

발 간 등 록 번 호
-------------

11-1352000-000933-01
----------------------

정책보고서 2012-

## 주요 선진국 장애판정제도 현황 및 정책적 시사점 연구

김성희 변경희 이성애 정희경 이민경

보 건 복 지 부  
한국보건사회연구원



## 제 출 문

보건복지부장관 귀하

본 보고서를 「주요 선진국 장애판정제도 현황 및 정책  
적 시사점 연구」의 최종보고서로 제출합니다.

주관 연구기관명 : 한국보건사회연구원

연구책임자 : 김성희  
연구원 : 변경희  
이성애  
정희경  
이민경





## 머리말

우리나라의 장애인 등록제는 1989년 「심신장애자복지법」의 「장애인복지법」으로의 개정과 함께 전국적으로 실시되었으며, 장애인복지 정책에서 주요 대상을 선별해주는 정책 기제로 활용되어 왔다. 장애 등록 대상은 도입당시 지체장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애의 5가지 장애유형이었고, 2000년 법 개정에 따른 1차 장애유형 확대시 뇌병변장애, 자폐성장애, 정신장애, 신장장애, 심장장애가 포함되어 총 10개의 장애유형으로 확대되었으며, 2003년 제2차 장애범주 확대에 따라 안면장애, 장루·요루장애, 간장애, 간질장애, 호흡기 장애가 포함되면서 현재의 15개 장애유형으로 구성되었다.

현재 2011년 말 기준, 전국 등록장애인 수는 2백5십만명을 넘어서는 수준이며, 추정장애인수 대비 등록장애인 수인, 장애인 등록율은 약 97%로(2011년 장애인실태조사), 높은 장애인의 등록율을 나타내고 있다. 이는 장애인 등록제가 비교적 안정적으로 운영되고 있음을 보여준다 하겠다. 이러한 장애인 등록제의 발전과 관련해서 장애범주를 확대해야 한다는 주장과 함께 의학적 기준에만 의존하는 현 장애판정 기준을 개선하여 개인의 욕구와 환경에 대한 요인을 포함하여야 한다는 주장이 있다. 즉, 장애인 등록제가 장애인복지정책의 대상을 선별해주는 역할을 하며 정책 시행의 행정적 편의를 제공해 왔다는 장점에도 불구하고, 개인의 욕구와 상황에 대한 고려가 이루어지지 않는다는 점에서 개선의 필요성이 제기되고 있는 것이다.

본 연구에서는 우리나라 장애판정제도의 발전적 제언을 위해 장애인복지 정책에 있어서 선진적이며 우리나라 보다 앞서 변화를 시도했던 국가인 프랑스, 일본, 호주

의 장애판정제도 및 서비스 연계에 대한 현황을 살펴보고 우리나라에 필요한 시사점을 도출하고자 하였다.

본 연구는 김성희 연구위원의 총괄 책임하에 변경희 한신대학교 교수, 이성애 PARIS- EST대학 박사과정, 정희경 리츠메이칸대학 객원연구원, 이민경 전문연구원의 참여로 이루어졌다. 본 연구 수행에서 전문가 FGI를 실시하였는데, 바쁜 일정 중에도 장애판정제도에 대한 고견을 주신 12명의 전문가들께 감사의 마음을 전한다. 또한 연구과정에 많은 조언을 해 주신 보건복지부 장애인정책과 정충현 과장, 최기전 사무관, 이강희 사무관, 김지영 주무관께도 감사의 인사를 전한다.

2012년 12월

한국보건사회연구원장

최 병 호

.....	1
<b>제1장 서론</b> .....	13
제1절 연구 배경 및 목적 .....	13
제2절 연구 내용 및 방법 .....	15
<b>제2장 우리나라의 장애판정제도</b> .....	19
제1절 장애 개념 .....	19
제2절 우리나라 장애판정제도 .....	21
<b>제3장 주요 선진국의 장애판정제도</b> .....	37
제1절 프랑스 .....	37
제2절 일본 .....	65
제3절 호주 .....	97
제4절 각국 장애판정제도의 비교 .....	121
<b>제4장 장애판정제도와 복지서비스</b> .....	133
제1절 우리나라 장애판정제도와 복지서비스 .....	133
제2절 장애판정제도에 대한 전문가 의견 (FGI) .....	137
<b>제5장 개선 방안</b> .....	147
<b>참고문헌</b> .....	150

## 목차

〈표 2- 1〉 장애 유형별 등록현황 및 장애인 추정수 .....	21
〈표 2- 2〉 장애 분류 .....	22
〈표 2- 3〉 장애 판정 기준 개요 .....	23
〈표 2- 4〉 장애 평가자와 판정 시점 .....	24
〈표 2- 5〉 장애 유형별 의무 재판정 내용 .....	28
〈표 2- 6〉 장애등급심사 기관별 업무 구분 .....	31
〈표 2- 7〉 장애인 복지서비스와 서비스 자격기준 .....	31
〈표 3- 1〉 장애인 보상평가 지침서의 평가 항목 .....	50
〈표 3- 2〉 파리 장애인통합기관과의 업무 동반 관계 .....	55
〈표 3- 3〉 추가 일시 급여의 6가지 범주 .....	57
〈표 3- 4〉 신체장애자장애정도등급표 - 시각장애 등급표 .....	69
〈표 3- 5〉 신체장애자장애정도등급표 - 청각장애 등급표 .....	69
〈표 3- 6〉 신체장애자장애정도등급표 - 평행기능장애 등급표 .....	70
〈표 3- 7〉 신체장애자장애정도등급표 - 음성기능/언어기능/자작기능 등급표 .....	70
〈표 3- 8〉 신체장애자장애정도등급표 - 신체부자유 상지 등급표 .....	70
〈표 3- 9〉 신체장애자장애정도등급표 - 신체부자유 하지 등급표 .....	71
〈표 3-10〉 신체장애자장애정도등급표 - 신체부자유 체간 등급표 .....	72
〈표 3-11〉 신체장애자장애정도등급표 - 영유아기 이상의 비진행성 뇌병변에 의한 운동기능 장애 등급표 .....	72
〈표 3-12〉 신체장애자장애정도등급표 - 심장 기능장애 등급표 .....	72
〈표 3-13〉 신체장애자장애정도등급표 - 신장(콩팥) 기능장애 등급표 .....	72
〈표 3-14〉 신체장애자장애정도등급표 - 호흡기 기능장애 등급표 .....	73
〈표 3-15〉 신체장애자장애정도등급표 - 방광 또는 직장 기능장애 등급표 .....	73
〈표 3-16〉 신체장애자장애정도등급표 - 소장 기능장애 등급표 .....	73
〈표 3-17〉 신체장애자장애정도등급표 - 면역 기능장애 등급표 .....	73



〈표 3-18〉 신체장애자장애정도등급표 - HIV면역기능장애 등급표 .....	73
〈표 3-19〉 신체장애자장애정도등급표 - 간장 기능장애 등급표 .....	74
〈표 3-20〉 지적장애인 장애정도 등급표 .....	76
〈표 3-21〉 정신장애인 장애정도 등급표 .....	78
〈표 3-22〉 개호급부에 관한 장애정도 구분 .....	85
〈표 3-23〉 장애정도구분 인정조사항목 .....	85
〈표 3-24〉 장애정도구분인정에 의한 장애인복지서비스 .....	90
〈표 3-25〉 Work Capacity - Customer Information .....	105
〈표 3-26〉 장애/의료 상태 .....	107
〈표 3-27〉 호주 장애에 대한 법적 정의, 장애판정 개요, 서비스연계 .....	118
〈표 3-28〉 일본, 프랑스, 호주의 장애정의, 장애판정, 서비스 내용 .....	125
〈표 4- 1〉 장애판정체도와 복지서비스연계에 대한 전문가 FGI 개요 .....	137
〈표 4- 2〉 서비스별 판정 기준으로 언급된 항목별 빈도 현황 .....	141

## 목차

[그림 2-1] 장애인등록 절차 .....	27
[그림 3-1] 파리 장애인 통합기관 조직구성도 .....	53
[그림 3-2] 장애별등급수첩과 장애정도구분인정 법적근거 .....	68
[그림 3-3] 신체장애자장애판정 신청, 접수 및 등록 등의 절차 .....	75
[그림 3-4] 지적장애자장애판정 신청, 접수 및 등록 등의 절차 .....	77
[그림 3-5] 정신장애수첩 교부절차 .....	79
[그림 3-6] 장애정도구분 지급결정 과정 .....	87
[그림 3-7] 개호급부와 2차 판정 .....	89
[그림 4-1] ICF 구성요소들 간의 상호관계 .....	135

# 요 약

## I. 목적

- 본 연구의 목적은 주요 선진국의 장애판정제도 현황을 고찰하고 시사점을 도출하여 우리나라에 적용 가능한 장애판정·등록제도의 정책적 방향을 제시하는데 있음.
- 장애인복지 환경 및 여건의 변화, 장애인복지 패러다임의 변화에 따른 장애인의 다양한 복지욕구에 효율적으로 대응할 수 있도록, 장애인의 의료적인 측면 이외에 개인적 특성이 반영되어 서비스가 효율적으로 연계될 수 있도록 장애인 등록제도에 대한 검토가 필요시 됨.

## II. 연구 내용 및 방법

- 본 연구의 내용은 총 5장으로 구성됨.
- 제1장 서론에 이어, 제2장에서는 우리나라 장애판정제도의 현황 제시
- 제3장에서는 주요 선진국의 장애판정제도 현황 및 국가간 비교 제시
- 제4장에서는 장애등록 판정제도와 복지서비스 연계 검토
  - 의학적 평가 중심의 현행 장애판정제도의 활용의미와 WHO의 ICF(International Classification of Functioning, Disability, Health)의 장애인복지 적용에 대한 검토 제시
  - 우리나라 장애판정제도에 대한 전문가 FGI 결과 제시

○ 제5장에서는 개선방안으로 장애인 등록판정제도 발전 방안 제시

□ 연구방법은 다음의 두 가지 방법을 활용함.

○ 첫째, 문헌연구

— 국내외 관련 문헌, 학술지 논문, 외국정부 및 공공기관의 행정자료, 인터넷 자료 등 활용

○ 둘째, 장애인복지 전문가 중심의 FGI 실시

— 장애인복지 전문가는 장애인복지 관련 학계전문가, 장애인단체, 장애심사업무 담당자로 구성

### III. 결과

□ 우리나라 장애인복지제도

○ 장애인복지의 실제

— 장애인복지 법적 기준

- 「장애인복지법」에서 장애분류는 신체적 장애와 정신적 장애의 대분류 하에 전체 15개의 장애유형으로 구분함.
- 신체적 장애는 외부신체기능장애와 내부기관장애로 구분되며, 외부신체 기능장애는 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면장애로, 내부기관장애는 신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애, 장루·요루장애로 구성되고, 정신적장애는 지적장애와 자폐성 장애(이상 발달장애)와 정신장애로 구성됨.

— 장애인복지 신청, 접수 및 등록의 절차

- 장애인등록절차는 첫째 상담 및 신청, 둘째 장애인진단 의뢰서 발급, 셋째 장애인등급심사 구비서류의 확인 및 접수, 넷째 장애인등급심사 요청, 다섯째 장애인심사 및 등급결정, 여섯째, 심사결과의 지자체 통보, 일곱째 심사결과 확인 및 장애인등록, 여덟째 신청인에게 심사결과 통지, 아홉째 민원

상담 및 사후관리의 과정을 거침.

— 장애판정기관 현황

- 장애판정 및 등록은 전국의 시·군·구(읍·면·동)와 국민연금공단 장애심사센터에서 역할을 나누어서 실시함.
- 시·군·구(읍·면·동)에서는 장애등록의 신청 및 접수, 서류 확인 및 보완 요청, 공단에 대한 등급심사 의뢰, 최종 심사결과 확인과 장애인 등록, 신청인에 대한 결과 통지와 사후관리 수행
- 국민연금공단 장애심사센터에서는 장애인복지법에 따른 장애등급심사 업무 수행

○ 장애판정에 따른 서비스 제공 현황

- 장애인 등록제를 통해 장애인복지서비스 대상 집단을 구분하고, 장애등급 결과를 복지서비스 이용 기준으로 활용함.
- 장애인에 대한 소득보장, 의료지원, 직업재활서비스, 주거지원, 자립생활 지원, 지역사회재활서비스, 이동편의 서비스는 대부분 등록한 장애인을 대상으로 하며, 선별해야 할 경우 상위 등급(중증장애인)을 대상으로 서비스 제공.

□ 프랑스

○ 장애법적정의 : 「장애인의 권리, 참여, 시민권 기회의 평등을 위한 법」

- 장애는 신체, 감각, 정신, 인지, 심리적 기능 중 하나 혹은 둘 이상이 실질적으로 지속 혹은 영구적인 결함, 중복장애, 건강상의 고통으로 인해 한 개인의 환경에서 일상적인 삶의 참여하는데 제약 혹은 활동의 제한을 말함 (법 114조 Art. L. 114).

○ 장애판정기준

- 의학적 평가를 동반한 통합적 사정체계
- 의료·사회 평가종합팀 (MDPH 내)
  - 평가종합팀 평가의 핵심은 의학적 평가와 신청자의 삶의 계획을 기초로

#### 4 • 주요 선진국 장애판정제도 현황 및 정책적 시사점 연구

신청자의 욕구, 기대를 정의하는 것

- 종합평가팀은 법적 근거에 따라 세가지 평가 내용 제시함. (신청자의 삶의 계획, 평가기준, 개별보상계획)
- 장애인 욕구에 의한 보상평가지침서(GEVA)를 이용함.

(※ 8가지 평가항목 : 1)가족사회관계 및 가계예산, 2)거주 환경, 3A)직업훈련과정 및 경력, 3B)근무과정 및 경력, 4)의학, 5)심리, 6)행동 기능력, 직업관련 행동 기능력 7)복지서비스 여부))

##### — CDAPH 위원회

- 최종 서비스 수급내용 결정
- 장애인과 관련된 다양한 이해관계자들로 구성

##### ○ 장애판정기관 현황

- MDPH 장애판정기구를 통해 장애에 대한 의학적 기준, 사회적 기준, 복지 욕구를 아우르는 통합적인 사정을 실시하고, 장애에 대한 다양한 이해관계자들이 CDAPH 위원회를 통해 최종 서비스 수급 내용을 결정하는 이원화된 시스템 운영

##### ○ 장애평가와 서비스 연계

- 주요 장애인 서비스 : 성인장애인수당 (AAH), 주거수당 (ALS), 제삼자보상급여(ACTP), 주거설비에 대한 지원, 장애에대한보상급여(PCH) 등

#### □ 일본

##### ○ 장애법적정의 : 「장애인기본법 제2조」

- 장애인은 신체장애, 지적장애, 정신장애(발달장애포함)외 심신의 기능에 장애가 있는 사람으로서 장애 및 사회적 장벽 때문에 계속적으로 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받고 있는 상태의 사람.

##### ○ 장애판정기준

- 장애수첩교수를 위한 장애판정
  - 의학적 판정 기준

- 복지서비스 연계를 위한 장애정도 구분 인정조사
  - 장애정도 구분 인정조사표(106개 항목)
  - 상황조사표(조사실시자, 조사대상자, 장애상태 및 등급, 현재 받고 있는 서비스 상황, 지역생활에 관한 감안사항, 취로에 관한 감안사항, 주중 활동에 관한 감안사항, 거주와 관련된 감안사항, 기타 사항)
  - ※ 특기사항 : 필요에 따라 의사진단서 활용

○ 장애판정기관 현황

- 수첩 교부 결정기관
  - 심신장애자복지센터 (필요시 시·정·촌 사회복지협의회자문)
  - 지적장애자갱생상담소 (아동상담소)
  - 정신보건복지센터 (수첩 등 검토위원회 자문)
- 장애정도 구분인정조사에 따른 서비스 판정
  - 1차 판정 : 시정촌
  - 2차 판정 : 심사회

○ 장애평가와 서비스 연계

- 장애인자립지원법에 따른 장애인복지서비스 제공
  - 개호급부 : 거택개호, 중증방문개호, 동행지원, 행동원호, 중증장애인등 포괄지원, 아동테이서비스, 단기입소, 요양개호, 생활개호, 장애인지원시설에서의 야간케어 등, 공동생활개호
  - 훈련등 급부 : 자립지원, 취로이행(전환)지원, 취로계속지원, 공동생활지원

□ 호주

- 장애법적정의 : 「장애인 서비스법(Disability Services Act)」
  - 지적, 정신적, 감각적, 신체적 기능장애, 또는 이러한 기능장애의 원인에 의한 장애
  - 장애가 영구적이거나 또는 지속될 가능성이 있는 것

- 이러한 결과에 의해서 언어능력, 학습능력, 또는 이동하는 능력이 상당히 저하되고, 지속적인 지원서비스가 필요한 경우

○ 장애판정기준

- 의료평가 및 기록
- 근로능력에 대한 평가(Job Capacity Assessment(JCA) 등)
- 근로를 할 수 없을 만큼 중증장애를 가지고 있다는 것을 증명하는 과정이 장애판정의 핵심임.

○ 장애판정기관 현황

- Centrelink, 정부부처 및 지역사회 내 계약을 맺은 평가기관이 신청자에게 JCA를 비롯하여 종합적이고 심층적인 근로능력 평가 실시함.
  - ※ 전문의에 의한 신체나 정신장애에 대한 의료평가 및 기록 제출함.

○ 장애평가와 서비스 연계

- Centrelink를 중심으로 사례관리 체계를 가지고 있으며, Centrelink에서 면대면 상담을 통해 필요한 서비스가 결정되면 지역사회 내에서 필요한 서비스로 연계를 하는 시스템임. 연계 후 서비스 제공여부와 진행결과에 대한 점검함.
  - 현금성 서비스(Disability Support Pension 등) : JCA 중심으로 평가(Work Capacity, JSCI, ESAts 등 개인 상황인 사회환경까지 단계적으로 평가)하며, 구직자의 취업가능정도를 분류하는 사정도구인 JSCI 실시 결과인 Stream 1-4에 따라 각 단계별로 필요한 직업재활 서비스를 연계함.
  - 비 현금성 복지 서비스 : 각 서비스에서 제시하는 서비스 필요성에 의해 연계함(장애정도가 아니라).

□ 시사점

○ 프랑스

- 장애평가팀의 다학문적 팀으로 구성됨



- 장애특성 상 장애판정 시 다양한 신체 기능에 대한 의학적 고려가 필요하며 유아에서 노인까지 생애주기별 접근을 하여야 하는데 프랑스의 경우 한 기관에 6개 영역의 전문가들로 구성된 평가팀이 운영됨으로써 평가의 구체성과 타당성을 높임
- 장애판정과정의 이원화된 시스템 운영
  - 이 과정에서 의료적 모델인 손상율 외 삶의 계획을 참고하고 있어 이용인의 개별 서비스 필요성에 입각한 최종 결정을 하고 있음.
- 장애정도는 의학적 기준인 손상율로 판정하고 이를 장애연금이나 기타 소득지원 제도에 적용하며 그 외 서비스들은 삶의 계획과 같은 이용인의 서비스 필요성을 중심으로 제공되는 방안도 검토할 필요성이 있음.

#### ○ 일본

- 기존 장애등급의 문제점을 인식하고 이를 보완하기 위해 장애정도구분 인정조사표를 적용하고 있음.
  - 활동지원서비스를 위한 개호서비스들은 장애정도 구분 인정조사표를 기준으로 판정됨.
  - 실질적으로 장애인들의 욕구가 높고 기본 생활을 하는데 영향을 미치는 장애연금 및 수당 등의 현금 급여들은 기존의 장애등급에 영향을 받고 있음.
- 장애의 다양성을 고려할 때 좀 더 종합적이고 포괄적인 접근이 필요함.
  - 우리나라의 경우도 기존의 활동지원서비스 인정조사표를 바탕으로 일본과 같이 세밀한 항목들을 추가하고 환경 등을 포함한다면 더 나은 인정조사표를 개발할 수 있음.
  - 그러나, 근본적으로 이러한 항목 제한적인 인정조사표를 개발하는 것의 타당성에 대한 검토가 필요함.

#### ○ 호주

- 장애연금 등 현금성 서비스 제공을 위한 장애평가에는 의학적 평가 외에 직업능력을 고려할 수 있는 근로능력 평가의 실시가 더 정확한 방법일 수

있음.

- 호주와 같이 몇 가지 평가지표와 단계를 통해 근로능력을 평가하는 체계를 검토해볼 수 있으며, 장애연금부서와 직업재활·고용 부서의 부처 간 협력 체계 구축에 대해 검토해 볼 수 있음.

○ 장애등급제에 대한 시사점

- 본 연구에서 검토한 국가 중 일본을 제외하고 장애등급을 적용하는 국가는 없으나, 프랑스의 경우에는 손상을 그리고 호주의 경우에는 장애정도를 최중증, 중증 그리고 경증 등으로 제시하고 있음. 장애정도에 대한 구분을 하되 분류 명칭은 다양함을 고려할 때 장애정도 구분 명칭의 개선을 고려할 수 있음.
- 장기적인 관점에서, 새로운 장애영역에 대한 사회적 욕구와 장애 개념에 대한 세계적 흐름에 부응하는 방안으로, 포괄적인 방식으로의 장애구분 방안을 고려할 수 있음.

□ 우리나라 장애판정제도와 복지서비스연계 검토

○ 1989년부터 시행된 우리나라의 장애판정제도는 장애인구를 파악하고, 서비스 대상을 명확히 하고 등급별 서비스 제공이 이루어지도록 함에 따라 행정적 편의성을 높이는 제도이나 판정 기준이 의학적 상태를 중심으로 이루어짐에 따라 다음과 같은 논의들이 제기되고 있음.

- 첫째, 다양화되고 복합적인 장애인의 욕구에 대응하는데 한계, 즉 서비스 연계 기준으로서 활용하는데 한계가 있음
  - 현행 장애인 등록판정체계는 의료적 모델에 입각한 특정 질환 및 특정기능의 손상 중심으로 장애가 판정되고 있어 장애인들의 복지수요에 대한 객관적이고 종합적인 판단이 어려움.
- 둘째, 장애판정체계에 대한 불신으로 서비스 만족도가 낮게 나타남.
  - 장애인판정은 객관적인 결정을 통해 이루어지는 것이 필요하나, 현재 각 상병마다 등급간의 큰 기준은 있으나 의사의 임상경험 등 주관적 판단에

의해 결정되고 있어 일관성이 부족하다는 지적이 있으며 이는 장애평가에 대한 불신으로 나타났고 서비스 만족도를 낮추는 요인이 됨.

- 셋째, 장애판정체계의 욕구평가체계의 결여에 따른 서비스 진입단계로서의 기능이 미비함.
  - 현행 장애판정체계는 장애인의 욕구와 사회적 자원을 연결하여 배분하는 서비스 진입단계로서의 기능을 거의 수행하지 못하여 장애인의 욕구에 기반한 서비스 제공이 미흡함.
- 넷째, 다양한 장애관련 법·제도에서의 상이한 장애기준에 따라 중복적인 장애판정이 이루어지고 있음.
- 다섯째, 현재 장애인복지서비스는 장애등급에 의해 수급이 결정되는데, 대부분 1급, 2급의 장애등급에 집중되어 있으며 서비스 적격성에 의한 서비스 연계, 장애인 개인의 사회적 욕구 및 복지서비스 필요성까지 포괄하지 못하고 있음.

#### IV. 방안

##### □ 단기적 개선방안

- 장애인복지서비스에 대한 적격성 마련을 위한 방안이 마련될 필요가 있음.
  - 활동지원이나 장애인연금과 같은 제도는 지속적인 예산투입이 필수적이며 장애인 당사자들에게 주요한 서비스들이 때문에 주요 선진국의 경우 꼭 필요한 대상자를 엄격하게 선정하고 있으므로, 주요 서비스를 중심으로 서비스에 대한 적격성 마련 방안이 필요함.

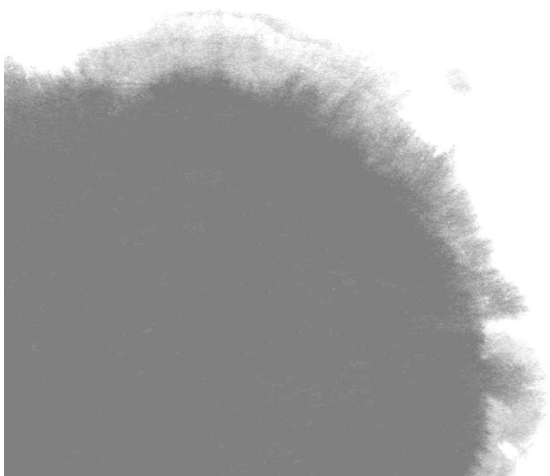
##### □ 장기적 개선방안

- 기존 장애등급 별 접근 방안이 아닌 장애인의 의료/장애 상태, 근로능력파악, 경제적 상황, 가족 여건 등을 전반적으로 파악할 수 있는 종합적인 장애판정 기준과 체계를 갖추는 것이 필요함.

- ICF(International Classification of Functioning, Disability, Health) 적용에 대한 검토가 필요하며, 이를 위해서는 장기적인 연구가 진행될 필요가 있음.
  - ICF의 장애 평가기준으로의 도입은 종합적인 평가를 가능하게 하는 비전과 방안을 제시하는 장점이 있으며, 이를 위해서는 심층적인 연구과정이 필요함.
  - 종합적인 장애판정체계로 ICF을 적용하기 위해서는 다음과 같은 점을 고려해야 함.
    - ICF 활용은 장애에 대한 종합적인 정보파악을 용이하게 하며 이 결과를 바탕으로 필요한 서비스로 연계할 수 있다는 점임.
    - 장애인복지현장에서 ICF 적용에 대한 검토가 필요하며, 복지서비스를 제공할 수 있는 인프라 구축 및 전문적이고 통합적인 서비스를 제공하기 위한 사례관리시스템이 마련되어야 함.
- 종합적인 판정체계 개선을 위해 다양한 의견수렴을 통한 적합한 방안을 마련하는 것이 필요시 되며, 이를 위한 자문위원단의 구성 및 운영이 필요함.

# 1

## 서론





# 제1장 서론

## 제1 절 연구 배경 및 목적

우리나라 장애인복지에서 장애인 등록 및 판정은 장애인복지서비스 이용을 위한 진입문으로서 장애유무, 장애유형 및 정도를 의학적 기준에 의해 평가하여 최종 판정을 받는 체계이다. 장애인 등록제는 장애유형 및 장애정도에 따라 등급을 부여하여 지방자치단체에 등록하는 제도로서, 장애유형은 15가지 유형<sup>1)</sup>이며, 장애등급은 기능적 결손상태와 심한 정도를 의학적으로 판정하여 장애유형에 따라 1등급~6등급으로 구성되어 있다. 2011년 장애인 실태조사 결과에 따르면, 전국 추정 장애인수 261만명 중 252만명이 장애인 등록을 하여 추정장애인 수 대비 등록율이 96.5%로 나타나, 장애를 가지고 있는 경우 장애인 등록을 하는 비율이 매우 높게 나타났다. 이는 2005년의 장애인 등록율이 77.7% 였던 것에 비하면 16.1%포인트나 증가한 결과이다.

이러한 장애인 등록률의 증가는 장애에 대한 사회의 인식이 개선되었고 장애인복지서비스의 증가에 기인한다고 하겠으며, '장애(disability)'의 의료적 모델 중심의 개념에서 사회적 모델, 혼합모델 개념으로의 전환과 장애인복지 패러다임 변화에 따른 자립생활 패러다임의 도입 등 사회적 환경 변화와 인식 변화에 따른 것이라 하겠다.

---

1) 우리나라 「장애인복지법」에 의한 장애유형은 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 지적장애, 자폐성장애, 정신장애, 신장장애, 심장장애, 호흡기장애, 간장애, 안면장애, 장루요루장애, 간질장애의 15개 유형으로 구성됨.

실제 장애인복지 서비스와 관련 장애인복지 예산은 장애인구 증가추이에 맞게 큰 폭으로 증가하여 왔다<sup>2)</sup>. 그러나 장애인복지 서비스와 서비스 수급 대상자의 양적 확대에도 불구하고 장애인의 욕구와 복지서비스가 효율적으로 연계되지 못하고 있다는 문제가 제기되고 있으며 이러한 문제는 장애인 등록제도의 효용성과 연관된다고 하겠다.

현재 장애인 등록 및 판정제도는 의학적 판정에 근거하여 장애 유형과 중증도를 판단하고 장애인복지사업의 우선 순위와 대상자 선정의 효과적인 기준으로 이용되고 있으나, 다양화되고 복합적인 장애인의 욕구에 대응하는데 한계가 있고, 장애인판정 체계의 욕구평가체계 결여에 따라 서비스 진입문으로서의 기능을 제대로 수행하지 못하고 있는 실정이다. 2011년 장애인 실태조사 결과, 장애인들은 사회나 국가에 대한 요구사항으로 소득보장, 의료보장, 고용보장, 주거보장, 보육·교육보장, 문화·여가 보장 등 다양한 분야에서 욕구를 나타내고 있는데, 현재의 장애인 등록제도는 장애인 관련 복지, 교육, 고용, 주거 등의 연계 및 자원 연결 등의 기능을 수행하지 못하고 있다.

향후 장애 인구의 증가와 더불어 장애인의 욕구는 다양화되고 서비스 지원에 있어서 유사 욕구에 일률적으로 대응하는 방식의 서비스 제공 방식 보다는 장애인의 다양한 욕구에 대한 ‘맞춤형 서비스’가 더욱 요구될 것이다. 현 장애인 판정·등록제도가 의학적 기준 외에 복지욕구 및 사회·환경적 요인과 개인의 욕구 반영이 필요하다는 주장도 이러한 맥락에서 이야기되고 있다고 하겠다.

장애인복지 환경 및 여건의 변화, 장애인복지 패러다임의 변화에 따른 장애인구의 다양한 복지욕구에 효율적으로 대응할 수 있는 서비스 진입단계로서의 장애인 등록제도, 장애인의 의료적인 측면 이외에 개인적 특성이 반영되어 서비스가 효율적으로 연계될 수 있는 장애인 판정·등록체계의 검토가 필요시 된다. 즉, 장애유무에 대한 사회적 판단은 그 자체로 사회적 제도·서비스 이용의 가능성과 연결되어 있음을 고려

2) 최근 5년간 장애인복지예산은 2008년 9,500억원에서 2012년 1조 9,486억원으로 5년간 2배 이상의 증가를 보임(「제4차 장애인정책종합계획(2013~2017)수립 관련 정책토론회 자료집」, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2012).



할 때, 장애판정기준에 대한 개선, 장애판정과 동시에 복지서비스 연계의 연결고리가 이루어질 수 있는 유연성 있는 제도의 설계가 필요하다.

따라서 본 연구에서는 장애인의 의료적 특성 이외에 다양한 욕구에 부응할 수 있는 개별화된 맞춤형 서비스 제공을 위해 주요 선진국의 장애판정제도 현황을 고찰하고 시사점을 도출하여 우리나라에 적용 가능한 장애판정·등록제도의 정책적 방향을 제시하고자 하는데 연구 목적이 있다.

주요 선진국으로는 프랑스, 일본, 호주를 선정하여 각국의 장애판정·등록제도에 대해서 심층적으로 살펴보았다. 프랑스의 경우 장애인통합기관을 통해 장애에 대한 의료적, 사회적 관점을 포괄하는 종합평가를 실시하고 장애인 권리와 자율 위원회를 통해 서비스를 결정하는 이원화된 시스템 운영과 장애에 대한 독립전달체계를 운영하고 있다는 점에서, 일본의 경우 장애인등록제 운영 등 우리나라 장애인복지 제도와 유사한 시스템을 유지하고 있으면서 최근 장애인자립지원법 도입을 통해 장애에 대한 사회적 관점을 도입한 평가 시스템과 서비스 연계의 변화를 시도하였다는 점에서, 호주의 경우 센터링크라는 포괄적인 사례관리 기구와 시스템을 갖추고 있어 장애인복지에서의 사례관리 시스템 도입·운영에서의 함의 도출이 가능하다는 점에서 선정되었다.

## 제2절 연구 내용 및 방법

본 연구의 내용은 총 5장으로 구성되어 있다. 제1장 서론에 이어, 제2장에서는 우리나라 장애판정제도의 현황을 제시하였다. 구체적으로 우리나라에서의 장애 개념과 장애인 등록신청에서 장애등급심사를 거쳐 장애인으로 등록되기까지 장애판정·등록의 과정을 제시하였으며, 복지서비스 연계 현황 및 함의를 제시하였다.

제3장에서는 주요 선진국의 장애판정제도 현황 및 국가간 비교를 제시하였다. 주요 선진국으로는 우리나라 보다 앞서 장애인복지 개선을 시도한 일본, 프랑스, 호주를 선정하여 장애인복지의 개요, 장애평가 기준과 평가에서 서비스 연계에 이르는 과정, 장애인 복지 서비스 연계 내용과 시사점을 제시하였다. 그리고 3개국의 장애

평가와 서비스 연계 현황에 근거하여 비교를 실시한 후 우리나라 장애인 등록제에 대한 시사점을 제시하였다.

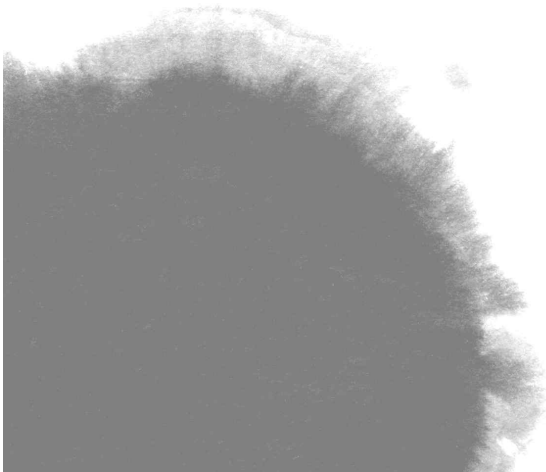
제4장에서는 우리나라 장애인 등록제도와 복지서비스 연계에 대한 검토를 하였다. 먼저 의학적 평가 중심의 현행 장애인복지제도의 활용 의미와 사회적 모델의 수용 관점에서 WHO에서 제시한 ICF(International Classification of Functioning, Disability, Health)의 장애인복지 적용에 대한 검토를 제시하였다. 마지막으로 현재의 장애인복지제도에 대한 전문가 FGI 실시 결과를 제시하였다. 의견수렴의 주요 내용은 현 장애인 등록제의 개선 필요도에 대한 의견, 장애등급제와 복지서비스 연계에 대한 의견, 서비스별 평가기준 도입에 대한 의견, 장애인 등록제의 향후 발전방향에 대한 내용이다.

제5장은 개선방안으로서 우리나라와 주요 선진국의 장애인복지제도 운영현황을 파악 분석하여 이를 근거로 우리나라 장애인 등록제도 운영의 발전을 위한 개선방안을 제시하였다.

본 연구를 수행하기 위한 연구방법으로는 크게 두 가지 연구방법을 활용하였다. 첫째, 문헌연구로는 국내외 관련 문헌, 학술지 논문, 외국정부 및 공공기관의 행정자료, 인터넷 자료 등을 활용하였다. 둘째, 장애인복지 전문가 대상의 FGI를 실시하였다. 장애인전문가로는 장애인복지 관련 학계전문가, 장애인단체, 장애인등록관리 업무 담당자로 구성하여 실시하였다.

## 2

## 우리나라의 장애판정제도





## 제2장 우리나라의 장애판정제도

### 제1 절 장애 개념

장애는 인간 조건의 하나라고 이해하기도 하는데, 거의 모든 사람들이 일생동안 잠시 혹은 영구적으로 ‘손상’을 경험하며, 특히 고령화된 시대에는 나이가 들어감에 따라 어느 정도의 일상생활에서의 기능 제약에 따른 어려움, 즉 장애를 경험한다.

장애를 바라보는 관점은 의료적 모델(*medical model*)과 사회적 모델(*social model*)로 정리될 수 있다. 의료적 모델은 장애라는 현상을 질병, 종양 및 건강조건 등에 의해서 직접적으로 야기되는 ‘개인’의 문제로 간주하며, 개인의 장애를 ‘문제(*problem*)’로 바라본다. 장애는 장애가 발생시키는 근본적인 제한 혹은 심리적인 상실에 기인한다고 보는 관점이다. 반면 사회적 모델은 장애라는 현상을 장애를 가진 사람의 사회로의 통합이라는 관점에서 ‘사회적인(*societal*)’ 문제로 간주하고, 의료적 모델에서 전제하는 두 가지 부분의 완전한 배제에서 시작한다. 장애를 개인에게 귀속된 것이 아니며, 사회적 환경에 의해서 창조된 조건들의 복잡한 집합체로 보고, 장애란 사회내에 존재하는 것으로 장애인의 욕구를 사회 조직내에 수용하고 이에 적합한 서비스를 제공하는데 사회적 실패를 의미한다는 것이다. 그러나 장애는 의료적 모델이나 사회적 모델의 한가지 만으로는 완전하게 이해되기 어려우며 두 가지 모델의 균형적인 고려를 통해서 이해되어야 할 것이다<sup>3)</sup>. WHO에서 제시한 ICF에서는

---

3) World Reprot on Disability, 2011

기능과 장애를 ‘건강 조건(health conditions)과 배경적 요인(contextual factor), 개인(personal factor)과 환경(environmental factor)요인간의 상호작용’의 구조 안에서 이해하고 있는데 이는 장애에 대한 의료적 모델과 사회적 모델간의 현실적인 타협점을 제시하는 것으로 이해할 수 있다. 즉 장애인, 손상, 활동 제약, 참여 제한, 개인과 개인을 둘러싼 환경간의 부정적인 상호작용의 모든 개념을 아우르는 것이라고 할 수 있다.

우리나라의 장애 개념은 장애인복지법 등 제도적으로 정의된 내용을 기반으로 이해할 수 있다. 장애인복지법은 장애인을 “신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자”로 정의하고 있어 앞서 소개한 의료적 모델에 기반한 개념에 따른 것으로 이해할 수 있다.

제2조(장애인의 정의 등) ① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.  
 ② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.  
 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.  
 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

우리나라는 장애인 등록제도를 운영하고 있는데, 1987년 시범사업을 거치고 1989년 「심신장애자복지법」을 「장애인복지법」으로 전면 개정하면서 도입한 제도로 장애인복지서비스 이용을 위한 gateway로 역할을 하고 있다. 뿐만 아니라 장애인복지 통계 베이스 제공(등록장애인 DB), 행정적 서비스 대상 추정 등 장애인복지정책 수행을 위한 대상추정의 명확성을 제시함으로써 편의를 제공해 왔다. 반면, 장애인 등록제도의 장애인판정기준이 의료적 모델에 따른 의학적 기준에만 의존하고 있고, 15개 유형으로만 장애를 판정하고 있다는 점에서 폐쇄적이라는 지적을 받고 있다.

장애인 수는 크게 등록장애인 수와 실태조사 결과에 따른 추정 장애인수를 제시할 수 있는데, 먼저 2011년 말 기준 등록장애인 수는 251.9만명으로 파악되고 있다. 또한 장애인에 대한 전국 실태조사(2011년 장애인실태조사)에 따르면, 등록장애인과

미등록장애인을 포함한 장애인 수는 261.1만명으로 추정되며, 장애를 갖고 있는 경우 등록하는 장애 등록율은 96.5%로 비교적 높은 것으로 파악되고 있다.

〈표 2-1〉 장애 유형별 등록현황 및 장애인 추정수

구분	장애등록현황		장애인 추정수		(단위: 명, %) 등록율 (추정 장애인수 대비)
	등록자 수	구성비	추정수	구성비	
지체장애	1,333,429	52.9	1,325,877	50.8	100.6
뇌병변장애	260,718	10.3	316,309	12.1	82.4
시각장애	251,258	10.0	256,841	9.8	97.8
청각장애	261,067	10.4	278,337	10.7	93.8
언어장애	17,463	0.7	21,049	0.8	83.0
지적장애	167,479	6.6	153,332	5.9	109.2
자폐성장애	15,857	0.6	16,238	0.6	97.7
정신장애	94,739	3.8	103,894	4.0	91.2
신장장애	60,110	2.4	58,500	2.2	102.8
심장장애	9,542	0.4	18,508	0.7	51.6
호흡기장애	14,671	0.6	19,249	0.7	76.2
간장애	8,145	0.3	9,289	0.4	87.7
안면장애	2,715	0.1	2,426	0.1	111.9
장루·요루장애	13,098	0.5	16,705	0.6	78.4
간질장애	8,950	0.4	14,572	0.6	61.4
계	2,519,241	100.0	2,611,126	100.0	96.5

## 제2절 우리나라 장애판정제도

장애인복지서비스는 1981년 「심신장애자복지법」 제정에 따른 장애인 개념을 도입하고, 1989년 「장애인복지법」 개정을 통해 장애인등록제를 도입하였다. 이후 도입되는 각종 장애인복지서비스와 제도는 장애인등록제에 따른 등록장애인을 대상으로 하고 있어, 사실상 장애인등록제는 우리나라 장애인복지서비스와 제도의 대상을 규명하는 큰 틀로써 기능해 왔다.

### 1. 실제

#### 가. 장애판정 법적 기준

장애인복지법에서 장애분류는 신체적 장애와 정신적 장애의 대분류 하에 전체 15개의 장애유형으로 구분하고 있다. 신체적 장애는 외부신체기능장애와 내부기관장애로 구분되며, 외부신체기능장애는 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면장애로 구성되고, 내부기관장애는 신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애, 장루·요루장애로 구성되었다. 그리고 정신적장애는 발달장애와 정신장애로 구분되며, 발달장애에는 다시 지적장애와 자폐성장애로 구성되어 있다.

〈표 2-2〉 장애 분류

대분류	중분류	소분류	세분류	장애등급*
신체적 장애	외부 신체기능 장애	지체장애	절단장애, 관절장애, 지체기능장애, 변형 등의 장애	1-6
		뇌병변장애	뇌의 손상으로 인한 복합적인 장애	1-6
		시각장애	시력장애, 시야결손장애	1-6
		청각장애	청력장애, 평형기능장애	2-6
		언어장애	언어장애, 음성장애, 구어장애	3-4
		안면장애	안면부의 추상, 함몰, 비후 등 변형으로 인한 장애	2-5
	내부기관 장애	신장장애	투석치료중이거나 신장을 이식 받은 경우	2/5
		심장장애	일상생활이 현저히 제한되는 심장기능 이상	1-3/5
		간장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 간기능 이상	1-3/5
		호흡기장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 호흡기기능 이상	1-3/5
		장루·요루장애	일상생활이 현저히 제한되는 장루·요루	2-5
		간질장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 간질	2-4
정신적 장애	발달장애	지적장애	지능지수와 사회성숙지수가 70 이하인 경우	1-3
		자폐성장애	소아청소년 자폐 등 자폐성 장애	1-3
	정신장애	정신장애	정신분열병, 분열형정동장애, 양극성정동장애, 반복성우울장애	1-3

주: \* 중복장애 합산에 따라 2종류 이상의 장애가 중복되어 있는 경우 주된 장애와 차상위 장애를 합산하여 등급 상향조정 가능.  
자료: 2012년 장애인복지사업안내( I )

장애인복지법에서는 〈표 2-2〉와 같이 15개 장애유형별 장애 중증도에 따라 장애등급을 1~6급으로 구분하고 있다. 장애등급은 중복장애 합산에 따라 2종류 이상의 장애가 중복되어 있는 경우 주된 장애와 차상위 장애를 합산하여 1등급 상향 조정이 가능하다. 15개 장애유형별 장애인복지법 제정 기준 개요와 판정 시점, 평가자에 대한 내용은 다음과 같다.



〈표 2-3〉 장애 판정 기준 개요

구분	장애 판정 기준 개요
지체장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 절단 : 절단부위를 X-선 촬영으로 확인하며, 절단부위가 명확할 때는 이학적 검사로 결정할 수 있음. 외상으로 인한 결손 뿐 아니라 선천적인 결손 포함. 절단 부위에 따라 장애등급이 결정됨.</li> <li>▪ 관절 : 관절의 강직, 근력의 약화 또는 관절의 불안정이 있는 경우를 말함. Goniometer 등 관절운동범위 측정기로 측정된 관절운동범위가 해당관절의 정상 운동범위에 비해 어느정도 감소(%)되었는지에 따라 구분함.</li> <li>▪ 지체기능장애(팔·다리·척추) : 팔·다리의 기능장애는 팔 또는 다리의 마비로 팔 또는 다리의 전체 기능에 장애가 있는 경우이며, 마비에 의한 팔, 다리의 기능장애는 주로 척수 또는 말초신경계의 손상이나 근육병증 등으로 운동기능장애가 있는 경우로, 감각손실 또는 통증에 의한 장애는 포함하지 않음. 척수장애 판정은 척수의 외상 또는 질환에 의하여 척수가 손상된 경우를 대상으로 함(척수원추와 마비의 손상 포함). 추간판 탈출증, 척추협착증 등으로 인한 신경근 병증에서 나타나는 마비는 해당되지 않음.</li> <li>▪ 변형 등의 장애 : 척추측만증, 연골무형성증, 왜소증, 한 다리가 건강한 다리보다 일정 길이가 짧은</li> </ul>
뇌병변장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중과 기타 뇌의 기질적 병변에 의한 경우임. 주된 증상인 마비의 정도 및 범위, 불수의 운동의 유무 등에 따른 팔·다리의 기능저하로 인한 식사, 목욕, 몸치장, 옷 입고 벗기, 배변, 배뇨, 화장실 이용, 의자/침대 이동, 거동, 계단 오르기 등의 보행과 일상생활동작의 수행능력을 기초로 전체 기능장애 정도를 판정함.</li> </ul>
시각장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 시력장애와 시야결손장애로 구분하여 판정함. 시력은 안경, 콘택트렌즈를 포함한 모든 종류의 시력 교정버를 이용하여 측정된 최대교정시력을 기준으로 함. 시야 검사는 동적시야검사가 원칙이나 경우에 따라 정적시야검사를 할 수 있음.</li> </ul>
청각장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 청력장애는 순음청력검사의 기도순음역치를 기준으로 하며, 이명도 검사를 같이 실시하여 등급을 가중시킬 수 있음. 평형기능장애는 공간내에서 자세 및 방향감을 유지하는 능력을 말하며, 검사자는 피검사자의 일상생활 동작 수행에 있어 잔존되어 있는 기능을 고려하여 등급을 결정함.</li> </ul>
언어장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 음성장애는 단순한 음성장애, 발음(조음)장애 및 유창성장애(말더듬)을 포함하는 구어장애를 포함하여, 언어장애는 언어중추손상으로 인한 실어증과 발달기에 나타나는 발달성 언어장애를 포함함.</li> </ul>
지적장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 웨슬러 지능검사 등 개인용 지능검사를 실시하여 얻은 지능지수와 사회성숙도 검사 등에 따라 판정하는데 지능지수는 언어성 지능지수와 동작성 지능지수를 종합한 전체 검사 지능지수를 말함(노인성 치매 제외).</li> </ul>
자폐성장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 자폐성장애 분류체계는 국제질병분류표(ICD-10)의 진단지침에 따르며, ICD-10의 F84 전반성발달장애(지폐증)의 경우 자폐성장애로 등급판정함. 자폐성장애의 상태(Impairment) 확인을 위해서는 K-CARS 등 자폐성 관련 척도를 사용할 수 있으며, 척도와 점수, 전문의의 판단에 따른 소견에 따라 상태확인(이루어짐) 이후 장애로 인한 정신적 능력(disability)확인(이루어짐)과 GAS평가를 종합하여 종합적인 판정이 이루어짐.</li> </ul>
정신장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 정신분열병, 양극성 정동장애(조울병), 반복성 우울장애, 분열형 정동장애의 경우로 현재 치료중이며, 정신질환의 진단명과 최초 진단시기를 확인한 후, 정신질환의 상태(Impairment)를 확인하여 정신질환으로 인한 정신적 능력장애(disability)상태의 확인이 이루어진 후 종합적인 판정이 이루어짐.</li> </ul>
신장장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 3개월 이상의 기간 동안 지속적으로 혈액투석 또는 복막투석치료를 받고 있는</li> </ul>

	사람 또는 신장을 이식받은 사람에 대하여 장애인으로 진단함.
심장장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>장애판정 직전 1년 이상의 진료기록 등을 확인하되, 최근 2개월간 환자 상태와 임상 및 검사소견으로 장애등급을 진단함. 질환의 정도와 질환으로 인한 능력장애 정도는 (가)운동부하검사 또는 심장질환증상중등도, (나)심초음파 또는 핵의학 검사상 좌심실구혈율, (다)검사소견, (라)심장수술 및 중재시술 병력, (마)입원병력, (바)입원횟수, (사)치료병력에 대한 임상소견과 검사결과 등에 따라 진단함. 이외에 좌심실 구혈율이 정상이면서 일상생활에 제한을 받는 심장질환의 경우에 한하여 좌심실 구혈율 정도를 증상에 따른 중등도 점수로 판정할 수 있음. 심장 장애는 의료적 여건 및 치료 등에 의하여 장애상태에 변화의 가능성이 있으므로 반드시 재판정을 받도록 하고 있음.</li> </ul>
호흡기장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>충분한 내과적 치료에도 불구하고 장애가 지속적으로 유지되는 만성 호흡기질환임을 확인해야 하며, 장애판정 직전 1년 이내 ①호흡곤란정도 판정, ②흉부 X-선 촬영, ③폐기능검사, ④동맥혈 가스검사 등에 의한 객관적인 검사소견이 있어야 함. 이외 필요한 추가 검사를 실시함. 최소 2개월 이상의 반복적인 검사결과 중 양호한 상태의 검사결과로 판정함. 폐기능검사는 표준화된 검사에 의하여 1회 검사시 3차례 시행된 검사결과 중 가장 좋은 검사결과를 기준으로 판정함.</li> </ul>
간장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>질병상태 등에 대한 소관 전문의의 최초 진단 이후 1년 이상이 경과하고, 최근 2개월 이상의 적극적인 치료에도 불구하고 호전의 기미가 거의 없는 만성 간 질환의 경우에 장애를 진단함.</li> </ul>
안면장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>눈에 띄는 면상만흔, 색소침착, 모발결손, 조직의 비후나 함몰, 결손이 포함됨. 안면부는 두부, 안면부, 경부, 이부와 같이 상지와 하지, 몸통 이외에 일상적으로 노출되는 부분을 의미하며, 장애등급은 노출된 안면부의 정상부위에 대한 병변부위의 백분율에 따라 판정됨.</li> </ul>
장루·요루장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>원인질환 등에 관하여 충분한 치료 후에도 장애가 고착되어(복원수술이 가능한 경우 1년 이상 경과) 보건복지부에서 공표하고 있는 장루·요루 장애기준에 부합한 손상과 장애를 갖고 있음이 확인된 경우 판정됨.</li> </ul>
간질장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>현재 적극적인 치료 중인 상태에서 진단하며, 발작의 종류별 분류근거, 정확한 발생빈도, 적극적 치료의 증거가 기술된 객관적인 의무기록을 바탕으로 장애 판정됨.</li> </ul>

〈표 2-4〉 장애 평가자와 판정 시점

장애유형	평가자	판정 시점
지체장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>재활의학과, 정형외과, 신경외과, 신경과, 내과(류마티스분과)전문의</li> <li>절단장애 : X-선 촬영시설 있는 의료기관</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>충분한 치료후, 장애가 고착되었을 때.</li> <li>시기는 원인질환 (부상)등 발생후, 혹은 수술 후 6개월 이상 지속적 치료 후</li> </ul>
뇌병변장애	재활의학과, 신경외과, 신경과 전문의	<ul style="list-style-type: none"> <li>발병(외상)후 6개월 이상 지속적 치료후 장애 진단</li> <li>최초 판정일로부터 2년 후 재판정 의무</li> </ul>
시각장애	안과 전문의	지체장애와 상동
청각장애	이비인후과 전문의	지체장애와 상동
언어장애	이비인후과, 정신과 또는 신경과 전문의, 치과(구강악안면외과), 치과전속지도 전문의(구강악안면외과)	지체장애와 상동
지적장애	정신과, 재활의학과 전문의	지체장애와 상동

자폐성장애	▪ 정신과(소아정신과)전문의	▪ 전반성 발달장애(자폐증) 확실해진 시점
정신장애	▪ 정신과 전문의	▪ 1년 이상 성실하고 지속적인 치료 후 호전의 기미가 없을 정도로 장애가 고착되었을 때
신장장애	▪ 투석치료 의료기관 의사 ▪ 신장이식 의료기관 외·내과 전문의	▪ 3개월 이상 지속적 혈액투석 혹은 복막투석치료를 받는자, 신장이식 받은 자
심장장애	▪ 진료해온 내과, 소아청소년과, 흉부외과 전문의	▪ 1년 이상 성실, 지속적인 치료 후 호전의 기미가 없을 정도로 장애가 고착된 자
호흡기장애	▪ 직전 2개월 진료한 의료기관 내과(호흡기분과, 알레르기분과), 흉부외과, 소아청소년과, 결핵과, 산업의학과 전문의	▪ 진단 후 1년 이상 경과, 최근 2개월 이상 지속 치료 후 호전의 기미가 없을 정도로 장애가 고착된 경우
간장애	▪ 직전 2개월 진료한 내과(소화기분과), 외과, 소아청소년과 전문의	
안면장애	▪ 성형외과, 피부과, 외과(화상) 전문의 ▪ 치과(구강악안면외과), 치과전속지도 전문의(구강악안면외과)	▪ 지체장애와 상동
장루·요루장애	▪ 외과, 산부인과, 비뇨기과, 내과 전문의	▪ 복원수술 불가능한 장루,요루 =>장루(요루) 조성술 이후 ▪ 복원수술 가능장루(요루) =>장루(요루) 조성술 이후 1년 지난 시점
간질장애	▪ 직전 6개월 진료한 신경과, 신경외과, 정신과, 소아청소년과 전문의	▪ 성인 : 최초 진단 후 3년 경과, 2년 이상 지속적 치료 후 호전의 기미가 없을 정도로 장애가 고착된 경우 ▪ 소아청소년 : 최초 진단 후 규정진단(1년~2년)이상 지속적 치료 후, 호전의 기미가 없을 정도로 장애가 고착된 경우

주 : 1) 의료기관에 속한 전문의를 말함

장애판정기준 개요를 통해서는 각 장애유형별로 장애판정을 위해 필요한 평가, 검사의 종류와 방법, 증빙자료의 범위 등 근거자료에 대한 내용을 구체적으로 제시하고 있음을 확인할 수 있다. 또한 장애 평가자의 자격기준, 장애판정 시점도 각 장애유형별 특성에 따라 구체적으로 규정하고 있다.

장애인복지법의 장애판정제도는 ‘장애’를 손상(impairment)의 회복이 불가능하며 고착된 상태에 이르러 일상생활 및 사회생활에서 상당한 제약을 갖는 능력 장애(disability)의 상태로 규정하고 있는 것으로 이해할 수 있다. 이러한 의료적 모델에 따른 장애 관점은 기준의 객관성과 결과의 일관성을 높일 수 있다는 장점이 있고 이에 따른 행정 편의가 존재하지만, 15개 장애유형 범위를 벗어나는 ‘장애상태’에 대한 고려가 이루어지지 않아 사각지대가 발생할 수 있다. 또한 의학적 기준의 일괄

적용에 따른 판정 결과로 평가 내용 및 과정에 개인의 상황, 환경, 참여요인을 고려하지 못한다. 즉, 판정의 포괄성의 한계가 있고 ‘장애’에 대한 시대적 변화, 장애를 손상, 활동 제약, 참여 제한, 개인과 개인을 둘러싼 환경간의 부정적인 상호작용의 개념을 아우르는 것으로 보는 관점의 변화를 수용하지 못한다는 단점이 있다.

### · 장애판정 신청, 접수 및 등록의 절차

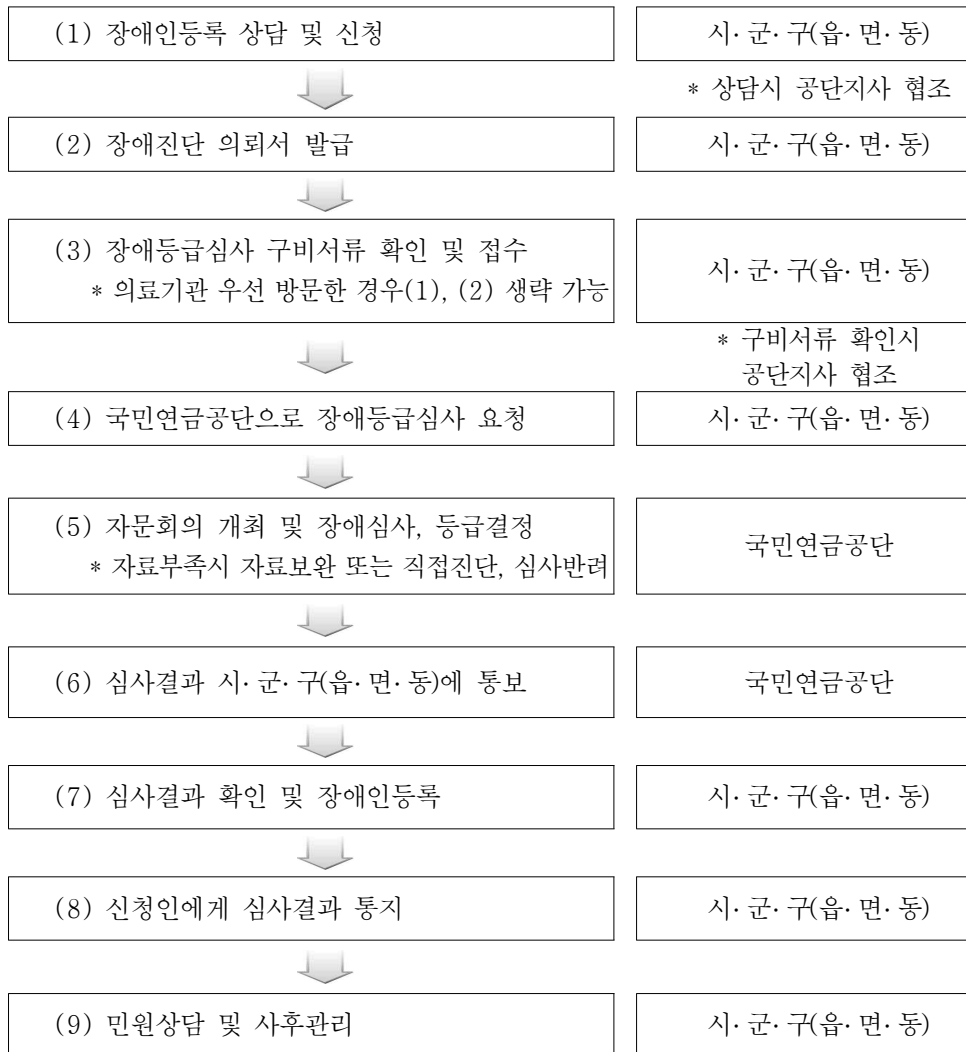
장애판정 및 등록 절차는 장애인복지법 제32조(장애인등록) 및 동 법 시행규칙 제3조부터 제10조에 근거를 두고 이루어진다. 장애등록절차는 첫째 상담 및 신청, 둘째 장애진단 의뢰서 발급, 셋째 장애등급심사 구비서류의 확인 및 접수, 넷째 장애등급심사 요청, 다섯째 장애심사 및 등급결정, 여섯째, 심사결과의 지자체 통보, 일곱째 심사결과 확인 및 장애등록, 여덟째 신청인에게 심사결과 통지, 아홉째 민원 상담 및 사후관리의 과정을 거친다.

신청과 접수, 장애진단 의뢰서 발급과정은 시군구(읍면동)에 신청하면서 이루어지며, 시군구(읍면동) 담당자는 장애진단의뢰서 발급과 함께 향후 장애등록절차에 대한 심도깊은 상담과 정보를 제공하며, 필요한 경우 장애심사업무를 위탁받아 수행하고 있는 국민연금공단 장애심사센터에 의뢰하여 상담을 진행할 수 있다. 신청자는 발급 받은 장애진단의뢰서 및 구비서류를 30일 이내(최대 90일)에 제출해야 한다<sup>4)</sup>.

시군구(읍면동)에서 신청인의 장애등급심사 구비서류를 접수 받는데, 접수시 보완 서류가 필요한 경우 담당자는 15일 이내 보완자료를 제출할 것을 요청하며, 경우에 따라서는 다른 의료기관에 장애진단을 요청할 수 있다<sup>5)</sup>. 장애심사는 국민연금공단 장애심사센터에 의뢰하며, 심사처리기간은 심사 접수일로부터 21일 소요되는데, 이때 자료보완 및 직접진단에 소요된 기간은 산정되지 않는다.

4) 의료기관 우선방문 등록절차 : 시군구를 통해 먼저 장애진단의뢰서를 받지 않고 의료기관에서 직접 장애진단서를 발급받아 제출하는 경우 진단의뢰서 절차를 사전 이행한 것으로 간주하여 장애인등록 절차를 진행함. 이 경우에도, 장애진단일로부터 30일 이내 구비서류를 제출해야 함.

5) 이러한 경우, 진단비용은 신청인의 부담으로 함. 단, 진단비용 지원대상자의 경우 장애진단을 한 의료기관에 귀책사유가 있어서 진단서 발급비용을 지급하지 않은 경우 최초 진단에 준하여 진단서 발급비용을 지급할 수 있음.



[그림 2-1] 장애인등록 절차

국민연금공단 장애심사센터는 심사 의뢰된 사례에 대해 필요시 자료보완, 직접진단, 심사반려요청 등을 할 수 있다<sup>6)</sup>. 심사반려요청은 신청인이 장애등록을 취소한 경우, 장애인이 장애인연금 등 서비스 신청을 취소하여 심사를 진행할 필요가 없는

6) 자료보완의 경우, 신청인은 자료보완 요청을 받은 날로부터 최대 30일 이내(연장 1회 포함)에 자료를 제출해야 하며, 직접진단은 지체장애 등 외과적 장애에 한함.

경우, 자료보완 및 직접 진단의 2회에 걸친 요구에 불응한 경우에 이루어질 수 있다.

장애심사센터를 통한 등급심사결과는 사회복지통합전산망인 ‘행복e음’에 등록되며, 시군구(읍면동)는 ‘등급심사 수신결과 조회’를 통해 심사결과를 확인한 후 장애등록을 진행하며, 신청인에게는 즉시 장애등록결과를 통지하게 된다.

신청인의 심사결과에 대한 이의 신청은, 공단심사결과에 이의신청하는 단계와 다음 단계로 지자체에 대한 행정심판 또는 행정소송 단계가 있다. 신청인은 심사결과에 이의가 있는 경우 2주 이내에 의견을 제출하고, 심사결과를 통보받은 날로부터 90일 이내에 이의신청을 할 수 있다. 이의신청 심사결과에도 이의가 있는 경우 특별자치도지사·시장·군수·구청장으로부터 심사결과를 통보받은 날로부터 90일 이내에 행정심판 또는 행정소송을 제기할 수 있다.

장애인의 장애상태가 현저히 변화하여 장애등급조정이 필요한 경우, 장애인등록 절차와 동일하게 진행되며, 이 경우 공단으로부터 심사결과를 통보받아 장애등급이 결정된 날로부터 장애등급을 변경할 수 있다. 장애유형별 의무 재판정은 「장애등급 판정기준」 절차에 따라 주기적으로 또는 의사의 소견에 따라 이루어지도록 하고 있으며, 예전과 다르게 재판정 불응시 장애등록취소로도 이어질 수 있도록 기준에 명시하고 있다.

〈표 2-5〉 장애 유형별 의무 재판정 내용

장애유형	의무 재판정 시기
지체장애 (척수)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 척수장애 : 2년후 재판정 (1회)</li> <li>▪ 만 6세미만에 장애판정 받은 경우 : 만 6세 이상 ~ 만 12세 미만에서 재판정</li> </ul>
지체장애 (변형)	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 왜소증(남성-만18~20세 미만 진단 /여성-만 16~18세 미만 진단): 2년 후 재판정(1회)</li> <li>▪ 연골무형성증 : 2년 후 재판정 (1회)</li> </ul>
뇌병변장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 2년 후 재판정 (1회)</li> <li>▪ 장애정도가 변화하는 뇌병변(파킨슨 병 등)의 경우 매 2년마다 재판정</li> <li>▪ 만 6세미만에 장애판정 받은 경우 : 만 6세 이상 ~ 만 12세 미만에서 재판정</li> </ul>
시각장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 각막이식술로 시력변동 기능성 있는 경우:매 3년 마다 재판정 (각막이식술 후 1년 후)</li> <li>▪ 백내장수술로 시력변동 기능성 있는 경우:매 2년마다 재판정 (백내장수술 후 6개월 후)</li> </ul>
평형장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 매 2년마다 재판정</li> </ul>
지적장애 자폐성장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 만 6세미만에 장애판정 받은 경우 : 만 6세 이상 ~ 만 12세 미만에서 재판정</li> </ul>
정신장애	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 매 2년마다 재판정</li> </ul>

신장장애	▪ 매 2년마다 재판정(2급) / 이식 제외	
호흡기 장애 간장애	▪ 매 2년마다 재판정 / 이식 제외	
장루·요루장애	▪ 복원수술이 가능한 장루(요루)의 경우 매 3년 마다 재판정 ▪ 복원수술이 불가능한 장루(요루)의 경우 의무적인 재판정에서 제외	
간질장애	성인	▪ 매 3년마다 재판정
	소아청소년	▪ 매 2년마다 재판정
심장장애	성인	▪ 매 2년마다 재판정 / 이식 제외
	소아청소년	▪ 만 6세 미만, 만 6세 이상~만 12세 미만, 만 12세 이상~만 18세 미만 에 재판정(3회) / 이식 제외

자료 : 2012년 장애인복지사업안내, 보건복지부

주 : 1) 재판정의 경우, 최초 판정을 합하여 3회 등급 판정시 재판정 제외 가능

2) 정신장애, 장루·요루장애, 간질장애, 심장장애를 제외한 나머지 장애유형 재판정은 2010년 1월 1일 이후 등록자부터 의무 재판정이 적용됨. 정신장애(2000년 이후 등록자 적용), 장루·요루장애(2003년 이후 등록자 적용), 간질장애(2003년 이후 등록자 적용), 심장장애(2000년 이후 등록자 적용).

장애등급심사제도는 2007년 중증장애수당 지급 대상자(중증장애수당 대상 : 1,2급 및 3급 지적·자폐성 장애 외 다른 장애 중복인 경우 중 국민기초생활수급자 또는 차상위자)에게 먼저 실시되었다. 이는 당시 장애등록 이후 점검 시스템, 사후관리, 재판정 의무화 등이 전무했던 시기로 등록장애인의 장애상태에 대한 등급재심사를 실시함으로써 중증장애수당 대상자 선정의 합리성과 엄격성을 제고하기 위한 의도로 실시되었다. 이후 장애인연금법 시행(2010), 장애인활동지원법 시행(2011)에 따라 장애인연금, 장애인활동지원서비스 이용 신청자의 경우 모두 등급재심사를 받도록 규정하였으며, 2011년 4월 부터는 신규등록자, 장애등급 조정자, 장애 재판정자에 대해서 모두 등급재심사를 받도록 의무화하고 있다.

장애등급재심사 업무는 국민연금공단 장애심사센터에 위탁되어 실시되고 있으며 (「장애인복지법」 시행규칙 제3조 및 제6조, 제7조), 「장애등급 심사규정」에 따라 업무가 처리되고 있다. 심사대상은 장애인등록 신청자 및 재판정(조정신청)의 경우, 등록 장애인이 장애인연금, 활동보조지원서비스, 중증장애아동양육지원 등 개별사업의 신청자로 개별사업에서 장애등급심사를 규정하고 있는 경우에 실시하게 된다<sup>7)</sup>.

7) 현재의 장애등급이 국민연금공단 장애심사센터를 통해 판정받은 자는, 상기의 서비스를 신청하는 경우 심사의뢰하지 않고 서비스 이용이 가능함. 또한 기존에 등록된 장애인이 장애인연금 및 장애인활동지원 등 서비스 신청으로 장애등급심사를 신청한 경우, 최근 2년(장애유형에 따라 최근 1년~5년) 이내에 등록한 장애인진단서와 검사결과지를 활용하여 심사 가능함.

국민연금공단 장애심사센터는 심사와 관련해서 장애인의 권리구제절차의 강화와 중증장애인에 대해서 찾아가는 서비스를 강화하고 있는데, 권리구제절차의 강화로는 사전의견진술제도 도입, 장애등급심사위원회 설치 및 운영, 대면심사, 이의신청 안내 강화 등이 있으며, 중증장애인에 대한 서비스 강화로는 신청 장애인에 대한 방문 상담, 의료기관 동행 서비스 등 찾아가는 서비스 제공, 심사자료 직접확보서비스 제공, 이의신청 시 공단요구에 의한 추가검진비용 및 심사자료에 대한 비용 지원, 공단 직원의 방문에 의해 외상장애가 확인된 경우<sup>8)</sup> 등급심사 없이 장애인연금, 활동지원서비스의 이용자로 선정되는 제도 등이 있다.

## · 장애판정기관 현황

장애판정 및 등록은 전국의 시·군·구(읍·면·동)와 국민연금공단 장애심사센터에서 역할을 나누어서 실시하고 있다. 시·군·구(읍·면·동)에서는 장애등록의 신청 및 접수, 서류 확인 및 보완요청, 공단에 대한 등급심사 의뢰, 최종 심사결과 확인과 장애인 등록, 신청인에 대한 결과 통지와 사후관리를 수행하고 있다. 국민연금공단 장애심사센터에서는 장애인복지법에 따른 장애등급심사 전문 기관으로 전국 91개 지사, 장애심사센터 및 권역별 지역본부에서 관련 사업을 수행하고 있다. 지사의 주요 업무는 등급심사 서류 확인과 접수, 상담과 복지서비스 제공, 장애심사센터 및 지역본부에 장애등급심사 요청, 신청인에게 자료 보완 요구와 필요시 직접진단 실시, 시·군·구(읍·면·동)에 심사결과 통지 등의 업무를 맡고 있으며, 장애심사센터 및 권역별 지역본부에서는 장애등급심사와 등급판정을 실시하고 관련 자문의사 관리와 회의 운영, 자료보완 및 직접진단 요구, 장애등급 조정과 재판정, 이의신청 심사 업무 등의 업무를 담당하고 있다.

8) 1급 뇌병변장애인, 1급 지적장애·지체장애로 등록되어 있으나 장애 원인이 뇌병변으로 진단서 상 확인된 경우, 1급 지체장애인으로 척수(경수)손상으로 사지마비인 경우, 1급 지체장애인으로 진단명이 루게릭(운동신경원인질환), 근이영양증, 근무력증인 경우, 공단직원이 장애인을 방문하여 외상상태 여부를 확인하고 결과를 의뢰한 시·군·구(읍·면·동)에 통보함.



〈표 2-6〉 장애등급심사 기관별 업무 구분

구분		수행업무내용
시·군·구 (읍·면·동)		<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 장애인등록 신청서 접수</li> <li>▪ 장애판정시기의 적정여부 등 확인</li> <li>▪ 장애진단기관 및 전문의 등 확인</li> <li>▪ 장애인 심사요청 기본 구비서류 확인 및 접수(기본 구비서류 미비시 신청인에게 자료보완 요구)</li> <li>▪ 장애등급심사요청</li> <li>▪ 공단지사로 서류 이송</li> <li>▪ 직접진단 및 자료보완 협조</li> <li>▪ 재청구심사 접수 및 심사 요청</li> <li>▪ 장애등급심사 결과를 근거로 장애등급결정, 장애인등록 및 신청인에게 통지</li> </ul>
공단	지사	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 장애등급 심사요청 서류 확인 및 접수</li> <li>▪ 장애등급심사 관련 상담 및 복지서비스 제공</li> <li>▪ 공단 장애심사센터 및 권역별지역본부로 심사요청</li> <li>▪ 신청인에게 자료보완요구와 보완요청통지 및 직접진단</li> <li>▪ 직접진단 실시</li> <li>▪ 시·군·구(읍·면·동)로 심사결과 통보</li> </ul>
	장애심사센터 및 권역별 지역본부	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 장애등급심사 및 등급판정</li> <li>▪ 자료보완 및 직접진단 요구</li> <li>▪ 자문의사 관리 및 회의운영</li> <li>▪ 장애등급 조정 및 재판정</li> <li>▪ 이의신청 심사 업무</li> <li>▪ 시·군·구(읍·면·동)에 심사결과 통보</li> </ul>

출처 : 2012년 장애인복지사업안내 I, 보건복지부

### 3. 다른 서비스 제공 체계 현황과 합의

중앙부처, 지자체 및 기타 공공·민간 기관에서 장애인을 대상으로 제공하고 있는 장애인복지서비스는 대부분 장애인 등록제에 따른 등록장애인을 대상으로 하며 중앙부처에서 운영하고 있는 서비스를 중심으로 장애인복지서비스 내용과 서비스 이용자 자격 등을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 2-7〉 장애인 복지서비스와 서비스 자격기준

사업명		서비스 대상자		지원내용
		장애기준	자격기준	
소득 지원	경증 장애수당	장애등급 3~6급	-국민기초생활보장법에 의한 수 급자 및 차상위계층(120% 이	-경증장애수당 1인당 월 3만원(기초 및 차상위)

사업명	서비스 대상자		지원내용
	장애기준	자격기준	
		하)의 18세 이상 등록장애인	1인당 월 2만원(보장시설 수급자)
장애아동수당	장애등급 1~2급 (중증), 3~6급 (경증)	-국민기초생활보장법에 의한 수급자 및 차상위 계층(120% 이하)의 18세 미만 장애아동	-장애아동수당 기초중증: 1인당 월 20만원 차상위중증: 1인당 월 15만원 기초및차상위 경증: 1인당 월 10만원 보장시설 중증: 1인당 월 7만원 보장시설 경증: 1인당 월 2만원
장애인연금	등록 중증장애인 (1~2급, 3급 중복 장애인)	-만 18세 이상 등록된 중증장애인으로, 본인과 배우자의 소득인정액이 선정기준액 이하인 자	- 장애인연금 기초급여 + 부가급여
장애인 자녀교육비 지원	장애등급 1~3급	-소득인정액이 일정 금액 이하인 가구로 장애인 본인이 중·고등학교 학생이거나, 장애인의 자녀가 중·고등학교 학생인 경우	-고등학교 입학금 및 수업료 전액 -고등학교 교과서대 -중학생의 부교재비 -중학생, 고등학생의 학용품비
의료 지원	장애인 재활병·의원	-등록장애인	-장애인진단 및 치료 등 의료서비스 제공
	청각장애아동인공달팽이관수술비지원	청각장애인 -만 55세 미만 저소득 장애인 -수술로 소기의 성과를 보일 수 있는 자	-수술비 및 재활치료비 지원
	장애인 재활보조기구 교부사업	-등록장애인 -국민기초 수급자 및 차상위	-정해진 품목내에서 재활보조기구 무료 교부
	장애아동 재활치료 사업	뇌병변, 지적, 자폐성, 언어, 청각, 시각 장애인 -만 18세 미만 -전국가구평균소득 100% 이하	-재활치료바우처 제공 (월 16~22만원)
직업 재활	장애인 직업재활시설	-등록장애인	-일반사업장에 취업이 어려운 장애인 대상의 보호고용 실시
	장애인 생산품 판매 시설 운영	-장애인 직업재활시설에 근로하는 장애인	-장애인 생산 물품에 대한 판로 확보
	중증장애인 직업재활 지원사업 수행기관	-등록장애인	-직업상담, 직업평가, 직업적응훈련 취업알선, 지원고용 서비스 등 제공
	장애인 일자리지원 사업	-등록장애인	
주거 지원	장애인 생활시설	중증 -국민기초생활보장 수급자 우선 입소	-생활시설 입소 보호
	장애인 단기보호시설	-등록장애인	-재가장애인에 대한 일시적인 보

사업명	서비스 대상자		지원내용
	장애기준	자격기준	
설	설		호
	장애인 주간보호시설	-등록장애인	-재가장애인에 대한 낮 동안 보호 서비스 등 제공
	장애인 공동생활가정	-등록장애인	-가정과 같은 주거환경에 거주하면서 독립적인 생활에 필요한 재활 서비스 제공
자립 생활 지원	장애인 활동지원서비스	중증 (1급)* -만 6세 이상 만 65세 미만 등록장애인 -활동보조서비스 인정조사표에 의한 방문조사 결과 220점 이상인 자	-활동보조인 지원 (월 40시간 ~ 최대 180시간)
	근로지원인사업 (고용노동부)	중증 -중증 장애인근로자	-직장생활에서 장애인이 수행하는 직무 중 핵심업무를 제외한 부수적인 업무를 근로지원인의 도움을 받아 처리할 수 있도록 지원하는 서비스 (월 100시간 이내/ 예산 한도내 지원)
지역 사회 재활 서비스	장애인복지관		-장애인에 대한 상담, 의료재활, 직업재활, 사회생활 적응 지도, 사회교육 및 계몽 사업 등
	장애인체육관		-장애인의 체력증진 및 신체기능 회복 활동 지원
	장애인 심부름센터		-등록장애인
	장애인 재활지원센터		-등록장애인 및 가족, 관련 전문가
	재가복지봉사센터		-등록장애인
	지적장애인 자립지원센터		-등록 지적장애인과 가족
	장애인자립생활지원센터		-등록장애인 및 가족
	청각장애인 수화통역센터		-청각언어 장애인 - 일반인에 대한 수화 교육
	여성장애인 가사도우미 파견사업		-저소득 가정의 등록 여성장애인
이동 편의	장애인 특별운송사업 (장애인택시 등 운영)		-이동에 장애를 가진 장애인 및 보호자 -리프트 장착된 특장차 운영

주 : \* 장애인 활동지원서비스의 신청대상은 등급 확대를 논의중으로, 2013년부터 2급으로 확대될 전망이다.

출처 : 주요국의 사회보장제도 - 한국 (한국보건사회연구원, 2012) 에 자료 보완함.

우리나라 장애인·등록제도는 장애인 등록제를 통해 장애인복지서비스 대상 집단을 구분하고, 장애등급 결과를 복지서비스 이용 기준으로 활용하고 있다. 장애인에 대한 소득보장, 의료지원, 직업재활서비스, 주거지원, 자립생활지원, 지역사회재활서비스, 이동편의 서비스는 대부분 등록한 장애인을 대상으로 하며, 선별해야 할 경우 상위 등급인 중증장애인을 대상으로 서비스를 제공하고 있다.

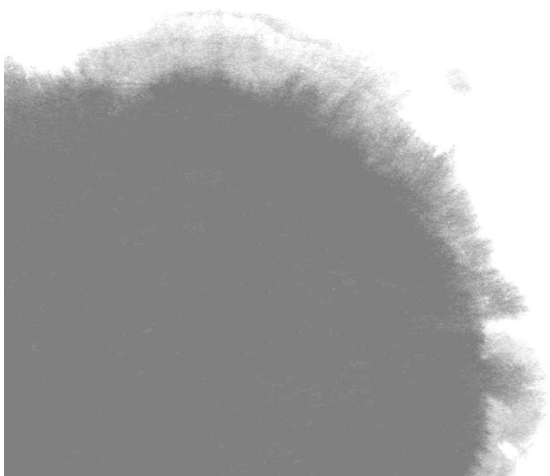
서비스 이용에 장애등급 결과를 활용하는 예는 장애인연금(장애등급 1~2급, 중복의 경우 3급까지), 활동지원서비스(장애등급 1급 및 인정조서표 결과) 등 이 있다. 특히 이 두 제도의 경우, 장애인연금은 장애로 인한 추가비용 보전의 내용을 포함한다는 점에서, 장애인 활동지원제도는 장애인의 사회참여를 보장·지원하기 위한 제도라는 점에서 장애에 대한 사회적 권리와 자립생활 패러다임에 영향을 받은 제도라 할 수 있다. 그러나, 서비스 이용 기준은 여전히 의료적 모델에 전적으로 의지하고 있다는 점(장애등급에 따라 신청 자격 제한)에서 개선의 의견이 제기되고 있다.

장애인·등록 및 등록제가 복지서비스와 연계되는 부분은 현재로는 미비하다고 할 수 있으며<sup>9)</sup>, 다만 서비스 이용 자격으로 장애인 등록 결과(장애유형, 장애등급)를 활용하고 있다. 이러한 시스템은 1989년 장애인 등록제가 처음 도입된 시기와 그 이후 얼마 동안, 즉 장애에 대한 사회적 인식이 낮고 장애인 복지서비스 내용 및 전달체계가 제한적이었던 시기에는 적절한 제도였을 수 있으나, 장애에 대한 사회적 관심과 수용이 높아지고 장애에 대한 관점의 변화를 경험하고 있는 현 시점, 그리고 장애인복지서비스의 양적 확대 및 내용의 다양화를 경험하고 있는 현 시점에, 장애인 등록제는 제도 그 자체의 한계성을 드러낸다고 볼 수 있다. 이러한 점에서 주요 선진국을 중심으로 장애평가 및 판정, 서비스 연계에 대한 현황을 살펴보고 우리나라 장애인·등록제도에 대한 정책적 시사점을 찾아야 하는 이유가 있다.

9) 장애인·등록 및 등록제와 복지서비스의 연계는 장애인 등록에 따른 복지서비스 연계 지원이 사후적으로 적절하게 이루어지는가로 보며, 장애인 등록 이후 복지서비스 정보 제공에 그치는 현 수준은 매우 미비한 연계라고 볼 수 있음.

## 3

## 주요 선진국의 장애판정제도





## 제3장 주요 선진국의 장애판정제도

### 제1 절 프랑스<sup>10)</sup>

#### 1. 개요

프랑스는 최근 십년간 특히 장애인정책에서 자발적 노력을 보인 국가 중 하나이다<sup>11)</sup>. 그 노력의 결실은 2005년 「장애인 법」 제정에서 볼 수 있는데, 이 법에 근거한 새로운 장애판정제도를 살펴보고자 한다.

#### 가. 2005년 법에서 본 장애인 복지 개요

2005년 「장애인 법」의 네가지 주요 내용을 간략히 요약하면 다음과 같다. 새로운 원칙인 ‘보상 권리’, ‘접근가능성’의 원칙 도입, 6% 장애인 고용의무화 강화, 장애인통합기관(Maison Départementale des Personnes handicapées, MDPH<sup>12)</sup>)창설이다. 이 기관의 법적 지위는 비영리를 목적으로 한 공익 기관 (Un groupement d'intérêt public, GIP)으로, 공공 기관의 행정 단순화 및 기관 운영의 자율성을 특

---

10) 본 연구는 2012년 11월, 파리 장애인통합기관 (MDPH de Paris 75) 의 Sylvia BAUDOUIN과 센 에 만 장애인통합기관 (MDPH de Seine-et- Marne 77)의 Flavie CORBET 대외홍보부 담당자와의 면담을 기초로 작성함.

11) Pierre Rabischong, Le handicap, «que sais-je», PUF, NO. 3638, 2008.

12) 번역하면 장애인의 집이다. 여기서는 장애인통합기관으로 의역함.

장으로 한다<sup>13)</sup>.

장애인 통합기관에 대해 간략히 언급 해보고자 한다. 우선 접수, 진단 및 서비스 결정의 단일 창구를 들 수 있다. 2005년 이전에는 도특수교육위원회(CDES: Commission Départementale de l'Education Spéciale)와 조정 및 분류 전문기술 위원회(COTOREP: Commission Technique d'Orientatation et de Reclassement Professionnel) 두 기관에서 담당하였다. 도특수교육위원회(CDES)는 장애 아동과 20세 이하의 성인을 대상으로 하였고, 조정 및 분류 전문 기술 위원회(COTOREP)는 20세 이상의 성인장애인을 대상으로 직업의 통합을 위한 재취업 서비스와 사회 통합을 위한 장애인카드 발급, 장애인 의료-사회기관으로 의뢰하는 역할을 하였다. 장애인 평가는 기술팀 (l'équipe technique)에서 담당하였다. 내담자의 신청 접수에서 진단 및 결정까지 한 담당자가 다루다보니, 최종판정까지 시간이 최대 일년 반 정도 소요되는가 하면, 장애평가가 구조적이나 체계적으로 이루어지지 못했다고 한다<sup>14)</sup>. 이에 2005년 장애인법에 의해 설립된 장애인통합기관에서는 다양한 전문가로 구성된 평가 종합 팀(Equipe pluridisciplinaire d'évaluation)을 신설하여 보완하고자 하였고, 최종 결정 기구인 장애인 권리와 자율 위원회(Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, CDAPH)를 설립하였다.

## · 장애 개념과 유형

먼저 장애 (Hadicap)과 장해(Invalidité)의 개념을 구분한다. 장애는 다음의 법적 정의에서도 살펴보겠지만, 직업 경력과는 상관이 없다. 그러나 장해는 피보험자의 직업 경력 내에서 노동 영구 손상율(une incapacité permanente du travail) 2/ 3 이하 기준으로 평가한다. 평가기관도 다른데, 장애의 평가는 본 연구의 대상인 장애인 통합기관(MDPH)에서, 장해는 의료보험기관(La Caisse d'assurance maladie)에서 이루어진다. 평가방식에서 장애와 장해 둘다 각각의 손상율을 기준으로 적용하

13) Loi no 2011-525du17mai2011.

14) 인터뷰 2012년 11월 20일



고 있지만, 장애 판정의 경우 의학적 기준뿐만 아니라, ‘삶의 계획’이라는 개별 욕구 사정이 이루어진다. 그래서 장애의 경우, 의료 사회 평가라고 부른다.

법적 장애유형분류는 최근 2007년 사회복지 및 가족 서비스 법전 (Le Code de l’Action sociale et des famille)의 개정 조항에 근거할 때 8가지 유형으로 제시하고 있다(Le décret n° 2007-1574).

- I. 지적 및 행동 장애 : 1 아동 및 청소년, 2. 성인
- II. 정신 장애 : 1 아동 및 청소년, 2. 성인
- III. 청각장애
  - 1 청각손상을 dB (20 dB 이하, 20-39 dB, 40-49 dB, 50-59 dB, 60-69 dB, 70-79 dB, 80 dB 이상)
- IV. 언어장애
  - 1 아동 및 성인의 4단계 언어 장애율 (경미, 중합, 상당, 심각)
- V. 시각장애
  - 1 근시, 원시, 시야장애
- VI. 내과 장애
  - 1. 장애정도 (경미, 중합, 상당, 심각)
- VII. 이동장애
  - 1. 장애정도 (경미, 중합, 상당, 심각)
- VIII. 외상 장애
  - 1. 장애정도 (경미, 중합, 상당, 심각)

법적으로 장애를 정의하는 개념에는 세 가지가 있다. 기능의 손상을 말하는 결함 (la déficience), 활동의 제약을 표현하는 손상(L’incapacité), 불가능을 일으키는 불리(le désavantage)이다. 이러한 개념들을 통해 손상율을 결정한다. 손상율의 수준은 앞 유형에서 보듯이 4가지 수준으로, 경미함(1% ~ 15%), 중합(20% ~ 45%), 상당함(50% ~ 75%), 심각함(80% ~ 95%)이다. 그러나 장애인통합기관의 장애 손상율을 정하는 기준은 세 가지 수준이며, 기준 손상율 50% 이상 80% 까지가 성인장애 수당과 장애아동교육수당, 장애인 카드 등 서비스 급여의 수급권을 가질 수 있다.

## 2. 실제

장애판정의 목적은 세 가지로 요약해 볼 수 있다. 첫째, 수급 적격성 여부에 따라 사회적 서비스를 배분하기 위해서, 둘째, 장애를 사회적으로 재인식하는데 기여하기 위해서 (장애인카드), 셋째, 일상생활 동반 도우미 서비스와 재가 및 시설 복지 서비스로 연계하기 위해서이다.

장애판정은 네 가지 개념으로 생각해 볼 수 있다. 일차적으로 신체 의학적 평가인 결함 진단, 이에 따라 의학적 재활 및 복구를 평가하는 기능적 능력 진단, 병리적으로 예상되는 상황을 상세히 알아가고 인식함으로써 예상할 수 있는 심리 사회적 복지 서비스의 평가, 마지막으로 삶의 질을 보완할 수 있는 물리적 및 인적 도구를 사정 및 평가하여 최종 경제적 보상을 결정한다.

## · 장애판정 법적 기준

프랑스는 2005년 법에서 장애를 정의함에 있어 다음의 실천 개념을 배경으로 하고 있다. 2001년 5월 스위스 제네바에서 열린 국제건강기구(Organisation Mondiale de la Santé, OMS)에서의 국제 기능·장애·건강 분류(Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé, CIF)를 채택하고 있다. 이는 한 개인의 기능과 장애는 질병과 같은 건강 조건과 환경 요인 사이의 복합적인 상호관계에서 인식하고자 한다. 또한 2005년 장애인 법에서 장애를 정의하는 데에 보편적 모델안에서 인간 기능의 비차별적인 개념을 찾고자 하였다. 마지막으로, 환경을 중요시하는 상호작용 모델을 제시하였다.

장애의 법적 정의는 장애인의 권리, 참여, 시민권 기회의 평등을 위한 법 『pour l'égalité des chances et des droits, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, loi du 11 février 2005』에 명시하고 있다.

장애는 신체, 감각, 정신, 인지, 심리적 기능 중 하나 혹은 둘 이상이 실질적으로 지속적 혹은 영구적인 결함, 중복 장애, 건강 상의 고통으로 인해 한 개인의 환경에서 일상적인 생활에 참여하는 데 제약 혹은 활동의 제한을 말한다(법 114조 Art. L.114). 장애판정의 법적 지위는 다음의 조항에서 살펴볼 수 있다.

평가 종합팀은 규정에 따라 장애인의 인생 계획과 그 정의를 참고로 영구적 불능 및 장애인의 욕구에 대하여 보상 평가를 하고, 장애인에게 개별 계획을 제안한다(법 146조 8항 가족과 사회복지 서비스법전 Article L. 146-8 du code de l'action sociale et des familles).

## · 장애판정 신청, 접수 및 등록 절차

### ☐ 신 청 : 방문 및 우편

- 파리 장애인통합기구 : 한 달 평균 2,000 ~ 3,000명의 방문 상담이 있으며, 3,000 ~ 5,000건의 전화 문의, 700통의 이메일 문의가 있음.

### 1) 평가 신청서 (Formulaire de demande auprès de la MDPH)

평가 신청서 (Formulaire de demande auprès de la MDPH)는 국가 통일 양식 (cerfa)의 문서이다. 신청인이 직접 작성을 하며, 9개의 항목(A ~ L)을 작성한다.

- A. 신청 아동 혹은 성인의 신원, 주소, 신청인이 미성년인 경우 부모 및 법적 대리인의 신원, 신청인이 성인인 경우 법적 대리인의 신원, 가족수당 수급 번호 및 수급 기관, 가족관계, 신청인과 배우자의 직장 근무기간 및 장애연금 수급 여부, 병원 입원 및 사회-의료 시설 거주 여부, 거주지의 방식 (임대 혹은 자가 소유)
- B. 신청인의 「삶의 계획」에 대한 욕구 및 기대 표현: 만약 글로 표현하기를 원하지 않는다면, “원하지 않는다”란에 표시.
- C. 장애아동교육지원수당과 그의 추가수당 지원 신청
- D. 사회-의료 기관 및 서비스에서 교육 및 훈련지원 신청
- E. 장애인 카드 신청 - 장애인 우대 카드 및 장애 카드, 유럽 주차 카드
- F. 보상급여 (Prestation de Compensation du Handicap, PCH) 신청
  - 보상급여 (Prestation de Compensation du Handicap, PCH. 장애아동일 경우에도 해당, 2008년 법 개정),

- 제3자 보상급여 (Allocation Compensation pour Tierce Personne, ACTP)의 재신청 및 연장 신청
  - 직장 장애인의 추가 비용에 대한 보상급여 (Allocation Compensation pour Frais Professionnels, ACFP)의 재신청 및 연장 신청
  - 자율 보상 급여 (Allocation Personnalisée d'Autonomie, APA) 및 연금 급여자에 대한 제3자 급여(Majoration Tierce Personne)의 여부
  - 보상급여 신청서비스의 내역 : 인적 도우미, 기술 도우미, 주거 정비 및 이사, 교통수단 정비 (시·도지사의 장애인용 자동차 등록 여부 확인), 특수 및 예외 비용, 동물 도우미
- G. 노령연금에 따른 가정 거주도우미 (un aidant familial)의 신원
- H. 성인장애수당 (Allocation aux Adultes Handicapés)과 그의 보충수당 (Complément de ressources) 급여 신청
- 12개월 동안 수령 급여 (활동소득, 장애인 직업훈련 소득, 건강보험이 제공되는 1일 임금)의 기간 여부
- I. 직업훈련, 고용, 일 관련 신청 여부
- J. 성인을 위한 의료-사회기관 의뢰 신청 여부
- K. 판정절차 간소화 5가지 경우 확인
- 장애의 상황이 재심사 필요 없이 기존 서비스 급여를 연장하고자 하는 경우, 직업을 가진 장애인의 경우, 장애카드의 재발급의 경우, 노령연금에 의한 장애인 제3자 급여 신청시 의료적 상황의 확인이 필요한 경우, 판정이 위급한 상황이라고 판단하는 경우
- L. 증명 서류는 의사 진단서로, 주치의나 특수 담당 의사 및 입원담당 의사의 작성 이후 밀봉하여 제출함.

## 2) 의사 진단서 (Certificat médical)

의사 진단서 (Certificat médical) 역시 국가 동일 양식 (cerfa)의 문서이다. 3개월 이내 작성한 진단서만이 접수가능하다. 환자의 주치의나 입원 담당 의사가 직접 작성 서명하여 밀봉한다. 본 서류는 종합평가팀의 의사만이 서류심사할 수 있다.

예전에 판정 신청을 한 등록 번호가 있고, 의사진단서를 제출하였으며, 환자의 기능적 상황이나 법적 장애의 정의 상 변화가 없는 경우 증명 확인에 서명한다. 이 경우가 아닌 추가 진단, 평가 및 입원 경력이 장애와 관련이 있다면 다음의 내용을 보충 기입한다.

- 장애의 원인이 되는 병리적 증상, 기타 증상
- 병력 혹은 최근 장애신청 이후로부터의 변화
- 현 진료의 상황
- 청력 손상의 경우 : 청력 audiogramme 제출
- 시력 손상의 경우 : 안과 의사의 소견서 제출
- 치료 및 치료 지원 : 진행 중인 치료의 시기와 내용, 규칙적 치료 지원의 형태 (입원, 특수치료), 야간 치료 및 보호, 치료 계획, 의료 기구의 사용
- 기능의 감퇴 : 이동 (걷기, 실내이동, 실외이동, 손 사용여부, 전동기구 이용), 의사소통(말하고 읽기능력 평가서 제출), 감정표현, 인지(시간과 공간)
- 안전성의 감퇴 : 외출시 동반 도우미가 필요한가 여부
- 신상 유지 : 씻기, 옷입기, 음식준비, 먹기
- 일상생활 및 가정 생활 : 청소, 장보기, 음식준비, 가계 지출 관리
- 사회와 가족 삶 관련 감퇴
- 학업 시 감퇴
- 고용 상 감퇴
- 환자의 욕구(사회-의료기관의 의뢰, 인적도우미, 기술도우미 등)에 관한 제언
- 진단 소견
- 의사 증명을 위한 인증과 서명

### 3) 신분 증명서

신원 증명서 및 여권, 미성년자의 경우 가족관계증명서 (un livret de famille complet)의 사본, 유럽연합 국가의 국민인 경우 국가 신분증 혹은 여권, 유럽연합 이외의 국가의 경우 체류증 혹은 프랑스 국가의 인증 서류 사본

### 4) 거주 증명서

3개월 이내의 월세 지급 명세서, 전기 가스 혹은 전화 수도세 지급 명세서, 미성년인 경우 법적 대리인의 거주 증명서, 법적 후견인 증명서

파리의 경우, 파리 장애인통합기관과 해당 거주지 (1구에서 20구) 사회복지센터 (CASAP, Caisse d'Action Sociale de la Ville de Paris)에서 신청서류를 받아 가지고 갈 수 있으며, 인터넷으로 서류를 다운로드 받을 수 있다.

센 에 만 지역의 경우는 지역이 크기 때문에 성인장애인의 경우 각 5개의 생활 동반 서비스 기관 (Service d'Accompagnement à la Vie Sociale, SAVS)인 장애인의 일상생활서비스 제공 목적을 위한 지역기관과 이동장애인과 시각 및 청각 장애인을 위한 각각의 기관에서 신청서 서류 작성을 돕고 있다. 아동 장애인의 경우 16개의 특수교육 및 재가서비스기관(Service d'Education Spéciale et de Soins à domicile, SESSAD)에서, 청각, 시각, 이동장애, 중복장애 아동의 경우 11개의 특수교육 및 재가서비스기관에서도 신청서를 접수한다. 센 에 만 지역 사회복지센터 (Centres Communaux d'action sociale, CCAS)에서도 신청 서류를 받아 갈 수 있다. 일주일에 한번 신청 서류를 장애인통합기관으로 이송한다. 신청서류의 접수 확인 직인은 장애인통합기관에서만 이루어진다.

#### □ 예심 : 구비 서류 확인 및 분석

- 파리 장애인통합기관 : 2011년 총 82,000건의 신청 집계, 그 중 31,000건의 서류 신청 (한 명 당 평균 2.5개 정도의 중복 서비스를 신청)
- 센 에 만 장애인통합기관 : 2011년 총 62,310 건의 신청 집계, 성인 55,860건, 아동 6,450건 신청 접수

장애인 판정 서류를 위한 세 가지 항목, 장애인통합기관 신청서 양식, 장애인통합기관 의사 진단서 양식과 신분 증명서(복사본)이 완비되면, 기관은 분석을 거쳐 평가양식 서류를 준비한다. 서류심사 시 허용할 수 없는 신청 서류의 경우 신청자에게 반송한다. 허용할 수 없는 신청 서류는 장애인통합기관의 공식 서류가 아닌 개인 편지 형식으로 신청을 요구한다거나, 신분증명문서의 기한 연장, 구비 서류가 불충분한 경우에 해당한다.

파리 기관의 경우는 예심 담당부(Pole d'Instruction)에서 센 에 만 장애인 통합기관의 경우는 계획 장려 서비스(Service appui projet, SAP) 부서에서 예심을 맡고 있다. 본 단계에서 관련 서류가 불충분한 경우, 판정 기간이 연장 될 수 밖에 없는데, 신청인에게 서류 재청구를 위해 반송하기 때문이다. 이런 경우, 평균 3~4개월의 기간이 소요된다.

#### □ 종합 평가

파리 장애인통합기관에 경우 2011년, 4,000건 서류에 대한 의료·사회 전문가들의 평가를 완료하였고, 이 중 단지 의료 관련 평가만 1,500건, 그 중에서 재 건강검사(보충)는 350건에 이른다. 종합 평가까지 평균 4~5개월이 소요된다.

신청자의 구비 서류가 완료 접수되면, 다음 단계로 내·외부 전문가로 구성된 종합평가팀에서 6가지 평가 방법에 의해서 평가가 이루어진다. 종합평가팀의 목적은 간단히 말해 손상을 측정하는 것이다. 다차원적 전문가로 구성된 의료·사회 종합평가팀은 다수의 의사, 간호사, 사회복지사, 심리학자, 재활 교육 및 직업 치료사들로 구성되어 있다.

평가 방법은 6가지로 나뉜다.

(1) 구비서류 평가

※ 개별 진단 의뢰서가 필요한 경우 자료 보충 요구 (신청서류 구비 재청구와  
는 다름)

(2) 의료 방문 평가

(3) 전화 평가

(4) 장애인통합기관과 면담 평가

(5) 신청인의 거주지 방문 평가

(6) 장애인통합기관의 동반기관과 전화 면담 평가

파리 장애인통합기관의 종합평가팀의 6가지 단위 부서는 의학 담당, 아동청소년 담당, 취업 및 직업재활 담당, 의료-사회 기관 담당, 재가서비스 담당, 기술 및 동반 서비스 담당이다.

○ 센 에 만지역의 종합평가팀의 장애인의 삶의 계획을 위한 특별 단위 조직은 4  
단위로, 다음과 같다.

- 개별-교육 프로젝트팀
- 취업 및 직업재활 프로젝트 팀
- 의료-사회 기관 담당 프로젝트 팀
- 재가서비스 프로젝트 팀

종합평가팀에서 가장 많이 차지하는 의료 평가는 신청자의 접수 서류를 기반으로 다시 재검사가 필요한 경우, 장애인통합기관의 방문 의사와 진단을 거쳐서 이루어질 수 있다. 기관이 신청자에게 재검사를 요구할 수 있으며, 기관이 채용한 의사 진단 이므로 별도의 검사 추가비용은 없다.

또한 종합평가팀은 개별보상계획 (Le plan personnalisé de compensation, PPC) 을 준비하는 데 이것은 외부 기관과의 합의 및 내부 장애인 통합기관의 조정에 따라 필요한 조율이 이루어진다. 여기서 외부 기관은 장애인 통합기관과 함께 일하는



의료 동반 서비스 담당 기관 및 재가 서비스 기관, 의료·사회 기숙 시설을 말한다.

- 종합평가팀의 법적 근거에 따른 세 가지 평가 내용
  - 신청자의 삶의 계획(Projet de vie)
  - 평가 기준(Référentiel d'évaluation)
  - 개별 보상 계획 (Plan personnalisé de compensation)

종합평가팀 평가의 핵심은 의료적 평가와 신청자의 삶의 계획을 기초로 신청자의 욕구와 기대를 정의하는 것이라 생각해 볼 수 있다. 2006년 이래 평가기준으로 장애인 욕구에 의한 보상평가지침서 (Le Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, GEVA)라는 평가도구를 이용하는데 8개의 항목이 있다.

평가 내용을 간추려보면 다음과 같다. 신원은 신청인의 자세한 인적사항이 아니라, 평가를 위한 양식이므로 신청인 문서번호와 이름을 기입한다. 삶의 계획은 개인적, 사회적 혹은 문화적인 관점에서 신청인이 자유롭게 작성하는 것이고, 의무사항은 아니다. 그러나 이 란은 종합평가팀 평가의 기본이 된다. 신청인과 면접을 통해서 평가가 이루어지는 것이 아니라 문서를 통해서 이루어지므로 기초적인 신청인 욕구나 바램 표현은 평가의 소통 도구가 될 수 있다. 사회 참여에 기대를 갖고 있는가?, 자신 스스로가 욕구를 어떻게 해석하고 보상하고자 하는 현실적 기대가 있는가? 그리고 평가팀에게 구체적으로 요구할 수 있는 바램(목표)이 있는가? 질문에 접근할 수 있다.

- 1) 가족·사회 관계 및 가계 예산 항에서는 가족관계의 필요한 경우 관측평가란이 있고, 사회적 상황에서는 현 고용의 상황, 인턴 경력 및 학력, 고용 계약 상황, 실업, 장애, 퇴직 상황을 기입한다. 재정의 경우는 신청자의 자신의 재력 상황을 기입한다. 기입 내용 중 사회복지급여를 기입하는 곳은 복지서비스 급여가 없는 경우, 장애연금, 장애영구연금, 군인상해연금, 장애퇴직연금, 기타 소득, 가족 구성원 수급자에 의해서 받는 복지서비스 급여가 있는 경우 내용을 기입한다.

- 2) 거주 환경 진단은 주거형태의 기록, 거주지의 근처 접근 환경, 교통수단 조사이다. ‘주거지에 필요한 것들이 갖추어져 있는가?’ 와 ‘해당 장애인이 이용하기에 적절한가?’를 조사한다. 통학 수단 및 신청자와 가족의 교통수단 사항도 기록한다.
- 3A) 교육 과정은 의무 학령기 이상의 청소년기 이상의 모든 신청자에게 해당하는 것으로 현재의 학업 및 직업훈련 과정, 무학, 학업의 중단 등으로 나누어 조사한다. 한 교육기관에서 수업을 받을 수도 있고, 두 기관 이상도 가능하다(예: 일반 학교의 통합수업과 사회의학기관에서 특수수업). 이에 대한 학업 계획 혹은 진학 계획을 진단하며, 담당 교사의 의견을 작성할 수 있다. 학령 기간 및 능력 평가에 최종 반영한다.
- 3B) 직업훈련과정은 직업훈련교육을 거쳐 직업을 가질 수 있는가를 최종 평가한다. 직업기술학교 교육 수준(중등 BEP, CAP, CFPA, 고등 BT, BP 대학 DUT, BTS)과 자격증 여부 그리고 전문 인턴 교육내용을 조사하며, 신청자의 직업관련 계획을 작성한다. 근로 상황은 최근까지의 근로 상황을 말하는데, 계약관계, 근로 시간 및 통계청 직업 분류 기준에 따른 직업 내용을 작성한다. 부서의 근로 상황은 신청 장애인이 일하기 적합한 근무 환경인가를 살펴본다. 고용주 관점평가는 만약 장애인이 근무하기에 부적합하다는 평가라면, 그 이유로 장애인의 해고 결정이 성급히 내려지는 경우를 예상하고, 고용주의 적합 근무환경 선별 조치의 결정 가능성을 알아본다. 단기 계약직 혹은 독립 계약직, 근무 휴직도 일시적 활동 중단사항에 기입한다. 직업 경험이 더 이상 없는 실업의 상황인지 혹은 직업을 처음 갖는 상황에 있는지 조사한다. 최종 직업관련 평가를 정리한다.
- 4) 의료 평가는 모든 평가 대상자에 해당하는 것으로 장애의 원인인 병리적 현상을 질병분류학(Classification internationale des maladies CIM 10)기준에 따라 작성한다. 주요 병리증상 및 원인은 예상할 수 있는 혹은 확장할 수 있는 증상에 대해 언급하고, 현재 평가기간 동안 가장 영향을 미치는 손상의 원인을 진단한다. 과거 수술 및 의료 기록, 병력, 임상 기록, 손상의 주요 증상 및

가시적 손상 한계 기간, 8가지 분류에 따른 장애의 정의와 최종 장애 진단이 한 가지 장애인가 다음의 네가지 중복장애인가로 나누어 정의한다. 신체장애나 지적장애가 심리 장애와 동반하여 나타나는 장애인가? 두개 이상의 장애가 서로 연결되어서 나타는 복수 장애인가? 심한 신체 장애의 증상이 정신 장애와 함께 자율 능력을 상실한 다발성 장애인가? 지속적 식물인간 상태인가? 이에 대한 치료의 진단으로서 매일 규칙적인 치료가 필요한가, 규칙적인 치료 서비스 예를 들어 심리 치료사의 치료 서비스 개입이 필요한가? 예방이 필요한가? 를 점검한다. 다음으로 야간보호나 보호자의 보호 혹은 의료 장비의 필요성을 상세 언급한다. 마지막으로 야기할 수 있는 중독성 행동에 대해 위험, 남용, 의존 으로 구분하여 진단한다.

- 5) 심리 진단은 장애 상황에 따라서 필요에 의해 할 수 있다.
- 6) 행동 기능력 진단은 19가지 일상 활동을 아무런 도움없이 혼자서 할 수 있는가를 평가하는 것이다. 용이한 요소와 방해 요소를 인적 환경, 물리적 환경, 주거 환경에 따라 나누어 조사하고 서비스 부재 항목을 진단하고 관측한다. 예를 들어 인적 환경의 경우는 인적 도우미가 동반 되었을 시 장애인의 예상 만족수준에 대한 평가를 예상한다. 두번째 직업 행동 기능력은 32가지 항목에 대해 예를 들어 시간 약속을 지키는가? 규칙을 준수할 수 있는 있는가? 노동 시간을 계획하는가? 등과 사회성 규칙성에 관한 진단이다.
- 7) 복지 동반 서비스는 가족구성원의 개입과 전문가의 개입을 진단하는 데 신청 장애인의 가족 구성원이 어떻게 돕고 있는가를 살펴보고, 그들의 욕구를 살펴본다. 전문가의 개입은 세 가지 항목에 따라, 일상(하루 혹은 야간) 개입 계획, 수업 시간 도우미 개입, 일주일 단위 혹은 주말 및 휴가 기간 살펴본다. 평가 총괄은 삶의 계획을 기반으로 하여 작성한 개별 보상 계획 최종 평가를 위해, 평가 기간 동안 신청인과 그의 동반 가족과 나누고 교환한 정보와 의견을 작성한다. 결국 평가 총괄에서는 보상 욕구를 강조한다.

〈표 3-1〉 장애인 보상평가 지침서의 평가 항목

종합평가		장애인카드	성인장애수당 및 보충수당	장애이동교육수당 및 보충수당	학업지원 및 동반서비스	보상급여	의학사회기관 의뢰서비스	직업교육서비스
신원	이름과 문서번호	○	○	○	○	○	○	○
	삶의 계획			○	○	○	○	○
1	가족 사회 관계 및 가계 예산		○	○	○	○	○	○
2	거주 환경			○		○		
3A	교육 과정			○	○		○	
3B	직업 훈련 과정		○					○
4	의학	○	○	○	○	○	○	○
5	심리	심리 검사의 여부는 신청자의 상황에 따라 적합할 경우						
6	행동 기능력	○	○	○	○	○	○	
	직업 관련 행동 기능력		○					○
7	복지 동반 서비스 여부			○	○	○	○	
8	평가 총괄 : 신청자와 의견 교환			○	○	○	○	○

보상급여나 장애이동교육수당의 경우는 종합평가팀에서 급여 수당 금액을 책정하여 제안한다. 예를 들어 보상급여는 신청 장애인이 이동이 편리하도록 주거 환경 개선을 요구할 시 보상계획에 따라 주거 면적 견적서 및 기간을 예상한다. 다음으로 행정관리부(gestion administrative)는 개별보상계획 (Plan personnalisé de compensation)을 신청인에게 알린다. 이유는 최종 결정 기구인 장애인 권리와 자율 위원회(Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées)의 결정 단계를 알리기 위해서이다.

□ 판정 : 장애인 권리와 자율 위원회

- 파리 장애인통합기관 : 총회로 개최, 성인 장애 결정을 위해서는 일주일에 한번, 이동 장애 결정을 위해서 한달에 한번 개최  
: 총 23명 구성 (그 중 21명 선출직) + 61명 대행 임명
- 센 에 만 장애인 통합기관 : 총 23명 구성

장애인 권리와 자율 위원회의 장애 판정의 실체는 결국 손상을 판정이다(50%, 50%이상 80%미만, 80%). 기준의 내용을 볼 때 손상을 50%는 상당한 장애의 정도로 특히 사회생활을 하는 데에 있어서 제약이 따른다. 사회생활을 하는데 자립성은 특별한 보상으로 동원될 수 있는 노력이 있어야 지켜질 수 있다. 그러나 일상생활의 자립성은 기본적인 행동에서 보장한다 : 즉 논리나 의미가 있는 방식으로 표현하는가?, 시간과 장소를 인지하는가?, 개인위생관리를 하는가?, 옷을 입고 벗고 하는가?, 음식을 준비하여 먹는가?, 배뇨와 배변을 청결하게 할 수 있는가? 움직이는 행위(일어나기, 앉기, 눕기 적어도 거주지에서)가 가능한가?

손상을 80%의 경우는 개별 일상 생활에서도 자립이 부족한 경우로, 쉽게 말해 중대한 수준이다. 타인의 도움으로 전반적으로나 혹은 부분적으로나 생활이 가능하다. 여기에는 기능의 마비 장애도 포함하고 있다. 참고로 손상을 100%는 식물 인간의 의식불능 상태이다.

장애인 권리와 자율 위원회는 앞서 말한 대로, 신청 장애인의 손상을 최종 결정하는 일뿐만 아니라 결정에 대한 청구 소환권을 심사하는 일을 한다. 신청인의 결정 이의 제기를 다시 심사한다. 센 에 만 장애인 통합기관의 경우, 예를 들어 일주 일 (방문 면접일 2012년 11월 20일) 동안에 72건의 서류 결정 심사 중에 그 중 32건이 평가결과에 대한 이의제기였다고 한다. 그중에서 16건은 위원회의 결정 유지 16건은 결정 사항 변경이다. 이러한 이의 제기는 통계적으로 볼 때, 주 당 평균 30건 미만이 있다고 한다.

손상을 결정에 대한 이의 제기의 방법은 두 가지이다. 종합평가팀과 의학자문단의 조정 의사(médecin coordinateur)를 거쳐 권리와 자율 위원회에 재결정을 신청을 할 수 있는 방법 (소위 ‘내부 이의제기’ 본 연구자의 번역, le recours gracieux)과 파리 손상 소송 법원 (Tribunal du Contentieux de l’Incapacité, TCI)에 소송을 제기하는 방법이 있다. 위원회의 최종 결정 통보 2개월 이내에 기관에 이의제기를 할 수 있는데(Article R 143-3 du CSS), 이러한 내부 이의제기 이후 장애인 통합기관의 명시적 거부나 침묵의 경우, 다시 2개월 이내 소송을 신청할 수 있다(Article R 146-35 CASF). 소송 시에는 장애인통합기관의 이의제기 서류를 동봉하여야 하는

데, 이것은 모든 관련 서류와 기관의 관찰 자료들이며, 의학관련 서류들은 이의제기 담당 관할 외부 의사에 의해 밀봉하여 기밀로 법원에 보낸다. 마지막으로 장애인 주 차 카드 관련 이의 제기는 행정법원 (le Tribunal Administratif)에서 시 도 지사 대상 소송으로 이루어진다.

그러나 이의제기를 할 수 없는 경우가 있다. 현금급여의 경우 예를 들어, 장애아 동교육수당의 경우는 종합평가팀에서 수당 금액을 책정 및 제안하고, 권리와 자율 위원회의 손상을 최종 결정이 부합하더라도, 만약 가족급여공단(CAF)에서 신청자의 소득 심사 후 지급액 결정에 동의하지 않는 경우이다(현물급여인 보상급여도 마찬가지이다). 왜냐면 장애인 통합기관은 급여액에 관한 제안 기관이지 최종 결정 기관은 아니기 때문이다.

다음으로 판정 결과는 우편으로 통보하며, 결과 통보서는 간단히 손상율을 표시한 편지양식이다(인터뷰시 공개 불가). 성인장애수당과 이동장애교육수당 급여 결정에 관한 결과는 가족급여공단(CAF)으로 직접 보내져, 급여 판정과 수급이 이루어진다. 이 급여에 관한 사후 통보 (수급자 결정에 따라 급여를 받는가?, 받는다면 얼마를 받는가?)는 다시 장애인 통합기관에서 보고되지 않고 있다.

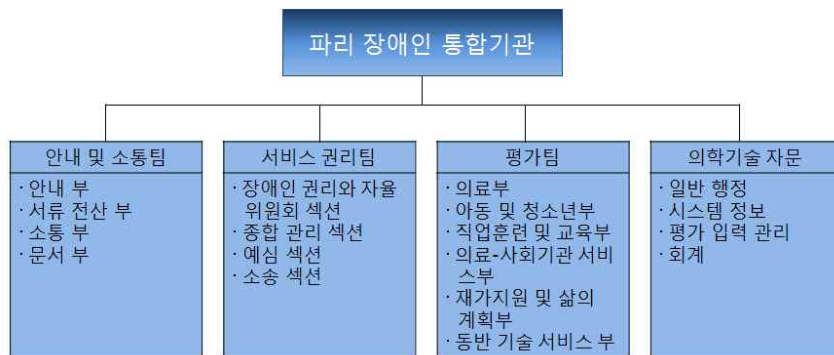
지금까지 네 단계, 신청 접수 - 예심 - 종합평가 - 최종결정단위 장애인 권리 및 자율 위원회를 살펴보았다. 장애인통합기관기관은 같은 과정을 거치고 있지만, 기관의 조직 구성은 지역에 따라 각 기관의 자율성에 두고 있다.

다시 살펴보겠지만, 서비스 신청의 내역에 따라 서비스 대상의 한정 기간이 다르고, 재신청이 이루어지므로 장애 평가 결과는 유효기간이 있다는 것을 알 수 있다. 이 평가서류들은 서류 전산화 관리(GED, LaGestionElectroniquedesDossiers)에 의해서 모든 관련 서류는 스캔작업을 거쳐 입력 저장한다. 본 행정처리는 장애인통합 기관만의 고유 시스템이지만, 정보는 도 관할 정보와 조정 지역 센터(les centres locaux d'information et de coordination, CLIC)와 공유한다(2005년 「장애인 법」 146조 6항).

다음으로 장애평가 및 판정이 사회-의학 기관 의뢰로 결정이 나는 경우, 이 기관의 서비스에 대한 사후 관리를 수행한다. 기관은 수급자에게 서비스 제공을 허가하

였는가? 그렇지 않다면 기관 서비스 제공을 기다려야 하는가(대기자 명단 등록 및 기간, 장애 상황이 기관 서비스와 부합하지 않을 경우 여부, 다른 기관으로 의뢰 희망여부, 수급권자가 해당 거주지에서 이사를 한 경우, 기타), 서비스 제공을 받았다면, 언제부터 언제까지였는가?(입소 날짜에서 퇴소 날짜)의 사항들을 명시하여, 의학 사회 기관 의뢰 이후 통보서 (Declaration des suites données pour une orientation medico sociale)를 작성하여 장애인통합기관에 보낸다.

### · 장애인통합기관 및 인력 구성 현황



[그림 3-1] 파리 장애인 통합기관 조직구성도

파리 장애인통합기관은 총 160명이 직원이 있으며 센 에 만지역은 130명의 직원이 있다. 파리는 프랑스에서 두번째로 규모가 큰 장애인 통합기관이며, 첫번째는 릴(Lille) 장애인통합기관이다<sup>15)</sup>. 법적 지위는 공익 기관(Un groupement d'intérêt public, GIP)으로 중앙정부, 시, 지역 건강보험, 지역 가족급여공단(CAF) 행정 및 재정 지원을 받고 있다. 프랑스 제일의 규모기관인 릴의 경우 2012년 한해 예산이 8 625 927 euros (1 euros = 1,405원)이다<sup>16)</sup>. 2012년 현재 100개의 장애인통

15) 규모가 크다는 의미는 기관의 장애 신청인의 규모가 크다는 의미이다.

16) 본 연구의 대상인 파리와 센에만은 정보 공개에 있어 자료 확보 어려움이 있었다. 따라서 메일 과 전화 인터뷰 통해 릴의 장애인 비영리단체(Union Nationale des amis et familles de Malades Mentaux (UNAFAM), 전국 지적 정신 장애인의 친구와 가족을 위한 단체 관계자 (Pierre Delhuvene)문의하였다.

합기관이 있다.

장애인통합기관 대표는 도의회의 대표가 선출하며, 실행위원회(Commission exécutive)의 절반은 도의회의 대표 추천으로 공무원으로 구성한다. 25%는 지역 장애인 자문위원단 (le conseil départemental consultatif)의 추천으로 장애인 비영리단체 관계자로 구성한다. 나머지 25%는 중앙정부의 추천과 학교 교장의 추천으로 중앙정부 대표, 지역 건강보험 기관 대표 및 가족급여기금의 대표로 구성한다. 의사결정방식은 다수의 원칙을 따르되, 투표가 동일한 결과 시에는 기관 대표의 의견을 우선한다. 직원 구성은 임명된 계약직, 국가공무원, 지역공무원 및 국가 병원의 공무원, 공법에 의해 장애인통합기관에서 채용한 지방공무원 소속이 아닌 자, 민법에 의해 장애인통합기관이 채용한 자이다. 따라서 모두가 공무원의 지위는 아니다. 센 에 만 지역 기관의 경우 내부 직원에 의해서 100% (의사, 간호사, 사회복지사, 심리학자, 재활 교육 및 직업 치료사) 이루어지고 있고, 파리 기관은 외부 전문가 (단기 파견직)를 활용하고 있다.

장애인 통합기관의 재정은 도의회 (le Conseil général), 중앙정부 즉, 자립 연대 국가 기금(Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, CNSA), 지역 기업의 소비 경쟁 및 노동 및 고용 부 (Directions régionales des entreprises, de la concurrence de la consommation, du travail et de l'emploi, Direccte, 지역의 고용관계를 감독 및 관할하는 부서로, 장애인 고용 6% 할당제를 지키지 않을 경우, 벌칙금 징수 관리)에서 재원이 나온다. 그 중 도자체 예산이 차지하는 비중이 가장 크다고 한다.

평가결과의 오류 가능성에 대한 모니터링 시스템은 별도로 없지만, 기관내 내부이의 제기 시 의학자문단의 조정 의사(médecin coordinateur)와 종합평가팀의 의견 과정을 수렴하는 절차는 있다.

장애인통합기관과 타 서비스 제공 기관과의 관계는 다음과 같다.



〈표 3-2〉 파리 장애인통합기관과의 업무 동반 관계

성인장애수당 장애아동 및 교육수당지불	제삼자보상급여 및 보상급여지불	장해연금지불	사회주택 신청	일상생활 (장보기, 집안일 및 교통 등) 관련 서비스
해당거주지 가족급여공단 (Cassie d'allocation familliales, CAF)	파리 아동과 건강 및 사회복지서비스부 (Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé, DASES)	일드 프랑스 건강보험 광역 공단 (Caisse Régionale de l'Assurance Maladie d'Ile de France, CRAMIF)	해당거주지 시청 사회복지과	해당거주지 사회복지센터 (Caisse d'Action Sociale de la Ville de Paris, CASAP)

마지막으로 중앙과 지역 장애인통합기관과의 관계를 정립하고, 기관의 서비스 질과 신청자 욕구의 부합하는 서비스의 균일성을 위한 조정의 역할은 장애인 통합기관의 외부 기관인 자립연대국가기금 (Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, CNSA)에서 지역 연대 협정을 두고 그 기능(쉽게 말해, 외부의 지역 간 균일 서비스 조정 역할)을 하고 있다.

### 3. 다른 서비스 제공체계 현황

장애관정에 따른 서비스 현황을 두 부분으로 나누어 살펴보고자 한다. 먼저 손상을 기준으로 서비스를 제공하는 성인장애수당과 그 추가급여, 아동교육수당과 그 추가급여 그리고 자활생활보장급여, 장애인 우대 카드이다. 다음으로 손상을 판정 기준과는 상관없이 개별 보상 계획의 의하여 현물을 제공하는 장애보상급여, 성인 및 장애 의학 사회 기관 및 서비스, 아동과 청소년 대상 기관 및 서비스, 장애인 주차 카드, 근로 장려 기관 및 서비스를 언급하고자 한다.

가. 성인장애수당(AAH)과 추가일시급여(Le Complément de Ressources, CPR)

성인장애수당은 1975년 장애인 법에서 제도화 되었으며 국가가 성인 장애인을 대상으로 보장하는 실제 소득이다. 수당 급여의 조건은 첫째 영구 손상율이 최소 80%, 둘째 손상율 50%-70%도 포함하고 있다. 두번째 손상율의 경우는 일을 하기에는 지속적인 제한이 있고, 신청을 한 날짜로부터 일년 전 근로를 하지 않았다는 것을 증명하여야 한다. 다음으로 프랑스의 영구 거주자이어야하며, 외국인의 경우 10년 체류증 (titre de séjours régulier)<sup>17)</sup>을 확보하여야 한다. 다음의 조건은 연령 제한이다. 20세 이상 60세 이하 이어야 하며, 가족급여수당을 받을 수 없는 연령인 16세 이상이 되어야 한다. 마지막으로 한 해 자산 소득이 7 831, 20 유로를 넘을 수 없고, 결혼 혹은 법적 동거 부부 두 사람의 합산 자산 소득이 15 662,40 유로를 넘을 수 없다<sup>18)</sup>. 수당기간은 1년에서 5년으로 장애인 권리 및 자율 위원회에서 결정한다.

추가 일시 급여는 성인장애수당을 보충하고자 하는 목적의 급여이다. 이 급여 서비스는 성인장애수당 수급자 중에 80% 혹은 80% 이상 손상율을 기준으로 장애인이 소득이 없는 경우에 보완하기 위한 것이다. 장애인 권리 및 자율 위원회에서 결정한 근로 가능율(le taux de capacité de travail) 5% 미만자 (거의 일할 수 없는 상태임) 이어야 하며, 일년 동안 근로소득이 없어야 하며, 독립 거주자이어야 한다. 월세 혹은 주거 임대 상환금을 지불한다. 179, 31 euros를 지급한다. 수당기간은 1년에서 5년으로 장애인 권리 및 자율 위원회에서 결정하나 이 급여는 예외적으로 10년까지 연장가능하다.

60세 이상 장애인의 경우는 연금 및 노령특혜급여로 대체한다. 성인장애수당 수급자의 혜택은 월 620 euros 가량의 급여액 (자산이 있을 시, 급여액은 감소)과 건강보험료 면제, 거주세 면제 그리고 전화요금 비용 감소 혜택이다.

## · 장애아동 교육수당 (AEEH)과 추가일시급여

17) 체류증 기간에 따라 일년단위, 오년단위, 십년 단위가 있다. 일년 단위는 단기체류증으로, 해마다 행정상 증명서류의 재확인 절차에 의해서 외국인 신분을 보장한다.

18) 프랑스는 결혼이외에 법적으로 사실혼 동거 관계를 인정하고 있는 국가이다.

장애아동 교육수당은 장애아동이나 청소년을 양육 및 교육하는 부모를 돕기 위한 것이다. 추가 일시 급여는 6가지 급여액으로 나누어지는 데 장애 상태, 양육 부모의 근로 감소, 제3자의 보호 및 양육 금액을 바탕으로 한다.

장애아동 교육수당 수급 조건은 20세 이하 이어야 하며, 프랑스 영구 거주자이다. 손상을 80%가 기준이며, 손상을 50%에서 79%는 특수교육시설 혹은 동반 서비스가 필요한 상태 혹은 장애인 권리와 자율 위원회에서 권장하는 양육보호의 경우이다.

그러나 이 수당은 아동이 건강보험, 혹은 국가 및 사회복지 서비스 재정에 의해서 운영하고 있는 장애아동 기숙사 시설에서 거주하고 있는 시기의 급여 수급은 제외한다(아동이 집으로 돌아와 있는 시기에는 수급을 받을 수 있다). 또한 아동이 2개월 이상 병원에 있는 경우에도 제외한다.

기본 급여액은 한달 약 120, 92 euros, 기간은 최소 1년에서 최대 5년까지 기간을 연장 신청할 수 있다.

다음의 경우에는 급여가 정지된다. 장애인 권리와 자율 위원회에서 권장하는 양육 보호 서비스를 무시한 경우이거나, 16세에서 20세 장애인이 최저임금의 55%의 수입이 있을 경우, 마지막으로 20세가 되는 생일 달부터 급여가 정지된다.

추가 일시 급여의 6가지 범주는 다음과 같다.

〈표 3-3〉 추가 일시 급여의 6가지 범주

	추가 급여	지급액	한부모가정 증가 지급액
1	－ 한 달 장애아동 양육비 최소 221,60 E의 경우, 일년 평균 금액을 계산	90, 69 E	변동없음
2	－ 한 달 장애아동 양육비 최소 336,52 E의 경우 ▪ 제3자 고용시간이 정규 근로시간 20%에 해당하는 경우 ▪ 부모 중 한 사람이 정규 근로시간의 최소 20%의 노동감소가 일어난 경우	245, 61 E	49, 12E
3	－ 한 달 장애아동 양육비 최소 468,54E의 경우 ▪ 제3자 고용시간이 정규 근로시간 50%에 해당하는 경우 ▪ 부모 중 한 사람이 정규 근로시간의 최소 50%의 노동감소가 일어난 경우 ▪ 양육자의 정규노동시간 20% 더불어 추가 비용 최소 222,93	347, 63 E	68, 01E

	E 다른 추가 비용이 드는 경우		
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 한 달 장애이동 양육비 최소 659,63E의 경우</li> <li>▪ 제3자 고용시간이 정규 근로시간에 해당하는 경우</li> <li>▪ 부모 중 한 사람이 노동 활동을 할 수 없는 경우</li> <li>▪ 양육자의 정규노동시간 50% 더불어 추가 비용 최소 311,99 E이 드는 경우</li> </ul>	538, 72 E	215, 38E
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 제3자 고용시간이 정규근로시간이거나 부모 중 한 사람이 노동 할 수가 없고 추가 비용이 최소 한달 270,69 E이 드는 경우</li> </ul>	688, 50 E	275, 84E
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 제3자 고용시간이 정규근로시간이거나 부모 중 한 사람이 노동 할 수가 없고, 전일 보호와 감시가 필요한 경우</li> </ul>	1018, 91 E	404, 31E

#### . 자율생활보장 급여( La majoration pour la vie Autonomie)

2005년 장애인 법에서 제정되었으며, 이 급여는 성인장애수당의 추가 일시 급여를 점차적으로 대체한다. 즉 추가 일시 급여를 받는 자가 연장신청을 요구할 경우 이 급여로 대체된다. 목적은 장애인 자신의 거주지에서 생활을 보장하는 것이다. 조건은 성인장애수당 대상자 중에서 손상을 최소 80%, 독립 거주자이어야 한다. 혜택은 주거보조금으로 월 104, 77 euros 이다.

#### 라. 장해카드와 장애인 우대 카드

장해카드는 적어도 근로 영구 손상을 80%, 3번째 장해연금 수급자를 대상으로 한다. 일년에서 십년으로 기간이 한정된다. 장애인 우대 카드는 손상을 80% 이하에, 고정하여 서 있기가 힘든 상태의 장애인을 대상으로 발급한다. 발급 기간은 일년에서 십년으로 재발급 신청이 가능하다. 대중 교통 이용시나, 대기실 혹은 공공 장소에서 장애를 인식하도록 돕는다.

#### 마. 장애보상급여 (Prestation de compensation du handicap, PCH)

장애보상급여는 신청자의 삶의 계획을 기초로 한 종합평가팀의 개별 보상 계획

정의에 근거한다. 손상을 기준에 상관없이 모든 장애인에게 해당한다. 조건은 프랑스 영토 거주자이고, 적어도 장애를 일년 이상은 가지고 있어야 한다. 연령 조건은 60세 이하이다. 다만 60세 이전 신청자가 작성한 삶의 계획을 기초로 할 때 75세 이전까지는 실현가능하다. 급여는 현물서비스이다. 구체적으로는 인적 서비스, 동물에 의한 서비스, 기술 서비스, 주거 및 자동차 설비 보조 서비스 등이다.

2008년 법 개정으로 인해 장애아동도 대상이 된다. 네 가지 서비스 항목이 있는데, 이동(주거지 안과 밖으로 이동), 개별 서비스(화장실 사용, 옷 입기, 식사 등), 소통 서비스(말하기, 청각 등), 일반적 감각 능력(시간, 공간 인지 등) 이다.

### · 성인 장애 의료-사회 기관 및 서비스 (Un établissement ou un service médico-social pour adulte)

장애인 권리와 자율 위원회에서 결정한 의료-사회 기관의 의뢰는 신청자의 삶의 계획을 기초로 한 종합평가팀의 개별보상계획 정의에 근거한다. 장애정도 심각에 따라 나열해 보면, 특수 중증장애인 기숙 시설 (Maisons d'accueil spécialisées MAS), 중증 장애인은 아니지만 제 삼자의 보호가 필요한 의료기숙시설 (Foyers d'accueil médicalisés FAM), 노동을 할 수 없는 장애인이지만 독립적인 생활이 가능하여 보호가 필요 없는 대상자를 위한 시설로 생활기숙시설 (Foyer de vie), 같은 생활시설이지만 밤에 숙소가 제공되지 않는 이용시설로 낮생활센터 (Les Centres d'activité de jour, CAJ), 근로 장애인을 위한 기숙시설 (Les Foyers d'hébergement pour travailleurs handicapés, FHTH)이 있다.

재가 서비스로는 장애인의 자신의 거주지에서 독립생활을 기여할 목적으로 일상 생활 동반서비스 (Service d'accompagnement à la vie sociale, SAVS), 간호사의 수급자 거주지 방문서비스가 이루어지는 의료 사회 동반 서비스 (Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés SAMSAH)가 있다. 이 서비스는 기숙사 형태의 사회 의료 시설에서 벗어나 부모와 함께 사는 거주, 독립 형태의 거주를 장려하고자 한다.

## . 아동과 청소년 대상 기관 및 서비스 (Les établissements et services prenant en charge des enfants et adolescents handicapés)

아동과 청소년을 위한 기관 역시 신청자의 삶의 계획을 기초로 한 종합평가팀의 개별보상계획 정의에 근거하여 장애인 권리와 자율 위원회에서 결정한다. 일주일 단위로 이용한다. 의료교육기관 (Instituts médico-éducatifs, IME)은 6세 아동에서 20세 미만까지를 대상으로 하고 있다. 의료교육기관으로는 교육-의료기관과 의료-직업기관으로 나눈다. 교육-의료기관 (Instituts médico-pédagogiques, IMP)은 6세에서 14세까지 대상으로 하며, 의료-직업기관 (Instituts médico-professionnels, IMPRO)은 14세에서 20세 이하를 대상으로 하는 기관이다. 그 밖에, 이동 장애 아동 및 청소년을 위한 교육기관 (Instituts d'éducation motrice, IME) 교육 및 치료기관 (Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques, ITEP)은 청소년 대상 의료교육기관으로 정신 장애나 인지 장애를 제외한 신체 장애가 있는 청소년을 대상으로 한다. 아동 및 청소년의 인지, 이동 및 감각 장애를 동반하고 있는 중복장애를 대상으로 하는 기관 (Etablissement pour enfants polyhandicapés, EEP), 시각 및 청각의 장애 아동 및 청소년을 대상으로 한 감각 교육 기관 (Instituts d'éducation sensorielle, IDES)이 있다.

장애 아동·청소년 대상의 재가 특수교육 및 보호 서비스 (Services d'éducation spéciale et de soin à domicile, SESSAD)는 종합 평가팀에서 아동 연령에 따라 특수 서비스를 제안하는데 다음과 같다.

0세부터 3세까지 장애아동을 위한 조기 교육 가족 동반 서비스 (Services d'accompagnement familial et d'éducation précoce, SAFEP), 3세 이상에서 20세까지의 청각 장애 아동을 위한 음성치료 서비스로 학교에서 수업을 도와주는 동반 서비스 (Services de soutien à l'éducation familiale et à l'intégration scolaire, SSEFIS), 시각 장애 아동을 위한 서비스로 학교에서 수업을 도와주는 동반 서비스 (Services d'aide à l'acquisition de l'autonomie et à l'intégration scolaire, SAAAIS), 재가보호서비스 (Services de soins et d'aide à domicile, SSAD)는 한

개 혹은 여러 장애를 가진 아동을 대상으로 하며, 지역 사회복지사의 개입으로 일상 생활 진단, 재가 보호 서비스의 의료 서비스가 가능한지를 사정한다. 이 재가보호서비스에는 특수 시각과 청각 장애 대상 서비스도 있다.

### · 장애인 주차 카드

장애인 주차 카드는 과거 손상을 최소 80%를 기준을 적용하였으나 이를 폐지하였다. 이 카드는 프랑스 뿐만 아니라 유럽 지역에서 유효하며, 모든 장애인을 대상으로 혹은 장애인 동반 제3자에게도 적용된다. 기간은 1년에서 10년까지 유효 한정 기간이 있다. 그러나 장애인카드 발급 기한이 영구적인 대상자의 경우는 주차 카드 기간 역시 무한정이다.

### 자. 근로 장려를 위한 기관 및 서비스 (Les établissement et services d'Aide par le travail, ESAT)

손상율이 아니라 노동 능력을 기준으로 근로 장애인을 장려하는 기관 및 서비스이다. 신체 자율성을 충분히 가지고 있는 노동 가능한 장애인 대상으로 한 장애인 중심의 적응 기업 (l'entreprise adaptée)이며 일부 기업은 기숙사를 갖추고 있다.

## 4. 시사점

본 절에서는 프랑스의 장애판정제도를 알아보기 위하여 파리와 센 에 만 두 장애인 통합기관을 중심으로 장애판정제도를 살펴보았다. 즉, 프랑스 장애인 통합기관의 장애판정 심사는 손상율을 결정하는 것이고, 종합 평가팀에서 심사를 하여 장애인 자율과 권리 위원회에서 최종 결정을 한다. 이 손상율 결정에 따라 장애판정과 복지 서비스가 연계되었다. 그러나 손상율이 장애 판정 심사의 전부가 아니며, 복지서비스 여부를 전부 결정하는 것이 아니다. 프랑스 장애평가 및 판정 제도에서 특이사항

이 있다면 2005년 장애인 법 자체이며 신청자의 삶의 계획에 근거하여 평가 기준을 만들고, 개별 보상 계획을 작성한다는 점이다<sup>19)</sup>.

다음으로 프랑스 장애판정에 있어 논의되고 있는 문제는 두 가지 정도로 요약할 수 있다. 소요기간이 오래 걸린다는 점<sup>20)</sup>과 사후 관리 제도가 없다<sup>21)</sup>는 것이다. 사후 관리 제도가 없다는 것은 만약 재신청시에 어떤 복지서비스를 받고 있는지 혹은 언제부터 언제까지의 급여 기간은 알 수 있으나, 수급자가 가족급여금고 CAF에서 얼마 급여를 받고 있는가, 혹은 지자체로부터 어떤 복지서비스(사회주택 혹은 일상 생활 관련 서비스)를 받고 있는지를 장애인 통합기관의 장애 판정 이후 보고가 없다는 점이다.

이러한 점을 해결하고자, 2013년부터는 센 에 만 장애인 통합기관은 도의회와 통합하면서 자립의 집(LaMaison de l'Autonomie)으로 변경한다고 한다. 도의회 관할 부서인 정보 및 조정지역센터 (Les centres locaux d'information et de coordination, CLIC)와 통합한 것이다. 이 기관은 일반 노령자들을 위한 정보 제공 및 상담을 목적으로 하는 도 관할 기관이다<sup>22)</sup>.

자립의 집은 2005년 설립된 '장애인통합기관(MDPH)'과 그동안 지역 노인을 대상으로 한 기관인 '정보 및 조정 지역 센터(CLIC)'를 합쳐 하나의 기관으로 통합하며, 장애인과 노인을 자립의 대상 축으로 묶어 욕구 진단, 개인별 지원 계획, 지원 평가가 이루어지도록 돕는다. 이유는 첫째 신청자 입장에서나 기관 입장에서 행정절차의 간소화 및 사후관리를 강화할 수 있기 때문이다.

여기서 생각해 볼 수 있는 점은 먼저, 두 기관의 통합이 장애와 노령을 자립성 혹은 자율성의 감소라는 넓은 의미에서 해석하고, 두 개가 별개가 아니라 생애 연장선에서 보고 있다는 점이다. 예를 들면, 만약 장애판정이 손상을 79% 이하로 결정되었다고 가정하면, 이 장애율은 평생 한 개인의 장애 범주가 된다. 그러나 60세가

19) 인터뷰 2012년 11월 20일

20) 전화 인터뷰, 장애인 비영리단체, Union Nationale des amis et familles de Malades Mentaux, UNAFAM

21) 인터뷰 2012년 11월 20일

22) 한국보건사회연구원, 주요국의 사회보장제도 프랑스, 2012



넘고 노령에 의해 손상율이 80% 이상으로 증가하면 이 장애인은 노령 복지 제도의 수급 대상자가 된다.

다음으로, 국가와 도가 충당하는 복지 재정예산을 행정기관의 단순화와 집약화를 통해 기관 운영비의 재정 축소에 기여할 수도 있다고 본다. 자립의 집은 2010년 5월 부터 2012년 5월까지 2년 동안 3개 도 시범 사업으로 시작하였다. 앞으로 도의 의지에 따라 확대될 가능성이 있으므로 판정제도가 장애와 노령의 연장선 관점에서 긍정적인 방향이라고 볼 수 있다. 물론 다른 한편에서 평가팀은 같은 사람으로 구성할 수 있을지라도, 두 다른 대상에 따라 평가 내용은 다르기에, 평가의 입장에서는 복잡할 수 있다고 예상할 수 있다.

이상의 내용을 검토한 결과, 시사점을 여섯가지로 요약 및 정리하면 다음과 같다.

프랑스 장애판정 제도는 첫째, 담당 주치의의 의학적 판단과 이에 따라 직접적으로 등급 판정이 결정되는 구조가 아니다. 담당 의사의 소견서는 장애 판정을 위한 기본 자료이고 중요한 요소이다. 그러나 장애인 통합기관에서 직접적으로 신청인의 담당 의사에게 연락을 취해 등급 판정을 의뢰한다거나 요구하지 않는다.

둘째, 의학적 기준은 모든 장애판정 심사가 서비스로 이어지는데 기본적인 요소이지만, 장애의 의미가 사회적 차별이나 불합리에서 오는 문제들도 원인이 될 수 있는 환경과의 상호작용을 강조하기 때문에 가족, 사회, 직장 및 환경적 측면의 기준에 따른 다양한 요소가 포함되어 있다.

셋째, 장애등급판정은 손상율을 표시하는 평가방식이다. 3가지 수준의 손상율에 의해 복지서비스 급여를 결정하나, 역시나 개별 욕구에 의한 서비스를 인정하여 개별 보상 계획을 세워 서비스를 결정할 수 있다.

넷째, 장애인 욕구에 의한 보상평가지침서는 평가자가 정형화된 목록에 체크를 하면서 획일적으로 판정하기보다는 추가적으로 신청자와 그 가족 그리고 주변 (학교 선생님, 직장 상사 등)의 의견을 듣고 관측하는 방식이다.

다섯째, 신청접수에서 종합 평가팀의 사정 진단 그리고 장애인 자율과 권리 위원회에 최종 결정까지의 과정 그리고 이의제기(내부 및 외부)까지 체계적으로 이루어져 있다.

여섯째, 장애 판정과 복지 서비스 연계에서 볼 때, 심사 및 판정이 서비스의 현금 급여와 현물 급여를 명확히 구별하여 이루어진다는 점이다.

마지막으로 프랑스 장애인복지 제도를 통해서 강조하고자 하는 바는 보상의 권리가 새로운 장애 판정 모델에 근거한 배경이다. 2005년 장애인법에서 장애의 정의를 하나의 통일된 정의(법적 제정)로 묶어내고, 장애 유형 분류는 국제 기능·장애·건강분류(Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé, CIF)를 채택한 배경을 되짚어 볼 필요가 있다.

이전 1975년 프랑스 장애인 법은 연대를 강조하여 국가 의무 원칙을 명시하고 있다. 그러나 장애의 비차별적 개념과 사회적 통합을 강조하는 CIF의 배경에 입각하여 새로운 개념의 보상 권리가 등장하게 되었다. 즉 장애를 결함 혹은 손상 뿐만 아니라 사회적 차별이나 불리에서 오는 문제들도 원인이 될 수 있는 환경과의 상호작용으로 보고 2005년 장애인 법은 비차별과 시민의 참여를 목적으로 한다. 이 목적을 이루기 위해 환경과의 상호작용에서 오는 한계를 보상한다는 개념에서 장애인의 보상권이 등장하였다. 이 보상권의 개념은 국제적 맥락(세계보건기구, L'Organisation Mondiale de la Santé, OMS)과 일치한다. 보상권의 개념은 새로운 장애 평가와 연관지을 수 있는데 이것은 바로 개인의 욕구와 기대를 반영한 '삶의 계획'이다.

다른 한편으로, 과거 1980년의 장애 국제 분류 (La Classification internationale des handicap, CIH)에서는 질병-결함-손상-불리가 장애를 구성한다고 정의하였다. 이런 정의를 배경으로 하면, 프랑스 역시 장애 판단에서 의학 소견서만이 판단기준으로서 주요하게 작용하던 때가 있었다. 그러나 현재, 국제 기능·장애·건강분류 (Classification internationale du fonctionnement du handicap et de la santé, CIF) 에서 손상은 '활동의 제한'으로 대체하여 정의하고, 불리는 참여의 제약으로 대체하여 정의하고 있다. 이것은 프랑스 장애인법에서 장애의 세 가지 구성 개념과 일맥상통한다.

더 나아가 이러한 배경은 장애인 판정에 따른 복지서비스 수급에도 영향을 미치게 되는데, 사실 과거 2005년 장애인 법 이전 프랑스는 전형적인 장애 현금 급여

국가였다. 그러나 보상권리에 따른 수급 즉 보상급여가 등장하면서, 삶의 계획의 평가 판정에 따라 현물급여가 함께 실시되고 있다. 삶의 계획은 연령과 보상 욕구를 기반으로, 급여 결정 3년 이내의 실현가능한 것이어야 하며, 5년으로 지체할 경우에는 수급자의 연령을 기준으로 지급 서비스 결정이 무효가 될 수 있음을 명시하고 있다. 이는 장애인 판정이 나더라도(서비스 적격성의 여부), 구체적으로 서비스를 실현하는 과정(서비스의 이행 책임성의 여부)에서 보다 실현 가능성을 고려한 다양한 서비스의 형태이다.

## 제2절 일본

1990년대 중반부터 일본은 사회복지기초구조개혁을 준비하기 시작했고, 2000년에는 개호보험을 시작으로 법제도가 실질적으로 변화되기 시작했다. 가장 큰 변화는 복지서비스가 조치제도에서 계약제도로 바뀌면서 모든 서비스는 이용자의 계약에 의해서 제공하게 되었다. 이러한 변화에 힘입어 장애인<sup>23)</sup>의 복지서비스를 총괄하는 ‘지원비제도(2003)’가 만들어졌다. 이 제도의 가장 큰 특징은 장애인 당사자가 복지 서비스를 이용하기 위해서는 장애수첩을 가지고 시정촌의 창구에 가서 본인에게 필요한 서비스를 직접 요구했고 시정촌은 응해주었던 제도였다. 즉 복지서비스의 양이 법적으로 제한이 없었던 것이다. 이러한 결과 이 제도를 통해서 많은 장애인들이 자립생활을 시작할 수 있었고 서비스의 양 또한 많이 증가하게 되었다. 그러나 ‘지원비제도’는 장애자가 시정촌과 교섭을 활발히 진행해 온 지역과 그렇지 못한 지역간의 복지서비스의 격차해소와 장기불황으로 인한 정부재정의 부담을 이유로 ‘자립지원법(2006년)’으로 바뀌게 된다. 이 자립지원법에 의해서 처음으로 장애인복지서비스를 받기 위해서는 ‘장애정도구분’을 인정을 받게 되었다. 이렇게 되면서 연금이나 수당등의 금전수입과 세금감면과 면제등은 장애등급에 따라 결정되고, 복지서비스는 ‘장애등급’이 아닌 ‘장애정도구분’ 인정을 받아야만 했다. 이 부분이 우리나라와 조

23) 일본의 경우 우리나라와 달리 ‘장애인’이 법적 용어임을 근거하여, 본 절에서 그대로 ‘장애인’을 사용함.

금 다른 시스템이라고 볼 수 있다. 그러나 우리나라의 ‘활동지원제도’상의 ‘장애정도 구분’이 일본의 ‘장애정도구분’과 매우 흡사하다. 이에 일본의 장애복지서비스에 대한 일본의 경험들 특히 ‘장애정도구분’에 대한 경험들은 우리에게 시사하는 바가 클 것이라고 보여 진다.

## 1. 장애정도구분인정의 법적 기준

### 가. 장애의 정의

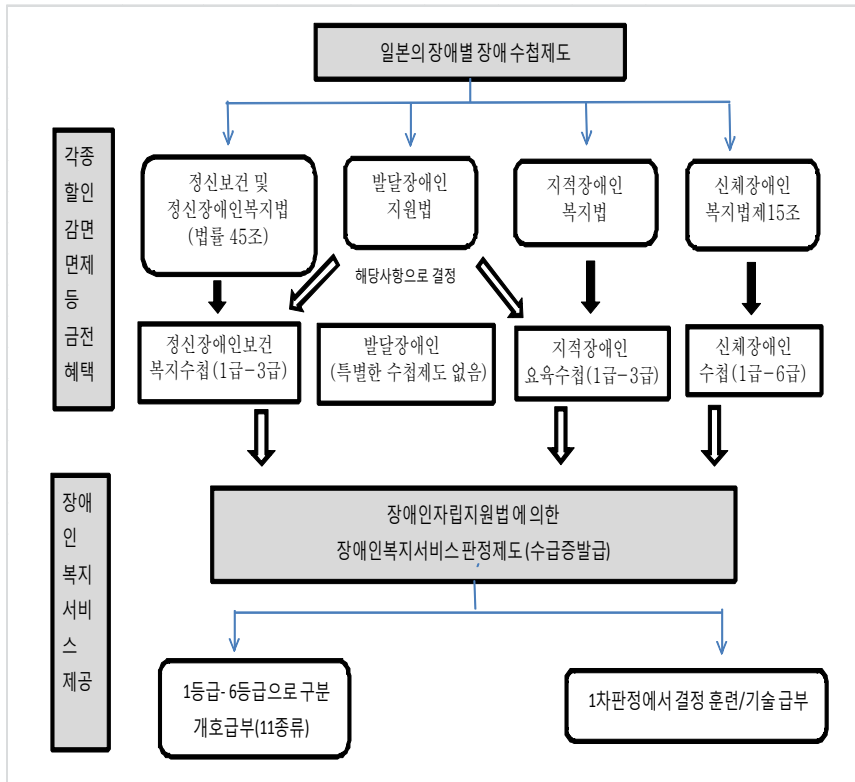
2012년 8월에 개정된 일본의 장애자기본법 제2조에서의 장애의 ‘정의’를 살펴보면 ‘장애자는 신체장애, 지적장애, 정신장애(발달장애포함)외 심신의 기능에 장애가 있는 사람으로서 장애 및 사회적 장벽에 때문에 계속적으로 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받고 있는 상태의 사람’을 말한다. 여기서 말하는 사회적 장벽이란 장애가 있는 사람이 일상생활 또는 사회생활을 영위하는데 장벽이 되는 사회적 사물, 제도, 관행, 관념들을 말한다. 또한 장애영역에 포함되지 못했던 난치병이나 만성질환이 장애의 영역으로 포함되게 되었다. 그러나 이러한 장애의 정의는 다시 장애복지서비스를 제공 받을 때 마다 각 서비스에 알맞게 각각 장애가 정의되어 있다.

일본 총무성 홈페이지의 법령을 검색해 보면 ‘장애인’라는 단어를 포함한 법률은 500건 이상이었다. 장애인관계복지법이나 연금 각법의 장애연금 등의 장애자를 직접 대상으로 한 제도는 물론, 그 외의 많은 제도가 장애인에 대한 시책을 실시하고 있다. 예를 들면 세금감면, 공공주택의 우선입주, 통신 등에서도 장애 범위를 정하는 서비스를 제공하고 있다. 또한 지방자치단체의 조례에도 많은 장애인정책이 규정되어 있다. 그 외에도 철도, 버스, 택시 등 민간기업의 서비스 등을 포함하면 더욱 많은 장애자가 존재한다고 보여진다. 실제로 동경도의 복지안내서를 보면 약 100종류의 장애인서비스가 있음을 알 수 있다. 이렇게 장애자가 이용하는 제도는 예상외로 많다(寺島 影, 2004). 이처럼 많은 장애인관련 제도에는 목적이 있으며, 그 목적에

맞는 장애의 정의가 정해져 있다고 볼 수 있다.

### · 장애등급판정 및 장애정도구분인정의 근거 법률

장애자기본법상 장애유형은 크게 신체장애, 지적장애, 정신장애(발달장애 포함)의 3유형으로 나뉘고 있으며, 장애판정, 등급, 신청절차는 이 법률들에 근거하며 각각 조금씩 다르다. 일본에서 장애판정을 통해 얻을 수 있는 사회복지서비스는 ‘서비스 상담’이 유일하며, 실질적인 장애자복지서비스를 받을 수 있는 것은 대부분은 ‘장애 판정’을 받고 나서 다시 ‘장애정도구분’을 인정 받고서야 가능하다. 장애정도구분인정은 자립생활지원법에 근거하여 측정하게 된다. 일본에서 장애자가 복지서비스를 받기 위해서는 장애판정에 의한 ‘장애수첩’과 ‘수급자증(인정등급표시된 증명서)’의 2개를 지니고 있어야 한다. 이러한 장애판정과 장애판정조사에 따른 ‘장애정도구분’은 등급 기준이나 절차에 있어서 여러 가지 차이를 보이고 있기도 하다.



[그림 3-2] 장애별등급수첩과 장애정도구분인정 법적근거

## 2. 장애등급 판정

### 가. 신체장애자복지법상의 장애판정과 절차

#### 1) 신체장애자복지법상의 장애판정

신체장애자복지법에 따른 신체장애는 시각장애, 청각 및 평행기능 장애, 음성기능 언어기능 또는 저작기능 장애, 지체부자유, 심장·신장·호흡기·방광 혹은 직장·소장·HIV에 의한 면역·간장의 기능장애 등으로 구분되어 있다.

특히 지체부자유는 장애부위나 기능상의 장애정도에 따라 상지장애, 하지장애, 체간장애, 영유아기 이상의 비진행성 뇌병변에 의한 운동기능장애로 세분화되

어 있다. 이들 장애는 일반적으로 1급에서 6급으로 구분되며 1급으로 갈수록 장애 정도가 중증에 속하나 상지장애, 하지 장애, 체간장애, 영유아기 이상의 비진행성 뇌 병변에 의한 운동기능장애와 같은 지체부자유의 경우 1급에서 7급으로까지 구분된다.

그러나 장애자 수첩이 교부되는 것은 1급에서 6급까지 이므로 7급은 수첩이 교부되지 않는다. 단 동일한 등급에 대해 두개의 장애가 중복된 경우는 한 단계 위의 등급을 부여받게 되는 것처럼 7급 장애자가 2개 이상의 중복장애에 해당되는 경우에는 6급으로 판정되어 수첩 발행이 가능하다.

장애정도와 장애를 구분하는 기준은 시각장애의 경우와 같이 시력과 시야에 의해 결정되어지며 한쪽 눈의 시력이 0.02 이하이고 다른 쪽 시력이 0.06 이하인 자로 양쪽 눈의 시력의 합이 0.2를 넘을 경우 시각장애로 판정된다

〈표 3-4〉 신체장애자장애정도등급표 - 시각장애 등급표

장애등급	기 준	
1급	두 눈 시력이 0.01이하인 사람.	
2급	두 눈의 시력이 0.02이상 0.04이하인 사람	두 눈의 시야가 각각 10도 이내로 두 눈의 시야에 대해서 사능률의 손실율이 95%인 사람
3급	두 눈의 시력이 0.05이상, 0.05이하인 사람	두 눈의 시야가 각각 10도 이내로 두 눈의 시야에 대해서 사능률의 손실율이 90%이상인 사람
4급	두 눈의 시력이 0.09이상, 0.12이하인 사람	두 눈의 시야가 각각 10도 이내인 사람
5급	두 눈의 시력이 0.13이상, 0.2이하인 사람	두 눈의 시야의 2분의 1 이상이 보이지 않는 사람
6급	한쪽 눈의 시력이 0.02이하, 다른 눈의 시력이 0.6이하인 사람으로 두 눈의 시력이 0.2를 넘는 사람.	

주 : 시야란 만국식시야표로 재는 것을 말함. 굴절이상인 사람에 대해서는 교정시력을 재는 것을 말함.

〈표 3-5〉 신체장애자장애정도등급표 - 청각장애 등급표

장애등급	기 준	
1급	없음	
2급	양쪽 귀의 청력레벨이 각 각 100데시벨 (dB) 이상인 사람	
3급	양쪽 귀의 청력 레벨이 각각 90데시벨	

	(dB) 이상인 사람	
4급	양쪽 귀의 청력 레벨이 각각 80데시벨(dB) 이상인 사람	양쪽 귀의 보통 들리는 목소리가 최량의 어음 명료도가 50%이하인 사람
5급	없음	
6급	양쪽 귀의 청력 레벨이 각각 70데시벨(dB) 이상인 사람(40센치미터 이상의 거리에서 들리는 회화를 이해하지 못하는 사람)	한쪽 귀의 청력 레벨이 90데시벨(dB) 이상, 다른 한쪽 귀의 청력 레벨이 50데시벨(dB) 이상인 사람

주 : 유디오미터(eudiometer)의 방법을 주최로 함

〈표 3-6〉 신체장애자장애정도등급표 - 평행기능장애 등급표

장애급수	기 준
1급	없음
2급	없음
3급	평행기능이 굉장히 심한 장애
4급	없음
5급	평행기능이 심한 장애

〈표 3-7〉 신체장애자장애정도등급표 - 음성기능/언어기능/저작기능 등급표

장애급수	기 준
1급	없음
2급	없음
3급	음성기능, 언어기능 또는 저작기능의 상실
4급	음성기능, 언어기능 또는 저작기능의 심한 장애

〈표 3-8〉 신체장애자장애정도등급표 - 신체부자유 상지 등급표

장애급수	기 준
1급	(1)양상지의 기능을 전부 잃은 사람 (2)양상지의 손관절 아래로 없는 사람
2급	(1)양상지의 기능이 뚜렷한 장애 (2)한쪽 상지의 한쪽 팔 2분의 1이 없는 사람 (3)양상지의 모든 손가락이 없는 사람 (4)한쪽 상지의 기능을 전부 잃은 사람
3급	(1)양상지의 엄지손가락 및 집계손가락이 없는 사람 (2)양상지의 엄지손가락 및 두 번째 손가락의 기능을 전부 잃은 사람 (3)한쪽 상지 기능의 뚜렷한 장애 (4)한쪽 상지의 모든 손가락이 없는 사람 (5)한쪽 상지 손가락의 기능을 전부 잃은 사람
4급	(1)양상지의 엄지손가락이 없는 사람 (2)양상지 엄지손가락의 기능을 전부 잃은 사람 (3)한쪽 상지의 어깨 관절, 주관절 또는 (5)한쪽 상지의 손가락 및 집계손가락의 기능을 전부 잃은 사람 (6)엄지손가락 또는 집계손가락을 포함한 한쪽 상지의 손가락 3개가 없는 사람



	손목관절 중 어느 한 곳의 관절이 기능을 전부 잃은 사람 (4)한쪽 상지의 엄지손가락 및 집계손가락이 없는 사람	(7)엄지손가락 또는 집계손가락을 포함한 한쪽 상지의 3개 손가락의 기능에 뚜렷한 장애 (8)엄지손가락 또는 집계손가락을 포함한 한쪽 상지의 4개 손가락의 기능에 뚜렷한 장애
5급	(1)양상지의 엄지손가락 기능에 뚜렷한 장애 (2)한쪽 상지의 어깨관절, 주관절 중 어느 한쪽의 관절 기능에 뚜렷한 장애 (3)한쪽 상지의 엄지손가락이 없는 사람	(4)한쪽 상지의 엄지손가락 기능을 전부 잃은 사람 (5)한쪽 상지의 엄지손가락 및 집계손가락 기능의 뚜렷한 장애 (6)엄지손가락 또는 집계손가락을 포함한 한쪽 상지의 손가락 3개의 기능에 뚜렷한 장애
6급	(1)한쪽 상지의 엄지손가락 기능의 뚜렷한 장애 (2)집계손가락을 포함한 한쪽 상지의 2개 손가락이 없는 사람	(3)집계손가락을 포함한 한쪽상지의 손가락 2개가 기능을 완전히 잃은 사람
7급	(1)한쪽 상지 기능의 이 경한 장애 (2)한쪽 상지의 어깨 관절, 주관절 또는 손목관절 중 어느 한쪽 관절의 경한 장애 (3)한쪽 상지의 손가락의 기능이 경한장애	(4)집계손가락을 포함한 한쪽 상지의 2개 손가락 기능이 뚜렷한 장애 (5)한쪽 상지의 가운데 손가락, 약손가락, 새끼 손가락이 없는 사람 (6)한쪽 상지 중, 가운데손가락, 약손가락, 새끼손가락 기능을 전부 잃은 사람

주 : 7급에 해당하는 장애에 대해서는 2개 이상의 중복하는 경우에 수첩교의 대상이 됨. ‘손가락이 없는 사람’이란 엄지손가락에 대해서는 손가락마디 관절, 그 외의 손가락에 대해서는 한 개 이상의 손가락의 마디관절이 없는 것을 말함.

〈표 3-9〉 신체장애자장애정도등급표 - 신체부자유 하지 등급표

장애급수	기 준	
1급	(1)양하지의 기능을 전부 잃은 사람	(2)양하지의 대퇴부 2분의 1 이상이 없는 사람
2급	양하지의 하퇴(종아리)의 2분의 1이 없는 사람	
3급	(1)양하지의 발 관절 이상이 없는 사람.	(2)한쪽 하지 대퇴부의 2분의 1 이상이 없는 사람. (3)한쪽 하지의 기능을 전부 잃은 사람
4급	(1)양하지 모든 발가락이 없는 사람 (2)양하지 모든 발가락의 기능이 없는 사람	(3)한쪽 하지 종아리 2분의 1 이상이 없는 사람 (6)한쪽 하지가 건강한 다리와 비교했을 때 10cm 이상. 도는 길이가 10분의 1 이상 짧은 사람
5급	한쪽 하지가 건강한 다리와 비교했을 때 5cm 이상. 도는 길이가 15분의 1 이상 짧은 사람	
6급	(1)한쪽 하지의 발이 반절 이상 없는 사람	
7급	(1)한쪽 하지의 모든 발가락이 없는 사람 (2)한쪽 하지의 모든 발가락 기능을 전부 잃은 사람.	(3)한쪽 하지가 건강한 다리와 비교했을 때 3cm 이상. 도는 길이가 20분의 1 이상 짧은 사람

주 : 7급에 해당하는 장애는 2개 이상의 장애가 중복될 경우에만 장애수첩이 교부됨.

〈표 3-10〉 신체장애자장애정도등급표 - 신체부자유 체간 등급표

장애급수	기 준
1급	
2급	(1)체간의 기능장애로 앉아 있거나 계속 서 있을 수 없는 사람 (2)체간의 기능장애로 일어서는 것이 곤란한 사람
3급	체간의 기능장애로 보행이 곤란한 사람
4급	없음
5급	체간기능이 뚜렷한 장애

〈표 3-11〉 신체장애자장애정도등급표 - 영유아기 이상의 비진행성 뇌병변에 의한 운동기능 장애 등급표

장애급수	기 준
1급	운동능력이나 조절능력이 없어서 보행이 불가능한 사람
2급	운동능력이나 조절능력이 없어서 보행이 극도로 제한된 사람
3급	운동능력이나 조절능력이 없어서 보행이 가정내에서 일상생활운동에 제한된 사람
4급	운동능력이나 조절능력이 없어서 사회에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람
5급	운동능력이나 조절능력이 없어서 사회에서의 일상생활활동에 자장이 있는 사람
6급	운동능력이나 조절능력이 없어서 이동기능이 떨어진 사람
7급	하지의 운동능력이나 조절능력이 없는 사람 주)7급에 해당하는 사람은 2개의 중복장애가 있어야 장애수첩이 교부됨.

〈표 3-12〉 신체장애자장애정도등급표 - 심장 기능장애 등급표

장애급수	기 준
1급	심장기능의 장애로 자기의 신변과 일상생활활동이 극도로 제한된 사람
2급	없음
3급	심장기능의 장애로 가정내에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람
4급	심장기능의 장애로 사회에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람

〈표 3-13〉 신체장애자장애정도등급표 - 신장(콩팥) 기능장애 등급표

장애급수	기 준
1급	신장기능의 장애로 자기의 신변과 일상생활활동이 극도로 제한된 사람
2급	없음
3급	신장기능의 장애로 가정내에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람
4급	신장기능의 장애로 사회에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람

〈표 3-14〉 신체장애자장애정도등급표 - 호흡기 기능장애 등급표

장애급수	기 준
1급	호흡기기능의 장애로 자기의 신변과 일상생활활동이 극도로 제한된 사람
2급	없음
3급	호흡기기능의 장애로 가정내에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람
4급	호흡기기능의 장애로 사회에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람

〈표 3-15〉 신체장애자장애정도등급표 - 방광 또는 직장 기능장애 등급표

장애급수	기 준
1급	방광 또는 직장기능장애로 자기의 신변과 일상생활활동이 극도로 제한된 사람
2급	없음
3급	방광 또는 직장기능장애로 가정내에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람
4급	방광 또는 직장기능장애로 사회에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람

〈표 3-16〉 신체장애자장애정도등급표 - 소장 기능장애 등급표

장애급수	기 준
1급	소장기능장애로 자기의 신변과 일상생활활동이 극도로 제한된 사람
2급	없음
3급	소장기능장애로 가정내에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람
4급	소장기능장애로 사회에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람

〈표 3-17〉 신체장애자장애정도등급표 - 면역 기능장애 등급표

장애급수	기 준
1급	소장기능장애로 자기의 신변과 일상생활활동이 극도로 제한된 사람
2급	없음
3급	소장기능장애로 가정내에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람
4급	소장기능장애로 사회에서의 일상생활활동이 뚜렷하게 제한된 사람

〈표 3-18〉 신체장애자장애정도등급표 - HIV면역기능장애 등급표

장애급수	기 준
1급	HIV면역기능장애로 일상생활이 거의 불가능한 사람
2급	HIV면역기능장애로 일상생활이 극도로 제한된 사람
3급	HIV면역기능장애로 일상생활이 뚜렷하게 제한된 사람(사회생활이 뚜렷하게 제한된 사람은 제외)
4급	HIV면역기능장애로 사회생활이 뚜렷하게 제한된 사람

〈표 3-19〉 신체장애자장애정도등급표 - 간장 기능장애 등급표

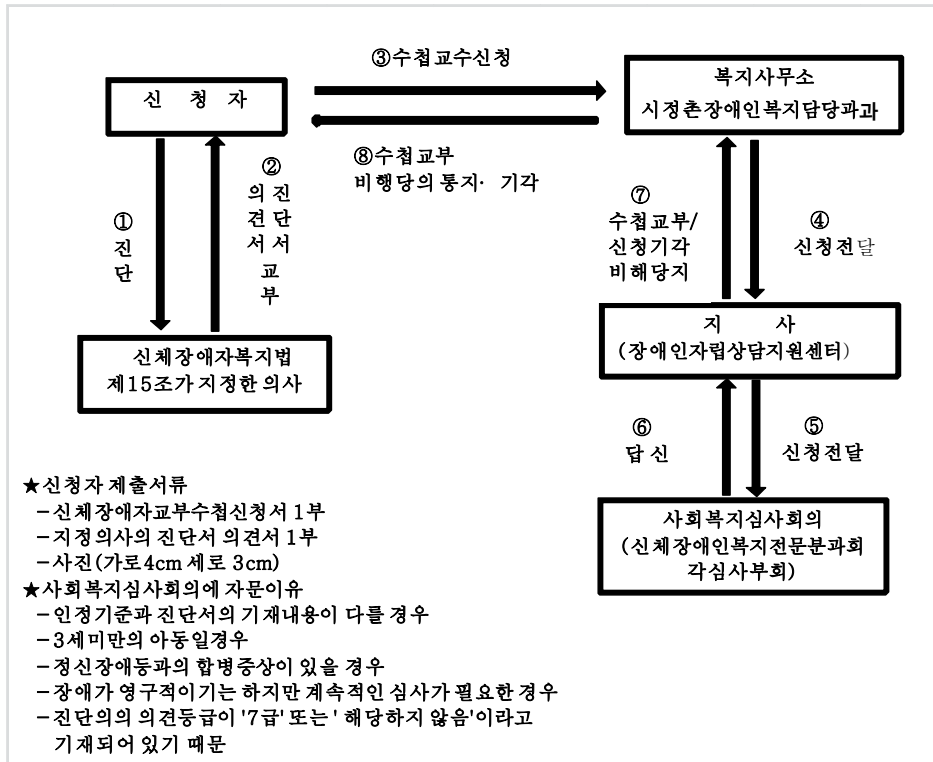
장애급수	기 준
1급	간장기능장애로 일상생활이 거의 불가능한 사람
2급	간장기능장애로 일상생활이 극도로 제한된 사람
3급	간장기능장애로 일상생활이 뚜렷하게 제한된 사람(사회생활이 뚜렷하게 제한된 사람은 제외)
4급	간장기능장애로 사회생활이 뚜렷하게 제한된 사람

## 2) 신체장애자 장애판정 신청, 접수 및 등록 등의 절차

신체장애가 있는 사람은 신체장애자복지법 제15조 제1항이 규정하는 지정의사의 진단서와 의견서를 첨부하여, 시정촌을 통해 도도부현(정령지정도시, 중핵시를 포함) 지사에게 신체장애자수첩 교부를 신청할 수 있다. 그러나 신체장애의 정도가 변화된 경우에는 재인정을 받지만 정기적인 재인정을 받도록 하는 제도는 아니다.

또한 본인이 15세 미만일 때는 그 보호자가 대신 신청하도록 되었다. 지사는 신청서를 기본으로 심사하며, 장애가 법의 별표에 해당한다고 판정되게 되면 신청자에게 수첩을 교부하고, 해당되지 않을 경우에는 이유를 명확히 밝혀 신청자에게 통지하여야 한다.

지사는 장애가 법 별표에 해당하지 않을 경우나 사회복지심의회에서 계속심사를 해야 할 필요가 있다고 판단되면, 심사회회에 자문을 구한다. 그리고 신체장애자수첩 교부가 결정되면 각 복지사무소나 장애자복지과에 결과를 통보하고, 신청자에게 신체장애자 수첩을 교부한다. 신청에서 교부까지 걸리는 시간은 일반적으로 1개월에서 2개월 정도 후에 신체장애자수첩이 교부된다.



[그림 3-3] 신체장애자장애판정 신청, 접수 및 등록 등의 절차

## · 지적장애·발달장애 관련 법률에 따른 장애판정과 절차

### 1) 지적장애·발달장애 관련 법률에 따른 장애판정

지적장애자법에는 지적장애에 대한 정의는 명시되어 있지 않다. 따라서 도도부현마다 정의가 다르며, 개별적인 법령의 목적에 준하는 지원의 필요성과 정도에 따라 정의가 조금씩 다르다. 일반적으로 사용되고 있는 것은 1995년도에 실시된 지적장애아(인) 기초 조사시 사용한 정의로 ‘지적기능의 장애가 발달기인 18세 때까지 나타나며, 이로 인해 일상생활에 지장이 생겨 어떠한 특별한 지원을 필요로 하는 상태에 있는 사람’이라고 정의이다. 이 때의 판정기준으로는 국가의 가이드라인에 따라 A와 B로 구분하고 있지만, 어느 지역에서는 ‘최중증’ ‘중증’ ‘경중증’ ‘경증’의 4구

분으로 나누기도 한다. 또한 ‘중증’ ‘경중증’ ‘경증’의 3구분으로 나누는 경우도 있다. 그러나 일반적으로는 지능검사를 기반으로 측정한 결과 지능지수가 75 정도이하를 칭하며<sup>24)</sup>, 지능지수가 35 이하로 일상생활에서 상시적으로 지원을 필요로 하거나 아무거나 주워 먹거나(異食), 흥분 등의 이유로 제어가 필요한 사람, 또는 지능지수가 50 이하로 다른 장애(시각, 청각, 신체장애 등)를 동반하는 경우를 중증으로 구분하고 그 외의 35에서 70의 경우를 경증으로 구분한다. 일상생활에 지장이란 자립의 어려움, 운동기능의 어려움, 의사소통의 어려움, 이동의 어려움, 취로의 어려움 등을 말한다.

발달장애지원법 제2조에 의하면 발달 장애인 장애정도를 구분하고 있지는 않으며, 자폐증, 어스페르거증후군 외 광범성발달장애, 학습장애, 주의결핍다동성장애가 있거나 그외 뇌기능에 장애가 있는 경우를 말하며, 이러한 증상들은 어렸을 때 나타나는 경우를 말한다.

〈표 3-20〉 지적장애인 장애정도 등급표

요육수첩표기	지적장애정도	지능지수	장애정도
A	최중증	20미만	지능지수의 차가 35 이하의 사람으로 식사, 착탈 의, 배변 및 세면등의 개호를 받아야 하거나, 이물질 을 먹거나 흥분 등의 이유로 일상생활에 장애에 있 는 사람. 지능지수가 50 이하로 다른 장애를 동반하 는 사람
	경중증	21-35	
B	중경도	36-50	중증 이외의 사람
	경증	51-70	
발달장애	장애정도는 구분되어 있지 않으며, 발달지원법상에 정의 되어 있는 사람으로 저연령기 에 장애가 나타나는 사람을 말한다.		

## 2) 지적장애·발달장애 관련 법률에 따른 장애인정 절차

일본의 지적장애나 발달장애는 각 도도부현이 정하는 기준에 따라 교부된다. 동경도의 경우를 살펴보면 ‘동경도 요육수첩(사랑의 수첩)교부 요망서를 기준으로 지적

24) 16도도부현이 각자 판정기준을 가지고 있다. 지능지수의 상한에 대해서 4도도부현은 70이하, 12도도부현은 75로 정했으며, 지능지수가 상한 치를 넘을 때는 원칙적으로 수첩을 교부하지 않는다.

장애자(아)에게 사회이해와 협력을 깊게 하기 위해서 교부되는 것'이라고 정해져 있으며, 이 수첩은 각종 복지서비스를 받기 위해서는 필요하며, 도도후현 마다 판정절차가 다를 수 있다. 지적장애로 판정받게 되면 요육수첩<sup>25)</sup>을 교부받게 되며, 발달장애의 경우에는 별도의 수첩을 교부 받지 않는다. 요육수첩을 받기 위한 장애판정을 받기 위해서는 구시정촌의 복지사무소나 지방자치단체의 복지담당자에게 신청한다. 이때 18세 이상일 경우에는 지적장애자갱생센터에서 장애판정을 받게 된다. 18세 미만일 경우에는 아동복지법에 근거하여 복지서비스가 제공되기 때문에 본인이 사는 지역관할 아동상담소에 신청서를 제출하고, 각 아동상담소에서 판정을 받게 된다. 특히 요육수첩 교부를 받은 아동은 3세, 6세, 12세, 18세가 되거나 그 전에 지적장애에 뚜렷한 변화가 생기게 되면 갱신 신청을 해야 한다.



[그림 3-4] 지적장애자장애판정 신청, 접수 및 등록 등의 절차

## · 정신보건 및 정신장애자복지법관련 법률에 따른 장애판정과 절차

### 1) 정신보건 및 정신장애자복지법 관련 법률에 따른 장애판정

정신장애는 정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률에 따라 정신장애수첩을 교부받고 있으며, 장애정도는 일상생활능력의 제한정도에 따라 1급에서 3급으로 구분

25) 동경도와 요코하마시는 사랑의 수첩, 사이다마현과 사이다마시는 녹색수첩, 아오모리현과 나고야시는 애호수첩이라는 명칭을 사용하고 있다.

하고 있다. 정신장애의 판단에 있어서는 치료내용, 현재의 병 상태, 검사소견, 생활 능력 상태, 장애자복지 등 서비스 이용상황 등이 활용되고 있다.

〈표 3-21〉 정신장애인 장애정도 등급표

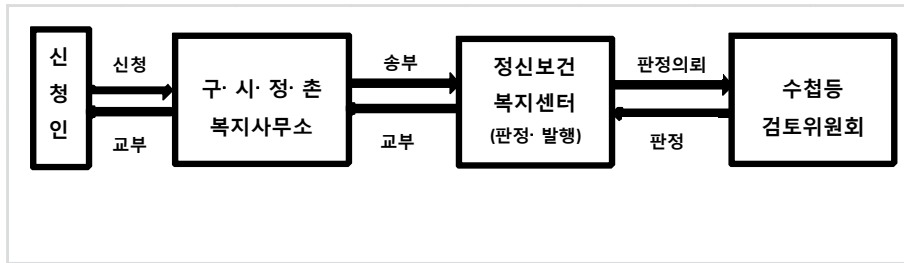
장애등급	정신장애의 상태
1급	일상생활을 영위하는 것이 불가능하여 타인의 원조를 필요로 하는 사람 입원환자로서 일상생활에 원조를 받고 있는 상태. 재택환자는 의료기관에 외출하는 것을 자발적으로 할 수 없는, 적절한 식사를 준비하거나 정리하는 등의 가사나 신변의 청결유지를 자발적으로 할 수 없는 등 상시원조를 필요로 하는 상태.
2급	일상생활이 뚜렷하게 제한적인 상태 의료기관이나 데이케어 등에 외출하는 등 습관화 된 것은 할 수 있지만, 스트레스를 받는 상황에서의 대응이나, 적절한 식사섭취, 신변청결 유지를 스스로 못하고 조연이나 원조를 필요로 하는 상태.
3급	일상생활 또는 사회생활에 제한을 받거나 또는 일상생활 아니면 사회생활에서의 제한을 옆에서 도와주어야 하는 생활의 정도 데이케어에의 참가나 가벼운 작업은 할 수 있다. 또는 보호적 배려가 있는 사업소에서 일 반취로를 하는 경우도 포함된다. 일상적인 가사는 할 수 있지만, 상황이나 순서가 바뀌거나, 최대한의 스트레스를 받게 되는 상황이 생길 경우 조연이나 원조가 필요한 상태.

## 2) 정신보건 정신장애자복지법 관련 법률에 따른 장애판정

한편 정신장애자의 경우는 정신장애자수첩 교부를 희망하는 신청인이 거주지 구·시·정·촌 담당창구(특별구 지역은 보건소, 보육센터 등, 시·정·촌 지역은 시청, 초·소의 장애복지주관과 등)에 정신장애자수첩 교부 신청서와 의사 진단서(정신장애에 관한 초진일 부터 6개월이 경과한 날 이후에 작성되어 작성일이 신청일 부터 3개월 이내의 것) 또는 정신장애를 지급사유로 한 장애연금 또는 특별장애급부금을 현재 수급 받고 있다는 사실을 증명하는 서류(연금 증명서 등)의 복사본, 본인 사진, 주소가 적힌 엽서 등을 제출하면 된다.

교부서류를 접수받은 거주지 구·시·정·촌은 관련서류를 지역 내 정신보건복지센터에 송부하고 정신보건복지센터는 정신장애자수첩 검토위원회에 판정의뢰를 실시하며 그 결과를 바탕으로 판정결과를 구·시·정·촌을 통해 신청자에게 교부하게 된다.





[그림 3-5] 정신장애수첩 교부절차

단, 정신장애수첩은 2년에 한 번씩 진단서를 첨부하여 갱신을 해야 하며 유효기간 3개월 전에 신청을 해야만 한다.

한편, 발달장애의 경우는 모자보건법이나 학교 보건 안전법에 따라 건강검진을 실시할 때 조기에 발달장애를 발견하도록 하고 있으며, 발달장애가 의심될 경우에는 시·정·촌이나 도·도·부·현에 설치된 발달장애지원센터에서 상담을 실시하고, 필요한 지원을 받도록 하고 있다.

## · 장애등급 판정과 복지 혜택<sup>26)</sup>

장애판정에 의해서 장애등급을 받게 되면 등급 기준에 따라 받게 되는 서비스들이 있다. 이 서비스 들은 금전에 관한 혜택들이 대부분이며, 등급에 따라서 금전의 혜택이 결정되기 때문에 장애등급이 중요하다고 볼 수 있다. 이하에서 설명하는 서비스들은 장애수첩 즉 장애등급 만으로 받을 수 있는 금전적인 혜택들이며, 이는 시정촌의 재정사정에 따라 조금씩 다를 수 있지만 대체적으로 크게 벗어나지는 않는다. 등급만을 가지고 복지서비스를 받을 수 있는 것은 ‘상담’이며, 그 외에는 아래에 소개하는 감면과 면제, 수당 등의 혜택이라고 할 수 있다.

### 1) 장애복지수당(매년 현황조사 실시)

26) 시정촌에 따라 조금씩 다를 수 있음.

20세 이상의 재가 장애자로 장애 때문에 일상생활에서 상시적으로 개호를 필요로 하는 사람이 집에서 생활할 수 있도록 지급하는 수당을 말한다. 수당액은 월 14,380 엔(소득세 제한 있음)으로 2월, 5월, 8월, 11월로 3개월 간격으로 지급된다. 지급대상은 신체장애자 1급과 2급이지만 아래의 사항에 해당되는 사람도 지급된다. 지적장애자는 A-1에 해당되는 사람, 2급의 일부 즉 시력 0.02이하인 사람이 보청기를 사용해도 음성을 식별할 수 없는 사람, 양상지나 양하지에 장애가 있는 사람과 체간장애로 앉아 있기가 어려운 사람이 해당된다.

#### 2) 특별장애자수당(매년 현황조사 실시)

20세 이상의 재가 장애자로 장애 1급이면서 중증장애를 2개 이상 가진 또는 중증의 지적장애 때문에 일상생활능력이 거의 없으며, 일상적으로 개호를 필요한 하는 사람의 재택생활을 향상시키기 위해 지급되는 수당을 말한다. 수당액은 월 26,440엔(소득제한 있음)으로 지급월은 2월, 5월, 8월, 11월로 3개월 간격으로 지급한다.

#### 3) 특별아동부양수당(매년 현황조사 실시)

20세 미만의 중증장애아(신체장애 1급)와 지적장애아(A-1)를 키우고 있는 보호자에게 지급하며, 월 50,750엔(소득제한 있음)을 지급한다. 지급월은 4월, 8월, 11월이다. 또한 20세 미만의 경중증장애아(신체장애 2급)와 지적장애(A-2)를 키우고 있는 보호자에게도 지급하며, 월 33,800엔(소득제한있음)을 지급한다. 지급월은 4월, 8월, 11월이다.

#### 4) 장애기초연금

국민연금법에서 정한 장애등급(1급, 2급)에 해당하는 장애자로 20세가 넘을 때부터 지급한다. 지급 금액은 1급인 경우 월 82,508엔, 2급 월 66,008엔이며, 지급월은 2월, 4월, 6월, 8월, 10월, 12월로 2개월 간격으로 지급한다.

#### 5) 심신장애자 부양공제제도(매년 현황조사 실시)

신체장애자와 지적장애자를 부양하는 보호자로 부양의무자가 65세 미만인 사람이 가입할 수 있다. 가입자가 사고 및 질병으로 부양능력이 없어질 경우 및 사망한 경우에는 본인에 대해서 1구좌마다 월액 2만엔의 종신연금을 급부하며, 1구좌 월액 9,300엔부터 23,300엔의 2구좌까지 가입할 수 있다.

#### 6) 국세(소득세)공제

신체장애자 1급과 2급, 지적장애와 정신장애 1급인 경우에는 기초공제 380,000엔과 특별장애자공제 400,000엔을 합한 780,000엔을 공제 받을 수 있다. 동거를 하면서 보호자가 부양인인 경우, 그 외 부양공제와 동거자 부양공제액 730,000엔을 더해서 총 1,510,000엔을 공제받을 수 있다. 반면 별거를 하지만 보호자가 부양인인 경우 부양공제 380,000엔을 더해서 총 1,160,000엔을 공제받을 수 있다. 그 외 등급일 경우 기초공제 380,000엔과 특별장애자공제 270,000엔을 합한 총 650,000엔을 공제받을 수 있다. 그 외 보호자가 부양인인 경우에는 부양공제 380,000엔을 더하여 총 1,030,000엔을 공제받을 수 있다.

#### 7) 지방세(주민세)공제

신체장애자 1급과 2급, 지적장애와 정신장애가 1급인 경우에는 기초공제 330,000엔에 특별장애자공제액 300,000엔을 합한 630,000엔을 공제 받을 수 있다. 만약 보호자가 부양자로 동거 중일 경우에는 부양공제와 동거자부양공제액인 500,000엔을 더해서 총 1,190,000엔을 공제받을 수 있다. 반면 별거인 경우에는 부양공제 330,000엔을 더해서 총 960,000엔을 공제 받는다. 그 외의 등급일 경우에는 기초공제 330,000엔에 특별장애자공제 260,000엔을 합한 공제액이 590,000엔이며, 보호자가 부양인인 경우의 부양공제액인 330,000엔을 더해서 총 920,000엔을 공제 받는다.

#### 8) 자동차세, 경자동차세, 자동차취득세공제

신체의 장애부위에 따라서 다르지만 신체장애자와 지적장애 1급과 2급, 정신장애

1급인 사람이 소유한 자동차로 통원, 통학, 통소(시설등)를 하기 위해 필요한 자동차가 대상(18세미만의 장애인에 대해서는 같이 사는 사람이 소유하는 자동차도 가능)이 된다. 공제 제한액은 자동차세 45,000엔과 취득세 125,000엔이다.

#### 9) 상속세공제

신체와 지적, 정신장애자가 상속한 재산에 대해서는 그 사람이 70세까지의 1년마다 6만엔(중증, 경증)또는 12만엔(중증)을 세금에서 공제한다.

#### 10) 증여세 면제

증여 받은 사람이 신체장애와 지적장애 1급과 2급, 정신장애 1급인 경우, 일정한 조건을 기반으로 신탁은행에서 6,000만엔 까지는 과세를 받지 않는다.

#### 11) 장애인자립지원금부사업

신체와 지적, 정신장애가 있는 사람이 시설입소나 집에서 복지서비스(홈헬프서비스, 단기입소, 생활개호 등)를 이용할 경우, 그리고 장애정도구분을 인정받아 장애자 복지서비스를 받게 되면 서비스 이용경비의 10%를 원칙적으로 부담해야 한다. 그러나 이용자의 소득에 따라 부담경비는 줄어들 수가 있다. 65세 이상인 경우에는 원칙적으로 개호보험을 이용해야 한다.

#### 12) 자립지원의료제도

개생의료(심장수술, 인공투석, 인공관절수술)로 신체에 장애가 있는 18세 이상의 사람이 수술로 장애정도를 경감하고자 하거나, 없애려고 할 경우, 그리고 장애의 진행을 방지하는 치료를 받을 경우에는 원칙적으로 의료비의 10%를 부담하게 하는 의료비지원을 받을 수 있는 제도이다. 이용자 부담은 소득상황에 따라서 더욱 경감시킬 수 있어 경제적 부담이 줄어들 수 있다. 18세 미만의 장애인에 대해서는 ‘육성 의료’라는 제도가 있다.

정신통원의료는 정신장애가 있는 사람이 통원하면서 치료를 받을 경우, 그 의료비

의 10%를 원칙적으로 부담하게 하는 제도이다. 경제적 부담을 경감시키고 빠른 시기에 사회복지기를 목적으로 하는 제도이다. 이용자 부담은 소득의 상황 등에 따라서 경감책이 있어, 경제적 부담해소에 대한 배려이기도 하다.

#### 13) 보장구의 급부(일상생활용구 급부)

보장구의 급부는 신체장애자(아)에게 장애의 부위를 보완해주고 일상생활이나 직업활동과 사회활동을 쉽게 할 수 있도록 도와주며, 자립 생활을 영위하는 것을 목적으로 한다.

#### 14) NHK수신료 감면

신체, 정신, 지적 장애자로 등급에 상관없이 장애자수첩을 가진 사람으로 비과세 세대인 사람이 대상이다. 반액 면제인 경우는 신체 1급, 2급, 지적장애 1급, 2급, 정신장애 1급인 사람으로 중증장애자수첩을 가진 사람이 세대주이거나 수신계약자인 경우에 해당된다.

#### 15) 여객운임할인제도

제1종과 제2종의 신체와 지적장애자로 JR(재팬라인)이 운영하는 철도, 배 및 자동차가 대상이 된다. 제1종 장애자의 경우 보통승차권과 정기승차권, 회수승차권, 급행권이 50% 할인되며, 제2종 장애자 경우는 회수승차권과 급행권에 대한 할인이 없다. 또한 버스인 경우에는 개호인도 할인이 된다. 예를 들면 장애자와 활동보조인이 함께 승차할 경우에는 각각 50%의 금액을 지급하면 된다. 그러나 활동보조인이 없을 경우에는 100%를 지급한다.

#### 16) 유료도로할인

제1종과 제2종의 신체와 지적장애자로 장애자가 통근, 통학, 통원을 하기 위해서 본인 또는 개호인(친족)이 운전하는 자동차를 해당 장애자가 이용하는 경우 50%(1인당 1대)할인이 된다.

### 3. 장애자복지서비스

장애정도구분이란 장애인의 복지서비스의 필요성을 종합적으로 판정하기 위해서 심신의 상태(장애정도구분)를 파악하여 평가하는 것을 말한다. 2005년에 제정되어 2006년에 실시된 장애자자립지원법에 의해서 장애자에게 제공되는 모든 서비스를 받기 위해서는 장애정도구분 인정을 통해 1등급에서 6등급의 등급을 받는 것을 기본 전제로 하고 있다. 장애자자립지원법은 기존의 지원비제도로 인한 복지서비스의 지역편차를 없애고 의료적 모델에 입각한 판정기준이 장애자의 생활에 제약을 준다는 판단하에 만들어졌다. 장애정도구분은 기본적으로 장애자의 개호욕구를 판정하는 지표조사연구서, 노인의 개호보험의 요개호인정기준의 79항목에 새롭게 추가된 27항목을 합한 106항목을 기준으로 심신의 상황에 관한 인정조사를 실시한다. 장애자자립지원법상의 ‘개호급부’를 희망하는 경우에는 장애인의 희망에 따라 컴퓨터에 의한 1차판정이 실시된다. 그 후 시정촌심사회의 심사판정(2차판정)을 한 후에 장애정도구분이 인정된다. 그러나 장애자의 경우 개호서비스 이외에도 기능훈련이나 생활 훈련, 취로지원도 중요하다고 판단하였지만 이러한 훈련들은 장애정도구분은 해당하지 않는다고 판단하여 유보시켰다.

주로 금전적으로 면제나 감면혜택을 받게 되는 장애판정등급이 완전히 의료모델적 판단을 기본으로 하는 것과는 달리 장애정도구분인정을 통해서 복지서비스의 양이 결정된다. 장애정도 구분이란 장애자에게 개호급부의 필요도를 6단계로 구분하며, 6단계에서 1단계로 갈수록 중증으로 판정되며, 장애유형별 법률에 따른 장애정도와 차이가 있다. 또한 장애정도구분 인정조사표 조사항목별 소요시간 등으로 계산된다.

인정조사표는 2005년부터 전국의 60개 시정촌에서 장애정도구분판정등 시행사업을 실시하였으며, 조사항목으로는 요개호인정 조사항목(79항목)에, 지적장애나 정신장애의 특성을 보다 잘 파악하게 할 수 있는 1)다동행동이나 집착에 관한 행동면의 항목, 2)말을 멈추지 않거나, 예상외의 행동을 하는 정신면에 관한 항목, 3)조리나 쇼핑 등 일상생활에 관한 항목 등 (27항목)을 추가하여 106항목으로 실시하였다.

이 사업은 3유형의 장애인(신체, 지적, 정신) 1,800명을 대상으로 실시하였으며,

데이터를 분석한 후, 전문가(연구자나 장애인 관련 관계자)들의 의견을 추가하여, 개호 급부에 관한 장애정도구분이 책정되었다.

〈표 3-22〉 개호급부에 관한 장애정도 구분

장애정도 구분 1	장애정도 구분 기준 시간이 25분 이상 32분 미만인 상태 또는 이것에 상당하다고 인정되는 상태
장애정도 구분 2	장애정도 구분 기준 시간이 32분 이상 50분 미만인 상태 또는 이것에 상당하다고 인정되는 상태
장애정도 구분 3	장애정도 구분 기준 시간이 50분 이상 70분 미만인 상태 또는 이것에 상당하다고 인정되는 상태
장애정도 구분 4	장애정도 구분 기준 시간이 70분 이상 90분 미만인 상태 또는 이것에 상당하다고 인정되는 상태
장애정도 구분 5	장애정도 구분 기준 시간이 90분 이상 110분 미만인 상태 또는 이것에 상당하다고 인정되는 상태
장애정도 구분 6	장애정도 구분 기준 시간이 110분 이상의 상태 또는 이것에 상당하다고 인정되는 상태

〈표 3-23〉 장애정도구분 인정조사항목

종류	내용
(1) 마비, 구축 항목	1-1 마비 등의 유무 1-2 관절 동작범위 제한 유무
(2) 이동 항목	2-1 잠자리 뒤집기 2-2 누운 상태에서 일어나기 2-3 앉은 자세 유지 2-4 양다리로의 선 자세 유지 2-5 보행 2-6 갈아타기 2-7 이동
(3) 복잡한 동작 항목	3-1 일어서기 3-2 한쪽다리로 선 자세 유지 3-3 세신(몸을 씻기)
(4) 특별 개호 항목	4-1 욕창 등의 유무 4-2 삼키기 4-3 식사 섭취 4-4 음수 4-5 배뇨 4-6 배변
(5) 신변 주변 및 관련 항목	5-1 청결 5-2 의복착탈 5-3 약 복용

종류	내용
	5-4 금전관리 5-5 전화이용 5-6 일상 의사결정
(6) 의사소통 항목	6-1 시력 6-2 청력 6-3-1 의지 전달 6-3-2 본인 독자의 표현방법을 이용해 의사표시 6-4-1 개호자의 지시에 대한 반응 6-4-2 언어이외의 커뮤니케이션 수단을 이용한 설명 이해 6-5 기억·이해
(7) 행동	7 행동장애
(8) 특별 의료 항목	
(9) 사회생활 항목	9-1 조리 9-2 식사 처리기와 정리하기 9-3 청소 9-4 세탁 9-5 입욕준비 후 정리하기 9-6 물건 구입 9-7 교통수단 이용 9-8 문자의 시각적 인식 사용

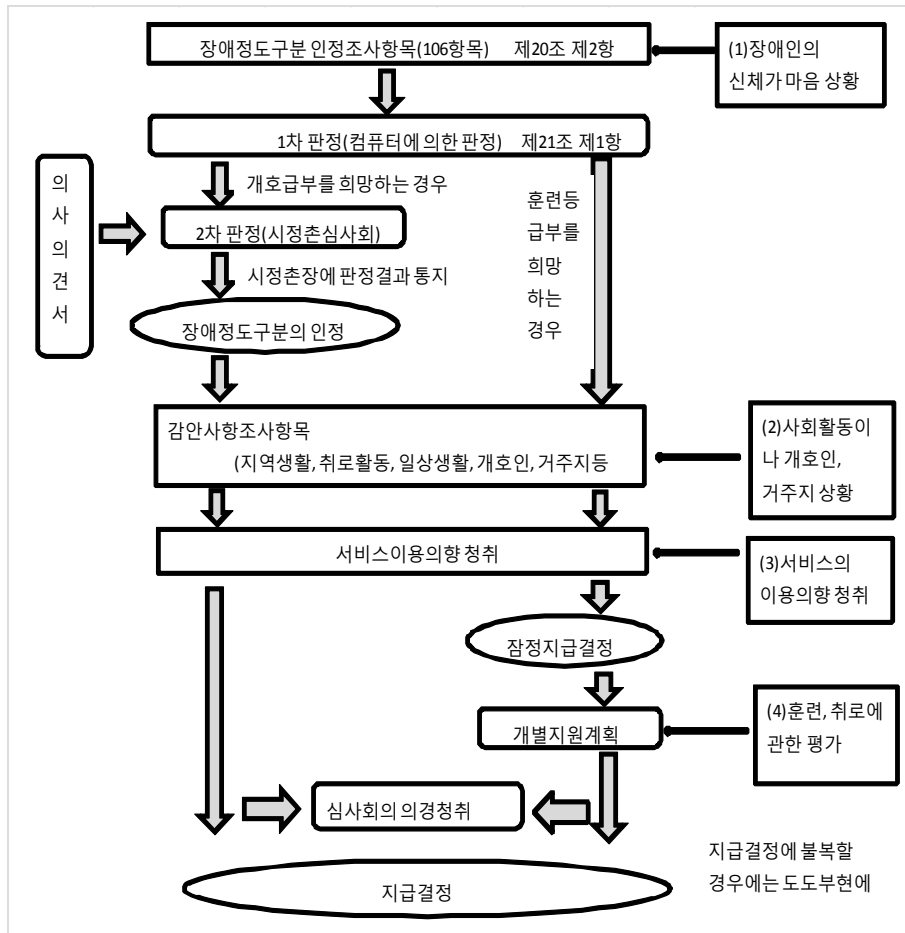
### · 일본의 장애정도구분 인정(지급결정) 절차

자립지원법의 서비스는 모든 시정촌에 신청을 해야 한다. 서비스를 신청하게 되면 시정촌은 직원 또는 ‘상담지원사업자’에 위탁하게 된다. 그 위탁내용은 심신상태의 상황, 처한 환경과 후생노동성이 정한 사항을 조사해야 한다(법 21조). 이 조사의 목적은 장애정도 구분의 인정 및 장애복지서비스의 지급결정을 하기 위해서이다.

인정조사원이 실시한 기본조사 사항을 전국 동일 기준인 컴퓨터로 1차판정 자료를 작성한다. 시정촌은 1차 판정결과와 조사현황, 특기사항 및 의사의견서를 첨부하여 시정촌심사회에 심사판정을 의뢰하게 된다. 시정촌심사회는 의뢰받은 자료들을 기본으로 2차 판정을 실시한다. 이때 심사회에서 보충자료를 필요로 할 때는 장애인 당사자, 가족, 의사, 관계자들에게 제출을 요구할 수 있다. 이 결과를 가지고 최종판정을 받게 된다(법 21조). 더욱이 시정촌은 장애정도구분의 해당 장애자 등 개호를 하고 있는 사람의 상황, 장애당사자 또는 보호자의 장애복지 서비스 이용에 대한 의



견을 청취하면서 후생노동성이 정한 사항들을 감안하여 서비스지급을 최종결정(법 22조)하여, 시정촌에 통지하고 시정촌은 당사자에게 통지하게 된다. 그 후에 장애자는 지급결정에 불복종하게 되면 도도부현 불복심사회에 재심사를 요청할 수 있다. 지급결정이 납득이 되면 서비스 이용을 시작하게 된다.



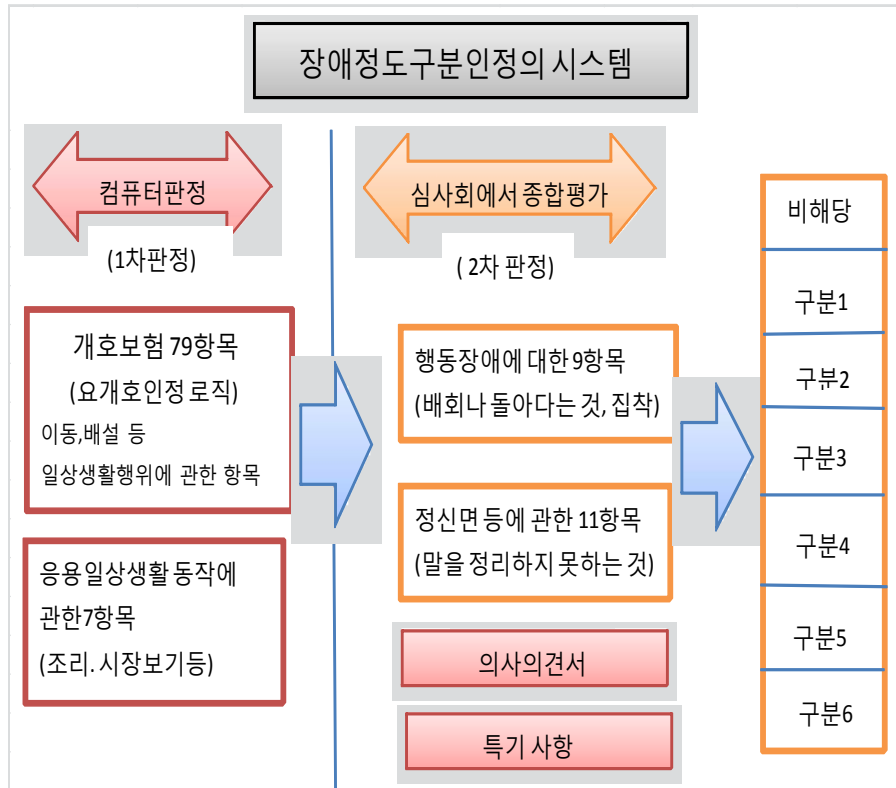
[그림 3-6] 장애정도구분 지급결정 과정

## · 개호급부와 훈련 등 급부

### 1) 개호급부와 2차 판정을 통한 장애정도구분 지급결정

개호서비스를 이용하는 사람은 시정촌의 창구에 신청서를 제출한 뒤 장애정도구분인정을 받아야 한다. 시정촌은 서비스의 이용신청을 한 이용자에게 ‘지정특정상당사업자’가 작성하는 ‘서비스등이용계획안’을 요청하고, 이용자는 작성하여 시정촌에 제출하여 1차 판정을 받는다. 그러나 개호서비스 등 개호급부를 받을 경우에는 의사 소견서를 참고로 하여 2차 판정을 받아야 한다. 2차 판정 후 시정촌은 제출된 계획안에 감안해야 할 상황들을 추가적으로 참고하면서 지급결정을 한다. 이때 감안해야 할 상황들은 이용자가 처해진 상황에 대한 감안이다. 예를 들면 동거인이 있는가, 일상생활은 어떻게 하고 있는가, 거주지에 베리어프리는 어떠한가, 이동경로는 어떠한가 등 생활환경 전반을 감안하여 추가할 상황들은 추가하는데, 이때는 사회복지사의 개인적 관점에 의해서 서비스의 양이 결정되기도 한다.

‘지정특정상당지원사업소’는 지급결정을 위해서 서비스 담당자회의를 실시하고 서비스사업자와 연락 및 조정을 하게 되고, 실제로 이용하게 될 ‘서비스 이용계획’을 작성하게 되면서 서비스양이 최종 결정된다. 한편 ‘지정특정상당지원사업소’를 통하지 않고 이용자 자신이 스스로 ‘서비스이용계획안’을 작성할 수 있는 경우에는 ‘셀프케어플랜’을 제출할 수 있다. 2차 판정을 통한 장애정도구분인정(1~6등급)을 필요로 하는 서비스는 홈헬프서비스, 중증방문개호, 행동지원(외출지원서비스), 중증장애자포괄지원(최중증장애자로 복수의 서비스지원), 단기입소, 생활개호, 요양개호(의료와 개호가 동시에 필요), 장애인시설이용자의 야간 케어, 그룹홈, 케어홈 등이다. 이 중 동행개호(이동지원)의 경우에는 별도의 사정도구(표)가 있기 때문에 장애정도구분인정은 받지 않아도 된다.



[그림 3-7] 개호급부와 2차 판정

## 2) 훈련 등 급부의 지급결정

2차 판정(의사소견서)을 필요로 하지 않는 서비스에는 훈련 등 급부와 지역생활 상담지원사업이 속한다. 훈련급부는 될 수 있는 한 장애인 본인의 의사를 존중하여, 잠정적인 지급결정을 실시하며, 실제로 서비스를 이용한 결과를 참고해 가면서 정식으로 지급결정을 한다. 따라서 서비스의 내용이 정확하게 적합하지 않은 경우를 제외하고는 잠정 지급결정이 된다. 그러나 지역내의 서비스자원은 제한되어 있어, 이용 희망자가 정원을 초과할 경우에는 자립훈련사업(기능훈련, 생활훈련)에 한해서 훈련 등 급부에 관련된 항목의 조사결과를 점수화하여, 잠정지급결정의 우선순위를 결정하기 위해 참고할 때만 사용한다. 또한 훈련등 급부에 관련한 점수는 잠정지급결정할 때 사용할 수 있는 참고지표이며 장애정도구분은 아니다. 훈련급부에는 자립훈

련(훈련기능, 생활훈련), 취업이동지원, 취업계속지원(A형-고용형, B형), 공동생활원조(그룹홈)등이 해당된다.

〈표 3-24〉 장애정도구분인정에 의한 장애인복지서비스

종류	내용	세부 내용
개호 급부	거택개호	주택에서 입욕, 배변, 식사 개호 등을 실시함
	중증방문개호	중증의 지체부자유자로서 일상적인 개호를 필요로 하는 사람에게 주택에서 입욕, 배변, 식사 개호, 외출 시에 있어서 이동지원 등을 종합적으로 실시함.
	동행개호	시각장애에 의해 이동에 상당한 곤란이 있는 자로서 이동에 필요한 정보제공(대필, 대독을 포함), 이동원조 등 외출지원을 실시함(별도의 어시스턴트표 있음).
	행동원호	자기판단능력이 제한되어 있는 사람이 행동을 할 때 위험을 피하기 위해 필요한 지원, 외출지원을 실시함.
	중증장애인 등 포괄지원	개호 필요성이 상당히 높은 사람에게 거택개호 등 복지수의 서비스를 포괄적으로 실시함.
	아동데이스터비스	장애아동에게 일상생활에 있어서 기본적인 동작 지도, 집단생활에의 적응훈련 등을 실시함.
	단기입소	주택에서 개호하는 사람이 병으로 있는 경우 등 단기간, 야간을 포함한 시설 등에서 입욕, 배변, 식사 개호를 실시함.
	요양개호	의료와 상시 개호를 필요로 하는 사람에게 의료기관에서 기능훈련, 요양상 관리, 간호, 개호 및 일상생활 돌봄을 실시함.
	생활개호	상시 개호가 필요한 사람으로 주중, 입욕, 배변, 식사 개호 등을 실시하는 동시에 창작적 활동 또는 생산활동 기회를 제공함.
	장애인지원시설에서의 야간케어 등 (시설입소지원)	시설에 입소한 사람을 야간이나 휴일, 입욕, 배변, 식사 개호 등을 실시함.
	공동 생활개호(케어홈)	야간이나 휴일, 공동생활을 실시하는 주거에서 입욕, 배변, 식사 개호 등을 실시함.
훈련 등 급부	자립훈련 (훈련기능, 생활훈련)	자립한 일상생활 또는 사회생활을 할 수 있도록 일정기간 신체기능 또는 생활능력향상을 위해 필요한 훈련을 실시함.
	취업이동지원	일반기업 등 취로를 희망하는 사람에게 일정기간 취업에 필요한 지식 및 능력향상을 위해 필요한 훈련을 실시함.
	취업계속지원 (A형-고용형, B형)	일반기업에 취업이 곤란한 사람에게 일할 장소를 제공하면서 지식 및 능력향상을 위해 필요한 훈련을 실시함.
	공동생활원조(그룹홈)	야간이나 휴일에 공동생활을 할 수 있는 거주장소로 상담이나 일상생활상의 원조를 실시함.
지역 생활 상담 지원 사업	이동지원	원활하게 외출할 수 있도록 이동을 지원함.
	지역생활지원센터	창작적 활동 또는 생산활동의 기회를 제공하고 사회와의 교류를 실시하는 시설.
	복지홈	거주를 필요로 하는 사람에게 저렴한 금액으로 거주공간을 제공함과 동시에 일상생활에 필요한 지원을 실시함.
	지역이행지원	장애인지원시설, 정신과병원, 아동복지시설을 이용하는 18세 이상인

종류	내용	세부 내용
		사람을 대상으로 지역이행지원계획을 작성, 상담을 통해 불안을 해소하고, 외출동행지원, 거주확보, 관계기관과의 정리를 실시함.
	지역정착지원	거주지에서 단신으로 생활하고 있는 장애인등을 대상으로 상시의 연락체제를 확보하고 긴급시에 필요한 지원을 실시함.

#### 4. 장애정도구분 인정제도의 비교

##### 가. 평가의 기준

###### 1) 장애등급판정

일본의 장애등급 판정기준 결정은 의료모델 즉 기능 장애로 결정하며, 장애등급은 세금의 감면이나 면제 공공요금의 할인 등 금전적 혜택을 결정하는데 결정적 단서가 된다. 이때의 장애등급은 의학적기준(신체기능)을 통해 등급이 결정되며, 이 의학적 기준은 철저하게 의료모델의 전형적인 틀 안에서 진행된다. 중증장애자의 경우 이러한 금전적 혜택을 기반으로 지역에서의 생활해가는 생활비가 해결된다고 볼 수 있다. 예를 들면 장애연금, 장애수당 등과 세금의 감면 등이 이에 속한다.

###### 2) 장애정도구분

중증장애자들은 경제적인면만 해결된다고 해서 지역에서의 일상생활이 가능하지는 않다. 이러한 것을 해결하기 위한 것이 복지서비스이며, 복지서비스를 받기 위해서는 따로 장애정도구분을 판정받아야 하며, 이 판정을 통해 서비스의 양이 결정되며, 이 서비스는 타인의 도움을 필요로 하는 개호급부가 중심을 이루고 있다.

장애정도구분의 가장 큰 장점은 사회복지사에 의한 감안사항조사(동거인여부, 거주지 배리어프리 상황, 일상생활활동 등)이다. 즉 컴퓨터를 통한 판정에 더하여 주변 환경의 조사를 통해 서비스의 양이 결정된다는 것이다. 이것은 의료모델에 입각하여 장애등급을 판정하는 것과는 달리 사회모델적인 요소가 가미되었다는 것이다. 또한 개호급부서비스 중의 하나인 중증방문개호제도를 통한 개호의 24시간(28시간) 지원과 ‘미마모리(옆에서 지켜주기)’ 즉 개호노동을 하지 않고 장애자 옆에서 장애자를

지켜봐주는 것을 인정해주었다는 것은 굉장히 의의가 있다고 볼 수 있다. 또한 2012년의 장애자기본법 개정을 통해 장애정의에 ‘사회적 장벽’으로 인해 일상생활에 제약을 받는 사람도 추가 하게 되었기 때문에 앞으로 더욱 많은 법제도에 사회 모델적인 관점이 포함될 것이라고 생각할 수 있다.

## · 장애의 재판정(평가결과의 유효기간)

### 1) 장애등급 재판정

일본의 경우 장애판정과 등록절차를 거치게 되면 보통의 신체장애자들은 영구적으로 장애의 등급을 유지할 수 있다(정기적으로 재 심사를 해야 하는 유형은 제외. 정신장애, 지적발달장애 등). 그러나 장애수첩 재교부시 장애정도의 변화가 예상되는 경우에는 각 도지사가 재판정의 기일(수첩교부일로부터 1년 이상 5년 이내)을 지정하여, 그 날짜까지 신체장애자진단서 의견서를 재제출하여, 장애정도를 다시 검사한다. 그 결과 장애정도에 중요한 변화가 보였을 때는 새로운 수첩으로 교체하게 된다. 장애정도에 변화가 있을 때는 자신이 사는 지역의 복지사무소에 가서 상담하고, 재판정제도의 대상이 되면, 수첩 교부시에 그 시기를 서면으로 통지하도록 해야 한다. 각 구별로 신체장애자수첩을 취득할 때 필요한 진단비용을 1건에 1만엔 이내로 지원한다. 대상자는 그 해에 주민세나 비과세가 균등하게 적용되었던 세대를 말한다. 이때 진단서 금액과 본인통장, 도장을 지참하면 된다.

### 2) 장애정도구분인정의 재인정

장애정도구분의 재인정은 최종지급결정에 불만이 있을 경우에 이루어진다.

## 다. 등록 및 관리

### 1) 장애등급판정(복지종합시스템 Swan)

자치단체를 위한 복지종합시스템 Swan을 통해 장애자수첩대장은 관리된다. 이

시스템은 장애자에 관한 주민정보나 세대정보, 교부상황이나 장애내용 등의 정보를 이력관리하고 있다. 또한 현재까지의 경력과 관련 정보를 참조할 수 있다. 교부결정 통지서나 수청관리대장과 받는 사람의 라벨의 인쇄가 가능하다. 그러나 일본은 장애 등록 전산망을 이용하기 보다는 시정촌 차원에서 장애자에 대한 정보를 보관하고 있는 경우가 대부분이다. 장애수첩 자체는 전국적으로 사용가능하지만 수첩에 관련된 개인정보는 시정촌단위로 관리되고 있다. 만약 장애자가 다른 시정촌로 이사를 가게 되면 새 주소지의 복지사무소는 이사 오기 전의 복지사무소에 정보를 의뢰하고 의뢰 받은 쪽은 제공한다.

## 2) 장애정도구분(전산망을 통한 관리)

장애자정지원시스템을 ALWAYS J라고 한다. 이 시스템에 의해 각 시정촌의 장애자복지과에서는 신청서를 받아 신청정보와 1차판정과 2차판정 결과, 의사 소견서, 최종 지급결정을 일괄 입력하여 장애관련 사무시스템의 데이터와 연계를 할 수 있게 된다. 특히 장애자복지과에는 장애자정지원서버가 있으며, 심사회의 심사위원들 또한 이 시스템에 들어가서 심사소견을 기록할 수 있다. 그리고 이 시스템은 전국의 각 지역이나 센터와 전용 네트워크망을 구축하고 있다.

# · 장애판정기관과 인력구성

## 1) 장애등급판정

장애판정은 각 현이나 장애자복지센터에서 주로 판정하기 때문에 특별히 장애판정만을 위한 인력은 구성되어 있지 않다. 다른 업무와 겸하고 있는 경우가 대부분이다. 또한 장애판정은 등급판정과 함께 하게 되는데 일본의 장애판정은 대부분 의사의 진단서에 의존하고 있으며, 의사의 진단서가 틀리지 않으면 그대로 진행한다. 그러나 이의가 있을 경우에는 사회복지심사회의에 이의신청을 한다. 이때의 심사위원회 위원들은 주로 대학 교수, 장애자 단체의 단체장, 장애자 시설장 등으로 구성된다. 장애정도구분인정은 시정촌의 심사회에서 매월 1회 또는 2회로 진행되며, 5명의

심사위원이 결정을 하게 된다. 이때의 심사위원이라 함은 신체장애자, 정신장애자, 지적장애자의 상황을 잘 알고 있으면서, 중립적이고 공정한 입장으로 심사를 할 수 있는 전문가(대학 교수, 복지시설의 시설장 등)로 구성되어 있다. 심사회의 주된 업무는 장애정도구분이 곤란한 심사 및 판정과 시정촌의 지급이 필요한지 아닌지에 대한 결정에 의견을 제시할 수 있다.

## 2) 장애정도구분인정(인정조사위원과 심사위원)

장애정도구분인정까지의 필요한 인력은 인정조사위원과 심사위원, 주치의 등이다. 인정조사위원은 시정촌의 직원이나 시정촌의 위탁을 받은 지정상담지원사업자로 도도부현이 실시하는 연수를 받은 자를 ‘인정조사위원’이라고 한다. 이들은 보건, 의료, 복지에 관해서 전문적인 지식을 가진 사람이 바람직하며, 인정조사결과가 장애정도구분의 기본적인 자료가 되기 때문에 전국적으로 일관된 방법으로 공정하고 객관적이며 정확하게 실시해야 한다. 또한 숙련된 면접기술이 필요하며, 조사대상자의 심신상태, 즉 장애의 상황이나 개호가 필요한 부분들에 대해서 적절하게 평가해야 하며, 필요에 따라서 특별 기재사항에 조사대상자의 상황을 알기 쉽도록 기재할 필요가 있다. 인정조사를 통해 알게 된 개인정보에 대해서 비밀을 엄수해야 한다. 위반 시에는 공무원에 준하는 벌칙이 적용된다. 연수내용은 장애정도구분의 기본적인 이념, 장애정도구분인정조사의 실시 방법(총괄적인 유의사항, 조사방법, 개별항목에 관한 착목점, 조사상의 유의점, 판단기준 등)이 있다. 연수시간은 총 4시간 정도이다.

심사위원으로 위촉된 사람은 장애정도구분인정에 대해서 객관적이고 공평하고 공정한 심사판정을 실시하기 위해서 필요한 지식과 기능을 습득하고 향상시키는 연수를 이수해야 한다. 연수내용은 장애정도구분인정의 기본적인 이념 및 판정위원의 기본자세, 장애정도구분인정기준의 이념(장애정도구분인정절차, 기준의 개념, 1차판정과 2차판정의 역할)등이다. 연수시간은 총 3시간을 기준으로 한다. 위촉기간은 2년이다.

주치의의 경우는 장애정도구분에 관한 기본이념, 장애정도구분인정시 의사의견서의 역할, 의사의견서의 구체적 기재방법 등을 연수하며 총 3시간 정도를 실시한다.



## 5.

일본의 장애등급판정은 우리나라의 장애등급판정과 비슷하며, 장애연금과 수당 등은 장애등급을 통해 지급된다. 장애등급판정은 철저하게 의학적 판정에 의존하고 있다. 그러나 이러한 장애등급판정에 대해 사회적 관심이나 장애당사자들조차 그리 높은 관심을 보이지는 않는다. 손상정도(impairment)의 경증과 중증 진단으로 좌우되는 장애등급제도는 장애자복지서비스와는 직접적인 관련이 없기 때문일 것이다. 반면 장애정도구분인정은 사회적으로나 장애당사자들로부터 많은 관심을 가지게 되는데 이는 이 장애정도구분을 인정받아야 장애인복지 관련 직접 서비스를 받을 수 있기 때문이다.

일본의 장애정도구분인정제도는 ICF의 특징이라고 할 수 있는 사회적 모델과 의료 모델을 통합한 ‘통합 모델’을 시도하고자 노력했다고 볼 수 있다. 예를 들면 컴퓨터에 의한 1차 판정이 주로 신체상황을 기본으로 했다는 점에서 ICF의 배경요인인 심신기능(Body Functions)과 신체구조(Body Structures), 활동(Activities), 참가(Participation)에 해당된다. 또한 장애정도구분인정절차의 감안사항조사항목은 ICF의 구성요소중의 상황요인으로 환경요인(Environmental factors)과 개별요인(Personal factors)에 해당된다고 말할 수 있다. 현장조사원이 감안사항을 조사하게 하고 있는데 이 절차는, 106개 항목에 의한 컴퓨터판정에 한정 짓지 않고 담당자의 현장 조사를 통한 재량적 판단이 서비스의 양을 결정하는데 큰 역할을 할 수 있도록 하고 있다. 감안사항조사내용은 주로 환경요인인 지역생활 인프라, 취로활동이 가능한가, 일상생활을 함에 있어 동거인이 개호를 어느 정도 할 수 있는가, 거주지가 배리어프리화 되어 있는가 등 이다.

예를 들면 휠체어를 타는 근육장애인의 경우, 근육기능과 근육구조의 약화로 활동에 제한이 있어 사회참여가 불가능하다. 그러나 환경요인 또한 지급 양을 결정할 때 감안되어야 하기 때문에 집안에 리프트가 있는가 없는가, 교통기관을 이용할 때 배리어가 있는가 없는가라는 환경요소, 당사자의 연령과 상황 대처방안을 알고 있는가 없는가에 대한 개별요인들을 감안한 뒤에 최종적으로 장애정도구분 인정시간이 결정

된다고 볼 수 있다.

이렇게 ICF의 개념은 일본의 장애인의 서비스 시간을 결정하는 장애평가에 실제로 커다란 영향을 미치고 있다. 또한 ICF의 개념은 실제 장애인복지서비스 중 가장 중요하다고 볼 수 있는 중증장애인의 개호급부에도 많은 영향을 미치고 있음을 알 수 있다. 특히 장애정도구분 3이상의 중증장애인만이 이용할 수 있는 중증방문개호가 그 예이다. 개호급부 중의 하나인 중증방문개호는 중증장애인에게 24시간 개호서비스를 지원할 수 있는 법적근거가 되었다. 즉 ‘미마모리(見守り, 지켜보기)’를 인정함으로써 개호행위 즉 노동을 하지 않더라도 장애인의 옆에 있어 줌으로서 중증장애인에게 심적 안정감을 주는 것도 개호로 인정한 것이다.

또한 중증방문개호에서는 목욕이나 신변처리를 위해서 하루 24시간이 아니라 26시간을 지원해 주기도 한다. 이는 리프트라는 보조기구 즉 환경요인이 없을 경우 목욕개호를 혼자 할 수 없기 때문에 두 사람의 개호를 인정하고 있음을 알 수 있다.

이렇게 장애인의 개별적인 상황까지 파악하고 있는 일본의 장애인개호서비스는 ICF를 충분히 반영하고 있는 복지서비스라고 말할 수 있다. 또한 장애정도구분이 개호인정을 기반으로 했지만 노인의 개호서비스와는 전혀 다르며, 노인과 장애인을 지원하는 개호서비스가 통합되어서는 안된다는 단적인 예를 보여준 것이라고 할 수 있다.

2013년 4월에 시행되는 장애인종합지원법의 개요를 살펴보면 ‘장애정도구분인정’이라는 명칭이 ‘장애지원구분’이라는 형태로 바뀔 예정이다. 이로 인해 각 개인의 손상(impairment)의 특성과 개인을 둘러싸고 있는 사회적 환경 즉 ICF의 장애개념을 적극 받아들이겠다는 의지를 보이고 있다.

그러나 이러한 배경들 속에서도 장애정도구분인정을 개선해야 한다는 다양한 의견들이 나오고 있다. 이러한 의견들은 일본의 장애정도구분인정조사의 한계라고 말할 수 있다. 특히 등급에 따라서 서비스의 양이 결정되기 때문에 주로 등급에 대한 논의가 많이 있다. 이는 일본의 영향을 받으면서 더욱 서비스를 확대해 갈 우리나라에 시사하는 바가 크다고 볼 수 있다.

예를 들면 같은 장애등급판정에서 1급을 받더라도 장애정도구분이 4이상 일 경우

에는 중증방문개호를 받을 수가 없다. 그러나 장애인들은 그날의 날씨정도에 따라 상당히 차이가 보이기 때문에 조사표를 체크하는 날의 컨디션에 따라 달라질 수 있으며, 감안조사시에는 평가 담당자의 개인적인 관점이 크게 좌우한다는 것이다.

또한 홈헬프 서비스를 받기 위해서는 장애정도구분이 3 또는 4 이상이어야 한다. 이렇게 3이나 4등의 선긋기 보다는 그 사람의 욕구에 따라 무엇이 필요한가에 대한 욕구를 개별적으로 파악하여 그 상황에 맞는 케어플랜을 짜고 서비스의 양이 조절되어야 할 것이다. 예를 들면 장애정도구분이 1에 가깝더라도 주체적인 상황파악이 가능한 경우에는 서비스의 양이 줄어 들 수가 있다. 반면 장애정도구분이 6에 가깝더라도 상황파악이 안되고 주체적인 생활이 어려울 경우에는 서비스의 양을 증가시키는 것이 필요할 것이다. 또한 인정조사표안에는 정신장애나 지적장애, 발달장애인에 해당하는 항목이 많은 반면에 시각장애인에 해당하는 항목이 굉장히 부족하여 시각장애인에게는 불리하게 작용한다.

이 부분은 우리나라도의 활동지원제도 안의 인정조사에서 비슷하게 나오는 논의와 한계들이기도 하다. 그렇기 때문에 좀 더 많은 현황 파악과 연구를 통해 한국적 장애정도구분인정을 개발하고 실행시킬 필요가 있어 보인다.

일본의 장애인복지서비스를 받기 위한 장애정도구분인정을 만든 배경에는 장애인 복지서비스의 지역격차 해소와 의료모델에 입각한 장애등급판정에 의한 복지서비스 제공의 한계를 극복하기 위해서였다. 그렇기 때문에 일본은 실생활에 필요한 장애인 복지서비스를 받기 위한 장애정도구분인정, 수급자증과 세금혜택이나 금전적 지원을 위한 장애등급판정을 통한 장애등급(장애수첩), 이 2개의 시스템이 당분간은 공존할 것으로 생각된다.

## 제3절 호주

### 1. 개요

#### 가. 장애인 복지 개요

호주는 국가 설립 당시부터 혁신적인 사회복지정책을 실현하고자 하였다. 이러한 혁신적인 정책을 기획했던 이유로는 우선 영국의 식민지 시절에 경험했던 사회 불평등으로 인해 고질적인 계급사회로 전락되지 않기 위해서 '평등한 사회'를 만들겠다는 이념이 강했다. 현실적인 이유로는 초기국가로서의 건실한 경제구조가 복지국가를 지원할 수 있었으며 호주의 방대한 지역적 특성으로 인해 중앙집권적인 형태로 복지서비스 체계를 구축해야 하는 행정적 필요성도 있었다.

호주의 사회복지 정책의 큰 변화는 1980년대와 90년대에 들어서면서 더욱 진행되었다. 초기부터 강조되었던 복지국가로서의 역할이 점차적으로 커지고 방대한 지역적 특성으로 인해 지방정부와 주정부들이 제공하는 복지서비스 전달의 효율성을 높일 필요성이 많아졌다. 연방정부가 지급하는 사회보장 등 각종 현금 급여들이 늘어나면서 호주 전체를 포괄적으로 관리하는 새로운 복지전달체계 시스템에 대한 필요성이 높아졌다. 즉, 복지서비스의 중복으로 인한 복지서비스 남용의 문제점과, 조정기능의 결여 및 서비스 지속성의 결여 등으로 다양한 복지서비스가 제공되고 있음에도 불구하고 사각지대에서 소외되는 대상자가 생기는 문제점 등은 해결해야 할 과제로 부각되었다.

결과적으로 1997년에 Department of Family and Community Services 내에 Department of Social Security는 폐지되고 Centrelink가 출범되었다. Centrelink는 1997년 설립 이후 2004년까지 FaCSIA(Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs)에 소속되었다가 2004년부터 Department of Human Service에 소속되었다. Centrelink의 핵심적인 서비스 전달 체계는 인터넷 홈페이지 활용이 절대적인 역할을 하고 있다. 복지 서비스를 희망하는 이용자는 본인의 상황과 가장 밀접한 문제를 클릭하면 관련 서비스와 즉각 연결된다. Centrelink는 호주 사회서비스전달체계의 허브 역할을 담당하는 기관으로, 호주에서 공공 사회서비스를 받고자 할 경우 거치게 되는 관문이라고 할 수 있다.

Centrelink는 장애 및 그 외 복지서비스의 1차 접수를 담당하며, 상담과 평가 후 그 결과에 따라 필요한 서비스를 연계하여 효율적으로 서비스를 전달하는데 사례관리의 핵심 역할을 하고 있다. 생애 주기별 접근 방식을 통하여 한 장소에서 서비스

대상이 필요한 모든 서비스를 종합적으로 제공받을 수 있는 통합행정시스템인 것이다.

Centrelink에서 제공되는 서비스들은 연방정부 10개 부처를 포함해서 25개 정부기관이 제공하는 약 140개의 복지서비스를 원스톱으로 제공한다. 출산지원금, 보육비, 학생지원금, 장애인 지원, 소년소녀가장 지원, 구직·실업수당, 퇴직자연금 등 전 생애주기별로 필요한 모든 복지서비스를 연결시켜 한 지붕에서 필요한 서비스들을 제공할 수 있도록 설계되었다.

현물성 서비스인 각종 수당급여들을 제외하고는 Centrelink에서 직접 제공하기 보다는 서비스를 받을 수 있는 기관으로 연결하는 기능으로 이용자가 필요한 서비스를 제공하고 있다. 이러한 연결기능이 가능한 것은 지역 내 서비스 제공기관들과 Centrelink가 서비스 계약을 체결하였기 때문이다. 서비스 계약은 서비스를 제공하는 기관들의 정확한 정보와 함께 제공되는 서비스 내용과 역할들에 대한 인증을 통해 서비스 질에 대한 신뢰를 바탕으로 이루어진다. 또한 Centrelink에서는 계약 기관들이 공급하는 서비스에 대해 비용을 지불하며, 기관별로 제공되는 서비스를 감독하는 역할을 수행하고 있다. 이러한 호주의 전달체계 모형은 미국의 복지 서비스 전달체계와 매우 유사하다. 미국의 경우에도 정부와 지역사회 내 복지 서비스 제공기관들은 서비스 계약을 통해 장애인들의 복지서비스 필요성과 욕구에 의해 개별적인 서비스들을 제공하고 있다.

현재 Centrelink는 Department of Human Services 웹사이트와 통합되었다. 이 새로운 사이트는 보건, 사회, 복지 관련 급여와 서비스를 통합하고 있다. 통합된 서비스 내용을 살펴보면 Families, Job Seekers, Medicare & Your Health, Students & Trainees, Carers, Indigenous Australians, Child Support & Separated Parents, Older Australians, People with a Disability, Migrants, Refugees & Visitors, Rural & Remote Australians, Help in an Emergency 등이며 각 영역에서 제공되는 급여 및 서비스들에 대한 정보를 습득할 수 있고 신청할 수 있다. 호주의 방대한 지역 특성으로 인해 인터넷 신청이 활성화되었다고 보여진다.

호주의 정부구조는 연방정부(Commonwealth Government), 주정부(State Government), 지방정부 (Local Government)로 구성되어 있으며 각각의 정부수준에서 다른 차원의 사회복지서비스를 제공하고 있다. 즉, 연방정부는 노인연금, 실업자보험, 아동양육비, 질병보험, 장애인연금 등의 직접적인 현금급부와 시설운영을 위한 재정적 지원을 담당하며, 주정부 등의 산하조직에 재정적 지원을 함으로써 서비스 전달을 이양시키는 주요 역할을 수행하고 있다. 주정부는 병원, 교육 및 서비스, 그리고 그 외 필요한 시설들을 제공·운영하며 지방정부는 실질적인 복지서비스를 제공하고 있다. 사회복지요원들도 연방, 주, 지방정부 차원의 전담 서비스 내용에 따라서 각기 고용되고 있다. 그 밖에도 비정부조직(Non-Government Organizations)에서는 요양을 위한 수용을 책임지고 있으며, 개별 이용인들의 서비스 필요에 의해 재활서비스들을 제공하고 있다. 또한 사기업(Private Enterprise)에서도 장기요양을 위한 수용, 필요한 서비스 지원, 그리고 보장구 등의 서비스들을 지원하고 있다.

## · 장애개념과 유형

호주의 장애개념과 유형은 통계국(Australian Bureau of Statistics; ABS)의 장애(Disability) 관련 인구조사인 장애인, 노인, 보호자에 대한 조사보고서(Survey of Disability, Ageing and Carers; SDAC, 2003)에서 명시하고 있다. 이 조사보고서에 의하면 장애로 인정받기 위해서는 제약, 제한, 또는 손상이 적어도 6개월 동안 지속되거나 또는 지속될 것으로 예상되어야 하며, 그리고 일상생활 활동에 제약이 있는 경우, 다음 17가지 조건 중 하나 이상에 부합되면 장애를 가진 대상으로 인정하고 있다.

- ☐ 시력 상실 (안경 또는 렌즈에 의한 교정시력이 아닐 때)
- ☐ 청력 상실 (의사소통에 제한이 있거나 보조 장치에 의해 도움을 받아야 하는 경우)
- ☐ 구두의사소통의 어려움
- ☐ 호흡곤란에 의한 일상생활의 제약
- ☐ 만성 혹은 반복적인 고통, 또는 제약을 야기하는 불편함
- ☐ 의식의 상실
- ☐ 학습 혹은 이해의 어려움

- ☐ 팔 혹은 손가락의 불안정한 사용
- ☐ 물건 쥐기, 혹은 잡기에서의 어려움
- ☐ 발 또는 다리의 불안정한 사용
- ☐ 제약을 야기하는 신경 혹은 정서적 상태
- ☐ 신체 활동에서의 제약
- ☐ 기형 혹은 결함
- ☐ 도움이나 관리를 요하는 정신적 질병 혹은 상태
- ☐ 제약을 야기하는 뇌손상, 뇌졸중 등의 장기적인 영향
- ☐ 기타 장기간 동안 치료 혹은 약물의 투입을 요하며 그에 따른 일상생활의 제약
- ☐ 제약을 야기하는 기타 장기간의 상태

위의 17가지 조건에 따른 장애 정의와 더불어, 호주통계국의 조사보고서에는 일상생활에서 요구되는 기본 활동을 의사소통(Communication), 이동성(Mobility), 그리고 자기 관리(Self care) 등 세 가지의 핵심 활동으로 구분하였다 구체적으로 각 세 가지 핵심활동들을 결정하는 요인들은 아래와 같다.

첫째, 의사소통은 가족 혹은 친구들을 이해하는 것, 가족 혹은 친구들에 의해 이해되는 것, 낯선 사람을 이해하는 것 그리고 낯선 사람에 의해 이해되는 것을 포함하고 있다.

둘째, 이동성은 침대 혹은 의자에 앉고 나오는(일어서는) 것, 거주지로 이동하는 것, 거주지에서 다른 장소로 이동하는 것, 200미터를 걷는 것, 손잡이 없이 계단을 오르내리는 것, 바닥의 물건을 구부려서 집어 올리는 것 그리고 공공 교통수단을 이용하는 것을 토대로 평가하고 있다.

셋째, 자기 관리는 샤워 혹은 목욕하기, 옷 입기, 먹기, 화장실 가기, 그리고 배설의 관리(통제)를 포함하고 있다.

위에서 제시한 세 가지의 핵심 활동들은 정도에 따라 다음과 같은 4단계로 분류하고 있다.

- ☐ 최중도(profound): 핵심적인 활동을 할 수 없거나 타인의 도움이 항상 필요한 경우
- ☐ 중도(severe): 핵심적인 활동을 하는 데 때때로 타인의 도움이 필요한 경우
  - 이해하는 데 어려움이 있거나, 가족 또는 친구들의 도움을 받아 이해하는 경우
  - 비언어적 형태의 의사소통을 사용해야 보다 쉽게 의사소통이 가능한 경우
- ☐ 중등도(moderate): 도움을 필요로 하지는 않지만 핵심적인 활동을 수행하는 데 어려움이 있는 경우
- ☐ 경도(mild): 도움을 필요로 하지 않으며 핵심적인 활동을 수행하는 데 어려움은 없으나, 다음과 같은 조건에 해당되는 경우

- 보조 장치를 사용하는 경우
- 쉽게 200미터를 걸을 수 없는 경우
- 손잡이 없이 계단을 오르내릴 수 없는 경우
- 바닥으로부터 물건을 집어 올리기 위해 쉽게 구부릴 수 없는 경우
- 공공 교통수단을 이용할 수 없는 경우
- 공공 교통수단을 이용할 수는 있으나 도움 혹은 감독을 필요로 하는 경우
- 도움이나 감독을 필요로 하지는 않지만 공공 교통수단 이용에 어려움이 있는 경우

## 2. 실제

### 가. 장애판정 법적 기준

호주에서는 장애판정이 중요한 요인으로 적용되는 경우는 사회보장급여를 받기 위한 경우이다. 사회보장급여는 장애로 인해 근로능력이 현저히 떨어진다는 것을 증명해야 지급되기 때문이다. 사회보장법 1991(Social Security Act, 1991)에 의하면 장애(impairment)란 장애로 인해 근로할 수 있는 기능제한이 현저히 떨어지는 것을 의미하고 있으며 영구적인 경우이어야 하며 2년 이상 지속된 경우를 의미한다. 이 법에 의하면 장애로 인정받기 위해서는 해당 전문의에 의해 판정을 받아야 하며 최 대한의 치료 노력을 하였음에도 영구적인 장애로 남은 결과이어야 한다.

급여지급이 아닌 경우에는 각 서비스에서 해당 장애유형을 명시하는 경우가 있기는 하나 장애판정이 중요한 서비스 적격 기준은 아니다. Centrelink에서 서비스 욕구와 필요성에 의해 관련 서비스와 연계해 주고 있으며 이용자가 서비스를 제공받은 경우에만 해당 기관에 서비스 비용을 지출하고 있어 서비스를 제공받기 위해서 허위 진술을 할 수 없게 되어 있다.

결론적으로 호주에서 장애판정은 근로를 할 수 없을 만큼 중증장애를 가졌다는 것을 증명하는 과정이 장애판정의 핵심이다. 따라서 장애판정은 근로능력을 판정하는 것을 중심으로 실시되며 이 과정에서 대부분의 경우 직업재활 서비스와 연동하는 경우가 많다. 또한 최근 들어 사회보장급여를 받고 있는 급여 수급자들은 근로활동 참여를 해야 하는 필수 요건이 부여되면서 직업재활의 중요성이 더욱 부각되었다.



## · 장애판정 신청, 접수 및 등록 등의 절차

### 1) 장애등록절차

2006년 이전에는 장애인이 직업재활서비스 혹은 장애연금의 수혜를 받기 위해서는 WATs(Work Ability Tables)를 통해 적격성 여부를 판정 받아왔다. 그러나 2006년 7월 이후부터는 사회보장 급여의 적격성 판정 및 고용지원서비스의 연계 등은 모두 직업능력 평가(Job Capacity Assessments: JCA)에 의해 시행되고 있다.

Centrelink는 지역사회 내 평가기관과 계약을 맺어 JCA 평가가 필요한 이용자에게 시행되는 종합적이고 심층적인 근로능력 평가를 실시하고 있다. JCA는 숙련된 평가자에 의해 이용자의 근로능력에 대한 상황 고려를 통하여 평가하게 된다. 따라서 JCA를 통해서 장애 혹은 질환, 손상, 또는 사회적 불이익과 같은 고용 획득에서의 장벽, 현재와 미래의 근로 능력, 그리고 직업을 가지거나 혹은 직업을 유지하는데 요구되는 필요한 서비스들을 결정할 수 있는 근거가 된다.

2010년 3월 1일 호주 정부는 장애인의 고용(장애인이 직업을 찾고 유지)을 좀 더 획기적으로 개선시키기 위해, 지역 및 민간단체의 국가적 네트워크를 구축하고 새롭고 증진된 장애 고용 서비스(Disability Employment Services)를 시작하였는데, 이러한 서비스를 이용하기 위해서 대부분의 장애인들은 JSCI(Job Seeker Classification Instrument)를 실시하고, 필요에 따라 ESAs(Employment Services Assessments) 혹은 JCA(Job Capacity Assessment)를 실시하도록 하고 있다. 장애인이 평가를 통해 장애고용서비스가 적절하다고 판단된 경우, Centrelink는 장애인에게 맞는 직업재활서비스 기관에 대한 정보를 제공해 주고, 전반적인 서비스를 지원해 주게 된다. 호주 정부는 2010년부터 3년간 17억 달러를 이 서비스에 투자함으로써, 장애인, 가족, 보호자 및 고용주의 욕구에 부합되는 개별화되고, 유연하며, 전문화된 서비스를 계획하였다. 또한 이 서비스는 그 동안 여러 개로 분산되었던 복잡한 프로그램들을 (1)장애관리서비스(2010년 3월 1일 이전에는 직업재활서비스로 불리던 것)와 (2)장애지원서비스(2010년 3월 1일 이전에는 장애고용네트워크

(Disability Employment Network)로 불리던 것)로 단순화하였고, 직업능력평가 및 의뢰 과정 역시 간편하고 편리하게 구성하였다.

2011년 7월 1일부터는 JCA(Job Capacity Assessment)는 주로 장애연금지원 결정에 주로 사용되고, 고용서비스에는 일차적으로 Employment Service Assessments (ESAts)를 통하여 면접을 통한 평가가 실시되고 있다.

위에서 진행되는 장애판정과정은 사회보장 급여인 Disability Pension 수급자격을 위한 판정이다. 그 외 호주에서 장애판정이 중요한 요인으로 적용되는 경우는 Carer Allowance 혜택을 받기 위해서이다. 이 제도는 장애를 가진 아동과 성인을 돌보고 있는 부모나 보호자에게 지급되고 있는 급여이다. 이 급여는 장애가족으로 인해 일반적인 직업 활동을 할 수 없기 때문에 장애 당사자들은 다른 사회보장급여를 받으면서 가족이나 보호자들이 추가적으로 받을 수 있는 급여수단이다. 이 급여의 자격으로는 중증장애 또는 의료적으로 많은 지원이 필요한 경우가 해당되며 의료 평가에 의해 자격조건을 평가받아야 한다. Carer Allowance는 장애연금보다 다소 간단한 과정을 거치고 있으며 평가도구들은 성인의 경우에는 Adult disability Assessment Tool(ADAT)이며 아동의 경우에는 Child Disability Assessment Tool(CDAT)을 활용하고 있다.

Carers Australia(2007)는 ADAT와 CDAT에 대한 문제점들을 지적하였다. 두 가지 평가도구들이 다양한 장애유형을 평가하기에는 부족함이 있어 의료진이나 보호자들이 이 도구를 활용하는데 적용하는 기준이 다른 문제점이 있을 수 있는 점을 제기하였다. 또한 이 두 가지 평가도구들이 현재 기능을 평가하는 데는 유용하지만 어떤 서비스들을 지원해야 하는지에 대한 평가는 부족하다는 것도 지적하였다. 이 보고서에서는 현재 이 평가도구들을 활용하는 전문가는 의료진이지만 이 서비스를 신청하는 장애인에 대한 많은 정보를 가지고 있는 장애전문가들이 활용하는 것도 허용할 필요성도 제기하였다.

## 2) 장애판정 내용

근로능력 평가는 3 단계를 거친다. 첫 번째 과정은 대상자의 정보를 파악하기 위해 Work Capacity-Customer Information을 실시하고 있다. 다음 표는 그 내용을 요약 정리한 것이다.

〈표 3-25〉 Work Capacity - Customer Information

문항	영역	세부 항목
1	개인정보	센터링크 의뢰번호, 이름, 생년월일, 주소, 전화번호, 통역사 필요 여부
2	장애, 질병, 상해 명	가지고 있는 장애, 질병, 상해 명
3	장애, 질병, 상해 시기	언제 장애, 질병, 상해가 시작 되었는가
4	장애, 질병, 상해 치료	장애, 질병, 상해의 치료가 필요한가 - 해당될 시 관련 세부사항 작성
5	입원기록	장애, 질병, 상해로 인해 입원한 적 있는가
6	수술계획	앞으로 수술할 계획이 있는가 - 해당될 시 관련 세부사항 작성
7	일상생활에서 장애, 질병, 상해로 인한 불편	(4점 척도) 문제없음, 때때로, 자주, 항상 앉기, 서기, 걷기, 계단 오르내리기, 운전, 대중교통의 이용, 물건 집기, 물건 다루기, 들어올리기, 나르기, 구부리기, 기계의 사용, 읽기, 쓰기, 말하기, 듣기, 집중하기, 기억하기, 타인과의 상호작용, 일이나 약속에 참여, 지시의 이해 및 따르기, 자기, 숨쉬기, 개인적 일의 관리, 스스로 돌보기, 다른 사람 돌보기
8	작업장에서 장애, 질병, 상해로 인한 불편	(4점 척도) 없음, 때때로, 자주, 항상 타인과의 상호작용하는가, 적절한 행동을 유지하는가, 업무관련 스트레스나 압박을 조절하는가, 새로운 과업을 배울 수 있는가, 일하는 방법을 기억하는가, 지시를 이해하고 따르는가, 개인적인 요구 사항을 돌보는가, 물리적으로 과업을 완수하는가, 작업장 주변을 돌아다니는가, 다른 사람과 의사소통하는가, 언어를 구사하고 통제하는가
9	주치의 관련 사항	장애, 질병, 상해에 대한 주치의에 대한 세부사항
10	주치의 외의 전문의 관련 사항	장애, 질병, 상해와 관련하여 주치의 외에 다른 전문의가 있는가 - 해당될 시, 관련 세부사항 작성
11	보조원 혹은 상담가 관련 사항	장애, 질병, 상해와 관련하여 상담가 혹은 보조인이 있는가? (예. 카운슬러, 사회복지사, 지역사회보전요원, 교사, 심리학자, 심리치료사) - 해당될 시, 관련 세부사항 작성
12	추가 정보	장애, 질병, 상해와 관련한 기타 추가 정보 - 해당될 시, 관련 세부사항 작성
13	교육 정보	학교 교육 혹은 전일제 교육과 관련된 세부사항 정보
14	자격증 관련 사항	취득한 자격증이 있는가

		- 해당될 시, 관련 세부사항 작성
15	근무 경력	근무 경력이 있는가 - 해당될 시, 세부사항 작성 - 미해당 시, 18번 응답
16	최근 직업	가장 최근까지 근무했던 2개의 직업에 대한 세부 사항 작성
17	작업장 환경의 추가적 지원	작업장에서 장애, 질병, 상해로 인해 환경적 조정(환경 수정, 근무시간 조정, 재교육 등)을 받은 적 있는가 - 해당될 시, 세부사항 작성
18	직무관련 프로그램 참여 경험	구직, 복무, 복직을 돕는 프로그램, 혹은 직업 재활 훈련 등의 직무 관련 프로그램에 참여한 경험이 있는가 - 해당될 시, 세부사항 작성
19	재활 혹은 훈련 프로그램 참여 의사	향후, 재활 혹은 훈련프로그램에 참여 의사가 없는가 - 해당될 시, 이유 및 세부사항 작성
20	근무 혹은 학업 시작 시기	언제부터 일 혹은 학업을 시작할 것인가 - 지금, 6개월 이내, 1년-2년 이내, 2년 이상, 의사없음
21	대리 작성 여부	대리 작성 혹은 도움을 받았는가 - 해당될 시, 대리인에 관한 정보 작성
22	동의 및 서명	위의 내용에 거짓이 없음을 확인 및 서명

두 번째 과정은 구직자들이 노동시장에서 어느 정도의 상대적인 어려움이 있는 지 평가하기 위해 JSCI (Job Seeker Classification Instrument)를 실시한다. 이 평가도구가 1998년에 처음으로 도입될 때에는 구직자가 얼마나 장기적으로 실업상태에 머물러 있게 될 지 측정하는 데 사용되었다. 이 도구를 통해 가장 집중적인 도움을 필요로 하는 구직자를 찾아내고 지원의 정도를 3수준으로 구분할 수 있게 하였다.

2007년 7월 1일부터 JSCI는 임금지원(income support)을 받는 백만명의 구직자들에 대한 행정 자료 분석을 토대로 구직자가 노동시장에서 받게 되는 상대적인 불이익 정도를 파악할 수 있게 하였다. 또한 구직자 중에서 고용에 방해가 되는 다수 혹은 복합적인 사항이 있는 경우에는 ESA (Employment Services Assessments)라는 추가 평가를 받을 수 있도록 설계되었다.

JSCI의 일부 항목은 구직자에게 주어지는 질문에 대한 대답을 근거로 평가되며, 또 다른 항목들은 구직자의 관련 기록을 근거로 하기도 한다. 장애와 의료 상태는 JCA 혹은 ESA에 근거하여 확인되거나 도출된다. JSCI를 실시하는 과정에서 구직

자가 각 항목에 응답하는 내용에 따라 점수를 부여하게 되며, 그 점수의 총합에 의하여 어느 정도 노동시장에 상대적인 불이익이 있는지 나타내게 된다. 즉, 점수가 높을수록 노동시장에 대한 불이익이 크다.

JSCI는 Centerlink에서 시행하는 것이 원칙이나 특정 상황에서는 가끔 JSA, DES 제공자, JCA/ESAt 평가자가 실시하기도 한다. JSCI는 면대면으로 실시되기도 하고 경우에 따라 전화로 실시되기도 한다.

JSCI는 18개 요인을 평가하며, 각 요인의 정보들은 구직자에 대한 기록, ESAt/JCA 보고서, 구직자에 대한 면담 등 몇 가지 자료들에서 수집된다. JSCI의 18가지 요인들은 연령과 성, 직업경험, 구직 이력, 학력, 직업관련 자격, 영어 능숙 정도, 출생국가, 원주민 여부, 원주민 지역, 지리적 위치, 노동시장 근접성, 이동수단 접근성, 전화 접촉 가능성, 장애/의료 상태, 주거의 안정성, 생활 환경, 전과 유무, 개인 요인 등이다.

18개의 요인 가운데 연령과 성 및 장애/의료 상태를 구체적으로 살펴보면 아래 표와 같다.

〈표 3-26〉 장애/의료 상태

하위 요인		점수
장애/의료 상태 구성 요인	장애/의료 상태 없음	0
	한 가지 장애/의료 상태	2
	복수의 장애/의료 상태	3
	응답 거부	1
직업 능력 요인 (ESAt/JCA에서 도출)	주 23-29시간 작업 능력	3
	주 15-22시간 작업 능력	6
	주 15시간 미만 작업 능력	7
지원 요구 요인 (ESAt/JCA에서 도출)	한 가지 지원 요구	1
	두 가지 지원 요구	2
	세 가지에서 15가지 지원 요구	3

JSCI 실시 결과로 Stream 1-427)까지 구분하며, 결과에 따라 ESAt(Employment

Services Assessments) 혹은 JCA (Job Capacity Assessments)를 의뢰하게 된다.

가) Stream 1

JSA를 통하여 프로그램을 이용할 수 있는 첫 번째 수준으로서 JSCI에서 ‘일할 준비(work ready)’가 되어 있고 방해가 거의 없는 상태이다. 이 경우, ESP(Employment Service Provider)에서 이력서 작성 지원, 구직 기관 알선, 직업 훈련 알선, 매월 대면 상담 등을 실시하게 된다. Centerlink에서 EPP(Employment Pathway Plan)을 개발하여 당사자와 EPS 간의 권리와 의무를 정하며, 12개월 이내에 직업경험활동을 종료해야 한다. EPF (Employment Pathway Fund)에서 작업복, 작업 기구(장비), 교통비, 훈련비, 급여보조 등의 비용이 지급된다. 3개월 후에 ESP에 의하여 기술 평가(Skills Assessment)를 실시하여 교육이나 훈련을 통한 기술의 향상과 향후 구직과 직업유지를 위한 전략을 개발하게 된다.

나) Stream 2

JSA를 통하여 프로그램을 이용할 수 있는 두 번째 수준으로서 Stream 1의 내용을 포함하며, 구직을 위한 집중적인 활동을 지원하고, 12개월 이상 직업경험 활동을 할 수 있다. EPP를 개발하고 EPF에서 비용을 지급한다.

다) Stream 3

Stream 3에서는 구직에 심각한 방해를 받는 사람을 대상으로 한다. Stream 1, 2와 마찬가지로 JSCI를 실시하며, 그 결과 구직에서 상대적으로 심각한 방해를 받는 사람으로 평가된 경우이다. 3개월 기술 평가를 실시하고, 매월 면대면 상담을 하며, 구직을 위한 집중적인 활동을 지원하고, 12개월 이상 직업경험 활동을 할 수 있다. EPP를 개발하고 EPF에서 비용을 지급한다.

---

27) Stream 1: 19점 이하; Stream 2: 20-28점; Stream 3: 29점 이상; Stream 4: ESAt 혹은 JCA에 근거하여 결정됨.

#### 라) Stream 4

Stream 4에서는 Stream 3에서와 같이, 구직에 심각한 방해를 받는 사람을 대상으로 한다. Stream 3과 마찬가지로 JSCI를 실시한 후 추가 평가를 위하여 JCA를 실시하며, 그 결과에 따라 Stream 4로 구분된다. 이 경우에는 사례관리를 통하여 구직자를 지원하게 되며, 상담과 그 외 전문적인 서비스를 제공하게 된다. 3개월 기술 평가를 실시하고, 매월 면대면 상담을 하며, 구직을 위한 집중적인 활동을 지원하고, 12개월 이상 직업경험 활동을 할 수 있다. EPP를 개발하고 EPF에서 비용을 지급한다.

마지막 단계는 JCA(Job Capacity Assessments) 평가이다. 이 평가는 Centerlink에서 재정적 지원을 신청하거나 받고 있는 경우에는 필수적으로 실시하여야 한다. JCA는 일을 할 수 있는 능력이나 일을 하는 데 도움을 줄 수 있는 프로그램에 참여할 수 있는지 평가하게 된다. 평가자는 일을 하거나 프로그램에 참여하는 데 방해가 되는 요소들을 살펴보고 이를 해결하기 위한 방안을 제안하게 된다. 일을 할 수 있는 능력은 개인이 독립적으로 최저 임금 이상을 받을 수 있는 일을 하거나 향후 일을 하기 위해 훈련 받을 수 있는 능력을 말한다.

JCA는 CRS Australia 혹은 Centerlink 직원에 의하여 주로 실시된다. 일을 하거나 프로그램에 참여하는 데 방해가 되는 예로 신체적·정신적 장애, 문맹, 노숙생활을 하고 있는 자 등을 들 수 있다. 의료적 상태나 장애가 현재 및 미래의 직업 능력에 어떻게 영향을 미치는지 확인하게 된다. 이 평가를 통하여 어떤 고용 서비스로 의뢰할 것이며, 또는 장애연금 대상자로 될 수 있는지 결정하게 된다.

JCA는 대면을 통한 면담으로 약 1시간 동안 실시된다. 불가피한 상황에서는 전화로도 면담할 수 있으나 가능한 한 대면 면담을 통해 진행된다. 면담 시 직원은 JSCI 항목부터 질문하거나 고용 서비스 제공자가 제시한 쟁점들에 대하여 질문한다. JCA 평가를 실시하는 전문가들은 의료 관련 전문가들로서 임상 심리사, 간호사, 직업재활사, 사회복지사, 물리치료사 등이다.

2011년 7월 1일부터 JCA는 장애연금 수급 결정에 미치는 영향을 고려하여 Centerlink에 채용된 직원이 직접 평가를 실시하고 있다. 평가는 의료나 장애 상태

를 고려하여 가능한 한 적합한 인력이 담당하도록 하고 있다.

JCA에서는 신체적 검사나 질병 혹은 장애에 대한 진단을 하지 않는다. 왜냐하면 이용인이 전문의에 의한 신체나 정신장애에 대한 의료 평가 및 기록이 제출되기 때문이다. 따라서 JCA는 장애로 인한 의료상태로 인해 일할 수 있는 일상적인 능력에 어느 정도 방해가 되는지를 중점으로 평가한다. 이 평가에서는 아래와 같은 질문을 통하여 평가를 실시하며, 평가자는 의료보고서, 학교 보고서, 전문가 평가 내용, Centerlink나 고용 서비스 제공자가 제공하는 정보 등을 참고하게 된다.

JCA 보고서는 다음과 같은 항목으로 구성된다.

- ☐ 인적사항(Client Details)
- ☐ 의뢰 관련 사항(Referral Details)
- ☐ 평가 관련 사항(Assessment Details)
- ☐ 의료적 상태(Medical Conditions)
- ☐ 참고자료(References: Information/evidence considered in preparation of the assessment but was not limited to the following)
- ☐ 손상(Impairment: Condition; Impairment Table; Functional Impact; Total Impairment Rating)
- ☐ 장애(Barrier)
- ☐ 요구되는 지원(Support Requirement)
- ☐ 작업능력(Work Capacity: Baseline Work Capacity; Capacity for work within 2 years with intervention)
- ☐ 평가요약(Assessment Summary)
- ☐ 제안(Recommendations)

JCA를 실시한 후 보고서를 바탕으로 장애연금 수급자로 결정이 되며 만일 근로할 수 있다고 판단되면 근로지원을 위해 Centerlink에서 어느 정도 비용을 받게 되는지, 어떤 프로그램에 참여하게 될 것인지 결정하는 근거가 된다. JCA보고서에서는 가장 적절한 지역사회 지원 내지 고용 서비스를 제안하고 관련 기관에 의뢰하게 되며, Centerlink에 가장 적절한 비용지원 내역을 제안한다. 관련 서비스들은 Centerlink에서 최종 결정을 통해 진행된다.

Carer Allowance 수급을 위해 실시되는 성인용 ADAT는 크게 두 영역으로 구성되어 있다. 첫 번째 영역인 Claimant Questionnaire로 질문 내용을 정리하면 아



래와 같다.

- 집안에서 이동 시 위커 또는 휠체어를 사용하는가? 사용 시 도움정도는 어떠한지?
  - 도움 필요 없음
  - 한 명의 도움 필요
  - 두 명의 도움 필요
  - 와상 상태
- 집안이나 집밖에서 넘어지는 경우는 있는가?(휠체어에서 넘어지는 경우도 포함)
  - 자주
  - 가끔
  - 전혀 그렇지 않음
- 침대, 의자, 휠체어 등에서 이동할 수 있는가?
  - 도움 필요 없음
  - 조금 지원 필요
  - 많은 지원 필요
  - 전혀 이동할 수 없음
- 보청기 착용에도 불구하고 청각에 문제가 있는지와 안경을 사용하는데도 보기가 어려운 경우가 있는가?
  - 늘 어려움
  - 자주 어려움
  - 가끔 어려움
  - 전혀 문제없음
- 수면 시 지원이 필요한가?
  - 늘 필요함
  - 자주 필요함
  - 가끔 필요함
  - 전혀 문제 없음
- 대소변 문제는 있는가?
  - 늘 있음
  - 자주 있음
  - 가끔 있음
  - 전혀 없음
- 화장실 사용은 어떠한가?
  - 도움 필요 없음
  - 조금 지원 필요
  - 많은 지원 필요
  - 화장실 사용 불가
- 음식 섭취는 어떠한가?
  - 도움 필요 없음
  - 조금 지원 필요
  - 많은 지원 필요
  - 스스로 섭취할 수 없음
- 목욕이나 샤워, 옷 입기(단추 채우고 지퍼 올리는 등) 자기 외모관리(면도, 머리 가꾸기, 칫솔질 등)을 할 수 있는가?
  - 도움 필요 없음
  - 조금 지원 필요
  - 많은 지원 필요

- 스스로 할 수 없음
- 제 시간에 맞는 용량으로 약을 복용할 수 있는가?
  - 도움 필요 없음
  - 조금 지원 필요
  - 많은 지원 필요
  - 스스로 복용할 수 없음
  - 약을 복용하고 있지 않음
- 상처치료나 gastric feeding, 산소 호흡기 등 본인의 의료적 치료 처치가 가능한가?
  - 도움 필요 없음
  - 조금 지원 필요
  - 많은 지원 필요
  - 스스로 복용할 수 없음
  - 치료를 하고 있지 않음

현재 장애인의 상황에 대한 질문이며 그 내용을 정리하면 아래와 같다.

- 보호자가 말하는 것을 이해하고 있는가?
  - 언제나
  - 거의 대부분
  - 가끔
  - 전혀
- 다른 사람들이 말하는 것을 이해하고 있는가?
  - 언제나
  - 거의 대부분
  - 가끔
  - 전혀
- 본인의 감정이나 필요로 하는 것을 요구할 수 있는가(일반대화, 수화, 또는 언어대체수단 등 사용)
  - 언제나
  - 거의 대부분
  - 가끔
  - 전혀
- 본인이 어디에 있는지 알고 있는가?
  - 언제나
  - 거의 대부분
  - 가끔
  - 전혀
- 아침, 점심, 저녁을 구분할 수 있는가?
  - 언제나
  - 거의 대부분
  - 가끔
  - 전혀
- 오늘 있었던 일들을 기억하고 있는가?
  - 언제나
  - 거의 대부분

- 가끔
- 전혀

그리고 장애인의 평상 시 행동에 대한 질문 내용을 정리하면 아래와 같다.

- 집에서 도망치려 하는지?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 자주 그러함
- 타인에게 소리 치르거나 괴롭히는 행동을 하는지?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 자주 그러함
- 신체적으로 타인에게 위협적인 행동을 하는지?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 자주 그러함
- 가구나 그 외 물건들을 파괴하는 행동을 하는지?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 자주 그러함
- 특별한 이유 없이 울거나 웃거나 하는 행동을 하는지?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 자주 그러함
  - 전혀
- 타인과의 접촉을 피하거나 우울하거나 걱정 또는 두려워하는 행동을 하는지?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 자주 그러함
  - 전혀
- 자신을 물거나 머리를 부딪치는 행동 등 자신의 학대하는 행동을 하는지?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 자주 그러함
  - 전혀
- 식욕을 억제하지 못하거나 손벽을 치거나 같은 말을 계속하는 등 반복적인 행동 등 적절하지 않은 행동을 하는지?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 자주 그러함

ADAT 평가 중 두 번째 영역은 의료진을 대상으로 실시되는 질문지로 이 영역은 장애인을 치료하고 있는 주치의가 작성하는 것이 원칙이다. 주치의는 장애인이 할 수 있는 것이 아닌 지금 현 상태를 중심으로 답변하는 것이 평가 지침이다. 기본적으로 이 영역에서는 대소변 관리, 자기 가꾸는 정도, 화장실 사용여부, 섭취 기능, 집안에서 자리 옮기기 및 이동 정도, 옷 입기, 계단 오르기, 그리고 목욕하기 등에 대한 장애인의 현 상태에 대한 의료진의 진단 내용을 평가 한다. 이러한 과정에서 의료진이 장애인이 지적장애가 있는지 판단하고 만일 있다고 평가하면 추가적으로 현재시간을 물어보고 기억력 정도, 주소, 병원이나 집안에 있는 두 명의 사람이 누구인지 물어보고 본인의 생일, 현재 호주 총리의 이름, 20부터 1까지 거꾸로 말하기 등을 추가적으로 질문하여 지적능력 정도를 평가한다. 만일 장애인이 의사소통이 안 되거나 협조하지 않으면 평가불가라고 판정한다. 이 과정에서 아래 표와 같은 질문들도 평가에 포함된다.

- 우울증 증세가 있는가?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 거의 그러함
- 기억상실증 같은 증상이 있는가?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 거의 그러함
- 타인과의 접촉을 피하는가?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 거의 그러함
- 본인이나 타인에게 위협적인 행동을 하는가?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 거의 그러함
- 적절하지 않은 행동을 하는가?
  - 전혀 그러지 않음
  - 가끔 그러함
  - 거의 그러함

## · 장애판정기관 및 인력 구성 현황

호주의 경우에는 장애판정은 의료진에 의한 의료평가만이 아닌 다양한 내용에 대한 평가들이 진행되고 있다. 위에서 이미 지적하였지만 호주의 경우 장애판정의 핵심은 장애연금 및 그 외 현금성 서비스 지원 여부를 결정하는데 적용하기 위한 과정이다.

장애판정은 Centrelink에서 직접 수행하고 있으며 위에서 제시한 과정 중 마지막 단계인 JCA 평가가 결정적인 평가지만 이 단계까지 이용자의 개인 상황 및 근로능력에 영향을 미치는 사회적 환경까지 평가하고 있는 특징이 있다.

## 3. 장애판정에 따른 서비스 제공체계 현황

호주의 경우 장애인 당사자가 정부로 제공받을 수 있는 장애관련 주요 현물서비스는 위에서 지적한 주요 사회보장 급여인 Disability Support Pension과 그 외 Sickness Allowance, Mobility Allowance, Wife Pension 등이 있다. 또한 현물서비스로는 Rent Assistance가 있는데 이 서비스는 장애인들만을 대상으로 지급되는 것은 아니나 장애연금 수급자들이 정부 출현 임대주택이 아닌 개인에게 주거를 임대를 한 경우 월세를 지원을 하는 것이다.

호주의 활동지원서비스는 Attendant Care Program(ACP)이라 하며 이 서비스는 Family & Community Services Ageing, Disability & Home Care에서 제공하고 있다. ACP의 자격 요건은 16세 이상 64세 이하로 “근로 연령” 범주에 있는 자로서 신체적 장애가 있으며, 자신의 환경과 활동보조인을 직접적으로 관리할 수 있고 주 15시간 이상, 34시간까지의 개별원조를 필요로 하는 사람을 대상으로 제공된다. 따라서 대부분의 서비스 수급자들은 척추장애, 뇌성마비, 관절 및 절단장애, 중풍과 뇌졸중, 다발성 경화증, 소아마비와 척추과열 등의 중증장애를 가지고 있다. 또한 서비스 자격으로 서비스의 대상자는 환경과 자신의 활동보조인에 대해 관리와 통제력을 행사하는 것이 가능해야 하며, 활동보조인과의 의사소통에 문제가 있을 때는 본

인의 희망에 따라 친구나 보호자 등을 이용하는 것도 가능하다. ACP 지원을 요청하는 모든 신청인은 노인·장애인 및 홈케어담당국 (Department of Ageing, Disability & Home Care: DADHC)에서 파견한 실무자(assessor)가 실시하는 사정 과정에 임해야 한다(Dept of Ageing, Disability and Home Care, 2003). 이러한 평가 과정을 통해서 서비스 대상자의 적격성을 판정하게 되며, 서비스 필요 시간을 배정받을 수 있게 된다(Physical Disability Council of NSW, 2006).

활동지원서비스 대상자나 그 외 장애정도가 심각하게 진행되는 경우에는 또 다른 평가를 제공하고 있다. 이 평가는 Rapidly Degenerative Checklist for Referrers이며 장애정도가 빠르게 진행되어 일주일에 10시간 이상의 서비스가 필요한 경우에 사용되는 평가 체크리스트이다. 기본적으로 이 평가 체크리스트에서는 신청인의 현재 상태를 평가하기 위해 현재 영향을 받고 있는 신체 구조<sup>28)</sup>는 어디인지 질문한다. 또한 이로 인해 어려움이 있는 기능<sup>29)</sup>을 평가하고 있다. 추가적으로 현재 자기 관리를 어느 정도 할 수 있는 지도 질문한다. 이러한 기본 질문 후에는 지난 3개월에서 6개월 내 신청인의 변화를 서술 식으로 구체적인 질문하며 현재 정부로부터 받고 있는 서비스 현황<sup>30)</sup>과 시간을 질의하고 일주일에 10시간 이상 서비스가 필요한 이유를 구체적으로 평가한다([www.adhc.nsw.gov.au](http://www.adhc.nsw.gov.au)).

#### 4. 장애인복지와 ICF(International Classification of Functioning)

세계보건기구는 80년대 이후 꾸준한 현장검증과 지속적인 국제회의를 거쳐 2001년 5월에 세계보건위원회(World Health Assembly)에서 ICIDH를 수정 보완한 ICF를 세계적으로 통용될 수 있도록 승인하였다. ICF는 이제까지 장애를 손상(impairment)적인 측면으로만 보던 관점에서 손상으로 인한 기능적 제약(functional limitation)적인 측면을 강조하는 방향으로 발전하였으며 더 나아가 생태학적 관점

28) 목/머리, 배/척수, 팔, 손, 다리, 발

29) 숨쉬기/삼키기, 언어, 몸 지탱하기, 이동, 소근육 움직임

30) 개인관리, 집안도우미, 사례관리, 임시보호 등

(ecological perspective)으로 발전시켰다. 결과적으로 장애인 신체적 손상, 기능적 제한을 바탕으로 개별 장애인들의 가정, 직장 그리고 사회적 환경 등에 영향을 받는 상호 작용의 결과라고 정의하고 있다.

호주에서도 1998 CSTDA(Commonwealth State Territory Disability Agreement)에서는 장애인들을 위한 서비스는 ‘support needs’, 즉, 필요한 서비스 지원이 핵심이라는 것을 인식하면서 기존의 서비스 지원을 위한 평가에 부정적인 시각을 가지게 되었다. 이러한 인식을 계기로 2000년 초반에 ICF가 발표되면서 이를 활용하여 서비스 지원 근거를 마련하기 위한 자료로 활용하였다. 이러한 원칙을 바탕으로 ICF 영역 중 활동과 참여를 서비스 필요성을 평가하는 지침으로 개발하였다.

호주의 Australian Institute of Health and Welfare(AIHW)에서도 ICF를 호주의 건강과 복지 관련 영역에서 넓게 적용할 것을 권장하고 있다. ICF를 기반으로 각 치료 결과의 효과성 검증, 보험과 장애서비스 등에서 적용을 시도하고 있다. Advisory Committee on Australian and International Disability Data(ACAIDD)에서는 장애인들의 활동을 지원하기 위해 환경 요인들을 적극 평가하는 것에 주력할 필요성을 제기하였다. 이러한 방향성은 장애인뿐만 아니라 노인서비스 정책마련에도 활용하는 것을 추진하고 있다(AIHW, 2003). 특히 ICF 영역 중 환경요인에 주력하고 있다. 이는 활동과 참여를 저해하는 환경들을 분석하고 이를 해결하는 방안을 마련하는 것이 사회 전반적으로 필요하기 때문이다.

호주의 장애실태조사에도 ICF를 근거로 활용하고 있으며 차별금지법을 비롯하여 특수교육, 장애연금 및 그 외 급여수당, 그리고 장애인 관련 기관에서 ICF 개념을 적용하고 있으며 관련 정책에 기초가 되고 있다.

## 5.

호주의 경우에는 장애판정의 주목적은 장애연금 등 현금성 서비스 지급 여부를 결정하기 위해서라 할 수 있다. 현금성 서비스는 이용인이 근로능력이 현저히 떨어져 근로할 수 없는 경우에만 지급되고 있기 때문이다. 최근 들어 이용자들의 수급조

건을 판정하기 위해 급여지급에 필요한 소득 및 자산조사를 실시할 수 있도록 Centrelink와 세무서(Australian Taxation Office)를 결합하여 운영하고 있다

〈표 3-27〉 호주 장애에 대한 법적 정의, 장애판정 개요, 서비스연계

<p>장애에 대한 법적 정의</p>	<div data-bbox="404 538 1186 850"> <p>□ 장애인차별금지법(DDA)에서의 정의는 아래와 같음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 개인의 신체적 기능 또는 정신기능의 부분적 또는 완전 상실</li> <li>- 신체 부분의 완전 또는 일부 상실</li> <li>- 현재 생체기능에 질병을 갖고 있는 상태</li> <li>- 현재 생체기능에 질병을 유발할 수 있는 상태</li> <li>- 개인의 신체일부가 기능부전 또는 기형</li> <li>- 질병 또는 기능부전의 결과가 비장애인에게 장애로 인지되는 경우</li> <li>- 질병이 개인의 사고, 현상인지, 정서 및 판단에 행위를 방해하는 결과를 초래하거나 장애가 현재 존재하거나, 또는 예전에는 존재하였는데 더 이상 존재하지 않거나 또는 개인에게 자장을 주는 경우임.</li> </ul> </div> <div data-bbox="404 880 1186 1099"> <p>□ 장애인서비스법 (Disability Services Act)에서는 장애의 개념을 명시하고 있지 않으나 장애인관련 서비스의 대상 집단을 다음과 같이 명시하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 지적, 정신적, 감각적, 신체적 기능장애, 또는 이러한 기능장애의 원인에 의한 장애</li> <li>- 장애가 영구적이거나 또는 지속될 가능성이 있는 것</li> <li>- 이러한 결과에 의해서                             <ul style="list-style-type: none"> <li>• 언어능력, 학습능력, 또는 이동하는 능력이 상당히 저하되고</li> <li>• 지속적인 지원서비스가 필요한 경우</li> </ul> </li> </ul> </div> <div data-bbox="404 1129 1186 1725"> <p>□ 호주통계국 (ABS)의 장애인, 노인 및 보호자에 대한 조사에서는 다음과 같은 장애 개념 및 정의를 하고 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- 시력 상실(안경 또는 렌즈에 의한 교정시력이 아닐 때)</li> <li>- 청력 상실(의사소통에 제한이 있거나 보조 장치에 의해 도움을 받아야 하는 경우)</li> <li>- 구두의사소통의 어려움</li> <li>- 호흡곤란에 의한 일상생활의 제약</li> <li>- 만성 혹은 반복적인 고통, 또는 제약을 야기하는 불편함</li> <li>- 의식의 상실</li> <li>- 학습 혹은 이해의 어려움</li> <li>- 팔 혹은 손가락의 불완전한 사용</li> <li>- 물건 쥐기, 혹은 잡기에서의 어려움</li> <li>- 발 또는 다리의 불완전한 사용</li> <li>- 제약을 야기하는 신경 혹은 정서적 상태</li> <li>- 신체 활동에서의 제약</li> <li>- 기형 혹은 결함</li> <li>- 도움이나 관리를 요하는 정신적 질병 혹은 상태</li> <li>- 제약을 야기하는 뇌손상, 뇌졸중 등의 장기적인 영향</li> <li>- 기타 장기간 동안 치료 혹은 약물의 투입을 요하며 그에 따른 일상생활의 제약</li> <li>- 제약을 야기하는 기타 장기간의 상태</li> </ul> </div>
<p>장애판정</p>	<p>장애연금 등 현금성 서비스 신청인은 근로능력을 평가하는 것이 장애판정의 핵심과제임.</p>



개요	궁극적으로 JCA를 중심으로 평가하고 있으나 근로할 수 있는 Work Capacity, JSCI, ESAts 등 개인의 상황인 사회 환경까지 단계적으로 평가를 실시하고 있음. 이러한 장애판정 과정을 통해 장애연금으로 이어지는 수급권으로부터 탈피하여 근로를 통한 직업재활 서비스로 연계될 수 있도록 다양한 지원을 하고 있음.
서비스 연계	JSCI 실시 결과로 Stream 1-4까지 필요한 직업재활 서비스로 연계할 수 있도록 지원하고 있음. 2011년부터는 장애연금수급자도 필수적으로 근로활동 참여를 위한 노력을 하도록 설계하고 있음.
전달체계	Centrelink를 중심으로 연방정부 10개 부처를 포함해서 25개 정부기관이 제공하는 약 140가지의 복지서비스를 원스톱으로 제공하는 전달체계를 운영하고 있음. 전 생애주기별로 필요한 모든 복지서비스를 연결시켜 한 지붕에서 필요한 서비스들을 제공할 수 있도록 하였음.

호주의 장애 판정의 중심은 근로능력여부를 판단하여 장애연금 수급여부를 결정하는데 있다. 장애연금을 지급하기 위해서는 이용인이 장애와 사회 환경으로 인해 근로할 수 없다는 것을 판정받아야 하기 때문이다. 근로능력을 평가하는 과정도 최종 JCA를 실시하기 전에 개인이 근로하는데 방해가 되는 개인 및 사회적 환경까지 단계적으로 평가하고 있다.

그 외 비현금성 복지 서비스의 경우에는 장애정도가 서비스 수급여부를 결정하는 것이 아니라 각 서비스에서 제시하는 기준에 따라 해당 서비스가 필요한 경우 서비스 적격자로 선정하여 서비스를 제공하고 있다.

이러한 서비스 제공이 가능한 가장 큰 이유는 호주의 경우에는 Centrelink를 중심으로 사례관리 체계를 가지고 있기 때문이다. Centrelink에서 면대면 상담을 통해 필요한 서비스가 결정되면 지역사회 내에서 필요한 서비스로 연계를 하며 이후 서비스 제공 여부와 진행 결과에 대한 검증을 하고 있다. 호주의 경우 장애인복지서비스 제공기관들에게 제공되는 예산은 이용인에게 제공된 서비스 횟수와 정도에 따라 지급되고 있다. 서비스 제공기관들은 Centrelink와 서비스 계약체계를 맺어 서비스를 제공하고 있으며 Centrelink는 이를 관리하고 있다.

Centrelink는 설립이후 이용자들에게 효율적인 서비스를 제공하기 위해 수정과 보완을 거듭하고 있다. 2009년 12월에는 좀 더 효과적으로 서비스를 제공하기 위해 서비스전달체계개혁을 착수하였으며 2011년 7월부터는 전달체계 개혁의 목적을

‘easy, high quality, and Works for you’로, 이용자가 중심이 되어 더욱 쉽게 필요한 서비스에 접근할 수 있고 높은 수준의 서비스를 받으며 이용자에게 필요한 서비스를 제공하는 목적으로 보완되었다.

또한 장애인의 높은 의료적 서비스 요구와 필요성으로 인해 Centrelink와 메디케어를 통합하여 원스탑 서비스 체계를 강화하여 복지서비스 뿐만 아니라 건강과 관련된 다양한 급여를 같이 제공하고 있다. 또한 복합적인 복지서비스가 필요한 이용자들을 위해 사례조정지원(case coordination support)를 통해 좀 더 세밀한 서비스를 제공하려고 하며 호주의 방대한 지역특성을 고려하여 지방 및 벽지 주민들을 위한 이동 및 방문서비스 개선을 추진하고 있다.

장애판정과 관련하여 호주의 시사점을 정리해 보면 우선적으로 장애판정은 서비스 목적과 전달체계가 밀접한 관계에 있음을 알 수 있다. 호주의 경우 의학적 장애 평가는 기본적으로 실시되고 있다. 다만 의학적 평가가 절대적인 것이 아니라 최종 결정을 하는데 필요한 자료로 활용되고 있는 것이다. 현금성 서비스의 경우 근로능력을 평가하여 근로능력이 없는 경우에만 제공되고 있다. 즉, 장애연금의 목적에 맞게 근로능력 정도를 평가하고 있는 것이다. 현재 우리나라의 경우에는 장애연금액수가 선진국과 비교하면 적지만 앞으로 장애연금 수급자격 평가는 근로능력을 평가하는 방안으로 수정보완이 되어야 할 것이다.

호주의 경우 신청인의 근로능력만을 평가하는 것에 대한 문제점을 인식하고 개인의 근로능력에 영향을 미치는 장애관련 정보, 장애로 인해 일상생활이나 작업장에서 불편함 정도, 교육 및 자격증 관련 사항, 직업재활 프로그램 참여 의사 등을 알아보고 있으며 이용인의 작업능력 정도를 주 당 근무시간과 연동하여 평가하고 있다. 이러한 다양한 근로능력 평가 과정을 거치는 것은 장애연금 수급자로 선정되기 전에 필요한 직업재활 서비스 이용 가능성을 평가하여 생산적인 활동으로 유도하기 위해서 이다.

우리나라 제도와 관련해서는 앞으로 직업재활서비스와 장애연금을 연동할 수 있는 체계를 통해 장애연금 수급 결정전에 필요한 직업재활 서비스를 제공하는 체계 마련이 필요하다고 본다. 아직까지는 장애연금액수가 적고 또 기초 소득보장은 국민기

초생활보장제도를 통해 지급되고 있지만 앞으로 장애연금제도와 국민기초생활보장제도의 통합문제도 고려될 필요성이 있다. 국민기초생활보장제도에서 근로능력을 평가하고 있으나 15개 정도의 근로능력 평가기준만을 적용하고 있어 앞으로 호주와 같이 다양한 상황평가를 통해 근로능력을 평가해야 할 것이다. 최근 들어 호주는 장애연금 수급자들의 생산적인 근로활동을 유도하기 위해 근로활동 참여를 위한 노력을 필수화하고 있다. 정기적으로 근로활동을 할 수 있도록 지원하는 서비스 체계를 마련한 것이다.

호주의 장애인복지 전달체계는 장애인복지에 앞서 있는 미국과 매우 유사하다. 미국의 경우에도 장애판정은 현금성 서비스 지급결정을 위해 근로능력 여부가 중심이 되고 있으며 그 외 서비스들은 정부가 주도하여 이용인의 서비스 욕구와 필요성을 중심으로 지역사회 내 관련기관들과 서비스 계약체계를 통해 사례관리시스템이 운영되고 있다. 우리나라의 경우 사례관리를 실천할 수 있는 인프라가 부족한 것이 현실이다. 장애인복지 인프라 구축을 위해 국민연금공단 산하 장애인지원실을 중심으로 장애인지원센터를 시범운영하였으나 예산구조 등의 변경 없이 지역사회 내 장애인복지서비스 기관들과 서비스 조정을 하는 것이 현실적으로 매우 어려운 과제라 본다. 호주의 Centrelink도 몇 번의 개혁적인 변화 과정을 거치면서 원스톱 서비스 제공기관으로 자리 잡았다. 이러한 개혁의 중심은 이용자들에게 효율적이고 효과적인 서비스 제공이라는 확실한 목적이 있었다.

## 제4절 각국 장애판정제도의 비교

### 1. 3 국가의 장애판정제도 비교

본 연구에서는 우리나라 장애판정제도 개선방안을 모색하기 위해 프랑스, 일본, 그리고 호주의 장애판정제도를 분석하였다. 프랑스의 경우 MDPH란 장애인통합기관을 중심으로 장애판정을 위한 접수에서 진단 그리고 장애판정 및 판정 결과에 따른 복지서비스까지 한 기관에서 제공하고 있다. 우리나라와 유사한 장애인복지 체계

를 가지고 있는 일본의 경우에는 장애등급제도는 유지하되 개호서비스 등은 장애정도구분인정조사표에 의해 장애정도를 평가하여 서비스 적격성 및 서비스 총량을 결정하고 있다. 호주의 경우에는 Centrelink를 중심으로 사회복지서비스 전반에서 장애인복지 서비스를 통합적으로 제공하고 있다. 즉, 장애평가를 비롯해서 각종 서비스를 원스톱 서비스를 제공하고 있어 이용자 중심의 복지 서비스를 제공하고 있다.

각 세 국가들의 제도들의 시사점을 면밀하게 살펴보면 프랑스에서는 장애인통합기관 내 종합평가팀에 의해 6가지 평가방법을 통해 손상율에 대한 평가를 실시하고 있다. 손상율의 개념은 의료적이나 프랑스의 경우 손상율만 가지고 최종 평가를 하는 것은 아니다. 프랑스 경우 장애평가를 실시하는 평가방법 중 의미가 있는 부분은 전화평가나 신청인의 거주지 방문을 통한 평가를 실시하고 있다는 것이다. 이러한 접근방법은 이용자의 편의를 고려하였다는 점에서 시사점이 있다고 본다.

장애판정의 목적은 복지서비스 배분을 위한 수급 적격성 판정, 장애인카드 발급, 복지 서비스로의 연계를 위해서 실시하고 있다. 법적 장애유형 분류는 총 8가지로 지적 및 행동 장애, 정신장애, 청각장애, 언어장애, 시각장애, 내과장애, 이동장애, 외상장애로 인정하고 있으며 장애정도는 손상율에 따라 경미, 중함, 상당 그리고 심각으로 평가하고 있다. 성인장애수당과 장애아동교육수당, 장애인 카드 등 서비스 급여 수급은 기존 손상율 50%이상 80%로 상당과 심각함 정도로 중증장애인들을 중심으로 제공되고 있다.

장애판정과정의 첫 단계인 평가신청서를 살펴보면 삶의 계획, 장애아동 교육지원수당에서 성인장애수당 그리고 직업훈련에서 일자리 신청 등 모든 희망사항들을 지원할 수 있도록 설계되어있다. 기본적인 의료평가는 지역에서 실시하고 결과에 대한 심사는 장애인통합기관 소속 의사만이 할 수 있다.

프랑스에서 실시하는 장애판정은 3단계를 거치고 있다. 우선적으로 장애인통합기관에서 장애로 인한 손상율을 결정하고 종합평가팀에 의해 심사를 하고 최종적으로는 장애인 자율과 권리위원회에서 장애판정 결정을 하고 있다. 프랑스도 장애와 장애를 의학적 기준인 손상율을 적용하고 있지만 손상율이 장애판정의 전부가 아니며 복지서비스 여부를 결정하는 것은 아니다. 프랑스의 장애판정 과정에서는 의학적 기

준뿐만 아니라 ‘삶의 계획’이라는 개별 욕구를 평가하고 이것이 장애인복지 서비스 여부를 결정하는데 더 많은 영향을 미치기 때문이다.

프랑스의 경우 장애의 다양성 및 전 생애주기별 접근을 위해 장애인통합기관 소속 종합평가팀은 의학담당, 아동청소년, 취업 및 직업재활담당, 의료-사회기관, 재가 서비스 담당 그리고 기술 및 동반서비스 담당 인력 등 다학문적팀으로 구성되어 있는 특성이 있다. 이러한 종합적인 팀이 필요한 것은 프랑스에서 실시하는 장애판정은 의학적 평가와 더불어 신청자의 삶의 계획을 토대로 종합적인 장애판정을 실시하고 있기 때문이다. 따라서 장애판정과정은 의료적 평가와 신청인의 개별 서비스 필요성과 욕구에 따라 가족관계 및 가계 예산, 거주환경, 교육과정, 직업훈련과정, 행동 기능력, 가족의 욕구 및 현재 지원사항 등 총 8가지 영역을 면밀하게 진단하여 신청인이 필요한 서비스와 급여수당 금액을 책정하는 역할까지 수행하고 있다.

프랑스 장애판정과정에서 문제되고 있는 부분은 장애판정 소요기간이 길며 장애인이 제공받고 있는 서비스나 복지 급여에 대한 종합적인 사례관리를 하지 못하고 있다는 것이다.

일본의 경우 우리나라와 유사한 장애등급제도를 실시하고 있는 국가이다. 우리나라의 경우에도 장애인복지카드가 있으나 일본의 경우에는 신체장애, 지적장애 그리고 발달장애를 포함한 정신장애 등 총 3가지 장애유형별로 관련 법률이 있으며 유형별로 각종 시책의 혜택을 받을 수 있는 장애인 수첩을 교부한다. 그러나 일본의 경우 우리나라와 달리 장애등급 만으로 복지서비스를 받을 수 있는 것이 아니다. 일본의 경우 기존의 장애등급이 가지고 있는 문제점을 보완하기 위해 2005년 자립지원법을 도입하면서 적극적인 개호서비스들을 제공하기 위해 106개 항목으로 구성된 장애정도구분 인정조사표를 중심으로 서비스 필요성을 평가하고 있다. 개호서비스, 지역상담지원서비스, 기능훈련서비스 그리고 생활시설 입소 시 장애정도구분 인정조사표에 의해 심사를 받아야 한다. 장애등급체계와는 달리 장애정도 구분은 1단계로 갈수록 증증으로 판정된다. 개호급부 필요도에 따라 6단계로 구분된다. 장애정도구분 인정조사표는 크게 9가지 영역(마비, 구축, 이동, 복잡한 동작, 특별개호, 신변돌보기, 의사소통, 행동장애, 특별한 의료 필요 및 사회생활)으로 총 106개 문항으로

구성되어 있다.

그러나 장애인의 실제 삶에 가장 많은 영향을 미치는 장애연금 등 현금급여 서비스는 장애등급에 따라 서비스 수급여부가 결정되기 때문에 장애등급이 미치는 영향은 크다고 보여 진다.

호주의 경우에도 현금급여를 받기 위해서는 장애판정을 받아야 한다. 다만 급여액이 큰 장애연금의 경우에는 일반적인 의학적 장애판정이 아닌 근로능력 중심의 장애판정을 받고 있다. 장애연금은 근로능력이 현저히 떨어져 소득활동을 할 수 없는 경우에만 지급되는 원칙이기 때문이다. 그 외 다른 서비스들은 각 서비스에서 해당 장애유형을 명시하는 경우가 있기는 하나 장애판정이 중요한 서비스 자격 기준은 아니다. Centrelink에서 서비스 욕구와 필요성에 의해 관련 서비스와 연계해 주고 있으며 이용자가 서비스를 제공받은 경우에만 해당 기관에 서비스 비용을 지출하고 있어 서비스를 제공받기 위해서 장애정도에 대한 허위 진술을 할 수 없는 서비스 체계로 구성되어 있다. 이러한 장애인복지서비스 전달체계는 미국의 서비스 체계와 매우 유사하다. 다만 미국의 경우에는 장애인복지가 전체 사회복지서비스와 연동은 할 수 있으나 원스톱 서비스 체계는 아니다. 그러나 공무원을 중심으로 사례관리를 하고 있기 때문에 예산이 효율적이고 효과성 있게 집행되는지에 대한 모니터링 체계가 호주와 비교하여 적절하게 진행되고 있다.

결론적으로 호주에서 장애판정은 근로를 할 수 없을 만큼 중증장애를 가졌다는 것을 증명하는 과정이 장애판정의 핵심이다. 따라서 장애판정을 구체적으로 실시하는 부서는 직업재활부서라 할 수 있다. 2006년 이전에는 장애인이 직업재활서비스 혹은 장애연금의 수혜를 받기 위해서 WATs(Work Ability Tables)를 통해 적격성 여부를 판정 받아왔다. 그러나 2006년 7월 이후부터는 사회보장 급여의 적격성 판정 및 고용지원서비스의 연계 등은 모두 직업능력 평가(Job Capacity Assessments: JCA)에 의해 시행되고 있다.

〈표 3-28〉 일본, 프랑스, 호주의 장애정의, 장애판정, 서비스 내용

		일본	프랑스	호주
장애 법적 정의		[장애인기본법 제2조] 장애인은 신체장애, 지적장애, 정신장애(발달장애포함)의 심신의 기능에 장애가 있는 사람으로서 장애 및 사회적 장벽 때문에 계속적으로 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받고 있는 상태의 사람	[장애인의 권리, 참여, 시민권 기회의 평등을 위한 법] 장애는 신체, 감각, 정신, 인지, 심리적 기능 중 하나 혹은 둘 이상이 실질적으로 지속 혹은 영구적인 결함, 중복장애, 건강 상의 고통으로 인해 한 개인의 환경에서 일상적인 삶의 참여하는 데 제약 혹은 활동의 제한을 말한다. (법 114조 Art. L. 114)	[장애인 서비스법(Disability Services Act)] 은 장애관련 서비스 대상 집단을 다음과 같이 명시 - 지적, 정신적, 감각적, 신체적 기능장애, 또는 이러한 기능장애의 원인에 의한 장애 - 장애가 영구적이거나 또는 지속될 가능성이 있는 것 - 이러한 결과에 의해서 언어능력, 학습능력, 또는 이동하는 능력이 상당히 저하되고, 지속적인 지원서비스가 필요한 경우
	기준	<input type="checkbox"/> 의학적 판정 기준	<input type="checkbox"/> 의학적 평가를 동반한 통합적 사정체계	<input type="checkbox"/> 의료평가 및 기록 + JCA 등
장애 판정	판정 주체 (기 관)	[수첩 교부 결정기관] <input type="checkbox"/> 심신장애자복지센터 (필요시 시·정·촌 사회복지협의회자문) <input type="checkbox"/> 지적장애자갱생상담소 (이동상담소) <input type="checkbox"/> 정신보건복지센터 (수첩등 검토위원회 자문)	<input type="checkbox"/> MDPH(장애인통합기관)을 통해 장애에 대한 의학적 기준, 사회적 기준, 복지욕구를 아우르는 통합적인 사정을 실시하고 장애에 대한 다양한 이해관계자들이 CDAPH 위원회를 통해 최종 서비스 수급 내용을 결정하는 이원화된 시스템 운영	<input type="checkbox"/> 근로를 할 수 없을 만큼 중증장애를 가지고 있다는 것을 증명하는 과정이 장애판정의 핵심임. <input type="checkbox"/> Centrelink가 지역사회 내 계약을 맺은 평가기관이 신청자에게 JCA를 비롯하여 종합적이고 심층적인 근로능력 평가 실시함. ※ 전문의에 의한 신체나 정신장애에 대한 의료평가 및 기록 제출함.
	판정 기관 비교	<input type="checkbox"/> 시·정·촌을 중심으로 장애수첩 신청, 교부 및 장애정도구분인정조사, 심사위원회 운영 등 이루어짐. -장애판정은 각 현이나 장애복지센터에서 실시 -장애정도구분인정조사에 대한 시정촌 심사위원회는 월 2회 실시	<input type="checkbox"/> 장애평가 및 서비스 결정을 위한 독립 전달체계로 장애인 통합기관이 있음. -전국 100개 (2012. 기준) -기관규모 : 파리 장애인통합기관의 경우 총 160명 (전국 두 번째 규모) -장애인 통합기관은 장애인에 대한 종합평가, 서비스 결정 후, 보험공단, 구 사회복지부 등과 연계하여	<input type="checkbox"/> Centrelink를 중심으로 사례관리를 통해 서비스를 제공하는 체계로 별도의 장애판정기관, 팀이 있지 않음. -서비스별로 수급자격 결정을 위해 장애평가 실시 -JCA(장애연금 수급을 위한 근로에서의 장애정도평가)의 경우, 센터링크 등 정부기관, 혹은 서비스

			서비스 의뢰함. - 장애인통합기관 법적 지위 : 공익기관 (Un groupement d'intérêt public, GIP) - 중앙정부, 시, 지역 건강 보험, 지역 가족급여공단 (CAF)의 행정, 재정 지원 받음.	provider에서 실시 가능
서비스 연계	평가 기준	<input type="checkbox"/> 장애정도 구분 인정 - 인정조사표(106개 항목) - 상황조사표(조사실시자, 조사대상자, 장애상태 및 등급, 현재 받고 있는 서비스 상황, 지역생활에 관한 감안사항, 취로에 관한 감안사항, 주중 활동에 관한 감안사항, 거주와 관련된 감안사항, 기타 사항) - 특기사항 ※ 필요에 따라 의사진단서 활용	<input type="checkbox"/> 의료·사회 평가종합팀 (MDPH 내) - 평가종합팀 평가의 핵심은 의학적 평가와 신청자의 삶의 계획을 기초로 신청자의 욕구, 기대를 정의하는 것 - 종합평가팀은 법적 근거에 따라 세가지 평가 내용 제시함. (신청자의 삶의 계획, 평가기준, 개별 보상계획) - 장애인 욕구에 의한 보상 평가지침서(GEVA)를 이용함. ※8가지 평가항목 : 1)가족사회관계 및 가계예산, 2)거주 환경, 3A)직업훈련과정 및 경력, 3B)근무과정 및 경력, 4)의학, 5)심리, 6)행동 능력, 7)직업관련 행동 능력, 7)복지서비스 여부)	<input type="checkbox"/> 호주의 경우에는 Centrelink를 중심으로 사례관리 체계를 가지고 있으며, Centrelink에서 면대면 상담을 통해 필요한 서비스가 결정되면 지역사회 내에서 필요한 서비스로 연계를 하는 시스템임. 연계 후 서비스 제공여부와 진행결과에 대한 점검함.  <input type="checkbox"/> 장애연금 등 현금성 서비스 - JCA 중심으로 평가 (Work Capacity, JSCI, ESAts 등 개인 상황인 사회환경까지 단계적으로 평가) - JSCI 실시 결과로 Stream 1-4까지 필요한 직업재활 서비스로 연계할 수 있도록 지원함.
	판정	<input type="checkbox"/> 1차 판정 (시정촌) <input type="checkbox"/> 2차 판정 (심사회) ※ 2차 판정은 '개호급부' 경우 실시	<input type="checkbox"/> CDAPH 위원회 - 최종 서비스 수급내용 결정 - 장애인과 관련된 다양한 이해관계자들로 구성	<input type="checkbox"/> 비 현금성 복지 서비스 - 각 서비스에서 제시하는 서비스 필요성에 의해 연계함(장애정도가 아니라).
	서비스 내용	<input type="checkbox"/> 장애인자립지원법에 따른 장애인복지서비스 제공 <input type="checkbox"/> 개호급부 - 거택개호, 중증방문개호, 동행지원, 행동원호, 중증장애인등 포괄지원, 아동테이서비스, 단기입소, 요양개호, 생활개호, 장애인지원시설에서의 야	<input type="checkbox"/> 성인장애인수당 (AAH) <input type="checkbox"/> 주거수당 (ALS) <input type="checkbox"/> 제삼자보상급여(ACTP) <input type="checkbox"/> 주거설비에 대한 지원 <input type="checkbox"/> 장애에대한보상급여 (PCH) 등	



	간케어 등, 공동생활개호 ○ 훈련등 급부 -자립지원, 취로이행(전 환)지원, 취로계속지원, 공동생활지원		
--	---	--	--

## 2.

프랑스, 일본 그리고 호주 등 3개 국가의 장애판정제도를 검토한 목적은 우리나라의 장애판정제도 개선 및 장애등급에 대한 문제점을 보완하기 위해서이다. 따라서 각 국가들의 특징과 장점을 토대로 우리나라에서 적용 가능한 부분을 모색하고자 하였다. 장애판정과 관련하여 프랑스의 장점을 중심으로 시사점을 살펴보면 프랑스의 경우에는 다학문적 팀으로 구성된 종합평가팀이라 할 수 있다. 장애특성 상 장애판정 시 다양한 신체 기능에 대한 의학적 고려가 필요하며 유아에서 노인까지 생애주기별 접근을 하여야 하는데 프랑스의 경우 한 기관에 6개 영역의 전문가들로 구성된 종합평가팀이 운영됨으로써 평가의 구체성과 타당성을 높일 수 있다고 본다. 또한 장애판정과정이 이원화된 시스템으로 운영되고 있으며 이 과정에서 의료적 모델인 손상을 외 삶의 계획을 참고하고 있어 이용인의 개별 서비스 필요성에 입각한 최종 결정을 하고 있는 것이 특징이었다. 프랑스의 경우, 의학적 판정의 문제점을 보완하기 위해 개별 장애인의 삶의 계획을 적용하고 있지만 장애연금 등의 현금 급여는 의학적 평가 기준인 손상에 영향을 받고 있었다. 따라서 엄격한 의미에서 의학적 판정이 미치는 영향이 매우 높다는 해석이 가능하다. 장애연금 수급자격이 되려면 손상이 최소 80%이어야 한다. 그러나 만일 손상이 50~70%인 경우에는 일을 하기에는 상당한 어려움이 있으며 지난 일 년간 근로를 하지 않은 경우에 수급자격을 주고 있어 중증 손상을 가진 신청인에게만 자격을 주는 문제점을 보완하고 있다. 그 외 손상은 추가급여, 아동교육수당과 추가급여 그리고 자율생활보장급여, 장애우대카드 등의 수급자격에 영향을 미치고 있다. 손상율과 상관없이 개별 보상계획에 의해 제공되는 서비스들도 있다. 관련서비스들은 장애보상급여, 성인 및 장애 의료-사회기관 및 서비스, 아동과 청소년 대상 기관 및 서비스, 장애인 주차차

드, 그리고 근로 장려기관 및 서비스 제공 등이다.

결론적으로 정리하면 프랑스의 경우 장애업무만 진행하는 장애인통합기관의 종합 평가팀에 의해 전문적인 장애평가를 실시하고 있는 장점이 있다. 이원화된 장애판정 시스템을 운영하며 이 과정에 개별 장애인의 삶에 계획을 활용하고 있다. 이러한 평가과정을 통해 장애인복지서비스를 제공하고 있으나 위에서 자세히 언급한 바와 같이 장애수당과 같은 주요 서비스는 의학적 평가 기준인 손상율에 의해 결정이 된다.

우리나라의 경우에도 앞으로 기존의 장애등급을 폐지하면 현실적으로 모든 서비스에 적격성 기준을 마련하는 것은 불가능하며 또 적절하지 않다. 따라서 프랑스의 사례처럼 장애정도는 의학적 기준인 손상율로 판정하고 이를 장애연금이나 기타 소득지원 제도에 적용하는 것도 의미는 있을 것이다. 그리고 그 외 서비스들은 삶의 계획과 같은 이용인의 서비스 필요성을 중심으로 제공되는 방안도 검토할 필요성이 있을 것이다. 프랑스와 같이 의학적 기준을 손상율로 적용한다면 기존의 장애등급을 대체하는 방안으로 검토될 수 있는 시사점이라 본다.

일본의 경우 기존의 장애등급의 문제점을 인식하고 이를 보완하기 위해 장애정도 구분 인정조사표를 적용하고 있지만 실질적으로 장애인들의 욕구가 높고 기본 생활을 하는데 영향을 미치는 장애연금 및 수당 등의 현금 급여들은 기존의 장애등급에 영향을 받고 있다. 그 외 활동지원서비스를 위한 개호서비스들은 장애정도 구분 인정조사표를 기준으로 판정되고 있다. 이 인정조사표는 우리나라의 활동지원 인정조사표와 비슷한 ADL과 IADL 중심으로 개발되었으나 우리나라 인정조사표와 비교하면 보다 세밀하게 구성되어 있다.

그러나 일본에서 장애정도인정구분을 반대하는 입장도 있다. 왜냐하면 같은 1급이어도 장애정도구분이 4이상인 경우 중증방문개호를 받을 수 없기 때문이다. 따라서 장애정도 뿐 만 아니라 개인의 욕구와 상황에 따라 서비스 양의 조절이 필요하다는 지적이 있다. 또한 인정조사표 항목 내용이 정신장애, 지적 및 발달장애인에게 유리한 항목이 많은 반면 시각장애에게는 다소 불리하다고 한다. 이와 같은 문제점은 현재 우리나라 활동지원 인정조사표가 가지고 있는 문제점과 유사하다.

우리나라에서도 일본과 같은 인정조사표의 개발은 가능하다. 기존의 활동지원서비

스 인정조사표를 바탕으로 일본과 같이 세밀한 항목들을 추가하고 환경 등을 포함한다면 더 나은 인정조사표를 개발할 수 있다. 다만 근본적으로 이러한 항목 제한적인 인정조사표를 개발하는 것에 대한 타당성을 검토할 필요성이 있다. 미래 지향적인 관점에서 고려해 보면 항목중심적인 제한적인 평가지표 개발은 적절하지 않기 때문이다. 장애의 다양성을 고려할 때 좀 더 종합적이고 포괄적인 접근이 필요하기 때문이다. 장애연금과 같이 종합적인 평가가 필요한 경우에는 의학적 평가 외 직업능력을 고려할 수 있는 근로능력 평가를 실시하는 것이 더 정확할 것이다. 그러나 현재 우리나라에서 개발된 근로능력 평가들은 기초적인 근로능력을 평가하고 있어 다양한 장애유형의 근로능력을 평가하는데 한계점이 있다. 따라서 앞으로 호주와 같이 몇 가지 평가지표와 단계를 통해 근로능력을 평가하는 체계를 검토해볼 수 있다고 본다. 또한 이러한 과정에서 장애연금부서와 직업재활 및 고용 부서의 부처 간 협력 체계 구축을 통해 장애인의 탈 수급을 위한 정책개발이 필요하다고 본다.

우리나라의 경우 현실적으로 호주와 같은 Centrelink를 운영하는 것이 어려운 것을 감안할 때 현재 우리나라 장애인복지에서 제공되는 서비스 중 현금성 서비스와 많은 예산이 투입되는 서비스부터 현재 적용되고 있는 서비스 판정기준의 적절성 여부를 판단하는 것이 필요할 것이다. 이러한 과정에서 중요한 것은 각 서비스 목적에 맞는 지를 중심으로 판단하는 것이 필요할 것이다. 예를 들어 활동지원서비스의 경우 중증장애인을 대상으로 하는 것은 필요하나 중증장애인에 대한 개념을 현재와 같이 의료적 평가 결과로 정하는 것에는 문제가 있다. 활동지원의 목적은 요양도 있지만 더 중요한 목적은 중증장애인들의 사회활동 참여를 높이는데 있기 때문이다. 따라서 중증장애인들의 사회참여를 저해하는 요인들을 평가에 포함하는 것이 필요할 것이다.

현재 우리나라 장애판정제도는 국민연금공단 산하 장애판정센터에서 원심사제로 진행하고 있다. 장애등록을 희망하는 신청인은 일선 의료기관에서 의료소견서를 받고 장애판정센터 소속 내 전문의료 평가위원들은 제출된 자료들을 검토하여 최종 장애판정을 내리고 있다. 현재 전문 의료평가위원은 각 장애유형 별로 2명의 전문의로 구성되어 있으나 프랑스와 같이 장애인통합기관 내 종합평가팀을 구성하는 방안

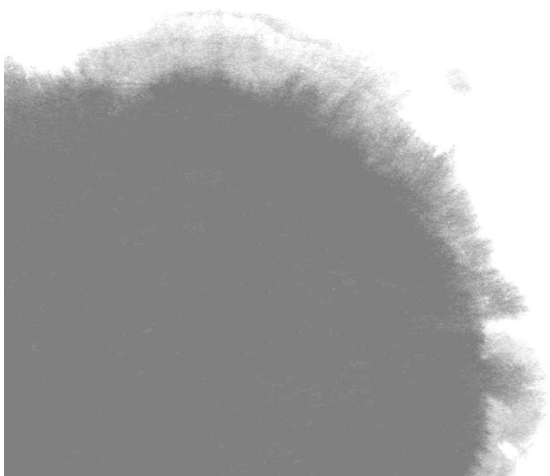
도 고려할 필요가 있다. 기존의 의료전문의 외 직업재활사나 사회복지사 등을 포함한다면 의학적 평가 기준 외 노동력 및 취업의 가능성을 종합적으로 평가할 수 있으며 장애판정 결과 통보와 함께 지역사회 내 필요한 서비스 기관들의 정보 및 연계도 가능할 수 있는 체계를 개발할 수 있다고 본다. 이러한 체계가 마련된다면 2008년부터 복지부 주관으로 실시되었던 장애인서비스센터를 활성화하는 구체적인 방안들을 제시할 수 있을 것이다. 또한 현재 국민연금공단에서 시범사업으로 실시하고 있는 장애인서비스센터에서 장애판정 결과와 연동시키지 못하는 문제점도 보완할 수 있을 것으로 예상된다.

본 연구에서 검토한 국가 중 일본을 제외하고 장애등급을 적용하는 국가는 없다. 프랑스의 경우에는 손상을 그리고 호주의 경우에는 장애정도를 최중증, 중증 그리고 경증 등으로 제시하고 있다. 호주의 경우에는 장애연금 수급자격은 다양한 근로능력을 중심으로 하고 있어 장애정도에 대한 명칭이 중요한 요인은 아니다.

우리나라의 경우에도 호주와 같이 장애판정 결과를 장애유무나 최중증, 중증, 그리고 경증 등으로 결정하는 것은 것이 적절할지 아님 프랑스와 같이 손상율이 더 합리적인지 심도 있는 연구가 필요하다고 본다. 두 가지 방법 모두 현재 우리나라 장애등급제도를 보완할 수 있는 방안이라고 본다. 일본의 장애판정체계는 표면상으로 우리나라에서 적용하기 가장 적절한 방안이라고 볼 수 있다. 장애판정체계는 장애등급은 유지하고 서비스는 서비스 필요성 정도를 판정하는 두 가지 방안들이 현재 우리나라와 매우 유사하기 때문이다. 그러나 일본의 장애등급제도를 분석해 보면 우리나라와는 많은 차이가 있다. 우선 장애유형은 크게 3가지 이며 각 유형별로 따로 법안이 마련되어 있다. 장애등급 폐지는 장애인복지 현장에 혼란을 유발할 수 있는 여지는 많으나 앞으로 새로운 장애영역들에 대한 사회적 욕구와 세계적 흐름에 부응하는 장애 개념에 부응하기 위해서는 기존의 의학적 장애판정기준과 같이 제한적인 장애유형을 유지하는 방안은 바람직하지 않아 장기적으로 개선방안을 고려할 필요가 있다.

## 4

## 장애판정제도와 복지서비스





## 제4장 장애판정제도와 복지서비스

### 제1 절 우리나라 장애판정제도와 복지서비스

#### 1. 장애판정제도 검토

1989년부터 시행된 우리나라의 장애판정제도는 장애인구를 파악하고, 서비스 대상을 명확히 하고 등급별 서비스 제공이 이루어지도록 함에 따라 행정적 편의성을 높이는 제도였다. 그러나 우리나라 장애판정제도의 판정 기준이 의학적 상태를 중심으로 이루어짐에 따라 다음과 같은 논의들이 제기되고 있다.

첫째, 다양화되고 복합적인 장애인의 욕구에 대응하는데 한계, 즉 서비스 연계 기준으로서 활용하는데 한계가 있다. 현행 장애인 등록판정체계는 의료적 모델에 입각한 특정 질환 및 특정기능의 손상 중심으로 장애가 판정되고 있어 장애인들의 복지 수요에 대한 객관적이고 종합적인 판단이 곤란한 실정이다. 장애판정이 장애인복지 서비스 제공을 위한 기초자료로서 활용되어야 하나 현재 의료적 판정을 중심으로 하고 있어 장애인복지서비스 제공을 위한 기초자료로서의 활용에 한계가 있다고 하겠다.

둘째, 장애판정체계에 대한 일관성과 형평성 제고를 위한 노력이 필요하다. 현재 장애판정은 국민연금공단 장애심사센터 전문의에 의해 최종적으로 이루어지도록 정비를 하였다. 그러나 장애평가기준에서 각 상병마다 등급간의 기준을 제시하고 있으나 의사의 임상경험 등 주관적 판단에 의해 결정되는 부분이 있다. 표준화된 평가기

준이나 교육, 지침서 배포 등의 노력을 통해 장애평가 단계에서의 일관성과 형평성을 제고할 수 있는 방안 마련이 필요할 것이다. 이러한 노력으로 장애판정제도에 대한 신뢰를 높일 수 있을 것이다.

셋째, 장애판정체계의 욕구평가체계의 결여에 따른 서비스 진입단계로서의 기능이 미비하다. 현행 장애판정체계는 장애인의 욕구와 사회적 자원을 연결하여 배분하는 서비스 진입단계로서의 기능을 거의 수행하지 못하여 장애인의 욕구에 기반한 서비스 제공이 미흡하다. 장애등급이 소득활동 상실, 근로능력 손실 정도를 입증하는 객관적 자료로 활용되지 못하고 있으며, 이는 장애등급에 기반한 차등적인 서비스 제공에 불만의 소지가 있게 되어 체감도를 낮추게 하는 결과로 나타나고 있다.

넷째, 다양한 장애관련 법·제도에서의 상이한 장애기준에 따라 중복적인 장애판정이 이루어지고 있다. 현재 장애평가 관련 법·제도로는 산업재해보상보험법, 장애인특수교육진흥법, 국민연금의 장애연금법 등 다양하고 각 법률마다 정의하고 판정하는 장애기준이 상이함에 따라 불필요하고 중복적인 장애판정이 이루어지고 있어 비효율성이 초래되고 있다. 장애평가기준의 복잡성과 이에 따른 지원서비스의 구체성에 대한 변경의 어려움으로 향후 장애평가기준의 통합 등 개선에 어려움이 있을 것으로 예상되므로 평가기준의 일원화가 필요하다.

다섯째, 복지서비스 연계시 장애등급기준의 한계로 인한 낮은 만족도로, 현재 장애인복지서비스는 장애등급에 의해 수급이 결정되는데, 대부분 1급, 2급의 장애등급에 집중되어 있으며 서비스 적격성에 의한 서비스 연계, 장애인 개인의 사회적 욕구 및 복지서비스 필요성까지 포괄하지 못하고 있다. 오히려 장애인연금과 장애인활동지원제도의 경우 장애재판정 및 신규판정시 등급의 하락 등으로 수급대상에 제외되는 사례가 발생하고 있다.

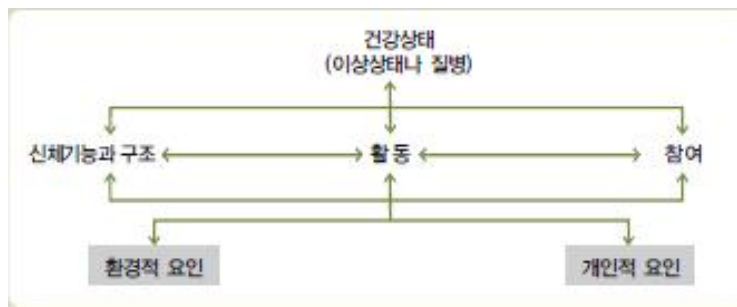
## 2. ICF 장애인복지서비스

ICF(International Classification of Functioning, Disability, Health)는 2001년 세계보건기구(WHO)가 건강의 여러 측면에서 적용할 수 있도록 개발한 국제 분류



체계 중 하나로, 건강과 장애에 관련된 광범위한 정보를 분류하는 틀을 제공하고, 표준화된 공통용어를 이용함으로써 건강, 보건과 관련하여 다양한 기준과 분야간에 원활한 커뮤니케이션이 가능하도록 하고자 하였다(김완호, 2006). ICF는 장애에 대해서 개별적 모델과 사회적 모델을 통합한 틀로 이해하는 것으로 국제질병분류(ICD-10)와 상호보완적으로 사용할 수 있도록 만들어졌다. ICF는 두 부분으로 이루어져 있는데, 제1부는 기능(Functioning)과 장애(Disability)로 신체의 기능과 구조, 활동과 참여로 구성되어 있으며, 제2부는 배경요인들로 환경적 요인(Environmental Factors)과 개인적 요인(Personal Factors)이다. 개인의 건강 또는 건강관련 상태를 해당범주 코드에서 선택하고, 그에 맞는 평가치를 추가함으로써 부호화시킬 수 있으며, 총 1,424개 코드로 구성되어 있다.

ICF는 의료적 평가를 포함하여 개인의 건강한 삶을 위해 신체기능구조, 활동과 참여, 그리고 환경적 요인들을 종합적으로 점검하여 필요한 지원을 찾으며, ICF는 사람과 그들을 둘러싼 물리적·사회적 환경 간의 상호작용으로부터 비롯된 다차원적인 현상을 가리키는 데 장애라는 용어를 사용한다<sup>31)</sup>.



[그림 4-1] ICF 구성요소들 간의 상호관계

자료 : WHO 세계장애보고서

이러한 ICF의 개념은 의료적 판정 중심의 우리나라 장애판정제도의 문제점을 보

31) ICF 구성요소들 간의 상호관계 도표를 보면(그림 4-1 참조), 특정영역에서의 개인의 기능은 건강 상태와 배경 요인(즉, 환경요인과 개인요인) 간의 복잡한 상호작용 혹은 관계의 결과로, 이러한 요소들 사이에는 복합적인 상호작용이 이루어진다(국제기능·장애·건강분류, WHO).

완한다는 측면에서 장애인복지 영역에서의 ICF 적용가능성에 대한 논의가 있어 왔다. 그러나, 우리나라 장애인복지에 ICF를 적용하는 데에는 몇 가지 예상되는 논의점들이 있다. 첫째, ICF 전문가가 많지 않다는 점이다. ICF를 평가기준으로 활용하기 위해서는 의료계(재활계 포함), 장애인복지계에서 ICF 전문가가 필요하나, 현재 우리나라의 경우 ICF에 관심이 많은 의료영역은 일부 재활의학 전공의나 물리치료, 작업치료사들이다. 즉, 아직까지 의료계에서 ICF에 대한 관심이 전반적으로 낮아 이 영역을 평가할 수 있는 전문인력이 매우 부족하다.

둘째, ICF의 1,424개의 방대한 내용으로 인해 이를 바탕으로 평가기준을 개발하려면 평가기준으로서 편의성의 한계에 대한 지적을 받을 수 있으며, 실제 적용에서 어려움이 있다. 따라서 ICF의 기본틀을 보면, 분류코드가 1,400여개가 넘고, 용어는 난해하며, 구조는 이상적일만큼 포괄적이고, 평가지침은 복잡하다. 세부적인 구성요소를 보면 ‘신체기능’과 ‘신체구조’가 현재 분류기준보다 더 구체적이고 세부적이어서 번거로울 수 있고 전문가간 영역간 침범에 관한 긴장이 있을 수 있다. 따라서 실제 장애를 진단하고 서비스 제공을 위해 ICF를 사용하는데는 어려움이 있다. 장애 판정·등록을 위해 객관화되고 정교한 판정도구로 재정립하기에는 많은 시간과 관련 연구가 필요하므로, 현재 사용하기에는 시기상조라 할 수 있다. 향후 ICF를 평가수단으로 활용하기 위해서는 이해를 높이기 위한 깊이 있는 기초연구가 우선적으로 필요하다.

셋째, ICF를 평가수단으로 활용하기 위한 장애인복지인프라 및 사례관리시스템이 아직 마련되어 있지 않다. 아직까지 우리나라는 장애인복지인프라가 부족하고 개별 장애인에게 필요한 서비스를 제공할 수 있는 사례관리시스템이 마련되어 있지 않은 문제점이 있다. 장애인복지현장에서 ICF를 적용하려면 이를 바탕으로 평가된 복지 서비스 들을 제공할 수 있는 일정 정도의 인프라 구축이 되어 있어야 ICF 원래 취지를 만족시킬 수 있을 것이다. 더불어 장애인의 서비스 욕구와 필요성에 의한 서비스 제공을 위해서는 장애인복지의 특성상 사회복지사, 특수교사, 직업재활사 등 여러 전문가의 개입을 통한 사례관리가 필요한데 아직 사례관리시스템이 마련되어 있지 못하다.

## 제2절 장애판정제도에 대한 전문가 의견 (FGI)

### 1. FGI

장애판정제도와 복지서비스 연계에 대한 전문가 FGI는 장애인복지 및 사회복지 학계 교수, 장애인 단체, 장애등급심사기관 담당자 등 장애인복지 전문가를 중심으로 총 12명을 대상으로 이루어졌으며, 의견수렴 방식은 구조화된 설문지를 통하여 이루어졌다. 조사는 2012년 11월 ~ 12월 초에 진행되었다.

〈표 4-1〉 장애판정제도와 복지서비스연계에 대한 전문가 FGI 개요

조사 기간	2012년 11월 중순 ~ 2012년 12월 초
조사 대상	장애판정제도 등 장애인복지관련 전문가 12인 - 장애인복지 및 사회복지 교수 : 7인 - 장애인단체 : 2인 - 장애등급심사 관련 기관 담당자 : 3인
조사 방법	구조화된 설문지를 통한 의견 수렴
조사 내용	- 장애판정 및 등록제도에 대한 개선의 필요성과 그 이유 - 장애등급제 개편 방향에 대한 의견 - 장애인등록제도와 복지서비스연계에 대한 의견 - 장애등록 및 판정제도의 향후 발전 방향에 대한 의견

### 2. FGI 결과

#### 가. 장애등급제 개선의 필요성

장애판정 및 등록제도 개선의 필요성에 대해서는 조사에 참여한 모든 전문가들이 ‘개선이 필요하다’고 하였으며, 이 중 60%이상은 ‘매우 필요하다’고 하였다. 장애판정 및 등록제의 개선이 필요한 이유는 1순위로 ‘장애등록 결과와 복지서비스 연계의 부족’(54%)이 가장 높았고, 이외에 ‘기타’, ‘등록절차의 번거로움’, ‘등급판정 기준

의 유형별 형평성 및 객관성의 문제’, ‘장애범주 확대의 필요성’의 의견이 있었다. 개선의 이유 2순위는 ‘등급판정 기준의 유형별 형평성 및 객관성의 문제’(54%)가 가장 높게 나타났고, 이외에 ‘장애범주 확대의 필요성’, ‘기타’, ‘장애등록 결과와 복지서비스와의 연계 부족’의 순으로 나타났다.

개선의 필요성에 대한 이유로 많은 전문가들은 복지서비스와의 연계 부족을 지적하고 있고, 또 하나는 장애인등록제도 자체의 문제점으로 장애유형별 형평성의 문제, 객관성의 문제를 지적하면서 개선이 필요하다고 하여 향후 관련 논의가 필요함을 시사하고 있다.

## · 장애등급제 개편에 대한 의견

장애인복지법에서는 장애인등록제를 1~6급의 등급체계를 운영하고 있는데(「장애인복지법」 시행령 제2조), 이러한 6등급 체계를 중증(1~3급), 경증(4~6급)의 2등급 체계로 개편하는 것에 대하여 전문가들의 의견을 알아보았다. 장애등급제의 2등급 체계(중증/경증)로의 개편안에 대해서는 긍정적인 의견과 부정적인 의견이 모두 있었으며, 장애판정에 따라 결정되는 장애등급의 결과가 장애인의 욕구와 일치하지 않는 문제에 대해서는 공통적으로 지적하고 있었다.

장애등급제의 2등급체계로의 개편안에 대하여 찬성하는 입장은, 현재 복지서비스 이용이 실제적으로는 중증과 경증으로 나뉘어 제공되므로 타당성을 가지며, 등급간 구분 기준의 형평성 논란을 완화시킬 수 있다는 점, 현재 장애등급제 폐지를 수용하는 방안으로 장애등급을 단순화시킨다는 점, 서비스 수급 기준에서 보다 유연하게 대처할 수 있다는 점, 중증장애인에 대한 서비스 강화의 명분을 살릴 수 있다는 점에서 장점이 있다는 의견이 있었다. 또한 중증장애인(장애등급 1급에 한해서 신청 가능, 2012년 12. 기준)에게만 신청자격을 주고 있는 활동지원제도의 경우 별도의 인정조사를 통해 이용자격을 부여하므로 굳이 장애등급에 따른 신청자격을 제한할 필요가 없다는 의견이 있었다.

개편을 반대하는 입장은, 장애인 등록제 및 등급제에 대한 개선의 요지는 의학적

판정 기준에 따른 판정 결과를 복지서비스 이용에 과도하게 적용하기 때문이므로, 등급제의 2등급체계로의 변화는 근본적인 문제 해결이 아닌 임시방편이라는 점에서 반대의 의견을 제시하였다. 즉 2등급 체계로의 변화는 지금의 시스템과 큰 차이를 가지지 않으며, 중증과 경증 간의 서비스 이용에 차이가 나게 됨에 따라 3~4급(중증/경증)간의 판정결과 불복 사례가 증가할 것이라는 우려도 있었다. 한편, 맞춤 서비스 제공을 위해서 등급체계의 단순화 보다 세분화된 의학적 평가 결과가 필요하다는 의견도 있었다.

중증의 범위를 어떻게 규정할 것인가에 대해서 기존 등급을 활용하는 것이 타당한지, 아니면 새로운 판정기준 및 체계의 도입이 필요한지에 대한 논의가 필요하다는 의견도 있었다.

## · 장애인 등록제와 복지서비스 연계

### 1) 필요성

현재 우리나라 장애인복지서비스 제공은 장애등급 기준, 소득기준(국민기초생활보장수급 여부) 등을 기준으로 제공되고 있으며, 이로 인하여 개인의 특성, 욕구 등이 고려되지 못하여 개인별 욕구에 대응한 서비스 제공이 이루어지지 못한다는 지적을 받고 있다. 장애인서비스 제공에서 장애등급 기준 뿐 아니라 개인의 사회적 욕구 및 서비스 필요성 등을 반영한 서비스별 종합 평가기준을 도입하는 것에 대한 전문가들의 의견을 알아보았다.

개인의 욕구와 상황에 대한 종합적인 평가를 실시하는 서비스별 종합 평가기준의 도입을 찬성하는 의견이 많았는데, 이는 장애인 등록제가 의학적 판정 기준에 따른 결과임에도 불구하고, 복지서비스 이용 기준으로 사용되는 것에 대한 개선의 필요성을 보여주는 것이다. 다만 서비스별 평가기준 도입을 위해서는 개인에 대한 종합적인 욕구사정체계, 즉 사례관리 시스템을 갖추고, 평가 및 사례관리에 대한 전문가를 양성하며, 한 가지 사정 도구 적용의 단점을 보완하기 위한 복수 사정도구에 대한

개발과 적용이 필요하다는 의견을 제시하였다. 또한, 서비스별 종합 평가 기준은 복지서비스 이용의 현 기준인 소득, 연령 등의 기준을 서비스별로 구분하여 제시하는 것이 아닌 종합적인 사정과 욕구 평가가 이루어져야 한다는 의견이 있었다.

## 2) 서비스 제공 기준

서비스 별로 제공 기준으로 어떤 기준을 활용하는 것이 적절한지 알아보았다. 서비스는 포괄적인 서비스(전기요금감면, 통행료 감면 등 장애인 등록증을 통해 별도의 기준 없이 지원받는 서비스를 통칭함), 소득보장 서비스(예. 장애인연금, 경증장애수당, 장애아동양육지원수당 등), 장애인 활동지원서비스, 직업재활서비스로 구분하여 각 서비스에 대한 제공 기준으로 어떤 기준이 제시되는 것이 필요한지 알아보았다.

포괄적인 서비스에 대해서는 장애기준(등록/등급)이 가장 많았고, 장애기준과 소득기준이라는 의견이 다음으로 많이 나타났다. 이외에 장애등록유무, 소득기준, 환경요인을 모두 고려해야 한다는 의견, 종합적인 사정체계를 구축하여 개인별 욕구 사정을 통해 제공되어야 한다는 의견, 감면·할인등의 포괄적인 서비스는 단계적으로 폐지하고 직접적인 서비스 제공을 확대해야 한다는 의견이 있었다.

소득보장 서비스에 대해서는 장애기준(등록, 등급), 소득기준, 근로능력기준을 제시한 의견이 가장 많았다. 다음으로 장애기준(등록, 등급)·소득기준, 근로능력기준·소득기준으로 해야 한다는 의견이 있었다. 이외에 장애기준(등록, 등급), 소득 및 재산기준, 근로능력기준, 개인의 욕구, 환경 요인(구직여건 등)을 모두 고려해야 한다는 의견, 장애로 인한 추가비용에 대한 소득보전은 모든 장애인에게 제공되어야 한다는 의견이 있었다.

장애인 활동지원서비스에 대한 서비스 평가기준으로는 장애기준, 개인의 욕구, 환경 요인을 고려해야 한다는 의견이 가장 많았다. 현재 장애인활동지원서비스 제공 기준은 장애등급, 인정조사표에 의한 사정 단계를 거치는데, 이 과정에 개인의 욕구와 환경 요인을 추가로 고려해야 한다는 의견이 있었다. 이외에 개인의 욕구만을 기

준으로 제공되어야 한다는 의견, 서비스 자격기준 판정에 따른 서비스 등급제가 아닌, 필요 서비스 합산 총량에 의해 결정되는 시스템 도입이 필요하다는 의견이 있었다.

직업재활서비스 제공 기준은 장애기준, 근로능력기준, 개인의 욕구(의지)를 꼽은 의견이 많았다. 이외 추가로 직업력, 직업탐색 결과 등 직업관련 배경 요인을 서비스 제공 기준으로 꼽았다. 또한 근로능력과 개인의 욕구만을 보면 된다는 의견, 개인의 욕구만 기준으로 보면 된다는 의견, 장애기준, 소득기준, 활동능력, 개인의 욕구와 환경 요인을 모두 고려해야 한다는 의견이 있었다. 이외에 직업재활서비스 기준은 고용에 대해서 난관을 초래하는 신체적·정신적 손상을 가지고 있으면서, 직업재활서비스 제공을 통해 고용 성과를 높일 수 있는지 여부를 기준으로 해야 한다는 의견이 있었다.

〈표 4-2〉 서비스별 판정 기준으로 언급된 항목별 빈도 현황

	장애기준*	소득기준	근로능력 기준	개인 욕구	환경 요인	활동 능력	기타 의견
포괄적인 서비스	(중증고려) 4 (장애유무) 4	3	-	-	1	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 종합적인 사정체계 구축을 통해 개인의 욕구, 필요 서비스 등 종합판정 기준에 의해</li> <li>• 포괄적인 서비스는 단계적 폐지 필요</li> </ul>
소득보장 서비스	(중증고려) 5 (장애유무) 2	8	6	1	1	-	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애로 인한 추가비용, 주거·교통지원은 보편적인 서비스로 제공되어야 함</li> <li>• 모든 장애인에게 장애 인연금 지급</li> </ul>
장애인 활동지원 서비스	6	3	-	4	6	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 공식/비공식 지원정도</li> <li>• 기준의 폐지/ 필요 서비스 합산 서비스총량으로 결정하는 시스템 도입 필요</li> <li>• 활동지원서비스 제공을 위한 등급 규정을 별도로 만들어서 판정</li> </ul>
직업재활	6	1	5	6	1	1	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직업력, 직업탐색 결</li> </ul>

서비스							과 기준 활용 필요 • 고용에 대한 난관정도 /직업재활서비스 이용 을 통해 고용 성과를 높일 수 있는 경우 제공
-----	--	--	--	--	--	--	---

주 : \* 장애기준은 결국 의학적 기준에 의해 제시되는 장애등록 결과, 장애등급 임.

서비스별 평가기준 마련시 고려할 수 있는 요인인, 장애기준, 소득기준, 근로능력 기준, 개인욕구, 환경요인 등에 대해 전문가들이 선택한 빈도를 서비스별로 살펴본 것이다. 이는 서비스 별 평가기준의 최종 고려요인을 보여주기 보다는, 평가기준 중 가장 많이 고려되었던 요인이 무엇인지를 보여준다.

포괄적인 서비스의 경우 장애기준을 서비스 선정기준으로 가장 많이 꼽았는데, 이 중 절반은 장애등급을 고려한 의학적 중증 기준을 고려해야 한다고 했고, 절반은 장애유무 즉 장애등록만으로 서비스 제공이 이루어져야 한다는 의견이었다.

소득보장서비스는 소득기준을 제공 기준으로 가장 많이 꼽았고, 다음으로 장애기준을 꼽았는데, 장애의 중증도를 고려해야 한다는 의견이 많았다. 또한 근로능력기준이 고려되어야 한다는 의견도 많았다.

장애인활동지원서비스에 대해서는 장애기준과 환경요인, 개인의 욕구를 고려해야 한다는 의견이 많았으며, 직업재활서비스에 대해서는 장애기준과 개인의 욕구(의지), 근로능력에 대한 평가내용이 포함되는 것이 좋다는 의견이 많았다.

### 3) 서비스별 종합 평가기준 도입을 위한 선행 과제

서비스별 종합 평가기준 도입을 위한 선행 과제로는 서비스별 구체적인 이용자적 심사기준 마련과 이를 위한 평가체계 및 전달체계 마련이 필요하다는 의견이 가장 많았다. 우리나라의 상황에 맞는 종합적인 욕구사정도구의 개발이 필요하며 이를 위한 관련 기반 연구와 시범적용이 필요하다는 의견이 있으며, 종합적인 욕구사정을 실시하는 지자체 단위의 담당기구 설치와 전문인력 양성(확보) 방안이 필요하다는 의견이 있었다.



이외에 서비스별 이용자격 기준마련에 대해서 소득보장에 대해서는 근로능력기준을 도입하되 대상자를 확대시킬 수 있는 방안으로 고려할 것, 활동보조서비스에 대해서는 현재 인정조사표를 준용하되 조사표의 개인욕구 및 환경요인의 고려를 강화해야 한다는 의견이 있었다. 판정기준에서 개인의 일상 및 사회생활의 제한을 초래하는 신체·정신적 손상정도에 대한 형평성 있는 기준 마련이 필요하다는 의견이 있었으며, 서비스별 욕구 평가기준 마련과 관련 시스템 마련을 위한 폭넓은 기반 연구가 필요하다는 의견이 공통적으로 제시되었다. 아울러 법·제도의 개선을 위해서는 장애계를 포함한 다양한 분야의 의견수렴이 수반되어야 한다고 하였다.

### · 장애인 등록제의 향후 발전 방향

장애인 등록제의 향후 발전 방향은 조사에 참여한 전문가들이 동일한 방향으로의 발전방향을 제시하지는 않았으나, 주된 방향으로 제시된 내용을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 장애등록제도가 의료적 평가로서의 성격을 분명히 하고, 서비스별 평가 기준을 제시하여 장애인의 욕구, 환경적인 면을 반영하는 방안이 필요하다는 의견이다. 현재의 장애인 등록제도는 의료적 평가 결과에 의한 제도로 그 성격을 명확히 하고 (적용 범위에 분명히 제한을 정하고), 의료적 장애평가를 표현하는 장애등급(등급이라는 표현이 부적절하므로, 손상을 등과 같은 용어로 변경)은 급여의 성격에 따라 다르게 활용되도록 하는 방향으로 정비하는 것이 필요하다고 하였다. 현재의 장애인 등록제도는 각종 세금이나 요금 감면 등 포괄적 서비스를 제공하기 위해서 준치하되, 장애인 서비스 제공을 위해서는 별도 서비스 제공 기준을 합리적으로 개선하는 방향으로 제안하고 있다. 이에 따른 별도 의견은 서비스를 제공하는 주체가 서비스의 종류에 따라 장애인의 환경이나 욕구 등을 종합 판정해야 한다는 의견이 있으며 장애를 판정할 때에 신체·정신의 손상을 단순히 평가하지 않고 그 사람의 여건이나 욕구를 반영하여 판정해야 한다는 의견이 있다.

둘째, ICF 모델 도입을 위한 기반마련 필요하다는 의견이다. 장애에 대한 새로운

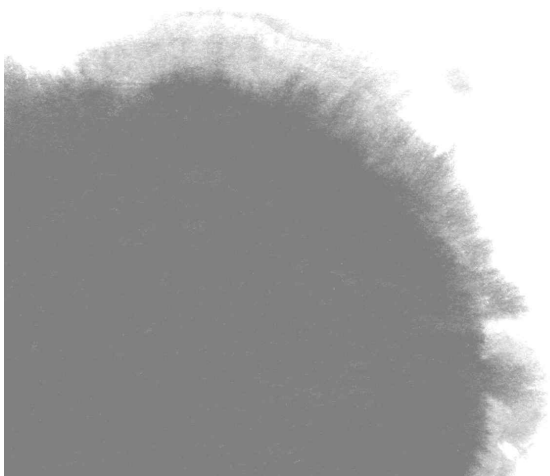
패러다임으로 주요 국가에서 도입하여 적용하고 있는 ICF 모델에 대한 심도 깊은 검토 없이 단기적인 임시처방식의 제도 개선은 재고되어야 하며, 장애인복지발전을 위한 장기적인 관점에서 ICF 모델에 대한 대대적인 기반연구와 적용에 대한 검토가 필요하다는 의견이다. 아울러 장애판정제도가 ICF에서 제시하고 있는 각 요인(개인, 환경 요인을 포함하여)을 포괄적으로 고려하는 종합적인 판정체계로 구축되어야 한다는 의견이 있었다.

셋째, 장애인등록제의 개선 과정은 장기적인 관점과 단기적인 관점에서 진행되어야 할 필요가 있으며, 이를 통해 저항을 최소화하는 방향으로 개선되어야 한다는 의견이다. 장애인등록제도의 발전을 위해서는 당장의 급격한 변화 보다는 기존 등록 장애인들의 불만을 최소화하고 단계적 변화를 모색함으로써 제도 변화에 대한 저항을 줄이는 것이 중요하다는 의견이다. 장애인 등록제도 자체의 개선이지만, 근본적인 목적은 효율적인 서비스 연계이므로 전반적인 서비스 자원들을 검토하여 부담 가능한 재원의 규모 등을 파악하는 것이 더 중요하다는 것이다. 이러한 측면에서 다소 시간이 걸리더라도 성급한 제도 시행이나 서비스 확대 보다는 단계적 변화를 도모하고, 특히 제도 변경시 이의 당위성에 대한 국민적 공감대를 형성하는 것이 중요하다는 의견이다.

넷째, 장애인 등록제도 폐지와 서비스별 사정 기준을 마련하는 방안의 추진이 필요하다는 의견이 있었다. 장애인 등록제도를 대체하여 서비스 제공 기관별로 전산화된 이용자 등록 시스템을 활용하는 방안으로 재편하자는 의견이다. 개인의 욕구와 환경에 기초한 서비스별 사정 기준을 마련하고 그 기준에 따라 사정하는 기관에 장애인 등록을 하여 이를 전국적으로 취합하는 시스템(전산망 등)을 구축하는 방안을 제시하고 있다. 이는 장애에 대한 사회적 모델의 적극적 수용 방안으로 개별 장애 상황에 대한 고려를 극대화 할 수 있지만 장애인 등록제의 폐지 및 전산망 시스템 구축 등을 전제로 하고 있어 현 시스템과의 괴리가 큰 방안으로 볼 수 있다.

# 5

## 개선 방안





## 제5장 개선 방안

장애에 대한 정의는 장애인정책을 개발하고 수행하는데 필요한 개념이다. 이제까지 많은 국가들이 재활패러다임을 실천했던 배경에는 장애인에 대한 정의를 ‘환자’나 ‘클라이언트’ 규정하면서 신체적 기능의 회복이나 치료를 목적으로 하였기 때문이라 할 수 있다. 그러나 장애의 정도가 너무 심해서 재활서비스를 통해서도 특별한 성과를 기대하기 어려울 것으로 간주되었던 중증장애인들이 적절한 지원서비스를 통해 지역에서의 자립생활이 가능하다는 것을 보여 주면서 장애인 복지 패러다임은 자립생활로 자리 잡고 있다. 자립생활패러다임에서 장애인의 문제는 장애인이 가지고 있는 신체적 문제보다는 그러한 요소를 문제화시키는 사회적 환경에서 비롯되므로 자립생활은 물리적·심리적 환경의 개선이 우선적이라고 강조하고 있다. 이와 같이 장애에 대한 정의는 장애인복지 패러다임에도 직접적인 영향을 미치고 있는 것이다.

장애에 대한 개념의 중요성에도 불구하고 실질적으로 정확한 평가를 하는 것은 쉬운 과정은 아니다. 우리나라의 경우에도 1989년 장애인등록제도 도입 후 장애에 대한 개념의 중요성과 함께 장애판정의 필요성이 부각되었다. 장애인등록제도는 장애인구 현황조사와 이를 바탕으로 예산편성의 편이성이라는 장점이 있다. 그러나 현 장애인등록제도에서 장애등록을 하기 위해서는 장애판정을 받아야 하는데 이 결과로 장애등급이 결정되고 이 기준에 의해 장애인복지 서비스 수급 자격이 주어지면서 장애인등록제도에 대한 근본적인 문제점이 지적되고 있다. 특히 최근 들어 장애인연금 및 활동지원서비스 등 주요 장애인복지 서비스가 제공되면서 장애등급에 대한 불만이 높아지고 있다. 필요한 복지서비스가 있는 경우에도 장애등급상으로 중증이 아니

어서 수급자격을 받지 못하는 경우도 많기 때문이다. 장애가 중증인 경우에 더 많은 복지서비스를 제공하는 것은 맞으나 의학적 기준만으로 판정되는 장애등급이 모든 서비스 적격기준이 되는 것에 대한 근본적인 문제가 있다. 장애인들의 욕구에 맞는 복지서비스가 제공되지 못하고 있다는 점이라 할 수 있다. 장애등급이 낮아 장애인 관련 복지서비스 욕구와 필요성은 높으나 혜택을 받지 못하는 경우가 있으며, 반면 지원 필요성이 없는 장애인에게도 장애등급이 높다는 이유만으로 혜택이 주어질 수 있기 때문이다. 결과적으로 이러한 문제점들은 장애등급 상향을 위한 도덕적 해이의 가능성을 높이고 장애인 복지 서비스의 양적 확대에도 불구하고 장애인의 서비스 만족도가 낮은 현상이 발생할 수 있는 문제점을 가지고 있다. 또한 장애등급은 ‘낙인화’에 영향을 미치며 장애인에 대한 차별과 편견을 야기해 장애인들의 자립생활 및 정상화를 저해하고 있다는 비판도 있다. 구체적으로 장애판정제도 개선을 위한 정책 제언을 하면 다음과 같다.

단기적으로는 기존의 장애인복지서비스에 대한 적격성 마련을 위한 방안이 마련될 필요성이 있다. 현 장애등록제도에 대한 가장 큰 문제점으로 제기되고 있는 점은 장애등록 후 장애인복지 서비스로 연계되지 못하고 있다는 것이다. 그러나 서비스 적격성제도 도입도 심도 있는 검토가 필요하다. 지하철 이용권 외 기타 감면지원을 받을 때 마다 서비스 적격성을 받는 것은 가능하지도 않고 적절치 않다. 외국의 경우를 보면 이러한 보편적인 서비스는 특별한 심사 없이 장애유무와 개별 서비스별 개인의 필요성에 의해 제공되고 있다. 그러나 활동지원이나 장애인연금과 같은 제도는 우리나라보다 오히려 더 엄격한 심사과정을 가지고 있다. 이러한 서비스는 지속적인 예산투입이 필수적이며 장애인 당사자들에게 주요한 서비스들이 때문에 꼭 필요한 대상자를 엄격하게 선정하여 지급하고 있다. 현재 우리나라에서 제공되는 대부분의 장애인복지 서비스 수급자격을 보면 1급과 2급은 중증 그리고 3급 이하는 경증으로 분류되어 제공되고 있다. 따라서 기존의 장애인복지 서비스 수급자격의 적절성을 우선적으로 분석하여 장애판정과 복지서비스 수급에 대한 세밀한 분석을 할 필요성 있다.

장기적으로 종합적인 장애판정기준 도입을 위해 ICF 적용에 대한 장기적인 연구

들이 진행되어야 할 것이다. 우리나라 장애등록제도의 원래 취지를 살리기 위해서는 장애등록의 결과로써 장애인복지 서비스 제공에 필요한 정책마련을 촉진시키고 장애등급에 맞춰진 복지서비스가 아닌 개별 장애인의 서비스 필요성을 중심으로 수요자 중심의 복지서비스가 정착되어야 할 것이다. 그러기 위해서는 기존의 장애등급별 접근 방안이 아닌 장애인의 의료/장애 상태, 근로능력과약, 경제적 상황, 가족 여건 등을 전반적으로 파악할 수 있는 종합적인 장애판정기준과 체계를 갖추는 것이 필요하다.

종합적인 장애판정체계를 위해 ICF를 고려할 필요성이 있다. 변경희 외(2012) 연구에서 ICF와 장애판정에 대한 연구가 진행되었다. ICF를 장애 평가기준으로 도입하기에는 많은 수정 연구과정이 필요하나 종합적인 평가를 가능하게 하는 비전과 방안을 제시하는 장점이 있다.

ICF는 장애에 대한 개별적 모델과 사회적 모델의 통합을 위한 노력의 결과라고 할 수 있으며, 국제질병분류 체계인 ICD-10과 병행해서 상호 보완적으로 사용하도록 만들어졌는데, ICD-10은 질병의 진단에 초점을 두고 있다면, ICF는 삶의 기능(function)에 대한 풍부한 정보를 제공하도록 설계되었다. ICF는 다양한 전문영역과 실천현장에서 기여하기 위한 복합적인 목적을 가지고 있다.

ICF의 장점은 장애를 이해하는데 필요한 넓은 범위를 포괄할 수 있다는 것이다. 장애에 대한 관점은 환경, 개인경험에 따라 다르며 이러한 차이로 인해 ICF는 장애에 대한 개념과 분류를 정리함에 있어 전 생애주기적으로 관점과 다양한 영역으로 접근할 수 있도록 하므로써, 장애에 대한 종합적인 정보파악을 용이하게 하고 이를 바탕으로 필요한 서비스를 연계할 수 있게 한다.

따라서 종합적인 판정체계 개선을 위해 다양한 의견수렴을 통한 적합한 방안을 마련하는 것이 필요시 되며, 이를 위한 자문위원단의 구성 및 운영이 필요하다. 이 외에 장애인복지현장에서 ICF 적용에 대한 검토와 평가된 복지서비스를 제공할 수 있는 인프라 구축 및 전문적이고 통합적인 서비스를 제공하기 위한 사례관리시스템이 마련되어야 할 것이다.

## 참고 문헌

변경희 외(2012). 장애인 등록 및 판정제도 발전방안. 한신대학교 산학협력단·보건복지부

보건복지부(2012). 2012년 장애인복지사업안내(1). 보건복지부.

보건복지부(2012). 2012년 장애인복지사업안내(2). 보건복지부.

한국보건사회연구원(2012). 주요국의 사회보장제도-프랑스. 한국보건사회연구원.

WHO(2004). ICF 국제 기능·장애·건강 분류. WHO·보건복지부

WHO(2012). WHO세계장애보고서. 한국장애인재단

Pierre Rabischong, Le handicap, «que sais-je», PUF, NO. 3638, 2008.

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des chances et des droits, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Organisation mondiale de la Santé, Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, CIH-2, 2000. [http : www.who.int/icidh](http://www.who.int/icidh)

평가신청서(Formulaire de demande auprès de la MDPH)와 의사 진단서 (Certificat médicale) [http:www.handicap.paris.fr](http://www.handicap.paris.fr)

보상 평가 지침서 (Le Guide d'évaluation des besoins de compensation de la personne handicapée, GEVA)

CNSA, « le GEVA-guide d'évaluation multidimensionnelle pour les équipes



pluridisciplinaires des MDPH », 29 Mai, 2007.

CNSA, « Manuel d'accompagnement de GEVA », mai 2008.

CNSA, « Guide d'évaluation », mai 2008.

L'Inspection générale des affaires sociale (IGAS), « L'évaluation du handicap dans la perspective de la nouvelle prestation de compensation », rapport n° 2004 150 octobre 2004

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM), « Les attentes de la personne et le projet personnalisé », décembre 2008.

L'Inspection générale des affaires sociale (IGAS), « Bilan du fonctionnement et du rôle des Maisons départementales des personnes handicapées (MDPH) », rapport novembre 2010.

Christien DUPRE, « De la maison departementale à la maison de l'autonomie », Colloque départemental « Quelle Politique de Service Public pour le Handicap et l'Autonomie ? » Morières-les-Avignon, 27 mars 2009.

社會福祉における共生の實現にむけて新たな障害保険福祉施策を講ずるための關係法律  
の整備に關する法律にていて(2012年 厚生省配布資料)

厚生労働省社會 援護局傷害保険副支部 2006, 障害程度認定調査員マニュアル

東芝ソリューション株式會社 障害認定ALWAYS Jシステム

(<http://always.toshiba.co.jp/alwaysjhandi/authorizesummary.htm>)

株式會社CIJソリューションズSWAN障害者福祉システム

<http://www.csol.jp/package/swan/01.html>

東京都心身障害者福祉センター (身体障害者手帳、愛の手帳、精神障害者手帳

[http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shinsho/shinshou\\_techou/index.html](http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shinsho/shinshou_techou/index.html)

厚生労働省社會援護局障害者保険福祉部、2006, 障害程度区分認定マニュアル

厚生労働省社會援護局障害者保険福祉部、2006, 市町村審査委員會マニュアル

厚生労働省社会援護局障害者保険福祉部 2006, 市町村認定調査員会マニュアル

厚生労働省政策について

<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/aramashi.html>

障害者自立支援法の障害程度区分について, 全国障害福祉計画担当者会議資料4, 2006  
年5月11日

「ノーマライゼーション 障害者の福祉」 2004年12月号 障害の定義と障害認定

片川祥吾, 2009, 障害の社会学的考察 —障害学における社会モデルの再構築—, 横浜市

立国際総合科学研究科修士論文