

발 간 등 록 번 호

11-1352000-002396-01

정책보고서 2018-82

주요 국가의 장애판정제도 비교 연구



김성희 · 이동석 · 오욱찬 · 변경희 · 정희경 · 김용진 · 이민경

【책임연구자】

김성희 한국보건사회연구원 연구위원

【주요저서】

제5차 장애인정책종합계획(2018~2022) 수립방안 연구
보건복지부·한국보건사회연구원, 2017(공저)

2017년 장애인실태조사
보건복지부·한국보건사회연구원, 2017(공저)

【공동연구진】

이동석 한국보건사회연구원 부연구위원

오욱찬 한국보건사회연구원 부연구위원

변경희 한신대학교 재활학과 교수

정희경 광주대학교 사회복지학과 교수

김용진 이화여자대학교 사회복지학과 외래교수

이민경 한국보건사회연구원 전문연구원

우리나라 장애인복지에서 장애등록 및 판정은 장애인복지서비스 이용을 위한 진입 문으로 역할을 하며, 장애유무, 장애유형 및 정도를 의학적 기준에 의해 평가하여 최종 적으로 판정받는 체계이다. 1989년에 도입된 현재의 장애등록제도는 장애인복지사업 의 우선순위와 대상자 선정의 효과적인 기준으로 이용되고 있다. 즉 의학적 기준에 근 거한 장애등급은 장애유형별 중증도를 구분하는 객관적 기준으로 장애인에 대한 단계 적 접근을 가능하게 하며 효율적 정책집행을 가능하게 하여 그 동안 국내 장애인복지 시책의 도입 및 확대에 기여하였다.

그러나 장애인구의 증가, 장애에 대한 사회적 모델 관점으로서의 변화 등 장애인복지 환경의 변화에 따라 장애인복지 수요가 다양화되고 증가하고 있는 상황에서 의학적인 장애등급을 기준으로 한 서비스의 적격 판정은 개인의 욕구, 일상 활동 및 참여제한, 사회환경적 요인 등을 고려하지 않은 획일적, 행정 편의적 기준이라는 비판이 지속적 으로 제기되어 왔다. 이에 정부는 장애인의 지역사회 자립을 위해 획일적인 장애등급 을 폐지하고 장애인 개인의 필요도, 사회환경적 특성을 고려한 장애인 맞춤형 서비스 제공을 위하여 ‘장애등급제 단계적 폐지 및 종합지원체계 도입’을 국정과제로 발표 (2017년 7월)하고 추진 중에 있다. 즉, 장애 종합판정도구를 활용한 서비스 종합판정 체계를 도입하여 장애인의 필요에 따른 서비스 제공과 서비스를 쉽게 알고 이용할 수 있는 수요자 중심의 전달체계 구축을 추진하고 있다.

이와 같이 우리나라 장애판정의 근본적인 변화가 예정된 현 시점에서 영국, 호주, 독 일, 일본 등 주요 국가의 장애판정제도 현황을 총체적으로 파악하는 것은 매우 중요하다. 그 동안 외국의 장애판정제도 연구는 일부 정책 영역에 한정되어 총체적으로 파악 되지 못하는 한계를 가지며, 또한 일부 국가의 장애판정 정보는 최신화가 이루어지지 않아 최근의 제도 변화를 파악하지 못하고 있다. 따라서 본 연구에서는 영국, 호주, 독 일, 일본 등 주요 국가의 장애판정제도를 소득, 고용, 사회서비스 사회정책 전반에서 총체적으로 파악하고 최신화, 그리고 비교분석을 통하여 국내 장애판정체계 개편의 시 시점을 도출하고 이에 기반한 정책제언을 제시하였다.

본 연구는 김성희 연구위원의 총괄 책임 하에 이동석 부연구위원, 오욱찬 부연구위원, 변경희 한신대학교 교수, 정희경 광주대학교 교수, 김용진 이화여자대학교 외래교수, 이민경 전문연구원의 참여로 이루어졌다. 연구 과정에 많은 조언을 해 준 보건복지부 장애인정책과 이상진 과장, 진보라 사무관, 연지혜 주무관계도 감사의 인사를 전한다.

끝으로 본 보고서에 수록된 내용은 연구진의 의견이며 본 연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2018년 11월

한국보건사회연구원 원장

조 흥 식

목 차

제1장 서론	1
제1절 연구 필요성 및 목적	3
제2절 연구 내용 및 방법	4
제2장 이론적 배경	7
제1절 선행연구 고찰	9
제2절 국가비교연구를 위한 이론적 고찰	11
제3절 한국의 장애판정제도	37
제3장 주요 국가의 장애판정제도	57
제1절 영국	59
제2절 호주	87
제3절 독일	128
제4절 일본	150
제5절 장애판정제도 비교	169
제4장 시사점 및 정책 제언	187
제1절 시사점	189
제2절 정책 제언	199
참고 문헌	205
부록 (일본의 장애판정체계와 서비스)	215

표 목차

〈표 2-1〉 장애판정제도 국외사례 선행연구	10
〈표 2-2〉 장애개념 접근법과 측정방법	20
〈표 2-3〉 측정목적과 측정요소	21
〈표 2-4〉 자격조사가 필요한 정책영역	23
〈표 2-5〉 정책영역별 장애측정기준 비교분석틀	31
〈표 2-6〉 장애판정체계 비교분석틀	36
〈표 2-7〉 소득보장 영역의 법적 장애 정의	38
〈표 2-8〉 소득보장 영역의 장애유형 및 장애등급	39
〈표 2-9〉 장애인복지법과 국민연금법의 장애유형 및 등급 비교	40
〈표 2-10〉 소득보장 영역의 장애등급에 따른 장애 정도	41
〈표 2-11〉 고용서비스 영역의 법적 장애 정의	42
〈표 2-12〉 사회서비스 영역의 법적 장애 정의	43
〈표 2-13〉 한국의 정책영역별 장애측정기준 비교	53
〈표 2-14〉 한국의 정책영역별 장애판정체계	54
〈표 3-1〉 노동능력사정 설문지	63
〈표 3-2〉 장애로 인한 추가비용 보전 성격의 사회보장정책	66
〈표 3-3〉 일상생활 측정 지표	68
〈표 3-4〉 이동활동 측정 지표	70
〈표 3-5〉 독립성에 대한 위험 수준 평가 기준	73
〈표 3-6〉 Jobcentre Plus Offices 인력유형 및 역할	77
〈표 3-7〉 개인자립지불의 구성 요소별 지급 금액	79
〈표 3-8〉 호주 장애인복지 정책의 문제점 및 NDIS를 통한 개선방안	89
〈표 3-9〉 장애연금 수급자격 여부 평가를 위한 의료평가자료	93
〈표 3-10〉 장애, 질병, 부상 등에 따른 어려움 측정 목록	97
〈표 3-11〉 근로능력측정 목록	98
〈표 3-12〉 호주의 주요 사회보장제도	119
〈표 3-13〉 근로 참여 영역에서의 고용 서비스	133
〈표 3-14〉 돌봄 필요성에 대한 판정	135
〈표 3-15〉 정책영역별 장애판정	136
〈표 3-16〉 건강상의 특징(Merkmale der Gesundheit)	140

〈표 3-17〉 원호의학명령 판정도구의 구성	143
〈표 3-18〉 장애인과 장애 위험이 있는 사람들을 위한 규정에 따른 급여 종류 (사회법전 제9권 제1장)	145
〈표 3-19〉 최저생활비 수급비용 산정 방식	156
〈표 3-20〉 생활보호제도 보호(부조)의 종류와 내용	156
〈표 3-21〉 장애후생연금의 장애판정 기준	164
〈표 3-22〉 산재보험의 장애등급	164
〈표 3-23〉 장애인직업능력개발교육 수당	165
〈표 3-27〉 정책영역별 장애측정기준의 국가비교	174
〈표 3-28〉 장애판정체계의 국가비교	180
〈표 3-29〉 장애판정과 급여연계의 국가비교	185
〈표 1〉 장애인 수첩 교부 대상	219
〈표 2〉 장애인 수첩 소지자 수 (성별 / 장애유형별)	220
〈표 3〉 八王子市の 주요 자립지원서비스	226

그림 목차

[그림 2-1] 일상생활 활동 (ADLs)	28
[그림 2-2] 장애판정체계 유형	32
[그림 2-3] 장애인 활동지원제도에서의 장애측정기준	44
[그림 2-4] 장애인등록 및 장애등급심사 절차	46
[그림 2-5] 장애연금 청구 및 심사 절차	47
[그림 2-6] 국가보훈대상자 등록처리 흐름도	48
[그림 2-7] 장애인 활동지원서비스의 장애판정체계	50
[그림 2-8] 한국의 장애사정 도구와 급여 및 서비스의 연계구조	51
[그림 3-1] 영국의 ESA에서의 급여 수급을 위한 과정 체계도	62
[그림 3-2] 영국 전달체계의 구조	75
[그림 3-3] NDIS 적격자 선정을 위한 체크리스트	102
[그림 3-4] NDIS 지원 절차	104
[그림 3-5] NDIS에 의한 계획 수립 과정	105
[그림 3-6] NDIA 운영 시스템	113
[그림 3-7] NDIS 운영을 위한 관련 기관 현황	114
[그림 3-8] 장애인의 관점에서 본, NDIA 이외의 기관과 장애인 간의 관계	116
[그림 3-9] NDIS 지원 대상 분류	117
[그림 3-10] NDIS 계획 수립 단계	121
[그림 3-11] 편당 관리 방법	123
[그림 3-12] NDIS 문서 작성 예시	124
[그림 3-13] 독일의 장애판정체계	142
[그림 3-14] 장애등급심사 절차	161
[그림 3-15] 장애판정 후 서비스이용 절차	162
[그림 3-16] 소득비례 장애연금의 연금액	163
[그림 3-17] 의료정보 의존정도와 전문가의 재량권 정도에 따른 국가유형 비교	182
[그림 4-1] 장애측정 영역	195
 [그림 1] 장애인종합지원법의 서비스 내용과 사업	 218
[그림 2] 八王子市 장애인 서비스 이용 절차	225

제 1 장 서론

제1절 연구 필요성 및 목적

제2절 연구 내용 및 방법

제1절 연구 필요성 및 목적

우리나라 장애인복지에서 장애등록 및 판정은 장애인복지서비스 이용을 위한 진입 문으로서의 역할을 하며, 장애유무, 장애유형 및 장애정도를 의학적 기준에 의해 평가하여 최종 판정을 받는 체계이다. 장애유형은 15개의 유형이며 장애정도를 나타내는 장애등급은 기능적 결손상태와 심한 정도를 의학적 기준에 의해 판정하여 장애유형에 따라 1등급에서 6등급으로 구성되어 있다. 1989년 도입된 현재 장애등록판정제도는 장애유형과 장애 중증도를 판단하고 장애인복지사업의 우선순위와 대상자 선정의 효과적인 기준으로 이용되고 있다(김성희, 2014). 즉 의학적 기준에 근거한 장애등급은 장애유형별 중증도를 구분하는 객관적 기준으로 장애인에 대한 단계적 접근을 가능하게 하며 효율적 정책집행을 가능하게 하여 그 동안 국내 장애인복지시책의 도입 및 확대에 기여하였다.

그러나 장애인구의 증가, 장애에 대한 사회적 모델 관점으로서의 변화 등 장애인복지 환경의 변화에 따라 장애인복지 수요가 다양화되고 증가하고 있는 상황에서 의학적인 장애등급을 기준으로 한 서비스의 적격 판정은 개인의 욕구, 일상활동 및 참여제한, 사회환경적 요인 등을 고려하지 않은 획일적, 행정편의적 기준이라는 비판이 지속적으로 제기되어 왔다(최복천, 2016). 장애등록 후 장애인의 욕구에 맞는 장애인복지서비스가 제공되고 있지 못하다는 것으로 의학적 기준만으로 판정되는 장애등급이 모든 장애인 복지서비스 제공의 적격기준이 된다는 것은 적절하지 않다는 것이다. 현재의 장애등록 판정체계는 장애인이 원하는 서비스에 대한 욕구기반 서비스 제공에 있어 미흡한 상황이고 장애인의 욕구와 사회적 자원을 연결하여 배분하는 서비스 진입단계로서의 기능을 거의 수행하지 못하고 있다. 이에 정부는 장애인의 지역사회 자립을 위해 획일적인 장애등급을 폐지하고 장애인 개인의 필요도, 사회환경적 특성을 고려한 장애인 맞춤형 서비스 제공을 위하여 ‘장애등급제 단계적 폐지 및 종합지원체계 도입’을 국정과제로 발표(2017년 7월)하고 추진 중에 있다. 서비스 제공기준으로 장애등급 대신 서비스 필

요도를 종합적으로 평가할 수 있는 ‘서비스지원 종합조사’를 단계적으로 도입하여 추진하고, 장애인이 필요한 서비스를 지원받을 수 있도록 맞춤형 전달체계로의 개편 추진하는 것이다. 즉, 장애 종합판정도구를 활용한 서비스 종합판정체계를 도입하여 장애인의 필요에 따른 서비스 제공과 서비스를 쉽게 알고 이용할 수 있는 수요자 중심의 전달체계 구축을 추진하고 있다.

이러한 노력으로 2019년 7월부터 「장애인복지법」의 장애등급을 폐지하고 일상생활 지원 영역에서 맞춤형 종합판정체계를 도입할 예정이며, 이후 이동지원분야(2020년), 소득고용지원분야(2022년)까지 단계적으로 확대할 예정이다. 이와 같이 우리나라 장애판정의 근본적인 변화가 예정된 현 시점에서 영국, 호주, 독일, 일본 등 주요 국가의 장애판정제도 현황을 구체적으로 파악하는 것은 매우 중요하다. 그동안 외국의 장애판정제도가 여러 연구에서 파악되었지만 일부 정책 영역에 한정되어 총체적으로 파악되지 못하고 있는 한계를 가진다. 주요 국가의 장애판정제도에 대한 기존 연구들은 크게 소득보장 영역과 사회서비스 영역에서의 장애판정에 대한 연구로 각각 구분되며, 고용서비스를 위한 장애판정제도는 대체로 소득보장제도와 연계 혹은 일원화된 경우가 많아 함께 다루어지는 경우가 많았다. 또한 일부 국가의 장애판정 정보는 최신화가 이루어지지 않아 최근의 제도 변화를 파악하지 못하고 있다. 따라서 본 연구에서는 주요 국가의 장애판정제도를 소득, 고용, 사회서비스 사회정책 전반에서 총체적으로 파악하고 최신화, 그리고 비교분석을 통하여 국내 장애판정체계 개편의 시시점을 도출하고자 하는데 연구 목적이 있다.

제2절 연구 내용 및 방법

본 연구는 총 4장으로 구성되어 있다. 제1장 서론에 이어, 제2장에서는 본 연구의 이론적 배경을 제시하였다. 국내에서 이루어진 주요 국가의 장애판정제도에 대한 선행 연구를 검토하고 장애판정체계에 대한 국가간 비교연구를 위한 이론적 고찰을 실시하였다. 구체적으로 장애개념과 측정, 자격조사가 필요한 정책영역과 측정요소를 검토하고 이에 근거하여 국가간 장애판정체계 분석을 위한 분석틀 즉, ‘정책영역별 장애측정 비교분석틀’과 ‘장애판정체계 비교분석틀’을 제시하였다. 그리고 한국의 장애판정제도

현황을 분석하기 위하여 분석대상 사회정책 영역을 소득보장, 고용서비스, 사회서비스로 구분하고 장애측정 기준과 분석틀에 따른 분석을 실시하여 한국 장애판정제도의 특성을 제시하였다.

제3장에서는 주요 국가의 장애판정제도 현황과 국가간 비교를 제시하였다. 분석 대상 국가는 영국, 호주, 독일, 일본 4개국이며, 분석대상 사회정책 영역은 우리나라의 장애판정제도 현황 분석과 동일하게 소득보장, 고용서비스, 사회서비스로 구분하여, 의학적 평가, 활동능력(근로능력 등) 평가 등 장애판정기준을 파악하고자 하였다. 그리고 장애판정기관, 인력 등의 전달체계와 장애판정 결과 연계되는 급여·서비스를 파악하였다. 그러나 이러한 분석 틀은 각 국가의 장애인정책 환경이나 상황에 따라 제도의 차이가 있으므로 각 국가 상황에 따라 사회정책 영역을 구분하였으며, 중앙 정부의 장애평가판정제도를 중심으로 파악하였다. 그리고 각 국가의 장애판정제도 현황에 근거한 시사점을 제시하고 각 국가간 장애판정제도에 대한 비교 분석을 하였다. 국가간 장애판정제도의 비교분석은 제2장에서 제시한 분석틀에 근거하여 ‘정책영역별 장애측정의 국가비교’, ‘장애판정체계의 국가비교’, ‘장애판정과 급여연계의 국가비교’를 제시하였다.

제4장은 정책제언(개선방안)으로서 영국, 호주, 독일, 일본 등 주요 국가의 장애판정제도 현황 파악을 통한 시사점을 도출하고 국가간 장애판정제도 비교분석을 실시한 결과들을 바탕으로 향후 우리나라 장애판정제도 개편의 정책적 제언을 제시하였다.

본 연구를 수행하기 위한 연구 방법은 문헌연구와 해외사례 검토이다.

첫째, 문헌연구로서 국내외 장애판정제도 관련 보고서, 논문을 검토하였다. 국내 사회정책영역을 소득보장, 고용서비스, 사회서비스로 구분하여 장애판정 기준과 연계되는 급여 및 서비스를 파악하였고, 서비스 자격기준 구성요소, 판정방법 등 국가간 장애판정제도 비교분석을 위한 이론적 고찰을 위해 장애인복지사업 관련 문헌을 검토하였다.

둘째, 영국, 호주, 독일, 일본 등 주요 국가를 대상으로 장애인복지제도 적격성 판정체계 및 내용을 조사하였다. 국내 장애인을 대상으로 한 서비스와 제도의 성격을 고려하여 소득보장, 고용서비스, 사회서비스 제공에 있어 판정현황을 파악하여 향후 우리나라 장애판정제도 개편의 추진에 시사점을 도출하고자 하였다. 주로 외국 정부 및 공공기관의 행정자료 및 웹자료 등을 수집·분석하였다.

6 주요 국가의 장애인정책제도 비교 연구

제 2 장

이론적 배경

제1절 선행연구 고찰

제2절 국가비교를 위한 이론적 고찰

제3절 한국의 장애판정제도

제1절 선행연구 고찰

국내에서 이루어진 주요 국가의 장애판정제도에 대한 연구는 크게 소득보장 영역과 사회서비스 영역에서의 장애판정에 대한 연구로 구분되며, 고용서비스를 위한 장애판정제도는 대체로 소득보장제도와 연계 혹은 일원화된 경우가 많아 함께 다루어지는 경우가 많았다.

우선 소득보장 영역의 주요 국가 장애판정제도를 다룬 국내연구들을 보면, 소득보장 영역의 장애판정제도는 주로 공적연금에서의 장애급여인 기초장애연금(우리나라의 장애인연금)과 소득비례장애연금(우리나라의 장애연금)에 적용되는 장애판정기준이 다루어졌다. 변용찬 외(2008), 원종욱 외(2010), 변경희 외(2012), 변경희 외(2017)는 소득보장 영역의 장애판정을 다루면서 고용지원 연계를 위한 직업적 장애 기준 혹은 근로능력 판정기준에 초점을 두어 조사를 하였고, 김순례 외(2008)는 공적연금에서의 장애판정기준을 다루면서 재활서비스 연계 기준을 중심으로 조사를 진행하였다. 정인영·윤상용(2014)는 장애 관련 사회보장제도를 장애연금, 장애부조, ADL지원(활동지원), 산재보험으로 구분하여 개별 국가의 장애판정제도를 비교적 종합적으로 파악하였다는 점에서 의미가 있으며, 이용하 외(2015) 또한 다층적 장애소득보장체계의 관점에서 장애기초보장제도, 장애연금, 산재보험에서의 장애판정제도를 종합적으로 조사하여 비교하였다. 이들 연구들을 보면 가장 많이 조사된 국가는 미국, 영국, 일본, 독일이며, 이 외에도 호주, 캐나다, 스웨덴, 노르웨이, 핀란드, 스위스의 사례를 다룬 경우도 있다.

다음으로 사회서비스 영역의 주요 선진국 장애판정제도를 비교한 국내 연구를 보면, 전통적으로 장애인에 대한 사회보장이 소득보장 중심으로 이루어졌고, 많은 국가에서 사회서비스를 지방정부가 제공하거나 적용되는 장애 기준이 다양한 것으로 알려져 사회서비스 영역의 장애판정기준은 소득보장 영역에 비해 제대로 파악되지 않고 있다. 현재까지 변용찬 외(2008), 김성희 외(2012), 변경희 외(2012), 조상은 외(2017)의 연

구가 이루어졌으며, 의학적 기준 중심의 장애판정이 이루어지는 일본을 제외하면 중앙 정부 차원의 사회서비스 분야 장애판정기준으로 프랑스 사례가 주로 소개되었다. 이외에도 미국, 영국, 호주, 독일, 덴마크, 대만의 사례가 일부 소개되고 있는 실정이다.

또한 국외에서도 유럽 국가를 중심으로 장애판정제도에 대한 국제비교 연구가 이루어졌으며 비교적 다수의 국가를 다루고 있으나, 연구가 지속적으로 이루어지지 않아 최근 장애판정제도의 변화를 파악하는데 한계가 있다. 유럽평의회(Council of Europe, 2002)는 유럽 21개 국가를 대상으로 수당 및 활동지원, 장애연금, 산재급여에서의 장애판정기준을 조사하여 비교하였다. Mabett(2003)는 유럽연합 집행위원회(European Commission)의 지원으로 15개 국가에서 ADL지원(활동지원), 소득보장, 고용지원의 세 가지 영역에 대한 장애판정기준을 조사하였다. 특히 이 연구는 영역별 장애판정기준을 유형화하고, 장애판정과정을 의학적 정보 의존도와 전문가의 재량권을 기준으로 유형화하여 각 유형의 특징을 설명하였다. De Boer et al.(2007)는 15개 국가의 장애연금제도에서의 장애판정과정과 기준을 비교하였다. 장애판정과정은 판정의 단계, 판정의 목적, 행위자, 질 관리의 측면에서 분석하고, 장애판정기준은 법적 정의와 조작성 정의의 관계, 판정요소의 구성(의학, 기능, 재활)을 규명하였다.

이와 같은 장애판정제도 국외사례 선행연구를 정리하면 다음 <표 2-1>과 같다.

<표 2-1> 장애판정제도 국외사례 선행연구

영역	구분	국가												
		영국	호주	독일	일본	미국	프랑스	캐나다	스웨덴	노르웨이	덴마크	핀란드	스위스	대만
소득 보장 (공적 연금)	변용찬 외(2008)	○	○		○	○								
	김순례 외(2008)	○		○		○		○						
	원종욱 외(2010)	○	○		○	○				○				
	변경희 외(2012)			○	○	○								
	정인영, 윤상용(2014)	○		○		○		○						
	이용하 외(2015)	○		○	○	○		○	○			○		
	변경희 외(2017)			○	○	○							○	
사회 서비스	변용찬 외(2008)	○			○	○	○							
	김성희 외(2012)		○		○		○							
	변경희 외(2012)			○	○	○								
	조상은 외(2017)						○				○			○

주: 1) 국외사례를 별도의 장으로 구성하여 비교적 심층적으로 살펴본 연구로 제한함

2) 하나의 연구에서 사회서비스와 소득보장의 장애판정을 명확히 구분하지 않은 경우도 있음. 또한 고용서비스의 장애판정은 사회서비스에 포함되는 국가도 있고, 소득보장 장애판정과 일원화된 경우도 있음

제2절 국가비교연구를 위한 이론적 고찰

1. 장애개념과 측정

장애측정은 법률과 정책에 중요한 함의를 갖는다. 보편적으로 받아들여지는 장애정의는 없다. 하지만 측정의 방향을 정할 수 있는 개념적 모델은 많이 존재한다. 어떤 모델도 장애의 모든 측면을 포괄할 수는 없다. 그러나 다양한 모델들은 다양한 목적으로 사용될 수 있고, 특정 맥락에서 유용한 관점을 제공할 수 있다.

장애를 어떻게 정의하느냐에 따라 이를 측정하는 기준은 달라질 수밖에 없다. 하지만 장애개념의 다차원성은 개념을 측정하는데 필요한 질문개발을 어렵게 만든다. 예를 들어 자동차 사고로 다리를 잃은 경우, 표면상 장애는 사고와 그 결과로 인한 손상으로 볼 수 있고, 이에 따라 장애는 매우 단순한 현상으로 볼 수 있다. 하지만 이후 이 사람의 삶이 장애화되는 과정은 단순치 않다. 외상 후 스트레스(trauma)를 경험한 개인의 특성, 사회적·구조적 맥락, 지역사회의 문화적 지향성, 관련 기관의 정책 등과 같은 다양한 영향요인에 의해 심각한 장애화가 나타날 수도 있고 아닐 수도 있다. 그렇다면 현재 이 사람의 장애상태와 정도를 측정한다는 것은 이전의 사고와 그 결과로 인한 손상 정도를 측정하는 것인지, 이외에 심리적 특성, 사회구조적 맥락, 문화적 맥락 등까지 측정하는 것인지에 대해 쉽게 결정할 수 없다.

또한 측정방법은 측정의 목적에 따라 달라질 수 있다. 장애측정을 하는 이유는 자원 재분배를 위한 자격평가, 기회 균등의 달성, 장애출현율과 같은 경향에 대한 파악 등이 있다(Barbara et. al., 2006). 장애인 정책은 크게 서비스 급여를 제공하는 목적의 정책, 장애를 가진 사람들이 차별받지 않고 동등한 권리를 가지도록 돕는 정책으로 구성된다. 이에 따라 장애를 측정하는 목적도 달라진다. 장애를 측정하는 가장 일반적인 목적은 장애정도를 심사하여 차별적으로 급여를 제공하는 일이다. 최근에는 급여제공을 위한 목적 외에 장애차별을 근절하기 위하여 장애차별금지대상이 되는 장애인을 정하는 목적의 측정이 이루어지고 있다. 여기에 더하여 국가가 장애인의 삶의 전반을 살펴서 국가정책의 중요한 자료로 삼기 위한 장애인의 실태조사와 장애인의 삶에 대한 경향분석을 위한 측정 목적도 있다.

각각의 목적에 따라서 측정방법은 달라진다. 예를 들어 신체적 재활의 욕구를 평가

하기 위해서는 신체구조와 기능을 측정해야 한다. 장애로 인하여 직업을 구하기 어려워서 소득보장을 하여야 할 필요성을 측정하기 위해서는 활동의 참여수준을 측정하는 것이 적절하다. 기회의 균등을 목적으로 측정하고자 할 때는 주택, 교통, 고용 등의 영역에 관련된 활동에 대한 참여를 측정해야 한다. 출현율의 경우 인구학적 관계를 측정해야 한다.

따라서 이 장에서는 현존하는 장애개념을 먼저 살펴보고, 이를 측정하기 위한 기준과 도구가 무엇인지 살펴보고, 또한 측정목적에 따른 측정방법에 대해서도 살펴볼 것이다.

가. 장애개념

1) 의료적 모델과 사회적 모델

장애를 정의하고 측정하는 지침이 될 수 있는 보편적인 개념과 기준은 확립되어 있지 않지만, 장애측정의 준거가 될 수 있는 몇 가지 개념적 모델은 존재하고 있다 (Palmer and Harley, 2011).¹⁾ 다양한 혼합모델이 존재하지만, 양 극단은 의료적 모델과 사회적 모델로 구분할 수 있다.

손상과 관련하여 장애인의 경험을 설명하는 역사적 경향이 있어 왔다. 이와 같은 존재론은 의료적 모델로 알려졌다. 장애는 질병, 부상, 또는 건강상태로부터 발생한 신체적 손상에 기인하는 것으로 여겨진다(Barnes and Mercer, 2003). 손상에 의해 직접적으로 신체적 기능과 사회적 기능의 손실이 발생한다. 이에 따라 재활과 시설 돌봄을 포함한 의료적 개입과 더불어 특수교육, 직업훈련, 사회복지와 같은 사회부조 프로그램 개입이 우선한다.

사회적 모델은 장애를 개별적이 아니라 사회적 구성체로 바라본다. 이에 따라 사회변화가 우선 개입방법으로 여겨진다(Barnes et al., 2002). 손상은 그 자체로 중요하지는 않고, 개인이 사회에서 기능할 수 있도록 부여된 조정 장치들, 예를 들어 태도의

1) 이 보고서에서 장애를 측정한다고 하는 것은 자원의 효율적인 재분배를 목적으로 하는 행정적 수단을 의미하기 때문에, 장애를 가졌는가에 대한 당사자의 인식을 강조하는 주관적 정의(Grönvik, 2007), 장애를 신의 징벌이나 선물로 보는 종교적 정의 등과 같은 개념은 제외하기로 한다.

변화, 물리적 접근성의 변화와 같은 장치들에 의해 장애가 결정되고 개선되기도 할 수 있다. 사회적 모델의 주창자인 올리버에 따르면, 장애화는 신체와 아무 관련이 없고, 손상은 사실 물리적인 신체에 대한 묘사 그 이상은 아니다(Hughes and Paterson, 1997). 손상에 대한 현대의 대응에 의해 장애인은 사회에의 접근이 거부당하거나 배제됨에 따라 ‘인간이 아닌 다른 존재(other)’가 되었다. 사회적 모델은 장애가 사회적으로 만들어지는 방식에 초점을 맞추므로써 장애에서 의료적 요인과 개별적 요인을 제거하는데 성공하였다. 이 과정에서 사회적 모델은 전 세계적으로 장애인들의 권한강화와 사회통합(social inclusion)을 위한 중요한 정치적 도구가 되었다(Hughes and Paterson, 1997). 사회적 모델은 당사자의 장애운동에 중심적인 교리로써 여겨져 왔다(Shakespeare and Watson, 1997). 사회적 모델은 국제적 선언 및 협약, 개별 국가의 입법, 지역중심 재활 및 통합교육 프로그램의 세계적인 확산에 지대한 영향을 미치는 등 보편적인 흐름이 되고 있다(Gabel and Peters, 2004).

사회적 모델은 장애인의 삶에 있어 매우 중요한 부분이라고 주장되고 있는 손상에 접근하는데 실패했다는 비판을 지속적으로 받아왔다. 사회적 모델이 장애인의 생생한 경험을 완전히 설명하지 못한다는 점에서 이 비판은 의미를 갖는다. 일부 장애인들은 사회적 모델을 통해 자신들의 삶을 완전히 위치 지을 수 있지만, 일부는 그렇지 않다(Pinder, 1997). 손상에 대한 무관심에 따라 장애인의 삶에 대한 연구들이 제한적이게 되었다. 또한 장애 특이적 정책의 개발도 제한되었다. 장애인의 삶의 기준에 대한 연구들이 부족하게 되었고, 특히 개발국가에서 더욱 그러하다. 국가적인 빈곤 감소 전략에서도 장애에 주의집중하지 않게 되었다(Milta, 2005; Braithwaite and Mont, 2008; Palmer, 2011). 따라서 보다 포괄적이고 통합적인 장애에 대한 사회적 모델이 요구되고 있다(Hughes and Paterson, 1997; Pinder, 1997; Gabel and Peters, 2004).

다른 이론가들은 사회적 모델이 손상을 무시하여 단일 차원으로 보고 있다는 비판을 받아들이지 않았다. ‘활동을 제한하는 손상에 대한 가능성을 부정하지 않았다. 다만 이와 같은 제한이 장애를 구성하는 것은 아니다(Thomas, 2002: 43).’; ‘사회적 모델 주창자들은 장애인과 비장애인 사이의 불평등을 지적하는 것이다. 불평등을 손상 자체로 축소시키는 것이 아니라. 그들은 불평등을 억압과 차별의 영향으로 해석하는 것이다(Reindal, 2009: 157).’ 그러나 개인과 사회 사이를 연결하는 관련요인이 누락된 것은 인정되어야 한다(Thomas, 2004). 결과적으로 사회모델의 수정판, 즉 사회-관계 모델

이 개발되었다.

장애의 사회-관계 모델은 손상의 개별적 영향과 사회적 영향 모두를 인정한다. 그럼에도 여전히 장애는 사회적 상황을 조건으로 한다고 본다(Thomas, 2004; Reindal, 2008). 장애는 손상의 영향에 부가되어 사회적 태도의 영향으로부터 발생하는 것으로 이해된다. ‘장애인으로 라벨 붙여진 사람들이 가치 있는 일을 거의 못하거나 아예 못한다고 가정하는 것은 바로 사회 구조이다’(Pfieffer, 2000; 1079). 전통적인 사회적 모델 관점을 유지하면서, 손상을 가진 사람들을 위해 사회의 장벽을 줄이는데 방점을 둔다.

2) ICF

세계보건기구에 의해 개발된 ICF는 사회적 모델과 의료적 모델의 조합으로 제시되었다. ICF는 생물학적이고 개별적인 관점과 사회적인 관점 등 건강과 관련된 다양한 관점에 논리적으로 잘 부합하는 견해를 제공하기 위하여 통합을 하고자 노력하였다(WHO, 2001; 20). 1980년부터 1997년까지 초기 버전에 대한 업데이트 버전으로 2001년 출판된 ICF는 손상에 대한 생물학적 이해와 장애의 사회적 측면을 결합하였다. 장애(disability)는 개별적 요인과 환경적 요인과 같은 맥락적 요인에서 기능(functioning)을 제한하는, 모든 손상(any impairment), 활동 제한(activity limitation), 참여 제한(participation restriction)을 포괄하는 용어이다. 개인의 기능적 제한이 주변 환경에 의해 영향을 받는 방법에 대한 분류 체계를 포함함으로써 사회적 모델은 포함되었다.

ICF는 건강상태와 성과를 분류하고 측정하기 위한 분석틀이고, 다양한 목적으로 사용될 수 있다. 주요한 하나의 목적은 장애화와 관련된 모든 측면에서 연구와 데이터 수집을 가이드하는 것이다(Badley, 2008). 측정은 관련된 문화적 맥락에서 통계적으로 정상적이라고 여겨지는 활동 및 역할과 연결되어 있다. 예를 들면 옷 입기, 음식 섭취하기, 학교 가기, 직장 가기 등과 같은 것이다. 장애라는 경험에 의해 불이익을 당하는 사람을 찾아내는 방법에 대해 동의할 수 없다면, 비교를 할 수도 없고, 불평등을 확인하고 측정하고 개선하는 것도 불가능해질 것이다(Leonardi et al., 2006; 1220). 또한 환경마다 다르게 나타나는 개인의 수행정도를 확인하고, 분류하고, 평가하지 못한

다면, 환경의 어떤 측면이 어떻게 장애를 만들어 내는지 보여줄 수 있는 방법이 없는 것이다(Bichenbach et al., 1999; 1178).

ICF는 다양한 이론의 영향을 받은 건강상태 분류 체계에 비해서는 보다 덜 개념적인 모델이다. ICF는 생물학적 장애 개념에서 벗어난 것으로 폭넓게 인정받아 왔다(Bury, 2000; Leonardi et al., 2006; Mont, 2007b). 하지만 사회적 모델 주창자들은 ICF에서 손상을 ‘신체 구조 또는 생리적 기능의 손실 또는 비정형’으로 정의하는 것과 같은 손상에 대한 생물학적 개념에 반대해 왔다(WHO, 2001). Shakespeare(2006; 35)가 밝혔듯이 장애를 사회적으로 정의하면서 손상을 생물학적으로 정의하게 되면, 손상을 매우 중요한 범주로 남겨둘 수 있는 위험이 존재한다. 비슷한 논리로, 장애인 본질적으로 손상이 있는 것이라고 말하면, 차별을 없애는 정책은, 그것이 아무리 효과적이라도, 장애화(무력화) 과정에서의 본질적이고 생물학적인 불리함을 제거할 수는 없다(Bickenbach et al., 1999).

또한 손상은 다른 문화 개념을 고려치 않은 서구의 생의학적 개념이라는 비판도 존재한다(Barnes and Mercer, 2003). 이 지점을 바로 논박할 수는 없지만, ICF는 10년간의 협동과정을 통해 발전했고, 다양한 국가에서 현장 점검을 하였다(Leonardi et al., 2006). 개별 국가의 언어로 이해될 수 있도록 용어와 정의를 선택하려는 노력이 행해졌으며, 지역의 문화에도 민감하고자 노력하였다(Bichenbach et al., 1999).

이처럼 ICF는 장애를 의학 일변도로 보던 이전의 관점에서 상당히 달라졌다는 평가를 받고 있다. 그러나 사회적 모델을 적극적으로 지지하는 사람들은 ICF에 포함되어 있는 ‘신체구조와 기능’으로 정의되어 있는 생물학적 측면에 강한 거부감을 표현하기도 하고 있다(Palmer and Harley, 2011). 우리나라의 경우 지난 20년 동안 장애의 개념은 의료적 모델에서 사회적 모델로 그 중심이 이동해 왔으나, 아직까지 장애측정은 의료적 기준에 머물러 있음에 따라 제도 내 갈등이 발생하고 있는 것으로 보인다.

나. 개념별 측정기준

조한진(2011)은 장애개념, 분류, 측정을 논하기 위한 개념적 틀로써 Bernell(2003)의 개념과 Grönvik(2007)의 개념을 설명하고, 둘이 개념적으로 비슷하기 때문에 Bernell(2003)의 개념적 틀을 사용하겠다고 밝힌 바 있다. 이에 따라 Bernell(2003)

의 장애개념 틀을 보면, 의학적 질환의 보유 여부를 기준으로 하는 의학적 접근법(medical approach), 개인의 사회적 활동 제한성을 기준으로 보는 기능제한 접근법(functional limitations approach), 개인이 처한 물리적·사회적 환경의 영향을 강조하는 사회정치적 접근법(sociopolitical approach) 등으로 구성되어 있다(조한진, 2011에서 재인용).

1) 의료적 접근법 - 손상평가

장애를 질병이나 손상으로 보는 의료적 접근법의 경우 장애정도 또는 중증도(重症度)라는 개념은 질병의 정도 차이나 신체적 기능손상의 정도 차이를 의미한다. 신체적 기능의 손상의 정도 또는 질병의 정도에 따라 지체장애, 청각장애, 시각장애, 지적장애 등과 같은 장애분류가 가능해지고, 각 유형별 장애등급 구분이 가능해진다. 질병이 심하거나 손상이 심한 경우 중증이라고 할 수 있으며, 중증장애인에게 더 많은 자원을 재분배하는 것은 정의로운 것이고 효율적인 것이 된다. 즉 팔 하나가 손상된 것보다는 양팔이 손상된 것이 중증일 것이고 무릎 아래 다리의 손상보다는 대퇴부 이하 다리의 손상이 더 중증이기 때문에 더 많은 자원을 재분배하는 것은 정의롭게 된다. 현재 우리나라의 장애분류 및 장애등급제는 철저히 이 개념을 따르고 있다.

그러나 의료적 접근법은 몇 가지 문제점을 내포하고 있다. 손상평가는 의료적 모델에 기원을 두고 있기 때문에 손상이 개인의 활동 또는 사회참여와 같은 기능에 대한 영향을 무시했다는 비판을 받고 있으며, 또한 개별적 또는 환경적 요인의 영향을 무시했다는 비판을 받고 있다(Van-Brakel and Officer, 2008). 장애라는 용어가 사회적 스티그마를 야기하기 때문에 손상평가는 과소보고를 야기한다. 많은 문화에서 장애는 과거 삶의 징벌로 여겨지고 있다(Ingstad and Whyte, 1995). 특히 지적 또는 정신 손상은 더욱 낙인이 강하고 과소 보고된다(Patel, 2001; Miller, 2006). 장애라는 용어는 매우 심각한 상태를 의미하고, 이에 따라 손상평가는 중증이거나 심각한 수준의 손상을 찾아내는 방향으로 흐르게 된다(Mont, 2007a). 손상평가는 개발도상국가에서 건강 및 사회서비스 제공의 우선순위를 찾는 도구로서 중증장애에 대한 대리변수(proxy)로 사용되고 있다. 손상의 영역 또는 건강 상태를 목록으로 열거하는 평가는 사람들이 자신에 대한 진단을 알지 못할 수 있고 또 부정확하게 진단될 수도 있는 오류

에 취약하다. 손상평가는 질 좋은 건강서비스에 대한 접근이 잘 안 되는 자원이 부족한 환경과 주로 연관되어 있다.

또한 장애등급간 또는 장애유형간 비형평성 문제가 발생한다. 의료적 접근법에서는 손상의 정도가 더 심하면 더 많은 복지가 필요할 것이라는 가정 하에, 보다 중증장애인에게 더 많은 자원을 할당하고 있다. 하지만 활동보조지원을 받을 수 있고 앉아서 하는 업무를 맡고 있는 (의료적 기준에 의한) 지체 1급 장애인이, 활동보조지원도 못 받고 중도장애로 인해 점자교육도 못 받은 (의료적 기준에 의한) 2급 시각장애인 보다, 장애가 더 심하기 때문에 더 많은 사회적 지원을 받는 것이 합리적이라고 말할 수 없다. 우리가 주변에서 보는 1급 장애인이 2급 장애인 보다 손상의 정도는 더 심하지만 사는 형편이나 지역사회에서의 자립생활의 정도는 더 나은 경우를 종종 볼 수 있다. 마찬가지로 사회적 편의시설 등의 개선에 따라 사회이동이 많이 개선된 1급 지체장애인과 아직 사회로부터 많은 편견과 무시를 받고 있는 1급 지적장애인의 손상 정도가 동일하고 이에 따라 동일한 사회적 급여를 받는 것이 정당한 것인지에 대해서는 많은 의문이 들 수밖에 없다. 따라서 의료적 접근법에 따른 손상의 정도를 측정 기준으로 사용하는 경우, 유형 간 및 등급 간 비형평성의 문제를 해결하기 위해서는 장애유형별, 장애등급별로 개별 정책을 개발하여야 하는 문제가 발생할 수밖에 없다.

2) 기능적 제한 접근법 - 기능평가

기능적 제한 접근법은 의료적 모델에 기반을 두고 있지만, 일상생활 또는 사회생활과 같은 활동, 그리고 사회참여에의 배제와 같은 사회적 기능의 손상에 더욱 중점을 두고 있다. 장애는 사회적 기능이 손상된 것이기 때문에 장애정도의 측정은 사회적 기능의 손상 정도를 측정한다.

현재로 오면서 점점 더 많은 국가들은 손상보다는 기능 능력에 초점을 맞추는 평가들이 더 선호하고 있고, 많은 기능평가들이 개발되어 왔다(McDowell and Newell, 1987; Mont, 2007a). 일반적으로 기능평가 방법들은 건강상태로 야기된 기능 역량의 손실을 측정한다. 기능에 대한 환경의 영향을 측정하는 데의 어려움 때문에, 평가방법들은 주로 주어진 환경에서 나쁜 건강상태가 기능에 미치는 개인의 경험에 초점을 맞추고 있다(Barbotte et al., 2001). ICF의 개념적 틀 내에서 기능은 신체적 기능뿐만

아니라 활동과 참여도 포괄한다. 이에 따라 다양한 측정 방법이 다양한 수준에서 가능하다. 주로 평가방법들은 신체적 기능과 일상생활활동의 제한을 측정하여왔다(Barbotte et al., 2001). 활동은 참여의 요소들을 대표하고, 참여를 간접하거나 촉진하는 작동기제를 결정할 수 있다(Madans et al., 2004). 참여만이 측정된다면, 적절한 지원을 받고 참여를 가능하게 하는 환경 속에 있는 손상을 가진 사람과 비장애인을 구분할 수 있는 방법이 없어진다.

기능적 제한 모델을 차용하는 대부분의 국가들에서는 주로 노동 무능력 정도(a test of inability to work) 또는 일상생활활동 제한 정도(a test of limitations in performing ADLs)를 측정하고 있다(European Commission, 2002). 노동능력상실이나 일상생활수행에서의 제약이 존재하는 사람들은 장애인으로 정의되고, 제한의 정도 차이에 따라 급여의 정도를 결정하게 된다. 일상생활 수행제한 측정을 통한 장애 정의는 국가들마다 다소 차이가 나타나는데, 이는 일상생활활동을 어디까지 인정할 것인가 하는 포괄성과 관련되어 있다.

일상생활활동 영역은 일상생활활동(ADLs)과 도구적 일상생활활동(IADLs)으로 구분할 수 있다. 일상생활활동(ADLs) 측정은 대부분의 유럽 국가들에서 사용되고 있다. 일상생활활동에는 앉고, 눕고, 의자에서 일어서거나 침대에서 일어나는 능력, 개인적 위생을 유지하는 능력, 옷을 입는 능력, 식사 능력 등이 포함된다. 하지만 일상생활활동 측정은 한 개인이 집안에서 움직일 수 있는가 아닌가는 측정할 수 있으나, 그 개념 자체에 집밖으로 이동할 수 있는가에 대해서는 포함하지 못하는 한계가 있다. 이에 따라 일상생활활동 측정과 더불어 도구적 일상생활활동 측정을 사용한다. 도구적 일상생활활동에는 근거리 이동과 교통수단을 이용한 원거리 이동, 가사 노동과 가정 관리, 의사소통, 사회적 참여 등과 같은 사회적 활동 능력이 포함된다. 이에 따라 일상생활활동 기준으로 장애를 측정하는 국가들도 집 밖으로의 이동과 같은 도구적 일상생활활동도 측정기준으로 사용하고 있다. 장애측정기준으로써 일상생활활동을 사용하는지, 도구적 일상생활활동을 사용하는지에 따라 장애 포괄성은 달라진다.

또한 이 접근법의 경우 사회적 기능의 손상은 각종 재활이나 복지정책을 통해 회복될 수 있다고 보기 때문에, 자원의 할당이 보다 더 필요한 중증의 개념은 사회적 기능 손상이 커서 재활의 가능성이 더 낮은 경우를 의미할 것이다. 사회적 기능도 분야가 여럿이듯 재활이나 사회복지영역도 직업재활, 교육재활, 치료재활 등 여러 분야가 있기

때문에 각 영역별로 자원할당 기준이 달라질 수 있다. 따라서 각 분야별로 사회적 기능을 정의하는 방법에 따라 재활의 가능성이 더 낮은 집단에 대한 정의 및 측정은 달라질 수 있다. 즉 고용분야 또는 소득보장 분야의 경우 일상적인 생활보다 노동무능력 정도를 측정의 기준으로 사용하게 되고, 활동지원 분야의 경우 일상생활활동 측정기준과 더불어 이동과 관련된 측정기준을 사용할 수 있다. 이처럼 기능적 제한 접근법에서는 정책별로 사회활동의 기능제한 정의에 따라 서로 다른 측정기준을 사용할 수 있다.

3) 사회정치적 접근법

사회적 모델의 경우 장애라 함은 상해나 질병 등의 신체적 요인, 지적 또는 정신적 요인 등에 의한 개인의 특성에 관계없이, 그 개인에 대해서 어느 정도 이상의 능력이나 기능을 요구하는 사회적 환경과의 관계에서 생기는 장벽이다. 따라서 사회적 모델에 따를 경우 장애를 구분·분류하는 것은 아무런 의미가 없어진다. 상해나 질병 등의 신체적 요인, 지적 또는 정신적 요인 등에 의한 개인의 특성에 관계가 없기 때문에 지체장애, 청각장애 등과 같은 질병적, 신체 기능적 장애분류는 더 이상 의미가 없다. 또 장애는 사회적 환경과의 관계에서 생기는 장벽이기 때문에 개인에 대한 분류는 의미가 없어진다.

또한 차별 및 억압의 존재가 중요한 것이고 그런 차별과 억압을 원천적으로 없애는 것이 장애 문제의 해결방안이기 때문에 장애에 대한 등급 분류도 의미를 잃게 된다. 따라서 사회적 모델에 따를 경우 중증과 경증의 의미는 없다. 사회적 차별을 더 많이 받는 사람이 더 중증이라고 말할 수 있으나, 사회적 모델에 의하면 장애라는 것은 개인적 현상이 아니고 사회구조적인 문제 또는 사회 문화적 현상이기 때문에 누가 더 차별을 받는지 하는 문제는 의미가 없다.

손상에 대한 사회적 차별을 없앴으로써 장애해방을 이룰 수 있지만, 손상 자체는 피부색이나 종교 등에 대한 차별과는 다르게 중립적이지 않다(이지수, 2014). 즉 손상 자체도 불리한 조건이고 사회적으로 생성 또는 구성되는 것이기 때문에, 손상에 대한 사회적 접근이 필요하다. 그 동안 손상에 잘못 대응했기 때문에 손상에 따라 구분한 장애인 범주에 대한 차별과 낙인이 발생한 것이고, 그렇기 때문에 손상에 제대로 반응하는 것이 필요하다. 손상에 제대로 반응하기 위해서는 올바른 지원서비스를 적절한 사람에

게 제공하여야 한다. 이 때 서비스에 대한 적격성은 자립의 위험정도에 따라 결정된다(GBDTC, 2007; 이동석, 2012). 이런 위험에는 직업과 교육 기회가 심각하게 제한되는 경우, 가족의 역할이나 다른 사회적 역할과 책임성이 지속되지 않거나 지속될 수 없는 경우, 홀리스가 된 경우, 관계가 유지될 수 없는 경우 등이 포함된다. 이럴 경우 장애인들은 그들의 권리 및 자격에 접근할 수 없는 위험한 상태에 처해 있다고 여겨지고, 사회복지서비스의 설계가 필요해진다. 따라서 장애를 사회정치적 접근법으로 바라볼 경우 손상 측정은 장애인의 주변 환경 등을 종합적으로 고려하여 장애인이 자립적으로 사는 데의 위험 정도를 바탕으로 측정하게 된다. 하지만 이 접근법에 따른 측정의 경우 아직 측정방법이 구체화되지 않은 문제점이 있다.

4) 각 접근법과 측정기준(요소)

의료적 접근법, 기능적 제한 접근법, 사회정치적 접근법에 따른 장애개념과 측정기준을 종합하면 다음 표와 같이 정리할 수 있다. 이처럼 측정에는 개인의 신체적 정신적 구조와 기능과 관련된 의료평가, 사회적 활동과 참여에의 배제정도를 평가하는 사회적 기능평가, 개인을 둘러싼 사회의 구조와 문화를 평가하는 사회평가 등의 요소들이 사용된다.

〈표 2-2〉 장애개념 접근법과 측정방법

장애개념 접근법	장애 개념	장애측정 방법
의학적 접근법	질병이나 신체적 손상으로 인한 신체구조 또는 기능의 손상	장애유형별 손상의 정도 측정 신체적 구조 및 기능 평가(의료 평가)
기능적 제한 접근법	일상적 또는 사회적 활동 및 참여 기능의 손상	사회적 활동 및 참여에의 기능제한 정도 측정 노동무능력 정도, 일상생활 활동 제한정도 평가
사회정치적 접근법	손상으로 인해 차별·배제·억압당하는 것 손상에 부적절하게 대응하여 나타난 현상	자립에의 위험 정도 측정 개인의 손상정도와 개인을 둘러싼 사회 환경에 대한 평가를 통해 자립(비의존) 정도 파악

다. 측정목적과 측정요소

장애를 측정하는 이유는 측정하고자 하는 정책의 목적에 따라 달라진다. 일반적으로 장애를 측정하는 목적은 자원할당을 위한 자격조사, 기회 균등, 경향 분석으로 구분할 수 있다(Barbara et. al., 2006). 자격조사의 경우 자격은 정책의 목표에 따라 소득보장 자격, 의료재활 자격, 활동보조 자격, 보조기구서비스 자격 등처럼 세분화될 수 있다. 또 기회 균등도 교육, 고용, 거주, 차별금지 등 이루고자 하는 목적에 따라 세분화될 수 있다.

또한 장애측정의 요소로는 앞서 살펴본 바와 같이 신체구조와 기능, 활동 및 참여, 사회적 환경으로 구분할 수 있다. 결국 측정의 목적과 측정요소를 결합하면 다음 표와 같은 매트릭스를 만들 수 있고, 실제 측정방식은 다양한 조합이 가능하다. 실제에서는 측정목적별로 세 가지 요소 중 어느 한 가지만 사용할 수도 있지만, 몇 가지 요소들을 조합하여 사용할 수도 있다. 즉 자격조사를 목적으로 하는 경우 신체구조와 기능만 측정할 수도 있고, 신체구조와 기능과 더불어 사회활동 및 참여 가능정도를 측정할 수도 있다.

〈표 2-3〉 측정목적과 측정요소

<div>장애개념과 측정요소</div> <div>측정목적</div>	의료적 접근법	기능적 제한 접근법	사회정치적 접근법
	신체구조와 기능	활동 및 참여	사회적 환경
자격 조사	자격조사에서 신체구조와 기능을 측정	자격조사에서 활동과 참여를 측정	자격조사에서 사회적 환경을 측정
기회 균등	기회균등 보장대상 장애인을 정하기 위하여 신체구조와 기능을 측정	기회균등 보장대상 장애인을 정하기 위하여 활동과 참여를 측정	기회균등 보장대상 장애인을 정하기 위하여 사회적 환경을 측정
경향 분석	장애인구의 국가적 동향을 분석하기 위하여 신체구조와 기능을 측정	장애인구의 국가적 동향을 분석하기 위하여 활동과 참여를 측정	장애인구의 국가적 동향을 분석하기 위하여 사회적 환경을 측정

장애측정의 실재는 국가에 따라 신체구조와 기능을 비중 있게 고려하는 경우도 있고, 활동과 참여를 중요하게 포함하는 경우도 있고, 사회적 환경을 다른 국가에 비해서 상대적으로 더 중요하게 보는 국가도 있다. 또한 장애측정의 실재는 측정의 목적에 따

라 매우 다양한 모습으로 구성될 수 있다. 자격심사를 목적으로 장애를 측정하는 경우는 사회적 환경보다는 신체구조와 기능이나 활동과 참여를 더 중요하게 고려하는 경향이 있다. 특정 서비스를 받을 자격심사에서 사회적 환경 요인을 많이 고려하게 되면, 각 개인마다 처해 있는 다양한 사회적 환경을 개인에게 미치는 영향 수준에서 측정에 반영하여야 하는 중대한 현실적인 어려움이 발생하게 된다. 기회균등 보장을 목적으로 장애를 측정하는 경우에는 자격심사의 경우보다 신체구조와 기능은 덜 반영하고, 사회적 환경은 더 많이 반영하는 경향이 있다고 추정할 수 있다. 그러나 그 사회에서 장애에 대한 편견이 매우 높은 상황이라면 신체구조와 기능에 높은 비중을 두고 측정하더라도 결과는 크게 달라지지 않을 수 있을 것이다. 이처럼 장애를 측정하는 목적에 따라 장애측정의 각 구성요소들이 결합되게 된다. 이 결합의 모습은 국가에 따라 그리고 각 국가가 처해 있는 상황과 시기에 따라 달라질 수 있다.

2. 자격조사가 필요한 정책영역 및 측정기준(요소)

가. 자격조사가 필요한 정책영역

장애정의를 사회복지 정책 영역별로 살펴볼 때, 핵심 정책영역은 소득보장(income maintenance), 고용보장(employment measures), 일상생활 활동 지원(assistance with activities of daily life, assistance with ADLs)이라 할 수 있다(European Commission, 2002: 37; 서정희 외, 2012에서 재인용).

대부분의 복지 선진 국가에서는 장애로 인해 노동할 수 없는 사람들을 위한 소득보장 정책으로써 현금급여가 존재한다. 대부분의 국가들은 두 가지 현금급여 제도를 병행하고 있는데, 기여보험 급여(contributory insurance benefit)와 비기여 급여(non-contributory benefit)가 있다. 기여보험 급여와 비기여 급여의 적격성 기준의 첫 번째 요소는 수급권자가 현재 노동을 할 수 없어서 노동을 하고 있지 않다는 것이다. 결국 기여보험 급여는 노동을 하다가 장애가 발생하여 현재 노동을 할 수 없는 경우 자신의 기여에 의해 보험급여를 받는 것이고, 비기여 급여는 과거의 노동 여부와 상관없이 노동시장에 진입하여야 할 시기이지만 노동을 할 수 없다고 판정을 받으면 기여 없이도 소득보장을 위해 급여를 받게 되는 것이다. 따라서 기여 급여이건 비기여 급

여이건 현재 장애로 인하여 노동을 할 수 없음을 측정하는 것이 필요하다.

대부분의 국가에서 고용보장 영역은 ① 특정 장애 관련 고용 정책(specific disability-related interventions)(재활 프로그램 등), ② 일반적인 고용 정책(훈련수당, 보조금, 배치 지원) ③ 고용할당제와 같은 세 가지 유형으로 구성되어 있다. 이 경우에도 고용과 관련된 지원을 받기 위해서는 어느 정도 노동력이 상실되어 있는지, 또 어느 정도 노동을 할 수 있는지에 대한 측정이 이루어져야 한다.

일상생활활동지원 영역은 소득 또는 노동 수준과 상관없이 현재 일상생활활동이 잘 이루어지지 않아서 사회참여가 되지 않는 경우 사회참여를 촉진하기 위한 활동지원 정책과 일상생활을 영위하기 위해 돌봄이 필요한 경우 제공되는 돌봄서비스 정책 등이 존재한다. 이 경우에도 일상생활에서 얼마나 많이 제한이 발생하고 있는지, 돌봄이 얼마나 많이 필요한 지 등에 대한 측정이 필요하다.

따라서 자격조사가 필요한 정책영역 및 세부 정책영역을 정리하면 다음 표와 같다.

〈표 2-4〉 자격조사가 필요한 정책영역

정책 영역	세부 정책 영역
소득보장 정책	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 기여보험급여(우리나라 국민연금의 장애연금, 산재보험의 장애연금 등) ◦ 비기여 급여(우리나라의 장애인연금, 경증장애수당, 장애아동수당 등)
고용서비스 정책	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 특정 장애 관련 고용 정책(specific disability-related interventions)(재활 프로그램 등) ◦ 일반적인 고용 정책(훈련수당, 보조금, 배치 지원) ◦ 고용할당제
사회서비스 정책 (일상생활활동 지원)	<ul style="list-style-type: none"> ◦ 활동지원(personal assistance service) ◦ 돌봄 서비스(personal care service)

나. 정책영역별 장애측정기준

1) 소득보장 영역 및 고용 영역

장애인에게 소득보장 및 고용지원정책을 추진하기 위해서는 현재 장애로 인하여 얼마나 노동을 할 수 없는지 또는 얼마나 노동을 할 수 있는지를 측정하는 것이 필요하다

다. 이처럼 소득보장 기준은 소득활동 능력(earnig capacity)과 노동 능력(work capacity)의 부족 또는 노동력 상실에 기초한다. 유럽 국가들이 소득 보장 영역에서 장애 정의를 위해 채택하고 있는 접근 방식은 크게 3가지로 구분할 수 있다(European Commission, 2002; 서정희 외, 2012에서 재인용)).

첫째, ‘과정 접근법’(procedural approach)으로 왜 한 사람이 노동을 중단하였는가와 이전 직장으로 복귀하는데 걸림돌이 무엇인가를 규명하는 것이다. 둘째, ‘능력 접근법’(capacity profile approach)으로 왜 한 사람이 노동에 종사하는 것이 불가능해졌는지 그 이유에 초점을 맞추는 것이다. 셋째, ‘손상 접근법’(impairment-based approach)으로 이전 노동 혹은 가능한 노동에 대한 명시적 언급 없이 기능이 손상된 정도를 평가하는 것이다.

가) 과정 접근법

과정 접근법은 장애 사정 시 왜 한 사람이 노동을 중단하였는가와 이전 직장으로 복귀하는데 걸림돌이 무엇인가를 규명하는 접근 방법이다. 많은 국가에서 노동 무능력(inability to work)은 의료 재활 혹은 직업 재활을 위하여 필요한 선택지를 찾는 과정에서 그리고 노동으로 복귀하기 위한 루트를 찾는 과정 전반에 걸쳐서 평가된다. 이 맥락에서 ‘장애인’이라는 명칭은 이 과정의 제일 마지막에 나타난다. 중간 단계에서는 ‘아픈 사람’ 혹은 ‘재활 치료를 받고 있는 사람’으로 분류된다.

과정 접근법은 보험 제도에서 가장 적절하다. 특히 단기 질병급여의 초기 수급 이후 장애급여에 진입한 사람들에게 적용하는 것이 적절하다. 이 접근법은 장애를 결정하기 위한 분명한 판단 규칙을 명시적으로 규정하지 않는 특징이 있다. 한 사람의 상황과 능력에 관한 많은 정보를 수집한다. 특히 재활 치료 서비스에 대해서는 상세한 사정 도구를 사용하고, 새로운 업무(occupation)로 안내하기 위하여 한 개인의 노동 능력을 사정하는데 사용되고 있다. 일반적으로 장애사정을 위한 기준선을 결정하기 위해 사용되지는 않는다.

외국의 사례를 보면, 독일은 EMR을 사용하는데, 이는 사정자가 working life의 다양한 양상을 조명하는 스케줄을 사용하여, 사람이 중노동을 할 수 있는지, 경노동만 할 수 있는지, 일어서거나 앉거나 걸을 수 있는지 등을 측정한다. 그러나 EMR을 위한 제

도는 노동 가능과 불가능 간의 기준선을 측정하는 명백한 결정 규칙을 가지고 있지 못하여 개인의 판단과 재량의 수준이 높다는 한계가 있다.

나) 능력 접근법

능력 접근법(capacity profile approach)은 특정 시점에 한 개인의 노동 능력에 대한 단면(snapshot)을 가지고 장애를 평가하는 것이다. 예를 들어 질병급여 기간 종결 후에 그 시점에서의 노동능력을 사정하는 것이다. 노동능력 사정에 대한 기본적인 개념은 한 개인의 능력은 유급 노동에 필요한 능력기준과 비교되어 설명할 수 있다는 것이다. 이러한 능력분석접근은 과정 접근법보다 더욱 추상적이다. 몇몇 국가들은 능력분석접근과 과정 접근법을 병행하기도 한다. 과정 접근법은 노동하고 있는 사람들에게 적용하고, 능력분석접근법은 최근에 노동 이력이 없는 사람들에게 적용한다.

외국의 사례를 보면, 영국의 Personal Capability Assessment(PCA) 사정도구గా 이에 해당된다. PCA는 걷고, 의자에서 일어나고, 앉고 등의 14가지 기본적 활동들로 항목이 구성되어 있다. 이는 아일랜드의 Medical Review and Assessment 과정과 매우 유사한 항목으로 구성되어 있다. 영국의 PCA는 유급노동의 조건들과는 매우 다르고, 개인의 제약(limitations)을 특정 노동 상황의 맥락에서 판단하지 않는다. 능력에 대한 리스트 각각은 몇 명의 설명자(descriptors)에 의해 수행되는데, 설명자들은 특화된 몇 개의 사항(points)에 대해 설명하고, 개인이 노동능력이 있는지 없는지에 대한 판단은 각 사항에 대한 총점으로 판단한다. 사정자는 합산된 능력점수를 통해 장애를 판단함에 있어서 특정 직무에서의 조건들을 고려하지 않는다. 한 개인의 가장 마지막 직무에 해당하는 조건은 사정에 포함되지 않기 때문에 소득 상실 정도도 측정하지 않는다. 따라서 한 개인이 능력 있다고 판단된 직무가 실제로 개인이 수행해야 하는 직무를 의미하지는 않는다. 영국은 부분 무능력 급여가 없기 때문에 한 개인은 오직 능력 있음(capable) 혹은 능력 없음(incapable)으로 판단하고 있다. 최근 영국은 근로능력을 측정하는 도구로서의 PCA를 수정하여 WCA를 채택하였다. WCA의 근간은 PCA와 동일하지만 항목들이 다소 수정되어 보다 엄격해졌다.

다) 손상 접근법

손상 접근법(impairment-based approach)으로 장애를 판단하는 전형적인 방식은 손상표(impairment tables 또는 impairment baremas²⁾)를 사용하는 것이다. 가장 대표적인 국가는 스페인과 프랑스이다.

2) 일상생활활동지원 영역

가) 일상생활활동 지원을 위한 적격성 기준

일상생활활동 지원(assistance with ADLs) 영역에서의 장애 정의는 건강 상태와 핵심적 활동수행능력 간의 관계를 어떻게 설정하느냐와 관련 있다. 일상생활활동 지원을 위한 적격성은 대개 두 가지 테스트를 통해 부여된다. 하나는 노동 무능력 테스트(a test of inability to work)이고 다른 하나는 일상생활 수행에서의 제약 테스트(a test of limitations in performing ADLs)이다. 이러한 두 가지 테스트를 통과한 사람들, 즉 노동 능력 상실이나 일상생활 수행에서의 제약이 존재하는 사람들은 장애인으로 정의된다.

노동 무능력 테스트를 일상생활활동지원영역에서 사용하는 이유는, 노동이 대개 일상생활보다 복잡하고 어려워서 일상생활에서의 기본적인 활동보다 많은 활동을 요구하고, 그래서 노동을 할 수 없는 사람은 일상생활을 수행할 수 없다는 것을 전제하기 때문이다.

일상생활 수행 제한 테스트를 통한 장애 정의는 국가들마다 다소 차이가 나타나는데, 일상생활활동 영역은 일상생활 활동(ADLs)과 도구적 일상생활활동(IADLs : Instrumental Activities of Daily Life)으로 구분할 수 있다.

첫째, 핵심적 일상생활활동(ADLs)에 대해서는 대부분의 유럽 연합의 모든 성원국들이 공통적으로 적용한다. 핵심적 일상생활활동은 앉고, 눕고, 의자에서 일어서거나 침

2) Baremas 분류법은 '장애 백분율 표(disability percentage table)'로 알려져 있으며, 가장 오래된 장애 판정 분류법 중의 하나이다. 중세 때부터 질병이나 손상으로 인한 보상이 필요했는데, 18세기에 이르러 프랑스 수학자 Francois Bareme는 중세 독일법률을 해석하여 이와 같은 보상을 정확히 계산하기 위한 수학적 표를 만들었다. 주요 원칙은 신체적 손실이나 손상이 장애율로 변환되는 것이다. 이후 장애율은 보상의 양으로 변환된다. 이후 유럽의 많은 국가에서 장애를 측정하기 위한 도구로 채택되고 수정·발전되어 통칭 Baremas 분류법으로 불리게 되었다(Pavli, 2017).

대에서 일어나는 능력, 개인적 위생(hygiene)을 유지하는 능력, 옷을 입는 능력, 식사 능력 등이다.

둘째, 일상생활활동을 보다 폭넓게 규정하는 국가들이 존재하는데, 이들 국가들은 이동 및 수송(transportation)과 관련된 능력, 가사 노동과 가정 관리, 의사소통, 사회적 참여 등과 같은 사회적 활동 능력을 핵심적 일상생활활동에 포함시킨다. 전자의 일상생활활동과 구분하기 위해 최근 이러한 활동을 도구적 일상생활활동(IADLs)으로 칭한다.

협소하게 정의된 일상생활활동(ADLs) 사정의 문제는 한 개인이 집안에서 움직일 수 있는지 여부는 평가할 수 있으나, 그 개념 자체에 집밖으로 이동할 수 있는가에 대해서는 포함되어 있지 않다는 것이다. 이러한 이유로 일상생활활동(ADLs) 사정을 하는 국가들도 급여를 제공할 때는 욕구 사정을 통해 집 밖으로의 이동도 포함해서 제공한다.

나) 일상생활활동(ADLs)

고차원적 기능 평가는 복잡한 활동 또는 사회참여 수행에서의 제한을 경험한 사람을 식별하는 것이다. 결과적으로 이 평가는 경제적 자원, 문화적 환경, 물리적 환경과 같은 맥락적 요인들에 민감하다(McDowell and Newell, 1987). 목욕하기와 같은 활동 수행 능력은 개인 욕실을 갖고 있는 사람과 씻기 위해 강으로 이동해야만 하는 사람 사이에서는 상당히 다른 의미를 갖는다. 옷 입기도 옷 입는 활동의 서로 다른 관습에 따라 매우 다양한 움직임을 포함한다. 생물학적인 손상이 있는 어떤 사람은 한 장소에서는 지원이 필요치 않을 수 있지만 다른 장소에서는 매우 많은 지원이 필요할 수도 있다. 고차원적인 기능 평가는 건강서비스 욕구, 직업평가, 보험급여, 사회보장 자격기준 등과 같은 중증장애 평가와 관련된 다양한 목적으로 사용된다.

최초로 개발된 고차원적 기능 평가 중 하나는, 만성질환, 장애, 손상을 가진 사람들을 구분하고 그들의 건강 욕구 및 성과를 기술하기 위하여 1957년 시드니 카츠(Sydney Katz)에 의해 설계된 일상생활 활동(ADLs)이다(Katz and Akpom, 1976; McDowell and Newell, 1987). 초기에는 노인 중 장애 정도를 조사하기 위해 개발된 측정법은 그 이후 다양한 의료적 맥락, 정책적 맥락, 연구 맥락에서 성인 인구층을 대상으로 광범위하게 사용되고 있다. ADLs측정은 급여 자격기준을 결정하기 위하여 공

적 또는 민간 제공자들에 의해 사용되어져 왔다(Wiener et al., 1990). 의사들은 건강 돌봄 치료를 평가하기 위해, 연구자들은 건강서비스 이용, 재가돌봄 지원 이용, 장기요양서비스 이용, 보험 포괄정도, 다양한 다른 서비스 욕구의 중요한 예측요인으로 사용하였다(Rodgers and Miller, 1997).

카츠의 ADLs 지수는 얼마 안 되는 증거기반 기능평가 방법 중의 하나이다(Katz and Akpom, 1976). 이 평가방법은 목욕하기, 옷 입기, 이동하기, 화장실 이용하기, 배설 억제하기, 먹기 분야에서 개인의 비의존(independence) 정도를 측정한다. 1970년대 동안, ADLs은 수단적 일상생활 활동(IADLs)이라고 알려진 쇼핑하기, 요리하기, 돈을 관리하기와 같은 고차원적인 참여 활동까지 확장되었다. 6가지 핵심 활동은 노화와 만성질환자들에게 대한 경험적 조사에 근거하여 기능의 내림차순으로 정리되었다(McDowell and Newell, 1987).

[그림 2-1] 일상생활 활동 (ADLs)

<ul style="list-style-type: none"> ○ 핵심 ADLs (Katz 지수) - 목욕하기 - 옷 입기 - 이동하기 - 화장실 이용하기 - 배설 억제하기 - 먹기 	
<ul style="list-style-type: none"> ○ 응답 척도 · 어려움 척도 - 어려움 없음 - 일부 어려움 - 상당한 어려움 - 할 수 없음 	<ul style="list-style-type: none"> · 지원 척도 - 지원없이 할 수 있음 - 지원이 있으면 할 수 있음 - 지원이 있더라도 할 수 없음

자료: Katz and Akpom(1976), Jette(1994)

ADLs은 신뢰도와 타당도를 위해 다양한 국가들에서 광범위하게 검증받았다(Barbotte et al., 2001; Gertler and Gruber, 2002; Reijneveld et al., 2007). 미국과 동남아시아에서, ADLs은 건강상태에 대해 내적 일관성이 높은 신뢰할 수 있고 타당한 측정방법이다(Gertler and Gruber, 2002). 네덜란드에서 Katz의 ADL지수는 모든 인종 집단에서 기능 수행을 평가하는데 타당한 수단이다(Reijneveld et al., 2007).

한 인구집단 내에서 활동 제한의 발생 정도는 응답 범주에 따라 달라진다. 일부 척도는 응답자들이 어려움을 겪고 있는지에 대해 물어보지만, 다른 척도는 ADLs를 수행하는데 개별적 또는 도구적인 지원이 필요한지에 대해 물어본다. Jette(1994)의 연구결과에 따르면, 어려움에 대한 측정 방법이 지원 측정 척도보다 특정 ADLs별로 1.2배에서 5배 정도 높게 추산한다. 대부분의 조사와 타당도 검사는 노인집단을 대상으로 수행되었고, 이에 따라 출현율은 모든 연령대를 대상으로 한 조사에 비해 기대했던 것보다 높게 나타났다. Jette의 뉴 잉글랜드 노인 샘플 조사에서, 13.2%는 한 가지 또는 그 이상의 ADLs를 수행하는데 대인서비스가 필요했지만, 한 가지 또는 그 이상의 ADLs를 수행하는데 어려움을 경험한 사람은 24.1%였다(Jette, 1994).

특정 ADLs은 조사마다 다르다. 하지만 Katz의 6개 핵심 활동은 대부분 널리 사용되고 검증되었다. Jette(1994)의 연구에서 걷기, 외출하기 등과 같은 보다 복잡한 활동이 포함되었다. 이것이 현재 ADLs 중 보편적으로 이동을 측정하는데 포함되는 것들이다(Rodgers and Miller, 1997). 하지만 이와 같은 지표들은 신뢰도와 타당도가 충분히 검증되지는 않았다(Wiener et al., 1990).

점점 활용할 수 있는 ADLs에 대한 합의가 증가하고 있지만, 아직도 측정 척도(scaling)는 많은 다양성이 존재한다. 어떤 측정척도를 사용할 것인가에 대한 선택은 연구자의 목적에 따라 달라진다. 연구자가 건강상태가 기능에 미치는 영향 또는 치료의 효과에 대한 모니터링에 관심이 있다면, 어려움 척도는 대인지원 필요 여부를 볼 때 보다 더 중요하게 된다(Wiener et al., 1990; Jette, 1994). 반면 지원척도(assistance scales)는 의존의 정도를 반영하는 것이고, 따라서 어려움 척도에 비해 장기요양욕구, 보험급여 등과 같은 욕구를 보다 반영할 수 있는 대리변수이다(Wiener et al., 1990; Jette, 1994). 지원척도는 어려움을 구성하는 요소 및 어려움의 정도에 대한 주관성 수준이 높기 때문에 보다 거칠다(robust)고 볼 수 있다(Wiener et al., 1990).

ADL 상태는 다양한 범위의 건강관련 행동에 대한 훌륭한 예측요인이기는 하지만, 측정에 한계가 없는 것은 아니다. ADLs은 모든 장애 영역을 포괄하지 못하고, 주로 신체적 기능 측정에 편중되어 있다. 인지 손상과 ADL 상태는 상관성이 있기는 하지만 기능의 서로 다른 차원이다(Wiener et al., 1990). 인지능력은 ADLs 수행의 밑바탕이 되지만, 심각한 인지 손상이 있는 모든 사람들이 ADLs에 제한이 있는 것은 아니다. 이

런 이유로 인지 기능과 ADLs의 기능저하는 별도로 측정되어 진다(Rodgers and Miller, 1997).

워싱턴 그룹 측정과 마찬가지로, ADLs는 인간에게 정상이라고 여겨지는 일정 범위의 활동 내에서 개인이 무엇을 할 수 없는가 또는 수행 시 어려움이 있는가에 초점을 맞추고 있다. 이 접근법은 장애인이 활동을 어떻게 다르게 수행하는가, 또는 장애인이 어떻게 자신을 바라보고 있으며, 일상생활에서 가치 있다고 생각하는 활동이 무엇인지에 대해서는 설명을 하지 못한다(LaPlante et al., 2007).

ADLs이 기능을 제한하는 맥락적 요인들에 민감하기는 하지만, 실제 측정은 물리적 환경 안에서 기능적 역량을 완전히 포착하지는 못한다. 이와 같은 제한 및 다른 제한점 때문에, 측정은 장애 사정(평가)에서 결정요인이라기 보다는 간접적으로 나타내주는 것으로 보아야 한다. 예를 들어 소득이전을 위한 자격기준을 결정할 때, 개인의 사회적 경제적 요인들(연령, 성, 문자해독력, 근로경험, 근로 기술)과 고용가능성을 결정하는 일자리의 이용가능성과 지원정도도 거의 동일한 비중으로 활용되어야 한다(Carney and Hanks, 1994; Gooding and Marriot, 2009).

3) 정책영역별 장애측정기준 비교분석틀

소득보장, 고용, 일상생활활동지원과 같은 정책 영역별로 급여를 제공하기 위한 자격기준을 만들고 이를 측정하는 도구, 측정방식 등이 필요하다. 따라서 각 국가의 장애측정방식을 비교할 경우 우선 각 정책영역별로 장애를 어떻게 정의하는지, 즉 장애를 의료적 개념으로 바라보는지, 사회 기능적 개념으로 바라보는지, 사회정치적 개념으로 바라보는지에 대한 구분이 필요하다. 또한 각 정책영역별 장애정의에도 불구하고 장애를 측정하는 영역은 개념과 다를 수 있기 때문에, 측정하고자 하는 영역이 의료적, 기능적, 사회정치적 영역 중 어느 영역을 주로 측정하는지 살펴볼 필요가 있다. 또 구체적으로 측정하기 위한 측정기준은 어떤 것이 있는지를 파악할 필요가 있다. 따라서 정책영역별 장애측정기준과 관련하여 살펴볼 내용은 다음 표와 같다.

〈표 2-5〉 정책영역별 장애측정기준 비교분석틀

정책 영역	측정		구분
소득보장	장애정의		의료적 / 기능적 / 사회정치적
	장애 측정 기준	측정도구	판정도구 이름
		측정영역	의료적 / 기능적(기능적 일상생활활동 중심, 도구적 일상생활활동 중심) / 사회정치적 과정 접근법 / 능력 접근법 / 손상 접근법
		측정기준 (지표)	구체적인 지표
고용 서비스	장애정의		의료적 / 기능적 / 사회정치적
	장애 측정 기준	측정도구	판정도구 이름
		측정영역	의료적 / 기능적(기능적 일상생활활동 중심, 도구적 일상생활활동 중심) / 사회정치적
		측정기준 (지표)	구체적인 지표
사회 서비스 (일상생활 지원)	장애정의		의료적 / 기능적 / 사회정치적
	장애 측정 기준	측정도구	판정도구 이름
		측정영역	의료적 / 기능적(기능적 일상생활활동 중심, 도구적 일상생활활동 중심) / 사회정치적
		측정기준 (지표)	구체적인 지표

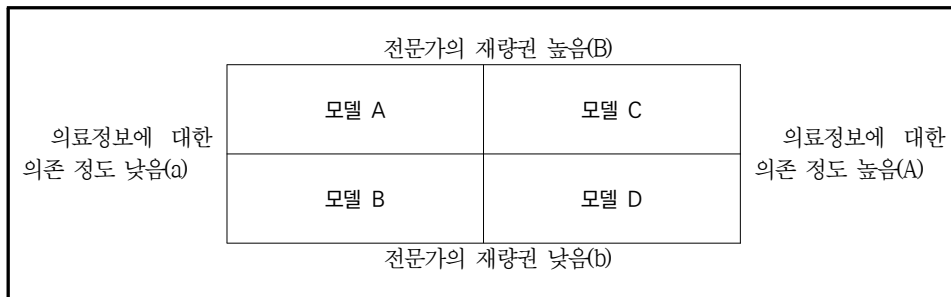
다. 장애판정체계와 측정 방법

1) 장애판정체계

장애를 측정하고 판정하기 위해서는 판정자(전문가)가 필요하다. 장애 정의에 의거하여 장애를 사정(assessment)하는 방식은 국가마다 차이가 있는데, 이는 크게 두 가지 기준에 의거하여 분류된다. 하나는 의료정보(medical data)에 얼마나 의존적인가 하는 것이고, 다른 하나는 전문가의 재량권의 수준이 얼마나 높은가 하는 것이다(서정희 외, 2012). 의료적 기준을 많이 사용할수록 판정자는 의료정보에 대한 지식이나 전

문성이 높아야 할 것이고, 사회정치적 기준을 많이 사용할수록 의료지식보다는 다른 사회정치적 지식이 많은 판정자가 필요할 것이다. 또한 기준이 있다고 하여도 판정자의 재량권을 많이 허용할 수도 있고 기준에 따라 엄격하게 판정하게 할 수도 있다. 따라서 장애판정체계 유형은 다음과 같은 4가지로 구분 가능하다.

[그림 2-2] 장애판정체계 유형



가) 모델 A : 낮은 수준의 의료 정보와 높은 수준의 재량권(Low medical evidence and high discretion)

모델 A는 의료 정보 수집의 수준이 낮고, 의사에게 부여된 재량권 수준이 낮다. 재량권은 의사 외에 다른 참여자들에게 부여되고, 지방 조직들이 재정적 책임을 지고 있다. 특히 비(非)의사 집단에게 재량권을 부여하는 것이 정당하기 위해서는 그들이 상당한 전문적 기술을 가지고 있다는 것이 중요한데, 이 모델은 사회복지사, 작업치료사, 고용 전문가(employment advisor)³⁾와 같은 복지 전문가들을 신뢰한다.

사회 정책적 맥락에서 모델 A는 그들의 욕구가 건강상 제한으로 인해 발생했든, 다른 이유로 인해 발생했든 욕구의 이유와 관계없이, 같은 욕구를 가진 사람들을 같게 대우한다는 것을 의미한다.

모델 A는 사회정책에 대한 통합적 접근을 한다는데 그 특징이 있다. 재량권의 행사는 욕구를 규정하고 대응하는데 있어서 강력한 전문성 지향에 근거해서 이루어진다.

그러나 모델 A는 그 장점에도 불구하고 두 가지 단점 역시 존재한다. 첫째, 복지 전

3) 영국의 경우 장애인고용전문가(disabled employment advisor : DEA)가 존재함.

문가에게 강력한 재량권을 부여하다보면, 전문가의 힘이 너무 강력해지는 부정적인 측면이 존재하게 된다. 장애인자립생활운동 영역에서는 복지 전문가의 권한강화보다는 장애인의 자신의 삶을 주도할 수 있는 자율성을 추구하고 있기 때문에, 전문가의 재량권 강화가 도를 넘어 힘의 불균형이 발생하게 되는 것에 대해 경계하고 있다. 따라서 자립생활운동과 전문가의 권한은 상충되는 측면이 존재한다. 둘째, 예산 제약이 존재하는 사회 정책에서 모델 A의 적용은 고비용일 수 있다. 소득보장과 일상생활활동지원에서, 빠듯한 재정적 조건은 높은 재량권 모델에서는 다소 압박이 된다. 모델 A가 강력한 재정 압박을 받게 되면 모델 B로 선회하게 된다.

대표적인 국가는 스칸디나비아 국가이다. 스칸디나비아 국가들은 소득보장, 고용보장, 일상생활활동 지원의 전 영역에 이 모델을 적용한다. 다른 국가들은 이러한 장애 사정 모델을 고용서비스에 광범위하게 적용하고 있다.

나) 모델 B : 낮은 수준의 의료 정보와 낮은 수준의 재량권(Low medical evidence and low discretion)

모델 B는 대부분 중앙정부가 급여에 대해 재원을 조달하고, 장애 사정 기준과 과정을 중앙정부가 통제한다. 중앙 정부는 그 과정에서 의사와 다른 전문가들의 재량을 제한하는데, 장애 사정이 의사에 의해 이행될 수도 있고, 전문가가 장애 사정 기술을 발전시키는데 포함되기도 한다. 주요한 사회정책 영역 특히 노동 무능력(work incapacity)에 초점을 맞추는 방식이다.

모델 B는 의료 정보의 역할이 제한적이고, 담당 치료 의사(treating doctor)가 보고서를 제출할 수도 있으나, 행정기관은 청구인의 상태에 대한 담당 의사의 진단을 review 하지 않는다는 점에서 모델 A와 공통점이 있다. 그러나 모델 B는 모델 A와 달리, 기관의 의사들이 청구인을 인터뷰할 수도 있고, 진단이나 치료라기보다 기능 제한과 관련된 이슈들을 조사한다는 점에서, 그리고 기관의 의사들은 스스로 의사결정자라기보다 조언자라는 점에서 차이가 있다.

모델 B는 영국과 네덜란드의 소득보장 영역에서 그리고 아일랜드에서 사용되고 있다. 영국의 장애인생활수당(ADLs: Disability Living Allowance)을 포함한 일상생활활동 지원급여에서 많이 사용되고 있다. 물론 아일랜드 사회보장기관에 고용된 의료진

은 영국에서보다 더 재량을 가지고 있다.

오스트레일리아와 독일의 요양보험은 위와 동질적 특성을 일부 보이기도 한다. 때로 의사가 사정을 하기도 하지만(실제로는 간호사들이 흔히 사정에 임하기도 함) 의사들은 의학적 진단이나 치료 체제를 재조사할 것을 요구받는 것이 아니라 대단히 딱박한 일정 속에서 한 개인의 요양수요를 평가할 것을 요구받는다.

의료정보에 대한 요구가 낮다고 하여도 특정 의료정보에 따라 다른 장애측정이 생략될 수도 있다. 영국에서 의료정보는 주로 조속한 행정처리 방안을 창출하기 위해 사용되는데, 이로써 특정한 의학적 처지에 놓인 사람들은 PCA를 거치지 않고도 노동이 불가능한 것으로 간주된다.

모델 B는 급여수급권자의 측면에서 보면 제반 권리를 명확하고 구체적으로 인식할 수 있도록 도와준다. 행정의 관점에서 보면 높은 행정비용을 피해갈 수 있고, 측정 시 발생할 수 있는 일관성과 공정성의 문제들도 피할 수 있는 장점이 있다. 그러나 설정된 제반 규정과 실천현장에서의 융통성 결여에 따라, 장애인 등 수급권자들은 사정절차에 대해 나쁜 평가를 내릴 수 있다.

다) 모델 C : 높은 수준의 의료 정보와 높은 수준의 재량권(High medical evidence and high discretion)

모델 C는 의료 정보 수집 수준이 높고, 의사에게 부여된 재량이 높다는 특징이 있다. 모델 C는 모델 A와 모델 B와는 달리 특히 보건의료와 급여 행정이 더욱 통합적으로 이루어진다. 예를 들어 건강보험자는 상병수당을 제공하기도 하고, 장기 무능력 급여를 제공하기도 한다.

모델 C의 경우 기관이 많은 양의 의료 정보를 수집하고, 적절한 보건 서비스를 규명하고 장기 소득보장 급여 진입을 통제할 목적으로 전문조사자에게 상당한 재원을 제공하기도 하지만, 모델 A와 모델 B와 달리 senior doctor가 그러한 시스템에서 의사결정자가 될 수 있다.

모델 C는 프랑스, 독일, 벨기에, 오스트리아의 사회보험행정에서 전형적으로 나타난다. 이탈리아와 스페인의 소득보장 행정 역시 모델 C의 특징을 나타내지만, 다른 나라에서 발견되는 보건의료 및 급여행정 간의 제도적 연관성은 없다. 모델 C는 의사의

전문적 권위에 상당히 의존하기 때문에 의사들 간의 갈등은 이 모델의 정당성을 훼손한다. 또 모델 C는 전문적 의료인들과 의료기술을 사용하기 때문에 행정적 고비용이 드는 경향이 있으므로, 이 절차가 보건의료 제공과 연관되지 않을 경우 낭비로 여겨질 수도 있다. 보험자가 우선 중앙정부에 대하여 책임을 지고 재정적 통제에 대하여 주된 관심이 있다면 청구를 제한하는 수단이자 의사결정에서의 확고한 일관성 같은 여타의 관심사항들을 반영하는 수단으로서, 높은 수준의 의료적 접근방식이 채택될 여지가 있다.

라) 모델 D : 높은 수준의 의료 정보와 낮은 수준의 재량권(High medical evidence and low discretion)

모델 D의 핵심적 특징은 의료 정보의 사용이 손상표와 baremas에 의해 구성된다. 이 도구들을 적용하는 사람들은 대개 의사들이고, 특히 장애의 사회적 모델에서는 이 모델을 꺼린다. 대표적인 손상 지향 접근법이라 할 수 있다.

2) 장애판정 방법

장애판정 방법은 서면심사, 면담을 통한 사정, 실제 능력 테스트로 구분될 수 있다. 서면심사는 관련된 서류를 바탕으로 사정하는 것이다. 그리고 면담을 통한 사정은 체크리스트 항목에 대해 평가자가 면담 등을 통해 사정하는 것이다. 또 실제로 능력을 테스트하는 경우도 있다. 예를 들어 영국의 장애생활수당(Disability Living Allowance : DLA)의 돌봄 요소(care component) 적격성 평가의 경우 실제로 ‘조리능력 시험’(cooking test)을 실시한다. 이 테스트는 전통적인 요구도구(cooker)로 일인분의 식사를 만들 수 있는가 없는가를 측정한다. 이 테스트는 요리를 계획하고 야채를 준비하고 프라이팬을 다루고, 음식이 적절하게 요리되었는지를 아는지 등의 요소를 포함하고 있다. 이 때 그 사람이 요리를 하고 싶은 욕구가 있는지는 반영되지 않으며, 요리하는 방법을 모르는 경우에도 기꺼이 배울 것이고 배울 수 있다고 가정한다. 보통 인스턴트 식품을 주로 먹는 사람은 조리능력 시험에 실패하게 되는데, 그가 식사 준비를 할 수 있는지 없는지에 관계없이 지원(assistance)의 욕구(needs)가 있다고 판정하여 장

애생활수당을 지급한다.

3) 장애판정체계 비교분석들

장애판정체계는 판정자의 의료정보(medical data)에 대한 의존정도, 판정자의 재량권 수준, 장애판정 방법에 따라 구분할 수 있다. 따라서 국가별 장애판정체계를 비교 분석하기 위한 틀은 다음 표와 같다.

〈표 2-6〉 장애판정체계 비교분석들

정책 영역	측정	구분
소득보장	의료정보에 대한 의존정도	의료정보에 전적으로 의존 ~ 의료정보 사용 안함
	재량권 수준	재량권 없음 ~ 재량권 많음
	장애판정 방법	서면심사, 면담심사, 실제 능력 테스트
고용 서비스	의료정보에 대한 의존정도	의료정보에 전적으로 의존 ~ 의료정보 사용 안함
	재량권 수준	재량권 없음 ~ 재량권 많음
	장애판정 방법	서면심사, 면담심사, 실제 능력 테스트
사회 서비스 (일상생활 지원)	의료정보에 대한 의존정도	의료정보에 전적으로 의존 ~ 의료정보 사용 안함
	재량권 수준	재량권 없음 ~ 재량권 많음
	장애판정 방법	서면심사, 면담심사, 실제 능력 테스트

제3절 한국의 장애판정제도

주요 국가의 장애판정제도를 분석하기에 앞서 한국의 장애판정제도를 앞에서 제시한 분석틀에 기초하여 분석하고자 한다. 일반적으로 한국의 장애판정제도는 「장애인복지법」에 의한 15개의 장애유형 및 6개 장애등급으로 이해하기 쉽지만 실제로는 이보다 다양한 장애판정제도가 존재한다. 여기서는 이를 분석틀에 의거하여 소득보장, 고용서비스, 사회서비스 영역으로 구분하고 장애측정기준과 장애판정체계에 대한 비교 분석틀에 따라 한국 장애판정제도의 특성을 밝히고자 한다.

1. 장애측정기준

가. 소득보장

우선 소득보장 영역에서 장애에 대한 법적 정의를 살펴본다. 현재 한국의 장애소득보장제도에는 대표적으로 기초장애연금 성격의 장애인연금 기초급여와 소득비례장애연금 성격의 장애연금(국민연금)이 있다. 이들 급여는 각각 「장애인연금법」과 「국민연금법」에 의해 규정된다. 또한 장애추가비용 보전급여 성격의 장애인연금 부가급여, 장애수당, 장애아동수당이 있는데, 이들 급여는 「장애인연금법」과 「장애인복지법」에 규정되어 있다. 이 외에도 「산업재해보상보험법」에 의한 장해급여, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 보훈급여 또한 장애 관련 소득보장급여라 할 수 있다.

이들 소득보장제도에서 법적으로 장애를 어떻게 정의하고 있는지를 다음 표에 제시하였다. 「장애인복지법」, 「장애인연금법」, 「산업재해보상보험법」은 장애, 장애인, 장해의 정의를 법률에서 정의하고 있으나 「국민연금법」은 법률이 아닌 고시(국민연금 장애심사규정)에 장애의 정의가 제시된다. 또한 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」은 법률 상에서 장애를 정의하고 있지 않으며, ‘상이(傷痍)를 입은 사람’의 표현으로 장애인과 관련된 개념을 언급하고 구체적인 상이의 정도를 상이등급 기준으로 제시하고 있다. 이 때 상이등급을 받을 수 있는 국가유공자에는 전상군경, 공상군경, 4·19혁명부상자, 공상공무원, 국가사회발전 특별공로상이자 포함된다.

이러한 법적 정의를 살펴보면 대체로 의료적 모델을 기반으로 하여 ICF에서 장애의

한 요소로 보는 활동 제한의 개념을 가미한 것으로 파악된다. 「장애인복지법」에서의 “신체적·정신적 장애”, 「국민연금법」에서의 “정신적 또는 육체적 손상상태”, 「산업재해보상보험법」의 “정신적 또는 육체적 훼손”이라는 표현은 의료적 모델에 기반을 둔 장애 정의를 볼 수 있다. 활동 제한의 개념은 「장애인복지법」에서 “일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약”으로 나타난다. 하지만 소득보장을 주된 내용으로 하는 법률인 나머지 법률에서는 「장애인연금법」의 “근로능력이 상실되거나 현저하게 감소된 사람”, 「국민연금법」의 “노동력의 손실 또는 감소”, 「산업재해보상보험법」의 “노동능력이 상실되거나 감소된 상태”와 같이 활동 제한을 주로 노동능력의 제한 또는 감소로 정의하고 있다.

〈표 2-7〉 소득보장 영역의 법적 장애 정의

법률	장애 정의
장애인복지법 (법률 제2조 제1항)	“장애인”이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.
장애인연금법 (법률 제2조 제1호)	“중증장애인”이란 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록된 장애인 중 근로능력이 상실되거나 현저하게 감소된 사람으로서 같은 법 제2조제2항에 따라 제1급 및 제2급의 장애등급을 받은 사람과 제3급의 장애등급을 받은 사람 중 대통령령으로 정하는 사람을 말한다.
국민연금법 (국민연금 장애심사규정)	“장애”라 함은 부상 또는 질병(이하 “상병”이라 한다)이 완치되었으나 신체에 남아있는 정신적 또는 육체적 손상상태로 인하여 생긴 노동력의 손실 또는 감소를 말한다.
산업재해보상보험법 (법률 제5조 5호)	“장애”란 부상 또는 질병이 치유되었으나 정신적 또는 육체적 훼손으로 인하여 노동능력이 상실되거나 감소된 상태를 말한다.
국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률	법적 정의 없음

하지만 이러한 법적 장애 정의와 달리 실제 장애측정기준에서 나타나는 장애 개념은 모두 의료적 기준에 의한 손상평가로 나타난다. 각 법률에서 장애 정의에 제시한 노동능력의 제한 또는 감소는 실질적인 노동능력을 평가하는 것이 아니라 신체적·정신적 손상 정도를 의료적인 등급으로 평가하여 노동능력 상실 정도를 대체하는 기준으로 사용된다. 「장애인복지법」은 장애유형을 크게 15개로 구분하고 장애정도를 6개 등급으로 구분하는데, 나머지 법률 또한 대체로 이러한 형식으로 장애유형과 장애등급을 정하고 있다. 「국민연금법」은 13개 장애유형 및 1~4급, 「산업재해보상보험법」은 10개 장애(장애)유형 및 1~14급, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」은 8개 장애(상)유

형 및 1~7급으로 구분하고 있다.

〈표 2-8〉 소득보장 영역의 장애유형 및 장애등급

법률	장애유형	장애등급
장애인복지법	15개 유형(①지체장애, ②뇌병변장애, ③시각장애, ④청각장애, ⑤언어장애, ⑥안면장애, ⑦신장장애, ⑧심장장애, ⑨간장애, ⑩호흡기장애, ⑪장루·요루장애, ⑫뇌전증장애, ⑬지적장애, ⑭자폐성장애, ⑮정신장애)	1~6급
국민연금법	13개 유형(①눈의 장애, ②귀의 장애, ③입의 장애, ④지체의 장애, ⑤정신 또는 신경계통의 장애, ⑥호흡기의 장애, ⑦심장의 장애, ⑧신장의 장애, ⑨간의 장애, ⑩혈액·조혈기의 장애, ⑪복부·골반장기의 장애, ⑫안면의 장애, ⑬악성신생물(고형암)의 장애)	1~4급
산업재해보상보험법	10개 유형(①눈의 장애, ②귀의 장애, ③코의 장애, ④입의 장애, ⑤신경계통의 기능 또는 정신기능의 장애, ⑥흉터의 장애, ⑦흉복부장기 등의 장애, ⑧척추 등의 장애, ⑨팔 및 손가락의 장애, ⑩다리 및 발가락의 장애)	1~14급 (장애등급)
국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률	8개 유형(①눈의 장애, ②귀, 코 및 입의 장애, ③흉터의 장애, ④신경 및 정신계통의 장애, ⑤흉복부장기 등의 장애, ⑥체간의 장애, ⑦팔 및 손가락의 장애, ⑧다리 및 발가락의 장애)	1~7급 (상이등급)

이렇듯 각 법률에서 정하고 있는 장애유형 및 등급이 포괄하고 있는 범위는 서로 다른데, 어떠한 법률에 의한 장애 포괄범위가 더 넓은지는 장애유형 및 등급만으로 판단하기는 어렵다. 이는 장애유형의 불일치와 함께 장애유형 내부의 세부유형도 불일치할 뿐만 아니라 장애등급이 포괄하는 범위도 다르기 때문이다. 대표적인 장애소득보장제도인 장애인연금과 장애연금의 장애판정기준이 되는 「장애인복지법」과 「국민연금법」의 장애유형 및 등급을 비교하면 다음 표와 같다.

「장애인복지법」은 15개 장애유형, 「국민연금법」은 13개 장애유형을 규정하고 있지만 전체적인 장애유형 범위는 「국민연금법」이 더 포괄적이라 볼 수 있다(오욱찬, 이재은, 2016). 우선 「국민연금법」에서 규정하고 있는 혈액·조혈기의 장애와 악성신생물(고형암)의 장애는 「장애인복지법」에서 인정되지 않는다. 또한 「장애인복지법」의 뇌병변장애는 「국민연금법」에 별도의 장애유형으로 제시되지 않지만 지체의 장애에서 하위유형인 사지마비의 장애에 포함될 수 있다. 「장애인복지법」의 뇌전증장애, 지적장애, 자폐성장애, 정신장애는 「국민연금법」에 별도의 장애유형으로 규정되지 않았지만 정신 또는 신경계통의 장애에 포함될 수 있다.

세부 장애유형에서도 「국민연금법」에서 인정되는 안구운동장애, 음식물을 먹는 기

능장애, 두 눈의 안검 형태, 입주위 형태, 소화장애는 「장애인복지법」에 포함되지 않는다. 또한 정신장애의 경우 「장애인복지법」은 정신분열병(조현병), 분열형 정동장애, 양극성 정동장애(조울병), 반복성 우울장애의 네 가지 상태만 인정되는데 비해 「국민연금법」은 조현병, 양극성 정동장애, 비정형 정신병, 알콜중독장애, 일산화탄소중독, 두부 외상 후유증, 뇌혈관계질환 등으로 포괄적으로 인정하고 치매도 포함된다. 다만 「장애인복지법」에서 인정되는 왜소증은 「국민연금법」에서는 인정되지 않는다.

장애등급에서는 장애로 인정될 수 있는 장애유형별 최소장애기준을 비교할 수 있는데, 오욱찬, 이재은(2016)의 연구에 따르면 양 법률의 장애유형을 26개로 분류하여 비교한 결과, 8개 세부유형은 「국민연금법」의 최저기준이 더 낮고, 9개 세부유형은 「장애인복지법」이 더 낮았으며, 나머지는 비교가 불가능했다.

〈표 2-9〉 장애인복지법과 국민연금법의 장애유형 및 등급 비교

구분		장애인복지법(15개 유형)	국민연금법(13개 유형)										
신체적 장애	외부 신체 기능의 장애	지체장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 지체의 장애	1	2	3	4
		1	2	3	4	5	6						
		1	2	3	4								
		뇌병변장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6					
		1	2	3	4	5	6						
		시각장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 눈의 장애	1	2	3	4
	1	2	3	4	5	6							
	1	2	3	4									
	청각장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 귀의 장애	1	2	3	4	
	1	2	3	4	5	6							
	1	2	3	4									
	언어장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 입의 장애	1	2	3	4	
	1	2	3	4	5	6							
1	2	3	4										
안면장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 안면의 장애	1	2	3	4		
1	2	3	4	5	6								
1	2	3	4										
내부 기관의 장애	신장장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 신장의 장애	1	2	3	4	
	1	2	3	4	5	6							
	1	2	3	4									
	심장장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 심장의 장애	1	2	3	4	
	1	2	3	4	5	6							
	1	2	3	4									
	간장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 간의 장애	1	2	3	4	
1	2	3	4	5	6								
1	2	3	4										
호흡기장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 호흡기의 장애	1	2	3	4		
1	2	3	4	5	6								
1	2	3	4										
장루·요루장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 복부·골반장기의 장애	1	2	3	4		
1	2	3	4	5	6								
1	2	3	4										
-	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 혈액·조혈기의 장애	1	2	3	4								
1	2	3	4										
-	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 악성신생물(고형암)의 장애	1	2	3	4								
1	2	3	4										
	뇌전증장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6						
1	2	3	4	5	6								
정신적 장애	발달장애	지적장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6	<table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td></tr></table> 정신 또는 신경계통의 장애	1	2	3	4
		1	2	3	4	5	6						
	1	2	3	4									
자폐성장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6							
1	2	3	4	5	6								
정신장애	정신장애 <table><tr><td>1</td><td>2</td><td>3</td><td>4</td><td>5</td><td>6</td></tr></table>	1	2	3	4	5	6						
1	2	3	4	5	6								

주 1) 구분의 장애유형 대분류 및 소분류는 「장애인복지법」 장애등급판정기준에 의한 것임.

3) 표 안의 숫자는 장애등급을 의미하며 사선이 있는 칸은 존재하지 않는 등급임.

3) 「장애인복지법」 청각장애의 세부 유형인 평형기능 장애는 「국민연금법」의 정신 또는 신경계통의 장애에 포함됨.

자료: 오욱찬, 이재은(2016, p. 49)

소득보장 영역에서 장애의 측정기준에 의한 결과는 각 등급별로 일상생활 혹은 직업 생활에서의 제약 정도로 표현될 수 있다. 이는 「장애인복지법」에서는 ‘장애율’, 「산업재해보상보험법」에서는 ‘노동력 상실률’로 표현된다. 「장애인복지법」의 경우 장애율은 「장애등급판정기준」(보건복지부고시 제2018-151호)에 의해 6급 25% 이상, 5급 35% 이상, 4급 45% 이상, 3급 60% 이상, 2급 75% 이상, 1급 85% 이상으로 제시된다. 이때 장애인연금의 수급기준이 되는 중증장애인(1~2급 및 3급 중복장애인)의 장애율은 70% 이상으로 판단할 수 있다. 하지만 이와 같은 장애율이 실질적인 장애의 정도를 반영하는 것은 아니다. 「산업재해보상보험법」의 경우 노동력 상실률이라는 개념을 제시하고 있는데, 1~14급 중 1~3급의 노동력 상실률을 100%로 제시하고 있다. 이러한 명시적인 기준 외에 장애등급에 따른 장애 정도는 급여 수준으로 판단할 수 있으며, 이는 아래 표와 같다.

〈표 2-10〉 소득보장 영역의 장애등급에 따른 장애 정도

법률	장애유형	기준
장애인복지법	1급 85% 이상, 2급 75~84%, 3급 60~74%, 4급 45~59%, 5급 35~44%, 6급 25~34% * 3급 중복장애 70~74%(중복합산으로 3급 상향조정 제외)	장애율
국민연금법	1급 100%, 2급 80%, 3급 60% * 4급은 기본연금액의 2.25배를 일시금으로 지급	등급별 급여수준 (기본연금액 대비)
산업재해보상보험법	1~3급 100%, 4급 87.6%, 5급 75.2%, 6급 63.8%, 7급 53.3%, 8급 42.9%, 9급 33.3%, 10급 25.7%, 11급 19.0%, 12급 13.3%, 13급 8.6%, 14급 4.8% * 장애 1~3급은 시행령 [별표 9]에서 노동력 상실률 100%로 규정	장해보상일시금 급여수준 (3급 대비)
국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률	1급 100%, 2급 85.1%, 3급 79.5%, 4급 66.7%, 5급 55.3%, 6급(2호) 46.5%, 7급 16.4%	상이등급별 보훈급여 수준 (1급 2항 대비)

나. 고용서비스

한국의 장애인 고용서비스는 크게 보건복지부에서 실시하는 직업재활시설 이용, 장애인 일자리 사업, 고용노동부에서 실시하는 장애인 의무고용제도, 장애인 고용지원사업, 중소벤처기업부에서 실시하는 장애인 창업 및 기업활동 지원사업 등이 있다. 이러한 사업이 근거를 두고 있는 법률에는 「장애인복지법」과 「장애인고용촉진 및 직업재활

법」, 「장애인기업활동 촉진법」이 있다.

이들 법률에서 규정하는 장애의 정의는 다음 표와 같다. 장애인의 생활영역 전반을 다루는 「장애인복지법」은 활동 제약의 요소를 “일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약”으로 표현한 반면, 고용 영역에 한정된 「장애인고용촉진 및 직업재활법」은 이를 “직업생활에 상당한 제약” 또는 “근로 능력이 현저하게 상실된 자”로 표현하고 있다. 반면 「장애인기업활동 촉진법」은 장애를 별도로 정의하지 않고 타 법률의 기준을 차용하고 있다.

〈표 2-11〉 고용서비스 영역의 법적 장애 정의

법률	장애 정의
장애인복지법 (법률 제2조 제1항)	“장애인”이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.
장애인고용촉진 및 직업재활법(법률 제2조 제1호, 제2호)	-“장애인”이란 신체 또는 정신상의 장애로 장기간에 걸쳐 직업생활에 상당한 제약을 받는 자로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 자를 말한다. -“중증장애인”이란 장애인 중 근로 능력이 현저하게 상실된 자로서 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 자를 말한다.
장애인기업활동 촉진법 (법률 제2조 제1호)	“장애인”이란 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람을 말한다. 가. 「장애인복지법」 제32조에 따른 장애인등록증을 발급받은 사람 나. 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제6조의4에 따른 상이등급 중 어느 하나에 해당한다는 판정을 받은 사람

하지만 소득보장 영역과 마찬가지로 실제 장애측정기준에서는 장애를 의료적 기준에 의한 손상평가를 채택하고 있다. 이는 고용서비스 영역의 장애측정기준이 기본적으로 「장애인복지법」의 기준을 따르고 있기 때문이다. 「장애인고용촉진 및 직업재활법」의 경우에도 법률 제2조 제1호에서 규정한 “대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 자”는 ① 「장애인복지법 시행령」 제2조에 따른 장애인 기준에 해당하는 자, ② 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률 시행령」 제14조제3항에 따른 상이등급 기준에 해당하는 자로 구체화된다. 이는 「장애인기업활동 촉진법」도 마찬가지이다.

결과적으로 한국의 장애인 고용서비스 영역에서의 장애측정기준은 「장애인복지법」의 장애유형 및 등급을 기본으로 하며, 고용노동부와 중소벤처기업부의 장애인 고용서비스에는 추가적으로 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이유형 및 상이등급이 적용된다고 할 수 있다.

다. 사회서비스

한국의 장애인 사회서비스는 본 연구에서 가장 중요하게 다루는 활동지원제도를 포함하여, 「장애인복지법」에 의한 장애인거주시설 및 지역사회재활시설 이용, 「장애인건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률」에 의한 장애인 건강관리사업, 「장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률」에 의한 보조기기 지원사업, 「장애아동 복지지원법」에 의한 발달재활서비스 및 가족지원, 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」에 의한 발달장애인 지원사업 등이 있다.

〈표 2-12〉 사회서비스 영역의 법적 장애 정의

법률	장애 정의
장애인복지법 (법률 제2조 제1항)	“장애인”이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.
장애인활동 지원에 관한 법률(법률 제1조, 제2조 제1항 제5조 제1항)	-이 법은 신체적·정신적 장애 등의 사유로 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인에게 제공하는 활동지원급여 등에 관한 사항을 규정하여 장애인의 자립생활을 지원하고 그 가족의 부담을 줄임으로써 장애인의 삶의 질을 높이는 것을 목적으로 한다. -“장애인”이란 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인을 말한다. -혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 중증장애인으로 대통령령으로 정하는 장애 정도 이상인 사람
장애인 건강권 및 의료접근성 보장에 관한 법률 (법률 제3조 제1항)	“장애인”이란 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인을 말한다.
장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률 (법률 제3조 제1항)	“장애인등”이란 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인, 「노인장기요양보험법」 제2조제1호에 따른 노인등, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제4조에 따른 국가유공자 등을 말한다.
장애아동 복지지원법 (법률 제2조 제1항)	“장애아동”이란 18세 미만의 사람 중 「장애인복지법」 제32조에 따라 등록된 장애인을 말한다. 다만, 6세 미만의 아동으로서 장애가 있다고 보건복지부장관이 별도로 인정하는 사람을 포함한다.
발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 (법률 제2조 제1항)	“발달장애인”이란 「장애인복지법」 제2조제1항의 장애인으로서 다음 각 목의 장애인을 말한다. 가. 지적장애인: 정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하여 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람 나. 자폐성장애인: 소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람 다. 그 밖에 통상적인 발달이 나타나지 아니하거나 크게 지연되어 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람

이들 사업의 근거가 되는 법률에서 규정하는 장애의 정의는 위 표와 같은데, 결론적으로 대부분의 법률이 「장애인복지법」의 장애 정의를 기본으로 삼고 있다. 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」의 경우 「장애인복지법」에 의한 지적장애인과 자폐성장애인 외에 “통상적인 발달이 나타나지 아니하거나 크게 지연되어 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람으로서 대통령령으로 정하는 사람”을 발달장애의 범위로 규정하고 있지만 시행령에 위임조항이 존재하지 않아 추가적인 범위 확장은 이루어지지 않는다. 다만 장애인 활동지원제도를 규정하고 있는 「장애인활동 지원에 관한 법률」은 「장애인복지법」의 장애 정의를 기본으로 하면서도 “신체적·정신적 장애 등의 사유로 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인”이라는 추가적인 정의 규정을 두고 있어 차별화된다.

실질적인 장애측정기준의 경우 법적 정의에서 규정한 바와 같이 대부분의 사회서비스는 의료적 진단에 따라 결정되는 「장애인복지법」의 장애유형 및 등급을 기준으로 한다. 하지만 장애인 활동지원제도의 경우 「장애인복지법」의 장애유형 및 등급 외에 추가로 ‘활동지원 인정조사’에 의한 결과에 따라 장애 정도를 측정한다.

[그림 2-3] 장애인 활동지원제도에서의 장애측정기준

「장애인복지법」 장애등급 및 유형	⇒	「장애인활동법」 활동지원 인정조사	⇒	활동지원등급
-장애유형: 15개 유형 -장애등급: 3급 이상		-일상생활동작: 7개 항목 (옷 갈아입기, 목욕하기, 식사하기, 잠자리에서 자세 바꾸기, 옮겨 앉기, 걷기, 화장실 사용하기) -수단적 일상생활 수행능력: 8개 항목 (전화 사용하기, 물건사기, 식사준비, 집안일, 빨래하기, 약 챙겨 먹기, 금전 관리, 대중교통수단 이용하기) -장애특성 고려항목: 5개 항목 중 1개 (휠체어사용, 청각기능, 시각기능, 인지기능, 정신기능) -사회환경 고려영역: 4개 항목 (사회활동 참여, 위험상황 대처능력, 장애인보조기구 사용능력, 단어나 문장을 보고 이해하기)		-1등급: 380~470점 -2등급: 320~379점 -3등급: 260~319점 -4등급: 220~259점

위 그림에서와 같이 「장애인복지법」에 의한 장애등급 3급 이상인 경우 장애인 활동지원서비스 신청이 가능하며, 신청자에 대해 활동지원 인정조사를 실시하여 최종적인

활동지원등급(1~4등급)이 결정된다. 활동지원 인정조사 항목에는 일상생활동작(7개 항목), 수단적 일상생활 수행능력(8개 항목), 장애특성 고려항목(5개 항목), 사회환경 고려영역(4개 항목)이 있다. 장애특성의 경우 휠체어사용, 청각기능, 시각기능, 인지기능, 정신기능으로 제시되어 의료적 기준 혹은 기능적 제약 정도를 사정하는 기준이라 볼 수 있다. 또한 사회환경 고려영역에서도 위험상황 대처능력, 장애인보조기구 사용능력, 단어나 문장을 보고 이해하기 등 대부분 기능적 제약 정도를 사정하고 있으며, 나머지 한 개 항목인 사회활동 참여는 실제로 사회적 환경이라기보다는 ICF 분류에 의한 참여 제한을 측정하는 것이라 볼 수 있다. 따라서 전반적으로 현행 활동지원 인정조사 기준은 ICF에서의 활동 제약을 ADLs를 중심으로 사정하고 있다고 볼 수 있다.

2. 장애판정체계

현재 한국의 사회정책 영역에서 장애판정기준은 크게 다섯 가지로 요약할 수 있다.⁴⁾ 우선 의료적 기준으로는 ①「장애인복지법」에 의한 장애유형 및 등급, ②「국민연금법」에 의한 장애유형 및 등급, ③「산업재해보상보험법」에 의한 장애유형 및 등급, ④「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 상이유형 및 등급이 존재하며, ADLs 중심의 기능적 기준으로 ⑤「장애인활동 지원에 관한 법률」에서의 활동지원등급이 있다. 이 중 소득보장 영역에는 ①~④의 장애판정기준이 적용되며, 사회서비스 영역에는 ①과 ⑤의 기준이 적용된다. 고용서비스 영역은 ①과 ④의 기준이 적용되는데 소득보장 영역의 기준에 포함되므로 전반적인 장애판정체계는 소득보장 및 고용서비스 영역과 사회서비스 영역으로 구분하여 살펴본다.

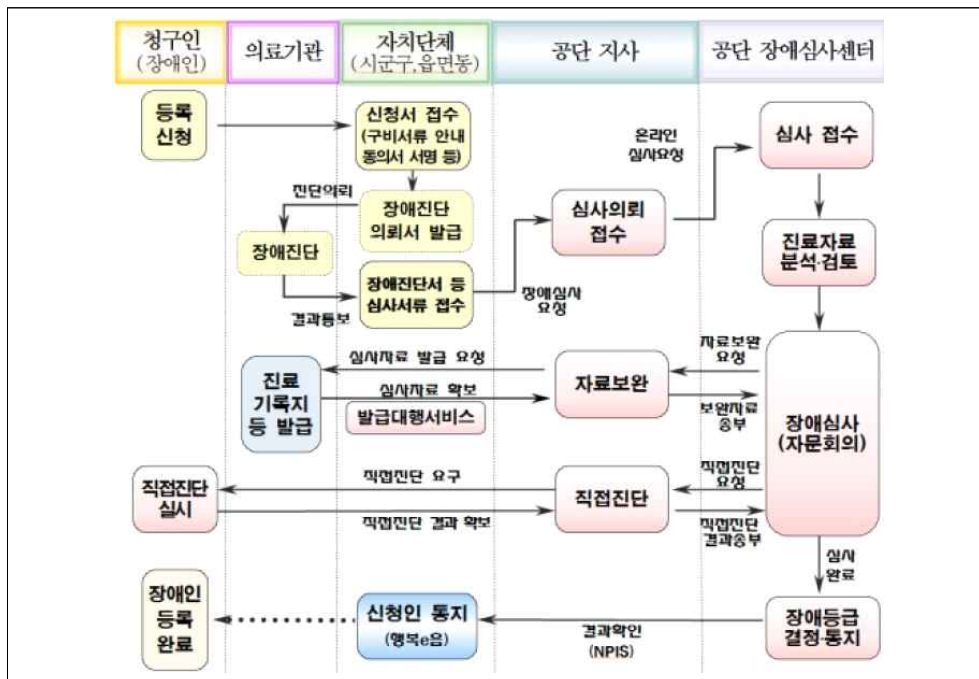
가. 소득보장 및 고용서비스

소득보장 및 고용서비스 영역에서 가장 광범위하게 적용되는 장애판정기준은 「장애인복지법」에 의한 장애유형 및 등급으로 이는 현재 지방자치단체와 국민연금공단이 수행하고 있다. 지방자치단체는 상담, 접수, 등록, 통지의 행정적 역할만을 수행하며 장

4) 이 외에도 「장애인 등에 대한 특수교육법」에 의한 장애판정기준(특수교육대상자 선정 기준)이 있지만 교육 영역은 본 연구에서 제외하였다.

애판정기준인 장애유형과 등급을 결정하는 실질적인 주체는 국민연금공단이다. 장애인등록 신청인이 장애진단서 등 장애유형별 구비서류를 지방자치단체에 제출하면 지방자치단체는 국민연금공단에 장애등급심사를 의뢰한다. ‘장애등급심사제도’는 국민연금공단이 2007년 4월 1일부터 보건복지부로부터 위탁받아 수행하는 사업이다. 장애등급심사제도는 과거에 의료기관에서 「장애인복지법」 기준에 의한 장애유형 및 등급을 부여하던 것에서, 의료기관은 진단서류만을 제출하고 국민연금공단에서 서류를 확인·검토하여 최종적인 등급을 결정하는 제도이다. 국민연금공단은 이 과정에서 자문회의를 개최하여 진료자료를 검토하며 필요할 경우 자료보완을 요구하거나 직접진단을 실시하기도 한다.

[그림 2-4] 장애인등록 및 장애등급심사 절차

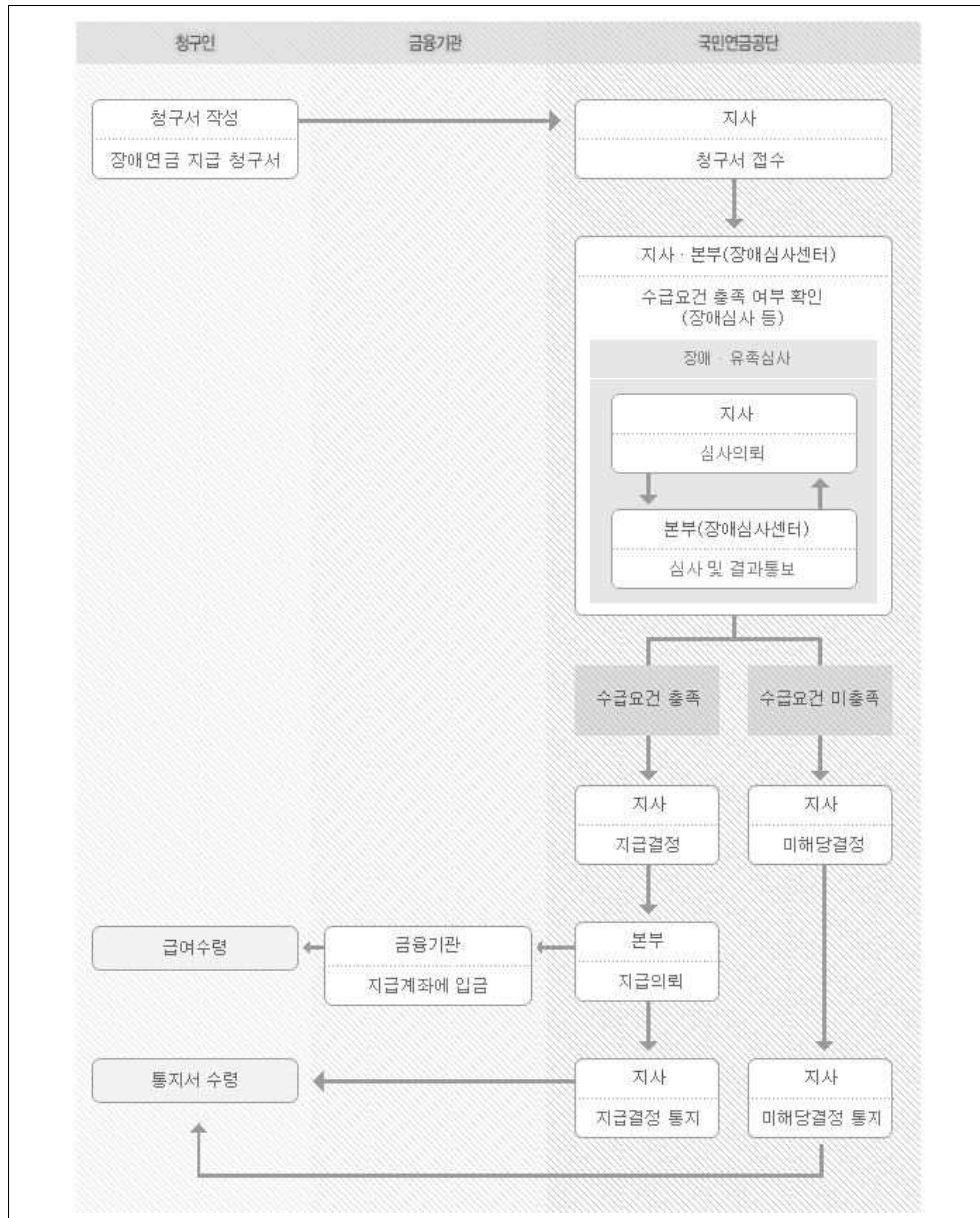


자료: 보건복지부(2018a, p.87)

「국민연금법」에 의한 장애판정 역시 국민연금공단에서 실시한다. 신청인이 장애연금 지급청구서, 국민연금 장애심사용진단서 등의 구비서류를 제출하면 국민연금 지사에서 장애연금 지급청구를 접수한다. 이후 공단 내 심사부서인 장애심사센터와 지역본

부에서 의학적 자문회의를 거쳐 수급요건을 충족하는지 판정한 후 해당 지사에 통보하는 절차를 거친다.

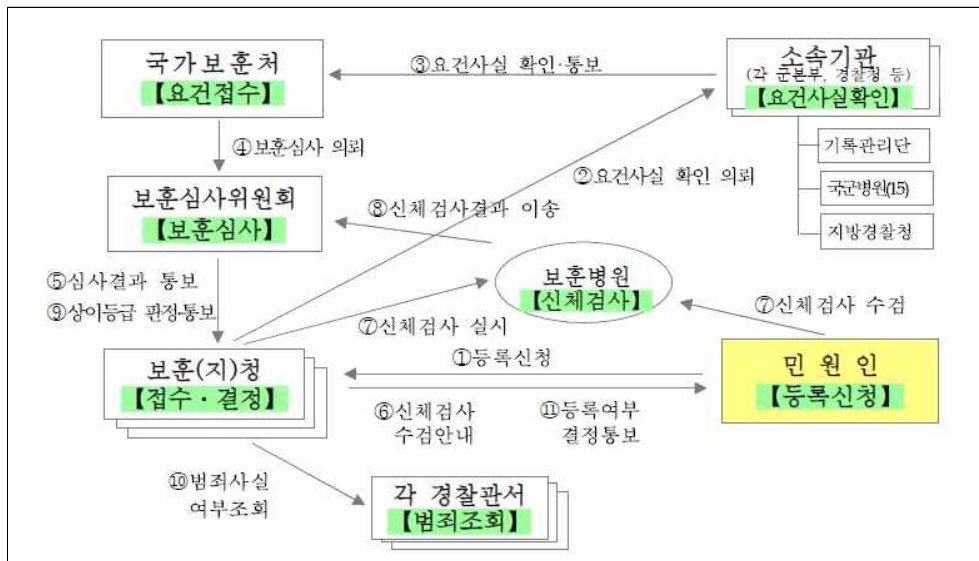
[그림 2-5] 장애연금 청구 및 심사 절차



자료: 국민연금공단(2018)

「산업재해보상보험법」에서의 장애판정은 근로복지공단이 수행하고 있다. 우선 산재 근로자의 증상이 고정되어 요양이 종결되거나 장애급여청구서를 접수하여 근로복지공단 지사(지역본부)에서 장애진단을 위한 진찰요구가 있을 경우 장애진단이 이루어진다. 장애진단은 요양을 종결할 당시의 의료기관에서 발급받지만, 현재 ‘장애진단 전문 의료기관 시범운영 지사’ 관할 의료기관에서 치료 종결한 경우에는 일부 장애유형(관절운동기능장애, 척추부위의 장애)이 예상되면 장애진단 전문의료기관에서 전문의 3명 이상이 참여한 합의체 장애진단을 하게 된다. 이는 2016년 10월부터 시범운영되는 제도로 기존 주치의 중심의 장애진단 과정에서의 불공정 사례를 예방하기 위한 제도이다(근로복지공단, 2016). 장애진단이 완료되면 장애급여청구서를 작성하여 요양을 종결할 당시의 의료기관을 관할하는 근로복지공단 지사(지역본부)에 제출하게 되며 진단서류를 통한 장애심사 후 최종적으로 장애등급이 결정된다. 다만 관절운동기능장애 12급 이상, 신경계통장애 9급 이상, 동요관절 및 파지력 장애(14급 제외), 척추신경근 장애 11급 이상 등은 근로복지공단 통합심사기관에서 장애심사를 진행하는데, 이 또한 장애등급 판정의 공정성 강화를 위한 조치이다.

[그림 2-6] 국가보훈대상자 등록처리 흐름도



자료: 국가보훈처(2018, p. 187)

「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에서의 상이등급 판정은 국가보훈처와 보훈심사위원회에서 수행한다. 보훈(지)청이 국가보훈 등록신청을 접수하면 우선 소속기관에 요건사실을 확인하여 보훈심사위원회에서 1차적으로 보훈심사를 실시한다. 이 과정을 통과하면 신청인은 보훈병원에서 신체검사를 받아 상이등급과 관련된 진단을 받는다. 보훈심사위원회는 신체검사 결과를 바탕으로 상이등급을 판정하여 최종적으로 통보하는 과정을 거치게 된다. 보훈심사위원회는 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」 제74조의6에 따라 공무원, 법조인, 전문인, 교수 등 120명 이내의 위원으로 구성된다.

나. 사회서비스

대부분의 장애인 대상 사회서비스는 「장애인복지법」에 의한 등록장애 혹은 일부 장애등급을 대상으로 제공되기 때문에 장애판정체계는 앞서 제시한 「장애인복지법」에 의한 장애판정체계와 다르지 않다. 하지만 「장애인활동 지원에 관한 법률」은 이에 더해 기능적 사정 중심의 활동지원 인정조사라는 추가적인 장애판정기준을 가지고 있어 따로 살펴볼 필요가 있다.

장애인 활동지원서비스의 장애판정체계에서는 지방자치단체(수급자격심의위원회 포함)와 국민연금공단이 주체가 되며, 핵심적인 장애판정이라 할 수 있는 활동지원 인정조사는 국민연금공단이 수행하고 있다. 장애인 활동지원서비스를 신청하기 위해서는 우선 「장애인복지법」에 의해 3급 이상의 장애판정을 받아야 한다. 또한 기존에 3급 이상의 장애등급을 받은 사람이라 할지라도 활동지원급여 신규 신청자라면 국민연금공단의 장애등급심사를 받아야 한다. 이후 국민연금공단에서 방문조사를 통해 활동지원 인정조사를 실시한다. 인정조사에 의해 바로 급여자격이 결정되지는 않으며, 지방자치단체별로 설치되어 있는 수급자격심의위원회에서 인정점수와 함께 생활환경영역 상태를 고려하여 최종적인 활동지원등급을 결정하게 된다. 국민연금의 활동지원 인정조사 인력은 사회복지사, 간호사 등으로 구성되며, 지방자치단체에 설치되어 있는 수급자격심의위원회는 장애인단체 대표, 의료인, 사회복지사, 공무원, 전문가 등의 9명 이내로 구성된다.

[그림 2-7] 장애인 활동지원서비스의 장애판정체계



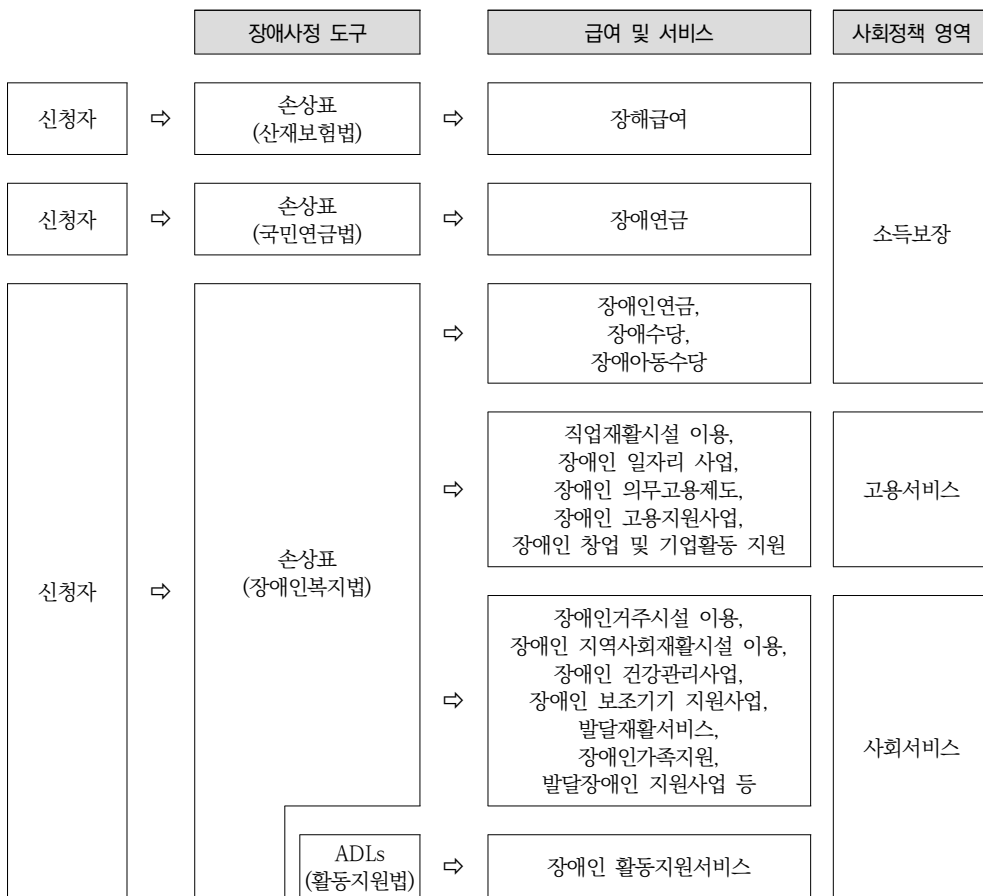
자료: 보건복지부(2018b, p. xv)

3. 장애판정 결과와 급여의 연계체계

한국의 장애판정 결과와 급여의 연계체계를 도식화하면 다음 그림과 같다. 먼저 소득보장 영역에서는 「산업재해보상보험법」, 「국민연금법」, 「장애인복지법」, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 장애판정기준이 적용되며, 모두 의학적 기준

의 손상표 형식의 장애사정 도구이다. 이에 연계되는 소득보장 급여로는 산업재해보상 보험의 장해급여, 국민연금의 장애연금, 「장애인연금법」에 의한 장애인연금, 「장애인복지법」에 의한 장애수당 및 장애아동수당, 그리고 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 보훈급여가 있다. 이러한 소득보장급여는 일원화된 연계체계를 가지고 있지 않으며 장애사정 도구의 분화 구조에 따라 각각의 전달체계(지방자치단체, 근로복지공단, 국민연금공단, 국가보훈처) 하에서 장애인의 신청에 의해 연계된다.

[그림 2-8] 한국의 장애사정 도구와 급여 및 서비스의 연계구조



주: 국가유공자에 대한 지원은 그림에서 제외함.

자료: 오옥찬, 이재은(2016 p. 39)의 그림을 수정함.

다음으로 고용서비스 영역에는 장애사정 도구로서 「장애인복지법」에 의한 손상표와

「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 손상표가 적용된다. 보건복지부에서 수행하는 직업재활시설 이용, 장애인 일자리 사업 등은 「장애인복지법」에 의한 손상표가 적용되며, 고용노동부에서 실시하는 장애인 의무고용제도 및 장애인 고용지원 사업, 중소벤처기업부에서 실시하는 장애인 창업 및 기업활동 지원에는 「장애인복지법」에 의한 손상표와 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」에 의한 손상표가 모두 적용된다. 이러한 고용서비스 또한 통합된 연계체계는 존재하지 않으며, 직업재활시설, 한국장애인개발원, 한국장애인고용공단, 장애인기업종합지원센터 등 개별 서비스 제공기관에서 장애인의 신청에 의해 서비스가 연계된다.

마지막으로 사회서비스 영역에서는 기본적으로 「장애인복지법」에 의한 손상표가 장애사정 도구로 사용된다. 장애인거주시설 이용, 장애인 지역사회재활시설 이용, 장애인 건강관리사업, 장애인 보조기기 지원사업, 발달재활서비스, 장애인가족지원, 발달장애인 지원사업 등의 사회서비스는 이러한 「장애인복지법」에 의한 장애유형 및 등급에 기초하여 제공된다. 장애인 활동지원서비스는 예외적으로 「장애인복지법」에 의한 손상표에 더해 「장애인활동 지원에 관한 법률」에 의한 ADLs 사정이 추가된다. 사회서비스 영역 역시 일원화된 서비스 연계체계가 존재하지 않으며 장애판정 이후 등록된 장애인이 개별적으로 서비스를 신청할 경우 지방자치단체 혹은 각 제공기관에서 서비스가 연계되는 구조이다.

4. 시사점

한국의 장애판정제도를 살펴본 결과 우선 장애측정기준에서 가장 특징적인 사항은 법률에서의 장애 정의 자체는 기능적 정의를 대체로 채택한 반면 실제 장애측정기준에서는 의료적 기준에 의해 장애를 측정한다는 것이다. 이는 법적 정의와 장애사정도구에서의 개념이 불일치하다는 것을 의미한다.

우선 소득보장 영역과 고용서비스 영역에서는 거의 차별성이 나타나지 않는다. 양 영역에서 법률상 장애 정의는 기능적 정의를 채택하고 있지만 실제로 장애측정기준은 의료적 기준인 손상표를 채택하고 있다. 장애측정기준이 제도별 법률에 의해 다양했음에도 모두 손상표의 성격을 가진 기준이었다. 소득보장 영역에서는 현재는 주요 선진국에서 거의 사용되지 않는 손상 접근법(impairment-based approach)이 아직까지

사용되고 있는 상황이다.

사회서비스 영역에서도 대부분의 급여 및 서비스에 적용되는 장애측정기준은 「장애인복지법」에 의한 의료적 기준이다. 다만 활동지원서비스의 경우 예외적으로 「장애인복지법」에 의한 의료적 기준에 추가적으로 기능적 특성을 측정하는 인정조사가 적용되고 있다. 활동지원 인정조사의 내용은 대체로 기능적 일상생활활동과 도구적 일상생활활동이 균형 있게 반영되어 있었으나, ‘사회환경’ 영역으로 구분된 지표는 실질적인 사회환경 지표라 보기 어려웠다.

〈표 2-13〉 한국의 정책영역별 장애측정기준 비교

정책 영역	측정		구분
소득보장	장애정의		기능적 정의
	장애 측정 기준	측정도구	장애등급판정기준(장애인복지법), 국민연금 장애심사규정(국민연금법), 장애등급의 기준(산재보험법), 상이등급 구분표(국가유공자법)
		측정영역	의료적 특성 손상 접근법
		측정기준 (지표)	장애유형 및 등급별 의료적 기준
고용 서비스	장애정의		기능적 정의
	장애 측정 기준	측정도구	장애등급 판정기준(장애인복지법), 상이등급 구분표(국가유공자법)
		측정영역	의료적 특성
		측정기준 (지표)	장애유형 및 등급별 의료적 기준
사회 서비스 (일상생활 지원)	장애정의		기능적 정의
	장애 측정 기준	측정도구	장애등급판정기준(장애인복지법), 장애인 활동지원 인정조사표(장애인 활동법)
		측정영역	의료적 특성 + 기능적 특성(기능적 일상생활활동 + 도구적 일상생활 활동)
		측정기준 (지표)	의료적 특성: 장애유형 및 등급별 의료적 기준 기능적 특성: <ul style="list-style-type: none"> · 일상생활동작: 7개 항목 (옷 갈아입기, 목욕하기, 식사하기, 잠자리에서 자세 바꾸기, 옮겨 앉기, 걷기, 화장실 사용하기) · 수단적 일상생활 수행능력: 8개 항목 (전화 사용하기, 물건사기, 식사준비, 집안일, 빨래하기, 약 챙겨 먹기, 금전관리, 대중교통수단 이용하기) · 장애특성 고려항목: 5개 항목 중 1개 (휠체어사용, 청각기능, 시각기능, 인지기능, 정신기능) · 사회환경 고려영역: 4개 항목 (사회활동 참여, 위험상황 대처능력, 장애인보조기구 사용능력, 단어 나 문장을 보고 이해하기)

주: 사회서비스는 장애인 활동지원서비스를 중심으로 정리함.

장애판정체계에서 의료정보에 의한 의존도와 전문가의 재량권을 기준으로 유형을 구분한다면 한국은 전형적으로 의료정보 의존도가 높고 전문가의 재량권이 낮은 모델 D에 해당한다. 모델 D는 전형적으로 손상표를 사용하는 경우로 한국은 각 법률에 정한 구체적인 손상표에 따라 의료전문가들이 장애를 판정한다. 또한 손상표에 의한 의료전문가의 진단 결과를 제3의 기관에서 재검증하는 절차를 두고 있어 의료전문가의 재량권을 추가적으로 억제하고 있다. 「장애인복지법」에 의한 장애판정 과정에서 이루어지는 국민연금공단의 장애등급심사, 「산업재해보상보험법」에서의 장애판정에서 이루어지는 장해진단 전문의료기관과 근로복지공단 통합심사기관의 장해심사, 「국가유공자 등 예우 및 지원에 관한 법률」의 장애등급 판정에서의 보훈심사위원회의 역할은 장애판정의 공정성을 높이기 위한 수단으로 도입되었으나 결과적으로 모두 의료전문가의 재량을 억제하는 수단으로 사용되고 있다. 의사의 진단이 최종적인 장애판정이 아니라 이후 서류의 확인을 통해 장애판정 결과가 나오는 구조로 실질적인 장애판정 방법은 서면심사라 할 수 있다. 물론 「장애인복지법」에 의한 장애판정에서 일부 사례에 대해 장애등급심사위원회에 신청인이 참석하여 대면심사가 가능하지만 예외적인 규정으로 제도의 본질적 요소로 보기는 어렵다.

〈표 2-14〉 한국의 정책영역별 장애판정체계

정책 영역	측정	구분
소득보장	의료정보에 대한 의존정도	의료정보에 전적으로 의존
	재량권 수준	재량권 없음
	장애판정 방법	서면심사
고용 서비스	의료정보에 대한 의존정도	의료정보에 전적으로 의존
	재량권 수준	재량권 없음
	장애판정 방법	서면심사
사회 서비스 (일상생활지원)	의료정보에 대한 의존정도	의료정보에 상당히 의존
	재량권 수준	재량권 낮음
	장애판정 방법	서면심사(의료적 기준) + 면담심사(기능적 기준)

장애인 활동지원서비스의 활동지원 인정조사만을 별도로 판단하면 의료정보의 의존도가 낮고 전문가의 재량권이 낮은 모델 B로 평가할 여지도 있다. 활동지원 인정조사

항목은 ADLs 중심으로 의료적 정보의 활용 정도는 약하다. 또한 중앙정부가 급여의 재원을 조달하고, 구체적인 인정조사 매뉴얼의 보급, 인정조사 인력의 반복 교육을 통한 평가기준 통일 등의 노력을 통해 인정조사 기준을 통제하고 있어 평가자의 재량권도 낮은 수준이다. 하지만 장애인 활동지원서비스는 활동지원 인정조사만으로 서비스 수급권이 결정되지 않으며, 그 전에 「장애인복지법」에 의한 장애판정에서 3급 이상의 장애등급을 받아야 하는 전제조건이 있다. 이를 포함한 장애판정체계를 고려하면 여전히 의료정보의 의존도가 높은 모델 D에 가깝다고 할 수 있다. 장애인 활동지원서비스에서 장애판정 방법은 의료적 기준은 서면심사, 기능적 기준은 면담심사로 볼 수 있다.

56 주요 국가의 장애인정제도 비교 연구

제 3 장

주요 국가의 장애판정제도

제1절 영국

제2절 호주

제3절 독일

제4절 일본

제5절 장애판정제도 비교

3

주요 국가의 장애판정제도 <<

제1절 영국

영국에서 일반적으로 장애를 정의하는 법령은 장애차별금지법(DDA)이었다. 하지만 이 법은 다른 보호되어야 할 영역과 통합되어 2010년에 ‘평등법(Equality Act 2010)’으로 개정되었다. 평등법에 따르면, 일상생활을 하는 능력에 ‘현저하고’, ‘장기적인’ 부정적인 영향을 미치는 신체적 또는 정신적 손상이 있는 사람을 장애인으로 정의하고 있다. ‘현저한’이란, 옷 입기와 같은 일상적인 과업을 수행하는 데 일반적으로 소요되는 시간보다 훨씬 많은 시간이 소요되는 것을 의미하고, ‘장기적인’이란 12개월 이상 지속됨을 의미한다.

관절염처럼 변동이 심한 경우에는 다른 규정이 적용되고, 상황이 점점 악화되는 진행성인 경우에도 장애인으로 구분된다. HIV감염, 암, 다발성 경화증과 같은 질환은 장애인으로 구분된다. 하지만 처방되지 않은 약품이나 알코올에의 중독 등과 일부 경우는 장애 정의에 포함되지 않는다.

또한 영국에 보편적인 장애인등록제도는 없다. 따라서 하나의 판정기준으로 장애인을 규정하지 않고 있으며, 또한 하나의 판정기준을 모든 제도에 적용하고 있지 않다. 즉 장애 관련 사회보장급여, 지방정부의 장애인서비스, 시각장애인을 위한 세금 감면, 주차카드제도(the Blue Badge parking scheme) 등 각각의 제도는 개별적인 자격기준을 갖고 있다. 따라서 개별 제도별로 장애 기준을 살펴보고 이에 따라 자격을 판정하여야 한다.

장애인복지정책의 핵심영역은 소득보장, 고용보장, 일상생활 활동 지원이라 할 수 있다(European Commission, 2002). 마찬가지로 영국에서 장애인을 대상으로 하는 핵심적인 사회복지정책은 크게 소득보장(income maintenance), 고용서비스(employment services), 사회서비스(social service)로 구분할 수 있다. 이 중 소득보장은 근로능력 상실로 인한 빈곤, 장애로 인한 추가 비용에 대한 보전 등 소득부족에 대한 현금지원이 중심이 되고, 우리나라의 활동지원제도, 장애인복지관 서비스, 주간

보호서비스, 거주시설 서비스 등은 모두 사회서비스에 속한다. 또한 고용서비스는 장애인을 고용으로 접근할 수 있도록 지원하는 지원서비스를 포함한다. 따라서 정책목적에 따라 장애를 측정하는 영역은 고용 및 최저생계보장을 위한 장애측정, 장애로 인한 추가비용 보전을 위한 장애측정, 사회서비스(community care) 제공을 위한 장애측정으로 구분할 수 있다.

1. 장애측정기준

가. 소득보장

영국의 장애인 소득보장정책에는 노동을 할 수 없는 경우 받게 되는 고용지원수당(Employment and Support Allowance/ ESA)과 장애로 인한 추가비용을 보전해주는 수당인 개인자립지불(Personal Independence Payment)이 있다. 이에 따라 고용지원수당을 받기위한 장애판정기준과 개인자립지불을 받기위한 장애판정기준을 살펴보았다.

1) 고용지원수당

장애인 소득보장정책으로 금액이 가장 큰 고용지원수당⁵⁾을 보면, 수당을 받기 위해서는 우선 노동을 할 수 없음을 증명해야 한다. 이를 위해 우선 노동역량 설문지를 작성하여 복지고용사무소에 보내면, 사정 제공기관의 자격 있는 전문가에 의해 면접 사정이 실시된다(Grover and Piggott, 2010, 서정희 외, 2012 재인용).

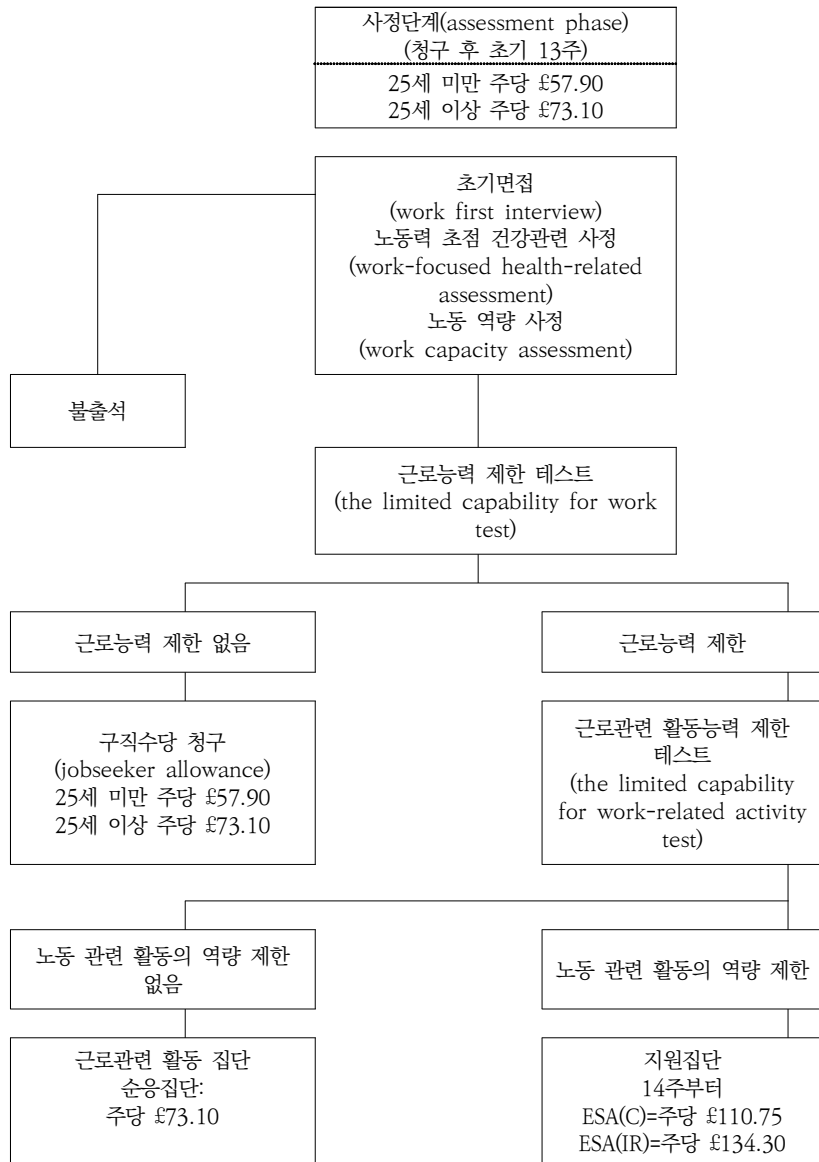
청구초기에 초기면접(Work First Interviews), 근로역량평가(Work Capability Assessment), 노동력 초점 건강관련 평가(Work-focused Health-related Assessment)가 진행된다. 이 세 가지 평가는 현재 근로능력의 상황과 미래 유급고용으로의 전환 가능성에 대해 의료적 방식으로 측정하고 해석하는 것이다.

5) 2008년 10월 영국의 무능력급여(Incapacity Benefit, IB)는 고용지원수당(Employment and Support Allowance, ESA)으로 대체되었다. 이에 따라 IB의 사정도구인 PCA는 근로능력평가(Work Capability Assessment, WCA)로 대체되었다.

초기 평가에서 근로능력이 부족하다고 평가되면 그 다음으로 근로능력제한 평가(Limited Capability for Work Test)를 수행한다. 이 평가는 근로를 할 수 있는 활동능력을 평가하는 것이다. 이 평가에 의해 근로능력이 없는 사람들은 근로능력 제한(Limited capability for work)으로, 근로능력이 있기 때문에 유급 고용이 가능한 사람들은 근로능력 제한 없음(No limited capability for work)으로 분류된다. 근로능력 제한 없음으로 분류된 사람은 적극적으로 일자리를 찾아야 한다.

다음으로 근로능력 제한으로 평가된 사람들에게는 근로관련 활동능력제한 평가(Limited Capability for Work-related Activity Test)가 진행된다. 이 평가에서 사용되는 기준은 규정된 목록에 있는 활동들을 수행할 능력 유무이다. 목록 중에 하나를 수행할 수 없다면 근로관련 활동능력이 제한적이라고 간주되어 지원집단으로 분류된다. 그렇지 않은 경우 근로능력이 있기 때문에 가능하면 빨리 유급 고용으로 진입하도록 지원받게 된다. 근로관련 활동들에는 근로 맛보기(work tasters), 고용능력 향상, 직무 탐색 지원, 근로를 통해 건강 관리하기 등이 포함된다. 근로관련 활동능력이 제한적이라고 간주되어 지원집단으로 분류된 사람들은 최종적으로 자산조사를 받게 되고 빈곤층으로 분류되는 경우 빈곤층이 아닌 경우에 비해 보다 많은 급여를 받는다. 이와 같은 영국의 ESA 제도의 사정과정을 도식화하면 다음과 같다(Grover and Piggott, 2010). 급여로 받는 금액은 2018년도 기준이다.

[그림 3-1] 영국의 ESA에서의 급여 수급을 위한 과정 체계도



노동능력을 평가하는 노동능력사정 설문지는 신체적 역량, 정신적·인지적 역량, 먹기 역량과 같은 3개 영역, 18개 항목으로 구성되어 있다. 신체적 역량은 돌아다니기와 계단이용하기, 서있기와 앉기, 손 뻗기, 사물을 이동시키기, 손동작, 의사소통하기(말하

기, 쓰기와 듣기, 읽기로 구분), 안전하게 돌아다니기(시력), 배변·배뇨 조절 가능성, 깨 있는 동안의 의식 유지와 같은 10개 항목으로 구성되어 있으며, 정신적·인지적 역량은 일을 하는 방법에 대한 학습, 위험에 대한 인식, 일의 시작과 끝맺음, 변화에의 대응, 외출에 따른 정신적·심리적 대처, 사회적 상황에 대처하기, 적절히 행동하기와 같은 7개 항목으로 구성되어 있으며, 먹기 영역은 음식과 음료 먹기와 같은 1개 항목으로 구성되어 있다.

또 각 항목은 하나의 지표로 구성된 경우도 있고, 2-3개의 질문문항으로 구성되어 있기도 하다. 예를 들어 돌아다니기와 계단이용하기 항목에는 “쉬지 않고 안전하게 어느 정도까지 걸을 수 있습니까?”와 “핸드레일이 있는 경우 다른 사람의 도움 없이 두 계단을 오르거나 내려갈 수 있습니까?”와 같은 두 개의 문항이 존재한다. 하지만 손동작과 같은 항목의 경우 “버튼누르기, 동전 집기 등과 같은 행위를 위해 한쪽 손이라도 움직일 수 있습니까?”와 같은 한 문항으로 구성되어 있다. 따라서 노동능력사정 설문지는 30개의 문항으로 구성되어 있다. 노동능력사정 설문지의 구성은 다음 표와 같다.

〈표 3-1〉 노동능력사정 설문지

1부 신체적 역량		
1. 돌아다니기와 계단이용하기	쉬지 않고 안전하게 어느 정도까지 걸을 수 있습니까?	50미터 100미터 200미터 이상 상황에 따라 다름
	핸드 레일이 있는 경우 다른 사람의 도움 없이 두 계단을 오르거나 내려갈 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
2. 서있기와 앉기	다른 사람의 도움 없이 한자리에서 다른 자리로 움직일 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
	서 있거나 앉아 있는 동안 다른 사람의 도움 없이 또는 통증 없이 얼마나 오랫동안 한자리에 머무를 수 있습니까?	30분 미만 30분에서 1시간 사이 1시간 이상 상황에 따라 다름
3. 손 뻗기	옷을 입을 동안 옷의 맨 위 포켓에 원하는 것을 넣을 수 있을 정도로 적어도 한손으로 무엇인가를 들을 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
	한 손을 머리 위로 올릴 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
4. 사물을 이동시키기	0.5리터 정도 들은 병을 움직일 수 있습니까?	아니오 예

64 주요 국가의 장애판정제도 비교 연구

		상황에 따라 다름
	1리터 정도 들은 병을 움직일 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
	대형 박스를 이동시킬 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
5. 손동작	버튼누르기, 동전 집기 등과 같은 행위를 위해 한쪽 손이라도 움직일 수 있습니까?	몇 가지 가능 어느 것도 할 수 없음 상황에 따라 다름
6. 의사소통하기 - 말하기, 쓰기, 타이핑하기	위험한 물건이 나타났을 때와 같은 상황을 다른 사람에게 간단한 메시지로 전달할 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
7. 의사소통하기 - 듣기, 읽기	다른 사람의 도움 없이 듣거나 입술 모양을 통해 다른 사람의 메시지를 이해할 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
	확대 문자나 점자를 통해 다른 사람의 메시지를 이해할 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
8. 안전하게 돌아다니기 (시력)	자력으로 혼자 길을 건너기 위해 볼 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
	도움 없이 예전에 가보지 못했던 곳을 방문할 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
9. 배변, 배뇨 조절 가능성	배뇨나 배변 조절의 문제로 인해 옷을 세탁하거나 갈아입어야 합니까?	아니오 예-주별로 예-월별로
10. 깨있는 동안의 의식 유지	깨있는 동안, 얼마나 자주 기절하거나, 발작을 하거나, 기억을 잃습니까?	매일 한 주에 한번 한 달에 한번 몇 달에 한번
2부 정신적, 인지적 역량		
11. 일을 하는 방법에 대한 학습	알람시계를 맞추는 일과 같은 일상의 일을 어떻게 하는지를 배울 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
	세탁기 사용과 같은 보다 복잡한 과업을 배울 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
12. 위험에 대한 인식	안전을 위해 대부분의 시간 동안 타인의 감독을 필요로 합니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
13. 일의 시작과 끝맺음	일상적 과업을 계획하고, 시작하고, 끝낼 수 있습니까?	전혀 안됨 가끔 가능 상황에 따라 다름
14. 변화에 대응	미리 알 수 있다면 일상적인 일의 작은 변화에 대처할 수 있습니까? 예, 평상 시 보다 식사 시간을 일찍 또는 늦게 하는 것	아니오 예 상황에 따라 다름
	미리 예상할 수 없는 작은 변화에 대처할 수 있습니까? 예, 버스가 제 시간에 오지 않음	아니오 예

		상황에 따라 다름
15. 외출에 따른 정신적, 심리적 대처(만약 신체적 원인에 의해 외출이 안 되는 경우 1부 신체적 역량에서 응답하여야 함)	집을 떠나 당신이 아는 장소로 이동할 수 있습니까?	아니오 예-누군가 같이 간다면 상황에 따라 다름
	집을 떠나 당신이 모르는 장소로 이동할 수 있습니까?	아니오 예-누군가 같이 간다면 상황에 따라 다름
16. 사회적 상황에 대처하기	두려움이나 신경쓰임 없이 당신이 알던 사람을 만날 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
	두려움이나 신경쓰임 없이 당신이 모르는 사람을 만날 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
17. 적절히 행동하기	다른 사람을 당황하게 하는 행동을 얼마나 자주 합니까?	매일 빈번하게 이따금
3부 먹기		
18. 음식과 음료 먹기	다른 사람의 도움 없이 당신의 입으로 음식이나 음료를 먹을 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름
	다른 사람의 도움 없이 음식이나 음료를 찹거나 삼킬 수 있습니까?	아니오 예 상황에 따라 다름

2) 개인자립지불 (Personal Independence Payment: PIP)

영국의 경우 장애로 인한 추가비용을 보전해 주는 수당으로 장애생활수당(Disability Living Allowance)이 있었고, 2013년 4월 8일부터 개인자립지불(Personal Independence Payment)로 바뀌었다. 이 외에 수발수당(attendance allowance) 등이 있다. 영국에서는 새로운 급여가 생기거나 두 개 이상의 급여가 통합되는 경우에도 종래의 이름으로 급여를 받던 사람은 그대로 받게 되고 신규 수급자는 새로운 제도 하에 도입된 명칭의 급여를 받게 된다. 따라서 현재 신규로 수당을 신청하는 사람들은 모두 개인자립지불을 받아야 하지만, 기존에 장애생활수당을 받던 사람들은 재사정을 하지 않은 한 기존 수당을 계속 받는 것이기 때문에, 아직도 두 급여가 존재하는 것으로 볼 수 있다.

〈표 3-2〉 장애로 인한 추가비용 보전 성격의 사회보장정책

제도명	목적	선정 기준 및 급여수준	
		선정 기준	지급액
장애생활수당	장애로 인한 추가비용 보전	일상생활과 이동의 어려움 정도	최대 주당 139.75 파운드
개인자립지불	장애로 인한 추가비용 보전	일상생활과 이동의 어려움 정도	최대 주당 139.75 파운드
수발수당	65세 이상 장애인의 추가비용 보전	낮 또는 밤 기간 동안의 지원 필요성	최대 주당 85.60 파운드

자료: www.gov.uk 참조

개인자립지불은 돌봄(care)과 이동(mobility) 두 요소에 대한 자격조건에 따라 65세 이하의 사람들에게만 한정하여 지급하고 있다. 65세 이상의 사람들에게 대해서는 이동에 대한 급여는 지급하지 않고 돌봄에만 한정하여 지급한다. 지급 결정시 소득이나 자산의 영향을 받지 않는다. PIP자격을 얻기 위해서는 다음과 같은 요건을 기본적으로 우선 충족하여야 한다.

- 연령이 16세부터 64세까지여야 한다.
- 일상생활 또는 이동과 관련된 어려움이 있어야 한다.
- 청구 시 영국에 살고 있어야 하며, 청구 시부터 직전 과거 3년 기간 중 2년 이상은 영국에 거주하여야 한다.
- 이민법에 의한 통제를 받지 않아야 한다.

이와 더불어 다음과 같은 장애 조건을 충족하여야 한다.

- 일상생활검사 또는 이동활동검사
- 일정 기간 동안 위의 활동 검사를 충족하여야 하는데, 적어도 지급 받기 전 3개월 동안 지속되어야 하며, 향후에도 9개월 이상 지속될 것으로 예상되어야만 한다.

이 수당을 받기 위한 측정요소는 2가지로 구성되어 있다. 하나는 일상생활 요소이고, 하나는 이동 요소이다. 일상생활 요소 하나에 따라 수당을 받을 수도 있고, 이동 요소와 함께 받을 수도 있다. 일상생활검사는 ‘Social Security (PIP) Regulations 2013’에서 정한 바대로 10가지 항목으로 구성되어 있다(〈표 3-3〉 참조). 또한 이동생활검사는 2가지 항목으로 구성되어 있다(〈표 3-4〉 참조).

PIP를 받을 수 있는 자격을 얻기 위해서는 일상생활 요소와 이동 요소별로 일정 점수를 넘어야 한다. 일상생활검사와 이동생활검사 모두 기준(standard) 상황으로 인정받기 위해서는 각 요소의 점수의 합이 8점을 넘어야 한다. 예를 들어 일상생활요소에 있는 10개의 항목별 점수를 합쳐서 8점이 넘어야 한다. 마찬가지로 이동 요소의 경우에도 두 항목의 점수 합이 8점 이상이어야 급여를 받을 수 있는 자격이 발생한다. 또한 심각(enhanced)에 해당되는 수당을 받을 수 있는 최소 점수는 12점이다. 즉 각 요소별로 항목들의 점수의 합이 최소 12점의 점수가 나와야 한다. 그런데 만약 음식 준비와 같은 한 항목에서 2점과 4점이 나왔다고 하면 음식준비 항목과 관련된 점수는 2점과 4점의 합인 6점이 아니고 최고점수인 4점이 되는 것이다. 따라서 구체적인 예를 들어 설명하면 어떤 한 사람이 음식 준비에서 b와 e에 해당되어 2점과 4점이 나온 경우 음식준비 항목에서의 점수는 4점이 되는 것이다. 또 영양섭취에서 2점을 획득하고, 씻기 및 목욕에서 4점을 획득하고, 나머지 항목에서는 모두 0점이라고 하면, 이 사람의 일상생활요소의 총 점수는 10점이 되는 것이다. 그러면 표준 상황으로 인정받아 주당 85.60파운드를 받게 된다.

일상생활 및 이동 능력을 평가할 때 시간 기준은 하루의 대부분으로 하루의 절반 이상을 기준으로 하고 있으며, 장애 또는 불편의 지속기간은 12개월 이상을 상정하고 있다. 과거 3개월 동안 장애 또는 불편이 있었고, 향후 9개월 동안에도 지속될 것이라고 여겨질 때 자격을 얻을 수 있다. 또 평가는 장애 자체가 아니라 장애인의 상황이 장애인에게 영향을 미치는 정도에 따라 파악하고 있다.

일상생활검사는 음식 준비, 영양 섭취, 치료 관리 및 건강상태 점검, 씻기 및 목욕, 화장실 욕구 및 실금의 관리, 옷 입기와 벗기, 구어 의사소통, 표지·심볼·단어를 읽고 이해하기, 다른 사람과 일대일로 관계 맺기, 예산 결정과 같은 10개 항목 지표로 구성되어 있으며 각 항목별 점수 및 기준은 다음 표와 같다.

또한 일상생활검사는 신체적 기능만을 평가하는 것이 아니라 일상생활을 위한 신체적, 정신적, 인지적 기능을 포괄적으로 평가하고 있다. 모든 활동에서 신체적 기능저하에 따라 보조나 기구가 필요한지에 대해서도 조사하지만, 정서적·인지적 기능 저하로 인해 지시 메시지가 필요한지에 대해서도 조사하고 있으며, 수준이 비슷한 경우 같은 점수를 부여하고 있다. 즉 음식을 하는데 어려움이 있다는 것은 조리기구를 움직이지 못 하는 등의 신체적 기능 저하도 있지만, 조리 순서라든지 방법에 대한 이해가 부족하

여 음식 만들기가 안 되는 인지적, 정서적 기능저하도 포함되는 것이 때문에, 신체활동에 있어서도 정서적·인지적 기능을 함께 측정하고 있다. 그럼에도 이와 더불어 표지·심볼·단어를 읽고 이해하기, 다른 사람과 일대일로 관계 맺기, 예산 결정과 같은 항목을 두어 정서적·인지적 기능을 충분히 더 측정하고 있다.

〈표 3-3〉 일상생활 측정 지표

음식 준비	활동 1
a 도움 없이 간단한 음식을 준비하거나 요리할 수 있다.	0점
b 간단한 음식을 준비하기 위해 보조나 기구가 필요하다.	2점
c 전통적인 조리기구를 사용하여 간단한 음식을 만들 수는 없으나, 전자렌지를 이용하여 간단한 음식을 준비할 수는 있다.	2점
d 간단한 음식을 준비하거나 요리하기 위해 지시 메시지가 필요하다.	2점
e 간단한 음식을 준비하거나 요리하기 위해 감독이나 지원이 필요하다.	4점
f 음식을 전혀 준비하거나 요리할 수 없다.	8점
영양 섭취	활동 2
a 도움 없이 영양을 섭취할 수 있다.	0점
b 다음 중 하나를 필요로 한다. (i) 영양을 섭취하기 위해 보조나 기구가 필요하다. (ii) 영양을 섭취하기 위해 감독이 필요하다. (iii) 음식을 더 이상 안 먹기 위해 지원이 필요하다.	2점
c 영양을 섭취하기 위해 의료적 처치가 필요하다.	2점
d 영양을 섭취하기 위해 지시 메시지가 필요하다.	4점
e 영양을 섭취하기 위한 의료적 처치를 받기 위해 지원이 필요하다.	6점
f 다른 사람이 도와주지 않으면 음식을 입으로 가져가거나 음료를 마실 수 없다.	10점
치료 관리 또는 건강상태 점검	활동 3
a 둘 중 하나에 해당 (i) 투약을 받지 않거나 치료를 받지 않거나, 건강상태를 점검할 필요가 없다. (ii) 투약이나 치료를 관리할 수 있거나, 도움 없이 건강상태를 점검할 수 있다.	0점
b 다음 중 하나를 필요로 한다. (i) 투약을 관리하기 위해 보조 또는 기구가 필요하다. (ii) 투약을 관리하거나 건강상태를 점검하기 위해 감독, 지시 메시지, 도움이 필요하다.	1점
c 일주일에 3.5시간 이하의 치료를 관리하기 위해 감독, 지시 메시지, 도움이 필요하다.	2점
d 일주일에 3.5시간 이상 7시간 이하의 치료를 관리하기 위해 감독, 지시 메시지, 도움이 필요하다.	4점
e 일주일에 7시간 이상 14시간 이하의 치료를 관리하기 위해 감독, 지시 메시지, 도움이 필요하다.	6점
f 일주일에 14시간 이상의 치료를 관리하기 위해 감독, 지시 메시지, 도움이 필요하다.	8점
씻기 및 목욕	활동 4
a 도움 없이 씻고 목욕을 할 수 있다.	0점

b 씻고 목욕하기 위해 보조나 기구가 필요하다.	2점
c 씻고 목욕하기 위해 타인의 감독이나 지시 메시지가 필요하다.	2점
d 허리아하 또는 머리를 씻기 위해 지원이 필요하다.	2점
e 욕실에 들어가거나 나오기 위해 지원이 필요하다.	3점
f 어깨와 허리사이의 신체를 씻기 위해 지원이 필요하다.	4점
g 씻거나 목욕을 할 수 없고, 전신을 씻기 위해 다른 사람이 필요하다.	8점
화장실 욕구 또는 실금의 관리	활동 5
a 도움 없이 화장실 욕구나 실금을 관리할 수 있다.	0점
b 화장실 욕구나 실금을 관리하기 위해 보조나 기구가 필요하다.	2점
c 화장실 욕구나 실금을 관리하기 위해 다른 사람의 감독이나 지시 메시지가 필요하다.	2점
d 화장실 욕구를 관리하기 위해 지원이 필요하다.	4점
e 뇨 또는 변의 실금을 관리하기 위해 지원이 필요하다.	6점
f 뇨와 변 모두의 실금을 관리하기 위해 지원이 필요하다.	8점
옷 입기와 벗기	활동 6
a 도움 없이 옷을 입고 벗을 수 있다.	0점
b 옷을 입거나 벗기 위해 보조나 기구가 필요하다.	2점
c 둘 중 하나가 필요하다. (i) 옷을 입거나 벗기 위해 또는 옷을 계속 입기에 적절한 상황인지를 결정하기 위해 지시 메시지가 필요하다. (ii) 적절한 옷을 선택하기 위해 지시 메시지가 필요하다.	2점
d 하의를 입거나 벗기 위해 지원이 필요하다.	2점
e 상의를 입거나 벗기 위해 지원이 필요하다.	4점
f 전혀 옷을 입거나 벗을 수 없다.	8점
구어 의사소통	활동 7
a 도움 없이 의사를 말로 표현할 수 있고 이해할 수 있다.	0점
b 말을 하거나 듣기 위해 보조나 기구가 필요하다.	2점
c 복잡한 구어 정보를 표현하거나 이해하기 위해 의사소통지원이 필요하다.	4점
d 기본적인 구어 정보를 표현하거나 이해하기 위해 의사소통지원이 필요하다.	8점
e 의사소통지원을 통해서도 구어 정보를 표현하거나 이해할 수 없다.	12점
표지, 심볼, 단어를 읽고 이해하기	활동 8
a 도움 없이 또는 안경이나 콘택트렌즈를 사용하여 간단하거나 복잡한 문어 정보(written information)를 읽고 이해할 수 있다.	0점
b 간단하거나 복잡한 문어 정보를 읽거나 이해하기 위해 안경이나 콘택트렌즈 이외의 보조나 기구가 필요하다.	2점
c 복잡한 문어 정보를 읽거나 이해하기 위해 지시 메시지가 필요하다.	2점
d 간단한 문어 정보를 읽거나 이해하기 위해 지시 메시지가 필요하다.	4점
e 표지, 심볼, 단어를 전혀 읽거나 이해할 수 없다.	8점
다른 사람과 일대일로 관계 맺기	활동 9
a 도움 없이 다른 사람과 관계를 맺을 수 있다.	0점

b 다른 사람과 관계를 맺기 위해 지시 메시지가 필요하다.	2점
c 다른 사람과 관계를 맺기 위해 사회적 지원이 필요하다.	4점
d 다음 중 하나의 이유로 다른 사람과 관계를 맺을 수 없다. (i) 과도한 심리정서적 고통 (ii) 자신 또는 다른 사람에게 심각한 위협을 야기할 수 있는 행동	8점
예산 결정	활동 10
a 도움 없이 복잡한 예산을 관리할 수 있다.	0점
b 복잡한 예산을 결정하기 위해 지원이나 지시 메시지가 필요하다.	2점
c 간단한 예산을 결정하기 위해 지원이나 지시 메시지가 필요하다.	4점
d 전혀 예산을 결정할 수 없다.	6점

자료: DisabilityRights UK(2018).

<https://www.disabilityrightsuk.org/personal-independence-payment-pip>

이동활동 측정은 2개 지표로 구성되어 있다. 여행 계획 및 수행 지표와 돌아다니기 지표로 구성되어 있다. 돌아다니기 지표는 신체적 걷기 능력을 평가하는 것이고, 여행 계획 및 수행 지표는 의미 있는 이동을 위해 필요한 인지 및 정서적 기능을 평가하는 것이다. 이처럼 이동활동 측정을 위해 신체적인 걷기 능력만 평가하는 것이 아니라 의미 있는 이동을 위한 인지적, 정서적 기능까지 측정한다는 것이 특징이라고 할 수 있다.

〈표 3-4〉 이동활동 측정 지표

여행 계획 및 수행	활동 1
a 도움 없이 여행 일정을 계획하고 일정을 수행할 수 있다.	0점
b 여행을 하면서 과도한 심리정서적 고통을 피하기 위해 지시 메시지가 필요하다.	4점
c 여행 일정을 계획할 수 없다.	8점
d 다른 사람, 보조견, 또는 방향 보조기 없이 친숙하지 않은 여행 일정을 수행할 수 없다.	10점
e 과도한 심리정서적 고통을 수반하기 때문에, 어떤 여행도 수행할 수 없다.	10점
f 다른 사람, 보조견, 또는 방향 보조기 없이 친숙한 여행 일정도 수행할 수 없다.	12점
돌아다니기	활동 2
a 도움이 있건 없건 간에, 서 있다가 200m 이상 움직일 수 있다.	0점
b 도움이 있건 없건 간에, 서 있다가 50m 이상 200m 이하 사이에서 움직일 수 있다.	4점
c 도움이 있건 없건 간에, 서 있다가 20m 이상 50m 이하 사이에서 움직일 수 있다.	8점
d 보조나 기구를 사용하여, 서 있다가 20m 이상 50m 이하 사이에서 움직일 수 있다.	10점
e 도움이 있건 없건 간에, 서 있다가 1m 이상 20m 이하 사이에서 움직일 수 있다.	12점
f 도움이 있건 없건 간에, 서 있을 수가 없거나, 또는 1m 이상을 움직일 수도 없다.	12점

자료: DisabilityRights UK(2018).

<https://www.disabilityrightsuk.org/personal-independence-payment-pip>

일상생활활동 검사 10가지 항목에는 음식준비, 영양섭취, 치료관리 또는 건강상태 점검, 씻기 및 목욕, 화장실 욕구 및 실금의 관리, 옷 입기와 벗기, 구어 의사소통, 표식이나 단어를 읽고 이해하기, 다른 사람과 일대일로 관계 맺기, 예산 결정이 포함된다. 결국 ADL, IADL같은 일상활동능력과 더불어 관계 맺기 등과 같은 참여 정도까지 파악하는 것으로 볼 수 있다. 또한 실제 평가는 장애 또는 손상 자체를 측정하는 것이 아니라 현재 장애인의 상황이 장애인에게 미치는 영향 정도를 파악하는 것이다.

나. 고용서비스

영국의 장애인고용정책은 1944년 장애인고용법을 기반으로 하고 있다. 이에 따른 장애인고용정책은 “대부분의 장애인은 비장애인과 마찬가지로 생산적인 일을 하는 것이 가능하다”는 전제에서 출발하고 있다. 이에 따라 세 가지 전략을 추구하고 있는데, 의무고용 할당제, 보호고용제, 훈련 및 재활의 제공이다. 첫째, 사용자들이 최소 3%의 근로자를 의무적으로 고용토록 하는 장애인고용할당제가 시행되었다. 하지만 장애인 고용할당제는 1995년 장애인차별금지법이 제정되면서 법의 의미를 상실하게 되었다. 차별 없이 고용하면 되기 때문에 의무적으로 일정 비율을 고용하는 것이 오히려 문제가 되었기 때문이다. 둘째, 일반고용이 불가능한 장애인에 대한 보호고용제가 시행되었다. 보호고용은 정부가 설립하였지만 비정부조직의 지위를 가지고 있는 램플로이(Remploy)가 운영하는 공장, 지방정부가 설치한 작업장, 그리고 자선조직들이 운영하는 작업장을 통해서 제공되었다. 셋째, 장애인의 고용전망을 향상시키기 위한 훈련 및 재활의 기회를 제공하고 있다. 최근에는 근로경로프로그램(Pathway to Work Program), 근로접근제도(Access to Work), 근로준비제도(Work to Preparation), 근로조치제도(WorkStep), 근로출범제도(Job Introduction) 등을 통해 장애인고용정책을 강화하였고, 2002년 사회복지급여와 고용서비스를 통합하여 노동시장 프로그램의 효율성을 개선하기 위해 기존의 급여기관과 고용서비스를 통합한 Jobcentre Plus Offices를 설립하여 근로가 가능한 장애인을 지원하고 있다(김성희 외, 2013).

이와 같은 고용서비스를 제공받기 위해서는 우선 신체적, 정서적, 인지적 상태가 장애로 인해 노동참여에 영향을 받으면서도 근로능력이 완전 무능력 상태가 아니어야 한다. 즉 노동능력평가에 의해 노동무능력 판정을 받아 고용지원수당을 받고 있거나 중

증장애인수당 등을 받고 있는 경우 고용서비스를 받을 수 없다. 또한 추가적 조건으로 16세 이상으로 현재 고용되어 있거나 자영업 중이거나 또는 현재는 실업상태이지만 일을 하고자 하는 경우이어야 한다.

결국 고용서비스를 받기 위해서는 현재 신체적, 정서적, 인지적 상태가 장애로 인해 노동참여에 영향을 받고 있어야 하고, 또한 근로능력이 완전 무능력 상태가 아니어야 한다. 이에 따라 고용서비스 제공을 판단하기 위해서는 고용지원수당 지급을 위한 측정도구인 WCA와 같은 도구를 사용하여 장애를 평가하여야 한다. WCA에 대해서는 앞의 소득보장에서 설명을 했기 때문에 고용서비스 부분에서는 설명하지 않는다.

다. 사회서비스

사회서비스란 사람들이 그들의 일상생활을 영위할 수 있도록 도와주는 광범위한 영역의 서비스를 말하며, 주요 공공서비스들 중 하나이다. 필요한 사회서비스를 받기 위해서는 지방정부의 사회서비스국에서 평가를 받아야 한다. 사정하는 사람은 사회서비스국 또는 NHS 담당자이거나, 직업치료사와 같은 분야의 사람일 수도 있다.

사회서비스는 장애인이 사회활동을 하지 못하는 경우 못하는 만큼 지원하고자 하는 목적이 있기 때문에, 평가기준은 의료적 기준을 사용하기 보다는 주로 사회 활동 및 참여를 기준으로 하고 있으며, 또한 주변 환경의 영향도 파악하려하고 있다. 구체적으로 지표구성을 보면, 생명의 위협 정도, 심각한 건강문제의 정도, 선택이나 통제권의 훼손 정도, 학대 발생 또는 학대 발생 가능성, 사회 참여가 어려운 상황, 사회적 지지체계 유지 정도, 가족 또는 사회 구성원으로서의 역할과 책임 수행 정도를 측정하고 있다. 지표들을 보면 정상적인 사회활동 및 사회참여를 강조하고 있음을 알 수 있는데, 예를 들어 학대나 방임이 발생한 경우 또는 발생할 수 있는 경우 정상적인 사회활동이 안 되는 것이기 때문에 학대상황을 측정하고 있다. 또 생활환경의 핵심적인 부분들에 대해서 본인의 선택과 통제가 이루어지지 않는다면 정상적인 사회활동이 어렵기 때문에, 활동 영역에서의 선택과 통제권을 측정하는 것이다. 또 사회적 지지체계나 관계가 마련되어 있지 않는 경우도 사회활동의 어려움이 있는 것이기 때문에 이를 측정하고 있다.

이처럼 사회서비스에서의 판정기준은 의료적 기준보다는 사회 활동 및 참여의 수준, 또한 이를 가로 막는 주변 환경에 대한 기준들로 만들어져 있음을 알 수 있다. 결국 사

회활동 및 참여 가능성과 사회 환경 평가에 따라 개인의 자립 정도에의 위험 정도를 평가하는 것으로 볼 수 있다.

〈표 3-5〉 독립성에 대한 위험 수준 평가 기준

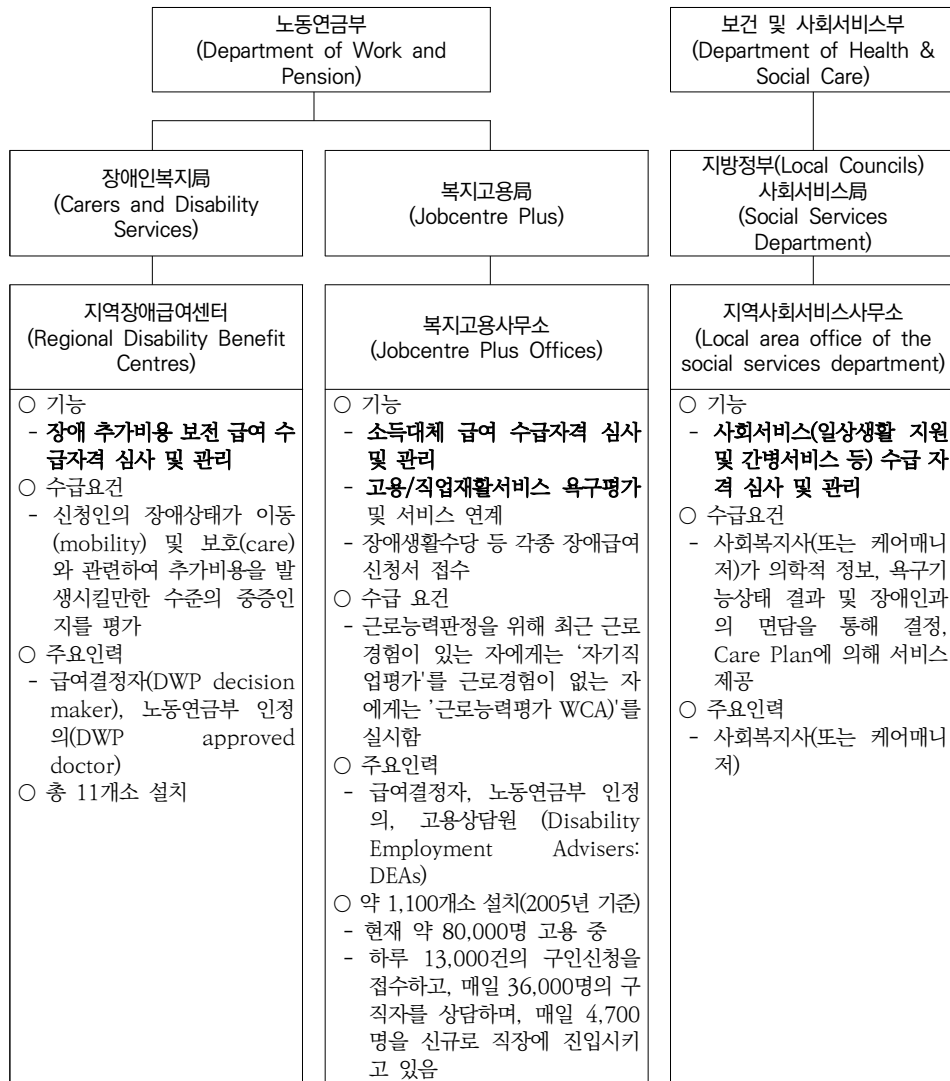
구 분	기준(각 항목들 중의 어느 하나에 해당하는지를 판단함)
심각한 수준 (Critical)	<ul style="list-style-type: none"> • 생명을 위협받고 있거나 위협받을 수 있을 것으로 보이는 경우 • 심각한 건강문제가 진행 중이거나 진행될 것으로 보이는 경우 • 현재 생활환경의 핵심적인 부분들에 대하여 선택이나 통제가 전혀 또는 거의 불가능하거나 불가능해질 것으로 보이는 경우 • 심각한 학대나 방임이 발생했거나 발생할 수 있는 경우 • 중대한 영역의 신변관리나 일상 가정생활을 수행하기 어렵거나 어렵게 될 것으로 보이는 경우 • 노동, 교육, 학습 등에 대한 참여가 치명적인 수준에서 유지될 수 없거나 없게 될 것으로 보이는 경우 • 핵심적인 영역에서 사회적 지지체계나 관계가 마련되기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우 • 중대한 부분에서 가족 또는 사회 구성원으로서 역할과 책임을 수행하기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우
중대한 수준 (Substantial)	<ul style="list-style-type: none"> • 현재 생활환경에서 아주 미미한 수준에서 선택이나 통제이루어지고 있거나 이루어질 것으로 보이는 경우 • 학대나 방임이 발생했거나 발생할 수 있는 경우 • 많은 부분에서 신변관리나 일상 가정생활을 수행하기 어렵거나 어렵게 될 것으로 보이는 경우 • 노동, 교육, 학습 등에 대한 참여가 유지될 수 없거나 없게 될 것으로 보이는 경우 • 많은 영역에서 사회적 지지체계나 관계가 마련되기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우 • 많은 부분에서 가족 또는 사회 구성원으로서 역할과 책임을 수행하기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우
통상적인 수준 (Moderate)	<ul style="list-style-type: none"> • 몇 가지 부분에서 신변관리나 일상 가정생활을 수행하기 어렵거나 어렵게 될 것으로 보이는 경우 • 몇 가지 부분에서 노동, 교육, 학습 등에 대한 참여가 유지될 수 없거나 없게 될 것으로 보이는 경우 • 몇 가지 영역에서 사회적 지지체계나 관계가 마련되기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우 • 몇 가지 부분에서 가족 또는 사회 구성원으로서 역할과 책임을 수행하기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우
낮은 수준 (Low)	<ul style="list-style-type: none"> • 한두 가지 부분에서 신변관리나 일상 가정생활을 수행하기 어렵거나 어렵게 될 것으로 보이는 경우 • 한두 가지 부분에서 노동, 교육, 학습 등에 대한 참여가 유지될 수 없거나 없게 될 것으로 보이는 경우 • 한두 가지 영역에서 사회적 지지체계나 관계가 마련되기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우 • 한두 가지 부분에서 가족 또는 사회 구성원으로서 역할과 책임을 수행하기 어렵거나 어려워질 것으로 보이는 경우

2. 장애판정체계

영국의 경우 소득보장, 고용 및 직업재활서비스를 한축으로 하고, 사회서비스 영역을 또 다른 축으로 하는 전달체계가 구축되어 있다. 소득보장, 고용 및 직업재활서비스를 관장하는 중앙부처는 노동연금부(Department of Work and Pension)이며 이에 관한 집행업무는 지역장애급여센터(Regional Disability Benefit Centres)와 복지고용사무소(Jobcentre Plus)에서 담당하고 있다(이승기 외, 2011; 서정희 외, 2012; 김성희 외, 2013). 장애인복지국(Disability and Carers Services)에서는 장애로 인한 추가비용 보전급여의 수급자격 심사 및 관리를 담당하고 있으며, 복지고용국에서는 고용지원수당(ESA)과 같은 고용소득대체 급여 수급자격 심사 및 관리 업무, 고용서비스 욕구평가 및 서비스 연계 등을 담당하고 있다. 사회서비스에 대해서는 보건 및 사회서비스부(Department of Health & Social Care; 이하 보건부) 중앙부처가 되며, 보건부가 개발한 지침을 기초로 하여 각 지방정부의 사회서비스국에서 사회서비스 자격을 심사하고 적격자에 대해 서비스를 제공하고 있다.

지역에서 업무를 집행하는 세 조직 중 지역장애급여센터(Regional Disability Benefits Centres)는 장애인 급여만을 다루는 독립형 전달체계인 반면, 복지고용사무소(JobPlus Centre)는 장애인을 포함한 근로연령층 전체를, 지방정부의 사회서비스국은 노인 및 장애인을 포함한 사회서비스 욕구를 가지고 있는 계층 전체를 대상으로 한다는 점에서 차이가 있다. 아래의 [그림 3-2]는 영국 전달체계의 구조를 정리한 것이다.

[그림 3-2] 영국 전달체계의 구조



자료: 변용찬 외(2008) 참조하여 수정

가. 소득보장 및 고용서비스

장애인복지국(Disability and Carers Services)에서는 장애로 인한 추가비용 보전 급여의 수급자격 심사 및 관리를 담당하고 있으며, 노동연금부 급여결정자와 노동연금부 인정의가 주로 자격판정을 한다. 고용된 의사가 판정을 하기는 하지만, 의료적 기준

을 사용하는 것은 아니고 앞서 살펴본 PIP 자격기준에 따라 평가를 실시한다.

평가는 대부분 면담조사로 이루어지지만, 일부 항목에 대해서는 실제 테스트가 시행되기도 한다. 돌봄 요소에 대한 적격성 평가의 경우 실제로 ‘조리능력 시험’(cooking test)을 실시한다. 이 테스트는 전통적인 요구도로 일인분의 식사를 만들 수 있는가를 측정한다. 이 테스트는 요리를 계획하고 야채를 준비하고 프라이팬을 다루고, 음식이 적절하게 요리되었는지를 아는 등 요소들을 측정하는 것이다. 개인이 요리를 하고 싶어하는 지에 대한 요소는 반영하지 않고, 오직 요리할 수 있는 활동 능력만 평가하는 것이다. 왜냐하면 요리하는 방법을 모르는 경우에도 기꺼이 배울 것이고 배울 수 있다고 가정하기 때문이다.

복지고용국에서는 고용지원수당(ESA)과 같은 고용소득대체 급여 수급자격 심사 및 관리 업무, 고용서비스 욕구평가 및 서비스 연계 등을 담당하고 있다. 일선 기관인 복지고용사무소(Jobcentre Plus Offices)는 소득보장급여 심사 및 관리업무와 고용업무를 통합한 조직으로, 노동중심의 복지급여를 제공하기 위한 목적으로 이전의 Jobcentre와 Social Security Offices를 통합한 것이다. 장애급여 및 고용서비스 전달체계의 통합은 장애급여와 고용서비스의 수급 요건 및 수급자격 심사가 하나의 체계에서 이루어지는, 즉 단일사정체계 구축을 의미한다. 이 때문에 중앙부처의 통합은 자연스럽게 일선 전달체계의 통합으로 이어졌으며, Jobcentre Plus는 고용연금부의 집행조직으로 2002년에 도입되었다(서정희 외, 2012).

Jobcentre Plus는 노동연령에 속하는 사람들을 위한 통합적인 서비스를 제공하는데, 모든 서비스를 원스톱으로 제공한다. Jobcentre Plus는 16세부터 65세까지의 모든 남녀 구직자를 대상으로 그들 각자에게 개별적인 조언과 효과적이면서 효율적인 서비스를 제공하여 고객들에게 풀타임이나 파트타임, 임시직과 상용직에 관계없이 적합한 일자리를 찾아준다(유길상, 2006).

이 조직은 모든 사람들이 거주 장소, 인종, 연령, 가족 내 지위 등에 관계없이 고용 기회에 접근할 수 있도록 하며 이를 위해 다음과 같은 서비스를 제공하고 있다(김성희 외, 2013). 첫째, 일하는 상황으로 자연스럽게 전환할 수 있도록 도움을 제공한다. 둘째, 가구원 중 일하는 사람이 한 명도 없는 가구 수를 줄이려고 노력한다. 셋째, 직장생활로 복귀하는 데 장애를 경험하고 있는 사람들에게 적절한 지원을 제공한다. 넷째, 사무소는 모든 사람들에게 접근가능하면서 전문적이고 지지적인 서비스를 제공한다. 다

첫째, 이용자들이 자신들의 욕구에 가장 부합하는 방법으로 사무소와 접촉할 수 있도록 하며 직접 대면 상담이 원활히 이루어질 수 있도록 한다. 마지막으로, 사회보장급여의 문화를 권리와 책임에 기초한 새로운 접근으로 변화시킨다.

이와 같은 센터에서 근무하는 인력은 Personal Advisor(PA), Disability Employment Advisors(DEAS), Access to Work Advisors(AWAs)와 같이 세 가지 유형으로 구분되며 각각의 구체적인 역할은 다음의 표와 같다(김성희 외, 2013). 특히 직장 생활로 복귀하는데 심각한 장애를 경험하고 있는 사람들을 대상으로 해서는 장애 고용전문가(Disability Employment Advisor)가 집중적인 상담과 지원을 제공한다(윤상용, 2009).

〈표 3-6〉 Jobcentre Plus Offices 인력유형 및 역할

인력 유형	역할
Personal Advisor(PA)	<ul style="list-style-type: none"> - 장애가 있더라도 장애로 인한 직업상의 어려움이 없다면 장애가 없는 사람들과 마찬가지로 PA로부터 필요한 도움을 받을 수 있음(비장애인 지원과 동일)
Disability Employment Advisors (DEAS): 장애인고용 관련 핵심적인 역할 담당	<ul style="list-style-type: none"> - 장애로 인해 직업을 찾거나 유지하는 데 어려움이 있는 경우에 다음과 같은 서비스 제공함. - Employment Assessment: 장애나 건강상태가 원하는 직업수행이나 직업 훈련에 미치는 영향을 파악함. - period of Work Preparation 의뢰, job introduction Scheme에 관련된 정보제공, WorkStep에 대한 정보제공 - Disability Symbol에 관한 정보제공: 고용주들이 장애인의 고용, 훈련, 직장유지, 경력개발 등에 관한 열의를 표현하고 싶은 경우에 기업에 장애표시를 부착할 수 있도록 하는 제도임. - 장애인을 위한 뉴딜에 관한 구체적인 사항들을 안내함.
Access to Work Advisors (AWAs)	<ul style="list-style-type: none"> - 장애로 인해 직업에 접근하는 데 어려움이 있는 대상자들에게 Access to Work Program에 대한 깊이 있는 정보를 제공함 - (Access to Work이 필요한 지에 대한 사정과 장애에 관련하여 추가적인 고용비용에 대해서 Jobcentre Plus Offices를 통해 지원받을 수 있는 각종 제도의 내용들을 안내함

자료: 김성희 외(2013)

나. 사회서비스

사회서비스에 대한 적격여부를 판단하는 사정 방법은 지방정부마다 차이가 있지만, 흔히 이용자의 집에서 받게 되는데, 상황에 따라 사회서비스 센터나 일반 상담소에서 사정을 받을 수도 있다. 사정하는 사람은 사회서비스국 또는 NHS 담당자이거나, 직업

치료사와 같은 분야의 사람일 수도 있다. 이용자가 거주지를 옮겨야 할 필요가 있을 것으로 판단될 때에는 지방 주거 담당공무원이 관여할 수도 있다. 만약 이용자가 사정을 받을 때 통역이 필요하면 지방정부는 이를 반드시 실행해야 한다. 사정하는 사람들은 이용자가 무슨 말을 했는지를 기록하고, 이용자의 욕구를 파악하고, 이용자와 사정하는 사람이 동의하지 못한 것이 무엇인지를 기록하게 되어 있다. 이를 위해 신청자에게 당신이 할 수 있는 일과 할 수 없는 일, 가끔씩 수행하기 어려운 일, 특별한 필요가 있는지 여부(예를 들어 종교 또는 종족과 관련된 문제)와 같은 사항을 질문한다.

3. 장애판정 결과와 급여의 연계체계

가. 소득 보장

영국의 장애인 소득보장정책에는 노동을 할 수 없는 경우 받게 되는 고용지원수당(Employment and Support Allowance/ ESA)과 장애로 인한 추가비용을 보전해주는 수당인 개인자립지불(Personal Independence Payment)이 있다. 따라서 고용지원수당과 개인자립지불의 장애판정 결과와 급여의 연계체계를 살펴보았다.

1) 고용지원수당

현재 일을 할 수 없는 상태에 놓이게 되면 Jobcentre Plus에 신청을 하게 되고, Jobcentre Plus에서 근로능력평가 등 모든 사정과정은 13주가 소요된다. 이에 따라 사정단계의 13주 동안에는 구직수당을 받게 된다. 25세 미만의 경우 주당 57.90파운드, 25세 이상인 경우 주당 73.10파운드를 지급받는다. 급여는 2주에 한 번씩 지급된다.

근로능력평가를 통해 근로능력에 제한이 없으면 구직수당을 받게 되고 근로능력이 제한되었다고 하더라도 노동관련 활동의 역량 제한이 없으면 구직수당을 유지하게 된다. 하지만 근로능력도 제한되고 노동관련 활동능력도 제한되어 있다면 고용지원수당을 받게 된다. 자산조사를 실시하여 주당 110.75파운드부터 134.30파운드까지 지급한다.

2) 개인자립지불 - 장애로 인한 추가비용

일상생활 요소와 이동 요소 별로 평가를 한 후 각 요소에서 8점 이상이면 표준 수준을 부여하고, 12점 이상이면 심각 수준을 부여한다. 이에 따라 각 요소별 장애정도에 따른 주당 지급액도 표준과 심각으로 구분하여 차등을 두고 있다. 2018년 10월 기준⁶⁾, 일상생활 요소의 경우, 상황이 표준인 경우 주당 57.30파운드를 받고, 심한 경우 85.60파운드를 받는다. 이동 요소의 경우, 상황이 표준인 경우 주당 22.65파운드를 받고, 심한 경우 59.75파운드를 받는다. 이에 따라 최소 주당 22.65 파운드에서 145.35 파운드를 받을 수 있다. 급여는 4주에 한 번씩 지불되며 비과세이다.

〈표 3-7〉 개인자립지불의 구성 요소별 지급 금액

요소	상황(condition)	주당 지급액
일상생활 요소 (Daily Living Component)	표준(standard)	57.30파운드
	심각(enhanced)	85.60파운드
이동 요소 (Mobility Component)	표준(standard)	22.65파운드
	심각(enhanced)	59.75파운드

자료 : <https://www.gov.uk/pip/what-youll-get>

나. 고용서비스

근로능력평가 결과 근로능력이 있거나 노동관련 활동의 역량이 존재한다면 고용서비스를 이용하게 된다. Jobcentre Plus에서 장애인에게 제공하는 고용활성화 프로그램에는 다음과 같은 프로그램이 존재한다(김성희 외, 2013).

1) 근로접근제도(Access to Work)

주요대상자는 최소 12개월 이상 장애가 지속된 장애인으로, 사용자와의 구직면담에서 지원이 필요하다고 인정되는 자, 시작할 일자리가 있거나 혹은 사용자 혹은 자영업

⁶⁾ <https://www.gov.uk/pip/what-youll-get>

자이든지 간에 일자리가 있는 자, 비장애인 동료들과 보다 균등한 기반에서 일하기 위해 진전을 위한 지원이 필요하거나 혹은 근로를 취하는 자이다.

이들에게 지원되는 주요 내용은 청각장애인을 위한 의사소통서비스지원, 시각장애인을 위한 시간제 판독서비스지원, 작업수행 시 필요한 실제적 지원, 개인적 요구에 따른 기존 기계의 개조 등 장비 지원 및 경사로 설치, 특별화장실 설치를 위한 가옥개조 또는 작업환경개조 지원, 교통요금보조를 통한 출퇴근 지원서비스 등이다.

일을 시작하려는 장애인에게 우선권이 주어지나 일을 하고 있는 장애인을 위해서도 제공되며, 사용자는 이 제도에 대한 금전적 부담은 없다. 장애인 한명 당 최고 5년 동안 21,000파운드를 지원할 수 있다.

2) 근로준비제도(Work to Preparation)

장애인들의 자신감 고취와 근로에 적합한 기술개발을 위해 상이한 근로 환경에서 일 자리를 제공함으로써 근로에 대한 적응가능성을 제고하기 위한 제도이다. 대상자는 일 자리로 되돌아오기를 원하는 건강문제 혹은 장애를 가진 사람들과 이미 일자리를 가지고 있으나 장애로 인해 그들의 직장을 잃을 위험이 있는 사람들인데, 자격을 가지려면 주요 장애급여를 받고 있어야 한다.

3) 근로조치제도(WorkStep)

일자리를 발견하고 이를 유지하는 데 보다 복잡한 장벽들을 가지고 있는 장애인들에게 일자리를 제공하고 이를 유지할 수 있도록 맞춤형 지원을 제공하기 위한 제도로써 이전의 보호고용제도가 바뀐 것이다. 대상자는 고용지원수당(예전의 무능력급여)을 수혜하고 있는 사람 혹은 최근에 고용지원수당에서 구직자 수당으로 이동한 사람, 이전에 지원고용에서 일반고용으로 전환되었으나 다시 지원고용으로 되돌아올 필요가 있는 사람, 그리고 현재 일을 하고 있으나 장애로 인해 직장을 잃을 위험이 있는 사람 등이며, 주당 16시간 혹은 그 이상 일을 할 수 있어야 한다.

본 제도는 고용과 관련한 훈련이 일에 대한 자신감을 고취하여 일을 할 수 있는 준비를 갖추게 할 뿐만 아니라 고용되었을 때 지속적으로 일을 할 수 있게 한다는 전제에서

장애인의 직업훈련에 특히 많은 관심을 가지고 있다.

근로조치제도 제공자 중에서 가장 큰 규모가 램플로이인데, 최소한 근로시간의 5%를 훈련과 학습활동에 전념하도록 하고 있고, 이를 위해 램플로이 공장 내에 학습장을 설치하고 있다. 2006년 현재 램플로이는 83개 공장, 11개 램플로이 인터워크 등의 영역들에서 약 9000명을 고용시키고 있다. 특히 인터워크는 지원고용에서 일반고용으로의 전이를 활성화시키기 위해 1988년에 설립되었는데, 각 사업장에서 일정 수준의 기술을 축적한 장애인들이 원하는 바에 따라 램플로이 내의 사업장에 근무하지 않더라도 영국의 어느 사업장에서나 일할 수 있도록 하는 제도이다. 뿐만 아니라 인터워크는 장애인들에게 조언, 훈련, 고용기회와 관련한 맞춤형 서비스를 제공하는 한편 사용자들에게도 장애인근로자의 고용과 고용유지와 관련된 문제들에 대한 조언을 제공하고 있다.

4) 근로출범제도(Job Introduction Scheme)

장애인 구직자의 고용비용을 보조하기 위한 보조금을 사용자에게 지급하는 제도로서, 보조금은 6개월 이상 계속 근무하는 것을 전제로 고용된 첫 6주간 주당 74파운드 가 지급되며, 다만 구직센터 내 DEAs와의 합의에 따라 예외적으로 13주까지 지급될 수 있다.

자격을 가지려면 막 일을 시작하려고 해야 하며 그들이 장애로 인해 직업을 관리할 수 있는 능력에 진심으로 우려나는 관심을 가져야 한다. 직업은 풀타임 혹은 파트타임이 될 수 있으나, 다만 정부기관 혹은 부처, 근로조치제도나 뉴딜보조금이 지급되는 뉴딜사업을 위해서는 사용될 수 없다.

5) 근로경로프로그램(Pathway to Work Program)

무능력급여 수혜자가 근로로 되돌아가는 데 따른 장벽을 극복하는 것을 돕기 위한 새로운 시도로서, 2003년 3개의 구직센터에서 시범사업으로 출발하였다. 이 제도의 일환으로 실시되고 있는 조건관리프로그램(Condition Management Program)은 참가자들의 이해를 돕고 그들의 건강상태 혹은 장애를 보다 잘 관리하는 것을 돕기 위해 구상되었다. 이는 근로로 이동하는 데 그들의 자신감을 구축하는 것을 돕는 중요한

역할을 수행하고 있다.

다. 사회서비스

사회서비스 판정기준에 따라 4개 등급 중 하나의 등급을 판정받게 되고, 대부분의 사회서비스를 받기 위해서는 지방정부에 따라 차이가 있기는 하지만 대부분 중대한 수준 이상이어야 한다. 즉 중대한 수준 또는 심각한 수준이어야 한다. 지방정부 사회서비스국에서 장애판정 이후 자격을 부여받아야 지역사회에 있는 제공기관으로부터 다양한 사회서비스를 제공받을 수 있다.

사회서비스국의 사정 이후에 제공될 수 있는 서비스 목록에는 다음과 같은 것들이 존재한다(UK government 공식 홈페이지).

- 가사지원(home care help with things like cleaning and shopping)
- 장애관련 장비 및 집 개조(disability equipment and adaptations to your home)
- 주간센터(day centres to give you or the person who cares for you a break)
- 장애아동 주간보호(day care for your child if either you or they are disabled)
- 거주시설(care homes) 등

이와 같은 서비스들은 제공기관을 기반으로 하는 서비스, 활동보조인을 기반으로 하는 서비스, 이동 서비스, 주간활동 서비스, 장비와 용품 서비스 등으로 구분할 수 있다. 이 때 제공기관에는 돌봄서비스 제공기관, 주간센터, 지원거주제공기관, 거주시설 등이 포함된다. 최근에는 개인예산을 받아서 이와 같은 서비스들을 적절하게 혼합하여 사용할 수 있다(조윤화, 이동석, 김용진 외, 2016).

1) 제공기관 기반 서비스

- 재가 돌봄서비스 제공기관(Home care agencies)

재가돌봄서비스 제공기관(Home care agencies)에서는 훈련된 돌봄서비스 제공자 및 간호사를 파견하여 다음과 같은 일을 도와준다(Kingston Council Homepage).

- 쇼핑, 청소, 세탁, 다리미질
- 씻기, 목욕하기, 옷 입기, 화장실 가기, 기타 불편한 문제를 해결하기 등과 같은 개인적인 돌봄 서비스
- 음식 준비
- 약 복용하기
- 주사 맞기, 드레싱이나 밴드 교환 등과 같은 간호사의 간호가 필요한 보건 문제에 대한 대처
- 지역사회에의 외출

이 서비스들은 이용자의 사정에 맞춰 일주일에 1회 또는 2회, 하루에 몇 회 등 24시간 동안 원하는 방식으로 조정될 수 있다.

- 주간센터(day center, 주간보호센터): 주간 서비스(day services, 내년부터 한 국에서 시행하는 주간활동서비스와 유사) 제공
- 지원거주 제공기관: 지원거주(supported living)을 관리. 지원
- 거주시설(care home): 거주서비스 제공

2) 활동보조인(personal assistant) 기반 서비스

활동보조인을 직접고용하고 월급을 주면서 세금, 보험 등의 업무를 처리하면 되고, 기관 소속 제공자들이 제공하는 서비스를 모두 제공받을 수 있다.

- 쇼핑, 청소, 세탁, 다리미질
- 씻기, 목욕하기, 옷 입기, 화장실 가기, 기타 불편한 문제를 해결하기 등과 같은 개인적인 돌봄 서비스
- 음식 준비
- 약 복용하기
- 주사 맞기, 드레싱이나 밴드 교환 등과 같은 간호사의 간호가 필요한 보건 문제에 대한 대처

○ 지역사회에의 외출

- 3) 이동서비스: 택시요금, 버스요금 등에 사용하고 정산
- 4) 주간활동 서비스: 주간활동 기회(day opportunity)의 일환으로 지역사회에서 제공하는 서비스 이용(예: 성인 교육 강좌, 훈련과 개발 코스 등)
- 5) 장비와 용품: 장애인관련 용품(예: 위생용품 등) 또는 개인의 일상생활에 필요한 물품 및 집 개조 비용 등
- 6) 기타: 불법적인 일(술, 담배, 도박 등)이 아니면 개인의 일상생활을 잘 영위할 수 있도록 도움을 주는 서비스의 경우에는 무엇이든 구입 가능

4. 시사점

영국 장애측정기준 및 장애판정체계에 대해 간단히 요약을 함과 동시에 우리에게 주는 함의를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 영국은 모든 정책에 적용될 수 있는 장애측정기준이 아닌 정책영역별로 측정기준을 사용하고 있다. 단일한 의료적 기준을 30년 동안 사용해 왔던 우리나라도 영국의 사례를 통해 영국의 장점을 추구하고자 한다면 정책영역별로 장애측정기준을 도입할 필요성이 있다. 영국의 경우 보편적인 장애인등록제도가 없고, 정책영역별로 측정도구와 측정기준을 달리하고 있다. 물론 서로 참조하여 연계하기도 하지만, 표면적으로는 정책영역별 측정도구와 측정기준이 존재하는 것이다. 하나의 기준으로 모든 정책에 적용하는 것(One fits all)이 행정적으로는 편리하고 비용이 덜 들 수도 있지만 꼭 필요한 사람에게 급여나 서비스가 전달되지 않는 문제점이 있다. 영국은 행정의 편리성, 장애판정비용의 절감보다는 필요한 사람에게 필요한 급여를 제공한다는 원칙이 더 중요했고, 이에 따라 정책영역별 측정도구와 측정기준을 달리한 것으로 보인다. 우리도 의료적 접근법에 기반한 등급제를 폐지하고 새로운 장애측정도구를 개발하고 있기 때문에, 모든 정책을 포괄할 수 있는 하나의 단일 기준을 만들 것인지, 개별 정책 영역

별로 기준을 만들 것인지에 대한 결정이 필요한 시점이다. 정책영역별로 다른 장애측정기준을 사용함에 따라 보다 맞춤형 급여를 제공하고자 했던 영국의 사례를 보면 우리도 장애인 당사자의 필요에 맞춘 급여 및 서비스를 제공하기 위해 정책 영역별 장애측정기준을 도입하는 것이 바람직할 수 있다.

둘째, 기초소득보장을 위한 장애측정기준으로 노동능력을 우선 평가하고 있다. 노동능력은 손상에 대한 평가가 아니라, 사회기능을 평가하고 있다. 노동능력이 없다고 판정되어야 고용지원수당(ESA)을 받을 수 있고, 노동능력이 있는 경우 고용지원수당보다 액수가 적은 구직수당을 받게 된다. 노동능력판정 이후 자산조사를 통해 고용지원수당 금액을 차등지급하고 있다. 이처럼 평가체계가 운영되면, 현재 나의 자산이 많다고 하여도 장애로 인해 일을 할 수 없는 경우에는 기본적으로 고용지원수당을 받을 수 있게 되고, 현재 자산이 없는 경우 조금 더 추가적으로 고용지원수당을 받을 수 있게 된다. 우리나라의 경우 기본적으로 자산조사를 먼저하고 이후에 노동능력 유무에 따라 생계급여와 자활급여로 구분하고 있기 때문에, 노동능력이 없음에도 자산이 있는 경우 기초소득보장에서 제외되고 있다. 따라서 영국처럼 우선 사회 기능을 측정하는 장애측정기준에 따라 노동능력을 평가하고 이에 따라 기초소득보장을 실시하고, 이후 자산조사를 통해 차등급여를 지급하는 방법을 고민해볼 필요가 있다.

셋째, 장애로 인한 추가비용을 보전하는 소득보장 정책은 장애로 인한 사회 기능의 결여정도만 측정하고 있다. 우리나라의 경우 장애인연금에서 부가급여로 추가비용을 보전하고 있지만 기본적으로 자산조사를 우선하기 때문에 수급대상은 저소득층에 한정될 수밖에 없다. 장애로 인한 추가비용 보전정책은 소득보장의 목적도 있지만 사회활동 참여를 촉진할 목적도 있기 때문에, 자산과 장애정도에 따른 급여제공보다는 우선 장애정도, 특히 의료적 손상의 정도가 아니라 사회기능의 결핍 정도에 따라 급여를 제공하고, 이후 자산 정도에 따라 차등지급하는 방법을 고민할 필요가 있다.

넷째, 사회서비스 제공을 위한 장애측정기준은 의료적 기준보다는 사회 활동 및 참여의 수준, 또한 이를 가로 막는 주변 환경에 대한 기준들로 만들어져 있다. 생명의 위협 정도, 심각한 건강문제의 정도, 선택이나 통제권의 훼손 정도, 학대 발생 또는 학대 발생 가능성, 사회 참여가 어려운 상황, 사회적 지지체계 유지 정도, 가족 또는 사회 구성원으로서의 역할과 책임 수행 정도와 같은 구성 지표들을 보면 사회활동 및 사회참여를 강조하고 있음을 알 수 있다. 이처럼 사회참여가 배제되는 경우 사회참여를 촉진

하기 위해 사회활동 및 참여 가능성과 사회 환경 평가에 따라 개인의 자립정도에의 위험정도를 평가하고 있는 것이다. 현재 우리나라는 활동지원제도에서 사회기능평가에 따라 기본급여를 제공하고, 이와 더불어 개인의 환경에 대한 조사를 통해 추가급여를 제공하고 있다. 하지만 단독가구 등에 대한 측정뿐만 아니라 영국에서 보듯, 선택이나 통제권의 훼손 정도, 학대 발생 또는 학대 발생 가능성, 사회 참여가 어려운 상황, 사회적 지지체계 유지 정도, 가족 또는 사회 구성원으로서의 역할과 책임 수행 정도와 같은 지표들의 사용을 고민해 볼 필요가 있다.

다섯째, 장애를 측정하고 자격기준을 부여하고 급여나 서비스를 연결하는 업무는 국가기관이 담당하고 있다. 영국처럼 측정기준이 다양하고, 이에 따른 급여도 다양하고, 제공기관도 민간영역까지 다양하게 존재하면, 장애인 당사자들은 혼란스러울 수 있고, 오히려 필요한 급여나 서비스를 받지 못할 수도 있다. 영국의 경우 이러한 문제를 해결하기 위해 소득보장, 고용서비스, 사회서비스를 받기 위해서는 반드시 통과해야 하는 진입장구(entry point)를 지정하여 운영하고 있다. 소득보장과 고용서비스에 대한 자격심사 및 서비스 연계를 원스톱으로 하기 위해 노동연금부 산하에 Jobcentre Plus를 운영하고 있고, 사회서비스의 경우에는 지방정부 사회서비스국이 자격심사 및 다양한 서비스에 대한 연계를 실시하고 있다. 우리나라의 경우 장애등록을 위한 장애측정은 국가가 민간 의사에게 위임하였고, 각 제공기관별로 개별적인 자격기준을 정하여 서비스를 제공하다보니, 정보가 많고 서비스 수급에 적극적인 장애인은 필요보다 많은 서비스를 받고 있고, 그렇지 못한 장애인은 필요한 서비스조차 못 받고 있는 상황이다. 결국 국가는 단일한 기준으로 행정의 통일성을 수립했다고 할 수 있지만, 실제 현실에서는 각 제공기관별로 자격기준을 만들어 또는 자격기준도 없이 급여나 서비스를 제공하다보니 더 혼란스러운 상황이 되고 있는 것이다. 따라서 서비스는 민간이나 비영리기관이 제공하더라도, 장애를 측정하고, 이에 따라 자격기준을 부여하고, 급여나 서비스를 연계할 수 있는 강력한 출입구의 역할은 반드시 공공 국가기관이 담당할 필요가 있다.

여섯째, 장애측정 및 수급자격 판정은 의사, 사회복지사, 작업치료사 등 다양한 전문가들이 참여하고 있다. 정책영역별로 측정기준이 대부분 의료적 기준보다는 사회적 기능 및 사회 환경적 기준을 사용하다보니 전문 인력으로 의사보다는 사회복지사, 작업치료사 등의 역할이 커지고 있다. 우리나라의 경우에도 현재 의료적 접근법에 따른 장

애등급제를 폐지하고 사회적 기능에 바탕을 둔 종합판정체제로 변화하고 있기 때문에 앞으로 장애판정을 할 수 있는 전문가로 의사, 사회복지사, 작업치료사 등을 참여시키고 양성할 필요가 있다.

제2절 호주

호주 장애인복지의 경우 1970년 전에는 거주시설 중심, 서비스 제공기관 중심, 수요자 보다는 공급자 중심에 의해 분절적으로 지원되는 서비스가 주류를 이루었다. 그러나 1970년대 이후 호주의 장애인 운동이 서비스와 권리 옹호 분야를 중심으로 확대되기 시작하였고, 인권 운동, 반차별 운동, 탈시설화 운동 등 보편적인 인권 보장과 지역사회 통합을 요구하는 목소리가 호주의 장애 정책에도 반영되기 시작되었다. 특히 1975년 UN의 장애인 권리 선언 및 1981년 세계 장애인의 해 선포 등 장애인의 권리 보장을 위한 국제적 흐름은 호주의 장애 정책에 대한 근본적인 변화를 가져오는데 크게 기여하였다(Green, 2010).

1986년에 제정된 호주 장애서비스법(Disability Service Act)은 장애 서비스 지원에 관한 국가 차원의 표준을 마련하였다는데 의의가 있는 법률이었다. 이 법률 제정 이후 1993년부터는 뉴사우스웨일즈 주 등 일부 지방정부에서는 지역사회 환경에 적합한 장애 서비스 기준을 마련하게 되었고, 장애인 복지 예산을 사용하고 이를 통합적으로 사용하는 것에 대한 호주장애협정(National Disability Agreement, 1992) 체결에도 영향을 미치게 되었다. 이 협정에 따르면 연방정부는 고용 서비스에 대해 책무성을 갖고 지방정부는 그 이외의 서비스에 대한 책무성을 갖도록 규정하고 있다.

이러한 정책을 기반으로 1997년 센터링크 개설을 통해 사회보장 및 고용서비스 전달체계를 구축하게 되었다. 센터링크의 주요업무는 소득보장 급여지급이다. 장애나 질병으로 인해 일을 할 수 없는 실직자, 퇴직자나 편부모 또는 가족 간호로 인해 일반고용시장에서 일할 수 없는 자들을 대상으로 각종 사회보장급여를 제공하고 있다. 호주에서 지급되는 소득보장 급여는 크게 수당(allowances 또는 benefits)과 연금(pensions) 등 두 가지 형태로 구분할 수 있다. 수당은 일시적인 보호의 수단으로 지급되는 단기적 급여인 반면 연금은 근로능력 상실로 인해 장기적으로 사회보장 시스템에

의존해야 하는 계층에게 주어진다. 따라서 연금대상자는 탈 수급을 위한 다양한 고용 서비스도 함께 제공되고 있다.

소득보장제도 외 일반적인 사회서비스는 지방정부에 제공되었다. 그러나 다양한 복지서비스 욕구를 가진 장애인들에게 효율적인 서비스는 제공하는데 한계가 있었다. 사회서비스는 ADHC(Ageing, Disability and Home Care)을 통해 사회서비스 예산을 부여하고 그 예산에 따라 지역사회 내 서비스 제공들을 통해 이용자들에게 서비스를 제공하였으나 한정된 서비스로 인해 이용자들의 만족도는 높지 않았다. 이러한 이용자들의 불만족은 호주 장애인복지에 역사적인 변화를 가지고 오는 국가장애보험제도(National Disability Insurance Scheme; 이하 'NDIS'로 표기)⁷⁾를 탄생시켰다.

NDIS는 호주 주정부차원에서 개별적으로 시행해오던 장애 서비스와 각 부처별로 집행되던 장애 관련 예산을 NDIS에 통합하여 장애인에게 개별화된 서비스로 제공하는 목적으로 시작되었다. NDIS는 장애인 개인에게 초점을 맞추고, 평생 동안 장애인의 통합과 지역사회에서의 의미 있는 삶의 기회를 제공하기 위하여 기존의 호주 장애 서비스 제도를 획기적으로 개선한 장애인 지원 시스템이다(Baker, 2012).

NDIS는 2013년부터 호주 각 지역에서 시범과정을 거쳐 2016년 7월 1일부터 전면 시행되었다. NDIS는 65세 이하 장애인의 일반적인 삶 영위에 필요한 지원을 제공하기 위한 국가 수준의 보험 제도라 할 수 있다. 이 제도가 작동되면서 NDIA(National Disability Insurance Agency)라는 전달체제도 함께 시작되었다. 그러나 넓은 호주에 짧은 기간에 NDIA를 설치하는 것은 불가능하였다. 따라서 기존의 ADHC 전달체계는 FACS(Family & Community Services)로 전환되면서 NDIA와 함께 1차 서비스 전달체계 기관이 되었다. FACS는 NDIS제도를 구상하게 되면서 설립된 기관으로 아동보호, 여성복지, 다문화 가정 등 모든 분야의 복지를 서비스를 제공하는 전달체계 기관이다.

NDIS는 보험제도라는 특징이 있다. 국가의 장애인 정책에 보험이라는 용어를 사용하게 된 것은 NDIS 도입으로 인해 추가로 소요되는 재정을 모든 국민이 납부하는 세금(보험료)의 추가 부담금을 통해 확보하였기 때문이다. 또한 국민 누구나 장애를 갖게 될 수 있고, 만일 국민 중 누구든지 장애를 갖게 될 경우, 국가라는 믿을만한 곳으로부

7) 호주 NDIS제도는 2016년 한국장애인재단 지원으로 호주방문 시 수집된 자료 및 한국장애인재단 호주 방문 보고서 일부를 재구성하였음.

터 걱정 없이 장기간의 지원을 받을 수 있는 혜택을 제공한다는 의미를 갖고 있기 때문에 보험이라는 용어를 사용하게 되었다. 장애를 갖게 됨으로써 발생할 수 있는 미래의 불확실성을 안정적인 보험 급여를 통해 지급받게 함으로써 장애로 인한 지원의 책무가 국가에 있다는 것을 강조하기 위한 차원이라 볼 수 있다. 또한 NDIS는 증증과 경증 장애인 모두에게 제공하는 서비스제도로써 경증장애인에겐 장애로 인한 어려움을 미리 방지할 수 있도록 지원하고 있다. 증증장애인에겐 다양한 서비스를 제공하여 미래에 좀 더 의미 있는 성과를 거둘 수 있도록 지원한다. 즉, 국가가 집중적인 투자를 하기 위해 도입된 제도이기 때문에, 장기적인 투자 상품이라 보는 시각에서 시작되었다.

호주의 장애인 복지 정책은 NDIS가 도입되기 전까지 주로 사회서비스와 관련해서는 아래 표와 같은 문제점들이 있었다.

〈표 3-8〉 호주 장애인복지 정책의 문제점 및 NDIS를 통한 개선방안

현재의 문제	개선 방안
충분하지 못한 국가의 지원	· 장기간 장애 요양 및 장애 지원에 관한 비용을 모두 포괄하여 지원함으로써 비 장애인도 그들과 그들의 가족 중 누군가에게 장애가 발생해도 국가가 책임져 줄 것이라는 확신을 갖게 될 것임
형평성에 맞지 않음	· 국가의 기준에 따라 사고 여부와 관계없이 모든 장애인을 대상으로 지원하고, 국가의 최소 기준만 충족하면 주 정부 기반의 지원도 모든 사고에 대비하여 보험에 의해 지원
예산 부족으로 대기자 증대	· 예산 지원을 두 배로 확충하고, 호주 정부의 연간 세수입 증가율 수준에 맞추
조기 중재 실패	· 모든 보험과 같이 이 계획은 장기간 비용을 최소화하는 것에 목적을 두고 있고, 비용효과가 있는 조기중재에 강도 높게 집중할 수 있도록 함.
서비스 분절화	· 보편적인 계획에 따라 일관되기 시행(국가의 일관된 시스템 내에서 지역사회 차원에서 지원하는 시스템) · 지역간 경계, 서비스 제공자들간의 경계를 뛰어 넘어 예산을 지원하고 사정이 실시되는 서비스 제공
명확한 책임 부재	· NDIS의 사정 체계 내에 NDIS 밖에 있는 적절한 지원까지 의뢰, 연계 지원
서비스에 대한 선택 기회 미제공	· NDIS에 의해 장애인은 서비스 제공기관 선택 기회 제공 · 지역사회 장애 지원 조직의 지원을 받아 선택의 기회를 누릴 수 있도록 지원 · 원하는 경우 개인 예산 관리 권한 부여
미래에 대한 계획 부재	· 직업획득 및 지역사회 참여를 위한 다양한 기회 제공 · 개인의 단기 또는 장기 계획에 자신의 미래의 목표가 반영할 수 있도록 안내하고 이를 달성하기 위한 서비스 제공
가족과 돌봄제공자에 대한 저가치화	· 서비스 사정 과정에서 가족 또는 돌봄제공자의 요구를 확인하고, 이들을 위한 별도의 추가적인 지원 내용 포함
지역사회 참여 기회 부족	· 장애인의 지역사회 참여 지원 · 지역사회 내의 비영리조직의 활동 지원
강제력이 약한 관리 체계	· 새로운 계획은 재무부의 강력한 모니터링에 의해 작동되는 상무위원회의 보험 원리에 따라 운영 · 장애인과 그 가족에게 자신이 받는 서비스에 대해 더 많은 통제권 부여

현재의 문제	개선 방안
서비스 이용 가능 여부 파악 불가	· 장애인의 장기 요양 및 지원의 욕구에 초점을 맞추어 계획을 수립하고, 이 계획에 기반하여 서비스를 제공하며, 이와 같은 서비스가 체계적으로 지원될 수 있도록 강제
장애 서비스에 대한 정보와 데이터 부족	· NDIA에서 웹과 다른 수단을 통한 정보 제공, 공급기관의 서비스 수행에 대한 객관적인 정보 이용 제공, 비용 관리 및 성과 평가를 위하여 일관된 자료 수집 체계 구축
증거기반 서비스 부족	· 연구 기능 강화 및 증거 기반 실제 확대 실시

출처: Productivity Commission (2011). Disability Care and Support, Inquiry Report(Volume 1.) no. 54, Canberra. p. 11.

호주의 장애복지제도를 정리하자면 소득보장 및 고용서비스는 센터링크를 중심으로 제공되고 그 외 사회서비스는 NDIS제도로 운영되고 있다. NDIS 제도를 통해 이전에 호주 주정부차원에서 개별적으로 시행해오던 장애 서비스와 각 부처별로 집행되던 장애 관련 예산을 NDIS로 통합하여 장애인에게 개별화된 서비스로 제공하는 제도로 발전하고 있다. 따라서 소득보장 및 고용서비스를 주관하는 센터링크는 근로능력을 중심으로 장애판정을 하고 있고, NDIS는 서비스 필요성을 중심으로 장애판정을 진행하고 있다.

1. 장애판정기준

호주의 장애정의는 통계청에서 진행하는 장애, 노령화 및 보호자 인구조사를 통해 정의된다. 따라서 2017년 9월부터 APS(Australian Public Service Commission)에서 고용 관련 목적으로 사용되는 장애정의는 장애인이라면 일상생활을 활동하는데 있어 아래와 같은 내용으로 생활에 제한을 받거나 또는 장애로 인해 최소한 6개월 동안 지속되거나 지속될 가능성이 있는 경우를 의미한다(www.apsc.au).

■ 감각 영역

- 시력 손실 (안경이나 콘택트 렌즈로 교정되지 않음)
- 의사 소통이 제한된 청력 손실 또는 청력을 보조하거나 청력 대체 수단 사용
- 말하기 어려움.

■ 인지 영역

- 학습 또는 이해도가 떨어짐.

■ 신체 영역

- 일상생활을 제한하는 호흡 곤란 증상.
- 의식 상실, 뇌전증 또는 의식불명.
- 일상 활동을 제한하는 만성 또는 재발 성 통증.
- 팔이나 손가락의 불완전한 사용.
- 물건을 잡거나 집는 데 어려움.
- 발이나 다리의 불완전한 사용.
- 신체 활동 제한.
- 외모 또는 기형.

■ 심리 사회적 영역

- 일상적인 활동을 제한하는 신경 또는 정서적 상태.
- 도움이나 감독이 필요한 정신 질환 또는 상태.
- 일상생활의 활동을 제한하는 기억 문제 또는 혼란상태.
- 일상 활동을 제한하는 사회적 또는 행동 장애.

■ 두부 손상, 뇌졸중 또는 후천성 뇌 손상 영역

- 장기적으로 일상적인 활동을 제한하는 두부 손상, 뇌졸중 또는 기타 뇌 손상.

■ 기타

- 다른 장기간의 질환이나 질병에 대한 치료 또는 약물 치료를 받고 있어 일상 활동에 제약이 있는 경우
- 일상 활동에 제한을 초래하는 기타 장기간의 조건.

호주에서 실시하는 장애판정의 주요목적은 사회보장급여 자격 심사를 결정하는데 있다. 위에서 제시하는 장애영역들은 고용을 하는데 있어 어려움 정도를 가늠하는 기준으로 적용하도록 제시하고 있다. 근로능력이 현저히 떨어지는 대상자에게 소득보장을 해주는 것이 국가의 책임이라 생각하기 때문이다. 호주에서 지급되는 소득보장 급여는 크게 수당(allowances 또는 benefits)과 연금(pensions) 등 두 가지 형태로 구분되고 있다. 수당은 일시적인 보호의 수단으로 지급되는 단기적 급여, 연금은 장기적으로 사회보장 시스템에 의존해야 하는 계층에게 주어진다.

호주의 사회보장제도는 연방정부에서 징수하는 세제를 기반으로 하기 때문에 자산 조사를 바탕으로 정액급여를 제공하는 것이 일반적이다. 호주의 경우 가족세제급여와 노령연금에 대한 대중의 지지는 상대적으로 높은 편이나 실업수당 및 양육급여 등은 지출축소가 요구되고 있는 추세이다. 따라서 사회보장급여 시 대상 적정성 강화, 소득 및 자산조사의 엄격화, 그리고 유효한 세율 상승 등의 정책 조치들이 지속적으로 적용되고 있는 실정이다. 결과적으로 일을 통한 복지 또는 일을 위한 복지 등 워크 페어 정

책이 기존의 보호적 사회보장 프로그램을 대체하면서 사회보장 급여에 대한 개념은 구호와 권리에서 계약과 의무로 전환되었다. 이러한 변화로 인해 호주의 사회보장 개혁은 복지축소라는 비판도 받고 있다.

결과적으로 호주의 사회보장제도는 고용을 통한 일자리에 핵심 목표를 두고 있어 1997년에 설립된 센터링크를 통해 수급자를 급여대상에서 고용상태로 전환하기 위해 지역사회 고용서비스 기관과 연동되도록 설계되었다. 고용강화를 위해 센터링크에서 EPP(Employment Pathway Plan)을 개발하여 이용인과 고용서비스 제공자, 센터링크 간의 권리와 의무를 정하게 된다. EPP는 사회보장법에 의거한 법적 문서로서 장애인에게 직업목표, 그 목표를 달성하기 위해 제공되는 서비스를 제시한다. 서비스 제공자의 경우, 어떤 서비스를 어떤 방법으로 제공하여 장애인의 고용 목표에 도달하게 할 것인지 구체화하여야 한다. 이러한 과정에서 고용이 어려운 이용인의 경우에는 추가 지원 및 예산을 부여함으로써 고용서비스에게 배제되지 않도록 배려하고 있다.

앞에서 논의하였지만 센터링크는 거의 모든 사회보장 급여를 조세 재정에 의해 거주 요건 및 자산조사를 통해 지급하고 있다. 센터링크에서는 보험료부과 및 징수업무가 없으며 자격검증과 급여 지급업무만 담당하고 있다(최옥금, 2014). 호주의 소득지원은 거주와 필요성에 기반하여 제공되고 있다. 원칙적으로 유급노동을 통해 적절한 수준의 소득을 유지할 수 없는 자는 누구나 급여를 신청할 수 있는 자격이 부여된다. 보편적으로 적용되는 자격조건은 크게 거주 요건, 소득 및 자산 조사이다. 호주의 경우 자산 조사를 실시하는 것이 매우 체계적이다.

앞에서 논하였지만 호주의 장애판정의 목적은 장애연금 지급여부를 결정하기 위해서이다. 수급자격은 영주권 이상으로 최소 10년 이상 호주 내에 거주한 16세 이상 근로연금수령 이하의 나이로서 영구적으로 시력을 잃었거나, 신체적, 지적 또는 정신적 장애가 있으며, 유급 근로를 통해 자신을 온전히 부양할 수 없는 경우에 해당자격이 주어진다. 장애연금 수급자격여부를 평가하기 위해서는 장애, 부상 혹은 질병에 대한 의사나 전문가의 진단서가 필요하다. 이러한 의료 진단서에 근거하여 연방의료심사관에 의해 20점 이상의 신체 또는 정신 장애를 가진 자로 결정을 받아야 한다.

〈표 3-9〉 장애연금 수급자격 여부 평가를 위한 의료평가자료

상태	근거 자료
정신 건강 상태	정신과 의사 또는 임상 심리사가 진단을 뒷받침한다는 진단 필요
지적 장애	지적 기능과 적응 행동을 평가한 임상심리학자의 진단 필요. 이 보고서에는 IQ 점수 또는 테스트를 받을 수 있는 능력이 포함되어야 하며 특수학교의 보고서에 있는 자료도 사용가능
청력 또는 균형에 영향을 미치는 귀 조건	청력전문가 또는 귀, 코 및 인후 전문가의 진단필요
시력에 영향을 시력 조건	안과 의사의 진단 필요

출처: www.humanservices.gov.au/individuals/services/centrelink

연금 수령 자격을 위해서는 위에서 제시한 의료평가가 우선적이지만 이후 연금수급자가 되기 위해서는 고용서비스평가(Employment Services Assessment) 및 근로능력평가(Job Capacity Assessment)를 거쳐 근로능력이 현저히 떨어진다는 것을 입증해야 한다. 평가는 기본적으로 센터링크에 소속된 간호사 등 의료 전문인 혹은 의료 관련 전문인이 수행하고 있다. 평가는 무료로 제공되고 있다.

장애연금을 수령하기 위해서는 연금 청구서를 제출하기 전 3년 동안 Program of Support에 적극적으로 참여한 적이 있다는 점을 입증해야 할 수 도 있다. Program of Support는 연금 수령자를 위한 일자리를 위해 준비하고 일자리를 찾고 유지하는 것을 도울 수 있으며, 직업 검색, 근무 경험, 재활 또는 교육과 훈련 등의 활동을 제공하고 있다.

이러한 과정을 거쳐 연금을 받을 수 있는 자격이 되면 격주로 연금을 받게 된다. 연금과 더불어 Pensioner Concession Card를 받게 된다. 주당 최대 30시간까지 근로하면서도 소득기준에 충족하면 부분적 연금을 계속해서 받을 수 있다. 그러나 만일 30시간을 초과하여 일하는 경우 연금은 중단된다. 연금수당이 중단된다 하더라도 2년 이내에 근무 시간이 줄어드는 경우 다시 센터링크에 의뢰하면 연금수령이 가능한지 알 수 있으며 더 이상 일할 수 없는 경우이면 다시 연금을 받을 수 있도록 지원하고 있다. 또한 소득으로 인해서 연금을 받을 수 없는 경우에도 최대 12개월 동안 Pensioner Concession Card를 유지하도록 하는 등 탈 수급을 위한 유인기제를 적극 적용하고 있다.

센터링크에서 제공되는 수당 중 이동수당(Mobility Allowance)의 경우에도 평가를 필요로 한다. 이 수당은 장애나 질병 또는 부상이 있어서 상당한 도움이 없이는 영구적으로 혹은 장기간 동안 대중교통을 이용할 수 없는 사람들을 대상으로 지급되고 있다. 그러나 지속적으로 수당을 받기 위해서는 반드시 일자리를 구하고 있거나 유급 근로나 자원봉사, 학업 또는 연수에 참여하고 있는 것을 증명하여야 한다.

사회보장제도에서 실시하는 장애판정기준은 근로능력평가가 중심이지만 급여나 수당을 받기 위해서는 다음과 같은 기준을 준수하여야 한다.

○ 활동참여 및 활동상황 심사요건

구직수당(Newstart Allowance), 청소년 수당>Youth Allowance), 육아보조수당(Parenting Payment) 등의 특정지급금을 받기 위해 수행해야 하는 활동들로서 근로능력이 있는 사람은 다음과 같이 적극적으로 구직활동을 하고 있다는 것을 입증해야 한다.

- 합당한 일자리가 있을 때 수락하여야 함
- 모든 취업 면접에 참여하여야 함
- 정당한 사유 없이 사직, 기술훈련코스나 프로그램을 중단하지 않을 것
- 활동협약(Activity Agreement)을 시작하고 합의된 모든 조건을 충족시켜야 함

활동협약(Activity Agreement)은 질병, 상해, 장애, 개인적인 혹은 가정 내의 위기 같은 상황에서의 개인의 필요에 따라 조정이 가능하다. 부양자녀를 돌보고 있는 사람이 특정의 보조지급금을 받고 있는 경우 본인이 처한 상황에 따라 가장 어린 자녀가 7세가 되면 활동협약(Activity Agreement)을 시작해야 할 것이며 적어도 1주일에 15시간의 유급직에 종사하거나 그에 준하는 직장을 구하는 중이어야 하나 본인이 처한 상황에 따라 활동참여요건을 면제받을 수도 있다.

○ 상호의무(Mutual Obligation)

18세-50세 나이로 6개월간 구직수당(Newstart Allowance)이나 청소년수당>Youth Allowance)을 받았거나 활동협약(Activity Agreement)에 서명한 뒤 이에 따르는 육아보조금(Parenting Payment)을 6개월간 받아온 사람은 활동상황 심사요

건을 충족시킬 상호의무(Mutual Obligation)에 참여해야 한다. 만일 적합한 활동을 찾을 수 없을 경우 실직수당 수령을 위한 근로(Work for the Dole)를 하게 되는데 이때 취업활동을 회피하면 실직수당 수령근로(Full Time Work for the Dole)에 회부되어 최소 10개월간 주 당 25시간씩 근로에 참여해야 한다.

55세 이상으로 구직수당(Newstart Allowance)을 받고 있는 경우나 청소년수당(Youth Allowance)을 받고 있는 경우 취업 또는 센터링크에서 인정한 자원봉사 혹은 이 두 가지를 병행하여 주 당 15시간을 일하면 활동상황 심사(Activity Test)요건을 충족한 것으로 본다. 활동상황 심사를 근거로 수입보조지급금을 2년 이상 받고 있는 사람은 구직망(Job Network) 회원사에서 지속적인 직업상담 및 개입을 통해 직업을 위한 노력을 하도록 하고 있다.

○ 상호의무 불이행에 대한 벌칙

상호의무(Mutual Obligation)를 포함한 활동참여요건을 어기면 센터링크의 경고를 받게 되고 정당한 사유 없이 계속 불이행하면 지급금이 일정기간 중단되거나 자격이 상실될 수도 있으며 다음과 같이 반복적으로 활동참여를 하지 않으면 최고 8주까지 지급이 중단 될 수도 있다.

- 12개월간 3회의 취업서비스 제공 회사의 취업면접에 불참함
- 적절한 직장을 제공해도 응하지 않을 때
- 적절한 직장을 임의로 그만 두었을 때
- 부당행위로 해고되었을 때

가. 소득보장 및 고용서비스에서의 장애판정기준

소득보장의 총체적 지원을 하고 있는 센터링크에서 우선적으로 소득보장급여 대상자에 대한 정보를 파악하기 위해 Work Capacity-Customer Information을 기반으로 장애정도를 평가하는 첫 단계를 실시한다. 8페이지로 구성된 Work Capacity-Customer Information는 개인정보부터 장애, 질병관련 그리고 일상생활/작업장에서 장애, 질병 및 상해로 인한 어려움 정도를 4점 척도로 질문한다.

2006년 이전에는 장애연금의 수혜를 받기 위해서 WATs(Work Ability Tables)를

통해 적격성 여부를 판정 받아왔다. 그러나 2006년 7월 이후부터는 사회보장 급여의 적격성 판정 및 고용 지원 서비스의 연계 등은 모두 직업능력 평가(Job Capacity Assessments: JCA)로 변경되었다.

호주 정부는 2010년 3월부터 장애인의 고용 활성화를 위해 센터링크를 중심으로 지역 및 민간단체의 국가적 네트워크를 구축하고, 새롭게 개선된 장애 고용서비스(Disability Employment Services)를 시작하였는데, 이러한 서비스를 이용하기 위해서 대부분의 장애인들은 JSCI(Job Seeker Classification Instrument)를 실시하고, 필요에 따라 ESA(Employment Services Assessments) 혹은 JCA(Job Capacity Assessment)를 받고 있다.

JCA는 호주의 DHS(Department of Human Services)에서 각 평가기관과 계약을 맺어 시행되는 종합적이고 심층적인 개인평가로서, 숙련된 평가자가 각 구직자의 상황에 대한 고려를 통하여 대상자의 근로능력을 평가하고 있다. JCA를 통해서 장애 혹은 질환, 손상, 또는 사회적 불이익과 같은 고용 획득에서의 장벽, 현재와 미래의 근로 능력, 그리고 직업을 가지거나 혹은 직업을 유지하는데 요구되는 지원의 유형이 확인되거나 결정되어진다.

JCA는 대면을 통한 면담으로 약 1시간 동안 실시된다. 불가피한 상황에서는 전화로도 면담할 수 있으나 가능한 한 대면 면담이 원칙이다. 면담 시 직원은 JSCI 항목부터 질문하거나 고용서비스 제공자가 제시한 쟁점들에 대하여 질문한다. JCA를 진행하는 전문가는 근로능력을 의료적으로 평가할 수 있는 의료 관련 전문가들로 구성되어 있다. 임상심리사, 간호사, 재활 상담사, 사회복지사, 물리치료사 등으로 구성되어 있다. 2011년 7월 1일부터는 센터링크에 채용된 직원이 본 평가를 실시하고 있으며 평가는 의료나 장애 상태를 고려하여 가능한 한 적합한 전문 인력이 담당하도록 하고 있다. 또한 평가과정에서 센터링크 내 다른 평가사들과 사례회의를 통해 최종 결과를 산출하고 있다.

JCA에서는 신체적 검사나 질병 혹은 장애에 대한 진단을 하지 않는다. 평가자는 의료상태나 장애가 일할 수 있는 일상적인 능력에 어느 정도 방해가 되는지 정도를 평가한다. 진단의 목적이 근로능력에 미치는 영향을 평가하기 때문이다. 이 평가에서는 아래와 같은 질문을 통하여 평가를 실시하며, 평가자는 의료보고서, 학교 보고서, 전문가 평가 내용, 센터링크나 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)
- 장벽(Barrier)
- 요구되는 지원(Support Requirement)
- 작업능력(Work Capacity: Baseline Work Capacity; Capacity for work within 2 years with intervention)
- 평가요약(Assessment Summary)
- 제안(Recommendations)

장애, 질병, 부상 등에 의한 일상적인 어려움 측정 및 작업장에서의 어려움, 즉 근로 능력측정은 다음 표와 같은 항목으로 구성되어 있다.

〈표 3-10〉 장애, 질병, 부상 등에 따른 어려움 측정 목록

항목	문제 없음	가끔 문제 있음	항상 문제 있음
앉기			
서기			
걷기			
계단 오르기			
운전하기			
공중교통 이용하기			
물건 집기			
물건 다루기			
들어올리기			

항목	문제 없음	가끔 문제 있음	항상 문제 있음
이동시키기			
구브리기			
일상적 도구 작동하기			
읽기			
쓰기			
말하기			
듣기			
집중하기			
기억하기			
다른 사람과 교류하기			
작업이나 다른 약속에 참석하기			
지시를 이해하고 따르기			
잠자기			
숨쉬기			
개인적 일을 관리하기			
개인 신변 돌보기			
다른 사람 돌보기			

〈표 3-11〉 근로능력측정 목록

항목	문제 없음	가끔 문제 있음	종종 문제 있음	항상 문제 있음
다른 사람과 관계 맺기				
적절한 행동 유지하기				
관련된 스트레스에 대처하기				
새로운 과업 배우기				
작업방법에 대해 기억하기				
지시를 기억하고 따르기				
집중하기				
휴식 없이 과업 유지하기				
한 가지 과업 이상 수행하기				
개인의 돌봄 욕구 처리				
신체적으로 과업 완수하기				
작업장을 안전하게 돌아 다니기				
다른 사람과 의사소통하기				
언어사용에 대한 통제				

센터링크에서 EPP(Employment Pathway Plan)을 개발하여 당사자와 DES 제공자, 센터링크 간의 권리와 의무를 정하게 된다. EPP는 장애인에게 직업목표, 그 목표

를 달성하기 위해 제공되는 서비스를 제시한다. DES 제공자의 경우, 어떤 서비스를 어떤 방법으로 제공하여 장애인의 고용 목표에 도달하게 할 것인지 구체화 한다. 이는 사회보장법에 의거한 법적 문서이다. EPPs는 평가를 거쳐 향후 고용을 위한 서비스 방향을 설정하는 계획서로 볼 수 있다. 이 계획서는 센터링크에서 작성의 주요 역할을 하지만 엄밀하게 보면 서비스를 제공하는 기관과 협력 속에서 이루어진다. EPP의 주요 구성요소를 살펴보면 아래와 같다.

- 고용 목표(Goals)
- 의뢰된 서비스 활동(Specialist Services Activities)
- 교육 및 훈련 활동(Education & Training Activities)
- 비직업적 활동(Non-Vocational Activities)
- 직업경험활동(Work Experience Activities)
- 고용(Employment) : 현재 하고 있거나 할 의사가 있는 모든 직업 목록 제시
- 약속(Appointment) : 관계 직원과 면담하기 위한 약속 일정 제시
- 구직 활동(Job Search Activities)
- 준수 활동(Compliance Activities)
- 고용서비스 제공기관의 지원(Employment Services Provider Assistance)
- 구직자 진술
- 고용서비스 제공기관 진술

구직자가 위탁되면 다양한 형태의 보조금이 나오는데 이는 EPF(Employment Pathway Fund)⁸⁾에서 나온다. 이는 구직자의 스트림에 따라 보조금이 지급되도록 하는 일종의 은행과 같은 기금이다. SCI 실시 결과로 Stream 1-4⁹⁾까지 구분하며, 결과에 따라 ESA(Employment Services Assessments) 혹은 JCA(Job Capacity Assessments)를 의뢰하게 된다.

8) 일정의 은행계정과 같은 것으로 부당청구를 방지하기 위해 후지급 방식으로 지급되고 있음. 수당의 주요 종류는 서비스수당, 재량수당 그리고 성공수당이 있음.

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

○ 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, 직업훈련 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)가 실시하여 교육이나 훈련을 통한 기술의 향상과 향후 구직과 직업유지를 위한 전략을 개발하게 된다.

○ 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.

○ 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.

○ 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 이

상 직업경험 활동을 할 수 있다. EPP를 개발하고 EPP에서 비용을 지급한다.

이러한 과정을 거쳐 장애연금수급과 관련한 고용서비스를 제공받게 된다. 고용서비스는 센터링크를 통하여 임금지원을 받고 구직활동을 위하여 ESP(Employment Services Provider)에 등록한 경우에 해당된다. 또는 장애를 가지고 있으면서 DES(Disability Employment Services)에서 서비스를 받기 원하는 경우에 해당된다. 장애로 인하여 일을 할 수 있는 능력이 방해 받는 경우, JCA를 실시하게 되며, 그 결과 의료상태나 장애가 일을 할 수 있는 능력에 방해가 되는 경우에는 DES 프로그램에 의뢰하게 되고, 그렇지 않은 경우에는 JSA(Job Service Australia) 제공자에게 의뢰하게 된다.

센터링크 내에서 고용서비스를 주관했던 CRS는 2015년 2월27일자로 종료되었으며 이후부터는 DES(Disability Employment Services) - DMS(Disability Management Service)에 의해 고용서비스가 제공되고 있다. 센터링크는 고용 및 복지서비스의 1차 접수를 담당하며, 상담과 평가 후 그 결과에 따라 필요한 고용서비스를 연계하고 있다.

센터링크는 장애인의 직업재활을 위해서 지역사회 내 민간기관과의 계약 관계에 기초한 수백 개의 공공, 민간, 및 지역 기관에 아웃소싱하고, 공급되는 서비스에 대한 비용을 지불하며, 기관별로 제공되는 서비스를 감독하는 역할을 수행하고 있다.

나. 사회서비스에서의 장애판정기준

사회보장 급여 및 고용서비스는 센터링크를 중심으로 제공되지만 그 외 사회서비스는 NDIS를 통해 제공받게 된다. 호주는 두 기관으로부터 중복서비스를 받는 것을 방지하기 위해서 스크린 과정을 운영하고 있다. 예를 들어 NDIS로부터 자금이 제공되는 지원 패키지 중 이동지원을 받고 있는 경우에는 센터링크에서 관리하는 Mobility Allowance을 수령하지 못하도록 방지하고 있다.

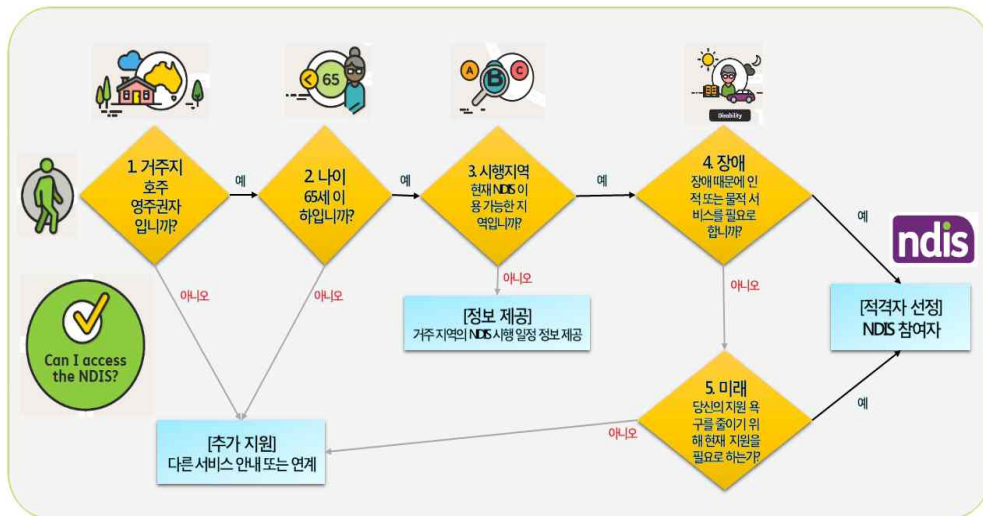
NDIS는 장애인이 장벽 없이 지역사회에 참여하고 동등한 구성원으로서 역할을 수행하도록 지원하기 위해 의료, 교육, 주택, 사법, 노인 돌봄 서비스 등 일반적인 서비스 지원뿐만 아니라, 스포츠클럽, 지역사회 모임, 도서관, 기부모임 등과 같은 지역사회

활동 지원, 그들의 가족과 친구들로부터 도움을 받을 수 있도록 지원하는 것에 이르기 까지 모든 서비스를 안내하거나 직접연계하기 위해 도입된 종합적인 서비스 지원 체계라 할 수 있다. 장애인의 지역사회 참여 및 삶의 질에 기반하여 목표를 설정하고, 이와 같은 목표를 달성하는데 효과적인 지원을 체계적으로 지원하기 위해 서비스 계획을 수립하며, 이를 지원하기 위해 공적 예산이 지원되는 개인 중심적 지원 서비스제도이다.

NDIS제도의 서비스제공 과정은 소비자 중심의 서비스제공이라는 취지에 맞게 장애인 당사자는 NDIS Planner나 링커 또는 웹 페이지를 통해 국가에서 지원받을 수 있는 서비스를 소개받고, 함께 당사자가 필요한 서비스를 찾아 자신이 직접 선택하고 이후 정부의 최종승인이 떨어지면 우리나라의 활동보조서비스처럼 돈이 아닌 서비스로 제 공받는다.

NDIS 이용자는 아래 [그림 3-3]과 같이 거주지, 나이, 시행 지역, 장애 등의 조건을 충족하여야 한다.

[그림 3-3] NDIS 적격자 선정을 위한 체크리스트



자료: NDIS 홈페이지 NDIS Access Checklist 자료를 그림으로 재구성한 것임.
<https://myplace.ndis.gov.au/ndisstorefront/ndis-access-checklist.html>

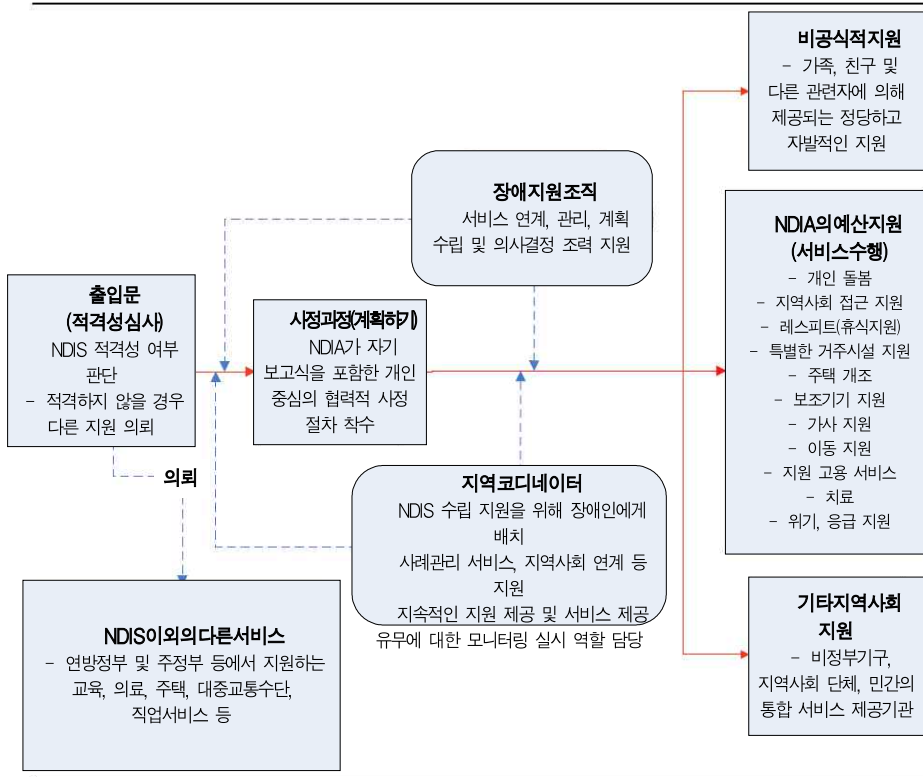
NDIS 이용자가 되기 위해서는 먼저 법적 근거에 따라 호주에서 거주하고 있는 사람이어야 한다. 호주 시민권자, 영주권자 또는 특별한 비자를 갖고 있는 사람이면 이 요

건을 충족하는 사람이 된다. 두 번째, NDIS는 65세 이하의 장애인에게 지원되는 서비스이므로, 65세 이하라는 연령 요건을 충족하여야 한다. 만일 65세를 초과하는 경우 노인연금 등 다른 서비스를 NDIA를 통해 안내받을 수 있다. 세 번째, 현재 거주지가 NDIS 실시 지역이어야 한다. NDIS는 2019년 이후 모든 지역에서 실시되므로 현재까지는 NDIS 실시 지역이 제한되어 있다. 따라서 현재 거주지가 NDIS 실시 지역이 아니면 자신의 거주지에서 NDIS가 언제 시행될지에 대한 정보를 안내받게 된다. 네 번째, 장애 조건을 충족하여야 한다.

이 때 장애 조건은 NDIS의 장애 규칙을 충족하여야 하는데, NDIS에서는 영구적 손상을 갖고 있거나 또는 영구적 손상이 될 수 있을 것 같은 상황 때문에 스스로 일상생활을 할 수 없는 사람을 장애로 규정하고 있다. 영구적 손상으로 인한 일상생활의 어려움이란 다른 사람 또는 기기의 도움 없이 ① 타인과의 상호작용, ② 대인관계, 정서 및 행동 조절, ③ 학습, ④ 집 안 밖에서의 수면 또는 이동, ⑤ 목욕, 옷입기, 식사하기, ⑥ 일상 활동, 금전 관리, 의사 결정 등과 같은 일상생활을 스스로 수행할 수 없는 상태를 말한다. 이와 같은 일상생활 중 일부를 스스로 수행하기 어렵다면 NDIS에 의한 장애 조건이 충족된다. 이상과 같은 조건이 모두 충족되면 NDIS 이용자로 선정을 받을 수 있게 된다.

NDIS에서 실시하는 평가는 장애판정이기 보다는 서비스 필요성을 판단하는 과정이라고 보는 것이 적절하다. NDIS는 출입문 단계(gateway), 사정 단계(assessment), 서비스 지원 단계(implementation)의 절차로 각각 이루어진다.

[그림 3-4] NDIS 지원 절차



출처: Productivity Commission (2011). Disability Care and Support, Inquiry Report(Volume 1.) no. 54, Canberra. p. 20.

사정 과정은 개인에게 적합한 계획을 수립하고 확인하는 과정을 말하며, 계획하기 단계와도 같다. NDIS를 최초로 제안한 생산성위원회의 보고서에서는 [그림 3-4]와 같이 이를 사정 단계로 제시하였으나, 이후 NDIS는 수정과 보완을 거쳐, 현재는 이 단계를 사정 단계라기보다는 계획하기(planning) 단계로 사용하고 있다. 사정 과정은 크게 계획 수립 전 과정, 계획 수립 과정 및 계획 후 과정으로 구분해 볼 수 있고, 이를 도식화한 결과는 아래 [그림 3-5]와 같다¹⁰⁾.

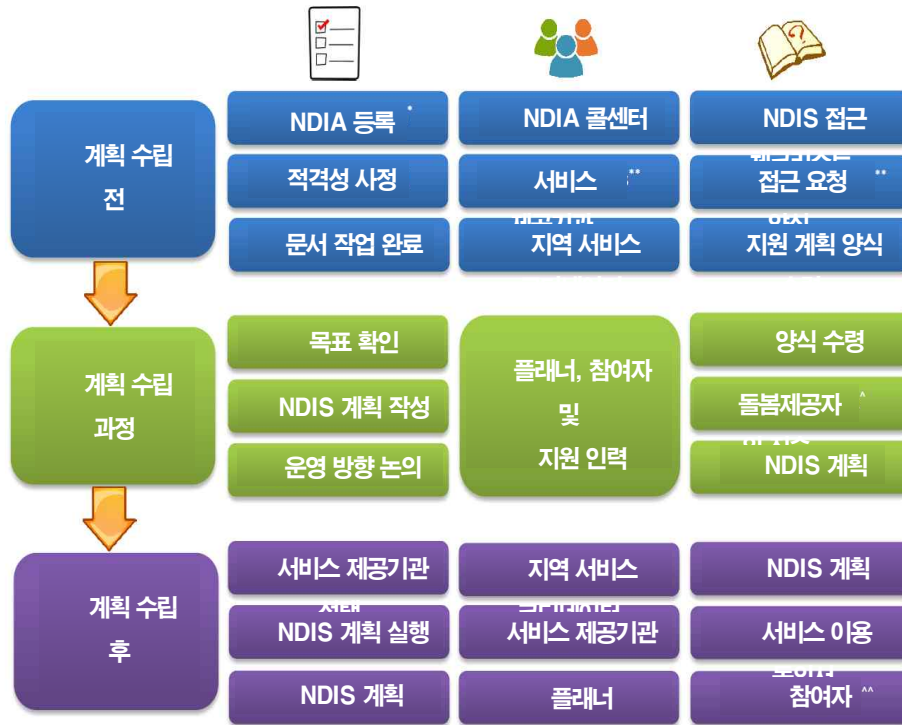
10) * 현재 주정부로부터 어떠한 장애 서비스도 받지 못하는 사람.

** 서비스 제공기관들은 장애인 이용자가 NDIS에 접근하고 준비할 수 있도록 도움을 제공하고, 장애인 이용자가 언제 전환(집 ↔ 서비스 제공기관)될지 설명해 줄 수 있음.

*** 현재 주정부로부터 어떠한 장애 서비스를 제공받지 못하는 사람.

^ 돌봄제공자의 진술의 경우 특별한 양식이 없음.

[그림 3-5] NDIS에 의한 계획 수립 과정



출처: Carers NSW (2016). NDIS diagram, Fact Sheet 7. NDIS.

계획 수립 전 단계에서는 서비스 출입문 단계에서 제시한 과정과 동일하다. NDIS에 의한 계획을 수립하기 위해서는 NDIS 이용자로서의 자격을 갖고 있어야 하며, 이를 위해서는 NDIA에 필요한 정보를 제공하고, 선정 과정을 밟고, 이용자 자격을 획득하여야 한다. 이와 같은 과정이 완료되면, NDIA에서는 이용자의 계획 수립, 예산 신청 및 서비스 제공기관 연계 등 NDIS 이용 전반을 지원하고, 조정하는 역할을 담당하는 지역 서비스 코디네이터를 배치하게 된다.

2. 장애판정체계 (전달체계)

^^ NDIS 계획을 스스로 관리하는 사람만이 참여자 포털을 사용할 필요가 있음.

가. 소득보장과 고용서비스: 센터링크

센터링크의 주 업무는 연금 및 각종 수당을 지급하는 사회보장업무 수행이다. 센터링크는 연방정부의 10개 부처를 비롯하여 25개 정부기관이 제공하는 약 140가지 서비스를 통합적으로 제공한다. 즉, 가족, 아동, 지역, 주거, 은퇴, 고용, 청소년, 학생 그리고 장애인 대상의 복지프로그램 전달 및 집행을 위탁하여 제공하고 있다.

호주의 경우 보육서비스나 고용안정서비스를 민영화하면서 그 비용은 국가가 지불하는 방식을 채택하였다. 국가비용을 주관하는 기관으로 센터링크를 두었다. 센터링크는 개인에게 직접적으로 서비스를 제공하는 기관이라기보다는 다양한 지역사회 서비스 기관들에게 서비스를 할당하는 역할을 담당하는 중추기관이다. 소규모의 인원과 조직으로 다양한 서비스를 전달할 수 있는 것도 서비스를 '제공'하는 것이 아니라 '연결'만 해주기 때문에 가능한 것이다. 즉, 1차 서비스 필요성을 스크린하고 서비스가 필요하다고 판단되면 2차로 서비스 연계를 하고 있다.

호주의 사회보장제도는 고용을 통한 일자리에 핵심 목표를 두고 있어 센터링크는 수급자를 급여대상에서 고용상태로 전환하기 위해 지역사회 고용서비스 기관과 연동되도록 설계되었다.

1) 주요연혁

1997년 출범 초기 목적은 생애과정에서 발생할 수 있는 각종 사건과 재난에 대하여 개별고객에게 보다 적합한 방식으로 종합적인 서비스를 제공하는 것에 초점이 있었다. 그러나 1998년에 고용서비스 개혁이 이루어지면서 소득지원·고용서비스 연결 창구 역할을 수행하면서 민간고용서비스 기관인 잡네트워크(Job Network)와 연동하는 체계가 도입되었다. 2000년대 들어와서는 다양하고 종합적인 서비스를 제공하기 위해서 운영 목표에 변화를 가지고 왔다. 2002년에 내세웠던 운영목표는 지역사회와 비즈니스 사이에 강력한 연계 체계(links)를 확립하는 것이었다.

2003년 이후부터는 서비스 도구의 다양화(면접, 전화, 인터넷 등), 대학보육시설 등 비즈니스 섹터와의 직통 연결망을 구축하는 한편, 고객들이 직접 자신의 데이터를 조작하게 함으로써 'self service'를 가능하게 하는데 초점을 맞추고 있다.

센터링크는 2004년까지 FaCSIA(Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs)에 소속되었다가 2011년 7월 1일 발효된 복지개정법률(The Human Services Legislation Amendment Act 2011)에 따라 복지부 소속으로 통합되었다.

2011년부터는 메디케어 프로그램도 센터링크 내로 통합되었으며 시범사업을 거쳐 시행되고 있는 일부 지역의 경우에는 NDIS 사업도 센터링크 내로 통합될 수 있는 가능성이 있다고 한다. 결국 중앙정부에서 주관하는 주요 사업들을 센터 링크를 중심으로 ONE-STOP 서비스 체계를 마련하고자 하는 의지가 있다고 본다.

센터링크는 개인에게 직접적으로 서비스를 제공하는 기관이라기보다는 다양한 지역 사회 서비스 기관들에게 서비스를 할당하는 역할을 담당하는 중추기관이다. 이런 상황에서 센터링크는 완벽하게 기관들을 통제하고 있다. 모든 서비스 기관들은 센터링크의 전산네트워크에 직접적으로 연결되어 있을 뿐 아니라 자신들이 서비스 이용자에게 얼마를 받고 어떤 서비스를 제공하였는지를 매우 구체적으로 보고하고 있다.

2) 조직운영

2016년 기준 호주 전역에 센터링크는 1000여 곳으로 전담 직원만 2만7954명이다. 이 중 17,600명이 지역네트워크에서 대민서비스업무(Customer Service Officers)를 담당하며, 콜센터에 4,340명, IT 관련 종사자와 중앙조직(National Support Office) 직원 3,470명이 있다. 이들은 대민서비스 업무를 이양한 각 부처에서 파견된 인력이 아니라 독립기구로서의 센터링크에 소속된 직원이다. 센터링크 직원은 호주 공무원의 약 17%를 차지하고 있어 가장 높은 비중을 차지하고 있는 조직이다.

센터링크 소속 직원이 배치되어 대민서비스를 제공하는 고객서비스센터는 321개소 뿐이다. Agents나 Access Points는 센터링크와 네트워크를 형성하여 업무를 볼 수 있도록 전화, 컴퓨터, 팩스기기 등을 갖추고 있는 파트너 기관들이다. 이들 기관들에 소속되어 있는 직원들의 도움도 받을 수 있도록 파트너십을 형성하고 있다. 서비스 업무의 상당부분을 차지하는 전화상담/처리는 26개 콜센터를 통해서 이루어진다.

센터링크는 중앙·지방정부 등의 각종 서비스를 제공한다. 센터링크는 29개의 정부 측 파트너와 관계를 맺으면서 정부를 대신하여 약 91억 호주달러의 급여지급을 했다

(DHS, 2011). 복지 대상자가 약 684만 명이니 직원 한 명당 약 244명을 담당하고 있는 것이다. 센터링크에서 서비스를 받을 때 영어를 몰라도 상관없다. 통역을 담당하는 콜센터 직원이 별도로 있기 때문이다.

센터링크의 운영은 CEO 이하에 4개 파트(Customer Service, Business, Business Transformation, Service Management)와 지역매니저로 구성되어 있는 조직에 의해서 이루어진다. Business 파트가 가장 핵심적으로 각 부처로부터 이양 받은 서비스를 파악하고, 서비스를 전달하는 구체적인 방법을 강구하며 전체 센터링크의 예산과 인력운용을 담당한다. 다른 파트에서는 실질적인 서비스 전달의 장을 관리하거나 보다 효율적인 서비스전달방식에 대한 개선방안을 강구하는 역할을 한다. 가족부, 노동부를 비롯한 10개 부처와 다른 정부기구들이 서비스 전달을 의뢰하는 계약을 체결하면서 센터링크에 비용을 지불하는 것이다. 즉, 센터링크는 독립적인 정부기구이지만 따로 예산을 받아쓰는 기관이 아니라 각 부처로부터 이양 받은 업무에 따라 일정 액수의 예산을 할당받아 사용하게 된다.

센터링크의 대표적인 부처고객은 가족부(Department of Family and Community Services, FaCS), 노동부(Department of Employment and Workplace Relations), 교육부(Department of Education and Training) 등이다. 실업수당과 장애연금, 가족수당을 나누어 주는 일부터 보육지원금(Child Care Benefit)과 학자금을 나누어주는 일, 일자리를 알선하는 일에 이르기까지 서비스의 종류는 매우 다양하다.

센터링크의 각 지역사무소마다 조금씩 차이는 있지만 통상적으로 센터링크 지역사무소는 사회보장 급여신청, 심사 및 지급, 개인서류보관에 관한 업무를 수행하며 보통 20명 정도의 직원이 근무하고 있다. 지역사무소는 연금심사국(기초노령연금, 배우자연금, 미망인연금), 고용서비스(NewStart Allowance, 청소년 수당, 장애보조연금, 간호인 연금, 육아급여, 특수혜택) 그리고 가족지원사무소(가족 세금혜택, 보육혜택, 출산장려금, 출산예방접종수당)을 맡고 있다.

센터링크는 4단계의 구제절차가 있다. 첫째, 센터링크에서 내린 결정에 불만이 있는 경우 센터를 방문하여 결정에 이의가 있다고 설명하고 당초 결정을 내린 사람에게 그 결정을 재고하도록 요청할 수 있다. 둘째, Authorized Review Officer(재심관)에게 재심을 요청할 수 있다. 고위직 독립 심사관이 역할을 하고 있으며 일반적으로 ARO는

의의신청자를 전화로 연락하여 안건을 논의하고 당초의 결정을 재고하는 절차를 가진다. 만일 결정이 잘못되었다고 판단되면 ARO가 이를 바꿀 수 있으며 ARO는 신청자에게 편지로 재심의 결과를 알려준다. 셋째, Social Security Appeals Tribunal(사회보장 재심재판소; SSAT)에 제소할 수 있다. SSAT는 센터링크의 제반결정에 대한 항소심을 다루는 독립기관이다. SSAT는 APO가 재심을 한 이후 논란이 있는 결정만을 다루고 있다. 마지막으로 Administrative Appeals Tribunal(행정재심재판소; AAT)에 제소할 수 있다. AAT는 격식을 갖춘 기관으로서 SSAT에서 결정을 내린지 28일 이내에 AAT에 제소하여야 한다. 만일 이 과정에서 초기 결정이 잘못되었다고 판단될 경우 신청자는 센터링크에서 돈을 지급받을 수 있게 된다.

3) 주요사업

센터링크의 주요 업무는 크게 소득보조, 고용망과의 연계, 그리고 그 외 지원서비스 제공이다. 센터링크는 공적지원의 사회서비스를 얻고자 하는 사람들에게는 모두 첫 접점점이 된다(OECD, 2012). 하나의 ID와 비밀번호를 사용하여 온라인으로 센터링크, Medicare 그리고 Child Support 서비스를 모두 접근할 수 있다.

센터링크는 일반국민들이 요구하는 서비스를 편리하게 제공하기 위하여 '생애사건별 접근방식'을 취하고 있다. 통합적 서비스 제공을 표방하는 센터링크는 140여 가지 종류의 서비스를 다음과 같은 11개 질문에 연결시켜서 제공한다.

- 일자리를 찾으십니까?
- 자영업이나 농장을 운영하십니까?
- 학업이나 직업훈련을 계획하고 계십니까?
- 자녀를 키우는 부모이십니까?
- 최근에 별거나 이혼을 하셨습니까?
- 특별히 어려움에 처하셨거나 도움이 필요하십니까?
- 아프거나 다치거나 장애를 가지고 계십니까?
- 노약자나 환자, 장애를 가진 분을 돌보고 계십니까?
- 누군가 돌아가셔서 도움이 필요하십니까?
- 은퇴를 앞두고 계시거나 은퇴 후 도움이 필요하십니까?

○ 최근에 호주로 이주하셨습니까?

이상의 각각의 질문에 대하여 ‘그렇다’고 대답할 처지에 있다고 하면, 그런 경우에 제공될 수 있는 다양한 지원서비스를 모두 제시해 준다. 추가적으로 필요한 자격 요건 등이 있는 경우, 예컨대 취업상태나 소득수준/자산테스트를 거쳐야 하는 경우 개인은 센터링크에 단 한번 보고하는 것으로 해당하는 여러 가지 서비스를 모두 받게 된다.

센터 링크 홈페이지 첫 장을 보면 Payment Finder가 있다. 각자 상황에 따라 지원 받을 수 있는 수당 등을 미리 살펴볼 수 있도록 설계하였다. 아래 그림과 같이 연령 55 세, Work and Study 영역에서 일자리 구함, Health 영역에서 장애 또는 의료적 상황을 입력한 결과 다음과 같은 11개 서비스를 받을 수 있는 가능성이 있다고 제시하였다.

Disability Support Pension, Newstart Allowance, Mobility Allowance, Pensioner Education Supplement, Sickness Allowance, Continence Aids Payment Scheme, Essential Medical Equipment, External Breast Prostheses Reimbursement Program, Low Income Health Care Card, Energy Supplement, Income Support Bonus 등

나. 사회서비스: NDIS의 출현¹¹⁾

NDIS 출현은 호주의 장애인복지제도의 문제점을 해결하기 위해 혁신적으로 시작되었다. 호주의 장애인복지 문제점으로는 전반적인 복지 예산의 부족, 복지 서비스에 대한 낮은 만족 수준, 고령 장애인의 증가로 인한 가족, 지역사회 등 자연적 지원의 한계 등이었다. 그동안 장애인 복지 증진을 위하여 많은 예산을 투입해 왔으나, 서비스 지원

11) 호주 전역에 걸쳐 서비스 개편의 요구는 2008년 신노동당 정부가 ‘2020 정상회의’를 개최하고, 미래의 새로운 정책 방향에 국가 장애 보험 제도를 포함시킴으로써 본격적으로 논의되기 시작하였음. 2009년에는 호주의 장애인들의 삶의 목소리를 담은 “Shut Out”보고서가 발표되었고, 호주의회는 생산성위원회(Productivity Commission)에 새로운 보험 도입의 타당성 검토를 의뢰하였으며, 생산성위원회는 2011년 “Disability Care and Supports”라는 보고서를 의회에 제출하였음. 이러한 과정의 결과로 NDIS가 출현되었음. NDIS를 운영할 수 있는 보험 추가 기여 중심의 새로운 재원 확보 대책 마련을 주문하였으며, NDIA(National Disability Insurance Agency)를 설립하여 통일성과 체계성을 갖춘 서비스 지원 체계 구축을 제안하였음.

체계가 일관되지 못하고, 장애인보다는 서비스 제공기관에 예산이 과다하게 집중되는 블록 펀딩의 한계 때문에 비용효율의 문제도 함께 대두되었다고 한다. 적절하지 못하고 불충분한 서비스는 호주의 장애인에게 소득 보장, 교육적 성과, 고용유지, 건강 및 복지 등 전반적인 삶에 긍정적인 성과를 만들어내지 못했던 것이다.

NDIS에 의해 서비스를 지원받는 사람은 영구적이거나 영구적일 수 있는 장애를 갖고 있어야 한다. 이때 영구적인 장애란 자기보호, 의사소통, 이동 또는 자기관리 기능이 현저히 저하되고, 지속적인 지원을 필요로 하는 사람을 말하고, 이와 같은 사람은 33만여 명 정도 될 것으로 추산되고 있다.

NDIS는 중증의 장애를 가진 사람 이외에도 장애가 있다고 보기 어렵지만 조기 중재가 필요로 하는 사람도 약 8만 여명을 지원 대상으로 포함시키고 있다. 장애 범주에 해당되지는 않지만 별도의 근거에 의해 NDIS 지원을 받게 되면 의미 있는 성과를 거둘 수 있는 사람도 지원 대상으로 포함시키고 있다. 또한 NDIS는 돌봄에 대해 심각한 부담을 갖고 있고, 어떤 지원을 필요로 하는 가족 또는 돌봄 제공자도 지원 대상으로 포함하고 있다. 이와 같이 총 4개 계층을 NDIS의 지원 대상으로 구분하고 있으며 지원 대상 인원은 약 41만 명 정도로 예상할 수 있다.

1) 주요연혁

2012년 7월 호주연방의회 회의에서는 NDIS를 시작하는 것에 대해 동의하게 되었고, 2013년 3월에는 NDIS법이 통과되면서 NDIA 지역별 사무소가 설립되었다. NDIS는 2012년부터 시행을 결의하였으나, 2016년 6월까지 2차례에 걸친 시범운영을 일부 지역에서 추진하고, 2016년 7월부터 본격 실시하여 2019년 말까지 호주 전역으로까지 확대 시행하는 것을 목표로 하고 있다. 이 과정에서 지역별 NDIA 설립을 위해 지역별 리더십 팀 구성, 지역 사무소 직원 채용 및 직원 교육, 지역 사무소 건립 등의 작업이 수행되고 있다.

NDIS는 국가 차원의 정책이므로, 보다 강력하고, 일관된 정책을 집행할 수 있는 국가 수준의 기관이 필요했다. 생산성위원회의 보고서에 따르면, NDIS 집행을 위해서는 서비스 이용자를 판정할 수 있는 표준적인 사정 도구, 사정 인력의 양성 및 배치, 다양한 지역사회 자원과의 네트워크망 구축 및 활용 역량, 이용자가 쉽게 이용할 수 있는

접근성 등을 고려하는 기관이 설치되어야 한다고 제안하였다. 또한 기존의 블록 펀딩과 서비스 중심의 모델에서 장애인과 그 돌봄 제공자가 통제할 수 있는 기금으로 예산 관리 시스템을 변화시켜야 하며, 이를 위해서는 보다 강력하게 추진할 수 있는 시스템이 필요하였다.

따라서 생산성위원회는 국가장애보험청과 같이 NDIA와 같은 별도의 단일 전달체계를 구축하는 방안과 이미 각 지역에서 수행되고 있는 서비스 전달체계를 활용하는 방안 등을 제안하였다. 기존 서비스 전달체계의 경우 NDIS라는 새로운 지원 시스템을 쉽게 적용하기 어렵고, 이로 인해 서비스 개혁 과정이 늦춰질 수 있다고 판단하였다. 따라서 모든 호주인들에게 일관된 시스템을 조기에 지원할 수 있는 방안으로 별도의 지원 체계를 구축하는 것으로 결론을 내렸다.

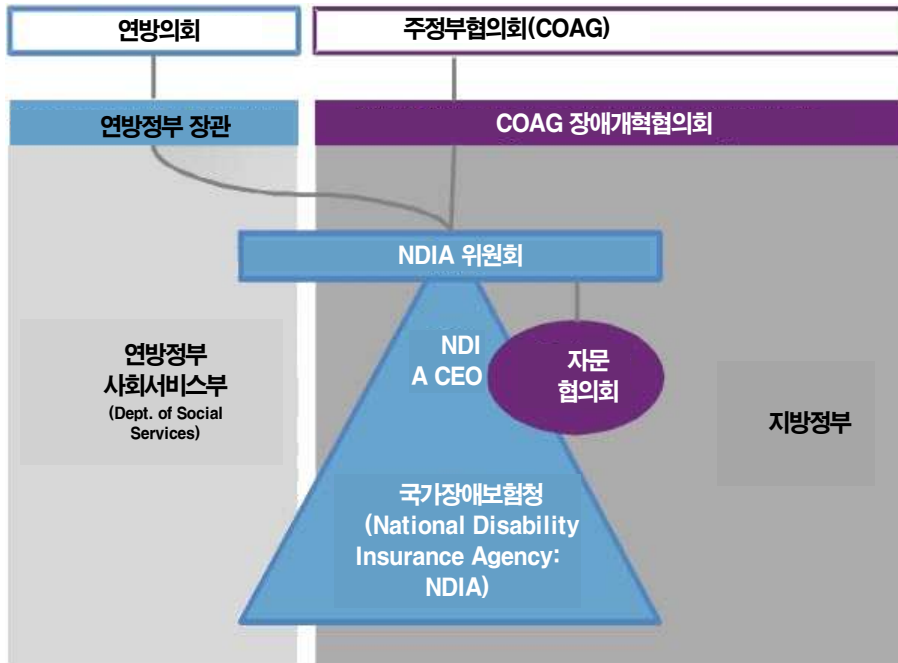
생산성위원회는 단일 모델 체계의 장점으로 현재의 분절화된 장애 서비스 지원 체계를 보다 빠르고 혁신적으로 전환시켜 나갈 수 있는 이정표의 역할을 할 것으로 예상하였고, 지역별로 위치한 NDIA 사무소를 활용하여 지역사회의 다양한 욕구에 대해 즉시 반응하고, 이용자의 접근성을 제고시켜 서비스의 만족도를 높여 나갈 수 있을 것으로 내다봤다. 또한 단일 모델 체계 구축은 8개 권역에 걸친 많은 관료 체제를 줄일 수 있게 되고, 주정부의 독자적 영역을 일정 부분 보호하고 지원할 수 있는 장점을 갖고 있다고 판단하였다.

한편, 생산성위원회는 NDIA를 관료화된 모델로 설립하지 않고 기존의 국가보험기관과 같이 준정부 기구 성격을 지닌 기업형 관리 모델로 설립하는 방안을 제안하였다. NDIA는 연방정부, 주정부 등이 출연하는 기금, 건강보험 추가 부담금을 통해 충당하는 기금이 투입되고, 이렇게 투입된 예산을 투명하고 공정하게 각 개인에게 분배하는 기능을 담당하게 된다. 이와 같은 재원 확보 및 예산 집행의 권한 부여는 NDIA가 국가 차원의 지원 체계임을 강조하는 것이라 할 수 있다. 또한 NDIA는 일반적으로 정보를 제공하고, 최상의 중재를 확인하기 위하여 연구를 진행하며, 사정 체계를 조망하고 지속적인 사정 도구를 개발하고, 개인의 사정 결과에 대한 권위를 부여하며, 자신의 예산을 관리하는 사람들을 위해 예산 프로포절을 작성하도록 지원하는 공적 책무를 수행하게 된다. 또한 기업형 모델을 활용하여 정부와는 별도의 형태로 설립함으로써 경쟁을 유도하고 효율적 경영을 촉진하는 역할을 담당하게 될 것이다.

NDIA가 NDIS의 전반적 이행을 관리하는 기관이라면, 이 기관의 효과적인 운영을

지원하고, NDIS 전반의 발전을 도모하고 촉진하는 별도의 심의 또는 협의 기관도 있다. NDIA 운영을 지원하기 위한 체계를 도식화하면 [그림 3-6]과 같다.

[그림 3-6] NDIA 운영 시스템

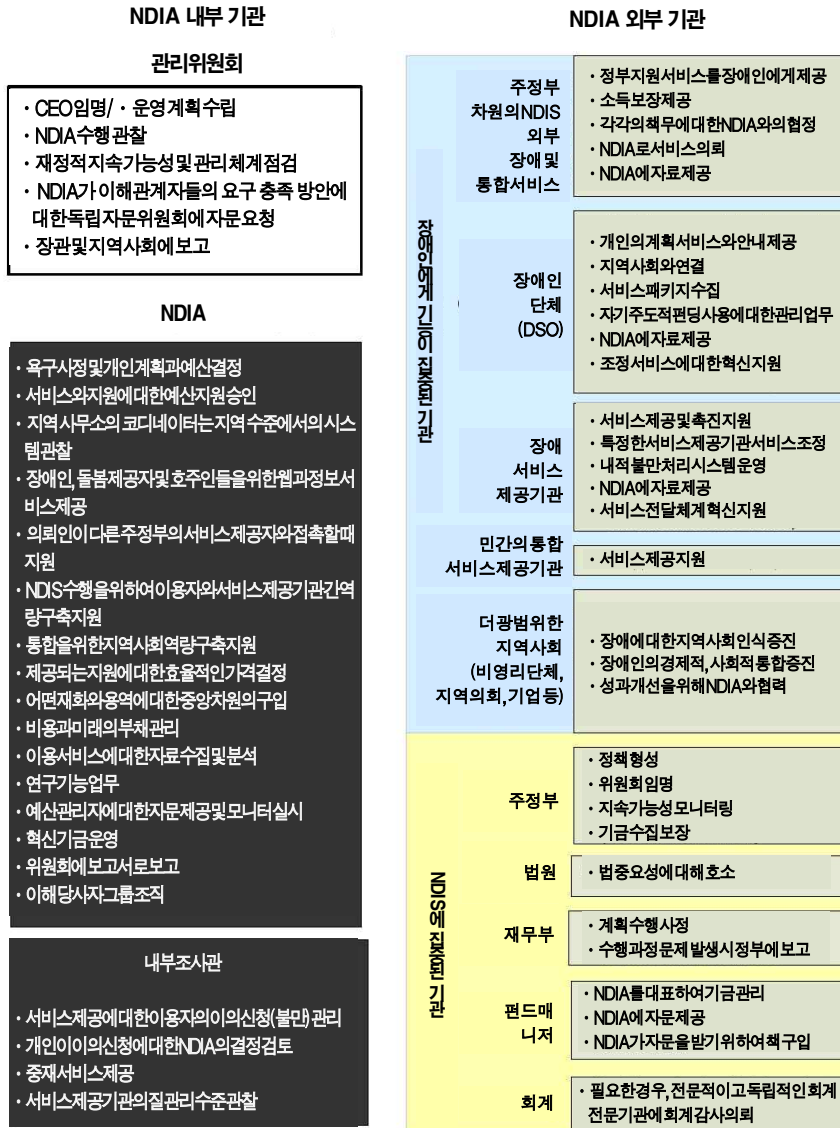


출처: NDIS 공식 홈페이지

위의 그림에서 제시한 바와 같이, NDIA의 운영은 NDIA위원회에서 관리, 감독하는 역할을 담당하고 있고, 지방정부별로 설치, 운영 중인 자문협의회를 통해 견제를 받는다. 또한 NDIA는 주정부협의회 내의 장애개혁협의회, 연방정부 사회서비스부 등 주정부간 연합체와 연방정부로부터 견제와 감시를 받는 시스템으로 운영된다.

이와 같은 기관 이외에도 NDIS 실행과 관련된 다양한 기관이 운영되고 있다. 이를 간략히 제시하면 [그림 3-7]과 같다.

[그림 3-7] NDIS 운영을 위한 관련 기관 현황



출처: Productivity Commission (2011). Disability Care and Support, Inquiry Report(Volume 1.) no. 54, Canberra. p. 41.

NDIS 내부 업무 담당 기관으로 관리위원회(Board)와 내부 조사관(Office of the NDIS Inspector-General)이 있고, NDIS 외부 기관으로 서비스 기관, 장애인 단체, 지역사회 유관기관 등 장애인 개인에게 집중된 기관과, 주정부, 법원, 재무부, 펀드 매

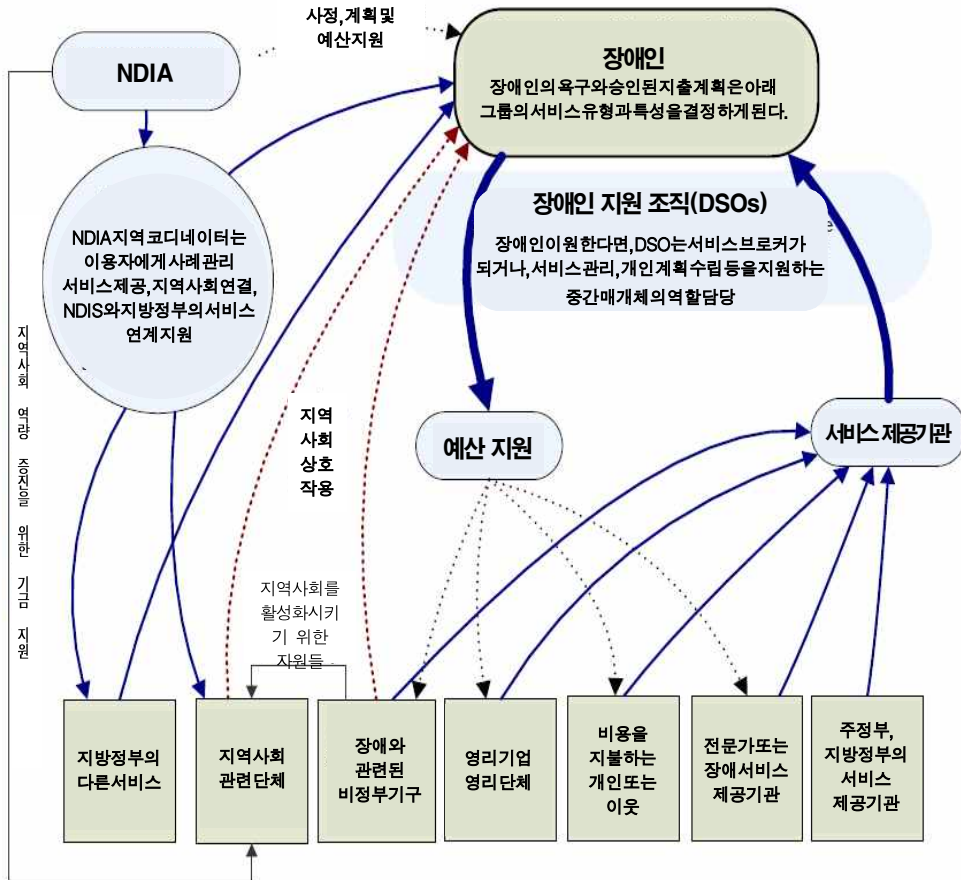
니저 및 회계 등과 같은 NDIS에 집중된 기관 등이 있다. 이와 같은 기관들은 NDIS가 법률의 취지에 따라 작동될 수 있도록 지원하고, 견제하는 역할을 담당한다.

이중 내부 기관의 지역사무소 조사관은 이용자가 NDIA에 대해 불만을 제기하거나 NDIA의 결정에 이의를 신청하는 것에 대한 다툼 업무를 담당한다. 비록 이 업무 담당자가 지역의 NDIA 사무소에 같이 배치되어 있으나 법률에 따라 독립적으로 업무가 수행된다. 이 사무소의 조사 담당관은 호주 정부에 의해 지명되고, 법률은 그 조사관이 독립적이고 공정하게 제 역할을 다할 수 있도록 규정하고 있다.

또한 정부 기관으로부터 독립된 별도의 위원회를 구성하도록 규정하고 있다. 이 위원회는 각 정부가 임명할 수 있다. 특히 NDIS에서는 장애에 대한 직접적인 경험을 가진 사람을 위원회의 위원으로 구성함으로써 시스템을 더 효율적으로 추진하도록 규정하고 있다. 또한 모든 위원회는 NDIS 수행에 대한 자문을 받기 위하여 주의회의 장애인 자문위원회에 참여할 수 있다.

아래 [그림 3-8]은 NDIA 이외의 기관과 장애인 간의 관계를 도식화한 모형이다. 호주 정부의 입장에서는 NDIA를 중심으로 모든 장애 서비스가 집중되고 관리되는 시스템일 수 있지만, 장애인의 입장에서는 NDIA는 다양한 서비스 자원들 중 하나이고, 장애인은 NDIA 이외에 더 많은 기관을 통해서 서비스를 제공받고, 상호작용을 하는 서비스 생태계를 갖추고 있다고 할 수 있다. 그러나 NDIA의 영향력이 커지고, 지역사회 관련 기관의 의존도가 높아지며, 장애인과의 상호작용이 증진될수록 이와 같은 모형에서 NDIA가 차지하는 비중은 커질 수 있다.

[그림 3-8] 장애인의 관점에서 본, NDIA 이외의 기관과 장애인 간의 관계

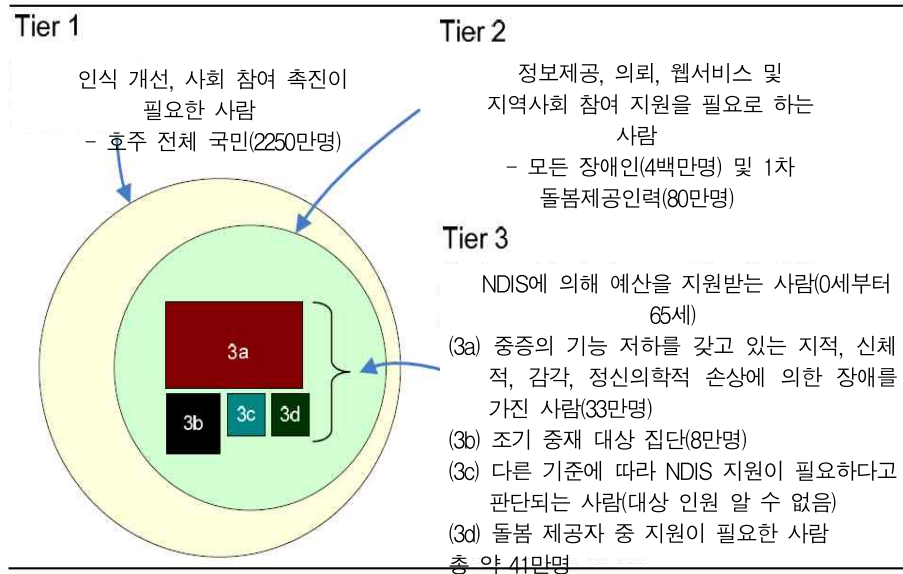


출처: Productivity Commission (2011). Disability Care and Support, Inquiry Report(Volume 1.) no. 54, Canberra. p. 403. 그림 9.1.

2) 서비스 대상

NDIS는 장애인에게 기회를 제공하고, 지역사회 내 장애인에 대한 인식을 제고하며, 공공의 보건제도와 사회안전망 구축에 기여하기 위해 도입된 제도이기도 하다. 이는 NDIS가 특정한 장애인만을 위한 제도가 아닌 전체 호주인들의 사회 안전망 구축의 차원에서 도입된 제도임을 의미한다. NDIS 지원 대상을 정리하면 다음 [그림 3-9]와 같다.

[그림 3-9] NDIS 지원 대상 분류



출처: Productivity Commission (2011). Disability Care and Support, Inquiry Report(Volume 1.) no. 54, Canberra. p. 15.

위의 그림에서 보듯, Tier 1의 대상은 모든 국민이다. NDIS는 장애인에 대한 지원 뿐만 아니라 장애인과 함께 생활하는 지역사회 구성원의 전반적인 인식 변화도 목표로 설정하고 있다. 이에 따라 국민 역시 NDIS의 참여자 중 한 사람으로 규정하고 있다. 이러한 설계는 보험제도로 운영되는 NDIS가 국민적 호응을 받을 수 있는 근간이 된다고 할 수 있다.

Tier 2는 장애인 또는 장애인에 의해 영향을 받는 사람을 말한다. 장애인 또는 장애인에 의해 영향을 받는 사람들은 정보와 의뢰 서비스에 대해 접근할 수 있다. 이 계획은 통합 서비스, 지역사회 지원 그룹과 서비스와 같이 NDIS가 직접 책임지지 않는 관련 서비스에 대한 연계와 의뢰를 제공하는 것을 포함할 수 있다. 그러나 엄격히 제한된 비용 범위 내에서 의뢰와 정보 서비스를 비용 효과적으로 제공하는 것은 중요하다. Tier 1에서와 같이 잠재적 고객의 수는 매우 높을 수 있지만, 전반적인 비용은 적을 것이다.

NDIS의 Tier 1과 Tier 2의 중요한 역할은 지역사회와 장애인 간의 자발적 연계를 강화하고, 사회적 자본을 축적하는 것이다. 이것의 목표는 지역의 코디네이터(NDIS의 케이스 매니저들)가 장애인에게 지역사회 단체와 연결할 수 있도록 도움을 제공하는

것이다. 이와 함께 모든 주정부는 장애정도가 낮고 단기간의 장애를 갖고 있는 장애인을 위하여 현재의 주택 또는 지역사회 돌봄 서비스의 수정, 보완을 포함하여 지역사회와 돌봄 지원 서비스를 지속적으로 제공해야 하는 것이다.

Tier 3은 NDIS의 실재적 이용자로서, 예산에 의해 지원을 받는 개별화 지원을 제공 받는 사람을 말한다. Tier 3은 심각한 돌봄 또는 지원의 욕구를 가진 더 적은 사람들에게 초점을 맞추고 있다. 한편 Tier 3에 해당된다고 하더라도 NDIS에 의한 예산 지원 뿐만 아니라, 지역사회 지원, 가족 등 자연적 지원 등도 지원받을 수 있다. 친구를 돈으로 살 수 없는 것처럼 모든 지원이 공적 예산 지원으로만 지원될 수 없기 때문이다. NDIS 적격성 평가 단계부터 사정 과정에서 이와 같은 비공식적 자원에 의한 지원이 필요하면 이에 해당되는 서비스를 연계해 주고 있다.

그러나 NDIS는 다른 제도에 의해 지원을 받는 사람은 지원 제외 대상으로 보고 있다. 국가상해보험체계에 의해 지원될 수 있는 상해를 입었거나, 말기 암 환자와 같이 이미 공적으로 건강 보호 시스템을 최상으로 제공받고 있거나, 연금을 받는 나이 이후에 장애를 갖게 된 사람의 경우 지원 제외 대상으로 규정하고 있다. 또한 장애인이지만 NDIS에 의한 지원을 필요로 하지 않거나 적격성 판정에서 지원이 필요 없는 것으로 평가되면 지원 제외 대상으로 보고 있다.

3. 장애판정 결과와 급여의 연계체계

가. 소득보장과 고용서비스 연계체계

호주의 주요 사회보장 내용은 아래 표와 같다. 이 중 장애연금이 금액도 가장 크고 장기적인 지원을 필요로 하기 때문에 장애연금수급자에 대한 고용서비스가 가장 활발하고 체계적으로 제공되고 있다. 앞에서 이미 논의하였듯이 호주의 장애연금은 일할 수 없는 대상자에게 지급되는 것이 원칙이다. 따라서 다양한 진단과정을 통해 근로능력을 평가받고 있으며 이 과정에서 고용서비스 제공을 통해 근로능력을 발굴하고 유지하는데 많은 노력을 하고 있다.

〈표 3-12〉 호주의 주요 사회보장제도

범 주	급 여	
가족 및 아동	가족지원	가족세제급여 유급출산 휴가 예방접종 수당 출산수당 고아 수당 가족 위기 급여
	보육	보육 급여 보육세제 환급
노인, 질병 및 장애인	노인	노령연금 배우자 연금 공과금 수당 연방정부 건강할인카드
	질병 및 장애인	장애연금 병가수당 보호인 수당
교육 및 노동	학생 및 청소년	학업수당 원주민 학업 수당 청소년 수당 벽지 출신 학생 지원급여
	노동시장	실업수당 실업자 배우자 수당 과부 수당 육아 급여 이동수당 특별 수당
기타 급여		사별 수당 주거비 지원

구체적으로 장애고용서비스는 센터링크를 통하여 임금지원을 받고 구직활동을 위하여 ESP(Employment Services Provider)에 등록한 경우 또는 장애를 가지고 있으면서 DES(Disability Employment Services)에서 서비스를 받기 원하는 경우에 해당된다.

장애로 인하여 일을 할 수 있는 능력이 방해 받는 경우, JCA를 실시하게 되며, 그 결과 의료상태나 장애가 일을 할 수 있는 능력에 방해가 되는 경우에는 DES 프로그램에 의뢰하게 된다. 그렇지 않은 경우에는 JSA(Job Service Australia) 제공자에게 의뢰하게 된다. DES에서 제공하는 서비스로는 고용 준비, 구직, 고용주와 협상, 작업장 내 혹은 밖에서의 고용 지원 등을 포함한다. DES는 2가지 프로그램으로 구분된다. 하나는 장애고용서비스를 필요로 하는 장애, 상해, 건강문제를 지닌 사람으로서 작업장에서 장기간의 지원을 필요로 하지 않는 장애관리서비스(Disability Management Servi-

ce)이며, 다른 하나는 보다 상대적으로 중증장애를 가진 사람들을 대상으로 작업장에서 장기간의 지원을 필요로 하는 장애지원서비스(Disability Support Service)이다.

위의 어느 프로그램이든 간에 장애인은 사례관리자와 대면 상담을 하게 되며, 새로운 기술을 습득하고 자격을 취득하며, 직업 경험에 대한 기회를 가지고, 장애나 다른 의료 건강 문제에 대한 관리를 하며, 구직과 직업유지에 방해가 되는 요인들을 관리하고 극복하기 위한 지원을 받게 된다.

DES에서는 구직 후 지속적인 작업장 지원(on the job support)을 제공한다. 이 지원은 최소한 26주 동안 제공될 수 있고, 사례관리자가 작업장에서의 수정(workplace modifications)이 가능하도록 지원하게 된다. 사례관리자는 취업 시 동행하여 역할을 수행할 수 있도록 지원하며, 그 이후에도 어려움이 있는 경우에는 사례관리자에게 도움을 요청할 수 있다. 지원의 정도는 장애인의 필요에 따라 정해진다. 국가에서는 고용주에게 고용주지원기금(Employer Assistance Fund)을 통하여 작업장 수정이나 편의시설에 대한 경비를 지원하며, 장애인 고용에 따른 임금보조(Wage Subsidy)를 제공하고 있다. DES 제공자의 경우, 어떤 서비스를 어떤 방법으로 제공하여 장애인의 고용 목표에 도달하게 할 것인지 구체화하여 센터링크에 보고하여야 한다. 이는 사회보장법에 의거한 법적 의무에 충실한 노력 정도를 보고해야 하기 때문이다.

나. 사회서비스 연계체계

NDIS 계획에 따라 확정된 서비스는 개인별 욕구 및 서비스 필요성에 의해 지역사회에서 받을 수 있다. 이 과정에서는 NDIS 계획에 따라 지원되는 서비스는 비공식적 지원, NDIS에 의한 예산 지원, 기타 지역사회 지원 등이 있다. 비공식적 지원은 가족, 친구 및 다른 관련자에 의해 제공되는 정당하고 자발적인 지원, 즉 자연적 지원을 의미한다. NDIA의 예산 지원은 개인 돌봄, 지역사회 접근 지원, 휴식지원, 특별한 거주시설 지원, 주택 개조 지원, 보조기기 지원, 가사 지원, 이동 지원, 지원 고용 서비스, 치료 서비스, 위기 또는 응급 지원, 안내견 지원 등이 있다. 기타 지역사회 지원으로는 비정부기구, 지역사회 단체, 민간의 통합 서비스 제공기관 등에 의한 지원이 있다. NDIS를 통해 지원받을 수 있는 서비스는 한정되는 것은 아니라는 것이 중요하다.

NDIS서비스 과정을 설명하면 다음과 같다. 우선 지역 서비스 코디네이터는 NDIS

이용자에게 연락을 취하여 플래너와 이용자가 함께 만나서 개인별 NDIS 계획 수립을 위한 협의 날짜를 정한다. 이때 코디네이터는 이용자에게 NDIS 계획 수립 시 이용자가 준비해야 할 사항을 미리 안내해 주어야 한다. 이와 같은 사항이 완료되면, 아래 [그림 3-10]과 같이 5단계의 NDIS 계획 수립 과정으로 넘어간다.

[그림 3-10] NDIS 계획 수립 단계



출처: Australia government (2014). NDIS planning workbook.

1단계는 개인 플래너와 만나기 전에 NDIS 이용자가 사전에 받은 NDIS 워크북 자료를 활용하여 자신의 현재 상태, 자신이 필요로 하는 것, 미래의 목표, 목표 달성에 필요한 활동과 방법 등에 대해 생각해 보는 과정을 수행하는 과정이다. 이와 같은 과정 수행을 촉진하기 위하여 NDIA에서는 이용자에게 워크북 또는 관련 자료를 이용자에게 배포한다. 이 자료에는 이용자가 NDIS 계획 수립시 무엇을 준비해야 하는지에 대해 자세히 알려주고, NDIA 플래너와의 미팅 때 제출하거나 보고하여야 할 개인 진술 자료 양식을 포함하고 있다.

이 양식에는 현재 삶의 상태(이용하는 서비스 현황, 개선이 필요한 사항, 좋아하고 잘 하는 것 등), 각종 보조기기, 주택개조 등의 현황(보조기기 보유 유무, 주택 개조 필

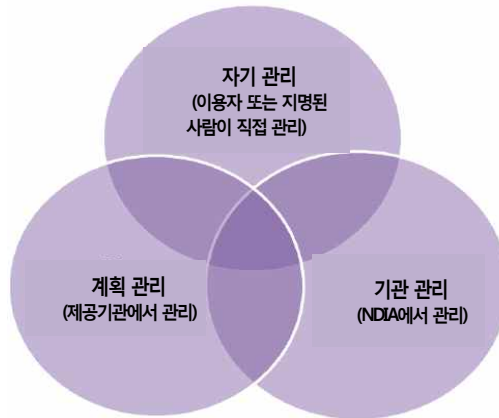
요성 등), 활동지원(일, 학습, 이동, 스포츠, 주간활동, 지역사회 접근, 금전관리, 휴식 등과 같이 일상 활동을 수행하는데 어떤 도움이 필요한지, 건강보호시스템, 지역사회 센터 등으로부터 어떠한 도움을 받고 있는지 등), 독립성(스스로 또는 최소한의 도움으로 집 주위 또는 지역사회로 나가고 싶은지 등), 주거 생활(자신이 살고 있는 집을 다르게 바꿔 보고 싶은지 등), 건강과 웰빙(스포츠 활동 등 보다 더 활동적인 삶을 살고 싶은지 등이 포함되어 있다(Australia government, 2014).

2단계는 플래너가 이용자의 가정 또는 이용자가 지정하는 곳에 방문하여 계획을 수립하는 과정이다. 이 단계에서 플래너는 이용자의 생활에 필요한 지원에 대해 묻고, NDIS에 의해 지원받을 수 있는 사항을 반영한 계획을 수립하는 활동을 함께 하게 된다. 플래너는 필요한 경우 회의를 여러 번 개최할 수도 있다. 중요한 것은 이용자가 1단계에서 자신이 필요로 하는 것을 미리 파악하고, 파악된 내용을 플래너에게 표현하는 것이다. 물론 이와 같은 사전 준비 과정이 어렵다면 이를 미팅 때 다시 진행해도 된다. 그리고 미팅 과정에서 필요한 경우 이용자가 지정하는 사람을 동석시켜, 이용자의 의사 표현을 조력할 수 있다. 또한 미팅 과정에서 편안하게 느낄 수 있는 플래너와 미팅을 할 수 있고, 플래너에게 질문을 할 수 있으며, 정보 제공을 요청할 수 있는 권리가 있다.

3단계는 NDIS 계획을 수립하는 과정이다. 이 과정은 목표를 설정하고, 목표 달성을 위한 단계를 설정(전략 개발)하며, NDIS에 의해 지원되어야 할 서비스 내용을 정하고, 목표 달성 여부를 확인할 수 있는 지표를 설정하게 된다. 또한 NDIS에 의해 지원되지 않는 지역사회 서비스 또는 자연적 지원에 관한 사항도 여기에 제시할 수 있다. 또한 NDIS 계획을 어떻게 관리하고, 개인에게 지급하는 예산을 어떻게 관리(펀딩 관리)할 것인가에 대한 사항도 제시되어야 한다.

아래 [그림 3-3-9]처럼 개인의 펀딩 관리 방법은 크게 이용자 또는 이용자가 지명하는 사람이 직접 예산을 관리하는 자기 관리 방식(self-management), 개인으로부터 펀딩 관리를 위임받은 서비스 제공기관에서 예산을 관리하는 계획 관리(plan-management), NDIA에서 예산을 직접 관리하는 기관 관리(agency-management) 방식 등이 있다. 개인에 따라서는 이와 같은 방식을 혼용하여 사용할 수도 있다.

[그림 3-11] 펀딩 관리 방법



4단계에서는 계획을 승인하고, 계획의 이행을 준비하는 단계이다. 플래너는 제3단계에 의해 수립한 계획 초안을 이용자에게 보내주고, 이용자는 이 계획이 본인이 의도한대로 잘 작성되었는지 확인할 필요가 있다. 만일 이용자가 이 초안이 마음에 들지 않는다면, 플래너에게 연락하여 그 이유에 대해 설명할 수 있다. 플래너는 이용자의 동의를 받은 후 이를 NDIA에 제출하고, NDIA에서는 계획에 제시된 서비스 요구 사항 중 정당하고 필요한 지원(reasonable and necessary support)¹²⁾ 요건 해당 여부를 확인하여 승인하게 된다.

이와 같은 서비스는 NDIS에 따라 지원을 받을 수 있게 된다. 또한 이와 같은 정당하고 필요한 지원에 해당되지 않는 서비스는 NDIS에 의한 지원을 받을 수 없다. 정당하고 필요한 지원에 해당되는 서비스로는 이동(mobility), 의사소통(communication), 자기 보호와 자기 관리(self-care and self-management), 사회적 상호작용(social interaction), 학습(learning), 사회·경제적 참여를 위한 능력 증진(capacity for social and economic participation) 등이 있다.

필요한 서비스에 대한 지원이 승인되면, NDIS 계획은 확정되고, 플래너가 이 계획서를 이용자에게 발송하게 된다. 그때 이용자는 이 계획에 따른 지원을 어떻게 수행

12) NDIS에서 정당하고 필요한 지원이란 본인의 장애와 관련되어 있고, 자신의 생활에 필요하며, 직업 획득 또는 지역사회에서의 더 적극적인 활동을 증진하는데 필요한 서비스를 의미함.

할 것인가에 대해 논의할 수 있다. 플래너는 이용자가 서비스 제공기관을 찾는 것, 서비스 제공자와 연락하는 것, 이용자의 지원을 어떠한 제공자가 전달할 것인가에 대해 결정하는 것, 이용자의 지원을 어떻게 제공할 것인가에 대해 서비스 제공기관과 협약을 하는 것(서비스 동의) 등에 대해 이용자에게 질문할 수 있다. 이용자는 이 과정에서 결정권을 행사할 수 있기 때문에, 필요한 사항을 플래너에게 전달하여야 한다.

어떤 예산은 유연하게 관리될 수 있기 때문에, 지원받게 되는 예산이 어떻게 사용될 것인가에 대해 이용자가 결정할 수 있다. 이용자는 이것이 어떻게 운영되는지에 대해 NDIA 플래너와 논의하여야 한다. 또한 이 단계에서는 이용자의 계획이 이용자에게 맞게 수행되고 있는지에 대해 확인하기 위하여 언제 이 계획의 이행 정도를 검토할 것인지에 대해서도 확인하여야 한다.

5단계는 수립된 계획의 이행 여부를 검토하는 과정이다. 이 과정은 매년 진행될 수 있고, 이용자가 이 계획의 변화가 필요하다고 판단하면 언제든지 재검토될 수 있다. 아래 [그림 3-12]는 5단계에 걸쳐 작성되는 실제 NDIS 문서 예시를 제시한 것이다.

[그림 3-12] NDIS 문서 작성 예시

<p>National disability insurance Scheme</p> <p>Jim's NDIS Plan</p> <p>Name: Jim Jones NDIS Number: 123 456 789</p> <p>Plan starts: 01 September 2015 Plan will be reviewed by: 31 August 2016</p> <p>NDIS will contact me about my plan review before this plan ends.</p> <p>If I have any questions or my circumstances change, I need to contact: The contact details for my local NDIS office are: Address: 321 High St. Penrith Phone: 1800 800 110 Email: enquiries@ndis.gov.au</p> <p>I will tell NDIS when something important changes (or is going to change) like moving house, starting work or school, or when my goals change.</p>	<p>Part 1: About me</p> <p>This part of my Participant Statement is about me, my daily life, and the people in my life.</p> <p>Where I live and the people I live with I live at home with both my parents. My two sisters have recently moved out but they are over very often and we spend a lot of time together.</p> <p>People in my life who support me My parents support me most of the time. Until recently, my sisters lived at home with us and they supported me a lot too. Now that they have moved out, I spend most of my home time with either my mum or my dad. I see my sisters often because they come home for dinner. Occasionally I will go to their house for a sleep over.</p> <p>I go to my Day Program 5 days per week. There are a few staff, who know how to support me well. Sometimes it is difficult to find a staff member that knows how to support me well and understands my communication so it is important that the staff that are in my life are sustained as much as possible and that if I have new staff, they have similar personalities to my current support workers.</p> <p>I also stay at respite a couple of times a month. When I go to respite, there are a couple of people who make my stay more successful. It is better that I am at respite when Bob or Bill are also staying there rather than others.</p> <p>My daily life I currently go to my day program 5 days per week from 9-3. I call this my workplace. Each morning, my mum and dad help me get ready for the day (personal care, breakfast, pack my bag and give me my medication) before driving me to work. At day program, I currently spend a lot of time in a room at the centre with a support worker using an iPad or watching TV. There have been increasing challenges when I go out both in the van and once I arrive at my destination because I get very excited and overwhelmed. For this reason, I rarely leave the centre.</p>
<p>Part 2: My Goals</p> <p>This part of my Participant Statement lists my goals and things I want to work towards during this plan</p> <p>My First Goal is: To be able to spend more time in the community and increase community participation. During this plan I want: To find some places I would be comfortable spend time in During this plan I want: to meet people with a common interest and see them on a regular basis During this plan I want: go out after work at least twice a week to places I like</p> <p>My Second Goal is: To be more independent around my house. During this plan I want: To learn how to prepare myself a snack safely During this plan I want: To learn how to contact my family (skype) During this plan I want: explore options of having a companion dog During this plan I want: find a companion dog</p> <p>My Third Goal is: To be safer in the community. During this plan I want: To have strategies to remain calm During this plan I want: Spend more time in my local community</p> <p>My Fourth Goal is: To maximise health and wellbeing and to maintain an active lifestyle. During this plan I want: go swimming regularly During this plan I want: During this plan I want: During this plan I want:</p> <p>My Fifth Goal is: To increase communication During this plan I want: To learn how to use my iPad for communication</p>	<p>Assistance with daily life at home in the community, education and at work Budget \$45,918.00 Reference number: 0001 How will the supports be paid: NDIS will pay my support provider directly for these supports This support budget can only be used from: 01 September 2015 to 31 August 2016 Purpose of Support: Jim will use this support to increase his community participation and to support him with his self-care activities. This includes assistance to access community, social and recreational activities.</p> <p>Transport to access daily living activities Budget (pending quote) Reference number: 0002 How will the supports be paid: NDIS will pay my support provider directly for these supports This support budget can only be used from: 01 September 2015 to 31 August 2016 Purpose of Support: Assistance to travel to place of work and social commitments.</p> <p>Improved daily living skills Budget \$1,500.00 Reference number: 0004 How will the supports be paid: NDIS will pay my support provider directly for these supports This support budget can only be used from: 01 September 2015 to 31 August 2016 Purpose of Support: To support Jim with his daily living skills including training for informal support and individual assessment.</p>

출처: Sunnyfield disability service (2015). Sunnyfield NDIS preparation Family Forum, December 2015.
http://www.sunnyfield.org.au/wp-content/uploads/2015/12/NDIS-Preparation-Family-Forum-FAQ.pdf

위 그림에서 제시한 바와 같이 NDIS 실제 작성 문서를 살펴보면, Part 1은 개인의 현재 상황과 욕구에 관한 사항이 기재되어 있고, Part 2는 개인의 목표와 목표 달성을 위해 필요로 하는 것이 기재되어 있다. 마지막 페이지에는 목표 달성을 위해 필요로 하는 서비스에 대한 예산 프로포절을 제시한 것이다.

이 프로포절에는 원하는 서비스의 예산 금액, 지원 받는 방법, 지원 기간, 지원 목적 등이 기재되어 있다. 특히 시범 사업 기간 동안에는 효율적인 예산 신청을 지원하기 위하여 서비스 가격 가이드라인을 홈페이지에 게시하고, 플래너는 이 가격 가이드라인을 참고하여 예산 프로포절을 작성할 수 있게 수행된 바 있다(Sunnyfield disability service, 2015).

4. 시사점

호주의 장애인복지제도는 90년 후반부터 변화하면서 지난 몇 년 간은 혁신적인 변화가 일어나고 있다. 90년대의 변화는 센터링크를 중심으로 고용의 의무성이 강조된 사회보장제도이며 지난 몇 년 간의 변화를 NDIS 제도 도입이라 할 수 있다. 센터링크는 소득보장급여의 증가로 인해 설립되었다고 볼 수 있다. 센터링크가 출범한 당시 노동연령층의 2백60만 명이 소득보장 대상자가 되었다. 당시 이러한 수치는 경제활동 인구의 약 18%였으며 이중 31%는 실업상태였다고 한다.

결과적으로 보수주의 성격의 정권이 집권하면서 공동의무(mutual obligation)를 강조하게 되었다. 즉, 장애연금을 받기 위해서 수급자가 취업 또는 직업과 관련된 활동을 수행해야 한다는 것이다. 결과적으로 센터링크를 중심으로 지역사회 내 고용서비스 기관과 연계하도록 설계되었다. 근로기회와 고용서비스를 제공함으로써 정부 보조금에 대한 의존도를 줄이고자 하는 방안이다.

호주도 우리나라와 비슷하게 의료중심의 판정제도를 가지고 있다. 우리나라와의 차이는 장애유형별 장애정도를 획일화하여 등급체계를 가지고 있는 우리나라와는 달리 장애유형보다는 기능적 제한 중심의 평가를 하고 있다는 것이다. 기능적 제한 평가를 통해 장애로 인해 미치는 근로능력 정도를 평가하기 때문이다. 호주에서 장애판정을 실시하는 주목적은 근로능력 평가를 통해 근로능력이 현저히 떨어지는 경우에는 장애연금을 지급하기 위해서이다.

장애연금을 수령하기 위해서는 정부 기관인 센터링크를 통해 근로능력을 평가하고 근로능력 정도에 따라 지역사회 내 고용네트워크 기관들을 통해 직업훈련 및 직업재활 서비스 등을 제공하고 있다. 즉, 장애인들의 장애연금수급자로 전락하는 것을 최대한 방지하기 위한 노력을 하고 있다. 또한 호주의 경우에는 다양한 근로유인기제를 작동하고 있다. 이러한 제도를 통해 탈 수급에 대한 불안감을 감소시키고 있다. 우리나라의 경우에는 아직까지 장애연금 급여수준이 높지 않지만 근로능력이 있는 장애인들의 경우에도 의료보장혜택 탈락 등을 우려하여 탈 수급에 대한 염려가 높은 것이 현실이다. 앞으로 호주와 같이 소득보장과 고용서비스를 연계하는 방안이 필요할 것이다.

장애판정과 관련해서 호주의 NDIS 제도에서도 장애유무는 서비스 필수 조건이지만 엄격한 장애판정을 하지 않고 있다. 이 제도의 목적은 필요한 서비스를 제공하는데 있기 때문이다. 호주와 우리나라의 장애복지체계를 단순히 비교할 수 없으나 호주가 NDIS 도입을 할 수 밖에 없는 상황은 우리나라 복지현황에 대한 문제점을 해결하는데 시발점이 될 수 있다고 본다.

호주의 경우에도 장애인복지서비스는 복잡한 서비스 전달체계, 서비스 공급자 중심으로 진행되면서 투입되는 예산 대비 장애인 당사자들의 서비스 만족도는 매우 낮았다고 한다. NDIS 도입을 통해 기관 중심의 장애 서비스의 비효율성을 극복하기 위하여 기획, 예산 사용 및 서비스 전달 등 모든 부문에 걸쳐 새롭게 설계되었다고 할 수 있다.

우리나라의 경우에도 재가 장애인들의 서비스 욕구가 다양해지고 장애의 노령화 및 중증화로 인해 기존의 서비스 제공기관이나 서비스만으로 제공될 수 있는 서비스가 부족한 것이 현실이다. 또한 기존의 서비스기관들을 통해 제공되는 서비스가 장애인 당사자들의 서비스 욕구에 맞지 않는 경우도 많이 발생하고 있다. 호주의 NDIS 제도에서는 중증과 경증 장애인 모두를 배려하고 있다. 경증장애인에게는 장애로 인해 어려움을 미리 방지할 수 있도록 지원하고 있다. 중증장애인에게는 다양한 서비스를 제공하여 미래에 좀 더 의미 있는 성과를 거둘 수 있도록 지원한다. 이러한 방식은 현재 중증위주로 제공되는 우리나라 장애인복지서비스에서도 벤치마킹할 부분이라 본다.

우리나라 측면에서 볼 때 호주에서 도입한 NDIS 제도는 복지개혁 수준이다. 각 정부부처에서 장애인에게 투입되었던 예산을 NDIS에 투입하고 서비스를 제공하기 위해 NDIA 전달체계까지 구축했기 때문이다. 결과적으로 NDIS 도입으로 장애인에게는 자신의 삶에 영향을 미치는 각종 서비스에 대한 선택과 통제의 기회를, 서비스 제공기관

에게는 경쟁을 통한 서비스 질 제고의 기회를, 지역사회는 보다 통합된 환경을 조성할 수 있는 기회를 부여받게 되었다. 또한 정부는 보다 효율적인 관점에서 장애 서비스를 실시할 수 있는 제도적 기반을 갖추게 되었다. 또한 그 무엇보다 NDIS가 사회보험성격을 가지고 있어 범국민적 지지를 확보하는 노력을 하였다 것도 시사하는 바가 크다. 우리나라와 단순 비교하는 것은 무리가 있으나 NDIS 도입은 내년부터 장애등급제를 개편하고 수요자 중심의 맞춤형 서비스 지원 체계를 도입하는 목적과는 유사성이 높다.

1987년 장애인등록 시범사업으로 시작된 장애인 등급 제도는 서비스를 이용하는 장애인 당사자보다는 서비스를 제공하는 공급자에 초점을 맞춘 전형적인 행정 편의적 제도라 할 수 있다. 이러한 문제점에 대한 인식으로 보건복지부는 지난 2009년부터 수요자, 소비자, 장애인 중심의 맞춤형 복지 서비스 지원 체계를 구축하기 위한 모형을 개발해 왔고, 3차례의 시범 사업을 진행하였다.

그러나 맞춤형 서비스를 제공하는데 있어 해결해야 하는 문제점이 있다. 우선적으로 맞춤형지원조사표 항목에 대한 인식부족이다. 기존의 장애등급제에서 적용하였던 장애유형별 의료평가를 지양하고 ICF(International Classification of Functioning)를 기반으로 신체, 활동과 참여, 환경 및 개인요인들로 구성된 항목으로 개발하였다. 장애유형과 무관하게 장애로 인한 종합적인 기능제한/어려움을 평가하는 방식이나 일부 장애인단체들은 장애유형별로 필요한 지원조사표를 요구하고 있다. 이제까지 진행되었던 장애유형 별 평가에 대한 익숙함이 영향을 미쳤다고 본다. 복지국가들의 사례를 보더라도 장애유형 별 접근으로 장애를 평가하지 않고 있다. 이는 장애유형별로 어떤 평가항목을 개발하더라도 해당 장애유형의 장애인을 만족시키기는 어렵기 때문이다. 따라서 해외 사례에서도 장애평가는 장애유형이 아닌 장애로 인해 영향을 받고 있는 기능을 중심으로 진행하고 있다.

두 번째 요인으로는 서비스 내용 및 기관 부재라는 문제점을 안고 있다. 현재 우리나라에서 제공되는 서비스 내용은 매우 제한적이다. 서비스 내용 및 기관을 늘리기 위해서는 재원 확보가 이뤄져야 하는데 녹록치 않은 것이 현실이다. 예산 증액 없이 장애인에게 맞춤형 서비스를 제공한다는 것은 가능하지 않기 때문이다. 호주에서 NDIS가 가능했던 가장 큰 이유는 예산 확보방식이다. 따라서 호주 생산성위원회가 NDIS 도입을 제안하면서 함께 제안했던 추가 세수 확보를 통한 비용 충당 방안과 이에 대한 경제적

편익 분석 결과는 우리나라 장애인복지체계 변화를 위해 시사점을 제공할 것이라 본다. 우리나라의 경우에도 각 부처에서 장애인복지로 사용되는 예산들이 있다. 각 부처 별로 보면 크지 않은 경우도 있지만 모두 한 기관으로 통합한다면 적지 않은 금액이 될 거라 예상한다.

이미 복지선진국의 경우에는 개인예산제도, 자기 주도적 서비스, 자기 관리 서비스 등을 통해 장애인들이 서비스 이용 방식을 선택하고 조정하는 것이 추세이다. 호주도 기존의 장애인 복지 제도와 같이 기관에 복지 서비스 운영에 따른 비용을 지급하는 방식이 아니라 이용자에게 직접 예산을 지원하고, 이용자는 자신의 서비스 목표에 적합한 서비스를 제공하는 기관을 선택 한 후 서비스를 이용한 것에 대한 비용을 서비스 기관에 지급하도록 하는 시스템을 채택하게 된 것이다. 따라서 우리나라에서 NDIS와 같은 소비자의 욕구 중심제도 도입되기 위해서는 중앙정부와 지방자치 단체와의 서비스 제도에 대한 예산확보를 위한 합의와 서비스 당사자들에게 좀 더 구체적인 서비스 정보제공, 및 서비스 제공기관의 연계를 위한 서비스 관계망 구축이 필요하다. 호주와 NDIS와 같은 복지개혁이 어렵다면 맞춤형서비스를 지원하기 위해서 우선적으로 이러한 예산을 통합하는 노력부터 시작하는 방안도 있을 것이다.

제3절 독일

독일의 장애인정책은 2006년도에 채택된 국제장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities: CRPD)을 준수하기 위해 많은 노력을 하고 있다. 그 예로 'UN장애인권리협약의 실행을 위한 국가적 행동계획(NAP 2.0, 이하 '국가행동계획')'을 연방정부차원에서 계획하여 실천하고 있으며 주정부, 지방자치단체, 그리고 지역사회 단체나 기업 수준까지 CRPD 이행을 위한 행동계획을 실천하고 있다.

국가행동계획의 목표는 장애인의 완전한 사회참여와 통합이다. 이러한 목적을 이루기 위하여 장애인을 위한 모든 서비스에서 변화가 일어나고 있다. 예를 들면 의학적 중심에서 사회 환경에 초점을 맞춘 장애판정 도구의 변화, 돌봄 급여(Pflegeleistung) 대상자의 확대와 급여량의 확대, '상담소(Ansprechstelle)'의 확대와 같은 장애서비스

전달체계의 개선, 그리고 생계지원 영역에서 편입급여(Eingliederungshilfe) 대상의 확대 등을 언급할 수 있다. 특히 장애판정체계에 있어 의학적인 관점을 벗어나 사회 환경적인 관점을 포함하기 위해 객관적인 판정도구 이외에 당사자의 생활에서 산출되는 다양한 자료들을 중요한 기반자료로 사용하고 있다. 그리고 장애판정으로 도출된 ‘장애정도(GdB)’와 ‘건강상의 특징(Merkmale der Gesundheit)’은 다양한 방식으로 결합하여 소득보장, 고용서비스, 사회서비스 영역에서 급여 및 서비스의 제공 기준으로 삼고 있다.

일원화된 장애판정체계를 통한 모든 서비스 영역에서의 급여 제공은 장애인들의 요구와 욕구를 더욱 적극적으로 반영하고 통합적인 전달체계를 가능하게 한다. 이러한 전달체계의 중심에는 ‘상담소(Ansprechstelle)’가 위치하고 있다. 상담소는 소득, 고용, 사회, 의료 등 장애인의 급여와 관련된 담당기관들이 함께 모여 장애인들이 권리로서 요구할 수 있는 모든 급여 및 서비스들에 관해 상담을 하고 신청을 받고 필요한 경우 직접 연계를 하고 있다. 이러한 독일의 장애인 판정체계의 독특성은 장애인 급여 및 서비스 전달체계의 긍정적인 변화를 가능하게 했으며, 또한 사회의 모든 영역에서 장애인의 사회통합을 위해 변화를 촉진시키고 있다.

1. 장애측정기준

독일의 장애 개념은 사회법전 제9권 제2조에 진술된 장애인 정의에 바탕을 두고 있다. 즉 장애인이란 ‘어떤 사람의 신체적 기능, 정신적 능력, 또는 정서적 건강이 높은 개연성을 가지고 6개월 이상 해당 연령의 전형적인 상태에서 벗어나 그로 인해 그 사회의 공동체 참여가 침해된 자’를 의미한다. 여기에는 장애를 신체적, 정신적, 정서적 건강에서의 기능상의 침해라는 개인적인 요소와 사회적 공공생활의 참여의 어려움이 라는 사회적 요소가 상호작용으로 나타난 결과로서 인식하고 있다(조운화·김정희·이동석 외, 2015). 이때 개인적인 손상 여부, 즉 의학적인 관점에서 손상의 원인이나 손상의 정도는 중요하지 않으며 기능상의 제한이 사회 참여에 미치는 영향을 중요하게 바라보고 있다. 그래서 사회 환경적인 측면에서의 장애 정의는 소득보장 영역과 고용 서비스 영역에서의 모든 장애인 급여 제공에 있어서 기본적인 토대를 제공한다.

가. 소득보장

소득보장의 주요 기여급여 영역에는 대표적으로 ‘중증장애인을 위한 (조기)연금’과 ‘소득능력감소연금’이 있으며 소득능력감소연금에는 다시 ‘부분소득능력감소연금’과 ‘완전소득능력감소연금’으로 구분된다.

‘중증장애인을 위한 조기연금’은 건강상의 문제로 연금수령 연령 때까지 근로활동을 할 수 없는 중증장애인에게 연금의 조기수급을 통한 소득 지원을 제공하는 급여이다.¹³⁾ 조기연금의 수급 대상은 기본적으로 첫째, 중증장애인(GdB50이상의 장애인)으로 연금지급이전부터 연금지급개시 일까지 장애가 계속 존재하고 있으며, 둘째, 35년의 연금가입기간을 충족시켜야 한다. 그래서 장애판정과정을 통하여 법적으로 ‘중증장애인’으로 인정받는 것이 기본적인 조건에 속한다.

이 때 법적 중증장애인은 손상 정도가 높은 것을 의미하는 것이 아니라 사회법전 제 9권 제2조에 진술된 장애정의에 따라서 건강상의 침해가 사회적 삶에 참여하는데 끼치는 영향이 높은 자로 정의할 수 있다. 중증장애인의 법적 인정은 장애판정과정에서 판정도구인 ‘원호의학적 원칙들을 포함한 원호의학명령(Versorgungsmedizin-Versorgung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen: VersMedV, 이하 ‘원호의학명령’)을 통하여 확정된다. 그러나 원호의학명령 판정도구는 의료적인 내용에 기반하고 있지만 동시에 사회 환경적인 측면에서의 기능침해의 사회적 영향도 중요한 기준으로 포함하고 있다.

‘소득능력감소연금’은 직업 능력이 계속 저하된 중증장애인과 후천적으로 산업재해나 사고, 질병 등으로 인하여 장애를 가져 소득능력이 완전히 또는 부분적으로 감소될 때 받을 수 있는 연금이다(조윤화·김정희·이동석 외, 2015). 따라서 피보험자의 소득능력이 감소된 경우 반드시 남은 근로능력(Leistungsvermögen)이 어느 정도인지 확정되어야 한다(김영미, 2011).

소득능력감소연금의 수급을 위해서는 우선 의학적인 기준으로 완전한 또는 부분적인 소득능력의 저하 증명을 해야 하며, 최근 의무보험료 납부기간 36개월을 포함하여 보험료 납부기간이 총 5년 이상인 자¹⁴⁾와 같은 기본적인 전제조건을 충족시켜야 한다

13) 우리나라 국민연금 중 조기노령연금에 해당한다.

14) <http://www.behindertenbeauftragte.de/DE/Themen/Soziales/Renten/Erwerbsminderungsrente>

(김승완·나영희·윤상용 외, 2014). “감소된 소득능력”은 일반노동시장을 지배하는 통상의 조건하에서 질병이나 장애를 조건으로 한 근로상실(Leistungseinbuse) 정도를 하루 중 단위시간으로 측정한다(김영미, 2011). 소득능력감소 원인으로서의 질병(Krankheit)은 피보험자의 소득능력을 감소시키는 모든 비정상적인 육체적, 정신적 또는 심리적 상태를 의미하며, 의료조치의 필요성이 있는지 여부는 문제되지 않는다. 장애(Behinderung) 역시 비정상적인 육체적, 정신적 또는 심리적 상태를 의미하지만 질병과 달리 지속적인 상태일 것을 요구한다. 소득능력감소 연금에 대한 이러한 의학적 조건은 연금보험자인 독일연금보험연합¹⁵⁾에 의해 의학적 근거에 따라 심사된다(김영미, 2011).

일반노동시장의 통상적인 조건 하에서 5일 근무 시 매일 3시간~6시간미만의 근로활동이 가능하다면 ‘부분소득능력감소연금’을 받을 수 있으며, 매일 3시간 이하의 근로활동만 가능하다면 ‘완전소득능력감소연금’을 수급할 수 있다.¹⁶⁾ 이때 장애인작업장 또는 다른 보호(고용)작업장에 근무하고 있거나 장애의 유형과 중증도로 인하여 일반고용시장에서 활동할 수 없을 때 근본적으로 완전소득능력감소로 인정받는다.¹⁷⁾ 그리고 건강상의 이유로 단지 최소한 3시간~6시간 사이의 부분노동활동이 가능하지만, 적절한 부분시간 고용활동자리가 없어 실업상태에 있다면 완전소득능력감소로 간주된다.¹⁸⁾ 따라서 의학적인 관점으로는 부분소득능력감소일지라도 폐쇄적인 노동시장 때문에 완전소득능력감소연금을 받을 수 있다.

근로활동을 위한 건강 능력의 측정은 일반적으로 의료적 자료 또는 장애판정을 통해 확정된 결과들-예를 들면 GdB100을 받은 최중증 장애인-을 가지고 인정받지만, 때로

/Erwerbsminderungsrente_node.html;jsessionid=8357AD7788BA1BC94FB237BB7A996855.2_cid355

15) 한국에 있어서 국민연금관리공단에 해당하는 독일연금보험연합(Deutsche Rentenversicherung Bund)이 이를 담당한다(김영미, 2011).

16) http://www.behindertenbeauftragte.de/DE/Themen/Soziales/Renten/Erwerbsminderungsrente/Erwerbsminderungsrente_node.html;jsessionid=8357AD7788BA1BC94FB237BB7A996855.2_cid355

17) https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/2_Rente_Reha/01_rente/01_grundwissen/03_rentenarten_und_leistungen/08a_erwerbsminderungsrente/00_rente_bei_voller_em.html

18) https://www.deutsche-rentenversicherung.de/Allgemein/de/Inhalt/2_Rente_Reha/01_rente/01_grundwissen/03_rentenarten_und_leistungen/08a_erwerbsminderungsrente/01_rente_bei_teilweiser_em.html

는 민간연금보험의 경우에는 장애판정 결과를 사용하는 대신에 별도의 의학적 진단도구인 ‘사회의학적 판정(Sozialmedizinischer Dienst)’을 통하여 확정하게 된다.

소득보장의 주요 비기여급여로는 장애아동을 위한 아동수당(Kindergeld)이 있다. 독일에서는 장애아동을 포함하여 모든 아동에게 아동수당을 제공하고 있으며 그 안에서 장애아동의 상황을 더욱 고려하고 있다. 예를 들면 다음과 같은 기본적인 조건의 장애아동에게는 18세 이후에도 연령에 상관없이 아동수당을 계속 지급할 수 있다(조운화·김정희·이동석 외, 2015).

첫째, 신체적, 정신적, 정서적 장애의 진단 뿐 아니라 장애판정 시 ‘H(완전도움이 필요한 장애인)’로 건강상의 특징(Merkmale der Gesundheit)을 확정 받은 아동으로 스스로 생계비를 부담할 수 없다는 것을 증명해야 한다. 만약 ‘H’ 표시를 받지 못했다면 연방노동에이전트(아동수당 담당기관)에서 실시하는 아동의 진단평가를 통해 아동의 생계비 부담능력의 부재를 증명할 수 있다.

둘째, 아동의 장애가 25세 이전에 진단받거나 또는 25세 이전에 장애를 진단받았지만 25세 전후로 독립적 생활이 힘든 경우이다.

이 중 첫 번째 기준은 법적 장애정의를 바탕으로 장애판정과정에서 도출된 건강상의 특징(Merkmale der Gesundheit)에 토대를 두고 있다. 그리고 앞에서 보았던 원호의 학명령 장애판정도구를 통하여 아동의 건강상의 특징이 확정된다.

나. 고용서비스

독일의 고용서비스는 장애인의 생업능력을 유지, 증진, 회복시키고, 근로참여를 지속시키고자 하는 목적으로 사회법전 제9권 제1장에서 진술된 ‘근로 참여’ 급여에 포함되어 다음과 같이 다양하게 제공되고 있다.

〈표 3-13〉 근로 참여 영역에서의 고용 서비스

근로 참여
<ul style="list-style-type: none"> • 구직과 근로훈련 (Berufsfindung und Arbeitserprobung) • 근로장비 및 근로보조기기 (Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen) • 근로지원인 (Arbeitsassistentenz) • 자동차보조금 (Kraftfahrzeughilfe) • 창립보조금 (Gründungszuschuss) • 차량비용보조금 (Fahrtkostenbeihilfe) • 분리주거비용보조금 (Trennungskostenbeihilfe) • 임시보조금 (Übergangsbeihilfe) • 이사비용 보조금 (Umzugskostenbeihilfe) • 주거지원 (Wohnungshilfen)

독일의 고용서비스들은 무엇보다도 ‘중증장애인 의무고용제’의 바탕위에서 제공된다. 중증장애인 의무고용제는 사회법전 제9권 제71~73조에 따라서 연평균 20인 이상의 일자리를 갖고 있는 공공부분과 민간부분의 사업주는 일자리의 5%를 중증장애인으로 고용해야 하는 제도이다. 이때 중증장애인은 GdB50이상의 장애인을 의미하고 있으며, 특히 최중증 장애인(GdB100의 장애인)의 고용은 최대 세 자리를 고용한 것으로 간주하는 트리플카운트 제도를 실시하고 있다(이수용·신은경·김용진 외, 2017). 이것은 고용영역에서 법적 장애인 정의를 바탕으로 기본적인 장애판정 결과를 동일하게 사용하고 있음을 의미한다. 왜냐하면 독일에서는 기능침해로 일상생활에 미치는 영향이 근로생활에 미치는 영향과 서로 다르지 않다고 보기 때문이다. 그래서 고용영역에서 별도의 장애 개념과 장애판정기준을 가지지 않고 법적 장애 기준을 동일하게 적용하고 있다. 이러한 예는 고용서비스 중 대표적인 서비스인 ‘근로지원인(Arbeitsassistentenz)’ 제도에서도 찾아볼 수 있다. 근로지원인은 중증장애인의 근로생활에서 직무를 잘 수행할 수 있도록 개별적 지원을 제공하는 사람을 의미한다. 근로지원인의 적격 대상으로는 기본적으로 일반고용시장에서 주 15시간 이상의 근로활동을 하는 근로자로 GdB 50 이상의 중증장애인으로 중증의 감각장애인(청각장애와 시각장애), 그리고 휠체어 장애인이 신청 가능하다.¹⁹⁾ 그리고 중증장애인이라면 실습생 및 인턴, 직업훈련생, 그리고 자영업자도 근로지원인 서비스를 이용할 수 있다.²⁰⁾ 이 외에도 다른 고용 서비스

19) <https://www.betanet.de/arbeitsassistentenz.html>

20) http://www.imhplus.de/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=99&lang=de

들도 중증장애인, 즉 GdB50 이상의 장애인을 대상으로 실시되고 있다. 그러나 GdB 30~40을 판정받은 장애인도 고용 영역에서 중증장애인과 동등한 권리를 행사할 수 있다. 예를 들면 기본적인 휴가 기간의 연장, 해고 보호 조치 등에 있어서는 중증장애인과 같은 고용 권리를 가지고 있다.

결국 장애인 고용 서비스들은 기본적인 법적 장애 개념과 장애판정기준 위에서 제공되고 있으며 특히 의료적인 측면 뿐 아니라 사회정치적 또는 사회환경적 측면에서 바라보는 ‘중증장애인’ 개념의 중심으로 실시되고 있다.

다. 사회서비스

독일의 장애인을 위한 많은 사회서비스는 소득 및 고용 서비스와 마찬가지로 기본적으로 법적 장애인 개념 위에서 이루어지고 있다. 예를 들면 개인예산제(Persönliche Budget), 공공교통수단의 무료 이용 및 TV 수신료 면제와 같은 다양한 감면 할인 제도, 주거 지원 및 자립생활 지원 등은 장애판정을 통해 법적 중증장애인으로 인정받은 장애인에게 제공된다. 그러나 우리나라의 장애인 활동지원에 해당되는 ‘돌봄 급여’는 다른 판정기준을 가지고 있다.

독일의 돌봄 급여(Pflegeleistungen)는 ‘돌봄 필요성’을 가지는 모든 자에게 제공되고 있으며 2017년부터 발효된 ‘돌봄 강화법(Pflegestärkungsgesetz)’에 따라서 많은 부분들이 변하고 있다. 우선 돌봄 급여의 대상자를 사회법전 제9권 제2조에 따른 신체적, 정신적, 정서적 침해를 가진 사람과 진단을 통하여 그와 동등한 권한을 가진 모든 자로 정의하고 있다. 그래서 장애인 뿐 아니라 돌봄이 필요한 노인과 아동 등도 수급 대상에 속하고 있으며 최소한 1시간 이상의 돌봄 필요성이 판정된 자는 돌봄 급여를 현금 또는 현물로 이용할 수 있다.

‘돌봄 필요성’에 대한 판정은 2017년부터 다음과 같은 일상생활의 6가지 영역에서의 수행 능력 정도(예: 독립 수행 가능, 부분 수행 가능, 독립 수행 불가능)를 통하여 이루어지고 있다.

〈표 3-14〉 돌봄 필요성에 대한 판정²¹⁾²²⁾

영역	비율	예시
1. 이동	10%	주거지 안에서의 이동, 화장실 가기, 계단 오르기 등
2. 인지적 및 의사소통기능	7.5%	시간적 및 공간적 인지, 위험 인지, 대화 유지 등
3. 행동방식 및 심리적 문제	7.5%	자해행동과 공격적 행동, 야간에 계속적인 다동성 등
4. 자기관리	40%	신체관리(씻기, 옷 입기, 음식섭취 등)
5. 질병 또는 치료로 인한 요구 수행	20%	약 섭취, 상처 및 혈당 관리, 의사방문, 정기적 치료 등
6. 일상생활 및 사회적 접촉	15%	일상생활 흐름의 수행, 다른 사람들과의 관계 형성 등

이러한 6가지 영역의 판정은 기본적으로 기능적 내용에 중점을 두고 있다. 즉 일상생활에서 필요한 기능적 일상생활활동(ADL)과 도구적 일상생활활동(IADL)을 얼마나 독립적으로 수행할 수 있는지와 그 수행 능력 정도(예: 독립 수행 가능, 부분 수행 가능, 독립 수행 불가능)에 따라 판정이 이루어지고 있다. 그래서 일상생활의 6가지 영역들은 각각 개별적인 모듈로 구성하여 복잡하고 광범위하고 점수 시스템에 따라서 평가하며 그 중 자기관리 영역이 40%로 가장 큰 점수를 차지하고 있다(김용진, 2017).

돌봄 필요성의 측정과 그에 따른 돌봄 급여량 확정은 일상생활활동 중심의 표준화된 평가도구 이외에도 돌봄 수급자와 관련 있는 다른 자료들도 중요한 근거를 제공한다. 예를 들면 의료적 진단서 또는 의사 소견서, 현재 복용하는 약 리스트, 돌봄 기록지 및 돌봄 기관의 보고서, 그리고 사회서비스 담당기관의 신청자의 상황을 증명하는 공식 문서 등은 돌봄 필요성에 대한 증거로 사용되고 있다. 또한 돌봄을 도와주는 가족, 기관의 돌봄인 등은 돌봄 급여 판정 시 함께 참석하고 의견을 제시하여 돌봄 수급자의 일상생활 수행능력 침해 여부와 그에 따른 수행능력 정도를 판정하는데 보충적 역할을 제공한다.²³⁾ 이렇듯 돌봄 급여는 돌봄 필요성이라는 개념 하에서 일상생활활동 중심

21) <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/>

22) <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/pflegebeurteilung.html#c4791>

23) <https://www.pflegestaerkungsgesetz.de/pflege-fragen/pflege/fragen/wie-laeuft-eine-begutacht>

으로 판정이 이루어지고 있다는 점에서 사회서비스 영역의 여러 서비스들과는 다른 관점을 가진다.

지금까지 독일의 정책 영역별로 중요한 정의와 측정 영역들에 대해 살펴보았는데 종합적으로 다음과 같이 정리할 수 있다.

〈표 3-15〉 정책영역별 장애판정

정책 영역	측정	구분
소득 보장 및 고용	장애정의	<ul style="list-style-type: none"> - '어떤 사람의 신체적 기능, 정신적 능력, 또는 정서적 건강이 높은 개연성을 가지고 6개월 이상 해당 연령의 전형적인 상태에서 벗어나 그로 인해 그 사회의 공동체 참여가 침해된 자'(사회법전 제9권 제2조) - 의료적 + 사회정치적 - 능력 접근법
	측정 영역	<ul style="list-style-type: none"> - 원호의학적 원칙들을 포함한 원호의학명령 (Versorgungsmedizin-Verordnung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen: VersMedV) - 의료적 + 사회정치적
	측정 기준 (지표)	- 18개 신체 기관: 머리와 얼굴, 신경시스템과 정신, 시각기관, 청각 및 평형손상, 코, 가슴, 내호흡기 및 폐, 심장과 순환, 소화기관, 관절, 남성생식기관, 여성생식기관, 신장기관, 신진대사 및 내분비, 혈액 및 혈액생성기관 및 면역시스템, 피부, 지지 및 운동시스템과 류마티즘 질환
사회 서비스 (일상생활 중 돌봄 서비스)	장애정의	- 돌봄 필요성을 가진 자로 신체적, 정신적, 정서적 침해를 가진 사람 이외에도 진단을 통하여 그와 동등한 권한을 가진 모든 자
	측정 영역	<ul style="list-style-type: none"> - 돌봄 판정도구 - 기능적(기능적 일상생활활동 중심+도구적 일상생활활동 중심)
	측정 기준 (지표)	<ul style="list-style-type: none"> - 이동 - 인지적 및 의사소통기능 - 행동방식 및 심리적 문제 - 자기관리 - 질병 또는 치료에 근거한 요구 수행 - 일상생활 및 사회적 접촉의 형성
사회 서비스 (일상생활 중 그 외 서비스)	장애정의	<ul style="list-style-type: none"> - '어떤 사람의 신체적 기능, 정신적 능력, 또는 정서적 건강이 높은 개연성을 가지고 6개월 이상 해당 연령의 전형적인 상태에서 벗어나 그로 인해 그 사회의 공동체 참여가 침해된 자'(사회법전 제9권 제2조) - 의료적 + 사회정치적 - 능력 접근법
	측정 영역	<ul style="list-style-type: none"> - 원호의학적 원칙들을 포함한 원호의학명령 (Versorgungsmedizin-Verordnung mit den Versorgungsmedizinischen Grundsätzen: VersMedV) - 의료적 + 사회정치적
	측정 기준	- 18개 신체 기관: 머리와 얼굴, 신경시스템과 정신, 시각기관, 청각 및 평형손

정책 영역	측정	구분
	(지표)	상, 코, 가슴, 내호흡기 및 폐, 심장과 순환, 소화기관, 관절, 남성생식기관, 여성 생식기관, 신장기관, 신진대사 및 내분비, 혈액 및 혈액생성기관 및 면역시스템, 피부, 지지 및 운동시스템과 류마티즘 질환

2. 장애판정체계(전달체계)

1) 장애판정 과정

독일의 장애 판정은 일반적으로 ‘원호청(Versorgungsamt)’에서 담당하고 있다. 원호청은 1, 2차 세계 대전을 거치면서 발생한 많은 전쟁 상이용사와 그 가족들을 지원하기 위하여 설립된 기관이다. 그러나 현재는 기본법(Grundgesetz)에 따라서 장애인, 전쟁 유공자, 사회적 폭력 피해자, 전염병 피해자 등 특정한 사회그룹들을 위한 의학적인 업무와 함께 기본적인 복지서비스 업무를 담당하고 있다.²⁴⁾ 장애인과 관련된 업무로는 사회법전 제9권 ‘중증장애인의 재활과 참여’에 근거해서 장애판정을 통하여 중증장애인의 확정과 중증장애인 증명카드의 발행, 그리고 공공교통수단의 무료이용을 위한 신청 등을 들 수 있다.²⁵⁾ 이 중 가장 중요한 업무는 장애판정이며 다음과 같은 절차를 거쳐 이루어진다.

먼저 신청단계이다. 15세 이상의 연령을 가진 사람이라면 법적 보호자나 법적 대리인의 동의 없이 본인이 직접 신청²⁶⁾할 수 있으며 15세 미만의 아동의 경우 법적 대리인, 예를 들면 부모 또는 법적 양육인이 신청 가능하다. 또한 변호사와 같은 법조인, 장애인협회의 대표 등 장애인이 신청 권한을 법적으로 위임한 사람도 신청할 수 있다. 신청은 온라인과 오프라인에서 모두 가능하며 신청자의 거주지에 있는 지역 원호청 및

24) <https://de.wikipedia.org/wiki/Versorgungsamt>

25) 원호청은 개별 주 또는 지역의 특성에 따라서 ‘사회원호청(Landesamt für Soziales und Versorgung)’, ‘사회청(Amt für soziale Angelegenheiten)’, ‘가족사회청(Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS))’으로 불리고 있으며 또한 장애판정도 여기서 담당하고 있다.
(<https://www.betanet.de/versorgungsamt.html>)

26) <http://www.berlin.de/lageso/behinderung/schwerbehinderung-ersorgungsamt/antragstellung/#aufenthalt>

다양한 관공서-시청, 주민관청, 사회청 그리고 장애인 단체나 협회 등-에서 신청서를 다운받아 작성하여 온라인 또는 우편으로 원호청에 제출하면 신청이 이루어진다.²⁷⁾ 그러나 정해진 신청형식 없이 신청할 수도 있다. 장애 판정의 대상은 독일 자국민 뿐 아니라 독일에서 3개월 이상 정기적으로 거주(학생)하거나 근로활동을 하는 외국인(노동자)도 신청할 수 있다.

두 번째는 접수단계로 원호청에 신청서가 접수되면 원호청에서는 장애 판정 신청 접수에 대해 신청자에게 통지한다.

세 번째는 원호청의 정보수집 단계이다. 여기서는 신청자가 제출한 충분한 자료가 있을 경우와 미비한 경우로 나누어 다르게 진행된다. 우선 신청자는 첫 번째 신청 단계에서 자신의 건강상태와 장애에 관한 의학적인 자료들을 첨부하여 제출해야 한다. 예를 들면 신청 시 병원 진단서 및 보고서, X-Ray 사진, 의사 소견서 등 신청자의 건강상태를 알 수 있는 모든 의학적인 자료들을 포함한다.²⁸⁾ 또한 그것과 관련하여 주치의(담당 의사)나 신청자 본인이 일상생활에서 경험하는 일상생활의 침해와 장애의 영향을 적은 기록을 함께 제출할 수 있다.²⁹⁾ 그래서 이러한 의학적인 자료들이 충분하다면 다음의 자료 검토 단계로 진행된다.

그러나 만약 의학적인 자료들을 함께 제출하지 못하거나 제출할 상황에 있지 못하다면 신청자는 자신이 치료받았거나/현재 치료받고 있는 병원 또는 재활기관명과 담당의사 이름에 대해 알려주고, 원호청에서는 그 담당 병원과 의사와 접촉하여 신청자와 관련된 자료를 수집하거나 담당 의사의 견해나 의견을 청취하게 된다.³⁰⁾ 이러한 과정에도 불구하고 장애정도를 판정하기에 의료적 자료들이 충분하지 못하면 신청인의 동의 하에 의학적 검사를 실시하게 된다. 만약 신청자가 동의하지 않는다면 이미 제출하거나 존재하는 자료들만을 가지고 장애판정이 이루어진다. 이렇게 장애판정체계에서 신청자의 의학적 진단서와 의사들의 소견서와 같은 의료적 정보들은 매우 중요하게 다루어지며 가장 기본적인 평가 자료로서 이해할 수 있다.

네 번째는 자료 검토와 장애 판정 단계이다. 이 단계에서는 원호청에 소속된 의사가

27) <http://www.lageso.berlin.de>

28) <http://www.sozialhilfe24.de/schwerbehinderung/antrag-versorgungsamt.html>

29) http://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/behinderung/9216/grad_der_behinderung_gdb

30) <http://www.widerspruch.org/widerspruch-versorgungsamt/>

신청자가 제출하거나 수집한 자료들을 검토하고 의학적인 사실관계를 확인한다. 그리고 2009년부터 발효된 ‘원호의학적 원칙들을 포함한 원호의학명령’이라는 평가 도구를 통하여 장애판정이 이루어진다. 장애판정의 결과는 세 가지 측면-장애존재유무, 장애정도(Grad der Behinderung: GdB, 이하 ‘GdB’), 그리고 건강상의 특징(Merkmale der Gesundheit)-으로 도출된다.

장애존재 유무란 개인의 일상생활에 영향을 미치는 기능상의 침해 여부를 판정하는 것이다. 그리고 GdB란 ‘한 개인의 기능침해가 사회적 삶에 참여하는데 끼치는 영향의 정도’를 의미한다(조윤화·김정희·이동석 외, 2015). 즉 해부학적이고 병리적인 측면에서의 손상 정도(손상율)가 아니라 기능상의 제한이 전반적인 삶의 영역에서 미치는 영향의 정도를 의미한다. 이러한 점에서 장애정도는 손상의 원인이나 손상의 크기보다는 삶에 미치는 영향을 더욱 중요시하는 사회적인 측면을 포함하는 개념이다.

GdB는 10단위로 숫자가 증가하여 GdB20부터 GdB100까지 법적 장애인으로 인정받으며 특히 GdB50 이상은 법적으로 중증장애인으로 인정받는다. 다만 GdB20 이하는 법적 장애인에 해당되지 않는다. 이것은 GdB의 숫자가 증가할수록 건강상의 침해가 일상생활 뿐 아니라 사회적 생활에 미치는 영향이 증가함을 의미하며 따라서 더 많은 사회적 지원을 요구할 수 있는 권리를 가지고 있음을 의미한다(조윤화·김정희·이동석 외, 2015).³¹⁾ 그래서 GdB50 이상의 중증장애인은 사회, 고용, 의료 영역 등 모든 영역에서 다양한 장애인 급여를 요구할 수 있으며 그것을 위한 기본적 증명자료로서 ‘중증장애인증명카드(Schwerstbehindertenausweis)’를 발급 받는다. GdB30~40의 장애인은 중증장애인증명카드 대신 필요시 장애인증명서만을 받으며 고용 영역 안에서 중증장애인과 동등한 대우를 받는다.

독일의 장애판정에는 장애존재유무와 장애정도(GdB)의 판정 뿐 아니라 ‘건강상의 특징(Merkmale der Gesundheit)’이 함께 확정된다. 건강상의 특징이란 주요한 건강상의 침해와 그로 인하여 발생할 수 있는 사회적 불리함을 상쇄할 수 있는 근거를 의미하는 것으로 다음과 같은 7가지로 구분할 수 있다.

31) 장애인 급여 중 사회적 급여를 제공받기 위해서는 GdB 판정을 전제로 하고 있다. 그러나 ‘노동생활 참여 급여’를 받기 위한 전제조건으로 중증장애인으로 판정받는 것을 절대적으로 요구하지는 않는다(<https://www.familienratgeber.de/schwerbehinderung/schwerbehindertenausweis.php>).

〈표 3-16〉 건강상의 특징(Merkmale der Gesundheit)

건강상의 특징		정의	내용
G	(Erhebliche Gehbehinderung)	도로교통 이용에 있어 현저한 보행장애	내부 질병을 통한 보행능력의 제한의 결과 또는 발작이나 방향능력의 장애의 결과로 인하여 도로교통을 이용하는데 있어 현저하게 침해된 자료 정의. 그래서 거리를 가는데 현저하게 어려움을 가지거나 위협에 빠질 수 있는 장애인
aG	(Außergewöhnliche Gehbehinderung)	도로교통 이용에 있어 심각한 보행장애	중도의 보행장애때문에 걸어서 이동하는 것이 극도로 제한을 가지는 장애인
B	(Berechtigung zur Mitnahme einer Begleitperson)	상시적 동반자 필요	동반자가 빈번하게 필요한 장애인
H	(Hilflosigkeit)	완전도움 필요	장애의 결과로 일상생활에서 규칙적으로 반복되는 일들에 있어서 일시적인 아닌 계속적이고 광범위한 도움이 필요한 장애인
Bl	(Blindheit)	시각장애	시력이 완전히 없는 시각장애
Gl	(Gehörlosigkeit)	청각장애	청력을 완전히 잃어버린 청각장애
RF	(Ermäßigung von der Rundfunkbeitragspflicht)	방송수신료 면제	방송 수신료의무 면제

자료: http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Merkzeichen-268.html
<http://www.sozialhilfe24.de/schwerbehinderung/schwerbehindertenausweis-merkzeichen-g.html>
http://www.versorgungsamt.de/Schwerbehindertenausweis_Merkzeichen_index.htm
<http://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/soziales/behinderung/merkzeichen-im-schwerbehindertenausweis>

다섯 번째는 장애판정 결과를 신청자에게 알려주는 통지 단계이다. 이때 신청자의 종합적인 장애정도와 건강상의 특징 결과를 공식문서로 알려주며 장애정도가 50 (GdB 50) 이상이면 중증장애인이카드가 함께 발급된다. 만약 신청자가 장애 판정결과에 이의가 있다면 공식적인 통지를 받은 후 한 달 이내에 문서로 이의 신청을 제기할 수 있다. 이의 제기에는 구체적인 사유와 그와 관련된 새로운 증빙 자료(예: 의학적 자료와 의사 소견 등)들이 있다면 함께 첨부하여 제시해야 한다. 그래서 신청자의 이의제기가 타당하다면, 원호청은 신청자에게 이의제기 접수 통지를 다시 보내며, 그것으로 인해 발생 가능한 새로운 비용에 대해서도 정보를 제공한다. 그리고 원호청이 이의제기를 받아들이지 않는다면 신청자가 할 수 있는 다른 방법-예를 들면 사회법원에 제소하는 방법-에 대해서도 알려주게 된다. 신청자는 원호청으로부터 이의제기 통지를 받은 후 한 달 이내에 지방사회법원에 소송을 제기해야 하며, 소송 중의 신청자가 받을 수 있는 장애 관련 모든 급여들은 기존에 받은 장애판정 결과에 근거하여 제공받는다.³²⁾

장애판정의 전체 과정-즉 신청서 접수부터 통지-은 법적으로 6개월 이내에 이루어져야 한다. 그러나 주나 자치시의 특성에 따라서 다양한 시간이 소요된다. 예를 들면 베를린시에서는 첫 번째 장애 판정 신청 때에는 평균적으로 약 91일을 필요로 하며, 장애 상태의 변화 또는 새로운 건강상의 문제가 발생하여 재신청을 할 경우 일반적으로 약 107일의 시간이 소요되고 있다.³³⁾ 그러나 긴급한 상황, 예를 들어 생명을 위협하는 질병을 가진 장애인에게는 우선적으로 장애 판정이 실시된다. 또한 근로자가 해고 보호와 관련하여 장애판정을 신청하는 경우에는 3주 이내에 모든 과정이 이루어지며, 특히 이미 의학적 소견서와 진단서를 제출했을 경우에는 2주 안에 판정 결과가 실시되어야 한다. 만약 충분한 연장 근거-신청자가 협력 의무를 따르지 않거나 신청자의 담당 의사의 소견서가 오래 걸리는 경우-없이 판정과정의 6개월을 초과하면 신청자는 그 지역의 법원에 소를 제기할 수 있다.³⁴⁾

지금까지의 장애판정과정을 정리하면 다음의 [그림 3-13]과 같다.

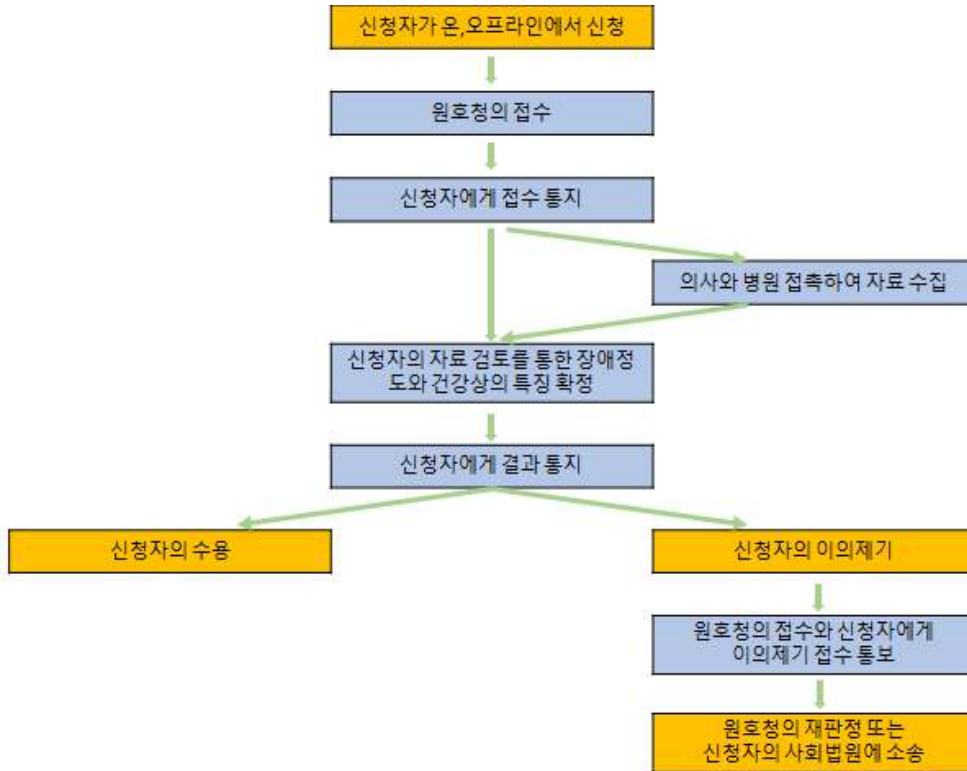
32) <http://www.berlin.de/lageso/behinderung/schwerbehinderung-versorgungsamt/feststellungsverfahren/>

33) <http://www.berlin.de/lageso/behinderung/schwerbehinderung-versorgungsamt/antragstellung/#aufenthalt>

34) <http://www.sozialhilfe24.de/schwerbehinderung/bescheid-versorgungsamt.html>

<http://www.berlin.de/lageso/behinderung/schwerbehinderung-versorgungsamt/feststellungsverfahren/>

[그림 3-13] 독일의 장애판정체계



2) 장애판정 도구와 결과

장애판정 과정에 있어서 앞서 언급하였듯이 ‘원호의학적 원칙들을 포함한 원호의학 명령’이라는 판정 도구를 사용한다. 원호의학명령은 손상 결과의 의학적 측정과 손상 정도의 확정을 위한 목적³⁵⁾으로 법적인 바탕³⁶⁾ 위에서 제공되는 판정도구이다. 이러한 목적을 이루기 위하여 원호의학명령에서는 두 가지 개념, 즉 ‘손상결과정도(Grad der Schädigungsfolgen: GdS)’와 ‘장애정도(Grad der Behinderung: GdB)’가 중

35) https://www.gesetze-im-internet.de/versmedv/_1.html

36) 법적 토대는 ‘연방원호법의 제30조 제1항과 제 35조 제1항의 실행을 위한 명령(Verordnung zur Durchführung des § 1 Abs. 1 und 3, des § 30 Abs. 1 und des § 35 Abs. 1 des Bundes-versorgungsgesetzes)’에 근거하고 있으며 여기서 원호의학명령에 관해 구체적으로 진술되어 있다.

요하게 사용된다.

GdS와 GdB는 모두 건강손상으로 인한 기능상의 침해가 신체적, 정신적, 정서적, 사회적 삶의 모든 영역에 끼치는 영향을 의미하는 것으로 따라서 ‘수행능력 정도’를 포함하지 않는다. 그러나 GdS는 손상의 원인(선천적 또는 후천적)과 기능 침해가 직접적인 관계(인과론적)를 맺고 있는 반면에 GdB는 원인에 상관없이 모든 건강상의 침해(결과론적)를 의미하고 있다. 또한 GdS는 사회적 피해보상 영역 안에서 전쟁희생자원 호나 폭력희생자, 사고희생자 등과 같은 법정사고 희생자를 위한 급여(산재보험, 연금 등)에서 사용하는 용어라면, GdB는 사회법전 제9권(장애인의 재활과 참여)에 따라서 중증장애인의 모든 권리를 의미할 때 사용되고 있다.³⁷⁾ 이러한 차이에도 불구하고 GdS는 GdB는 동일한 내용을 통하여 판정이 이루어진다.

원호의학명령에서는 의학적인 측면에서 신체를 다음과 같은 18개의 영역으로 구분하고 GdS 개념을 사용하여 기능상의 침해여부를 조사하고 이를 수치화한다.³⁸⁾

〈표 3-17〉 원호의학명령 판정도구의 구성

1. 머리와 얼굴	2. 신경시스템과 정신
3. 시각기관	4. 청각 및 평형손상
5. 코	6. 가슴
7. 내호흡기 및 폐	8. 심장과 순환
9. 소화기관	10. 관절
11. 남성생식기관	12. 여성생식기관
13. 신장기관	14. 신진대사 및 내분비
15. 혈액 및 혈액생성기관 및 면역시스템	16. 피부
17. 지지 및 운동시스템	18. 류마티즘 질환

종합적인 GdS의 확정에 있어서 만약 신체의 여러 부분에서 기능상의 침해가 나타날 경우 개별적인 GdS 점수를 단순히 합산하는 것이 아니라 여러 개별적인 기능침해의 상호작용을 고려하면서 전체 기능침해에 미치는 영향을 조사한다. 즉 GdS 수치가 가장 높게 나타난 개별적인 기능침해를 가장 중요하게 보면서 또 다른 기능상의 침해가

37) http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Grad-der-Behinderung-164.html#ue2

38) <https://versorgungsmedizinische-grundsuetze.de/>

전체적인 장애에 얼마나 영향을 미치고 있는지를 판단하여 종합적인 GdS 수치를 확정하게 된다.³⁹⁾ 그리고 종합적인 GdS 점수는 동일하게 GdB 점수로 전환되어 사용된다.

원호의학명령에 토대를 둔 장애판정은 의학적인 내용을 포함하고 있지만 동시에 기능침해의 사회 환경적 영향을 중요한 요소로 포함시키고 있다. 이것의 예로는 심각한 도전행동을 가지고 있거나 또는 안면의 손상 또는 변형으로 인하여 일상생활에서 거부나 차별을 경험할 수 있는 장애의 경우 높은 GdB를 판정받는 것을 들 수 있다. 이와 함께 지속적이고 장기간의 약물 복용으로 일상생활에 참여하는데 어려움을 가지는 다양한 건강 장애도 GdB 판정에서 중요하게 고려되고 있다. 그래서 이러한 사회 환경적인 기준은 원호의학명령에 진술하여 사회 참여에 있어서 얼마나 영향을 받는지를 더욱 구체화시키고 있다. 따라서 독일의 장애판정 과정은 개인의 다양한 건강상의 침해 뿐 아니라 사회 환경적 요소를 중요한 요소로 인식하고 있어 ICF 모델을 반영하고 있음을 알 수 있다(조운화·김정희·이동석 외, 2015).

결국 독일의 장애판정체계는 신청자의 의료적 정보와 함께 의료적이고 사회 환경적(사회정치적)인 토대를 가진 원호의학명령 판정도구라는 두 가지 체계에 기반을 두고 있으며, 그와 동시에 원호청의 담당 전문가가 신청자의 다양한 일상생활의 자료들을 검토하여 종합적으로 확정하는 시스템을 구축하고 있다. 따라서 독일의 판정체계는 의료정보 의존정도가 높으며 전문가의 재량권이 높은 모델 해당되고 있다.

다만 사회서비스 영역인 돌봄 급여의 경우 일상생활활동 중심의 표준화된 평가도구 이외에 돌봄 수급자와 관련 있는 의료적 진단서 또는 의사 소견서, 현재 복용하는 약 리스트, 돌봄 기록지 및 돌봄 기관의 보고서, 그리고 사회서비스 담당기관의 신청자의 상황을 증명하는 공식 문서 등 다른 자료들도 중요한 근거로 사용하고 있다. 또한 돌봄을 도와주는 가족, 기관의 돌봄인 등은 돌봄 급여 판정 시 함께 참석하고 의견을 제시하여 돌봄 수급자의 일상생활 수행능력 침해 여부와 그에 따른 수행능력 정도를 판정하는데 보충적 역할을 제공할 수 있다. 따라서 독일의 돌봄 급여의 경우 의료정보에 대한 의존이 비교적 약하고, 전문가의 재량권이 비교적 높다고 볼 수 있다.

39) Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2015),
Versorgungsmedizin-Verordnung-Versorgungsmedizinischen Grundsätzen

3. 장애판정 결과와 급여의 연계체계

독일의 장애인을 위한 사회보장제도는 기본적으로 일반 사회보장 시스템 안에 포함되어 동일하게 적용된다. 예를 들면 독일의 일반 사회보장 시스템은 5대 보험-의료 보험, 사고 보험, 연금 보험, 돌봄 보험, 실업 보험-위에서 이루어지고 있는데 장애인도 등등하게 포함되어 권리를 보장받고 있다(조윤화·이동석·김용진 외, 2016). 또한 사회법전 제9권(장애인의 재활과 사회참여를 위한 법률) 제1장 ‘장애인과 장애 위험이 있는 사람들을 위한 급여’에서 장애인을 위한 다양한 급여들이 규정되어 있는데, 크게 ‘의료재활 급여’, ‘노동생활 참여 급여’, ‘사회참여 급여’, 그리고 ‘생계 지원 및 보충 급여’로 구분할 수 있다.

〈표 3-18〉 장애인과 장애 위험이 있는 사람들을 위한 규정에 따른 급여 종류 (사회법전 제9권 제1장)

구분	내용	급여 종류
의료 재활	장애를 극복 또는 완화하고, 장애의 악화를 예방하고자 하는데 그 목적이 있음. 의료 재활에는 의사에 의한 치료, 약물 및 도구 지급, 심리치료 등이 포함되며, 경우에 따라서는 생활비 지급(예를 들어 질병수당, 상해수당 등)까지 이루어짐.	<ul style="list-style-type: none"> • 후속치료(Anschlussheilbehandlung) • 아동치료(Kinderheilbehandlung) • 부모 재활치료(Medizinische Rehabilitation für Mütter und Väter) • 가족지향 재활(Familienorientierte Rehabilitation) • 종양 에프터케어 급여(Onkologische Nachsorgeleistungen) • 장애아동 및 장애위험에 있는 아동의 조기교육(Frühförderung behinderter Kinder und von Behinderung bedrohter Kinder) • 비의학적 소아과적 급여(Sozialpädiatrische nichtärztliche Leistungen) • 14세까지의 아동을 위한 사회의학적 요양(Sozialmedizinische Nachsorge für Kinder bis 14 Jahre) • 중독환자를 위한 중지치료 (Entwöhnungsbehandlung für Suchtkranke) • 단계적 재편입 (Stufenweise Wiedereingliederung) • 노인재활(Geriatriische Rehabilitation für ältere Menschen)
근로에 참여	장애인의 생업능력을 유지, 증진, 회복시키고, 근로에 참여하고 있는 경우에는 그 참여를 지속시키고자 하는데 목적이 있음. 근로에 참여의 서비스 종류는 매우 다양한데, 대표적으로는 직업	<ul style="list-style-type: none"> • 구직과 근로훈련 (Berufsfindung und Arbeitserprobung) • 근로장비 및 근로보조기기 (Kosten für Arbeitsausrüstung, Hilfsmittel und technische Arbeitshilfen) • 근로지원인 (Arbeitsassistenten) • 자동차보조금 (Kraftfahrzeughilfe) • 창립보조금 (Gründungszuschuss) • 차량비용보조금 (Fahrtkostenbeihilfe)

구분	내용	급여 종류
	훈련 및 재훈련, 직업훈련시 생활비 지원, 취업 촉진(상담, 알선, 작업장비 및 이동장비에 대한 보조등), 보호고용 등이 있음.	<ul style="list-style-type: none"> • 분리주거이용보조금 (Trennungskostenbeihilfe) • 임시보조금 (Übergangsbeihilfe) • 이사비용 보조금 (Umgzugskostenbeihilfe) • 주거지원 (Wohnungshilfen)
사회 생활 참여	일상의 사회생활에 참여를 가능하게 하고, 타인에 의한 수발로부터 최대한 벗어나서 독립적으로 생활하도록 하는데 목적이 있음. '사회생활에 참여' 서비스로는 장애에 적합한 거주지 마련 지원, 비장애인과의 만남 등을 촉진하는 문화생활 지원, 주변 환경과의 의사소통 촉진(예를 들어 수화통역사 동반), 취학 전 아동을 위한 치료 교육 프로그램 등이 포함됨.	<ul style="list-style-type: none"> • 보조기기 (Hilfsmittel) • 환경이해지원 (수화통역사) (Hilfen zur Verständigung mit der Umwelt) • 주거 취득, 유지, 철거지원 (Hilfen zur Beschaffung, Erhaltung und dem Ausbau der Wohnung) • 주거에서의 자립생활 지원 (Hilfen zum selbstbestimmten Leben in betreuten Wohnformen) • 사회적 삶을 위한 기능획득지원 (Hilfen zum Erwerb praktischer Kenntnisse und Fähigkeiten für das soziale Leben) • 자동차 획득 및 유지 (Erwerb und Betrieb eines Kraftfahrzeugs) • 취학전 아동을 위한 치료교육 급여 (Heilpädagogische Leistungen für Vorschulkinder) • 문화적 참여 지원 (Hilfen zur
생계 지원 및 보충적 급여	재활정책의 목표를 달성하기 위한 지원으로서 여행비지원, 생계비지원, 아동돌봄비용지원 등 다양한 비용을 지원함. 또한 이 급여는 의료적 재활급여와 노동생활참여를 위한 급여를 함께 받을 수 있음.	<ul style="list-style-type: none"> • 여행비용 및 차량운행비용 (Reisekosten und Fahrkosten) • 재활스포츠와 기능 훈련 (Reha-Sport und Funktionstraining) • 생계비지원 (Haushaltshilfe) • 아동돌봄비용 (Kinderbetreuungskosten) • 전환기비용 (Uebergangsgeld) • 의료비지원 (Krankengeld) • 사회의학적 후속지원 (Sozialmedizinische Nachsorge) • 주거지원 (Wohnungsgeld) • 돌봄비, 사고보험 (Pflegegeld Unfallversicherung) • 기타

자료: http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Rehabilitation-331.html:

장애인에 대한 급여들은 일반 사회보장제도를 담당하는 기관인 법정의료보험기관, 법정연금보험기관, 법정사고보험기관 이외에 연방노동에이전트((Bundesagentur für Arbeit), 전쟁희생자원호를 담당하는 원호청(Versorgungsamt), 그리고 사회부조 담당기관(Sozialamt), 아동·청소년 담당 기관이 개별적 또는 상호보완적으로 함께 제공하고 있다.⁴⁰⁾ 그래서 장애인은 장애 판정 이후 필요로 하는 급여들을 담당기관에 스스로 신청해야 한다.

이때 장애판정의 결과는 장애인에게 제공되는 모든 급여 및 서비스의 토대를 제공한

40) http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Rehabilitation-Zustaendigkeit-805.html:
<http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/6.html>

다. 즉 장애판정을 통해 도출된 ‘장애정도(GdB)’와 ‘건강상의 특징(Merkmale der Gesundheit)’의 다양한 결합을 통하여 소득보장, 고용서비스, 사회서비스 영역에서의 다양한 급여 제공의 기준을 제시하고 있다. 그러나 가장 기본적인 장애인 급여 및 서비스의 적격성은 법적 ‘중증장애인(GdB50)’으로의 확정이다. 왜냐하면 앞에서 언급했듯이 신체적, 정신적, 정서적 측면에서 기능 침해로 인하여 사회생활 참여에 상당히 어려움을 가지는 중증장애인에게 더 많은 사회적 권리와 서비스들을 제공해야 한다는 기본 철학에 근거하고 있기 때문이다.

독일은 현재 중증장애인에게 각각의 개별적인 서비스들의 제공하는 것 대신에 중증장애인의 자기결정과 욕구를 고려한 서비스 제공에 초점을 맞추고 있다. 그래서 한편으로는 장애인전달체제로서의 ‘상담소(Ansprechstelle)’의 강화, 다른 한편으로는 당사자성에 근거한 서비스 제공방식인 ‘개인예산제도(Persönliche Budget)’의 확대를 시행하고 있다.

상담소⁴¹⁾는 장애판정을 받은 후 장애인들에게 분산되어 제공하는 전달체제로 인하여 나타나게 되는 어려움들을 개선하고 ‘장애인의 재활과 사회참여 영역에서의 모든 문제에 대한 정보 제공과 급여 과정에서의 지원’을 목적으로 설립된 기관으로, 이전의 ‘공동서비스센터(Gemeinsame Servicestellen)’가 전환한 기관이다(황주희·김용득·김용진 외, 2017). 상담소는 사회법전 제9권의 개정에 따라 2018년 1월 1일부터 운영되어 공공서비스센터의 역할과 기능을 이어받으면서 보다 훨씬 강력한 장애인 이용자 중심의 역할과 지원방식을 추구한다. 예를 들면 장애인 급여 및 서비스들을 제공하는 모든 담당기관의 직원들이 모여 있으며 장애인 급여에 관한 정보제공, 상담, 절차 지원과 조정 등 급여 이용의 모든 과정을 지원하고 있다. 특히 2019년도부터 사회부조 급여에서 벗어나 하나의 고유한 급여로서 모든 장애인이 이용할 수 있는 ‘편입급여(Eingliederungshilfe)’와 장애인 급여들을 자기결정 하에 계획하고 결정하여 현금 급여 형식으로 사용할 수 있는 ‘개인예산제도’에 대한 계획과 상담도 상담소에서 진행한다. 이처럼 상담소는 장애인에게 장애판정 후 소득보장, 고용서비스, 사회서비스 영역의 급여 및 서비스들을 바로 연계해 주는 최전선의 역할을 담당하고 있다. 물론 각 재활담당기관, 통합청, 의료보험조합도 장애인 급여에 관해 정보를 제공하고 연계해 주

41) <https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Gemeinsame-Servicestellen/>

고 있지만 정보 제공 및 급여 서비스 이용에서의 종합적이고 광범위한 지원은 상담소가 가장 강력하게 실행하고 있다. 또한 상담소는 장애인 뿐 아니라 그 가족, 그리고 장애인을 고용하는 고용주 등 장애인과 관련된 사람들에게도 정보제공과 상담을 제공한다.

4. 시사점

지금까지 독일의 장애판정체계에 대해 살펴보았다. 요약하자면 독일의 장애판정체계는 단순히 장애존재 유무를 넘어 기능 침해가 일상생활에 미치는 영향을 종합적으로 판정하여 그와 관련된 적절한 급여 및 서비스를 제공하고 있다. 현재 독일의 장애인 정책은 장애인권리협약(CRPD)의 내용을 준수하기 위해 많은 노력을 추구하고 있다. 그리고 장애판정체계와 그와 관련된 서비스의 제공은 장애인의 사회 참여와 통합이라는 목표를 이루기 위해 장애인의 자기결정과 욕구에 기반하여 실행되고 있다. 그래서 독일의 장애판정체계는 우리나라의 장애판정체계에 주는 의미가 적지 않으며 다음과 같은 두 가지 측면에서 시사점을 구체적으로 언급할 수 있다.

첫째, 독일의 장애판정체계는 의학적 관점에 바탕을 두고 있지만 사회 환경적인 관점을 중요한 요소로 인식하고 있다. 독일의 장애판정은 병원 진단서, 의사 소견서, X-Ray 사진 등 의학적인 자료들을 일차적인 자료로 검토한다. 그리고 장애판정 도구인 ‘원호의학명령’은 신체를 각 18개 부위로 구분하여 그와 관련된 개별적 또는 복합적인 기능상의 침해를 신청자의 의학적인 자료를 바탕으로 비교하여 점수화한다. 이러한 체계는 독일의 장애판정이 의학적인 관점에서 이루어지고 있음을 보여준다. 그러나 원호의학명령은 단순히 의학적인 내용을 넘어 사회 환경적인 요소를 포함하고 있다. 예를 들면 약의 복용 여부와 복용 횟수, 안면의 변형이나 행동의 다동성으로 인한 사회로부터의 거부 가능성, 뇌전증의 주요 발병 시간 등 사회 환경적인 문항들을 포함하고 있으며 이들 문항들이 장애정도(GdB)를 결정하는데 중요한 위치를 담당하고 있다. 또 개인의 신체적 침해로 인하여 일상생활에 미치는 영향을 판정할 때, 신청자의 기록지나 의사의 소견서를 보충적이지만 중요한 자료로서 참조하고 있다. 이처럼 독일에서는 개인의 기능침해라는 의학적 관점만이 장애판정의 절대적인 기준이 아니라 사회생활 참여의 어려움이라는 환경적인 관점을 함께 고려하고 있으며 당사자의 다양한 자료들

을 토대로 장애판정이 종합적으로 이루어진다.

하지만 우리나라의 장애판정은 의학적 관점이 절대적인 기준으로 손상정도(등급)로 표시되는 체계를 가지고 있다. 2019년 7월부터 시행되는 장애 등급제 폐지와 ‘장애종합판정도구’를 통한 장애인 욕구와 사회 환경의 고려를 발표했지만 그러한 문항들은 장애정도 판정에 있어서 결정적인 역할은 하지 못한다. 그리고 장애인의 사회 환경으로부터 나온 다양한 자료들은 중요한 근거자료가 되지 못하고 장애종합판정도구만이 유일한 장애판정의 근거가 되고 있다. 이렇게 장애판정에 있어 의학적인 내용을 기반으로 하고 있으면서도 서로 다른 결과를 도출해 내는 것은 사회 환경적인 요소를 얼마나 어떻게 담아낼 수 있는가와 장애인 당사자의 환경 속에서 생산해 내는 경험과 자료들을 장애판정체계에 포함시킬 수 있는지에 대한 관점의 차이를 보여준다. 따라서 우리나라도 장애종합판정체계 안에 기능침해를 의학적 관점 뿐 아니라 사회 환경적 관점에서 바라보아야 하며 장애인의 당사자성에 근거한 장애판정이 이루어져야 할 것이다.

둘째, 독일은 장애판정체계의 일원화를 통해 장애인을 위한 급여를 제공하고 있다. 즉 기본적인 장애판정단계에서 확정된 ‘장애정도(GdB)’와 ‘건강상의 특징(Merkmale der Gesundheit)’은 장애인을 위한 다양한 급여의 적격성을 판정하는데 기본적인 기준이 되고 있으며 이러한 기준은 소득보장, 고용서비스, 사회서비스 영역에서의 급여를 모두 포함하고 있다. 그래서 보다 의학적인 관점을 지향하는 ‘장애정도(GdB)’와 사회 환경적인 관점에 보다 중점을 두고 있는 ‘건강상의 특징’이 개별적으로 또는 상호 복합적으로 개별 장애인 급여의 성격에 따라서 기준을 제시하고 있다. 결국 독일에서는 한 번의 장애판정으로 거의 모든 장애인 관련 급여나 서비스가 연계되고 있으며 제공되고 있다. 이것은 장애인의 입장에서는 각 소득, 고용, 사회 서비스 영역 안에서 급여들을 받을 때마다 매번 서로 다른 장애판정을 받을 필요가 없다는 긍정적 측면과, 행정적 측면에서는 일원화된 장애판정 시스템으로 인한 시간과 경제적 비용을 경감시킬 수 있다. 또한 전달체계에 있어서도 효율성을 극대화할 수 있는 장점도 가진다. 이렇게 일원화된 장애판정을 통한 모든 영역의 급여 제공이 가능한 이유는 장애판정체계가 사회적인 요소와 의학적인 요소를 모두 포함하고 있기 때문이다. 즉 장애판정체계에서 이미 의학적인 측면에서 장애인의 기능상의 침해와 사회 환경적인 측면에서 장애인의 사회참여의 어려움을 모두 고려하여 판정하였기에 소득보장, 고용서비스, 사회서비스의 모든 급여에 있어서 제공 기준으로 사용할 수 있는 것이다. 장애판정체계가 의학적

측면에서의 기능 침해, 당사자의 욕구, 그리고 당사자의 환경적 요소들을 모두 고려하는 것이 다양한 장애인 급여 제공에 있어서 필요함을 의미한다. 이러한 점에서 독일의 장애판정체제와 그와 관련된 급여 전달체제는 등급제 개편을 맞이하는 우리에게 좋은 시사점을 제공하고 있다.

제4절 일본

일본의 장애인복지시책에서는 신체장애, 지적장애, 정신장애로 인정받은 사람들에게 신체장애인수첩(身体障害者手帳), 요육수첩(療育手帳), 정신장애인보존복지수첩(精神障害者保険福祉手帳)이 교부된다. 매년 장애인등록대장에 등록되는 사람들은 증가하고 있으며, 이 3종류 수첩제도의 법적근거와 제도가 만들어진 시기는 각각 다르다.

세계2차 대전 후인 1946년에 교부된 일본국 헌법에 사회권 및 생존권 보장이 기본적인 인권으로 명확해지고, 장애인에 대한 복지는 국가가 책임을 지고 진행해야 한다는 원칙이 제시되었다. 이러한 분위기 속에서 1949년 「신체장애인복지법」이 제정되었고, 1950년에 시행되면서 최초의 일본의 장애인복지법이 시행되었다. 법률 제정과 함께 신체장애인수첩이 만들어졌는데 이때는 “시력장애”, “언어기능장애”, “중추신경기능장애”, “청력장애”, “지체부자유”라는 5개 유형의 장애만이 대상이 되었다. 1951년 5월에는 「신체장애인복지법」이 개정되면서 장애의 정의에 “직업능력의 손상”이 삭제되었고, 이로서 법의 목적이 직업복귀만이 아니라는 것을 명확히 하였다. 같은 해 10월에는 시행규칙 개정에 따라 신체장애인수첩에 등급을 기재하기 시작했다. 그리고 1954년 9월 등급표가 전면 개정되면서 현재의 등급표의 기원이 되었다.

지적장애인에 대한 복지정책은 1947년 「아동복지법」이 제정되면서 시작되었지만, 그 대상은 18세 미만의 지적장애아로 한정되었다. 1950년에 「정신위생법」이 제정되면서 지적장애인을 포함한 정신장애인에 대한 의료적조치가 시작되었다. 1960년에는 「정신박약자복지법」이 제정되었고, 1960년 9월에는 후생차관 통지에 의해 요육수첩 제도에 대한 지침이 정해지면서 요육수첩제도가 시작되었으며, 그리고 1998년 9월에는 “정신박약”이라는 용어가 “지적장애”라는 용어로 바뀌면서 법률명 또한 「지적장애인복지법」으로 바뀌었다. 장애정도는 후생성 아동가정국장 통지에 의해 중증도가 표시

된다. 구체적으로는 “표준화된 지능검사로 측정된 지능지수가 대체적으로 35 이하”인 경우로, 설정된 지능지수의 상한치가 높을 경우에는 사회적응능력과 전문의 진단결과 등을 종합적으로 판정하여 등급을 결정한다.

1950년 정신장애인에게 적절한 의료와 보호의 기회를 주기 위해 「정신위생법」이 성립되었다. 「정신위생법」은 정신장애인에 대한 보건의료시책을 강화하여 추진하기 위해 개정되었으며, 1987년에는 「정신보건법」으로 개정되었다. 1993년 12월에는 「장애인기본법」이 제정되었으며, 정신장애인은 기본법의 대상이 되었고, 보건의료시책이 더해지면서 복지시책이 확충되었다. 그리고 1995년 「정신보건법」이 「정신보건 및 정신장애인복지에 관한 법률」로 개정되면서 정신장애인 보건복지수첩제도가 시행되기 시작되었다.

장애 등급은 일상생활 또는 사회생활의 제한 정도에 따라 1급에서 3급까지로 구분하였으며, 정신장애 판정은 도도부현이나 정령지정도시의 정신보건센터에서 실시한다. 판정기준은 ‘정신장애인 보건복지수첩의 장애등급 판정기준’에 규정되어 있으며, 판정기준은 “정신질환(기능장애) 상태”와 “능력장애 상태” 지표로 구성되어 있다(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課, 2013).

이러한 일본의 장애인등록 수첩은 장애인들이 장애인정책 영역별 서비스를 신청할 때 기본적으로 필요하며, 영역별 서비스의 양을 정할 때는 해당 영역의 기준에 따라 다시 장애판정을 받아야 한다.

일본의 장애인 소득보장에서 대표적인 사업은 장애연금이라 할 수 있다. 장애연금은 질병이나 사고로 인해 생활과 일에 제한을 받게 될 경우 받을 수 있는 연금이다. 장애연금에는 “장애기초연금”과 “장애후생연금”이 있으며, 질병이나 사고로 인해 처음으로 의사의 진단을 받았을 당시 국민연금에 가입되어 있었으면 “장애기초연금”을, 후생연금에 가입되어 있었으면 “장애후생연금”을 청구할 수 있다. 또한 장애후생연금에 해당하는 상태보다 경한 장애일 경우에는 장애수당금(일시금)을 받을 수 있다(障害年金機構ホームページ, 2018).

최근 장애인의 근로의욕이 급속히 높아지면서 장애인이 직업을 가짐으로서 자급심을 갖고 자립생활을 영위할 수 있도록 하기 위하여 장애인 고용대책을 추진하고 있다. 장애인 고용대책으로는 「장애인고용촉진법」에 따라 기업이 장애인을 2.2% 고용하도록 의무화 하고 있다. 그러나 법률에 따른 의무고용률이 지켜지지 않는 기업에는 납부

금을 징수하고 있으며, 이 납부금으로 고용 의무율 보다 훨씬 많은 장애인을 고용하는 기업에게 지원금을 지급하고 장애인을 고용하기 위해 필요한 시설정비에 지원하고 있다. 또한 장애인에 대해서는 직업훈련이나 직업소개, 직장적응 원조 등 직업 재활을 실시하고, 각 장애특성에 맞춘 지원을 하도록 배려하고 있다(障害者雇用対策ホームページ, 2018).

장애인복지서비스에 관한 법률인 「장애인종합지원법」은 장애인에 대한 기본적 사항(서비스 이용의향, 장애 유형과 등급, 주거현황, 개호 현황)과 서비스 이용 계획에 따라 크게 ‘자립지원금부’와 ‘지역생활지원사업’을 지원하고 있다. 자립지원금부란 국가가 장애인이 이용하는 서비스금액 일부를 장애인에게 지급하는 것으로 복지서비스, 복지용구(보장구), 의료 등에 대한 비용 일부를 지급하는 것이다. 기본적인 운영 방법에 대해서는 후생노동성이 정하고 있다. 한편 자립지원금부는 장애인 취로 및 훈련지원을 받는 ‘훈련금부’와 개호지원을 받는 ‘개호금부’로 나뉘어져 있다. 지역생활지원사업은 지방자치단체에서 운영 방법을 정하고, 장애인들이 처한 상황과 현실에 따라 유연하게 운영된다. 이러한 서비스의 이용 과정은 대체로 다르지만 서비스 이용 대상자들은 80개 항목으로 구성된 인정조사를 받도록 되어 있다. 조사의 목적은 장애인 개인에게 필요한 서비스 양을 정하고 그에 따른 서비스 계획을 세우는 것이다(全国社会福祉協議会, 2015; 정희경, 2018, 재인용).

1. 장애판정기준

가. 소득보장

1) 장애인기초연금

가) 장애인기초연금 지급 조건

국민연금 가입 기간 내 장애 원인으로 제시한 질병과 사고에 대한 의사나 치과 의사의 진단을 받아야 한다. 또한 20세 이전이나 60세 이상 65세 미만(연금제도에 가입하지 않은 기간)으로, 일본에 거주하고 있을 때의 초진일도 포함하였으며, 일정 장애상태가 있어야 한다.

보험료 납부요건은 초진일 전에 다음의 어느 하나의 요건에 해당하여야 한다. 다만, 20세전 연금에 가입하지 않은 기간에 초진일이 있는 경우에 납부요건은 없다. 첫째, 초진일이 있는 그 달까지 공적연금 가입기간의 2/3이상 기간에 대해서, 보험료가 납부 또는 면제되어야 한다. 둘째, 초진일 기준 65세 미만이면서, 초진일이 있는 그 달의 수개월 전까지의 1년간 보험료 미납이 없어야 한다.

나) 장애인기초연금 장애판정 시기

장애판정은 초진일로 부터 1년 6개월이 경과한 날 또는 20세가 되는 날에 장애상태에 있는지, 또는 65세에 달하는 날의 전 일까지 장애상태에 있는 경우에 이루어진다. 그러나 처음 의사의 진료를 받은 날부터 1년 6개월 내에 다음의 어느 것에 해당하는 날이 있을 경우에는 그 날이 “장애판정일”이 된다. (1) 인공 투석을 하고 있는 경우는 투석을 처음 받은 날부터 3개월을 경과 한 날, (2) 인공 관절을 이식한 날, (3) 심장 박동기, 이식형 제세 동기(ICD) 또는 인공 밸브를 장착한 경우 장착한 날, (4) 인공 항문 증설 요로 변경술을 시술한 경우에는 수술을 한 날부터 6개월이 경과 한 날, (5) 새로운 방광을 이식한 날, (6) 절단에 의한 지체 장애는 원칙적으로 절단한 날(장애 수당), (7) 후두 전 적출술의 경우는 전체 적출 한 날, (8) 재택 산소요법을 실시하고 있는 경우는 재택 산소 요법을 개시한 날이 장애판정일이 된다.

2) 장애후생연금

가) 장애후생연금 지급 조건

후생연금에 가입한 기간에 장애의 원인이 되는 질병이나 사고로 처음으로 의사와 치과의사의 진료를 받은 날이 포함되어야 하며, 일정의 장애 상태가 남아 있어야 한다. 보험료는 초진일의 전날 기준으로 다음의 요건을 갖추어야 한다.

- (1) 초진일이 있는 다음 달까지 공적연금의 가입기간의 2/3이상 기간의 보험료가 납부 또는 면제되어 있어야 한다
- (2) 초진일 시점 기준으로 65세 미만이어야 하며, 초진일이 있는 달의 전전월까지의 1년간 보험료의 미납이 없어야 한다

나) 장애후생연금 장애판정 시기

장애판정은 초진일로 부터 1년 6개월이 경과한 날 또는 20세 되는 날 전에 장애 상태에 있는지, 아니면 65세가 된 날의 전날까지 장애상태가 있었는지를 기준으로 한다. 그러나 처음 의사의 진료를 받은 날부터 1년 6개월 내에 다음의 어느 것에 해당하는 날이 있을 경우에는 그 날이 “장애판정일”이 된다.

첫째, 인공 투석 요법을 실시하고 있는 경우는 투석을 처음 받은 날부터 3개월을 경과 한 날, 둘째 인공투석을 받고 있는 경우 인공 관절을 이식한 경우에는 이식한 날, 셋째 심장 박동기, 이식형 제세 동기(ICD) 또는 인공 밸브를 장착 한 경우는 장착 한 날, 넷째 인공 항문 증설 요로 변경 술을 시술 한 경우에는 구조(設又) 수술을 한 날부터 6개월이 경과 한 날, 다섯째 새로운 방광을 이식한 날, 여섯째 절단 또는 이단에 의한 지체 장애는 원칙적으로 절단 또는 이단 한 날(장애 수당 또는 구법의 경우 창면이 치유한 날), 그리고 후두 전 적출 술의 경우는 전체 적출 한 날, 일곱째 재택 산소 요법을 실시하고 있는 경우는 재택 산소 요법을 시작한 날이 된다.

3) 장애수당금

가) 장애수당금

장애수당금은 장애정도가 장애후생연금 대상이 되는 기준인 1-3급보다 경증이며, 그 장애가 나아졌을 때 지급되는 일시금이다. 여기서 [나아졌을 때]란 의학적으로 치유되었다고 진단받은 날로서, 치료를 계속적으로 하지 않아도 되게 된 날을 말한다.

나) 장애수당금 지급 금액

장애수당금 금액은 일률적으로 정해지는 것이 아니라, 지금까지 받은 급여액을 활용하여 이하의 계산식으로 결정된다.

장애후생금 보수비율의 액 \times 2년분(현재 최저보장액은 115만엔)

다) 장애수당금의 지급 조건

장애수당금을 받기 위해서는 몇 가지 조건을 충족해야하는데, 그 지급 조건은 다음과 같다.

(1) 초진일에 후생연금보험에 가입되어 있어야 한다

(2) 보험료납부 요건을 충족해야 한다

(3) 초진일부터 5년 이내에 병이 나아야 한다.

그리고 장애수당금 청구는 장애가 나온 날로부터 5년 이내에 하여야 한다.

나) 장애수당금 판정기준

후생노동성이 발표하고 있는 [국민연금, 후생연금보험 장애판정 기준]에 의해 장애수당금의 기준은 다음과 같이 정하고 있다.

시력 저하와 같은 시각장애 기준은 다음과 같다.

— 양 눈의 시력이 0.6 이하로 떨어진 경우

— 한쪽 눈의 시력이 0.1 이하로 떨어진 경우

— 양눈의 눈썹에 현저하게 결손이 남은 것

— 양 눈의 시야가 2분의 1이상 결손되었거나 또는 양눈의 시야가 10도 이내 인 경우, 양 눈의 조절기능 및 협착기능에 현저한 장애가 남아있는 경우, 그 외에 청각장애, 코 장애, 씹기 장애, 언어 장애, 손 기능에 장애가 있는 경우, 하지 장애 등이 있다. 그러나 우울증과 같이 완전히 낫지 않은 장애를 가진 경우에는 장애수당금을 받을 수 없다(日本障害年金サポートセンター, 2018).

4) 생활보호제도

가) 생활보호제도

생활보호제도는 생활이 궁핍한 사람에게 생활형편에 따라 필요한 보호를 실시하여 건강하고 문화적인 면에서 최저 기준의 생활을 보장함과 동시에 자립지원을 목적으로 한다.

나) 생활보호제도 지급 조건

생활보호는 가구 단위로 지원하는데, 가구원 전원이 이용할 수 있는 자산과 재산, 능력 외 모든 것이 최저 생활을 유지하는데 활용해야 하는 것이 전제되며, 부양의무자의 부양은 생활보호법에 의한 보호에 우선한다. 위에서 자산의 활용이란 일을 할 수 있는 사람은 그 능력에 따라 일을 해야 하는 것을, 그리고 재산의 활용이란 저축금, 활용하

지 않는 토지, 집이 있으면 매각하여 생활비로 활용해야 함을 의미한다.

다) 생활보호 수급비용

후생노동대신이 정하는 기준으로 계산하여 최저생활비와 수입을 비교하여, 수입이 최저생활비에 미치지 못할 경우에는 최저생활비에서 수입을 차감한 차액을 보호비로 지급한다. 이때 수입은 노동을 통한 수입, 연금 등 사회보험급여, 친족으로부터 송금 받은 원조금을 의미한다.

〈표 3-19〉 최저생활비 수급비용 산정 방식

최저생활비 =		
연금, 아동부양수당 등의 수입	+	수급 받을 비용

라) 생활보호의 종류와 내용

보호의 종류와 내용은 다음 표와 같다.

〈표 3-20〉 생활보호제도 보호(부조)의 종류와 내용

생활에 드는 비용	부조 종류	지급내용
일상생활에 필요한 비용 (식비, 피복비, 광열비)	생활부조	(1) 식비 등 개인적 비용 (2) 광열수비 등 세대공통비용을 합산하여 산출. 특정세대의 경우 가산(모자 가산 등)
아파트 등 임대료	주택부조	정해진 범위에서 실비 지급
의무교육을 받기 위해 필요한 학용품비	교육부조	정해진 기준액 수급
의료서비스 비용	의료부조	비용은 직접 의료기관에 지급(본인부담 없음)
개호서비스 비용	개호부조	비용은 직접 개호사업자에 지급(본인부담 없음)
출산비용	출산부조	정해진 범위에서 실비 지급
상제비용	상제부조	정해진 범위에서 실비 지급
취업에 필요한 기능을 습득하기 위해 필요한 비용	생산부조	정해진 범위에서 실비 지급

5) 각종 장애 수당

정신 또는 신체에 중증 장애를 가지고 일상생활에서 상시 특별개호를 필요로 하는

재가 중증장애인에겐 ‘특별장애인수당’이 지급되며 금액은 2018년 기준 월 26,940엔이다. 이 수당은 장애기초연금과 병행해서 받을 수 있다. 다만 소득제한이 있어 수급자의 전년도 소득이 일정 액 이상일 경우에는 지급하지 아니한다.

20세 미만으로 정신 또는 신체에 장애가 있는 아동을 가정에서 보호하고 양육하고 있는 부모에게는 ‘특별아동부양수당’이 지급된다. 지급액은 장애아 1명에 50,750엔, 2급의 경우는 33,800엔이다. 재가 중증장애아동으로서 상시 개호가 필요한 아동의 경우 ‘장애아복지수당’이 지급되며, 월 14,300엔이 지급된다(障害者福祉サービス, 2018).

나. 장애인복지서비스 내 고용서비스에서의 장애판정

1) 고용서비스

가) 고용서비스 내용

① 자립훈련

자립훈련이란 자립하여 일상생활 또는 사회생활을 할 수 있도록 일정기간, 신체기능 또는 생활능력의 향상을 위해 필요한 훈련을 실시하는 것을 의미하며 기능훈련과 생활훈련으로 구분된다.

② 취로(취업)이행지원

취로(취업)이행지원은 일반기업으로의 취업을 희망하는 장애인들이 일정기간 취업에 필요한 지식과 능력을 습득하기 위해 필요한 훈련을 실시하는 것이다.

③ 취로(취업) 계속지원

취로(취업) 계속지원은 일반기업 등으로의 취업이 곤란한 장애인이게 일할 장소를 제공함과 동시에 지식 및 능력 향상을 위해 필요한 훈련을 실시하는 것이다. 취로계속지원사업에는 고용계약을 맺는 A형과 고용계약을 맺지 않는 B형이 있다.

나) 고용서비스와 장애판정기준

고용서비스에서 장애판정기준은 없다. 굳이 이야기한다면, 장애인 스스로 훈련을 통해 기능이 향상되었고, 담당직원이 기능이 향상된 것을 판정하게 되면 일반 기업으로의 취업을 도전 할 수 있다.

2) 산재보험

가) 산재보험

노동사회보험의 장애급부인 산재보험의 경우 장애급부는 원칙적으로 그 병이 치유되지 않는 한 장애판정을 받지 못한다. 산재보험의 장애급부는 장애등급 1-7급인 경우에 연금급부의 대상이 되며, 장애등급 8-14등급은 일시금 급부의 대상이 된다. 그러므로 장애등급 7급과 장애등급 8급 사이에는 지원내용에 큰 차이가 있다. 산재보험의 장애등급은 노동능력 상실율을 기준으로 하고 있다.

나) 산재보험 장애판정 기준

장애상태에 있다면 노동능력 상실율이 56%이상(연금급부)되어야 한다. 산재보험에서는 장애등급표에 약 140개 유형의 장애상태가 제1~14급으로 구분되어 규정되어 있다. 실제 장애판정은 장애등급표를 기준으로 한 장애판정기준에 따라 장애등급이 결정된다. 장애등급표에는 크게 9가지로 나누고 있는데, 눈의 장애, 귀의 장애, 코와 입의 장애, 신경계통 기능 또는 정신장애, 두부, 안면부, 경부장애, 내복부 장기의 장애, 척수와 그 체간골의 장애, 상지의 장애, 하지의 장애 등이 있다.

다) 산재보험 장애등급 결정 방법

장애판정은 의사의 의학적 증명(진단서 기입)이 절대적 기준이며, 산재(지정)병원의 의사가 작성하는 진단서를 기본으로 하여 해당 장애등급이 결정된다.

다. 사회서비스에서의 장애판정기준

1) 사회서비스 내용

장애인복지서비스는 장애의 종류와 정도, 개호인, 거주 상황, 서비스 이용에 관한 의향 등을 근거로 개인별로 지급결정이 이루어지며, 지급기준이 되고 있는 장애지원구분에 따라 서비스를 이용할 수 있다. 장애지원구분에 의해 지원되는 사회서비스로는 개호급부 등이 있으며 필요에 따라 지급결정의 갱신이 일정 정도 가능하다.

2) 장애지원구분의 기준

장애지원구분이란 장애의 다양한 특성이나 심신상태에 따라 필요한 지원내용을 6단계로 구분(구분1-6 : 구분 6인 사람이 장애가 가장 심함)한 것이다. 필요한 지원정도에 따라 적절한 서비스를 이용할 수 있도록 하기 위해 도입되었다.

조사항목은 이동이나 움직임 관련 항목이 12항목이며, 신변처리와 도움받는 정도에 관련된 항목이 16항목, 의사소통에 관련된 조사항목이 6항목이다. 또한 행동장애와 관련된 항목이 34항목, 특별한 의료에 관한 항목이 12항목이 된다. 총 80항목으로 구성되어 있으며, 각 시·정·촌에 설치된 심사회에서 조사결과와 의사의 의견서 내용을 종합적으로 감안하여 심사판정을 내리고, 그 결과에 따라 시·정·촌이 최종 판정한다.

장애인지원구분의 조사항목은 아래의 표와 같다.

가) 이동이나 동작 등에 관련된 항목 (12항목)

- | |
|--|
| 1. 잠 잘 때 뒤치기, 2. 일어나기, 3. 앉아있기, 4. 갈아타기, 5. 일어서기, 6. 양다리로 서있기, 7. 한쪽 다리로 서있기, 8. 보행, 9. 이동, 10. 옷 갈아입기, 11. 욕창, 12. 연하장애 |
|--|

나) 신변처리와 돌봄 필요정도와 일상생활 관련 항목(16항목)

- | |
|--|
| 1. 식사, 2. 구강청결, 3. 입욕, 4. 배변, 5. 배뇨, 6. 건강, 영양관리, 7. 약 관리, 8. 금전관리, 9. 전화 등 이용, 10. 일상 의사결정, 11. 위험인식, 12. 조리, 13. 청소, 14. 세탁, 15. 쇼핑, 16. 교통수단 이용 |
|--|

다) 의사소통 등 항목(6항목)

- | |
|--|
| 1. 시력, 2. 청력, 3. 의사소통, 4. 설명의 이해, 5. 읽고 쓰기, 6. 감각과민·감각둔함 |
|--|

라) 행동장애 관련 항목 (34항목)

1. 피해적, 거부적	12. 혼자 나가려고함	23. 부적절한 행동
2. 말하기	13. 수집벽	24. 충동적 행동
3. 감정이 불안정	14. 물건과 옷 찢기	25. 과식.
4. 낮밤역전	15. 아무거나 먹기	26. 조울상태
5. 폭언폭행	16. 집착하기	27. 반복적행동
6. 같은 말을 반복	17. 바로 잊어 버린다	28. 대면시 불안긴장
7. 큰소리, 괴성을 냄	18. 다동 행동정지	29. 의욕 부족
8. 지원 거부	19. 불결행위	30. 말이 끊임없음.
9. 배회 10. 들떠있음	20. 불안정한 행동	31. 집중력이 떨어짐
11. 외출 후 들어오지 않음.	21. 자해	32. 자기과대평가
	22.타인을 상처	33. 집단에 부적응
		34. 물을 많이 먹음

마) 특별한 의료에 관한 항목 (12항목)

1. 수액관리 2. 중신정맥관 영양 3.투석 4. 인공위(인공항문) 처치 5. 산소요법 6. 인공호흡기 7. 기관 절개 처치 8. 동통 9. 경관식 10. 모니터측정(혈압, 심박수, 산소포화도 등) 11. 욕창 처치 12. 카테터

2. 장애판정체계(전달체계)

가. 소득보장과 장애판정체계(전달체계)

1) 판정기관

소득보장에서의 장애판정기관은 일본연금기구이다. 일본연금기구는 국가(후생노동 대신)로 부터 위임을 받거나 위탁을 받아 공적연금에 관련된 일련의 운영업무(적용, 징수, 기록관리, 상담, 결정, 급부 등)을 실시하는 특수법인으로, 2010년1월에 설립되었다.

2) 장애판정 절차

장애의 원인이 되는 질병이나 사고에 대해서 처음으로 의사 또는 치과의사의 진료를 받은 날을 초진일이라 할 때 초진일로 부터 1년 6개월이 경과한 날 또는 1년 6개월 이내에 증상이 고정된 날을 장애판정일이라고 한다. 의사 또는 치과의사에게서 장애판정을 받게 되면 장애인 등록을 위한 청구는 도도부현 사무센터에 제출하거나, 소재지 관할 연금사무소에 직접 제출, 또는 전자신청이 가능하며, 장애등급심사는 일본연금기구

에서 실시하게 된다. 심사기간은 3개월 정도 소요되며, 장애정도에 따라 장애등급이 결정된다. 장애판정 절차는 다음과 같다.

[그림 3-14] 장애등급심사 절차



자료: 日本年金機構, (2018)

나. 사회서비스의 장애판정체계

1) 판정기관

사회서비스 판정기관은 1차 컴퓨터판정을 시·정·촌이 실시하며, 2차는 시·정·촌이 지정한 “시·정·촌심사회”에서 실시한다.

2) 시·정·촌 심사회

시·정·촌심사회의 정수는 정령이 정하는 기준에 따라 조례에서 정하는 수로 한다. 위원은 장애인복지관련, 보건 또는 복지 관련 학식이 있는 경험자 중 시·정·촌장이 임명한다. 위원의 임기는 2년으로 재임이 가능하다.

3) 사회서비스와 판정체계

사회서비스 수급을 위한 장애정도구분 판정 이후 서비스 이용의 절차는 다음과 같다. 먼저 이용신청을 한다. 이때 본인이 원하면 시청에서 방문조사원을 파견하여 판정조사를 실시한다. 이후 장애정도구분의 1차 판정이 실시되는데 이 판정은 컴퓨터 판정으로 이루어지며, 2차 판정은 장애인종합지원법 제19조 제1항에 의해 시·정·촌의 심사위원회에서 실시하며, 이를 통해 장애정도구분 판정이 이루어진다(2차 판정은 1차 판정 결

과 자료와 의사소견서, 장애인의 서비스 이용현황과 주거환경 포함). 이용자는 장애정도구분 판정을 기초로 서비스 이용계획안을 제출하고, 서비스이용계획안에 특별한 문제가 없으면 서비스에 대한 지급이 결정되며, 서비스이용계획서를 서비스 제공기관에 제출하고 기관과의 계약 이후 서비스를 이용한다(厚生労働省, 2018) .

[그림 3-15] 장애판정 후 서비스이용 절차



3. 장애판정 결과와 급여의 연계체계

가. 소득보장

1) 장애기초연금

장애기초연금액(2018년4월 기준)은 1급이 779,300엔, 2급이 779,000엔이며 자녀 가산이 있다. 자녀 가산액은 제1자녀와 제2자녀에 대해서는 각 224,300엔, 제3자녀 이상의 경우에는 각 4,800엔이 가산된다. 여기서 자녀란 18세가 되는 년도의 말일(3월31일)을 경과하지 않은 자녀로서 20세미만이며 장애 등급은 1급 또는 2급인 경우에만 해당된다.

20세 이전 질병을 가지고 있는 장애인의 장애기초연금은 본인이 보험료를 납부하지 않았기 때문에 소득 제한이 있다. 소득이 398만 4천엔 (2인 가구 기준)을 초과 하는 경

우에는 연금액의 2분의 1 상당액에 한하여 지급을 정지하고, 소득이 500만 1천엔을 초과하는 경우에는 전액 지급을 정지하는 두 단계의 조치를 취하고 있다.

[그림 3-16] 소득비례 장애연금의 연금액

1급= 974,125엔 (월 81,177엔) 2급 = 779,300엔 (월 64,941엔) (전액 지급)	2분의 1 지급정지	전액 지급 금지
0엔	398,4만엔 초과 (2인 소득 경우)	500.1만엔

가구 규모가 증가하는 경우 부양 친족 1인당 소득 제한 금액이 38만엔 가산된다. 대상이 되는 부양 친족은 노인 공제 대상 배우자 또는 노인 부양 친족인 경우로 1인당 48만원 추가되며, 특정 부양 친족 등 인 경우에는 1인당 63만원을 부과한다. 그리고 부양 친족이 없는 1인 가구의 경우 소득이 360만 4천엔을 넘는 경우 연금액의 2분의 1의 지급 정지가, 462만 1천엔을 넘는 경우에는 전액을 지급 정지한다(日本年金機構, 2018).

2) 장애후생연금

가) 연금액

1급 : 보수비례의 연금액 $\times 1.25$ + 배우자의 가급연금액(224,300엔)

2급 : 보수비례의 연금액 + 배우자의 가급연금액(224,300엔)

3급 : 보수비례의 연금액 최저보장액 (584,500엔)

나) 대상 장애 기준

장애후생연금의 대상은 질병이나 손발의 장애 등 외부장애 이외에 정신장애나 암, 당뇨병 등 내부 장애도 대상이 되며 기준은 다음과 같다.

〈표 3-21〉 장애후생연금의 장애판정 기준

외부장애	정신장애	내부장애
눈, 청각, 지체(손발 등)의 장애 등	통합실조증, 우울증, 인지장애, 간질, 지적장애, 발달장애 등	호흡기질환, 심질환, 간질환, 신장질환, 혈액·조혈기 질환, 당뇨병, 암 등

자료: 日本厚生年金ホームページ, (2018)

나. 고용서비스 장애판정과 급여의 연계체계

1) 산재보험 장애급여

산재보험의 장애등급은 노동능력 상실율을 기준으로 하며, 각 장애등급의 노동능력 상실율은 다음과 같다.

〈표 3-22〉 산재보험의 장애등급

장애등급	노동능력상실율	장애급부 종류	장애(보상)급부의 지급액
제1급	100%	연금 급부	급부기초일액×313일분×매년 지급
제2급			급부기초일액×277일분×매년 지급
제3급			급부기초일액×245일분×매년 지급
제4급	92%이상		급부기초일액×213일분×매년 지급
제5급	79%이상		급부기초일액×184일분×매년 지급
제6급	67%이상		급부기초일액×156일분×매년 지급
제7급	56%이상		급부기초일액×131일분×매년 지급
제8급	45%이상	일시금 급부	급부기초일액×503일분×매년 지급
제9급	35%이상		급부기초일액×391일분×매년 지급
제10급	27%이상		급부기초일액×302일분×매년 지급
제11급	20%이상		급부기초일액×223일분×매년 지급
제12급	14%이상		급부기초일액×156일분×매년 지급
제13급	9%이상		급부기초일액×101일분×매년 지급
제14급	5%이상		급부기초일액×56일분×매년 지급

나) 장애인직업능력개발교육

일반적으로 직업능력개발시설에서 직업훈련을 받기 어려운 장애인에게 능력에 따라 보통 단기직업훈련, 재직자 훈련 등을 실시하고 있다. 훈련기간은 1년이며, 훈련기간 중에는 다음의 수당을 지급한다.

〈표 3-23〉 장애인직업능력개발교육 수당

기본수당	1급: 4,320엔, 2급: 3,940엔, 3급 3,540엔, 20세 미만인 사람은 3,540엔
기능학습수당(일)	수강수당 600엔, 특정 직종수강수당 2,000엔
통학수당(월) 및 교통비	월 4만 2,500엔(별도. 10키로 미만 3,690엔, 10키로 이상 5,850엔, 15키로 이상 8,010엔)
기숙수당(월)	1만 7,000엔

다. 사회서비스(활동지원서비스) 장애판정과 급여의 연계

활동지원서비스의 급여는 총금액이 아닌 시간으로 받고 있다. 그러므로 야간이나 주말에 서비스를 이용하더라도 장애인당사자의 서비스 이용시간을 줄 지 않는다. 서비스의 단가는 다음과 같다.

1) 중증방문개호

가) 중증방문개호의 기본단위(단가)⁴²⁾

- ㉠ 1시간 미만 (183단위)
- ㉡ 1시간 이상 1시간 30분 미만(273단위)
- ㉢ 1시간 30분 이상 2시간 미만(364단위)
- ㉣ 2시간 이상 2시간 30분 미만(455단위)
- ㉤ 2시간 30분이상 3시간 미만(546단위)
- ㉥ 3시간 이상 3시간 30분 미만(636단위)
- ㉦ 4시간 이상 8시간 미만(813단위에 30분 초과마다 85단위),

42) 100단위는 1,000엔에 해당된다.

- ㉠ 12시간 이상 16시간 미만(2,814단위에 30분 초과시 86단위)
- ㉡ 20시간 이상 24시간 미만(93,496단위에 30분초과시 80단위)

나) 위의 기본 보수에 다음과 같은 경우일 때는 각각의 가산이 이루어진다. 이러한 부분도 사회적 활동에 해당된다.

- ㉢ 중증장애인 수가 15/100
- ㉣ 장애지원구분 6인 경우 8.5/100
- ㉤ 2명의 중증방문개호종사자인 경우 곱하기 200/100
- ㉥ 야간과 아침의 경우 25/100, 심야의 경우 50/100
- ㉦ 특정사업소 가산 :
특정사업소(1) 20/100, 특정사업소(2) 10/100, 특정사업소 가산 10/100,
- ㉧ 특별지역 가산 : 15/100
- ㉨ 제공업자가 긴급대응시 가산(월 2회 한정), 1회마다 100단위 가산
- ㉩ 가래제거지원 체계 가산 1인 1일마다 100단위 가산

2) 신체장애인중심형

가) 기본단가

- ㉠ 20분 미만 165단위
- ㉡ 20분 이상 30분 미만 : 248단위
- ㉢ 30분 이상 1시간 미만 : 394단위
- ㉣ 1시간 이상 1시간30분 미만 : 575단위(30분 초과마다 83단위)
- ㉤ 생활지원을 하게 되면 생활원조가산
· 단가는 66단위이며 20분 이상 45분 미만은 181단위, 45분 이상일 경우 223단위

3) 복지개호직원 처우개선 가산

- ㉠ 복지개호직원 처우개선 가산(1) 1개월마다 소정단위의 $\times 192/1000$
- ㉡ 복지개호직원처우개선 가산(2) 1개월마다 소정단위의 $140/1000$

- ㉔ 복지개호직원처우개선 가산(3) 1개월마다 소정단위의 78/1000,
- ㉕ 복지개호직원처우개선 가산(4) 1개월마다 3의 90/100
- ㉖ 복지개호직원처우개선 가산(5) 1개월 마다 3의 80/100

4) 생활중심형 인원 기준의 완화

현행 방문개호원의 요건인 초임자 연수를 130시간보다 짧은 새로운 단기 연수를 만들었으며, 방문개호사업소의 인원기준을 방문개호 환산 2.5 이상으로 하고 있지만 여기에는 단기 연수 수료자를 포함한다. 기존 개호복지사와 신입연수 수료자가 제공하는 서비스에서 보수의 차이가 없다.

5) 생활기능향상연대가산

생활기능향상연대가산은 방문재활, 통원재활사업소의 재활전문가가 이용자의 집을 방문하거나 재활훈련을 실시하고 있는 의료기관의 재활전문가나 의사가 이용자의 집을 방문한 경우에 이루어진다. 이와 같은 생활기능향상연대가산의 건수는 156건으로 대부분 이용하지 않는 것으로 나타나고 있다. 방문재활과 통원재활과 방문개호를 이용하는 사람이 외에도 의사의 방문할 수 있다는 의견이 있으면 이용할 수 있다. 특히 직접방문이 어려운 경우라도 외부재활 전문가등으로 부터 조언을 받을 수 있는 체계를 구축하고, 생활기능향상을 목적으로 한 방문개호계획을 작성·변경하며, 재활전문직등은 재활서비스제공 장소 또는 ICT를 활용하여 이용자의 상태를 파악하고 조언을 실시하고 정기적인 평가를 실시한다.

가) 생활기능향상연대가산 (1)100단위/월(신설)

가산(1) 방문재활 또는 통원재활을 실시하고 있는 사업소 또는 재활서비스를 제공하는 의료기관의 작업치료사, 물리치료사, 언어치료사, 의사 등으로 부터 조언을 받을 수 있는 체계를 구축하고, 조언을 받아가면서 서비스 책임자가 생활기능 향상을 목적으로 방문개호계획을 작성한다. 해당 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 의사는 통원 재활 서비스를 제공하거나, ICT를 활용한 동화 등으로 이용자의 상태를 파악하여 조언을 정기적으로 제공해야 한다.

나) 생활기능향상연대가산(2) 200단위/월

현행 방문재활과 통원재활의 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사가 이용자의 집을 방문하거나, 재활을 실시하고 있는 의료기관의 물리치료사, 작업치료사, 의사가 방문을 실시하는 경우에 해당된다.

4. 요약 및 시사점

본 절에서는 일본의 장애판정에 대해서 소득보장, 고용보장, 사회서비스 부분으로 구분하여 살펴보았다. 소득보장에는 기여금에 해당하는 장애인기초연금과 장애후생연금, 장애인수당금 있었고, 무기여금에 해당하는 각종 수당들이 있었다. 일본의 소득보장은 매우 현실화 되어 있어 장애인들이 연금과 기초생활수급 중 본인에게 선호하는 것을 선택하도록 되어 있다.

고용부분에는 크게 2가지 서비스가 있었다. 첫째는 사회서비스 내의 고용서비스가 있었고, 둘째는 「장애인고용촉진법」이나 「산업재해보상법」을 근거로 한 서비스가 있다. 먼저 사회서비스 내의 고용서비스는 이용을 위한 장애판정기준이 없으며, 직업재활 전문가 등 주변사람들의 서비스의 필요성에 대한 의견이 제시되면 서비스를 받을 수 있다. 한편 「장애인고용촉진법」이나 「산업재해보상법」에서는 장애를 1급에서 14급으로 나누어 판정하고 보험금을 지급한다.

사회서비스의 대표적인 서비스는 홈ヘル프서비스와 중증방문서비스이다. 이 서비스의 특징은 가산제도가 구체적으로 제시되고 있어 서비스 이용자가 서비스로 부터 소외당하거나 차별받지 않도록 정당한 편의제공을 실시하고 있다는 점이다.

결과적으로 일본의 장애판정은 의료적 판정에 의존해 있다는 한계가 있다. 그러나 이러한 한계를 극복하기 위해 연금을 현실화하고 있으며, 사회서비스에서는 가산제도를 통해 서비스 제공기관과 서비스 제공자들이 적극적으로 서비스에 임할 수 있도록 하고 있다는 점에서 우리에게 시사하는 바가 있다고 볼 수 있다.

이에 따른 시사점은 다음과 같다.

첫째, 소득보장을 현실화 할 필요가 있다. 일본의 장애연금과 장애인기초연금은 대체적으로 기초생활수급권자가 받은 생활보호제도상의 수급액과 큰 차이가 없다. 그러므로 일본의 장애인들은 스스로 장애인연금을 취할 것인가 사회보장제도를 취할 것인가

가에 대한 선택을 할 수 있다.

둘째, 사회서비스에 해당되는 활동지원서비스에 가산 또는 인센티브 제도를 도입할 필요가 있다. 지금까지 장애인 단체 등에서 사회서비스 수가의 차등화를 요구해왔지만 실제로 이루어지지 않았다. 그 결과 서비스로 부터 소외당하는 장애인들이 생기게 되었으며, 이는 오랫동안 해결되지 않은 심각한 문제로 남아 있다. 그러므로 일본의 경험을 참고하여 서비스 제공에서의 가산 또는 인센티브 제도를 도입할 필요가 있다.

제5절 장애판정제도 비교

제1절부터 제4절까지 영국, 호주, 독일, 일본의 장애 정의, 장애측정을 위한 도구 및 지표, 장애판정체계, 판정이후의 급여전달체계에 대해 살펴보았다. 이를 바탕으로 제2장 제2절에서 도출한 국가비교분석을 위한 ‘정책영역별 장애측정 비교분석틀’과 ‘장애판정체계 비교분석틀’을 사용하여 각국의 장애판정제도를 비교하였다. 또한 장애판정은 결과적으로 급여 또는 서비스를 제공하기 위한 것이고, 급여 및 서비스에 대한 연계 서비스가 중요하기 때문에, 급여를 연계하는 전달체계와 주요 급여를 중심으로 비교하였다.

1. 정책영역별 장애측정기준

영국의 경우 정책 영역별로 장애측정기준을 마련하고 있지만 장애인에 대한 정의는 평등법에 기초하고 있다. 평등법에서는 장애인을 ‘일상생활을 하는 능력에 현저하고, 장기적인 부정적인 영향을 미치는 신체적 또는 정신적 손상이 있는 사람’으로 정의하고 있다. 결국 신체적 또는 정신적 손상이 있는 사람을 장애인으로 정의하기 때문에 의료적 접근법을 사용하는 것이고, 이와 더불어 일상생활을 하는 능력에 부정적 영향을 미쳐야 하기 때문에 기능적 접근법도 사용하고 있는 것이다.

영국의 장애인정책은 소득보장, 고용서비스, 사회서비스로 구분할 수 있고, 소득보장은 노동능력 부족에 따른 빈곤에 대한 대응으로써의 소득보장인 고용지원수당 제도

와 장애로 인한 추가비용에 대한 소득보전제도인 개인자립지불(PIP)이 있다. 이를 장애측정기준으로 구분해 보면 장애로 인한 추가비용에 대한 소득보전을 위한 개인자립지불을 위한 장애측정기준, 노동능력 부족에 따른 소득보장 및 고용서비스 제공을 위한 장애측정기준, 사회서비스 제공을 위한 장애측정기준으로 구분할 수 있다. 따라서 소득보장정책영역의 경우 개인자립지불제도의 장애측정기준에 따라, 고용서비스정책영역의 경우 고용지원수당제도의 장애측정기준에 따라, 사회서비스정책영역의 경우 사회서비스제도의 장애측정기준에 따라 분석을 하였다.

장애로 인한 추가비용을 보전하기 위한 개인자립지불을 지급하기 위해 일상생활 요소와 이동 요소를 측정하고 있다. 일상생활검사는 음식 준비, 영양 섭취, 치료 관리 및 건강상태 점검, 씻기 및 목욕, 화장실 욕구 및 실금의 관리, 옷 입기와 벗기, 구어 의사소통, 표지·심볼·단어를 읽고 이해하기, 다른 사람과 일대일로 관계 맺기, 예산 결정과 같은 10가지 항목으로 구성되어 있고, 이동생활검사는 여행 계획 및 수행 지표와 돌아다니기 지표와 같은 2가지 항목으로 구성되어 있다. 결국 장애로 인한 추가비용을 보전하는 소득보장정책의 경우 사회기능을 주로 측정하고 있다.

노동능력부족에 따라 소득보장 및 고용서비스를 제공하기 위해 노동능력을 평가하는 노동능력사정 설문지는 신체적 역량, 정신적·인지적 역량, 먹기 역량과 같은 3개 영역, 18개 항목으로 구성되어 있다. 각 역량의 구체적인 지표들을 보면 주로 사회적 기능과 관련되어 있다. 따라서 노동능력평가 측정기준은 사회적 기능 접근법으로 볼 수 있다. 또한 특정 시점에 한 개인의 노동 능력에 대한 단면을 가지고 장애를 평가하는 것이기 때문에 능력평가법이라고 볼 수 있다.

사회서비스 영역은 각 지방정부별로 중앙정부가 가이드라인을 제공한 독립성에 대한 위험 수준 평가 기준을 바탕으로 자체 기준을 사용하고 있다. 독립성에 대한 위험 수준 평가 기준은 의료적 기준을 사용하기 보다는 주로 사회 활동 및 참여를 기준으로 하고 있다. 또한 주변 환경의 영향도 파악하려하고 있다. 특히 생활환경의 핵심적인 부분들에 대해서 본인의 선택과 통제가 이루어지지 않는다면 정상적인 사회활동이 어렵기 때문에, 활동영역에서의 선택과 통제권을 측정하는 등 주변 환경의 영향을 상당히 많이 고려하고 있다. 사회활동 및 참여 가능성과 사회 환경 평가에 따라 개인의 자립정도에의 위험정도를 평가하는 것으로 볼 수 있다.

호주의 장애정의는 통계청에서 진행하는 장애, 노령화 및 보호자 인구조사를 통해 정의되는데, 장애인인 일상생활을 활동하는데 있어 신체적 정신적 제약으로 인해 생활에 제한을 받거나 또는 장애로 인해 최소한 6개월 동안 지속되거나 지속될 가능성이 있는 경우를 의미한다. 이 정의에 속한 장애영역들은 고용을 하는데 있어 어려움 정도를 가늠하는 기준으로 적용하도록 제시하고 있다. 근로능력이 현저히 떨어지는 대상자에게 소득보장을 해주는 것이 국가의 책임이라 생각하기 때문이다. 따라서 소득보장과 고용서비스 영역에서의 장애는 일상적인 생활에 제약을 받는 경우를 의미하고 있지만, 주로 신체적·정신적 제약을 중요한 전제조건으로 하기 때문에 의료적 접근법과 사회기능적 접근법을 사용하고 있다고 평가할 수 있다.

한편 NDIS에 의해 사회서비스를 지원받는 사람은 영구적이거나 영구적일 수 있는 장애를 갖고 있어야 한다. 이때 영구적인 장애란 자기보호, 의사소통, 이동 또는 자기 관리 기능이 현저히 저하되고, 지속적인 지원을 필요로 하는 사람을 말한다. 따라서 호주 사회서비스의 장애정의는 사회 기능적 접근법을 따르고 있다고 볼 수 있다.

호주의 경우 소득보장과 고용서비스는 Centerlink를 통해, 사회서비스는 NDIA를 통해 제공하고 있다. 이에 따라 장애판정도구도 두 영역으로 나뉘어져 있다. 소득보장 및 고용서비스 수급을 위해서는 장애, 부상 혹은 질병에 대한 의사나 전문가의 진단서가 필요하다. 이러한 의료 진단서에 근거하여 연방의료심사관에 의해 20점 이상의 신체 또는 정신 장애를 가진 자로 결정을 받아야 한다. 연금 수령 자격을 위해서는 위에서 제시한 의료평가가 우선적이지만 이후 연금수급자가 되기 위해서는 Employment Services Assessment 및 Job Capacity Assessment를 거쳐 근로능력이 현저히 떨어진다는 것을 입증해야 한다. 근로능력은 의학적 평가뿐만 아니라 다른 사람과의 교류, 적절한 행동의 유지, 관련 스트레스에 대한 대처, 집중, 개인의 신변관리 등 사회적 기능에 대한 평가로 구성되어 있다. 평가는 기본적으로 센터링크에 소속된 간호사 등 의료 전문인 혹은 의료 관련 전문인이 수행하고 있다. 따라서 소득보장 및 고용서비스 수급을 위한 장애측정기준은 주로 의료적 영역을 측정하고 있지만, 근로능력과 같은 사회적 기능도 함께 측정하고 있다고 볼 수 있다. 이에 따라 소득보장을 위한 근로능력 평가는 사회적 기능을 주로 평가하고 현 시점에서 개인의 노동 능력에 대한 단면을 가지고 장애를 평가하는 것이기 때문에 능력접근법으로 볼 수 있다.

사회서비스의 경우 장애 조건은 NDIS의 장애 규칙을 충족하여야 하는데, NDIS에

서는 영구적 손상을 갖고 있거나 또는 영구적 손상이 될 수 있을 것 같은 상황 때문에 스스로 일상생활을 할 수 없는 사람을 장애로 규정하고 있다. 영구적 손상으로 인한 일상생활의 어려움이란 다른 사람 또는 기기의 도움 없이 ① 타인과의 상호작용, ② 대인 관계, 정서 및 행동 조절, ③ 학습, ④ 집 안 밖에서의 수면 또는 이동, ⑤ 목욕, 옷 입기, 식사하기, ⑥ 일상 활동, 금전 관리, 의사 결정 등과 같은 일상생활을 스스로 수행할 수 없는 상태를 말한다. 이와 같은 일상생활 중 일부를 스스로 수행하기 어렵다면 NDIS에 의한 장애 조건이 충족된다. 이처럼 사회서비스 제공을 위한 장애판정기준은 사회적 기능 영역을 주로 측정하고 있다.

독일은 정책영역별로 장애인을 정의하지 않고 사회법전 제9권 제2조에서 보편적으로 통용되는 장애인을 정의하고 있다. 이에 따르면 장애인은 ‘어떤 사람의 신체적, 기능, 정신적 능력, 또는 정서적 건강이 높은 개연성을 가지고 6개월 이상 해당 연령의 전형적인 상태에서 벗어나 그로 인해 그 사회의 공동체 참여가 침해된 자’이다. 이를 보면 기본적으로 신체적 기능, 정신적 능력, 정신적 건강이 전형적인 상태에서 벗어나고, 이로 인해 사회참여가 배제된 사람을 장애인으로 정의하고 있기 때문에, 독일의 장애 정의는 의료적 접근법과 사회정치적 접근법을 동시에 사용하고 있다고 볼 수 있다.

하지만 대부분 급여의 자격이 되는 중증장애인의 개념을 보면, 중증장애인은 ‘손상 정도가 높은 것이 아니라 건강상의 침해가 사회적 삶에 참여하는데 끼치는 영향이 높은 자’로 해석되기 때문에, 독일의 장애정의는 개인적인 손상 여부, 즉 의학적인 관점에서 손상의 원인이나 손상의 정도보다는 기능상의 제한이 사회 참여에 미치는 영향을 중요하게 바라보고 있음을 알 수 있다. 결국 의료적 접근법을 사용하고는 있지만, 사회정치적 접근법을 상당히 강조하고 있는 것이다.

독일에서 장애를 측정하기 위해 사용하는 측정도구는 원호의학명령이다. 이 도구를 사용한 측정결과인 GdB에 따라 고용서비스, 소득보장정책의 수급자격이 결정된다. 이 측정도구는 의료적인 내용에 기반하고 있지만 동시에 기능침해에 따른 사회적 영향도 중요한 기준으로 포함하고 있다. 또한 이 측정도구는 특정 시점에 한 개인의 노동 능력에 대한 단면을 가지고 장애를 평가하는 것이기 때문에 능력평가법이라고 볼 수 있다. 또한 기여식 소득보장의 경우 보험자들이 GdB를 활용하기도 하지만, 의학적인 근거가 더 필요한 경우 ‘사회의학적 판정’이라는 도구 및 개별 의사들이 판단하는 의료적 자료

들을 활용하여 근로능력을 평가하고 있다.

사회서비스의 대표적 서비스인 돌봄 서비스를 위한 ‘돌봄 필요성’ 판정은 6가지 영역에 대해 이루어지고 있으며, 이 지표들은 기본적으로 사회적 기능에 초점을 맞추고 있다. 즉 일상생활에서 필요한 기능적 일상생활활동(ADL)과 도구적 일상생활활동(IADL)을 얼마나 독립적으로 수행할 수 있는지와 그 수행 능력 정도에 따라 판정하고 있다.

일본의 경우 장애등급제도는 유지하되 개호서비스 등은 장애정도구분 인정조사표에 의해 장애정도를 평가하여 서비스 적격성 및 서비스 총량을 결정하고 있다. 소득보장 정책 및 고용서비스의 경우 장애등급에 따라 서비스 수급여부가 결정되기 때문에 장애등급이 미치는 영향은 크다. 장애등급은 의사에 의해 의료적 판단을 통해 결정된다. 신체장애, 지적장애 그리고 발달장애를 포함한 정신장애 등 총 3가지 장애유형별로 관련 법률이 있으며 장애유형별로 각종 시책의 혜택을 받을 수 있는 장애인 수첩을 교부하고 있다. 따라서 일본의 소득보장정책을 위한 장애측정기준은 의료적 접근법, 손상 접근법을 따르고 있다.

개호급부 등 사회서비스의 경우 장애등급 만으로 복지서비스를 받을 수 있는 것은 아니고, 현재 80항목으로 구성된 장애정도구분 인정조사표를 중심으로 서비스 필요성을 평가받아야 개호서비스, 지역상담지원서비스, 기능훈련서비스 그리고 생활시설 입소 등의 서비스를 이용할 수 있다. 장애등급체계와는 달리 장애정도 구분은 1단계로 갈수록 중증으로 판정되고, 개호급부 필요도에 따라 6단계로 구분된다. 따라서 일본의 사회서비스 정책을 위한 장애측정기준은 사회기능적 접근법을 따르고 있다고 평가할 수 있다. 그럼에도 인정조사표에 특별의료항목이 12개나 들어있을 정도로 의료적 접근법을 완전히 벗어나지 못한 측면이 존재한다.

따라서 소득보장, 고용서비스, 사회서비스 영역별로 일본, 영국, 호주, 독일의 장애측정기준을 측정도구, 측정영역, 측정지표, 측정결과에 따라 비교하면 다음 표와 같다.

〈표 3-27〉 정책영역별 장애측정기준의 국가비교

정책 영역	측정		영국	호주	독일	일본
소득 보장	장애정의		의료적 접근법 사회기능적 접근법 능력접근법	의료적 접근법 사회기능적 접근법 능력접근법	의료적 접근법 사회정치적 접근법 능력접근법	의료적 접근법 사회기능적 접근법 손상접근법
	장애 측정 기준	측정도구	PIP 자격 기준	JCA (Job Capacity Assessment)	의료적 자료(의사 의 판정) 사회과학적 판정 (의학적 판정도구) 원호의학명령 (의료적 영역과 사 회적 영역 혼합)	장애인기본법의 장애등급 산재보험의 노동 상실율
		측정영역	사회 기능 (일상 생활과 이동 영 역)(ADL, IADL)	의료 영역 사회 기능	의료, 사회 기능, 사회 환경 (의료영 역이 기본)	의료 영역
		측정기준 (지표)	음식준비, 영양 섭취, 의사소통, 단어이해, 관계 맺기, 예산 결정, 여행 계획 및 수 행, 돌아다니기 등 12개 지표	의료적 상황 근로능력	18개 신체기관의 의료적 상황(지표)	질병이나 사고로 인한 신체적 장 애(내부 질환 장 애 포함), 정신 적 장애, 지적장 애
		측정결과	표준, 심각 두 단계로 구분 하여 차등 지급	stream 1 ~ stream 4	근로능력 정도를 '1일 3시간 이내', '1일 3시간-6시간 가능'으로 판정 GdB0에서 GdB 100까지, 10단위 로 판정 지원필요성에 따 라 건강상의 특징 표기	복지: 6등급 산재: 14등급 차등지원
고용 서비스	장애정의		의료적 접근법 사회기능적 접근법	의료적 접근법 사회기능적 접근법	의료적 접근법 사회정치적 접근법	의료적 접근법 사회기능적 접근법 손상접근법
	장애 측정 기준	측정도구	노동능력사정 설문지	JCA (Job Capacity Assessment)	원호의학명령	장애인기본법의 장애등급 외 추 가적인 도구나 기준 없음
		측정영역	사회기능(신체적 역량, 정신적·인 지적 역량, 먹기 역량)	의료 영역 사회 기능	의료, 사회 기능, 사회 환경	의료영역
		측정기준 (지표)	돌아다니기와 계 단이용하기, 서 있기와 앉기, 사 물을 이동시키 기, 의사소통하 기, 위험에 대한	의료적 상황 근로능력	18개 의료적 상황 (지표) + 사회참여 배제 상황	의료영역

정책 영역	측정		영국	호주	독일	일본
사회 서비스 (일상 생활 지원)			인식, 사회적 상황에 대처하기, 음식과 음료 먹기 등 18개 지표로 구성			
		측정결과	근로능력 없음과 있음으로 구분	stream 1 ~ stream 4	GdB + 건강상의 특징	1-6등급
	장애정의		의료적 접근법, 사회가능적 접근법	사회기능적 접근법	의료적 접근법, 사회정치적 접근법	사회기능적 접근법
	장애 측정 기준	측정도구	독립성에 대한 위험 수준 평가	NDIS 장애 규칙	돌봄 판정도구	장애지원구분 인정조사표
		측정영역	사회기능, 사회 환경	사회 기능 (일상 생활과 이동 영역)(ADL, IADL)	사회 기능 - 기능적 일상생활 활동(ADL)과 도구적 일상생활 활동(IADL)	의료영역 사회기능
		측정기준 (지표)	<ul style="list-style-type: none"> -생명의 위협 정도 -심각한 건강문제의 정도 -선택이나 통제권의 훼손 정도 -학대 발생 또는 학대 발생 가능성 -사회 참여가 어려운 상황 -사회적 지지체계 유지 정도 -가족 또는 사회구성원으로서의 역할과 책임 수행 정도 	<ul style="list-style-type: none"> -타인과의 상호작용 -대인관계, 정서 및 행동 조절 -학습 -집안밖에서의 수면 및 이동 -목욕, 옷 입기, 식사하기 -일상 활동, 금전 관리, 의사결정 등 	<ul style="list-style-type: none"> -이동 -인지적 및 의사소통기능 -행동방식 및 심리적 문제 -자기관리 -질병 또는 치료에 근거한 요구 수행 -일상생활 및 사회적 접촉의 형성 	<ul style="list-style-type: none"> -이동이나 움직임 12항목 -신변처리와 도움정도 16항목 -의사소통 6항목 -행동장애 34항목 -특별의료 12항목 <p>총 80항목</p>
	측정결과		4단계로 구분 (심각한 수준, 중대한 수준, 통상적인 수준, 낮은 수준)	서비스 필요도 판단	독립 수행 가능, 부분 수행 가능, 독립 수행 불가능	구분 1-6

2. 장애판정체계 비교

영국의 장애판정체계는 정책영역에 따라 구분되어 있다. 이에 따라 소득보장, 고용 및 직업재활서비스는 고용노동부가 담당하고 있고, 사회서비스 영역은 보건부가 담당하고 있다. 고용노동부의 장애인복지국(Disability and Carers Services)에서 장애로 인한 추가비용 보전급여의 수급자격 심사를 담당하고 있으며, 복지고용국에서 고용지원수당(ESA)와 같은 고용소득대체 급여 수급자격 심사를 담당하고, 또 고용서비스 욕구평가 및 서비스 연계를 담당하고 있다. 사회서비스의 경우 보건부가 중앙부처이고, 보건부가 개발한 지침을 기초로 하여 각 지방정부의 사회서비스국에서 사회서비스 자격 심사를 담당하고 있다.

소득보장 및 고용서비스 수급을 위해서 노동역량 설문지를 작성하여 복지고용사무소에 보내면, 노동연금부 급여결정자와 노동연금부 인정의가 면접 사정을 통해 자격판정을 한다. 노동연금부 인정의사처럼 고용된 의사가 판정을 한다고 해서 의료적 기준을 사용하는 것은 아니고 장애측정기준에 따라 사회적 기능에 대해 평가를 한다.

사회서비스의 경우에도 평가하는 사람은 사회서비스국 또는 NHS 담당자이거나, 직업치료사와 같은 분야의 사람이다. 또 필요한 경우 주거 담당 공무원처럼 다른 영역의 공무원도 참여할 수 있다. 측정기준은 사회적 기능과 사회 환경적 측면에 대해 평가하도록 되어 있기 때문에 이들은 이에 대해 평가한다. 이처럼 영국의 장애판정체계는 사회적 기능과 사회 환경 측면을 강조하여 중앙정부에 의해 마련된 측정기준을 따르기 때문에 전문가의 재량권은 높지 않다.

소득보장, 고용서비스, 사회서비스 영역의 장애판정을 위한 평가는 대부분 면담조사로 이루어지지만, 일부 항목에 대해서는 실제 테스트가 시행되기도 한다. 돌봄 요소 중 조리능력에 대한 적격성 평가의 경우 실제로 ‘조리능력 시험’(cooking test)을 실시하고 있다. 따라서 영국의 장애판정은 면담평가와 실제능력평가가 모두 사용되고 있다.

호주의 경우 소득보장과 고용서비스는 Centerlink를 통해, 사회서비스는 NDIA를 통해 제공하고 있다. 이에 따라 장애판정체계는 두 영역으로 나뉘어져 있다. 장애연금과 같은 소득보장과 고용관련 서비스를 받기 위해서는 직업능력 평가(Job Capacity Assessments: JCA)를 받아야 한다. JCA는 호주의 DHS(Department of Human

Services)에서 각 평가기관과 계약을 맺어 시행되는 종합적이고 심층적인 개인평가로서, 숙련된 평가자가 각 구직자의 상황에 대한 고려를 통하여 대상자의 근로능력을 평가하고 있다. JCA를 통해서 장애 혹은 질환, 손상, 또는 사회적 불이익과 같은 고용 획득에서의 장벽, 현재와 미래의 근로 능력, 그리고 직업을 가지거나 혹은 직업을 유지하는데 요구되는 지원의 유형이 확인되거나 결정되어진다.

JCA는 대면을 통한 면담으로 약 1시간 동안 실시된다. 불가피한 상황에서는 전화로도 면담할 수 있으나 가능한 한 대면 면담이 원칙이다. JCA를 진행하는 전문가는 근로능력을 의료적으로 평가할 수 있는 의료 관련 전문가들로 구성되어 있다. 임상심리사, 간호사, 재활 상담사, 사회복지사, 물리치료사 등으로 구성되어 있다. 2011년 7월 1일부터는 센터링크에 채용된 직원이 본 평가를 실시하고 있으며 평가는 의료나 장애 상태를 고려하여 가능한 한 적합한 전문 인력이 담당하도록 하고 있다. 또한 평가과정에서 센터링크 내 다른 평가사들과 사례회의를 통해 최종 결과를 산출하고 있다.

JCA에서는 신체적 검사나 질병 혹은 장애에 대한 진단을 하지 않는다. 평가자는 의료상태나 장애가 일할 수 있는 일상적인 능력에 어느 정도 방해가 되는지 정도를 평가한다. 진단의 목적이 근로능력에 미치는 영향을 평가하기 때문이다. 이 평가에서는 질문지를 통하여 평가를 실시하며, 평가자는 의료보고서, 학교 보고서, 전문가 평가 내용, 센터링크나 고용 서비스 제공자가 제공하는 정보 등을 참고하게 된다.

따라서 호주의 소득보장 영역 및 고용서비스 영역의 장애판정체계는 노동능력평가 등 사회기능에 대한 평가를 하기도 하지만 기본적으로 판정도구에서 의료정보에 대한 의존정도가 높고, 면담을 통해 질문지에 따라 평가를 하기 때문에 전문가의 재량권은 낮은 모델이다.

장애판정과 관련해서 호주의 NDIS 제도에서도 장애유무는 서비스 필수 조건이지만 엄격한 장애판정을 하지 않고 있다. 이 제도의 목적은 필요한 서비스를 제공하는데 있기 때문이다. 또한 NDIS 제도에서 규정하는 장애는 영구적 손상을 갖고 있거나 또는 영구적 손상이 될 수 있을 것 같은 상황 때문에 스스로 일상생활을 할 수 없는 사람이기 때문에, 의료적 판단보다는 사회 기능에 대한 판단을 더 많이 한다. 일상생활 중 사회 기능과 관련된 일부를 스스로 수행하기 어렵다면 NDIS에 의한 장애 조건이 충족된다. 이상과 같은 조건이 모두 충족되면 NDIS 이용자로 선정을 받을 수 있게 된다.

따라서 호주 사회서비스 장애판정체계는 의료정보보다는 일상생활정도를 파악하기

때문에 의료정보에 대한 의존도는 낮은 것으로 판단할 수 있다. 또한 면담을 통해 질문에 따라 평가를 하기 때문에 전문가의 재량권은 낮은 모델이다.

독일의 장애판정체계는 신청자의 의료적 정보와 함께 의료적이고 사회 환경적(사회 정치적)인 토대를 가진 원호의학명령 판정도구라는 두 가지 체계에 기반을 두고 있다. 그와 동시에 원호청의 담당 전문가가 신청자의 다양한 일상생활의 자료들을 검토하여 종합적으로 확정하는 시스템이다. 결국 개인의 기능침해라는 의학적 관점만이 장애판정의 절대적인 기준이 아니라 사회생활 참여의 어려움이라는 환경적인 관점을 함께 고려하고 있으며 당사자의 다양한 자료들을 토대로 장애판정이 종합적으로 이루어지고 있다. 원호의학명령에 따른 장애판정에 따라 장애와 비장애, 또는 중증장애인이 구분되고, 중증장애인의 경우 소득보장과 고용서비스를 받을 수 있고, 중증장애인이 아닌 경증장애인의 경우 고용서비스를 받을 수 있다. 다만 기여식 소득보장인 ‘완전소득능력감소연금’과 ‘부분소득능력감소연금’의 경우, 독일연금보험연합에서 GdB 판정결과와 더불어 ‘사회과학적 판정’과 같은 의학적 기준에 따라 근로능력정도를 평가하여 감소된 소득능력에 따라 연금을 지급하고 있다. 따라서 독일의 소득보장영역 및 고용서비스 영역의 장애판정체계는 판정도구에 따라 의료정보 의존정도가 높지만, 전문가가 사회 환경적 요인을 최대한 반영할 수 있기 때문에 전문가의 재량권이 높은 모델이다. 또한 신청자가 제공하는 각종 서면 자료를 활용하면서 면담을 통해 측정도구에 따라 판정을 하기 때문에, 독일의 장애판정체계는 서면심사와 면담심사를 동시에 사용하고 있는 것이다.

사회서비스 영역의 경우 일상생활활동 중심의 표준화된 평가도구 이외에 돌봄 수급자와 관련 있는 의료적 진단서 또는 의사 소견서, 현재 복용하는 약 리스트, 돌봄 기록지 및 돌봄 기관의 보고서, 그리고 사회서비스 담당기관의 신청자의 상황을 증명하는 공식 문서 등 다른 자료들도 중요한 근거로 사용하고 있다. 또한 돌봄을 도와주는 가족, 기관의 돌봄인 등은 돌봄 급여 판정 시 함께 참석하고 의견을 제시하여 돌봄 수급자의 일상생활 수행능력 침해 여부와 그에 따른 수행능력 정도를 판정하는데 보충적 역할을 제공할 수 있다. 따라서 독일의 돌봄 급여의 경우 의료정보에 대한 의존이 비교적 약하고, 전문가의 재량권이 비교적 높다고 볼 수 있다. 또한 신청자가 제공하는 각종 서면 자료 및 면담을 통해 장애판정이 이루어지기 때문에 서면심사와 면담심사를

동시에 사용하고 있는 것이다.

일본 소득보장을 위한 장애판정기관은 일본연금기구이다. 일본연금기구는 국가(후생노동대신)로부터 위임을 받거나 위탁을 받아 공적연금에 관련된 일련의 운영업무(적용, 징수, 기록관리, 상담, 결정, 급부 등)를 실시하는 특수법인이다. 또한 사회서비스 판정기관은 1차인 컴퓨터판정은 시·정·촌이 실시하며, 2차는 시·정·촌이 지정한 “시·정·촌심사회”에서 실시한다. 심사회의 위원은 장애인복지관련 보건 또는 복지에 관련된 학식경험자 중 시·정·촌장이 임명한다.

소득보장 및 고용서비스를 위한 장애판정은 의료정보에 전적으로 의존하고 있다. 각종 법령 등에 의한 기준에 따라 등급이 결정되기 때문에 판정자의 재량권은 거의 없는 수준이다. 또한 의사로부터 진단서 등을 발급받아 판정 기구에 서류를 제출하면 심사가 이루어지기 때문에 서면심사 형태로 판정이 이루어진다.

사회서비스를 위한 장애판정은 인정조사표를 활용하고 있다. 인정조사표 조사항목은 이동이나 움직임에 관련된 항목이 12항목이며, 신변처리와 도움받는 정도에 관련된 항목이 16항목이며, 의사소통에 관련된 조사항목이 6항목이다. 또한 행동장애와 관련된 항목이 34항목이며, 특별하게 의료에 관련된 항목이 12항목이 된다. 총 80항목이 되며, 각 시·정·촌에 설치된 심사회에서 조사결과와 의사의 의견서 내용을 종합적으로 감안하여 심사판정을 내리고, 그 결과에 따라 시·정·촌이 판정한다. 따라서 사회서비스 제공을 위한 장애측정기준의 경우 의료정보에 대한 의존도가 소득보장을 위한 장애측정기준에 비해 비교적 낮다고 볼 수 있지만, 기본적으로 의료적 접근에 따른 장애판정을 받은 후 인정조사를 하는 것이고, 또한 인정조사에서도 특별의료관련 항목을 평가하고, 또 최종 심사회에서의 평가에서도 인정조사 결과 이외에 의사의 소견서를 참조하기 때문에 의료정보에 상당히 의존하고 있다고 판단할 수밖에 없다. 따라서 판정자가 사회적 환경 등을 고려하여 판정할 수 있는 재량권은 거의 없게 된다. 또한 의료적 자료에 대해서는 서면심사를 하고, 기능을 평가하기 위한 인정조사는 면담조사로 이루어지고 있다.

정책의 영역별로 의료정보에 대한 의존정도, 판정자의 재량권 수준, 장애판정 방법을 국가별로 비교하면 다음 표와 같다.

〈표 3-28〉 장애판정체계의 국가비교

정책 영역	측정	영국	호주	독일	일본
소득 보장	의료정보에 대한 의존정도	낮음	높음	높음	높음
	재량권 수준	낮음	낮음	높음 (사회환경적 요인에 대한 재량권 수준 높음)	낮음
	장애판정 방법	면담심사 실제 능력 테스트	면담심사	서면심사 면담심사	서면심사
고용 서비스	의료정보에 대한 의존정도	낮음	높음	높음	높음
	재량권 수준	거의 없음	낮음	높음 (사회환경적 요인에 대한 재량권 수준 높음)	높음 (서비스 연계자의 재량권이 높음)
	장애판정 방법	면담심사	면담심사	서면심사 면담심사	서면심사
사회 서비스 (일상 생활지원)	의료정보에 대한 의존정도	낮음	낮음	비교적 낮음	높음 (기능평가와 함께 의료적 정보 사용)
	재량권 수준	거의 없음	낮음	높음	낮음
	장애판정 방법	면담심사	면담심사	서면심사 면담심사	서면심사(의료) 면담심사(기능)

이 중 의료정보 의존 정도와 전문가(담당 공무원 등)의 재량권 정도에 의한 유형을 구분해 보면 다음과 같이 4개의 유형으로 구분할 수 있고, 4개국의 세 정책영역별로 유형을 결정할 수 있다. 우리나라와의 비교를 위해 제2장 제3절의 내용을 참조하여 한국 까지 포함시키면 다음 그림과 같이 각국 정책별 장애판정체계 유형을 구분할 수 있다.

의료정보에 대한 의존 정도가 낮으면서 전문가의 재량권이 높은 모델 A에는 독일 사회서비스 정책이 속하였다. 독일 사회서비스의 경우 일상생활활동 중심의 표준화된 평가도구를 사용하면서도 돌봄 수급자와 관련 있는 의료적 진단서 또는 의사 소견서, 현재 복용하는 약 리스트, 돌봄 기록지 및 돌봄 기관의 보고서, 그리고 사회서비스 담당 기관의 신청자의 상황을 증명하는 공식 문서 등 다른 자료들도 중요한 근거로 사용하고, 또 돌봄을 도와주는 가족, 기관의 돌봄인 등은 돌봄 급여 판정 시 함께 참석하고 의견을 제시하고 있다. 따라서 의료정보에 대한 의존 정도는 낮으면서 전문가의 재량권

은 높다고 평가할 수 있다.

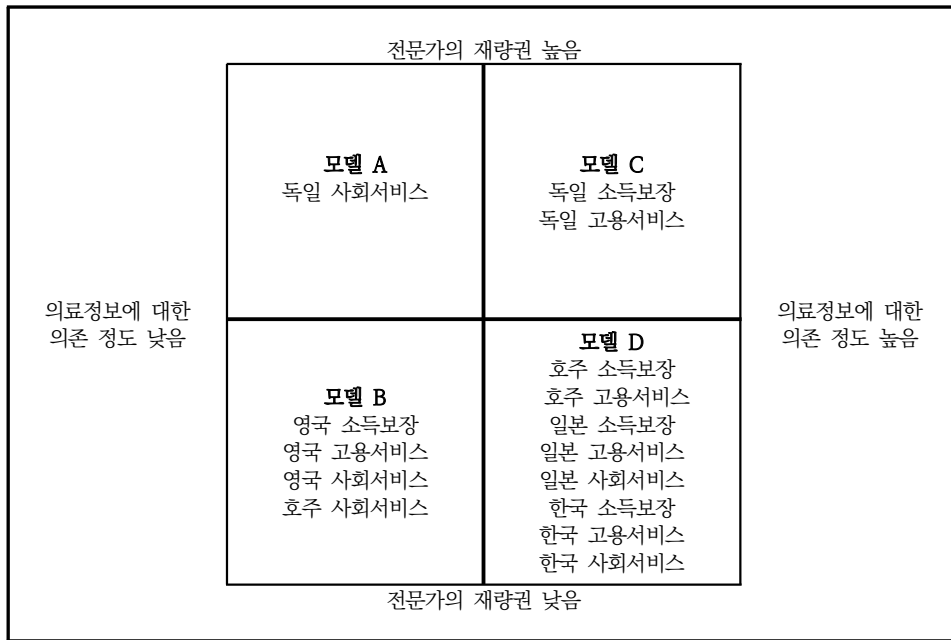
의료정보에 대한 의존 정도가 낮으면서 전문가의 재량권이 낮은 모델 B에는 영국 소득보장, 영국 고용서비스, 영국 사회서비스 호주 사회서비스 정책이 속한다. 영국의 장애인정책과 호주의 사회서비스는 의료정보보다는 일상생활활동 정도, 즉 사회적 기능을 주로 평가에 활용하였다. 하지만 중앙정부가 만든 설문문항에 따른 평가에 의해서만 평가가 주로 이루어지기 때문에 전문가의 재량권은 낮다고 평가할 수 있다.

의료정보에 대한 의존 정도가 높으면서 전문가의 재량권이 높은 모델 C에는 독일 소득보장, 독일 고용서비스, 일본 고용서비스 정책이 속하였다. 독일의 소득보장영역 및 고용서비스 영역의 장애판정체계는 판정도구에 따라 의료정보 의존정도가 높지만, 판정과정에서 전문가가 사회 환경적 요인을 최대한 반영할 수 있기 때문에 전문가의 재량권이 높다고 평가할 수 있다.

의료정보에 대한 의존 정도가 높으면서 전문가의 재량권이 낮은 모델 D에는 호주 소득보장, 호주 고용서비스, 일본 소득보장, 일본 고용서비스, 일본 사회서비스, 한국 소득보장, 한국 고용서비스, 한국 사회서비스정책이 속한다. 일본의 소득보장, 고용서비스, 한국의 소득보장, 고용서비스와 활동지원제도를 제외한 사회서비스는 의료정보에 기반한 장애등급제에 기반하고 있기 때문에 의료정보에 대한 의존 정도가 상당히 높은 수준이다. 반면 호주 소득보장과 고용서비스의 경우 주로 의료적 정보에 많이 의존하고 있지만, 그럼에도 근로평가와 같은 사회적 기능을 측정하고 있다. 따라서 호주의 소득보장과 고용서비스의 경우 의료정보에 대한 의존 정도가 높다고 평가할 수 있지만 그럼에도 비의료 정보에 대한 활용도도 높은 편이라고 평가할 수 있다. 마찬가지로 일본의 사회서비스(개호급부)와 한국의 활동지원제도는 ADL과 IADL에 기반한 인정조사를 실시하고 있지만, 인정조사에 전적으로 의존하지 않고 사회적 기능에 대한 평가이전에 손상에 기초한 장애등급으로 자격을 제한하거나, 의료적 영역에 대한 측정도 포함하고 있기 때문에, 두 정책은 모델 B의 성격을 일부 갖기는 하지만 모델 D에 속한다고 평가할 수 있다. 또한 일본의 고용서비스의 경우 장애측정기준 자체는 의료적 기준에 따른 장애등급제를 따르고 있기 때문에 의료정보에 대한 의존 정도가 매우 높은 것으로 판단해야 한다. 다만 고용서비스를 연계하는 과정에서 장애정도나 추가적인 조사가 없는 것이다. 이 유형은 대표적인 손상지향 모델로, 의료적 모델에서 벗어나 점차 사회적 모델을 지향하는 세계적 추세에서 보면 개혁이 필요한 유형이라고 할 수 있

는데, 대표적으로는 한국의 소득보장과 고용서비스 정책이 이에 해당한다고 볼 수 있다.

[그림 3-17] 의료정보 의존정도와 전문가의 재량권 정도에 따른 국가유형 비교



3. 장애판정과 급여의 연계

영국의 경우 장애판정체계는 각 정책영역별로 구분되어 있고, 측정기준도 다양하고, 이에 따른 급여도 다양하다. 더구나 서비스 제공기관은 민간기관까지 참여하고 있다. 이 경우 장애인 당사자들은 혼란스러울 수 있고, 오히려 필요한 급여나 서비스를 받지 못할 수도 있다. 이런 문제점을 극복하기 위해 각종 급여 및 서비스 수급을 위해 반드시 통과해야 하는 진입창구(entry point)를 운영하고 있다. 소득보장과 고용서비스에 대한 자격심사 및 서비스 연계를 원스톱으로 하기 위해 노동연금부 산하에 Jobcentre Plus를 운영하고 있고, 사회서비스의 경우에는 지방정부 사회서비스국이 자격심사 및 다양한 서비스에 대한 연계를 실시하고 있다.

호주의 경우에도 서비스 연계를 원스톱으로 하기 위해 소득보장과 고용서비스 영역에서는 센터링크(Centerlink)를, 사회서비스 영역에서는 NDIA를 운영하고 있다. 센터링크는 연방정부의 10개 부처를 비롯하여 25개 정부기관이 제공하는 약 140가지 서비스를 통합적으로 제공하고 있다. 센터링크는 개인에게 직접적으로 서비스를 제공하는 기관이라기보다는 다양한 지역사회 서비스 기관들에게 서비스를 할당하는 역할을 담당하는 중추기관이다. 센터링크는 일반국민들이 요구하는 서비스를 편리하게 제공하기 위하여 ‘생애사건별 접근방식’을 취하고 있다. 통합적 서비스 제공을 표방하는 센터링크는 Disability Support Pension, Newstart Allowance, Mobility Allowance, Pensioner Education Supplement, Sickness Allowance, Continence Aids Payment Scheme, Essential Medical Equipment, External Breast Prostheses Reimbursement Program, Low Income Health Care Card, Energy Supplement, Income Support Bonus 등 140여 가지 종류의 서비스를 연계 제공하고 있다.

사회서비스의 경우 NDIS 집행기관인 NDIA가 급여를 연계하고 있다. NDIA는 연방정부, 주정부 등이 출연하는 기금, 건강보험 추가 부담금을 통해 충당하는 기금이 투입되고, 이렇게 투입된 예산을 투명하고 공정하게 각 개인에게 분배하는 기능을 담당하게 된다. NDIA는 장애판정에 따라 장애인이 자격을 갖추면 장애정도에 따라 서비스를 제공하기 보다는 서비스 필요도에 따라 지원을 하려고 노력하고 있다. 따라서 사정이라는 과정이 있으나, 실제로는 장애인이 어떤 서비스가 필요하고, 어떻게 서비스를 이용할 것인지 등에 파악하고 함께 계획을 세우는 과정으로 여겨지고 있다. NDIS 계획에 따라 지원되는 서비스는 비공식적 지원, NDIS에 의한 예산 지원, 기타 지역사회 지원 등이 있다. 비공식적 지원은 가족, 친구 및 다른 관련자에 의해 제공되는 정당하고 자발적인 지원, 즉 자연적 지원을 의미한다. NDIA의 예산 지원은 개인 돌봄, 지역사회 접근 지원, 휴식지원, 특별한 거주시설 지원, 주택 개조 지원, 보조기기 지원, 가사 지원, 이동 지원, 지원 고용 서비스, 치료 서비스, 위기 또는 응급 지원, 안내견 지원 등이 있다. 기타 지역사회 지원으로는 비정부기구, 지역사회 단체, 민간의 통합 서비스 제공기관 등에 의한 지원이 있다.

독일의 일원화된 장애판정체계를 통한 모든 서비스 영역에서의 급여 제공을 하고

있고, 이는 장애인들의 요구와 욕구를 더욱 적극적으로 반영할 수 있으며 통합적인 전달체계를 가능하게 하였다. 이에 따라 원스톱 서비스가 가능하게 되었고, 이의 중심축으로서 '상담소(Ansprechstelle)'가 위치하고 있다. 상담소는 소득, 고용, 사회, 의료 등 장애인의 급여와 관련된 담당기관들이 함께 모여 있기 때문에, 장애인들이 권리로써 요구할 수 있는 모든 급여 및 서비스들에 관해 상담 및 신청이 가능하며 연계가 바로 이루어질 수 있는 장점이 있다.

일본의 경우 시·정·촌에서 장애판정 이후 각종 급여 및 서비스에 대해 연계하고 있다. 소득보장의 경우 국가가 지불하는 것이기 때문에 시·정·촌에서 급여를 연계하고 있다. 고용서비스의 경우 일반적으로 직업능력개발시설에서 직업훈련을 받기 어려운 장애인에게 능력에 따라 보통 단기직업훈련, 재직자 훈련 등을 실시하고 있다. 하지만 별도의 연계기관이 있는 것은 아니고 서비스 제공기관에서 자격이 있다고 인정되는 이용자에게 서비스를 제공한다. 사회서비스의 경우 시·정·촌에서 판정 후 급여를 제공하고, 급여를 제공받은 이용자들이 서비스 제공기관을 이용하게 된다. 따라서 일본의 경우 장애판정은 공공기관에서 이루어지고 있지만 공공기관에서 적극적인 서비스 연계는 이루어지지 않고 있다.

정책의 영역별로 연계 전달체계와 주요급여를 국가별로 비교하면 다음 표와 같다.

〈표 3-29〉 장애판정과 급여연계의 국가비교

정책 영역	급여 연계	영국	호주	독일	일본
소득 보장	연계 전달체계	Jobcentre Plus	센터링크 (Centerlink)	상담소 (Ansprechstelle)	시·정·촌 판정 이후 공식적 연계 체계 없음
	주요 급여	고용지원수당 (기초소득보장) 개인자립지불 (장애로 인한 추가비용 보전)	장애연금 이동수당 등	생계비 지원 여행비용 및 차량 운행비용 지원 전환기 비용 지원 주거지원 돌봄비 지원 등	장애인기초연금 장애후생연금 장애수당금 생활부조, 주택부조 등 생활보호 각종 장애 수당
고용 서비스	연계 전달체계	Jobcentre Plus	센터링크 (Centerlink)	상담소 (Ansprechstelle)	시·정·촌 판정 이후 공식적 연계 체계 없음
	주요 급여	근로접근제도 근로준비제도 근로조치제도 근로출범제도 근로경로프로그램	고용 준비, 구직, 고용주와 협상, 작업장 내 혹은 밖에서의 고용 지원 등	근로지원인 근로장비 및 근로 보조기기 자동차보조금 주거지원 등	자립훈련 취로이행지원 취로계속지원
사회 서비스 (일상 생활 지원)	연계 전달체계	지방정부 사회서비스국	NDIA	상담소 (Ansprechstelle)	시·정·촌 판정 이후 공식적 연계 체계 없음
	주요 급여	가사지원 장애관련 장비 및 집 개조 주간센터 장애아동 주간보호 거주시설 등	활동지원, 지역사회 접근 지원, 휴식지원, 거주시설 지원, 보조기기 지원, 안내견 지원 등	보조기기 수화통역사 주거지원 주거에서의 자립 생활 지원 사회적 삶을 위한 기능회득 지원 등	개호급부 (중증방문개호 등) 각종가산급여 (복지개호직원 처우개선가산, 생활 기능향상연대가산 등)

제 4 장

시사점 및 정책제언

제1절 시사점

제2절 정책 제언

4

시사점 및 정책 제언 <<

제1절 시사점

장애측정 및 판정과 관련된 이론적 고찰, 영국, 독일, 호주, 일본의 장애판정 비교, 우리나라 장애판정 분석 등을 살펴보았다. 이에 따라 장애측정 변화의 필요성 및 방향, 새로운 측정기준 마련을 위한 측정 영역, 장애측정기준의 단일성과 다원성, 노동능력과 기초소득보장의 연계 측면에서 우리에게 주는 시사점을 살펴보았다.

1. 장애측정 변화의 필요성 및 방향

장애와 관련된 정보를 수집하고 그 정도를 측정하여 장애로 인해 결핍된(needs) 자원을 재분배하는 것은 현대국가의 주요 업무가 되었고, 그 방식을 어떻게 할 것인가는 계속 변하고 있다. Stone(1979)이 지적했듯, 모든 사회는 두 가지 분배 시스템을 갖고 있다. 하나는 노동에 기반한 분배 시스템이고, 다른 하나는 욕구(need)에 기반한 분배 시스템이다. 장애인의 경우 근대 자본주의 국가 성립 이후 노동에 기반한 분배 시스템에서 배제되는 현상이 발생하고 있기 때문에 욕구에 기반한 분배 시스템에의 의존성이 커졌다. 이에 따라 장애는 공식적인 행정 범주로서 욕구범주로 발전하게 되었고, 선택된 장애집단은 권리를 부여받게 되었다.

따라서 욕구의 범주를 어떻게 정의하는가 하는 문제가 측정을 위한 기본이 되었고, 욕구의 수준을 사정할 필요성이 자료 수집의 목적이 되었다. 장애가 공식적인 행정 범주가 된 이후부터 욕구 사정(need assessment)의 목적은 장애 정보 수집의 추진력이 되었다. 이 때 욕구의 수준은 장애범주의 정의를 만족할 수 있으면서 급여가 필요하다고 여겨지는 정도를 의미한다. 이에 따라 욕구의 범주, 욕구의 수준을 측정하기 위한 측정방법, 측정도구 등이 필요해지게 되었고 초기에는 손상에 집중하여 측정하고, 단순히 장애인의 수를 세고, 이에 따라 욕구에 기반한 분배정책을 개발하였다. 욕구 접근

법에 따르면 정책 문제는 개인적이고 또한 개인의 역량, 고용, 수입 등의 결핍으로 위치지어진다. 이에 따라 그와 같은 결핍을 완화시키기 위해 필요한 서비스 유형을 이해하여야만 한다. 욕구 사정 관점은 경제적이건 물리적이건 장애를 가진 개인이 경험하는 결핍에 초점을 맞춘다. 그리고 치료가 필요한 영역을 찾고자 노력한다.

하지만 노동 상실률이 높아 일을 하지 못해야 할 사람이 직장에서의 편의제공 등에 의해 일을 잘 할 수 있는 여러 상황이 발견되고, 또한 이와 같은 사회적 환경의 변화에 따라 손상이 심한 사람들의 결핍(needs)정도가 줄어들고, 손상이 심하지 않은 사람일 지라도 결핍의 정도가 심한 상황이 지속적으로 발견됨에 따라, 노동 상실률과 같은 노동에서의 제한이 장애측정에 일반적으로 사용될 경우 장애인의 고용 상황에 대한 결과치를 왜곡하게 된다.

장애인이 성취할 수 있는 것에 대한 인식변화와 더불어 장애와 관련된 시민권 법률의 출현에 따라, '욕구 사정' 이상의 다양한 접근법으로 장애를 측정할 필요성이 생기게 되었다. 현대의 권리 정책 관점에서는 개인과 환경의 상호작용에 의해 일어나는 활동 수준에 초점이 맞추어지고, 손상이나 제한이 있는 개인이 사회 활동에 어떻게 통합(inclusion)되는지를 평가하기 위해 정보를 제공하려고 한다. 이 관점을 기회의 균등화(equalization of opportunity)라고 한다. 교육에의 평등한 접근, 고용에의 평등한 접근, 주거, 교통 등에의 평등한 접근 등 모든 사회활동에서의 평등한 접근이 모두 포함된다.

따라서 장애인의 고용문제는 다른 관점에서 볼 수 있는데, 욕구 사정에서 질문의 방향은 노동능력에서의 개인의 제한에 관한 것이고 이에 따라 소득지원의 필요성으로 귀결되지만, 새로운 시민권 관점에서는 개인의 기능 제한이 고용의 맥락(환경)과 어떻게 상호작용하여 고용을 촉진하는지 또는 고용을 어렵게 만드는 지를 물어볼 수 있다. 결국 기회의 균등화 목적에 따르면, 장애를 측정하는 것은 사회통합을 평가하고자 하는 것이고, 사회적 또는 물리적 환경의 어떤 측면이 참여에 기여하는지 방해하는지를 평가하여야 한다.

이와 같이 장애측정의 목적을 욕구사정과 기회의 균등화로 구분한다고 해서 둘 간의 관련성이 없다는 것은 아니다. 욕구 사정을 위해 개발된 프로그램들도 기회와 참여를 증가시킬 수 있기 때문이다. 그럼에도 기회의 균등화와 같은 관점은 전혀 다른 측정 전략을 필요로 한다. 이에 따라 국가비교에서 살펴본 영국, 독일, 호주, 일본은 빠르면

1980년대, 늦어도 2000년대 초반부터 장애를 측정하는 목적을 ‘기회의 균등’으로 전환하고, 이를 위한 측정방법, 측정도구를 수정해 나가기 시작했다.

우리나라의 경우 1962년 생활보호법 제정이후 장애는 빈곤의 한 원인으로 인식되었고, 장애로 인해 빈곤한자에 대해서는 국가가 원호를 시작하게 되었다. 이때부터 장애는 행정편의상 손상(impairment) 또는 질병(illness)과 비슷한 개념으로 사용되었다. 이후 1981년 장애자복지법 등 모든 장애관련 법률에서도 장애인에 대한 정의는 법률적 행정적 편의를 위해 만들어진 의료적이고 개별적인 기준만을 사용하고 있다. 또한 장애운동도 전체 장애인과 전체 비장애인간의 불평등(또는 비형평성)의 문제를 해결하기 위한 해결방안 모색에 주력했다. 즉, 가용 자원의 양을 늘리기 위해 복지급부 전체의 양(total provisions)을 늘리기 위한 운동을 펼쳐 왔다. 그 결과 아직은 미흡하지만 괄목할만한 성장을 얻은 것도 사실이다. 이와 더불어 장애인복지 연구도 복지수준의 향상을 주장하는 장애인들의 요구에 맞추어 장애인복지 급여 및 서비스를 확대할 수 있도록 외국의 정책을 소개하고 이를 우리나라에 정착시킬 수 있는 방안을 찾는 데 주력하였다. 그러다 보니 행정적 실용적 차원에서 만들어진 장애인에 대한 정의는 거의 모든 연구에서 그대로 받아들여졌고, 이를 기반으로 한 연구도 사회학적 연구방법론이나 인식론적 논의 없이 실용적인 정책을 소개하는 수준에 그칠 수밖에 없었다.

그런데 이제 상황이 바뀌었다. 이제는 우리나라도 사회적 모델과 자립생활 패러다임에 따라 장애를 바라보고 이를 정책화하기 시작하였다. 장애는 손상의 문제로만 인식되고 있지 않고, 개인의 건강상태와 개인요인, 그리고 개인이 살고 있는 환경을 대변하는 외적요인 간의 복잡한 상호작용의 결과로 설명되고 있다. 그렇기 때문에 특정한 건강상태에 있는 동일인물이라 하더라도 환경이 다르면 그 영향도 달라질 수 있다. 방해요소가 있거나 촉진요소가 결여된 환경은 개인의 수행(performance)에 제약을 가한다. 반면 촉진요인을 가진 환경은 개인의 수행을 강화시킨다. 사회는 방해요인(예를 들면, 접근이 어려운 건물)을 만들어 내거나 촉진요인(예를 들면, 보조기구)을 제공하지 않음으로써 개인의 수행을 어렵게 할 수도 있다. 즉, 장애는 손상, 활동제한, 참여제약에 관한 사항을 모두 살펴보아야 하는 것이고, 또한 건강상태(impairment)에 의해서만 결정되는 것이 아니라 환경요인에 따라 얼마든지 달라질 수 있는 것이다. 즉 ‘기회의 균등화’ 목적에 따른 새로운 장애측정방법 및 측정도구를 개발, 적용할 때가 된 것이다.

2. 측정 영역

장애화 과정의 다양한 개념적 측면은 ICF에 잘 녹아 있다. ICF는 현재까지 현실 세계에서 장애라고 알려진 것들을 기술하기 위한 분석틀과 표준적 언어를 제공하고 있다(Barbara et al., 2006). 따라서 장애측정을 하기 위하여 어떤 영역을 측정하여야 할 것인가라는 질문에 대한 답으로 ICF를 참조하는 것은 매우 의미가 있다. 앞서 살펴본 영국, 독일, 호주, 일본의 경우도 ICF의 틀 중 모두 또는 일부를 적용하고 있는 것이기 때문에, 가장 포괄적 개념인 ICF를 살펴보고 이에 따라 측정영역을 결정하는 것이 보다 바람직하다.

ICF의 기본적인 요소는 개인의 신체 기능과 구조, 개인의 활동(단순한 행동에서부터 보다 복잡한 과업까지 포괄), 개별적 참여, 개인을 둘러싼 물리적 사회적 환경을 반영한 사회적 맥락과 환경적 맥락과 같이 네 가지로 구분된다. 이와 같은 네 부분으로 구성된 영역을 사용함으로써 측정 과정이 편해질 수 있다. 왜냐하면 각 영역은 측정과정의 한 요인으로 여겨질 수 있기 때문이다. 각 영역은 개념과 관련된 영역을 측정가능하고 관찰 가능한 요소로 전환시키는 조작화 과정의 출발점이 될 수 있다. 영역들은 측정 과정에서 중요한 요소이다. 그러나 영역이 많다면, 측정도구를 위하여 어디에 초점을 두어야 할지 난관이 발생하게 된다(Barbara et al., 2006).

이 문제에 대한 해법은 측정의 목적 또는 정보의 의도적 사용, 또는 ICF의 다양한 영역들이 얼마나 잘 그 목적에 접근할 수 있을까 하는 것에 있다. 예를 들어 욕구 사정 관점에서 다리를 잃은 사람의 재활 또는 의지의 필요성에 관심이 있다면 신체 구조와 기능 수준에서의 측정이 적절할 것이다. 그러나 욕구 사정이 일자리를 찾거나 유지할 수 없는 사람을 위한 재정지원에 관심이 있다면, 활동에의 참여 수준 측정이 보다 관련성이 높을 것이다. 비슷하게 베이비부머 세대에 적합한 충분한 장기요양시설을 계획하는 경우 자기 돌봄 또는 자립을 유지하기 위해 필요한 가정 살림 관리와 같은 기본적인 활동을 할 때 도움이 필요한 사람을 찾아내는 것이 도움이 될 것이다.

동등한 기회에의 접근을 모니터하거나 장애측정의 시민권 목적은 다른 접근법이 필요하다. 신체 구조 기능 요인을 사용하는 것은, 어떤 사람이 기능이 떨어지는 부분을 보완하기 위해 다른 기능 영역을 활용함으로써 무엇인가를 성취할 수 있다는 것을 설명하지 못하기 때문이다. 동등한 기회는 개인과 사회적 맥락 사이의 상호작용 지점에

초점을 맞춘다. 동등한 기회는 사회적 맥락에서 다른 사람과 비슷한 선택권을 갖거나 다른 사람과 같은 활동, 즉 일자리를 얻고, 버스를 타고, 축구장에 가는 등 사회에 참여하는 다른 모든 형태를 다른 사람과 비슷하게 할 수 있음을 의미한다. 이 목적으로 측정하는 것은 집, 교통, 고용, 또는 다른 사회적 역할 활동에의 실제적인 접근을 살펴보기 위해, 모든 활동에 참여하는 것에 대해 질문을 맞춰야 할 것처럼 보일 수 있다. 하지만 이 경우에도 측정은 기능의 보다 기본적 수준에서 이루어질 필요가 있다. 특별한 형태의 기능에서의 제한이 반드시 활동과 참여에 부정적 영향을 미친다고 가정하는 것이 가능하기 때문이다. 동등한 기회에의 접근이 훼손되는 정도를 측정하는 것은 특정 손상 자체가 문제가 되는 것이 아니고, 전인적 인간의 능력 내에서 손상이 원인을 일으키는 기능적 제한의 유형이 문제가 되는 것이다. 이 기능적 제한은 활동과 참여 측면에서 다른 제한을 만들어 낸다.

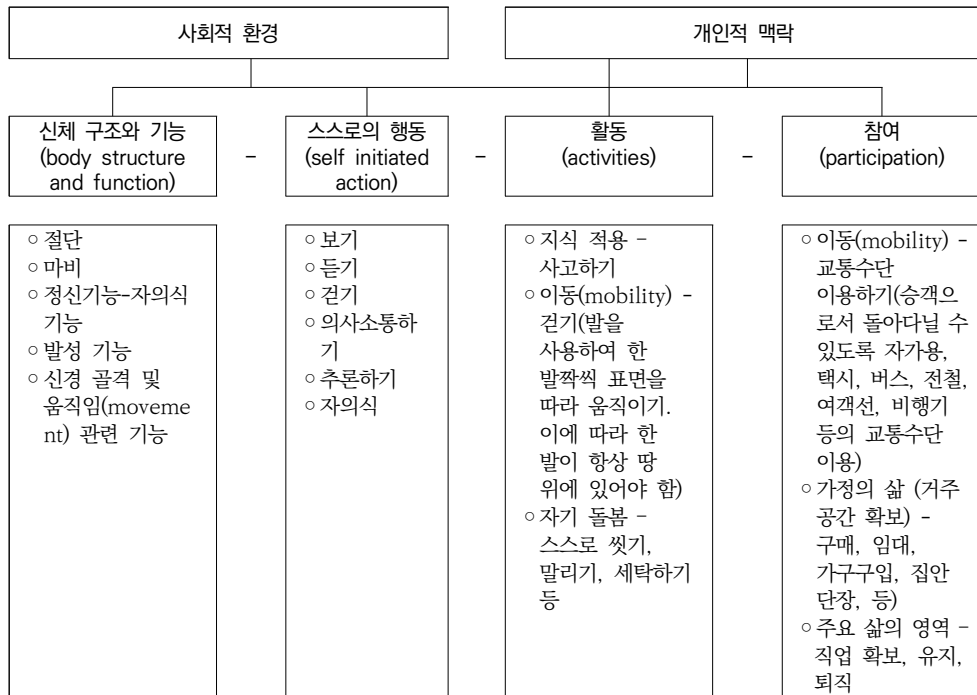
신체 구조와 기능으로 표현되는 다양한 형태의 손상에 의해 다양한 방식으로 영향을 받는 기본적인 스스로의 행동(self initiated action)이 모든 활동과 이에 따른 참여의 필요 소재(building block)이라고 여긴다면, 기본적인 스스로의 행동은 기회의 균등화 필수조건을 측정하기 위한 논리적 출발점이 될 수 있다. 이와 같은 기본적인 스스로의 행동(self initiated action)에는 기본적인 기능의 모든 것에 가장 필수적인 보기, 듣기, 걷기, 의사소통하기, 추론하기, 자의식이 포함된다. 이 목록은 우리의 모든 행동, 활동, 궁극적인 참여의 기본이 되는 학습 또는 기억하기 등과 같은 다른 특정한 영역의 자기 주도적 기능을 포함하기 위해 확장될 수 있다. 이 영역들 중 한 곳에 제한이 있는 것은 어떤 개인이 제한된 참여를 할 수 있는 위험에 처하게 할 수 있다. 하지만 반드시 제약(제한, restriction)과 동일하지는 않다.

이에 따라 ICF틀을 유지하면서도, 활동과 참여를 직접 측정하기 어려운 상황에서 신체 구조와 기능이 영향을 받고 이에 따라 활동과 참여에 직접적인 영향을 미치는 스스로의 행동을 측정하는 방식의 필요성을 보여주기 위해 도식화를 하면 다음 [그림 4-1]과 같이 나타낼 수 있다. 결국 동등한 기회에의 접근을 위해서는 신체구조와 기능에 대한 측정으로는 매우 부족하고, 활동 및 참여를 측정하여야 한다. 그런데 활동과 참여에 대한 직접 측정이 매우 어렵고 개인별 상황별에 따라 상당부분 측정편차가 존재하기 때문에 이의 바탕이 되는 스스로의 행동을 측정하는 것이 필요해 진다.

이에 따라 앞서 살펴본 국가들을 분석해보면, 영국의 경우 주로 스스로의 행동과 일

부 활동 측면을 측정하고 있는 것이고, 독일의 경우 신체 구조와 기능, 스스로의 행동을 측정하면서 활동 및 참여에 대한 측정 재량권을 판정자에게 부여하고 있는 것이다. 따라서 우리의 경우에도 기회의 균등화 정책을 이미 많이 시행하고 있기 때문에 현 장애등급제의 기반이 되는 신체구조와 기능에 대한 측정보다는 활동과 참여를 측정하는 것이 바람직하다. 그런데 활동과 참여를 측정하기 위해서는 판정자가 개인의 상황에 대해 충분히 듣고 여러 사정을 감안하여 판정을 하여야 한다. 즉 국가가 정한 기준보다는 판정자의 재량권이 더 강해지게 된다. 물론 우리나라의 행정과 사회문화가 행정전문가의 재량권을 폭넓게 인정하는 분위기라면, 스웨덴의 경우처럼, 장애판정자가 장애인의 활동과 참여에 대해 충분히 이야기를 듣고 환경을 살펴본 후에 장애정도와 지원정도를 측정하는 방법이 가장 합리적일 수 있다. 하지만 우리사회의 문화가 행정전문가의 재량권을 인정하고 있지 않기 때문에, 국가가 정한 기준에 따른 측정이 필요하게 되고, 이에 따라 영국의 경우처럼 활동과 참여를 측정하기 위해 대리변수(proxy)로 스스로의 행동을 측정하고 일부 측정 가능한 활동 측면을 측정하는 것이 바람직할 것으로 보인다.

[그림 4-1] 장애측정 영역



결국 행동(action)의 제한 정도로 파악하는 방식이 현재로서는 가장 합리적으로 보인다. 이는 활동을 위한 기본적인 행동(action or basic function, 기본적 기능)들이 어떤 것이 있고 각 행동의 제한정도를 파악함으로써 활동 및 참여의 제한을 파악하고자 하는 것이다. 물론 활동과 참여의 대리변수이기 때문에 타당성의 문제가 발생할 가능성이 있다. 하지만 몇 개 활동을 조합하면 활동 및 참여를 설명할 수 있고, 기본적 기능에 대한 정보는 활동 및 참여에서의 문제를 야기하는 제한 또는 한계를 보다 명확하게 보여줄 수 있다(Barbara et al. 2006). 또한 시간과 공간이 제한된 장애관련 정보 수집과정에서 행동의 제한에 관한 정보가 가장 기본적인 수 있다(Barbara et al. 2006).

현재 전 세계적으로 보면 초기에는 사회참여에서 가장 멀리 떨어져 있는 신체구조와 기능을 대리변수로 사용했지만, 현재는 행동과 활동을 조합한 ADL과 IADL을 가장 많이 사용하고 있다. 우리나라의 종합판정도구도 일상생활동작과 수단적 일상생활동작,

인지행동특성을 조합하여 개발되었다. 따라서 아직까지 우리에게 익숙한 과거의 의료적 기준에 기반한 등급제는 과감히 버리고, 현재의 종합판정도구를 보다 확대 적용하는 방안을 모색할 필요가 있다.

3. 장애측정 기준의 단일성과 다원성

영국, 독일, 호주, 일본의 사례와 이미 국내에 알려진 해외 사례를 살펴보면, 한 국가의 장애측정 기준으로 하나의 기준을 사용할 수도 있고, 정책영역별로 몇 개의 장애측정 기준을 사용할 수도 있다. 첫째, 우리나라와 대만⁴³⁾처럼 단일한 장애측정기준을 만들고 모든 정책에 활용하는 경우가 있다. 하지만 이 경우에도 우리나라는 의료적 기준에 따른 단일한 기준이고, 대만의 경우 의료적, 기능적, 사회환경적 기준까지 모두 고려한 단일한 기준이라는 차이가 있다. 둘째, 독일과 일본의 경우처럼 우선 전 장애정책에 진입하기 위한 기준을 만들어 적용하고, 돌봄 서비스 영역은 별도의 측정기준을 사용할 수 있다. 현재 우리나라의 모습도 이와 비슷한 측면이 존재한다. 하지만 우리나라의 경우 전 장애정책에 진입하기 위한 기준이 보다 의료적이고 손상에 기초한다는 특징이 있다. 셋째, 영국과 호주처럼 정책영역별로 다원화된 측정기준을 사용할 수 있다. 호주의 경우 소득보장과 고용서비스를 위한 측정기준과 사회서비스를 위한 측정기준을 만들어 사용하고 있다. 영국의 경우 기초소득보장과 고용서비스를 위한 측정 기준, 장애로 인한 추가비용 보전을 위한 측정 기준, 사회서비스 제공을 위한 측정 기준을 만들어 사용하고 있다.

단일 기준을 만들어 사용하는 방법은 행정편의성이 높고, 행정비용이 덜 들고, 일선 공무원의 재량에 덜 의존적일 수 있다. 하지만 정책의 목적이 다를 수 있기 때문에 동일한 기준을 적용함으로써 정책의 효과성 및 효율성이 저하될 수 있다. 특히 손상에 기초한 기준을 사용할 경우 활동과 참여 정도를 측정하지 못하는 한계가 발생하게 된다. 한편 다원화된 기준을 만들어 사용하는 방법은 장애인의 개별욕구에 따르기 때문에 서비스의 효과성이 상당히 높아지고, 서비스가 필요한 사람에게 서비스가 전달되는 서비스 적격성이 높아질 수 있는 장점이 있다. 하지만 여러 기준을 사용함에 따라 행정비용

43) 본 연구에서 대만에 대한 사례연구는 하지 않았지만 설명의 편의를 위해 대만의 사례를 적용함

이 많이 들 수 있고 장애인 당사자에게 충분한 정보가 제공되지 않을 경우 당사자 입장에서 혼란스러울 수 있다.

외국의 사례를 보면 손상에 기초한 단일 기준 사용에서 다원화된 기준으로 바뀌고 있다. 다원화된 기준의 경우 활동에 중심을 둔 사회서비스 영역의 측정기준과 의료적 영역과 사회기능 영역을 모두 측정하는 소득보장 및 고용서비스 영역의 측정기준으로 크게 나눌 수 있고, 영국처럼 장애로 인한 추가비용 보전을 위한 추가적인 기준을 사용할 수도 있다. 정책영역별로 다른 장애측정기준을 사용함에 따라 보다 맞춤형 급여를 제공하고자 했던 영국, 호주 등의 사례를 보면 우리도 장애인 당사자의 필요에 맞춘 급여 및 서비스를 제공하기 위해 정책 영역별 장애측정기준을 도입하는 것이 바람직할 수 있다.

욕구 또는 권리에 기초하여 자원을 재분배하기 위해 장애정의와 기준을 사용하는 핵심 사회복지 정책 영역은 소득보장, 고용서비스, 일상생활 활동지원(사회서비스)이기 때문에(European Commission, 2002), 다원화된 장애측정기준을 사용한다고 해도 2-3개 정도면 충분하다는 것을 외국의 사례를 통해 알 수 있다. 이 외의 정책은 2-3개 측정기준 중 정책목표에 부합한 기준을 사용하면 된다. 이에 따라 우리나라의 감면할 인정책에 주는 함의도 크다. 우리나라도 외국의 경우처럼 소득보장과 고용서비스 영역을 위한 측정기준과 사회서비스(일상생활활동지원) 영역을 위한 측정기준을 마련한다면, 현재 시행되고 있는 각종 감면·할인 혜택은 필요에 따라, 즉 각 항목별로 소득보장 기준 또는 일상생활 활동지원 기준을 사용하면 될 것이다. 예를 들어 소득보존을 목적으로 하는 각종 정책, 즉 장애인등록 진단비 지급, 장애 검사비 지원, 장애인 의료비 지원, 자동차분 건강보험료 전액 면제, 산출 보험료 경감, 소득세 공제, 증여세 면제 등은 소득보장 기준을 적용하면 되고, 활동을 보장하고 촉진하기 위한 정책, 즉 장애인보조기구 교부, 보장구 의료보험급여 적용, 장애인활동지원, 농어촌 재가장애인 주택개조비 지원, 장애인 자동차 표지발급, 승용자동차에 대한 소비세, 취득세 면제, 각종 공공시설 요금 감면, 공영주차장 주차요금 감면, 철도·도시철도 요금 감면, 유선 전화요금 할인, 이동통신 및 인터넷 요금 할인 등 각종 할인은 일상생활 활동지원 기준을 사용하면 될 것이다(이동석, 2014).

4. 노동능력과 기초소득보장의 연계

우리나라의 경우 기초소득보장과 고용서비스는 별개의 정책으로 집행되고 있다. 생계급여와 자활급여를 판단하기 위해 노동능력 여부를 판단하지만 노동능력이 없거나 일부 부족하다고 하여 고용서비스가 연계되는 것은 아니다. 단지 기초생활보장의 급여만 달리 정해질 따름이다. 기초생활보장은 우선적으로 자산조사에 기반하고 있다. 노동능력보다는 자산의 부족에 따라 자격을 취득하게 되고, 이후 노동능력 유무에 따라 생계급여와 자활급여가 구분된다.

하지만 영국, 호주, 독일 등의 사례를 보면 기초소득보장과 고용서비스는 연계되고 있으며, 기초소득보장을 위한 측정기준으로 노동능력을 우선 평가하고 있다. 또한 노동능력은 손상에 대한 평가가 아니라, 사회기능을 평가하고 있다. 노동능력판정 이후 자산조사를 통해 고용지원수당 금액을 차등지급하고 있다. 하지만 이는 복지재정의 확대를 억제하기 위해 복지를 노동과 연계한 신자유주의적 노동복지(workfare)라는 비판에서 자유롭지 못하다.

하지만 장애인의 입장에서 보면, 영국이나 호주처럼 기초소득보장 자격기준으로써 노동능력이 우선 사용된다면 현재 나의 자산이 많다고 하여도 장애로 인해 일을 할 수 없는 경우에는 기본적으로 기초생활보장을 받을 수 있게 되고, 현재 자산이 없는 경우 추가적으로 기초생활보장을 더 받을 수 있게 된다. 우리나라의 경우 기본적으로 자산조사를 먼저하고 이후에 노동능력 유무에 따라 생계급여와 자활급여로 구분하고 있기 때문에, 노동능력이 전혀 없는 장애인도 자산이 있는 경우 기초소득보장에서 제외되고 있다. 이 경우 자신의 모든 자산을 다 소진해야 기초생활보장을 받을 수 있게 된다. 특히 자산조사에 부양의무자 기준을 적용하여 나의 자산뿐만 아니라 부양의무자의 자산 규모까지 파악할 경우 노동능력이 전혀 없는 장애인은 자신의 삶을 사는 것이 아니라 부양의무자에 종속된 삶을 살 수 밖에 없는 구조를 만드는 것이다.

따라서 신자유주의라는 비판, 복지를 축소하려는 노력이라는 비판이 존재함에도 불구하고, 장애 당사자만을 고려한다면, 우선 사회 기능을 측정하는 장애측정기준에 따라 노동능력을 평가하고 이에 따라 기초소득보장을 실시하고, 이후 자산조사를 통해 차등급여를 지급하는 방법을 고민해볼 필요가 있다.

제2절 정책 제언

외국의 사례를 살펴보고 우리에게 주는 시사점을 논의한 결과, 정책 영역별 장애측정기준 마련 및 운영, 사회서비스 제공을 위한 장애측정기준 마련 시 사회 활동 및 참여 수준 정도 확대, 공공 진입장구 및 원 포인트 연계기관 운영, 장애측정에 필요한 다양한 인력 양성, 제도개편에 따른 홍보강화와 같은 제언을 도출할 수 있었다. 하지만 장애판정자의 재량권 수준, 장애판정 방법(서면심사, 면접심사, 직접 테스트) 등에 대해서는 국가별로 매우 다양하고 많은 논란이 있을 수 있어 이에 대한 제언은 하지 않았다.

1. 정책 영역별 장애측정기준 마련 및 운영

외국의 사례를 보면 하나의 장애 정의로 소득보장, 직업재활, 장애인 차별 문제 등 다양한 분야를 모두 포괄할 수 없는 것이 명확하다. 각각의 장애관련 프로그램들이 달성하려는 목적이 상이하기 때문에 각 제도에서는 다양한 장애 정의를 채용하게 된다(변용찬 외, 2006). 실제로 영국과 호주는 다원화된 측정기준을 사용하고 있다. 호주의 경우 소득보장과 고용서비스를 위한 측정기준과 사회서비스를 위한 측정기준을 만들어 사용하고 있다. 영국의 경우 기초소득보장과 고용서비스를 위한 측정 기준, 장애로 인한 추가비용 보전을 위한 측정 기준, 사회서비스 제공을 위한 측정 기준을 만들어 사용하고 있다.

반면 독일에서는 한 번의 장애판정으로 거의 모든 장애인 관련 급여나 서비스가 연계되고 있으며 제공되고 있다. 이것은 장애인의 입장에서는 소득, 고용, 사회서비스 각 영역 안에서 급여들을 받을 때마다 매번 서로 다른 장애판정을 받을 필요가 없다는 긍정적인 측면과, 행정적 측면에서는 일원화된 장애판정 시스템으로 인한 시간과 경제적 비용을 경감시킬 수 있다. 또한 전달체계에 있어서도 효율성을 극대화할 수 있는 장점도 가진다. 이렇게 일원화된 장애판정을 통한 모든 영역의 급여 제공이 가능한 이유는 장애판정체계가 사회적인 요소와 의학적인 요소를 모두 포함하고 있기 때문이다. 결국 사회 환경까지 모두 고려한 단일체계를 만들 수 있다면 단일 측정기준을 사용할 수도 있다. 하지만 현실적으로 의료적 기준 이외 사회환경까지 모두 고려한 단일 측정기준

을 만드는 것은 쉽지 않다.

따라서 단일한 의료적 기준을 30년 동안 사용해 왔던 우리나라도 영국, 호주 등처럼 정책영역별로 장애측정기준을 도입할 필요성이 있다. 영국의 경우 보편적인 장애인등록제도가 없고, 정책영역별로 측정도구와 측정기준을 달리하고 있다. 물론 서로 참조하여 연계하기도 하지만, 표면적으로는 정책영역별 측정도구와 측정기준이 존재하는 것이다. 하나의 기준으로 모든 정책에 적용하는 것(One fits all)이 행정적으로는 편리하고 비용이 덜 들 수도 있지만 꼭 필요한 사람에게 급여나 서비스가 전달되지 않는 문제점이 있다. 행정의 편리성, 장애판정비용의 절감도 중요하지만 필요한 사람에게 필요한 급여를 제공한다는 원칙이 더 중요할 수 있다. 우리도 의료적 접근법에 기반한 장애등급제를 폐지하고 새로운 장애측정도구를 개발하고 있기 때문에, 장애인 당사자의 필요에 맞춘 급여 및 서비스를 제공하기 위해 정책 영역별 장애측정기준을 도입하는 것이 바람직할 수 있다.

2. 사회서비스 제공을 위한 장애측정기준 마련 시 사회활동 및 참여수준 정도 확대

외국의 사례를 보면 사회서비스 제공을 위한 장애측정기준은 의료적 기준보다는 사회 활동 및 참여의 수준, 또한 이를 가로 막는 주변 환경에 대한 기준들로 만들어져 있다. 영국의 사회서비스 기준을 보면 생명의 위협 정도, 심각한 건강문제의 정도, 선택이나 통제권의 훼손 정도, 학대 발생 또는 학대 발생 가능성, 사회 참여가 어려운 상황, 사회적 지지체계 유지 정도, 가족 또는 사회 구성원으로서의 역할과 책임 수행 정도와 같은 구성 지표를 사용하고 있다. 이 지표들은 사회활동 및 사회참여를 강조하는 것이다. 사회참여가 배제되는 경우 사회참여를 촉진하기 위해 사회활동 및 참여 가능성과 사회환경 평가에 따라 개인의 자립정도에의 위험정도를 평가하고 있다. 현재 우리나라는 활동지원제도에서 사회기능평가에 따라 기본급여를 제공하고, 이와 더불어 개인의 환경에 대한 조사를 통해 추가급여를 제공하고 있다. 하지만 단독가구 등에 대한 측정뿐만 아니라 영국에서 보듯, 선택이나 통제권의 훼손 정도, 학대 발생 또는 학대 발생 가능성, 사회 참여가 어려운 상황, 사회적 지지체계 유지 정도, 가족 또는 사회 구성원으로서의 역할과 책임수행 정도와 같은 지표들의 사용을 고민해 볼 필요가 있다.

또한 일본의 경우처럼 사회서비스에 해당되는 활동지원서비스에 사회환경을 고려한 가산 또는 인센티브 제도를 도입할 수도 있다. 현재 우리나라는 동일 수가 제도에 의해 중증이거나 주변 환경이 좋지 않은 경우 제도에서 배제당하는 현상이 발생하고 있다. 이에 장애현장에서는 개인의 상황에 따라 사회서비스에 대한 수가의 차등화를 요구해 왔다. 따라서 일본의 경험을 바탕으로 장애인활동지원제도 내에서 개인의 환경을 고려한 가산 또는 인센티브 제도를 도입하는 방안도 고민할 필요가 있다.

3. 공공 진입창구(entry point) 및 원 포인트 연계기관 운영

영국, 독일, 호주, 일본 모두 장애를 측정하고 자격을 부여하고 급여나 서비스를 연결하는 업무는 국가기관이 담당하고 있다. 영국, 호주처럼 측정기준이 다양하고, 급여 및 제공기관이 다양하면, 정보가 부족한 장애인들은 자격이 됨에도 필요한 급여나 서비스를 받지 못할 수도 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해 영국, 호주, 독일 등은 소득보장, 고용서비스, 사회서비스를 받기 위해서는 반드시 통과해야 하는 진입창구(entry point)를 지정하여 운영하고 있다. 영국의 경우 소득보장과 고용서비스에 대한 자격심사 및 서비스 연계를 원스톱으로 하기 위해 Jobcentre Plus를 운영하고 있고, 사회서비스의 경우에는 지방정부 사회서비스국이 자격심사 및 다양한 서비스에 대한 연계를 실시하고 있다. 호주의 경우 소득보장과 고용서비스의 영역에 대해서는 Centerlink가, 사회서비스 분야의 경우 NDIA가 진입창구 및 연계 역할을 하고 있다. 독일의 경우 지방정부가 각 영역의 진입창구 역할을 하고, 이 정보를 바탕으로 '상담소'가 종합적인 연계 업무를 담당하고 있다.

그런데 우리나라의 경우 장애등록을 위한 장애측정은 국가가 민간 의사에게 위임하였고, 각 제공기관별로 개별적인 자격기준을 정하여 서비스를 제공하다보니, 정보가 많고 서비스 수급에 적극적인 장애인은 필요보다 많은 서비스를 받고 있고, 그렇지 못한 장애인은 필요한 서비스조차 못 받고 있는 상황이다. 결국 국가는 단일한 기준으로 행정의 통일성을 수립했다고 할 수 있지만, 실제 현실에서는 각 제공기관별로 자격기준을 만들어서 또는 자격기준도 없이 급여나 서비스를 제공하다보니 더 혼란스러운 상황이 되고 있는 것이다. 따라서 서비스는 민간이나 비영리기관이 제공하더라도, 장애를 측정하고, 이에 따라 자격기준을 부여하고, 급여나 서비스를 연계할 수 있는 강력한

출입구의 역할은 반드시 공공 국가기관이 담당할 필요가 있다.

특히 다양한 욕구 해결 및 맞춤형 서비스 제공을 위해 독일, 호주에서 시행하고 있는 개인예산제도에 대한 검토가 필요할 수 있다. 개인예산제도 실행을 위한 여러 필요조건 중 하나가 공공 진입창구이다. 영국은 지방정부 사회서비스국으로 서비스가 단일화됨에 따라 보편적이고 공평한 서비스 접근성이 보장될 수 있었다. 따라서 우리나라에서 개인예산제도를 실행하기 위해서는 진입창구를 단일화하는 방안이 필요하다. 우리나라는 다양한 서비스별로 진입창구가 다르지만, 현재 시군구의 희망복지지원단으로 사례관리가 단일화되는 과정을 겪고 있고, 거주시설, 활동지원제도 등은 이미 시군구로 단일창구가 마련되었기 때문에 일부 서비스만 시군구로 진입창구를 이전한다면 시행에는 큰 무리가 없을 것으로 보인다(이동석·김용득, 2013).

4. 장애측정에 필요한 다양한 전문인력 양성

장애측정 및 수급자격 판정은 의사, 사회복지사, 작업치료사 등 다양한 전문가들이 참여하여야 한다. 의료정보에 대한 의존성이 낮은 영국의 세 정책영역과 독일의 사회서비스, 호주의 사회서비스 영역의 경우 의사뿐만 아니라 사회 환경에 대한 고려를 충분히 하기 위해 사회복지사, 작업치료사 등이 참여하고 있다. 더구나 의료정보에 대한 의존성이 높은 독일의 소득보장과 고용서비스의 경우에도 의사들이 의료적 정보뿐만 아니라 장애인 당사자의 사회 환경 측면을 충분히 고려하고 있다.

많은 국가에서 장애평가 시 다학제적으로 구성된 전문가들이 포함된 종합사정팀을 구성하고 있다. 본문에서 살펴본 이외의 국가인 대만에서도 기능 수준을 측정함에 있어 의료인력 외의 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 사회복지사, 임상심리사, 상담심리사, 간호사, 청력사, 특수교사, 직업기능측정사, 호흡치료사 등의 비의료계 전문가가 함께 참여해야 한다고 법으로 명시되어 있다(조상은 외, 2017).

따라서 우리나라의 경우에도 현재 의료적 접근법에 따른 장애등급제를 폐지하고 사회적 기능에 바탕을 둔 종합판정체제로 변화하고 있기 때문에 향후 장애판정을 할 수 있는 전문가로서 의사, 사회복지사, 작업치료사 등을 참여시키고 양성할 필요가 있다.

또한 이와 같은 장애측정 전문인력을 양성해야만 향후 확대될 정성평가를 대비할 수 있다. 즉 어떤 기준을 사용하더라도 정량적 평가로는 개인의 다양한 환경적 측면을 고

려할 수 없다. 따라서 앞으로는 설문지와 같은 장애측정기준 등을 통한 정량평가와 더불어 정성평가가 중요해질 수밖에 없다. 따라서 향후에는 다학제적 종합평가팀에서 직접 장애인 신청자와 대화하여 최종 평가를 하게 될 것이다. 이미 스웨덴, 덴마크, 프랑스와 같은 북구 유럽의 경우 이와 같은 절차를 진행하고 있다(조상은 외, 2017). 따라서 지금부터라도 관련 다양한 전문인력을 양성할 필요가 있다.

5. 정보제공 등을 통한 제도개편 홍보 강화

장애측정기준 또는 자격기준을 만드는 이유는 자격이 되는 장애인에게 적절하게 급여나 서비스를 제공하기 위한 것이다. 따라서 자격기준이 바뀌게 되면 신규로 집입하여 새로이 급여나 서비스를 받게 되는 경우도 발생하지만, 반대로 현재 받고 있던 급여나 서비스에서 탈락하거나 또는 신규로 진입하지 못할 것에 대해 우려하는 경우도 발생할 것이다. 이러한 우려는 부족한 정보에서 발생하는 것이기 때문에 정부는 장애측정기준을 변경함에 따른 혼란을 최소화하기 위하여 현행 장애판정지침과 개정되는 장애판정지침의 차이에 대한 내용을 간략히 요약한 조건표를 작성 배포하는 등 대상이 되는 장애인에게 다양한 형태의 홍보를 강화할 필요가 있다.

참고문헌 <<

- 국가보훈처. (2018). 2018년도 보훈업무시행지침. 국가보훈처.
- 국민연금공단. (2018). 장애연금 청구 및 심사 절차. http://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_04_03.jsp에서 2018. 11. 1. 인출
- 근로복지공단. (2016.10.13.). 장애진단 전문의료기관 시범 운영 실시: 전문의 3인 이상 협의체를 통한 장애진단으로 공정성 강화. 근로복지공단 보도자료.
- 김성희, 변경희, 이성애, 정희경, 이민경. (2012). 주요 선진국 장애판정제도 현황 및 정책적 시사점 연구. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김성희, 박경수, 김주영, 최종철, 김동기, 정은선, 김웅. (2013). 장애인 고용보장 및 확대를 위한 지원체계 연구. 국가인권위원회.
- 김성희, 변경희, 이경석 외, (2014) 장애종합판정체계 도입 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김순례, (2008). 장애판정체계개선 및 재활서비스 구축방안에 관한 연구, 국민연금공단.
- 김승완, 나영희, 윤상용 외, (2014), 주요 선진국과 한국의 장애인 중장기정책계획 분석연구. 한국장애인개발원
- 김영미 (2011). 독일연금법상 소득능력감소와 노동시장. 법학논고, 36, 409-434.
- 김용진 (2017) 독일의 장애인정책-독일의 돌봄제도. VOICE vol. 98 DPI
- 변경희, 권문일, 이선우, 이정우, 이미정, 이지은. (2017). 장애인 현금급여체계 개편방향 및 근로능력 평가도구 연구. 보건복지부, 한신대학교 산학협력단.
- 변경희, 권선진, 우주형, 이은미, 이미정, 유병주, 권재숙 (2012). 장애인 등록 및 판정제도 발전방안. 보건복지부, 한신대학교 산학협력단.
- 변용찬, 윤상용, 김성희, 이민경 등. (2008). 장애인복지 인프라 개선방안 연구 I. 보건복지가족부, 한국보건사회연구원.
- 변용찬, 윤상용, 이정선, 임성은. (2006). 장애관련 공적제도의 장애판정기준과 급여수준 비교. 한국보건사회연구원. 국민연금관리공단.
- 보건복지부. (2018a). 2018년 장애인복지 사업안내 1: 장애인등록, 생활안정 등. 보건복지부.
- 보건복지부. (2018b). 2018년 장애인활동지원 사업안내. 보건복지부.
- 서정희, 유동철, 이동석, 심재진, 오욱찬. (2012). 『자립생활 기반구축을 위한 외국 사례 및 정책 연구를 통한 선진모델 구축』. 국가인권위원회.
- 오욱찬, 이재은. (2016). 국민연금법과 장애인복지법의 장애판정기준 연계방안. 국민연금연구원, 단기과제.

- 원종욱, 윤상용, 김준성, 권정아, 이신영, 이정배, 유인실, 정인철. (2010). 국민연금 장애개념 및 장애심사기준 개편방안 연구, 국민연금연구원.
- 유길상, (2006) 고용서비스 전달체계의 발전 추세와 시사점-호주·미국·영국의 사례를 중심으로. 사회보장연구, 22(4), 1-25.
- 윤상용. (2009). 최근 주요 선진 외국의 장애인 소득보장과 고용서비스의 연계 동향 및 시사점 -수급 요건으로서 근로능력평가 및 전달체계를 중심으로-. 재활복지, 13(3): 225-249.
- 이동석 (2014). “의료적 장애기준 폐지 이후의 장애인 관련 정책기준의 개혁 방향”. 장애등급제 폐지 대안, 장애인 종합판정체계 개편 방향을 묻는다. 한국장애인단체총연협회·전국장애인차별철폐연대·한국장애인단체총연맹.
- 이동석, 김용득. (2013). 영국 서비스 현금지급과 개인예산제도의 쟁점 및 한국의 도입가능성. 한국장애인복지학, 22, 47-66.
- 이동석. (2012). 장애인활동지원서비스에 대한 비판적 고찰 - 사회적 모델 관점을 중심으로. 한국장애인복지학 18: 127-145.
- 이수용, 신은경, 김용진 외, (2017), 장애인통계연보, 한국장애인개발원
- 이승기, 변경희, 김동범, 안응호, 조윤화. (2011). 지자체 중심형 수요자 맞춤 장애인복지서비스 전달체계 구축방안 연구. 서울특별시의회 위탁연구용역.
- 이용하, (2015). 장애인 소득보장체계와 국제비교 연구. 국민연금연구원.
- 이지수, (2014). 장애의 사회적 모델이 가진 의미와 한계: 장애 개념정의와 정체성의 정치를 중심으로. 한국장애인복지학, 25: 33-56
- 정인영, 윤상용. (2013). 국민연금법과 장애인복지법의 장애개념 및 장애판정체계 비교 연구. 국민연금연구원.
- 조상은, 이지수, 이선화, 이수연. (2017). ICF 기반의 장애사정체계 활용방안을 위한 기초연구: 해외사례를 중심으로. 한국장애인개발원.
- 조윤화, 김정희, 이동석 외, (2015) 장애인 감면·할인서비스 지원기준 현황과 개선방안 연구. 한국장애인개발원
- 조윤화, 이동석, 김용진 외, (2016), 맞춤형서비스를 위한 장애인복지서비스 급여체계 개편방안 연구. 한국장애인개발원
- 조한진. (2011). “장애등급의 문제를 넘어서: 장애의 정의·분류·측정.” 재활복지, 15(4): 1-26.
- 최복천, 김정희, 김용득 외, (2016) 장애인 서비스 종합판정의 장·단기 확대방안 연구, 보건복지부·한국보건사회연구원
- 황주희, 김용득, 김용진 외, (2017) 발달장애인 복지전달체계 구축방안 연구, 한국보건사회연구원

- Badley EM. 2008. Enhancing the conceptual clarity of the activity and participation components of the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Social Science & Medicine* 66: 2335-45.
- Barbara M. Altman, Elizabeth K. Rasch and Jennifer H. Madans. 2006. Disability Measurement Matrix: A Tool for the Coordination of Measurement Purpose and Instrument Development. In *International views on Disability Measures: Moving Toward Comparative Measurement Research in Social Science and Disability*, vol. 4. 263-284.
- Barbotte E, Guillemin F, Chau N. and Lorhandicap Group. 2001. Prevalence of impairments, disabilities, handicaps and quality of life in the general population: a review of recent literature. *Bulletin of the World Health Organization* 79: 1047-55.
- Barnes C, Oliver M, and Barton L (eds). 2002. *Disability Studies Today*. Cambridge: Polity Press.
- Barnes C. and Mercer G. 2003. *Disability*. Cambridge: Polity Press.
- Bernell, S. L. 2003. "Theoretical and applied issues in defining disability in labor market research." *Journal of Disability Policy Studies*, 14(1): 36-45.
- Bickenbach JE, Chatterji S, Badley EM. and Ustun TB. 1999. Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science & Medicine* 48: 1173-87.
- Braithwaite J. and Mont D. 2008. *Disability and poverty: a survey of World Bank poverty assessments and implications*. Social Protection Discussion Paper, no. 0805. Washington, DC: World Bank.
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2015), *Versorgungsmedizin-Verordnung-Versorgungsmedizinischen Grundsätzen*
- Carney T. and Hanks P. 1994. *Social Security in Australia*. Melbourne: Oxford University Press.
- De Boer WEL1, Besseling JJM2, Willems JHBM3. (2007). Organisation of disability evaluation in 15 countries. *Pratiques et Organisation des Soins*, 38(3), 205-217.
- European Commission, 2002. *Definitions of Disability in Europe : A Comparative Analysis*. European Commission.

- Gabel S. and Peters S. 2004. Presage of a paradigm shift? Beyond the social model of disability toward resistance theories of disability. *Disability & Society* 19: 585-600.
- GBDTC (GB Disability Training & Consultancy), 2007. "Applying the Social Model of Disability to Health and Social Care Services". GB Disability Training & Consultancy Online: www.gbdtc.org.uk, accessed 27 June 2012
- Gertler P. and Gruber J. 2002. Insuring consumption against illness. *The American Economic Review* 92: 51-70.
- Gooding K. and Marriot A. 2009. Including persons with disabilities in social cash transfer programmes in developing countries. *Journal of International Development* 21: 685-98.
- Grönvik, L. 2007. Definitions of in social science: methodological perspectives. Unpublished Ph. D. Dissertation, Uppsala University, Uppsala, Sweden.
- Grover, C. and Piggott, L. (2010). From Incapacity Benefit to Employment and Support Allowance : Social Sorting, Sickness and Impairment, and Social Security. *Policy Studies*, 31(2), 265~282.
- Hughes B. and Paterson K. 1997. The social model of disability and the disappearing body: towards a sociology of impairment. *Disability & Society* 12: 325-40.
- Ingstad B. and Whyte SR. 1995. *Disability and culture*. London: University of California Press.
- Jette AM. 1994. How measurement techniques influence estimates of disability in older populations. *Social Science & Medicine* 38: 937-42.
- Katz S. and Akpom CA. 1976. Index of ADL. *Medical Care* XIV: 116-18.
- LaPlante MP, Kayne HS, Mullan JT. and Wong A. 2007. Initial development of the disability and activity impact screener (DAIS): an example of qualitative measurement discovery. In: Kroll T, Keer P, Placek J,
- Leonardi M, Bickenbach J, Ustun TB, Kostanjsek N. and Chatterji S. 2006. The definition of disability: what is in a name? *The Lancet* 368: 1219-21.
- Mabett. (2003). *Definition of Disability in Europe - A Comparative Analysis*. European Commission.
- Madans JH, Altman BM, Rasch EK et al. 2004. Washington Group position paper:

- proposed purpose of an internationally comparable disability measure. Atlanta, GA: Washington Group on Disability Statistics, Center for Disease Control & Prevention.
- McDowell I. and Newell C. 1987. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires*. New York: Oxford University Press.
- Miller G. 2006. The unseen: mental illness's global toll. *Science* 311: 458-60.
- Mitra S. 2005. Disability and social safety nets in developing countries. Social Protection Discussion Paper Series. Washington, DC: The World Bank.
- Mont D. 2007a. Measuring disability prevalence. Social Protection Discussion Paper 0706. Washington, DC: The World Bank.
- Palmer M. 2011. Disability and poverty: a conceptual review. *Journal of Disability Policy Studies* 21: 210-18.
- Palmer, M. and Harley, D. 2011. "Models and measurement in disability: an international review." *Health Policy and Planning*, 1-8.
- Patel V. 2001. Poverty, inequality, and mental health in developing countries. In: Leon DE, Walt G (eds). *Poverty, Inequality, and Health: An International Perspective*. New York: Oxford University Press.
- Pavli. A. (2017). *Creative disability classification systems: The case of Greece, 1990-2015*. Örebro University.
- Pfieffer D. 2000. The devils are in the details: the ICIDH2 and the disability movement. *Disability & Society* 15: 1079-82.
- Pinder R. 1997. A reply to Tom Shakespeare and Nicholas Watson. *Disability & Society* 12: 301-5.
- Reijneveld SA, Spijker J. and Dijkshoorn H. 2007. Katz' ADL index assessed functional performance of Turkish, Moroccan, and Dutch elderly. *Journal of Clinical Epidemiology* 60: 382-8.
- Reindal SM. 2008. A social relational model of disability: a theoretical framework for special needs education. *European Journal of Special Needs Education* 23: 135-46.
- Reindal SM. 2009. Disability, capability and special education: towards a capability-based approach. *European Journal of Special Needs Education* 24: 155-68.

- Rodgers W. and Miller B. 1997. A comparative analysis of ADL questions in surveys of older people. *The Journal of Gerontology* 52: 21-36.
- Shakespeare T. 2006. *Disability Rights and Wrongs*. London: Routledge.
- Shakespeare T. and Watson N. 1997. Defending the social model. *Disability & Society* 12: 293-300.
- Stone, D. A. (1979). *The Disabled State*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Thomas C. 2002. Disability theory: key ideas, issues and thinkers. In: Barnes C, Oliver M, Barton L (eds). *Disability Studies Today*. Cambridge: Polity Press.
- Van-Brakel WH. and Officer A. 2008. Approaches and tools for measuring disability in low- and middle-income countries. *Leprosy Review* 79: 50-64.
- WHO. 2001. *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneva: World Health Organization.
- Wiener JM, Hanley RJ, Clark R. and Van-Nostrand JF. 1990. Measuring the Activities of Daily Living: comparisons across national surveys. *Journal of Gerontology* 45: S229-37.

〈독일 홈페이지〉

- http://www.behindertenbeauftragte.de/DE/Themen/Soziales/Renten/Erwerbsminderungsrente/Erwerbsminderungsrente_node.html;jsessionid=8357AD7788BA1BC94FB237BB7A996855.2_cid355 에서 2018.10.8. 인출
- <https://www.betanet.de/arbeitsassistentz.html> 에서 2018.10.2. 인출
- http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Rehabilitation-331.html 에서 2018.10.7. 인출
- <http://www.berlin.de/lageso/behinderung/schwerbehinderung-versorgungsamt/feststellungsverfahren/> 에서 2018.10.20. 인출
- <http://www.berlin.de/lageso/behinderung/schwerbehinderung-versorgungsamt/antragstellung/#aufenthalt> 에서 2018.10.7. 인출
- http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Grad-der-Behinderung-164.html#ue2 에서 2018.10.20. 인출
- http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Rehabilitation-331.html 에서 2018.10.21. 인출

- http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Rehabilitation-Zustaendigkeit-805.html 에서 2018.10.21. 인출
- http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Merkzeichen-268.html에서 2018.10.17. 인출
- <https://www.betanet.de/versorgungsamt.html> 에서 2018.10.7. 인출
- <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/themen/pflege/online-ratgeber-pflege/pflegebeduerftigkeit.html#c4791> 에서 2018.10.5. 인출
- <https://de.wikipedia.org/wiki/Versorgungsamt> 에서 2018.10.7. 인출
- <https://www.familienratgeber.de/schwerbehinderung/schwerbehindertenausweis.php> 에서 2018.10.15. 인출
- https://www.gesetze-im-internet.de/versmedv/_1.html 에서 2018.10.25. 인출
- http://www.imhplus.de/index.php?option=com_content&view=article&id=5&Itemid=99&lang=de 에서 2018.10.2. 인출
- <http://www.lageso.berlin.de>에서 2018.10.10. 인출
- <https://www.pflege.de/pflegekasse-pflegerecht/pflegegesetz-pflegereform/pflegestaerkungsgesetze/> 에서 2018.10.4. 인출
- <https://www.pflegestaerkungsgesetz.de/pflege-fragen/pflege/fragen/wie-laeuft-eine-begutachtung-zukuenftig-ab/> 에서 2018.10.5. 인출
- <http://www.sozialgesetzbuch-sgb.de/sgbix/6.html>
- <http://www.sozialhilfe24.de/schwerbehinderung/antrag-versorgungsamt.html> 에서 2018.10.14. 인출
- <http://www.sozialhilfe24.de/schwerbehinderung/bescheid-versorgungsamt.html> 에서 2018.10.20. 인출
- <http://www.sozialhilfe24.de/schwerbehinderung/schwerbehindertenausweis-merkmale-zeichen-g.html> 에서 2018.10.17. 인출
- <http://www.stadt-koeln.de/leben-in-koeln/soziales/behinderung/merkzeichen-im-schwerbehindertenausweis> 에서 2018.10.17. 인출
- <https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Gemeinsame-Servicestellen/> 에서 2018.10.26. 인출
- <https://versorgungsmedizinische-grundsaeetze.de/>에서 2018.10.20. 인출
- http://www.versorgungsaeemter.de/Schwerbehindertenausweis_Merkzeichen_index.htm 에서 2018.10.17. 인출

http://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/behinderung/9216/grad_der_behinderung_gdb 에서 2018.10.14. 인출

<http://www.widerspruch.org/widerspruch-versorgungsamt/> 에서 2018.10.14. 인출

〈일본 홈페이지〉

日本年金機構, 홈페이지, 2018. 障害基礎年金
<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/jukyu-yoken/20150514.html>(2018년10월15일 인출).

日本年金機構, 홈페이지, 2018. 障害厚生年金
<https://www.nenkin.go.jp/service/jukyu/shougainenkin/jukyu-yoken/20150401-02.html>(2018년10월15일 인출).

日本障害年金サポートセンター, 2018.
<https://shougai-support.com/shougaiteatekin/#i-2>(2018년10월10일 인출).

厚生労働省, 2018. 障害者福祉サービス.
<https://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0428-1h/04-1d1.html>(2018년10월10일 인출).

厚生労働省, 2018. 障害者福祉サービス利用について、2018
<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12200000-Shakaiengokyokusougaihoukenfukushibu/0000059663.pdf#search=%27%E9%9A%9C%E5%AE%B3%E8%80%85%E7%A4%BE%E4%BC%9A%E3%82%B5%E3%83%BC%E3%83%93%E3%82%B9%27>(2018년10월1일 인출).

厚生労働省, ホームページ, 重度訪問介護サービス費
https://www.fukushisoft.co.jp/wp-content/uploads/seikyu-siryu/h29/kz/h29_kz_ju.pdf#search='%E9%87%8D%E5%BA%A6%E8%A8%AA%E5%95%8F%E4%BB%8B%E8%AD%B7+%E5%A0%B1%E9%85%AC(2018년9월15일 인출).

厚生労働省, ホームページ .

重度訪問介護に係る報酬基準について
<https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12201000-Shakaiengokyokusougaihoukenfukushibu-Kikakuka/0000179941.pdf#search='%E9%87%8D%E5%BA%A6%E8%A8%AA%E5%95%8F%E4%BB%8B%E8%AD%B7+%E5%A0%B1%E9%85%AC>(2018년10월9일 인출).

厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部企画課, 2013, “我が国における障害日程の歴史てき経緯と現状, 日本障害者リハビリテーション協会” 2013年11月号 (第33巻 通巻388号)

<http://www.dinf.ne.jp/doc/japanese/prdl/jsrd/norma/n388/n388003.html>
2018년 10월30일 인출).

身体障害者中心型, 2018. http://www.care-news.jp/news/18/_201827.html (2018년10월1일 인출).

労災保険の障害認定と障害等級の概要, 2018.
<http://www.fujisawa-office.com/rousai8.html> (2018년 10월15일 인출).

日本年金機構について,
<https://www.mhlw.go.jp/shingi/2009/12/dl/s1209-12d.pdf#search=%27%E6%97%A5%E6%9C%AC%E5%B9%B4%E9%87%91%E6%A9%9F%E6%A7%8B%E3%81%AE%E5%BD%B9%E5%89%B2%27>(2018년10월05일 인출).

障害者福祉サービス, 2018.
<https://www.shiruporuto.jp/public/emergency/accident/syakaihosyo/shosyo104.html> (2018년 10월8일 인출).

〈일본의 장애판정체계와 서비스〉

1. 장애인종합지원법 개요

가. 연혁

- 2006년 4.1. 장애인자립지원법 시행 : 복지시설 및 사업체계의 정비
- 2013년 4. 장애인종합지원법 개정·시행

나. 장애인종합지원법 개요

- 장애인복지서비스
 - 장애유형 등 구분하지 않는 종합지원서비스
 - 필요에 의해 지원되는 서비스
 - 장애인복지서비스 대상에 난치병 환자 포함
 - 장애자수첩소지에 상관없이 장애정도구분 인정조사 절차를 거친 후, 시정촌에서 필요한 서비스 등을 이용할 수 있게 됨
 - 2018년 4월부터 359개 질병으로 난치병 범위를 지속적 확대 (2013년 130개 질병)
 - 자립훈련서비스 이용에서 장애인의 장애특성에 맞는 근거리 지역 서비스 이용
 - 시정촌에서 통합적 지원
 - 장애인 자립지원법 시행 후, 시정촌에서 실시 주체를 일원화하고 도도부현에 이를 지원하는 체계로 구축 / 시정촌에서 장애인에 대한 서비스 제공 책임
- 이용자 중심의 서비스 지원
 - 지역생활 중심의 서비스 지원 체계
 - 지역에서 일상생활을 하는데 필요한 지원을 효과적으로 제공받을 수 있도록

시설체계를 6개 사업, 33종류로 재편

- ‘지역생활지원’, ‘취업지원을 위한 사업’, ‘중증 장애인을 지원하는 사업’ 등 신규 실행
- (시설입소자의) 지역이행지원 및 지역정착지원을 개별 급부화 (2012.4)
- 지역사회자립에서 중증 지체장애인, 행동장애가 있는 지적·정신장애인에 대한 중증방문개호 서비스 지원 등 다양한 요구에 대응

— 낮 동안 활동장소와 거주 장소의 분리

- 장애인이 24시간 동안 단일 시설에서 생활하는 것이 아니라, 낮 동안의 활동 서비스와 야간 서비스(거주서비스)를 분리하여 자신의 희망에 따라 여러 서비스를 이용할 수 있도록 함
- 마찬가지로 거주시설에 입소하지 않은 장애인도 입소 시설이 실시하는 낮 활동 서비스를 이용할 수 있도록 함

※ 낮 활동지원서비스 내용의 개편

- 요양간호: 의료와 상시 개호를 필요로 하는 사람에게 의료기관에서 기능훈련, 요양상의 관리·간호·개호 및 일상생활 지원 서비스
- 생활개호: 항상 개호를 필요로 하는 사람에게 낮 입욕 등의 개호를 하고, 창작 활동, 생산활동의 기회를 제공하는 서비스
- 자립훈련: 기능훈련과 생활훈련으로 구분되며, 자립한 일상생활, 사회생활을 할 수 있도록 일정 기간 동안 신체 기능이나 생활능력 향상을 위해 필요한 훈련을 실시하는 서비스

— 장애인에 대한 신규 지역생활지원 서비스

- 취업정착지원: 장애인의 일반 취업에 따른 생활 문제에 대응할 수 있도록 가족과 관계기관(취업체 등)을 연계·지원하는 서비스
- 자립생활지원: 거주시설에서 자립생활로 이행한 사람에게 장애인의 의사를 존중하고 지역 생활을 지원하기 위해 정기적인 가정방문 등으로 상황을 파악하고 필요한 정보를 제공하는 서비스

— 지역의 사회 자원을 활용

- 기존 사회자원을 활용하여 지역생활의 다양한 상황에 대응할 수 있도록 장애인 거주지와 근거리에 있는 서비스 거점을 늘려나가는 것

○ 작업장에서 일하는 장애인의 일반 취업으로의 전환 촉진 등

— 취업 지원 강화

- 지역내 일반 취업을 할 수 있도록 지원하고, B형 사업소⁴⁴⁾의 임금수준 향상을 위해 노력

— 임금 수준 향상을 위한 노력

- 2012년부터 “임금향상계획”을 책정하여 임금향상 추진
- 사업소의 효과적 운영 (컨설팅트에 의한 기업경영 기법 활용, 공동수주 추진 등) 등, 각 사업소 마다 “임금 향상 계획” 작성

○ 서비스 지급 결정의 투명한 명확화

— 장애정도구분에 대한 검토를 통한 장애지원구분 도입

- 지적장애·정신장애인의 특성에 따라 적절한 지원의 필요도를 판정할 수 있는 표준 지원의 정도를 나타낸 “장애지원구분” 도입 (2014년부터)

— 지급 결정에 관한 과정의 투명화

- 장애지원구분 조사 외에도 장애인 상황, 서비스 욕구, 가족 상황 등을 고려하여 상담 지원 전문원 등이 이용 계획을 작성할 수 있도록 하여 적절한 서비스 지원이 이루어지도록 함

○ 비용 부담 구조의 타당성 강화

— 국가의 비용 부담 의무

- 의무적 비용부담구조를 중앙정부 1/2, 도도부현 1/4, 시정촌 1/4로 함

— 이용자 부담 보완

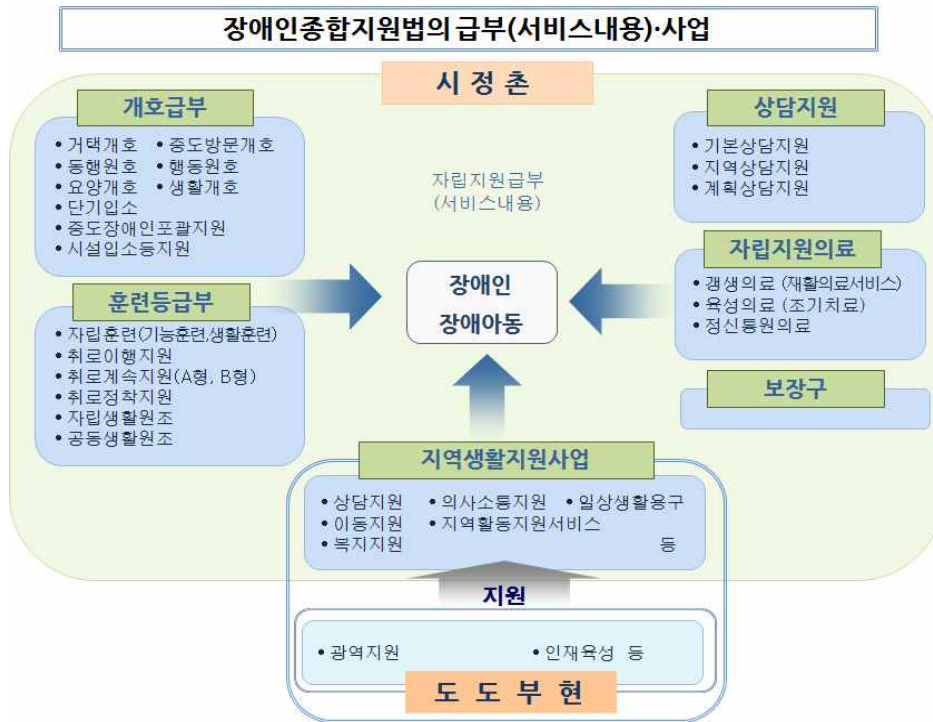
- 이용자 부담의 월 상한액 (예: 월 37,200엔)
- 소득별 이용자 부담(10%), 저소득의 경우 개별 감면 구조 마련 (비율 감소 등)
- 시설이용시, 소요되는 식비·광열·바·수도세 등의 실비 부담을 본인부담화 (저소득의 경우, 식비만 본인부담하도록 함)
- 장애아동가족의 경우 경감대상 범위 확대

44) A형은 고용형태로 인정하며, 최저임금을 보장하나 B형은 비고용 훈련형태로 최저임금을 보장하지 않음.

- 65세 이상 장애인이 개호보험으로 넘어갈 경우, 이용자부담이 증가하는 문제에 대해서 이용자 부담률 감소 방안 추진 (개호보험은 20~30%)

○ 장애인복지계획에 따라 계획적인 서비스 기반 정비

[그림 1] 장애인종합지원법의 서비스 내용과 사업



자료: 후생노동성, 「2017년 장애인시책개요」, p.100.

2. 일본 장애판정과 서비스 연계

- 일본은 장애인수첩으로 이용하는 서비스와 장애지원구분을 통해 이용하는 서비스 이용 체계의 이원화
 - (장애지원구분) 활동지원, 시설입소, 이동서비스, 중증방문개호 서비스 등
 - (장애인수첩) 소득지원(수당), 보장구, 일상생활용구, 이동지원 등
- (장애정도구분 도입배경) 시각1급과 지체1급의 필요한 개호정도와 내용이 다르며 이러한 서비스 필요 정도를 파악하기 위해 도입

가. 의료적 장애판정과 서비스 연계

1) 장애 평가 기준 : 의료적 판정 기준

〈표 1〉 장애인 수첩 교부 대상

신체장애자 수첩	<ul style="list-style-type: none"> • 시각장애 • 청각장애 • 음성·언어·저작기능 장애 • 신체부자유 상지 / 하지 / 체간 • 영유아기 이상의 비진행성 뇌병변에 의한 운동기능 장애 • 심장 기능장애 • 신장 기능장애 • 방광 또는 직장 기능장애 • 호흡기 기능장애 • 면역 기능장애 • HIV면역기능장애 • 소장 기능장애 • 간장 기능장애
요육수첩1)	<ul style="list-style-type: none"> • 지적장애
정신장애인 수첩	<ul style="list-style-type: none"> • 자폐성장애 등 발달장애2) • 정신장애 등

주: 1) 일본의 지적장애는 각 도도부현이 정하는 기준에 따라 교부하는데, 일반적으로 지능지수 70~75 이하인 경우에 요육수첩을 교부함

2) 발달장애를 정신장애 하위 영역으로 인정하며, 문자난독증 등도 발달장애로 인정

○ 일본 장애인 현황

- 일본 후생성자료에 의하면, 65세 미만 중 장애인수첩소지자는 223만명, 65세 이상 중 장애인수첩소지자는 335만명으로 전체 약 559만명임.
 - 이외 수첩 비소지자이나 장애지원구분 등 서비스 이용장애인인 33만명임
 - 전체 장애인 약 590만명

〈표 2〉 장애인 수첩 소지자 수 (성별 / 장애유형별)

(단위: 천명, %)

	성별	총수		장애자 수첩소지자		장애인 수첩 유형 (복수 응답)						수첩 비소지자로 자립지원 수급자	
						신체장애자 수첩		요육수첩		정신장애인 보건복지수첩			
65 세 미 만	총수	2,382	100.0	2,237	100.0	1,082	100.0	795	100.0	594	100.0	145	100.0
	남	1,359	57.1	1,280	57.2	593	54.8	497	62.5	307	51.7	79	54.5
	여	1,014	42.6	950	42.5	486	44.9	295	37.1	282	47.5	64	44.1
	미상	9	0.4	8	0.4	3	0.3	3	0.4	5	0.8	1	0.7
65 세 이 상	총수	3,550	100.0	3,358	100.0	3,205	100.0	168	100.0	247	100.0	193	100.0
	남	1,756	49.5	1,691	50.4	1,627	50.8	89	53.0	106	42.9	64	33.2
	여	1,772	49.9	1,645	49.0	1,565	48.8	73	43.5	130	52.6	127	65.8
	미상	23	0.6	21	0.6	13	0.4	5	3.0	11	4.5	1	0.5

주: 반올림으로 인원을 내고 있기 때문에 합계가 일치하지 않는 경우가 있음

자료: 후생노동성, 「2017년 장애인시책개요」, p.240.

2) 장애 판정 절차⁴⁵⁾ (八王子市⁴⁶⁾)

- 장애판정을 원하는 장애인이 시정촌의 신청서를 작성하여 병의원 의사(주치의)에게 작성을 요청함. 신청서 하단 오른쪽에 의사 자체 판단의 “등급” 기재
- 시정촌이 의사진단서와 가이드 라인에 따라 등급 판정
 - 의사가 판정한 내용과 시정촌이 (매뉴얼에 의해서) 정한 등급이 동일하면 판정을 내림
 - 일치하지 않으면, 시정촌에서 의사(주치의)에게 소견서를 요청
 - 시정촌 자체 심의 의사들이 3개월에 1회 심의회의를 하는데, 그때 상정하여 논의함
- 조정이 끝나서 판정결과가 나오면, 등급(장애자수첩)을 직접 장애인에게 전달하고 이용할 수 있는 서비스에 대해서 설명해줌
- 신체장애, 정신장애는 의사가 실시 / 지적장애의 경우 동경도 심신장애인복지센터 / 장애아동은 아동상담소에서 평가
 - 가이드라인과 진단서 등을 검토하여 시정촌이 최종 결정

45) 장애판정절차 및 서비스 지원은 八王子市 사례임.

46) 장애판정은 일반적으로 도도부현에서 실시하나, 八王子市는 약 50만의 인구 규모의 시정촌단위 도시로 인구규모 및 장기간 장애판정 업무를 수행해온 점을 고려하여 자체적으로 장애판정을 실시 및 장애인수첩을 교부함.

3) 서비스 지원 (八王子市)

○ 소득

사업명	지원주체	대상 기준	지원 내용
심신장애자복지수당	동경도	• 신체1,2급 / 요육수첩 1-3 중증도 외	월 15,500엔
특별장애인수당	중앙정부	• 중증장애인 • 만20세 이상 • 기초장애연금, 장애후생연금 등 비가입자 • 신체장애 1~2급, 요육수첩 1~2 중증도, 정신장애자수첩소지자 • 소득 제한있음	월 26,940엔 (2018년기준)
장애아동복지수당	중앙정부	• 20세 미만 중증장애아동 • 신체장애 1~2급, 요육수첩 1~2중증도, 정신장애자수첩 소지자 • 소득제한 있음	월 14,650엔
중도심신장애자수당	동경도	• 중도 지적장애자, 중도 신체장애자 등 • 소득제한 있음	월 60,000엔
난치성질환자에 대한 시정촌 수당 (특정질환환자복지수당)	八王子市	• 소득제한 있음	월 4,000엔
특별아동부양수당	중앙정부	• 20세 미만 장애아동부양자 • 신체장애자수첩 1~3급, 요육수첩 1~3중증도 등 • 장기간 보호(돌봄)이 필요한 정신장애가 있는 아동등 • 소득 제한 있음	1급 51,700엔 2급 34,430엔
아동양육수당(장애수당)	동경도	• 20세 미만 장애아동 보호자 • 신체장애자수첩1~2급, 요육수첩 1~3중증도 등 • 청구자의 소득제한 있음	월 15,500엔
아동양육수당(양육수당)	동경도		
아동부양수당	중앙정부		

○ 이동

사업명	이용 기준	지원 내용
택시 비용 할인	신체장애자수첩, 요육수첩, 정신장애자수첩소지자	택시비용 할인 혜택
택시 바우처	신체장애자 1~2급 요육수첩 1~2 중도	월 4회 (1회 600엔) ※ 지원내용 수준은 시정촌마다 다름
장애인 이송 서비스	장애자 수첩에 따라 1~3급 이용	특별이송서비스 이용
장애자 자동차 개조비 지원	18세 이상 신체장애자 수첩 소지자	1회 한하여 지급 (133,900엔)

나. 서비스 필요도 판정과 서비스 연계 (장애지원구분)

1) 장애 평가 기준 : 장애지원구분

- 장애인활동지원서비스 서비스 판정을 위한 서비스 인정구분 조사표의 변화
 - 초기 장애인정구분조사표 항목의 비중이 컸던 ADL, IADL 비중을 줄이고 환경, 장애유형별 특성 항목을 추가
 - (평가방식) 10회 중 1회라도 하지 못하는 경우가 있으면, 불가함으로 판정
 - ※ (변경전) 과반의 경우로 판정
 - 10회 중 6회를 할 수 있다면, ‘가능함’으로 판정
 - 10회 중 4회를 할 수 있다면, ‘불가함’으로 판정
- (장애지원구분 도구의 변화 배경)
 - 일부 장애유형(지적, 정신장애)의 경우 낮은 점수로 나오는 경향이 있음을 주장
 - ⇒ 지적, 정신장애인의 특성을 반영하여 평가방식 등 보완
 - 축적된 데이터를 통해 1차 판정결과와 실제 서비스 지급 내용의 적합성을 높임
 - 시스템 개발을 통해서 “장애지원구분”으로 변화
- 2013년 장애지원구분으로 변경되면서, 서비스 대상에 희귀난치성 질환 포함됨
 - 2013년 이전에는 시정촌 차원에서 희귀난치성 질환에 대한 지원
 - 2013년부터 통합된 서비스로 중앙 차원의 지원이 이루어짐
 - (희귀난치성질환 359개 - 2018년 기준)

2) 장애평가 절차

〈신청 및케어플랜 작성 안내〉

- (장애인) 서비스 신청서를 작성해서 시정촌에 제출, 접수
- (시정촌) ① 장애지원구분 조사 실시 안내
 - ② care plan 작성 기관 안내 (연계해서 care-plan 작성하도록 안내)

〈조사〉

- (장애지원구분조사실시) 시정촌이 직접하거나 시정촌이 위탁한 사회복지법인 직원이 실시
 - ※ 조사원은 yes, no 의 단답형으로 체크하지 않고 어떤 상황에서는 가능하고, 어떤 상황에는 가능하지 않음 등을 메모하여 제출 (조사원 의견서)
 - ※ 방문조사원: 정부가 연수 매뉴얼을 통해 제시하는 일정의 연수를 받아야 함
(연수 실시주체: 도도부현)
- (장애인 주치의) 장애인에 대한 진단서를 발급
- (장애인 심사 제출서류: 5개)
 - ① 신청서
 - ② 개황조사표
 - ③ 의사 의견서
 - ④ 인정조사표
 - ⑤ 조사원 의견서

〈서비스 판정〉

- (1차 판정) 장애지원구분 조사 내용만을 가지고 판정 (컴퓨터 프로그램만을 이용)
 - (2차 판정) 시정촌 심사위원회 : 1차 판정결과, 의사소견서, 개황조사표, 조사원 의견서를 종합적으로 검토하여 결정
 - ※ 八王子市 지원비제도를 위한 심사위원회 구성
의사2인, 정신보건사1인, 작업치료사1인, 사회복지사, 신체장애인 당사자 등
- (최종 결정-시정촌) 2차 판정결과와 장애인이 작성한 care-plan을 검토하여 최종 장애지원구분 결정
 - ※ 시정촌은 중앙정부 명령에 따라 장애지원구분 결정을 위한 기준의 내규(법령) 있음

〈서비스 지급 결정에 따른 이용계획 수립과 모니터링〉

- (시정촌) 서비스 지급 결정을 내리면, care-plan 작성 기관에 서비스 지급이 결정되었으니, 실제 care-plan을 작성해라 명령
 - ※ (care-plan 작성 기관 - 상담지원사업소) 서비스 이용 계획서 작성
 - 소정의 연수를 이수한 케어플래너가 작성
 - 서비스 지급 경우, 상담지원사업소는 care-plan 1건당 1만 3천엔 받음 (시정촌 지급)
 - care-plan 작성기관은 서비스 지급 실시후, 3개월~6개월 안에 최소 1회 방문해서 모니터링 의무 (모니터링에 대한 fee: 1만엔 / 시정촌이 지급)

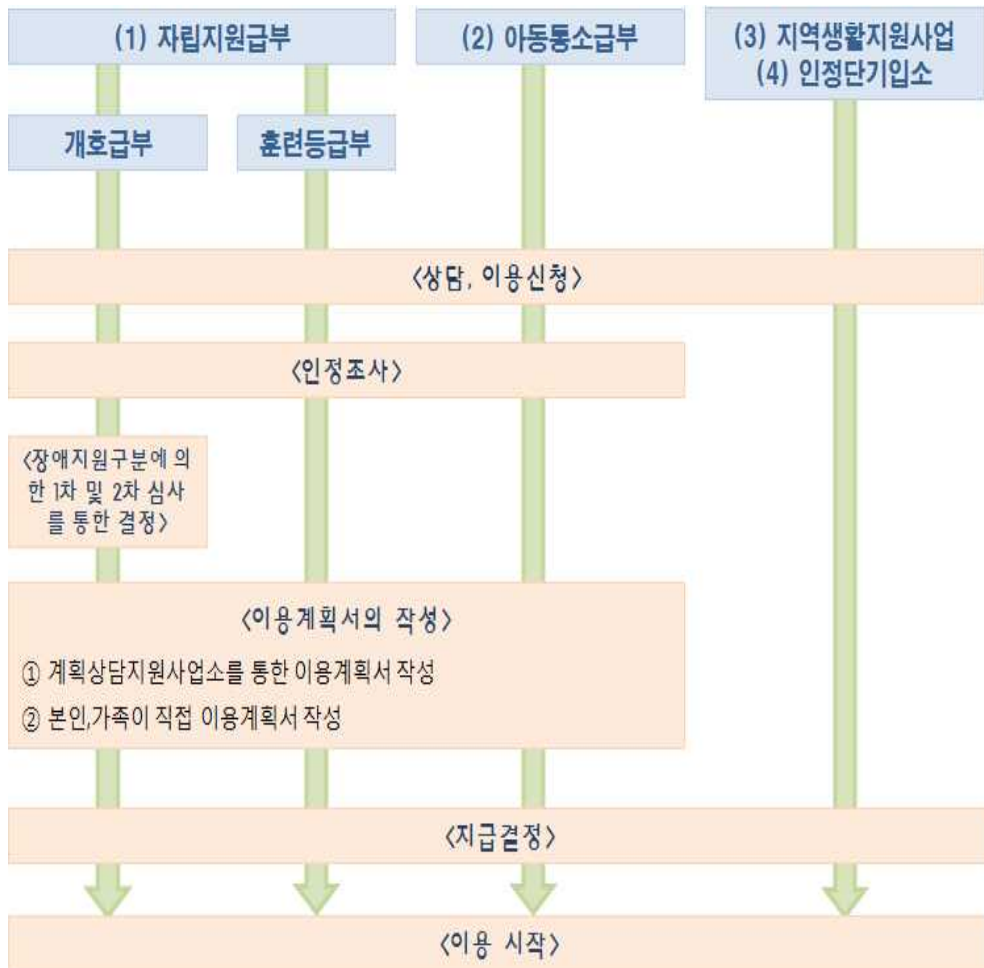
〈갱신과 재조사〉

- 서비스 이용 계획은 1년마다 갱신
 - ※ 시정촌이 상담지원사업소에 서비스 이용 계획을 갱신하라고 명령
- 장애인 지원구분 조사는 3년 마다 재조사 실시 (갱신시: 장애인 신청서, 주치의 의견서 등 5개 서류를 제출)
 - ※ 장애인 개인부담: 서비스이용계획서 / 장애인지원구분조사/ 의사소견서 비용 모두 개인 부담 없음
 - ※ 서비스 신청에서 서비스 이용까지의 기간: 1~2개월

〈이의 신청〉

- 장애지원구분 결정에 불복하는 경우 이의신청 가능
 - (불복한 장애인) 해당 시정촌에 조사 서류 요청 / 그 서류를 기반으로 결정
→ 이의신청 등에 대한 내용은 도도부현에서 처리하는 것으로 이해
 - 지급량이 불만인 경우, 먼저 생활해보고 부족하면 재협의를 하라는 권고
 - 지원비제도는 1년마다 계획서를 갱신하며, 서비스 내용과 양에 만족하지 않는 경우 재협의로도 가능함

[그림 2] 八王子市 장애인 서비스 이용 절차



자료: 2018년 八王子市 복지안내, 31p.

3) 서비스 연계

〈표 3〉 八王子市の 주요 자립지원서비스

① 방문지원		
개호급부	거택개호	장애지원구분 1이상
	중증방문개호	장애지원구분 4이상
	중증장애인등 포괄지원	장애지원구분 6
② 낮활동지원		
훈련등급부	자립훈련 (기능훈련)	지역사회 서비스 연계
	자립훈련 (생활훈련)	
	자립생활원조	
	취로이행지원	일반기업취업 희망시 / 65세 미만
	취로정착지원	6개월간
	취로계속지원 A형	고용형태 작업장, 최저임금보장
개호급부	취로계속지원 B형	고용형태아닌 훈련형태, 최저임금보장 없음
	생활개호	장애지원구분 3이상 (50세 이상의 경우 장애지원구분 2이상)
	단기입소	장애지원구분 1이상
③ 거택지원 (입소, 그룹홈)		
훈련등급부	숙박형자립훈련	2년 까지 이용
	공동생활가정	
개호급부	요양개호	① 장애지원구분 6/ ALS 환자등 ② 장애지원구분 5이상 등
	시설입소지원	장애지원구분 4이상 (50세 이상자 장애지원구분 3이상)
④ 외출지원		
개호급부	동행원호	시각, 청각장애인 외출지원 (월 40시간 이용)
	행동원호	지적장애인, 발달장애인에 대한 외출지원 (장애지원구분 3이상)
⑤ 지역상담지원		
지역상담지원급부	지역이행지원	
	지역정착지원	

자료: 2018년 八王子市 복지안내, pp. 32-31.

○ 장애지원구분에 따른 지원비제도

— 지원구분 4 이상이면 시설입소 지원 가능

- 장애인이 시설과 계약하여 이용함. 시설과 활동지원서비스는 유연하게 변경하여 이용이 가능 (다만, 중복 이용은 불가)

○ 서비스 급여

— 개호급부의 경우 6급이 중증인데, 6급의 경우 최대 월 280시간 이용

- 만약 장애인이 월 280시간 이상을 사용해야 하면 비정형 route로 감
(면담자 월 744 시간)

○ 24시간 돌봄서비스 제공 현황

- 24h 활동지원서비스가 전국적으로 시행되고 있지는 않음
- 1,774개 시정촌중 10% 정도에서 24h 서비스 보장