

고령장애인의 커뮤니티케어 적용을 위한 주거지원 방안 연구

황주희

김진희·강은나·이태진·남기철·노승현·이재춘·조성재·김미옥

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



한국보건사회연구원

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS

【연구책임자】

황주희 한국보건사회연구원 부연구위원

【공동연구진】

김진희 한국보건사회연구원 연구원

강은나 한국보건사회연구원 연구위원

이태진 한국보건사회연구원 선임연구위원

남기철 동덕여자대학교 교수

노승현 루터대학교 교수

이재춘 국토연구원 부연구위원

조성재 대구대학교 교수

김미옥 전북대학교 교수

연구보고서 2020-41

고령장애인의 커뮤니티케어

적용을 위한 주거지원 방안 연구

발 행 일 2020년 12월

발 행 인 조 흥 식

발 행 처 한국보건사회연구원

주 소 [30147]세종특별자치시 시청대로 370
세종국책연구단지 사회정책동(1~5층)

전 화 대표전화: 044)287-8000

홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>

등 록 1994년 7월 1일(제8-142호)

인 쇄 처 (사)아름다운사람들복지회

발|간|사

최근 커뮤니티케어 정책의 추진은 인구 고령화에 따른 노인인구의 증가, 이로 인한 의료·돌봄 수요 급증에 따른 정부 예산 대응의 한계, 이로 인한 돌봄비용의 지속가능성 제고를 목적으로 추진되어 현재 시범사업이 진행되고 있다. 커뮤니티케어는 세계적으로 추구하고 있는 정책의 방향으로 장애인과 같은 취약집단의 시설수용을 지양하고 지역사회 내 보건의료-요양-돌봄-주거지원과 같은 통합적 지원체계 구축을 통한 돌봄비용의 지속가능성 제고와 수요자 중심의 복지지원 체계의 마련 및 친숙한 환경에서의 노후(Aging in place) 실현 등을 동시에 달성할 수 있는 효율적인 인구 고령화 전략이라 할 수 있다.

본 연구는 정부가 추구하고자 하는 커뮤니티케어 정책의 효율성 증대 및 정책 활성화 방안 마련을 목적으로 기획되었으며 이를 통해 커뮤니티케어 정책의 대상으로서 고령장애인을 제안하고 이들을 위한 지역사회에서의 기본 전제인 주거안정성 확보를 위한 주거지원 방안을 도출하는 것을 목적으로 한다. 본 연구를 통해 아직 초기 단계에 있는 커뮤니티케어 정책이 정책적 측면에서의 효율성 담보와 더불어 수요자 측면에서의 AIP 실현 등 커뮤니티케어의 확대에 기여 할 수 있기를 희망한다.

본 연구는 황주희 부연구위원의 책임하에 원내 강은나 연구위원, 이태진 선임연구위원, 김진희 연구원에 의해 수행되었으며, 원외에서는 동덕여자대학교의 남기철 교수, 루터대학교의 노승현 교수, 국토연구원의 이재춘 부연구위원, 대구대학교의 조성재 교수, 전북대학교의 김미옥 교수의 참여로 완성되었다. 자문위원으로서 연구 과정과 결론에 이르기까지 아낌없는 의견을 나누어 주신 원내의 박세경 선임연구위원과 대구경북연구원의 이정미 연구위원 그리고 익명의 평가위원에게 감사의 마음을 전

한다. 아울러 고령장애인의 주거 관련 시슈를 함께 고민해 주시고 현실적인 의견을 주신 고령장애인 당사자 및 장애인 거주 시설 종사자분들께도 깊이 감사드린다. 마지막으로, 본 보고서의 내용은 본원의 공식적인 의견이 아님을 밝혀 둔다.

2020년 12월
한국보건사회연구원 원장
조 흥 식



목 차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



Abstract	1
요 약	5
 제1장 서론	15
제1절 연구의 배경 및 목적	17
제2절 연구의 내용 및 방법	21
 제2장 커뮤니케이터와 고령장애인의 주거지원의 의미	23
제1절 탈시설과 커뮤니케이터	25
제2절 커뮤니케이터 대상으로서의 고령장애인	48
제3절 고령장애인과 주거지원	68
제4절 소결	83
 제3장 고령장애인 주거지원 정책 현황 및 선도사업의 주거지원	89
제1절 중앙정부 차원의 주거지원 정책 현황	91
제2절 지방정부 및 민간의 주거지원 사업 사례	127
제3절 커뮤니케이터 선도사업에서의 주거지원	154
제4절 소결: 고령장애인 대상 주거지원정책 현황	169
 제4장 고령장애인의 주거 특성 및 욕구	173
제1절 고령장애인의 주거 특성	175
제2절 고령장애인의 주거지원 욕구	233
제3절 소결: 고령장애인의 주거지원 관련 이슈 및 쟁점	262

제5장 해외의 고령장애인 주거지원 현황	269
제1절 영국의 주거지원	272
제2절 미국의 주거지원	298
제3절 독일의 주거지원 및 주거 모델	322
제4절 일본의 주거지원	354
제5절 소결: 해외 주거지원에서의 함의	379
 제6장 결론	 383
제1절 커뮤니티케어와 고령장애인	385
제2절 고령장애인을 위한 주거지원 방안	393
 참고문헌	 417
 부록	 441
부록 1. 2017년 노인실태조사 분석 결과: 복지욕구	441
부록 2. 2017년 장애인실태조사 분석 결과: 복지욕구	462

표 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



〈표 2-1-1〉 65세 이상 시설장애인 추정수 및 구성비	40
〈표 2-1-2〉 발달장애인의 주거지원: 지원생활(supported living)모델	44
〈표 2-2-1〉 장애인정책국 예산 추이	49
〈표 2-2-2〉 장애인 의료 이용 현황: 전체 인구와 65세 이상 장애인 비교	51
〈표 2-2-3〉 전체 인구와 노인 진료비 현황	52
〈표 2-2-4〉 고령장애인과 비장애노인의 진료비, 입내원일수 비교	52
〈표 2-2-5〉 65세 이상 장애인과 65세 미만 장애인의 진료비, 입내원일수 비교(2012)	53
〈표 2-2-6〉 장애인 진료비 현황	54
〈표 2-2-7〉 다빈도질환	55
〈표 2-2-8〉 65세 이상 인구 대비 고령등록장애인 비율	56
〈표 2-2-9〉 전체인구 고령화 수준과 장애인구 고령화 수준 비교	57
〈표 2-2-10〉 재가장애인의 연령별 출현율	58
〈표 2-2-11〉 고령인구 대비 고령장애인의 증가 추이	59
〈표 2-2-12〉 장애인의 사망시 평균연령	60
〈표 2-2-13〉 우리나라 성별 기대수명	60
〈표 2-2-14〉 비장애노인 vs. 고령장애인의 건강특성 비교	62
〈표 2-2-15〉 비장애노인 vs. 고령장애인의 주거 특성 비교	63
〈표 2-2-16〉 비장애노인 vs. 고령장애인의 소득 비교	64
〈표 2-2-17〉 청장년 vs. 고령장애인의 건강특성 비교	65
〈표 2-2-18〉 청장년 vs. 고령장애인의 돌봄특성 및 소득 비교	66
〈표 2-2-19〉 청장년 vs. 고령장애인의 주거 특성 비교	67
〈표 2-3-1〉 Bennett의 주거지원의 개념	69
〈표 2-3-2〉 국내 고령장애인의 주거 관련 연구 비교	76
〈표 2-3-3〉 국내 고령장애인의 주거 관련 주택개조 연구	78
〈표 2-3-4〉 국내 중고령 발달장애인 주거지원 관련 연구	80
〈표 2-3-5〉 국내 고령장애인 주거지원 관련 기타 연구	82
〈표 3-1-1〉 주거기본법상의 장애인 고령자 관련 조항	93

〈표 3-1-2〉 주거기본법상의 주거약자용 주택의 안전기준	95
〈표 3-1-3〉 주거약자용 주택의 편의시설 설치기준	96
〈표 3-1-4〉 중앙정부 등에 의한 공공주택의 종류	99
〈표 3-1-5〉 중앙정부 등의 임대주택 유형별 비교	99
〈표 3-1-6〉 분양주택 특별공급 자격 및 선정 방법	101
〈표 3-1-7〉 고령자복지주택 공급실적 (승인기준)	104
〈표 3-1-8〉 국민임대주택 입주자격	106
〈표 3-1-9〉 일반 공공리모델링 매입임대주택, 일반 전세임대주택	108
〈표 3-1-10〉 행복주택 입주자별 공급 비율	109
〈표 3-1-11〉 행복주택 입주 대상자별 주변시세 대비 임대료 수준	110
〈표 3-1-12〉 행복주택 입주 자격 (고령자 부분만 발체)	110
〈표 3-1-13〉 공공지원 민간임대주택 정책 지원 대상자	111
〈표 3-1-14〉 집주인 임대주택사업의 최근 3년간 성과 달성	112
〈표 3-1-15〉 주거급여 개편전후 비교('14년 대비 '19년)	115
〈표 3-1-16〉 주거급여 2020년 기준 중위소득	116
〈표 3-1-17〉 2019년 기준임대료 (단위: 원/월)	116
〈표 3-1-18〉 자가보유가구의 수선유지급여 수급정도 및 조건	117
〈표 3-1-19〉 장애인 및 고령자 편의시설 품목 예시	118
〈표 3-1-20〉 2019년 12월 주거급여 수령자중 장애인 및 고령자 가구 비율	119
〈표 3-1-21〉 장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상 지원법	123
〈표 3-1-22〉 노후 공공임대주택 시설개선사업 내역	124
〈표 3-1-23〉 노후 공공임대주택 시설개선사업 추진현황	124
〈표 3-1-24〉 고령자 장애인 주거지원 요약표	125
〈표 3-2-1〉 서울시 지원주택의 주거유지지원서비스	130
〈표 3-2-2〉 LH의 지원주택 추진계획	132
〈표 3-2-3〉 충현복지관 주거생활지원센터	136
〈표 3-2-4〉 지자체별 장애인 주거환경개선 사업 현황	140



〈표 3-3-1〉 SAMHSA 지원주택 프로그램 충실도 지표	159
〈표 3-3-2〉 선도사업 지자체의 연계자원 활용계획	165
〈표 4-1-1〉 장애 여부에 따른 노인 총인원	176
〈표 4-1-2〉 장애 여부에 따른 노인의 일반특성	178
〈표 4-1-3〉 장애 여부에 따른 노인의 주거환경	180
〈표 4-1-4〉 장애 여부에 따른 노인의 주거만족도	181
〈표 4-1-5〉 노인의 일반적 특성에 따른 노인의 주거 만족도	183
〈표 4-1-6〉 장애 여부에 따른 외출여건	185
〈표 4-1-7〉 장애 여부에 따른 노인의 거주 선호도	186
〈표 4-1-8〉 주거특성이 노인의 삶의 질에 미치는 영향	188
〈표 4-1-9〉 비장애노인과 고령장애인의 주거특성이 삶의 질에 미치는 영향	189
〈표 4-1-10〉 일반적 특성	191
〈표 4-1-11〉 장애특성	192
〈표 4-1-12〉 일반적 특성에 따른 주거위치	193
〈표 4-1-13〉 장애특성에 따른 주거위치	194
〈표 4-1-14〉 청장년 장애인과 고령장애인의 주택소유형태	195
〈표 4-1-15〉 고령장애인 장애유형별 주택소유형태	196
〈표 4-1-16〉 고령장애인 거주지역별 주택소유형태	197
〈표 4-1-17〉 일반적 특성에 따른 자가 소유자 주택금액	198
〈표 4-1-18〉 장애특성에 따른 자가소유자 주택금액	199
〈표 4-1-19〉 일반적 특성에 따른 전월세 보증금	200
〈표 4-1-20〉 장애특성에 따른 전월세 보증금	201
〈표 4-1-21〉 일반적 특성에 따른 월세	202
〈표 4-1-22〉 장애특성에 따른 월세	203
〈표 4-1-23〉 일반적 특성에 따른 주택성능 및 환경	205
〈표 4-1-24〉 장애특성에 따른 주택성능 및 환경	206
〈표 4-1-25〉 성인장애인 연령에 따른 영역별 주택 성능 및 환경	207

〈표 4-1-26〉 고령장애인 거주지역에 따른 영역별 주택 성능 및 환경	208
〈표 4-1-27〉 고령장애인 가구원수에 따른 영역별 주택 성능 및 환경	209
〈표 4-1-28〉 일반적 특성에 따른 집구조 불편	210
〈표 4-1-29〉 장애특성에 따른 집구조 불편	212
〈표 4-1-30〉 일반적 특성에 따른 주택 개조지사	214
〈표 4-1-31〉 장애특성에 따른 주택 개조지사	215
〈표 4-1-32〉 고령장애인 연령에 따른 주택개조 필요장소(1순위)	216
〈표 4-1-33〉 고령장애인 거주지역에 따른 주택개조 필요장소(1순위)	217
〈표 4-1-34〉 고령장애인 거주지역에 따른 주택개조 필요장소(1순위)	218
〈표 4-1-35〉 일반적 특성에 주거복지서비스 이용경험	219
〈표 4-1-36〉 장애특성에 따른 주거복지서비스 이용경험	220
〈표 4-1-37〉 연령별 주거복지서비스 이용경험	222
〈표 4-1-38〉 고령장애인 거주지역별 주거복지서비스 경험	223
〈표 4-1-39〉 성인장애인의 연령별 희망주거 유형	224
〈표 4-1-40〉 고령장애인 장애유형별 희망주거 유형	225
〈표 4-1-41〉 고령장애인 장애정도에 따른 희망주거 유형	225
〈표 4-1-42〉 고령장애인 1인 가구 여부에 따른 희망주거 유형	226
〈표 4-1-43〉 성인장애인 연령에 따른 희망생활	227
〈표 4-1-44〉 고령장애인 일반적 특성에 따른 희망주거 유형(고령)	227
〈표 4-1-45〉 고령장애인 장애정도별 희망주거 유형	228
〈표 4-1-46〉 고령장애인 1인 가구 여부에 따른 희망주거 유형	229
〈표 4-1-47〉 삶의 만족도 영향요인	230
〈표 4-1-48〉 청장년 및 고령장애인의 삶의 만족도 영향요인	232
〈표 4-2-1〉 고령장애인 대상 FGI 참여자 개요	233
〈표 4-2-2〉 고령장애인 대상 FGI 질의내용	234
〈표 4-2-3〉 장애인거주시설 현장 전문가 대상 FGI 참여자 개요	242
〈표 4-2-4〉 장애인거주시설 현장 전문가 대상 FGI 질의내용	243



〈표 5-1-1〉 지원 수준에 따른 고령자용 지원 주택의 정의와 분류	283
〈표 5-1-2〉 보호주택의 장점과 단점	286
〈표 5-1-3〉 돌봄 주택의 특징	287
〈표 5-1-4〉 돌봄 주택의 장점과 단점	289
〈표 5-1-5〉 주택 유형	292
〈표 5-1-6〉 주요 당사자 집단	292
〈표 5-1-7〉 돌봄과 지원 시간에 따른 구분	293
〈표 5-1-8〉 주택제공자 유형에 따른 구분	293
〈표 5-1-9〉 공동주택과 독립형 지원주택 비용	294
〈표 5-1-10〉 1주당 지원주택, 등록된 돌봄, 병원 비용 비교	294
〈표 5-2-1〉 미국의 고령장애인 현황	299
〈표 5-3-1〉 중증장애인 현황	322
〈표 5-3-2〉 독일 주택시장의 공급 구조(2011년)	327
〈표 5-3-3〉 노인·장애인을 위한 주거형태	331
〈표 5-3-4〉 공동체성과 자기조직 정도에 따른 주거형태 예시	332
〈표 5-3-5〉 배리어프리주택을 위한 개조 및 보조공학기기 자원 및 지원 내용	333
〈표 5-3-6〉 돌봄주택의 장점과 단점	338
〈표 5-3-7〉 자가주택에서 외래돌봄을 이용하는 경우의 장점과 단점	339
〈표 5-3-8〉 주거공동체의 핵심조건	343
〈표 5-3-9〉 Vechta에 있는 외래돌봄주거공동체 사례	344
〈표 5-3-10〉 다중세대주거의 주요 요소	346
〈표 5-3-11〉 주거상담소의 정보 및 상담 내용	349
〈표 5-3-12〉 BL의 제공서비스	350
〈표 5-3-13〉 장애인을 위한 주거학교 대상	352
〈표 5-4-1〉 연령별 지체장애인 수	356
〈표 5-4-2〉 연령별 지적장애인 수	357
〈표 5-4-3〉 연령별 정신장애인 수	357

〈표 5-4-4〉 65세 이상 고령장애인의 동거실태	358
〈표 5-4-5〉 65세 이상 고령장애인의 주간활동(연령불명 포함. 복수응답)	359
〈표 5-4-6〉 65세 이상 고령장애인이 앞으로 희망하는 주간활동(연령불명 포함. 복수응답)	360
〈표 5-4-7〉 65세 이상 고령장애인의 주거	361
〈표 5-4-8〉 공영주택법의 개요	367
〈표 5-4-9〉 고령자·장애인을 위한 일본의 주거지원제도(2008년도 시점)	372
〈표 5-4-10〉 기존 그룹홈과의 비교	374
〈부표 1-1〉 장애 여부에 따른 노인의 건강 특성	441
〈부표 1-2〉 노인의 일반적 특성에 따른 주관적 건강	442
〈부표 1-3〉 장애 여부에 따른 노인의 의료기관 이용 여부	443
〈부표 1-4〉 노인의 일반적 특성에 따른 병의원 이용 여부	444
〈부표 1-5〉 노인의 일반적 특성에 따른 병의원 입원 여부	445
〈부표 1-6〉 노인의 일반적 특성에 따른 만성질환 여부	446
〈부표 1-7〉 장애 여부에 따른 신체적 및 심리정서적 건강상태	447
〈부표 1-8〉 장애 여부에 따른 낙상 및 요인	448
〈부표 1-9〉 노인의 일반적 특성에 따른 낙상 여부	449
〈부표 1-10〉 장애 여부에 따른 돌봄제공자	450
〈부표 1-11〉 노인의 일반적 특성에 따른 돌봄필요 여부	451
〈부표 1-12〉 장애 여부에 따른 노인의 돌봄 충분성	452
〈부표 1-13〉 노인의 일반적 특성에 따른 돌봄충분성	453
〈부표 1-14〉 장애 여부에 따른 노인의 장기요양등급 신청 여부	454
〈부표 1-15〉 장애 여부에 따른 노인의 장기요양 등급 미신청 이유	454
〈부표 1-16〉 장애 여부에 따른 노인의 월평균 소득 및 지출 현황	455
〈부표 1-17〉 장애 여부에 따른 노인의 월평균 가구균등화소득	456
〈부표 1-18〉 노인의 일반적 특성에 따른 월평균 소득	457
〈부표 1-19〉 장애 여부에 따른 노인의 월평균 소비 지출	458
〈부표 1-20〉 노인의 일반적 특성에 따른 월평균 소비 지출	459



〈부표 1-21〉 노인의 일반적 특성에 따른 월평균 주거비 지출	460
〈부표 1-22〉 장애 여부에 따른 노인이 생활비 지출시 가장 부담되는 항목	461
〈부표 2-1〉 청장년 장애인과 고령장애인의 주관적 건강	462
〈부표 2-2〉 일반적 특성에 따른 주관적 건강	462
〈부표 2-3〉 장애특성에 따른 주관적 건강	463
〈부표 2-4〉 청장년 장애인과 고령장애인의 만성질환 빈도	464
〈부표 2-5〉 일반적 특성에 따른 만성질환 여부	464
〈부표 2-6〉 장애특성에 따른 만성질환율	465
〈부표 2-7〉 일반적 특성에 따른 입원치료 여부(최근 1년)	466
〈부표 2-8〉 장애특성에 따른 입원치료율(최근 1년)	467
〈부표 2-9〉 일반적 특성에 따른 외래진료 여부(최근 2주)	468
〈부표 2-10〉 장애특성에 따른 외래진료 여부(최근 2주)	469
〈부표 2-11〉 일반적 특성에 따른 우울증상 경험(최근 1년 2주 지속)	470
〈부표 2-12〉 장애특성에 따른 우울증상 경험(최근 1년 2주 지속)	471
〈부표 2-13〉 일반적 특성에 따른 돌봄필요	472
〈부표 2-14〉 장애특성에 따른 돌봄필요	473
〈부표 2-15〉 일반적 특성에 따른 도움제공자 유무	474
〈부표 2-16〉 장애특성에 따른 도움제공자 유무	475
〈부표 2-17〉 일반적 특성에 따른 도움충분	476
〈부표 2-18〉 장애특성에 따른 도움 충분여부	477
〈부표 2-19〉 일반적 특성에 따른 외출빈도(지난 1개월)	478
〈부표 2-20〉 장애특성에 따른 외출빈도(지난 1개월)	479
〈부표 2-21〉 일반적 특성에 따른 외부활동 불편	480
〈부표 2-22〉 장애특성에 따른 외부활동 불편	481
〈부표 2-23〉 성인장애인 연령에 따른 주요 교통수단	482
〈부표 2-24〉 고령장애인 장애유형에 따른 주요 교통수단	482
〈부표 2-25〉 고령장애인 거주지역에 따른 주요 교통수단	483



〈부표 2-26〉 청장년 장애인과 고령장애인의 가계균등화소득	483
〈부표 2-27〉 청장년 장애인과 고령장애인의 분위별 가계균등화 소득	484
〈부표 2-28〉 일반적 특성에 따른 월평균 가계균등화 소득	484
〈부표 2-29〉 장애특성에 따른 월평균 가계균등화소득	485

그림 목차

KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



[그림 1-2-1] 연구 내용 및 방법 체계	22
[그림 2-1-1] 고령사회 도입과 커뮤니케이터 도입 시점	32
[그림 2-1-2] 포용적 복지와 커뮤니케이터	34
[그림 2-1-3] 커뮤니케이터 로드맵의 개요	35
[그림 2-1-4] 장애인 커뮤니케이터 개념도	35
[그림 2-1-5] 장애인 커뮤니케이터 선도사업 개요	46
[그림 2-1-6] 커뮤니케이터의 정책 대상	47
[그림 2-2-1] 장애인 총 진료비 대비 고령장애인의 총 진료비(2015년)	49
[그림 2-2-2] 2003년-2015년 65세 이상 고령장애인 1인당 연간 총 진료비 추이	50
[그림 2-3-1] 커뮤니케이터의 개념도	72
[그림 2-3-2] 커뮤니케이터 대상으로서의 '고령장애인' 검토	83
[그림 3-1-1] 중앙정부 등에 의한 공공주택의 공급	98
[그림 3-1-2] 고령자 복지주택 개념도	105
[그림 3-1-3] 위례신도시 A2-4블록 공공실버주택 전용면적 26㎡형 평면도	105
[그림 3-2-1] 지원주택의 개념도	128
[그림 3-2-2] LH의 지원주택 체계도	133
[그림 3-2-3] 사회복지공동모금회 지원주택 모델화 사업의 체계도	134
[그림 3-2-4] 충현복지관 지원주택 대상자 모집 홍보문	137
[그림 3-2-5] 서울시 저소득 장애인 집수리 사업 선정 절차	141
[그림 3-2-6] 주거지원 사례(서울특별시 중구): 남자, 60대	143
[그림 3-2-7] 주거지원 사례(서울특별시 마포구): 남자, 70대	144
[그림 3-2-8] 주거지원 사례(부산광역시 기장군): 유○○	146
[그림 3-2-9] 주거지원 사례(부산광역시 동래구): 민○○	146
[그림 3-2-10] 경기도 주택개조 전후 비교	148
[그림 3-2-11] 서울특별시립노원시각장애인복지관 가정 내 잔고장 수리 사업 진행	149
[그림 3-2-12] 서울시립노원시각장애인복지관의 안전저해요인 제거사업 진행	150
[그림 3-2-13] 주거복지사의 분야	151



[그림 3-2-14] 마이홈 홈페이지	153
[그림 3-3-1] 커뮤니티케어 선도사업의 전체 구성	163
[그림 3-3-2] 커뮤니티케어 선도사업에서 주거지원사업의 개념도	164
[그림 3-3-3] 공공임대주택 재고 비율과 공급주체별 비율	168
[그림 5-1-1] 영국의 고령인구 추이(2018, 2043)	273
[그림 5-1-2] 보호/지원 주택 역할과 사회적 돌봄의 시대적 변화추이	284
[그림 5-2-1] 주요 연방정부 정책의 대상 주택과 가구 수 (1950-2009)	303
[그림 5-2-2] 2015년-2025년-2035년 65세 이상 가구 수 예상	311
[그림 5-2-3] 나이에 따른 고령화 가구 예상	312
[그림 5-2-4] 유형에 따른 65세 이상 장애 인구수	313
[그림 5-2-5] 연령에 따른 수입 중 주택에 지불하는 비용	314
[그림 5-2-6] 65세 이상 노인의 소득수준에 대한 예측	315
[그림 5-2-7] NORC-SSPs 모델	318
[그림 5-3-1] 독일 주택체계, 정책 및 제도, 주택시장에 대한 구조	326
[그림 5-3-2] 카톨릭 단체가 운영하는 돌봄주택	337
[그림 5-3-3] Beverstedt에 위치한 돌봄주택의 단면도	337
[그림 5-3-4] 외래돌봄주거공동체의 개인방과 공동 공간의 단면도	344
[그림 5-3-5] 외래돌봄주거공동체의 공동공간	344
[그림 5-3-6] 다중세대주택 예시	347
[그림 5-3-7] 다중세대주택의 공동공간 (카페)	347
[그림 5-3-8] 주거학교 교구예시	352
[그림 5-3-9] 주거학교 수업	352
[그림 5-4-1] 장애인의 거처별 규모	355
[그림 5-4-2] 고령장애인의 규모	356
[그림 5-4-3] 주간서비스지원형 그룹홈의 이미지	375
[그림 5-4-4] 자립생활원조의 이미지	376
[그림 5-5-1] 해외 주거지원정책의 특성: 중앙 정부, 지방정부, 제도의 역할	380



[그림 6-1-1] 커뮤니티케어 대상자의 서비스욕구와 주거욕구	387
[그림 6-1-2] 장애인을 대상으로 하는 커뮤니티케어	389
[그림 6-1-3] 커뮤니티케어 대상으로서의 '고령장애인' 검토	391
[그림 6-2-1] 장애유형별 특성 및 욕구에 근거한 주거모델(유형)의 다양화	403
[그림 6-2-2] 고령장애인을 위한 주거지원 방안 (전체 추진체계 내용 포함)	407
[그림 6-2-3] 케어안심주택의 전달체계	413



Abstract

A study on housing support policy for the application of community care for elderly with disabilities

Project Head: Hwang, Ju-hee

Community care in South Korea was proposed with the aim of improving the sustainability of care costs and overcoming the limits of governmental measures in response to the increase in the elderly population due to population aging and the resulting escalation of demand for medical care services. Currently, trial projects for community care are underway.

The introduction of community care means a change in the response to the demand for care services, which the government has been attempting to address by institutionalization, through the establishment of a system that provides comprehensive services (health and medical care, long term care and housing support, etc.) within local communities. In other words, the goal is to establish a comprehensive welfare system centered on local communities instead of hospitals or other accommodation facilities.

This is meaningful as a strategy for addressing population aging worldwide as well as for the imperativeness of its norma-

Co-Researchers: Kim, Jin-hee · Kang, Eun-na · Lee, Tae-jin, Nam · Ki-cheol · Roh, Seung-hyun · Lee, Jae-choon · Jo, Song-jae · Kim, Mi-ok

tive aspects, such as the realization of the rights of welfare recipients, establishment of a recipient-centered welfare support system, and fulfillment of the ideal of “aging in place.” Therefore there have been no objections about the South Korean government’s current efforts in this regard. I agree with the direction of community care that the government is pursuing, and I have considered ways of achieving the policy goals proposed by the government more efficiently than planned.

Consequently the two primary purposes of this study are: first, to propose the elderly with disabilities as the target group for community care, and two, to derive housing support measures as a basic premise in order to provide comprehensive support that enables such elderly people to lead self-reliant and independent lives as members of their local communities. In community care, housing support is the most basic premise that allows target groups to live their everyday lives in their local communities. It may also be a key policy tool.

The conclusion of this study suggests the expansion of community care policy target groups in line with the expansion of the concept of deinstitutionalization and explains the need to consider the elderly with disabilities by comparatively analyzing the characteristics of such elderly people and the goals and purposes of the community care policy. In addition, this study proposes four community care measures for housing support for the elderly with disabilities: first, the strengthening of the

demand-centered housing support policy; second, the diversification of the fundamental models based on local communities; third, the establishment of a housing support system to provide community care for the elderly with disabilities; and fourth, the establishment of a system of professionals to provide information about housing support, counseling, and casework management.

*Key words: community care, elderly with disabilities, housing support



요약

1. 연구의 배경 및 목적

본 연구는 장애정책과 커뮤니티케어 정책 그리고 주거지원 정책이라고 하는 세 가지 제도 영역을 포괄하는 융복합적 성격의 정책연구이다. 연구자는 커뮤니티케어 정책이 실현하고자 하는 방향성, 즉 취약층의 지역사회 중심 통합적 복지체계 구축을 통한 의료·돌봄 비용의 지속가능성을 고려한 현재의 방향성에 동의하며, 커뮤니티케어 시범사업이 시설에 거주하고 있는 장애인의 탈시설이라고 하는 협소한 개념의 적용을 통한 소극적인 성과에 그치지 않고 본래 추구하고자 하였던 정책의 목적을 보다 효율적으로 달성하기 위한 방안을 고민하였다. 이에 본 연구의 목적은 커뮤니티케어의 정책 대상으로서 고령장애인을 제안하고, 이들의 지역사회에서의 자립적인 삶을 통합적으로 지원하기 위한 기본 전제인 주거안정화 방안, 즉 주거지원 방안을 도출하고자 하였다.

2. 주요 연구결과

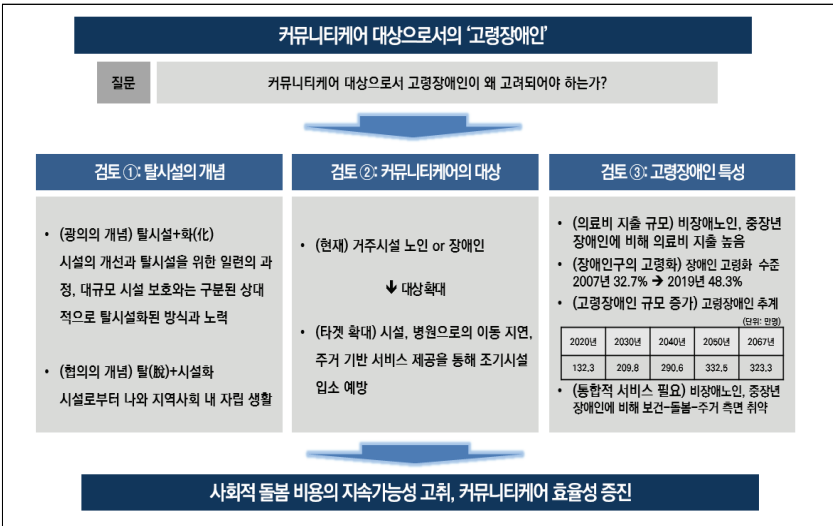
가. 커뮤니티케어 정책의 주된 대상으로서 ‘고령장애인’ 제안

보다 더 효율적인 커뮤니티케어 정책 확대를 목적으로 커뮤니티케어의 주된 대상으로서 ‘고령장애인’을 제안하였다. 장애인 대상 커뮤니티케어는 노인과 더불어 진행되고 있으나 그 중요성이 부각되지 못한 측면이 있으며, 특히나 장애인 영역의 커뮤니티케어는 노인의 요양병원(시설)으로부터의 탈시설화에 대한 논의 구조 속에서 장애인거주시설로부터의 탈시설화의 부분으로 한정하여 적용된 측면도 있어 보인다. 장애인을 대상으

6 고령장애인의 커뮤니티케어 적용을 위한 주거지원 방안 연구

로 하는 커뮤니티케어는 첫째, 거주 시설에서 생활하고 있는 장애인 중 지역사회로의 전환을 희망하는 장애인이 대상이 되며 이들을 대상으로 하는 지역사회 내 생활조건의 개선, 보호 및 치료 관련 환경의 개선을 포함하는 방식이 있을 수 있다. 둘째, 지역사회에서 생활하고 있는 재가 장애인을 대상으로 하는 보건의료, 돌봄, 주거, 치료 등의 지역사회 내 적절한 대안의 마련을 통한 불필요한 시설에서의 수용을 지연시키거나 방지하는 Two-track 접근 방식을 생각할 수 있다. 이들 두 방식 모두 지역사회에서 이용할 수 있는 다양한 지원체계를 마련해야 하는 것은 같다고 볼 수 있다. 특히 이 두 가지 방안 중 지역사회를 기반으로 하는 재가장애인에 대한 접근 부분이 좀 더 강조될 필요가 있으며, 이는 곧 시설 거주 장애인의 탈시설화를 위한 기반 마련으로 이어지기 때문이다. 이러한 접근은 궁극적으로 커뮤니티케어 정책의 효율성을 담보할 수 있는 전략이 될 수 있다.

[요약표 1] 커뮤니티케어 대상으로서의 ‘고령장애인’ 검토



나. 고령장애인 대상 주거 관련 이슈 및 쟁점 도출

현재 우리나라의 주거정책은 ‘고령장애인’을 특별한 대상으로 인식하지 못하고, 취약계층으로 대표되는 노인(고령자)과 장애인이라고 하는 대상층으로 분리되어 이루어지고 있다. 때문에 본 연구에서는 고령자 및 장애인 대상 중앙정부 및 지방정부 차원의 주거지원 정책의 현황을 분석하고 2017년 장애인실태조사 및 노인실태조사 분석을 통해 고령장애인의 주거 현황을 살펴 보았다. 또한 고령장애인 및 장애인 거주 시설 종사자를 대상으로 FGI를 실시하여 고령장애인의 주거욕구를 파악해 보았다. 이를 통해 도출된 고령장애인 대상 주거 관련 이슈 및 쟁점은 다음과 같다.

(1) 커뮤니티케어 시범사업에서 나타난 주거지원의 자원 부족

장애인을 대상으로 하는 커뮤니티케어 선도사업에서의 주거지원은 거주시설에서 생활하고 있는 발달장애인을 주요 대상으로 하고 있다. 따라서 이들은 거주 시설로부터 나와 지역사회에서의 생활을 위한 주거의 제공이 필수적이다. 그러나 장애인을 대상으로 하는 선도사업 지역 2개소의 케어안심주택 운영실적은 2019년 선도사업 시작 이후 2020년 7월까지 20호 미만(남기철, 김선미, 민소영, 홍인옥, 2020)이다. 각 지역의 선도사업 계획서에 따르면 2019년까지 50여 가구에 케어안심주택이 제공되었고 2020년에는 321호의 케어안심주택의 지원을 계획하고 있으나 2020년 7월 기준, 실제 입주가 이루어져 케어안심주택이 작동되고 있는 것은 2019년 실적을 포함하여 100호가 조금 넘는 수준이다. 노인의 경우, 케어안심주택을 통한 주거지원의 방식보다는 주택개조 사업에 치중되어 사업이 진행되고 있다. 이는 케어안심주택의 확보가 어렵기 때문이다.

(2) 주거환경 개선 사업의 제한성

지역사회에 거주하고 있는 고령장애인의 주거유형의 대부분(약 70%)은 ‘자가’이다. 본 연구를 통해서 주거에서의 불편함 및 주거만족도는 고령장애인의 삶의 질에 유의미한 영향을 주는 것으로 확인 되었다. 그러나 현재 중앙정부 차원의 주거환경 개선 사업은 국토부에서 수행하고 있는 농어촌 장애인주택 개조사업(국토부 50: 지자체 50)과 지자체 수준에서 시·도예산 100%를 가지고 지원하는 주거환경 개선사업 등이 있으나 대상이 모두 저소득층에 제한되어 있고 한정된 예산으로 인해 혜택을 받는 가구가 많지 않으며 개별 가구에 책정된 금액또한 적은 특징을 가지고 있다. 또한 공공임대주택에 거주하고 있는 고령장애인의 주거환경은 상대적으로 낮은 수준(강미나, 2016; 배정인, 2016; 노승현, 2016)이나 현재 ‘노후 공공임대주택 시설개선사업’에서는 주거약자를 위한 아파트의 배리어프리 시설 설치, 생활 안전 예방 사업, 전기시설 정비 등 임대주택 내의 주거환경의 개선보다는 임대주택 내 공용공간 및 외부시설 개선이 목적이어서 임대주택에 거주하고 있는 고령장애인을 위한 주거 내부 환경 개선을 위한 지원제도는 존재하지 않는다.

(3) 주거지원 정책 대상의 협소함

우리나라의 장애인과 고령자를 위한 주거지원정책은 임대주택 등의 입주 시 특례, 가점, 우선 공급 등으로 임대주택 공급정책이 가장 크다. 특히나 주거지원정책의 대상은 소득을 기준으로 하는 ‘저소득층’으로 한정되고 있어 욕구에 기반을 둔 ‘보편성’에 기초하고 있는 커뮤니티케어의 케어안심주택의 대상과는 차이가 있다. 따라서 커뮤니티케어를 적용함에 있어 케어안심주택과 같은 주택 공급의 대상과 서비스와의 연계를 용이하게 하기 위해

주거이전의 욕구를 가진 대상자가 일치하지 않고, 국토부에서 제공하고 있는 케어안심주택의 공급양도 턱없이 부족한 상황이다. 따라서 중산층 정도의 자산을 가진 고령장애인의 경우, 주거이전에 대한 동기가 낮고 자가 보유율이 약 70% 수준으로 높아 주거환경 개선에 대한 욕구가 높다. 때문에 자가나 임대주택에 거주하는 고령장애인의 경우에 주택개조사업 등 주거환경개선 사업을 적극 활용한 커뮤니티케어 주거지원이 강화될 필요가 있다.

(4) 고령장애인의 욕구에 대응하는 다양한 주거 모델의 부재

본 연구의 FGI를 통해 향후 거주하고 싶은 주거유형에 대해 질문한 결과 일부 신체장애인의 경우, 비슷한 장애유형을 가진 고령장애인과 그룹홈 형태의 거주를 계획하고 있다는 의견도 있었으며 시각장애인의 경우 비슷한 장애유형을 가진 장애인들끼리의 거주 시설, 공동주택 등의 형태에서 살고 싶다는 바람을 나타내기도 하였다. 현재는 자가와 시설(병원)거주 2가지 선택지만을 가지고 있는 상황이므로 향후 고령장애인의 욕구에 대응하는 다양한 주거모델의 개발로 주거 선택권이 확대될 필요가 있다.

(5) 커뮤니티케어 제반 체계의 부재

현재 우리나라의 주거지원 관련 인력은 ‘주거복지사’와 ‘주택관리사’라는 자격제도가 있다. 기초지자체의 커뮤니티케어는 통합돌봄센터에서 별도의 ‘사례관리사’를 통해 커뮤니티케어의 주거지원이 이루어지고 있는 상황이다. 또한 우리나라의 주거지원정책 관련 정보를 제공하고 있는 LH의 마이홈 홈페이지는 대중적으로 알려지지 못하고 활용도도 낮은 것으로 파악된다. 효율적 커뮤니티케어 실행을 위한 적절한 정보의 제공, 관련된 상담 및 사례관리가 요구되나 현재 이들 체계가 부재하다.

3. 결론 및 시사점

가. 수요자 중심의 주거지원 정책의 강화 필요

첫째, 중앙정부 차원(국토부)의 수요자 중심의 주거지원 정책의 강화가 필요하다. 진행되고 있는 커뮤니티케어 시범사업에서의 케어안심주택이나 지원주택은 공공임대주택을 포함한 사회주택으로서 거주 이전을 포함하고 있다. 즉, 현재의 주거지가 매우 열악하거나 거주이전의 욕구가 있는 대상자에게 이러한 주거의 공급은 필수적으로 이루어져야 하지만 국토부를 중심으로 한 주택임대 주택의 대상은 ‘저소득층’으로 한정되어 있어 지역사회 주민의 욕구에 기반을 둔 ‘보편적’ 성격의 커뮤니티케어 정책 대상과 일치하지 않는 측면이 있다. 따라서 중앙정부 차원의 커뮤니티케어 정책의 실행을 위한 주거지원 정책은 향후 증가할 고령장애인의 수를 고려하여 주거의 공급이 원활히 이루어질 수 있도록 절대적인 숫자의 공공임대주택의 확대 및 공급이 우선적으로 실행될 수 있도록 제도를 개선하는 것이 필요하다(강미나 외, 2016; 배정인, 2016). 또한 주택 공급 시에는 일반주택이라 할지라도 유니버설 디자인(UD)에 의한 기본적인 시설을 공급할 것을 고려해야 할 것이다.

둘째, 중앙, 지방, 기초 지자체 수준의 주거환경 개선 사업의 다양화가 필요하다. 고령장애인은 주거상황(주택 혹은 시설, 혹은 혼자 또는 가족과 함께)에 상관없이 주거환경에 대한 특별한 요구를 가진다. 이는 기존 장애에 더해지는 노화(기능적 쇠퇴)를 경험하거나 노화로 인한 장애(기능적 제한)를 경험하는 집단이기 때문이다. 그러나 현재 주거환경 개선 사업은 국토부에서 수행하고 있는 농어촌 장애인주택 개조사업(국토부 50:지자체 50)과 지자체 수준에서 시도예산 100%를 가지고 지원하고 있는

주거환경 개선 사업 등이 있다. 이들 사업은 한정된 예산으로 인해 혜택을 받는 가구가 많지 않고 대상이 모두 저소득층에 제한되어 있으며, 개별 가구에 책정된 금액이 많지 않다는 특징을 가지고 있다. 또한 커뮤니티케어는 지역주민의 욕구에 근거한 ‘보편성’을 표방하고 있으나 지역 사회 내 저소득층 이상의 고령장애인의 욕구에 대응하는 주거지원 방안 등은 충분히 고려되지 못하고 있다. 향후 주거환경 개선 사업은 현재 수행되고 있는 주거환경 개선 사업의 대상을 확대함은 물론 지방정부 차원에서는 ‘서울시 시각장애인 가정 내 잔고장 수리서비스’와 같이 지역사회 내 고령장애인의 욕구에 기반을 둔 특화 사업의 형태로 다양화할 필요가 있다. 이러한 노력은 국토부를 비롯한 중앙정부차원에서 그리고 지방정부 및 기초지자체 차원에서 다양한 욕구에 대응하는 다양한 형태의 사업들로 확대·개발될 필요가 있다.

셋째, 커뮤니티 주거지원 정책의 개선에 있어 복지 대상별 구분의 지양을 고민할 필요가 있다. 현재 진행 중인 커뮤니티케어 선도사업 추진에서는 특정 지역의 커뮤니티케어는 노인, 장애인, 정신질환자 중 어느 한 대상에 대해서만 사업을 추진하도록 하고 있다. 즉, 인구집단별 구분방식을 취하고 있다. 이러한 접근 방식은 인간의 욕구는 대상의 구분과 관련 없이 동일한 것이기 때문에 커뮤니티케어를 통해 궁극적으로 달성하고자 하는 목표(돌봄비용의 지속가능성의 제고 및 통합적 복지지원체계 구축) 달성에 효율적인 방식이라 보기 어렵다. 또한 고령장애인과 같이 커뮤니티케어 정책에서 우선적으로 고려해야 하는 중복적 대상자를 배제하는 결과를 야기할 수도 있다. 커뮤니티케어는 지역사회에서의 욕구의 개별화와 다양한 지원이 중요하고 이를 통합적으로 제공하되, 개인의 선택과 독립생활은 보장하는 방향으로 추진되어야 한다. 즉, 복지대상자의 특성을 고려한 통합적인 지원방식을 고민하여야 한다. 주거와 복합적 서비스

스의 욕구, 주거 및 치료, 복지 서비스 등의 통합적 접근 방식이 요구된다. 이에 현재와 같은 복지 대상별 분리가 필요한 것인지에 대한 고민이 요구된다.

나. 지역사회 기반 주거모델(유형)의 다양화

넓은 의미의 탈시설 개념을 적용하여 지역사회 기반 시설의 소규모화를 포함하는 지원주거 등 고령장애인의 욕구를 기반으로 하는 주거모델의 다양화를 위한 노력이 필요하다. 이를 위해 첫째, 지역사회 기반 시설의 소규모화를 포함하는 주거모델의 다양화가 필요하다. 현재와 같은 자가와 (요양)병원 및 시설 두 가지 주거 옵션에서 진행되고 있는 케어안심주택이나 민간 및 지자체 수준에서 시행하고 있는 지원주택 모델은 주거와 서비스가 결합된 형태로서 큰 의미를 가지며, 다양한 형태의 주거 욕구나 서비스 사각지대를 감안할 때 필요한 주거 모델이다. 향후 소규모형 주거모델로는 장애유형별 고령장애인 그룹홈, 지원 강도에 따른 지원주택, 발달장애인의 지원생활 주거모델, 지역공동체를 중심으로 하는 공동거주(독일), 공유주택(영국) 등의 모델들을 한국형으로 시도해 보는 것이 필요하다.

둘째, 장애유형별 특성 및 욕구에 근거한 주거모델(유형)의 다양화가 필요하다. 아래 제안된 장애유형별 주거모델(안)은 반드시 해당 장애에 해당 모델만이 적용되어야 한다는 것이 아니라 장애 특성을 고려한 다양한 주거모델 고민으로 주거선택권을 증대시키기 위한 예시로써 이해하는 것이 적절할 것이다.

[요약표 2] 장애유형별 특성 및 욕구에 근거한 주거모델(유형)의 다양화

신체장애인	감각장애인	발달장애인
<ul style="list-style-type: none"> ☛ 케어안심주택 (지원 정도에 따른 다양화) ☛ 신체 및 중증 그룹홈 ☛ 돌봄주택 ☛ 주거공동체, 공유주택 등 대안적 주택 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ 케어안심주택 (지원 정도에 따른 다양화) ☛ 감각장애인 그룹홈 ☛ 공동거주, 공유주택 등 공동체 문화를 공유 할 수 있는 주거 형태 <div> <p><예시> - 미국의 지역사회 기반 모델</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ☛ 케어안심주택 or 지원주택 (지원 정도에 따른 다양화) ☛ 체험홈 등 전환주택 ☛ 돌봄주택 <div> <p><예시> - 영국의 지원생활모델 - 독일의 주거학교</p> </div>

다. 고령장애인 대상 커뮤니티케어 주거지원 추진체계 마련

커뮤니티케어의 주거지원을 위한 추진체계에 있어 국토부와 복지부간 역할, 중앙정부와 지방정부의 역할 정립은 고령장애인 대상 커뮤니티케어 주거지원 추진체계 마련을 위한 기본 체계라 할 수 있다. 현재 커뮤니티케어 선도사업에서의 주거지원 전달체계는 서로 다른 단위의 자원공급이 대상자에 맞추어 통합적으로 이루어져야 하지만 현실적으로는 지속적인 사례관리 없이 임대주택 제공 연계 및 주택개조등이 개별적으로 적용되는 경우도 발생되고 있다. 단순히 자원의 연계, 주택개조의 시행만으로 케어안심주택의 사례로 카운트되는 것은 적절치 않다. 때문에 지속적인 사례관리의 중요성, 즉 기초지자체의 역할 및 전문인력의 역할이 쟁점으로 부각되고 있다. 주택자원을 포함한 관련 자원 연계를 실질적으로 관리할 수 있는 지자체의 책임성과 관리 권한을 확보하고, 통합·조정할 수 있는 지자체의 통합관리능력을 고취시켜야 한다. 또한 지역단위에서 지역주민의 욕구에 대응하는 주거지원의 다양화 방안을 마련하여 중앙정부가 정책대상으로 삼고 있지 않은 고령장애인에게까지 확대한 주거지원 체

제를 마련할 필요가 있다. 고령장애인과 같이 대상자 욕구의 중복성이 드러날 때는 더욱 유연성과 통합능력이 필요하다.

라. 주거지원 정보 제공, 상담, 사례관리를 위한 전문인력 체계 필요

커뮤니케이터의 효율성 및 수요자 중심의 주거지원을 위해서는 장애에 대한 이해를 바탕으로 하는 전문인력의 서비스 제공이 무엇보다 중요하다. 즉 전문적인 인력을 바탕으로 하는 주택공급 및 주거지원 방식에 대한 고민이 필요한 것이다. 해외사례 검토 결과 거의 모든 선진국의 경우 주거환경 개선에 있어 충분한 정보를 제공하고 기존제도를 통해서든 지방정부 차원에서든(중앙정부의 펀딩 지원 등) 주거를 비롯한 서비스 관련 정보의 제공 및 상담이 제공되고 있다. 향후 커뮤니케이터의 방향이 고령장애인의 시설 입소를 지연 혹은 제한(예방)하기 위한 방향으로 확대된다면 지역사회 내 주거 및 통합적인 서비스 제공을 위한 정보의 제공, 상담, 사례관리 등의 역할은 더욱 중요해질 것이다. 그렇다면 이러한 역할 담당할 인력은 어떠한 인력이어야 하며, 어떠한 재정방식으로, 어떠한 전달체계(장소)를 통해 배치할지 등 실제적인 고민이 요구된다 하겠다.

*주요 용어: 고령장애인, 커뮤니케이터, 주거지원

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제 1 장

서론

제1절 연구의 배경 및 목적

제2절 연구의 내용 및 방법

제 1 장 서론

제1절 연구의 배경 및 목적

커뮤니티케어¹⁾는 ‘돌봄을 필요로 하는 사람들이 자신이 살던 곳(자택이나 그룹홈 등)에 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역 주도형 사회서비스 정책’으로 정의된다(보건복지부, 2019a). 즉, 시설중심의 돌봄체계에서 지역사회 중심의 자립생활을 강조하는 돌봄체계를 확립하겠다는 것이다. 이를 위해 정부는 2018년 3월 취약계층의 돌봄체계를 커뮤니티케어로 전환함을 선언한 이후 2018년 11월 「1단계 노인 커뮤니티케어 중심 지역사회 통합 돌봄 기본계획(안)」을 발표하였고 2019년 1월 「지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획」을 발표, 현재 시범사업이 진행되고 있다(노인부문 5개 지역, 장애인부문 2개 지역).

장애인 분야에서 커뮤니티케어의 적용은 문재인 정부의 국정과제 중 하나인 ‘탈시설 등 지역사회 정착 환경의 조성’을 들 수 있고, ‘이는 시설 거주 장애인이 지역사회로 나와 자립적이고 안정적인 생활을 유지할 수 있도록 관련 지원체계를 변화하겠다는 의미로 본 정책의 주요 대상은 시

1) 커뮤니티케어(지역사회 통합 돌봄)란 돌봄이 필요한 주민(어르신, 장애인 등)이 살던 곳(자기 집이나 그룹 홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활 등을 통합적으로 지원하는 지역주도형 사회서비스정책임(대한민국 정책브리핑 정책위키 한눈에 보는 정책, 2020). ‘커뮤니티케어’라는 단어에 이미 정책을 내포하고 있으나 문맥에 따라 ‘커뮤니케어’와 ‘커뮤니티케어 정책’을 혼용하여 사용하였음.

설 거주 장애인이라 할 수 있다.

우리나라의 커뮤니티케어 정책의 추진은 고령화에 따른 의료·돌봄 수요 급증에 따른 정부대응의 한계, 즉 돌봄비용의 지속가능성을 이유로 노인 부문을 우선적으로 고려하였고 장애인에 대한 고려는 2019년 탈시설 기본방향에 일부 포함되어 진행되고 있다. 장애 인구는 노인과 마찬가지로 의료·돌봄 수요가 높은 그룹이지만 장애인 대상 커뮤니티케어는 노인 만큼 주목받지 못하고 있으며 정책 효율성을 고려한 정책의 대상에 대한 고민이 요구되는 측면도 존재한다.

현재 노인 및 장애인이 가지고 있는 주거 선택권은 자택에서의 생활(자가 혹은 임대)과 거주시설 입소 혹은 요양병원으로 매우 제한적인 상황이며 주거안정성을 위한 주택과 서비스가 동시에 이루어지는 중간 형태의 주택인 케어안심주택 및 지원주택 등의 다양화 등이 부재한 상황이다. 특히 우리나라의 사회복지서비스인 커뮤니티케어 정책에서 현재 진행하고 있는 ‘주거’의 고려는 정책적으로 큰 의미를 가진다. 주지하다시피 우리나라의 사회복지서비스는 시설중심, 특히 생활시설 중심의 역사가 있다.

한국 전쟁 이후 상당 기간 동안 국가 재정적 능력에 한계가 있었고 가족 중심적 부양관에 따라 가족에게 일방적으로 부과된 돌봄 부담 등의 영향은 극히 일부 인구계층의 생활시설 수용을 통한 제한된 형태의 돌봄과 보호 제공 방식으로 발전해 왔다. 이는 지역사회를 기반으로 하는 보편적 서비스로서 ‘주거지원’ 정책의 마련 등 서비스 욕구에 기초한 정책의 수립보다는 엄격한 자산조사를 통한 무의탁 빈곤층만을 대상으로 하는 시설 중심의 선별적 제도로써 발전한 것이다. 이에 불필요한 (병원)입원이나 (시설)입소가 빈번하게 발생하고 있다. 이의 주된 원인으로는 우선, 주거가 안정되지 않아 시설입소를 주거 유지(주거안정화)의 목적으로 활용하는 경향을 들 수 있고, 그 다음으로 지역사회에서의 지원 부족으로 주

거가 있더라도 일상생활을 유지하기가 어렵기 때문이다. 따라서 이러한 경우 시설로부터의 퇴소도 매우 어려운 상황이다.

따라서 지역사회를 기반으로 하는 주거지원(Housing Support)²⁾을 통한 주거안정화는 지역사회에서의 일상적 주거생활이 가능하도록 지원하는 핵심적인 정책의 수단이 된다(서종균, 2009). 우리나라 사회서비스의 특성은 보편성이 약하고 안정적인 주거생활이 보장될 수 있는 주거측면에서의 지원이 취약한 상황이다. 이러한 상황에 대한 반작용으로 커뮤니티케어 정책의 실행과 함께 주거 측면에서의 지원필요성이 부각되고 있다. 이제 저렴한 주택(Affordable Housing)의 공급, 주거비용의 지원, 집수리 지원 등과 같은 전통적 주거복지 수단의 활성화와 아울러 지역주민의 욕구에 기반을 둔 주거모델의 다양화 및 이의 이행을 위한 주거지원 방안의 마련이 필요하다.

커뮤니티케어 정책이 실현하고자 하는 방향성, 즉 지역사회 중심의 통합적 복지체계 구축을 통한 의료·돌봄 비용의 지속가능성을 마련하고 수요자 중심의 통합적 복지지원체계를 마련하고자 하는 현재의 시도에 대해 이의를 제기하는 사람은 없다. 그만큼 커뮤니티케어 정책이 추구하는 철학은 복지대상자의 권리 실현 및 수요자 중심의 복지지원체계의 마련, 친숙한 환경에서의 노후(AIP) 실현과 같은 규범적 측면에서의 당위성과 함께 세계적으로 추구하고 있는 인구고령화의 전략이다.

본 연구자는 정부가 추구하고자 하는 커뮤니티케어 정책의 방향성에 동의하며 현재 장애인을 대상으로 진행되고 있는 커뮤니티케어 시범사업이 시설에 거주하고 있는 장애인의 탈시설이라고 하는 협소한 개념의 적

2) 본 연구에서 사용하는 용어인 주거지원은 커뮤니티케어에서 적용하고 있는 주거지원의 내용을 뜻하며, 이는 일반적으로 「주거기본법」에서 다루고 있는 주거복지(주거복지에서 사용하고 있는 4가지 전략)의 내용을 포괄하고 있음. 주거복지 전문가 영역에서는 이를 주거복지라는 용어로 사용하며, 복지영역에서는 주거지원이라는 용어를 대체로 사용함. 따라서 본 연구에서 사용하는 주거지원(정책)은 주거복지의 개념과 크게 다르지 않음.

용을 통한 소극적인 성과 달성에 그치지 않고, 본래 추구하고자 하였던 정책의 목적을 보다 효율적으로 달성될 수 있는 방안 마련을 고민하였다.

이에 본 연구의 목적은 커뮤니케이터 정책의 주된 대상으로서 고령장애인³⁾을 바라보고, 이들의 지역사회에서의 자립적인 삶을 통합적으로 지원하기 위한 기본 전제로서 주거지원 방안을 도출하고자 하였다. 본 연구는 커뮤니케이터의 정책 대상으로 고령장애인을 고려하였기 때문에 노인, 장애인, 커뮤니케이터 그리고 주거지원 정책이라고 하는 복합적인 연구 대상 및 제도 영역을 포괄하는 융복합적 성격의 정책연구이다. 이에 따라 관련 정책의 영역도 노인복지와 장애인복지, 노인커뮤니케이터와 장애인커뮤니케이터 그리고 국내외 노인 대상 및 장애인 대상 주거지원 정책 등을 고려하였기 때문에 보고서의 분량 등 가독성 및 각 장의 연계성을 고려한 압축적 제시가 어려운 한계가 존재한다.

주목할 점은 본 연구가 장애정책 전문가의 관점에서 현재의 커뮤니케이터와 주거지원 정책이 이해, 분석되고 이에 기초한 향후 정책방안이 제시되었다는 점이다. 따라서 다양한 분야의 전문가를 공동연구진으로 구성하여 진행한 나름의 노력에도 불구하고, 정책제언으로 도출된 정책 대상의 확대 및 커뮤니케이터의 주거지원 방안에 대해서는 장애영역에서의 최초의 시도로서 의미가 있으나 관련 전문가들 간의 견해 차이가 존재할 수 있음을 미리 밝혀 둔다.

3) 현재 '장애노인' '노인 장애인' '노령 장애인' '장애 어르신' 등 용어가 혼용되어 사용되고 있음(황주희, 2011:34). 따라서 본 연구에서 제시한 고령장애인이라 함은 65세 이상의 장애인으로 65세를 기준으로 했을 때 장애등록이 되어 있는 장애인을 뜻함.

제2절 연구의 내용 및 방법

본 연구의 목적은 크게 두 가지로 나눌 수 있다. 첫 번째는 커뮤니티케어 정책의 주된 대상으로서 고령장애인을 제안하는 것이고 두 번째는 이들의 지역사회에서의 자립적인 삶을 통합적으로 지원하기 위한 기본 전제로서 커뮤니티케어 주거지원 방안을 마련하는 것이다.

첫 번째 연구 목적을 달성하기 위한 연구 내용으로는 (1) 탈시설의 개념을 검토하고 (2) 커뮤니티케어 정책 대상의 확대 필요성을 제시하며, (3) 고령장애인의 특성을 커뮤니티케어 정책의 내부적 동기 등의 목적과 비교하여 제시함으로써 고령장애인과 커뮤니티케어 정책과의 부합성을 제시하고자 하였다.

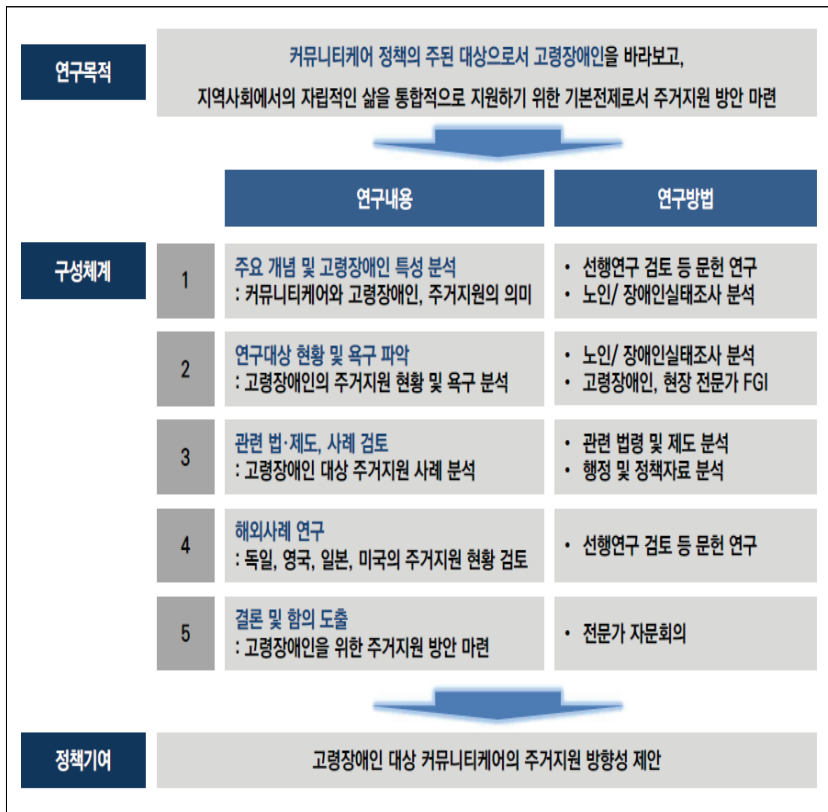
또한 고령장애인의 지역사회에서의 자립적인 삶을 통합적으로 지원하기 위한 기본 전제로서의 주거지원 방안 마련을 위해서는 크게 (1) 고령장애인에게 있어 주거의 의미 및 관련 국내연구 결과 등 선행연구 검토와 더불어 (2) 커뮤니티케어 시범사업에서의 주거지원 현황 및 우리나라의 주거지원 정책의 현황을 중앙정부 및 지방정부 차원으로 분석하고, (3) 고령장애인의 주거 특성 및 욕구 분석 등을 통한 현행 커뮤니티케어 정책 내에서의 주거지원의 쟁점 이슈를 파악하고자 하였다.

특히 고령장애인의 주거 특성을 파악하기 위하여 2017년 노인실태조사 및 2017년 장애인실태조사 데이터를 이차 분석함으로써 노인과 장애인으로 구분되어 있는 고령장애인의 주거 특성을 면밀히 분석해 보고자 하였다. 마지막으로 해외의 주거지원 정책에 있어서도 고령장애인에 대한 구별된 정책이 존재하지 않기 때문에 ‘노인’과 ‘장애인’을 대상으로 하는 주거지원 정책의 분석을 통하여 우리나라 주거지원정책의 발전을 위한 유의미한 시사점을 도출하고자 하였다. 해외 국가의 주거지원 정책

22 고령장애인의 커뮤니케이터 적응을 위한 주거지원 방안 연구

에 대한 분석은 이미 커뮤니케이터 정책의 기본 철학을 제도 전반에서 포괄하여 시행하고 있는 대표적인 국가인 영국, 미국, 독일, 일본으로 선정하였다. 포괄적인 연구내용과 이에 따른 연구방법은 아래 그림으로 제시하였다.

[그림 1-2-1] 연구 내용 및 방법 체계



자료: 연구진 작성



제2장

커뮤니티케어와 고령장애인의 주거지원의 의미

제1절 탈시설과 커뮤니티케어

제2절 커뮤니티케어 대상으로서의 고령장애인

제3절 고령장애인과 주거지원

제4절 소결

제2장 커뮤니티케어와 고령장애인의 주거지원의 의미

제1절 탈시설과 커뮤니티케어

1. 자립생활패러다임과 탈시설(Deinstitutionalization)개념

가. 자립생활패러다임과 탈시설

서구를 비롯하여 우리나라의 장애 이슈에 대한 지배적 적용방식은 장애를 병리적 시각으로 바라보는 ‘재활(Rehabilitation)의 관점’이었다고 할 수 있다. 이러한 관점에서 장애 이슈의 해결은 장애인의 신체적 기능의 회복으로 가능하다고 보고 장애의 근본적 원인과 해결의 대상을 장애를 가진 개인으로 본 관점이다. 이러한 관점의 적용은 장애에 대한 책임도 장애를 가진 개인에게 전가하고, 장애인 당사자의 의사와 선택은 배제한 채 병리적 특성의 장애 이슈 해결을 위해 전문가에 의존(dependency) 또는 종속하는 것으로 특징지어진다.

반면, 자립생활 패러다임에서 장애는 이동을 어렵게 하거나 불가능하게 하는 건축상의 장벽, 장애를 가진 개인이 직면하는 경제적·사회적 장벽, 그리고 부적절한 지원서비스로 인해 야기되는 것으로 정의한다(오혜경, 1999; 서정희 외 2012). 즉, 장애의 이슈는 장애를 가진 개인이 해결하여야 할 이슈가 아닌 이들을 배제하고 차별하는 환경의 문제라고 보는 것이다. 이러한 관점에서 장애에 대한 대응은 장애를 가진 개인을 환자 혹은 보호의 대상으로 인식하지 않고, 국가와 사회 내 동등한 권리를 가진 구성원(시민)으로 인식하여 이들의 사회적 참여와 통합을 방해하는 환

경적 요인을 제거하는 권익의 옹호를 지향한다(이익섭 외, 2009).

이에 자립생활 패러다임에서 강조하는 장애인의 삶은 다양한 지원체계를 통해 장애인 개인이 ‘선택권’과 ‘자기결정권’을 가지고 의존적 상태가 아닌 자립적인 상태로 살아가는 것을 뜻한다. 국가의 역할은 장애를 가진 개인의 능동적 사회 참여를 위한 보장적 측면을 강조한다(김두례·채인숙, 2012; 서정희 외, 2012). 즉, 장애인의 자립생활 패러다임은 장애인 자신의 주도적 역할을 바탕으로 지역사회에 통합되는 삶을 목표로 하는 철학이라 할 수 있다. 따라서 자립생활패러다임의 실현을 위한 전제조건으로 주거는 우선적으로 전제되어야 할 지원이며, 이 외에 일상생활의 어려움을 지원해 주는 활동보조서비스 그리고 지역사회 내 주변 환경에 접근하기 위한 이동권과 권익옹호의 훈련, 필요한 정보의 제공과 상담, 보장구 지원 등이 필요하다(김두례·채인숙, 2012).

나. 해외 탈시설 이념의 확산

서구의 경우 1960년대에 이미 자립생활 패러다임에 대한 논의가 활발하게 이루어졌으며 자립생활패러다임의 발전 역사에서 탈시설 운동도 함께 유기적 관련성을 가지며 발전하였다(서정희 외, 2012; 이지수, 2018). 역사적으로 자립생활 이념은 격리된 거주시설에서의 시혜적인 서비스 대상으로서의 삶을 거부했던 장애인 당사자들의 탈시설 운동과 맥을 같이 한다. 현재 탈시설의 개념은 장애인이 지향하는 삶의 방식이자 장애인 정책 및 서비스의 근본적인 지향점으로 여겨지고 있으며 장애와 관련된 사회정책의 발전에 있어 핵심적인 역할을 하고 있다(Emerson, 2004; 이지수, 2018).

먼저 미국의 경우, 1999년 Olmstead 판결은 장애인 탈시설화 운동의

당위성을 더욱 강화하는 계기가 되었다. 1999년 미 연방대법원은 조지아주를 상대로 한 청구 소송에서 미국장애인법 ADA(American with Disabilities Act, 1990)에 근거하여 장애인의 시설 수용은 국가의 장애인에 대한 차별로 간주하고 장애인도 자신의 집에서 생활할 권리가 있음을 인정하였다(김성희 외, 2013: 56-57). 이로 인해 시설입소 대신 지역사회기반 서비스(Home and Community Based Services: HCBS)로 우선적으로 전환하도록 다양한 조치들을 시행하였다. 미국 메디케이드의 Waiver 프로그램과 영국의 「지역사회 돌봄법(Community Care Act)」의 마련(1990년) 등이 이에 해당된다고 하겠다.

영국의 탈시설화 정책은 정부의 사회서비스 통제 방식에서 장애인의 자립생활과 자기결정권을 보장하는 형태로 변화하면서 이루어졌다(김도희, 2018.6.1). 영국은 이미 1970년대에 고령사회로 진입하였고 거주시설 입소 증가 등 재정 부담의 해소를 위해 지역사회 중심의 돌봄 서비스의 개혁을 추진하였다. 1973년 지역보건위원회(Regional Health Board)가 대형병원인 다렌스파크 병원(Darenth Park Hospital)을 폐쇄하였고 시설이용자의 지역사회로의 이주가 시작되었다. 이후 영국은 국가보건서비스(National Health Service: NHS)의 산하로 소속된 병원들을 지속적으로 폐쇄시켰다(Brend, 2008). 즉, 돌봄 서비스 제공 주체를 지방정부로 이양하고 다양한 서비스 공급 주체를 마련하는 등의 탈시설화 정책을 전개하였던 것이다.

영국의 탈시설화 정책에서 노인을 위한 지원과 케어는 ‘전체’ 커뮤니티에서 수행하여야 한다는 목적이 강조되었으며, ‘커뮤니티 내의 케어(care in the community)’에서 ‘커뮤니티에 의한 케어(care by community)’로 변화되었다. 즉, 케어제공에 있어 국가역할이 축소되고 비공식적인 부분의 서비스 확대가 강조된 것이다(Means & Smith, 1998). 1990

년 「지역사회 돌봄법(Community Care Act)」의 마련 이전까지 지방정부 중심의 사회서비스 개혁이 추진되었으며 이러한 지향성을 지칭하는 용어로 ‘커뮤니티케어’가 사용되었다(김현우, 송수연, 전향미, 2019.2.28.).

일본은 1960년대 경제성장을 통해 인구의 도시집중, 산업화, 핵가족화 등이 시작되면서 커뮤니티의 변화를 경험하기 시작하였고 1970년부터 커뮤니티케어에 대해 관심을 가지게 되었다(이진아, 한정원, 2019). 일본 정부는 1989년 ‘고령자 보건복지추진 10개년 전략(골든 플랜)’을 통해 홈헬프(home help), 데이 서비스(day service) 등의 재택복지서비스를 정비하였으며, ‘지역포괄케어시스템’이라는 명칭으로 공립 종합병원을 중심으로 한 보건, 복지, 의료 통합 시스템을 지방행정과 협력할 수 있도록 시도하였다(이진아, 한정원, 2019). 2000년대의 일본은 「개호보험법」 시행을 통해 각 시정촌을 중심으로 하는 개호보험 사업 계획을 수립하도록 하고(매 3년마다), 개호서비스 정비 및 이용자의 자기결정권을 바탕으로 한 케어플랜 시스템을 구축한 바 있다(松端克文, 2018).

다. 탈시설의 개념적 구분(광의의 탈시설 vs. 협의의 탈시설)

앞서 살펴본 바와 같이 자립생활패러다임의 확대는 장애인을 대상으로 하는 정책의 방향 및 철학의 변화를 초래하였으며, 탈시설 개념의 확장 등에 영향을 미쳤다. 국가마다 이러한 정책의 방향과 철학의 변화를 일으켰던 다양한 요인들이 존재하지만 중요한 것은 이러한 기조가 전 세계적으로 공통된 방향으로 확대되고 있다는 점이다. 탈시설 개념의 확장에 대해 Bigby와 Fyffe(2006)는 단계로 설명하였는데 1단계로는 단순한 거주 시설에서의 탈피로 한정된다. 반면 2단계에서는 지역사회 기반 서비스의 확대(1970년대)로 그 개념이 발전되고 3단계에서는 개별화된 지원과 함

개 지역사회 및 전체 사회 수준의 광범위한 체계의 변화를 포함하는 개념의 확장이 이루어지고 있다(Bigby & Fyffe, 2006, 568; 오욱찬, 김성희, 박광옥, 오다은, 2019, 23에서 재인용). 미국 시애틀의 회계감사국의 문건에 의하면 탈시설이란 시설에서의 지위가 의존적이던 상태에서 지역사회에서 자립적인 삶으로의 변화를 포괄하는 뜻으로 이해된다(Seattle Regional Office of United States General Accounting Office, 1976; 김용득, 2018, 499에서 재인용).

이렇듯 현대의 탈시설화 개념은 장애인이 시설에 거주하고 있느냐 그렇지 않느냐와 같은 개인의 상태를 나타내는 개념 그 이상의 확대된 개념으로 이해할 수 있다. 다시 말하면, 거주 시설에서 생활하던 장애인이 시설을 벗어나 지역사회로 이동하기 위한 정책의 마련은 기본적인 탈시설 개념에 해당한다. 확대된 개념은 이에 더하여 장애인이 지역사회에서 생활하면서 일상생활에 필요한 다양한 서비스를 제공받고 이 과정에서 개인의 선택권과 통제권이 보장된다면 이는 발전된 탈시설 개념이라 할 수 있다.

우리나라의 경우 2000년대에 들어 장애인 자립생활 패러다임 및 탈시설 개념이 도입되어 서구와 비교하면 그 역사가 짧다. 현재 중앙정부 차원에서 탈시설화 관련 정책 마련을 위해 노력하고 있으나, 아직 중앙정부 차원의 탈시설화 정책은 존재하지 않는다. 다만 서울시에서 시설로부터의 탈시설 관련 조례를 마련하여 시설 거주 장애인을 대상으로 탈시설 욕구조사의 실시와 이를 토대로 2009년 ‘장애인전환서비스지원센터’가 설립되어 지방정부 차원의 노력이 이루어지고 있는 실정이다. 2013년 서울시는 ‘장애인 거주시설 탈시설화 5개년 계획’을 통해 체험홈, 자립생활가정, 자립생활주택 등 탈시설전환거주 제공 및 탈시설 정착금 지급 등 지원방안을 마련한 바 있다(김도희, 2018.06.01).

때문에 우리나라는 장애인 자립생활 및 탈시설 개념에 대한 이해에서도 전환기적 상황에 있는 것으로 보인다. 여전히 한국의 탈시설 개념을 둘러싼 논쟁이 존재하며 이를 이해하는 데에 있어 크게 두 가지 개념적 대립이 존재하는 것으로 보인다. 이러한 탈시설의 개념은 크게 (1) ‘느슨한 광의의 개념’과 (2) ‘좁은 협의의 개념’ 두 가지로 구분되어 사용되는 경향이 있다. 첫 번째 ‘느슨한 광의의 개념’은 ‘대안적인 거주시설(alternative community living facilities)’에 대한 설립 및 형성에서 의미하는 ‘시설의 개선과 탈시설을 위한 일련의 과정, 그리고 대규모 시설 보호와는 구분된 상대적으로 탈시설화된 방식과 노력 모두를 포함’하는 ‘탈시설+화(化)’를 의미한다. 반면, ‘엄격하고 좁은 협의의 개념’은 탈(脫)+시설화로, 시설로부터 나와 지역사회 내 보편적 주택에 거주하며 자립적인 생활을 하는 것만을 탈시설로 개념화한다. 이 경우는 ‘탈+시설’ 혹은 ‘탈시설-자립생활(Deinstitution-Independent Living)’이라는 표현을 선호한다(박숙경, 2016; 이동석, 2019.09.09.).

광의의 탈시설화(化) 입장에서 시설(facilities)은 어쩔 수 없이 존재하는 것으로 인식하며 이러한 측면에서 탈시설화(化)는 시설의 소규모화, 인권 감시 장치의 도입 등 자신의 집과 같은 삶의 공간과 사람들과의 관계형성이 가능한 삶을 통해 탈시설의 의미 실현이 가능하다고 본다. 반면 탈+시설, 즉 탈시설-자립생활(Deinstitution-Independent Living)의 입장에서는 시설이 아닌 지역사회 내의 보편적인 주택에서의 거주지의 선택과 일상생활의 선택권이 보장된 자립적인 상태만을 탈시설로 본다(박숙경, 2016; 이동석, 2019.09.09. 재인용).

그러나 현실적으로 기존 시설을 한 번에 일괄적으로 모두 없애기는 어려운 상황이고 시설에서 퇴소하여 지역사회 내 주거공간으로 이동하였더라도 지역사회 내 다양한 서비스의 제공 및 연결이 없다면 자기 주도적인

삶을 사는 것은 불가능에 가깝다(이동석, 2019.09.09.). 이러한 측면에서 미국의 탈시설 운동은 지적장애인을 포함하는 발달장애인을 위한 대안적인 지역사회 거주시설(alternative community living facilities)에 대한 설립 및 형성과 같은 광의의 개념으로 발전한 바 있다(엄현정, 2005). 앞서 Bigby와 Fyffe(2006)의 탈시설 3단계 개념에서 제시한 것처럼 미국을 비롯한 선진국에서는 탈시설 개념은 광의의 탈시설화(化) 형태로 확대, 발전되고 있다.

2. 커뮤니케이터(지역사회통합돌봄)

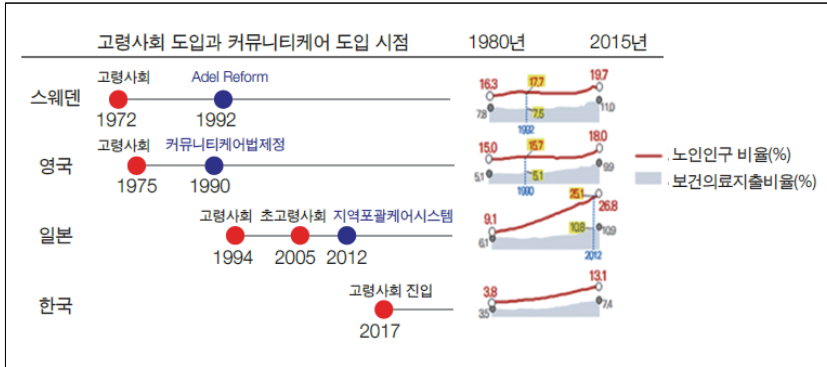
가. 커뮤니케이터의 실행¹⁾

주요 선진국의 경우 커뮤니케이터 정책은 고령사회에 접어들면서 정책적 강조가 이루어진 특징이 있다. 고령인구의 증가는 의료비의 증가 및 시설수용 등의 문제와 밀접한 관련이 있기 때문이다. 아래의 그림에서 보는 바와 같이 스웨덴이나 영국의 경우에는 고령사회로 진입하고 10-20년 후 초고령 사회로의 대응을 위해 커뮤니케이터 도입이 본격적으로 논의되었고 고령사회 진입 후 15-20년의 기간 동안 커뮤니케이터 정책을 도입하여 발전시켰다. 이에 반해 일본의 경우, 2005년 초고령 사회에 진입한 이후 2012년 비교적 빠른 기간에 지역포괄케어를 도입·운영하고 있다(김승현, 2019).

1) 김승현.(2019)의 커뮤니케이터 추진 및 정책과제의 제1장(pp.17-36)의 내용을 요약, 정리하였음.

32 고령장애인의 커뮤니케이터 적용을 위한 주거지원 방안 연구

[그림 2-1-1] 고령사회 도입과 커뮤니케이터 도입 시점



자료: 김승현(2019: 22)

영국은 2004년부터 지방정부가 장애인의 ‘돌봄 및 지원계획’을 세우고 그 평가에 기초한 ‘개인예산’을 제공할 의무를 부담하도록 하고 있다. 영국의 커뮤니케이터 운영 방식의 핵심은 지방정부 주도의 케어매니지먼트(Care Management)라 할 수 있다. 즉, 지역의 케어매니저(Care manager)는 지방정부의 사회서비스국에 소속되어 있으며 대상자의 서비스 욕구사정과 서비스 제공 적격 여부의 판단, 서비스 배치 등을 담당하는 사회복지사로 구성되어 있다(김현우, 송수연, 전향미, 2019.02.28.).

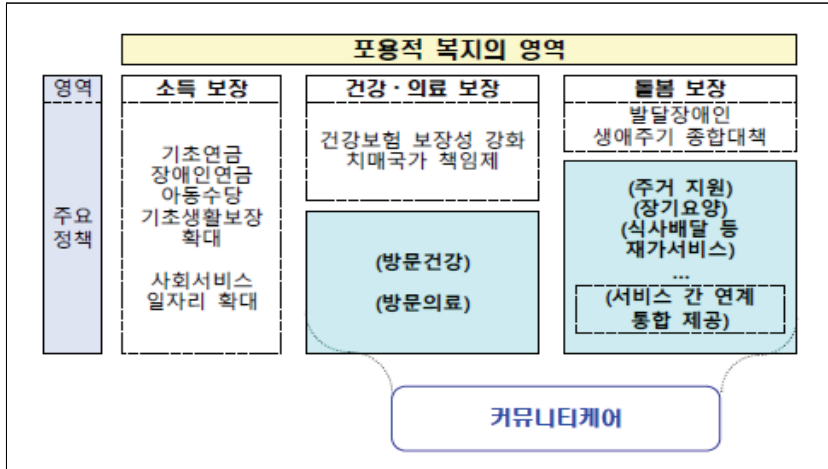
해외 선진국의 커뮤니케이터 정책은 크게 당사자 중심의 통합적 접근, 유연한 서비스의 설계, 다양한 서비스 내용, 그리고 지방정부 중심의 책임성 강화로 특징지어진다(유동철 외, 2018: 이동석, 2019.09.09.에서 재인용). 이에 반해 우리나라의 사회서비스는 중앙정부 사업이 주를 이루고(약 240가지 사업), 담당 부처와 부서, 담당자별 분절이 특징이어서 해외 커뮤니케이터 정책과 매우 다른 특성을 가지고 있다. 이에 위의 특성을 가진 커뮤니케이터 정책을 위해서는 우선적으로 지방정부 중심의 서비스 다양화와 유연한 서비스의 설계가 필요하며 이를 기반으로 하는 당

사자 중심의 통합적 서비스 제공체계가 구축되어야 할 것이다(이동석, 2019.09.09.). 특히나 지방정부 중심의 책임성 강화는 주거공간이 위치하고 있는 지역사회에 기반을 두어야 할 것이며, 이를 기반으로 한 지지 체계 마련이 우선 되어야 할 것이다(문혜진, 2016: 이동석, 2019.09.09.에서 재인용).

우리나라에서 커뮤니케이터는 문재인 정부 들어서 시작된 구체적인 정책 고유명사로서의 성격을 가진다. 문재인 정부에서 모두가 누리는 포용적 복지국가를 20대 국정전략으로 추진하면서, 이와 관련된 구조 내에 [그림 2-1-2]와 같이 커뮤니케이터를 위치 지우고 있는 것이다. 이에 보건복지부·관계부처합동(2018)은 커뮤니케이터를 “주민들이 살던 곳에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 치료 등의 지원이 통합적으로 확보되는 지역주도형 사회서비스 정책”으로 규정하고, 이를 구현하기 위한 4대 핵심요소로 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 치료 등의 영역에서 서비스 인프라와 활성화를 도모하고 있다.

커뮤니케이터는 초고령사회에 진입하는 지금의 상황에서 (1) 지역사회와 재가서비스의 절대 부족, (2) 사회적 돌봄이 아닌 사적 돌봄과 여성 돌봄에 절대적으로 의존하는 양상, (3) 서비스의 분절성 (4) 시설입원입소 중심성 등의 문제에 대해 건강과 의료, 요양과 돌봄, 재가서비스, 주거지원 등 서비스를 기초 지자체 중심으로 통합·연계함으로써 해결하고자 하는 데 초점을 둔다. 이를 통해 노인과 장애인 등 돌봄취약 인구층도 지역사회에서 통합생활이 가능하도록 지원한다는 목적을 가진다.

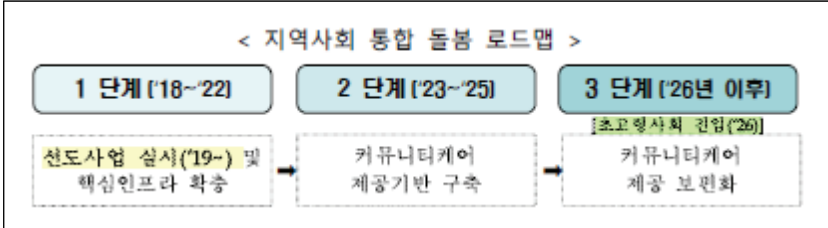
[그림 2-1-2] 포용적 복지와 커뮤니티케어



자료: 보건복지부·관계부처합동(2018: 1).

커뮤니티케어는 현 정부의 보건복지정책에서 상당히 핵심적인 전략으로 추진되고 있다. 이는 1-2년 혹은 정부 임기의 기간에 국한되지 않는 로드맵을 구성하여 발표함으로써 장기적인 정책 아젠다로서의 역할을 하고 있는 것이다. 커뮤니티케어 로드맵에서는 초고령사회에 진입할 것으로 예상되는 2026년 이전에 커뮤니티케어의 제공기반을 구축하여야 한다는 목표를 제시한다. 이는 초고령사회에 진입하는 시점에서는 커뮤니티케어의 제공이 보편화되어야 한다고 보기 때문이다. 그리고 가장 앞 단계인 2018년(커뮤니티케어 정책 구상 발표시점)부터 2022년까지를 1단계 선도사업기간으로 정하고 핵심인프라를 확충하는 시기로 명시하고 있다. 이에 따라 2019년부터 지자체 공모를 통한 선도사업이 시작되었고 2020년 현재 16개 기초자치단체가 선도사업에 참여하고 있다.

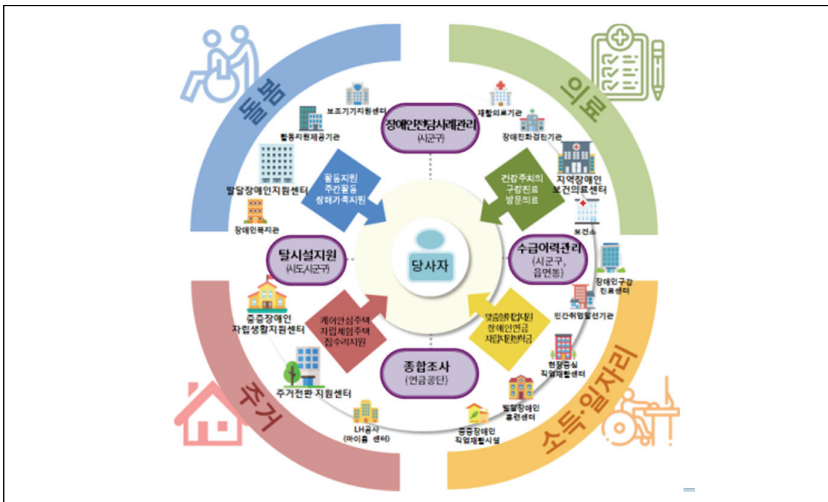
[그림 2-1-3] 커뮤니케이터 로드맵의 개요



자료: 보건복지부(2019a: 1).

장애인 분야에서 커뮤니티케어의 적용은 문재인 정부의 국정과제 중 하나인 ‘탈시설 등 지역사회 정착 환경의 조성’을 들 수 있고, ‘탈시설 등 지역사회 정착 환경의 조성’은 시설에 거주하고 있는 장애인이 지역사회로 나와 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 관련 지원체계를 변화하겠다는 의미로 보았다.

[그림 2-1-4] 장애인 커뮤니티케어 개념도



자료: 보건복지부(2019: 25).

2019년 4월 장애인정책과에서는 장애인의 지역사회 자립생활을 위한 기반 구축을 목표로 '장애인 자립생활 지원 및 탈시설 기본방향'을 마련하여 15개 장애인단체와 공유하였으며, 이러한 노력은 장애등급제 폐지를 통해 장애인복지서비스 제공에 있어 장애인의 욕구와 환경을 고려한 지역사회 중심의 통합 지원체제로 전환하겠다는 정부의 의지로 해석할 수 있다.

나. 커뮤니케이션 정책 동기 및 정책 대상의 선정

커뮤니케이션 대상 인구층은 현재 노인에 대한 강조가 우선시되고 있다. 우리나라의 급속한 고령화 속도에 따라 요양서비스 수요가 급증하고 있고 특징적으로 시설 중심의 사회서비스가 팽배해있어 노인층의 요양 부분에 있어 요양병원의 과도한 이용이 사회적 비용을 유발하고 있기 때문이다. 이는 본인부담금 뿐 아니라 건강보험 재정에도 좋지 않은 영향을 미치고 있다. 때문에 노인과 요양병원 관련의 내용이 커뮤니케이션에서 일차적인 관심 대상이 되고 있다. 다른 한편으로 장애인 영역의 커뮤니케이션에는 특히 탈시설화가 강조되고 있다. 시설 거주인의 퇴소와 지역사회 정착, 혹은 시설입소를 예방하기 위한 노력이 이에 해당한다. 우리나라에서도 장애인의 탈시설화 이슈는 정책의 주요 현안으로 부각되고 있는 추세에 있다.

따라서 노인과 장애인을 대상으로 하는 커뮤니케이션 정책은 무엇보다도 시설보호나 (요양)병원 입원을 통한 돌봄의 방식에 대한 대안으로 제시되고 있다. 주지하다시피 시설보호나 (요양)병원 입원을 통한 돌봄의 방식은 규범적으로도 친숙한 환경에서의 노후(AIP)실현에 적절치 않으며, 장애인의 탈시설화 이슈 등과 대립한다. 대상 인구층이 어떤 집단으

로 설정되든지 지역사회통합돌봄은 시설 이외의 안정적 거주지를 필요로 한다는 점에서 지역사회 내 주거안정화를 위한 주거지원 방식의 새로운 전략을 요구한다.

사실 지역사회통합돌봄 정책의 내면적 동기는 노인의 요양병원의 과도한 이용에 따른 돌봄 비용의 지속가능성의 한계이다. 다른 서구국가의 커뮤니티케어 역시 정책 내면으로는 사회적 돌봄 비용의 지속가능성을 고취하려는 부분이 중요한 동기가 되어 왔다. 우리나라가 서구 국가들에 비해 특히 노인인구 대비 요양병원 병상 이용률이 현저히 높다는 사실(OECD, 2019b; 김진석, 2020:10)은 커뮤니티케어를 강화해야 할 사회적 혹은 정책적 필요성을 강하게 시사한다.

3. 탈시설의 개념적 구분과 커뮤니티케어 대상의 적용

가. 장애인거주시설 정책과 고령장애인

2000년대에 들어서면서 우리나라에서도 장애인의 자립생활에 대한 인식이 급격히 확산되었다. 자립생활 이념이 주장하는 것은 장애인의 자기결정권, 자기존중, 동등한 기회의 강조이다. 이는 기존 전문가 중심 및 시설중심의 복지체계에서 장애인 당사자 중심의 체계로의 전환의 필요성이 더욱 부각되었다. 이에 따라 정부는 마침내 대규모 시설 정책에서 우회하여 지역사회 내 소규모 시설이나 독립적인 생활을 지원하는 자립생활지원주택 등의 정책으로 그 기조를 변화하였다.

현재 장애인거주시설 정책은 2011년 「장애인복지법」 개정을 통해 30인 이상의 대규모시설의 신규 설치를 금지하고 있으며 개정 전 사용했던 ‘장애인 생활시설’이라는 명칭을 ‘장애인거주시설’로 변경했다. 이는 한

공간에서 24시간을 생활하는 시설의 의미보다는 장애인의 지역사회 생활을 강조하고, 일반 가정과 같은 삶과 거주를 강조하기 위한 목적으로 이루어진 것이다.

장애인거주시설은 크게 5개 유형으로 구분된다(① 장애유형별 생활시설, ② 중증장애인요양시설, ③ 장애영유아생활시설, ④ 장애인단기보호시설+ 2011년 장애인복지법의 개정으로 ⑤ 장애인공동생활가정이 장애인거주시설에 포함). 2019년 보건복지통계연보에 따르면, '18년 12월 기준 장애인거주시설의 수는 1,527개소이고, 시설 거주인원은 3,683명으로 파악되고 있다.

장애인거주시설 입소 자격은 선별적으로 이루어진다. 우선 국민기초생활보장수급자 등 무료이용대상자가 입소하도록 하고 있으며, 수급자가 아닌 경우라도 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없는 경우 입소 대상에 해당된다. 이 외에 실비를 내고 시설을 이용할 수 있는 실비이용자가 있으나 실비이용대상자는 시설 정원의 30%까지만 허용하고 있다. 이에 장애인거주시설을 이용할 수 있는 대상자는 매우 한정적이다²⁾. 또한 중증장애인거주시설과 장애유형별 거주시설의 입소대상은 장애인서비스 지원 종합조사에서 일정수준 이상의 기능제한(중증장애인거주시설은 기능제한(X1) 점수가 240점 이상(아동 190점 이상인 자, 장애유형별 거주시설은 기능제한(X1) 점수 120점 이상, 아동 110점 이상인 자)을 최소기준으로 정하고, 지자체의 상황을 고려하고 지방의 장애인복지위원회 회의를 통해 서비스 제공 결정이 이루어진다.

서해정, 이선화(2018)의 연구에 따르면, '17년 기준 1,517개 장애인거주시설 중 31인 이상의 정원을 가진 장애인거주시설은 305개소로 전체

2) 이 외에 장애영유아거주시설, 장애인단기거주시설, 장애인공동생활가정의 입소 자격은 등록장애인이면 가능하고 시군구와 시설에서 이용대상자를 사정하여 선정할 수 있음.

거주시설의 20.1%에 불과하지만 이들 시설의 거주인원은 18,775명으로 전체 거주자(약 30,152명³⁾)의 61.17%로 높았다. 일례로 100인 이상 정원을 가지고 있는 거주시설은 33개소로 적지만, 이곳의 거주인원은 4,834명으로 전체 거주인원의 15.74%에 달하는 것으로 나타나 거주시설의 소규모화 정책은 아직 실효성 담보가 절실하다.

‘2017년 장애인실태조사’에 기초하여 행복 e음을 통한 사회복지시설에 거주하고 있는 장애인의 규모를 살펴보면 약 260만 명의 장애인 중 약 8만 8천 명 수준으로 분석되었고, 전체 장애인의 약 3.4%가 사회복지시설에 거주하고 있는 것으로 나타났다. 행복 e음 시스템에는 노인장기요양시설 거주자⁴⁾까지 포함되었을 가능성이 높으나, 요양병원 내 장애인의 규모 등은 누락되었을 가능성이 있어 실제 요양병원을 포함하는 시설거주 장애인의 규모는 훨씬 높을 것으로 추측된다.

행복 e음을 통한 사회복지시설 거주자 중 65세 이상 고령장애인의 규모는 약 44,053명으로 전체 시설거주 장애인의 약 50%가 고령장애인임을 알 수 있다(김성희 외, 2017). 이는 시설거주 장애인의 고령화에 기인하는 결과로도 해석할 수 있으나 지역사회 내 자가와 시설 거주 두 가지 옵션을 가지고 있는 고령장애인의 시설편입이 높을 수도 있다. 이와 관련된 부분은 추후 연구를 통해 확인할 필요가 있다.

3) 해당 연구에서 사용된 수치는 복지부에서 발행한 장애인복지시설 일람표를 기준으로 제시되었음.

4) 실제로 노인요양시설거주자의 경우, 기능상태가 장애등록이 가능함에도 불구하고 노화로 인한 기능저하로만 인식하여 장애등록을 하지 않은 노인의 규모도 상당할 것으로 예상되므로, 실제 시설 내 고령장애인의 규모는 더 클 것으로 예상됨.

〈표 2-1-1〉 65세 이상 시설장애인 추정수 및 구성비

(단위: 명, %)

구분	전체	
	추정수	구성비
0-64세	44,018	50.0
65세 이상	44,053	50.0
계	88,071	100.0

자료: 김성희 외(2017: 124).

나. 거주시설로부터의 탈시설(협회의 개념)과 발달장애인

앞서 설명한 거주시설정책에서의 탈시설 정책을 논할 때 가장 우선적으로 고려해야 하는 부분이 발달장애인에 대한 고려이다. 현재 시설거주 장애인의 76%가 발달장애인이기 때문에 시설거주 장애인의 탈시설 정책은 발달장애인의 이슈와 밀접한 관련성을 가진다(유동철 외, 2018). 따라서 커뮤니티케어의 대상 중 ‘시설거주 장애인의 탈시설’ 측면에서의 주된 대상은 발달장애인이 된다. 본 연구에서는 커뮤니티케어 정책의 대상으로서 고령장애인을 설정하고 있으므로 고령발달장애인의 주거이슈는 거주시설정책의 탈시설 정책과 밀접한 관련성을 가지고 있어 이와 관련된 내용을 간략하게 정리하였다.

발달장애인의 부모를 중심으로 발달장애인을 위한 권리보장과 서비스의 확대에 대한 요구는 커지고 있지만 지역사회 내의 발달장애인의 권리와 지원체계의 확립 없이는 시설에서 나오는 발달장애인에 대한 가족의 부양책임이 여전히 높다(유동철 외, 2018). 현재 발달장애인의 탈시설 정책은 크게 (1) 2015년부터 시행되고 있는 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」(이하 발달장애인법으로 통일)과 (2) 2018년 9월 발표된 ‘발달장애인 평생 케어’ 종합대책을 기반으로 운용되고 있다. 발달장애인

법의 목적은 “발달장애인의 의사를 최대한 존중하여 그들의 생애주기에 따른 특성 및 복지 욕구에 적합한 지원과 권리옹호 등이 체계적이고 효과적으로 제공될 수 있도록 필요한 사항을 규정함으로써 발달장애인의 사회참여를 촉진하고, 권리를 보호하며, 인간다운 삶을 영위하는 데 이바지함”이다. 법제처 국가법령정보센터에 따르면 장애인을 대상으로 하는 「장애인복지법」 외에 발달장애에 특화된 별도의 법률을 제정한 이유는 다음과 같다. 첫째, 전체 등록 장애인 중 발달장애인은 전체 장애인의 10% 미만으로 소수에 불과하지만, 장애의 특성상 성인이 되어서도 간단한 일상생활(세수, 화장실 이용 등)을 위해서도 타인의 도움을 필요로 하는 등 돌봄이 필요한 경우가 대부분이고 인지력 및 의사소통 능력 등의 제한으로 자신의 권리를 주장하거나 보호하는 것에 상당한 어려움으로 인하여 성폭력, 학대, 장기적 노동력 착취, 인신매매 등의 지속적 피해를 당하고 있다고 보기 때문이다.

둘째, 현재 발달장애인을 대상으로 하는 복지서비스와 인프라의 규모는 그 필요량에 비해 부족하여 이들을 돌보고 있는 부모나 보호자에게 신체적·정신적·경제적·정서적으로 상당한 부담을 주고 있는 상황이며, 직업훈련 및 평생교육 등의 능력계발을 위한 지원도 상당히 미흡하기 때문이다. 셋째, 본 법에서 발달장애인의 범위와 그 가족이나 보호자의 특수한 수요에 부합하는 지원체계(발달장애인지원센터 설립의 근거)를 제정함으로써 발달장애인의 권리는 물론 그 보호자 등의 삶의 질 향상, 국민 전체의 행복에 기여하는 것이 필요하기 때문이다.

또한 문재인 정부 들어 발표된 ‘발달장애인 평생 케어’ 종합대책에서는 발달장애인의 생애주기에 걸친 10대 과제와 24개 세부과제를 제시한 바 있다. 이 중 발달장애인의 탈시설과의 관련성은 (1) 커뮤니케이터를 통한 지역사회 참여 활성화 (2) 직업재활, 일자리 지원을 통한 지역사회 참여

활성화 (3) 지역사회 돌봄 인프라 강화(지역사회 커뮤니티 케어 구축을 통해 활동지원, 장기요양 등 발달장애인 재가 서비스 이용 편의 제고), (4) 중·노년기 발달장애인의 소득보장 체계 구축(장애인연금확대 등 소득지원 강화), (5) 발달장애인 권익보호 및 부모·가족 정서적 지원 강화 등에서 다루고 있다(보건복지부, 2018).

특히 커뮤니티케어를 위한 탈시설과의 관련성은 ‘커뮤니티케어를 통한 지역사회 참여 활성화의 내용’이 가장 대표적인데 그 내용을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 최종증 성인 발달장애인 대상 주간활동-집중케어서비스 지원, 둘째, 재가 발달장애인의 자립을 위한 자립체험 임대주택 지원 등 주거복지 지원, 셋째, 장애인 돌봄 커뮤니티케어 선도사업을 위해 탈시설 체험주택의 운영, 공공임대주택과의 연계 및 자립정착금 지원 등 탈시설장애인의 안정적 주거지원 등이 있다. 즉, 현재 발달장애인 대상 탈시설 정책은 ‘탈시설 체험주택 운영’, ‘공공임대주택 연계’ 및 ‘자립정착금 지원’ 등 시설거주 장애인의 탈시설을 위한 안정적 주거지원에만 초점이 맞추어져 있다는 한계가 있다(유동철 외, 2018).

특히나 발달장애인에게 있어 커뮤니티케어는 단순히 탈시설화 또는 시설에서 거주하던 발달장애인이 지역사회로 나와 거주할 곳을 찾아주는 것만을 의미하지 않는다. 커뮤니티케어는 발달장애인이 본인의 욕구를 확인하고 이를 충족할 방법을 찾도록 이들을 지원하는 것을 의미한다(김미옥, 정민아, 2018에서 재인용). 즉, 발달장애인의 지역사회 내에서의 생활영위(communit living)의 측면이 더욱 중요하다. 발달장애인이 지역사회의 일부 또는 일원이 되어 지역사회 안에서 생활하는 것(social inclusion)과 지역사회에 살지만 지역사회에서 소외되어 생활을 하는 것(living a isolated life in the community)은 큰 차이다(Collins, 2015; 김미옥, 정민아, 2018에서 재인용). 이러한 제반 상황을 종합해보

면, 발달장애인이 지역사회에서 포함되어(social inclusion) 살 수 있도록 지원하는 통합적 복지지원체계의 마련은 무엇보다 중요하다. 특히 고령 발달장애인의 경우 조기노화 등 발달장애의 특성을 고려할 때, 이러한 지역사회 지원체계의 중요성이 더욱 증가한다.

이 때 중요한 것은 고령발달장애인을 위한 지원체계의 구성이 다른 장애 유형이나 비장애노인과는 차별성을 가진다는 점이다. 그 내용은 다음과 같다. 첫째, 고령발달장애인은 타유형의 장애와 달리 인지장애의 특성을 가지고 있어서 단순히 주거를 지원하는 형태가 아닌 주거와 지원생활이 함께 고려되어야 한다. 즉, 주거와 돌봄을 동시에 고려하는 지원체계가 마련되어야 할 필요가 있다. 둘째, 발달장애의 노화 특성을 이해하고 이를 반영하는 제도 설계가 필요하다. 모두는 아니지만 일부 발달장애인은 40세 이후 급격히 조기노화를 경험하는 것으로 보고된다. 이 경우, 노년기의 연령이 아님에도 불구하고 노인과 같은 신체적 노화가 진행되기 때문에 고령발달장애인의 연령 범위를 비장애노인이나 타유형의 장애인과 달리 유연하게 그 기준을 설정하여 제도를 설정할 필요가 있다. 즉, 고령발달장애인의 경우, 노년기 지역사회 돌봄의 시작 시점이 더 빨라야 한다.

셋째, 고령발달장애인의 커뮤니티 케어를 위해서는 이념적 지원모델, 즉 발달장애인도 지역사회자립생활이 가능하다는 전제에 대해 동의해야 한다. 이러한 기초위에서 고령발달장애인의 주거지원은 타 장애유형에 비해 더욱 많은 지원체계를 갖추고 이들의 권리를 실현할 수 있는 방안을 마련하여야 한다. 이러한 측면에서 발달장애인의 자립을 지원하는 지원생활모델은 매우 중요한 이론적 모델이다. 고령장애인의 특성 및 욕구에 따른 다양한 주거지원의 방식의 마련은 정책의 효과성은 물론이고 고령장애인의 유연한 지역사회에서의 삶을 누리도록 하는데 기여할 수 있을 것이다. 다음은 지원생활모델의 내용을 간략하게 정리한 것이다.

44 고령장애인의 커뮤니케이션 적응을 위한 주거지원 방안 연구

〈표 2-1-2〉 발달장애인의 주거지원: 지원생활(supported living)모델

구분	내용
등장배경	<ul style="list-style-type: none"> • 탈시설화와 지역사회기반 생활(community-based Living)의 발전과정에서 발달장애인의 삶의 질을 향상시키고자 등장 • 1990년대 이후 발달장애인의 선택을 보다 보장할 수 있는 지원의 필요성제기에 따라 이에 부응하기 위해 등장
개념	<ul style="list-style-type: none"> • 발달장애인이 거주시설이나 거주시설 소유의 주거공간이 아닌, 장애인 '당사자의 집(in their own home)'에서 스스로의 욕구와 필요에 맞는 지원을 받으며 자립생활을 하도록 지원하는 것
전제	<ul style="list-style-type: none"> • 모든 사람은 자신의 집에서 생활하면서 지원받을 기회가 제공되어야 한다는 기본 신념하에 발달장애인도 현재 선택한 주거지에서 스스로의 선택과 통제에 의해 생활할 수 있도록 지원해야 함을 강조. • 자신의 생활을 통제할 수 있는 자립생활기술을 갖추지 못하거나 갖추기 어려운 장애인의 경우도 충분한 지원이 있다면, 자신의 집에서 자립생활을 할 수 있다고 전제
원칙	<ul style="list-style-type: none"> • 주거와 지원서비스는 분리되어야 함 • 한 번에 한 사람(focusing on one person at a time)에 집중해야 함 • 누구라도 서비스 이용자가 될 수 있어야 함(zero rejection) • 온전히 장애인 당사자에 의한 선택과 통제(full choice and control)가 이루어져야 함 • 지원생활 서비스 및 지원체계는 관계에 기반을 두고 형성되어야 함
서비스 초점	<ul style="list-style-type: none"> • 장애유형 및 정도에 맞게 미리 짜 놓은 지원서비스(prepackaged services)를 제공하는 시설에 기반을 둔(facility-based) 지원을 의미하지 않음 • 발달장애인 당사자 스스로 생활할 자신의 집을 선택하며 그 집에서 생활하기 위해 필요한 지원서비스도 각 개인의 장애특성과 정도, 욕구에 맞게 개별화된 서비스 제공이 초점 • 지원생활서비스는 서비스 이용자의 욕구에 맞춰진 것으로, 특정유형이나 기존의 서비스 제공 범위에 국한된 서비스가 아니라 서비스 이용자의 다양한 욕구를 창의적으로 해결하는 것이 중요

자료: 김미옥, 정민아(2017)의 내용을 재정리하였음

다. 광의의 탈시설 개념을 적용한 커뮤니케이션의 정책 대상의 확대

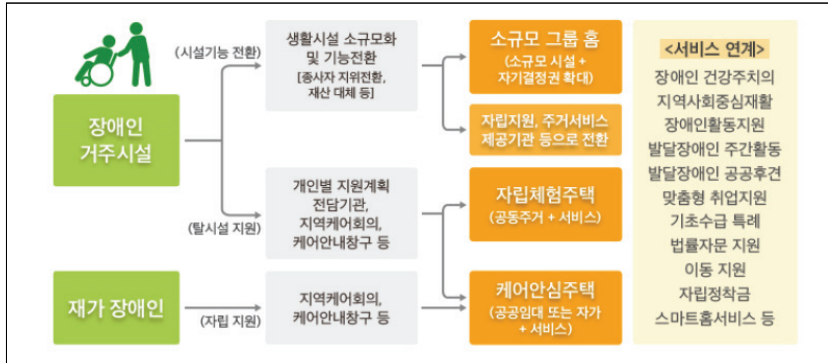
앞서 살펴본 탈시설 개념의 이해는 장애인을 대상으로 하는 커뮤니티케어의 적용에서도 그대로 드러나는 것으로 보인다. 커뮤니티케어에서 강조하고 있는 부분은 돌봄(care)을 필요로 하는 주민이 자기의 집이나 그룹홈 등 지역사회 내에 거주하면서(in the community) 개인이 필요

로 하는 다양한 서비스를 제공받고, 지역 사회와 함께 어울려 살아가는 혁신적인 사회서비스 체계(social inclusion)를 마련한다는 것이다(보건복지부, 2019; 이동석, 2019.09.09, 재인용).

따라서 확대된 형태의 탈시설 개념을 커뮤니케이션에 적용하면 커뮤니티케어의 대상은 크게 두 가지로 구분할 수 있다. 첫째, 거주시설에서 거주하고 있는 장애인 중 지역사회로의 전환을 희망하는 장애인이 대상이 되며 이들을 대상으로 하는 지역사회 내 생활조건의 개선, 보호 및 치료 관련 환경의 개선을 포함한다. 둘째, 지역사회에 생활하고 있는 재가장애인이 대상이 되며 이들을 위한 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 치료 등의 지역사회 내 적절한 대안의 마련을 통한 불필요한 시설 수용의 지연과 방지(예방)가 포함된다. 즉, 커뮤니티케어의 대상은 시설거주 장애인과 다양한 서비스의 지원을 필요로 하는 재가 장애인이 될 수 있으며, 커뮤니티케어의 정책 방향은 이들을 대상으로 지역사회 내에서 자신의 선택과 결정을 바탕으로 하는 자율성(autonomy) 확보를 위한 다양한 지원정책을 마련하는 것이다.

실제 장애인을 대상으로 하는 커뮤니티케어 선도사업의 개요를 살펴보면 더라도 커뮤니티케어의 대상은 거주시설 장애인과 더불어 재가장애인을 포함하고 있음을 확인할 수 있다([그림 2-1-5] 참조). 그러나 현재 선도사업의 내용을 들여다보면, 시설거주 장애인의 탈시설에 보다 초점을 맞추어 진행되고 있고 시설기능전환과 탈시설지원 중에서도 탈시설지원에만 국한되어 진행되고 있는 것으로 보인다. 이에 장애인을 대상으로 하는 커뮤니티케어의 정책 대상을 보다 포괄적으로 확대하여 정책의 효과성을 고려할 필요가 있다.

[그림 2-1-5] 장애인 커뮤니티케어 선도사업 개요



자료: 대한민국정책브리핑. (2020). 지역사회통합돌봄(커뮤니티케어).
(<https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645>에서
2020. 11. 29. 인출)

앞서 현재 장애인 거주시설정책의 현황과 발달장애인의 특성 및 거주 시설 내 발달장애인의 규모(76%) 등을 고려하면, 지역사회 내 주거, 보건 의료, 요양, 돌봄, 치료 등의 통합적인 대안 체계가 구축되지 않으면 이들의 탈시설은 매우 어려워진다. 즉, 지역사회 내 통합적인 대안 체계의 구축 없이는 정책 효과성을 담보하기에는 분명한 한계가 존재한다. 때문에 커뮤니티케어의 대상은 시설거주 장애인을 고려하되, 재가장애인의 시설로의 이동을 지연/제한시키기 위한 지역사회 내 통합적 대안체계 구축을 좀 더 강화할 필요가 있다.

[그림 2-1-6] 커뮤니케이터의 정책 대상



자료: 연구진 작성

현재 우리나라의 노인 및 장애인을 위한 커뮤니케이터 정책의 대상은 요양 시설 및 요양병원과 같은 시설에 이미 거주지를 옮긴 노인 및 거주 시설에 거주하고 있는 장애인을 주된 대상으로 삼고 있지만 실제로는 요양시설이나 병원으로의 이동을 지연시키거나 막을 수 있는 대상을 함께 고려하여 사회적 돌봄비용의 절감을 위한 대상의 확대가 필요하다. 이때 요양병원 및 시설로의 이동이 예측되는 대상은 신체기능이 저하된 노인으로 좁혀질 수 있고, 특히 노화로 인한 신체적 기능의 저하 및 장애의 영향으로 인해 기능손실의 예방과 재활을 필요로 하는 고령장애인을 정책의 대상으로 고려할 수 있다. 즉, 지역사회에 거주하고 있지만 적절한 지원이 없는 일상생활이 어려워 조기사설입소를 할 수 있는 대상으로서 고령장애인을 고려해야 할 필요가 있는 것이다. 이러한 접근은 해외 국가의 탈시설화 개념의 발전에서도 드러나고 있으며, 미국의 메디케이드의 Waiver 프로그램과 영국의 「지역사회 돌봄법(Community Care Act)」의 마련(1990년) 등에서 확인된다. 즉, 탈시설 개념의 확대는 커뮤니케이터 정책과 밀접한 관련성을 가진다. 이제 보다 확대된 탈시설 이념의 적용을 통한 커뮤니케이터 정책의 확대를 꾀할 때이다.

제2절 커뮤니티케어 대상으로서의 고령장애인

건강보험 비급여의 급여화 등 의료보장성을 강화하고 있는 문제인 케어는 지역사회를 기반으로 하는 통합 사례관리를 통한 효과적인 커뮤니티케어의 구현을 통해 급증하는 의료비용에 전략적으로 대응하여야 하는 정책적 목적을 가진다. 이에 본 장에서는 커뮤니티케어의 정책 대상으로서 고령장애인을 제안하며, 이들이 왜 커뮤니티케어의 정책적 우선 대상으로 고려되어야 하는지를 제시하고자 한다.

이를 위하여 (1) 고령장애인의 의료비 예산의 추이와 (2) 65세 이상 고령장애인의 증가 추이를 알아보고 (3) 보건의료-요양-돌봄-주거지원과 같은 통합적 서비스의 제공이 필요한 대상으로서의 고령장애인의 특성이 커뮤니티케어 정책의 내제적 정책 목적에 얼마나 부합하는지를 제시하였다.

1. 장애인 의료비 예산 추이

현재 고령장애인의 요양시설 및 요양병원 이용률 등의 통계는 존재하지 않는다. 단지 고령장애인의 의료비 지출의 규모 및 진료비 현황 자료를 통하여 이들의 의료 이용의 규모를 파악할 수 있고, 요양병원 및 시설로의 이동이 잦거나 많은 대상임을 추측할 수 있다.

‘2020 장애통계연보’에서 제시한 장애인정책국 예산을 살펴보면 2017년부터 총 예산은 꾸준히 증가하여 2020년 약 3조 3천억원에 이르는 것으로 나타나며, 2019년에서 2020년 증가폭은 15.1%로 동일 시점 장애인 의료비 예산의 증가는 2019년 43,524(백만 원)에서 2020년 36,366(백만 원)으로 19.7% 감소한 것으로 나타난다.

〈표 2-2-1〉 장애인정책국 예산 추이

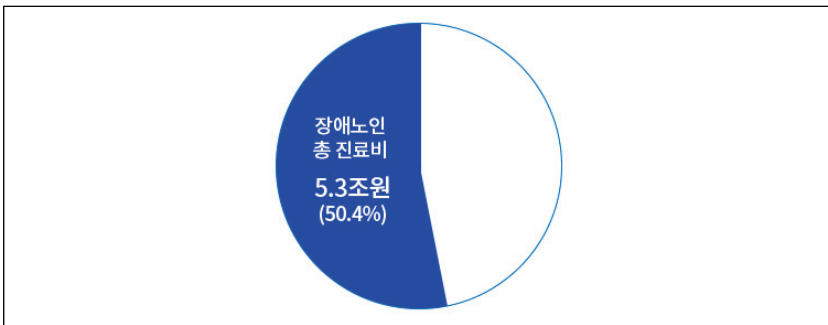
(단위: 백만원, %)

구분	2017	2018	2019	2020	증감액	증감율
계	2,067,026	2,221,333	2,782,493	3,276,229	493,736	15.1
장애인 의료비	27,575	23,072	43,524	36,366	7,158	- 19.7

자료: 김현지, 이소영, 김용진, 김태용, 이혜수(2020: 156) 연구를 토대로 재구성.

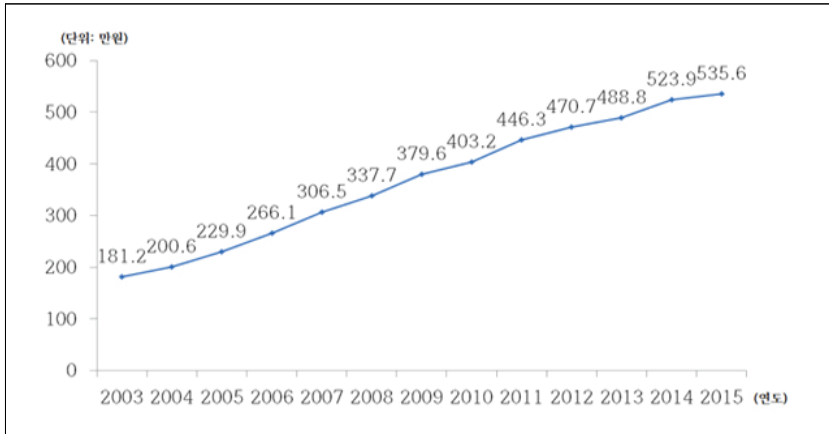
반면, 장애인 총 진료비 대비 65세 이상 고령장애인의 진료비 비중은 전체 장애인 진료비의 50.4%로, 5.3조원에 달하는 것을 알 수 있다(그림 2-2-1). 2003년부터 2015년까지 고령장애인 1인당 연간 총 진료비는 지속적으로 증가하고 있다(그림 2-2-2). 2003년 고령장애인 1인당 연간 총 진료비는 181.2만원에서 2015년 535.6만원으로 약 3배 가까이 증가하고 있는 것을 알 수 있다(호승희 외, 2018). 고령장애인은 장애인과 노인이라는 의료 취약계층의 속성을 공유하는 것을 고려할 때, 이들의 높은 의료비 부담을 예측할 수 있다.

[그림 2-2-1] 장애인 총 진료비 대비 고령장애인의 총 진료비(2015년)



자료: 호승희 외(2018: 40).

[그림 2-2-2] 2003년-2015년 65세 이상 고령장애인 1인당 연간 총 진료비 추이



자료: 호승희 외 (2018: 40).

고령장애인의 1인당 연간 총 진료비 관련 세부 사항을 살펴보면 다음과 같다. 첫째, 전체 인구의 의료 이용 현황과 비교할 때 장애인 인구의 1인당 연평균 입내원일수와 입내원 1일 당 진료비는 장애인그룹에서 높은 것으로 나타나며, 장애인그룹 내에서도 고령장애인 그룹에서 높은 것으로 나타난다. 또한 고령장애인 그룹 내에서도 연령이 증가할수록 증가하고 있는 것을 알 수 있다.

전체 인구의 1인당 연평균 입내원일수는 21.6일인 반면에 장애인 인구는 56.5일로 2배 이상에 달한다. 1인당 연평균 입내원일수는 ‘60-69세’ 57.9일, ‘70-79세’ 70.5일, ‘80세 이상’ 77.3일로 연령대가 높아질수록 증가하는 추세를 보인다. 65세 이상 장애인 인구를 기준으로 1인당 연평균 입내원일수는 70.2일로 전체 인구 대비 약 3.3배, 장애인 인구 대비 약 1.2배로 높은 것을 알 수 있다(김현지 외, 2020). 전체 인구의 입내원 1일당 진료비는 53,755원으로 장애인 인구의 78,359원에 비해 낮은 수준이다. 각 연령대별 구간에서 1인당 연평균 입내원일수가 증가함으로

인해 입내원 1일당 진료비는 ‘60-69세’ 80,561원, ‘70-79세’ 73,530원, ‘80세 이상’ 72,503원으로 점차 감소하는 추세를 보인다. 그럼에도 전체 인구의 입내원 1일당 진료비와 비교하였을 때, 고령장애인 입내원 1일당 진료비는 74,380원으로 약 1.4배 이상 증가하여 고령장애인의 의료 이용의 높은 실태와 이에 따른 의료비의 증가가 뚜렷하게 나타난다.

〈표 2-2-2〉 장애인 의료 이용 현황: 전체 인구나 65세 이상 장애인 비교

(단위: 명, 일, 원)

구분	진료인원	입내원 진료비	1인당 연평균 입내원일수	입내원 1일당 진료비
전체 인구	47,824,086	1,031,096,025	21.6	53,755
장애인	2,404,224	139,937,688	56.5	78,359
60-69세	537,864	31,649,765	57.9	80,561
70-79세	536,399	38,100,524	70.5	73,530
80세 이상	306,761	23,983,870	77.3	72,503
65세 이상 장애인	1,106,494	78,415,627	70.2	74,380

자료: 통계청, 보건복지부(2020: 9), 65세 이상 장애인에 해당하는 부분은 김현지 외(2020: 64)를 토대로 재구성.

일반적으로 노인의 경우 전체 인구에 비해 진료비가 높은 것으로 알려져 있다(표 2-2-3). 전체 인구 대비 노인의 1인당 진료비와 1인당 본인 부담금을 살펴보면, 약 3배정도 높은 것을 알 수 있다(통계청, 2020b).

〈표 2-2-3〉 전체 인구와 노인 진료비 현황

(단위: 억원, 천원, %)

구분	전체	65세 이상 노인
진료비 (억원)	779,104	283,247
1인당 진료비 (천원)	1,389	4,162
본인부담금 (억원)	177,772	69,074
1인당 본인부담금 (천원)	349	1,015
본인부담금 비중	25.1	24.4

주: 본인부담금 비중 = 본인부담금 ÷ 진료비 × 100

자료: 통계청(2020b: 28)을 토대로 재구성.

전체 노인을 기준으로 고령장애인과 비장애노인의 진료비, 입내원일수를 비교한 결과는 〈표 2-2-4〉와 같다.

고령장애인의 진료비는 3,723,140원으로 비장애노인의 진료비 1,926,908원에 비해 약 2배 가까이 높은 것을 알 수 있다(호승희 외, 2018). 고령장애인과 비장애노인의 입내원일수의 경우도 비장애노인은 48일인데 반해 고령장애인은 67일로 더 긴 것으로 나타났다.

〈표 2-2-4〉 고령장애인과 비장애노인의 진료비, 입내원일수 비교

(단위: 원, 일)

구분	전체 노인	고령장애인	비장애노인
진료비	2,529,635	3,723,140	1,926,908
입내원일수	54	67	48

주: 평균값 기재

자료: 호승희 외(2018: 41)를 토대로 재구성.

전체 장애인을 기준으로 65세 이상 고령장애인과 65세 미만 장애인의 진료비, 입내원일수를 비교한 결과는 〈표 2-2-5〉와 같다. 〈표 2-2-2〉와

〈표 2-2-3〉을 종합할 때, 고령장애인의 진료비와 입내원일수는 비장애노인과 65세 미만 장애인 보다 높은 것을 알 수 있다.

〈표 2-2-5〉 65세 이상 장애인과 65세 미만 장애인의 진료비, 입내원일수 비교(2012)

(단위: 원, 일)

구분	전체 장애인	고령장애인	65세 미만 장애인
진료비	3,230,601	3,723,137	2,901,395
입내원일수	53	67	44

주: 평균값 기재

자료: 호승희 외(2018: 42)를 토대로 재구성.

특히, 진료비의 경우 장애인의 연령이 증가할수록 증가하는 것으로 나타났다. 전체 장애인구의 총 진료비는 12,922,948,012(천원)으로 연령별로 살펴보면, ‘0-19세’는 292,392,607(천원), ‘20-44세’는 1,064,300,057(천원), ‘45-64세’는 4,509,499,876(천원), ‘65세 이상 고령장애인’은 7,056,755,473(천원)으로 나타났다. 진료비에 따른 본인부담금의 경우에도 연령이 증가할수록 증가하는 것으로 나타났는데, 전체 장애인구의 본인부담금은 2,175,332,493(천원)으로 ‘0-19세’는 43,870,383(천원), ‘20-44세’는 137,424,221(천원), ‘45-65세’는 612,852,746(천원), ‘65세 이상’은 1,381,185,144(천원)으로 증가한 것을 알 수 있다.

1인당 연평균 진료비를 연령별로 살펴보면, ‘0-19세’ 3,391,632원, ‘20-44세’ 3,428,470원, ‘45-64세’ 5,004,494원, ‘65세 이상’ 6,377,581원으로 고령장애인의 경우 가장 높았다. 1인당 연평균 본인부담금의 경우에도 연령이 증가할수록 높아지는 것을 알 수 있으며 본인부담금의 총 진료비 대비 비중은 전체 장애인이 16.8%, ‘0-19세’ 15.0%, ‘20-44세’ 12.9%, ‘45-64세’ 13.6%, ‘65세 이상’ 19.6%로 고령장애인

의 본인부담금의 비중이 높은 것을 확인할 수 있다. 이는 고령장애인이 처한 의료비 부담의 심각성을 보여주는 부분이라 할 수 있다. 이러한 결과들은 고령장애인의 과도한 진료비 지출의 수준을 나타내며, 본인부담금을 제외한 진료비의 지출이 국가 재원임을 감안할 때 국가재정에도 막대한 부담을 주는 부분임을 시사한다.

〈표 2-2-6〉 장애인 진료비 현황

(단위: 천원, 원, %)

구분	총진료비 (천원)	본인부담금 (천원)	1인당 연평균(원)		본인 부담금 비중
			총진료비	본인부담금	
전체	12,922,948,012	2,175,332,493	5,375,101	904,796	16.8
0-19세	292,392,607	43,870,383	3,391,632	508,878	15.0
20-44세	1,064,300,057	137,424,221	3,428,470	442,690	12.9
45-64세	4,509,499,876	612,852,746	5,004,494	680,124	13.6
65세 이상	7,056,755,473	1,381,185,144	6,377,581	1,248,254	19.6

자료: 김현지 외(2020: 65) 토대로 재구성.

또한 건강보험데이터를 기반으로 하여 전체 인구, 비장애노인, 전체 장애인, 고령장애인의 다빈도질환을 비교해보면(20순위)〈표 2-2-7〉, 비장애노인과 고령장애인의 다빈도질환은 매우 유사한 것을 알 수 있다. 이는 고령장애인의 경우, 장애에 더하여지는 노화로 인한 노인성질환도 함께 경험하고 있어 고령화에 따른 발병 질환의 특성을 생각해 볼 때 고령장애인의 향후 진료비 등 의료비 지출은 지속적으로 증가할 것이며, 지역사회에서 생활하던 장애인의 시설 및 요양병원으로의 이동이 더욱 가중될 우려가 높은 것을 확인할 수 있다.

〈표 2-2-7〉 다빈도질환

구분	전체 인구	전체 장애인	비장애노인	고령장애인
1	급성 기관지염	치은염 및 치주질환	본태성(일차성) 고혈압	본태성(일차성) 고혈압
2	치은염 및 치주질환	급성 기관지염	등통증	등통증
3	혈관운동성 및 알레르기성 비염	등통증	무릎관절증	무릎관절증
4	급성편도염	본태성(원발성) 고혈압	인슐린-비의존 당뇨병	만성 신장질환
5	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도감염	무릎관절증	급성 기관지염	인슐린-비의존 당뇨병
6	치아우식	달리 분류되지 않은 기타 연조직 장애	기타 척추병증	기타 척추병증
7	본태성(원발성)고혈압	위염 및 십이지장염	어깨 병변	급성 기관지염
8	위염 및 십이지장염	2형 당뇨병	달리 분류되지 않은 기타 연조직 장애	어깨 병변
9	등통증	위-식도역류병	기타 추간관 장애	기타 추간관 장애
10	급성 인두염	치수 및 근단 주위조직의 변화	척추증	달리 분류되지 않은 기타 연조직 장애
11	알레르기성 접촉피부염	알레르기성 접촉피부염	위염 및 십이지장염	척추증
12	급성 비인두염(감기)	기타 척추병증	전립선의 증식증	위염 및 십이지장염
13	감염성 및 상세불명 기원의 기타 위장염 및 결장염	급성 비인두염(감기)	치은염 및 치주질환	뇌경색증
14	결막염	다발성 및 상세불명 부위의 급성 상기도 감염	노년성 백내장	전립선의 증식증
15	치수 및 근단 주위조직의 질환	혈관운동성 및 알레르기성 비염	알레르기성 접촉피부염	치은염 및 치주질환
16	위-식도역류병	어깨 병변	위-식도역류병	기타 관절염
17	급성 부비동염	치아우식	기타 관절염	위-식도역류병
18	급성 후두염 및 기관염	결막염	치수 및 치근단 주위 조직의 질환	알레르기성 접촉피부염
19	달리 분류되지 않은 기타 연조직 장애	요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	급성비인두염(감기)	노년성 백내장
20	무릎관절증	달리 분류되지 않은 기타 관절장애	요추 및 골반의 관절 및 인대의 탈구, 염좌 및 긴장	달리 분류되지 않은 기타 관절장애

자료: 호승희 외(2018: 38)와 65세 이상 비장애노인과 고령장애인의 순위는 국립재활원(2020)을 토대로 재구성.

2. 65세 이상 고령장애인의 증가 추이

‘2019 건강보험주요통계’에 따르면 2019년 12월 말 기준 전체 인구 중 65세 이상 인구가 차지하는 비율은 14.52%로 우리나라의 65세 이상 노인인구는 약 746만 3천명 수준이다. 반면 ‘2020 장애통계연보’에 기초한 전체 등록장애인 대비 65세 이상 등록장애인의 비율은 48.26%로 전체 등록장애인(약 260만명) 중 약 123만 명이 65세 이상 고령장애인이다(김현지 외, 2020). 이는 전체 인구 대비 65세 이상 인구가 차지하는 비율과 비교할 때 전체 인구의 고령화(14.52%)보다 고령장애인구의 증가가 더욱 두드러지는 것을 알 수 있다. 전체 인구 중 등록장애인의 비율은 5.10%인데 반해 65세 이상 고령장애인의 비율은 65세 이상 인구의 16.94%로 나타나 65세 이상 인구 중 장애 인구의 규모에 주목해야할 필요가 있다.

〈표 2-2-8〉 65세 이상 인구 대비 고령등록장애인 비율

(단위: 명, %)

구분	전체 인구	65세 이상 인구	전체 등록장애인	고령 등록장애인	고령 등록장애인/ 65세 이상 인구
총계	51,391,447	7,462,986	2,618,918	1,263,952	16.94
비율	100.00	14.52	5.10	2.46	

주: 2019년 12월 말 기준

자료: 김현지 외(2020: 27)을 토대로 재구성.

장애인구의 고령화 수준 추이를 살펴보면, 2014년을 제외하고는 2007년 32.7%에서 2019년 48.3%로 점진적으로 증가한 것을 알 수 있다. 같은 시점 전체인구 고령화 수준은 9.9%에서 15.5%로 증가한 것으로 나타나, 장애인구의 고령화 수준이 빠르게 진행되고 있는 것을 알 수 있다.

〈표 2-2-9〉 전체인구 고령화 수준과 장애인구 고령화 수준 비교

(단위: 명, %)

구분	전체 등록장애인	고령 등록장애인	장애인구 고령화 수준	전체인구 고령화 수준
2007	2,104,889	668,884	32.7	9.9
2008	2,246,965	771,814	34.3	10.2
2009	2,429,547	869,059	35.8	10.6
2010	2,517,312	934,634	37.1	10.9
2011	2,519,241	957,824	38.0	11.2
2012	2,511,159	987,251	39.3	11.7
2013	2,501,112	1,142,289	45.7	12.2
2014	2,494,460	1,033,308	41.4	12.7
2015	2,490,406	1,053,364	42.3	13.2
2016	2,511,051	1,089,317	43.4	13.5
2017	2,545,637	1,149,910	45.2	14.2
2018	2,585,876	1,206,482	46.7	14.8
2019	2,618,918	1,263,952	48.3	15.5

자료: 김현지 외 (2020: 34)를 토대로 재구성.

이 같은 장애인구의 고령화는 (1) 공공의료 및 보건 정책의 발달, 의료 기술의 발전 등으로 장애인구의 평균수명 연장으로 인한 고령의 장애인구(aging with disability)의 증가와 (2) 일반 비장애 노인의 평균수명 연장과 더불어 각종 노인성 질환으로 인하여 장애를 경험하게 되는 노인장애인(disability with aging)의 증가에 기인한다(Putnam, 2002; 2007; 황주희 외, 2014 재인용).

이에 더하여 노인의 경우, 연령이 증가할수록 노화로 인한 신체적·정신

적 기능 쇠퇴를 경험하게 되어 장애유병율은 증가하게 된다. 실제로 2017년 장애인실태조사에서도 연령별 재가장애인 출현율은 65세 이상에서 증가하기 시작하여 80세 이상에서는 인구 100명당 20명 수준으로 증가하는 것을 알 수 있다.

〈표 2-2-10〉 재가장애인의 연령별 출현율

(단위: 명)

구분	65~69세	70~74세	75~79세	80세 이상
전체	13.68	18.10	22.55	20.02

자료: 김성희 외(2017: 123)

이러한 연령증가에 따른 장애 출현율의 증가를 인구고령화 규모의 증가에 대입하여 살펴보면, 노인인구의 증가에 따른 고령장애인의 규모는 추후 가파르게 증가할 것이라는 예측이 설득력을 가진다. 일례로 2017년 전체 노인인구 대비 등록장애인 중 고령인구 비율과 고령화 추세를 바탕으로 고령장애인 수를 예측해 보면, 고령등록장애인 수는 2017년 115만 명에서 2030년 210만 명, 2040년 291만 명, 2050년 333만 명까지 증가할 것으로 예상할 수 있다. 이는 2017년 기준 고령인구 중 등록장애인의 비율을 동일하게 적용한 값으로 고령인구 중 등록장애인의 비율이 향후 높아진다면 고령장애인의 증가가 더욱 가속화 될 것이다.

〈표 2-2-11〉 고령인구 대비 고령장애인의 증가 추이

(단위: 만 명, 비율)

구분		2020년	2030년	2040년	2050년	2067년
고령인구 (만 명)	65-74	466	766	835	760	685
	75-84	270	388	657	736	630
	85+	77	144	230	405	512
2017년 등록장애인 비중 (%)	65-74	13.4	13.4	13.4	13.4	13.4
	75-84	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
	85+	20.6	20.6	20.6	20.6	20.6
고령장애인 추정 (만 명)	65-74	62.3	102.5	111.7	101.7	91.6
	75-84	54.1	77.7	131.5	147.3	126.1
	85+	15.9	29.7	47.4	83.5	105.6
	계	132.3	209.8	290.6	332.5	323.3

산출방법: 통계청. 전국 연령별, 장애등급별, 성별 등록장애인수. (kosis.kr에서 2019. 03. 27 인출). 장애인구특별추계(2017-2067년) 보도자료, pp.13의 자료를 활용

자료: 황주희 외(2019: 45).

또한 장애인의 사망 시 평균연령 추이를 살펴보면 2008년 65.6세에서 2013년 70.6세, 2016년 74.2세로 매년 높아지고 있는 것을 확인할 수 있다. 이는 65세 이상 고령장애인의 경우, 사망 시까지 지역사회에서 생활하는 기간이 연장되고 있음을 시사하는 부분이라 할 수 있다(호승희 외, 2018).

〈표 2-2-12〉 장애인의 사망시 평균연령

(단위: 세)

구분	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
전체	65.6	67.0	68.0	69.0	69.7	70.6	71.4	72.2	74.2

자료: 호승희 외(2018: 35).

이러한 경향은 비장애 노인의 경우에서도 나타나는데 2000년 우리나라의 기대수명은 79세였으나 2018년 82.7세로 높아졌다. 성별로 살펴보면 남성의 경우 2000년 72.3세이던 것이 2018년 79.7세로 높아졌으며, 여성의 경우 2000년 79.7세에서 2018년 85.7세로 증가한 것을 볼 수 있다.

〈표 2-2-13〉 우리나라 성별 기대수명

(단위: 세)

구분	2000	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
전체	76.0	80.2	80.6	80.9	81.4	81.8	82.1	82.4	82.7	82.7
남자	72.3	76.8	77.3	77.6	78.1	78.6	79	79.3	79.7	79.7
여자	79.7	83.6	84	84.2	84.6	85	85.2	85.4	85.7	85.7

자료: 국가지표체계. (2020). 국민의 삶의 질 지표
(<https://www.index.go.kr/unify/idx-info.do?idxCd=8016> 에서 2020. 11. 02. 인출).

이러한 추세는 세계적으로 비슷하게 나타나고 있으며 일반노인의 평균 수명의 증가와 마찬가지로 고령장애인의 평균 수명도 함께 증가할 것으로 보고 있다(Wilder & Ansello, 2004; 양희택, 2013, 재인용).

3. 보건의료-요양-돌봄-주거와 같은 통합적 서비스의 제공이 필요한 대상⁵⁾

2017년 노인실태조사 데이터(고령장애인 vs. 비장애노인)와 장애인실태조사 데이터(청장년층 장애인 vs. 고령장애인) 분석을 통한 고령장애인의 상황을 분석해 보면 고령장애인의 보건의료-요양-돌봄-주거 등의 통합적 서비스의 제공 필요가 비장애노인 및 청장년층 장애인 그룹에 비해 높음을 알 수 있다. 아래는 2017년 노인실태조사 및 2017년 장애인실태조사 데이터 분석 결과를 정리하여 고령장애인의 특성을 도출하고자 하였다.

가. 2017년 노인실태조사 분석

고령장애인의 건강특성은 비장애노인에 비해 큰 차이를 나타내고 있음을 알 수 있다. 고령장애인의 경우 주관적, 의료적, 기능적 측면에서의 건강상태가 비장애노인에 비해 취약한 것으로 나타났다(〈표 2-2-14〉 참조). 고령장애인의 경우 비장애노인에 비해 주관적 건강상태가 낮고, 우울감이 높으며, 자살생각 비율도 높았다. 반면, 인지기능저하⁶⁾ 비율은 비장애노인에 비해 약간 낮았다. 기능적 측면에서도 고령장애인은 ADL과 IADL 제약이 상대적으로 높고, 낙상 횟수도 높았다. 의료적 건강 측면에

5) 2017년 노인실태조사 및 2017년 장애인실태조사 데이터의 상세 내용은 보고서 지면의 한계로 인하여 부록으로 제시하였으며, 각 데이터의 특성 등은 제 3장 '고령장애인의 주거 현황 부분'에서 상세히 제시하였음.

6) 인지기능은 한국어판 치매선별용 간이정신상태 검사(Korean version of Mini-Mental State Examination for Dementia Screening: MMSE-DS)를 활용한 점수를 뜻함. 총 30개 문항, 0~30점의 범위를 가지며 성별, 연령, 학력에 따라 인지저하 기준점을 다르게 판정함. 총점이 높을수록 인지기능이 높다는 것을 의미. 전체 노인은 평균 25.22점, 비장애노인은 25.29점, 고령장애인은 평균 24.69점으로 다소 낮았음.

서도 비장애노인에 비해 만성질환 개수가 약 1.61개 많고 병의원 이용 횟수도 많으며, 입원 경험 비율도 높은 것으로 나타났다.

〈표 2-2-14〉 비장애노인 vs. 고령장애인의 건강특성 비교

항목	평균 및 %	
	비장애노인	고령장애인
주관적 건강	3.00	2.50
우울감	3.92	5.37
인지기능	25.9	24.69
만성질환	2.66	3.28
자살생각 여부	yes=6.1	yes=10.8
낙상 횟수	2.00	3.18
ADL 제약	yes=6.8	yes=22.8
IADL 제약	yes=22.0	yes=43.4
병의원 이용 횟수	3.02	3.80
병의원 입원 경험	yes= 16.5	yes=23.6

자료: 2017년 노인실태조사 데이터 원자료 분석

고령장애인의 건강적 취약성은 공식 또는 비공식적인 돌봄의 필요(요양)와 관련을 맺으며 고령장애인의 경우 돌봄 필요가 비장애 노인에 비해 높게 나타났다(고령장애인 83.8% vs. 비장애노인 68.1%). 돌봄을 제공하는 대상의 부분에도 ‘동거가족원’, ‘비동거가족원’, ‘친척, 이웃, 친지’, ‘유급 도우미’, ‘장기요양보험’이나 ‘노인돌봄서비스’로부터 도움을 받는 비율도 비장애노인보다 높았다(첨부, 돌봄현황 참조). 그럼에도 불구하고, 현재 제공받고 있는 돌봄 수준의 충분성에서 고령장애인은 비장애노

인에 비해 불충분하다는 응답이 높게 나타났다(고령장애인 3.477) vs 비장애노인 3.57). 고령장애인의 돌봄욕구는 여전히 높은 것으로 나타났다.

고령장애인과 비장애노인의 주거환경의 차이를 살펴보면 고령장애인의 경우, 비장애노인에 비해 단독주택 거주 비율이 높았으며 이로 인해 생활이 불편한 주거환경에서 거주하는 비율이 상대적으로 높은 것으로 분석되었다. 주거 관련 상세 현황은 다음 장에서 다루도록 할 것이다. 그 밖에 주택소유형태나 방의 개수 등에서는 고령장애인과 비장애노인간의 유의한 차이는 발견되지 않았고, 고령장애인 및 비장애노인 모두 건강이 유지되거나 거동이 불편할 경우에도 현재 살고 있는 집에서 거주하고 싶다는 의향이 높게 나타난 것으로 파악되었다(〈표 2-2-15〉 참조).

〈표 2-2-15〉 비장애노인 vs. 고령장애인의 주거 특성 비교

항목	평균 및 %	
	비장애노인	고령장애인
단독주택 거주 비율	48.3	52.6
생활편의성 (생활하기 불편한 구조)	9.4	13.7
건강유지시 현재집에서 거주	88.5	89.7
거동불편할 시 현재집에서 거주	57.3	57.7

자료: 2017년 장애인실태조사 데이터 원자료 분석

고령장애인과 비장애노인의 소득과 지출수준을 살펴보면 고령장애인의 경우, 비장애노인에 비해 월평균 소득이 낮고 이로 인해 월평균 지출규모도 적은 것으로 나타났다. 그러나 보건의료비 지출은 비장애노인에 비해 높아

7) 도움의 충분성은 매우 부족하다(1점)에서 매우 충분하다(5점)으로 구성된 항목임. 점수가 높을수록 충분하다고 해석할 수 있음.

(고령장애인: 월 12.13만원 vs. 비장애노인 월 8.19만원) 고령장애가구의
가계부담 요인으로 작용하고 있는 것으로 분석되었다(〈표 2-2-16〉 참조).

〈표 2-2-16〉 비장애노인 vs. 고령장애인의 소득 비교

항목	평균 및 %	
	비장애노인	고령장애인
분위별 가구균등화소득 ⁸⁾		
제1오분위	19.7	22.1
제2오분위	19.2	25.4
제3오분위	20.2	19.0
제4오분위	20.2	18.5
제5오분위	20.6	15.1
계	100.0	100.0
월평균 소비 지출		
50만원 미만	2.8	1.9
50-100만원 미만	26.4	29.6
100-150만원 미만	23.0	27.5
150-200만원 미만	18.2	17.3
200만원 이상	29.7	23.8
계	100.0	100.0
월평균 주거비 지출		
10만원 미만	45.0	48.0
10-20만원 미만	41.7	41.6
20-30만원 미만	9.2	7.9
30만원 이상	4.0	2.6
계	100.0	100.0
월평균 보건의료비 지출		
없음	9.3	9.6
1-10만원 미만	75.6	68.4
10-20만원 미만	8.6	10.9
20-40만원 미만	4.6	6.4
40-60만원 미만	1.1	2.9
60만원 이상	0.8	1.8
계	100.0	100.0

자료: 2017년 장애인실태조사 데이터 원자료 분석

8) 월평균 가구균등화소득의 분위별 기준은 제1오분위는 약 68만원 이하, 제2오분위 약 68만원 초과 ~ 약 95만원 이하, 제3오분위 약 95만원 초과 ~ 약 135만원 이하, 제4오분위 약 135만원 초과 ~ 약 204만원 이하, 제5오분위 약 204만원 초과임.

나. 2017년 장애인실태조사

2017년 장애인실태조사를 통하여 고령장애인의 주관적 건강상태에 대해 살펴본 결과 청장년에 비해 낮은 수준으로 나타났다(고령장애인 2.27점, 청장년층 2.75점). 고령장애인의 경우, 청장년에 비해 주관적 건강이 나쁘다고 응답한 경우도 높았다(고령장애인, 65.8% vs. 청장년 장애인, 38.7%). 고령장애인의 만성질환의 빈도(2.93개)도 청장년에 비해(1.5개) 높았으며, 만성질환율의 경우도 고령장애인은 93.7%, 청장년 장애인은 68.9%로 나타났다. 입원치료율의 경우도 고령장애인은 26.4%, 청장년 18.9%으로 높았으며, 외래진료율(고령장애인 70.1% vs. 청장년 장애인 53.8%) 및 우울증상(최근 1년 2주 지속)의 경우도 고령장애인이 보다 높게 나타났다(고령장애인 18.7% vs. 청장년 장애인 17.7%).

〈표 2-2-17〉 청장년 vs. 고령장애인의 건강특성 비교

항목	평균 및 %		취약인구	
	청장년	고령	청장년	고령
주관적 건강	평균 2.75 건강 나쁨 38.7%	평균 2.27 건강 나쁨 65.8%	여성, 저학력, 1인 가구, 중소도시, 내부장애, 신체외부장애, 심한 장애, 장애기간 20년 미만, 장애발생시기 19세 이상	여성, 저학력, 1인 가구, 내부장애, 신체외부장애, 심한장애, 장애기간 20년 미만, 장애발생시기 65세 이상
만성 질환	1.50개 68.9%	2.93개 93.7%	여성, 저학력, 1인 가구, 내부장애, 정신장애, 장애기간 20년 미만, 장애발생시기 19세 이상	여성, 내부장애, 정신장애, 신체외부장애, 장애기간 20년 미만, 장애발생시기 65세 이상
입원 치료	18.9%	26.4%	내부장애, 정신장애, 장애기간 20년 미만, 장애발생시기, 19세 이상	2인 이상 가구, 내부장애, 정신장애, 심한 장애, 장애발생시기 65세 이상
외래 진료	53.8%	70.1%	여성, 중학교 이하, 1인 가구, 내부장애, 정신장애, 장애기간 20년 이상, 장애발생시기 19세 이상	여성, 내부장애, 신체외부장애, 심한 장애, 장애기간 20년 미만,
우울	17.7%	18.7%	여성, 1인 가구, 정신장애,	여성, 1인 가구, 대도시,

66 고령장애인의 커뮤니케이터 적용을 위한 주거지원 방안 연구

항목	평균 및 %		취약인구	
	청장년	고령	청장년	고령
증상			내부장애, 심한 장애, 장애기간 20년 미만, 장애발생시기 19세 이상	정신장애, 내부장애, 심한 장애

자료: 2017년 장애인실태조사 데이터 원자료 분석

도움필요(요양)의 경우도 고령장애인(35.9%)이 청장년 장애인(27.0%)보다 높았으며, 외부활동에 대한 불편의 정도에 있어서도 고령장애인(53.8%)이 청장년 장애인(38.0%)보다 높았다. 고령장애인의 월평균 가계균등화 소득은 117.75만원으로 청장년 장애인의 166.42만원에 비해 낮은 수준이었다. 고령장애인의 경우 여자인 경우, 저학력인 경우, 1인가구인 경우, 농어촌의 경우, 정신장애, 감각장애, 장애발생시기 65세 이상의 경우 가계균등화 소득이 낮았다. 흥미로운 사실은 장애발생시기가 65세 이후인 경우 가계소득이 보다 낮았다는 점이다.

〈표 2-2-18〉 청장년 vs. 고령장애인의 돌봄특성 및 소득 비교

항목	평균 및 %		취약인구	
	청장년	고령	청장년	고령
돌봄 필요	27.0%	35.9%	저학력, 2인 이상 가구, 농어촌, 발달장애, 정신장애, 심한 장애, 장애기간 20년 이상, 장애발생시기 19세 미만	여성, 2인 이상 가구, 중소도시, 발달장애, 정신장애, 심한장애, 장애발생시기 65세 이상
외부 활동 불편	38.0%	53.8%	여성, 저학력, 발달장애, 심한 장애, 장애기간 20년 이상, 장애발생 19세 미만	여성, 신체외부장애, 발달장애, 심한 장애, 장애발생 65세 이상
가계 균등화 소득	166.42 만원	117.75 만원	여성, 저학력, 1인 가구, 농어촌, 정신장애, 감각장애	여성, 저학력, 1인 가구, 농어촌, 정신장애, 발달장애, 장애발생 65세 이상

자료: 2017년 장애인실태조사 데이터 원자료 분석

고령장애인의 주택성능 및 환경의 경우 고령장애인은 우수 28.9%, 보통 67.5%, 미흡 3.6%이었으며, 청장년 장애인은 41.0%, 보통 56.0% 미흡 3.0%으로 고령장애인의 '우수'가 상대적으로 적으며, '미흡'이 다소 높아 주택성능 및 환경의 필요가 좀 더 높은 것을 알 수 있다. 고령장애인의 희망 주거유형의 경우 일반주택(93.7%)이 가장 많았으며, 다음은 요양시설(4.4%), 유료복지주택(0.7%), 공동생활가정(0.5%), 기타(0.4%), 거주시설(0.2%)의 순으로 나타났다. 즉, 요양시설 이용에 대한 비율이 비장애노인에 비해 높게 나타났다. 주거 관련 세부 내용은 다음 장에서 분석·제시하였다.

〈표 2-2-19〉 청장년 vs. 고령장애인의 주거 특성 비교

항목	평균 및 %		취약인구	
	청장년	고령	청장년	고령
주택성 능 미흡	3.0%	3.6%	저학력, 1인 가구, 농어촌, 정신장애, 발달장애, 심한 장애	저학력, 1인 가구, 중소도시, 발달장애, 내부장애, 심하지 않은 장애
희망주 거	-	-	일반주택(94.0%), 요양시설(1.9%), 유료복지주택(1.1%), 공동생활가정(1.8%), 기타(0.6%), 거주시설(0.6%)	일반주택(93.7%), 요양시설(4.4%), 유료복지주택(0.7%), 공동생활가정(0.5%), 기타(0.4%), 거주시설(0.2%)
일반 주택 희망 생활	-	-	가족과 함께(81.2%) 혼자(13.3%), 국가의 일상생활지원 받으며(4.0%), 친구와 함께(1.5%)	가족과 함께(79.1%) 혼자(15.2%), 국가의 일상생활지원 받으며(4.6%), 친구와 함께(1.1%)

자료: 2017년 장애인실태조사 데이터 원자료 분석

제3절 고령장애인과 주거지원

1. 고령장애인에게 있어 주거지원의 의미

사회복지는 모든 사람이 자신의 사회적 기능을 최대한 잘 수행하며 만족스러운 생활을 영위하도록 하는 것에 최우선적인 목표를 둔다. 이때 욕구(needs)라는 개념이 부각되곤 한다. 때문에 돌봄 등 일상생활 유지를 위한 취약성이 부각될 때, 일상생활유지를 위한 사회서비스를 지원받으면서 가급적 자신이 생활해왔던 지역사회에서 자신이 원하는 방식의 생활을 유지하고자 한다. 즉, 기능수준의 저하가 나타나더라도 이에 대해 지원서비스를 사회적으로 적절히 제공한다면 결과적으로 지역사회에서 계속 생활하는 능력과 여건은 유지될 수 있다고 보는 것이다.

고령이나 장애로 인한 기능 취약성이 나타나더라도 대다수의 사람들은 자신이 살던 곳과 살아온 방식으로 생활하기를 원하며, 시설입소를 원하는 경우는 적다. 대개의 조사에서 이러한 욕구는 일반적으로 입증되곤 한다. 지역사회중심의 실천(Community Based Practice), 다수의 일반적 사람들과 같은 방식으로 생활해야 한다는 정상화(Normalization), 다수의 일반적 사람들과 함께 생활해야 한다는 통합화(Integration), 친숙한 환경에서의 노후(AIP: Aging in Place) 등의 이념적 실천원리들이 이를 뜻한다(Cutchin, 2003; Lee & Vouchilas, 2016; AARP, 2018). 이러한 경향은 젊은층보다 고령층에서 더욱 강하게 나타난다.

고령장애인은 기존 장애에 더해지는 노화로 인한 기능의 쇠퇴로 인해 집안에서의 일상생활에 더욱 어려움을 겪으며, 이는 집안에서의 낙상 등의 사고로 이어지고, 또 일상생활에서의 의료비 증가로 인한 조기 시설 및 병원 입소가 불가피해지는 악순환을 가져온다(Stark, Keglovits,

Arbesman, & Lieberman, 2017). 그럼에도 불구하고 고령장애인의 주거특성은 (1) 낮은 주거 안정성 (2) 열악한 주거환경, (3) 적절한 주택 접근의 어려움, (4) 높은 주거비 부담, 그리고 (5) 정책 및 서비스 접근의 어려움으로 요약된다(강미나, 천현숙, 2010; 홍선미, 변경희, 하경희, 이선향, 2014, 재인용). 특히 고령장애인의 경우에는 노인과 장애인의 이중적인 특성을 지닌 집단으로서 노인복지정책과 장애인복지정책의 대상에서 모두 소외된 채 뚜렷한 정책 방향성을 가지지 못하고 있으며, 고령장애인 중에서도 발달장애인과 중증장애인의 경우에는 여전히 지역사회 내 독립 주거모형 대신 시설모형 중심의 정책대상으로 이해되곤 한다.

때문에 고령장애인을 대상으로 하는 주거지원 방식은 지역사회에서의 주거에 대한 다양한 지원을 본질적으로 포함하게 된다. 주거서비스 및 주거지원의 개념을 명확하게 하기 위해 Bennett(2005)은 일반적 사회서비스나 보건의서비스와 구별하여 다음 표와 같이 세부 내용을 제안하였다. 구체적 측면에서 특정 서비스의 개념범주는 구분이 달라질 수도 있으나 지역사회에서 생활을 지속할 수 있도록 돕는 주거측면에서의 주거지원은 일반적 재가서비스와 다른 초점과 내용을 포괄한다는 점이 중요하다. 본 연구에서 고민하고 있는 주거지원의 내용은 주거서비스와 주거지원서비스를 아우르는 포괄적인 개념이라 할 수 있다.

〈표 2-3-1〉 Bennett의 주거지원의 개념

구분	주요내용	구체적인 서비스 내용
주거서비스	주택이나 기타 시설을 적절히 이용할 수 있게 만들기	<ul style="list-style-type: none"> - 주택개조 - 장치 및 시설 - 주택개량서비스
주거지원 서비스	지역사회에서 주거를 유지하는 것에 대한 지원	<ul style="list-style-type: none"> - 주택을 생활할 수 있도록 갖추고 유지하기 - 가사 및 생활기술 개발 - 재정관리/보조금 신청 - 주택서비스와 관련된 상담, 대변, 아웃리치 - 심리적 지지와 상담

구분	주요내용	구체적인 서비스 내용
		<ul style="list-style-type: none"> - 사회적 접촉과 활동 만들기 - 보건/복지를 위한 수퍼비전과 모니터링 - 주택의 개량 및 수선제공에 대한 상담 - 청소 및 낮은 수준의 쇼핑 - 기타
대인 사회서비스	가사 및 일상 보호 서비스	<ul style="list-style-type: none"> - 대인케어 - 일어나기, 잡자리 들기, 목욕 돕기 - 가게 및 홈케어 - 식사 제공 - 청소, 세탁 - 쇼핑 - 집안일
보건 서비스	간호 및 보건	<ul style="list-style-type: none"> - 약물 처방 - 전문적 치료와 재활

자료: Bennett(2005: 62), 서종균(2009a: 114)에서 재인용

때문에 고령장애인을 대상으로 하는 주거지원 방식은 커뮤니케이션 정책과 같은 통합적이고 포괄적인 지원을 통하여 고령장애인이 지역사회에서의 자립과 독립적인 생활을 가능하게 하는 효과적인 대안으로 기능할 수 있다(서종균, 2009a). 또한 주거지원은 지역사회에서 주거생활을 지속하는 것이 바람직하다는 규범적인 측면에서의 이유와 아울러 경제적인 측면에서도 그 강조의 이유를 가진다. 지역사회에서의 주거지원과 같은 정책 및 서비스가 없다면, 시설이나 병원과 같은 장소에서 보호가 이루어져야 한다.

그런데 인권이 충분히 존중될 수 있는 적절한 수준의 서비스를 제공하기 위해 24시간의 수용보호(시설이나 병원에서의 보호)는 이용자 측면에서의 인권적 한계와 함께 국가 재정적 어려움을 초래할 수밖에 없다. 즉, 이러한 상황에서 국가는 비용 절감을 위해 시설보호의 수준을 부적절하게 낮은 수준으로 정하고 수용 보호를 할 수 밖에 없다. 이에 지역사회에서의 주거지원 및 서비스 보강이라는 방식을 취하게 되는 것이다. 그렇기 때문에 현대 복지국가에서 주거지원은 사회서비스의 발달과정에서 필수적인 요소가 되고 있다.

특히 우리나라의 사회복지서비스는 시설중심, 특히 생활시설 중심의 역사를 가지고 있다. 한국 전쟁 이후 상당기간 동안 국가 재정적 능력에 한계가 있었고, 가족 중심적 부양관에 따라 가족에게 일방적으로 부과된 돌봄 부담 등의 영향은 극히 일부 인구계층에게만 생활시설에서의 수용을 통한 돌봄과 보호를 제공하는 제한된 방식을 채택해왔다. 이는 서비스 욕구에 기초했다기보다는 엄격한 자산조사를 통해 무의탁 빈곤층만을 서비스를 받을 수 있는 대상으로 인정한 것이다. 다시 말하면, 전통적으로 지역사회에서의 보편적 서비스로서의 주거지원을 확대하는 정책보다는 거주시설 중심의 선별적 서비스가 제공되어 왔다.

이에 (병원)입원이나 (시설)입소가 불필요한데도 입원·입소가 자주 발생하는 경향을 나타낸다. 이의 주된 원인으로는 첫째, 주거가 안정되지 않아 시설입소를 주거유지의 목적으로 활용하는 경향, 둘째는 지역사회에서의 지원 부족으로 주거가 있더라도 일상생활을 유지하기가 어렵기 때문이다. 이러한 이유로 병원이나 시설에서의 퇴소도 어렵다. 따라서 지역사회를 기반으로 하는 주거지원의 개념은 주거와 주거지원서비스를 포괄하는 개념으로 접근할 필요가 있으며, 이는 지역사회에서의 일상적 주거생활이 가능하도록 지원하는 중요한 정책의 수단이 된다. 장애인에게 있어 주거지원의 강조는 앞 절에서 살펴본 탈시설화의 흐름으로 더욱 부각되고 있는 상황이다.

이제 저렴한 주택(Affordable Housing)의 공급, 주거비용의 지원, 집수리 지원 등과 같은 전통적 주거복지의 수단을 활용함과 아울러 고령장애인과 같이 지역사회에서 주거생활을 유지하기 위해 별도의 서비스가 필요한 대상에 대해 다양한 주거지원 방안의 모색이 요구되는 시점이다. 이러한 주거지원 방안은 지역사회에서 그간 이루어져왔던 재가복지서비스에 국한되는 것이 아닌 추가적인 서비스의 필요를 뜻하며 추가적 서비스의 내용은 Bennett(2005)의 논의에서와 같이 주거 및 주거서비스를

2. 고령장애인 대상 주거지원 관련 국내연구

우리나라의 노인 및 장애인 대상 주거지원 관련 연구는 최근의 주거에 대한 사회적 관심으로 인해 일정부분 진행된 부분이 있지만, 고령장애인의 주거지원에 초점을 두고 진행된 연구는 매우 제한적인 상황이다. 이에 본 장에서는 고령장애인을 대상으로 수행된 연구를 수집, 검토하여 분석하였으며 분석결과 고령장애인 대상 주거지원 관련 연구는 크게 (1) 주거현황 및 지원방안, (2) 고령장애인 주택개조 지원방안, (3) 중고령 발달장애인 주거지원방안 및 (4) 기타 연구로 분류할 수 있었다. 이의 내용을 소개하면 다음과 같다.

가. 고령장애인의 주거현황 및 정책방향

고령장애인 주거현황 및 정책방향 연구는 고령장애인 주거정책을 제한적으로 다룬 연구(강미나, 유미경, 조윤지, 이동우, 2016; 배정인, 2016)와 고령장애인을 대상으로 하는 정책적 지원방안을 논의하는 과정에서 주거영역을 함께 포함한 연구(노승현, 2016; 이병화 외, 2019)를 들 수 있다.

1) 고령장애인 주거정책 연구

우선 강미나 외(2016)연구에서는 고령장애인의 주거지원 방향설정 및 정책과제를 제시하기 위한 목적으로 진행되었으며 본 연구에서는 고령장애인 가구의 특성, 주거실태, 국내외 노인 및 장애인 주거정책 현황 분석 및 개선방안, 고령장애인 대상 주거지원정책의 방향성을 다루었다. 연구결과 고령장애인의 주거현황은 주거취약계층 중에서도 열악한 수준으로 고령장애인 가구가 거주하는 주택은 상대적으로 이동편의와 기타 편의시설 등이

제대로 구비되지 않은 것으로 나타났으며, 주택개조 필요성이 높은 것으로 나타났다. 본 연구결과에 기초한 정책 제언의 내용으로는 첫째, 편리한 주택개조가 가능하도록 주택개조 표준화 및 비용 및 세제혜택 지원의 필요성 등이 제시되었다. 둘째, 고령장애인 거주주택을 대상으로 주택개조 지원 시 지역, 소득 등 가구의 특성 외에도 주택의 유형을 고려한 개조지원 제공을 제안하였다. 셋째, 1인 저소득 고령장애인 가구에 대한 공공임대주택의 우선 지원, 넷째, 주거비경감을 위한 장애인 소득인정액 산정 기준을 완화하여 주거급여 대상자를 선정하거나 ‘중신건물임대차계약제도’ 도입 등으로 잦은 주거이동에서 오는 이동에 대한 불안감을 감소시키는 방안의 마련을 주장하였다. 다섯째, 다양한 저렴주택 공급 방안을 강조하면서 집주인 리모델링 임대시범사업의 활용을 통한 임대주택 공급, 서비스와 연계된 자립생활가정 공급, 빈집활용 임대주택 공급 등의 필요성 등이 제시된 바 있다.

이 외에 배정인(2016)의 연구에서는 고령장애인가구의 거주 상황을 분석하여 적합하고 합리적인 주거복지서비스의 제공을 위한 기초자료를 마련하고자 하였다. 2009년 및 2015년 장애인주거실태조사를 활용하여 60세 이상 장애인 가구주를 분석한 결과, 고령장애인 가구의 주택내·외부 36개 항목의 유니버설디자인은 평균 22.5%만이 설치되어 있었으며, 주택내·외부에서 가장 불편함을 느끼는 장소로는 현관(29.9%), 욕실(17.7%) 순으로 나타났다. 주택만족도 부문에서는 민간임대주택에 비해 공공임대주택 만족도가 상대적으로 높았으며, 공공임대주택의 공급은 고령장애인에게 있어 매우 제한적으로만 적용되는 것으로 나타났다. 이러한 연구결과에 기초한 주거복지서비스 정책의 확충을 위해서는 우선 고령장애인의 특성에 기초한 주택개조서비스가 필요하며, 또한 고령장애인가구를 위한 공공임대아파트의 입주우선권 강화가 무엇보다 필요함을 제안하였다.

2) 고령장애인 대상 정책적 지원방안 논의 과정에 포함된 주거연구

노승현(2016)은 고령장애인 지원방안 연구에서 주거관련 내용을 언급하였다. 본 연구는 2014년 장애인실태조사 자료를 분석하여 성인 장애인의 주거현황을 분석하여 청장년 장애인과 비교한 결과, 고령장애인의 주택 소유 비중은 청장년에 비해 높게 나타났으며, 현재 집 구조의 편리정도는 낮은 결과를 보였다. 장애와 관련하여 주택개조 의사를 보면 고령장애인의 경우 개조 의사가 상대적으로 높았고 특히 문턱, 현관의 개조 의향이 높았다. 전체적으로 일반주택에서 살고 싶은 욕구가 높았으나 연령이 증가할수록 다소 감소하였으며, 50세 이후 요양시설 욕구가 다소 증가하는 경향을 보였다. 또한 가족과 함께 살기보다 혼자 살고 싶다는 응답이 높았다. 장애기간 20년 이상의 경우 20년 미만에 비하여 상대적으로 자가 소유 비중이 낮았으며, 장애기간 20년 이상의 경우 살고 싶은 주거유형으로는 공동생활가정, 거주시설, 요양시설 욕구가 상대적으로 높게 나타났다. 이러한 연구결과를 토대로 제안된 주거지원의 방향성은 친숙한 환경에서 노후 보내기(Aging in Place)를 강조하는 것으로 고령장애인의 욕구를 고려한 주택환경 개선의 필요성이 강조되었고, 연령 증가에 따른 주택개조 욕구, 주거복지 욕구의 증가에 대비되는 주거지원의 감소를 지적하였다. 또한 중고령 발달장애인을 위한 그룹홈 등의 주거대안에 대한 정책적 고려의 부분을 제안한 바 있다.

경기도 지역에 거주하는 50세 이상 고령 등록장애인 685명을 분석한 이병화 외(2019)의 연구는 경기도에 거주하고 있는 고령장애인 지원방안을 마련하기 위한 목적으로 진행되었으며, 이 중 주거 관련 시사점으로는 (1) 고령장애인 대상 특별공급주택의 확대(국민임대주택은 65세 이상 직계존속 장애인 가구원을 1년 이상 부양하고 있으면 우선 공급을 받을 수 있으나 공공임대주택은 이러한 조항이 없음을 강조)와 (2) 고령장애인 그룹홈 확충, (3) 맞춤형

76 고령장애인의 커뮤니티케어 적용을 위한 주거지원 방안 연구

형 주택개조 확대(연령 및 장애유형을 고려한 주택개조방안의 필요)를 제안하였다. 또한 현재 저소득 농어촌 장애인 대상 주택개조사업을 도시지역의 저소득 장애인까지 확대 적용할 필요가 있음을 제시하기도 하였다.

〈표 2-3-2〉 국내 고령장애인의 주거 관련 연구 비교

	저자 (연도)	연구목적	연구 유형	연구방법	주요제언
1	강미나 외 (2016)	고령장애인의 주거지원 방향설정 및 정책과제 제시	연구 보고서	국내외 문헌 검토 해외사례 분석 현황 분석: 주거실태조사 (2015)	- 주택개조 표준화 및 확대 - 특성별 고령장애인 주택개조 지원 - 1인 저소득 고령장애인 주택 지원 - 주거급여 대상자 기준 완화 및 주거이동 불안 감소방안 - 다양한 주택공급 방안
2	배정인 (2016)	고령장애인 가구 거주상황을 고찰	학술 연구	문헌검토 현황분석: 장애인주거실태 조사 (2009, 2015)	- 고령장애인의 특성에 기초한 주 택개조서비스 - 고령장애인가구 공공임대아파트 의 입주우선권 강화
3	노승현 (2016)	고령장애인 지원방안	세미나 발표	문헌검토 현황분석: 장애인실태조사 (2014)	- 고령장애인 친숙한 환경에서 노 후(Aging in Place) 지원 - 고령장애인 욕구 고려한 주택개 조지원 - 중고령 발달장애인 대안적 주거 서비스 - 중고령 발달장애인 그룹홈 확대
4	이병화 외 (2019)	경기도 고령장애인 지원방안	연구 보고서	문헌검토, FGI 현황분석: 장애인실태조사 경기도인구 (2017)	- 고령장애인 특별공급주택 확대 - 중고령 발달장애인 그룹홈 지원 - 맞춤형 주택개조서비스

자료: 연구진 작성

3) 고령장애인 대상 주택개조

고령장애인 대상 주택개조 관련 연구는 고령장애인 대상 주택개조 지원
활성화 방안(강미나, 조윤지, 2017), 고령시각장애인 주거공간계획(안부

균, 2003), 정신장애인 주거공간계획(정윤희, 이윤재, 2017), 고령장애인 주거체험관(김경미, 2008) 등의 연구가 있다. 우선 강미나, 조윤지(2017)는 고령장애인을 위한 주택개조 지원 활성화를 위한 방안 연구를 진행하면서 고령장애인을 대상으로 하는 주택지원, 주택 개조 지원, 서비스를 동반한 주거지원 등이 중요함을 시사하였다. 구체적인 정책제언으로 주택개조사업에서 개조 단계와 개보수 자재의 표준화 그리고 활성화 방안을 제안하였으며, 체험주택을 마련하여 주택 개조를 상담하고 시공계약을 간편하게 할 수 있도록 지원할 필요가 있음을 제시하였다. 일례로 우수 시공업체 리스트를 관리하여 주택개조의 질 향상 및 유지를 위한 모니터링을 제공하고 부가적으로 고령장애인 공공임대주택 제공 확대와 다양한 유형의 저렴한 주택 공급 확대 방안을 제시한 바 있다. 이러한 제시는 국토부의 주거지원정책의 내용 중 주택개보수 사업의 내용에 한정되어 있는 한계가 있다. 안부균(2003)은 고령시각장애인을 위한 주거계획을 연구하면서 고령시각장애인의 특성을 반영한 주택개조의 필요성을 주장하였다. 고령시각장애인의 경우 시각적 환경개선이 필요한데, 보통보다 낮은 조도와 보통보다 높은 조명이 요구되고 고령시각장애인에게 있어 소리는 중요한 정보를 제공하기 때문에 청각적 환경개선에 보다 주의를 요한다고 강조하였다. 본 연구에서는 시각장애인의 특성을 고려한 현관, 침실, 거실, 부엌, 욕실, 발코니의 주택개조 시 고려사항을 함께 제시한 바 있다.

정윤희, 이윤재(2017)는 정신적 장애가 있는 노인을 위한 주거공간계획에 대하여 연구하였다. 본 연구에서는 키워드 검색을 통하여 건축 및 의료 환경 디자인 분야에서 정신적 장애에 긍정적 영향을 미치는 연구들을 수집하여 그 결과를 분석하였으며, 유사한 실험결과를 그룹화하여 고령정신장애인을 위한 주거공간계획 방안을 제시하였다. 정신장애인을 위한 주거공간계획은 먼저 독립된 개인공간을 지원하는 디자인을 요구하며, 공간의 시

각적 접근, 자연광 유입, 자연요소를 활용하는 디자인을 제안하였다. 각 영역별 정신장애인의 주거공간계획을 위해 고려해야 할 지침을 제시하였다.

김경미(2008)는 고령장애인 주거체험관의 실내디자인 계획에 대해 연구하였다. 국내 운영 중인 장애인 주거체험관의 경우 휠체어 장애인 중심으로 운영되고 있음을 지적하며 장애인노인을 위한 주거체험관 운영방안을 제시하였다. 이를 위해 노인, 치매, 시각·청각, 지체로 구분하여 고령장애인의 심리와 선호색채를 조사하였으며 장애인노인 주거체험관이 미치는 영향과 활용범위를 검토하였다. 또한 국내·외 사례를 분석하여 고령장애인 주거체험관이 효율적인 체험 및 전시 공간이 될 수 있도록 공간의 계획 연출방법 및 디자인 요소를 제시하였다.

〈표 2-3-3〉 국내 고령장애인의 주거 관련 주택개조 연구

	저자 (연도)	연구목적	연구 유형	연구방법	주요제언
1	안부균 (2003)	시각장애인 주거계획 방안	학술 연구	- 문헌연구	- 시각장애인노인의 주거 안전성, 편의 설, 접근성 증진방안 - 시각장애인노인의 특성을 반영한 현 관, 침실, 부엌 등 개조방안 제시
2	김경미 (2008)	장애인 주거체험관 실내디자인 계획	학술 연구	- 이론분석 - 공간분석	- 장애인 주거체험관 운영방안
3	정윤희, 이윤재 (2017)	정신장애 주거공간계획	학술 연구	- 선행연구 - 키워드 검색	- 독립된 개인공간지원, 공간의 시각 적 접근지원, 자연과 유입, 자연요소 활용, 인공적 자연요소 활용, 환경조 절, 청각자극 완화
4	강미나, 조윤지 (2017)	고령장애인 주택개조 지원 활성화 방안	학술 연구	-선행연구 리뷰	- 주택개조사업 개조단계 및 개보수 자재 표준화 - 체험주택 마련 - 모니터링 - 공공임대주택 공급 및 입주기획 확대

자료: 연구진 작성

4) 중고령 발달장애인 주거지원 관련 연구

지역사회 기반 주거지원 관련 연구는 발달장애인에 초점을 두고 진행된 연구가 있다. 고령 발달장애인 연구는 대체적으로 40세 이상의 중고령에 초점을 맞춘 경향이 있다. 이는 발달장애인의 경우 40대 정도에 부모의 연령 증가에 따른 가족구조의 변화를 경험하게 되고 발달장애인의 특성상 신체적·정신적으로 조기노화의 특성을 보이기 때문에 일반인구의 노년기 은퇴 후 경험하는 삶의 변화와 유사한 경향을 보이기 때문이다. 따라서 이러한 중고령 발달장애인을 대상으로 하는 주거 관련 연구로는 (1) 그룹홈 지원(노승현, 김수진, 지윤경, 2014)과 중고령 발달장애인의 친숙한 환경에서 노후(김현승, 노승현, 고은, 2018) 연구가 있다.

우선 중고령 발달장애인을 대상으로 하는 그룹홈 지원방안에 대한 연구(노승현 외, 2014)는 서울시 그룹홈 현황 분석 방법을 사용하였고 그룹홈 종사자와의 인터뷰에 기초하여 중고령 발달장애인 지원방안을 제시하였다. 연구결과 중고령 발달장애인의 거주 지원방안은 친숙한 환경에서 노후 보내기(Aging in Place) 지원방안의 마련을 강조하였다. 즉 원가정에서 생활하던 중고령 발달장애인이 부모가 사망한 후에도 지역사회 내에서 살면서 나이가 들어갈 수 있도록 지원하는 것이 무엇보다 중요하며, 지역사회 내 소규모 거주서비스를 이용하던 중고령 발달장애인의 경우 연령이 증가하더라도 거주서비스의 연속성을 유지할 수 있도록 지원하는 등 그룹홈 서비스의 유지방안에 대한 검토가 필요함을 강조하였다. 구체적인 제안으로 중고령발달장애인 그룹홈, 건강악화를 경험하는 중고령발달장애인을 위한 집중케어형 그룹홈, 중고령 발달장애인 지역사회 서비스의 개발 필요성에 대하여 주장하였다.

김현승 외(2018)은 중고령 발달장애인의 친숙한 환경에서 노후(Aging in Place) 지원방안 연구를 진행하였다. 본 연구는 이론분석, 이차 자료분

석(2017년 중증장애인 자립생활실태조사), 인터뷰 진행을 통한 정책적 지원방안을 도출하였다. 연구결과 (1) 고령장애인의 이차장애 예방을 위한 의료적 개입, (2) 조기노화 예방을 위한 개입시스템구축의 필요성이 제기 되었으며, (3) 중고령 발달장애인의 사회적 고립을 최소화하기 위한 일상 생활 및 외부활동 지원서비스, (4) 지역사회 여가 및 문화 프로그램의 개발 및 운영, (5) 중고령장애인 특화 주간보호서비스 확충, (6) 지역사회 내 돌봄·의료·낮 활동이 결합된 중고령 특화 주거모형의 개발, (7) 교육프로그램 개발, (8) 노후준비 등이 제안되었다. 그러나 친숙한 환경에서 노후 지원은 주거서비스에 국한된 것이 아니라 지역 내 다양한 서비스와 주거서비스가 유기적으로 결합하여 통합적으로 기능할 때 가능하다는 점을 강조하였다. 그러나 중고령 발달장애인을 대상으로 하는 특화서비스가 필요하다고 제안하였을 뿐 구체적인 대안을 제시하지는 못했다는 한계가 있다.

〈표 2-3-4〉 국내 중고령 발달장애인 주거지원 관련 연구

	저자 (연도)	연구목적	연구유형	연구방법	주요제언
1	노승현 외 (2014)	중고령 발달장애인 그룹홈 지원방안	연구보 고서	-서울시그 룹홈 현황분석 -그룹홈 종사자 인터뷰	-중고령 발달장애인 지원 방향성: 건강한 노후, 활기찬 노후, 친숙한 환경에서 노후 강조함 -친숙한 환경에서 노후와 중고령 발달장애인 주거지원 -중고령 그룹홈 제안 -집중케어형 그룹홈 제안
2	김현승 외 (2018)	중고령 발달장애인 친숙한 환경에서 노후 지원방안	연구보 고서	-이론분석 -통계분석 :중증장애인 자립생활 실태조사 (2017) -FGI	-이차장애 및 조기노화 예방 -사회적 고립 예방 -문화 및 여가활동 개발 -낮활동서비스 확충 -중고령 특화 주거서비스 -교육프로그램 개발 -노후준비서비스

자료: 연구진 작성

5) 기타 연구

고령장애인 주거지원 관련 공통성에 기초하여 분류하기 어려운 연구를 제시하고자 한다. 우선 주거빈곤이 우울에 미치는 영향(김새봄, 2017), 고령여부가 사회적 배제에 미치는 영향(김동건, 2019), 고령장애인의 사회적 배제(이중화, 2019) 연구를 포함하였다.

김새봄(2017)은 중고령장애인의 우울에 주거빈곤이 미치는 영향에 대해 연구하였다. 연구는 한국복지패널 9차년 자료를 활용하여 40세 이상 중고령장애인을 분석에 포함하였다. 주거 빈곤의 경우 주거불안, 최저주거기준, 주거비 부담 변수를 포함하였다. 주거불안의 경우 비(非)자가인 경우 주거불안으로 정의하였다. 최저주거기준은 주택법에 명시한 최소주거면적기준, 필수설비기준, 구조·성능·환경기준을 포함하였다. 주거비 부담은 월가처분소득 대비 주거비로 측정하여 활용하였다. 연구결과 주거불안, 주거비부담이 우울에 미치는 효과가 유의하게 나타났다. 그러나 최저주거기준의 경우 우울에 미치는 효과가 유의하지 않은 것으로 나타났다. 본 연구에서 제시한 정책제안으로는 주거불안 해소 및 주거안정성 확보를 위해 주택임대차보호법 개정이 필요하고 이를 통해 공공분양주택, 공동임대주택 등에서 중고령장애인의 주택공급을 실질적으로 확대하기 위한 방안이 필요하다고 주장하였다.

김동건(2018)은 장애인의 고령 여부가 사회적 배제에 미치는 영향을 연구하였다. 사회적 배제의 영역 중 주거배제 지표의 경우 주거위치, 주택 소유형태, 살고 있는 집의 만족도, 집의 구조 및 성능을 포함하였다. 분석결과 배우자가 없는 경우, 장애정도가 심한 장애의 경우, 광역시에 거주하는 경우, 65세 미만인 경우 주거배제 수준이 높은 것으로 나타났다. 즉 65세 이상 고령장애인은 65세 미만에 비해 주거배제 수치가 낮은 것으로 나타났다. 이는 주거배제의 지표로 주택의 자가 여부를 포함하였

기 때문에 나타난 결론으로 고령장애인은 청장년에 비해 자가 비율이 높기 때문으로 해석할 수 있다. 그러나 주택의 자가 여부를 주거배제를 측정하는 지표로 활용하는 것의 적절성 부분에서는 이견이 가능하다.

이종화(2019)는 고령장애인의 사회적 배제에 관한 연구를 진행하였다. 연구는 사회적 배제 영역 중 주거의 경우 주택의 자가 여부로 정의하였다. 고령장애인 중 장애발생이 상대적으로 빠른 경우 주택의 자가 비중이 낮았으며, 장애발생시기가 노년기인 경우 주택의 자가 비중이 상대적으로 높았다. 또한 장애발생시기가 빠른 경우 주택의 자가 여부가 자아 존중감을 예측하는 요인으로 나타난 점이 흥미롭다.

〈표 2-3-5〉 국내 고령장애인 주거지원 관련 기타 연구

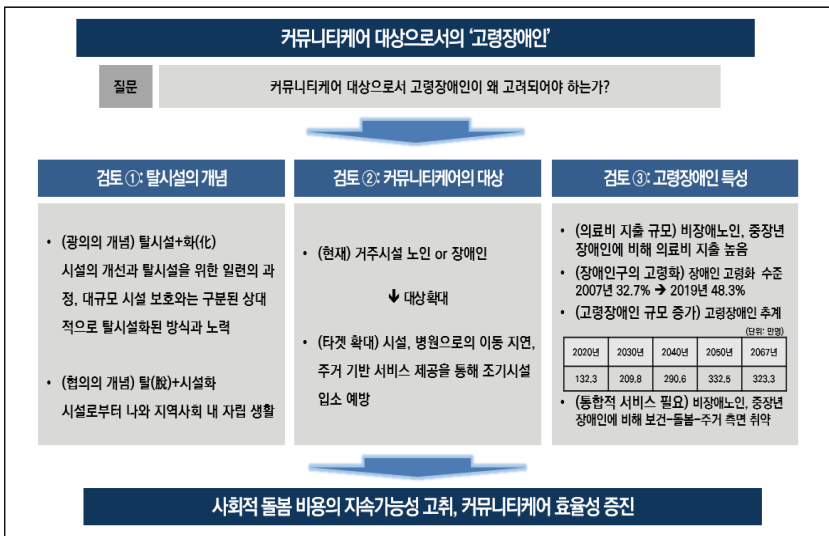
	저자 (연도)	연구목적	연구 유형	연구방법	주요제언
1	김새봄 (2017)	주거빈곤이 중고령장애인의 우울에 미치는 영향	학술 연구	- 주거빈곤: 주거 불안, 최저주거기 준, 주거비 부담 - 자료: 한국복지 패널 (10년차)	- 주거불안, 주거비부담이 우 울에 미치는 효과가 유의함 - 최저주거기준의 경우 우울 에 미치는 효과가 유의하지 않음. - 주택임대차보호법 개정, 공 공분양주택, 공동임대주택 등에서 중고령장애인의 주 택공급을 실질적 확대방안
2	김동건 (2019)	고령 여부가 사회적 배제에 미치는 영향	학술 연구	- 주거배제는 자가 여부로 정의함. - 자료: 장애인실태 조사(2014)	- 고령의 주거배제 수준이 낮음.
3	이종화 (2019)	고령장애인의 사회적 배제	학술 연구	- 주거배제는 자가 여부로 측정함. - 자료: 한국복지 패널 (12년차)	- 장애발생시기가 빠른 경우 비(非)자가 비중이 높음.

자료: 연구진 작성

제4절 소결

본 연구의 목적은 크게 커뮤니케이터 정책의 주된 대상으로서 고령장애인을 제안하는 것이고 두 번째는 이들의 지역사회에서의 자립적인 삶을 통합적으로 지원하기 위한 기본 전제로서 주거지원 방안을 마련하는 데에 있다. 본 장에서는 이들 목적 중 첫 번째 목적을 달성하기 위해 (1) 탈시설의 개념을 검토하고 (2) 커뮤니케이터 정책 대상의 변화 필요성을 제시 한 후 (3) 고령장애인의 특성을 커뮤니케이터 정책의 내부적 동기 등의 목적과 비교하여 분석함으로써 커뮤니케이터의 주된 대상으로서 고령장애인을 고려하여야 하는 정책적 이유를 제시하고자 하였다. 이를 표로 제시하면 다음과 같다.

[그림 2-3-2] 커뮤니케이터 대상으로서의 ‘고령장애인’ 검토



자료: 연구진 작성

이상에서 살펴본 바와 같이 효율적인 커뮤니티케어 정책의 시행을 위해서는 광의의 탈시설 개념을 적용한 커뮤니티케어 정책의 대상 확대가 요구되며, 이러한 측면에서 커뮤니티케어의 대상은 시설 및 (요양)병원 거주 장애인 뿐 아니라 지역사회에 거주하고 있지만 적절한 지원이 없는 일상생활이 어려워 조기시설입소를 할 수 있는 대상으로의 확대가 요구된다. 이때 요양병원 및 시설로의 이동이 예측되는 대상은 신체기능이 저하된 노인으로 좁혀질 수 있고, 특히 노화로 인한 신체적 기능의 저하 및 장애의 영향으로 인해 기능손실의 예방과 재활을 필요로 하는 고령장애인을 정책의 주된 대상으로 고려할 수 있다.

2017년 노인실태조사(비장애노인 vs. 고령장애인)와 2017년 장애인 실태조사(중장년층 vs. 고령장애인) 집단 비교를 통한 결과 고령장애인은 비장애노인에 비해 그리고 청장년 장애인에 비해 의료이용률 및 의료비 지출 규모가 큰 집단이며 비장애노인에 비해 그리고 중장년 장애인에 비해 보건, 돌봄, 주거의 측면에서 보다 취약한 것으로 나타나 지역사회내에서 커뮤니티케어와 같은 통합적인 지원체계 마련이 반드시 필요한 대상층임을 확인할 수 있었다. 또한 인구의 고령화 및 장애인의 수명연장 등으로 그 규모가 가파르게 확대될 것이다. 기존 연구에서 제시한 추후 고령등록장애인 수는 2017년 115만 명에서 2030년 210만 명, 2040년 291만 명, 2050년 333만 명까지 증가할 것으로 보여(황주희 외, 2019: 45) (표 2-2-11 참조) 고령장애 인구에 대한 정책적 고려가 필요함을 확인할 수 있었다.

많은 수의 사람들은 고령이나 장애로 인한 기능 취약성이 나타나더라도 자신이 살던 곳과 살아온 방식으로 생활하기를 원하며 요양병원 및 시설 등의 시설입소를 원하는 경우는 적다. 이미 ‘지역사회중심의 실천 (Community Based Practice)’, ‘다수의 일반적 사람들과 같은 방식으

로 생활해야 한다는 정상화(Normalization)', '다수의 일반적 사람들과 함께 생활해야 한다는 통합화(Integration)', '친숙한 환경에서의 노후 보내기(AIP: Aging in Place)' 등의 이념적 실천 원리들은 이러한 욕구를 반영하고 있다(Cutchin, 2003; Lee & Vouchilas, 2016; AARP, 2018). 특히나 이러한 경향은 젊은층보다 고령층에서 더욱 강하게 나타난다.

따라서 고령장애인을 대상으로 하는 커뮤니티케어 정책에 있어 지역사회 생활의 기본 전제는 주거안정성이라 할 수 있다. 고령장애인은 기존 장애에 더해지는 노화로 인한 기능의 쇠퇴로 인해 집안에서의 일상생활에 더욱 어려움을 경험하며, 이는 집안에서의 낙상 등의 사고로 이어지고, 또 일상생활에서의 의료비 증가로 인한 조기 시설 및 병원 입소가 불가피해지는 악순환을 가져올 수 있기 때문이다(Stark et al., 2017). 때문에 고령장애인을 대상으로 하는 주거지원의 강조는 커뮤니티케어 정책과 같은 통합적이고 포괄적인 지원을 통한 고령장애인의 지역사회에서의 자립과 독립적인 생활을 가능하게 하는 효과적인 대안으로 기능할 수 있다(서종균, 2009).

2010년 이후 국내에서 진행한 16편의 연구를 검색하여 고령장애인과 주거지원 관련 선행 연구를 분석한 결과는 크게 (1) 고령장애인 주거현황 및 정책방향 연구, (2) 고령장애인 주택개조지원 방안 연구, (3) 중고령 발달장애인 주거지원서비스 연구, (4) 기타연구의 내용으로 분류할 수 있으며 이를 요약하면 다음과 같다.

첫째, 연구 결과를 통해 살펴본 바에 따르면 고령장애인의 높은 주거지원 욕구를 파악할 수 있었다. 우리나라의 고령장애인 가구의 주거현황은 주거취약 계층 중에서도 열악한 수준으로 나타났으며 이동편의와 기타 편의시설이 충분히 구비되지 않은 환경에서 거주하고 있는 것을 알 수 있

었다. 이에 따라 주택개조의 필요성이 높았으며, 집 구조 편리성은 상대적으로 낮은 수준이었고 공공임대주택 공급의 경우 상대적으로 낮은 수준의 주거환경에 처한 것을 알 수 있었다(강미나 외, 2016; 배정인, 2016: 노승현, 2016).

둘째, 고령장애인의 욕구와 특성을 고려한 주거지원 정책 방향의 필요성이 대두되었다. 고령장애인 주거정책 방향은 친숙한 환경에서 노후 보내기(Aging in Place)를 지원해야 하겠지만만, 현재 주거취약자 주거정책의 경우 장애인 및 노인을 포함하고 있으며 고령장애인에 대한 고려는 정책적으로 이루어지지 못한다고 할 수 있다. 고령장애인은 주거지원 욕구에 비해 상대적으로 높은 미충족 욕구를 나타내고 있었으며, 고령장애인의 욕구와 특성을 고려한 주거지원 정책이 요구되는 상황을 알 수 있었다.

셋째, 고령장애인 대상 다양한 주거지원 서비스의 필요성이 제기된 것을 확인할 수 있었다. 선행연구는 고령장애인의 특성을 고려한 주택개조 지원사업을 제안하거나 1인 저소득 고령장애인, 장애유형별 특성을 고려한 부가적 고려 등의 정책방안의 필요성을 제시하였다(강미나, 조윤지, 2017: 안부균, 2003: 배정인, 2016: 노승현, 2016: 정윤희, 이윤재, 2017: 이병화 외, 2019).

넷째, 고령장애인 대상 주택공급방안의 필요성도 드러나고 있다. 고령장애인의 공공임대주택 만족도는 높은 것으로 나타났으나 공공임대주택 공급은 제한적인 것이 지적되었다. 국민임대주택은 65세 이상 직계존속이 장애인 가구원을 1년 이상 부양하고 있으면 우선 공급을 받을 수 있으나 공동임대주택은 이러한 조항이 없는 실정이다. 공공임대주택 입주 우선권 제공을 통한 고령장애인 주거공급 활성화의 필요성, 빈집활용을 통한 임대주택 공급, 집주인 리모델링 임대시범사업의 활용 임대주택 공급,

서비스와 연계된 자립생활가정 공급 등의 주택공급의 필요성 또한 제기되었다(강미나, 조윤지, 2017; 배정인, 2016; 이병화, 2019).

다섯째, 중고령 발달장애인을 위한 주거지원정책의 필요성도 제기되었다. 중고령 발달장애인은 돌봄욕구가 가장 높은 특성을 보인다. 중고령 발달장애인의 경우, 주거지원과 돌봄지원이 함께 고려될 필요가 있다. 또한 주거지원과 함께 지역사회 낮활동, 건강네트워크가 함께 통합적으로 작동될 필요가 있다. 중고령 발달장애인의 친숙한 환경에서의 노후 지원을 위하여 주거서비스와 지역사회서비스가 함께 제공되는 대안적 주거서비스 공급이 요구된다(노승현 외, 2014; 노승현, 김수진, 지윤경, 2018; 노승현, 김정석, 2018; 김현승 외, 2018).

여섯째, 고령장애인 및 중고령 발달장애인 주거모델 등의 연구 및 이를 지원하는 체계 등이 요구된다고 하였다. 현재까지 고령장애인과 주거지원 관련 연구는 매우 지엽적으로 이루어지고 있으며, 주거지원 정책 및 서비스 영역 중에서 일부만을 기초적으로 다루고 있는 것을 확인하였다.

따라서 본 연구를 통하여 고령장애인을 대상으로 하는 주거지원 정책의 방향성이 모색되어야 할 것이다.



제3장

고령장애인 주거지원 정책 현황 및 선도사업의 주거지원

제1절 중앙정부 차원의 주거지원 정책 현황

제2절 지방정부 및 민간의 주거지원 사업 사례

제3절 커뮤니티케어 선도사업에서의 주거지원

제4절 소결: 고령장애인 대상 주거지원정책 현황

제3장

고령장애인 주거지원 정책 현황 및 선도사업의 주거지원

제1절 중앙정부 차원의 주거지원 정책 현황

본 절에서는 고령장애인을 고려한 주거지원의 방향성을 진단하기 위해 현재 중앙정부 차원에서 시행하고 있는 주거지원 정책의 현황을 파악하고자 한다. 중앙정부차원의 주거지원정책은 ‘노인’ 과 ‘장애인’을 포괄하는 취약계층을 위한 주거지원 정책이 있으며 이러한 주거지원 정책의 내용은 크게 (1) 공공임대주택과 같은 주택공급, (2) 주거비 지원(주거급여)과 주택금융지원, (3) 주택개조지원정책(임대주택 및 농어촌 장애인), 그리고 (4) 최근 논의되고 있는 주택과 서비스 결합 케어안심 주택¹⁾ 및 지원주택 등이 있다. 본 장에서는 ‘노인’과 ‘장애인’을 취약집단으로 고려한 중앙정부 차원의 주거지원 정책을 정리하였으며, 이를 (표 3-1-24)를 통해 한눈에 볼 수 있도록 체계화 하였다.

1. 고령장애인 대상 주거지원 개요

가. 현재 우리나라의 주거지원의 방향

현재 우리나라의 주거지원의 주요 고려사항은 고령자나 장애인보다는

1) 현재 케어안심주택은 이론적 개념이라기보다는 우리나라 커뮤니티케어에서 제공하는 주택을 총칭하는 ‘정책 브랜드’로서의 속성을 가짐. 커뮤니티케어에서 제공하는 주택은 돌봄욕구에 대응하는 서비스를 수반하는 주택을 뜻하며, 시설입소나 입원을 하지 않고도 지역사회에서 생활할 수 있는 공간적 수단(주택)을 제공하는 의미로 지원주택과 비슷함.

신혼부부 및 청년에 초점이 맞추어져 있다. 이는 저출산에 따른 인구 감소, 사상 최저의 출산율(2019년 현재 합계출산율은 0.918; 2010년 1.226)(통계청, 2020a). 로 인해 청년을 대상으로 하는 주거지원을 통해 혼인을 장려하고 신혼부부에게 안정된 주거지원을 통해 자녀 출산을 장려하기 위함이다. 정부에서 신혼부부 및 청년에 대한 주거지원을 구체화한 것은 2017년 발표한 ‘주거복지로드맵’을 통해 전반적인 방향을 설정하였으며 ‘신혼부부·청년 주거지원방안’ 등 몇 차례의 주거지원 방안을 발표한 후 2020년 ‘주거복지로드맵 2.0’을 바탕으로 보완했다.

2019년에만 국토교통부에서는 취약계층 5.7만호를 비롯해 청년에게 2.85만호, 신혼부부에게 4.4.만호를 공급할 것(준공기준)을 밝혔으며(국토교통부, 2020f: 1), 청년의 경우는 2025년까지 맞춤형 주택 35만호를 공급하고, 주거비지원, 금융지원, 공유주택 활성화 등을 통한 주거지원을 강화하고 있다. 신혼부부의 경우는 2025년까지 신혼희망타운 10만호 분양, 맞춤형 주택 40만호 공급 및 지원 범위를 확대할 것을 계획하고 있다(국토교통부, 2020b: 26-27).

반면 2019년의 주택의 공급이나 주거복지로드맵 2.0 등에서 장애인을 위한 주거공급에 대한 별도의 언급은 없는 상황이며, 고령자를 위한 주택의 경우 2019년의 공급 현황은 9천5백호에 불과하다(준공기준)(국토교통부, 2020f: 1). 또한 고령가구 주거지원으로 공공임대 8만호를 2025년까지 공급하겠다고 밝히고 있어(국토교통부, 2020b: 26) 신혼부부나 청년가구를 위한 주거지원에 비해 고령가구 및 장애인가구에 대한 주택의 공급 등의 지원은 매우 미비한 수준이다.

나. 주거기본법에서의 장애인, 고령자 관련 사항

주거기본법은 “주거복지 등 주거지원의 수립·추진 등에 관한 사항을 정하고 주거권을 보장함으로써 국민의 주거안정과 주거수준의 향상에 이바지하는 것을 목적으로” 하는데 이중 장애인 및 고령자에 관한 사항이 포함되어 있다. 주거기본법에서는 장애인과 고령자를 ‘주거지원 필요계층’ 혹은 ‘주거약자’로 분류하여 주거지원을 위한 정책을 수립할 것을 요구하고 있다. 또한, 장애인과 고령자를 한 개의 카테고리로 분류하여 한 쪽이 상대적으로 불리한 지원이 이루어지지 않도록 하고 있다.

〈표 3-1-1〉 주거기본법상의 장애인 고령자 관련 조항

조항	내용
제3조	국가 및 지방자치단체는 주거권 보장을 위하여 다음의 기본원칙에 따라 주거지원을 수립·시행하여야 함
2호	주거복지 수요에 따른 임대주택의 우선공급 및 주거비의 우선지원을 통하여 장애인·고령자·저소득층·신혼부부·청년층·지원대상아동 등 "주거지원필요계층"의 주거수준이 향상되도록 할 것
7호	장애인·고령자 등 주거약자가 안전하고 편리한 주거생활을 영위할 수 있도록 지원할 것
제16조 (주거약자 지원)	국가 및 지방자치단체는 장애인·고령자 등 주거약자가 안전하고 편리한 주거생활을 영위할 수 있도록 지원하여야 함
제20조 (주거실태조사)	-
1항 2항 2호	국토교통부장관, 시·도지사, 시장 또는 군수는 주거관련사항에 대해 주거실태조사를 실시할 수 있으며 신혼부부, 장애인 및 고령자에 대해서는 별도로 실시 가능

자료: 주거기본법, 법률 제16391호(2019).

다. 주거약자법에서의 장애인, 고령자 관련 사항

2012년 제정된 「장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률」(약칭: 주거약자법)은 “장애인·고령자 등 주거약자의 안전하고 편리한 주거생활을 지원”하여 이들의 “주거안정과 주거수준 향상에 이바지”하는 것을 목적으로 제정된 법률이다. 법상의 주거약자는 65세 이상인 사람과 장애인복지법에 따른 장애인 등(제2조)이 포함되며, 국가는 주거약자에 대한 주거지원계획을 수립하고 주거종합계획에 포함되도록 하고 있다(제5조). 주거지원계획에 포함되는 사항은 다음과 같다(제5조제2항).

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. 주거약자에 대한 주거지원계획의 목표와 추진방향2. 주거약자용 주택의 건설 및 공급에 관한 사항3. 주거약자용 주택개조비용의 지원에 관한 사항4. 그 밖에 주거약자의 주거안정을 위하여 국토교통부장관이 필요하다고 인정하는 사항 |
|--|

또한 시·도지사는 주거약자에 관한 시·도 주거지원계획을 수립하고 시·도 단위의 주거종합계획에 포함되도록 하고 있다(제6조제1항). 주거약자에 대한 시·도 주거지원계획에는 제5조제2항의 사항과 해당 지자체의 인구구성, 생활수준, 주거실태 등을 고려하여 주거약자의 주거안정에 필요한 사항이 포함되어야 한다.

1) 주거약자 대상의 주거실태조사

국토교통부장관이나 시·도지사는 ① 주거약자의 주거환경과 관련한 사항 ② 주거약자가 포함된 가구 특성에 관한 사항 ③ 주거약자의 주거와 주거환경에 관한 만족도 등에 대해 주거실태조사를 실시할 수 있도록 규정하고 있다(법 제7조제1항 및 시행령 제3조제1항). 주거약자를 위한 주거실태

조사는 2년마다 실시하도록 하고 있으며(시행령 제3조제2항) 2020년 현재, 2009년과 2015년에 이어 장애인주거실태조사를 마친 상태이다.

2) 주거약자용 주택의 안전기준 및 편의시설 설치기준의 설정

주거약자법 제9조제1항에 따라 국토교통부는 주거약자의 안전하고 편리한 주거생활을 위해 주거약자용 주택의 안전기준과 편의시설 설치기준을 설정하고 공고해야 하며, 이에 따라 ‘주거약자용 주택의 안전기준’이 2012년 8월 개정되었고 2019년 10월 최종 개정되었다.

〈표 3-1-2〉 주거기본법상의 주거약자용 주택의 안전기준

주거약자용 주택의 안전기준
<ol style="list-style-type: none"> 출입문(주거약자에게 임대할 목적으로 건설하는 주거약자용 주택의 경우로 한정) <ol style="list-style-type: none"> 주거약자의 원활한 출입이 가능하도록 유효폭 및 활동공간 등을 고려하여 설치해야 함 출입문의 유효폭 및 활동공간 등의 구체적인 사항은 국토교통부령으로 정하는 바에 따른다 바닥 <ol style="list-style-type: none"> 미끄럼을 방지할 수 있는 마감재를 사용해야 함 바닥 높이 차이는 원칙적으로 없도록 하되, 주택의 구조 등으로 인해 불가피한 사유가 있는 경우에는 다음의 구분에 따른 높이로 해야 함 <ol style="list-style-type: none"> 출입문에 방풍턱(바람막이 턱)을 설치하는 경우: 1.5cm 이하 현관에 마룻기를(마루청을 까는 데 쓰는 뼈대)을 설치하는 경우: 3cm 이하 비상연락장치(「주택법」 제2조제3호에 따른 공동주택으로 한정한다) <ol style="list-style-type: none"> 거실, 욕실, 침실에 경비실 등 관리실과 연결할 수 있는 비상연락장치를 각각 설치해야 함 65세 이상 주거약자를 대상으로 공급하는 주택의 경우 다음의 장치를 모두 설치해야 함 <ol style="list-style-type: none"> 동체감지기 및 그 밖에 입주자의 움직임 여부를 파악할 수 있는 장치. 이 경우 입주자의 선택에 따라 그 작동을 정지할 수 있어야 함 1)의 장치를 통해 일정 기간 움직임이 감지되지 않는 경우 경비실 등 관리실에 자동으로 통보되는 홈네트워크망 현관: 주거약자가 지체장애인 또는 뇌병변장애인이거나 그 밖에 휠체어를 사용하는 사람인 경우로서 해당 주거약자나 주거약자가 세대원으로 있는 세대의 세대주(이하 "주거약자 세대주"라 한다)의 신청이 있는 경우 마룻기틀에 경사로를 설치해야 함 거실: 주거약자가 청각장애인인 경우로서 해당 주거약자 또는 주거약자 세대주의 신청이 있는 경우에는 주택 내부에 세대별로 시각경보기를 설치해야 함 욕실 <ol style="list-style-type: none"> 주거약자에게 임대할 목적으로 건설하는 주거약자용 주택의 경우에는 좌변기, 욕조, 세면대 및 샤워 공간 주위의 적절한 위치에 안전손잡이를 설치해야 함

주거약자용 주택의 안전기준
<p>나. 주거약자가 지체장애인이거나 그 밖에 휠체어를 사용하는 사람인 경우로서 해당 주거약자 또는 주거약자 세대주의 신청이 있는 경우에는 좌변기 옆에 75cm 이상의 여유 공간을 확보해야 함</p>

주: 장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 시행령 [별표 1]에서 인출.
 자료: 장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 시행령, 대통령령 제31005호 (2020).

또한, 주택의 전반적인 안전에 관한 규정 뿐만 아니라 ‘주거약자용 주택의 편의시설 설치기준’도 2012년 8월 개정된 이래 2019년 10월 최종 개정되었다.

〈표 3-1-3〉 주거약자용 주택의 편의시설 설치기준

<p>1. 출입문 손잡이</p> <p>가. 주거약자에게 임대할 목적으로 건설하는 주거약자용 주택의 경우 출입문 손잡이의 중앙지점이 바닥면으로부터 0.8m와 0.9m 사이에 위치하도록 설치해야 함</p> <p>나. 손잡이의 형태는 레버형이나 수평 또는 수직막대형 등 잡기 쉽고 조작이 쉬운 것으로 설치해야 함</p> <p>2. 현관</p> <p>가. 동작감지센서가 부착된 등(燈)을 설치해야 함</p> <p>나. 현관 출입구 측면에 바닥면에서 75cm에서 85cm 사이의 높이에 수직·수평 손잡이를 설치해야 함</p> <p>3. 거실</p> <p>가. 주거약자가 지체장애인이거나 그 밖에 휠체어를 사용하는 사람인 경우로서 해당 주거약자 또는 주거약자 세대주의 신청이 있는 경우에는 바닥면에서 1.2m 내외의 높이에 현관 바깥을 볼 수 있는 비디오폰을 적절한 위치에 설치해야 함</p> <p>나. 주거약자가 청각장애인인 경우로서 해당 주거약자 또는 주거약자 세대주의 신청이 있는 경우에는 거실의 조명 밝기는 600~900룩스(lux)로 함</p> <p>4. 부엌(주거약자용 주택을 사용하는 주거약자가 지체장애인이거나 그 밖에 휠체어를 사용하는 사람인 경우로서 해당 주거약자 또는 주거약자 세대주의 신청이 있는 경우로 한정)</p> <p>가. 좌식 싱크대를 설치해야 함</p> <p>나. 취사용 가스밸브는 바닥면에서 1.2m 높이 내외로 설치해야 함</p> <p>5. 침실: 해당 주거약자용 주택을 사용하는 주거약자가 청각장애인인 경우로서 해당 주거약자 또는 주거약자 세대주의 신청이 있는 경우 조명 밝기가 300~400룩스로 함</p> <p>6. 욕실</p> <p>가. 주거약자에게 임대할 목적으로 건설하는 주거약자용 주택의 경우 다음의 요건을 모두 충족해야 함</p>
--

- 1) 욕실 출입구에 동작감지센서가 부착된 등을 설치할 것
 - 2) 욕조 높이는 욕실 바닥에서 45cm 이하로 할 것
 - 3) 위·아래로 이동이 가능한 샤워기를 설치할 것
 - 4) 욕실 출입문은 박여닫이, 미닫이 또는 미세기문(겹치게 여닫는 문)으로 설치할 것
- 나. 해당 주거약자용 주택을 사용하는 주거약자가 지체장애인이거나 그 밖에 휠체어를 사용하는 사람인 경우로서 해당 주거약자 또는 주거약자 세대주의 신청이 있는 경우 높낮이가 조절되는 세면기를 설치해야 함

주: 장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 시행령 [별표 2]에서 인출.

자료: 장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 시행령, 대통령령 제31005호 (2020).

3) 주거약자를 위한 주거지원센터의 설치

중앙정부나 지자체는 주거약자를 위한 주거복지 전달체계의 일환으로 주거지원센터를 설치, 운영할 수 있는데 그 목적은 다음과 같다(법 제17조 제1항, 시행령 제9조 제1항). 주거지원센터는 중앙정부 혹은 지자체와 같은 주거복지의 공급자와 실질적인 수요자인 고령자 장애인 간의 연결 고리 역할을 담당하며 실질적인 주거지원의 공급 혹은 정부와의 연계를 담당한다.

- 주택개조비용 지원을 위한 대상 주택의 확인, 개조공사의 적정성 확인 등 주택개조 지원에 관한 업무
- 주거약자의 주거문제 상담 및 생활관리 등에 대한 지원업무
- 주거약자가 거주하는 주택 및 주거환경에 대한 실태조사
- 주거약자용 주택과 관련한 정보제공
- 주거약자 지원을 위한 관련 기관·단체의 연계 지원
- 주거약자용 주택개조에 대한 교육 및 지원
- 주거약자 지원제도에 대한 홍보
- 그 밖에 주거약자에 대한 주거지원과 관련된 사항

자료: 장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률, 법률 제16390호 (2019).

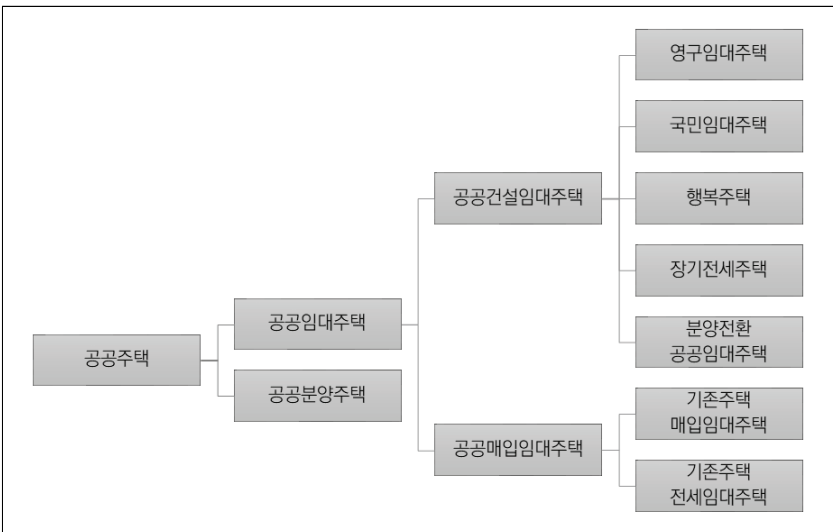
장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 시행령, 대통령령 제31005호 (2020).

2. 주택 공급 정책 (분양 및 임대주택의 공급)

가. 분양 및 임대주택의 공급 개요

국가 혹은 지자체에서 공급하는 공공주택의 경우 (1) 분양주택과 (2) 임대주택으로 분류되며, 임대주택은 (a) 건설형 임대주택과 (b) 매입형 임대주택으로 나뉜다.

[그림 3-1-1] 중앙정부 등에 의한 공공주택의 공급



자료: 공공주택 특별법 시행령, 대통령령 제31050호 (2020)를 토대로 작성.

〈표 3-1-4〉 중앙정부 등에 의한 공공주택의 종류

구분	내용
영구임대주택	「공공주택특별법 시행령」 제2조제1항제1호에 따라 최저소득 계층의 주거안정을 위해 50년 이상 또는 영구적인 임대를 목적으로 공급하는 공공임대주택
국민임대주택	「공공주택특별법 시행령」 제2조제1항제2호에 따라 30년 이상 장기간 임대를 목적으로 공급하는 공공임대주택
행복주택	「공공주택특별법 시행령」 제2조제1항제3호에 따라 대학생, 사회초년생, 신혼부부 등 젊은 층의 주거안정을 목적으로 공급하는 공공임대주택
장기전세주택	「공공주택특별법 시행령」 제2조제1항제4호에 따라 전세계약의 방식으로 공급하는 공공임대주택
분양전환 공공임대주택	「공공주택특별법 시행령」 제2조제1항제5호에 따라 일정 기간 임대 후 분양전환할 목적으로 공급하는 공공임대주택
기존주택 매입임대주택	「공공주택특별법 시행령」 제2조제1항제6호에 따라 기존주택을 매입하여 저소득 서민, 청년, 신혼부부 등에게 공급하는 공공임대주택
기존주택 전세임대주택	「공공주택특별법 시행령」 제2조제1항제7호에 따라 기존주택을 임차하여 저소득 서민, 청년, 신혼부부 등에게 공급하는 공공임대주택
공공분양주택	분양을 목적으로 공급하는 주택으로 .주택법. 제2조 제5호에 따른 국민주택규모 이하의 주택

자료: 국토교통부(2020e: 212).

〈표 3-1-5〉 중앙정부 등의 임대주택 유형별 비교

구분	공공지원 민간임대	공공임대 (10년)	행복주택	국민임대	영구임대
공공목적	무주택 서민의 주거안정	내집마련 계층 자가마련 지원	젊은 세대의 주거안정 및 주거복지 향상	저소득층의 주거안정	최저소득 계층 주거안정
공급대상	(일반)무주택자 (특별)청년·신혼부부·고령자	청약저축 가입자	소득 6분위 이하의 대학생, 신혼부부, 사회초년생 등	소득 4분위 이하 가구의 저소득 계층	기초생활 수급자 등 최저소득 계층
주택규모 (전용면적)	85㎡ 이하	85㎡ 이하	45㎡ 이하	60㎡ 이하	40㎡ 이하
임대거주 기간	8년 이상	5~10년 (2.5~5년)	젊은 계층 6년, 산단근로자 및 사회취약계층 20년	30년	50년

자료: 국토교통부(2019a: 246).

고령자나 장애인에게 공급되는 공공임대주택 또는 공공분양은 다양한 방법으로 제공될 수 있으며 보통 의무건설, 우선공급, 가점부여, 입주자 선정 특례 등의 정책이 활용된다. 또한 입주나 분양에 관한 지원자의 자격 심사나 우선순위의 결정은 소득, 신청자 연령, 장애여부, 부양가족의 수, 주택소유여부 등으로 결정된다.

나. 분양주택 특별공급 및 입주자 선정 특례

1) 국민주택 및 민영주택의 특별공급

분양주택에서 특별 공급은 주택을 소유하고 있지 않은 유공자, 장애인 등의 정책적 배려가 필요한계층에게 일반인과의 청약경쟁 없이 주택을 분양 받을 수 있도록 하는 제도를 말한다. 국민주택과 민영주택의 경우 건설량의 10% 범위 내에서 입주자 모집공고일 현재 무주택세대구성원인 등록 장애인등에게 우선순위기준에 따라 가구당 평생 1회에 한해 특별 공급할 수 있다(국토교통부, 2019: 65). 국토교통부 장관이나 시도시장의 승인을 받은 경우 10%를 초과하여 특별공급 하는 것도 가능하다(「주택공급에 관한 규칙」 제35조제1항). 이 제도에서 장애인은 직접수혜자인 반면 고령자는 직접수혜자가 될 수는 없지만 노부모를 부양하는 가구를 대상으로는 일부 공급 가능하다²⁾. 신청자격, 공급 비율, 당첨자 선정 방법은 다음과 같다.

2) 그 외에 특별 공급에 해당되는 공급대상으로는 정부기관 등이 추천한 자(장애인, 국가유공자, 철거주택 소유자 등), 생애최초 주택구입자, 신혼부부 등

국민주택: 다음 중 하나에 해당하는 주택으로 국민주택규모³⁾ 이하인 주택(주택법 제2조제5호)가. 국가·지자체, 한국토지주택공사 또는 지방공사가 건설하는 주택
나. 국가·지자체의 재정 또는 주택도시시기금으로부터 자금을 지원받아 건설 혹은 개량되는 주택

〈표 3-1-6〉 분양주택 특별공급 자격 및 선정 방법

구분		비율		신청자격 및 당첨자 선정 방법
		국민주택 등	민영주택	
계		80%	43%	
기관 추천	국가 유공자	5%	-	• 국가보훈처장이 추천하는 유공자 또는 유족
	장애인 등	10%	10%	• 입주자저축 6개월(장애인 제외), 관련기관의 장이 추천하는 장애인, 군인, 중소기업 근로자 등
...	
노부모부양 특별공급		5%	3%	• 청약 1순위, 65세이상 직계존속을 3년 이상 계속 부양한 자
				• 경쟁시 주택유형별 일반공급 당첨순차에 따라 선정 • 해당세대의 월평균 소득이 전년도 도시근로자 가구당 월평균소득의 120% 이하 (민영주택 제외)
...	

주: 장애인 및 노부모부양 특별공급의 경우만 기재.

자료: 국토교통부(2020e: 75).

2) 장애인의 최하층 우선배정

장애인의 이동 특성을 고려한 배려도 적용하고 있는데, 5층 이상의 주택을 건설·공급하는 경우 당첨자 또는 가구구성원이 장애인인면서 그 주택의 최하층을 희망하면 최하층의 주택을 우선 배정할 수 있다(「주택공급에 관한 규칙」 제51조 제2호).

3) 1호(戶) 또는 1세대당 85㎡ 이하인 주택(단, 수도권을 제외한 도시지역이 아닌 읍 또는 면 지역은 1호 또는 1세대당 주거전용면적이 100㎡ 이하인 주택)

다. 임대주택의 공급

1) 주거약자용 주택의 의무건설

국가, 지자체, 한국토지주택공사(LH) 또는 지방공사가 특정 주택유형을 건설하는 경우에는 주거약자용 건설이 의무화 되어 있다. 위의 주체가 영구임대주택, 국민임대주택, 행복주택을 건설하는 경우 수도권외의 경우 8% 이상을, 그 이외의 지역의 경우 5% 이상을 주거약자용 주택으로 건설하도록 규정하고 있다(주거약자법 제10조제1항, 시행령 제5조). 여기서 주거약자용 주택은 일반주택과 다른 설계기준이 적용되어 주거약자의 편의를 제공하고 있다.

2) 공공임대주택 입주자 선정 특례

(가) 영구임대주택 입주자 선정의 특례 (장애인)

영구임대주택을 공급하는 경우 기본적으로 장애인이 포함된 가구이면 1순위로 선정 가능하다(「공공주택 특별법 시행규칙」 제14조제1항 및 별표 3제1호바목). 다만, 공급신청자가 1순위 자격을 가지려면 신청 세대의 월평균소득이 전년도 도시근로자 가구 월평균소득의 70% 이하여야 하고, 일정한 자산요건⁴⁾을 충족해야 한다(「공공주택 특별법 시행규칙」 별표 3제1호바목).

4) 「공공주택 입주자 보유 자산 관련 업무처리기준」에 따른 기준

(나) 어르신 맞춤형 임대주택 (건설형 임대주택)

어르신 맞춤형 공공임대주택이란 고령 입주자의 특성을 기반으로 주택의 내부를 설계하고 주택단지 내에 서비스 시설 등을 공급한 건설형 공공임대주택(국토교통부 보도자료, 2019. 1. 30.)이다. 그 중 ‘고령자복지주택’(2015~2017년 까지는 ‘공공실버주택’)은 저층부에는 복지관 등의 복지 및 편의시설의 설치, 중·고층부에는 고령자를 위한 거주공간 제공을 통해 고령자에게 주거공간 및 복지를 동시에 공급할 수 있는 공공임대주택을 말한다.⁵⁾

현재까지는 영구임대주택 단지 중 1개동의 1층과 2층 등 저층부에는 복지관 등의 서비스 시설을 공급하고, 3층 이상은 주거시설로 공급하고 있다(국토교통부, 2020e: 243). 특히 영구임대주택은 일반주택 공급방식과는 다르게 문턱의 제거, 높낮이 조절이 가능한 세면대 설치 등을 통해 고령자가 편리하고 안전한 주거생활이 가능하도록 유니버설 디자인을 기반으로 하여 설계되고 있다. 건물의 저층부에는 생활지원·건강관리·문화활동에 필요한 시설이 포함되어 있는 복지관을 설치하고 있으며, 그 외에도 고령자 관련 프로그램을 운영하도록 설계하고 있다. 복지관 등은 입주 고령자뿐 아니라 단지 외부의 주민도 이용 가능하도록 하고 있다(국토교통부, 2020e: 243). 고령자복지주택의 공급대상자는 65세 이상의 고령자이며 기초생활수급자, 차상위 등의 저소득층에게 공급하며, 국가유공자나 독거노인에는 우선권을 부여한다.

또한, 지자체 등에서 희망하는 경우 국민주택 또는 행복주택 등과 함께 공급이 가능하여 세대 및 계층의 혼합이 가능하도록 계획할 수 있다(국토교통부 2019a: 226; 국토교통부 보도자료, 2019. 1. 30.: 4). 고령자복

5) 고령자복지주택은 기본적으로 영구임대주택의 일부임.

지주택 건설은 현재까지 민간기부금과 정부 재정을 공동 활용⁶⁾하여 진행하여 왔고, '19년부터는 재정을 통해 건설하고 있다. '16년 11개 단지(1,346호)와 '17년 10개 단지(1,154호)를 공급(승인기준)하였고 '19년에는 12개 단지(1,313호)를 선정하여 추진 중이다(국토교통부, 2020e: 243).

〈표 3-1-7〉 고령자복지주택 공급실적 (승인기준)

연도	2016	2017	2018	2019
승인호수	1,346	1,154	0	1,313

자료: 국토교통부(2020e: 243)를 토대로 작성.

고령자복지주택의 공급계획은 2017년 발표된 주거복지로드맵에서 처음 제시되었는데 5년간('18~'22) 고령자 복지주택 4천호와과 어르신 맞춤형 임대주택을 5만호 공급하는 것으로 계획하였다(국토교통부·관계부처합동 보도자료, 2017. 11. 29.: 30). 2020년 발표된 주거복지 로드맵 2.0에서는 기존의 5만호에 3만 가구를 추가하여 8만가구의 공공임대를 고령가구에 공급하고 세부적으로는 2018~2022년 사이에 4천호였던 고령자복지주택 건설 공급을 2023~2025년 사이에 6천호를 추가 공급하기로 하였다(국토교통부 2020a: 16).

6) 임대주택건설의 경우 정부 재정을 활용하였고, 복지관건설은 기부금으로 건설하였다.

(다) 국민임대주택 입주자 선정의 특례

국민임대주택은 저소득층의 주거안정을 위해 정부 예산과 주택도시기금을 이용하여 LH와 지자체가 건설 및 공급하여 약 30년 이상 임대가 가능한 주택을 말한다. 국민임대주택의 일반적인 입주자격은 다른 공공주택과 마찬가지로 무주택자여야 하며, 면적에 따라 소득기준에 의해 자격이 주어진다. 입주자격을 만족하는 경우 가점에 의해 입주의 우선순위를 결정하며, 부양가족의 수, 공급신청자의 나이, 건설지역 거주기간 등을 고려한다.

〈표 3-1-8〉 국민임대주택 입주자격

구분	입주자격
전용 50㎡ 미만	무주택세대구성원으로 월평균소득이 전년도 도시근로자 가구당 70%(19년 378만원, 3인 이하 기준) 이하인 자 (다만, 50% 이하 인자에게는 우선공급)
전용 50㎡~60㎡ 이하	청약주택에 가입한 무주택세대구성원으로 월평균소득이 전년도 도시근로자 가구당 70%(19년 378만원, 3인 이하 기준) 이하인 자
전용 60㎡초과	청약저축에 가입한 무주택세대구성원으로서 월평균소득이 전년도 도시근로자 가구당 100%(19년 540만원, 3인 이하 기준) 이하인 자

자료: 국토교통부(2020e: 238).

국민임대주택의 공급에서 고령자에게 특별히 우선권을 부여하지는 않으나, 가구주가 고령자이거나 가구원 내에 고령자가 함께 있는 경우 입주자 선발시에 가점을 부여한다. 특히, 고령자와 연관된 사항은 총 가점 중 연령이 50세 이상인 가구주가 신청한 경우는 3점(30세 미만 0점, 30세 이상 1점, 40세 이상 2점)을 부여하고 65세 이상 고령자인 직계존속을 부양(1년 이상)하는 경우 3점의 추가 점수를 부여한다. 하지만 국민임대주택은 고령자가구를 위한 주택으로 분류할 수 없는 것이 현실이다.

다만, 장애인의 경우에는 국민임대주택의 공급시 우선공급 기준이 있으

며, 공급비율의 20% 내⁷⁾에서 무주택세대구성원인 장애인에게 우선 공급할 수 있다. 또한, 장애인이 우선 공급대상이 되기 위한 입주자격은 일반 공급대상자와 동일한 소득 기준 등이 요구되며, 입주자 선정은 장애정도가 높은 순서로 정해진다(「공공주택 특별법 시행규칙」 별표 4제2호 나목).

3) 고령자용 매입임대주택 및 전세임대주택

고령자용 주택의 공급방식은 건설형 임대주택은 물론 기존 주택을 활용하는 매입임대주택 및 전세임대주택 공급으로도 가능하다. 주거복지로 드래프에 따르면 노후화된 주택 등을 매입한 후 리모델링 혹은 재건축을 진행하거나 고령자를 위한 전세임대주택을 확충하여 총 2만호를 고령자에게 공급하기로 하였다(국토교통부·관계부처합동 보도자료, 2017. 11. 29. : 30).

또한 '18년 11월에는 기존주택 매입임대주택 입주자 기준의 1순위에 고령자가 포함(기존주택 매입임대 업무처리 지침)되어 수급자 및 차상위 계층⁸⁾ 고령자도 매입임대주택에 우선 입주가 가능하게 되었다. 매입임대주택 공급방식중 노후주택을 리모델링하여 재건축하는 경우 청년 임대주택은 물론 고령자도 입주 가능하게 하여 세대 간 통합을 목표로 하기도 하였다. 또한 전세임대는 집주인이 8년 이상의 장기계약을 하면 고령자 등을 위한 편의 시설 설치 등을 통해 친고령자형 주택으로 개조될 수 있도록 하고 있다.

7) 노부모 부양, 장애인, 국가유공자를 포함한 비율

8) 「국민기초생활보장법」제2조제1호 또는 제2조제10호에 해당

〈표 3-1-9〉 일반 공공리모델링 매입임대주택, 일반 전세임대주택

<p>※ 〈참고〉 일반 공공리모델링 매입임대주택</p> <p>(정의) 공공주택사업자가 기존 노후주택 등을 매입한 후 리모델링⁹⁾하여 주거비 부담이 높은 저소득층 청년, 고령자로 구성된 1~2인 가구에게 낮은 수준의 보증금과 임대료로 거주할 수 있도록 공급되는 주택¹⁰⁾</p> <p>(입주대상자) 공공리모델링 매입임대주택은 주택을 소유하지 않은 청년(19세~39세)이나 무주택세대구성원인 65세 이상 고령자를 포함한 가구를 대상으로 함</p>
<p>- 청 년: 청년 매입임대주택 1~4순위에 해당하는 청년</p> <p>- 고령자: 일반 매입임대주택 1~2순위¹¹⁾에 해당하는 고령자</p>
<p>(임대조건) 고령자의 경우는 최장 20년, 청년은 최장 6년간 거주가 가능하며, 임대료는 주변 지역 시중 임대료 감정가의 50% 이내에서 공공주택사업자가 결정</p>
<p>- 고령자 및 저소득 청년은 시중 전세가의 30%로 공급할 수 있으며,</p> <p>- 본인과 부모의 월평균 소득 합계가 전년도 도시 근로자 가구당 월평균 소득의 50%를 초과하는 청년에게는 시중 전세가의 50%로 공급</p>
<p>(공급계획) '18년부터 '22년까지 5년간 총 2만호 공급(국토교통부, 2019: 235)</p>
<p>※ 일반 전세임대주택</p> <p>(사업목적) 수요자가 원하는 주택에 입주할 수 있도록 기존주택 소유자와 사업시행자가 전세계약 후 입주자에게 저렴 재임대</p> <p>(입주대상자) 무주택세대구성원으로서 사업대상지역에 거주하는 사람</p>
<p>- (1순위) 생계·의료급여수급자, 보호대상 한부모가족, 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득의 70% 이하인 장애인 등</p> <p>- (2순위) 전년도 도시근로자 가구당 월평균소득 50% 이하인 가구, 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득 이하인 장애인</p> <p>※ 동일순위 내 경쟁시 다음 항목 합산한 순위에 따라 입주자 선정</p> <p>자활사업 및 경제활동 참여기간, 당해지역 거주기간, 부양가족수, 청약저축납입횟수, 최저주거기준 미달 여부, 소득인정액 대비 임차료 비율</p>
<p>(공급계획) '18년부터 '22년까지 5년간 총 10만호 공급(국토교통부, 2019: 238-239)</p>

자료: 국토교통부(2020e: 245-256).

9) 철거 후 신축 포함

10) 기존주택 매입임대주택 업무처리지침 제4조 6

11) 무주택세대구성원으로서 사업대상지역에 거주하는 사람

- (1순위) 생계·의료급여수급자, 보호대상 한부모가족, 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득의 70% 이하인 장애인 등
- (2순위) 전년도 도시근로자 가구당 월평균소득의 50% 이하인 가구, 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득 이하인 장애인 (국토교통부, 2019: 230)

4) 행복주택 중 고령자 부문

행복주택은 기본적으로 국가나 지방자치단체의 예산이나 주택도시기금의 지원을 받아 대학생, 사회초년생, 신혼부부·한부모가족 등 젊은 층의 주거안정을 목적으로 공급하는 공공임대주택이다(「공공주택 특별법」 제2조제1호가목 및 「공공주택 특별법 시행령」 제2조제1항제3호). 즉, 행복주택은 기본적으로 젊은층을 위한 임대주택이지만 일부는 고령자에게도 공급된다. 행복주택의 입지는 주로 공공용지, 도시재생용지, 공기업 보유 토지 등 다양한 곳에 위치하여 직주근접이 가능하도록 하고, 신혼부부, 사회초년생, 대학생 등 주로 젊은 청년계층 대상으로 주변 시세보다 저렴하게 우선 공급된다(국토교통부, 2020e: 240). 고령자의 경우는 일반형 행복주택에서 주거급여수급자와 합하여 20% 수준으로, 산업단지형의 경우 입주가의 10% 수준으로 공급된다(국토교통부, 2020e: 240).

〈표 3-1-10〉 행복주택 입주자별 공급 비율

유형	대상	입주가능 비율
일반형	신혼부부·청년·대학생	80%
	고령의 주거급여수급자·	20%
산업단지형	산업단지 근로자·신혼부부·청년·대학생	90%
	고령자	10%

주: 단, 공공주택사업자는 지역별 특성을 고려할 필요가 있는 경우 시장 등의 의견을 들어 공급비율을 10%p 범위에서 조정할 수 있음.

자료: 국토교통부(2020e: 240)를 토대로 작성.

행복주택의 임대료는 보통 주변시세의 60~80% 선에서 결정되며, 고령자의 경우 주변시세의 76% 선에서 결정되는 것이 일반적이다(국토교통부, 2020e: 240).

〈표 3-1-11〉 행복주택 입주 대상자별 주변시세 대비 임대료 수준

대상	주변시세 대비 임대료
주거급여수급자	60%
대학생	68%
창업지원주택 입주자·소득이 있는 청년	72%
고령자	76%
산업단지 근로자·신혼부부	80%

자료: 국토교통부(2020e: 240)를 토대로 작성.

행복주택 거주 가능 기간은 대학생 및 청년은 6년, 신혼부부·창업지원주택 입주자는 6년(자녀가 있는 경우 10년), 주거급여수급자는 20년, 산업단지 근로자가 6년이며, 고령자의 경우는 20년 동안 거주가 가능하다(국토교통부, 2020e: 240).

〈표 3-1-12〉 행복주택 입주 자격 (고령자 부분만 발췌)

계층	입주자격(모집공고일 기준)	
	일반사항	소득 및 자산
...
고령자	무주택 세대구성원으로서 65세 이상인 사람	(소득)세대 총 소득이 평균소득의 100% 이하 (자산)세대내 총자산 2.88억원, 자동차 2,468만원
...

자료: 경기주택도시공사(2020). 행복주택 입주자격요건.
(<https://apply.gh.or.kr/guide/happyQualitificationInfo.do> 에서 2020.11.05. 인출)
을 기반으로 연구진 작성.

5) 집주인 임대주택사업

집주인 임대주택사업은 공공지원 민간임대주택 정책¹²⁾중 하나의 사업 형태가 가능하며 공공이 직접 공공임대주택을 공급하는 방식은 아니며, 공공이 고령자 등의 취약계층에게 주택을 공급하는 민간임대사업자에게 지원하고 임대료를 제한하는 제도이다. 이는 공공지원형 주택으로 분류되며 집주인이 기존주택을 공공으로부터 용자받아 개축·개량·매입하여 청년·고령층에게 저렴하게 (시세의 85%) 임대한다(국토교통부·관계부처합동 보도자료, 2017. 11. 29.: 43; 국토교통부, 2020e: 283). 이 사업은 임차인을 일반대상자와 주거지원대상자(고령자, 청년, 신혼부부)로 구분하고 초기임대료 및 입주자격에 차등을 두고 있다(국토교통부, 2020e: 264).

(표 3-1-13) 공공지원 민간임대주택 정책 지원 대상자

구분	일반대상자	특별공급		
		청년	신혼부부	고령자
공급대상	· 19세 이상 · 무주택세대구성원	· 19~39세 · 무주택자 · 미혼	· 19~39세 · 혼인기간 7년 이내 · 무주택세대구성원 · 예비신혼부부 포함	· 65세 이상 · 무주택세대구성원
소득요건	-	전년도 가구원수별 도시근로자 평균소득 120% 이하 * 소득이 없는 청년은 부모소득 합산		
임대료	시세의 95% 이하	시세의 85% 이하		
주택비율	총 세대수의 80% 미만	총 세대수의 20% 이상		

자료: 국토교통부(2020e: 264).

12) '민간임대주택에 관한 특별법'에 의해 수행되는 사업

고령자를 대상으로 하는 경우 가구주뿐만 아니라 고령자가 무주택 세대구성원으로 포함되면 지원 대상이다. 사실상 본 제도는 80%까지 일반 대상자에게 공급이 가능하기에 고령자를 주요대상으로 볼 수 없지만, 초기 임대료를 시세의 85% 이하로 제한하여 고령자를 포함한 저소득 주거지원대상자에게 저렴하게 주택을 공급하고 있다. 집주인 임대주택 사업은 2015년에 시행된 '9.2 서민·중산층 주거안정 강화대책'의 후속사업으로 추진되었다. 집주인 임대주택 사업은 기존에는 건설개량형, 매입형, 용자형으로 분류되었으나 '19년에 용자형으로 통합되었다(국토교통부, 2020e: 283).

주거복지 로드맵에 따르면 '18년부터 '22년 사이 집주인 임대사업을 통해 연 5천호씩 모두 2.5만호를 공급 예정이었으며(국토교통부·관계부처 보도자료, 2017. 11. 29.: 43), 실제로는 2018년부터 2019년 사이에 약 1.2만호 정도의 참여자를 선정한 것으로 나타났다¹³⁾(국토교통부 내부자료; 국회예산정책처, 2020: 180에서 재인용). 또한 2019년의 경우 청년·신혼부부·고령자를 대상으로 한 경우가 1,910가구중 217가구였고, 모두 청년인 것으로 나타나 실질적으로 고령자에 대한 공급은 없었다.

〈표 3-1-14〉 집주인 임대주택사업의 최근 3년간 성과 달성

성과지표	구분	'17	'18	'19	'19 목표치 산출근거	측정산식
집주인 임대주택 사업	목표	-	1,000	5,000	주거복지로드맵 등을 통해 발표한 집주인 임대주택 공급계획	집주인 임대주택사업 참여자 선정(가구)
	실적	-	7,228	5,014		
	달성도	-	722.8	100.3		

자료: 국회예산정책처(2020: 179)에서 재인용.

13) 집주인에 대한 용자 실적을 의미하며 실제로 입주계약을 체결한 경우는 2019년 기준 38.1%였음

6) 연금형 희망나눔 주택

연금형 희망나눔 주택(구, 연금형 매입임대사업)은 공공리모델링 매입 임대주택 사업의 일부로 추진되며, '17년 주거복지로드맵에서 제시된 사업이다. 일정부분 주택연금과 유사한 면을 가지고 있으나 가장 큰 차이는 주택연금이 기존 주택에 집주인이 거주하는 것과는 달리 연금형 희망나눔 주택은 해당 주택을 공공이 매입하여 리모델링하고 주거취약자에게 공급하며 기존 주민은 이주 혹은 임대거주하는 방식이다(국토교통부 보도자료, 2018. 6. 28.; 국토교통부 보도자료, 2018. 10. 19.). 연금형 희망나눔 주택은 LH 등이 만 60세 이상 고령자가 소유하고 있는 주택을 매입하여 청년이나 신혼부부 등 주거취약계층에게 공급하는 공공임대주택이다. 주택을 매각한 고령자 집주인에게는 LH 등이 일정기간 동안 매입에 해당하는 금액을 연금 형식으로 지급하며, 주택 매각 후 거처가 필요할 경우 공공임대주택도 공급한다. 고령자 집주인은 연금 지급기간을 선택(예: 15년, 30년 등)할 수 있다(국토교통부 보도자료, 2018. 6. 28.; 국토교통부 보도자료, 2018. 10. 19.). 연금형 희망나눔 주택은 2019년 3월 첫 번째 주택을 공급한바 있다.

3. 주거비 지원 및 주택금융 정책

가. 주거급여

1) 주거급여 개요

주거급여란 「주거급여법(2014.1.24. 제정)」에 근거하여 주거의 안정과 생활 향상을 위해 일정 소득 이하의 국민에게 유지수선비, 실제임차료 등을 지원하는 제도이다. 즉, 주거가 불안한 취약계층의 주거비 부담을 줄이고, 질 높은 주거수준을 확보하기 위한 정책 중의 하나이다. 주거급여는 해당 가구의 거주형태, 가구원수, 지역 여건 등을 감안하여 임차수급자에게 임차급여를 지원하고 자가 수급자에게는 노후주택의 개보수가 가능하도록 수선유지급여를 지급한다(김혜승, 김근용, 이길제, 강성우, 2019: 26). 이 제도는 2015년 통합 급여 체계이던 것을 생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여로 분리하여 지급하여 왔고(김혜승 외, 2019: 26), 기존 보건복지부에서 국토교통부로 담당기관이 변경되었다. 이 제도는 주거급여 수급을 원하는 신청인이 읍면 사무소, 동 주민센터에 신청하는 것을 기본으로 하며, 소득과 재산, 주택조사를 거쳐 지급 여부를 결정하고 지급한다(국토교통부, 2020e: 18).

〈표 3-1-15〉 주거급여 개편전후 비교('14년 대비 '19년)

구분	개편전('14년)	개편후('20년)
근거법	기초생활보장법	주거급여법 + 기초생활보장법
소관부처	보건복지부	국토교통부
지급대상	소득인정액이 현금급여기준선 (중위소득 33%) 이하	소득인정액 중위소득 45% 이하
	약 70만 가구	104만 가구('19.12월)
지원기준	*(현금급여기준액-소득인정액)의 22.032% *현금급여기준액-소득인정액=생계급 여액(79.968%)+주거급여액 (22.032%)	거주형태, 주거비 부담 등을 종합 고려하여 지급
입차	주거급여액 전액 현금 지급	'14년과 같음
자가	주거급여액 중 일부만 현금, 일부는 공제하여 주택개량 지원	주택개량 지원
소요예산	7,285억원	16,305억원
가구당 평균 월지급액	약 9만원	약 13.5만원
전달체계	지자체	'14년과 같음 (주택조사는 LH에 의뢰)

자료: 국토교통부(2020e: 210)를 일부 수정.

2) 대상자

주거급여 대상자의 선정은 신청가구의 소득평가액과 재산의 소득환산액을 종합적으로 반영한 소득인정액을 기준으로 하며, 중위소득의 45% 이하인 가구가 지원이 가능하며(국토교통부, 2020d: 11), 2018년 10월부터는 부양의무자가 있는 가구에 대한 지급 제한 규정도 폐지하였다. 즉, 부양의무자의 소득이나 재산 규모에 관계없이 해당 가구의 소득 및 재산을 기준으로 평가한다(김혜승 외, 2019: 27).

〈표 3-1-16〉 주거급여 2020년 기준 중위소득

(단위: 원/월)

기준	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구
중위소득 45% 이하	790,737	1,346,391	1,741,760	2,137,128	2,532,497

자료: 국토교통부(2020d: 51)를 토대로 재구성.

3) 지원내용

지원내용은 임차가구와 자가보유가구로 구분되며 임차가구는 지역별, 가구원수별로 정해진 기준임대료를 넘지 않는 범위에서 수급자가 실제 지불하는 임차료 범위 안에서 주거급여를 지원받는다.

〈표 3-1-17〉 2019년 기준임대료 (단위: 원/월)

가구원수	1급지(서울)	2급지(경기/인천)	3급지(광역시/세종)	4급지(그외)
1인 가구	266,000원	225,000원	179,000원	158,000원
2인 가구	302,000원	252,000원	198,000원	174,000원
3인 가구	359,000원	302,000원	236,000원	206,000원
4인 가구	415,000원	351,000원	274,000원	239,000원
5인 가구	429,000원	365,000원	285,000원	249,000원
6인 가구	504,000원	430,000원	331,000원	291,000원

주: 실제임차료는 임대차계약서의 보증금과 월차임을 합하여 산정함. 보증금은 연4%를 적용하여 월차임으로 환산함. (예시) 서울지역 거주, 소득인정액 80만원, 월세 40만원인 3인가구 : 소득인정액이 생계급여 선정기준 이하이므로 서울 3인가구 기준 임대료 35,900원 전액 지급

자료: 복지포(2020). 한눈에 보는 복지정보 - 주거급여.

(<http://www.bokjiro.go.kr/welInfo/retrieveGvmtWelInfo.do?welInfSno=282>에서 2020.11.6. 인출.)

자가소유가구는 임대가구와는 별도로 구조안전·설비·마감 등 주택의 노후도를 경·중·대보수 등의 기준으로 평가하여 주택개량비용을 지원받을 수 있으며, 노후도의 경·중·대에 따라 각각 최대 457만원에서 1,241만원까지 지원받을 수 있다(복지로, 2020).

4) 장애인 및 고령자에 대한 지원

수선유지급여 수급자가 장애인이거나 고령자(만 65세 이상)인 경우는 주거약자용 주택의 편의시설 설치에 관한 비용도 지원받을 수 있는데, 장애인의 경우 위의 수선비용과는 별도로 주거약자용 편의시설 설치 등을 위해 380만원 한도 내에서 추가 지원받을 수 있다. 또한, 만 65세 이상 고령자는 주거약자용 편의시설 설치를 위해 최대 50만원 내에서 설치비를 지원받을 수 있다(2019년부터 시행). 다만, 고령자 및 장애인 추가 지원은 중복 적용되지 않으며 장애인이면서 고령자인 경우는 장애인 추가 지원만을 받을 수 있다(국토교통부, 2020d: 169-170).

〈표 3-1-18〉 자가보유가구의 수선유지급여 수급정도 및 조건

구분	수선비용	수선주기	수선예시
경보수	457만원	3년	- 마감재 개선 도배, 창호 및 장판 교체 등
중보수	849만원	5년	- 기능 및 설비 개선 난방, 창호, 단열 공사 등
대보수	1,241만원	7년	- 구조 및 거주 공간 개선 지붕, 주방 및 욕실개량 등

자료: 국토교통부(2020d: 166)를 토대로 재구성.

주거약자용 편의시설은 주택내외의 편의시설을 포함하며 다음 표 및 그림과 같은 시설이 설치된다.

〈표 3-1-19〉 장애인 및 고령자 편의시설 품목 예시

구분	공간, 기능별 편의시설 설치 항목
1. 주출입구/접근로	* 경사로 확보, 안전손잡이, 넓이 유효폭(1.2m)확보, 지붕설치, 풋라이트 설치, 그 밖의 단차 및 장애물 제거
2. 현관/출입문	* 출입문 유효폭(85cm)확보, 문 옆 공간(60cm)확보, 휠체어 보관공간(1.5m×1.5m)확보, 경사로, 트랜치 설치, 센서등, 각종 보조 손잡이 설치
3. 거실/복도	* 이동간 손잡이 설치, 휠체어 방향전환 공간(1.5m)확보, 비디오폰 설치, 비상연락장치, 조명(600~900룩스) 청각·시각경보기 설치, 단차제거
4. 부엌	* 낮은형 주방가구, 좌식싱크대, 각종 수납장 낮춤시공, 취사용밸브, 휠체어 적응형 가구, 회전공간 확보,
5. 욕실	* 센서등, 욕실문 유효폭(80cm)확보, 좌변기 공간(75cm)확보, 높이조절 세면기 및 샤워기, 미닫이·미서기문 설치, 휠체어 회전공간(1.4m×1.4m) 확보, 바닥난방
6. 바닥/발코니	* 창호틀, 미끄럼 방지 마감, 방풍턱 및 마루귀틀 등 그 밖의 단차제거
7. 문	* 문하부 파손방지, 레버형 손잡이, 보조 손잡이 설치
8. 스위치, 콘센트	* 리모컨 스위치 설치, 배선기구 각종 높이 조정

자료: 국토교통부(2020d: 170)를 토대로 재구성.

5) 주거급여 수급가구 중 고령자 수급 비율

2019년 12월 기준으로 총 주거급여 수급가구는 임차급여가구가 95.1만 가구였으며, 수선유지급여가구는 8.6만 가구였다. 임차급여 수급가구 중 장애인이 포함된 가구는 16.7만 가구(17.6%)였으며, 가구주가 65세 이상인 경우는 43.4만 가구(45.6%)였다. 또한 수선유지급여 수급가구 중 장애인이 포함된 경우는 3.5만 가구였고 고령자가 가구주인 경우는 6.2만 가구였다. 이 경우는 임차급여에 비해 장애인 및 고령자 가구의 비율이 더 높아 각각 40.1%와 72.0%로 나타났다.

〈표 3-1-20〉 2019년 12월 주거급여 수령자중 장애인 및 고령자 가구 비율

(단위: 천명)

구분	장애인가구	고령자가구	급여수령 총 가구수
임차급여	167.0	434.1	951.2
수선유지급여	34.6	62.0	86.1
총가구수	201.6	496.1	1,037.3

자료: 한국토지주택공사(2019) 주택조사자료.

나. 금융지원(금리 우대 포함)

1) 디딤돌 구입자금 대출

디딤돌 구입자금 대출은 무주택 서민의 내집 마련 지원확대를 위해 2013년 기존의 낮은 금리의 주택구입 지원 프로그램을 통합한 것이다(국토교통부, 2020e: 312). 이 대출은 장애인이나 고령자에 특화된 것은 아니고 장애인 가구가 포함되는 경우 약간의 금리 혜택을 부여하고 있다.

용자 자격은 연소득 6천만 원 이하이면서 순자산이 3.91억원 이하인 무주택 세대주가 최대 2억원까지 신청 가능하다. 평균 1.95~2.70%의 이율로 이용 가능하며, 신혼가구, 장애인 등은 0.2%p, 청약저축 장기가입자(3년 및 36회 이상)는 0.2%p, 1자녀, 2자녀, 3자녀 가구는 각각 0.3%p, 0.5%p, 0.7%p의 금리우대를 받을 수 있다(국토교통부, 2020)

2) 버팀목 전세자금 대출

버팀목 전세자금 대출은 주거비용이 급증한 무주택 서민의 주거안정을 위해 저리의 전세자금 용자를 목적으로 2014년에 시작한 정책금융 프로그램 중 하나이다. 이 또한 고령자 및 장애인 가구 특화 정책은 아니나 고령자

및 장애인 가구에게 약간의 금리를 우대하고 있다. 대출한도는 가구당 전 세가격의 70% 범위 내에서, 수도권은 최대 1.2억 원, 비수도권은 8천만원의 대출이 가능하다(국토교통부, 2020e: 318). 현재 2020년의 대출금리는 2.3~2.9%이며, 장애인 구성원을 포함하는 가정, 고령자 및 노인부양 가구, 다문화가정에게는 각 연 0.2%p의 금리우대를 제공하고 있다.

4. 주택개조 지원정책

가. 주거개조 비용 지원

정부는 주거약자(고령자 혹은 장애인)나 주거약자가 세대원에 포함되어 있는 세대주, 주거약자에게 임대하기 위해 주택을 개조하려는 임대인에게 주거약자의 활동 능력에 맞추어 주택(임대용 주택 포함)을 개조하기 위한 비용 지원을 신청하는 경우 개조비용을 지원하고 있다(주거약자법 제15조제1항).

주택개조비용 지원대상자가 되기 위해서는 주거약자(장애인 등)가 속한 월평균 가구 소득이 전년도 도시근로자의 가구당 월평균 소득액¹⁴⁾ 이하여야 한다. 임대용 주택에 거주하는 주거약자나 그 가족이 지원 신청하는 경우에는 미리 임대인(집주인)의 동의를 얻어야 하며, 주거약자용 주택 내에 편의시설 설치기준을 충족한 시설로 주택(임대용 주택 포함)을 개조해야 한다(시행령 제7조제1항 제1~3호). 임대인이 개조비용을 지원받아 장애이용 주택으로 개조하는 경우는 4년간 장애인이나 장애인이 포함된 세대에 임대해야 한다(법 제16조, 제19조제2항제3호 및 시행령 제8조)¹⁵⁾.

14) 2019년 소득 기준 3인 가족 기준 약 563만원

15) 위반시 1년 이하의 징역 또는 1천만원 이하의 벌금에 처해짐

나. 농어촌 장애인주택 개조사업

농어촌 장애인주택 개조사업은 농어촌에 거주하는 저소득 장애인을 대상으로 최소한의 생활편의를 제공하기 위해 주택을 개선하여 농어촌 장애인의 주거복지 향상을 목적으로 하며 자가가구와 임차가구를 모두 대상으로 한다(국토교통부, 2020f: 453). 농어촌 장애인주택 개조사업은 「장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률」 제15조 및 시행령 제7조를 근거로 하며 국토교통부와 해당 지방자치단체에서 1/2씩 예산을 부담하여 사업을 수행한다(국토교통부, 2020f: 453-454).

농어촌 장애인주택 개조사업은 2005년부터 시행되었으며 2015년까지는 「장애인복지법」에 의해 보건복지부에서 시행하다가 2016년 이후 국토교통부에서 수행해 왔다(국토교통부, 2020f.: 454). 이 사업의 내용은 주거시설내의 장애인을 위한 편의시설을 설치하는 것이며 가구당 최대 380만원씩을 지원하고 있다. 따라서 기초 생활 보장수급자나 차상위 계층(120%) 가운데 등록장애인을 대상으로 하며 자가 거주자나 임대주택 거주자에 관계없이 지원 가능하다.

주거내 지원 가능 시설로는 화장실 개조, 문턱 낮추기, 주방 싱크대 높이 조절, 주 출입구 접근로 개선 및 마당 포장, 진입 경사로 설치 및 주택 개조 시 파손된 도배 및 장판 등 장애인이 거주하는 주택 내의 편의시설·안전장치를 설치하거나 이동 편의를 위한 시설의 설치 및 제거 등을 수행할 수 있다. 2019년의 경우 16억 5천9백 만원의 중앙정부 예산이 집행되어 농어촌 장애인 주택의 개조사업이 수행되었고 지자체가 동일 금액의 예산을 투입하여 시설개선사업을 시행한다(국토교통부, 2020f: 452).

다만, 위의 금액이 최근의 실제 주택수리비용에 비해 상당히 낮은 수준이어서 다양한 시설의 설치에 어려워 필요시설의 일부만 설치 및 개선을

해야 하는 실정이다. 다만, ‘제4차 농어업인 삶의 질 향상 및 농어촌 지역 개발 5개년 기본계획’에 따르면 현재의 지원 단가가 380만원인 것을 주거급여 수선유지급여 경보수 수준(457만원) 이상으로 인상하는 방안을 제시(관계부처 합동, 2020.2.)하고 있어 가까운 장래에는 지원수준이 늘어날 것으로 전망된다.

다. 노후 공공임대주택 시설개선사업

노후 공공임대주택 시설개선사업은 장기공공임대주택의 노후화된 시설물 유지보수와 기능개선으로 주거취약계층의 주거안전과 주거복지 향상을 위해 수행하는 프로그램이다(국토교통부, 2020e: 259). 이 또한 고령자 및 장애인 가구를 직접 지원하는 것은 아니지만, 장기공공임대주택 입주민의 대다수가 장애인 및 고령자이며, 본 사업이 고령자 혹은 장애인 등의 이동편의와 주거편의를 위해 진행하기에 간접적인 고령자 및 장애인 주거지원사업이라 볼 수 있다. 이는 「장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상 지원법」 제3조에 의해 수행되는 사업으로 건설 후 15년 이상 경과한 영구임대주택과 50년 공공임대주택 단지¹⁶⁾를 대상으로 한다(국토교통부, 2019a: 242).

16) 2019년에는 대상단지가 약 365개 단지 31만호(영구임대 194단지(21.8만호) 50년 임대 171단지(9.2만호))에 이를 것으로 보임(국토교통부, 2019a: 242)

〈표 3-1-21〉 장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상 지원법

장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상 지원법 (약칭: 장기임대주택법)
[시행 2016. 8. 12.] [법률 제13805호, 2016. 1. 19., 타법개정]

제3조(삶의 질 향상을 위한 국가 등의 지원) 국가 및 지방자치단체는 입주자의 삶의 질 향상을 위하여 다음 각 호의 지원을 실시하여야 한다. <개정 2016. 1. 19.>

1. 입주자의 커뮤니티 활성화를 위한 프로그램 개발 및 재정 지원
2. **노약자·장애인을 위한 승강기 등 편의시설 설치 및 보수비용 지원**
3. 시설물 노후화 등으로 인한 유지보수 및 기능 향상에 필요한 비용 지원
4. 복지서비스시설 공간 내 장비 설치 및 시설운영에 필요한 비용 지원
5. 그 밖에 입주자의 주거복지증진을 위하여 필요한 사업으로서 대통령령으로 정하는 사항

이 사업의 실질적인 내용은 주로 주거약자를 위한 (1) 배리어프리 시설 설치, (2) 생활안전 예방 사업, (3) 전기시설 정비, (4) 커뮤니티지원 및 단지환경 개선사업으로 분류된다. 배리어프리 시설 설치의 고령자 및 장애인과 관련이 높은 사업으로 건물 입구의 경사로 설치, 각종 주거약자 편의시설의 설치 등의 내용을 포함한다. 또한 노약자나 장애인의 통행안전에 대한 생활안전 사업 역시 대상사업에 포함된다. 하지만 대부분 주택 외부 시설 개선이 주요 사업 내용이기 때문에 주택실내의 시설개선에는 큰 역할을 담당하지 못한다. 또한, 공공임대주택이 주요 대상이고 대부분은 아파트에 집중되어 다가구, 민간 혹은 다세대 등에 거주할 경우 혜택을 받기 어렵다는 단점도 있다.

〈표 3-1-22〉 노후 공공임대주택 시설개선사업 내역

대상사업	내용
베리어프리	입주자 및 주거약자의 편의를 위해 동입구 경사로 설치, 승강기 설치 및 개선, 주거약자 편의시설, 동출입구 자동출입문 설치 등
생활안전	장애인과 노약자의 통행안전, 출입구 경사로, 공동주택의 화재예방, CCTV설치, 단지 내 보안강화를 위한 소방시설 등
전기시설	단지 내 안정적인 전력공급 및 비상전원확보, 수선주기가 경과되었을 경우 전기안전사고 예방을 위해 필요한 수배전반의 교체 등
커뮤니티지원 및 단지환경	녹지환경조성, 주민휴게시설 개선, 외벽 도장 등

자료: 국토교통부(2020e: 259)를 토대로 재구성.

〈표 3-1-23〉 노후 공공임대주택 시설개선사업 추진현황

(단위: 억원)

구분	'15	'16	'17	'18	'19
국고	481	310	550	500	700

자료: 국토교통부(2020e: 259)를 토대로 재구성.

(표 3-1-24) 고령자 장애인 주거지원 요약표

구분	관련 법령 및 구분	개략적 내용	장애인	고령자	노트
법	주거기본법	장애인과 고령자를 주거지원 필요계층 혹은 주거약자로 분류	○	○	선언적
	주거약자법	<ul style="list-style-type: none"> 주택 추진방향 등, 주택 건설 공금, 개조비용 지원 등 (중앙 및 시도단위) - 주거실태조사 시행 - 주거약자-용 주택의 인건기준 및 편의시설 설치 기준을 설정·공고 - 출입문, 바닥, 비상연락장치, 현관, 거실, 욕실 등에 대한 기준 - 출입문손잡이, 현관, 거실, 부엌, 침실, 욕실의 기준 	○	○	지원계획 및 지원에 대한 의무 부여
	시행령 별표1 주거약자용 주택의 안전기준		○	△	
	시행령 별표2 주거약자용 주택의 편의시설 설치기준		○	△	
	법17조 주거지원센터	주거지원센터 설치 및 목적	-	-	
	분양주택 특별공금	국민 및 민영주택 건설량의 10% 범위 내 특별공금	○	△ (노부모 부양가구)	무주택자
주택 의 공급	주거약자 주택 의무건설	공공이 영구, 국민, 행복주택 건설: 8% 이상(수도권) 혹은 5% 이상(그외 지역)을 주거약자-용 주택으로 건설해야 함	○	△ (노부모 부양가구)	근거법: 주거약자법 제10조1항 등
		영구임대주택의 경우 장애인 공금신청자를 1순위로 선정	○ (무주택 및 소득, 자산요건 있음)		공공주택 특별법 시행규칙 제14조제1항 및 별표 3 제1호 바목
	임대주택 건설형				
	특별 공금	어르신 맞춤형 공공임대주택 공금	○ (기초생활수급자 등: 국가유공자 독거노인 우선)		
		고령자 복지주택 공금	△	○	

구분	관련 법령 및 구분	개략적 내용	장애인 (무장애 설계 포함)	고령자	노트
		[행복주택] 행복주택의 일부를 고령자에게 공급		○	
	우선공급	[국민임대주택] 장애인포함가구 대상 공급물량 20% 내 가능	○	○	공공주택 특별법 시행규칙 제15조제1항 및 별표 4제2호 나목
	가점 부여	[국민임대주택] 신청자가 50세 이상(3점)이거나 고령자를 부양(3점)하는 경우 가점부여		△	
	매입·전세형	고령자에 1순위 부여 [공공리모델링] 청년과 더불어 고령자에게 공급		○	
	임주자선정특례	[매입임대] [연금형 희망나눔주택] 집주인이 고령자이며 임주민은 취약계층*		○	
입주 기준	지원형	집주인 임대주택사업		○	
	저층거주 우선	5층 이상의 주택에서 최하층을 희망하는 경우 해당 최하층을 장애인 가구에게 우선 배정	○		주택공급에 관한 규칙 제51조제2호
	일반주택 비용 지원	주택개조비용 지원	○		주거약자법 15조
주택 개량 개조	공공임대주택 시설개선	오래된 영구 및 50년 공공임대주택의 보수 및 개선	△	△	장기공공임대주택 임차자 삶의 질 향상 지원법 - 주택단지의 개선 (내부개선팀)
현금 지원	주거급여	수선급여지원 임대료 지원	○	○	
금융 지원	버팀목, 디딤돌 대출	고령자 장애인에 대한 이자 부담 완화	○	○	

* 연금형으로도 분류 가능
자료: 연구진 작성

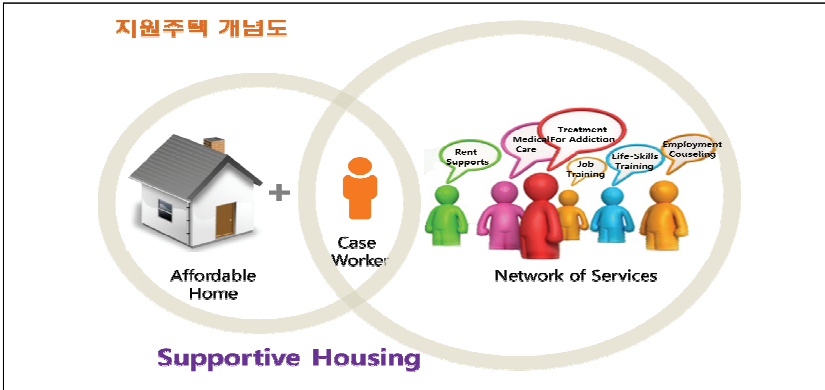
이상에서 살펴본 바와 같이 중앙정부인 국토부에서 제공하고 있는 노인 및 장애인 대상 주거지원 정책의 내용을 정리하면 위의 표와 같다. 장애인과 노인 대상 주거지원 정책의 내용은 거의 유사하고 임대주택과 같은 주택 공급에 있어 장애인에 비해 노인대상을 고려한 제도가 약간 많은 것을 확인할 수 있다. 반면, 장애인을 대상으로 하는 주거지원 정책에는 저층거주 우선이나 주택개조비용의 지원 등의 제도가 노인에 비해 고려되고 있는 것을 확인할 수 있었다. 이렇듯 ‘노인’과 ‘장애인’을 고려한 (1) 주택의 공급, (2) 입주기준의 고려, (3) 주택 개량개조, (4) 주거급여와 같은 현금 지원 및 금융 지원 등의 주거지원 정책에도 불구하고 이러한 정책의 대상은 ‘장애인’과 ‘노인’ 중에서도 ‘저소득층’에 국한되어 있으며, 때문에 이들 제도를 이용한 ‘노인’ 및 ‘장애인’의 비율은 매우 낮은 상황이다.

제2절 지방정부 및 민간의 주거지원 사업 사례

1. 주택과 서비스를 결합한 지원주택(Supported Housing)

지원주택(Supported Housing)은 [그림 3-2-1]과 같이 지역사회 주거생활이 가능하도록 공공임대주택의 지원(물리적 거주공간의 제공)과 일상생활을 돕기 위한 휴먼서비스의 지원(사회서비스의 제공)이 함께 이루어지는 것으로 정의한다. 그러한 측면에서 현재 커뮤니티케어사업의 케어안심주택과 지원주택은 내용적으로 매우 유사하며 그 차이가 명확하지 않다. 지원주택은 커뮤니티케어에서의 주거지원이 내포하는 의미에 비해 조금 더 이론적 개념이라 할 수 있다.

[그림 3-2-1] 지원주택의 개념도



자료: 남기철, 박숙경, 서정화, 최성남(2016:102)

지원주택의 주요 입주 대상은 발달장애인, 정신장애인, 정신질환이나 알코올 의존 등의 문제가 있는 만성 노숙인으로 대상주택은 LH공사 및 SH공사의 공공임대주택과 민간주택까지 다양하여 선택의 폭이 넓다. 가구의 수는 3가구에서 최대 26가구에 이르며, 가구당 2인이 공동거주 또는 단독 거주의 형태로 운영된다. 보증금의 경우 호당 300만원에서 최대 2,500만원 수준으로 주로 해당기관이나 공공기관, 또는 외부 재단의 지원을 받아 활용하고 있으며, 일부는 입주자가 직접 부담한다. 지원서비스는 일상생활을 도와주는 생활지원, 금전관리, 정신 및 신체에 대한 의료지원, 입주자 간의 친목지원, 지역사회 및 타인과의 연계지원 등 다양하게 이루어지고 있다.

지원주택은 2000년대 들어 특히 만성노숙인, 발달장애인의 지역사회 통합거주를 위한 정책적 화두로써 이론적인 관심을 받아왔고, 최근에는 정례적인 지원주택포럼 등이 개최되는 등 주거지원의 한 모델로서 발전하고 있다. 또한 일부 지자체에서 공공시범사업의 형태로 그리고 사회복지공동모금회 등 민간에서 추진하는 시범사업 등의 형태로 진행되었다.

가. 서울시 지원주택 추진

우리나라에서 지원주택을 본격적으로 추진해 온 대표적 경험은 서울시의 지원주택 정책이다. 서울시의 경우 지원주택을 민선 7기 주요 공약사업의 하나로 설정하여 운영하고 있으며, 2012년부터 서울시민복지기준의 대표적 사업으로 선정되어 추진된 바도 있다. 그러나 서울시에서 시민복지기준사업의 일환으로 추진된 지원주택사업은 1000호를 목표수량으로 계획하였으나 계획된 목표량을 달성하지 못하였고, 서울시의 계획에 미치지 못한 극소수 사업 중의 대표적인 사례이기도 하다.

이에 서울시에서는 2016년부터 2018년까지 SH의 매입임대주택을 활용하여 50호 가량의 시범사업을 진행하였고, 이 시범사업을 추진하면서 지원주택의 필요성 및 필수적인 정책수단이라는 점을 확인하였다. 이후 몇 차례의 연구용역과 함께 2018년 5월에 ‘서울특별시 지원주택 공급 및 운영에 관한 조례’를 제정, 2019년 4월에 서울시 지원주택 공급 기본계획을 통해 2022년까지 866호의 지원주택을 공급하는 것으로 발표하였다. 지원주택의 대상자는 장애인 270호, 노숙인 280호, 정신질환자 76호, 노인 190호 등이다. 이후 서울시의회의 연구용역을 통해 같은 기간 서울시에 3,446호의 지원주택이 필요하다는 연구결과(민소영, 남기철, 송인주, 서혜미, 2019b)가 발표되었고, 이를 토대로 지원주택 사업량 증가를 위한 논의가 이루어지고 있다. 현재로는 주택의 추가 공급보다 관련 서비스 예산의 확보가 더 난점이 되고 있다.

또한 서울시는 기본계획에 따라 2019년 5월부터 ‘서울시 지원주택 운영위원회’를 구성하여 이를 운영하고 있다. 지원주택에서의 ‘주택’ 공급은 기존주택 매입임대주택을 활용하고 있으며 해당 업무지침에 근거하여 공공주택사업자의 매입임대주택 입주자 선정권한을 활용하고 있다. 이

과정에서는 SH가 주택의 확보와 입주자 자격요건에 대한 역할을 담당하고 있으며, 1년에 2차례씩 확보된 매입임대주택을 지원주택으로 활용하기 위해 입주신청자에 대한 공모, 그리고 해당 지원주택에 대해 서비스를 제공할 기관에 대한 공모가 진행되고 있다. 공모를 통해 신청한 입주신청자와 서비스 제공기관 신청에 대해서는 별도의 심사절차를 통해 선정과정을 진행한다. 지원주택 서비스 예산은 서울시의 복지정책실과 시민건강국 등 해당 주무부서에서 마련하고 있으며 약간의 편차는 있으나 기본 계획에 따른 물량만큼의 지원주택 공급이 이루어지고 있는 실정이다. 선정된 입주자는 매입임대주택 일반적 조건에 따라 SH와 임대차 계약을 체결하고 있으며 서비스 제공기관과도 서비스 계약을 체결한다. 지원주택에서 제공하는 서비스는 ‘서울시의 지원주택 조례’에 따른 주거유지지원 서비스로 다음 <표 3-2-1>과 같다.

<표 3-2-1> 서울시 지원주택의 주거유지지원서비스

지원서비스 분류 (서울시 지원주택 조례에 근거)	내용
입주자의 입주지원 및 상담	입주지원서비스
	개인별 서비스 계획
	퇴거지원 서비스
주택시설관리지원	주택유지보수 확인 서비스
	주택유지보수 서비스 연계
공과금 및 임대료 연체 관리 등 주거유지 지원	주거유지 및 퇴거예방 관련 서비스
입주자의 특성과 욕구를 반영한 사회복지서비스지원	정신질환이나 알코올 질환 입주자를 위한 동료상담 지원서비스나 자조그룹 연계
	알코올 질환 거주자를 위한 폐해 감소접근 서비스
	정신장애 거주자를 위한 회복기반서비스
	발달장애인을 위한 이해하기 쉬운 용어, 책자 이용한 서비스 설명 및 제공
	노인들의 외로움 감소 및 건강 관련 서비스 제공

지원서비스 분류 (서울시 지원주택 조례에 근거)	내용
의료 및 건강관리지원	신체적인 건강 및 정신건강 유지 지원서비스 제공 또는 연계 증상에 대한 치료 등 건강관리지원 서비스 연계
취업상담 및 자립지원	재정관리 지원서비스 고용/교육지원 서비스 연계
지역사회 커뮤니티 연계	지역사회 통합을 위한 종교활동, 지역사회 마을활동 연계 등 지역사회 통합을 위한 서비스 연계
기타 각종 공공·사회복지서비스	일상생활 및 주거 내부환경 유지를 위한 지원서비스 제공 또는 연계
	사회복지 제도 수급 신청 및 연계서비스
	정서지원 서비스
	위기관리지원서비스
	사회복지서비스 연계
	행정지원서비스 연계
	기타 휴먼서비스 전문분야와 네트워크 구축

자료: 민소영 외(2019a: 46).

최근에는 서울시 외에도 전국적 차원에서 지원주택 공급에 대한 논의가 이루어지고 있으며, 문재인 정부가 들어서면서 공약추진사업으로 지원주택이 언급된 바도 있어 이에 대한 관심이 높아지고 있고 커뮤니티케어 선도사업 및 보건복지 전달체계의 개편과 맞물려 지원주택을 본격적인 정책 내용으로 추진하는 상황이다. 특히 LH에서 노인을 대상으로 하는 지원주택의 대규모 확충계획을 준비하고 있으며 2020년 ‘사회취약계층 주거권 보장을 위한 지원주택(Supportive Housing) 공급 방안’에서는 이와 관련된 추진계획을 제시하였다(〈표 3-2-2〉 참조).

〈표 3-2-2〉 LH의 지원주택 추진계획

공급 물량	2030년까지 연간 5천호씩, 10년간 총 5만호 공급		
소요 예산	복지시설 건설 및 운영 비용. 연간 약 3~8천 억원 예산 소요		
공급 방식	구분		공급 및 사업 방식
	입지별	도심형	신규 공공주택단지, 국공유지, 도시재생지역
		농촌형	농촌중심지(지자체 공모 활용) 등
	수요계층별	공공형	공공임대 등 입주자 대상, 국가와 요양보험에서 비용 부담
		공익형	일반인 입주자 대상, 개인 추가비용 부담

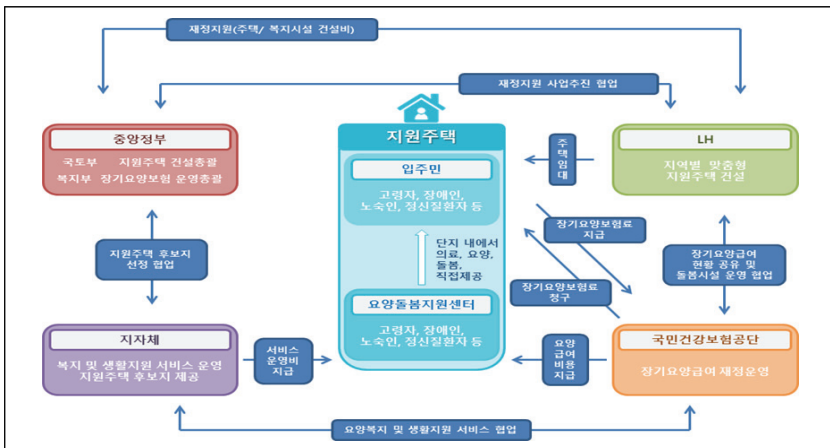
자료: 한국토지주택공사(2020a: 13).

이러한 LH의 계획은 단기적으로는 기존 매입임대 및 고령자 복지주택에 요양·돌봄 기능을 부여하여 시범사업을 추진하는 방안이다. 이를 위해 기존 매입임대의 경우 연간 매입임대 물량(2만호)의 5% 범위 내에서 지속적으로 지원주택 물량을 공급하며, 고령자 복지주택의 경우 보령명천지구를 선도지구로 선정하여 2021년 10월에 최초 입주를 추진할 계획이다. 이러한 경향은 케어안심주택을 포함한 커뮤니티케어 선도사업의 연계사업 계획과 유사한 측면이 있으며, 장기적으로 법령 등 제도개선 사항을 발굴하고 사업모델을 마련한 후 매입·건설방식을 포괄한 지원주택 로드맵을 추가적으로 수립하여 발표할 계획이다.

LH 지원주택의 기본방향은 첫째, 노인거주의 정주성 확보, 둘째, 돌봄 가성비 증대이다. 노인거주의 정주성 확보란 노인돌봄의 시설보호 관행을 지역사회보호로 전환하고 가족 돌봄에서 사회적 돌봄으로 변화를 추진하는 것이다. 또한 돌봄 가성비 증대란 지원주택을 통한 직접 돌봄서비스 제공으로 비용의 절감뿐 아니라 돌봄대상자의 만족도를 제고하는 것에 초점을 두고 있다. LH의 지원주택 체계도(〔그림 3-2-2〕 참조)에서 확

인할 수 있듯이, 고령층의 요양서비스 욕구와 관련하여 국민건강보험공단의 요양서비스 제공 및 급여와의 연계성을 강조하고 있다. 이와 관련하여 커뮤니티케어 콜로키움을 통해 김용익(2020)도 커뮤니티케어 패러다임 전환을 위해 지원주택이 노인에게 64만호, 장애인과 정신질환자에게 2.3만호가 필요하다는 추계를 제시하기도 하였다.¹⁷⁾

[그림 3-2-2] LH의 지원주택 체계도



자료: 한국토지주택공사(2020a: 14).

나. 사회복지공동모금회의 지원주택 모델화 시범사업

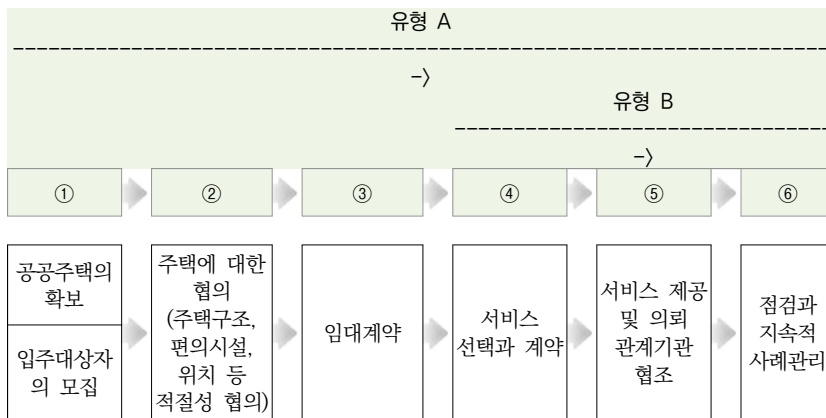
공동모금회의 지원주택 사업은 공동모금회의 기획사업 운영방식을 다소 변경하면서 2019년 전국적 시범사업으로 본격적으로 시행된 사업이다. 이 지원주택모델화 사업은 총 17개 광역시도 중 6개 지회가 참여하였

17) 지원주택 소요는 노인 중 탈시설 대상자 25.9만, 재가노인 중 38.1만호로 추계하고 있으며, 이에 따라 시설거주가 유지되는 인원은 노인 14.2만, 기타 1.7만명으로 추계하였다. 단, 이 추계에서의 지원주택의 의미는 그룹홈을 포함한 광의의 의미이다.

으며, 서울지회 7개 기관, 부산지회 2개 개관, 광주지회 3개 기관, 경기지회 1개 기관, 강원지회 2개 기관, 충남지회 1개 기관 등 총 16개 기관이 지원주택 사업을 수행하고 있다. 기존에 서울 등 일부 지역에서 단편적인 지원주택 사업이 추진된 바는 있으나 이 같은 전국적 기획사업 형태의 진행은 처음이다.

공동모금회의 지원주택 모델화 사업 절차와 유형은 다음 [그림 3-2-3]과 같다. 모금회의 지원주택 사업의 목적은 영구적 임대주택과 사회서비스의 통합적 제공이라는 기본적 특징을 가지고 있으나 민간사업의 여건특성상 공공임대주택의 활용이 여의치 않은 지역이 존재하기 때문에 지원주택의 유형을 두 가지로 구분하여 A유형(공공임대주택 활용)과 B유형(민간주택 등 다른 주택자원 활용)으로 진행하고 있다.

[그림 3-2-3] 사회복지공동모금회 지원주택 모델화 사업의 체계도



자료: 남기철(2019a: 6).

모금회의 지원주택 사업에서는 사업 수행기관을 설정할 때 시범사업 기간 동안에 수행이 용이한 방향으로만 진행되는 경향을 막기 위해 ‘성과

지표'를 처음부터 제시하여 사업을 수행하고 있다. 지원주택 모델화 사업의 공통적 성과지표로 '주거안정성', '일상적 독립생활능력', '사회적 지지와 생활만족도'를 설정하였다. 이는 장기적인 입원이나 입소를 막고 제공된 주택을 통해 지역사회 내에서 거주하도록 지원하는 것을 가장 우선시한다는 공동모금회의 지원주택 목적을 강조한 것이라 할 수 있다.

현재 본 사업은 부산 등 일부 커뮤니티케어 선도사업 지역 내에서 케어 안심주택 지원사업과 결합되어 활용되고 있다. 또한 중앙정부의 선도사업 지역은 아니지만 강원도와 같이 자체적으로 커뮤니티케어 사업을 진행하는 지역의 경우, 모금회의 지원주택 사업은 지자체 수준의 주거지원과 결합되기도 하고, 취약계층을 위한 주거수단으로 활용되기도 하는 상황이다.

다. 충현복지관 지원주택 시범사업 및 주거생활지원센터

충현복지관에서 수행한 지원주택 모델은 서울시의 제2차 장애인거주시설 탈시설화 추진계획('18~'22)의 일환으로 실시된 서울시 발달장애인 지원주택 주거서비스 시범사업(2019)에 기초하여 시행된 시범사업이다. 충현복지관 지원주택 시범사업의 대상은 지역사회 내 재가 발달장애인이 대상이었으며, 2017년 12월부터 2019년 12월까지 공공주택(체험형)과 일반개인주택(자가형) 두 가지 모형을 통해 시범사업을 진행하였다. 공공주택 체험형은 독립생활을 희망하는 서울시 거주 성인장애인을 대상으로 1인 1실을 원칙으로 독립적인 생활공간에서 상시지원 인력을 통해 맞춤형 주거서비스를 제공받는다. 자가형은 지역사회 내 자가에서 독립생활을 유지하고 있는 성인 발달장애인을 대상으로 지역사회 생활에 필요한 서비스를 제공받는 형태이다. 시범사업 결과, 공공주택(체험형)은 43명,

일반개인주택(자가형)은 33명이 참여하였다(충현복지관, 2020).

이러한 사업을 거쳐 충현복지관에서는 2020년부터 주거생활지원센터를 통해 지원주택사업을 지원하고 있다. 사업의 내용은 개인의 욕구에 맞는 맞춤형 주거지원 서비스의 제공, 지원인력의 정기적 가정방문을 통한 안정적인 주거생활 지원 및 지역사회 자원연계를 통하여 통합 환경을 구축하는 것이다. 충현복지관의 주거생활지원센터는 서울시의 재가 장애인의 시설입소예방을 위해 지원주택지원서비스 확대 방침에 따라 만들어진 것이다. 이의 세부 내용을 보면 아래 <표 3-2-3>과 같다.

<표 3-2-3> 충현복지관 주거생활지원센터

발달장애인 주거생활지원센터 (발달장애인 지원주택 통합지원서비스) 02-2192-0615 성인 발달장애인이 시설이 아닌 지역사회 내 안정된 자신만의 주거공간을 가지고 자기결정권과 선택에 의한 독립적인 삶을 영위할 수 있도록 개인별 장애특성 및 필요한 지원을 고려한 발달장애인 지원주택 통합지원 서비스를 제공합니다.				
사업명	이용대상	세부내용	이용시간	이용료
체험형 지원주택 통합지원서비스	독립생활체험을 통해 1년 이내에 자가주택을 마련하여 독립생활을 희망하는 서울시 거주 성인발달장애인 * 위치 : 양천구 신정동	- 1인 1실 사용원칙을 통한 독립적인 생활공간 사용 - 자기결정과 선택에 의한 개인별 생활패턴 형성 - 지원인력의 상시자원을 통한 맞춤형 주거지원서비스 제공 - 지역사회 내 주택마련을 통한 독립생활 실행지원	1년 이내	무료 (생활비 및 공과금 실비부담)
자가형 통합지원서비스	현재 지역사회에서 독립생활을 유지하고 있으나 주거지원 서비스 제공이 필요한 성인발달장애인 * 서비스 지원 지역 - 강남권 : 강남구, 강동구, 서초구, 송파구 - 서남권 : 강서구, 관악구, 구로구, 금천구, 동작구, 양천구, 영등포구	- 개인별 독립상황 및 욕구에 따른 맞춤형 주거지원 서비스 제공 - 지원인력의 정기적 가정방문을 통한 안정적인 주거생활 지원 - 지역사회 자원연계를 통한 통합 환경 구축 - 권역별 주거지원 서비스 대상자 간의 자조모임 운영	상시 운영	무료

자료: 충현복지관(2020). (<http://www.chw.or.kr>에서 2020.11.18. 인출.)

충현복지관의 지원주택 모델은 기존의 탈시설 발달장애인을 대상으로 하던 사업(예. 서울복지재단의 자립생활주택)과 차별성을 가지고 있으며, 자가에 거주하고 있는 성인 발달장애인에게 지역사회의 독립적인 생활을 위해 필요한 서비스를 제공하는 유형도 포함시킴으로써 주거와 서비스를 동시에 제공하는 지원주택의 개념과 이론적으로도 차이를 보이고 있다.

그러나 지역사회 내 발달장애인을 대상에 포함하여 이들의 시설입소 예방 및 탈시설을 고려한 접근방식이라는 점에서 본 연구에서 제시한 커뮤 니티케어 접근 방식과 흡사한 지점이 있다.

[그림 3-2-4] 충현복지관 지원주택 대상자 모집 홍보문

서울특별시
발달장애인
지원주택
통합지원서비스

발달장애인의 안정적인 지역사회에서의 삶을 지원하는
「지원주택 통합지원서비스」 대상자를 모집합니다.

충현복지관에서는 서울특별시 발달장애인 지원주택 통합지원서비스 제공기관으로 선정되어 성인발달장애인이 지역사회 내 안정된 자신만의 주거공간에서 자기결정권과 선택에 의해 독립적인 삶을 영위할 수 있도록 개인별 장애특성 및 필요한 지원을 고려한 **발달장애인 「지원주택 통합지원서비스」**를 지원합니다.

발달장애인 지원주택 통합지원서비스란?

지역사회에서 독립생활을 하는 발달장애인의 '주거'를 중심으로 지역의 다양한 사회 서비스, 보건, 의료, 교육, 주택 등 각 영역별 분절된 형태의 서비스를 개인의 욕구와 필요에 따라 유기적 연계 및 통합될 수 있도록 **지역사회에서의 삶을 중재적으로 지원함으로써** 안정적인 삶을 유지할 수 있도록 지원하는 서비스입니다.

주거

- 주택알선 및 계약
- 임대주택 신청
- 주거관리 및 유지
- 이사지원

일상생활

- 자기관리
- 건강관리
- 개인안전
- 가사관리
- 금전관리
- 비상대응지원

사회참여

- 소망지원
- 여가활동
- 지역사회활동 지원
- 이동지원
- 관계형성

옹호

- 법률지원연계
- 공공후견인 신청
- 발달장애인 신탁연계
- 권리보호

■ 통합지원서비스 대상

○ 장애인활동지원서비스 대상이 아니거나 장애인활동지원서비스 인력만으로는 독립생활 유지가 불가능하며 지역사회 내에 지원이 부재하여 독립생활 실행 및 유지가 어려운 서울시 거주 성인발달장애인

자료: 이음장애인자립생활센터(2020). (<http://eumil.or.kr/freebbs/1610>에서 2020.11.23. 인출.)

2. 주거환경 개선사업

주거환경 개선사업은 이미 거주하고 있는 주거환경이 커뮤니티케어 대상군의 지역사회 통합생활에 부적절한 경우 집수리 등을 통해 해당 거주지에서 지속적으로 생활할 수 있도록 지원하는 것이다. 특히 고령층을 포함하여 대개의 커뮤니티케어 대상군들이 현재 거주지에서 지속적으로 거주하고 싶은 욕구가 높게 나타나고 있는 현실을 감안할 때 매우 유용한 방식으로 인식되고 있기도 하다. 실제 대개 선도사업 지역에서는 주거영역에서의 사업예산 중에서 케어안심주택의 공급을 위해 사용된 예산보다 주거환경 개선사업을 위해 활용된 예산이 훨씬 규모가 크고 수혜가구 수도 월등하게 많다. 물론 여기에는 (1) 케어안심주택의 주택자원 확보를 위한 비용은 LH나 지역공사의 별도 연계사업을 통해서 충당되는 경우가 많다는 점, (2) 주거환경개선을 위한 예산의 집행방식이 실무적으로 더 용이하다는 점도 관련되어 있다. 주택개조사업의 욕구가 두드러지지 않은 정신질환자 대상의 선도사업 지역을 제외한다면, 최소 2억 원에서 최대 7억 원까지의 주거환경 개선사업 예산이 편성되고 있다. 이는 커뮤니티케어 선도사업 관련으로 지자체가 집행하는 전체 사업 예산에서 상당부분을 차지하는 금액이다.

선도사업지역에서는 대부분 2019년 선도사업 1차 년도의 사업운영 결과 주거환경 개선사업의 만족도가 높아 예산을 확대 편성한 것으로 보고하고 있다. 물론 실무적으로 예산집행이나 사업운영의 난이도가 비교적 낮다는 집행용이성의 측면도 작용하고 있다. 대개 가구당 2백만 원에서 4백만 원 가량의 환경개선 예산을 편성하여 지역별로 수 백호 수준의 집수리 사업을 진행하고 있다.

주거환경개선은 커뮤니티케어 대상군 중에서 자가의 경우에 가장 일반

적으로 진행되고 있다. 반면, 임대인 경우에는 몇 가지 난점이 존재하기도 한다. 민간임대의 경우 가옥주와의 협의가 필요하며 행정적으로 난점이 존재하기도 한다. 공공임대주택의 경우에도 별도의 협의가 없다면 향후 원상복귀의 비용이나 사후관리에 대한 대책을 LH나 도시공사가 요구하는 경우도 있다. 실제로 이와 같은 사유로 사업이 불발된 선도사업 지역도 있다.

주거환경개선은 여러 정부부처와 지자체 자체사업으로 진행되고 있다. 지자체의 지역별로 ‘효자손케어’, ‘웰빙홈컨설팅’, ‘행복누리홈’ 등 다양한 사업명을 고유명사화하여 진행하고 있으며 안전바 설치, 문턱 제거, LED 등 효율화, 미끄럼방지 등이 가장 일반적으로 이루어지고 있다. 일부지역에서는 수납 및 정리정돈, 방역과 소독, 대형세탁지원, 가구와 집기의 안전재배치, 작업치료사협회와의 주거환경 컨설팅 등도 진행되고 있다.

가. 지자체별 장애인 주거환경개선 사업

지자체에서 추진하고 있는 장애인 대상 주택개조(주거환경개선)사업은 ‘저소득 장애인 주거환경 개선사업(저소득 장애인 맞춤형 집수리지원사업)’, 부산시의 ‘저소득 장애인가정 주거편의 지원사업’, 경기도의 ‘중증 장애인 주택개조사업’ 등이 있다(유동철 외, 2018:19-20). 지자체 사업별로 지원하는 대상, 내용, 지원체계 등의 차이가 있으나 공통점은 저소득 장애가구의 주거환경을 개선하기 위한 목적으로 시행되고 있다는 점이다. 이러한 지자체 자체 사업은 모두 지자체의 예산으로 추진되는 특성이 있으며, 지역내 전문기관과의 연계 혹은 기술지원 등을 받는 형식으로 사업이 추진되고 있다(유동철 외, 2018:19-20).

〈표 3-2-4〉 지자체별 장애인 주거환경개선 사업 현황

구분	지원대상	지원 내용	지원체계
서울 (저소득 장애인 주거환경 개선사업)	- 장애등급이 1~4급 장애인가구 - 기초생활수급자 또는 차상위(중위소득 50%이하) - 자가 및 임차가구 (주택소유주 동의)	- 문턱제거, 화장실 환경 개선, 경사로 개선, 기타 편의시설 설치 등 - 장애인의 장애 유형 및 생활패턴 고려 → 맞춤형 주거편의 제공	- 서울시와 한국장애인개발원이 협약 체결, 관리운영
부산 (저소득 장애인가정 주거편의 지원사업)	- 장애등급이 1~4급 장애인가구 - 기초생활수급자 또는 차상위계층(중위소득 50%이하) - 자가 및 임차가구 (주택소유주 동의서 제출)	- 주거 안정성 향상 및 주거환경의 질적 요건 충족 - 가구 내외 장애물제거, 경사로설치, 문턱제거, 주방개선, 화장실 개선 등 대상가구별 맞춤형 주거환경개선	- 부산시와 부산복지개발원이 협약 체결, 대행운영
경기도 (중증장애인 주택개조사업)	- 장애등급 1·2급 및 3급 중증장애인 - 소득기준 중위소득 70% 이하 - 자가 및 임차가구 (주택소유주 동의)	- 주택 내·외부 맞춤형 편의시설 - 주거환경개선 ※ 2018년부터 주거환경개선(도배, 장판, 간단수리, 청소 등) 항목 추가	- 대상가구 선정은 시·군 추천 → 경기도 선정 - 경기도시공사가 공사 담당

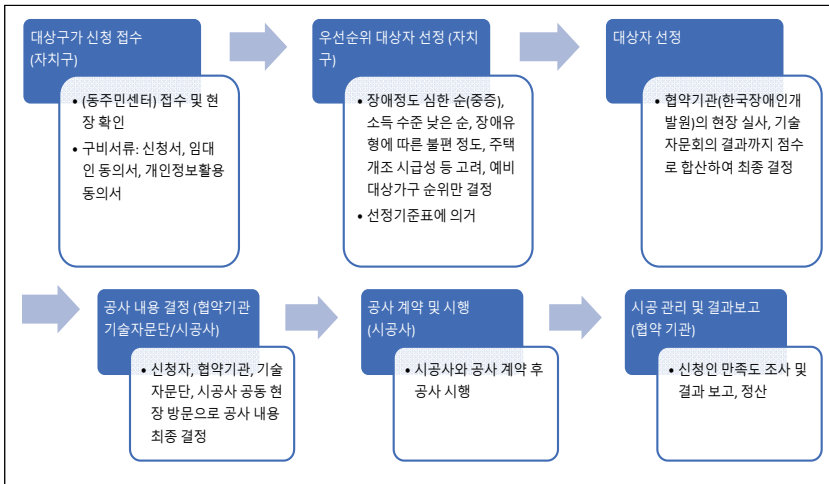
자료: 서울시·한국장애인개발원(2017), 부산시·부산복지개발원(2018), 유동철 외(2018: 19-20)에서 재인용

1) 서울시

서울특별시의 경우는 ‘저소득층 장애인 주거편의지원(집수리) 사업’을 수행하고 있다. 이 사업의 목적은 “장애인의 가정 내외 일상생활과 활동에 많은 제약을 겪고 있는 불편을 해소하고자 맞춤형 주거환경 개선으로 장애인들이 생활하는 환경에 편리성과 안전성을 보장해주고 이를 통해 삶의 질 향상에 기여”하는데 있다(서울특별시 주거복지센터, 2019: 154). 이 사업은 장애인복지법 제27조(주택보급) 제2항과 서울특별시 중증장애인 자립생활 지원 조례 제18조(주거생활지원) 제2항에 근거하여 진행되는 사업으로 서울시 사업의 주요 내용은 해당 장애인 주택에 대한

화장실 개조, 문턱 제거, 경사로, 핸드레일, 기타 편의시설 설치를 주로 하고 있으며(서울특별시, 2020), 사업비는 가구당 400만원 ~ 600만원을 지원하고 있으며 해당 예산은 전액 서울시 예산으로 충당하고 있다.(서울특별시 주거복지센터, 2019: 154). 이 사업의 신청자격은 자치구별로 차이가 있지만 기본적으로는 1~4급 기초생활보장 수급자 또는 차상위 장애인 가구 등이며 장애등급이 높은 순, 소득수준이 낮은 순, 개조 시급 순으로 우선순위를 결정한다. 선정방법은 자치구가 선정한 가구를 대상으로 전문가가 현장실사한 후 기술자문회의를 거쳐 최종 확정하게 된다(서울특별시 주거복지센터, 2019: 154).

[그림 3-2-5] 서울시 저소득 장애인 집수리 사업 선정 절차



자료: 서울특별시 주거복지센터(2019: 154).

사업의 대상은 서울시에서는 서울에 거주하는 저소득 장애인가구이며 2019년에는 7억 원을 투입하여 171가구에 대한 지원을 수행하였으며 연도별 예산은 증가하는 추세에 있다. 주거편의지원 공사 재정은 전액 시비이다. 주거편의지원 세부 사항은 화장실 개조, 경사로와 핸드레일 설치, 문턱 교체 등이다. 서울시는 한국장애인개발원과 함께 개개인의 장애유형, 장애정도, 행동특성을 고려하여 맞춤형 설계와 시공을 실시하여 장애인의 주거편의 지원사업을 운영하고 있다.

이 사업에 선정된 가구의 장애유형별 분포(사업 신청 가구의 규모와 선정가구)를 살펴보면, 지체장애인 및 뇌병변장애인의 신청 및 선정비율이 높다(김인순, 안성준, 류상오, 박현준, 김지혜, 2019: 11). 대상가구의 주택소유 형태도 임대주택(LH, SH)의 비율이 2019년 기준 122가구로 가장 많았고 다음으로 월세, 전세, 무료임차, 자가 순으로 나타났다(김인순 외, 2019: 12).

아래 [그림 3-2-6]은 65세 이상 고령장애인 가구를 대상으로 주거편의 지원사업을 실시한 전후 모습을 보여준다. 주거편의를 위해 현관에는 현관문과 디지털 도어락으로 교체하였으며 방풍패드를 설치하여 편리성을 높이고 주방은 창호교체를, 침실은 벽체단열 및 도배를 설치하여 주택 내·외부 환경을 개선하였다.

[그림 3-2-6] 주거지원 사례(서울특별시 중구): 남자, 60대



자료: 김인순 외(2019: 37).

마포구의 사례는 혼자서 거동이 어려운 중증장애인 대상자로서, 자립 생활에 필요한 주거를 위한 개조가 진행되었다. 현관에는 안전손잡이와 디지털 도어락을 설치하였으며 방풍패드를 설치, 단열성을 높였다. 침실에는 노후된 문을 교체하고 화장실의 세면대, 자동 물내림 비데, 미끄럼방지 고무 매트 등의 설치로 단열기능을 높였다. 이러한 주거편의 지

원 사업은 대상자별 현재 주거 상태점검 후 욕구와 필요도에 맞추어 수리와 개선을 진행하는 것이 특징이다. 때문에 본 사업의 만족도는 매우 높았다.

[그림 3-2-7] 주거지원 사례(서울특별시 마포구): 남자, 70대

개조 전·후 사진	개조 내용	개조 전	개조 후
	현관		
	<ul style="list-style-type: none">· 안전손잡이 설치(수평형)· 디지털리모컨 도어락 설치· 현관문 방풍패드 설치		
	방 2		
	<ul style="list-style-type: none">· 문 교체(ABS방수 도어)· 창호 방풍패드 설치		
	화장실		
	<ul style="list-style-type: none">· 문 교체(ABS방수 도어)· 문 손잡이 교체(레버형)· 세면대 교체· 자동물내림 비데 설치· 샤워기 설치· 미끄럼 방지용 고무매트 설치· 수건수납장 설치		
	베란다		
			<ul style="list-style-type: none">· 창호 방풍패드 설치

자료: 김인순 외(2019: 197).

2) 부산광역시

부산광역시에서는 장애인 주거편의 지원사업 시행을 위해 부산의 기초 생활보장 수급권자와 차상위계층 중 장애등급 1-4급의 장애인 가구를 대상으로 주거환경 개선을 지원하고 있다. 2019년 부산복지개발원에 따르면, 부산시내 16개 구와 군 중 남구와 중구를 제외하고 주택개조와 편의 시설 지원을 신청한 가구는 총 59가구로, 이 중 35가구에 대해 장애인 맞춤형 주택과 편의시설을 지원하였다(최훈호, 윤미진, 2019). 주거편의 지원사업의 대상자 연령을 살펴보면, 20대가 3가구, 30대 4가구, 40대 9가구, 50대 20가구, 60대 9가구, 70대 이상 4가구이다. 60세 이상 가구가 차지하는 비중은 13가구로 전체의 26.6%에 해당되었다(최훈호, 윤미진, 2019: 9). 부산광역시의 주거편의 지원사업의 개선 범위로는 현관 및 진입로는 경사로, 안전손잡이, 차양 설치 등이 있으며, 거실에는 손잡이, 단열, 방수, 도배 및 장판 등의 설치 및 교체가 진행된다. 주방은 싱크대 교체 및 수납장 설치가 있으며, 침실은 안전손잡이 설치, 도배 및 장판, 출입문 교체 등이 포함된다. 화장실에는 바닥 미끄럼방지, 맞춤형 바닥데크 설치, 단열 및 방수 공사 등이 있으며 기타 장소에서는 외부 누수방지, 드레인 공사 등이 진행된다(최훈호, 윤미진, 2019). 아래의 [그림 3-2-8]은 실제로 진행된 사례이다. 중증장애인인 유씨의 주택 개선에 대한 희망사항은 휠체어 및 기구 등의 이동편의를 위해 가구의 높이를 휠체어와 유사하게 맞추는 것과 휠체어의 이동이 편리할 수 있도록 낮은 경사도를 요청하였다. 그 결과 주거편의 및 안전성을 위해 현관 이동식 경사로, 문턱 경사로, 안전손잡이 등이 설치되었으며 최적의 돌봄 환경을 조성하기 위해 세면기 설치, 양변기 및 비데 설치, 바닥 데크 설치, 창호 실리콘 코킹 등이 진행되었다.

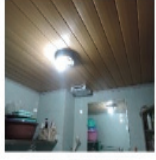
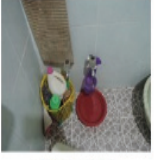


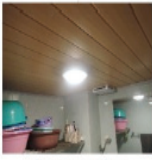
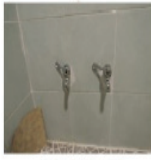
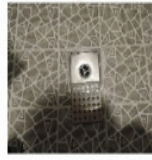

[그림 3-2-8] 주거지원 사례(부산광역시 기장군): 유○○

개조 전	 베란다 창호 보수	 방1 이동물건	 현관 단차	 화장실 문턱
개조 후	 베란다 창호 보수	 방1 화장실 안전손잡이(수직)	 현관 이동식 경사로	 화장실 문턱 경사로

자료: 최훈호, 윤미진(2019: 52).

[그림 3-2-9]의 중증장애인인 민씨의 사례는 노후된 주택의 질적 요건 강화를 목표로 주거보수가 진행된 사례이다. 주방 방충망 보수, 화장실 수전 교체, 안전손잡이 설치, 화장실 LED 조명기구 교체 등이 진행되었다.

[그림 3-2-9] 주거지원 사례(부산광역시 동래구): 민○○

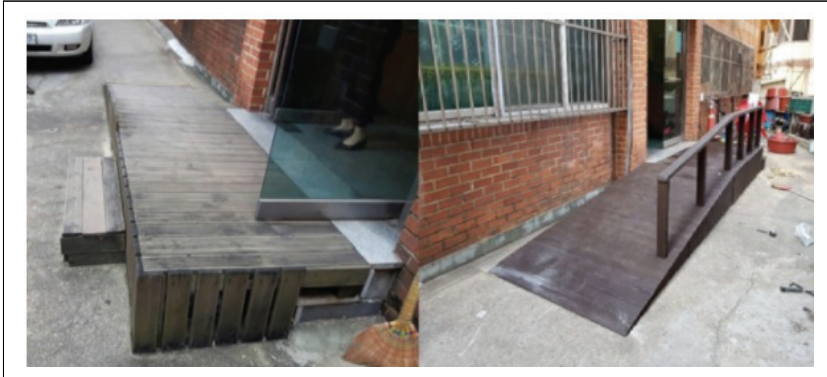
개조 전	 화장실 조명기구 노후	 화장실 수전 노후	 화장실 배관 악취발생	 현관문 개폐 불편
개조 후	 화장실 LED 조명기구	 화장실 냉 온 수전	 화장실 냉세망지 트랩, 유가	 현관문 레버형 손잡이

자료: 최훈호, 윤미진(2019: 60).

3) 경기도

경기도에서는 중증장애인의 장애상태에 따라 주택 내, 외부의 맞춤형 편의시설을 설치하여 장애인의 주거 환경 및 주거 수준 향상을 위해 경기도 중증장애인 주택개조사업을 2018년부터 시작하였다(경기주거복지포털, 2020). 본 사업의 지원대상자는 경기도에 거주하고 장애인가구 소득이 중위 70%이하이며, 장애인복지법에 따른 1,2,3급 중복장애인가구로 한정한다. 주택은 자가와 임대주택에서만 가능하며 지역은 경기도 내 31개 시, 군에서만 진행된다. 주택개조사업의 내용은 장애활동 능력에 적합하도록 주택 내,외부에 맞춤형 편의시설 설치를 지원하는 것으로 출입문, 바닥, 비상연락장치, 욕실, 싱크대, 장애인 손잡이, 경사로 등이 포함된다. 본 사업에 신청 및 지원하기 위해서는 주민센터에 신청서를 접수→대상자 추천→사업총괄 및 최종대상자 명단 확정→실태조사 및 공사항목 확정→공사시행(경기주택도시공사)의 체계를 기다려야 한다(경기주거복지포털, 2020). 경기도의 중증장애인 주택개조 사업의 진행현황은 다음과 같다. 2018~2022년의 목표를 800호로 잡았으나, 2018년부터 10월까지 누적 호수는 437호의 개조가 진행되어 목표대비 54.6%의 진행률을 보이고 있다. 2020년의 주택개조 호를 120호로 목표하였으나 11월까지 120호를 초과하여 주택개조가 진행되었다.

[그림 3-2-10] 경기도 주택개조 전후 비교



자료: 순정우(2020).

개조가 완료된 125개의 가구 중 66개의 가구에서 만족도 조사를 진행한 결과 59가구(89%)가 만족한 것으로 나타나 높은 만족도와 신청이 이루어지고 있어 매년 개조사업의 예산이 증가하고 있다. 또한 장애등급제가 폐지됨에 따라 지원대상 역시 1,2,3급 중복장애인 가구에서 중증 장애인 가구로 완화할 계획이다.

나. 서울시 시각장애인 가정 내 잔고장 수리서비스

서울시립 노원시각장애인복지관의 재가복지팀에서는 가정 내 잔고장 수리서비스를 진행하고 있다. 시각장애인의 경제적, 편리 측면과 외부인의 출입 시 발생할 수 있는 안전 문제들을 고려하여 관내 직원을 통해 수리서비스를 지원하고 있다. 수리서비스의 이용료는 무료이며 재료비가 필요할 경우 이용자가 부담하게 된다. 잔고장 수리 서비스는 수시로 복지관에서 접수가 가능하며, 복지관의 신규회원일 경우 담당자와 전화 또는 방문상담을 통해 이용여부를 결정하여야 하며 신청 시 주민등록등본과

복지카드 사본이 필요하다. 특히 2019년부터는 ‘서울시 참여예산의 지원’을 받아 서울시에 거주 중인 중증 시각장애인으로 사업의 대상이 확대된 상황이다. 수리 범위는 장애인이 스스로 하기 힘든 형광등 교체, 방충망수리, 못 박기 등이 있고 복지관 내 전문수리기사를 고용하여 파견되며, 또한 서비스 제공 후 모니터링 및 욕구조사 등을 통해 장애인의 의견을 수렴하는 창구도 함께 진행되고 있다(정두리, 2019).

[그림 3-2-11] 서울특별시립노원시각장애인복지관 가정 내 잔고장 수리 사업 진행



자료: 정두리(2019).

타 사업으로 서울시 거주 시각장애인을 대상으로 가정 내 재난 사고 위험을 줄이기 위해 가스차단기, 화장실 미끄럼 방지타일 설치, 인덕션 설치 등 안전저해 요인 제거사업 역시 실시할 것이며, 이로써 장애인이 자립하여 스스로 생활할 수 있는 주거환경의 개선에 도움이 되는 사업이 점차 증가하고 있다.

[그림 3-2-12] 서울시립노원시각장애인복지관의 안전저해요인 제거사업 진행



자료: 이슬기 (2020).

2019년 6월부터 12월까지 서울 전역의 시각장애인 가정에 861건의 잔고장 수리가 실시되었다. 또한 안전저해요인 제거사업으로는 화장실 미끄럼 방지타일 시공 60가정, 인덕션 설치 200가정, 소방안전키트 100대, 재난경보비상등 100대, 재난대비생존가방 118대, 포충기 135대를 보급하여 많은 시각장애인들의 주거안전에 도움이 되었다(이슬기, 2020).

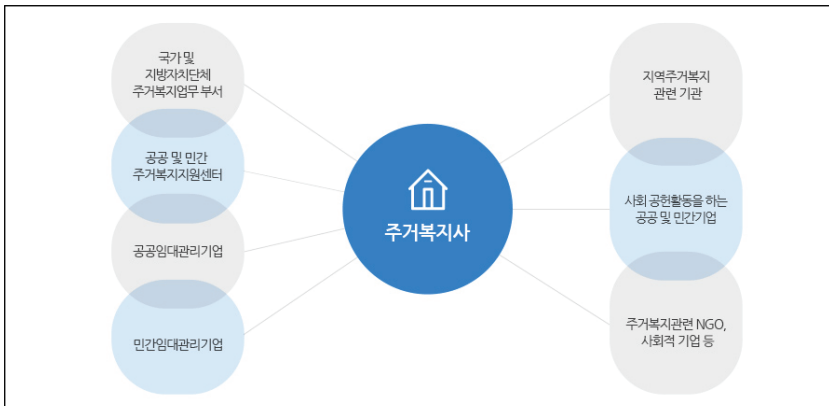
3. 인력, 주거복지센터, 마이홈 주거지원정보 제공

가. 주거지원 관련 인력

주거복지 전문인력이란 취약계층 주거실태조사, 영구임대단지 등 운영·관리, 주택조사 등 주거급여 업무, 지역사회 주거복지 네트워크 구축, 저소득층 주거 문제 상담 및 주거복지 정책 대상자 발굴 등을 업무로 하는 사람을 말한다(주거기본법 시행령 제 16조). 주거서비스 인력으로 활동 중인 전문인력은 주거복지사, 주택관리사라고 할 수 있지만, 아직 주거복지사의 역할 및 주택관리사와의 차별성은 크지 않은 것으로 보인다.

주거복지사란 주거문제의 해결이 어려운 가구에게 주거안정을 지원할 수 있도록 취약계층 주거생활 지원, 주택개조 지원서비스, 주거복지 대상자 발굴 등을 수행하는 인력을 말한다(주거복지사 자격검정단, 2020). 즉, 취약계층의 주거안정 및 주거지원에 보다 초점이 맞추어져 있다.

[그림 3-2-13] 주거복지사의 분야



자료: 주거복지사 자격검정사업단(2020).

반면, 주택관리사는 1987년 제도를 도입하여 국토해양부에서 자격시험을 관리하는 국가전문자격으로, 주택법이 정하는 바에 따라 자격시험에 합격하여 자격을 획득할 수 있다(대한주택관리사협회, 2020a). 주택관리사의 업무는 공동주택(아파트)의 공용부분과 공동소유인 부대복리시설의 유지와 안전관리이며, 역할은 쾌적한 환경조성 및 전문 관리를 통해 공동주택의 수명 연장 및 관리비의 효율적 운영이다. 주택관리사를 배치하는 법적근거는 ‘주택관리업자 입주자대표회의(자치관리에 한함)’ 또는 ‘임대사업자’가 공동주택의 관리사무소장으로 주택관리사 또는 주택관리사보를 배치할 수 있다. 500세대 미만의 공동주택에는 주택관리사 또는 주택관리사보를 배치할 수 있으며, 500세대 이상의 공동주택은 주택관리

사만이 배치가 가능하다. 주택관리사의 의무관리대상은 300세대 이상의 공동주택이며 150세대 이상으로 승강기가 설치되어 있거나, 중앙집중식 난방방식(지역난방방식 포함)의 공동주택이다(대한주택관리사협회, 2020b).

나. 주거복지센터와 LH의 마이홈 주거지원정보 제공

주거에 대한 욕구의 다양화에도 불구하고 우리나라의 주거지원 관련 서비스 및 제도의 이용은 매우 복잡하고 연계가 적절하게 이루어지지 않는 등의 한계에 대응하기 위해 국토부에서는 주거복지센터라고 하는 전담기관을 설립하게 되었다. 주거복지센터는 맞춤형 주거복지서비스를 공급하기 위해 설립된 기관으로 주거복지의 통합적 제공을 목적으로 한 전담체제이다.

이러한 주거복지센터는 2007년 사회복지공동모금회가 추진하여 서울, 전주, 대구에 총 6개 센터 설립을 시작으로 2012년에는 민간재정지원으로 운영되다가(김선미, 2017), 2015년에는 기존의 주택법 개정을 통해 「주택기본법」에 주거복지센터의 설치와 운영이 명시되면서 전국적으로 확대 운영되고 있다(남원석, 김수경, 백세나, 2016). 2017년 현재 주거복지센터는 경기도(시흥, 성남, 수원), 서울시(강북, 관악, 금천 노원, 서대문), 대구시, 전주시 등에 설립되어 있다(봉인식, 최현석, 최혜진, 2017). 그러나 아직 본래의 목적을 달성하고 있다고 보기는 어렵다.

또 다른 주거서비스 조직인 한국토지주택공사(LH)는 국토부 산하의 공기업으로서 국민의 주거안정을 실현하고 국토의 효율적 이용을 목적으로 운영되고 있다. 최근 취약계층을 위한 공공임대, 주거급여, 주택금융 등 정부의 주요 주거지원에 대한 통합 안내서비스를 제공하기 위해 마이홈 통합 서비스를 운영하고 있다(봉인식 외, 2017). 본 사업은 모바일앱, 오

프라인 상담센터, LH 지역본부 사옥과 주거복지센터를 포함하여 총 42 개소와 콜센터를 운영하고 있다.

마이홈 포털에서는 실거래 가격 및 세시 평균가격보다 저렴한 입주 가능 주택 찾기 서비스, 주거급여·임대주택·전월세 대출 등 주거지원 정책에 대한 정보 고지, 공공주택의 정보 공급, 실세 및 실거래 가격 주택 매 물에 대한 정보, 주거지원 프로그램에 대한 통합자가진단 서비스 등을 제 공하고 있다(마이홈, 2020).

[그림 3-2-14] 마이홈 홈페이지



자료: 마이홈(2020).

(<https://www.myhome.go.kr/hws/portal/main/getMgtMainPage.do>에서 2020.11.19.에 인출).

제3절 커뮤니케이터 선도사업에서의 주거지원

1. 커뮤니케이터에서의 주거지원

가. 주거복지와 커뮤니케이터에서의 주거지원

현 정부의 중앙정부 차원의 주거지원정책의 핵심은 ‘주거복지로드맵’이라는 형태로 국토부에서 발표하고 있다. 사회복지나 보건 영역에서는 주거지원 관련 영역은 직접 다룰 수 있는 영역으로 여기지 않고 있으며 사회적으로 큰 관심을 못 받는 듯 하다. 실제 ‘주거복지’라는 용어는 이미 정책적으로 일상적으로 사용되는 용어이지만, 복지나 보건보다는 주거정책과 주택영역에서 다루는 실무영역인 것으로 인식되는 경향이 높다.

일반적으로 중앙정부 차원의 ‘주거복지’에서 사용되는 정책적 수단, 혹은 전략은 크게 4가지로 압축된다(남기철, 2019). 첫째는 공급자 측면의 공공임대주택 정책이다. 둘째, 주거비 지원이다. 이는 수요 측면에서의 주거복지 수단이라 할 수 있으며 우리나라에서는 공공부조 방식의 주거급여가 대표적이다. 현재 주거급여에 대한 부양의무자 기준이 폐지된 이후 연 100만 가구 이상이 주거급여에 의한 주거비 지원을 받고 있다. 셋째는 주거취약계층에 대한 별도의 지원이다. 이는 만성노숙인, 장애인, 노인, 정신질환자 등 독특한 여건과 특성에 의해 추가적인 주거욕구가 부각되는 경우에 대한 맞춤형 지원에 해당한다. 네 번째는 최저주거기준 공표에서 나타나는 바와 같이 주거의 품질을 개선하고자 하는 것이다. 주택개조사업이나 집수리 사업 등이 이와 관련될 수 있다. 이러한 사업의 경우 국토부를 비롯하여 타 부처의 사업들이 중첩되어 있으며, 지자체 자체적인 사업으로 운영되기도 한다¹⁸⁾. 커뮤니케이터에서의 주거지원은 세 번째 유

형의 전략과 직결된다. 때문에 주거(주택)라는 물리적 자원의 제공과 결합된 돌봄 등 연성적 서비스의 제공이 핵심이다. 물론, 주택 제공을 위한 공공임대주택 정책(일반적 주거정책), (자거나 민간임대주택의 경우) 물리적 조건을 개선하기 위한 주거 품질향상 등의 전략과도 관련을 가진다.

최근의 국토부의 주거복지로드맵 2.0에서는 고령가구에 대한 주거지원 부분에서 고령자 전용의 공공임대주택을 기존 계획 5만호에서 3만호를 추가한 8만호를 공급한다고 밝히고 있으며, 이는 무장애 설계를 적용한 맞춤형 임대주택이 될 것으로 발표하였다(국토교통부, 2020a). 이에 고령자복지주택 1만호(기존 계획에서는 4천호였으며 이에 6천호를 추가), 매입형의 고령자 리모델링주택 1만호(기존 계획 5천호에 추가공급 5천호) 등이 포함된다. 이러한 주택에는 보건복지부의 커뮤니티케어 사업과 연계된 사례관리 서비스가 주어지며 주거공간기반의 스마트 헬스케어 실증사업을 추진한다고 발표하였다. 다만 여기에서 장애인에 대한 주택 공급계획을 따로 밝히고 있지는 않아 고령장애인의 특수한 주거욕구가 얼마나 반영될 수 있을지는 아직 미지수이다.

나. 주거와 서비스의 결합 : 주거우선(Housing First)의 원리

커뮤니티케어는 지역사회 통합거주를 위해서 특수한 거주와 돌봄의 욕구를 가진 인구층에 대한 서비스를 포함한다. 때문에 정책의 대상은 돌봄이 필요한 노인을 필두로 하여 만성노숙인, 신체적 또는 정신적 건강에 손상이 있는 사람, 발달장애인, 약물·알코올 중독 등 물질 남용 문제가 있는 장애인 등을 포함한다. 이들은 주거에 더하여 ‘지원서비스가 결합된다면

18) 이와 관련된 내용은 제 3장 고령장애인 대상 주거지원 정책 현황 및 주거지원 사업 사례에서 자세히 소개함.

지역사회에서 독립적인 생활이 가능한 자'로, 이를 거꾸로 표현하면, '지원서비스 없이는 지역사회에서 독립적인 주거생활이 어려운 사람'이다. 때문에 이들에게는 주거와 서비스를 결합하여 제공하는 것이 필수적이다.

주거복지와 관련된 이론과 실천에서 주거와 서비스의 결합 원리에 대해서는 소위 주거우선(Housing First)의 전략이 강조되어 왔다. 주거우선 전략에서 주거는 우선적인 시민권에 해당하며, 안정적 주거의 확보를 우선적인 원칙으로 하여 지역사회 주거생활을 위해 추가로 필요한 서비스를 지역사회 주거지원체계를 통해 제공한다는 입장이다. 다소 추상적이기는 하지만 이와 대비되는 전략은 주거준비(Housing Ready) 전략이라 할 수 있다. 지역사회에서 살 수 있는 심리사회적 준비를 높여가면서 이 수준에 부합하는 임시적 주거단계를 차례로 밟아나가는 방식이다. 즉, 지역의 주택거주에 필요한 (심리사회적) 준비를 갖추는 것을 우선으로 하고, 이 준비가 최종적으로 이루어지면 공공주택을 제공한다는 것이다. 이러한 접근은 일반적으로 단계적으로 접근하는 경향이 있다.

통상적으로 최근의 주거복지 혹은 지역사회통합돌봄 프로그램들은 주거우선의 지향을 가지며 주거준비의 논리에 반대하는 입장이다. 주거생활을 준비시켜 주택을 제공하는 것이 아니라 주거권을 우선으로 해서 이 주거권이 발휘되기 힘들게 하는 장애요소를 극복하도록 지원서비스를 제공해야 한다고 본다. 예를 들어, 거주시설이나 병원에서 퇴소하여 지역사회에서의 생활을 모색할 때, 점점 더 독립적인 생활에 가까워질 수 있도록 훈련이나 준비를 시켜가면서 그에 해당하는 서비스 수준의 주거로 점차 옮겨가는 방식으로 서비스를 설계하는 것은 주거준비의 방식에 입각한 것이다. 하지만 반대로 처음부터 지역사회 내에서 안정적 주거를 전제로 제공하면서 지역사회 독립생활을 위해 필요한 것들을 서비스로 보충해가는 방식이라면 주거우선의 방식이다. 이 경우에 서비스가 개인과 주거지에 맞추어 변화하는

것이지, 주거지가 변화하는 것은 아니다. 마찬가지로 누군가의 심리사회적 기능수준이 약해지는 상황(예를 들어 취약한 고령자의 경우)이라고 할 때, 점점 약해지는 기능수준에 맞추어 주거지 단계를 옮겨가는 방식으로 설계하는 것과 본인이 원하는 한 현재의 지역사회 거주지에서 생활하도록 하고 그 생활유지를 위해 필요한 서비스를 보강해가는 방식의 설계는 전혀 다른 방식의 전략이다. 주거와 서비스의 결합방식에서 주거우선의 모형을 취하는 것이 최근 주거복지에서 부각되는 방식이다.

주거우선의 전략은 몇 가지 실천상의 쟁점과 관련된다. 그 첫째는 임시적 주거와 영구적 주거 중 어느 쪽을 지향하는가와 관련된다. 주거우선 전략은 임시적 주거이전의 단계보다는 영구적 주거를 강조한다. 이는 소위 주거준비의 모형에 따라 임시적이고 과도적인 주거훈련단계를 거쳐서 안정적 지역사회주거에 이른다는 것이 적절하지 않다고 보기 때문이다. 영구적이고 안정적인 주거가 가지는 의미를 중시한다. 물론 여기서 영구성은 문자 그대로 한 번 입주하면 영구적으로 그 집에서 살 수 있다는 의미는 아니다. 일반적인 임대계약에 따른 주거의 정규성을 의미한다. 주거와 서비스가 결합되어 제공되는 상황이라고 해도 일반적인 임차인과 다른 (서비스 이용이나 주거훈련 성과와 같이) 별도의 규칙에 따른 퇴거가 없어야 한다는 의미이다. 우리나라의 상황에서 일반적인 매입임대주택 임대계약은 초기 2년 계약 후 9회의 재계약에 따라 최장 20년의 거주가 가능하다. 이러한 일반적 공공임대주택 계약과 같이 지원주택 입주자에게도 동일한 임대계약조건이 적용된다면 영구적이라 할 수 있다. 만약 범죄나 심각한 소란, 과도한 임대료 연체 등 일반적인 (임대차)계약위반의 경우에는 당연히 퇴거가 가능하다. 영구성은 서비스가 결합된 주거지원을 받는다고 해도, 입주 안정성에 별도의 제한을 두지 않는다는 의미이다. 특히 주택관리자나 서비스 제공자가 (상별조항 처럼) 입주와 퇴거조치를 할 수는 없다는 의미로서 주거우선에서 주거와 결

합된 서비스는 단일한 수준이라기보다는 입주자의 심리사회적 기능수행 정도와 욕구에 따라 서비스의 수준이 다양화될 수 있다.

또 하나 주거우선의 전략은 서비스의 내용측면에서 단절이나 해독모형(Abstinence Based Model)이 아닌 위해감소모형(Harm Reduction Model)에 기반하고 있다. 이 의미는 취약한 심리사회적 요소에 대해서는 주거생활(지원주택 입주)을 영위하는 권리가 확보된 전제 하에 서비스를 통해 지지를 받아야 한다는 것이다. 즉, 지역사회 생활에 지장을 가져오는 심리사회적 취약요소를 완전히 극복해야만 주거생활이 가능하다고 보는 것이 아니다. 이 특성이 두드러지는 것은 정신건강이나 알코올 중독 등의 문제를 가진 주거취약계층, 특히 만성노숙인에 대한 지역사회 주거 서비스이다. 전통적인 방식(주거준비)에서는 알코올이나 정신건강 문제를 병원이나 시설 등의 훈련 프로그램을 통해 완전히 극복하고 나면 주거가 제공될 수 있다고 본다. 반면, 주거우선의 위해감소모형에서는 (아주 심각한 수준의 의료적 서비스 등이 해결된 다음이라면) 지역사회 거주과정에서 지원서비스를 통해 정신건강이나 알코올 문제가 가지는 폐해를 다루어가는 것으로 상정한다. 단주와 해독(Clean & Sober)을 강조하는 전통적인 해독모형은 주거준비의 관점과 동일하다고 보아 지역사회 주거 지원 방식에서는 잘 채택하지 않는다.

미국 HUD의 만성노숙인에 대한 지원주택(Supported Housing) 프로그램에서는 이 같은 주거우선 전략과 위해감소모형의 특징이 잘 반영되어 있다. 약물이나 정신건강 문제와 관련하여 지원주택 프로그램을 가장 많이 활용하고 있는 미국에서는 HHS 산하 약물남용 및 정신보건서비스국(SAMHSA)이 지원주택 프로그램에 대한 충실도 지표를 다음 표와 같이 제시하고 있다. 이는 사실상 주거우선의 원리가 얼마나 잘 관철되고 있는가를 점검하는 체크리스트의 성격을 가지고 있다고 볼 수 있다.

〈표 3-3-1〉 SAMHSA 지원주택 프로그램 충실도 지표

차원	지표	세부지표
1. 주택선택	1.1 주택선택	1.1.a. 입주자가 주택 형태를 결정할 수 있다.
		1.1.b. 선택가능한 주택 리스트에서 실제 주택을 선택할 수 있다.
		1.1.c. 자신이 원하는 주택이 나올때까지 기다려도 입주자격을 잃지 않는다.
	1.2 구성원 선택	1.2.a. 누구와 함께 살 지 선택할 수 있다.
2. 주거와 서비스의 분리	2.1 기능적 분리	2.1.a. 주택관리자가 서비스 제공권을 가지지 않는다.
		2.1.b. 서비스 제공자가 주택관련 권한을 가지지 않는다.
		2.1.c. 서빙 제공자는 주택 외부에 위치한다.
3. 저렴하고 안전한 주택	3.1 비용부담가능성	3.1.a. 합리적 비용(소득의 30%)으로 이용할 수 있다.
	3.2 적절성 안전성	3.2.a. 주택이 최저주거기준에 부합한다.
4. 주거통합성	4.1 주거통합성	4.1.a. 낙인 없이 일반적 주택과 통합성을 가진다.
5. 입주자 권리	5.1 입주자 권리	5.1.a. 세입자로서 법적 권리를 가진다.
		5.1.b. 프로그램에 대한 강요가 없다.
6. 주거접근성	6.1 주거접근성	6.1.a. 주택에 입주할 준비가 되었음을 입증할 필요가 없다.
		6.1.b. 주거생활이 취약한 사람들에게 우선권이 주어진다.
	6.2 사생활 보호	6.2.a. 자신의 집에 외부사람이 드나드는 것에 대해 입주자가 통제권을 가진다.
7. 유연하고 자율적인 서비스	7.1 입주자 서비스 선호	7.1.a. 입주자가 초기에 서비스 유형을 선택한다.
		7.1.b. 서비스를 조정할 수 있는 기회를 가진다.
	7.2 서비스 선택	7.2.a. 다양한 서비스 중에서 선택할 수 있다.
		7.2.b. 입주자의 욕구변화에 따라 서비스를 바꿀 수 있다.
	7.3 소비자 중심 서비스	7.3.a. 서비스가 소비자 중심의 통제권이 이루어진다.
	7.4 서비스 활용가능성과 적절성	7.4.a. 서비스 제공자 사례관리 부담이 적절하다.
		7.4.b. 서비스가 팀 중심으로 연계되어 있다.
		7.4.c. 서비스가 상시적으로 이용가능하다.

자료: SAMHSA(2010: 15-16), 민소영(2018: 7-8)에서 재인용.

이 충실도 지표는 주거우선 전략에서 강조하는 전형적인 특징을 확인할 수 있는 단서로 기본적으로 입주자의 권리를 강조하고 있다. 특정한 서비스나 공간에 ‘배치’된 것이 아니라 본인이 계약에 의한 주거 입주자(혹은 세입자)로서의 법적인 권리를 가지면서 필요한 서비스를 선택하여 활용할 수 있다는 데에 초점을 두고 있다. 주택이나 서비스가 공급주체에 의해서 일방적으로 조건화되거나 박탈될 수 없다. 사실은 이러한 지향이 주택이나 서비스 공급자들에게 부담스럽게 느껴져서 주거우선 원칙의 지원주택이나 관련 프로그램 공급에 대해 소극적이 되는 경우도 있다.¹⁹⁾

2. 지역별 자율성·창의성·다양성에 기반하는 선도사업의 체계

2019년부터 본격화된 우리나라의 커뮤니티케어 선도사업은 “지자체가 지역 실정에 맞추어 다양한 사업계획과 모델을 제시하는 지역의 자율성·창의성·다양성에 기반하는 사업(보건복지부, 2019a)”으로서의 추진 방향을 가지고 있다. 즉, 전국적으로 통일적이고 획일적으로 진행되는 것이 아니라 지역의 기획능력과 욕구, 자원 상황에 맞추어 자체적인 사업을 구상하도록 하고 있다. 물론 실제에서는 복지부의 자료에 따른 기본모델과 연계서비스에 기초한 서비스 중심으로 사업모형의 유사성을 나타내는 것이 사실이다. 하지만 선도사업 지역별로 커뮤니티케어의 구체적인 양상은 차이를 나타내고 있으며, 선도사업 내 주거지원사업의 부분에서도 마찬가지로 차이를 나타내고 있다. 단지, 지역별 선도사업의 공통적인 부분은 (1) 읍면동에 케어안내창구를 운영한다는 것과 (2) 시군구 단위에서

19) 미국의 지원주택 프로그램도 그 형태와 방식이 다양하다. 주거우선의 원리가 강조되면 주택이나 서비스를 공급하는 제공자 입장에서는 그 관리에 어려움이 가중될 수도 있다. 주거우선의 원리에 따른 충실도 지표의 강조점이 잘 관철되는 것만은 아니다. 그렇기에 역으로 충실도 지표가 공공에 의해 제시되고 점검되는 이유가 되기도 한다.

는 지역케어회의를 운영한다는 것이다. 그 밖의 부분에서는 지역별로 다양한 체계와 내용을 활용한다.

3. 선도사업의 대상: 핵심적인 대상층의 조작화 한계

기본적으로 통합돌봄이 필요한 대상자는 첫째, 본인이 병원이나 시설의 입원입소를 원하지 않으나 입원입소 중인 대상자로 통합돌봄서비스를 받으면 지역사회에서 생활이 가능한 자이고, 둘째, 현재 상태를 계속 방치하면 조만간 병원이나 시설입소가 불가피할 대상자 중 통합돌봄서비스를 제공하면 그만큼 입원이나 입소가 늦춰질 수 있는 자로 정의하고 있다. 그러나 지역별 선도사업의 대상은 노인, 장애인, 정신질환자, 노숙인 등으로 특정하고, 이 안에서 핵심적인 통합돌봄 대상자를 설정하고 있다. 즉, 대상군 자체가 아니라 그 내부에서 핵심적인 대상층을 조작화하여 접근한다. 노인의 경우 ‘65세 이상의 모든 노인’이 아니고 장애인의 경우 ‘모든 등록 장애인’이 대상이 아니다. 따라서 선도사업 지자체는 ① 지역진단을 통해 통합돌봄의 정책대상자를 누구로 우선할 것인지 결정하고, ② 그 대상자 군의 공통적 욕구를 파악하며, ③ 해당 욕구에 대응하는 서비스를 제공하여야 한다(보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2020). 따라서 선도사업의 대상선별을 위한 기초지자체의 욕구 사정 기능을 강조하고 있다.

이에 따라 핵심적인 커뮤니티케어의 대상자로 노인의 경우에는 ① 요양병원 장기입원자 중 지역복귀 희망자, ② 단기 입원환자 중 지역복귀 희망자, ③ 75세 도래자 중 고위험군 대상자에 대한 선제개입, ④ 지역기반 통합 건강돌봄 모형 실증사업 대상유형을 설정하고 있으며 이외에 지자체가 자율적으로 설정하는 특화대상의 적용이 가능하도록 하고 있다. 장

애인의 핵심대상은 ① 탈시설 장애인 유형 : 시설에서 생활하는 장애인 중 지역사회에서 생활하기를 희망하는 자, ② 재가 고위험군 장애인 : 지역에 거주 중이나 장애 심화, 보호자 부재 등으로 돌봄이 없으면 시설에 입소해야 하는 자로 설정하고 있다²⁰⁾. 선도사업 지자체는 이와 같은 핵심대상자와 지역자율 대상자에 대해 지역사회통합돌봄 필요도 평가도구를 통한 사정과 지역케어회의 등 사례회의를 거쳐 커뮤니티케어 프로그램의 구체적 대상을 선정하도록 되어 있다. 그리고 대상자 욕구에 따른 개인별 돌봄계획을 수립하여 집행하도록 하고 있다.

4. 주택개조사업에 치중된 주거지원 내용

커뮤니티케어 선도사업은 국비지원과 지방비로 구성되는 정부 재정에 따른 선도사업 내용이 있고, 이 안에는 주거프로그램 사업비와 사례관리 및 서비스 비용 등이 포함된다. 그러나 커뮤니티케어 선도사업은 재정지원에 따르는 사업만으로는 충분치 않으므로 [그림 3-3-1]과 같이 다양한 기존의 연계사업을 활용하도록 하고 있다. 특히 연계사업 III과 같은 도시재생 뉴딜사업이나 새뜰사업은 커뮤니티케어의 주택 자원을 확보하는 방안이 될 수 있다.

20) 예를 들어 장애인 커뮤니티케어 선도사업 지역인 제주시의 경우 발달 및 뇌병변이 심한 장애인의 독립생활 지원 대상자를 지자체 특화대상으로 설정하고 있다.

[그림 3-3-1] 커뮤니티케어 선도사업의 전체 구성

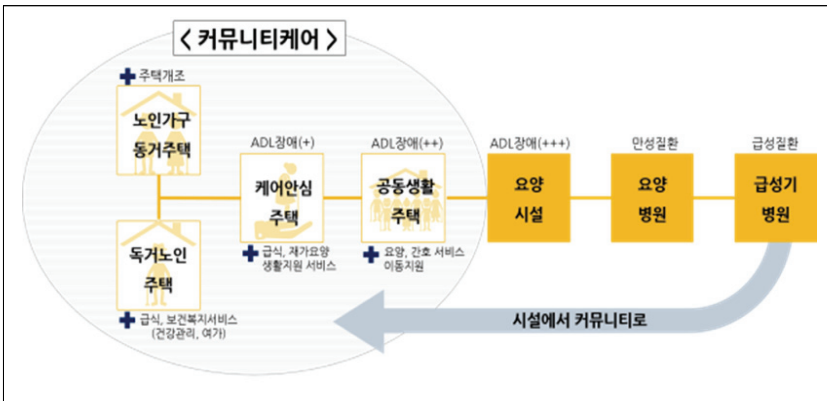
선도사업 재정지원 (국비+지방비)	<ul style="list-style-type: none"> · 외부 전문가 자문(보건의료·사회복지 각 1인 또는 융합 1인) · 선도사업 운영비 · 지역자율형 포괄사업비(지자체장 자율 사용) · 권수리 사업비 · 지역 실정에 맞는 재가서비스 개발·제공(지자체장 자율) · 케어안심주택, 자립체험주택 등 일차료 · 대상자 사례관리 및 생활지원 서비스 제공 등 · 담당자 교육, 훈련 및 전문컨설팅 실시 · 케어안심창구 등 운영을 위한 정보시스템 구축
연계사업 I (복지부) (국비+지방비+ 건강보험+ 장기요양보험+ 민간 사회공헌)	<ul style="list-style-type: none"> · 의료기관 퇴원지원 시범사업(건강보험) · 방문진료 수가 시범사업(건강보험) · 일차의료 만성질환관리 시범사업(건강보험) · 신규 재가서비스 시범사업(장기요양보험) · 건강생활지원센터 우선 확충(국비+지방비) · 재가 의료급여 시범사업(국비+지방비) · 안심생활 지원(스마트 홈 시범사업(민간 사회공헌)) 등 · 우수지자체 포상 및 집중 홍보
연계사업 II (행안부)	<ul style="list-style-type: none"> · 주민자치형 공공서비스 추진사업 · 사회복지직 및 간호직 공무원 우선 충원 · 지자체 평가 우대
연계사업 III (국토부)	<ul style="list-style-type: none"> · 커뮤니티케어형 도시재생 뉴딜사업지역으로 선정 · 주거취약지역 생활여건 개선사업(새마을사업) 우선 선정
자체 자원 (지방비)	<ul style="list-style-type: none"> · 국비 매칭을 위한 필요 자원 · 사업의 성공적 추진을 위해 투입가능한 추가 자원
민간 협력	<ul style="list-style-type: none"> · 사회복지계, 자원봉사기관 등 민간 자원 협력 · 보건의료단체 협력 (지역 의사회, 간호사회, 간호조무사회, 약사회, 치과의사회, 한의사회, 물리치료사회, 작업치료사회, 병력회 등) · 건강보험공단 지사, 국민연금공단 지사, LH 지역본부 협력

자료: 보건복지부(2019a: 15).

커뮤니티케어 선도사업의 서비스 내용은 자체의 예산을 중심으로 진행되는 예산사업과 지자체의 기존 자체사업, 그리고 관련된 자원으로 활용되는 연계사업이 활용되고 있다. 그리고 사업의 내용적 측면에서는 주거 관련 부분을 상당히 강조하고 있는데 보건복지부 지역사회통합돌봄 자체 추진 가이드북에서는 주거지원 인프라와 관련된 핵심 통합돌봄 프로그램으로 (1) 케어안심주택의 확충, (2) 주택개조, (3) 자립체험주택, (4) 거주시설의 전환 등 4가지의 구성을 밝히고 있다(보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2020).

실제 선도사업에서 초점이 두어지고 있는 주거지원은 케어안심주택을 비롯한 주거의 제공과 주택의 환경을 개선하기 위한 주택개조로 양분이 가능하다. 커뮤니티케어 주거지원사업의 개념도는 [그림 3-3-2]와 같다.²¹⁾

[그림 3-3-2] 커뮤니티케어 선도사업에서 주거지원사업의 개념도



자료: 보건복지부·관계부처합동(2018: 26).

16개 지자체의 선도사업 운영계획서 상, 2020년 통합돌봄프로그램 총 운영 단위 수는 총 422개이고 이 중 주거가 60개 단위사업으로 단위사업 수 기준 14.2%를 차지하고 있다(보건복지부 커뮤니티케어추진단, 2020). 대상자 유형별로 연계 인원의 비중은 다음 <표 3-3-2>와 같다.

21) 이 개념도와 관련하여 지나치게 단계론적이라는 비판도 있음. 가벼운 기능제약 상황에서 주택개조 사업이 중심이 되고, 일반적 노인주택과 공동생활주택 사이의 상황에 케어안심주택이 있고, 기능수준이 많이 약해지면 시설이나 병원으로 이전하며 반대의 상황에서는 탈시설이나 탈원화를 통해 지역사회주거로 이전하는 도식이라 할 수 있음. 실제의 상황에서는 비현실적이라 할 수 있는 다양한 주거이전을 제안하고 있다는 것이 부적절하다는 비판임. 즉, 개념도는 대상자의 상태에 따라 주거를 이전하는 방식처럼 주거준비 전략을 따르고 있어 이보다는 주거우선 원칙에 입각한 형태로의 개념도 전환을 주장하는 경우도 있음.

〈표 3-3-2〉 선도사업 지자체의 연계자원 활용계획

유형	인원	보건복지 연계자원 유형별					
		계	주거	일상생활	보건의료	정신심리	기타
노인	6,081	20,513	2,548 (12.4%)	10,167 (49.6%)	6,890 (33.6%)	638 (3.1%)	270 (1.3%)
장애인	1,772	2,495	622 (24.9%)	896 (35.9%)	510 (20.4%)	330 (13.2%)	137 (5.5%)
정신 질환자	220	694	6 (0.9%)	39 (5.6%)	21 (3.0%)	601 (86.6%)	27 (3.9%)

자료: 보건복지부 커뮤니티케어 추진단(2020: 85).

예산의 규모나 제공 건수라는 양적 측면에서 볼 때, 주거지원 부분의 사업 내용은 대부분 주택개조사업이 차지하고 있으며, 직접적 주거제공과 관련되는 케어안심주택이 차지하는 비중은 적은 편이다.

5. 주택공급방식의 ‘케어안심주택’

커뮤니티케어 선도사업에서는 시설이나 병원으로의 입원입소를 억제하기 위해 지역사회에서의 돌봄서비스와 결합된 주택의 제공 프로그램을 운영하고 있다. 이 중 케어안심주택은 가장 핵심적이고 직접적인 주거지원에 해당한다.

이 중에서 케어안심주택은 기존에 살던 거주지로부터의 주거이전을 전제한다. 적절한 주거지가 없거나 부적절한 경우에 서비스가 결합된 주택을 제공하는 것이다. 즉, 주거욕구와 서비스욕구가 결합되어 나타나는 대상군 중에서도 주거의 ‘이전’ 혹은 시설이나 병원에서 퇴소하여 새로운 주거지가 마련되어야 하는 경우에 활용되는 주거모델로 이해될 수 있다.

일부 지역의 경우에는 케어안심주택과 자립지원주택 혹은 자립체협주택을 구별하기도 한다. 케어안심주택과 자립주택(자립지원주택 및 자

립체험주택)을 서로 구별하는 경우 전자는 상대적으로 안정성을 가지는 공공임대주택 입주를 중심으로 이야기하고 후자는 정식 임대차 계약이 아닌 임시적 임대 형태이거나 공동주거에서의 주거훈련 프로그램을 지칭한 것으로 구별하기도 한다. 그러나 이 구별은 명확하지 않은 상태이다. 일부 선도사업 지역에서는 케어안심주택의 경우도 입주 기간 자체를 명확히 명시하지 않은 계약을 설정하거나 계약기간을 임시기간인 것으로 설정하기도 하기 때문이다.

현재 케어안심주택은 이론적 개념이라기보다는 우리나라 커뮤니티케어에서 제공하는 주택을 총칭하는 ‘정책 브랜드’로서의 속성을 가진다. 커뮤니티케어에서 제공하는 주택은 돌봄욕구에 대응하는 서비스를 수반하는 주택을 뜻하며, 시설입소나 입원을 하지 않고도 지역사회에서 생활할 수 있는 공간적 수단(주택)을 제공하는 의미로 볼 수 있다. 대개의 선도사업 지역에서 케어안심주택은 공공임대주택의 일정 물량을 커뮤니티케어 대상자에게 할애하고 이들에게 돌봄 등 사회서비스를 더하여 제공하는 방식이다.

실제 선도사업에서 주택의 확보는 쉽지 않다. 각 지역의 선도사업 계획서에 따르면 2019년까지 50여 가구에 케어안심주택이 제공되었고, 2020년에는 321호의 케어안심주택의 지원을 계획하고 있으나 2020년 7월 기준, 실제 입주가 이루어져 케어안심주택이 작동되고 있는 것은 2019년의 실적을 합쳐 100호를 조금 넘기는 수준으로 알려져 있다. 아직 한군데의 케어안심주택도 운영되고 있지 않은 선도사업 지역도 다수 존재한다. 장애인을 대상으로 하는 선도사업 지역 2개소의 케어안심주택 운영실적은 2019년 선도사업 시작 이후 2020년 7월까지 20호 미만이다(남기철, 김선미, 민소영, 홍인옥, 2020).

현재 16개 선도사업 지자체 대부분은 공공임대주택을 확보해 케어안

심주택으로 활용하고 있거나 활용할 계획을 가지고 있다. 공공임대주택은 LH가 공급하는 경우와 지역도시공사가 공급하는 경우가 있다. 일부 지역에서는 지자체가 보유한 유헴건물이나 민간 주택을 활용하기도 한다. 케어안심주택의 건축이나 매입 등 주택확보를 위한 예산 자체는 대개 LH나 지역공사의 자체사업예산을 활용하는 연계사업 예산의 형태를 띤다.

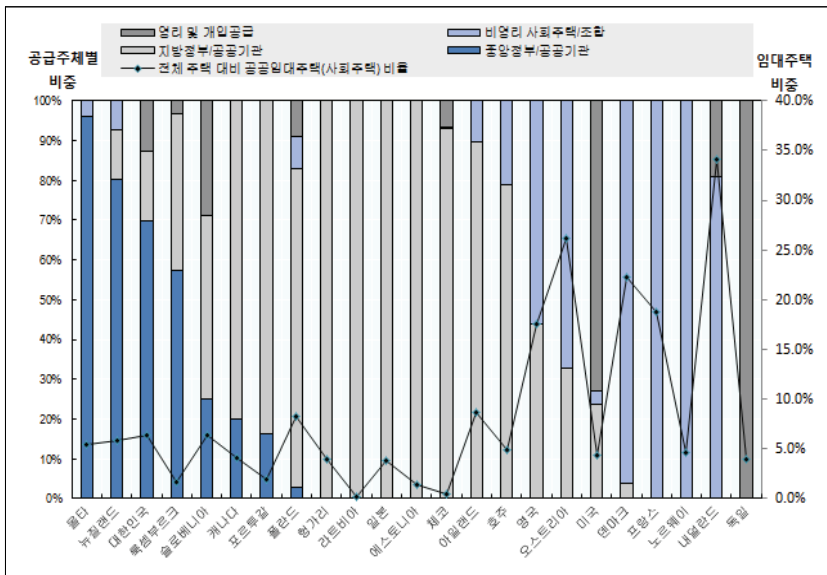
커뮤니티케어에서의 관건은 주택자원을 확보하는 것으로 공공임대주택, 사회주택, 지자체의 소유건물, 민간주택의 활용 등 지역의 상황(공공임대주택의 분포, 민간주택의 분포, 지역사회자원의 형태 등)에 따라 다양한 주택자원 확보방안이 모색되고 있다. 엄밀히 말하면 전세임대주택의 경우도 민간의 임대주택을 공공이 전세로 임대하여 다시 입주자에게 임대하는 것이므로 민간주택의 활용이라고 할 수도 있다. 경기도의 선도사업 지역에서는 허그대출(70%), 지역기금(사회적 경제 25%), 임차인 보증금(5%)으로 재원을 마련하여 실당 30m²의 사회적 주택을 마련하여 케어안심주택으로 활용하고 있다. 리모델링을 통해 4호를 운영하고 있으며, 주택관리는 지역 내의 지역자활센터가 서비스는 사회복지관이 담당하는 방식을 활용하고 있다.

또한, 국토부의 도시재생사업과 같은 관련 공공사업과의 연계를 통해 주택자원을 확보하는 경우도 있다. 부산의 선도사업 지역에서는 새뜰마을사업지역의 커뮤니티시설에 공유주택을 계획하여 케어안심주택 자원으로 마련하기도 한다. 이와 같은 다양한 방식으로 주택을 마련하는 것은 공공임대주택만으로 케어안심주택의 충분하고 다양한 거주욕구에 부응하기 어려우므로 큰 의미를 가진다.

서구에서는 저렴하고 적절한 임대주택이 공공에 의해서만 제공되는 것이 아니라 비영리 주택조합 등 다양한 주체에 의해 제공되는 사회주택이

일반적이라는 점도 감안할 필요가 있다. 우리나라의 공공임대주택 재고는 꾸준히 상승하고 있어 주거복지로드맵 2.0이 성공적으로 수행된다면 OECD 평균을 상회할 수도 있다. 하지만 [그림 3-3-3]에서 보는 바와 같이 공급주체의 측면에서 중앙정부 공공기관에 지나치게 의존하고 있다는 점이 두드러지고 있어 공급주체와 방식의 다변화가 요구되기도 하다.

[그림 3-3-3] 공공임대주택 재고 비율과 공급주체별 비율



자료: OECD(2019a), 보건복지부(2019b: 11), 남기철(2019:284)에서 재인용.

다만, 이는 지역사회조직화와 자원 정도에 따라 가능하며, 아직 대부분의 선도사업지역에서 다양한 민간주택이나 사회주택 공급을 케어안심주택의 주요한 자원으로 활용하는 것은 당장의 적용에는 한계가 있다.

제4절 소결: 고령장애인 대상 주거지원정책 현황

앞서 살펴 보았듯이 최근 고령인구의 급증은 가장 큰 사회문제 중 하나로 두드러지고 있으며, 기존 장애인의 고령화 및 비장애노인의 노화로 인한 신체기능 저하 등의 장애경험에 의해 고령장애인의 수가 많이 늘어나고 있다. 즉, 장애인과 고령자의 교집합이 커지고 있으나 고령장애인을 위한 중앙정부 차원의 맞춤형 주거지원 제도는 찾아보기 힘든 것으로 보인다. 현재 고령자 주거지원과 장애인 주거支원은 별도로 마련되어 있고 취약계층으로 묶여 시행되고 있지만, 그 수준이 미비하고 고령장애인을 고려한 주거지원정책은 수립되거나 시행되지 못하고 있는 것으로 보인다.

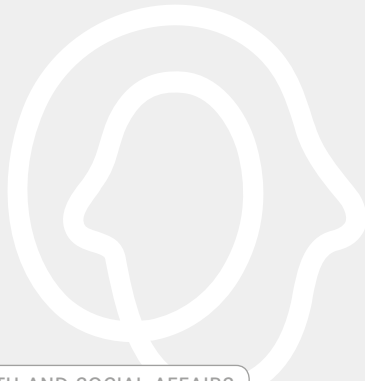
고령자를 비롯하여 장애인을 대상으로 하고 있는 중앙정부 차원(국토부)의 주거지원 정책은 크게 주택공급 정책, 주거비 지원 및 주택금융 정책, 주택개조지원정책, 그리고 최근 시도되고 있는 주택과 서비스를 결합한 케어안심주택 및 지원주택 등으로 구분할 수 있다. 본 연구를 통해서 도출한 장애인 대상 주거지원정책에 대한 평가는 유동철 외(2018) 연구와 일맥상통하는 것을 알 수 있다. 이를 정리하면 다음과 같다. 첫째, 우리나라의 노인 및 장애인을 포함하는 취약계층 대상의 주택공급 정책은 일부 공공임대주택에 한해 신청자격이나 가산점을 고려하는 간접적인 방식의 주택공급 정책을 취하고 있다. 직접적인 주택공급방식으로는 취약계층을 대상으로 하는 특별공급 방식이나, 우리나라에서는 이러한 방식은 아주 극소수에 불과하다. 둘째, 중앙정부 차원의 주택 관련 금융정책의 경우도 장애인 대상 별도의 금융정책은 없으며, 기존 주택 관련 금융 정책(예. 버팀목 전세자금 대출, 내집 마련 디딤돌 대출 등의 주택자금 지원프로그램 등)에서 일부 고려하는 수준에 불과하다. 셋째, 주택개조지원정책은 중앙정부차원의 놓여준 장애인 주택개조사업이 있고, 지방자치

단체에서 시행하고 있는 일부 사업이 있다. 넷째, 케어안심주택이나 지원주택과 같은 주거모델의 시도는 2013년부터 서울시에서 시범사업 형태로 시도되어 2018년 서울시 조례 제정(지원주택 공급 및 운영에 관한 조례, 2018.04.06.)으로 이어져 현재 중앙정부차원에서 ‘지원주택제도화 추진위원회’가 만들어지고 이를 법제화하는 노력이 진행되고 있는 상황이다(유동철 외, 2018).

특히 장애인 대상 지원주택 시범사업의 경우에는 거주시설 장애인의 탈시설을 위한 목적으로 시도된 경우가 많으며, 충현복지관의 지원주택 시범사례의 경우만 재가 발달장애인을 고려한 지역사회 내 서비스 연계로 그 대상을 확대한 시도를 확인할 수 있었다. 또한 장애인을 대상으로 하는 주거환경 개선 사업은 중앙정부 차원에서는 농어촌 장애인 주택개조 사업(국토부 50: 지자체 50 매칭)만이 존재하고 일부 지방정부 차원에서 100프로 예산 지원하는 형태의 장애인 주거환경개선 사업이 운영되고 있는 상황이다. 그 대상도 중앙정부와 지방정부 사업 모두 저소득 장애인으로 한정되어 있으며, 중앙정부 사업의 개조 예산은 가구당 최대 380만원, 지방정부의 예산은 최대 600만원 수준으로 차이가 있다. 특별히 농어촌 장애인 주택개조사업의 가구당 예산은 380만원으로 실제 주택 수리비용에 비해 상당히 낮은 수준이다. 지자체별 장애인 주거환경 사업의 경우에도 예산의 규모가 매해 제한되어 있어 사업의 규모가 매우 작다.

주거환경 개선 관련 사업에서 특별히 주목하여야 할 점은 ‘서울시 시각장애인 가정 내 잔고장 수리서비스’와 같은 특화된 주거환경 개선 사업이다. 이 사업은 지역사회 내 시각장애인의 욕구에 기반을 둔 특화 사업으로 본래 노원시각장애인복지관에서 기초자치단체의 예산을 받아 ‘노원지역 시각장애인’을 대상으로 수행하던 사업에서 2019년 ‘서울시 참여예산의 지원’을 받게 되면서 서울시에 거주 중인 중증 시각장애인으로 그 대

상이 확대되었다. 본 연구의 FGI에서도 이러한 종류의 사업의 필요성이 다양한 장애유형에서 모두(지체장애인 및 호흡기 장애인) 나타났으며, 기초자치단체 수준의 주거지원서비스의 개발은 이러한 방식으로 지역사회 주민의 욕구에 근거한 사업내용 및 대상자 선정을 통해 이루어질 필요가 있다.



제4장

고령장애인의 주거 특성 및 욕구

제1절 고령장애인의 주거 특성

제2절 고령장애인의 주거지원 욕구

제3절 소결: 고령장애인의 주거지원 관련 이슈 및 쟁점

제4장 고령장애인의 주거 특성 및 욕구

제1절 고령장애인의 주거 특성

고령장애인은 크게 두가지 측면에서 접근이 가능하다. 첫째, 일생동안 장애인으로 살다가 65세가 도래한 장애인과 둘째, 일생동안 비장애인으로 살아오다 노화로 인해 기능 제한을 경험하여 장애등록을 한 집단을 생각해 볼 수 있다. 현재 고령장애인을 대상으로 하는 조사는 존재하지 않으며, ‘장애인 실태조사’와 ‘노인 실태조사’에서 각기 ‘고령장애인’을 포함하고 있어 이들 자료를 활용한 이차 분석을 시도하였다. 노인실태조사의 경우 장애등록 시기를 묻는 문항이 없기 때문에 ‘고령장애인’의 경우 65세 이후에 장애가 발생하였는지 아니면 이전에 장애가 발생하여 고령이 된 장애인인지는 구별할 수 없는 한계가 있다. 그러나 분석이 가지는 타 연구와의 차별성은 노인의 장애여부를 기준으로 비장애노인과 고령장애인의 주거특성의 집단 간 차이를 알아본 것이고, 장애인의 연령 구분에 따라 청장년 장애인과 고령장애인의 주거특성의 집단간 차이를 비교·분석하여 고령장애인의 주거 특성을 확인하였다.

1. 노인실태조사 분석을 통한 고령장애인의 주거 특성

가. 비장애노인 및 고령장애인의 일반적 특성

2017년 노인실태조사 마이크로데이터를 활용하여 노인의 장애여부를

기준으로 비장애노인과 고령장애인 그룹으로 구분하여 이들의 주거환경 특성의 집단 간 차이를 살펴보았다. 2017년 노인실태조사 결과, 장애 여부에 따른 노인 현황은 다음과 같다<표 4-1-1>.

응답 노인의 88.0%는 장애등급을 받은 적이 없다고 응답한 비장애노인이었으며, 나머지 12.0%는 2017년 기준 등록장애인으로 응답하였다. 이들 중 장애가 심한 고령장애인은 3.6%(366명)이었고, 장애가 심하지 않은 고령장애인은 8.4%(867명)으로 나타났다.

<표 4-1-1> 장애 여부에 따른 노인 총인원

(단위: %, 명)

비장애노인	고령장애인				전체 (명)
	전체	장애 정도가 심한 장애	장애 정도가 심하지 않은 장애		
88.0 (9,065)	12.0 (1,234)	3.6 (366)	8.4 (867)	100.0 (10,299)	

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

장애 여부에 따른 노인의 일반적인 특성 중 성별을 우선 살펴보면, 전체 노인의 42.5%가 남성, 여성은 57.5%로 나타났다. 비장애노인의 41.2%는 남성이었으며, 여성은 58.8%이었다. 고령장애인은 남성 51.5%, 여성 48.5%로 조사되었다.

학력은 전체 노인의 경우 초등학교 졸업이 34.1%로 가장 높게 나타났으며, 고등학교 졸업 이상이 24.8%, 무학이 24.2%, 중학교 졸업이 16.8%였다. 비장애노인은 초등학교 졸업이 33.7%, 고등학교 졸업 이상이 25.7%, 무학 23.8%, 중학교 졸업이 16.9%로 나타났다. 그에 비해 고령장애인은 고등학교 졸업 이상이 18.5%로 비장애노인에 비해 낮았으며, 무학이 27.5%, 초등학교 졸업이 37.6%로 확인되었다.

연령대를 살펴보면 전체 노인의 경우 65~79세가 78.3%로 많았으며, 80세 이상은 21.7%로 나타났다. 비장애노인과 고령장애인도 같은 분포를 보이며, 비장애노인은 65~79세가 78.4%, 80세 이상은 21.6%였다. 고령장애인은 65~79세가 77.9%, 80세 이상 비율이 22.1%로 비장애노인보다 다소 높았다.

가구형태는 전체 노인의 48.3%가 노인부부 형태였으며, 자녀와 동거하는 형태는 23.7%, 노인 1인가구는 23.6% 등이었다. 비장애노인은 노인부부 48.1%, 자녀와 동거하는 가구 24.1%, 노인단독가구 23.6% 등이었으나, 고령장애인은 노인부부 50.3%, 노인단독가구 23.0%, 자녀와 동거하는 가구 21.2% 등이었다.

가구원 수가 1명인 전체 노인 비율은 23.6%, 2명은 55.8%, 3명 이상이 20.6%로 나타났다. 비장애노인의 경우, 가구원 수가 1명인 비율은 23.6%, 2명은 55.6%, 3인 이상이 20.7%로 조사되었고, 고령장애인은 가구원수가 1명인 비율이 23.0%, 2명은 57.1%, 3인 이상이 19.9%였다.

거주지역을 살펴보면 전체노인의 68.6%가 도시(동), 31.4%가 농촌(읍면)에 거주하고 있다. 비장애노인은 도시(동) 68.9%, 농촌(읍면) 31.1%로 나타났으며, 고령장애인은 도시(동) 66.4%, 농촌(읍면) 33.6%로 조사되었다.

〈표 4-1-2〉 장애 여부에 따른 노인의 일반특성

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
성별			
남성	41.2	51.5	42.5 (4,375)
여성	58.8	48.5	57.5 (5,924)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			47.096(1)***/ .000
학력			
무학	23.8	27.5	24.2 (2,494)
초등학교	33.7	37.6	34.1 (3,514)
중학교	16.9	16.5	16.8 (1,735)
고등학교 졸업 이상	25.7	18.5	24.8 (2,555)
계	100.0	100.0	100.0 (10,298)
$\chi^2(df)/ p$			33.695(3)***/ .000
연령대			
65~79세	78.4	77.9	78.3 (8,068)
80세 이상	21.6	22.1	21.7 (2,230)
계	100.0	100.0	100.0 (10,298)
$\chi^2(df)/ p$			.13613)/ n.s.
가구형태			
노인단독	23.6	23.0	23.6 (2,427)
노인부부	48.1	50.3	48.3 (4,979)
자녀동거	24.1	21.2	23.7 (2,444)
기타	4.2	5.5	4.4 (449)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			9.423(3)*/ .024
가구원수			
1명	23.6	23.0	23.6 (2,427)
2명	55.6	57.1	55.8 (5,749)
3명 이상	20.7	19.9	20.6 (2,124)
계	100.0	100.0	100.0 (10,300)
$\chi^2(df)/ p$			.882(2)/ n.s.
거주지역			
도시 (동부)	68.9	66.4	68.6 (7,067)
농촌 (읍·면부)	31.1	33.6	31.4 (3,232)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			3.292(1)/ n.s.

주: 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음
 자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

나. 지역사회 거주 비장애노인 및 고령장애인의 주거환경

주택소유형태를 살펴보면, 전체노인은 자가일 경우가 70.9%, 보증금이 있는 월세는 11.3%, 무상 9.5% 등으로 나타났다. 비장애노인은 자가 71.1%, 보증금이 있는 월세 11.2%, 무상 9.4%였으나, 고령장애인은 자가 69.4%, 보증금이 있는 월세 12.0%, 무상 10.3%로 나타나 다소 차이가 있었다.

현재 거주하고 있는 주택종류는 전체 노인의 48.8%가 단독주택에 거주하고 있으며, 35.1%는 아파트, 연립·다세대주택은 14.6% 등이었다. 단독주택에 거주하는 비장애노인은 48.3%, 아파트 35.5%, 연립·다세대주택 14.6%로 나타났으며, 고령장애인은 단독주택 52.6%, 아파트 32.4%, 연립·다세대주택 14.0%으로 단독주택에 거주하는 노인이 더 많은 것으로 나타났다.

방은 가구에서 사용하고 있는 수면, 의복 보관, 서재, 거실 등을 포함한 용도 기준으로 조사되었다. 전체노인과 비장애노인, 고령장애인 집단이 유사한 환경에서 거주하고 있는 것으로 나타났다. 방이 3개인 경우가 모두 높게 나타났으며, 전체노인은 44.8%, 비장애노인은 45.1%, 고령장애인은 43.2%로 조사되었다.

생활편의성은 조사원이 평가한 노인의 주택이 생활하기에 편리한 구조로 되어있는 수준이다. 전체노인의 84.0%가 생활하기 불편한 구조는 아니지만 노인을 배려한 설비는 없는 공간에서 거주하고 있으며, 생활하기 불편한 구조를 가진 곳 9.9%, 노인을 배려한 설비를 갖춘 곳은 6.1%였다. 비장애노인도 이와 유사하게 나타났는데, 노인을 배려한 설비가 없는 곳은 84.4%, 생활하기 불편한 구조를 가진 곳은 9.4%, 노인을 배려한 설비를 갖춘 곳은 6.2%였다. 그러나 고령장애인은 생활하기 불편한 구조에

거주하는 경우가 13.7%로 다소 높았으며, 노인을 배려한 설비를 갖춘 경우도 5.5%로 낮았다.

〈표 4-1-3〉 장애 여부에 따른 노인의 주거환경

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
주택소유형태 ¹⁾			
자가	71.1	69.4	70.9 (7,260)
전세	7.3	6.9	7.3 (746)
보증금 있는 월세	11.2	12.0	11.3 (1,155)
보증금 없는 월세	1.0	1.4	1.0 (104)
무상	9.4	10.3	9.5 (970)
계	100.0	100.0	100.0 (10,235)
$\chi^2(df)/ p$			4.427(4)/ n.s.
주택종류 ²⁾			
단독주택	48.3	52.6	48.8 (5,026)
아파트	35.5	32.4	35.1 (3,613)
연립·다세대주택	14.6	14.0	14.6 (1,499)
기타	1.6	1.0	1.6 (160)
계	100.0	100.0	100.0 (10,298)
$\chi^2(df)/ p$			10.477(3)*/ .015
방 개수 ²⁾			
1개	3.0	4.4	3.1 (323)
2개	21.9	22.1	22.0 (2,261)
3개	45.1	43.2	44.8 (4,618)
4개	22.9	23.1	22.9 (2,360)
5개 이상	7.1	7.3	7.2 (737)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			7.788(4)/ n.s.
생활편의성 ³⁾			
생활하기 불편한 구조	9.4	13.7	9.9 (1,017)
노인을 배려한 설비 없음	84.4	80.8	84.0 (8,650)
노인을 배려한 설비 갖춘	6.2	5.5	6.1 (630)
계	100.0	100.0	100.0 (10,297)
$\chi^2(df)/ p$			23.246(2)***/ .000

주 1) 전체응답자 10,299명 중 무응답 64명을 제외하고 분석

2) 전체응답자 10,299명을 분석

3) 전체응답자 10,299명 중 기타 1명(집이 어둡다)을 제외하고 분석

4) 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

주택만족도는 현재 살고 있는 주택 전반에 대한 만족도를 묻는 문항으로 전혀 만족하지 않는 편이다(1점)에서 매우 만족하는 편이다(5점)로 구성된 항목을 점수화하여 활용했다. 전체 노인은 평균 3.80점, 비장애노인은 평균 3.81점, 고령장애인은 평균 3.78점으로 나타나 집단 간 차이는 없었다.

주거환경만족도는 현재 거주지의 주거환경 전반에 대한 만족도에서 전혀 만족하지 않는 편이다(1점)에서 매우 만족하는 편이다(5점)로 구성된 항목을 점수화하여 활용했다. 전체 노인은 평균 4.88점, 비장애노인은 평균 4.88점, 고령장애인은 평균 4.89점으로 이 또한 집단 간 차이는 없었다.

〈표 4-1-4〉 장애 여부에 따른 노인의 주거만족도

구분	비장애노인		고령장애인		전체	
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
주택 만족도	3.81	.766	3.78	.747	3.80	.763
t(df)/ p					-1.160(10071)/	n.s.
주거환경 만족도	4.88	.329	4.89	.321	4.88	.328
t(df)/ p					1.002(1500.838)/	n.s.

주: 본인응답자를 대상으로 하여 10,073명을 분석

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

노인의 일반적 특성에 따른 주거만족도를 살펴보면 다음과 같다. 주거만족도는 전혀 만족하지 않는 편이다(1점)에서 매우 만족하는 편이다(5점)로 구성된 항목을 만족함+보통, 만족하지 않음의 2개의 항목으로 재분류하여 분석하였다.

비장애노인과 고령장애인의 성별에 따라 주거만족도는 다소 차이가 있었다. 현재 살고 있는 주택 전반에 만족하거나 보통이라고 생각한 비장애노인 중에서는 여성이 58.3%로 나타났으나 남성 고령장애인은 51.9%로 분석되었다. 그리고 주거만족도가 낮은 비장애노인 중에서는 여성이

62.3%인 반면에 고령장애인 중 남성이 52.0%로 나타나 성별 간 차이가 있었다.

연령대를 기준으로 살펴보면 두 집단이 유사하게 나타났다. 비장애노인과 고령장애인 모두 65-79세가 주거만족도가 높거나 낮은 것으로 나타났다. 특히, 65-79세 비장애노인(83.2%)이 동일 연령대의 고령장애인(79.4%)에 비해 낮은 주거만족도를 보이고 있었다.

학력으로는 비장애노인과 고령장애인 모두 초등학교 졸업일 때 주거만족도가 높은 경우가 각각 33.6%, 38.5%로 높게 나타났다. 그러나 주거에 만족하지 않는 비율은 초등학교 졸업 비장애노인이 36.7%, 무학 고령장애인 29.4%, 고등학교 졸업 이상 고령장애인이 29.4%로 분석되었다.

가구형태는 비장애노인 중 노인부부 49.1%가 주거에 만족하거나 보통인 것으로 나타났으며, 고령장애인 중 노인부부 또한 52.3%로 동일했다. 그리고 비장애노인 중 노인부부 40.5%가 주거에 만족하지 않는 것으로 조사되었으며, 노인부부의 고령장애인도 39.2%였다.

가구원수는 비장애노인이 자녀 혹은 배우자 등 2명과 함께 거주하는 경우 주거 만족도가 높았으며(56.5%), 고령장애인 역시 2명의 가구원이 있을 경우 58.2%로 만족도가 높았다. 주거에 만족하지 않는 비율도 2인 가구로 생활하고 있는 경우가 가장 높았는데, 비장애노인이 48.3%, 고령장애인이 43.1%였다.

지역을 살펴보면 도시에 거주하는 비장애노인은 주거에 만족하거나 보통인 경우가 69.1%, 고령장애인은 65.5%로 조사되었다. 주거에 만족하지 않는 경우도 도시에 거주하고 있는 비장애노인은 68.6%, 고령장애인은 71.6%로 도시 고령장애인이 비장애노인보다 주거에 불만족하는 것으로 조사되었다.

〈표 4-1-5〉 노인의 일반적 특성에 따른 노인의 주거 만족도

(단위: %.)

구분	비장애 노인		고령장애인	
	만족함+보통	만족하지 않음	만족함+보통	만족하지 않음
성별				
남성	41.7	37.7	51.9	52.0
여성	58.3	62.3	48.1	48.0
$\chi^2(df)/p$	4.321(1)* / .038		.000(1)/ n.s.	
연령대				
65~79세	79.0	83.2	78.5	79.4
80세 이상	21.0	16.8	21.5	20.6
$\chi^2(df)/p$	7.049(1)** / .008		.048(1)/ n.s.	
학력				
무학	22.9	27.3	27.0	29.4
초등학교	33.6	36.7	38.5	27.5
중학교	17.3	14.3	16.9	13.7
고등학교 졸업 이상	26.2	21.7	17.6	29.4
$\chi^2(df)/p$	16.221(3)** / .001		10.816(3)* / .013	
가구형태				
노인독거	23.3	31.3	23.4	31.4
노인부부	49.1	40.5	52.3	39.2
자녀동거	23.9	23.2	20.5	25.5
기타	3.6	5.0	3.8	3.9
$\chi^2(df)/p$	32.196(3)*** / .000		6.664(3)/ n.s.	
가구원수				
1명	23.3	31.3	23.4	31.4
2명	56.5	48.3	58.2	43.1
3명 이상	20.2	20.4	18.4	25.5
$\chi^2(df)/p$	26.301(2)*** / .000		8.599(2)* / .014	
지역				
도시 (동부)	69.1	68.6	65.5	71.6
농어촌 (읍·면부)	30.9	31.4	34.5	28.4
$\chi^2(df)/p$	.089(1)/ n.s.		1.525(1)/ n.s.	
전체	91.7	8.3	91.3	8.7

주: 전체응답자 10,299명 중 무응답 226명을 제외하고 분석
 자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

주된 교통수단을 살펴보면 전체노인은 버스를 주로 이용하며(45.9%), 자가용 25.2%, 지하철 19.0%, 택시 6.1% 등으로 나타났다. 비장애노인은 이동시 버스를 이용하는 경우가 46.8%, 자가용 24.9%, 지하철 19.5%, 택시 5.2%로 조사되었다. 한편 고령장애인은 버스가 39.2%, 자가용 27.5%, 지하철 15.3%, 택시 13.1%로 나타났다. 이는 고령장애인의 편의성을 고려한 버스, 지하철의 대중교통수단이 조성되지 않아 느끼는 불편함으로 인해 낮은 수치가 나온 것으로 보이며, 상대적으로 택시나 자가용의 사용빈도가 높은 것으로 보인다.

전체노인의 59.5%는 외출 시 불편사항이 없는 것으로 나타났으며 계단이나 경사로 오르내리기 19.6%, 버스타고 내리기 12.6% 등이었다. 비장애노인도 높은 수치로 61.3%가 불편함이 없다고 답했으며, 계단이나 경사로 오르내리기 18.4%, 버스타고 내리기 12.3% 등으로 조사되었다. 그에 비해 외출 시 불편함이 없는 고령장애인은 45.7%이었으며, 계단이나 경사로 오르내리기 28.8%, 버스타고 내리기 14.7% 등이었다.

〈표 4-1-6〉 장애 여부에 따른 외출여건

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
주된 교통수단 ¹⁾			
없음(도보만)	0.1	0.3	0.2 (16)
버스	46.8	39.2	45.9 (4,677)
지하철	19.5	15.3	19.0 (1,935)
택시	5.2	13.1	6.1 (622)
자가용	24.9	27.5	25.2 (2,568)
자전거	1.7	1.6	1.6 (168)
오토바이	1.9	3.0	2.0 (203)
계	100.0	100.0	100.0 (10,189)
$\chi^2(df)/ p$			140.60(6)***/ .000
외출 시 불편사항 ²⁾			
없음	61.3	45.7	59.5 (5,991)
버스타고 내리기	12.3	14.7	12.6 (1,266)
계단이나 경사로 오르내리기	18.4	28.8	19.6 (1,971)
교통수단 부족	4.0	4.0	4.0 (405)
이동하기에 불편한 도로상태	1.2	3.0	1.4 (144)
노인을 배려하지 않은 교통편의시설	1.5	2.7	1.6 (161)
차량이 많아 다니기에 위험함	1.3	1.1	1.3 (127)
계	100.0	100.0	100.0 (10,065)
$\chi^2(df)/ p$			136.879***/ .000

주 1) 전체응답자 10,299명 중 기타(전동 휠체어 등) 45명, 무응답 66명 등 총 111명을 제외하고 분석

2) 본인응답자 10,073명 중 기타(거리가 멀어서, 장애 등) 10명을 제외하고 분석

3) 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

건강 유지 시 선호하는 거주장소는 전체노인의 경우 88.6%가 현재 집에서 거주로 나타났으며, 거주환경이 보다 더 좋은 집으로 이사의 경우 11.1%, 생활편의 서비스 등이 제공되는 주택으로 입소는 0.2%였다. 비장애노인과 고령장애인 모두 이와 동일한 순위로 나타났다. 장애 여부와 상관없이 대다수의 노인이 자신이 거주하는 공간을 선호하고 있었다(〈표 4-1-7〉 참조).

거동이 불편해질 경우 희망하는 거주장소는 전체노인의 57.7%가 현재 살고 있는 집을 선호했으며, 노인요양시설로 입소가 32.0%로 나타났다. 비장애노인은 현재 살고 있는 집을 선호하는 경우가 57.3%, 노인요양시설로의 입소가 32.3%이며, 고령장애인은 60.5%가 현재 거주하고 있는 집을 선호했으며, 29.8%가 노인요양시설로의 입소였다. 거동이 불편할 경우 노인요양시설로 입소 선호도가 높아지는 경향은 현재 거주하고 있는 집이 노인의 편의성을 반영하고 있지 못함을 알 수 있다.

〈표 4-1-7〉 장애 여부에 따른 노인의 거주 선호도

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
건강 유지 시 거주장소 ¹⁾			
현재 집에서 거주	88.5	89.7	88.6 (8,926)
거주환경이 더 좋은 집으로 이사	11.3	10.0	11.1 (1,123)
식사,생활편의 서비스 등이 제공되는 주택으로 입소	0.2	0.3	0.2 (24)
계	100.0	100.0	100.0 (10,073)
$\chi^2(df)/ p$			2.464(2)/ n.s.
거동 불편할 시 거주장소 ²⁾			
(재가서비스를 받으며) 현재 살고 있는 집에서 거주	57.3	60.5	57.7 (5,805)
배우자, 자녀 또는 형제자매와 같이 거주	10.4	9.7	10.4 (1,042)
노인요양시설로 입소	32.3	29.8	32.0 (3,217)
계	100.0	100.0	100.0 (10,064)
$\chi^2(df)/ p$			4.281(2)/ n.s.

주 1) 본인응답자를 대상으로 하여 10,073명을 분석

2) 본인 응답자 10,073명 중 기타(아직 생각해본 적 없음 등) 9명을 제외하고 분석

3) 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

다. 고령장애인의 거주환경과 삶의 질

고령장애인의 주거특성이 삶의 질에 미치는 영향을 파악하기 위해 선형회귀분석을 실시하였다. 삶의 질은 경제 상태, 건강 상태, 배우자와의 관계, 자녀와의 관계, 사회·여가문화활동, 친구 및 지역사회와의 관계 등 삶의 여섯 가지 영역에서의 만족도의 평균값으로 측정하였다.

먼저 전체 노인의 주거특성과 삶의 질 간의 관련성을 보면, 보증금이 있는 월세에 거주하는 노인($p<.05$), 구조가 생활하기 불편한 집에서 거주하는 노인($p<.001$)의 삶의 질이 낮은 것으로 분석되었다. 그리고 노인의 일반적 특성을 살펴보면 여성보다는 남성($p<.001$), 연령이 낮을수록($p<.001$), 고령장애인보다는 비장애인($p<.001$), 도시 지역보다는 농어촌에 거주하는 노인($p<.001$), 무학 이상의 학력을 가진 노인($p<.001$), 그리고 월평균 소득이 높을수록($p<.001$) 삶의 질이 높은 것으로 나타났다.

비장애인과 고령장애인 모두 주택유형이나 주거환경 만족도는 삶의 질과 통계적으로 유의한 관련성은 발견되지 않았으나 생활하기 불편한 구조의 집에서 거주하는 경우 삶의 질이 낮았으며, 주거만족도가 높을수록 삶의 질도 높아지는 것으로 분석되었다. 그 밖에 비장애노인의 경우 성별, 연령, 가구형태, 학력, 월평균 가구소득이 삶의 질과 유의한 연관성이 있었으며 고령장애인의 경우 성별, 연령, 그리고 월평균 가구소득이 삶의 질에 영향을 미치는 것으로 나타났다.

〈표 4-1-8〉 주거특성이 노인의 삶의 질에 미치는 영향

구분		B	S.E.	β	p
(상수)		3.341	.152	-	-
일반 특성	여성 (ref. 남성)	-.086	.013	-.064	.000
	연령	-.011	.991	-.117	.000
	가구형태 (ref. 기타)				
	노인독거	.106	.126	.010	.401
	노인부부	.087	.032	.071	.006
	자녀동거	-.058	.034	-.044	.091
	장애여부 (ref. 비장애)	-.170	.018	-.104	.000
	지역(농어촌) (ref. 도시)	.070	.014	.062	.000
	학력 (ref. 무학)				
	초등학교 졸업	.099	.019	.090	.000
	중학교 졸업	.146	.022	.111	.000
	고등학교 졸업 이상	.240	.021	.211	.000
	월평균 가구균등화 소득	.001	.000	.204	.000
주거 특성	점유형태 (ref. 보증금 없는 월세)				
	자가	.077	.083	.058	.350
	전세	.034	.086	.014	.696
	보증금 있는 월세	-.180	.085	-.090	.035
	무상	-.081	.086	-.037	.345
	주택유형 (ref. 기타)				
	단독주택	.039	.046	.037	.395
	아파트	.015	.046	.014	.742
	연립, 다세대 주택	-.011	.048	-.008	.813
	집 구조의 편리성 (ref. 노인을 배려한 설비 없음)				
	생활하기 불편한 구조	-.136	.024	-.068	.000
	노인을 배려한 설비 갖추	.057	.025	.026	.022
	주거만족도	.110	.009	.155	.000
	주거환경만족도	.010	.020	.006	.612
사례수		6,348			
R2		.214			
Adjusted R2		.212			
F		78.464***			

*** p<.000

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈표 4-1-9〉 비장애노인과 고령장애인의 주거특성이 삶의 질에 미치는 영향

구분		모델1 (비장애노인)			모델2 (고령장애인)		
		B	S.E.	β	B	S.E.	β
(상수)		3.248	.160	-	3.437	.532	-
일반 특성	여성 (ref. 남성)	-.063***	.013	-.061	-.096*	.043	-.080
	연령	-.011***	.001	-.124	-.007*	.004	-.073
	가구형태 (ref. 기타)						
	노인독거	.105	.125	.010	-	-	-
	노인부부	.075*	.034	.062	.153	.100	.112
	자녀동거	-.078*	.036	-.060	.026	.108	.018
	지역(농어촌) (ref. 도시)	.067***	.014	.060	.083	.043	.070
	학력 (ref. 무학)						
	초등학교 졸업	.112***	.020	.103	.006	.056	.006
	중학교 졸업	.171***	.023	.133	-.027	.066	-.020
	고등학교 졸업 이상	.256***	.022	.232	.120	.066	.088
	월평균 가구균등화 소득	.001***	.000	.206	.001***	.000	.215
주거 특성	주택점유형태 (ref. 보증금 없는 월세)						
	자가	.164	.090	.126	-.302	.220	-.220
	전세	.135	.093	.059	-.459	.237	-.166
	보증금 있는 월세	-.077	.092	-.039	-.639**	.230	-.319
	무상	-.013	.093	-.006	-.349	.232	-.162
	주택유형 (ref. 기타)						
	단독주택	.029	.046	.028	.161	.241	.144
	아파트	.014	.047	.013	.071	.243	.058
	연립, 다세대 주택	-.015	.048	-.010	.034	.247	.023
	집 구조의 편리성 (ref. 노인을 배려한 설비 없음)						
	생활하기 불편한 구조	-.146***	.026	-.073	-.089	.069	-.048
	노인을 배려한 설비 갖춘	.064*	.026	.030	-.010	.088	-.004
주거만족도		.106***	.009	.153	.136***	.029	.176
주거환경만족도		.022	.021	.014	-.063	.066	.342
사례수		5,606			741		
R2		.210			.173		
Adjusted R2		.207			.150		
F		70.514***			7.550***		

*p<.05, **p<.01, ***p<.000

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

2. 장애인 실태조사 분석을 통한 고령장애인의 주거 특성²²⁾

가. 청장년 장애인 및 고령장애인 일반적 특성

2017년 장애인실태조사 결과 장애인의 연령 구분에 따른 일반적 특성은 다음과 같다(표 4-1-10). 성별을 보면 청장년 장애인은 남자(64.7%)가 여자(35.3%)보다 비중이 높았다. 고령장애인은 여자(52.4%)가 남자(47.6%)보다 비중이 높았다. 학력의 경우 청장년 장애인은 무학 3.5%, 초등학교 17.9%, 중학교 16.4%, 고등학교 41.3%, 대학 이상 20.9%였다. 고령장애인은 무학 23.0%, 초등학교 41.9%, 중학교 15.5%, 고등학교 13.8%, 대학 이상 5.8%였다. 고령장애인은 청장년 장애인에 비해 초등학교 이하의 비중이 상대적으로 높았다. 가구원수를 보면, 청장년 장애인의 경우 가구원수 1명은 17.0%, 2명 32.5%, 3명 이상은 50.5%였다. 고령장애인의 경우 가구원수 1명은 26.6%, 2명 52.5%, 3명 이상은 20.9%였다. 고령장애인의 경우 청장년에 비해 가구원수 1명 및 2명 비중이 높았으나, 3명 이상의 비중이 상대적으로 낮았다.

거주지역을 보면 청장년 장애인은 대도시 34.1%, 중소도시 40.2%, 농어촌 25.7%로 나타났다. 고령장애인은 서울·광역시·세종 27.1%, 중소도시 37.9%, 농어촌 35.0%였다. 고령장애인은 청장년에 비해 농어촌 거주 비중이 상대적으로 높았다.

22) 2017년 장애인실태조사 원자료를 활용함.

〈표 4-1-10〉 일반적 특성

(단위 : %)

구분		연령		총계		$\chi^2(df)/p$
		청장년 (n=3045)	고령 (n=3323)	%	빈도	
성별	여자	35.3	52.4	44.2	2,815	187.470(1)*** .000
	남자	64.7	47.6	55.8	3,553	
	계	100	100	100	6,368	
학력	무학	3.5	23.0	13.7	872	1465.657(4)*** 0.000
	초등학교	17.9	41.9	30.4	1,936	
	중학교	16.4	15.5	15.9	1,014	
	고등학교	41.3	13.8	27.0	1,717	
	대학이상	20.9	5.8	13.0	829	
	계	100	100	100	6,368	
가구원 수	1명	17.0	26.6	22.0	1,400	610.004(2)*** .000
	2명	32.5	52.5	42.9	2,734	
	3명	50.5	20.9	35.1	2,234	
	계	100	100	100	6,368	
거주 지역	대도시	34.1	27.1	30.5	1,940	72.620(2)*** .000
	중소도시	40.2	37.9	39.0	2,484	
	농어촌	25.7	35.0	30.5	1,944	
	계	100	100	100	6,368	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

응답자의 장애특성 분석결과를 〈표 4-1-11〉에 제시하였다. 주된 장애 유형을 보면 청장년 장애인의 경우 신체외부장애 57.2%, 감각장애 15.8%, 내부장애 8.8%, 발달장애 12.7%, 정신장애 5.5%였다. 고령장애인 은 신체외부장애 62.6%, 감각장애 30.3%, 내부장애 5.7%, 발달장애 0.7%, 정신장애 0.7%였다. 고령장애인의 경우 청장년 장애인에 비해 신체외부장애, 감각장애의 비중이 상대적으로 높았다.

장애정도를 보면, 청장년 장애인의 경우 장애정도가 심하지 않은 장애

인 56.3%, 장애정도가 심한 장애인 43.7%였다. 고령장애인의 경우 장애정도가 심하지 않은 장애인 73.1%, 장애정도가 심한 장애인 26.9%로 나타났다. 고령장애인의 경우 장애정도가 심한 장애인의 비중이 상대적으로 낮았다.

장애기간을 보면 청장년 장애인의 경우 장애기간 20년 미만은 53.7%, 장애기간 20년 이상은 46.3%였으며, 고령장애인은 장애기간 20년 미만 70.0%, 장애기간 20년 이상은 30.0%였다. 고령장애인의 경우, 청장년 장애인에 비해 장애기간 20년 미만의 비중이 상대적으로 높았다.

장애발생시기를 보면, 청장년은 19세 미만 35.8%, 19~64세 64.2%였다. 고령장애인의 경우 19세 미만 9.1%, 19~64세 54.7%, 65세 이상은 36.1%였다.

〈표 4-1-11〉 장애특성

(단위 : %)

구분		연령		총계		χ^2 (df)/ p
		청장년 (n=3045)	고령 (n=3323)	%	빈도	
주된 장애 유형	신체외부장애	57.2	62.6	60.0	3,820	648.841(4)*** .000
	감각장애	15.8	30.3	23.4	1,489	
	내부장애	8.8	5.7	7.2	459	
	발달장애	12.7	.7	6.4	410	
	정신장애	5.5	.7	3.0	190	
	계	100	100	100	6,368	
장애 정도	심하지 않은 장애	56.3	73.1	65.0	4,047	194.352(1)*** .000
	심한 장애	43.7	26.9	35.0	2,177	
	계	100	100	100	6,224	
장애 기간	20년 미만	53.7	70.0	62.2	3,962	178.922(1)*** .000
	20년 이상	46.3	30.0	37.8	2,406	
	계	100	100	100	6,368	
장애 발생	19세 미만	35.8	9.1	21.9	1,394	
	19~64세	64.2	54.7	59.2	3,773	
	65세 이상	0	36.1	18.9	1,201	
	계	100	100	100	6,368	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석 나. 청장년 vs. 고령장애인의 주거 특성

1) 주거위치

일반적 특성에 따른 주거위치 분석결과를 아래의 <표 4-1-12>에 제시하였다. 청장년 장애인 중 2.5%가 지하·반지하·옥탑에 거주하고 있었으며, 고령장애인 중 1.9%가 지하·반지하·옥탑에 거주하고 있는 것으로 나타났다. 성별과 학력에 따른 차이는 청장년 및 고령 모두 유의한 차이를 보이지 않았다. 1인 가구 여부의 경우, 청장년은 1인 가구(5.8%)가 고령 장애인도 1인 가구(2.7%)가 2인 이상 가구에 비해 지하·반지하·옥탑에서 거주하고 있는 것으로 나타났다.

거주지역의 경우 청장년 장애인은 대도시(5.0%), 중소도시(1.7%), 농어촌(0.5%)의 순으로, 고령장애인은 대도시(3.8%), 중소도시(1.4%), 농어촌(0.9%)의 순으로 지하·반지하·옥탑에서 거주하는 것으로 나타났다.

<표 4-1-12> 일반적 특성에 따른 주거위치

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	지상	지하·반지하·옥탑	지상	지하·반지하·옥탑
성별				
여자	97.6	2.4	98.2	1.8
남자	97.4	2.6	98.0	2.0
계	97.5	2.5	98.1	1.9
$\chi^2(df)/p$	.082(1)/ .775		.256(1)/ .613	
학력				
중학교 이하	97.1	2.9	98.2	1.8
고등학교 이상	97.7	2.3	97.5	2.5
계	97.5	2.5	98.1	1.9
$\chi^2(df)/p$	.859(1)/ .354		1.358(1)/ .244	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	98.1	1.9	98.4	1.6
1인 가구	94.2	5.8	97.3	2.7
계	97.5	2.5	98.1	1.9
$\chi^2(df)/p$	27.081(1)***/ .000		4.370(1)*/ .037	
거주지역				

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	지상	지하·반지하·옥탑	지상	지하·반지하·옥탑
대도시	95.0	5.0	96.2	3.8
중소도시	98.3	1.7	98.6	1.4
농어촌	99.5	.5	99.1	.9
계	97.5	2.5	98.1	1.9
$\chi^2(df)/p$	42.037(2)***/.000		24.188(2)***/.000	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

장애특성에 따른 주거위치 분석결과를 아래의 <표 4-1-13>에 제시하였다. 이를 살펴보면 장애유형, 장애정도, 장애기간에 따른 차이는 청장년 및 고령 모두 유의하지 않았다. 장애발생의 경우 청장년은 유의한 차이를 보이지 않았으나, 고령장애인의 경우 지하·반지하·옥탑 거주자는 19세 미만(3.3%), 19~64세(2.1%), 65세 이상(1.2%)의 순이었다.

<표 4-1-13> 장애특성에 따른 주거위치

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	지상	지하·반지하·옥탑	지상	지하·반지하·옥탑
주된장애 유형				
신체외부장애	97.6	2.4	98.2	1.8
감각장애	97.9	2.1	97.8	2.2
내부장애	97.0	3.0	98.4	1.6
발달장애	97.9	2.1	95.8	4.2
정신장애	94.6	5.4	100.0	.
계	97.5	2.5	98.1	1.9
$\chi^2(df)/p$	6.504(4)/.165		1.802(4)/.772	
장애정도				
심하지 않은 장애	97.2	2.8	98.1	1.9
심한 장애	98.0	2.0	98.3	1.7
계	97.5	2.5	98.1	1.9
$\chi^2(df)/p$	2.275(1)/.131		.163(1)/.687	
장애기간				
20년 미만	97.2	2.8	98.1	1.9
20년 이상	97.7	2.3	98.2	1.8
계	97.5	2.5	98.1	1.9

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	지상	지하·반지하·옥탑	지상	지하·반지하·옥탑
$\chi^2(df)/p$	.706(1)/ .401		.063(1)/ .802	
장애발생시기				
19세 미만	97.6	2.4	96.7	3.3
19~64세	97.4	2.6	97.9	2.1
65세 이상			98.8	1.2
계	97.5	2.5	98.1	1.9
$\chi^2(df)/p$	.142(1)/ .707		6.246(2)*/ .044	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

2) 주거소유형태

청장년 장애인과 고령장애인의 주택소유형태 분석결과를 아래의 <표 4-1-14>에 제시하였다. 청장년 장애인 중 59.8%가 자가였으며, 그 다음으로는 보증금 있는 월세(21.2%), 전세(8.3%), 무상(8.2%), 보증금 없는 월세(2.6%)의 순이었다. 고령장애인은 자가(68.2%), 무상(14.1%), 보증금 있는 월세(11.0%), 전세(5.1%), 보증금 없는 월세(1.7%)의 순이었다. 고령장애인의 경우 청장년에 비해 자가 소유 비중이 높았으며 무상의 비중이 높았다.

<표 4-1-14> 청장년 장애인과 고령장애인의 주택소유형태

(단위 : %)

구분	연령		총계		$\chi^2(df)/p$
	청장년 (n=3045)	고령 (n=3323)	%	빈도	
자가	59.8	68.2	64.2	4,086	201.869(4)*** .000
전세	8.3	5.1	6.6	421	
보증금 있는 월세	21.2	11.0	15.9	1,010	
보증금 없는 월세	2.6	1.7	2.1	133	
무상	8.2	14.1	11.3	718	
계	100	100	100	6,368	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

고령장애인의 장애유형별 주택소유형태 분석결과를 아래의 <표 4-1-15>에 제시하였다. 신체외부장애의 경우 자가(68.4%), 무상(14.1%), 보증금 있는 월세(11.2%), 전세(4.7%), 보증금 없는 월세(1.6%)의 순이었다. 감각장애의 경우 자가(68.0%), 무상(14.4%), 보증금 있는 월세(10.4%), 전세(5.6%), 보증금 없는 월세(1.6%)의 순이었다. 내부장애의 경우 자가(67.2%), 무상(13.4%), 보증금 있는 월세(9.5%), 전세(7.5%), 보증금 없는 월세(2.5%)의 순이었다. 발달장애의 경우 자가(62.5%), 보증금 있는 월세(25.0%), 무상(12.5%)의 순이었다. 정신장애의 경우 자가(50.0%), 보증금 있는 월세(50.0%)였다. 자가소유의 경우 신체외부장애인이 높았으며, 전세 비중은 내부장애인, 보증금 있는 월세는 발달장애인, 보증금 없는 월세는 내부장애, 무상은 감각장애가 높았다.

<표 4-1-15> 고령장애인 장애유형별 주택소유형태

(단위 : %)

구분	주된 장애유형					총계	
	신체외부	감각	내부	발달	정신	%	빈도
자가	68.4	68.0	67.2	62.5	50.0	68.2	2,265
전세	4.7	5.6	7.5	0.0	0.0	5.1	169
보증금 있는 월세	11.2	10.4	9.5	25.0	50.0	11.0	365
보증금 없는 월세	1.6	1.6	2.5	0.0	0.0	1.7	55
무상	14.1	14.4	13.4	12.5	0.0	14.1	469
계	100	100	100	100	100	100	3,323

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

고령장애인의 거주지역별 주택소유형태 분석결과를 아래의 <표 4-1-16>에 제시하였다. 대도시의 경우 자가(65.5%), 보증금 있는 월세(14.3%), 전세(10.1%), 무상(8.1%), 보증금 없는 월세(2.0%)의 순이었다. 중소도시는 자가(66.1%), 무상(14.3%), 보증금 있는 월세(13.2%), 전

세(4.4%), 보증금 없는 월세(2.0%)의 순이었다. 농어촌은 자가(72.5%), 무상(18.6%), 보증금 있는 월세(6.0%), 전세(1.9%), 보증금 없는 월세(1.0%)의 순이었다. 자가의 경우 농어촌이 가장 높았으며 전세, 보증금 있는 월세는 대도시, 보증금 없는 월세는 대도시와 중소도시, 무상은 농어촌의 비중이 상대적으로 높았다.

〈표 4-1-16〉 고령장애인 거주지역별 주택소유형태

(단위 : %)

구분	거주지역			총계		$\chi^2(df)/p$
	대도시	중소도시	농어촌	%	빈도	
자가	65.5	66.1	72.5	68.2	2,265	158.135(8)*** .000
전세	10.1	4.4	1.9	5.1	169	
보증금 있는 월세	14.3	13.2	6.0	11.0	365	
보증금 없는 월세	2.0	2.0	1.0	1.7	55	
무상	8.1	14.3	18.6	14.1	469	
계	100	100	100	100	3,323	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

3) 자가 소유자 주택금액

성인장애인의 일반적 특성에 따른 자가 소유자 주택금액 분석결과를 〈표 4-1-17〉에 제시하였다. 청장년 장애인의 경우 주택금액은 평균 17414.06만원이었다. 고령장애인의 평균 주택금액은 14899.69만원이었다. 성별의 경우 청장년은 주택금액의 차이가 유의하지 않았다. 고령장애인은 남자인 경우 주택금액이 높았다. 학력의 경우 청장년 장애인 및 고령장애인 모두 고학력(고등학교 이상)인 경우 주택금액이 높았다. 1인 가구 여부를 보면 청장년 및 고령장애인 모두 2인 이상인 경우 1인 가구에 비해 주택금액이 높았다. 거주지역별 주택금액은 청장년 및 고령장애인 모두 대도시, 중소도시, 농어촌의 순이었다.

〈표 4-1-17〉 일반적 특성에 따른 자가 소유자 주택금액

(단위 : 만원)

구분	청장년(n=1821)		고령(n=2265)	
	평균	표준편차	평균	표준편차
성별				
여자	16671.86	17056.592	14034.88	18881.185
남자	17828.02	19336.085	15760.69	21510.736
t,F/p	-1.275/ .202		-2.029*/ .043	
학력				
중학교 이하	11997.74	10995.358	12691.81	16530.961
고등학교 이상	20680.07	21233.809	24348.78	29803.895
t,F/p	-11.466***/ .000		-7.825***/ .000	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	17838.88	18740.940	15966.29	19641.883
1인 가구	11497.95	14572.958	9941.75	22257.559
t,F/p	4.544***/ .000		5.016***/ .000	
거주지역				
대도시	25096.77	22175.134	26148.73	30059.662
중소도시	17776.49	18014.965	15489.74	15661.017
농어촌	8773.26	8918.387	6433.61	8255.510
t,F/p	118.702***/ .000		192.824***/ .000	
계	17414.06	18555.677	14899.69	20255.537

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

장애특성에 따른 자가소유자 주택금액 분석결과를 〈표 4-1-18〉에 제시하였다. 장애유형을 보면 주택금액은 정신장애인, 내부장애, 발달장애, 신체외부장애, 감각장애의 순이었다. 고령장애인은 내부장애인, 정신장애, 신체외부장애, 감각장애, 발달장애인의 순이었다. 청장년에 비해 고령장애인의 주택금액이 전체적으로 감소하였으나 발달장애인의 감소폭이 가장 컸으며, 감각장애인의 경우 주택금액이 증가하였다. 장애정도를 보면, 청장년 장애인은 심하지 않은 장애인의 주택금액이 장애정도가 심

한 장애인에 비해 높았으나, 고령장애인의 경우 유의한 차이를 보이지 않았다. 장애기간과 장애발생시기에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

〈표 4-1-18〉 장애특성에 따른 자가소유자 주택금액

(단위 : 만원)

구분	청장년(n=1821)		고령(n=2265)	
	평균	표준편차	평균	표준편차
주된장애 유형				
신체외부장애	15576.751	481.167	15352.17	21422.249
감각장애	12088.086	685.452	13429.49	16071.072
내부장애	27090.564	2226.831	18349.62	26655.253
발달장애	23144.644	1542.976	7000.00	8662.316
정신장애	32447.205	3439.397	17830.00	12579.529
t,F/p	4.974***/ .001		2.660*/ .031	
장애정도				
심하지 않은 장애	18384.64	18208.729	14599.04	20800.753
심한 장애	16205.22	19150.281	15979.77	19156.984
t,F/p	2.450***/ .014		-1.386/ .166	
장애기간				
20년 미만	17960.13	14697.618	15153.51	22197.573
20년 이상	16773.51	22236.949	14325.12	14953.961
t,F/p	1.360/ .174		.897/ .370	
장애발생시기				
19세 미만	16469.68	20442.818	13780.40	14389.498
19~64세	17913.61	17463.676	15266.82	18144.095
65세 이상			14579.08	24422.041
t,F/p	2.497/ .114		.613/ .542	
계	17414.06	18555.677	14899.69	20255.537

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

4) 전월세 보증금액

성인장애인의 일반적 특성에 따른 전월세 보증금액 분석결과를 <표 4-1-19>에 제시하였다. 청장년 장애인의 경우 전월세 보증금액은 평균 3473.39만원이었다. 고령장애인의 전월세 보증금액 평균은 3901.49만원이었다.

성별에 따른 청장년 및 고령장애인의 전월세 보증금 차이는 유의하지 않았다. 학력을 보면, 청장년 및 고령장애인 모두 고등학교 이상인 경우 전월세 보증금액이 높았다. 1인 가구에 비해 2인 이상인 경우 청장년 및 고령장애인의 전월세 보증금액이 높았다. 거주지역을 보면 청장년 및 고령장애인의 전월세 보증금은 대도시, 중소도시, 농어촌의 순이었다.

<표 4-1-19> 일반적 특성에 따른 전월세 보증금

(단위 : 만원)

구분	청장년(n=897)		고령(n=534)	
	평균	표준편차	평균	표준편차
성별				
여자	3196.38	5761.648	3689.92	7608.685
남자	3626.27	6089.581	4158.72	8265.733
t,F/p	-1.031/ .303		-.681/ .496	
학력				
중학교 이하	2455.57	4312.436	3135.54	6379.089
고등학교 이상	4043.37	6665.390	6036.38	10858.221
t,F/p	-4.321***/ .000		-2.992*/ .003	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	4437.10	6827.837	5539.88	9603.631
1인 가구	1327.58	2187.667	1768.77	4004.248
t,F/p	10.222***/ .000		6.162***/ 0.000	
거주지역				
대도시	4240.21	7039.978	5177.23	8923.686
중소도시	3380.79	5575.786	3566.12	8164.119
농어촌	1591.76	2176.679	1660.10	1863.400
t,F/p	10.325***/ .000		6.908**/ .001	
계	3473.39	5975.339	3901.49	7907.879

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

성인장애인의 장애특성에 따른 전월세 보증금액 분석결과를 <표 4-1-20>에 제시하였다. 장애유형에 따른 청장년 및 고령장애인의 전월세 보증금액 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 청장년 및 고령장애인 모두 장애정도가 심하지 않은 경우 전월세 보증금액이 높았다. 장애기간과 장애발생시기에 따른 차이는 유의하지 않았다.

<표 4-1-20> 장애특성에 따른 전월세 보증금

(단위 : 만원)

구분	청장년(n=897)		고령(n=534)	
	평균	표준편차	평균	표준편차
주된장애 유형				
신체외부장애	3479.11	6011.336	3596.97	7428.531
감각장애	4335.57	6477.725	3976.15	8055.860
내부장애	3784.11	6352.601	7728.06	11845.134
발달장애	2708.14	5520.839	1255.00	1256.563
정신장애	2131.77	3688.961	1523.17	1654.322
t,F/p	1.740/ .139		2.266/ .061	
장애정도				
심하지 않은 장애	4183.03	6812.507	4590.87	9077.728
심한 장애	2546.35	4541.803	2469.60	4548.741
t,F/p	4.273*** / .000		3.539*** / .000	
장애기간				
20년 미만	3819.74	6006.151	3850.91	7506.199
20년 이상	3050.74	5917.495	4017.66	8784.695
t,F/p	1.923/ .055		-.224/ .823	
장애발생시기				
19세 미만	3267.98	5449.858	3616.59	9673.480
19~64세	3591.80	6259.832	4015.78	7858.604
65세 이상			3814.29	7391.488
t,F/p	.611/ .435		.080/ .924	
계	3473.39	5975.339	3901.49	7907.879

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

5) 월세

성인장애인의 일반적 특성에 따른 전월세 보증금액 분석결과를 <표 4-1-21>에 제시하였다. 청장년 장애인의 경우 전월세 보증금액은 평균 20.41만원이었다. 고령장애인의 전월세 보증금액 평균은 16.21만원이었다.

성별에 따른 차이는 유의하지 않았다. 학력의 경우 청장년은 고등학교 이상의 월세 금액이 높았으나, 고령장애인은 유의한 차이를 보이지 않았다. 청장년 및 고령장애인의 월세는 2인 이상 가구가 1인 가구에 비해 높았다. 거주지역을 보면 청장년 및 고령장애인의 월세는 대도시, 중소도시, 농어촌의 순이었다.

<표 4-1-21> 일반적 특성에 따른 월세

(단위 : 만원)

구분	청장년(n=723)		고령(n=534)	
	평균	표준편차	평균	표준편차
성별				
여자	18.87	17.510	16.29	12.861
남자	21.26	15.854	16.10	12.111
t,F/p	-1.867/ .062		.157/ .876	
학력				
중학교 이하	17.27	12.902	16.21	13.036
고등학교 이상	22.35	18.111	16.22	10.569
t,F/p	-4.392***/ .000		-.005/ .996	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	22.29	16.563	19.41	14.644
1인 가구	17.18	15.883	13.01	8.901
t,F/p	4.110***/ .000		5.412***/ .000	
거주지역				
대도시	23.56	15.669	19.43	13.201
중소도시	19.13	18.314	14.82	13.130
농어촌	16.70	11.985	13.67	7.904
t,F/p	9.630***/ .000		7.975***/ .000	
계	20.41	16.490	16.21	12.520

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

장애특성에 따른 전월세 보증금액 분석결과를 <표 4-1-22>에 제시하였다. 장애유형을 보면, 청장년 장애인의 월세금액은 감각장애, 내부장애, 신체외부장애, 발달장애, 정신장애의 순이었다. 고령장애인의 경우 유의한 차이를 보이지 않았다.

장애정도를 보면, 청장년 장애인의 경우 심하지 않은 장애의 월세금액이 높았으나, 고령장애인의 경우 유의한 차이를 보이지 않았다. 장애기간을 보면, 청장년 장애인의 경우 유의한 차이를 보이지 않았으나, 고령장애인의 경우 장애기간 20년 미만의 월세금액이 높았다. 장애발생시기에 따른 차이는 유의하지 않았다.

<표 4-1-22> 장애특성에 따른 월세

(단위: 만원)

구분	청장년(n=897)		고령(n=420)	
	평균	표준편차	평균	표준편차
주된장애 유형				
신체외부장애	20.31	14.863	16.16	13.197
감각장애	25.01	22.290	15.81	10.165
내부장애	23.14	17.059	21.16	16.476
발달장애	17.82	17.190	14.00	12.570
정신장애	12.47	8.910	12.83	10.167
t,F/p	5.939*** / .000		.929 / .447	
장애정도				
심하지 않은 장애	23.66	18.216	16.23	12.695
심한 장애	16.40	13.309	16.17	12.434
t,F/p	6.114*** / .000		.047 / .963	
장애기간				
20년 미만	21.00	16.883	17.22	12.935
20년 이상	19.71	16.014	14.05	11.332
t,F/p	1.043 / .297		2.431* / .015	
장애발생시기				
19세 미만	20.07	16.839	14.37	11.094
19~64세	20.59	16.310	15.68	11.377
65세 이상			17.74	14.554
t,F/p	.165 / .685		1.810 / .165	
계	20.41	16.490	16.21	12.520

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

6) 주택성능 및 환경

일반적 특성에 따른 주택성능 및 환경²³⁾ 분석결과를 <표 4-1-23>에 제시하였다. 청장년 장애인의 주택성능 및 환경은 우수 41.0%, 보통 56.0% 미흡 3.0%로 나타났다. 고령장애인의 주택성능 및 환경은 우수 28.9%, 보통 67.5%, 미흡 3.6%로 나타났다. 고령장애인 주택성능 및 환경은 ‘우수’가 상대적으로 적으며, ‘미흡’이 다소 많았다.

성별에 따른 차이는 유의하지 않았다. 학력의 경우 청장년은 ‘미흡’ 비중이 중학교 이하(3.6%)가 고등학교 이상(2.6%)에 비해, 고령장애인도 중학교 이하(3.7%)가 고등학교 이상(2.9%)에 비해 높았다. 1인 가구 여부의 경우 청장년은 1인 가구(5.6%)가 2인 이상 가구(2.5%)보다, 고령장애인도 1인 가구(4.9%)가 2인 이상 가구(3.1%)보다 ‘미흡’ 비중이 높았다. 거주지역의 경우, 청장년 장애인의 ‘미흡’ 비중은 농어촌(3.8%)이 대도시(2.9%)와 중소도시(2.5%)에 비해 높았다. 고령장애인은 중소도시(4.5%)의 ‘미흡’ 비중이 농어촌(3.1%), 대도시(2.8%)보다 높았다.

23) 방음환기·채광 및 난방설비 갖추, 내열·내화·방열 및 방습, 해일·홍수·산사태 및 절벽붕괴 안전, 소음·진동·악취 및 대기오염, 재난대응 시스템의 항목을 모두 갖춘 경우 ‘우수’, 일부(1~4개) 갖춘 경우 ‘보통’, 전혀 갖추지 못한 경우 ‘미흡’으로 구분함.

〈표 4-1-23〉 일반적 특성에 따른 주택성능 및 환경

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)			고령(n=3323)		
	우수	보통	미흡	우수	보통	미흡
성별						
여자	42.7	54.1	3.2	29.3	67.4	3.3
남자	40.1	57.1	2.9	28.6	67.7	3.8
계	41.0	56.0	3.0	28.9	67.5	3.6
$\chi^2(df)/p$	2.414(2)/.299			.635(2)/.728		
학력						
중학교 이하	29.1	67.2	3.6	25.6	70.7	3.7
고등학교 이상	48.2	49.2	2.6	42.5	54.6	2.9
계	41.0	56.0	3.0	28.9	67.5	3.6
$\chi^2(df)/p$	108.000(2)***/.000			72.615(2)***/.000		
1인가구 여부						
2인 이상 가구	42.5	55.0	2.5	30.7	66.2	3.1
1인 가구	33.5	60.9	5.6	23.9	71.2	4.9
계	41.0	56.0	3.0	28.9	67.5	3.6
$\chi^2(df)/p$	25.582(2)***/.000			18.829(2)***/.000		
거주지역						
대도시	47.0	50.1	2.9	40.7	56.5	2.8
중소도시	45.3	52.1	2.5	34.4	61.1	4.5
농어촌	26.2	69.9	3.8	13.9	83.0	3.1
계	41.0	56.0	3.0	28.9	67.5	3.6
$\chi^2(df)/p$	95.937(4)***/.000			218.504(4)***/.000		

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

장애특성에 따른 주택성능 및 환경 분석결과를 〈표 4-1-24〉에 제시하였다. 장애유형의 경우 청장년 장애인의 ‘미흡’비중은 정신장애인(7.7%), 발달장애(4.7%), 신체외부장애(2.6%), 감각장애(2.5%), 내부장애(0.7%)의 순이었다. 고령장애인의 ‘미흡’비중은 발달장애(4.2%)와 내부장애(4.2%)가 가장 높았으며, 신체외부장애(3.6%), 감각장애(3.4%), 정신장애(0%)의 순이었다.

장애정도를 보면, 청장년은 심한장애(4.0%)가 심하지 않은 장애(2.1%)보다 높았으나, 고령장애인은 심하지 않은 장애(3.6%)가 심한 장애

(3.0%)보다 다소 높아 차이를 보였다. 장애기간과 장애발생시기에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

〈표 4-1-24〉 장애특성에 따른 주택성능 및 환경

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)			고령(n=3323)		
	우수	보통	미흡	우수	보통	미흡
주된장애 유형						
신체외부장애	41.4	55.9	2.6	29.9	66.5	3.6
감각장애	41.5	56.0	2.5	25.1	71.5	3.4
내부장애	49.3	50.0	.7	39.3	56.5	4.2
발달장애	36.3	59.1	4.7	20.8	75.0	4.2
정신장애	32.7	59.5	7.7	27.3	72.7	
계	41.0	56.0	3.0	28.9	67.5	3.6
$\chi^2(df)/p$	34.117(8)**/.000			20.891(8)**/.007		
장애정도						
심하지 않은 장애	42.9	54.9	2.1	27.1	69.4	3.6
심한 장애	39.3	56.6	4.0	34.4	62.3	3.3
계	41.4	55.7	3.0	29.0	67.5	3.5
$\chi^2(df)/p$	11.797(2)**/.003			16.474(2)**/.000		
장애기간						
20년 미만	42.2	55.3	2.5	29.5	66.9	3.6
20년 이상	39.6	56.8	3.5	27.6	68.9	3.5
계	41.0	56.0	3.0	28.9	67.5	3.6
$\chi^2(df)/p$	4.293(2)/.117			1.287(2)/.525		
장애발생시기						
19세 미만	40.9	55.6	3.5	27.0	69.1	3.9
19~64세	41.0	56.3	2.7	29.9	66.8	3.4
65세 이상				28.0	68.3	3.7
계	41.0	56.0	3.0	28.9	67.5	3.6
$\chi^2(df)/p$	1.465(2)/.481			2.153(4)/.708		

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

성인 장애인의 연령에 따른 영역별 주택성능 및 환경 분석결과를 〈표 4-1-25〉에 제시하였다. 전체 성인 장애인의 경우 재난대응 시스템을 갖추고 있지 못한 비중이 59.3%로 가장 많았으며, 다음은 내열·내화·방열 및 방습(18.8%), 방음·환기·채광 및 난방설비(17.1%), 소음·진동·악취

및 대기오염(16.2%), 해일·홍수·산사태 및 절벽붕괴안전(8.2%)의 순이었다. 고령장애인은 재난대응 시스템을 갖추고 있지 못한 비중이 66.4%로 가장 많았으며, 다음은 내열·내화·방열 및 방습(20.7%), 방음·환기·채광 및 난방설비(17.7%), 소음·진동·악취 및 대기오염(15.6%), 해일·홍수·산사태 및 절벽붕괴안전(9.4%)의 순이었다.

고령장애인과 청장년 장애인의 차이가 유의한 영역을 보면, 고령장애인은 청장년에 비해 내열·내화·방열 및 방습(20.7%), 해일·홍수·산사태 및 절벽붕괴안전(9.4%), 재난대응 시스템(66.4%) 영역에서 청장년에 비해 상대적으로 취약하였다.

〈표 4-1-25〉 성인장애인 연령에 따른 영역별 주택 성능 및 환경

(단위 : %)

구분		연령		총계		$\chi^2(df)/p$
		청장년 (n=3045)	고령 (n=3323)	%	빈도	
내열·내화·방열 및 방습	아니오	16.8	20.7	18.8	1,198	15.763(1)*** .000
	예	83.2	79.3	81.2	5,170	
	계	100	100	100	6,368	
방음·환기·채광 및 난방설비	아니오	16.4	17.7	17.1	1,086	2.018(1) .155
	예	83.6	82.3	82.9	5,282	
	계	100	100	100	6,368	
소음·진동·악취 및 대기오염	아니오	16.7	15.6	16.2	1,029	1.499(1) .221
	예	83.3	84.4	83.8	5,339	
	계	100	100	100	6,368	
해일·홍수·산사태 및 절벽붕괴안전	아니오	6.8	9.4	8.2	519	14.251(1)*** .000
	예	93.2	90.6	91.8	5,849	
	계	100	100	100	6,368	
재난대응 시스템	아니오	51.5	66.4	59.3	3,775	145.333(1)*** .000
	예	48.5	33.6	40.7	2,593	
	계	100	100	100	6,368	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

고령장애인(3323명)의 거주 지역에 따른 영역별 주택성능 및 환경 분석결과를 <표 4-1-26>에 제시하였다. 고령장애인의 주택성능 및 환경 영역 중에서 거주지역별 유의한 차이를 보이는 영역은 내열·내화·방열 및 방습, 재난대응 시스템이었다. 내열·내화·방열 및 방습을 갖추지 못한 비중은 농어촌(27.9%)이 가장 높았으며, 다음은 중소도시(18.5%), 대도시(14.4%)의 순이었다. 재난대응 시스템을 갖추지 못한 비중은 농어촌(83.8%), 중소도시(59.8%), 대도시(53.1%)의 순이었다.

<표 4-1-26> 고령장애인 거주지역에 따른 영역별 주택 성능 및 환경

(단위 : %)

구분		지역			총계		$\chi^2(df)/p$
		대도시	중소도시	농어촌	%	빈도	
내열·내화·방열 및 방습	아니오	14.4	18.5	27.9	20.7	687	61.910(2)*** .000
	예	85.6	81.5	72.1	79.3	2,636	
	계	100	100	100	100	3,323	
방음·환기·채광 및 난방설비	아니오	17.8	18.7	16.5	17.7	598	2.025(2) .363
	예	82.2	81.3	83.5	82.3	2,753	
	계	100	100	100	100	3,323	
소음·진동·악취 및 대기오염	아니오	15.5	16.7	14.5	15.6	519	2.073(2) .355
	예	84.5	83.3	85.5	84.4	2,804	
	계	100	100	100	100	3,323	
해일·홍수·산사태 및 절벽붕괴안전	아니오	7.4	10.2	10.0	9.4	312	5.588(2) .061
	예	92.6	89.8	90.0	90.6	3,011	
	계	100	100	100	100	3,323	
재난대응 시스템	아니오	53.1	59.8	83.8	66.4	2,206	254.261(2)*** 00
	예	46.9	40.2	16.2	33.6	1,117	
	계	100	100	100	100	3,323	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

고령장애인(3323명)의 가구원 수에 따른 영역별 주택성능 및 환경 분석 결과를 <표 4-1-27>에 제시하였다. 먼저 내열·내화·방열 및 방습의 경우, 1인 가구(25.5%)가 2인 이상(18.9%)보다 적절한 환경을 갖추지 못한 비중이 높았다. 방음·환기·채광 및 난방설비의 경우도 1인 가구(21.9%), 소음·진동·악취 및 대기오염의 경우에도 1인 가구(19.4%), 해일·홍수·산사태 및 절벽붕괴안전의 경우도 1인 가구(12.5%)가, 재난대응 시스템도 1인 가구(69.9%)가 적절한 주택환경을 갖추지 못한 것으로 나타났다.

<표 4-1-27> 고령장애인 가구원수에 따른 영역별 주택 성능 및 환경

(단위 : %)

구분		가구원수		총계		$\chi^2(df)/p$
		2인 이상	1인	%	빈도	
내열·내화·방열 및 방습	아니오	18.9	25.5	20.7	687	16.945(1)*** .000
	예	81.1	74.5	79.3	2,636	
	계	100	100	100	3,323	
방음·환기·채광 및 난방설비	아니오	16.2	21.9	17.7	598	14.306(1)*** .000
	예	83.8	78.1	82.3	2,753	
	계	100	100	100	3,323	
소음·진동·악취 및 대기오염	아니오	14.3	19.4	15.6	519	12.814(1)*** .000
	예	85.7	80.6	84.4	2,804	
	계	100	100	100	3,323	
해일·홍수·산사태 및 절벽붕괴안전	아니오	8.3	12.5	9.4	312	13.308(1)*** .000
	예	91.7	87.5	90.6	3,011	
	계	100	100	100	3,323	
재난대응 시스템	아니오	65.1	69.9	66.4	2,206	6.562(1)* .010
	예	34.9	30.1	33.6	1,117	
	계	100	100	100	3,323	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

7) 집 구조 불편

일반적 특성에 따른 집 구조 불편²⁴⁾ 분석결과를 <표 4-1-28>에 제시하였다. 청장년 장애인 중 24.9%가 집 구조가 불편하다고 응답하였으며, 고령장애인 중 29.6%가 집 구조가 불편하다고 응답하였다.

성별을 보면 청장년은 유의한 차이가 없었으며, 고령장애인은 여자(31.7%)가 남자(27.2%)보다 집 구조 불편 비중이 높았다. 학력의 경우 청장년 장애인은 중학교 이하(27.5%)가 고등학교 이상(23.3%)보다, 고령장애인도 중학교 이하(30.8%)가 고등학교 이상(24.5%)보다 집 구조 불편 의사가 높았다. 1인 가구 여부의 경우 청장년은 1인 가구(32.3%)가 2인 이상 가구(23.3%)보다 주택구조 불편 의사가 높았으며, 고령장애인의 경우 유의한 차이가 없었다. 거주지역의 경우, 농어촌(27.4%)에 거주하고 있는 청장년 장애인의 주택구조 불편 의사가 높았으며, 다음은 대도시(26.9%), 중소도시(21.5%)의 순이었다. 고령장애인의 경우 농어촌에 거주 중인 고령장애인(33.0%)의 주택구조 불편의사가 가장 높았고, 다음은 대도시(28.6%), 중소도시(27.1%)의 순이었다.

<표 4-1-28> 일반적 특성에 따른 집구조 불편

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	없음	있음	없음	있음
성별				
여자	75.7	24.3	68.3	31.7
남자	74.8	25.2	72.8	27.2
계	75.1	24.9	70.4	29.6
$\chi^2(df)/p$	.301(1)/ .583		8.048(1)**/ .005	

24) 매우 편리함+약간 편리함은 '편함', 약간 불편+매우 불편은 '불편함'으로 정의함.

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	없음	있음	없음	있음
학력				
중학교 이하	72.5	27.5	69.2	30.8
고등학교 이상	76.7	23.3	75.5	24.5
계	75.1	24.9	70.4	29.6
$\chi^2(df)/p$	6.665(1)*/.010		9.899(1)**/.002	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	76.7	23.3	71.3	28.7
1인 가구	67.7	32.3	68.1	31.9
계	75.1	24.9	70.4	29.6
$\chi^2(df)/p$	18.460(1)***/.000		3.201(1)/.074	
거주지역				
대도시	73.1	26.9	71.4	28.6
중소도시	78.5	21.5	72.9	27.1
농어촌	72.6	27.4	67.0	33.0
계	75.1	24.9	70.4	29.6
$\chi^2(df)/p$	12.511(2)**/.002		10.920(2)**/.004	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

성인 장애인의 장애특성에 따른 집 구조 불편 분석결과를 <표 4-1-29>에 제시하였다. 청장년 장애인 중 집 구조 불편 비중은 정신장애(31.0%), 신체외부장애(26.9%), 내부장애(21.6%), 감각장애(21.0%), 발달장애(20.2%)의 순이었다. 고령장애인은 발달장애(33.3%), 정신장애(31.8%), 신체외부장애(31.3%), 감각장애(27.3%), 내부장애(22.0%)의 순으로 집 구조 불편의사를 보였다. 장애정도에 따른 집 구조 불편 분석결과를 보면, 청장년 장애인은 심한 장애(28.1%)가 심하지 않은 장애(21.8%)보다, 고령장애인도 심한 장애(30.8%)가 심하지 않은 장애(28.5%)보다 집 구조 불편 의사가 높았다. 장애기간과 장애발생시기에 따른 차이는 유의하지 않았다.

〈표 4-1-29〉 장애특성에 따른 집구조 불편

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	없음	있음	없음	있음
주된장애 유형				
신체외부장애	73.1	26.9	68.7	31.3
감각장애	79.0	21.0	72.7	27.3
내부장애	78.4	21.6	78.0	22.0
발달장애	79.8	20.2	66.7	33.3
정신장애	69.0	31.0	68.2	31.8
계	75.1	24.9	70.4	29.6
$\chi^2(df)/p$	17.040(4)**/.002		10.989(4)*.027	
장애정도				
심하지 않은 장애	78.2	21.8	71.5	28.5
심한 장애	71.9	28.1	69.2	30.8
계	75.4	24.6	70.9	29.1
$\chi^2(df)/p$	15.613(1)***/.000		1.613(1)/.204	
장애기간				
20년 미만	75.7	24.3	70.9	29.1
20년 이상	74.4	25.6	69.4	30.6
계	75.1	24.9	70.4	29.6
$\chi^2(df)/p$	.668(1)/.414		.698(1)/.404	
장애발생시기				
19세 미만	76.3	23.7	70.1	29.9
19~64세	74.5	25.5	70.4	29.6
65세 이상			70.6	29.4
계	75.1	24.9	70.4	29.6
$\chi^2(df)/p$	1.289(1)/.256		.043(2)/.979	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

8) 주택 개조의사

성인 장애인의 일반적 특성에 따른 주택 개조의사²⁵⁾ 분석결과를 <4-1-30>에 제시하였다. 청장년 장애인 중 15.3%가 주택개조 의사가 있었으며, 고령장애인 중 20.9%가 주택개조 의사가 있다고 응답하여 고령장애인의 주택개조 의사가 상대적으로 높았다.

성별을 보면, 청장년은 여자(17.3%)가 남자(13.9%)보다, 고령장애인도 여자(23.3%)가 남자(18.3%)보다 주택 개조의사가 높았다. 학력의 경우 청장년 장애인은 중학교 이하(17.8%)가 고등학교 이상(13.7%)보다, 고령장애인의 경우도 중학교 이하(21.8%)가 고등학교 이상(17.5%)보다 주택 개조의사가 높았다.

거주지역의 경우, 청장년 장애인은 농어촌(19.7%), 대도시(15.1%), 중소도시(12.6%)의 순이었다. 고령장애인의 주택 개조의사는 농어촌(24.6%), 중소도시(19.0%), 대도시(18.9%)의 순이었다.

25) 반드시 개조 희망+가급적 개조 희망은 '있음', 별로 희망하지 않음+전혀 희망하지 않음+이미 개조하였음='없음'으로 구분함.

〈표 4-1-30〉 일반적 특성에 따른 주택 개조의사

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	없음	있음	없음	있음
성별				
여자	82.1	17.9	76.7	23.3
남자	86.1	13.9	81.7	18.3
계	84.7	15.3	79.1	20.9
$\chi^2(df)/p$	8.611(1)**/ .003		12.584(1)***/.000	
학력				
중학교 이하	82.2	17.8	78.2	21.8
고등학교 이상	86.3	13.7	82.5	17.5
계	84.7	15.3	79.1	20.9
$\chi^2(df)/p$	9.224(1)**/ .002		5.866(1)*/.015	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	85.5	14.5	78.6	21.4
1인 가구	81.0	19.0	80.2	19.8
계	84.7	15.3	79.1	20.9
$\chi^2(df)/p$	6.534(1)*/.011		.921(1)/.337	
거주지역				
대도시	84.9	15.1	81.1	18.9
중소도시	87.4	12.6	81.0	19.0
농어촌	80.3	19.7	75.4	24.6
계	84.7	15.3	79.1	20.9
$\chi^2(df)/p$	18.681(2)***/.000		14.528(2)**/.001	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

장애특성에 따른 주택 개조의사 분석결과를 〈표 3-2-31〉에 제시하였다. 청장년 장애인 중 주택개조의사가 높은 장애유형은 신체외부장애(17.0%)였으며, 다음은 내부장애(15.3%), 정신장애(12.5%), 감각장애(12.4%), 발달장애(12.2%)의 순이었다. 고령장애인 중 주택개조의사가 높은 장애유형은 신체외부장애(23.6%)였으며, 다음은 감각장애(16.8%), 발달장애(16.7%), 내부장애(15.7%), 정신장애(13.6%)의 순이었다. 장애 정도를 보면, 청장년 장애인은 심한 장애(19.9%)가 심하지 않은 장애(11.6%)에 비해 주택개조의사가 높았으나, 고령장애인의 경우 장애정도

에 따른 차이가 유의하지 않았다. 장애기간 및 장애발생시기에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다.

〈표 4-1-31〉 장애특성에 따른 주택 개조 의사

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	없음	있음	없음	있음
주된장애 유형				
신체외부장애	83.0	17.0	76.4	23.6
감각장애	87.6	12.4	83.2	16.8
내부장애	84.7	15.3	84.3	15.7
발달장애	87.8	12.2	83.3	16.7
정신장애	87.5	12.5	86.4	13.6
계	84.7	15.3	79.1	20.9
$\chi^2(df)/p$	10.853(4)* / .028		23.323(4)** / .000	
장애정도				
심하지 않은 장애	88.4	11.6	79.8	20.2
심한 장애	80.1	19.9	78.0	22.0
계	84.7	15.3	79.3	20.7
$\chi^2(df)/p$	39.273(1)** / .000		1.351(1) / .245	
장애기간				
20년 미만	85.8	14.2	78.8	21.2
20년 이상	83.5	16.5	79.5	20.5
계	84.7	15.3	79.1	20.9
$\chi^2(df)/p$	3.247(1) / .072		.201(1) / .654	
장애발생시기				
19세 미만	84.1	15.9	81.6	18.4
19~64세	85.1	14.9	78.3	21.7
65세 이상			79.5	20.5
계	84.7	15.3	79.1	20.9
$\chi^2(df)/p$	.473(1) / .491		1.905(2) / .386	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

9) 주택 개조 필요장소

연령별 주택개조 필요장소 분석결과를 <표 4-1-32>에 제시하였다. 청장년 장애인의 경우 문턱 낮추기(18.1%)가 가장 많았으며, 다음은 부엌(15.3%), 현관(13.1%), 욕조(12.0%), 변기(11.8%), 냉난방(10.3%) 등의 순이었다. 고령장애인의 경우 문턱 낮추기(31.9%)가 가장 많았으며, 다음은 현관(16.5%), 부엌(11.4%), 냉난방(8.5%), 변기(7.9%) 등의 순으로 나타났다.

<표 4-1-32> 고령장애인 연령에 따른 주택개조 필요장소(1순위)

(단위 : %)

구분	연령		총계		χ^2 (df)/ p
	청장년 (n=495)	고령 (n=696)	%	빈도	
부엌	15.3	11.4	12.9	150	45.089(12)*** .000
변기	11.8	7.9	9.5	110	
욕조	12.0	6.3	8.6	100	
문턱낮추기	18.1	31.9	26.4	306	
방문고치기	7.5	5.7	6.5	75	
냉난방	10.3	8.5	9.2	107	
채광	2.8	2.3	2.5	29	
아파트 출입구(계단)	2.4	2.4	2.4	28	
청각장애인용초인종	1.5	2.3	2.0	23	
현관	13.1	16.5	15.2	176	
미끄럼방지	1.7	2.0	1.9	22	
비상연락장치	1.1	1.0	1.0	12	
기타	2.4	1.7	2.0	23	
계	100	100	100	1,161	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

장애유형별 주택개조 의사 분석결과를 <표 4-1-33>에 제시하였다. 신체외부장애인의 경우 문턱 낮추기(34.3%), 현관(16.9%), 부엌(11.4%) 등의 순이었다. 감각장애인은 문턱 낮추기(27.8%), 현관(15.4%), 부엌

(11.8%) 등의 순이었다. 내부장애인은 현관(20.0%), 욕조(10.0%), 부엌(6.7%)의 순이었다. 발달장애인은 문턱 낮추기(50.0%), 부엌(25.0%), 냉난방(25.0%)의 순이었다. 정신장애인은 욕조(33.3%), 방문 고치기(33.3%), 냉난방(33.3%)이 동일한 비중으로 나타났다.

〈표 4-1-33〉 고령장애인 거주지역에 따른 주택개조 필요장소(1순위)

(단위 : %)

구분	주된 장애유형					총계	
	신체외부	감각	내부	발달	정신	%	빈도
부엌	11.4	11.8	6.7	25.0	0	11.4	79
변기	8.2	7.1	10.0	0	0	7.9	55
욕조	7.3	2.4	10.0	0	33.3	6.3	44
문턱낮추기	34.3	27.8	16.7	50.0	0	31.9	222
방문고치기	4.9	7.7	6.7	0	33.3	5.7	40
냉난방	8.4	7.7	10.0	25.0	33.3	8.5	59
채광	1.6	4.1	3.3	0	0	2.3	16
아파트 출입구(계단)	3.3	0.6	0	0	0	2.4	17
청각장애인용초인종	0	9.5	0	0	0	2.3	16
현관	16.9	15.4	20.0	0	0	16.5	115
미끄럼방지	1.8	3.0	0	0	0	2.0	14
비상연락장치	0.4	1.2	10.0	0	0	1.0	7
기타	1.4	1.8	6.7	0	0	1.7	12
계	100	100	100	100	100	100	696

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

거주 지역별 주택개조 의사 분석결과를 〈표 4-1-34〉에 제시하였다. 먼저 대도시의 경우 문턱 낮추기(25.9%), 현관(22.4%), 냉난방(10.6%), 부엌(10.0%) 등의 순이었다. 중소도시는 문턱 낮추기(29.6%), 현관(12.9%), 부엌(12.5%) 등의 순이었다. 농어촌은 문턱 낮추기(37.4%), 현관(16.1%), 부엌(11.2%) 등의 순이었다.

〈표 4-1-34〉 고령장애인 거주지역에 따른 주택개조 필요장소(1순위)

(단위 : %)

구분	지역			계	
	대도시	중소도시	농어촌	%	명
부엌	10.0	12.5	11.2	11.4	79
변기	5.9	7.5	9.4	7.9	55
욕조	8.8	9.2	2.4	6.3	44
문턱낮추기	25.9	29.6	37.4	31.9	222
방문고치기	3.5	6.7	6.3	5.7	40
냉난방	10.6	8.3	7.3	8.5	59
채광	3.5	2.5	1.4	2.3	16
아파트 출입구(계단)	3.5	3.8	0.7	2.4	17
청각장애인용초인종	2.4	2.9	1.7	2.3	16
현관	22.4	12.9	16.1	16.5	115
미끄럼방지	1.8	1.3	2.8	2.0	14
비상연락장치	1.2	2.1	0	1.0	7
기타	0.6	0.8	3.1	1.7	12
계				100	696

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

10) 주거복지서비스 이용경험

일반적 특성에 따른 주거복지서비스 이용경험 분석결과를 〈표 4-1-35〉에 제시하였다. 청장년 장애인 중 15.0%가 주거복지서비스 이용경험이 있으며, 고령장애인 중 8.6%가 주거복지서비스 이용경험이 있는 것으로 나타나 고령장애인의 주거복지서비스 이용경험이 상대적으로 낮은 수준이었다. 성별, 학력에 따른 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 1인 가구 여부를 보면, 청장년 장애인 중 1인 가구(27.9%)가 2인 이상 가구(12.3%)에 비해 주거복지서비스 이용경험율이 높았으며, 고령장애인의 경우도 1인 가구(16.1%)가 2인 이상 가구(5.9%)보다 이용경험율이 높았

다. 거주지역의 경우 청장년은 유의한 차이가 없었으나, 고령장애인의 경우 대도시(9.1%)나 중소도시(10.6%)에 비해 농어촌(5.9%)의 주거복지서비스 이용경험율이 낮은 수준이었다.

〈표 4-1-35〉 일반적 특성에 주거복지서비스 이용경험

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	없음	있음	없음	있음
성별				
여자	83.4	16.6	90.7	9.3
남자	85.9	14.1	92.2	7.8
계	85.0	15.0	91.4	8.6
$\chi^2(df)/p$	3.269(1)/ .071		2.131(1)/ .144	
학력				
중학교 이하	84.7	15.3	91.5	8.5
고등학교 이상	85.2	14.8	91.3	8.7
계	85.0	15.0	91.4	8.6
$\chi^2(df)/p$	.145(1)/ .704		.028(1)/ .866	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	87.7	12.3	94.1	5.9
1인 가구	72.1	27.9	83.9	16.1
계	85.0	15.0	91.4	8.6
$\chi^2(df)/p$	81.105(1)*** / .000		86.382(1)*** / .000	
거주지역				
대도시	84.9	15.1	90.9	9.1
중소도시	84.1	15.9	89.4	10.6
농어촌	86.7	13.3	94.1	5.9
계	85.0	15.0	91.4	8.6
$\chi^2(df)/p$	2.619(2)/ .270		17.441(2)*** / .000	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

성인 장애인의 장애특성에 따른 주거복지서비스 이용경험 분석결과를 <표 4-1-36>에 제시하였다. 주된 장애유형을 보면, 청장년 장애인은 정신장애(20.8%), 발달장애(18.1%), 내부장애(15.3%), 신체외부장애(14.6%), 감각장애(11.6%)의 순으로 주거복지 서비스 이용경험율을 보였다. 고령장애인은 정신장애(18.2%), 발달장애(16.7%), 신체외부장애(9.2%), 감각장애(7.2%), 내부장애(6.3%)의 순이었다.

장애정도를 보면, 청장년 장애인은 심한 장애(18.8%)가 심하지 않은 장애(12.2%)에 비해 이용경험율이 높았고, 고령장애인도 심한 장애(11.1%)가 심하지 않은 장애(7.8%)에 비해 주거복지서비스 이용경험율이 높았다. 장애기간의 경우 유의한 차이가 없었다. 장애발생시기의 경우 청장년은 19세 미만(17.2%)이 19~64세 미만(13.8%)보다 높았으나, 고령장애인의 경우 유의한 차이를 보이지 않았다.

<표 4-1-36> 장애특성에 따른 주거복지서비스 이용경험

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	아니오	예	아니오	예
주된장애 유형				
신체외부장애	85.4	14.6	90.8	9.2
감각장애	88.4	11.6	92.8	7.2
내부장애	84.7	15.3	93.7	6.3
발달장애	81.9	18.1	83.3	16.7
정신장애	79.2	20.8	81.8	18.2
계	85.0	15.0	91.4	8.6
$\chi^2(df)/p$	12.046(4)*/ .017		9.286(4)/ .054	
장애정도				
심하지 않은 장애	87.8	12.2	92.2	7.8
심한 장애	81.2	18.8	88.9	11.1
계	84.9	15.1	91.4	8.6
$\chi^2(df)/p$	24.767(1)***/ .000		8.861(1)**/ .003	

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	아니오	예	아니오	예
장애기간				
20년 미만	86.4	13.6	91.9	8.1
20년 이상	83.5	16.5	90.4	9.6
계	85.0	15.0	91.4	8.6
$\chi^2(df)/p$	5.020(1)*/.025		2.012(1)/.156	
장애발생시기				
19세 미만	82.8	17.2	89.1	10.9
19~64세	86.2	13.8	91.0	9.0
65세 이상			92.6	7.4
계	85.0	15.0	91.4	8.6
$\chi^2(df)/p$	6.340(1)*/.012		4.447(1)/.108	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

연령별 주거복지서비스 이용경험을 살펴본 결과를 아래의 <표 4-1-3 7>에 제시하였다. 전체 성인 장애인의 영역별 주거복지서비스 이용경험의 경우 이용경험율이 가장 높은 영역은 영구임대주택(4.5%)이었다. 다음은 국민임대주택(2.9%), 저소득층 월세지원(2.0%), 기존주택매입, 전세임대(1.1%), 공공임대주택(1.1%), 전세자금(융자)지원(0.6%), 주택개조사업(0.5%), 주택구입자금(융자)지원(0.4%), 단기주택임대(0.2%), 장기전세주택(0%)의 순이었다. 고령장애인의 경우 영구임대 주택(3.4%), 국민임대주택(2.1%), 기존주택매입, 전세임대(0.6%), 전세자금(융자)지원(0.3%), 주택구입자금(융자)지원(0.2%), 저소득층 월세지원(1.5%) 영역에서 청장년 장애인에 비해 이용경험율이 낮은 결과를 보였다.

〈표 4-1-37〉 연령별 주거복지서비스 이용경험

(단위 : %)

구분		연령		계		χ^2 (df, p)
		청장년 (n=3045)	고령 (n=3023)	%	명	
영구임대주택	없음	94.3	96.6	95.5	6,081	18.704(1)***
	있음	5.7	3.4	4.5	287	.000
국민임대주택	없음	96.3	97.9	97.1	6,183	14.551(1)***
	있음	3.7	2.1	2.9	185	.000
기존주택매입, 전세임대	없음	98.3	99.4	98.9	6,295	18.181(1)***
	있음	1.7	.6	1.1	73	.000
공공임대주택	없음	98.7	99.1	98.9	6,297	2.837(1)
	있음	1.3	.9	1.1	71	.092
장기전세주택	없음	99.9	100.0	100.0	6,365	.427(1)
	있음	.1	.0	.0	3	.513
단기주택임대	없음	99.7	99.8	99.8	6,354	.489(1)
	있음	.3	.2	.2	14	.484
전세자금(용자)지원	없음	99.0	99.7	99.4	6,329	13.322(1)***
	있음	1.0	.3	.6	39	.000
주택구입자금(용자)지원	없음	99.4	99.8	99.6	6,344	5.115(1)*
	있음	.6	.2	.4	24	.024
저소득층 월세지원	없음	97.3	98.5	98.0	6,238	11.167(1)**
	있음	2.7	1.5	2.0	130	.001
주택개조사업	없음	99.6	99.5	99.5	6,339	.104(1)
	있음	.4	.5	.5	29	.747
계		100	100	100		

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

고령장애인(3323)을 대상으로 거주 지역별 주거복지서비스 경험 분석 결과를 아래의 〈표 4-1-38〉에 제시하였다. 거주지역별 차이가 유의한 영역을 중심으로 살펴보면, 영구임대주택 이용경험은 중소도시(5.5%), 대도시(3.6%), 농어촌(1.1%)의 순이었다. 기존주택매입, 전세임대의 경우 대도시(1.0%), 중소도시(0.8%), 농어촌(0.1%)의 순이었다. 공공임대주택은 농어촌(1.5%), 대도시(0.7%), 중소도시(0.6%)의 순이었다. 저소득층 월세지원은 중소도시(2.8%), 농어촌(0.9%), 대도시(0.4%)의 순이었다.

〈표 4-1-38〉 고령장애인 거주지역별 주거복지서비스 경험

(단위 : %)

구분		거주지역			총계		χ^2 (df), p
		대도시	중소도시	농어촌	%	명	
영구임대주택	없음	96.4	94.5	98.9	96.6	3,209	34.700(2)***
	있음	3.6	5.5	1.1	3.4	114	.000
국민임대주택	없음	97.6	97.8	98.2	97.9	3,252	1.048(2)
	있음	2.4	2.2	1.8	2.1	71	.592
기존주택매입, 전세임대	없음	99.0	99.2	99.9	99.4	3,303	8.316(2)*
	있음	1.0	.8	.1	.6	20	.016
공공임대주택	없음	99.3	99.4	98.5	99.1	3,293	6.339(2)*
	있음	.7	.6	1.5	.9	30	.042
장기전세주택	없음	99.9	100.0	100.0	100.0	3,322	2.689(2)
	있음	.1	0	0	.0	1	.261
단기주택임대	없음	99.9	99.7	99.9	99.8	3,317	2.128(2)
	있음	.1	.3	.1	.2	6	.345
전세자금(용자)지원	없음	99.4	99.8	99.8	99.7	3,314	3.698(2)
	있음	.6	.2	.2	.3	9	.157
주택구입자금(용자)지원	없음	99.9	99.9	99.6	99.8	3,316	4.126(2)
	있음	.1	.1	.4	.2	7	.127
저소득층 월세지원	없음	99.6	97.2	99.1	98.5	3,274	24.332(2)***
	있음	.4	2.8	.9	1.5	49	.000
주택개조사업	없음	99.4	99.8	99.3	99.5	3,307	2.698(2)
	있음	.6	.2	.7	.5	16	.259
계		100	100	100	100	3,323	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

11) 희망 주거유형

전체 성인장애인의 연령별 희망주거유형을 살펴본 결과를 아래의 〈표 4-1-39〉에 제시하였다. 고령장애인의 희망 주거유형의 경우, 일반주택(93.7%)이 가장 많았으며, 다음은 요양시설(4.4%), 유료복지주택(0.7%),

공동생활가정(0.5%), 기타(0.4%), 거주시설(0.2%)의 순이었다. 청장년 장애인의 경우, 일반주택(94.0%), 요양시설(1.9%), 공동생활가정(1.8%), 유료복지주택(1.1%), 거주시설(0.6%), 기타(0.6%)의 순이었다. 고령장애인의 경우 청장년 장애인에 비해 요양시설 선호경향이 약간 높았다.

〈표 4-1-39〉 성인장애인의 연령별 희망주거 유형

(단위 : %)

구분	연령		계		$\chi^2(df, p)$
	청장년 (n=3045)	고령 (n=3323)	%	명	
일반주택	94.0	93.7	93.9	5,978	64.772(5)*** .000
공동생활가정	1.8	.5	1.1	70	
유료복지주택	1.1	.7	.9	57	
거주시설	.6	.2	.4	27	
요양시설	1.9	4.4	3.2	205	
기타	.6	.4	.5	31	
계	100	100	100	6,368	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

고령장애인(3323명)의 장애유형별 희망주거유형을 살펴본 결과를 아래의 〈표 4-1-40〉에 제시하였다. 고령장애인의 1순위 희망주거 유형은 일반주택이었다. 신체외부장애 92.9%, 감각장애 95.8%, 내부장애 96.9%, 발달장애 75.0%, 정신장애 72.7%가 일반주택을 선호하였다. 다음으로 신체외부장애 5.1%, 감각장애 3.2%, 내부장애 1.6%, 발달장애 12.5%, 정신장애 18.2%가 요양시설을 선호하였다. 3번째로 신체외부장애, 감각장애, 내부장애는 유료복지주택을 선호하였으나, 발달장애인은 공동생활가정(8.3%)을 선호하는 것으로 나타났다. 발달장애인과 정신장애인의 경우 사례수가 많지 않아 결과의 해석에 주의가 필요하다.

〈표 4-1-40〉 고령장애인 장애유형별 희망주거 유형

(단위 : %)

구분	장애유형					계	
	신체외부	감각	내부	발달	정신	%	명
일반주택	92.9	95.8	96.9	75.0	72.7	93.7	3,115
공동생활가정	.5	.3	.5	8.3	0.0	.5	16
유료복지주택	.8	.4	1.0	0.0	0.0	.7	23
거주시설	.3	.1	0.0	0.0	0.0	.2	8
요양시설	5.1	3.2	1.6	12.5	18.2	4.4	147
기타	.4	.2	0.0	4.2	9.1	.4	14
계	100	100	100	100	100	100	3,323

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

고령장애인(3323명)의 장애정도별 희망주거유형을 살펴본 결과를 아래의 〈표 4-1-41〉에 제시하였다. 장애정도가 심하지 않은 경우, 일반주택(95.0%), 요양시설(3.5%), 유료복지주택(0.6%), 공동생활가정(0.4%), 거주시설(0.3%), 기타(0.3%)의 순으로 희망하였다. 장애정도가 심한 경우, 일반주택(90.5%), 요양시설(6.5%), 유료복지주택(1.2%), 공동생활가정(0.8%), 거주시설(0.2%), 기타(0.8%)의 순으로 희망하였다. 장애정도가 심한 경우 일반주택 선호비중이 상대적으로 낮은 대신 요양시설, 유료복지시설, 공동생활가정의 비중이 다소 높은 결과를 보였다.

〈표 4-1-41〉 고령장애인 장애정도에 따른 희망주거 유형

(단위 : %)

구분	장애정도		계		$\chi^2(df, p)$
	심하지 않은 장애	심한 장애	%	명	
일반주택	95.0	90.5	93.8	3,028	23.493(5)*** .000
공동생활가정	.4	.8	.5	16	
유료복지주택	.6	1.2	.7	23	
거주시설	.3	.2	.2	8	
요양시설	3.5	6.5	4.3	139	
기타	.3	.8	.4	14	
계	100	100	100	3,228	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

고령장애인(3323명)의 1인 가구 여부별 희망주거유형을 살펴본 결과를 아래의 <표 4-1-42>에 제시하였다. 2인 이상 가구의 경우, 희망주거 유형으로 일반주택(95.0%)을 가장 선호하였으며, 다음은 요양시설(3.6%), 유료복지주택(0.7%), 공동생활가정(0.4%), 거주시설(0.2%), 기타(0.2%)의 순이었다. 1인 가구의 경우 일반주택(90.4%), 요양시설(6.8%), 공동생활가정(0.8%), 유료복지주택(0.7%), 거주시설(0.3%), 기타(1.0%)의 순이었다. 1인 가구의 경우 2인 이상 가구에 비해 일반주택 비중은 다소 낮고, 요양시설 선호 비중이 다소 높았다.

<표 4-1-42> 고령장애인 1인 가구 여부에 따른 희망주거 유형

(단위 : %)

구분	1인 가구 여부		계		χ^2 (df), p
	2인 이상	1인	%	명	
일반주택	95.0	90.4	93.7	3,115	29.857(5)*** .000
공동생활가정	.4	.8	.5	16	
유료복지주택	.7	.7	.7	23	
거주시설	.2	.3	.2	8	
요양시설	3.6	6.8	4.4	147	
기타	.2	1.0	.4	14	
계	100	100	100	3,323	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

12) 일반주택 거주 시 향후 희망생활

성인 장애인의 연령별 일반주택 거주 시 희망생활 분석결과를 아래의 <표 4-1-43>에 제시하였다. 청장년 장애인의 경우 가족과 함께(81.2%)가 가장 많았으며, 다음은 혼자(13.3%), 국가의 일상생활지원 받으며(4.0%), 친구와 함께(1.5%)의 순이었다. 고령장애인은 가족과 함께(79.1%) 혼자(15.2%), 국가의 일상생활지원 받으며(4.6%), 친구와 함께(1.1%)의 순이었다. 고령장애인의 경우 청장년에 비해 '가족과 함께' 보

다 ‘혼자’를 선호하는 비중이 상대적으로 높았다.

〈표 4-1-43〉 성인장애인 연령에 따른 희망생활

(단위 : %)

구분	연령		계		χ^2 (df), p
	청장년 (n=2863)	고령 (n=3115)	%	명	
혼자	13.3	15.2	14.3	855	8.159(3)* .043
가족과 함께	81.2	79.1	80.1	4,788	
친구와 함께	1.5	1.1	1.3	78	
국가의 일상생활지원 받으며	4.0	4.6	4.3	257	
계	100	100	100	5,978	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

고령장애인(3115명)의 장애유형별 일반주택 거주 시 희망생활 분석결과를 아래의 〈표 4-1-44〉에 제시하였다. 전체적으로 가족과 함께 살고 싶다는 견해가 가장 많았다. 다음으로 신체외부, 감각, 내부, 정신장애인은 혼자 살기를 희망하는 비중이 높았으나, 발달장애인의 경우 국가의 일상생활지원 받기를 희망하는 비중이 높았다.

〈표 4-1-44〉 고령장애인 일반적 특성에 따른 희망주거 유형(고령)

(단위 : %)

구분	장애유형					계	
	신체 외부	감각	내부	발달	정신	%	명
혼자	15.8	15.3	9.7	5.6	12.5	15.2	475
가족과 함께	78.4	79.7	83.8	72.2	81.3	79.1	2,464
친구와 함께	1.1	1.1	1.1	0.0	0.0	1.1	34
국가의 일상생활지원 받으며	4.7	3.8	5.4	22.2	6.3	4.6	142
계	100	100	100	100	100	100	3115

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

고령장애인(3,028명)의 장애정도별 일반주택 거주 시 희망생활 분석결과를 아래의 <표 4-1-45>에 제시하였다. 심하지 않은 장애와 심한 장애의 경우 희망생활은 가족과 함께, 혼자, 국가의 일상생활 지원 받으며, 친구와 함께 순으로 나타나 차이를 보이지 않았다. 그러나 심한 장애의 경우 상대적으로 ‘혼자’ 비중이 낮은 대신 가족과 함께, 국가의 일상생활 지원 받으며의 선호 비중이 높았다.

<표 4-1-45> 고령장애인 장애정도별 희망주거 유형

(단위 : %)

구분	장애정도		계		$\chi^2(df, p)$
	심하지 않은 장애	심한 장애	%	명	
혼자	16.8	11.1	15.3	463	27.473(3)*** .000
가족과 함께	78.5	81.4	79.3	2,400	
친구와 함께	1.1	.6	1.0	29	
국가의 일상생활지원 받으며	3.7	6.9	4.5	136	
계	100	100	100	3,028	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

고령장애인(3323명)의 1인 가구 여부에 따른 일반주택 거주 시 희망생활 분석결과를 아래의 <표 4-1-46>에 제시하였다. 2인 이상 가구의 경우 가족과 함께(94.1%)가 가장 많았으며, 다음은 혼자(3.1%), 국가의 일상생활지원 받으며(2.5%), 친구와 함께(0.3%)의 순이었다. 1인 가구의 경우, 혼자(50.6%)가 가장 많았으며, 다음은 가족과 함께(35.6%), 국가의 일상생활지원 받으며(10.4%), 친구와 함께(3.4%)의 순이었다. 1인 가구의 경우 상대적으로 혼자, 국가의 일상생활 지원받으며의 비중이 높았다.

〈표 4-1-46〉 고령장애인 1인 가구 여부에 따른 희망주거 유형

(단위 : %)

구분	1인 가구 여부		계		χ^2 (df), p
	2인 이상	1인	%	명	
혼자	3.1	50.6	15.2	475	1269(3)*** .000
가족과 함께	94.1	35.6	79.1	2,464	
친구와 함께	.3	3.4	1.1	34	
국가의 일상생활지원 받으며	2.5	10.4	4.6	142	
계	100	100	100	3,323	

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

다. 거주환경과 삶의 질

1) 전체 성인 장애인의 삶의 만족도 영향 요인

전체 성인 장애인의 삶의 만족도 영향요인을 분석한 결과를 아래의 〈표 4-1-47〉에 제시하였다. 먼저 일반적 특성을 보면, 연령이 높을수록 삶의 만족도가 낮았으며, 월평균 가구소득이 높을수록, 대도시에 비해 중소도시인 경우, 대도시에 비해 농어촌인 경우 삶의 만족도가 높았다. 장애특성의 경우 신체외부장애에 비해 감각장애인, 발달장애인인 경우가 삶의 만족도가 높았으며, 신체외부장애인에 비해 내부장애인인 경우 삶의 만족도가 낮았다. 장애정도가 심한 장애의 경우 삶의 만족도가 낮았다. 주택특성을 보면 자가인 경우, 삶의 만족도가 높았으며, 주택구조가 불편한 경우 삶의 만족도가 낮았다. 주거만족도 수준이 높은 경우 삶의 만족도가 높았다. 표준화 계수를 보면, 주거만족도($\beta=0.233$), 장애정도($\beta=-0.192$), 월평균 가구소득($\beta=0.106$), 농어촌($\beta=0.082$), 연령($\beta=-0.066$), 감각장애($\beta=0.052$), 자가여부(자가=1)($\beta=0.049$), 중소도시($\beta=0.043$), 주택구조($\beta=-0.039$), 발달장애($\beta=0.038$), 내부장애($\beta=-0.033$)의 순이었다.

〈표 4-1-47〉 삶의 만족도 영향요인

구분		B	SE	β
일반적 특성	성별	0.011	0.017	0.008
	연령	-0.003***	0.001	-0.066
	교육수준(고학력=1)	0.026	0.021	0.018
	1인 가구	-0.023	0.024	-0.013
	월평균 가구소득(로그)	0.096***	0.014	0.106
	서울광역시중=0			
	중소도시	0.062**	0.020	0.043
	농어촌	0.124***	0.022	0.082
장애 특성	신체외부=0			
	감각장애	0.086***	0.020	0.052
	내부장애	-0.091**	0.033	-0.033
	발달장애	0.108**	0.041	0.038
	정신장애	-0.059	0.052	-0.014
	장애정도(심한 장애=1)	-0.282***	0.020	-0.192
	장애기간(20년 이상=1)	0.029	0.018	0.020
주택 특성	주거위치(지하,반지하,옥탑=1)	-0.043	0.057	-0.009
	자가여부(자가=1)	0.071***	0.019	0.049
	집구조성능	0.011	0.008	0.020
	주택구조(불편=1)	-0.062*	0.024	-0.039
	주택개조공사(있음=1)	-0.047	0.025	-0.026
		-0.395***	0.023	-0.233
	_cons	2.287***	0.104	.
사례수		6216		
R2		0.164		
Adj R2		0.162		
F		63.99		

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

2) 청장년 vs. 고령장애인의 삶의 만족도 영향 요인

청장년 장애인과 고령장애인의 삶의 만족도 영향요인 분석결과를 아래의 <표 4-1-48>에 제시하였다. 먼저 청장년을 보면, 일반적 특성 중 월평균 가구소득이 높을수록, 대도시에 비해 농어촌인 경우 삶의 만족도가 높았다. 장애특성의 경우, 신체외부장애인에 비해 감각장애인, 발달장애인의 경우 삶의 만족도가 높았으며, 신체외부장애인에 비해 내부장애인인 경우 삶의 만족도가 낮았다. 장애정도가 심한 장애의 경우 삶의 만족도가 낮았다. 주택특성의 경우 주택구조가 불편한 경우, 주거만족도가 높은 경우 삶의 만족도가 높았다.

고령장애인의 경우 일반적 특성 중 대도시에 비해 중소도시인 경우, 농어촌인 경우 삶의 만족도가 높았다. 장애특성 중 신체외부장애인에 비해 감각장애의 경우, 발달장애의 경우 삶의 만족도가 높았다. 장애정도가 심한 장애의 경우 그리고 주택구조가 불편한 경우 삶의 만족도는 낮았다. 주택이 자가인 경우와 주거만족도가 높을수록 삶의 만족도는 높게 나타났다.

청장년 장애인의 경우 표준화계수를 보면, 주거만족도($\beta=0.242$), 월평균 가구소득($\beta=0.190$), 장애정도($\beta=-0.138$), 농어촌($\beta=0.041$), 내부장애($\beta=-0.061$), 주택구조($\beta=-0.047$), 발달장애($\beta=0.043$), 감각장애($\beta=0.038$)의 순이었다. 고령장애인의 경우 주거만족도($\beta=0.217$), 장애정도($\beta=-0.214$), 농어촌($\beta=0.116$), 중소도시($\beta=0.069$), 자가여부($\beta=0.058$), 감각장애($\beta=0.053$), 주택구조($\beta=-0.043$), 발달장애($\beta=0.034$)의 순이었다.

〈표 4-1-48〉 청장년 및 고령장애인의 삶의 만족도 영향요인

구분		65세 미만			65세 이상		
		B	SE	β	B	SE	β
일반적 특성	성별	-0.018	0.026	-0.012	0.037	0.024	0.027
	교육수준(고학력=1)	0.034	0.026	0.023	0.038	0.030	0.023
	1인 가구	-0.044	0.038	-0.023	-0.023	0.032	-0.015
	월평균 가구소득(로그)	0.189***	0.021	0.190	0.033	0.019	0.037
	서울광역시중=0						
	중소도시	0.028	0.028	0.019	0.096**	0.028	0.069
	농어촌	0.068*	0.033	0.041	0.163***	0.030	0.116
장애 특성	신체외부=0						
	감각장애	0.075*	0.034	0.038	0.078**	0.025	0.053
	내부장애	-0.157***	0.045	-0.061	-0.004	0.050	-0.001
	발달장애	0.093*	0.044	0.043	0.268*	0.130	0.034
	정신장애	-0.104	0.059	-0.032	0.156	0.139	0.019
	장애정도(심한 장애=1)	-0.202***	0.030	-0.138	-0.326***	0.026	-0.214
	장애기간(20년 이상=1)	0.032	0.025	0.022	0.035	0.025	0.024
주택 특성	주거위치 (지하, 반지하, 옥탑=1)	-0.092	0.080	-0.020	0.033	0.082	0.007
	자가여부(자가=1)	0.024	0.027	0.017	0.085**	0.025	0.058
	집구조성능	0.001	0.011	0.002	0.019	0.010	0.036
	주택구조(불편=1)	-0.079*	0.037	-0.047	-0.064*	0.032	-0.043
	주택개조 의사(있음=1)	-0.076	0.039	-0.038	-0.022	0.032	-0.013
	주거만족(불만족=1)	-0.421***	0.034	-0.242	-0.358***	0.032	-0.217
	_cons	1.729***	0.128	.	2.286***	0.110	.
사례수		2989			3227		
R2		0.197			0.143		
Adj R2		0.192			0.138		
F		40.48***			29.72***		

자료: 2017년도 장애인실태조사 원자료 분석

제2절 고령장애인의 주거지원 욕구

1. 고령장애인 대상 FGI

1) 개요

본 FGI는 고령장애인의 친숙한 환경에서의 노후(AIP) 현황, 주거관련 욕구 및 어려움, 향후 거주하고 싶은 주거 등을 파악하기 위하여 시행되었다. FGI의 대상은 본 연구의 대상인 65세 이상 고령장애인으로 설정하였으나 코로나19로 인한 감염병 등의 재난상황으로 인해 65세 이상 고령장애인의 참여가 제한되어 60세 이상 고령 중증 장애인(1~3급) 9명을 대상으로 실시하였다. FGI는 2020년 8월 24일(월)과 9월 14일(월) 2회에 걸쳐 실시되었으며, 인터뷰는 회기당 약 2시간 동안 진행하였다.

〈표 4-2-1〉 고령장애인 대상 FGI 참여자 개요

구분	성별	연령(만)	장애유형	장애 판정 시기	현재 거주하는 주택유형
1	여	60	지체장애	31세 즈음	아파트
2	남	62	지체장애	36세 즈음	아파트
3	남	66	지체장애	50세 즈음	아파트
4	남	74	시각장애	20대 후반	단독주택
5	남	68	시각장애	38세 즈음	아파트
6	여	65	호흡기장애	49세 즈음	아파트 (영구임대)
7	여	62	지체장애	38세 즈음	아파트
8	여	64	지체장애	45세 즈음	아파트
9	여	64	지체장애	30대 초반	아파트

자료: 연구진 작성

참여자 선정 방법은 질적 연구의 주요 표본추출방법인 ‘목적적 표집 (Purposive Sampling)’을 활용하였다. 북부장애인 복지관, 한국지체장애인협회, 한국뇌병변장애인인권협회, 한국농아인협회, 한국신장장애인협회, 한국호흡기장애인협회, 한국지적발달장애인복지협회, 한국시각장애인연합회에 협조를 구하여 특정 범주의 참여자를 선발하였다.

인터뷰의 내용은 주요 논의 범위를 연구진회의를 통해 결정한 후 구체적으로 내용을 정리하였다. 질문은 단순하고 직접적이면서 편안한 대화체로 구성하였으며 참여자에게 사전에 배포, 공유하였다. 주요 질의영역은 참여자 소개, 참여자 일상생활, 현재 살고 있는 주거, 현재 정부의 주거지원 관련 정책 인지 및 이용여부, 향후 거주하고 싶은 주거로 구분하였고 세부 내용은 다음 표와 같다.

〈표 4-2-2〉 고령장애인 대상 FGI 질의내용

영역	질의 내용
참여자 소개	- 나이, 같이 살고 있는 가족, 장애유형, 장애발생 시기, 현재 살고 있는 주거유형 등
참여자 일상생활	- 요즘 하루 일과(집안, 집밖에서의 생활시간 등) - 지역사회에 있는 복지관이나 양노원 등 이용하고 있는 서비스 - 나이가 들면서 일상생활에서 경험하는 어려움, 이전과 다른 특성
현재 살고 있는 주거	- 현재 살고 있는 집에서 거주한 기간 - 현재 살고 있는 집과 거주지역의 좋은 점과 아쉬운 점(불편한 점)
현재 정부의 주거지원 관련 정책 인지 및 이용여부	- 정부의 장애인 대상 주거지원 정책(임대주택, 아파트 분양시 가점 등) - 알고 있는 정부의 주거지원 정책 중 이용한 정책
향후 거주하고 싶은 주거	- 향후 거주하고 싶은 주거 - 노인양로원과 같은 시설을 이용하는 것에 대한 의견 - 일반 노인과 함께 생활하는 시설, 고령장애인들만의 생활시설, 집과 같은 환경에서 나와 비슷한 고령장애인들과 함께 어울려 사는 형태 등에 대한 의견 - 고령장애인으로서 주거와 관련 제안 등

자료: 연구진 작성

2) FGI 분석결과

(가) 참여자 소개

참여자는 총 9명으로 모두 만 60세 이상의 장애정도가 심한 장애인으로 한정하였다. 장애유형은 지체장애가 6명으로 가장 많았고, 다음으로 시각장애 2명, 호흡기장애 1명이다. 장애 판정 시기는 30대에 판정이 5명으로 가장 많았고, 40대가 2명, 20대와 50대가 각 1명으로 확인되었다.

현재 거주하는 주택유형으로는 8명이 아파트에 살고 있었으며 1명만 단독주택에 거주하고 있는 것으로 파악되었다. 대부분 자가였으며, 영구 임대아파트는 1명이었다. 자가 단독주택에 거주하고 있는 고령장애인의 경우, 같은 곳에서 10년 이상 거주하고 있는 것으로 나타났다. 동거여부는 1명을 제외하고 나머지는 배우자와 자녀들과 함께 살고 있었다.

(나) 참여자 일상생활

현재는 코로나19로 인해 외부활동이 많이 제한된 상황이나 감염병 이전까지는 참여자의 과반수가 복지관을 이용하거나 장애인단체 및 협회 활동, 지역사회 내 모임, 미술 및 음악 활동, 종교 활동 등 낮 시간 동안 나름의 사회활동을 하고 있었던 것으로 파악되었다.

"저는 코로나 때문에 요새는 집에 있는데 그 전까지는 복지관이 저희 집 앞에는 1킬로미터 내에 장애인 복지관이 있거든요. 거기를 월요일부터 토요일까지. 복지관이 문을 열면 거기 가서 운동하고. 거기 나간 지 20년 되었어요."

"저도 복지관에 일자리 때문에 나가고 있는데 오전에 3시간 하고 거기서 점심 먹고, 퇴근하면 개인 활동을 하고 있죠. 그리고 목요일 날은 동호회 회장직을 맡고 있어서 산 예나 모임 같은 거 나가서 시간 보내고 있어요."

"집에서 컴퓨터 통해서 책도 들고 유튜브로 음악도 듣고 주일날은 교회 나가요."

"저는 그림을 전공 했거든요. 예전에 미술 학원 하다가 지금은 활동을 하고 있고 한국 여기서 그리고 발달 장애 아이들 그림 지도를 해 주고 지금 못 하고 있거든요."

"저는 수영 다니고요. 비즈 공예 강사 자격증이 있어서 장애인들 비즈 공예 그거 가르치고 우쿨렐레 10년 정도 했어요. 앙상블 조직해서 연주하는데 요새 아무것도 못 하고."

다만, 호흡기 장애 참여자의 경우 코로나 감염에 더욱 취약하기 때문에 외출이 거의 불가능한 상태였고 사회활동의 중단으로 인해 일상생활에 대한 어려움을 경험하고 있는 것으로 나타났다.

"코로나 전에는 활동을 많이 했어요. 친구도 만나고 교회에 봉사를 많이 했어요. 호흡기 장애를 가진 저는 특히 더 외출을 못해서 음식이 입맛도 없고 자연적으로 밥 먹는 식사 시간이 되면 겁이 나요. 입맛이 없으니까 못 먹겠더라고요."

참여자 모두 장애에 더해지는 노화의 영향으로 신체적 기능의 쇠퇴에 대한 체감도가 높은 것으로 나타났다. 또한 장애의 영향때문인지는 모르겠으나 비장애인과 비교했을 때, 기능적 쇠퇴 등 노화가 상대적으로 빠른 것 같다는 점에 공감하였다. 감각이 둔해지고 기억력이 쇠퇴하거나 의욕이 저하되는 등 노령으로 인한 증상이 나타나는 빈도도 잦아져 이러한 부분에 대한 어려움을 호소하였다.

"나름대로 사회 활동도 많이 했고, 둔하지 않고 예민하게 살아 왔다고 생각했는데 2,3년 3,4년 전부터는 집 안에서조차 어려워요. 이 벽에 가서 부딪히고 저 벽에 가서 부딪히고 굉장히 감각에 대한 것을 많이 잃고 있어요. 예전에는 안 그랬는데 굉장히 힘들어요."

"뭔가 둔해져요. 잘못된 거 같고 귀도 정확하게 안 들리고 아무리 세월 앞에 장사 없다고 자기 스스로 건강에 문제가 있는 거 같고, 또 하나는 의욕이 떨어지죠."

"장애인 노후하고 비장애인 노후하고 차이 있는 거 같아요. 아예 장애인들이 확실히 노화가 빨리 와서 내가 이렇게 어디 부분이라고 말할 수가 없어요. 동년배 비장애인들에 비해 확실히 체력이 딸리는 걸 느껴요."

"제가 60 전까지는 크게 잘 하지 못 해도 바닥 청소까지 했어요. 휠체어에서 엎드려 가지고 60 되면서부터 힘들어 가지고 지금은 청소는 거의 손 놓고 살아요."

(다) 현재 살고 있는 주거

현재 살고 있는 주거환경의 만족도는 높은 편이며, 주거의 경우 지역사회 내 병원, 대중교통, 마트 등 편의시설의 접근성 및 이웃들과의 관계 등을 중요하게 생각하고 있는 것으로 나타났다. 이는 참여자의 대부분이 아파트에 거주하고 있었고, 대부분 현재 거주지에서 오랜기간 생활하고 있었기 때문으로 보인다.

"거주한지 15년 되었고 조용하고 아파트 주거 환경이라서 다른 거 다 좋아요. 아파트 편의 시설 잘 되어 있고 ○○구는 편의 시설이 잘 되어 있어요."

"편의 시설이나 복지관이 거기에 있고 지하철역도 가깝고 롯데마트나 편의시설이 있어서 그런 것은 크게 불편함이 없어요."

"동네가 너무 좋고 이웃들이 너무 좋아서 이사 안 가거든요. 요즘 애가 별로 가고 싶어 하지 않아요. 여기가 너무 살기가 좋다고. 교통도 전철역 위치가 생겨서 좋고 인프라도 다 걸어서 갈 수 있는 데고 모든 게 딱 되니까 다른데 가고 싶어하지 않아요."

반면, 자가 및 임대주택 거주자 모두 현재 살고 있는 주거의 환경개선에 대한 욕구, 개조 등의 욕구는 높게 나타났다. 이는 앞서 제시한 장애에 더해지는 노화로 인한 기능 제한과도 관련이 있었다. 이전과 다른 신체기능의 저하로 인해 집 안에 높은 문턱, 현관 경사로 이용에 어려움이 더해지

고, 낙상사고 등 큰 부상으로 이어질 수 있기 때문에 이에 대한 욕구가 높은 것으로 나타났다. 그러나 일부는 집에 수리할 부분이 생겨도 정보가 없거나 자신의 장애상태를 고려한 주거환경 개선을 해 줄 사업자 등을 찾는 것에 대한 어려움 등으로 방치하는 경우도 확인되었다. 또한 노후화된 임대주택에 살고 있는 경우, 주거환경 개선에 대한 지원이나 서비스가 없어 자비로 해결해야 하는 등 정책적 한계의 부분에 대한 불만도 나타났다.

"집이 노후가 되니까 수리도 해야 되는데 저희 같은 경우 형편이 쉽지 않잖아요."

"원래 장애인들이 가장 많이 다치는 곳이 집안이에요. 휠체어 사용하다 보니까 세탁실, 베란다, 거실 이렇게 중간 중간 나가야 하는 화장실 다 턱이 있잖아요. 부엌에서 세탁실 나가는데 턱이 있고 거실에서 베란다 나가는데 턱이 있어서 어지간하게 휠체어가 공간을 차지해요. 나무를 써서 마루를 만들다시피 해서 하기는 했지만, 맞추기는 했는데 휠체어 다니기 불편해요."

"저는 오래 된 아파트라서 저는 불편해요. 현관 옆에 경사가 있는데 경사로가 가팔라요. 다 경사예요. 그래 가지고 혼자서 도저히 못 나와요."

"옛날 아파트다 보니까 화장실이 문이 좁아요. 휠체어를 타다 보니까 그냥 수동 작은 휠체어는 들어가는데 전수동은 작아 갖고 여기에 안 들어가요. 그래서 문짝을 뚫어요."

"제가 사는 영구 임대 아파트에 장애인들이 많이 살아요. 아파트가 노후가 되어 가지고 제가 새로 들어가는 데도 웬만하면 다 개선을 해 주시는데 안 해 주시더라고요. 벽지하고 창문하고 베란다도 완전히 녹이 쓸었는데 그것도 안 해 주시더라고요. 제가 호흡기가 너무 안 좋으니까 제가 자비로 했는데 불편하더라고요."

"장애인이 살기 편해야 비장애인도 편하잖아요. 사실은 디자인을 할 때도 집 건축 디자인을 할 때도 장애인이 살아도 불편하지 않는 그런 디자인을 하면 좋겠어요."

그러나 현재 주택개조사업 등의 대상은 기초생활보장수급자이기 때문에 소득이 있는 경우, 자격요건에 맞지 않아 혜택을 받을 수 없는 부분에 대한 아쉬움을 제기하였다.

"신청을 받는데 자가는 잘 안 해 줘요. 왜냐하면 임대 주택이나 수급자 위주로 해 주기 때문에 나도 신청해 봤는데 자격이 안 된다고, 저는 화장실이 미끄러워서 바닥 좀 해 달라고 했더니 안 된다고"

참여자들은 장애유형 및 자신들의 욕구에 적절히 대응해 줄 수 있는 집수리업자나 건축업자를 알아보거나 구하는 등의 부분에 있어 어려움을 겪고 있었다. 자부담을 하더라도 '장애친화적 주거환경개선을 위한 믿을 만한 업체'에 대한 정보 등을 원했다. 지자체 수준의 정보제공, 주거환경 개선을 위한 일부의 지원 등 정책적 지원의 욕구가 높았다. 영국의 핸디맨 서비스(Handyman Service)와 같은 서비스가 지원된다면 자가에서의 삶이 더욱 편안할 것 같다는 의견도 있었다.

"50% 지원해 준다고 해도 우리 입장에서는 국가에서 일을 맡길 수 있는 업체만 소개해 줘도 좋을 거 같아요. 진짜 누구한테 맡길지 몰라요. 값이 다 달라요. 믿을 수 있는 사람이 오면 너무 좋을 것 같아요."

"동사무소 가면 차상위나 수급자한테는 혜택이 있거든요. 연결도 우리가 돈을 낼 테니까 해 줘라 하는데 그게 아직 안 되죠."

(라) 현재 정부의 주거지원 관련 정책 인지 및 이용여부

정부의 장애인 대상 주거지원 정책(임대주택, 아파트 분양시 가점 등)에 대해서는 정책이 있다는 것은 알고 있었지만, 신청 절차가 복잡하거나 해당 여부를 몰라 신청을 하지 못하는 경우도 다수 확인되었다.

"내가 발 벗고 나서야 되는데 막막하더라고요 정보가 없으니까."

"알고는 있는데 까다로워요."

"저는 주로 주민 센터에서 해주는지는 몰랐고 TV 같은데 보다 보면 어린 사람들 와서 무슨 봉사 단체에서 뜯어 고치게 해줬잖아요. 그것만 알고 있었어요."

"없어요. 왜냐하면 이미 집이 있거나, 있으면 안 되죠 아니면 수급자이거나 연금 되어서 안 되고 당장 집 살 사람이 해당 되는데 집 살만한 사람이 몇 명이나 돼요."

(마) 향후 거주하고 싶은 주거

추후 현재보다 더욱 고령화되었을 경우, 자신의 장애와 비슷한 장애를 가진 고령장애인과 함께 하는 요양시설/장애인거주시설에서 생활하겠다는 의견이 많았다. 대체적으로 비장애노인들과 함께 생활하는 요양시설로의 입소에 대해서는 불편할 것 같다는 부정적인 인식이 많았다.

"외롭고 우울증도 생기고 그런데 나이가 연배가 비슷하니까 관심사도 비슷하고 대화가 통하잖아요. 세대가 똑같으니까 옛날 얘기하고 앨범을 갖다 놓고 설명 하니까 즐겁고 좋다고 하더라고요. 장애도 정도가 다르니까 좀 덜한 사람이 더한 사람 도와주고."

"지체 장애인이면 지체 장애인들 같이."

"장애인 아닌 분들은 약간 거리감이 있을 것 같아요."

"상태가 다른데 일단 상태가 똑같은 상황에서 일반인 노인하고 장애인 노인이라면 일반인 노인이 좋아할 것 같지 않아요. 그러면 괜히 주눅이 들 것 같아요."

자신과 비슷한 상황에 있는 고령장애인과 그룹홈 형태의 주거환경에서 거주하는 것을 계획하고 있다는 고령장애인도 있었다.

"주방을 같이 쓰고 거실을 같이 쓴다는 게 제가 영국에 있을 때 학교가 기숙사였는데 그때 보니까 같이 쓰더라고요 방은 각자 쓰고 주방이 있고 공동으로 쓰고."

시각장애인의 경우, 현재 시각장애인복지관에서 운영하고 있는 중증장애인거주시설에서 노후를 보내고 싶다는 의견이 많았으나, 장애인거주시설의 특성상 들어가고 싶다고 하더라도 모두 다 거주시설에 입소할 수 있는 상황이 아니므로 이에 대한 한계는 존재하는 것으로 보였다.

"시각 장애인 중심이기 때문에 같은 부류의 사람이 모여서 살려고. 같이 얘기가 통하니까. 나는 우리 집사람만 없다고 하면 나는 오늘도 바로 갈 거예요."

"노는 방법이 똑같아. 컴퓨터를 해도 모르면 옆에 물어봐도 되는데 일반인은 내가 하는 컴퓨터를 몰라요. 같기 때문에 노는 방법이 같기 때문에 마음대로 갈 수가 있는 게 아니지만."

반면에 장애인 전용 거주시설에 대해 반대하는 의견도 있었다. 장애인 들끼리 모여서 사는 것은 '불쌍해 보일 것 같다.', '마음의 상처가 더 클 것 같다'고 표현하는 등 부정적 반응도 확인되었다. 이는 현재의 주거에서 다른 주거형태로 이동하는 것에 대한 거부감도 함께 작용한 것으로 보인다.

"뭔가 이상하고 거기서 모르는 사람이 우리가 장애인들이 모여서 했다 하면 너무 불쌍할 것 같아요."

"진짜 누구 한명이 비장애인이 있어야지 너무 힘들 것 같아요."

"아프지 않고 각자 하면서 같이 모여서 얘기도 주고 받고 이러면 몰라도 아파서 65세 이상 70대 가까이 되어서 정말 노령이 되었는데 같은 불편한 사람이 같이 있다는 게 마음의 상처가 더 클 거 같아요."

2. 거주시설 현장 전문가 대상 FGI

1) 현장 전문가 FGI 개요

거주시설 현장 전문가를 대상으로 FGI를 실시한 주요 목적은 시설내 고령장애인의 현황 등을 파악하고, 지역사회에서 시설로 이동하는 장애인들의 특성을 파악하고, 고령장애인 주거지원 서비스 개발 및 정책 수립에 있어 선결되어야 할 조치에는 어떤 것들이 있는지와 그 이유 등을 파악하기 위하여 실시되었다.

고령장애인 대상 FGI와 동일하게 참여자 선정 방법은 질적 연구의 주요 표본추출방법인 ‘목적적 표집(Purposive Sampling)’을 활용하였다. 장애인 거주시설 2곳, 장애인공동생활가정(그룹홈) 1곳의 시설 현장 전문가를 대상으로 진행하였고 2020년 7월 22일(수)~7월 24일(금) 시설별로 약 2시간 동안 이루어졌으며, 참여자는 총 11명이다.

〈표 4-2-3〉 장애인거주시설 현장 전문가 대상 FGI 참여자 개요

구분	시설명	직책
1	A 시설	사무국장
2		생활지원팀장
3		생활재활교사
4		생활재활교사
5	B 시설	원장
6		사무국장
7		생활지원팀장
8		생활재활교사
9	C 그룹홈	시설장
10		사회재활교사
11		사회재활교사

자료: 연구진 작성

FGI의 질문 내용은 주요 논의 범위를 연구진회의를 통해 결정한 후 구체적인 사항을 중심으로 정리하였다. 주요 질의영역은 기관 개요, 기관 현황 및 거주자 특성, 고령장애인 대상 거주시설의 향후 발전 방향으로 구분하였다. 세부 내용은 다음 표와 같다.

〈표 4-2-4〉 장애인거주시설 현장 전문가 대상 FGI 질의내용

영역	질의 내용
기관 개요	- 설립 시기, 설립 배경, 조직 및 인력구성, 운영방식, 예산지원 현황
기관 현황 및 거주자 특성	- 거주하는 고령장애인들의 특성 - 다른 고령장애인 대상 거주시설과 비교했을 때 해당 시설만이 지니고 있는 차별성 - 거주자들의 입소 경로 - 거주자들의 일과, 제공되는 서비스 종류, 거주형태
고령장애인 대상 거주시설(또는 그룹홈)의 향후 발전 방향	- 거주시설 관련 정책 방향 - 시설 소규모화 관련 현장에서의 제한점 - 고령장애인 대상 주거지원 정책 개발 및 수립에 있어 가장 필요시 되는 정책적/제도적 조치

자료: 연구진 작성

2) FGI 분석결과

(가) A 시설

① 기관 개요

A 시설은 시설보호를 요하는 중증 시각장애인 노인들에게 양질의 돌봄 및 사회복지서비스 제공을 목적으로 2010년 4월 경기도에 설립되었다. 시설의 조직은 생활지원팀, 관광지원팀, 운영지원팀, 사무국 등 4개의 팀에 총 28명의 서비스 제공 및 지원 인력이 있으며, 거주 인원은 27명으로 이는 법적 정원인 30명 중 90%에 해당한다고 하였다. 기관 운영은 중앙정부와 서울시에

서 각각 50%씩 예산을 지원받는 형태로 운영되는 것으로 나타났다.

"저희는 2010년 4월 16일 양주시에서 개원했구요. 설립 목적은 나이가 많으셔서 시설에서 돌봄과 보호가 필요하신 중증 시각장애인 노인분들에게 전문적인 사회복지서비스를 제공해 드림으로써 그분들이 여기서 편안하고 행복하게 노후를 보내실 수 있도록 해드리자는 것입니다. 현재는 생활지원팀, 관광지원팀, 운영지원팀, 사무국... 이렇게 네 팀이 있구요. 직원 정원은 29명인데 지금은 28명이 근무하고 있습니다. 현재 생활하고 계신 분들은 스물일곱명입니다. 법적 정원의 90%네요. 운영 예산은 국고 50%, 서울시 50% 합하여 100% 정부 예산을 받아 운영합니다."

시설 규모에 비해 거주 인원이 적은 이유에 대해 현장 전문가들은 서울시에서 추진하고 있는 탈시설화 정책으로 인해 거주시설당 법적 정원이 30명으로 제한되었기 때문이라고 밝혔다. 그 결과 입소를 희망하는 대기가 다수 있음에도 불구하고, 수용 인원 및 입소 자격 등의 기준이 지나치게 엄격하여 시설입소를 원하고 돌봄 서비스가 필요한 고령장애인들이 적시에 시설을 이용하지 못하는 부분이 존재한다고 지적하였다.

"저희 기관을 관할하는 곳이 관악구청이거든요. 대기인원을 관악구, 저희 관할구청이 관악구청이거든요. 저희가 서울시 소속이거든요. 잘 아시겠지만, 장애계 쪽에서 탈시설화에 대한 주장과 논의가 한창이잖아요? 그 과정에서 거주시설당 최대 정원이 30명으로 제한되었구요."

"관악 구청에서 정확한 숫자는 공개하지 않지만 대기자들이 상당히 많은 것으로 알고 있습니다. 그런데도 입소가 어려운 상태지요. 저희 쪽으로 문의 오는 경우도 많아요. 원장님이나 여기 계신 어르신 등 지인 등을 통해 (고령장애인분들이) 입소를 원한다는 분들도 적지 않거든요. 현재는 입소기준이 최중증 외상 장애인 정도가 되든지, 아주 급박한 상황에 있든지 해야지 겨우 입소 자격이 되잖아요?"

② 거주자 특성

현재 시설이 ‘중증장애인거주시설’이기 때문에 시각장애인 외에도 시각 및 발달 중복장애를 가진 경우도 절반 가량인 것으로 나타났다. 시각장애인의 경우, 대부분 고령장애인에게 반해, 고령이 아닌 거주자들(총 9명)은 모두 발달장애를 가지고 있는 것으로 확인되었다.

"대부분이 시각장애를 가지고 계십니다. 고령인분들은 18명이신데 거의 100% 시각장애를 가지고 계세요. 나머지 40대 미만 거주자들은 발달장애를 가지고 있으시고요. 연령과 관계없이 반 이상이 시각장애와 발달장애를 가진 시각중복장애인들이시고요."

현장 전문가들에 따르면, 거주자의 장애특성(시각장애를 주장애로 가지고 있으면서 발달장애를 동반하는 경우 등)으로 인해 시설 내에서 이동 과정 중 충돌하는 등 안전사고에 노출될 위험성이 높고, 잔존시력의 유무로 인해 프로그램을 진행할 때도 시력 정도에 따라 거주자들을 나누어 프로그램을 진행해야 하는 등의 세심한 배려가 필요하다고 밝혔다.

"일단 눈이 안 보이시다 보니까 거동하실 때 부딪치거나 하는 등의 안전사고 위험도가 상대적으로 높은 편입니다. 그리고... 프로그램을 진행할 때 성향이 다르잖아요... 장애 특성이 사람들을 구분해야 하는 측면이 있습니다."

"발달장애라 해도 사람마다 특성이 다르잖아요? 케어를 할 때 맞춤형으로 한다고는 하는데 좀 어려움이 많아요. 제가 미처 생각하지 못한 부분이 발생한다든지..."

특히나 고령 시각장애인 거주자의 경우, 성인기 이후에 시각장애를 가지게 된 중도시각장애가 대부분이기 때문에 선천적으로 시각장애를 가진 고령장애인에게 비해 장애 수용과 보행에 필요한 방향감각 습득 등 개인 적응 훈련(Personal Adjustment training) 측면에서 상대적으로 어려움을

보인다고 설명하였다. 또한 거주하고 있는 장애인들은 대부분 기초생활수급 대상자로서 경제적으로 매우 취약한 상태에 처해 있음을 알 수 있었다.

"중도실명 하신 분들이 상대적으로 많습니다. 중도실명 하신 분들 중에는 장애 수용이 조금 덜 되신 분도 계세요. 요즘은 좀 관철아지시긴 하셨지만... 방향감각이라든지... 그런 측면에서 선천적 시각장애 어르신들에 비해 좀 더 어려워하시는 것 같아요."

"현재 아홉 분이 비수급자고요, 나머지 분들은 모두 기초생활수급 대상자들입니다. 그나마 어르신들 경우에는 세 분 빼고는 모두 수급대상입니다."

한 가지 눈여겨 볼 점은 자부담(월액 기준 378,000원)을 내고라도 입소를 희망하는 고령 시각장애인이 상당수라는 점이다. 이 같은 이유에 대해 현장 전문가들은 고령의 시각장애인들 사이에서 입소문 등을 통해 노인요양원이나 요양병원에 입소하기 보다는 시각장애 전문 거주시설이 편안하고 안정적 노후를 보내기에 좋다는 인식이 퍼졌기 때문이라고 추정하였다. 아울러, 우리 사회가 여전히 고령장애인들이 지역사회 내에서 거주하며 필요한 서비스와 돌봄을 받을 수 있는 자원이 부족하기 때문에 A 시설과 같은 거주시설 입주를 희망한다고 지적하며 충분한 인프라를 구축하지 않은 상태에서 지금과 같이 탈시설화를 급하게 추진하는 것에 대한 우려를 표하였다.

"돈을 더 내더라도 오고 싶다는 분들이 많으세요. 제 생각에는 장애인이든 아니든, 나이드신 분들은 요양원이나 요양병원으로 가시는 경우가 많으시잖아요? 아무래도 병원이나 요양원보다는 저희가 좀 체계화가 돼 있다고 알려지기도 하고... 점자소식지 같은 것들을 통해 홍보도 많이 하고 있거든요. 일단 보호자분들도 제일 많이 원하시는 것 같기도 하고... 요양원이나 요양병원 같은 경우에는 다수의 사람들을 상대하다 보니 아무래도 케어의 질이 좀 떨어진다고 생각하는 보호자분들도 계시지 않겠어요? 아무래도 시각장애 계통에서는 소문이 많이 퍼져 있기도 하고요."

"우리 사회가 아직까지는 고령장애인분들이 편안히 생활하실 만한 인프라가 많이 부족한 실정도 작용되지 않았을까 생각합니다. 사회에서 혼자 또는 가족과 함께 살아가는 주변에서 필요한 서비스를 받을 자원이 풍부하고 원활히 연계가 된다면 본인들이 살던 곳에서 지내는 것이 훨씬 더 좋겠죠. 그런데 그게 지금 잘 이루어지지 않으니깐... 이런 상황에서 탈시설 정책을 밀어붙이고 있는데... 제가 보기에는 이것이 장애인 당사자 입장에서 위험성이 높은 정책이라는 생각이 있습니다."

③ 입주 경로

거주자들은 대개 어떤 경로를 통해 입소하는지에 관해 질문한 결과, 대부분의 경우 지인의 소개나 가족에 의한 정보 수집, 구청을 통한 의뢰가 주된 입소 경로인 것으로 나타났다. 현장 전문가들은 시각장애인들이 이용하는 전용 포털 서비스 등을 통한 홍보 활동도 A 시설 관련 정보 확산에 기여하고 있는 것으로 보고, 이를 통해 시각장애인들이 주변의 고령 시각장애인에게 간접적으로 정보를 전달하는 것으로 보았다.

"지인들 소개도 있고요... 보호자들이 정보를 수집하는 경우도 있습니다. 관악구청 등을 통해 저희한테 연결이 되는 경우도 많은 것 같아요. 아무래도 지인들을 통해 알음알음으로 오게 되시는 경우가 개중 많은 듯 합니다."

"넓은 마을이라든지 아이프리와 같이 시각장애인들이 이용하는 포털 같은데도 시설 홍보를 많이 하거든요. 그러다 보면 시각장애인들이 주변에 계신 고령 시각장애인들에게 '이러이러한 곳이 있다는데 한 번 알아보시지 그러세요'와 같은 식으로 정보를 전달해 주기도 하고... 그런 형태로 들어오시는 분들도 꽤 계세요."

④ 주요 일과, 서비스, 거주 형태

거주하는 고령장애인들의 주요 일과, 제공되는 주요 서비스, 거주 형태(1인 1실, 혹은 다인 1실 등)에 관해 질문하였다. 조사 결과, 거주자들은

대부분 2인 1실 혹은 다인 1실의 형태로 생활하고 있었으며, 특별한 요구 사항이 없는 한 대다수가 침대를 사용하는 것으로 나타났다. 식사를 원하지 않을 경우를 대비하여 개별 호실마다 냉장고를 구비해 두지만, 전자레인지나 밥솥과 같이 안전사고 위험이 있는 전열기 사용은 허용되지 않는 것으로 나타났다.

"주로 두 분이 같이 생활하시는데... 많으면 세 분이 한 방을 쓰시기도 하구요. 대개가 침대를 사용하십니다. 침대를 원하지 않는 분들은 온돌 바닥에 매트를 깔아 생활하시게 합니다."

"식사를 거르시는 분들을 위해 방마다 냉장고를 배치하여 간단한 음식 정도는 보관할 수 있도록 해 드립니다. 전자레인지나 밥솥과 같이 위험성이 따르는 전열기구는 허용하지 않지요."

현장 전문가들에 따르면, 시설 내 프로그램은 오전과 오후로 나누어 진행되며, 개인별 욕구와 상황에 따라 교육 지원, 거주 지원, 사회심리 지원, 의료 지원 등의 분야에서 다양한 유형의 서비스가 제공된다고 한다.

"프로그램은 오전과 오후로 나누어 진행하는데... 프로그램이 다 나눠져 있거든요. 대개는 교육지원, 거주지원, 사회심리지원, 의료지원... 이런 식으로 나누어 저희가 일정을 조율하여 진행하고 있습니다. 예를 들어, 건강관리 프로그램을 진행한다고 하면 예방접종을 하는 주가 있고, 체력단련을 하는 주에는 체력단련 프로그램을 돌리고 하는 식이지요. 한 달에 한 번씩 생일자를 모아 생일잔치도 해 드리기도 하고... 이런 식의 집단 프로그램도 하고요. 소규모 프로그램도 있어요."

이 밖에도 언어치료사와 작업치료사가 진행하는 개별 치료 프로그램도 운영되고 있었다. 또한, 수탁 기관의 특성상, 매주 종교행사(기독교 예배)도 진행하고 있었다. 다만, 종교 활동 참여의 경우 자율적 참여를 인정한

다고 밝혔다. 가족과의 만남은 자유로우며 원활히 진행되는 것으로 추정되었다.

"작업치료, 언어치료, 물리치료가 거주자를 대상으로 일주일 단위로 스케줄을 짜서 치료도 제공하고 있고요. 저희 시설이 속한 복지재단이 종교기관에서 운영하다 보니, 그리고 원장님도 목사님이시고 해서 매 주 예배를 드리고는 있지만, 참여 여부는 거주자들 자유에 맡기고 있습니다. 요즘 코로나 때문에 다소 뜸해지기는 했지만 가족들의 방문이나 주말을 이용한 가족과의 만남은 상당히 활발한 편이었습니다."

⑤ 현장에서 경험하는 한계 및 어려움

고령장애인 거주시설 운영 과정에서 실무자들이 체험하는 어려움과 제한점에는 어떤 것들이 있는지에 관해 조사하였다. 금번 FGI 조사에 참여한 A 시설 관계자들은 탈시설화의 취지는 대략 이해되지만, 지금과 같이 관련 인프라의 구축과 병행되지 않은 채 진행되는 급속한 탈시설화와 과도한 정원 제한 방침은 거주시설을 통한 돌봄과 집중 서비스가 필요한 중증 고령장애인들에게 유해하게 작용할 가능성이 높다고 지적하였다. 즉, 입소 희망자는 많은데 그 같은 수요를 충족하기에는 현재의 정원 제한과 중증 고령장애인들의 현실을 고려하지 않은 탈시설화로 인해 대처할 수 있는 방안이 마땅치 않다는 것이다.

"시설의 보호가 필요한 분들이 있다고 생각하거든요. 탈시설화를 무작정 밀어붙인다는 게 실정에 다소 안 맞는 것 같고... 또 고령장애인 분들 중에는 시설에서 생활하고 싶어 하는 분들도 분명히 계시거든요. 그런데, 정원에 제한을 가하면 그분들의 선택의 자유는 박탈되는 측면도 있지 않을까요?"

"대규모 시설을 소규모화하는 데는 저도 100% 동의를 합니다. 소규모화해서 개별 서비스를 제공하거나 장애 유형별로 입소자를 받아 돌봄과 서비스의 질을 높인다면 좋은 것은 좋다고 봅니다."

"시설에 거주해도 활동에 자유만 보장되면 얼마든지 내 집으로 삼고 마트도 갔다 오고... 이렇게 하면 자신이 시설에 갇혀있다는 생각도 지워질테고... 고령의 장애인을 대상으로 한 그룹홈을 더 만들어 봐도 괜찮지 않을까 싶기도 하네요."

거주자들이 자립 교육 등의 행사에 반감을 보이며 강사들에게 불편한 감정을 드러낸다는 점을 지적하며 자립에 기반한 독거로 인해 야기될 소외나 외로움 등의 사회 문제에 대처하기 위해서라도 양질의 돌봄 서비스 제공이 가능하고, 자율성과 프라이버시 보장을 전제로 한 중증 장애인 거주 시설은 필요하다고 주장하였다. 이 같은 자립에 대한 거주자들의 부정적 반응과 태도는 고령자들 사이에 아직까지 강하게 남아 있는 동양적 가족 문화에 기인하였을 것으로 판단된다. 현장 전문가들은 향후 A 시설과 같이 시설 접근성이 좋고 지역사회와의 교류와 자원 연계가 용이한 방식의 정책 설계가 필요하다는 입장을 밝혔다.

"고령장애인이시잖아요. 그분들은 솔직히 말해 자립보다는 보호가 필요하신 분들이에요. 전문적 케어가 필요하신 분들한테 나가서 자립을 하라고 하는 건 솔직히 고령장애인 분들의 현실과는 맞지 않는 측면이 있다고 봅니다. 어르신들 여기에 오시는 이유가 가족과 같이 생활하지 못하고 외롭기 때문인 경우가 많거든요. 일일이 방문하여 어르신들과 뭘 해야 하는데... 엄청난 인력이 필요할 거란 말이지요. 인력낭비라는 측면도 있다고 보거든요. 자립이 아무리 좋아도 그것을 원하지 않는 분들도 계시지 않을까요? 나가서 홀로 사시겠다는 분들은 그렇게 하도록 도와드리고, 시설에서 전문적 케어 서비스를 받으며 같은 또래의 노인들과 같이 지내시기 원하는 분들은 시설에 거주하게 하면 좋지 않을까요?"

"거주자들 대상으로 인권교육이나 자립교육 하면 강사들이 혼나고 가세요. '나는 여기에서 죽으려고 왔는데, 왜 나가라고 자꾸 그러냐'...식으로 말이지요. 편안하게 살려고 왔는데 내몬다고 그러시더라구요."

"자원 연계도 쉽고... 저희가 아쉬운 부분 중에 하나가 그런 부분이거든요. 프로그램을 진행하려면 강사든, 치료사든 여기까지 오셔야 하는데 그게 쉬운 일이 아니거든요."

이런 시설들도 시내에 있으면 훨씬 낫겠죠. 문제는 요양시설 들어온다고 하면 주민들이 반대를 하고 그러시잖아요? 인식개선부터 좀 돼야 지역사회에 자리매김하는 데에 도움이 되지 않을까 싶습니다. 지역사회 자원, 전문자원하고 연계가 활발히 되고 또 양질의 자원과 연계가 된다면 소그룹화 형태도 괜찮을 것 같아요."

⑥ 고령장애인 주거지원 정책 수립을 위한 제언

고령장애인 주거지원 서비스 개발 및 정책 수립에 있어 선결되어야 할 조치에는 어떤 것들이 있는지와 그 이유에 관해 질문하였다. 현장 전문가들은 활동지원 서비스를 65세 이상 고령장애인들에게도 확대·시행하면 고령장애인들의 지역사회 활동 참여 확대, 대인 접촉 빈도 증가 등에 기여할 수 있다고 지적하였다. 유사한 맥락에서 자원봉사자 등의 인력을 활용한 정기적 방문 서비스를 통해 장보기, 산책, 말벗 등의 서비스를 제공할 수 있는 제도적 장치를 만들 필요가 있다는 주장도 제시되었다.

"고령장애인분들도 활동지원서비스를 충분히 받을 수 있도록 확대돼서 다양한 사람들이 서비스를 누리면서 지역사회에 좀 더 잘 녹아들 수 있도록 하면 좋겠어요. 간단하게 안내서비스만 받으시면 시장도 가시고 마트도 가시고... 뭐, 교회도 가시고, 사람도 만나고... 하시면 좀 더 좋을 것 같다는 생각이 들어서..."

"뭐, 자원봉사자들이나 뭐 그런 분들을 활용하여 집에서 말벗을 해 드린다든지 하면 지역사회에서 이분들이 어느 정도 욕구를 해결해 드릴 수 있지 않을까요?"

다음으로, 현장 전문가들은 영국이나 미국 등의 사례처럼 고령장애인들이 공동으로 거주할 수 있는 마을 공동체를 만들어 자유롭게 생활하며 그 안에서 의료, 일상생활, 여가 등의 서비스를 받을 수 있는 주거 제도 수립이 필요하다고 지적하였다. 현장 전문가들의 이 같은 제언은 영국의 고령자용 지원 주거(housing-with-support)와 상당 부분에서 흡사한 것이다.

"좀 거창할지 모르겠지만... 선진국에 보면 치매 어르신들끼리 모여 사는 마을이 있잖아요? 그런 것처럼 장애인 어르신들이 한 마을 공동체를 구성해서 그 안에서 의료나 주거 서비스 같은 것들 받으시며 생활할 수 있도록 하는 제도가 있으면 어떨까 합니다. 여가도 같이 즐기시고요."

"고령장애인분들 혼자 생활하는 게 그렇게 바람직하지는 않은 것 같아요. 같이 생활하시며 프로그램도 참여하고, 친구들처럼 얘기도 나누고... 도움도 받고... 그러면 사회성도 유지되는 측면도 있잖아요? 우울증 같은 것도 굉장히 무섭잖아요? 그런 부분도 예방하는 측면도 있어 보이고요."

현장 전문가들은 고령장애인들이 건강 등의 문제로 인해 비상 상황에 처할 가능성이 높으니만큼, 야간 시간에 긴급 상황이 발생했을 경우 즉각적으로 대처할 수 있는 시스템을 구축할 필요성에 대해서도 지적하였다.

"어르신들이 갑자기 아플 수도 있으시고요... 혼자 계실 때 갑자기 쓰러지실 때도 있거든요. 우리나라는 아직까지 그런 상황에 즉각 대처할 수 있는 서비스가 잘 안 되어 있잖아요."

"어르신들 경우에는 야간에 사건, 사고가 많이 일어나니까... 여기 오래 있다 보니 뭐 '야간 순회 서비스 같은 것들이 있으면 좋겠다'... 그런 생각이 들었어요."

한편, 장애 여부와 관계없이 현재의 노인 세대가 노후 준비가 부족하다는 점에서, 기존의 장애 연금 외에 의료서비스 지원 등에 추가적 경제 지원 방안을 강구할 필요가 있다는 지적도 제기되었다. 이 같은 주장은 고령장애인 개인의 경제적 능력에 따라 지역사회 내에서의 자가 주택 거주에 기반한 지원 서비스 제공과 임대 보조금 지원, 거주 시설 입소 제도를 병행 운영할 필요가 있다는 취지로 판단되었다. 다만, 지역사회 기반 자가 거주를 희망하는 고령장애인들에게 지원 서비스를 제공할 주체를

어디로 정하느냐는 향후 추가적 조정과 합의가 필요한 대목인 것으로 파악되었다.

"장애인이든 그렇지 않은 상관없이 지금 어르신들 세대는 노후준비가 거의 되어 있지 않으시잖아요. 전쟁을 겪으신 분들이고... 노후준비 시스템을 만들어서 고령장애인이어도 의로서비스를 충분하게 받을 수 있고, 지역사회에도 통합할 수 있는... 그런 정책이랄까... 겨우 장애인수당이나 기초노인연금 정도에 의지하고 계시는데, 그것들 가지고는 솔직히 지역사회에서 자립하며 살아남기는 힘들거든요. 그러다 보니 결국에는 수급자가 되신 거구요."

"복지관에서 진행하는 재가복지 서비스 있잖아요. 그런 형태도 필요하지 않을까요? 바우처로 하든지... 비용은 본인이 일부 부담하게 하구요. 문제는 지역사회 자가 거주를 원하는 장애 노인들에게 어느 기관이 서비스를 제공할 것인지를 정하는 거예요. 일반 노인복지관의 경우 장애 노인 이용자도 없을 뿐더러 장애와 관련하여 전문성이 떨어지고, 장애인복지관은 노인 분야에 대한 서비스 경험과 전문성이 부족하고..."

아울러, 제도와 정책을 만들고 시행하는 것과 병행하여 고령장애인에 대한 인식 개선에도 많은 노력을 기울여야 한다는 주장도 제기되었다.

"정책이나 제도보다는 인식개선이 더 필요하다고 생각합니다. 제가 외부에서 프로그램을 진행하다 보면 가끔씩 장애인분들에 대해 인식이 아직 덜 된... 기피하거나 안 좋은 눈초리로 보거나... 이런 경우를 무척 많이 봤거든요. 제도나 정책도 좋지만 일단은 고령장애인에 대한 인식 개선에도 노력을 기울여야 한다고 생각합니다."

(나) B 시설

① 기관 개요

B 시설은 65세 이하 조기노화를 수반하고 있는 발달장애인을 대상으로 조기노화 발달장애인의 생애주기에 맞는 가정생활, 건강생활, 사회문화 생

활의 지원을 목적으로 2010년 개원하였다. 조직은 서비스지원부(상담지원팀, 건강지원팀, 생활지원팀)와 운영지원부(행정지원팀)로 구성되어 있고 총 26명의 서비스 제공 및 지원 인력으로 이루어져 있다. 거주자 전체 인원 30명 중에 19명이 다운증후군이며, 평균 연령은 43세이고 최고령자는 60세이다. 국민기초생활보장수급자가 29명이며 실비 이용은 1명이다.

② 거주자 특성

거주자 30명 중 절반 이상인 19명이 다운증후군으로, 다운증후군 특성상 노화가 빠르고 흥분하는 경우가 많다보니 공동으로 생활하는 거주시설의 여건에서 거주자 간 트러블이 잦아지고 있다고 밝혔다. 또한 발달장애인 거주자의 고령화에 따라 치매증상이 동반되거나 치아나 관절, 시청각 기능이 악화되는 등 신체적 노화가 빠르게 진행되며, 심리적 측면에서 다운증후군 특유의 자기애가 강한 성격과 노인의 특징들이 결합되어 나타나고 있어 거주자의 노화에 따른 돌봄 및 서비스 대응 시스템의 필요성을 인지하고 있었다.

"다운증후군이 많은데 노화가 빠르면서 이분들이 또 흥분하는 상태가 굉장히 많고, 또 본인 위주로 가는 게 많다 보니까 공동으로 움직이면서 가지만 다운증후군 외에도 고령화 되다 보니까 이제 치매증상까지 오시는 분들이 계시는데 같이 이제 공동생활을 하다 보니 좀 거기에 대해서 되게 많이 트러블이 생기고 있어요."

"이미 노화는 상당부분 많이 진행이 됐습니다. 백발, 그리고 다운이 기질적으로 가지고 있는 신체적 특징에 의해서 치아라든가 또 시각적인 부분들, 그리고 청각 이런 부분들은 이미 많이 손실이 되셨어요."

"심리적인 특징은 아무래도 다운, 그 특유의 약간 본인들이 가지고 있는 고유의 자기애 강한 성격과 노인적 특징들이 이제 서서히 조금 발현되는데 사실 그것을 저희가 구분하기가 쉽지는 않아요."

현장 전문가들은 전부는 아니더라도 생애 마지막에는 시설이 아닌 지역사회에서 살고 싶어 하는 거주자가 일부 있고, 이런 경우 10년이 넘도록 시설에 있었기 때문에 쉽지는 않겠지만 긴 시간이 걸리더라도 시설 내에서 자립에 대한 준비를 철저히 하고 자립할 수 있는 지역사회에서 여건을 만들어 준다면 거주자가 지역사회에서 여생을 보내는 것이 가능하다고 이야기 하였다. 다만, 긴급한 상황이 발생할 경우를 대비하여 의료기관이 인접한 거주지가 지원되어야 하는 것을 전제하였다.

"마지막에도 지역사회에 살고 싶은 친구들 욕구가 있어요, 지금 나간 친구들은. 여기 비록 요 앞이지만, 이런 친구들을 위해서 하면 커뮤니티 케어 안에 정말 고령, 노령 그런 자들을 위한 약간 병원세팅처럼 해서 같이 이것을 하면 되게 좋을 것 같아요."

"여기 와서 10년이란 세월을 보냈지만, ...아마 나가서 다시 회복하기에, 그 생활을 하기에는 좀 시간이 걸리지만 충분히 할 수 있다라는 생각이 들어요. 그리고 또 중증은 중증에 맞게끔 지역사회에서 살 수 있는 친구들은 병원세팅이 많이 필요한 친구죠.(의료 기관과의 거리 등이 중요해요)"

③ 서비스, 거주 형태

거주하는 고령장애인들에게 제공되는 주요 서비스, 거주 형태에 관해 질문하였다. B 시설이 장애인 거주시설에 해당되지만 거주자 고령화에 따라 장애인이면서 노인인 측면이 있기 때문에 노인요양시설과 노인양로원의 중간 수준의 포지셔닝을 가져야 한다고 현장 전문가들은 생각하였다. 주요 서비스로는 사회성 통합을 위한 훈련, 치료적 접근 보다는 예방적 접근의 건강관리 프로그램에 중점을 두고 있다고 밝혔다.

거주형태는 현재는 2~3명이 함께 공간을 공유하고 있는데 노인의 특성을 고려해서 공간이 작더라도 개별 공간이 필요하다는 점을 지적하였다. 이는 거주자의 대다수가 다운증후군이며, 일부는 치매증상이 나타나

기 시작했고 성격이 강해 거주자간의 갈등, 충돌이 생길 수 있다는 점 등을 고려해 공간 분리의 필요성을 제기한 것이다.

"장애인 거주시설이지만 그 노인요양시설 같은, 그러니까 노인요양시설이라고 할 수는 없고 아주 노인요로원 같은 그런 중간적인 것을 함께 좀 가져가려고 포지셔닝을 하려고 지금 노력 중이거든요."

"장애인거주시설의 특징인 사회성 통합을 위해서 훈련, 예방적 접근의 건강관리 프로그램을 진행하고 있어요."

"지금까지 두 사람 세 사람이 살았던 말이에요. 그런데 방을 노인성 특성을 살려서 혼자 계셨으면 좋겠어요, 작은 방이라도. 자기 방에 살게 좀 하든지 아니면 아까 우리 조 선생님이 말씀하신 것처럼 한 사람이 그러니까 또 이쪽이 더 그러고, 다른 나머지 사람이. 왜냐면 지금 치매노인들 모시고 계셔서 아마"

④ 고령장애인 주거지원 정책 수립을 위한 제언

거주자의 자립을 지역사회와의 다양한 서비스와 연계하여 지원하는 방향성에는 동의하지만, 오랫동안 집단생활을 해왔던 거주자에게 단순히 주거를 지원하고 개별 서비스를 제공한다고 해서 성공적인 자립을 이끌어 내기에는 한계가 있음을 지적하였다. 고령장애인을 위한 주거지원정책은 시설과 자립의 중간단계로써 장애인 거주시설보다 소규모화된 그룹홈 형식을 통해 자립을 훈련, 적용할 수 있는 충분한 기간을 마련함으로써 가능할 수 있음도 제시하였다. 더불어 이 과정에서 지원교사의 역량을 강조하였는데 단순히 자격증만 갖고 있는 인력이 아니라 장애인에 대한 이해가 충분한 전문인력의 개입을 강조하였다.

"집단생활을 오래 한 사람한테 갑자기 방 하나를 주면 안 돼요. 그러니까 중간과정에 둘씩 하면서 왜 소규모로, 그러니까 그룹홈을 조금 더 활성화해서 그룹홈에 살다가 각자

자립, 뭐 지원주택을 나가는 이런 과정이 있어야 되는데 지금은 큰 집단에서 살다가 갑자기 지원주택 딱 가는데 그 위층에 보면 다 선생님들이 계시기는 해요. 그런데 저희가 봤을 때 ‘저게 자립일까?’라는 의문점이 들 때도 있어요.”

“30인 시설에 살았다면 소규모로 좀 갔다가 다시 1인으로 가고, 하고 제일 중요한 건 그렇게 하는데 이제 교사의 역량인 것 같아요.”

“활동지원사나 새로 오신 분들은 장애인복지를 잘 모르는 사람도 사회복지사 자격증만 있으면 올 수 있잖아요. 그러니까 여기에서 굉장히 힘들어지는 거예요.”

다만, 지역사회로 복귀했을 때, 서비스 제공기관에서 기피하거나 배타적으로 서비스를 거부했을 경우에 대해 우려를 표하였다. 이와 관련해서 거주시설의 소규모화를 추가로 제안하며 시설의 지역사회 역통합에 대해 언급하였다.

“사실은 우리 식구들이 지역사회를 얼마만큼 활용할 수 있을까라는 고민이 되게 생겼어요. 종합사회복지관에서 우리를 받아줄 것도 아니고 노인복지관에 노인들은 더 배타적이라서 더 안 받아줄 거고, 그렇다라면 우리 자체 내도 시스템을 돌리면서 역통합을 해야 되잖아요. 저는 시설을 조금 더 쪼개줬으면 좋겠어요. 그러면서 커뮤니티 케어 안에, 지역사회 안에서 저희가, 그런 과정을 겪지 않고 그냥 나가는 것은 굉장한 위험이라고 생각을 해요.”

“장애인복지시설에서 이렇게 공동생활가정으로 나가고 이렇게 자립체험 나가다 보면 할 거리가 없어요. 복지관에 가도 40대 이상은 뭔가 프로그램도 없고...”

특히 발달장애인의 경우 의료적인 지원이 적극적으로 이루어져야 된다는 점을 강조하였으며 돌봄-의료서비스가 기반이 된 고령장애인 대상 요양원 혹은 시설의 필요성에 공감하였다.

"고령장애인을 대상으로 하는 요양원이 생긴다면 의료적인 접근에 장애인이 붙었기 때문에 거기에 대한 플러스알파 할 수 있는 뭔가가 나오면 충분히 할 수 있다고 생각해요."

"발달장애를 중심으로 본다면 정말 필요한 일이거든요, 앞으로. 그들이 또 의료적인 지원이나 거기에 맞는 서비스를 적절하게 해 줘야 되는데, 나이를 먹으면 먹을수록 의료적인 서비스가 정말 중요하더라고요, 보니까."

(다) C 그룹홈

① 기관 개요

장애인공동생활가정 D가 1995년 4월에 장애인 부모님들의 성지공동체 시초가 되어 설립되었다. 조직은 비상근 시설장 1명, 사회재활교사 2명, 야간전담교사 1명, 주말전담교사 1명 총 5명의 서비스 제공 및 지원 인력으로 구성되어있다. 거주자는 50대 4명으로, 3명은 발달장애이고 1명은 뇌병변장애인이다. 예산은 시비 100%이고 본인부담금 월 40만원으로 운영되고 있다.

"95년 4월 1일부터 설립이 됐고요. 그 전에는 이제 서울장애인종합복지관을 다니면서 이제 직업훈련을 받았고 직업훈련이 끝나면 이제 다른 데로 가야했고 복지관에서 또 2기 3기 계속 받으셔야 되어서 어머니들이 어쩔 수 없이 성지공동체를 만드셔서 가지고 이 때까지 계속 오고 있습니다. 그제 95년 저희가 4월 1일부터 여기 공동생활가정이 시작됐고요. 지금 현 저희 D 공동생활가정은 지금 거주자가 50대 4명으로 구성돼 있습니다. 그리고 전부 연고가 계시고요, 지금 어머니들이 다 살아계셔서 가지고 지금 어머니들은 아까 보셨듯이"

"지금 59세 1명, 그리고 54세, 만 아니고요, 그냥 54세 2명, 53세 1명, 그래서 4명. 한 분은 뇌병변장애 한 분 계시고요, 세 분은 발달장애"

② 거주자 특성

거주자 4명이 D 공동생활가정 설립 이전부터 부모들끼리, 형제들끼리 알고 지냈기 때문에 돈독한 관계를 유지하고 있으며 거주자는 D 공동생활가가 본인의 집이라고 생각하고 있으며 생애 마지막까지 4명의 거주자와 함께 지낼 계획을 가지고 있다고 하였다.

"작업장 시절부터, ○○장애인종합복지관 시절부터 계속 어머니끼리도 형님, 동생, 아우 이렇게, 그 집이 자기 집이 아니고 여기가 자기 집이라는 것을 알고 있다고 하시더라고요."

지원주택 제도를 신청할 기회가 있어 자립역량이 되는 거주자와 그 가족들에게 제안했으나 현재 생활에 만족하고 있고, 지역사회에서 홀로 자립하는 것은 부담스러움으로 인해 거절한 일화도 이야기 하였다.

"저희가 이제 이번에 지원주택 제도가 나와 가지고 저희 이용인분들한테도 제가 안내를 따로 해 드렸어요. 좀 이제 하실 만한, 혼자 사실만한 역량이 있다고 생각이 되어서 제안을 드려봤는데 고민고민 끝에 가족들이 "그냥 성지 지금 잘 살고 있는데 왜 굳이 밖으로 내보내느냐?" 이렇게 대응하시고, 또 본인 스스로도 "자신 없다. 나 혼자 못 살겠다." 이렇게 돼 가지고 시도를 못했어요. 발달장애의 특성이기도 한데 그렇게 정서적으로 교감되는 상대가 있어야지 더 행복하고 편안한 상태가 되는 것 같아요, 고독을 즐기는 것 보다는. 자기를 오픈하고 같이 이렇게 살았기 때문에 그렇게 불편한 걸 별로 못 느끼시고, 지금 같이도 살 수, 두 분이 같이 살 수 있기도 한데"

③ 주요 일과, 서비스

거주자의 주요 일과에 대해서 질의하였을 때, 오전에는 보통 장애인보호작업장에서 일을 하고 오후에는 D 공동생활가정에서 직접 기획한 프로그램이나 지역사회에 사회서비스 이용기관에서 제공하고 있는 프로그램에 참여한다고 하였다.

"다 인지는 있으시고 그래서 이제 오전에는 작업장에서 이제 작업을 하시고 이제 거기에서 점심 먹고 이제 오후부터 올라오셔서 여기에서 이제 프로그램을, 외부로 나가든지 여기에서 선생님 불러서 하든지 그렇게 이제 오후시간에는 저희가 프로그램을 하고 있습니다."

D 공동생활가정도 다른 시설과 마찬가지로 거주자의 고령화에 대한 대응을 어떻게 할 것인지를 고민하는 것으로 나타났다. 예전과 비교해 작업장에서 작업능력이 현저히 떨어지고 집중력이 약해지는 것이 확연히 확인되는 상황이어서 이에 대한 고민이 크다고 하였다. 학년기를 마치고 성인이자 첫 번째 전환기라면 성인에서 노인으로 넘어가는 지금의 단계를 두 번째 전환기라고 언급하였다.

"다른 보통 작업장들 같은 경우에는 이제 만 한 40대, 40정도 되면 진입이 다 막히거든요. 그런데 우리는 이미 이분들이 청년 때부터 같이 살아왔으니 그냥, 그냥 같이 작업을 하고 이제 생활을 하고 있는데 이분들 점점 연세 드시면서 건강이 하루하루 안 좋아지시구요."

"작업시간에 졸고 앉아계시거나 힘들어하시고, 그러니까 움직임 없이 계속 앉아서 작업하시다 보니까 힘들어하시고, 또 서서 하는 뭐 초 굽는 일도 못하시는 상황인데 고민인 거예요. 그래서 이분들을 어떻게 정말, 그러니까 첫 번째가 뭐 전환기가 이제 학년기 마치고 성인이자 전환기라고 한다면 이것은 정말, 정말 중요한 두 번째 전환기라고 저는 생각을 해요."

D 공동생활가정에서 제공하고 있는 주요 서비스는 고령장애인공동생활가정 시범운영사업의 일환으로 시도하고 있는 것으로 사람중심계획(PCP: person centered planning) 수립 및 적용을 시행중이라고 하였다. D 공동생활가정에서는 PCP에 기반한 시범사업 서비스체계를 개발하고 환경개선(소방설비, 장애인 편의시설, 난방배관 교체) 사업을 추진하

고 있었다. PCP사업은 공공-민간영역 관련 기관과의 연계·협력을 이끌어내어 거주자들에게 노래교실, 맞춤형운동서비스, 건강 및 영양교육, 심리상담, 문화예술프로그램 등 다양한 서비스를 제공하고자 노력하고 있다.

④ 현장에서 경험하는 한계 및 어려움

서울시발달장애지원센터에서 시설과는 떨어진 지역의 병원 의사를 촉탁의로 연계하는 등 광역단위 지원기관에서의 서비스가 실제 시설에서 필요로 하는 서비스와는 미스매칭(mismatching) 되는 점을 확인할 수 있었다. 시설에서는 긴급한 조치가 필요한 상황에 대비하여 가까운 병원과의 연계를 원하고 있었으며 재활치로나 협압관리 등 일상적인 건강관리 서비스가 필요한 상황임을 지적하였다.

"서울시 발달장애지원센터에서 저희 주치의를 연결해 준 데가 동네가 아니라 송파구 쪽으로 가라고 하시더라고요. 거기 알지도 못하는 병원이라서 안 가죠. 저희는 일상적인 재활치료 받을 수 있는 곳들이 필요하거든요. 소소한 이런 내과질환이라든지, 고혈압약 뭐 이런 것들"

⑤ 고령장애인 주거지원 정책 수립을 위한 제언

시설 전문가들은 탈시설 이후의 중간거점을 그룹홈이라고 보고 있었으며 거주자의 연령층 또는 특정 기호에 따라 다양한 컨셉을 가진 쉼어주택, 지원주택의 제공 필요성에 대해 제시하였다.

"거주시설 이후 중간 거점이 그룹홈일 수 있어요. 연령으로 이렇게 집하된, 우리처럼 50대 이상의 연령층, 아니면 이제 어떤 본인들의 어떤 기호에 따라서, 요즘에 그 쉼어주택들도 그렇게 컨셉들이 다르잖아요. 뭘 좋아하는 사람들이 같이 함께 사는 집 이런 식으로 좀 다양화 될 필요성이 있을 것 같아요."

장애인활동지원서비스 급여(시간)를 다 못 쓰는 경우가 많아 활동지원 예산을 시설 인력예산으로 전환하여 활용할 것을 제안하였다. 이 과정에서 의료상주 인력이나 보조교사 등 전문 인력의 확보의 필요성에 대해 강조하였다.

"40대부터도 확연하게 건강이 안 좋아지시고, ...지금 본인들이 갖고 계신 그 활동지원 시간이 120시간 뭐 이렇게 되는데 그것을 다 못 써요. 쓰는 용도가 대부분 이제 뭐 병원 동행이라든지 아니면 뭐 어떤 운동, 산책을 하기 위해서 규칙적인 운동을 활동을 위한, 사실은, 보조적인 역할이죠. 그런 거 없애고 인력을 더 추가하는 게 낫지 않을까. 의료상주 인력이 1명이라도 들어오면 저희는 안전해지는 거잖아요. 특수학교처럼 보조교사 뭐 그런 개념"

제3절 소결: 고령장애인의 주거지원 관련 이슈 및 쟁점

1. 고령장애인의 주거 특성 및 욕구

2017년 노인실태조사 및 장애인실태조사 데이터를 활용하여 고령장애인의 주거 특성을 살펴보았다. 분석한 결과, 고령장애인은 비장애노인에 비해 단독주택 거주 비율이 높았으며 이로 인해 생활에 불편한 주거환경에서 거주하는 비율이 상대적으로 높았다. 그 밖에 주택소유형태나 방의 개수 등에서는 고령장애인과 비장애노인간의 유의한 차이는 발견되지 않았다. 특히 고령장애인은 비장애노인에 비해 건강기능의 제한에도 불구하고 건강이 유지되거나 거동이 불편할 경우 모두 친숙한 환경에서의 노후(AIP)가 높게 나타났다. 특히 고령장애인의 주거 특성이 삶의 질에 미치는 영향력을 선형회귀분석을 통해 검증한 결과, 고령장애인과 비장애노인의 삶의 질에 영향을 미치는 주거 요인은 '집의 편리성'과 '주거만족도'인 것

으로 나타났다. 즉, 생활하기에 편리한 집에 거주하는 노인일수록 그리고 주거만족도가 높을수록 노년기 삶의 질이 높은 것으로 분석되었다.

청장년 장애인과 비교했을 때, 고령장애인은 자가의 비율이 높았으며, 주택성능의 미흡함 및 집구조의 불편, 개조의향의 비율이 높게 나타났다. 이에 반해 주거복지 이용경험은 청장년에 비해 낮았으며, 주거만족의 수준도 낮게 나타났다. 청장년 장애인과 고령장애인의 주거특성이 삶의 질에 미치는 영향을 분석한 결과, 고령장애인의 경우 대도시에 비해 중소도시인 경우, 농어촌인 경우 삶의 만족도가 높았다. 장애특성 중 신체외부 장애인에 비해 감각장애의 경우, 발달장애의 경우 삶의 만족도가 높았으며, 장애정도가 심한 장애의 경우 삶의 만족도가 낮았다. 주택특성의 경우 자가인 경우 삶의 만족도가 높았으며, 주택구조가 불편한 경우와 주거만족도가 낮은 경우, 삶의 만족도가 낮았다. 즉, 주거만족도와 주택구조의 편의성이 삶의 만족에 영향을 미치는 요인으로 나타났다.

60세 이상 중고령장애인 대상 FGI 결과에 따르면, 현재 살고 있는 주거환경에 대한 만족도는 대체적으로 높은 것으로 나타났으며, 주거를 중심으로 한 지역사회 내 병원, 대중교통, 마트 등 편의시설의 접근성 및 이웃들과의 관계 등을 중요하게 생각하고 있는 것으로 나타났다. 대부분의 중고령장애인 모두 현재 살고 있는 주거의 환경개선에 대한 욕구, 개조 등의 욕구는 높게 나타났다.

이는 노화로 인한 이전과 다른 신체기능의 저하로 인해 집 안의 문턱, 현관 경사로 이용에 어려움이 더해지고, 낙상사고 등 큰 부상으로 이어지는 부분에 대한 염려가 높아지는 데에 기인하는 것으로 나타났다. 문제는 이러한 욕구에도 불구하고 주거환경 개선을 위한 업체 관련 정보가 없거나 자신의 장애상태를 고려한 주거환경 개선을 해 줄 사업자 및 업체를 찾는 것에 대한 어려움이 큰 것으로 나타났다. 중고령장애인의 경우에는

자부담을 하더라도 ‘장애친화적 주거환경개선을 위한 믿을만한 업체’에 대한 정보 등을 원했고, 지자체 수준의 정보제공, 주거환경개선을 위한 일부의 지원 등의 정책적 지원의 욕구가 높은 것을 확인하였다.

특히 임대주택에 거주하고 있는 호흡기 장애를 가진 중고령장애인의 경우, 노후 된 실내 환경의 개선 등을 요구하였으나 관련 제도가 부재하다는 답변만을 받아 이에 대한 제도적 지원의 욕구를 피력하였다. 또한 향후 거주하고 싶은 주거유형과 관련하여 일부 신체장애인의 경우, 비슷한 장애유형을 가진 고령장애인과 그룹홈 형태의 거주를 계획하고 있다는 의견도 있었으며, 시각장애인의 경우도 비슷한 장애유형을 가진 장애인들끼리의 거주시설, 공동주택 등의 형태에 대한 바람을 나타내기도 하였다.

2. 고령장애인의 주거지원 관련 이슈 및 쟁점

3장의 현재 고령장애인 대상 주거지원 정책(중앙 정부 차원 및 지방정부 차원) 및 커뮤니티케어 선도사업에서의 주거지원 현황 파악과 4장의 고령장애인의 주거 특성 및 욕구 분석을 통해 도출된 고령장애인 대상 커뮤니티케어 정책의 주거지원 관련 이슈 및 쟁점을 정리하면 다음과 같다.

가. 커뮤니티케어 시범사업에서 나타난 주거지원의 자원부족

각 지역의 선도사업 계획서에 따르면, 2019년까지 50여 가구에 케어안심주택이 제공되었고, 2020년에는 321호의 케어안심주택의 지원을 계획하고 있으나 2020년 7월 기준, 실제 입주가 이루어져 케어안심주택이 작동되고 있는 것은 2019년 실적을 포함하여 100호를 조금 넘기는 수준이다. 장애인을 대상으로 하는 커뮤니티케어 선도사업에서의 주거지원

은 시설에 거주하고 있는 발달장애인을 주요 대상으로 하고 있기 때문에 매우 미비한 수준이다. 장애인을 대상으로 하는 선도사업 지역 2개소의 케어안심주택 운영실적은 2019년 선도 사업 시작 이후 2020년 7월까지 20호 미만이다(남기철 외, 2020). 노인의 경우, 케어안심주택을 통한 주거지원의 방식보다는 주택개조 사업에 치중된 사업을 진행하고 있다. 이는 케어안심주택의 확보가 매우 어렵기 때문이다.

나. 주거환경 개선 사업의 제한성

지역사회에 거주하고 있는 고령장애인의 주거유형의 대부분(약 70%)은 ‘자가’이며, 고령장애인은 기존 장애에 더해지는 노화(기능적 쇠퇴)를 경험하거나 노화로 인한 장애(기능적 제한)를 경험하는 집단이다. 본 연구를 통해서 주거에서의 불편함 및 주거만족도는 고령장애인의 삶의 질에 유의미한 영향을 주는 것을 확인한 바 있다.

그러나 현재 주거환경 개선 사업은 국토부에서 수행하고 있는 농어촌 장애인주택 개조사업(국토부 50: 지자체 50)과 지자체 수준에서 시도예산 100%를 가지고 지원하고 있는 주거환경 개선 사업 등이 있다. 이들 사업은 한정된 예산으로 인해 혜택을 받는 가구가 많지 않고, 대상이 모두 저소득층에 제한되어 있으며, 개별 가구에 책정된 금액이 많지 않은 특징을 가지고 있다.

또한 임대주택에 거주하고 있는 고령장애인의 주거환경 개선에 대한 욕구도 반영할 필요가 있다. 공공임대주택에 거주하고 있는 고령장애인의 주거환경은 상대적으로 낮은 수준이기 때문이다(강미나 외, 2016; 배정인, 2016; 노승현, 2016). 현재 ‘노후 공공임대주택 시설개선사업’이 존재하지만, 임대주택 내의 주거환경의 개선보다는 임대주택 내 공용 공간 및 외부시설 개선에 초점을 두고 있어 임대주택에 거주하고 있는 고령

장애인을 위한 주거 내부 환경 개선을 위한 지원제도는 존재하지 않는다.

다. 주거지원 정책 대상의 협소함

우리나라의 장애인과 고령자를 위한 주거지원정책은 임대주택 등의 입주시 특례, 가점, 우선 공급 등으로 임대주택 공급정책이 가장 크다. 특히나 주거지원정책의 대상은 소득으로 기준으로 하는 ‘저소득층’으로 한정되고 있어 욕구에 기반을 둔 ‘보편성’에 기초하고 있는 커뮤니티케어의 케어안심주택의 대상과는 차이를 보인다. 따라서 커뮤니티케어를 적용함에 있어 케어안심주택과 같은 주택 공급의 대상과 서비스와의 연계를 용이하게 하기 위해 주거이전의 욕구를 가진 대상자가 일치하지 않는 상황이 발생되고 있다. 이마저도 국토부에서 제공하고 있는 케어안심주택의 공급이 턱없이 부족한 상황이다. 앞서 설명하였듯이, 향후 인구 고령화로 인한 고령장애인의 증가는 가파르게 상승할 것이다. 커뮤니티케어 정책에서의 주택공급(케어안심주택 등)에 있어 고령장애인에 관한 제도적 고려를 고민하여야 할 필요가 있다. 또한 중산층 정도의 자산을 가진 고령장애인의 경우, 주거이전에 대한 동기가 낮고 자가 보유율이 약 80% 수준으로 높아 주거환경 개선에 대한 욕구가 높다. 때문에 자가나 민간임대의 경우에 주택개조사업 등 주거환경개선 사업을 적극 활용한 커뮤니티케어 주거지원이 강화될 필요가 있다.

라. 고령장애인의 욕구에 대응하는 다양한 주거 모델의 부재

본 연구의 FGI를 통해 향후 거주하고 싶은 주거유형에 대해 물은 결과 일부 신체장애인의 경우, 비슷한 장애유형을 가진 고령장애인과 그룹홈

형태의 거주를 계획하고 있다는 의견도 있었으며, 시각장애인의 경우 비슷한 장애유형을 가진 장애인들끼리의 거주시설, 공동주택 등의 형태에서 살고 싶다는 바람을 나타내기도 하였다. 현재 고령장애인이 가질 수 있는 주거 옵션은 현재 살고 있는 집과 거주시설 및 요양병원 두 가지 밖에 없다. 고령장애인의 욕구와 특성을 반영한 다양한 주거모델의 개발을 통해 지역사회 내 주거 선택이 가능하도록 지원할 필요가 있다. 커뮤니티케어는 이러한 주거안정성이 보장되었을 때 그 기능을 보다 잘 수행할 수 있을 것이다.

마. 커뮤니티케어 제반 체계의 부재

향후 커뮤니티케어의 방향이 고령장애인의 시설 입소를 지연 혹은 제한(예방)하기 위한 방향으로 확대된다면, 지역사회 내 주거 및 통합적인 서비스 제공을 위한 정보의 제공, 상담, 사례관리 등의 역할은 더욱 중요해질 것이다. 현재 우리나라의 주거지원 관련 인력은 ‘주거복지사’와 ‘주택관리사’라는 자격제도가 있고 커뮤니티케어는 기초지자체의 통합돌봄센터의 ‘사례관리사’를 통해 커뮤니티케어의 주거지원이 이루어지고 있는 상황이다. 또한 우리나라의 주거지원 정책 관련 정보를 제공하고 있는 것은 LH의 마이홈 홈페이지가 있으나 대중적으로 알려져 있지 못하고 활용도가 낮다. 성공적인 커뮤니티케어 실행을 위해서는 주거지원 관련 적절한 정보의 제공, 관련된 상담 및 사례관리가 요구되나 현재 이들 체계를 구축하고 있다고 보긴 어렵다.



제5장

해외의 고령장애인 주거지원 현황

제1절 영국의 주거지원 및 주거모델

제2절 미국의 주거지원 및 주거모델

제3절 독일의 주거지원 및 주거모델

제4절 일본의 주거지원 및 주거모델

제5절 소결: 해외 주거지원에서의 함의

제 5 장 해외의 고령장애인 주거지원 현황

해외의 커뮤니티케어의 대상은 우리나라와 같이 ‘노인’과 ‘장애인’으로 구분되지 않는다. 특히나 ‘장애’에 대한 정의가 우리나라에 비해 광범위하여 ‘노인’과 ‘장애인’에 대한 구분이 명확하지 않은 특징이 있다. 이에 커뮤니티케어의 대상에 있어서도 신체·정신적으로 케어가 필요한 자, 또는 일상생활수행(ADL: Activity of daily living)에서 2개 이상의 영역에서 어려움이 있는자(영국, 미국, 독일 등)를 대상으로 하여 노인과 장애인을 포함하고 있다. 일본의 경우도 고령 및 장애 등으로 ADL의 일부 또는 전부를 지원 받거나 지원의 필요가 있는 사람을 대상으로 한다(치매 포함)(김현승, 2019). 즉, 허약 노인이나 고령장애인이 주요 대상이 된다.

반면 주거지원 정책은 우리나라와 비슷하게 ‘노인’과 ‘장애인’을 대상으로 하는 정책이 구분되어 있는 것처럼 보이지만 이러한 접근은 취약집단 내 ‘노인’과 ‘장애인’의 특성을 반영한 주거지원 정책의 마련과 지원의 정도를 위한 것으로 이해할 필요가 있다. 즉, 고령장애인의 경우에는 어떠한 제도든 자신의 욕구에 따라 선택하면 되는 것이다. 따라서 주거지원 정책의 내용은 우리나라와 마찬가지로 중앙 및 지방정부 차원으로 구분할 수 있다. 중앙정부 차원의 정책은 (1) 공공임대주택과 같은 주택공급 정책과 (2) 주거비 지원(주거급여) 정책 및 주택금융지원 정책 등이 있으며, 지방정부 차원의 정책은 지역주민의 욕구에 근거한 (3) 주거환경 개선 사업과 (4) 주거 취약계층을 대상으로 하는 다양한 주택 모델의 개발, 주거 관련 정보 제공 및 상담 등이 있다. 본 장에서는 이미 커뮤니티케어를 실현하고 있는 해외의 주거지원 정책의 내용을 분석하였으며, 정책의

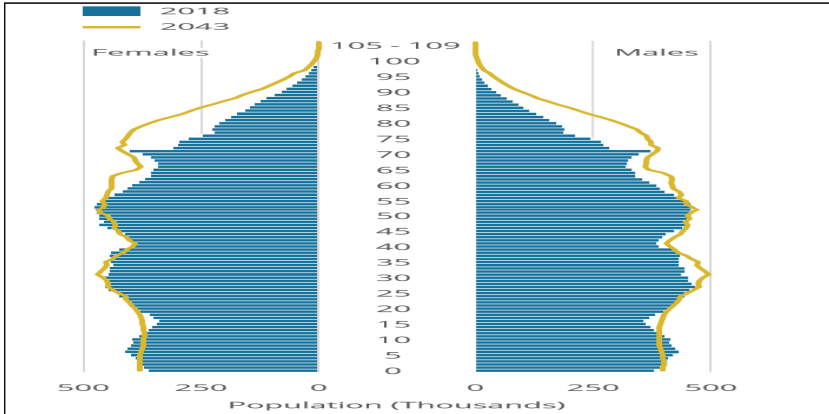
대상이 ‘노인’과 ‘장애인’으로 구분되어 있더라도 고령장애인은 자신의 욕구에 기반한 선택이 가능하다는 점에 주목하여 이해하는 것이 필요하다. 따라서 본 장에서는 고령장애인이 선택할 수 있는 주거지원 정책의 내용 및 주거 모델을 분석하기 위하여 정책의 대상에 ‘노인’과 ‘장애인’을 포함는 정책의 내용들을 제시하였다.

제1절 영국의 주거지원

1. 영국의 고령 인구 현황

1930년 전체 인구의 약 7%이상이 65세 이상 고령 인구가 차지하면서 영국은 일찍이 고령화 사회에 진입하였다. 1975년에는 그 비율이 14%를 넘으면서 45년 만에 고령사회를 맞이하였다. 스웨덴(85년)과 프랑스(115년) 등의 다른 유럽 국가들과 비교하였을 때 영국의 고령사회로의 전환은 매우 빠르게 이뤄졌다고 볼 수 있다. 박신영, 김은혜, 김정인, 김태일, 이경락, 임미숙, 지은영(2006)에 따르면, 2031년 영국은 65세 이상 인구가 총 인구의 비율이 23.1%로 초고령 사회에 진입할 것으로 예측된다. 영국의 심화되는 고령화율을 고려할 때([그림 5-1-1] 참조), 장기간 고령 인구를 위한 커뮤니티케어 정책을 추진해온 영국의 사례를 살펴볼 필요가 있다.

[그림 5-1-1] 영국의 고령인구 추이(2018, 2043)



자료: Office for National Statistics(2019: 8).

2. 영국의 주거정책 개관

가. 주거정책의 배경 및 역사¹⁾

영국의 주거지원정책의 발전은 크게 4개의 시기로 나눌 수 있다. 그 순서는 (1) 1919년부터 1944년까지의 ‘주택난’ 시기, (2) 1945년부터 1978년까지의 ‘정부 주도의 주택대량공급’ 시기, (3) 1979년부터 2009년까지의 ‘정부 주도의 민영화 추진 시기’, (4) 2010년 이후의 ‘주거복지 제도 축소’ 시기이다(이상림 외, 2016). 1차 세계대전 이후(1919년 이후) 전쟁으로 인해 주택의 부족 현상이 나타났다. 이 시기 정부는 취약계층을 위한 주거복지보다는 주택부족의 심각성을 완화하기 위한 정책을 전개하였다. 중앙정부는 민간 임대주택의 임대료를 통제하였고, 지방 정

1) 오도영, 박준, 김혜승(2015)의 일부를 요약, 정리하였음.

부에서 시영주택(council housing)을 공급하도록 보조금을 지급하였다.

1945년 제2차 세계대전 종전 후 영국은 다시 주택의 부족 현상에 직면했다. 이를 해결하기 위해 정부 주도로 주택을 대량으로 공급하였다. 이 시기에는 공급을 통해 주거복지를 실현하는 것이 정책의 목표였다(Keohane and Broughton, 2013). 때문에 노인 주거복지제도의 시작 역시 이 시기라고 볼 수 있다. 하지만 이는 고령인구의 증가에 대한 대응이라기보다는 근대화에 따른 사회복지서비스의 공급, 전후 주택 재건, 국가유공자를 위한 보상 등이 혼합된 결과이다. 1949년 「국가의료서비스법」, 1948년 「사회보장법」과 「국가부조법」 등 국가주도의 공식적 개입이 법제화되기도 하였다. 또한, 2차 석유파동의 영향으로 시작된 신자유주의의 영향력이 미치기 이전의 정부의 정책 방향성을 보여주는 시기로 주택의 공공성 및 사회주택의 공급이 주를 이뤄 주택 공급이 가장 많았다고 볼 수 있다.

1979년부터 두 차례에 걸친 석유 파동으로 큰 정부에 대한 회의감이 대두하면서 복지국가는 위기를 맞았다. 1979년 마거릿 대처의 보수당 정부는 집권을 계기로 주택공급을 축소하기 시작한다(이상림 외, 2016). 정부 주도로 공급해오던 사회주택은 민간에 매각하였으며 공급보다는 수요 측면의 접근이 중시되었다. 주거복지제도에서도 신자유주의가 시작되어 공공지출이 억제되었고, 민간업체의 참여를 유도하는 방식으로 주택 문제에 대응하였다. 민간영역의 역할이 확대되면서 주거복지에서 개인의 책임을 강조하는 경향성이 심화되었다(오도영, 박준, 김혜승, 2015).

2010년 이후 보수당-자유당의 연립내각이 등장하면서 주거복지제도의 축소는 지속되었다. 신자유주의적 정책 기조가 지속되면서 2010년 이후에는 신자유주의 정책 실행에 있어서도 정부가 주도적인 역할을 취하는 것을 주저하게 된다. 2011년 지방주권법을 계기로 주거복지제도의 주

도성과 책임이 지방정부로 이관되었다(Bentley and Pugh, 2013). 또한, 영국정부의 부채 규모가 사상 최대를 기록하면서 복지제도 개혁의 필요성이 대두되었고, 장기임대주택을 의미하던 사회주택의 개념이 저렴한 임대료가 책정된 주택(affordable housing)으로까지 확대되어 투자없이 주거복지의 범위만 확장되었다(오도영 외, 2015). 2010년 이후 영국 주거복지제도는 시민사회와 지방정부의 역할을 강조한 'Big society'와 'Localism'으로 대표된다.

나. 고령자 및 장애인 대상 주거지원의 흐름

1948년 사회보장법과 국가부조법의 제정은 지방정부에게 보호주택을 제공할 의무를 부여하였다. 이를 계기로 각 지방정부는 조례 등을 통해 단층 및 2층 정도의 소주택 단지의 보호주택(sheltered housing)을 공급하였다(최향순, 강팔문, 2005). 1961년 주택법은 주택협회에 고령자용 주택 건설을 위한 보조금을 지급하도록 하면서 민간 영역에서 노인주택을 공급할 수 있도록 하였다. 1972년 주택법은 민간임대주택에 거주하는 고령자에게 임차료 보조금을 지급할 수 있게 함으로써 민간부문으로까지 보호주택의 범위를 확대한다. 1980년대는 신자유주의의 심화로 주택 공급은 대폭 감소하였으나, 주거복지 영역에서 지역사회와 개인의 책임이 강조되면서 시설 중심보다는 지역사회 중심의 개입이 강조되었다(김경환, 이상영, 조무상, 이진수, 이진, 2012).

현 시점 영국의 고령자를 위한 주거지원 정책은 지방정부 및 민간영역에서 공급한 보호주택이 주를 이루지만 취약계층에 해당하지 않는 고소득 노인을 위한 노인주택의 공급도 확산되고 있다. 또한, 공급이 축소되면서 수요 차원에서 고령자의 자립을 위한 보조 정책도 지속적으로 이뤄

지고 있다. 최근 고령자 주거복지제도의 방향성이 자가거주를 강조하면서 자가주택에서 원활하게 생활할 수 있도록 난방지원과 주택개조, 보조기구 설치 등의 서비스를 제공하고 있다(오도영 외, 2015).

영국 고령인구의 주거 특성은 크게 3가지이다. 첫째, 가구의 소유형태에 따른 세대주 연령 분포에 근거할 때, 고령자의 주택 소유율이 높은 수준이다. 고령 가구는 연령이 높아짐에 따라 주택담보대출금을 상환하여 상환 부담이 낮거나 거의 없으며, 연금이나 주거급여를 받는 경우가 많다. 둘째, 영국의 도시화와 산업화로 인해 독거 노인의 수가 증가하는 추세이다. 셋째, 거동이 불편한 노인, 건강상태가 좋지 못한 노인을 포함한 초고령 노인의 경우에도 시설보다 친숙한 주거환경(주택 등)을 선호한다.

영국에서 고령자를 위한 중앙정부의 주거지원 프로그램은 주거취약계층 지원의 일환으로 이뤄진다. 일반적으로 영국에서 주거취약계층은 저소득층, 장애인, 노인 등 ‘자립생활에 추가적인 도움을 요하는’ 사람을 포함시킨다. 중앙정부에서는 자가주택이 없는 노인과 그 가구를 위한 지원 프로그램을 실시하고 있고, 주거 접근 개선을 위한 서비스를 제공하는 인력을 양성하고 있다. 또한, 임대주택에 거주하는 고령자를 위해 세입자의 통제권을 강화하고 있으며, 자립생활을 함에 있어 고령자의 선택권을 강화하고 있다. 이 외에도 저소득 고령가구를 위한 세제혜택을 제공하고 있다(박정훈, 박근영, 심경수, 2017).

다. 주거급여제도²⁾

중앙정부와 지방정부 간의 역할 변화가 공급 차원의 주거지원의 정책적 방향성을 보여준다면, 영국의 주거급여제도는 취약계층을 중심으로

2) 서종균(2014)의 연구 중 일부를 요약정리함.

복지혜택을 제공하고자 한 복지개혁을 보여주는 주요 차원의 주거지원 정책으로 볼 수 있다. 주거급여제도는 기본적으로 저소득층의 주거안정을 돕는 것을 도모한다(이상립 외, 2016). 그렇기 때문에 자가주택에 거주하지 않고, 주택을 임대하여 임대료를 납부하면서 거주하는 저소득층을 대상으로 한다. 이 제도는 1972년 주택금융법에 의해 시작되었으며 1982년 주거급여법 제정 이후 임대료 보조, 임대료 할인, 급여 차원의 임대료, 재산세 감면 등이 하나의 주거급여제도로 통합되어 운영되고 있다(서종균, 2014). 영국에서 주거급여는 실제 주거비에서 임차인이 부담할 수 없는 부족분을 급여를 통해 보완하는 특징을 갖는다. 2008년 복지국가의 위기로 공공서비스의 개혁이 이뤄질 때 주거급여 또한 변화를 맞이하였다. 기존에 임대인에게 주거급여가 간접적으로 제공되었다면, 복지개혁으로 임차인에게 전면적으로 주거급여가 지급되었다. 이는 수급자의 선택권과 책임성을 강화하는 차원의 조치로 역시 신자유주의의 영향을 보여주는 결과이다. 주거급여 제도 역시 중앙정부는 방향성 마련 및 계획을 수립하는 총괄 역할을 수행하고 있으며, 지방정부는 운영과 책임 등 업무집행을 담당하고 있다.

라. 주거환경개선³⁾

영국 정부는 지방정부를 중심으로 하여 지역사회에 거주하고 있는 노인 및 장애인의 주택의 질 향상에 책임을 가진다는 관점 하에 ‘장애관련 편의시설 보조금(Disabled Facilities Grant)’, ‘주택수리 보조금(Home Repair Assistance Grants)’ 등을 바탕으로 주거환경개선 사업을 진행하고 있다. 장애관련 편의시설 보조금은 장애인이 거주하고 있는 주택의

3) 김정희, 김은혜, 이진숙(2010)과 김인순, 이소영(2010) 연구의 ‘영국 부분’을 요약정리함.

내부 및 주변의 이동 편의 및 접근성을 높이고 주거 안전성을 확대하기 위한 목적으로 지원된다. 적절한 난방, 환풍, 조명, 냉온수 공급, 취사설비, 샤워시설 등이 지원 내용이며, 소득의 수준에 비례하여 최대 약 25,000 유로까지 지원이 가능하다.

‘주택수리 보조금’의 대상은 만 18세 이상 저소득층(소득보조, 주거급여 등 소득과 관련된 급여 중 하나의 급여를 지급 받고 있는 저소득층)으로 2,000파운드 이하의 수리비용에 대해 지원한다. 지원 내용은 보일러 등 난방장치의 수리 혹은 교체, 심각한 배관 등의 수리 및 교체, 상습적인 목재류의 부패, 위험한 전기회로의 교체 등이 포함된다.

영국은 지역 내에 다양한 주택지원센터(Home Improvement Agencies, Registered Social Landlords, Primary Care Trusts, The Social Services Authority, the Housing Authority 등)를 두고 있어 주택의 개조 관련 상담 및 지원을 받을 수 있다. 이들 주택지원센터의 역할은 주거 관련 어려움과 개선 사항과 관련된 상담을 비롯하여 개조시 소요되는 비용, 정부보조금의 규모 등 재정적 분야에 대한 상담을 담당하고 시공전문가와 연계시켜 준다. 이외에도 보다 적절한 주거유형으로의 이전, 지역사회 커뮤니티케어 서비스와의 연계 등을 지원한다.

3. 고령 및 장애인 대상 지원/보호주택

영국의 고령자를 위한 지원/보호 주택은 대부분 지방 정부나 주택조합(housing association)이 공공 임대(social rent)의 형태로 운영하는 보호 주택(sheltered housing)과 거주 희망자가 구매 등을 통해 직접 소유가 가능한 퇴직자 대상 자가주택(owner-occupied retirement housing)으로 구분할 수 있다. 2012년을 기준으로 영국에는 대략 18,000개

의 지원/보호 주택 단지에 노령 인구의 5%에 해당하는 550,000여 명이 거주하고 있다(Pannell & Blood, 2012). 이들 주택 단지의 건설과 관리 는 비영리 공공 단체와 민간 기관이 담당한다. 이들 단지 중 75%는 공공 임대이고, 나머지 4/1은 개인의 구매가 가능하다. 최근에는 민간 업자가 운영하는 임대 주택의 비율이 증가하고 있다. 이 절에서는 영국의 고령자 를 위한 지원 주택의 개념과 유형, 거주자 특성, 제공되는 지원 및 서비스 의 내용과 종류, 주택 구매/임대 비용 및 재정 지원 정책, 장애 관련 혜택 등의 내용을 살펴보고자 한다.

가. 지원 주택의 개념과 유형

지원 주택은 역량 강화(empowerment)와 지역사회 통합(communit y integration)이라는 두 가지 핵심 원리를 바탕으로 노숙 위기에 처한 정 신장애인, 노인, 지적장애인 등과 같은 주거 취약 계층에게 거주 공간과 지원 서비스를 제공하는 대표적 주거 정책이다(Tabol, Drebing, & Rosenheck, 2010). 지원 주택 모델의 도입 취지는 노인이나 지적장애 인 등에게 지역사회 내에서 거주가 가능한 독립가옥 제공과 함께 지역사회에 기반한 다양한 유형의 지원과 서비스를 제공하는 데에 있다(Tabol et al., 2010).

한편, 영국의 고령자를 위한 주거 서비스에는 아래와 같이 상이한 모델 과 보유 방식이 존재한다.

- ① 퇴직자를 위한 자가 주택. 이는 직접 구매 혹은 임차에 의한 공동 소 유 방식을 취한다. 퇴직자를 위한 자가 주택 단지에는 관리인 (scheme/house manager)이 상주하지만, 그 외의 서비스는 제공 되지 않는다. 이는 주택 조합과 민간 임대회사가 공급을 담당한다.

- ② 보호 주택(Sheltered housing). 이는 공공 임대 방식을 취하며, 지방 정부와 주택 조합이 일정 수준의 지원을 제공한다.
- ③ 퇴직촌(Retirement villages). 대규모 퇴직자 주택 단지로, 보유 형태와 지원/돌봄 유형 측면에서 다양한 방식을 취한다.
- ④ Almshouse. 이는 자선 단체가 운영하며 노인들에게 저렴한 가격으로 주택을 임대한다. Almshouse를 통해 제공되는 지원 수준은 제한적 서비스/지원 제공에서 포괄적 돌봄에 이르기까지 다양하다. 입주 대상 및 자격요건은 Almshouse를 운영하는 자선 단체에 따라 차이를 보인다.
- ⑤ Abbeyfield house. 이 역시 민간 봉사 단체에서 운영하는 공공 임대 방식의 공유형(shared) 주택으로 높은 수준의 지원이나 돌봄이 필요치 않은 55세 이상의 사람이면 입주가 가능하다. Abbeyfield house는 보통 5~12명의 노인이 거주하며, 유급 관리인이 상주하고, 하루에 두 끼의 식사와 자원봉사자에 의한 낮은 수준의 지원이 제공된다. 거주자에게는 독실 형태의 공간이 제공되는데, 최근에 지어진 Abbeyfield house는 소형 아파트 형태로 되어 있다.

이 절에서 중심으로 다루게 될 고령자 대상 지원 주택은 장애인 편의 시설 요건 충족 등과 같은 건물의 물리적 측면과 긴급상황 알림 경보(alarm system)나 상주 관리인(warden)의 유·무와 같은 서비스 제공 정도 등 두 가지 측면에 의해 개념화와 범주화가 가능하다. 1990년대까지만 해도 고령자 대상 보호/지원 주택은 건설 형태와 단지 내에 상주하는 관리인의 유·무에 따라 그 성격이 규정되었다. 하지만, 아래에서 살펴볼 여러 가지 사회적, 제도적 변화에 따라 지원 주택의 정의는 제공되는 서비스의 강도와 종류를 중시하게 되었다.

1) 지원 강도에 따른 정의 및 분류

영국의 Elderly Accommodation Counsel(EAC: 고령자 주거지원 협회)은 고령자를 위한 지원 주택을 제공되는 지원의 내용과 수준에 따라 다음과 같이 3가지 범주로 구분하여 정의하였다(Pannell & Blood, 2012).

- ① 무지원 주택(Housing without support). 이는 연령 제한형(age-exclusive) 주택이라고도 부르며 소정의 연령 기준(55세 혹은 60세 이상)을 충족하면 누구나 입주가 가능하다. 연령 제한형 특별 주택 단지에는 서비스를 제공할 관리인이 상주하지 않으며, 긴급 상황이 발생했을 경우에는 거주인이 전화를 걸어 스태프가 방문하는 형태의 서비스 정도만이 제공된다. 다만, 연령 제한형 주택 중에는 고령의 신체장애, 학습상의 어려움(learning difficulties), 정신 건강상의 어려움 등을 지닌 사람들을 위한 특별 주택도 있다.
- ② 지원 주택(housing-with-support). 입주자들은 긴급 상황 경보 시스템 등과 같은 일부 서비스를 제공받지만, 주택 단지(housing development)의 스태프에 의한 돌봄 서비스는 제공되지 않는다. 지원 주택은 고령자를 위한 특별 주거 중 가장 보편적인 형태로, 구매와 임대 모두 가능하다.
- ③ 돌봄 주택(housing-with-care). 입주자들은 단지 내에 거주하는 관리인과 스태프로부터 세탁, 착·탈의, 배변, 약물 복용 등의 돌봄 서비스를 제공받을 수 있다(Pannell & Blood, 2012).

2) 단지와 건물의 편의시설 구비 정도에 따른 정의 및 분류

주택조합(Housing Corporation)은 고령자용 지원 주택의 개념 및 분류에 있어 가용한 지원과 함께 리프트나 휠체어 등의 장애인용 이동 수단 접근 시설, 휴게 공간(common room) 등과 같은 정당한 편의시설 구비 여부를 고려한다. 이 같은 고려는 노후화로 인해 임대가 어려운 지원 주택 단지의 환경 개선과 고령자 지원 직원(supporting people) 예산 도입과 같은 제도적 변화를 반영하기 위함이다. 단지 및 건물 내의 편의시설 구비 정도에 따라 지원 주택을 분류하면 다음과 같다(Pannell & Blood, 2012).

- ① 최대한의 편의시설이 갖춰진 주택(All special design features). 새로이 건립된 주택 단지로, 상당수의 돌봄 주택이 이 범주에 포함된다.
- ② 편의시설 일부가 구비된 주택(Some special design features). 비교적 최근에 지어진 주택 단지로, 고령자용 지원 주택의 요건을 충족하기 위해 필요한 편의시설 설치 등의 개조가 이루어진 주택 단지가 이 범주에 포함된다.
- ③ 고령자를 위한 지정형 지원 주택(Designated supported housing for older people). 위의 두 유형을 제외한 대부분의 고령자용 보호 주택이 이 범주에 포함된다.

한편, 영국의 경우 상당수의 기존 주택 단지는 노후화로 인한 건물 설계상의 한계와 예산 부족 등의 어려움으로 인해 리프트와 같이 고령자용 지원 주택에 요구되는 편의시설 설치 등의 개조가 불가능한 실정이다. 따라서, 이들 대부분은 고령자 대상 저강도 지원 주택(all-age/low support housing)으로 분류된다(Pannell & Blood, 2012).

전술한 두 가지 분류 기준에 따른 지원 주택 개념과 범주를 살펴보면 편의시설 구비 수준과 제공하는 지원 수준의 개념이 지나치게 모호하고, 지원 주택, 보호 주택 등 명칭 또한 일관되지 않을 뿐더러, 고령자용 지원 주택 기준 충족에 필요한 최소 지원 역시 명확성이 낮다는 것을 알 수 있다. 지정형 지원 주택을 제외하면, 제공될 지원의 내용과 유형에 대한 요구사항은 정해져 있지 않다. 고령자용 지원 주택 관계자는 임대인에게 지원 서비스의 유·무와 이용 방법 등을 공지하는 절차만 제공하면 된다 (Pannell & Blood, 2012).

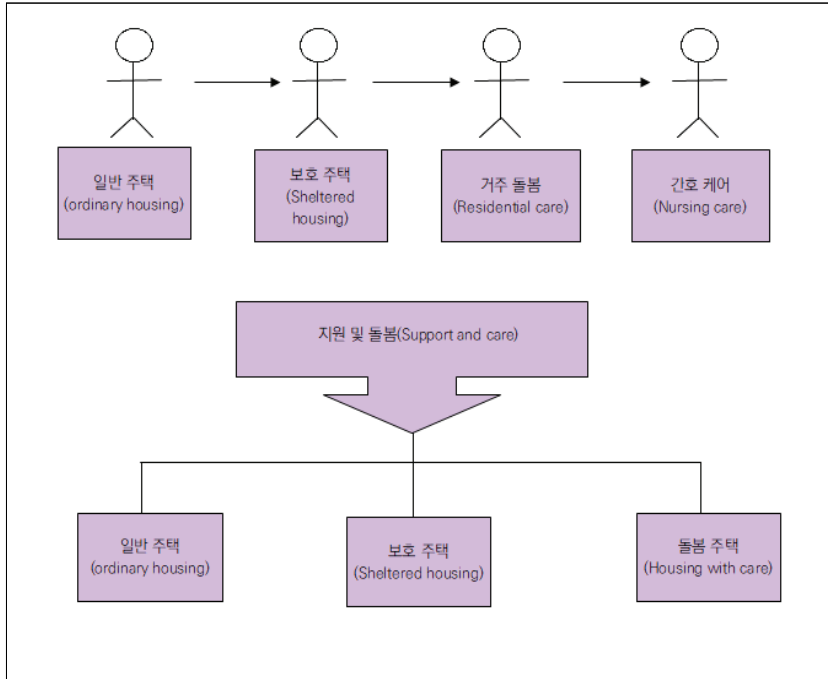
〈표 5-1-1〉 지원 수준에 따른 고령자용 지원 주택의 정의와 분류

구분	지원 수준			
	무 지원	저 수준 지원	중간 수준 지원	고 수준 지원/돌봄
유사 범주		보호 주택 (Sheltered housing)	<ul style="list-style-type: none"> - 고령자 대상 보호 주택 (Sheltered housing) - 퇴직자용 주택 (Retirement housing) 	<ul style="list-style-type: none"> - 돌봄 주택 (Housing with care) - 고도 지원 보호 주택 (Very sheltered housing) - 거주 보조 (Assisted living) - 밀접 돌봄 (Close care)

자료: Pannell & Blood(2012: 15).

한편, 1990년 제정된 지역사회 돌봄에 관한 법률(Community Care Act)은 일정 수준 이상의 의존 상태에 처한 건강 취약 노인들에 대해 기존의 요양 시설 위주의 돌봄 제공 방식을 지양하고, 지역사회 내의 지원 서비스 연계를 통한 통합적 삶의 영위가 가능한 방식을 독려하고 있다.

[그림 5-1-2] 보호/지원 주택 역할과 사회적 돌봄의 시대적 변화추이



자료: Pannell & Blood(2012: 16).

- 1990년대 이전 : 서비스 지원 필요 증가에 따라 주거 문제 해결에서 요양 시설에서의 돌봄에 이르기까지, 전문 인력이 제공하는 다양한 범위의 서비스 전달체계 하에서 지원 수준에 따라 점진적 이동하였다.
- 1990년대 이후: 주거 문제 해결 방안: 요양원 입소를 통한 돌봄의 대안으로 고령자가 거주하는 주거 환경하에서 개별 거주자가 필요로 하는 지원 및 돌봄 제공하고 있다. 이는 특히 정부 등과 같은 공적 예산을 지원받는 노인들을 주요 대상으로 삼고 있다. 요양 시설에서의 돌봄 역시 노인 대상 주거 서비스 제공에 있어 중요한 역할을 담당하였다.

나. 보호주택, 돌봄주택, 밀착돌봄주택

1) 보호주택

보호주택(sheltered housing)은 노인 또는 장애인들이 독립적으로 살 수 있도록 특별하게 설계된 숙박시설로, 대부분의 경우 공동시설이 갖추어진 단독 아파트로 구성되어 있다. 60세 이상이면 입주 자격을 가질 수 있지만 지역에 따라서는 55세 이상을 대상에 포함하기도 한다. 이 주택은 개인은 물론 커플이 구입하거나 임대할 수 있는데, 커플인 경우 자신이 가진 자금으로 임대료를 지불하거나 특정 자격 기준을 충족할 경우 의회 또는 주택조합에 입주를 신청할 수 있다. 보호주택의 주요 장점으로서는 한 단지에 20~40개의 독립적인 개별 주거 공간이 있다는 점, 각각의 공간에는 현관, 주방, 욕실이 있어 거주인들이 사생활을 충분히 보호받으며 독립적으로 살 수 있다는 점, 원할 때마다 입출입이 자유롭다는 점 등을 꼽을 수 있다(Pannell & Blood, 2012). 또한, 거주인들이 필요할 때 언제든지 도움을 받을 수 있다는 것도 보호주택의 중요한 장점이다(Pannell & Blood, 2012). 예를 들어 거주자가 넘어졌을 경우 도움을 요청할 수 있도록 건물에는 24시간 경보 시스템이 설치되어 있다. 단지 내 혹은 외부에 거주하는 관리인(매니저)은 거주자에게 조언을 제공하며, 공동구역을 깨끗이 사용할 수 있도록 유지 및 보수 업무를 담당한다(Pannell & Blood, 2012). 일반적으로 보호주택은 독립적 생활을 유지하면서 안전한 환경에서 일상적 활동을 영위할 수 있다는 점 등으로 인해 많은 사람들이 선호하는데 유형에 따라 비용 면에서 상당한 차이를 보인다.

시의회나 주택조합으로부터 보호주택을 임차하는 경우 입주인은 임대료와 지원서비스 제공 비용으로 연간 평균 £1,000 ~ £3,000 정도의 비용을 지불한다. 주택임차시 임대료는 보유자에게 지불하는 것이 일반적이다. 이러한 조건은 계약서에 명시됨으로 확인이 가능하다. 보호주택의

장점과 단점을 정리하면 아래와 같다(Which? Later life Care, 2020).

〈표 5-1-2〉 보호주택의 장점과 단점

장점	단점
<ul style="list-style-type: none"> • 독립생활: 안전한 환경에서 독립적으로 생활할 수 있는 자유가 주어집니다. • 안심 : 응급 상황에 대비한 경보 시스템 및 계획개발 시 거주자에 대한 확인 및 점검을 제공합니다. • 지원 : 필요한 경우 도움을 받을 수 있습니다. • 유연성: 공유 소유권을 통해 주택을 임대하거나 구매할 수 있는 옵션이 있습니다. • 재정 지원: 저소득층인 경우 임대료의 일부 또는 전부를 지원받을 수 있습니다. 연금 크레딧을 받을 수 있는 사람들은 서비스 비용을 충당하기 위한 일부 지원제도를 이용할 수 있습니다. • 파트너와 함께 살기: 남편/아내/민간 파트너와 함께 살 수 있는 옵션이 있습니다. • 친구 사귀기: 비슷한 연령대의 주민들과 함께 어울릴 수 있는 기회가 주어집니다. • 수리 또는 유지 관리에 대한 번거로움 없음: 임대하는 경우 집주인이 귀하의 재산수리 및 공동 구역유지 관리를 담당할 가능성이 높습니다. 부동산으로 구입한 경우, 계약 시에 유지 보수 및 수리 책임이 무엇인지 명시되어 있습니다. 그러나 직원은 귀하의 부동산 외부와 공동 구역의 수리 및 유지 보수를 담당할 가능성이 높습니다. • 안전 및 보안: 보호 주택에 거주하는 주민들은 혼자 사는 것보다 더 안전하다고 느낍니다. • 법적 보호 : 임대하는 동안 일반적으로 임대 부동산과 마찬가지로 세입자의 권리를 보호받습니다. 돈과 관련된 법적 문제는 보증된 단기 임대(Assured shorhold tenancy, AST)를 따릅니다. • 재판매 가치: 은퇴 재산으로 구입하면 나중에 집을 판매하거나 가족에게 상속하거나 필요한 경우 간병 비용을 지불하는 데 사용할 수 있습니다. 	<ul style="list-style-type: none"> • 서비스 요금: 부동산을 구입한 경우 일반적인 주택비용 외에 서비스 요금을 따로 지불해야 합니다. 서비스 요금은 직원 및 경보 시스템과 같은 서비스 비용을 충당하기 위해 다른 임대 부동산보다 더 높게 나올 수 있습니다. • 의료 서비스 없음: 대부분의 서비스 계획은 정기적인 간호가 필요하거나 요구 사항이 까다로운 사람들을 받지 않습니다. 또한 개인간병이 필요로 하는 새로운 거주자를 받아들이지 않거나 거부할 수도 있습니다. • 제한된 선택: 특히 사회주택(social housing) 목록에 있는 경우 선호하는 지역에 거주할 수 있는 주택이 없는 경우 대기기간이 길어지거나 다른 선택을 해야만 하는 경우가 있을 수 있습니다. • 규칙 : 거주자는 특정 시간대에 소음을 최소화하거나 애완동물이나 방문객을 금지하는 등 정해진 계획과 규칙에 따라 생활해야 합니다. • 축소된 공간 : 거주자가 더 큰 부동산에서 축소하는 경우 모든 소유물과 가구를 위한 둘 수 있는 공간이 없을 수 있습니다. • 청구서: 주민들은 여전히 자신의 재산(시의 회 세금, 수도, 가스, 전기 등)에 대한 청구서를 스스로 지불해야 하므로 자신이 쓸 수 있는 예산에 대한 책정이 어려워질 수 있습니다. • 서비스의 다양성: 직원이 현장에 거주하지 않을 수 있습니다. 일부는 시간제로 거주하는 경우가 있을 수 있습니다.

자료: Which? Later life Care(2020).

2) 돌봄 주택

과거에는 돌봄 주택(Housing with Care)은 다양한 형태(extra care housing, housing with care, very sheltered housing, assisted living)로 구분하였지만, 현재는 돌봄주택으로 통합하여 부르고 있다. 돌봄 주택은 보조 생활 주택 형태이며 화장실 가기 또는 약 복용과 같은 활동들에 대한 보조 및 지원을 제공한다(Pannell & Blood, 2012). 돌봄 혹은 추가 돌봄 주택은 보호 주택에 비해 상대적으로 많은 지원을 제공하며, 단독 거주 또는 부부가 함께 거주하는 것도 가능하다(Pannell & Blood, 2012). 돌봄 주택은 care home(양로원)과 달리 전문 간호사가 제공하는 서비스(nursing services)가 제공되지 않는다. 거주자는 독립적인 현관문이 달린 개별 아파트에 살며, 일반적으로 직원은 개인 간병 및 지원 서비스를 제공하기 위해 최대 24시간동안 특정 장소에 대기하고 있다. 이들은 거주자들에게 개인화된 맞춤 서비스를 제공하며, 세탁, 옷 입기, 화장실 가기 및 약 복용과 같은 도움을 준다(Pannell & Blood, 2012). 필요에 따라 쇼핑, 세탁, 식사와 같은 가사 지원 서비스도 제공된다. 돌봄 주택의 일반적 특징은 다음과 같다.

〈표 5-1-3〉 돌봄 주택의 특징

<ul style="list-style-type: none"> • 관리자(매니저) 또는 지원 직원 팀의 도움 • 경보 시스템을 통한 24시간 긴급 지원 • 지역사회 참여를 위한 사회 활동 • 거주자의 최소 연령(55세~60세) • 단독 아파트에서 독립적으로 생활할 수 있는 경우 • 거주자가 원할 때 이용할 수 있는 공용 라운지 	<ul style="list-style-type: none"> • 일부 돌봄 주택의 경우 개인적 구입 또는 임대 가능하며, 일부는 돌봄 필요에 따라 지역 의회에서 자격과정 심의 후 구입이 가능함 • 보호 주택과 달리 돌봄 주택은 케어 품질 위원회(Care Quality Commission, CQC)에 의해 규제를 받음
---	--

자료: Pannell & Blood(2012).

돌봄 주택의 생활 비용은 아파트 임대 또는 구입 여부, 이용하는 서비스의 양과 내용, 필요한 치료 수준 및 거주 희망 지역 등의 요인에 따라 달라진다(Pannell & Blood, 2012). 결국, 제공하는 서비스 유형과 개인의 요구에 따라 비용 측면에서 차이를 보인다는 점에서 개인별 소요 비용을 추정하기는 쉽지 않지만, 거주 돌봄(residential care)보다는 저렴한 것으로 알려져 있다(Pannell & Blood, 2012). 한편, 제공되는 지원 서비스 비용과 계획 관리를 위한 정기적 서비스 비용이 있는데, 부동산을 임차 또는 구입했을 경우 지상 임대료(ground rent)를 부담해야 한다. 또한 세금, 수도-전기-난방 등의 공공 요금을 지불해야 하며, 서비스 요금이나 간병 요금 또한 거주인이 부담해야 한다. 돌봄 주택은 보호 주택에 비해 임차인이 부담해야 할 비용이 더 많다(Pannell & Blood, 2012). 주택 혜택(임차인 경우) 또는 연금 크레딧(집을 소유한 경우)을 통해 임대료 및 서비스 요금에 대한 재정적 도움을 받을 수 있다. 거주하는 지자체 당국을 통해 시의회로부터 세금과 치료, 지원 서비스 등의 소요 비용을 도움받을 수 있다. 보호 주택과는 달리, 돌봄 주택은 각 시설에 품질 등급을 제공하는 케어 품질위원회에 의해 검사 및 품질관리가 이루어진다. 품질위원회 웹 사이트에서 검사 보고서 및 등급을 검색하여 좋은 품질의 주택단지를 찾아볼 수 있으며, 해당 업체에 연락하여 임대 또는 구매가 가능한 주택이 있는지 확인할 수 있다(Age UK, 2020).

〈표 5-1-4〉 돌봄 주택의 장점과 단점

장점	단점
<ul style="list-style-type: none"> • 더 오랜기간동안 독립생활: 안전한 환경에서 자신이 원하는 삶을 살 수 있다. • 자신만의 공간을 가짐: 자신만의 공간을 가짐으로써 안정된 생활을 할 수 있다. • 긴급상황에 대한 지원: 긴급한 상황에 필요로 하는 지원을 받을 수 있다. • 유연성한 치료 및 지원: 많은 제도에서 필요로 하는 지원을 늘리거나 줄일 수 있다. • 건강한 생활: 돌봄주택에서 생활하여 독립성을 유지함으로써 케어홈(care home, 요양원)으로 가는 시간을 지연시키거나 예방할 수 있음. 	<ul style="list-style-type: none"> • 자격을 필요로 함: 주택제공자가 의회 또는 주택협회인 경우 자격 기준에 충족해야만 입주할 수 있다. 요구도가 너무 낮거나 높으면 거주할 수 없다. • 치료 및 지원의 양이 제도(scheme)마다 다름: 어떠한 정책이나 제도를 이용하느냐에 따라 다를 수 있다. • 서비스 비용이 비쌈: 긴급 경보 시스템과 같은 서비스를 포함하면 서비스 요금이 비싸짐 • 구매할 경우 나중에 부동산 매각이 어려울 수 있으며, 출금 수수료를 지불해야 함.

자료: Independent Age(2019).

3) 밀착돌봄주택

노년층을 위한 밀착돌봄주택(close care housing)은 양로원과의 연계 형태로 운영된다(Pannell & Blood, 2012). 밀착돌봄 주택은 돌봄 주택의 한 유형으로 소수의 사람들이 공동으로 생활하는 형태를 띤다(간호서비스는 제공되지 않는다). 밀착돌봄 주택은 보호주택이나 돌봄주택과 같은 형태가 연결되어 있거나 양로원과 같은 장소에 위치하는 등 다양한 모델이 있다. 밀착돌봄 주택 중 일부는 구매가 가능하지만, 대부분은 임대 방식으로 운영된다(Pannell & Blood, 2012). 영국 내에는 400개 이상의 밀착돌봄 주택단지가 운영되고 있다(Pannell & Blood, 2012). 일반적으로 밀착 돌봄 주택에 입주하기 위해서는 부부여야 하며, 부부 중 1명이 양로원에 있지만 배우자는 건강하거나 집중적 돌봄을 필요로 하지 않는 상태 등의 요건을 충족해야 한다. 배우자는 양로원에서 필요한 일체의 지원 서비스를 받을 수 있지만, 다른 배우자는 독립적인 공간에서 파트너

와 함께 살면서 원하는 만큼 함께 지낼 수 있다. 4)양로원에 거주하는 배우자에게는 식사, 침실, 간호 서비스 등이 제공된다(Newcastle City Council, 2020).

밀착돌봄 주택 입주 신청은 세밀하고 집중적인 치료 계획에 따라 서비스 제공이 필요함을 의미한다. 제공되는 서비스의 범위는 개인의 욕구와 서비스 제공자에 따라 차이를 보이며, 서비스 제공에 따른 비용 지불 방식 역시 차이를 보인다. 일반적으로 밀착 돌봄 주택에서는 점심식사를 제공하는데 필요할 경우 집안일이나 세탁 서비스 등도 제공된다(Pannell & Blood, 2012). 긴급 호출 서비스와 간병인의 단기 지원(예, 백내장 수술 후 이동 및 안약 투입 보조 등)을 받을 수도 있다(FirstStop Advice, 2020).

한편, 서비스 이용 비용은 거주자의 자산(capital)과 수입(income)에 따라 달라진다. 돌봄 욕구 사정을 통해 지원 서비스를 이용 자격을 취득한 후에야 home care 서비스를 이용할 수 있는데, 시의회로부터 지원을 받는 경우 자산이 £23,250 이상이면 일체의 비용을 입주인 본인이 부담해야 한다. 자산이 £14,250 이하일 경우에는 서비스를 무료로 제공받을 수 있고, 재산이 £14,250~£23,250일 경우에는 재산 정도에 따라 서비스 이용 비용이 책정된다(Independent Age, 2020).

4) 케어홈을 분류하기도 하는데, residential home은 기본적인 돌봄과 지원을 제공하며, nursing home은 전문간호서비스가 24시간 제공되며, care home은 치매환자를 대상으로 치매전문 간호서비스가 제공됨.

4. 고령자 대상 주요 주거지원 관련 통계 자료

가. 주거형태

Age UK(2019)에서 발간한 영국 고령자의 삶에 대한 보고서에 따르면, 2018년 현재 영국 내에 65세 이상(이하 노인가구) 가구는 전체인구의 1/3에 해당하는 650만에 이른다고 한다. 노인가구 중 78%가 주택을 소유하고 있는 것으로 나타났으며 주택소유자 중 6%정도는 현재에도 주택 구매에 따른 융자금을 지불하고 있는 것으로 나타났다(Age UK, 2019). 노인가구 중 정부로부터 임대료 지원을 받는 비율은 27% 정도인데, 2016-2041년 사이에 노인가구 인구 증가율은 88%에 이를 것으로 예측되었다(Age UK, 2019). 영국 정부는 빈곤 주택 비용을 연간 14억 파운드로 추정하고 있으며, 이 중 44% 정도(624 백만 파운드)는 노인 가구에게 제공되고 있다고 한다(Age UK, 2019). 노인의 1/3은 현재 거주하는 집에서의 이사를 원하지만, 실제로는 재정적, 정서적 이유로 인해 쉽게 이주를 못 하고 있는 것으로 나타났다(Age UK, 2019). 55세 이상 노인의 64%가 방갈로 또는 단층 건물을 선호하지만 수요에 비해 공급이 부족한 것으로 나타났다(2017/18년 2,579개 방갈로가 새로 지어짐).

나. 지원주택

Housing LIN and Mencap(2018)은 특별 지원 주택(specialized supported housing, SSH) 연구를 통해 9,729동(units)을 대상으로 지원주택 관련 설문조사를 실시하였다. 조사 결과, 응답자들의 76%는 공동 거주 시설을 갖춘 주택에서 거주하는 세입자로 나타났다. 최근 경향에 따

르면, 주택 유형에 관계없이 공동 시설이 없는 경우는 공동주택으로 간주하지 않는다(Housing LIN & Mencap, 2018).

〈표 5-1-5〉 주택 유형

주택 유형	비율
자가 Self-contained	24%
공동 주택(Shared housing)	76%

자료: Housing LIN & Mencap(2018: 11).

특별 지원주택 거주민 집단유형을 살펴보면 학습장애 및 자폐가 78%로 가장 많았고, 정신건강 관련 장애를 가진 사람이 9.5%, 60세 이상 고령자 집단이 3.8%, 노숙인(homeless)가 3.4% 등으로 다음을 이었다.

〈표 5-1-6〉 주요 당사자 집단

당사자 유형	비율
학습/자폐 (Learning disability/autism)	78%
정신건강관련 장애	9.5%
60세 이상 고령자	3.8%
홈리스	3.4%
기타	5.3%
합계	100%

자료: Housing LIN & Mencap(2018: 11).

특별 지원주택 거주자들의 돌봄서비스 및 지원 시간에 따른 추이를 살펴보면 60% 정도가 1주당 31시간 혹은 24시간/7일 지원을 받는 것으로 나타났으며, 1주당 15-30시간이 22%, 1주당 15시간 이내가 18%로 나타났다.

〈표 5-1-7〉 돌봄과 지원 시간에 따른 구분

돌봄과 지원시간	비율
1주당 15시간 이내	18%
1주당 15-30시간	22%
1주당 31시간 이상 혹은 24/7 지원	60%

자료: Housing LIN & Mencap(2018: 12).

주택 제공 유형에 따른 추이를 살펴보면, 61.1%가 특별 지원주택과 다른 형태의 주택 지원을 받고 있었으며, 38.9%가 SSH로부터 주택지원을 받고 있는 것으로 나타났다.

〈표 5-1-8〉 주택제공자 유형에 따른 구분

등록된 주택제공자 유형	비율
SSH+ 다른 등록된 주택제공자	61.1%
SSH	38.9%

자료: Housing LIN & Mencap(2018: 13).

공동주택과 독립형 지원주택에 따른 비용을 보면 공동주택의 경우 1주당 주택임대 비용은 £185.60, 서비스 비용은 £52.65(합계 £238.25)로 나타났다. 정부에서 제공하는 주당 평균 지원 비용은 £234.78이었다. 독립형 주택의 경우, 1주당 주택임대 비용은 £194.43, 서비스 비용은 £48.86(합계 £243.30)으로 나타났다. 정부의 주당 평균 지원 비용은 £238.45이다.

〈표 5-1-9〉 공동주택과 독립형 지원주택 비용

주택유형	구분	주당 비용
공동주택	1주당 주택임대 비용평균	£185.60
	1주당 서비스 비용평균	£52.65
	1주당 주택임대와 서비스 합계 비용 평균	£238.25
	주택유형에 따른 정부 지원 규모	£234.78
독립형 지원주택	1주당 주택임대 비용평균	£194.43
	1주당 서비스 비용평균	£48.86
	1주당 주택임대와 서비스 비용 합계 평균	£243.30
	주택유형에 따른 정부 지원 규모	£238.45

자료: Housing LIN & Mencap(2018: 13).

주당 임대료, 등록된 돌봄 서비스 이용 비용, 병원 이용 비용 등을 비교해보면 지원주택의 경우 1주당 필요 비용이 £1,569, 등록된 돌봄은 £1,760, 병원비용은 £3,500으로 나타나 지원주택 비용이 가장 낮은 것으로 나타났다.

〈표 5-1-10〉 1주당 지원주택, 등록된 돌봄, 병원 비용 비교

1주당 지원주택 비용		1주당 등록된 돌봄(registered care) 비용		1주당 병원 비용	
주택임대 비용	£232	비용	£1,760	비용	£3,500
돌봄 패키지 비용	£1,337				
1주당 비용	£1,569	1주당 비용	£1,760	1주당 비용	£3,500

자료: Housing LIN & Mencap(2018: 15-16).

5. 지역사회 기반 모델(Community Level Model)⁵⁾

가. 생애주택

생애주택은 장애인의 주거문제 해결을 위한 Habinteg housing association과 고령자의 주거문제 해결을 위한 Helen Hamlyn Foundation에 의해 개발되었다(Habinteg housing association, 2016). 생애주택은 장애인, 고령자와 같이 신체 및 정신 기능이 취약한 계층에게 접근 가능하며 편리한 이용을 담보할 수 있는 주거공간을 제공하는 것을 목표로 한다. 생애주택은 통합성, 접근성, 적응성, 지속가능성, 높은 품질 등의 5개의 원칙을 준수하여 주택을 설계하는 것을 목표로 한다(Lifetime Homes, 2016). 본래 고령화와 장애인구의 증가에 따라 생애주택을 건설하였으나 최근에는 모든 사람을 대상으로 위의 원칙을 준수하여 주택을 건설하는 것을 계획으로 한다(Housingcare, 2016).

나. 은퇴자 복합단지

은퇴자 복합단지는 노인이 생활하기 적합하게 설계된 주택을 의미한다(이상림 외, 2016). 그 규모나 형태는 지역별로 매우 다양하며 은퇴자 복합단지에 거주하는 고령자는 독립적인 생활과 함께 공동체 생활을 통해 정신적 지지도 제공받을 수 있다. 일부 은퇴자 단지에는 관리자가 상주하고 있거나 돌봄 서비스를 제공하는 인력이 정기적으로 방문하는 등 보호주택과 생활지원주택의 성격을 가진 경우도 존재한다. 대체로 은퇴자 복합단지는 일반 주택과 아파트로 이루어져 있으며 해당 단지 내 고령자에

5) 이상림 외 (2016) 연구 중 일부를 요약·정리함.

게 필요한 기반시설인 마을회관, 체육시설, 병원, 여가시설(카페, 술집, 수영장) 등이 포함되어 고령자의 서비스 이용의 폭을 보장하고 있다.

다. 공동거주

공동거주는 노인의 주거모델에만 한정되는 것은 아니나, 노인이라는 공동체성이 강한 집단이 함께 거주하면서 생활 전반을 함께 하는 이점이 강하다(이상림 외, 2016). 공동거주는 주거 공동체를 형성하며 공동의 목적과 활동을 가진 개인이 거주지 내에서 협력을 통해 거주에 필요한 서비스와 선택을 공유한다는 이점이 있다. 영국의 Housing LIN에서는 노인 공동체에서 공동거주 모델이 갖는 이점에 대해 공동체성 확보를 통해 서비스의 수혜자에서 주체자로의 전환을 꾀았으며, 같은 시기를 살아온 세대의 정서적 지지 역시 가능하다고 제시하였다(Housing LIN, 2016). 해당 모델에서 공동 생활하는 공간은 존재하나, 독립된 방 혹은 개인 공간이 보장된다(UK cohousing network, 2016).

라. 주거공유

주거공유는 돌봄을 제공할 수 있는 사람과 거주지를 제공할 수 있는 사람을 연결하는 프로그램으로 주거제공자와 주거공유자가 존재한다(이상림 외, 2016). 대체로 주거제공자는 경제력을 보유한 노년층인 경우가 다수에 해당하며 주거공유자는 해당 지역사회에서 주거 수요가 있는 학생 및 근로자 등의 청년층인 경우가 많다(Shared Lives Plus, 2014). 주거제공자인 노년층은 독립적인 생활을 위해 일정한 인력과 서비스의 제공을 필요로 하는데 이를 주거공유자에게서 제공받는 것이라고 볼 수 있다.

운영 규모가 크지는 않으나 하나의 노인주거모델이라 볼 수 있고 지역마다 시행 조직에는 차이가 있으나 주로 민간의 비영리조직이 매칭을 담당한다(Shared Lives Plus, 2014). 영국에서는 ‘Shared Lives Plus’라는 조직이 네트워크 형식으로 운영에 대한 정보를 제공하고 있다. 규정된 서비스 내용은 없으나 대체로 제공되는 가사 서비스에는 운전, 대중교통 이용 도움, 장보기, 정원 관리 등이 있다(Shared Lives Plus, 2014).

마. 발달장애인을 위한 KeyRing의 지원생활네트워크⁶⁾

영국은 1990년대에 직접지불(Direct Payment Act)법과 지역사회돌봄법(Community Care Act)의 도입으로 장애인이 지역사회 안에서 자립과 생활에 대한 지원을 받을 수 있게 되었다. 특히 최근의 돌봄법(Care Act 2014)에서도 돌봄 대상에 대한 개인별 유연화(personalisation)와 지역사회 기반의 지원(community based support)에 대한 강조(Department of Health, 2014)로 이어지고 있다.

영국 내 지원생활 비영리단체 중 하나인 KeyRing은 1990년부터 네트워크형 지원생활 시스템을 도입하는 사업방식을 활용하여 발달장애인의 지역사회 내 자립생활 지원을 해 오고 있다. 네트워크형 지원생활 시스템은 거주시설과 다른 형태를 취한다. 첫째, 지역사회에 분포되어 있는 지원생활 서비스 이용자의 집을 기준으로 필요한 지원을 받을 수 있도록 체계를 구축하는 형태이다. 즉, 영국의 공동거주나 주거공유와 같은 지역단위의 공동체의식을 기반으로 발전한 것으로 볼 수 있다. 보통 발달장애인 본인과 자원봉사자의 신청을 통해 총 10가구 정도의 ‘지원생활 네트워크(supported living network)’가 구축되며(장애인 거주 총 9곳과 도움제

6) 김미옥, 정민아(2018)의 연구 중 일부를 요약·정리한 것임.

공자인 지역사회생활 자원봉사자의 집 1곳), 자원봉사자는 지원활동에 일주일에 최소 12시간을 사용하도록 하는 방식이다(김미옥, 정민아, 2018: 269).

자원봉사자의 역할은 크게 세 가지로 첫째, 각각의 성원을 유연하게 지원하는 것, 둘째, 성원들이 서로를 지원하고 특정한 기술을 활용할 수 있게 촉진하는 것, 셋째, 경찰서 및 이웃주민 등의 같은 지역사회 기관과의 관계를 구축하는 것이 포함된다. 이러한 지원생활 네트워크는 현재 영국 내에서 그 수가 지속적으로 증가하여 100여개의 네트워크가 운영되고 있다(김미옥, 정민아, 2018: 269).

제2절 미국의 주거지원

1. 고령장애인 특성

U.S Census Bureau가 발표한 자료에 기초하여 미국의 고령장애인 현황을 살펴본 결과는 <표 5-2-1>과 같다. 미국의 65세 이상 인구는 전체 인구 중 2010년 12.9%에서 2019년 16.3%로 지속적으로 증가하였다. 전체 인구 대비 전체 장애 인구는 2010년 10.0%에서 2019년은 12.7%로 증가 추이를 보였다. 65세 이상 인구 중 65세 이상 장애 인구의 비율이 높다는 것은 고령화에 따른 노인의 건강상의 부정적인 영향을 내포하는 동시에 의료비가 증가한다는 차원에서 공공 재정에도 큰 부담을 초래할 수 있다. 미국의 65세 이상 인구 중 65세 이상 장애 인구의 비율은 2019년 33.7%로 미국의 고령 인구 중 고령장애인을 위한 정책적 필요성이 대두된다.

〈표 5-2-1〉 미국의 고령장애인 현황

(단위: 명, %)

구분	전체 인구	65세 이상 인구	전체 장애인 인구	65세 이상 장애인 인구	65세 이상 장애인 인구/ 65세 이상 인구 비율
2010	304,287,836 (100.0)	39,132,252 (12.9)	36,354,712 (10.0)	14,351,651 (4.7)	36.4
2011	306,560,685 (100.0)	40,086,253 (13.1)	37,188,115 (12.1)	14,658,874 (4.8)	36.6
2012	308,896,460 (100.0)	41,839,969 (13.5)	37,633,020 (12.2)	15,008,199 (4.9)	36.2
2013	311,158,104 (100.0)	43,353,631 (13.9)	39,137,986 (12.6)	15,775,788 (5.1)	36.7
2014	313,890,422 (100.0)	44,912,936 (14.3)	39,674,679 (12.6)	16,160,513 (5.1)	35.7
2015	316,450,569 (100.0)	46,437,022 (14.7)	39,906,328 (12.6)	16,460,994 (5.2)	35.4
2016	318,175,867 (100.0)	47,905,788 (15.1)	40,747,411 (12.8)	16,854,606 (5.3)	34.4
2017	320,775,014 (100.0)	49,500,479 (15.4)	40,678,654 (12.7)	17,140,547 (5.3)	34.4
2018	322,249,485 (100.0)	51,137,346 (15.9)	40,637,764 (12.6)	17,329,760 (5.4)	34.0
2019	323,120,678 (100.0)	52,782,417 (16.3)	41,089,958 (12.7)	17,670,982 (5.5)	33.7

주: Institutional population excluded, such as correctional facilities, nursing homes or mental hospitals.

자료: U.S Census Bureau(2020).

우리나라와 마찬가지로 미국 역시 노령화가 급속도로 진행되고 있다. Urban Institute에 따르면, 2030년 65세 이상 미국인 비율은 2012년의 두 배이자 전체 인구의 20%에 해당하는 7,000만 명에 이를 것이라고 하였다(Levy, Pendall, Abravanel & Biess, 2012). 개발도상국은 물론,

지난 세기와 비교하더라도 미국 고령층의 평균 소득과 자산은 점진적 증가를 보여 왔다. 문제는 급격한 노령화로 인한 건강 및 돌봄 서비스 수요의 증대와 저렴하고 안전한 주거 공간의 부족 등의 문제는 저소득층 노인과 장애 노인의 노후생활에 대한 위협적인 요인으로 간주되고 있다는 점이다(Pynoos & Leonard, 2018).

자가 주택 거주든, 공공/민간 임대 주택 거주든 관계없이 주거와 관련하여 저소득 노인들이 당면한 핵심적 문제는 자신의 집과 지역사회에서 독립적인 삶을 영위할 능력을 보유하고 있는지의 여부라 할 수 있다. 전미퇴직인협회(American Association for Retired Persons: AARP)의 조사에 따르면, 50세 이상 인구 중 90%에 가까운 사람들이 죽을 때까지 자신의 현재 집에서 거주하거나, 현재 살고 있는 지역에 남아 있기를 바라는 것으로 나타났다(Levy et al., 2012).

65세 이상 미국인 중 80% 이상이 자택을 보유하고 있다(Levy et al., 2012). 이들 중 1/3 정도는 상당한 규모의 주택 용자금 상환 부담, 각종 세금과 냉·난방을 비롯한 주택 유지 비용, 의료비, 일상생활 수행에 필요한 주택 내·외부의 개조 비용 등에 따른 경제적 궁핍으로 인해 기존의 주거 공간에서 독립적으로 살아갈 능력과 여력을 상실할 가능성이 높다(Levy et al., 2012). 한편, 저소득 노인 중 상당수는 연방정부에서 지원하는 공공 임대 주택, 연방정부의 재정적 지원을 받는 민간 임대 주택 등에서 거주하고 있다(Levy et al., 2012). 주택 보유 형태(임대 혹은 자가)와는 관계없이, 대다수 노인은 식사나 세탁 등의 일상생활 활동을 비롯하여 다양한 영역에 걸쳐 독립적인 삶의 영위를 위해 일정 수준 이상의 지원을 필요로 한다.

2. 미국의 주거지원 정책 개괄

가. 주거지원 정책의 배경

미국 주거지원 정책은 연방정부와 주정부 및 지방정부 차원으로 이원화되어 있다(김선웅, 2006). 연방정부는 어떤 기조로 주거지원 정책을 펼칠 것인지를 결정하고, 의회는 어떤 주거지원 프로그램을 승인하고 자금을 지원할지 결정한다. 이를 토대로 주정부 및 지방정부는 연방법과 연방자금의 틀 안에서 각각의 가이드라인과 규칙에 기초하여 주거지원 정책 및 프로그램을 운영한다(김선웅, 2006). 기본적으로 연방정부의 방침에 따라 정책의 방향성이 설정되기 때문에 연방정부의 역할을 중심으로 미국의 주거지원 정책을 살펴보고자 한다.

나. 주거지원 정책의 역사⁷⁾

1845년 Jon Griscom이 작성한 ‘뉴욕 노동자들의 위생 상황’이라는 보고서가 계기가 되어 1867년 뉴욕 임대주택법(The Tenement House Act of 1867)이 제정되었다. 1929년 미국 대공황으로 루즈벨트 대통령은 임대주택과 자가주택의 공급을 확대하였다. 임대주택의 공급과 관련하여 1937년 공공주택제도의 시행을 위한 주택법(Housing Act)이 발의되었다. 이후 1949년의 주택법(Housing Act)은 국가의 공식적인 주거정책의 목표를 “모든 미국 가정에 거주할만 한 주거시설을 갖춘 주택과 적절한 수준의 주거환경”을 제공하는 것으로 설정하였다. 이 법안의 시행은 공공주택사업과 함께 지역개발과 도시재생을 위한 프로그램 운영에

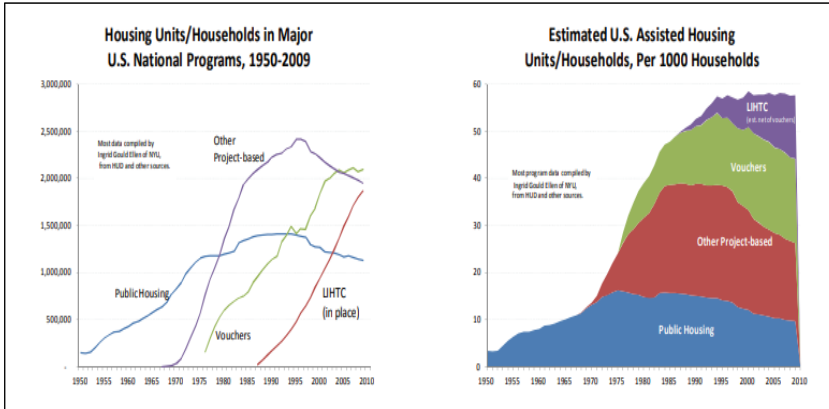
7) 김경환, 이상영, 조무상, 이진수, 이진(2012) 연구의 일부를 요약·정리하였음.

영향을 미쳤고, 이후 이자보조제도(Section 236, Section 235) 프로그램을 제공하는 데 일조하였다.

지속된 주택법의 개정은 저소득층을 위한 주택의 양적인 증가를 유도하였다. 정부가 큰 규모의 재정을 투입하면서 주택의 공급 문제는 해결되는 듯 했으나, 저소득층의 밀집거주로 인한 사회 문제가 심화되었다. 이에 1973년 닉슨 대통령은 공공주택의 건설을 중단하는 ‘건설중지령(Moratorium)’을 발표한다. 이 선언을 계기로 공급 중심의 주거지원 정책은 수요 중심의 주거지원 정책으로 전환된다. 1971년 시작된 수요 측면의 주거지원 정책은 보조금 지급 제도로서 이와 같은 맥락에서 1974년에는 주택지역개발법(Housing and Community Development Act of 1974)이란 Section 8 New Construction and Rehabilitation 정책과 Section 8 Existing 정책을 통해 두 개의 상이한 연방 주거지원 정책의 방향성을 제시하고 있다. Section 8 New Construction and Rehabilitation은 공급 측면의 정책이며 Section 8 Existing은 수요 측면의 정책으로 공급차원의 정책은 공공주택의 신규건설이 감소함에 따라 민간 차원의 개발과 임대인이 임대주택을 공급하는 차원으로 전환되었고, 수요차원의 정책은 주택선택바우처(Housing Choice Voucher)를 통해 같은 임대료 보조제도로 시행·확대되었다.

연방정부의 공급, 수요 측면의 정책과 더불어 1981년 레이건 정부에서는 임대주택에 세제혜택을 부여하는 조세감면 정책을 시작하였다. 그 후 의회는 저소득 임대주택 세액공제 제도(Low Income housing Tax Credit Program, LIHTC)를 통과시켜 공급 측면 보조금을 지원하여 세액공제를 할당하였다. [그림 5-2-1]은 연방정부의 주요 주거지원 정책 대상 주택과 가구수를 보여주는 자료이다.

[그림 5-2-1] 주요 연방정부 정책의 대상 주택과 가구 수 (1950-2009)



자료: 김선웅(2006: 128).

다. 공공주택 정책⁸⁾

미국의 공공주택 건설은 전체 건설 시장의 일부분에 불과하다. 공공주택 건설은 대공황 후반에 증가하여 1941년 87,000호로 최대치를 달성하였으나 이후 2차 세계대전 기간에 감소하였고 1951년에 전쟁 이전 수준을 회복하였으나 1970년대에 정책의 방향성이 수요 중심으로 바뀌면서 공공주택의 공급은 현재까지 사실상 제로에 가까운 수준이다.

미국의 공공주택제도는 정책의 방향성을 설정하고, 재원을 조달하는 의회와 HUD(Department of Housing and Urban Development, HUD), 개발과 운영을 담당하는 지방정부의 공공주택청(Public Housing Authorities, PHA)으로 분권화되어 운영되었다(김선웅, 2006). 미국의 공공주택 운영에 있어서 공공주택 임차인들의 소득수준은

8) 김선웅(2006)의 연구 중 일부를 요약·정리하였음.

가구소득의 30%로 지정되어 있으며 보통 미국의 공공주택 임차인들은 저소득층에 집중되어 있어, 낮은 임대료로 공급되기 때문에 연방정부, HUD, 주 및 지방 정부가 운영비용을 지원하고 있다. 현재 미국의 경우 총 인구의 약 1%가 공공임대주택에 거주하고 있다.

라. 주거지원 정책의 방향성⁹⁾

미국의 주거지원 정책의 흐름을 바탕으로 정책의 방향성을 정리하자면 미국의 공공주택 건설은 대공황 시기, 제 2차 세계대전 후로 증가 추세를 보이다가 현재는 감소하여 연방정부 차원의 공급량은 0에 가까운 수준이다. 공급 차원에 주목한 정책은 양질의 주택이 공급되어야 저소득층의 주거 문제를 해결할 수 있다고 보고 있기에 주택의 건설과 공급에 주목하였지만 수요 차원의 정책으로 방향성이 전환되면서 주택 공급과 함께 제공되던 프로젝트 기반 프로그램(project based programs) 역시 중단되었다. 1986년 조세개혁법이 통과된 이후, 미국의 공급 차원의 주거지원 정책은 저소득층을 위한 보조금이 주를 이루게 되었다(김선웅, 2006). 수요 차원에 주목한 정책은 저소득층의 주거 문제를 주택의 문제가 아니라 소득의 문제로 생각하였기 때문에 저소득 문제를 해결하는데 주목하였다. 그렇기 때문에, 수요 차원의 주거지원 정책은 1970년대에 시작된 주택 선택바우처가 현재까지 이어지고 있다.

9) 김선웅(2006)의 연구 중 일부를 요약·정리하였음.

3. 고령자 대상 주거지원

가. 주거지원 개요

미국은 연방정부 산하의 주택 및 도시개발부(Department of Housing and Urban Development: HUD)를 중심으로 저소득 혹은 장애 노인 가구를 위해 경제적으로 부담되지 않는 주거(affordable housing) 서비스 제공 수요에 대응할 목적의 다양한 프로그램을 운영하고 있다. 이들 중 대표적인 것들로는 공정 주택법 202조(Section 202)에 근거한 고령자 대상 지원 주택 프로그램(Supportive Housing for the Elderly Program: 이하 섹션 202 프로그램), 동법 8조(Section 8)에 기초한 주택 초이스 바우처 프로그램(Housing Choice Voucher: 이하 주택 바우처 프로그램), 동법 811조(Section 811)에 따른 중증 장애인 대상 지원 주택 프로그램(Supportive Housing for Persons with Disabilities: 이하 섹션 811 프로그램) 등이 있다(Technical Assistance Collaborative, Inc. [TAC], 2012). 이들 외에도 HUD에서는 다양한 종류의 고령자 주거지원 프로그램을 운영하고 있다. HUD는 저소득 가구(low-income households)를 가구의 전체 소득이 그 지역의 중위 소득 대비 80% 이하인 가구로 규정하고 있다. 아울러 연방 정부에서 지원하는 대부분의 저소득층 대상 주거지원 프로그램은 가구 전체 소득 중 30% 이상을 임대료나 용자금 상환에 사용할 경우 이를 감당하기 힘든 주거(unaffordable housing)로 간주한다(Levy et al., 2012).

HUD가 운영하는 500만 채 이상의 보조금 지원형 임대 주(assisted housing unit) 중 62세(사회보장 연금 수령 시작 연령) 이상 노인 세대주가 차지하는 비율은 약 32%에 달한다(Levy et al., 2012). 특히,

Section 202 프로그램은 노인만을 대상으로 하는 가장 대표적 주거지원 프로그램으로, 2019년을 기준으로 약 40만 채가 운영되고 있다(Department of Housing and Urban Development [HUD], 2020). 섹션 202 프로그램과는 별도로, HUD의 지원을 받는 노인 중 다수는 기존의 공공 임대 주택에 살거나 바우처 프로그램을 이용할 수 있다. 뒤에서 좀 더 자세히 살펴보겠지만, 바우처 프로그램은 섹션 202 프로그램과는 달리, 노인만을 서비스 제공 대상으로 삼고 있지는 않다(2012년을 기준으로 바우처 수령자 중 노인의 비율은 약 18% 정도임(Levy et al., 2012)). 한편, 장애인 지원 주택 프로그램은 가구의 전체 소득이 해당 지역의 중위 소득 대비 50% 이하인 저소득 중증 장애인을 주된 대상으로 하고 있다(Pynoos & Leonard, 2018).

한편, 지방 정부(States or County)에서 제공하는 주거지원 서비스를 살펴보면, 몇몇 주에서는 임대료나 자가 주택 유지·관리 비용 등에 따른 노인들의 경제적 부담을 덜어주기 위해 가옥 및 부속 토지에 부과되는 재산세 감면 제도를 시행하고 있다. 그런가 하면 자기 집을 소유한 저소득 층 노인들을 대상으로 집이 팔리거나 임종 때까지 재산세 납부를 유예해주는 주들도 있다(Levy et al., 2012). 이 밖에도, 다수의 지방 정부는 HUD에서 받는 지역사회 개발 교부금(Community Development Block Grant)을 활용하여 저소득 혹은 중증 장애 노인들이 거주하는 주택의 수리, 편의시설 설치 등의 개조, 냉·난방 시설 교체 등의 서비스를 제공한다(Technical Assistance Collaborative, Inc. [TAC], 2012).

이 밖에도, HUD는 고령자의 주거 및 경제적 안정을 지원하기 위해 역모기지(Home Equity Conversion Mortgage:) 제도를 운영하고 있다(Levy et al., 2012). 이는 소정의 자격요건을 갖춘 자가 주택 보유 노인들에게 집을 담보로 현금을 제공하는 프로그램이다. 노인들은 역모기지

프로그램을 통해 확보한 자원/소득을 연금 소득 부족분 보충, 질병이나 사고에 따른 병원비 충당, 주택 수리 등에 활용한다(Levy et al., 2012; Pynoos & Leonard, 2018). Levy et al.(2012) 등에 따르면, 역모기지 프로그램을 이용하는 노인 가구의 수는 최근 급격한 증가 추세를 보인다고 한다.

미국의 장기요양서비스 역시 지역사회 내에서 독립적 거주를 원하는 다수의 노인, 특히 초고령 노인들의 중요한 주거지원 서비스이다(Levy et al., 2012). 이의 운영은 보건 및 대인 서비스부(U.S. Department of Health and Human Services) 산하 노인국(Administration on Aging)에서 설립한 국립 노령 네트워크(National Aging Network)에서 담당한다(Levy et al., 2012). 주 정부와 기초 지자체에 설치된 지역 노인 전담 부서(Area Agencies on Aging: AAA)는 역내의 노인 대상 서비스 제공 기관이나 연방-주 직업재활 기관 지부 등과의 공조를 통해 식생활 관리, 가사 지원, 여가 활동 등 다양한 종류의 재가 서비스를 제공한다(Technical Assistance Collaborative, Inc. [TAC], 2012).

끝으로 지원 서비스와 다양한 유형의 민간 혹은 공공 임대 주택 간의 통합에 기초한 affordable housing plus 프로그램이 있는데, 자연 발생적 퇴직자 공동체(naturally occurring retirement community)가 그 대표적 사례이다(Technical Assistance Collaborative, Inc. [TAC], 2012). 이는 고령화로 인해 노인 거주민의 비율이 급격히 높아진 지역 공동체를 의미하는데, 거주민들은 역내의 복지·재활 서비스 제공 기관 및 주택 단지 관리 당국과의 공조를 통해 가사 돌봄 등 필요한 서비스를 제공받을 수 있다(Levy et al., 2012). 서비스 이용에 따른 비용은 자부담, Medicaid(저소득 노인 및 장애인에게 제공되는 의료 지원 혜택), 자선 단체의 기부금 등을 통해 충당된다.

나. 고령자 및 장애인 주거지원 사업¹⁰⁾

1) 기존 주택 개조 사업(Assisted Living Conversion Program)

본 프로그램은 2000년 HUD에서 시행을 시작하여 현재도 시행하고 있는 사업이다. 본 사업은 비영리 민간 주택사업자가 주택 단지의 일부 또는 전체를 노인이나 장애인의 독립생활 영위를 돕기 위해 Assisted Living Facility(ALF)나 Service-Enriched Housing(SEH) 등으로 개조하는 과정에서 소요되는 비용을 지원하는 것으로 ALF는 독립적 생활은 가능하지만 이를 위해서는 일상생활 활동 지원이 필요한 취약 노인이나 장애인을 돕기 위한 프로그램인 데에 반해, SEH는 독립 생활 능력이 없는 취약 노인이나 돌봄 서비스를 요하는 초고령 노인을 지원하려는 목적으로 계획된 주택 프로그램이다. HUD는 이를 위해 기존 가옥, 휴게 공간, 각종 서비스 제공 시설 등을 HUD의 규정이나 각 주의 관련 법 규정에 상응하도록 개조하는 비용을 교부금 형식으로 지원한다. 해당 예산은 주택 사업자나 Medicaid, 보충적 보장 소득(Supplemental Security Income: SSI), 주정부나 기초 지방자치단체의 노인 담당 부서 등의 기관이 부담한다.

2) 주거환경 개선 사업

연방정부와 주 정부는 저소득층 고령자와 장애인에게 medicaid 예산을 활용하여 장애 또는 저소득 고령자들이 안전한 일상생활을 영위할 수 있도록 최소한의 주택 개조를 지원하고 있다(집에서의 손쉬운 출입을 위

10) Levy et al(2012: 36-86)을 토대로 요약정리함.

한 휠체어용 경사로, 계단 리프트, 화장실 출입구 확대, 대형 샤워실 등의 개조에 소요되는 예산). 고령자 대상 주거 관련 연구에 따르면, 노인들은 가능한 한 자신이 장기간 거주하던 지역사회에서 독립성을 유지하며 삶을 영위하기를 원하는 것으로 나타났다. 이를 위해 미국 정부는 노인들을 위한 다양한 주택 옵션, 이동 지원 관련 장애를 가진 사람들을 위한 접근성 높은 주택 단지 개발을 위한 계획 수립, 은퇴시기에 맞추어 정부 차원에서 지원 가능한 서비스 제공 재원 마련 등에 힘쓰고 있다. 이는 정부가 홀로 주도하여 이를 수 있는 것이 아니라 건강 및 주거지원 관련 기관들과 지방정부, 민간 부문이 공동으로 노력할 문제로 인식되고 있다 (Department of Housing and Urban Development [HUD], 2020). 특히, 미국에서 중요시되는 것은 주택 소유주보다 임차인에 대한 보조금의 단계별 증액 정책인데, 이는 장기적으로 볼 때 임차인의 나이가 들어감에 따라 소득이 줄어들고 그로 인한 주택 관련 비용 부담이 가중되기 때문이다.

3) 집단주거서비스 사업(Congregate Housing Services Program)

본 사업은 1990년 HUD에서 시작한 사업으로 취약 노인 혹은 장애인 (일시적 장애인 포함) 거주자의 불필요한 요양 시설 입소를 예방하기 위하여 단체 급식 형식으로 하루에 한 끼 이상의 따뜻한 식사 제공과 독립 생활 영위에 필요한 지원 서비스를 제공하는 주거사업이다. 본 사업의 대상은 주정부, 기초 지방자치 단체, PHA, IHA, 미국 원주민 보호지역의 부족 정부, section 202 프로그램, Section 8 프로젝트 기반 지원 프로그램, Section 221(d)(3) 프로그램, Section 236 프로그램, Section 515 프로그램 지원 대상 기관 등이다. 이러한 예산을 신청하는 기관은 정당한 편의가 갖추어진 식당 시설을 구비하여야 하고, 노인과 장애인 대상

의 주거지원 서비스 운영 실적, 균등 기회 보장 실적 등의 요건을 충족해야 한다. 본 사업의 참여자 기준은 62세 이상의 취약 노인, 장애인, 공공 임대 주택에 거주하는 일시적 장애인으로 3가지 이상의 일상생활 활동 수행에 심각한 제한을 겪는 사람이다.

4) 주거 및 지역사회 기반 지원 서비스(Home And Community Based Supportive Services)

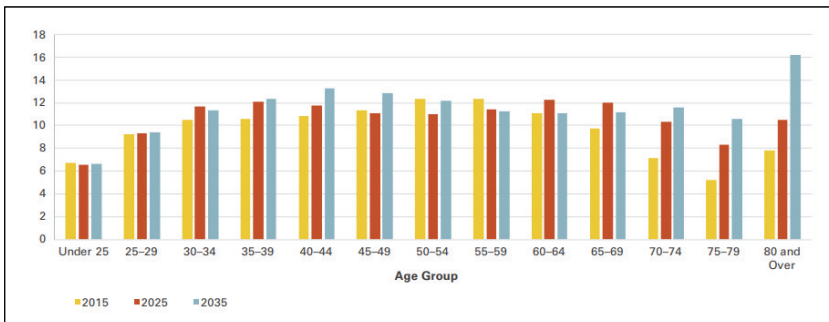
본 사업은 주정부의 보건 및 대인서비스부(Department of Health and Human Services) 산하 노인국(Administration on Aging: AOA)에서 1973년부터 시행하고 있는 사업이다. 본 사업의 내용은 이동 지원, 사례 관리, 가정 내 개인 돌봄, 가사 지원, 법률 서비스, 지역 정신보건 서비스, 주간 보호 서비스 등 노인과 장애인의 독립 주거 능력 존속 및 촉진에 필요한 일련의 서비스 제공에 필요시 되는 예산을 지원하는 사업이다. 또한 노인 대상 서비스의 조정과 통합을 시행하는 노인복지관/경로당(senior center)도 지원 대상에 포함된다. 본 사업의 예산은 AOA의 교부금. AOA와 주정부 및 해외 영토 자치 정부 간의 대응 자금 형태로 운영되며, AOA가 60%의 기본 예산을 지원하고 주별 노령 인구에 비례하여 추가 예산을 지원한다. 주정부는 이 같은 과정을 거쳐 확보된 예산을 산하 기초지방자치단체의 노인 담당 부서에 교부하고 기초지방자치단체의 노인 담당 부서에서는 지역 내 노인들이 가장 필요로 하는 서비스 제공에 교부된 예산을 탄력적으로 운영한다(Levy et al., 2012: 41-68).

4. 고령자 대상 주요 주거지원 관련 통계

2016년 JCHS(Harvard Joint Center for Housing studies)는 향후 20년 동안 미국 내 65세 이상 노인 인구는 4,800만 명에서 7,900만 명으로 증가할 것으로 예측하였다. 2035년이 되면 미국 전체 인구의 1/3에 해당하는 5,000만 명이 노인일 것으로 예측되며, 80세 이상 인구 비중은 현재의 2배 이상을 넘어설 것으로 추정되고 있다(Hud User, 2017).

[그림 5-2-2] 2015년-2025년-2035년 65세 이상 가구 수 예상

(단위: 100만명)

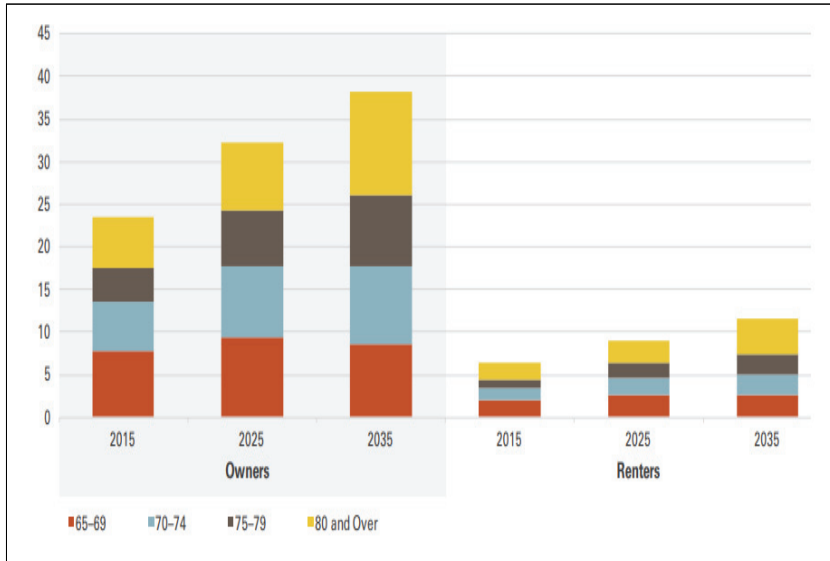


자료: Joint Center for Housing Studies of Harvard University(2016: 6)에서 재인용.

미국의 경우, 70대 초반대 인구의 주택 소유 비율은 81%로 모든 연령대의 주택 소유비율 평균치인 64%보다 훨씬 높았다. 주택을 소유하고 있는 65세 이상 노인수는 2015년 2,400만 명에서 2025년 3,200만 명, 2035년 3,800만 명으로 60% 이상 증가할 것으로 예상된다.

[그림 5-2-3] 나이에 따른 고령화 가구 예상

(단위: 백만명)

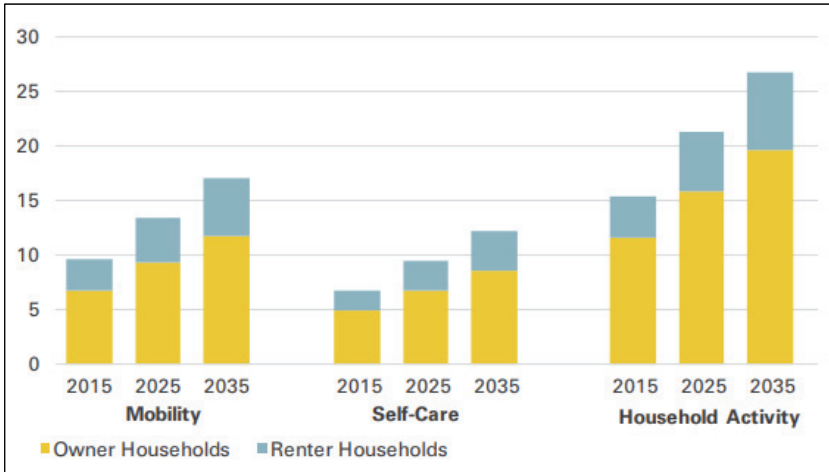


자료: Joint Center for Housing Studies of Harvard University(2016: 7)에서 재인용.

65세 이상 고령장애인들 중 2035년 주택 소유 비율은 76% 증가하여 3,100만 명이 될 것으로 추정된다. 이들 중 1,700만 명이 이동 관련 장애, 1,200만 명은 자기 돌봄 장애, 2,700만 명은 가사 활동 및 운전 장애를 경험할 것으로 예상된다. 2015년 이래의 추이를 살펴보면, 시간이 경과할수록 자가 주택 거주 비중은 감소하는 반면, 지원 서비스를 제공받을 수 있는 임대 주택에 거주하는 고령 인구 비율은 점증하고 있다.

[그림 5-2-4] 유형에 따른 65세 이상 장애 인구수

(단위: 백만명)

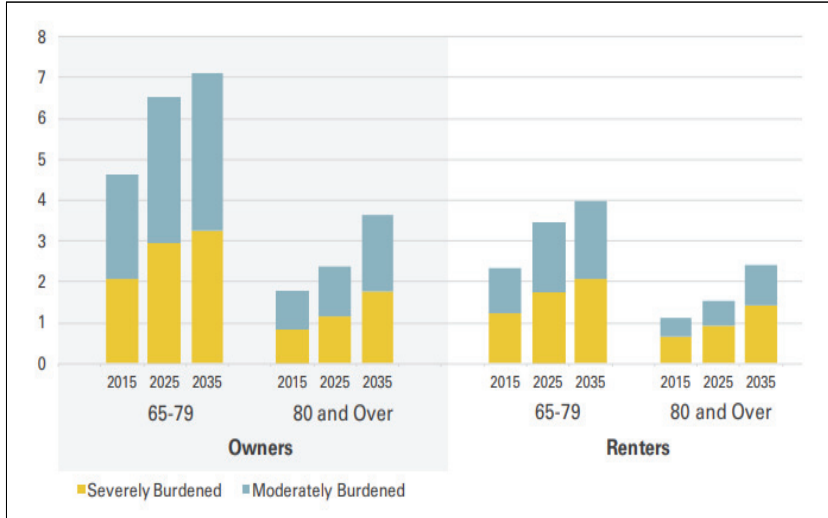


자료: Joint Center for Housing Studies of Harvard University(2016: 8)에서 재인용.

노령자들을 65세-79세 집단과 80세 이상 집단으로 나누어 전체 소득 중 주택 관련 지출 비중을 비교해 본 결과, 시간이 경과할수록 주택 소유자들보다 주택을 임대한 노인들이 소득에서 주택 관련 비용 지출이 증가하는 것으로 나타났다(전체 소득 중 50% 이상). 나이가 들어갈수록 장애 발생 확률이 높아지고 소득이 감소한다는 점에서 저소득 고령장애인의 비율이 높아질 것이라는 사실을 추정해 볼 때, 2035년이 되면 주택 소유자의 50% 정도, 주택 임차인의 60% 이상이 소득의 절반 이상을 주거 관련 비용으로 지출할 것으로 예상되고 있다. 이는 노인 집단, 특히 장애가 있는 노인들의 생활고 심화를 촉진할 것으로 예상된다.

[그림 5-2-5] 연령에 따른 수입 중 주택에 지불하는 비용

(단위: 백만명)



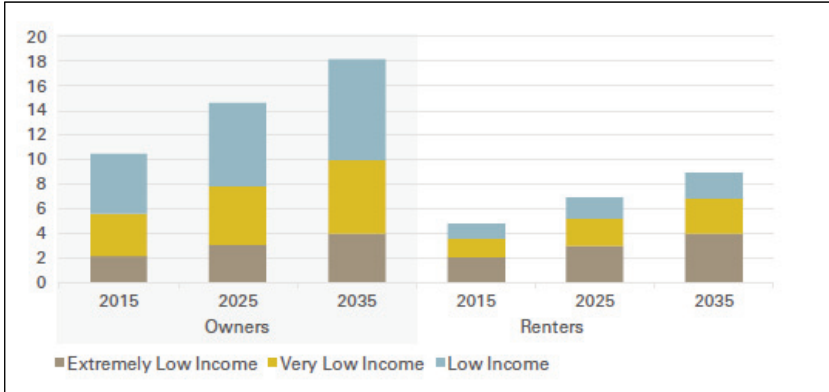
주: 보통(moderately)/심각한(severely) 수준은 전체 소득의 30-50%/50 % 이상을 주택에 지불하는 것으로 정의된다.

자료: Joint Center for Housing Studies of Harvard University(2016: 11)에서 재인용.

미국의 경기가 시간이 지나도 호전되지 않거나, 경제성장률이 둔화될 경우 2035년이 되면 65세 이상 인구 중 1,180만 가구가 자국민 평균에 비해 80% 미만의 소득을 가질 것으로 예상되고 있다. 이러한 예측에 따라, 65세 이상 저소득자 및 임차인 수는 2015년을 기준으로 향후 20년 동안 각각 1,820만 명과 9백만 명에 이를 것으로 예측되고 있다. 2,720만 명의 저소득층 가구 중 약 40%(10.6백만명)는 80세 이상일 것으로 추정된다.

[그림 5-2-6] 65세 이상 노인의 소득수준에 대한 예측

(단위: 백만명)



자료: Joint Center for Housing Studies of Harvard University(2016: 61)에서 재인용.

저소득층 가구 수와 80세 이상 인구의 급격한 증가는 주거지원과 재정적 보조를 필요로 하는 고령자의 수를 늘리는 것은 물론, 정부가 주거를 책임져야 할 인구의 급격한 증가를 의미한다. 미국 HUD의 예상에 따르면, 2016년 기준 62세 이상의 고령 임차인 중 1/3가 주택 지원을 받을 자격이 있지만, 2035년이 되면 주거지원을 요하는 고령 인구의 수가 현재의 2배에 이르는 760만 명까지 증가할 것으로 예상된다. 결국, 정부의 주거지원 프로그램은 향후 상당기간 동안 확대 요구에 직면할 것이며, 2035년이 되면 추가적 주택 임대와 지원 서비스를 필요로 하는 500만 명의 노인들의 요구에 부응할 방안을 강구해야 할 것으로 추정된다.

5. 미국에서 시도되고 있는 지역사회 기반(Community Level Model) 주거 모델¹¹⁾

고령 인구가 요양원 등과 같은 시설에 입소하여 여생동안 돌봄을 받는 것이 이들의 삶의 질과 비용의 측면에서 그리 이상적이지 않다는 시각이 대두되면서 ‘Aging in Place’에 대한 관심이 증폭되었다(이상림 외, 2016). 더불어 미국의 고령 인구가 증가하면서 고령 인구의 수요에 맞게 그들이 익숙한 주거 환경에서 돌봄 서비스를 제공받으며 거주할 수 있는 환경을 조성하는 데 지역사회 단계에서 다양한 모델을 통해 기여하고 있다.

1) Naturally Occurring Retirement Communities - Social Service Programs (NORC-SSPs)

NORC는 시간이 흐르면서 특정 지역의 인구가 고령화되어 노인주택의 형태를 띠게 된 지역을 말한다. 노인인구 비율이 높아지면서 자연스럽게 새로운 노인 인구의 유입이 증가하였고, 지역사회에 차원에서 NORC를 중심으로 기존 서비스 전달 체계에 연계하여 사회 서비스를 공급하는 것이 효율적이라는 이해관계가 대두되었다. 이에 따라 뉴욕에서 처음으로 NORC에 사회서비스 공급 인프라를 구축하여 지역사회에서 노인들의 친숙한 환경에서의 노후(AIP)가 가능하도록 하는 NORC-SSPs가 출범하게 된다(이상림 외, 2016).

2006년 미국의 노인복지법상 세대주의 40%가 60세 이상의 노인에 해당하는 경우 이 지역을 NORC라고 지칭하게 된다(Greenfield,

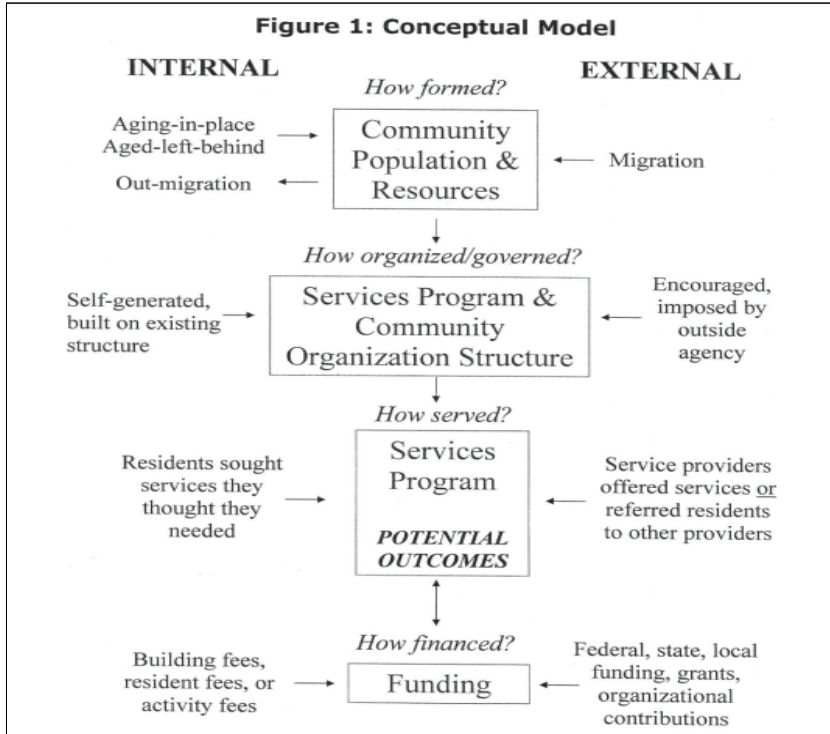
11) 이상림 외 (2016)연구의 일부를 요약·정리함.

Scharlach, Lehning and Davitt, 2012b). 따라서, NORC는 주거형태에 큰 구애를 받지 않으며 미국 전역에 다양한 지역에서 공동주택, 조합주택, 단독주택 등의 형태로 존재하고 있다(Bedney, Goldberg and Josephson, 2010).

NORC-SSPs에서 제공되는 서비스로는 사회복지서비스, 건강관리서비스, 교육, 여가, 자원봉사 등이 있으며 전문 인력을 통해 사례관리가 이뤄지기도 한다. NORC-SSPs의 참여자의 25%는 개인 돌봄 서비스의 수요자였고, 40%는 미국의 메디케이드와 영양 지원 프로그램의 대상자였다. 처음 프로그램이 시작될 당시에는 노인의 취약성과 별개로 입주 여부와 연령만을 고려하였으나 사회복지 서비스 전달 체계와 연계되고, 정부 보조금의 지원을 받게 되며 취약한 노인들을 위한 프로그램으로 기능하고 있다.

통상적으로 NORC는 지역사회를 기반으로 둔 비영리 사회복지 단체(United Jewish Appeal, The Jewish Federation of North America 등)의 관리를 받고 있다. 또한, 지역사회 내 다양한 기관과 파트너십을 구축하여 서비스 제공과 재정 관리를 실시하고 있다. 대체로 프로그램의 예산의 2/3 정도가 정부 보조금으로 운영되고 있고, 거주하는 노인에게 받는 멤버십 비용은 운영비의 5%미만이다(Bowden, 2016).

[그림 5-2-7] NORC-SSPs 모델



자료: ASPE(2020: 25).

2) Village 모델

매사추세츠 주 보스턴 시 비컨힐의 노인들은 현재 자신이 거주하고 있는 지역사회에서 지속해서 삶을 영위하고자 하는 욕구가 강했으나 연방 정부 및 주정부의 주거지원 프로그램이 저소득층과 장애인에게 집중되어 있음을 파악하였다(이상림 외, 2016). 또한, 통상적으로 노인들에게 제공되는 사회복지서비스는 생활시설, 요양원 등의 시설중심 모델로 현 주거지를 이탈해야하는 고비용 서비스에 국한되어 있었다. 이에 2001년 비컨

힐의 노인들은 자신의 집에서 거주하며 자신에게 필요한 서비스를 제공 받을 수 있도록 하자는 취지로 비컨힐 빌리지가 설립하였다(McWhinney-Morse, 2009).

비컨힐 빌리지는 자신의 집에 머물며 생활하는 것이 설립 취지이기 때문에 새로운 주거형태를 보이지는 않는다. 이들은 자신의 집에서 빌리지 직원들과 자원봉사자를 통해 주택 수리 및 보수, 건강교육, 집안일, 건강 관리 서비스 등을 제공받는다(Graham, Scharlach, & Price Wolf, 2014).

비컨힐의 규모는 지역별로 다양하나, 평균적으로 100명 내외의 구성원들로 이뤄져 있다. 비컨힐의 구성원의 대다수는 65세 이상 백인 여성이며, 독거 노인이 대다수이다. 설립 때부터 연방 정부나 주 정부의 재정 지원을 고려하지 않았기 때문에 다른 모델에 비해 높은 연 고정 회비가 부과되고 있다(이상림 외, 2016).

비컨힐은 자치적인 조직의 특성이 강하기 때문에 노인 스스로가 자신에게 필요한 서비스를 충족하기 위한 노인 중심의 주민조직화 모델이라고 볼 수 있다. 빌리지 모델은 의료기관, 사회복지기관, 주택 제공업체 등 다양한 지역사회 내 기관과 연계하고 있으며 고령 주민들의 자치성과 독립성을 강조하여 운영되고 있다(Greenfield et al., 2012a).

3) Co-housing 모델

Co-housing 모델은 공유 공간을 기점으로 개인 주택들이 모인 의도적 커뮤니티(intentional community)에 해당된다(이상림 외, 2016). 미국의 최초의 노인 공동주택은 버지니아의 ESC(Elder-Spirit Community)로 베이비부머들이 주 거주자이다. Co-housing 모델은 초기 교외 지역에서 형성되었으나 최근에는 도시 및 농촌지역에도 구축되고 있다.

Co-housing의 규모는 7-50세대까지로 다양하다. 일반적으로 개인 소유권과 공동 소유권이 결합되어 있으며, 부지가 공동 소유라면 개인은 주거 공간에 임대차 계약을 맺는 식으로 소유권을 갖게 된다(Sargisson, 2012). 공유 공간은 정원, 수영장, 세탁실, 체육관, 레저 공간 등이며 이 공유 공간을 통하여 거주하고 있는 사람과 밀접하게 접촉하게 된다(이상림 외, 2016).

Co-housing은 구성원의 다양성을 일부 확보하고 있으나 소수민족, 저소득층은 제외되고 있다(Garciano, 2011). Co-housing 모델의 거주자는 중산층에 해당되며, 최초공동주택이었던 ESC를 제외하고는 저소득 입주민을 대상으로 하기보다는 중, 상 소득층을 대상으로 한다.

소유권이 공동 소유와 개인 소유가 결합되어 있고, Co-housing 거주민은 대체로 중, 상 소득층이다 보니 재산의 소유 및 관리가 Co-housing 운영의 중점이다. Co-housing의 설계부터 구성원이 참여하여 공동 및 개인 공간을 설계하는데 관여하게 되며, 입주민 간의 합의를 통해 운영 및 의사결정 체계를 조직하고 있다.

4) Community Aging in Place, Advancing Better Living for Elders(CAPABLE)¹²⁾

CAPABLE은 미국 Johns Hopkins 간호대학에서 저소득 노인들이 지역사회에서 안전하게 나이들 수 있도록 개발한 프로그램이다. Center for Medicare and Medicaid Innovation에서 재정 지원을 하고 있다. 초기 모의시행을 통해 Medicare와 Medicaid의 대상이었던 참여 노인들의 일상생활수행능력(ADL)이 개선되면서 증거 기반 프로그램으로

12) Johns Hopkins School of Nursing(2020) 연구의 일부를 요약·정리하였음.

National Council of Aging의 승인을 받았다.

CAPABLE은 거주 환경에서 개개인의 특성에 맞춰 저소득 장애인의 삶의 질이 개선될 수 있도록 돕는 것을 목표로 서비스를 제공한다. 저소득 장애 노인의 삶의 질 개선과 “고령화” 능력을 향상시키기 위해 물리 치료사, 작업 치료사, 간호사 등이 전문가 팀을 구성하여 가정에 방문하여 서비스를 제공한다. 작업 치료사가 거주 노인의 수요를 반영하여 주택 개조 서비스를 제공하기도 한다.

60세 이상의 고령노인은 CAPABLE프로그램에 참여할 수 있으며, 건강상태에 따라 50세도 프로그램 참여를 신청할 수 있다. 주거 내에서 일상생활 능력(ADL)을 향상시키는 것이 이 프로그램의 주 취지이기 때문에 ADL 문제가 있는 고령자라면 프로그램에 참여할 수 있다.

물리 치료사, 작업 치료사, 간호사 등 전문 인력이 이 프로그램의 운영의 주축을 맡고 있으며 거주 노인의 특성에 맞춰 사회복지사가 인력 구성에 추가될 수 있다. 1인당 CAPABLE 프로그램을 진행하는 5개월 간 약 3000달러가 소요된다. 2019년 6월 연방 정부가 CAPABLE을 Medicare의 환급 대상 프로그램에 포함시키기로 승인하기도 했다.

제3절 독일의 주거지원 및 주거 모델

1. 고령장애인 현황

독일의 중증장애인 현황은 2019년을 기준으로 7,902,960명으로 독일 인구의 약 9.5%를 차지하고 있다. 연령별로 살펴보면 65세의 중증장애인이 약 451만 명으로 전체 중증장애인의 57.2%로 가장 높은 비율이며, 다음으로는 55세~64세 사이의 중증장애인이 약 166만 명으로 중증장애인의 20%를 차지하고 있다. 이러한 수치는 전체 중증장애인의 77.2%가 고령장애인에 해당됨을 확인할 수 있다. 또한 타 연령대에 비하여 65세 이상의 중증장애인은 2011년 이후로 점진적으로 증가하고 있으며 2019년에는 2011년 대비 626,978명이 증가하였다. 이러한 결과는 결국 독일의 인구사회학적 변화-출생률의 저하와 고령인의 증가 등의 인구사회학적 변화와 더불어 마찬가지로 중증장애인의 고령화를 분명하게 보여주고 있다.

〈표 5-3-1〉 중증장애인 현황

(단위: 명, %)

구분	2011	2013	2015	2017	2019
중증장애인	7,289,173 (9.1)	7,548,965 (9.4)	7,615,560 (9.3)	7,766,573 (9.4)	7,902,960 (9.5)
4세 미만	14,194 (0.2)	13,928 (0.2)	14,703 (0.2)	15,495 (0.2)	17,008 (0.2)
4-14세	112,364 (1.5)	113,956 (1.5)	116,119 (1.5)	121,972 (1.6)	131,235 (1.7)
15-24세	162,679 (2.2)	161,857 (2.1)	161,688 (2.1)	166,216 (2.1)	173,157 (2.2)
25-34세	223,679 (3.1)	236,602 (3.1)	245,741 (3.2)	251,261 (3.2)	255,356 (3.2)
35-44세	390,234 (5.4)	363,342 (4.8)	345,138 (4.5)	342,298 (4.4)	353,716 (4.5)
45-54세	916,329 (12.6)	931,886 (12.3)	910,665 (12.0)	860,586 (11.0)	790,371 (10.0)
55-64세	1,579,000 (21.7)	1,635,787 (21.7)	1,629,214 (21.4)	1,634,544 (21.0)	1,664,445 (20.0)
65세 이상	3,890,694 (53.4)	4,091,607 (54.2)	4,192,292 (55.0)	4,374,201 (56.3)	4,517,672 (57.2)

자료: Gbe-bund.de(2020).

2. 독일의 주거정책 개관

가. 주거정책의 배경 및 역사

최초의 주거정책의 정립은 독일제국(Kaiserreich) 시대(1871-1918년)로, 급격한 산업화 및 도시화로 인하여 주택문제가 정치적 쟁점으로 등장한 시기이다. 본 시기의 주거제도는 소수의 지배엘리트에게 일방적으로 유리하게 규정되어 있었다(신진욱, 이지은, 2014). 그러나 19세기부터 주택시장의 방치에 대한 위험성을 인식하고, 산업화로 인한 이농이 급격하게 진행되면서 도시의 주택 수요가 급증하게 되었다. 이 결과 투기, 임대료 상승, 노숙자 증가 등을 야기시켰으며 국가는 국가의 질서유지 및 안녕을 위해 주택시장에 개입하게 되었다. 국가 개입의 목적은 좁은 공간에 다수의 사람들이 함께 지내는 등 열악한 주거환경으로 인해 질병의 전염이 심각해지자 국민의 건강보호를 위함이라고 할 수 있다(이지희, 2012).

독일은 제 1차 세계대전 이후 바이마르 공화국 시기(1918-1933년)에는 국가의 주택시장에 대한 개입을 더욱 강화하였으며, 주택부족 현상을 극복하기 위해 임대료 동결, 임차인 보호조치, 주택건설을 위한 장려금 지급 등이 가능할 수 있도록 다양한 법률이 제정되었다(이신용, 2020). 또한 수많은 이익단체와 조합들이 나타났고, 노동자 계급이 선거정치에 영향을 발휘하기 시작하였으며, 좌파 정당들이 정치권력에 참여하기 시작하였다. 즉 ‘주택정책의 측면에서 보면 산업화 이후 현재까지 독일의 역사상 가장 혁신적인 시기’(Häußermann and Siebel, 1996; 신진욱, 이지은, 2014에서 재인용) 라고 할 수 있다.

1917-1919년에는 세 번에 나누어 「임차인보호령(Mieterschutzverordnung)」이 제정되었으며, 이는 관청에 임대차 계약 체결 시 신고해야 할 의무, 주

택난이 심각한 지역은 관청에서 임대료를 강제로 낮출 수 있는 권한을 규정하였다. 1920년에는 「주택부족대책법(Wohnungsmangelgesetz)」을 통해 관청이 제시하고 있는 조건을 갖추고 있는 임대희망자와의 계약을 체결할 수 있도록 임대인에게 요구할 수 있는 권한을 부여하였다. 1923년 「임차인보호법(Mieterschutzgesetz)」에서는 임대차 해약고지가 법원의 결정을 거쳐야만 성립될 수 있음을 규정하였다(신진욱, 이지은, 2014).

이후 제 2차 세계대전으로 천 이백만 명 이상의 피난민들이 일자리를 상실하였고, 주거의 4분의 1이상이 파괴되어 정부는 시민들의 주거공간 마련을 위해 연방차원에서 2차에 걸쳐(1950년, 1956년) 「주택건설법(Wohnungsbaugesetz)」을 제정하였다. 「제1 주택건설법(Wohnungsbaugesetz I)」은 적절한 임대료와 적당한 크기의 주택을 많은 시민들에게 제공하는 것을 목표로 하였으며, 이를 위해 영리주택건설회사, 비영리주택조합, 개인 등 모두에게 장려금을 차별 없이 지급하였다(이신용, 2020). 주택 부족이 어느 정도 해결된 후 자가 주택 소유를 장려하기 위한 「제 2 주택건설법(Wohnungsbaugesetz II)」이 제정되었으며, 이는 공공임대주택의 임대료 산정방식을 변화시켜 임대인에게 비용을 보상해주는 방식(Kostenmiete)으로 발전하였다(Kirchner, 2006; 이신용, 2020에서 재인용).

1900년대의 독일 주거정책은 주택거래에 관하여 완전한 자유계약과 자유주의적 사유재산 개념으로 발전하였다. 이후 다양한 사회권 조항이 도입된 것을 알 수 있다. 1982년 「임대주택공급증대법(Gesetz zur Erhöhung des Angebots an Mietwohnungen)」의 제정에 따라 임대차 관계 중 임대인-임차인이 자유로운 계약 및 주택개조의 비용에 따른 임대료 인상 규정도 마련하였다(Rudolf-Cleff et al, 1996; 신진욱, 이지은, 2014에서 재인용). 이러한 법률 제정으로 인하여 임대료의 자유계약의 기

회가 증가한 것은 임대인에 대한 제도적 보호를 강화한 것이고 주택개조의 용이함 관련 규정은 주택의 영리적 가치를 강화하여 영리 임대료의 전환을 유도하는 결과를 가져오게 되었다. 따라서 독일의 주거정책은 경제정책과 사회정책을 담당하는 관청과 조직에서 주택의 수요와 공급에 영향을 미치는 모든 정책적 행위를 포괄한다. 즉, 주택시장에서 건설, 유지 및 보수를 통하여 주택의 공급을 원활하게 하고, 시민들의 주택수요에 적절한 주거의 질적 향상과 안정된 삶의 영위가 가능하도록 지원한다(안홍순, 1998).

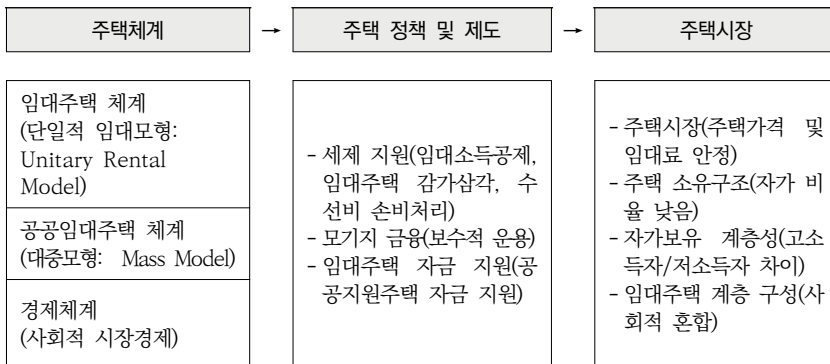
나. 공공 및 민간 임대주택 정책의 특성

먼저 독일의 주택체계를 살펴보면, 비영리 부문과 영리부문에서 공급하는 임대주택 간의 입주계층, 정부지원, 임대료 규제, 점유의 안정성에서 큰 차별성 없는 구조를 가진 단일적 임대모델(unitary rental model)을 채택하고 있다. 이러한 단일적 임대모델의 유지는 사회적 시장경제 체제를 뜻하며 시장 내 자유경쟁을 최대한 보장하면서도 사회적 질서의 형성 및 유지에 대해 국가가 경제·사회정책을 통해 개입하여 경제적 자유와 사회적 균형 사이의 조화를 추구한다는 것을 의미한다(김수현, 2013). 이렇듯 독일은 비영리부문과 영리부문을 서로 경쟁관계로 두면서, 주거복지의 공급을 효과적으로 달성하고 있다. 이러한 측면에서 독일의 공공임대주택은 공급의 주최보다는 공급방법에 초점을 맞추고 있다고 할 수 있다(진미윤, 2011). 즉 공급자가 민간인지, 공공인지의 여부보다는 보편적인 체계 하에서 규제하고 지원하는 시스템이라 할 수 있다(박원석, 2019).

또한 공공임대주택의 체계를 살펴보면 저소득층만이 아닌 중산층 등을 포함하여 사회구성원 전체를 대상으로 공공임대주택을 공급하는 대중모형(mass model) 시스템을 채택하고 있다. 이에 따라 임대주택의 입주계

층 역시 저소득층에 한정하는 것이 아닌 사회구성원 전체를 대상으로 하고 있다. 따라서 독일 임대주택 정책의 특징은 첫째, 임대주택의 소유자가 공공, 민간에 상관없이 임대료 및 임대료 계약해지보호에 대한 규제를 하고 있다. 「임차권 개선과 임대료 인상제한법」을 통해 임대주택의 임대료의 결정은 해당 주택의 규모, 설비, 건축연도, 위치 등을 통합하여 반영하는 지역기준 임대료(ortsubliche vergleichsmiete)를 통해 결정된다¹³⁾. 둘째, 1971년 제정된 「임대차해약고지보호법」을 통해 임차인이 안정적으로 임대주택에 거주할 수 있도록 규정한 것이다(신진욱, 이지은, 2014).

[그림 5-3-1] 독일 주택체계, 정책 및 제도, 주택시장에 대한 구조



자료: 박원석(2019: 135).

13) 임대료 측정은 각 지방정부별로 공식적인 임대료 일람표(mietspiegel)를 통해 임대료 인상폭이 결정되며, 임대료 일람표는 지방정부, 임차인 협회, 임대주택 소유자 협회 등 이해당사자들의 협의체에서 결정한다(신진욱, 이지은, 2014).

따라서 독일의 주거정책의 특징은 ‘자가’에 비해 ‘임대’에 더 많은 혜택을 제공한다(박원석 2019). 이에 독일의 주택시장은 자가 보유율이 낮고 민간임대주택의 비중이 매우 높은 형태를 보인다. 낮은 자가의 원인으로 는 주택소유에 대한 문화·정치적 요인과 주택시장의 수급요인이 복합적으로 작용한 것으로 보이며, 정책적으로 자가 보유에 불리한 세제 및 모기지 제도를 도입하고 임차인을 보호하는 임대차 제도에 기인하는 것으로 보인다(박원석 2019).

〈표 5-3-2〉 독일 주택시장의 공급 구조(2011년)

구분		주택호수 (100만 호)	비율(%)	
자가주택		1-2인 가구	13.8	34
		패밀리형 아파트	3.5	9
		소계	17.3	43
임대 주택	기업형	주택조합	2.1	5
		지방정부	2.3	6
		공공지원 임대주택	0.3	1
		민간 전문기업	3.2	8
		교회 및 비영리기관	0.3	1
		소계	8.3	20
	개인	1-2인 가구	4.5	11
		패밀리형 아파트	10.5	26
		소계	15.0	37
	전체		40.5	100

자료: DieWohnungswirtschaft Deutschland(2017), 박원석(2019: 138) 재인용.

3. 노인·장애인을 위한 주거지원

가. 노인·장애인 주거지원 개요

중증장애인의 고령화는 다양한 사회학적 의미를 가진다. 첫째, 고령장애인의 지속적인 근로능력 감소로 인하여 소득보장의 필요성이 발생하였다. 둘째, 고령장애인의 기능적 제한으로 인한 지속적인 돌봄 시스템이 요구되고 있다. 셋째, 고령장애인을 위한 주거지원이 양로원 중심에서 고유 주거지에서의 지원으로 이동하고 있다. 특히 지역사회 안에서의 중증장애인의 주거지원은 사회통합이라는 측면에서 중요한 의미를 가지고 있기에 독일 정부는 다양한 노력을 시도하고 있다.

독일의 노인과 장애인을 위한 노인주거정책으로는 1974년 「노인주거에 관한 법」 제정을 시작으로, ‘지역 주거문제상담소 설치’(1986년), ‘수발보험 도입을 통한 노인 요양원 운영’(1995년), ‘고령자 친화형 주택 개발 육성’(1999년) 등과 같은 제도로 발전되었다(김용엽, 2009). 노인주거보장정책은 노인복지주택(Altenwohnheim), 양로원(Altenheim), 노인아파트(Altenwohnungen), 보호주택(Betreutes) 등 다양한 노인주택과 시설을 포함하고 있다. 또한 노인 및 장애인의 주거에 대한 욕구를 충족시키기 위해 다양한 지원프로그램을 운영한다. 독일은 사회보험국가로서 연금수급 자격을 65세로 지정하여 노인시설 및 노인주택의 대상 역시 65세 이상의 연금수급자가 대부분이다(박정훈, 박근영, 심경수, 2017). 노인시설 및 주택의 지역별 대상자 기준은 차이를 가지지만, 유료화 시설의 경우는 지급되는 연금의 범위에서 시설의 이용료를 지불하는 것을 원칙으로 하고 있다.

독일의 노인복지정책의 전달체계를 살펴보면, 총괄부서는 ‘가족·노인·

여성·청소년부(Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend)'로 연방정부(Bund)는 중앙정부의 차원에서 모든 노인복지와 관련된 정책 및 프로그램에 대한 방향성을 제시한다. 각 지방정부(Land)와 지역공동체(Gemeinde)는 실질적인 서비스 제공자의 역할을 맡고 있다. 재정의 측면에서 우선적으로 본인의 연금에서 개별 차등적 금액을 일부 납부하고, 나머지는 국가나 지방정부의 재원으로 보조해주는 방식으로 이루어진다. 만약 연금대상자가 아닐 경우, 주거보조금(Wohungeld)을 신청하면, 심사절차를 거친 후 연방정부와 지방정부에서 각각 50%씩의 비용을 지원한다(박정훈 외, 2017).

나. 노인·장애인을 위한 주거형태

장애인을 포함한 노인을 위한 주거형태로는 크게 (1) 일반주거, (2) 시설주거, (3) 서비스주거, (4) 혁신적인 공동체적 주거로 구분할 수 있다(Battke, 2017). 우선 일반주거는 고령과 건강상의 문제, 노화로 인한 신체적 제약 또는 장애에도 불구하고 자신이 거주해왔던 주택이나 가족과 생활해 왔던 주거 공간에서 계속 살아가는 것이다. 많은 독일의 노인들이 오랜 시간 가족과 또는 혼자서 생활했던 자신의 주거지에서 계속 살아가기를 원하는 이유는, 그곳이 가장 심리적으로 익숙하며 편안함을 느끼는 공간이기 때문이다. 다만 고령이 되어서도 일반주거에 계속해서 살아가기 위해서는 무장벽 공간의 설치 또는 개조와 적절한 돌봄의 지원이 요구되기 때문에 일반 주거형태는 다시 (a) 비노인 적합주택, (b) 노인 적합주택, (c) 배리어프리 주거, (d) 요양서비스를 보장하는 주거로 구분된다. 이 중 노인 적합주택은 고령으로 인해 발생하는 신체적 제약을 고려하여 건축 상의 개조나 조정을 고려한 주택이며, 배리어프리 주거는 기능상의

제한이나 장애에 대응할 수 있도록 모든 주거공간을 안전하고 독립적으로 사용할 수 있게 건축적으로 개조하거나 보조공학도구 등을 설치하는 것을 포함한다. 요양 서비스를 보장하는 주거는 거주자의 욕구에 맞게 요양 서비스를 일반주택에서 제공하는 형태를 의미한다.

장애인을 포함한 노인을 위한 두 번째 주거형태로는 ‘시설주거’가 있다. 시설주거는 대표적으로 양로원이 있으며 주거공동체 형식의 시설형 주거공동체도 있다. 이 외에도 시설주거 형태에는 호텔식 주거 형태로서 통합적인 서비스를 제공하는 노인레지던트(수발영역 포함)가 있으며 서비스와 임대주택이 통합되어 있는 통합적 요양주택이 있는 주택단지 형태가 포함된다. 다만 주택단지 형태에서는 서비스제공기관에서 제공되는 서비스를 거주자가 선택할 수 없다(강은나, 주보혜, 이재춘, 배혜원, 2019).

세 번째 주거형태로는 서비스 주거를 들 수 있다. 서비스주거는 주거와 서비스가 결합한 모형으로, ‘노인적합주택’, ‘공동주택단지’, 수발이 포함되지 않는 ‘노인레지던트’가 서비스 주거에 속한다. 마지막으로 장애인과 노인을 위한 주요한 주거형태는 ‘혁신적인 공동체적 주거’를 들 수 있다. 이러한 주거는 독일 전역에서 프로젝트 형식으로 주나 지자체, 그리고 여러 장애인관련 단체들이 진행하는 대안적 주거이다. 노인과 장애인을 위한 프로젝트 형식의 다양한 시도로서는 ‘통합적 주거프로젝트(다중세대 주거, 장애인/비장애인 주거, 젠더지향주거, 성별지향주거)’, ‘주택단지공동체’, ‘돌봄이 결합된 주거공동체’ 등이 있다.

〈표 5-3-3〉 노인·장애인을 위한 주거형태

일반주거	시설 주거	서비스주거	혁신적·공동체적 주거
비노인적합주택	양로원	서비스가 포함된 노 인적합주택	노인을 위한 주거프 로젝트
노인적합주택	시설형 주거공동체	공동주택단지 (공동시설과 서비스 및 돌봄제공이 포함)	통합적 주거프로젝트 - 다중세대주거 - 장애인/비장애인 주거 - 젠더지향주거 - 성별지향주거
배리어프리 주택	노인 레지던트 (수발영역 포함)		주택단지공동체
요양서비스를 보장 하는 주거(수발서비 스 및 사회서비스기 관과 주거사업자와 의 협업)	통합적 요양주택이 있는 주택단지	수발이 포함되지 않 는 노인레지던트	돌봄이 결합된 주택 공동체

자료: Battke(2017: 13).

이렇듯 다양한 주거 유형은 (1) 거주자 스스로가 조직하는 자기조직의 수준과 (2) 공동체성의 수준에 따라서 구분된다. 거주자 스스로의 자기조직 수준은 주거지에서 일상생활을 ‘스스로 조직’하고 ‘결정’하며 ‘영위’할 수 있는 수준을 의미하며, 이는 개인의 능력에 기반을 둔 능력 혹은 수준이 아니라 거주자가 일상생활의 흐름과 서비스를 결정할 수 있는 환경과 기회를 가질 수 있는 환경적 측면의 가능성 수준을 의미한다. 또한 공동체성이란 주거지 내에서 사회적 관계 또는 사회적 결합의 가능성과 그에 따른 상호지원 가능성의 정도를 의미한다. 이러한 거주자 스스로의 자기조직 수준과 공동체성의 수준에 따라 노인 및 장애인이 선택할 수 있는 거주 유형은 네 가지 그룹으로 구분된다.

〈표 5-3-4〉 공동체성과 자기조직 정도에 따른 주거형태 예시

		공동체성(공동체적 삶과 상호 지원)	
		낮음	높음
자기조직 (본질적인 영역에서 거주자 스스로 조직)	높음	자가주택	공동체 주거형태 (주택공동체, 주택프로젝트, 신축건물의 주거공동체)
	낮음	돌봄주택 임대주택	치료 주거공동체, 양로원, 거주시설 (때때로 공동체적 주거형태)

자료: Jan Abt, Ricarda Pätzold(2017: 9).

공동체 주거형태는 개인의 자기조직 수준과 공동체 수준이 가장 높은 주거유형으로서 대안적인 주거모델로 독일 전역에서 진행되는 혁신적인 주거모델이라 할 수 있다. 이 모델에서 개인의 자기결정적인 삶을 유지하고 동시에 필요로 하는 다양한 서비스와 사회적 관계를 보장받는다. 반면, 돌봄주택의 경우 실제로 자기조직 가능성이 낮은 수준부터 높은 수준까지 다양하게 운영되고 있지만 거주자들의 장애와 신체적, 정신적 제약으로 인해 일상생활에 필요한 서비스를 스스로 조직하는데 어려움을 가지고 있는 대상이 이용한다. 자가주택을 포함한 일반주거는 일상생활을 스스로 조직할 수 있는 가능성은 높지만 공동체성이 낮을 가능성이 있다. 마지막으로 양로원과 거주시설, 그리고 치료 중심의 주거공동체는 거주자들의 자기조직 가능성은 낮지만 공동체 수준이 높다.

1) 배리어프리 주택(Barrierefreies Wohnen)

일반적 주거형태 중 배리어프리 주택은 자립생활이 가능한 장애인이 고령이 되었을 때 원래 생활하던 주거 공간에서 타인의 도움 없이 계속적으로 살아갈 수 있는 중요한 주거형태에 속한다. 특히 배리어프리 주택은 독일에서는 신체적 장애를 가진 장애인, 그 중에서도 보행장애를 가져 휠

체어를 필요로 하는 장애인과 고령으로 인해 신체적 제약을 가진 노인들이 포함된다(Immo Scout24, 2020). 배리어프리와 비슷한 다른 용어로는 ‘장애적합’, ‘노인 적합’ 등의 단어가 사용되고 있고, ‘배리어프리’와 ‘휠체어에 적합한’ 정의는 법적으로 기준을 제시하고 있다. 즉 배리어프리 건물과 설비를 위한 기본규정을 담은 ‘DIN-18040’을 중심으로 공공 건물의 배리어프리(DIN-18040-1), 배리어프리 주거(DIN-18040-2), 공공 교통수단 및 대중공간의 배리어프리(DIN-18040-3)를 구체적으로 기술하고 있다(DGUV Fachbereich Verwaltung, 2020).

배리어프리주택을 위한 개조 및 보조공학기기의 설치에 대한 비용은 다음과 같은 다양한 출처를 통하여 지원받을 수 있다(Barrierefrei Leben e. V, 2020a).

〈표 5-3-5〉 배리어프리주택을 위한 개조 및 보조공학기기 자원 및 지원 내용

자원 출처	지원 내용
연방주나 개별 지자체	- 주거 내 보조공학기기 설치 비용 지원
독일 정부 소유의 독일재건은행 (Die Kreditanstalt für Wiederaufbau: KfW)	- 고령자에 적합한 주거 개조 보조금을 6,250유로까지 지원하거나 주거 개조 용자프로그램(연령에 상관없이 각 주거당 50,000유로까지 년 이자 0.75%의 이자) 제공
의료보험기관	- 돌봄급여를 이용하는 수급자를 위한 4,000유로까지의 보조금 지원
법정 사고보험기관	- 산재나 직업병을 통한 피해를 가진 장애인들에게 기존의 주거공간 또는 주택의 개조 비용의 지원
연금보험기관과 통합청	- 직업을 가진 중증장애인의 주거개조비용을 대출 또는 보조금 형식으로 지원
사회부조기관	- 편입급여와 노인부조급여를 받는 장애인과 노인들에게 수입과 자산에 상관없이 주거개조비용의 지원(단 개조비용의 담당기관이 없을 때 가능)
원호청과 보호시설	- 원호법에 따라서 상이용사, 군복무 중 장애를 가진 사람들, 사회적 범죄 피해자들을 위한 주거지원
세무청	- 장애에 적합한 주거 개조를 위한 세금 공제 제공

자료: Barrierefrei Leben e. V(2020a).

배리어프리 주택의 설치 및 구성은 자가 주거가 아닌 임대주거에서도 가능하다. 배리어프리 주택은 2001년 이후 ‘민법(Bürgerliches Gesetzbuch)’ 제 554a조 (배리어프리)에 따르면 세입자가 주거공간의 장애에 적합한 이용을 위해 건축물 변경에 대한 동의를 임대인에게 요구할 수 있으며 장애인이 주거공간을 적절하게 사용하기 위한 개조나 설치가 다른 임대인의 이해보다도 크다면 임대인은 기본적으로 동의해야 한다(Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz, 2020). 세입자의 배리어프리 주거의 설치 및 변경에 대한 요구는 그 자신 뿐 아니라 함께 생활하고 있는 장애가 있거나 돌봄이 필요한 다른 가족구성원들을 위해서도 가능하다. 이때 전제조건으로는 가족 구성원이 지속적인 신체적 또는 지적 장애를 가지고 있어야 하며 중증장애인카드 여부는 필수적인 요소는 아니다(Nullbarriere. de, 2020).

2) 양로원과 요양원

고령장애인의 전통적인 주거형태로는 양로원(Altenwohnheim/Altenheim)과 요양원(Pflegeheim)을 들 수 있다. 양로원은 고령을 위한 주거시설로 여기에는 비교적 노인이 자립적으로 생활을 영위하는 유형(Altenwohnheim)과 가정관리를 돌봄인력이 담당하는 유형(Altenheim)으로 구분된다. 반면에 요양원은 일반적으로 매우 높은 돌봄과 수발을 필요로 하는 노인을 위한 병원 형태의 돌봄시설로 대부분 장애와 치매를 가진 사람들이 생활한다. 특별히 지적장애나 정신장애를 가진 사람들을 위한 추가적인 돌봄서비스도 제공된다. 요양원은 완전거주형태(전일제)와 부분거주형태(저녁시간 또는 낮 시간)로 구분된다. 최근 독일은 장애인의 자기결정과 사회통합에 대한 관심으로 요양원의 구조가 변화하고 있다. 예를 들어 조망이 가능하거나 요리가 가능한 부엌을 설치하거나 치

매를 가진 노인들을 위한 개별적인 주거공간을 구성하기도 한다. 2017년을 기준으로 요양원은 총 14,480개소가 있으며(Pflwfwmakr.com, 2020), 그 중 노인을 위한 시설은 13,633개소와 장애인, 정신장애, 중증의 질병 등을 위한 요양원은 847개소에 이르고 있다(Gesundheitsberichterstattung des bundes, 2020).

양로원 형태 중 ‘노인레지덴스(Senioren-Residenz)’는 법적인 용어라기 보다는 일반적으로 양로원보다는 질적으로 고급화를 지향하고 있는 시설을 뜻한다. 노인레지던스에서는 1인실 또는 2인실에서 생활하며, 수영장, 여가활동 시설 등이 있으며, 호텔처럼 클럽실, 도서관, 카페, 극장과 립서비스 등을 제공한다(Senioren-Residenzen, 2020). 때문에 일반 양로원보다는 이용비용이 높은 수준이다. 현재 독일 전역에 약 600여개소의 노인레지덴스가 설치되어 있으며 홈페이지(<https://www.senioren-residenzen.net/>)를 통해 위치, 서비스 등에 관한 정보를 제공하고 있다.

3) 돌봄주택(Betreutes Wohnen) / 서비스주택(Servicewohnen)

‘돌봄주택’은 노인 및 장애인을 위한 주거모델의 대표적인 유형으로 고령(장애)인이 무장벽 주택이나 주거단지에 독립적으로 살아가면서 욕구에 따라서 여러 서비스들이 결합하는 형태를 특징으로 가진다. 따라서 돌봄주택은 독립적이고 자기결정적인 삶을 지원하고 주거환경과의 사회적 관계와 구조를 형성하는 것을 지향한다. 돌봄주택은 자가주택 뿐 아니라 주거공동체에 살고 있는 장애인도 이용한 가능한 모델에 속한다. 특히 돌봄주택에서는 독립성에 초점을 맞추기 때문에 일상생활을 독립적으로 조직할 수 있는 상황에 있는 신체장애나 발달장애를 가진 (고령)장애인을 위한 주거형태로 많이 알려져 있다.

독일에서는 돌봄주택을 ‘서비스 주택(Wohnen mit Service 또는

Servicewohnen)’과 동일한 의미로 사용하지만 엄밀한 의미에서 ‘제공되는 서비스 범위’에 따라서 차이가 있다. 즉, 돌봄주택의 제공서비스는 기본서비스(또는 기본돌봄서비스)와 선택 가능한 서비스(지속적인 돌봄 서비스)이고, 일반적인 돌봄주택은 노인이 자가주택에서 살면서 돌봄서비스를 제공받거나 요양원이나 양로원에 돌봄주택이 설치되어 지속적인 서비스를 제공받는 형태를 의미한다. 예를 들면 장애적합한 아파트, 응급지원시스템, 공동행사 또는 공동 점심식사, 관청으로의 방문 시 지원, 교통이동(동반)지원, 청소 및 세탁 등과 같은 서비스가 포함되며 직접적인 외래돌봄이 제공된다. 반면에 서비스 주택은 세탁, 응급지원시스템, 음식 배달 및 외래 서비스와 같은 기초적인 고령서비스를 제공하지만 전문적인 돌봄 서비스는 제공되지 않으며(Pflege.de., 2019) 개별적인 돌봄과 요양은 일반적으로 고유의 주거와 비슷한 형태로 욕구에 따라서 추가적으로 구조화하고 비용지원을 제공받는다(Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen, 2016). 이에 주거 공급자들은 예를 들어, 공동공간이나 주거지의 담당자에 관한 비용을 지원하거나 서비스 제공자들과 협력 작업을 통해 서비스를 구성하게 된다. 이러한 지점에서 서비스 주택은 돌봄주택과 구분되며 또한 24시간 거주자의 일상생활을 책임지는 양로원과 구별되지만, 돌봄주택과 혼용되어 사용되는 경향이 있다.

[그림 5-3-2] 카톨릭 단체가 운영하는
돌봄주택



[그림 5-3-3] Beverstedt에 위치한
돌봄주택의 단면도



자료: SOZIALVERBAND VdK. (2019). *Neue Wohnformen für Senioren: In Gemeinschaft ist man weniger allein.* Retrieved from https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/rente/76577/neue_wohnformen_fuer_senioren_in_gemeinschaft_ist_man_weniger_allein?dscc=ok. 2020. 8. 16.

자료: Wohnen im Alter, *BETREUTES WOHNEN IN BEVERSTEDT*, Retrieved from <https://www.wohnen-im-alter.de/einrichtung/betreutes-wohnen/beverstedt/betreutes-wohnen-in-beverstedt-31217>. 2020. 8. 12.

돌봄주택에는 10명에서 60여명의 입주자가 공동주거단지 안에서 함께 살아간다. 주거인은 화장실이 있는 분리된 개별적인 방에서 생활하고, 돌봄주택이 있는 단지에는 일주일에 일정시간 이상 담당자가 상주하며, 여가활동을 조직한다. 돌봄은 개별적 요구에 따라서 각자 선택한 돌봄 서비스 제공자에 의해 제공받는다. 돌봄주택의 장단점은 다음과 같다.

〈표 5-3-6〉 돌봄주택의 장점과 단점

돌봄주택의 장점	돌봄주택의 단점
<ul style="list-style-type: none"> - 첫째, 개별적 방과 공동주거단지는 일반적으로 배리어프리 구조로 되어 있으며 이웃과 좋은 접촉이 빈번하게 발생한다. - 둘째, 상담, 정보, 돌봄이 원하는 시간에 매일 이용할 수 있다. - 셋째, 기본서비스와 선택서비스와 같은 광범위한 서비스를 제공한다. - 넷째, 필요한 지원서비스를 조직할 수 있다. - 다섯째, 교재와 여가활동이 가능하다 	<ul style="list-style-type: none"> - 첫째, 서비스 주거 형태의 경우 광범위한 돌봄이 보장되지 않으며, 야간근무자가 필요하다는 한계를 가진다. - 둘째, 돌봄주택이나 돌봄아파트로의 이사가 요구된다. - 셋째, 다양한 환경들이 부족하다. 예를 들면 이웃이 주로 고령인들로 구성된다. - 넷째, 만약 단지 안에 돌봄장소가 없다면, 경우에 따라서 또 한번의 이사가 필요하다. - 다섯째, 계약서에 진술된 서비스들의 필요 여부와 상관없이 돌봄비용을 일괄적으로 내야만 한다. 다만 서비스 주거의 경우 돌봄서비스 비용의 일괄적 지불 없이 서비스를 이용할 수 있다.

자료: Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen(2016), Pflege.de(2019)에서 재인용.

돌봄주거비용은 고령장애인이 돌봄주거지에서 세입자로 살거나 매입을 하느냐에 따라 주거비는 다양한 차이를 보이고 있으며, 특히 돌봄주택의 위치와 서비스의 질의 수준이 주거비용을 산정하는데 결정적인 영향을 미친다. 만일 돌봄주거지가 신축건물이거나 도심지 안에 건축된다면 집세는 매우 증가하게 된다. 고령장애인이 소득능력이 없다면 ‘노인·장애인을 위한 기초소득보장(Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung)’¹⁴⁾과 돌봄지원급여(Hilfe zur Pflege)¹⁵⁾와 같은 소득보장 안에서 주거비를 지원받을 수 있다. 또한, 그것만으로 충분하지

14) 노인·장애인을 위한 기초소득보장은 65세의 고령인과 18세 이상의 근로능력이 없는 장애인의 소득보장을 지원하는 사회부조 급여임(Pflege.de., 2020a). 기초소득보장에서는 소득에 따라서 기본적으로 생계비, 난방비와 주거비, 장애특성에 따른 추가비용, 돌봄보협료 등을 보장하고 있음.

15) 돌봄지원급여란 일반적으로 돌봄비용은 돌봄보험에서 지불하며 일부는 당사자가 부담하지만, 그 비용을 당사자가 감당하지 못한다면 사회부조담당기관(예: 사회청)에서 부담하는 급여를 의미함(Pflege.de., 2020b).

않다면 중앙정부는 주거권리증(Wohnberechtigungsschein)¹⁶⁾과 같은 형태로 고령(장애)인이 돌봄주택 비용을 부담한다.

돌봄주택은 자가(주택)에서도 가능하다. 서비스 주택을 이용하기 위해서는 서비스 제공자와 함께 작성한 돌봄계약서를 체결한다. 계약서에는 제공되는 서비스에 대한 상담과 중재가 포함되며 응급지원과 여가활동과 저렴한 서비스들이 부분적으로 제공된다. 또한, 정기적인 주거 방문에 대한 합의도 포함될 수 있다. 이러한 점에서 자가 주택에서의 돌봄서비스를 이용하는 경우와 큰 차이는 없다. 단지 자택에서 외래돌봄을 이용하기 위해서는 장벽이 없는 배리어프리 주택이어야 하며 돌봄에 적합하게 구조화되어 있어야 한다. 주거관리 측면에서도 돌봄주택이 자가주택보다 더 좋은 관리사업체를 가지고 있으며 다른 거주자들과 접촉이 더욱 용이한 구조를 가진다. 자가주택에서의 외래돌봄 형태는 다음과 같은 보다 구체적인 장점과 단점을 가진다(Pflege.de.,2019).

〈표 5-3-7〉 자가주택에서 외래돌봄을 이용하는 경우의 장점과 단점

장점	단점
<ul style="list-style-type: none"> • 자가주택 또는 신뢰하는 환경에서 계속 머물 수 있다 • 규칙적인 돌봄과 상담을 통하여 독립성을 가능한 오래 촉진하거나 향상시키거나 유지할 수 있다 • 신뢰하고 믿을만한 고정된 서비스를 제공할 수 있다. • 전문적 돌봄인력을 통하여 규칙적인(최소한 2주동안) 방문서비스를 받을 수 있다 • 필요한 지원의 연계가 가능하다 	<ul style="list-style-type: none"> • 돌봄에 적합하지 않거나 장벽이 존재하는 주거공간이 존재한다 • 이동능력이 감소할 때 고립의 위험성이 증가한다 • 여가활동의 서비스가 부족하다 • 공동공간이 없다 • 교제를 위한 적극적인 지원이 없다 • 돌봄의 필요성이 발생할 때 이사가 요구된다

자료: Pflege.de(2019).

16) 주거권리증이란 소득이 낮은 사람들을 위해 임대주택과 같은 공공주택에서 살 수 있는 권리를 증명하는 증명서를 의미함.

자가주택에서의 외래돌봄을 받기 위해서는 장애인이 돌봄제공기관의 돌봄인력이나 또는 ‘주거지원인(Wohn-Assistenz)’을 직접 구해야 한다. 주거지원인은 사회복지협회나 주요한 장애인단체로부터 정보를 얻을 수 있으며 이때 개인 예산제 형식으로 직접 고용할 수 있다. 외래돌봄비용은 사회법전 제9권에 규정된 장애인을 위한 사회적 급여 중 ‘편입급여(Eingliederungshilfe)’¹⁷⁾를 통하여 지원받을 수 있다.

4) 대안적 주거

(1) 외래돌봄주거공동체(Ambulant betreute Wohngemeinschaften)¹⁸⁾

독일에서 주거공동체는 일반적으로 여러 명의 학생 또는 직장인들이 한 집에서 살아가는 형태이지만 노년층에서도 은퇴한 노인들이 서로 한 집 또는 큰 주거지에서 함께 살면서 생활비를 서로 나누는 형태가 증가하고 있다(SOZIALVERBAND VdK, 2019). 주거공동체는 1970년대 후반부터 1980년대까지 시설요양에 대한 비판이 증가한 이후 사회운동의 틀 안에서 모델프로젝트 형식으로 시도된 대안적 주거에 속한다(Klie, Heislbetz, Schuhmacher, Keilhauer, Rischard, and Bruker, 2017). 특히 1990년대 중반 이후 치매를 가진 노인들과 같이 24시간 돌봄이 필요한 (장애)노인들을 위한 외래 돌봄 주거공동체가 요양시설을 위한 대안으로써 확산되었다(강은나 외, 2019).

장애영역 안에서 주거공동체는 돌봄이 필요한 고령장애인이 다른 구성

17) 편입급여란 장애인의 사회참여를 지원하는 급여로서 2019년까지는 소득에 따라서 지원하는 사회부조에 속하였지만 2020년부터는 사회부조에서 분리하여 모든 장애인이 신청할 수 있는 급여로 성격이 변화됨.

18) 용어 ‘Wohngemeinschaften’은 일반적으로 ‘공동생활가정’으로 번역할 수도 있지만 현재 우리나라의 장애인과 노인영역에서 존재하는 공동생활가정과는 차이가 있어 여기서는 ‘주거공동체’라고 번역함.

원들(장애가 있는 구성원 또는 장애가 없는 구성원)과 한 주거공간 또는 한 집에서 함께 살아가는 형태를 띤다. 그래서 주거공동체의 목표는 모든 가구원의 일상생활의 영위와 공동체의 조화이다. 예를 들면 가정을 그대로 느낄 수 있게 하면서 구성원들이 함께 식사준비와 빨래 등을 하거나 산책을 하며 일상생활에 참여한다. 그리고 높은 수준의 돌봄 보장이 적절한 외래 인력을 통해 제공되며 때로는 단지 시간별로 제공되기도 한다. 돌봄을 위한 비용은 총액으로 지급되어야 하며 응급지원과 추가적으로 저녁 시간에 혼자서 보낼 수 있는 노인들이 살아간다(Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen, 2016).

주거공동체는 일반적으로 8명에서 10명까지 돌봄이 필요한 사람들이 하나의 큰 주택에서 살아가며 서비스제공기관으로부터 공동으로 돌봄을 제공받는다. 각 거주자들은 개별적인 방이 있으며 공동으로 사용하는 공간도 존재한다. 그 공간 중 함께 요리하고 식사하는 부엌 공간이 공동 공간의 중심을 이루고 있다. 주거공동체의 그룹들은 고유의 생활비를 통해 영위하며 그때 한 두명의 돌봄 서비스를 제공하는 전문지원인력에 의해 지원받는다.¹⁹⁾ 지원인력은 상시근무할 수도 있지만 경우에 따라서는 기관에서 일주일에 1회 이상 주거공동체를 방문하여 재가서비스를 제공하기도 한다. 각 구성원들은 주거계약서와 일반적인 돌봄계약서(Pflegevertrag)를 작성

19) Pflege 와 Betreuung 은 일반적으로 '돌봄'으로 같이 해석하지만 두 용어의 의미적 차이가 존재함. 즉 Pflege는 특정한 그룹과 문화적 관련성을 가지고 사용되는 용어로 예를 들면 건강, 환자, 노인 등과 같은 그룹과 결합하여 구체적으로 '돌봄', '양육', '부양', '간호'라는 특정한 의미로 사용됨. 또한 의료적이고 일상생활 활동(신체관리, 섭식, 이동, 주거관리 등)의 틀 안에서의 관리를 의미하는 포괄적 용어임. 반면 Betreuung은 일상생활 영역 뿐 아니라 사회적 영역을 포함한다. 그래서 감독을 포함한 기본관리 뿐 아니라 사회적 욕구-사회적 접촉, 약속 동반, 가정관리적 활동, 반려동물 관리, 충분한 사회적 접촉의 보장 등의 충족을 포함하는 용어로 사용됨(Deutsches Netzwerk für Sachverständige in der Pflege, Pflege, Assistenz und Betreuung wo sind die Abgrenzungen zu finden?, Retrieved from <http://densip.de/netzwerk/pflege-assistenz-und-betreuung-wo-sind-die-abgrenzungen-zu-finden/>. 2020. 8. 18.)

하며 주거공동체의 구상에 따라서 추가적인 돌봄계약서(Betreuungsvertrag)를 작성하기도 한다.

주거공동체의 모든 사항은 주거공동체에 살고 있는 구성원들 또는 그들의 가족이나 법적 대리인들이 각각 책임을 가지고 위원회에서 결정이 이루어진다. 위원회는 약 6~8주 간격을 두고 정기적으로 실시되며 이때 새로운 구성원을 결정하거나 돌봄제공기관을 선택하는 결정이 이루어진다(Koordinationsstelle Pflege und Wohnen, Grundlagen, 2020). 이러한 주거공동체의 운영형태는 서비스제공기관중심의 주거모형으로부터 이용자중심의 주거모형으로의 패러다임 이동을 의미하며 주거공동체의 구성원들의 욕구와 바람을 가장 중심에 놓고 있다.

주거공동체는 ‘자기결정적’인 주거공동체와 ‘기관지원’ 주거공동체로 구분된다. 기관지원 주거공동체에서는 일반적으로 기관을 통하여 돌봄자를 정하며 구성원들의 동의 여부는 주거공동체의 구조에 따라 다르게 나타난다. 그 반면에 자기결정적인 주거공동체는 구조적 환경에 상관없이 서비스제공자 또는 돌봄서비스를 그룹 구성원들이 자유롭게 선택하고 모든 결정은 최종적으로 구성원들이 내린다. 그래서 돌봄 서비스 인력은 그 주거공동체에서는 하나의 방문객에 속한다. 다만 주거공동체의 적극적인 구성원들이 조직되어 있어야 하며 서로 합의할 수 있는 능력이 있어야 한다. 그리고 24시간 돌봄이 필요할 경우에 그 구성원들은 하나의 돌봄서비스 기관으로 합의해야 한다. 주거공동체는 사회복지기관을 통해 제공되기도 하지만 최근에는 돌봄이 필요한 사람들로 스스로 구성된 그룹들이 돌봄보험기관의 지원을 받아서 설립하는 사례가 증가하고 있다. 이때 전제조건으로는 최소한 세명의 돌봄이 필요한 사람들이 함께 살아야 하며 돌봄 계획을 공동으로 조직하여야 한다는 점이다(SOZIALVERBAND VdK, 2019). 고령장애인을 위한 주거공동체는 일반적으로 지자체의 「돌

봄관련법」 또는 「주거관련법」의 규정들을 통해서 법적지지를 받고 있다. 예를 들면 독일 남부에 있는 바이에른(Bayern)주의 바이에른 ‘돌봄질 및 주거질 보장법(Bayerisches Pflege-und Wohnqualitätsgesetz)’에서는 다음과 같은 사항을 주거공동체의 핵심조건으로 제시하고 있다 (Koordinationsstelle Pflege und Wohnen, Grundlagen, 2020).

〈표 5-3-8〉 주거공동체의 핵심조건

- 세입자(구성원)의 자기결정은 보장해야 한다. 그들은 위원회에서 자기결정권이 확보되어야 한다. 위원회는 주거공동체의 핵심요소이다.
- 모든 서비스제공자(돌봄, 수발, 가정관리 등)들은 자유롭게 선택되어야 하며 집계약서와는 상관없이 서비스를 해지할 수 있어야 한다. 그리고 서비스의 범위 또한 개인적인 욕구에 따라서 자유롭게 선택할 수 있어야 한다.
- 돌봄 및 수발서비스제공자들은 주거공동체에서 방문객이다. 즉 그들을 위한 공간(사무실, 옷장 등)은 주거공동체 안에 둘 수 없다.
- 구성원들은 외래돌봄 주거공동체에 최대 12명까지 살 수 있다.
- 각 주거공동체는 스스로 건축학적으로, 경제적으로, 그리고 구조적으로 독립적 운영을 한다. 그래서 동일한 설립자가 세운 두 개의 주거공동체가 근처에 있어서는 안된다.

자료: Koordinationsstelle Pflege und Wohnen in Bayern. Grundlagen(2020).

주거공동체는 각 지자체에 따라서 설립비용을 지원받으며 구성원들의 주거 비용 또한 ‘편입급여’를 통하여 지원받는다.

[그림 5-3-4] 외래돌봄주거공동체의
개인방과 공동 공간의 단면도



[그림 5-3-5] 외래돌봄주거공동체의
공동공간



자료: Evangelische Heimstiftung,
*Ambulant betreute
Wohngemeinschaft*, Retrieved from
<https://www.ev-heimstiftung.de/stuttgart-koenigin-olga-residenz/ambulant-betreute-wohngemeinschaft/>.
2020. 8. 16.

자료: Diakonie Halle e. V.,
Wohngemeinschaft in Harsewinkel,
Retrieved from
<https://www.diakonie-halle.de/pflege-und-betreuung/wohngemeinschaft-in-harsewinkel/?L=0>. 2020. 8. 16.

〈표 5-3-9〉 Vechta에 있는 외래돌봄주거공동체 사례

Vechta에 있는 외래돌봄주거공동체는 vita라는 협회에서 2008년에 Vechta의 도심지 안에 설립하였다. 24명의 돌봄이 필요한 사람들이 6명씩 있는 각각 4개의 무장벽건물로 건축된 주거공동체(WC)에서 함께 살고 있다. 각 WC 거주자들은 약 18㎡ 부터 22㎡ 크기의 침실방과 고유의 화장실을 가지고 있으며 거실과 테라스를 가지고 있다. 각 WC에는 돌봄인력이 아침 7시부터 저녁 9시까지 상주하며, 다른 돌봄인력이 욕구에 따라서 추가적으로 방문한다. 그리고 밤에는 야간당직자가 존재한다.

WC 거주자들은 소규모의 가족적인 공동체에서 살아가면서 개별적인 욕구에 따라서 돌봄서비스를 제공받는다. 거주자의 일상구조와 낮 활동은 낮에 근무하는 일상조력자에 의해 지원을 받는다. 그리고 돌봄서비스와 추가적인 축제, 소풍, 음악회 또는 동반서비스와 같은 서비스가 제공된다. 그러나 자기결정적인 생활은 WC 생활에 결정적인 역할을 한다. 각 거주자들은 상의와 다른 거주자들의 배려 하에 자신을 위한 결정이 가능하다. 그래서 낮 활동도 거주자의 욕구를 지향하여 그룹과 그룹에 따라서 다양하다. 예를 들면 일반적으로 8시에 일어나지만 다른 거주자는 11시에 일어나기도 한다. 또 많은 거주자들은 공동체 활동에 많이 참여하지만 다른 거주자는 적게 참여하거나 방에서 식사한다. 각 그룹들은 공동생활을 위하여 고유의 규칙을 세우며 여가활동은 그룹 거주자들의 욕구를 따르고 있다.

WC 거주자들은 가족과 협회의 직원들을 통하여 지원받는다. 가족들은 거주자모임 때 함께 모여 필요할 때 돌봄제공자, 협회와 상관없이 반응할 수 있다. 그리고 돌봄제공자는 각 공동체에서 의견일치가 있다면 자유롭게 선택할 수 있다. 그것을 통하여 자기결정적인 생활을 할 수 있다. 물론 돌봄지원원 WC의 설립기관인 협회를 통해 조직화도 가능하다.

자료: Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen(2016).

(2) 다중세대주택(Mehrgenerationenhaus)과

다중세대주거(Mehrgenerationenwohnen)

다중세대주택과 다중세대주거는 여러 세대를 초월하여 또는 다양한 상황에 있는 사람들이 함께 살아가는 형태이다. 그러나 두 용어의 지향점과 목적은 비슷하지만 다중세대주거는 하나의 주거공간에서 여러 세대의 구성원들이 함께 살아가는 형태인 반면에 다중세대주택은 큰 주택에서 완전히 분리된 개별적인 주거공간을 유지하면서 함께 살아가는 형태로서 차이점을 가진다(Pflege.de., 2020). 이러한 차이점에도 불구하고 여러 세대의 구성원들이 같은 주거공간 또는 주택에 살면서 이웃으로서 모든 사람들을 위한 열린 만남의 공간을 통해 공동체성을 공통적인 목적으로 두고 있다(Pflege.de., 2020). 이에 다중세대주거/주택에서 만남을 위한 공간은 이웃 관계를 유지하면서 세대를 초월하여 생활하는 것을 지향한다. 여기에는 카페, 대화살롱, 놀이공간, 세대 만남공간 및 거실 등이 속한다.

또한 이웃관계 형성을 위한 기회와 프로그램-점심식사, 돌봄이 필요한 사람들에게 돌봄과 지원 제공, 아이 돌봄과 아이교육, 직업교육, 가정일 관리, 이민자 가족을 위한 독일어 교육과 직업생활 편입을 위한 연수 등 까지-이 다양하고 광범위하게 존재한다(Pflege.de., 2020). 예를 들어 2층 이상의 다가구주택에서 1층에는 두 가구의 고령인에 적합한 주택을 마련하고 2층에는 젊은 가족으로 구성된 두 가구를 받아들여 노인이 2층 아이들을 돌보며 학교에서 데리고 오고 이웃 남자는 1층 노인에게 무거운 짐을 옮겨준다. 그리고 TV를 공동공간에서 원하는 사람들과 같이 보거나 야외정원에서 그릴을 한다. 또한 자가주택을 소유하고 있는 고령장애인이 대학생에게 저렴한 집세 또는 무료로 주거공간을 제공하고 학생들은 계약서의 합의하에 고령장애인에게 필요한 지원을 제공한다. 이러한 다중세대주택/주거의 공동체성의 추구에 있어서 가장 중요한 핵심은

‘자유로운 참여’이다. 즉 서로의 능력과 재능을 서로 나눌 수 있고 또한 다른 사람을 위해 사용할 수 있는 생각과 자세가 없이는 다중세대주거의 목적을 달성할 수 없다.²⁰⁾ 다중세대주거는 한 지붕 아래 다양한 세대로 구성되어 서로 도우며 생활한다. 예를 들면 부부, 가족, 또는 싱글들이 다중세대주거에서 각각 고유한 방을 가지고 있으면서 어느 시간이나 애기하거나 서로 도와줄 수 있다. 다중세대주거에는 다음과 같은 여섯 가지 중요한 요소를 가진다.

〈표 5-3-10〉 다중세대주거의 주요 요소

- 거주자: 누가 함께할 것인가?
- 주거지: 얼마나 큰 주택/ 주거지가 필요한가?
- 장소: 주택/주거지가 어디에 위치하는가?
- 소유: 부동산을 임대 또는 매입할 것인가?
- 비용: 비용이 얼마나 드는가?
- 규칙: 의무와 책임이 명확하게 규정되어 있는가?

자료: Pflege.de(2020c)

또한 다중세대주거에서는 구성원들 사이에 일상생활의 모든 일들, 예를 들면 수리비용과 상수도비용, 충돌 시 해결방법, 집안청소와 정원관리, 자동차를 공동으로 사용 시 자동차 관리비용(보험료, 유지비, 보험료, 정기점검비, 수리비 등), 공동공간의 사용, 사적활동의 인정의 그와 관련된 물리적 공간의 구성과 행동규칙 등이 분명하게 규정되어야 한다. 특히 고령장애인이거나 돌봄이 필요한 사람과 함께 사는 경우에는 지원의 범위도 함께 논의하여 결정한다(Pflege.de., 2020).

20) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Was ist ein Mehrgenerationenhaus?, Retrieved from <https://www.mehrgenerationenhaeuser.de/mehrgenerationenhaeuser/was-ist-ein-mehrgenerationenhaus>. 2020. 8. 17.

[그림 5-3-6] 다중세대주택 예시



자료: Rötzer Ziegel Element Haus, *Die Idee des Mehrgenerationenhauses*, Retrieved from <https://www.roetzerziegelhaus.de/blog/mehrgenerationenhaus-bauen-vor-und-nachteile/>. 2020. 8. 17.

[그림 5-3-7] 다중세대주택의 공동공간 (카페)



자료: Bad Neuenahr Ahrweiler, *Mehrgenerationenhaus - Haus Der Familie*, Retrieved from <https://www.bad-neuenahr-ahrweiler.de/mehrgenerationenhaus/>. 2020. 8. 17.

다중세대주택의 장점으로서는 첫째, 모든 거주인들의 독립성을 보장하면서 고령(장애)인의 돌봄을 효과적으로 조직할 수 있으며, 둘째, 고령인은 자가주택 또는 집에서 더 오랫동안 머무를 수 있으며, 셋째, 시설에서 생활하는 것보다 비용이 적게 소요되고, 넷째, 직업활동을 하는 부모 세대의 경우 자녀양육의 부담감이 부분적으로 감소된다는 점에 있다. 그 반면 단점으로는 첫째, 공간 근접성으로 인해 충돌 가능성이 발생하며, 둘째, 일명 ‘샌드위치 세대’의 부담감과 그로 인해 그들의 욕구가 경시되는 경우가 발생할 수 있으며, 셋째, 전문적인 재가돌봄 요청의 주저함이 발생할 수 있다(Pflege.de., 2020).

다중세대주택은 독일 ‘가정, 노인, 여성 및 청소년’을 위한 연방청에서 연방프로그램을 통해 지원하고 있으며, 그것을 통해 다중세대주택의 각 수요에 따른 서비스의 유연성을 향상시키는 것과 지역을 강화시키는 것

을 목적으로 진행하고 있다. 특히 연방프로그램은 세대를 초월한 활동, 자발적인 참여, 그리고 사회공간지향을 핵심목표로 삼고 있다. 이러한 목표 달성을 위해 연방프로그램에서는 2019년에 각 주택 당 연 40,000유로(약 5,400만원)를 지원(연방청에서는 30,000유로, 지자체는 10,000유로)하고 있으며, 2020년에는 모든 다중세대주택들이 2019년보다 10,000유로가 증가한 50,000유로의 금액을 보조금으로 지원받는다.²¹⁾ 현재 독일 전역에서 독일연방프로그램에 참여하는 다중세대주택은 540여개소가 있으며, 다중세대주택에 관한 정보제공을 위해 연방프로그램홈페이지(<https://www.mehrgenerationenhaeuser.de/>)를 운영하고 있다.

다. 노인·장애인을 위한 주거지원 내용

1) 고령장애인에 대한 상담제공

독일에서는 다양한 공공 또는 민간기관에서 고령(장애)인의 주거에 대한 정보제공 및 상담을 제공한다. 먼저 공공기관으로는 각 지역과 자치구의 고령담당기관 및 주거상담소가 주요한 역할을 담당하고 있다. 예를 들면 주거지에서의 돌봄지원과 같은 대안적인 주거형태에 대해 상담하고 지방의 공공주택에 대한 요구들(주거권리증명서 등)을 검증하며 주거 적합성에 대한 여러 조치들을 계획·시행하고 있다. 상담은 담당자와 시간 예약 후에 상담이 실시되며 때로는 가정방문을 통하여 이루어진다. 현재 고령자를 위한 사무소는 독일 전역에 450여개소가 설치되어 있으며 온라

21) Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, Was ist ein Mehrgenerationenhaus?, Retrieved from <https://www.mehrgenerationenhaeuser.de/mehrgenerationenhaeuser/was-ist-ein-mehrgenerationenhaus>. 2020. 8. 17.

인(<https://seniorenbueros.org/>)에서도 정보를 제공한다.

또한 많은 지역에서 외래 돌봄기관, 사회복지기관, 각 지역 홈페이지를 통해 적합하고 다양한 주거유형에 관한 정보를 제공한다. 이렇게 고령장애인에 대한 적합한 정보의 제공은 주거에 대하여 우선적으로 자기결정이 가능하다는 점에서 매우 중요한 의미를 가진다. 주거상담소의 정보 및 상담에는 다음과 같은 내용들이 포함되어 있다.

〈표 5-3-11〉 주거상담소의 정보 및 상담 내용

- 고령장애인의 상황에 맞는 선택 가능한 주거유형
- 주거편의시설의 설치 및 개조에 관한 지원
- 개조 시 비용 지원 가능성 등
- 주거지에서의 안전관리와 건강관리
- 주거지에서 받을 수 있는 일상생활 지원 등

자료: Kreis Lippe(2020).

두 번째 지원기관으로는 주거상담사들과 주거상담소의 연합체인 ‘주거적합 연방공동체 협회(Bundesarbeitsgemeinschaft Wohnungsanpassung e.V.: 이하 ‘BW’)'를 들 수 있다. BW는 일반주거에 살아가는 노인과 장애인의 자립적인 주거생활을 위해 당사자의 변화된 기능과 주거욕구에 중점을 두고 상담을 제공한다. 이러한 목표를 위해 상담사의 질적 기준과 종료 기준을 마련하고 있으며 상담사의 연수를 독일 전역에서 지속적으로 실시하고 있다. BW는 주거상담소와 유사하게 주거상담, 주거 적합성 상담, 보조공학기기, 재정지원 등을 제공하는 반면에, 다른 점은 치매를 가진 고령인을 위한 주택 적합성에 대한 상담을 실시하고 있다. 특히 치매 고령인을 위한 ‘방향성과 신뢰감을 주는 주거공간의 구성’, ‘자립과 변화된 기능과 욕구의 지원’, ‘안전함과 보호를 위한 개조’ 등에 관한 정보 제공과 상담을 제공하여 치매고령인 뿐 아니라 가족과 돌봄자의 삶의 질

을 향상시키는데 초점을 맞추고 있다. 고령장애인의 주거와 관련하여 전문적인 상담을 제공하는 민간기관으로는 ‘장벽이 없는 삶(Barrierefrei Leben e.V: 이하 ‘BL’)협회’가 있다. BL은 보조기기상담, 주거공간개조 및 장벽 없는 건축 상담을 위한 협회로서 함부르크(Hamburg)에 위치하고 있다. 1987년 ‘장애인을 위한 보조기기상담’이란 명칭으로 설립되어 1994년에 현재의 명칭으로 변경하였고 2006년 이후로 독일 전역에 온라인 정보포털을 구축하였다. 현재 BL은 관청, 대학, 연방사회노동청, 장애인자조협회, 돌봄제공기관협회 및 건설시공사 등과 협업을 통하여 상담서비스를 더욱 전문화하고 있다. 특히 BL은 재가 고령장애인에게 자립적인 생활을 위한 주택개조 및 주택 보조공학기기에 관련하여 상담 및 정보를 제공하고 있으며 다음과 같은 네 가지의 서비스를 제공하고 있다.

〈표 5-3-12〉 BL의 제공서비스

주거설치 및 개조	공학기기 상담
<ul style="list-style-type: none"> • 입구영역: 난간 또는 엘리베이터, 리프트 등의 설치를 통한 주거 접근성 • 샤워실과 화장실: 지지 시스템, 휠체어 접근가능한 샤워 공간 및 화장실 공간, 다리지지대 등 • 출입문 및 문지방: 자동 출입문, 문지방 제거, 이동지원을 위한 출입문 개조 • 계단: 미끄럼방지, 엘리베이터, 리프트, 난간 등 • 부엌: 전기레인지, 조리대, 설거지 공간 등의 무장벽 배치 • 침실/거실, 복도: 휠체어 사용자를 위한 이동공간 • 조절장치: 스위치, 콘센트, 문단추 등 • 외부영역: 휠체어보관장소, 발코니 통로 등 	<ul style="list-style-type: none"> • 가정 또는 기관 돌봄 기기: 침대, 이동지원, 지지 기기, 샤워 및 화장실 의자 등 • 주거 공간 구성: 화장실 및 샤워실 구성, 부엌 공학기기, 가구 접근성, 난간 또는 손잡이 등 • 개별적인 이동기기: 보행기기, 휠체어, 전동이동기기 등 • 일상 • 일상생활 지원: 손잡이, 착탈의, 식사, 신체관리 • 의사소통: 전화기 응급전화기기, 컴퓨터 보조공학기기

공학기기를 통한 자립적이고 안전한 주거	재정적 지원과 비용부담
<ul style="list-style-type: none"> • 상담: 공학기기를 통한 자립적이고 안전한 주거-팁과 해법의 예시 • 공학기기 마련에 있어서 고령인과 장애인을 위해 중요한 사항 	<ul style="list-style-type: none"> • 고령에 적합한 개조 및 무장벽 건축을 위한 지원책 • 보조공학기기 구입을 위한 가능한 비용 부담 • 의료보험기관 및 돌봄기관을 통한 공학기기의 구입을 위한 팁

자료: Barrierefrei Leben e.V (2020b).

2) 자택에서의 주거개조지원(주거환경개선)

자택 주거에서 보았던 것처럼 상담기관은 주택개조에 대한 상담을 제공하고 가능한 수준의 비용지원을 신청해준다. 주택개조를 위한 상담비용은 돌봄보험에서 지원하며 개조비용 역시 돌봄보험기관에서 최대 4,000 유로를 함께 부담한다. 그와 함께 연금보험기관, 산재보험기관, 원호청, 통합청, 사회청 등 다양한 공적 기관에서 장애인의 상황에 맞게 주택 개조와 보조공학기기 설치 비용을 보조금 또는 융자 형식으로 제공한다. 이때 중요한 점은 장애인의 소득과 자산에 상관없이 그 비용들을 신청할 수 있다는 점이다. 만약 주거지의 개조가 불가능하다면 무장애 주거로의 이사를 지원한다. 그리고 가능한 무장애 주거에 대한 목록들을 지자체 차원에서 제공하고 있다(예: 프랑크푸르트 <http://www.frankfurt-handicap.de/>).

3) 주거학교(Wohnschule)

주거학교는 미래에 독립적인 생활을 계획하거나 혼자 생활해야 하는 사람들이 주거생활을 배우는 학교이다. 그래서 “어디서 살며 어떻게 살 것인가?”에 대한 핵심적인 질문을 가지고 실습자에게 주거에 관한 연습과 관점의 변화를 제공한다. 특히 장애인을 위한 주거학교는 각 지역에

있는 장애인단체- 예를 들면 레벤스힐페(Lebenshilfe)-를 통하여 ‘주거’ 영역에서 자립적인 생활을 목적으로 교육을 제공한다.

[그림 5-3-8] 주거학교 교구예시



자료: Zuhause in Leipzig, *Die LWB Wohnschule stellt sich vor*, Retrieved from <https://www.lwb.de/unternehmen/verantwortung/wohnschule>. 2020. 9. 25.

[그림 5-3-9] 주거학교 수업



자료: Lichtblick, *Selbstbestimmtes Wohnen kann man lernen*, Retrieved from <http://www.lichtblick-neumuenster.de/wohnschule.html>. 2020. 9. 25.

장애인을 위한 주거학교는 일반적으로 다음과 같은 장애인에게 제공된다. 장애유형과 연령의 기준은 없다. 주거학교의 교육은 기본적으로 참여자의 자원과 생애에 초점을 맞추어 제공되고 참여자의 계획과 관련하여 욕구와 생각을 학습내용에 반영한다.

〈표 5-3-13〉 장애인을 위한 주거학교 대상

- 현재 가족과 살고 있지만 독립을 계획하고 있거나 준비하는 자
- 시설에서 살고 있지만 더 많은 자립생활로 발전하기 원하는 자
- 외래돌봄주거에서 이사하기를 원하는 자
- 고유의 자택에서 살고 있으면서 실제적인 생활능력을 강화시키기를 원하는 자

자료: Diakonische Stiftung Ummeln. Bielefelder Wohnschule(2020).

장애인을 위한 주거학교의 형태와 운영은 각 지역에 따라서 다양하게 이루어지며 일반적으로 수업, 상담 및 세미나 등으로 구성된다. 예를 들어 수업에서는 일상생활에 필요한 요리, 주택 청소, 여가 및 취미활동, 친구 및 생활동반자 찾기, 세탁, 재정관리 및 은행업무, 응급구조, 계산, 일기, 쓰기, 교통 안전 등의 다양한 주제를 가지고 교육이 이루어진다(Paulinenpflege Winnenden, 2017). 또한 기관에 따라서 세미나 형식으로 주거프로젝트 안에서 대안적 주거관련 포럼을 운영하거나 공동체적 주거형태에 관한 회의를 개최하여 주거프로젝트 계획과 실천을 발전시킨다(WohnSchule, 2020). 교육기간으로는 지역과 담당기관에 따라서 6개월부터 2년간의 과정까지 다양하다. 그 중 2년간의 과정을 살펴 보면, 첫해에는 가족 또는 시설에서 살고 있는 지적장애인을 대상으로 교육이 이루어지며, 교육은 무장벽 다인거주 주택을 중심으로 한 학습과 실제적인 연습을 중재하고 개별적인 연습과 상담을 제공한다. 참여자들은 자신의 지역 환경을 배우고 가족 또는 관련자들과 일하는 법 등을 배운다. 두 번째 해에는 특별히 설치된 공간에서 체험을 통해 참여자들은 경험을 쌓으며 직원들과 상호작용한다. 교육이 끝나는 시점에는 개별적인 상담을 통해 일반적인 주거로의 전환을 위해 준비한다(Lichtblick, 2020).

제4절 일본의 주거지원

1. 일본의 고령장애인

가. 고령장애인 현황

정부는 2014~2016년 시점의 장애인 규모를 후생노동성의 ‘생활의 불편에 관한조사(生活のしづらさなどに関する調査)’²²⁾, ‘사회복지시설 등 조사(社会福祉施設等調査)’²³⁾, ‘환자조사(患者調査)’²⁴⁾를 종합하여 제시한 바 있다. 이에 따르면, 지체장애인²⁵⁾ 436.0만 명, 지적장애인²⁶⁾ 108.2만 명, 정신장애인²⁷⁾ 392.4만 명이다. 지체장애인의 규모는 ‘신체장애자수첩(身体障害者手帳)’ 소지자 수이고, 지적장애인의 규모는 ‘요육수첩(療育手帳)’ 소지자 수이지만, 정신장애인의 규모는 ‘정신장애자복지보건의수첩(精神障害者福祉保健手帳)’ 소지자뿐 아니라 ICD-10 “V. 정신 및 행동 장애”에서 “지적장애(정신지체)”를 제외하고 뇌전증 환자 수와 알츠하이머 병 환자 수를 더한 수이다. 실제로는 ‘장애자수첩’ 없이 ‘자립지원급부(自立支援給付)’ 등 장애인서비스를 받고 있는 약 20만 명이 존

22) 집에서 사는 장애인의 생활실태 파악을 목적으로 한 조사이며, 전국의 국세조사 대상지역(약 2,400개 지역)에 거주하는 장애인을 대상으로 하는 조사임. 그 전까지 5년마다 실시하고 있었던 ‘지체장애아동·지체장애인 실태조사(身体障害児 者実態調査)’와 ‘지적장애아동·지적장애인기초조사(知的障害児(者)基礎調査)’를 통합하여 2016년 12월에 실시.

23) 전국의 사회복지시설을 대상으로 시설 수, 이용자 수, 종사자 수 등을 조사하는 조사이며, 매년 실시.

24) 병원을 이용하는 환자를 조사하여 특성, 이용상황, 상병명 등을 밝히는 조사이며, 3년마다 의료시설을 무작위추출하여 조사.

25) 일본에서는 ‘신체장애(身体障害)’라 부르지만, 본고는 한국의 용어법에 맞추어 이하 ‘지체장애’라 부름.

26) 일본에서는 ‘지적장애(知的障害)’라 부르지만, 본고는 한국의 용어법에 맞추어 이하 ‘지적장애’라 부름.

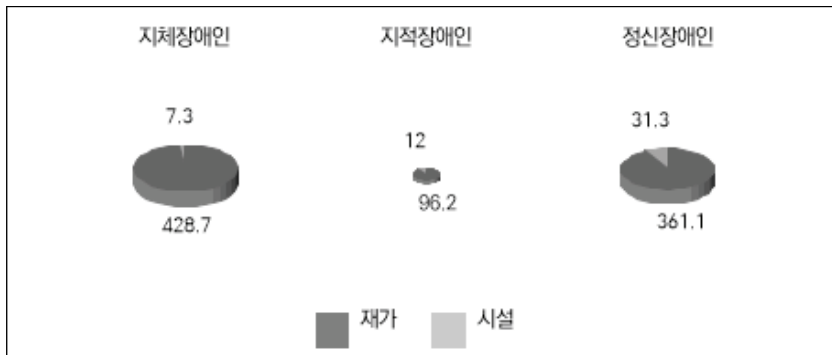
27) 일본에서는 ‘정신장애(精神障害)’라 부르지만, 본고는 한국의 용어법에 맞추어 이하 ‘정신장애’라 부름.

재하나, 장애구분을 특정할 수 없는 관계로 그 규모는 포함되어 있지 않다(厚生労働省, 2018a). 장애를 복수 겪는 사람이 있으므로 정확한 평가가 어렵지만, 전체 인구 대비 비율은 대략 지체장애 3.4%, 지적장애 0.9%, 정신장애 3.3%이다.(内閣府, 2019).

장애인의 거처별 규모를 보면, 지적장애인의 시설입소 비율이 가장 높다. 지체장애인의 시설입소 비율은 1.7%, 정신장애의 시설입소 비율은 8.0%, 지적장애인의 시설입소 비율은 11.1%이다.

[그림 5-4-1] 장애인의 거처별 규모

(단위: 만 명)



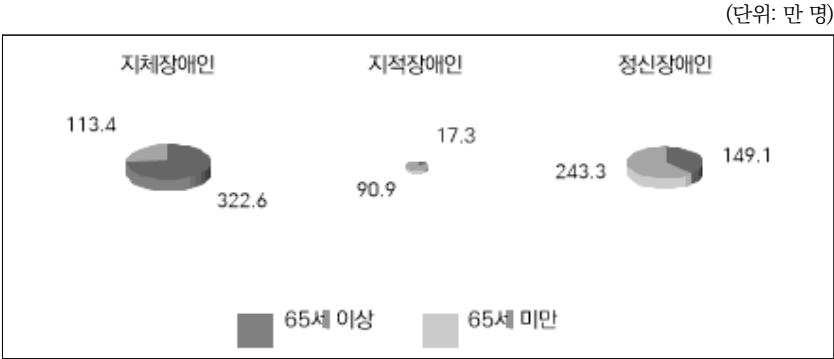
주1: 지체장애인 수와 지적장애인 수에 노인시설 입소자의 수는 포함되어 있지 않음.

주2: '재가'에는 '외래'가 포함되어있으며, '시설'에는 '입원'이 포함되어 있음.

자료: 厚生労働省(2018a).

장애인의 연령을 보면 지체장애인 중에서 65세 이상이 74%(322.6만 명), 지적장애인 중에서 65세 이상이 16%(17.3만 명), 정신장애인 중에서 65세 이상이 38%(149.1만 명)이다. 지적장애는 성장하는 과정에서 나타나는 것이며, 고령화의 영향을 크게 받는 것은 아니기 때문이다. 물론 지적장애에 대한 인지도가 높아지면서 최근에 지적장애로 판정받는 사람의 수가 증가하고 있기도 하다(厚生労働省, 2018a).

[그림 5-4-2] 고령장애인의 규모



주: 지체장애인 수와 지적장애인 수에 노인시설 입소자의 수는 포함되어 있지 않음.
자료: 厚生労働省(2018a).

집에서 사는 장애인의 연령을 봐도 고령장애인이 많다. 2016년 시점에서 집에서 사는 지체장애인의 72.6%는 65세 이상이다. 같은 비율이 1987년 시점에서 42.6%, 1996년 시점에서 52.6%, 2006년 시점에서 61.8%였으므로 고령장애인의 비중이 급속히 커지고 있음을 알 수 있다(内閣府, 2019).

〈표 5-4-1〉 연령별 지체장애인 수

(단위: 만 명)

구분	17세 이하	18-64세	65세 이상	불명	전체
1970	9.4	87.2	44.2	-	140.8
1980	-	115.0	82.6	-	197.7
1987	9.3	134.6	106.8	-	250.6
1991	8.1	133.3	133.0	5.8	280.3
1996	8.2	124.6	158.7	9.9	301.5
2001	8.2	121.8	200.4	2.2	332.7
2006	9.3	123.7	221.1	3.5	357.6
2011	7.3	111.1	265.5	2.5	386.4
2016	6.8	101.3	311.2	9.3	428.7

주: 1980년은 지체장애아동(0-17세)을 조사하지 않았다.
자료: 内閣府(2019).

정도의 차이는 있으나, 지적장애인도 마찬가지다. 2016년 시점에서 집에서 사는 지적장애인의 65세 이상 비율은 15.5%이므로 지체장애인만큼은 아니지만, 2005년 시점에서는 집에서 사는 지적장애인의 65세 이상 비율이 3.6%에 불과했다(内閣府, 2019).

〈표 5-4-2〉 연령별 지적장애인 수

(단위: 만 명)

구분	17세 이하	18-64세	65세 이상	불명	전체
1995	8.6	18.8	0.8	1.6	29.7
2000	9.4	21.2	0.9	1.4	32.9
2005	11.7	27.4	1.5	1.2	41.9
2011	15.2	40.8	5.8	0.4	62.2
2016	21.4	58.0	14.9	1.8	96.2

자료: 内閣府(2019).

2017년 시점에서 집에서 사는 정신장애인의 65세 이상 비율은 37.2%이며, 2008년 시점에서는 집에서 사는 정신장애인의 65세 이상 비율은 31.5%이므로 집에서 사는 정신장애인 비율을 봐도 꾸준히 고령장애인이 늘어나고 있다(内閣府, 2019).

〈표 5-4-3〉 연령별 정신장애인 수

(단위: 만 명)

구분	24세 이하	25-64세	65세 이상	불명	전체
2002	22.8	139.7	60.9	0.5	223.9
2005	27.2	163.1	76.6	0.5	267.5
2008	27.7	170.7	91.3	0.6	290.0
2011	27.9	162.1	97.5	1.0	287.8
2014	36.3	192.6	132.7	1.0	361.1
2017	38.5	206.0	144.7	0.7	389.1

자료: 内閣府(2019).

나. 고령장애인의 생활실태

2016년 말 시점에서 집에서 사는 65세 이상 고령장애인(‘장애인수첩’ 소지자)의 79.7%는 누군가와 동거중인 것으로 밝혀졌다. 독거노인으로 지역에서 사는 고령장애인은 15.9%이다. 동거중인 고령장애인이 함께 사는 상대를 보면, 부부(70.1%)가 가장 많았으며, 다음으로 자녀(45.9%)가 많다. 정도의 차이는 있으나 지체장애인이든 지적장애인이든 정신장애인이든 부부와 함께 사는 경우가 많은 것은 마찬가지이다. 고령장애인이라서 그런지 부모와 함께 사는 비율은 낮다(厚生労働省, 2018b).

〈표 5-4-4〉 65세 이상 고령장애인의 동거실태

(단위: %)

구분	전체 장애인 (n=2,666)	지체장애 노인 (n=2,545)	지적장애 노인 (n=133)	정신장애 노인 (n=196)
동거 중	79.7	81.5	66.2	64.8
독거노인	15.9	15.3	17.3	25.0
불명	4.4	3.2	16.5	10.2
동거중인 경우의 동거 상대(복수응답)				
부부	70.1	80.9	62.5	63.8
부모	3.2	2.7	10.2	11.0
자녀	45.9	46.2	35.2	37.0
형제 자매	2.3	1.8	12.5	7.9
기타	4.3	4.1	5.7	6.3

자료: 厚生労働省(2018b).

지역에서 사는 65세 이상 고령장애인(‘장애인수첩’ 소지자)의 주간활동을 보면, 일하고 있거나 사회활동에 참여하고 있다는 응답은 10% 이하이다. 장애구분마다 차이가 있으나 절반은 집에서 보내고 있다고 응답했다. 이어서 응답자의 10% 이상이 노인요양서비스의 주간서비스를 받

고 있다고 응답한 것이 눈에 띈다(厚生労働省, 2018b).

최근에 개호보험제도의 요양서비스가 많은 장애인복지서비스를 대체 하게 되면서 고령장애인들도 개호보험제도의 장기요양서비스를 받고 있는 것이다.

물론, 기존의 모든 장애인복지서비스를 개호보험제도의 요양서비스로 대체할 수 있는 것은 아니다. 고령 지적장애인이나 고령 정신장애인에서 비교적 “장애인 주간서비스를 받고 있다”고 응답한 비율이 많았던 것도 이러한 현실을 반영한 결과인 것으로 보인다.

〈표 5-4-5〉 65세 이상 고령장애인의 주간활동(연령불명 포함. 복수응답)

(단위: %)

구분	전체 고령장애인 (n=2,666)	고령지체장애인 (n=2,545)	고령지적장애인 (n=133)	고령정신장애인 (n=196)
정규직	6.8	7.0	9.8	9.7
정규직 이외 고용	7.8	8.0	9.0	10.2
자영업	6.2	6.5	5.3	3.6
장애인 주간서비스	4.2	3.3	21.8	13.3
노인요양 주간서비스	14.0	14.2	12.0	12.2
병원 주간서비스	4.0	4.0	2.3	5.6
재활	8.4	8.7	8.3	7.7
학교	0.2	0.2	2.3	0.5
방과후 아동서비스	-	-	-	-
어린이집 유치원	0.0	-	-	-
장애아동 주간서비스	0.1	0.1	0.8	-
사회활동	3.1	3.2	0.8	1.0
가사 육아 돌봄 등	5.6	5.8	2.3	2.0
집에서 보냄	56.3	57.0	36.8	45.4
기타	8.2	8.1	6.0	8.2
불명	16.1	15.9	21.8	26.0

자료: 厚生労働省(2018b).

현재와 다른 일상을 보내고 싶다는 고령장애인(‘장애인수첩’ 소지자)에게 앞으로 희망하는 주간활동을 물어본 질문에서는 응답자의 20.9%가 재활서비스를 받고 싶다고 응답하였다. 비율에 차이가 있지만 노인 주간서비스나 장애인주간서비스를 희망하는 고령장애인도 상대적으로 많다(厚生労働省, 2018b).

또한 응답자의 14.2%가 정규직으로 일하고 싶다고 대답하였으며, 응답자의 17.9%는 정규직 이외의 고용이라도 일하고 싶다고 응답하였다. 자영업으로 일하고 싶다는 응답은 적었으나, 일하고 싶다는 희망도 일정 부분 존재한다(厚生労働省, 2018b).

〈표 5-4-6〉 65세 이상 고령장애인이 앞으로 희망하는 주간활동(연령불명 포함. 복수응답)

(단위: %)

구분	전체 장애인 (n=302)	지체장애 노인 (n=283)	지적장애 노인 (n=24)	정신장애 노인 (n=36)
정규직	14.2	14.1	20.8	16.7
정규직 이외 고용	17.9	17.3	16.7	30.6
자영업	5.6	6.0	-	2.8
장애인 주간서비스	13.6	12.7	20.8	19.4
노인요양 주간서비스	16.2	17.0	8.3	8.3
병원 주간서비스	3.6	3.9	-	2.8
재활	20.9	21.8	8.3	16.7
학교	1.0	1.1	-	-
방과후 아동서비스	-	-	-	-
어린이집 유치원	-	-	-	-
장애아동 주간서비스	0.3	0.4	-	-
사회활동	5.6	6.0	-	-
가사 육아 돌봄 등	3.6	3.5	4.2	2.8
집에서 보냄	39.4	40.3	58.3	50.0
기타	14.6	14.1	4.2	16.7
불명	3.6	3.2	4.2	5.6

자료: 厚生労働省(2018b).

다. 고령장애인의 주거

지역에서 사는 고령장애인(‘장애인수첩’ 비소지자도 포함)의 주거를 보면 절반 가까운 고령장애인이 자기 집에서 살고 있다. 또한 지역에서 사는 고령장애인 중 약 20%는 가족 집에서 살고 있다. 즉, 지역에서 사는 고령장애인의 약 70%는 자기 집 혹은 가족 집에서 살고 있다. 지적장애인이거나 정신장애인의 경우, 자기 집이나 가족 집에서 사는 비율이 약간 낮다(厚生労働省, 2018b).

나머지를 보면 민간임대주택에서 사는 고령장애인이 약 6%, 공공임대주택에서 사는 고령장애인이 약 7%이다. 지적장애인이거나 정신장애인은 지체장애인보다 공공임대주택에서 사는 비율이 높다. 지적장애인이거나 정신장애인은 지체장애인보다 그룹홈에서 사는 비율도 현저히 높다(厚生労働省, 2018b).

〈표 5-4-7〉 65세 이상 고령장애인의 주거

(단위: 명)

	장애인수첩 소지자				비소지자
	(합계)	지체장애	지적장애	정신장애	
전체	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
	2,666	2,545	133	196	153
자가	59.4%	61.1%	41.4%	46.4%	55.6%
	1583	1,555	55	91	85
가족구성원의 집	21.8%	21.8%	22.6%	19.4%	26.1%
	582	554	30	38	40
민간임대주택	6.4%	6.2%	6.0%	9.7%	5.9%
	170	157	8	19	9
회사 기숙사	0.2%	0.2%	-	-	-
	4	4	-	-	-
공공임대주택	6.9%	6.6%	12.0%	13.3%	5.9%
	185	167	16	26	9

	장애인수첩 소지자				비소지자
	(합계)	지체장애	지적장애	정신장애	
하숙	0.2%	0.2%	0.8%	-	-
	5	5	1	-	-
그룹홈	2.4%	1.4%	15.0%	6.6%	2.6%
	64	36	20	13	4
기타	0.9%	0.9%	-	1.0%	2.0%
	24	23	-	2	3
불명	1.8%	1.7%	2.3%	3.6%	2.0%
	49	44	3	7	3

자료: 厚生労働省(2018b).

2. 일본의 주거지원정책 개관

가. 주거지원 정책의 배경 및 역사²⁸⁾

일본의 주택정책의 시작은 1950년 제정된 「주택금융공고법(住宅金融公庫法)」이라고 할 수 있으며, 이 법은 제2차 세계대전 종전 직후 주택부족현상을 완화하기 위함이었다. 주택금융공고는 주택조합 또는 개인이 건설하는 주택의 건설비 중 80%를 장기저리로 융자함으로써 자가소유를 높이고자 하였다(남원석, 2009). 이후 1951년 「공영주택법(公営住宅法)」을 제정하여 저소득가구에 정부 재정으로 저렴한 임대주택을 공급하고자 하였다(이규봉, 2007). 공영주택은 제1종과 제2종으로 나뉘며, 제1종 공영주택은 하위소득 80% 이하계층을 대상으로 하며, 제2종 주택은 최저소득계층이지만 생활보호제도상의 주택부조를 받지 않는 차상위계층만을 대상으로 한다. 1955년에는 「일본주택공단법(日本住宅公団法)」

28) 남원석, 2009, 전후 일본 주택정책의 성격변화: 복지체제론의 관점에서, 주택연구, 17(4), 153-181. 의 일부 내용을 요약 정리하였음.

을 제정하여, 정부는 광역적으로 주택건설을 실행할 수 있는 국가기관을 설립하고자 하였다. 주택공단을 통해 토지구획 정리사업 방식을 채택하여 대도시 인근에 대규모 택지를 확보하여 단지 형태로 공단주택(임대 및 분양)을 공급하고자 하였다. 1965년에는 「지방주택공급공사법(地方住宅供給公社法)」을 제정하여 주택금융공고의 활동을 뒷받침하게 하였다. 그 결과 광역지자체(도도부현) 및 50만명 이상의 인구가 밀집한 대도시에는 지방주택공급공사가 설치되었다. 지속적으로 주거지원법률이 제정됨에 따라 일본은 제도 내에서 안정적인 주택공급이 이루어지게 되었다.

1966년 제정된「주택건설계획법(住宅建設計画法)」을 통해 1966년 이후 매 5년을 각 1기로 하는 ‘주택건설 5개년계획’을 수립하여, 공공 건설 주택과 민간 주택건설 모두를 포괄하는 주택건설량의 목표를 제시하도록 하였다(박신영, 1995). 주택건설 5개년계획을 통해 단기간 안에 주택부족의 문제를 해소하였으며, 제3기 주택건설 5개년계획(1976-1980년)부터는 주택공급과 더불어 질적 수준의 향상을 위한 최저거주수준²⁹⁾과 평균거주수준³⁰⁾이 추가되었다. 제5기 주택건설 5개년계획(1986-1990년)에는 주택의 질적수준의 향상에 대한 문제를 해결하기 위해 평균거주수준을 폐지하였으며, 지역특성을 반영한 유도거주수준을 새롭게 도입하였다. 유도거주수준이란 최소한의 면적해소를 통해 협소주거의 문제를 해결하고 주택시장에서 통용될 수 있는 수준을 말한다. 제5기 계획에 따라 2000년까지 전체 가구의 50%가 유도거주수준 이상의 주택에 거주할 수 있도록 하는 목표를 세웠다(박신영, 2001). 1983년 ‘지역주택계획’이 도입되어, 지자체가 국가지원을 받아 지역 특성에 적절한 주택을 스스로 고안 및 공급할 수 있도록 하였고, 버블경제기(1980년대 말~1990년대 초)

29) 최저거주수준은 가구원수를 기본으로 하여 가구가 확보해야하는 최소한의 주거기준을 뜻함.

30) 평균거주수준은 평균적으로 가구가 확보해야 하는 주거기준을 의미.

에는 도쿄 등의 대도시를 중심으로 기초지자체들에서 임대주택의 공급, 민간임대주택 임대료 보조 등의 정책을 직접 실행하였다(大本圭野, 2001; 남원석, 2009 재인용).

1990년대 중반부터 민간부분의 역량이 향상되었기에 공공부분의 기능을 민간부분의 보완으로 제한하여야 한다는 목적을 가지고 변화가 나타나게 되었다. 공영주택은 1996년부터 입주조건을 하위소득의 25% 이하인 가구(장애인과 고령자는 하위소득 40% 이하)로 한정하였고, 소득 초과가구에 대해서는 인근의 시세를 반영하여 임대료를 부과하게 하였다. 더불어 행정개혁을 통해 주택금융공고(2001년)와 도시기반정비공단(2005년)이 폐지되면서 도시재생에 민간참여를 유도하고자 ‘도시재생기구(都市再生機構)’와 민간금융의 증권화 업무를 담당하기 위해 ‘주택금융지원기구(住宅金融支援機構)’를 신설하였다. 이와 함께 주택부족 문제의 해소를 위해 제정되었던 ‘주택건설계획법’이 2006년 폐지되었고, 「주생활기본법(住生活基本法)」을 제정하였다. 주생활기본법은 10년 주기의 주생활기본계획을 수립 및 추진하며, 주택재고와 시장기능 증진, 복지와 마을만들기 연계 등을 추진하였다.

나. 공공임대주택 정책³¹⁾

「현재 공공임대주택의 유형은 크게 2개의 법률에 의해 규정되며, ‘주생활기본법’과 ‘지역의 다양한 수요에 상응한 공적임대주택 등의 정비에 관한 특별조치법’에 근거한다.

먼저, 주생활기본법 내에서 공영주택에 명시하는 주택은 ①공영주택

31) 김경덕, 2019, 일본의 공공임대주택의 공급과 최근의 관련법 정비: 최근 분쟁사례와 관련법의 제개정을 중심으로, 한국법제연구원, Global Legal Issues, 19(15)의 일부 내용을 요약정리하였음.

법 제2조 제2호에서 칭하는 공영주택, ②주택지구개발법 제2조 제6조의 개량주택, ③주택금융공고의 용자금으로 건설, 구입, 개량된 주택, ④도시재생지구에서 업무로 임대와 양도하는 주택, ⑤그 외 국가, 정부 관계 기관, 지방공공단체에서 건설한 주택 또는 국가 및 지방공공단체가 용자 및 보조를 통한 지원으로 건설이 진행된 주택이다. 동법 내의 ‘공적임대주택 등’에 해당되는 주택은 ①지방공공단체가 정비하는 주택, ②지방주택공급공사 또는 도시재생지구에서 정비한 임대주택, ③특정우량 임대주택 공급 촉진에 대한 법률 제6조에서 특정한 특정우량 임대주택, ④고령자 거주 안정 확보에 대한 법률 제5조 제1항의 등록과 그와 연관된 동조 제1조항이 규정한 서비스 제공의 고령자 주택이다.

위에 해당하는 공공임대주택은 입주자의 총 수입을 기준으로 입주 자격을 결정하며, 대상자의 특성(고령자, 장애인, 육아 세대, 다문화 가족 등)에 따라 기준을 완화하여 적용하고 있다. 그러나 가장 소득이 낮은 저소득계층을 대상으로 하는 것은 ‘공영주택’으로 이는 지자체가 직접공급하고 재정 역시 지자체 및 국가재정으로 조달되는 것이 특징이다.

공공임대주택의 유형을 다섯 가지로 정리하면 공영주택, 공사주택, 특정우량 임대주택, 서비스형 고령자 임대주택, UR 주택(구 공단주택)이 있다. 각 주택의 특징은 다음과 같다.

공영주택의 입주대상자는 주택을 필요로 하는 저소득자를 대상으로 소득분위 0~25%를 기준으로 한다. 소득분위 25%미만은 일반세대의 경우 월 수입 158,000엔 이하(효고현, 2009년 시행)이며, 재량세대(고령자, 장애인 등의 세대로 수입 기준 완화가 인정됨)는 월 수입 214,000엔이다. 공영주택의 대상지역은 전국이며, 사업의 주체는 지방공공단체로 한정하고 있다. 공영주택의 정비보조는 국가와 도도부현이 시정촌에 대하여 건설비 등을 보조하는 형태를 가진다.

공사주택³²⁾의 입주대상자는 주택을 필요로 하고 동거가족이 있으며 수입기준은 중견 소득자이다. 즉 일정 소득 이상의 중견 소득자에게 설비적 주거환경이 우수한 양질의 임대주택을 공급하는 것을 목적으로 하는 것을 알 수 있다. 대상지역은 공영주택과 동일하게 전국이며, 사업주체는 지방주택공급공사이다.

UR주택(구 공단주택)의 입주대상자는 공사주택과 동일하다. 보다 세부 사항은 수입기준이 일정수준 이상의 월평균 수입이거나 저축금액이 기준 저축금액 이상인 자를 선별하며, 저축금액은 해당 해의 월 임대료 100배 이상이다. 대상지역은 대도시 및 도시지역으로 한정하며, 사업주체는 당해 독립행정법인 도시재생기구이다.

특정우량 임대주택³³⁾의 입주대상자는 중견 소득자로 소득분위 25%~50%를 기준으로 한다. 대상지역은 전국이며, 사업주체는 민간사업자이다.

서비스 제공형 고령자 주택은 ‘고령자 거주 안정 확보에 대한 법률’에 근거한 주택이며, 개호와 의료 서비스와 연계하여 고령자지원 서비스를 제공하는 주택을 제공하는데 목적을 둔다. 입주대상자는 의료 및 개호 서비스가 필요한 고령자 및 부부 가구이지만 중견소득자인 경우로 월평균 수입 48만 7천엔 이하의 경우 입주가 가능하다. 대상지역은 전국이며, 사업주체는 민간사업자, 사회복지법인, 의료법인 등이다. 가장 대표적인 공영주택의 주요 사항을 표로 정리하면 다음과 같다.

32) 지방주택공급공사는 분양주택 및 택지 개발, 임대주택의 건설 및 관리와 지방공공단체가 공급하는 공영주택 등의 주택관리를 위탁업무로 수행한다. 인구 50만 이상의 시에 국토교통대신의 인가를 받아 설립함. 이 중, 위탁사무인 공영주택의 관리를 제외하고 공사가 건설 및 관리하는 주택을 ‘공사주택’이라고 함.

33) 특정우량 임대주택이란 상기 공사에서 소유하는 주택이나 민간의 토지소유자가 주택금융공고에서 용자 및 국가 및 지방공공단체의 보조를 지원 받아 설립한 주택을 법률을 바탕으로 지방주택공급 공사, 지방공공단체, 민간사업자가 오랜기간 관리(민간의 소유주택은 임차 및 관리 위탁)하여 중견소득자에게 공공임대 주택으로 사용하는 제도임.

〈표 5-4-8〉 공영주택법의 개요

항목	내용
입주대상	주택을 필요로 하는 저소득자(소득분위 0~25%) 단, 25%를 초과하는 주민도 지방공공단체의 재량에 따라 대상이 될 수 있음
대상 지역	일본 내 전국, 원칙적으로 당해 지자체의 행정구역 내의 주민이 대상임
사업주체	지방공공단체
보조	국가 및 도도부현(건설비 등 보조)

자료: 김경덕(2019).

3. 고령장애인을 위한 일본의 주거지원

가. 고령자주거안정법³⁴⁾

「고령자주거안정법」은 고령사회로의 급속한 진입에 대비하여 고령자에게 주택을 보다 효과적으로 공급하고 고령자의 거주를 반대하지 않는 주택에 대해 정보를 제공하기 위한 제도를 구축하기 위해 제정되었다. 따라서 고령자가 안심하고 생활할 수 있는 안정적인 주거환경을 실현하는 것을 목표로 한다.

고령자주거안정법의 내용으로는 다음과 같다. 첫째, 민간임대주택에 고령자의 입주를 반대하는 사회적 성향에 대응하기 위해 임대주택 등록 제도를 마련하여, 고령자 입주를 거부하지 않는 임대주택을 등록할 수 있도록 한다. 등록과정은 임대주택의 소재지를 관할하는 도도부현에서 집주인의 신청을 받아 위치, 규모, 호수, 무장애화 등의 상태에 대한 정보를 등록한다. 둘째, 집주인의 임대료 체납을 걱정하지 않도록 하기 위해 임

34) 강혁신, 2015, 일본의 고령자 주거지원 정책에 관한 조망, 재산법연구, 32(1), 1-23. 의 일부내용을 요약정리하였음.

대료 채무보증제도를 운영한다. 이는 고령자거주지원센터가 담당하고 있으며, 채무보증신청 시 월 임대료의 35%를 납부하고 보증을 2년간 받을 수 있다. 셋째, 고령자 우량임대주택으로 이 주택은 60세 이상의 독거노인 혹은 노인부부이며 소득기준은 따로 없으며, 2006년부터 입주가 시작된 주택은 하위소득이 40%이하 세대가 입주하는 경우 정부가 임대료 일부를 보조한다. 넷째, 고령자가 임대주택에 거주할 경우 집주인의 퇴거요구에 불안해하는 현실을 반영하여 종신고용임대차제도를 도입하였다. 일정 수준의 무장에 설비를 갖춘 도도부현 지사의 인가를 받은 임대주택은 임차인의 사망 시까지 임대계약을 지속시킬 수 있다. 다섯째, 자가소유 고령자에게는 해당 주택의 무장애화를 위한 주택개량공사를 지원한다. 고령자는 정기적 소득이 없는 경우가 많아 주택개량이 어려울 수 있기 때문이다. 비용은 주택금융공고의 용자가 이루어지며 원금은 사망 시 일괄 상환된다.

나. 주택

1) 구입·개보수 지원

먼저, 노인이나 장애인을 위한 주택(바닥에 장애물이 없고, 계단 화장실 욕실 등에 손잡이 있고, 휠체어로 오갈 수 있는 복도 폭이고, 넓은 침실 화장실 욕실 등이 있다 등)을 건설 또는 구입할 경우, 대출금리를 차감하는 '우량주택취득지원제도(優良住宅取得支援制度)'가 있다.

다음으로 정기적 수입이 적어 매달 돈을 갚을 없는 노인을 위하여 매달 이자만 갚고 사망시에 주택자산을 처분하여 원금을 갚는 대출을 독립행정법인 주택금융지원기구에서 제공하고 있다. 재단법인 고령자주택재단이 제공하는 채무보증에 가입하므로 원금을 갚을 수 없어도 상속자가 채

무를 지지 않아도 된다.

그리고 고령자나 장애인이 자택을 배리어프리로 개보수 하면 소득세와 고정자산세가 경감된다.

그 외에도 우한책임중간법인(有限責任中間法人) ‘이주 이사지원기구(移住 住みかえ支援機構)’가 50세 이상 중고령자의 자택을 차입하여 욕아가구에 임대하는 제도로 마이홈차입제도(マイホーム借り上げ制度)도 있다. 자택을 임대한 중고령자들은 배리어프리 임대주택이나 복지주택에 이사하거나 다른 지역으로 이주할 수 있다. 욕아가구로의 임대는 3년 계약으로 이루어지므로 다시 자기 집으로 들어올 수 있다.

2) 입주지원

입주지원으로는 첫째, ‘고령자 원활입주 임대주택제도(高齢者円滑入居賃貸住宅制度)’가 있다. 고령자의 입주를 거부하지 않는 민간임대주택을 도도부현 지사가 등록하여 정보제공 하는 제도이다.

둘째, ‘고령자전용임대주택제도(高齢者専用賃貸住宅制度)’는 고령자만이 입주할 수 있는 주택의 정보를 자세히 알려주는 제도이다.

셋째, ‘안심임대지원사업(あんしん賃貸支援事業)’은 노인, 장애인, 외국인, 욕아가구의 입주를 받아들이는 ‘안심임대주택’, 그 주택을 중개하는 ‘협력점’, 이들 가구가 입주하고 거주할 때 지원하는 ‘지원단체’에 관한 정보를 도도부현이 등록하여 정보제공 하는 제도이다.

넷째, ‘지역우량임대주택제도(地域優良賃貸住宅制度)’는 지방자치단체, 독립행정법인 도시재생기구(통칭, UR), 민간주택업체, 사회복지법인, 의료법인 등이 노인이나 장애인에 적합한 임대주택을 마련,공급할 경우에 이용가능한 중앙정부의 보조금사업이다. 이주조건 중에 소득제한이 있다. 또한 노인가구, 장애인가구, 욕아가구 등 어느 가구를 대상으로 하는

지는 각 지방자치단체가 정한다. 소득이 낮은 가구를 위한 임대료 보조를 실시하고 있는 곳도 있다.

다섯째, ‘임대료채무보증제도(家賃債務保証制度)’는 보증인이 없어 민간임대주택에 입주할 수 없는 노인이나 장애인을 위하여 만들어졌다. 재단법인 고령자주택재단이 ‘고령자 원활입주 임대주택’이나 ‘고령자전용 임대주택’으로의 입주를 희망하는 노인이나 장애인에게 임대료 보증을 제공하는 제도이다. 최대 6개월 분의 임대료를 보증한다. 보증기간은 2년 간이며 갱신가능하다. 보증료는 월 임대료의 35%이다.

여섯째, ‘종신건물임대차계약(終身建物賃借契約)’은 사망했을 때에 종료되는 계약이며 노인만이 이용할 수 있다. 모든 임대주택에서 맺을 수 있는 것이 아니라 미리 도도부현 지사가 인가한 임대주택에서만 계약가능하다.

2011년에 ‘고령자의 거주 안정 확보에 관한 법률(高齡者の居住の安定確保に関する法律)’, 이른바, ‘고령자주거법(高齡者住まい法)’을 개정하여 ‘서비스지원형 고령자주택(サービス付き高齡者向け住宅)’제도를 만들었다. 바닥면적 25제곱미터 이상, 배리어프리(넓은 복도 폭, 복도에 장애물이 없음, 손잡이 설치 등), 최소한의 안부확인 및 상담 등 노인에게 편한 조건을 마련한 주거의 등록제도를 만들어 보조금을 지급하고 있다.

3) 공공임대주택

공공임대주택도 고령장애인의 입주를 고려하고 있다. 공공임대주택에서 배리어프리를 추진하고 있으며, 모든 호를 배리어프리로 제공하고 있다.

또한 보통 공공임대주택의 입주조건을 보면 수입조건이나 동거가족이 있어야 한다는 조건이 있다. 하지만 노인이나 장애인에게는 보다 느슨한 조건을 적용하고 있다.

첫째, 보통 1인가구의 입주를 허용하지 않지만 노인, 장애인, 가정폭력 피해자이면 1인가구로 입주할 수 있다.

둘째, 공공임대주택은 원칙적으로 소득분위 25%(예: 월 20만 엔) 이하의 가구를 대상으로 하지만 노인, 장애인, 육아가구이면 도도부현 지사의 판단으로 소득분위 40%(예: 월 26.8만 엔)까지 입주할 수 있다.

셋째, 우선입주권이 부여된다. 노인이나 장애인에게 할당하는 호수를 규정하거나 노인이나 장애인의 당첨확률을 인상하는 등 배려하고 있다.

그 외에도 공공임대주택에서는 노인복지시설을 통합적으로 운영하거나 생활지원 직원을 배치하는 등 노인이나 장애인에게 배려하고 있다.

첫째, 공공임대주택 거주자가 노령으로 신체적 기능이 저하하면 저층의 빈 방에 이사할 수 있다.

둘째, 실버하우징프로젝트(シルバーハウジングプロジェクト)는 공공임대주택 단지에 생활상담실을 설치하여 생활원조원(生活援助員)을 배치 혹은 순회시켜 노인 입주자의 생활상담이나 간단한 보조를 제공하고 있다. 이미 800개를 넘는 단지에서 운영하고 있다.

셋째, 코렉티브주택(コレクティブ住宅)은 공동으로 쓰는 공간, 식당, 부엌을 마련한 주택이며, 복수의 노인이 사생활을 유지하면서 공동생활을 보낼 수 있다.

넷째, 공공임대주택을 그룹홈 제공기관에게 임대하는 사례도 있다. 치매노인 대상 그룹홈을 운영하고 있는 단지도 있다.

다섯째, 공공임대주택의 빈방을 복지시설로 활용하거나 단지를 재건설할 때 복지시설을 입주시키기도 한다. 강미나 외(2016)는 위와 같은 지원의 자세한 내용을 잘 정리하고 소개한 바 있다.

〈표 5-4-9〉 고령자·장애인을 위한 일본의 주거지원제도(2008년도 시점)

구분	지원제도		고령자	장애인
1. 구입 개보수 지원	대출금리 우대		○	○
	사망시 일괄 보상형 용자		○	
	주택대출 채무보증		○	
	배리어프리 개보수 보조		○	○
	자가 차입제도		○	
2. 입주지원	고령자원활입주임대주택제도		○	
	고령자전용임대주택제도		○	
	안심임대지원사업		○	○
	지역우량임대주택제도		○	○
	임대료채무보증제도		○	○
	종신건물임대차계약		○	
3. 공공임대주택	공공임대주택 배리어프리		○	○
	입주지원	1인가구 입주 허용	○	○
		소득기준 완화	○	○
		우선 입주	○	○
	복지마련	저층으로 이사	○	○
		실버타운하우징사업	○	○
		코렉티브주택	○	
		그룹홈	○	○
		복지시설과 통합운영	○	○

자료: 国土交通省(2008).

다. 고령장애인을 위한 최근의 주거지원 프로그램³⁵⁾

1) 개요

‘2018년도 장애인복지서비스 등 보수개정(平成30年度障害福祉サービス等報酬改定)’에서 주된 개정 내용 중 하나로 ‘장애인의 증증화·노화를

35) 주로 厚生労働省(2020a)을 참고하여 작성함.

고려한 지역이행·지역생활 지원(障害者の重度化・高齢化を踏まえた地域移行・地域生活の支援)'이 들어갔다. 그 내용은 다음과 같다(厚生労働省, 2020a: 20).

첫째, 중증장애인을 지원할 수 있는 새로운 그룹홈을 창설하기로 하였다. 둘째, 홀로 사는 장애인의 생활을 지원하는 서비스인 '자립생활원조(自立生活援助)'의 보수를 설정하였다. 셋째, 지역생활지원 거점의 기능을 강화하기로 하였다. 넷째, 공생형(共生型) 서비스의 기준·보수를 설정하였다.

이중, 여기서는 고령장애인의 커뮤니티 적용을 위한 새로운 주거지원으로 중증 고령장애인을 지원할 수 있는 '주간서비스지원형 공동생활원조(日中サービス支援型共同生活援助. 중증장애인을 위한 그룹홈)'와 '자립생활원조(自立生活援助)'를 소개한다.

2) 주간서비스지원형 공동생활원조

'공동생활원조'란 일상생활지원과 자립생활지원을 제공하는 서비스이며, 공동생활 하는 주거에서 목욕, 배설, 식사, 돌봄 등 일상생활의 상담과 지원을 받을 수 있는 서비스이다. 즉, '공동생활원조'란 소위 말하는 그룹홈이다.

특히 '주간서비스지원형 공동생활원조'는 일반적인 그룹홈보다 중증장애인의 이용에 초점을 맞춘 그룹홈이다. 즉, 낮과 밤을 불문하고 서비스를 제공하는 직원을 배치하게 하였다. 그룹홈의 직원이 상시 이용자에게 식사보조, 목욕보조, 배설보조를 제공하도록 하였다. 기존의 '개호서비스 포괄형'이나 '외부서비스이용형'도 상시 직원을 배치했을 경우에 추가로 보조를 받을 수 있었으나, '주간서비스지원형'은 아예 "상시 1명 이상 직원을 배치해야 한다"는 최소기준을 둔 것이다.

또한 '주간서비스지원형 공동생활원조'의 제도적 특징은 중증장애인을

위한 지원체제를 확보한 경우에 특별한 보수를 지급한다는 점이다. 기존의 그룹홈보다 후한 서비스 제공 체제를 마련하기 위하여 최소 직원배치 기준 5 대 1(이용자 5명에 직원 1명)을 기본으로 하였으며, 4 대 1인 경우의 보수, 3대 1인 경우의 보수를 따로 설정했다. 즉, 후한 서비스 제공 체제를 마련하게 하고 그만큼 서비스제공기관이 더 많은 보수를 받을 수 있게 하였다.

〈표 5-4-10〉 기존 그룹홈과의 비교

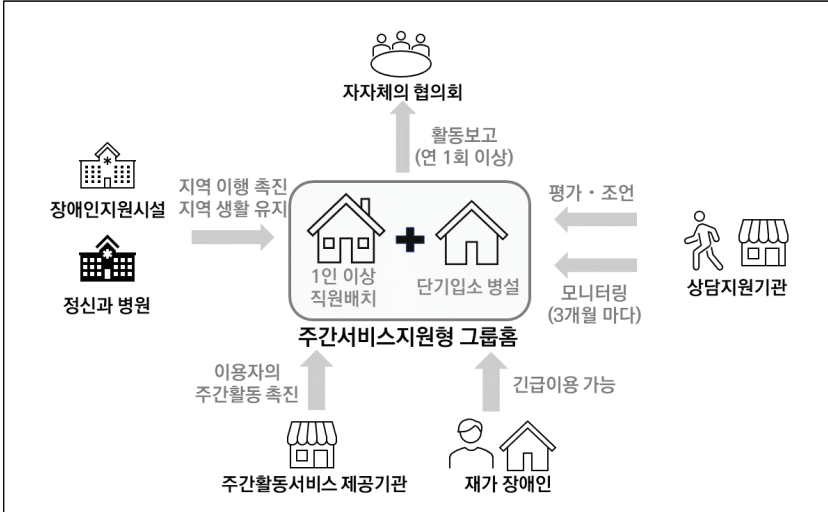
구분	개호서비스포괄형	주간서비스지원형 (2018년 4월~)	외부서비스이용형
대상자	장애지원구분과 무관하게 이용가능		
서비스내용	주로 야간의 식사보조, 목욕보조, 배설보조, 상담		
돌보는 직원 (이용자 대 직원)	6 대 1 이상	5 대 1 이상	6 대 1 이상
요양이 필요할 때	사업소의 직원이 요양서비스를 제공	사업소의 직원이 상시 요양서비스를 제공	외부 거택개호사업소
보수(1일당)	171~666단위	279~1,104단위	114~224단위
사업소 수	7,718개 사업소	182개 사업소	1,321개 사업소
이용자 수	114,554명	2,344명	15,551명

주: 장애등급, 직원배치수준, 지역구분에 따라 약간의 차이는 있으나 기본적으로 "단위 X 10엔" 이 서비스를 제공했을 때의 보수임.
자료: 厚生労働省(2020b).

기존의 그룹홈 내 유니트의 정원(2명 이상 10명 이하)은 유지하면서도 규모의 경제를 활용한 중증장애인지원을 도모하고 있으며, 한 건물에 20명 까지 들어 갈 수 있게 했다. 예를 들면, 10명의 유니트 2개를 만들 수 있다.

또한, 지역의 중증장애인의 긴급일시숙박소로 이용할 수 있도록 단기 입소시설 병설을 의무화하였다. 단기입소시설의 정원은 20명 규모이며 1인 이상 5명 이하이다. 예를 들면, 19명을 '주간서비스지원형 공동생활원조'로 받아들여 1명을 단기입소용으로 비워 놓는 것이다.

[그림 5-4-3] 주간서비스지원형 그룹홈의 이미지



자료: 堺市 地域生活支援の中核的な役割を担う日中サービス支援型グループホームの創設(2020)에 기초하여 작성

3) '자립생활원조'

장애인시설이나 그룹홈에서 나와 지역에서 혼자서 살고자 하는 지적장애인이거나 정신장애인들이 쉽게 지역생활로 이행할 수 있도록 '2016년 장애인종합지원법(障害者総合支援法)' 개정으로 이행과정에서 일정기간 순회방문하거나 수시로 서비스를 제공하기로 하였다. 이것이 '자립생활원조'이다.

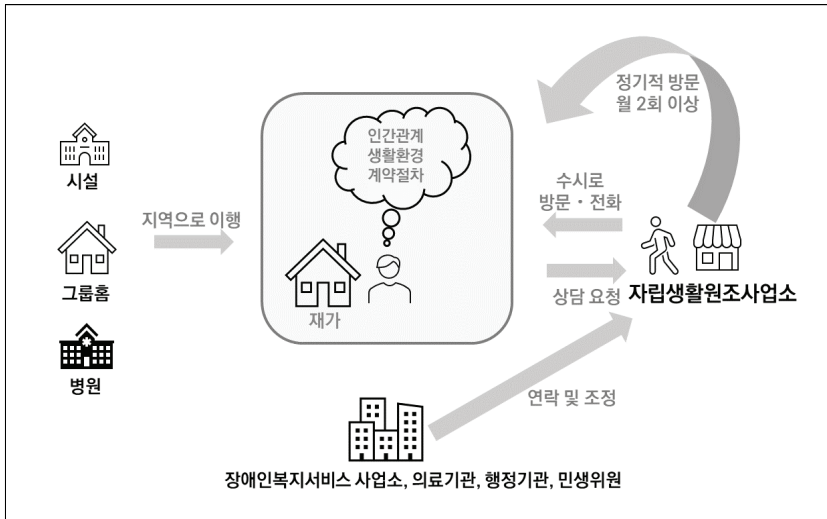
'자립생활원조'의 대상자는 장애인시설, 그룹홈, 정신과병원을 나와 지역에서 혼자서 살고자 하는 장애인이며, 이해력이나 생활능력이 낮은 자이다.

'자립생활원조'의 지원내용은 한 달에 2번 이상 정기적으로 집을 방문하여 상담자의 지역생활을 살핀다. 예를 들면, 식사·빨래·청소에 지장이 없는지, 공과금의 체납에 지장이 없는지, 건강상태가 안정적인지, 이웃

주민과의 관계가 양호한지 살핀다. 이러한 사항을 확인하여 조언하거나 의료기관에 연계한다. 정기적인 방문 외에도 면담, 전화, 전자메일 등으로 이용자의 상담을 수시로 받는다. 기본적인 이용기간은 1년간이며, 시정촌의 판단으로 연장이 가능하다.

서비스를 제공했을 때 제공기관이 받을 수 있는 보수는 담당직원 1명이 30명 이상의 이용자를 살피고 있는 경우 월 1,083단위이며, 담당직원 1명이 살피는 이용자가 30명 미만의 경우 월 1,547단위이다.³⁶⁾

[그림 5-4-4] 자립생활원조의 이미지



자료: 厚生労働省(2018a)에 기초하여 작성.

36) 서비스구분과 지역구분에 따라 약간의 차이는 있으나 기본적으로 "단위 X 10엔"이 서비스를 제공했을 때의 보수임.

라. 고령장애인을 위한 주거지원의 논의³⁷⁾

1) 장애복지제도와 개호보험제도의 관계

고령장애인을 포함한 장애인의 지역생활과 관련해서는 2013년에 시행된 '장애인 일상생활 및 사회생활을 종합적으로 지원하는 법률(障害者の日常生活及び社会生活を総合的に支援するための法律. 이하, '종합지원법')의 부칙이 정기적인 검토를 요구하고 있다.

이에 기초하여 정부는 '사회보장심의회 장애인부회(社会保障審議会 障害者部会)'에 '고령장애인에 대한 지원방향 등에 관한 논점 정리를 위한 작업팀(高齢の障害者に対する支援の在り方に関する論点整理のための作業チーム)'을 설치했다. 2018년 법 개정을 위하여 2015년도에 논의했으며, 논의는 크게 3가지였다.

첫째, 장애복지제도와 개호보험제도의 관계이다. 즉, 장애복지서비스에 상응하는 개호보험서비스가 있을 경우, 원칙적으로 개호보험서비스를 우선한다는 규정이 있다('종합지원법' 제7조). 작업팀 내에서도 장애인복지서비스와 개호보험서비스의 관계에 대한 다양한 의견이 존재했으나, 개호보험서비스를 우선한다는 원칙의 합리성을 인정하고 있는 상황이다.

한편, 장애인복지서비스를 이용해온 장애인이 개호보험서비스에 옮길 경우 다음과 같은 과제가 있다고 확인했다. 즉, 그때까지 이용해온 장애인복지서비스 제공기관과는 다른 기관을 이용하게 될 때가 있다고 확인하였다. 또한, 개호보험서비스를 이용할 경우, 자부담이 생긴다고 확인하였다. 그리고 지자체마다 장애인이 이용할 수 있는 서비스에 차이가 나므로 제공 서비스가 감소할 수 있다고 확인하였다.

37) 주로 小泉貴人(2016)을 참고하여 작성함.

그러므로 장애인복지서비스 제공기관이 개호보험서비스 제공기관으로 쉽게 지정 받을 수 있도록 도모하기로 하였다. 또한 일반 노인과 의 형평성을 고려하면서도 일부 고령장애인의 개호보험서비스 자부담을 경감하도록 도모하기로 하였다.

그 외에도 고령화로 장애인을 지원하는 부모가 개호보험의 등급자가 되는 사례에 대처하기 위하여 장애인복지제도와 개호보험제도의 연계를 추진하도록 하였다. 즉, 상담지원전문원(相談支援専門員, 장애인복지서비스)과 개호지원전문원(介護支援専門員, 개호보험서비스), 기간상담지원센터(基幹相談支援センター, 장애인복지서비스)와 지역포괄지원센터(地域包括支援センター, 개호보험서비스)의 연계를 추진하기로 하였다.

2) 장애인의 고령화에 따른 기능 저하

둘째, 고령장애인과 관련해서는 노령으로 장애인의 기능저하가 진행된다는 논의가 나온다. 즉, 노화로 신체기능과 정신기능이 저하한다. 또한 고령장애인들은 기존의 장애인복지서비스 제공기관에서는 충분히 지원하기 어렵다. 그리고 고령장애인들은 낮에 활동에 참여하기 어렵고, 젊은 장애인 이용자와 함께 활동하기도 어려워진다. 뿐만 아니라, 장애인복지서비스 제공기관에 고령장애인을 위한 지원방법이 부족해지고 있다. 이를 위한 대책 중 하나는 장애인복지제공기관에 고령장애인을 지원하기 위한 직원교육을 강화한다는 것이다. 또 하나는 증상이 악화된 고령장애인을 위하여 중증장애인 대상 그룹홈(重度者対応型グループホーム)을 검토하도록 하였다.

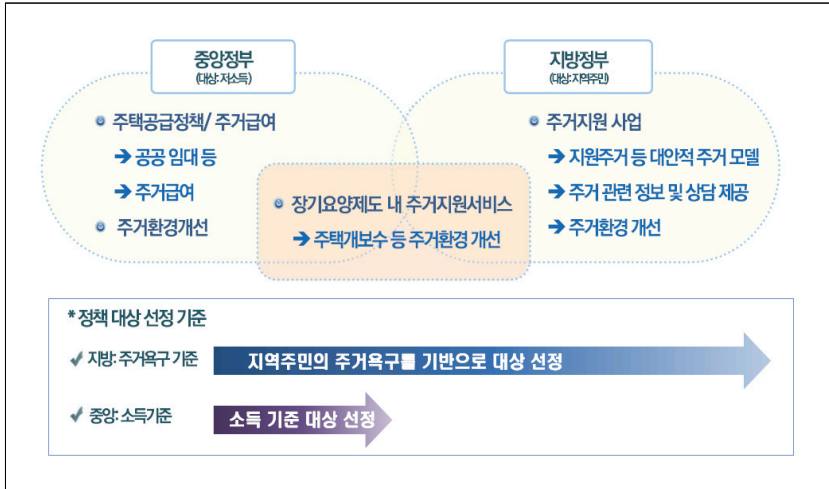
3) 부모의 사망을 고려한 지원

지적장애인이거나 정신장애인을 보면, 부모와 동거하는 장애인 많다. 부모가 장애인의 생활을 전반적으로 돌보고 있는 사례도 많다. 하지만 부모가 사망하면 부모에 의지할 수 없다. 또한 부모가 살아 있어도 부모의 체력이 저하되면 장애인을 돌볼 수 없다. 부모 외에 지원자가 없거나 부모의 노화나 사망으로 장애인의 생활이 어려워진다. 장애인의 과제를 파악하고 어떤 준비가 필요한지를 밝힐 필요가 있다. 성년후견인제도에 대한 이해를 제고해야 한다는 목소리도 크다. 부모가 사망한 후에 적절히 조언하여 부모가 맡았던 지원 기능을 보완하여 장애인복지서비스제공기관, 성년후견인, 지자체, 가족 등 주변의 지원자를 팀으로 하여 지원하는 체제를 마련하기 위하여 주임상담지원원(가칭) 창설을 검토하고 있다.

제5절 소결: 해외 주거지원에서의 함의

커뮤니티케어를 실현하고 있는 해외의 주거지원 정책의 내용을 살펴보면, 아래 그림과 같은 경향을 발견할 수 있다. 중앙정부 차원에서는 소득을 기준으로 저소득층을 대상으로 하는 (1) 공공임대주택과 같은 주택공급 정책과 (2) 주거비 지원(주거급여) 정책 및 주택금융지원 정책을 추진한다. 반면, 지방정부 차원의 주거지원 정책은 지역주민의 욕구에 근거한 (3) 주거환경 개선 사업과 (4) 주거취약계층을 대상으로 하는 다양한 주택모델의 개발, 주거 관련 정보 제공 및 상담 등을 실시한다. 또한 장기요양제도 등 기존 제도 내에 주거지원 관련 서비스를 포함시켜 ‘지역을 기반으로 하는 서비스 제공을 통한 커뮤니티케어 정책의 실현’을 꾀하고 있다고 볼 수 있다.

[그림 5-5-1] 해외 주거지원정책의 특성: 중앙 정부, 지방정부, 제도의 역할



자료: 연구진 작성

각 나라별 주거지원정책은 그 국가 국민의 주거 소유 형태 및 전쟁 등과 같은 역사적 맥락, 그리고 추구하고 있는 정책의 방향성 등에 영향을 받는 것으로 보인다. 그러나 커뮤니티케어를 실현하고 있는 해외의 주거지원의 내용을 살펴보면, 크게 5가지 특성을 발견할 수 있다.

첫째, 독립주거를 가진 고령장애인 뿐 아니라 주택을 소유하지 않은 장애인을 위한 대안적인 주거유형 및 주거모델의 다양화를 위한 연구와 프로젝트가 지속적으로 이루어진다는 점이다. 즉, 지역을 기반으로 하는 주거모델의 개발, 장애인과 비장애인이 함께 살아가는 통합주거, 여러 세대가 함께 생활하는 다중세대주거, 지역공동체를 중심으로 하는 공동주택, 공유주택등의 대안주택의 개발 등의 프로젝트성 사업이 지속적으로 이루어진다. 영국의 경우 제공되는 지원 강도/수준에 따라(돌봄지원의 강도, 혹은 전문 인력의 지원 강도) 무지원 주택에서 밀착형 주택에 이르기까지 대상자의 욕구와 선호에 따라 다양한 형태의 주택형태 및 서비스 전달체

제를 구축하고 있으며 미국의 경우에도 개인이 원하는 돌봄(서비스)의 강도와 내용, 주거 형태(임대, 구매, 밀착돌봄형 요양 시설 및 다양한 주거 모델 등)의 선택이 가능하다. 이러한 시도들은 궁극적으로 노인이나 장애인이 자신의 경제 상태와 욕구, 개인선호 등에 기반을 두어 선택할 수 있는 주거유형 및 형태의 다양화를 구축하는 결과를 야기하고 있다.

둘째, 이러한 노력에는 중앙정부, 지방정부, 장애인 자조단체, 민간 영역의 주거 관련 협회의 예산 및 관심이 함께 작용한다. 특히나 미국의 경우, HUD의 블랙그랜트(Block Grant) 형식의 지원을 통해, 영국의 경우 지방정부 차원의 적극적 노력을 통해 이루어진다. 또한 장애인 자조단체 및 민간의 영역의 주거 관련 협회의 수준에서도 주거관련 다양한 모델의 개발과 적용을 실천하고 있어 신체장애인과 감각장애인 뿐 아니라 발달장애, 정신장애를 가진 장애인을 대상으로(해외 국가의 경우, 장애유형의 욕구 혹은 노인/장애인의 구분에 따른 욕구 보다는 전반적인 기능 상태를 기준으로 한다는 차이가 있음)으로 하는 주거모델의 다양화가 시도되고 있다는 점이다.

셋째, 살고 있는 주거의 안전성을 지원하기 위한 주거환경 개선 관련 사업들도 활성화 되어 있는 것을 확인할 수 있다. 이는 주로 지방정부 차원에서 이루어지고 있는데, 아마도 커뮤니티케어의 실질적 집행 체계가 지방정부이기 때문인 것으로 보인다. 지방정부는 지역주민의 주거욕구를 기반으로 주거환경개선 사업의 대상을 선정하기 때문에 지역별로 다양하고 또한 포괄적인 주거환경개선의 대상이 선정된다. 또한 기존제도, 예를 들어 기초보장 제도(독일) 등을 통해 주거비와 난방비 그리고 집안관리 비용 등의 지원을 하고 있으며, ‘장기요양제도’(독일과 일본) 혹은 지역포괄케어(영국)제도를 통한 주거지원을 제공함으로써 익숙한 환경을 떠나지 않고 지역사회를 기반으로 한 생활이 가능하도록 하고 있다.

넷째, 중앙정부의 주택공급 정책 및 주거급여 정책은 저소득 노인 및 장애인과 같은 주거취약계층을 보다 더 고려하여 지원하며 이들의 주거 안전성 측면의 역할이 강화되어 있다. 미국의 경우, 최근의 경향은 주택의 공급보다는 주거급여 혹은 바우처의 형태의 지원이 더욱 활성화되긴 하였으나, 지역사회 내에서 가장 우선적으로 고려되어야 할 주거 안정화를 위한 정책적 노력을 지속적으로 시행하고 있다. 이에 반해 우리나라의 취약계층을 대상으로 하는 주거안정화 정책(주택공급 및 주거급여 정책)은 아주 미흡한 수준에 있다고 볼 수 있다. 현재 커뮤니케이션 정책의 실현을 위해 필요한 주택공급 등도 제대로 이루어지지 못하고 있어 해외의 주거지원 정책과 큰 차이를 가진다.

다섯째, 주거취약계층을 대상으로 하는 다양한 주택 모델의 개발과 더불어 지역사회에서 보다 안정적으로 지낼 수 있는 주거 관련 정보를 제공하고 관련된 상담 및 예산 지원 등을 받기 용이하도록 주거관련 전달체계를 구축하고 있다는 점이다. 특히나 노인과 장애인과 같은 주거취약계층을 위한 지원의 핵심인 주거 관련 기관(주거센터 등)의 직원은 노인 및 장애인의 특성, 욕구, 필요한 서비스 등과 같은 내용을 숙지하고 관련된 정보를 제공하고, 연결하고, 직접 서비스를 제공하는 등의 역할을 수행하고 있다. 예를 들면 발달장애인의 주거선택을 위한 다양한 주거유형(모델)을 마련하고, 이를 쉬운 언어로 정보 제공하고, 관련 상담을 제공하는 등 주거에 관한 선택 및 체험 등 주거 선택의 권리를 강화하는 등의 노력이 함께 수반된 것을 확인할 수 있었다.

사람을
생각하는
사람들



KOREA INSTITUTE FOR HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS



제6장

결론

제1절 커뮤니케이터와 고령장애인

제2절 고령장애인을 위한 주거지원 방안

제6장 결론

제1절 커뮤니케이터와 고령장애인

본 연구의 목적은 커뮤니케이터 정책의 주된 대상으로서 고령장애인을 바라보고, 이들이 지역사회에서의 자립적인 삶을 통합적으로 지원하기 위한 기본 전제로서의 주거지원 방안을 마련하는 것이다. 즉, 커뮤니케이터의 대상으로서 고령장애인이 왜? 고려되어야 하는지를 살펴보고, 이들을 대상으로 하는 커뮤니케이터가 효율적으로 이루어지기 위해 가장 우선적으로 고려하여야 하는 요소인 주거지원 방안은 어떤 것들이 있는지를 고찰해 보는 연구이다. 이를 위해 현행 커뮤니케이터의 이론적 개념인 장애인 자립생활패러다임(탈시설)과 커뮤니케이터와의 관련성을 알아보고 현재 진행중인 커뮤니케이터의 내용 및 대상에 대해 분석하여 커뮤니케이터의 주된 대상으로서 고령장애인을 고민하여야 하는 요인들을 제시하였다.

1. 사회적 돌봄 비용의 지속가능성 고취를 위한 정책 대상의 변화

커뮤니케이터 정책은 주요 선진국의 경우를 보더라도 인구의 고령화와 관련이 깊다. 즉, 고령사회에 접어들면서 노인인구의 의료비의 증가 및 시설수용 등의 문제와 같은 재정적인 압박 혹은 위협에 대응하기 위한 정책적 기제로서 사용되었다. 앞서 설명하였듯이, 영국이나 스웨덴은 고령사회로 진입한 뒤 10-20년 후 초고령 사회에의 대응을 위해 커뮤니케이터를 본격적으로 논의하였고, 고령사회 진입 후 15-20년의 기간 동안 커

뮤니티케어를 안착시켰다. 이에 반해 일본의 경우, 2005년 초고령 사회에 진입한 이후 2012년 비교적 빠른 기간에 지역포괄케어를 도입·운영하고 있다(김승현, 2019). 사실 커뮤니티 케어 정책의 내면적 동기는 노인의 요양병원의 과도한 이용에 따른 돌봄 비용의 지속가능성의 한계이다. 다른 서구국가의 커뮤니티케어 역시 정책 내면으로는 사회적 돌봄 비용의 지속가능성을 고취하려는 부분이 중요한 동기가 되어 왔다.

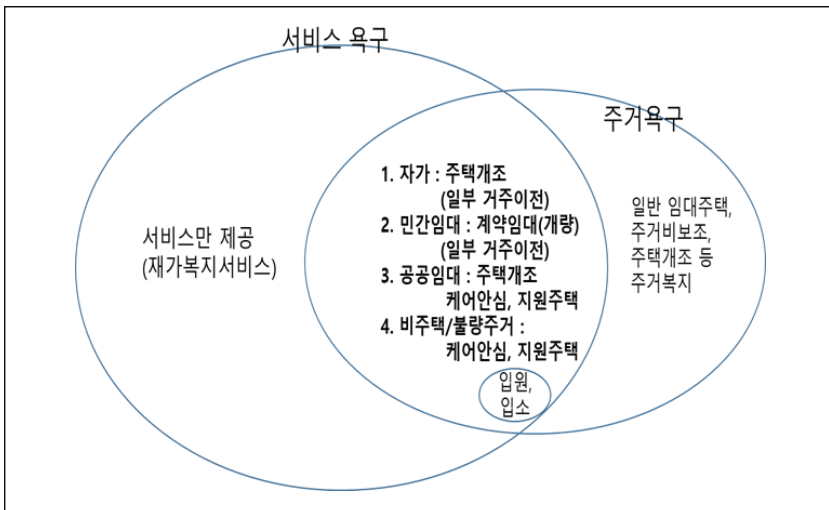
우리나라의 커뮤니티케어는 보건복지정책에서 1-2년 혹은 정부 임기의 기간에 국한되지 않는 로드맵을 구성하여 발표함으로써 현 정부의 정책 아젠다로서 상당히 핵심적인 전략으로 추진되고 있다. 커뮤니티케어 로드맵에서는 초고령사회에 진입할 것으로 예상되는 2026년 이전에 커뮤니티케어의 제공기반 구축을 목표로 단계적으로 커뮤니티케어를 실행하고 있는 것이다. 현재는 가장 앞 단계로서 커뮤니티케어 정책 구상 발표시점인 2018년부터 2022년까지를 1단계 선도사업 기간으로 정하고 핵심 인프라 확충을 도모하고 있다. 이에 따라 2019년부터 지자체 공모를 통한 선도사업이 시작되었고 2020년 현재 16개 기초자치단체가 선도사업에 참여하고 있다. 이중 장애인 대상 커뮤니티케어 선도사업은 대구와 제주지역 두 군데서 실행되고 있다.

2. 커뮤니티케어 효과성 증대를 위한 정책 대상의 확대

현재 시행되고 있는 선도사업의 대상 인구층은 해외와 마찬가지로 노인에 대한 강조가 우선되었다. 커뮤니티케어는 본래적으로 지역사회 내에서의 서비스 욕구가 높은 집단을 대상으로 한다([그림 6-1-1] 참조). 우리나라의 선도사업의 대상도 서비스욕구와 주거욕구가 중첩된 대상을 상정하여 출발하였다. 그러나 급속한 고령화 속도에 따라 요양서비스 수

요가 급증하고 있고, 특징적으로 노인의 시설 중심의 사회서비스가 팽배해있어 요양병원의 과도한 이용이 사회적 비용을 유발하고 있는 지금의 상황 때문에 ‘노인의 요양병원 이용과의 관련성’에 초점을 둔 시설 및 병원이용자가 일차적인 정책의 관심이 된 것으로 보인다.

[그림 6-1-1] 커뮤니티케어 대상자의 서비스욕구와 주거욕구



자료: 남기철(2020: 33).

반면, 장애인 대상 커뮤니티케어는 노인과 더불어 진행되고 있으나 그 중요성이 부각되지 못한 측면이 있다. 특히나 장애인 영역의 커뮤니티케어에는 노인의 요양병원(시설)으로부터의 탈시설화에 대한 논의 구조 속에서 장애인거주시설로부터의 탈시설화의 부분으로 한정하여 적용된 측면도 있어 보인다.

일반적 탈시설의 의미는 크게 두 가지로 구분되어 사용된다. ‘느슨한 광의의 개념’은 ‘대안적인 거주시설(alternative community living fa-

cilities)’에 대한 설립 및 형성에서 의미하는 ‘시설의 개선과 탈시설을 위한 일련의 과정, 그리고 대규모 시설 보호와는 구분된 상대적으로 탈시설화된 방식과 노력’ 모두를 포함하는 ‘탈시설+화(化)’를 의미한다. 반면, ‘엄격하고 좁은 협의의 개념’은 탈(脫)+시설화로, 시설로부터 나와 지역사회 내 보편적 주택에 거주하며 자립적인 생활을 하는 것만을 탈시설로 개념화하는 것으로 ‘탈시설-자립생활(Deinstitution-Independent Living)’이라는 표현을 선호한다(박숙경, 2016; 이동석, 2019,9.9). 이러한 탈시설의 개념적 구분은 장애인을 대상으로 하는 커뮤니티케어의 적용에서도 그대로 드러나는 것으로 보인다.

현재 진행되고 있는 장애인 대상 커뮤니티케어는 안타깝게도 전체 장애인의 1.15%(약 3만명)¹⁾에 해당하는 시설거주 장애인에게 보다 초점을 맞추고 있는 것으로 보인다. 앞서서도 설명하였듯이 시설거주 장애인의 76%는 인지기능의 제한 및 의사소통의 제한 등으로 인하여 지속적으로 지원이 필요한 발달장애인으로 지역사회 내 주거, 돌봄, 치료 등의 통합적인 대안 체계가 구축되지 않으면 이들의 탈시설은 더더욱 어렵다. 시설에 거주하고 있는 발달장애인을 커뮤니티케어의 주된 대상으로 삼고 있는 현재의 방식은 시설 거주 장애인의 탈시설 측면에서 매우 중요하며 향후 지속적으로 이루어져야 할 부분이다. 하지만, 지역사회 내 통합적인 대안 체계의 구축 없이는 정책 효과성을 담보하기에는 분명한 한계가 존재한다.

장애인을 대상으로 하는 커뮤니티케어는 (1) 거주시설에서 거주하고 있는 장애인 중 지역사회로의 전환을 희망하는 장애인이 대상이 되며 이들을 대상으로 하는 지역사회 내 생활조건의 개선, 보호 및 치료 관련 환

1) 2018년 기준 260만 등록장애인 수 대비 시설장애인의 수(2018년 12월 기준) *100의 값임

경의 개선을 포함하는 방식이 있을 수 있고, (2) 지역사회에 생활하고 있는 재가장애인을 대상으로 하는 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 치료 등의 지역사회 내 적절한 대안의 마련을 통한 불필요한 시설에서의 수용을 지연시키거나 방지하는 Two-track 접근 방식을 생각할 수 있다. 이들 두 방식 모두 지역사회에서 이용할 수 있는 다양한 지원체계를 마련해야 하는 것은 동일하다. 강조하고 싶은 지점은 이 두 가지 방안 중 지역사회를 기반으로 하는 재가 장애인에 대한 접근부분이 좀 더 강조될 필요가 있으며, 이는 곧 시설거주 장애인의 탈시설화를 위한 기반이 될 수 있다는 점이다. 이러한 접근은 궁극적으로 커뮤니티케어 정책의 효율성을 담보할 수 있는 전략이 될 수 있다.

[그림 6-1-2] 장애인을 대상으로 하는 커뮤니티케어



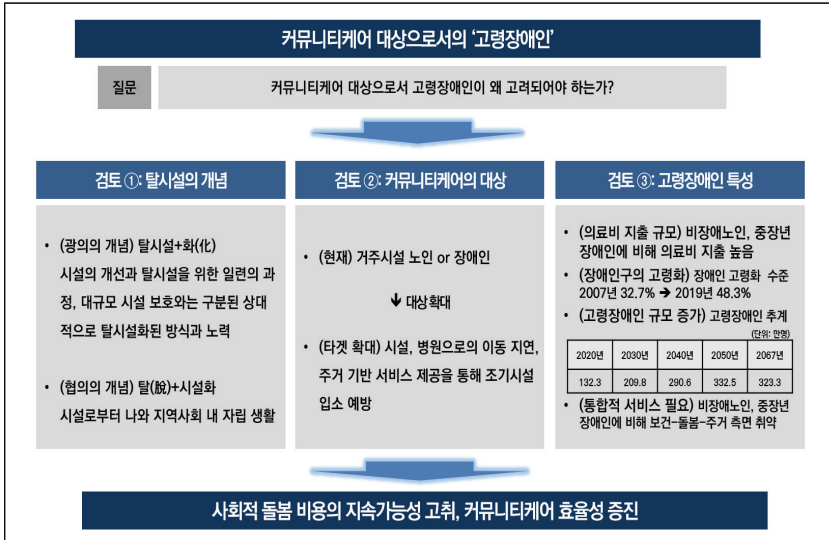
자료: 연구진 작성

3. 왜? 고령장애인인가?

현재 우리나라의 커뮤니티케어의 주된 대상은 요양시설 및 요양병원과 같은 시설로 이미 거주지를 옮긴 노인이나 장애인을 대상으로 하고 있다. 그러나 탈시설의 광의의 개념을 적용하면, 지역사회에 살고 있는 노인이나 장애인에게 안정적인 주거를 기반으로 하는 통합돌봄체계를 마련하여 이들의 시설이나 병원으로의 이동을 지연시키거나 제어할 수 있도록 주된 대상의 변화를 함께 추진할 필요가 있다. 즉, 이러한 주된 대상의 적용을 통하여 사회적 돌봄비용을 절감하고, 지역사회를 기반으로 하는 통합돌봄 체계를 마련하는 전략이 커뮤니티케어의 정책 효율성을 높이는 방식일 수 있다는 뜻이다.

이를 위해 향후 요양병원 및 시설로의 이동이 가장 많을 것으로 예측되는 대상을 주된 대상으로 삼고 이들을 대상으로 커뮤니티케어의 기반을 마련함으로써 조기시설입소를 예방하고, 동시에 시설 및 병원에 거주하고 있는 장애인의 탈시설 기반 마련을 통한 탈시설화가 보다 탄력을 받을 수 있다. 이러한 타겟 대상은 지역사회에 거주하고 있지만, 적절한 지원이 없이는 일상생활이 어렵고 주거를 기반으로 하는 서비스 제공을 통해 일상생활을 영위 할 수 있는 대상층을 고려하여야 할 것이다.

[그림 6-1-3] 커뮤니케이터 대상으로서의 '고령장애인' 검토



자료: 연구진 작성

본 연구에서는 그러한 대상으로 고령장애인을 제안하였다. 현재 노인 대상 커뮤니케이터의 타겟 대상은 신체기능이 저하된 노인으로 좁혀져 있다. 노인 중에서도 특히 신체기능저하 노인에게 있어 요양병원은 신체기능의 회복과 재활을 주요기능으로 하는 원래의 목적에 더하여 중신토록 생활하는 기관(새로운 형태의 주거)으로 변질·운영되고 있기 때문이다(석재은, 2018). 고령장애인의 경우, 기존의 장애에 더해지는 노화로 인한 신체적 기능의 저하로 기능손실을 예방하고, 재활을 필요로 하며, 비장애노인과청장년 장애인에 비해 의료이용률, 진료비 및 입내원 일수 등의 의료비 지출 규모가 큰 집단이다(표 2-2-2, 2-2-3, 2-2-4, 2-2-5, 참조). 모두가 예상하는바와 같이 장애인의 의료비 지출은 연령이 증가할수록 증가한다(표 2-2-6 참조). 또한 노인과 고령장애인의 다빈도질환을 비교해 보았을 때, 신체 노화로 인한 다빈도 질환은 비장애노인이나 고령

장애인 그룹에서 모두 비슷하게 발생하기 때문에 고령장애인의 향후 진료비 등 의료 이용율은 지속적으로 증가할 것으로 예상된다.

고령장애인의 또 다른 특성은 그 규모가 지속적으로 증가할 것으로 보이며 향후 고령장애인의 규모는 가파르게 확대될 것이라는 점이다. 이는 크게 두 가지 측면에서 확인할 수 있는데 첫째는 장애인구의 고령화로 인한 고령장애인의 증가 측면과 두 번째는 인구 고령화에 따른 노인인구의 증가에 따른 고령장애인의 증가측면으로 살펴볼 수 있다. 장애인구의 고령화 수준 추이를 살펴보면, 2007년 전체 장애인구의 32.7%에서 2019년 48.3%로 점진적으로 증가한 것을 알 수 있다. 이는 공공의료 및 보건정책의 발달, 의료 기술의 발전 등으로 장애인구의 평균수명의 연장으로 인한 결과로 볼 수 있다(표 2-2-9 참조).

두 번째 노인인구 증가에 따른 고령장애인의 증가는 노인인구의 노화로 인한 신체적·정신적 기능의 제한 혹은 쇠퇴로 인한 장애경험의 증가에 기인한다. 즉, 노인인구의 가파른 성장은 이에 따른 고령장애인의 규모를 확대시키는 결과를 야기하는 것이다. 2017년 장애인실태조사에 따르면, 연령별 장애출현율은 65~69세 13.68명, 70~74세 18.10명, 75~79세 22.55명, 80세 이상 20.02명으로 나타나 인구 천 명당 장애출현율은 연령이 증가하면서 함께 증가하는 것을 알 수 있다(표 2-2-10 참조). 2017년 전체 ‘노인인구 대비’ ‘등록장애인 중 고령인구 비율’과 ‘고령화 추계’를 바탕으로 고령장애인 수를 예측해 보면, 고령등록장애인 수는 2017년 115만 명에서 2030년 210만 명, 2040년 291만 명, 2050년 333만 명까지 증가할 것으로 예상할 수 있다(표 2-2-11 참조). 이러한 수치는 연령별 장애출현율을 2017년 기준으로 고정했을 때의 예상이다. 만일 연령별 장애출현율이 상승한다면 그 규모는 더욱 늘어날 것으로 보인다.

세 번째, 보건의료-요양-돌봄-주거 지원과 같은 통합적 서비스의 제공

이 필요한 대상으로서의 고령장애인의 특성을 살펴보면 다음과 같다. 2017년 노인실태조사와 2017년 장애인실태조사를 통하여, 노인인구 중 고령장애인의 특성과 장애인구 중 고령장애인의 특성을 살펴보면 고령장애인은 비장애노인에 비해 그리고 중장년 장애인에 비해 보건, 돌봄, 주거의 측면에서 보다 취약한 것으로 나타나 지역사회내에서 커뮤니케이션과 같은 통합적인 지원체계 마련이 반드시 필요한 대상층임을 확인할 수 있었다(표 2-2-14, 2-2-15, 2-2-16, 2-2-17, 2-2-18, 2-2-19 참조). 건강보험 비급여의 급여화 등 의료보장성을 강화하고 있는 문제인 케어는 지역사회를 기반으로 하는 통합 사례관리를 통한 효과적인 커뮤니티케어의 구현을 통해 급증하는 의료비용에 전략적으로 대응하여야 한다. 이러한 대응전략에 있어 정책의 대상에 대한 심도 깊은 고민이 요구된다.

제2절 고령장애인을 위한 주거지원 방안

1. 수요자 중심의 주거지원 정책의 강화

가. 중앙정부 차원(국토부)의 수요자 중심의 주거지원 정책의 강화

우리나라의 장애인과 노인을 위한 주거지원 정책은 임대주택 등의 입주 특례, 가점, 우선 공급 등으로 임대주택 공급정책이 가장 대표적이다. 그 대상도 장애인과 노인 등의 주거취약계층 중에서도 저소득층에 국한된 정책을 시행하고 있다. 현재 국토부를 주축으로 하는 중앙정부의 주거지원은 과거 개발 우선 시기의 건설 및 개발 중심의 정책에서 세대 혹은 주거 특성을 고려한 복지의 강화라는 새로운 정책 흐름의 과도기적 상

황에 있다고 할 수 있다. 이에 따라, 청년, 신혼부부, 고령자 등 매우 다양한 특성을 가진 가구에 대하여 생애주기별로 지원체계를 수립하고 각 세대나 특성에 맞는 주거지원을 위해 노력하고 있으나 과도기라는 특성 때문에 고령자 및 장애인은 주거지원의 주된 대상으로 고려되고 있다고 보기는 어렵다.

특히나 고령자와 장애인에 대한 주거지원 정책 대부분은 이들의 특성과 생활패턴 등을 고려하기 보다는 경제상황이나 장애정도 등에 맞추어 단편적으로 지원하고 있는 상황이다. 이러한 정책 방향은 물리적 시설 위주의 주거지원을 우선시 해오던 관성에 의한 것이라 할 수 있다. 즉, 주거지원의 방향이 수요자의 관점보다는 공급자 즉, 정부측면에서 효율적 지원을 위한 편의에 따른 구분에 맞추어져 있다.

우리나라의 장애인과 고령자를 위한 주거지원 정책은 임대주택 등의 입주식 특례, 가점, 우선 공급 등으로 임대주택 공급정책이 가장 크며 그 대상은 소득을 기준으로 한 ‘저소득층’에 국한되어 있다. 대부분의 고령장애인은 고령과 장애로 인해 경제활동을 영위하기 어렵다. 다시 말하면 국가나 공공의 지속적인 지원을 필요로 한다. 또한, 많은 경우 질병이나 노환 등으로 거동의 어려움을 경험하기도 한다. 따라서 이들에게 있어 안락하고 편안한 곳에서의 거주, 즉 주거의 요소는 무엇보다 중요하다. 만일 고령장애인을 커뮤니티케어의 주된 정책 대상으로 고려한다면, 고령장애인의 경우에는 고령장애인을 대상으로 하는 주거지원 정책의 새로운 접근이 요구된다. 예를 들어, 전체 소득계층을 포괄하는 방식의 주거지원 정책을 마련하여 고령장애인의 주거 안정화를 강화하고 이를 토대로 서비스와 결합되는 형태의 커뮤니티케어를 실행하는 것이 필요해 보인다.

진행되고 있는 커뮤니티케어 시범사업에서의 케어안심주택이나 지원주택은 공공임대주택을 포함한 사회주택으로서 거주 이전을 포함하고 있

다. 즉, 현재의 주거지가 매우 열악하거나 거주이전의 욕구가 있는 대상자에게 이러한 주거의 공급은 필수적으로 이루어져야 하지만, 국토부를 중심으로 한 주택임대 주택의 대상은 '저소득층'으로 한정되어 있어 지역 사회 주민의 욕구에 기반을 둔 '보편적' 성격의 커뮤니티케어 정책 대상과 일치하지 않는 측면이 있다. 따라서 중앙정부 차원의 커뮤니티케어 정책의 실행을 위한 주거지원 정책은 향후 증가할 고령장애인의 수를 고려하여 주거의 공급이 원활히 이루어질 수 있도록 절대적인 숫자의 공공임대주택의 확대 및 공급이 우선적으로 실행될 수 있도록 제도를 개선하는 것이 필요하다(강미나 외, 2016; 배정인, 2016).

또한 주택 공급 시에는 일반주택이라 할지라도 유니버설 디자인(UD)에 의한 기본적인 시설을 공급할 것을 고려해야 할 것이다. 일반적인 UD 시설의 경우는 고령자가 아니어도 비장애인 및 비고령자에게 유용하게 사용될 수 있으며 유아 및 어린이도 함께 사용할 수 있는 시설 공급을 고려해야 한다. 이는 추후 시공에 따른 경제적, 시간적인 비용을 감소할 수 있는 방안으로 여겨진다(배정인, 2016).

더불어 거주이전의 욕구가 없는 고령장애인을 대상으로 하는 주거환경 개선 사업 등의 확대도 필요하다(아래에서 상세히 다룸). 최근 고령장애인은 물론 고령자와 장애인 모두 1인 가구화가 되고 있는 경우가 많아 이러한 요인들을 고려한 입주기회 확대 등(강미나 외, 2016; 강미나, 조운지, 2017) 새로운 형태의 제도 개발이 요구된다.

나. 중앙, 지방, 기초 지자체 수준의 주거환경 개선 사업의 다양화

고령장애인은 주거상황(주택 혹은 시설, 혹은 혼자 또는 가족과 함께)에 상관없이 주거환경에 대한 특별한 요구를 가진다. 이는 기존 장애에

더해지는 노화(기능적 쇠퇴)를 경험하거나 노화로 인한 장애(기능적 제한)를 경험하는 집단이기 때문이다. 특히나 지역사회에 거주하고 있는 고령장애인의 주거유형의 대부분(약 70%)은 ‘자가’이다. 이들 중 많은 수가 남편이나 아내 등 2인 가족의 형태로 혹은 혼자 살고 있는 것으로 나타났다. 이들 중 대부분은 나이가 들더라도 지속적으로 지금 살고 있는 곳에서 살아가기를 원하는 것으로 나타났다. 즉 친숙한 환경에서의 노후(AIP)를 원하는 것이다. 이는 이들의 주거지원관련 주된 욕구가 주거환경 개선으로 모아지는 이유이다(노승현, 2016, 이병화 외, 2019). 또한 본 연구 3장에서도 제시하였듯이, 고령장애인의 삶의 질에 있어 주거만족도 및 주택구조는 지역사회에 거주하고 있는 고령장애인의 삶의 질에 통계적으로도 매우 유의미한 영향을 미치는 것으로 확인되었다(표 4-1-9, 표 4-1-48 참조).

또한 전국에서 30년 이상 된 노후 주택은 47%에 달하고 노후주택 거주민 중 노인이 차지하는 비중이 높고 그 비율 또한 점차 증가하고 있다(국토교통부, 2020c:6). 이는 고령장애인의 주거에서도 그대로 드러날 문제로, 주택의 노후화는 기능상태의 제한으로 인한 생활의 불편함과 마찬가지로 일상생활에서의 주거만족도를 낮추는 주요 요인이 된다. 특히 수도, 전기, 가스시설의 노후화는 안전의 문제와 깊은 관련성을 가진다. 더불어 주거 내·외의 환경의 악화는 낙상, 호흡기 질환 등의 건강문제를 야기할 수 있기 때문에 지역사회 내 고령장애인에게 있어 주거환경 개선은 중요하다.

현재 주거환경 개선 사업은 국토부에서 수행하고 있는 농어촌 장애인 주택 개조사업(국토부 50: 지자체 50)과 지자체 수준에서 시도예산 100%를 가지고 지원하고 있는 주거환경 개선 사업 등이 있다. 이들 사업은 한정된 예산으로 인해 혜택을 받는 가구가 많지 않고, 대상이 모두 저

소득층에 제한되어 있으며, 개별 가구에 책정된 금액이 많지 않은 특징을 가지고 있다. 농어촌 장애인주택 개조사업을 이용하기 위해서는 주거급여의 수선급여의 경우 장애인에게 추가로 최대 380만원이 지원될 수 있지만 현재의 인건비, 재료비 등을 고려하면 최소한의 시설을 설치하기도 쉽지 않은 상황이다(지자체 주거환경 개선 사업비는 최대 600만원 수준이다).

또한 임대주택에 거주하고 있는 고령장애인의 주거환경 개선에 대한 욕구도 반영할 필요가 있다. 공공임대주택에 거주하고 있는 고령장애인의 주거환경은 상대적으로 낮은 수준이기 때문이다(강미나 외, 2016). 현재 ‘노후 공공임대주택 시설개선사업’이 존재하지만, 본 사업은 주거약자를 위한 아파트의 생활안전 예방 사업, 배리어프리 시설 설치, 전기시설 정비 등의 임대주택 내의 주거환경의 개선보다는 임대주택 내 공용공간 및 외부시설 개선에 초점을 두고 있어 임대주택에 거주하고 있는 고령장애인을 위한 주거 내부 환경 개선을 위한 지원제도는 존재하지 않는다. 지자체에서 시행하고 있는 주거환경개선 사업을 통해 주거환경개선이 가능하긴 하지만, 이마저도 예산의 제약으로 인해 해당 지역에서 한해에 100명 남짓의 사례만 혜택을 받을 수 있다. 또한 대상도 고령장애인이 아니라 저소득 장애인으로 포괄적이다. 따라서 고령장애인이 생활하고 있는 임대주택의 주거환경 개선을 위한 제도적 개선도 필요하다.

커뮤니티케어 정책은 지역주민의 욕구에 근거한 ‘보편성’을 표방하고 있다. 그러나 제공되는 주거지원 서비스는 저소득층을 대상으로 하는 것으로 지역사회 내 저소득층 이상의 고령장애인에 대응하는 주거지원 방안은 고려되지 못하고 있다. 이에 공공임대주택을 기피하거나, 주거이전을 원하지 않는 중산층 대상자의 욕구에 대응하는 주거지원 방안을 고민할 필요가 있다. 본 연구의 FGI에서도 중산층 고령장애인의 경우, 자부담

을 이용해서라도 주거환경개선 관련 정보 및 상담 등을 받고 자신의 기능 상태를 고려한 주거환경 개선을 원하는 욕구가 높았다. 향후 주거환경 개선 사업은 '서울시 시각장애인 가정 내 잔고장 수리서비스'와 같이 지역 사회 내 시각장애인의 욕구에 기반을 둔 특화 사업과 같은 대상의 확대와 서비스의 다양화를 모색할 필요가 있다. 이러한 노력은 국토부를 비롯한 중앙정부차원에서 그리고 지방정부 및 기초지자체 차원에서 다양한 욕구에 대응하는 다양한 형태의 사업들로 개발되어 전개될 필요가 있다.

다. 커뮤니티 주거지원 정책의 개선에 있어 복지 대상별 구분의 지양

노인의 증가는 자연스럽게 고령장애인의 증가로 이어진다. 특히 이들의 증가율은 시간이 지날수록 빨라질 것이다. 커뮤니티케어에서 고려하여야 할 지점이 여기에 있다. 현재 진행 중인 커뮤니티케어 선도사업 추진에서는 특정 지역의 커뮤니티케어는 노인, 장애인, 정신질환자 중 어느 한 대상에 대해서만 사업을 추진하도록 하고 있다. 즉, 인구집단별 구분 방식을 취하고 있는 것이다. 이러한 접근 방식은 인간의 욕구는 대상의 구분과 관련 없이 동일한 것이기 때문에 커뮤니티케어를 통해 궁극적으로 달성하고자 하는 목표(돌봄비용의 지속가능성의 제고 및 통합적 복지 지원체계 구축)의 달성에 효율적인 방식이라 보기 어렵다. 또한 고령장애인과 같이 커뮤니티케어 정책에서 우선적으로 고려해야 하는 중복적 대상자를 배제하는 결과를 초래할 수도 있다. 커뮤니티케어는 지역사회에서의 욕구의 개별화와 다양한 지원이 중요하고 이를 통합적으로 제공되, 개인의 선택과 독립생활은 보장하는 방향으로 추진되어야 한다. 즉, 복지대상자의 특성을 고려한 통합적인 지원방식을 고민하여야 한다. 주거와 복합적 서비스의 욕구, 주거 및 치료, 복지 서비스 등의 통합적 접근

방식이 요구된다. 이에 현재와 같은 복지 대상별 분리가 필요한 것인지에 대한 고민이 요구된다.

이러한 접근은 현행 복지제도는 물론, 케어안심주택 및 지원주택 사업에서도 그대로 드러나고 있다. 즉, 노인용, 장애인용, 정신질환자용, 만성 노숙인용 지원주택이라는 유형 중 어느 하나의 범주로 신청해야 하기 때문에 대상인구별 구별이 그대로 적용되고 있다. 커뮤니티케어는 욕구의 개별화와 다양한 지원이 중요하고 이를 통합적으로 제공하되, 개인의 선택과 독립생활은 보장하는 방향으로 추진되어야 한다. 즉, 복지대상자의 특성을 고려한 다양한 지원방식의 고민은 요구되나, 지역사회에서 주거와 서비스의 욕구, 주거 및 치료 서비스 등의 통합적 복지서비스를 요구하는 대상으로서는 큰 차이가 없다.

최근 공급을 시작한 ‘고령자복지주택’은 주택은 내외부에 기초적인 수준의 설비를 갖추고 복지관 등 지원센터를 같은 단지 내에 위치시키는 등 고령자 이용 편의를 증진시키기 위한 주택이다. 하지만, 고령자복지주택은 일반적인 고령자를 위한 주택이며, 거주민의 신체적 기능 수준에 관계 없이 일률적인 보조시설을 갖추도록 하고 있다. 이러한 시설의 수준이 고령장애인이 이용하거나 사용하기에 적절한 수준인지? 등은 고려되지 않고 있다. 지나치게 건강한 노인만을 고려한(1개동 기준) 현재의 고령자복지주택의 건설이 세계적으로 주목하고 있는 계층혼합형 주거형태(Social Mix)와 더욱 괴리를 갖는 것은 아닌지 고민할 필요가 있다.

2. 지역사회 기반 주거모델(유형)의 다양화

외국의 커뮤니티케어의 공통된 특성은 (1) 지역사회를 기반으로 지방 정부 중심의 책임성이 강조되어 있으며 (2) 당사자 중심의 통합성, (3) 서

비스 설계의 유연성 그리고 (4) 주거를 기반으로 하는 서비스 구성의 다양성으로 나타난다(유동철 외, 2018). 즉, 커뮤니티케어 정책의 실행에 있어 주거지원을 다양화함으로써 주거안정성을 바탕으로 지역사회 자원들을 연계하여 친숙한 환경에서의 노후(AIP)를 실현할 수 있도록 노력하였다. 현재 커뮤니티케어 정책을 추진하고 있는 우리나라의 주거지원 정책은 해외와 마찬가지로 주거모델의 다양성 확보를 위해 노력해야 할 것이다.

주지하다시피, 시설보호나 (요양)병원 입원을 통한 돌봄의 방식은 규범적으로도 친숙한 환경에서의 노후(AIP) 실현에 적절치 않으며, 장애인의 탈시설화 등과 대립되는 측면이 있다. 따라서 커뮤니티케어는 어떤 대상을 주된 대상으로 삼든지 상관없이 안정적 거주지를 필요로 한다는 점에서 주거지원 방식의 새로운 전략을 요구한다. 이러한 주거지원 방식의 새로운 전략에는 앞서 설명한 넓은 의미의 탈시설 개념을 적용하여 지역사회 기반 시설의 소규모화를 포함하는 지원주거 등 고령장애인의 욕구를 기반으로 하는 주거모델의 다양화를 위한 노력이 필요하다.

가. 지역사회 기반 시설의 소규모화를 포함하는 주거모델의 다양화

현재와 같은 자가와 (요양)병원 및 시설 두 가지 주거 옵션에서 진행되고 있는 케어안심주택이나 민간 및 지자체 수준에서 시행하고 있는 지원주택 모델은 주거와 서비스가 결합된 형태로서 큰 의미를 가지며, 다양한 형태의 주거욕구나 서비스 사각지대를 감안할 때 필요한 주거 모델이다. 이러한 소규모형 주거모델로는 장애유형별 고령장애인 그룹홈, 지원강도에 따른 지원주택, 발달장애인의 지원생활 주거모델, 지역공동체를 중심으로 하는 공동거주(독일), 공유주택(영국) 등의 모델들을 한국형으로 시도해 볼 수 있다. 고령장애인 그룹홈의 필요성에 대해서는 이전 연구(노

승현 외, 2014; 2016; 이병화 외, 2019)에서 제안된 바 있으나 이들 연구에서는 중고령 발달장애인을 고려한 주거 모델로서 제시된 한계가 있다. 즉, 스스로 임대차 계약을 체결하기 어려운 취약계층에 대한 주거모델 방식으로 고민한 것이다. 본 연구에서는 장애유형별 혹은 중증 고령장애인의 그룹홈을 포함하여 보다 포괄적으로 제안하였다. 이러한 그룹홈의 활용은 현재 일본의 고령장애인에 대한 대응방식으로도 활용되고 있다.

주거모델의 다양성 실현에 있어 경계해야 할 부분은 주거모델에 맞추어 불필요한 주거 이동을 발생시키는 부작용이나 주택 및 서비스 공급자의 효율적 업무편의를 위해 주택을 시설화할 수 있다는 점에 대한 경계가 있어야 한다. 이러한 접근을 통해 고령장애인을 대상으로 하는 커뮤니티케어는 병원의 장기입원 및 요양시설 등의 거주시설로의 이동을 지연시키거나 제한시키는 효율적인 정책으로 안착될 수 있을 것이다.

이미 커뮤니티케어를 실현하고 있는 국가의 주거지원의 특성을 살펴보면, 영국의 경우 제공되는 지원 강도/수준에 따라(돌봄지원의 강도, 혹은 전문인력의 지원 강도) 무지원 주택에서 밀착형 주택에 이르기까지 대상자의 욕구와 선호에 따라 다양한 형태의 주택모델(유형)을 구축하고 있고 미국도 개인의 선호와 욕구, 경제상태 등에 따라 돌봄(서비스)의 강도와 내용, 주거 형태(임대, 구매, 밀착돌봄형 요양 시설)의 선택이 가능한 다양화를 위한 지원노력을 하고 있다. 독일의 경우, 장애인과 비장애인이 함께 살아가는 통합주거, 여러 세대가 함께 생활하는 다중세대주거 등과 같은 다양한 프로젝트성 주거모델을 개발, 시도하고 있다. 이러한 접근은 장애와 고령으로 인해 발생하는 일상생활의 제약에도 불구하고 자기결정 및 선택 등 자립적인 삶을 유지하면서 다른 한편으로는 공동체적 모형을 통해 거주지의 다른 사람들과 상호적인 관계를 형성하고 나아가 상호지원이 이루어지도록 시도하고 있는 것이다.

나. 장애유형별 특성 및 욕구에 근거한 주거모델(유형)의 다양화

해외의 다양한 주거모델은 특정 장애유형을 고려하여 발전되기 보다는 지원의 수준 및 강도, 서비스의 내용, 주거의 형태(임대, 구매, 시설 등) 등에 따른 구분으로 장애유형별 특성 및 개인의 욕구를 고려한 주거모델의 다양화를 추구하고 있다. 그러나 발달장애인의 경우에는 발달장애가 지는 장애특성을 고려한 특화된 주거모델을 고안하기도 한다.

그러나 우리나라의 경우에는 아직 해외에서 사용하고 있는 기준(지원의 강도, 서비스의 내용, 주거 형태 등)에 따른 주거모델의 다양성 확보가 되어 있지 않고, 법적으로 인정하고 있는 15개 장애유형을 두고 있는 ‘장애인등록제도’를 시행하고 있어 장애유형별 접근에 익숙한 정책적 특성을 지니고 있다. 따라서 본 연구에서는 장애인의 특성별 요구되는 주거모델(주거유형)을 역으로 제안하여 향후 주거모델의 다양화를 위한 방향성을 모색해 보고자 하였다. 제안된 장애유형별 주거모델은 본 연구에서 수행된 FGI결과 및 장애유형별 주거특성에 근거하여 공동 연구진이 (안)으로 제시한 것이다. 제안된 장애유형별 주거모델(안)은 반드시 해당 장애에 해당 모델만이 적용되어야 한다는 것이 아니라 장애특성에 따른 주거모델의 다양화를 통해 주거선택권을 확보하기 위한 예시로서 이해하는 것이 적절할 것이다.

[그림 6-2-1] 장애유형별 특성 및 욕구에 근거한 주거모델(유형)의 다양화

신체장애인	감각장애인	발달장애인
<ul style="list-style-type: none"> ☛ 케어안심주택 (지원 정도에 따른 다양화) ☛ 신체 및 중증 그룹홈 ☛ 돌봄주택 ☛ 주거공동체, 공유주택 등 대안적 주택 	<ul style="list-style-type: none"> ☛ 케어안심주택 (지원 정도에 따른 다양화) ☛ 감각장애인 그룹홈 ☛ 공동거주, 공유주택 등 공동체 문화를 공유 할 수 있는 주거 형태 <div> <p><예시> - 미국의 지역사회 기반 모델</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ☛ 케어안심주택 or 지원주택 (지원 정도에 따른 다양화) ☛ 체험홈 등 전환주택 ☛ 돌봄주택 <div> <p><예시> - 영국의 지원생활모델 - 독일의 주거학교</p> </div>

자료: 연구진 작성

다. 신체장애를 가진 고령장애인 주거모델(안)

지체장애와 뇌병변 장애로 대표되는 신체장애는 관절장애, 절단장애, 변형, 지체기능장애 등의 장애를 포함하고 뇌의 손상으로 인한 복합적인 장애를 포함한다. 대체적으로 신체적 기능의 제한으로 인하여 일상생활의 수행에 있어 다양한 기능적 제한을 가지는 특징이 있다. 특히 신체장애를 가지고 있는 고령장애인의 경우에는 본 연구의 FGI에서 확인한 바와 같이 기존 장애에 더해지는 노령효과로 인해 비장애 노인에 비해 집밖에서의 생활은 물론 집안에서의 생활에 더욱 어려움을 느끼는 것으로 나타났다.

특히나 신체장애인 중에서도 장애의 정도가 심한 중증장애인의 경우에는 일상생활의 수행에 있어 지원의 필요도가 더욱 높아지는 경향이 있기 때문에 이러한 대상은 돌봄 주택과 같이 지원서비스가 함께 제공되는 주거모델의 적용이 가능하다. 반면, 약한 지원강도를 요구하는 신체 장애인의 경우에는 비슷한 장애를 가지고 있는 친구 등과 함께 그룹홈 형태의

주거에서 노후를 함께 지내고 싶다는 의견도 있었고, 주거공동체와 같이 자신과 비슷한 장애를 가지고 있는 사람들과 독립된 주거공간을 가지고 서비스나 프로그램을 공유하는 형태의 주거유형에서 살고 싶다는 욕구도 나타났다.

따라서 신체장애를 가진 고령장애인을 위한 주거모델은 고령장애인의 주거안전성을 고려하여 현재 적절한 주거를 가지고 있지 못하는 경우에는 주거를 지원하고 서비스를 결합하는 방식의 현케어안심주택 혹은 지원주거모델을 적용해 볼 수 있을 것이고, 자가에서 생활하고 있는 고령장애인의 경우에는 필요한 서비스만 결합되는 형태의 케어안심주택모델의 적용이 적절해 보인다.

라. 감각장애를 가진 고령장애인 주거모델(안)

시각 장애 및 청각장애와 같은 감각장애인은 신체의 특정 기능의 제한으로 인한 일상생활의 어려움을 경험하는 대상이고, 시청각장애인의 경우 비장애인과 다른 의사소통 방식(점자, 수화 등)을 사용하는 등 장애특성에 따른 공동체 의식 및 문화를 형성하고 있다. 본 연구의 FGI에서 나타난 바와 같이 시각장애인의 경우에는 추후 현재보다 더욱 고령화되고 배우자 등이 부재될 경우, 자신의 장애와 비슷한 장애를 가진 고령장애인과 함께 하는 주거모델을 선호하는 것으로 나타났다. 이러한 주거모델로는 시각장애인 그룹홈, 공동거주, 공유주택과 같은 대안적 주거형태, 시각장애인 고령자친화주택(고령자친화주택 내 여러명의 고령 시각장애인이 생활하는 형태) 등도 고려될 수 있다. 또한 욕구에 따라 혹은 환경에 따라 서비스의 지원 수준 등을 조절하는 유연함 등을 고려해 볼 수 있다.

시각장애를 가진 고령장애인의 경우, 비장애노인들과 함께 생활하는

요양시설에의 입소에 대해서는 편안함보다는 불편함으로 인식하였다. 이는 감각장애인의 특성에 기인한 것으로 보인다. 따라서 시청각 장애인을 위한 주거모델은 자신이 가진 장애에 대한 이해도와 형편이 비슷한 고령 장애인들이 함께 생활하는 공동주택, 그룹홈 등을 시도해 볼 수 있으며, 개인의 사생활이 보장된 별도의 공간과 여가활동 공간 등이 구비된 고령 자친화주택 등에서 함께 생활하면서 낮시간 동안에는 함께 프로그램에 참여하거나 동료상담 등 상호지지를 증진시키고 우울감과 고독감을 완화할 수 있는 주거모델을 생각해 볼 수 있다.

마. 발달장애를 가진 고령장애인 주거모델(안)

커뮤니티케어를 실현하고 있는 해외의 주거지원의 내용을 살펴보면, 발달장애인을 대상으로 하는 주거지원에 대한 고민을 쉽게 볼 수 있다. 발달장애인은 타 유형의 장애인들과는 다르게 자립 이후에도 지속적인 지원을 필요로 한다. 우리나라의 경우, 거주시설 거주자의 78%가 발달장애인이고 타 유형의 장애인과 달리 탈시설 이후에도 지속적인 지원이 필요한 발달장애인의 장애 특성으로 인해 발달장애인을 위한 주거지원에 대한 다양한 시도들이 있어 왔다.

서울시의 지원주거 및 체험홈 등은 발달장애인과 같이 주거와 서비스가 동시에 필요한 대상에 대한 주거대안으로 시도되고 있다. 서구 복지국가에서도 이미 이러한 시도들이 발달장애인의 주거지원과 관련된 적극적 대안으로 여겨지고 있다. 실제 본 연구의 FGI 결과에서 알 수 있듯이 고령발달장애인을 위한 그룹홈의 확충 및 서비스 연계에 대한 부분도 고령 발달장애인을 대상으로 하는 주거 대안으로 활용될 수도 있을 것이다.

특히 영국의 경우, 발달장애인을 위한 지원생활모델방식이 함께 시

도되고 있는 부분은 흥미롭다. 지원생활모델은 탈시설화 이념인 지역사회 기반 생활(community-based Living)을 통한 발달장애인의 삶의 질의 확대를 위해 발달장애인이 자신의 집에서 자신의 욕구와 필요에 맞는 지원을 받는 모델을 뜻한다(O'Brien, 1991; Simons, 1998; Kinsella, 2001; 김미옥, 정민아, 2017: 257-258에서 재인용).

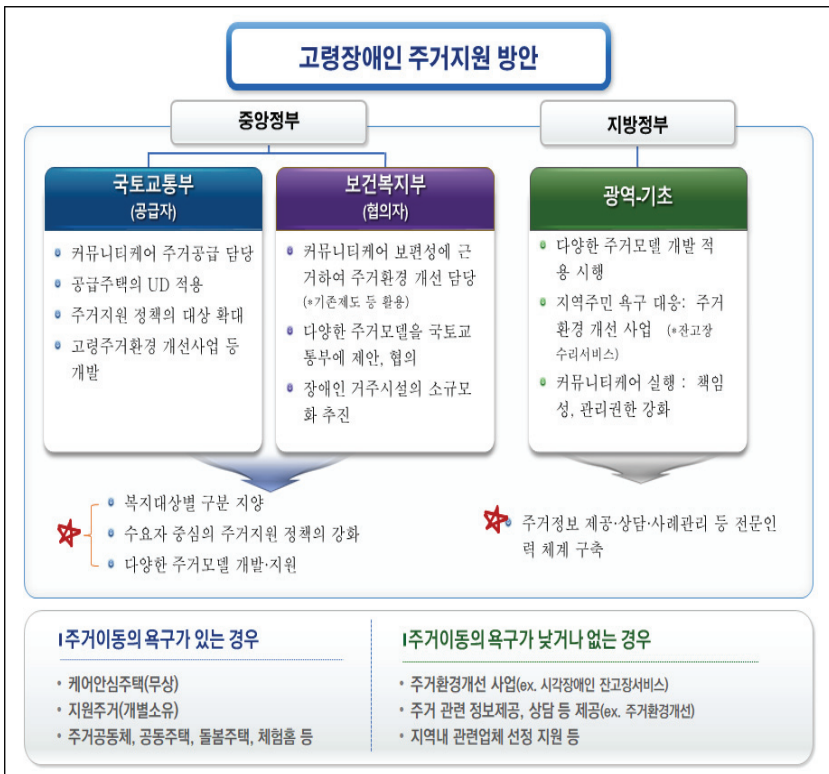
독일의 경우, 발달장애인을 대상으로 하는 주거학교는 시설에서 생활하거나 가정에서 독립을 원하는 발달장애인이 주거와 관련된 필요한 정보들을 획득할 수 있으며 앞으로의 주거생활을 위한 활동들을 배울 수 있도록 상담을 제공하고 있다. 이러한 서비스는 지역의 장애인에게 무료로 제공되며, 발달장애인의 욕구에 기반한 수업내용으로 구성된다. 이처럼 발달장애를 위한 주거지원의 방식이 고령이 된 후 거주시설이나 양로원으로 바로 이전하는 것으로 고려되는 것이 아니라 지역사회에서 이웃들과 살아갈 수 있는 지원시스템을 구축하고 지역 안에서 필요한 서비스와 자원들을 스스로 구성할 수 있도록 자기결정적인 삶을 지속적으로 유지하는 방향으로 설정하고 있다. 특히 독일의 고령장애인을 위한 모델은 자립이 가능하거나 자립능력이 있는 장애인만을 대상으로 하는 것이 아니라 장애여부와 장애정도와 상관없이 지역사회에서 자립적인 삶이 가능한 시스템 구축에 초점을 맞추고 있는 점은 중요한 함의를 가지는 부분이라 할 수 있다.

3. 고령장애인 대상 커뮤니케이션: 주거지원 추진체계

현재 고령장애인을 대상으로 하는 커뮤니케이션 시범사업의 한계는 주거지원을 위한 추진 체계가 명확하지 않다는 점이다. 따라서 고령장애인을 대상으로 하는 커뮤니케이션에서의 주거지원 추진체계를 고민하면

중앙정부 차원에서의 국토부와 복지부의 역할, 중앙정부와 지방정부의 역할 등을 생각해 볼 수 있다. 이러한 추진체계에서의 명확한 역할 설정은 앞서 제시한 국토부의 수요자 중심의 주거지원 정책의 강화와 주거모델의 다양화와 연결되며 이를 추진체계와 함께 제시하면 다음과 같다.

[그림 6-2-2] 고령장애인을 위한 주거지원 방안 (전체 추진체계 내용 포함)



자료: 연구진 작성

가. 중앙정부 차원에서의 역할 정립: 국토부와 복지부

1) 국토부의 역할

현재 우리나라의 커뮤니티케어의 실행에 있어 중앙정부의 역할에 대한 명확한 설정이 부재했던 것으로 보인다. 특히 국토부와 복지부의 중앙정부간 불분명한 역할은 실제 커뮤니티케어의 추진에 큰 제한점으로 부각된다. 특히나 커뮤니티케어의 주거지원을 위한 추진체계에 있어 국토부와 복지부 간 역할의 정립은 중앙정부 차원에서 구축하여야 할 커뮤니티케어 관련 제도적 틀, 재정 확보, 지역 간 격차해소, 보건의료 및 사회서비스의 통합·조정 등의 역할을 이행하는 기본 전제라 할 수 있다. 우리나라는 2040년경이 되면 1,000만 가구 이상이 고령자 가구화 될 예정이며 이는 전체 가구의 절반에 가까운 가구가 고령화 되는 것을 뜻한다(통계청, 2019: 41). 따라서 고령장애인을 대상으로 하는 커뮤니티케어에 있어 주택의 공급 부분은 국토부의 역할로 설정하는 것이 무엇보다 필요하다.

현재 공공임대주택은 입주자격에 소득과 자산, 무주택 등 엄격한 자산조사 요건을 가지고 있는 반면, 커뮤니티케어는 소득이나 자산을 따지지 않고 욕구에 기반 하는 보편적 서비스로서의 성격을 표방하고 있다. 따라서 공공임대주택 자원에 의존하고 있는 케어안심주택의 경우 커뮤니티케어 대상자가 공공임대주택 자격에서 배제되는 미스매치가 발생되기도 한다. 따라서 고령장애인을 위한 커뮤니티케어의 주거지원을 위한 중앙정부간 역할을 제안하면 다음과 같다. 첫째 국토부는 기본적으로 고령장애인의 주거안정성 확보를 주요 역할로 설정하고 둘째, 고령장애인의 경우 주거안정성 확보의 대상을 전체 소득계층을 아우를 수 있도록 확대하는 것이 필요해 보인다. 셋째, 앞서 설명하였듯이 장애인은 장애유형별 특성

및 욕구에 따른 주거모델의 다양화를 실현하기 위한 장기적이고 지속적인 지원, 특히나 주택공급의 측면을 담당하는 것이 요구된다.

다시 말하면, 국토부의 역할은 (1) 고령장애인의 주거안전성 확보를 위한 임대주택 공급의 확대, (2) 고령장애인의 욕구에 근거한 주거환경개선 사업의 확대, (3) 다양한 주거모델의 개발지원을 위한 새로운 제도 혹은 서비스의 개발 등이 될 수 있다. 만일 국토부 차원에서 (3)번째 고령장애인의 친숙한 환경에서의 노후(AIP) 실현을 위한 적절한 주거옵션의 마련이나 이를 지원하기 위한 체계를 갖추는 것이 어려울 경우에는 지역을 기반으로 설치되어 있는 장애인복지관 등의 기존 시설을 운영기관으로 삼아 공모형태의 사업을 장기적으로 운영하는 것도 하나의 방식이 될 수 있다. 이러한 국토부의 역할 확대는 우리나라의 「주거기본법」 및 「장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률」(약칭: 주거약자법)에 이미 명시되어 있다²⁾.

2) 「주거기본법」의 목적은 “주거복지 등 주거지원의 수립·추진 등에 관한 사항을 정하고 주거권을 보장함으로써 국민의 주거안정과 주거수준의 향상에 이바지하는 것”으로 이 중 장애인 및 고령자에 관한 사항으로는 ‘주거지원 필요계층’ 혹은 ‘주거약자’로 분류하여 주거지원을 위한 정책을 수립할 것을 요구하고 있음. 또한, 장애인과 고령자를 한 개의 카테고리로 분류하여 한 쪽이 상대적으로 불리한 지원이 이루어지지 않도록 하고 있음(표 5-1 참조). 또한 2012년 제정된 주거약자법에 의하면 국가는 주거약자에 대한 주거지원계획을 수립하고 주거종합계획에 포함되도록 하고 있어(주거종합계획 포함 사항: 제5조 2항), 국토부 차원의 주택공급에 대한 역할의 당위성은 이미 법적으로도 제시되고 있는 상황임.

- | |
|---|
| <ol style="list-style-type: none"> 1. 주거약자에 대한 주거지원계획의 목표와 추진방향 2. 주거약자용 주택의 건설 및 공급에 관한 사항 3. 주거약자용 주택개조비용의 지원에 관한 사항 4. 그 밖에 주거약자의 주거안정을 위하여 국토교통부장관이 필요하다고 인정하는 사항 |
|---|

2) 복지부의 역할

복지부의 역할은 현재와 같이 공급되는 주택량에 맞추어 케어안심주택 제공을 설계하는 방식이 아닌 커뮤니티케어 대상자의 주거욕구와 서비스 욕구에 대한 사정을 기초로 지역사회 단위의 수요를 파악하고 이를 추계하여 국토부에 제시하는 형태의 협의자로서의 역할을 강화해야 할 필요가 있다. 즉, 복지부의 역할은 커뮤니티케어 정책의 주체로서 기초자치단체 및 광역단위와의 긴밀한 관계 형성을 통하여 지역 단위의 주택공급 관련 수요 파악 및 추계 관련 자료를 수집하고 이를 국토부와 협의하는 협의자로서의 역할을 담당할 필요가 있다.

또한 커뮤니티케어 정책을 위한 주거모델의 다양화를 위한 주택 마련의 과정에서 그리고 LH나 지방도시공사와의 논의 과정에서 현재와 같이 주택공급 관련에 있어 일방적으로 제공되는 정보에 따르는 방식이 아니라 국토부와 복지부가 함께 기획하고, 관련 정보를 공유하며, 다양한 유형의 주택공급방안 및 주택개조사업 등이 이루어 질 수 있도록 ‘협의자’로서의 역할을 마련하여야 할 것이다. 특히 장애유형별 특성 및 욕구에 대응하는 주거모델의 이행을 위해 필요한 주택의 수, 형태 등을 국토부에 제안하는 역할을 담당할 수 있다.

더불어 복지부는 해외와 마찬가지로 노인장기요양제도 등의 기본 제도의 확대를 통해 주거환경개선 서비스 등을 추가함으로써 주거지원 정책 대상의 확대 및 서비스 내용의 다양화를 위해 노력하여야 한다. 그리고 생활시설 장애인을 위한 거주시설의 소규모화 정책을 지역사회를 기반으로 하여 지속적으로 추진하여야 한다. 또한 안정적인 주거기반 위에 더해지는 고령장애인의 욕구에 근거한 보건의료 및 사회서비스의 통합·조정, 지역별 서비스 격차 등의 문제에 대응하는 역할도 담당해야 한다. 현재 국토부와 복지부의 역할 등 중앙정부 간 역할 정립 관련 법률적 근거가 없

어 이행이 더욱 어려운 상황이기 때문에 향후 커뮤니티케어가 안정적으로 운용될 수 있도록 이러한 부분들을 포함한 법률적 근거를 마련할 필요가 있다.

나. 중앙정부 vs. 지방정부의 역할 정립

커뮤니티케어의 주거지원을 위해서는 중앙 정부와 지방정부간의 역할 설정도 중요해 보인다. 해외의 커뮤니티케어를 실현하고 있는 국가의 주거 지원 방식을 분석해 보면, 중앙정부는 소득을 기준으로 저소득 대상 주택 공급 정책, 주택자금 지원, 임대주택의 주거환경 개선 등의 사업에 초점을 두어 주거지원 정책을 펼치고 있고, 지방정부는 지역주민의 욕구 및 지방정부의 예산에 근거한 다양한 주거모델 등을 개발·운영하고, 주거환경 개선 사업 등의 대상을 자체적으로 설정하여 주거지원의 대상을 확대하는 방향으로 사업을 진행한다. 이 외에 장기요양(Long-term care)제 도나 Medicaid 등의 기존 제도를 통해 돌봄을 필요로 하는 대상에게 지역사회에서 보다 안정적인 삶을 지원하기 위한 방안으로 주거환경 개선 등의 주거지원을 제공함으로써 커뮤니티케어를 강화하는 주거지원 정책을 마련하고 있다.

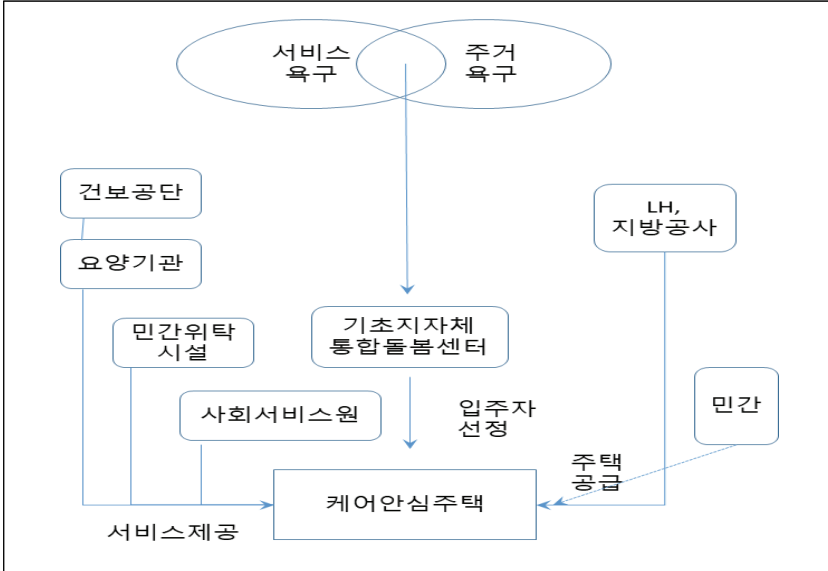
이러한 체계가 가능한 것은 해외의 경우, 중앙정부와 지방정부, 민간영역에서의 주택공급이 어느 정도 분할되어 이루어지고 있기 때문이다. 그러나 우리나라의 경우는 주택공급의 역할은 중앙정부인 국토부에 의해서만 거의 이루어지고 있어(그림 3-3-3: 공공임대주택 재고 비율과 공급주체별 비율, 참조) 상황이 다르다. 따라서 국토부를 대표하는 중앙정부는 성공적인 커뮤니티케어를 위하여 적절한 주택의 공급 및 주택자원(지원주택이나 고령자복지주택, 공공리모델링과 같은 다양한 매입임대주택 지

원) 등을 주요 역할로 설정할 수밖에 없다. 주택을 공급하는 LH나 지방공사 등 국토부의 입주자 선정의 주된 대상에 저소득층을 비롯 커뮤니티케어 주요 대상층을 포함하고 필요한 서비스 연계가 이루어져야 한다.

또한 나라마다 장기요양제도의 운영이 중앙정부이거나 지방정부로 그 설계가 다르긴 하지만, 우리나라의 경우는 노인장기요양제도는 중앙정부 사업이기 때문에 이러한 기존제도 내에서 주거지원 관련 서비스 내용을 신설하여 커뮤니티케어의 주된 대상이 병원이나 시설로 이동하는 것을 지연 혹은 제한시킬 수 있도록 제도 효과성을 확대하기 위한 제도개선(주거환경 개선 서비스 포함)이 필요하다.

현재 커뮤니티케어 선도사업에서의 주거지원 전달체계는 [그림 6-2-3]과 같이 이루어지고 있다. 서로 다른 단위의 자원공급이 대상자에 맞추어 통합적으로 이루어져야 하지만, 현실적으로는 지속적인 사례관리 없이 임대주택 제공 연계 및 주택개조 등이 개별적으로 적용되는 경우도 발생되고 있다. 단순히 자원의 연계, 주택개조의 시행만으로 케어안심주택의 사례로 카운트 되는 것은 적절치 않다. 때문에 지속적인 사례관리의 중요성, 즉 기초지자체의 역할이 쟁점으로 부각되고 있다. 주택자원을 포함한 관련 자원 연계를 실질적으로 관리할 수 있는 지자체의 책임성과 관리권한을 확보하고, 통합·조정할 수 있는 지자체의 통합관리 ‘능력’을 고취시켜야 한다. 또한 지역단위에서 지역주민의 욕구에 대응하는 주거지원의 다양화 방안을 마련하여 중앙정부가 정책대상으로 삼고 있지 않은 제도적 사각지대에 있는 고령장애인을 대상으로 지역사회 내 주거지원체계를 구성할 필요가 있다. 더구나 고령장애인과 같이 대상자 욕구의 중복성이 부각될 경우에는 더욱 유연성과 통합능력이 필요하다.

[그림 6-2-3] 케어안심주택의 전달체계



자료: 남기철(2020: 29).

4. 주거지원 정보 제공, 상담, 사례관리를 위한 전문인력 체계 필요

커뮤니티케어는 시설이나 병원과 같이 지역사회로부터 괴리된 생활환경이 아니라 지역사회 내에서 지역주민과 함께 주거생활을 영위하면서 주거를 기반으로 필요한 서비스를 제공받아 지역사회 내에서의 삶이 지속가능하도록 지원하는 정책이라 할 수 있다. 때문에 지역사회 내에서의 삶의 기본요소인 주거를 기반으로 한 생활이 가능하기 위해서는 주택지원의 적절한 연계 및 지역사회 내 다양한 서비스의 보강이 기본적으로 필요하다. 그러나 우리나라의 사회서비스는 지방정부의 사업보다는 중앙정부 사업에 치중되어 있고(약 240가지에 이룸), 중앙정부 사업들도 관련 부처, 부서, 담당자 간 분절되어 있어 커뮤니티케어를 실현하기에 용이하

지 않은 한계가 있다.

커뮤니티케어의 효율성 및 수요자 중심의 주거지원을 위해서는 장애에 대한 이해를 바탕으로 하는 전문인력의 서비스 제공이 무엇보다 중요하다 할 것이다. 즉 전문적인 인력을 바탕으로 하는 주택공급 및 주거지원 마련에 대한 고민이 필요한 것이다. 앞서 살펴본 해외사례 모두 주거환경 개선에 있어 충분한 정보를 제공하고 기존 제도를 통해서든 아니면 지방 정부 차원에서든 주거를 비롯한 서비스 관련 정보의 제공 및 상담이 제공 되고 있다.

특히 독일의 경우 ‘좋은 정보는 이미 반을 건축한 것이다’라는 모토 하에 다양한 전달체계(고령상담소, 돌봄제공기관, 지자체 홈페이지 등)를 통해 주거환경 정보가 제공되고 있으며 이를 통해 고령장애인은 현재 살고 있는 주거형태별 지원내용에 대해서 원하는 정보를 얻을 수 있다. 또한 독일의 고령장애인을 위한 공공 상담기관인 ‘주거상담소’는 지역사회에 살기를 원하는 장애인을 위해 다양한 주거옵션에 관한 정보뿐 아니라 대안적인 주거에 관한 정보 등을 제공하고 있다. 이러한 노력은 ‘주거상담소’와 같은 공적 영역 뿐 아니라 ‘주거적합 연방공동체 협회(BW)’와 같은 민간기관에 의해서도 이루어지고 있다.

현재 우리나라의 주거지원 관련 인력은 ‘주거복지사’와 ‘주택관리사’라는 자격제도가 있으나, 이들 인력이 커뮤니티케어 정책에서 요구하는 주거지원과 지역사회 내 서비스 연계 등의 핵심적인 역할을 수행할 수 있는지와 관련해서는 부정적인 시각이 많다. 향후 커뮤니티케어의 방향이 고령장애인의 시설 입소를 지연 혹은 제한(예방)하기 위한 방향으로 확대된다면, 지역사회 내 주거 및 통합적인 서비스 제공을 위한 정보의 제공, 상담, 사례관리 등의 역할은 더욱 중요해 질 것이다. 그렇다면 향후 이러한 역할을 담당할 인력은 어떠한 인력이어야 하며, 어떠한 재정방식으로, 누

가, 어떠한 전달체계(장소)를 통해 배치할지 등 실제적인 고민이 요구된다 하겠다. 현재 중앙정부의 주거지원정책 관련 정보를 제공하고 있는 것은 LH의 마이홈 홈페이지는 대중적으로 알려져 있지 못하고 활용도가 낮아 주거지원 관련 정보의 양과 질 등을 고민한 정보제공 방식에 대한 고민도 요구된다.

5. 후속 연구의 필요

본 연구는 고령장애인을 대상으로 하는 커뮤니케이션 정책에서의 주거지원 방안을 고민한 연구로서 특정 주거지원의 모델이나 성과, 혹은 고령장애인 중에서도 특정 장애유형을 고려한 주거지원 방안 마련에 국한하지 않고 주거지원 전체의 영역과 전체 장애영역을 고려한 거시적 관점에서의 방향성을 살펴본 기초적 성격의 정책연구라 할 수 있다. 이러한 측면의 접근은 고령장애인 전체를 커뮤니케이션 정책의 주된 대상으로 고려함으로써 커뮤니케이션이나 주거정책 전문가에게 있어 정책대상에 대한 이해 및 접근을 용이하게 하려는 목적도 포함되었다.

그럼에도 불구하고 고령장애인은 장애유형별 특성 외에 장애발생 시기에 따른 욕구 및 특성의 상이함이 더욱 알려져 있다. 즉, 기존 장애에 더해지는 노화를 경험하는 인구(Aging with disability)와 노화로 인한 신체적·정신적 기능의 쇠퇴로 인해 장애를 경험하는 인구(Disability with aging)로 구분되며, 이들의 특성 및 욕구, 자아정체성(identity)의 차이가 큰 것으로 알려져 있다. 전자는 주로 장애영역에서 관심을 가지고 있는 그룹이고 후자는 노인영역에서 관심을 가지는 그룹으로 본 연구에서는 ‘장애인실태조사’ 분석 시 ‘장애기간’의 변수로 이들 그룹의 주거 특성 등의 차이를 살펴보고자 노력하였으나 연구범위의 포괄성으로 인하여 이

를 제대로 실현하지 못한 한계가 있다. 따라서 추후 연구에서는 고령장애인의 장애발생 시기에 따른 특성 및 욕구를 고려한 주거지원 방안에 대한 후속연구가 필요하다 하겠다.

또한 본 연구에서 제시한 다양한 주거모델의 한국형 적용을 포함한 다양한 시범사업이 필요하며, 이러한 주거모델의 적용을 통해 얻어지는 정책적 효과성 등의 연구가 필요하다. 더불어 커뮤니티케어 정책은 지역사회 내 주거안정화를 기반으로 한 복합적인 서비스 제공을 통해 지역주민의 시설이용을 제한하는 것을 정책적 목적으로 삼고 있다. 따라서 본 연구에서 제시한 다양한 주거모델의 개발 및 적용을 포함하는 주거안정화 방안을 기반으로 하여 어떠한 서비스 내용의 결합이 필요한지와 관련된 연구도 필요하다. 즉, 주거와 서비스의 결합과 관련된 인프라의 구축이 커뮤니티케어의 정책 효율성을 담보할 수 있기 때문이다.

일례로 본 연구에서도 제시하였듯이, 시각장애와 같은 감각장애인의 경우에는 타 장애유형에 비해 집단 동질성이 강한 것으로 나타났다. 일반적으로 같은 유형의 장애를 가진 사람들과 교류하는 것을 선호하였으며, 주거 및 사회활동의 영역에서도 그러하였다. 향후 고령시각장애인을 대상으로 하는 공동거주, 공동주택, 혹은 그룹홈과 같은 주거모델의 도입과 더불어 지역사회 내 시각장애인복지관 등과 연계된 낮시간 활동 서비스의 접목 등의 방식을 생각해 볼 수 있다. 또한 주거이전의 욕구를 가지고 있으면서도 일상생활 수행에 있어 ‘지원’의 정도가 낮은 고령신체장애인을 대상으로 주거와 낮시간 활동, 보건의료 서비스 등이 결합된 커뮤니티케어의 접목 등도 정책의 효율성 및 수요자 중심의 복합적 지원체계 마련의 방식이 될 수 있을 것으로 보인다.



- 강미나, 천현숙. (2010). 서민 주거실태와 정책과제. 국토연구원. 26-34. 서울: 국토연구원.
- 강미나, 유미경, 조운지, 이동우. (2016). 고령장애인 주거지원 연구. 세종: 국토연구원.
- 강미나, 조운지. (2017). 고령장애인을 위한 주택개조 지원 활성화 방안. 국토정책 Brief KRIHS ISSUE PAPER 620: 1-8. 세종: 국토연구원.
- 강은나, 주보혜, 이재춘, 배혜원. (2019). 초고령사회 대응을 위한 노인주거정책 개편 방안. 세종: 한국보건사회연구원.
- 강혁신. (2015). 일본의 고령자 주거 지원 정책에 관한 조망. 재산법연구, 32(1): 1-23.
- 경기주거복지포털. (2020). 집수리 지원 서비스. 경기: 경기주거복지포털 (<https://housing.gg.go.kr/html/24301.do>)에서 2020.11.19. 인출).
- 경기주택도시공사. (2020). 행복주택 입주자격요건. 경기: 경기주택도시공사 임대주택 청약센터. (<https://apply.gh.or.kr/guide/happyQulitifocati onInfo.do>)에서 2020.11.05. 인출).
- 관계부처 합동. (2020.02.). 제4차 농어업인 삶의 질 향상 및 농어촌 지역개발 5 개년 기본계획 (안). 세종: 해양수산부.
- 국가지표체계. (2020). 국민의 삶의 질 지표. (<https://www.index.go.kr/unify/idx-info.do?idxCd=8016>)에서 2020.11.02. 인출).
- 국립재활원. (2020). 장애인인의 다빈도 질환. (http://www.nrc.go.kr/portal/html/content.do?depth=de&menu_cd=07_03_01)에서 2020.9.5. 인출).
- 국토교통부, 관계부처합동. (2017). 사회통합형 주거사다리 구축을 위한 주거복지 로드맵. 보도자료(2017.11.29.). 세종: 국토교통부.
- 국토교통부. (2018). '국민 누구나 집 걱정 없는 더 나은 주거생활' 실현을 위한 제2차 장기 주거종합계획(2013~2022) 수정계획 수립. 보도자료(2018.06.28.). 세종: 국토교통부.

- 국토교통부. (2018a). 집 팔고 노후 준비하세요...19일 '연금형 희망나눔 주택' 매입공고. 보도자료(2018.10.19.). 세종: 국토교통부.
- 국토교통부. (2019). 어르신들 위한 물리치료실·텃밭 갖춘 복합시설...1,000호 이상 추진. 보도자료(2019.01.30.). 세종: 국토교통부.
- 국토교통부. (2019a). 2019 주택업무편람. 세종: 국토교통부.
- 국토교통부. (2020). 디딤돌·버팀목 대출금리가 낮아집니다. 보도자료(2020.04.17.). 세종: 국토교통부.
- 국토교통부. (2020a). 주거복지로드맵 2.0. 세종: 국토교통부.
- 국토교통부. (2020b). 주거복지 지난 2년의 성과와 더 나은 미래를 위한 발전 방안 - 주거복지로드맵 2.0. 보도자료(2020.03.20.). 세종: 국토교통부.
- 국토교통부. (2020c). 전국 건축물 총 7,243,472동 / 38억 6천만㎡. 보도자료 (2020.02.28.). 세종: 국토교통부.
- 국토교통부. (2020d). 2020 주거급여 사업안내. 세종: 국토교통부.
- 국토교통부. (2020e). 2020 주택업무편람. 세종: 국토교통부.
- 국토교통부. (2020f). '19년 공공임대주택 13.9만 호 공급. 계획보다 3천여 호 초과달성. 보도자료(2020.01.30.). 세종: 국토교통부.
- 국회예산정책처. (2020). 2019 회계연도 결산 위원회별 분석[국토교통위원회 소관. 서울: 국회예산처.
- 김경덕. (2019). 일본의 공공임대주택의 공급과 최근의 관련법 정비: 최근 분쟁 사례와 관련법의 제개정을 중심으로. Global Legal Issues, 19-15: 7-49. 세종: 한국법제연구원.
- 김경미. (2008). 장애인 주거체험관의 실내디자인 계획. (석사학위논문, 홍익대학교 대학원, 서울).
- 김경환, 이상영, 조무상, 이진수, 이진. (2012). 해외 주거복지정책 사례연구. 서울: 한국주택학회.
- 김도희. (2018.06.01.). 탈시설화와 커뮤니티케어. 월간복지동향 참여연대. (<http://www.peoplepower21.org/Welfare/1568414> 에서 2020.11.6. 인출).

- 김동건. (2019). 장애인의 고령여부가 사회적 배제에 미치는 영향. (석사학위논문, 충북대학교, 충북).
- 김두레, 채임숙. (2012). 장애인 자립생활 서비스 지원방안 마련 연구. 부산: 부산복지개발원.
- 김미옥, 김용득, 이선우. (2017). 장애와 사회복지. 서울: 학지사.
- 김미옥, 정민아. (2017). 지원생활모델(Supported Living model)을 적용한 발달장애인의 자립: 한국 장애인복지에의 함의. 한국사회복지학, 69(1): 257-283.
- 김미옥, 정민아. (2018). 탈시설 발달장애인의 자립을 위한 지역사회 지원체계 모색: 미국과 호주의 지원생활(Supported Living) 경험을 중심으로. 한국사회복지학, 70(3): 51-79.
- 김새봄. (2017). 주거빈곤이 중고령 장애인의 우울에 미치는 영향. (석사학위논문, 전북대학교 대학원, 전북).
- 김선미. (2017). 민간주거복지센터의 성과와 과제. 도시와 빈곤, 113(0): 1-20.
- 김선웅. (2006). 미국의 저소득층을 위한 주거정책 현황 개괄: 정부 간의 역할 분담과 정책 사례를 중심으로. (<https://cpb-us-w2.wpmucdn.com/sites.uwm.edu/dist/1/376/files/2016/11/American-Low-Income-Housing-Policy-1wkvs67.pdf> 에서 2020.11.19. 인출).
- 김성희, 이연희, 오옥찬, 황주희, 오미애, 이민경,...이선우. (2017). 장애인실태조사. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김성희, 황주희, 이민경, 심석준, 김동주, 강민희, 정희경. (2013). 장애인의 자립생활 지원 방안: 발달장애인을 중심으로. 세종: 한국보건사회연구원.
- 김수현. (2013). 독일의 자가소유율이 낮은 이유: 주택체제론 관점의 검토. 주택연구, 21(3): 5-36.
- 김승현. (2019). 커뮤니티케어 추진 및 정책과제. 장애인백서 제1장. 서울: 한국장애인개발원.
- 김용득. (2018). 탈시설과 지역사회중심 복지서비스 구축, 어떻게 할 것인가?: 자립과 상호의존을 융합하는 커뮤니티 케어. 보건사회연구, 38(3): 492-520.

- 김용엽. (2009). 노인주거 복지시설론. 서울: ㈜SB21.
- 김용익. (2020). 한국형 커뮤니티케어, 지역사회통합돌봄 발전방향. 지역사회통합돌봄 제1차 콜로키움 자료집.
- 김인순, 안성준, 류상오, 박현준, 김지혜. (2019). 서울시 저소득 장애인 주거편의 지원사업 결과보고서. 서울: 한국장애인개발원.
- 김인순, 이소영. (2010). 장애인 주택개조사업의 거주 후 평가 및 운영방식에 관한 연구. 서울: 한국장애인개발원.
- 김정희, 김은혜, 이진숙(2010). 장애인 주거지원 방안 연구. 서울: 한국장애인개발원.
- 김진석. (2020). 사회서비스원과 커뮤니티케어. 지역사회통합돌봄 제2차 콜로키움 자료집.
- 김현승, 노승현, 고은(2018). 장애인구 고령화 대응을 위한 복지서비스 개선방안 연구. 서울: 서울시복지재단.
- 김현우, 송수연, 전향미. (2019.2.28.). “장애인을 사회일원으로” 커뮤니티케어, 탈시설자립의 해답. 컨슈머치. (<http://www.consumuch.com/news/articleView.html?idxno=41607>에서 2020.11.14. 인출).
- 김현지, 이소영, 김용진, 김태용, 이혜수. (2020). 2020 장애통계연보. 서울: 한국장애인개발원.
- 김혜승, 김근용, 이길제, 강성우. (2019). 공공주택·주거급여 등 주거복지지원 정책의 성과와 과제. 국정과제 성화평가 정책세미나(2019.05.28.). 세종: 국토연구원.
- 남기철, 김선미, 민소영, 홍인옥. (2020). 케어안심주택 사례분석 및 제도화 방안 연구. 세종: 보건복지부. 서울: 동덕여대 산학협력단.
- 남기철, 박숙경, 서정화, 최성남. (2016). 서울시 지원주택 추진 및 제도적 기반 구축. 서울: SH, 동덕여자대학교 산학협력단.
- 남기철. (2019). 주거복지정책과 법: 주거권과 공공성. 재단법인 동천(편) 사회복지법 연구. 파주: 경인문화사. 259-306.

- 남기철. (2019a). 주거약자의 지역사회 통합을 위한 지원주택 모델화 사업. 사회 복지공동모금회 나눔문화연구소 연구보고서. 2019(2): 1-58.
- 남기철. (2020). 지역사회통합돌봄과 주거연계의 쟁점. 지역사회통합돌봄 제4차 콜로키엄 자료집. p.33.
- 남원석, 김수경, 백세나. (2016). 서울시 주거복지센터 평가체계 개발. 서울: 서울 연구원.
- 남원석. (2009). 전후 일본 주택정책의 성격변화: 복지체제론의 관점에서. 주택 연구, 17(4): 153-181.
- 노승현, 김수진, 지윤경. (2014). 고령 및 준고령 발달장애인 그룹홈 지원방안 연구. 서울: 서울시그룹홈지원센터.
- 노승현, 김수진, 지윤경. (2018). 그룹홈 고령장애인 실태 및 지원방안 연구. 서울: 서울시그룹홈지원센터.
- 노승현, 김정석. (2018). 그룹홈 중고령 발달장애인의 생활만족도 영향요인 연구: 청년기 발달장애인과 비교를 중심으로. 재활복지, 22(3): 69-91.
- 노승현. (2016). 우리나라 고령장애인 실태와 과제. 비판사회학회 학술대회 자료집.
- 대한민국 정책브리핑 정책위키 한눈에 보는 정책. (2020). 지역사회통합돌봄(커뮤니티케어). (<https://www.korea.kr/special/policyCurationView.do?newsId=148866645>에서 2020.10.12. 인출)
- 대한주택관리사협회. (2020a). 주택관리사 소개. 서울: 대한주택관리사협회. (<http://www.khma.org/portal/00007/00016/01967.web>에서 2020.11.19. 인출).
- 대한주택관리사협회. (2020b). 주택관리사 법적 배치근거. 서울: 대한주택관리사협회. (<http://www.khma.org/portal/00007/00016/01968.web>에서 2020.11.19. 인출).
- 마이홈. (2020). 마이홈 홈페이지 메인. 세종: 국토교통부. (<https://www.myhome.go.kr/hws/portal/main/getMgtMainPage.do>에서 2020.11.19. 인출).
- 문혜진. (2016). 서울시 장애인 전환서비스지원사업 성과분석. 서울: 서울시복지재단.

- 민소영, 김민, 민진홍. (2019a). 지원주택 성과평가 연구. SH.
- 민소영, 남기철, 송인주, 서혜미. (2019b). 서울시 지원주택 공급확대를 위한 제도 개선방안. 서울: 서울특별시의회.
- 민소영. (2018). 우리나라 지원주택 현재와 전망. 제2회 지원주택 컨퍼런스 자료집: 9-27, 서울: SH, 서울특별시.
- 박숙경. (2016). 한국의 장애인 탈시설 현황과 과제. 지적장애연구, 18(1): 205-234.
- 박신영, 김은혜, 김정인, 김태일, 이경락, 임미숙, 지은영. (2006). 고령자 주거지원 중장기 계획 수립 연구. 세종: 국토교통부(구 건설교통부).
- 박신영. (1995). 도시저소득층을 위한 주택정책에 있어서 공공부문의 역할에 관한 연구. 서울: 대한주택공사 주택연구소.
- 박신영. (2001). 일본의 공공임대주택 정책과 제도. 한국토지공법학회 제29회 학술대회: 1-18.
- 박원석. (2019). 독일의 민간임대주택 공급 및 운영 체계와 시사점. 국토지리학회지, 53(2): 133-151.
- 박정훈, 박근영, 심경수. (2017). 노인주거보장정책에 관한 연구: 독일, 영국, 스웨덴 사례를 중심으로. 인문사회 21, 8(4): 1175-1191.
- 배정인. (2016). 고령장애인가구 거주상황에 관한 연구. 한국지역사회생활과학회 학술대회 자료집, 10: 98-98.
- 보건복지부 커뮤니티케어 추진단. (2020). 지역사회 통합돌봄 자체 추진 가이드북. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부, 관계부처합동. (2018). 지역사회 통합 돌봄 기본계획(안). 보도자료 (2018.11.20.). 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2018). “다함께 잘사는 포용국가를 위한” 발달장애인 평생케어 종합 대책 발표 및 초청 간담회 개최. 보도자료(2018.09.11.). 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2019). 장애인 자립생활 지원 및 탈시설 기본방향. 세종: 보건복지부.
- 보건복지부. (2019a). 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획. 보도자료(2019.01.11.). 세종: 보건복지부.

- 보건복지부. (2019b). 2019년 보건복지 통계연보. 세종: 보건복지부
- 복지로. (2020). 한눈에 보는 복지정보: 주거급여. (<http://www.bokjiro.go.kr/welInfo/retrieveGvmtWelInfo.do?welInfSno=282> 에서 2020.11.6. 인출).
- 봉인식, 최석현, 최혜진. (2017). 경기도 주거복지센터 운영방향 연구. 경기: 경기연구원.
- 부산시·부산복지개발원. (2018). 2018년 부산광역시 저소득 장애인가정 주거편의 지원사업 내부자료. 부산: 부산복지개발원.
- 서울특별시 주거복지센터. (2019). 서울시 주거복지센터 상담매뉴얼. 서울: 서울주택도시공사.
- 서울특별시. (2020). 2020년 저소득 장애인 주거편의 지원계획. 내부자료. 서울: 한국장애인개발원.
- 서울특별시·한국장애인개발원. (2017). 2017 서울시 저소득 장애인 주거편의 지원사업 결과보고서. 서울: 한국장애인개발원.
- 서정희, 유동철, 이동석, 오욱찬, 전병옥, 김현중. (2012). 자립생활기반구축을 위한 외국 사례 및 정책연구를 통한 선진모델 구축. 서울: 국가인권위원회.
- 서종균. (2009). 장애인자립생활을 위한 주거정책의 과제. 국토연구, 61: 81-102.
- 서종균. (2009a). 주거지원서비스 도입을 위한 검토. 서민주거복지포럼 자료집. 107-125. 서울: 국토해양부.
- 서종균. (2014). 영국의 주거급여. 도시와 빈곤, 106: 107-136.
- 서해정, 이선희. (2018). 장애인거주시설 소규모화 실태 및 정책방안 연구. 서울: 한국장애인개발원.
- 석재은. (2018). 돌봄노동의 사회적 가치에 대한 해외 정책사례 연구: 노인 요양보호사를 중심으로. 서울: 한국여성정책연구원.
- 순정우. (2020.11.18.). 경기도, 중증장애인 주택개조사업 125호 완료. 뉴스핌. (<https://www.newspim.com/news/view/20201118000939>. 에서 2020.11.19. 인출).

- 신진옥, 이지은. (2014). 독일의 사회적 시장경제와 주택체제: 금융자본주의 시대의 독일 주택 정책과 제도. *한독사회과학논총*, 24(1): 3-30.
- 안부균. (2003). 시각장애를 가진 노인주거계획에 관한 연구. (석사학위논문, 건국대학교 산업대학원, 서울)
- 안홍순. (1998). 독일 주택정책과 주거보장. *주택보장과 주택정책*, 3(1): 187-214.
- 양희택. (2013). 장애인에 대한 사회적 대책이 필요하다. *장애인정책리포트*. 한국장애인총연맹, 301: 1-19.
- 엄현정. (2005). 한국 발달장애인의 권리보장과 지원에 관한 연구. (석사학위논문, 서강대학교 공공정책대학원, 서울).
- 오도영, 박준, 김혜승. (2015). 영국 주거복지정책의 변화: 2010년 이후 심화된 신자유주의적 변화를 중심으로. *공간과 사회*, 25(2): 227-266.
- 오욱찬, 김성희, 박광옥, 오다은. (2019). 탈시설 장애인의 지역사회 정책 경로에 관한 연구. 세종: 한국보건사회연구원.
- 오혜경. (1999). 장애인과 사회복지실천. 서울: 아시아미디어리서치.
- 유동철, 김미옥, 김보영, 김용진, 김정하, 박숙경, ... 조혜진. (2018). 탈시설 자립지원 및 주거지원 방안 연구. 세종: 보건복지부, 부산: 동의대학교.
- 이규봉. (2007). 한국과 일본의 공공임대주택정책연구. *아시아연구*, 9(3): 135-157.
- 이동석. (2019.9.9.). 장애인복지에서의 탈시설의 의미와 과제. 웰페어이슈. (<http://www.welfareissue.com/news/articleView.html?idxno=1794>에서 2020.11.06. 인출).
- 이병화, 강민희, 노승현, 이선정, 전지혜, 이미경. (2019). 경기도 고령장애인 지원방안 연구. 경기: 경기복지재단.
- 이상립, 강은나, 오신휘, 전홍규, 이한나, 박소정, 류승규. (2016). 초고령사회 대응 지역친화적 노인주거모델 개발 연구. 세종: 한국보건사회연구원.
- 이슬기. (2020.01.02). 중증시각장애인 가정 잔고장 수리 861건 실시. 에이블뉴스. (<http://220.72.85.247/Board/NewsClip/Detail?page=6&contentSeq=1205793>에서 2020.11.18. 인출).

- 이신용. (2020). 공공의 주거보장에 관한 연구: 독일의 사회적 시장경제에서의 주거수당에 관한 고찰. 한국공공관리학보, 34(2): 21-42.
- 이음장애인자립생활센터. (2020). 충청복지관 지원주택 통합지원서비스 대상자 모집 안내문. 서울: 이음장애인자립생활센터. (<http://eumil.or.kr/freebbs/1610> 에서 2020.11.23. 인출).
- 이익섭, 김경미, 김동기, 김미옥, 최윤영. (2009). 장애인활동보조서비스 이용 및 공급 실태 조사연구. 세종: 보건복지부, 서울: 연세대학교사회복지연구소.
- 이종화. (2019). 사회적 배제와 자아존중감의 관계-고령화된 장애인과 노인성 장애인의 비교를 중심으로. (석사학위논문, 가톨릭대학교 대학원, 경기).
- 이지수. (2018). 자립생활과 탈시설. 2017 장애인백서, 196-223. 서울: 한국장애인개발원.
- 이지희. (2012). 각 국의 주거복지법제에 관한 연구: 독일1. 세종: 한국법제연구원.
- 이진아, 한정원. (2019). 일본 지역포괄지원센터를 중심으로 한 커뮤니티케어 고찰. 한국세계지역학회, 37(3): 137-159.
- 정두리. (2019.06.05.). 중증 시각장애인을 위한 '가정 내 잔고장 수리사업'. 월페이 뉴스. (<https://www.welfarenews.net/news/articleView.html?idxno=69343/> 에서 2020.11.18. 인출).
- 정윤희, 이윤재. (2017). 정신적 장애가 있는 노인을 위한 주거공간계획. 생태환경건축학회지. 17(6): 245-255.
- 주거복지사 자격검정사업단. (2020). 주거복지사 소개. 서울: (사) 한국주거학회 주거복지사 자격검정사업단. (https://www.housingwp.or.kr/user/intro/ProfileUser1.do?_menu=601. 에서 2020.11.18. 인출).
- 진미윤. (2011). 국제 비교적 관점에서 임대주택 시스템 변화와 향후 정책 방향. 국토연구, 71: 87-113.
- 최항순, 강팔문. (2005). 고령화사회의 노인주거복지정책: 추진방향과 과제를 중심으로. 한국공공관리학보, 19(1): 69-88.
- 최훈호, 윤미진. (2019). 2019년 부산광역시 저소득 장애인가정 주거편의 지원사업. 부산: 부산복지개발원.

- 충현복지관. (2020). 발달장애인 지원주택 통합지원서비스. 서울: 충현복지관. (<http://www.chw.or.kr/> 에서 2020.11.18. 인출).
- 통계청, 보건복지부. (2020). 2020통계로 보는 장애인의 삶. 세종: 통계청, 보건복지부.
- 통계청. (2019). 장래가구특별추계: 2017~2047년. 보도자료(2019.9.17.). 세종: 통계청. (http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/2/6/index.board?bmode=read&aSeq=377540&pageNo=&rowNum=10&amSeq=&sTarget=&sTxt= 에서 2020.11.18. 인출).
- 통계청. (2020a). 2019년 출생 통계. 보도자료. (2020.8.26.). 세종: 통계청. (http://kostat.go.kr/portal/korea/kor_nw/1/1/index.board?bmode=read&aSeq=384631)에서 2020.11.18. 인출).
- 통계청. (2020b). 2020 고령자 통계. 세종: 통계청.
- 한국토지주택공사. (2019). 2019 주택조사 자료. 경남: 한국토지주택공사.
- 한국토지주택공사. (2020). 위례신도시 A2-4블록 공공실버주택 전용면적 26㎡형 평면도. (<http://minorcastle.blogspot.com/2016/03/a2-4-26.html> 에서 2020.06.04. 인출).
- 한국토지주택공사. (2020a). 초고령사회 주거권 보장 및 사회적 비용절감을 위한 LH 지원주택 추진방향. 초고령사회 주거복지 패러다임 변화에 따른 LH 지원주택 추진방향 세미나 자료집. 진주: 한국토지주택공사.
- 호승희, 양정희, 김주희, 이슬, 조태현, 김은주. (2018). 장애인과 비장애인의 생애주기별 건강특성 비교를 통한 장애인의 노화특성 연구. 서울: 국립재활원 재활연구소.
- 홍선미, 변경희, 하경희, 이선향 (2014). 장애인 주거지원제도 강화를 위한 연구. 한신대학교 산학협력단.
- 황주희, 김성희, 노승현, 강민희, 정희경, 이주연, 이민경. (2014). 장애노인 대상의 통합적 복지서비스 제공을 위한 정책 방안. 세종: 한국보건사회연구원.

황주희, 김유휘, 김성희, 김동기, 김찬우, 조영림. (2019). 고령사회 대응을 위한 장애인활동지원제도 현황 진단 및 개선방안 연구. 세종: 보건복지부·한국보건사회연구원.

황주희. (2011). 고령 장애인의 직업재활 방향 탐색. 장애와 고용, 21(4): pp.33-62.

AARP. (2018). *2018 Home and Community Preferences Survey: A National Survey of Adults Age 18-Plus charterbook*.

Age UK. (2019). *Later life in the United Kingdom 2019*. Retrieved from https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/later_life_uk_factsheet.pdf. 2020.06.02.

Age UK. (2020). *Assisted living and extra-care housing*. Retrieved from <https://www.ageuk.org.uk/information-advice/care/housing-options/assisted-living-and-extra-care-housing/>. 2020.04.07.

American with Disabilities Act. (1990). *Public Law 110-325. 2009.01.01*. Retrieved from <https://www.ada.gov/pubs/adastatute08.pdf>. 2020. 10.20.

ASPE. (2020). *NORC-SSPs*. Retrieved from <https://aspe.hhs.gov/report/supportive-services-programs-naturally-occurring-retirement-communities/what-services-are-typically-available-norc-services-programs>. 2020. 11. 1.

Bennett, D. (2005). Scoping the supported housing Sector: the funding and regulatory framework. in Mark food & Paul Simic(eds.). Housing, Community Care and Supported housing. *Chartered Institute of housing, CIH*, 62-74.

Bently, G. and Pugalis L. (2013). New Direction in Economic Development: *Localist Policy Discourses and the Localism Act. Local Economy*, 28(3): 257-274.

- Bigby, C., & Fyffe, C. (2006). Tensions between institutional closure and deinstitutionalisation: what can be learned from Victoria's institutional redevelopment? *Disability and Society*, 21(6), 567-581. doi:10.1080/09687590600918032.
- Bowden, M. (2016). *Naturally occurring retirement communities*. Retrieved from <http://www.bankrate.com/finance/retirement/naturally-occurring-retirement-communities-1.aspx>. 2016. 07.23.
- Brend, M. (2008). *First and Last: Closing Learning Disabilities Hospitals*. London: Choice Press.
- Broughton, N. & Krohane, M. (2013). *The Politics of Housing*. London: Social Market Foundation.
- Care Service Efficiency Delivery. (2009). *CSED Case Study KeyRing: Living Support Networks*. London: Department of Health.
- Christine Bigby, Chris Fyffe. (2006). Tensions between institutional closure and deinstitutionalisation: What can be learned from Victoria's institutional redevelopment?. *Disability & Society*, 21(6): 567-581.
- Collins, J. (2015). From hospital to home: the drive to support people with intellectual disabilities in the community. *International Journal of Developmental Disabilities*, 61(2): 76-82. doi:10.1179/2047386914Z.00000000090.
- Department of Health. (2014). *Care and Support Statutory Guidance Issued under the Care Act 2014*. London: Department of Health.
- Department of Housing and Urban Development [HUD]. (2020). *Government housing for the elderly: Housing choice voucher program and section 202*. Retrieved from <http://www.huduser.org/publications>. 2020. 07. 02.
- Emerson, E.(2004). Cluster housing for adults with intellectual disabilities, *Journal of intellectual and developmental disabilities*, 29(3), 187-197.

- FirstStop Advice. (2020). *Fact sheet 6 Care and support at home*. Retrieved from <http://www.housingcare.org/downloads/kbase/3094.pdf>. 2020.08.16.
- Garciano, J. L. (2011). Affordable Cohousing: Challenges and Opportunities for Supportive Relational Networks in Mixed-Income Housing. *Journal of Affordable Housing & Community Development Law*, 20(2): 169-192.
- Graham, C. L., Scharlach, A. E., & Price Wolf, J. (2014). The impact of the "village" model on health, well-being, service access, and social engagement of older adults. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 41 (1 Suppl), 91S-7S. doi:10.1177/1090198114532290 [doi].
- Greenfield, E. A., Scharlach, A. E., Graham, C., Davitt, J., & Lehning, A. (2012a). *A national overview of villages: Results from a 2012 organizational survey*. New Brunswick, NJ: Rutgers University.
- Greenfield, E. A., Scharlach, A., Lehning, A. J., & Davitt, J. K. (2012b). A conceptual framework for examining the promise of the NORC program and village models to promote aging in place. *Journal of Aging Studies*, 26(3): 273-284.
- Habinteg Housing Association. (2016). *History*. Retrieved from <http://www.habinteg.org.uk/history>. 2016.09.09.
- Housing LIN & Mencap (2018). *Funding supported housing for all: Specialised supported housing for people with a learning disability*. Retrieved from <https://nlihc.org/sites/default/files/HousingSpotlight2-2.pdf>. 2020.08.16.
- Housing LIN. (2016). *Cohousing for older people*. Retrieved from [http://www.housinglin.org.uk/Topics/browse/Housing/Housing or OlderPeople/Cohousing/](http://www.housinglin.org.uk/Topics/browse/Housing/Housing%20for%20OlderPeople/Cohousing/). 2016.07.29.

- Housingcare. (2016). *Housing options for older people*. Retrieved from <http://www.housingcare.org/housing-advice.aspx>.
- Hud User (2017). *Housing for seniors: challenges and solutions*. Retrieved from <https://www.huduser.gov/portal/periodicals/em/summer17/highlight1.html#title>. 2020.07.13.
- Independent Age. (2019). *Sheltered housing and extra care housing*. Retrieved from https://independent-age-assets.s3.eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/2019-08/Sheltered%20housing%20and%20extra%20care%20housing_1.pdf. 2020.08.26.
- Independent Age. (2020). *Factsheet getting care services at home*. Retrieved from https://independent-age-assets.s3.eu-west-1.amazonaws.com/s3fs-public/2020-06/Factsheet_Getting-care-services-at-home_0.pdf?LSv4zy_BpwbT1OCDNcbhbfbN4z_dNf_S=. 2020.05.06.
- Johns Hopkins School of Nursing. (2020). *CAPABLE FAQs*. Retrieved from https://nursing.jhu.edu/faculty_research/research/projects/capable/capable-faqs.html. 2020.11.01.
- Joint Center for Housing Studies of Harvard University. (2016). *Projections & implications for housing a growing population: older households 2015-2035*. Retrieved from https://www.jchs.harvard.edu/sites/default/files/harvard_jchs_housing_growing_population_2016.pdf.
- Kinsella, P. (2001). *Supported Living: The Changing Paradigm-from control to freedom*. Retrieved from <http://www.paradigm-uk.org>. 2020.11.06.
- Lee, M. O., & Vouchilas, G. (2016). Preparing to age in place: Attitudes, approaches, and actions. *Housing and Society*, 43(2): 69-81. <https://doi.org/10.1080/08882746.2016.1221039>

- Levy, D., Pendall, R., Abravanel, M., & Biess, J. (2012). *Housing Programs in the United States: Responding to Current and Future Challenges*. Washington: Bipartisan Policy Center.
- Lifetime Homes. (2016). *Lifetime Homes*. Retrieved from <http://www.lifetimehomes.org.uk/pages/lifetime-homes.html> 2016.07.23.
- Malcolm Cutchin. (2003). The process of mediated aging-in-place: A theoretically and empirically based model. *Social Science & Medicine*, 57(6): 1077-1090.
- McWhinney-Morse, S. (2009). Beacon hill village. *Generations*, 33(2): 85-86.
- Means, R. & Smith, R. (1998). *Community care: Policy and practice*. (second ed). Macmillan Press.
- Newcastle City Council. (2020). *Types of housing and care homes*. Retrieved from <https://www.newcastle.gov.uk/services/care-and-support/information-and-support-adults/type-care-service/types-of-housing>. 2020.08.27.
- O'Brien, J. (1991), *Down Stairs That Are Never Your Own: Supporting People with Developmental Disabilities in Their Own Homes*. The Center on Human Policy, Syracuse University.
- OECD. (2019a). *Affordable Housing Database*. Retrieved from <http://www.oecd.org/social/affordable-housing-database/>. 2019.02.15.
- OECD. (2019b). *Health at a Glance 2019*. Retrieved from <http://www.oecd-ilibrary.org>. 2020.02.11.
- Office for National Statistics. (2019). *Statistical bulletin, National population projections: 2018-based*. Retrieved from <https://www.ons.gov.uk/peoplepopulationandcommunity/populationandmigration/populationprojections/bulletins/nationalpopulationprojections/2018based>.

- Pannell, J., and Blood, I. (2012). *Supported Housing for older people in the UK: An evidence review*. Retrieved from <https://www.jrf.org.uk/report/supported-housing-older-people-uk-evidence-review>. 2020.08.26.
- Putnam, M. (2002). Linking aging theory and disability models: Increasing the potential to explore aging with physical impairment. *The Gerontologist*, 42(6): 799-806.
- Putnam, M. (2007). *Aging and disability: Crossing network lines*. Springer Publishing Company.
- Pynoos, J., & Leonard, D. (2018). The future of housing for the elderly: four strategies that can make a difference. *Public Policy & Aging Report*. 28(1): 35-38. doi:10.1093/ppar/pry006.
- SAMHSA. (2010). *Evaluating Your Program: Permanent Supportive Housing*. Retrieved from <https://store.samhsa.gov/product/Permanent-Supportive-Housing-Evidence-Based-Practices-EBP-KIT/SMA10-4509>. 2020.04.09.
- Sargisson, L. (2012). Second-wave cohousing: A modern utopia? *Utopian Studies*, 23(1): 28-56.
- Seattle Regional Office of United States General Accounting Office. (1976). *Deinstitutionalization of the mentally disabled in Oregon*.
- Shared Lives Plus. (2014). *Homeshare practice guide*. UK: NAAPS.
- Simons, K. (1998). *Home, Work and Inclusion*. York: Joseph Rowntree Foundation.
- Stark, S., Keglovits, M., Arbesman, M., & Lieberman, D. (2017). Effect of home modification interventions on the participation of community-dwelling adults with health conditions: A systematic review. *American Journal of Occupational Therapy*, 71(2), <https://doi.org/10.5014/ajot.2017.0188877>.

- Tabol, C., Drebing, C., & Rosenheck, R. (2010). Studies of supported and supportive housing: A comprehensive review of model descriptions and measurement. *Evaluation and Program Planning*, 33(4): 446-456. doi:10.1016/j.evalprogplan. 2009.12.002.
- Technical Assistance Collaborative, Inc. (TAC). (2012). *Strategies for creating integrated supportive housing for people with disabilities*. Retrieved from <http://811resourcecenter.tacinc.org>. 2020.07.02.
- U.S Census Bureau. (2020). *American Community Survey(ACS) 2010-2019 ACS 1-Year Estimates Subject Tables*.
- UK Cohousing Network. (2016). *What is cohousing?* Retrieved from <http://cohousing.org.uk/what-cohousing>. 2016.07.26.
- Warren, S., Wood, A. & Maguire, S. (2013). *Reach: Support for living an ordinary life: It's My Life*. Teddington, Middlesex: Pavilion Publishing and Media Ltd.
- Which? Later life Care. (2020). *What is sheltered housing*. Retrieved from <https://www.which.co.uk/after-life-care/housing-options/sheltered-housing/pros-and-cons-of-sheltered-housing-a448c6f8btgx>. 2020.08.26.
- Wilder & Ansello. (2004). Meeting the Challenges and Opportunities of Aging with Lifelong Disabilities: The Area Planning and Services Committee. *Age in Action*, 19(4): 1-5.
- Bad Neuenahr Ahrweiler. (2002). *Mehrgenerationenhaus - Haus Der Familie*. Retrieved from <https://www.bad-neuenahr-ahrweiler.de/mehrgenerationenhaus/>. 2020.08.17.
- Barrierefrei Leben e. V. (2020a). *Fördermittel & Zuschüsse für das altersgerechte und barrierefreie (Um-) Bauen*. Retrieved from <https://www.online-wohn-beratung.de/finanzielle-hilfen-kostenuebernahme/foerdermittel-und-zuschuesse-fuer-das-altersgerechte-und->

- barrierefreie-(um-)-bauen/. 2020.08.12.
- Barrierefrei Leben e. V. (2020b). *Barrieren abbauen - sicher und komfortabel zuhause wohnen*. Retrieved from <https://www.online-wohn-beratung.de/>. 2020.9.27.
- Battke. (2017). *Zusammen ist man weniger allein: Neue Wohnformen für jedes Alter*. Retrived from http://www.ostbelgienlive.be/PortalData/2/Resources/downloads/rek/Neues_Wohnen_im_Alter_e.V._Kathleen_Battke_und_Aurelia_Vietzen.pdf.
- Bayerischen Staatsministeriums für Familie, Arbeit und Soziales. (2020). *Quartierskonzepte*. Retrieved from <https://www.stmas.bayern.de/wohnen-im-alter/quartierskonzepte/index.php>. 2020.09.27.
- Bedney, B. J., Goldberg, R. B., & Josephson, K. (2010). Aging in place in naturally occurring retirement communities: Transformingaging through supportive service programs. *Journal of Housing for the Elderly*, 24: 304-321.
- Bundesministerium der Justiz und für Verbraucherschutz. (2010). *Bürgerliches Gesetzbuch (BGB) §554a Barrierefreiheit*. Retrieved from https://www.gesetze-im-internet.de/bgb/_554a.html. 2020.08.12.
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. (2020). *Was ist das Bundesprogramm?*. Retrieved from <https://www.mehr-generationenhaeuser.de/programm/was-ist-das-bundesprogramm>. 2020.08.17.
- Deutsches Netzwerk für Sachverständige in der Pflege. (2020). *Pflege, Assistenz und Betreuung wo sind die Abgrenzungen zu finden?*. Retrieved from <http://densip.de/netzwerk/pflege-assistenz-und-betreuung-wo-sind-die-abgrenzungen-zu-finden/>. 2020.08.18.
- DGUV Fachbereich Verwaltung. (2020). *DIN 18040 - Barrierefreies Bauen*. Retrieved from <https://www.dguv.de/barrierefrei/grundlagen/>

- gesetze/standards/din18040/index.jsp. 2020.08.12.
- Diakonie Halle e. V. (2020). *Wohngemeinschaft in Harsewinkel*. Retrieved from <https://www.diakonie-halle.de/pflege-und-betreuung/wohngemeinschaft-in-harsewinkel/?L=0>. 2020.08.16.
- Diakonische Stiftung Ummeln. Bielefelder Wohnschule – “So will ich wohnen”. Retrieved from <https://www.ummeln.de/menschen-behinderung/bielefelder-wohnschule/>. 2020.08.12.
- DieWohnungswirtschaftDeutschland. (2017). *Wohnungswirtschaftliche Daten und Trends 2017/2018. DEU: DieWohnungswirtschaft Deutschland*.
- Evangelische Heimstiftung. *Ambulant betreute Wohngemeinschaft*. Retrieved from <https://www.ev-heimstiftung.de/stuttgart-koenigin-olga-residenz/ambulant-betreute-wohngemeinschaft/>. 2020.08.16.
- Gbe-bund.de. *Schwerbehinderte Menschen mit Ausweis*. Retrieved from <http://www.gbe-bund.de/>. 2020. 8.12.
- GESUNDHEITSBERICHTERSTATTUNG DES BUNDES. (2020). Pflegeheime und verfügbare Plätze in Pflegeheimen. Gliederungsmerkmale: Jahre, Region, Art der Einrichtungen/Plätze, Träger. Retrieved from <http://www.gbe-bund.de>. 2020.08.25.
- Häußermann, Harmut, and Walter Siebel. (1996). *Soziologie des Wohnens. Eine Einführung in Wandel und Ausdifferenzierung des Wohnens*. Weinheim und München:Juventa Verlag, 1996.
- Immo Scout24. (2020). *Barrierefrei und behindertengerecht – Die wichtigsten Informationen 2020*. Retrieved from <https://www.immobilienscout24.de/wohnen/barrierefrei.html>. 2020. 8. 12.
- Jan Abt, Ricarda Pätzold. (2017). *Neue Formen des gemeinschaftlichen Wohnens -Definition des Forschungsgegenstands. Fona/Bundes*

- ministerium für Bildung und Forschung*. Retrieved from https://projekt.izt.de/fileadmin/downloads/pdf/potsdam/Definition_gemeinschaftlicher_Wohnformen_FIN.pdf.
- Kirchner, J. (2006). *Wohnungsversorgung für unterstuetzungsbeduerftige Haushalte: Deutsche Wohnungspolitik im europaeischen Vergleich*, Wiesbaden: DUV.
- Klie, T., Heislbetz, C., Schuhmacher, B., Keilhauer, A., Rischard, P., Bruker, C. (2017). *Ambulant betreute Wohngruppen. Bestandserhebung, qualitative Einordnung und Handlungsempfehlungen*. Abschlussbericht. AGP Sozialforschung und Hans-Weinberger-Akademie (Hrsg.). Studie im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Berlin.
- Koordinationsstelle Pflege und Wohnen in Bayern. *Grundlagen*. (2020). Retrieved from <https://www.bayern-pflege-wohnen.de/grundlagen.html>. 2020. 8. 18.
- Kreis Lippe. (2020). Wohnraumberatung für Ältere und Menschen mit Behinderung. Retrieved from <https://www.kreis-lippe.de/kreis-lippe/verwaltung-und-service/buergerservice/dienstleistungen/245-Wohnberatung-fuer-Aeltere-und-Menschen-mit-Behinderung.php>. 2020.9.26.
- Landesbeauftragten für Menschen mit Behinderungen. (2016). *Selbstbestimmt Wohnen im Alter – auch für Menschen mit Behinderung!*. Retrieved from https://www.braunschweig.de/leben/frauen/gesundheit/Broschuere_53.tagged.pdf.
- Lichtblick. (2020). *Selbstbestimmtes Wohnen kann man lernen*, Retrieved from <http://www.lichtblick-neumuenster.de/wohnschule.html>. 2020. 9. 25.

- Nullbarriere.de. (2020). *Barrierefreies Wohnen*, Retrieved from <https://nullbarriere.de/musterwohnung-barrierefrei.html>. 2020. 8. 12.
- Paulinenpflege Winnenden. (2017). *Wohnschule – was ist das?*. Retrieved from <https://www.paulinenpflege.de/wohnen/angebote/wohnschule/>. 2020. 9. 25.
- Pflege.de. (2019). *Betreutes Wohnen*. Retrieved from <https://www.pflege.de/altenpflege/betreutes-wohnen/>. 2020. 8. 13.
- Pflege.de. (2020a). *Grundsicherung im Alter*, Retrieved from <https://www.pflege.de/pflegegesetz-pflegerecht/sgb/xii/grundsicherung-im-alter/>. 2020. 8. 13.
- Pflege.de. (2020b). *Hilfe zur Pflege*, Retrieved from <https://www.pflege.de/pflegegesetz-pflegerecht/sgb/xii/hilfe-zur-pflege/>. 2020. 8. 13.
- Pflege.de. (2020c). *Mehrgenerationenhaus und Mehrgenerationenwohnen*. Retrieved from <https://www.pflege.de/altenpflege/mehrgenerationenhaus/>. 2020.8.16.
- PFLEGEMARKT.COM. (2020). *AM PULS DER PFLEGE, Anzahl und Statistik der Altenheime* in Deutschland, Retrieved from <https://www.pflegemarkt.com/2016/10/28/anzahl-und-statistik-der-altenheime-in-deutschland/>. 2020. 8. 12.
- Rötzer Ziegel Element Haus. (2020). *Die Idee des Mehrgenerationenhauses*, Retrieved from <https://www.roetzerziegelhaus.de/blog/mehrgenerationenhaus-bauen-vor-und-nachteile/>. 2020. 8. 17.
- Rudolf-Cleff, Annette. *Wohnungspolitik und Stadtentwicklung*. (1996). *Ein deutschfranzösischer Vergleich*. Basel et al.: Birkhäuser Verlag. 1996.
- Senioren-Residenzen. (2020). *Senioren-Residenzen in Deutschland*, Retrieved from <https://www.senioren-residenzen.net/>. 2020. 8. 12.

- SOZIALVERBAND VdK. (2019). *Neue Wohnformen für Senioren: In Gemeinschaft ist man weniger allein*. Retrieved from https://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/rente/76577/neue_wohnformen_fuer_senioren_in_gemeinschaft_ist_man_weniger_allein?dscc=ok. 2020. 8. 16.
- Wohnen im Alter. (2020). *BETREUTES WOHNEN IN BEVERSTEDT*, Retrieved from <https://www.wohnen-im-alter.de/einrichtung/betreutes-wohnen/beverstedt/betreutes-wohnen-in-beverstedt-31217>. 2020. 8. 12.
- WohnSchule. (2020). *Programm Das Programm*, Retrieved from <http://wohnschule.info/programm/>. 2020. 9. 25.
- Zuhause in Leipzig. (2020). *Die LWB Wohnschule stellt sich vor*, Retrieved from <https://www.lwb.de/unternehmen/verantwortung/wohnschule>. 2020. 9. 25.
- 堺市 地域生活支援の中核的な役割を担う日中サービス支援型グループホームの創設. (2020). https://www.city.sakai.lg.jp/kenko/fukushikaigo/shogai_fukushi/jigyousya/syofuku_jigyousya/20200907gh.files/sankoushiryou.pdf (2020. 10. 27.).
- 国土交通省. (2008). 高齢者・障害者等の住まいの確保 障害保健福祉関係主管課長会議(2008.3.5.)国土交通省資料. [https://www.wam.go.jp/wamappl/bb15GS60.nsf/0/ea26f908cd2c6549257405002e2af2/\\$FILE/20080310_1shiryou8.pdf](https://www.wam.go.jp/wamappl/bb15GS60.nsf/0/ea26f908cd2c6549257405002e2af2/$FILE/20080310_1shiryou8.pdf) (2020. 10. 27.).
- 内閣府. (2019). 令和元年版 障害者白書. <https://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/r01hakusho/zenbun/index-pdf.html> (2020. 10. 27.).
- 大本圭野. (2001). 居住問題と住宅政策, 日本社会保障法学会 編, '住居保障法・公的扶助法', 東京: 法律文化社.

- 小泉貴人. (2016). 高齢障害者支援について, ノーマライゼーション・障害者の福祉 2016年 7月号.
- 松端克文. (2018). 日本におけるコミュニティケアの現状と課題, 한국지역사회복지학회 학술대회, 61-70.
- 厚生労働省 障害者の利用者負担. <https://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/hutan1.html> (2020. 10. 27.).
- 厚生労働省. (2018a). 障害福祉分野の最近の動向 障害福祉サービス等報酬改定検討チーム第1回(H30.8.29) 参考資料 <https://www.mhlw.go.jp/content/12201000/000349704.pdf> (2020. 10. 27.).
- 厚生労働省. (2018b). 生活のしづらさなどに関する調査. https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/dl/seikatsu_chousa_c_h28.pdf (2020.10.27.).
- 厚生労働省. (2020a). 障害福祉分野の最近の動向, 障害福祉サービス等報酬改定検討チーム第6回(2020. 2. 4)参考資料. <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000591643.pdf> (2020. 10. 27.).
- 厚生労働省. (2020b). 共同生活援助(介護サービス包括型・外部サービス利用型・日中サービス支援型)に係る報酬・基準について. 障害福祉サービス等報酬改定検討チーム第14回(R2.9.11)資料2. <https://www.mhlw.go.jp/content/12401000/000670104.pdf> (2020. 10. 27.).

법령 자료

- 공공주택 특별법 시행규칙, 국토교통부령 제761호 (2020).
- 공공주택 특별법 시행규칙, 국토교통부령 제771호 별표 4 제2호 나목(2020).
- 공공주택 특별법 시행령, 대통령령 제31050호 (2020).
- 국민기초생활 보장법, 법률 제16734호 (2020).
- 국토교통부고시 제2019-235호 (2019), 공공주택 입주자 보유 자산 관련 업무 처리기준.
- 발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률, 법률 제 17200호 (2020).

장기공공임대주택 입주자 삶의 질 향상 지원법, 법률 제 13805호 (2016).

장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률, 법률 제16390호 (2019).

장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 시행령, 대통령령 제31005호 (2020).

주거급여법, 법률 제12333호 (2014).

주거기본법, 법률 제16391호 (2019).

주택공급에 관한 규칙, 국토교통부령 제760호 (2020).



부록 1. 2017년 노인실태조사 분석 결과: 복지욕구

가. 건강 특성

〈부표 1-1〉 장애 여부에 따른 노인의 건강 특성

구분	비장애노인		고령장애인		전체	
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
주관적 건강상태 ¹⁾	3.00	.972	2.50	1.837	2.94	.986
t(df)/ p					-16.559(10071)***/	.000
우울감 ¹⁾	3.92	4.013	5.37	4.3797	4.09	4.083
t(df)/ p					11.462(10071)***/	.000
인지기능 ²⁾	25.29	3.833	24.69	3.859	25.22	3.840
t(df)/ p					-4.928(10053)***/	.000
만성질환 개수 ³⁾	2.66	1.809	3.28	1.949	2.74	1.837
t(df)/p					10.494(1536.037)***/	.000
낙상횟수 ⁴⁾	2.00	3.827	3.18	6.177	2.19	4.304
t(df)/ p					2.948/293.661)***/	.000
병의원 이용횟수 ⁵⁾	3.02	3.604	3.80	4.312	3.12	3.713
t(df)/ p					5.500(1254.314)***/	.000

주: 1) 본인응답자를 대상으로 하여 10,073명을 분석

2) 전체응답자 10,299명 중 무응답 등으로 인해 244명을 제외하고 분석

3) 전체응답자 10,299명을 분석

4) 지난 1년간 낙상 경험이 있는 1,627명을 분석

5) 지난 1개월간 병의원 이용한 경험이 있는 7,938명을 분석

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-2〉 노인의 일반적 특성에 따른 주관적 건강

(단위: %)

구분	비장애 노인		고령장애인	
	좋음+보통	나쁨	좋음+보통	나쁨
성별				
남성	46.8	32.0	59.5	46.5
여성	53.2	68.0	40.5	53.5
$\chi^2(df)/p$	188.256(1)*** / .000		19.023(1)/ n.s.	
연령대				
65~79세	83.1	73.0	81.7	76.3
80세 이상	16.9	27.0	18.3	23.7
$\chi^2(df)/p$	130.364(1)*** / .000		4.944(1)* / .026	
학력				
무학	17.5	33.1	23.3	30.0
초등학교	31.8	37.3	39.3	36.4
중학교	19.0	13.8	16.6	16.5
고등학교 졸업 이상	31.7	15.8	20.8	17.1
$\chi^2(df)/p$	474.949(3)*** / .000		7.327(3)/ n.s.	
가구형태				
노인독거	21.2	28.6	19.9	27.0
노인부부	51.6	43.0	52.7	49.9
자녀동거	23.2	25.0	22.6	19.9
기타	4.0	3.4	4.8	3.2
$\chi^2(df)/p$	83.354(3)*** / .000		9.188(3)* / .027	
가구원수				
1명	21.2	28.6	19.9	27.0
2명	57.8	52.4	60.2	54.7
3명 이상	21.0	19.0	19.9	18.3
$\chi^2(df)/p$	61.983(2)*** / .000		7.862(2)* / .020	
지역				
도시 (동부)	69.7	68.1	65.5	66.5
농어촌 (읍·면부)	30.3	31.9	34.5	33.5
$\chi^2(df)/p$	2.479(1)/ n.s.		.134(1)/ n.s.	
전체	62.8	37.2	41.3	58.7

주: 전체응답자 10,299명 중 무응답 226명을 제외하고 분석
자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-3〉 장애 여부에 따른 노인의 의료기관 이용 여부

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
병의원 이용 여부 ¹⁾			
예	76.2	83.8	77.1 (7,938)
아니오	23.8	16.2	22.9 (2,359)
계	100.0	100.0	100.0 (10,297)
$\chi^2(df)/ p$			35.142(1)***/ .000
건강검진 여부 ²⁾			
예	82.4	82.7	82.4 (8,488)
아니오	17.6	17.3	17.6 (1,811)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			057(1)/ n.s.
치매검진 여부 ²⁾			
예	39.3	43.6	39.8 (4,103)
아니오	60.7	56.4	60.2 (6,197)
계	100.0	100.0	100.0 (10,300)
$\chi^2(df)/ p$			8.284(1)**/ .004
병의원 입원 여부 ²⁾			
예	16.5	23.6	17.3 (1,785)
아니오	83.5	76.4	82.7 (8,514)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			38.422(1)***/ .000
만성질환 여부 ²⁾			
예	89.0	95.0	89.7 (9,238)
아니오	11.0	5.0	10.3 (1,061)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			42.155(1)***/ .000

주: 1) 전체응답자 10,299명 중 무응답 등 3명을 제외하고 분석

2) 전체응답자 대상으로 분석

3) 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

444 고령장애인의 커뮤니케이션 적응을 위한 주거지원 방안 연구

〈부표 1-4〉 노인의 일반적 특성에 따른 병의원 이용 여부

(단위: %)

구분	비장애 노인		고령장애인	
	예	아니오	예	아니오
성별				
남성	38.3	50.8	50.2	57.5
여성	61.7	49.2	49.8	42.5
$\chi^2(df)/p$	107.430(1)*** / .000		3.532(1)/ n.s.	
연령대				
65~79세	78.0	79.7	76.8	83.5
80세 이상	22.0	20.3	23.2	16.5
$\chi^2(df)/p$	2.882(1)/ n.s.		4.344(1)* / .037	
학력				
무학	25.4	18.6	28.5	22.5
초등학교	35.1	29.0	37.4	37.5
중학교	16.6	17.7	15.4	22.0
고등학교 졸업 이상	22.9	34.6	18.6	18.0
$\chi^2(df)/p$	139.758(3)*** / .000		6.628(3)/ n.s.	
가구형태				
노인독거	25.1	18.0	24.6	14.6
노인부부	47.4	50.3	50.4	50.8
자녀동거	23.6	25.7	20.2	26.6
기타	3.9	5.0	4.8	8.0
$\chi^2(df)/p$	36.666(3)*** / .000		14.036(3)** / .003	
가구원수				
1명	25.1	19.0	24.6	14.5
2명	55.1	57.4	56.7	59.0
3명 이상	19.8	23.6	18.6	26.5
$\chi^2(df)/p$	39.017(2)*** / .000		12.858(2)** / .002	
지역				
도시 (동부)	67.7	72.8	66.1	68.5
농어촌 (읍·면부)	32.3	27.2	33.9	31.5
$\chi^2(df)/p$	19.518(1)*** / .000		.438(1)/ n.s.	
전체	76.2	23.8	83.8	16.2

주: 전체응답자 10,299명 중 무응답 3명을 제외하고 분석
 자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-5〉 노인의 일반적 특성에 따른 병의원 입원 여부

(단위: %.)

구분	비장애 노인		고령장애인	
	예	아니오	예	아니오
성별				
남성	37.8	41.9	49.1	52.3
여성	62.2	58.1	50.9	47.7
$\chi^2(df)/p$	9.019(1)**/ .003		.877(1)/ n.s.	
연령대				
65~79세	74.1	79.2	74.2	79.1
80세 이상	25.9	20.8	25.8	20.9
$\chi^2(df)/p$	19.105(1)***/ .000		3.054(1)/ n.s.	
학력				
무학	29.3	22.7	29.5	26.9
초등학교	34.1	33.6	36.3	37.9
중학교	17.4	16.8	15.8	16.6
고등학교 졸업 이상	19.3	26.9	18.5	18.6
$\chi^2(df)/p$	51.416(3)***/ .000		.766(3)/ n.s.	
가구형태				
노인독거	26.5	23.1	27.5	21.6
노인부부	43.5	49.0	47.1	51.3
자녀동거	24.5	24.0	16.8	22.5
기타	5.5	3.9	8.6	4.6
$\chi^2(df)/p$	21.270(3)***/ .000		14.019(3)**/ .003	
가구원수				
1명	26.5	23.1	27.4	21.6
2명	51.6	56.5	55.1	57.7
3명 이상	21.9	20.5	17.5	20.7
$\chi^2(df)/p$	12.916(2)**/ .002		4.631(1)/ n.s.	
지역				
도시 (동부)	66.3	69.4	65.6	66.7
농어촌 (읍·면부)	33.7	30.6	34.4	33.3
$\chi^2(df)/p$	5.872(1)*/ .015		.106(1)/ n.s.	
전체	16.5	83.5	23.6	76.4

주: 전체응답자 10,299명을 분석

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-6〉 노인의 일반적 특성에 따른 만성질환 여부

(단위: %)

구분	비장애 노인		고령장애인	
	예	아니오	예	아니오
성별				
남성	58.7	39.1	67.7	50.7
여성	41.3	60.9	32.3	49.3
$\chi^2(df)/p$	141.252(1)*** / .000		6.861(1)** / .009	
연령대				
65~79세	89.5	77.0	79.0	77.9
80세 이상	10.5	23.0	21.0	22.1
$\chi^2(df)/p$	81.280(1)*** / .000		.045(1)/ n.s.	
학력				
무학	12.4	25.2	21.0	27.8
초등학교	29.1	34.2	40.3	37.4
중학교	20.0	16.5	16.1	16.5
고등학교 졸업 이상	38.5	24.1	22.6	18.3
$\chi^2(df)/p$	145.992(3)*** / .000		1.740(3)/ n.s.	
가구형태				
노인독거	14.6	24.8	19.4	23.2
노인부부	51.0	47.7	54.8	50.0
자녀동거	29.3	23.4	22.6	21.1
기타	5.1	4.1	3.2	5.6
$\chi^2(df)/p$	55.614(3)*** / .000		1.335(3)/ n.s.	
가구원수				
1명	14.6	24.8	19.4	23.2
2명	57.2	55.5	54.8	57.2
3명 이상	28.2	19.8	25.8	19.6
$\chi^2(df)/p$	69.075(2)*** / .000		1.565(2)/ n.s.	
지역				
도시 (동부)	73.0	68.4	58.7	66.8
농어촌 (읍·면부)	27.0	31.6	41.3	33.2
$\chi^2(df)/p$	8.895(1)** / .003		1.736(1)/ n.s.	
전체	89.0	11.0	95.0	5.0

주: 전체응답자 10,299명을 분석
 자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-7〉 장애 여부에 따른 신체적 및 심리정서적 건강상태

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
ADL 제약			
제약	6.8	22.8	8.7 (898)
제약없음	93.2	77.2	91.3 (9,401)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			347.832(1)***/ .000
IADL 제약			
제약	22.0	43.4	24.6 (2,532)
제약없음	78.0	56.6	75.4 (7,767)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			268.712(1)***/ .000
인지저하 ¹⁾			
정상군	86.0	81.5	85.5 (8,597)
기능저하군	14.0	18.5	14.5 (1,458)
계	100.0	100.0	100.0 (10,055)
$\chi^2(df)/ p$			16.854(1)***/ .000
영양상태			
양호	42.4	27.6	40.7 (4,187)
개선	38.7	43.9	39.4 (4,054)
불량	18.8	28.4	20.0 (2,058)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			116.103(2)***/ .000
우울수준 ²⁾			
정상군	80.2	68.9	78.9 (7,948)
우울의심군	19.8	31.1	21.1 (2,125)
계	100.0	100.0	100.0 (10,073)
$\chi^2(df)/ p$			78.777(1)***/ .000
자살생각 여부 ²⁾			
예	6.1	10.8	6.7 (673)
아니오	93.9	89.2	93.3 (9,401)
계	100.0	100.0	100.0 (10,074)
$\chi^2(df)/ p$			36.001(1)***/ .000

주: 1) 전체응답자 10,299명 중 무응답 등으로 인해 244명을 제외하고 분석

2) 본인응답자를 대상으로 분석

3) 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-8〉 장애 여부에 따른 낙상 및 요인

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
낙상 ¹⁾			
아니오	84.8	78.8	84.1 (8,607)
예	15.2	21.2	15.9 (1,627)
계	100.0	100.0	100.0 (10,234)
$\chi^2(df)/ p$			29.120(1)***/ .000
낙상의 주요 원인 ²⁾			
바닥이 미끄러워서	27.0	23.4	26.4 (430)
사람이 사물에 부딪혀서	5.8	5.5	5.8 (94)
보도나 문의 턱에 걸려	16.6	15.6	16.5 (268)
경사가 급해서	4.1	2.0	3.7 (61)
조명이 어두워서	1.5	0.0	1.2 (20)
다리를 접질러서	14.4	13.7	14.3 (232)
갑자기 어지러워서	11.7	10.9	11.6 (189)
다리에 힘이 풀려서	18.7	28.1	20.1 (328)
기타	0.2	0.8	0.3 (5)
계	100.0	100.0	100.0 (1,627)
$\chi^2(df)/ p$			19.535(8)**/ .012

주: 1) 전체응답자 10,299명 중 무응답 등으로 인해 56명을 제외하고 분석
2) 전체응답자 10,299명 중 지난 1년간 낙상 경험이 있는 1,627명을 분석
3) 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음
자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-9〉 노인의 일반적 특성에 따른 낙상 여부

(단위: %)

구분	비장애 노인		고령장애인	
	예	아니오	예	아니오
성별				
남성	43.7	28.4	55.0	38.7
여성	56.3	71.6	45.0	61.3
$\chi^2(df)/p$	110.990(1)***/.000		21.480(1)***/.000	
연령대				
65~79세	80.0	71.1	79.4	75.1
80세 이상	20.0	28.9	20.6	24.9
$\chi^2(df)/p$	55.346(1)***/.000		2.190(1)/ n.s.	
학력				
무학	22.3	30.4	24.9	35.4
초등학교	33.4	35.5	39.0	32.7
중학교	17.6	13.5	16.9	15.6
고등학교 졸업 이상	26.7	20.6	19.3	16.3
$\chi^2(df)/p$	61.623(3)***/.000		11.453(3)*/.010	
가구형태				
노인독거	22.4	31.4	22.4	27.0
노인부부	50.0	38.8	52.2	48.0
자녀동거	23.8	26.1	21.1	23.4
기타	3.8	3.7	4.3	1.6
$\chi^2(df)/p$	72.192(3)***/.000		7.028(3)/ n.s.	
가구원수				
1명	22.4	31.4	22.4	26.8
2명	56.9	49.5	58.6	52.5
3명 이상	20.7	19.1	19.0	20.6
$\chi^2(df)/p$	52.265(2)***/.000		3.275(2)/ n.s.	
지역				
도시 (동부)	68.9	69.1	65.3	69.9
농어촌 (읍·면부)	31.1	30.9	34.7	30.1
$\chi^2(df)/p$	.021(1)/ n.s.		1.926(1)/ n.s.	
전체	84.8	15.2	78.8	21.2

주: 전체응답자 10,299명 중 무응답 등으로 인해 56명을 제외하고 분석
 자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

나. 돌봄현황

〈부표 1-10〉 장애 여부에 따른 돌봄제공자

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
돌봄 ¹⁾			
예	68.1	83.8	71.4 (1,863)
아니오	31.9	16.2	28.6 (745)
계	100.0	100.0	100.0 (2,608)
$\chi^2(df)/ p$			52.754(1)***/ .000
동거가족원 ²⁾			
도움받음	68.7	69.9	69.0 (1,285)
도움받지 않음	31.3	30.1	31.0 (578)
계	100.0	100.0	100.0 (1,863)
$\chi^2(df)/ p$			.253(1)/ n.s.
비동거가족원 ²⁾			
도움받음	37.0	33.8	36.2 (674)
도움받지 않음	63.0	66.2	63.8 (1,189)
계	100.0	100.0	100.0 (1,863)
$\chi^2(df)/ p$			1.548(1)/ n.s.
친척, 이웃·친지 ²⁾			
도움받음	6.1	6.9	6.3 (118)
도움받지 않음	93.9	93.1	93.7 (1,745)
계	100.0	100.0	100.0 (1,863)
$\chi^2(df)/ p$			.364(1)/ n.s.
유급도우미 ²⁾			
도움받지 않음	98.7	98.1	98.6 (1,836)
도움받음	1.3	1.9	1.4 (27)
계	100.0	100.0	100.0 (1,863)
$\chi^2(df)/ p$			1.070(1)/ n.s.
장기요양보험서비스 ²⁾			
도움받음	16.6	26.4	19.0 (355)
도움받지 않음	83.4	73.6	81.0 (1,509)
계	100.0	100.0	100.0 (1,864)
$\chi^2(df)/ p$			21.592(1)***/ .000
노인돌봄서비스 ²⁾			
도움받음	3.6	6.1	4.2 (78)
도움받지 않음	96.4	93.9	95.8 (1,785)
계	100.0	100.0	100.0 (1,863)
$\chi^2(df)/ p$			5.377(1)*/ .020

주: 1) ADL 혹은 IADL에서 완전 자립을 제외한 2,608명을 분석

2) 제공자로부터 돌봄을 받는 1,863명을 분석

3) 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-11〉 노인의 일반적 특성에 따른 돌봄필요 여부

(단위: %)

구분	비장애 노인		고령장애인	
	예	아니오	예	아니오
성별				
남성	25.1	18.6	46.5	34.8
여성	74.9	81.4	53.5	65.2
$\chi^2(df)/p$	10.517(1)**/ .001		4.137(1)*/ .042	
연령대				
65~79세	43.7	66.9	66.2	74.4
80세 이상	56.3	33.1	33.8	25.6
$\chi^2(df)/p$	96.552(1)***/ .000		2.318(1)/ n.s.	
학력				
무학	53.2	59.3	32.7	50.0
초등학교	26.0	24.2	34.6	31.1
중학교	8.6	8.1	17.1	4.4
고등학교 졸업 이상	12.2	8.4	15.6	14.4
$\chi^2(df)/p$	9.563(3)*/ .023		14.722(3)**/ .002	
가구형태				
노인독거	22.9	55.8	20.3	43.8
노인부부	33.2	28.7	47.0	42.7
자녀동거	37.0	14.5	24.7	11.2
기타	6.9	1.1	8.0	2.2
$\chi^2(df)/p$	253.589(3)***? .000		26.819(3)***/ .000	
가구원수				
1명	22.9	55.9	20.3	43.3
2명	50.5	36.2	56.5	48.9
3명 이상	26.6	7.9	23.2	7.8
$\chi^2(df)/p$	240.146(2)***/ .000		25.938(2)***/ .000	
지역				
도시 (동부)	66.0	64.9	69.7	58.4
농어촌 (읍·면부)	34.0	35.1	30.3	41.6
$\chi^2(df)/p$	.233(1)/ n.s.		4.347(1)*/ .037	
전체	68.1	31.9	83.8	16.2

주: ADL 혹은 IADL에서 완전 자립을 제외한 2,608명을 분석
 자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

452 고령장애인의 커뮤니케이터 적용을 위한 주거지원 방안 연구

〈부표 1-12〉 장애 여부에 따른 노인의 돌봄 충분성

구분	비장애노인		고령장애인		전체	
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
돌봄충분성	3.57	.841	3.47	.894	3.55	.855
t(df)/ p					-1.975(631.227)*/ .049	

주: 제공자로부터 돌봄을 받는 1,863명 중 본인응답자 1,641명을 분석
자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-13〉 노인의 일반적 특성에 따른 돌봄충분성

(단위: %)

구분	비장애 노인		고령장애인	
	충분+보통	부족	충분+보통	부족
성별				
남성	24.1	21.0	47.5	40.8
여성	75.9	79.0	52.5	59.2
$\chi^2(df)/p$	.775(1)/ n.s.		1.047(1)/ n.s.	
연령대				
65~79세	48.2	32.5	67.0	62.0
80세 이상	51.8	67.5	33.0	38.0
$\chi^2(df)/p$	14.109(1)*** / .000		.650(1)/ n.s.	
학력				
무학	54.2	50.0	31.4	38.0
초등학교	25.8	29.0	36.3	26.8
중학교	8.7	7.4	19.1	9.9
고등학교 졸업 이상	11.3	13.6	13.2	25.4
$\chi^2(df)/p$	1.941(3)/ n.s.		10.724(3)* / .013	
가구형태				
노인독거	21.3	50.6	17.6	47.9
노인부부	35.5	21.6	51.9	35.2
자녀동거	39.0	25.3	26.5	15.5
기타	4.2	2.5	4.0	1.4
$\chi^2(df)/p$	64.289(3)*** / .000		30.511(3)*** / .000	
가구원수				
1명	21.3	50.6	17.6	48.6
2명	53.3	35.2	58.6	42.9
3명 이상	25.4	14.2	23.8	8.6
$\chi^2(df)/p$	64.518(2)*** / .000		32.795(2)*** / .000	
지역				
도시 (동부)	66.0	72.2	68.5	74.6
농어촌 (읍·면부)	34.0	27.8	31.5	25.4
$\chi^2(df)/p$	2.492(1)/ n.s.		1.034(1)/ n.s.	
전체	87.0	13.0	82.0	18.0

주: 제공자로부터 돌봄을 받는 1,863명 중 본인응답자 1,641명을 분석
 자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-14〉 장애 여부에 따른 노인의 장기요양등급 신청 여부

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
장기요양보험등급 신청 ¹⁾			
예	3.5	13.3	4.6 (477)
아니오	96.5	86.7	95.4 (9,822)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			237.963(1) ^{***} .000
장기요양보험 등급내 판정 ²⁾			
예	3.0	11.5	4.0 (409)
아니오	0.5	1.8	0.6 (67)
계	3.5	13.3	4.6 (476)
$\chi^2(df)/ p$			.069(1)/ n.s.

주: 1) 전체응답자 10,299명을 분석
2) 장기요양등급 미신청자 9,823명 제외하고, 신청자 476명을 분석
3) 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음
자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-15〉 장애 여부에 따른 노인의 장기요양 등급 미신청 이유

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
건강이 양호해서	77.3	58.9	75.3 (7,343)
노인장기요양보험에 대해 알지 못해서	6.8	10.0	7.2 (700)
등급인정을 받지 못할 것 같아서	8.8	15.4	9.5 (923)
타인의 도움을 받고 싶지 않아서	5.4	11.9	6.1 (597)
비용이 부담될 것 같아서	1.4	2.8	1.6 (152)
요양병원에 입원하는 것이 더 낫다고 생각해서	0.0	0.0	0.0 (1)
장기요양보험에는 원하는 서비스가 없어서	0.0	0.1	0.0 (3)
현재 이용하는 서비스로 충분해서	0.2	1.0	0.3 (26)
계	100.0	100.0	100.0 (9,745)
$\chi^2(df)/ p$			195.132(7) ^{***} / .000

주: 1) 전체응답자 10,299명 중 장기요양보험신청자 477명, 기타(배우자 있음) 2명, 무응답 75명, 총 557명 제외하고 분석
2) 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음
자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

다. 소득 및 지출 현황

〈부표 1-16〉 장애 여부에 따른 노인의 월평균 소득 및 지출 현황

(단위: 만원)

구분	비장애노인		고령장애인		전체	
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차
가구균등화소득 ¹⁾	146.06	112.148	130.74	92.840	144.22	110.122
t(df)/ p					-5.292(1761.597)***/	.000
가구균등화지출 ²⁾	110.71	59.776	102.14	55.339	109.68	59.325
t(df)/ p					-5.051(1649.665)***/	.000
주거비 ²⁾	12.85	10.590	11.86	7.508	12.73	10.274
t(df)/ p					-4.121(1970.810)***/	.000
보건의료비 ²⁾	6.05	11.535	9.00	24.,681	6.41	13.819
t(df)/ p					4.137(1306.960)***/	.000

주: 1) 전체응답자 10,299명 중 무응답 등으로 인해 1명을 제외하고 분석
2) 전체응답자 10,299명을 분석
자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-17〉 장애 여부에 따른 노인의 월평균 가구균등화소득

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
분위별 가구균등화소득 ¹⁾			
제1오분위	19.7	22.1	20.0 (2,063)
제2오분위	19.2	25.4	20.0 (2,057)
제3오분위	20.2	19.0	20.0 (2,061)
제4오분위	20.2	18.5	20.0 (2,060)
제5오분위	20.6	15.1	20.0 (2,057)
계	100.0	100.0	100.0 (10,298)
$\chi^2(df)/ p$			42.722(4)***/ .000
구간별 가구균등화소득 ¹⁾			
50만원 미만	5.9	5.4	5.8 (601)
50-100만원 미만	31.2	44.5	36.6 (3,764)
100-150만원 미만	22.7	20.6	22.5 (2,312)
150-200만원 미만	14.4	13.9	14.3 (1,473)
200만원 이상	21.5	15.7	20.8 (2,146)
계	100.0	100.0	100.0 (10,296)
$\chi^2(df)/ p$			45.325(4)***/ .000

주: 1) 전체응답자 10,299명 중 무응답 등으로 인해 1명을 제외하고 분석
2) 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음
자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-18〉 노인의 일반적 특성에 따른 월평균 소득

(단위: 만원)

구분	비장애 노인		고령장애인	
	평균	표준편차	평균	표준편차
성별				
남성	157.44	125.242	131.78	84.900
여성	138.06	101.201	129.64	100.664
t(df)/ p	7.837(6929.584)*** / .000		.404(1232) / n.s.	
연령대				
65~79세	151.60	110.043	132.08	90.770
80세 이상	125.92	117.320	126.00	99.833
t(df)/ p	8.691(2973.106)*** / .000		.954(1232) / n.s.	
학력				
무학	112.31	76.833	119.11	87.683
초등학교	130.86	94.854	125.61	88.388
중학교	149.99	92.224	130.65	82.313
고등학교 졸업 이상	194.63	149.723	158.51	111.208
F(df)/ p	200.851(3,4516.231)*** / .000		7.033(3,563.617)*** / .000	
가구형태				
노인독거	98.48	79.100	81.69	70.772
노인부부	141.45	110.596	114.07	68.631
자녀동거	201.42	121.556	203.08	109.313
기타	149.00	94.858	167.46	128.810
F(df)/ p	376.793(3,1685.125)*** / .000		69.511(3,255.541)*** / .000	
가구원수				
1명	98.48	79.100	91.69	70.772
2명	144.44	114.141	119.03	70.434
3명 이상	204.67	112.069	209.40	121.481
F(df)/ p	696.790(2,4420.337)*** / .000		87.900(2,478.618)*** / .000	
지역				
도시 (동부)	154.29	121.056	137.32	100.604
농어촌 (읍·면부)	127.79	86.546	117.76	73.588
t(df)/ p	11.848(7385.887)*** / .000		3.880(1078.559)*** / n.s.	
전체	146.06	112.148	130.74	92.840

주: 전체응답자 10,299명 중 무응답 등으로 인해 1명을 제외하고 분석
 자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-19〉 장애 여부에 따른 노인의 월평균 소비 지출

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
월평균 소비 지출			
50만원 미만	2.8	1.9	2.7 (273)
50-100만원 미만	26.4	29.6	26.7 (2,754)
100-150만원 미만	23.0	27.5	23.5 (2,425)
150-200만원 미만	18.2	17.3	18.1 (1,862)
200만원 이상	29.7	23.8	29.0 (2,985)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			30.493(4)***/ .000
월평균 주거비 지출			
10만원 미만	45.0	48.0	45.4 (4,671)
10-20만원 미만	41.7	41.6	41.7 (4,294)
20-30만원 미만	9.2	7.9	9.1 (934)
30만원 이상	4.0	2.6	3.9 (399)
계	100.0	100.0	100.0 (10,298)
$\chi^2(df)/ p$			10.641(3)*/ .014
월평균 보건의료비 지출			
없음	9.3	9.6	9.4 (965)
1-10만원 미만	75.6	68.4	74.7 (7,694)
10-20만원 미만	8.6	10.9	8.9 (913)
20-40만원 미만	4.6	6.4	4.8 (498)
40-60만원 미만	1.1	2.9	1.3 (139)
60만원 이상	0.8	1.8	0.9 (90)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			60.239(5)***/ .000

주: 1) 전체응답자 10,299명 중 무응답 등으로 인해 1명을 제외하고 분석
2) 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음
자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1~20〉 노인의 일반적 특성에 따른 월평균 소비 지출

(단위: 만원)

구분	비장애 노인		고령장애인	
	평균	표준편차	평균	표준편차
성별				
남성	116.79	62.187	102.05	48.837
여성	106.44	57.647	102.24	61.548
t(df)/ p	8,040(7653.946)*** / .000		-.058(1137.602) / n.s.	
연령대				
65~79세	114.14	59.821	102.83	55.330
80세 이상	98.23	57.938	99.72	55.404
t(df)/ p	10.490(9063)*** / .000		.818(436.696) / n.s.	
학력				
무학	89.34	46.352	94.60	61.974
초등학교	101.21	50.000	97.08	44.654
중학교	113.82	52.531	102.08	44.039
고등학교 졸업 이상	140.89	73.352	123.64	67.171
F(df)/ p	287.892(3,4487.189)*** / .000		11.023(3,552.575)*** / .000	
가구형태				
노인독거	83.26	50.298	80.77	58.623
노인부부	109.15	57.419	92.31	37.140
자녀동거	140.59	60.357	143.51	64.922
기타	111.72	53.314	123.17	53.487
F(df)/ p	385.747(3,1673.542)*** / .000		59.707(3,354.596)*** / .000	
가구원수				
1명	83.26	50.298	80.77	58.623
2명	109.53	56.480	95.06	38.506
3명 이상	145.18	61.191	147.09	67.035
F(df)/ p	607.636(2,4140.559)*** / .000		80.049(2,436.473)*** / .000	
지역				
도시 (동부)	116.37	63.020	106.66	60.089
농어촌 (읍·면부)	98.14	49.615	93.22	43.187
t(df)/ p	14.842(6785.178)*** / .000		4.503(1091.635)*** / .000	
전체	110.71	59.776	102.14	55.339

주: 전체응답자 10,299명 중 무응답 등으로 인해 1명을 제외하고 분석
 자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-21〉 노인의 일반적 특성에 따른 월평균 주거비 지출

(단위: 만원)

구분	비장애 노인		고령장애인	
	평균	표준편차	평균	표준편차
성별				
남성	12.78	11.573	11.90	8.204
여성	12.90	9.841	11.81	6.697
t(df)/ p	-.519(9063)/ n.s.		.229(1232)/ n.s.	
연령대				
65~79세	12.94	10.780	11.99	7.750
80세 이상	12.52	9.861	11.39	6.578
t(df)/ p	1.562(9063)/ n.s.		1.168(1232)/ n.s.	
학력				
무학	10.99	8.023	10.71	6.749
초등학교	11.93	10.551	11.03	6.033
중학교	13.36	13.015	12.33	7.619
고등학교 졸업 이상	15.44	10.425	14.81	10.001
F(df)/ p	92.442(3,4428.154)*** / .000		11.566(3,530.453)*** / .000	
가구형태				
노인독거	14.33	11.319	13.16	7.77
노인부부	12.47	10.779	11.24	6.38
자녀동거	12.36	9.768	11.82	7.77
기타	11.67	7.463	12.18	12.61
F(df)/ p	18.609(3,1763.579)*** / .000		4.416(3,255.922)** / .005	
가구원수				
1명	14.33	11.319	13.16	7.777
2명	12.55	10.724	11.35	6.604
3명 이상	11.96	9.099	11.80	9.278
F(df)/ p	28.696(2,4268.580)*** / .000		5.910(2,477.751)** / .003	
지역				
도시 (동부)	13.57	11.120	12.37	7.784
농어촌 (읍·면부)	11.25	9.104	10.85	6.830
t(df)/ p	10.485(6544.411)*** / .000		3.371(1232)** / .001	
전체	12.85	10.590	11.86	7.508

주: 전체응답자 10,299명을 분석
 자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

〈부표 1-22〉 장애 여부에 따른 노인이 생활비 지출시 가장 부담되는 항목

(단위: %, 명)

구분	비장애노인	고령장애인	전체 (명)
없음	9.5	7.9	9.3 (957)
식비(주식비와 부식비)	18.8	18.2	18.7 (1,927)
교육비	2.3	2.4	2.3 (235)
월세	5.5	4.8	5.4 (561)
주거관련비	25.2	22.3	24.8 (2,559)
보건의료비	22.2	29.3	23.1 (2,374)
간병수발비	1.2	3.2	1.4 (146)
가구·집기·가사용품	0.0	0.0	0.0 (2)
피복비	0.4	0.3	0.4 (40)
교양오락비	4.7	1.8	4.3 (445)
교통비	1.9	1.9	1.9 (192)
통신비	0.7	1.4	0.8 (81)
경조사비	4.5	3.7	4.4 (451)
부채상환	2.5	2.3	2.4 (251)
기타1)	0.8	0.6	0.8 (78)
계	100.0	100.0	100.0 (10,299)
$\chi^2(df)/ p$			91.218(14)***/ .000

주: 1) 종교(불교, 천주교 등), 건강보험료, 담배, 부모·자녀 부채상환 등

2) 가구원 가중값 설정하여 분석하였으며, 이로 인해 총계가 다를 수 있음

자료: 2017년도 노인실태조사 원자료 분석

부록 2. 2017년 장애인실태조사 분석 결과: 복지욕구

가. 건강특성

〈부표 2-1〉 청장년 장애인과 고령장애인의 주관적 건강

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)		전체(n=6368)		t/ p
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	
주관적 건강	2.75	0.915	2.27	0.830	250	.904	22.055*** .000

〈부표 2-2〉 일반적 특성에 따른 주관적 건강

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	좋음+보통	나쁨	좋음+보통	나쁨
성별				
여자	56.3	43.7	27.7	72.3
남자	64.1	35.9	41.3	58.7
계	61.3	38.7	34.2	65.8
$\chi^2(df)/ p$	17.994(1)***/.000		68.270(1)***/.000	
학력				
중학교 이하	53.9	46.1	32.0	68.0
고등학교 이상	65.9	34.1	42.9	57.1
계	61.3	38.7	34.2	65.8
$\chi^2(df)/ p$	43.665(1)***/.000		27.658(1)***/.000	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	62.9	37.1	35.2	64.8
1인 가구	53.6	46.4	31.4	68.6
계	61.3	38.7	34.2	65.8
$\chi^2(df)/ p$	15.847(1)***/.000		4.237(1)*/.040	
거주지역				
대도시	60.5	39.5	35.7	64.3
중소도시	62.5	37.5	35.5	64.5
농어촌	60.6	39.4	31.6	68.4
계	61.3	38.7	34.2	65.8
$\chi^2(df)/ p$	1.150(2)***/.000		5.395(2)/.067	

〈부표 2-3〉 장애특성에 따른 주관적 건강

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	좋음+보통	나쁨	좋음+보통	나쁨
주된장애 유형				
신체외부장애	58.9	41.1	30.0	70.0
감각장애	74.1	25.9	44.1	55.9
내부장애	34.3	65.7	24.1	75.9
발달장애	75.6	24.4	58.3	41.7
정신장애	60.7	39.3	40.9	59.1
계	61.3	38.7	34.2	65.8
$\chi^2(df)/p$	153.199(4)***/.000		75.693(4)***/.000	
장애정도				
심하지 않은 장애	65.0	35.0	36.8	63.2
심한 장애	57.3	42.7	27.9	72.1
계	61.6	38.4	34.4	65.6
$\chi^2(df)/p$	18.741(1)***/.000		22.426(1)***/.000	
장애기간				
20년 미만	58.2	41.8	31.5	68.5
20년 이상	65.0	35.0	40.4	59.6
계	61.3	38.7	34.2	65.8
$\chi^2(df)/p$	14.849(1)***/.000		24.613(1)***/.000	
장애발생시기				
19세 미만	70.4	29.6	51.3	48.7
19~64세	56.3	43.7	35.4	64.6
65세 이상			28.0	72.0
계	61.3	38.7	34.2	65.8
$\chi^2(df)/p$	58.257(1)***/.000		61.5(2)***/.000	

〈부표 2-4〉 청장년 장애인과 고령장애인의 만성질환 빈도

구분	청장년 장애인		고령장애인		전체		t/ p
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	
만성질환 빈도	1.50	1.522	2.93	1.764	2.25	1.800	-34.668*** .000

〈부표 2-5〉 일반적 특성에 따른 만성질환 여부

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	없음	있음	없음	있음
성별				
여자	27.3	72.7	3.3	96.7
남자	33.1	66.9	9.6	90.4
계	31.1	68.9	6.3	93.7
$\chi^2(df)/ p$	11.272(1)**/ .001		55.019(1)***/ .000	
학력				
중학교 이하	25.1	74.9	6.4	93.6
고등학교 이상	34.7	65.3	6.0	94.0
계	31.1	68.9	6.3	93.7
$\chi^2(df)/ p$	30.680(1)***/ .000		.157(1)/ .692	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	32.2	67.8	6.7	93.3
1인 가구	25.3	74.7	5.2	94.8
계	31.1	68.9	6.3	93.7
$\chi^2(df)/ p$	9.543(1)**/ .002		2.503(1)/ .114	
거주지역				
대도시	29.6	70.4	6.4	93.6
중소도시	32.4	67.6	6.4	93.6
농어촌	30.9	69.1	6.1	93.9
계	31.1	68.9	6.3	93.7
$\chi^2(df)/ p$	1.933(2)/ .380		.132(2)/ .936	

〈부표 2-6〉 장애특성에 따른 만성질환율

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	없음	있음	없음	있음
주된장애 유형				
신체외부장애	29.5	70.5	4.8	95.2
감각장애	42.3	57.7	9.5	90.5
내부장애	6.0	94.0	3.1	96.9
발달장애	51.6	48.4	33.3	66.7
정신장애	7.7	92.3	4.5	95.5
계	31.1	68.9	6.3	93.7
$\chi^2(df)/p$	227.626(4)***/.000		59.047(4)***/.000	
장애정도				
심하지 않은 장애	31.5	68.5	5.8	94.2
심한 장애	31.1	68.9	7.5	92.5
계	31.3	68.7	6.3	93.7
$\chi^2(df)/p$	.062(1)/.803		2.937(1)/.087	
장애기간				
20년 미만	25.9	74.1	4.7	95.3
20년 이상	37.1	62.9	10.0	90.0
계	31.1	68.9	6.3	93.7
$\chi^2(df)/p$	44.840(1)***/.000		33.124(1)***/.000	
장애발생시기				
19세 미만	46.1	53.9	17.4	82.6
19~64세	22.7	77.3	6.3	93.7
65세 이상			3.5	96.5
계	31.1	68.9	6.3	93.7
$\chi^2(df)/p$	178.078(1)***.000		79.596(2)***/.000	

〈부표 2-7〉 일반적 특성에 따른 입원치료 여부(최근 1년)

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	아니오	예	아니오	예
성별				
여자	80.5	19.5	73.0	27.0
남자	81.4	18.6	74.2	25.8
계	81.1	18.9	73.6	26.4
$\chi^2(df)/ p$	.371(1)/ .542		.653(1)/ .419	
학력				
중학교 이하	79.4	20.6	73.9	26.1
고등학교 이상	82.0	18.0	72.4	27.6
계	81.1	18.9	73.6	26.4
$\chi^2(df)/ p$	3.247(1)/ .072		.586(1)/ .444	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	81.5	18.5	72.2	27.8
1인 가구	78.9	21.1	77.3	22.7
계	81.1	18.9	73.6	26.4
$\chi^2(df)/ p$	1.847(1)/ .174		8.800(1)**/ .003	
거주지역				
대도시	80.2	19.8	75.8	24.2
중소도시	82.2	17.8	73.4	26.6
농어촌	80.4	19.6	72.0	28.0
계	81.1	18.9	73.6	26.4
$\chi^2(df)/ p$	1.748(2)/ .417		3.746(2)/ .154	

〈부표 2-8〉 장애특성에 따른 입원치료율(최근 1년)

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	아니오	예	아니오	예
주된장애 유형				
신체외부장애	81.2	18.8	73.9	26.1
감각장애	85.5	14.5	75.0	25.0
내부장애	62.3	37.7	61.8	38.2
발달장애	91.7	8.3	87.5	12.5
정신장애	72.6	27.4	63.6	36.4
계	81.1	18.9	73.6	26.4
$\chi^2(df)/ p$	103.758(4)***/ .000		18.330(4)**/ .001	
장애정도				
심하지 않은 장애	82.3	17.7	75.9	24.1
심한 장애	80.0	20.0	67.8	32.2
계	81.3	18.7	73.7	26.3
$\chi^2(df)/ p$	2.487(1)/ .115		21.374(1)***/ .000	
장애기간				
20년 미만	77.2	22.8	73.2	26.8
20년 이상	85.5	14.5	74.5	25.5
계	81.1	18.9	73.6	26.4
$\chi^2(df)/ p$	34.129(1)***/ .000		.655(1)/ .418	
장애발생시기				
19세 미만	87.8	12.2	77.3	22.7
19~64세	77.3	22.7	75.4	24.6
65세 이상			69.9	30.1
계	81.1	18.9	73.6	26.4
$\chi^2(df)/ p$	50.324(1)***/ .000		13.864(2)**/ .001	

〈부표 2-9〉 일반적 특성에 따른 외래진료 여부(최근 2주)

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	아니오	예	아니오	예
성별				
여자	43.4	56.6	27.6	72.4
남자	47.7	52.3	32.3	67.7
계	46.2	53.8	29.9	70.1
$\chi^2(df)/ p$	5.111(1)*/ .024		8.959(1)**/ .003	
학력				
중학교 이하	43.2	56.8	30.0	70.0
고등학교 이상	48.0	52.0	29.3	70.7
계	46.2	53.8	29.9	70.1
$\chi^2(df)/ p$	6.822(1)**/ .009		.121(1)/ .728	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	48.0	52.0	30.8	69.2
1인 가구	37.5	62.5	27.3	72.7
계	46.2	53.8	29.9	70.1
$\chi^2(df)/ p$	18.888(1)***/ .000		3.761(1)/ .052	
거주지역				
대도시	46.0	54.0	31.6	68.4
중소도시	46.3	53.7	28.3	71.7
농어촌	46.3	53.7	30.2	69.8
계	46.2	53.8	29.9	70.1
$\chi^2(df)/ p$	.026(2)/ .987		2.969(2)/ .227	

〈부표 2-10〉 장애특성에 따른 외래진료 여부(최근 2주)

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	아니오	예	아니오	예
주된장애 유형				
신체외부장애	45.8	54.2	28.6	71.4
감각장애	54.4	45.6	32.6	67.4
내부장애	22.0	78.0	24.6	75.4
발달장애	57.3	42.7	58.3	41.7
정신장애	40.5	59.5	36.4	63.6
계	46.2	53.8	29.9	70.1
$\chi^2(df)/p$	97.282(4)***/.000		17.317(4)**/.002	
장애정도				
심하지 않은 장애	47.4	52.6	28.6	71.4
심한 장애	45.0	55.0	32.9	67.1
계	46.4	53.6	29.8	70.2
$\chi^2(df)/p$	1.835(1)/.176		5.453(1)*/.020	
장애기간				
20년 미만	44.0	56.0	27.9	72.1
20년 이상	48.8	51.2	34.5	65.5
계	46.2	53.8	29.9	70.1
$\chi^2(df)/p$	6.866(1)**/.009		14.713(1)***/.000	
장애발생시기				
19세 미만	52.9	47.1	35.2	64.8
19~64세	42.5	57.5	28.5	71.5
65세 이상			30.5	69.5
계	46.2	53.8	29.9	70.1
$\chi^2(df)/p$	30.926(1)***/.000		5.847(2)/.054	

470 고령장애인의 커뮤니케이터 적응을 위한 주거지원 방안 연구

〈부표 2-11〉 일반적 특성에 따른 우울증상 경험(최근 1년 2주 지속)

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	아니오	예	아니오	예
성별				
여자	78.0	22.0	78.7	21.3
남자	84.7	15.3	84.1	15.9
계	82.3	17.7	81.3	18.7
$\chi^2(df)/p$	21.537(1)***/.000		15.956(1)***/.000	
학력				
중학교 이하	81.1	18.9	81.1	18.9
고등학교 이상	83.1	16.9	82.1	17.9
계	82.3	17.7	81.3	18.7
$\chi^2(df)/p$	1.950(1)/.163		.295(1)/.587	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	83.4	16.6	82.5	17.5
1인 가구	77.0	23.0	78.0	22.0
계	82.3	17.7	81.3	18.7
$\chi^2(df)/p$	12.081(1)**/.001		8.528(1)**/.003	
거주지역				
대도시	80.9	19.1	79.2	20.8
중소도시	81.9	18.1	80.4	19.6
농어촌	84.8	15.2	83.9	16.1
계	82.3	17.7	81.3	18.7
$\chi^2(df)/p$	4.782(2)/.092		8.377(2)*/.015	

〈부표 2-12〉 장애특성에 따른 우울증상 경험(최근 1년 2주 지속)

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	아니오	예	아니오	예
주된장애 유형				
신체외부장애	83.2	16.8	80.8	19.2
감각장애	85.5	14.5	83.6	16.4
내부장애	72.4	27.6	74.9	25.1
발달장애	90.2	9.8	95.8	4.2
정신장애	61.9	38.1	63.6	36.4
계	82.3	17.7	81.3	18.7
$\chi^2(df)/p$	86.641(4)***/.000		16.933(4)**/.002	
장애정도				
심하지 않은 장애	85.6	14.4	84.1	15.9
심한 장애	78.9	21.1	75.3	24.7
계	82.7	17.3	81.8	18.2
$\chi^2(df)/p$	23.742(1)***/.000		32.918(1)***/.000	
장애기간				
20년 미만	80.7	19.3	80.9	19.1
20년 이상	84.1	15.9	82.3	17.7
계	82.3	17.7	81.3	18.7
$\chi^2(df)/p$	5.854(1)*/.016		1.004(1)/.316	
장애발생시기				
19세 미만	87.0	13.0	85.2	14.8
19~64세	79.7	20.3	81.4	18.6
65세 이상			80.2	19.8
계	82.3	17.7	81.3	18.7
$\chi^2(df)/p$	25.455(1)***/.000		4.038(2)/.133	

나. 돌봄 및 사회적 특성

〈부표 2-13〉 일반적 특성에 따른 돌봄필요

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	불필요	필요	불필요	필요
성별				
여자	71.0	29.0	61.0	39.0
남자	74.1	25.9	67.4	32.6
계	73.0	27.0	64.1	35.9
$\chi^2(df)/p$	3.354(1)/.067		14.607(1)***/.000	
학력				
중학교 이하	69.9	30.1	63.6	36.4
고등학교 이상	74.9	25.1	65.8	34.2
계	73.0	27.0	64.1	35.9
$\chi^2(df)/p$	9.132(1)**/.003		1.053(1)/.305	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	72.0	28.0	62.0	38.0
1인 가구	77.9	22.1	69.9	30.1
계	73.0	27.0	64.1	35.9
$\chi^2(df)/p$	7.823(1)**/.005		17.614(1)***/.000	
거주지역				
대도시	76.0	24.0	65.1	34.9
중소도시	72.7	27.3	60.1	39.9
농어촌	69.3	30.7	67.6	32.4
계	73.0	27.0	64.1	35.9
$\chi^2(df)/p$	10.302(2)**/.006		15.306(2)***/.000	

〈부표 2-14〉 장애특성에 따른 돌봄필요

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	불필요	필요	불필요	필요
주된장애 유형				
신체외부장애	80.5	19.5	62.7	37.3
감각장애	84.0	16.0	68.9	31.1
내부장애	81.0	19.0	63.4	36.6
발달장애	25.4	74.6	16.7	83.3
정신장애	60.1	39.9	31.8	68.2
계	73.0	27.0	64.1	35.9
$\chi^2(df)/p$	545.388(4)***/.000		45.448(4)***/.000	
장애정도				
심하지 않은 장애	93.6	6.4	73.7	26.3
심한 장애	46.9	53.1	38.4	61.6
계	73.2	26.8	64.3	35.7
$\chi^2(df)/p$	817.669(1)***/.000		344.637(1)***/.000	
장애기간				
20년 미만	77.8	22.2	63.9	36.1
20년 이상	67.4	32.6	64.4	35.6
계	73.0	27.0	64.1	35.9
$\chi^2(df)/p$	40.933(1)***/.000		.065(1)/.798	
장애발생시기				
19세 미만	60.8	39.2	65.8	34.2
19~64세	79.7	20.3	68.6	31.4
65세 이상			56.8	43.2
계	73.0	27.0	64.1	35.9
$\chi^2(df)/p$	126.997(1)***/.000		44.218(2)***/.000	

474 고령장애인의 커뮤니케이션 적응을 위한 주거지원 방안 연구

〈부표 2-15〉 일반적 특성에 따른 도움제공자 유무

(단위 : %)

구분	청장년(n=1316)		고령(n=2037)	
	있음	없음	있음	없음
성별				
여자	78.7	21.3	75.2	24.8
남자	83.6	16.4	85.3	14.7
계	81.7	18.3	79.7	20.3
$\chi^2(df)/p$	5.038(1)*/ .025		31.601(1)***/ .000	
학력				
중학교 이하	78.4	21.6	79.5	20.5
고등학교 이상	84.2	15.8	80.7	19.3
계	81.7	18.3	79.7	20.3
$\chi^2(df)/p$	7.169(1)**/ .007		.269(1)/ .604	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	87.7	12.3	88.2	11.8
1인 가구	51.2	48.8	54.7	45.3
계	81.7	18.3	79.7	20.3
$\chi^2(df)/p$	161.956(1)***/ .000		267.004(1)***/ .000	
거주지역				
대도시	79.7	20.3	78.4	21.6
중소도시	82.5	17.5	83.2	16.8
농어촌	82.6	17.4	76.7	23.3
계	81.7	18.3	79.7	20.3
$\chi^2(df)/p$	1.491(2)/ .474		10.542(2)**/ .005	

〈부표 2-16〉 장애특성에 따른 도움제공자 유무

(단위 : %)

구분	청장년(n=1316)		고령(n=2037)	
	있음	없음	있음	없음
주된장애 유형				
신체외부장애	72.4	27.6	79.3	20.7
감각장애	77.3	22.7	79.8	20.2
내부장애	81.4	18.6	80.3	19.7
발달장애	96.8	3.2	87.5	12.5
정신장애	92.9	7.1	94.1	5.9
계	81.7	18.3	79.7	20.3
$\chi^2(df)/ p$	98.565(4)***/ .000		3.248(4)/ .517	
장애정도				
심하지 않은 장애	61.8	38.2	74.5	25.5
심한 장애	88.5	11.5	88.9	11.1
계	81.4	18.6	79.7	20.3
$\chi^2(df)/ p$	118.377(1)***/ .000		58.167(1)***/ .000	
장애기간				
20년 미만	80.7	19.3	79.3	20.7
20년 이상	82.5	17.5	80.7	19.3
계	81.7	18.3	79.7	20.3
$\chi^2(df)/ p$	.697(1)/ .404		.535(1)/ .465	
장애발생시기				
19세 미만	85.9	14.1	82.5	17.5
19~64세	77.9	22.1	78.5	21.5
65세 이상			80.6	19.4
계	81.7	18.3	79.7	20.3
$\chi^2(df)/ p$	14.166(1)***/ .000		2.286(2)/ .319	

〈부표 2-17〉 일반적 특성에 따른 도움충분

(단위 : %)

구분	청장년(n=1075)		고령(n=1623)	
	충분	부족	충분	부족
성별				
여자	60.8	39.2	61.0	39.0
남자	65.4	34.6	72.8	27.2
계	63.6	36.4	66.6	33.4
$\chi^2(df)/p$	2.255(1)/ .133		25.387(1)*** / .000	
학력				
중학교 이하	65.1	34.9	65.9	34.1
고등학교 이상	62.6	37.4	69.9	30.1
계	63.6	36.4	66.6	33.4
$\chi^2(df)/p$	.717(1)/ .397		1.712(1)/ .191	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	64.6	35.4	70.9	29.1
1인 가구	55.0	45.0	45.9	54.1
계	63.6	36.4	66.6	33.4
$\chi^2(df)/p$	4.023(1)* / .045		65.452(1)*** / .000	
거주지역				
대도시	64.3	35.7	66.5	33.5
중소도시	62.2	37.8	66.3	33.7
농어촌	65.0	35.0	67.0	33.0
계	63.6	36.4	66.6	33.4
$\chi^2(df)/p$	.708(2)/ .702		.072(2)/ .965	

〈부표 2-18〉 장애특성에 따른 도움 충분여부

(단위 : %)

구분	청장년(n=1075)		고령(n=1623)	
	충분	부족	충분	부족
주된장애 유형				
신체외부장애	65.5	34.5	64.7	35.3
감각장애	61.9	38.1	69.4	30.6
내부장애	65.1	34.9	74.5	25.5
발달장애	62.8	37.2	57.1	42.9
정신장애	58.7	41.3	68.8	31.3
계	63.6	36.4	66.6	33.4
$\chi^2(df)/ p$	1.984(4)/ .739		7.224(4)/ .125	
장애정도				
심하지 않은 장애	78.6	21.4	72.0	28.0
심한 장애	60.1	39.9	59.8	40.2
계	63.8	36.2	67.1	32.9
$\chi^2(df)/ p$	24.882(1)***/ .000		25.504(1)***/ .000	
장애기간				
20년 미만	63.7	36.3	66.0	34.0
20년 이상	63.6	36.4	68.0	32.0
계	63.6	36.4	66.6	33.4
$\chi^2(df)/ p$	.001(1)/ .977		.643(1)/ .422	
장애발생시기				
19세 미만	63.2	36.8	76.2	23.8
19~64세	64.1	35.9	66.1	33.9
65세 이상			65.1	34.9
계	63.4	36.6	66.6	33.4
$\chi^2(df)/ p$	.101(1)/ .751		7.010(2)*/ .030	

478 고령장애인의 커뮤니케이션 적응을 위한 주거지원 방안 연구

〈부표 2-19〉 일반적 특성에 따른 외출빈도(지난 1개월)

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)			고령(n=3323)		
	거의 매일	가끔	전혀 안함	거의 매일	가끔	전혀 안함
성별						
여자	67.1	29.4	3.5	56.5	37.5	6.0
남자	79.4	18.1	2.5	71.0	24.4	4.5
계	75.1	22.1	2.9	63.4	31.3	5.3
$\chi^2(df)/p$	57.265(2)***/.000			76.041(2)***/.000		
학력						
중학교 이하	70.7	26.0	3.3	62.7	31.9	5.4
고등학교 이상	77.7	19.7	2.6	66.1	28.8	5.1
계	75.1	22.1	2.9	63.4	31.3	5.3
$\chi^2(df)/p$	18.758(2)***/.000			2.588(2)/.274		
1인가구 여부						
2인 이상 가구	75.7	21.0	3.2	63.1	30.6	6.3
1인 가구	72.0	27.1	1.0	64.2	33.3	2.5
계	75.1	22.1	2.9	63.4	31.3	5.3
$\chi^2(df)/p$	15.677(2)***/.000			19.521(2)***/.000		
거주지역						
대도시	76.8	20.3	2.9	59.6	32.6	7.8
중소도시	74.3	22.6	3.0	63.1	31.7	5.2
농어촌	73.9	23.5	2.6	66.7	29.8	3.5
계	75.1	22.1	2.9	63.4	31.3	5.3
$\chi^2(df)/p$	3.399(4)/.493			22.816(4)***/.000		

〈부표 2-20〉 장애특성에 따른 외출빈도(지난 1개월)

(단위 : %)

구분	청장년(n=3045)			고령(n=3323)		
	거의 매일	가끔	전혀 안함	거의 매일	가끔	전혀 안함
주된장애 유형						
신체외부장애	78.5	18.8	2.7	62.0	31.9	6.1
감각장애	83.2	16.8		68.6	28.1	3.3
내부장애	61.9	36.2	1.9	52.9	42.9	4.2
발달장애	68.4	27.5	4.1	62.5	16.7	20.8
정신장애	52.4	36.3	11.3	50.0	31.8	18.2
계	75.1	22.1	2.9	63.4	31.3	5.3
$\chi^2(df)/p$	145.381(8)***/.000			50.712(8)***/.000		
장애정도						
심하지 않은 장애	84.4	15.4	.2	69.4	27.7	2.9
심한 장애	63.6	30.4	6.0	48.2	40.3	11.5
계	75.3	21.9	2.8	63.7	31.1	5.2
$\chi^2(df)/p$	207.560(2)***/.000			168.169(2)***/.000		
장애기간						
20년 미만	76.8	20.2	3.1	63.1	31.6	5.3
20년 이상	73.1	24.3	2.6	64.1	30.7	5.2
계	75.1	22.1	2.9	63.4	31.3	5.3
$\chi^2(df)/p$	7.620(2)*/.022			.290(2)/.865		
장애발생시기						
19세 미만	73.0	24.2	2.8	63.2	32.9	3.9
19~64세	76.2	20.9	2.9	66.7	29.8	3.6
65세 이상				58.5	33.2	8.2
계	75.1	22.1	2.9	63.4	31.3	5.3
$\chi^2(df)/p$	4.572(2)/.102			41.494(4)***/.000		

〈부표 2-21〉 일반적 특성에 따른 외부활동 불편

(단위 : %)

구분	청장년(n=2958)		고령(n=3147)	
	불편하지 않음	불편함	불편하지 않음	불편함
성별				
여자	57.0	43.0	38.9	61.1
남자	64.8	35.2	54.2	45.8
계	62.0	38.0	46.2	53.8
$\chi^2(df)/ p$	17.249(1)***.000		74.235(1)***/ .000	
학력				
중학교 이하	56.7	43.3	45.4	54.6
고등학교 이상	65.3	34.7	49.8	50.2
계	62.0	38.0	46.2	53.8
$\chi^2(df)/ p$	21.618(1)***/ .000		3.848(1)/ .050	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	62.4	37.6	46.9	53.1
1인 가구	60.2	39.8	44.5	55.5
계	62.0	38.0	46.2	53.8
$\chi^2(df)/ p$	.928(1)/ .335		1.463(1)/ .227	
거주지역				
대도시	62.8	37.2	46.2	53.8
중소도시	62.5	37.5	44.4	55.6
농어촌	60.2	39.8	48.2	51.8
계	62.0	38.0	46.2	53.8
$\chi^2(df)/ p$	1.435(2)/ .488		3.248(2)/ .197	

〈부표 2-22〉 장애특성에 따른 외부활동 불편

(단위 : %)

구분	청장년(n=2958)		고령(n=3147)	
	불편하지 않음	불편함	불편하지 않음	불편함
주된장애 유형				
신체외부장애	63.8	36.2	42.2	57.8
감각장애	67.8	32.2	52.7	47.3
내부장애	61.2	38.8	54.1	45.9
발달장애	45.7	54.3	47.4	52.6
정신장애	65.1	34.9	55.6	44.4
계	62.0	38.0	46.2	53.8
$\chi^2(df)/p$	51.891(4)*** / .000		34.258(4)*** / .000	
장애정도				
심하지 않은 장애	74.4	25.6	51.8	48.2
심한 장애	45.7	54.3	32.1	67.9
계	62.3	37.7	46.8	53.2
$\chi^2(df)/p$	250.616(1)*** / .000		89.520(2)*** / .000	
장애기간				
20년 미만	66.0	34.0	45.7	54.3
20년 이상	57.5	42.5	47.4	52.6
계	62.0	38.0	46.2	53.8
$\chi^2(df)/p$	22.275(1)*** / .000		.747(1) / .387	
장애발생시기				
19세 미만	55.1	44.9	48.3	51.7
19~64세	65.9	34.1	50.3	49.7
65세 이상			39.3	60.7
계	62.0	38.0	46.2	53.8
$\chi^2(df)/p$	33.792(1)*** / .000		33.270(2)*** / .000	

〈부표 2-23〉 성인장애인 연령에 따른 주요 교통수단

(단위 : %)

구분	연령		계		$\chi^2(df, p)$
	청장년 (n=2958)	고령 (n=3147)	%	명	
일반버스	24.3	31.4	28.0	1707	292.753(11)*** .000
일반택시	4.5	9.4	7.0	430	
지하철,전철	7.7	7.8	7.8	475	
장애인 콜택시	1.5	1.5	1.5	90	
복지관버스	.9	.7	.8	49	
자가용	44.2	26.0	34.8	2125	
셔틀형 복지버스	.4	.4	.4	26	
전동휠체어, 전동스쿠터	1.5	3.8	2.7	165	
자전거, 오토바이	3.5	4.9	4.2	257	
통학통근버스	1.1	.3	.7	44	
도보	9.6	13.3	11.5	702	
기타	.7	.5	.6	35	
계	100	100	100	6105	

〈부표 2-24〉 고령장애인 장애유형에 따른 주요 교통수단

(단위 : %)

구분	주된 장애유형					계	
	신체외부	감각	내부	발달	정신	%	명
일반버스	30.2	34.3	26.2	31.6	55.6	31.4	988
일반택시	10.5	6.9	12.0		11.1	9.4	297
지하철,전철	7.0	9.5	8.7			7.8	246
장애인 콜택시	1.5	.8	3.8	5.3		1.5	46
복지관버스	.7	.7	.5			.7	21
자가용	26.6	23.6	33.9	26.3	16.7	26.0	819
셔틀형 복지버스	.5	.1	1.6			.4	14
전동휠체어, 전동스쿠터	5.5	1.1	1.1			3.8	120
자전거, 오토바이	4.4	6.5	1.6		5.6	4.9	153
통학통근버스	.4	.3				.3	11
도보	12.1	16.0	8.7	36.8	11.1	13.3	417
기타	.6	.1	1.6			.5	15
계	100	100	100	100	100	100	3147

〈부표 2-25〉 고령장애인 거주지역에 따른 주요 교통수단

(단위 : %, 명)

구분	거주지역			계		χ^2 (df), p
	대도시	중소도시	농어촌	%	명	
일반버스	28.9	31.3	33.4	31.4	988	473.941(22)*** .000
일반택시	9.1	9.5	9.6	9.4	297	
지하철, 전철	23.7	3.4	.7	7.8	246	
장애인 콜택시	1.7	1.4	1.3	1.5	46	
복지관버스	.5	1.0	.4	.7	21	
자가용	21.9	25.7	29.4	26.0	819	
셔틀형 복지버스	1.0	.3	.3	.4	14	
전동휠체어, 전동스쿠터	.7	4.3	5.6	3.8	120	
자전거, 오토바이	1.8	5.2	6.8	4.9	153	
통학통근버스	.1	.6	.3	.3	11	
도보	10.3	16.8	11.6	13.3	417	
기타	.2	.6	.5	.5	15	
계	100	100	100	100	3147	

〈부표 2-26〉 청장년 장애인과 고령장애인의 가계균등화소득

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3232)		전체		t/ p
	평균	표준편차	평균	표준편차	평균	표준편차	
가계균등화 소득	166.42	108.058	117.75	84.840	141.02	99.645	19.869*** .000

484 고령장애인의 커뮤니케이션 적응을 위한 주거지원 방안 연구

〈부표 2-27〉 청장년 장애인과 고령장애인의 분위별 가계균등화 소득

(단위 : %)

구분	연령		총계		$\chi^2(df)/p$
	청장년 (n=3045)	고령 (n=3323)	%	빈도	
1분위	11.5%	28.4%	20.3%	1294	620.013(4)*** .000
2분위	14.4%	25.1%	20.0%	1272	
3분위	20.2%	19.4%	19.8%	1258	
4분위	25.6%	14.9%	20.0%	1272	
5분위	28.5%	12.2%	20.0%	1272	
	100.0%	100.0%	100.0%	6368	

〈부표 2-28〉 일반적 특성에 따른 월평균 가계균등화 소득

(단위 : 만원)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	평균	표준편차	평균	표준편차
성별				
여자	159.79	113.633	113.91	85.878
남자	170.03	104.744	121.96	83.509
t,F/p	-2.50*/ 0.012		-2.73**/ 0.006	
학력				
중학교 이하	141.75	96.752	110.26	78.546
고등학교 이상	181.41	111.779	148.43	101.259
t,F/p	-10.33*** / 0.000		-8.99*** / 0.000	
1인가구 여부				
2인 이상 가구	175.79	107.818	133.32	90.550
1인 가구	120.57	97.035	74.71	43.724
t,F/p	11.56*** / 0.000		24.93*** / 0.000	
거주지역				
대도시	178.12	110.690	132.99	89.596
중소도시	168.75	108.271	123.82	86.669
농어촌	147.21	101.532	99.34	75.284
t,F/p	18.96*** / 0.000		46.35*** / 0.000	
계	166.42	108.058	117.75	84.840

〈부표 2-29〉 장애특성에 따른 월평균 가계균등화소득

(단위 : 만원)

구분	청장년(n=3045)		고령(n=3323)	
	평균	표준편차	평균	표준편차
주된장애 유형				
신체외부장애	175.05	110.670	118.03	85.616
감각장애	171.36	90.846	113.17	80.982
내부장애	166.08	122.935	139.89	96.750
발달장애	144.63	107.692	116.09	69.442
정신장애	113.39	76.008	109.44	60.219
t,F/p	17.44***/ 0.000		4.06**/ 0.003	
장애정도				
심하지 않은 장애	183.96	114.224	115.70	84.151
심한 장애	144.41	94.947	123.69	85.280
t,F/p	10.34***/ 0.000		-2.37*/ 0.018	
장애기간				
20년 미만	175.22	108.182	117.70	87.303
20년 이상	156.20	107.047	117.86	78.839
t,F/p	4.86***/ 0.000		-0.05/ 0.961	
장애발생시기				
19세 미만	155.30	105.308	117.02	77.797
19~64세	172.62	109.097	121.58	80.616
65세 이상			112.13	92.214
t,F/p	-4.29***/ 0.000		4.51*/ 0.011	
계	166.42	108.058	117.75	84.840

간행물 회원제 안내

회원제에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「국제사회보장리뷰」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

회원 종류

전체 간행물 회원

120,000원

보건 분야 간행물 회원

75,000원

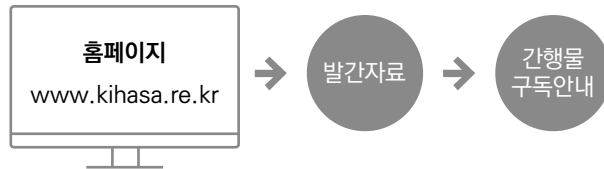
사회 분야 간행물 회원

75,000원

정기 간행물 회원

35,000원

가입방법



문의처

- (30147) 세종특별자치시 시청대로 370 세종국책연구단지
사회정책동 1~5F
간행물 담당자 (Tel: 044-287-8157)

KIHASA 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 02-737-7498
- 영풍문고(종로점) 02-399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>