

2012년 장애인정책 포럼

김성희 · 김용득 · 윤상용 · 이승기 · 변경희 · 정종화 · 이민경 · 이송희

K O R E A
I N S T I T U T E
F O R H E A L T H
A N D S O C I A L
A F F A I R S

한국보건사회연구원
Korea Institute for Health and Social Affairs

연구보고서 2012-02

2012년 장애인정책 포럼

발행일	2012년
저자	김성희 외
발행인	최병호
발행처	한국보건사회연구원
주소	서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)
전화	대표전화: 02) 380-8000
홈페이지	http://www.kihasa.re.kr
등록	1994년 7월 1일 (제8-142호)
인쇄처	대명기획
가격	비매품

© 한국보건사회연구원 2012

ISBN 978-89-6827-021-5 93330



머리말

장애인복지 환경의 변화는 지난 2000년부터 본격적으로 등장한 자립생활 패러다임의 장애인정책에 대한 영향 확대, 인구구조의 고령화, 후천적 장애 발생 증가 등으로 인한 지속적인 장애인구의 증가, 사회복지 서비스 전반의 변화 등이 통합적으로 이루어지면서 나타나는 결과라 할 수 있다. 최근 30년간 장애인복지 패러다임은 분리와 보호, 재활패러다임에 입각한 개입에서 사회통합과 참여를 지향하는 자립생활 패러다임으로 변화하고 있다. 이러한 패러다임 변화의 결과는 장애인 활동지원제도(2011), 장애인연금제도(2010)의 도입과 같은 다양한 제도의 시행으로 확인할 수 있다.

2012년 장애인정책포럼은 장애인정책 환경의 변화에 대한 전문가간 공유와 토론을 통해 장애인정책 발전 가능성과 방향성에 대해 논의하는 장을 마련하고자 하는 의도에서 이루어졌다. 이를 위해 장애인정책 관련 학계 전문가, 관련 단체·기관 실무자 등 전문가들이 연구 성과를 공유하고 관련 쟁점을 도출하고 이에 대한 개선방안을 모색함으로써 미래 발전적인 장애인복지 정책 방향과 과제를 제시하고자 하였다.

2012년 장애인정책포럼은 학계 전문가, 정부부처 담당자, 관련 단체·기관 실무자 등 약 20여명으로 구성된 포럼위원이 함께 참여하는 방식으로 이루어졌으며, 총 4회 실시되었다.

제1차 장애인정책포럼은 『탈시설과 장애인 거주시설 정책의 동향과

과제』에 대해서 실시되었으며, 제2차 장애인정책포럼은 『장애 소득보장제도 현황과 개선방안』에 대해서 실시되었고, 제3차 장애인정책포럼은 『영국에서의 직접지불제도와 개인예산제도의 도입과정 및 시사점』, 『영국의 장애인 활동지원제도에서의 직접지불제도의 실제』에 대해서 실시되었고, 제4차 장애인정책포럼은 『ICF(International Classification of Functioning, Disability, Health)의 우리나라 장애인 복지 적용』에 대해서 실시되어 진지한 토론과 논의가 진행되었다. 각 주제에 대해서 심도깊은 연구를 진행하여 발표해 주신 김용득 성공회대학교 교수, 윤상용 충북대학교 교수, 이승기 성신여자대학교 교수, 정종화 삼육대학교 교수, 변경희 한신대학교 교수에게 깊은 감사의 말씀을 전한다. 또한 바쁘신 와중에도 각 주제에 대해서 열띤 토론을 제공해 주신 학계, 관련 기관, 정부부처의 토론자들께도 감사의 말씀을 전하며, 참석해 주신 장애인정책 포럼 위원분들께도 심심한 감사의 말씀을 전한다.

본 연구는 본 연구원의 김성희 연구위원의 책임 하에 진행되었으며, 이민경 전문연구원, 이송희 연구원, 이수정 연구보조원의 참여 하에 이루어졌다. 연구진은 원고를 읽고 검토를 해 주신 선우덕 연구위원과 김미숙 연구위원에게 감사를 드린다.

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

2012년 12월
한국보건사회연구원장
최 병 호

제1장 2012년 장애인정책포럼	1
제1절 장애인정책포럼 실시 배경 및 목적	1
제2절 장애인정책포럼의 구성 및 운영	2
 제2장 제1차 장애인정책포럼	7
발표 원고 : 탈시설과 장애인 거주시설 정책의 동향과 과제	9
제1절 서론	9
제2절 탈시설의 의미	11
제3절 거주시설서비스의 원칙	14
제4절 핵심 문제들	21
제5절 문제해결 방향	26
제6절 정상화의 길: 개정 장애인복지법의 실천	32
제7절 결론	35
[토론 내용]	39
 제3장 제2차 장애인정책포럼	47
발표 원고 : 장애 소득보장제도 현황과 개선방안	49
제1절 장애 소득보장체계의 개념	49
제2절 국내 장애 소득보장제도 현황 분석	55
제3절 소득보장 지표를 통해서 살펴본 우리나라와 OECD국가와의 비교86	
제4절 장애 소득보장제도 개선 방안	95
[토론 내용]	106

제4장 제3차 장애인정책포럼 113

발표 원고 : 영국에서의 직접지불제도와 개인예산제도의 도입과정 및
시사점 115

제1절 들어가며 115

제2절 우리나라의 장애인복지서비스 전달체계 개편 상황 117

제3절 재정지원방식 모델 검토 119

제4절 영국의 장애인복지서비스 재정지원 방식의 변화 경험 124

제5절 시사점 130

제6절 나가며 132

발표 원고 : 영국의 장애인활동지원제도에서의 직접지불제도의 실제
(Direct Payment for Personal Assistance Service) · 136

제1절 영국의 Community Care와 Direct Payment 136

제2절 영국의 직접지불제도(Direct Payment)개요 138

제3절 Direct Payment & Care Manager 139

제4절 영국의 Direct Payment의 실제 143

제5절 마치며 148

[토론 내용] 152

제5장 제4차 장애인정책포럼 157

발표 원고 : ICF(International Classification of Functioning,
Disability, Health)의 우리나라 장애인 복지 적용 · 159

제1절 서론 159

제2절 ICF 국외 연구 161

제3절 ICF 국내 연구동향 167

제4절 우리나라 장애인복지와 ICF 적용가능성 169

[토론 내용] 174

표 목차

〈표 2- 1〉 장애유형별 생활시설 거주 장애인의 방당 현재 거주인원과 희망 거주인원	22
〈표 2- 2〉 최근 시설 정원 변화	23
〈표 2- 3〉 생활시설 무연고 입소 비율	24
〈표 2- 4〉 장애유형별 생활시설 거주 장애인의 시설에 들어오게 된 주된 이유 ..	24
〈표 2- 5〉 장애등급별 생활시설 거주 장애인의 시설 입주경로	25
〈표 2- 6〉 장애등급별 생활시설 거주 장애인의 시설 거주기간	25
〈표 3- 1〉 장애 급여의 구성 요소	51
〈표 3- 2〉 국내 장애 소득보장제도의 성격	56
〈표 3- 3〉 우리나라 장애 소득보전급여 체계	58
〈표 3- 4〉 우리나라 장애 추가비용급여 체계	58
〈표 3- 5〉 OECD 회원국의 장애연금의 장애 기준	60
〈표 3- 6〉 장애연금 수급자 수 및 연금액 추이	63
〈표 3- 7〉 장애연금 수급자수 전망 결과 비교	63
〈표 3- 8〉 장애연금 수급 현황(2011년말 기준)	65
〈표 3- 9〉 장애연금과 노령연금의 평균급여액 비교(2011년말 기준) ..	65
〈표 3-10〉 주요 OECD 회원국의 장애연금 급여 수준 비교	66
〈표 3-11〉 주요 선진 외국의 비급여 소득 보전 급여에서의 장애 기준 ..	70
〈표 3-12〉 기초급여 지급액 (2010 ~ 2013년)	71
〈표 3-13〉 주요 선진 외국의 비급여 소득 보전 급여의 지급액 기준 ..	72
〈표 3-14〉 주요 선진 외국의 비급여 소득 보전 급여의 지급액	73
〈표 3-15〉 장애인연금 부가급여 지급액	79
〈표 3-16〉 외국 선행 연구에서의 추가비용 요약	80

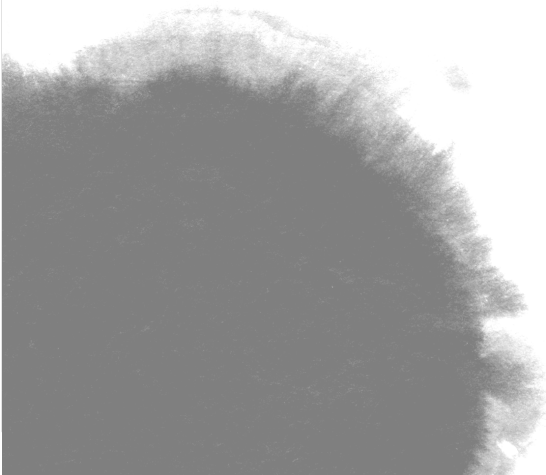
〈표 3-17〉 주요 선진 외국의 추가비용 급여의 지급액	81
〈표 3-18〉 우리나라 장애 소득보장제도 지급 대상	84
〈표 3-19〉 우리나라 장애 소득보장제도의 주요 내용	85
〈표 3-20〉 OECD 국가의 GDP 대비 공적·사적 장애급여 및 질병급여 지출	90
〈표 3-21〉 OECD 회원국의 장애급여 지표 점수	92
〈표 3-22〉 장애급여 지표 및 세부 기준	93
〈표 3-23〉 주요 선진 외국의 보호자수당 개요	98
〈표 4- 1〉 서비스 제공방식에 따른 시간 당 평균비용	127
〈표 4- 2〉 영국 케어정책에서 관점의 변화	138
〈표 5- 1〉 ICF 핵심지표	162
〈표 5- 2〉 뇌졸중 CORESET 예시	163
〈별첨 4-1〉 체크 리스트(이용자 책임)	142

그림 목차

[그림 2-1] 다양한 거주형태	19
[그림 3-1] 장애연금 수급자 추계	64
[그림 3-2] 장애연금과 노령연금 평균급여액 변화	66
[그림 3-3] 2012년 장애인연금 수급권자 선정 기준액	69
[그림 3-4] 2000년대 후반 OECD 회원국의 근로연령대 인구(20~64세) 장애출현율	86
[그림 3-5] OECD 회원국의 1990년대 중반, 2000년, 2000년대 중반 전체 국민 대비 장애인 월평균 소득 비중의 변화 추이	88
[그림 3-6] OECD 회원국의 2000년대 장애인가구 빈곤율 및 상대적 빈곤위험율	89
[그림 3-7] OECD 회원국의 장애급여 수급율	91
[그림 5-1] ICF 를 활용한 일본 직업재활시스템	167

1장

2012년 장애인정책포럼



2012년 장애인정책포럼

제1 절 장애인정책포럼 실시 배경 및 목적

보건복지부에서 발표한 바에 따르면 등록장애 인구는 2005년 169만 명에서, 2008년에는 213만명, 그리고 2010년 257만명으로 지속적으로 증가하고 있다. 최근 인구 고령화 현상과 사회참여의 증가에 따른 후천적 장애의 증가 등을 볼 때, 향후 장애인구는 지속적으로 증가할 것으로 예측되고 있다. 장애인구의 증가와 더불어 장애인의 정책적 욕구가 다양해지고 있으며, 장애인의 문제는 개인이나 가정에서 해결해야 할 개인적 문제가 아니라 사회문제로 장애인 자신이 정책에 직접 참여하는 것을 권리로 인정하는 시각으로 변화하고 있다.

장애인들의 정책적 욕구의 다양화와 함께 장애인의 사회적 기본권을 확보하고자 하는 노력이 다양한 영역에서 이어지고 있는데, 이러한 변화의 기저에는 장애인복지 패러다임의 변화가 있다. 구체적으로 장애개념이 의료적 모델에서 사회적 모델로 변화되고, 개입의 패러다임이 재활 패러다임에서 자립생활 패러다임으로 변화되는 등 장애인복지환경의 변화가 일어나고 있으며 이러한 변화들이 정책 방향에 반영되고 있는 것이다.

자립생활 패러다임이란 장애를 가진 사람들이 정신적, 신체적인 타인의 의존을 최소한으로 하며, 그럼에도 불구하고 그들이 가족, 가정, 그리고 지역사회 속에서 생활하여 자기의 역할을 유지할 능력을 최대한으로 하는데 도움을 줄 수 있도록 모든 면에서 일련의 서비스를 받을 권

리를 누리는 것이라 할 수 있다. 최근 30년간 장애인복지 패러다임은 분리와 보호 위주의 재활패러다임에서 사회통합을 지향하는 방향으로 발전해 오고 있으며, 장애인복지 실천에 있어 대표적인 이념으로 탈시설화, 정상화, 사회통합, 자립생활 패러다임이 자리매김 했다고 할 수 있다. 장애인복지패러다임이 변화됨에 따라 이에 대응하기 위해 장애인활동지원 제도 등 다양한 제도들이 시행되고 있으며, 장애인의 욕구가 반영된 제도 도입이 필요시 되고 있다.

2012년 장애인정책포럼 개최의 목적은 장애인복지패러다임의 변화 등 급변하는 장애인복지 환경에 대응하기 위한 관련 쟁점을 도출하고 이에 관한 개선방안을 모색함으로써 미래발전적인 장애인복지정책방향 및 과제를 도출하고자 하는 것이라 할 수 있다. 이를 위해 장애인정책 관련 학계전문가, 관련단체·기관 실무자, 관련부처 담당자 등 관련 분야의 종사자들이 연구성과를 포럼 형태로 공유함으로써 학문적 발전과 정책적 기여도를 높일 수 있는 장을 마련하고자 하였다.

제2절 장애인정책포럼의 구성 및 운영

2012년 장애인정책포럼은 장애인정책 관련 학계 및 단체 전문가, 담당부처 업무담당자 등으로 포럼 위원을 구성하였으며, 2012년 5월 11일부터 9월 21일 까지 총 4회를 실시하였다. 2012년 장애인정책포럼의 발표 주제와 발표자 및 좌장과 토론자는 다음과 같다.

□ 제1차 장애인정책포럼 (2012년 5월 11일, 10:00~12:00)

주제 및 발표자	탈시설과 장애인 거주시설 정책의 동향과 과제 - 김용득 (성공회대학교 사회복지학과 교수) -
좌장	권선진 (평택대학교 재활복지학과 교수)
토론자	강미나 (국토연구원 주거복지전략센터장) 선우덕 (한국보건사회연구원 연구위원) 황규인 (교남소망의집 원장) 송인수 (보건복지부 장애인권익지원과 사무관)

□ 제2차 장애인정책포럼 (2012년 6월 29일, 14:00~16:00)

주제 및 발표자	장애 소득보장제도 현황과 개선방안 - 윤상용 (충북대학교 이동복지학과 교수) -
좌장	이선우 (인제대학교 사회복지학과 교수)
토론자	강성호 (국민연금연구원 연금제도연구실 팀장) 김수완 (강남대학교 사회복지학과 교수) 박수지 (한국보건사회연구원 부연구위원) 윤정환 (보건복지부 장애인자립기반과 사무관)

□ 제3차 장애인정책포럼 (2012년 8월 24일, 14:00~16:00)

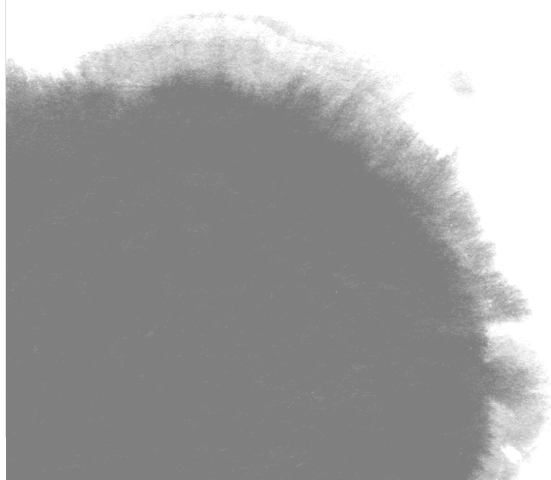
주제 및 발표자	영국에서의 직접지불제도와 개인예산제도의 도입 과정 및 시사점 - 이승기 (성신여자대학교 사회복지학과 교수) - 영국의 장애인활동지원제도에서의 직접지불제도의 실제 (Direct Payment for Personal Assistance Service) - 정종화 (삼육대학교 사회복지학과 교수) -
좌장	박경수 (한양사이버대학교 사회복지학과 교수)
토론자	지은구 (계명대학교 사회복지학과 교수) 남찬섭 (동아대학교 사회복지학과 교수) 이은기 (노틀담복지관 사무국장)

□ 제4차 장애인정책포럼 (2012년 9월 21일, 14:00~16:00)

주제 및 발표자	ICF International Classification of Functioning, Disability, Health)의 우리나라 장애인 복지 적용 - 변경희 (한신대학교 재활학과 교수) -
좌장	조한진 (대구대학교 사회복지학과 교수)
토론자	김경미 (송실대학교 사회복지학과 교수) 김완호 (국립재활원 공공재활의료지원과장) 신은경 (단국대학교 사회복지학과 교수) 이강희 (보건복지부 장애인정책과 사무관)

2장

제1차 장애인정책포럼



제1차 장애인정책포럼

[주제 발표]

탈시설과 장애인 거주시설 정책의 동향과 과제

- 김용득 (성공회대학교 사회복지학과 교수) -

[좌 장]

권선진 (평택대학교 재활복지학과 교수)

[토론자]

강미나 (국토연구원 주거복지전략센터장)

선우덕 (한국보건사회연구원 연구위원)

황규인 (교남소망의집 원장)

송인수 (보건복지부 장애인권익지원과 사무관)

탈시설과 장애인 거주시설 정책의 동향과 과제¹⁾

김용득 (성공회대학교 사회복지학과 교수)

제1 절 서론

거주서비스(residential services)는 원 가정에서 생활하기 어려운 장애인에게 거주장소(accommodation)와 함께 지원서비스(support services)를 제공한다. 이러한 거주시설서비스는 산업 혁명기를 거치면서 생산에 동원되는 노동력을 최대한 확보하기 위하여 노동능력이 취약한 장애인을 사회로부터 분리시키고, 이들을 보호하는 데 소요되는 가족 노동력을 생산에 집중시키기 위한 수단으로 사용되었으며, 따라서 사회와 분리된 대형시설이 주를 이루었다. 20세기 중반을 거치면서 시설에 거주하는 장애인의 인권 침해, 대형시설의 비리, 비효율적인 시설 운영 등의 문제가 제기되었다. 이런 문제를 지적하는 목소리는 복유립을 중심으로 제기된 정상화이념을 통해서 결집되었으며, 정상화 이념의 영향으로 1960년대 이후 서구사회에서는 장애인의 서비스 선택권 강화와 아울러 시설 소규

1) 본 고는 장애인정책 포럼에서 발표했던 〈김용득, 2012. “탈시설과 거주시설 정책.” 김용득 편저. 장애와 사회복지. EM 커뮤니티. 138-165.〉을 토대로 작성되었으며, 당초 발표 원고에다 장애인정책포럼에서 제기된 내용들을 반영하여 수정하였다. 원고가 발전할 수 있도록 중요한 논점들을 제기해 주신 강미나 박사(국토연구원 주거복지전략센터장), 선우덕 박사(한국보건사회연구원 연구위원), 송인수 사무관(보건복지부 장애인권익지원과 사무관), 황규인 원장(교남소망의 집 원장)께 감사드린다.

모화 작업이 빠르게 진행되었다.

우리나라에서는 전쟁고아를 위하여 설립된 시설들이 1970년대에 장애인시설로 전환되었으며, 이들 시설의 대부분은 대형시설이었다. 시설 서비스에 대한 정부지원이 시작된 것은 1980년대에 들어서이며, 1990년대에 들어서 소규모 시설인 공동생활가정을 설립하기 시작하였고, 동시에 일시적인 보호를 목적으로 하는 단기보호시설을 설치하였다. 그러나 여전히 거주시설서비스는 대형시설을 중심으로 제공되고 있으며, 이들 시설에서 발생하는 인권 침해나 비도덕적 운영에 대한 피해들이 계속해서 보고되어 왔다. 이에 대해 정부는 시설평가제도 도입, 사회복지법인의 공공성 강화, 시설의 지역사회개방, 시설운영위원회 설치, 인권지킴이 센터의 설치 등의 다양한 방법을 통해 문제를 해결하고자 하였다. 그러나 이런 시도들은 소극적 대책이라고 할 수 있다. 왜냐하면 이런 방법만으로는 거주시설 이용자에 대한 부정적 낙인, 이용자와 시설서비스 제공자 사이의 불평등한 관계, 장애인시설에 대한 부정적 이미지 등의 근본적인 문제들을 해결하는 수단으로는 한계가 있기 때문이다.

그리고 다른 한편에서는 탈시설 요구가 장애인 운동단체를 중심으로 강하게 제기되기 시작했다. 우리나라에서 전개되고 있는 탈시설 운동은 대규모 시설보호를 중심으로 하고 있는 장애인생활시설 제도 전반에 대한 근본적인 문제제기이면서, 동시에 지역사회에 적절한 지원체계를 마련하지 못하고 있는 점에 대한 대정부 요구운동의 성격을 동시에 포함하고 있다.

이런 시점에서 탈시설 운동이 주장하는 문제제기를 받아들이면서 현재의 장애인 생활시설을 둘러싸고 있는 근본적인 문제를 해결할 수 있는 방안이 마련되어야 한다. 본고에서는 이런 관점에서 최근 장애인복지법 개정을 통해서 준비되고 있는 거주시설 개편방안을 탈시설 논의와 연계하면서, 향후 실천 과제를 제시하고자 한다.

제2절 탈시설의 의미

탈시설(de-institution)이라는 용어는 미국에서 비인도적인 집단수용시설이었던 정신병원에서 정신장애인들을 지역사회로 이동시킨 대대적인 조치를 지칭한다. 이런 기원 때문에 어떤 사람들은 탈원화라고 칭하기도 한다. 탈시설 정책은 근본적으로는 대형시설의 정신장애인에 대한 과도한 억압과 인권침해에 대한 사회적 반성에서 출발한 것이다(김용득, 2012). 이런 분위기와 함께 당시에 대규모 수용상태에서 입소자들의 삶의 조건을 조금씩 개선시키고자 하는 조치가 이루어졌는데, 이 때문에 시설 운영비용이 해마다 급격히 증가하여 고비용에 대한 부담을 덜고자 했던 의도도 작용하였다.

탈시설과 유사한 의미로 북유럽에서 1960년대 후반부터 사용되기 시작한 정상화(normalization)라는 용어가 있다. 정상화는 표준성, 정상성, 일상성 등을 강조하는 용어이다. 사람들의 삶에서 가족이 한 집에서 살고, 학령기에는 학교를 다니고, 성인이 되면 직장을 다니고, 휴일이면 여가를 즐기는 등의 일상적인 삶의 모습이 가장 중요한 삶의 요소라는 것이다. 정상화 이념은 당시 북유럽에 존재했던 지적장애인 대규모 시설에 대한 사회적 반성을 촉구하는 운동에서 출발하여 전 세계로 확산되었다. 정상화는 '정상(normal)'이라는 단어에 대한 거부감 때문에 여러 나라로 확산되면서 다양한 용어로 변화되었다. 영국에서는 정상화이념을 정책에서 채택하면서 '일상적인 삶(ordinary life)'라는 슬로건을 사용하였다. 미국, 캐나다 등에서는 올펜스버거라는 학자가 정상화라는 용어대신에 사회적 역할의 가치화(social role valorization)라는 용어를 제안하였다(김용득, 2012).

탈시설을 위한 노력 또는 정책은 시대와 지역에 따라서 큰 차별성이 나타난다(Emerson & Hatton, 1996). 영국의 경우를 보면 1980년 이전에 탈시설화는 대형시설(병동)에 살고 있던 경증의 장애인들을 소규모의

독립적인 거주공간이나 시설로 옮겨 살도록 하는 것이 주된 내용이었다. 1980년 이후에는 중증이거나 중복장애를 가진 사람들을 과거의 20~24명을 정원으로 하는 지역기반의 병동에서 일반가정과 유사한 규모(domestic scale)의 거주시설로 옮겨서 살도록 하는 변화가 추진되었다. 1990년 이후에는 시설의 규모를 가정과 같은 소규모로 만드는 것만으로는 충분하지 못하며, 장애인의 주도적인 관여와 서비스에서의 주체성을 강조하는 지원된 생활조정(supported living arrangements)이 강조되었다. 이처럼 탈시설을 위한 노력은 장애인의 삶의 현실이 어떠한가에 대한 구체적인 분석에 기초해야 한다.

또 한편으로 탈시설이라는 용어와 긴밀한 관련성을 가지고 있는 용어는 사회적 모델과 자립생활운동이다. 사회적 모델은 영국에서 1980년대에 제기되기 시작한 것으로 장애의 책임은 개인에게 있는 것이 아니라 장애를 발생시키는 사회에 있으며, 장애 문제의 해결에 있어서도 개인의 노력이 근본적인 해법이 아니라 사회가 변화되는 것이 근본적인 해결책이라고 주장한다. 자립생활운동은 미국에서 1980년대에 제기되기 시작한 것으로 영국에서 시작된 사회적 모델의 주장과 유사하지만, 장애인 개인 개인의 구체적인 삶에서의 자기결정을 강조한다. 사회적 모델과 자립생활이념은 우리나라에서는 ‘당사자주의’라는 용어로 귀결되고 있다.

최근에 우리나라에서 제기되고 있는 탈시설 운동은 정신장애인을 위한 탈원화운동, 지적장애인을 위한 정상화 이념, 신체장애인을 중심으로 제기된 사회적 모델과 자립생활 이념 등의 여러 가지 흐름들에 기반하고 있는 것으로 보인다. 단순한 탈원화를 주장하는 것에서 그치지 않고 장애인의 삶의 방식에 대한 근본적인 변화를 주장하고 있다는 점에서 그렇다. 이런 점에서 해석한다면 탈시설 운동은 현재의 우리나라 시설에서의 장애인의 삶에 근본적인 변화가 필요하다는 점을 요구하는 운동이다.

탈시설의 영어 표현은 ‘de-institution’이다. 이는 ‘institution’과 결별

한다는 의미이다. 여기서 ‘institution’은 집단수용, 고립, 억압, 개성의 박탈 등이 복합된 개념이다. 이는 공간적으로 집단수용 된 상태이면서, 동시에 관계적인 측면에서는 일방적으로 통제받는 상태를 의미하는 용어이다. 그렇다면 ‘institution’과의 결별은 구체적으로 어떤 방법을 통해서 가능한가? 첫 번째 방법은 시설에 사는 장애인이 시설에서 퇴소하여 시설이 아닌 장소로 이주하는 방법이다. 그리고 부정적인 의미를 가지고 있는 시설은 해체될 것이다. 현재 우리나라의 탈시설 운동은 이 방법에 초점을 두고 있다. 두 번째 방법은 기존 제도에서 시설로 규정되어 있는 공간을 ‘de-institution’시키는 방법이다. ‘institution’의 의미가 집단수용, 고립, 억압, 개성의 박탈 등을 포함하는 개념인데, 거주시설에서 개별적 삶의 공간, 지역사회와의 통합, 자기결정의 원칙, 개성의 존중 등이 확보 된다면 이는 ‘de-institution’이 이루어진 상태이다.

탈시설화는 이런 두 가지 노력을 포함하는 것으로 볼 수 있다(황규인, 2012). 최근 장애인복지법에서 장애인거주시설이라는 새로운 용어를 도입하고, 신규 시설의 진입을 30인 이내로 제한하고, 공동주거 단위를 5인 이하로 제한하는 등의 대안들은 후자의 실천 방법에 입각해 있다. 이런 맥락에서 영국, 미국, 일본 등에서는 거주시설을 지칭할 때 ‘institution’이라는 용어 대신에 ‘home’, ‘care-home’, ‘group-home’, ‘respite-home’, ‘nursing-home’ 등의 용어를 사용하고 있다. 원래 자신들의 집은 아니지만 자신의 집처럼 삶의 공간과 사람들과의 관계를 구성하자는 의미이다. 이후에서는 이런 의미에 입각하여 거주시설서비스의 원칙은 어떻게 설정해야 하며, 우리나라 거주시설서비스 정책은 어떤 과제들을 해결해야 하는지를 제시하고자 한다.

제3절 거주시설서비스의 원칙

장애인거주시설서비스를 논의함에 있어서 가장 기본적인 원칙은 모든 사람이 가능하면 시설이 아닌 자신의 가정에서 살 수 있도록 하는 일이다. 그래서 모든 사람이 그렇게 될 수 있도록 하는 것은 사회복지서비스의 가장 중요한 과제이다. 이런 의미에서 원칙적으로 거주시설은 불필요하며, 같은 맥락에서 아무리 좋은 시설도 집만큼 좋을 수는 없다.

그러나 문제는 본인의 집이 아닌 다른 장소에서 거주하는 것이 불가피한 경우가 발생하고 있다는 점에서 출발한다. 가족이 더 이상 보호자로서의 책임을 이행할 수 없고, 재택서비스가 지원되더라도 혼자서는 살아가기 어려운 처지에 있는 장애인의 경우에는 원래의 가정기능을 단기적 또는 장기적으로 대리할 수 있는 서비스가 필요하다. 이런 경우에 최대한 가정과 같은 환경에서 대리적 서비스가 제공될 수 있도록 하는 것이 필요하며, 이것이 거주시설서비스의 목표로 설정되어야 한다(Colton & Hellinckx, 1994). 이런 맥락에서 거주시설서비스가 재구조화되어야 하며, 재구조화는 다음과 같은 원칙 하에서 설계되고, 시행되어야 한다.

1. 지역사회생활 중심, 자립생활 중심

거주서비스는 원가정에 지원서비스가 제공되더라도 일상적인 생활을 영위하기 어려운 경우에 한하여 제공되어야 한다. 따라서 거주서비스 제공 결정 이전에 원가정에서 적절한 지원서비스를 받을 수 있도록 하는 조치가 우선 고려되어야 한다. 이 원칙과 관련해서는 영국에서 시행하고 있는 원칙을 참고할 수 있다. 돌봄서비스의 욕구사정에 관한 영국 보건부의 정책지침(policy guidance on assessing needs)에서는 ‘서비스는 가능한 수준까지 일반적인 생활을 유지하거나 회복할 수 있도록 제공되

어야 한다.’고 하고 있으며, ‘개인을 돕는 서비스의 우선순위는 자기 집에서 살 수 있도록 지원하는 것을 가장 먼저 고려하여야 함’을 밝히고 있다. 비시설적인 서비스가 시설적인 서비스에 우선하며, 일상생활을 하는 지역공동체에서 서비스를 제공하는 것이 그 목적을 달성할 수 없는 경우에 한하여 예외적으로 거주시설서비스가 제공되어야 한다(유동철, 2012).

2. 이용자의 자유와 자기결정

시설이 비판받는 핵심적인 이유는 시설적인 방식이 개인의 자유와 프라이버시를 침해할 수밖에 없다는 점이다. 이런 점에서 기존의 시설은 근본적인 변화가 필요하다. 이 변화에서 확립되어야 하는 원칙들은 다음과 같다.

첫째, 일상에서의 기본적인 자유권이 보장되어야 한다. 이 자유권은 자유로이 이동할 자유, 본인이 거주하는 공간에 대하여 열쇠를 가질 권리, 필요하면 내부에서 방문을 잠글 수 있는 프라이버시 등을 포함한다. 이 외에도 법이 보장하는 모든 자유는 보장되어야 한다. 둘째, 자유권의 보장원칙에도 불구하고 스스로 상해를 입힐 위험이 있거나 다른 사람에게 상해를 가할 위험이 확인된 경우에는 위험 상황에 노출되는 것을 막기 위해 기본적인 자유가 제한될 수 있어야 한다. 셋째, 자유의 제한은 포괄적으로 허용되어서는 안 되며, 기본적인 자유가 제한될 수 있는 상황과 조건에 대한 상호합의가 이루어지고, 이 내용이 거주시설과 이용자(또는 보호자) 간의 서비스 이용 계약서에 기재된 경우에 한해서만 제한될 수 있어야 한다.

이런 맥락에서 거주시설서비스의 기본철학을 명확히 선언할 필요가 있다. 거주시설을 이용하는 장애인의 경우에도 국민에게 부여되는 일반적인 권리는 모두 존중되어야 한다. 다만, 예외적으로 구체적인 위험이

존재하는 경우에는 상호 합의를 통해 제한하기로 계약서에 열거한 내용에 한하여 권리를 제한할 수 있다는 원칙이 확립되어야 한다.

3. 집과 같은 주거공간

장애인서비스는 원가정 우선의 원칙이 적용되어야 한다. 그러나 불가피하게 거주시설을 이용하는 경우에도 거주시설을 통하여 제공되는 거주공간은 최대한 가정집과 같은 환경이어야 한다. 우리나라 제도상 시설은 근원적으로 집과 같은 공간이 아니다. 현행 장애인복지법 시행규칙에 따르면 1인당 거실면적은 가구 점유면적을 합산하여 3.3㎡ 이상이면 된다. 그리고 한 방에는 성인의 경우 8명까지 공동으로 생활할 수 있다. 가정과는 판이하며, 정확히 ‘시설적인(institutional)’ 방식이다. 공간에 대한 한국, 영국, 일본의 최저기준을 비교하면 다음과 같다.

☐ 한국 ○ 생활시설 거실면적 － 6세 미만: 1인당 2㎡ 이상 － 6세 이상: 1인당 3.3㎡ 이상 ○ 생활시설 1실 정원 － 6세 미만: 10명 이하 － 6세 이상: 8명 이하 ○ 공동생활가정 면적과 정원 － 1인당 거실면적: 3.3㎡ 이상 － 1개 방 거주인원 2인 이하	☐ 영국 ○ 침실과 거실을 합하여 1인당 14㎡ 이상 ○ 휠체어 사용자의 경우 17.1㎡ 이상 ○ 원칙적으로 1인 1실 ☐ 일본 ○ 거실 1인당 바닥면적: 수납설비를 제외하고 9.9㎡ 이상
---	---

집과 같은 주거공간의 원칙에 따라 시설 규모도 제한되어야 한다. 시설 규모에 대한 외국의 최근 기준을 보면 다음과 같다. 영국과 일본의 경우 신규시설의 정원은 20인 이하로 제한되어 있다. 단 일본의 경우에는 예외적으로 해당지역의 거주서비스 공급량이 계획에서 정하는 바에

미치지 못하는 특별한 사정이 인정되는 경우에 한해서만 30인 이하로 제한하고 있다. 또한 영국과 일본은 공통적으로 직원의 근무 집단의 단위, 식사단위, 공동시설 이용 단위 당 인원이 10명을 초과할 수 없도록 규정하고 있다.

거주시설은 격리된 공간에 배치되어서는 안 되고, 일상적인 삶이 가능한 일상 주거지역에 소규모로 배치되어야 한다. 대규모 시설은 거주자나 직원들의 사회화에 외향성보다는 내향성을 초래하며, 따라서 대규모 시설은 사회로부터 고립, 태도와 행동에서의 시설화를 부추기며, 거주자가 더 긴 기간을 머물게 하는 결과를 초래한다(유동철, 2012).

4. 필요에 부응하는 서비스

필요에 적절한 서비스가 되기 위해서는 이용할 수 있는 서비스 종류가 다양해야 한다. 거주시설을 이용하는 장애인은 장애로 인하여 다른 사람의 도움을 필요로 한다. 그러나 필요로 하는 도움의 내용과 정도는 사람에 따라 다르다. 어떤 사람의 경우 일상생활의 대부분은 독립적으로 수행할 수 있으면서, 직장 찾거나 재산관리하기 등과 같은 영역에서만 도움이 필요할 것이다. 어떤 경우에는 옷입기, 식사하기 등의 일상생활의 구체적인 영역에서까지 도움이 필요한 경우도 있을 것이다. 일상생활의 대부분을 혼자 해 나갈 수 있는 사람에게 잠자리 들기, 식사하기 등의 일상에 도움을 주기 위해 개입하는 것은 도움이 아니라 간섭이나 사생활 침해가 될 수 있다. 반대로 일상생활의 대부분에서 도움이 필요한 사람에게 구체적인 도움을 제공하지 않는 것은 방임이 될 수 있다. 거주시설의 서비스는 개인의 필요에 부응하여야 하며, 제도적으로 부응하는 체계를 갖추기 위해서는 거주시설의 종류가 다양해져야 한다. 이런 점 때문에 거주서비스의 스펙트럼은 다음과 같이 다양해야 한다.

제공하는 서비스의 강도와 내용에 따라 다음과 같은 다양한 형태가 가능할 것이다.

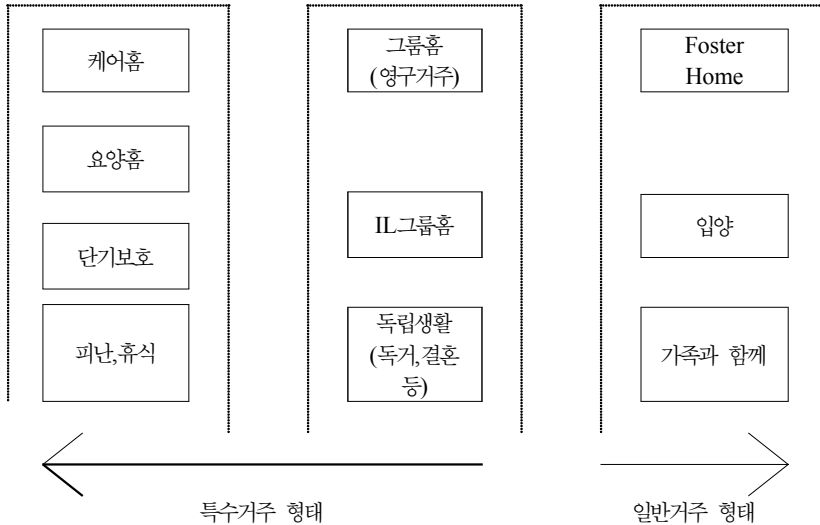
- 거주장소만 제공(주택임대)
- 거주장소와 관리서비스(건물수선, 공과금 관리 등)만 제공(공동주택)
- 거주장소, 관리, 약한 수준의 개별지원 제공(체험홈)
- 거주장소, 관리, 식사, 약한 수준의 개별지원 제공(가정하숙)
- 거주장소, 관리, 식사, 개별지원 제공(그룹홈, 케어홈)
- 거주장소, 관리, 식사, 개별지원, 간호지원 제공(요양홈)

제공하는 서비스의 기간과 목적에 따라서도 다음과 같은 형태가 존재할 것이다.

- 비교적 장기거주(1년 단위 거주 계약, 필요시 거주지 변경 가능)
- 1개월 이하 또는 1개월 단위 거주(단기보호)
- 생활훈련을 목적으로 하는 단기 거주(훈련형 그룹홈 또는 체험홈)

서비스의 강도, 내용, 제공기간 등에 따라 다양한 거주시설의 형태가 필요하며, 특수거주의 일종인 거주시설은 다음 그림과 같이 지역사회의 일반거주 형태와 연속되어 있어야 한다.

[그림 2-1] 다양한 거주형태



출처: 황규인, 2012.

5. 보편적인 접근성

현재 우리나라 장애인거주시설 이용자격은 등록장애인으로서 국민기초생활보장제도의 수급권자 또는 무연고자로 제한되어 있다²⁾. 이러한 제한은 현재의 시설을 시설적(institutional)이게 만드는 원인이 되는 핵심 규정이라 할 수 있다. 이 규정은 다음과 같은 두 가지 문제를 야기한다. 첫째, 불필요한 시설 이용을 조장한다. 소득기준은 엄격하고, 장애기준은 의미가 없으며, 수급자는 경제적 어려움으로 인해 시설을 이용할 수밖에 없어 부적절한 시설 이용을 양산하게 되는 것이다. 둘째, 눈물겨운 시설 이용을 조장한다. 경제적으로 상당한 어려움이 있으나 수급자가 되지 못

2) 이는 이전 규정이며, 현행 장애인복지법 시행규칙 제 44조의 2에서는 ‘장애인 등록 여부, 장애 유형·정도·등급, 장애인 및 그 배우자 또는 부양의무자인 1촌의 직계혈족의 소득·재산 및 생활환경 등을 고려하여 장애인 거주시설 이용 적격성을 심사하고, 그 시설 이용 여부를 결정하여야 한다.’고 정하고 있다. 그러나 적격성 심사의 구체적인 기준을 제시하지 않고 있어 사실상 이전의 규정으로 시행되고 있는 실정이다.

한 경우에는 장애인을 무연고자로 만들어 시설을 이용하게 하는 눈물겨운 상황을 만든다.

거주시설을 이용할 수 있는 자격기준에서 소득기준은 폐지하고, 장애기준은 다소 엄격하게 적용하여 불필요한 시설 이용을 제한해야 한다. 그리고 소득기준의 폐지에 따라 발생할 수 있는 수요 확대는 자기부담 제도를 통해 일부 보완할 수 있을 것이다. 또한 서비스 제공기관 선택은 원칙적으로 이용자의 선택에 기초해야 하며, 이용기관을 바꾸는 일도 어렵지 않게 가능할 수 있도록 해야 한다.

6. 개인의 차별적인 욕구 반영

현재 우리나라 거주시설서비스는 아동과 성인의 욕구 차이를 반영하고 있지 못하다. 아동은 부모 또는 성인의 보호 아래 안정감 있게 지낼 수 있도록 지원하는 것이 바람직하다. 반면 성인은 독립적인 가정에서 본인의 의사와 결정에 따라 생활할 수 있도록 지원하는 것이 중요하다. 거주시설서비스 구축에서도 이런 점이 반영되어야 한다. 자기 가정에서 살기 어려운 장애아동의 경우에는 입양과 위탁보호가 우선적인 대안이 되어야 한다. 반면, 성인은 주택임대, 공동주택, 거주시설서비스(그룹홈, 케어홈, 요양홈 등) 등 독립적인 성인으로서의 욕구를 충족할 수 있는 방법이 우선적인 대안으로 고려되어야 한다.

또한 장애상태에 따라 특별한 서비스가 필요한 경우가 많이 있다. 발달장애와 정신장애를 동반하여 자신 또는 타인에게 상해를 입힐 수 있는 위험이 있는 경우에는 신체적 개입(physical intervention)과 같은 특별한 지원서비스가 부가되어야 한다. 그리고 일부 발달장애인의 조기노령화에 대한 지원서비스 등도 고려되어야 한다(황규인, 2012).

제4절 핵심 문제들

1. 생활시설의 거주 공간

현행 장애인복지법 시행규칙 〈별표 5〉의 시설기준에서는 ‘복도, 다락 등을 제외한 (거실의) 바닥면적은 6세 미만의 경우 시설거주자 1인당 2.0제곱미터 이상, 6세 이상의 경우 시설거주자 1인당 3.3제곱미터 이상으로 하고, 1실의 정원은 6세 미만의 경우 10명 이하, 6세 이상의 경우 8명 이하로 한다.’고 하고 있다. 장애인복지법에서 정하고 있는 장애인 거주시설에 사는 사람들의 거주환경은 단연코 ‘사람 사는 환경’이 아니다. 성인기준으로 ‘1인당 거실면적 3.3제곱미터(1평)’, ‘1실 당 공동거주 인원 성인 8명’으로 정하고 있다. 어른 8명이 8평에서 옷장, 이불장 놓고 살라는 것이다. 그리고 이 공간에 생활교사도 같이 거주하는 것으로 되어있다. 이 공간에서 개인의 기본적인 자유가 보장되는 것은 불가능한 일이다.

우리나라에는 대한민국 국민에게 보장하는 최저주거기준이란 것이 있다. 내용은 다음과 같다.

☐ 한국의 최저주거기준

: 주택법에 따른 건설교통부 공고 제2004-173호 기준

- | | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| ○ 1인 침실 : 5.76㎡ | ○ 주침실(2인생활, 옷장 등 구비) : 10.80㎡ |
| ○ 2인 침실 : 8.10㎡ | ○ 부엌(4인가구) : 3.0㎡ |
| ○ 기타 면적(화장실, 수납공간, 현관) : 11.92㎡ | |

이 기준으로 보면 사람 사는 공간의 침실은 1인실 또는 2인실이며, 침실면적도 일정 이상이어야 한다. 장애인복지법 시행규칙에서 정하고

있는 장애인생활시설의 거주기준과 한국의 최저주거기준을 비교해 보면 생활시설에 사는 장애인은 한국 사람이 아니라고 할 수 밖에 없다.

국토해양부·국토연구원의 조사(2009)에서도 이런 점이 확인된다. 현재 시설에서 가장 만족도가 낮은 항목이 방의 면적 및 거주인원수에 대한 부분이다(강미나, 2012). 현재 방당 거주인원은 평균적으로 5인 이상이고 희망하고 있는 거주인원은 평균 4인이지만 장애유형별로 차이가 있다. 특히 시각장애인의 경우에는 희망 거주인원이 방당 2.5인으로 나타나고 있다. 이처럼 장애유형별로 생활의 패턴을 고려하여 적절하게 방당 인원수를 조절하는 작업이 필요하다.

〈표 2-1〉 장애유형별 생활시설 거주 장애인의 방당 현재 거주인원과 희망 거주인원

(단위 : 명)

구 분	현재 방당 거주인원	희망 거주인원
지체장애	4.41	3.29
뇌병변장애	4.84	3.40
시각장애	3.11	2.54
지적장애	5.66	4.44
기타	4.20	3.06
평균	5.14	3.96

자료 : 국토해양부·국토연구원, 2010. 2009년도 주거실태조사: 장애인.

2. 생활시설의 시설 규모

시설의 규모도 너무 크다. 한 공간에 많은 사람이 집단으로 생활하는 환경에서 개별성을 존중받는 것은 쉽지 않다. 대규모 집단생활은 개별성 보다는 집단의 규칙과 집단적 일과로부터의 구속을 피하기 어렵기 때문이다. 우리나라 생활시설의 규모를 보면 다음 표와 같다.

〈표 2-2〉 최근 시설 정원 변화

구분	시설수	이용인원	시설당 이용자수
2003	225	18,432	82
2004	237	18,906	80
2005	265	19,668	74
2006	288	20,598	72
2007	314	21,709	69
2008	347	22,250	64
2009	397	23,243	59

3. 생활시설 입소제도

장애인거주시설에 이용적격성 심사를 정하고 있는 현행 장애인복지법 시행규칙에도 불구하고, 현재 적용되고 있는 기준은 과거와 달라지지 않고 있다. 장애인생활시설 입소 대상은 ‘국민기초생활수급자’와 이른바 ‘무연고자’로 제한되어 있다. 의도한 바는 아니었겠지만, 이 기준은 결과적으로 가난한 장애인과 의지할 가족이 없는 장애인은 본인의 의지와는 다르게 생활시설에 가야하는 운명을 만들었다. 그래서 장애인 생활시설은 가난하고 의지할 데 없는 사람들을 무료로 ‘보호’하는 시설이 되었다. ‘가난하고 의지할 가족이 없는 사람이 입소하는 공간’으로 규정한 입소 제도는 한번 입소하면 가난하고 돌봐줄 사람이 없기 때문에 체념하고 시설에서 평생 살아야 하는 좌절을 일상화시켰다.

그래서 수급자인 경우에는 시설에서 살 필요가 없는 사람도 경제적 형편 때문에 시설을 택하고, 다시 가정으로 돌아오지 못한다. 더욱 심각한 경우는 수급자가 아닌 경우이면서 현재의 가정에서 지내기 어려운 처지에 있는 사람들의 경우에는 무료입소를 위하여 부양의무자가 존재하지 않는 ‘무연고자’로 만든다. 이런 결과로 다음의 표와 같은 상황이 계속되고 있다.

〈표 2-3〉 생활시설 무연고 입소 비율

구분	신규 이용자	무연고 신규 이용자	무연고 입소 비율
2003	328	144	44%
2004	238	224	94%
2005	284	195	69%
2006	1,415	281	20%
2007	1,639	326	20%
2008	1,800	270	15%
2009	1,371	464	34%

국토해양부·국토연구원(2009)의 조사에 따르면 생활시설 거주 장애인이 시설에 들어오게 된 주 이유는 ‘적절한 서비스에 대한 기대’, ‘가족에게 부담되는 것이 싫어서’, ‘무연고’의 이유가 높은 것으로 나타나고 있다. 또한 경제적인 이유도 중요한 것으로 나타났다. 다시 말하면 사회에서 적절한 서비스가 제공된다면, 그리고 그러한 서비스 이용으로 가족들의 부담을 경감시킬 수 있다면 생활시설에 거주하는 장애인의 비율이 약 절반가량으로 낮아질 수 있었을지도 모른다(강미나, 2012).

〈표 2-4〉 장애유형별 생활시설 거주 장애인의 시설에 들어오게 된 주된 이유

(단위 : %)

구분	적절한 서비스를 받을 수 있을 것 같아서	동료 생활인과 지내고 싶어서	경제적 이유	가족에게 부담되기 싫거나 관계가 원만하지 않아서	무연고 무의탁	기타	계
지체장애	27.27	3.47	20.70	23.99	24.57	0.00	100.00
뇌병변장애	62.55	0.00	6.91	11.64	18.91	0.00	100.00
시각장애	39.13	2.10	5.23	28.27	19.41	5.86	100.00
지적장애	27.36	0.76	18.80	15.60	36.57	0.91	100.00
기타	33.27	4.74	36.59	16.25	6.44	2.71	100.00
계	30.69	1.61	19.37	17.44	29.85	1.04	100.00

자료 : 국토해양부·국토연구원, 2010. 2009년도 주거실태조사: 장애인.

이처럼 사회 내에서 적절한 장애인 지원서비스가 구비되었더라면 생활시설보다는 지역사회에서 거주할 수 있었으리라는 것은 현재 생활시설에 입주하게 된 경로를 통해서도 확인할 수 있다(강미나, 2012). 주로 가족 또는 지인의 권유 등 본인의 의지와 상관없이 입소하게 된 경우가 많았다. 특히 장애정도가 상대적으로 낮은 3~5급 장애인의 경우에도 ‘가족 또는 지인의 권유’와 ‘본인의 의지와 상관없이 입주’했다는 응답이 약 77% 정도로 나타나고 있다.

〈표 2-5〉 장애등급별 생활시설 거주 장애인의 시설 입주경로

(단위 : %)

구 분	본인 의지	가족 또는 지인의 권유	본인 의지와 상관없이 입소	기타	계
1급	9.04	46.31	44.49	0.17	100.00
2급	4.86	56.87	38.27	0.00	100.00
3-5급	23.50	49.95	26.55	0.00	100.00
계	9.58	49.82	40.51	0.10	100.00

자료 : 국토해양부·국토연구원, 2010. 2009년도 주거실태조사: 장애인.

그리고 생활시설에 입소한 장애인의 거주기간의 거주기간을 보면 1, 2급 장애인의 경우 10년 이상이 60%가 넘는 것으로 나타났다. 장애등급이 상대적으로 낮은 3~5등급의 경우에도 10년 이상인 경우가 43%에 이르는 것으로 나타났다. 이처럼 독립적으로 거주할 수 있을 것으로 보이는 경우에도 장기시설거주의 이유는 다른 방법이 없거나 경제적으로 대책이 없었기 때문인 것으로 유추해 볼 수 있다(강미나, 2012).

〈표 2-6〉 장애등급별 생활시설 거주 장애인의 시설 거주기간

(단위 : %)

구 분	2년 미만	2년~5년	5년~10년	10년~15년	15년 이상	계
1급	3.81	14.41	18.35	19.95	43.48	100.00

2급	2.29	7.64	21.88	21.37	46.82	100.00
3,4,5급	2.52	9.15	44.49	9.28	34.55	100.00
계	3.21	11.81	22.54	19.07	43.37	100.00

자료 : 국토해양부·국토연구원, 2010. 2009년도 주거실태조사: 장애인.

제5절 문제해결 방향

장애인거주시설을 현재의 생활시설 중심에서 공동생활가정이나 단기보호시설을 포함한 다양한 선택이 가능한 체제로 변경하고, 시설의 규모를 소규모 방식으로 획기적으로 재편성하며, 시설 선택 제도의 전제가 되는 서비스 표준화와 질 관리 시스템을 구축하는 등의 다방면에 걸친 집중적인 노력이 필요하다(김용득 외, 2007).

1. 거주시설의 개념과 범위

장애인거주시설 범위에는 현재의 장애유형별 생활시설, 중증장애인요양시설, 장애인영유아생활시설, 장애인단기보호시설, 장애인공동생활가정, 장애인유료복지시설 등이 ‘거주’라는 개념 속에 연속체로 포함되어야 한다. 여기에 더하여 일반가정에서 이루어지는 가정입양과 위탁가정보호, 장애인주택임대 등과 같은 서비스도 장기적으로는 장애인거주시설 정책 범주 안에 포함되어야 할 것이다.

그리고 장애인거주시설은 다양한 목적으로 구분되어야 한다. 첫째, 단순히 거주 목적이다. 장애인생활시설에서 생활하고 있는 장애인들 중 상당수는 단순히 거주지원만을 필요로 한다. 따라서 이들에게는 단순 거주 목적의 시설(care home)지원이 필요하다. 그룹홈(group home)의 경우도 여기에 해당된다고 할 수 있다. 둘째, 거주와 요양 목적이다. 장애인들 중에는 거주서비스 욕구뿐만 아니라 요양서비스 욕구를 동시에 가지

고 있는 장애인들이 있다. 이들을 위해서는 요양거주 목적의 시설(care home with nursing)지원이 필요하다. 셋째, 단기간의 휴식 및 피난 목적이다. 장애인을 부양하고 있는 가족구성원들은 정신적·육체적으로 상당한 부담을 안고 있으며, 이들에게는 휴식이 필요하다. 그리고 어떤 장애인들은 원 가정에서 생활하면서 정신적·육체적 학대를 경험한다. 따라서 이들에게는 단기간의 휴식 및 피난을 목적으로 한 시설(respite care home)이 필요하다. 이러한 구분이 이루어질 때, 일부분에만 해당하는 지원이나 보호가 필요한 사람에게 여러 개 또는 전부를 지원하고 보호하는 비정상적 접근이 근절될 수 있으며, 그 결과 장애인들은 지역사회에서 다양한 사회적 관계와 인프라 활용을 통해 정상화되고 사회적으로 통합될 수 있을 것이다.

2. 공급 확대방식

거주시설의 수요 대비 공급량이 부족한 상황에서 거주시설 이용자격을 무연고자와 국민기초생활수급자로 제한함으로써 미신고시설의 난립을 현상을 초래하고 있다. 기존 대규모 생활시설의 문제점이 제기되고 소규모 거주시설로의 전환이 요구되에도 불구하고 여전히 대형생활시설 중심으로 거주시설서비스가 제공되고 있다. 2000년 이후 거주시설 공급확대 내용을 보면, 공동생활가정 자리 수보다 대형생활시설 자리 수 공급확대가 훨씬 우세하다.

이런 현실에서 시설의 자리 수를 어떻게 확대할 것인지에 대해서는 다음과 같은 원칙을 분명히 할 필요가 있다. 첫째, 대규모 시설을 점차적으로 줄이고 소규모시설을 늘리는 방향으로 거주서비스를 확대하는 것이 필요하다. 이에 대해서는 정부가 이미 2009년부터 신규 시설은 30인 이하로 제한하는 조치를 시행하고 있다. 둘째, 장기적으로는 4인 이하의

그룹홈과 같은 규모가 단순거주목적 시설의 주류가 되도록 할 필요가 있다.

3. 예산지원방식

예산지원방식과 관련해서는 크게 세 가지 점들이 검토되어야 한다. 첫째, 예산 지급액 산출방식의 변경이 필요하다. 이를 위해서는 거주시설의 규모 및 목적에 따른 서비스 표준화를 통해 서비스 표준비용을 산정하고, 표준비용에 기초한 예산지급방식을 도입해야 한다. 그리고 시설규모에 따른 적용단가는 표준단가를 토대로 차별적인 비율 적용이 필요하다. 대형 시설은 일정 인원 이상 자리 수부터는 1인 증가에 따른 단위 비용이 동일하게 누적 합산되는 방식이 아니라 단위 비용보다 다소 낮은 저율을 적용함으로써³⁾, 예산 산정 기준이 대형시설에 유리하지 않도록 변경되는 것이 필요하다.

둘째, 예산 지급 흐름의 변경이 필요하다. 현재 예산 지급의 흐름은 지방정부가 서비스 제공자에게 재정을 지원하고, 이용자는 서비스 제공자로부터 서비스를 제공받는 각각의 2자 관계로 구성되어 있다. 이용자의 선택을 강화하기 위해서는 이를 3자 관계로 전환할 필요가 있다. 지방정부는 거주시설서비스를 신청한 사람에 대하여 서비스 적격성을 판단하고, 적격성이 판단된 신청자에 대해서는 지방정부가 적절한 서비스를 연결할 책임을 지며, 이용자와의 협의를 통하여 서비스 받을 시설을 결정한다. 이용자는 지방정부의 중재를 통하여 서비스를 제공받을 공급자(시설)를 선택하며, 선택한 시설에서 서비스를 제공받는다. 그리고 서비스 제공자는 지방정부로부터 의뢰된 이용자에게 서비스를 공급하고, 지

3) 일본의 경우 입소인원 40명 이하, 41명~60명, 61명~80명, 81명 이상으로 나누어 개인당 일일 서비스 비용 지원 단가를 차등 적용(81명 이상인 경우 40명 이하인 경우에 비해 60% 내외 수준의 단가 인정)하고 있다(김용득 외, 2007).

방정부로부터 서비스 제공에 소요되는 비용을 받는다. 이 체계에 의하면 지방정부, 이용자, 공급자는 3자 관계의 계약을 맺고, 이 계약을 통해서 서비스가 전달된다.

셋째, 시설 내 예산 집행 방식의 변경이 필요하다. 이용자 선택에 기초한 3자 관계의 계약 체계로 변화할 경우, 시설 운영의 자율성을 보장하기 위해 총액운영비제 도입이 필요하다.

4. 이용자 부담방식

우리나라 생활시설 입소제도의 대표적인 문제점은 첫째, 시설 이용대상자를 무연고자와 국민기초생활수급자로 제한함으로써 그 밖의 거주시설서비스를 이용하고자 하는 사람들의 욕구를 원천적으로 봉쇄하고 있다는 것이다. 소득이나 자산수준과 상관없이 거주시설서비스를 필요로 하는 사람들은 누구나 거주시설서비스를 이용 가능하도록 하는 것이 필요하다. 둘째, 실비입소제도에 근거하여 무연고자나 수급자가 아닌 사람들이 실비(식료품비, 광열·수도비, 피복·신발비)를 부담하고 시설을 이용할 수는 있으나, 실제 이용률이 매우 저조하여 실효성이 낮다. 셋째, 실비입소제도의 경우 서비스에 대한 합리적인 비용 산정방식이 부재하며, 이용자의 자산정도에 따른 차등부담 제도도 마련되어 있지 않다. 실비입소제도에서 이용료 산정기준은 차상위계층 이상의 이용자들에게 일정한 이용료를⁴⁾ 부과하고 있기 때문에 상대적으로 소득이 적은 사람에게 더 큰

4) 실비입소제도에 의해 거주시설을 이용하는 이용자가 지불해야 하는 비용은 2012년 현재 월 320,000원으로 상한선이 정해져 있고, 이 범위 안에서 이용자나 그 보호자의 생활능력에 따라 차등 징수 할 수 있다. 지적장애인과 자폐성장애인에 대하여는 월 29,000원 이하, 영유아 및 중증 장애인에 대하여는 월 51,000원 이하의 비용을 추가하여 수납 할 수 있다(보건복지부, 2012). 그러나 차등 징수의 기준이 마련되어 있지 않고, 상한선 이하로 비용을 부과하는 경우에 이에 대한 부족분을 정부가 지원하는 제도가 없기 때문에 생활능력에 따른 차등 징수는 일반적인 실효성을 확보하기가 어려울 것이다.

부담이 될 수 있다. 따라서 지불능력(자산정도) 사정을 통한 이용료 차등 부과방식의 도입이 필요하다.

5. 서비스 진입 과정 개편

서비스 진입과정과 관련하여 두 가지 대안이 검토될 필요가 있다. 첫째, 시설 이용 결정 과정에서 지방정부 역할이 공식화될 필요가 있다. 현재의 장애인거주시설 입소과정은 크게 두 가지 유형으로 구분된다. 장애인 생활시설 이용을 희망하는 장애인은 해당 시·군·구에 신청하고, 신청자가 국민기초생활수급권자이거나 무연고자인 경우 시·군·구에서 이용 가능한 시설로 의뢰하고 있다. 그런데 이용자격을 충족하는 경우에도 시·군·구에서 적절한 서비스 제공기관을 확보해야 하는 책임을 지는 것은 아니다. 그리고 공동생활가정이나 단기보호시설의 경우에는 시·군·구에서 서비스 제공기관에 의뢰하는 것이 아니라 해당 시설에 직접 신청하고, 각 시설에서 이용 여부를 결정한다. 이런 사실을 통해 볼 때, 장애인거주시설서비스 전달과정에서 지방정부의 서비스 제공기관 의뢰 의무가 공식화되어 있지 않다. 거주시설 이용과정에서 지방정부의 역할이 공식화되기 위해서는 시설 이용 신청이 이루어지면, 이에 대해 상담과 조사를 실시하고, 그 결과를 일정 기간 내에 신청자에게 통보해야 한다. 그리고 시설 이용에 적합한 요건을 갖춘 경우에 지방정부는 신청 장애인의 욕구와 선택을 고려하여 적절한 시설과 연결하는 책임을 이행하도록 하는 절차가 확립되어야 한다.

둘째, 거주시설에서 이루어지는 서비스 과정이 표준화 되어야 한다. 현재 거주시설서비스와 관련된 법률이나 정부지침에는 시설 내 서비스 과정에 대한 표준체계가 제시되어 있지 않다. 시설 내 서비스 진행과정에는 이용 여부의 적합성을 이용자와 시설이 동시에 판단하는 시험거주

과정, 거주를 확정하고 필요한 거주서비스 내용에 대한 계약체결과정, 구체적인 개별서비스계획 수립과정, 서비스 실행과정, 서비스에 대한 만족 정도나 퇴소의 필요성 등에 대한 주기적인 서비스 평가·검토 과정 등이 필수적으로 포함되어야 하며, 각 단계별로 이루어져야 하는 구체적인 내용과 관련 양식이 공식적인 지침 수준에서 확립되는 것이 필요하다.

6. 서비스 질 확보

서비스 질 관리에 대해서는 세 가지 대안이 검토될 필요가 있다. 첫째, 서비스 최저기준이 마련되어야 한다. 중앙정부 차원에서 전국적으로 통용 가능한 장애인거주시설서비스 최저기준(minimum standards)을 마련하여야 하며, 여기에는 필수적으로 제공되어야 하는 서비스 목록, 시설 내 생활방식, 개별적 지원 기준과 체계, 서비스에 대한 이의신청과 처리, 시설 공간과 환경 조건, 직원의 요건, 시설 관리 운영 등에 대한 구체적인 기준이 제시되어야 한다. 2010년부터 사업안내에 제시되어 있는 서비스 권장기준이 이에 해당한다. 둘째, 시설 등록과 등록을 취소하는 강력한 체계가 도입되어야 한다. 이를 위해서는 전문적인 감독기구를 설립하여, 시설 서비스 기준에 부합하는 경우 서비스 제공 자격을 부여하여 등록토록 하고, 부적합한 경우 등록을 취소함으로써, 서비스 질을 보장하기 위한 문지기 역할을 수행하도록 해야 한다. 이러한 감독기구는 전국적으로 통용되는 서비스 최저기준에 근거해서 신규공급자를 인증(서비스 등록)하고, 정기적이며 상시적인 서비스 평가를 통해 서비스공급 자격을 재심사하는 기능을 수행하는 것이 필요하다.⁵⁾

5) 이런 기구의 사례는 대표적으로 영국의 CQC(Care Quality Commission)를 들 수 있을 것이다. 여기에 대한 자세한 내용은 <http://www.cqc.org.uk>를 참조할 수 있다.

7. 이용자 권리 확보

이용자 권리확보에 관해서는 두 가지 대안이 검토될 수 있다. 첫째, 공식적으로 이용계약제도를 도입해야 한다. 이 제도는 이용자와 서비스 제공자 간의 공식적인 서비스 계약을 체결하고, 이에 기초하여 서비스가 제공되도록 하는 것이다. 계약내용에는 시설에서 받게 될 서비스 내용, 서비스 이용에 따른 이용자 부담액, 시설 이용기간, 시설 내 생활 중 이용자가 선택할 수 있는 것과 선택할 수 없는 항목에 대한 결정(식사시간, 식사종류, 외출, 전화사용, 복장, 금전관리 등), 이용자 권리보장 방안, 퇴소의 기준, 계약 위반 시의 처분 사항 등의 구체적인 내용이 포함되어야 한다.

둘째, 시설 이용자의 권리를 보장하는 공식적인 선언을 담은 문서가 발행되어야 한다. 각 지방정부는 거주시설에서 반드시 보장되어야 할 이용자의 권리를 구체화하여 문서를 발행하고, 이 문서가 시설 내에 상시 비치될 수 있도록 하는 것이 필요하다. 권리보장 문서의 내용에는 권리보장의 일반적 원칙과 지침, 스스로 권익을 주장할 수 없는 사람이 권익옹호자를 지정할 수 있는 권리, 시설 외부 사람들과 제약 없이 접촉할 수 있는 권리, 개인 소유물에 대한 권리 등이 포함될 수 있을 것이다.

제6절 정상화의 길: 개정 장애인복지법의 실천

거주시설의 근본적인 변화를 위해서 2011년 3월 31일에 장애인복지법이 개정되었다. 이번 법률 개정에서는 그간 제기되어 왔던 거주시설의 개념, 시설규모, 이용자격, 시설 이용절차 등을 포함하여 중요한 문제로 제기되었던 사항들이 반영되었다. 그러나 장애인복지법의 개정이후에 이루어진 시행령과 시행규칙의 개정 내용이 법 개정의 취지를 실현하는데

크게 미흡하다는 문제가 있다. 개정 장애인복지법을 제대로 실현하기 위하여 검토되어야 하는 과제들은 다음과 같다.

1. 장애인선택권 보장

개정법 57조에서는 국가와 지방자치단체는 장애인이 장애인복지시설의 이용을 통하여 기능회복과 사회적 향상을 도모할 수 있는 정책을 강구하고, 시설을 이용하는 장애인의 인권보호를 위한 정책 마련 및 관련 프로그램 실시를 위한 기반을 조성하며, 장애인복지실시기관은 장애인이 장애인복지시설을 선택할 때 장애인의 선택권을 최대한 보장하도록 하여야 한다고 규정하였다. 이를 위해서는 어떤 절차를 통해서 선택권을 보장하는 조치를 강구할 것인지, 그리고 선택을 보장하는데 필수적으로 필요한 시설에 대한 정보는 어떻게 구축하여 제공할 것인지 등에 대한 구체적인 방안제시가 필요하다.

2. 거주시설로 재편성 및 개념 재정립

개정법 58조에서는 장애인 생활시설을 거주 서비스를 제공하는 거주시설로 개념 및 기능을 재정립하도록 정하였다. 이를 실현하기 위해서는 기존의 생활시설, 공동생활가정, 단기보호 시설 등 거주와 돌봄서비스를 제공하는 서비스를 거주시설 이라는 하나의 법적 개념에 포괄해야 하며, 현재 각기 다른 재정지원 기준과 입소제도로 운영되고 있는 서비스들을 어떤 기준으로 통합할 것이지가 결정되어야 한다. 그리고 기존의 공동생활가정과 단기보호시설을 모두 거주시설로 통합할 것인지, 아니면 일상생활훈련 목적으로 운영되는 공동생활가정이나 1주일 이내의 단기휴식 서비스를 제공하는 단기보호시설 등은 현재의 운영방식과 동일하게 할

것인지 등에 대하여 결정하여야 한다.

3. 시설 소규모화

개정법 59조에서는 장애인 거주시설의 정원은 30명을 초과할 수 없도록 하되, 특수한 서비스를 위하여 일정 규모 이상이 필요한 시설 등은 대통령령으로 정하도록 함으로써, 시설의 소규모화를 천명하였다. 이를 이행하기 위해서는 기존의 대형시설에 대하여 이 규정을 어떻게 적용할 것인지에 대한 세부적인 방안이 마련되어야 한다.

4. 거주시설 서비스 신청 등의 절차 확립

개정법의 60조에서는 거주시설을 이용하려는 경우 시군구에 신청하고, 시군구청장은 신청자의 시설 이용 적격성 여부를 심사하여 결정하고, 적격성을 인정받은 자는 이용조건, 본인부담금 등을 포함하여 시설 운영자와 계약을 체결하며, 장애인 본인이 계약을 체결하기 어려운 경우에 한하여 대통령령으로 정하는 자가 계약절차의 전부 또는 일부를 대행할 수 있다고 규정하였다. 그리고 계약을 대행할 수 있는 대행자에 대해서는 시행령에서 제시하고 있다. 그러나 이런 절차가 현실화되기 위해서는 시설 이용의 적격성을 판단할 수 있는 장애기준을 마련하여야 하며, 서비스 계약에 어떤 내용들이 포함되어야 하는지 등에 대한 구체적인 내용제시가 필요하다.

5. 서비스 최저기준 적용

개정법 60조에서는 장애인 거주시설에서 제공하여야 하는 서비스의 최저기준을 마련하고, 장애인복지실시기관은 서비스의 최저기준이 충족

될 수 있도록 필요한 조치를 하도록 하며, 시설 운영자는 최저기준 이상의 서비스 수준을 유지하도록 해야 한다고 규정하였다. 2012년 장애인 거주시설 사업안내에서는 침실 바닥 면적을 5제곱미터 이상 확보, 침실이 4인실 이하가 되도록 노력, 서비스 이용계획의 수립, 이용자의 의사 결정과 참여 등을 비롯한 광범위한 내용이 포함되어 있다. 그러나 최저기준을 의무적으로 이행하도록 하는 조치가 마련되어 있지 않아서 실효성을 확보할 수 있는 구체적인 방안이 마련되어야 한다.

6. 본인부담금 제도 마련

개정법의 79조에서는 국가와 지방자치단체는 대통령령으로 정하는 바에 따라 장애인이 장애인복지시설을 이용하는 데 드는 비용의 전부 또는 일부를 부담할 수 있으며, 시설 이용자의 자산과 소득을 고려하여 본인부담금을 부과할 수 있도록 정하였다. 시행령에서 이에 관련된 내용은 보건복지부 장관이 고시하도록 정하고 있다. 현재 장애인복지사업안내에서는 무료 입소대상자를 국민기초생활수급자 또는 무연고자로 제한하고 실비입소에 대해서는 소득조건에 관계없이 입소가 가능하도록 정하고 있다. 본인부담금을 납부하는 실비입소가 제대로 시행되기 위해서는 본인부담금의 징수를 정부에서 담당하도록 하는 등의 장치가 마련되어야 한다. 이런 장치를 통해서 소득계층에 제한 없이 시설 이용이 가능하도록 하고, 본인의 부담능력에 따른 본인부담금제도를 도입하는 구체적인 기준이 제시되어야 한다.

제7절 결론

미국과 유럽국가들은 1980년대 중반 이전에 이미 탈시설, 정상화 등

의 이념을 실현하는 차원에서 이런 문제들을 대대적으로 재편하였다. 일본은 2003년에 지원비 제도를 도입하면서 이용자 선택제도, 거주 중심의 시설 제도를 정착시킴으로써 전반적인 개혁을 마무리하였다. 우리는 미국과 유럽의 30년 전 제도, 일본의 10년 이상의 전 제도를 고수하고 있는 것이다. 반드시 조속한 조치가 강구되어야 하는 일이다.

장애인생활시설을 거주시설로 재편하는 일은 수용소 또는 보호소를 가정하였던 비인도적 접근 방식을 반영하고 있는 법규들을 변경시키는 일이다. 이 일이 실제 현실의 변화로 나타나기 위해서는 다음의 방안들이 강구되어야 한다. 먼저, 일상적인 삶의 환경으로 적절하지 않은 기존 시설들을 가정생활 환경과 최대한 유사하게 변화시켜야 한다. 이를 위해서는 기존 대규모시설을 소규모 시설로 분산시키는 방안이 필요하다. 또는 기존 대규모 시설의 구조를 가정 생활단위와 유사하게 5인 내외의 생활 단위로 리모델링하는 방법이 모색되어야 한다. 그리고 기존 시설들을 변화시키는 일과 함께 가정과 같은 형태의 새로운 시설(공동생활가정, 체험홈 등)을 많이 진입시켜서 현재보다 2-3배 이상의 자리수를 확보해야 한다. 이를 위해서국민기초생활수급자 또는 무연고자로 제한하고 있는 이용자격 제도를 폐지하고, 소득수준에 관계없이 불가피한 경우 거주시설을 이용할 수 있도록 해야 한다. 이와 함께 본인의 부담능력에 따른 부인부담제도를 병행할 수 있을 것이다. 탈시설화의 맥락에서 이런 정책을 추진했던 서구 국가들의 경험을 분석한 연구를 보면 덜 시설적인 환경으로의 이주는 물리적인 삶의 조건의 개선, 이용자 만족의 증진, 적극적인 행동의 증가, 지역사회 활동 참여의 증가, 가족과 친구 등과의 접촉의 증가 등의 성과가 확인되었다(Emerson & Hatton, 1996).

탈시설을 위한 노력은 장애인의 삶의 조건과 환경을 비정상적이고 분리하는 방법에서 정상적이고 통합하는 방식으로의 변화를 지향하는 것이다. 이는 정상화 이념이 지속적으로 추구하고 있는 과제이다. 거주시설

은 다른 모든 장애인지원서비스와 같이 장애를 가진 사람들이 장애에도 불구하고 자신의 집과 같은 분위기에서 스스로의 일상을 결정하면서 사는 것을 돕는 목적으로 존재해야 한다. 이를 유동철(2012)은 ‘자립과 돌봄의 충돌’이 아닌 ‘자립과 돌봄의 화해’로 표현하였다. 이런 탈시설을 위한 노력에는 가능하면 모든 장애인이 원래 거주하던 정상적인 환경에서 생활할 수 있도록 지원서비스를 강화하는 일이 우선되어야 한다.

참고문헌

- 강미나(2012). 수요자 측면에서 거주시설 정책의 과제. **제1차 장애인정책포럼 자료집**, pp.25-32.
- 국토해양부·국토연구원(2010). **2009년도 주거실태조사 : 장애인**.
- 김용득(2012). 탈시설과 거주시설 정책. **장애와 사회복지**. EM 커뮤니티, pp.138-165.
- 김용득·송남영·장기성(2010). 장애평가 기준과 장애인거주시설서비스 욕구. **한국장애인복지학**, 12, pp.95-121.
- 김용득·변경희·임성만·강희설·이정호·장기성·전권일·조순주(2007). **장애인거주시설 서비스 기능과 구조의 혁신 방안**. 보건복지부·성공회대학교사회복지연구소
- 김용득·김미옥·변경희·소진이·장기성·이복설·강희설·이금지·백경원(2009). **장애인 거주시설 서비스 최저기준 마련을 위한 연구**. 보건복지부·성공회대학교 사회복지연구소
- 보건복지부. **2011년 장애인거주시설 사업안내**.
- 보건복지부. **2012년 장애인거주시설 사업안내**.
- 유동철(2012). 복지권 관점에서 본 한국의 거주시설: 자립과 돌봄사이. **2012 한국사회복지학회 춘계학술대회 자료집**, pp.29-63.
- 황규인(2012). 장애인 거주시설의 탈시설화 비밀인가? 신비인가? **제1차 장애인정책포럼 자료집**, pp.33-39.
- Colton, M. & Hellinckx, W(1994). Residential and foster care in the European Community: current trends in policy and practice. *British Journal of Social Work*, 24(5): pp.559-576.
- Emerson, E. & Hatton, C(1996). Deinstitutionalization in the UK and Ireland: outcomes for service users. *Journal of Intellectual and Developmental Disability*, 21(1): pp.17-37.

[토론 내용]

□ 탈시설화에 대한 개념 논의

○ 탈시설화에 대한 개념 논의

- 탈시설화(de-institutionalization)에 대해서는 혼재되어 용어가 사용되는 경향이 있는 만큼, 탈시설화에 대한 개념 정립이 필요한 것으로 보임
 - 1) 장애인의 지역사회 통합과 자립생활 촉진에 초점을 두어 지역사회에서 장애인이 생활할 수 있는 소득보장제도(장애인 연금), 사회서비스제도(장애인 활동지원제도), 고용보장 등 제도적 지지 기반 구축으로 궁극적으로 장애인 생활시설의 사라지는 것으로 보는 입장
 - 2) 현재 대규모 인원으로 운영되고 있는 시설의 운영 형태를 보다 지역사회 중심, 이용자 중심으로 변화시키는 것에 초점을 두는 입장

○ 시설(institution) 용어에 대한 논의

- 탈시설화 개념에 대한 논의에는, 시설(institution)이 가지고 있는 문제점에 대한 반(反)방향으로의 지향점을 가지고 있으며,
- 현재 사용하고 있는 ‘시설’이라는 용어의 재정립을 통해서 기존에 가지고 있는 이미지 쇄신과 아울러 지역사회 서비스와의 연장선상에 있는 거주서비스로의 정립이 필요함.

○ 탈시설화의 범위와 방향

- 탈시설화라는 용어는 비단 현 장애인생활시설(institution)의 쇄신을

통한 장애인 거주서비스 정책 마련 뿐 아니라, 장애인의 지역사회 통합적인 생활이 가능하도록 하는 지역사회 지원 서비스 및 인프라의 확충, 아울러 장애인의 역량강화, 지역사회 서비스 기관 및 실무자의 역량강화와 인식 전환, 지역사회 주민의 인식 전환 등 상당히 포괄적인 내용을 포함하는 것으로 이해할 수 있음.

- 장애인의 정상화(normalization)의 실행을 위하여, 시설의 정상화(normalization)를 이루고자 하는 노력으로 볼 수 있음. 첫 번째 단계로 ‘시설’ 용어에 대한 대안(예. 일본은 케어 홈 등)을 가지고 지역사회 거주서비스로의 개념 정립과 사회적 공감대 형성이 필요한 것으로 봄.

□ 장애인 생활시설의 탈시설화 정책

○ 정책 방향

- 발제자가 제안한 정책 방안으로 다음의 8가지를 제안함.
 - 1) 거주시설의 개념과 범위
 - 2) 공급 확대방식
 - 3) 예산지원방식
 - 4) 이용자 부담방식 도입
 - 5) 서비스 진입 과정 개편
 - 6) 서비스 질 확보
 - 7) 이용자 권리 확보
 - 8) 이용자 권리 확보
- 장애인복지법 개정과 실현을 위한 검토 사안으로 6가지를 제안함.
 - 1) 장애인 선택권 보장
 - 2) 거주시설로 재편성 및 개념 재정립

- 3) 시설 소규모화
- 4) 거주시설 서비스 신청 등의 절차 확립
- 5) 서비스 최저 기준 적용
- 6) 본인 부담금 제도 마련

○ 노인 시설정책을 통한 시사점

- 노인 시설 서비스 중, 노인 공동생활가정 모형이 있는데, 이 모형의 경우 케어를 많이 필요로 하는 요양 서비스 모형으로는 적합하지 않음. 이유는 케어를 많이 필요로 하므로 소규모 인원의 시설은 단가가 너무 높아지게 됨. 따라서 활동성 치매노인, 경증 치매노인에게 적합한 시설로 판단하고 있음.
 - 장애인의 탈시설화로 시설의 소규모화 를 추진하되, 이용 장애인이 필요로 하는 서비스의 질적 수준을 담보하면서, 시설 운영의 재정 건정성을 모두 확보할 수 있는 방안을 고려해야 함.
- 탈시설화의 의미가 장애인 생활시설의 폐쇄를 의미하는 것이 아니라, 하드웨어적인 탈시설화가 아니라, 잘못된 소프트웨어를 변화시키는 것을 탈시설화의 방향으로 하는 것이 바람직하다고 봄.
- 지역사회 서비스와 연장선 상의 거주서비스로의 ‘시설’ 정립. 일본의 경우 집과 시설에 각각 2~3개월씩으로 머무는 등 집과 시설을 오고 가는 경향이 많아지고 있음. 이는 본인과 가족의 부담을 조금씩 모두 줄여나가는 방향으로 가는 것임. 장애인 시설에서도 고려 가능한 방향으로 생각됨.

□ 종합 논의

- 장애인 탈시설화 정책의 실효성을 높이기 위한 3가지 방안 제안

- 탈시설화에 대한 개념에 대해서 사회적 합의를 이루는 것
- 시설에 대한 명칭의 개선 : ‘시설’이라는 단어가 가지는 과거에 고착된 상징적 의미가 있으며 전체적인 시설 개편 과정과 함께 용어의 쇄신도 필요하다고 봄
- 생활시설의 구조기능 개편 : 생활시설 종사자의 인식변화와 변화되는 역할에 대한 정체성 확립 필요 (예를 들면, 시설종사자들이 시설의 자유로운 입퇴소 보장에 대한 기본 원칙은 동의하되, 퇴소와 함께 문제 발생이 예견되는 장애인의 퇴소 선택을 따라야 하는가와 같은 딜레마에 빠지는 경우가 생김.)

○ 거주시설 서비스의 재편에 대한 논의

- 기존의 ‘유사 욕구를 가지는 장애인에 대한 서비스 제공(grouping을 통한 서비스 제공)의 방식’을 탈피하여, 장애인 개인에게 초점을 맞추어 서비스를 제공하는 패러다임의 전환이 필요하다고 봄.
- 제공되는 서비스의 내용과 양의 확대가 필요하며 이에 대한 논의가 필요함. 장애인이 소규모로 생활하는 ‘그룹홈’ 형식의 서비스가 제공 될 경우 결국 장애인에게 제공되는 서비스 양이 줄어드는 것은 아닌지, 서비스 질 관리 면에서 우려되는 부분이 있음.
- 장애인의 연령대에 따른 차별화된 서비스 제공 필요 (아동/성인)

○ 지역사회 안에서 ‘소통하는 탈시설화’의 개념 정립 필요

- 탈시설화 개념에 대해서 시설, 입소 장애인, 장애인의 가족, 지역사회가 상호 협력하는 구도를 형성하는 것이 필요함.
- ‘이용 계약’의 도입 : 장애인이 서비스 과정에 참여할 수 있는 첫 단계가 될 것으로 보이며, 장애인의 이용 의사와 선택, 시설의 제공 가능한 서비스 범위를 상호 확인하는 절차로 도입이 필요하다

고 생각함.

○ 탈시설화에 대한 5가지 관점 고려 제안

- 시설의 정상화 (normalization)
- 사회통합적 관점 필요
- 인권 보장 관점이 필요 : ombudsman 제도, 이용계약 방식 검토
- 역량강화 관점
- 자립생활에 대한 관점 : 미국의 IPP 제도 등 개별화된 프로그램 진행(개별지원방식 예산, 프로그램 지원 예산 방식) 검토
 - 단계적 탈시설화에 대한 로드맵을 구축할 필요가 있음.

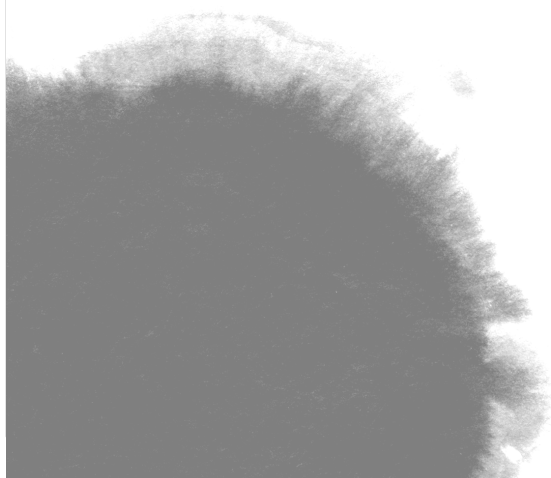
○ 정책의 실효성을 위한 제안

- 정책 제도마련 뿐 아니라 실천을 위해서는 법/현장(시설 종사자)/장애인 당사자 각각이 실천 단계에서 준비할 수 있는 과정이 필요함.
- 서비스 질 관리, 당사자 역량 및 정보능력 강화
- 시설과 지역사회와의 연계는 반드시 필요한 부분이며, 장애인 활동지원제도 등 서비스 연계는 장기적인 관점에서 검토가 필요한 것으로 보임.

○ 탈시설화 정책에 발달장애인 혹은 행동장애를 동반한 중증장애인, 조기노화장애인 등 특별한 서비스를 필요로 하는 장애인의 욕구가 반영되어 이루어져야 할 것임.

3장

제2차 장애인정책포럼



제2차 장애인정책포럼

[주제 발표]

장애 소득보장제도 현황과 개선방안

- 윤상용 (충북대학교 아동복지학과 교수) -

[좌 장]

이선우 (인제대학교 사회복지학과 교수)

[토론자]

강성호 (국민연금연구원 연금제도연구실 팀장)

김수완 (강남대학교 사회복지학과 교수)

박수지 (한국보건사회연구원 부연구위원)

윤정환 (보건복지부 장애인자립기반과 사무관)

장애 소득보장제도 현황과 개선방안

윤상용 (충북대학교 아동복지학과 교수)

제1 절 장애 소득보장체계의 개념

1. 장애 소득보장 급여의 종류 및 전략

장애 소득보장 체계는 실업, 빈곤, 노령, 질병 등 일반적인 소득상실 위험군에 대응하는 보편적 소득보장체계의 일부로서, 장애라는 독립적인 소득상실 위험 요인에 직면해 있는 장애인을 대상으로 한 특수한 소득 보장체계라고 할 수 있다.

장애 소득보장체계에서 제공하는 급여는 장애 급여, 일반소득보장급여, 장애관련 급여 등 크게 세 부분으로 구성되어 있다. 이 중 장애급여는 장애인의 고용여부와 관계없이 모든 장애인을 대상으로 한 급여인 반면, 일반 소득보장 급여는 장애인을 포함한 일반 시민을 대상으로 한 보편적인 소득보장 프로그램 중 장애인의 주요 소득원천으로서의 기능을 일부 수행하는 실업급여, 퇴직급여, 기타 공공부조 등을 의미한다. 한편, 장애관련 급여는 상병급여, 산재급여 등 현재 고용중이거나 또는 과거의 고용경험이 있는 장애인을 대상으로 한 특별급여라고 할 수 있다. 이러한 공적 급여 중 서비스 대상 인구(service coverage)가 가장 넓게 분포

하고 있고 또한 급여 수준(benefit level)이 가장 높은 것은 장애급여로서, 임금을 제외한 장애인의 소득원 중 가장 비중이 높을 만큼 장애인 소득보장의 핵심적인 역할을 수행하고 있다(De Jong, 2003).

장애 소득보장을 위한 전략은 보편적 소득보장 전략과 마찬가지로 크게 세 가지 유형으로 구분할 수 있는 데, 첫째는 가입자의 기여에 기반한 사회보험(contributory social insurance)방식이며, 둘째는 장애유형 및 장애정도 등 일정 요건을 충족하는 경우 급여를 지급하는 사회수당(social allowance)방식, 그리고 셋째는 소득 또는 자산조사를 통해서 소득이나 자산이 일정 수준 이하의 장애인에게 급여를 지급하는 사회부조(social assistance)방식이다. 이 중 사회보험방식이 급여 수급의 조건으로서 장애인의 기여를 요하는 기여식 프로그램이라면, 사회수당과 사회부조는 수급조건으로서 장애인의 기여를 필요로 하지 않는 비기여식 프로그램이라고 할 수 있다. 이러한 고전적 소득보장 전략 외에도 의무적인 공공저축(mandatory public savings), 고용주 책임(employer liability), 의무적인 직업연금·저축(mandated occupational pension or savings), 의무적인 개인연금·저축(mandated personal pension or savings) 등도 장애 소득보장을 위한 전략으로 활용되고 있다(Dixon, 1999).

이러한 다양한 정책수단의 조합에 의해 장애인에게 제공되는 장애급여의 제공과 관련하여, 주요 국가에서는 장애로 인한 소득 상실을 보전하기 위한 급여(소득보전 급여)와 장애로 인한 추가비용 지출을 보전하기 위한 급여(추가비용 급여)를 장애 급여의 두 축으로 삼고 제도를 운영하고 있다.

〈표 3-1〉 장애 급여의 구성 요소

유형		보장의 제 측면	급여종류	특성
소득보 전 급여	기본급여	장애인 개인 소득보전	기초급여(정액급여), 소득비례급여	장애정도에 따라 차등
	부가급여	부양가족 부양 지원	아동부양수당, 성인부양수당 등	부양가족 결혼상태 에 따라 차등
추가비용 급여		장애인의 추가비용보전	이동수당, 간병수당, 장애아동부양수당, 중증장애수당 등	장애인 개인의 특성에 따라 차등

자료: Dixon & Hyde, A Global Perspective on Social Security Programmes for the Disabled People, Disability & Society, Vol. 15, No. 5, 2000.

이러한 장애급여를 수급하고 있는 장애인 중 상당수는 실업급여, 퇴직급여, 기타 공공부조 등 일반소득보장급여를 동시에 수급하기도 하는데, 이 경우 장애급여의 지급액이 일정 정도 삭감 되는 것이 보편적이다.

장애관련 급여로서 상병급여는 장애 발생 초기에 완전한(total) 장애를 입은 근로자에게 장애인의 임금 수준과 연동되어 지급되는 급여로서, 대개 최대 1년간 지급되는데, 지급이 종료된 이후에는 장애급여 신청 자격을 취득자격을 얻기도 한다. 또한 산재급여는 근무와 관련되어 장애를 입은 근로자에게 지급되는 급여로서 임금 수준과 연동되어 장애 정도에 따라 차등 지급되는데, 대개 산재급여는 장애급여와 분리되어 운영되고 있는 보편적인 추세이다(OECD, 2003).

2. 장애 급여의 종류 및 특징

앞서 언급했듯이 장애 소득보장체계에서 제공하는 급여 중 가장 보편적인 급여로서, 장애인의 고용 여부와 관계없이 장애 상태와 기타 사회경제적 기준을 충족하게 되면 지급되는 장애 급여는 소득보전 급여와 추가비용 급여로 구분된다.

소득보전급여는 장애인이 장애로 인해 근로능력 또는 소득활동 능력

에 심각한 손상을 입어 더 이상 일을 할 수 없어 소득이 단절되는 상황에 있는 장애인과 그 가족이 기본적인 생활을 영위할 수 있도록 하기 위한 각종의 급여를 의미하며, 추가비용 급여는 장애인이 무상의 혹은 비용의 일부 부담을 요하는 각종의 서비스를 제공받고도 완전히 충족되지 않은 욕구를 충족하고자 장애인이 추가적으로 지출하는 비용을 보전함으로써 장애인이 비장애인과 동등한 수준의 삶의 질을 영위할 수 있도록 하기 위한 각종의 급여를 의미한다.⁶⁾

현대 복지국가에서 운용하고 있는 이들 장애급여의 기본적인 특징을 살펴보면 다음과 같다.

가. 소득보전 급여

근로능력 손상으로 인한 소득단절에 대응하는 소득보전급여는 우선적이고 1차적인(primary) 전략과 이를 보완하는 2차적(secondary) 전략이라는 위계적 형태로 운영된다. 1차적 전략으로서 대부분의 국가들이 가장 많이 채택하고 있는 방식은 기여에 기반한 사회보험이며, 일부 국가들이 사회수당과 사회부조를 1차적 전략으로 활용하고 있다(Dixon & Hyde, 2000).⁷⁾

6) 장애로 인한 추가비용은 주로 재활보조기구 비용, 이동 및 교통비용, 의료비 및 보호간병 비용 등에서 발생한다(Tibble, 2006).

7) Dixon & Hyde(2000)는 International Social Security Association의 「Social Security Programs Throughout the World」 보고서를 분석하여 장애 소득보장체계 운용에 관한 국제 비교를 시도하였다. 개별 국가들이 채택하고 있는 장애인 소득보장을 위한 우선적이고 일차적인 프로그램 유형을 살펴보면, 130개 국가에서 사회보험(social insurance)방식의 프로그램을 주요 정책수단으로 채택하고 있으며, 6개국(핀란드, 홍콩, 아이슬란드, 노르웨이, 스웨덴, 모리셔스)이 사회수당(social allowances)방식을, 그리고 역시 6개국(호주, 쿡아일랜드, 덴마크, 뉴질랜드, 남아프리카공화국, 나우루공화국)이 사회부조(social assistance)방식을 일차적인 소득보장 정책수단으로 채택하고 있는 것으로 나타났다. 또한 47개 국가들은 이러한 주요 정책수단을 보완하기 위해 보충적인 소득보장 프로그램을 운영하고 있는 것으로 파악되었는데, 2차적 소득보장 정책수단으로서 사회부조방식을 채택하고 있는 국가는 20개국이며, 사회보험방식을 채택하고 있는 국가는 4개국, 그리고 사회수

이렇듯 대부분의 국가들은 기여에 기반한 사회보험 급여, 즉 장애연금을 장애로 인한 소득단절에 대응하는 프로그램으로 운용하고 있다. 일반적으로 기여에 기반한 사회보험(연금)제도는 예측되는 소득상실 위험(노령, 실업, 질병, 장애 등)에 대비하여 평상시에 소득수준에 따라 보험료를 각출하여 사회적 기금을 마련하여 놓았다가 사회구성원 누군가에게 위험이 발생하면 사회연대적으로 소득상실을 보상에 줌으로써 위험을 분산하는 제도로서, 근로시 생활수준을 보장하는 데 그 목표를 둔다(석재은·김태완, 2002). 그러나 정규 근로자 위주의 보험료 각출(기여)에 기반한 전통적인 사회보험 운영 방식하에서는 선천적 장애인이나 근로활동 가능 연령대 이전에 장애가 발생한 장애인 및 공적 연금의 장애연금 수급 요건을 충족하지 못한 장애인 등이 사각지대로 존재할 수밖에 없으며, 이로 인해 사각지대 축소 혹은 해소를 위한 보완적인 전략을 필요로 하게 된다. 장애연금의 사각지대를 해소하기 위한 노력은 개별 국가마다 상이하며 이는 크게 다음과 같이 세 가지 접근으로 분류할 수 있다. 비기여 방식의 기초(장애)연금 또는 장애인을 대상으로 한 범주형 부조의 운용, 그리고 일반 사회부조내에 장애 특성을 고려한 별도의 기제의 마련 등이 그것이다. 주요 선진국들이 이렇듯 소득비례 장애연금 외에 기초장애연금 또는 장애부조 등을 운용하고 있는 이유는 이들 급여의 주 지급 대상자인 저소득 중증 장애인은 근로능력이 미약하거나 부재하여 노동시장에 진입하기 어려운 자들로서 사회보장의 보편주의적 원칙에도 불구하고 소득활동을 수행하는 자의 기여를 전제로 하는 사회보험 운영 원칙하에서 실질적으로 배제될 수밖에 없으며, 더불어 근로능력이 있는 빈곤계층과 동일한 수급 요건을 적용하는 방식으로 운용되는 일반 사회부조로는 이들을 충분히 포괄할 수 없다는 것을 인식하고 있기 때문이다.

당방식을 채택하고 있는 13개국인 것으로 나타났다.

나. 추가비용 급여

장애 추가비용 급여는 전통적인 소득보장 전략의 하나인 사회수당(demogrant)의 하나이다. 사회수당은 특정 인구학적 범주(노인, 아동, 장애인 등)에 속한 계층이면 누구나 가지게 되는 특별한 욕구 즉, 추가적인 지출에 대응하기 위한 제도로써, 본래적 의미의 사회수당은 소득계층에 관계없이 정부 재정으로 급여가 지급되나 예산의 사정에 따라 소득 및 재산조사를 부분적으로 실시하여 지급대상을 제한하는 경우도 있다(석재은·김태완, 2002).

노인을 대상으로 지급되는 수당의 경우, 장기요양(간병)욕구에 대응하는 수당이 보편적이며, 장애인을 대상으로 지급되는 수당의 경우에는 이동, 간병 및 장애아동 보호에 대응하는 수당이 보편적이다. 또한 아동을 대상으로 지급되는 수당의 경우에는 아동의 양육이라고 추가적인 지출 요인에 대응하는 성격을 지니고 있다.

한편, 추가비용 보전은 반드시 사회수당(현금급여) 형태로 지급되지 않는으며, 바우처 혹은 현물(직접서비스) 형태로 제공되기도 한다.

주요 선진 외국은 각 국의 사회정책 전통에 따라 자산조사 급여 또는 비자산조사 급여 형태의 다양한 추가비용 급여 제도를 운용하고 있었으며, 장애로 인해 발생하는 추가비용 영역 중 보호간병(care)과 이동(mobility)과 관련하여 발생하는 추가비용이 추가비용 급여가 보전하고자 하는 주요 지출 영역이다. 일부 국가에서는 성인 장애인과 장애아동을 구분하여 별도의 제도를 운용하고 있기도 하다.

제2절 국내 장애 소득보장제도 현황 분석⁸⁾

1. 국내 장애 소득보장제도 종류 및 성격

현재 우리나라에서 지급되고 있는 장애 소득보장제도에는 사회보험금으로서 국민연금의 장애연금, 범주형 사회부조 급여로서 장애인연금과 장애수당, 장애아동수당, 그리고 일반 사회부조로서 국민기초생활보장제도의 생계급여가 있다.

이들 급여가 앞서 언급한 장애급여의 두 유형, 즉 소득보전급여와 추가비용급여 중 어디에 해당하는지를 파악하려면 각 급여의 관련 법률 혹은 지침을 살펴볼 필요가 있다(표 참조).

우선 장애연금의 경우에는 국민연금법 및 장애심사규정에서 급여의 성격을 명확하게 기술하고 있지 않으나 법률 제1조 및 장애심사규정의 장애 정의에 근거해 볼 때 질병 및 부상에서 비롯된 노동력의 손실로 인한 소득 상실의 위험에 대응하여 개인과 가족의 생활안정을 목적으로 하는 소득보전급여라고 볼 수 있다.

장애인연금의 경우에는 장애인연금법 제5조에서 기초급여와 부가급여가 각각 소득보전급여와 추가비용급여임을 명확히 규정하고 있다. 마찬가지로 장애수당과 장애아동수당의 경우도 관련 법률인 장애인복지법에 제49조 및 제50조에서 각 급여가 장애로 인한 추가비용 보전을 목적으로 하는 추가비용급여임을 명확히 하고 있다.

8) 본 고에서는 일반 국민이 아닌 고용 중에 직무와 관련하여 장애를 입은 자의 생활 안정을 목적으로 하는 장애관련 급여에 해당하는 산업재해보상보험의 장애급여는 분석대상에서 제외하였으나 장애연금과 장애인연금 등고용여부와 관계없는 보편적 급여로서 이들 장애급여가 급여 대상(포괄성)과 급여 수준(충분성) 등 소득보장제도로서 충분히 성숙되어 있지 않은 상황에서 비장애인에 비해 훨씬 높은 빈곤율을 보이고 있는 장애인 및 가족의 최저생활을 보장하는 역할을 수행하고 있는 일반 소득보장급여로서 국민기초생활보장제도의 생계급여는 분석 대상에 포함하였다.

한편 국민기초생활보장제도 생계급여의 경우에는 법률의 목적을 기술하고 있는 제1조 및 생계급여의 내용을 기술하고 있는 제8조 등에 비추어 볼 때, 장애인을 포함한 빈곤층의 최저소득 보장을 목적으로 하는 소득보전급여로 볼 수 있다.

〈표 3-2〉 국내 장애 소득보장제도의 성격

종류	법률	관련 조항 및 지침	성격
장애 연금	국민 연금법	- 제1조(목적) 이 법은 국민의 노령, 장애 또는 사망에 대하여 연금급여를 실시함으로써 국민의 생활 안정과 복지 증진에 이바지하는 것을 목적으로 한다. - 장애연금심사규정(보건복지부 고시 제2006-47호): 장애라 함은 부상 또는 질병이 완치되었으나 신체에 남아있는 정신적 또는 육체적 손상상태로 인하여 생긴 노동력의 손실 또는 감소를 말한다.	소득보전 급여
장애 인연금	장애인 연금법	제5조(장애인연금의 종류 및 내용) 이 법에 따른 장애인 연금의 종류 및 내용은 다음 각 호와 같다. 1. 기초급여: 근로능력의 상실 또는 현저한 감소로 인하여 줄어드는 소득을 보전(補填)하여 주기 위하여 지급하는 급여 2. 부가급여: 장애로 인하여 추가로 드는 비용의 전부 또는 일부를 보전하여 주기 위하여 지급하는 급여	기초급여 → 소득보전 급여 부가급여 → 추가비용 급여
장애 수당	장애인 복지법	제49조(장애수당) ① 국가와 지방자치단체는 장애인의 장애 정도와 경제적 수준을 고려하여 장애로 인한 추가적 비용을 보전(補填)하게 하기 위하여 장애수당을 지급할 수 있다.	추가비용 급여
장애 아동 수당	장애인 복지법	제50조(장애아동수당과 보호수당) ① 국가와 지방자치단체는 장애아동에게 보호자의 경제적 생활수준 및 장애아동의 장애 정도를 고려하여 장애로 인한 추가적 비용을 보전(補填)하게 하기 위하여 장애아동수당을 지급할 수 있다.	추가비용 급여
생계 급여	국민 기초 생활 보장법	제1조(목적) 이 법은 생활이 어려운 사람에게 필요한 급여를 실시하여 이들의 최저생활을 보장하고 자활을 돕는 것을 목적으로 한다. 제8조(생계급여의 내용) 생계급여는 수급자에게 의복, 음식물 및 연료비와 그 밖에 일상생활에 기본적으로 필요한 금품을 지급하여 그 생계를 유지하게 하는 것으로 한다	소득보전 급여

이렇듯 우리나라는 다양한 소득보전급여와 추가비용급여를 두 축으로 하는 장애 소득보장제도를 운영하고 있다고 할 수 있다.

그렇다면, 복수의 소득보전급여들과 추가비용급여들이 상호간에 어떠한 관계를 맺고 있는가 다시 말하면 상호간에 어떻게 역할분담을 하고 있는가를 의미하는 급여의 구조적 형태로서 체계(system)를 살펴볼 필요가 있다.

우선 소득보전급여체계의 경우 주된 급여와 주된 급여의 사각지대를 해소하는 보완적 급여의 관계를 의미하는 위계적 구조로서의 특징을 지니고 있는데, 본 고에서는 주된 급여를 1차 안전망, 1차 안전망의 사각지대를 해소하는 보완적 급여를 2차 안전망, 2차 안전망의 사각지대를 해소하는 보완적 급여를 3차 안전망으로 명명하고자 하며, 각각의 소득보전급여1차 안전망에 해당하는 소득보전급여는 장애연금, 2차 안전망에 해당하는 급여는 장애인연금(기초급여), 3차 안전망에 해당하는 급여는 국민기초생활보장제도 생계급여로 보는 것이 타당하다고 판단된다.⁹⁾

한편 추가비용급여체계를 구성하는 각각의 급여는 상호 위계적이 아닌 대등한 관계 속에서 독립적으로 운용되고 있는 비위계적 구조의 특징을 지니고 있는데, 성인 장애인의 추가비용 보전을 목적으로 하는 급여로서 장애인연금(부가급여)과 장애수당, 아동 장애인의 추가비용 보전을 목적으로 하는 급여로서 장애아동수당으로 구성되어 있다고 할 수 있다.

9) 주된 프로그램, 즉 1차 안전망의 정의를 어떻게 하느냐에 따라 다르게 규정할 수도 있다. 본 고에서는 일반적으로 소득상실을 초래하는 위험 발생시 빈곤 상태에 이르지 않도록 하는 사회보험 급여가 사후적 빈곤 상태에서 최저 생활보장을 목적으로 하는 사회부조 급여보다 우선하는 소득보장제도라는, 즉 급여의 성격 측면에서 장애연금을 1차 안전망으로, 장애인연금을 2차 안전망으로 규정하였다. 만일 1차 안전망의 정의를 수급자 수로 규정한다면 장애인연금 수급자(약 303천명)가 장애연금 수급자(72천명)가 훨씬 많아서 장애인연금을 1차 안전망으로 규정하는 게 타당하지 않느냐는 주장도 가능하나, 이는 연금제도의 미성숙과 장애연금 수급조건의 정합성 부재에서 비롯된 한국적 상황임을 감안해야 할 것이다.

〈표 3-3〉 우리나라 장애 소득보전급여 체계

구분	유형	제도명 및 내용
1차 안전망	기여 소득비례 장애연금	○ 장애연금 - 가입 후 발생한 질병 혹은 부상이 치료 후에도 신체 또는 정신적 장애가 있는 자로서 국민연금법상 장애등급이 1~3급인 자 - 평균임금(소득) 및 장애등급에 따라 급여 차등
2차 안전망	범주형 사회부조 (장애 부조)	○ 장애인연금(기초급여) - 장애인복지법상 장애등급이 1, 2급 및 3급 중복인 자로서 소득인정액 기준을 충족한 자 - 국민연금 가입자 평균 소득월액(A값)의 5%: 94.6천원(2012년)
3차 안전망	일반 사회부조	○ 국민기초생활보장제도(생계급여) - 소득인정액이 최저생계비 이하인 전 국민 대상의 보편적 사회부조로서, 장애인가구에 대한 별도의 최저생계비 적용 없음

〈표 3-4〉 우리나라 장애 추가비용급여 체계

구분	유형	제도명 및 내용
성인	비기여 자산조사	○ 장애인연금(부가급여) - 장애인복지법상 장애등급이 1, 2급 및 3급 중복인 자로서 국민기초생활보장 수급자, 차상위계층 및 65세 이상 차상위 초과자 - 기초보장수급자 6만원, 차상위계층 5만원, 65세 이상 차상위 초과자 2만원
성인	비기여 자산조사	○ 장애수당 - 만 18세 이상으로서 국민기초생활보장 수급자 및 차상위계층이면서 장애등급이 3~6급인 자 - 월 2~3만원 지급
아동	비기여 자산조사	○ 장애아동수당 - 국민기초생활보장 수급자 및 차상위계층이면서 만 18세 미만인 장애 아동 - 기초보장수급자 중증 월 20만원, 차상위계층 중증 월 15만원, 기초보장수급자 및 차상위계층 경증 월 10만원 지급

2. 국내 장애 소득보장제도 현황 및 문제점

가. 장애 소득보전급여

1) 장애연금

가) 수급 요건

국민연금의 장애연금 수급요건은 크게 기여 요건과 장애 요건으로 구분할 수 있다.

기여 요건이란 장애연금을 수급하기 위해서는 보험료 납부에 대한 최소한의 기간을 충족해야 한다는 것으로서, 장애발생 시점에서 최소한 1개월 이상 보험료를 납부해야 하고 전체 가입기간 중 보험료 납부기간이 2/3 이상인 경우에 장애연금을 수급할 수 있다. 제도 가입 중이라 함은 보험료를 납부하고 있거나 납부예외 상태를 뜻하는 것으로, 적용제외 즉 18세 미만, 60세 이상, 전업 주부 등의 경우에는 장애가 발생하더라도 장애연금을 수급할 수 없다.

장애 요건이란 국민연금 장애심사 규정에서 정의하고 있는 장애 기준을 충족해야 한다는 것으로서, 동 규정에 의하면, ‘장애라 함은 부상 또는 질병이 완치되었으나 신체에 남아있는 정신적 또는 육체적 손상상태로 인하여 생긴 노동력의 손실 또는 감소를 말한다’고 규정되어 있다. 이와 같은 개념은 장애상태가 곧 근로능력의 상실이라고 보고 있다. 그러나 실제 장애평가에서는 의학적인 신체 장애평가를 중심으로 4급체제로 분류함으로써, 근로능력에 대한 고려가 미흡한 실정이다. 국민연금법의 세부적인 판정규정에는 노동불능상태나 노동제한 등의 용어들이 일부 포함되어 있기는 하나 실제 장애판정과정에서는 거의 반영되지 않는 것이 현실이다. 실제로 국민연금 장애진단서 양식의 노동능력 평가부분에는 자문의사가 노동의 기능여부만 가(可), 불가(不可) 형태로 간략히 기술하고 있다. 이로 인해, 근로능력을 감안한다고 하지만 순수하게 근로능력을 기준으로 장애를 판정하는 것이 아니라 (근로능력 장애판정기준) 사실상 이미 제한적으로 정해진 장애범주와 의학적 장애정도에 기초하여 장애를 판정(의료적 장애판정기준)함으로써 장애급여 수급대상자를 크게 제약하게 된다(원종욱·윤상용 외, 2010)

반면 대부분의 OECD 회원국에서 운용하고 있는 장애연금제도의 수급 요건으로서 장애 평가의 핵심 요소는 근로능력 평가라고 할 수 있다. 즉, 소득보전급여로서 장애연금에서의 장애 평가는 결국 신체적, 정신적 손상과 기능 제약이 장애인의 근로능력을 얼마나 감소시켰는가 혹은 그 럼에도 불구하고 남아있는 근로능력은 어느 정도인가를 규명하는 것이라고 할 수 있다.

〈표 3-5〉 OECD 회원국의 장애연금의 장애 기준

국가	완전 장애 연금	부분 장애연금
호주	향후 2년 안에 주당 최소 15시간 이상 일을 할 수 없는 상태	없음
오스트리아	최소 50% 이상 근로능력(비숙련 노동자의 경우에는 소득능력) 감소가 있는 상태	없음
벨기에	- 질병 혹은 결함으로 인해 동일 업종에서 동일한 수준의 교육훈련을 받은 근로자의 평균 소득의 1/3 이상을 벌 수 없는 근로자는 근로무능력으로 간주 • 이전 직업을 수행하는 데 있어서 최소 66% 이상의 소득능력 감소가 있는 상태	없음
캐나다	상당한 수준의 소득을 창출할 수 있는 직업을 추구하지 못하도록 하는 심각한 고 지속적인 정신적, 신체적 기능제약	없음
체코	70% 이상의 근로능력 감소	- 35~49% 근로능력감소 - 50~69% 근로능력감소
덴마크	- 18~65세의 자로서 근로능력이 최저 생활을 영위할 수 없는 수준까지 감소한 상태 • 고용 복귀 실패 후 영구적으로 기능 제약이 있고 동시에 파트타임 직업 혹은 영구적인 임금 보조가 주어지는 직업을 수행할 수 없는 상태	없음
핀란드	최소 60% 이상의 근로능력 감소가 있는 상태	40~59% 근로능력감소(1/2 지급)
프랑스	- 질병 혹은 결함으로 인해 동일 지역에	66.6% 이상의 소득능력 감소가 있

국가	완전 장애 연금	부분 장애연금
	있는 동일한 업종에서 동일한 수준의 교육훈련을 받은 근로자의 평균 소득의 1/3 이상을 벌 수 없는 상태 어떠한 종류의 직업도 수행할 수 없는 상태	고 동시에 이전 직업을 수행할 수 없는 상태(1/2 지급)
독일	질병 혹은 결함으로 인해 정규 노동 시장 조건에서 상시적으로 하루 3시간 이상 일을 할 수 없는 상태	질병 혹은 결함으로 인해 정규 노동 시장 조건에서 상시적으로 하루 6시간 이상 일을 할 수 없는 상태
그리스	80% 이상의 소득 능력 감소	- 50~66% 소득 능력 감소 - 67~79% 소득능력 감소
헝가리	79% 이상의 건강상의 손상이 있는 상태	50~79% 건강상의 손상이 있으면서 재할 없이 고용될 수 없는 상태
아일랜드	최소 12개월간 상병 급여를 받은 자로서 평생 동안 일을 할 수 없는 영구적 근로 무능력(장애연금)	없음
이탈리아	- 신체적, 정신적 질병 혹은 결함으로 인해 어떠한 직업에도 종사할 수 없는 절대적이고 완전한 근로무능력 어떠한 직업도 수행할 수 없는 100%의 완전하고 영구적인 근로 무능력(장애연금)	없음
일본	의학적으로 결정되는, 근로능력을 심각하게 제약하는 장애 상태	없음
한국	의학적으로 결정되는 장애 상태	의학적으로 결정되는 장애 상태(장애 정도에 따라 완전연금의 60~100% 지급)
룩셈부르크	과거의 직업 혹은 자신의 능력에 상응하는 다른 직업을 수행할 수 없는 상태	유사 부분 장애연금 운용
멕시코	이전 직업을 수행하는 데 50% 이상의 소득능력감소가 있는 상태	없음
네덜란드	최소 80% 이상의 영구적인 소득 능력 감소가 있는 상태	완전하나(80% 이상) 일시적인 소득 능력감소 혹은 35~79%의 소득능력 감소가 있는 상태
뉴질랜드	- 근로능력에 영구적이고 심각한 제약이 있는 상태 최소 2년 이상 장애가 지속되어야 하며 노동시장에서 주당 15시간 이상 정기적으로 일을 할 수 없는 상태	없음
노르웨이	95% 이상의 근로능력 감소가 있는 상태(급여 수준은 소득 능력 감소 수준에 의해 결정)	50~94%의 근로능력 감소가 있는 상태

국가	완전 장애 연금	부분 장애연금
폴란드	어떠한 종류의 직업도 수행할 수 없는 상태	이전 직업을 수행할 수 없는 상태
포르투갈	어떠한 종류의 직업도 수행할 수 없는 100% 수준의 영구적인 근로무능력	이전 직업에 있어서 66.6%의 소득 능력 감소가 있는 상태
슬로바키아	직업재활을 고려한 상태에서 1년 이상 지속되는 40% 이상의 소득능력 감소	없음
스페인	- 치료 후에도 신체적 또는 정신적 기능 제약을 경험하고 있으며 이로 인해 완전히 일을 할 수 없는 상태 • 어떠한 종류의 직업도 수행할 수 없는 상태	- 치료 후에도 신체적 또는 정신적 기능 제약을 경험하고 있으며 이로 인해 부분적으로 일을 할 수 없는 상태 • 이전 직업을 수행할 수 없는 상태
스웨덴	하루 2시간 이상 일을 할 수 없는 상태	하루 2시간 이상 일을 할 수 있는 상태(근로가능시간에 따라 완전장애연금의 25/50/75% 지급)
스위스	- 근로무능력은 질병 혹은 사고에서 비롯되는 것으로서 완전한 소득 무능력이 영구적으로 혹은 상당기간 지속되는 것을 의미 • 70% 이상 소득능력 감소가 있는 상태	- 근로무능력은 질병 혹은 사고에서 비롯되는 것으로서 부분적 소득 무능력이 영구적으로 혹은 상당기간 지속되는 것을 의미 • 60~69% 소득능력감소(3/4 지급) • 50~59% 소득능력감소(1/2 지급) • 40~49% 소득능력감소(1/4 지급)
터키	40% 이상 근로능력 감소가 있는 상태	없음
영국	경쟁 고용시장에서 직업을 구할 수 없는 수준의 기능적 제약이 있는 상태	없음
미국	일정 수준의 소득 활동에 종사할 수 없는 근로무능력	없음

자료: OECD, Sickness and Disability Policies Synthesis Report, 2010.

2000년 이후 장애연금 수급자 수를 살펴보면, 2000년 21.9천명에서 2010년 76.3천명까지 지속적으로 증가해 왔으나, 2009년 이후 증가율이 낮아지면서 2011년에는 75.9천명으로 전년도보다 오히려 4백여명 감소하였다. 이것이 일시적인 현상인지 아닌지는 향후 추이를 지켜봐야 하나, 2010년 장애연금 수급자 수가 105천명에 이를 것으로 추정한 신경혜(2006)의 전망과 비교하면 상당한 격차로 장애연금 수급자 수가 예상치를 밑돌고 있는 것임을 알 수 있다.

〈표 3-6〉 장애연금 수급자 수 및 연금액 추이

(단위: 천명, 백만원, 천원)

연도	장애연금			일 시 보 상 금		
	수급자수	총지급액	월평균연금액	수급자수	총지급액	연평균액
2000	21.9	70,098	267	2.2	15,799	7,284
2001	27.5	83,583	254	2.5	18,286	7,404
2002	32.9	103,849	263	2.2	16,419	7,488
2003	39.7	131,921	277	2.9	21,978	7,704
2004	47.3	163,629	289	3.6	29,297	8,112
2005	54.5	193,931	297	4.1	35,714	8,616
2006	61.8	225,607	304	4.9	44,240	9,036
2007	67.1	245,877	305	5.2	48,325	9,348
2008	72.2	268,101	310	4.9	47,921	9,780
2009	74.5	287,016	320	3.8	40,940	10,668
2010	76.3	296,305	324	3.4	37,299	10,824
2011	75.9	305,547	335	3.5	41,919	12,046

자료: 국민연금공단, 각년도 국민연금통계연보.

〈표 3-7〉 장애연금 수급자수 전망 결과 비교

연도	장애연금(명)		인구(천명)	
	신규	전체(누계)	총인구	생산가능인구
2006	9,370	66,611	48,456 (0.14)	34,912 (0.19)
2010	11,088	105,161	48,875 (0.22)	35,611 (0.30)
2015	12,148	154,550	49,277 (0.31)	36,163 (0.43)
2020	12,210	198,341	49,326 (0.40)	35,506 (0.56)
2025	11,868	232,286	49,108 (0.47)	33,562 (0.69)
2030	11,375	257,264	48,635 (0.53)	31,299 (0.82)
2035	10,457	270,693		
2040	9,862	270,009	46,343 (0.58)	26,525 (1.02)
2045	9,061	263,160		
2050	8,527	251,381	42,343 (0.59)	22,424 (1.12)

주: 1) 인구는 중위증가율 가정을 사용

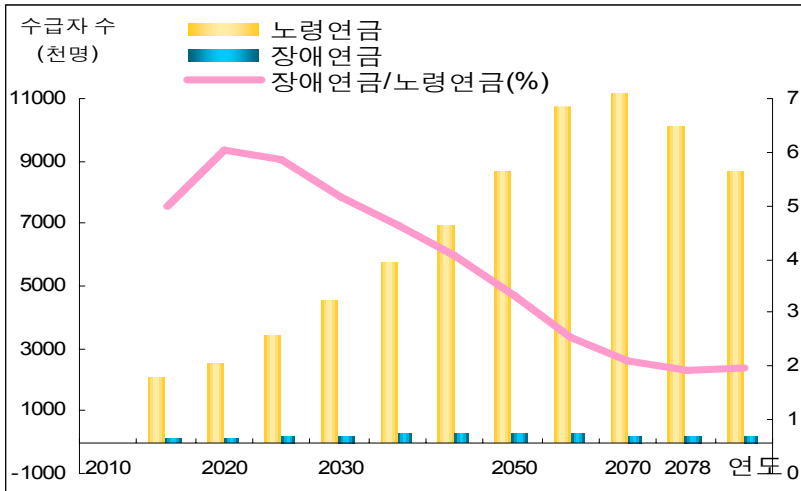
2) ()안은 해당 인구 대비 장애연금 전체(누계) 수급자 비율

자료: 신경혜(2006, p50); 통계청, 『장애인구추계 결과』, 2006. 11, p47., 강성호 외(2009)에서 인용.

한편, 보건복지부(2008)의 전망에 따르면, 노령연금 수급자 대비 장애연금 수급자 비율은 2020년에 약 6% 수준으로 가장 높았다가 이후 지속적으로 감소하여 2070년 이후에는 약 2%수준으로 수렴하는 형태로

추정되고 있다.

[그림 3-1] 장애연금 수급자 추계



자료: 보건복지부, 2008.10, 강성호 외(2009)에서 인용.

이렇듯 장애 요건으로서 근로능력 판정이 배제된 의학적 손상 중심의 장애 평가는 현재뿐만 아니라 미래에도 장애연금의 사각지대를 유발하는 주요 요인으로 작용할 것으로 전망된다.

나) 급여 수준

국민연금의 장애연금 급여는 기본연금액과 부양가족연금월액을 합산하여 매월 지급되고 있다. 기본연금액은 가입기간, 본인소득수준, 장애등급별로 차등하여 지급하고 가입기간이 20년 미만인 경우 20년을 기준으로 기본연금액을 산정한다.

장애등급별로는 기본연금액의 100%(1급), 80%(2급), 60%(3급), 일시금(4급)을 지급하고 있다(신화연 외, 2011).

2011년 말 기준 장애연금 수급자 수는 76천명, 장애일시보상금 수급

자 수는 3.4천명이며, 장애연금 수급자의 월평균 연금액은 335천원이었다. 장애연금액은 국민연금 급여산식의 A값 대비 18.4%로서 노령연금 수급자의 월평균 연금액(265천원)과 비교하면 약 4% 포인트 더 높았다.

〈표 3-8〉 장애연금 수급 현황(2011년말 기준)

(단위: 명, 백만원)

계		장애연금								장애 일시보상금	
		소계		1급		2급		3급			
수급자 수	지급액	수급자 수	지급액	수급자 수	지급액	수급자 수	지급액	수급자 수	지급액	수급자 수	지급 액
79,375	347,466	75,895	305,547	11,229	61,569	25,218	112,289	39,448	131,689	3,480	41,919

자료: 국민연금공단, 2011년 국민연금통계연보.

〈표 3-9〉 장애연금과 노령연금의 평균급여액 비교(2011년말 기준)

(단위: 천원, %)

장애 연금	구분	계	1급	2급	3급
	월평균 연금액	335	457	371	278
	A값 대비	18.4	25.1	20.4	15.2

노령 연금	구분	계	완전노령연금	감액노령연금	조기노령연금	특례노령연금	분할노령연금
	월평균 연금액	265	645	372	414	188	133
	A값 ¹⁾ 대비	14.5	35.4	20.4	22.7	10.3	7.3

주: 1) 2011년 국민연금 A값 1,824천원 대비 월평균 연금액

자료: 국민연금공단, 2011년 국민연금통계연보.

우리나라 장애연금의 급여 수준이 국제적으로 어느 정도 위치에 있는지를 알아보기 위해서, 최저임금 대비 장애연금 비중이라는 척도로 호주, 룩셈부르크, 스페인, 영국, 아일랜드, 네덜란드 등 자료 확보가 가능한 6개 OECD 회원국과 비교한 결과, 우리나라는 동 비율이 37%로서 전체 비교 대상 국가들 중 가장 낮았다.

〈표 3-10〉 주요 OECD 회원국의 장애연금 급여 수준 비교

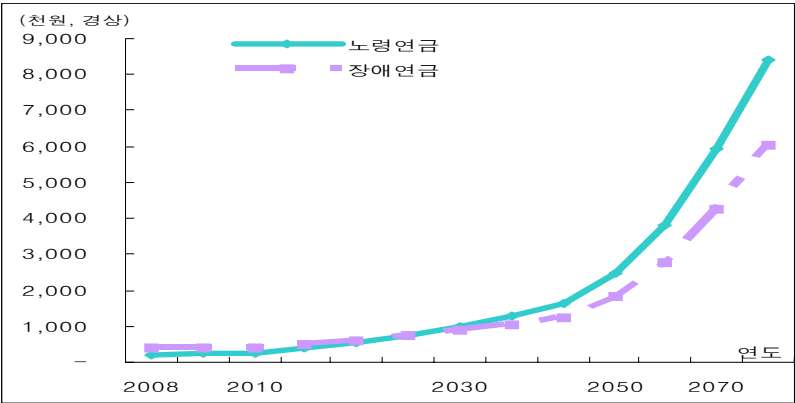
(단위: %)

구분	호주 (2005)	룩셈부르크 (2005)	스페인 (2005)	영국 (2005)	아일랜드 (2006)	네덜란드 (2006)	한국 (2011)
최저임금대비 장애연금 급여 수준	45	99	118	45	57	100	37 ¹⁾

주: 2011년 주 40시간 근로자의 월평균 최저임금 902,880원을 기준으로 한 비율임.
자료: OECD, *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers* vol. 1, 2, 3, 2006, 2007, 2008.

이러한 상황에서 2007년 7월 국민연금개혁(60%→40%)은 기본연금 액을 감소시키고 이에 연동되는 장애연금도 줄어 들 상황에 있다. 이에 노령연금 대비 장애연금의 급여수준이 장기적으로 적어지게 되나, 급격 하게 감소하지 않도록 장애연금 급여수준을 적정화하기 위한 조치가 필요할 것으로 보인다. 노령연금액 대비 장애연금액 수준을 보면, 2010년 1.6배에서 2020년 1.1배로 감소하다가 2030년에는 0.9, 2040년에 0.8, 2050년에 0.7배로 장애연금액이 노령연금액에 비해 적어지는 추이가 뚜렷해지는 것으로 보인다. [그림 3-2] 에서 보는 바와 같이 약 2025년을 기점으로 평균적으로 장애연금액이 노령연금액보다 적어지기 시작하여 그 격차는 지속적으로 벌어지는 것으로 나타나고 있다(강성호 외, 2009)

[그림 3-2] 장애연금과 노령연금 평균급여액 변화



자료: 보건복지부, 2008.10, 강성호 외(2009)에서 인용.

2) 장애인연금(기초급여)

2010년 7월부터 새로운 장애 급여로서 범주형 사회부조로서의 성격을 지니고 있는 장애인연금이 지급되고 있다.

장애인연금(기초급여)의 도입은 장애로 인한 소득중단 위험에 효과적으로 대응하기 위해서는 장애연금과 국민기초생활보장제도 생계급여의 체계로는 한계가 있으며, 장애연금의 수급 요건을 충족할 수 없는 저소득 중증 장애인이 빈곤층으로 전락하는 것을 예방하는 별도의 안전망이 필요하다는 인식이 사회적 합의를 거쳐 제도화되었다는 것을 의미한다.

장애인연금(기초급여) 도입으로 인해 우리나라 장애 소득보장체계에는 적지 않은 변화가 초래되었다. 특히 소득보전급여 체계와 관련하여, 장애인연금의 기초급여가 소득보전급여의 장애부조로서의 의의를 갖게 됨에 따라, 우리나라 소득보전급여 체계는 기존의 2단계 안전망에서 3단계 안전망 - 1차 안전망으로서 기여 소득비례 장애연금, 2차 안전망으로서 장애인연금(기초급여), 3차 안전망으로서 국민기초생활보장제도의 생계급여 - 으로 변모하면서 형식적인 측면에서 소득보전급여체계의 완성을 가져옴과 동시에 장애연금과 국민기초생활보장제도의 사각지대에 속해 있던 상당수의 저소득 장애인을 장애급여 지급 대상에 포함시킴으로써 장애급여 수급율을 제고하는 성과를 가져다 주었다.

그러나 이러한 성과에도 불구하고, 장애인연금(기초급여)은 기초노령연금과 마찬가지로 제도적 성격의 모호성을 내포하고 있어 장기적 측면에서 장애 소득보장제도의 발전을 위해서는 장애연금 또는 국민기초생활보장제도와의 관계를 명확히 할 필요가 있다. 즉 지급 대상 측면에서는 1차적 안전망인 장애연금 수급자 수를 훨씬 상회하고 있고 전체 중증장애인의 약 60%가까이를 지급 대상으로 하고 있다는 점에서 빈곤 예방을 목적으로 하는 무기여 기초연금 성격의 사회부조로 볼 수도 있으나,

중증장애인의 소득 수준이 매우 낮고¹⁰⁾, 이들 중 상당수가 장애연금과 국민기초생활보장제도의 생계급여의 혜택을 전혀 받지 못했던 사각지대에 속한 상태에서 장애로 인한 추가비용으로 인해 실질적인 빈곤을 경험하고 있던 자들이라는 점에서 사후적 빈곤에 대응하는 독자적인 범주형 부조로 볼 수도 있다. 그러나 장애인연금(기초급여)의 급여 수준이 매우 낮아 빈곤 예방을 목적으로 하는 사회부조 방식의 무기여 기초연금이나 최저수준의 보장을 목표로 하는 국민기초생활보장제도의 역할을 완전히 대체하지 못하는 불완전한 범주형 사회부조라고 할 수 있다.

가) 수급 요건

장애인연금법에 따르면, 장애인연금의 지급 대상은 18세 이상의 중증 장애인으로서 중증장애인 본인과 배우자의 합산 소득인정액이 선정기준액 이하인 자이다. 이렇듯 법률이 명시하는 바와 같이 장애인연금의 수급 요건은 크게 자산(선정기준액) 요건과 장애 요건으로 구분할 수 있다.

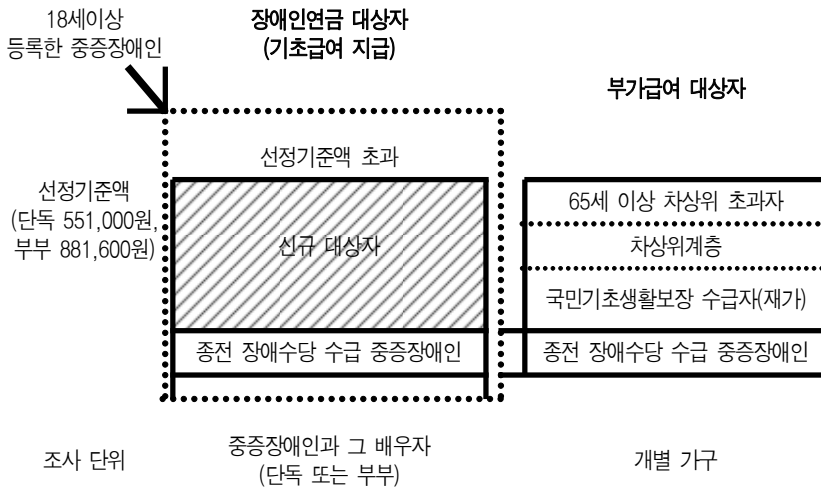
우선, 선정기준액의 경우 중증장애인의 소득·재산·생활수준과 물가상승률 등을 고려하여 결정되는 데 2012년 선정기준액은 단독가구 551,000원, 부부가구 881,600원이다.

현재 장애인연금의 선정기준액은 18세 이상 전체 중증장애인 중 하위 56%이하를 수급 대상으로 하기 위해 매년 중증장애인 소득자료를 가공하는 복잡한 방식을 거쳐 결정되는데, 매년 공표되는 최저생계비를 활용하는 방안 혹은 비장애인소득 대비 일정 비율 이하 등 보다 간편한 방식을 활용할 필요가 있다. 더불어 중증장애인 하위 56%라는 선정기준액 기준은 공적 소득보장제도의 수급 요건으로서 요구되는 최소한의 합리성도 결여된 자의적 기준으로서, 유사 급여의 기준(기초노령연금의 경우

10) 2008년 장애인실태조사 결과, 중증장애인의 월평균 소득은 39.5만원으로서 노인의 58.4만원보다 훨씬 낮아 가장 취약한 계층이라고 할 수 있다.

하위 70%)을 고려할 때 형평성을 침해하지 않는 별도의 논리적 기준을 개발해야 할 것이다.

[그림 3-3] 2012년 장애인연금 수급권자 선정 기준액



장애 요건의 경우, 법률에서 명시하는 바와 같이 중증장애인을 수급 대상으로 하고 있는데, 장애인복지법상의 등록장애인으로서 1, 2급 및 3급 중복인 자를 중증장애인으로 규정하고 있다. 장애인연금(기초급여)의 성격이 소득보전급여임을 감안할 때, 기초급여의 수급요건으로서의 장애 평가는 앞서의 장애인연금과 마찬가지로 근로능력평가가 핵심이 되어야 하나, 현재와 같이 의학적 손상 중심의 장애인복지법 장애 등급 기준을 적용하고 있는 것은 역시 표적집단 선정 과정에서 적지 않은 오류를 범하게 됨으로써 결과적으로 제도의 효과성과 효율성을 저해하고 있다고 할 수 있다.

장애인연금(기초급여)와 성격이 동일한 비급여 소득보전급여로서 주요 선진 외국에서 운영하고 있는 제도의 장애 기준을 살펴보면, 대부분 근로능력 혹은 소득능력 평가를 적용하고 있음을 알 수 있다.

〈표 3-11〉 주요 선진 외국의 비기여 소득 보전 급여에서의 장애 기준

국가	제도 명칭	수급 연령
일본	장해기초연금	-20세 이전에 발생한 질병 또는 부상이 원인이 되어 20세가 되기 전에 1급 또는 2급에 해당하는 자 -20세 이전에 발생한 질병 또는 부상이 원인이 되어 20세 이후에 1급 또는 2급에 해당하는 자
아일랜드	Disability Allowance	장애로 인하여 적합한 일을 수행하는 데 어려움이 있는 상태
덴마크	Førtidspension	어떤 종류의 유급고용에 종사할 수 없을 만큼 영구적으로 근로능력이 상실된 자
핀란드	Kansaneläke	16-64세로 적합직종에서 영구적으로 무능력한 것으로 평가된 자
노르웨이	Folketrygdloven	근로능력손상이 50% 이상인 자
스웨덴	Ggarantiersättning	장애로 인해 근로능력이 손상된 자
스페인	Pensión de invalidez no contributiva	장애율이 65% 이상인 자
프랑스	Allocation aux adultes handicapés(AAH)	장애율이 80%이상이거나 또는 50~79%인 자로서 전문직종에 종사할 수 없으며 신청일 기준 1년 이상고용되지 않은 자
영국	Employment Support Allowance-Income Related	장애로 인해 근로능력이 손상된 자
미국	Supplementary Security Income(SSI)	장애로 인해 근로능력이 손상되어 일을 할 수 없는 자
호주	Disability Support Pension	신체장애율 20%이상이면서 근로능력손상으로 인해 주당 15시간이상 일을 할 수 없는 자
독일	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	의학적인 이유로 영구적으로 근로를 할 수 없는 자
벨기에	Allocation de remplacement de revenus	신체적·정신적 장애로 인해 소득능력의 1/1 이상 손상된 자
이탈리아	Pensione per invalidi civil	66.6% 이상의 근로능력 손실이 있는 상태

나) 급여 수준

장애인연금은 소득보전 급여에 해당하는 기초급여와 추가비용 급여에 해당하는 부가급여로 구분하되 합산하여 지급되는데, 이 중 기초급여액은 국민연금 가입자 전체 평균소득월액(A값)의 5%(2012년 기준 최고 94.6천원)에 해당하는 금액이 지급되고 있다.

〈표 3-12〉 기초급여 지급액 (2010 ~ 2013년)

기간	단독가구 최고 금액	부부가구 최고금액
`10. 7 ~ `11. 3	90,000원	144,000원
`11. 4 ~ `12. 3	91,200원	145,900원
`12. 4 ~ `13. 3 (△3,400원)	94,600원	151,400원

* 선정기준액 초과부분 금액 지급(단독가구 2만원씩, 부부가구 4만원씩 차감)

** (부부금액) 단독가구와 부부가구의 생활비 차이를 감안하여 부부가 모두 장애인연금(기초급여)을 받는 경우 각각의 연금액에 20%를 감액하여 지급

*** (초과분 금액) 약간의 소득인정액 차이로 장애인연금(기초급여)을 받는 자와 못 받는 자의 소득역진 최소화를 위해 연금액의 일부를 단계별로 감액

- 초과분 금액 대상자: (소득인정액 + 기초급여액) ≥ 선정기준액

- (1인 수급) 소득인정액과 선정기준액의 차액을 2만원 단위로 절상하여 지급

- (2인 수급) 소득인정액과 선정기준액의 차액을 4만원 단위로 절상하여 지급

장애인연금의 기초급여액(A값의 5%)은 기초노령연금과 동일한 수준이라는 점에서 공적 소득보장제도에서 요구되는 최소한의 합리성을 갖춘 것으로 평가되나, 주요 선진 외국의 비급여 소득보전급여의 지급액과 비교해 볼 때 매우 낮은 수준으로서 실질적인 소득보장 수단으로서 역할이 매우 미흡하다고 할 수 있다.

일반적으로 기여에 기반한 장애연금의 경우에는 기여기간, 보험료 납입액 및 근로능력 손상 정도를 고려하여 소득상실 이전의 생활수준을 유지하는 것을 목표로 정해진 연금액 산정 공식에 따라 장애연금을 지급한다.

반면에 근로연령대 이전에 장애가 발생하여 소득활동의 기회를 갖지 못했거나 최저 기여 요건을 충족하지 못하여 기여에 기반한 장애연금을 지급받을 수 없는 장애인에게 지급되는 기초장애연금 또는 장애부조의 경우에는 일반적으로 최저임금, 최저생계비, 실업급여 및 장애연금 지급수준 등을 고려하여 급여 수준을 결정하는데, 근로능력이 있는 계층을 대상으로 하는 일반부조의 지급수준보다는 높은 것이 일반적이다. 이는 비급여 소득보전급여 수급자인 장애인은 근로능력이 없거나 현재

히 손상되어 근로능력이 있는 인구 집단과 비교할 때 노동시장에 진입하여 자립할 수 있는 가능성이 상대적으로 낮다는 것을 고려한 정책적 선택이라고 할 수 있다.

OECD 회원국 중 비기여 소득보전급여의 지급액 기준을 확인할 수 있었던 7개 국가의 경우를 살펴보면, 최저임금을 지급 준거로 채택한 국가가 일본, 네덜란드, 이탈리아 등 3개국으로 가장 많았으며, 최저생계비를 지급 준거로 채택한 국가가 영국, 독일 등 2개국, 실업급여를 지급 준거로 채택한 국가가 1개국(덴마크), 기여에 기반한 장애연금을 지급 준거로 채택한 국가가 1개국(스페인)이었다. 분석 대상 국가의 수가 상대적으로 적어 OECD 회원국 전체의 대략적인 경향을 파악하는 데 한계가 있기는 하지만, 최저임금이 비기여 소득보전급여의 지급 기준으로 주로 활용되고 있음을 확인할 수 있다.

〈표 3-13〉 주요 선진 외국의 비기여 소득 보전 급여의 지급액 기준

국가	제도 명칭	지급액 기준
일본	장해기초연금	최저임금액의 50%
덴마크	Førtidspension	실업급여의 91%
스페인	Pensión de invalidez no contributiva	장애연금의 80%
영국	Employment Support Allowance-Income Related	최저생계비
독일	Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung	최저생계비
네덜란드	Wajong Toeslagenwet	청년최저임금의 21~70% 최저임금
이탈리아	Pensione per invalidi civili	최저임금

한편, 2008년 기준 주요 선진 외국의 비기여 소득보전급여(기초장애연금 또는 장애부조)의 지급액을 살펴보면 아래 표와 같다. 본 고에서는 장애인에게 지급되는 비기여 소득보전급여와 유사한 성격을 지니고 있는

노인 대상의 비기여 소득보전급여(기초노령연금 또는 노령부조) 지급액과의 비교를 통해 개별 국가에서 양 급여의 지급액이 어떠한 차이를 보이고 있는지를 살펴보고자 하였다.

분석 대상 11개 국가 중 일본, 덴마크, 스웨덴, 스페인, 프랑스, 호주 등 6개국은 비기여 장애 소득보전급여가 비기여 노령 소득보전급여보다 지급액이 많았으며, 아일랜드와 영국은 반대로 비기여 노령 소득보전급여가 비기여 장애 소득보전급여보다 지급액이 많았다. 한편 핀란드, 노르웨이, 미국 등 3개국은 양 급여의 지급액이 동일하였다.

개별 국가에서의 이러한 차이는 소득상실을 초래하는 사회적 위험으로서 장애와 노령에 대해 개별 국가가 인식하는 위험 수준의 차이를 반영하는 것이라고 할 수 있다.

〈표 3-14〉 주요 선진 외국의 비기여 소득 보전 급여의 지급액

국가	비기여 장애 급여		비기여 노령 급여	
	제도 명칭	지급액	제도 명칭	지급액
일본	장해기초연금	1급: 82,508엔 2급: 66,008엔	노령기초연금	66,008엔 (장애 2급과 동일)
아일랜드	Disability Allowance	817.2유로	State Pension (Non-Contributory)	876유로
덴마크	Førtidspension	2,044.2유로	Folkepension	1,371.2유로
핀란드	Kansaneläke	558.5유로	Kansaneläke	558.5유로
노르웨이	Folketrygdloven	731.5 유로	Folketrygdloven	731.5유로
스웨덴	Ggarantiersättning	867유로	Garantipension	769.5 유로
스페인	Pensión de invalidez no contributiva	574.8유로	Pensión de jubilación no contributiva	383.2유로
프랑스	Allocation aux adultes handicapés(AAH)	652.6유로	Allocation de solidarité aux personnes âgées	643.3유로
영국	Employment Support Allowance-Income Related	432.7유로	Over 80's Pension	628유로

미국	Supplementary Security Income(SSI)	623달러	Supplementary Security Income(SSI)	623달러
호주	Disability Support Pension	1,231.6달러	Old-age Support Pension	999달러

주: 지급액은 부양가족급여를 제외한 수급자 본인에게 지급되는 기본급여의 월 최고액임.

3) 국민기초생활보장제도(생계급여)

국민기초생활보장제도는 의료급여제도와 함께 우리나라의 대표적인 공공부조제도로써 생활이 어려운 자에게 필요한 급여를 행하여 이들의 최저생활을 보장하고 자활을 조성하는 것을 목적으로 하고 있다. 다시 말해서, 빈곤층에게 최저생활을 유지할 수 있도록 지원하는 최후 안전망이 국민기초생활보장제도이다. 장애인 소득보장 측면에서 국민기초생활보장제도(생계급여)는 장애인을 대상으로 장애로 인한 빈곤 위험에 직접적으로 개입하는 것을 목적으로 하는 장애급여는 아니며, 장애인을 포함한 일반 시민을 대상으로 하는 일반 소득보장 급여로서 빈곤층의 최저소득 보장을 목적으로 하는 공공부조 급여이다. 특히 우리나라의 국민기초생활보장제도는 장애인, 노인 등 근로능력이 없는 취약계층과 근로능력이 있는 계층 전부를 대상으로 하는 통합형 사회부조(*general assistance*)로서의 특징을 지니고 있다. 반면에 대부분의 OECD 회원국에서는 노인, 장애인, 아동(가족) 등 특정 인구집단을 대상으로 하는 각각의 공공부조 제도를 운영하는 범주형 사회부조(*categorical assistance*) 체계를 구축하고 있다.

가) 수급 요건

국민기초생활보장제도의 수급권자는 급여를 받을 수 있는 자격을 가진 자로서 부양의무자가 없거나, 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부

양을 받을 수 없는 자로서 소득인정액이 최저생계비 이하인 자이다.

장애인 소득보장 측면에서 국민기초생활보장제도 수급자 선정 기준의 문제점은 현행 국민기초생활보장제도에서는 장애로 인한 추가비용을 전혀 고려하지 않은 채 수급자를 선정한다는 점이다. 국민기초생활보장법에 의하면 가구유형을 고려하여 최저생계비를 계측하도록 하고 있으나 아직 장애가구의 최저생계비를 별도로 제시하지 않고 있다. 장애인에게 의료비, 보장구비 등 장애로 인한 추가비용은 지출하지 않으면 일상생활을 유지할 수 없고 생명마저 잃을 수 있는 불가피한 지출로서, 장애인가구는 장애로 인한 추가비용 때문에 비장애인가구와 동일한 소득이라 하더라도 실제 생활에 쓸 수 있는 소득은 비장애인가구보다 더 낮을 수밖에 없다.

이렇듯 장애인이나 편부모 가족과 같이 추가적 욕구가 있는 가구들도 표준화된 최저생계비를 기준으로 소득인정액 기준과 급여수준을 결정함으로써 실질적인 최저생활을 영위하지 못하지만 국민기초생활보장제도의 수급자로 선정되지 못하고 있다. 이러한 문제로 인해 실제로 대도시 거주 차상위계층이나 차상위계층에 속하는 장애인 가구, 편부모 가구의 경우도 최저 생계욕구를 근거로 할 때, 생계급여 수급자가 될 수 있지만, 실제에서는 전혀 생계급여를 받지 못하고 있다(노대명 외, 2006).

나) 급여 및 수급 현황

국민기초생활보장제도 급여에는 생계급여, 주거급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 의료급여, 자활급여 등 7개 급여가 있다. 이 중 교육급여, 해산급여, 장제급여, 의료급여는 실제 필요한 경우 외에는 지급하지 않는 급여이다. 국민기초생활보장제도에서 실질적인 최저생활보장의 역할을 하는 가장 중요한 급여인 생계급여는 보충급여 원리가 적용되어 가구별 소득인정액과 가구별 최저생계비를 고려하여 급여액이 결정된다. 이러한 보충급여원리는 급여액 결정에 있어서 매우 합리적인 방법이나

수급자의 근로동기 약화라는 부작용을 유발하는 제도적 결함으로 지적받고 있다. 실제로 소득인정액과 최저생계비의 차액만큼만 지급하는 보충급여제로 인해 가능한 한 소득을 적게 신고하려는 탈법행위를 조장하는 측면이 있다. 더불어 자활사업에 참여하는 장애인의 경우 소득공제를 30%까지 인정하고 있으나, 소득공제율이 낮아서 자활사업에 참여하는 것을 회피하고 있으며, 일반고용을 통한 근로소득에는 소득공제가 전혀 없는 실정이어서 일반고용을 통해 초봉 100만원 내외에 불과한 대부분의 중증장애인들은 취업의도가 현저히 떨어지게 된다.

또한 국민기초생활보장제도는 수급자로 선정된 장애인가구에 생계급여를 지급할 때에도 장애로 인한 추가비용을 전혀 고려하지 않은 채 급여를 지급하고 있다. 이로 인해 국민기초생활보장수급자로 선정되더라도 장애인가구 급여액이 비장애인가구와 동일하기 때문에 실제 생활수준은 비장애인가구보다 훨씬 낮을 수밖에 없다.

2011년 기준 등록장애인 중 국민기초생활보장 수급자 비율은 17.0%로서 2010년 말 기준 전체 국민의 수급자 비율 3.1%와 비교할 때 약 5.5배 높은 수준이었다(김성희 외, 2012).

나. 장애 추가비용 급여

1) 장애인연금(부가급여)

가) 수급 요건

중증장애인 성인의 추가비용 급여로서 장애인연금(부가급여)은 기초급여와 마찬가지로 자산과 장애상태를 수급 요건으로 설정하고 있는데, 우선 자산(소득인정액) 기준의 경우 국민기초생활보장 수급자와 차상위계층, 65세 이상 차상위 초과자를 지급 대상으로 하고 있다. 소득인정액의

조사 단위는 기초급여와 달리 장애인 개인과 배우자가 아니라 국민기초생활보장제도 수급자 선정시 활용되는 가구단위의 조사이다.

이어서 장애 기준으로는 기초급여와 동일하게 의학적 손상 중심의 장애 등급인 장애인복지법상 장애 기준을 적용하여 1, 2급 및 3급 중북장애인을 부가급여 지급대상으로 설정하고 있다. 그러나 이는 기초급여와 마찬가지로 추가비용 급여로서 부가급여가 표적집단으로 선정한고자 하는 집단이 배제되거나(exclusion error), 반대로 선정되지 않아야 할 집단이 선정되는(inclusion error) 오류를 가져와 제도의 효과성과 효율성을 저해하고 있다.

일반적으로 추가비용 급여의 수급 요건으로 장애 평가는 장애로 인한 일상생활에서의 제약 정도에 초점이 맞추어져 있다. 즉 신청인의 의학적 소견서를 토대로 의학적 손상이 ADL 및 IADL에 미치는 영향과 장애인의 환경적 측면을 고려하여 추가비용 급여의 수급 여부와 지급 수준 등을 결정하고 있다. 이러한 다각적 측면의 장애 평가를 통해 추가비용 급여는 앞서의 소득보전 급여와 마찬가지로 중증장애인에게 지급되는 것이 일반적이다.

실례로서, 영국에서 운용하고 있는 추가비용 급여인 장애생활수당(Disability Living Allowance)의 수급 요건으로서 규정하고 있는 장애 평가 기준을 살펴보면 다음과 같다. 장애생활수당은 요소(Components)라 불리는 2가지 유형의 급여가 있는데, 첫 번째, ‘보호요소(care component)’는 대상자 스스로가 자신을 돌보기 위해 도움이 필요하거나 자신의 안전을 지킬 수 있도록 관리(supervision)가 필요한 사람에게 제공된다. 두 번째, ‘이동요소(mobility component)’는 보행 불능으로 인해서 보행 상 도움이 필요한 사람에게 제공되는 수당이다.

이들 요소는 사람에 따라서 보호요소나 이동요소 중 하나만 받을 수도 있고 아니면 두 가지 모두 받을 수도 있다.

보호요소'와 이동요소는 대상자가 입은 장애가 대상자에게 영향을 미치는 정도에 따라서 등급(rate)이 매겨진다. 보호요소의 경우 3등급으로 나뉘는데, '최저등급(the Lowest rate)'은 음식을 준비하지 못하는 등 대상자가 낮 시간 중 일정시간동안만 특정 도움이나 관리가 필요한 경우에 지급된다. '중위등급(the Middle rate)'은 낮 또는 밤시간 중 특정 시간대에 (투석과 같은) 도움과 관리가 필요한 경우에 지급된다. '최고등급(the Highest rate)'은 밤낮을 가리지 않고 도움이 필요한 경우에 지급된다. 보호요소를 받기 위해서는 세탁, 옷입기, 식사하기, 화장실을 가거나 사용하기, 의사소통하기 등의 활동에 있어서 도움이 필요한 경우, 위험한 상황에서 벗어날 수 있도록 도움이나 관리가 필요한 경우, 투석 환자의 경우 투석 중에 돌봐줄 사람이 필요한 경우, 16세 이상으로 혼자서는 요리를 할 수 없는 경우 등의 상황에 놓여 있어야 한다.

한편 이동요소는 2등급으로 나뉘어져 있는데, '최저등급(the Lowest rate)'은 문밖까지 안내 또는 감독이 필요한 경우에 지급되며, '최고등급(the Highest rate)'은 최저등급이외의 심각한 보행상의 장애가 있을 경우에 지급된다. 이동요소는 보행 상 심각한 어려움이 있는, 즉 보조기구를 착용하거나 사용하는 데 어려움이 있는 경우로 두 다리나 발가락이 절단되어 사실상 걸을 수 없는 경우, 전맹이나 80%이상 난청으로 외부 출입 시 타인의 도움이 필요한 경우, 심각한 행동장애와 더불어 정신장애가 있고 이로 인해 보호요소의 최고지급률을 받을 자격이 있는 경우, 보행 자체가 삶에 위협이 될 수 있거나 또는 건강에 심각한 영향을 미치는 경우, 마지막으로 익숙하지 않는 장소를 갔을 때 타인의 안내나 관리가 필요한 상황에 놓여 있을 경우에 신청할 수 있다.

한편, 근로능력과 ADL·IADL의 상관 관계에 대해서는, 일반적으로 ADL·IADL에서의 중증이 경우 근로능력 불능보다 더 장애가 심한 것으로 여겨지고 있다고 할 수 있다. 구체적인 사례로서, 추가비용 급여를

소득보전 급여인 장애연금과 장애부조의 부가급여 형태로 운용하고 있는 스페인의 경우 추가비용 급여는 장애연금 및 장애부조에서 완전한 근로 능력 상실에 해당하는 최중증의 장애인에게만 지급되고 있다.

나) 급여 수준

장애인연금(부가급여)의 지급액은 장애인의 소득수준과 연령에 따라 차등하여 지급되며, 장애로 인한 추가지출비용 보전의 급여라는 점에서 기초급여에서 적용하고 있는 부부감액과 초과분 감액은 적용하지 않는다.

그러나 2008년 장애인실태조사에서 파악된 중증장애인 월평균 추가비용 21만원과 비교할 때 현재 지급되고 있는 부가급여액은 매우 낮은 편이다.

〈표 3-15〉 장애인연금 부가급여 지급액

구 분	18~64세	65세
국민기초생활보장 수급자(일반 계)	6만원	15만원1)
차상위 계층	5만원	5만원(12만원2))
차상위 초과자		2만원3)

주: 1) 65세 이상 중증장애인이 국민기초생활보장 수급자인 경우, 기초노령연금액이 생계급여에서 차감됨에 따른 소득감소를 막기 위해 부가급여 15만원 지급

2) 만 65세가 된 자로서 차상위 장애수당을 받던 자('10.6.30일 이전 장애인연금 부가급여 신청자 포함)는 종전 차상위 장애수당으로 받던 금액인 12만원 지급. 다만, '10.7.1일 이후 차상위계층에서 제외된 후 다시 차상위계층에 해당하는 경우에는 5만원 지급)

3) 65세 이상인 자로서 차상위 초과자는 부가급여 2만원 지급

4) 2010년 7.1일 당시 만 65세 이상인 자(1945년 6월 30일 이전 출생자)로서 보장시설 수급자인 경우 보장시설 장애수당으로 받던 금액인 7만원 지급

추가비용의 지급 기준으로서 활용되는 추가비용의 측정은 직접 조사(Direct Survey) 방법, 지출 기록(Expenditure Diary) 방법, 삶의 수준(Standard of Living) 접근법, 예산 기준 접근법(Budget Standard Approach) 등 다양한 방법에 의해서 이루어지는 데, 이 중 어느 방법을 사용하여 측정하느냐에 따라 추가비용 수준은 매우 상이하게 나타난다.

다양한 측정 방법과 표본들을 사용하여 장애인의 추가비용을 측정한 외국의 선행연구 결과들을 살펴보면, 몇 가지 공통적인 경향을 발견할 수 있다.

우선, 아래의 선행연구 결과에서 볼 수 있듯이 장애는 여러 영역에서 상당한 수준의 추가 비용을 유발시키고 있다는 것을 확인할 수 있으며, 경증의 장애보다는 중증의 장애에서 추가비용의 수준이 더 높았다. 또한 추가 비용은 장애의 특성 및 장애 정도에 따라 다르기 때문에, 추가비용의 활용과 관련해서는 평균 추가비용보다는 추가 비용의 범위를 설정하는 것이 더 적절하다는 것이다.

〈표 3-16〉 외국 선행 연구에서의 추가비용 요약

연구	연도	유형	사례수	장애특성	장애비용(단위: €)		
					최저	최고	평균
Hyman	1975	서베이	56	휠체어 사용자	7	591	138
Stowell and Day	1983	서베이	14		-	-	11
Buckle	1984	서베이	133	지적 장애	4	251	62
OPCS, Martin & White	1985	서베이	9,982	성인 장애인	9	37	19
OPCS, Smyth and Robus	1985	서베이	1,200	장애 아동	-	38	20
DIG survey	1988	서베이	87	자립생활기금 신청자	-	193	133
OPCS/McKay	1990	서베이		성인 장애인	-	-	39
Walsh & Chappell	1999	서베이	1,000	장애 연금수령자	-	-	11
Hughes	1999	서베이	200	척추장애인	58	212	Varies
Purdy				손상장애인			수입에 따라
Pub Policy Inst	2000	서베이		복지 수혜자	-	-	35
Baldwin	1985	서베이	480	중증장애 아동	-	-	38
Matthews & Truscott	1990	지출기록		-	-	-	13
Dobson & Middleton	1998	예산기준	300	아동, 중증장애인	-	162	-
Jones & O'Donnell	1995	가구균등화 지수		장애인이 있는 가구	-	-	-
Berthoud et al.	1993	삶의 수준		장애인이 있는 가구	24	109	-
Zaidi and Burchardt	2003	삶의 수준		장애인이 있는 가구	34	199	-
NRB	1995	직접 조사	59	장애인	-	48	-
Nexus/MS Ireland		직접 조사		-	29	39	-
Langa et al.	2000	보호시간조사		인지장애	-	-	-

자료: NDA. 2004. Report on the cost of disability..

이들 연구에서 나타난 추가비용의 수준을 살펴보면, 최저 수준의 추가비용의 범위는 주당 최소 4€에서 최고 34€로 다양하게 나타났으며, 최고 수준의 추가비용의 범위는 최소 수준보다 각 연구가 편차가 더욱 커 주당 최하 37€에서 최고 591€로 광범위하게 분포하고 있었다.

이렇듯 장애로 인해 발생하는 추가비용 지출에 대하여 주요 OECD 회원국들은 다양한 유형의 추가비용 급여를 운용하고 있다. 추가비용 급여는 지급 대상에 따라 성인 장애인 대상의 추가비용 급여, 장애 아동 대상의 추가비용 급여 및 장애인을 보호하는 관계로 소득활동에 상당한 제약이 있는 장애인 보호자에게 지급되는 보호자 수당 등 크게 3가지 유형으로 구분할 수 있다.

분석 결과, 대부분의 OECD 회원국에서는 2개 이상의 추가비용 급여를 운용하고 있었으며, 각각의 급여는 각 국의 사회정책적 전통을 고려하여 사회보험형 급여, 사회부조형 급여, 사회수당형 급여 등 다양한 방식으로 운용되고 있었다.

추가비용 급여 지급액은 일반적으로 장애 정도를 고려하여 차등하여 지급하고 있는데, 장애 정도가 가장 높은 장애인에게 지급되는 추가비용 급여의 수준이 가장 높았다.

〈표 3-17〉 주요 선진 외국의 추가비용 급여의 지급액

국가	구분	명칭	연령	장애 및 기타 수급 요건	급여수준
일본	성인	특별장애수당	20세 이상	-1급, 2급 -자산조사 요건 충족	월 26,440엔
	아동	장애아복지수당	20세 미만	-1급, 2급 -자산조사 요건 충족	월 14,380엔
	보호자	특별아동부양수당		-20세 미만의 1급, 2급(3급, 4급 일부) 아동의 부모 -자산조사 요건 충족	-1급(1,2급): 월 50,750엔 -2급(3,4급): 월 33,800엔
아일랜드	성인	Mobility Allowance	16-65세	보행에 지속적인 어려움이 있는 자	최고: 월 208.5유로 최저: 월 104.25유로

국가	구분	명칭	연령	장애 및 기타 수급 요건	급여수준
		Blind Welfare Allowance	18세 이상	시각장애부조 수급자	1인: 월 254.4유로 2인(시각장애인부부): 월 508.8유로
	아동	Domiciliary Care Allowance	16세 미만	16세 미만의 장애아동 *비자산조사 *16세부터는 장애부조 수급	장애아동 1인당 최고 월 1198.4유로
	보호자	Carer's Allowance	18세 이상	지속적 보호가 필요한 자가 있으며, 일정 소득 이하	1인 보호자: 최고 월 856유로 (*66세 이상인 경우 월 928유로) 2인 이상 보호자: 최고 월 1,284유로 (*66세 이상인 경우 월 1,392유로)
덴마크	성인	Merugiftsydelse	15~65세	장애로 인한 추가비용이 년 805.3유로 또는 월 67.1유로 초과하는 자 *소득조사 안함 *소득보전급여의 부가 급여	개인적 상황 및 추가비용 수준에 따라 차등
		장기요양현금급여			재활보조기구, 활동 보조인 고용 등의 비용 지원
핀란드	성인	Eläkettä saavan hoitotuki	16~64세	소득보전급여의 부가급여	월 54.9~288.5유로 *거주기간에 따라 차등
	아동	Vammaistuki		소득보전급여 비수급자로서 장애로 인해 추가 비용 지출이 있는 자	월 81.83~370.24유로 * 장애정도, 보호육구 및 추가비용 수준에 따라 차등
	보호자	Vammaistuki		16세 미만의 장애아동을 보호하고 있어 근로가 어려운 자	
노르웨이	성인	Grunnstønad	18~66세	소득보전급여의 부가급여	추가비용 수준에 따라 월 73.1~366.3유로
	성인 및 아동	hjelpestønad	18~66세	특별한 보호가 필요한 자 *소득보전급여의 부가 급여	성인 월 131.2유로 아동 월 최고 787.1유로
스웨덴	성인	Assistansersättning	65세까지*	심각한 기능장애를 가지고 있으면서 주 20시간 이상 보호가 필요한 자	
		Handikappersät	19세	장애로 인해 특별한 도	최고 월 249.3유로

국가	구분	명칭	연령	장애 및 기타 수급 요건	급여수준
		tning	이상**	움이 필요하거나 특별한 추가지출이 있는 자	
		Bilstöd	18~65세	장애로 인해 대중교통수단을 이용할 수 없는 자가 승용차를 구입하는 경우	기본급여 6,344유로 부가급여(소득조사): 최고 4,299유로
	아동	Vårdbidrag		19세 미만의 장애아동을 보호하는 자	최고 월 903.2유로
프랑스	성인	ADPA	21~60세	최소 80%이상의 장애율을 가진 성인	
	아동	AES	20세까지	최소 80%이상의 장애율을 가진 아동	최고 월 1,010.8유로
스페인	성인	Pensión de invalidez no contributiva	18~65세	75%이상의 장애율을 가진 자로서 일상생활 수행에 있어 제3자의 도움을 필요로 하는 경우	월 470.3유로 지급
영국	성인 및 아동	Disability Living Allowance(Mobility component)	6세 이상	최소 3개월 이상 보행에 어려움이 있는 자	최고 월 197.8유로
	성인 및 아동	Disability Living Allowance(Care component)	생후 3개월 이후	최소 3개월간 이상 보호를 필요로 하는 자	최고 월 283.4유로
	보호자	Carer's Allowance	16세 이상	D L A (C a r e component 중간 및 최고수준수급자) 수급자를 주 35시간 이상 보호하는 자로서 일정 소득 이하인 자	최고 월 213.8유로
호주	성인	Rental Allowance		-자산조사 요건 충족	
		Pharmaceutical Allowance		-자산조사 요건 충족	
		Telephone Allowance		-자산조사 요건 충족	
		Remote area supplement			
		Mobility Allowance	16세이상	혼자서 대중교통수단을 이용할 수 없는 자	
	보호자	Carer payment		-중증장애인 및 노인을 보호하고 있는 자 -자산조사 요건 충족	

주 * : 65세 이전부터 수급했던 자는 65세 이후에도 계속 수급

주 ** :65세 이전 장애 발생

2) 장애수당 및 장애아동수당

장애수당은 장애로 인한 추가비용 지출을 보전하기 위한 목적의 급여로서, 국민기초생활보장법에 의한 수급자 및 차상위 계층의 경증 장애인을 지급 대상으로 하고 있다.

장애인이 만 18세 이상인 경우에는 장애수당이 지급되며, 만 18세 미만인 경우에는 장애아동수당이 지급되는데, 장애정도에 따라 지급액이 다르다.

장애수당의 경우 월 3만원이 지급되며, 장애아동수당의 경우에는 소득 수준 및 장애 정도에 따라 차등하여 지급되는데, 기초보장 수급자이면서 중증장애인인 경우에는 월 20만원, 차상위계층이면서 중증장애인인 경우에는 월 15만원, 기초보장 수급자 및 차상위계층의 경증장애인인 경우에는 월 10만원이 지급된다.

2010년 12월말 현재, 장애수당은 30만 8천명에게 지급되었으며, 장애아동수당은 23천명에게 지급되었다(보건복지부, 2011).

3. 소결

다음의 〈표 3-18〉은 장애인연금 도입 이후의 우리나라 장애 소득보장체계의 급여 대상 범위를 정리한 것이다.

〈표 3-18〉 우리나라 장애 소득보장제도 지급 대상

구분	18세 미만		18~65세 미만		65세 이상	
	소득보전급여	추가비용급여	소득보전급여	추가비용급여	소득보전급여	추가비용급여
최저생계비 100%이하	기초보장 생계급여	장애아동수당	장애인연금 (기초급여) 기초보장 (생계급여)	장애인연금 (부가급여) 장애수당	기초노령연금 기초보장 (생계급여)	장애인연금 (부가급여) 장애수당

최저생계비 120%이하	×	장애아동수당	장애인연금 (기초급여)	장애인연금 (부가급여) 장애수당	기초노령연금	장애인연금 (부가급여) 장애수당
소득하위 56%이하	×	×	장애인연금 (기초급여)	×	기초노령연금	장애인연금 (부가급여) 장애수당
소득하위 56%초과	×	×	장애연금	×	기초노령연금 노령연금 장애연금	×

주: 읍영 부분이 장애인연금 도입으로 급여 사각지대에서 급여 대상으로 확대된 영역임.

다음의 〈표 3-19〉는 지금까지 살펴본 우리나라 장애 소득보장제도의 주요 내용을 요약 정리한 것으로서 각 제도의 특징과 구체적인 문제점을 명시하고 있다.

〈표 3-19〉 우리나라 장애 소득보장제도의 주요 내용

구분	장애연금	장애인연금	장애수당 (장애아동수당)	기초생활보장제도 생계급여
급여 종류	장애급여	장애급여	장애급여	일반 소득보장급여
급여 성격	소득보전 급여	소득보전급여+추가 비용급여	추가비용 급여	소득보전 급여
급여 형태	기여 비자산조사	비기여 자산조사	비기여 자산조사	비기여 자산조사
장애 평가	의학적 손상 중심평가	의학적 손상 중심평가	의학적 손상 중심평가	-
수급 자 수	75,895명 (등록장애인의 3.3%)	308천명 (중증장애인의 56%)	331,300명 (17,724명) (등록장애인의 13.7%)	전체 장애인 중 17.1%가 수급자
급여 수준	월평균 335천원 (최저임금 대비 37%)	- 기초급여: 94.6천 원(A값의 5%) - 부가급여: 최대 6 만원	평균 추가비용의 72% (중증 기초수급 자 기준)	보충급여 원리(최 저생계비에서 소 득인정액을 뺀 차액 지급)
비고	- 낮은 국민연금 가입율(전체 장애인 중 34.1%만 국민 연금 가입) - 장애판정시 근	- 낮은 급여수준 - 장애판정시 근로 능력 평가 부재(기 초급여) - 장애판정시 ADL,	- 추가비용에 못 미치는 급여수준 - 장애판정시 ADL, IADL 평가 부재 - 장애유형에 따	- 장애인 가구 특성이 반영된 최저생계비 부재 (차상위계층 장애 인 수급자 배제)

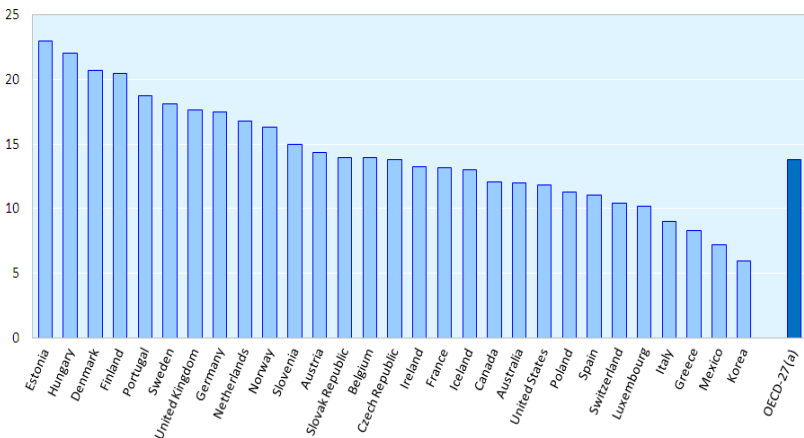
	로능력 평가 부재 - 낮은 급여수준	IADL 평가 부재 (부가급여)	큰 지급액 차등 비고려	
--	------------------------	----------------------	-----------------	--

제3절 소득보장 지표를 통해서 살펴본 우리나라와 OECD국 가와의 비교

1. 장애 출현율

평균적으로 OECD 회원국의 근로연령대 인구(20~64세) 7명 중 1명(14.3%)은 일상생활에 어려움을 초래하는 만성 질환이나 장애를 갖고 있는 것으로 나타났다. 우리나라는 OECD 27개 회원국 중에서 가장 낮은 6% 수준의 장애출현율을 보이고 있는데, 이는 다른 국가가 인구주택 총조사 등 서베이를 통해 장애출현율을 파악한 반면 우리나라의 경우에는 보다 엄격한 측정이라고 할 수 있는 등록장애인구를 통해 장애출현율을 파악하였기 때문이다.

[그림 3-4] 2000년대 후반 OECD 회원국의 근로연령대 인구(20~64세) 장애출현율



주: 자기 평가에 의한 장애출현율임.

자료: OECD, *Sickness and Disability Policies Synthesis Report*, 2010.

2. 비장애인 대비 장애인 소득 비중

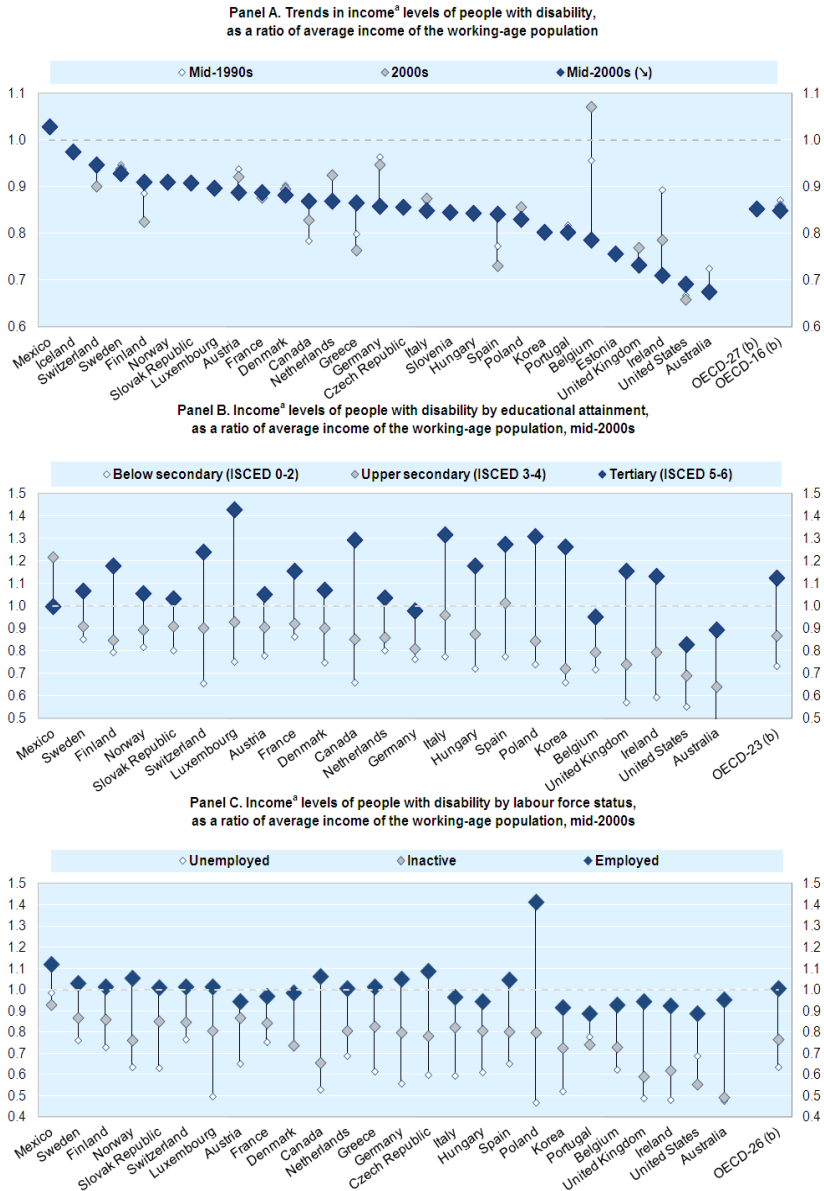
2000년대 중반 기준으로 OECD 회원국의 장애인 월평균 소득은 전체 국민 평균 소득 보다 15% 낮았으며 일부 국가에서는 20~30% 이상 낮았다.

교육수준별로 장애인 소득을 살펴보면, 교육수준이 높을수록 소득이 높아지는 경향을 보였는데, 특히 가장 높은 수준의 교육수준을 가진 장애인의 경우 전체 국민 평균 소득보다 10~20% 이상 높았다.

경제활동상태별로 장애인 소득을 살펴보면, 취업 장애인의 경우 전체 국민 평균소득보다 훨씬 높은 반면, 비경제활동상태 혹은 실업 상태에 있는 장애인은 전체 국민 평균소득보다 낮았는데, 특히 비취업 장애인의 월평균 소득은 전체 국민 소득의 50% 수준에 불과하였다.

2000년대 중반 우리나라 장애인의 월평균 소득은 전체 국민 평균 소득보다 20% 정도 낮았으며, 이는 OECD 회원국 평균보다 더 낮은 수준이다.

[그림 3-5] OECD 회원국의 1990년대 중반, 2000년, 2000년대 중반 전체 국민 대비 장애인 월평균 소득 비중의 변화 추이



자료: OECD, Sickness and Disability Policies Synthesis Report, 2010.

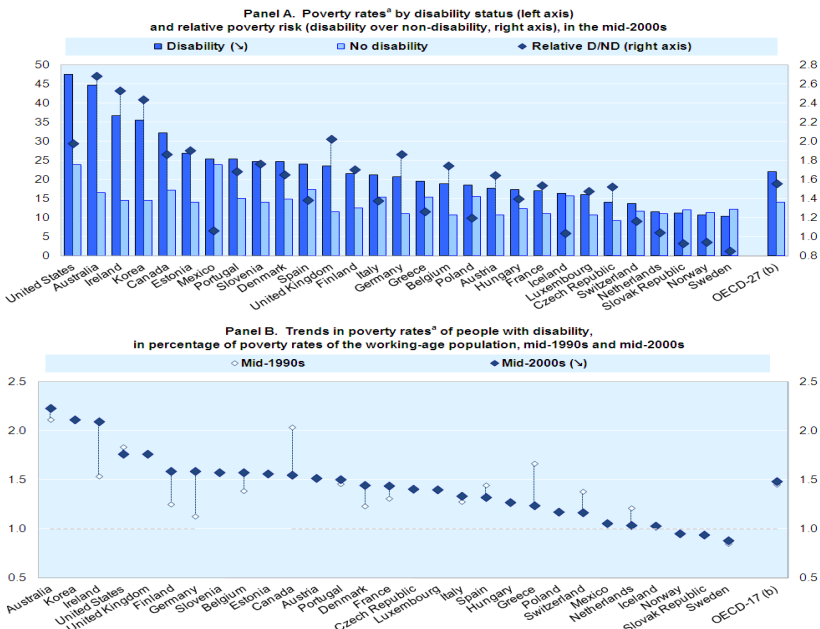
3. 장애인가구 빈곤율

2000년대 중반 기준으로 OECD 회원국의 장애인가구 상대빈곤율은 22%로서 비장애인가구 상대빈곤율 14%보다 8% 포인트 높았다.

또한 비장애인가구 상대빈곤율 대비 장애인가구 상대빈곤율을 의미하는 상대적 빈곤위험율을 살펴보면, OECD 회원국 평균 1.6으로서 이는 장애인가구가 빈곤에 처할 위험이 비장애인가구보다 1.6배 높다는 의미이다.

2000년대 중반 우리나라 장애인가구 상대빈곤율은 35%로서 OECD 회원국 평균보다 13% 포인트 높았으며, 상대적 빈곤위험율에 있어서도 2.4로서 미국, 호주, 아일랜드 다음으로 높았다.

[그림 3-6] OECD 회원국의 2000년대 장애인가구 빈곤율 및 상대적 빈곤위험율



주: 상대빈곤율의 경우 중위소득 하위 60% 미만을 기준으로 한 것임.

자료: OECD, Sickness and Disability Policies Synthesis Report, 2010.

4. GDP 대비 장애급여 지출 비중

2005년 기준 OECD 회원국의 GDP 대비 장애급여 지출 비중은 1.3%이며, 여기에 상병 급여(sickness benefit) 지출까지 포함하면 2%에 달함. GDP 대비 장애급여 지출 비중은 거의 모든 회원국에서 지난 15년간 지속적으로 증가해 왔으며, 상병 급여 지출을 포함한 장애 관련 급여 지출이 전체 공적 사회 지출(public social spending)에서 차지하는 비중은 10%로서 실업 급여와 함께 사회 지출의 증가를 유발하는 주된 요인으로 작용하고 있다.

2005년 기준 우리나라의 GDP 대비 장애급여 지출 비중은 0.1%로서 이는 2005년 기준 OECD 회원국 평균인 1.3%에 비해 매우 낮은 수준이다.

〈표 3-20〉 OECD 국가의 GDP 대비 공적·사적 장애급여 및 질병급여 지출

구분	장애급여			상병급여			장애급여+상병급여				
	GDP 대비 %			GDP 대비 %			GDP 대비 %			실업급여 대비 %	총 공적 사회 지출 대비 %
	1990	2000	2005	1990	2000	2005	1990	2000	2005	2005	2005
호주	1.1	1.2	1.3	0.5	1.8	1.3	1.6	3.0	2.5	463	15
오스트리아	1.8	1.1	1.3	1.3	1.1	1.0	3.1	2.3	2.4	221	9
벨기에	1.4	1.2	1.4	1.4	0.7	0.7	2.8	1.9	2.1	72	8
캐나다	0.4	0.4	0.4	0.0	0.0	0.0	0.4	0.4	0.4	65	2
덴마크	1.6	1.5	1.8	1.4	1.1	1.3	2.9	2.6	3.1	231	11
핀란드	2.1	1.8	1.9	1.5	1.2	1.2	3.6	3.0	3.1	194	12
프랑스	0.9	0.8	0.9	0.6	0.7	0.8	1.6	1.5	1.6	99	6
독일	0.8	1.0	0.9	1.9	1.6	1.3	2.7	2.5	2.2	148	8
아일랜드	0.5	0.6	0.7	0.8	0.6	0.7	1.3	1.1	1.5	163	9
이탈리아	1.2	1.9	0.8	0.9	0.7	0.5	2.1	1.6	1.3	324	5
일본	0.3	0.3	0.3	0.1	0.1	0.1	0.4	0.4	0.4	125	2
한국	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	104	3
룩셈부르크	2.0	1.7	1.6	0.6	0.6	0.9	2.6	2.3	2.5	324	11
멕시코	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	-
네덜란드	4.7	2.7	2.4	2.9	2.2	2.3	7.6	4.9	4.6	303	22
뉴질랜드	0.6	0.9	1.0	0.3	0.3	0.3	0.9	1.2	1.3	302	7
노르웨이	2.5	2.3	2.6	2.6	2.7	2.4	5.1	5.1	4.9	960	23

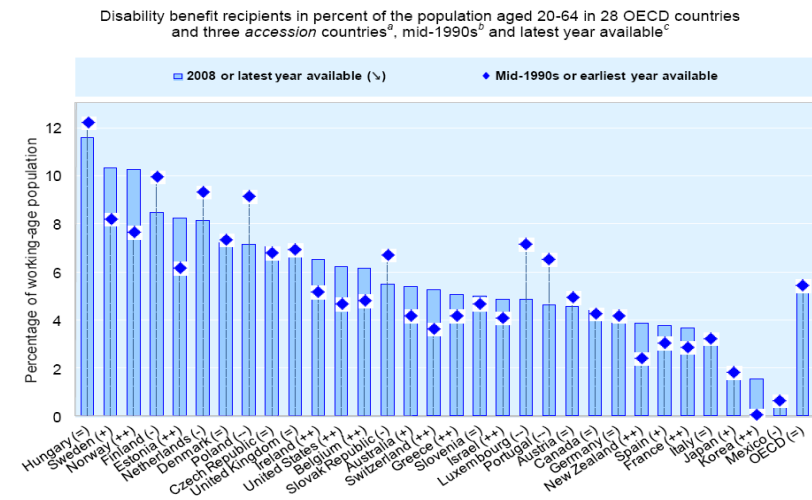
포르투갈	1.7	1.8	1.8	0.0	0.0	0.0	1.7	1.8	1.8	157	8
스페인	1.2	1.2	1.1	1.0	1.0	1.1	2.2	2.2	2.2	103	11
스웨덴	1.9	2.1	2.5	3.1	2.0	1.7	5.0	4.1	4.2	353	14
스위스	1.0	1.8	2.1	1.2	1.1	1.0	2.2	2.8	3.2	339	16
영국	1.6	2.1	1.8	0.6	0.7	0.5	2.2	2.8	2.3	904	11
미국	1.5	0.6	0.7	0.8	0.6	0.7	1.3	1.2	1.4	483	9
OECD	1.3	1.2	1.2	1.0	0.9	0.8	2.3	2.1	2.0	248	10

주: 장애급여는 공공 및 민간 장애 급여를 모두 포함함.
자료: OECD, Sickness and Disability Policies Synthesis Report, 2010.

5. 장애급여 수급율

2007년 기준 우리나라의 근로가능연령대(20~64세) 인구 중 장애급여를 수급하고 있는 비율은 OECD 회원국 평균인 6%에 크게 못 미치는 2% 미만으로서 멕시코를 제외하고는 가장 낮았으나, 1990년대 중반과 비교할 때 가장 높은 증가율을 기록한 국가이다.

[그림 3-7] OECD 회원국의 장애급여 수급율



자료: OECD, Sickness and Disability Policies Synthesis Report, 2010.

6. OECD 회원국의 장애급여 수준 비교

OECD(2010)는 OECD 회원국의 장애인정책 유형화를 위해 가장 핵심적인 정책인 장애급여와 고용서비스의 내용 및 수준을 파악할 수 있는 지표를 각각 10개씩 설정하여 개별 회원국의 점수를 산출하였다.

장애급여 세부 지표는 1)지급 범위 2)최저 장애(근로무능력) 기준 3)최고 급여 장애(근로무능력) 기준 4)최고 급여 수준 5)급여 지급의 연속성 6)의학적 진단 기준 7)근로능력 사정 기준 8)상병급여 수준 9)상병급여 지급 기간 10)상병급여 모니터링 등으로 구성되었으며, 개별 지표마다 최고 5점에서 최저 0점을 부여하도록 하였다. OECD 회원국의 장애급여 지표 평균 점수는 50점 만점에 25.9점으로 집계되었으며, 우리나라는 전체 회원국 중에서 가장 낮은 15점으로 나타났다.

〈표 3-21〉 OECD 회원국의 장애급여 지표 점수

구분	지표 1	지표 2	지표 3	지표 4	지표 5	지표 6	지표 7	지표 8	지표 9	지표 10	계
호주	4	1	2	1	2	3	1	1	1	5	21
오스트리아	2	3	4	2	1	1	4	3	2	2	24
벨기에	3	2	3	1	4	2	4	2	2	2	25
캐나다	1	1	1	1	4	1	0	1	1	5	16
체코	1	4	3	3	0	2	1	0	5	5	24
덴마크	5	2	1	3	4	4	2	4	3	0	28
핀란드	5	4	4	3	2	3	2	3	3	3	32
프랑스	3	2	1	3	1	2	4	2	5	2	25
독일	3	5	3	2	1	3	2	4	4	5	32
그리스	3	3	2	5	2	1	3	2	2	2	25
헝가리	1	3	2	3	2	1	4	3	5	4	28
아일랜드	3	1	2	1	4	3	2	1	5	4	26
이탈리아	3	2	0	3	1	1	3	3	5	5	26
일본	4	1	0	1	2	2	0	2	5	4	21
한국	3	3	0	1	2	1	0	0	1	4	15
룩셈부르크	2	1	2	5	3	2	2	5	4	2	28
멕시코	0	3	4	0	3	2	5	2	3	5	27
네덜란드	4	4	2	3	2	1	0	4	4	0	24
뉴질랜드	5	1	2	1	2	3	1	1	5	2	23

노르웨이	5	3	2	4	2	4	2	5	4	2	33
폴란드	3	3	4	4	0	1	3	3	2	2	25
포르투갈	3	2	3	5	4	1	4	1	5	5	33
슬로바키아	1	4	3	2	4	2	1	2	5	2	26
스페인	3	4	1	4	5	0	3	2	4	1	27
스웨덴	5	5	1	5	4	3	1	4	4	5	37
스위스	5	4	3	3	4	3	2	3	4	1	32
영국	3	1	2	1	2	3	1	1	2	5	21
미국	3	0	1	3	4	4	0	3	0	2	20
OECD평균	3.1	2.6	2.1	2.6	2.5	2.1	2.0	2.4	3.4	3.1	25.9

자료: OECD, Sickness and Disability Policies Synthesis Report, 2010.

〈표 3-22〉 장애급여 지표 및 세부 기준

지표	5점	4점	3점	2점	1점	0점
1. 급여대상 범위	전 인구	비근로자 중 일부(예: 선천적 장애인)	근로자+비근로자 산 조 사 운용	자발적 자가 보험에 가입한 근로자	근로자	피고용인
2. 최저 장애 (근로무능력) 기준	0~25%	26~40%	41~55%	56~70%	71~85%	86~100%
3. 최고 급여 장애(근로무능력) 기준	50% 미만	50~61%	62~73%	74~85%	86~99%	100%
4. 최고 급여 수준	소득 대체율 75% 이상 합리적 수준의 최저급여	소득 대체율 75% 이상 최저급여수준 명시 안함	소득 대체율 50~74% 합리적 수준의 최저급여	소득 대체율 50~74% 최저급여수준 명시 안함	소득 대체율 50% 미만 합리적 수준의 최저급여	소득 대체율 50% 미만 최저급여 수준 명시 안 함
5. 급여 지급의 연속성	완전 영구적 급여	사실상 영구적 급여	자기 평가에 의한 영구적 급여	정기적 재평가에 의한 영구적 급여	완전 장애를 제외한 임시 급여	완전 임시 급여
6. 의학적 진단 기준	주치의 단독 판정	대부분 주치의가 판정	대부분 사회 보험청 소속 의사가 판정	사회 보험 청 소속 의사가 단독 판정	사회 보험 청 전문가팀에서 판정	사회 보험 청 전문가팀과 2단계 절차
7. 근로능력 사정 기준	현재 혹은 일상적 직업 수행능력 사정	신청인의 과거 소득 고려	부분적 장애 급여의 경우 자신의 직업 사정	현재 노동시장 조건 고려	모든 작업 고려 (판대한 사정)	모든 작업 고려 (엄격한 사정)
8. 상병급여 수준	장기급여: 소득 대체율 100%	단기급여: 소득 대체율 100% 장기급여: 소득 대체율 75% 이상	단기급여: 소득 대체율 75% 이상 장기급여: 소득 대체율 50% 이상	급여 관계없이 소득대체율 50~74%	단기급여: 소득 대체율 50% 이상 장기급여: 소득 대체율 50% 미만	단기급여: 소득 대체율 50% 미만
9. 상병급여	1년이상	1년이상	6~12개월	6~12개월	6개월 미만	6개월 미만

자금 기간	임금지급기간 매우 짧음	임금지급기간 비교적 김	임금지급기간 매우 짧음	임금지급기간 비교적 김	임금지급기간 매우 짧음	임금지급기간 비교적 김
10. 상병급여 모니터링	관대한 상병 진단서 요건	상병 진단서 예방을 위한 직장내 보건 의료서비스	빈번한 상병 진단서	초기개입과 위 험 요인 규명을 수반한 엄격한 사후 절차 제재조치 없음	엄격한 상병 진단서 관리 필요한 경우 직접 진단	초기개입과 위 험 요인 규명을 수반한 엄격한 사후 절차 제재조치 있음

자료: OECD, Sickness and Disability Policies Synthesis Report, 2010.

7. 정책적 시사점

장애 소득보장 영역의 비교 가능한 모든 지표에 있어서 OECD 회원국 내에서 우리나라의 수준은 최하위권에 있다. 이러한 결과를 보인 것은 결국 장애 소득보장에 대한 예산 투입이 매우 적기 때문인데, 최하위 수준의 장애 소득보장 예산 규모는 주요 OECD 회원국과 비교할 때 우리나라 장애인이 여전히 높은 빈곤 위험에 직면해 있고, 낮은 취업률과 자립생활지원서비스의 부족으로 인해 비장애인에 비해 열악한 삶을 영위할 수밖에 없는 근본적 요인으로 작용하고 있다.

이렇듯 우리나라가 GDP 대비 장애 소득보장 예산의 비중에 있어서 여전히 OECD 회원국 중 최하위의 수준에 있는 것은 여러 요인들이 복합적으로 작용하고 있기 때문으로 판단된다.

우선, 장애 급여의 정책 대상 인구가 주요 선진 외국에 비해 협소하다는 점을 들 수 있다. 이는 공공에서 제공하는 각종 장애인복지서비스의 진입 창구(gateway)로서 등록 장애의 범주가 전체 신체 기능의 제약을 포괄하지 못하고 있고, 더불어 장애연금과 장애인연금 및 장애아동수당 등의 장애 급여가 장애 상태와 소득 수준에 따라 급여(서비스) 대상을 매우 제한적으로 적용하고 있는 데서 비롯된 현상이다.

또한 기존 제도에서 제공하는 급여 수준이 주요 선진 외국과 비교해 매우 낮은 것도 최하위 수준의 GDP 대비 장애 급여 지출 비중을 유지

시키는 요인이다.

마지막으로 주요 선진 외국에 비해 장애 소득보장 프로그램 수가 부족한 것도 하나의 요인이라고 할 수 있다. 장애인 보호로 소득활동을 하지 못하는 보호자의 기회 비용 보전을 위한 보호자 수당, 중증장애인의 미래 보호 및 주거 비용 마련을 위한 자산형성지원제도 등 주요 선진국에서 시행하고 있는 다양한 제도들이 아직까지 도입이 안 되어 있는 상황이다.

결국 우리나라가 경제 규모에 걸맞는 수준의 장애인복지를 구현하고 OECD 회원국 평균과의 격차를 줄이기 위해서는 무엇보다 기존 제도의 급여 대상과 급여 수준을 확대하기 위한 투입(INPUT)의 증대, 장애인 소득보장 예산의 획기적인 증액이 필요하다고 할 수 있다. 더불어 장애 급여 수급 요건으로서 장애 평가의 개혁 및 고용서비스와의 적극적 연계 장치 마련 등 제한된 예산의 효율성을 제고하기 위한 개혁 조치들도 장기적인 관점에서 추진되어야 할 것이다.

제4절 장애 소득보장제도 개선 방안

1. 장애인복지예산의 지속적인 확대

공적연금 제도의 성숙 및 장애연금 수급 기준의 개편, 저소득 중증 장애인을 위한 새로운 급여로서 장애인연금의 확대, 장애인활동지원제도의 확대 및 바우처 사업을 통한 장애인 대상의 지역사회서비스 확대 등이 지속적으로 전개될 예정인 바, 2000년 이후 이어져 온 장애인복지예산의 가파른 상승 추이는 당분간 계속될 것으로 전망된다. 이로 인해 전체 GDP 대비 장애인복지예산 비중도 향후 지속적으로 상승할 것으로 예상되나, OECD 회원국 평균과 커다란 격차를 보이고 있는 현실을 감안할 때, 최하위 수준을 벗어나기란 쉽지 않을 것으로 보인다.

장애인정책이 궁극적으로 장애인의 욕구 충족과 장애인의 자립을 목적으로 하는 국가적 행위라는 점에서, 향후 장애인복지예산을 증가시키려는 적극적 노력이 있어야 할 것이다. 즉, 기존 제도의 확대는 물론, 장애인의 욕구를 충족시킬 수 있는 신규 프로그램의 도입과 더불어 각각의 제도에서 제공하고 있는 급여(서비스) 수준을 지속적으로 제고하는 것이 병행되어야 한다. 이를 위해서는 부문별 예산 수립이 전년도 예산 기준으로 이루어지는 방식이 아닌, 수요 예측과 물가상승을 등 보다 합리적인 준거를 통한 예산 수립이 이루어질 필요가 있다.

2. 소득보장과 고용서비스의 강화 및 적극적 연계 추진

가. 단기적 접근

향후의 장애인정책 영역별 예산 배분은 장애인의 미충적 욕구(unmet need) 충족이라는 정책적 목표와 장애인복지의 지배적 패러다임인 자립 생활이념에 근거하여 장애인의 궁극적인 자립을 제고하고자 하는 기본 방향하에서 이루어져야 한다.

우선적으로 기존 소득보장제도를 강화하는 것을 목표로 장애 소득보장의 예산 비중을 지속적으로 제고하는 노력이 필요하다. OECD 회원국과 비교할 때 우리나라는 전체 장애인복지예산에서 현금급여가 차지하는 비중이 적으며, 이는 최고 수준의 장애인 빈곤율을 유지하게 하는 주된 요인으로 작용하고 있다(김성희·윤상용 외, 2011).

따라서, 이러한 현실을 고려하여 기존 장애 급여의 확대 및 새로운 제도의 도입을 내용으로 하는 단기적 과제로서 다음과 같은 세 가지 정책을 제안하고자 한다.

첫째, 근로능력이 없는 중증장애인을 대상으로 하는 장애연금과 장애

인연금의 급여 대상을 지속적으로 확대하고 급여의 효과성을 제고하기 위해 급여 수준 역시 단계적으로 인상해야 할 것이다. 2010년 현재 장애급여 수급자 수는 약 63만명으로서(장애연금 수급자 수 7만명, 장애인연금 수급자 수 32만명, 경증 장애수당 수급자 수 24만명) 이는 18세 이상 전체 장애인 233만명의 27%에 불과하다. 따라서 장애연금의 장애 판정 기준 및 장애인연금의 자산 조사 요건을 완화하여 각각 지급 대상을 확대하고 급여 수준 역시 장애연금의 경우에는 국제적 수준을 고려하여 지급 수준을 상향하고, 장애인연금의 경우에는 우선적으로 부가급여의 단계적 인상을 추진해야 할 것이다.

둘째, 최후의 사회안전망으로서 역할을 하고 있는 국민기초생활보장제도에 장애인 가구 특성을 고려하는 장치 - 즉, 가구특성별 최저생계비로서 장애인 가구 최저생계비 도입 혹은 기존 가구규모별 최저생계비 하에서 소득인정액 산정시 장애인 가구의 다양한 소득 공제 요소 도입 - 을 마련함으로써 실질적 빈곤을 경험하고 있는 장애인 가구의 생계를 보장해야 할 것이다.

현행 국민기초생활보장제도는 주지하다시피 장애로 인한 추가비용을 전혀 고려하지 않은 채 수급자를 선정하고 있다. 즉, 국민기초생활보장법에 가구유형을 고려하여 최저생계비를 계측하도록 하고 있으나 아직 장애가구의 최저생계비를 별도로 제시하지 않고 있는 실정이다. 장애인의 경우 의료비, 보장구비 등 장애로 인한 추가비용은 지출하지 않으면 일상생활을 유지할 수 없고 생명마저 잃을 수 있는 불가피한 지출을 하고 있는 상황에서 장애인가구는 장애로 인한 추가비용 때문에 비장애인 가구와 동일한 소득이라 하더라도 실제 생활에 쓸 수 있는 소득은 비장애인 가구보다 더 낮다고 할 수 있다. 따라서 법에서 규정한 대로 장애인 가구 특성을 고려한 별도의 최저생계비를 적용하거나 혹은 현행 수급자 선정을 위한 소득인정액 조사시 장애인가구의 경우에는 다양한 추가비용

에 대한 소득공제를 도입함으로써 실질적으로 빈곤을 경험하고 있으면서도 국민기초생활보장제도의 사각지대에 놓여 있는 상당수의 저소득 장애 인가구를 수급 대상에 포함시켜야 할 것이다.

셋째, 기존 제도하의 미충족 욕구에 대응하기 위한 새로운 제도로서 중증장애인의 보호를 위해 소득활동을 할 수 없는 보호자의 기회 비용 보전을 위한 보호자 수당 및 일하는 장애인의 자립 제고 및 중증 장애 아동 보호 비용 마련을 위한 자산형성 지원 프로그램 도입을 추진할 필요 있다.

우선 보호자 수당의 경우, 이는 장애인복지법에 명시된 「보호수당」을 현실화하는 것이라고 할 수 있는데, 즉, 장애인복지법에 명시된 보호수당의 목적(국가와 지방자치단체는 장애인을 보호하는 보호자에게 그의 경제적 수준과 장애인의 장애 정도를 고려하여 장애로 인한 추가적 비용을 보전하게 하기 위하여 보호수당을 지급할 수 있다, 제50조 2항)에 부합한 제도로 볼 수 있으며,¹¹⁾ 주요 선진 외국의 경우에도 보호자수당을 도입하여 운영하고 있는 사례도 있다.

〈표 3-23〉 주요 선진 외국의 보호자수당 개요

국가	제도명칭	연령	장애 및 기타 요건	지급액(2008년 기준)
아일랜드	보호자수당 (Carer's Allowance)	18세 이상	지속적 보호가 필요한 자가 있으며, 일정 소득 이하인 자	- 1인 보호자: 최고 월 856유로 (*66세 이상인 경우 월 928유로) - 2인 이상 보호자: 최고 월 1,284

11) 장애인복지법에 명시되어 있는 보호자 수당의 정의는 사실 모호하다. 법률에 기술된 내용을 볼 때, 장애수당과 장애아동수당이 각기 성인 장애인과 아동 장애인의 장애로 인해 발생하는 추가비용을 보전하기 위한 급여라는 것을 명확히 이해할 수 있는 반면, 보호자수당은 어떠한 추가비용을 보전하는 것을 의미하는 지를 명확히 이해하기 어렵다. 따라서 앞서 언급한 바와 같이 추가비용급여가 일반적으로 크게 성인장애인과 아동장애인의 직접적인 추가비용을 보전하는 장애수당과 장애아동수당, 그리고 보호자가 장애인을 보호하기 위해 소득활동을 유예함으로써 발생하는 기회비용으로서의 추가비용을 보전하는 보호자수당으로 구성되어 있다는 점을 고려하여 보호자의 기회비용을 보전하는 수당으로 보는 것이 타당하다고 판단된다.

				유로(*66세 이상인 경우 월 1,392유로)
영국	보호자수당 (Carer's Allowance)	16세 이상	AA 또는 DLA(Care component 중간 및 최고수준수급자) 수급자를 주 35시간 이상 보호하는 자로서 일정 소득 이하인 자	최고 월 213.8유로

둘째, 일하는 장애인을 위한 자산형성 지원 제도 도입의 경우, 기존의 자산형성 지원 프로그램은 장애 개념의 변화, 장애인구 집단의 특성 및 욕구에 대한 인식 부족과 이로 인해 발생하는 제도 내에 장애 친화적 요소의 미비로 인해 장애인의 참여를 제한하고 있고, 더불어 기존 자산형성 지원 프로그램은 사업 종료 후 축적된 적립금 규모가 작아서 실질적인 자립의 효과를 기대하기 어렵다는 점에서 별도의 독립적인 장애인 자산형성 지원 프로그램을 도입하여 운영하는 것이 타당할 것으로 판단된다.

새로이 도입될 장애인 자산형성 지원 프로그램은 빈곤과 장애라는 상호 관계적 속성을 갖는 사회적 위험에 대한 인식을 기반으로 비취업 장애인 포함, 적립금 용도의 다양화, 접근성 제고, 실질적 자립 가능성 제고를 제도 운영의 핵심적인 요소로 설정해야 할 것이다.

셋째, 중증장애아동 대상의 자산형성 지원 프로그램은 중증장애아동 부모 혹은 보호자의 높은 욕구를 고려하여 중증장애아동의 미래 보호 비용 마련을 위해 보호자와 정부가 매칭의 형태로 일정 기간 동안 적립금 축적을 가능케 하는 중증장애아동 자산형성 지원 프로그램의 도입을 의미한다. 호주 및 캐나다에서 운용하고 있는 정책 사례를 참조하여 국내 실정에 맞는 제도 도입 추진을 적극적으로 검토해야 할 것이다.

나. 장기적 접근

소득지원과 고용 및 직업재활서비스는 장애인정책의 궁극적 목적인 장애인 자립을 위한 상호 보완의 관계에 있는 제도로서 양 제도의 적극적인 연계는 최근 주요 선진국의 장애인정책 동향에서 발견할 수 있는 두드러진 특징이라고 할 수 있다. 그러나 장애 소득보장과 고용정책의 연계를 적극적으로 꾀하는 최근의 국제 동향과 달리 우리나라의 경우에는 제도간 연계가 전무한 상황이라고 해도 과언이 아니다. 물론 제도의 물적, 인적 기반이 선진 외국과 비교할 때 턱없이 미흡한 수준이어서, 제도간 연계를 통해 사업의 효율성과 효과성을 크게 기대하기 어려운 상황이지만, 사업이 계속 다양화되고 관련 예산이 지속적으로 확충되는 추세에 있음을 감안할 때, 중장기적인 관점에서 장애 소득보장과 고용정책의 연계에 대한 모색이 이루어지지 않고 있는 현실은 결코 바람직하지 않다.

국내 장애 소득보장정책의 대표적 제도인 국민연금의 장애연금의 경우, 의학적 손상 중심의 장애 판정 기준을 토대로 급여가 제공되고 있으며, 직업재활 및 고용서비스와는 전혀 연계가 이루어지고 있지 않다.

국민연금 장애심사규정(보건복지부 고시 제2006-47호)에 의하면, ‘장애라 함은 부상 또는 질병이 완치되었으나 신체에 남아있는 정신적 또는 육체적 손상상태로 인하여 생긴 노동력의 손실 또는 감소를 말한다’고 규정되어 있다. 이와 같은 개념은 장애상태가 곧 근로능력의 상실이라고 보고는 있으나 의학적인 차원을 중심으로 4급 체제로 분류함으로써, 근로능력에 대한 고려가 미흡한 실정이다. 물론 의학적인 측면만을 고려하여 장애를 판정하는 장애인복지법상의 장애개념과는 다소 차이가 있으나, 대부분의 나라에서 장애연금 지급결정 및 지급정지, 지급수준을 정하는데 있어서 노동가능여부를 가장 중요한 준거기준으로 삼는 것과는

차이가 많이 발생한다. 결국 우리나라 장애연금은 노동가능 수준을 심사하고 이와 명확하게 연계하여 급여수준을 정하거나 급여지급여부를 결정하지 않음으로써, 근로유인기제가 부족하다고 볼 수 있다.

고용 및 직업재활서비스에 있어서도, 노동부와 보건복지부가 별도의 전달체계에서 유사한 서비스를 제공하고 있어 사업 자체의 비효율성이 문제점으로 꾸준히 지적되고 있으며, 양 전달체계의 역할 분담 및 연계에 대한 명확한 결론이 나지 않은 상황에서 사업 확장이 이루어지고 있는 상황이다. 더구나 최근에 많은 예산이 투입되고 있는 장애인 일자리 사업 역시 대상자 선정 기준 및 사업 내용을 보면 기존 고용 및 직업재활서비스와의 정책적 차별성의 확보 혹은 상호 연계 없이 한시적 사업 형태로 진행되고 있다고 할 수 있다. 이렇듯 고용 및 직업재활서비스 내에서 서비스 체계화의 부재와 서비스간 역할분담 및 연계가 이루어지고 있지 않은 상황에서 장애연금, 장애인연금 및 국민생활기초보장제도 등 소득보장제도와의 연계가 이루어지고 있지 않은 것은 지극히 당연하다고 할 수밖에 없다.

복지와 고용을 적극적으로 연계하는 것을 주요 특징으로 하는 능동적 복지를 국정 기조로 채택하고 있는 현 정부에서 소득 보전을 목적으로 하는 장애 급여와 고용서비스의 적절한 역할 분담을 모색하고 양자간 적극적인 연계를 모색하는 것은 매우 시의성 높은 과업이다.

이러한 인식에 기반하여 앞서의 기존 장애급여의 확대 및 새로운 급여의 도입 등을 내용으로 하는 단기적 접근과 병행하여 장기적 관점에서 소득보장제도의 효율성을 추구하기 위해 현재의 장애 소득보장체계를 주요 선진 외국과 같이 소득보전급여 체계 중심으로 재편하고 고용서비스와의 연계가 가능하도록 하는 개혁적인 조치들이 이루어져야 할 것이다.

첫 번째 전략으로서 현물급여의 확대를 통한 추가비용 보전의 추세를 고려하여 현금급여로서 추가비용 급여는 최고 수준의 소득보전급여를 수

급하는 중증 장애인의 부가급여로 재편하는 것을 내용으로 하는 소득보전급여 체계 중심의 장애 소득보장체계 구축을 위해 다음과 같은 두 가지 정책을 제안하고자 한다.

첫째, 장애인연금의 경우 부가급여로서 추가비용 급여를 도입하여, 근로능력 중증의 장애인에게 지급하도록 한다.

둘째, 장애인연금의 기초급여와 부가급여를 분리하여 장애인연금을 기초급여 중심으로 재편하고, 장애인연금의 부가급여와 경증장애수당을 장애수당으로 재편하여 소득보전급여로서 장애인연금과 추가비용급여로서 장애수당을 운용한다. 구체적으로 장애인연금은 장애인연금의 수급 요건을 충족할 수 없는 저소득 중증장애인의 기초생활보장을 목적으로 하는 독자적인 범주형 사회부조로 정립하여 운영되도록 하고, 장애수당은 장애인연금과 별개의 독자적인 수급 요건을 갖춘 추가비용 급여로서 운영되도록 한다. 범주형 추가비용 급여인 현재의 경증 장애수당을 장기적인 관점에서 폐지하고 장애인연금과 통합하여 고용서비스와의 강력한 연계를 전제로 하는 소득보전급여로 전환한다. 이 경우 국민기초생활보장제도는 근로능력이 있는 자를 대상으로 한 실업부조 성격의 범주형 사회부조로 전환되어야 할 것이다.

두 번째 전략으로서 소득보전급여와 고용서비스와의 적극적 연계를 추진하기 위해서 근로능력평가 요소가 반영된 수급 자격 심사를 통해 규명된 근로능력평가 결과에 따라 다음과 같이 급여 및 고용서비스를 차별화할 필요가 있으며, 이의 구체적인 방안은 다음과 같다.

첫째, 근로능력이 없거나 심각한 제약을 경험하고 있는 장애인의 경우 소득보전급여(장애인연금과 장애인연금)의 지급액수준을 강화한다.

둘째, 부분적 근로능력이 있는 장애인의 경우 새로운 소득보전 급여로서 일시 장애 급여(일시 장애인연금과 일시 장애인연금)를 도입하여 일정기간 지급하되 그 기간 동안에 집중적인 맞춤형 고용서비스를 제공하여

취업을 유도한다.

셋째, 근로능력에 제약이 거의 없는 장애인의 경우 소득보전급여 대상에서 배제하되, 보편적 고용서비스 강화를 통해 취업을 유도하고 앞서 단기적 접근에서 도입을 제안했던 장애인 자산형성 지원 프로그램을 연계하여 자립을 유도한다.

세 번째 전략으로서, 장애인의 고용율을 제고하기 위해 고용 및 직업재활서비스에 대한 예산도 지속적으로 증가시켜야 한다.

우선적으로 주요 선진 외국의 경험에서 효과성이 입증되었던 현장훈련(on-the-job training), 잡코치 모델(job coach model) 중심으로 기존의 고용 및 직업재활서비스를 재편해야 하며, 소득보장과 연계한 새로운 고용서비스로서, 공적 급여의 수급 요건으로서 근로능력평가에서 부분적 근로능력이 있는 장애인을 대상으로 하는 맞춤형 고용서비스를 도입할 필요가 있다. 즉, 앞서 언급한 바와 같이, 장애연금, 장애인연금 등의 새로운 장애 평가 체계에서 근로능력 손상이 많지 않은 장애인(부분적 근로능력이 있는 장애인)에 대해서 일정 기간 동안 장애 연금을 지급하되, 이 기간 동안에 장애인의 연령, 성별, 장애유형 및 장애 정도 등을 고려한 개별화된 고용 및 직업재활서비스를 집중 제공하는 프로그램을 도입할 필요가 있다.

참고문헌

- 강성호·홍성우(2009). **장애연금 적정수준 분석 및 급여수준 개선방안**. 국민연금연구원.
- 김성희·윤상용·김대철·서동명·박수지·이현민(2011). **장애인복지지표를 통해서 살펴 본 OECD국가의 장애인정책 비교 연구**. 한국보건사회연구원.
- 김성희 외(2012). **2011년 장애인실태조사**. 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 변용찬 외(2009). **2008년 장애인실태조사**. 한국보건사회연구원·보건복지부.
- 신경혜(2006). **국민연금 장애 및 유족연금 수급자 추계모형**. 연구보고서 2006-18. 국민연금공단 국민연금연구원.
- 원종욱·윤상용·김준성·권정아·이신영·이정배·유인실·정인(2010). **국민연금 장애개념 및 장애심사기준 개편 방안 연구**. 국민연금연구원.
- 윤상용·김태완·최현수·이정우·이민경(2010). **장애인연금 시행방안 연구: 법, 제도를 중심으로**. 한국보건사회연구원·보건복지부.
- De Jong, P.(2003). Disability and Disability Insurance. In Prinz, C (ed.). *European Disability Pension Policies: Eleven country trends 1970-2002*. Ashgate.
- Dixon & Hyde.(2000). A Global Perspective on Social Security Programmes for the Disabled People. *Disability & Society, Vol. 15*. No. 5.
- Dixon, J.(1999). *Social Security in Global Perspective*. Westport, CT, Praeger Publishing.
- NDA(2004). *Report on the cost of disability*.
- OECD(2006). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: Norway, Poland and Switzerland*.
- OECD(2007). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: Australia, Luxembourg, Spain and the United Kingdom*.

OECD(2008). *Sickness, Disability and Work: Breaking the Barriers: Denmark, Finland, Ireland and the Netherlands.*

OECD(2009). *Sickness, Disability and Work: Keeping on track in the economic turn.*

OECD(2010). *Sickness and Disability Policies Synthesis Report.*

OECD(2003). *Transforming disability into ability.*

[토론 내용]

- 장애 소득보장체계 중, 중추적인 역할을 해야 하는 기여식 장애소득보장제도인 장애인연금이 아직 성숙하지 않으므로, 현재 이용자 수가 가장 많은 비기여 장애소득보전 급여인 장애인연금에 대해서 중점적으로 논의됨

1) 장애인연금 급여 현실화

- 장애인연금의 기초급여와 부가급여 중, 기초급여는 타 제도와의 형평성 등을 고려해야 하며, 기초노령연금의 급여수준(9만원 선)으로 설정되어 있음.
- 기초급여와 부가급여를 구분하여 기초급여는 범주형 사회부조 형식으로 장애인에 대한 소득보전급여(부조방식)로 발전시키고, 부가급여는 수당(allowance)로 대상범위를 확대하여 유연하게 운영하는 방식 제안함.
- 소득보전 성격을 가지는 기초급여에서 장애인과 노인 등 타 집단과의 관계에서 장애인에 대한 기초급여의 상향 조정에 대한 타당한 논리적 이론 제시가 필요함.
- 현실적으로는 장애인연금 급여 상향에 대한 장단기 계획과 구체적인 양적 자료를 가지고 논의가 되어야 현실화가 가능함.

2) 다층 소득보장체계 구축

- 다층 소득보장체계 구축을 위해서, 소득보장 별로의 접근 외에 장애인 (혹은 근로무능력자) 입장에서 수급하게 되는 급여를 총화적으로 보여줌으로써, 발생할 수 있는 중복급여의 확인이 필요함¹²⁾.

12) 그러나, 장애인연금 및 장애인연금 제도 자체가 성숙하지 못한 시점에는 급여가 중복되는가

(장애인연금과 장애연금은 배타적이지 않음/장애인연금과 기초노령 연금은 배타적임)

- 장애연금이 성숙하기 전인, 현재 가장 많은 장애인에게 지급되는 소득보장제도인 장애인연금의 주요 타겟을 어떻게 잡을 것인가는 매우 중요한 부분임.
- 국민기초생활보장제도, 기초노령연금 등 타 제도와의 관계 설정 필요
 - 발표자는 단기적으로는 국민기초생활보장제도에 장애인가구의 특성을 고려한 별도 기준을 제시하는 것을 제안하였고, 장기적으로는 장애인연금 기초급여를 범주형 사회부조로 발전시키는 것 제안함.
- 범주형 사회부조로의 장애인연금 대상 기준은, 근로능력 기능에 대한 기준으로 접근할 필요가 있으며, 현재와 같이 장애등급 1~2급 (중복인 경우 3급)에 대해서 지급하는 방식은 의학적으로는 중증이나, 근로가능한 장애인은 연금 수급에 포함시키고(inclusion error), 장애등급이 경증이나 근로 불가능한 장애인은 연금 수급에 포함시키지 못하는(exclusion error) 대상자 선정의 오류를 가져올 수 있음.
- 장애에 대한 소득보장 제도에서 장애 기준으로 근로가능 정도를 포함시킬 필요가 있음.
 - 현재 국민연금공단의 장애연금 수급 기준에 근로가능정도를 평가하는 기준을 도입하고자 연구용역중이며, 장애연금에 근로능력평가가 도입된다면, 이후 장애인연금에서도 장애연금 평가기준을 준용하는 것이 가능할 것으로 보임.

에 대한 점검 보다는, 급여가 중복으로 지급되에도 불구하고 급여 총 수준이 낮다는 점이 더 문제가 된다는 점임.

- 범주형 사회부조에 근로가능 집단, 부분근로가능, 근로불가집단으로 구분하여 제도를 설계하는 경우, ‘근로불가함’ 집단은 이전의 ‘생활보호제도’로 회귀하고, ‘근로가능함’ 집단에 대한 새로운 제도를 만드는 형식이 되는 것은 아닌가
 - ‘근로가능’ 집단으로 평가된 집단에 대해서는 현금 급여를 포함하여 급여지급의 도덕적 문제 등이 끊임없이 제기될 가능성이 있음.
 - 반론 : 분리를 한다고 하더라도 권리는 상당히 확보되어 있고, 급여수준에 대한 기대도 높아져 있고, 다른 제도들이 이미 결합된 상태이기 때문에 급여수준이 낮아질 수는 없다고 생각함.
 - 분리를 주장하는 사람들의 생각은 근로능력이 없는 사람에게는 확실하게 높게 주고, 일을 할 수 있는 사람은 어떻게 해서든 일과 연결시키자는 취지이기 때문에 ‘생활보호제도’로 회귀할 것이라고 보기는 어려움.
- 장애에 대한 범주형 사회부조로 장애인연금 제도를 발전시킨다면, 철학적으로 ‘장애’에 대한 사회적 배제와 가까운가, 아니면 통합의 의미를 가지는가에 대한 논의도 필요함.

3) 현물급여(사회서비스 등) 등과의 중복성 논의

- 소득보장체계를 구축함에 있어서, 현금급여 간의 중복성에 대한 점검과 논의가 있어야 하지만, 현물급여와의 중복성도 점검되어야 함.
- 발표자가 주장한, 현재 장애인연금의 부가급여를 장애수당(allowance) 형식으로 대상자 선정에서 너그럽게 진행하고, 보호자 수당¹³⁾을 도입하게 된다면, 투입 예산이 크지 않은 상황에서

13) 장애인 등을 돌보는 것으로 인하여, 보호자 본인의 근로 가능 기회 상실에 대한 지원

장애인 활동지원제도와와의 충돌이 있을 것으로 보임¹⁴⁾.

4) 연금과 일의 연계

- 장애인연금 및 장애연금 제도는 현재 고용서비스와 연계하는 시스템을 갖추고 있지 않음.
- 장애연금의 경우, 장애연금 수급자를 대상으로 고용서비스 연계가 보다 용이할 것으로 전망되는데, 이는 근로가능여부 및 현재 근로여부를 통해 급여제한 및 고용서비스 강화 등을 제시할 수 있기 때문임.
- 장애인연금의 경우, 대상자 선정에서 근로가능여부에 대한 평가가 부재하고, 특별히 상담 등을 통해 연금지급과 고용서비스 연계의 접점을 만들 수 있는 시스템 구축이 되어 있지 않음. => 향후 개선 필요
- 장애인연금 제도에서의 일과 복지의 연계 가능성
 - 근로능력이 있다 없다고 이분하기 보다는 상대적으로 근로능력이 얼마나 많은지 적으냐의 문제이고, 일과 복지를 연계시킬 때의 요구하는 일의 성격에 따라 다를 수 있음. 장애인의 ‘근로’ 범위를 어느 선까지 보느냐에 따라서 논의가 될 수 있음.
 - 고용서비스가 연계되었다고 생각되었을 때 반드시 담보해야 하는 부분은 더 많은 예산이 투입으로, 실질적으로 장애인이 일을 한다고 했을 때 일을 통한 충분한 소득이 보장되어야 함.
 - 장애인이 취업했을 때 임금의 일부를 정부가 부담해주는 성격의 임금보조 제도가 작동하면 장애인의 근로활동에 대한 인센티브가 될 수 있을 것임.

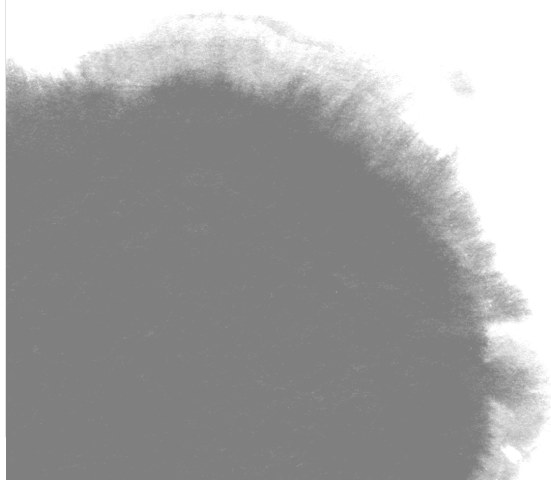
14) 영국의 경우, 활동지원제도 성격의 direct payment를 운영하고 있으면서, 보호자 수당 제도 같이 운영하고 있음.

□ 장애인 자산형성지원제도 도입에 대한 건의

- 현재 저소득 아동에 대해서 정부매칭 사업으로 이루어지고 있는 자산형성지원제도를 보다 현실적인 수준으로 확대시켜서 장애아동의 성인기 자산형성지원을 위한 정부매칭사업으로 제도화 하는 것 건의함
- 향후 예방적 성격의 소득보장제도라는 점에서, 중점적인 대상을 중증 장애아동으로 하되, 경증장애아동에게도 같이 도입하는 것이 필요하다는 의견

4장

제3차 장애인정책포럼



제3차 장애인정책포럼

[주제 발표]

- ☐ 영국에서의 직접지불제도와 개인예산제도의 도입과정 및 시사점
 - 이승기 (성신여자대학교 사회복지학과 교수) -

- ☐ 영국의 장애인활동지원제도에서의 직접지불제도의 실제 (Direct Payment for Personal Assistance Service)
 - 정종화 (삼육대학교 사회복지학과 교수) -

[좌 장]

박경수 (한양사이버대학교 사회복지학과 교수)

[토론자]

지은구 (계명대학교 사회복지학과 교수)

남찬섭 (동아대학교 사회복지학과 교수)

이은기 (노들담복지관 사무국장)



영국에서의 직접지불제도와 개인예산제도의 도입과정 및 시사점

이승기 (성신여자대학교 사회복지학과 교수)

제1 절 들어가며

○ 본 고의 목적은 정부가 장애인복지서비스 제공기관에게 보조금을 지급하는 방식에서 이용자인 장애인에게 현금을 직접 지원하는 방식으로의 개편에 대해 고찰하는 것임.

○ 우리나라의 전통적인 재정할당 방식은 정부가 장애인복지서비스 제공기관에게 보조금을 지급하는 방식이며, 최근 들어 장애인활동지원서비스 및 장애아동재활치료 등 바우처를 통해 이용자인 장애인에게 재정을 직접 지원하는 방식이 도입되었지만 이것이 전통적인 보조금 방식에 까지 변화를 미치고 있지는 못함.

○ 우리나라의 경우 장애인복지서비스를 책임지는 대표적인 기관으로 장애인거주시설과 장애인지역사회재활시설이 있으며, 바우처가 본격적으로 도입된 2007년 전후의 시설 수를 보면 2005년 1,314개소, 2007년 1,600개소, 2009년 1,960개소 등 꾸준한 증가 추세에 별 다른 변화를 보이지 않고 있음(보건복지부, 2010). 이것은 장애인복지서비스에 대한

재정지원 방식이 공급자중심으로 여전히 진행되고 있다는 것을 보여주는 것으로, 바우처 방식은 새로운 재정지원 방식의 출현일 뿐 전통적인 공급자 지원 방식에 대한 개편 목적을 가지고 도입된 것은 아니라는 것을 반증하는 것임. 결국 현재의 장애인복지서비스 분야에 있어서의 재정지원 방식은 신규 서비스 분야에 대한 바우처 방식과 기존 서비스공급자에 대한 보조금 방식으로 양분되어 있다고 할 수 있음.

○ 공급자 보조금 지급 방식은 공급자에게 서비스의 생산과 제공을 일임하는 공급자 중심적 재정지원 방식이고, 바우처 방식은 이용자에게 선택권 부여하는 것으로 이용자 중심적 재정할당방식이라고 할 수 있으므로, 현재 정부의 재정지원 방식은 이용자 중심과 공급자 중심이 혼재되어 있는 방식이며 이로 인해 서비스공급체계를 이용자의 참여와 선택권을 강화하는 방식으로 전환하는 데에 제한적인 영향을 주고 있을 뿐임.

○ 바우처 방식은 그 성격상 바우처를 사용할 수 있는 제한된 영역에서의 선택권 보장으로 현금에 비해 이용자의 권리를 극대화하는 데에 한계를 가짐. 이에 비해 현금지급 방식은 이용자의 선택권을 극대화할 수 있음에도 불구하고, 사용처에 대한 통제수단의 미약 등 보완적 사항이 많아, 우리나라 복지영역에서는 소득보장 차원 이외에는 도입되어 있지 않음.

○ 영국도 1996년 직접지불제도를 도입하기 전까지는 서비스에 대한 지원을 현금으로 지급하는 것은 불법이었으나, 장애계의 장애운동과 요구 등에 힘입어 현금을 직접지급 받는 직접지불제도가 시행되고 있음. 2005년에는 직접지불제도의 범위가 확장된 개인예산제도를 도입하여 장애인의 선택권과 구매권을 보다 확대하고 이용자 중심적인 체계로의 전

환을 모색 중임.

○ 따라서 바우처 제도를 넘어서서 이용자의 참여와 선택권을 강화하기 위해 이용자인 장애인에게 현금을 직접 지급하는 방식을 고찰한다면, 우리나라 장애인복지 서비스 재정체계에 대한 변화가능성을 탐색할 수 있는 기회가 될 수 있으며, 이점에서 현금지급 방식을 이미 경험하고 있는 영국의 사례는 우리나라에의 적용가능성을 타진할 수 있는 자료로 활용이 가능할 것임.

○ 이에 따라 본 고에서는 서비스 확대에 따른 바우처 제도의 단순 도입을 넘어서는 장애인복지서비스전반에 관하여 이용자에게 재원을 직접 지급하는 방식으로의 개편에 대해 영국의 경험을 토대로 고찰해보고자 함.

제2절 우리나라의 장애인복지서비스 전달체계 개편 상황

○ 2007년 보건복지부는 장애인복지체계를 포함하여 장애인복지 전달체계의 개편을 시도하는 연구용역을 시작하였고, 연구결과를 바탕으로 2008년부터 장애인복지 인프라 개편이라는 명칭으로 전달체계 개편사업을 추진하였음.

○ 장애인복지 인프라 사업의 핵심은 장애인등록에서부터 서비스 제공까지를 원스톱으로 제공하기 위한 장애인복지전달체계를 구축하기 위한 것으로, 이를 위한 모의적용 사업이 2차에 걸쳐 진행되었는데 2008년에는 장애인개발원이 주축이 되는 독립형, 지자체와 장애인복지관이 협력하는 지자체형, 국민연금공단이 참여하는공단형을 모델로 하였고,

2009년에는 장애인개발원이 참여한 지자체 내부형과 국민연금공단이 참여한 지자체 외부형을 모델로 하여 진행되었음(변용찬 외, 2008; 이승기, 2009).

- 이후 2011년에 수행된 장애인복지인프라 개편 시범사업과 2012년에 수행되고 있는 시범사업에 대한 수행주체로 국민연금공단이 결정되어 장애인복지전달체계의 중심적 기능을 수행하고 있음.

- 이러한 개편사업은 초기 욕구사정, 서비스 연계 등에 대한 인프라 구축을 위한 다양한 도구의 개발과 경험을 축적했으나, 아직까지 전달체계의 이용자 중심적 개편까지는 이르지 못하고 있음. 이에 대한 이유로는 법적, 제도적 근거의 미비, 지역사회 자원의 불충분, 사업을 담당하는 국민연금공단의 정체성, 장애인만의 독자적 전달체계 수립에 대한 회의, 서비스 공급기관의 공급 중심적 체계 지향성의 지속 등을 들 수 있음.

- 이러한 여러 가지 이유가 있지만, 우리나라의 특성 상 가장 우선적으로 극복되어야 할 사항은, 정부 측면에서 보면 이용자 중심적 체계에 대한 분명한 이해 및 의지, 서비스공급기관 측면에서 보면 서비스에 대한 실질적 권한을 이용자에게 확보시켜 주는 것에 대한 방향성을 설정하고 실천하는 것으로 들 수 있으며, 이러한 방향성이 설정된다면 나머지 사항들은 자연스럽게 해결되어 나갈 수 있는 과제들이라고 할 수 있음.

- 그리고 이러한 방향성의 설정은 서비스 이용에 대한 권한을 이용자에게 강화시켜주는 것이 핵심이며, 이러한 핵심사항을 뒷받침하는 가장 중요한 요소는 이용자에게 재정지원을 직접적으로 확대시켜 나가는

것임. 이것은 우리나라 장애인복지전달체계의 기본적인 골격을 건드리는 것으로 이에 대한 논의가 앞으로 치열하게 이루어져야 할 것임.

제3절 재정지원방식 모델 검토

○ 복지서비스에 대한 재정지원 방식과 관련한 모델로는 공급자중심 모델과 이용자중심모델이 논의되고 있으며(윤영진 외, 2009), 공급자중심모델은 정부가 재정을 직접 사용하여 서비스를 산출하는 정부주도형 모델과 정부가 보조금을 서비스생산자에게 지급하여 서비스에 대한 재정 부담과 산출을 이원화시키는 민간위탁방식으로 구분할 수 있음(안국찬, 2000).

○ 공급자중심모델에서는 이용자는 서비스 이용에만 관여하고 서비스 비용 지불과정에서 참여가 배제되어 이용자의 권리가 약화되는 현상이 발생하게 되는데 비해, 이용자중심모델은 서비스공급자가 아닌 이용자에게 재원을 직접 지급하는 방식으로, 이에 대한 방법은 바우처 혹은 현금 등을 활용하는 것임(윤영진 외, 2009). 산출되어 있는 서비스를 단순히 이용하는 것이 아니라 이용자가 서비스를 직접 구매하는 방식이므로 이용자의 권리가 한층 강화될 수 있음.

1. 공급자중심모델

○ 공급자중심모델은 복지서비스의 공공성과 밀접한 관련을 맺는데, 이익이 우선되지 않는 복지서비스의 공공재적 특성상 이를 경쟁시장에 맡겨 놓을 경우 적정량의 서비스 산출이 어려워지고, 서비스가 산출되었다 하더라도 구매력이 약한 복지서비스 이용자가 필요한 서비스를 이용

하지 못하게 되는 시장실패가 발생하게 됨(현진권, 2008). 이로 인해 정부는 복지서비스 생산에 개입할 수밖에 없는 데 개입방식은 두 가지로 구분됨. 하나는 정부에서 직접 생산을 담당하는 정부 주도방식이며, 두 번째는 영리를 추구하지 않고 복지서비스 생산에 신뢰도가 높은 비영리 민간조직에 보조금을 지급하여 서비스를 제공토록 하는 민간위탁방식임(노시평, 2007).

○ 우리나라 복지서비스 경우 민간위탁방식이 대부분을 차지하고 있는데 이것은 복지서비스 제공초기부터 정부에서 비영리민간조직에게 보조금을 지급하던 방식이 정착되어왔기 때문임(양난주, 2011). 특히 우리나라와 같이 보조금의 규모가 비영리민간조직이 산출하는 서비스의 질과 양에 따라 결정되는 것이 아니라 시설규모 및 인력 등 공급능력과 직접적으로 연동되어 산출될 경우 이용자는 서비스산출과정에 어떠한 영향력도 가지지 못하므로 단순한 서비스 이용주체로 전락할 가능성이 높음(김용득·김미옥, 2007).

○ 또한 서비스 산출과정에서 정부는 재정지원에 대한 책임만을, 비영리민간조직은 서비스 생산만을 담당하는 방식으로 분절화 될 경우, 정부는 서비스 산출 및 이용과정에 대한 책임을 비영리민간조직에게 넘기고, 비영리민간조직은 서비스 질과 양에 대한 통제에서 벗어나 자율적 책임만을 갖게 되어 서비스공급체계에 심각한 구조적 훼손이 발생하게 됨.

○ 당초 민간위탁방식은 정부와 비영리민간조직이 상호간의 역할 분담을 통하여 정부는 관료적 한계를 극복하고 비영리민간조직은 안정적 재원을 확보하면서 전문적 복지서비스를 제공할 수 있다는 토대에서 출발한 것임. 따라서 민간위탁방식은 정부와 비영리민간조직의 적정한 협

력체계가 구축되지 않게 되면 오히려 문제가 양산되는 구조로 변질될 가능성이 있게 될.

○ 민관협치 혹은 거버넌스 등으로 표현되는 민-관파트너십에 대한 관심이 증가하는 이유도 여기에 있음(Butcher, 2002). 그러나 민-관파트너십에서 발생하기 쉬운 서비스의 중복과 누락, 이해관계의 충돌, 공공의 책무 회피, 민간기관의 관료화 등의 문제점이 시정되기는 쉽지 않음(강욱모, 2008).

○ 우리나라의 민간위탁방식에는 여러 가지 비판이 제기되는데. 첫째, 정부에 대해서는 재정책임만을 담당할 뿐 서비스의 적정한 제공수준과 절차에 대한 책임회피가 이루어지고 있다는 점(은재식, 2008), 회계처리 등에 대한 일상적이고 획일적인 감독체계의 구축으로 서비스에 대한 질 관리를 등한시 한다는 점(김영중, 2002), 정부와 비영리민간조직의 분절화 등을 초래하여 상호간 협력체계가 구축되지 못하다는 점(이승기, 2012) 등 정부의 역할 충실성에 대한 비판이 있음.

○ 둘째, 보조금을 받고 있는 비영리민간조직에 대해서는 이용자의 욕구에 대해 민감성 있는 대응을 하지 못하고 기관 중심의 운영체제가 고착화 되었고(장애인단체총연맹, 2011), 지역사회에서 이용자에 대한 서비스 네트워크 체계를 구축하여 기관 간 협력이 상시적으로 이루어지도록 하여야 함에도 이에 대한 노력이 미흡하다는 것(유태균·김자옥, 2001) 등 비영리민간조직이 오히려 관료화의 길을 걷고 개별중심의 서비스기관으로 안주하고 있다는 비판이 있어 왔음.

○ 셋째, 이용자의 경우에는 서비스이용에 대한 접근 책임을 이용자가

담당하게 되어 불편이 초래되며(이승기, 2012), 이용자가 서비스 이용비용에 둔감해져 도덕적 해이현상이 발생할 수 있다는 점(윤영진 외, 2009) 등이 지적되고 있음.

○ 이러한 상황은 비영리민간조직에 대해 획일적으로 보조금을 지급하는 민간위탁방식이 타당한지에 대한 의문으로 이어지게 되며, 특히, 서비스제공 및 지불과정에서 배제된 이용자 관점에서 보면 서비스와 관련된 주된 주체임에도 영향력을 거의 가지지 못한다는 문제가 제기 될 수 있음.

○ 정부에서 2007년도에 본격적으로 도입하기 시작한 사회서비스 바우처 제도는 이러한 일단의 고민이 제도로 표출된 것으로 보임.

2. 이용자중심모델

○ 이용자중심모델은 비영리민간조직에 재정지원을 축소 내지 제한하고 현금 또는 바우처 등을 이용자에게 직접적으로 제공하는 방식을 말한다. 이용자가 재원을 직접적으로 사용할 수 있으므로 단순한 서비스 이용에서 구매 형태로 전환되어 서비스성격에 질적 전환이 이루어짐.

○ 이러한 변화는 1990년대 소비자중심주의 또는 당사자주의의 본격적 등장과 맞물려 있으며 이용자중심적 체계로의 개편을 시도한다는 점에서 방향성이 비슷하다고 할 수 있음. 즉, 소비자중심주의가 시장에서의 교환의 원리에 기초하여 소비자로서의 측면을 강조하는 반면 당사자주의는 시장기제에 의한 구매방식이 아니라 서비스 과정에 대한 통제력을 당사자가 가져야 한다고 주장하는 점에서 양자 간에 차이가 발생하

지만, 공급자가 아닌 이용자 중심적 체계를 강조한다는 점에서 유사하다고 할 수 있음(김용득·김미옥, 2007).

○ 우리나라의 경우 이용자중심모델은 2007년도부터 이용자에게 바우처를 지급하는 사회서비스 제도의 확충으로 본격적으로 도입되기 시작하였으며, 복지서비스 구조에 상당한 영향을 미치고 있음(이재원·손정원, 2011). 비영리민간조직의 입장에서는 서비스에 대한 산출 및 제공에 대한 안정성이 낮아지고 이용자의 선택을 기다려 비용을 보전해야 하므로 불확실성이 증가되는 문제가 발생하지만 이것은 이용자의 욕구와 서비스 품질에 민감해지게 되는 효과를 발생시켜 공급자의 질적 변화를 유도하는 기제가 되기도 함(양난주, 2011). 실제로 바우처 방식으로 시행되는 장애인활동지원제도의 경우 장애인지역사회재활시설, 장애인자립생활센터, 지역사회활센터 등 복수의 공급기관에서 경쟁적인 서비스제공 체계가 구축되고 있으며 이용자를 유치하기 위한 민감성이 증가하고 있음(이승기 외, 2011).

○ 정부는 서비스 이용당사자에게 재원을 직접 지급함으로써 서비스 효율성과 만족도를 높일 수 있고 비용절감 효과를 기대할 수 있음(보건복지부 내부자료, 2010). 그러나 궁극적으로 국가책임을 축소하고 서비스 이용에 대한 개인의 책임을 과도하게 증가시켜 복지시장화의 도구로 사용하는 것에 불과하며, 복지서비스 영역에 대해 영리기관의 진입의 허용이 본격화되면 오히려 서비스의 질을 낮추게 되는 결과를 초래한다는 지적도 있음(은재수, 2008). 또한 유사시장적 성격을 가진 복지서비스의 속성상 충분한 실현 기반 없이 이용자 선택권을 무리하게 확대하는 것은 이용자 선택권 강화를 담보할 수 없으며 오히려 완전한 민영화로 가기위한 중간적 역할에 불과하다는 비판이 있음(Butcher, 2002).

제4절 영국의 장애인복지서비스 재정지원 방식의 변화 경험

1. 서비스지원체계의 제도적 변화

○ 장애인에 대한 영국 정부의 전통적인 서비스제공방식은 크게 두 가지임. 하나는 정부가 직접 시설을 건립하고 운영하는 방식으로 장애인에게 직접적인 서비스를 제공하는 것이고 다른 하나는 장애인에게 필요한 서비스 생산비용을 서비스 제공자에게 지급하는 방식으로, 공급자모델방식이라고 할 수 있음(Sanderson & Lewis, 2012).

○ 1990년에 도입된 커뮤니티케어 제도는 이러한 두 가지 방식 중에서 첫 번째의 직접운영 방식을 축소하고, 서비스 공급자에 대한 재정지원 방식으로 전환하기 위해 도입된 것으로, 지방정부에 장애인에 대한 욕구사정, 케어플랜 등 사례관리시스템을 도입하고 장애인의 참여를 보장하며 서비스의 질이 확보되도록 서비스 지원체계를 구축한 것이라고 할 수 있음.

○ 이에 따라 지방정부의 역할은 서비스를 직접 공급하는 주체에서 서비스구매자로서의 기능이 강화되는 커뮤니티케어의 주도자적 지위에 서게 되며, 서비스공급자의 경쟁 및 서비스 시장의 촉진화를 추구하게 됨(Means et al, 2008).

○ 이와 같은 서비스체계는 서비스에 대한 비용을 공급자에게 제공하는 간접지불(indirect payment) 방식이라고 할 수 있으며, 장애인에게 현금을 직접지불 할 수 있도록 허용한 직접지불제도(direct payment)의 도입 전까지 서비스 비용을 장애인에게 직접 현금으로 지급하는 것

은 금지되었음(Glasby, & Littlechild, 2009).

○ 그러나 장애계는 이러한 공급자 중심형 간접지불방식이 장애인의 서비스에 대한 통제와 선택을 심각히 훼손한다고 주장하며 서비스 비용을 현금으로 장애인에게 직접 지급하도록 하여 당사자인 장애인이 현금 구매력을 가지고 서비스를 선택하고 통제할 수 있도록 제도화할 것을 영국 정부에 지속적으로 요구하였음(Pearson, 2006).

2. 직접지불제도(Direct Payments)의 도입

○ 장애인에게 현금을 직접 지급하는 직접지불제도(Direct Payments)는 1996년의 커뮤니티 케어 법(Community Care Act)의 수정에 의해 제도화되었고, 유예기간을 거쳐 1997년 4월 1일 시행되었음(Glasby, & Littlechild, 2009).

○ 직접지불제도는 서비스에 대한 장애인의 선택(choice)과 통제(control)를 강화함으로써 장애인의 자립생활에 기여하고자 추진된 장애인운동에 뿌리를 두고 있으며, 초기에 직접지불제도에 부정적이었던 영국 정부를 설득함으로써 제도화에 성공하였음.

○ 당시 영국 보수당 정부에서는 직접지불제도의 도입으로 서비스 비용이 급격히 증가할 것이라는 우려가 팽배하였고, 이것은 직접지불제도 도입 전의 자립생활기금(Independent Living Fund) 운영 경험에서 비롯된 것임.

○ 1986년 영국 정부는 장애계의 꾸준한 장애인운동을 받아 들여 자립

생활기금을 한시적으로 도입하였는데, 자립생활기금은 제한된 서비스 영역에서 저소득 층 장애인에게 현금지원을 허용하는 것으로 당초 예산을 뛰어 넘어 현금지원을 원하는 장애인의 수가 폭발적으로 증가하는 현상이 발생하였음.

○ 이러한 현상은 장애인에게 자신이 필요한 서비스를 구매할 수 있는 권한을 주었기 때문에 발생한 것으로 이에 대한 제어 필요성을 느낀 영국 정부는 1993년 자립생활기금의 수혜자를 65세 이하 장애인으로 제한하면서 금액의 한도도 축소하는 대책을 시행하게 됨.

○ 그러나 영국 정부의 이러한 대책에도 불구하고 자립생활기금은 장애인 자신의 선택과 통제아래 서비스를 구매할 수 있다는 가능성을 의미하는 것이었으며, 서비스에 대한 권한이 서비스 제공자 및 전문가로부터 이용자에게로 이동하는 질적 변화의 계기가 되었음.

○ 직접지불제도의 도입 압력에 직면한 영국정부는 딜레마에 빠지게 되는 데, 하나는 자립생활기금의 경험을 통해 얻은 직접지불제도의 전면적 시행이 가져올 비용의 폭발적 증가 가능성에 대한 우려와 또 하나는 당시 보수당 정권의 가치였던 소비자주의(consumerism)에 의한 소비자의 참여와 선택권의 신장이 직접지불제도를 통해 가능할 것이라는 기대의 충돌이었음.

○ 이러한 딜레마는 직접지불제도가 정부 측면에서 보면 오히려 비용을 절감할 수 있는 방안이 될 수 있으며 질적으로 보다 향상된 서비스가 보장될 것이라는 내용이 일련의 연구들에 의해 발표되었고 영국 정부가 직접지불제도의 도입을 받아들이는 계기가 되었음(Zarb &

Nadash, 1994).

〈표 4-1〉 서비스 제공방식에 따른 시간 당 평균비용

서비스 방식	시간당 평균비용
직접서비스 제공방식	8.52 파운드
직접지불 방식	5.18 파운드

출처 : Zarb & Nadash, 1994

○ 따라서 직접지불제도는 장애계에서는 장애운동을 통해 장애인의 자립생활을 실현시킬 수 있는 주요한 수단으로 인정되어 도입이 추진되었던 반면에, 영국 정부의 입장에서는 비용을 증가시키지 않으면서 소비자의 선택권을 확장시킬 수 있다는 신자유주의적 소비자주의의 가치 실현이 보다 주요한 사항이었다고 말할 수 있음.

3. 개인예산제도(Individual Budgets)로의 확장

○ 개인예산제도(Personal Budgets)는 장애인 이용자에게 현금을 직접 지급한다는 점에서 직접지불제도와 공통점을 가지고 있지만 발전과정에 있어서는 뚜렷한 차이를 보임. 먼저 직접지불제도가 오랜 기간 동안 장애인 당사자들의 운동과 노력에 의해 도입된 제도라고 한다면 개인예산제도는 2003년에 도입된 제도로 비교적 최근의 발전 역사를 가지고 있으며, 장애인당사자에 의해 추진되었다기보다는 학습장애인에 대한 서비스 제공자들의 연합적 노력에 출발되었다는 점에서 다름.

○ 이것은 개인예산제도가 자립생활 확보를 위한 장애인운동이 아닌 학습장애인의 통합운동(inclusion movement)을 주창했던 사람들이

2003년에 모임을 결성되면서 추진되었다는 데에서도 알 수 있으며 (Glasby, & Littlechild, 2009)¹⁵⁾, 아울러 직접지불제도의 도입에 대해 영국 정부가 오랫동안 반대하는 입장을 취했던 것에 비해 개인예산제도는 오히려 영국 정부가 적극성을 가지고 추진했다는 점에서 차이를 보이고 있음.

○ 또한, 직접지불제도가 간접지불 방식으로 이미 지원되고 있었던 성인 케어서비스 영역에 해당하는 비용을 장애인에게 직접 현금으로 지급하는 방식으로 시작한 것이라면, 개인예산제도는 개인의 욕구를 기반으로 하여 필요한 모든 서비스 영역에 대해 현금지급이 이루어지는 것으로 그 범위에 있어서도 차이를 보이고 있음.

○ 이에 따라 직접지불제도에 비하여 개인예산제도에는 다양한 제도적 변화가 뒤따르게 되는데, 먼저, 욕구에 대응하여 이를 현금화로 전환할 수 있는 시스템이 마련되어야 하고, 현금할당을 통해 장애인이 서비스를 구매할 수 있는 지원시스템이 보다 포괄적으로 작동되어야 함. 현재 욕구에 대응하여 이를 현금화하는 시스템으로 개인예산제도의 발전에 핵심적인 역할을 했던 In Control이 개발한 RAS(Resouces Allocation System)가 대표적이며, 서비스구매를 지원하는 제도의 일환으로 다양한 형태의 중개자(Broker)가 활동하고 있음.

4. 이용자 중심적 재정지원방식 도입의 요인

○ 직접지불제도와 개인예산제도는 영국의 사회서비스 체계를 이용자

15) 이 모임이 개인예산제도의 정착화에 결정적으로 기여했던 영국의 비영리단체 In Control의 기원이기도 하다.

중심적 모델로 변화시키는 촉매제 역할을 수행하면서 근본적인 변혁을 수반하고 있음. 이러한 변혁 중에서 정부와 장애인간의 역학 관계를 중심으로 쟁점에 대해 검토함.

○ 직접지불제도와 개인예산제도는 서비스 이용자에게 직접 현금을 지급하여 서비스를 구매하도록 함으로써 서비스에 대한 이용자의 선택과 통제를 실현하도록 하는 제도임. 서비스 구매는 일반적으로 경쟁적 공급 기관의 존재를 전제로 하여 가능하고 이러한 점에서 장애인복지서비스를 장애인 이용자가 현금을 가지고 직접 구매하게 하는 것은 복지기관의 민영화 내지 복지서비스의 시장화와 연결되게 됨.

○ 신자유주의는 서비스 공급주체를 다변화하고 이러한 공급주체가 생산한 서비스를 소비자가 직접 선택하게 하는 소비자 주의와 맞물려 있어, 직접지불제도와 개인예산제도가 신자유주의의 소비자주의 혹은 복지 시장의 시장화를 실현시키는 수단으로 작동할 수 있다는 비판이 제기됨.

○ 즉, 직접지불제도는 장애인의 자립생활을 실현시킬 수단으로 인정 받아 장애계가 제도도입을 주장한 것으로 신자유주의적 소비자주의를 추구하고자 한 것이 아니었음에도 불구하고, 직접지불제도에 소극적이었던 영국 정부가 이를 받아들인 데에는 비용증가에 대한 우려가 불식되었을 뿐만 아니라 서비스 이용자의 선택권을 강화해 비효율적이었던 복지서비스 시장을 개편하고자 했던 의도가 있었기 때문임(Pearson, 2006).

○ 따라서 직접지불제도와 개인예산제도는 정부와 장애계가 각기 다른 목적을 가지고 추진했지만 이용자의 선택권 강화라는 동일 목표를 가지게 함으로써 제도화에 성공했다고 볼 수 있으며. 따라서 이제 남은

것은 직접지불제도와 개인예산제도가 장애인의 자립생활에 기여하였음에도 불구하고, 동 제도가 필연적으로 촉발시킬 복지에 대한 과도한 소비자주의의 작동과 복지 시장주의의 거센 물결을 어떻게 풀어나갈 것인지에 대한 고민이라고 할 수 있음.

제5절 시사점

1. 영국과 한국 상황의 차이

○ 영국의 경우 지방정부의 장애인에 대한 서비스 제공이 직접서비스→정부주도의 연계서비스→직접지불에 의한 장애인의 서비스 선택권 강화 방안으로 변화하면서, 서비스제공기관에 대한 민영화 및 유사시장 육성 등의 형태로 발전되는 과정을 거치고 있음. 이것은 복지의 주체가 국가에서, 이제는 국가의 통제아래 국가와 서비스제공기관과의 협력으로 변환되는 과정이며, 이를 통해 복지재정의 효율성을 꾀하는 시도가 이루어지고 있는 것임. 장애인의 입장에서 보면 국가주도의 시스템 하에서 장애인의 선택권이 제한적으로 이루어지는 문제점을 극복하고, 전문가 지배에 따른 복지수혜자의 지위에서 복지권리자로의 변화를 꾀하는 시도가 지속되었고, 이러한 노력이 영국 정부의 신자유주의적 가치와 맥이 닿으면서 직접지불 형태로의 발전이 이루어진 것이라고 할 수 있음.

○ 이에 비해, 우리나라의 경우 국가 혹은 지방정부 중심의 직접서비스 경험이 거의 없고 장애인복지가 방치된 상태에서 민간(위탁서비스 기관 및 장애인단체)의 노력으로 복지의 확대를 꾀하는 발전 역사를 가지고 있음. 따라서 직접지불제도 혹은 개인예산제도의 도입에 따른 재정서비스지원 방식의 변경은 국가의 역할 견제를 통해 장애인의 권익을 증

진시키고 복지를 확대한다는 입장에 서기보다는, 오히려 민간영역의 자율성을 축소하고, 국가가 개입하고 통제하는 형태로, 한편으로는 국가의 책임을 개인에게 전가시키는 복지후퇴의 개념으로 받아들일 가능성이 농후함. 따라서 직접지불 혹은 개인예산제도의 도입 논의는 반복지 혹은 시장화를 주장하는 것으로 간주될 가능성이 크며, 이에 대한 합의가 이루어지기까지 상당한 논란이 있을 것으로 생각됨. 특히, 정부의 입장에서 비용증가에 대한 우려, 직접지불 제도의 오용 및 지원시스템 구축, 사회복지기관의 품질관리 체계 구축이라는 장애인복지체계의 대폭적 정비에 직면하게 되어 이러한 변화를 받아들이기에는 상당한 논의가 필요한 실정임.

2. 한국 장애인복지 : 모순된 협력? 혹은 암묵적 협조?

○ 이에 따라, 영국의 경우 장애인이 서비스에 대한 선택권과 통제권을 강화하기 위한 장애계의 운동과 정부의 소비자주의가 결합한 모순된 협력으로 제도적 발전이 이루어지고 있다고 한다면, 우리나라는 장애인의 선택권과 통제권의 강화에 대한 장애계 추진세력이 미약하고, 정부의 경우에도 복지체제 개편이라는 커다란 과제를 수행할 유인책이 떨어져 당분간 암묵적 협조의 관계가 유지될 것으로 예측됨.

○ 다만, 장애인활동지원제도에 따른 바우처 제도의 확산 경험은(보건복지부 전체 장애인복지예산의 1/3을 차지하는 약 3,000억원 규모로 성장했음) 비록 신규 복지영역이라는 제한된 형태 속에서 성장한 제도이기는 하나, 향후 기존 장애인복지에서의 직접지불 방식 도입의 전초전 양상을 가지는 것도 배제할 수 없음.

제6절 나가며

○ 이용자 중심적 체계로의 변화에 대한 일련의 흐름을 검토해 볼 때, 우리나라의 지형은 다소 복잡한 상황을 맞이하고 있음. 즉, 정부 주도 하의 직접서비스 경험이 없는 상태에서, 장애인복지서비스는 민간위탁형 식으로 대부분 이미 민영화되어 있으며 이에 따라 정부는 보조금 지원과 단순한 관리감독을 수행하는 것으로, 비영리민간기관은 보조금을 지급받고 정부의 평가시스템을 일정 부분 의식하면서 자율적으로 사업을 수행하는 상황이라고 할 수 있음.

○ 이러한 구조는 장애인 당사자가 서비스를 지원받는 데에 있어 피동적이고 수동적인 존재로 머무를 수밖에 없게 되고, 서비스공급기관의 서비스는 기본적으로 시혜적이고 공급자적 성격을 가질 수밖에 없는 한계에 직면하게 됨.

○ 따라서 장애인복지서비스 공급기관은 장애인당사자에게 실질적인 선택권을 보장하는 것이 진정한 자립생활, 당사자주의, 권리적 기반의 실현이 된다는 것을 인식해야 함. 이를 위해 가장 우선시 고민해야 할 지점은 재정지원을 보조금 방식에서 벗어나 이용자에게 직접지불 하는 방식으로 전환하는 것이 필요하며, 이러한 전환이 가져올 문제점을 어떻게 극복해야 할 것인지에 대한 논의로 진전되어야 할 필요가 있음.

○ 그리고 이러한 논의의 지점에는 서비스의 질을 어떻게 확보할 것인가? 복지가 오히려 후퇴하는 것은 아닌가? 장애인이 스스로 선택권을 행사하기 위한 보완 장치는 무엇이 되어야 하는가? 그리고 다양한 장애인복지서비스 공급기관의 협력이 어떻게 이루어져야 하는가? 그래서 장

애인이 어떻게 해야 지역사회에서 진정으로 자립생활을 영위할 수 있는 것인가? 에 대한 논의로 확대되어야 함.

○ 아울러 정부는 이러한 변화를 위해 어떠한 역할을 감당해야 할 것인가? 개별적 제도적 발전 외에 다양한 장애인복지서비스를 어떻게 연결할 것이며 부족한 부분은 어떻게 확장해야 할 것인가? 장애인이 지역사회에서 자신의 생활을 영위할 수 있도록 하는 체제가 무엇인가?에 대한 고민과 해답을 찾기 위한 노력에 보다 경주해야 할 것임.

참고문헌

- 강옥모(2008). 영국 노동당 정보의 지방정부 사회서비스 전달체계 개혁. **지방정부연구**, 12(3), pp.147-171.
- 김성희·변용찬·손창균·이연희·이민경·이송희·강동욱·권선진·오혜경·윤상용·이선우(2011). **2011년 장애인 실태조사**. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 김영중(2002). 민간 사회복지조직의 재원이 서비스 전달에 미치는 영향. **한국사회복지학**, 50, pp.209-233.
- 김용득·김미옥(2007). 이용자 참여의 개념구조: 한국장애인복지에 대한 함의. **한국사회복지학**, 59(2), pp.39-64.
- 노시평(2007). 공공서비스의 민간위탁공급에 관한 연구. **한국거버넌스학회보**, 14(2), pp.175-201.
- 변용찬·김성희·윤상용·강민희·이병화·최미영·박희찬·나운환·김종인·이선우·변경희·김언아·권선진·조미현·이승기·김용득·권오형·김경란(2008). **장애인복지인프라개선방안연구(I)**. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 안국찬(2000). 행정서비스 전달체계의 개선방향에 관한 연구. **한국사회와 행정연구**, 11(2), pp.93-106.
- 양난주(2011). 한국 사회서비스 공급특성 분석: 보조금과 바우처방식의 검토. **사회복지정책**, 38(3), pp.191-219.
- 유태균·김자옥(2001). 서울시 소재 종합사회복지관간의 네트워크 특성 및 네트워크 상에서의 중심자적 역할정도 결정요인에 관한 연구. **사회보장연구**, 17(2), pp.20-48.
- 윤영진·장승옥·지은구·김은정(2009). **사회복지서비스 재정지원방식**. 청목출판사.
- 이승기(2009). 장애인복지인프라 개편 모의적용사업에 대한 고찰: 전달체계를 중심으로. **한국장애인복지학회**, 11, pp.321-353.
- 이승기(2012). 이용자 중심적 장애인복지전달체계 구축을 위한 전제조건 및

- 충족 방안에 관한 연구. **한국지역사회복지학**, 40, pp.81-102.
- 이재원·손정원(2011). 사회서비스 공급정책에서 시장과 산업 활성화 과제. **등향과 전망**, 82, pp.45-84.
- 현진권(2008). 공공성과 정부실패: 보육정책에서의 시장과 정부의 역할 분담. **한국사회복지학회 학술대회 자료집**, pp.93-104.
- Butcher, T. (2002). *Delivering Welfare*, Open University Press.
- Glasby, J. and Littlechild, R. (2009). *Direct Payments and Personal Budgets*, Policy Press.
- Means, R., Richards, S. and Smith, R. (2008). *Communitiy Care*, Palgrave.
- Pearson, C. (2006). *Direct Pyaments and Personalisation of Care*, Dunedin Academic Press.
- Sanderson, H. and Lewis, J. (2012). *A Practical Guide to Delivering Personalisaion*, Jessica Kingsley Publishers.
- Zarb, G. and Nadash, P. (1994). *Cashing in on independence: comparing the costs and benefits of cash and services for meeting disabled people's support needs*. A BCODP Publication.

영국의 장애인활동지원제도에서의 직접지불제도의 실제 (Direct Payment for Personal Assistance Service)

정종화 (삼육대학교 사회복지학과 교수)

제1 절 영국의 Community Care와 Direct Payment

영국의 장애인복지서비스에서 대인원조서비스 분야의 직접지불제도에 대한 근거는 1990년에 법이 제정된 지역사회보호법(Community Care Act 1990)이다. 이 법률이 제정된 이후에 영국에서는 사회서비스 분야에서 서비스의 효율성과 이용자의 만족도 향상에 크게 기여한 것이 서비스 이용자에 대한 관점의 변화이며, 서비스 공급자 중심에서 서비스 수요자 중심으로의 변화라고 할 수 있다. 특히, 영국의 커뮤니티케어의 핵심적인 요소는 네 가지로 요약될 수 있다(김용득, 2005).

첫째, 효율성 증진과 이용자 선택을 강화하기 위하여 시장 기제를 도입하고 있다는 것이다. 이전에는 지방정부가 서비스를 직접 제공하는 역할을 하다가 1993년 이후에는 시장 기제를 통하여 서비스 구매자와 제공자를 분리한 것이다. 여기서 서비스 구매자는 지방정부이며, 제공자는 지방정부, 민간 비영리, 개인 또는 영리조직 등으로 다양하게 구성된 서비스 공급조직이다. 여기서 구매자인 지방정부는 이용자의 서비스 신청을 받아 서비스 욕구를 평가심사하며, 서비스 이용자격을 인정받은 이용자는 제공기관을 선택하여 이용하게 된다. 즉 서비스 수요자의 선택권

을 최대화 하여 서비스 만족도와 선택권의 폭을 높여 효율을 높이고자 한 것이다.

둘째, 지방정부의 책임과 권한이 크게 강화되었으며, 역할도 과거의 직접 서비스 제공자에서 이용자에 대한 서비스 욕구사정, 다양한 제공조직으로부터 서비스 구매, 이용자가 이용한 서비스에 대한 비용 지불 등의 역할로 변화하였다. 이는 공적인 서비스 관리 책임을 강화하고 이용자의 선택권을 최대화하기 위하여 서비스 구매를 위한 직접서비스 구입을 가능케 함으로서 이용자의 선택권과 만족도를 높이고자 한 것이다.

셋째, 사회복지서비스의 민영화(privatization)를 추진함으로 서비스 구매의 경쟁력을 높이고 복지서비스의 시장화를 추진한 것이다. 이전에는 대부분이 국가 및 지방정부에 의해서 운영되던 사회적 서비스를 점진적으로 줄여가고, 대신에 민간(비영리, 영리 포함)이나 개인이 운영하는 서비스의 구성 비율을 늘려가는 정책을 지칭하는 개념이다.

넷째, 지역단위의 보편적인 사정체계의 수립과 케어매니지먼트를 통한 서비스 전달과 관리이다. 사회복지서비스를 필요로 하는 모든 성인은 해당 지방정부의 일원화된 창구에 서비스 구매를 위한 사정(Assessment)을 신청하며, 사정의 결과 서비스를 받게 되는 경우 지방정부 사회서비스국이 운영하는 조직에 의해서 서비스가 일괄적으로 관리된다.

이처럼 Community Care 방식의 핵심내용은 이용자의 선택과 관련된 시장원리의 도입, 제공주체의 다원화를 위한 민간 영리조직의 서비스 공급 참여 유도, 지방정부로의 권한 이양을 통한 전달체계 구축 등이다. 이런 내용들은 Community Care System의 핵심 동력이라는 차원에서 전략적 기제들로 분류될 수 있을 것이다. 사정받을 권리, 케어매니지먼트, 직접 지불, 이의제기와 구제절차 등과 같은 요소들은 이용자의 서비스 접근성을 높이고, 이용자의 주도성을 확대하기 위한 세부적인 조치들로 볼 수 있다.

특히, 지역사회보호의 제도개혁 패러다임과 함께 등장한 것이 장애인 활동보조서비스에서의 직접지불제도인데 이는 영국에서 자립생활철학과 운동의 결과(정종화, 2008)로 IL 패러다임을 반영한 것으로 평가받고 있다. 이러한 맥락에서 영국의 케어정책의 변화는 의존과 보호에서 지원과 자립으로, 개인의 책임에서 사회적 책임으로, 제공자 중심의 서비스에서 수요자 중심의 서비스로 정책의 변화를 꾀하고 있다는 것이다.

〈표 4-2〉 영국 케어정책에서 관점의 변화

구분	변화의 내용
정책의 초점	의존 ⇨ 자립
보호(care)에 대한 인식	가족의 불가피한 책임 ⇨ 스스로 원해서 선택한 행위
보호자(carer)에 대한 인식	희생자(동정의 대상) ⇨ 적극적·이타적 시민(존중의 대상)
국가정책의 우선순위	이용자의 욕구 ⇨ 보호자의 권리와 지위 강화
보호자를 위한 정책	소모적이며 불필요 ⇨ 건전한 투자로 평가
시민사회의 특징	자유와 개인의 권리강조 ⇨ 책임과 의무강조
	개인주의 지향 ⇨ 사회적 연대, 집단주의 지향

출처: 이가옥(2005) 한국사회복지학 제57권2호, p.190.

제2절 영국의 직접지불제도(Direct Payment)개요

1990년 Community Care Act가 실행된 이후에, 지역사회보호에서의 가장 중요한 변화는 이용자들과 보호자들에게 직접 서비스가 아닌 서비스를 구매할 수 있는 현금을 줄 수 있도록 한 것이다. 이는 1996년에 제정되어 1997년4월부터 시행하고 있는 Community Care(Direct Payment) Act로 장애인자립생활운동의 성과로 이루어낸 제도로서 IL 운동의 성과로 평가받고 있다.

이 법에서는 사회서비스국이 제도시행 초기에는 18세부터 64세 사이의 노동연령대에 있는 사람을 대상으로 시행하였으나 2000년부터는 65세 이상의 대상자에게도 사용권이 부여되었으며, 2001년도에는 장애를

가지고 있는 부모 또는 장애인부모를 수발해야 하는 16세 이상의 장애인에게도 수급자격이 인정되었다. 이 제도는 이용자에게 직접 서비스 대신에 서비스 구입에 필요한 현금을 지불받을 수 있도록 한 것이다. 그 후에도 직접지불을 받을 수 있는 자격이 점차 확대되는 추세에 있으며, 2004년도에는 25,000명에 이르고 있으며, 2010년도에는 4배에 가까운 숫자로 확대되고 있다. 또한 2006년도부터는 미국과 독일 등에서 시행되고 있는 개인예산제도(Individual Budgets)를 영국 보건성이 13개 지자체를 시작으로 확대하고 있으며, 이는 단순히 활동보조에 대한 자금 뿐만이 아니라 복지용품이나 자립생활을 하기 위한 주택개조 비용 등도 포함하여 지원하고 있다. 이러한 제도의 확충은 관한 지방정부의 책임도 점진적으로 강화되고 있다(Department of Health, 2010). 직접지불을 이용한 사람들의 경험을 통해서 보면 장애인들이 스스로 돈을 관리함으로써 서비스에 대한 통제권을 가지게 되었고, 따라서 서비스가 내용상으로 적절하면서 편리한 시간에 질 높은 서비스를 받을 수 있게 되었다는 것이다. 직접지불제도의 도입과 자립생활운동의 성장으로 과거에는 서비스의 수동적인 수혜자로 인식되었던 장애인들이 스스로 당당한 소비자임을 주장할 수 있게 되었다는 것이다(Carmichael and Brown, 2002).

제3절 Direct Payment & Care Manager

영국의 직접지불제도에 있어서 care manager(CM)의 역할은 매우 중요하다 볼 수 있다. 왜냐하면 초기 사정에서부터 사후관리까지 CM의 역할은 이 제도에 있어서 핵심적인 요소이기 때문이다(鄭鍾和, 2005.12). 전문성은 물론, 자립생활에 대한 의지파악, 적극적인 지원자세, 다양한 전문지식을 종합적으로 갖추고 있어야 이용자의 입장에서 충분히 계획을 세우고 지원을 지속할 수 있다.

첫째, CM은 직접지불제도에 대하여 일상적으로 정보를 제공하여야 하며, 사정에 대한 전문적이고 종합적인 지식을 가지고 있어야 한다. 또한 관련 기록을 정확히 기록하고 관리할 수 있는 사무능력도 있어야 한다.

먼저 CM은 이용자에게 이 제도에 대하여 충분히 설명하여야 하며, <별첨 4-1>의 체크리스트를 만들어서 확인하는 작업을 수행한다.

둘째, CM는 만약 이용자가 직접지불제도에 대하여 관심을 가지고 있을 때는 이 제도에 대하여 개요를 설명해주고 가이드북을 제공하고 2일 이내에 면접일정을 잡아서 제도 이용을 위한 노력을 추진한다.

셋째, 이 제도를 이용하기 위한 정보제공은 물론 이용자가 서비스지원 기관에서 시행하는 각종 훈련 프로그램에 참여한다.

넷째, 이후 CM는 케어 플랜을 작성하고 이용자에게 설명한 후에 직접지불제도에 대한 자세한 안내서를 제공한다.

다섯째, 이용실제에 대해서 활동보조인을 곧바로 사용하는가? 활동보조조건 서비스 기관에 의뢰할 것인가 아니면 본인이 직접 구인하여 뽑을 것인가? 에 대한 지원, 활동보조인을 고용할 경우, 몇 명을 어느 시간대에 이용할 것인가? 계약에는 어떤 내용을 포함할 것인가? 활동보조인의 계약기간에 대하여, 급여, 훈련, 휴가, 보험 등에 대한 설명과 조언, 긴급서비스에 대한 정보제공, 고용계약 등

여섯째, 최초 3개월의 검토회의에는 CM, 이용자, 권리대변자 등이 참석하여 이용자니즈파악은 물론 모니터링을 실시한다.

마지막으로 활동보조육구사정을 위한 체크리스트를 작성하여 니즈 사정을 수행한다.

신변처리	
기상	어느 정도시간을 필요로 하는가?
취침	어떤 부분이 가장 힘들습니까?
야간보조	언제, 어느 정도 시간을 필요로 하는가?
세탁	특별히 필요한 것이 무언인가?
옷 갈아입기	어느 정도 도움이 필요한가?
배설	보장구를 사용하는가? 어느 시간에 사용하는가?
신체지원	특별히 필요한 지원이 있는가?
일상훈련	다른 일들을 어느 정도의 빈도로 행할 수 있는가?
식사	어느 정도의 지원이 필요한가?
가사지원	
청소	어느 정도의 빈도로 일하는가?
쇼핑	어느 시간에 행하는가?
세탁, 다리미질	어떤 것을 하고 있는가?
요리	어떤 것을 하고 있는가?
각종 기기의유지 및 다른 가사	계획과 결정은 어떻게 할 것인가?
어린이 돌봄	포함되는 일에는 어떤 것이 있는가?
가사지원 이외의 것	
일	일주일에 몇 일 일하는가?
공부	어느 정도 지원을 필요로 하는가?
친구나 친척의 방문	어느 정도 지원을 필요로 하는가?
회의	어느 정도 지원을 필요로 하는가?
오락	어느 정도 지원을 필요로 하는가?
편지	어느 정도 지원을 필요로 하는가?
사무, 지불	어느 정도 지원을 필요로 하는가?

〈별첨 4-1〉 체크 리스트(이용자 책임)

체크리스트 항목	확인
신청 장애인이 이 제도를 이용하기 위하여 정부가 발행한 매뉴얼을 읽었는가?	
귀하에 대한 지원을 위하여 서비스제공 기관에 정보를 전달하는 것에 동의하는가?	
이 제도를 이용할지 안할지를 결정하기 위하여 지원서비스 기관의 대표를 만남	
직접지불제도에 관심을 가지고 있다는 것을 CM에게 전함.	
지원서비스 기관의 훈련과 지원요건에 동의함	
필요한 훈련에 참여하여 필요한 정보를 취합하고 있는가?	
필요에 따라 귀하를 위한 직접지불제도의 비용을 사정하는 사람을 배치한다.	
새로운 은행구좌를 개설하여 매월 명세서를 의뢰한다.	
케어 계획에 기록된 대로 적절한 욕구를 파악하기 위하여 귀하의 계획을 기재	
이제도에 대하여 지원서비스 기관으로부터 설명을 듣는다.	
CM에게 귀하의 계획을 제시하고, 지급수준의 동의를 얻어 새로운 은행구좌번호를 알려준다.	
직접지불에 대하여 동의한다.	
직접지불제도의 준비가 완료되어 사회서비스부에서 직접서비스를 정지하는 일정에 대하여 CM와 합의함.	
전체비용 5%의 비용으로 고용하고자 하는 활동보조인의 구인을 확보함	
직접지불을 시작할 때, 최초3개월간은 매월 은행명세표를 제출하여 회계모니터링을 받음. 이후부터는 3개월에 1회씩 보고함	
3개월 후, 6개월 후, 1년 후에 재검토회의에 출석함.	
매년 새로운 직접지불에 대하여 합의서에 서명함	
전년도 모니터링 후에는 잔액 또는 차이금액을 모두 반환한다.	
서비스 이용자인 본인의 욕구나 신체상의 변화가 생겼을 경우 곧바로 CM에게 보고하여야 한다.	
모든 회계와 고용기록은 6년간 보존한다.	

제4절 영국의 Direct Payment의 실제¹⁶⁾

1. 기본철학

장애인자립생활의 철학에 근거하여 직접지불제도가 이용자에게 선택권과 통제권을 부여하는 것으로 이용자의 역량강화(Empowerment)를 위한 것.

2. 서비스 대상

- 16세 이상 장애인(신체장애뿐만이 아니라 지적장애나 정신장애도 포함)
- 장애가 있는 아동을 양육하고 있는 보호자
- 사정(Assessment)을 받아야 함
- 현재의 제도를 이용하고자 하는 의지가 있는 사람
- 지급된 돈의 관리를 할 수 있는 사람(사정을 통하여 돈 관리의 가능여부 체크)
- 특정 사유에 해당되지 않아야 함(예, 형사재판의 대상 또는 범죄자 등)
- 자녀가 장애인인 경우 아이를 위하여 이 제도를 사용할 수 있음
- 입소시설에서 생활하고 있는 사람은 사용할 수 없음.

3. 신청 및 판정

본인이 중개기관에게 상담 및 신청, PAS필요성의 자기평가보고서(ADL 및 사회참여 활동 전반, 수입, 직업, 동거가족 등을 기록), 행정공

16) 여기에 정리하는 내용은 Department of Health(DoH)의 Community Care Statistics 각년도별 자료와 Department of Health. A guide to getting direct payments from your council: a route to independent living, 2009를 정리한 것임.

무원인 케어매니저와 상담, 케어 매니지먼트 및 케어지원계획서 작성, 등급판정(지자체의 케어매니지먼트 평가회의에서 판정), 제3자 기관을 통한 서비스 제공 및 계약서 체결, 3개월 단위 갱신

4. 전달체계

본인 및 가족신청 → 지자체의 복지사무소 직원(Community Worker)에 의한 PAS사정(본인 신청조서, 자기보고서, 진단서 등의 각종 서류 제출 및 설명) → 사정결과의 통보(본인 또는 가족) → 케어매니지먼트 실시 → 서비스계약체결 → PAS지원계획서 작성 제출(PAS파견사업자 및 본인) → 회계보고서 작성(입출금 장부, 지급조서, 각종사회보험명세서 등) → 년도 말 회계모니터링실시(지원금액의 투명한 사용여부 등)

5. 서비스의 상한선 설정

서비스의 상한은 기본적으로 설정하고 있지 않으나, 케어매니지먼트의 실시를 통하여 적정 필요도를 엄격히 체크하고 있음, 또한 취업을 목적으로 훈련을 받고 있는 경우 등의 경제적 자립을 위한 PAS제도가 별도로 지원되고 있음.

6. 급여지급방식

현금지원방식(직접지급방식, 본인의 통장으로 직접수급), 활동보조인고 용비용이나 사회보험 비용을 포함한 금액을 포괄 지급받음.

7. 관할행정지역의 복지사무소의 책임

직접지불제도 또는 직접서비스를 받을지에 대하여 이용자 본인이 선택·결정을 할 수 있도록 정보를 제공, 이용자의 능력과 가능성을 최대한 발휘할 수 있도록 사정함. 현금사용상황이나 계좌관리 등의 감사를

실시함.

8. 서비스이용자의 책임

결정된 사정 내용에 의해서만 직접지불비용을 사용할 수 있으며, 활동보조인의 고용은 관련법령과 노동법의 적용을 받음. 필요한 정보나 변동사유가 생길 경우에는 신속하게 관할지역의 복지사무소에 제출해야 함. 3개월에 1회씩 사회서비스부 케어 매니저에게 Direct Payment 이용보고서 제출.

연도 정산에서는 사용한 비용에 대하여 회계보고서를 제출하여야 하며, 잔액을 사회서비스부에 반환하여야 한다.

9. 활동보조인이 될 수 없는 경우

동일세대에서 생활하고 있는 사람으로 친척 또는 인척, 자녀, 형제자매, 숙부나 숙모, 손자, 배우자 등은 거주지와 관계없이 활동보조인이 될 수 없음. 그 이유는 가족 등의 친족에 의한 활동보조로 인하여 발생할 수 있는 이해분쟁을 피하기 위한 것임. 활동보조인은 본인이 고용하고 계약하는 것이 원칙임, 중개기관의 소개로 면접 채용하여 모집 고용하는 경우도 있고, 일반사업자로부터의 채용도 많음, 노인케어서비스 사업자로 부터 구입하는 경우도 있음,

10. 고용기준

국내법, 유럽고용법의 적용을 받음. 질병 등으로 인한 요양, 출산, 유급휴가, 최저 임금을 준수하여야 함. 원칙적으로 시급은 10파운드 (£17,800) 이하로 지급하도록 규정. 활동보조인에게 지급하는 수당은 4개월 이상 요양이 필요한 경우에 요양수당지급, 1년 4주간의 유급휴가, 출산수당, 교육연수비용의지급, 활동보조인 노동조합가입권유 등

11. 문서기록

은행명세서, 수표수첩, 입출금기록, 활동보조내용요약, 시간표, 청구와 영수증, 활동보조인 급여지급장부, 사회보험 지출장부 등(이와 함께 활동보조인의 제비용으로 교육연수비용, 구인광고비용을 포함한다)은 6년간 보관하여야 함.

12. 직접지불제도의 급여 관리

관할지역지자체의 사회서비스부는 직접지불제도의 정보, 카운슬링, 조언, 경제·고용의 정보, 자립생활훈련, 동료지지 또는 권리옹호는 물론 급여에 포함하는 비용은 다음과 같다. 정부가 개인에게 지급하는 직접지급 급여의 비용에는 다음의 내용이 포함되어있음.

- 사회보험비용(건강, 상해, 고용, 연금 등)
- 활동보조인 훈련·연수비용
- 활동보조인 구인광고비용
- 회계 관리에 필요한 관리비용(약5%정도)
- 공적휴가비용
- 공적요양이용

13. 이의신청제도

본 제도의 운영에 관하여 서비스 결정, 사정, 급여지급, 이용자의 권리 침해 등에 대한 문제가 발생하였을 경우, 해당 서비스 이용자는 지역지자체의 사회서비스부에 이의신청을 할 수 있다.

14. 직접지불제도의 지원기관

이 지원기관은 장애인이 지역에서 자립생활을 할 수 있도록 지원하는 기관으로 동료지원, 정보제공, 조언과 권리옹호, 자립생활훈련 등을 지원

하고 있으며, 특별히 자립생활과 동료지원에서는 사회모델의 학습, 자립생활의 철학, 활동보조인의 구인, 면접, 고용에 이르는 비법전수, 시간관리, 고용관리, 고용자와 노동자의 관계형성, 법적인 책임준수(노동법 등), 서류정리 등의 사무관리 등을 훈련한다. 이 지원기관의 대부분은 자립생활센터에서 수행한다.

15. 제도의 장점

중개기관을 통한 사회적 합의 도출, 평가 및 책임성 강화, 중증장애인의 사회참여 극대화, 비용절감, 효율성 극대화, 활동보조인의 신분보장(중개기관이용의 경우)

16. 제도의 단점

궁극적으로는 현금지급이나 당사자의 통장에 입금되는 주체가 정부가 아닌 제3자 기관임으로 권리에 기반 한 제도 운영의 과제가 남아있음, 활동보조인의 개별관리와 회계 관리를 본인이 할 경우, 비용은 절약되나 이것으로 소진되는 경우도 있음, 자기관리의 대안 모색필요

17. 향후과제

노인과 장애인의 케어문제의 통합운영문제, 사회보장 문제(각종수당문제)와 PAS문제의 구분에 관한 정책과제, 사회보험방식으로 전환하는 문제, PAS수급자 증가에 따른 예산확보가 과제이고 2006년도부터 시행된 개인예산제도의 정착과 지적, 정신장애인의 지역자립을 위한 개선방안이 보완되어야 할 것임.

제5절 마치며

영국은 1990년에 제정된 Community Care Act 이후에 1996년에 Direct Payment제도를 만들고 2006년에는 개인예산제도(Individual Budgets)를 시행하여 장애인복지서비스에서 있어서 권리향상과 자립생활을 장애인정책의 기조로 제시하고 있는 것을 볼 수 있다. 특히, Direct Payment를 넘어 개인예산지원제도는 중증지적장애인에게 새로운 도전으로 주목받고 있으며, 미국, 독일을 비롯한 영국에서 큰 호응을 얻고 있다. 이러한 맥락에서 장애인정책 패러다임이 서비스 수혜자로서가 아닌 서비스 조정자 또는 참여자로서의 장애인소비자 권리를 제시하고 있는 것 같다. 발표를 마치며 향후 우리나라의 장애인정책에서 Direct Payment와 Individual Budgets의 제도를 검토하기 위한 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 현재 장애인활동지원제도는 1급 중증장애인을 대상으로 하고 있는 제한적인 제도이다. 특히, 지적·자폐성장애와 정신장애인에게는 미흡한 제도로서 해결할 과제로 제시되고 있다. 따라서 장애인의 사회참여와 역량강화를 위하여 선별적이라도 한정적인 시도를 하고 직접지급제도와 개인예산제도를 시행하여 소비자의 구매력을 높이고 이용자의 만족도를 높이는 방안을 찾아야 할 것이다.

둘째, Direct Payment 제도는 유럽의 많은 나라에서 시행되고 있으며, 동양에서는 현금지급에 대한 부정적인 이미지가 강한 것 같다. 이는 아마도 소득보장이 취약하기 때문에 목적 외 사용을 우려하는 목소리에서 나타나는 것이라고 볼 수 있다. 그러나 Direct Payment의 가장 중요한 핵심목적은 역량강화에 있다는 것이고 이것은 자립생활을 지향하는 측면에서 매우 중요한 요소이다. 자신에게 주어진 돈을 가지고 쇼핑을 하고 활동보조인에게 급여를 주고, 세금을 계산하여 국가에 제출하는 일

련의 과정은 장애인에게 관리자로서의 경험을 하게하고 이러한 과정은 매우 중요한 경험으로 그 파급효과는 매우 클 것이라고 판단된다.

셋째, 서비스 만족도 향상 방안의 측면에서 직접지불제도의 의미가 깊다고 하겠다. 영국에서 열린 Ann Macfarlane(1997)의 세미나보고서를 보면 유럽10개국의 Direct Payment 사례를 소개하고 있는데 제일 중요한 보고의 내용으로 만족도 조사결과를 제시하고 있다. 이는 서비스 제공자로부터 구매하여 이용하는 활동보조인보다 자신이 직접 활동보조인을 고용하고 급여를 주고, 관리권을 행사하는 측면이 만족도가 매우 높다는 것이고 이는 일반 서비스제공자에 비하여 1.8배 높다고 보고하고 있다.

마지막으로 지적·자폐 장애인의 자립생활에 도전하는 과정에서 중요한 것은 Risk에 대한 도전일 것이다. 어찌 보면 개인예산제도 그 자체가 우리나라의 환경에서는 맞지 않는다고 볼 수 있지만 이 들에겐 또 다른 도전이고 그 도전은 반드시 좋은 결과를 가져올 것으로 예측할 수 있다. 이들이 가정이나 시설을 나와 그룹 홈에서 살고 또는 직업을 체험하고 사랑하는 사람을 만나 가정을 이루고 자녀를 출산하여 이 사회에 함께 살아가는 것은 특별하고 이상한 것이 아니라 일반적이고 아름다운 것으로 만들어가야 할 것이다. 차별과 선입관은 다름의 시각에서 비롯된다고 볼 수 있다.

참고 문헌

- 김용득(2005). 영국 커뮤니티케어의 이용자 참여 기제와 한국 장애인복지서비스에 대한 함의. **한국사회복지학**, 57(3), pp.363-387.
- 이가옥·우국희(2005). 영국의 케어 제공자에 관한 정책 연구, 보호자 권리와 유급고용의 질 강조. **한국사회복지학**, 57(2), pp.190.
- 정종화(2008). **자립생활과 활동보조서비스** 양서원.
- 鄭鍾和·中西·中原(2000). *Self Managed Care Handbook, Human Care協會*, Tokyo Japan.
- 鄭鍾和(2005.12). 韓國における重度障害者介助サービス制度化の必要性と推進方向 -先進5カ國における障害者介助サービスモデル比較を中心に-. *社會事業研究* 第41号, pp.121-172.
- 小川喜道(2005). 障害者の自立支援とパーソナルアシスタンス. *ダイレクト・ペイメント—英國障害者福祉の変革*. 明石書店.
- Angie Carmichael & Louise Brown (2002). The Future Challenge for Direct Payments. *Disability & Society*, 17(7), pp.797-808
- Ann Macfarlane(1997). Training on direct payments for personal assistance. *Report from the ENIL Seminar in Berlin*. (Seminar 1997.04.03)
- Department of Health(1997). *Community Care (Direct Payment) Act 1996: policy and practice guidance*. London: Department of Health.
- Drake, R. F. (1999). *Understanding disability Policies*. Basingstoke: Macmillan.
- Department of Health(DoH) (2006). *Our health, our care, our say: a new direction for community services*.
- DoH(2009~2011). *Community Care Statistics*.

DoH(2005). Independence, Wellbeing and Choice Our vision for the future of social care for adults in England.

Department of Health(2009). A guide to getting direct payments from your council: a route to independent living.

<http://www.dh.gov.uk/>

<http://www.dh.gov.uk/health/search?q=Directpayment>

[토론 내용]

□ 직접지불제도와 개인예산제도

- 직접지불제도와 개인예산제도를 고려함에 있어 다음 사항이 반드시 고려될 필요성이 있음
 - － 첫째, 사회서비스제공기관에 대한 이용자들의 불만이나 권리향상과 같은 소비자주의의 영향보다는 국가적 차원에서 비용효율성과 관리적 책임의 문제로 이용자재정지원방식들이 논의되고 있으며 장애인의 권리향상이나 자기지향성(또는 자기중심성), 그리고 통제력강화 등은 논의로부터 벗어나 있음. 즉, 재정지원방식 논의의 주제가 돈(효율성)인지 사회서비스이용자 즉, 장애인 자신인지(권리향상 및 통제권확보) 명확하지 않음. 또한 서비스제공자(기관포함)의 관점은 전혀 고려되지 않고 있음. 결국 사회서비스제공방식에 대한 논의에 있어 이해관계자이론(stakeholder theory)의 접목이 필요함.
 - － 둘째, 이용자재정지원방식이 국가의 사회복지서비스 확대를 의미하는 것인지 축소를 의미하는 것인지 등에 대한 논의와 함께 사회복지서비스를 왜 제공하는지에 대한 철학적 고민이 부재함
 - － 셋째, 우리나라는 사회복지서비스의 인프라의 수준이 낮고 그마저 지역적으로 편차가 매우 심함. 특히, 직접지불과 개인예산제도에서 강조되는 통합적 서비스 제공과 사례관리를 통한 개별화된 서비스제공을 위해서는 인적자원확보 그리고 민간비영리기관과 정부와의 협력과 조정은 필수적이지만 이에 대한 구체적인 방법론에 대한 논의는 부재함. 즉, 재정지원방식에서 민간과 공공 그리고 이용자가 모두 협력하여 서비스의 효과성을 증진 개선시킬 수 있는 방안에 대한 논의가 부족함

- 이용자 중심 모델과 공급자 중심 모델에 대한 개념 논의
 - ‘공급자’에서 정부를 제외하고, 공급자 중심 모델이 시설을 통한 재정지원방식, 이용자 중심 모델이 이용자에게 직접 지급하는 방식으로 정의하는 것은 왜곡의 여지가 있음.
 - － 정부(혹은 지자체)의 역할이라 할 수 있는 이용자의 복지서비스 욕구사정 등의 역할을 지금까지는 민간 시설의 자발적 노력에 의해 이루어져 왔음.
 - － 공급자 중심 모델에 대한 비판의 초점은 정부가 시설에 대한 재정지원 이외의 실천을 하지 않은 지금까지의 소극적 복지정책에 대한 비판으로 옮겨져야 함.
 - － 이용자 중심 모델 도입을 위한 인프라로 사례관리(case management) 시스템을 구축한다고 하면, 필요한 복지인력이 확보되어 있는가에 대한 냉철한 판단이 선행되어야 함.
 - － 이용자 중심 모델에서 논의되고 있는 사례관리 시스템은 사통망과 함께 이뤄지는 공공 사례관리, 사회보장기본법에 의해 실시 가능한 공단 사례관리와 함께 논의되어 통합적 관점으로 설계되어야 함.
- 재정지원방식에서 공급자중심모델과 이용자중심모델은 각 방식의 차이에서 장단점이 존재하며, 점차적으로 이용자중심모델 방식이 증대되는 방향으로 가야함에도 불구하고, 현실적으로 상당기간은 두 방식이 공존한 형태가 진행될 것으로 예상됨.
 - 이용자중심모델이 확대되는 과정에서 몇 가지 우려되는 점
 - － 첫째, 서비스 필요와 종류에 대한 표준화 문제가 있음. 서비스 영역과 비용을 표준화되게 되는데, 이때 표준화가 되기 어려운 욕구가 존재할 수 있고, 평균적인 비용 산정에 의해 질 측면의

저하도 발생할 수 있음. 중증장애인의 욕구라든가, 개별적으로 다각적인 지원을 필요로 하는 욕구에 대해 효과적이지 않을 수 있음.

- 둘째, 공공성보다 수익성이 중요하게 여겨질 수 있음. 서비스 제공기관이 시장경쟁에서 생존과 유지를 위해 수익에 의존할 수밖에 없는 구조임으로 수익만능의 역기능과 도덕적 해이가 나타날 수 있음.
- 셋째, 전통적인 사회복지 실천의 위축 문제가 있음. 장애 빈곤문제와 지역의 문제에 대해 지역사회 자원을 동원하고, 협력체계를 강조해왔던 노력이 약화될 수 있음.

○ 공급자중심모델이 갖는 이용자 선택과 서비스 질의 문제는 예산과 투입요소가 한정되어 나타나는 문제일 수 있음.

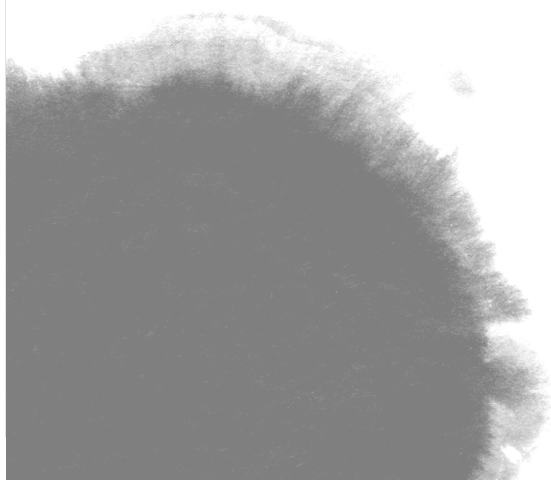
- 개인예산제도가 도입되더라도 이러한 근본 한계들이 검토되어 반영되지 않는다면 동일한 문제점이 반복될 수 있음.

○ 서비스 제도화와 권리보장이 가능하기 위해서는 현행 장애인복지 관련 서비스 인프라가 통합되어 하나의 단일 전달망으로 종합되고 개인에게 요구되는 서비스 종류에 따라 이용권리가 연결되는 구조로 개편되어야 함.

- 현행 전달구조는 개인의 욕구와 서비스를 중심으로 통합되어 있지 않고 부처별로, 부처 안에서도 부서별로 서비스 기능을 중심으로 파편적으로 산재되어 있음. 이러한 모습은 전체적으로 이용 기회와 자원의 배분 면에서 합리성에 문제를 나타내게 되어 향후 개선이 필요함.

5장

제4차 장애인정책포럼



제4차 장애인정책포럼

[주제 발표]

- ☐ ICF(International Classification of Functioning, Disability, Health)의 우리나라 장애인 복지 적용
- 변경희 (한신대학교 재활학과 교수) -

[좌 장]

조한진 (대구대학교 사회복지학과 교수)

[토론자]

김경미 (숭실대학교 사회복지학과 교수)

김완호 (국립재활원 공공재활의료지원과장)

신은경 (단국대학교 사회복지학과 교수)

이강희 (보건복지부 장애인정책과 사무관)

ICF(International Classification of Functioning, Disability, Health)의 우리나라 장애인 복지 적용

변경희 (한신대학교 재활학과 교수)

제1 절 서론

우리나라 장애인복지는 1989년 도입된 장애등록제도에 의해 절대적인 영향을 받고 있다. 장애등록을 위해 장애판정을 하고 있으며 판정결과로써 장애등급이 결정되고 있는 이 제도는 공공과 민간이 제공하는 모든 장애인복지 서비스 수급을 위한 공식적인 첫 진입 단계이다. 장애인등록 제도는 초기에 장애에 대한 부정적인 인식과 홍보 부족 그리고 미약한 장애인복지 서비스 등으로 효율적으로 작동되지 못하였다. 그러나 장애 등록 후 주어지는 복지관련 혜택들이 지속적으로 늘어나면서 등록률도 꾸준히 증가하고 있다.

최근 들어 장애연금제도 및 장애인 활동지원제도(이하 활동지원제도) 도입 등 정부가 장애인에게 주는 장애인복지 서비스가 늘어나면서 장애 등급에 대한 논쟁이 많아지고 있다. 주요 서비스 신청 시 장애판정 재심사 결과로 장애등급하락은 서비스 탈락으로 이어 지면서 장애등록제도에 대한 강한 불만들이 속출되고 있기 때문이다. 현재 장애판정기준이 편협적인 의학적 기준에만 의존하고 있으며 개별적으로 사회적, 환경적 평가는 하고 있지 못해 필요한 서비스를 받는데 한계가 있다는 것이다.

점차적으로 우리나라 장애인복지 패러다임이 재활에서 자립생활로 빠르게 전환하면서 수요자 중심의 장애인복지 서비스에 대한 요구들이 급속하게 늘어나고 있다. 따라서 지난 몇 년간 우리나라 장애인복지에 대한 다양한 문제점을 보완하는 노력의 일환으로 다양한 연구 사업들이 진행되었다. 2007년도부터 한국보건사회연구원 주최로 장애인복지 인프라 사업이 3년간 진행되었으며 수요자중심의 장애인복지체계연구들도 진행되었다.

2007년도부터 진행된 장애인복지 인프라 연구에서는 현 장애판정기준을 대체하는 방안으로 대한의학회 장애평가기준개발위원회에서 한국장애평가기준인 KAMS(Korean Academy of Medical Science Guides for Impairment Evaluation)를 개발하였다. KAMS의 가장 큰 의의는 국민연금법부터 산재보상보험법 등에서 약 30가지가 넘는 다양한 장애평가기준을 한 가지 방법으로 통합하여 국민들이 겪는 혼란을 최소화하는 것이다. 그러나 KAMS는 그 내용이 복잡하고 노동력 상실정도도 그 기준 자체가 의학에 의존하고 있어 현재 의학적 기준 체계에서 크게 벗어나지 못했다는 비판도 받았다(장충련, 2010).

KAMS 개발과 더불어 장애인인프라 연구에서는 근로능력 및 욕구평가도 도입하였다. 근로능력 그리고 욕구평가를 통해 장애판정기준의 다양화와 장애인 당사자들의 서비스 욕구에 기반을 둔 복지서비스 제공을 위한 토대마련이 목적이었다.

장애인인프라 연구를 바탕으로 2010년에서 2012년까지 장애인서비스 지원센터 시범사업을 진행하고 있다. 그러나 이쉽게도 시범사업에서는 대한의학회에서 개발한 KAMS는 사용되지 못하고 있으며 근로능력평가도 원래 취지와는 다르게 직업재활서비스 적격성을 평가하는데 적용되지 못하고 있다.

장애인복지 현장은 그 어느 때보다 혼란스러운 과정을 겪고 있다. 일

부 장애계에서는 장애등급 및 부양제도 폐지 등을 강하게 추진하고 있으며 이러한 주장에 우려를 표명하는 의견도 있다. 그러나 양쪽의 의견에서 공통적인 핵심의견이 있다. 이는 장애에 대한 정의와 개념은 사회적 및 환경중심 모델로 전환되어 가고 있으며 장애를 신체적 손상, 기능적 제한을 바탕으로 각 장애인의 가정, 직장 그리고 사회적 환경 등을 상호 작용의 결과로 봐야 한다는 것이다. 따라서 장애인의 개인적 및 환경적 요소까지 종합적으로 판정하여 필요한 장애인서비스를 제공하는 것이 바람직하다는 의견이다.

결과적으로 최근 들어 종합적이고 포괄적인 장애 판정과 이러한 결과를 장애인복지서비스와 연동할 수 있는 체계를 제안하기 위해 ICF(International Classification of Functioning)의 필요성을 제시하는 연구들이 늘어나고 있다. ICF는 개별 당사자의 개인 및 사회 그리고 환경요소까지 고려하는 포괄적인 접근방법을 활용하기 때문에 기존의 의료적인 평가기준을 보완할 수 있는 가장 이상적인 접근방안이라 할 수 있기 때문이다. ICF는 미국과 호주 등의 서구 국가에서는 서비스 제공에 기본 원칙의 바탕이며 일본에서는 서비스 필요성 판정에서 제공과정까지 깊이 영향을 미치고 있다.

제2절 ICF 국외 연구

국제적으로 ICF 연구는 활발하게 진행되고 있다. 2001년에 WHO가 ICF 개발 후 세계적인 공통어로 건강과 장애를 이해시키기 위한 많은 노력을 하고 있다. 특히 ICF의 방대한 내용으로 인해 그 실용성이 떨어지는 문제점을 해결하고자 활용성을 높이기 위해 다양한 핵심지표(core set¹⁷⁾) 연구를 실시하고 있다. 현재 스위스에 위치한 ICF

17) coreset는 방대한 ICF 코드 중 관련 영역을 대표하는 것을 추려서 ICF 활용성을 높이는

Research Branch 에서는 ICF 핵심지표 개발 프로젝트 연구들이 지속적으로 진행하고 있다. 지금까지 약 29개 상병유형으로 핵심지표들이 개발되었다. 그 중 뇌졸중 핵심지표는 아래와 같다.

〈표 5-1〉 ICF 핵심지표

개발된 ICF CORE SET(2012년 1월 26일 기준)
Neurological conditions (신경계)
Musculoskeletal conditions (근골계)
Acute inflammatory arthritis(염증성 관절염)
Cardiopulmonary conditions(심장과 폐)
Geriatric patients (노인병)
Spinal cord injury (척수)
Chronic widespread pain (만성 통증)
Low back pain (요통)
Osteoarthritis (골관절염)
Osteoporosis (골다골증)
Rheumatoid arthritis (류머티스성 관절염)
Chronic ischemic heart disease (만성관혈 심장병)
Diabetes mellitus (당뇨병)
Obesity (비만)
Obstructive pulmonary diseases (폐쇄성 폐(肺)질환)
Depression (우울증)
Breast Cancer (유방암)
Stroke (뇌졸중)
Ankylosing spondylitis(강직성 척추염)
Systemic lupus erythematosus (전신 홍반성 루프스)
Multiple sclerosis (다발성 경화증)
Head and neck cancer (머리와 목 암)
Sleep (수면장애)
Hand conditions (손장애)
Bipolar disorders(양극성 정동장애)
Traumatic brain injury (외상성 뇌손상)
Inflammatory bowel disease(염증성 장(腸)질환)
Amputation (절단)
Hearing Loss (청각 장애)

것을 목적으로 개발되고 있다.

〈표 5-2〉 뇌졸중 CORESET 예시

뇌졸중 CORE SET	
신체기능	b 1100.0 의식 정상
	b 114.1 경도의 지남력 손상
	b 7302.3한쪽의 팔, 다리에 고도의 근력 저하가 있음
	b 16700.1 구어 파악의 경미한 손상
	b 167100.4 언어표현은 전혀 안됨
	b 1400.2 주의력 집중은 중등도의 손상이 있음
	b 1440.3 단기 기억은 심한 손상
	b 1441.1 장기 기억은 경도의 손상
신체구조	s 1103.2 뇌저 신경적의 중도손상
	s 7201.2 어깨 관절의 중도 손상
활동과 참여	d 4500. 단거리 보행은 경미한 손상
	d 4501. 장거리 보행은 중도한 손상
	d 4502. 움직이는 지면에서는 이동하기 중증의 어려움
	d 330.2 구두로 말하거나 이야기하는 것은 중등도로 어려움
	d 5300. 배변조절은 경도의 장애
	d 5301. 배변조절은 문제없음
	d 550.3 음식 먹기위해 썰기가 매우 어려움
	d 5100.2 손이나 발은 혼자 씻기가 중등도로 어려움
	d 5101.3 전신을 스스로 씻기가 매우 어려움
	d 5400.2 옷을 스스로 입기가 중등도 어려움
	d 5401.2 옷을 스스로 벗기가 중등도 어려움
	d 310.2 구두로 함축된 의미를 이해하는 중등도로 어려움
환경	e 300. +4 직계가족이 있어 만족스런 지원을 받을 수 있음.
	e 355.1 의사, 치료사가 모두 있으나 언어치료사는 없음
	e 5800.1 일반병원에서 재활치료를 받고 있음.

세계보건기구에서는 2011년에 세계은행(World Bank)과 함께 세계장애보고서(world report on disability)를 ICF기준으로 발간하였다. 네덜란드는 2006년부터 ICF를 이용한 장애판정의 신뢰도와 타당도를 높여나가고 있으며, 그 외 호주, 대만, 스웨덴과 스위스에서도 ICF 장애판정 시스템 분석을 하고 있다.

일본은 ICF에 관하여 움직임은 2000년 초반부터 시작되었다. ICIDH2 버전의 번역작업을 위해 국내외 전문가 및 학술단체, 장애인당

사자 단체 등의 의견을 청취하면서 번역판을 발간하였다. 2001년 5월 WHO 총회에서 ICIDH 개정판이 최종확정 되면서 후생노동성이 2001년 6월에 ICF 번역작업을 위한 검토회를 개최하고 구체적인 일본어 번역작업에 착수하였다.

이를 위해 후생노동성은 ICF 번역작업을 작업을 위한 검토회 조직으로 6개반을 구성하였다. 정신기능, 감각기능·음식과 발성 기능, 심혈관계·혈액계·면역계·호흡기계 기능, 소화기계·대사계·내분기계 기능·피부 및 관련구조 기능, 신경근골격과 운동에 관한 기능·빈뇨계·성·생식 기능, 활동·참여·환경 등 총 6개반 총 30명으로 구성하고 그 위에는 검토회 위원 12명이 참여하였다.

ICF의 일본어 번역에 있어서는 보다 폭넓게 많은 사람들이 활용할 수 있도록 한다는 방침아래 가번역판을 마련하고 각 전문가 및 당사자 학계 전문가들의 의견청취를 통해 2002년 최종 번역판을 완성하였다. 특히 보다 많은 사람들이 ICF를 이해하고 활용할 수 있도록 하기 위해 후생노동성은 ICF 일본번역판을 홈페이지에 공표하고 많은 이들이 정보를 교류할 수 있도록 하였다.

이러한 후생노동성의 적극적인 활동을 통해 일본의 각분야에서는 ICF 활용에 대한 구체적인 방안을 제시하는 한편, 실천사례를 통해 ICF의 적용가능성을 제시하고 있다. 독립행정법인 고령·장애자고용지원기구는 2005년 ICF 적용을 통해 직업재활을 지역사회에서 효과적으로 적용하기 위한 방안을 연구하였으며 독립행정법인 국립특수교육지원교육 종합연구소에서는 장애아동 지원을 중심으로 ICF의 교육적 활용방안 및 실천사례를 제시하기도 하였다.

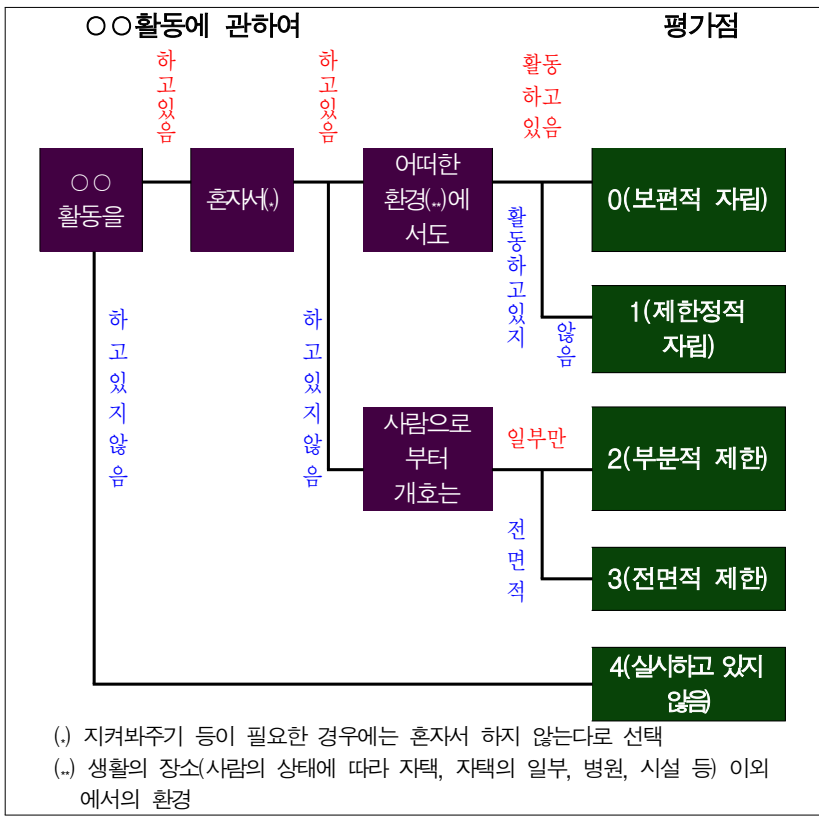
이외에도 후생노동성 통계정보부는 2007년 생활기능분류 활용을 위해 ICF의 활동과 참여 평가기준안을 마련하여 제시하고 있다. 이에 따르면 활동 및 참여 평가기준, 평가점을 부과하는 방식과 기준 등을 구체적으

로 제시하고 있으며 마련된 기준을 토대로 각 사례에 적용하는 방법 예 시도 제시해 놓고 있다.

2002년에는 ICF를 이용한 질병 상태 평가에 관한 연구 프로젝트 보고서를 발간하였다. 이에 따르면 ICF의 중핵적 평가기준과 확대중핵적 평가지표를 제시하고 각 평가척도안의 타당성 및 적합성 여부를 판단하기 위해 ICF에 대한 인지도가 높은 코스타리카에서 직접 적용후, 평가점의 객관성을 입증하며 평가기준과 방법을 제시하였다.

이러한 ICF의 활용가능성에 관한 국가차원에서의 연구와 더불어 ICF의 내용을 다양한 복지제도에 평가도구로 활용하고 있다. ICF내용을 바탕으로 개호보험 및 장애인자립지원법의 평가항목을 만들었으며 장애인 급여도의 의사진단서 내용에도 ICF 내용이 포함되어 있는 상태다.

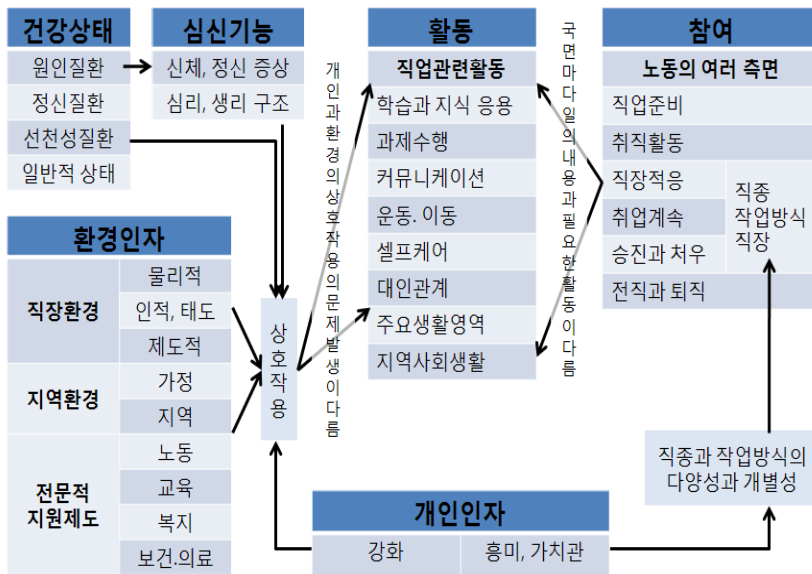
이러한 연구는 국가차원에서 뿐만 아니라 민간차원에서도 다양하게 이루어지고 있다. 장애유형별 ICF의 적용가능성을 검토하는 한편, 각종 전문직종 활용방안에 대한 책자들이 출판되어 있다. 개호보험 내 ICF 활용법, 간호직의 ICF 활용, 교사를 위한 ICF 활용 등이 출판되어 시중 판매되고 있다. 또, ICF의 평가대상인 장애인들의 이해를 도모하기 위한 당사자를 ICF이해 활동도 활발하게 이루어지고 있다. 학술대회나 장애인관련 연구 토론회 등에서도 ICF의 이념이나 활용에 대한 토론과 발표가 이루어지고 있는 실정이다. 특히 최근에는 ICF-CY의 번역은 물론 교육적 활용도와 활용방법에 대한 사례, 그리고 ICF-CY의 그림을 활용한 장애아동의 이해 및 지원방안이 제시되고 있다.



종합적인 직업재활서비스 체계를 구축하고 적절한 서비스를 제공하기 위해 ICF를 활용하였다. 이 체계는 ICF를 기본으로 ①장애인의 개인적 특성 ② 일의 특성 및 조건 ③ 장애인의 개인적 특성과 직업영역에서의 일의 조건이 결합되었을 때 고려사항 ④ 지역사회의 활용할 수 있는 자원 등을 포함하여 직업재활의 방향성을 제시하는 것을 목적으로 하고 있다. 일본은 직업생활의 여러(諸) 국면에 ‘참가(참여)’를 활성화하기 위해 학습된 지식 응용, 과제 수행 등 직업관련 ‘활동’ 증진, 물리적·인적·제도적 직장 환경, 가정과 지역 환경, 노동·교육·복지·보건·의료 등 전문적 지원제도라는 ‘환경인자’, 흥미, 가치관과 직종과 작업방식의

다양성과 개별성을 선택하는 ‘개인인자’ 간의 지속적인 상호작용을 위한 시스템 개발에 전력을 다하고 있다.

[그림 5-1] ICF 를 활용한 일본 직업재활시스템



위의 그림과 같이 일본의 경우에는 ICF를 통해 직업재활의 방향성을 잡고 있다. 직업재활에 있어서 분과적, 폐쇄적, 단속적 지원 구조에서 한 개인의 일시적인 노동 장애를 해결할 수 있는 복합적, 병렬적, 다차원적 의료지원, 복지지원, 교육지원, 노동지원 재활서비스 구조와 기능을 반영할 수 있는 평가도구 개발의 변화를 시도하고 있다.

제3절 ICF 국내 연구동향

최근 들어 우리나라에서도 다양한 ICF 관련 연구들이 진행되고 있으

나. 아직까지 그 내용과 범위는 제한적이다. 대한재활의학회지에 ‘국제 기능, 장애 및 건강 분류의 등장과 재활의학적 적용(2004)’, ‘급성기 후 재활병원에 입원한 뇌졸중 환자의 재활 서비스 욕구(2007)’, ‘급성기 후 재활병원에 입원한 척수손상 환자의 재활 서비스 욕구(2008)’ 관련 논문이 실려 있지만 병원 내의 활용으로 한정되어 있다. ‘중증 지체장애인의 활동보조서비스 욕구에 대한 영향요인 검증-ICF 분석 틀의 적용(2008)’, ‘ICF 모델에 기초한 장애인의 참여 척도 개발(2008)’도 있으나 제한적인 ICF 코드를 산출해서 적용하고 있다.

박은옥 외 (2007)은 세계보건기구가 ICF 개념에 근거하여 개인의 기능 및 장애를 다면적으로 측정하고자 개발된 WHODAS II(Disability Assessment Schedule II)를 적용하여 제주지역에 거주하는 장애인의 기능 상태와 관련요인들을 분석하여 장애인들의 재활서비스 수요를 예측하여 지역사회재활사업에 필요한 기초자료를 제공하고자 하였다. 강은아와 맹진영(2011)도 실업 장애인의 구직행동에 영향을 미치는 요인에 관한 연구를 함에 있어 장애인고용패널 2차년도 자료를 ICF 분석틀을 적용하여 2차 통계분석을 실시하는 연구를 진행하였다.

국립재활원을 중심으로 주요 ICF 연구들이 진행되었다. 예를 들면 김완호 외 (2006)은 장애평가와 재활서비스 제공을 위한 ICF의 임상적 적용을 위한 연구는 한국의 실정에 맞는 ICF 일반형 핵심지표(core set) 연구를 실시하였다. 본 연구의 가장 큰 의미는 총 1424개의 항목으로 구성된 ICF를 임상현장에서 사용이 용이하도록 핵심지표를 개발하였다는 것이다. 이어 김완호 외(2008)는 국제 기능장애 건강 분류를 이용한 장애인의 기능 및 환경 요인 분석 연구를 통해 ICF 와 기존의 기능평가인 FIM(Functional Independence Measure)와 MBI(Modified Barthel Index)간의 유의한 상관관계가 나타나 ICF의 포괄적인 평가도구로서의 가치를 재확인하는 의미 있는 연구를 실시하였다.

국가적 차원에서도 ICF에 대한 관심은 높아지고 있다. 통계청은 2009년도 1차 연구에 이어 2010년에도 ICF를 적용하여 한국기능장애건강분류(KCF) 개발 2차 연구를 추진하였으며 2011년도에는 ICF를 쉽게 이해할 수 있도록 사용자를 위한 ICF 활용길잡이를 발간하였다. 또한 2012년에는 ICF 항목 중 신체구조와 기능을 평가할 수 있도록 평가치 개발 연구를 진행하고 있으며 2013년부터는 ICF를 한국국가표준으로 제도화 할 계획을 가지고 있다.

제4절 우리나라 장애인복지와 ICF 적용가능성

ICF는 의학적인 평가와 함께 개인의 사회생활에 영향을 미치는 활동과 참여 그리고 환경까지 평가함으로써 각 개인의 개별성과 환경과의 상호작용을 포함한 포괄적인 평가를 가능하게 하는 장점이 있다. 포괄적인 평가로 인해 각 개인의 다양한 상황을 근거로 분석하고, 기술하여 얻어진 평가정보는 각 개인에게 필요한 복지서비스를 제공하는데 지침이 될 수 있다.

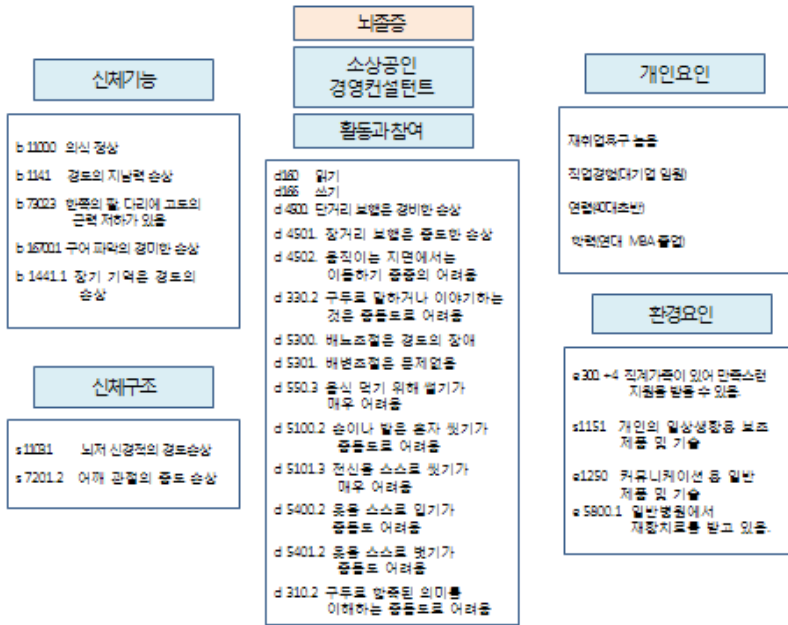
우리나라 장애복지 현장에서 그 적용 가능성을 살펴보면 초기면접부터 ICF 측면으로 각 장애인을 개별 평가하여 필요한 서비스 제공을 위한 지침으로 활용 가능할 것이다. 이제까지 우리나라에서 실시하였던 욕구조사는 분석적이지 못한 한계점이 있었다. 따라서 욕구에 의한 서비스를 제공하는데 있어 욕구와 서비스 필요성을 구분하는 것이 어려웠다. ICF를 활용한다면 ICF의 신체기능과 구조, 활동과 참여 그리고 환경 및 개인요인 까지 종합적으로 접근할 수 있어 서비스 욕구와 필요성을 함께 고려하여 필요한 서비스를 제공할 수 있을 것이다.

예를 들어 초기 면접 시 이용인이 서술한 상황을 아래 표와 같이 세밀 분석하고 이를 토대로 필요한 서비스를 제공할 수 있는 계획을 할

수 있다.

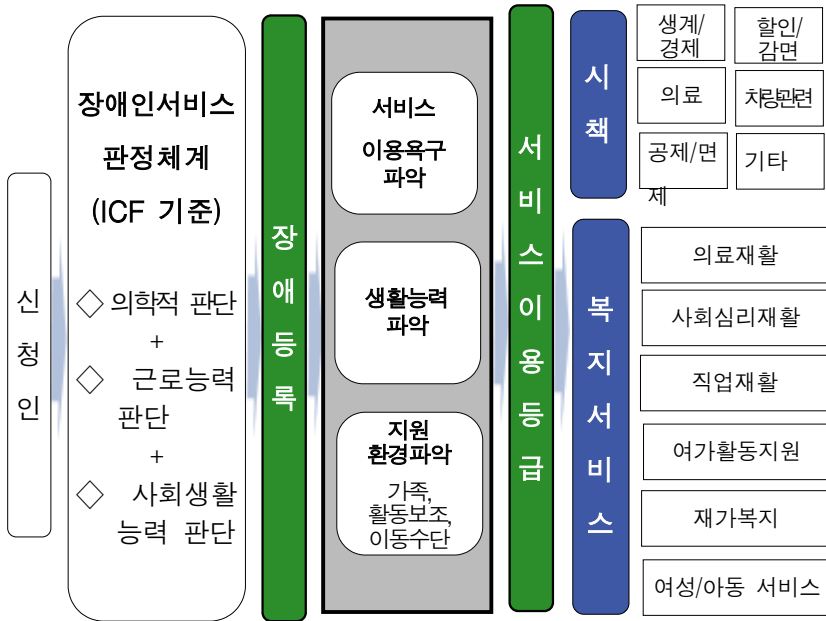
1	2	3
Division of text when a change in meaning is discerned	Linking unit	ICF code
의미있는 정보를 내포하고 있는 말이나 글	- 독립된 의미를 담고 있는 단위	• 관련있는 ICF 항목들
호텔에서 일하고 있어요. 어깨가 빠근하게 아파요. 오른쪽 팔로 물건을 옮기는 것이 너무 힘들어요. 직장 업무를 수행하는 것도 6개월된 아이들 돌보는 일도 너무 힘들어요.	- 어깨가 아파요 - 물건 옮기기가 힘들다 - 직장 업무 수행이 힘들다. - 육아가 힘들다	• b28016 관절 통증 • d4302 팔로 나르기 • d850 유급고용 • d660 가족 구성원 돌보기

두 번째로 직업재활현장에서 각 장애인의 개별 상황에 맞게 직업재활을 서비스를 제공하는데 사용할 수 있을 것이다. 현재와 같이 장애유형별로 접근하는 것이 아니라 각 개인의 장애유형을 고려하여 이를 희망하는 직업과 대비하여 각 개인의 신체 기능과 구조, 활동과 참여 그리고 환경 및 개인적 요인들을 비교분석하여 희망하는 직업을 수행하는데 어려운 점과 지원이 필요한 부분을 구체적으로 계획하는데 활용할 수 있을 것이다. 같은 장애유형이라 해도 직업에 따라 필요한 업무가 다르고 이를 평가하기 위해서는 다면적인 측면을 평가해야 하는데 ICF의 다양한 측면들이 이를 지원할 수 있을 것으로 예상된다.



마지막으로 ICF의 장점을 살려 우리나라 장애등록제도에서 그 적용가능성을 살펴 볼 수 있을 것이다. ICF를 적용하여 의학적, 근로능력, 사회생활능력 등을 판정할 수 있는 종합적인 판정체계를 구축하고 실질적인 장애인복지 서비스는 서비스 이용욕구, 생활능력, 개별 장애인의 환경을 파악한 후 서비스 이용등급을 결정하여 개별적 서비스 지원을 하는 방안을 마련할 수 있는 체계를 구축하는 것이다.

ICF는 개별 당사자의 개인 및 사회 그리고 환경요소까지 고려하는 포괄적인 접근방법을 활용하기 때문에 기존 장애판정기준이 가지고 있는 근본적인 문제점인 집단적인 접근방법과 의료적인 평가기준을 보완할 수 있는 가장 이상적인 방안이 될 수 있을 것이다.



우리나라에서도 ICF를 활용한 평가시스템은 장애인복지 발전에 크게 기여할 것으로 예상하나 ICF를 활용한 평가기준을 개발하는 것은 오랜 연구기간을 필요로 하며 이 과정에서 다음과 같은 문제점들이 예상된다. 첫째, ICF 전문가가 많지 않지 않다는 것이다. ICF를 평가기준으로 활용하기 위해서는 의료계(재활계 포함) 및 장애인복지계에서 ICF 전문가가 필요하다. 의료계에서는 전문적인 의료적 지식을 통해 신체 기능과 손상 영역을 활동과 참여는 일부 의료계와 장애인복지 전문가에 의해 평가되어야 한다. 그러나 현재 우리나라의 경우 ICF에 관심이 많은 의료영역은 일부 재활의학 전공의나 물리치료와 작업치료사 들이다. 즉, 아직까지 의료계에서 ICF에 대한 관심이 전반적으로 낮아 이 영역을 평가할 수 있는 전문 인력이 부족하다는 문제점이 있다.

둘째, ICF 의 1424개의 방대한 내용으로 인해 이를 바탕으로 평가기준을 개발하려면 평가 기준으로서 편의성에 대한 지적을 받을 수 있다.

이러한 문제점을 해결하기 위해 통계청에서는 2010년 한국장애분류개발 2차 연구와 이어 사용자를 위한 ICF 활용길잡이 연구를 진행하였으나 ICF 이해를 높이기 위한 기초적인 연구로서 평가를 위한 수단으로 활용하기 위해서는 좀 더 깊이 있는 연구가 필요하다. 해외에서 개발되고 있는 핵심지표 연구들과 같이 우리나라 장애판정체계에 맞는 장애유형 또는 상병 평가를 위한 핵심지표 개발도 고려해 볼 가치가 있다.

마지막으로 ICF를 평가 수단으로 활용하기 위해서는 지금부터 장애인 복지 인프라 구축이 필요하다. 아직까지 우리나라 장애인복지 인프라도 부족하고 개별 장애인에게 필요한 서비스들을 제공할 수 있는 사례관리 시스템이 마련되지 않은 문제점이 있다. ICF의 원래 취지는 의료적 평가가 아닌 개인의 건강한 삶을 위해 신체기능과 구조, 활동과 참여 그리고 환경적 요인들을 종합적으로 점검하여 필요한 지원(intervention)을 하는 것이다. 따라서 ICF를 통해 개별 장애인의 서비스 필요성을 파악하고 이에 맞는 관련 서비스들을 제공하는 것이 동반되어야 한다. 그럼으로 우리나라 복지현장에서 ICF를 적용하려면 이를 바탕으로 평가된 복지서비스 들을 제공할 수 있는 일정 정도의 인프라 구축이 되었을 때 ICF 원래 취지를 만족시킬 수 있다. 현재 국민연금공단에서 장애인서비스센터를 시범사업으로 운영하고 있다. 이러한 복지 인프라가 일정 정도 구축된다면 ICF는 적절한 평가도구로서의 활용뿐만 아니라 필요한 서비스 제공을 위한 지침이 될 수 있을 것이다.

[토론 내용]

□ ICF 사용에 대한 장점과 비판 가능성에 대한 고려 필요

○ ICF모델 자체는 실제로 아주 큰 장점을 가지고 있음. ‘건강영역’과 ‘건강관련 영역’이 포함된 ICF는 개인의 기능(functioning), 장애(disability), 그리고 건강상태(health state)를 설명하면서, 개인과 환경, 그리고 양자간의 상호작용에 존재하는 ‘건강의 구성요소’에 동시에 주목하면서 통합적 관점을 제공하고 있음.

○ 개념적 장점이외에 실질적 적용에서의 어려움이 존재함

– 첫째, ICD와 유사하여 여전히 의료적 분류 개념이 중요한 부분을 차지함(천개 넘는 항목이 질병에 관한 것). 여전히 ICF는 사회적 모델을 지향하는 것 같지만 의료적인 것이 굉장히 많음.

– 둘째, 장애인을 바라보는 관점에서는 굉장히 유용하지만 실제로 장애 정도를 평가하고 서비스를 제공하는데 활용가능성에 대해서는 의문이 있음. 서비스를 제공하기 전 사정 과정에서 욕구, 환경파악 등에 개념적으로 사용하는데 유용할 수 있으나 장애등급, 서비스의 유무 결정을 위해 활용하기에는 어려움이 예상됨.

□ ICF의 적용을 위한 고려 사항

○ ICF는 기본적으로 건강 상태에 따른 기능 및 장애의 넓은 스펙트럼을 기술하는 분류체계임.

– 기존의 질병분류(ICD)와의 연계를 통해 건강상태의 변화가 개인의 삶에 어떤 영향을 미치는 가를 기술하며 환경과 개인적인 요인이 상호 영향을 주고 있음을 코호트(패널) 분석을 통해 추적해 나가는 연구(적용)가 필요할 것임.

○ ICF는 분류체계임과 동시에 장애에 대한 개념의 변화 제시

- 시도하고 있는 몇 가지 사례는 적용을 위해 필요한 코드의 선택과 조합을 시도하기보다는 전체를 포괄하고자 하는데서 오는 어려움이라 생각함.

○ 용어 및 개념의 통일 시도

- 산재해 있는 장애분류체계 및 기준을 ICF의 개념을 기본으로 통일성을 기하고 각 장애 상태에 따른 재활치료 및 복지서비스를 하나의 용어로 정리하여 제공하면 국가통계나 정책적 자료에 이용될 수 있을 것으로 생각함.

□ 우리나라 장애인 복지와 ICF 적용가능성

- ICF는 건강과 건강관련 상태, 결과 그리고 결정요소를 이해하고 조사하는 과학적 기초를 제공함. 즉 통계학적 도구로 활용 가능함.
- 건강과 건강관련 상태를 설명하는 공용어를 제공함으로써, 건강관리 관계자, 연구원, 정책입안자, 대중, 그리고 장애인과 같은 상이한 사용자들 간에 원활한 커뮤니케이션이 이루어질 수 있도록 함.
- 보건정보체계 구축을 위한 체계적으로 코드화된 분류기준을 제공함으로써 건강정보 시스템 구축에 기여할 수 있음.