트워크 (정신적 신체적 도움을 받을 수 있는 사회적 지원 또는 가족 또는 간병인 등)
- 지역사회 서비스와 일차 진료의 접근성
- 필요한 치료를 위한 재정적 상태

16

신규 서비스 제안: 퇴원(노인·장애인) 환자 재가복귀

통합사례 관리 주요 고려사항

- ✓ **초기상담 강화** : 대상자의 종합적인 파악이 가능한 초기 상담이 중요. 반복적 상담 통해 대상자의 욕구를 파악하고 이에 맞는 지원방안을 제시해야 함
- ✓ **사례관리자의 전문성 강화** : 장애인(등록 전 장애인 포함)의 특성을 이해하고 대처할 수 있는 전문성이 요구되며 이를 위해 체계적인 교육과 훈련을 통해 전문적 역량 강화가 필요함
- ✓ **통합지원 필요** : 다학제적 접근이 필수적(물리치료, 작업치료, 언어재활, 구강관리, 영양관리, 운동, 간호 등)이며, 필요로 하는 서비스를 통합적으로 제공해야 함. 이를 위해서 지역자원에 대한 정확한 파악과 상시 소통과정이 필요함

17

신규 서비스 제안: 퇴원(노인·장애인) 환자 재가복귀

장애인 및 등록 전 장애인 통합접수 → 지역연계관리

- ✓ 장애인 및 신규장애인 **등록**은 **신청과정이 복잡하고 여러 절차단계**로 대상자들이 불편을 겪고 있으며, 보건복지서비스 정보가 여러 기관과 시스템에 분산되어 있어 적절한 서비스를 탐색하는데 어려움
- ✓ 이를 위해 병원 내 통합연계관리팀에서 **읍면동 주민센터와 정보 공유체계를 강화**하고, 병원에서 **단일화된 정보제공** 창구를 마련하여 접근성을 개선해야 함 → 장애인주치의, 재택의료센터 등과 원활한 연결

18

신규 서비스 제안: 퇴원(노인·장애인) 환자 재가복귀

환자, 보호자, 간병자의 돌봄 지식 및 역량 강화 프로그램 신설

- ✓ (중요성) 환자 및 보호자의 돌봄 역량 부족 시 사례관리자 및 연계 기관 부담 증가
- ✓ 통합 연계 관리의 지속성 확보를 위해 교육이 필수적 역할 수행

퇴원 후 연계 시 자가 관리 능력을 향상시키기 위해 환자와 가족 및 간병인에게 다음의 내용을 포함한 자가 관리 방법을 교육

- 현재 환자의 상태에 대한 설명
- 퇴원 후 연계과정 중 나타날 수 있는 징후와 증상, 그에 대한 대처
- 의료진에게 도움을 청하는 시기, 방법
- 투약 방법
- 식이요법, 영양 관리 방법 등: 개인위생, 영양, 피부관리(욕창예방), 체위변경, 구강위생관리, 배변·배뇨 교육, 구강건강관리, 안전 및 낙상예방 교육
- 필요한 지역 자원에 대한 정보 취득 방법 등

다학제간팀은 환자와 함께 맞춤형 건강관리를 위해 퇴원 후 연계에 필요한 표준화된 자료와 교육 프로그램을 개발할 수 있음.

19

신규 서비스 제안: 퇴원(노인·장애인) 환자 재가복귀

지역 내 공공의료연계망 또는 협의체 구성

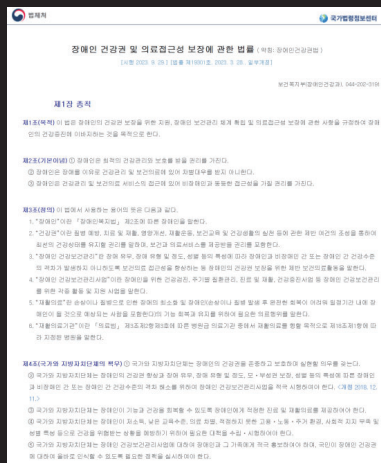
재택 건강관리 연계 강화	네트워크 운영 및 조직 구성	평가 및 서비스 개발	사례관리 체계 구축
• 완전 의존 환자를 위한 적절한 방문 진료 및 방문 간호 • 지역 내 방문보건 의료서비스 기관과의 협력체계 구축 • 재택 건강관리 서비스를 연결할 수 있는 기전 마련	• 읍·면·동 주민센터 중심으로 지역사회 보건 의료자원 연계 • 위원장, 부위원장, 위원, 간사 등으로 협의체 구성 • 연 2회 이상 회의 개최, 필요 시 유관 기관(시청, 지역 의사회 등) 참여 가능	• 병원-지역 일차 의료기관 간 평가 항목 및 자료 공유 • 급성기 재활 이후 지역사회 유지·관리·돌봄 가이드라인 개발 • 서비스 상호 이해, 연계 프로토콜 마련, 종사자 교육 훈련 논의	• 병원, 읍·면·동 주민센터, 사회 서비스원 사례관리자 협력 모델 설계

20

신규 서비스 제안: 장애인 다학제 주치의팀 사업

중앙정부 주도 장애인 건강주치의 시범사업 시행 중

- ✓ 「장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」(‘17.12.30.시행)에 따라 보건복지부는 2018년 5월 부터 장애인 건강주치의 시범사업 시행하고 있으며, 현재 4단계 시범사업 중



21

신규 서비스 제안: 장애인 다학제 주치의팀 사업

그러나 장애인 건강주치의 6년째 시범사업...활동 의사는 14.7%

- ✓ 정부가 사업을 위해 매년 500억원이 넘는 예산을 책정하고 있으나 예산은 1%조차 집행되지 않는 상황
- ✓ 4차 시범사업 등록 주치의 중 활동 주치의는 113명(14.7%)에 불과하고, 이중 56.6%는 수도권인 서울·경기에만 몰려있어 지방일수록 활동 주치의 수는 저조한 상황

<1~4차 장애인건강주치의 시범사업 등록/ 활동 주치의 현황>

(단위:명)

구분	1차시범사업 (18.5 ~ 20.5)		2차시범사업 (20.6 ~ 21.9.)		3차시범사업 (23.9.30 ~)		4차시범사업 (24.2 ~ 6.)	
	등록 주치의	활동 주치의	등록 주치의	활동 주치의	등록 주치의	활동 주치의	등록 주치의	활동 주치의
현황	340	64	508	61	681	155	765	113
활동주치의 비율	18.8%		12.0%		22.7%		14.7%	

*출처: 김예지 의원실

22

신규 서비스 제안: 장애인 다학제 주치의팀 사업

장애인의료-요양·돌봄 통합지원 = 장애인 다학제 주치의팀 사업 활성화

- ✓ 다양한 전문가(의사, 간호사, 물리치료사, 영양사 등)들로 이루어진 장애인 다학제 주치의팀 사업을 지역사회 기반 장애인 통합돌봄 시범사업에 적용
- ✓ 현재 시범사업이 진행 중인 안산시(의료사회협), 대전시(의료사회협), 파주시(민간의원), 진천군(지자체 주도형)의 사례를 바탕으로 지역사회 중재모델 확대 및 적용 방안 제안

민간이 하는 '장애인 주치의제도'

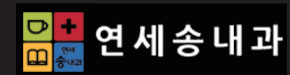
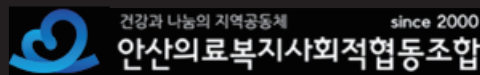
다직종팀 운영과 전인적 접근, 지역 네트워크가 특징

충청남도 지역신문, 2024년 11월 22일 17:06, 11월 22일 17:07

민간이 하는 '장애인 주치의제도'



지난 10월 24일 서울에서도 처음으로 장애인 다학제 주치의팀 운영을 주제로 열린 2024년 장애인복지정책포럼에서 안산시의료사회협(안산의료사회협)이 소개되고 있다. 안산시의료사회협은 2014년 설립된 민간 의료사회협이다.



23

신규 서비스 제안: 장애인 다학제 건강네비게이터

장애인의 신체/정신/사회적 건강 증진 및 의료·복지 서비스 접근 지원

- ✓ (정의) 장애인의 건강을 종합적으로 관리하고 지원하는 역할 수행
 - 1) 건강관리 지원: 만성질환 예방, 재활치료 계획, 영양 및 운동 지도
 - 2) 의료서비스 연계: 장애인이 적절한 의료진 및 치료를 받을 수 있도록 연결
 - 3) 복지 및 재활 상담: 정부 및 민간 복지 서비스 안내 및 신청 지원
 - 4) 심리·정서적 지원: 장애인의 정신건강 및 가족 지원 프로그램 연계
 - 5) 가족 및 사회적 관계를 유지
 - 6) 장애인의 자립을 위한 자기 결정권 강화
 - 7) 장애인 당사자의 목소리를 반영한 정책 제안

24

신규 서비스 제안: 장애인 다학제 건강 네비게이터

장애인 돌봄제공자의 자가건강관리 역량함양을 위한 교육 진행 건강 네이게이터 인력양성 프로그램(안): 이론 + 실습 + 현장체험 구성

시간	주제	구분
2	지역사회와 일차보건의료에 대한 이해	다학제케어
2	효과적/적극적인 의사소통	
1	지역사회 감염관리	
2	포괄적 사정 및 케어플랜 작성	
2	사례관리 이론과 실제	
1.5	만성질환 관리_1	
1.5	만성질환 관리_2	
1.5	구강기능 관리	
1.5	구강위생 관리	
1.5	다학제협력과 팀워크	
1.5	건강교육 기초	
1.5	작업치료/주거환경개선	
2	다학제 서비스 조정(국외사례)	
1	장애, 건강, 사회	장애이론
1	장애인 건강권	
1	장애인 당사자가 생각하는 건강과 삶	
1.5	장애인 보건의료체계 및 돌봄체계	

25

신규 서비스 제안: 장애인 다학제 건강 네비게이터

시간	주제	구분
1	시각 장애인의 질 높은 삶과 건강	장애 유형별 건강한 삶
1	청각 장애인의 질 높은 삶과 건강	
1	발달 장애인의 질 높은 삶과 건강	
1	지체뇌병변 장애인의 질 높은 삶과 건강	
1	정신 장애인의 질 높은 삶과 건강	
1	내부장애인의 질 높은 삶과 건강: 호흡기 장애를 중심으로	
1	내부장애인의 질 높은 삶과 건강: 장요루 장애를 중심으로	
1	장애 아동청소년의 교육과 건강	생애주기속 장애
1	고령장애인의 건강필요와 통합지원	
1.5	장애인 영양관리	장애인 보건의료
1	장애인 운동과 물리치료	
1	유니버설 디자인	BF 환경조성
1	장애인 정신건강 관리	장애인의 정신건강
1.5	장애인의 지역사회 복귀 및 사회 참여	장애인의 사회적 건강
3	사례관리 경진대회	실습 및 현장체험
3	현장실습_1	
3	현장실습_2	
2	현장실습_3	
2	과정평가(시험)	
1	총괄평가 및 수료식	

26

장애인 통합사례관리 역할 분담 및 로드맵

의 료	보 건	복 지	공 공	민 간
• 장애인복지기관과 협력 • 장애인건강주치의가 서비스 제공 • 지역장애인보건 의료센터 의료서비스 허브	• 질환관리, 예방 건강증진 담당 • CBR팀을 중심으로 보건 자원 간 네트워크 구축	• 건강유지 및 예방활동 중심으로 지원 • 다양한 복지자원 연계 • 장기적 지원체계 마련	• 취약계층 선별 • 적절한 서비스 연계	• 장기적 지원 • 전문상담을 통한 체계 보완

✓ 전달체계 역할분담

중앙정부

- 매뉴얼 개발 및 시스템 개발
- 교육 및 평가 수행

지방자치단체

- 추가적인 서비스 개발
- 지역자원 연계 담당

✓ 의료 보건 복지 영역 간 통합된 정보 시스템 필요 : 장애인 의료, 보건, 복지 통합서비스를 위한 정보 통합

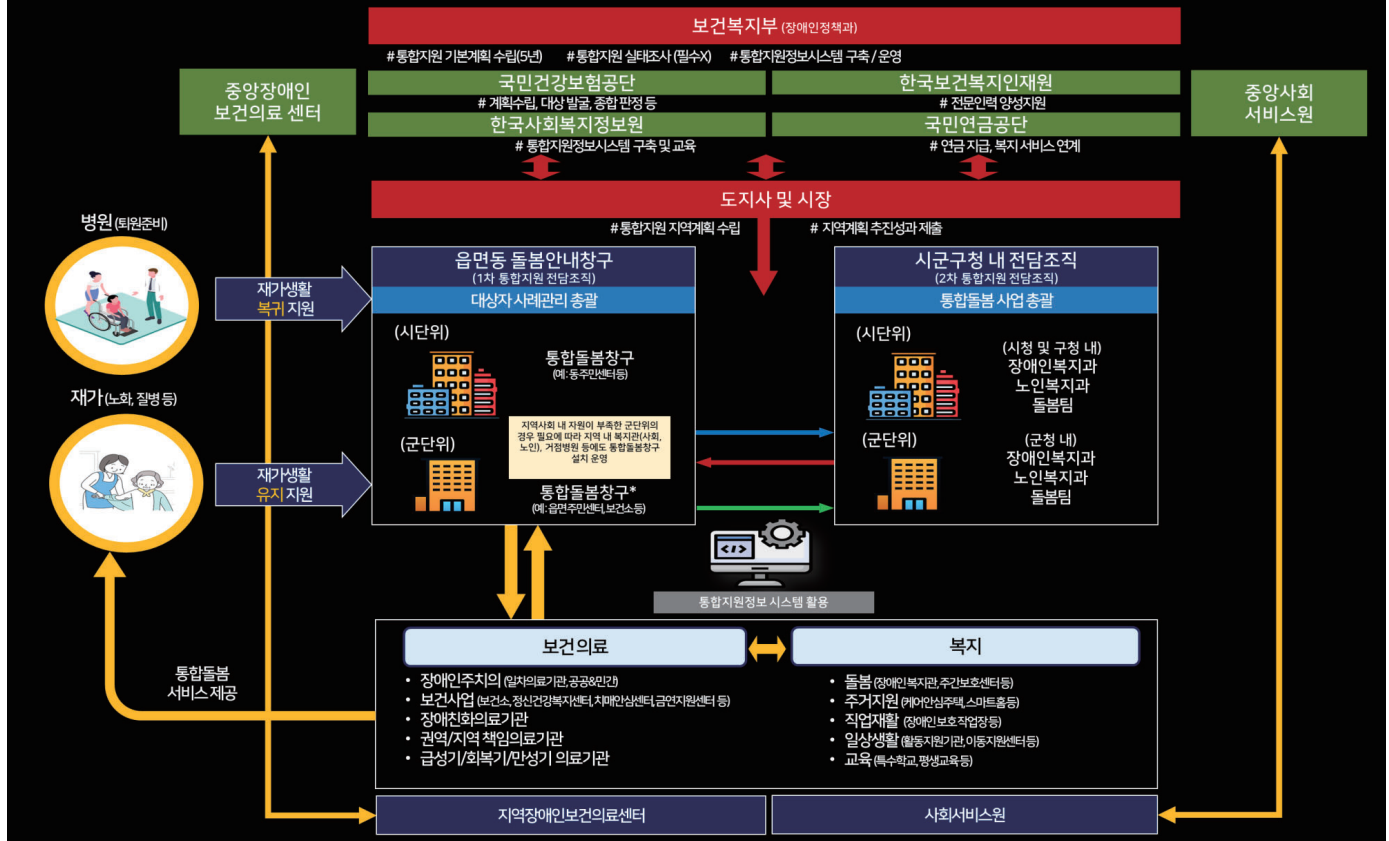
27

통합돌봄지원 목표 및 대상자, 성과관리 지표(안)

목표	대상자	중재	성과관리지표	
탈시설 주거결정권	시설입소군 (A군)	주거지원 서비스 (사례관리)	과정지표	전년대비시설입소자비율(유지 또는 소폭감소)
			결과지표	서비스 이용 만족도, 건강관련 삶의 질, 기능유지율, 이차장애발생율
			투입지표	지역사회 발굴률, 서비스이용률, 협력 기관수
시설입소 예방	시설입소 고위험 재가장애인 (B군)	통합재가 지원서비스 (사례관리)	과정지표	전년대비시설입소자비율(유지 또는 소폭감소)
			결과지표	서비스 이용 만족도, 건강관련 삶의 질, 미충족 의료경험율, 주관적 건강상태, 반복입원율, 응급실 이용율, 이차장애발생율
			투입지표	지역사회 발굴률, 재가 돌봄서비스이용율, 협력기관수

28

장애인 통합돌봄 모델(안)



장애인 통합돌봄 중장기 추진방안

Care continuum에 따른 장애인의 의료요양 장애요인

장애 발생 전



장애 발생 후

특정사건의 발생
(신체이상, 질병, 상해)



장애요인
(Barriers)

진단

치료

재활

2차
장애 예방

건강
증진

건강
검진

사회참여

- 치료초기 집중적 전문재활(△)
- 재활서비스 전달체계(△)
- 비용문제
- 정보제한
- 이송수단 제약

- 병원-사회 전환기 프로그램(X)
- 비용문제
- 정보제한
- 이송수단 제약

- 정보제한
- 이송수단 제약
- 검사장비(X)
- 보조기기(X)
- 웰니스프로그램(X)
- 의료진의 몰이해
- 비용문제

- 의료서비스와 사회 서비스 분절

- 신체기능/구조의 손상(impairment)
- 기능적 제한
- 장애(disability)로의 고착

- 장기적 건강영향
- 불건강 행태(비만, 흡연, 고위험음주 등)
- 2차 장애 수반 및 삶의 질 저하
- 만성질환 유병(고혈압, 당뇨, 이상지질혈증, 우울증 등)
- 중증질환 발생(암, 심뇌혈관질환 등)
- 조기사망 등





●●●

거버넌스

Chungbuk National University

중앙정부 및 건강보험공단·국민연금공단

✓ 보험료율, 자원 배분 기준 설정, 자원 형성 및 관리

✓ 재정 운용 및 서비스 질 평가 기전 마련

✓ 사례 관리 수가 및 기타 서비스 수가 기준 마련

지방자치단체

✓ 통합된 재정의 운용 책임, 서비스 기관 관리

34

거버넌스

건강보험공단·국민연금공단

- ✓ 장기요양 등급 판정(활동지원평가), 표준장기요양이용계획서(활동지원계획서) 제공, 급여제공계획서(활동지원급여계획서) 관리, 주기적인 모니터링, 심사/급여비용 지급
- ✓ 추가적인 보건복지자원 연계가 필요한 경우 지자체 및 돌봄통합지원센터에 의뢰

돌봄통합지원센터

- ✓ 장기요양 등급외자 및 돌봄서비스 욕구(+)
- ✓ 지역돌봄서비스 기획, 평가

35

인프라

전문재활 병원, 장애인주치의, 장애인검진기관, 장애친화의료기관 및 건강증진서비스 확충

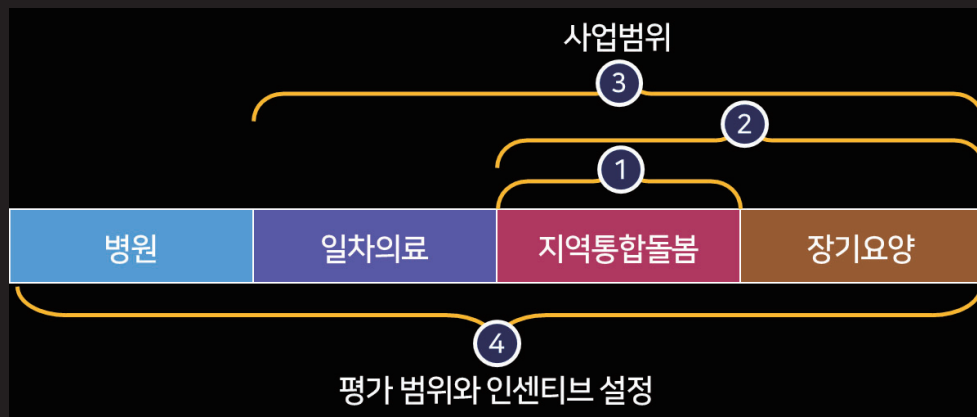
- ✓ 비영리법인(공익법인) 및 거점 병의원네트워크 참여 전제로 진료권별 거점 역할 부여
- ✓ 시도 권역별 권역(공공)재활병원, 70개 진료권별 지역(공공)재활 병원·검진기관 단계적 확충 → 지역거점(공공)병원 설치
- ✓ 소진료권 단위로 장애인주치의, 장애친화의료기관, 건강증진서비스 확충

36

재정

사업 및 평가 범위와 인센티브 설정

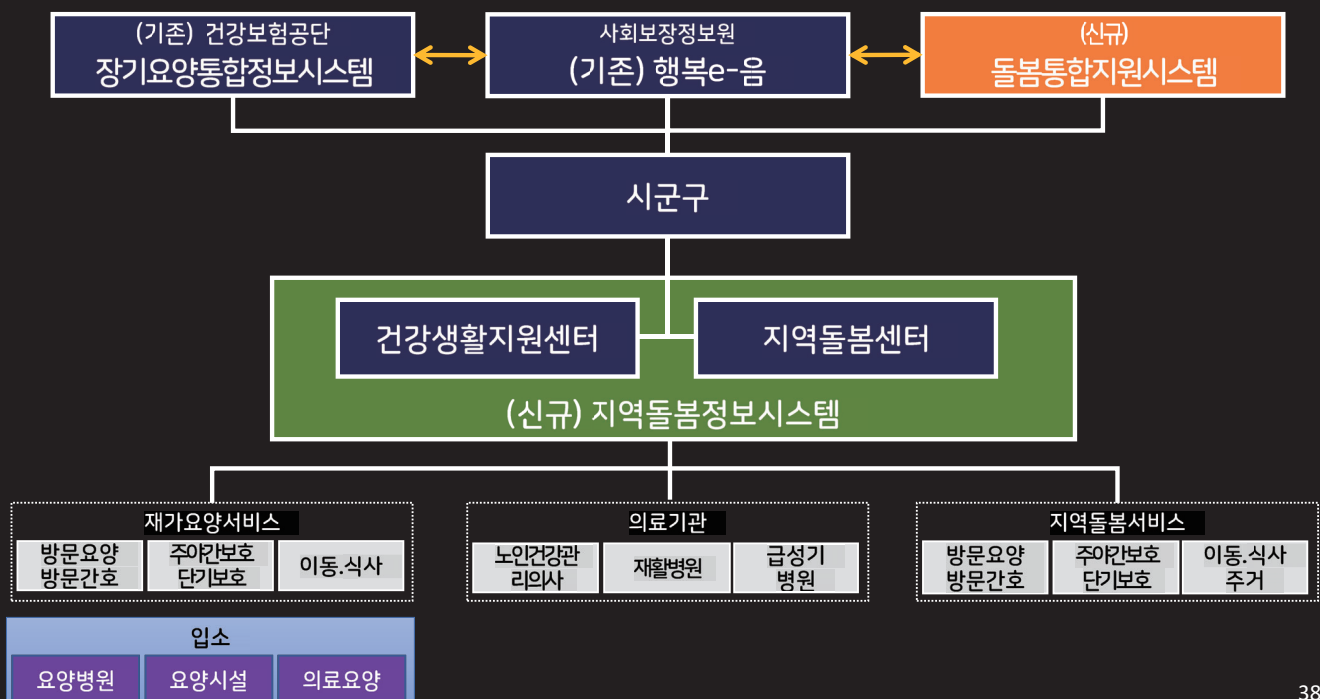
- ✓ 1안 : 돌봄통합지원
- ✓ 2안 : 장기요양 + 돌봄통합지원
- ✓ 3안 : 일차의료 + 장기요양 + 돌봄통합지원
- ✓ 4안 : 일차의료 + 입원 + 돌봄통합지원 + 장기요양



37

정보체계

장기요양통합정보시스템 + 행복e음 + 돌봄통합지원시스템 통합



38

장애인보건의료서비스 역량 강화

장애인 건강주치의 시범사업 → 다학제주치의팀 형태로 본 사업 전환

- ✓ 도시 지역은 방문 진료를 포함한 그룹 개원 유도
- ✓ 농어촌 지역은 공공 클리닉에 장애인건강주치의 사업 포함

사례관리, 재택의료 → 장애인 주치의팀 역할에 포함

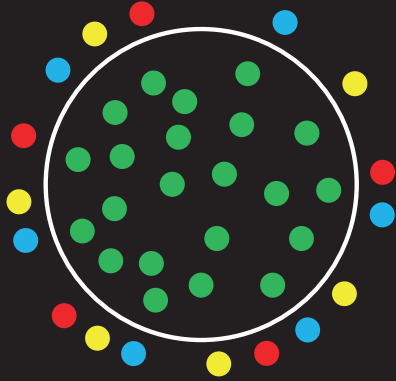
- ✓ 커뮤니티 케어에서 중심적 역할 담당
- ✓ 전국민 주치의제도의 선도 모형 구현

39

추진전략

장애인 통합돌봄의 방향 → Integration

효율적이고 포괄적인 통합돌봄 방안 모색 필요

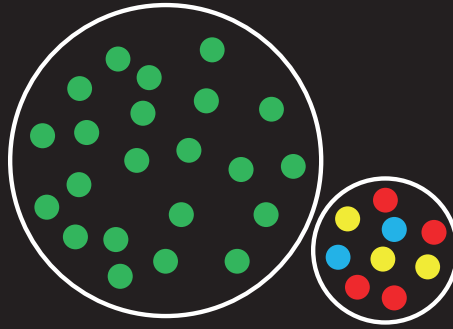


Exclusion

장애인을 고려하지 않은 정책

장애인을 사회적 서비스 및 정책
에서 완전히 배제하는 접근 방식

Ex. 노인장기요양



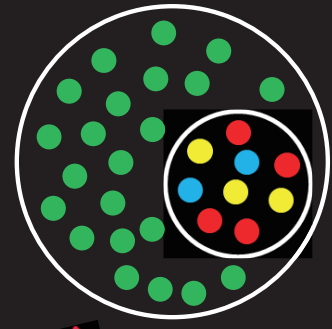
Segregation

노인과 장애인을 구분한 정책

노인과 장애인을 별도로 구분하여 각기
다른 시설과 프로그램을 운영

Ex. 노인장기요양, 장애인활동지원

* 서비스가 중복되거나 사각지대 발생



Integration

통합된 노인·장애인 정책

장애인과 노인이 같은 시설에서
생활하면서 각각의 특성을 반영한
맞춤형 서비스 제공

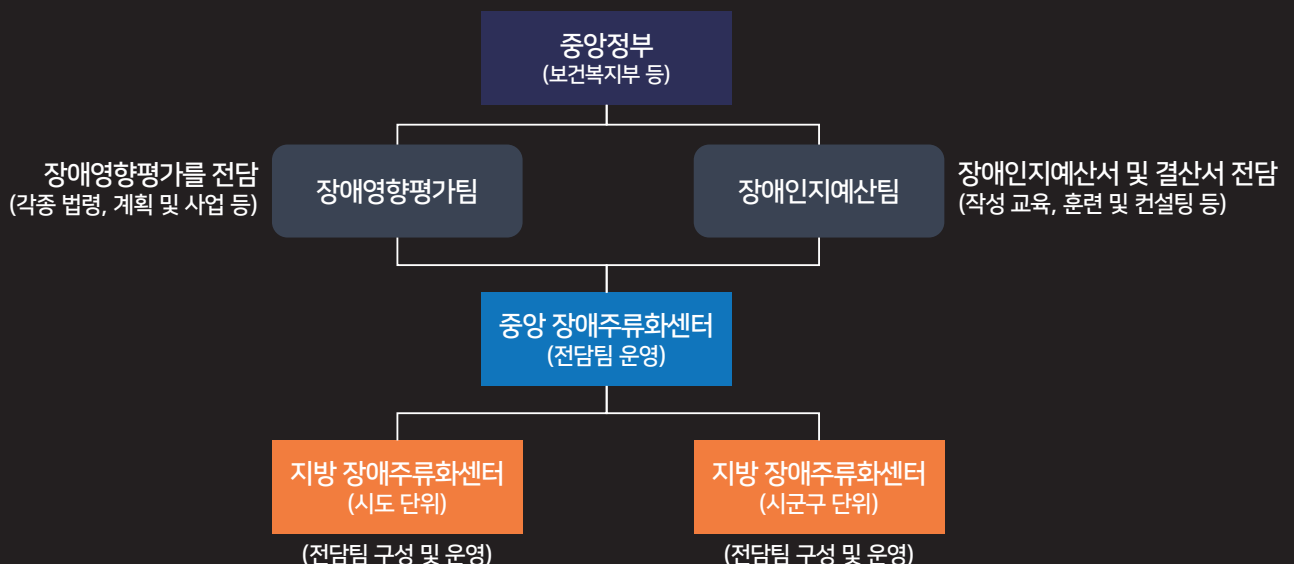
Ex. 노인장기요양 + 장애인활동지원

41

1. 보건의료에서의 장애(건강)영향평가제도 도입

장애영향평가팀과 장애인지예산팀 구성

전담팀으로 구성된 장애주류화센터를 중앙 및 지방에 신설 및 운영



42

2. 보건의료 예산 중 장애인지예산 도입

보건의료 재정·운용의 모든 과정에 장애인의 특성과 필요를 명시적으로 고려한 예산 항목 포함

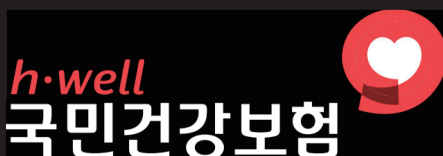
- ✓ 장애인을 위한 별도 사업을 만드는 것이 아닌 모든 보건의료 예산에서 장애인이 배제되지 않도록 설계하고 집행하는 포괄적 접근 필요
 - * 국가재정법, 지방재정법 및 지방회계법 등 관련 법 개정
 - * 장애과 건강연구 활성화를 위해 연구부문에서도 장애인지예산 배정 필요(예: 한국연구재단에서 여성연구자에 가산점 부여)

43

3. 보건의료부문 국가승인통계에 장애변수 포함

비장애인과 마찬가지로 건강 상태 모니터링 및 정책수립 근거로 활용

- ✓ 현재 국민건강보험통계, 국민건강영양조사, 지역사회건강조사, 국가암통계 등 국가의 대표적인 건강 통계에서 장애를 구분하는 항목 미포함
- ✓ 실질적으로 보건의료 부문뿐 아니라 모든 국가승인통계에서의 장애변수 포함 필요



지역사회건강조사
Community Health Survey



국민건강영양조사



국가암정보센터
National Cancer Information Center



44

4. 보건의료인 교육과정에 장애와 건강 교육 포함

장애친화 교육 → 장애이해도 제고 → 차별 없는 진료환경 조성 대학 교육과정에 추가하고 기존 의료진을 대상으로 교육 이수 제도화

- ✓ 장애에 대한 인식 개선은 진료현장에서의 차별 해소의 출발점
 - 의료인의 장애 이해도 향상을 통해 무지와 편견에서 비롯된 소극적 진료, 의사소통의 어려움 등을 줄이고, 장애인의 건강권을 보장하는 의료문화를 형성
- ✓ 모든 의료인이 갖춰야 할 기본 소양
 - 대학 정규 교육과정에 반영하고, 기존 의료인을 위한 의무교육으로 제도화함으로써 의료 현장의 포용성과 접근성을 제고
- ✓ 장애감수성이 높은 의료전문가 양성 필수
 - 지속적이고 체계적인 교육을 통해 장애 친화적인 서비스 제공 역량을 강화하고, 의료접근성 격차 해소에 기여

45

감사합니다

jonghyock@gmail.com

2025 한국장애인보건의료협회 하계학술대회

**다학제주치의팀 성과결과:
장애인건강지킴이 플랫폼**

이운영 (충북대학교 보건과학융합연구소 선임연구원)

2025년 한국장애인보건의료협의회 하계 학술대회

다학제주치의팀 성과 결과

2024년 다학제주치의팀 모니터링 지표 기반



이운영
한국장애인보건의료협의회 간사
충북대학교 의과대학 박사과정

사업의 개요 및 연구 배경

사업명

마을 다학제주치의팀 활성화를 통한 장애인 중심 건강관리 역량강화 지원사업
「장애인 건강지킴이 플랫폼」

연구배경

- 기존 장애인 건강관리 체계의 한계
- 장애인 주치의 시범사업의 다학제팀 구성 지원 부족
- 포괄적이고 지속적인 다학제 주치의팀 필요성 제기

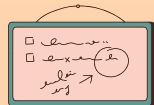
사업목적

마을 단위 다학제주치의팀 활성화를 통해 장애인 중심 건강관리 역량 강화 지원

연구목적

다학제 건강관리와 지역자원 결합의 필요성에 대한 근거 마련하고, 장애인의 다양한 영역에서의 삶의 질 향상

- 장애인 건강관리 다학제주치의팀 운영 활성화
- 장애인의 건강 지표 향상 및 마을단위 건강관리 네트워크 활성화
- 다학제 전문인력 역량 강화 및 사례관리 프로토콜 개발
- 사업지속성을 위한 정책 활동 추진



대상자 및 팀 구성

장애인 참여자

안산시와 대전시에 거주하는 장애인 41명

- 안산의료복지사회적협동조합
- 민들레의료복지사회적협동조합

다학제 주치의팀

전문인력양성교육을 이수한 18명

의사 · 간호사 · 한의사 · 물리치료사 · 사회복지사 ·
작업치료사 · 영양사 · 치과위생사 등



주요 사업 내용

전문인력 양성 교육

다학제주치의팀 역량 강화 교육 프로그램 운영

다학제팀 구축 및 운영

461회 사례관리 중재 수행 (1인당 평균 11.5회)

모니터링 및 평가

체계적 운영 성과평가 및 사업유지 전략 수립

마을건강 네트워크 구축

건강리더 양성 및 민-관 연계체계 구축



평가 지표

서비스 만족도 조사

사후 평가

- **성과목표:** 장애인 건강관리 다학제 주치의팀 운영 활성화
- 장애인의 특수한 욕구에 반영하도록 개발한 수정된 SERVQUAL모델

다학제 전문직간 협력 역량

사전-사후 평가

- **성과목표:** 장애인 건강관리 다학제 주치의팀 운영 활성화
- IPEC Competency Self Assessment Tool을 활용

웰빙측정도구

사전-사후 평가

- **성과목표:** 장애인 건강지표 향상
- Well-being Assessment(IHI)와 삶의 번영(Vander Weele)지표를 통합 구성하여 개발한 도구

도구적 일상생활 수행능력

사전-사후 평가

- **성과목표:** 장애인 건강지표 향상
- 전화 사용, 교통수단 이용, 쇼핑, 식사 준비, 가사, 세탁, 투약, 돈 관리 등의 일상생활 능력을 평가하는 지표

WHODAS

사전-사후 평가

- **성과목표:** 장애인 건강지표 향상
- WHO가 개발 / 건강상태와 장애 수준을 표준화하여 평가하는 도구

지역사회 네트워크

사전-사후 평가

- **성과목표:** 마을단위 장애인 건강관리 네트워크 활성화
- 일상생활 및 지역네트워크 이용, 활동 등의 변화 확인

통증평가척도

사전-사후 평가

- **성과목표:** 장애인 건강지표 향상
- 시각아날로그척도(VAS활용)

서비스 이용 만족도 조사

수정된 SERVQUAL 도구

- 사례관리 만족도의 평가를 위해 **과정, 참여, 결과, 서비스만족도, 충성도**로 구분하여 평가
- 기존의 SERVQUAL 모델을 장애인의 특수한 요구와 환경을 반영하도록 수정하여 개발
- 장애인들이 경험하는 서비스의 품질을 보다 정확하게 평가하기 위함(박수지, 2018)
- 해당 연차 사업 종료시 측정

SERVQUAL도구란?

- 서비스 품질을 평가하기 위한 측정 도구
- 1980년대 초 Parasuraman, Zeithaml, Berry가 개발한 이론적 모델
- 고객이 서비스의 질에 대한 기대와 실제 경험을 비교

수정된 SERVQUAL

영역	문항(7점 리커트)	
	1점(전혀 동의하지 않음) ~ 7점(동의함)	
과정품질	다학제주치의팀은 당신을 도와줄 용의가 있다	
	다학제주치의팀은 당신에게 신뢰를 준다	
	다학제주치의팀은 당신의 최선의 이익을 염두에 둔다	
참여품질	나는 서비스에 대한 불만을 보고할 수 있다	
	나는 사업에 참여하면서 장애인 당사자 및 보호자, 단체 등에 대해 알게되었다	
결과품질	이 서비스는 제공기관과 함께 계획되었다	
	서비스 이용 후 일상생활 활동이 향상되었다	
	서비스 이용 후 삶의 질이 향상되었다	
서비스만족도	서비스 이용 후 간병인의 스트레스가 감소했다	
충성도	전반적인 서비스 만족도는 ?	
	향후 이 서비스를 다시 이용하겠습니다 ?	

서비스 이용 만족도 조사

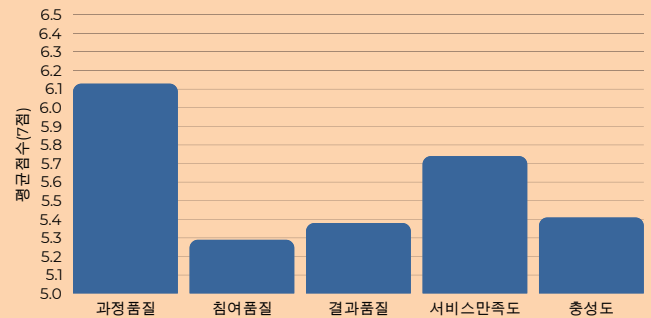
결과

- 과정품질(평균6.13)과 서비스만족도(평균5.74)에서 가장 높은 점수
- 참여품질(평균5.29)에서 다소 낮은 점수
- 충성도(SD2.10)에서 높은 표준편차

서비스 이용 만족도: 설문별 결과

구분	안산평균	대전평균	평균	SD
(과정) 다학제주치의팀은 당신을 도와줄 용의가 있다	5.76	6.48	6.16	1.22
(과정) 다학제주치의팀은 당신에게 신뢰를 준다	5.71	6.38	6.08	1.34
(과정) 다학제주치의팀은 당신의 최선의 이익을 염두에 둔다	5.82	6.43	6.16	1.20
(참여) 나는 서비스에 대한 불만을 보고할 수 있다	4.53	6.24	5.47	1.45
(참여) 사업참여 중 장애당사자, 보호자, 단체에 대해 알게되었다	4.47	5.76	5.18	1.67
(참여) 이 서비스는 재공기관과 함께 계획되었다	4.35	5.90	5.21	1.49
(결과) 서비스 이용 후 일상생활 활동이 향상되었다	4.67	6.19	5.49	1.41
(결과) 서비스 이용 후 삶의 질이 향상되었다	4.67	6.00	5.38	1.53
(결과) 서비스 이용 후 간병인의 스트레스가 감소했다	4.71	5.71	5.26	1.25
(서비스만족도) 전반적인 서비스 만족도는 ?	4.89	6.48	5.74	1.37
(충성도) 향후 이 서비스를 다시 이용하겠습니까 ?	5.28	5.52	5.41	2.10

서비스 이용 만족도: 영역별 평균 결과



다학제 전문직간 협력 역량 측정

IPEC Competency Self-Assessment Tool

- 다학제 협업을 개선하기 위해 개발된 도구(가치와 윤리 / 역할과 책임 / 의사소통 / 팀워크)
- 보건의료분야 전문직 종사자의 다학제적 협업과 효과적인 지역사회 건강증진 지원 목표
- IPEC((interprofessional Education Collaborative):
2009년 미국설립 / 다학제 협업교육을 위한 핵심역량 정의 / 이를 교육과정에 통합하도록 프레임워크 제공
- 문항별 5점 척도

	Strongly Disagree	Disagree	Neither Agree nor Disagree	Agree	Strongly Agree
1. 나는 우리 '팀'의 '포괄적인' 상호작용을 촉진하기 위해 의사소통 기술과/또는(의용)을 발휘할 수 있다.	1	2	3	4	5
2. 나는 환자, 보호자, 기타를 위한 의사소통의 서비스 전달의 중심에 있을 수 있다.	1	2	3	4	5
3. 다른 전문직 종사자와의 역할에 대해 공동으로 책임과 역할을 다룰 보건의료 전문직을 할 수 있다.	1	2	3	4	5
4. 나는 팀을 기반으로 서비스를 제공할 때 비평을 수락하고 환자의 개인정보를 존중할 수 있다.	1	2	3	4	5
5. 나는 '팀'의 '상황'에 '적합한' 다른 전문직의 의사소통을 통해 보건의료의 결정을 내릴 수 있다.	1	2	3	4	5
6. 나는 팀의 특정인 다양성을 수용할 수 있다.	1	2	3	4	5
7. 다른 포괄적인 팀의 '결정'을 '지원'하는 '의사'를 '지원'할 수 있다.	1	2	3	4	5
8. 나는 다른 보건의료 전문직의 문화와 가치를 존중할 수 있다.	1	2	3	4	5
9. 나는 '문화' '역할'에 대한 '전해'를 '전달'할 수 있다.	1	2	3	4	5
10. 나는 다른 팀원들과 신뢰관계를 발전시킬 수 있다.	1	2	3	4	5
11. 나는 '전문직' '팀'과 '팀'의 '보건의료' '전문'을 '지원'하는 '결정'을 '지원'할 수 있다.	1	2	3	4	5
12. 나는 팀의 '문화' '역할'에 대한 '전해'를 '전달'할 수 있다.	1	2	3	4	5
13. 나는 '전문직' '팀'과 '팀'의 '보건의료' '전문'을 '지원'하는 '결정'을 '지원'할 수 있다.	1	2	3	4	5
14. 나는 다른 팀원들과 신뢰관계를 발전시킬 수 있다.	1	2	3	4	5
15. 나는 '전문직' '팀'과 '팀'의 '보건의료' '전문'을 '지원'하는 '결정'을 '지원'할 수 있다.	1	2	3	4	5
16. 나는 내 직업에서 내가 받은 훈련을 통해 나는 '전문'을 '지원'할 수 있다.	1	2	3	4	5

결과

- 전체평균 5.1점(7.7%)증가
- 사업에 참여한 다학제주치의팀의 효과적 협업

다학제 전문직간 협력 역량 측정 결과

구분	사전평가	사후평가	증감률
전체	66.4점	71.5점	+ 5.1점 (7.7%)
안산	70.3점	76.9점	+ 6.6점 (9.4%)
대전	64.1점	68.8점	+ 4.7점 (7.3%)

웰빙측정도구

웰빙측정도구

- 참여자의 웰빙 정도를 측정하기 위해 8가지 영역의 24개 문항 구성
- 문항별 10점 척도(영역별30점)

웰빙측정도구란?

- IHI(Institute for Healthcare Improvement)와 하버드대 IQSS(연구소)에서 개발한 Well-being Assessment와 하버드대 공공보건대학원 교수 Vander Weele이 2017년 개발한 삶의 번영(flourishing) 지표를 통합 구성하여 개발

영역	문항	10점 리커트	
삶에 대한 만족도 및 평가(30점)	현재 삶의 위치	0 가장 나쁜 삶	~ 10 가장 좋은 삶
	5년 후 삶의 위치	0 가장 나쁜 삶	~ 10 가장 좋은 삶
	현재 삶의 만족도	0 매우 불만족	~ 10 매우 만족
신체 건강, 정신건강 및 신체 기능(30점)	전반적인 자신의 신체건강	0 매우 나쁨	~ 10 매우 좋음
	전반적인 자신의 정신건강	0 매우 나쁨	~ 10 매우 좋음
	일상생활 제한 정도	0 전혀 제한 없음	~ 10 심각하게 제한
의미와 목적(30점)	자신의 일에 대한 가치	0 전혀 가치 없음	~ 10 매우 가치 있음
	나의 인생의 목적에 대한 이해	0 전혀 동의 안함	~ 10 매우 동의
	내 삶에 대한 방향과 목표의식 유무	0 전혀 동의 안함	~ 10 매우 동의
성향과 배려(30점)	선을 추구하는 방향으로 행동	0 전혀 그렇지 않음	~ 10 항상 그러함
	미래의 행복을 위해 현재의 행복을 포기	0 전혀 그렇지 않음	~ 10 매우 그러함
	공동체 구성원에게 사랑이나 관심의 표현	0 전혀 하지 않음	~ 10 매우 자주 함
관계(30점)	친구 및 대인관계 만족도	0 전혀 만족하지 않음	~ 10 매우 만족함
	대인관계의 자율성	0 전혀 만족하지 않음	~ 10 매우 만족함
	외로움	0 전혀 외롭지 않음	~ 10 항상 외로움
지역사회 및 사회적 지원(30점)	자신이 지역사회 구성원이라 생각여부	0 전혀 그렇지 않음	~ 10 매우 그러함
	위기 시 도와줄 친척 및 친구 존재	0 전혀없음	~ 10 항상 있음
	현재 살고있는 동네 및 지역 만족도	0 전혀 만족하지 않음	~ 10 매우 만족함
경제상태 평가 및 안정성(30점)	이런달 생활비에 대한 걱정	0 항상 걱정함	~ 10 전혀 걱정하지 않음
	안전, 음식 주거에 대한 걱정	0 항상 걱정함	~ 10 전혀 걱정하지 않음
	현재의 재정상태	0 가장 나쁜 상태	~ 10 가장 좋은 상태
감정(30점)	행복, 불행 정도	0 매우 불행함	~ 10 매우 행복함
	지난 2주동안 긍정적인 감정 정도	0 전혀 느끼지 않았음	~ 10 항상 느낌
	지난 2주동안 부정적인 감정 정도	0 전혀 느끼지 않았음	~ 10 항상 느낌

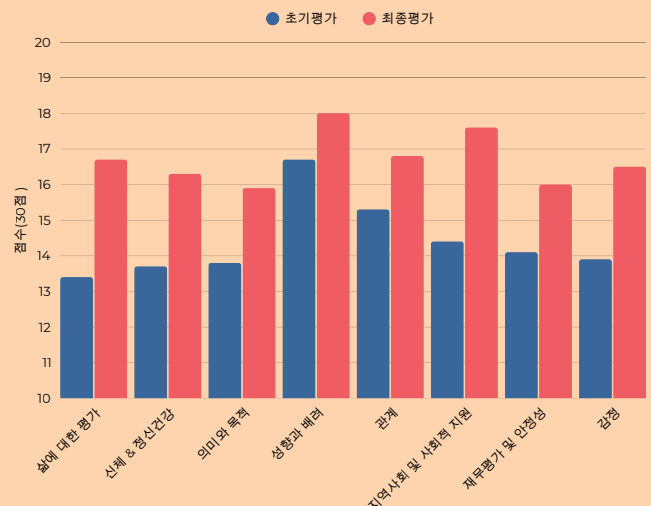
웰빙측정도구

결과

- 모든 영역에서 전반적인 웰빙 개선
- 삶에 대한 평가(24.6%)에서 가장 큰 증가율
- 지역사회 및 사회적 지원(22.2%) 증가

구분	초기평가	최종평가	증감률
삶에 대한 평가	13.4	16.7	24.6
신체 & 정신건강	13.7	16.3	19
의미와 목적	13.8	15.9	15.2
성향과 배려	16.7	18	7.8
관계	15.3	16.8	9.8
지역사회 및 사회적 지원	14.4	17.6	22.2
재무평가 및 안정성	14.1	16	13.5
감정	13.9	16.5	18.7

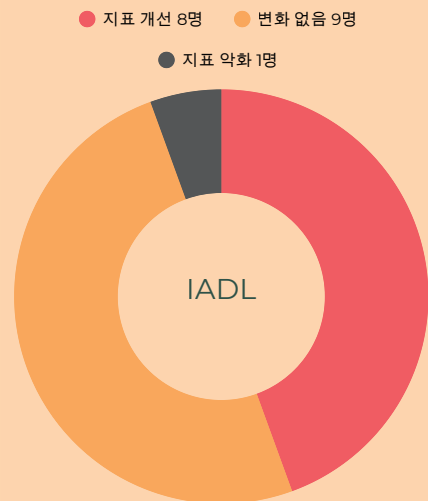
웰빙측정: 영역별 평균 결과



도구적 일상생활 수행능력(IADL)-안산

- 도구적 일상생활 수행능력 평가 (IADL:Instrumental Activities of Daily Living)는 노인이나 장애인의 독립적인 생활 능력을 평가하는 도구
- 설문문항: 전화 사용, 교통수단 이용, 쇼핑, 식사 준비, 가사, 세탁, 투약, 돈 관리 등의 일상생활 능력을 평가 (안산지역 20명 중 미응답 2명을 제외한 18명 평가)
- 지표의 총점은 40점으로 사전 및 사후 점수를 비교하여 '개선-악화-변화없음'으로 구분
- **결과: 절반 이상(94.4%)의 대상자에서 일상생활 능력이 유지되거나 개선 되었음**

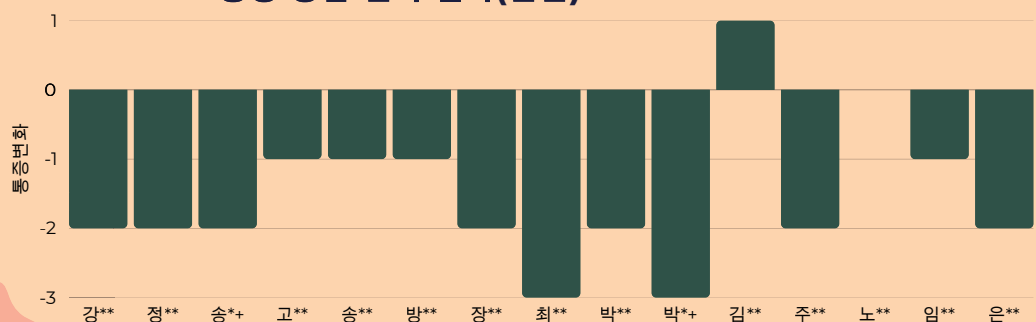
IADL 결과(안산)



통증평가척도(VAS)-안산

- 통증평가척도(VAS:Visual Analog Scale)를 이용하여 10점 척도평가
- 안산지역 20명 중 전-후 모든 평가를 완료한 15명 대상
- **결과: 13명(86.7%)에서 통증 개선의 변화, 사전평가 대비 사후평가에서 평균 1.53점의 통증 감소**

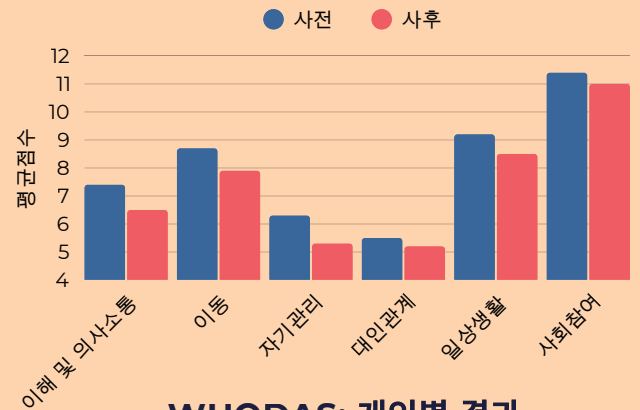
통증 증감 변화 결과(안산)



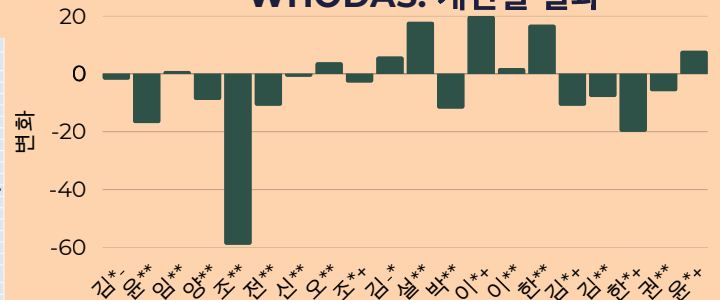
WHODAS-대전

- WHODAS는 세계보건기구가 개발한 건강상태와 장애수준을 표준화하여 평가하는 도구
- 이해 및 의사소통(30점)·이동(25점)·자기관리(20점)·대인관계(25점)·일상생활(40점)·사회참여(40점) 등의 6개 영역에 39개의 설문(설문별5점척도) / 낮은 점수가 개선된 지표
- **결과: 전반적으로 긍정적인 평가, 개인별 전체 합계점수에서 20명 중 13명에서 점수 감소로 긍정적인 변화, 영역별 평균 점수에서는 전 영역에서 사전평가 대비 사후평가 점수가 감소하여 개선됨**

WHODAS: 영역별 결과



WHODAS: 개인별 결과



WHODAS 2.0					
영역	문항 코드	질문	영역	문항 코드	질문
이해 및 의사소통	D1.1	10분 동안 어떤 일에 집중하는 데 어려움이 있었습니까?	일상생활	D5.1	집안일 계획을 수행하는 데 어려움이 있었습니까?
	D1.2	종교인 양면 기억하는 데 어려움이 있었습니까?		D5.2	가장 중요한 집안일을 할 때는 데 어려움이 있었습니까?
	D1.3	정상생활에서 문제를 분석하고 해결책을 찾는 데 어려움이 있었습니까?		D5.3	해야 할 모든 집안일을 처리하는 데 어려움이 있었습니까?
	D1.4	새로운 과제를 배우는 데(예: 새로운 장소 찾아가기) 어려움이 있었습니까?		D5.4	집안일을 필요한 만큼 신속하게 해내는 데 어려움이 있었습니까?
	D1.5	다른 사람과 말하는 것을 편안하게 이해하는 데 어려움이 있었습니까?		D5.5	일상적인 직장/학교 생활을 수행하는 데 어려움이 있었습니까?
이동	D2.6	대화를 시작하고 유지하는 데 어려움이 있었습니까?	사회참여	D6.6	직장/학교에서 가장 중요한 일을 할 때는 데 어려움이 있었습니까?
	D2.1	30분 이상 오래 서 있는 데 어려움이 있었습니까?		D6.7	해야 할 모든 직장/학교 일을 처리하는 데 어려움이 있었습니까?
	D2.2	집안일이 많아서 데 어려움이 있었습니까?		D6.8	직장/학교 일을 필요한 만큼 신속하게 해내는 데 어려움이 있었습니까?
	D2.3	집 안에서 이동하는 데 어려움이 있었습니까?		D6.9	다른 사람들과 함께 사회적 활동에 참여하는 데 어려움이 있었습니까?
	D2.4	집 밖으로 가는 데 어려움이 있었습니까?		D6.10	주변 환경의 장애물이나 방해로 인해 얼마나 어려움이 있었습니까?
자기관리	D3.5	1킬로미터 또는 이에 상응하는 거리를 걷는 데 어려움이 있었습니까?	추가 질문	H1	지난 30일 동안 이러한 어려움이 있었을 날은 며칠입니까?
	D3.1	중복을 씻는 데 어려움이 있었습니까?		H2	지난 30일 동안, 건강 문제로 인해 평소 활동이나 일을 전혀 할 수 없었던 날은 며칠입니까?
	D3.2	옷을 입거나 벗는 데 어려움이 있었습니까?		H3	지난 30일 동안, 전혀 할 수 없었던 일을 제외하고 "제한된 날은 며칠입니까?"
	D3.3	식사하는 데 어려움이 있었습니까?			
	D3.4	마실 동안 혼자 지내는 데 어려움이 있었습니까?			
대인관계	D4.1	외로운 사람을 대하는 데 어려움이 있었습니까?			
	D4.2	친구 관계를 유지하는 데 어려움이 있었습니까?			
	D4.3	가족을 사귀고 잘 지내는 데 어려움이 있었습니까?			
	D4.4	새로운 친구를 사귀는 데 어려움이 있었습니까?			
	D4.5	강제할 때는 데 어려움이 있었습니까?			

지역사회 네트워크

지역사회 네트워크 변화

- 지역사회에서 활동 장소와 관계 등의 조사
- **결과:** 사업 참여 이전에는 건강이나 일상생활의 필수 영역의 활동을 주로 하였으나 사업 참여 이후에는 운동, 취미활동 등 생활의 질 향상 중심의 활동 및 모임, 취업활동 등의 사회 참여적인 활동 추가



사전



사후(추가)



기타 성과

거버넌스 구축 노력

- 지자체와 장애인 건강 증진을 위한 지역 내 거버넌스 구축 지속 논의
- 지역사회 네트워크 구축 강화 노력에 지자체 동참 유도
 - 지자체(보건소, 구청 등)가 사업 기획 및 운영에 참여
 - 대덕구장애인건강플랫폼 구축, 서로돌봄 건강리더 교육 방안 모색 등
- 이를 통해 사업 인지도 향상 및 지역 내 사업 확장 가능성 모색

사회적 참여 및 삶의 질 향상 사례

- 구체적인 사례들을 통해 사회적 참여 및 삶의 질 개선 확인
 - 임대주택 신청 연계 및 주거 환경 개선 (엘리베이터 보유 아파트 이전, 방문 청소 연계)
 - 영양상담을 통한 자기 주도 식사 준비 가능
 - 지속적인 실내 운동을 통한 복지관 방문 및 친구 교류 시작

다학제팀 전문인력 교육 만족도

- 교육 주제 및 내용, 방법, 강사의 전문성 등 대부분 항목에서 높은 만족도
- 긍정적 평가 요인: 체계적 교육, Zoom 활용 접근성, 다학제적 의견 수렴

정책적 제언

기존 체계의 한계 보완

- 장애인 주치의 시범사업의 다학제팀 부재 문제 해결 필요
 - 다학제팀 구성을 위한 제도적 뒷받침 마련 시급
- 지역센터의 역할 강화 및 자원 연계 한계 극복
 - 지역장애인보건의료센터가 자원 연계 및 조정 '컨트롤타워' 역할 수행
 - 탈시설, 사회 통합 관련 자원 연계의 어려움 해소 필요

지속 가능성 및 확산

- 사업 결과 및 다학제-지역자원 결합 필요성 공론화 및 공유 지속(학술대회, 간담회 등 활동)
- 유관 기관 논의를 통한 수가 및 사업 유지 전략 모색(보건복지부, 건강보험공단, 심사평가원 등)
- 다른 지자체로의 사업 확대 논의 및 지역 확산 가능성 모색 (예: 진천군 등)



정책적 제언

사업 성과 기반 제언

- 본 사업 결과는 다학제팀 구성 및 지역자원 연계가 장애인 건강/삶의 질 향상에 중요 기여함 시사
→ 모델 확산 필요
- 장애인 당사자 참여 기전 마련: 서비스 이용 만족도 중 참여 품질 개선 위해 사업 기획 과정에 당사자 참여 중요
- 사회적 네트워크 강화 방안 모색: 참여 장애인의 사회적 네트워크 확장 중요
- 사례 관리 서식 및 프로토콜 표준화: 다종의 서식 활용 어려움 → 한눈에 파악 가능한 표준 서식/프로토콜 개발 및 활용 필요



결론

- 마을 단위 다학제 주치의팀 모델은 장애인의 신체적, 사회적 건강 및 삶의 질 향상에 긍정적인 영향을 미침
- 다학제 접근과 지역사회 자원 결합의 필요성에 대한 근거를 마련함
- 사업 참여자 만족도 중 참여 품질 향상, 사회적 네트워크 강화, 사례 관리 표준화 등 개선 과제가 도출됨

• 주요성과

1. 장애인 건강관리 역량강화
2. 서비스 만족도 및 웰빙 수준 향상
3. 신체적 기능 수준 개선
4. 다학제 전문 인력 간 협력 강화
5. 지역사회 네트워크 확장



향후계획

- 사업 계획
 - 사업 확대 (2025년 파주시, 진천군 포함)
 - 참여 대상자 및 중재 횟수 확대
(예: 중재 개입 700회)
 - 확대된 지역에서 다학제주의팀 구축 및 운영
 - 사례관리 프로토콜 개발 완료
- 사업의 장기적인 효과 관찰 및 모델 확산을 위한 정책 활동 지속
- 최종 중재모델 확립



한국장애인보건의료협의회
The Korean Association of Health Care for People with Disabilities

감사합니다.

이운영

한국장애인보건의료협의회 간사
충북대학교 의과대학 박사과정

2025 한국장애인보건의료협의회 하계학술대회

**고령과 장애의 경계를 넘는 커뮤니티케어:
일본 지역포괄케어시스템의 변화와 통합지원 전략**

이아영 (서울대학교 사회과학연구원 사회복지연구소 선임연구원)

한국장애인보건의료협의회 2025년 하계 학술대회

고령과 장애의 경계를 넘는 커뮤니티케어 : 일본 지역포괄케어시스템의 변화와 통합지원 전략

2025. 06. 28. 토요일

16:30~17:10

이아영

(서울대학교 사회과학연구원 사회복지연구소 선임연구원)

✉ miyabi0528@snu.ac.kr

들어가며 발표자 소개

고령과 장애의 경계를 넘는 커뮤니티케어: 일본 지역포괄케어시스템의 변화와 통합지원 전략

한국장애인보건의료협의회 2025년 하계 학술대회



이아영

서울대학교 사회과학연구원 사회복지연구소 선임연구원

서울대학교 사회복지학 박사

중앙대학교 지역돌봄과 건강형평성연구소 객원연구원

한신대학교 초빙교수

한국보건복지인재원 외래교수

주요연구

- 일본 지역포괄케어시스템의 변화에 대한 사례연구: 유형의 제약을 넘어서는 포괄적커뮤니티케어체계 2024.7 『사회복지연구』
- 시설 거주 장애인의 시설과 지역사회 정착을 위한 다차원적 관점 기반 전환지원 모형 2023.11 『한국사회복지학』
- 발달장애인의 생애 전환 경험에 대한 탐색적 연구: 생태학적 관점을 통한 생애주기 기반 지원체계의 보완 2023.3 『사회복지연구』
- 발달장애인의 자기결정(Self-determination) 지원과정에 대한 맥락-패턴 분석 2021.9 『정신건강과 사회복지』
- 치매노인 공공후견과정의 자기결정 지원요소에 대한 비판적 고찰 2021.8 『한국사회복지학』

주요 연구 키워드: 장애인, 노인, 정신장애, 발달장애, 커뮤니티케어, 돌봄, 자기결정 등

※ 본 발표는 2022년 대한민국 교육부와 한국연구재단의 지원을 받아 수행된 연구(NRF-2022S1A5B5A17045959)를 바탕으로 고령장애인에 맞춘 수정 보완한 내용이며, 해당 연구를 발전시킨 논문인 『일본 지역포괄케어시스템의 변화에 대한 사례연구: 유형의 제약을 넘어서는 포괄적 커뮤니티케어체계』(이아영, 2024)의 초고를 연경통합고령사회연구소 제49차 연경통합포럼에서 발표한 바 있음.

2

한국은 빠른 속도로 초고령사회에 진입하였으며 '고령장애인'의 증가와 '장애인의 고령화' 추세에 주목할 필요

□ 장애인이 노년기에 다다랐을 때의 지속성 문제

- 현행 제도에 따르면 장애인이 65세가 되면 기존의 장애인 활동지원서비스가 중단되고 노인장기요양서비스로 자동 전환됨

□ 이용자 유형 간, 서비스 유형 간 분절 문제

- 사회복지 전달체계는 부처 간 칸막이와 복지영역 간 분절성이 심각
- 공급자 중심 체계는 이용자의 복합적 욕구를 종합적으로 대응하지 못하는 한계

□ 공급자 중심의 정책

- 한국 정부는 2018년도에 『지역사회통합돌봄(커뮤니티케어) 기본계획』을 발표하고 2022년까지 선도사업을 시행, 2023년부터 확산함
그러나, 사업 초기부터 장애인과 노인을 별도로 구분하여 진행함에 따라 결국 공급자 중심의 지원체계가 갖는 문제점이 발생
- 노인 영역에서 더 발달한 특정 서비스는 장애인 영역에서는 이용 불가, 반대로 장애인 영역에서 더 발전된 서비스는 노인 영역에서는 배제됨

고령장애인의 비율*

- 65세 이상 고령 장애인 비율은 55.3%
- 정신질환자 중 노인 인구가 급격히 증가

장애에서 노인 서비스 전환 후

서비스시간의 감소**

- 월 420시간을 받던 활동지원 급여가 65세 이후 300시간으로 감소한 사례가 보고됨

* 자료: 보건복지부 보도자료 "2024년 등록장애인 263만 1천명, 전체 인구 대비 5.1%", 2025년 6월 20일 검색: <https://www.mohw.go.kr/>.

** 자료: 웰페어뉴스, 2024.10.08. '민 65세 이상 장애인, 활동지원 선택권 보장해야', <https://www.welfarenews.net/>

3

65세, 지원이 끊긴 날: 장애인에서 노인으로 분류된 뒤 바뀐 삶

"저는 젊었을 때부터 활동지원 서비스를 받아왔어요. 활동지원 선생님이 오셔서 집안일도 도와주시고, 병원도 같이 가주시고, 바깥활동도 함께 하면서 진짜 큰 힘이 됐죠. 덕분에 혼자 살면서도 잘 지내고 있었어요. 그런데 제가 65세가 되니까, 갑자기 복지관에서 전화가 왔어요. 앞으로는 장애인 활동지원은 더 이상 안 되고, 노인장기요양보험으로 넘어가야 한다는 거예요. 처음엔 무슨 말인지 잘 몰랐어요. 저는 여전히 장애인인데, 왜 서비스를 바꿔야 하냐고 물었죠."

그런데요, 제도가 그렇대요. 65세가 되면 '노인'으로 분류되니까, 활동지원은 안 되고, 장기요양서비스만 받을 수 있다고요. 그래서 장기요양보험으로 바뀌었는데... 이게 제가 받던 서비스랑 완전히 달라요. 일단 밖에 나가는 활동은 거의 없고, 집에서 식사나 청소 같은 기본적인 돌봄 위주예요. 선생님이랑 병원도 못 가고, 제가 원하던 활동은 아예 빠져버렸죠."

무엇보다 제 삶의 리듬이 완전히 달라졌어요. 활동지원 때는 제가 원할 때 도움을 요청할 수 있었는데, 장기요양은 정해진 시간에만 오고, 그 외 시간에는 혼자 버텨야 해요. 점점 외출도 줄고, 사람 만나는 것도 줄고, 솔직히 삶이 축소된 느낌이에요. 나이는 들었지만, 장애가 없어지는 건 아니잖아요? 저는 여전히 도움 없이는 살기 어려운 장애인인데, 나이 들었다고 제도를 저를 다른 사람으로 만들어버린 거죠. 그게 제일 억울하고 답답해요."

* 위 사례의 이야기는 사회복지체계의 분절문제를 중심으로 ChatGPT를 활용해 구성한 스토리입니다.

4

두 제도의 틈에서 소외된 고령장애인

“저는 70대 노인입니다. 오랫동안 지역에 살면서 혼자 지내고 있는데, 손에 경미한 장애를 갖고 있어요. 밖에 나가서 사람도 만나고, 여가활동도 하고 싶어서 노인복지관이나 경로당 프로그램을 알아봤어요. 그런데 막상 가보니까 제가 참여하기엔 무리가 있었어요. 스트레칭도 그렇고, 만들기 활동도 손이 불편하니까 따라가기가 힘들었죠. 무엇보다 장애가 있는 사람을 위한 준비가 전혀 안 되어 있어서, 괜히 눈치만 보다가 금방 나왔어요. 그래서 이번엔 장애인복지관의 문화 프로그램을 알아봤는데, 여긴 또 반대더라고요. 대부분 중장년 장애인 중심이고, 노인은 참여 대상에서 빠지는 경우가 많았어요. 체력이나 집중력이 요구되는 활동이 많다 보니까, 나이 든 사람은 자연스럽게 배제되는 분위기예요. 결국 저는 어디에도 끼지 못하는 기분을 자주 느껴요. 노인복지관은 장애가 있다는 이유로 어렵고, 장애인복지관은 나이가 많다는 이유로 어울리기 힘들고요. 그냥 집에 있는 날이 많아졌어요. 저도 그냥 다른 사람들처럼 나가서 사람들 만나고, 문화생활도 하고 싶은데... 장애도 있고, 나이도 많다고 해서 어디서도 환영받지 못하는 느낌이에요.”

※ 위 사례의 이야기는 사회복지체계의 분절 문제를 중심으로 ChatGPT를 활용해 구성한 스토리입니다.

5

커뮤니티케어(Community Care)

돌봄(care)이 필요한 지역의 주민들이 지역사회에 거주하면서 개개인의 상황과 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 어울려 살아갈 수 있도록 복지서비스를 구축하는 것

(김용득, 2005; 박정선, 2018; 신영진, 2018; Means et al., 2008 등)

돌봄통합지원법의 시행

「돌봄통합지원법(의료·요양 등 지역돌봄의 통합지원에 관한 법률)」은 2024년 3월 제정되어 2026년 3월 27일부터 시행 예정인 법률로, 이 법은 '노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 수행에 어려움을 겪는 사람이 살던 곳에서 계속하여 건강한 생활을 영위할 수 있도록 의료·요양 등 돌봄 지원을 통합·연계하여 제공하는 데에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강하고 인간다운 생활을 유지하고 증진하는 데에 이바지함'을 목적으로 함(제1조)

[시행 2026. 3. 27.] [법률 제20415호, 2024. 3. 26., 제정]

보건복지부 지역사회통합돌봄*

- 2025년 기준, 전국 131개 시군구(전체의 절반 이상)가 의료·요양·돌봄 통합지원 시범사업에 참여
- 2026년 돌봄통합지원법 전국 시행을 앞두고, 지자체의 준비와 민관협력, 서비스 품질 제고, 인력 및 재원 확보 등 현장 중심의 과제가 남아 있음

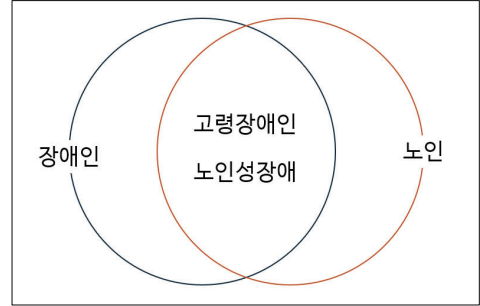
- 2018년도에 「지역사회통합돌봄(커뮤니티케어) 기본계획」을 발표
- 2019년 6월부터 보건복지부는 「지역사회 통합돌봄 선도사업」을 실시해 전국 지자체에서 다양한 운영 모델을 개발하고, 읍면동 주민센터에 통합돌봄 안내창구 설치, 대상자 발굴 및 서비스 연계 등 기반을 마련
- 2023년부터는 「노인 의료·돌봄 통합지원 시범사업」으로 확대

※ 자료: 보건복지부 보도자료, “질환·상지자체의사범사업추진, 의료·요양·돌봄 통합지원 전국 시행의 다짐을 마련”, 2025년 6월 20일 검색, <https://www.mohw.go.kr/>, 한국보건사회연구원, 2025. “2025년도 보건복지분야 정책의 전망과 과제”, <https://repository.kihhasare.kr/bitstream/201002/46625/1/2025.01.No.339.04.pdf>.

6

□ 통합적인 지원체계의 필요성에 대한 국내의 문제의식

- 기존의 분절된 사례관리 체계를 넘어서, 통합적인 차원에서 개인의 필요를 채울 필요성에 대해 오랜 논의가 이루어져 왔음(민소영, 2015)
- 서비스 이용 당사자 중심의 체계 통합, 대상자 구분 과정의 유연성 재고, 서비스 설계 자체의 유연성 강화 주장 지속(홍선미외, 2021)



□ 일본의 문제의식과 변화

- 일본에서 정신질환이나 정신장애를 가진 사람은 420만 명 이상으로, 뇌졸중이나 당뇨병보다 많음. 치매 환자 수: 약 534만 명, 경도인지장애(MCI) 환자: 약 612만 명(후생노동성, 2024)
- 일본의 지역포괄케어시스템은 노인 중심으로 설계됨
→ 정신적장애인*(정신장애인, 발달장애인, 치매 등)에 대한 지원체계는 분절적이고 협력 부족
- 정신적장애인을 위한 별도의 시스템이 아닌 → 기존 노인 중심 지역포괄케어시스템 안에 통합되는 방식이 필요하다고 판단
- 노인, 장애, 아동, 빈곤 등 영역별 커뮤니케이터 시스템을 유기적으로 연계·통합하려는 시도가 점차 확대되고 있음

* 일본의 정신장애(精神障害)는 한국의 정신적장애(정신장애 + 발달장애) 범주와 유사함

7

고령과 장애의 경계를 넘는 커뮤니케이터: 일본 지역포괄케어시스템의 변화와 통합지원 전략

연구 목적

일본의 통합적이고 포괄적인 커뮤니케이터체계의 구축 시도 과정에서 논의되는 변화의 핵심과 논의의 주안점을 찾고, 발전적인 대안을 모색

분절적이고 유형 간 제약적인 커뮤니케이터 체계를 넘어서
유형의 제약을 넘어서는 커뮤니케이터 체계를 모색하고자 함

🏠 연구초점

분절적이고 제약적인 대상자 유형 중심의 사회복지서비스 체계를 넘어서는 포괄적 커뮤니케이터체계에 대해 고찰하고자 일본이 겪고 있는 최근의 변화에 주목

📊 연구방향

고령과 장애의 포괄적 커뮤니케이터 체계 구축 시도 과정을 분석하여 논의의 핵심 주제와 구성요소 도출
이를 바탕으로 탐색적 차원의 모형을 제시
변화를 위한 발전적 대안 모색

8

□ 일본 노인돌봄체계의 속성

- 일본은 우리나라와 제도·문화적 맥락이 유사. 최근 고령화, 세대 간 돌봄 약화, 탈시설 등 우리와 비슷한 사회문제에 직면하고 있음(박경숙&남영진, 2010)
- 2000년: 일본 개호보험(요양보험) 제도 시작 → 장기요양서비스 수요 급증
- '지역포괄지원센터'를 중심으로 포괄적 서비스 제공 확대(나가타유우, 2018)

□ 일본의 변화와 시도: '지역공생사회'로의 의지

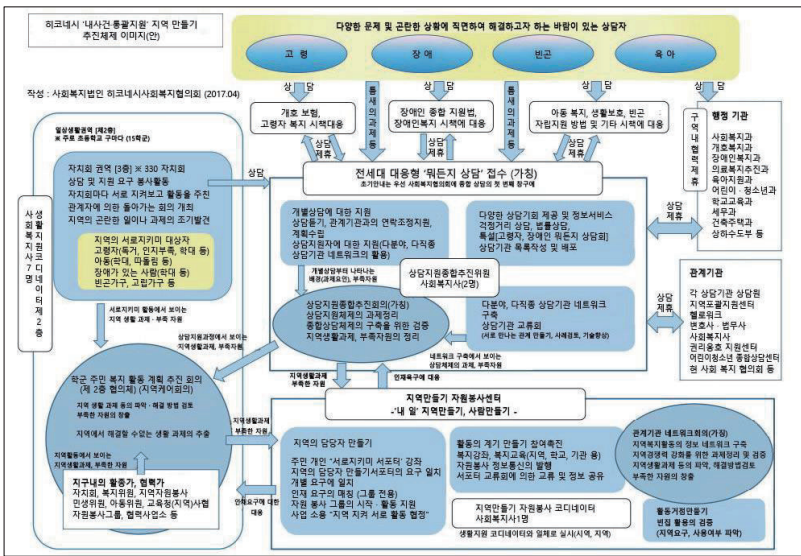
- 후생노동성은 '지역공생사회(地域共生社会)'라는 개념을 제시
노인, 장애인, 아동, 빈곤가정 등 모두가 함께 돌보는 사회를 만들어가고자 하는 의지를 표출
- 지역공생사회는 제도·분야마다 지역 주민이나 지역의 다양한 주체가 참가해 사람과 사람, 사람과 자원이 세대나 분야를 넘어 연결될 수 있도록 지역을 함께 만들어가는 사회를 가리킴(地域共生社会ポータルサイト, 2024)
- 일본은 지역공생사회를 실현하기 위해 중증지원체제정비사업(重層の支援体制整備事業)을 실시하고, 다른 분야와 협력하며, 관계 규정을 정비해 나아가는 작업을 추진하고 있음



*이미지참조: <https://www.amita-cshiete.jp/qa/entry/015718.php> * 일본의 지역포괄케어센터는 지소까지 합치면 2024년 기준 7362개소임

9

일본 彦根市(히코네시) 지역공생사회 추진이미지 1 * 社会福祉法人 全国社会福祉協議会(2018) 183p의 내용을 번역함.



- 고령, 장애, 빈곤, 육아 등의 문제에 직면한 주민이 문제 해결을 위해 상담을 요청하는 것을 출발점으로 설정
- 뭇뚱지 상담창구에서 유형에 상관없이 '종합적'으로 문제를 파악
- 다양한 기관(사회복지사, 판정기관, 행정기관 등)과 상담조정회의 및 자원조정회의
- 상담지원 통합 추진위원회(사회복지사)이 중심이 되어 상담 계획 수립, 회의 운영, 정보 공유 및 기록 등을 관리
- 자원봉사자, 지역주민, 전문가, 기관 등이 함께 협력하여 활동을 구체화
- 지역자원만으로 해결이 어려운 복합과제는 시, 지역, 사회복지법인 등의 네트워크로 다기관 회의 및 계획 수립을 통해 공동으로 접근

□ 공생형서비스

- 2018년 4월부터 개호보험서비스와 장애인복지서비스 양쪽을 제공할 수 있는 ‘공생형서비스(共生型サービス)’를 도입(厚生労働省, 2024)
- 공생형서비스에서는 노인과 장애인이 지역사회 내에서 함께 살아갈 수 있도록 다양한 지원을 제공하는 것을 목표로 하며, 장애인과 노인을 위한 통합서비스 제공을 통해 서비스 중복을 피하고 자원을 효율적으로 활용하고자 하는 방향을 가짐
- 공생형서비스의 내용을 살펴보면, 장애인의 경우 65세가 넘어도 종래 이용하던 장애인복지서비스를 계속 이용할 수 있고, 노인과 장애인이 함께 생활할 수 있는 형태의 서비스도 도모하고 있음(김춘남·8이미영, 2022)

□ 정신적장애에도 대응한 지역포괄케어시스템의 구축에 관한 검토회*

- 일본 후생노동성에서는 치매노인, 노인성 장애 등 노인 영역에서의 장애에 대한 고민이 커지고, 정신적 장애인에 대한 커뮤니티케어의 필요성이 확대되는 변화에 직면함에 따라, 검토회가 여러 회에 걸쳐 이루어져 옴(厚生労働省, 2022)
- 2020년 3월부터 정신적장애를 포괄하는 지역포괄케어시스템 구축을 위한 방안에 대해, 시스템 구축의 목적, 지자체 등의 업무, 의료와 장애인복지서비스 현상과 과제, 거주지원을 위한 의료보전복지의 제휴, 디어서포트 등 다양한 주제로 매회 논의를 이어간 바 있음

*精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会

11

3. 연구방법

3.1 분석자료

고령과 장애의 경계를 넘는 커뮤니티케어: 일본 지역포괄케어시스템의 변화와 통합지원전략

한국장애인보건의료협의회 2025년 하계 학술대회

표 1. 지역포괄케어시스템 확장 및 구축검토사례 분석자료

상위사례	분석자료		
	구분	의제	자료구성
지역포괄케어시스템 확장 및 구축 검토사례	제1회 2020.3.18	정신적장애에 대응하는 지역포괄케어시스템 구축의 목적	회의록 / 자료1(개최요강 및 구성원명부) 자료2(정신보건의료복지의 현상) / 자료3(정신적장애에도 대응한 지역포괄케어시스템구축에 대해)
	제2회 2020.5.22	지자체 상담업무, 정신의료에 요구되는 의료기능, 보급개발 외	회의록/ 검토회 구성원 의견서 /자료1(정신적장애에도 대응하는 지역포괄케어시스템의 지역정신의료와 정신보건에 대해) /자료2(정신보건의료복지의 현상) /개최요강
	제3회 2020.7.31	정신과 구급, 지역정신보건	회의록/ 검토회 구성원 의견서 /자료1(정신적장애에도 대응한 지역포괄케어시스템과 지자체의 정신보건) /자료2(시정촌의 현상과 과제) /자료3(보건소의 현상과 과제) /자료4(정신보건복지센터의 현상과 과제) /개최요강
	제4회 2020.9.3	의료와 장애인복지서비스현상과 과제, 거주지지원을 위한 의료보전복지의 제휴	회의록/ 자료1(중증장애인 제휴에의한 지원 체제의 구축에 대해) /자료2(새로운 주택 세이프넷 제도에 대해:국토교통성 제출자료) /자료3(거주지원에 대해) /자료4(개최요강)

표 2. 지역공생사회 실천사례 분석자료

상위사례	하위사례	분석자료
지역공생사회실천사례	1 시기전 히코네시	『地域共生社会』の実現に向けた取り組みに関する実践事例(지역 공생사회실현을 향한 대처에 관한 실천사례집)
	2 이와테현 모리오카시	
	3 오카자키현 오카자키시	地域共生社会ポータルサイト(지역공생사회 포털사이트) 『取組事例(대처사례)』의 내용
	4 아이치현 도요타시	
	5 돗토리현 가타에이초	

상위사례	분석자료
제5회 2020.10.26	당사자, 가족의 관계 및 위장에 대해/ 자료1(당사자의 관계/동료지원)에 대해/ 자료3(동료지원)에 대해 자료4(가족의 관계로서의 장애인)/ 자료5(정신과 구급의료체제 정비에 관련된 위장그룹의 진척상황)/ 개최요강
제6회 2020.12.17	청문회, 정신적장애에도 대응하는 지역포괄케어시스템의 구축을 위한 인재육성에 대해 자료1(검토회 의견서) /자료2(사이타마 현립 정신보건복지센터의 인재육성에 대해) /자료3(정신적장애에도 대응하는 지역포괄케어시스템의 구축에 대해) /자료4(지급까지 논의의 정리) /개최요강
제7회 2021.1.22	지역정신의료, 정신과 구급의료체제 정비 자료1: 지역정신의료에 대한 민간병원의 대처/ 자료2: 지역정신의료에 대해/ 자료3: 정신과 구급의료체제 정비에 관한 위장그룹 보고서/ 개최요강
제8회 2021.2.15	도도부현 정신보건복지센터, 보건소, 시정촌의 역할 자료1: 지자체의 정신보건/ 자료2: 정신적장애에도 대응하는 지역포괄케어시스템 구축에 관한 검토회 보고서(초안) /개최요강
제9회 2021.3.4	정신적장애에도 대응하는 지역포괄케어 시스템의 구축에 관한 보고서 안에 대해 자료1: 정신적장애에도 대응하는 지역포괄케어 시스템의 구축에 관한 검토회 /개최요강
정신적장애에도 대응하는 지역포괄케어시스템 구축에 관한 검토회 최종 보고서	

*자료: 厚生労働省(2022)

□ 분석자료

- 지역포괄케어시스템 확장 및 구축 검토사례의 경우 검토회 회의록과 공개 자료
- 지역공생사회실천사례의 경우 사례집과 포털 공개 우수사례자료를 수집

□ Robert Yin의 질적사례연구

- 일본의 지역포괄케어시스템 확장 및 포괄적 커뮤니티케어 구축 사례
- 회의록과 공개자료, 지역공생사회실천사례집과 포털 공개자료를 수집하고 자료를 분석

□ 귀추적 분석(Abductive Analysis)

- 귀추적 분석 방법은 관찰을 통한 발견과 함께 이루어지는 이론적 일반화 사이에서 이를 반복적으로 오가는 과정을 통해 연역법과 귀납법을 순환적으로 사용하는 방법(Tavory & Timmermans, 2014).

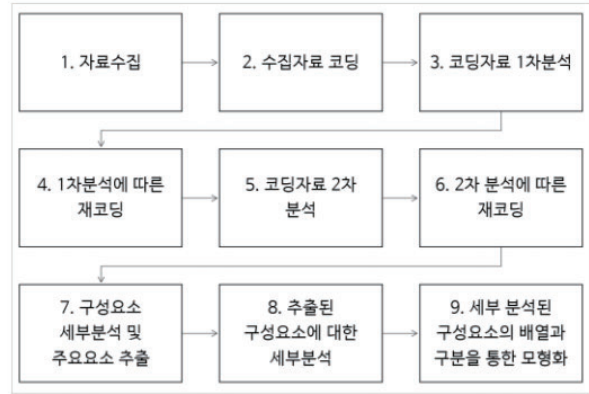


그림 3. 자료수집 및 분석과정

□ 분석과정

- 유형의 제약을 넘어서는 지역사회통합돌봄 체계의 구축과 관련된 현상과 어려움(코드: dif), 필요(코드: need), 방안(코드: sol) 코드별로 핵심 요소가 추출되었으며, 총 167개의 구성요소가 도출
- 2차 분석과정에서 도출된 구성요소를 중심으로 다시 자료를 재코딩(연역)
- 추출된 구성요소를 세부적으로 분석하고, 주요요소를 추출 → 추출된 주요요소 분석
- 분석된 구성요소를 배열하고 모형으로 과정을 통해 유형의 제약을 넘어서는 커뮤니티케어 체계를 위한 개괄적인 모형을 구성

document	tag	content
최종보고서.docx	sol, 정신적 장애인에 대한 개별지원체계 구축	정신장애를 가진 문종의 「문인의 곤란함 등」이나 그에 대한 지원의 축소(개별 지원)이 필수적이다.
2008년 9월 18일 제1회 회의록.docx	sol, 정신질환자 환자수, 병행수 증가	입원자의 상환입니다. 이것은 시정준비나 내려가고 있어, 정신병상의 입원자의 상환을 입원 기간마다
최종보고서.docx	sol, 주민과의 교류의 장 마련	지역에서의 케어나 상환을 개최하고 있는 데 있어, 사회참여를 추진하는 관점에서, 지역주민과
2008년 9월 18일 제1회 회의록.docx	sol, 주민 중심	지역 포괄 케어의 본질은 지역 만들기, 마를 만들 것입니다.
2008년 9월 18일 제1회 회의록.docx	sol, 주민 중심	지역 포괄 케어 시스템은 아무런 변화가 없고, 주민이 주인을 그리고, 그리고, 그 지역 과정을 알아가게
최종보고서.docx	sol, 주력세이브프린트 제도 등의 활용	주력 세이브프린트 제도 등의 거주 지원에 관한 제도의 주지 및 활용을 추진
제1회 회의록.docx	sol, 중추적인 체제 체계 구축	중추적인 체제에 의한 지원 체계의 구축
최종보고서.docx	sol, 중추적인 체제 체계 구축	정신 보건 복지 센터 및 보건소는 시정준비와 협력을 위해, 정신 장애를 가진 문종의 요구나 지원과
최종보고서.docx	sol, 중추적인 체제 체계 구축	중추적인 체제에 의한 지원 체계 「문인의 곤란함 등」에 대해서, 필요와 함께 적절한 지원을 가능하게
최종보고서.docx	sol, 중추적인 체제 체계 구축	시정준비와 체제 전환체로 한 장애 보건 복지관 등의 권역 단위의 협의의 장소와 설치 및 지역 과제
2008년 9월 18일 제1회 회의록.docx	sol, 지역공공사회	한편, 지역 포괄 케어 시스템에 관해서는, 지역 공공 사회를 실현하기 위한 시스템, 구조라고 생각되고
2008년 9월 18일 제1회 회의록.docx	sol, 지역공공사회	지역 공공 사회를 위한 포괄적 지원과 단합한 참가 활동의 추진
최종보고서.docx	sol, 지역의 중심이 되는 기관 설립	정신 장애를 가진 문종의 요구나 지원에 중추적으로 정신 장애를 가진 문종의 복지나 건강상 지원 관련
최종보고서.docx	sol, 지역주민 중심화	지역 주민을 중심으로 가는 것이 매우 중요하다고 생각되고 있습니다.
최종보고서.docx	sol, 지역민자가 생기지 않도록 힘	시정준비의 규모나 지원에 의해서 지원에 편차가 생기는 일이 없도록
최종보고서.docx	sol, 체제 전환의 확립	지역 공공 지원 거점 등이 제공하는 체제의 가용성과 활용도를 통한 생활과 관련된 지원
최종보고서.docx	sol, 중추적인 체제 체계 구축	보건이나 시정준비 보건 센터에는, 정신 장애를 가진 문종의 복지나 건강상 지원 관련에 어떻게 대
최종보고서.docx	sol, 케어 시스템의 확립	케어 시스템의 확립을 위한 「문인의 곤란함 등」에 대해서, 필요와 함께 적절한 지원을 가능하게
2008년 9월 18일 제1회 회의록.docx	sol, 통합지원체계 구축 및 참여기초확립	또한 정신과 병원에서 개최되는 회합 지원위원회 등에서는 보건소, 시정준, 지역 원로 사업자 및 지역
2008년 9월 18일 제1회 회의록.docx	sol, 통합지원체계 구축 및 참여기초확립	정신장애를 가진 문종의 복지나 건강상 지원 관련에 어떻게 대
2008년 9월 18일 제1회 회의록.docx	sol, 통합지원체계 구축 및 참여기초확립	대부분의 일이 보충을 위한 지원의 구조 속에서 지원되고 있다고 보고되고 있으며, 그것들이 넓히기 대
제1회 회의록.docx	sol, 포괄적 대상에 대한 체계 구축	정신장애의 유무에 관계없이 하고 하는 것이 분명해 보이고 있다고 생각한 것으로, 거기에서부터 그
제1회 회의록.docx	sol, 포괄적 대상에 대한 체계 구축	정신장애에 대한 지원의 포괄 케어 시스템이라는 것은 단순히 정신장애에만 한정되어
2008년 9월 18일 제1회 회의록.docx	sol, 포괄적 대상에 대한 체계 구축	지원이 필요하지만 요구가 불충족한 사람이나 지원 중에는 곤란한 분들의 해로, 생활 곤란의 분의
2008년 9월 18일 제1회 회의록.docx	sol, 포괄적 대상에 대한 체계 구축	의료, 장애 복지, 교육, 거주, 사회참여(취업), 지역의 의료, 교육이 포괄적으로 확립된 지역 포괄 케어
2008년 9월 18일 제1회 회의록.docx	sol, 포괄적 대상에 대한 체계 구축	포괄적인 지원 체계의 정비의 준비 방식으로, 3개의 차원, 「거점화하지 않는 상담 지원, 「합가 지
5월 회의록.docx	sol, 지역공공사회	지역 이항이나 지원 촉진 부분의 포괄 케어에 서포트라고 하는 역할이 요구
최종보고서.docx	sol, 지역공공사회	시정준비에서는 도도부현 등과 연계하면서 지역 공공 사회의 발전 및 지역 공공 사회의 협력을
최종보고서.docx	sol, 지역공공사회	취업 기회가 있는 지역 공공 사회의 촉진, 그중에서 산업 보건 시스템 등을 발전시키는 정신과
최종보고서.docx	sol, 지역공공사회	지역 공공 사회에 서포트가 되어 서포트의 특성을 살려, 정신 장애를 가진 문종을 중추적인 지원을 실시할 뿐만
최종보고서.docx	sol, 지역공공사회	지역 공공 사회에 서포트가 되어 서포트의 특성을 살려, 정신 장애를 가진 문종을 중추적인 지원을 실시할 뿐만
최종보고서.docx	sol, 지역공공사회	지역 공공 사회에 서포트가 되어 서포트의 특성을 살려, 정신 장애를 가진 문종을 중추적인 지원을 실시할 뿐만
최종보고서.docx	sol, 지역공공사회	지역 공공 사회에 서포트가 되어 서포트의 특성을 살려, 정신 장애를 가진 문종을 중추적인 지원을 실시할 뿐만
최종보고서.docx	sol, 지역공공사회	지역 공공 사회에 서포트가 되어 서포트의 특성을 살려, 정신 장애를 가진 문종을 중추적인 지원을 실시할 뿐만
2008년 9월 18일 제1회 회의록.docx	sol, 협의의 장소	보건, 의료 복지, 교육, 거주, 사회참여(취업), 지역의 의료, 교육이 포괄적으로 확립된 지역 포괄 케어

□ 체계기반 핵심 구성요소 (B1~B7)

- 협의의 장(B1), 지역 커뮤니티 체계(B2), 자료의 맵핑 및 수치화(B3), 긴급위기지원체계(B4), 융합을 위한 인재 구축(B5), 알기 쉬운 설명체계(B6), 법/제도 구축(B7)

코드	구성요소	주요 내용
B1	협의의 장(協議の場)	다직종·다기관이 참여하는 공식적인 협력 구조. 개별지원 검토, 지역기반 정비, 역할 분담, 지역 과제 논의 등 수행, *일본에서는 의료영역에서 주로 활용되었으나 본 연구에서는 영역을 확장
B2	지역 커뮤니티 체계 구축	지역카페, 마을만들기 등 지역주민과 연결된 실천 기반 형성. 자원봉사·자치회와 협력하여 '서로지키미' 활동 등 추진, 협의의 장에 지역의 과제를 전달
B3	자료의 맵핑 및 수치화	지역 내 자원, 인구, 병상 수 등 정보를 시각화·수치화하여 현황 파악과 의사소통 지원
B4	긴급위기지원체계 구축	24시간 대응 가능한 안전망 체계. 위기 시 신속한 연계 및 보호 체계
B5	융합을 위한 인재 구축	지역 기반 코디네이터, 전문인력 양성. 커뮤니티케어 실무자 확보 및 교육 필요
B6	알기 쉬운 설명체계 구축	쉬운 언어·자료 제공, 의사소통 보조, 자기결정권 보장 → 특히 정신적 장애가 있는 노인에 필수
B7	법/제도의 구축	포괄적 커뮤니티케어 실현을 위한 법·제도 기반 정비 (협의의장 참여 의무화, 역할 명시 등)

17

□ 기타구성요소

- 동료지원제도(C1), 주택안전망제도(C2)

코드	구성요소	주요 내용
C1	동료지원제도 (피어서포트제도)	- 당사자 간의 정서적 지지 및 고충 상담을 통한 깊이 있는 지원 가능 - 심리적 안정감과 신뢰 형성에 기여 - 심도 있는 고충상담 과정에서 핵심적인 역할 수행, 상담과정에서 연계
C2	주택안전망제도	- 정신적 어려움이 있는 사람도 안심하고 주거 계약 및 입주 가능하도록 지원 - 임대인·부동산업자의 부담 완화를 통해 주거 접근성 향상 - 입주 이후 사후 모니터링 체계 구축이 핵심

18

연구 결과 요약 및 제언

- ✓ '협력이 장' 구축: 복지·보건·상담·주거 등 분절된 영역 간 협력을 위한 공공 주도인 공식 소통 구조
- ✓ 초기상담창구 설치: 개인의 고충 상담 + 지역 과제 축적, 다양한 인지적 어려움을 가진 대상도 포괄
- ✓ 공통지역과제의 형성: 상담체계와 협의의 장이 연동되어, 필요와 욕구 기반의 기능중심 지원으로 연결
- ✓ 재가 의료-복지-주거의 연계 강화: 24시간 대응체계, 병상 기능 분화, 주거지원체계와 의료복지의 융합
- ✓ 공공 기반 주거지원 및 임대인 안심지원: 주거취약자(치매노인·정신장애인 등) 대상 주거임주 지원 강화
- ✓ 환경적 기반 조성: 자료 맵핑, 인재 구축, 위기대응, 쉬운 설명체계, 법제도 등 다층적 환경 마련

유형(노인, 장애인, 아동 등)에 기반한 분절된 체계를 넘어 필요에 기반한 포괄적 지원으로 전환할 필요
유형의 제약을 벗어나기 위해서는 다양한 체계가 소통하고 협력하는 공공 주도 기반이 중요함

한계: 본 연구는 일본 내 변화 중 특정 자료에 한정된다는 점에서 일본의 총체적 변화를 포괄하지 못함
포괄적 커뮤니티케어 체계를 고령과 장애의 유형을 넘어 확장하고 통합적으로 지원하는 체계에 대한 다양한 연구와 논의 필요

19

참고문헌

- 김용득(2005). "영국 커뮤니티케어의 이용자 참여 기제와 한국 장애인복지서비스에 대한 함의". *한국사회복지학*, 57(3), 363-387.
- 김춘남·이미영(2022). "일본의 '공생형(共生型)'서비스 현황과 시사점". *경기: 경기복지재단*.
- 나가타 유우(2018). "일본의 포괄적 지원체계 현황과 과제". *국제사회보장리뷰*, 7, 49-60.
- 민소영(2015). "한국의 사례관리 전개 과정과 장점 고찰". *한국사회복지행정학*, 17(1), 213-239.
- 박명숙·노영신(2010). "한국과 일본의 노인복지제도에 관한 비교 연구". *유라시아연구*, 7(1), 301-318.
- 박정선(2018). "영국의 사회적 돌봄과 커뮤니티 케어의 역사적 변천과 복지의 혼합경제". *사회복지법제연구*, 9, 182-208.
- 신영진(2018). "커뮤니티케어 성공의 전제". *보건사회연구*, 38(4).
- 한국보건사회연구원. 2025. "2025년 보건복지분야 정책의 전망과 과제". <https://repository.kihasa.re.kr/bitstream/201002/46625/1/2025.01.No.339.04.pdf>.
- 홍선미·김보영·김승연·배지영·백은령·전용호·정현진(2021). 통합돌봄 선도사업 컨설팅 및 운영모델 도출 연구. 세종: 보건복지부.
- Tavory, I., & Timmermans, S. (2014). *Abductive analysis: Theorizing qualitative research*. University of Chicago Press.
- Means, R., Richards, S., & Smith, R. (2008). *Community Care: Policy and Practice*. Bloomsbury Publishing.
- 社会福祉法人 全国社会福祉協議会. 2018. "[地域共生社会]の実現に向けた取り組みに関する実践事例集". http://www.sensin.or.jp/wp-content/uploads/2018/04/20180413_wagakoto_s.pdf.
- 보건복지부 보도자료. "2024년 등록장애인 263만 1천 명, 전체 인구 대비 5.1%". 2025년 6월 20일 검색. <https://www.mohw.go.kr/>.
- 보건복지부 보도자료. "절반 이상 지자체의 시범사업 참여로, 의료요양돌봄 통합지원 전국 시행의 디딤돌 마련". 2025년 6월 20일 검색. <https://www.mohw.go.kr/>.
- 웰페어뉴스. 2024.10.08. "단 65세 이상 장애인, 활동지원 선택권 보장해야". <https://www.welfarenews.net/>
- 厚生労働省. "精神障害にも対応した地域包括ケアシステムの構築に係る検討会". 2021년 4월 12일 검색. <https://www.mhlw.go.jp/>.
- 厚生労働省. "共生型サービス". 2022년 6월 14일 검색. <https://www.mhlw.go.jp/>.
- 地域共生社会ポータルサイト. "地域共生社会とは". 2024년 6월 14일 검색. <https://www.mhlw.go.jp/>.

20

한국장애인보건의료협회 2025년 하계 학술대회

고령과 장애의 경계를 넘는 커뮤니티케어: 일본 지역포괄케어시스템의 변화와 통합지원 전략

감사합니다.

Thank you

miyabi0528@snu.ac.kr

2025 한국장애인보건의료협회 하계학술대회

1인가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향요인

김윤환 (고려대학교 일반대학원 보건학협동과정 박사과정)



1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

주요어

#주거환경만족도 #주거환경 #취약계층 #1인가구 #장애인

김윤환 (고려대학교 일반대학원 보건학협동과정 박사과정)

2025년 한국장애인보건의료협회의 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

I. 연구배경 / Background

1

1. 2018.11.20. 지역사회 통합돌봄 기본계획(안) 발표

2018.11.20. 보건복지부 발표자료 “지역사회 통합 돌봄 기본계획(1단계 : 노인 커뮤니티케어)

도입배경

○ 노인인구가 계속 증가하고 있고, 노인들은 아프고 불편해도 살던 집에서 지내기를 원하나 병원·시설에서 지내야 되는 상황이고, 가족들의 돌봄 부담을 완화하고자 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)을 도입함(보건복지부, 2018).

커뮤니티케어 개념

○ 주민들이 살던 곳에서 거주하면서 **개개인의 욕구에 맞는 서비스**를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록, **주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는** 지역 주도형 사회서비스정책(보건복지부, 2018).

4대 핵 심 요 소	주거	○ 노인 맞춤형 케어안심주택 ○ 집수리 사업 ○ 커뮤니티케어형 도시재생뉴딜
	건강의료	○ 집중형 방문건강서비스 ○ 방문의료 ○ 노인 만성질환 전담 예방·관리 ○ 병원 ‘지역연계실’ 운영
	요양돌봄	○ 차세대 노인장기요양보험 구축 ○ 재가 의료급여 신설 ○ 식사 배달 등 다양한 신규 재가서비스 ○ 회복·재활서비스
	서비스연계	○ ‘케어안내창구’ 신설(읍면동) ○ 지역케어회의 등 지역사회 민·관 서비스 연계·협력(시군구)

2025년 한국장애인보건의료협회의 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

1. 2018.11.20. 지역사회 통합돌봄 기본계획(안) 발표

2018.11.20. 보건복지부 발표자료 "지역사회 통합 돌봄 기본계획(1단계 : 노인 커뮤니티케어)

I. 추진 배경: 왜 지금 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어인가?)

- ① 앞으로 7년, 2026년이 되면 초고령사회(노인 20%)에 진입
 - * 연구가 가장 많은 베이비부머 세대의 평균인 55살에서 20여분씩 노인이 되는 해 앞으로 노인 인구 급격히 증가 : 35~63년 출생 약 72만명(노인) 14%
 - 광범위한 “돌봄 시장”의 문제 야기, 국민 불안의 요인
- ② 노인들은 아프고 불편해도 평소 살던 집에서 지내기를 원하나, 병원·시설에서 지내야 하는 상황
 - * 노인 57.6%가 가정 돌봄보다 살던 곳에서 여성 학자고 싶다.(‘13 전국대체조사)
- ③ 가족력, 여생에 대해 염려한 돌봄 부담(가족형 간병 가능)
 - * 노인장기요양서비스 이용 노력이 52만명! 수발 가족 중 여성이 73%(38만), 특히 형제사별 및 -매도자가 86%(126만 장기요양보통 총계)
- 돌봄이란 재가서비스로 인하여 끝까지 끝까지 요구 충족에 한계
 - * 성인 돌봄종 서비스 필요도가 18.8%이나 이용률 1.8%, 미충족률이 90.4%(15)
 - 있는 서비스도 본질적으로 제공되어 재가권이 어려운 실정
 - * 사할을 중심으로 인해 -통합적으로 제공되는 것이 아니라 공공기관·사업별로 단편적으로 제공되어 자기재가권이 커뮤니티케어를 제 기능을 못하는 상황
- ④ 중앙정부에서는 사회보장정책의 시속가능성 확보도 요구
 - * 건강보험 노인장기요양비용 : (16) 25.3조원(38.7%) ⇨ (25) 58.5조원(50.8%) (출처:미래 노인인구(비율) : (16) 3.1조원(46.3%) ⇨ (25) 5.7조원(51.3%) 지역 관리비용(GDP 대비) : (16) 13.6조원(0.83%) ⇨ (30) 34.3조원(1.8%)

II. 비전 및 목표

비전	노인이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있는 포용국가	
목표	2025년까지 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 재가권 구축	
핵심요소	주거 연료	- 노인 맞춤형 주거안정주택 - 취약계층 지원
	건강 의료	- 집중형 방문건강관리서비스 - 노인 만성질환 상담 예방·관리 - 생활 지역건강네트워크 운영
	요양 서비스	- 자체별 노인장기요양보통 구축 - 재가 의료급급 선별 - 식사 배달 등 다양한 신규 재가서비스 - 외벽·생활서비스
	안전 지킴이	- 케어맨(배우자 선별)제공 - 자택경호요원 등 지역사회와 연계 서비스 연계·협력(지역사회)
	주변 인프라 지원	① 선도사업 실시 및 핵심 인프라 확충 단계(2018~2022) - 선도사업 실시: 커뮤니티케어 모델 개발 - 생활 SOC 투자: 케어인프라 구축 주민건강망: 커뮤니티케어 도시재생뉴딜 - 법·제도 정비: 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 체계, 제도 및 복지예산지정 정비

참고 커뮤니티케어형 도시재생의 모습

○ 일련의 가시화 도시시키마를 통해 설계사례를 참조하여 국내 대도시 중 노인 인구가 많은 지역에 구현한 가상의 모습

관계부처 합동

2026년 초고령사회를 앞두고 노인이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있는 포용국가를 구현하기 위한

- 1단계 : 노인 커뮤니티케어 중심 - 「지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)」

2018. 11. 20. [월]

2025년 한국장애인보건의료협회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

2. 의료·요양 등 지역 돌봄의 통합지원에 관한 법률(약칭 : 돌봄통합지원법)

제1조(목적) 이 법은 노쇠, 장애, 질병, 사고 등으로 일상생활 수행에 어려움을 겪는 사람이 **살던 곳에서** 계속하여 건강한 생활을 영위할 수 있도록 **의료·요양 등 돌봄 지원을 통한 연계**하여 제공하는 데 필요한 사항을 규정(하략).

제2조(정의) 2호 “통합지원 대상자”란 노쇠, 장애, 질병, 사고 등(이하 “노쇠등”이라 한다)으로 일상생활 유지에 어려움이 있어 복합적인 지원을 필요로 하는 **노인, 장애인** 등으로서 대통령령으로 정하는 사람을 말한다.

통합지원 대상자는 장애인 등도 포함하고 있음.

제4조(국가와 지방자치단체의 책무) 2항 3호 “지역주민 참여를 바탕으로 하는 생활권 단위의 충분하고 지속 가능한 통합지원 생태계를 조성할 것

국가와 지방자치단체에서는 지속 가능한 통합지원 생태계를 조성하는 책무를 가지고 있음.

2025년 한국장애인보건의료협회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

I. 연구배경 / Background

4

3. 주택수요이론과 주거스트레스

Rossi(1955) 주택수요이론

- Rossi(1955)는 필라데피아를 사례로 한 연구를 통해 **가구의 생애주기가 주거이동을 발생시키는 요인**임을 제시함.
- 위 이론은 생애주기별로 현재 거주하는 주거환경이 **개인의 필요와 일치하지 않을 때 주거불만족이 발생할 수 있음**을 의미.
- 이를 바탕으로 생애주기와 이동 동기, 입지, 주택규모 간의 상관관계에 대한 연구가 축적되어 오고 있음.

주거스트레스

- 주거스트레스는 **주거환경이 거주자의 요구 및 복지에 적절히 반응하지 못할 때 발생**할 수 있음.
- 김영주 외(2025) 주택을 중심으로 주거생활 및 주거환경이 **거주자의 요구에 적절히 대응하지 못할 때 발생**하는 상태
- 정연자(2020) 거주자를 위한 **주거환경이 거주자의 복지 등을 위협**하는 심리적, 신체적 반응

주택수요이론에 따라, **생애주기는 주거이동을 발생시키는 요인**으로 작용되고 있음.
주거환경이 **거주자의 요구 및 복지에 적절하게 반응하지 못할 때, 주거스트레스가 발생**할 수 있음.
따라서, **주거환경의 요인을 파악하고 관리할 필요성**이 있음.

2025년 한국장애인보건의료협회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

I. 연구배경 / Background

5

4. 주거환경만족도와 선행논문

주거환경만족도

- 개인이 일상생활을 영위하고 휴식을 취하는 물리적 공간이면서도, **안정감, 사회성 등에 영향을 주는 심리적 공간**(김윤옥 외, 2016)
- 거주하는 주택의 **외부 환경에 대한 기대 및 충족 수준**(이경영 외, 2018)
- 주거만족도는 **거주 대상자의 특징에 따라 그 차이가 다르게 나타날 수 있음**(박진호 외, 2021)

이수정 외(2018)의 연구	소득계층별
박진호 외(2021)의 연구	경남 인구 30만 이상 시지역의 1인가구
김태건 외(2023)의 연구	만 19세 이상 39세 이하 청년가구
이현정(2023)의 연구	40~64세 중년 임차가구
서동완(2016)의 학위논문	도시 및 농촌지역 거주 장애인

선행연구를 종합할 때, 일부 지역, 청년 및 일부 계층을 중심으로 연구가 이루어지고 있었음.
장애인에 대한 연구는 상당히 제한적임.

2025년 한국장애인보건의료협회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

II. 연구목적 / Purpose

6

연구의 목적

2026년 통합돌봄 사업이 전면적으로 시행되기에 앞서, 취약 계층 중 하나인 장애인을 연령대별로 구분하여 영향 요인의 차이를 파악하는데 목적이 있음.



연구의 의의

한국장애인보건의료협의회 2025년 하계 학술대회 주제 <고령장애인을 위한 의료-요양-돌봄-통합지원>에 관련하여, 주거환경의 측면에서 지원 환경의 구체적인 방안 논의의 장 조성 기여

1인 가구 장애인 주거 밀집 지역의 도시 개발 및 정비 사업 시
방향성을 제시할 수 있을 것이라 생각함.

2025년 한국장애인보건의료협의회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

III. 연구방법 / Method

7

1. 자료원, 분석대상

자료원	2023년 주거실태조사
분석대상	청장년(59세 이하) : 175명, 노년(60~80세) : 512명, 후기노년(80세이상) : 363명 (전체 : 1,050명)

○ 주거실태조사란?

- 주거기본법 제20조(주거실태조사)에 따라 주거실태, 주거복지 현황 등을 파악하여 주거와 관련된 정책을 수립하는데 기초자료로 활용되고 있으며, 2023년 총 61,260명이 응답하였음.

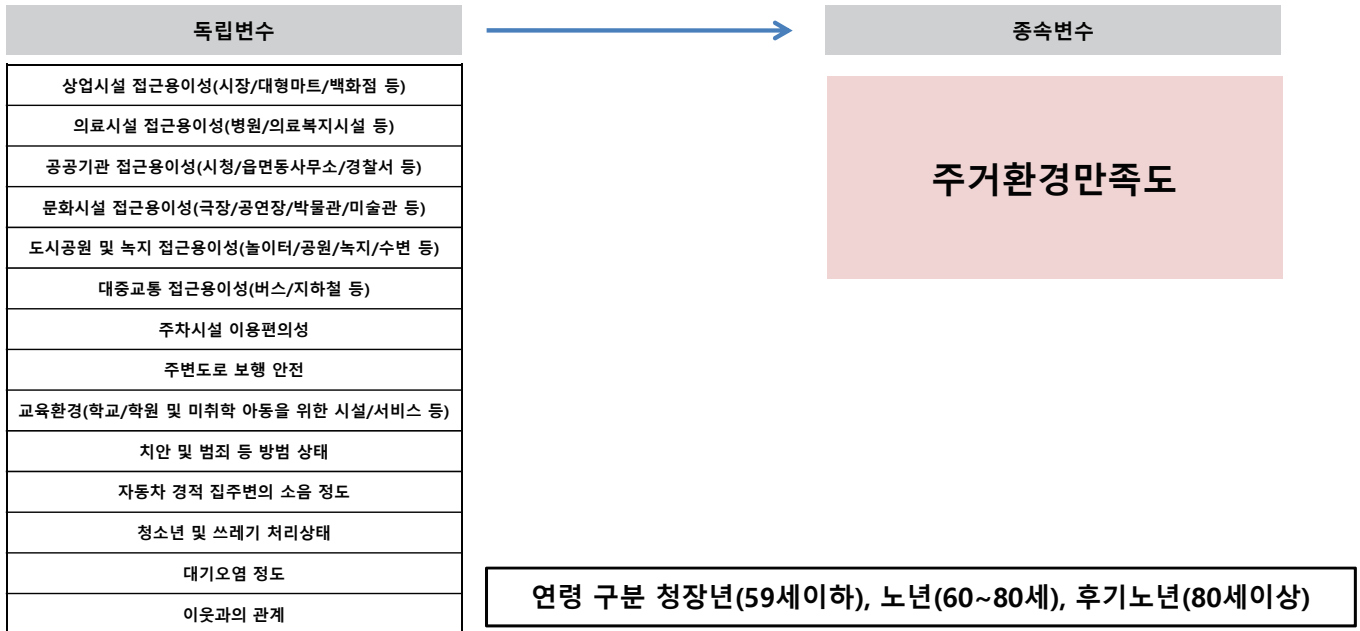
2. 종속변수와 독립변수

종속변수	개인의 주거환경 만족 정도를 파악할 수 있는 “주거환경에 대한 전반적인 만족도”	
독립변수	주거환경 만족도와 관련된 세부 변수(14개)	“상업시설 접근용이성(시장/대형마트/백화점 등)”, “의료시설 접근용이성”, “공공기관 접근용이성”, “문화시설 접근용이성”, “도시공원 및 녹지 접근용이성”, “대중교통 접근용이성”, “주차시설 이용편의성”, “주변도로 보행 안전”, “교육환경”, “치안 및 범죄 등 방범 상태”, “자동차 경적 집주변의 소음 정도”, “청소년 및 쓰레기 처리상태”, “대기오염 정도”, “이웃과의 관계”

2025년 한국장애인보건의료협의회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

III. 연구방법 / Method - 연구모형

8



2025년 한국장애인보건의료협회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

III. 연구방법 / Method

9

3. 분석 방법

1	연구 대상자의 일반적 특성을 파악하기 위해 기술통계를 실시하였음.
2	각 변수의 평균을 파악하기 위해 빈도분석을 실시하였음.
3	주거환경만족도 영향 요인의 방향성을 파악하기 위해 전체집단을 대상으로 다중회귀분석을 실시하였음.
4	각 연령대별 차이를 파악하기 위해 연령대별 다중회귀분석을 실시하였음.

분석프로그램	IBM SPSS Statistics 25.0
통계적 유의수준	$p < 0.05$

집단	전체집단	청장년(59세이하)	노년(60~79세)	후기노년(80세이상)
Cronbach's α	0.887	0.859	0.900	0.877

2025년 한국장애인보건의료협회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

IV. 연구결과 / Method

10

1. 연구대상자의 일반적 특성

Table 1. 연구대상자의 일반적 특성

성별	연령이 증가할 수록 남성보다 여성의 응답자가 많은 것으로 나타남.
연령	청장년, 노년, 후기노년 순으로 응답률이 높은 것으로 나타남. 50대, 60대, 70대, 80대 순으로 높은 응답률이 나타남.
주택유형	모든 집단에서 아파트 거주자의 응답률이 가장 높았음. 연령이 증가할 수록, 아파트 거주자, 다가구단독주택의 거주자는 감소 하고, 일반단독주택이 증가하는 것으로 나타남.
주택 건축 시기	모든 집단에서 건축연도 26년 이상의 응답률이 가장 높은 것으로 나타남.
동/읍면부	모든 집단에서 동부 거주자의 응답률이 가장 높았음. 연령이 증가할 수록, 동부 거주자는 감소하고, 읍면부는 증가하는 것으로 나타남

구분	분류	청장년 (59세이하)	노년 (60-79세)	후기노년 (80세이상)	구분	분류	청장년 (59세이하)	노년 (60-79세)	후기노년 (80세이상)
		N(%)	N(%)	N(%)			N(%)	N(%)	N(%)
성별	남성	114(65.1%)	235(45.9%)	74(20.4%)	주택 지어진 시기	2021년 1월 이후(건축연도 3년 미만)	8(4.6%)	15(2.9%)	3(0.8%)
	여성	61(34.9%)	277(54.1%)	289(79.6%)		2018-2020년(건축연도 3-5년)	9(5.1%)	15(2.9%)	2(0.6%)
소계		175	512	363		2013-2017년(건축연도 6-10년)	17(9.7%)	33(6.4%)	14(3.9%)
나이	20-29세	7(4%)	0(0%)	0(0%)		2008-2012년(건축연도 11-15년)	16(9.1%)	30(5.9%)	15(4.1%)
	30-39세	21(12%)	0(0%)	0(0%)		2003-2007년(건축연도 16-20년)	13(7.4%)	26(5.1%)	19(5.2%)
	40-49세	41(23.4%)	0(0%)	0(0%)		1998-2002년(건축연도 21-25년)	13(7.4%)	35(6.8%)	26(7.2%)
	50-59세	106(60.6%)	0(0%)	0(0%)		1993-1997년(건축연도 26-30년)	21(12.0%)	95(18.6%)	56(15.4%)
	60-69세	0(0%)	229(44.7%)	0(0%)		1992년 이전(건축연도 30년 초과)	52(29.7%)	201(39.3%)	207(57.0%)
	70-79세	0(0%)	28(5.5%)	0(0%)		할 모르겠음	26(14.9%)	62(12.1%)	21(5.8%)
	80-89세	0(0%)	0(0%)	305(84.0%)	소계		175	512	363
	90세 이상	0(0%)	0(0%)	58(16.0%)	동부/읍면부	동부	148(84.6%)	333(68.9%)	196(54.0%)
	소계	175	512	363		읍면부	27(15.4%)	159(31.1%)	167(46.0%)
주택유형	일반단독주택	15(8.6%)	114(22.3%)	167(46.0%)	소계		175	512	363
	다가구단독주택	34(19.4%)	92(18.0%)	45(12.4%)	주택유형	다세대주택	11(6.3%)	24(4.7%)	15(4.1%)
	영양공동단독주택	2(1.1%)	6(1.2%)	3(0.8%)		비거주용건물 내 주택	0(0%)	4(0.8%)	1(0.3%)
	아파트	86(49.1%)	231(45.1%)	118(32.5%)		오피스텔	4(2.3%)	6(1.2%)	0(0%)
	연립주택	6(3.4%)	24(4.7%)	13(3.6%)		고시원	14(8.0%)	5(1.0%)	0(0%)
	다세대주택	11(6.3%)	24(4.7%)	15(4.1%)		편의점, 비닐하우스, 컨테이너, 용막	0(0%)	1(0.2%)	0(0%)
	비거주용건물 내 주택	0(0%)	4(0.8%)	1(0.3%)		기타	3(1.7%)	5(1.0%)	1(0.3%)
	오피스텔	4(2.3%)	6(1.2%)	0(0%)		소계	175	512	363
	고시원	14(8.0%)	5(1.0%)	0(0%)					
	편의점, 비닐하우스, 컨테이너, 용막	0(0%)	1(0.2%)	0(0%)					
	기타	3(1.7%)	5(1.0%)	1(0.3%)					

2025년 한국장애인보건의료협회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

IV. 연구결과 / Method

11

2. 빈도분석 결과값

Table 3. 각 변수의 기술통계값

구분	청장년					노년					후기노년				
	N	최소값	최대값	평균	표준편차	N	최소값	최대값	평균	표준편차	N	최소값	최대값	평균	표준편차
(종속변수) 주거환경에 대한 전반적인 만족도	175	1	4	2.98	0.454	512	1	4	2.89	0.566	363	1	4	2.76	0.566
상업시설 접근용이성(시장/대형마트/백화점 등)	175	1	4	2.94	0.645	512	1	4	2.74	0.773	363	1	4	2.39	0.858
의료시설 접근용이성(병원/의료복지시설 등)	175	1	4	2.87	0.716	512	1	4	2.73	0.779	363	1	4	2.34	0.859
공공기관 접근용이성(시장/읍면동사무소/경찰서 등)	175	1	4	2.94	0.679	512	1	4	2.78	0.752	363	1	4	2.40	0.859
문화시설 접근용이성(극장/공연장/박물관/미술관 등)	175	1	4	2.63	0.738	512	1	4	2.52	0.839	363	1	4	2.20	0.855
도시공원 및 녹지 접근용이성(놀이장/공원/녹지/수변 등)	175	1	4	2.96	0.673	512	1	4	2.95	0.701	363	1	4	2.80	0.744
대중교통 접근용이성(버스/지하철 등)	175	1	4	2.93	0.708	512	1	4	2.90	0.724	363	1	4	2.57	0.806
주차시설 이용편의성	175	1	4	2.76	0.773	512	1	4	2.81	0.755	363	1	4	2.78	0.760
주변도로의 보행 안전	175	1	4	2.99	0.592	512	1	4	2.98	0.625	363	1	4	2.91	0.606
교육환경(학교/학원 및 미취학 아동을 위한 시설/서비스 등)	175	1	4	2.99	0.552	512	1	4	2.86	0.675	363	1	4	2.60	0.779
지연 및 범죄 등 방범 상태	175	1	4	3.07	0.468	512	1	4	3.01	0.545	363	1	4	2.98	0.541
자동차 경적, 집주변의 소음 정도	175	1	4	2.94	0.658	512	1	4	2.96	0.649	363	1	4	2.96	0.662
정소 및 쓰레기 처리상태	175	1	4	3.10	0.578	512	1	4	3.03	0.579	363	1	4	3.05	0.567
대기오염 정도	175	1	4	3.05	0.494	512	1	4	3.07	0.555	363	1	4	3.14	0.532
이웃과의 관계	175	1	4	2.92	0.519	512	1	4	3.00	0.504	363	1	4	3.12	0.476
종속변수	주거환경에 대한 전반적인 만족도는 청장년, 노년, 후기노년 순으로 연령이 증가할 수록 감소하는 것으로 나타남.														
독립변수	노년(60-79세) 주차시설 이용편의성, 자동차 경적, 집주변의 소음 정도 / 후기노년(80세이상)은 대기오염 정도, 이웃과의 관계에서 점수가 높았음.														

2025년 한국장애인보건의료협회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

3. 주거환경만족도 영향 요인 : 전체집단

Table 3. 주거환경만족도 영향 요인 : 전체집단

변수	B	SE	β	t	p-value
상업시설 접근용이성(시장/대형마트/백화점 등)	0.068	0.029	0.100	2.374	0.018
의료시설 접근용이성(병원/의료복지시설 등)	0.097	0.029	0.145	3.304	0.001
공공기관 접근용이성(시청/읍면동사무소/경찰서 등)	0.052	0.030	0.075	1.744	0.082
문화시설 접근용이성(극장/공연장/박물관/미술관 등)	0.040	0.022	0.060	1.817	0.070
도시공원 및 녹지 접근용이성(놀이터/공원/녹지/수변 등)	0.047	0.022	0.061	2.166	0.031
대중교통 접근용이성(버스/지하철 등)	0.090	0.024	0.124	3.805	0.000
주차시설 이용편의성	0.075	0.021	0.102	3.562	0.000
주변도로의 보행 안전	0.054	0.030	0.060	1.820	0.069
교육환경(학교/학원 및 미취학 아동을 위한 시설/서비스 등)	0.037	0.026	0.048	1.418	0.156
지안 및 범죄 등 범죄 상태	0.063	0.035	0.061	1.838	0.066
자동차 경적, 침주변의 소음 정도	0.046	0.025	0.054	1.865	0.062
정소 및 쓰레기 처리상태	0.146	0.030	0.152	4.795	0.000
대기오염 정도	-0.021	0.034	-0.021	-0.631	0.528
이웃과의 관계	0.066	0.031	0.059	2.141	0.033
R ²	.506				
Adjust R ²	.500				
F (*p<0.001)	75.785*				

2025년 한국장애인보건의료협회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

4. 주거환경만족도 영향 요인 : 각 연령대별

Table 4. 주거환경만족도 영향 요인 : 각 연령대별

변수	청장년(N=175)		노년(N=512)		후기노년(N=363)	
	β	p-value	β	p-value	β	p-value
상업시설 접근용이성(시장/대형마트/백화점 등)	0.100	0.188	0.088	0.111	0.064	0.448
의료시설 접근용이성(병원/의료복지시설 등)	0.165	0.069	0.094	0.086	0.253	0.004
공공기관 접근용이성(시청/읍면동사무소/경찰서 등)	-0.237	0.010	0.167	0.002	0.100	0.271
문화시설 접근용이성(극장/공연장/박물관/미술관 등)	0.085	0.200	0.122	0.006	-0.067	0.332
도시공원 및 녹지 접근용이성(놀이터/공원/녹지/수변 등)	0.079	0.208	0.054	0.154	0.075	0.176
대중교통 접근용이성(버스/지하철 등)	0.138	0.055	0.143	0.001	0.096	0.117
주차시설 이용편의성	0.243	0.000	0.076	0.057	0.039	0.494
주변도로의 보행 안전	0.043	0.557	0.018	0.708	0.134	0.036
교육환경(학교/학원 및 미취학 아동을 위한 시설/서비스 등)	0.356	0.000	-0.046	0.310	0.057	0.392
지안 및 범죄 등 범죄 상태	-0.076	0.354	0.171	0.000	-0.072	0.229
자동차 경적, 침주변의 소음 정도	0.151	0.029	0.012	0.766	0.126	0.027
정소 및 쓰레기 처리상태	0.111	0.118	0.173	0.000	0.184	0.001
대기오염 정도	-0.076	0.301	-0.013	0.763	-0.040	0.541
이웃과의 관계	0.074	0.237	0.034	0.368	0.042	0.479
R ²	.580		.580		.432	
Adjust R ²	.543		.568		.409	
F (*p<0.001)	15.768*		49.037*		18.895*	

2025년 한국장애인보건의료협회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

V. 연구의 함의 및 시사점

14

1. 선행연구와의 차이점

○ 주거환경에 대해 주택유형, 노인 등 다양하게 이루어지고 있지만, **취약계층인 장애인을 중심으로 한 연구는 상당히 제한적이었기 때문에** 선행연구와의 차별성을 가짐

2. 연구 결과의 정리

연령별	전체집단	정(+)의 관계 : 상업시설 접근용이성, 의료시설 접근용이성, 도시공원 및 녹지 접근용이성, 대중교통 접근용이성, 주차시설 이용편의성, 청소 및 쓰레기 처리상태, 이웃과의 관계
	청장년	정(+)의 관계 : 주차시설 이용편의성, 교육환경 , 자동차 경적.집주변의 소음 정도 / 부(-)의 관계 : 공공기관 접근용이성
	노년	정(+)의 관계 : 공공기관 접근용이성, 문화시설 접근용이성, 대중교통 접근용이성, 치안 및 범죄 등 방범 상태 , 청소 및 쓰레기 처리상태
	후기노년	정(+)의 관계 : 의료시설 접근용이성, 주변도로의 보행 안전 , 자동차 경적.집주변의 소음 정도, 청소 및 쓰레기 처리상태

2025년 한국장애인보건의료협회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

V. 연구의 함의 및 시사점

15

3. 연구결과의 요약

일부 연령대별에서 동일한 요인도 있었지만, 전반적으로 연령대별에 따라 차이가 나타남.

- “청장년과 후기노년 : 자동차의 경적. 집주변의 소음 정도”, “노년과 후기노년 : 청소 및 쓰레기 처리상태”를 제외하고 모든 연령대별에 따라 요인의 차이가 나타남.
-> 연령대별(생애주기) 주거환경이 만족될 수 있도록 **어떠한 환경을 중점적으로 조성 및 정비 해야 하는 지 참고자료로** 활용될 수 있을 것이라 생각한다.
- 이를 기반으로, 1인 가구 장애인 주거 밀집 지역의 도시 개발 및 정비 사업 시 **장애인의 연령대별 특성을 파악하여, 차별화된 사업을 추진할 필요** 필요가 있다.

○ 따라서 **장애인 주거 밀집 지역의 도시 개발 및 정비 사업 시 장애인의 연령대별 특성을 파악하여, 차별화된 사업을 추진할 필요성이 있으며**, 본 연구를 통해 <통합돌봄> 사업 전면 시행 전, 장애인의 주거 환경에 대한 연구가 더욱 활발히 이루어 질 수 있을 것이라 생각한다.

4. 한계점

- **연구대상지에 대한 차이** : - 본 자료는 전국을 대상으로 조사한 자료이기 때문에, 특성 지역 및 지역의 정주 기간에 따라 요인의 결과는 차이가 나타날 수 있음.
- **영향요인 지속성의 문제** : 본 연구는 단년도 자료로 분석하였기에, 지속적으로 영향력이 유지 되는 지 살펴볼 필요성도 있음.
-> 향후 연구에서는 특정 지역 및 지역의 정주 기간을 고려한 연구가 필요할 것으로 생각함.

2025년 한국장애인보건의료협회 하계 학술대회 / 김윤환. (2025) 1인 가구 장애인의 연령대별 주거환경만족도 영향 요인

감 사 합 니 다
THANK YOU

Q & A

MEMO

2025 한국장애인보건의료협의회 하계학술대회

| 공동주최 |



한국장애인보건의료협의회
The Korean Association of Health Care for People with Disabilities



재단법인
돌봄과미래
Care for All Foundation

한국장애인복지학회
Korea Academy of Disability and Welfare



김예지 국회의원



서미화 국회의원

| 주 관 |



사랑의열매 사회복지공동모금회
Korea Social Welfare Foundation