정책 22-11

OPEN
출처표시 상업용금지 변경금지
공공누리 공공저작물 자유이용허락

장애인등록제도 개편방안 연구

2022. 10.

한국장애인개발원
Korea Disabled people's Development Institute

본 보고서의 연구내용은 연구진의 의견으로 한국장애인개발원의 공식적인 의견과는 다를 수 있습니다.

연 구 진

연 구 책 임 : 조윤화(한국장애인개발원 정책연구부 자립지원연구팀장)

공동연구원 : 김용진(가톨릭대학교 특수교육과 외래교수)
오윤지(파리 12대학 사회과학연구소 연구원)
김민(가천대학교 사회복지학과 교수)
송기호(성공회대학교 사회복지연구소 연구원)
이윤경(한국장애인개발원 정책연구부 자립지원연구팀 연구원)

학계 및 장애계 전문가

이선우(인제대학교 사회복지학과 교수)
이동석(대구대학교 사회복지학과 교수)
이용석(한국장애인인권포럼 정책위원)
오욱찬(한국보건사회연구원 사회서비스정책연구실 연구위원)
정제형(재단법인 동천 상근변호사)

발간사

최근 들어 우리나라의 장애인등록제도가 장애인 당사자의 장애인복지서비스 선택권을 확장하는 데 걸림돌이 되고 있다는 논의들이 장애계 및 학계, 장애인당사자들 사이에서 회자되고 있습니다. 그 이유로는 크게 두 가지를 들 수 있을 것입니다. 첫째, 우리나라의 장애인복지정책 대상자는 '15개 장애유형 장애인등록대상자'로서, 해당 장애유형에 포함되지 않을 경우에는 장애인복지정책에서 배제되기 쉽기 때문입니다. 둘째, 장애인복지법 상 장애인의 기준에 부합하더라도 '장애'라는 편견 때문에 장애인등록을 꺼려 장애인복지정책에서 배제되는 대상에 대한 대책이 필요하기 때문으로 볼 수 있습니다.

이에 보건복지부는 2021년 4월 정신장애와 시각장애, 안면장애 등의 장애범주에서 장애인정질환의 확대와 예외적 장애인정 조치에 대한 규정을 개선한 바 있습니다. 그러나 이러한 조치는 여전히 의학적 장애개념에 의한 장애 인정질환의 확대 방식으로 장애인정책대상자를 확대하고 있는 한계와 더불어 예외적 장애 인정조치에 대한 전달체계가 구체화되어 있지 않은 문제에 직면에 있습니다.

지금까지 장애인등록제도와 관련된 연구들은 매우 제한적으로 이루어져 왔으며, 주로 당위론적 논의에 치중되어 장애인등록제도와 연관된 제도의 현황, 장애인등록제도를 개편하기 위한 법률 등의 실효성 있는 연구가 시급한 상황이었습니다.

이에 본 연구는 장애인등록제도의 현실적 개선을 위해 제반되어야 할 법률적 개선방안을 모색해 보고자 하였습니다. 특히 장애인당사자들과 장애인 단체들이 경험하고 지향하는 장애인등록제도의 정책방향을 연구내용에 포함하였습니다. 마지막으로 장애인 당사자 측면에서 장애인복지서비스에서 배제되지 않도록 하기 위한 방향에 대하여 장애인등록제도 개편방안을 세 가지 측면에서 구체화 하였습니다. 본 연구는 장애인복지정책이 장애인복지서비스가 필요한 대상자들에게 서비스가 지원되는 체계로 변화하는데 기여하기를 기대합니다.

2022년 10월

한국장애인개발원 원장

목 차

연구요약 ····· ix

Ⅰ. 서론 ····· 1

1. 연구 필요성 및 목적 ····· 1
2. 연구내용 및 방법 ····· 4

Ⅱ. 이론적 논의 ····· 8

1. 사회정책 목적과 장애정의 ····· 8
2. 우리나라 장애인등록제도의 현실과 한계 ····· 13
3. 장애인등록제도 및 장애범주 정책 변화 ····· 25
4. 등록장애인 현황 ····· 37

Ⅲ. 국내 장애인정책과 장애인등록제도 ····· 46

1. 분석개요 ····· 46
2. 분석내용 ····· 47
3. 분석결과 ····· 73

Ⅳ. 국외 장애인정책과 장애인등록제도 ····· 75

1. 독일 ····· 75
2. 프랑스 ····· 111
3. 호주 ····· 146
4. 소결 ····· 178

Ⅴ. 질적 연구 ····· 182

1. 조사개요 ····· 182
2. 조사결과 ····· 185

3. 소결 ····· 204

Ⅵ. 전문가 의견 조사 ····· 206

1. 조사개요 ····· 206
2. 조사결과 ····· 206
3. 소결 ····· 239

Ⅶ. 결론 및 정책제언 ····· 240

1. 결론 ····· 240
2. 정책제언 ····· 242

참고문헌 ····· 285

부록1. MDPH 신청서 양식 ····· 294
부록2. 장애인 보상욕구평가서 ····· 303
부록3. 호주 (1) 심각한 장애 기준 ····· 307
부록4. 호주 (2) 지속적인 작업 불능에 대한 DSP 평가 - 30시간 규칙 ····· 308
부록5. 호주 (3) 호주의 법률에 따른 장애유형 ····· 311
부록6. 호주 (4) - 주요 장애인 법률의 주요 내용(내용적 측면) ····· 317
부록7. 호주 (5) DSP 전달체계 ····· 336

표목차

〈표 Ⅰ-1〉 본 연구에서 고찰한 해외국가 ····· 4
〈표 Ⅰ-2〉 국외 사례 고찰 내용 ····· 5
〈표 Ⅱ-1〉 정책목적과 장애정의 ····· 8
〈표 Ⅱ-2〉 우리나라 및 선진국 장애정의와 사정기준 ····· 9
〈표 Ⅱ-3〉 선진국 장애인등록제도 유무 및 서비스별 관계 ····· 10
〈표 Ⅱ-4〉 산입오류 및 배제오류 ····· 11
〈표 Ⅱ-5〉 등록장애인 증감 ····· 16
〈표 Ⅱ-6〉 ICF의 세부내용 ····· 18
〈표 Ⅱ-7〉 ICF 분류틀을 기준으로 본 한국「장애인복지법」에서 누락된 질환 영역 ····· 19
〈표 Ⅱ-8〉 장애판정기준 ····· 20
〈표 Ⅱ-9〉 장애인등록제도 개편 1~3안 ····· 22
〈표 Ⅱ-10〉 세 차원을 적용: 장애인등록체계 ····· 24
〈표 Ⅱ-11〉 장애인등록제도 장·단점 ····· 27
〈표 Ⅱ-12〉 장애범주 변화과정 ····· 28
〈표 Ⅱ-13〉 장애범주 확대과정 ····· 30
〈표 Ⅱ-14〉 장애범주 확대과정 주요 연구 ····· 31
〈표 Ⅱ-15〉 2021년 인정기준 확대질환 세부내용 ····· 33
〈표 Ⅱ-16〉 장애정도 심사규정 제14조 (보건복지부 고시 제 2022-17호, 시행 2022. 1. 28) ····· 35
〈표 Ⅱ-17〉 장애인구 증가 현황 ····· 39
〈표 Ⅱ-18〉 활동지원대상자 비율 ····· 40
〈표 Ⅱ-19〉 장애급여 수급 현황 ····· 41
〈표 Ⅱ-20〉 장애인 소득보장급여 대상자 포괄성 ····· 43
〈표 Ⅱ-21〉 장애인 거주시설 현황 및 이용률 ····· 45
〈표 Ⅲ-1〉 분석 제도 ····· 46
〈표 Ⅲ-2〉 분석 기준 ····· 47

〈표 Ⅲ-3〉 연금·수당 영역 분석 ····· 48
〈표 Ⅲ-4〉 보육·교육 영역 분석 ····· 50
〈표 Ⅲ-5〉 의료 및 재활지원 영역 분석 ····· 52
〈표 Ⅲ-6〉 서비스 영역 분석 ····· 57
〈표 Ⅲ-7〉 일자리 융자지원 영역 분석 ····· 61
〈표 Ⅲ-8〉 공공요금 등 영역 분석 ····· 65
〈표 Ⅲ-9〉 세제혜택 영역 분석 ····· 68
〈표 Ⅲ-10〉 지역사회 복지사업(재활시설) 및 기타 영역 분석 ····· 70
〈표 Ⅲ-11〉 장애인복지서비스 영역 분석 ····· 74
〈표 Ⅳ-1〉 서비스별 장애 정의 ····· 78
〈표 Ⅳ-2〉 장애인 관련 법적 토대(일부 예시) ····· 80
〈표 Ⅳ-3〉 사회법전(sozialgesetzbuch) 구성 ····· 81
〈표 Ⅳ-4〉 사회법전 제9권(장애인의 재활과 참여) 체계와 주요 내용 ····· 85
〈표 Ⅳ-5〉 장애인과 장애 위험이 있는 사람들을 위한 급여들의 법적 근거 ····· 89
〈표 Ⅳ-6〉 개인예산서 신청서 항목 ····· 102
〈표 Ⅳ-7〉 개인예산제 운영방식의 장단점 ····· 106
〈표 Ⅳ-8〉 AAH 수급 기타조건 ····· 113
〈표 Ⅳ-9〉 PCH 수급 기타조건 ····· 115
〈표 Ⅳ-10〉 감면할인 서비스 ····· 116
〈표 Ⅳ-11〉 서비스별 장애 정의 ····· 117
〈표 Ⅳ-12〉 사회부조 및 가족법전 (Code d'action sociale et des familles) ····· 120
〈표 Ⅳ-13〉 사회보장법전 (Code de sécurité sociale) ····· 121
〈표 Ⅳ-14〉 CASF 제1권 중 제1장(제4편)과 제4장(제4편.제2절) 및 제2권 중 제4장 ···· 124
〈표 Ⅳ-15〉 CSS 제8권, 제2장 (1) ····· 125
〈표 Ⅳ-16〉 CSS 제8권, 제2장 (2) ····· 127
〈표 Ⅳ-17〉 PCH 인적서비스 지원 ····· 130
〈표 Ⅳ-18〉 PCH 장애용구 지원 ····· 131
〈표 Ⅳ-19〉 PCH 수급자 장애인 부모 육아용품지원 ····· 131
〈표 Ⅳ-20〉 PCH 자택개조지원 ····· 132
〈표 Ⅳ-21〉 PCH 교통지원 ····· 132
〈표 Ⅳ-22〉 특정비용지원 및 예외비용지원 ····· 133
〈표 Ⅳ-23〉 부서별 주요 역할 ····· 139

〈표 Ⅳ-24〉 4가지 법률 및 기관에 따른 장애유형 및 범위 ····· 148
〈표 Ⅳ-25〉 DSP 기준 ····· 151
〈표 Ⅳ-26〉 NDIS와 연계된 사회서비스 유형 및 내용 ····· 152
〈표 Ⅳ-27〉 주요 영역별 장애정의 ····· 156
〈표 Ⅳ-28〉 장애관련 법률 및 내용 ····· 157
〈표 Ⅳ-29〉 장애관련 서비스/지원 및 내용 ····· 161
〈표 Ⅳ-30〉 서비스 대상에 따른 신청 방법 ····· 163
〈표 Ⅳ-31〉 NDIS 지원 영역 및 서비스 ····· 168
〈표 Ⅳ-32〉 NDIS 지원 서비스 및 비용 ····· 169
〈표 Ⅳ-33〉 각 국가 요약 ····· 180
〈표 Ⅴ-1〉 질적 사례연구 참여자 현황 ····· 183
〈표 Ⅴ-2〉 질적 사례연구 결과 ····· 186
〈표 Ⅵ-1〉 종합의견 ····· 207
〈표 Ⅵ-2〉 장애인등록제도 유지 및 폐지 필요성과 대안적 기준에 대한 전문가 의견 ····· 211
〈표 Ⅵ-3〉 장애인등록제도 개편안 1안 관련 고려사항 및 제안사항에 대한 전문가 의견 ·· 214
〈표 Ⅵ-4〉 장애인등록제도 개편안 2안 관련 고려사항 및 제안사항에 대한 전문가 의견 ·· 216
〈표 Ⅵ-5〉 장애인등록제도 개편안 3안 관련 고려사항 및 제안사항에 대한 전문가 의견 ·· 217
〈표 Ⅵ-6〉 장애인등록제도 개편안 4안 관련 고려사항 및 제안사항에 대한 전문가 의견 ·· 219
〈표 Ⅵ-7〉 장애인등록제도 개편안 기타(안) 관련 고려사항 및 제안사항에 대한 전문가 의견 ····· 220
〈표 Ⅵ-8〉 장애인등록제도 유지 시 추가적 장애 판단기준에 대한 전문가 의견 ① ····· 221
〈표 Ⅵ-9〉 장애인등록제도 유지 시 추가적 장애 판단기준에 대한 전문가 의견 ② ····· 223
〈표 Ⅵ-10〉 장애인등록제도 유지 시 추가적 장애 판단기준에 대한 전문가 의견 ③ ····· 224
〈표 Ⅵ-11〉 장애인등록제도 유지 시 추가적 장애 판단기준에 대한 전문가 의견 ④ ····· 225
〈표 Ⅵ-12〉 예외적 인정조치에 대한 전문가 의견 ① ····· 226
〈표 Ⅵ-13〉 예외적 인정조치에 대한 전문가 의견 ② ····· 228
〈표 Ⅵ-14〉 예외적 인정조치에 대한 전문가 의견 ③ ····· 229
〈표 Ⅵ-15〉 예외적 인정조치에 대한 전문가 의견 ④ ····· 230
〈표 Ⅵ-16〉 장애인등록제도 유지 시 장애판정기준과 심사기준 전면개편에 대한 전문가 의견 ① ····· 232
〈표 Ⅵ-17〉 장애인등록제도 유지 시 장애판정기준과 심사기준 전면개편에 대한 전문가 의견 ② ····· 233

〈표 Ⅵ-18〉 장애인등록제도 폐지 시 복지사업 기준 변화에 대한 전문가 의견 ① ····· 235
〈표 Ⅵ-19〉 장애인등록제도 폐지 시 복지사업 기준 변화에 대한 전문가 의견 ② ····· 237
〈표 Ⅶ-1〉 장애정의와 판정기준 ····· 242
〈표 Ⅶ-2〉 장애인등록제도 개편방안 개요 ····· 243
〈표 Ⅶ-3〉 장애인복지법 개정(안) (1) ····· 248
〈표 Ⅶ-4〉 장애인복지법 시행령 개정(안) ····· 250
〈표 Ⅶ-5〉 장애정도심사규정(보건복지부고시) ····· 251
〈표 Ⅶ-6〉 장애인복지법 개정(안) (2) ····· 258
〈표 Ⅶ-7〉 장애인복지법 개정(안) (3) ····· 263
〈표 Ⅶ-8〉 소득, 고용, 사회서비스별 대상자 선정 기준(안) ····· 266
〈표 Ⅶ-9〉 감면할인서비스 대상자 개편방안 ····· 268
〈표 Ⅶ-10〉 장애정의 ····· 274
〈표 Ⅶ-11〉 소득, 고용, 사회서비스별 대상자 선정 기준(3안) ····· 279
〈표 Ⅶ-12〉 1~3안 요약 ····· 284

그림목차

[그림 Ⅰ-1] 연구방법 ····· 6
[그림 Ⅱ-1] 정책 실행에 영향을 주는 세 가지 맥락 ····· 12
[그림 Ⅱ-2] 장애인복지법 서비스 체계 ····· 14
[그림 Ⅱ-2] 최근 장애인정질환 확대 이슈 흐름 ····· 32
[그림 Ⅱ-3] 장애정도심사위원회 기능 강화 ····· 34
[그림 Ⅱ-5] 장애유형 현황 ····· 38
[그림 Ⅱ-6] 장애정도가 심한 장애인 내 장애유형별 비중 ····· 38
[그림 Ⅳ-1] 독일의 장애판정체계 ····· 93
[그림 Ⅳ-2] 독일의 재활 절차 ····· 94
[그림 Ⅳ-3] 포괄 개인예산제 절차 ····· 101
[그림 Ⅳ-4] 프랑스 장애여부 확인절차 기본 도식표 ····· 112
[그림 Ⅳ-5] 장애수당 및 서비스 신청 및 판정 절차 ····· 129
[그림 Ⅳ-6] 2018-2019년 93개소 MDPH 1000명 대비 평균 신청률 ····· 136
[그림 Ⅳ-7] 2019년 63개소 MDPH 서비스 신청 비율 ····· 137
[그림 Ⅳ-8] 파리(75) MDPH 조직도 ····· 138
[그림 Ⅳ-9] NDIA 조직도 ····· 164
[그림 Ⅳ-10] NDIS 서비스 지원과정도 ····· 171
[그림 Ⅳ-11] 시간에 따른 재무계획 관리 방식별 이용자의 누적 분포도 ····· 174
[그림 Ⅳ-12] 시간에 따른 재무계획 관리 방식별 지급액 분배도 ····· 175
[그림 Ⅶ-1] 예외적 장애인정 신청 절차(안) ····· 253
[그림 Ⅶ-2] 예외적 장애인정 이의신청 절차(안) ····· 254
[그림 Ⅶ-3] 현 장애인등록절차 ····· 272
[그림 Ⅶ-4] 서비스 전달체계 ····· 280

연구요약

Ⅰ. 서론

○ 최근 우리나라의 장애인등록제도는 당사자의 장애인복지서비스 선택권을 확장하는 데 걸림돌이 되고 있다는 의견이 제기되고 있으며, 그 이유는 다음과 같음

- 첫째, 장애인복지법 상으로는 장애인 기준에 부합하더라도 '장애등록'으로 인해 발생하게 될 사회적 편견을 염려하여 등록을 기피함으로써 서비스 사각지대에 놓이게 되어, 실질적으로 서비스를 필요로 하는 잠재적 서비스 이용자가 장애인복지정책에서 배제되는 문제가 발생하고 있음
- 둘째, 우리나라의 장애인복지정책 대상자는 '15개 장애유형'으로 한정되어, 이에 포함되지 않을 경우 장애인복지 정책에서 배제되는 문제가 발생하고 있음

○ '장애정의'의 변화에 따른 장애인복지정책 대상자 즉, 행정급부 대상자에 대한 규정과 이에 따른 법률적, 행정적으로 고려되어야 할 사항들을 정리할 필요가 있음

- 첫째, 장애'식별'의 의미가 강한 장애인등록제도를 단계적으로 개편하여, 장애인등록체계와 협의의 장애개념에 따라 서비스를 받지 못하는 대상자가 발생하는 '배제오류'를 감소시킬 필요가 있음
- 둘째, 당사자의 복지 욕구를 판단할 수 있는 정책 환경을 구성하기 위하여 장애인복지서비스와 장애인등록제도 간의 전면 개편이 필요함
- 셋째, 다만 '등록장애인'과 '중·경증장애인' 판단기준은 장애인복지법 외의 다양한 법률에서도 서비스 선정기준으로 적용하고 있어, 바로 전면 개편하는 것은 상당한 행정적 혼란을 야기할 가능성이 높으므로 단계적인 장애인등록제도 개편방안을 모색해야 함

○ 선행연구에 따르면, 장애개념 및 장애범주 등에 대한 국가별 사례연구는 매우 많으나 장애등록 또는 서비스 지원체계부터 서비스 이용까지의 전달체계는 구체적으로 살펴보지 않은 것으로 나타났으므로, 국내외 사례분석을 통해

단계적인 장애인등록제도 개편방안과 이에 따른 전달체계를 마련하고자 함

- 첫째, 국내 장애인복지제도에서 '장애정도'로 대상자를 선정하는 사업들을 조사하여 장단기적으로 어떠한 기준을 적용할 수 있을지 제언함
- 둘째, 장애인등록제도 개편의 장기방안을 제안하기 위해 국외의 장애등록에서부터 서비스 이용까지의 전달체계를 분석하고, 서비스별 제공기준과 운영방안 등을 고려하여 개인예산제를 살펴봄
- 셋째, 2021년 4월 기준 확대된 인정질환자와 장애등록을 원하는 당사자 및 관련 단체 대표를 대상으로, 장애등록 이후의 장애인복지서비스 경험과 장애인등록제도의 문제점 등을 살펴봄
- 넷째, 앞선 사례연구와 질적연구를 토대로 단계적인 장애인등록제도 개편방안을 도출하여 이에 대한 전문가 의견을 청취한 후에, 이를 바탕으로 장애인등록제도 개편방안을 1안~3안으로 제시함

Ⅱ. 이론적 논의

○ 사회정책에서 장애정의가 일원화되는 것은 장애인의 다양한 욕구에 부합하지 않고, 정책목적과 장애정의 간의 연계성이 낮을 경우에는 부적절한 급여가 제공되는 산입오류와 사각지대가 발생하는 배제오류를 낳을 수 있으므로, 사회정책의 목적에 부합하도록 다각화하는 것이 바람직한 것으로 평가됨

- 우리나라의 장애정의는 의학적 기준인 '손상'에 국한된 개념이 통용되고 있으며, 모든 장애질환과 손상 등을 포함하고 있지 않아 상대적으로 단일장애 개념 내에 포함되는 대상포괄성이 낮음
- 국외에서는 장애정의에 따른 사정체계를 구현하여 장애인등록제도가 있다고 하더라도 서비스별 장애기준을 통해 서비스 욕구가 있는 당사자를 배제하지 않음

○ 따라서 선행연구를 통한 우리나라의 장애인등록제도의 현실과 한계는 다음과 같음

- 첫째, 우리나라는 모든 사회정책의 기준에 단일장애 정의에 따른 기준이 적용되고 있어, 장애인등록이 되지 않으면 다양한 서비스에서 배제됨
- 둘째, 장애인복지법의 장애인의 기준에 부합하더라도 정보의 부재, 낙인과

수치심 등으로 '장애인등록'을 하지 않아, 장애인복지서비스에서 배제되어 생활의 어려움을 겪고 있는 사람들도 있을 수 있음

- 셋째, 장애인복지서비스를 받기 위해서는 전술한 장애인등록기준과 소득 및 장애유형 등의 서비스별 선정기준 등 두 가지 관문을 넘어야 하는 구조적 문제로 인하여 배제오류가 증가하고 있음
- 넷째, 장애등록을 하게 되면 필요하지 않더라도 감면·할인서비스의 대상자가 됨으로써 산입오류가 발생하고 있음
- 다섯째, 장애인복지법의 15개 장애유형을 판단하는 데 의학적 기준인 신체 기능 및 구조의 손상에 따라 판단하고 있으며, 특히 협소한 인정질환만을 포함하고 있어, 장애인복지법은 장애환경의 변화를 충분히 반영하지 못하고 있음
- 여섯째, 장애인등록대상자가 아니더라도 장애인복지서비스를 받을 수 있는 공통 채널이 존재하지 않아, 다양한 영역의 복지서비스에서 제외되고 있음
- 일곱째, 장애인복지법 15개 장애유형 판정 기준의 차이가 존재한다. 장애유형별 판정기준의 편차는 서비스 선정기준에 영향을 줌으로써 적정 서비스에서 배제될 가능성이 있음
- 여덟째, 우리나라의 장애인복지서비스 대상자 선정기준은 소득기준, 장애정도(중증 및 경증), 장애유형 등이 주로 적용돼, 개별화된 욕구들에 대한 복지서비스가 매칭되고 있지 않고 있음.
- 아홉째, 장애인등록제도 운영에 대한 단계적 고민이 필요함에도 이에 대한 정책마련이 미흡한 상황임

Ⅲ. 국내 장애인정책과 장애인등록제도

○ 장애인복지정책을 8가지 영역(연금·수당, 보육·교육, 의료 및 재활지원, 서비스, 일자리 융자지원, 공공요금 등, 세제혜택, 지역사회 복지사업 및 기타)의 대표적인 사업들과 장애인등록제도와의 연관성을 7가지 지원기준(등록장애, 장애정도, 장애유형, 연령, 소득기준, 성별, 관련제도)으로 나누어 고찰함

- 첫째, 의료재활영역 및 서비스 영역은 장애정도의 판정기준으로 배제오류

가 심각할 것으로 보이며, 장애인연금과 같은 소득보장영역에서도 장애정도가 심각한 장애와 장애정도가 심각하지 않은 장애 두 집단으로 나누어 급여를 제공하여 배제오류가 나타날 가능성이 높을 것으로 보임

- 둘째, 세제혜택 및 공공요금의 경우에는 반드시 필요하지 않은 장애인도 대상이 되는 산입오류가 나타날 가능성이 있을 것으로 보임

○ "2022년 장애인복지 사업안내 2권"에서 소개한 장애인복지서비스의 대표 사업들의 서비스 지원 대상자 선정기준은 전체의 약 96%에 해당하는 사업이 장애등록을 해야만 이용이 가능했음

- 그 중 전체의 약 1/3에 해당하는 34%의 사업이 장애정도에 따라 지원내용이 상이함
- 이를 통해 대상자 선정기준의 유연성이 필요하다는 것을 확인함

Ⅳ. 국외 장애인정책과 장애인등록제도

○ 독일의 장애인정책과 장애인등록제도를 정리하면 다음과 같음

- 첫째, '동등한 권리로서의 장애인의 사회참여'라는 지향점을 통해 법적 토대와 제도적 측면에서도 광범위한 변화가 진행되어, 장애인의 동등한 시민적 권리를 기반으로 전달체계를 포함한 장애인정책을 강력하게 개혁함
  - 연방참여법을 근거로 장애인정책은 장애인을 동등한 권리가 있는 시민으로 바라보며 완전한 사회참여를 목표로 변화하고 있음
  - 사회법전 제9권은 장애인을 위한 기본법으로서 다른 법률들과 동등한 관계 속에서 장애인 정책을 이끌고 있음
- 둘째, 자기결정적인 장애인정책을 지향하며, 대표적으로 장애등록절차와 개인예산제 및 편입급여의 확대를 예로 들 수 있음
  - 장애등록절차의 경우, 당사자의 건강상태와 일상에서의 경험을 기술한 기록지 제출과 장애판정 신청서에 당사자가 원하는 '건강상의 특징'을 선택할 수 있게 함으로써, 의학적인 자료만으로 장애판정을 실시하는 것이 아니라 장애 당사자의 의견과 목소리를 반영함
  - 개인예산제 및 편입급여 확대는 자기결정적인 서비스 이용을 목적으로 하여, 모든 장애인과 장애위험이 있는 사람이 신청할 수 있고 서비스를

원하는 방식으로 이용할 수 있음

- 셋째, 장애인 중심의 정보제공 및 상담 서비스를 구축하여 '상담소'와 '보충적 독립참여상담소'를 설치하고 있음
  - 상담소는 장애인 급여를 담당하는 재활담당기관 중 한 기관에 소속되어, 장애인 급여 및 서비스 신청부터 이용까지의 전 과정에서 정보제공과 상담이 이뤄짐
  - 보충적 독립참여상담소는 재활담당기관에 소속되지 않고 동료상담 방식을 지향하며, 장애인 서비스 신청 이전의 상담에 더 초점을 맞추고 있음

○ 프랑스의 장애인정책과 장애인등록제도를 정리하면 다음과 같음

- 첫째, 장애인등록제도 없이 서비스별 판정제도를 시행하여, 원하는 서비스 자격조건에 부합할 경우 수급자가 될 수 있음
  - MDPH 신청서는 종합적인 서비스를 다루는 양식으로 구성되어 있어, 당사자가 처한 상황과 필요한 욕구사항을 상세하게 기재할 수 있는 "삶의 계획"란이 있는 등 장애인의 욕구를 최대한 반영하는 방식을 채택함
- 둘째, MDPH를 통해 정보제공·서류접수·판정·갱신에 이르기까지, 장애인의 모든 서비스에 대해 총체적이고 원스톱으로 운영되고 있음
  - 판정단계에서 다학제팀이 개개인의 상황을 파악하고 개별보상계획을 통해 신청인에게 필요한 보상욕구를 총체적으로 제안하는 모델로, 현재 한국의 장애계에서 추구하는 이상적인 판정 모델임
- 셋째, 재가서비스 이용방법에 대한 선택지가 4가지나 되는 등 서비스 선택의 폭이 넓음
  - PCH는 인적서비스·자택개조·자동차개조·교통·장애용구에 대한 지원과, 그 외에 장애로 인하여 지출하게 되는 비용을 지원하는 특정비용과 예외비용이 있음
  - 한국의 장애인복지서비스가 활동지원서비스인 점과 ACTP인 인적서비스가 유일했던 2006년 전의 프랑스가 유사함

○ 호주의 NDIS에서 제공하는 개별 서비스 계획은 개인에게 계획 개발을 강요하지 않고 전문가, 정부기관, 개인이라는 선택권을 제공하여 개인예산제 방식을 활용할 수 있도록 하나, 다음과 같은 쟁점이 존재함

- 첫째, 개별 서비스 계획 개발과 시행을 위한 대기기간이 실제보다 길어,

인력충원을 위해 장애인 근로자 충원 및 성소수자 고용을 위해 노력하고 있음

- 둘째, 지역별 편차에 따라 수요와 공급에 차이가 생김
- 셋째, 개별 서비스 계획 개발 시 일부 이용자는 자기관리 부담을 줄이는 케어 패키지만 개발하는 등 다양한 문제가 발생함
- 넷째, 서비스 제공자의 시간제 근로로 인해 안정된 직업과 서비스 지원이 어려움

○ 독일, 프랑스, 호주의 장애인복지 정책 공통점은 다음과 같음

- 첫째, 서비스 대상자 선정기준이 장애인 당사자 중심으로 형성되어, 장애인등록제도의 유무와 상관없이 서비스별 선정기준에 따라 정책 대상자를 선정하고 있음을 알 수 있음
- 둘째, 장애인의 선택권과 자기결정을 강조하는 개인예산제를 도입하고 있음
- 셋째, 개인예산제 이용을 위해 다양한 급여의 적격성평가에서부터 서비스 이용까지의 서비스 전달체계가 원스탑 체계로 한 곳에서 이뤄져 효율적임

Ⅴ. 질적 연구

○ 본 연구의 질적조사는 예외적 인정조치 이후 등록된 장애인 당사자(CRPS, 뚜렛증후군, 기면증)와 예외적 인정조치 대상에 포함되지 않은 서비스 이용희망자(화상, HIV감염질환자)가 경험하는 장애등록을 희망하는 최초의 계기에서부터 장애등록 이후의 전 과정을 파악함으로써 당사자들의 욕구와 서비스 이용 불가 경험 등에 대해 파악하고자 함

○ 본 연구의 질적사례연구는 예외적 인정조치 이후 등록된 장애인 당사자(CRPS, 뚜렛증후군, 기면증)와 예외적 인정조치 대상에 포함되지 않은 서비스 이용희망자(화상, HIV감염질환자)가 경험한, 장애등록을 희망하게 된 최초의 계기에서부터 장애등록 이후의 전 과정을 파악함으로써 당사자들의 욕구와 서비스 이용 불가 경험 등에 대해 파악하고자 함

○ 질적사례연구는 2차로 나누어 진행하였으며, 1차 포커스그룹인터뷰에서는 각 질환별 당사자 4명, 단체관계자 5명 총 9명으로 최종 선정하였고, 2차 심층인터뷰는 1차에 참여한 당사자 중 3명을 대상으로 진행함

○ 질적사례연구 결과, 총 3가지 주제와 6개의 상위범주, 18개의 하위범주로 구성하여 제시함

- 첫 번째 주제는 장애등록 희망 이유와 이를 위한 노력으로 구성된'수단이자 도구로써의 장애인 등록'으로, 상위범주는 '삶의 전반에서 경험하는 외면', '장애등록 희망의 이유', '장애인으로 인정받기 위한 노력' 3가지이며 구체적인 내용은 다음과 같음
  - · HIV감염인은 감염이 되었다는 자체로 사람들로부터 거부의 대상이 되어 두려움에 기반 한 거부와 차별, 가장 친한 주변인으로부터 느끼는 고립된 삶을 살아감
  - · 겉으로 보기에는 아무런 차이를 느끼지 못하지만, 질환자들은 겉으로 보는 것과는 다른 삶을 살기 때문에 개인의 상태에 대한 이해가 필요함
  - · 감기와 같은 익숙한 질환이 아닌 경우에 배제되기 십상이며, 누구나 이용할 수 있는 대중교통의 이용, 직장과 지역 의료기관의 이용에서도 나타남
  - · 질환자의 특성은 수능에서조차 배려 받지 못하며 역차별이라는 이유로 차별의 대상이 되기도 함
  - · 질환을 가진 사람들은 의료적 치료를 통해 그 상태가 나아질 것이라고 기대하지만 의료적 치료를 통해서도 호전되지 않아, 나는 누구인가에 대한 고민과 일상적인 삶에서의 도움이 필요해지며 장애를 인정받아 서비스를 이용하고자 함
  - · "겉보기에는 말짱"해보이지만 일상생활에서는 불편함을 겪음으로써, 개인적 의미에서부터 사회적 의미까지를 포괄하는 정체성 혼란이 생김
  - · 장애등록을 통해 소속감을 부여함으로써 사회에서 '인정' 받는 안정감, 또는 다른 길로 나아갈 수 있는 방편으로써 작용함
  - · 일상생활과 사회적 차별 안에서 스스로를 구제할 방안이 없으므로, 장애인으로 등록함으로써 사회에서 이용할 수 있는 것을 증대하여, 보다 나은 삶으로의 전환을 기대하거나 희망할 수 있음
  - · 관련 단체는 질환을 '장애'로 인정받기 위해 국가인권위원회에 제소, 언론사와의 인터뷰, 기사화, 관련 학회와의 협업 등 다양한 노력을 하였으며, 그 중 국가를 상대로 한 행정소송이 장애인정에 가장 큰 영향력을

미친 것으로 보임

- 두 번째 주제는 장애등록이 되더라도 세부 조건에 따라 여전히 이용할 수 없는 각종 서비스에 대한 내용으로 이루어진 '가로막힌 서비스'로, 상위범주는 '여전한 벽1(판정기준의 문제)', '여전한 벽2(장애정도의 문제)' 2가지이며 구체적인 내용은 다음과 같음
  - · 뚜렛증후군은 장애등록이 가능해진 이후 양의학을 통한 2년의 꾸준한 치료나 진료기록이 있어야 장애등록이 가능하기 때문에 다시 처음부터 시작해야 함
  - · 장애등록이 어려운 상황들 혹은 증상의 심각정도로 인해 일상생활에 얼마나 어려움을 겪는지가 아니라 처방 이후의 일상생활이 어려운지를 판단하는 기존의 장애판정기준은, 질환의 특성이 고려되지 않은 채 이미 갖춰진 틀에 당사자를 끼워 맞추는 형태로 나타남
  - · 질환에 따른 장애는 잠정적으로 영구적인 상태임에도, 2년에 한 번씩 장애등록유지를 위한 재판정을 받아야 하고, 5년에 한번 씩 희귀난치성질환 판정도 받아야 하여, 탈락에 대한 불안감과 일상생활에서의 불편함 등이 발생하므로 보다 다양한 측면에서 고려되어야 함
  - · 장애등록을 하더라도 이용하고 싶은 서비스는 장애정도나 소득기준에 따라 이용 가능 여부가 다시 갈리게 되어 여전히 이용 가능한 서비스가 없음
  - · 대부분 장애정도에 따라 서비스 이용에 제한이 있어, 장애인등록제도상 '심하지 않은 장애'로만 등록 가능한 CRPS, 뚜렛증후군, 기면증의 경우 사실상 이용할 수 있는 서비스는 없는 것으로 나타남
- 세 번째 주제는 향후 장애인등록제도가 개편되어야 할 부분에 대한 내용으로 이루어진 '나아가야 하는 길'로, 상위범주는 '변화의 길' 1가지이며 구체적인 내용은 다음과 같음
  - · 현재 장애인복지법상의 15개 장애유형은 새롭게 들어온 장애를 포괄하지 못하며, 새롭게 장애등록이 가능하더라도 당장은 이용할 수 있는 서비스가 없거나 당사자의 상태를 설명할 수 있는 장애유형이 없다는 문제가 지적됨
  - · 참여자들은 장애등록이나 장애정도에 따른 구분 없이, 개인이 필요로 하는 서비스를 이용할 수 있도록 제도가 개선되어야 한다고 이야기함

· 개인이 가진 기본적 인권을 보장받을 수 있는 환경을 마련해야 하며, 당장 폐지가 어렵다면 예외적 인정조치의 확대 또는 서비스별 대상자 기준 마련이 절실함

Ⅵ. 전문가 의견 조사

○ 장애인등록제도·서비스전달체계·장애인서비스 선택권 확대 등을 위해 장·단기적 방향에서 실질적인 장애인등록제도 개편안을 제안하며 각개 전문가의 심층적인 의견을 수렴하기 위해 전문가 의견조사를 실시함

○ 자료수집은 2022년 8월 16일부터 22일까지 이루어졌으며, 해당 분야의 전문가 8명을 대상으로 전문가 의견조사지를 이메일로 전달한 후 이메일을 통해 회신하는 방식으로 이루어짐

○ 장애인등록제도에 대한 관심과 학문적 소양이 있는 학계 5인, 단체 3인으로 구성하였으며, 관련 학계 교수 및 연구자, 현장전문가, 단체 대표 등을 대상으로 조사를 진행함

○ 전문가 의견조사의 주요 결과를 살펴보면 다음과 같음

- 장애인등록제도 폐지에 대해 모든 전문가가 동의하고 있는 것으로 나타났으며, 등록제를 유지하더라도 현재의 의료적 손상기준만이 아닌 사회적 참여 제한에 따른 장애등록이 필요하다고 의견을 제시함
  · 서비스의 특징에 따라 대상자 기준을 별도로 마련하거나, 현재의 ADL과 IADL을 활용한 서비스종합판정도구를 사용하는 방식을 제안하며, 이때 장애판정의 의학적 손상기준을 서비스별로 적용할 필요도 있을 것이라고 제시함
- 장애인등록제도 개편에 대한 고려사항으로는, 등록제를 유지하며 서비스 대상자 선정기준을 마련하는 방안을 제시하였으나 주로 부정적인 의견이 많았음
  · 새로운 기준 적용에 의한 급여총량의 감소, 이전 이용자의 탈락 등으로 인해 신중한 접근(바람직하지 않다는)이 필요하다는 의견이 많았음

Ⅶ. 결론 및 정책제언

○ 장애인등록제도 개편 시 쟁점이 되는 부분은 크게 4가지로써 다음과 같음
- 정책대상자 선정기준에서 '중증'과 '경증'으로 구분되거나 일반사회복지서비스 대상자 선정기준에서 '등록장애인'여부에 따라 구분이 되는 기준에 대한 대안이 필요함
- 장애인등록제도 개편 시 장애인권리보장법과 장애인복지법의 장애서비스법으로의 전환이 함께 이루어질 수 있도록 고려하는 법률적 개편이 필요함
- 장애등록을 해야만 서비스를 이용할 수 있는 체계와 중증장애인 중심의 서비스 지원에 대한 개선사항을 고려하여 장애인등록제도가 개편되어야 함
- 장애인등록제도 개편 시 가장 고려되어야 하는 지점은 "장애정의에 따른 장애정도판정기준에 대한 합의"부분이며, 이는 사회정치적 정의에 기반하여 설계되어야 함

○ 전문가 의견조사를 토대로 장단기 모형 3가지를 장애인등록제도 개편방안으로 제안함
- 1안은 현행 장애인복지법 체계 내에서 15개 유형에 해당하지 않은 장애인들을 임시적·예외적으로 인정할 수 있는 절차를 마련함
- 2안과 3안은 WHO의 ICF, 장애인권리보장법 등의 장애정의인 '사회의 문화적 · 물리적 및 제도적 장벽 등의 환경적 요인과 신체적 · 정신적 능력의 차이 등의 개인적 요인 간의 상호작용으로 인하여 완전하고 효과적인 사회참여에 제약이 있는 상태'를 준용한다는 공통점이 있으며, 두 안의 차이는 장애인등록제도 폐지 유무에 따른 장애정도 판정 및 심사기준 개편사항인 부분에 있음

Ⅰ 서론

1. 연구 필요성 및 목적

1987년 '장애등록 시범사업'으로 도입된 '장애인등록제도'는 장애인등록을 한 대상자를 장애인복지정책대상자로 명확히 규정하고, 행정적 서비스 대상자를 추정하는 수단으로서 주요한 역할을 해 왔다. 즉 장애인등록제도는 장애인복지서비스를 이용하고 있는 '등록장애인 현황'에 관한 통계를 제공하여, 해당 제도가 시행된 이후부터 장애인 수에 대한 공식적인 통계확보가 가능해졌다. 또한 장애인복지서비스 제공을 위한 행정적 서비스 대상자 추정 등의 명확성을 제시하는 데 이용되었으며(김성희 외, 2012), 동 기준은 다양한 행정급부 대상자를 선정하는 기준으로 적용되고 있다.[1] 예를 들면, 장애인복지정책 외에도 국민기초생활보장법의 '근로능력' 평가 제외자의 경우, 장애인복지법의 중증 등록장애인은 근로무능력자로 판단하여 근로능력평가를 제외하고 있다.

그러나 최근 들어 우리나라의 장애인등록제도가 당사자의 장애인복지서비스 선택권을 확장하는 데 걸림돌이 되고 있다는 의견이 제기되었다. 그 이유를 정리하면 다음과 같다. 첫째, 장애인복지법 상 장애인의 기준에 부합하더라도 '장애'라는 편견 때문에 장애인등록을 꺼려 장애인복지정책에서 배제되는 대상에 대한 대책이 필요하다는 것이다(Devereux et al, 2017). 예를 들면, 현 장애인복지법의 정신장애범주에 포함되지만 사회적 편견으로 인하여 정신장애인의 등록을 기피함으로써 복지사각지대에 놓인 당사자들을 들 수 있다. 즉 2021년 4월 15개 장애유형 중 정신장애유형에 '기면증이 있으면서 정신질환을 가진 자'가 추가된 바 있다. 이로 인해 '기면증'이 정신질환이 아님에도, 정신장애유형 내에 기면증이 규정됨으로써, '기면증' 자체가 정신장애라는 사회적 편견을 유발할 가능성이 있는 것으로 나타났다. 따라서 이들은 기면증 자체로 인한 일상생활 및 사회참여 제약을 고려해줄 것을 제안하고 있다(이종성 의원실, 2022).

둘째, 우리나라의 장애인복지정책 대상자는 '15개 장애유형 장애인등록대상자'

1) 우리나라 장애인등록제도는 1987년 '장애등록 시범사업'으로 시작되었다. 이후 1988년 전국으로 확대되었으며, 1989년 심신장애자복지법을 장애인복지법으로 전면 개정하면서, 동 법 제19조에 장애인등록제도가 신설되었다. 장애인등록제도가 시행된 이후부터 공식적인 장애인 수에 대한 통계확보가 가능하게 되었다.

로서, 해당 장애유형에 포함되지 않을 경우에는 장애인복지정책에서 배제된다. 즉 등록장애인은 장애인복지법의 '장애인'이며, 장애정도를 조작화 하고 있는 '15개 장애유형별 의학적 장애정도판정기준'에 부합되어야 한다. 이는 최근 장애등록과 관련된 행정소송을 포함한 2021년 4월 뚜렛, 강박장애, 복시 인정 등 인정질환 확대와 연관되는데,[2]장애인복지서비스에 욕구가 있음에도 15개 장애유형에 포함되지 않은 장애를 가진 당사자들은 복지서비스에서 배제될 수밖에 없는 상황이다.

이미 학계와 장애계는 선진국의 ICF 장애개념에 따른 장애인복지정책의 변화 및 장애인복지정책 대상자 확대 등의 장애인 정책 환경 변화에 맞추어 우리나라의 '장애정의'를 '신체 및 정신, 감각 등의 신체 구조적 손상, 그리고 사회적 장벽(제도 및 편견·관념 등)에 따른 일상생활 및 사회참여 제약' 등을 포괄하는 것으로 재정의할 필요성을 제기하였으며, 이는 2021년에 발의된 장애인권리보장법(안), 장애서비스법의 '장애정의'에 규정되는 성과를 얻게 되었다.

이러한 '장애정의'의 변화에 따른 장애인복지정책대상자 즉, 행정급부대상자에 대한 규정과 이에 따른 법률적, 행정적으로 고려되어야 할 사항들을 정리할 필요가 있다. 첫째, 장애인복지서비스를 받기 위한 전제조건으로써 장애 '식별'의 의미가 강한 장애인등록제도를 단계적으로 개편하여, 장애인등록체계와 협의의 장애개념에 따라 서비스를 받지 못하는 대상자가 발생하는 '배제오류'를 감소시킬 필요가 있다. 둘째, 장애인복지욕구를 판단할 수 있는 정책 환경을 구성하고, 각 서비스에서 장애인복지서비스를 받도록 장애인복지서비스와 장애인등록제도간 전면 개편이 필요하다(최복천 외, 2020; 조윤화 외, 2021).

특히 현행 장애인등록제도에서의 '행정적 대상자 파악 용이성'은 행정적으로도 대상 추계 면에서도 이점이 존재한다. 특히 동 '등록장애인'과 '중증 및 경증장애인' 판단기준들은 장애인복지법 외의 다양한 법률에서 서비스 선정기준으로 적용되고 있어, 등록장애인 개념을 바로 개편하는 것은 공급자와 수급자 간에 상당한 행정적 혼란을 초래할 가능성이 높다. 따라서 ICF '장애'개념에 따른 장애인복지정책대상자 확대를 견지하면서 장애인 수요자 측면에서 배제오류를 발생시키는 요인들을 분석하고, 단계적으로 장애인등록제도를 개편할 수 있는 방안을 모색하고자 한다.

그러나 지금까지 장애개념 및 장애범주 등에 대한 국가별 사례연구는 매우 많이

2) 보건복지부 보도자료(장애인복지법 하위법령 등 개정안 공포시행-장애정도 인정기준 완화 및 장애정도 심사절차 보완(2021.4.13.)

존재하나, 장애등록 또는 서비스 지원체계부터 서비스 이용까지의 전달체계는 구체적으로 살펴보지 않은 것으로 나타났다. 뿐만 아니라 2021년 4월 뚜렛증후군 등 장애 인정질환 확대와 더불어 예외적 장애인정 절차도 강화되었으나, 구체적인 전달체계에 대한 연구는 부재하였다.

이에 본 연구에서는 장애인정책수요자의 측면에서 장애인복지서비스에서 배제되는 구조와 주요 요인들을 조사하고, 국내외 사례를 분석하여, 단계적으로 장애인등록개편방안(안)과 이에 따른 전달체계를 마련하고자 한다. 이를 설명하면 다음과 같다. 첫째, 국내 장애인복지제도에서 '장애정도'로 대상자를 선정하는 사업들을 조사하였다. 2019년부터 장애등급제 폐지가 이루어졌으나, 현재도 감면할인서비스, 중증장애인 중심의 복지서비스 등이 제공되고 있다. 동 조사를 통해 장단기 적으로 어떠한 기준을 적용할 수 있을지 제언에 제시하고자 한다. 둘째, 국외 사례를 통해 수요자의 서비스 이용 측면에서 등록부터 서비스 이용까지의 전달체계를 분석하였다. 특히 장기적으로 장애인등록제도의 폐지에 따른 서비스별 대상자에 대한 선정과 서비스 제공 전달체계의 개편에 있어 개인예산제를 고려할 수 밖에 없다. 즉 개인예산제를 실행하기 위해서는 개인별지원계획에 따른 서비스 통합적 지원체계가 전제되어야 한다. 이에 본 연구에서 장애인등록제도 개편의 장기방안을 제안할 때, 개인예산제에 대한 실행을 고려하여 서비스별 서비스 제공기준과 운영방안 등을 고려하여 제시하고자 국내 사례에서 개인예산제의 실행과 전달체계 등을 살펴보았다. 셋째, 최근 2021년 4월 확대된 인정질환자와 장애등록을 원하는 당사자와 단체 대표를 대상으로 장애등록 이후 장애인복지서비스 경험과 장애인등록제도의 문제점 등을 살펴보았다. 넷째, 앞선 국가사례연구, 질적연구를 토대로 단계적인 장애인등록제도 개편방안을 도출하여, 이에 대한 전문가 집단의 의견을 청취한 후, 이를 토대로 장애인등록제도의 개선방안을 1안~3안으로 제시하였다.

본 연구는 최근 논의되고 있는 장애인등록제도 폐지에 대한 기초자료를 제공할 수 있을 것으로 기대된다.

2. 연구내용 및 방법

1) 연구내용

연구내용은 다음과 같다.

첫째, 이론적 논의이다. 본 연구의 2장에 해당되는 것으로써, 장애인정책대상자를 선정하는 데 고려해야 하는 배제 및 산입오류에 대하여 알아본다. 그리고 장애인등록제도의 목적과 의미, 장애인등록제도의 변천, 최근 2021 인정질환 확대 현황 등을 다룬다.

둘째, 국내 장애인복지 정책에서의 정책대상자 선정기준을 분석한다. 즉 등록장애 여부, 장애정도, 소득기준, 장애유형 등으로 제도별 선정기준을 살펴보고, 우리나라의 장애인복지정책의 대상자 특성과 이로 인한 정책대상자 배제 및 산입오류를 분석한다.

셋째, 국가별 사례 연구이다. 본 연구에서는 OECD(2010)에서 장애인복지국가를 유형한 결과를 토대로 장애등록부터 장애인복지서비스 이용까지의 전달체계 등을 중심으로 살펴본다. 즉 사민주의 국가로는 독일, 조합주의 국가는 프랑스, 영미권 국가는 호주를 분석한다. 특히 장애인권리보장법이 의결되기 전, 장애등록과 장애인복지서비스 이용까지 전달체계와 법률적 구조를 살펴봄으로써, 정책대상자의 서비스 이용의 유용성을 확보하고자 한다. 또한 서비스 이용 측면에서는 각 국가에서 활용하고 있는 개인예산제를 분석하였다. 개인예산제는 장애인등록제도 폐지 시, 당사자 중심의 서비스 전달체계를 구체화하기 위해서 고려되어야 하는 항목이기에 본 연구에 추가하여 제시하였다.

〈표 Ⅰ-1〉 본 연구에서 고찰한 해외국가

구분	국가
사민주의 국가	독일
조합주의 국가	프랑스
영미권 국가	호주

출처: OECD(2010). Sickness, Disability and Work.

〈표 Ⅰ-2〉 국외 사례 고찰 내용

구분	내용
장애개념 및 장애범주, 서비스 기준 등	-법률적 지형 및 내용 • 장애개념, 서비스별 사정 기준 법률 등 관계
장애 등록 또는 서비스별 전달체계	-행정적 지형 및 내용 • 장애등록 및 서비스 이용 전달체계 지형 • 전달체계 역할 및 지원 내용
서비스 이용 측면	-개인예산제 내용 및 전달체계

넷째, 최근 등록장애로 인정된 질환이 있거나, 장애등록을 위해 예외적 인정조치에 대한 행정적 이용을 경험한 당사자 및 전문가 집단을 대상으로 질적조사를 실시하였다.

다섯째, 해외사례와 현장전문가(당사자 및 전문가)를 대상으로 실시한 질적조사를 통해 도출된 내용들을 토대로 전문가의견조사를 실시하여 구체적인 대안을 마련하는 데 기초자료를 구성하였다.

일곱째, 마지막으로 장애인등록제도의 개편방안을 단계적으로 제시하였다.

2) 연구방법

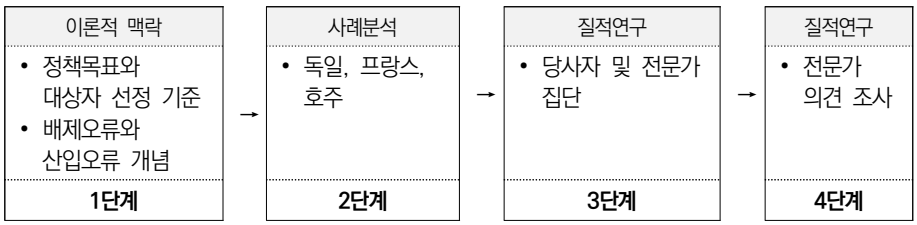
본 연구는 문헌연구와 질적 연구방법을 활용하였다.

첫째, 문헌연구 등을 통해 장애인정책목적과 대상자 선정과 관련된 이론적 맥락을 정리하였으며, 장애인등록제도와 관련된 현 정책을 고찰하였다.

둘째, 일반적 질적연구를 실시하였다. 즉 전문가 및 당사자 집단을 대상으로 질적연구를 실시하였다. 당사자 집단은 2021년 4월 장애인정질환으로 확대된 바 있는 기면증이 있으면서 정신질환을 가진 자, 뚜렛증후군, 복합부위통증증후군을 대상으로 장애등록 이후의 복지서비스 경험을 분석하였다. 또한 전문가 집단을 대상으로는 위의 단체들과 최근 예외적 인정 기준을 통해 장애등록을 시도한 경험이 있는 전문가집단(HIVS)과 장애등록을 원하는 단체 등을 대상으로 장애등록을 원하는 이유와 방법 등에 대해 질적연구를 실시하였다. 연구방법은 '일반적 질적연구(generic qualitative research)' 방법을 활용하였으며, 김인숙 외(2016)의 귀납적 주제분석을 중심으로 분석하였다.

셋째, 앞선 해외사례 및 질적연구를 토대로 본 연구에서 도출하고자 하는 장애

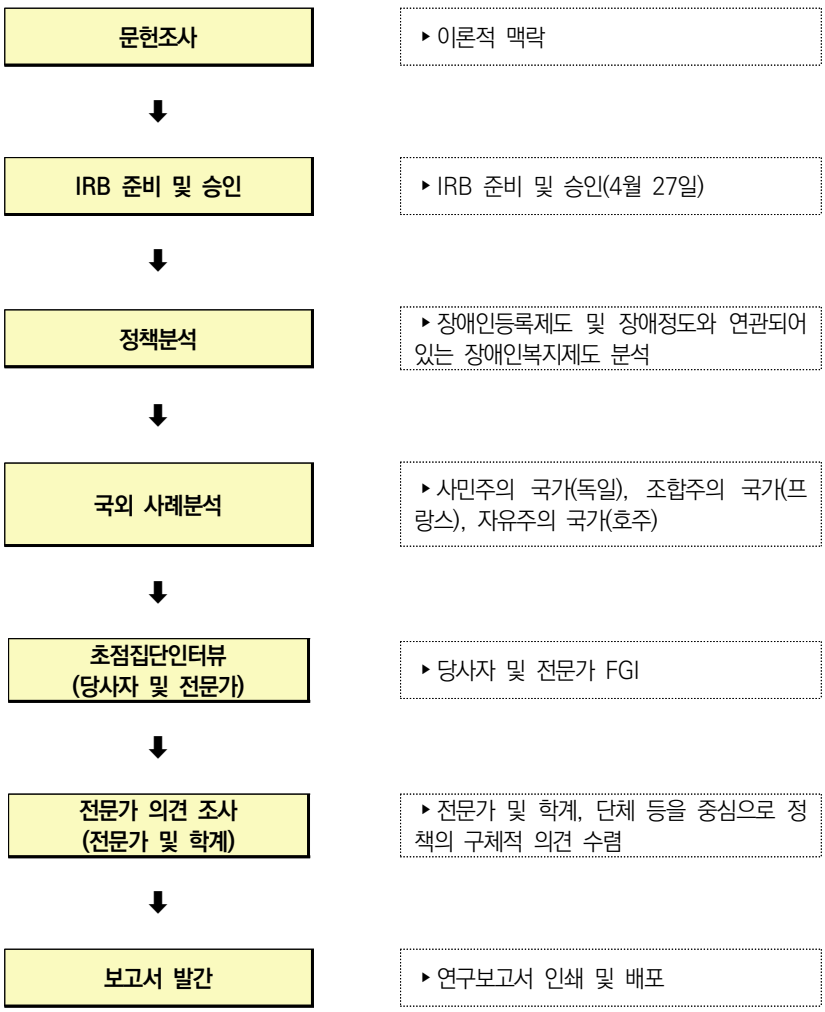
인등록체계 개편방안을 구체화하기 위해 전문가의견 조사지를 개발하여 학계 및 단체 등의 의견을 수렴하였다.



[그림 Ⅰ-1] 연구방법

3) 연구추진체계

연구추진체계는 다음과 같다.



Ⅱ 이론적 논의

1. 사회정책 목적과 장애정의

1) 정책목적과 장애정의

장애인등록체계에 대한 논의에 앞서, 사회정책의 목적과 그에 따른 장애정의와의 관계를 살펴볼 필요가 있다. 사회정책에서 장애정의는 일원화하는 것보다는 사회정책의 목적에 부합하도록 다각화하는 것이 바람직 한 것으로 평가된다(오욱찬·이재은, 2016, Mabbett, 2003). 사회정책에서 단일 장애정의의 채택은 장애인의 다양한 욕구에 부합하지 않으며, 정책목적과 장애정의 간 연계성이 떨어질 경우에는 부적절한 급여가 제공되거나, 사각지대가 발생할 수 있다(Mabbett, 2003; Mashaw and Reno, 1996). 각 사회정책별 장애정의는 다음과 같다.

〈표 Ⅱ-1〉 정책목적과 장애정의

사회정책	정책 목적	장애정의
소득보장제도	장애의 발생으로 인한 소득상실 보장	근로능력의 상실
일상생활지원서비스	일상생활 및 사회참여 촉진	일상생활에 얼마만큼의 도움이 필요로 하는가: 욕구기반
고용 및 직업재활서비스	사회참여 촉진	고용 및 직업재활 서비스의 필요 욕구가 있는가, 어떤 종류의 서비스가 필요한가: 욕구기반
차별금지제도	기본적 권리 보장	손상으로 인해 잠재적으로 차별을 받을 수 있는 모든 사람을 대상으로, 최대한 광범위함

자료: Marin(2003), 오욱찬·이재은(2016)

정책목적에 따른 장애정의의 차이는 각 서비스 대상자를 선정하는 기준의 차이를 나타낸다. 즉 소득보장제도의 경우, 근로능력이 얼마나 상실했는가를 대상으로 판단한다. 우리나라는 장애인복지법 제2조(장애정의)의 단일장애정의가 소득, 일상생활지원서비스, 고용 및 직업재활서비스, 차별금지제도 등에 적용된다. 각 제도

별 대상자 선정 시에도 목적에 따른 장애정의가 아닌 장애인복지법 제2조(장애정의)인 의학적 기준의 단일장애정의가 우선적으로 적용됨으로써, 제도 설계에 따른 배제오류를 낳고 있다. 특히 우리나라의 장애정의는 의학적 기준인 '손상'에 국한된 개념이 통용되고 있으며, 모든 장애질환과 손상 등을 포함하고 있지 않아 상대적으로 단일장애개념 내에 포함되는 대상포괄성이 낮다.

반면, 선진국은 각 사회정책별 장애정의가 상이하며, 그에 따른 사정기준이 마련되어 있다.

〈표 Ⅱ-2〉 우리나라 및 선진국 장애정의와 사정기준

사회정책	장애정의		사정기준	
	우리나라	선진국	우리나라	선진국
소득보장제도	장애인복지법 제2조 (장애정의)	근로능력의 상실	• 등록장애인 • 경제적 기준	• 근로능력평가 • 경제적 기준
일상생활지원서비스	장애인복지법 제2조 (장애정의)	일상생활에 얼마만큼의 도움이 필요로 하는가 : 욕구기반	• 등록장애인 • ADL+IADL	• 의학적 기준 (참고) • ADL+IADL
고용 및 직업재활서비스	장애인복지법 제2조 (장애정의)	고용 및 직업재활 서비스의 필요 욕구가 있는가, 어떤 종류의 서비스가 필요한가: 욕구기반	• 등록장애인	• 근로능력평가 (참고) • 직무사정 • 직무적격성 평가
차별금지제도	장애인복지법 제2조 (장애정의) + 그 외	손상으로 인해 잠재적으로 차별을 받을 수 있는 모든 사람을 대상으로, 최대한 광범위함	• 등록장애+그외	• 전반적 고려

조윤화 외(2021)에 따르면, 국외에서는 제도별 장애정의에 따른 사정체계를 구현하고 있으며, 장애인등록제도가 있다고 하더라도 서비스별 장애기준을 마련하여 서비스 욕구가 있는 자들을 배제하지 않고 있다. 즉 장애인등록제도가 있는 독일의 경우에는 장애인등록제도가 있음에도, 장애인등록제도에 의해 배제될 수 있는 당사자들을 위해 제도별 장애정의에 따른 사정체계를 구축하고 있다. 일반적으로 복지서비스 대상자보다 고용대상자가 더 넓은 것으로 나타났다.

〈표 Ⅱ-3〉 선진국 장애인등록제도 유무 및 서비스별 관계

구분	일본	미국	독일	프랑스	영국	호주	한국
장애인등록제도 유무	무	무	유	무	무 (시각은 등록)	무	유
장애카드 등 유무 (장애수첩)	유	무	유	유	무	무	유
감면할인제도	장애카드 대상자	-	장애카드 (GdB+건강특징표시)	장애율이 높은 저소득 장애인(AAH) 활동보조 지출이 높은 최중증 장애인	다양한 서비스 대상자 및 감면제도에 따른 판단기준	-	장애등록 대상자
(통일된) 장애판정 기준 여부	유 (수첩 판정기준)	무	유 (GdB)	유 (장애율)	무 (시각 만)	무	유 (장애판정 기준)
복지서비스 조건으로 반드시 장애판정받아야 하는지 여부	NO	NO	NO	NO	NO	NO	YES
(제도별) 장애정의 및 사정체계 여부	복지서비스 대상 〈고용 판정대상과는 다름	모두 다름 ssi, 발달장애인 (진단)	복지서비스 대상 = 고용 판정대상	복지서비스 대상 〈고용 판정대상과는 다름	모두 다름 (소득보장, 서비스 등)	모두 다름	같음

출처: 조윤화 외(2021), 장애인복지법 제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구 Ⅲ

2) 배제 및 산입 오류

Marin(2003)은 단일 장애정의는 장애인서비스 전달에서 심각한 산입오류(inclusion error)와 배제오류(exclusion error)를 발생시킬 가능성을 제기하였다. 산입오류는 복지서비스가 필요하지 않은 사람들에게 그 복지서비스가 제공되는 정도를 말하며, 배제오류는 복지서비스가 필요하나 사람들에게 서비스가 지급

되지 않는 것을 의미한다.

〈표 Ⅱ-4〉산입오류 및 배제오류

구분	내용	문제점
산입오류 (inclusion error)	급여가 필요하지 않은 사람들에게 급여가 제공	• 부적절한 인센티브 • 예산 낭비 • 복지서비스에 대한 정당성 훼손
배제오류 (exclusion error)	급여를 필요로 하는 사람들에게 급여 지급이 되지 않는 것	• 사각지대 발생

사회복지 프로그램의 효과를 평가하는 연구들은 빈곤 감소 정책 내 가난한 사람들을 위해 공공 지출에서 "선별(targeting)"하려는 시도에서 일반적으로 두 가지 편차가 발생한다는 것을 발견했다. 하나는 혜택을 받을 자격이 있지만 받지 못하는 경우와 혜택을 받는 대상자가 혜택을 받을 자격이 없는 경우이다(Qi CY and Wang Y, 2021). 산입오류가 많아지면 급여가 필요하지 않은 사람에게도 급여가 지급됨으로써 부족한 예산을 낭비하게 되고, 이로 인해 복지서비스에 대한 국민들의 지지를 얻을 수 있는 정당성을 훼손하게 된다(변용찬 외, 2009; Qi CY and Wang Y, 2021). 반면에 배제오류가 많아지면 복지서비스의 목적을 달성하지 못하고 많은 장애인의 복지가 위험에 처하게 할 수 있다(Qi CY and Wang Y, 2021). 이처럼 많은 정책에서 단일 오류 초점에 대해서 다른 오류는 간과하는 경향이 있으므로, 두 개념으로 정책들을 바라봐야 할 필요성이 있다.

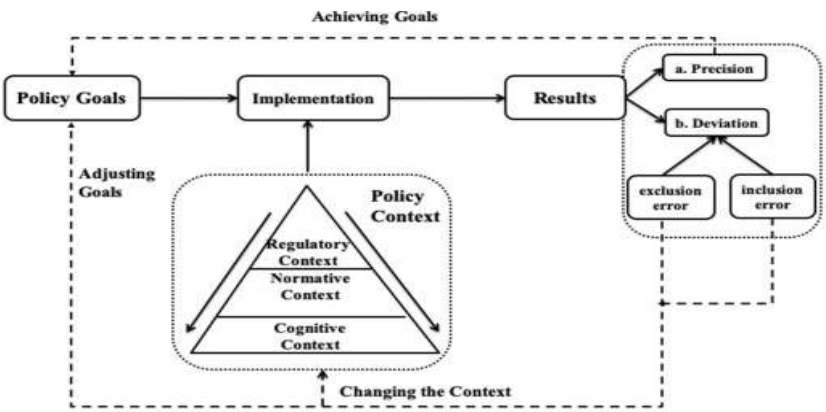
특히 Devereux et al(2017)은 선별(targeting)의 정확성은 프로그램이 목표로 삼으려고 하는 정확한 사양과 관련되어야 한다고 설명하고 있다. 즉 프로그램의 목표와 대상자의 기준과 관련성이 깊어야 산입오류와 배제오류를 감소시킬 수 있다는 것이다. 그들은 장애인임에도 낙인과 차별 등으로 장애인등록을 하지 않는 것도 배제오류임을 제시하였다.

3) 정책적 맥락 접근 및 적용

(1) 세 차원의 이론적 프레임워크

사회정책의 “목표-결과”는 단순한 선형관계로 볼 수 없으며, 중간 단계의 복잡

한 메커니즘인 정책 실행 시스템을 간과해서는 안 된다. 즉 정책 실행에 관련이 없는 사건과 내용들은 정책 목표의 달성을 방해할 수 있으며, 결과적으로 정책과 실제로 제공되는 서비스 간 불완전한 대응이 초래될 수 있다. Qi CY and Wang Y(2021)는 중국의 재활복지서비스제도에 대한 낮은 공급률 및 수급률의 차이를 Kostova의 정책적 맥락 접근법을 토대로 질적연구방법을 통해 분석하였다. 이는 정책실행에 영향을 주는 환경적 맥락을 포함한 특징이 있다. 구체적으로 살펴보면, 정책 실행에 영향을 주는 정책적 맥락은 세 가지로, 첫째, 규제적 맥락이다. 이는 특정 유형의 개인 및 조직적 행동을 촉진하거나 제한하는 특정 국가 환경에서의 의무적인 법과 규정을 가리킨다. 둘째, 규범적 요소이다. 이는 사회적 규범, 사회적 책임, 가치관, 신념, 인간 본성 등으로, 사회적으로 공유되고 개인과 조직에 영향을 주는 규범들을 말한다. 즉 사회적 규범은 정책 시행이 어떻게 완료되어야 하고 정책 목표를 달성하기 위해 필요한 법적 방법을 결정하도록 지시하는 반면, 사회적 책임은 정책 시행에서 선호되는 가치와 관련된 의무에 대한 태도를 가리킨다. 셋째, 인지맥락은 사람들이 정보를 선택하고 해석할 때 공유되는 사회적 지식과 인지 범주로 구성된다. Kostova의 접근법은 품질관리의 특정 문제를 연구했지만, 일반화되고 다른 문제와 관련된 다양한 연구에서 사용될 수 있는 이점이 있다.



[그림 Ⅱ-1] 정책 실행에 영향을 주는 세 가지 맥락

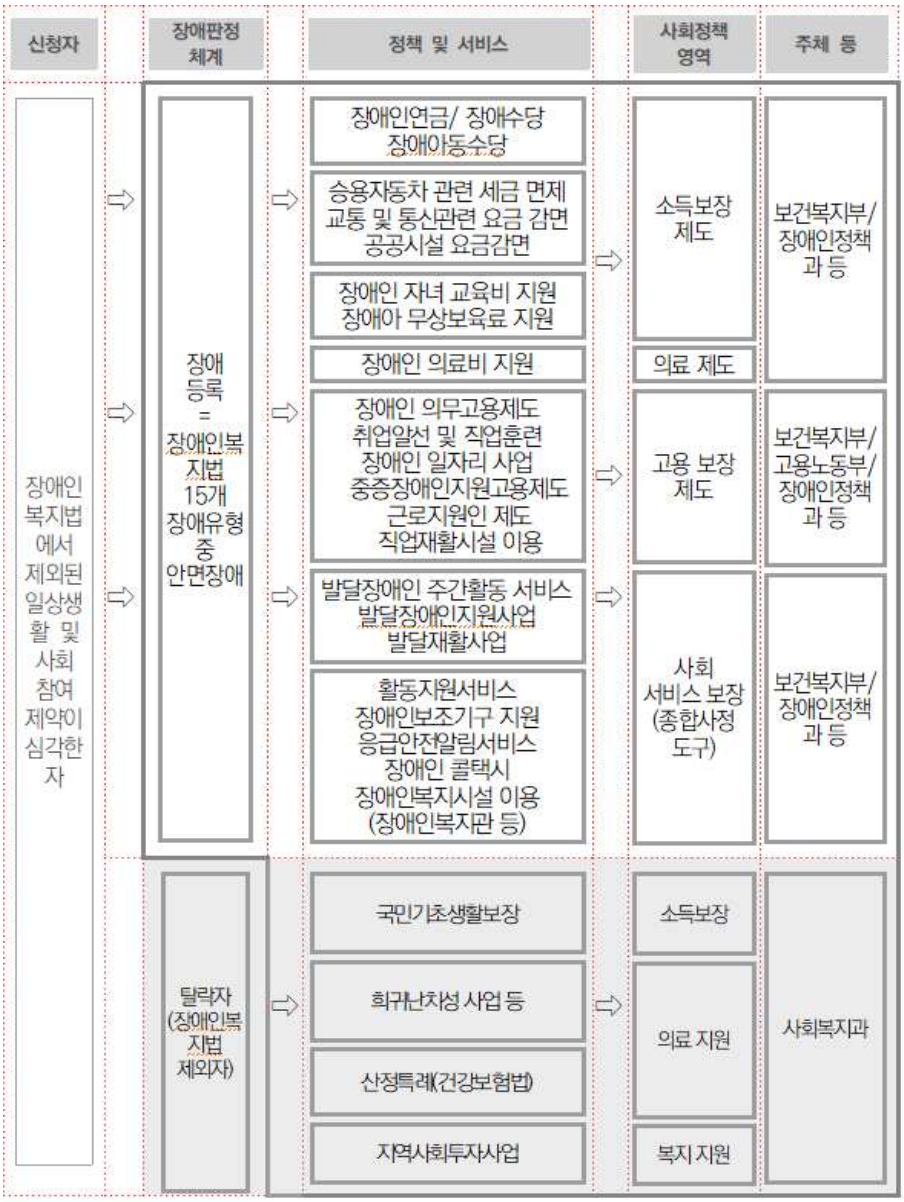
2. 우리나라 장애인등록제도의 현실과 한계

1) 제도적 현실 및 한계

우리나라의 장애인등록제도의 현실과 한계를 선행연구들을 통해 정리하면 다음과 같다.

첫째, 우리나라는 단일장애 정의에 따른 기준이 모든 사회정책의 기준에 적용되고 있어 장애인등록이 되지 않으면, 다양한 서비스에서 배제되게 된다. 즉 장애등록의 기준이 장애관련 사업의 일차적 기준이라는 점이다. 특히 Devereux et al(2017)은 선별(targeting)의 정확성은 프로그램이 목표로 삼으려고 하는 정확한 사양과 관련되어야 한다고 설명하고 있다. 따라서 장애인복지서비스는 소득, 의료, 돌봄, 고용 등의 영역에 서비스 필요가 있는 자들에게 제공하는 것을 목적으로 하고 있기 때문에, 공통의 목적을 공유하는 사회정책의 경우 공통된 정의를 적용하는 것을 오욱찬·이재은(2016)은 제안하고 있다. 또한 선진국들은 서비스 간 연계를 강화하여 제도들 내 사정하지 않아도 가능하도록 사정체계의 간명성을 구조화하고 있다.[3]그러나 우리나라는 장애인등록이 되어야만 서비스를 받는 구조로써, 장애등록에서 배제된 사람들은 자동적으로 장애인복지서비스에서 배제되는 체계이다.

3) 돌봄제도의 최고 급여수준의 대상자는 장애인소득보장체계의 사정체계에서는 FAST TRACK으로 간주하여, 근로능력평가를 받지 않도록 하고 있다.



[그림 Ⅱ-2] 장애인복지법 서비스 체계

둘째, 장애인복지법의 장애인의 기준에 부합하더라도 정보의 부재, 낙인과 수치심 등으로 '장애인등록'을 하지 않아, 장애인복지서비스에서 배제되어 생활의 어려움을 겪고 있는 사람들도 있을 수 있다. 이들은 매우 적은 수이겠지만 배제오류로 볼 수 있다(Devereux et al, 2017). 조윤화 외(2021, 2020)에 따르면, 장애개념이 확대되더라도 장애등록을 할 것인가 혹은 서비스만을 받을 것인가에 대한 질문에, 장애등록보다는 서비스를 받겠다는 대상자가 더 많았다. 여전히 장애의 낙인과 장애수용의 어려움이 있는 것으로 보인다.

셋째, 장애인복지서비스를 받기 위해서는 전술한 장애인등록기준과 소득 및 장애유형 등의 서비스별 선정기준 등 두 가지 관문을 넘어야 하는 구조적 문제로 인하여 배제오류가 증가하고 있다. 먼저 장애인등록이 되어야 하며, 이후에는 각 서비스를 받기 위해서는 소득, 장애유형, 장애정도 등의 기준에 부합되어야만 서비스를 받을 수 있는 구조이다. 동 기준들은 이중적으로 장애인 서비스 접근성을 감소시킬 수 있다.

넷째, 장애등록을 하게 되면 필요하지 않더라도 감면·할인서비스의 대상자가 됨으로써 산입오류가 발생한다. 감면·할인서비스는 취약계층의 생활안정이 목적이다. 그러나 우리나라는 장애등록을 하게 되면 장애정도에 따라 감면할인서비스가 바로 적용된다. 이는 생활안정이 필요하지 않은 중증장애인 집단에도 지원됨으로써 실제 서비스를 받을 필요가 없는 집단에게도 지원되는 산입오류가 발생하며, 반면 중증장애인 중심의 감면할인서비스는 경증 중에서도 감면할인서비스가 필요한 대상자가 배제될 수 있다. 등록장애기준을 적용한 타 사업을 예로 들면, 2015년 11월 건강보험공단의 장애인보장구사업으로 '보청기 지원금 확대 시행'을 실시한 바 있다. 기존에는 34만원을 지원하였으나, 2015년부터 확대지원함에 따라, 청각장애인으로 등록할 경우에 131만원의 90%를 환급해 주었다. 이로 인해 청각장애인은 2012년 258천명에서 2015년 250천명으로 감소하다가 2016년 2만명, 2017년 3만명, 2018년 4만명, 2019년 3만명으로 2020년 1.8만명, 2021년 1.5만명이 증가하였다. 이는 전체 등록장애인 중 가장 큰 폭으로 확대된 장애유형이다. 노인의 증가로 인해 자연적 증감이 있을 수 있으나, 동 상황은 장애등록을 기반으로 하는 보장구 개편 사업이 초래한 결과로 볼 수 있다. 특히 보청기는 보조기기로서 반드시 장애등록을 하지 않아도 개인적으로 보청기를 사용할 수 있었으나, 보청기 보급사업 확대를 통해 청각장애를 등록함으로써 장애등록을 하지 않아도 되는 자들이 포함되었을 가능성이 있으며, 또한 이는 다양한 감면할인서비스 대상자가 되는 산입오류가 발생할 수 있다.

〈표 Ⅱ-5〉 등록장애인 증감

구분	전체	지 체	뇌병변	시 각	청 각	언 어	지 적	자폐성	정 신	신 장	심 장	호흡기	간	안 면	장루·요루	뇌전증
01																
02	160,077	72,326	27,048	19,793	18,112	0	8,689	1,498	6,913	3,976	1,722	-	-	-	-	-
03	159,961	59,265	25,516	17,153	2,665	12,837	8,403	1,703	7,389	2,790	1,573	-	-	-	-	-
04	156,779	69,380	25,290	17,250	15,420	637	7,164	2,023	7,450	3,291	1,225	2,729	964	441	1,597	1,918
05	178,449	81,718	25,781	19,826	18,657	1,548	8,674	1,778	9,309	3,648	1,173	1,960	1,088	376	1,393	1,520
06	177,883	84,382	26,668	6,574	21,796	7,772	9,715	1,408	11,416	2,748	932	1,307	715	373	886	1,191
07	137,563	64,698	19,498	20,374	20,963	-7,912	4,993	948	6,903	2,938	613	1,254	454	286	723	830
08	142,076	76,919	17,638	11,245	19,778	576	4,309	1,080	4,663	2,965	380	695	639	188	556	445
09	182,582	102,318	19,429	13,111	22,699	791	8,055	979	8,152	3,556	395	876	762	168	697	594
10	87,765	44,391	9,928	8,022	14,602	958	6,296	955	1,045	3,112	-2,263	-309	190	191	635	12
11	1,929	-4,293	-1,028	1,999	664	256	6,230	969	-1,082	2,968	-3,322	-880	225	19	26	-822
12	-8,082	-11,298	-2,921	1,306	-2,478	280	5,778	1,049	-101	3,324	-1,798	-792	443	-6	276	-1,144
13	-10,047	-12,846	-4,304	531	-3,190	87	5,609	1,227	1,037	3,117	-816	-729	606	-13	172	-535
14	-6,652	-13,677	-1,950	-270	-2,620	445	5,489	1,391	1,288	3,883	-527	-705	474	-7	321	-187
15	-4,054	-14,111	-681	49	-2,445	538	5,397	1,579	1,680	4,034	-568	-412	656	-4	249	-15
16	20,645	-14,323	-406	-80	21,509	596	5,531	1,750	1,426	4,282	-326	-202	718	-5	288	-113
17	34,586	-13,044	2,363	-162	30,160	912	5,620	1,845	1,106	4,812	-108	-24	801	12	314	-21
18	40,239	-15,598	264	325	40,579	423	6,014	2,005	965	4,330	-95	-46	681	-3	309	86
19	33,042	-15,397	-895	98	34,512	741	6,019	1,975	840	4,516	-38	-239	630	-16	263	33
20	14,108	-15,767	-1,781	-731	18,695	906	4,172	2,124	545	5,122	-33	22	654	4	137	39
21	11,674	-15,906	-2,099	-704	15,960	673	4,449	2,848	689	4,605	-67	-3	625	35	585	-16

주: 당해인구 - 전년 인구(2021년 - 2020년)
출처: 보건복지부 등록장애인현황(KOSIS)

다섯째, 장애인복지법의 15개 장애유형을 판단하는 데 의학적 기준인 신체 기능 및 구조의 손상에 따라 판단하고 있으며, 특히 협소한 인정질환만을 포함하고 있어, 장애인복지법은 장애환경의 변화를 충분히 반영하지 못하고 있다. 2000년, 2003년 1~2단계 확대는 ICF의 사회적·문화적 장애개념을 정책에 반영하여 내부장애를 포함했다 데 큰 의미가 있었다. 그러나 여전히 선진국에 비해 인정질환이 한정되어 있다.[4]우리나라의 장애인은 「장애인복지법」의 15개 장애유형에 포함되어야 하며, 복지서비스에 욕구가 있다고 하더라도 서비스를 받지 못하는 사각지대에 놓인 당사자들이 나타날 수밖에 없다(변용찬 외, 2010). UN CRPD와 ICF 장애개념에 따라 '장애인'을 정책대상으로 하는 다양한 서비스들은 의학적 판단기준에서 생사회심리학적 관점에 따른 장애판정으로 개편할 것을 요구하고 있다. 즉 과거의 "질환=장애", "신체기능 및 구조 손상=장애"로 바라보는 시각에서 사회적 편견과 차별, 그리고 그 나라의 구성원이 바라보는 태도 등의 '환경적 맥락'이 손상과 함께 고려되어야 한다는 것이다. 따라서 손상뿐만 아니라 사회적 장벽(관념, 제도, 편견 등)에 의해 일상생활 및 사회참여 제약이 있는 정책수요자들의 증가와 욕구에 민감해야 한다. 우리나라는 면역계, 소화계, 생식계 등 포함되지 않는 질환 영역이 많을 뿐 아니라, 피부 및 정신 영역 등에서도 중증질환 이외의 다양한 질환들을 불포함하고 있다. 사실 '장애≠질환'이다. 아래의 표에서 강조하고자 하는 것은 주요 질환으로 장애인정책대상자를 판단해서는 안 되며, 질환 여부가 아니라 일상생활 및 사회참여 제약을 중심으로 정책대상자를 판단해야 한다는 것이다.

특히 비장애인과 장애인 사이에 놓인 미등록장애인들은 보편적 복지서비스 내에서 서비스를 지원받으면 되나, 보편적 사회서비스에서 이들의 장애 특수적 욕구를 충족시키지 못하고 있기 때문에, 장애개념의 확대로 미충족된 욕구들을 지원할 필요가 있다.

4) WHO는 운동 및 감각장애, 정신지체, 정신질환, 만성 알코올 및 약물남용, 만성 심혈관 및 폐 질환, 만성 위장손상, 피부질환, 암 등 포괄적인 장애의 포함을 권장한다(보건복지부, 2003).

〈표 Ⅱ-6〉 ICF의 세부내용

구분	신체기능	신체구조	활동 및 참여		환경	
정신기능	일반 정신기능	신경계 구조	학습과 지식 적용	의도적 감각경험-보기, 듣기 등	제품과 기술	개인용 일상생활 제품들(보조기기) 공용건물 설계 개인용 설계 등
	특정 정신기능			기본학습 - 읽기, 쓰기 등		
감각기능과 통증	시각 및 관련기능	눈, 귀 및 관련 구조		지식적용 -집중하기, 생각하기 등		
	청각과 안뜰기능		일반적 과제와 요구	단일 과제수행하기 등		
	부가적 감각기능		의사 소통	의사소통하기-수용	자연환경 및 인공환경 변화	자연지리 인구 기후 인재 등
	통증			의사소통하기-표현		
음성과 말하기 기능				대화 및 의사소통장치와 기술의 사용 - 토론, 의사소통 장치 사용하기		
심장혈관계, 혈액계, 면역계 및 호흡계 기능	심장혈관계기능	심장혈관계, 면역계 및 호흡계의 구조	이동	자세 바꾸기와 유지하기		
	혈액계와 면역계 기능			걷기와 이동하기	지원과 관계	직계가족, 친구, 전문가 등과의 지원 정도 및 관계
	호흡계기능			교통수단을 이용하여 이동하기		
	심장혈관계와 호흡계의 부가적인 기능과 감각		자기 관리	씻기, 신체일부 관리하기, 용변관리, 옷 입고 벗기, 먹기, 마시기, 자신의 건강돌보기 등		
소화계, 대사계 및 내분비계 기능	소화계와 관련된 기능	소화계, 대사계 및 내분비계와 관련된 구조	가정생활	필수품 마련 - 주거 마련하기, 상품과 서비스 획득 등		
	대사계 및 내분비계와 관련된 기능			집안일 - 식사준비하기, 집안일 하기 등	태도	직계가족, 전문가, 친구들의 편견 및 태도, 가치관 등
	내분비계와 관련된 기능 및 상세불명의 대사 및 내분비계와 관련된 기능			가정용품 관리하기 및 타인 보조하기 - 가정용품 관리, 타인보조 등		
비뇨생식기능과 생식기능	비뇨기능	비뇨계 및 생식계와 관련된 구조	대인상호작용과 대인관계	일반적인 대인상호작용		
	성기능과 생식기능			구체적인 대인관계 - 낯선사람과 관계맺기, 비공식적인 사회관계 등		
신경근뼈대와 움직임에 관련된 기능	관절과 뼈의 기능	움직임과 관련된 구조	주요 생활 영역	교육	서비스, 시스템 및 정책	의료, 사회보장서비스 등
	근육기능			일과 고용 - 구직하기, 근속하기, 고용		
	움직임기능			경제생활 - 기본적인 경제생활, 경제적 자립, 경제거래		
부 및 관련구조의 기능 등	피부의 기능	피부 및 관련구조	지역사회생활, 사회생활 및 시민생활	- 지역사회생활, 종교 및 여가 등		
	털과 손발톱의 기능					

주: World Health Organization(2001/2016)를 정리함.
자료: World Health Organization(2001/2016). 국제 기능·장애·건강 분류

〈표 Ⅱ-7〉 ICF 분류틀을 기준으로 본 한국「장애인복지법」에서 누락된 질환 영역

소수자 정의	조작적 정의	조작적 정의 구체화	
		ICF 신체영역	소수자 범주
(건강상태에 어려움이 있는) 개인과 그 개인의 정황적 요소 (환경적 요인) 등의 부정적 상호작용으로 인해 일상생활 및 사회 참여에 제한이 있는 자	한국의 장애 정의는 포함되지 않으며, 독일과 일본의 장애정의 및 범주 내 포함되어 있는 자	①정신기능	• 기면증 • 뇌손상- 뇌종양, 실어증 • 정서행동장애(ADHD) • 투렛증후군 • 학습장애 • 알코올 중독 • 다발성경화증 • 치매(알츠하이머 포함)
		②부가적 감각기능과 통증	• 코 기능 소실 - 안장코, 비강 협착, 악취가 심한 코, 후각기능상실, 비염 • 만성적 통증- 편두통 포함
		③음성과 말하기 기능	• 포괄적임
		④심장혈관계 혈액계 면역계 및 호흡계 기능	• 인간면역결핍 바이러스에 의한 면역기능장애 • 혈우병 • 백혈병 - 면역계질환, (하지)림프부종, 동맥폐쇄질환, 고혈압, 빈혈, 후천적 면역결핍증, 혈우병 등 • 골수이형성증후군 • 포괄적 호흡기장애* (호흡기관의 만성적인 기능부전, 천식, 결핵, 기관지천식, 폐결핵)
		⑤소화기 대사계 및 내분비계 기능	• 위장질환 - 식도 종양, 위장 종양 • 포괄적 장루요루* - 궤양성 대장염, 크론병, 복강 접착, 치질, 인공 항문 • 포괄적 간장애* - 간경변증,간세포암종 등 만성 간질환 등 • 당뇨병 • 페닐케톤뇨증 • 낭포성 섬유증 • 만성적 부신피질분비: 애디슨 증후군, 쿠싱 증후군
		⑥비뇨생식기능과 생식기능	• 방광 또는 직장기능장애 - 만성 요로염, 요실금 등 • 소장기능장애 • 성기능장애 - 음경, 고환, 난소, 자궁, 유방 등의 손상 또는 소실, 수종, 정맥류파열, 만성세균성전립선염, 만성 자궁부속기질환, 질 누공 등
		⑦신경근뼈대와 움직임에 관련된 기능	• 신체변형 등 장애* - 거구증 • 섬유근육통 - 섬유근육통, 근이영양증, 루게릭병, 만성골수염 등
		⑧피부 및 관련 구조의 기능	• 포괄적 안면장애* - 습진, 여드름, 만성재발성 두드러기, 피부편성, 피부변색, 진균증, 주사(딸기코, 홍조 등), 피부변색, 백반증, 완전탈모, 모반 증(점, 사마귀), 홍피증, 어린선 등

주: 조윤화 외(2019). 장애인복지법 제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구에서 인용

여섯째, 장애인등록대상자가 아니더라도 장애인복지서비스를 받을 수 있는 공통 채널이 존재하지 않아, 다양한 영역의 복지서비스에서 제외되고 있다. 2021년 4월에 강화된 예외적 인정기준 절차에 대한 구체적 전달체계가 제시되어 있지 않아, 법정미등록장애인의 장애등록에 대한 기회조차 없는 것으로 나타났다. 지금도 법정미등록장애인은 장애인등록을 하기 위해 오랜 시간에 걸친 행정소송을 진행하고 있다. 현 구조에서는 행정소송을 통해 이슈화되어야만 등록의 기회가 있는 장애인등록 환경에서 우선적으로 행정소송이 아닌 정식 절차를 통해 장애인복지법에서 제외된 정책대상자가 등록할 수 있는 체계가 마련될 필요가 있다.

일곱째, 장애인복지법 15개 장애유형 판정 기준의 차이가 존재한다. 장애유형별 판정기준의 편차는 서비스 선정기준에 영향을 줌으로써 적정 서비스에서 배제될 가능성이 있다. 특히 우리나라는 장애유형 판정기준 별로 포함 질환 및 선정기준 등에 편차가 존재한다. 예를 들면, 인정질환이 규정되어 있는 장애유형(정신장애, 뇌병변)이 있는 반면, 질환 및 사고 등으로 신체 기능 및 구조의 손상으로서 판단하는 지체, 시각, 청각 장애유형도 있다.

〈표 Ⅱ-8〉 장애판정기준

장애인복지법	장애의 평가(판정기준)	
	장애유형	평가내용
신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자	지체	신체장애(절단, 강직 등 손상,기능소실,변형)
	뇌병변	신체장애(마비 등 기능소실) + 능력상실(일상생활 평가)
	시각	신체장애(시력, 시야각 상태)
	청각	신체장애(청력 손실)
	언어	신체장애(음성, 발성, 조음, 말더듬 등)
	지적	신체장애(지능저하)
	정신	신체장애(불응성질환) + 능력상실(능력장애-제약, 도움필요도)
	자폐성	신체장애 + 능력상실(능력장애/일상환경적응상태-GAS)
	신장	신체장애(기능소실,저하)
	심장	신체장애(기능소실,저하)
	호흡기	신체장애(기능소실,저하)
	간	신체장애(기능소실,저하)
	안면	신체장애(변형)
	장루·요루	신체장애(기능소실,저하)
	뇌전증	신체장애(발작)

자료: 보건복지부 내부자료

여덟째, 본 연구의 3장에서 분석된 바와 같이 우리나라의 장애인복지서비스 대상자 선정기준은 소득기준, 장애정도(중증 및 경증), 장애유형 등이 주로 적용된다. 따라서 개별화된 욕구들에 대한 복지서비스가 매칭되고 있지 않고 있다. 예를 들면 피부질환으로 인한 손기능저하로 지체장애로 판단된 지체장애인은 활동보조 중 가사지원을 받고는 있으나, 전문적인 드레싱 지원이 필요한 상황이다.

아홉째, 장애인등록제도 운영에 대한 단계적 고민이 필요함에도 이에 대한 정책마련이 미흡한 상황이다. 예를 들면, 최근 인정질환과 포함된 장애유형의 경우 대법원은 유사 장애유형으로 포함하라는 의견을 제안하였다. 이는 결과적으로 장애등록을 하지 않도록 하는 배제오류를 발생시킬 수 있다. 즉 뚜렛증후군은 F코드에 포함되어 있으나, 행동적 영역의 장애가 두드러진 장애로서 조현병, 양극성정동장애 등과 같은 정신장애와는 다른 특성을 가지고 있다. 또한 기면증은 G코드인 신경계 질환이나, '기면증+정신적 어려움' 이 있는 자를 정신장애 대상으로 묶음으로써 기면증 자체가 정신질환으로 오해하여 사회적 편견의 대상이 될 수 있다. 따라서 장애유형을 선진국과 같이 신체계통적 또는 ICF 대영역으로 구분하여 개편하는 것도 제안할 수 있다. 조윤화 외(2021)는 장애인등록제도 개편에 대해 아래와 같이 1~3안을 제안하였다. 1안은 장애인등록제도를 폐지하는 것이며, 2안은 장애인등록제도를 유지하고 현행 장애판정제도를 전면 개편하는 안, 3안은 현행을 유지하면서 예외적 인정제도를 강화하는 것이다. 세 가지 안의 공통적인 사항은 서비스별 대상자를 선정할 수 있도록 구조화하는 것이다. 즉 장애등록대상자가 확대되더라도 낙인과 수치심 등으로 장애등록을 하지 않은 집단이 존재할 수 있기 때문에 이들에 대한 서비스 배제율을 감소시키기 위해 서비스별 대상자 선정기준이 필요하다고 강조한다.

〈표 Ⅱ-9〉 장애인등록제도 개편 1~3안

구분	1안	2안	3안
기준	장애인등록제도 폐지 + **서비스별 대상자 선정**	장애인등록제도 유지 + 장애판정제도 전면 개편 + **서비스별 대상자 선정**	장애인등록제도 유지 + 장애판정제도 현행 유지 + **서비스별 대상자 선정**
장애 등록	폐지	유지	유지
장애 판정 기준	· 서비스별 대상자 판정 기준	· 장애판정기준 개편 : 다학제 팀 · 모든 질환으로 확대	· 장애판정기준 현행 유지
내용	· 서비스별 대상자 선정기준 마련 : 15개 장애유형에 해당되지 않더라도 서비스를 받기 위해서는 진단서 등을 활용	· 장애개념을 광의로 개정 : 의학적 기준(KAMS)+ 일상생활 및 사회참여 제약을 기준 등으로 대상자 선정(종합사정도구) · 서비스별 대상자 선정기준 마련 : 15개 장애유형에 해당되지 않더라도 서비스를 받음	· 장애등록을 하지 않고도 서비스별 대상자 선정기준에서 흡수 · 서비스별 대상자 선정기준 마련 : 15개 장애유형에 해당되지 않더라도 서비스를 받기 위해서는 진단서 및 사정도구를 활용
장점	· 평등하게 복지 서비스 이용 권리 제공 · 서비스별 대상자 선정 기준에 따라 장애인등록을 하지 않아도 제도권 밖 대상자 포함 가능 · 정치적 세력화 가능	· 모든 질환 등에게 평등하게 복지 서비스 이용 권리 제공	· 서비스별 대상자 선정기준에 따라 반드시 장애인등록을 하지 않아도 제도권 밖 대상자 포함 가능 · 현행과 큰 차이가 있지 않아 행정적 용이
단점	· 각 서비스별 기준을 마련할 필요 - 감면할인서비스: 서비스 목적별 기준 - 소득보장대상자: 소득활동종합조사 - 고용대상자: 고용서비스종합조사 - 복지서비스별 대상자: 종합사정도구 · 시간 및 합의 필요 · 정책대상자 확대에 따른 감면할인대상자 등 예산 확대 필요 **· 장애정도가 심한 장애인, 심하지 않는 장애인 판단 어려움→ 타 법률 적용의 어려움/ 기준 필요**	· 장애판정기준을 광의로 개정하더라도 배제되는 집단 존재 할 수 있음 · 정책대상자 확대에 따른 감면할인대상자 등 예산 확대 불가피 · 각 서비스별 기준을 마련할 필요	· 각 서비스별 기준을 마련할 필요 - 감면할인서비스: 서비스 목적별 기준 - 소득보장대상자: 소득활동종합조사 - 고용대상자: 고용서비스종합조사 - 복지서비스별 대상자: 종합사정도구 · 장애인등록기준이 그대로 적용되기 때문에, 실질적으로 서비스를 받는 대상자 적을 수 있음

2) 장애인등록제도와 서비스 이용 간 제도적 격차 분석

지금까지 장애인등록제도 현황 및 서비스 이용 한계를 진단하였다. 본 절에서는 앞서 제시한 Kostova의 정책적 맥락에 대한 세 차원의 이론적 프레임 워크를 통해장애인등록제도와 장애인복지서비스 이용 간 제도적 격차에 대한 원인을 구성해 보았다(Qi CY and Wang Y, 2021).

장애인복지제도는 소득, 의료, 돌봄, 고용 등의 영역에 서비스 필요가 있는 자들에게 제공하는 것을 목적해야 한다. 그러나 우리나라는 장애인복지서비스를 이용하기 위해서는 '장애등록'을 해야 하며, 이는 복지서비스를 받아야 할 사람들이 받지 못하는 배제오류와 낭비된 자원의 오류도 있는 것으로 나타났다. 구체적으로는 보면, 첫째, 규제 맥락에서 공식적이고 엄격한 장애등록기준 및 중앙정부 차원의 대상자 선정기준은 장애인복지법 외 장애유형을 배제하고 있는 것으로 나타났다. 또한 장애정도판정 시 당사자의 의견 청취, 충분한 자료 등에 기반하여 장애정도를 판단하기보다는 1차 의료적 판정을 토대로 장애정도를 판단함으로써, 실제 의료적 기준보다 실질의 삶이 어려운 자들이 배제될 가능성이 있다고 판단된다. 또한 특정 장애유형에 의한 전달체계의 강화로 그 외의 장애유형에 대한 서비스들이 상대적으로 미흡하며, 장애등록 이후 모든 장애에 적용되는 감면할인서비스로 자원 낭비가 이루어질 수 있는 것으로 분석된다.

둘째, 규범적 맥락에서 보면, 엄격하고 강한 중앙정부의 장애인등록제도는 지방정부의 복지서비스 대상자에 대한 자율성 및 유연성 부족, 그리고 사회적 책임이 약한 상황에서 정책대상자들을 선별적으로 방임시키고 있다. 중앙정부에서 등록장애인만을 서비스 대상으로 하는 지침을 마련하여 지방정부로 하달함으로써 지방정부는 지역 내 등록장애인 외 서비스대상자들에 대한 사회적 책임을 덜 하게 하는 경향일 보이기도 한다. 또한 중증장애인 중심의 서비스 체계로 경증장애인에 대한 선별적 방임도 나타나고 있었다.

마지막으로 인지적 맥락에서 보면, 우리나라는 장애를 특별하고 건강한 사람과는 다른 집단으로 간주하는 등의 차별적 문화로 인해 장애인임을 식별하는 기준으로 '장애인등록증'을 제시해야만 서비스를 받는 것에 대한 거부가 있을 수 있는 것으로 나타났다. 이는 장애아동일 경우 더욱 두드러지게 나타나고 있다. 또한 우리나라는 사회적 돌봄모델을 지향하나, 여전히 어머니 중심의 가족돌봄모델은 비장애 아동에 대한 지원 후 장애아동을 후순위로 지원으로써 장애아동에 대한 서비스

내용에서 배제오류를 낳을 수 있으며, 또한 개인별 또는 최중증 사회적 돌봄이 미발달됨으로써 부모의 생계를 유지하는 시간 동안 거주시설 또는 장시간 동안 돌봐줄 수 있는 기관들에 돌봄을 맡기게 된다. 이는 거주시설이나 시설 내 지원이 필요하지 않으나 발달 및 최중증 등에 대한 종사자 부족으로 매일 돌볼 수 있는 거주시설 등을 선호함으로써 산입오류 발생시킬 수 있다.

〈표 Ⅱ-10〉 세 차원을 적용: 장애인등록체계

구분	중분류	주요 내용
규제 맥락	장애인등록제도에 의한 장애 유형 제한	–15개 장애유형 외 장애인이 장애인복지서비스에 접근할 수 없음 –동 기준에 따른 복지서비스 중앙 및 지자체 서비스 제공
	폐쇄적인 장애정도 판정 체계	–장애정도 판정시, 당사자 의견 공유 등 부족
	의학적 기준 중심의 평가과정	–의학적 평가 기준을 통한 장애정도 평가
	특정 장애 유형별 서비스 전달체계	–발달 중심의 서비스 체계, 다른 유형의 장애에 대한 고려 부족 –정신장애에 대한 정신건강복지법에 대한 적용
	감면할인서비스의 자원 낭비	–모든 장애에 적용되는 감면할인서비스로 자원 낭비
규범 맥락	정부의 강한 사회적 규범과 약한 사회적 책임	–규범적 차원은 장애인정책을 위한 기본 정책 제공자로서 행정청의 장애에 대한 가치로서, 장애인등록 대상자에게만 서비스를 제공하도록 하는 규범
	사회적 책임이 약한 상황에서 선별적 방임	–지방정부의 복지서비스 대상자에 대한 자율성 및 유연성 부족
	중증장애인 중심의 서비스 체계	–보편적 맥락의 서비스 부족 및 중증 장애인 중심의 서비스 체계
인지 맥락	문화적으로 장애 오명	–장애는 할 수 없는 사람으로 낙인과 편견
	장애 낙인의 배타적 영향으로 서비스 수혜자로써 주관적 배제오류발생 (subjective exclusion)	–(낙인 등으로) 장애를 인정하지 않는 문화와 장애인으로 식별하는 장애등록 ID을 꺼림 –복지서비스 욕구가 있어도 차별적 문화속에서 장애인복지서비스를 받기 위해서 (의학적 진단 후)장애인등록증을 소지하는 것(의학적 진단 후)에 대한 거부[5] –장애가 없는 가족과의 상호작용은 가족 구성원의 장애인 정체성을 구축하고 그들의 삶에 대한 부정

구분	중분류	주요 내용
		적인 시각을 촉진함 –장애 가족이라는 것에 열등감과 수치심을 키우며, 열등하다는 자기 인식은 장애인 복지서비스를 거부[6]
	전통적 돌봄에 따른 배타 및 포함 오류	–사회적 돌봄모델을 지향하나, (어머니 중심) 가족돌봄모델은 비장애 아동에 대한 지원 후 장애아동 지원으로 배제 오류 –발달 및 최중증 등에 대한 종사자 부족으로 매일 돌 볼 수 있는 거주시설 등을 선호하여 포함오류 발생

5)6)

3. 장애인등록제도 및 장애범주 정책 변화

1) 장애인등록제도[7]

우리나라는 1981년 심신장애자복지법제정 후, 그 이듬해인 1982년 「심신장애자복지법시행규칙」에서 심신장애자의 장애등급이 규정되었다. 한국인구보건연구원(현 한국보건사회연구원)의 주관하에 1987년 10월부터 1988년 9월까지 약 1년 동안 서울시 관악구와 충청북도 청원군을 선정하여 '장애인등록제도'를 시범적으로 실시하였다. 이후 1988년 11월 1일부터 전국적으로 장애인등록제도를 시행하면서 1989년에 전면 개정된 장애인복지법 제19조에 이 제도를 명문화하여 오늘에 이르고 있다.

우리나라 장애인등록제도는 외국의 복지제도에서 많은 영향을 받았는데, 복지선진국의 경우 1960년대부터 장애인에 대한 재활서비스 전달방식이 시설중심재활(TBR; Institution Based Rehabilitation)에서 정상화(normali- zation)와 사회통합을 목표로 하는 지역사회중심재활(CBR; Community Based

5) 중국의 경우, 장애아동이 무료 재활서비스를 받을 수 있는 조건으로 장애면허를 소지하는 것이나, 장애에 대한 부정적 낙인과 편견으로 엄격한 의학적 진단에 따른 장애면허를 거부하기도 함. 사례 7은 장애카드가 인생 수치라고 생각한다(Qi CY and Wang Y, 2021).

6) 장애가족은 다른 사람들보다 더 나쁘다, 열등하다 등의 자기인식은 정상적인 자녀나 정상으로 보이는 자녀를 갖는 것이 목표로, 장애아동이 회복될 가망이 없다고 판단하면, 재활치료를 거부하며, 요양병원에 보재고 싶다(사례 9). (Qi CY and Wang Y, 2021).

7) 조윤화 외(2021)의 장애인등록제도 및 장애범주 정책 변화 내용을 요약한다.

Rehabilitation)로 전환되면서, 다양한 장애인복지서비스를 필요로 하게 되었으며 결과적으로 사례관리(Case Management)를 통해 적절한 서비스들을 제공하고 있다. 우리나라의 경우에도 지역사회중심재활에 세계적인 추세와 함께 재가 장애인들의 비중이 늘어나면서 장애인들에 대한 현황파악과 이를 바탕으로 지역사회 중심의 장애인복지서비스들의 필요성이 늘어났다. 따라서 정부는 장애인구 파악과 복지서비스 욕구 등의 기초자료 확보를 통해 장애 인구에 대한 정확한 실태파악과 장애인에 대한 효율적인 관리체계구축을 위해 장애인등록제도가 도입되었다고 할 수 있다.

장애인등록제도 초기에는 예상보다 낮은 장애인 등록률을 보였으며, 이러한 결과는 장애인의 시각에서가 아니라 행정가의 시각에서 시작되었기에 결과적으로 장애인들의 등록을 이끌어내지 못했다는 지적을 받았다(권선진, 2006). 그러나 장애인등록률은 장애인복지시책의 확대와 장애범주의 확대(5개유형→10개 유형) 그리고 IMF와 같은 외환위기를 겪으면서 등록장애인은 '98년에는 전년대비 24.0%의 증가율을 보였으며, '99년 32.3%, 2000년에는 37.4%의 급격한 증가율을 보였다. 즉, 저성장, 고실업과 구조조정 등 경제적 여건 악화는 복지혜택에 대한 관심을 증가시키면서 장애인등록을 촉진시켰다는 해석이 가능하다. 결과적으로 우리나라 장애 인구는 1989년 말 약 17만 명에서 2021년에는 약 264만 명으로 16배 정도 증가하였다.[8)]

이러한 보편적 등록제도의 장점으로는 장애인 현황 파악 가능, 수요예측을 통한 효율적 예산편성을 들 수 있고 단점으로는 장애유형 및 특성 고려 미비, 지원의 빈익빈 부익부 발생 우려, 행정편의주의로의 변질 우려를 들 수 있다. 단점을 극복하기 위해 장애판정과 장애인복지서비스를 연계하려는 노력을 하고 있으나 어려움이 많다.

---

8) 현행 장애인 등록제도는 시행초기에는 장애를 진단한 의사가 장애의 유형과 그 등급을 부여하여 등록하였으나 2011년 이후에는 병·의원에서 장애진단 및 장애를 입증하는 서류를 읍·면·동사무소로 제출하여 국민연금공단 장애 등급 심사위원회에서 판정하도록 하였다. 이후 2019년 7월 1일부터는 장애등급을 폐지하고 장애의 정도로 구분하여 등록하는 방향으로 정책이 변동되어 현재에 이르고 있다. 구체적으로 살펴보면, 2007년 4월부터 중증장애수당 신규신청자에 한해 국민연금공단에 장애등급 위탁심사가 의뢰되고, 2009년10월부터는 활동지원서비스를 신규로 신청하는 1급 장애인에 한해 위탁심사가 시작되었으며, 2011년 4월부터 모든 장애인의 등록심사를 전면 수행하기 시작하였다. 정부가 2007년부터 국민연금공단에 장애등급 위탁심사를 의뢰하게 된 배경은 다음과 같다(보건복지부, 2010). 첫째는 비장애인의 허위부정 장애인등록 사례가 지속적으로 발생되고 이에 관한 언론 보도로 '장애인 등록'에 대한 사회적 불신이 고조되고 있었다는 점이다. 둘째는 일선 의료기관에서 장기간 치료과정을 통해 환자와의 관계구축 마련으로 인해 장애등급이 상향 부여되는 현상이 팽배되어 장애등급 판정의 신뢰성 확보가 중요한 과제로 인식되었기 때문이다. 마지막으로 일선 의료기관 의사들의 장애판정기준에 대한 이해부족 등으로 장애판정의 객관성에 대한 우려로 인해 일선 의료기관에서는 장애소견서만 제출하고 최종 장애판정을 하지 않는 것이 적절하다는 지적에 의한 결과이다(조윤화 외, 2021).

〈표 Ⅱ-11〉 장애인등록제도 장·단점

구분	행정편의 중심 등록제도	이용자 중심 등록제도
장점	• 장애인 현황 파악 가능 • 수요예측을 통한 효율적인 예산 편성	• 장애유형과 특성 고려 가능(소비자욕구 반영 가능) • 장애인의 인권 중심
단점	• 장애유형 및 특성 고려 미비 • 지원의 빈익빈 부익부 발생 우려 • 행정편의주의로 번짐 • 잠재적 수요자에 대한 욕구 대응성 낮음 • 등록체계와 서비스 체계 간 비유연한 구조	• 정확한 수요예측 한계 • 장애현황 파악 한계 • 서비스 지원 복잡한 편 • 잠재적 수요자의 욕구 대응성 높음 • 등록체계와 서비스 체계간 유연한 구조

출처 : 조윤화 외(2019). 장애인복지법 제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구 Ⅰ: 배제에서 포용으로

2) 장애범주 변천사

(1) 1~3차 장애범주 확대(1981-2003)

2021년 현재 등록 가능한 장애유형은 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면장애, 신장장애, 심장장애, 호흡기장애, 간장애, 장루·요루장애, 뇌전증장애, 지적장애, 자폐성장애, 정신장애를 포함한 15개의 유형으로 분류하고 있다. 이는 과거 1981년 「심신장애자복지법」의 지체부자유자, 시각장애자, 청각장애자, 음성·언어기능장애자, 정신박약자 5가지 장애유형에서[9] 2000년 10개, 2003년 15개 유형으로의 2차례의 장애범주 확대의 결과이다. 특히 2000년, 2003년 내부장애와 정신장애 등의 범주 확대는 사회적 모델로의 장애개념의 확장을 뜻한다. 즉 2000년 전에는 신체 및 감각 중심을 장애로 바라보았다면, 사회적 편견과 보이지 않는 곳에서의 장애로 인한 일상생활 및 사회참여 제약이 있는 자들을 장애영역으로 포함하였다는데 의미가 있다.

장애범주의 변화는 다음의 표를 참고하기 바란다.[10]

9) 이후 1989년 12월 30일 장애인복지법으로 전면 개정되면서 지체부자유를 지체장애로 음성·언어기능장애를 언어장애, 정신박약을 정신지체로 그 명칭을 변경하였다. 이후 장애유형의 명칭을 변경·추가하여 현재에 이르렀다.

10) 1981년 「심신장애자복지법」의 지체부자유자, 시각장애자, 청각장애자, 음성·언어기능장애자, 정신박약자 5가지 장애유형에서 2000년에 들어와 뇌병변, 정신, 신장 및 심장장애인, 발달장애인 등의 5개 장애유형 등이 1차 장애범주로 확대되었다(조윤화 외, 2021). 그리고 2003년 7월 「장애인복지법시행령」(대통령령 제17976호) 개정에 따른 장애범주 2단계 확대가 이루어졌으며, 기존 10가지 장애유형에서 15가지(호흡기장애, 간장애, 안면장애, 장루·요루장애, 간질장애)로 확대되었다(조윤화, 2020). 특히 1~2단계 장애범주 확대는 기존에 신체 및 감각 장애와 같은 의료적 장애로 한정되어 있던 장애 개념을 사회적·기능적 장애로 확대하였다는데 의미가 있다.

〈표 Ⅱ-12〉 장애범주 변화과정

1990년 용어 변경 (1982~1999년) 「심신장애자복지법시행령」제2조 [시행 1982.2.17.] [대통령령 제10730호, 1982.2.17., 제정]		**2000년 1단계 유형 확대 (2000~2002년)** 「장애인복지법시행령」제2조 [시행 2000.1.1.] [대통령령 제16682호,1999.12.31.,전부개정]		**2003년 2단계 유형 확대 (2003년~2020년)** 「장애인복지법시행령」제2조 [시행 2003.7.1.] [대통령령 제17976호, 2003.5.1., 일부개정]		**2021년 인정기준 확대 (2021년~현재)** 「장애인복지법시행령」제2조 [시행 2021.4.13.] [대통령령 제31618호, 2021.4.13., 일부개정]
〈장애유형〉 (5가지유형)		〈장애유형〉 (10가지유형)		〈장애유형〉 (15가지유형)		〈인정기준〉 10개 질환 추가 등
· 지체부자유자 → 지체장애인 · 시각장애자 → 시각장애인 ·청각장애자 → 청각장애인 ·음성·언어기능장애자 → 언어장애인 ·정신박약자 → 정신지체인		·지체장애인 ·시각장애인 ·청각장애인 ·언어장애인 ·정신지체인 ·뇌병변장애인 ·발달장애인 ·정신장애인 ·신장장애인 ·심장장애인		·지체장애인 ·시각장애인 ·청각장애인 ·언어장애인 ·정신지체인 → 지적장애인 ·뇌병변장애인 ·발달장애인 → 자폐성장애인 ·정신장애인 ·신장장애인 ·심장장애인 ·호흡기장애인 ·간장애인 ·안면장애인 ·장루·요루장애인 ·간질장애인 → 뇌전증장애인		·지체장애인 : 복합부위통증증후군 추가 ·시각장애인 : 복시 추가 ·정신장애인 : 경증 신설 : 기질성 정신장애, 강박장애, 투렛장애 추가 ·간장애인 : 간신증후군, 정맥류출혈 추가 ·안면장애인 : 백반증 추가 : 경증기준완화 ·장루·요루장애인 : 간헐적도뇨, 인공방광수술, 방광손상 등에 의한 완전요실금 추가 ※일부개정 장애인복지법시행령 장애인복지법시행규칙 장애정도판정기준

이러한 장애범주 확대는 범정부 차원의 '장애인정책종합계획'을 통해 단계적으로 계획되었다. 즉 제1차 5개년 계획('98~'02)에서는 1~3단계 확대를 계획하였는데, 1단계는 진료일수가 길고 의료욕구가 큰 만성 신장·심장질환과 장기간 치료가 필요한 정신분열증(현 조현병) 등 만성 중증 정신질환 및 발달장애 중 자폐장애를, 2단계는 완치가 어려운 간질환 및 만성 알코올·약물중독, 기질성 뇌증후군 및 발달장애를, 3단계에서는 안면기형, 치매, 비뇨기계 및 피부질환 등을 계획하였다. 2002년 즉 동 시기에 1차 장애범주가 확대되었으며, 계획한 대로 뇌병변, 정신, 신장 및 심장장애인, 발달장애인이 추가되었다. 이듬해에도 지속적으로 2003년 7월 '제2차 장애인복지발전 5개년계획('03~'07)에 따라 2단계 장애범주로 호흡기장애, 간질환, 장루, 중증 간질, 안면기형 등이 확대 되었으며, 3단계 확대 대상으로는 소화기 장애, 중증 피부질환, 기질성 뇌증후군, 발달장애, 기타 신체적 · 정신적 장애 중 중증 장애가 논의되었으나, 1차 5개년 계획('98~'02) 2단계에 제시되었던 만성 알코올·약물중독과 2차 5개년 계획('03~'07)의 3단계 확대 대상자에 대한 논의는 4차 5개년 계획('13~'17)에서 다시 제안되었다. 즉 장애범주 확대의 필요영역 설정 및 단계적 도입방안과 장애인복지인프라연구('10년)에서 약물 및 알코올 중독, 소화기장애, 기질성뇌질환 등 3차 확대 제안하였다.

반면 '제5차 장애인정책종합계획'에서는 장애인정 범위가 협소한 정신장애의 인정질환을 확대하고, 판정기준을 완화하는 계획을 제시하였다. 즉 기질성 정신 및 행동장애, 뚜렛장애, 안면장애에 인정질환(백반증) 추가 검토 등을 계획하였다. 또한 타 장애에 비해 장애등록 신청 시 탈락율 이 높거나 혹은 기준이 엄격한 장애(안면, 시각, 자폐장애 등) 인정기준을 완화하는 계획을 하였다.

〈표 Ⅱ-13〉 장애범주 확대과정

	1차 ('98~'02)	2차 ('03~'07)	3차 ('08~'12)	4차 ('13~'17)	5차 ('18~'22)
구분	1차 확대시기 (2000년) : 10가지유형	2차 확대시기 (2003년) : 15가지 유형	-	-	-
범정부 계획	장애범주 확대	WHO 장애분류 기준(ICF)에 의거 장애범주 확대	장애인 등록판정체계 및 전달체계 선진화	장애범주 확대의 필요영역 설정 및 단계적 도입방안 마련	이의신청, 민원제기가 많은 장애유형의 인정질환 확대 및 판정기준 완화
세부 내용	[1단계] • 진료일수가 길고 의료욕구가 큰 만성 신장·심장질환 • 장기간 치료가 필요한 정신분열증(현 조현병) 등 만성 중증 정신질환 및 발달장애 중 자폐장애 [2단계] • 완치가 어려운 간질환 및 만성 알콜·약물 중독, 기질성 뇌증후군 및 발달 장애 [3 단 계] • 안면기형, 치매, 비뇨기계 및 피부질환 등	[2단계 확대] • 법정 장애에 내부 장애를 포함하여 10종에서 15종 (확대 5종: 호흡기, 간, 간질, 장루·요루, 안면장애)으로 확대 실시 ('03.7월) [3단계 장애범주 확대 추진] • 소화기 장애, 중증 피부질환, 기질성 뇌증후군, 발달장애, 기타 신체적 · 정신적 장애 중 중증 장애를 중심으로 대상 장애 선정	-	장애인복지인프라연구('09년)에서 약물 및 알코올 중독, 소화기 장애, 기질성뇌질환 등 3차 확대 제안	• (장애등록 인정질환 확대) 장애인정 범위가 협소한 정신장애의 인정질환 확대 * 및 안면장애에 인정질환 (백반증) 추가 검토 * 기질성 정신 및 행동장애, 투렛장애 등 추가 • (판정기준 완화) 타 장애에 비해 장애등록 신청 시 탈락율이 높거나 기준이 엄격한 장애 (예: 안면, 시각, 자폐 장애 등) 인정기준 완화 추진

출처: 각년도 '1~5차 장애인정책종합계획', 정부부처 합동

〈표 Ⅱ-14〉 장애범주 확대과정 주요 연구

	1차 ('98~'02)	2차 ('03~'07)	3차 ('08~'12)	4차 ('13~'17)	5차 ('18~'22)
구분	-	장애인실태조사(변용찬 외, 2006)	-장애인복지인프라연구(변용찬 외, 2009)	-제4차 장애인정책종합계획 수립방안 연구(김성희 외, 2012)	-제5차 장애인종책종합계획 수립방안 연구(김성희 외, 2017)
장애범주 확대 연구	-	• 치매, 만성알코올중독, 기타 발달장애, 암, 소화기 장애, 비뇨기 장애, 만성통증	• (계통)피부질환장애, 소화기장애, 비뇨기장애, 안면장애, 연하저작장애. • (특정상병)암, 만성알코올·약물중독, 기질성 뇌증후군, 치매, 희귀난치성질환 • (기타) 만성통증, 기타 신체장애, 기타 정신장애, 기타 발달장애.	• 희귀난치성, 만성통증, 학습장애 등 장애인 범주의 확대에 대한 지속적 연구를 통하여 범주를 현실화하고, 판정기준에 있어 생활중심과 사회적 제약을 중심으로 판정하도록 함.	• 장애범주 3단계 확대로 치매, 에이즈 및 암을 새로운 장애유형에 포함[11]

출처: 변용찬 외(2006), 변용찬 외(2010), 김성희 외(2012, 2017).

(2) 인정질환 확대(2021년 4월)[12]

5차 5개년 결과('18~22) 가장 최근의 변화로는 지난 2021년 4월 장애인복지법 시행령 및 판정기준이 개정되면서 장애인정기준 개정에 따라 장애유형별 10개 질환이 추가·확대되었다는 점이다. 이는 장시간이 소용되는 법정유형 변화에 앞서 시급성을 요하는 장애 및 질환을 중심으로 보다 탄력적으로 변화에 대응한 정책적 결과물이라 볼 수 있다.

특히 '18~22년 시기는 협소한 장애범주에 대한 잠재적 장애인복지대상자들의

11) 장애유형 세분화로 기존 지체장애 안에 포함되어져 있던 척수장애, 근육장애, 저신장 장애를 지체장애에서 분리하여 별도의 장애유형으로 인정을 계획한다(김성희 외, 2017, p.301).

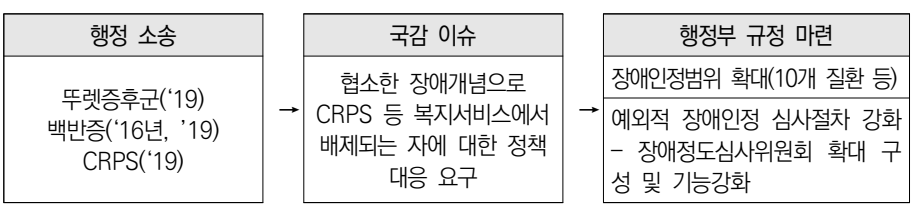
12) 보건복지부 보도자료(2021년 4월 13일). 장애인복지법 하위법령 등 개정안 공포시행 자료를 요약한다.

장애등록에 대한 이슈가 정책아젠다로 채택되는 시기였다. 2단계 이후 약 10년 동안 확대되지 않은 협소한 장애범주와 인정질환 등에 대한 장애인복지 수요의 법적 투쟁의 결과로 볼 수 있다. 인정질환의 확대에 대한 트리거 역할은 2019년 10월 30일에 판결된 "뚜렛증후군 장애인등록 거부 위법 대법원 판결"이다. 즉 대법원은 장애등록신청을 거부한 것은 헌법의 평등원칙에 위배되며, 유사한 장애유형 규정을 유추 적용해 장애 판정할 필요가 있다고 판결하였다. 따라서 정부는 2020년 5월 장애인 서비스 지원종합조사 실시(142점-일상생활지원 필요도가 높다고 판단)하여, 뚜렛증후군 '정신장애인'으로 장애등록을 허용하였다.[13] 이때 장애정도심사위원회에서 의학적 자문과 대면조사 결과를 고려한 예외적 인정 심사를 통해 장애의 정도가 심한 정신장애인으로 심사 의결한 바 있다.

판결 사례

▪ CRPS 장애 인정, 서울고법('19.8.23일)
– '15.5월 태백시 지체장애 등급외 결정 건에 대해 "법원의 신체감정촉탁결과('18.9월) 등에 따라 지체기능장애 인정"
▪ 백반증 장애 인정, 인천지법('16.9.8일)/수원지법('19.10.2일)
– '14.8월, '18.1월 인천 남구 및 안양시 안면장애 등급외 결정 건에 대해 "안면부위의 변형으로 볼 수 있어 안면장애로 해석 가능"
▪ 뚜렛증후군 장애 인정, 대법원('19.10.31일)
– '15.7월 양평군 신청 반려 건에 대해 "해당 장애와 가장 유사한 장애유형 관련 규정을 유추 적용하여 장애 판정해야"

이후 20대 국정감사에서는 CRPS 등 15개 장애유형에 포함되지 않아서 장애판정을 받지 못한 사례에 대해 정책적으로 대응할 것 요구하였으며, 2021년 4월 장애인정범위가 확대 및 신설되고, 예외적 장애인정 심사절차를 강화하였다(보건복지부.



[그림 Ⅱ-2] 최근 장애인정질환 확대 이슈 흐름

13) 장애심사 자문의사, 정신건강의학회 자문 결과 정신장애로 권고하였다.

2021년 4월 확대된 장애인정질환은 구체적으로는 시각장애(복시), 정신장애(① 강박장애, ② 뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애, ③ 투렛장애 및 ④ 기면증으로 인한 행동 · 정신장애가 있는 사람), 지체장애(복합부위통증증후군(CRPS)으로 인하여 근위축 또는 관절구축이 있는 사람), 간장애(① 간신증후군 ② 정맥류출혈), 안면장애(백반증 추가, 안면부 변형 최소기준 완화(45→30%)), 장루 · 요루장애(① 지속적으로 간헐적 도뇨를 하는 사람, ② 인공 방광 수술을 한 사람, ③ 완전요실금으로 항상 기저귀를 착용하는 사람) 등이 추가 및 확대되었다.

〈표 Ⅱ-15〉 2021년 인정기준 확대질환 세부내용

유형	구분	현행	개정	비고
시각장애	복시	장애 미인정	심하지 않은 장애	신설
정신장애	① 조현병 ② 양극성 정동장애 ③ 재발성 우울장애 ④ 조현정동장애	심한 장애	심한 장애 + 심하지 않은 장애기준	경증 신설
	⑤ 기질성 정신장애	장애 미인정	심한 장애 또는 심하지 않은 장애	신설
	⑥ 강박장애	장애 미인정	심하지 않은 장애	신설
	⑦ 투렛장애	장애 미인정	심하지 않은 장애*	신설
지체장애	복합부위통증증후군(CRPS)	장애 미인정	심하지 않은 장애	신설
간 장애	① 간신증후군 ② 정맥류출혈	장애 미인정	심한 장애	신설
안면장애	① 백반증	장애 미인정	심하지 않은 장애	신설
	② 노출된 안면부의 변형	45% 이상	30% 이상	경증기준 완화
장루 요루장애	① 배뇨장애로 인하여 간헐적 도뇨를 하는 사람	장애 미인정	심하지 않은 장애	신설
	② 인공방광수술을 한 사람	장애 미인정	심하지 않은 장애	신설
	③ 방광 손상 · 절제 등에 의한 완전요실금	장애 미인정	심하지 않은 장애	신설

* 신체적 증상이 동반된 경우 '심한 장애'로 상향 조정

3) 예외적 장애인정 심사절차

전술한 바와 같이 2021년 4월의 조치는 장애인정질환 확대 외에도 국민연금공단 내 설치된 장애정도심사위원회의 기능강화를 통한 예외적 장애정도의 심사절차가 강화되었다. 이는 현재 장애범주 및 판단기준의 제약으로 인하여 장애등록이 제외되고 있는 사례에 대해 중증도 등을 고려하여 개별심사 후 예외적으로 장애인정 여부를 심의하도록 하는 목적이 있다. 즉 장애정도심사위원은 40명에서 80명으로 확대하고, 심사대상은 기존 연금공단이 필요하다고 인정하는 경우 이외에 보건복지부장관이 요청하는 경우를 추가하고, 위원장을 외부 전문가로 교체하여 심사의 공정성 강화하였다(보건복지부 보도자료, 2021).

구 분	개정전		개정후
구 성	40명 내외		80명 내외
위원장	연금공단 담당실장		외부전문가
심사대상	연금공단이 심사대상 선정	⇒	연금공단 인정한 경우 + 보건복지부장관이 요청한 경우
심사방법	서면심사+필요시 대면심사		서면심사+필요시 대면심사+방문심사

[그림 Ⅱ-3] 장애정도심사위원회 기능 강화

따라서 예외적 장애인정 심사는 강화된 장애정도심사위원회에서 실시하게 된다. 장애정도 심사규정(보건복지부 고시 제 2022-17호)에 따르면, 장애정도심사위원회의 심의대상은 제14조에 따라 첫째, 심사결과 이의신청 건 중 추가 확인이 필요하다고 공단이 인정하는 건, 둘째, 장애정도 판정 시 개인의 신체적·정신적 특성 등 고려가 필요하다고 공단 또는 위원장이 인정하는 건, 셋째, 장애정도판정기준의 문리적 해석만으로 판정하기 어려운 경우와 다른 장애유형과의 형평성을 고려할 필요가 있다고 보건복지부 장관이 인정하는 건이다. 심사 건에 따라 위원 중 10명 이내의 위원을 선임하여 심사 진행, 위원장은 외부 위원 중 공단 이사장이 임명하며, 심사대상 중 필요하다고 인정되는 경우 대면심사, 직접진단 또는 방문 조사를 할 수 있다.

즉 장애정도심사위원회는 장애정도 심사결과에 대한 이의신청 건과 뚜렛증후군

과 같은 예외적 인정 건을 심사할 수 있을 것으로 예측된다. 이의신청의 경우, 장애등록이 되거나, 장애등록대상의 경우로만 한정되어 있기 때문에, 장애인등록에 제외된 자는 이의신청 자체를 할 수 없다.[14]뚜렛증후군의 경우, 이의신청 대상이 아니기 때문에, 세 번째 조항에 근거하여 장애정도심사위원회를 통해 '정신장애인'으로 등록되었던 것이다.

〈표 Ⅱ-16〉 장애정도 심사규정 제14조 (보건복지부 고시 제 2022-17호, 시행 2022. 1. 28)

제14조(장애정도심사위원회)
① 제13조제3항에 따라 심사하는 경우에는 의료전문가, 복지전문가 및 관계공무원 등이 참여하는 장애정도심사위원회(이하 "위원회"라 한다)를 구성하여 심사한다.
② 위원회는 다음 각호의 사항을 심사한다.
1. 장애정도 심사결과에 대하여 심사대상자가 이의신청하는 것 중 추가적인 확인이 필요하다고 공단이 인정하는 건
2. 장애정도 판정 시 개인의 신체적·정신적 특성 등을 고려할 필요가 있다고 공단 또는 위원장이 인정하는 건
3. 장애정도판정기준의 문리적 해석만으로 장애정도를 판정하기 어려운 경우와 다른 장애유형과의 형평성을 고려할 필요가 있다고 보건복지부장관이 인정하는 건
③ 위원회는 공단에 설치하고 80인 내외의 위원으로 구성한다.
④ 위원회의 회의는 제출된 심사건에 따라 위원 중 10명 이내의 위원을 선임하여 심사한다.
⑤ 위원장은 외부 위원 중 공단 이사장이 임명한다. (신설)
⑥ 위원회는 월 1회 정기적으로 개최하며, 임시회는 위원장이 필요하다고 인정하는 때 개최할 수 있다. (신설)
⑦ 위원회는 심사대상자가 대면심사를 희망하고 위원회에서 대면심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 심사대상자를 위원회에 직접 참석시켜 의견진술기회를 부여할 수 있다.
⑧ 위원회는 정밀한 장애심사를 위해 필요하다고 인정되는 경우 직접진단 또는 방문 조사를 할 수 있다. (신설)
⑨ 위원회 운영과 관련한 세부적인 사항은 공단이 따로 정한다.

뚜렛증후군의 사례를 통해 예외적 인정 심사사례를 분석해보면 다음과 같다.[15]

A씨는 13살 틱 진단을 받고, 10년 넘게 대학병원에서 치료하고 약을 복용하였으나, 증상이 호전되지 않고, 대화도 어렵게 되었으며, 폐쇄된 공간에서 증상이 심

14) 보건복지부 사업안내(2022)에 따르면, 심사결과에 이의가 있는 경우 심사결과에 대하여 설명(필요한 경우 공단지사 협조요청)하고 추가서류의 보완 등을 하여 장애정도심사규정 제13조에 따라 심사결과를 통보 받은 날로부터 90일 이내(공휴일 포함. 단, 마지막 날이 주말인 경우 그 다음 월요일까지 가능)에 이의신청 할 수 있음에 대하여 안내하도록 되어 있다.

15) http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=354606의 기사내용을 정리하였다.

해져 일상생활을 할 수 없게 되었다. A씨는 2014년에 양평군에 장애등록을 신청하였으나, 장애등록신청 거부 처분을 받게 된다. 양평군은 A씨가 가진 뚜렛증후군 장애가 장애인복지법 시행령 조항의 15개 장애유형에 규정되지 않기 때문에 '거부처분'을 내린 것이다.

이에 대해 A씨는 양평군을 상대로 반려처분취소 청구 소송을 제기하였으나, 1심에서는 원고 청구가 기각되었다(2015년 12월). 그 이유는 일정한 종류와 기준에 해당하는 장애인을 장애인복지법의 적용대상으로 삼아 우선적으로 보호하는 것이 평등의 원칙에 위반된다고 보기 힘들며, 장애인복지법 시행령의 내용 자체가 합리적 타당성을 결여한 것으로 볼만한 사정도 없다는 것이 판결 내용이다. 이에 A씨는 뚜렛증후군 양평군 신청 반려건(2015)에 대해 2심(고등법원) 항소를 진행하였으며, 그 결과 원고 패소를 판결한 1심이 뒤집히면서, 장애인등록거부처분을 취소하는 판결이 내려졌다.

이에 따라 양평군수는 대법원에 상고하였으나, 2019년 10월 A씨가 양평군수를 상대로 낸 장애인등록신청 반려처분취소 청구소송 상고심에서 양평군의 상고를 기각하고, 원고의 승소판결한 원심을 확정하였다. 그 이유는 원고가 뚜렛증후군으로 오랫동안 일상생활에 제약을 받고 "장애인복지법을 적용받는 장애인에 해당한다"며 "해당 장애가 시행령 조항에 규정돼 있지 않다는 이유로 장애인등록신청을 거부할 수 없어 위법이라는 것이다. 대법원은 뚜렛증후군에 대한 결과를 행정청에 이행하도록 조치를 취하도록 하였다. 이에 보건복지부는 국민연금공단과 A씨의 장애판정을 위한 세부 규정과 절차가 미비한 상태이지만, 예외적 절차를 검토하여 장애등록을 허용하도록 하였다. 즉 국민연금공단이 신청자 가구를 직접 방문하여 '장애인 서비스지원 종합조사도구'를 활용한 일상생활수행능력을 평가(장애인 서비스 지원 종합조사 실시, 142점-일상생활지원 필요도가 높다고 판단)하였으며, 평가결과를 바탕으로 장애심사 자문회의와 전문의학회 자문을 거쳐, 최종적으로 장애정도심사 규정을 적극 해석하여 '장애정도심사위원회'에서 '정신 장애', '2년 후 재심사'로 심사를 의결하였다. 특히 장애정도심사규정 중 '장애정도심사규정(보건복지부 고시) 제14조(장애정도심사위원회)제2항제3호 '「장애정도판정기준」의 문리적 해석만으로 장애정도를 판정하기 어려운 경우'로 간주하여 적극 해석하였다고 보고하였다. 이번 사례는 장애정도판정기준에 명시되지 않은 첫 번째 장애등록 인정 사례로서 법령상 미규정된 장애상태도 예외적으로 장애 판정할 수 있는 절차를 제도화할 계획임을 밝히고 있다.

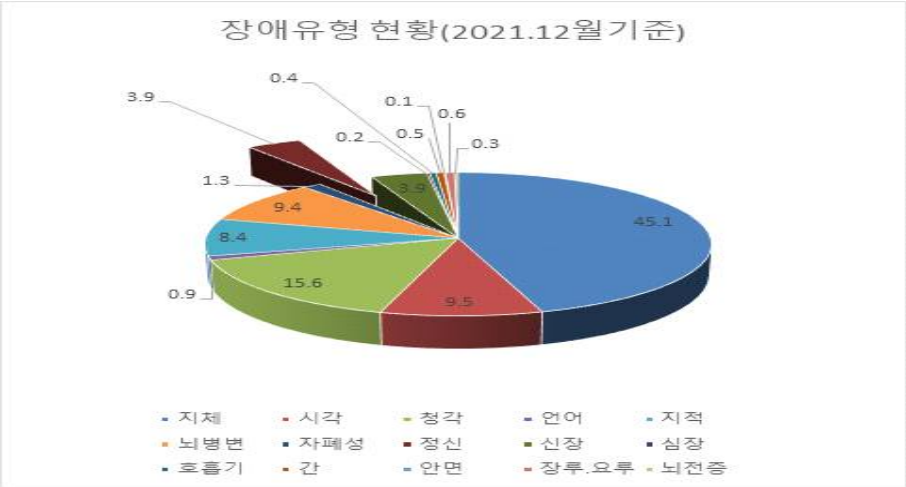
약 5년 동안의 행정소송을 통해 대법원으로부터 장애인복지법의 15개 장애유형에 포함되지는 않으나, 장애인복지법에서 규정하고 있는 장애정의에 따라 장애로 인한 일상생활의 제약으로 장애등록이 허용된 첫 사례이다. 이는 우리나라의 협소한 장애범주로 인해 사각지대에 놓인 잠재적 정책대상에 대한 정부의 적극적 대응이 필요한 사건임을 드러낸 것으로, 이에 대해 정책대상자의 확대와 장애인등록제도의 개편 혹은 법령상 미규정된 장애도 등록할 수 있는 채널 확보의 필요성이 제기된다고 할 것이다.

그렇다면 장애인등록에 제외된 잠재적 복지수요자가 예외적 인정심사를 받기 위해서는 어떠한 절차를 통해야 하는가? 현재는 어떠한 채널도 존재하지 않는 것으로 나타났다. 즉 예외적 인정 심사를 위한 어떠한 전달체계도 이루어져 있지 않다. 장애정도심사위원회는 뚜렛증후군과 같이 행정소송에서 승소하거나 또는 정책이슈를 통해 보건복지부 인정하는 건 등에 한정될 가능성이 높다. 따라서 우선적으로 장애인등록제도를 유지하면서 '예외적 인정 심사 전달체계'를 마련하여 단계적인 장애인등록제도 변화를 이끌 필요가 있다.

4. 등록장애인 현황

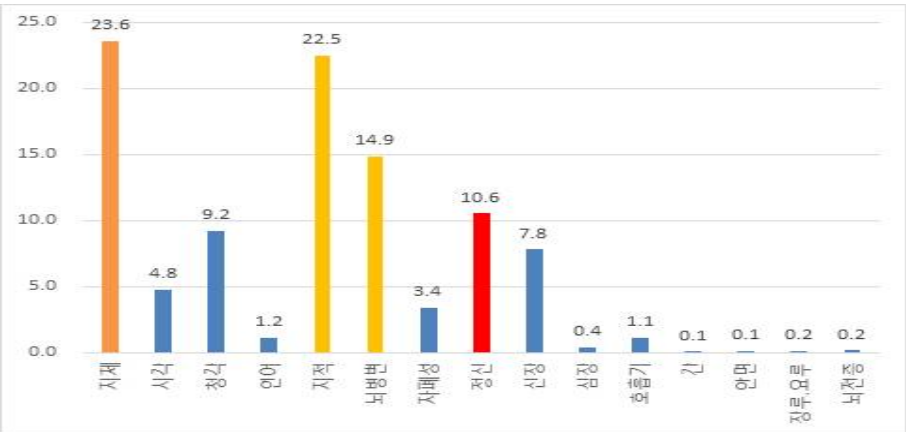
1) 전체 현황

2021년 12월 장애인구는 264만명으로 전체 인구의 5.1%를 차지하고 있으며, 지체(45.1%), 청각 (15.6%), 시각(9.5%), 뇌병변(9.4%), 지적(8.4%), 정신장애 10만명(3.9%) 순으로 나타났다(보건복지부 등록장애인현황, 2021. 12월).



[그림 Ⅱ-5] 장애유형 현황

장애정도가 심한 장애인 중 장애유형별 비중을 살펴보면, 지체장애가 23.6%를 차지하고 있으며, 지적장애 22.5%, 뇌병변장애 14.9%, 정신장애 10.6%가 그 뒤를 잇고 있다.



[그림 Ⅱ-6] 장애정도가 심한 장애인 내 장애유형별 비중

2021년 12월 장애인구 중 2010년에 비해 발달장애, 정신장애 등 증가한 것으로 나타났다. 특히 지체장애는 2010년 대비 14만명이 감소하였으며, 청각 15만명

증가, 지적 6만명, 신장 4.4만명, 자폐성 1.8만명, 정신 0.8만명이 증가한 것으로 나타났다. 지제장애는 교통사고 및 의료기술의 증가로 점차 감소하는 것으로 보이며, 정신 및 사회적 장애는 점차 증가하고 있는 것으로 분석된다.

〈표 Ⅱ-17〉 장애인구 증가 현황

장애유형	2010	2021	2021-2010
전체	2,517,312	2,644,700	127,388
지체	1,337,722	1,191,462	-146,260
시각	249,259	251,620	2,361
청각	260,403	411,749	151,346
언어	17,207	23,064	5,857
지적	161,249	221,557	60,308
뇌병변	261,746	248,308	-13,438
자폐성	14,888	33,650	18,762
정신	95,821	104,214	8,393
신장	57,142	102,135	44,993
심장	12,864	5,166	-7,698
호흡기	15,551	11,541	-4,010
간	7,920	14,433	6,513
안면	2,696	2,712	16
장루.요루	13,072	16,012	2,940
뇌전증	9,772	7,077	-2,695

2) 서비스 이용 현황

2022년도 보건복지부 소관 장애인정책 지출예산(예산+기금)은 4조 701억원으로 2021년도 추경 대비 금액으로는 3,740억원, 증가율로는 10.1% 증가한 안으로 편성되어 보건복지부 전체 예산 증가율(추경 대비) 4.5%보다 2배 이상 높은 증가율을 보이고 있다(남찬섭, 2021).

한편 감면할인서비스는 등록장애인 모두를 대상으로 하고 있기 때문에 가장 정책대상자의 포괄성 정도가 클 수 있으나, 실질적으로 공적으로 제공되고 있는 돌봄

서비스, 소득보장, 거주시설 이용 등에서 장애인의 이용률이 어느 수준인지 파악할 필요가 있다. 따라서 장애인복지예산 중 가장 많은 비중을 차지하고 있는 활동지원제도, 장애인연금 및 수당, 거주시설 이용 등 세 영역을 중심으로 살펴보고자 한다.

(1) 활동지원제도 이용 현황

장애인복지예산 중 절반 수준을 차지하고 있는 장애인활동지원은 2022년 1조 7,405억원으로 2021년 1조 5,217억원에 비해 14.4%가량 증가하였으며, 활동지원사업은 전체 예산의 약 1/3을 차지하고 있는 만큼 장애인복지제도에서 가장 많은 이용이 있는 부문이다. 그러나 등록장애인 중 4.4%만이 서비스를 이용하고 있으며, 장애정도가 심한 장애인 중 11.5%, 장애정도가 심하지 않는 장애인 중에서는 0.1%만이 서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났다.

〈표 Ⅱ-18〉 활동지원대상자 비율

(단위: 명)

구분	전체 등록장애 인구	활동지원대 상자수	비율	심한 장애			심하지 않는 장애		
				소계	활동지원대 상자수	비율	소계	활동지원대 상자수	비율
전체	2,633,026	115,017	4.4	984,965	112,963	11.5	1,648,061	2,054	0.1
지체	2,633,026	16,045	0.6	236,694	15,401	6.5	970,674	644	0.1
시각	252,324	12,461	4.9	47,716	12,264	25.7	204,608	197	0.1
청각	395,789	729	0.2	92,951	684	0.7	302,838	45	0.0
언어	22,391	704	3.1	11,300	570	5.0	11,091	134	1.2
지적	217,108	45,964	21.2	217,108	45,963	21.2	0	1	0.0
뇌병변	250,407	16,248	6.5	150,827	15,330	10.2	99,580	918	0.9
자폐성	30,802	16,346	53.1	30,802	16,346	53.1	0	0	0.0
정신	103,525	3,208	3.1	103,525	3,208	3.1	0	0	0.0
신장	97,530	2,452	2.5	73,163	2,433	3.3	24,367	19	0.1
심장	5,233	57	1.1	4,148	55	1.3	1,085	2	0.2
호흡기	11,544	335	2.9	11,218	332	3.0	326	3	0.9
간	13,808	31	0.2	779	23	3.0	13,029	8	0.1
안면	2,677	18	0.7	1,412	18	1.3	1,265	0	0.0

구분	전체 등록장애 인구	활동지원대 상자수	비율	심한 장애			심하지 않는 장애		
				소계	활동지원대 상자수	비율	소계	활동지원대 상자수	비율
장루요루	15,427	43	0.3	1,492	26	1.7	13,935	17	0.1
뇌전증	7,093	376	5.3	1,830	310	16.9	5,263	66	1.3

주: 1) 전체 등록장애인구 및 활동지원대상자수는 2020년 기준임
2) 한국장애인개발원(2021)의 자료를 저자가 재정리함
자료: 한국장애인개발원(2021). 장애통계연보

(2) 장애인연금 및 장애수당, 장애아동수당 수급 현황

장애인의 소득보장정책대상자의 포괄성을 살펴보기 위해 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당, 국민연금의 장애연금, 산재급여를 대상으로 살펴보았다. 산재급여의 장해연금과 장애연금간 중복급여가 상당히 발생하기 때문에, 장애급여 수급현황에서는 장애연금만을 고려하여 살펴보았다. 또한 국민기초생활보장수급은 장애인연금 대상자 내에 포함되기 때문에, 장애인연금의 수로 포괄할 수 있다. 그 결과 등록장애인 중 32.3%가 국가에서 지원하고 있는 급여를 받고 있는 것으로 나타났다. 이외에 노령연금수급자(4,894,452명)의 등록장애인 비율이 12.1%(587,334명), 유족연금(892,195명)의 11.9%(106,171명)를 적용하면(국민연금공단 내부자료), 2021년 기준 전체 1,548,439.4명으로 58.5%가 국가로부터 급여지원이 이루어지고 있는 것으로 분석되었다.

〈표 Ⅱ-19〉 장애급여 수급 현황

구분	등록 장애인수	장애급여 현황						산재급여
		소계	비율	장애인연금	장애수당	장애아동 수당	장애 연금	
2013	2,501,112	722,241	28.9	305,394	320,029	21,777	75,041	93,524
2014	2,494,460	745,240	29.9	328,414	320,318	21,121	75,387	93,689
2015	2,490,406	766,477	30.8	342,444	327,881	20,464	75,688	93,953
2016	2,511,051	781,816	31.1	350,161	336,224	19,934	75,497	93,383
2017	2,545,637	798,457	31.4	359,986	343,662	19,323	75,486	93,407
2018	2,585,876	811,131	31.4	364,712	352,117	18,568	75,734	96,493

구분	등록 장애인수	장애급여 현황						산재급여
		소계	비율	장애인연금	장애수당	장애아동 수당	장애 연금	
2019	2,618,918	830,382	31.7	368,716	365,804	17,990	77,872	101,942
2020	2,633,026	849,349	32.3	375,759	378,946	16,565	78,079	101,942
2021	2,644,700	854,934	32.3	371,413	389,210	16,585	77,726	101,942

주: 2020년, 2021년 산재급여 수급자수는 자료의 한계로 2019년 수급자수를 기준으로 함.
자료: 조윤화 외(2022). 2022년 장애인 빈곤 및 소득불평등 지표

저소득층을 대상으로 하는 공적급여만을 기준으로 살펴보면, 전체 등록장애인 중 29.4%가 지원받고 있는 것으로 분석되었다(표 Ⅱ-20 참조).

〈표 Ⅱ-20〉 장애인 소득보장급여 대상자 포괄성

구분	전체 등록장애인 현황			소득보장제도 대상자 포괄성		장애인연금 대상자						장애수당 대상자					장애아동수당 대상자				
	전체 등록장애인 수(a)	심한 장애 (b)	심하지 않은 장애 (c)	소계 (e=f+g)	비율(e=f+g)/a*100 (l)	소계 (e)	비율 (e/b*100))	기본생활 보장 수급자	차상위 계층	차상위 초과	사설 수급자	소계 (f)	비율 (f/c*100))	기본생활 보장 수급자	사설 수급자	차상위 계층	소계 (g)	비율 (g/a*100)	기본생활보장 수급자	차상위	사설 수급자
전체	2,644,700	984,813	1,659,887	777,208	(29.4)	371,413	(37.7)	167,708	21,393	154,173	28,139	389,210	(23.4)	266,655	13,362	109,193	16,585	(0.6)	8,245	5,979	2,361
지체	1,191,462	232,362	959,100	208,675	(17.5)	54,517	(23.5)	28,653	2,963	20,971	1,910	153,745	(16.0	100,470	3,283	49,992	413	(0.0)	227	162	24
시각	251,620	47,022	204,598	59,807	(23.8)	25,921	(55.1)	11,156	2,046	11,849	870	33,568	(16.4	21,708	673	11,187	18	(0.1)	129	141	48
청각	411,749	90,756	320,993	100,931	(24.5)	33,078	(36.4)	11,711	2,309	18,561	497	67,354	(21.0	36,936	1,655	26,773	499	(0.1)	209	230	60
언어	23,064	11,464	11,600	6,468	(28.0)	2,717	(23.7)	1,049	154	1,440	74	3,254	(28.1	2,525	85	644	497	(2.2)	198	264	35
지적	221,557	221,557	0	141,585	(63.9)	101,153	(45.7)	47,410	4,091	33,640	16,012	29,415	(0.0	24,202	1,720	3,493	11,017	(5.0)	5,816	3,459	1,742
뇌병변	249,308	146,435	101,873	100,038	(40.3)	60,371	(41.2)	22,293	4,887	29,389	3,802	39,034	(37.3	26,719	1,685	9,630	1,633	(0.7)	665	621	347
자폐성	33,650	33,650	0	13,945	(41.4)	11,712	(34.8)	2,633	391	8,302	386	239	(0.0	155	1	83	1,994	(5.9)	887	1,008	99
정신	104,214	103,981	233	78,763	(75.6)	28,308	(27.2)	19,616	1,206	3,032	4,454	50,441	(21,648.5)	41,879	4149	4,413	14	(0.0)	10	2	2
신장	102,135	76,865	25,270	51,850	(50.8)	48,620	(63.3)	20,833	3,081	24,602	104	3,204	(12.7)	2,473	1	730	26	(0.0)	14	10	2
심장	5,166	4,039	1,127	1,213	(23.5)	498	(12.3)	211	38	247	2	673	(59.7)	489	5	179	42	(0.8)	23	19	
호흡기	11,541	11,137	404	4,956	(42.9)	3,452	(31.0)	1,570	168	1,696	18	1,499	(371.0)	1,145	19	335	5	(0.0)	1	4	
간	14,433	747	13,686	1,614	(11.2)	164	(22.0)	79	9	76		1,401	(10.2)	1,059	–	342	49	(0.3)	24	24	1
안면	2,712	1,398	1,314	614	(22.6)	284	(20.3)	173	6	105	–	322	(24.5)	254	2	66	8	(0.3)	6	2	
장루·요루	16,012	1,552	14,460	2,935	(18.3)	97	(6.3)	32	5	58	2	2,821	(19.5)	1,790	40	991	17	(0.1)	9	8	
뇌전증	7,077	1,848	5,229	3,802	(53.7)	509	(27.5)	284	9	199	7	3,240	(62.0)	2,861	34	345	53	(0.7)	27	25	1
미상						12		5		6	1										

주: 보건복지부 내부자료를 본 연구자가 정리함

(3) 거주시설 이용자 현황

거주시설 이용현황을 살펴보았다. 우리나라의 장애인거주시설은 장애유형별 거주시설, 중증장애인 거주시설, 장애영유아 거주시설, 단기보호시설, 공동생활가정이 있다. 2021년 8월 탈시설 로드맵에 따라 거주시설 내 장애유형별 거주시설, 중증장애인 거주시설, 장애영유아거주시설에 대한 탈시설 정책이 이루어지고 있다.

아래와 같이 전체 장애인 중 이용장애인은 1.1%를 차지하고 있으나, 거주시설에 지원되는 예산은 6,223억원으로써, 활동지원제도(1조 7,405억원), 장애인연금 및 장애수당(9,750억원) 다음으로 높은 비중을 차지하고 있는 것으로 나타났다(보건복지부, 2022).

〈표 Ⅱ-21〉 장애인 거주시설 현황 및 이용률

구분	등록장애인수			전체 거주시설 수			거주시설 수									
							장애유형별		중증장애인 거주시설		장애영유아		단기		공동생활가정	
	전체 등록 장애인수	심한 장애	심하지 않은 장애	시설수	현원	비율	시설수	현원	시설수	현원	시설수	현원	시설수	현원	시설수	현원
11	2,519,241	992,343	1,526,898	490	25,345	1.0	289	14,038	191	10,798	10	509	-	-	-	-
12	2,511,159	980,018	1,531,141	1,348	30,640	1.2	342	14,926	201	11,006	10	510	128	1,438	667	2,760
13	2,501,112	971,102	1,530,010	1,397	31,152	1.2	356	15,069	216	11,412	9	473	131	1,432	685	2,766
14	2,494,460	966,466	1,527,994	1,457	31,406	1.3	375	15,246	223	11,344	9	466	137	1,495	713	2,855
15	2,490,406	965,381	1,525,025	1,484	31,222	1.3	383	14,920	233	11,314	10	541	141	1,548	717	2,862
16	2,511,051	969,557	1,541,494	1,505	30,980	1.2	381	14,817	233	11,192	9	452	146	1,616	736	2,903
17	2,545,637	978,526	1,567,111	1,517	30,693	1.2	376	14,630	1,517	30,693	39	1,690	147	700	752	232
18	2,585,876	983,769	1,602,107	1,527	30,152	1.2	376	14,168	239	10,995	9	398	150	1,671	753	2,920
19	2,618,918	985,403	1,633,515	1,557	29,662	1.1	368	13,620	251	10,978	9	382	159	1,733	770	2,949
20	2,633,026	984,965	1,648,061	1,539	29,086	1.1	368	13,254	251	10866	9	361	157	1733	754	2,872

Ⅲ 국내 장애인정책과 장애인등록제도

1. 분석개요

본 절에서는 2장에서 제시한 장애인등록제도와 장애인의 삶 영역에 영향을 주고 있는 장애인복지사업과의 연관성을 분석하였다.

우리나라의 장애인복지 정책은 장애인 당사자의 욕구를 바탕으로 다양한 사업을 통해 장애인·가족 및 보호자·장애인고용사업주 등에게 지원된다. 본 장에서는 2022년 장애인복지 사업안내에 소개된 8가지 영역(연금·수당, 보육·교육, 의료 및 재활지원, 서비스, 일자리 융자지원, 공공요금 등, 세제혜택, 지역사회 복지사업 및 기타)의 대표적인 사업들을 살펴보았다. 특히 동 기준들을 토대로 각 제도들 내 기준들이 적정한지 파악함으로써, 간접적으로 산입 및 배제오류를 살펴보았다.[16]

〈표 Ⅲ-1〉 분석 제도

구분	주요 정책 분야	분석제도 및 사업
장애인복지정책	연금·수당	장애인연금 및 장애 수당 등
	보육·교육	장애아 보육료 지원, 청소년 발달장애 학생 방과 후 활동 서비스 등
	의료·재활지원	장애인의료비 지원. 발달재활서비스 등
	서비스	장애인활동지원, 장애아 가족 양육지원사업 등
	일자리 융자지원	장애인고용서비스. 장애인일자리 지원 등
	공공요금	차량 구입시 도시철도채권구입면제, 철도·도시철도 요금감면 등
	세제혜택	승용 자동차에 대한 개별 소비세 면제, 장애인용 차량에 대한 지방세 감면 등
	지역사회복지사업 및 기타	지역사회 중심 재활사업, 주간 보호시설 운영 등

16) 다양한 정책들은 정책목표에 따른 서비스 대상자를 선정하기 위해 소득기준, 진단적 차별, 인구 및 연령 기준, 보상 기준 등을 적용하고 있다(Gilbert & Terrell, 2009). 진단적 차별은 일반적으로 장애여부로 우리나라는 장애인등록제도에 의한 '등록장애인'이 대표적이다.

〈표 Ⅲ-2〉 분석 기준

선정기준	주요 내용
등록장애인여부	장애인복지법 등록장애인 기준
장애유형	장애인복지법 등록장애인 장애유형
장애정도	장애인복지법 등록장애인 중증, 경증, 급수
소득기준	국민기초생활대상자 여부, 차상위계층 여부, 소득 기준 등
타 제도 기준	장애인복지법 등록장애인 기준 등
등록장애인+성별	등록장애인 성별 등

2. 분석내용

1) 연금·수당

연금·수당 영역 내 사업은 크게 5가지(장애수당과 장애아동수당 별개 사업 취급)로 나뉘었으며, 장애등록 여부에 따른 기준은 5가지 사업 모두 해당하는 것으로 나타났다. 분류기준으로 보면, 장애정도에 따른 기준 4개, 연령에 따른 기준 4개, 소득기준에 따른 기준 3개 등인 것으로 조사되었다. 연금·수당 영역의 경우에는 모든 사업이 장애등록을 해야만 이용 가능할 뿐만 아니라, 장애정도, 연령, 소득기준 등 복수의 선정기준을 통해 선별된 소수의 장애인당사자만 일부 혜택을 이용할 수 있었다.

대표적으로 장애인연금의 지원 대상자 선정기준은 장애인연금법상 중증장애인으로서, 장애등급제 폐지 이전 1~2급, 3급인 당사자 중에서도 중복장애인만을 중증장애인으로 정의하고 있다는 특수성이 있었고, 소득기준에 따라서 지원내용도 상이했다. 또한 장애아동 입양양육 지원사업의 경우에는 모든 입양된 장애아동에 대하여 지원이 되는 사업이나, 장애아동의 장애정도에 따라 지원금액이 상이한 것으로 나타났다. 이와 같은 대상자 선정기준을 통해, 연금·수당 영역은 장애등록을 해야만 하고, 장애정도 등에 따라 지원내용에 차이가 생기는 것을 확인하였다. 그 밖의 자세한 사항은 아래의 표와 같다.

〈표 Ⅲ-3〉 연금·수당 영역 분석

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록장애	장애정도	장애유형	연령	소득기준	성별	관련제도
장애인연금	• 만 18세 이상 장애인연금법상 중증장애인 –종전 1~2급, 3급 중복장애	• 기초(생계·의료급여), 주거·교육급여 차상위, 차상위 초과 등 소득기준에 따라 지원내용 상이함 • 18~64세, 65세 이상 등 연령에 따라 지원내용 상이함	●	●		●	●		
장애수당 및 장애아동수당	• 장애수당 –국민기초생활보장법에 의한 수급자 및 차상위 계층의 만 18세 이상 등록장애인 중 장애인연금법상 중증장애인에 해당하지 않는 자(종전3~6급)	• 기초(생계, 의료, 주거, 교육) 및 차상위와 보장시설 수급자(생계, 의료)의 장애수당 지급액 상이함	●	●		●	●		●
	• 장애아동수당 –국민기초생활보장법에 의한 수급자 및 차상위 계층(기준중위소득 50% 이하)의 만 18세 미만 장애아동 –중증장애인: 장애인연금법 상 중증장애인에 해당하는 자(종전 1급~2급 및 3급 중복장애) –경증장애인: 장애인연금법 상 중증장애인에 해당하지 않는 자(종전 3~6급)	• 기초(생계,의료)+중증, 기초(주거,교육) 혹은 차상위+중증, 기초(생계,의료,주거,교육) 혹은 차상위+경증, 보장시설(생계,의료)+중증/경증 등 소득기준과 장애정도를 함께 고려하여 지급액 상이함	●	●		●	●		●
장애아동양육수당	• 어린이집·유치원(특수학교 포함), 종일제 아이돌봄서비스 등을 이용하지 않는 취학 전 가정양육 영유아	• 월령별 지원액 상이함 –0세~35개월:월 200,000원 –36~86개월: 월 100,000원	●			●			

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
장애 아동 입양 양육 지원	• 「입양특례법」상 허가를 받은 입양기관에 의해, 동법의 요건과 절차를 갖춰 장애아동을 국내 입양한 가정	• 장애아동을 입양한 가정에 양육보조금지원 –장애의 정도가 심한 장애인: 월 627,000원 –장애의 정도가 심하지 않은 장애인 등 그 외 지원대상: 월 551,000원	●	●					●

2) 보육·교육

보육·교육 영역 내 사업은 크게 8가지로 나뉘었으며, 장애등록 여부에 따른 기준은 8가지 사업 모두 해당하는 것으로 나타났다. 분류기준으로 보면, 장애정도에 따른 기준 4개, 장애유형에 따른 기준 2개, 연령에 따른 기준 4개, 소득기준에 따른 기준 1개, 성별에 따른 기준 1개 등인 것으로 조사되었다. 보육·교육 영역의 경우에는 모든 사업이 장애등록을 해야만 이용 가능한 범주 안에 들어왔으며, 장애등록, 장애유형, 연령 등 최소 3가지 이상의 선정기준을 충족해야만 하는 사업이 있었다.

세부적으로 살펴보면, 장애인정보화교육 중 집합교육의 지원 대상자 선정기준은 등록장애인이지만, 방문교육의 경우에는 장애정도 여부에 따라 상이한 것처럼 세부사업에 따라 대상자 선정기준이 상이하였고, 어린이집 우선입소 지원과 같이 장애등록을 하더라도 장애의 정도가 심한 장애인의 경우에만 이용할 수 있는 사업이 있었다. 즉 장애인복지 사업안내 2권 내 보육·교육 영역에 기재된 모든 사업은 장애등록을 해야만 대상자로 선정될 수 있었다. 또한 장애정도에 따라 이용할 수 있는 서비스에 차이가 있는 사업이 있었으며, 어린이집 우선입소 지원사업과 같이 더욱 협소한 선정기준의 경우에는 중증장애인만 혜택을 받을 수 있는 등 조건이 매우 세밀한 것을 확인하였다. 그 밖의 자세한 사항은 아래의 표와 같다.

〈표 Ⅲ-4〉 보육·교육 영역 분석

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
장애아 보육료 지원	• 만 0~12세 장애아동 –장애인복지카드(등록증) 소지자 –장애소견이 있는 의사진단서 제출자(만 5세 이하만 해당) –특수교육대상자 진단·평가 결과 통지서 제출자(만 3~8세까지만 해당)	• 종일반 및 방과후 지원 단가 상이함 –가구소득수준과 무관함	●			●			
여성 장애인 교육 지원	• 장애인등록법 상 등록 여성장애인	• 여성장애인 사회참여 교육 지원	●					●	
대학의 장애학생 지원센터 운영 지원	• 대학에 재학 중인 장애학생 –장애의 정도가 심하지 않은 장애학생 또는 기준 외 학생은 대학 특별지원위원회 사전 심의를 거쳐 지원 가능	• 대학 학습지원(강의·시험대필 등) 및 학습활동을 위한 이동·편의 지원 • 수어통역사, 속기사, 점역사, 화면해설사 등의 학습지원	●	●		●			
장애인 정보화 교육	• 집합교육: 등록 장애인 • 방문교육: 장애의 정도가 심한 장애인	–	●	●					
장애학생 정보격차 해소 지원	• '장애인 등에 대한 특수교육법'에 따른 특수교육대상자(시각·청각·지체·지적·자폐성·정서행동·의사소통·학습·건강·발달지체장애인)의 특수학교 및 특수학급 교사, 일반학교 교사	–	●		●	●			●
국립 특수	• 국립특수학교(급)에 재학중인 장애학생	• 특수교육보조원 지원대상의 경우, 특수교육대	●	●					

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
학교 및 국립 부설 학교 특수 학급 지원	• 방과후 교육비, 돌봄교실은 특수교육학생 희망자 전원 지원	상학생 중 중증장애 학생 우선 지원							
청소년 발달 장애 학생 방과후 활동 서비스	• 만 6세~18세 미만으로 초·중·고등학교(일반학교 및 특수학교), 전공과에 재학 중인「장애인복지법」상 등록된 지적 및 자폐성 장애인 • 시·군·구청장이 소득, 가족구성 등을 고려하여 예산범위 내에서 선정	-	●		●	●	●		
어린이집 우선 입소 지원	• 장애의 정도가 심한 장애인	• 장애의 정도가 심한 장애인의 자녀 또는 형제자매에 대한 어린이집 우선입소 지원	●	●					

3) 의료 및 재활지원

의료·재활지원 영역 내 사업은 크게 19가지(의료급여 1종 추가, 건강보험 지역가입자 보험료경감 사업 3가지로 분류)로 나뉘었으며, 장애등록 여부에 따른 기준은 15개이고, 그 외 발달재활서비스, 장애친화 건강검진, 지역장애인보건의료센터의 경우에는 장애등록이 안 되어 있더라도 이용 가능한 기준이 별도로 마련되어 있었으며, 특수교육대상자 치료지원서비스의 경우에는 15개 장애유형 외의 정서·행동장애, 의사소통장애, 학습장애, 건강장애 등으로 진단 및 평가된 당사자를 대상으로 지원 가능한 것으로 확인하였다. 세부적으로 살펴보면, 발달재활서비스의 경우에는 서비스의뢰서를 통해 사업이용이 가능하게 하였고, 장애친화 건강검진은 노인 혹은 거동이 불편한 비장애인도 이용이 가능하게 하였으며, 지역장애인보건의료센터의 경우에는 완전 회복이 어려워 장애가 발생할 것으로 보이는 당사자도

이용할 수 있도록 하였다.

한편 그 밖의 기준으로는 장애정도에 따른 기준 5개, 장애유형에 따른 기준 5개, 연령에 따른 기준 5개, 소득기준에 따른 기준 10개, 성별에 따른 기준 2개 등인 것으로 조사되었다. 이와 같은 대상자 선정기준을 통해, 의료 및 재활지원 영역의 경우에는 일부 장애등록을 하지 않더라도 서비스를 이용할 수 있도록 대상자 선정기준을 별도로 마련하기도 하였으나, 주로 소득기준에 따라 지원대상이 상이하였고, 장애유형에 따라 서비스이용이 제한된다는 것을 확인하였다. 그 밖의 자세한 사항은 아래의 표와 같다.

〈표 Ⅲ-5〉 의료 및 재활지원 영역 분석

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록장애	장애정도	장애유형	연령	소득기준	성별	관련제도
장애인 의료비 지원	• 의료급여법에 의한 의료급여 2종 수급권자인 등록장애인 • 건강보험의 차상위 본인부담 경감 대상자인 등록장애인(만성질환 및 18세 미만 장애인)	• 의료기관 이용시 발생하는 급여항목 본인부담금의 일부 또는 전액 지원(비급여 제외) • 2차, 3차 의료기관 진료 -의료(요양)급여수가적용 본인부담 진료비 15%(차상위 14%, 암환자 5%, 입원 10% 등) 전액을 지원하되 본인 부담금 식대 20% 및 약제비는 지원하지 않음	●			●	●		●
의료급여 1종	• 의료급여법에 의한 의료급여 1종 수급권자인 등록장애인	• 1종수급권자 선정기준 -근거조항: 제3조제2항제1호의가목(수급권자의 구분) --근로능력이 없거나 근로가 곤란하다고 인정하여 「국민기초생활보장법」에 따른 의료급여 수급자 중 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제2조제2호에 해당하는 중증장애인	●	●					●

구분		지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
건강보험 지역가입자 보험료 경감	자동차분 건강보험료 전액 면제	• 장애인복지법 규정에 의해 등록한 장애인 소유 자동차	-	●						
	산출보험료 경감	• 지역가입자 중 등록장애인이 있는 세대로 소득이 360만원 이하이며 과표 재산이 1억 3천 5백만원 이하	• 장애정도에 따른 보험료 경감 수준 차이 있음 –장애정도가 심한 장애인: 30%경감 –장애정도가 심하지 않은 장애인: 20% 경감 –6·7등급 상이자: 10% 경감	●	●			●		
	장기요양보험료 경감	• 장애의 정도가 심한 장애인이 장기요양보험가입자 또는 그 피부양자인 경우	• 근거조항: 장기요양보험료 경감고시 제2조제2호(경감 적용대상)「장애인복지법」제32조에 따라 등록한 장애의 정도가 심한 장애인	●	●					●
장애인 등록 진단서 발급비 지원		• 기초생활수급자로서 신규 등록 장애인	• 진단서 발급 비용 지원 –지적, 자폐성, 정신장애: 4만원 –그 외 장애: 1만 5천원	●		●		●		
		• 재판정으로 재진단 받는 등록장애인 중 기초수급자 또는 차상위계층		●		●		●		
		• 직권재판정 대상자 (소득 무관)		●		●				
장애 등록 검사비 지원		• 기초생활수급자로서 신규 등록장애인	• 최대 10만원 범위 내에서 실비 지원	●				●		
		• 재판정으로 재진단 받는 등록장애인 중 기초수급자 또는 차상위계층		●				●		

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
	• 직권재판정 대상자 (소득 무관)		●						
발달 재활 서비스	• 연령기준: 만 18세 미만 장애아동 • 장애유형: 뇌병변, 지적, 자폐성, 언어, 청각, 시각 장애아동(중복장애 인정) • 소득기준: 기준 중위소득 180% 이하	• 기타요건 –장애인복지법상 등록 장애아동 –등록이 안 된 만 6세 미만 아동은 발달재활 서비스 의뢰서로 대체 가능	▲		●	●	●		
언어 발달 지원	• 연령·장애기준: 만 12세 미만 비장애아동(한쪽부모 및 조손가정의 한쪽 조부모가 시각·청각·언어·지적·뇌병변·자폐성 등록 장애인) • 소득기준: 기준 중위소득 120% 이하	–	●		●	●	●		
장애인 보조 기기 교부	• 장애유형: 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 심장, 호흡기, 언어, 자폐성, 지적장애 • 소득기준: 국민기초생활법상 수급자 및 차상위 계층 • 교부대상: 서비스 지원 종합조사에서 보조기기 필요(적격)로 판정된 자	–욕창예방 방석 및 메트리스: 심장장애 –음성유도장치, 음성시계, 영상확대 비디오, 문자판독기, 녹음 및 재생장치: 시각장애 –신호장치, 진동시계, 헤드폰: 청각장애	●		●		●		
장애인 보조 기기 건강 보험 급여 (의료 급여)적	• 건강보험: 등록장애인 중 건강보험 가입자 및 피부양자 • 의료급여: 등록장애인 중 의료급여 수급권자	• 세부 대상 기준: 「국민건강보험법 시행규칙」 [별표7] 및 「장애인보조기기 보험급여 기준 등 세부사항(보건복지부 고시)」[별표2] 참조	●				●		●

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
용									
장애인 의료 재활 시설 운영	• 등록장애인	• 의료급여수급권자 및 시·군·구청장의 무료진료 추천자: 무료 • 그 외: 실비 부담	●						●
여성 장애인 출산 비용 지원	• 장애인복지법 제32조에 의한 등록 여성 장애인 중 출산한 자 및 4개월 이상의 태아를 유산·사산한 자	-	●					●	
장애 입양 아동 의료비 지원	• 만 18세 미만 장애아동을 입양하여 양육하는 가정	-	●			●			
장애 친화 건강 검진	• 장애인에 국한되지 않으며, 노인 등 거동이 불편한 수검자 이용 가능 –중증장애인 이용 시 별도의 검진 가산비용에 대해 검진기관 추가 지원	-	▲	●					
특수 교육 대상자 치료 지원 서비스	• 특수교육 대상자 중 교육을 효율적으로 실시하기 위해 치료지원을 필요로 하는 학생	-	▲			●			●
장애인 산소 치료 요양비 검사 면제	• 장애의 정도가 심한 호흡기장애인 –'19.7.1. 이전 호흡기 장애 1급 또는 2급으로 확인되는 장애인	• 처방전 발급 후 가정용 또는 휴대용 산소발생기의 월 대여료 지원 –건강보험: 기준금액 또는 실제 대여금액 중 낮은 금액의 90%(차상위계층 100%) 지원 –의료급여: 기준금액	●	●	●		●		

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
		또는 실제 대여금액 중 낮은 금액의 100% 지원							
기초 수급자 출산 비용 지원	• 출산한 기초생활수급자(유산, 사산 포함), 긴급복지 지원 대상자, 여성장애인	• 생계급여·의료급여·주거급여 수급자: 아이 1명당 70만원(쌍둥이 140만원) • 긴급복지 지원대상자: 아이 1명당 70만원(쌍둥이 140만원)	●				●	●	
지역 장애인 보건 의료 센터	• 법적 등록장애인 혹은 예비장애인(손상이나 질병 발생 후 완전한 회복이 어려워 일정기간 내 장애가 발생할 것으로 보이는 장애인)	-	▲						

4) 서비스

서비스 영역 내 사업은 크게 16가지(장애아 가족 양육지원 2가지 사업으로 나눔, 발달장애인 공공후견인 활동비용 지원 제외)로 나뉘었으며, 장애등록 여부에 따른 기준 16개, 장애정도에 따른 기준 4개, 장애유형에 따른 기준 8개, 연령에 따른 기준 6개, 소득기준에 따른 기준 4개 등인 것으로 조사되었다.

서비스 영역의 경우에는 모든 사업이 장애등록을 해야만 이용 가능할 뿐만 아니라, 특정장애유형만 이용 가능한 서비스가 전체 사업의 1/3에 해당하는 5개인 것으로 확인되었다. 또한 장애아 가족 양육지원사업과 같이 장애등록만 되어 있으면 이용 가능하지만, 세부적으로 살펴보면 우선기준이 별도로 존재하는 사업도 있었다. 해당 사업은 크게 2가지로 나뉘어, 먼저 돌봄서비스의 경우에는 장애정도가 심한 장애아동 중에서도 기준중위소득 이하인 가정만 지원받을 수 있었고, 두 번째인 휴식지원 프로그램은 소득기준과 관계 없이 연령에 맞게 모든 장애아가족에게 지원된다고는 하나, 우선지원가구는 여전히 장애정도와 소득기준의 영향을 받는 돌봄서비스를 이용 중인 가정이라는 것을 확인하였다.

이처럼 장애인복지 사업안내 2권 내 서비스 영역에 기재된 모든 사업은 장애등록을 해야만 하고, 장애정도·장애유형·연령·소득기준 등 복수의 선정기준에 따라 서비스 지원 대상자로 선정된다는 것을 확인하였다. 그 밖의 자세한 사항은 아래의 표와 같다.

〈표 Ⅲ-6〉 서비스 영역 분석

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록장애	장애정도	장애유형	연령	소득기준	성별	관련제도
장애인 활동 지원	• 만 6세~만 64세의 장애인복지법상 등록장애인 중 서비스 지원 종합조사 결과 산출된 종합점수에 따라 활동지원급여 수급자격을 인정받은 자	• 월 한도액 –활동지원급여(1~15구간): 월 842,000원~6,730,000원 –특별지원급여 • 한시적 지원 –출산: 월 1,122,000원 –자립준비: 월 281,000원 –보호자 일시부재: 월 281,000원	●			●			●
장애아 가족 양육 지원	(1) 돌봄서비스 • 만 18세 미만 장애정도가 심한 장애아동을 양육하는 가정	• 소득기준: 기준중위소득 120% 이하	●	●		●	●		
	(2) 휴식지원 프로그램 • 휴식지원 프로그램은 소득기준과 상관없이 만 18세 미만 모든 장애아가족에게 지원	• 돌봄서비스 받는 가정 우선 지원	●			●			
발달 장애인 주간 활동 서비스	• 만 18~64세 「장애인복지법」상 등록된 지적 및 자폐성 장애인 • 서비스 지원 종합조사 및 지역발달장애인지원센터 이용자 선정 조사를 통하여 적격으로 판정받은 자	–	●		●	●			●
발달 장애인	• 만 19세 이상 발달장애인 「장애인복지	–	●		●	●			

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록장애	장애정도	장애유형	연령	소득기준	성별	관련제도
공공후견지원	법」상 지적·자폐성 장애인								
발달장애인 공공후견인 심판청구 비용 지원	• 만 19세 이상 발달장애인(지적·자폐성 장애인) • 긴급하게 후견이 필요하다고 지자체, 법원에서 판단한 기타 유형의 「장애인복지법」상 등록장애인	-	●		●	●			
발달장애인 부모상담 지원	• 발달장애인 자녀를 둔 부모 및 보호자 –장애유형: 「장애인복지법」에 근거한 지적·자폐성 장애인	-	●		●				
발달장애인 가족휴식 지원	• 발달장애인 및 그 가족 –「장애인복지법」에 근거한 지적·자폐성 장애인	-	●		●				
장애인 거주시설 운영	• 장애인 중 국민기초생활보장수급자 및 부양자가 없거나 부양을 받을 수 없는 자	–중증장애인거주시설·장애유형별거주시설의 경우, 서비스지원 종합조사 점수에 따라 결정됨	●	▲	●		●		●
		–장애영유아거주시설·장애인단기거주시설·장애인공동생활가정의 경우, 서비스지원 종합조사 점수와 관계없이 입소 가능	●				●		
실비장애인 거주시설 입소 이용료 지원	• 소득기준: 기준 중위소득 이하인 실비장애인 거주시설 입소자	-	●				●		

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
장애인 자동차 표지 발급	• 장애인 또는 장애인과 주민등록표상의 주소를 같이 하면서 함께 거주하는 배우자, 직계존·비속, 직계비속의 배우자, 형제·자매, 형제·자매의 배우자 또는 자녀의 명의로 등록하여 장애인이 주로 사용하는 자동차 1대	• 기타 관련 법률 –「재외동포의 출입국과 법적 지위에 관한 법률」 제6조에 따라 국내거소신고를 한 재외동포와 「출입국관리법」에 의한 외국인 등록을 한 외국인으로서 보행장애가 있는 사람 명의로 등록한 자동차 1대 –「장애인복지법」 제58조에 따른 장애인복지시설 및 동법 제63조에 따른 단체에서 장애인복지사업에 사용하는 자동차 –「장애인 등에 대한 특수교육법」 제28조 제5항에 따라 장애인의 통학을 위해 사용되는 자동차 –「영유아보육법」 제26조에 따라 장애아 보육 사업에 사용되는 자동차 –「교통약자의 이동편의 증진법」 제16조에 따른 특별교통수단	●						●
공동 주택 특별 분양 알선	• 무주택세대구성원인 장애인(지적장애 또는 정신 및 제3급 이상의 뇌병변 장애인의 경우 그 배우자 포함)	–	●		▲				
농어촌 장애인 주택 개조 지원	• 농어촌에 거주하는 등록장애인인 주거약자로서 자가주택 소유자 및 임대주택 거주자	–	●						
무료 법률	• 기준 중위소득 125% 이하인 등록장애인	• 장애의 정도가 심한 장애인 소송시 법원에 소	●	▲			●		

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
구조 제도 실시	(외국인 포함) -법률구조공단에서 심의한 사건에 한함	요되는 일체의 비용(인지대, 송달료, 변호사 비용 등)을 무료로 법률구조 서비스 제공							
장애인 운전 교육 사업 안내	• 장애유형별 지원: 지체장애인, 뇌병변장애인, 청각장애인 중 일정한 면허조건을 만족하는 장애인 -자세한 내용 장애인복지 사업안내 2권 참조	-	●		●				
장애인 응급 안전 알림 서비스	• 장애인활동지원 수급자면서, 독거·취약가구 등 우선순위에 따라 지원	-	●	●					

5) 일자리 융자지원

일자리 융자지원 영역 내 사업은 크게 18가지(사업주 지원대상인 장애인표준사업장설립지원, 장애인고용시설장비융자지원 제외)로 나뉘었으며, 장애등록 여부에 따른 기준은 모든 사업에 해당하는 18개, 장애정도에 따른 기준 8개, 장애유형에 따른 기준 3개, 연령에 따른 기준 7개, 소득기준에 따른 기준 3개, 성별에 따른 기준 1개 등인 것으로 조사되었다.

장애정도에 따른 기준의 경우, 전체 18개 사업 중 8개 사업에서 선정기준으로 활용된다는 것으로 확인함으로써 전체의 약 44%가 중증장애인 위주로 지원되고 있음을 알 수 있었다. 즉 장애인복지 사업안내 2권 내 일자리 융자지원 영역에 기재된 모든 사업은 장애등록을 해야만 대상자로 선정될 수 있고, 특히 장애정도에 따라 지원 가능한 사업이 다수 존재한다는 것을 확인하였다. 그 밖의 자세한 사항은 아래의 표와 같다.

〈표 Ⅲ-7〉 일자리 융자지원 영역 분석

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
장애인 고용 서비스	• 등록장애인	-	●			●			
장애인 일자리 지원	• 만 18세 이상 등록 장애인	• 일반형일자리, 복지일자리	●			●			
		• 시각장애인안마사파견 • 발달장애인요양보호사보조	●		●	●			
장애인 생산품 판매 시설 운영 지원	• 장애인직업재활시설 등에서 물품을 생산하는 장애인	-	●						
장애인 기업 종합지원센터 운영	• 3년 미만 장애인기업, 창업 3년 미만 장애인기업 및 장애인 예비창업자 대상	-	●						
장애인 창업 점포 지원 사업	• 장애인 예비 창업자 및 업종전환자 (사업성 평가를 통해 대상 선정)	-	●						
장애인 창업 육성	• 장애인 예비 창업자 및 업종전환자 –장애인 맞춤형 창업교육: 창업의지가 높은 장애인 (선착순) –장애인 창업사업화 지원: 사업성 평가 –장애인 창업아이템 경진대회: 아이템 사업화 등 평가	• 장애인 창업아이템 경진대회: 성적 우수자 시상 • 창업사업화 자금 지원	●						

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
	-발달장애인 가족 창업 특화사업장 구축: 지역선정위원회를 통한 평가	• 발달장애인 가족창업 특화사업장 구축: 2개소	●		●				
중증 장애인 직업 재활 지원	• 만 15세 이상 등록 장애인(수행기관지원)	-	●	●		●			
장애인 직업 재활 시설 운영	• 등록장애인	• 일반사업장 취업이 어려운 저소득 중증장애인에게 자신의 능력과 적성에 맞는 직업생활을 할 수 있도록 보호고용 실시	●	●					
장애인 자립 자금 대여	• 만 19세 이상 등록 장애인 -소득기준: 가구의 소득인정액이 기준 중위소득 50% 초과 100% 이하 -금융기관의 여신 규정상 결격사유가 없는 자	• 국민기초생활보장법상의 수급자 및 차상위 계층은 미소금융재단의 자금 대여상품을 이용(자영업자 관련 대출자금, 장애인 자립자금 대출자금)	●			●	●		
중증 장애인 경력 경쟁 채용 시험 실시	• 장애인고용촉진법상에 따른 중증장애인	• 공채의 장애인 구분모집을 통해서도 공직임용에 어려움이 있는 중증장애인의 공직진출을 확대하기 위해 중증장애인만을 대상으로 경력경쟁채용시험 실시	●	●					
국가 공무원 및 외교관 후보자 선발 시험 편의 제공	• ㆍ장애인 응시자	• ㆍ장애인복지법상 장애정도에 따라 편의지원 서비스 제공	●	●					
국가직	• 장애의 정도가 심	• 국가직 5·7급 공채 영어	●	●	●				

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
5,7급 공채 영어 검정 시험 대체	한 청각장애인	과목 검정시험시 장애정도가 심한 청각장애인에 대해서는 듣기(L/C) 시험을 실시하지 않고 별도 기준점수 적용 대체							
장기복무제대군인 자녀 지정 취업	• 전역 후 3년이 지나지 않은 장기복무 제대군인 • 전역 후 3년이 지난 장기복무 제대군인 중 생활수준 등을 고려하여 대통령령으로 정하는 기준에 해당하는 사람 –1) 또는 2)에 해당하는 장기복무 제대군인이 생활능력을 상실하는 정도의 질병이나 장애로 취업하기 어려운 경우 그가 지정한 자녀 중 1명	• 취업지원을 하는 질병이나 장애의 기준 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정함 • 장기복무 제대군이 심신장애가 있거나 중증장애인에 해당하여 생활능력을 상실한 경우, 그가 지정한 자녀 지원	●	●					●
중증 장애인 직업 재활 지원 (훈련 수당)	• 만 15세 이상 등록 장애인 지원	–	●	●		●			
장애인 취업 성공 패키지	• 1유형: 취업을 희망하는 만 18세 이상 구직 장애인	• 만 69세 초과할 경우 상담 및 평가를 통해 참여여부 판단	●			●			
	• 2유형: 중위소득 60% 이하의 취업을 희망하는 만 18세 이상 구직 장애인		●			●	●		
장애인	• 만 15세 이상 장애	–	●			●			

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
직업능력개발 운영 (훈련 수당)	인 중 직업능력개발훈련을 희망하거나 필요로 하는 자								
장애인 고용 장려금 지원	• 장애인고용법에 따른 의무고용률을 초과하여 장애인을 고용한 사업주에게 월별 초과 고용한 장애인근로자수에 지급단가(30~80만원)을 곱한 금액을 고용장려금으로 지원	• 경증장애인, 중증장애인, 여성, 남성에 따라 지급단가 상이함	●	●				●	
보조 공학 기기 지원	• 장애인을 고용한 사업주 또는 고용하려는 사업주 • 국가 및 지방자치단체의 장(공무원이 아닌 장애인근로자 대상) • 상시근로자 4인 이하의 장애인사업주로서 장애인을 고용하였거나 고용하려는 사업주 • 장애인근로자(차량용 보조공학기기에 한함) • 장애인 공무원	-	●						

6) 공공요금 등

공공요금 영역 내 사업은 크게 15가지로 나뉘었으며, 장애등록 여부에 따른 기준은 15가지 사업 모두 해당하는 것으로 나타났다. 그 외 분류기준으로 살펴보면, 장애정도에 따른 기준 8개, 장애유형에 따른 기준 2개, 연령에 따른 기준 1개, 소득기준에 따른 기준 1개 등인 것으로 조사되었다.

세부적으로 살펴보면 공공요금 등의 영역은 철도·도시철도 요금감면, 연안 여객선 여객운임할인, 전기요금 할인, 도시가스 요금할인 등의 감면할인제도가 중증장애인 위주로 할인비율이 높았다. 이처럼 장애인복지 사업안내 2권 내 공공요금 영역의 경우에는 모든 사업이 장애등록을 할 경우에 이용 가능한 범주 안으로 들어왔으며, 절반 이상의 사업이 장애정도에 따라 할인율이 상이한 것을 확인하였다. 그 밖의 자세한 사항은 아래의 표와 같다.

〈표 Ⅲ-8〉 공공요금 등 영역 분석

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록장애	장애정도	장애유형	연령	소득기준	성별	관련제도
차량 구입시 도시철도 채권 구입 면제	• 장애인명의 또는 장애인과 주민등록상 같이 거주하는 보호자 1인과 공동 명의로 등록한 보철용 차량 중 1대	-	●						
고궁 능원 국공립 박물관 및 미술관, 국공립 공원, 국공립 공연장 공공 체육시설 요금 감면	• 등록장애인 및 중증장애인과 동행하는 보호자 1인	-	●	●					
공영 주차장 주차 요금 감면	• 등록장애인 –장애인 자가 운전 차량 –장애인이 승차한 차량	• 지방자치단체의 조례에 의거 할인 혜택 부여 –대부분 50% 할인혜택이 부여되나 각 자치단체별로 상이	●						
철도·도시철도	• 등록장애인	• 등록장애인중 중증장애인 및 중증장애인과 동행하는 보호자 1인 KTX, 새	●	●					

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
요금 감면		마을호, 무궁화, 통근열차: 50% 할인 • 경증장애인 –KTX, 새마을호: 30% 할인(토·일, 공휴일을 제외한 주중에 한함) –무궁화, 통근열차: 50% 할인 • 도시철도(지하철,전철): 100%							
유선 통신 요금 감면	• 등록장애인 • 장애인 복지시설, 장애인 복지단체, 특수학교, 아동 복지시설	–	●						
이동 통신 요금 감면	• 등록장애인 • 장애인 복지시설, 장애인 복지단체, 특수학교, 아동 복지시설	–	●						
시청각 장애인 TV 수신료 면제	• 시각·청각장애인이 있는 가정	–	●		●				
시청각 장애인 TV (방송 수신기) 보급	• 장애인복지법에 따른 시각·청각 장애인 및 국가보훈처등록(국가유공자, 보훈대상자) 눈·귀 상이 등급자(저소득층 우선보급)	• 소득, 장애정도, 연령 등을 반영하여 우선순위에 따라 보급	●	●		●	●		
장애인 방송 시청 지원	• 시청각장애인(자막방송, 화면해설방송,수어방송)	–	●		●				
	• 발달장애인(발달장애인용 방송프로그램)	–	●		●				
항공 요금 할인	• 등록장애인	• 항공요금 할인은 「장애인복지법」에 근거하지 아니하고, 항공사에서 자	●	●					

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
		율적으로 할인을 실시하는 제도임. 따라서 항공사별 지원대상조건이 상이함							
연안 여객선 여객 운임 할인	• 등록장애인	• 연안여객선 중증장애인 여객운임 50% 할인 –선사별 개별운송약관에 의해 구체적 할인율이 상이할 수 있음	●	●					
고속 도로 통행료 할인	• 장애인 또는 장애인과 주민등록표상 같이 기재되어 있는 보호자(배우자·직계존속·직계비속·직계비속의 배우자· 형제·자매)의 명의로 등록한 아래 차량 중 1대(장애인자동차표지 부착)에 승차한 등록장애인	–	●						
전기 요금 할인	• 중증장애인	–	●	●					
도시 가스 요금 할인	• 중증장애인	–	●	●					
장애인 자동차 검사 수수료 할인	• '장애인복지법' 제32조에 의한 등록장애인 본인 또는 세대별 주민등록표상 같이 기재되어 있는 보호자(배우자, 직계존비속, 직계 비속의 배우자, 형제, 자매)의 명의로 등록된 아래의 비사업용 자동차 1대	• 정기검사 및 종합검사 수수료의 50~30% –중증장애인: 50% –경증장애인: 30%	●	●					

7) 세제혜택

세제혜택 영역 내 사업은 크게 12가지로 나뉘었으며, 장애등록 여부에 따른 기준은 12가지 사업 모두 해당하는 것으로 나타났다. 그 외 분류기준으로 보면, 장애정도에 따른 기준 2개, 장애유형에 따른 기준 1개인 것으로 조사되었다.

이처럼 세제혜택 영역의 경우에는 다른 영역과 다르게 일부 사업을 제외한 대부분의 사업이 장애등록만으로 혜택을 받을 수 있다는 특성을 지닌다는 것을 알 수 있었다. 그 밖의 자세한 사항은 아래의 표와 같다.

〈표 Ⅲ-9〉 세제혜택 영역 분석

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록장애	장애정도	장애유형	연령	소득기준	성별	관련제도
승용차 개별소비세 면제	• 중증장애인 본인 명의 또는 장애인과 주민등록표상 생계를 같이 하는 배우자·직계존속·직계비속·직계비속의 배우자	-	●	●					
장애인용 차량 지방세 감면	• 차량 명의를 중증장애인(시각 4급은 자치 단체 감면조례에 의함)의 장애인 본인이나 배우자 또는 주민등록표상 장애인과 함께 거주하는 직계존·비속(재혼포함), 직계 비속의 배우자(외국인 포함), 형제, 자매 중 1인과 공동명의	-	●	●					
차량 구입시 지역개발 공채 구입 면제	• 지방자치단체별 조례에서 규정하는 장애인용 차량	-	●						

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록장애	장애정도	장애유형	연령	소득기준	성별	관련제도
소득세 공제	• 등록장애인	-	●						
장애인 의료비 공제	• 등록장애인	-	●						
장애인 특수 교육비 소득 공제	• 등록장애인	-	●						
장애인 보험료 공제	• 등록장애인	-	●						
상속세 상속 공제	• 등록장애인	• 상속인 및 동거가족인 등록장애인에게 상속 공제	●						
증여세 과세 가액 불산입	• 등록장애인 -소득세법 시행령 제107조【장애인의범위】에 해당하는자	-	●						●
장애인 보장구 부가가치세 영세율 적용	• 등록장애인	• 부가가치세 감면 -해당 장애에 맞는 장애유형별 보장구만 해당함 -의수족, 휠체어, 보청기, 점자판과 점필, 시각장애인용점자정보단말기, 시각장애인용 점자프린터, 청각장애인용 골도전화기, 시각장애인용 특수제작된 화면낭독 소프트 웨어, 지체장애인용으로 특수제작된 키보드 및 마우스, 보조기 등	●		●				
장애인용 수입 물품	• 등록장애인	• 장애인용 물품으로 관세법시행규칙 별표2에서 정한 101종의 수입물품에 대하여 관세 면제	●						

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
관세 감면		• 재활병원 등에서 사용하는 지체·시각 등 장애인 진료용구에 대하여 관세 면제							
산업재산권 출원료 등 수수료 감면	• 등록장애인	-	●						

8) 지역사회 복지사업(재활시설) 및 기타

세제혜택 영역 내 사업은 크게 14가지(편의시설설치 시민촉진단 운영, 시각장애인 편의시설 지원센터 운영, 지체장애인 편의시설 지원센터 운영 제외)로 나뉘었으며, 장애등록 여부에 따른 기준은 14가지 사업 모두 해당하는 것으로 나타났다. 다만 가사·간병 방문지원사업의 경우에는 장애등록이 되어 있지 않더라도 6개월 이상 치료를 요하는 중증질환자나 희귀난치성 질환자, 소년소녀가정, 조손가정, 한부모가정 등 장애등록 외 별도의 선정기준에 따라서도 지원되고 있으나, 장애인의 경우에는 장애정도가 심한 장애인만 이용할 수 있다는 것을 확인하였다.

그 외 분류기준으로 보면, 장애정도에 따른 기준 1개, 장애유형에 따른 기준 6개, 연령에 따른 기준 1개, 소득기준에 따른 기준 3개, 성별에 따른 기준 1개 등인 것으로 조사되었다. 자세한 사항은 아래의 표와 같다.

〈표 Ⅲ-10〉 지역사회 복지사업(재활시설) 및 기타 영역 분석

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
지역사회 중심 재활사업	• 법적 등록장애인 • 손상이나 질병 발생 후 완전한 회복이 어려워 일정기간 내 장애인이 될 것으로 예상되는 자(의료기관 퇴원환자)	-	●						

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
주간 보호시설 운영	• 등록장애인	• 재가장애인 낮 동안 보호	●						
장애인 복지관 운영	• 등록장애인 및 가족	-	●						
장애인 재가복지 봉사센터 운영	• 등록장애인	• 재가장애인 대상	●						
장애인 체육시설 운영	• 등록장애인 등	• 재가장애인, 시설장애인 지역 주민으로 이용자를 구분 시설별 산정 이용료 부담	●						
특별교통수단 운행	• 장애의 정도가 심한 장애인 중 보행상 장애가 있는 장애인	-	●		●				
장애인 특별 운송사업 운영	• 이동에 장애를 가진 자(보호자 포함)	-	●		▲				
여성장애인 가사 도우미 파견	• 저소득 가정의 등록 여성장애인	• 여성장애인의 임신·출산·육아 및 가사활동 지원	●				●	●	
가사간병 방문 지원사업	• 만 65세 미만의 생계·의료·주거·교육급여수급자, 차상위계층 중 어느 하나에 해당하는 사람으로서 가사·간병 서비스가 필요한 자	-장애정도가 심한 장애인(단, 장애인활동지원 서비스 대상에서 탈락한 경우) -6개월 이상 치료를 요하는 중증질환자 -희귀난치성 질환자 -소년소녀가정·조손가정·한부모가정 (법정 보호세대)	▲	●		●	●		●

구분	지원 대상자 선정기준	주요 내용	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별	관련 제도
		-만 65세 미만의 의료급여수급자 중 장기입원 사례관리 퇴원자							
장애인 생활이동 지원센터	• 등록장애인	• 이동에 제약이 있는 장애인에게 차량운행을 통하여 민원업무 보조, 직장 출·퇴근, 시장보기, 외출보조 및 병원 이용 보조 등 각종 이동서비스 및 안내 보조	●		●				
수어통역 센터운영	• 청각,언어장애인	-	●		●				
장애인 재활지원센터 운영	• 등록장애인 및 가족, 관련 전문가	-	●						
지적장애인 자립지원 센터운영	• 지적장애인과 가족	-	●		●				
청각장애인 인공달팽이관 수술비 지원	• 인공달팽이관 수술로 청력회복이 가능한 저소득 청각장애인	• -	●		●		●		

3. 분석결과

본 절에서는 장애인복지정책을 8가지 영역(연금·수당, 보육·교육, 의료 및 재활지원, 서비스, 일자리 융자지원, 공공요금 등, 세제혜택, 지역사회 복지사업 및 기타)의 대표적인 사업들과 장애인등록제도와의 연관성을 7가지 지원기준(등록장애, 장애정도, 장애유형, 연령, 소득기준, 성별, 관련제도)으로 나누어 고찰하였다.

장애인복지정책은 세제혜택 및 공공요금의 경우 장애등록대상자를 기준으로 보편적 지원이 이루어지고 있었으나, 장애유형 및 장애정도에 따른 차등적인 혜택이 지원되고 있다. 서비스 영역은 장애정도 보다는 연령과 장애유형이 주로 적용되고 있었으며, 의료재활영역(발달서비스 등)과 같은 바우처 활용이 많은 영역과 소득영역은 다른 영역에 비해 소득기준의 적용이 높은 것으로 분석되었다. 종합하면 의료재활영역 및 서비스 영역은 장애정도의 판정기준으로 배제오류가 심각할 것으로 보이며, 장애인연금과 같은 소득보장영역에서도 장애정도가 심각한 장애와 장애정도가 심각하지 않은 장애 두 집단으로 나누어 급여를 제공하는 역시도 배제오류가 나타날 가능성이 높다. 그 이유는 노동시장 내에서의 불평등하고 차별적인 상황은 중증이 심각할 수 있으나, 노동시장 내 취업은 과거 6급 수준을 제외하고는 큰 차이를 보이지 않고 있기 때문이다(조윤화 외, 2019). 그리고 세제혜택 및 공공요금의 경우에는 반드시 필요하지 않은 장애인도 대상이 되는 산입오류가 나타날 수 있다. 선진국의 경우 장애정도로 감면할인대상을 선정하기보다 감면할인서비스 목적에 따른 대상자 선정기준이 적용되고 있다. 예를 들면, 이동의 경우, 보행자 대상자만 적용되는 것이다. 마지막으로 서비스의 영역은 소득기준을 통해 본인부담금을 지불하게 함으로써 이용하는 것에 대한 부담을 낳을 수 있다. 따라서 서비스 영역은 보편적 이용이 가능하도록 대상자 선정기준이 유연해 질 필요가 있다.

이에 대한 구체적인 현황파악을 위해 본 절에서는 “2022년 장애인복지 사업안내 2권”에서 크게 8가지 영역으로 분류하여 소개한 장애인복지서비스의 대표 사업들을 중심으로 서비스 지원 대상자 선정기준을 분석하였다. 그 결과, 분석대상인 전체 사업 107개 중 중복기준을 포함하여 등록장애 여부에 따른 기준(103개 사업), 장애정도에 따른 기준(36개 사업), 연령에 따른 기준(28개 사업), 장애유형에 따른 기준(27개 사업), 소득기준에 따른 기준(25개 사업), 성별에 따른 기준(5개 사업) 순으로 많은 것으로 조사되었다. 즉 전체의 약 96%에 해당하는 사업이 장애

등록을 해야만 이용이 가능했고, 그 중에서도 전체의 약 1/3에 해당하는 34%의 사업이 장애정도에 따라 지원내용이 상이하였으며, 특히 중증인 경우에만 이용 가능한 사업도 존재한다는 것을 확인함으로써 대상자 선정기준의 유연성이 필요하다는 것을 알 수 있었다.

〈표 Ⅲ-11〉 장애인복지서비스 영역 분석

영역	대표사업	전체 사업	등록 장애	장애 정도	장애 유형	연령	소득 기준	성별
연금·수당	장애인연금	5	5	4	0	4	3	0
보육·교육	장애인정보화교육	8	8	4	2	4	1	1
의료 및 재활지원	장애인 의료비 지원	19	15	5	5	5	10	2
서비스	발달재활서비스	16	16	4	8	6	4	0
일자리 융자지원	장애아 가족 양육지원사업	18	18	8	3	7	3	1
공공요금 등	중증장애인직업재활지원	15	15	8	2	1	1	0
세제혜택	철도·도시철도 요금감면	12	12	2	1	0	0	0
지역사회 복지사업(재활시설) 및 기타	가사간병방문지원사업	14	14	1	6	1	3	1
총계		107	103	36	27	28	25	5

Ⅳ 국외 장애인정책과 장애인등록제도

1. 독일

1) 장애 개념

(1) (법적)장애 정의

독일에서는 법적 장애 개념을 바탕으로 장애인 정책이 체계적으로 실시되고 있다. 2017년도까지 법적 장애 규정은 의학적 모델을 중심으로 사회적 관점이 포함된 이중적 개념을 가지고 있었으나, 2009년에 장애인권리협약(CRPD)의 조인과 자국 내 발효를 계기로 2018년 1월 1일에 다음과 같이 새롭게 수정하였다.

"장애인이란 신체적, 정서적, 지적 또는 감각적 침해를 가지고 있으며, 그 침해가 관점과 환경에 근거한 장벽과의 상호작용으로 명확히 6개월 이상 사회에 동등한 권리를 가지고 참여하는 데 어려움을 가질 수 있는 사람들이다. 여기서 침해란 신체적 상태와 건강적 상태가 연령에 전형적인 상태로부터 벗어날 때 존재한다"(사회법전 제9권 제2조 제1항)

새로운 법적 정의는 CRPD에서 제시한 장애개념-개인의 다양한 손상과 그가 살아가고 있는 물리적·사회적 환경과의 상호작용으로 인하여 구성-을 받아들여 '사회적 관점으로서의 장애'를 명확하게 제시하고 있다. 특히 법적 장애개념에서의 수정은 다음과 같은 세 가지 중요한 의미를 제시하고 있다(조윤화, 김용진, 이율희, 이혜수, 2019):

첫째, 장애는 완전히 사회적·환경적 산물로서 구성되는 개념으로 바라보고 있다. 즉 '장애' 는 개인의 다양한 신체적, 정신적, 정서적 침해와 손상이 핵심적 요소가 아니라 개인의 건강적 상태와 개인의 사회참여를 가로막는 사회의 복합적인 상호작용의 결과로써 발생한다고 인식하고 있다. 그래서 개정 이전의 장애 정의서는 건강적인 측면에서의 개인의 침해가 바로 '사회적 참여의 침해'를 발생시킨다고 보았지만, 수정된 장애 정의에서는 장애에 대한 사회적 '인식(관점)'과 사회적 참여를 힘들게 하는 '물리적·환경적 장벽'들이 보다 핵심적인 요소임을 명확하게 진술하고 있다.

둘째, ‘6개월 이상’의 기간은 ‘사회적 참여의 어려움’을 의미한다. 수정 이전의 장애 개념에서는 6개월을 개인의 손상, 즉 다양하고 기능적인 침해 상태로 바라보았다면, 수정된 장애 개념에서는 ‘권리적 측면에서 사회참여의 어려운 상태’의 기간으로 인식하고 있다. 따라서 장애판정 과정에서 6개월 기간에 대해 침해의 원인과 손상 결과를 증명할 필요가 없어졌다. 셋째, 개정된 법적 장애에는 ‘감각장애’를 중요하게 포함시키고 있다. 수정 이전의 장애 개념에서는 시각 및 청각장애와 같은 감각적 침해를 ‘신체적 침해’ 안에 포함시켰지만, 변화된 장애 정의에서는 그들의 특성을 고려하여 다른 장애 범주와 동등한 독립적인 범주로 구분하고 있다. 이를 통해 시각 및 청각장애인 뿐 아니라 시청각장애인과 같은 중복감각장애를 가진 사람들에 대한 정책의 법적 근거를 마련하고 있다.

(2) 서비스별 장애 정의[17)]

사회법전에서 사용하는 ‘재활(Rehabilitation)’의 의미는 ‘참여(Teilhabe)’라는 단어와 동일한 뜻을 가진다. 그래서 장애인에게 제공하는 모든 급여를 일반적으로 ‘재활급여’ 또는 ‘참여급여’라고 지칭하고 있다. 독일의 참여급여는 크게 ‘의료재활’, ‘근로 참여’, ‘교육참여’, ‘사회참여’ 및 ‘보충 급여’와 같은 다섯 영역으로 구분하고 있다(Betanet, 2022. 8. 3. b.). 또한 각 영역에는 다양한 서비스들을 포함하고 있다. 이때 대표적인 서비스들을 중심으로 장애 정의를 살펴보면 다음과 같다.

① 소득영역

고용과 관련된 소득영역에서의 장애 정의는 무엇보다도 ‘소득능력감소연금(Erwerbsminderungsrente: 이하 ‘EMR’)’을 통하여 알 수 있다. EMR은 근로활동이 힘든 장애인에게 인간다운 삶을 살 수 있도록 소득보장을 목적으로 제공하는 대표적인 급여이다. EMR에서 정의하는 장애인은 ‘소득능력이 지속적으로 감소된 자’를 의미한다. 보다 구체적으로는 ‘질병이나 장애로 인하여 일반적인 노동시장의 일상적인 조건 하에서 매일 6시간 미만의 근로활동만 가능한 자’를 수급 대상자로 인정한다. 그리고 EMR는 소득능력의 감소 수준-가능한 근로활동시간-에 따라서

17) 이하 내용은 본 연구자가 자문 또는 공연구자로 참여한 ‘조윤화, 서욱영. (2018). OECD국가 장애출현율 산출기준과 장애개념 관계성 연구: 한국, 호주, 독일, 프랑스를 중심으로. 한국장애인개발원’과 ‘김성희, 이동석, 김용진, 오욱찬, 변경희, 정희경, 이민경, (2018). 주요 국가의 장애판정제도 비교연구. 한국보건사회연구원’의 내용을 바탕으로 기술하였음

두 가지 다른 형태의 유형을 구분하고 있다. 하나는 질병이나 장애로 인하여 일반 노동시장의 통상적인 조건 하에서 매일 3시간~6시간 미만의 근로활동만 가능한 '부분소득능력감소(teilweise Erwerbsminderung)'이며, 다른 하나는 질병이나 장애로 인하여 일반적인 노동시장의 일상적인 조건 하에서 매일 최소한 3시간미만의 소득활동만 가능한 '완전소득능력감소(volle Erwerbsminderung)'를 들 수 있다.

② 고용영역

다음으로 근로참여 영역에서 정의하는 장애 정의는 '중증장애인 의무고용제'에서 찾아볼 수 있다. 중증장애인 의무고용제는 사회법전 제9권 제71~73조에 따라서 연평균 20인 이상의 근로자리가 있는 사업주(공공부분과 민간부분 포함)는 일자리의 5%를 중증장애인으로 고용해야 하는 제도에 속한다(김성희, 이동석, 김용진, 오욱찬, 변경희, 정희경, 이민경, 2018). 중증장애인의무고용제에서 정의하는 장애 개념은 전술한 법적 장애 정의를 토대 위에서 이루어지고 있다. 즉 사회에 동등한 권리를 가지고 참여하는 데 어려움을 가질 수 있는 사람들을 의무고용제의 대상으로 포함된다. 특히 법적 장애인 중 고용영역에서 더욱 불리함과 차별을 받을 수 있는 있는 중증장애인(GdB50~GdB100)이 의무고용제도의 주요한 수급 대상자로 포함된다.

③ 사회참여 영역

먼저 사회참여 영역에서 대표적인 서비스로는 '돌봄급여(Pflegeleistungen)'를 들 수 있다. 독일의 돌봄급여는 자기결정 기반의 선택권 강화와 돌봄 수급자 확대를 중심으로 한 '돌봄 강화법(Pflegestärkungsgesetz)(2017)' 제정을 통해 많은 변화를 맞이하고 있다. 돌봄급여는 '돌봄필요성을 가진 모든 사람들'이 수급자격을 가진다. 이때 돌봄필요성(Pflegebedürftigkeit)이란 '건강에 기인한 자립의 침해 또는 건강적 침해가 나타나 다른 사람의 도움을 요구하는 사람들'(사회법전 제11권 제14조)을 의미한다. 또한 돌봄필요성은 매일 최소한 1시간 이상 6개월 이상 지속적으로 돌봄을 요구한다면 수급 대상자에 포함된다. 따라서 돌봄급여는 장애 또는 질병 여부와 상관없이 돌봄필요성을 인정받은 자에게 모두 제공된다. 이러한 점에서 돌봄급여에서 정의하는 장애란 사회법전 제11권 제14조에 따르면 '신체적, 인지적, 심리적 침해 또는 건강으로 인한 어려움과 요구들을 스스로 상쇄할 수

없거나 극복할 수 없는 사람들이 모두 포함된다(Pflege.de, 2022. 2. 11.).

〈표 Ⅳ-1〉 서비스별 장애 정의

영역	대표제도	장애 정의	대상자 선정기준
소득영역	소득능력 감소연금	• 소득능력이 지속적으로 감소된 자 • 질병이나 장애로 인하여 일반적인 노동시장의 일상적인 조건하에서 매일 6시간 미만의 근로활동만 가능한 자	• 소득기준 • 장애여부 • 근로능력평가
고용영역	중증장애인의 무고용제	• 법적 장애 정의와 동일 • 사회에 동등한 권리를 가지고 참여하는데 어려움을 가질 수 있는 사람들	• 장애여부
사회참여 영역	돌봄서비스	• 돌봄 필요성을 가진 자로 신체적, 정신적, 정서적 침해를 가진 사람 이외에도 진단을 통하여 그와 동등한 권한을 가진 모든 자 • 매일 최소한 1시간 이상 6개월 이상 지속적으로 돌봄을 요구하는 자	• 돌봄필요 여부

자료: 김성희, 이동석, 김용진, 오욱찬, 변경희, 정희경, 이민경 (2018)

(3) 장애정의와 서비스별 장애 정의와의 연관성

독일의 장애 정의는 포괄적 정의로서 법적으로 참여급여들을 요구할 권리가 있는 사람들을 분명하게 제시하고 있다. 그래서 법적 장애 정의에 따라서 장애인과 장애를 가질 위험이 있는 사람들이 참여급여들의 개별적인 서비스와 급여들을 요청하고 이용할 수 있는 근거를 제공한다. 그러나 참여급여들은 기본적으로 장애정의에 따른 장애인등록을 전제로 제공되는 것은 아니다. 즉 장애인등록은 참여급여의 개별적인 서비스와 하위급여들을 수급하는 데 필수조건은 아니며, 따라서 의무적 절차에 해당되지 않는다. 그 반면에 장애판정과정을 통해 중증장애로 인정받은 그룹에게는 중증장애인등록과 그에 따른 중증장애인카드를 발급하고 있으며, '사회참여'하는 데 불리함을 경감시키기 위하여 여러 영역(예: 소득 및 고용 영역, 감면할인 등)에서 다양한 참여급여 및 서비스들을 직접적으로 요구할 수 있다.

참여급여의 개별 서비스와 급여들은 각각 목표, 대상자 및 수급기준, 대상자 판정절차, 급여량 등이 정해져 있다. 이에 합당하게 장애 정의 또한 앞에서 살펴보았던 것처럼 개별 급여 및 서비스에 따라서 다양하게 개념화되고 있다. 그래서 법적

장애인에 포함되지 않을지라도 개별 서비스 및 급여의 대상자에 포함된다면 그 서비스와 급여를 이용할 수 있다. 반대로 중증장애인 등록이 될지라도 모든 참여급여를 이용할 수 있는 자격을 획득하는 것은 아니다. 다만 참여급여의 각 장애 정의는 기본적으로 법적 장애인을 일정 부분 포함하고 있으며, 그 외 법적 장애를 인정받지 않은 사람들도 급여 및 서비스 대상자 조건에 부합된다면 포함될 수 있다. 그리고 참여급여의 대상자 선정 과정에서 법적 장애로 인정받은 중증장애인에게는 편익(예: 평가의 간소화 또는 면제 등)을 제공하고 있으며, 바로 급여 적격성을 획득하게 된다.

이처럼 법적 장애 정의와 개별 급여의 장애 정의의 존재는 상호보완적인 관계를 형성하고 있으며, 특히 참여급여의 각 장애 정의는 법적으로 장애를 인정받지 못할지라도 그 급여들을 이용할 수 있는 공간을 제공한다. 따라서 법적 장애 개념이 포괄적이기는 하지만 참여급여의 각 장애 정의를 통하여 개별 급여와 서비스들이 필요한 사람들이 제외되거나 배제되지 않도록 보완해 주는 역할을 담당한다.

2) 장애인 법률체계

(1) 주요 장애인 법률 구성

독일의 장애인 관련 법적 토대는 다른 국가와 마찬가지로 넓은 범위를 보이고 있으며, 두 가지 형태로 존재하고 있다. 하나의 형태는 법률 자체가 장애인을 위한 법률로서 법률명 또한 장애와 관련된 명칭을 직접적으로 포함하고 있거나 장애인을 위한 법률에 속한다. 대표적인 예로는 '사회법전(Sozialgesetzbuch, 이하 'SGB')'과 '연방참여법(Bundesteilhabegesetz: 이하 'BTHG')'을 들 수 있다. 이 두 법은 현재 장애인 법률 중 가장 중요한 위치를 차지하고 있는 상위 법률로서 독일 장애인 정책의 기본적인 토대와 방향을 제공하고 있다. 이와 함께 장애인을 위한 법률이기는 하지만 하위 법령(예: Verordnung) 형태로 존재하는 법률도 있다. 그 예로는 '중증장애인 대의원 선거를 위한 법령(Wahlordnung Schwerbehindertenvertretungen)'과 장애인작업장에 관한 법령(Werkstättenverordnung: WVO) 및 중증장애인의 공공교통수단의 무료이용을 위한 법령(Gesetz über die unentgeltliche Beförderung Schwerbehinderter im öffentlichen Personenverkehr: UnBefG) 등이 속한다. 이 법령들은 앞서 언급한 사회법전 제9권에서 진술된 중증장애인의 사회적 권리에 관한 조항들을 구체적으로 실현하기

위하여 하위 법령 또는 독립적인 법률 형태로서 제정 및 실시하는 형태이다. 그래서 사회법전과 그와 관련된 구체적인 법들의 제정을 통하여 장애인이 사회통합 및 참여에 불리함이 발생하지 않도록 적절한 지원에 관한 규정들을 제시하고 있다.

장애인에 관한 법적 규정들의 또 다른 형태는 일반 법률 또는 일반 법령 안에서의 장애인에 관한 조항들의 삽입을 들 수 있다. 즉 시민의 사회적 권리를 위한 제도를 담고 있는 일반 법률 또는 법령 속에서 장애의 정도와 특성을 고려한 특별한 규정들을 제시하는 형태를 의미한다. 그 예로는 '소득세법(Einkommensteuergesetz: EStG)'과 '자동차세법(Kraftfahrzeugsteuergesetz (KraftStG)'을 언급할 수 있다. 소득세법에서 비장애인 근로자의 소득세와 관련된 다양한 규정들을 제시하면서 제33조에서는 '장애정도(Grad der Behinderung)'에 따른 소득세의 감면 조항들을 함께 진술하고 있다. 이와 마찬가지로 자동차세법 제3조와 제3a조에서 중증장애인의 '장애정도'와 '건강상의 특징에 따른 자동차세의 감면 조항들이 진술되어 있다. 또한 공적 연금보험법(Gesetzliche Rentenversicherung)에서도 중증장애인의 조기연금 수령 조항과 같은 중증장애인의 연금과 관련된 특별한 조항들이 포함되어 있다.

〈표 Ⅳ-2〉 장애인 관련 법적 토대(일부 예시)

법적 형태		법률	내용
장애인 관련 법률	상위 법률	Sozialgesetzbuch 제9권(SGB IX)	중증장애인의 사회적 권리와 고용 영역에서의 권리에 관한 법
		Bundesteilhabegesetz(BTHG)	CRPD를 독일 국내에 이행하기 위한 국가적 수준에서의 계획에 관한 법
	하위 법률 (법령)	Wahlordnung Schwerbehindertenvertretungen (SchwbVWO)	사업체와 공공기관에서 중증장애인 대의원 선거를 위한 법
		Werkstättenverordnung (WVO)	중증장애인의 장애인작업장
		Gesetz über die unentgeltliche Beförderung Schwerbehinderter im öffentlichen Personenverkehr(UnBefG)	중증장애인의 공공교통수단의 무료이용을 위한 법
일반 법률 속 장애인 관련 조항		Einkommensteuergesetz(EStG)	중증장애인 근로자의 소득세의 감면조항
		Kraftfahrzeugsteuergesetz (KraftStG)	중증장애인의 자동차세 감면조항

법적 형태	법률	내용
	Gesetzliche Rentenversicherung	장애인의 연금 조기수령 조항 등 관련 조항

자료: Behinderung. org. (2022). Gesetzliche Grundlagen.
https://behinderung.org/gesetze/gesetzliche-grundlagen.htm 에서 2022. 8.3. 인용

장애인 정책에 있어 가장 중요한 의미를 차지하는 법률은 독일 시민의 사회적 권리를 집대성한 '사회법전(Sozialgesetzbuch, 이하 'SGB')'이다. 독일의 사회권에 관한 법률들은 원래 1960년대까지 각각 개별적으로 존재하고 있어 전체적으로 조망할 수 없었다. 그래서 1969년부터 다양한 개별법들을 하나의 법률체계 안에서 연결하는 작업을 시도했고 그 결과 모든 영역에서의 사회권을 포괄할 수 있는 법률로 집대성하였다.

SGB는 총 12권으로 구성되어 있다. 주요 법률로는 구직자를 포함한 기초보장(제2권), 의료보험(제5권), 연금보험(제6권), 사고보험(제7권), 아동 및 청소년지원(제8권), 장애인의 재활과 사회참여(제9권), 돌봄보험(제11권), 사회부조(제12권)로 구성되어 있다. 각 개별적인 법들은 서로 다른 시기에 SGB에 편입되었다. 또한 2024년에는 사회적 피해자들의 권리와 지원에 관한 법률이 SGB에 편입될 예정되어 있다. SGB의 구성 체계와 주요 내용으로는 다음과 같이 표로 제시할 수 있다.

〈표 Ⅳ-3〉 사회법전(sozialgesetzbuch) 구성

사회법전	법률명	실시	내용
SGB1	개론	1976.1.1.	SGB의 기본적 목표와 정의 및 절차규정들
SGB2	구직자를 위한 기초보장	2005.1.1.	15세부터 65세 또는 67세의 기준연령까지 근로능력을 가진 사람들 및 충분한 소득이 없는 그들의 가족을 위한 지원들
SGB3	근로촉진	1998.1.1.	노동에이전트(Bundesagentur für Arbeit: BA)의 제공 급여들(노동중재 및 실업자 급여)
SGB4	사회보험을 위한 공동지침	1977.1.1.	전체사회보험료 권리 외에 사회보험 법적 기본개념들의 정의 규정(사회보험기관의 구조, 운영, 산정제도 등 법적 규정)
SGB5	공적의료보험	1989.1.1.	공적의료보험기관의 구조, 보험의무, 제공

사회법전	법률명	실시	내용
			급여들 및 기타 급여제공자들의 법적 관계(의사, 치과의사, 약국 등)
SGB6	공적연금보험	1992.1.1.	공적연금보험기관의 구조 및 급여들(연금연령, 소득감소연금, 유족연금, 의료,직업, 기타 재활 급여들)
SGB7	공적사고보험	1997.1.1.	농업 및 산업의 사고보험조합의 구조와 보험의무, 제공급여들 및 산재, 직업병을 위한 사고보험조합
SGB8	아동 및 청소년지원	1990.10.3.	공적 청소년지원기관(특히 청소년청)의 수급권리자 또는 지원이 필요한 아동, 청소년 및 그들의 부모와 젊은 성인들에게 제공하는 서비스와 급여들
SGB9	장애인의 재활과 참여	2001.6.1. (2018.1.1. 완전개정)	장애인과 장애 위험이 있는 사람들의 자기결정과 사회에서의 동등한 참여 촉진 및 불리함 예방 또는 방지
SGB10	사회행정절차와 사회정보보호	1981.1.1. (1983.1.1.)	사회권적 행정절차, 사회정보 보호 및 사회급여기관사이의 협력과 외부기관과의 법ㅈ덕인 관계
SGB11	사회돌봄보험	1995.1.1.	공적돌봄보험과 사적 돌봄보험의 제공급여들(특히 돌봄급여)과 절차
SGB12	사회부조	2005.1.1.	사회문화적인 삶의 보장을 위한 법적 권리와 다양한 급여들(노인·장애인 기초보장급여, 생계급여, 편입급여 등)
SGB13	사회적 피해	2024.1.1.	사회적피해자들의 지원

출처: wikipedia. Sozialgesetzbuch (Deutschland).
https://de.wikipedia.org/wiki/Sozialgesetzbuch_(Deutschland) 에서 2022.6.15. 인출
Reimbursement Institute. 2021. SGB – Sozialgesetzbuch.
https://reimbursement.institute/glossar/sgb-sozialgesetzbuch/에서 2022.6.15. 인출
Bundesarbeitsgemeinschaft der Integrationsämter und Hauptfürsorgestellen (BIH) e.V. (2019.7.11). Sozialgesetzbuch (SGB).
https://www.bih.de/integrationsaemter/medien-und-publikationen/fachlexikon-a-z/sozialgesetzbuch-sgb/에서 2022.6.15. 인출

사회법전 중 장애인의 사회적 권리를 위한 법률로는 제9권 '장애인의 재활과 사회참여(Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen)'(이하 'SGB9')가 해당한다. 원래 장애인에 관한 중요한 개별 법률로는 1974년에 제정된 'Gesetz über die Angleichung der Leistungen zur Rehabilitation

(RehaAnglG)'과 1953년에 제정된 'Schwerbehindertengesetz(SchwbG)' 가 존재하였다. 그러나 사회권 측면에서 비장애인의 사회적 권리와의 불일치와 여타 법률들 안에 존재하는 장애인 관련 조항들과의 분절성 등으로 인하여 사회법전 안에 편입할 필요성이 강하게 나타났다. 따라서 기존의 장애인 법률들은 2001년 6월 19일에 완전 개정되어 사회법전 제9권으로 편입되었으며, 2001년 7월 1일부터 효력이 발생하였다(Wikipedia. 2022.7.2.). 이후 많은 개정을 통하여 현재 장애인 정책의 실시를 위한 중추적인 역할을 담당하고 있다.

장애인을 위한 또 다른 중요한 법률로는 '연방참여법(Bundesteilhabegesetz: BTHG)'을 들 수 있다. 이 법의 정식 명칭은 「장애를 가진 사람들의 참여와 자기결정의 강화를 위한 법(Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen)」으로, 2016년 12월 23일에 제정되어 장애인권리협약(CRPD)을 독일 자국 내에서 이행하기 위한 중요한 국가적 계획으로 제시하고 있다. 보다 구체적으로는 장애인이 교육, 주거, 고용, 여가생활 등 삶의 모든 영역에서 자기결정하에 사회공동체 안에 참여하기 위해 필요한 지원과 법적 요구에 대한 내용을 포괄적으로 담고 있다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020a). BTHG가 장애인 정책에 가지는 의미는 국가적 차원 뿐 아니라 주와 지역에서의 실행을 위한 구체적인 지침을 제공한다는 점에 있다. 그래서 BTHG의 법적 규정을 통해 장애인 관련 법률의 개정(예: SGB9의 개정)이 이루어지고 있으며 기존의 장애인 정책의 개혁이 진행되고 있다.

BTHG는 2017년부터 2023년까지 4단계를 통하여 시행된다. 1단계는 2017년도 1월 1일부터 시행되었고 2단계는 2018년도부터 2019년도까지의 이행을 담고 있다. 3단계는 2020년도와 2021년도의 이행계획을 규정하고 있으며 마지막 4단계에서는 2023년의 이행과정을 통해 BTHG의 최종효력이 완성된다(Betanet. 2022. 8. 3. a.)

(2) 주요 장애인 법률의 주요 내용(내용적 측면)

장애인 관련 주요 법률의 내용적 측면에서의 분석은 SGB9와 BTHG를 중심으로 살펴본다면 다음과 같다. 우선 SGB는 전술한 것처럼 사회적 권리를 모두 모아서 편찬한 법률에 속한다. 그 중 제9권은 '장애인의 재활과 사회참여(Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen)'라는 제

목으로 장애인의 사회적 권리를 담고 있는 법률이다. 제9권의 목적으로는 제1조(자기결정과 사회적 삶의 참여)에서 '장애인과 장애 위험이 있는 사람들의 자기결정과 사회에서의 완전하고 동등한 참여를 촉진하고 불리함을 예방하고 경감시키기 위해 재활담당기관에 해당되는 급여조항들과 장애인 급여들을 이 법률에 따라서 제공받는다. 이때 장애를 가지고 있거나 장애위험이 있는 여성과 아동 및 정신장애를 가진 사람들 또는 그러한 장애위험을 가진 사람들을 특별하게 고려한다'라고 명시하고 있다. 이것은 사회법전 제9권의 목적이 단순히 사회적 보호와 안정을 위해 SGB에 포함된 것이 아니라 장애인 또는 장애 위험이 있는 사람들의 완전한 사회참여를 위해 비장애인과 마찬가지로 동등하게 받을 수 있는 사회적 권리로써 편입된 것을 분명하게 밝히고 있다. 특히 SGB 제9권에서는 여성과 아동, 그리고 정신장애를 고려할 것을 강조하여 이 법의 목적이 사회적 참여가 더욱 불리한 중증장애인과 장애위험을 가진 사람들에 초점을 맞추고 있음을 알 수 있다.

SGB 제9권은 크게 2장으로 구성되어 있다. 제1장에서는 장애인과 장애 위험이 있는 사람들을 위한 급여와 그 체계들에 관한 조항들을 포함하며, 제2장에서는 장애인의 자기결정적 삶의 영위를 위한 특별 급여에 관한 규정을 주요하게 다루고 있다. SGB 제9권의 조항들은 현재 BTHG에 따라서 개정되거나 새로운 조항들이 삽입되고 있다. 구체적인 조항들을 살펴보면, 제1장에서는 장애인과 장애 위험이 있는 사람들을 위한 주요 급여들-의료재활 급여, 근로생활 참여급여, 사회참여 급여, 교육 급여, 생계 및 보충 급여-과 그 급여들을 이용하기 위한 절차(재활욕구의 인식과 조사, 급여 조정, 협력, 급여형태 및 상담 등) 규정 등을 포함하고 있다. 특히 급여이용절차에 관한 조항들을 BTHG에 따라서 장애인의 자기결정과 욕구에 기반한 절차 조항들을 새롭게 정의하고 차례로 규정하고 있다.

제2장에서는 중증장애인의 참여, 특히 고용 영역에서의 차별 방지와 동등한 참여를 위해 중증장애인의무고용제에 관한 다양한 규정들, 장애인고용과 관련된 다양한 형태-통합프로젝트, 장애인작업장-에 관한 내용, 중증장애인의 공공무료이용에 관한 권리 등을 제시하고 있다. 구체적인 조항들은 크게 변화되지는 않았지만 제2장의 제목이 '장애인의 자기결정적 삶의 영위를 위한 특별 급여'로 변화되어, 장애인을 위한 고용생활 지원이 자기결정적인 삶에 있어 핵심적인 내용임을 강조하고 있다.

〈표 Ⅳ-4〉 사회법전 제9권(장애인의 재활과 참여) 체계와 주요 내용

제9권	체계	주요 조항과 내용
제1장 장애인과 장애 위험이 있는 사람들을 위한 규정	제1편	일반규정 (§1~16)
	제2편	참여를 위한 급여의 실행 (§17~21a)
	제3편	공동서비스센터 (§22~25)
	제4편	의료적 재활을 위한 급여 (§26~32)
	제5편	노동생활참여를 위한 급여 (§33~43)
	제6편	생계보장 및 기타 보충적 급여 (§44~54)
	제7편	공동체 삶에 참여를 위한 급여 (§55~59)
	제8편	참여보장과 공조 제1절 상담과 정보제공의 확보 (§60~62) 제2절 고용주의 고용의무 (§63) 제3절 장애인 참여를 위한 공조 (§64~67)
제2장 중증장애인의 참여를 위한 특별규정	제1편	보호되는 인적 범위 (§68~70)
	제2편	고용주의 고용의무 (§71~79)
	제3편	고용주의 기타의무: 중증장애인의 권리 (§80~84)
	제4편	해고보호 (§85~92)
	제5편	사업장위원회, 직장위원회, 법관위원회, 검사위원회, 기관장위원회, 중증장애인대표, 고용주의 수임권자 (§93~100)
	제6편	중증장애인의 참여를 위한 특별규정들의 실행 (§101~108)
	제7편	통합전문업무 (§109~115)
	제8편	중증장애인 및 동등한 처우를 받는 장애인을 위한 특별규정의 적용종료 (§116~117)
	제9편	이의제기절차 (§118~121)
	제10편	기타 규정 (§122~131)
	제11편	통합 프로젝트 (§132~135)
	제12편	장애인을 위한 작업장 (§136~144)
	제13편	중증장애인의 공공 대인교통수단 무료이용(§145~154)
	제14편	처벌규정, 벌금규정 및 종결규정 (§155~160)

자료: Bundesministerium der Justiz. (2022a). Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 23. Dezember 2016, BGBl. I S. 3234) (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch – SGB IX) § 29 Persönliches Budget. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/__29.html에서 2022. 9. 22. 인용

BTHG는 더 많은 참여와 더 많은 자기결정이라는 의미에서 개별적 욕구의 가능성에 적합한 삶의 계획과 영위를 강화하는 것을 목적으로 하고 있다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020b). 이 법의 핵심적 내용은 사회부조 형태로서 장애인에게 제공되었던 '편입급여(Eingliederungshilfe)'[18]를 「사회법전 제9권 (장애인의 재활과 참여)」에 포함시켜 고유한 급여로서 실시하는 것을 들 수 있다. 그리고 장애인의 사회참여 및 통합을 위한 지원들을 '사회적 권리'로서 개인의 개별적 욕구를 평가하여 장애인들이 자신의 욕구에 기반한 더 많은 급여들을 이용할 수 있는 시스템을 만드는 것을 중요한 내용으로 제시하고 있다. BTHG의 주요한 내용을 2017년도부터 2023년도까지 4단계의 과정 안에서 살펴보면 다음과 같다(Betanet, 2022. 8. 3. a.):

○ 제1단계(2017)

- 장애인 작업장에 있는 장애인을 위한 지원금액의 강화: 2017년도부터 장애인자립장에서 일하는 장애인(약 300,000명)의 임금이 325유로 이하의 임금을 받는 장애인에게 제공하는 노동지원금(Arbeitsförderungsgeld)을 매월 26유로에서 52유로로 인상 지원
- 장애인 작업장 위원회의 강화: 자립장 운영자는 장애인의 이해와 이익을 대변하는 작업장 위원회의 의견을 청취하는 수준을 넘어 작업장의 많은 영역, 예를 들면 작업장 운영규정, 작업시간과 종료시간, 휴식시간과 청소 등 근로 장애인의 임금에 영향을 미칠 수 있는 사항 등을 함께 논의 및 결정
- 장애인 작업장에서의 여성대의원 선출: 장애인 작업장에 3명까지의 여성(장애인)대의원을 선출하고 작업장 위원회에 참여하여 불합리한 문제에 대한 시정 요구 실시
- 중증장애인의 해고보호의 강화: 고용주는 중증장애인 근로자를 해고하기 전에 중증장애인 대표자들에게 문의하고 중증장애인 대표자위원회와 협의를 의무화
- '편입급여'의 세금공제액의 인상: 2017년도부터 편입급여의 기준액이

18) 편입급여는 독일의 사회청(Sozialamt)dl 담당하는 대표적인 사회부조의 한 유형으로 다른 재활담당기관이 서비스 제공을 하지 못할 때 사회청이 제공하는 다양한 급여를 의미한다. 이때 장애인 및 그 배우자의 자산 및 소득의 조사를 통하여 편입급여 수급여부를 결정하며, 급여 종류로는 외래서비스, 부분시설 서비스, 시설서비스로 구분하여 제공한다.
(http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Eingliederungshilfe-fuer-behinderte-Menschen-104.html#ue1)

27,600유로로 확대되고 생계보장 지원을 위한 기준액이 5,000유로로 확대

- 시각-청각 중복장애인을 위한 새로운 표시: 시각-청각 장애를 가진 중복장애인을 위한 새로운 표시 'Tb'를 중증장애인카드에 표시하여 더 많은 권리의 제공

○ 2단계(2018년)

- 개인예산제의 확대: 개인예산제를 모든 장애인급여 담당기관으로 확대하고 장애인에게 의무적으로 제공하고 선택할 수 있는 기회의 제공
- 편입급여의 확대: 편입급여 수급여부 조사에서 배우자의 자산 및 소득을 제외하여 대상자의 확대
- 보충적 독립참여상담(Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung : EUTB)의 설치: 노동사회청의 지원을 받는 EUTB의 설치를 통해 장애인에게 포괄적인 상담의 보장과 장애인급여 담당기관과의 접촉 지원
- 참여계획절차(Teilhabeplanverfahren)와 개인별 계획절차(Gesamtplanverfahren)의 도입: 다양한 급여를 원스톱으로 제공하기 위한 새로운 참여계획절차의 도입과 개별적 지원욕구에 따른 개인별 계획절차의 수립절차를 실시
- 배리어프리 정보 제공: 장애인 급여를 제공하는 모든 기관으로의 접근성의 개선과 배리어프리 정보(예: 지적장애인과 정신장애인을 위한 쉬운 언어)를 의무적으로 제공

○ 3단계(2020년)

- 편입급여의 완전한 확대: 편입급여를 사회부조로부터 분리하여 하나의 급여로서 장애인 급여를 제공하는 모든 담당기관이 제공하며, 소득 기준을 59,220유로까지 확대 실시

○ 4단계(2023년)

- 편입급여 대상자의 확대: 새로운 법적 장애개념에 따른 편입급여 대상자의 새로운 정의와 확대

(3) 장애인 법률과 다른 사회법률과의 연관성

독일 장애인정책의 특징은 일반 사회복지정책 안에 장애인을 포함시키는 데 있다. 즉 사회적 권리로서 요구하는 다양한 급여들을 장애인도 비장애인과 동등하게 이용할 수 있는 시스템을 구축하고 있다. 그래서 독일의 사회보장체계의 토대를 이루는 기본적인 5대 보험제도(의료보험, 연금보험, 사고보험, 돌봄보험, 산재보험) 법률에서 장애인을 위한 조항들을 찾아볼 수 있다. 그러나 각 개별적인 법률 안에 진술된 장애인을 위한 조항의 법적 근거는 사회법전 제9권(장애인의 재활과 참여)이 제공하고 있다. SGB 제9권에 따르면, 장애인 급여는 크게 '의료재활 급여', '근로참여 급여', '사회참여 급여', '생계 및 보충 급여'로 구분하고 있다. 이와 함께 중증장애인이 일상생활 및 사회적 삶에 참여할 때 발생하는 불리함을 완화시키는 다양한 '불리함 완화(Nachteilausgleich)' 급여들을 제시하고 있다(조윤화, 이동석, 김용진, 김영미, 2016).

이렇게 장애인을 위한 다양한 권리 급여들을 사회법전 제9권에서 명시하고 그와 관련된 다른 법률 안에서 장애인의 특수성과 요구들을 고려한 규정들을 밝히고 있다. 예를 들면 장애인을 위한 다양한 의료재활 급여들은 SGB 제9장 제1장 제4편에서 구체적으로 명시하고 있으면서, 동시에 비장애인을 위한 의료보험 급여들에 관한 법률인 SGB 제5권(공적의료보험)에서 장애인의 특수성과 요구들을 고려한 조항들을 개별적으로 진술하고 있다. 하지만 일반적인 사회적 권리 시스템만으로 사회참여 및 사회통합에 성공적으로 도달하기 어려운 중증장애인에게는 사회법전 제9권 제2장에 별도로 편찬하여 중증장애인의 사회적 권리를 법적으로 보장하고 있다(상동).

사회법전 안에 장애인을 위한 법률로서 제9권의 삽입은 장애인의 재활과 참여를 위한 급여들이 비장애인과 마찬가지로 동등한 무게를 가지고 있음을 보여주고 있다. 그리고 단지 제9권에서만 장애인 급여 및 서비스들을 명시하여 사회법전의 다른 법률과 관련이 없는 분리된 상황이 아니라 다른 법률에 동일한 효력을 미치고 있음을 알 수 있다. 즉 사회법전 제9권은 사회법전의 다른 법률들과 동등한 관계 속에서 상호관련성을 형성하고 있다.

현재 독일의 장애인 정책은 전술한 것처럼 연방참여법(BTHG)의 제정을 통하여 법적 토대의 변화를 꾀하고 있다. 예를 들면 각 개별법에 흩어져 있던 장애인의 사회참여를 위한 다양한 지원 규정들을 모아서 독일 전체에 통일된 과정으로 제공

하고 장애인 중심의 선택권과 급여를 제공하는데 개혁을 진행하고 있다. 이러한 점에서 BTHG는 현재 사회법전에 영향을 미치는 중요한 법률로서 이해할 수 있다.

〈표 Ⅳ-5〉 장애인과 장애 위험이 있는 사람들을 위한 급여들의 법적 근거

영역	주요 내용	법적 근거
의료 재활	장애를 극복 또는 완화하고, 장애의 악화를 예방하고자 하는데 그 목적이 있다. 의료 재활에는 의사에 의한 치료, 약물 및 도구 지급, 심리치료 등이 포함되며, 경우에 따라서는 생활비 지급(예를 들어 질병수당, 상해수당 등)까지 이루어진다.	–SGB 제9권 제1장 제4편 –SGB 제9권
근로 참여	장애인의 생업능력을 유지, 증진, 회복시키고, 근로에 참여하고 있는 경우에는 그 참여를 지속시키고자 하는 목적을 지닌다. 근로에 참여의 서비스 종류는 매우 다양한데, 대표적인 것으로는 직업 훈련 및 재훈련, 직업훈련 시 생활비 지원, 취업 촉진(상담, 알선, 작업장비 및 이동 장비에 대한 보조등), 보호고용 등을 꼽을 수 있다.	–SGB 제9권 제1장 제5편 –SGB 제9권 제2장 –SGB 제2권 –SGB 제3권
사회생활 참여	일상의 사회생활에 참여를 가능하게 하고, 타인에 의한 수발로부터 최대한 벗어나서 독립적으로 생활하도록 하는 목적을 지닌다. '사회생활에 참여'서비스로는 장애에 적합한 거주지 마련 지원, 비장애인과의 만남 등을 촉진하는 문화생활 지원, 주변 환경과의 의사소통 촉진(예를 들어 수화통역사 대동), 취학 전 아동을 위한 치료교육 프로그램 등이 포함된다.	–SGB 제9권 제1장 제7편 –SGB 제9권 제2장 제13편 –SGB 제5권 –SGB 제8권 –SGB 제11권
생계 및 보충 급여	재활정책의 목표를 달성하기 위한 지원으로 여기에는 여행비지원, 생계비지원, 아동돌봄비용지원 등 다양한 비용을 지원한다. 또한 이 급여는 의료적 재활급여와 노동생활참여를 위한 급여와 함께 받을 수 있다.	–SGB 제9권 제1장 제6편 –SGB 제2권 –SGB 제12권

자료: 조윤화, 이동석, 김용진, 김영미 (2016). 맞춤형서비스를 위한 장애인복지서비스 급여체계 개편방안 연구. 한국장애인개발원
betanet(beta Institut gemeinnützige GmbH). (2021.9.24.). Rehabilitation. http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Rehabilitation-331.html 에서 2022.6.16. 인출

3) 장애인 서비스 전달체계

(1) 장애등록 절차[19]

독일에서 장애 등록은 의무적 절차에 속하지 않으며 신청주의에 의해 진행된다. 즉 장애를 가진 사람이 자신의 욕구나 필요치 않은 경우 장애 등록을 선택할 수 있는 권리를 가진다. 그러나 장애 등록과정에서 실시되는 장애 판정 결과에 따라서 여러 세금 상의 혜택이나 및 다양한 감면할인 서비스(예: 공공교통수단의 무료 이용) 등 장애인이 사회참여하는 데 있어 '불리함 상쇄(Nachteilausgleichen)'를 위한 서비스를 이용할 수 있다. 즉 장애 판정과 그에 따른 장애 등록은 장애인의 삶에 많은 영향을 끼치는 제도이다.

장애등록은 기본적으로 각 지역의 '원호청(Versorgungsamt)'에서 담당하고 있다. 원호청은 특정한 사회그룹들(사회적 폭력 피해자, 전쟁 피해자, 전염병 피해자 등)을 위한 의학적인 업무를 담당하는 기관으로서 장애 판정과 그에 따른 중증장애인카드의 발행, 공공교통수단의 무료이용을 위한 신청 등을 함께 담당하고 있다.[20] 장애등록은 일반적으로 5단계(신청-접수-정보 수집-장애 판정- 통지 및 이의신청)로 구분하여 다음과 같이 진행된다:

첫째 단계는 '신청'이다. 일상생활에서 실제적이고 지속적이며, 또는 선천적인 질병으로 인해 심각한 침해가 있는 자라면 누구나 중증장애인권리에 따라서 신청할 수 있다(Landesamt für Gesundheit und Soziales, 2022). 그래서 독일에 거주하거나 근로하는 모든 사람들은 15세 이상 연령에서는 본인이 스스로 직접 신청할 수 있으며, 15세 미만의 경우에는 법적 보호자(부모, 법적 양육인 및 법적 대리인, 변호사, 신청권한에 대해 법적 위임한 자 등)를 통하여 신청가능하다(조윤화, 김용진, 이율희, 이혜수. 2019).

신청은 각 지역의 원호청 및 관련 관공서(예: 시청, 주민관청 및 장애인 협회 등)에 구비된 신청서 양식을 온라인과 오프라인으로 작성하여 원호청에 제출하는 것으로 이루어진다(상동). 그리고 BTHG의 제2단계 계획(2018년) 이후 일상적 언어

19) 장애 등록 절차에 관한 부분은 본 연구자가 참여한 "「장애인복지법」제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구: 배제에서 포용으로(2019)'와. '주요 국가의 장애판정제도 비교 연구(2018)'를 바탕으로 최신내용을 수정 보완하여 작성하였음

20) 원호청은 개별 주 또는 지역의 특성에 따라서 '사회원호청(Landesamt für Soziales und Versorgung)', '사회청(Amt für soziale Angelegenheiten)', '가족사회청(Zentrum Bayern Familie und Soziales (ZBFS)'으로 불리우고 있으며, 또한 장애판정도 여기서 담당하고 있음 (https://www.betanet.de/versorgungsamt.html)

에 접근하기 어려운 사람들(예: 지적장애인과 자폐성 장애, 정신장애인 등)을 위해 쉬운 언어로 구성된 신청서와 신청서 작성 설명서를 제공하고 있다(Landesamt für Gesundheit und Soziales, 2022).

신청서 양식은 지역에 따라서 다양한 항목을 포함하고 있지만 핵심적인 항목은 동일하다. 그 예로 신청자 정보(성명, 생년월일, 주소, 연락처 및 이메일 주소), 다른 사람을 통한 신청인 경우 법적 대리인 정보(부모, 법적 대리인의 이름과 주소, 연락처 등), 건강적 침해/기능 침해(침해 여부, 침해의 악화 여부), 다른 기관의 판정여부(돌봄심사 자료, 기타 의료적 판정), 주치의 및 전문의 정보(치료기간 및 치료기관, 재활치료 기관, 의료보험번호 등), 원하는 건강적 특징, 판정효력시기(신청서 접수 또는 소급적용), 다른 기관의 인정(산재 또는 직업병), 개인정보 확인과 주치의 및 전문의 접촉을 위한 동의여부 등을 들 수 있다. 또한 신청 단계에서 신청자는 신청서와 함께 신분증과 거주지 증명서 뿐 아니라 자신의 건강상태 및 장애와 관련된 다양한 의학적 자료들(예:소견서 및 진단서, CT 또는 MRI, 기타 결과지 등)을 함께 제출한다.

두 번째 단계는 '접수와 통지'이다. 원호청은 신청자의 신청서를 접수 후 바로 그 신청자에게 접수 확인에 대해 통지한다(상동).

세 번째 단계는 '정보 수집'으로서 신청자의 건강상태에 관한 정보 및 자료들을 들을 획득하는 과정을 가진다. 이 단계에서는 신청자가 신청 단계에서 자신의 건강상태와 질병에 관한 의학적 자료들을 이미 충분히 제출했다면, 원호청에서는 그 자료들만 가지고 장애판정을 실시하게 된다. 그러나 신청 단계에서 의료적인 자료들이 미비하거나 함께 제출하지 못했다면, 신청서에 기입된 신청자를 치료했거나 현재 치료하고 있는 주치의 또는 전문의와 접촉하여 신청자의 의료적 자료를 수집하며 의견을 청취한다(Widerspruch.org, 2020).

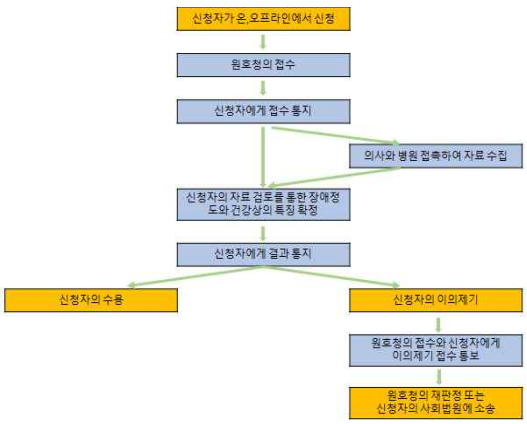
의료적 자료 및 문서를 통한 객관적인 정보 수집 뿐 아니라 신청자가 작성한 '기록지'는 장애판정을 위한 중요한 정보로 간주된다. 즉 신청 단계에서 필수적인 절차는 아니지만, 신청자는 자신이 일상생활에서 경험하는 질병 및 건강 상태와 그와 관련된 다양한 신체적, 사회적 영향 등을 일정한 기간동안 적은 기록지를 제출하여 자신의 상황을 스스로 옹호할 수 있다(Sozialverband VdK Deutschland e.V., 2022). 기록지의 의미는 의료적 자료에서 분명하게 확인할 수 없거나 나타나지 않지만 신청자가 일상생활 및 사회참여 과정에서 주관적으로 느끼고 경험하는 질병 및 장애의 부정적 영향들을 파악할 수 있다는 점에서 찾을 수 있다.

네 번째 단계는 '장애 판정'을 들 수 있다. 즉 앞선 단계에서 수집한 신청자의 의료적 자료들과 신청자의 기록지 등을 통하여 장애 유무를 확인하고 그에 따라서 '장애정도(Grad der Behinderung: GdB)'와 '건강상의 특징(Merkmale der Gesundheit)'의 판정이 이루어진다.

장애 유무의 판정은 기능적 측면에서 개인의 일상생활에 영향을 미치는 (건강적) 침해 여부를 확인하는 것을 의미한다. GdB는 '개인의 기능 침해가 사회참여에 미치는 영향의 정도'를 의미한다. 그리고 '건강상의 특징'이란 건강상의 침해로 인해 발생할 수 있는 사회적 불리함을 상쇄할 수 있는 서로 다른 7가지 유형을 의미한다(조윤화·김정희·이동석 외, 2015). 이때 장애판정에 있어 가장 중심적인 GdB는 손상의 원인이나 질병 또는 장애 유형으로 판정하지 않는다. 오히려 신체의 각 부위의 기능적 제한이 삶의 전반적인 영역에 끼치는 영향을 더욱 중요시한다. 그 결과 GdB20부터 GdB100까지의 범위 안에서 판정이 이루어지며 법적 장애인으로 인정받는다. 이때 GdB50이상 확정되면 법적 중증장애인으로 인정받아 중증장애인카드를 발급받으며 사회적 참여를 위한 다양한 중증장애인권리 서비스를 이용할 수 있다(조윤화·김정희·이동석 외, 2015).

다섯 번째 단계는 '통지와 이의제기'이다. 원호청은 공식적으로 장애 판정 결과(종합적 GdB 수치, 건강상의 특징 확정 결과)와 이의제기 방법 등을 신청자에게 알려준다. 그리고 신청자는 원호청의 장애 판정 결과 후 30일 이내에 이의신청을 제기할 수 있으며 이때 이의신청 제기 사유와 그와 관련된 의학적인 추가자료를 제시할 수 있다. 만약 이의제기가 실패한다면 신청자는 또 다시 법원에 행정소송을 제기할 수 있는 절차를 보장한다.

신청 이후 통지까지의 장애판정은 평균적으로 3개월 이내의 기간을 가진다. 그러나 지역적 상황과 신청 유형(첫번째 신청, 재신청 등)에 따라서 서로 다른 기간(예: 베를린시의 경우 첫 번째 신청의 경우 약 135일)이 소요된다. 다만 생명과 관련된 질병을 가지고 있거나 해고 보호를 위해 신청한 장애인의 경우에는 긴급한 사유로서 우선적으로 장애판정을 실시한다(조윤화, 김용진, 이율희, 이혜수, 2019).



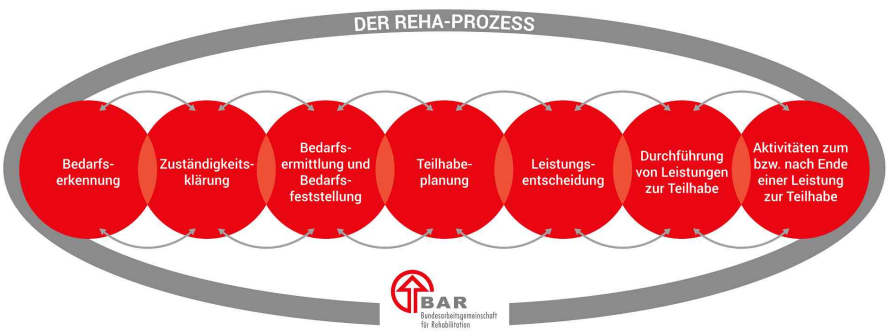
[그림 Ⅳ-1] 독일의 장애판정체계

(2) 장애인 서비스 전달 절차

장애인이 장애인복지서비스(참여급여)를 이용하기 위한 절차는 다양하다. 앞서 언급한 것처럼 독일에서는 '중증장애인등록'이 참여급여를 이용하기 위한 전제조건이 아니기에 장애인동록절차 없이 장애 당사자의 필요와 욕구에 따라서 참여급여를 신청할 수 있다. 참여급여의 신청은 우선 장애인이 참여급여를 담당하는 각 기관(담당기관)에 직접 신청할 수 있다. 그래서 신청자는 각 담당기관의 신청서와 필요 서류를 제출하면 담당기관은 신청자의 자료들을 검토하고, 필요한 경우 서비스를 적격성을 결정하기 위한 과정-예를 들어 표준화된 검사와 면담 등-을 실시한다. 그 후 담당기관은 신청자의 적격성을 결정하고 그에 따른 급여량 또는 서비스 수준을 결정하여 신청자에게 통지한다. 담당기관에 직접 신청하는 방식과 절차는 시간적·행정적인 측면에서 효율적이기는 하지만 신청자가 개별 급여를 담당하는 기관이 어디인지 미리 알고 있어야 하며 급여담당기관이 신청자의 지역 내 존재하지 않는 경우 신청이 매우 어렵다는 단점이 존재한다. 또한 신청자가 원하는 급여들이 여러 담당기관에 관련되어 있다면 이러한 직접 신청 방식은 유용하지 못한다. 결국 담당기관의 직접 접촉을 통한 신청은 기관 중심의 방식으로 이해할 수 있다.

참여급여를 이용하기 위한 또 다른 방식은 '상담소(Ansprechstelle)'와 '보충적 독립참여상담소(Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung, 이하 '참여상담소')'를 통한 신청 방식이다. 상담소와 참여상담소는 자세히 후술하겠지만, 참여급

여 이용절차에서 정보제공과 상담 및 신청과 이용과정에서의 지원의 제공을 담당하는 핵심적 기관에 속한다. 두 상담소는 모든 참여급여-여러 급여들이 관련 있는 포괄적 급여-를 담당하는 전달체계에 속한다. 특히 연방참여법(BTHG) 이후 이용자 중심의 전달체계 구축과 자기결정권의 강화를 목적으로 '참여상담소'에 관한 내용들이 사회법전에 명시되었다. 그리고 이용과정에 서 신청자의 욕구를 파악하기 위한 '참여계획(Teilhabeplan)'을 가장 중요한 절차로서 분명하게 강조하고 있다. 장애인의 신청부터 이용하기까지의 과정을 '재활 절차' 또는 '참여 절차'로 명명하고 있으며 다음과 같은 구체적인 철자를 사회법전에서 명시하고 있다 (Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR), 2022a):



[그림 Ⅳ-2] 독일의 재활 절차

자료: Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). (2022). Reha-Prozess. https://www.bar-frankfurt.de/themen/reha-prozess.html에서 2022. 10. 2. 인용

가. 욕구 확인(Bedarfserkennung)

담당기관은 신청자(장애인)가 참여급여를 이용하는 중 또는 이용하기 전에 새로운 참여욕구를 인식하고 확인하는 단계로서, 담당기관과 신청자 또는 가족과 접촉을 시작한다. 이때 담당기관의 상담소나 독립참여소를 통하여 광범위하고 포괄적인 정보들-참여급여들의 목표와 내용, 수급을 위한 절차, 개인예산제 가능성에 대한 정보 등-을 제공받는다. 두 상담소 이외에도 특별한 욕구(예: 외래 중독상담기관, 사회심리학적 상담소 등)에 관한 상담을 제공하는 기관도 존재한다. 상담소와 독립 상담소는 포괄적인 상담의 질적 보장을 위해 장애인단체와 상담방식을 발전시키고 있다.

나. 주 담당기관 확정(Zuständigkeitsklärung)

두 번째 단계에서는 상담소와 독립상담소의 포괄적인 정보제공과 함께 신청자는 필요한 참여급여 신청이 이루어진다. 그 후 장애인이 포괄적 욕구를 가져 여러 담당기관들이 참여하는 경우, 2주 이내에 주 담당기관을 확정한다. 주 담당기관은 다음과 같은 세 가지 역할을 담당한다.

첫째, 신청자의 주 접촉기관
둘째, 포괄적인 욕구확정을 위한 책임
셋째, '참여계획(Teilhabeplan)'과 '참여계획회의(Teilhabeplankonferenz)'를 주도할 책임

다. 욕구조사(Bedarfsermittlung)와 욕구확정(Bedarfsfeststellung)

세 번째 단계에서는 '욕구조사(Bedarfsermittlung)'와 '욕구확정(Bedarfsfeststellung)'이 실시된다. 욕구조사란 사회참여에 침해를 가진 장애인의 개별 욕구를 구체화하기 위한 정보(예: 침해, 삶의 상황들, 욕구 및 목표들)을 수집하고 평가하는 과정을 의미한다(사회법전 제9권 제14장 제2절 제1항). 이때 장애인의 관점 하에 모든 삶의 영역을 포함시키며 신청자와 담당기관이 공동으로 발전시킨 '참여목표'는 욕구조사의 핵심적 요소에 속한다. 욕구조사는 기본적으로 급여를 담당하는 기관에 의해 실시되며, 여러 급여기관이 관련되어 있는 포괄적 급여 신청인 경우 하나의 주 담당기관이 다른 담당기관과 협력하여 욕구조사를 절차를 급여 제공까지 조정하고 실시한다.

욕구조사는 담당기관들의 합의한 규정에 따라서 체계적인 절차(자료수집, 분석, 문서화)로 이루어지며 표준화된 도구(검사절차, 설문지, 소견서 등)를 투입한다. 그리고 욕구조사는 사회의학적 평가를 위한 기본적인 원칙을 준수하면서 다음과 같은 사항을 중점적으로 조사 및 평가한다:

- 장애 또는 건강상의 문제 또는 침해가 존재하거나 예상되는지에 대한 평가
- (건강상) 침해가 '참여(Teilhabe)'에 어떤 영향을 미치는지에 대한 평가
- 참여급여들을 통해 어떤 목표를 도달해야 하는지에 대한 평가
- 어떤 급여들이 (신청자의) 목표에 성공적으로 도달가능한지에 대한 평가

개별적 욕구조사는 역량과 지원 욕구가 있는 한 인간의 실제적 삶의 상황을 출발점으로 이루어지며, 이때 신청인 뿐 아니라 가족의 욕구로 함께 고려된다(사회법전 제9권 제13장 제2절). 하지만 욕구조사는 여러 기관에 의해 중복으로 실시되지 않으며, 신청인의 엄격한 정보보호 하에 실시된다. 욕구조사 후 개별 조사(평가)를 요약하고, 그 결과들을 각 담당기관에 송부한다. 이것을 '욕구확정'이라 부른다.

라. 참여계획(Teilhabeplan)

네 번째 단계로서 '참여계획'은 다양한 담당기관과 다양한 급여그룹들이 참여하거나 급여 수급권자가 원할 때 실시한다(사회법전 제9권 제19조 제1항과 제2항). 그래서 참여계획은 다양한 급여들을 적절하게 구성하여 목표지향적이고 경제적이며 문제없이 진행될 수 있도록 기여한다. 이를 위하여 담당기관은 신청자에게 참여계획에 관한 정보 제공 및 실시를 제안할 수 있으며, 참여계획 때 각 담당기관도 참여할 수 있다.

참여계획 과정에서 참여계획회의(Teilhabeplankonferenz)는 매우 특별한 절차에 속한다. 사회법전 제9권 제20조에 따르면 수급권자와 담당기관들 사이에 참여계획서의 작성을 위한 상담과 합의를 위해 진행하는 것으로, 급여 종류와 수, 급요량, 급여제공기간 등에 관한 사항 등을 논의한다. 이때 신청인은 자신의 욕구와 참여계획을 함께 논의하기 위하여 대리인, 신뢰가능한 동반인, 옹호인, 돌봄기관과 같은 기관들의 사람들을 참여시킬 수 있다.

참여계획회의를 통한 참여계획서의 작성에는 다음과 같은 사항들이 포함된다(Betanet, 2022. 9. 3.):

- 신청날짜
- 주담당기관 및 참여 담당기관
- 신청인의 개별적 욕구와 욕구조사 방법들
- 담당기관의 욕구조사 의견
- 급여제공시 다른 서비스제공기관 또는 기관의 참여 여부
- 장애인의 욕구와 선택권의 고려방법
- 참여계획회의 결과
- 포괄적 급여제공시 확정된 욕구 내용

- 다른 공적기관들의 정보제공
- 돌봄제공 가족들의 요구: 의료재활 급여 이용시

참여계획절차는 신청인의 요구에 의해 실시되지만, 만약 편입급여를 신청하는 경우, 특별한 규정을 가지고 반드시 실시되어야 한다. 예를 들면, 편입급여(내용, 기간, 양 등)는 참여계획에서 반드시 결정해야 하며, 참여계획 때 장애 당사자는 전체 시간동안 참여해야 한다, 또한 장애인의 개별적 욕구조사가 실시되고 반드시 명시되어야 하며, 그 절차는 다학문적이고 결과지향적으로 삶의 환경과 사회적 환경을 고려하여 개별적으로 실시되어야 한다(상동).

마. 급여 확정(Leistungsentscheidung)

네 번째 단계로서, 욕구조사와 참여계획절차들을 실시한 후 급여확정이 이루어진다. 급여확정에 있어 신청인의 욕구와 선택권이 가장 중요하며(사회법전 제9권 제8조), 무엇보다도 급여 목표와 급여 내용이 신청인의 욕구에 합치되어야 한다. 그리고 급여확정 시 개인예산제로 실시 가능한지에 대한 문제도 다루어져야 한다. 이때 신청인의 욕구도 반드시 고려되어야 하지만, 담당기관도 어떤 형태의 급여 제공이 가장 적절한지에 대해 선택해야 한다. 만약 신청인의 욕구와 대치되는 경우 담당기관은 그 결정에 대한 사유를 밝혀야 한다.

신청부터 급여확정까지 기간은 단일의 담당기관이 참여하는 급여인 경우 일반적으로 3주 이내에 모든 절차가 이루어지며, 욕구조사를 전문 평가자가 실시할 때에는 조사결과 제출 후 2주 이내에 급여 확정이 이루어진다. 하지만 욕구조사를 포함한 여러 담당기관이 참여하는 경우에는 신청 접수부터 6주 이내에 급여가 확정되어야 하며, 참여계획회의를 실시한다면 주 담당기관으로부터 신청서 접수 후 두 달 이내에 급여가 확정되어야 한다.

바. 참여급여 실시(Durchführung einer Leistung zur Teilhabe)

급여가 확정되거나 이전에 참여계획에서 급여 합의가 되었다면 참여급여들은 신청인에게 제공된다. 급여들은 질적보장 하에 제공되며, 담당기관들은 급여제공지침 또는 급여제공원칙을 준수한다. 급여들은 신청인의 개별적으로 확정된 참여목표들을 고려하면서 사회공동체 참여가 가능하도록, 신속하고 효과적이며 지속적으

로 제공된다. 그때 참여급여 운영과정에서 장애인은 적극적으로 참여하며, 담당기관들은 가능한 자기책임 하에 급여들을 이용할 수 있도록 많은 공간들을 제공하며 장애인의 자기결정을 지원한다.

참여급여 실시 과정이나 급여 이용 마지막까지 장애인과 담당기관들은 목표지향적인 상호정보제공과 협력을 해야 하며, 급여 이용이 끝나면 담당기관은 최종보고서를 작성한다.

사. 참여급여 이후 활동(Aktivitäten zum bzw. nach Ende einer Leistung zur Teilhabe)

마지막으로 참여급여 이용 때 또는 참여급여의 실시 후 주 담당기관은 장애인이 후속적이거나 다른 급여들을 필요로 하는지를 조사하여 적절한 전환을 보장한다. 이것을 위해 장애인의 또 다른 욕구 발생 시 담당기관은 장애인의 동의를 얻어 적시에 후속 담당기관과 접촉하여 중요한 서류들 또는 기존의 참여계획서를 연계한다. 예를 들면, 의료재활을 이용한 장애인이 단계적인 참여를 위해 근로생활 참여급여를 이용하고자 하는 것을 들 수 있다.

담당기관은 일반적으로 참여급여 실시 마지막에는 최종보고서를 작성하는데, 이때 참여급여 실시에 관한 과정과 결과 뿐 아니라 후속급여를 제안하여 장애인에게는 후속급여의 이용에 대한 동기를 부여한다. 또한 주담당기관은 장애인에게 후속기관의 서비스들에 대해 상담을 제공하거나 그와 관련된 상담소를 중재한다.

(3) 주요 기관[21)]

현재 독일의 장애인서비스 전달체계에 있어 중요한 역할을 담당하는 기관은 '상담소(Ansprechstelle)'를 들 수 있다. 상담소는 장애판정을 받은 후 장애인들에게 분산되어 제공하는 전달체계로 인하여 나타나게 되는 어려움들을 개선하고, '장애인의 재활과 사회참여 영역에서의 모든 문제에 대한 정보 제공과 급여 과정에서의 지원'을 목적으로 설립된 기관으로써, 이전의 '공동서비스센터(Gemeinsame Servicestellen)'가 전환한 기관이다(황주희·김용득·김용진 외, 2017). 상담소는 사회법전 제9권의 개정에 따라 2018년 1월 1일부터 운영되어 공공서비스센터의

21) REHADAT-Portal talentplus. (2022). Ansprechstellen. https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Ansprechstellen/에서 2022.6.16. 인출

역할과 기능을 이어받으면서, 보다 훨씬 강력한 장애인 이용자 중심의 역할과 지원 방식을 추구한다. 예를 들면, 장애인 급여 및 서비스들을 제공하는 모든 담당기관의 직원들이 모여 있으며, 장애인 급여에 관한 정보제공, 상담, 절차 지원과 조정 등 급여 이용의 모든 과정을 지원하고 있다. 특히 2019년도부터 사회부조 급여에서 벗어나 하나의 고유한 급여로서 모든 장애인이 이용할 수 있는 '편입급여(Eingliederungshilfe)'와 장애인 급여들을 자기결정 하에 계획하고 결정하여 현금급여 형식으로 사용할 수 있는 '개인예산제도'에 대한 계획과 상담도 상담소에서 진행한다. 이처럼 상담소는 장애인에게 장애판정 후 소득보장, 고용서비스, 사회서비스 영역의 급여 및 서비스들을 바로 연계해 주는 최전선의 역할을 담당하고 있다. 물론 각 재활담당기관, 통합청, 의료보험조합도 장애인 급여에 관해 정보를 제공하고 연계해 주고 있지만, 정보제공 및 급여 서비스 이용에서의 종합적이고 광범위한 지원은 상담소가 가장 강력하게 실행하고 있다. 또한 상담소는 장애인 뿐 아니라 그 가족, 그리고 장애인을 고용하는 고용주 등 장애인과 관련된 사람들에게도 정보제공과 상담을 제공한다.

(4) 서비스 제공방식[22)]

독일의 참여급여는 세 가지 방식-현물급여, 현금급여, 혼합급여-으로 제공된다. 현물급여(Sachleistung)는 담당기관이 급여수급권자에게 서비스, 병원 치료, 현물(예: 보조기), 기관 이용을 제공하고, 그 비용을 부담하는 방식에 속한다. 현금급여(Geldleistung)는 현금 형식으로 급여를 급여수급권자에게 제공하는 것으로, 현금을 가지고 필요한 서비스를 자기책임 하에 구입할 수 있다(Rehadat, 2017). 혼합급여(Kombinationsleistungen)는 현물급여과 현금급여를 혼합해서 사용할 수 있는 형태에 속한다.

독일은 전통적으로 다른 국가들과 마찬가지로 현물급여 방식으로 참여급여를 제공하였다. 그러나 2008년 개인예산제(Persönliche Budget) 도입 이후 현금급여 형태의 급여 이용이 가능하게 되었고, 현재 참여급여에 있어 가장 중요한 급여제공 형태로 인정받고 있다.

개인예산제의 법적 도입배경은 '자기결정의 강화'이다. 사회법전 제9권 제29조

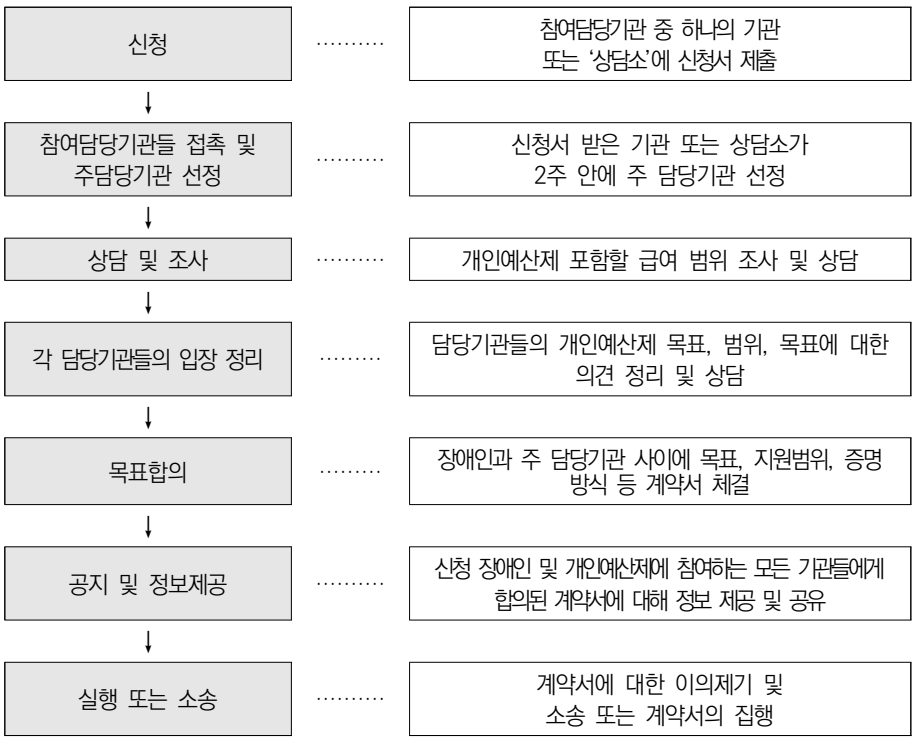
22) 이하 내용은 본 연구자가 참여한 '사회서비스 분야 개인예산제도에 관한 기초연구(2019)'를 바탕으로 최신내용을 수정 보완하여 작성하였다.

제1항에 따르면 '사회 참여 급여는 급여권자가 고유한 책임 하에 가능한 자기결정적인 삶이 가능하도록 급여권자의 신청으로 개인예산제 급여 형태로 실행된다'고 분명하게 밝히고 있다(Bundesministerium der Justiz. 2022a). 특히 '연방참여법(Bundesteilhabegesetz)'의 계획에 따라서 별도로 존재했던 '개인예산제 시행령(Budgetverordnung)'이 폐지되고 2018년도에 사회법전(SGB) 제9권 제29조에 편입되어 고유의 법적 규정으로 포함되었다(Bundesagentur für Arbeit, 2021). 이것은 예산제가 자기결정에 근거한 장애인의 사회참여와 통합에 핵심적인 역할을 할 수 있음을 보여주고 있다.

개인예산제의 대상자는 참여급여(Teilhabe Leistungen)를 요구하는 모든 '장애인과 장애위험이 있는 사람'이 해당된다. 이러한 대상자 범위는 사회법전 제9권에 진술된 법적 장애인의 정의와 동일하다. 사회법전 제9권 제2조 제1항에 의하면 '장애인이란 신체적, 정서적, 지적 또는 감각적 침해를 가지고 있으며, 그 침해가 관점과 환경에 근거한 장벽과의 상호작용으로 인해 명확히 6개월 이상 사회에 동등한 권리를 가지고 참여하는 데 어려움을 가질 수 있는 사람들'이라고 진술하고 있다. 그래서 현재 장애가 분명하게 나타난 사람 뿐 아니라 만성적인 질병이나 진행성 질병으로 인하여 일상생활의 어려움을 가질 수 있는 사람들을 포함시키고 있다(이한나, 김윤영, 이민경, 김동기, 김용진, 이정기, 전지혜, 2019). 이 외에 다른 예산제 대상자 선정기준은 존재하지 않는다. 즉 장애정도, 장애유형, 연령에 상관없이 사회참여와 통합을 위해 개인예산제를 필요로 하는 모든 장애인이 대상자에 포함된다. 예를 들면, 장애아동이 있는 부모나 가족도 예산제를 신청할 수 있으며, 지적장애인과 자폐성장애인, 그리고 정신장애인도 이용 가능하다. 또한 재가 장애인뿐 아니라 거주시설에 생활하는 장애인도 장소에 상관없이 예산제를 통하여 자신들의 욕구에 기반한 서비스를 조직화할 수 있다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales., 2022).

개인예산제는 장애인이 요구하는 급여와 참여하는 담당기관의 포괄성에 따라 "단순개인예산제"와 "포괄개인예산제"로 구분하여 이용과정의 차이를 보인다. 단순개인예산제는 장애인이 단일 급여를 예산제로 이용하는 것을 의미하며, 일반적으로 하나의 담당기관이 담당하는 형태이다. 그래서 장애인이 급여담당기관에 직접 신청하고, 급여 대상 여부를 심사 후 현금으로 제공받는다. 그러나 포괄개인예산제는 두 가지 이상의 다른 급여를 개인예산제로 이용하기 원하는 경우로서 급여 포괄성에 따라 다수의 담당기관이 함께 참여하는 형태이다. 이 경우, 이용과정은

단순개인예산제보다 더 복잡하며 일반적으로 다음과 같은 전달체계를 통해 이용하게 된다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales., 2022).



[그림 Ⅳ-3] 포괄 개인예산제 절차

자료: 조윤화 외(2016) 맞춤형 서비스를 위한 장애인복지서비스 급여체계 개편방안 연구. 한국장애인개발원. p.84

가. 신청

참여급여(Leistungen zur Teilhabe)의 개인예산제 형식의 이용을 위한 첫 번째 과정은 '신청'이다. 개인예산제는 신청주의를 원칙으로 장애인 당사자, 장애아동의 부모 및 지적 및 자폐성 장애와 같은 발달장애인도 직접 신청가능하다. 신청서는 참여담당기관의 온오프라인에서 제공하며, '참여담당기관(이하 '담당기관')' 중 한 곳이나 '상담소(Ansprechstelle)'에 제출하는 방식이다. 이때 다양한 기관

이 참여하는 예산제일지라도, 한 번의 신청만으로도 포괄적인 심사과정이 이루어진다. 신청서에는 다음과 같은 11개의 상위항목과 다양한 세부항목들로 구성되어 있다.

〈표 Ⅳ-6〉 개인예산서 신청서 항목

구분	세부항목
접수기관 및 담당자	신청서 접수기관명, 접수 담당자명, 첫 번째 상담 날짜, 후속 상담 날짜, (상담시) 지원 여부, 동석자여부(예: 법적 보호자, 치료하는 의사 및 관련 사람들)
신청자 진술	성함, 성별, 생년월일, 출신국가, 주소, 의료보험, 연금보험, 의료보험 번호, 지원욕구그룹, 동등 그룹여부, 장애정도(GdB)
은행계좌	은행명, 계좌번호, 계좌명
급여범위 중 신청 급여	의료 급여, 근로생활 참여 급여, 사회적 참여 급여, 교육에 대한 참여, 돌돕급여 및 보충 급여, 기타 급여 (가능한 구체적인 급여 종류, 급여수준, 급여 형식 등)
참여가능한 급여담당기관 (주소 및 담당자)	의료보험, 노동에이전트, 사고보험, 연금보험, 전쟁희생자원호청, 공적청소년지원,사회부조/편입급여, 돌봄보험, 통합청
기존의 승인고지 또는 거부고지	담당기관의 진술, 해당 급여, 고지날짜, 검사자료 및 검사보고서 등 (가능한 복사본 첨부)
참조	욕구와 선택의 권리에 따라 급여를 현금, 현물, 쿠폰 또는 일회적 또는 정기적인 현금급여로 이용할 수 있음을 신청자에게 통지
동의설명/이의제기 권리	날짜, 장소, 서명(신청인/법적 대리인)
서명	날짜, 장소, 서명(신청인/법적 대리인)
신청 승인	날짜, 장소, 담당자 서명
결과	신청서 접수날짜, 상담과정/결과, 주담당기관으로 신청서 이송(사유), 담당기관의 입장, 포괄적 욕구판정절차 형태(서류 절차/참여계획회의), 재제출/기타 프로세스

자료: Deutsche Rentenversicherung. (2022). Antrag auf Leistungen in Form eines Persönlichen Budgets. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/SharedDocs/Formulare/DE/Traeger/Bund/_pdf/G9550.html 에서 2022. 9.21. 인출

신청과정에서 장애인은 '상담소(Ansprechstelle)'와 '보충적 독립참여상담소(Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung: EUTB)'의 상담과 지원을 받을 수 있다. 두 기관 모두 장애인이 참여급여를 이용하는 데 있어, 전문적이고 포괄적

인 상담과 지원을 제공하는 기관에 속한다. 특히 EUTB는 동료상담 형식으로, 참여급여 이용과 개인예산제 이용에 있어 포괄적인 상담을 제공하고 있다. 두 기관 모두 상담비용은 무료이다. 이외에도 개인예산제를 지원하는 (민간)기관들이 예산제를 신청하는 데 있어 상담과 지원을 제공하고 있다(Einfach Teilhaben, 2022).

장애인의 예산제 신청서를 접수받은 기관은 개인예산제에 포함된 담당기관에게 통지하고 2주 이내에서 참여담당기관 중에서 주 담당기관을 결정해야 한다(이한나, 김윤영, 이민경, 김동기, 김용진, 이정기, 전지혜, 2019).

나. 욕구 확정

개인예산제 형식의 급여이용을 위한 두 번째 단계는 장애인의 '욕구 확정'이다. 만약 이전에 욕구조사를 통해 제공받고 있는 기존의 현물 형식의 급여를 개인예산제 형식으로 이용하고자 할 때에는 재조사 없이 바로 변경 가능하다. 그러나 첫 번째 예산제 신청인 경우 담당기관의 입장 정리와 신청자의 욕구조사를 포함하는 '지원계획회의(Hilfeplankonferenz)' 또는 '예산제회의(Budgetkonferenz)' 가 실시된다. 우선 예산제에 참여하는 각 담당기관은 신청자가 신청한 급여들과 관련하여 다음과 같은 사항들을 포함한 입장을 정리하고 문서로 제시한다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales., 2022):

- 장애인의 선택과 욕구를 고려한 예산제 형식으로 포함할 수 있는 급여 범위
- 현금 또는 쿠폰 형식의 개인예산제 액수
- 목표합의에 대한 내용
- 상담 및 지원욕구에 관한 의견

담당기관의 의견 확정과 함께 예산제 회의에서는 신청자의 '욕구판정절차(Bedarfsfeststellungsverfahren)'가 중요하게 포함된다. 즉 주담당기관은 신청자의 개별적 욕구를 구체화하고 확정하는 포괄적인 욕구조사를 실시한다(사회법전 제9권 제14장 제2절 제1항).

욕구조사는 체계적인 절차(자료수집, 분석 및 문서) 안에서 검사, 설문지, 소견서 등을 포함하는 표준화된 도구 또는 주담당기관에 위임받은 전문 검사자의 사회의학적 평가를 통해 이루어지며, 다음과 같은 내용들을 중심으로 실시된다(Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e. V. 2022):

- 장애 또는 건강상의 문제 또는 침해의 존재 여부 또는 예상
- (건강상의) 침해가 (사회적) 참여에 미치는 영향
- 참여를 위한 급여들의 목표
- 성공적인 목표 도달을 위해 필요한 급여들

장애인의 욕구확정을 위한 포괄적 욕구조사는 시간적 지연과 다중 조사로 인한 부담감을 피하기 위해 주담당기관은 다른 담당기관과 협력하여 실시한다(Assistenz- & Budgetberatung, 2022). 욕구조사는 개별적인 삶의 상황들과 환경을 고려하여 개별적으로 진행한다. 이는 장애인 자신의 일상생활에 관한 기록지나 가족들의 특별한 요구는 욕구조사에서 중요한 자료가 될 수 있다.

욕구 확정을 위한 예산제회의에는 장애인(신청인) 뿐 아니라 신뢰하는 동반자(예산지원인 또는 예산상담가), 예산제에 참여하는 모든 담당기관 또는 보충적 독립상담소가 함께 참여한다(상동).

다. 목표 합의

세 번째 단계는 '목표 합의'이다. 즉 포괄적 급여에 참여하는 각 급여 담당기관에 의한 각 욕구 조사 이후 신청인과 주담당기관 사이에 목표합의서를 작성하여 공식적이고 법적인 계약을 체결한다. 목표합의서에는 사회법전 제29조 제4항에 근거하여 다음과 같은 핵심사항들이 최소한 포함되어야 한다(Bundesagentur für Arbeit, 2021):

- 개인별 지원목표 및 급여목표의 설정
- 개인별 욕구의 충족을 위한 사후 증명 방식
- 질적 보장에 대한 규정
- 총 예산제와 개별 예산제의 액수

만약 높은 지원의 욕구를 요구하는 중증장애인의 경우, 개인예산제 관리를 위해 소위 '예산보조인(Budgetassistenz)'이 필요하다. 그래서 목표합의서에 핵심사항 이외에 예산보조인을 통한 상담과 지원욕구에 대한 비용부담 규정을 추가적으로 삽입하여야 한다(Deutscher Paritatischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V., 2009).

목표 합의에 포함될 수 있는 추가적인 사항으로는 '임금 변동으로 인한 예산 비용의 추가'를 들 수 있다. 예를 들면, 장애인이 예산제로 직접 돌봄 제공자를 고용하는 경우, 매년 상승하는 임금을 고려한 예산 비용을 목표 합의 과정에서 논의하고 포함시켜야 한다. 또한 장애 또는 질병이 지속적으로 악화되거나 진행되어 돌봄 제공자의 비용이 계속적으로 증가하게 될 때, 목표 합의 과정에서 결정된 예산제 비용이 초과하는 것을 예외적인 상황으로 인정할 수 있다(Rummel, 2011; 이한나, 김윤영, 이민경, 김동기, 김용진, 이정기, 전지혜, 2019에서 재인용).

라. 확정과 공지

개인예산제 이용절차의 네 번째 단계는 '확정과 공지'를 들 수 있다. 신청인과 담당기관들 모두 목표합의가 이루어진 후 주 담당기관은 개인예산제에 참여하는 모든 담당기관의 이름을 대표하여, 신청인에게 합의계약서를 공식적으로 공지하며 예산제에 참여하는 각 기관들에게도 공유한다(Betanet, 2022. 8. 3.). 공지문에는 확정된 급여 욕구, 급여 제공의 형태(현금 또는 쿠폰), 급여 중 전체 또는 부분 개인예산제 액수, 지원 기간 등이 포함된다(김미옥, 김동기, 김용진, 이한나. 2021). 그러나 신청한 장애인이 합의계약서에 동의하지 못할 경우 법적으로 행정소송을 제기할 수 있다, 급여 중 장애인과 주 담당기관 사이에 의견 차이가 있는 경우에는, 명백하게 합의된 급여를 우선적으로 예산제 형식으로 제공하며, 다른 급여들은 장애인과 해당 담당기관과 다시 논의하여 확정한다(Rummel, 2011; 김용득, 이동석, 김용진, 박광옥. 2017, 재인용).

마. 예산제 운영

개인예산제 이용절차의 마지막 단계는 '예산제 운영'이다. 합의계약서의 공지와 장애인의 이의제기가 없다면 예산제의 법적 효력은 공지 이후 바로 발생한다. 그리고 주 담당기관은 계약서에 따라서 매월 장애인에게 현금으로 지급하거나 일시불로 제공하기도 한다(김용득, 이동석, 김용진, 박광옥. 2017).

예산제는 일반적으로 현금으로 지급되지만 특별한 경우에는 쿠폰으로 제공된다(사회법전 제9권 제2조). 예를 들면, 돌봄급여에서 예산제를 오용 또는 부정사용을 예방하기 위해서 쿠폰을 통해 돌봄서비스 제공기관의 돌봄 보조인을 고용하는 데 사용한다(김용진, 2017).

예산제 운영과정에서 비용 증명은 장애인과 담당기관 사이에 합의된 계약서에 준하여 실시한다. 그러나 비용 증명은 예산의 행정적 증명보다는 서비스의 질적인 증명-장애인의 서비스 이용 후 자기결정과 자기 역량의 강화 여부-이 더욱 중요하게 포함된다. 그래서 사후적인 비용 증명 대신에 목적에 합당하게 급여 사용을 위한 책임을 목표 합의에 포함시키고 있다. 또한 급여 이용 결과의 질적 검증('의도한 목표에 도달했는가?')과 장애인의 만족도에 대한 검증을 통해 예산제의 질적 보장을 강화하고 있다(Martina Steinke, 2009; 김용진, 2016; 김용득, 이동석, 김용진, 박광옥. 2017, 재인용).

예산제의 운영에는 고용주 모델, 소비 모델, 양도 모델로 구분할 수 있다(Betanet. 2022. 8. 3.). 먼저 고용주 모델(Arbeitgebermodell)은 장애인이 고용주로서 서비스를 제공하는 개인(예: 보조인)을 직접 고용하는 형태이다. 이에 장애인은 고용주 역할을 감당해야 하며, 해당 서비스를 제공하는 사람(들)에 대한 법적 휴가의 제공과 같은 노동법적 규정을 준수해야 한다(김용진, 2016). 이 경우 장애인과 서비스 제공자 사이의 법적인 근로분쟁에 대비하여 세무 상담가 또는 소득세 상담사무소의 비용 지원을 개인예산제에 포함되어야 한다(Betanet. 2022. 8. 3.).

두 번째 모델은 소비 모델(Einkaufsmodell)로서 장애인이 필요한 서비스(예: 보조공학적인 컴퓨터 등)를 시장에서 구입하는 형태임을 의미한다. 그리고 소비모델의 하위형태로서 예산을 서비스 제공기관이나 사회(복지)기관에서 필요한 서비스를 구입하는 서비스 모델(Dienstleistungsmodell)이 포함된다. 마지막으로 양도 모델(Abtretungsmodell)은 장애인이 예산제를 다른 사람, 다른 기관 또는 다른 전문 에 위임하는 형태에 속한다. 그래서 위임받은 사람, 다른 기관 또는 다른 전문 기관은 예산제로 필요한 지원들을 조직화하고 예산제를 위한 비용담당기관과 함께 산정한다. 이러한 세 가지 운영모델은 다음과 같은 장단점을 가지고 있으며, 장애인의 상황과 욕구에 따라서 선택하고 사용할 수 있다(상동).

〈표 Ⅳ-7〉 개인예산제 운영방식의 장단점

운영방식	장점	단점
고용주 모델	• 높은 자기결정 수준 • 개인적 욕구의 높은 충족가능성과 높은 유연성 • 욕구 중심의 급여를 이용하는데 적합	• 높은 행정비용 • 보조인의 상황(질병 또는 휴가 등)에서 스스로 찾아야 하는 대안 • 고용주 역할로서 높은 책임감 필요

운영방식	장점	단점
소비 모델	• 고용주 모델보다는 행정비용의 감소 • 서비스 제공자를 통한 대안의 조직	• 장애인의 욕구 및 바람과 서비스 제공기관과의 상충 • 시장에 존재하는 서비스 제공기관의 제공 유무에 좌우되는 서비스 범위와 유연성 • 서비스 모델에서 비인가 기관의 서비스 이용(예: 불법체류자)시 위험 발생(예: 벌금)
양도 모델	• 장애인에게 낮은 행정비용 부담 • 여러 보조인을 통한 지원 가능	• 장애인의 욕구에 부합되지 않을 가능성 발생 • 다른 모델처럼 낮은 장애인의 자기결정

개인예산제의 총액은 욕구판정 단계에서 확정된 장애인의 개별적 욕구를 모두 충족해야 한다. 이때 개인예산제로 확정된 급여 수준은 기존의 개별적으로 확정된 현물급여의 총액을 초과하지 못한다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2022). 이와 마찬가지로 예산제 안에 각 개별 급여들의 액수도 현물급여의 단가 수준에 상응해서 산정된다. 그러나 비용 단가에 있어 현물 서비스와 현금 서비스에 차이를 보이는 대표적인 급여로 '돌봄급여(Pflegeleistung)'를 들 수 있다. 돌봄급여는 피돌봄인이 자신의 상황과 욕구에 따라서 적절한 돌봄을 받으면서 자기결정적인 삶을 살아갈 수 있도록 지원하는 급여로서 다양한 항목으로 구성되어 있다. 그 중 '재가돌봄(häusliche Pflege)'은 피돌봄인의 돌봄정도(Pflegegrad)에 따라서 현물급여 형식으로 매월 724유로에서 2,095유로를 받을 수 있다. 그러나 재가돌봄을 현금으로 이용 시 단가는 매월 316유로에서 901유로로 현물급여 총액의 절반 이하의 수준으로 제공받는다(Pflege durch Angehörige, 2022). 그것은 돌봄이란 전문성이 요구되는 것으로 돌봄제공기관을 통한 전문적인 서비스가 보다 중요하며, 특히 돌봄서비스가 오지 않는 시간에는 가족들이 돌봄을 제공해야 하는 어려움이 존재하기에 현물급여의 비용 단가를 더욱 높게 산정하고 있다(상동).

예산제를 사용할 수 있는 급여는 장애인에게 제공하는 모든 '참여급여(Teilhabeleistungen)'를 포함한다. 참여급여란 사회법전 제9권(장애인의 재활과 참여) 제1조에 따르면 장애인의 자기결정과 사회 공동체의 완전하고 동등한 참여를 촉진하고 불리함의 예방과 제거를 목적으로 제공하는 모든 급여를 의미한다

(Bundesministerium der Justiz, 2022).

독일의 참여급여에는 서로 다른 5개의 급여영역(의료적 재활 급여, 근로생활 참여 급여, 사회 참여 급여, 교육 참여 급여, 생계비와 보충급여)이 있으며, 각 영역 안에는 다양한 세부적인 급여들로 구성되어 있다. 그리고 각 급여들의 비용을 제공하는 여러 '담당기관(Träger)'으로 공적의료보험, 공적돌봄보험조합, 공적연금기관, 공적사고보험기관, 고령농업보장기관, 전쟁보훈기관, 청소년기관, 사회부조기관, 통합청 및 연방노동에이전트가 존재한다. 이때 참여급여와 관련된 모든 담당기관과 모든 급여들은 개인예산제 형태로 사용할 수 있는 범위에 속한다. 더욱이 2005년에는 담당기관들이 참여급여들을 개인예산제 형태로 의무적으로 제공할 것으로 법적으로 규정하여 장애인이 선택할 수 있는 기회를 제공하고 있다 (Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2022).

예산제의 용도는 예산제에 참여하는 담당기관과 장애인 사이에 체결한 합의계약서의 진술 수준에 좌우된다. 즉 합의 계약서에 예산제의 구체적인 사용 목적과 개인별 욕구 충족을 위한 사후 증명 방식이 구체적으로 진술되어 있다면, 기본적으로 계약서의 내용에 준하여 사용해야 한다. 그러나 예산제 목적에 크게 벗어나지 않는 범위 내에서 사후 증빙이 필요하지 않거나 여가활동 지원과 같은 특정한 급여에서는 용도에 제한을 두지 않는다.

예산제의 용처와 관련해서는 기본적으로 제한을 두지 않는다. 개인예산제 운영방식에서 전술했던 것처럼 장애인이 참여급여들을 매월 현금으로 받은 후, 자신의 상황과 욕구에 따라서 세 가지 운영모델(고용주 모델, 소비자 모델, 양도 모델)을 선택하여 이용할 수 있다. 특히 돌봄급여의 경우 돌봄서비스 제공기관의 전문 서비스 뿐 아니라 돌봄서비스를 제공하는 개인을 직접 고용하거나 장애인의 가족, 친척, 이웃 등으로부터 돌봄을 개인예산제 형식으로 사용할 수 있다.

독일의 개인예산제 특징으로는 전술한 것처럼 하나의 서비스 제공방식으로서 장애인이 참여급여를 신청시 예산제를 선택할 수 있다는 점에 있다. 이것은 참여급여를 제공하는 모든 담당기관이 예산제 형식으로 제공해야 하며, 이에 관한 정보를 제공해야 할 의무가 있다. 따라서 모든 장애인이 장애유형과 장애정도, 연령, 장소에 상관없이 예산제 형식으로 참여급여들을 신청할 수 있다.

독일의 개인예산제의 또 다른 특징으로는 장애인의 욕구와 자기결정을 지향하고 있다는 점에 있다. 개인예산제 절차에서 '지원계획회의(Hilfeplankonferenz)' 또는 '예산제회의(Budgetkonferenz)' 안에서 장애인의 욕구를 조사하는 것을 매우

중요한 요소로 바라보고 있으며, 이를 통하여 장애인의 욕구에 근거한 급여들을 포함시키고 있다. 특히 장애인에게 확정된 급여들은 다양한 운영방식을 통하여 용처에 제한 없이 민간기관 뿐 아니라 가족과 이웃 등 자신의 상황에 따라서 선택할 수 있다.

이러한 장점과 다르게 개인예산제의 단점으로는 용도 측면에서 장애인과 담당기관과의 합의된 계약서의 내용(사용목적, 증빙방식 등)을 준수해야 한다. 물론 용도에 제한이 없는 급여들도 존재하지만, 일반적으로는 급여 목적과 계약서에 따른 사용을 지켜야 한다. 이와 함께 급여 사이의 유연성은 제한적이다. 즉 예산제 계약서에 각각의 급여 수준이 확정되어 있다면 그 안에서 사용해야 한다. 만약 장애인의 상황에 따라서 급여 종류와 급여 수준을 변경하고자 할 때에는 주 담당기관 또는 급여 담당기관에 통지하거나 협의하여야 한다.

예산제를 이용하는 장애인의 최신 통계자료는 없지만 연방노동사회청에 따르면, 2013년을 기준으로 약 20,000건 이상 개인 예산제 형식이 승인되었다. 예산제를 이용하는 기간으로는 약 33개월에 아르고 있으며, 예산제를 이용하는 평균 연령은 38.9세로 나타났다. 예산제의 범위는 가장 적은 수준으로 매월 36유로부터 가장 높은 수준은 12,683유로로 다양하게 분포되어 있으며, 예산제 총액의 평균 수준은 매월 200유로에서 800유로 사이로 나타나고 있다(Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung, 2022).

또 다른 예산제 현황으로는 연방정부의 세 번째 '참여보고서(Teilhabebericht, 2021)'에 의하면, 사회부조 영역(편입급여와 돌봄급여)에서 2014년부터 2018년까지 개인예산제를 이용하는 이용자의 수는 9.9%의 증가율(2014년 9,473명에서 2018년 10,410명)을 보이고 있다. 이처럼 개인예산제는 장애인이 요구하는 급여들의 이용에 있어 하나의 중요한 형태로 자리 잡고 있음을 알 수 있다.

4) 시사점

지금까지 살펴본 독일 사례를 통하여 다음과 같은 시사점을 제시할 수 있다.

첫째, 장애인의 동등한 시민적 권리를 기반으로 전달체계를 포함한 장애인정책을 강력하게 개혁하고 있다. 여기서 개혁은 '동등한 권리로서의 장애인의 사회참여'라는 지향점을 가지고, 법적 토대 뿐 아니라 제도적 측면에서도 광범위한 변화가 진행되고 있다. 즉 장애인정책은 장애인을 수혜적인 대상자만이 아닌, 동등한

권리를 가진 시민으로 바라보며 완전한 사회참여를 목표로 변화되고 있다는 점이다. 이러한 변화의 근거는 '연방참여법(BTHG)'이 제공한다. BTHG는 장애인권리협약(CRPD)을 독일 자국 내에서 이행하기 위해 2017년부터 2023년까지의 중요한 국가적 계획을 4단계로 제시하고 있는 법률이다. 그 법률을 통하여 법적인 측면뿐 아니라 제도적으로 '완전한 사회모델에 기반한 장애 개념의 변화', '독립된 급여로서의 편입급여 제공', '보충적 독립참여상담' 등과 같은 개혁이 이루어지고 있다. 그리고 개혁의 바탕에는 '사회적 권리'로서의 장애인 정책의 실시가 자리 잡고 있다. 법적 측면에서 또 다른 시사점은 사회법전(SGB)에서 찾아볼 수 있다. 독일 시민의 권리를 총 12권으로 편찬된 사회법전 중 제9권을 살펴보면 '장애인의 재활과 사회참여'라는 명칭의 장애인의 권리에 관한 법률이 포함되어 있다. 즉 제9권을 통하여 장애인의 사회참여와 통합을 위해 요구되는 급여 및 서비스들을 명확하게 밝히고, 사회법전의 다른 법률에서 장애인의 특성과 다양한 요소(장애정도, 연령, 성별 등)를 고려한 조항들을 삽입하고 있다. 이는 제9권이 장애인을 위한 기본법으로서 다른 법률들과 동등한 관계 속에서 장애인 정책을 이끌고 있음을 알 수 있다. 결국 사회법전 제9권이 차지하는 위치와 연방참여법 제정을 통한 장애인 정책의 변화는 '권리로서의 장애인의 사회참여'를 보여주는 중요한 시사점인 것이다.

둘째, 자기결정적인 장애인정책을 지향하고 있다. 자기결정적이란 자신의 생활과 욕구를 고려하여 장애인 서비스 및 급여들을 선택하고, 그 과정에서 장애인의 목소리를 반영한다는 것을 의미한다. 이러한 자기결정에 기반한 장애인 정책은 우선 장애 등록절차에서 볼 수 있다. 예를 들면, 장애판정 시 장애인이 자신의 건강상태와 일상에서의 경험을 기술한 기록지를 제출할 수 있으며, 또한 장애판정 신청서에 장애인이 원하는 '건강상의 특징'을 선택할 수 있다. 이를 통해 의학적인 자료만으로 장애판정을 실시하는 것이 아니라 장애 당사자의 의견과 목소리를 반영하고 있다. 다른 예로는, 개인예산제와 편입급여의 확대를 들 수 있다. 자기결정적인 서비스 이용을 목적으로 제공하는 개인예산제와 사회참여의 강화에 기반한 편입급여의 확대를 통하여 모든 장애인이 신청할 수 있으며, 서비스를 원하는 방식(현금)으로 이용할 수 있다. 이렇듯 독일의 장애인정책은 장애판정부터 서비스 이용까지 자기결정적인 선택에 기반하여 이루어지고 있음을 알 수 있다. 이것은 권리로서의 장애인 정책과 일맥상통하는 지점으로, 자기결정적인 시스템 구축이 얼마나 중요한지를 보여주고 있다.

셋째, 장애인 중심의 정보제공 및 상담 서비스를 구축하고 있다. '연방참여법

(BTHG)' 2단계 계획에 따라, '상담소(Ansprechstelle)'와 '보충적 독립참여상담소(EUTB)'가 2018년도부터 새롭게 설치되고 있다. 두 기관의 공통점은 장애인 서비스 및 급여 이용에 있어 전문적이고 광범위한 서비스를 제공하고 있다는 점이다. 두 기관의 차이점은 다음 두 가지 부분에서 찾을 수 있다. 첫째, '상담소'는 장애인 급여를 담당하는 재활담당기관(연금기관, 의료보험기관, 돌봄기관 등) 중 어느 한 기관에 소속되어 있다면, '보충적 독립참여상담소(EUTB)'는 재활담당기관에 소속되지 않고 정보 및 상담을 제공한다는 데 있다. 특히 EUTB는 상담방식 중 '동료상담'을 강력하게 지향하고 있으며, 장애인이 원하는 정보와 최선의 방식으로 상담을 모두 제공받을 수 있는 시스템을 구축하고 있다. 이를 통해 재활담당기관의 입장과 인식에 상관없이, 상담에 따른 당사자의 자기결정적인 서비스 선택과 이용을 보장하고 있다. 둘째, 두 기관 모두 장애인 급여 및 서비스 신청부터 이용까지의 전 과정에서 정보제공 및 상담이 이뤄지고 있지만, EUTB는 장애인 서비스 신청 이전의 상담에 보다 초점을 맞추고 있다. 이러한 차이점에도 두 기관 모두 현재 장애인 급여 및 서비스에 관한 포괄적인 상담에 있어 핵심적인 역할을 담당하고 있다. 또한 두 기관은 일상적 언어를 이해하기 어려운 발달장애인과 정신장애인을 위해 쉬운 언어로 구성된 자료와 상담을 필수적으로 제공하고 있다. 이처럼 서비스를 이용하는 모든 과정에서의 상담 및 정보제공 시스템의 구축을 통해 장애인 중심의 정책을 단적으로 보여주고 있다.

2. 프랑스

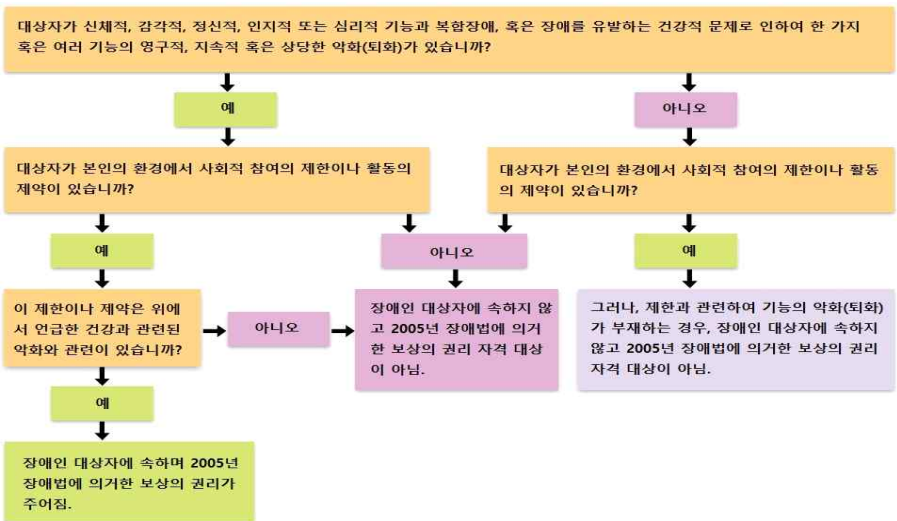
1) 장애 개념

(1) (법적)장애 정의

2005년 2월 11일에 제정된 '장애인의 권리와 기회의 평등, 참여와 시민권 법 제 114조(l'article 114 de la loi n°2005-102 du février pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées)에 의하면, 장애란 "복합적, 심리적, 인지적, 정신적, 감각적, 신체적 기능의 한 가지 이상의 지속적이거나 영구적인, 혹은 심각한 손상 및 건강상의 장

애문제로 인하여 한 사람이 겪는 모든 활동의 한계나 사회생활에서의 참여 제한"으로 정의된다[23].

다음은 장애 여부를 알아보기 위한 기본 도식표로 2005년 법의 장애정의에 근거하였다.



[그림 Ⅳ-4] 프랑스 장애여부 확인절차 기본 도식표

자료: DGCS (2017), Guide pratique sur l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés. Outil d'aide à la décision-2017. Ministère des affaires sociales et de la santé.

(2) 서비스별 장애 정의

① 소득 영역 : 성인장애수당 (AAH)

성인장애수당(Allocation aux adultes handicapés)은 장애로 인한 소득활동 상실을 보전하기 위한 사회부조형 급여로서, 일정 수준 이상의 장애율을 판정받은 장애인에게 지급한다. 수급자격은 아동교육수당 수급 연령을 초과하였으며 영구적 장애가 법령으로 정해진 비율 이상에 부합하는 자이다(Article L.821-1 du CSS).

23) 프랑스의 경우 2005년 전까지 법정 장애개념이 존재하지 않았다. 2001년 ICF모델이 개발되면서 장애인의 차별과 인권에 대한 관심이 대두되기 시작하였는데, 장애개념제정은 2001년 고용차별금지법, 2002년 자립이 불가능한 자에 대한 인권보호법 등 이러한 관련법들의 제정 결과물이라 할 수 있다.

정해진 비율 이상이라 함은 영구적 장애율이 80% 이상을 말하며, 50% 이상인 경우 RSDAE(장애로 인하여 고용진입에 대한 상당하고 지속적인 제한이 있는 자)로 인정받은 자를 말한다(Article D821-1 du CSS). 장애율은 도립장애인센터(MDPH)의 다학제팀(EP)이 장애율판정기준서(Guide-barême)의 지침에 따라 장애율을 평가하는데, 장애율판정기준서에서의 장애 정의는 프랑스 장애개념 법적 정의와 일치한다(Annexe 2-4 du CASF). 장애율판정기준서에는 장애가 8가지 유형으로 분류되고 있는데 ①행동의 어려움과 인지손상, ②정신손상 ③청각손상 ④언어손상 ⑤시각손상 ⑥신체내부 및 일반손상 ⑦이동운동기관손상 ⑧신체외양손상이다.

AAH는 소득이 없는 경우 월 919.86유로를 지급받는다. AAH 수급 자격을 위한 기타조건을 알아보면 다음과 같다.

〈표 Ⅳ-8〉 AAH 수급 기타조건

조건	내용
연령	–최소 만 20세 이상이어야 하며, 부모로부터 부양을 받지 않는 경우 만 16세부터 가능 –은퇴연령인 62세에 도달한 경우 장애율 80% 이상인 자는 은퇴연금액과 AAH 수급액의 차등액을 받을 수 있으며 50~79%의 경우는 수급이 종료
소득	–2022년 6월 기준 1인가구 연소득 11,038유로 이하, 부부가구 19,979유로 이하인 경우 (자녀 1인당 5,519유로 추가) –자녀가 있는 경우 총소득인정액에서 5,000유로(둘째부터 1,400유로)를 제한 금액을 소득인정액으로 함
거주	–프랑스 시민인 경우 프랑스 거주하는 경우 –유럽국가 국적인 경우 3개월 이상 프랑스 거주중인 경우 –그 외 국가의 국적인 경우 3개월 이상 프랑스에 지속적으로 거주중인 경우

자료: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F12242

② 고용 영역 : 장애인근로자자격인정(RQTH)

장애인근로자자격인정(Reconnaissance de la qualité de travailleur handicap, RQTH)은 취업 및 경제활동유지를 위한 일련의 조치에 대해 혜택을 받기 위한 자격이다. 장애인근로자라 함은 만 16세 이상으로 하나 이상의 신체적, 감각적, 정신적 또는 심리적 기능의 변화로 인해, 직업을 얻거나 유지할 가능성이 효과적으로 감소된 자를 말한다(Article L.5213-1 du Code du travail). RQTH

의 판정은 공식적 기준이 부재하여 장애인근로자 개념의 정의에 따라 평가자인 EP의 재량으로 판정하고 있으며, AAH 수급자·장애카드소지자·산업재해연금 수급자(10% 이상의 영구적 장애를 가지게 된 경우) 및 장애연금 수급자에게는 자동으로 자격 부여가 된다.

RQTH의 혜택으로는 ①직업훈련지원, 일반기업 및 특수기업 취업알선, ②국가고시 일반전형 응시 경우 장애에 맞춘 시험장 자리 개조, ③공무원 장애인 특별계약 채용 시 지원가능, ④일자리 유지를 위한 대상자의 업무조정, 근로시간조정 및 물질적, 인적지원 등에 대한 기업의 재정적 지원, ⑤각종 취업지원제도 우선 혜택 부여가 있다.

③ 사회 서비스 : 장애보상수당(PCH)

장애보상수당(Prestation de compensation du handicap, PCH)은 장애로 인하여 지출하는 비용에 대한 지원이다. PCH 수급자격으로서의 장애는 ① 일상적 중요 활동(예: 자기 관리)의 수행에 절대적(absolue) 어려움이 있는 경우 (절대적 어려움이란 혼자서 전혀 할 수 없는 경우를 뜻함), ② 일상적 중요 활동에 두 가지 이상의 심각한(grave) 어려움이 있는 경우 (심각한 어려움이란, 해당 활동을 혼자서 수행하는데 어려움이 있는 경우를 뜻함)를 말한다[24]. 이 때 일상적 중요 활동의 어려움은 영구적이거나 최소 1년 예측 가능한 기간이어야 한다(Article L.245-4 du CASF; Annexe 2-5 du CASF). PCH 수급자격은 MDPH의 EP가 장애인 보상욕구평가서(Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées, GEVA)를 참조하여 평가를 하게 된다(décret n°2008-110 du février 2008). GEVA[25]에서 장애는 프랑스 장애개념 법적 정의와 일치한다(CNSA, 2012).

PCH는 인적서비스지원, 동물(안내견)지원, 장애용구지원, 자택개조지원, 교통지원, 특정비용지원 및 예외비용지원, 총 6가지 유형에 대해서 현금지원을 받을 수 있다. PCH 수급자격을 위한 장애조건 외 기타조건에 대해 살펴보면 다음과 같다.

24) [부록 2] 참조: 1. 가족·사회·재정사항, 2. 거주·생활환경, 3a. 학력사항, 3b.경력사항, 4.의학적사항, 5.심리·정신적 상태, 6.활동·기능능력, 7.도움혜택상태, 8. 평가종합

25) libd.

〈표 Ⅳ-9〉 PCH 수급 기타조건

조건	내용
연령	–20세 이상 –20세 미만인 경우 장애아동교육수당(AEEH) 수급자이어야 함 –2020년까지는 60세까지 수급가능하고 예외적으로 직업활동을 하거나 60세 이전에 PCH 수급조건에 해당하는 자의 경우 75세까지 수급신청이 가능했던 반면, 2020년 3월 6일 법에 의하여 2021년 1월 1일부터 60세 이전 장애를 인정받은 경우 75세 이상인 경우에도 수급신청 가능. 단 장기요양보험(APA)를 신청하지 않아야 함
소득	–PCH는 소득의 여부에 따른 지원 가능 유무 기준이 없지만 지원율을 결정하기 위해서 소득기준이 필요함 –연 수입이 27,520.44유로 이하인 경우, 유형별 완전지원(100%) –27,520.44유로 초과인 경우 유형별 부분지원(80%) –소득으로 인정되는 항목은 부동산 및 토지로부터 얻는 수입으로 직업활동소득(배우자 포함)은 해당되지 않음
거주	–신청인이 자택이나 사회 및 의료 사회 시설 또는 의료 기관에 거주하는지 여부에 관계없이 프랑스(본토 및 해외)에 안정적이고 정기적으로 거주한다는 증거를 제공해야 함 –안정적이거나 고정된 집이 없는 사람들은 PCH를 받을 수 있도록 거주지를 등록해야 하며, 프랑스에 최소 3개월 이상 거주하는 외국인은 지원을 받기 위해 유효한 체류증을 소지해야 함 –예외적으로, 프랑스 시설 입소를 할 수 없어 유럽(벨기에, 룩셈부르크, 독일, 스위스, 이탈리아, 스페인)의 케어 시설에 입소한 경우 PCH를 신청할 수 있지만, 체류 기간은 5년 이하이어야 하며 해당 국가의 시설 입소 전 프랑스 체류 중에 PCH를 신청해야 함

자료: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F14202

④ 감면 할인 서비스

프랑스의 감면할인 서비스는 한국의 등록장애인과 같은 통일된 기준이 부재하기 때문에 감면할인 자격기준이 동일하지가 않다. 한국의 장애인이 받을 수 있는 전기·난방·가스요금할인, 교통할인, 세금감면, 입장료할인 혜택에 있어 프랑스의 경우는 전기가스요금할인을 제외한 세 가지가 장애기준이 적용된다. 전기가스요금할인은 소득기준으로 자격부여하기 때문에 장애를 증명할 수 있다고 하더라도 소득기준인 가구 당 연 소득 10,800유로 미만에 해당하지 않으면 혜택을 받을 수 없다.

나머지 세 가지 분야에는 장애기준이 적용된다. 주로 장애율80% 이상이 받을 수 있는 CMI'장애'표기카드 소지여부가 조건으로 작용하는데 교통할인의 경우, 항공 이용 시 2019년 이전까지는 장애율 80% 이상인 CMI'장애'표기카드에 '동반필

요' 표기 소지자의 경우 프랑스 메트로폴리탄 및 프랑스령 해외영토행 비행에 본인 및 동반인에 30~50%할인이 되었지만 현재는 장애인 할인혜택이 없다. 철도의 경우 CMI'장애'표기카드 소지자의 경우 본인이 아닌 동반인만 50%할인이 되며 CMI카드에 '동반필요'와 '시각장애'표기가 된 자는 동반인이 무료이며 추가금액만 본인이 부담한다. 지하철 이용 시 CMI'장애'표기카드 소지자 또는 CMI카드에 '동반필요'와 '시각장애'표기가 된 자의 경우 본인 50%할인 및 동반인 무료혜택을 받는다.

세금감면의 경우 CMI'장애'표기카드 소지자는 가구당 연 소득(세후)이 15,140유로 미만인 경우 2,416유로 소득공제를 받고 연 소득이 15,140~24,390유로 사이인 경우 1,208유로 소득공제를 받는다. 배우자도 같은 조건에 해당하거나 65세 이상인 경우 소득공제액은 두 배가 된다.

박물관입장료의 경우 모든 CMI카드('장애' 또는 '우선'표기) 소지자의 경우 본인과 동반인 모두 무료입장 혜택을 받을 수 있다.

〈표 Ⅳ-10〉 감면할인 서비스

분야	내용
전기,난방, 가스요금할인	○ 소득기준: 한 가구당 연소득 10,800유로 미만 –소득에 따라 최소 48유로 최대 277유로까지 에너지 바우처 지급
교통할인	○ 장애기준: –항공: 2019년 이후로 장애인 할인 없음 철도: 장애율 80%이상인 CMI장애표기카드 소지자 → 동반인 50% 할인 / CMI장애카드에 '동반필요'와'시각장애'표기가 된 자 무료(1등석의 경우 2등석 가격을 기준으로 추가금액 본인부담) 지하철: 장애율80%이상인 CMI장애표기카드 소지자 또는 CMI카드에 '동반필요'와 '시각장애'표기가 된 자 → 본인 50%할인, 동반인 무료
입장료할인	○ 장애기준: 모든 CMI카드('장애' 또는 '우선'표기) 소지자 → 본인, 동반인 무료 입장
세금감면	○ 장애기준: 장애율 80%이상인 CMI'장애'표기카드 소지자 –소득공제 –소득세 감면 –장애인 특별 공제 –증여세 · 상속세 공제 –장애용구 부가가치세 감면 –재가서비스 종사자에 세금 감면

분야	내용
	–장애인 보험료 공제 –의존(장기요양, 장애 등) 관련 지출에 대한 세금감면 –부양 의무비용 공제 –인적도움을 위한 생활물품 장치 지출에 대한 세액 공제 –지방세 감면 –거주세 면제 –토지세 면제 –TV 수신료 면제 –차량 환경보호세 면제 –배기가스 누출세 면제

자료: https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F33667
https://www.sncf.com/fr/offres-voyageurs/voyager-en-toute-situation/accessibilite/priorite-reductions
https://handicap.paris.fr/la-ratp-quels-dispositifs-pour-les-personnes-en-situation-de-handicap/
https://www.impots.gouv.fr/sites/default/files/media/3_Documentation/depliants/gp_125.pdf
https://www.lasourisglobe-trotteuse.fr/les-musees-et-monuments-gratuits-pour-les-handicapes-en-ile-de-france/

서비스별 장애 정의를 표로 정리하면 다음과 같다.

〈표 Ⅳ-11〉 서비스별 장애 정의

영역	대표 제도명	제도 목적	장애 정의	대상자 선정기준
소득 영역	성인 장애수당 (AAH)	사회부조 최소소득 보장	–영구적 장애가 법령으로 정해진 비율 이상에 부합하는 자, 즉 장애율이 80% 이상이거나 50% 이상이면서 RSDAE 인정받은 경우 –AAH 장애율판정기준서의 장애는 프랑스 장애개념 법적 정의와 일치함	장애조건 연령조건 소득조건 거주조건
고용 영역	장애인 근로자 자격인정 (RQTH)	장애인 고용지원	–하나 이상의 신체적, 감각적, 정신적 또는 심리적 기능의 변화로 인해 직업을 얻거나 유지할 가능성이 효과적으로 감소된 자	RQTH 장애정의에 따라 EP의 평가 재량
사회 서비스	장애보상 수당 (PCH)	장애보상 지원	–PCH 장애 기준은 두 가지로, ① 일상적 중요 활동의 수행에 절대적(absolue) 어려움이 있는 경우 ② 일상적 중요 활동에 두 가지 이상의 심각한(grave) 어려움이 있는 경우를 말함	장애(의존수준) 조건 연령조건 소득조건 거주조건

영역	대표 제도명	제도 목적	장애 정의	대상자 선정기준
			-PCH 수급자격은 GEVA를 참조하여 판정하는데 GEVA의 장애는 프랑스 장애개념 법적 정의와 일치함	
감면 할인	전기가스 요금할인	생활안정 지원	-한 가구당 연소득 10,800유로 미만	소득조건
	교통할인	이동지원	-항공: 장애율 80% 이상인 CMI장애 카드 '동반필요' 표기 소지자 -철도: 장애율 80%이상인 CMI'장애' 표기카드 소지자 / CMI'장애'표기카드에 '동반필요', '시각장애동반필요' 표기가 된 자 -지하철: 장애율 80%이상인 CMI'장애'표기카드 소지자 중 카드에 '동반필요'와 '시각장애'표기가 된 자	장애조건
	세금감면	지출지원	-장애율 80%이상인 CMI'장애'표기카드 소지자	장애조건
	입장료 할인	문화생활 지원	-모든 CMI카드('장애' 또는 '우선'표기) 소지자	장애조건

(3) 법적 장애 정의와 서비스별 장애 정의와의 연관성

2005년 2월 11일 개정된 장애인법은 장애인에 대한 제도적 환경을 근본적으로 변화시키게 되는 계기가 되었다. 2005년 개정 전에는 1975년에 최초로 제정한 장애인법을 적용하고 있었는데, 이 법의 제정 목적 중 하나였던 장애인의 사회참여를 실현시키기에는 기존의 법이 가지고 있는 한계가 지적되었다. 즉 장애인을 비장애인과 다른 사람으로 간주하여 사회와 되려 분리시켰던 점, 시설중심으로 인해 장애인의 삶의 방식에 대한 선택권이 좁았던 점, 기본적으로 행정적 접근으로 장애인의 욕구를 평가하고 개인의 삶에 대한 계획을 고려하지 않았던 점, 장애인 당사자가 결정할 여지가 거의 없었던 점, 특정장애(특히 정신장애와 복합장애)에 대한 고려가 부족했던 점, 장애인의 고령화에 대한 돌봄 조치가 부재했던 점, 그리고 건물·교통·노동·문화·여가의 접근을 용이하게 만드는 사회환경의 개조가 열악했던 점이 그것이다. 이러한 점에서 볼 때, 2005년 장애법 개정은 앞서 언급한 한계를 타파하는 특징을 가지게 됨으로써, 장애인으로 하여금 의료·주거·교통·학교·교육·고

용·주택단지 등에서 진정한 평등을 누릴 수 있도록 보편화하기 위한 새로운 법안을 제정하거나 구체적 조치로 보완하여, 시민으로서의 권리 접근을 가능하게 한 것이다. 특히 2005년 개정법에서 강조된 점은, 행정적 논리를 서비스 논리로 대체하여 장애인을 관련 조치의 중심에 둔 부분이다[26]. 이는 장애의 정의에 따라 장애인의 상황과 욕구에 대한 평가가 서비스 자격조건에 대한 행정적 검증을 뛰어 넘어, 전체적이고 다차원적인 접근방식을 기반으로 하게 된 것을 의미한다[27]. 이러한 원칙의 서비스 자격에 대한 판정을 위해 MDPH를 비롯하여 다학제팀, 장애인 권리 및 자립위원회가 2005년 법에 근거하여 신설되었으며, 각 서비스 판정을 위한 도구도 2005년 장애법의 법적 장애정의에 따라 수정 및 새로 도입되었다. 즉 2005년 법적 장애정의는 ICF 모델을 바탕으로 제정된 것인데, AAH 판정도구인 장애율 판정기준서는 CIDIH 모델을 바탕으로 1993년에 개발되었다. 이후 2005년 장애정의가 법적으로 명시됨에 따라 판정기준서의 수정이 불가피하였고, 결국 부분적 수정작업을 거쳐 2007년에 개정된 판정기준서가 현재까지 사용되고 있다. 그러나 여전히 CIDIH 모델을 완전히 벗어날 수 없는 한계가 있다. 반면 2008년 개발되어 PCH 판정과 개별보상계획에 사용되는 GEVA 판정도구는 ICF 관점을 바탕으로 제작된 것으로써 2005년 장애정의와 부합한다[28]. 프랑스의 모든 서비스에 대한 장애판정 절차에서 개별보상계획이 필수적으로 제시되어 장애인의 욕구가 최대한 반영될 수 있도록 한다는 점은, AAH 장애율 판정기준서가 가지는 한계를 극복할 뿐만 아니라 기타 서비스에 대해서도 법적 장애정의가 충분히 연결되어 적용되는 것으로 볼 수 있다.

2) 장애인 법률체계

(1) 주요 장애인 법률 구성(형식적 체계)

프랑스에서 장애인과 관련된 법률은 사회부조 및 가족법전(Code d'action sociale et des familles, 이하 CASF)과 사회보장법전(Code de la sécurité

26) Camberlein, P. (2015). 6. Objectifs et principes généraux de la loi du 11 février 2005. Dans : , P. Camberlein, Politiques et dispositifs du handicap en France (pp. 30-34). Paris: Dunod. p.30-31.
27) Gilbert, P. (2015). La définition du handicap dans la loi de 2005 et le certificat médical. Quels sont les enjeux et comment s'en servir au mieux de l'intérêt de la personne atteinte de troubles psychiques?m Perspectives Psym 54, p.309-315.
28) 조윤화, 김용진, 이호선, 오윤지, 김계정. (2021). 장애인복지법 제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구 III : 중증 피부질환 및 장애인등록체계 개편을 중심으로, 한국장애인개발원, p.118.

sociale, 이하 CSS)에 제시되어 있다. CASF와 CSS는 모두 1956년 제정되었고, 이후로 크고 작은 개정이 이루어지고 있다. 먼저 사회부조와 가족법전의 경우에 총 5권으로 구성되어 있는데, 제1권 일반규정, 제2권 여러 가지 형태의 지원과 사회부조, 제3권 시설 및 서비스에 의해 시행되는 의료사회적 조치 및 사회부조, 제4권 직업과 사회활동, 제5권 특정 해외영토에 적용되는 특별조항이 그것이다.

사회보장법전의 경우에는 사회보험과 보충적 사회복지와 관련된 법률로써 제1권 일반규정, 제2권 일반레짐조직, 기금의 건강,사회적부조 및 예방활동, 제3권 사회보험 및 일반레짐에 소속된 다양한 범주의 인구에 관한 규정, 제4권 산업재해 및 직업질병, 제5권 가족수당 및 유사수당, 제6권 자영업자, 제7권 기타레짐, 제8권 노인수당, 장애인수당, 아동돌봄서비스, 불우한 자를 위한 임시숙소제공 및 지방당국의 지원, 보완적 건강보호, 제9권 급여생활자, 비급여생활자의 보완 및 보충적 사회복지 등 총 9권으로 이루어져 있다.

〈표 Ⅳ-12〉 사회부조 및 가족법전 (Code d'action sociale et des familles)

권	법률명	장 및 내용
제1권	일반규정	제1장. 일반원칙(사회부조권리, 가족정책, 노인, 장애인, 빈곤과 소외철폐, 사회서비스 및 의료사회서비스, 이민자, 세대간동거, 학대) 제2장. 권한 제3장. 절차 제4장. 시설
제2권	여러 가지 형태의 지원과 사회부조	제1장. 가족 제2장. 아동 제3장. 노인 제4장. 장애인 제5장. 일반건강보험외자 제6장. 빈곤 및 소외철폐 제7장. 사회 및 예산 지원 제8장. 장애인 및 노인 거주시설
제3권	시설 및 서비스에 의해 시행되는 의료사회적 조치 및 사회부조	제1장. 허가 대상 시설 및 서비스 제2장. 신고 대상 시설 제3장. 허가, 승인, 인가 및 신고 대상 시설, 거주시설 및 서비스에 대한 공통된 조항 제4장. 특정 카테고리 시설에 대한 조항 제5장. 건강 및 사회적 가격 소송 제6장. 성인을 위한 법적 보호 재정 지원

권	법률명	장 및 내용
제4권	직업과 사회활동	제1장. 사회복지사 제2장. 산모 도우미와 가족 도우미 제3장. 교육자 및 간병인, 미성년자를 집단적으로 수용하는 비정기 교직원, 거주지 상시 직원 제4장. 노약자 및 장애인 활동보조인 제5장. 사회복지교육 제6장. 직업자격인정 제7장. 성인보호를 위한 사법 대리인 및 가족 혜택 대리인
제5권	특정 해외영토에 적용되는 특별조항	-

〈표 Ⅳ-13〉 사회보장법전 (Code de sécurité sociale)

권	법률명	장 및 내용
제1권	일반규정	제1장. 일반 제2장. 조직의 관리, 운영 및 인력 제3장. 자금조달 제4장. 소송, 처벌 제5장. 감독 제6장. 의학적 치료와 요양, 사회수당 감독 제7장. 레짐간 조정-레짐별 특정비용충당 제8장. 기타 조항- 이행조항
제2권	일반레짐조직, 기금의 건강 사회적 부조 및 예방활동	제1장. 중앙기구를 둔 지역 및 소규모 지역 기구 제2장. 국가기구 제3장. 모든 기금에 공통된 조항 제4장. 소득기준 제5장. 레짐 재정 제6장. 예방, 건강 정보 및 교육, 건강과 사회적 행동, 자발적 미신청 줄이기 제7장. 기타 조항 제8장. 2권 이행에 대한 행정 감독
제3권	사회보험 및 일반레짐에 소속된 다양한 범주의 인구에 관한 규정	제1장. 일반 제2장. 건강보험 제3장. 출산보험 및 육아휴직, 아동돌봄 제4장. 장애연금 제5장. 노령보험, 홀아비,미망인보험 제6장. 사망보험 제7장. 기타 조항 제8장. 일반레짐에 소속된 다양한 범주의 인구-적용 조항

권	법률명	장 및 내용
제4권	산업재해 및 직업질병	제1장. 일반 제2장. 예방 제3장. 수당 제4장. 프랑스 메트로폴리탄 외에서 발생하는 사고, 절차, 검토, 재발 제5장. 피보험자 또는 제3자의 과실 제6장. 직업병에 관한 조항 제7장. 제재 제8장. 다른 레짐과의 공통조항-기타,적용조항 제9장. 살충제 피해자에 대한 보상
제5권	가족 수당 및 유사 수당	제1장. 일반 제2장. 일반 수당 제3장. 아동 수당 제4장. 특수 목적 수당 제5장. 공통된 조항 제6장. 기타 조항
제6권	자영업자	제1장. 일반 제2장. 건강보험, 출산보험 제3장. 장애보험, 노령보험 제4장. 전문직 적용 조항 제5장. 변호사 노령, 장애, 사망보험 제6장. 배우자에게 적용되는 조항 제7장. 적용 조항
제7권	기타 레짐	제1장. 특별 레짐 제2장. 임의 보험 제3장. 해외영토 특별조항 제4장. 해외거주 피보험자
제8권	노인수당, 장애인수당, 아동돌봄서비스, 불우한 자를 위한 임시숙소제공 및 여행자를 위한 지방당국의 지원, 보완적 건강보호	제1장. 노인수당 제2장. 장애인수당 제3장. 활동수당 제4장. 불우한 자를 위한 임시숙소제공 및 여행자를 위한 지방당국의 지원 제5장. 보완적 건강보험 조항
제9권	급여생활자, 비급여생활자의 보완 및 보충적 사회복지	제1장. 급여생활자의 보충적 사회복지 일반 제2장. 의무적 보충연금, 보충연금기관 및 연합기관에 관한 규정 제3장. 연금기관 운영 제4장. 보충연금관리기관 및 보충전문연금기관 제5장. 기관감독 제6장. 비급여생활자 보충적 사회복지 일반

자료: 사회보장법전 (Code de sécurité sociale) (2022년 7월 25일 마지막 개정)

(2) 주요 장애인 법률의 주요 내용

프랑스의 장애인 법률은 앞서 살펴본 것처럼 사회부조 및 가족법전과 사회보장법전에 대부분 속해있다. 사회부조 및 가족법전은 총 5권, 사회보장법전은 총 9권으로 구성된다. 즉 해당 두 법전은 무기여형 복지와 기여형 복지로써, 독일과 다르게 각각의 법전이 따로 존재하는 것이다. 사회부조 및 가족법전의 경우, 독일처럼 사회법전 중 한 권 전체를 장애인에 할당하는 것이 아니라 사회부조대상인구 전체에 할당하고, 해당 인구 카테고리 중에 장애인에 대한 법률이 명시되어 있다. 그러나 그렇다고 해서 장애인에 대한 모든 법률이 한 권 안에 모여있는 것은 아니며, 다양한 주제별 법률에 장애인 관련 법률이 포함되어 있다. 따라서 본 고에서는 장애인 법률이 중점적으로 명시된 장을 살펴보고자 한다.

가장 먼저 사회부조 및 가족법전의 제1권 일반규정 제1장 일반원칙에는 사회복지대상인구 카테고리가 모여있다. 그 중 제4편은 장애인에 관한 법률로써, 2005년 2월 11일에 제정된 장애인법에 해당한다. 여기서는 장애인의 시민권, 장애보상권리, 사회참여에 대한 내용이 주를 이룬다. 제1권 제4장에는 시설에 대한 법률이 모여있으며, 그 중 제4편 제2절은 프랑스에서 장애인 수당 및 서비스를 원스탑으로 처리하는 기관인 MDPH에 대한 법률이 명시되어 있다.

제2권은 사회복지대상인구 카테고리별로 해당 인구에 제공하는 수당 및 서비스에 대한 법률로써, 제4장 전체가 장애인에 대한 법률로 구성된다. 제1편 일반규정(사회부조성격수당), 제2편 장애아동, 제3편 장애인근로자, 제4편 성인장애수당, 제5편 장애보상수당, 제6편 자폐증후군과 복합장애, 제7편 관리 및 통계적 모니터링 등으로 나뉘어 있으며, 사회부조성격의 수당 및 서비스에 대한 자격조건 및 세부적인 규정이 있다.

한편 사회보장법전의 경우에는 대부분이 기여형 사회보험에 대한 것으로, 장애연금이 포함되어 있다. 사회보장 개념은 사회부조 개념보다 더 크며, 사회보장법전에는 소득보전에 대한 사회부조 성격의 수당과 관련된 법률도 함께 명시가 되어 있다. 장애인의 경우 성인장애수당(AAH)이 해당되며, 이는 제8권 제2장에 명시되어 있다.

〈표 Ⅳ-14〉 CASF 제1권 중 제1장(제4편)과 제4장(제4편.제2절) 및 제2권 중 제4장

권	장	체계	주요 조항과 내용
제1권 일반 규정	제1장 일반 원칙	제4편 장애인	장애정의(L.114) 장애인 시민권리(L.114-1) 장애 보상 권리, 개별보상계획(L.114-1-1) 장애인 사회참여(L.114-2, L.114-2-1) 장애인정책방향(L.114-3) 장애인연구방향(L.114-3-1) 장애인접근성(L.114-4) 의료과실장애출생보상(L.114-5)
	제4장 시설	제4편 장애인시설 제2절 도립장애인 센터(MDPH)	MDPH설립근거, 권한, 미션, 공립기관과의 협력규정(L.146-3) 연간활동보고서 및 데이터 CNSA 전송의무(L.146-3-1) MDPH 공공성격 및 상임위원회(L.146-4) MDPH 인력(L.146-4-1) 미션협약체결(L.146-4-2) 국립공공센터규정(L.146-4-3) 재정관리(L.146-5) 운영협력(L.146-6) 운영시간(L146-7) 다학제팀역할, 구성(L.146-8) 장애인권리자립위원회 역할(L.146-9) 판정이의제기(L.146-10) 해당법령적용성격(L.146-12)
제2권 여러 가지 형태의 지원과 사회 부조	제4장 장애인	제1편 일반규정	장애수당조건 (L.241-1) 사회부조 장애수당(L.241-2) 장애카드(L.241-3) 상속인 장애수당지급액반환청구(L.241-4) 장애인권리자립위원회(L.241-5~L.241-12)
		제2편 장애아동	장애아동 및 청소년의 학업과 활동보조 (L.242-1~L242-13) 장애아동교육수당(L.242-14)
		제3편 장애인근로자	장애인근로자보호(L.241-4) 장애인근로자월급(L.243-5) 기여금보상(L.243-6) 운전면허소지장애인 건강검진(L.243-7)
		제4편 성인장애수당	성인장애수당수급조건, 판정결과 이의제기, 성인장애수당금액 (L.244-1)
		제5편 장애보상수당	장애보상수당 수급조건 (L.245-1) 장애보상수당판정(L245-2)

권	장	체계	주요 조항과 내용
			서비스유형(L245-3) 장애보상수당금액판정(L.245-4) 수당지급중지 및 감독(L245-5) 수당지급규정(L.245-6) 수당성격(L245-7, L.245-8) 특정연령 수당선택(L245-9) 시설거주자수급자격(L245-11) 인적서비스고용규정(L245-12) 수당지급시점(L245-13) 해당법령성격(L.245-14)
		제6편 자폐증후군과 복합장애	자폐 증후군과 복합장애 (L.246-1)
		제7편 관리 및 통계적 모니터링	CNSA의 장애보상수당 지출 자료수집의무(L.247-1) MDPH 정보시스템 규정(L.247-2) 자료전달의무(L.247-3) 데이터처리,전송,관리규정(L247-4) 자료활용결과 정기적게시(L.247-5) 정부부처간정보교환(L.247-6, L.247-7)

자료: 사회부조와 가족법전 (Code d'action sociale et des familles) (2022년 7월 4일 마지막개정)

〈표 Ⅳ-15〉 CSS 제8권, 제2장 (1)

권	체계	주요 조항과 내용
제8권 노인수당, 장애인수당, 아동돌봄서비스, 불우한 자를 위한 임시숙소제공 및 여행자를 위한 지방당국의 지원, 보완적 건강보호	제2장 성인장애수당 (AAH)	AAH 수급자격 거주조건(L.821-1) 부가급여 수급자격(L.821-1-2) AAH 수급자격 장애조건(L.821-2) AAH 지급액 규정(L.321-3, L.821-3-1) AAH 지급기간(L.821-4) AAH 수당성격규정(L.821-5, L.821-5-1) AAH 시설거주 수급인정(L.821-6) 부가급여위임기관(L.821-7) AAH수급자격만료 및 갱신(L.821-7-1) 장애인근로자 자격인정 갱신 시 자동판정(L.821-7-3) 현법령성격규정(L.821-8)

자료: 사회보장법전 (Code de sécurité sociale) (2022년 7월 25일 마지막개정)

(3) 장애인 법률과 다른 사회법률과의 연관성

프랑스의 장애인 주요 법률은 사회부조 및 가족법전과 사회보장법전에 명시되어 기여형 사회보험을 비롯하여 사회부조수당, 장애아동지원, 장애인근로자지원, 성인장애수당, 장애보상수당, 자폐증후군과 복합장애지원 등으로 구분된다. 장애율 80%이상에 해당하는 중증장애인에 대한 재정적인 지원 (의료비지원 등)은 사회부조수당에 명시되어 있고, 전체적인 장애법률에 대한 자세한 사항은 시행규칙에 명시되어 있다.

사회보장법전과 사회부조 및 가족법전은 따로 편찬되어 있지만, 사회보장법전은 기여형인 사회보험뿐만 아니라 무기여형인 사회부조의 개념을 포함하는 보다 큰 규모의 법전이기에, 사회부조 및 가족 법전은 사회보장법전과 분리되지 않고 연결된다.

마찬가지로 장애법률은 타 법전들과 독자적으로 분리되어 있는 것이 아니다. 사회부조 및 가족법전이나 사회보장법전에 명시되어 있는 장애인에 대한 내용이 다른 법전에도 언급되어 있다. 예를 들면, 장애인근로자인정에 관한 법률은 같은 내용이 노동법전에도 명시가 되어 있으며, 장애아동의 경우 교육법전에도 명시가 되어 있다. 사회부조 및 가족법전, 교육법전 등 먼저 제정된 법전의 조항 내용을 인용하여 각 법전에서 명시하고 있으므로[29], 공통된 주제의 법률은 모든 법전이 각각 상호보완적으로 작용하고 있다.

3) 장애인 서비스 전달체계

(1) 전체 개요

프랑스는 장애개념 법적정의에서 살펴본 바와 같이, 손상으로 인한 활동의 한계나 사회 참여에 제한이 있는 경우로 범주가 매우 포괄적이며, 이 정의는 장애수당 및 서비스 자격 판정 기준에도 그대로 적용된다. 즉, 한 가지 기준으로 장애인정이 이루어지지 않기 때문에 장애인등록제도가 없으며, 각 수당 및 서비스별로 다른 기준이 적용되고 있다. 필요한 서비스를 신청하여 해당 서비스의 목적에 맞는 평가를 거쳐 자격 인정을 받으면 장애를 인정받게 되는 시스템이다. 장애인과 관련된 모든

29) 예를 들면 노동법 제5213조 제2항에서 "장애인근로자자격은 사회부조 및 가족법전 제241조 제5항에 언급된 장애인 권리 및 자립위원회에 의해 인정된다"로 명시되어 있다.

서비스 절차는 2005년 장애인법과 함께 신설된 도립장애인센터(MDPH)에서 원스톱으로 맡아 진행한다.

장애 수당 및 서비스 신청 및 판정절차는 크게 MDPH 신청서류접수 → 서류등록 및 등록 통지 → 신청 수당 및 서비스 자격 평가 → CDAPH 최종판정 → → 최종판정결과통지로 나타낼 수 있으며, 단계별 설명은 다음과 같다.

첫째, MDPH 신청서류접수 단계이다. MDPH 신청서(공통양식 cerfa n°15692-01)[30], 의사 소견서·신분증사본·거주증명서를 비롯하여, 장애를 증명할 수 있는 기타 서류를 MDPH에 본인 또는 대리인이 제출한다. 신청서의 경우 기입해야 하는 항목이 많으므로 MDPH 직원의 도움을 받을 수 있다. 특히 추후 판정절차에서 개별보상계획 수립에 유용하게 쓰이기 때문에, 장애욕구를 직접적으로 표현할 수 있는 삶의 계획 항목을 최대한 자세하게 작성하는 것이 중요하다. 서류누락이나 신청서가 허술하게 작성이 되면 MDPH에서 서류보충 요구를 받게 되고, 이 경우에는 보통 4개월에 걸친 절차기간보다 더 길게 소요된다.

신청서 양식은 총 20페이지이고, 총 6가지의 항목으로 구성되어, A.인적사항, B.일상생활, C.교육, D.직업적 상황, E.수당 및 권리 신청유형, F.가족부양자의 삶 등이 있다.

〈표 Ⅳ-16〉 CSS 제8권, 제2장 (2)

구분	내용
표지	신청서 작성 안내 및 신청 목적 체크리스트
A. 인적사항	신청인(미성년자의 경우 후견인 포함)의 인적사항
B. 일상생활	일상생활, 일상생활에서의 보상에 대한 필요 욕구, 장애 상황 보상에 대한 기대사항 및 삶의 계획
C. 교육	학업 현황, 학교교육 및 대학생활에서의 욕구, 학교교육, 과외, 대학생활에 대한 기대사항 등
D. 직업적 상황	신청인의 직업적 상황(근로 유무, 휴직여부 등), 직업경력, 직업 계획 등
E. 수당 및 권리 신청 유형	일상생활 관련 신청, 학업관련 신청, 근로, 고용 및 직업교육 관련 신청
F. 가족부양자의 삶	가족부양자의 욕구, 가족부양자로서의 기대사항 등

자료: Formulaire de demande auprès de la MDPH

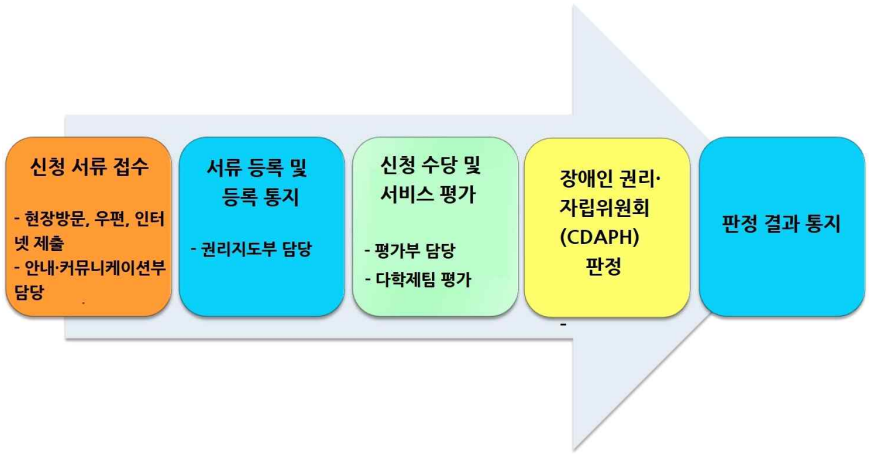
30) [부록 1] 참조

둘째, 서류가 완벽하게 갖춰지면 MDPH는 신청인에게 우편으로 서류가 등록되었다는 접수증을 받게 된다. 이 때 받게 되는 문서는 증빙자료가 되므로 잘 보관해야 한다.

셋째, 수당 및 서비스 자격 판정이다. 사회부조와 가족법전 규칙 제146조 제28항에 의거하여, MDPH의 다양한 전문가로 구성된 다학제팀(EP)이 판정도구로 자격 평가를 진행한다. 서류평가와 대면 면담을 통해 신청한 서비스를 비롯하여 신청인의 상황을 파악하고, 추가로 다른 서비스 자격을 판단하여 제안하게 되며, 이러한 모든 내용은 최종적으로 개별보상계획에 포함된다. 수립된 개별보상계획은 다음 단계인 장애인권리·자립위원회의 최종판정 15일 전에 MDPH에서 우편으로 신청인에게 미리 송부하여 알리게 된다.

넷째, 장애인권리·자립위원회(CDAPH) 판정단계이다. EP의 서비스 자격평가가 완료되면, 최종결과는 CDAPH에게 전달되어 최종판정이 진행된다. CDAPH는 개별보상계획서를 비롯하여 평가결과에 대해 논의하게 되고, 최종판정결과는 EP의 평가와 다를 수 있다. 이러한 경우 EP와 CDAPH 사이에 갈등이 생길 수 있으므로, 이를 방지하기 위하여 때때로 자립연대기금(CNSA)의 의사와 법조인으로 이루어진 전문가팀에게 판정회의 주관 요청을 하기도 한다. 또한 판정 15일 전에 미리 개별보상계획서를 받은 신청인은 CDAPH 판정에 출석하여 판정결과에 유리하도록 자신을 변호할 수 있다. 보통 복잡한 사례가 아닌 한 판정시간이 짧기 때문에 예정시간보다 일찍 도착해서 대기해야 한다.

다섯째, 판정결과 통지단계이다. 최종판정결과는 인터넷 사이트를 비롯하여 우편으로 통보된다. 통지서에는 수급자 고유번호, CDAPH 판정결과, 수당수급 개시일과 만료일 및 담당자 연락처가 기재되어 있다. 한편, 판정결과가 기대와 다른 경우 이의제기 및 소송제기가 가능하다. 이의제기의 경우, MDPH에게 입장표명의 편지와 재판정을 요청하는 방법이 있고, 소송제기의 경우, 사회보장 전문소송재판소 또는 행정재판소에 소송을 제기하는 방법이 있다. 그러나 소송제기는 이의제기를 거친 후 진행할 수 있다.



[그림 Ⅳ-5] 장애수당 및 서비스 신청 및 판정 절차

자료: MDPH 75 (2019). Referentiel qualiparis. MDPH de Paris.

(2) 장애인 서비스 전달 절차

신청한 서비스에 대해 수급자격이 주어지면 MDPH가 통지한 날짜부터 수급유효기간이 된다. 장애카드, 장애인주차카드 및 장애인근로자자격인정의 경우 행정적 장애증명으로 사용되므로 수신한 날부터 사용이 가능하다. 성인장애수당(AAH)과 장애보상수당(PCH)의 경우 현금으로 지급받게 되는데, AAH의 경우 소득지원의 목적으로 활용되므로, 지급 즉시 수급자가 원하는 대로 사용이 가능하다. PCH의 경우에는 장애보상에 대한 지출 목적으로 지급되므로, AAH처럼 단순히 현금을 받는 것보다 복잡하다.

① 급여액

급여액은 PCH 지급액 한도 내에서 개인의 상황과 소득에 따라 다르게 지급된다. 개인의 상황에 대해서는 개별보상계획에서 신청인의 서류와 삶의 계획, 개인면담을 통하여 파악한 정보, 즉 건강상태, 현재 처한 상황, 환경, 받고 있는 도움 종류, 가족부양자 유무 및 상태 등을 토대로 필요한 서비스 종류와 서비스 성격을 결정하여 해당 비용을 모두 계산한 금액이 지급되는 것이다. 소득의 경우, 연소득이 27,520.44유로 미만일 때 PCH 급여가 100% 완전지원으로 지급되고,

27,520.44유로 이상일 때 80% 부분지원으로 지급된다.

PCH는 인적서비스지원, 동물(안내견)지원, 장애용구지원, 자택개조지원, 교통지원, 특정비용지원 및 예외비용지원, 총 6가지 지원서비스가 있는데, 그 중에서 인적서비스의 경우 이용방법에 따라 급여액이 달리 책정된다. 직접고용(Emploi direct), 대리고용(Mandataire), 재가서비스기관이용(Prestataire), 가족 부양자(Aidant familial) 등 네 가지 유형에 대한 6가지 지원서비스의 자세한 금액은 다음과 같다.

가. 인적 서비스 지원

- 해당 지원을 통해 재가서비스 또는 가족 간병인(돌봄을 위해 경제활동을 하지 않는 경우)에 지불할 수 있다.
- 청각 손실이 70 데시벨 이상으로 의사소통을 위해 인적도움이 필요한 경우 월 423.15유로 지원받을 수 있다.
- 맹인인 경우(중앙 시력이 없거나 정상 시력에서 1/20 미만), 월 50시간 인적서비스를 위한 705.25유로 지원받을 수 있다. 참고로 2023년 1월 1일부터 청각, 시각 장애인 수급자도 기존 장애인수급자와 같은 인적 서비스 지원을 받을 수 있다(décret n°2022-570 du 19 avril 2022).

〈표 Ⅳ-17〉 PCH 인적서비스 지원

	완전 지원	부분 지원
직접고용	시간당 15.61€ 또는 기관절개튜브 환자인 경우 시간당 16,31€	완전 지원 금액의 80%
서비스기관을 통한 고용 (대리고용)	시간당 17,17€ 또는 기관절개튜브 환자인 경우 시간당 17,94€	완전 지원 금액의 80%
재가서비스 기관 이용	시간당 22€ 또는 서비스 제공자와 부서 간에 설정된 금액 한도 내에서	완전 지원 금액의 80%
가족 부양자	시간당 4.24€ 또는 가족부양자가 직장을 그만둔 경우 시간당 6.36€	완전 지원 금액의 80%

나. 장애 용구지원

- 휠체어와 같은 장애 용구의 대여 및 구입을 위한 지출 비용을 지원한다. 공식적 목록에 속한 경우에는 한도 내에서 100% 환급이 가능하지만, 속하지 않은 용구에 대해서는 한도 내에서 80% 환급이 가능하다. 건강보험공단에 문의한다.

〈표 Ⅳ-18〉 PCH 장애용구 지원

	완전 지원	부분 지원
목록에 속한 장애용구	10년 동안 13,200€ 한도 내 100% 지원	10년 동안 13,200€ 한도 내 80% 지원
목록에 속하지 않은 장애용구	10년 동안 13,200€ 한도 내 75% 지원	10년 동안 13,200€ 한도 내 75% 지원

- PCH 수급자에게 7세 미만 자녀가 있는 경우, 육아용품 구입(기저귀갈이대, 유모차 등)을 위한 지원을 받을 수 있다. 출생 시, 3세와 6세 생일에 각각 지급된다.

〈표 Ⅳ-19〉 PCH 수급자 장애인 부모 육아용품지원

연령	지원 금액	장애인 부부인 경우
출생 시	1,400유로	부모 각각 1,400유로
3세 생일	1,200유로	부모 각각 1,200유로
6세 생일	1,000유로	부모 각각 1,000유로

다. 자택개조지원

- 일시적 또는 영구적으로 활동의 제한을 보상하기 위해 자택을 개조하여, 두 번째 개조인 경우에는 최소 1년 이상의 활동에 대한 제한을 상쇄시켜야 한다.

〈표 Ⅳ-20〉 PCH 자택개조지원

	완전 지원	부분 지원
1,500€ 이하	10년 동안 10,000€ 한도내 100% 지원	10년간 10,000€ 한도내 80% 지원
1,500€ 초과	10년 동안 10,000€ 한도내 50% 지원	10년간 10,000€ 한도내 50% 지원

- 개조가 불가능하거나 너무 비싸서 건강상태에 알맞은 곳으로 이사를 가기로 결정한 경우, 10년 동안 3,000유로 한도 내에서 지원 가능하다.
- 자택개조는 본인이 집주인이 아닌 경우, 대상자(배우자)의 직계존속을 비롯하여 4촌의 자택에 거주하는 경우 지원받을 수 있다.

라. 교통 지원

- 장애인 운전면허증을 소지한 경우, 자차에 대한 개조 지원을 받을 수 있다.
- 정기적으로, 종종, 또는 휴가를 위해 주행하는 경우, 부수적 비용에 대한 지원을 받을 수 있다.
- 자택과 의료사회시설 사이의 왕복 이동의 경우, 또는 일반적인 주행거리가 50km를 초과하는 경우, 부수적 비용에 대한 지원을 받을 수 있다.

〈표 Ⅳ-21〉 PCH 교통지원

	완전 지원	부분 지원
자동차 개조비용 1,500€ 이하	100% 지원	80% 지원
자동차 개조비용 1,500€ 초과	10년 동안 1,000€ 한도내 75% 지원	10년 동안 1,000€ 한도내 75% 지원
자차 이용 추가비용	km당 0.50€ 한도로 5년동안 24,000€ 한도내 100% 지원	km당 0.50€ 한도로 5년동안 24,000€ 한도내 80% 지원
자차 외 교통수단이용 추가비용	10년 동안 10,000€ 한도내 75% 지원	10년 동안 10,000€ 한도내 75% 지원

마. 특정비용지원 및 예외비용지원

- 특정비용지원은 장애와 관련된 영구적이고 예측 가능한 사항에 대한 비용지원으로, PCH에서 지원하지 않는 영역에 대해 장애로 인해 지출하게 되는 비용지원이다. (예: 휠체어 유지 비용)
- 예외비용지원은 PCH에서 지원하지 않는 영역에 대해 장애와 관련해 일회성으로 지출되는 비용지원이다. (예: 의료용 침대 수리 비용)

〈표 Ⅳ-22〉 특정비용지원 및 예외비용지원

지원 유형	지원 정도
특정비용지원	월 100€ 한도에서 75% 지원
예외비용지원	10년 동안 6,000€ 한도내에서 75% 지원

바. 안내견 지원

- 전문교육자에게 교육을 받은 안내견 지원이다.
- 10년 동안 6,000유로 한도 내에서 완전지원인 경우 100% 지원, 부분지원인 경우 80%를 지원받을 수 있다.

② 급여 지급

PCH 급여는 지방정부(Collectivité Départementale) 재정으로 매월, 매년 또는 일회성으로 지급되는 수당으로, 인적서비스 급여의 경우 매월 말에 수급자 명의의 은행 계좌로 MDPH 이름으로 입금된다(Article L.245-13 du CASF).

인적서비스 급여액을 제외한 모든 지원금액에 대해 수급자가 원하는 경우, 최대 3회까지 일회성 지급이 가능하다.

③ 서비스 이용

개별보상계획에 구체적으로 적힌 서비스 종류, 서비스 시간, 고용형태 등에 따라 인적서비스를 이용하게 된다. 재가서비스기관을 이용하는 당사자는 원하는 기관에 연락하여 계약을 맺고 서비스를 이용하게 된다.

가족부양자의 경우, 장애인의 배우자·부모·조부모·자녀·직계존속 4촌까지 가능하다. PCH는 수급자 본인에게 소득으로 인정되지 않지만, 인적서비스 명목으로 받게 되는 보수가 가족부양자의 소득으로 인정되기 때문에 소득신고를 해야 한다.

직접고용의 경우, 수급자가 활동보조인의 고용주가 되기 때문에 모든 법적 절차상의 의무가 있다. 즉 근로계약서 작성, 근로계약 사항 관리(근로시간, 휴가, 해고시 사전 면담, 수당 지급 등), 노동관련 기관들에 신고에 대해 의무적으로 이행해야 한다. 직접고용은 배우자, 부모, 자녀 등 가족을 할 수 없는 게 원칙이지만, 당사자의 장애 정도가 일상생활에 필수적인 행위에 있어 심각한 의존상태인 경우에는 가족을 직접고용 대상으로 정할 수 있다. 이 사항은 MDPH의 평가가 필요하다.

서비스기관을 통한 대리고용은 도청으로부터 서비스질 인가를 받은 기관을 통해서만 이용 가능하다. 이렇게 고용한 활동보조인에 대해 PCH 수급자는 직접고용형태와 마찬가지로 고용주로서의 의무가 있다. 이용하게 되는 기관의 도움을 받아 모든 절차를 진행한다.

서비스기관 이용의 경우, 서비스질 인가를 받은 서비스기관 또는 도의회에 허가를 받고 요금제가 정해진 기관이어야 한다. PCH 수급자는 서비스기관과 계약을 맺고 활동보조인은 서비스기관를 고용주로 둔 피고용인이 된다.

④ 서비스 이용 금액 지불

인적지원의 경우 본인이 고용주일 때, MDPH에서 받은 급여를 정해진 날짜에 활동지원인에게 임금으로 지급한다. 이러한 절차가 번거로울 수 있기 때문에 희망한다면 '플러스 보편적 서비스 고용 수표(Plus chèque emploi service universel, 이하 +CESU)'를 이용할 수 있다. 이를 이용하게 되면, 인적서비스 이용에 대한 고용주로서의 모든 복잡한 절차를 +CESU에 위임하게 되어 부담을 덜게 되는 장점이 있다. 구체적인 이용방법은, 먼저 피고용인과 함께 +CESU 홈페이지(cesu.urssaf.fr)에서 가입양식을 작성함과 동시에 고용주 본인과 피고용인의 은행계좌번호를 등록하여 +CESU를 활성화시킨다. 이후 고용주가 매월 피고용인의 보수를 +CESU에 신고하면 +CESU는 고용주의 통장에서 해당 금액을 자동 인출하여 피고용인의 계좌로 급여를 대신 입금해주는 시스템이다.

한편 보편적서비스 고용수표 선금서비스(CESU Avance immédiate)도 존재한다. 프랑스의 경우, 인적서비스 이용 지출에 대해 50% 소득공제 혜택이 있으며,

이를 미리 받을 수 있도록 해당 서비스를 신청하게 되면, 피고용인 보수 지급 시 고용주의 계좌에서 금액의 50%만 인출된다.

간혹 대리고용이나 직접고용의 경우 책정된 금액과 실제 지출액이 다를 수 있으며, 책정된 금액보다 더 지출한 경우라도 본인 부담으로 한다. 서비스를 더 이용한 경우에도 본인 부담이지만, 이 경우에는 소득신고 시 소득공제를 받을 수 있다.

인적서비스나 추가교통경비 및 특정비용지원과 같이 월별로 지급되는 급여액을 제외하면, 나머지 간헐적 서비스 유형을 이용하는 경우 수급자 명의로 된 영수증을 받아야 한다. 해당 월 5일 이전에 서비스를 이용한 경우, 이에 대한 지불은 다음달 초에 진행되고, 5일 이후로 기재된 경우, 2개월째 되는 달 초에 지불된다. 이 모든 서비스는 PCH 자격이 부여된 이후부터 유효하다.

⑤ PCH 급여 이용에 대한 감독

수급자는 개별보상계획 내용을 그대로 따라야 할 의무가 있다. PCH 수급자가 지급된 수당을 올바르게 지출하는지의 여부를 감독하는 역할은 지방정부로, 도의회에서 담당자가 관리한다. 서비스 지출 영수증은 2년 간 보관해야 하며, 지급되었지만 사용되지 않은 급여는 불시에 행해지는 지출에 대한 감독 시 정산되어 도의회로 다시 상환된다.

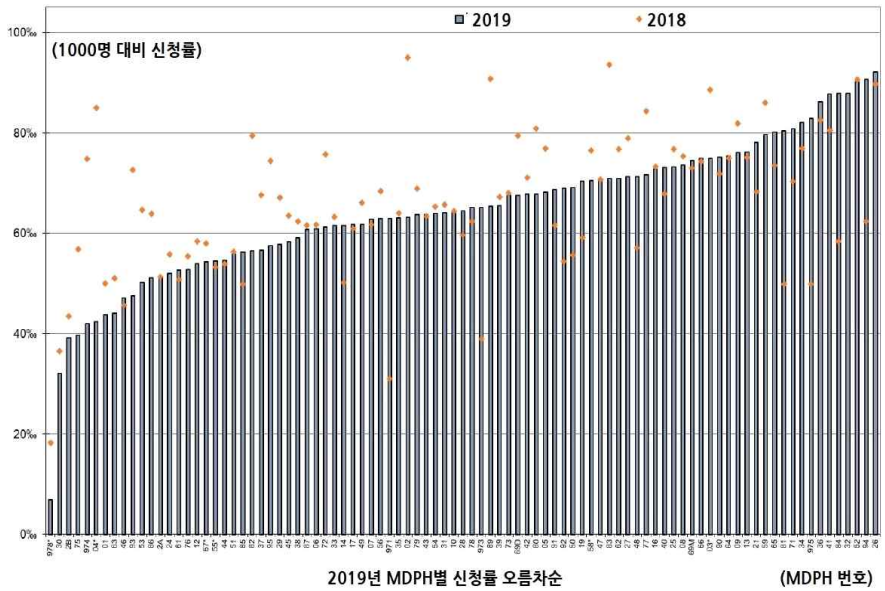
서비스 고용형태에 변경을 원하는 경우 지체 없이 담당자에게 알려야 하는데, 그렇지 않을 경우 등록된 형태의 서비스를 이용하지 않은 금액을 상환해야 한다[31].

31) Ain le Département. (2019). Informations sur le paiement et le contrôle de la prestation de compensation du handicap.

(3) 현황

① 평균 신청률

93개소 MDPH에서의 1000명 대비 평균 신청률은 MDPH마다 다양하게 나타나고 있다. 2019년에는 2018년과 비교하였을 때 37개소의 MDPH에서만 신청률이 증가하고 대다수는 감소한 것으로 조사되었다.

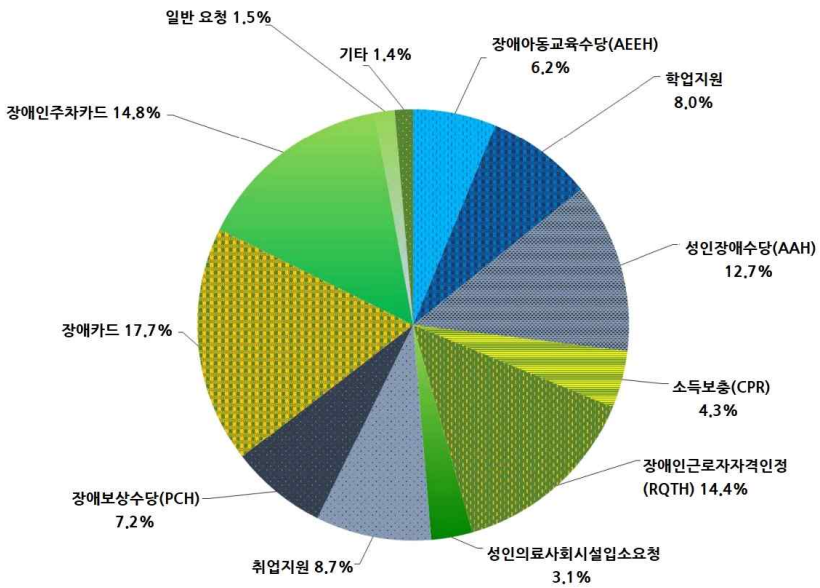


[그림 Ⅳ-6] 2018-2019년 93개소 MDPH 1000명 대비 평균 신청률

자료: CNSA (2021). Dossier Technique. 2019: L'accompagnement des personnes au coeur des efforts de modernisation des MDPH

② 평균 신청 서비스

2019년 63개소 MDPH에서 서비스 신청 비율을 살펴보면 장애카드 17.7%, 장애인주차카드 14.8%, 장애인근로자자격인정(RQTH) 14.4%, 성인장애수당(AAH) 12.7%, 장애보상수당(PCH)은 7.2%를 차지하는 것으로 나타났다.



[그림 Ⅳ-7] 2019년 63개소 MDPH 서비스 신청 비율

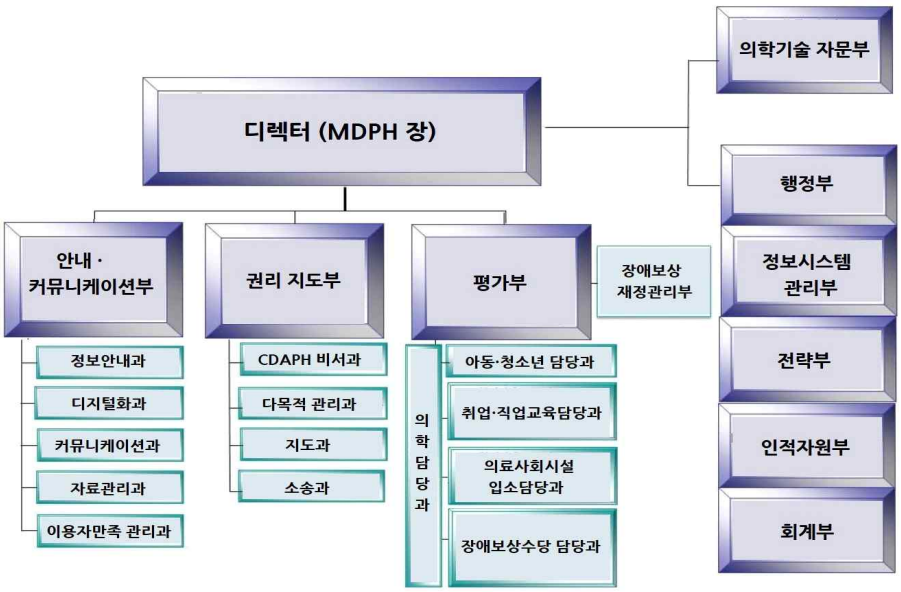
자료: CNSA (2021). Dossier Technique. 2019: L'accompagnement des personnes au coeur des efforts de modernisation des MDPH

4) 도립장애인센터(Maisons Départementales des Personnes Handicapées, 이하MDPH) 체계

(1) 조직도 및 역할

MDPH는 프랑스 영토 내 총 101개소가 있으며 원칙은 데빠르트망(Département)[32]이라고 불리는 행정구역별로 1개소 이지만 지역 규모와 인구밀도를 고려하여 1개 행정구역 내 1개소~최대 4개소까지 추가적으로 설치/운영되고 있다.

MDPH는 조직도에 대한 별도의 규칙이 마련되어있지 않아 형태가 상이할 수 있는데, 그 중 파리 MDPH의 경우를 살펴보면 다음과 같다[33].



[그림 Ⅳ-8] 파리(75) MDPH 조직도

자료: MDPH 75

32) 프랑스 지리적 개념에서 레지옹(Région)과 데빠르트망(département)이라는 개념이 있다. 레지옹은 한국의 넓은 의미의 '도'로 데빠르트망은 좁은의미의 '도'로 이해하면 쉽다. 데빠르트망은 각 데빠르트망을 대표하는 도시(ville)를 포함하여 도시보다 작은 규모의 '군'과 '구'로 이루어져 있다.

33) MDPH Paris (2019). Référentiel qualiparis MDPH de Paris.

파리 MDPH는 3개의 일반부서와 1개의 행정부로 조직되어 있다. 총 160여명의 직원이 있으며, 의료사회전문가인 평가자와 리셉션 담당자 및 행정 직원으로 구성된다. 각 부서의 역할을 살펴보면 다음과 같다.

〈표 Ⅳ-23〉 부서별 주요 역할

부서	주요 역할
안내·커뮤니케이션부	-이용자의 요구사항에 대한 정보와 전반적인 방향을 제시MDPH에서 직접 또는 전화, 우편 및 이메일로 안내 및 상담, 후속 모니터링이 가능한데, 이 모든 기록을 디지털화 시킴 -이용자와 전문가에 대한 커뮤니케이션 사명
권리지도부	-신청인이 제출한 서류에 대한 완전성 및 행정적 허용 가능성을 확인하여 서류를 등록하고 신청인에게 알림 -CDAPH의 판정회의를 준비하고 결정에 대한 후속조치 (알림 통지, 카드 생성, 항소) 관리 -CDAPH 비서는 CDAPH의 회의 주재 관리 -다목적 관리과에서는 평가가 복잡한 사례 및 긴급 사례에 대해 파트너협약기관과 연계하고 직원에 대한 지속적 교육 담당 -소송부서는 법원과 연계하여 항소에 대한 사항을 모니터링
평가부	-장애보상욕구사항를 평가하는 역할로 의사, 의료·사회복지사, 심리학자, 간호사, 작업치료사, 의료사회 비서 등이 속한 다학제팀이 구성됨. 각 전문 분야에 맞게 아동과 청소년, 취업·직업교육, 의료사회시설입소, 장애보상수당을 담당으로 하는 네 개의 과로 나뉨
행정부	-MDPH장에 소속되어 회계, 인사, 전략·보안, 정보통신 관리

(2) 담당 역할(주요 제공 서비스)

① 다학제팀(l'Équipe pluridisciplinaire, EP)

사회부조와 가족법전 법 제146조 제8항(Article L.146-8 du CASF)에 의하면, 다학제팀(EP)은 장애인권리·자립위원회의 최종 판정을 준비하는 책임과 임무가 있는 기술 조직이다. CDAPH는 EP가 수행한 평가 및 개별보상계획(PPC)과 인생계획에서 표현한 장애보상욕구를 기반으로 판정한다.

MDPH의 장애서비스는 다양한 상황에 처하고 욕구 또한 다양한 장애인을 평가하기 때문에, 다학제팀도 의료계 전문가를 포함하여 다양하게 구성된다. 즉 의료인, 준의료인, 심리학자, 사회복지사, 교육인, 고용 및 직업훈련 전문가 등이 있다.

MDPH장이 EP 구성원을 임명하고, EP 조직과 운영을 책임지는 조정자를 지명하게 된다(Article R.146-27 du CASF). 임무를 수행하기 위해서 MDPH 연계기관의 전문가의 평가 도움을 요청할 수 있으며, MDPH장은 조정자의 제안에 따라 외부 자문인과 계약을 맺어 EP의 전문적 평가에 기여하게 할 수 있다. 이를 통해 MDPH의 전문성의 한계를 보완하고 해당 분야에서 다양한 이해 관계자 간의 조정을 강화한다. 외부 전문가는 EP를 대체하는 것이 아닌 평가 과정에서 자문 형식으로써 부분적, 전체적 또는 일회성 성격으로 기여하는 것으로, MDPH에서 지속적으로 관리한다(Article L.146-3 du CASF ; Article R.146-42 ll du CASF). 낮은 유병률의 희귀 장애인 경우, EP는 필요에 따라 관련 기관의 지원을 구할 수 있다(Article L. 146-8 du CASF). 이와 관련하여 CDAPH는 해당 장애에 대해 EP가 적절하게 외부 전문인의 자문을 구했는지의 여부를 확인할 책임이 있다(Article L.241-7 du CASF).

EP의 임무는 먼저 장애인의 삶의 계획에 표명된 희망사항을 고려하여 신청인의 장애보상욕구를 평가한다. 이는 장애인의 전반적인 상황(물적, 가족, 건강, 학교, 직업, 심리적 등)을 고려하여 GEVA에 명시된 사항을 바탕으로 진행하게 된다. 평가를 위해서 장애인 당사자 외에도 부모나 법적 대리인이 참석할 수 있다. EP의 평가는 MDPH의 권한에 속하는 수당이나 서비스로 보완이 가능한 사항에 대한 욕구로만 한정해선 안 된다. 장애인의 전체적인 상황을 고려하여 시민으로서 받을 수 있는 혜택과 관련된 전반적인 욕구 파악에도 신경써야 한다.

평가 중에 필요한 경우에는 장애율판정가이드를 활용하여 장애율을 매겨서 참조할 수 있다(Article R.146-28 dernier alinéa du CASF).

개별보상계획(PPC)은 MDPH에서 서비스를 받고자 하는 모든 신청인의 판정 과정에서 이루어진다. 신청서에 작성한 삶의 계획과 면담을 기반으로 수립되며, 신청한 서비스 외에도 신청인의 상황과 욕구에 맞는 서비스 제안이 이루어질 수 있다. 또한 필요한 경우 신청인의 취업 및 직업 훈련이나 학령기 아동에 대한 맞춤형 학교생활도 제안할 수 있다.

작성된 개별보상계획은 CDAPH 판정회의 15일 전에 신청인에게 송부되고, 신청인은 수신확인을 해야 한다. 작성된 개별보상계획이 신청인의 기대와 맞지 않는 경우 재검토를 요청할 수 있지만, MDPH 입장에서 재검토를 해야 할 의무는 없다.

② 장애인 권리·자립 위원회(la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées, CDAPH)

장애인 권리·자립위원회(CDAPH)는 MDPH와 함께 2005년 2월 11일 장애인법에 의해 설치된 MDPH 상임위원회이자 성인장애인 장애판정 및 서비스 욕구 사정 담당이었던 '재취업 및 진로제시 방법 위원회' (Commissions techniques d'orientation et de reclassement professionnel, COTOREP)와 아동장애인 장애판정 담당이었던 특수교육 지방위원회(Commissions départementales d'éducation spéciale, CDES)가 통합된 조직위원회이다. CDAPH는 EP의 장애보상욕구 사정평가를 바탕으로 장애인의 서비스 권리를 최종 판정하는 역할을 한다(Article L.146-9 du CASF).

CDAPH는 총 23인의 위원으로 구성된다. 도의회(Conseil général) 대표가 지정한 지역대표 4인, 정부대표 4인[34], 노동과 고용 및 농업사회정책담당기관대표가 추천한 건강보험공단과 가족수당기관에서 2인, 지역 전문인 양성과 노동·고용기관에서 추천된 노동조합대표 2인, 학계에서 추천한 학부모 단체의 대표 1인, 지역보건 복지기관에서 추천한 장애인과 장애인 가족단체에서 7인, 도의회에서 지정한 장애인 자문위원 1인, 지역보건복지기관과 도지사의 추천이 있는 장애인 시설 담당자 2인으로 구성되어 있다. CDAPH 위원은 도지사와 도의회 장이 4년 임기로 임명하고 대리인은 각각 3명씩 임명 가능하다. CDAPH의 임원으로 임명이 되면 EP에 속할 수 없으며, CDAPH 내에서도 역할 중첩은 불가능하다. CDAPH장은 2년마다 위원회 구성원들에 의해 선출된다(Article L.241-5 du CASF).

판정회의는 모든 구성원이 항상 모이기는 어려우므로, 정원의 50%인 12인 참석을 규정으로 한다. CDAPH 활동은 무보수이지만 교통비는 환급된다. 판정회의 횟수에 대해 정해진 법은 없고 MDPH 마다 다양하다. 보통 일주일에 1~2회, 또는 15일마다 1회 열린다[35].

CDAPH의 역할은 장애인권리와 자립위원회와 관련한 2005년 12월 19일 총리령 제2005-1589호(décret n°2005-1589 du 19 décembre 2005)에 자세히 명시되어 있다. 즉, CDAPH는 MDPH의 EP가 수립한 개별장애보상계획과 판정을 참고하여, 장애관련 서비스 및 수당에 대한 모든 최종판정을 담당한다. CDAPH의

34) 도보건당국 장 또는 대리인, 도노동·고용·직업교육감 또는 대리인, 교육감독관·도교육감 또는 대리인, 도보건당국장이 지정한 의사가 이에 해당한다.

35) https://www.senat.fr/rap/r08-485/r08-4858.html

전문적 역량에 대한 사항은 다음과 같다(Article L.241-6 du CASF).

–장애인의 학교교육, 직업활동 및 사회적 통합을 위한 적절한 조치와 방향 제시
–아동 및 청소년의 욕구에 부합하는 서비스 및 기관 제시, 성인장애인의 안내, 재활, 교육, 재취업, 특수시설에 거주하는 60세 이상 노인장애인의 활동보조 판정
–CDAPH가 담당하는 서비스 및 수당 유형
- 행정적: 장애카드, 장애인주차카드, 장애인근로자격인정
- 재정적: 장애아동교육수당, 성인장애인수당(AAH)
- 진로제시: 장애아동의 취학 및 교육, 성인장애인 직업진로 및 직업교육제시, 의학사회적 기관 제시
- 장애보상수당: 제3자보상수당 갱신, 장애보상수당

(3) 서비스 제공방식

① 원스톱 제공 여부

앞선 설명과 같이 MDPH는 장애인 관련 모든 수당 및 서비스를 원스톱으로 관할하는 기관이다. 장애인 수당 및 서비스의 신청부터 판정(다학제팀), 자격 부여(장애인 권리·자립위원회), 수당 지급 및 관리까지 이르는 전 과정이 MDPH 내에서 진행된다. MDPH의 각 부서가 이러한 과정에 적합하게 조직되어 있어, 모든 절차가 효율적으로 진행될 수 있다. 최근에는 홈페이지 개설을 통해 온라인으로도 실시간으로 진행 상황을 추적할 수 있게 되었다.

서비스 자격을 부여받은 후의 서비스 방식, 특히 인적서비스 변경 희망 등의 모든 서비스 관련 문의는 MDPH를 통하여 이루어진다. 서비스 기관은 수급자 또는 부양자가 선택할 수 있으며, 기관 리스트는 MDPH 뿐만 아니라 연대·자립·장애부처 공공서비스 사이트[36]에서 제공하고 있다.

한편, 급여 이용에 대한 감독의 경우 MDPH가 아닌 MDPH가 소속되어 있는 도(데빠르트망)의 도의회(Conseil départemental)에서 행한다.

36) https://handicap.gouv.fr

② 당사자 욕구와 선택권 여부

가. 당사자 욕구 반영

프랑스의 장애인 수당 및 서비스 자격 판정은 어떠한 유형을 신청하였든 다학제 팀이 개별보상계획을 수립하게 된다. 이는 신청인이 작성한 삶의 계획을 포함한 MDPH신청서와 제출한 서류를 기반으로 수립되며, 필요한 경우 면담 또는 거주지 방문을 통해 대상자의 장애보상욕구를 최대한 자세하게 파악하여 장애보상계획을 수립하고자 한다. 이러한 과정을 통해 장애보상계획에서 다양한 서비스가 제안될 수 있으며, 개인 지원, 시설입소, 집안 개조, 의사소통지원, 학교교육관련지원, 고용관련지원 등 다양한 영역이 포함된다[37].

다학제팀에 의해 수립된 개별보상계획은 최종판정 15일 전에 신청인에게 우편으로 송부된다(l'article R146-29 du CASF). MDPH에서 제안된 개별보상계획을 살펴본 후, 원하는 경우 장애인 권리·자립위원회의 최종 판정에 참여 신청을 할 수 있다. 주로 개별보상계획에 이의사항이 있는 경우에 최종판정에서 장애인 권리·자립위원회에 수정사항을 요청할 수 있다. 또한 개별보상계획 수립 시 대상자와 개별 면담 없이 삶의 계획 등 신청서류로만 진행하는 경우에도 진행될 수 있으며, 이러한 조치는 장애인의 욕구를 반영하는 직·간접적 방식이라고 볼 수 있다.

나. 급여 선택권에 대한 자율성

선택의 자유라 함은 당사자가 실제로 선택할 수 있는 선택지가 충분하고 다양하게 존재한다는 사실이 전제된다[38]. 2005년 장애인법은 장애인의 삶의 방식에 대한 선택권을 넓힘으로써 사회참여를 도모하고자 하는 목적을 강조한다. 이러한 목적과 특히 직접적으로 관련되는 수당은 장애보상수당(PCH)이다. PCH는 2005년 장애인법이 개정되면서 2006년 1월부터 제3자수당(Allocation compensatrice pour tierce personne, ACTP)을 대체하여, 현재 프랑스에서 장애인 일상생활을 지원하는 대표적 보상수당으로 자리 잡았다. ACTP와 PCH의 차이점은 ACTP는

37)https://www.cnsa.fr/outils-methodes-et-territoires-mdph-et-departements/evaluation-des-besoins-des-personnes-handicapees-et-reponses/du-projet-de-vie-au-plan-personnalise-de-compensation

38) Guyot, P. (2010). Essai sur la liberté (de choisir) dqns le champ du handicap : libre choix, projet de vie et capabilités, Bulletin d'informations du CREAI Bourgognem n.309, p.7.

인적서비스만 지원하는 것이고, PCH는 인적서비스 뿐만 아니라 다양한 분야의 서비스를 통합한 것이라는 점이다. 만일 ACTP가 PCH로 대체되었을지라도, 기존의 서비스를 유지하고자 하는 당사자가 조건[39]에 부합한다면 ACTP를 유지할 수 있다. 다만 PCH로 한 번 변경하면 ACTP 수급자로 다시 돌아갈 수는 없다.

프랑스의 경우 현물지급이 아닌 현금지급이 원칙이기에 급여는 PCH(ACTP) 수급자의 통장으로 지급되고, 개별보상계획에서 정한 바에 따라 급여를 사용해야 한다. 수급자는 삶의 계획을 통해 장애보상욕구를 표현하여 해당 사항을 개별보상계획에 미리 반영하였고, 최종 판정 전에 개별보상개획을 확인할 수 있는 절차도 있기 때문에, CDAPH 최종판정에 참석하거나 암묵적 동의로 참석하지 않은 경우 모두 CDAPH 최종판정을 거친 최종 개별보상계획에 동의한 것으로 간주한다.

인적서비스지원만 있는 ACTP와 다르게, PCH는 2005년 시민권리와 사회참여를 강조하며 이를 위한 다양한 지원이 있는 만큼 한국보다 선택의 폭이 넓다. 인적(동물)지원 외에 장애로 인하여 필요한 지출이 발생하는 경우 비용을 지원받을 수 있는 장치가 있다. 앞서 살펴보았듯이, 인적(동물)서비스를 제외한 장애용구는 정해진 목록에 없는 용구에 대해서 한도 내 완전지원 또는 부분지원을 받을 수 있고, 자택 및 자동차 개조 뿐만 아니라 자동차 주행 시 부수적으로 수반되는 지출에 대한 지원도 가능하다. 또한 PCH에서 정해진 지원 영역 외에도 장애로 인하여 발생할 수 있는 지출에 대해 특정비용지원과 예외비용지원 명목으로 서비스 선택권을 가질 수 있다.

한편 인적서비스에서도 선택권은 존재한다. 인적서비스 방식에는 앞서 설명하였듯이 재가서비스기관이용, 대리고용, 직접고용, 가족부양자가 있으며, 대상자의 상황과 욕구를 반영한 개별보상계획에서 정해 급여를 지급한다. 만약 서비스 이용 중에 다른 방식으로 변경을 원한다면 MDPH에 알려서 변경할 수 있다.

5) 시사점

프랑스의 장애인과 관련된 제도의 특징은 크게 첫째, 한국과 달리 장애인 등록제도 없이 서비스별 판정제도를 시행하고 있기 때문에, 원하는 서비스의 자격조건에 부합하면 수급자가 될 수 있다. 둘째, 정보제공·서류접수·판정·갱신에 이르기까지, 장애인의 모든 서비스에 대해 총체적이고 원스톱으로 운영하는 MDPH가 있

39) 장애율 80%이상, AAH 수급자 소득기준에 부합한다.

다. 이 중 판정 단계에서는 다학제팀이 개개인의 상황을 최대한 전문적으로 파악하고, 개별보상계획을 통하여 신청인에게 필요한 보상욕구를 총체적으로 제안하는데, 현재 한국의 장애계에서 추구하는 "이상적" 판정 모델과 가깝다. 프랑스의 장애인 판정제도는 2005년 장애인법의 주요 목적인 "장애인의 시민권리와 사회참여"를 현실적으로 실현하기 위한 노력의 결과이자 과정이다. 특히 장애인 당사자가 서비스 판정의 중심이 되는 원칙을 준수하고 있다는 점은, 현재 획기적인 변화가 필요한 우리나라의 장애인 등록제도 개편방안에 시사점을 준다. 그 중에서도 장애인의 의견 반영, 판정 참여 및 선택권 확대를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 장애인의 욕구를 최대한 반영하는 방식이다. MDPH 신청서는 장애인등록제도가 없는 만큼 종합적인 서비스를 다루는 양식으로 구성되어 있다. 신청인이 처한 상황과 개별적 및 환경적인 특성, 가족부양자의 상황 등을 작성하도록 하는 항목이 있으며, 특히 신청서 내에 "삶의 계획"을 작성하는 란에는 신청인 또는 가족이 처한 상황과 필요한 욕구사항에 대해 상세하게 작성할 수 있도록 되어 있다. 이처럼 장애인 당사자는 신청 단계에서 스스로의 욕구를 직접 표현할 수 있고, 다학제팀은 신청인의 총체적인 상황을 파악한 상태에서 최대한 당사자의 욕구를 반영하여 개별보상계획을 수립한다. 또한 신청한 서비스 뿐만 아니라 현재 운영 중인 제도 중 신청인에게 적합한 서비스를 제안함으로써 종합적인 계획수립이 가능하다.

둘째, 장애인 당사자에게 판정 참여 여지를 제공한다. 이는 개별보상계획을 CDAPH의 최종 판정 15일 전에 신청인에게 우편으로 송부함으로써 이행되며, 신청인에게 최종 동의를 구하는 직·간접적인 방식으로 볼 수 있다. 다학제팀의 평가 시 당사자 또는 가족과 직접 면담하지 않고 서류상으로 판정이 진행되는 경우가 많은데, 신청서에 삶의 계획이 욕구를 표현하는 기본적 통로라고 한다면, 이 절차는 욕구를 표현하는 최종적 통로이다. 신청인은 자격판정에 부합할 경우 받을 수 있는 서비스를 최종판정 전에 확인함으로써, 이의가 있는 경우 CDAPH 최종판정 시 참석하여 수정 요청할 수 있는 권리를 가지게 된다. 이처럼 장애인이 원하는 보상욕구에 대해 스스로 표현할 수 있는 기회를 제공함으로써 타인이 정한 계획에 따라 서비스를 받기만 하는 것이 아니라, 당사자의 의사가 반영된 개별보상계획에 따라 서비스를 이용하고 지출을 관리하는 자기주도적인 성격이 강한 것을 보여준다.

셋째, 서비스 선택 폭이 넓다. PCH는 인적서비스·자택개조·자동차개조·교통·장애용구에 대한 지원과, 그 외에 장애로 인하여 지출하게 되는 비용을 지원하는 특정비용과 예외비용이 있다. 현재 한국의 대표적인 장애인복지서비스가 활동지원

서비스인 점과 ACTP인 인적서비스가 유일했던 2006년 전의 프랑스는 닮았다고 볼 수 있다. 서비스 종류의 다양성을 제외하고 인적서비스에만 주목해도 재가서비스 이용방법의 선택지가 4가지나 된다는 점은 주목할 만하다. 서비스기관과의 계약뿐만 아니라 대리고용·직접고용·가족부양까지 다양한데, 특히 직접고용과 대리고용은 장애인이 고용주로서의 사회적 의무를 이행하게 되어, 보다 주체적인 활동이 요구된다. 이러한 법적 의무가 번거로운 이들을 위해 CESU시스템을 활용하여 보다 간편하게 의무를 이행할 수도 있다. 한편, 가족을 공식적인 돌보미로 인정하여 제도권 내에 선택지를 부여한 점은 장애인과 가족의 입장에서 돌봄 특성을 잘 고려한 것으로 평가된다. 왜냐하면 낯선 이의 개입에 거부감이 있는 경우 장애인 당사자의 특성을 잘 아는 가족이 돌봄으로써 해결책이 될 수 있기 때문이다. 또한 가족이기에 돌봄이 당연한 것이 아니라는 점과 돌봄으로 인하여 한 가족에게 발생할 수 있는 부정적인 영향을 정부가 인지하고 지원한다는 점이다. 한국에서 코로나 사태로 한시적으로 허용되었던 가족급여제도를 보편화시키는 것에 대해 재고할 필요가 있다.

3. 호주

1) 장애 개념

(1) (법적)장애 정의

호주의 장애정의는 장애 관련 법률의 목적에 따라 범주는 상이하지만, 국제보건기구에서 개발한 국제 기능장애 및 건강분류(International Classification of Functioning, Disability and Health, 이하 ICF)에 따른 장애정의에 기반하고 있다. 호주 보건복지부(Autstralian Institute of Health and Welfare, 2020)에 따르면, 호주는 ICF를 기반으로 장애를 식별하며, 신체 기능-구조-활동 및 참여 측면에서 개인의 기능 수준을 건강 상태와 환경 및 개인적 요인 간의 역동적인 상호작용으로 개념화한다. 즉 장애를 신체 기능 또는 구조의 손상, 활동 제한 또는 참여 제한에 대한 포괄적인 용어로 정의하고 있다.

대표적인 4가지 법률에 따른 장애정의를 살펴보면 다음과 같다.

- Disability Discrimination and Other Human Rights Legislation Amendment Act 2009[40]
- National Disability Services Act 1993
- Social Security Act 1991
- National Disability Insurance Scheme 2013

첫째, 장애인차별금지법(Disability Discrimination Act, DDA)은 1992년 제정된 이후에 고용·교육·서비스 이용·집 임대 및 구매·공공장소 접근을 포함한 일상적인 생활을 하는 데 있어서 접근 혹은 이용의 제약이 있거나 다른 사람들과 동일한 기회가 주어지지 않거나 불리한 대우가 있는 경우에 차별로 규정한다. DDA는 일시적 혹은 영구적 장애가 있는 사람들을 대상으로 하며, 신체적·지적·감각적·신경학적·학습 및 심리사회적 장애·질병 또는 신체 기형, 건강상태 및 산업재해 등이 포함된다. 특히 장애인은 사람들이 과거에 가지고 있었던 장애와 현재 가지고 있는 장애는 물론, 잠재적으로 혹은 미래에 경험할 수 있다고 가정된 장애가 있는 사람들까지 포괄한다(Australian Human Rights Commission, 2022)[41].

둘째, 장애 서비스법(National Disability Services Act 1993, Government of Western Australia, 2022.5)은 연방·주 및 지역에 따라 다르게 정의되고 있지만, 일반적으로 장애 서비스법으로 통칭된다. 이 법률은 장애인을 대상으로 하는 주거 및 가족지원 등 복지서비스에 대한 연방·주·지역의 책임을 포함하고 있다[42]. 다양한 법률 중 1993년 제정된 장애 서비스법이 가장 기본으로 사용되고 있고, 해당 법은 개발·구현 및 보고에 대한 법안으로써 장애 접근성 및 사회통합 계획(Disability Access and Inclusion Plans, DAIPs)을 의무화한다. 장애 서비스법 Part 1에 "장애"가 정의되어 있으며, 장애인은 장애의 정도와 유형에 관계 없이 인간의 가치와 존엄성을 존중받을 권리가 있고, 다른 지역사회 구성원과 동일한 인권

40) Disability Discrimination Act 1992의 수정법

41) DDA와 같이 호주정부는 장애를 다양하게 포함하고 있으며, 이에 대한 원인으로 사고, 질병 또는 유전적 요인으로 보고 있다. 장애는 이동성, 사물학습 능력 또는 쉽게 의사소통하는 능력에 영향을 미칠 수 있으며 일부는 둘 이상의 장애를 가지고 있을 수 있다고 언급한다. 장애는 눈에 보이거나 숨겨져 있을 수 있으며 영구적이거나 일시적일 수 있으며 개인의 능력에 최소한의 또는 상당한 영향을 미칠 수 있다. 또한, 이 법은 장애인의 평등을 지지하고 보호하고 있다. 특정 상황 (특히 고용 및 교육)에서 장애를 가진 성인이나 아동에 대한 차별을 불법으로 규정하고 있다.

42) 오스트레일리아 수도 특별구: Disability Services Act 1991/뉴 사우스 웨일즈: Disability Inclusion Act 2014/ 노던 테리토리: Disability Services Act 2012/ 퀸즐랜드: Disability Services Act 2006/남호주: Disability Services Act 1993/태즈메이니아: Disability Services Act 2011/빅토리아: Disability Services Act 2006/웨스턴 오스트레일리아: Disability Services Act 1993

을 가진다고 명시되어 있다. 이는 장애가 있는 사람들이 호주의 공공기관에서 제공하는 서비스에 접근할 수 있도록 계획하고, 접근성과 사회통합을 보장해야 한다는 것을 의미한다.

셋째. 사회보장법은 소득보장과 관련된 영역으로 장애인연금, 장애연금 등 다양한 소득보장급여와 자산조사, 소득조사 등에 대한 규정을 담고 있다. 장애(지원)연금에서 규정하고 있는 장애는 명백한 의료적 규칙과 비의료적 규칙 또는 일반적인 의료적 규칙과 비의료적 규칙에 만족하는 사람들이 대상이다(Services Australia, 2022.5). 구체적인 내용은 후술할 서비스별 장애정의에서 구체화 하였다.

넷째, 국가장애보험제도(이하 NDIS)는 의학적으로 기능에 영구적 혹은 상당한 장애가 있는 상태일 뿐만 아니라, 당사자 개인의 의견을 기반으로 하여 비교적 넓은 개념의 장애를 정의하고 있다. 하지만 장애등록을 위해서는 질병이나 의학적인 상태가 일치해야 하고, 상태는 영구적이어야 하며, 장애지원연금을 받기 위해서는 개인의 경제적 혹은 일상생활 어려움 또한 중요하다.

〈표 Ⅳ-24〉 4가지 법률 및 기관에 따른 장애유형 및 범위

구분	정의	장애판정 기준	대상자 포함 범위
장애인 차별 금지법[43]	–사람의 신체 또는 정신 기능의 전체 또는 부분 상실 –신체 일부의 전체 또는 부분 손실 –질병이나 질병을 일으키는 유기체의 체내에 존재 –사람의 신체 일부의 오작동, 기형 또는 기형 –장애가 없는 사람과 다르게 학습하게 하는 장애 또는 기능장애 –사람의 사고 과정, 현실 인식, 감정 또는 판단에 영향을 미치거나 행동 장애를 초래하는 장애, 질병 또는 질병 –현재 장애가 존재하는 경우 –이전에 존재했지만 더이상 존재하지 않는 경우 –미래에 지속적으로 존재할 수 있는 경우 –개인에게 귀속되는 경우(당사자는 장애가 있지만 그렇지 않다고 생각	–신체적 장애 –지적장애 –정신질환(정신건강장애) –감각장애(청각, 시각장애) –신경학적 장애 –학습 장애 –신체적 외모 손상 –면역학적 장애 –만성의학적 상태	–다양한 질환 포함

구분	정의	장애판정 기준	대상자 포함 범위
	하는 경우)		
장애서비스법	–지적, 정신과적, 인지적, 신경학적, 감각적, 신체적 손상 또는 이러한 손상의 조합 –영구적이거나 영구적일 가능성 –만성적이거나 일시적인 성격일 가능성 –의사소통, 사회적 상호작용, 학습 또는 이동성을 위한 개인 능력의 현저한 감소 –지속적인 지원서비스의 필요성	–지적장애 –신체장애 –후천적 뇌손상장애 –신경학적장애 –시청각장애(중복장애) –시각장애 –청각장애 –언어장애 –정신장애 –발달지연	–다양한 질환 포함
사회보장법[44]	명백한 의료적 규칙과 비의료적 규칙 또는 일반적인 의료적 규칙과 비의료적 규칙에 만족하는 사람	–영구적인 시각 장애 –요양원 수준의 관리가 필요 –평균 기대 수명이 2년 미만인 말기 질환이 있는 경우 –IQ가 70 미만인 지적 장애 –HIV/AIDS가 있는 경우 –1986년 재향 군인 자격법에 따른 재향 군인 장애 보상을 받는 경우	–심각한 장애에 대한 정의가 있음 –제한된 시간만 근로할 수 있다는 조건이 있음 –의료적, 비의료적, 일반적인 의료적 규칙에 따라 장애인정 및 등록됨
국가장애보험제도(NDIS)	기능적 능력에 상당한 장애에 대한 의학적으로 영구적인 상태 뿐만이 아니라, 당사자 개인의 의견을 기반으로 비교적 넓은 개념의 장애를 정의함. 다만 장애등록을 위해 질병이나 의학적인 상태와 일치해야 하고, 상태는 영구적이어야 하며, 개인의 경제적 혹은 일상생활 어려움 또한 장애등록에 중요하게 작용함.	–하나 이상의 지적, 인지적, 신경학적, 감각적 또는 신체적 장애가 있거나 정신과적 상태로 인한 하나 이상의 장애를 가지고 있는지 판단 –손상이 영구적이거나 영구적일 가능성이 있는지 판단 –커뮤니케이션, 사회적 상호작용, 학습, 이동성, 자기돌봄, 자기관리 활동 중 하나 이상을 수행하는 기능적 능력 또는 수행하는	–광범위적인 장애정의 및 유형에 포함됨 –조기개입에 필요한 조건이 존재함

구분	정의	장애판정 기준	대상자 포함 범위
		기능이 크게 감소하는지 판단 –손상이 개인의 사회적 또는 경제적 참여 능력에 영향을 미치는지 판단	

43)44)

(2) 서비스별 장애정의

(1) 전체 개요

호주는 장애와 관련하여 다양한 법률들이 존재하며, 서비스(소득, 고용, 사회서비스)로 구분하면 크게 2가지 법률의 적용을 받는다. '소득영역'의 경우에는 사회보장법을 따르고, '고용영역' 및 '사회서비스 영역'의 경우에는 NDIS를 따르며, 필요로 하는 서비스에 따라 장애정의는 다르지만 대상자 선정기준은 유사하다.

① 소득영역

소득영역은 사회보장법(Social Security Act 1991)에 따르며, 대표적으로 장애지원연금을 들 수 있다. 사회보장법은 장애인·노인·아동·저소득자와 같이 유자격자에게 연금과 수당을 지급하는 것을 목적으로 개발되었다. 특히 장애·구직자 수당은 물론, 돌봄수당을 제공하기 위한 장애 정의를 포함하고 있다. 돌봄수당(carer payment, 이하 CP)을 받기 위해서는 돌봄이 필요한 중증장애아동이 심각한 장애가 있다는 것이 증명되어야 한다. 여기서 심각한 장애란 신체적·지적 또는 정신적 장애 등 장애로 인해 대상 아동이 영구적으로 또는 장기간 동안 불편하며, 생명을 유지하기 위해 높은 수준의 지속적인 보살핌을 필요로 한다는 것을 의미한다. 사회보장법에 따라 장애지원연금을 받기 위해 반드시 일치해야 하는 조건은 다음 3가지로 구분된다(Services Australia, 2022.5). 첫째, 명백한 의료적 규칙과 일치하는 경우, 둘째, 비의료적 규칙과 일치하는 경우, 셋째, 일반적인 의료적 규칙과 비의료적 규칙이 일치하는 경우 장애지원연금을 받을 수 있는 자격을 가진다. 즉 일

43) Commonwealth Consolidated Acts, 2022
44) Services Australia, 2022.5

반적인 의료적 규칙이 보다 포괄적인 내용으로, 해당 규칙 내에 명백한 의료적 규칙이 포함되어 있다.

〈표 Ⅳ-25〉 DSP 기준

구분	정의
명백한 의료적 규칙	–영구적 시각장애인인 경우 –요양원 수준의 관리가 필요한 경우 –평균 기대 수명이 2년 미만인 말기 질환이 있는 경우 –IQ가 70 미만인 지적장애가 있는 경우 –카테고리 4 HIV/AIDS가 있는 경우 –1986년 재향군인자격법에 따라 지급되는 특별요율(영구적으로 장애를 가짐)로 재향 군인의 장애보상금을 받는 경우
비의료적 규칙	–장애지원연금 청구 시 최소 15세 9개월 이상이어야 함 –호주인 혹은 호주 거주자 요건 중 하나를 충족해야 함 –소득 및 자산 테스트를 충족함
일반적인 의료적 규칙	–상태가 2년 이상 지속됨 –상태가 완전히 진단, 치료 및 안정화됨 –손상 등급(impairment rating)이 20점 이상인 경우 • 0점 – 테이블 내 활동에 기능적 영향 없음 • 5점 – 테이블 내 활동에 약간의 기능적 영향 • 10점 – 테이블 내 활동에 중간 정도의 기능적 영향 • 20점 – 테이블 내 활동에 심각한 기능적 영향 • 30점 – 테이블 내 활동에 대한 극도의 기능적 영향 –지원 프로그램(program support, POS) 규칙을 충족함 –상태로 인해 향후 2년 간 주당 최소 15시간의 근무가 중단될 예정임

사회보장연금을 받기 위해서는 심각한 장애가 있고, 개인이 일할 수 없거나 제한된 시간만 근로할 수 있다는 기준에 적합해야 한다. 심각한 장애에 해당하는 경우는 신체적·정신적 또는 지적장애가 있거나 2년 동안 완전히 일할 수 없는 경우, POS 또는 재활 프로그램을 참여한다고 해도 2년 동안 참여로 인한 효과(혜택)가 없는 경우, 영구적인 시각장애를 가진 경우이다. 또는 장애로 인하여 2년 동안 주 8시간 일을 하지 못하는 경우, AIDS와 같은 말기질환, 퇴행성 신경학적 상태, 머리 부상으로 인한 장애 등을 가지고 있는 경우에 심각한 장애가 있는 것으로 간주한다.

한편 15시간 근로 규칙과 30시간 근로 규칙에 따라 향후 2년 동안 일을 하거나 일을 하기 위한 훈련 활동(CITW)에 참여해도 효과가 없는 경우 또한 장애지원연

금을 수령할 수 있다. 심각한 장애가 없는 사람은 15시간 규칙을 비롯한 다른 CITW 기준을 충족하는 것 외에도 POS에 적극적으로 참여했음을 입증해야 한다. 반면 심각한 장애가 있는 사람은 POS에 적극적으로 참여했음을 입증할 필요가 없으나, 15시간 규칙을 포함한 다른 CITW 기준을 충족해야 한다[45]. 구체적인 내용은 부록을 참고하기 바란다.

② 고용 및 사회서비스 영역

사회서비스는 호주의 “National Disability Insurance Scheme Act 2013”에 따라 제공된다. 이 법은 장애인권리협약에 따라 호주 내 장애인의 삶을 개선하는 것을 목표로 한다. NDIS는 장애인이 '평범한 삶'을 살 수 있도록 지원하는 정부자금 기반 지원제도이다. 장애지원 지급액은 장애로 인해 일할 수 없는 장애인에게 Centrelink를 통해 소득이 제공되며, 장애인이 경험하는 장애 관련 비용을 보전한다. NDIS는 이 제도를 '복지가 아닌 사회보험(social insurance, not welfare)'이라고 설명한다. 보험 제도로서 NDIS는 평생동안 제공하는 접근 방식을 취하고 있다. NDIA(National Disability Insurance Agency)는 NDIS를 구현하는 독립기관이며, NDIS 설립법안은 2013년 통과 되었고, 2016년에 전국적으로 시행되기 시작하였다(Disability Information, 2022.5).

NDIS는 정부 예산을 기반으로 하기 때문에 다양한 정부 서비스들과 연계되어 있지만, 어느 지역에 있느냐에 따라 이용할 수 있는 서비스와 제공자 선택 등이 제한되기도 한다. 여기서 중요한 점은 이용자들에게 지역사회, 직업, 사회생활에 참여하기 위한 계획과 지원을 스스로 선택하고 통제할 수 있는 능력을 제공한다는 것이다. 주요 서비스 내용은 다음과 같다.

〈표 Ⅳ-26〉 NDIS와 연계된 사회서비스 유형 및 내용

영역	내용
NDIS와 노인 케어	-65세 미만이고 거주 노인요양시설에 거주하는 경우, 거주 노인요양시설에 있는 젊은 사람들(65세 미만)을 위한 지침이 있음
NDIS 및	-아동보호 및 가족지원서비스는 아동을 안전하게 보호하고 가족이 아동을 돌볼

45) 장애지원연금 수령을 위해 일반적으로 15시간 근로규칙이 적용되지만, 손상등급이 20점 이상이라 하도라도 보조기기, 훈련, 합리적인 편의제공을 통해 30시간 근로가 가능한지를 사정하게 되는데, 만약 30시간 이상 근로가 가능하다고 판단되는 경우 CITW를 가지지 못하여 장애연금 수령이 거부된다.

영역	내용
아동보호 및 가족지원	수 있도록 도움 –집 밖 돌봄을 받지 않는 아동의 발달지연 또는 장애의 직접적인 결과로 가족이 필요로 하고 가족과 보호자가 돌보는 역할을 유지하도록 돕기 위해 사회 및 레크리에이션 지원, 치료 및 행동 지원, 짧은 휴식 또는 휴식, 보조기기를 제공함
NDIS 및 이동	–이동 시스템은 도로, 보도, 기차 노선, 수로 및 장애인 주차장과 같은 장애인을 포함하여 모든 호주인의 요구를 충족시키는 것으로써, 기차역, 정류장, 버스와 같은 대중교통 수단을 이용할 수 있는지 확인하고 필요한 지원을 제공함 –교통 시스템은 장애가 있는 사람들을 위한 여행 요금 할인을 제공함 –여행에 도움이 되는 대중교통 또는 보조기술 사용 교육과 같이 독립적으로 여행하는 데 도움이 되는 지원을 제공함 –개인 또는 간병인이 소유한 자동차 혹은 기타 차량에 대한 개조비용을 제공함 –장애로 인해 대중교통을 이용할 수 없는 경우 택시, 승차 공유 또는 기타 개인 교통수단의 합리적이고 필요한 비용을 위한 교통비용을 제공함
NDIS 및 고용	–고용 시스템은 고용 서비스 및 프로그램을 포함하며, 직업 준비·탐색·유지하도록 조언과 지원을 제공함 –취업지원, 교육 및 자료, 작업장비와 같은 합리적인 조정을 위한 자금지원, 임금 보조와 같은 장애인 고용 인센티브가 포함됨
NDIS 및 학교 교육	–학교 교육 시스템은 모든 초등학교와 고등학교가 포함되고, 공립학교, 사립 및 종교 학교, 장애 학생을 위한 학교가 해당됨 –수업에 참여할 수 있도록 교수법 조정, 학습 지원 및 보조 제공, 학교 건물 변경, 소풍 및 스포츠와 같은 학교 활동 사이에 교통편 제공과 같은 합리적인 조정이 제공됨 –경사로, 승강기 및 청력 루프와 같이 학생들이 학교에 접근할 수 있도록 학교 건물을 변경함 –이동할 수 없는 기타 품목과 같이 학생들이 학교에서 필요할 수 있는 고정된/설치된 보조 기기 제공함 –개조된 컴퓨터 하드웨어, 교육용 소프트웨어, 점자교과서 등 학습에 필요한 학습도구 또는 전자장비 제공함 –수어통역사와 같은 통합 지원은 학생들이 학습하는 데 도움을 제공함 –대안교육 및 가정 학교 환경과 같은 학교 이외의 장소에서 교사 및 기타 교직원의 교육 및 학습 지원함 –학생들의 학습 요구를 충족시키기 위한 커리큘럼 변경함 –학급 교사가 커리큘럼을 조정할 수 있도록 돕는 연합 의료 종사자와 같은 교육 목적으로 학교에서 제공되는 치료 –학생의 교육 지원을 위한 케이스 조정 –경제적 어려움이 있는 가정의 학비 감면
NDIS 및 고등 교육	–고등교육, 직업 교육 및 훈련은 대학교 등의 기술 교육 및 훈련, 커뮤니티 학습 센터, 등록된 훈련 기관에서 수행되는 내용을 포함함 –학습에 도움이 되는 보조도구 및 장비, 건물 변경/수정, 교육 또는 훈련 활동 간의 이동, 학업의 일환으로 직업 지도 또는 직장 경험 배치와 같

영역	내용
	은 직장으로의 전환에 대한 일반적인 지원 등의 합리적인 조정이 제공됨. 다음과 같은 예가 포함됨 –컴퓨터, 교육 소프트웨어 및 점자 교과서와 같은 학습 관련 보조 장치, 보조 기술 및 자료 –개별 학습 요구 사항에 맞게 커리큘럼 변경 –추가 도움이 필요한 경우 학습하는 동안 직접 도우 제공 –수어통역사와 같은 교수 및 학습에 참여할 수 있는 지원 –직원을 지원하고 참여시키는 방법에 대한 교육 및 훈련 –경사로, 리프트, 청력 루프 및 자본 공사와 같은 건물 변경 –개인 관리 요구 사항을 위한 보조 기기 제공 –교육적 성취를 돕거나 커리큘럼에 참여하기 위한 치료 지원 –주로 교육 및 훈련 지원과 관련된 전문 사례 조정
NDIS 및 의료 시스템	–의료 시스템은 진행 중이거나 만성적인 건강 상태를 포함한 건강 상태의 치료 및 진단, 물리 치료 및 검안 서비스, 급성 및 급성 후 서비스, 예방적 건강, 공립 및 사립병원에서 진료, 의약품 및 목발과 같은 보조기구, 건강 상태를 개선하기 위한 기타 서비스, 치료에 도움이 되는 (민간) 서비스 및 요법, 수술 또는 의료 사건 이후의 단기 서비스 및 요법, 완화 치료, 아동 및 산모 건강 서비스와 같은 신생아 후속 조치 등이 포함됨 –치료 지원과 같은 질병 및 상태 평가, 진단 및 치료 –자폐증과 같은 장애평가 및 진단 –발달 문제를 포함한 발달 지연/장애에 대한 선별 및 의뢰 –암, 신장 질환, 폐 질환, 당뇨병, 비만 및 요통과 같은 만성 건강 상태에 대한 치료 –지역 병원 네트워크를 통한 응급 및 구급차 서비스 –척수 손상 또는 심각한 뇌 손상과 같은 손상 후 재활, 회복 치료 및 치료 –자택 내 병원 서비스 –노인 진료 –의수/의족/의지 등 –가정과 병원에서 의료 또는 건강 상태를 치료하기 위한 보조 기술 및 장비 –안경 또는 보청기와 같이 장애와 관련이 없는 일반 청력, 시력 및 발 치료 서비스 –건강지원과 관련된 사례관리 –의료사고나 조산 후 가정에 있는 영유아에 대한 간호, 의료용품 등 후속 의료 지원
NDIS 및 주택	–주거는 공공주택 및 커뮤니티 인프라를 포함한 사회주택을 의미하며, 커뮤니티 인프라는 공공건물 및 공공장소를 의미함 –필요한 사람들을 위한 주택 및 숙박 시설은 장애인을 포함한 모든 호주인이 접근 가능하고 저렴하며 적절한 주택에 접근할 수 있도록 하는 것이 포함됨 –부동산에 대한 질문이나 문제에 대한 도움, 집주인과 협력 지원과 같은 일상적인 임대 지원

영역	내용
	–주택지원으로 노숙자 지원 및 지원 또는 노숙자가 되는 것을 방지함 –노숙자 또는 노숙자의 위험에 처한 사람들을 위한 긴급 및 장기 숙소 지원 –건물 수정 및 합리적인 조정을 통해 장애인이 더 쉽게 접근할 수 있도록 하여 커뮤니티 시설, 공공건물 및 공공장소를 개선함
NDIS 및 청각 서비스	–7세 미만, 7-25세, 26세 이상, 65세 이상으로 대상을 구분하여 청각서비스 프로그램(Hearing services programs)을 제공함 –Hearing Stream은 영구적인 난청으로 새로 진단받은 아동이 조기에 지원을 받을 수 있도록 지원 우선순위를 지정함 –NDIS 이용을 위해 장애진단을 받은 후 법에 명시된 장애 또는 조기 개입 요건을 충족해야 함
NDIS 및 장애 서비스	–NDIS는 정부와 지방정부와 함께 장애인 개인 및 가족의 웰빙을 지원하고 개선하는 다양한 프로그램 및 서비스를 제공함 –사회서비스부(Department of social services) –장애 고용 서비스 (장애가 있는 사람들이 일자리를 찾고 직업을 유지하도록 도움) –장애인 옹호 서비스 –장애인 간병인을 위한 프로그램 및 서비스 –정신 건강 서비스(서비스 제공자에게 임금지원, 서비스, 혜택, 보조금을 통해 개인의 정신 건강과 웰빙을 지원) –상담 및 옹호(Disability and Carers Industry Advisory Council과 여러 전국 최고 장애 기관은 장애인 문제에 대해 정부에 조언함) –Services Australia (이전의 휴먼서비스부)는 사회, 건강 및 기타 예산 및 서비스 지원 –메디케어 –센터링크 –아동 지원

NDIS는 노인, 아동, 가족, 장애인과 같은 인구는 물론 이들이 경험하는 이동, 교육, 고용, 의료, 주택 서비스까지 연계하여 포함하고 있다. 장애 서비스와 관련된 부분은 사회서비스부에서 제공하는 고용, 옹호, 정신건강, 상담, 간병인은 물론 Services Australia와 관련된 메디케어, 센터링크, 아동지원을 포함하고 있어, 다양한 장애인들에게 복합적인 서비스를 제공하는 것을 알 수 있다.

〈표 Ⅳ-27〉 주요 영역별 장애정의

영역	대표제도	장애 정의	대상자 선정기준
소득영역	장애인연금 (DSP)	-심각한 장애여부 -15시간 근로규칙 -30시간 근로규칙 -일할 능력이 없는 경우	-명백한 의료적 규칙 -비의료적 규칙 -일반적인 의료적 규칙
고용영역 및 사회참여	국가장애 연금 (NDIS)	-하나 이상의 지적, 인지적, 신경학적, 감각적 또는 신체적 장애가 있거나 정신과적 상태로 인한 하나 이상의 장애를 가지고 있음 -손상이 영구적이거나 영구적일 가능성이 있음 -손상으로 인해 다음 활동 중 하나 이상을 수행하는 기능적 능력 또는 수행하는 심리사회적 기능이 크게 감소함 -손상이 개인의 사회적 또는 경제적 참여 능력에 영향을 미침	-명백한 의료적 규칙 -비의료적 규칙 -일반적인 의료적 규칙 -케어, 돌봄, 가족지원, 이동, 고용, 학교교육, 고등교육, 의료, 주택, 장애관련 서비스를 필요로 하는지 여부

(3) 법적 장애 정의와 서비스별 장애 정의와의 연관성

호주의 장애정의는 다양한 법률에 따라 정의되지만 제공되는 서비스에 따라 보면 크게 2가지 법률(사회보장법과 NDIS)의 적용을 받는다. 장애정의는 장애인차별금지법, 장애서비스법, 통계청에 따른 정의와 사회보장법, NDIS에 제시되어 있다. 법적 장애정의와 서비스별 장애정의를 비교하면, 서비스별 장애정의가 법적 장애정의보다 큰 개념을 포함하고 있는 것을 알 수 있다. 예를 들어, 사회보장법 내에는 일반적인 장애 유형을 구분하기도 하지만 서비스별 장애 정의에서 요양원 수준의 관리가 필요한지, 평균 기대 수명이 2년 미만인지, 재향 군인 보상을 받고 있는지의 여부가 포함되어 있다. 또한 NDIS의 경우에 일반적인 장애유형을 포함하고, 커뮤니케이션·사회적 상호작용·학습·이동성·자기돌봄·자기관리 활동 중 하나 이상을 수행하는 기능적 능력 또는 수행하는 기능이 크게 감소하는지, 장애로 인한 손상이 개인의 사회적 또는 경제적 참여 능력에 영향을 미치는지 판단 여부를 포함하고 있어, 보다 자세하고 세부적인 것을 알 수 있다.

2) 장애인 법률체계

(1) 주요 장애인 법률 구성

호주의 장애인관련 법률은 목적에 따라 개별 법률로 구성되어 있다.

〈표 Ⅳ-28〉 장애관련 법률 및 내용

법률	내용
장애차별금지법 (Disability Discrimination and Other Human Rights Legislation Amendment Act 2009)	-장애와 관련된 차별법으로 고용, 서비스, 장애기준, 범죄, 차별관련 정부 실행계획 등이 포함되어 있음
장애서비스법 (National Disability Services Act 1993)	-장애관련 서비스를 제공하는 목적을 가지며, 거주서비스, 재택 간호 및 가족지원서비스, 자립생활훈련 등을 지원하고 있음
사회보장법 (Social Security Act 1991)	-사회보장법으로 다양한 수당, 연금, 혜택, 학생지원, 연금계산방법 등이 포함되어 있음
국가장애보험법 (National Disability Insurance Scheme Act 2013)	-정부예산을 기반으로 다양한 서비스를 이용하는 법으로 서비스 이용 자격, 스크리닝, 계획개발, 서비스 이용비용지급방법, 위원회 역할이 포함되어 있음

(2) 주요 장애인 법률의 주요 내용(내용적 측면)

① 장애차별금지법(Disability Discrimination and Other Human Rights Legislation Amendment Act 2009)

장애인차별법(DDA)은 1992년에 장애에 근거한 차별에 대해 호주의 모든 사람에게 균일한 보장을 제공하고 있다. 이후 2009년에 장애 차별 및 기타 인권 입법 수정법이 되면서 다양한 분야들에서 차별을 강화하였다. 예를 들어, 장애의 정의와 보조 동물 또는 장애 보조기기 등이 있다는 누군가를 차별하는 것은 불법임을 명확히 한다. 또한 장애인 또는 장애인의 동료(예: 배우자, 간병인, 비즈니스 파트너)가 다음 영역에서 차별받는 것을 불법으로 규정하고 있다.

- 고용
- 교육
- 지역/건물에 대한 접근
- 재화, 서비스 및 시설
- 숙박 시설
- 토지 매매
- 클럽 및 협회 활동
- 스포츠
- 영연방법 및 프로그램 시행

DDA의 섹션 31(1)은 대중교통, 교육, 숙박, 고용 및 영연방 프로그램과 관련된 "장애 기준(disability standards)"을 제시한다. 장애 기준이 승인되면 이를 위반하는 것은 불법으로 간주한다. 장애 기준은 이와 같은 특정 영역에서 법적 요구사항에 대해 더 높은 수준의 특수성과 확실성을 제공한다. 차별을 받았다고 생각하는 당사자는 차별적 행동을 한 것으로 의심되는 개인이나 조직(공공 기관 포함)에 대해 DDA를 위반한 것으로 간주하여 호주 인권 위원회에 불만을 제기할 수 있으며, 관련된 정보는 www.hreoc.gov.au/disability_rights에서 찾을 수 있다.

② 장애서비스법(National Disability Services Act 1993)

이 법률은 장애인을 대상으로 하는 서비스[46]에 대한 국립, 주, 지역의 책임을 포함하고 있다. 1993년 장애 서비스법은 가장 기본으로 사용되고 있으며, (a) 거주 서비스; (b) 재택 간호 및 가족지원 서비스; (c) 자립생활 훈련 서비스; (d) 정보 서비스; (e) 인쇄 장애 서비스; (f) 레크리에이션 서비스; (g) 임시 간호 서비스; (h) 교육 또는 훈련 서비스; (i) 옹호 서비스; (j) 치료 서비스; (k) 도구/장비 서비스; (l) 상담 또는 지원 서비스; (m) 이동지원 서비스 등으로 구성되어 있다.

46) DDA 3조 해석(intepretation)에 (a) 거주서비스; (b) 재택 간호 및 가족지원 서비스; (c) 자립생활 훈련 서비스; (d) 정보 서비스; (e) 인쇄 장애 서비스; (f) 레크리에이션 서비스; (g) 임시 간호 서비스; (h) 교육 또는 훈련 서비스; (i) 옹호 서비스; (j) 치료 서비스; (k) 도구/장비 서비스; (l) 상담 또는 지원 서비스; (m) 이동지원 서비스

③ 사회보장법(Social Security Act 1991)

사회보장법 1991년은 유자격자(장애인, 노인, 아동, 저소득자 등)에게 특정 연금· 혜택·수당 및 기타 관련 목적에 따른 수당 지급을 제공하기 위해 1947년 사회보장법을 기반으로 제정되었다. 이후 1999년 사회보장(행정)법이 제정되어, 사회보장급 관리에 관한 조항이 별도의 법으로 분리되었다. SSA는 매우 긴 법률이기에, 다양한 상황에 있는 개인이 해당 법에 따라 혜택을 받을 자격이 있는지 여부를 결정하기 위해 여러 전문가가 필요하다. 이 법은 장애지원 연금(Disability Support Pension, DSP), 장애아동 지원수당(Child Disability Assistance Payment), 간병인 보조금(Carer Supplement) 및 건강관리 카드(Health Care Card)를 포함하여 호주 정부로부터 다양한 지원 및 서비스를 받기 위한 조건들을 포함하고 있다.

④ 국가장애보험법(National Disability Insurance Scheme Act 2013)

국가장애보험제도법 2013(Commonwealth Consolidated Acts, 2022.5)은 장애가 있는 사람이 비장애인과 동일하게 일반적인 삶을 살아갈 수 있도록 혹은 이와 관련된 삶을 살아가기 위해 필요한 목표를 달성할 수 있도록 합리적이고 필요한 지원을 제공하는 국가 계획으로, 장애가 있는 사람을 돌보는 돌봄자를 지원하기도 한다.

(3) 장애인 법률과 다른 사회법률과 연관성

장애 관련 법률은 앞서 설명 한 바와 같이 장애차별 및 권리보장법, 장애서비스, 장애서비스 표준, 사회보장법, 국립장애보험제도 등이 있다. 각 법률은 다른 사회법률에 영향을 미치며, 다른 법률 내에서 언급된다.

첫째, 장애차별 및 권리보장법(Disability Discrimination and Other Human Rights Legislation Amendment Act 2009)[47]을 보면 다음과 같다. Disability Discrimination Act 1992 섹션 31(1)에는 대중교통, 교육, 숙박, 고용 및 영연방 프로그램과 관련된 "disability standards"이 언급되어 있으며, disability standards에 적합하여 장애인으로 승인되면 이를 위반하는 것은 불법

47) Disability Discrimination Act 1992의 수정법

이다. 호주 건축법(Building Code of Australia)은 장애차별법 내 Access to Premises Standards에 따라 조정 및 수정되고 있다[48].

둘째, 정애서비스법(National Disability Services Act 1993)을 보면 다음과 같다. National Disability Services Act 내에 NDIS의 trial of disability services model이 언급되어 있다(legislation.wa.gov.au, 2022.6). 서비스 제공자는 National Standards For Disability Services(NSDS)에 제시되어 있는 6가지 장애서비스 표준을 따라야 하며, 서비스 제공 시 해당 기준을 충족하여야 한다고 언급되어 있다.

셋째, NDIS는 다양한 정부서비스와 연계되어 있고, 특히 Services Australia (전 Department of Human Services) 중 Medicare, Centerlink, 아동지원에 대한 비용지원 및 서비스와 밀접하게 관련되어 있다(NDIS, 2022.5).

이러한 내용을 기반으로 보면 장애 관련 법률 중 장애차별 및 권리보장법이 내용 면에서 가장 방대한 영역을 포괄하고 있으며, 장애 서비스법과 NDIS는 상호간의 내용이 어느 정도 포함되어 있는 것으로 볼 수 있다. 또한 사회보장법의 경우에는 다양한 수당 내용이 포함되어 있으며, NDIS는 돌봄, 케어, 이동, 고용, 교육, 의료, 주택, 장애 등 서비스를 포함하고 있어 영역의 차이를 볼 수 있다.

3) 장애인 서비스 전달체계

(1) 전체 개요

호주 정부는 장애인을 대상으로 다양한 서비스들을 제공하고 있다. 아래 표와 같이 주차, 장애아동, 임금평가, 정신건강, 정보제공, 옹호, 고용, 간병인 지원 등이 제공한다.

48) The Disability Standards for Education 2005 (교육을 위한 장애기준 2005)는 장애차별법(DDA)에 포함되어 있으며, 교육 및 훈련을 제공하는 제공자, 지역사회기반 비영리 제공자, 성인 및 지역사회 고등 교육 제공자를 포함한 광범위한 교육 제공자에 적용되고 있다.

〈표 Ⅳ-29〉 장애관련 서비스/지원 및 내용

장애관련 서비스 및 지원	내용
호주 장애인 주차 제도	–장애인이 목적지와 더 가까운 곳에 주차할 수 있도록 지원함
장애아동 지원	–발달 장애 아동의 조기치료, 진단 및 관리 서비스를 위한 자금을 이용할 수 있도록 지원하는 것을 목표로 함
비즈니스 서비스 임금 평가 도구(BSWAT) 지급 방식	–임금을 평가하고 지원고용을 이용하는 지적장애 근로자에게 특정 상황 시 일회성으로 지불함
지역사회 정신건강	–정신질환자와 가족, 간병인은 정신질환이 삶에 미치는 영향을 관리하고 전반적인 웰빙을 개선할 수 있도록 지원함
장애 게이트웨이	–고용, 교육, 지원 및 장비, 금융 및 COVID-19와 같은 삶의 영역에 대한 정보, 지원 및 서비스를 제공함 –월요일~금요일 오전 8시~오후 8시에 이용 가능하며, 전화 혹은 사이트를 방문하여 서비스를 신청함
Disability Royal Commission 지원 서비스	–폭력, 학대, 방치 및 착취를 경험한 장애인과 그 가족, 간병인, 왕립 장애 위원회(Disability Royal Commission)의 영향을 받는 모든 사람을 위한 무료 독립 상담 및 옹호 지원에 자금을 지원함
장애 고용 서비스	–장애인이 지역사회와 노동시장에 참여하여 잠재력을 발휘할 수 있는 기회를 받을 수 있도록 지원함
가족 정신건강 지원 서비스	–어린이와 청소년, 그 가족을 위한 정신건강 지원을 통해 이들의 정신건강을 향상함
자폐아동 지원	–자폐 스펙트럼 장애아동을 위한 지원 및 서비스임 –다양한 문화적, 언어적, 지역적 배경을 갖고 시골 및 외딴 지역에 거주하는 부모, 가족, 보호자 및 아동에 대한 지원이 포함됨
정보, 연계 및 역량강화(ILC) 프로그램	–NDIS에 대한 자격 여부에 관계없이 모든 장애가 있는 사람을 지원하는 프로젝트를 제공하기 위한 자금을 지원함
수어통역 예약 및 지원 서비스(NABS)	–수어사용 청각장애인이 개인 의료 상담 참석 시 무료로 수어 통역사를 제공함
동반자 카드	–유자격 장애인이 간병인을 위한 추가적인 비용을 들이지 않고 자신이 원하는 장소로 가거나 활동에 참여할 수 있도록 지원함
장애 옹호 프로그램(NDAP)	–지역사회 참여, 장애인의 인권 보호, 촉진 및 보장하는 지원을 제공하기 위해 조직에 자금을 지원함
NDIS	–일상활동에 참여하는 능력에 영향을 미치는 영구적이고 중대한 장애가 있는 사람들을 지원함

장애관련 서비스 및 지원	내용
	–NDIS 항소는 신청자가 국가 장애보험 결정에 대한 행정 항소 재판소 검토 과정을 탐색하는 데 도움이 되는 서비스 비용을 제공함 –NDIS Quality and Safeguarding Framework는 NDIS 이용자가 선택과 통제를 행사할 수 있도록 권한을 부여하고 지원하는 동시에 적절한 보호 장치가 마련되어 있는지 확인하고, 제공자와 그 직원이 고품질 지원을 제공할 수 있도록 기대치를 설정함
시각장애인 프로그램을 위한 우편 할인	–시각장애인의 필요에 서비스를 제공하는 조직들이 호주 우체국을 통해 적절한 자료를 보낼 수 있도록 하며, 정부부처는 우편료를 호주 우체국에 상환함
인쇄 지원 서비스	–인쇄물에 접근성이 낮은 장애인이 다양한 대체제를 선택할 수 있도록 인쇄물의 디지털 마스터 생산에 대한 자금을 지원함
지원고용	–지원고용은 호주에서 많은 장애인의 사회 경제적 참여를 향상시키는 데 중요한 역할을 함
거주 노인 요양 시설에 있는 젊은 장애인 지원	–65세 미만의 젊은 장애인이 노인요양시설에서 생활할 필요성을 최소화하기 위해 노력함
장애지원연금	–장애로 인하여 일을 할 수 없는 경우 생활비를 지원함
약 구입비용 지원	–2주에 한 번 $6.20에 대한 약 구입 비용을 지원함
전화 및 인터넷 비용 지원	–전화 및 인터넷 비용을 지원함(기본 지원 $31.40, 최대 지원 $46.40)
청소년 장애 보충 지원	–21세 미만의 장애가 있는 청(소)년이 소득지원수당을 받는 경우 추가 수당을 지원함 –장애 지원 연금, 청소년수당, 학교에 재학중인 경우 자동으로 제공되어 신청할 필요 없음
에너지 비용	–정부로부터 어떠한 지원을 받는가(예, 장애지원수당, 재학생 수당, 가족수당, 부모수당) 따라 제공되는 정도가 상이함 –예를 들면, 장애 지원 연금을 받는 경우 18세 미만, 독신 및 부양 가족의 경우 $5.90; 18~20세, 독신 및 부양 가족인 경우 $6.60; 독립 또는 부부일 경우 $9.10
연금수급자 교육 보충 지원	–학생신분으로 정부로부터 소득지원을 받는 경우 학업 비용 지원을 추가적으로 받을 수 있음 –풀타임으로 공부하는 경우 2주에 $62.40를 받게 되며, 상황에 따라 금액이 낮아짐
장애아동 지원 수당	–장애 또는 심각한 질병이 있는 자녀를 돌보고 있으며, Carer Allowance에 해당되는 경우 각 아동에 대해 최대 $1,000를 지원받는다.

출처: Australia Government Department of Social Services. (2022.5). Disability and carers; Services Australia. (2022.5). Top payments..

장애인이 일상생활을 위해 서비스를 필요로 하는 경우 사회서비스부에서 장애인 고용, 옹호, 간병인, 정신건강, 상담 등의 서비스를 제공하고, Services Australia (이전 휴먼서비스부)는 사회, 건강 및 예산지원 등을 포함하는 의료적 지원과 금전적 지원을 한다. 장애와 관련된 서비스를 신청하는 방법은 연령, 거주위치, 개인의 욕구에 따라 다르게 적용된다. 개인이 스스로, 고용주 혹은 기관에서 서비스 신청이 가능하며, 고용주나 조직에서 지원을 신청한 경우에는 지원 완료 여부를 이메일로 받게 된다. 신청의 첫 단계는 이름, 이메일, 생년월일, 연락처, 근로여부, 직장 내 역할과 같은 기본적인 정보를 기입한 뒤에 다음 5가지 스크리닝 조건을 선택하게 된다.

- 노인요양 부문 고용
- 일반 취업률
- 취약계층 고용
- Children Check에서 확인
- NDIS에서 확인

이후 지원자의 유형(계약자, 근로자, 향후 근로자, 학생, 자원봉사자, 배우자)을 선택하고 전송을 누르게 되면 이메일로 iApply 링크를 확인한 뒤 로그인하여 필요한 정보를 추가로 입력한 뒤 서비스를 신청할 수 있다(Government of South Australia Department of Human Services, 2022.5). 아래는 대상에 따른 서비스 신청방법이다.

〈표 Ⅳ-30〉 서비스 대상에 따른 신청 방법

대상	서비스 신청 방법
아동	-NDIS를 통해 신청
65세 미만 성인	-NDIS 신청 -영구적일 가능성이 있는 손상으로 인해 일상적인 일을 하는 데 인력/장비의 지원 -전화 1800 800 110 -TTY 1800 555 677
Return-To-Work-SA에 지원	-Return-To-Work-SA(이전 Work-Cover)는 산재보험을 제공하고 재정지원을 통해 직장복귀 계획과 서비스를 제공

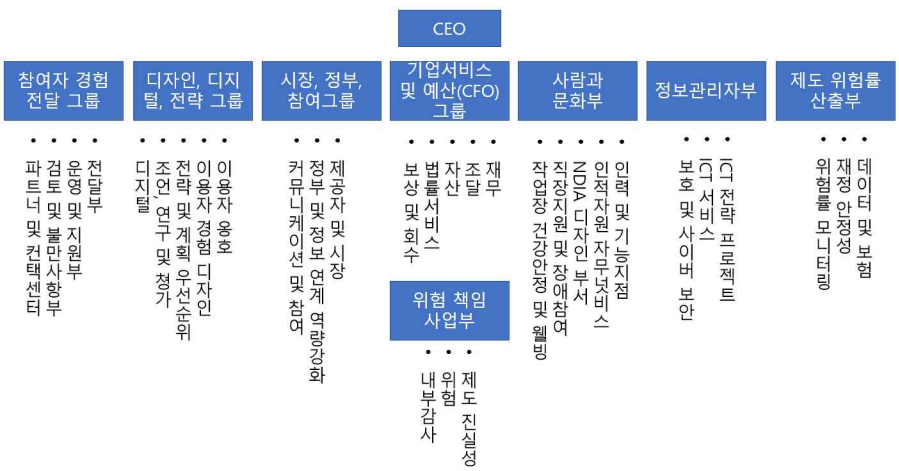
대상	서비스 신청 방법
	-전화 13 18 55
65세 이상 성인	-65세 이상이고 집에서 생활하는 데 지원이 필요한 경우 My Aged Care 문의전화 1800 200 422

출처: Department of Human Services (2022.5). Apply for disability services. https://www.sa.gov.au/topics/care-and-support/disability/access-services

이러한 내용을 종합해보면 호주의 장애인 대상 서비스는 정부기관(사회서비스부, Services Australia)에서 지원하는 것을 알 수 있다. 서비스 대상이 누구인지에 따라, 누가 서류를 작성하느냐에 따라, 온라인으로 작성하는가에 따라 다르며, 작성된 후에 다양한 부서들과 NDIA 등에서 확인한 뒤 필요한 서비스를 제공한다.

(2) 주요 기관

NDIA는 2020년 3월에 새로운 조직구조를 발표하였다. 총 8개 부서로 구성되며, 다음은 각각의 그룹에 대한 명칭과 포함되는 부서들 및 이에 대한 설명이 제시되어 있다(Transparency Portal, 2022.6).



[그림 Ⅳ-9] NDIA 조직도

① 이용자(참여자) 경험 전달 그룹

이용자(참여자) 경험 전달 그룹은 제도 접근, 계획, 검토 및 불만을 포함하여 이용자 및 보호자, 가족을 포함한 모든 참여인원에 대한 책임을 진다. 이 그룹은 전달부, 운영 및 지원 부, 검토 및 불만 사항 부, 파트너 및 컨택 센터 등 4개의 부서로 구성되어 있다.[49]

② 디자인, 디지털, 전략 그룹

디자인, 디지털, 전략 그룹은 전문 지식, 기술, 구조를 제공하여 기관이 이용자에게 서비스를 제공하고 권한을 부여하는 방식을 설계하고 개선하는 곳으로, **이용자 옹호부, 이용자 경험 디자인부, 전략 및 계획 우선 순위부, 조언, 연구 및 평가 등** 5개 부서로 구성되어 있다.[50]

③ 시장, 정부, 참여 그룹

시장, 정부, 참여그룹은 긍정적인 평판을 구축하고 유지하는 데 있어 이해관계자와 양방향 커뮤니케이션과 효과적인 커뮤니케이션을 담당한다. **제공자 및 시장부, 정부 및 정보, 연계, 역량강화(ILC), 커뮤니케이션 및 참여 총** 3개 부문으로 구성되어 있다.[51]

---

49) **전달부**는 제도 접근, 계획 및 복합적인 지원욕구 팀을 포함한 이용자 참여를 담당한다. 이 부서는 접근 및 계획, 기관 전체의 지속적인 개선을 위한 전략 및 제어를 담당한다. 운영 및 지원 부서는 분석을 통해 운영 변화를 시도함으로써 복잡한 시행과 전달 문제에 대한 체계적인 해결책을 제공하는 역할을 담당한다. 이용자 경험 전달 그룹의 결과를 알리며 개선하는 중요한 기술, 임상 및 운영 방법을 개발하고 제공한다. 이 부서는 NDIA 정책, 절차, 품질 및 위험 관리 통제를 준수하도록 지원한다. 검토 및 불만 사항 부서는 이용자의 불만 사항, 중대 사건 또는 검토를 통해 필요한 조치를 전달하여 긍정적인 이용자 경험을 높인다. 이 부서는 행정 항소 재판 신청을 관리한다. 파트너 및 컨택 센터는 전략적 계획 및 계약, 성과 관리를 포함한다. 이 부서는 최고의 성과를 내는 파트너와 컨택 센터 네트워크를 위한 품질 표준을 유지한다.

50) 이용자 옹호는 이용자 만족도를 높이기 위해 피드백을 통해 기관 내부에서 이용자의 목소리를 높인다. 이용자 경험 디자인은 이용자 경험을 개선하고 기관 직원이 보다 편리하게 일하는 방식을 지원하기 위해 개선사항을 설계 및 제공한다. 전략 및 계획 우선 순위는 기관에 전략적 및 운영적 영향을 미치는 복잡하고 중요한 결과, 프로젝트 및 프로그램을 계획, 주도, 지원 및 제공한다. 조언, 연구 및 평가는 NDIS의 효과를 개선하기 위한 전략적 문제를 관리하고, 리더십, 내용 전문 지식 및 조언 및 연구를 시행한다. 디지털은 기관이 효율성, 결과 및 만족도를 지속적으로 개선하기 위해 기술을 사용하여 서비스 제공 과정을 단순화하고 강화하는 방법을 개발한다.

51) 제공자 및 시장은 NDIS 제공자 시장의 관리를 위한 포괄적인 전략 및 전술 계획을 개발하고 실행하는 역할을 담당한다. 정부 및 정보, 연계, 역량강화(ILC)는 주, 연방 정부와 관계 및 기관의 업무를 관리하고 조정한다. 여기에 다른 정부 서비스가 ILC 프로그램과 교차하는지 여부를 파악하고, 거버넌스 위원회 및 정책을 운영한다. 여기서 ILC 프로그램은 2021년에 사회복지부로 전환되었다. 커뮤니케이션 및 참여는 NDIA의 내·외부 및 미디어 기반 전략적 커뮤니케이션을 지원하고, NDIS 제공을 위해 이용자와 다양한 커뮤니티 참여를 지원한다. 이 부서는 장관 사무소, 지원 및 자문서비스, 모든 정보의 자유(FOI) 요청에 대한 관리 및 의사결정을 담당한다.

④-1. 기업 서비스 및 재무전문가(CFO) 그룹

기업 서비스 및 재무 전문가 그룹은 기관의 기업적 기능(인적자원, 문화 및 ICT 제외)에 대한 관리를 담당한다. 이는 제품과 서비스가 적시에 효율적이며 효과적인 방식으로 제공되도록 한다.[52]

④-2. 위험 책임 사업부

위험 책임 사업부는 모범·위험 사례 및 거버넌스 원칙, 규정 준수 모니터링, 전문 위험 자문 서비스를 위해 운영 및 전략적 목표를 실행하기 위한 3개의 부로 구성된다. [53]

⑤ 사람과 문화부

사람과 문화부는 직원의 라이프 사이클 전반에 걸쳐 직원과 관리자에게 조언과 지원을 제공하고 NDIS를 제공하기 위해 직원이 역량을 구축하며, 긍정적이고 포용적인 문화를 육성할 수 있는 안전한 직장을 제공하기 위해 지원한다. 인력 및 기능 지점, 인적 자원(HR) 자문 서비스 지점 등 2개의 지점과 NDIA 디자인 부서, 직장 지원 및 장애 참여 팀, 작업장 건강 안전 및 웰빙 팀3개의 핵심 팀으로 구성된다.[54]

---

52) 이 그룹은 Ⓐ 재무 통제, 예산 및 예측, 보고 및 자금 관리를 포함한 재무; Ⓑ 지속적인 계약 관리를 보장하기 위한 조달 프로세스 관리를 포함한 조달; Ⓒ 안전하고 최대한의 장애인 접근 사항을 충족하는 적절한 숙박 시설을 제공하고 부동산 임대를 지속적으로 관리; Ⓓ 법률에서 요구하는 기관 기록의 유지 관리를 포함한 기록 관리; Ⓔ NDIS법 운영을 포함한 광범위한 법률 문제에 대한 법률 자문 제공을 포함한 법률 서비스; Ⓕ NDIS 법의 보상/회수 요건 이행 및 모든 기관 부채 회수를 포함한 보상 및 회수 업무를 담당한다.

53) Ⓐ 제도 진실성 부는 사기를 포함하여 기관 및 제도에 대한 심각한 문제 상황 방지, 감지 및 대응을 담당한다. Ⓑ 위험은 위험 관리 프레임워크 유지, 내부 위험 관리 능력 구축, 새로운 위험 분석 및 보고, 중요한 위험 노출에 대한 감독을 포함하여 기관이 경험할 수 있는 위험을 식별 및 관리한다. Ⓒ 내부 감사는 이사회 감사 위원회가 이사회에 대한 의무와 책임을 수행하는 데 도움이 되는 자문을 제공한다.

54) 인력 및 기능 지점은 기관 자원 요구사항을 결정하고, 적합한 인력을 찾아내며, NDIS를 제공할 수 있는 포괄적이고 유능한 인력을 양성하는 솔루션을 제공한다. 인적 자원(HR) 자문 서비스 지점은 NDIA 기업 계약 및 고용 조건의 적용에 대한 정확한 조언과 지침을 제공하고, 리더의 HR 역량을 개발하고, 기관이 모범 사례 관리를 담당한다. NDIA 디자인 부서는 이용자 서비스 제공을 지원·조정하기 위해 기관의 기능과 디자인을 형성하는 데 중점을 둔다. 이 팀은 또한 직원의 라이프사이클 전반에 걸쳐 기관의 경영진과 직원을 지원한다. 직장 지원 및 장애 참여 팀은 직원과 관리자에게 직장에 헌신하고 오랫동안 근무할 수 있도록 모든 사람이 접근 가능하고 포용적인 환경을 조성하는 데 필요한 지원을 제공한다. 작업장 건강 안전 및 웰빙 팀은 강력한 건강 안전 관리 시스템과 웰빙 실행 계획을 통해 건강관련 위험이 최소화되고 건강과 웰빙이 최적화되는 긍정적이고 안전한 작업장을 직원에게 제공할 수 있도록 기관을 지원한다.

⑥ 정보관리자부

정보관리자 부서는 주로 문제해결을 위한 기술 관리는 물론 사이버 보안 계획 및 위험 관리를 담당한다. ICT 전략 프로젝트 지점, ICT 서비스 지점, 보호 및 사이버 보안 지점 세 가지 지점으로 구성된다.[55]

⑦ 제도 보험계리(위험률) 산출부

제도관련 보험계리 산출부는 NDIA 데이터 서비스, 기업정보 수집활동 및 분석, 이용자, 가족 및 간병인을 위한 결과 모니터링 및 분석을 관리한다. 이 부서는 데이터 및 보험, 재정 안정성, 위험률 모니터링 등 세 가지 지점으로 구성된다.[56]

(3) 담당 역할(주요 제공 서비스)

NDIS는 장애인의 일상생활, 사회참여, 고용, 대인관계, 건강, 교육 등을 포함하는 다양한 영역들에 대한 서비스를 제공하고 있다. 예산 자체는 상당한 유연성이 있지만, 다음 조건에 해당되는 경우 예산 사용이 거부된다.

- 이용자의 장애와 직접적인 관련 없음(예, 식료품, 의복 구매)
- 타 제도에서 우선적으로 적용되는 서비스에 대한 예산임(예, 메디케어)
- 이용자의 지원 요구와 관련이 없는 일상 생활비와 관련됨
- 이용자에게 해를 입히거나 다른 사람에게 위험을 초래할 가능성이 있는 경우
- 보건 또는 교육과 같이 다른 시스템에서 이미 전달하고 있는 경우(중복 수혜 안됨)

이러한 경우를 제외한 경우 서비스 제공이 가능하며, 크게 3가지 영역(핵심지원,

55) ICT 전략 프로젝트는 기관 전반에 걸쳐 ICT 전달을 용이하게 한다. 여기에는 기술 전략 개발, 연구 및 분석, 비즈니스 요구 사항을 충족하는 솔루션의 개발 및 제공에 대한 조언이 포함된다. ICT 서비스는 기관의 요구를 충족시키기 위해 ICT 서비스 및 지원을 제공한다. 보호 및 사이버 보안은 정보 보안, 인적자원 보안 및 물리적 보안 전반에 걸쳐 보안에 대한 전략적, 기관 차원의 감독을 제공한다. 여기에는 정보 기술 시스템의 안전하고 신뢰할 수 있는 운영에 대한 실용적인 조언을 제공한다.

56) 데이터 및 보험은 NDIA의 보고 플랫폼 제공을 포함한 데이터 서비스를 제공하여 측정 가능한 기관의 성과로 전환한다. 재정 안정성은 NDIS의 미래 비용을 예측하고, 주요 재무 위험과 영향을 식별하고, 위험을 관리하고 해결하기 위해 필요한 것들을 제시한다. 이 팀은 또한 이용자와 가족/보호자의 결과를 모니터링한다. 위험률 모니터링은 분기별 보험 통계 보고서, Disability Ministers에 대한 분기별 보고서, 데이터 및 웹사이트에 대한 심층 분석 보고서를 포함하여 NDIS 성과에 대한 모니터링을 제공한다.

역량개발지원, 자산지원)과 15개 지원으로 구성되다. 이용자는 합리적이고 필요한 서비스를 이용하고 목표를 달성하는데 도움이 되는 지원을 받기 위해 NDIS 자금을 지원받는다.

- 핵심지원은 일상생활과 사회 및 지역사회 참여를 포함하고 있으며, 일상생활지원, 이동, 소모품(예, 일회용 바지 및 패드, 의자 및 침대 보호기구, 카테터, 압박 스타킹, 병따개 및 손잡이 터너, 주전자 안정제 및 특수 주전자), 사회참여 서비스가 제공된다.
- 역량개발지원은 일상생활과 주택을 포함하며 생활을 위해 필요로 하는 보조기기와 주택개조 및 장애인 거주를 위한 주택 서비스가 제공된다.
- 자산지원은 당사자 스스로 서비스나 계획을 개발하고 선택하는 등의 선택과 통제, 주택, 지역사회 참여, 직업, 관계, 건강, 평생교육을 포함하고 있으며, 서비스·계획 조정, 생활환경 개선, 사회참여 증진, 구직·직업유지, 관계-건강-학습증진, 삶에서의 선택 증진, 일상생활 기술 증진 서비스를 제공한다(NDIS, 2019.)

〈표 Ⅳ-31〉 NDIS 지원 영역 및 서비스

지원 영역	설명	주요 성과 영역	예산에 따른 지원 카테고리
핵심 지원	–이용자가 일상생활 활동을 완료하는 데 도움이 되는 지원	–일상생활 –일상생활 –일상생활 –사회/경제/지역사회 참여	–1. 일상생활지원 –2. 이동 –3. 소모품 –4. 사회참여 지원
역량 개발 지원	–이용자가 독립성과 기술을 구축할 수 있도록 지원	–일상생활 –집	–5. 보조기기 –6. 주택개조 및 장애인 주택
자산 지원	–보조 기술, 장비, 집 또는 차량 개조와 같은 투자에 대한 지원 또는 자본 비용에 대한 자금 지원	–선택과 통제 –주택 –사회/경제/지역사회 참여 –직업 –관계 –건강 –평생교육 –선택과 통제 –일상생활	–7. 지원들 조정 –8. 생활환경 개선 –9. 사회참여 증진 –10. 구직 및 직업유지 –11. 관계증진 –12. 건강증진 –13. 학습증진 –14. 삶의 선택 증진 –15. 일상생활 기술 증진

지원 카테고리 유형에 따른 세부 서비스와 서비스 이용 비용은 다음과 같다.

- 일상생활의 경우 자기관리활동지원은 시간당 $57.23, 야간 수면 지원은 $242.95로 나타났다.
- 사회참여 지원은 커뮤니티, 소셜 및 레크리에이션 활동 참여 시 평일 주간(기본) $57.23, 평일 저녁(표준)이 $62.99, 그룹 활동 평일 주간(기본)이 $57.30으로 나타났다.
- 지원 조정의 경우 지원 조정 수준 1(지원 연결)은 $65.09, 지원 조정 수준 2(지원 조정)는 $100.14, 지원 코디네이터의 계획 및 재무 관리 역량 강화 및 교육은 $65.09, 심리사회적 회복 코칭 평일 주간은 $85.62, 공휴일은 $189.11로 나타났다.
- 구직 및 직업유지의 경우 취업 관련 평가 및 상담은 $193.99, 취업지원은 $65.09이며 평일 주간은 $57.30으로 나타났다.

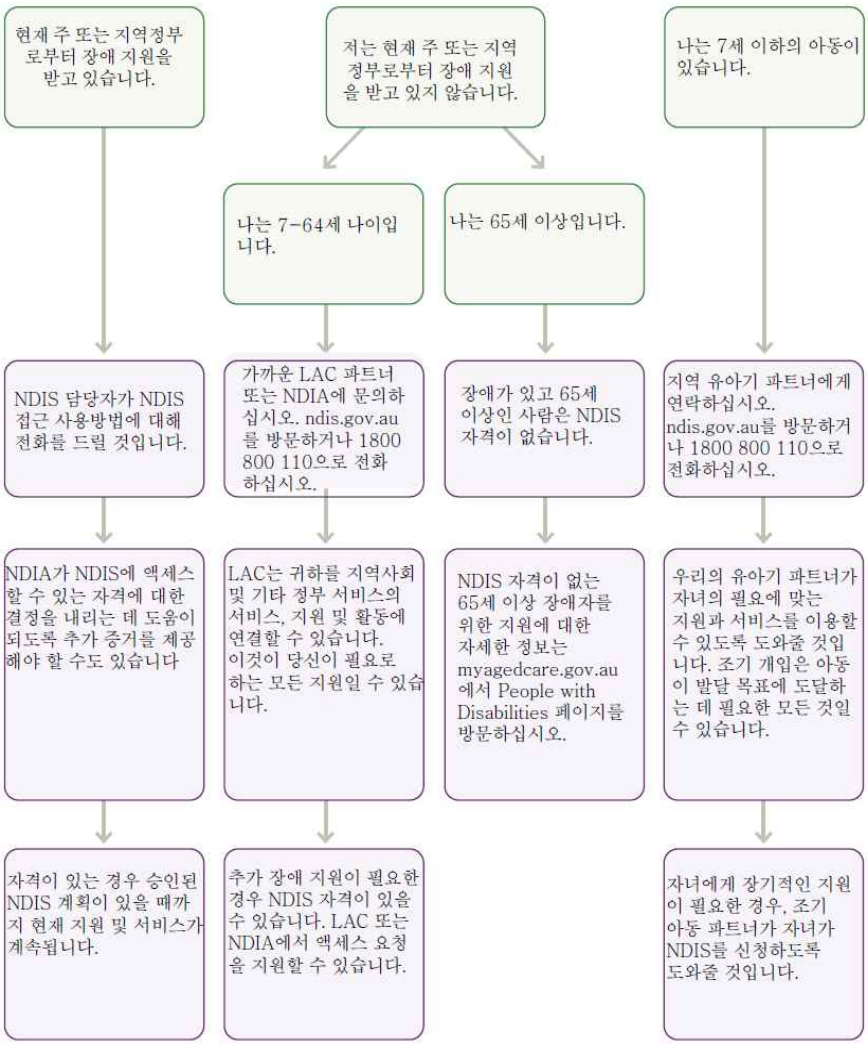
이러한 비용은 여러 서비스 중 일부 만을 제시한 것이며, 더 많은 비용과 기준점이 존재한다. NDIS는 소득수준과 관계없이 이용하고 이용자에게 본인부담금을 부과하지 않으며, 장애연금지원이나 돌봄자수당과 별개이다.

〈표 Ⅳ-32〉 NDIS 지원 서비스 및 비용

지원 영역	주요 성과 영역	세부 서비스	비용
핵심 지원	1. 일상생활지원	-자기 관리 활동 지원	$57.23(hour)
		-자기 관리 활동 지원: 야간 수면	$242.95(each)
		-개인 가정 활동 지원	$51.22(hour)
		-아동을 위한 전문 가정 기반 지원	$51.22(hour)
		-집 또는 마당 유지 관리	$1.00(each)
	4. 사회참여 지원	-커뮤니티, 소셜 및 레크리에이션 활동에 참여: 평일 주간(기본)	$57.23(hour)
		-커뮤니티, 사교 및 레크리에이션 활동에 참여: 평일 저녁(표준)	$62.99(hour)
		-그룹 활동: 평일 주간(기본)	$57.30(hour)
	4. 사회참여 지원	-취업지원: 평일 주간	$57.30(hour)
		-취업지원: 공휴일	$126.56(hour)

지원 영역	주요 성과 영역	세부 서비스	비용
자산 지원	7. 지원들 조정	–지원 조정 수준 1: 지원 연결	$65.09(hour)
		–지원 조정 수준 2: 지원 조정	$100.14(hour)
		–지원 코디네이터의 계획 및 재무 관리 역량 강화 및 교육	$65.09(hour)
		–심리사회적 회복 코칭: 평일 주간	$85.62(hour)
		–심리사회적 회복 코칭: 공휴일	$189.11(hour)
	9. 사회참여 증진	–멘토링, 동료 지원 및 개별 기술 개발을 포함한 인생 전환 계획	$65.09(hour)
		–기술 개발 및 훈련	$65.09(hour)
	10. 구직 및 직업유지	–취업 관련 평가 및 상담	$193.99(hour)
		–취업지원	$65.09(hour)
	11. 관계증진	–취업지원: 평일 주간	$57.30 (hour)
		–전문 행동 중재 지원	$214.41(hour)
		–행동 관리 전략 교육을 포함한 행동 관리 계획	$193.99(hour)

출처: National Disability Insurance Scheme (2022.4). Pricing arrangements and proce limits 2021-22.



[그림 Ⅳ-10] NDIS 서비스 지원과정도

출처: NDIS Booklet 1 – Understanding the NDIS (2022.6).
https://www.ndis.gov.au/about-us/publications/booklets-and-factsheets

(3) 서비스 제공방식

NDIS 서비스를 이용하기 위해서는 서비스 이용가능 여부를 확인한다. 이후 결과 기반으로 서비스를 신청하게 되는데, NDIA가 원스탑 창구 역할을 수행하게 된다. 간단하게 이용절차를 살펴보면 '수급권 확인-신청 및 판정-기획수립-서비스 이용-정산' 과정으로 이루어진다. 개인이 이미 장애연금지원, 돌봄지원과 같은 소득지원을 받고 있더라도, NDIS 기금을 이용한 서비스를 받는 데 전혀 문제가 없다. 즉 연금을 받고 있다고 해도 자동으로 NDIS 수급자격이 되는 것은 아니기에, 서비스 이용을 위해 NDIS에서 신청해야 한다. NDIS 서비스를 이용하기 위해 수급권 확인을 위한 신청을 한 후에 적격성 여부가 결정되면, 계획신청을 하고 계획수립 후에 승인과 집행이 이루어진다. 한편 NDIS의 관리 및 운영을 담당하는 NDIA는 재정과 신청자의 수급 여부를 판정한 뒤 지원계획을 승인하는 권한을 가지고 있다. 장애 관련 서비스 이외의 일반적인 사회서비스(예, 병원, 도서관, 보건센터, 대중교통, 교육)를 이용하기 위해 NDIS가 아닌 다른 기관을 통해 접근해야 한다.

이용자의 자격이 판정된 후 개별화된 계획을 수립하게 되며, 첫 번째 단계로 계획 개발을 위한 미팅에 참여하게 된다. 미팅을 시작하기 위해 장애인은 자신의 NDIS 번호, 생년월일, 자신의 장애 관련 상태, 장애가 자신의 일상에 어떠한 영향을 미치는지, 매일 무엇을 하는지, 관심 있는 것이 무엇인지, 일을 하고 싶은지, 일상생활을 하기 위해 사용하는 보조기기가 있는지 등에 대한 정보를 작성한다. 또한 현재 자신의 인생에서 중요한 사람들의 이름, 관계, 어떻게 삶에 영향을 미치고 도와주는지 등에 대한 지원 네트워크에 대한 정보를 작성하게 된다. 또한 지역사회와 다른 정부 기관에서 받고 있는 지원금, 서비스에 대한 정보와 자신이 중요하게 생각하는 주제·문제를 적게 되고, 이후 LAC, NDIA 계획 개발자가 이용자에게 연락하여 계획 개발을 위한 미팅을 한다. 미팅하는 과정에서 개인이 필요로 하는 것들과 어려운 점 등이 면밀하게 다루어지고, 이를 기반으로 장·단기 계획이 세워진다. 이때 장애인 당사자의 욕구와 선택권을 최대화하여 계획을 개발하고 NDIS 예산을 통해 서비스를 이용할 수 있다. 단 다른 정부 기관에서 제공하는 서비스와 중복되는 경우에 NDIS는 해당 서비스를 제공할 수 없으며 예산 사용을 할 수 없다. NDIS 예산은 서비스 제공기관으로 비용을 지불하는 것이 아니며, 이용자가 비용을 가지고 있는 형태로 서비스를 선택하고 비용 지급이 이루어진다. NDIS 예산 관리 방식은 4가지로 구분된다.

- 기관 관리 모형(Agency-Managed): NDIA가 이용자의 예산을 관리하는 형태로, NDIA에서 서비스 제공자에게 직접 예산을 지급한다.
- 등록된 계획관리자 모형(Registered Plan Manager): 이용자가 매니저에게 예산 관리를 위탁하는 형태로, 매니저는 이용자를 대신하여 서비스 제공자가 청구한 서류를 검토하고 처리하여 예산을 집행한다.
- 자기관리 모형(Self Managed): 이용자 또는 이용자가 지명한 사람(nominee)이 직접 예산을 관리하는 형태로, '부분 자기관리'(self-managed - partly)와 '완전 자기관리'(self-managed – fully)로 구분된다. 자기관리이기 때문에 서비스 제공과 관련된 비용 정산과 행정 절차를 이용자가 직접 수행해야 한다.

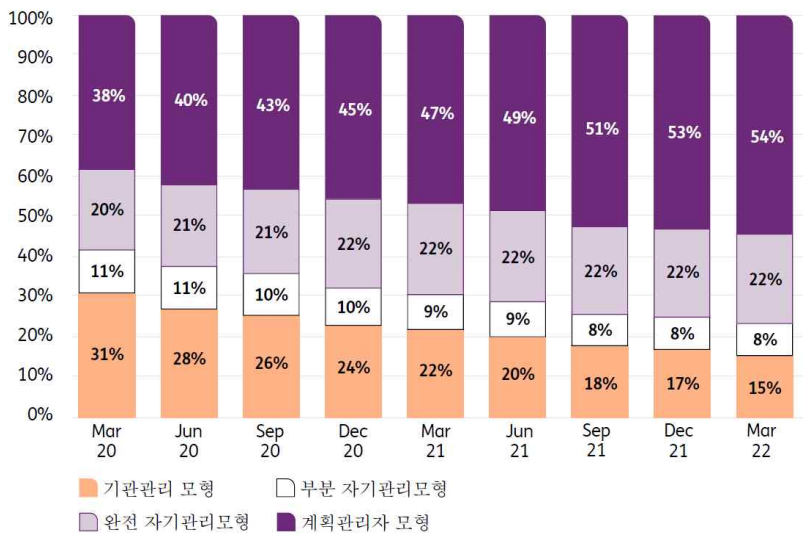
개인이 예산관리 방식을 선택하는 방법에 따라 서비스 비용을 지불하는 방식 또한 변화한다. 일반적으로 서비스 이용에 따른 비용은 myplace 포털을 통해 지불된다(NDIS Booklet 3 – Using your NDIS plan, 2022.6). 다음은 예산관리 방식에 따른 서비스 비용 지불 방식에 대한 설명이다.

- NDIS 자금을 NDIA에서 직접 관리하는 경우: NDIS에 등록한 서비스 제공자는 myplace 포털의 서비스 예약 사이트를 통해 서비스 제공에 따른 지불을 청구한다. 이를 위해 서비스 제공자는 서비스 이용자 NDIS 번호, 생년월일 및 이용자의 이름을 알고 있어야 한다.
- 등록된 계획관리자가 관리하는 경우: 등록된 계획관리자가 서비스 비용을 지불하고 이에 대한 기록을 보관한다. 서비스 제공자는 제공하는 모든 서비스에 대해 등록된 계획관리자에게 청구서를 제출해야 한다.
- 개인이 자체적으로 관리하는 경우: 서비스 비용을 지불할 때 특정한 역할과 책임이 있으며, NDIS 자금을 사용하여 서비스 제공자에게 비용을 지불하는 방법은 2가지가 있다. 첫 번째는 개인이 myplace 포털을 통해 지불을 요청하여 NDIS 자금에서 지정된 은행계좌로 돈을 이체하는 방법이다. 두 번째는 서비스 제공자에게 개인이 직접 비용을 지불한 다음 myplace 포털을 통해 환급을 요청하여 NDIS 자금에서 지정한 은행계좌로 돈을 이체하여 환급을 받는 방법이다. 이때 반드시 송장 및 영수증을 포함한 개인이 직접 금액을 지불했다는 기록을 보관해야 한다.

어떠한 방법을 이용하더라고 개인은 자신에게 서비스를 제공하는 사람·기관을 선택할 수 있고, NDIS 서비스 제공자를 통해 이루어지며, NDIS에서 설정한 금액이 비싸다고 생각이 된다면 낮은 비용으로 협상할 수 있다.

다음은 시간에 따른 재무계획 관리 방식별 이용자의 누적 분포도이다. 전반적인 변화 추세를 보면, NDIA에서 계획을 관리하는 대신 계획관리자를 선택하는 이용자가 증가하면서 계획관리 부분이 증가한 것을 알 수 있다. 지난 2년 동안 자료를 기반으로 다음과 같은 변화를 확인하였다.

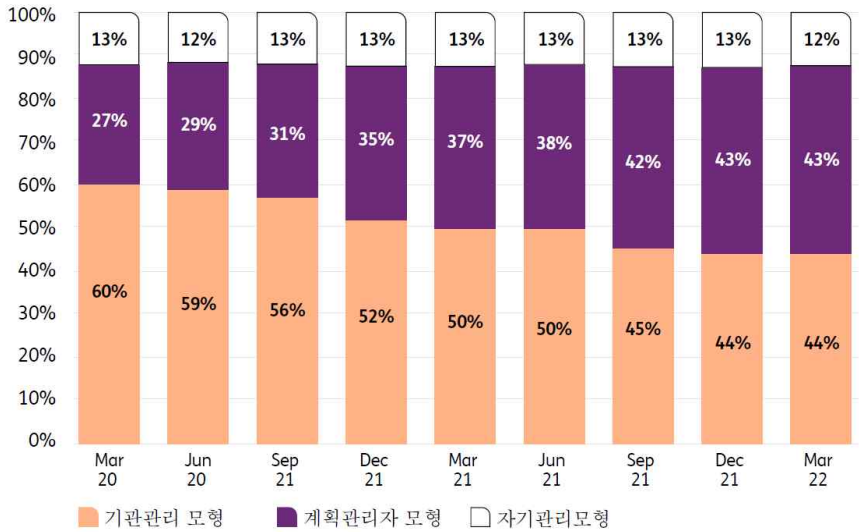
- 계획의 전체 또는 일부를 자체 관리하는 사람들의 수는 30% 정도로 일정하게 나타난다.
- 계획관리자 사용이 38%에서 54%로 증가하였다.
- NDIA를 관리하는 계획 비율은 31%에서 15%로 감소하였다.



[그림 Ⅳ-11] 시간에 따른 재무계획 관리 방식별 이용자의 누적 분포도

시간에 따른 재무계획 관리 방식별 지급액 분배도를 보면 지난 2년 동안 다음 3가지 계획관리 유형에 대한 지불 방식에 변화가 있는 것을 알 수 있다.

- 자기관리 기반의 지불방식이 13%에서 12%로 감소하였다.
- 계획 관리자가 관리하는 지불방식이 27%에서 43%로 증가하였다.
- NDIA가 직접 관리하는 지불방식이 60%에서 44%로 감소하였다.



[그림 Ⅳ-12] 시간에 따른 재무계획 관리 방식별 지급액 분배도

개인의 NDIS 계획이 개발되었더라도 반드시 NDIA에서 승인을 받아야 시행할 수 있다. 승인 이후 계획이 시행된다는 결과를 개인에게 우편배달, 이메일, 온라인(myplace 포탈 또는 my.gov.au)으로 알린다. 일반적으로 계획 개발은 최대 21일이 소요되며, 승인은 최대 70일이 소요된다. 만약 개발된 계획에 이용자가 동의하지 않는 경우 언제나 수정 가능하고, NDIA에 직접 문의하면 NDIA 계획개발자, LAC(Local Area Coordinator), 아동계획 파트너(Early childhood partner)가 무엇을 해야 하는지, 어떠한 과정을 통해 수정이 되는지 등을 알려준다. 이후 LAC, 아동계획 파트너, NDIA 계획개발자가 계획을 수정하고 수정된 계획을 제출하는 것까지 도와준다(NDIS Booklet 2 – Planning, 2022.6). 성인의 경우 스스로 계획을 관리하거나 기관 관리 모형을 따를 수 있고, NDIS에 직접 접근하는 것에 어려움을 느끼는 당사자를 위하여 초기 아동기 서비스 파트너(Early Childhood Services Partner; 7세 미만의 아동을 대상)와 지역 코디네이터

(Local Area Coordinator, LAC; 7세 이상을 대상)가 서비스 신청을 지원하는 것은 물론 NDIS 계획을 개발하고 사용할 수 있도록 도와준다. 이용자에게 편의성을 제공하고 접근성을 높이기 위해 NDIS는 보다 많은 민간 서비스 제공기관들과 맺고 이들의 수를 늘리는 데 노력하고 있다.

4) 시사점

호주 NDIS에서 제공하는 개별 서비스 계획은 개인에게 서비스 이용 계획개발을 강요하지 않고 전문가, 정부기관, 개인이라는 선택권을 제공하여 개인예산제 방식을 활용할 수 있도록 한다. 제도 자체만 보면 개인의 선택권을 높이고, 이용할 수 있는 서비스를 다양화(단, 중복서비스는 안 됨)한다는 강점들이 존재하지만 몇 가지 쟁점들이 존재한다.

첫 번째는 계획개발과 시행을 위한 대기기간이 실제보다 길다는 점이다(NDIS 홈페이지 상 실제 계획개발 21일, 승인 70일). 이는 NDIS 계획을 이용하는 사람들의 수가 폭발적으로 증가하는 데 비해 계획을 개발하는 사람들 혹은 직원 수는 충원되고 있지 않다는 것을 의미한다. 인력충원을 위해 2021년~2023년 NDIA 인력충원과 장애인 근로자 충원을 위한 계획을 시행하고 있으며, 성소수자(LGBTQA) 고용을 위해 노력하고 있다. 두 번째는 지역별 편차에 따라 수요와 공급에 차이가 있다는 것이다. 지역에 따라 NDIS 계획 시행이 다르고, 서비스 제공자의 수 또한 차이가 있어 계획개발을 하더라도 서비스 제공자가 존재하지 않아 계획시행이 되지 않거나 이용자가 원하는 서비스 제공자를 선택하는 것이 불가능할 수 있다. 비록 NDIS에서 서비스에 따른 비용을 측정해 놓았고, 계획시행 시에 서비스 비용이 싼 곳을 선택할 수 있다고 하지만, 서비스 이용을 위한 교통비용에 대한 지원이 되지 않아 개인이 부담하고 있다. 세 번째는 계획을 개발하는 데 있어서 많은 장애인들이 통합서비스 패키지를 개발하지만, 일부 이용자들은 자기관리의 부담을 줄이는 케어 패키지만을 개발하는 것으로 나타났다. NDIS 내 계획 관련 전문가들과 민간 계획 개발자들이 장애인 당사자의 계획개발 및 과정, 패키지 조정에 도움을 주지만, NDIS 과정 자체의 복잡성으로 인하여 장애인 당사자들이 체계에 대해 명확하게 이해하지 못하거나, NDIS가 이러한 장애인의 상황을 명확하게 이해하지 못하여 의사소통의 부재나 잘못된 결정을 하는 등 그 누구도 이해하지 못하는 과정을 만들었다는 의견도 있다(Warr et al., 2017). 네 번째는 서비스 제

공자의 시간제 근로로 인한 안정된 직업을 가질 수 없다는 점이다. 이에 서비스 제공자의 수, 서비스 계획개발자, NDIA 기관 내 전문가 수를 충원하고 이들의 처우개선을 위해 노력하고 있다(NDIS Quarterly report: 2021-22 Q3, 2022.6).

위와 같은 쟁점이 있음에도 호주의 NDIS는 우리나라에서 개인예산제를 실시하기 전에 나아가야 할 방향성을 보여주는 데 매우 중요한 시사점을 내포하고 있다. 장애인 당사자의 선택권 존중과 직접 서비스가 아닌 정부의 예산지원, 지역사회 내 서비스 제공자 고용·훈련 등은 매우 긍정적으로 보아야 할 점이다. 비록 정부가 주도하여 사회서비스를 개발 및 제공하는 형태가 서비스를 질적으로 높이고 어디서든 동일한 서비스를 이용할 수 있으며, 비용 면에서 안정적인 제공을 할 수 있다는 장점을 가질 수 있다. 반면 정부 주도의 서비스는 서비스의 획일화를 강조하여 민간에서 개발 가능하거나 개별화된 서비스를 제한하거나, 비용효과적인 서비스를 제공할 수 있는 기회가 제한된다. 이러한 제한점들을 극복하기 위해 우리나라는 호주의 NDIS와 유사한 정책 개발을 통해 공공영역에서 제공할 수 있는 다양한 서비스들을 개발하여 정부와 민간 모두에서 전문가를 양성하여 이용자 중심의 개별화된 계획을 개발하고 관리할 수 있는 훈련과 교육기회 제공을 통해 지역사회 내 서비스 및 계획개발자를 확대하는 것이 필요하다. 비록 현재 우리나라도 지역사회 중심 서비스가 제공되지만, 여전히 개인별 서비스 제공에 대한 명확한 개념 정의가 존재하지 않으며, 어떻게, 어떠한 방법으로, 어떠한 예산을 통해라는 부분은 전문가들조차 어려워하고 있기에 다양한 사회서비스들이 분절적으로 제공되고 있다. 정부는 서비스 이용을 위한 예산지원과 서비스에 대한 질적인 확보, 서비스 제공기관 및 제공자의 자격·점검·평가를 위한 공공인력의 확충에 신경을 써야 할 것이다. 그리고 호주에서도 나타나는 바와 같이 사회서비스를 제공하는 민간 서비스 제공자·인력에 대한 급여와 처우에 대한 개선과 서비스를 제공하는 책무성 강화에 대한 고민이 필요하다. 특히 호주의 NDIA와 같은 역할을 수행할 수 있는 정부기관의 마련과 지역사회 혹은 정부 지원조직에 대한 촘촘한 설계가 있어야만 성공적인 개인예산제를 도입할 수 있을 것이다.

4. 소결

지금까지 독일, 프랑스, 호주의 장애개념과 서비스와의 연관성, 법률체계와 서비스 포함 내용, 전달체계, 서비스 제공방식 등을 제시하였다. 세 국가는 조합주의와 자유주의라는 레짐의 차이와 달리 장애인복지정책은 몇 가지 공통점을 보이고 있다. 첫째, 서비스 대상자 선정기준이 장애인 당사자 중심이라는 점이다. 이는 장애인등록제도의 유무와 별개로 서비스별 선정기준에 따라 정책 대상자를 선정하고 있다는 것에서 알 수 있다. 독일의 경우 장애인등록제도가 있음에도 불구하고 서비스별 기준에 따라 법정 장애기준에 부합되지 않더라도 서비스의 욕구에 따라 서비스를 받을 수 있도록 하는 창구를 마련해 놓고 있으며, 호주와 프랑스는 등록제도가 없는 반면, 각 수당 및 서비스별로 다른 기준이 적용되고 있다. 이는 일률적으로 판단하는 우리나라의 장애인등록제도와 달리 장애인 당사자들이 서비스에서 배제되지 않도록 서비스별 진입 장벽을 없앴다고 볼 수 있다. 물론 각 서비스별 목적에 따른 대상자 선정은 수요자 측면에서 긍정적일 수도 있으나, 매번 서비스 평가를 받아야 하는 번거로움이 존재할 수 있다. 이에 각 국가들은 유사 목적을 갖고 있는 서비스들의 경우에는 한 개의 유사서비스 대상자로 선정될 경우에는 타 유사서비스 대상자로 간주하도록 하여, 행정부 그리고 당사자의 행정적 절차를 감소시키고 있다.

둘째, 장애인의 선택권과 자기결정을 강조하는 개인예산제를 도입하고 있다는 사실이다. 즉 각 국가마다 도입의 목적이 상이할 수도 있으나, 우리나라에 비해 장애인의 선택권이 강조되고 있다. 우리나라의 활동지원제도는 기관을 통한 인적서비스 제공만 가능하다. 그러나 세 국가들은 개인이 고용주가 되거나, 혹은 부분적 또는 가족이 지원할 수 있으며, 인적지원이 현금 지급이 가능한 부분이다. 특히 개인별 우리나라와 달리 활동지원제도와 같은 인적지원서비스를 현금으로 서비스 제공이 가능하다는 것이다.

셋째, 서비스 전달체계가 원스탑 체계인 점이다. 이는 개인예산제를 이용을 위해 다양한 급여의 적격성평가, 개인별지원계획, 정산 등 서비스 이용의 절차가 한 곳에서 이루어지고 있어, 서비스 제공측면에서 효율적이라고 할 수 있다. 특히 프랑스의 MDPH는 급여 대상자 적격판정과 개인별지원계획 등을 지원하고 있다.

차이점 또한 존재한다. 독일은 단일법전에 장애관련 사항들이 포함된 반면, 프랑스는 2개의 법전을 통해 그리고 호주는 우리나라와 유사하게 각 개별법 등을 통한

서비스가 이루어지고 있다. 특히 독일의 경우, 연방참여법을 통해 장애인이 교육, 주거, 고용, 여가생활 등 삶의 모든 영역에서 자기결정 하에 사회공동체 안에 참여하기 위해 필요한 지원과 법적 요구에 대한 내용을 포괄적으로 담고 있다(Bundesministerium für Arbeit und Soziales, 2020a). BTHG가 장애인 정책에 가지는 의미는 국가적 차원 뿐 아니라 주와 지역에서의 실행을 위한 구체적인 지침을 제공한다는 점, 이를 통해 기존의 장애인 정책의 개혁이 진행되고 있다. 이는 현재 국회에 계류되어 있는 장애인권리보장법과 유사한 목적을 지니고 있다고 볼 수 있다. 즉 장애인권리보장법은 UN CRPD에 따른 권리이행과 정책 개발 및 개선을 통해 장애인의 인권을 강화하는 목적을 지닌다. 프랑스는 독일과 유사한 체계이긴 하나, 크게 사회부조 측면과 사회보장 측면의 법전으로 구성되어 있으며, 본 장에서 제시한 장애보상수당, 성인장애연금 그리고 장애정의가 규정된 법률은 사회부조 및 가족 법전에 해당된다. 이에 반해 호주는 사회보장법을 통해 소득보장, 급여 등에 대한 사항이 규정된 반면, 장애서비스법을 통해 거주서비스 등이 이루어져 있으며, 국가장애보험법을 통해 개인예산제의 절차 이용방식, 대상자 등의 선정기준이 규정되어 있다.

우리나라는 2020년 뚜렛증후군의 장애인정에 대한 대법원의 판결 이후로 장애범주에 포함되지 않은 미등록장애인의 장애인복지서비스에 대한 욕구를 간과하기 힘든 상황이다. 그 예로 미등록 장애아동의 복지, 경계성 지적 장애 등을 예로 들 수 있다. 장애 인권의 강화와 개인 선택권 강화 및 자기결정권 강화, 자립패러다임으로의 정책의 전환은 장애인이 지역사회에 살면서 주체적으로 서비스를 이용하고 결정을 요구한다. 첫째, 우선적으로 서비스별로 장애등록을 하지 않은 대상자들을 포괄할 수 있는 제도의 유연성이 필요하다. 발달재활서비스와 같이 소득보장 외에 고용서비스, 사회서비스 측면에서 대상자들이 제도권에 편입될 수 있도록 서비스별 대상자 확대기준이 요구된다 할 것이다. 둘째, 개인예산제에 대한 부분이다. 각 국가들은 개인별지원계획이 구체적이며, 당사자와 담당자간 충분한 대화와 계획 등을 토대로 계획을 하고 있으며, 프랑스와 같이 특정급여 외에 장애와 관련된 예외비용에도 급여를 이용 할 수 있도록 하고 있으며, 인적서비스 외에 자택개조, 자동차 개조, 교통-장애용구에 대한 지원(휠체어 등), 안내견 지원 등 다양한 서비스들을 이용할 수 있다. 따라서 우리나라의 개인예산제의 성공은 개인별지원계획과 그리고 다양한 서비스 이용에 있을 것이다. 따라서 장애로 인해 추가적으로 요구되는 다양한 서비스에 대한 허용과 신규서비스 마련 등 양적 확충이 이루어져야 할 것이다.

〈표 Ⅳ-33〉 각 국가 요약

구분	독일	프랑스	호주
특징	단일법전	사회부조와 사회보장 구분한 법전	각 서비스 목적에 따른 법전
관련 법률	–사회법전 • 제9권 '장애인의 재활과 사회참여 –연방참여법=[57]	–사회부조 및 가족법전 –사회보장법전	–장애차별금지법 –장애서비스법 –사회보장법 –NDIS
관련 법률 및 서비스	–사회법전 • 제9권 1장 : '장애인의 재활과 사회참여: 장애인과 장애 위험이 있는 사람들을 위한 급여의료재활 급여, 근로생활 참여 급여, 사회참여 급여, 교육 급여, 생계 및 보충 급여 • 제9권 2장 : 중증장애인 의무고용제, 장애인작업장 –연방참여법 • 개인별 계획절차 도입 등	–사회부조 및 가족법전 • 장애정의, 성인장애수당(AAH), 장애보상수당(PCH), 고용지원(RQTH), 장애카드, MDPH 등 –사회보장법전 • 장애연금, 산재보험 등	–장애차별금지법 • 고용차별 등 –사회보장법 • 장애(지원)연금, 장애아동지원수당 –장애서비스법 • 거주서비스, 가족지원서비스 등 –국가장애보험법 • 서비스 통합 이용(개인예산제)
	–장애인등록제도 유 • 장애인등록은 참여급여의 개별적인 서비스와 하위급여들을 수급하는데 필수조건 아님 • 중증장애인카드를 발급[58]	–장애인등록제도 무 • 각 수당 및 서비스별로 다른 기준 적용	–장애인등록제도 무 • 각 수당 및 서비스별로 다른 기준이 적용
서비스 전달체계	–상담소, '보충적 독립참여상담소 • 주 담당기관에서 참여계획(Teilhabeplan)'과 '참여계획회의(Teilhabeplankonferenz)'를 주도 • 개인예산제도'에 대한 계획과 상담	–도립장애인센터(MDPH) • 원스탑 서비스 지원(서비스별 평가와 이에 따른 적격여부 판단)	–NDIA • 원스탑 창구 역할 – 서비스 이용가능 여부 확인 및 서비스 통합 지원(수급권 확인–신청 및 판정–기획수립–서비스 이용–정산)

구분	독일	프랑스	호주
서비스 제공 방식	-현물급여, 현금급여, 혼합급여	-PCH : 현금급여 원칙이며, 개인별지원계획에 따른 서비스 이용 • PCH 서비스 내용: 인적서비스·자택개조·자동차개조·교통·장애용구에 대한 지원, 장애로 인하여 지출되는 특정비용 및 예외비용 • 인적지원서비스(직접고용, 서비스 기관을 통한 고용, 재가서비스기관고용, 가족부양자). 매월 기준	-기관관리모형, 등록된 계획관리자 모형, 자기관리모형(부분, 완전 자기관리)

57)58)

57) 2016년 12월 23일에 제정되어 장애인권리협약(CRPD)을 독일 자국 내에서 이행하기 위한 중요한 국가적 계획

58) '사회참여'하는 데 불리함을 경감시키기 위하여 여러 영역(예: 소득 및 고용 영역, 감면할인 등)에서 다양한 참여 급여 및 서비스들을 직접적으로 요구한다.

V 질적 연구

1. 조사개요

1) 연구방법: 일반적 질적 연구(generic qualitative reserch)

본 연구는 현상학적 사고 기반에서 벗어나 당사자가 경험한 현상의 본질과 구조 자체에만 관심을 두지 않고, 장애인등록제도와 이를 둘러싼 다양한 법·전달체계 등 간의 제도적 장치들이 당사자의 경험과 맞물리며 발생시키는 복합적인 결과를 당사자의 시각에서 살펴보고자 “일반적 질적연구방법”을 활용하였다. 일반적 질적 연구는 특정한 접근방법이 아닌 다양한 연구방법 간의 기초적이며 공통적인 영역에 근거하여 연구를 수행한다(김인숙, 2016). 이러한 연구방법을 통해 본 연구에서는 연구자의 신념을 명확하게 언급하지 않고(Snape&Spencer, 2003, 김인숙, 2016 재인용), 장애인 당사자의 시각에서 최초로 장애등록을 희망하게 된 계기에서부터 장애등록을 하고 난 사후의 전 과정을 경험적 사실로써 기재하고자 한다.

2) 자료수집 및 분석방법

(1) 연구참여자

본 연구의 참여자는 예외적 인정조치 이후 등록된 장애인 당사자(CRPS, 뚜렛증후군, 기면증)와 아직 예외적 인정조치 대상에 포함되지 않은 화상, HIV감염 질환자들과 단체들을 포함하였다.

2021년 4월 13일 이후부터 CRPS(복합통증증후군)는 지체장애로, 뚜렛장애 및 기면증은 정신장애로 등록이 가능해졌다[59]. 이에 새롭게 장애등록이 가능해진 대

59) 2021년 보건복지부 장애등록심사 관련 법령 및 규정집(p.55)
지체장애 - (2)관절장애: (마) 세계통증학회의 진단기준에 따라 복합부위통증증후군으로 진단받은 후 2년 이상의 지속적이고 충분한 치료에도 골스캔검사와 단순방사선검사 또는 CT검사 등 객관적인 검사결과 이영양성 변화등으로 인한 근위측 또는 관절구축 등이 뚜렷한 경우 장애판정을 할 수 있다.
2021년 보건복지부 장애등록심사 관련 법령 및 규정집(p.80)
정신장애판정기준 / 장애진단 및 재판정시기: (2)뇌의 신경학적 손상으로 인한 기질성 정신장애, 강박장애, 기면증, 투렛장애(Tourette‘s disorder)는 2년 이상의 성실하고 지속적인 치료에도 치료불응성으로 호전의 기미가 거의 없을 정도로 고착되었을 때 장애를 진단하며, 투렛장애(Tourette‘s disorder)은 만 20세 이상

상자의 장애등록 이전과 이후의 삶의 변화 양상을 살펴볼 수 있다는 점에서 이들 당사자를 연구참여자로 선정하였다. 또한 아직 장애등록을 할 수 없는 HIV 감염인을 연구참여자에 포함하여 이들이 경험하고 있는 삶의 양상을 고찰해보고자 하였다.

이와 더불어 현재 상황을 보다 전문적인 시각에서 살피고 있고 장애등록까지의 활동을 실시하고 있으며 최근에 새롭게 장애등록이 가능해진 CRPS, 뚜렛증후군, 기면증과 관련된 단체전문가들을 대상자로 선정하였고, 아직까지 장애로 인정받지 못하고 있지만 장애등록을 희망하는 화상과 HIV감염인을 지원하는 단체도 포함하여 일상에서의 경험과 어떤 의미에서 장애등록이 필요한지 살펴보고자 하였다.

본 연구에 참여한 참여자의 현황은 다음과 같다.

〈표 V-1〉 질적 사례연구 참여자 현황

차수	참여자	질환내용	비고
1차	당사자	복합통증증후군(CRPS)	포커스그룹인터뷰
		뚜렛증후군	
		기면증	
		HIV감염인	
	단체관계자	복합통증증후군(CRPS)	
		뚜렛증후군	
		기면증	
		HIV감염인	
		화상	
2차	당사자	복합통증증후군(CRPS)	심층인터뷰
		뚜렛증후군	
		기면증	

(2) 자료수집방법

자료수집방법은 포커스그룹인터뷰와 심층인터뷰를 활용하였다. 먼저 포커스그룹인터뷰를 통하여 예외적 인정조치 이후의 장애등록이 가능한 당사자와 장애단체, 아직 장애등록이 어려운 당사자와 단체의 장애등록 이전과 이후의 삶의 변화,

부터 장애를 진단할 수 있다.

서비스의 변화, 등록과정까지의 과정들을 살펴보고자 하였다.

한편 보다 구체적인 장애등록 과정에서의 어려웠던 점, 장애등록을 결심하고 등록하는 과정에서의 고민, 현재 제공 받길 원하는 서비스 등에 대한 구체적인 의견과 느낌 등을 살펴보기 위해서 추가적으로 심층인터뷰가 필요할 것으로 판단하여, 장애등록이 가능해진 당사자들을 대상으로 진행하였다.

(3) 표집방법

본 연구의 목적은 앞서 기술한 바와 같이, 기존의 등록장애인으로서 인정받지 못한 제도적 한계에 대한 통찰과 기제를 발견하는 데 있다. 참여자를 표집하기 위해 세평적 사례선택(reputational case selection) 방법을 활용하여 참여자를 선정하였다. 동 방식은 특정 분야와 관련된 전문가 집단의 도움을 얻어 주제에 적합한 참여자를 선정하는 방법이다(Miller and Carpenter, 2009). 연구자들은 장애등록이 가능해진 CRPS, 뚜렛증후군, 기면증 대상자들과 단체들, 화상과 HIV 감염 대상자들과 단체들에 공문을 통해 본 연구의 목적과 연구참여자 기준을 설명하고 이에 단체 내에서 본 연구에 적합한 자들을 추천받아 진행하였다.

(4) 자료분석

대부분의 일반적 질적연구는 분석을 통해 주제를 이끌어내는 주제분석을 사용한다(김인숙, 2016). 본 연구에서는 사전에 계획된 질문지를 중심으로 당사자 및 단체전문가에게 질문하고, 이에 대한 대답을 귀납적으로 분석하였다. 즉 모든 질적분석에서 거치는 과정과 같이 자료로부터 코딩하여 주제를 도출하는 방식으로, 글레이저의 분석방법에 가까운 포괄분석, 의미단위분석, 패턴분석, 범주분석, 주제분석 등의 단계를 통해 자료를 분석하였다.

(5) 연구윤리

본 연구담당자는 추천받은 당사자 및 단체대표들을 대상으로 본 연구의 목적을 설명하고, 이에 자발적으로 관심이 있을 경우, 연구대상자 기준을 명확히 설명하였다. 또한 개인에 대한 비밀과 개인정보보호 등의 내용(연구동의서의 내용)을 간략히 설명하고, 연구대상자와 대면하여 책임연구자가 서면동의서를 받았다. 특히 연

구동의서 내용에 대해 동의 할 경우, 담당자는 인터뷰 시간을 조율하여, 인터뷰 시간에 연구동의서를 작성할 것을 공지하였으며, 인터뷰 혹은 서면 동의 시, 필요한 보조기구 등의 필요여부를 물어 정당한 편의제공을 통해 편안한 상황 속에서 인터뷰를 진행할 수 있도록 환경을 조성할 것을 제시하였다. 인터뷰 도중 건강상의 어려움이 있는 경우에는 인터뷰를 중지할 수 있음을 알렸다.

2. 조사결과

1) 인터뷰 질문지 구성 및 절차

포커스 그룹 인터뷰는 제한적으로 집합이 풀려가고 있으나 아직 전면적인 집합제한이 완전히 해제되지 않은 상황속에서 대면과 비대면을 통합한 방식으로 진행하였다. 따라서 인터뷰의 진행은 연구자가 사전에 배포한 질문지를 다시 연구자가 대답해주길 희망하는 당사자에게 묻고, 각 대상자가 한명씩 응답하는 방식으로 진행되었으며, 심층인터뷰 역시 같은 방식으로 진행되었다.

포커스 그룹 인터뷰의 경우 진행방식으로 인하여 사실상 심층인터뷰와 비슷한 형식으로 진행되었으며, 참여자가 많아 3시간 정도 소요되었으며, 심층인터뷰의 경우 1시간 30분 정도 소요되었다.

2) 일반적 인적사항

포커스 그룹 및 심층인터뷰에 참여한 대상자 집단은 모두 성인으로 장애등록이 가능한 CRPS, 뚜렛 증후군, 기면증 당사자와, HIV감염인을 포함하였으며, 포커스 그룹 인터뷰에 참여한 단체 전문가들은 장애등록이 가능하진 CRPS, 뚜렛증후군, 기면증 단체 전문가들과 아직 장애등록이 어려운 화상 단체 전문가, HIV감염인 단체 전문가(2명)이 참여하였다.

3) 분석결과

질적사례연구 결과 총 3가지 주제에 상위범주 6개, 하위범주 18개 범주로 구성되었다.

첫 번째 주제에 해당하는 '수단이자 도구로서의 장애인 등록'은 인터뷰 참여자들이 장애인 등록을 희망한 이유와 장애등록을 위한 노력에 대한 내용으로 구성되어 있으며, 상위 범주 중 '삶의 전반에서 경험하는 외면'은 4개의 하위범주 '거부당하는 삶', '이해받지 못함', '누구나 이용할 수 있는 상황속에서의 배제', '배려받지 못함'으로 구성되어 있다.

'장애 등록의 희망 이유'는 4개의 하위범주 '잘 변하지 않는 영구적인 상태', '나는 누구인가(정체성)', '사회적 소속감', '무엇인가 이용하기 위해서는 장애인으로라도 등록해야'로 구성되어 있다.

'장애인으로 인정받기 위한 노력'은 하나의 하위범주 '장애인으로 등록하기 위한 집단적 노력'으로 구성되어 있다.

두 번째 주제인 '가로막힌 서비스'는 장애로 인정되어 등록할 수 있었으나 여전히 서비스를 이용할 수 없는 상태에 대한 내용으로 구성되어 있으며, 첫 번째 상위범주인 '여전한 벽1(판정기준의 문제)'는 3가지 하위범주 '양의학만을 통한', '특성의 상태가 고려되지 않은', '희귀난치성질환과 장애등록 사이의 계속되는 검사'로 구성되어 있으며, 두 번째 상위 범주인 '여전한 벽2(장애정도의 문제)'는 2가지 하위범주 '여전히 내가 이용할 수 있는 것은 없음'과 '중·경으로 구분 된 서비스'로 구성되어있다.

세 번째 주제인 '나아가야 하는 길'은 장애인등록제도의 개선과 방향에 대한 내용으로 구성되어 있으며, 상위범주인 '변화의 길'은 4가지 하위범주 '새로운 장애영역의 확대 필요', '개인에게 맞춘 맞춤형 서비스 필요', '기본적 인권 보장을 위한 장애인등록제 폐지', '서비스별 전환'으로 구성되어 있다.

〈표 Ⅴ-2〉 질적 사례연구 결과

하위범주	상위범주	주제
거부당하는 삶	삶의 전반에서 경험하는 외면(차별, 낙인, 고립, 제약)	수단이자 도구로서의 장애인등록
이해받지 못함		
누구나 이용할 수 있는 상황속에서의 배제		
배려받지 못함		
잘 변하지 않는 영구적인 상태	장애등록 희망의 이유(개인적인 상황)	
나는 누구인가(정체성)		
사회적 소속감		

하위범주	상위범주	주제
무엇인가 이용하기 위해서는 장애인으로라도 등록해야		
장애인으로 등록하기 위한 집단적 노력	장애인으로 인정받기 위한 노력	
양의학만을 통한	여전한 벽1 (판정기준의 문제)	가로막힌 서비스
특성의 상태가 고려되지 않은		
희귀난치성질환과 장애등록 사이의 계속 되는 검사		
여전히 내가 이용할 수 있는 것은 없음	여전한 벽2 (장애정도의 문제)	
중·경으로 구분 된 서비스		
새로운 장애영역의 확대 필요	변화의 길	나아가야 하는 길
개인에게 맞춘 맞춤형 서비스 필요		
기본적 인권 보장을 위한 장애인등록제 폐지		
등록제 폐지와 서비스별 전환(필요한 맞춤형 서비스)		

(1) 삶의 전반에서 경험하는 외면(차별, 낙인, 고립, 제약)

장애등록이 가능해졌던, 가능해지지 않았던 질환을 가진 사람들은 그들의 질환 때문에 생기는 여러 특징들 때문에 일상적인 삶에서 사람들에게 존중받지 못하고 외면당한다. 이해받지 못하는 외면은 개인으로 하여금 낙인감을 갖게 하거나 누구나 이용할 수 있는 상황들 속에서의 배제, 배려받지 못하는 상황으로 나타난다.

① 거부당하는 삶

HIV감염인들은 그 감염이 되었다는 자체로 사람들로 하여금 거부의 대상이 된다. 내가 감염이 될 수도 있다는 두려움에 기반한 거부와 차별, 가장 친한 주변 사람으로부터 느끼는 고립된 삶을 살아간다.

> 저희 HIV 감염인들이 장애등록을 희망하는 이유는 첫 번째로 건강권과 생활권 보장입니다. 생존권 보장입니다. 모든 감염인분들이 병원에 가서 노출 시에 우리가 가장 의존하는 병원에서 거부당하기 일 수도 있고요 그리고 HIV라고 말하는 순간에 진료거부, 수술거부도 많이 이루어지고 있습니다. 그리고 교통사고를 당했을 때도 치료가 잘 이루어지지 않고 타병원으로 이송되는 경우도 있고요 그리고 두 번째는 차별이 있습니다. 저희들 의료인분들뿐 아니라 직장에서 말하는 순간에 모든 그거의 시선을 견디지 못해

서 퇴사하기 퇴사하는 경우도 많습니다. 그리고 세 번째는 관계 단절을 고립감에도 아름답게 살고 싶다인데요. 가족들 처음 이제 이 차 이 판정을 받았을 때 아무한테도 얘기할 수 없는 고립감과 자책감으로 너무 힘들어하시는 분들이 너무 많고요 그리고 가족 친지가 아는 순간에 내 자식이 아닌 것 같으면 혼자 그리고 친구들도 그렇고 연락두절 되고 고립된 그런 피해들이 많습니다.(HIV감염인, 홍○○)

② 이해받지 못함

경험하지 못한 상황들에 대해서 사람들은 누군가에게 어떻게 대해야 하는지 잘 모른다, 특히 겉으로 보기에는 아무런 차이를 느끼지 못하지만, 질환자들은 겉으로 보는 것과는 다른 삶을 살기 때문에 개인의 상태에 대한 이해가 필요하다.

왜냐하면 화상이라는 인식이 아직 없기 때문에 몸 속에 감춰진 화상 상처나 장애들 때문에 힘들어 하는데 사실은 그걸 건강하거나 어떤 그런 시선들에 대한 부분에서 접근할 수가 없거든요. 그래서 이분들의 시선이라든가 이분들에 대한 에티켓이라든가 또 이제 평등에 대한 부분에 있어서 사회적 인식을 위해서라도 필요하다는 그런 목소리들이 있었고요.(화상환자단체, 황○○)

저희는 스쳐도 통증이 일어나고 아예 손을 아예 못 쓰기도 하고 막 이러는데 저희는 경증이거든요. 경증이다 보니까 사람들이 인식하는 자체도 그렇고 조금 장애인이라고 볼 수도 없는 이런 겉모습은 괜찮거든요.(2차, CRPS, 윤○○)

③ 누구나 이용할 수 있는 상황속에서의 배제

질환으로 인한 특징은 누구에게나 일어날 수 있다. 예컨대 감기로 인해 대중교통을 이용하며 기침을 하면 그 누구도 버스에서 내리라고 하거나 직장에서 나가라고 하지 않는다. 이런 익숙한 상황들에서는 모두가 이해하는, 이해되는 생활을 이어갈 수 있지만, 익숙하지 않은 상황들에 대해서는 배제되기 십상이다, 이러한 배제는 특수한 상황에서 나타나는 것이 아니라 누구나 이용할 수 있는 대중교통의 이용, 직장과 지역 의료기관의 이용에서도 나타난다.

일반적인 대중교통 다른 사람들이랑 같이 이용하기가 굉장히 힘들어요. 실제 쌍욕도 듣고 그래요 버스 기사님이 막 이러면서 막 욕하시고 승객분들도 좀 조용히 하라고 그러고 말을 하고 타도 욕을 먹는 경우가 있었고요 얘기 고지를 하고 타도 다른 승객분들이 불편해하시는데 난 그게 더 중요하다는 버스 기사님도 있었고(2차, 뚜렛증후군, 임○○)

근데 분명히 주위 사람들한테 보기에는 계속 조는 모습을 보일 거예요. 그러면 주위에서는 근무 태도가 안 좋다 이런 식으로 받아들이겠죠. 근데 그거를 그때 가서 이제 얘기하면은 해도 지금 현실적으로 일반적 일반인들은 졸음에 대한 걸 아직은 많이 이해를 못합니다.(2차, 기면증, 오○○)

쿠싱 때문에 여러 병원을 저기 알아봤는데 저를 CRPS랑 같이 있었기 때문에 위험하다고 안 받아주더라고요 그래서 대학병원인데도 안 받아줘서 그런 부분에서 제가 조금 이렇게 힘들더라고요 이게 만약에 갑자기 통증이 와서 주사를 맞아야 되는데 아산이나 서울대병원을 가야 돼요 지역에서의 서비스를 받을 수가 없더라고요 이런 부분이 제가 항의를 했는데도 안 된다고 하더라고요 제가 약물 부작용도 있고 이러다 보니까 이런 위험성이 있어서 지역에서 못 받아준다 이런 부분이어서(2차, CRPS, 윤○○)

④ 배려받지 못함

질환자들의 특성은 한국사회에서 성인기로 전환되기 위한 중요한 시점 중 하나인 대학수능시험에서도 배려받지 못함으로 나타났다. 배려받기보다 오히려 역차별이라는 이유로 차별의 대상이 되기도 한다.

저희가 대입하는 나이가 만 20세가 아니잖아요. 그 이전인데 저희가 대학입시 수학능력 시험을 볼 때 장소에 관한 배려는 좀 받을 수가 있어요. 그런데 시간에 대한 배려는 장애인만 받을 수 있거든요. 그가 만약에 글씨 쓰는 것과 식사도 힘든 정도의 분들은 글씨 쓰는 것도 힘들거든요. 예를 들어 플러스 15분이랄지 플러스 20분이랄지 이것이 혜택이 주어지려면 저희가 거기에 들어가야만 가능한데 장소에 대한 거는 좀 배려를 해주시더라고요 그런데 시간에 대한 배려는 칼같이 안 됩니다. 그거는 왜냐하면 역차별이 된다. 이렇게 얘기를 하시거든요. 그런 부분은 굉장히 힘든 부분이죠. 그런데 만 20세면은 이미 대입이 끝난 시점이기 때문에 그런 혜택을 받을 수가 없는 그런 부분이 있죠.(뚜렛증후군 단체, 김○○)

그리고 저희가 작년에 이제 국가인권위원회에서 교육부에 기면병 환자들 수능 볼 때 시간 1.5배 혜택을 주라라고 얘기를 아주 대문짝만하게 보도를 했습니다. 근데 교육부는 기면병은 장애인복지법이 있는 질병이 아니므로 혜택을 받을 수가 없다라고 이제 고시를 했어요. (기면증 단체, 이○)

(2) 장애등록 희망의 이유(개인적인 상황)

① '잘'변하지 않는 영구적인 상태

질환을 가진 사람들은 의료적 치료를 통해 그 상태가 나아질 것이라고 기대한다, 하지만, 수년간의 의료적 치료를 통해서도 질환의 상태들은 나아지거나 경감되지 않고, 어느 순간 나는 누구인가에 대한 고민과 일상적인 삶에서의 도움이 필요해진다, 평생 가져가야 되는 것이라면 장애로 인정 받아 필요한 서비스를 이용하고자 한다.

> 지금 11년 12년 진단받은 지 12년 차거든요. 근데 처음에는 증상 정도가 심하지 않았어요. 그냥 약 아니 그냥 처음. 정도랑 지금 정도랑 비교하면은 굉장히 차이가 크거든요. 그래서 이제 점점 악화가 되었고 악화되면서 약으로 해결이 이제 안 되는 상황까지 되다. 보니까 그때 이제 좀 장애 등급을 좀 받았으면 좋겠다. 장애인 등록이 됐으면 좋겠다. 이런 생각을 했습니다(2차, 기면증, 오○○)

> 저는 내가 장애인가 아닌가 장애인가 계속 하다가 이제 이게 나이가 들어서도 낫지 않고 나아짐이 없고 조금 이제 경하게 가는 정도로밖에 나아지는 게 없고 평생 갖고 살아야 된다는 생각을 했을 때 이제 이건 장애로 인정을 받아야 되는 부분이겠구나 적어도 나처럼 만성적인 사람들은 이런 생각을 했었던 것 같아요. 시간이 흐르면서 그렇게 생각을 하게 된 것 같아요.(2차, 뚜렛증후군, 임○○)

② 나는 누구인가(정체성)

일반적으로 정체성은 '나는 누구인가'라는 개인적인 의미부터 시작하여 '내가 소속된 집단은 어디인가'라는 사회적 의미까지를 포괄한다. 하지만, 무엇인가 남들과 다른 '특징'을 가진 질환자들은 비록 "겉으로 보기에는 말짱" 하지만 일상생활에서 무엇인가 불편감을 가진 채 살아간다.

> 뭔가 겉보기에는 멀쩡한데 통상적인 장애인으로 보이지 않는 약간 이런 느낌 아니면 이제 초기에는 장애가 없다가 발달 과정이 더 생긴다 이런 어떤 뚜렛증후군의 특성상 어떤 그런 부분들로 인해서 20년 넘게 제가 장애인인가 아닌가에 대해서 조금 혼란을 많이 가지고 있었어요.(뚜렛증후군, 임○○)

③ 사회적 소속감

또한 장애로 등록한다는 것은, 기존의 비장애인과 장애인 그 어느쪽에도 속하지도 못한 상황속에서 어느 한쪽으로의 소속감을 부여함으로써 사회에서 '인정' 받는 안정감, 또는 다른 길로 나아갈 수 있는 방편으로써 작용한다.

> 한국의 HIV 감염인 분들은 다른 나라들과는 비교할 수 없을 만큼의 자기 내적인 낙인들을 갖고 살아가고 있는 상황 등이 있습니다. 그래서 계속 자기 탓을 하게 되는 그렇게 사회가 만들고 있는 상황도 분명히 있고요 이러한 상황들에서 좀 더 새로운 또는 좀 더 유연하거나 보편적일 수 있는 정체성으로의 어떤 숨트임이 좀 필요한 상황인 것 같습니다. 그러다 보니 어떤 장애인 등록이 정체성을 등록한다는 건 다른 의미지만 하지만 이게 장애로 바라봐질 수 있다. 장애인으로 바라볼 수 있다라고 하는 것이 좀 더 사회인식이 된다라고 하는 측면에서는 분명히 당사자에게만 좀 관련된 인식에서나 다른 전환들이 있지 않을까 기대하고 있는 것도 있습니다.(HIV단체, 전○○)

> 화상 환자들의 경우는 사실 지체 절단으로 인한 지체와 안면 장애가 아무로부터 지금 등록되고 있지 못하는 현실에서 현재 장애인 복지법 상의 혜택을 전혀 받을 수가 없어서요. 생계 유지나 자립 등 전반적인 어려움들이 있지만 국가적인 지원 체계가 전무한 상황입니다. 그래서 화상 장애인 환자들의 경우는 장애인 중에서도 소수자 우리는 정말 혜택도 못 받는 사람들이다라는 그런 정체성의 문제들이 있고요.(화상환자 단체, 황○○)

④ 무엇인가 이용하기 위해서는 '장애인으로라도' 등록해야

한편, 장애인으로라도 등록을 해야 이 사회에서 이용할 수 있는 '것' 들이 늘어난다. 이는 일상생활 뿐만 아니라 사회적 차별과 낙인 속에서도 이들 스스로 스스로를 구제할 방안이 없는 현재, '장애'로 등록함으로써 보다 나은 삶으로의 전환을 기대하거나 희망 할 수 있기 때문이다.

> 에이즈 예방법 안에서는 이러한 차별들과 사회 보장에 대한 내용들을 사실상 다루고 있지 않기 때문에 관련된 근거가 미약합니다. (중략) 명목상으로는 장애인복지법 상의 장애인 정의와 장애인 차별금지법상의 장애 정의가 다르다라고 국가인권위원회도 이야기하고 법률상으로도 그렇게 정리는 되어 있습니다만 실제로 운영이 될 때에는 장애인 차별금지법이다보니까 이 장애인 차별금지법에 적용이 되는 장애인인가 아닌가에 대한 판단에 있어서 장애인복지법상의 등록 장애인인가 아닌가에 대한 거를 먼저 한번 판단하고 가는 과정들이 계속 있었던 거죠.(HIV단체, 전○○)

이제 사고 전으로 돌아갈 수 없기 때문에 뭔가 자립을 해야 하는데 사실 서울시 중증 장애인 인턴제라든가 그래도 그나마 장애인으로서 자립해서 수습 활동을 할 수 있는 것이 등록이 되지 않으면 사실 현실상 불가능한 현재 체계 내에서는 그것조차 할 수 없는 그런 혜택 조차 볼 수 없는 것이 굉장히 어렵습니다. (중략) 그런 안타까운 현실들이 있기 때문에 어떻게 보면 이분들이 등록되어서 장애인이 등록되어서 적절한 자립 지원에 대한 혜택을 받는 그래서 자립을 더 지원하는 제도로서 나아가야 될 필요가 있다라고 생각이 들고요.(화상환자단체, 황○○)

기면증은 외적으로 정상인 거 다를 바가 없지만 뇌의 시상하부에서 하이퍼 클라틴이라는 신경전달 호르몬이 분비가 안 되어서 정신적으로 졸음을 조절할 수 없는 주된 증상이 나타납니다. 그래서 위험한 상황을 자주 겪게 됩니다. 그리고 기면병을 앓고 있는 학생들은 학습을 성실히 할 수 없고 시험도 제대로 치르기가 힘듭니다. 정상인들은 능률이 떨어지며 근무 태만 등으로 사직 등을 당하기 때문에 저희가 장애 등급을 받기를 원해서 준비하게 됐고 지금 하게 됐습니다.(기면증 단체, 이○)

아이들의 경우는 사실은 정상적인 그런 성장과 다르거든요. 그래서 화상을 입은 피부는 성장을 하지 않기 때문에 그 부분이 오롯이 비틀리고 기능 장애가 발생하게 되는 것이 화상인데 현재는 이 아이들이 어떤 장애 교육이나 이런 부분들에 어려움이 있다보니까 서울시에서도 이제 서울시에서도 건강장애아동으로 분류를 받지 못해요 화상이 그러다 보니까 요보호 아동으로만 인정을 받기 때문에 사실은 굉장히 이 부모님들이 서울시 교육청에 우리 아이가 이제 병원에서 치료가 되면서 화상으로 수업 일수를 맞춰가는 것을 신청하는 데 굉장히 어려움과 불편감을 경험하고 계시거든요.(화상환자단체, 황○○)

(3) '장애인'으로 등록하기 위한 (집단적) 노력

이처럼 일상생활에서 질환을 가진 사람들은 '잘 변하지 않는 영구적인 상태' 속에서 개인의 정체성을 찾기 위해서, 사회적 소속감을 갖기위해 또는 필요한 서비스를 이용해보기 위해 장애인으로 등록할 수 있기를 희망하였으나, 개인이 무엇인가 해보기에는 막막한 현실속에서 질환 관련 여러 단체들은 질환을 '장애'로 인정 받기 위해 노력해 왔다. 국가인권위원회에 제소, 언론사와의 인터뷰, 기사화, 관련 학회와의 협업 등이 주로 방법이었지만, 결국 질환이 장애로 인정받을 수 있게 된 가장 큰 이유는 국가를 상대로 한 행정소송의 결과로 인해서였다. 대법원의 판결이 있기까지 수많은 노력들은 묵인되거나, 책임의 소재를 서로 떠넘기는 부유한 상태로 밖에 존재할 수밖에 없었다.

저희 환자들이 장애가 등록이 안 되기 때문에 행복할 권리를 박탈 당했다고 해서 첫 번째로 저희가 했던 게 국가 인권위에 제소를 했고요 그리고 가장 많이 노력했던 게 여러 언론사의 장애 문제점을 이슈화를 했고 또 국가 통해서 정책적인 변화를 시도를 했고요. (중략) 국감 통해서 노력하시는 분도 있다고 생각하는데 국감도 가장 중요하다고 생각합니다. 왜냐하면 그걸 통해서 의원들이 정부에 압박을 할 수가 있기 때문에 그런 부분을 많이 했고 또 가장 큰 포인트가 아까 행정 소송입니다. (중략) 가장 큰 건은 대법원에서 판례가 나왔기 때문에 정부가 변화가 있지 않았을까라는 생각이 듭니다.(CRPS단체, 이○○)

이제 이에 대한 언론 인터뷰도 여러 번 했었고 이제 저희 같은 경우에 이제 대한수면학회, 대한수면의학회 그 위에 다른 수면 관련 학회들에서 의견서를 많이 써주셨어요. 그럼에도 뭐 저희 장애 등급을 받기 되게 힘들었는데 어떻게 하다가 작년에 이제는 결국에는 장애인 범주안에 포함이 되게 됐는데(기면증 단체, 이○)

예외적인 인정 조치 이제 2021년 4월달에 이제 발표되고 나서 사실 저희가 좀 논의하고 진정도 넣고 뭔가 이렇다 할 성과들이 없는 상황 중에서 저희가 이제 실제 2021년도에 절단되신 그분이 이제 신문고에 민원을 넣었습니다. 예외적 인정 조치가 이제 발표됐으니 hiv 이것을 이제 장애로서 인정하려고 하면 어떠한 절차를 밟으면 되냐 이런 이제 민원을 넣었더니 사실은 복지부에서는 다시 질병관리본부로 보내고 질병관리청은 또 다시 복지부로 보내고 이게 수차례 이제 진행이 됐던 거죠.(중략) 그러다가 이제 피해자분도 상당히 지치시고 피곤함을 느끼셔서 이제 사실은 중단이 됐습니다. 그런데 이분이 그 이후에 어쨌든 몇 차례 이제 동사무소 가가지고 항의도 하시고 등록을 해달라 수가 결단으로 해서 해달라 해달라 해서 몇 차례 이제 반복하던 중에 어쨌든 장애 등록이 되셨어요. 20곳 정도에서 이제 병원에서는 이제 거부 당하고 그래서 골든타임을 놓친 거죠. 그래서 결국은 기능이 이제 상실이 되어서 장애 등록이 이제 되는 건데요.(HIV감염인 단체, 김○○)

현재 지금 화상 쪽에서 정책이 필요한 부분들에 대한 인터뷰를 이렇게 모았고 국회의원들과 간담회를 한 두 번 정도 했었고요 그래서 이제 이런 이런 문제점이 있다라는 것들을 공론화하는 자리를 만들었고요 또 사상은 대한화상학회로 의료 전문가와 소방과 여러 다른 전문가들이 모이는 학회가 있는데 그쪽에서 이제 이런 필요성에 대해서 의견을 보기도 했고 또 당사자 중에 정말 중화상 인데 등록이 안 돼서 여러 가지 차별을 받고 계신 분이 인권위원회에서도 처음으로 저희가 근데 이제 답변을 받긴 했지만 저희가 원하는 그런 답변은 아니었어서 (중략) 인권위에서 할 수 있는 건 없다. 어디 쪽으로 해달라 이런 식으로 아주 뻔한 얘기를 주셔서 제출했던 분이 굉장히 상심이 컸어요. 다시 원점 그렇지만 계속 문제 제기는 해야 한다라는 게 저희끼리의 합의 사항이었고요. (화상환자단체, 황○○)

(4) '장애인'으로 등록할 수 있게 되었지만, 여전한 벽 1(판정기준의 문제)

CRPS, 뚜렛증후군, 기면증은 겨우 장애등록이 가능해졌지만, 질환의 특성이나 상태가 고려되지 못하고, 양의학만을 통한 장애진단, 특성이 고려되지 못한 판정의 기준, 15개 장애유형 안에서만 장애등록이 가능한 현실에 대해 이야기 하였다.

① 양의학만을 통한

뚜렛증후군은 양의학의 방법이 잘 듣지 않아 한의학이나 대체의학을 통해 일상적인 삶을 사는 경우가 다수였는데 장애등록이 가능해진 이후 양의학을 통한 2년의 꾸준한 치료나 진료기록이 있어야 장애등록이 가능하기 때문에 다시 처음부터 시작해야 하는 상황이다.

> 오히려 뚜렛 같은 경우에는 양약이 잘 안 듣는 경우가 많아요. 생각보다 그런 분들은 우리 성인 분들도 한의학이나 다른 어떤 그냥 운동하고 이런 거는 대체쪽으로 넘어가시고 말았는데 그런 경우가 많은데 그런 분들은 사실은 좀 요즘에 피해를 입을 수 있는 셈이죠. 기준이 갑자기 발표가 됐기 때문에 아무 대책 없이 있다가 다시 병원을 다녀야 되고 이중으로 치료를 받고 계신 분도 저한테 맞고요 한의약으로 어느 정도 그냥 기력 보충식으로 하는 좀 본인이 스스로 컨트롤을 하려고 하다가 한약도 먹으면 약간 또 받아와서 그냥 냅두고 약간 이런 사태가 벌어지고 있어서 (중략) 2년 진료 연속적으로 받아야 되는 거 약을 처방받고 진료를 받아야 되고 진단만 있으면 안 되는 거예요. 초진이나 뭔가 제일 최근에 받은 어떤 진단이 이런 걸로는 해결이 안 되고 이 상황이 꾸준히 틱이 있다는 거를 의사가 인정해 줬을 때만 이제 뚜렛 증후군이 장애로 인정받을 수 있는 부분이 관문을 통과하는 거라서 이 부분도 사실 제가 이게 직접적으로 제가 어려움을 느낀 부분은 아니지만 참 씁쓸한 경우였습니다.(뚜렛증후군, 임○○)

② 특성의 상태가 고려되지 않은

한편, 기존의 장애유형에 새로운 질환이 장애로 등록이 가능해지다 보니 발생하는 문제들도 다수 있었다. 즉, 장애판정 기준 때문에 억지로 기준에 맞추거나 누군가는 장애등록이 가능해졌지만, 누군가는 장애등록이 어려운 상황들, 증상의 심각정도로 인해 일상생활에 얼마나 어려움을 겪는지가 아니라 처방 이후의 일상생활이 어려운지를 판단하는 기준들은 질환의 특성이 고려되지 않은 채 이미 갖춰진 틀에 자신을 끼워맞추는 형태로 나타났다.

그런데 이게 좀 저는 절차를 이렇게 거치면서 이 능력장애 기준이 좀 너무 터무니 없다. 우리한테는 말도 안 된다는 생각이 들었어요 이게 그러니까 제가 맨 처음. 질문에서 말씀드렸지만 정말 더 보기에는 멀쩡해요. 저희가 소리를 내고 의도치 않게 움직임이 있고 이어가면 정말 멀쩡한데 능력 장애 기분이 들어가려면 대소변 가리기, 식사 능력에서 식사가 일반적인 식사가 가능한지 이런 거를 물어봐요.(중략) 정말 좀 그렇지만 애매한 약간 끼워 맞추기식으로 이렇게 어떻게 보면 쥐어 짜듯이 얘기를 해서 겨우 그나마 경증 장애를 신청을 할 수 있었던 상황인데 아무튼 그 능력장애 기준이 있는 되게 터무니 없다. 그래서 이걸 끼워맞췄는데 이걸 왜 이렇게 해야 되지 그런 생각을 하게 됐었고 (뚜렛증후군, 임○○)

제가 CRPS로 해서 신청을 했는데 거기서 나오는 거는 CRPS 대상에서 되기는 하지만 이게 제가 그 인정표에서는 이거가 딱히 신경하고 이거가 안 나오다 보니까 일치가 안 된다고 불합격이 됐었어요. 그래서 작년(2021년) 4월에 CRPS가 지체로 해 갖고 심하지 않는 장애로 등록 절차가 바뀌었잖아요. 그러면서 제가 다시 신청을 했어요. 거기서는 1년 약, 치료 받은 거 이런 거가 다 들어가야 되겠더라고요 1년 간, 그리고 지체장애라는 이런 것에 대해서는 드러났지만, CRPS 환자, 저 같은 경우는 파악이나 이런 것에 대해서 근위측증이나 이런 것 때문에 대상이 되면서 그나마 다행히 장애 등록이 되었는데, CRPS 환자들 중에서는 저 같은 이런 장애가 아니라 CRPS 만으로 몸을 움직일 수 없고, 팔을 들긴 하지만, 제대로 아파서 쓰지도 못하는 분들이 많은데 이분들이 장애등록을 하는 절차도 잘 모르고 저같은 경우 마취통증과에서 저희는 치료를 받지만 거기서도 장애등록을 어떻게 껴줘야 될지를 모르는 거에요

장애 가이드라인을 보면 해석하기에 따라서 달라지는 경우가 있기 때문에 거기에 대한 명확한 기준이 좀 필요할 것 같고 그리고 근위축이라든지 이런 근위축 가동성 감소 가동성 감소 같은 건 crps에 필연적인 증상이 아니거든요. 그래서 환자 상당수는 갖고 있는 증상이 아니기 때문에 이걸로 해서 장애 판정 받기는 아주 힘들다고 생각을 합니다.(CRPS단체, 이○○)

2022년부터 ICD 11 권고사항이 있거든요. 바뀌게 되거든요 ICD 10 때는 저희가 f코드인데 ICD 11부터는 이거를 번호로 가더라고요 F코드 G코드가 아니라 6번 8번 이렇게 되는데 신경과로 저희가 들어가게 됐어요. 같은 거예요. 그런데 지금 현재로서는 정신장애 대부분 정신장애 중 분류에 들어가 있거든요. 그러면서 장애 등록을 할 수 있는 전문가는 정신장애 등 정신건강 전문의로 한정이 되어 있고 그래서 되게 많이 혼란이 일어나고 있는데요. 예 ICD 11에서의 분류는 신경과인데, 정신장애 장애 등록을 하는 거는 정신건강 전문가로 하게 되어 있고 그리고 현재 성인들 같은 경우에는 신경정신과도 가지만 신경과에 가기도 하거든요. 그럴 경우에는 또 장애 등록을 받을 수 없는 본인이 병원을 다니는데 내가 장애 등록을 받으려면 과를 옮겨서 정신과를 다시 다녀야 되는 그런 일이 생기는 거죠. (뚜렛증후군 단체, 김○○)

저희도 2년마다 한 번씩 재검을 받아야 되는데 약을 먹고 검사를 받으랍니다. 그런데 문제가 이 저희 장애 판정 받을 때 그 내용이 국방부 병무청에서 그대로 하는 거거든요. 그걸 그대로 복사해 온 거예요. 그러니까 아무런 장애 판정에 대한 고민 없이 병무청에서 그렇게 하니까 우리도 여기 장애 판정도 이렇게 내리면 되겠구나라는 식으로 해오신 것 같아요. (중략) 원래는 정확한 검사를 위해서는 일주일 이상 약을 끊고 살아야 되는데 1박 2일 동안 검사 받는 것도 힘들 뿐더러 원칙적으로 약을 끊고 검사를 받아야 되는데 이것도 문제고 (기면증단체, 이○)

③ 희귀난치성질환과 장애등록 사이의 계속되는 검사

질환을 가지고 있는 사람들은 질환이 일시적인 상태가 아니라 잠정적으로 영구적인 상태임에도 2년에 한 번씩 장애등록유지를 위한 재판정을 받아야 하며, 또한 5년에 한번씩 희귀난치성질환 판정도 받아야 한다. 하지만, 이 검사에서 탈락되는 경우 서비스나 치료비용을 지원받지 못하는 불안감을 유발하기도 하며, 또 2년과 5년이라는 검사기간의 차이는 때때로 1년새 두 번의 검사를 받아야 하는 일상생활의 불편감을 가져오기도 한다. 질환에 따른 장애가 보다 다양한 측면에서 고려되어야 하는 이유이다.

기면증 같은 경우에는 희귀 난치 질환에 등록이 되어 있어서 5년마다 검사를 다시 해서 등록을 해야 됩니다. 근데 지금 이 장애인 등록을 위해서 또 2년마다 재판정이잖아요.(기면증, 오○○)

만약 이제 장애 판정을 받았어요. 그러니까 1년만 남겨놓고 장애 판정을 받았는데 2년 후에 재판정이에요. 근데 희귀난치성질환 통해서 취소가 될 경우에 나중에 또 재판정 받아서 결국 문제가 될 수 있다는 거죠. 왜냐하면 CRPS 진단이 안 나오기 때문에 탈락이 되기 때문에 (CRPS단체, 이○○)

(4) 장애인으로 등록 할 수 있게 되었지만 여전한 벽 2 (장애정도의 문제)

개인적으로든 사회적으로든 어렵게 장애로 등록할 수 있게 되어도, 삶에 필요한 영역에서 필요한 서비스를 이용할 수는 없다. 장애와 관련된 여러서비스들 중 이용하고 싶은 서비스들은 '심한 장애'로 인정받아야 이용할 수 있거나, 소득수준이 낮아야 이용이 가능한 것들이었다.

아무래도 이제 장애로 인해서 좀 힘들었던 부분들이 있으니 이런 복지 서비스가 있다

면 좀 받았으면 좋겠다라는 그런 희망이 있었는데 사실상 이 부분은 제가 이제 좀 막연하게 생각을 하고 등록을 신청을 했었지만 등록하고 나서 보니까 별게 없었다라는 느낌을 많이 받는 부분이었습니다.(뚜렛증후군, 임○○)

등록하고도 특별한 거는 일반적으로 지하철을 무료로 사용할 수 있다는 거 탈 수 있다는 거 외에는 크게 없고(crps, 윤○○)

① 여전히 내가 이용할 수 있는 것은 없음

장애등록을 하면, 무엇인가 등록 이전보다는 이용할 수 있는 서비스가 있을거라 기대했지만, 현재 제공되고 있는 장애 관련 서비스 중 이용할 수 있는 것은 없는 것으로 나타났다. 그나마 무료로 이용할 수 있는 지하철도 지하철이 없는 지역에서는 소용이 없고, KTX여객 할인도 주중에만 가능하여 직장이 있는 당사자에게는 별 효용이 없는 서비스인 것으로 나타났다.

저는 딱 두 가지입니다. 교통 지하철 교통비하고요 통신비 핸드폰 요금 그거 두 가지거든요. 그런데 가스나 전기요금 할인 혜택도 있는데 그거는 저희 아버지께서 또 청각장애를 가지고 계세요. 그래서 아버지께서 이제 아버지 이름으로 해서 갖고 있는 부분이 있어서 저희가 스스로 받는 거는 교통비랑 통신비 밖에 없습니다. (중략) 지금 장애인고용지원센터에 신청을 해놨는데요. 그게 연락이 아직까지는 안 오더라고요.(기면증, 오○○)

제가 KTX를 타면은 50%는 아니고 30%가 20%만 그거 혜택이 있고요. 서울에 가면 지하철. 그것 밖에 없어요. (CRPS, 윤○○)

어쨌든 장애인 콜택시나 뭔가 버스 요금 이런 것도 지원이 될 줄 알았고 ktx도 이용을 하려고 보니까 주중에만 돼요. 주말에는 안 돼요 근데 그게 주말에 이용객이 그래 많으니까 하면서도 사실상 직장이 있는 사람한테 그러니까 장애인이라 꼭 직장이 없을 거란 보장이 없잖아요. 정규직이 아니더라도 직장이 있으면은 주말에 이용을 더 많이 할 텐데 보통 일반 사람들 생각에도 근데 주말엔 안 되고 주중에만 30% 할인되니까 저는 뭐 이용할 일이 없어요. (2차, 뚜렛증후군, 임○○)

② 중·경으로 구분된 서비스

또 이용하고 싶은 서비스가 있더라도 '심한장애'만 이용할 수 있는 서비스(예로

장애인콜택시)가 대부분이어서 현 장애인등록제도상 '심하지 않은 장애'로만 등록되는 CRPS, 뚜렛증후군, 기면증의 경우 사실상 이용할 수 있는 서비스는 없는 것으로 나타났다.

다른 거 같은 경우는 등 장애 등급을 받고 심한 장애면 그래도 보장구나 이런 거는 사용할 수 있거나 아니면 차량을 장애인 이동 차량을 이용 할 수 있는데 저희들은 그게 심하지 않은 장애로 등록을 하다 보니까 아무런 혜택이 없어요. 그래서 좀 더 심한 장애로 판정 되기를 그래서 지금도 계속 하고 있고(CRPS, 윤○○)

아까 윤○○ 씨가 얘기한 것처럼 심하지 않은 장애인으로만 등록이 되기 때문에 진짜 심한 장애인 환자들도 있거든요. 그 사람들은 장애인 주차장에 주차도 못하고요 휠체어 타고 다니는데 장애인 콜택시도 이용도 못하고 그런 문제가 저한테 연락 와갖고 그냥 장애인정 하는 것도 너무 감사한데 실질적으로 환자들한테 서비스는 아닌 것 같습니다라는 얘기가 나오고 있고요. (CRPS 단체, 이○○)

장애등록을 해도 혜택이 없어요 이런 부분에서는 조금 장애등록을 해서 장애인 서비스를 보장구나 이런 것에 대해서도 장애등록을 했다고 해서 다 되는게 아니고 등급 심한 장애와 심하지 않은 장애로 조금 구별이 되면서 소득대비로 갈라지니까 이 장애등급을 받는다고 해서 모든걸 다 누릴수 있는게 심한장애라고 해도 소득대비 했을 때는 그렇게 많이 없다는 거에요.(CRPS, 윤○○)

이러한 구분은 어렵게 장애 등록을 하였지만, 결과적으로 '등록'만 된 상황속에서 보다 나아진 삶을 기대했던 질환자에게 '심한장애' 와 '심하지 않은 장애'의 구분을 없애거나 오히려 예전의 장애등급제도를 부활시켜, 등급의 정도에 따라 세부적인 비율을 나누어 서비스를 제공할 것이 요구되기도 하였다.

저도 그러니까 우리나라만 그런진 모르겠는데 뭔가 급을 나누는 걸 되게 다들 좋아하는 것 같아요. 정부나 이런 정책 만드는 분들이 중증 경증이 굳이 있어야 되나 이런 생각을 저도 되게 깊게 해보게 되는 계기였어요. 사실은 장애 등록을 한 이후에 예 그래서 장기적으로는 폐지되는 게 맞다라는 주의인데 너무 급진적이라면 그 과정에서 이제 등록할 수 있는 질환도 확대하고 그 서비스를 좀 맞춤형으로 최대한 할 수 있게 좀 많이 개발을 해야 하지 않을까 생각이 들고(2차, 뚜렛증후군, 임○○)

근데 제 생각에는 종류에 따라서 이제 중증과 경증에서 서비스 받을 수 있는 종류가 너무 차이가 많이 나는 것 같아요. 그래서 경증도 중증에서 받을 수 있는 서비스를 받되 할인율에 차이를 둬서 할인을 좀 몇 개라도 해서 할인을 받으면 좋겠어요. 종류는 그래

서 차이 없이 종류에 따라 상관없이 모든 대부분의 서비스는 좀 됐으면 좋겠고 그리고 앞으로는 계속 이제 장애 유형에 따라서 좀 상세하게 좀 구분이 좀 지어져야 되지 않을까 생각이 들어요. (중략) 이제 중증이 될 수 있는 부분이랑 경증으로 될 수 있는 부분 이런 경증으로 봐야 되는 건지 이 딱 두 가지로 나눠져 있다. 보니까 애매한 선에 있는 분들은 그 혜택에 대해서 제대로 받지 못하는 경우도 있고요 그래서 예전에는 이제 단계가 되게 여러 가지 있었잖아요. (2차, 기면증, 오○○)

(5) 변화의 길

① 새로운 장애영역의 확대 필요

현재 장애인복지법상의 15개 장애유형은 새롭게 들어온 장애를 포괄하지 못한다는 이야기도 있었다. 새롭게 장애등록이 가능하더라도 당장은 이용할 수 있는 서비스가 없거나 자신의 상태를 설명할 수 있는 장애유형이 없거나 하는 문제들을 지적하였다. 이는 앞서 살펴본 것과 같이 개인의 정체성과도 관련이 있는 문제이고 장애판정기준이나 장애 관련 서비스와도 연결된 문제이다. 결과적으로 개인의 상태를 잘 드러내기 위해서는 새로운 장애영역의 확대를 통해 지원 받을 수 있는 서비스가 늘어나야 할 것이다.

HIV 감염인이 겪고 있는 상황 자체의 수준에서 장애인 복지법 상의 장애인 서비스들이 상당히 많이 풍부해져야 되는 거 아니냐 서비스 내용 자체가 지금 장애인복지법 상에 있는 장애인 정책들은 이미 등록 장애인분들에 대한 내용들을 기준하고 있기 때문에 새로 진입했을 때 사실은 크게 이용할 수 없거나 또는 중경 단순화가 되어 있는 상황이라서 진입할 수 없거나 이런 것들이 많다.(HIV 단체, 전○○)

현재는 화상 장애가 아니라 지체 장애, 안면 장애 이렇게 되어 뿔뿔이 흩어져 있어서 사실은 여러 어려움들이 개인의 몫으로 남아 있지만 그 개인적인 것을 목소리를 모으기조차 어려운 그런 현실이에요.(화상환자단체, 황○○)

등록 장애인 즉 15개 유형만 복지 서비스를 받기 때문에 기면병처럼 어려움이 있어도 관련 복지법상 관련 장애 유형이 없고 특히 기면병으로 인한 일상생활에 어려움이 있는 자를 위한 대안으로 뇌병변 장애 개념을 뇌신경까지 확대해야 한다고 생각합니다. (기면증 단체, 이○)

저처럼 기면증 환자들은 제일 힘든 게 이제 잠이거든요. 참을 수 없는 졸음 근데 이번에 장애 유형이 나눠진 것도 이해할 수 없게끔 나눠져가지고요 장애 유행이 지금 정신장

애, 우울증이 있는 혼자의 경우에만 이제 인정을 해주고 있어서 실질적으로 기면증의 환자의 본질적인 문제는 이 잠을 참을 수도 없다는 건데 그거에 대해서는 인정을 그 부분도 무조건 인정이 되면서 이제 우울증이 같이 동반되는 경우만 지금 인정을 해주고 있고. 또 굉장히 많은 분들이 신청을 했는데 거기에 맞다고 생각이 들어서 신청을 했는데 탈락된 분들이 너무 많아요. 된 분들이 정말 손에 몇 분 안 봅을 정도로 몇 분 안 될 정도로 만나서 근데 그 그 결론에 대한 대답 받은 게 거기에 적합하지 않다라고 다들 대부분 거절당한 것은 적합하지 않다는 걸 받으셨다고 하더라고요.(2차, 기면증, 오○○)

② 개인에게 맞춘 맞춤형 서비스 제공 필요

앞서 나타난 것처럼 어렵게 장애를 등록하였지만 '심한장애'와 '심하지 않은 장애' 중 '심하지 않은 장애'로만 등록이 가능하기 때문에 기대했던 서비스의 이용이 제한되는 상황들이 생긴다. 참여자들은 이러한 장애등록이나, 장애정도에 따른 구분 없이 개인이 필요한 서비스는 이용할 수 있도록 제도가 개선되어야 한다고 이야기 하였다.

장애 정도로 서비스하는 것보다는 약간 당사자의 상황에 따라 맞게 지원하는 쪽으로 변화가 필요하다고 생각을 합니다. 왜냐하면 장애 등급이 낮더라도 여러 가지 자기가 원하는 서비스가 있을 거고 거기에 맞는 제도 개선이 좀 필요하다고 생각합니다. 지금 현재 서비스보다는 아까 말씀드린것처럼 개별이 원하는 서비스가 있을 거고 거기에 맞는 제도 변화가 있어야 된다고 생각을 합니다.(CRPS 단체, 이○○)

저는 F코드냐 G코드냐 그게 중요한 게 아니고 필요한 서비스를 필요한 때 받을 수 있냐 없냐 그게 중요할 것 같거든요.(뚜렛증후군단체, 김○○)

계속 천천히 진행이 되더라도 일단 시도가 되어서 서비스 받는 부분이 선택을 하든지 뭔가 그런 제도가 필요하다고 생각합니다.(기면증, 오○○)

단기적으로는 어쨌든 복지서비스가 지금 사실 저희가 아까 공통적으로 얘기한 게 받고 있는 부분들이 거의 없다시피 하고 또 받는 것도 사실상 우리에게 정말 항상 이렇게 필요한 그런 것들은 아닌 거잖아요. 지금 상태에서는 그런 부분들이 이제 많이 개편이 돼야 된다고 생각을 합니다.(뚜렛증후군, 임○○)

③ 기본적 인권 보장을 위한 장애인등록제 폐지

장애등급제 폐지가 논의되면서 각 서비스별 적격대상 기준이 마련되고 있다(예로 장애인활동지원제도). 하지만, 장애관련 서비스를 '이용'하기 위해서는 1차적인

관문으로 '장애등록'을 통과해야 하기 때문에 '등록'하지 못한 장애인은 필요한 서비스를 이용하지 못하고 있는 상황이다. 예로 HIV감염인의 경우 앞서 살펴본 CRPS나 뚜렛증후군, 기면증과 같이 '장애'로 인정받지 못하고 등록할 수 없는 상황에서 질환으로 인한 차별과 배제의 대상이 되기도 하지만, 이러한 장애인 차별금지법상의 장애 정의가 '등록장애'로 한정지어 지기 때문에 가장 기본적인 인권침해에 대해서도 권리를 주장할 수 없는 상황이다. 따라서 장애인등록제를 폐지하므로 개인이 가진 기본적 인권을 보장받을 수 있는 환경을 마련해야 하며, 당장 폐지가 어렵다면, 예외적 인정조치의 확대 또는 서비스별 대상자 기준 마련이 절실한 상황이다.

> 저의 지금으로서의 고민은 장애인 서비스에 대한 접근 장애인 서비스에 대한 접근은 각 분야별로 모두 접근할 수 있도록 하는 것이 적절하겠다라는 생각이 지금 듭니다. 이거는 장애등급 처음에 폐지 할 때 전문가들이 이거 합의했던 내용이 중경 단순화 단계를 거치면 안 된다 그러면 더 진행이 안 될 거다 그냥 처음부터 중경 단순화 없이 등급제는 폐지가 될 거다. 이렇게 제안했던 것과 같은 맥락에서 장애 서비스에 대한 접근들을 각 분야별로 모두 접근할 수 있게끔 지금은 활동지원서비스, 이동지원 등 등록된 장애인이 신청할 수 있는 거잖아요. 그래서 이제 문 역할을 하는 거니까. 그 문에 대한 부분들을 과감하게 접어주는 것이 오히려 더 적절할 수 있겠다. 왜냐하면 각 분야별로 이미 서비스 적격 대상이 되는가 안 되는가 어느 정도의 서비스를 제공해야 되는가에 대한 서비스 기준은 그것이 비판을 받고 있던 비판을 받고 있지 않은 관련된 체계가 이미 있기 때문에 장애 등록제는 더이상 유효할 수 없다라는 고민이 하나 있고요 (중략) 실제로는 (장애인등록제가) 필요하더라도 그래서 그러면은 아주 장애등록을 유지한다라면 오히려 아주 협소하게 유지를 해야 된다.(중략) 오히려 장애 등록제가 있음으로 인해서 장애인 차별 금지법 상의 장애 정의가 장애인 등록이 된 사람으로 계속 한정 지어지기 때문에 실제로는 장애라는 상태를 겪고 있는데 차별의 대상이 되지 못하는 구제의 대상이 되지 못하는 문제가 있고 벌어지고 있어서 오히려 등록되는 차별 문제 관련해서도 폐지되는 게 오히려 더 그럴 수 있다.(HIV 단체, 전○○)

④ 서비스별로의 전환(필요한 맞춤형 서비스)

가. 이동지원서비스

CRPS나 뚜렛증후군은 질환의 특성상 개인이 차량을 운전하거나 대중교통을 이용하는 것이 상당부분 제한된다. 따라서 이들은 장애인 콜택시와 같은 이동지원을 위한 서비스가 필요하지만, '심하지 않은 장애'로 등록되기 때문에 필요한 서비스

를 이용할 수 없는 것으로 나타났다.

중증 장애가 아닌 이상 심하지 않는 장애가 아닌 이상 저희 환자들 직접 휠체어 아까 광주에 있는 분이 휠체어 타고 다니거든요. 거동을 거의 못하세요. 근데 그분이 심하지 않는 장애인, 대신 이제 영구장애를 받았지만 저한테 그러더라고요 이럴 바에는 신청 안 했다고요 주차할 수 있을 줄 알고 신청했는데 주차하지 못한다고요. 실질적인 혜택을 받지 못하는데 좀 실질적인 방향이 바뀌어져야 되지 않을까라는 생각이 들어요.(CRPS 단체, 이○○)

저는 적어도 장애인 주차라고 될 줄 알고 기대를 하고 갔는데 장애인 주차도 전혀 해당 사항이 없었고요 그리고 제가 운전을 하긴 하지만 질환 때문에 운전을 장거리를 못해요. 증상 때문에 운전이 위험해요. 위험해요. 그것 때문에 주차나 아니면 뭔가 장애인 콜택시나 이런 걸로는 이용할 수 있지 않을까 내심 기대를 했었는데 전혀 없더라고요.(뚜렛증후군, 임○○)

사실 저희는 장애인 콜택시, 주차장 이것도 굉장히 큰 혜택 입니다. 그런데 선생님 임초록 선생님 같은 경우는 운전을 하시지만 운전조차 못하시는 뚜렛장애인도 굉장히 많이 많으시거든요. 왜냐하면 이 운전대를 잡는 것 자체가 상당히 위험합니다.(뚜렛증후군단체, 김○○)

대중교통 그리고 저 같은 경우는 원래 시외버스를 많이 타고 다녀요. 병원이 아산병원이고 분당이고 하다 보니까 시외버스를 많이 타고 다니는데 이런 부분에서 혜택이 너무 없는 거예요. 그런 부분이 조금 혜택을 볼 수 있게끔 되면 좋겠죠.(2차, CRPS, 윤미정)

그리고 콜택시도 마찬가지로 중증이야지 신청 대상이 돼요. 그렇지 않으면 신청 대상도 안 되고 그러니까 안내는 하지만 받아주지가 않거든요.(2차, CRPS, 윤○○)

나. 전기세 감면

또, 질환의 특성상 전기를 많이 활용할 수밖에 없는 상황임에도 장애등록 만으로는 지원을 받을 수 없는 서비스도 있다. 전기세 할인은 장애인이 이용할 수 있으려면 '심한 장애'로 등록되거나[60] 소득수준에 따라 저소득이어야만 할인 받을 수 있다.

60) 보건복지부 홈페이지 장애인 공공감면 제도 안내
(http://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06370107&PAGE=7&topTitle=)

제가 통증하고 열로 와요. 그래서 24시간 선풍기나 이런 걸로 좀 풀고 있고 갑자기 또 태울 때가 있어요. 이게 어느 날 이 붓기도 하고 제가 림프 장애까지 림프 순환 장애까지 와 있기 때문에 그런 부분에서 조금 기기 같은 거를 많이 사용을 하고 있거든요. 순환 좀 하려고 그러다 보니까 전기료가 진짜 많이 나와요 그래서 그런 거를 좀 혜택을 좀 보고 싶었는데 그런 부분은 없더라고요 그래서 이런 거구나 이런 부분에서 이게 일반 세대랑 또 선택적 복지에서 이런 부분이 많이 차이가 있는구나라는 거를 좀 많이 느꼈습니다.(2차, CRPS, 윤○○)

다. 특수반 이용

한편 장애등록이 20세 이상부터 가능하기 때문에 나타난 어려움도 있었다. 뚜렛증후군의 경우 아동기에도 발생하기도 하는데, 이 경우 장애등록이 불가능하기 때문에 교육을 위한 특수반에 배정받기 어렵거나 특수교육의 대상이 되지 못한 채 일반교육 안에서 어려움을 경험한다.

학교에서 초중고생들이 학교 생활이 어렵잖아요. 그럴 때 부모님들이 특수반에서 특수교육 혜택을 받으려고 생각을 하십니다. 그런데 그렇게 하려면 가장 확실한 방법이 장애 등록을 받는 것이거든요. (중략) 일단 뚜렛 장애가 장애 15가지에 들어가 있으면 특수교육을 받는 서비스로 받는 데는 별 문제가 없기 때문에 이것을 생각을 했는데 사실 이번에 20세로 됐기 때문에 부모님들이 너무너무 실망하시는 부모님들이 많이 계십니다.(뚜렛증후군 단체, 김○○)

라. 주거개선서비스

뚜렛증후군은 틱을 동반하는 경우도 많다. 자신이 의도하지 않은 행동이나 소리 때문에 방음벽설치도 고려하지만, 현재로서는 방음벽 설치를 지원할 수 있는 방안이 없는 것으로 나타났다. 「장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률」[61]이 있지만, 출입문, 바닥, 비상연락장치, 현관, 거실, 욕실에 대한 기준이 있을 뿐, 방음벽의 설치에 해당하는 사항은 없는 것으로 나타났다.

저희는 사실 틱장애가 이제 소음을 많이 유발하는 이제 소리를 많이 내다 보니까 방음벽 같은 것도 설치하는 비용 같은 게 생각보다 많아요. 그러니까 tv에서 보셨을 수도 있지만 정말로 저희 중에서는 방음벽 필요로하는 분들이 꽤 많고 저도 그걸 많이 고려를

61) 장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 시행령 제4조 별표1, 별표2 참고

하고 있거든요. 지금까지도 그래서 방음벽이나 주거 개선에 대한 환경 개선에 대한 서비스도 필요하고 (뚜렛증후군, 임○○)

3. 소결

새롭게 장애등록이 가능해진 CRPS, 뚜렛증후군, 기면증의 경우 기존의 장애인복지법의 15개 장애유형에 포함됨으로 인해 질환의 상태나 특성이 반영되지 못한 채 기존의 서비스 만을 이용해야 하거나 오히려 새롭게 낙인감을 부여받는 상황도 있는 것으로 나타났다. 질환 자체가 잠정적인 영구적 상태로 지속됨에도 의료비 지원을 받기 위해서는 계속되는 검사를 통해 '자격'을 유지하거나 소득수준이 낮아 의료급여 수급을 받을 수 있어야 하며, 필요한 보조기구를 교부받기 위해서도 역시 소득수준이 낮아야 가능하고 그마저도 필요한 품목이 없거나 장애유형에 따라 제공되는 보조기구가 달라지기도 한다[62]. 또한 기면증과 뚜렛증후군의 경우 뇌신경과 관련된 질환임에도 정신장애로 포함되고, 복합부위통증증후군(CRPS) 역시 지체장애 중 관절장애로 포함되어 장애판정을 받기 위해서는 원래부터 다니던 진료과가 아닌 새로운 진료과에 다녀야 하는 문제점과 자신의 상태가 아닌 판정기준에 자신의 상태를 끼워맞추는 식의 문제점 역시 드러났다.

복합부위통증증후군(CRPS), 뚜렛 증후군, 기면증, 화상, HIV감염의 공통점은 그 상황이 잘 변하지 않은 영구적인 상황이라는 점이지만, 어떤 상태는 장애로 인정되고, 어떤 상태는 장애로 인정 받을 수 없는 현실이 여전히 존재하고 개인의 상태에 따라 일상생활에서 사회적으로 차별을 경험하는 사람들이 왜 장애로 등록하기를 희망하는 것일까.

이는 2000년대 이후 장애관련 된 다양한 서비스들이 등장하고 구체화 되면서 본격적으로 나타나는 현상으로 보인다. 장애로 등록이 되면 지금의 삶보다 조금 더 나은 삶을 살 수 있을 것이란 모종의 기대, 희망이 있었기 때문으로 보인다. 하지만, 막상 장애로 등록한 이후에는 '심한 장애'와 '심하지 않은 장애'로 구분된 새로운 벽이 나타나며 필요하다고 생각했던 서비스를 이용할 수 없기에 또

62) 보건복지부 홈페이지 장애인 의료지원 안내
(https://www.mohw.go.kr/react/policy/index.jsp?PAR_MENU_ID=06&MENU_ID=06370104&PAGE=4&topTitle=%C0%C7%B7%E1%C1%F6%BF%F8)

다시 ‘심한장애’로 인정받고 싶은 상황들이 인터뷰를 통해 나타났다. 필요한 서비스를 이용하기 위해서는 장애등록이라는 출입문을 통과해야 하고 그 이후 또 장애정도라는 문과 소득수준이라는 문 등을 통과해야만 이용할 수 있는 것이다. 즉, 자신에게 필요한 서비스를 이용하기 위해서 비록 ‘차별’의 대상이 될지라도 인식에 따라 시선이 달라지더라도 ‘장애’로 등록하고 싶어하는 것이다. 하지만, 각 분야별로, 서비스별로 적격의 대상이 이미 결정되어 있고 서비스의 양과 정도가 어느정도 결정되어 있는 현 제도 아래서 꼭 ‘장애로 등록’ 하여야만 하는가에 대한 의문이 제기된다. 각 서비스별로 필요한 사람이 이용할 수 있도록 적격판정의 기준의 변화를 가져올 수만 있다면, ‘장애로 등록’ 하지 않고 개인의 상황과 상태에 따른 서비스 제공이 가능할 것이다.

Ⅵ 전문가 의견 조사

1. 조사개요

장애인 복지 제도권 내에서 당사자의 필요에 따라 서비스를 이용할 수 있도록 제도를 개선하고 장애인등록제도·서비스전달체계·장애인서비스 선택권 확대등을 위해 장·단기적 방향에서 실질적인 장애인 등록제도 개편안을 제안하고자 관련 학계 교수 및 연구자, 현장전문가, 단체 대표 등을 대상으로 개편 안에 대한 심층적인 의견을 수렴하기 위해 전문가 의견조사를 실시하였다[63].

자료의 수집은 2022년 8월 16일부터 22일까지 이루어졌으며, 해당 분야의 전문가 8명을 대상으로 전문가 의견조사지를 이메일로 전달한 후 이메일을 통해 회신하는 방식으로 이루어졌다. 전문가는 학계 5인, 단체 3인으로 구성하였으며, 장애인등록제도에 대한 관심과 학문적 소양이 있는 자들을 선정하였다.

2. 조사결과

1) 총괄질문

(1) 종합의견

개편안에 대한 종합의견은 대부분의 전문가들이 장애인등록제 자체에 대한 폐지에 공감하고 있는 것으로 나타났으나 그 방식에 대해서는 의견의 차이를 보이고 있는 것으로 나타났다.

장애에 대한 관점은 현재의 질병과 손상의 관점이 아닌 사회적 참여 또는 기능의 제약이 있는 것으로 규정해야 한다는 의견(전문가 A, 전문가C)이 제기되었으며, 서비스를 이용하기 위한 기준은 장애인 등록제도가 아닌 별도의 서비스 적격기준이 필요하다는 의견이 제안되었으며(전문가D, 전문가E, 전문가H), 한편, 제도개

63) 전문가 의견조사지 내용은 부록 참조

편, 법적근거마련, 예산 인프라 확대 등 단개별 접근을 통해 장애인등록제도를 폐지해야 한다는 의견도 제안되었다(전문가A).

〈표 Ⅵ-1〉 종합의견

구분	의견
전문가A	• CRPD를 바탕으로'장애'를 사회의 문화적·물리적 및 제도적 장벽 등의 환경적 요인과 신체적·정신적 특성 등의 개인적 요인 간의 상호작용으로 인하여 완전하고 효과적인 사회참여에 제약이 있는 상태로 정의하고 지원체계를 변화해가고자 하는 장애운동의 방향성을 고려, 장애의 개념과 서비스 지원의 확대를 기본으로 제도 추진이 이루어져야 함. 이를 위해 제도 개편 추진, 법적 근거 마련, 예산과 인프라 확대 등의 순으로 진행하되, 부분 개편, 전면 개편, 등록폐지 순의 접근과 사회적 합의를 추진해야할 것임
전문가B	• 현행 장애인등록제도는 매우 제한적 범위의 장애 15가지에 국한하여 이를 정책대상으로 간주함으로써 실질적인 신체적·정신적 손상이 있는 사람이 장애 관련 법률에서 제외됨에 따라 정책의 사각지대, 복지의 사각지대에 놓이게 되어 정책집행에 따른 역진현상은 물론, 당사자의 낮아진 삶의 질 회복에 전혀 도움이 되고 있지 못해 이에 대한 정책적 개선이 시급해 보임
전문가C	• 1999년 장애인복지법을 전면 개정하면서 제2조 제1항에 '장애인' 정의를 하고, 2항에 '이 법의 적용을 받는 장애인'을 정의했음. 1항에 따른 장애인은 현재도 그대로 유지되고 있는데, 장애인을 '신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자'로 규정하고 있음 즉 신체적 정신적 손상(impairment)으로 인하지만, 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받는 자가 장애인이라는 것임. 즉 손상에 방점을 찍은 것이 아니라, 일상생활이나 사회생활에의 제약에 방점을 찍은 것임. 당시 외국도 이렇게 장애인을 정의했음. 그런데 이를 측정할 방법이 당시 마땅치 않다고 정부가 주장하다 보니, 2항에서 이 법의 적용을 받는 장애인으로 신체적 손상을 가진 사람, 정신적 손상을 가진 사람으로 규정하게 되고, 시행령에서 기존 장애인등록 및 등급을 그대로 유지한 것임 • 그럼에도 1항을 만든 이유는 장애 개념이 향후 바뀌어야 한다는 의미임. 즉 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 가진 사람이 장애인인데, 현재 정부가 이를 측정할 수 없다고 하니, 일단 이 법의 적용을 받는 장애인으로 규정하겠다고 한 것임 • 장애를 정의하고 측정하는 방식에는 크게 4가지가 있음. 질병 또는 질환으로 정의하는 방식, 신체 구조와 기능의 손상으로 정의하는 방식, 사회적 기본 기능 제약(일상생활이나 사회생활에서의 제약) 방식, 사회정치적으로 정의하는 방식(차별, 배제, 억압 등과 같은 현상)이 있음 • 소아마비 바이러스 감염에 의해 목발을 사용하는 장애인을 예시로 사용하여 설명하면, 첫째, 질병 이름으로 장애를 설명하여 '소아마비 증후군'으로 장애를 명명할 수 있음 우리나라의 경우 1987년 이전까지 이와 같은 용어를 사용하였고, 장애를 질병으로 보던 습관이 아직도 남아 있어 '장애를 앓고 있다.'라는 표현을 사

구분	의견
	용하기도 함. 둘째, 신체 구조와 기능의 손상으로 장애를 설명하여 '지체장애' 특히 '하지 지체장애'로 명명할 수 있음 현재 우리나라 장애인복지법에서 사용하는 측정방법으로, 장애 유무, 장애 유형 및 장애 정도를 의학적 기준인 신체 구조와 기능에 의해 평가하는 방법임. 셋째, 사회적 기능으로 장애를 설명하면 '이동장애'로 명명할 수 있음. 가장 원초적인 사회적 기능 중 이동이 안 됨에 따라 교육을 받지 못하고, 고용도 안 되고, 소득도 없는 등의 상황이 되기 때문에 가장 원초적인 사회적 기능에 따라 장애를 설명하는 것임. 이 개념에 따라 장애를 측정할 경우 일상생활정도(ADL)와 수단적 일상생활정도(IADL)를 가장 많이 사용하고 있고, 우리나라의 종합조사표도 이를 측정하는 것임. 넷째, 사회정치적으로 장애를 설명하면, 하지 지체 기능의 손상에 대해, 이동의 어려움에 대해 우리 사회가 적절하게 반응하지 못함에 따라 나타난 차별, 배제, 억압을 받는 사람으로 설명할 수 있음 • 이 중 질병 또는 질환으로 정의하는 방식은 장애를 ICD에서 정의하는 방식으로 WHO에서도 1980년에 폐기한 방식임. 우리나라도 1988년 장애인등록제도를 만들기 전까지 장애는 질병으로 불렀음. 소아마비 후유증, 뇌성마비, 다운증후군 등. 1988년 장애인등록제도가 시행되면서 우리나라에서 장애는 신체 구조와 기능의 손상으로 정의되었고, 장애유형이 5가지에서 15가지로 확대됨. 이후 2019년 등급제 개편에 따라 종합조사도구를 만들면서 사회적 기능 제약을 측정(ADL, IADL)하게 됨. 단체 등 현장에서는 사회정치적 의미의 사회적 모델을 장애로 정의하고 있음 WHO의 ICF는 신체 구조와 기능의 손상으로 정의하는 방식, 사회적 기본 기능 제약 방식, 사회정치적으로 정의하는 방식(차별, 배제, 억압 등과 같은 현상)을 혼합하고, 여기에 개인적 요인과 환경적 요인을 추가하여 장애를 설명하고 있음 • 현재 우리나라 장애인등록제도, 중경으로 나눈 등급제, 대부분의 감면할인제도 등은 신체구조와 기능의 손상을 장애로 보는 개념을 사용하고 있는 것이고, 활동지원제도를 기반으로 한 몇몇 서비스에 활용되는 종합조사표는 사회적 기능의 어려움으로 장애를 보는 개념을 사용하고 있는 것임. • 현재 우리나라 장애인복지법 제2조 제1항에서 말하는 장애인은 사회적 기능 제약으로 정의하는 것이고, 제2항의 이 법의 적용을 받는 장애인은 신체 구조와 기능의 손상으로 정의하는 방식임 • 그런데 장애 인정 범위를 넓히자고 하면서, 질병 또는 신체 구조와 기능의 손상을 확장하는 방식으로 가고 있음 이는 상당히 위험한 방식이라고 생각함. 질병 또는 신체 구조와 기능의 손상의 범위를 확장할 것이 아니라, 개념 자체를 바꾸어 사회적 기능의 어려움 또는 사회적 차별, 배제, 억압을 당하는 것을 장애로 보아야 함. • 해외에 장애 인구가 많다고 하면서 스웨덴에서는 자국어를 사용하지 못하는 이민자도 (일시적) 장애인으로 인정한다고 많이들 말함. 스웨덴어를 사용하지 못하는 이민자가 장애인이 될 수 있는 것은, 장애 개념 자체를 질병이나 손상으로 보지 않고, 사회적 기능의 어려움으로 보았기 때문임. 질병이나 신체 구조와 기능의 손상으로 보면 이민자는 어떤 문제도 없음. 하지만 사회적 기능으로 보면, 의사소통이 안 되고, 수단적 일상생활(장보기, 전화사용하기, 여행하기 등)은 상당 부분에 어려움이 있음 이에 따라 그 사회에서 차별, 배제, 억압의 가능성이 매우

구분	의견
	높아짐. 그러니 장애인으로 구분하고 국가가 지원해 줄 필요성이 생기는 것임 • 결국 현재 장애인과 비장애인의 경계에 있는 것처럼 보이지만, 지원은 필요한 사람들이 장애인이 되어 국가의 지원을 받을 수 있는 방법은 장애 개념을 질병이나 손상으로 보지 말고, 사회적 기능의 어려움과 차별, 배제, 억압의 위험 정도에 따라 측정하는 것이 바람직함. 즉 현재 장애인복지법 제2조 제1항의 장애 개념에 따라 2항 및 시행령을 개정하던가, 아니면 권리보장법(안)처럼 사회적 기능의 어려움과 더불어 사회적 장벽 개념을 사용하는 것도 바람직함. 하지만 두 방안 모두 현재 장애를 측정하는 방법은 ADL과 IADL 류를 사용하는 것임 • 물론 장애를 왜 질병이나 손상이 아닌 사회적 기능의 어려움과 차별, 배제, 억압의 위험 정도로 봐야 하는지에 의문이 있을 수 있음 우리가 장애를 개념짓고 측정하는 이유는 사회적 자원의 재분배가 가장 합리적으로 이루어지기 위해 진짜 지원이 필요한 장애인을 제대로 찾아내기 위함인데, 실제 장애인의 어려운 삶을 보여주는 것은 질병이나 손상의 정도가 아니고, 차별, 배제, 억압과 같은 현상이고, 이를 만드는 사회적 기능의 제약임. 또 장애를 손상으로 보면 장애는 신체적 정상성이 훼손된 것이고 능력이 부족한 것이고, 이는 신체가 정상적이고 능력이 있는 것에 비해 열등한 것(능력주의)이기 때문에 차별은 어쩔 수 없게 됨. 차별을 없애자고 하면서 장애를 손상으로 보는 것은 어불성설임. 그런데 장애를 사회적 기능의 제약이나, 차별, 배제, 억압으로 볼 경우, 차별 자체가 장애가 되고, 사회적 기능의 제한에 대한 사회적 반응의 결핍이 장애가 되는 것이라, 손상이 있는 사람을 차별하는 게 아니라 어떻게 사회가 잘 반응할 것인지가 중요해 짐. 결국 인권의 측면에서 보아도 장애를 차별, 배제, 억압 또는 사회적 기능의 제약으로 바라보는 것이 필요해 짐
전문가D	• ‘장애인과 비장애인 사이에 놓인 당사자’는 특정한 장애인복지서비스를 필요로 하는 손상, 장애가 있는 것으로 가정할 수 있음. 그럼에도 현재의 장애인복지법에 따른 등록장애인에 해당되지 않기 때문임. 따라서 이들 비법정 장애인은 현재의 장애인복지법에 따른 장애인복지서비스를 받을 수 없음. 이들이 장애인복지서비스를 받기 위해서는 이들이 법정 장애인으로 등록할 수 있도록 법을 개정해야 하는데, 가장 큰 문제는 미리 목록을 작성해 놓고 그에 해당하는 범주만을 장애인으로 등록하는 현 체계로는 모든 비법정 장애인을 사전에 목록으로 만들어 놓기 어려움. 특히 장애인과 비장애인의 경계는 연속선 상에 있어서 한 지점에서 경계선을 긋기 어렵기 때문임. 다시 말해서 비법정 장애인이 장애인복지서비스를 제공받기 위해서는 장애인등록제를 폐지해야 함. 그렇지 않으면 장애인과 비장애인의 모호한 경계로 인하여 지속적으로 장애유형의 목록을 수정해야만 하는 상황임 • 비법정 장애인이 복지서비스를 제공받기 위해서는 인위적인 장애와 비장애의 경계인 장애인등록제를 폐지하고, 각 복지서비스 별로 서비스 수급자격을 판단하는 기준을 제시하는 것이 적절함. 복지서비스 별 서비스 수급자격의 설정에서 소득보장은 가장 엄격한 기준, 감면할인(모든 장애 대상의 감면할인)은 가장 엄격하지 않은 기준이 될 수 있을 것임. 따라서 소득보장은 새로운 기준을 만들 수밖에 없으며, 기존의 장애판정은 모든 장애 대상의 감면할인의 기준으로 전환할 수 있을 것임

구분	의견
전문가E	• 우리나라 장애인 복지체계에서 '장애등록'은 서비스 대상의 가장 기본적인 자격이기 때문에 이에 대한 논란은 예전부터 있어왔음 • 이는 '장애등록'이 장애인복지법 15개 유형에 포함되는 결과이고, 장애유형별 장애정도 판정을 받을 수 있는 자격을 얻게 되기 때문임 • 현재 우리나라서 장애인 관련 복지서비스는 이미 결정된 장애등록과 장애정도를 각 사업의 대상자 기준에 꿰맞추는 방식으로 구성되어 있기 때문에 장애를 가진 당사자에게 적합한 서비스를 제공받기 위한 소위 맞춤형 서비스 제공에 필요한 사정 시스템이 필요하며 맞춤형 서비스 도입을 위한 사정 시스템이 가능하다면 당연히 '장애등록'은 무의미해짐
전문가F	• 장애인과 비장애인을 의학적 장애기준으로 구분하는 것은 최소한도의 필요 범위 내로 축소해야 함. 또한 장애를 기준으로 삼는 것을 원칙적으로 폐지하고 그 안에서 실효성있는 제도를 도입할 필요가 있음
전문가G	• 장애급여(서비스)의 대상을 설정할 때 손상과 관련한 중요한 원칙은 두 가지가 있다고 생각함 • 첫째, 장애평가에서 손상의 존재는 반드시 확인해야 하지만 손상의 유형은 제한되어서는 안 된다는 것임. 현재 장애인등록제는 장애급여(서비스)를 받기 위해 반드시 거쳐야 하는 1차적인 관문으로 작동하고 있는데, 여기에서 제외되는 손상의 유형이 너무 많다는 것이 문제라고 생각함. 이렇게 배제되는 부분을 '수직적 사각지대'라 할 수 있을 것임 • 둘째, 손상의 정도에 대한 기준은 마련할 수 있지만, 그것만으로 장애급여(서비스)의 자격 여부나 급여량을 정해서는 안 된다는 것임. 물론 의학적 상태가 곧 해당 급여(서비스)의 욕구가 되는 경우에는 손상의 정도로 급여를 결정해도 될 것임. 하지만 대부분의 장애급여(서비스)에 대한 욕구는 의학적 상태와 관련성이 높지 않기 때문에 별도의 기준에 의한 급여자격 결정이 이루어져야 할 것임. 이렇게 일정 수준의 의학적 손상을 요구하는 것으로 인한 부분을 '수평적 사각지대'라 부를 수 있을 것임. 현행 장애인등록제에서 장애정도가 사용되는 영역을 최소화하는 것이 우선 과제가 될 것임. 근본적으로는 등록 자체가 의학적 손상 기준에 의해 이루어지는 것이므로 장애인등록제가 존재하는 한 이 문제는 해결되기 어려울 것임
전문가H	• 복지서비스를 제공 받기 위해 인구학적 등록을 요구하는 분야는 장애인 분야가 유일함. 아동, 노인의 경우 연령으로 정책대상자를 구분하고, 해당 연령에 대한 지원 정책을 수립하기 때문임. 그러나 아동, 노인 서비스 중에서도 추가적인 기준이나 심사 절차를 두고 있는 경우(예시 : 기초연금 등)도 존재함. 결국 아동, 노인도 인구학적 기준을 충족하더라도 해당 복지서비스의 적격 여부를 판정하는 별도의 절차를 두기도 한다는 것임. 장애인의 경우 연령과 같은 기준이 없어 의학적 기준을 통해 인구학적 등록을 하고 있지만, 각 복지서비스의 적격 여부를 판정하는 절차가 이미 시행되고 있음. 따라서 복지서비스를 제공받기 위해 장애인등록을 전제할 필요 없이 복지서비스의 적격 여부를 판정하여 서비스를 제공하는 것이 바람직한 지향이라고 봄

(2) 장애인등록제도의 유지 및 폐지의 필요성과 그에 대한 대안적 기준

장애인등록제도는 폐지되어야 한다는 의견이 대부분 이었으며, 그 방식으로는 서비스와 급여별로 수혜자격을 판단하는 방식(전문가B, 전문가C, 전문가D, 전문가 H)과 단계적인 폐지 방식(장애등록과 무관한 장애인복지서비스 체계 구축, 확대 → 장애인범주 확대 → 장애인등록제 전면폐지, 전문가 G)에 대한 의견이 제안되었다.

〈표 Ⅵ-2〉 장애인등록제도 유지 및 폐지 필요성과 대안적 기준에 대한 전문가 의견

구분	의견
전문가A	• 앞서 언급했 듯, 본 연구의 제안별 우선 순위 접근을 통해 '환경과 개인적 요인으로 인한 사회참여 제약'을 해소하기 위한 지원을 국가 장애인정책의 궁극적 목표로 설정하고 실현과정 중에 논의를 고도화하고 합의해나가야 할 것임.
전문가B	• 장애인등록제도는 폐지되어야 함 • 장애인등록제도 폐지를 검토함에 있어서는 먼저 등록제도를 그대로 두고서 장애정도 심사기준의 변경만으로 의도한 정책목적을 달성할 수 있는지에 대한 전면 재검토가 필요함. 예를 들어, 주간활동서비스는 발달장애인법에 근거하고 있는데, 동 법에서는 제1조에서 발달장애인을 정책대상으로 함을 명시하고 있고, 제2조에서는 발달장애인의 정의를 지적장애인과 자폐성장애인에 국한하고 있음. 제2조제1호 다.에서 그 밖의~ 로 시작하는 단서조항이 있으나 이는 발달장애인의 추가 범주 확대가능성을 대통령령으로 위임한 것인데, 대통령령에서는 이에 대한 언급이 전혀 없으므로 발달장애인법은 제2조 제1호의 정의에 따라 장애인복지법 제2조제1항의 장애인에 국한한, 그 종류 중의 하나인 발달장애인에 국한한다고 볼 수 있음. 그럼에도 주간활동서비스 사업시행과정에 있어 행정입법으로 주간활동서비스의 대상을 법적 장애인이 아닌 서비스 대상자 확대로 해석하면 이는 위임입법의 한계를 벗어나 위헌법률심판 대상이 됨. 그러므로 만약 행정입법과 행정부처의 해석을 통해 장애범주를 확대하는 것은 위법사항의 확대를 의미하므로 사회적으로 큰 혼란을 가져오게 됨 • 이를 보다 명확하게 이해하기 위해서는 행정법상 등록제도의 성격을 보다 명확하게 할 필요가 있음. 예컨대 장애인복지법상 장애인등록은 등록함으로써 각종 급부행정의 대상이 되는 일종의 특허적 성격을 가지므로 정책대상에 포함될 수 있는 자와 그렇지 않은 자의 구분은 명확해야 함. 그러기 위해 심사제도를 두고 있고, 그러한 심사를 거친 사람은 법률에서 정한 각종 혜택을 독점적으로 누릴 수 있는 자격을 부여받는 것이라고 볼 수 있음. • 아울러 등록제도는 등록함으로써 제3자에게 자신의 정체성을 밝혀 특정 사안에 대한 입증자료로도 쓰이기도 함. 즉, 내가 장애인임을 명시하여 민간에서 제공되는 혜택의 자격있는 수혜자임을 증명하는 것임. 그러므로 종합적으로 판단해야 하는 것은 아래와 같음. 등록제 폐지 이후 정부정책 집행대상으로서의 장애인은 각 서비스와 급여 별로 판단하고 수혜자격여부를 판단하면 됨. 그때에는 등록제

구분	의견
	자체가 필요없음. 다만, 정책설계용 정부통계를 위해 마치 개인정보를 등록하게 하고 정부는 이에 대한 데이터베이스만 만들면 됨. 그 데이터베이스가 직접적으로 장애인에게 영향을 미치지는 못함. 이때 장애인등록제를 두려고 할 경우에는 그 실익과 명분이 분명하게 제시되어야 함
전문가C	• 장애인등록제를 하는 이유는 장애인에게 자원을 재할당하여 보다 평등한 상태를 만들기 위함임. 그런데 재할당을 위해 등록제를 하다 보니, 장애라는 범주가 만들어졌고, 장애가 사회적 열등한 어떤 것, 즉 신체적 정상적이 훼손되고 능력이 부족한 것이 됨에 따라 장애라는 범주는 그 자체로 스티그마가 형성되게 되었고, 차별의 원인이 됨. 평등하게 하려다가 오히려 차별을 구조화시킨 것임. 결국 현재의 장애인등록제가 장애인의 평등보다는 장애인을 차별하는 구조로 활용되고 있다면 폐지하는 것이 타당함 • 등록제를 폐지할 경우 서비스별 기준을 만들면 됨. 장애인 정책은 장애로 인한 비용을 보전해 주는 소득보장 정책, (기초생활보장과 연동되는)일상생활지원 정책, 고용서비스 정책으로 구분될 수 있음 해외도 이렇게 구분하고 있음 그렇다면 3개의 기준이면 재할당을 위한 장애인이 누군지 충분히 측정할 수 있음 장애로 인한 비용을 보전해 주는 소득보장의 경우 장애를 손상으로 보면 손상에 따라, 사회적 기능의 제한으로 보면 그 제한 정도에 따라 지원해 주면 됨. 그럼에도 사회적 기능 제한이 더 유리함. 일상생활지원 정책의 경우 일상생활의 어려움을 측정하여야 하니 사회적 기능의 제약 정도를 측정하면 됨. 고용서비스의 경우 일할 수 있는 능력, 즉 노동력을 측정하면 됨. 노동력 측정의 경우 서구에서도 처음에는 손상 개념을 사용했지만 현재는 사회적 가능 정도와 유사한 척도를 사용하고 있음 • 그럼에도 굳이 장애인등록제가 필요하다고 하면, 현재 손상에 따른 측정이 아니라, 사회적 기능의 제한 정도에 따른 측정으로 변경되어야 함. 등록제를 폐지하면 3개 정책 영역의 경우 대부분 사회적 기능의 제한 정도를 측정함. 그렇다면 사회적 기능의 제한 정도를 측정하여 일정 기능 이하의 사람을 장애인으로 등록하는 방안을 사용하면 됨. 이 경우 일정 점수 이상이면 장애인, 또 필요한 점수 이상일 경우 필요한 지원을 제공하는 방식으로 운영하면 됨
전문가D	• 장애인등록제도가 유지되는 한 첫째 중복 판정의 문제에서 벗어날 수 없으며, 둘째 특정 복지서비스가 필요함에도 받지 못하는 사각지대가 불가피하게 발생하게 됨. 따라서 일시적인 혼란에도 장애인등록제도를 폐지하는 것이 반드시 필요함. 이미 활동지원서비스로 인해 장애판정이 모든 복지서비스 수급에 반드시 필요한 기준이 아니라는 것이 명확해졌음. 따라서 복지서비스별 수급자격 기준이 반드시 필요함 • 단계적으로 활동지원서비스, 소득보장 등은 장애판정이 없이도 신청을 할 수 있도록 할 필요가 있음. 소득보장 기준은 이미 만들어진 조사표를 바탕으로 시범사업을 거쳐서 시행하면 될 것임. 감면할인 기준은 현재까지 욕구사정을 거쳐서 복지서비스를 제공 받고 있는 대상은 당연 대상으로 모두 포함시키고, 그 외의 대상자는 장애판정을 당분간 활용할 수 있을 것임. 장기적으로는 등록장애인이기 때문에 받는 급여 혜택의 적절성을 검토할 필요가 있음. 예를 들어, 단순히 경증 장애인이어서 사회참여를 지원하기 위해 고궁 등의 입장료를 지원하는 것이 지금도 적절한지 의문임

구분	의견
	• 한편 장애인등록제도가 유지되면 등록장애인의 경우 급여 혜택에 대한 기대를 가질 가능성이 높음. 또한 특정 서비스가 그다지 필요없는 경우에도 서비스를 이용함으로써 자원의 낭비를 가져올 위험도 배제할 수 없음. 근로능력이 떨어지고 서비스 욕구가 큰 중증장애인의 경우에 세금 등의 감면이 반드시 필요하지만 근로능력이 그다지 떨어지지 않고 서비스 욕구도 별로 없는 경증장애인을 대상이 되는 것이 적절한지 고민이 필요함
전문가E	• 장애인등록제도의 목적은 복지서비스를 국가가 규정한 '장애'의 틀 속에서 정해진 기준을 통과해야 하는 것인 만큼 전형적인 '공급자중심주의'로 구성될 수밖에 없음. 그래야만 행정의 편의성, 더 심한 장애를 가진 사람에게 더 서비스를 공급해야 한다는 공평한 서비스 제공, 그리고 한정된 예산에서의 분배 등이 가능하기 때문임 • 하지만, 장애를 가진 사람들의 서비스 욕구의 다양성, 국제적 환경의 변화 등에 따라 이제 장애인등록제도가 서비스를 제한하려는 도구가 되어가고 있음 • 따라서, 현재의 장애등록자가 아닌 장애인 복지 서비스 대상자로 그 범위를 확대할 필요가 있음
전문가F	• 일괄적인 장애인등록제도는 폐지하고 필요한 영역(예를들어, 자동차 표지 발급 등)에서만 자율적인 판단하에 등록하는 제도로 운영할 필요가 있음
전문가G	• 장애인등록제도는 폐지되어야 한다고 생각하지만, 특정 시기를 정해 전면적으로 폐지하는 것은 쉽지 않다고 생각함. 따라서 점진적인 접근도 가능할 것임 • 처음에는 개별 급여(서비스)별로 장애인등록과 무관한 신청과 이용이 가능하도록 하는 체계를 구축하는 것부터 시작해야 할 것임. 이를 위해서는 등록제도를 거치지 않는 손상평가와 서비스 욕구평가가 반드시 필요함. 이때 이미 등록된 장애인은 별도의 손상평가 없이 서비스 욕구평가만으로 이용이 가능할 것임. 그리고 장애인등록과 무관한 개별 급여(서비스)가 많아지고 그러한 경로를 통해 급여(서비스)를 이용하는 장애인이 점차 많아진다면 사람들은 굳이 장애인등록을 거칠 필요가 없을 것임. 그러한 수준에 도달했을 때 장애인등록제도는 전면 폐지가 가능하다고 생각함. 다만 장애인 의무고용제도나 할인감면을 위해 장애인등록제가 필요하다면 제한적으로 유지할 수는 있다고 생각함. 이렇게 되면 독일과 같이 장애인 고용할당제도를 운영하는 국가와 유사한 형태가 되리라 생각함
전문가H	• 장애로 인한 일상생활과 사회활동의 어려움을 갖고 있는 사람은 이와 같은 어려움을 해소하거나 사회활동 참여를 위한 서비스를 필요로 하며, 어떤 서비스를 얼마만큼 제공할 것인가의 문제는 의학적으로 판단되는 장애가 아닌 어떤 서비스를 얼마나 필요로 하는지를 따져 묻는 기준(장애서비스 적격성 판정 기준)으로 판단되어야 함. 누구나 장애서비스를 필요로 하는 사람으로 판정되면 장애서비스 이용자로 선정하고, 장애서비스 이용증을 발급하는 형식으로 제도를 운영할 수 있음 이미 호주, 스웨덴, 영국, 미국 등 상당수의 국가들이 장애인등록 제도를 운영하지 않고, 관련 법률에 따른 장애서비스이용 적격자로 선정되면 서비스를 이용하는 절차를 운영하고 있으며, 의학적 개념에 따른 장애유무에 대해 별도의 등록제도를 두지 않고, 장애 관련 서비스를 필요로 하는지 여부를 사정하여 장애 관련 서비스를 필요로 하면 장애 관련 서비스를 제공하는 절차 운영 중에 있음

(3) 장애인등록제도 개편안에 대한 고려사항과 제안 사항

① 1안: 장애인등록제도 유지 + 현행 장애정도 판정 기준 및 장애심사제도 유지 + 서비스별 대상자 선정 기준 마련

현재 장애인등록제도와 장애판정 기준 및 심사제도를 유지하며 서비스별 대상자 선정기준을 별도로 마련하는 것에 대한 의견은 주로 부정적인 의견이 많은 것으로 나타났다.

추가적인 서비스별 대상자 선정 기준 마련 시 우려 사항으로 법률 전체 틀을 수정해야 한다는 의견(전문가B), 활동지원제도에서 나타난 서비스별 점수 판정의 문제점과 같이 오히려 장애인에게 불리한 기준이 될것이라는 의견(전문가 C)이 있었다.

또한 급여혜택의 사각지대가 커질 것이라는 의견(전문가 D), 현재의 장애인등록제도보다 서비스별 판정 기준을 명확히 하여 장애인 등록제도를 대처하는 것이 더 바람직하다는 의견(전문가 F), 어떠한 대상자를 포함시킬 것인지에 대한 우려가 있다는 의견(전문가 G)가 있었으며, 한편 가장 현실적이며 실행 가능하다는 의견(전문가 E)도 있는 것으로 나타났다.

〈표 Ⅵ-3〉 장애인등록제도 개편안 1안 관련 고려사항 및 제안사항에 대한 전문가 의견

구분	의견
전문가A	• 추가적 장애기준 마련시 고착화 정도와 일상생활,사회참여 제약을 함께 살피되, 특정 서비스별 접근을 전제로 한 안이므로 실효성이 현저히 떨어질 것으로 보임
전문가B	• 서비스별 대상자 선정기준을 달리해서 주간활동서비스와 같이 등록장애인이 아닌 경우에도 서비스 대상으로 포함시키기 위해서는 장애 관련 법률 전체 틀을 수정해야 함. 즉, 장애인복지법에서도 타 장애 관련 법률에서 달리 정하고 있는 경우에는 등록장애인이 아니라 하더라도 예외적으로 서비스를 제공할 수 있도록 하든지, 아니면 (발달장애인법)과 같이 장애관련 해당법률에서 본 법에서 말하는 장애인은 장애인복지법상의 장애인 외에 해당 법에서 별도로 정하는 장애인도 포함할 수 있는 법적 조항을 신설해야 함. 그러한 법률체계를 각 개별 법률별로 모두 갖추어야 함
전문가C	• 손상에 따른 장애등록을 하고, 등록을 통과한 사람 중 서비스별 기준을 마련할 경우, 장애인은 2개의 기준을 통과하여야 하는 것이고, 이는 오히려 장애인에게 복지급부를 제한하는 것임. 이와 같은 운영 방식은 절대 바람직하지 않음 • 손상 기준과 사회적 기능 제약 기준을 동시에 사용할 때 나타나는 문제점은 이미 활동보조 제도를 처음 시행할 때 나타났음. 손상 1급이면서 사회적 기능 제약

구분	의견
	220점 이상인 자에게 활동보조를 주다 보니, 2급이면서 220점이 넘는 사람은 분통이 터질 수밖에 없었음. 이에 장애등급제 폐지 운동이 촉발되었었습니다. 손상 기준과 사회적 기능 제약 기준을 동시에 사용하는 것은 장애인에게도 불리하고, 행정적으로도 바람직하지 않음
전문가D	• 현 상황의 유지이며, 법원 요구도 받아들이지 않는다는 의미이니 비현실적임. 이 경우 중복판정을 피할 수 없으며, 장애인등록을 거쳐야만 다음 단계의 서비스 신청을 할 수 있기 때문에 급여 혜택의 사각지대가 커질 수밖에 없음. 대표적으로 정신질환자는 장애인등록을 할 수 없어서 필요한 서비스를 신청조차 할 수 없음
전문가E	• 가장 현실적이고 실행가능한 안임. 현재의 등록된 장애인 외에 15개 유형 외 장애를 가진 사람들에 대한 사정을 통해 서비스를 제공할 수 있음 • 하지만 현재의 체계에서 그 변화가 명확하지 않아 현장에서 이를 효과적으로 시행할 수 있을지, 당사자 또한 자신이 장애인인지 아닌지 그 정체성이 모호해져서 서비스가 필요한 장애증명이 어려움을 겪을 여지가 많음
전문가F	• 장애인등록제도를 유지하는 것은 급여 및 서비스를 제공하기 위한 전제조건으로 해당 제도를 운영하는 것을 의미하므로 이를 폐지하고, 급여 및 서비스 기준을 보다 정교하게 하여 일괄적인 장애인등록제도를 대체하는 것이 바람직함
전문가G	• 1안은 지금까지 해온 것과 같이 장애범주에 포함될 손상의 형태를 발굴하여 등록장애 대상으로 추가하는 방안이라고 이해함. 본질적으로는 현행 제도를 유지하면서 미세조정을 통해 개선하는 방안임. 하지만 등록 가능한 손상의 유형을 발굴하는 과정에 매우 많은 시간이 소요되기 때문에, 등록제도로 인한 사각지대를 해소하는 효과를 거두기에는 한계가 크다고 생각함. 어떤 손상 유형을 먼저 발굴할 것인가의 문제로 인한 형평성의 문제도 있음 • 다만 추가적으로 서비스별 사정체계를 구축하여 대상자를 확대하는 것은 긍정적인 방향이라 생각함. 하지만 등록제를 유지하는 상황에서 서비스별 사정체계를 통한 추가 대상자 발굴은 그 효과가 제한적일 수 있을 것임

② 2안: 장애인등록제도 유지 + 장애정도 판정기준 및 심사기준 부분 개편(예외적 장애인정기준) + 서비스별 대상자 선정기준 마련

현행 장애인등록제도을 유지하며 예외적 장애인정기준에 따른 장애정도 판정 기준 및 심사기준과 서비스별 대상자 선정기준을 마련하는 것에 대한 의견은 예외적 인정조치를 적용하는 것은 본질적으로 현재의 장애인등록제도와 크게 다르지 않다는 의견이 있었다(전문가 C, 전문가 D, 전문가 E, 전문가 G).

한편 예외적 인정조치에 따른 장애범주 확대는 위헌법령심사에 제재들 당할 수 있다는 의견(전문가 B)과 장애인등록제도를 폐지하고 서비스별 기준을 적용하자는

의견(전문가 F), 현실적인 대안이긴 하나, 법적 근거마련이 선행되어야 한다는 의견(전문가 A)이 있었다.

〈표 Ⅵ-4〉 장애인등록제도 개편안 2안 관련 고려사항 및 제안사항에 대한 전문가 의견

구분	의견
전문가A	• 4가지 중 가장 현실적인 안이긴 하나 그 안에서도 이의신청제도화에 대한 우선적용, 법적 근거마련을 통한 확대를 동시에 고려해 추진해야할 것임
전문가B	• 예외적 장애인정조치에 의한 장애범주확대는 위헌법령심사에 의해 제재를 당할 것으로 예상됨. 다만, 장애정도는 지금과 같이 융통성있게 판단할 수 있을 것임
전문가C	• 현재 손상에 따른 등록제도를 유지하면서 예외적 장애인정기준을 두다보면, 질환을 추가할 수밖에 없음. 장애는 결코 질병이 되어서는 안 됨. 지원을 받는 사람이 많아지니 단순히 좋겠다고 생각할 수 있지만, 이는 장애에 대한 편견만 더 만들어 내고 차별을 고착화시킬 뿐임. 이중의 기준을 통과하여야 하는 문제는 1안과 동일함
전문가D	• 이미 법원의 요구를 받아들인 현재의 상황을 의미함 • 예외적 장애인정기준을 만드는 것 역시 본질적으로 1안과 동일한 방안임. 매번 크게 문제가 될 때에만 예외적 장애인정기준을 통해 보완되는 것이어서 서비스가 필요한 비등록장애인 중 극히 일부만 혜택을 보게 될 수밖에 없음. 현실적으로 예외적 장애인정기준을 통해 몇 명이나 장애인으로 등록될 수 있는지 의문임
전문가E	• 예외적 장애인정기준 마련이 쉽지 않을 듯 함 • 뚜렛이나 CRPS 등 법원판결에 의해 장애를 인정받은 사례와 유사함
전문가F	• 장애인등록제도를 유지하는 것은 급여 및 서비스를 제공하기 위한 전제조건으로 해당 제도를 운영하는 것을 의미하므로 이를 폐지하고, 급여 및 서비스 기준을 보다 정교하게 하여 일괄적인 장애인등록제도를 대체하는 것이 바람직함
전문가G	• 손상 유형을 대체로 제한하지 않는다는 점에서는 긍정적이나, 15개 장애유형으로 분류하기 어려운 경우 16번째 유형인 '건강장애'로 분류하는 것은 어색해 보임. 다양한 손상 상태를 '건강'이라는 용어로 통칭하기는 어려울 것임. 15개 장애유형 분류를 유지하는 이상 이러한 문제를 해결하기는 어려울 것임 • 결정적으로, 예외적 장애인정 조치를 사용하는 것 자체가 이 방안의 파급효과를 크게 제한할 수 있다고 봄. 이 점이 3안에 비해 사각지대 축소 효과가 크게 적을 수 있는 이유가 될 것임 • KAMS는 대부분의 상병 상태를 포함하고 있으므로 장애범주의 제한은 크지 않을 것임. 하지만 등록제도를 전제로 하므로 기본적으로 의학적 손상 정도를 평가하여 일정 수준 이상일 경우에만 등록이 가능한 방안임. 의학적 손상 수준은 낮지만 서비스 욕구가 존재하는 경우에는 대응할 수 없는 방안임

③ 3안: 장애인등록제도 유지 + 장애정도 판정기준 및 심사기준 완전 개편 + 서비스별 대상자 선정기준 마련

현행 장애인등록제도를 유지하며 장애정도 판정기준 및 심사기준을 완전 개편하고 서비스별 대상자 선정기준을 마련하는 것에 대한 의견은 만약 현재의 15개 장애범주를 그대로 유지한다는 의미라면 같은 장애유형에서 장애정도에 따라 서비스를 다르게 적용하는 것이 가능할지 모르겠다는 의견(전문가 E)이 있었다. 또, 현재의 장애 범주가 아닌 '장애 등록'이라는 큰 틀을 유지하며 새로운 판정기준 및 심사기준을 의학적 기준이 아닌 사회적 기능 제약을 활용하여 개편하면 수용할 수 있다는 의견(전문가 C)이 있었으며, 여전히 등록제도를 전제함으로 앞서 제기된 1,2안과 크게 다르지 않다는 의견(전문가G)이 있었다.

한편, 현재의 장애인등록제도를 유지하면서, 장애정도 판정기준 및 심사기준을 완전 개편하는 것이 어떠한 의미인지 불명확하다는 의견(전문가 D)이 있었다.

〈표 Ⅵ-5〉 장애인등록제도 개편안 3안 관련 고려사항 및 제안사항에 대한 전문가 의견

구분	의견
전문가A	• 중증 의학적 정도를 가진 자에 대해서도 서비스 욕구와 필요도에 대한 조사여부 검토 필요 (유형별 적용)
전문가B	• 이 경우에는 명칭 자체를 바꾸어야 함. 여기 제시되어 있는 것은 "장애 정도 판정기준 및 심사기준"이인데, 장애범주를 없애고 이를 대체하기 위해서는 "장애심사등록기준" 마련으로 개칭해야 함. 위의 것은 마치 정도를 판단하는 것으로 비치게 해서 폐지된 장애범주를 당사자 개인별 상태와 환경을 고려하는 방향의 내용을 내포하고 있지 못하기 때문임 • 아울러 이 경우 장애심사도 하면서 서비스별 대상자 선정기준을 이중적으로 만드는 명분과 실익이 분명하게 제시되어야 함. 위의 설명만으로는 이 두 가지의 역할구분, 정책 집행에서의 실익이 무엇인지 모호함 • 마지막으로 이 경우 등록제를 그대로 둘 실익 또한 명확하게 제시되어야 함. 서비스별 대상기준을 매 건마다 설정하는 것이 어려운 경우, 민간에서 어떤 혜택을 줄 경우, 그 대상을 획정하기 어려운 애로사항 등을 해결하기 위한 것이라면 그것이 무엇이고 그를 위해서 등록제도라는 국가제도를 굳이 두어야 할 이유와 명분이 분명해야 함
전문가C	• 등록제도를 유지하되 판정기준 및 심사기준을 사회적 기능 제약 정도로 개편하겠다고 하면 어느 정도 용인 가능함. 하지만 전면적 개편이 모든 질환으로 확대하겠다는 안은 절대 결코 찬성할 수 없음
전문가D	• 장애인등록제도가 유지된 상태에서는 장애정도 판정기준 및 심사기준의 완전 개편이 무엇을 의미하는지 명확하지 않음. 서비스별 선정기준은 명확하게 어떤 서

구분	의견
	비스에 대한 욕구인지 그 기준이 명확하지만 장애정도 판정기준 및 심사기준은 특정 서비스를 염두에 둔 상태가 아니어서 현재의 장애판정을 넘어서기가 상당히 어려움. 결과적으로 현재의 의료적 판정에 제한될 수밖에 없음 • 예를 들어, 정신장애의 경우에도 다른 장애와의 손상과 기능제한의 심각성 등을 비교할 수밖에 없는 상황임. 물론 환경적 영향을 고려할 수 있겠으나 서비스에 따라 욕구가 다를 수밖에 없음. 현실적으로 대상이 되는 서비스가 현금급여인지, 활동지원서비스인지, 고용서비스인지, 심리치료인지에 따라 판정기준은 달라질 수밖에 없다는 점을 고려하면 모든 서비스에 제공되는 장애정도의 기준을 제시하는 것이 가능한지 의문임
전문가E	• 현재의 장애인등록제도 유지의 의미가 15개 장애유형을 그대로 유지한다는 의미라면 결국 15개 장애유형 중 유사한 유형으로 구분하겠다는 의미일텐데, 의료적 장애판정에서 가능한지, 같은 장애유형에서 장애정도 구분에 따른 서비스 지원이 가능할지 판단이 안섬
전문가F	• 장애인등록제도를 유지하는 것은 급여 및 서비스를 제공하기 위한 전제조건으로 해당 제도를 운영하는 것을 의미하므로 이를 폐지하고, 급여 및 서비스 기준을 보다 정교하게 하여 일괄적인 장애인등록제도를 대체하는 것이 바람직함
전문가G	• 장애범주를 보다 합리적으로 분류하는 것이 2안과 크게 다른 점임. 물론 장애범주를 합리적으로 분류하는 것 자체가 부정적인 것은 아닐 것임. 또한 예외적 장애인정 기준이 아니라 장애범주를 전면 재편하는 것이므로 진입장벽은 크게 낮아져 2안보다는 새로 유입되는 등록장애인이 훨씬 클 수 있을 것임 • 장애 정도를 기존의 장애인복지법 기준에서 새로운 기준(KAMS)으로 전면 재편하는 것도 의학적 합리성을 높이는 것이므로 현재보다 나쁠 것은 없을 것임 • 하지만 여전히 등록제도를 전제로 하므로 일정 수준의 의학적 손상이 있어야만 장애급여(서비스)에 접근할 수 있다는 점에서는 1안, 2안과 다르지 않음. 즉, 수평적 사각지대는 크게 해소할 수 있지만, 수직적 사각지대는 해소하기 어려운 방안임. 이 상황에서는 개별 서비스별 사정체계에 의한 대상자 확대도 등록장애 기준에 준하는 손상을 가진 경우에만 허용될 가능성이 높기 때문임

④ 4안: 장애인등록제도 폐지 + 장애정도 판정기준 및 심사기준 완전 개편 + 서비스별 대상자 선정기준 마련 + 서비스 제공 등 전달체계 개편

현행 장애인등록제도를 폐지하고 새로운 장애정도 판정 기준 및 심사기준을 적용하고, 서비스 대상자 선정기준 마련 및 서비스 제공 등 전달체계를 개편하는 안에 대한 의견은 장애인등록제도를 폐지하는 경우, 장애정도 판정 기준 및 심사기준의 필요성이 사라지고 서비스별 대상자 선정기준만 필요하며, 서비스별 대상자 선정기준에 의료적 기준이 추가될 수 있다는 의견(전문가 D, 전문가 G)이 있었으며, 가장 이상적 대안이나 서비스별 대상자 선정기준을 새롭게 마련해야 한다는 점, 현

재의 장애인 정책 예산으로 늘어나는 서비스 대상자의 욕구에 대응이 가능할 것인지에 대한 의견(전문가 E)이 있었다.

〈표 Ⅵ-6〉 장애인등록제도 개편안 4안 관련 고려사항 및 제안사항에 대한 전문가 의견

구분	의견
전문가A	• 서비스별 사정체계와 지원인프라 확대 추진을 병행하고, 기존 소득보장, 할인감면 제도 등의 적용과정에서의 합의, 조정과정도 필요할 것임
전문가C	• 등록제도를 폐지하고, 서비스별 선정기준을 마련하되, 판정기준 및 심사기준을 사회적 기능 제약 정도로 개편하겠다고 하면 찬성함 • 하지만 전면적 개편이 모든 질환으로 확대하겠다는 안은 절대 결코 찬성할 수 없음
전문가D	• 장애인등록제도를 폐지하는 경우에 장애정도 판정기준 및 심사기준의 필요성이 사라지며, 서비스별 대상자 선정기준만이 필요함. 다만 서비스별 대상자 선정기준에 의료적 기준이 추가될 여지는 있음. 이를 통해서 중복판정의 문제는 완전히 해소될 수 있음 • 서비스 제공 전달체계 개편은 장애인등록제 폐지와 별개의 쟁점임. 장애인등록제가 유지되는 경우에도 전달체계 개편은 필요한 상황임. 특히 분절된 서비스가 각각 제공되는 상태에서는 원스톱 서비스의 특징을 갖는 시설 서비스에 대한 필요성이 계속 남아 있게 됨. 따라서 전달체계 개편은 별도로 다뤄야 할 문제인 것으로 보임
전문가E	• 가장 이상적인 대안이며, 장애계 등에서 주장해왔던 방안임 등록제도의 폐지의 전제는 판정기준과 심사 및 서비스 대상사 선정기준은 새롭게 마련해야 할 것임 • 다만, 우려스러운 점은 현재의 장애인 정책 예산으로 늘어나는 서비스 대상자의 욕구에 대응이 가능할 것인지, 만일 예산에 서비스의 양을 맞춘다면 기존에 서비스를 받고 있는 사람들의 급여량이 적어질 수밖에 없는 문제가 생김
전문가F	• 장애인등록제도를 폐지하고 급여와 서비스를 제공하기 위해 필요한 정도를 장애인 개별적으로 파악하는 시스템으로 개편해야 함. 다만 현장의 혼란을 피하기 위한 목적으로 일정시간을 두고 단계적으로 개편할 필요가 있음
전문가G	• 이 방안은 사실 잘 이해가 되지 않습니다. 우선 장애인등록제도가 폐지되는데 왜 장애정도 판정기준이 존재하는가라는 것임. 등록제가 없더라도 개별 장애급여(서비스)에서 손상평가는 필요하기 때문에 그것을 의도한 것이라면 이해가 되기는 함. 하지만 서비스 욕구를 중심으로 급여자격을 결정할 때 손상평가는 손상의 존재를 입증하는 정도, 혹은 욕구평가가 없더라도 급여자격을 획득할 수 있을만한 의학적 최중증을 판정하는 정도의 역할을 해야 할 것임. 현재와 같은 장애유형과 장애정도를 구분하는 체계는 필요하지 않을 것임 • 장애인등록제를 폐지하는데 왜 장애인서비스지원센터에서 장애인등록 업무를 한다고 설명했는지도 의문임. 의학적 손상평가를 담당한다고 하면 이해가 되기는 함 • 소득보장과 할인감면을 위해 장애인등록제를 유지한다는 것으로 보이기도 함. 나머지 서비스 분야는 등록제를 폐지한다는 것이겠음. 제가 보기에 (장애인등록제가) 필요한 영역은 할인감면과 장애인 의무고용제도인 것 같음

⑤ 기타(안)

기타(안)으로는 먼저, 현재의 종합조사도구를 활용하여 장애인등록제도 및 서비스 제공 기준으로 하고 등록제를 폐지, 이후 서비스별 기준을 활용하자는 의견과 장애인등록제도를 폐지하고 서비스별 대상자 선정기준을 마련하자는 의견, 마찬가지로 등록제를 폐지하되, 장애유형별 서비스가 아닌 장애정도를 활용한 서비스 제공 기준을 마련하자는 의견이 있었다.

한편, 장애인등록제도는 감면·할인에 한정하여 적용하는 것으로 역할을 축소하고, 장애유형과 장애정도는 전편 폐지하여 서비스별 사정체계를 구축하자는 의견이 있었다.

〈표 Ⅵ-7〉 장애인등록제도 개편안 기타(안) 관련 고려사항 및 제안사항에 대한 전문가 의견

구분	의견
전문가C	• 1단계로 현재 종합조사도구(사회적 기능 제약으로 정도를 측정)로 장애인등록 제도 운영 및 서비스 기준으로 활용 • 2단계로 등록제 폐지하고, 서비스별 기준 활용 • 이와 같이 두 가지 방안 이외에 질병(질환)으로 장애인정 범위를 넓히는 방안에 대해서는 반대함
전문가D	• 장애인등록제도 폐지 + 서비스별 대상자 선정기준 마련 • (활동지원서비스 등 서비스지원 종합조사, 소득보장 현재 준비 중인 기준 활용, 감면할인은 당분간 기존 장애판정 사용)
전문가E	• 현재의 장애인등록제도를 폐지하고, 장애정도 중심의 유형을 분류하는 방법, 즉 장애 사정 단계에서 장애의 유형 중심이 아닌, 장애정도 중심으로 개편해서 '중증장애 – 지체, 또는 경증장애 – 발달' 방식으로 구분해 그에 따른 서비스 제공 방식으로 설계하면 장애유형에 연연하는 현재의 행정체계를 극복할 수 있을 듯
전문가G	• 장애인등록제도: 할인감면과 의무고용제도에 한정하여 적용하는 것으로 역할을 축소하여 유지 • 장애정도 판정기준, 장애정도 심사기준: 장애급여 및 서비스에서 의학적 손상평가 체계로 개편하며, 장애유형과 장애정도는 전면 폐지 • 서비스별 사정체계 구축: 등록 여부와 무관하게 장애급여 신청을 위한 의학적 손상평가를 획득한 경우를 대상으로 하고, 개별 서비스별로 욕구평가에 따라 최종 급여자격과 급여량 결정

2) 세부질문

(1) 장애인등록제도를 유지하며 추가적인 장애를 판단할 수 있는 기준[64)]

① 장애 기준이 필요하다고 생각하는 이유와 판단기준

장애기준에 대한 의견은 현재의 장애인등록제가 유지되면 별도의 장애판단기준이 필요 없고 기존의 장애판정 기준을 그대로 사용하면 된다는 의견(전문가 D)이 있었으며, 해당서비스 필요도 외 판단 기준은 고착화 여부와 일상생활 및 사회참여 제약을 함께 판단해야 한다는 의견(전문가 A), 장애 고착화는 의학적 손상을 고려하는 만큼 장애 판정 기준은 일상생활종합조사로도 충분하다는 의견(전문가 E)이 있었다.

장애 판정 기준은 의학적 손상평가와 서비스 욕구 평가를 거쳐 최종적으로 급여 자격을 획득한 자로 규정할 필요가 있으며, 의학적 평가는 장애를 정의하기 위한 기준이 아닌 손상 정도의 평가로 활용해야 하며, 이 경우 의학적 손상상태를 장애등록이 가능한 수준으로 설정할 것인지에 대해 고려가 필요하다는 의견(전문가 G)이 있었다.

〈표 Ⅵ-8〉 장애인등록제도 유지 시 추가적 장애 판단기준에 대한 전문가 의견 ①

구분	의견
전문가A	• 해당 서비스 필요도 외 장애 판단 기준은 고착화 여부와 일상생활 및 사회참여 제약 판단을 함께 살펴야(3안) 함 • 단, 고착화 관련 장애와 일상생활 및 사회참여 제약의 연관성을 함께 살필 필요가 있고, 반면 해당 서비스 지원 필요도 조사 시 일상생활 및 사회참여 제약과의 중복성, 유사성을 고려해야 함
전문가C	• 당장 필요한 사람이 있으니 구제 조치를 만들어야 한다는 논리 이외에 1안을 채택할 이유는 없는 것 같음. 그런데 이 논리도 위에 제안한 1단계안(현재 종합조사도구(사회적 기능 제약으로 정도를 측정)로 장애인등록제도(운영 및 서비스 기준으로 활용)처럼 등록제를 유지하되 등록을 위한 측정 기준을 바꾸면 되는데, 굳이 1안처럼 할 필요성은 없는 것 같음
전문가D	• 현재의 장애인등록제도를 유지한다는 것은 장애 기준을 전제하는 것임. 등록제도를 유지하는데 왜 별도의 장애기준이 필요한지 의문임. 현재의 장애판정도 부족하다는 것인지 아니면 등록제도를 명목상으로 남겨두겠다는 것인지 의도가 명확하지 않음

64) 장애인등록제도 유지 + 장애정도 판정기준 유지 + 장애정도 심사기준 유지 + 서비스별 사정체계 구축

구분	의견
	• 이하 의견은 등록제도 유지에 대한 반대 의견임. 특수교육서비스를 받기 위해 장애판정이 필요한 것은 아님. 공통적인 장애 판단 기준이 왜 필요한 것인지 고민이 필요함. 장애인복지관에서 제공하는 서비스를 받기 위해 장애 판단이 필요한 것인지 의문임. 단지 장애인 인구수를 파악하기 위한 것이라면 더욱 더 장애판단은 필요 없음 • 장애판정은 의료적 기준(1안), 기능적 기준, 환경적 기준(2안)으로 할 수 있지만 어떤 측면의 장애인지가 중요한 관건임. 포괄적 장애 판단은 장애인구의 추정과 같은 통계적 기준으로 의미는 있지만 서비스 수급자격 기준으로는 의미가 없음 • 의료적 장애는 연금공단이 전문의를 직접 채용하여 판단하는 것이 가장 적절한 것으로 판단됨. 기능적 판단은 연금공단이 서비스 지원 종합조사를 통해 전문성을 높여 왔다고 할 수 있지만 여전히 판정의 일관성에는 의문이 있음. 그로 인해 서비스 지원 종합조사에서 점수 편차가 상당히 있는 것으로 보임. 특히 인력 채용을 보면, 서비스 지원 종합조사를 수행하기 위한 인력이라기보다는 일반 사무직 인력 기준으로 채용했기 때문에 전문성 향상에 제약이 있음 • 환경적 기준에서는 신청자의 전반적인 환경(예를 들어, 소득보장이라면 고용환경)에 대한 판단이 필요하나 그에 대한 전문성이 있는지 심각한 의문이 있음 • 서비스별 사정체계가 있다면 별도의 공통적인 장애 판단 기준은 필요없다고 판단됨
전문가E	• '장애 고착화'는 결국 의학적 판단에 의한 결정이므로 현재의 '일상생활 종합조사'만으로도 충분히 판별이 가능함. 한 예로 평생을 장애인으로, 장애등록을 하고 살아왔던 당사자라고 하더라도 활동지원서비스를 받기 위해서는 다시 장애에 대한 의학적 판정을 통해 다시 입증하고 있음. 따라서 서비스 대상인지 아닌지 여부를 판정하는 현재의 종합조사들(일상생활, 고용, 이동)을 체계화하면 '장애 고착화'를 입증하는데는 큰 문제가 없어 보임
전문가F	• 장애인등록제도는 필요하지 않으며 개별 급여 및 서비스 조사와 지원체계로 변경할 필요가 있음
전문가G	• 위의 예시에서 1안이 제가 생각하는 방안에 가장 가까움. 하지만 이를 '장애' 기준이라 불러서는 안 된다고 생각함. 의학적 손상 평가와 서비스 욕구 평가를 거쳐 최종적으로 급여 자격을 획득한 사람을 '장애인'이라고 할 수 있을 것임. 서비스 욕구평가에 앞서 손상에 대한 평가는 반드시 필요하지만 그것을 '장애' 기준이라 할 수 없고, '장애'를 평가하기 위한 기준의 세부 요소라고 보아야 할 것임. 제 생각에는 그냥 '손상' 평가라 부르면 될 것 같음 • 손상평가를 할 때에는 위의 예시에서 제시한 바와 같이 의학적 고착 상태의 확인과 함께 광범위한 일상생활에서 일정 수준의 지원이 필요하다는 소견 정도만 제시되면 충분하다고 생각함. 이때 중요한 것은 그러한 의학적 손상 상태를 등록이 가능한 손상 수준으로 설정할 것 인지일 것임. 현재 등록장애 손상 기준 정도로 제한한다면 그 효과는 크게 제한될 것이라 생각함

② 장애등록을 하지 않고 접근할 수 있는 서비스별 사정체계에 포함되는 서비스 영역

장애등록을 하지 않고 이용할 수 있는 서비스 영역으로는 소득보장 및 감면할인 서비스 다음으로 사회서비스가 포함 되어야 하며, 일상생활 및 사회참여 제약에 따라 이동, 고용, 주거 등의 도입 여부를 고려할 필요가 있다는 의견(전문가 A), 기본적인 사회복장 및 사회서비스와 일상생활에서 필요한 서비스(전문가 F), 의료서비스와 감면할인을 제외한 모든 서비스가 장애등록을 하지 않고 이용 가능해야 한다는 의견(전문가 G), 사회서비스, 고용 노동자 지원, 소득지원, 특별교통수단, 교육(전문가 H)이 장애등록 없이 서비스를 제공할 수 있는 영역이라는 의견이 제안 되었으며, 이를 살펴보면 현재 제공되는 대부분의 서비스 영역이 포함되며, 한편 소득보장의 경우 엄격하게 설정되어야 하기 때문에 장애등록 없이 서비스 제공을 하는 것이 어렵다는 의견(전문가 D)도 있었다.

〈표 Ⅵ-9〉 장애인등록제도 유지 시 추가적 장애 판단기준에 대한 전문가 의견 ②

구분	의견
전문가A	• 어떤 안을 도입한다 해도, 궁극적으로 서비스 영역의 부분은 기존 등록장애인 지원영역을 모두 가져가야 하나, 인프라와 예산, 법적 근거 등과 연관성을 고려 우선순위를 살펴야 한다면, 현행 등록제도에서 기본적 지원체계인 소득보장 및 감면할인 서비스, 다음으로 사회서비스에 대한 포함을 방향으로 하되, 일상생활 및 사회참여 제약에 따른 추가 선택 (이동, 고용, 주거 등) 여부 도입을 고려할 필요가 있음
전문가D	• 모순된 내용임. 등록제도가 있는데 등록을 하지 않고 서비스별 사정체계를 열어놓는다는 것은 원칙에서 어긋나는 것임. 그럼에도 현재의 상황을 그대로 인정한다면 서비스별 사정체계가 있다면 장애인등록을 하지 않아도 서비스 제공이 가능할 수 있을 것임. 예를 들어, 서비스 지원 종합조사를 통해 받을 수 있는 서비스는 가능하다고 판단됨. 고용의 경우에도 실질적으로 서비스별 사정체계가 있다고 볼 수 있어서 포함할 수 있을 것임. 하지만 소득보장의 경우는 엄격하게 설정될 수밖에 없어서 장애인등록을 하지 않고도 접근할 수 있도록 하기는 어려움. 소득보장을 제외한 정신장애인을 위한 서비스는 장애인등록을 하지 않은 채 접근이 가능해야 하는 것으로 판단됨. 장애인복지관에서 제공하는 서비스는 당연히 별도의 사정체계를 갖고 있어서 장애인등록이 없어도 접근이 가능할 수 있을 것임
전문가E	• 현재 장애인에게 제공되는 사회서비스는 돌봄, 장애인연금, 고용 등이 있지만, 이들 서비스 대상이 되기 위해서는 종합조사 사정체계를 거쳐 대상여부와 급여량 등을 판정받고 있음 장애인연금은 재산과 소득 기준이 있음 • 다만, 각종 할인문제는 '장애등록'이 기준이며 정부가 주도한다기 보다 민간차원

구분	의견
	의 서비스가 많은 터라 이에 대한 보완책은 있어야 할 듯
전문가F	• 기본적인 사회보장 및 사회서비스 • 일상생활에서 필요한 서비스로 범위를 대폭 확대
전문가G	• 의료서비스와 할인감면을 제외한 모든 급여(서비스)에 필요하다고 생각함. 또한 장애인 의무고용제도 또한 서비스별 사정체계가 아닌 별도의 등록체계가 있어야만 운영이 가능함 • 물론 세부 사업으로 보면 사업 단위가 작거나 중복적이어서 별도의 기준을 마련하기 어려운 경우도 있을 것임. 이 경우에는 성격이 유사한 대형 사업에서 마련된 사정체계를 준용하는 것도 방법일 것임. 여러 개의 주요 서비스에서 이미 자격을 인정받은 경우를 포괄적으로 인정하는 것도 가능한 방법임
전문가H	• 사회서비스(활동지원 등), 고용 중 노동자 지원(근로지원인 등), 소득, 특별교통수단(이동지원) • 교육(특수교육 대상의 경우, 이미 장애인등록 없이 가능함)

③ 서비스별 사정판단 기준 적용 시 법정 등록장애인으로 인정 여부 의견

서비스별 사정 판단 기준 적용시 법정 등록 장애인으로 인정해야 하는 가에 대한 의견을 살펴보면, 해당 내용의 경우 현행 서비스별 사정체계 안에서 대상자를 판정하는 기준이기 때문에 별도의 장애인 등록을 하는 것이 불필요하다는 의견(전문가 A, 전문가 D, 전문가 E, 전문가 G)이 대부분이었으며, 보다 중요한 것은 장애등록 여부보다 서비스 대상자인지가 중요하다는 의견이 있었음(전문가 E)

〈표 Ⅵ-10〉 장애인등록제도 유지 시 추가적 장애 판단기준에 대한 전문가 의견 ③

안	구분	의견
①1안 (고착화 판단) 장애'1년 이상 치료를 받았다는 등에 대한 의사소견서만 활용	전문가E	• 등록해도 무방함
②2안 (일상생활 및 사회참여 제약) 서비스 종합조사만 활용	전문가E	• 등록해도 무방함
	전문가F	• 서비스 종합조사만 활용해도 될 것으로 생각함
③3안: 1안과 2안 포함 (고착화 판단) + (일상생활 및 사회참여 제약 판단) 2가지 활용	전문가E	• 등록해도 무방함
	전문가H	• 본인이 원할 시(필요로 할 시), 법정 등록장애인으로 등록.

〈표 Ⅵ-11〉 장애인등록제도 유지 시 추가적 장애 판단기준에 대한 전문가 의견 ④

구분	의견
전문가A	• 위의 각 안은 현 서비스별 사정체계 안에서만 대상자를 추가 선정한 경우이므로 등록장애인 인정은 불필요, 불가능해 보임. 즉, 현행 등록제도 유지(추가 인정 불인정)를 전제로 한 1안에서 등록 장애 인정 여부 논의는 불필요해 보이며, 등록 추가 인정을 전제로 하는 2, 3안에서 고려하는 것이 맞을 것으로 보임
전문가B	• 행정입법으로 법률을 치유하려는 행위는 허용되지 않는다고 봄
전문가D	• 서비스 별 사정판단이란 특정 서비스에 대한 욕구사정임. 특정 서비스에 대한 서비스별 사정판단으로 대상자가 되었다고 해도 장애인등록제도의 등록장애인으로 인정한다는 것 자체가 적절하지 않음. 원칙적으로 본다면 장애인등록제도의 장애판정은 의료적 욕구에 대한 사정이라고 볼 수 있음. 하지만 현재의 장애인등록제도에서 장애판정은 그 외 모든 다른 서비스를 위한 기본 요건을 갖춘 것으로 판단하는 것임. 하지만 서비스별 사정판단 기준은 해당 서비스에 대한 욕구만을 판정하는 것임. 따라서 서비스별 사정판단기준을 장애판정으로 인정한다면 장애인등록제도를 거친 다른 장애인들 또는 등록되지 못한 비등록장애인과 형평성에 문제가 있을 수 있음
전문가E	• 현재의 '장애등록'의 목적은 장애인 누구인지를 판단하고 그에 따른 복지서비스 대상의 범주를 구분하는 목적으로만 이용되는 현실에서 장애등록 여부보다 서비스의 대상인지 여부가 훨씬 중요함 • 물론 소위 '장애정체성'에 대해 이의를 제기하는 경우도 있음. 한 예로 한 뚜렛증후군 당사자는 보건복지부가 뚜렛증후군을 "해당 장애와 가장 유사 한"장애유형에 포함시키자 이를 뚜렛증후군 당사자의 장애등록을 제도로 가로막고 있다고 국가인권위에 진정을 제기한 바 있는 것 처럼'장애정체성'을 인정받고 싶어하는 당사자들이 존재하고 있기는 함
전문가F	• 장애인등록제도는 현행과 같이 의학적 기준으로 유지하는 것은 급여와 서비스 기준의 적합도가 매우 떨어지므로 장애인등록제도를 폐지하고 적합성 있는 조사표를 만드는 것이 필요함
전문가G	• 개별 사정으로 급여(서비스) 자격이 인정된 경우를 법정 등록장애인으로 편입시키는 것을 전제로 한다면 1안이 적절하다고 생각함. 개별 서비스에서 욕구 인정을 받지 못했더라도 다른 서비스에서는 인정받을 가능성이 있기 때문임 • 하지만 개별 사정으로 급여자격이 인정된 경우를 등록장애인으로 편입시킬 필요가 있는지 의문임. 물론 그로 인한 효과는 있을 것임. 우선 할인감면을 받거나 의무고용 대상이 될 수 있음. 그리고 다른 서비스를 추가로 신청할 때 추가적인 손상평가 없이 바로 급여를 신청할 수도 있을 것임. 하지만 모든 서비스에서 개별적으로 욕구를 평가해서 급여를 지급하는 것이 바람직하기 때문에 행정편의 외에는 별다른 효과는 없지 않나 싶음. 그렇게 한다면 장애인등록 범위를 전면 확대하는 것이나 마찬가지일 것임. 개인적으로는 찬성하지 않음
전문가H	• 장애인등록제를 기존 등록장애인 중심으로 유지한다고 하여도, 서비스별 사정판단 기준으로 장애서비스가 제공된다면 사실상의 장애인등록제 폐지의 효과를 얻을 수 있을 것으로 보임

(2) 예외적 인정조치 현실화에 대한 구체적 절차 적용방식[65)]

① 적절한 절차에 대한 의견

예외적 인정에 대한 적절한 절차로는 별도의 현행 15개 장애범주에 포함되지 않는 대상자가 현재 장애등록절차를 그대로 활용하는 방식보다는 이의신청건과 같이 개별 신청하는 방식이 보다 적절하다는 의견과(전문가 C, 전문가D, 전문가 E) 우선 개별로 신청하고 향후 장애등록절차를 적용하는 하는 것으로 확대하자는 의견(전문가 A), 이의신청의 경우 장애등록을 탈락해야 하는 불필요한 과정을 거치므로 기존의 장애등록절차에 포함되어야 한다는 의견(전문가 G)이 있었으며, 어떤 절차를 따르더라도 장애등록이 되지 않을 것이며, 이의신청에 대한 절차가 보완되어야 한다는 의견(전문가 H)이 있었다.

〈표 Ⅵ-12〉 예외적 인정조치에 대한 전문가 의견 ①

구분	의견
전문가A	• 법률 개편 및 인프라 확보, 판정 및 심사기준 정비, 수요예측 과정 전 단계에서는 이의 신청 절차 적용을 우선 제도화하고(2안), 현재 장애등록절차 적용으로의 확대 추진(1안)을 병행해 연계성을 가지고 추진하는 것이 적절함
전문가C	• 연구 2안과 같이 예외적 장애인정조치가 필요하다고 하면, 1안보다는 2안이 바람직함 • 1안의 경우와 같이 건강장애라는 새로운 장애범주를 넣기 위해서는 법률 개정이 필요한데, 이렇게 하려면 현재 장애 정의를 위에서 말한대로 장애인복지법 제2조 제1항에 따라 그대로 하고, 시행령을 바꿔 사회적 기능의 제약으로 장애를 측정하는 것이 더 바람직하고 더 쉬움 • 일시적이고 예외적인 조치이기 때문에 이의신청에 따라 절차를 처리하는 것이 바람직하다고 생각함
전문가D	• 예외적 장애인정 절차에 신청건이 많다는 것은 제도의 심각한 문제를 보여주는 것임. 그 경우 예외적 장애인정 절차를 그대로 사용한다는 것은 매우 부적절하다고 판단됨. 따라서 예외적 인정대상자가 많지 않을 것으로 가정하는 것이 합리적임. 결국 1안과 2안의 차이는 사례수에 따른 차이가 가장 근본적인 것으로 보임. 그렇다면 2안이 더 적절한 것으로 보임
전문가E	• 단기적으로는 법적근거를 갖춘 2안으로 시범사업 등을 실시하고, 이를 바탕으로 법률 개정 등을 통해 체계 구축이 가장 현실적임 그래야만 현재의 행정적 서비스로도 당사자의 접근이 쉬워 당사자의 참여가 많아질 것임 • 다만, 현재 국민연금의 장애정도심사위원회에 참여해 본 결과, 위원회의 목적이

65) 1안: 장애등록절차를 그대로 적용, 2안 이의신청 절차 적용 첨부자료 참고

구분	의견
	당사자 관점보다는 전문가 관점이 크게 작용하고 있으며, '장애증명'과정에서의 당사자 증명 방식 등은 개선할 필요가 있다고 봄 • 1안의 경우, 법률 개정, 시행령, 지침과 절차 마련 등에 따른 장기적인 제도 변화가 필요해 정치적 환경에 따라 시행여부마저 불투명해질 것이 우려됨
전문가F	• 예외적 장애인정이라는 용어와 절차는 편법적인 것으로 보여지므로 바람직하지 않으며 법령에 적합하게 장애유형을 인정하는 것이 타당할 것으로 생각함예외적 장애인정이라는 용어와 절차는 편법적인 것으로 보여지므로 바람직하지 않으며 법령에 적합하게 장애유형을 인정하는 것이 타당할 것으로 생각함
전문가G	• 1안이 적절하다고 생각함. 2안의 경우에는 등록장애 범주에 속하지 않는데 예외적 인정을 받기 위해 일단 등록장애 신청을 해서 탈락 결과를 받아야 하는 불필요한 과정을 거치도록 하는 것임. 장애 정도가 등록 기준에 애매하게 걸쳐져 있어 탈락된 경우에는 2안이 효과적이겠지만, 애초에 등록 가능한 장애범주에 속하지 않는 경우에는 1안이 적절하다고 생각함
전문가H	• 장애인등록을 전제로 서비스 자격을 부여하는 것 보다 장애인등록제를 폐지하는 것이 바람직하다고 생각됨. 과도기 단계의 방안으로써 검토할 때라고 할지라도 1안과 2안 모두 장애인정이 이루어지지 않고 배제될 우려가 있음 장애인정이 되지 않았을 때 어떻게 이의신청을 하고 받아들여질 수 있는지, 불복 결정에 대한 절차가 보완되어야 함

② 예외적 장애인정을 판단하는 기준으로 KAMS와 서비스 지원 종합조사 등 기준 적용에 대한 의견

예외적 장애인정을 판단하는 기준으로 KAMS와 서비스 지원 종합조사를 활용한다는 안에 대해서는 의견이 분분하였다.

KAMS를 예외적 장애인정을 판단하는 기준으로 삼는 것보다는 서비스지원종합조사를 활용하는 것이 보다 적절하다는 의견(전문가 C, 전문가 E)이 나타난 가운데, 서비스 종합조사의 경우 지속적인 개선작업이 이루어져야 한다는 의견(전문가 F)과 KAMS로만 평가하는 것이 적절하다는 의견(전문가 G)이 있었다. 한편, 예외적 장애인정을 두 가지 기준으로 판단하는 경우 대상자 여부를 결정하는 절단점이 명확하지 않다는 의견(전문가 D)도 있었다.

〈표 Ⅵ-13〉 예외적 인정조치에 대한 전문가 의견 ②

구분	의견
전문가A	• KAMS(의학적 기준)와 서비스지원 종합조사를 기준으로 살피되 종합조사의 경우 일상생활과 사회생활 제약, 개인별 서비스 욕구에 대한 종합적 사정이 이루어지도록 지속적 개선이 요구됨
전문가C	• 굳이 kams를 사용해야 하는 이유를 모르겠음. 기준이 복잡해지면 행정절차만 복잡해지고 불만만 많아질 수밖에 없음. 보다 단순하게 종합조사 기준만 사용해도 충분하다고 생각함. 그래야 보다 많은 사람들, 즉 현재 장애인으로 인정받지 못하는 경계 밖의 사람들이 장애인으로써 국가의 지원을 받을 수 있음
전문가D	• 예외적 장애인정을 판단하는 기준으로 KAMS와 서비스지원 종합조사의 두 가지를 사용한다면 절단점(cut point)이 필요함. 문제는 절단점이 명확하지 않다는 것임. 특히 기존 15개 장애유형이 아닌 새로운 장애유형인 경우 KAMS를 사용해서 어떤 절단점을 활용할 것인지 의문임. 기존 15개 장애유형에서 절단점은 나름대로 논의를 거쳐 개별 유형에 맞는 절단점을 결정한 것임. 예외적 장애인정이라는 별도의 장애유형이 아닌 예외적인 경우에 어떻게 절단점을 찾을 수 있는지 의문임 • 결과적으로 매우 자의적인, 특정한 의료적 증상에 대해 개별적으로 판단해서 정하는 절단점이 될 것임. 또한 서비스 지원 종합조사의 경우에도 종합조사는 특정 서비스 지원 욕구에 대한 절단점을 제시하는 것인지 장애인정 기준을 제시하는 것이 아님. 즉 활동지원서비스라면 활동지원서비스를 받을 수 있는 정도인지 아닌지, 받을 수 있다면 몇 시간이나 받을 수 있는지를 판정하는 기준임. 등록장애인 중에서도 거의 대부분은 활동지원서비스를 받을 정도의 욕구가 없음. 그렇다면 장애인정을 판단하는 기준으로 종합조사의 절단점을 어떤 점수로 결정할 것인지 명확히 제시할 수 없음
전문가E	• 현재의 판정체계로는 가장 현실적인 선택임 서비스지원종합조사 역시 당사자의 신뢰를 얻고 있지 못한 상황이고 이를 충족하기 위한 개정작업이 지속적으로 필요한 만큼 '예외적 장애인정'에 사정체계에 필요한 설계 수정 등을 추가한다면 효과적인 판단 기준으로 될 것으로 여겨짐 • '예외적 장애인정'이란 표현보다는 '포괄적 장애인정'으로 봐야 함
전문가F	• 예외적 장애인정을 KAMs와 서비스지원 종합조사 등의 기준으로 판단하는 것은 장애판단을 법정 장애와 이원적으로 운영하는 것이어서 매우 한시적으로 하는 것은 가능할지 모르나 결국은 하나의 방법으로 통일되어야 함
전문가G	• 등록제도를 유지하는 것을 전제로 할 때 15개 장애유형의 등록 기준과 예외적 손상형태의 등록 기준은 최소한 성격적으로 유사해야 할 것임. 15개 장애유형은 의학적 손상 수준만 보는데, 예외적 장애유형은 의학적 손상 수준(KAMS)과 함께 서비스 지원 종합조사 기준까지 충족해야 한다는 것은 형평성에 맞지 않다고 생각함. 따라서 KAMS만으로 판단하는 것이 적절하다고 생각함. KAMS에 대한 평가는 다소 엇갈리지만 제가 보기에는 대부분의 손상 유형을 포함할 수 있을 정도의 포괄성을 확보하고 있다고 생각함

③ 예외적 장애인정에 의해 정책 대상자로 선정된 경우, 15개 장애범주 포함에 대한 의견[66]

예외적 장애인정 대상자를 15개 장애범주로 포함의 1안) 15개 장애범주 영역으로 포함하는 것과 2안) 건강장애영역을 신설하는 것에 대한 의견은 법안에 제시된 장애 범주 외 해석에 의한 장애범주를 신설하는 것은 맞지 않다는 의견(전문가 B)과 예외적 장애의 인정 범위가 어디까지인지 규정하기가 어렵다는 의견(전문가 D), 현재의 손상에 의한 장애범주 구분을 없애야 한다는 의견(전문가 C)와 같은 예외적 장애를 장애범주에 포함시키는 것에 대한 부정적 의견이 있었다. 반면, 건강장애범주로 묶는 것이 아닌 직관적인 장애범주로 정의해야 한다는 의견(전문가 A, 전문가 E)과 예외적 장애가 인정 된다면 범주에 포함되지 못하는 유형이 계속 발생할 것이므로 기타 또는 미분류 유형을 만들 수 있다는 의견(전문가 G)이 있었다. 한편, 예외적 인정의 경우 과도기적 단계로 활용하고 향후 장애인등록제를 폐지하고 서비스 이용증을 활용하자는 의견(전문가 H)도 있었다.

〈표 Ⅵ-14〉 예외적 인정조치에 대한 전문가 의견 ③

구분	의견
전문가A	• 건강장애의 경우, 기존의 신체적 장애, 정신적 장애 범주의 포괄성을 내포, 혼동의 우려 (신체건강,정신건강)가 보이며, 기존 유형으로의 유사 장애유형 적용 폭과 가능성을 고려한다면 '내분비·혈액장애'와 같은 직관적 정의가 적절해 보임
전문가B	• 명시되지 않은 것은 인정되지 않아야 하는 것이 현행 법률체계이므로 제1안에 의하건, 제2안에 의하건 해석을 통해 없던 장애범주를 신설하는 것은 맞지 않음
전문가C	• 현재 손상에 기초한 15개 유형은, 사회적 기능의 제한 정도로 장애 개념이 바뀌면, 없어져야 할 개념임. 굳이 이를 확대하면서 유지하는 것은 바람직하지 않을 것 같음. 굳이 장애 유형이 되어야 한다면, 예외적 장애인정이라는 유형을 만드는 것이 바람직한 것 같음
전문가D	• 외국과 비교하여 현재의 장애인등록제도에서 포함시키지 못하는 장애범주를 새로 만들 수 있음. 건강장애를 추가함으로써 많은 부분이 포함될 수 있다고 판단됨. 하지만 시각장애와 청각장애에 ICF 기준을 적용하여 통증과 관련된 예외적 장애를 시각 또는 청각에 포함시킬 수 있는지 의문임. 동일하게 안면장애에 다른 피부질환으로 인한 예외적 장애를 포함시킬 수 있는지 의문임. 즉 대한의학회 기준으로 기존 장애범주를 변경하지 않으면 안되는데, 그렇게 하는 경우 그것을 예외적 장애인정이라고 할 수 있는지 의문임

66) 1안 15개 장애범주 영역으로 포함, 2안 건강장애영역 신설하였다.

구분	의견
전문가E	• 암이나 혈액 등 질환에 의한 장애는 '질환 후유 장애'로, CRPS는 통증장애, 뚜렛증후군은 뚜렛장애로 해도 무방함. 현행 장애범주에 포함한다는 의미는 기존의 15개 유형에 억지로 포함시키는 것이 아니라 각 장애 특성이 명확히 드러나는 명칭으로 규정할 필요가 있음
전문가F	• 이 부분에 대한 것은 정책적 판단에 관한 사항으로 장애유형의 범주를 넓히거나 장애에 대한 판단기준을 전체적으로 검토하는 것이 타당하다고 생각함. 한시적으로 필요해서 우선 지원하는 것은 가능하나 중장기적으로 바람직하지 않음
전문가G	• 대표적으로 내분비장애와 종양혈액장애를 제시하셨지만 예외적 장애에 포함될 수 있는 손상 유형은 매우 다양하다고 생각함. 따라서 특정한 이름을 붙여 대표성을 부여하는 것이 현실적으로 쉽지 않을 것임. '건강장애'라는 이름을 사용하더라도 그것을 포함한 16개 장애유형 중에 어느 곳에도 배치하기 어려운 손상 형태도 있을 수 있음 해당 형태를 대표하는 명칭을 사용하는 것이 바람직하다고 생각하며, 그것도 어렵다면 '기타' 혹은 '미분류'라는 유형도 둘 수 있다고 봄
전문가H	• 장애인등록을 전제로 서비스 자격을 부여하는 것 보다 장애인등록제를 폐지하고 '서비스 이용증' 등의 증명 발급으로 충분하다고 생각됨. 과도기 단계의 방안으로써 검토한다면, 연구진에서 제시하는 장애인등록제도 개편(2안)에 동의함

④ 예외적 인정기준 마련 시 추가적으로 고려해야 할 사항

예외적 인정 기준 마련 시 추가적으로 고려해야하는 사항으로는 예외적 장애인정 기준은 임시적 방편일 뿐 꾸준히 이어갈 수 있는 방안은 아니라는 의견(전문가 C, 전문가 D, 전문가 F)이 있었으며, 장애관련 법률 체계에서 장애등록 및 범주에 대한 명확한 법리적 검토가 우선되어야 한다는 의견(전문가 B)이 있었다. 또 새로운 예외적 장애 판정 및 심사기준의 적절성과 신뢰성 확보, 등록 이후 현재 복지지원서비스에 대한 적용인프라 확대등이 필요하다는 의견(전문가 A)과 제도적 접근성을 높이기 위한 명확한 기준 마련과 다양한 사례를 보여주며 정책홍보를 적극적으로 하는 것이 필요하다는 의견(전문가 G)이 있었다.

〈표 Ⅵ-15〉 예외적 인정조치에 대한 전문가 의견 ④

구분	의견
전문가A	• 개별적 사례 또는 전체 등록절차 확대 적용 모두, 새로운 예외적 장애판정 및 심사기준 적절성, 신뢰성 확보, 등록이후 현 복지지원서비스에 대한 적용 인프라 확대 등 필요
전문가B	• 상기 내용을 살펴봄에 있어 장애 관련 법률 체계 전반에서의 연결체계와 장애 등록 및 범주에 대한 명확한 법리적 검토가 우선되어야 할 것으로 보임

구분	의견
전문가C	• 당장 필요한 사람이 있으니 구제 조치를 만들어야 한다는 논리에 의해 예외적 장애인정을 추진할 수밖에 없지만, 그럼에도 정도로 가는 것이 바람직하다고 생각함 • 사회적 기능 제약 정도로 장애를 바라볼 필요가 있음 • 예외의 예외를 만드는 정책은 바람직하지 않고, 혼란만 가져오고, 많은 사람들의 불만만 불러올 따름이라고 생각함
전문가D	• 예외적 장애인정기준을 마련했을 때 기존의 장애범주에 포함시킬 수 없는 경우 계속 새로운 장애범주를 만들 수 있을 것인지 고민이 필요함. 결국 예외적 장애인정기준이란 땜질식 처방이며, 근본적 처방이 될 수 없음
전문가F	• 기본적으로 현행의 장애인정기준은 급여 및 서비스에 대한 필요성을 파악하는 것이 아니라 신체 및 정신적 손상을 평가하여 급여 및 서비스 지원에 연동하는 것이어서 급여 및 서비스 지원의 기준으로 삼는 것은 타당하지 않음. 예외적 장애인정기준이 현행의 신체 및 정신적 손상에 의한 기준의 폐지를 염두에 두고 진행하는 것이라면 일부 의미가 있으나 현행 제도를 그대로 놔둔채 예외범위를 인정하는 것이라면 일시적인 의미외에 큰 의미를 두기는 어렵다고 생각함
전문가G	• 중요한 것은 제도적 접근성을 최대한 높이는 것이라 생각함. 막상 제도를 도입해도 생각보다 신청자가 매우 적을 수도 있음 기준을 명확히 제시하고 다양한 사례를 보여주면서 정책홍보를 매우 적극적으로 하는 것이 필요할 것임

(3) 장애인등록제도를 유지하며 장애판정기준과 심사기준의 전면 개편에 대한 의견[67]

① 서비스 지원 종합조사의 대상자를 전체 대상으로 확대하는 것이 적절한지, 필요한 대상에게만 적용하는 것이 적절한지에 대한 의견

먼저, 장애인등록제도를 유지하며 장애판정기준과 심사기준의 전면 개편에 대한 적절성은 KAMS와 서비스 지원 종합조사를 동시에 활용하는 것은 대상수를 줄일 수 있으며, 대상자 선정의 기준 마련의 어려움이 있어 서비스 지원 종합조사만을 활용해야 한다는 의견(전문가 C)과 KAMS 기준을 사용하고 서비스 지원 종합조사를 실시하는 것은 바람직하지 않다는 의견(전문가 G)이 있었다. 한편, 제시한 안보다 장애정도 심사기준에서 KAMS 기준 까지 포괄하고 KAMS를 타 분야에 준용하는 방안도 가능할 것이라는 의견(전문가 B)도 있었다.

또, 조사 대상자의 범위는 서비스 종합지원조사 만을 실시하는 경우 모든 대상

67) 장애인등록제도 유지 + 장애정도 판정기준 전면 개편(kams로 전면개편) + 장애정도 심사기준 전면개편(당사자 의견 청취 및 자료 충분성 등 , 서비스지원 종합조사 활용) + 서비스별 사정체계 구축

자로 해야 한다는 의견(전문가 C, 전문가 E)이 있었으며, 서비스 욕구에 따라 신청한 경우에만 적용해야 한다는 의견(전문가 D)이 있었다. 전문가 E는 제안한 안의 적용이 가능하다면 서비스지원종합조사의 경우 모든 대상자를 대상으로 해도 무방할 것이라는 의견을 제시하였다.

〈표 Ⅵ-16〉 장애인등록제도 유지 시 장애판정기준과 심사기준 전면개편에 대한 전문가 의견 ①

구분	의견
전문가A	• 장애인등록제도를 전제로 할 때, 장애범주를 확대함은 바람직하고, 중증의 의학적 정도를 가진 경우 일상생활 및 사회참여 제약수준 자체를 평가하지 않고 서비스별 사정체계만을 활용하는 것은 장애등록과 지원 서비스 선별 용이성을 높이기 위한 취지에는 공감하나 여전히 의학적 기준에서 완전히 벗어나지 못함과 동시에 정책대상자를 선별하기 위한 공급자 위주의 관점이 존재하는 우려가 있음. 중증의 의학적 상황의 경우에도 모든 장애유형에 일괄 적용하기보다 유형별로 서비스 욕구 및 지원 가능성 검토가 필요함
전문가B	• 제시한 예시보다는 아예 장애정도 심사기준에서 KAMS 기준까지 포괄하고, 이 KAMS를 타 분야에 준용하도록 하는 방안도 가능할 것으로 봄. 즉, 두 가지의 병행 이유가 보다 분명해 져야 할 것으로 보임
전문가C	• 3안과 같이 장애인등록제도를 유지하고자 할 경우 장애판정기준을 의학적 기준으로 사용하기 보다는 오히려 현재 종합조사도구를 사용하는 것이 더 바람직함 • 장애정도 심사기준 및 절차에 kams활용 + 서비스 지원 종합조사를 실시하게 되면, 손상과 사회적 기능제약을 모두 보는 것으로, 보다 많은 장애인, 또는 지원이 필요한 장애인에게 지원을 하겠다는 것이 아니라, 기준의 교집합에 의해 지원 수준을 줄이는 효과만 나타납니다. 그리고 한 기준에는 적합한데 다른 기준에는 적합하지 않을 경우 불만이 표출될 수밖에 없음 • 서비스 지원 종합조사를 사용하고자 하면, 모든 대상자들을 대상으로 하고, 이 기준만 사용하는 것이 바람직함
전문가D	• 서비스 지원 종합조사는 당연히 특정 서비스에 대한 욕구가 있는 대상자만 시행하는 것이 바람직함. 욕구가 없는데 왜 적용해야 하는 것인지 의문임. 서비스 지원 종합조사는 서비스별 사정체계임. 서비스 욕구가 있어서 신청한 경우에 적용해야 함
전문가E	• 현재의 장애인등록제도를 유지하는 상황에서는 KAMS(이 기준이 명확히 어떤 형태의 의료적 기준인 알 수 없어 의료적 기준으로 판단한다면)가 장애정도 심사기준으로는 가능할 것으로 판단됨 • 두 번째 세부설명인 '심사기준: kams활용 + 서비스 지원 종합조사 실시 + 당사자 의견 및 자료 충분성 포괄'이 가능하다면 모든 대상자를 대상으로 해도 무방할 것으로 보임
전문가F	• 급여 및 서비스 별로 적용해야 할 기준은 매우 다를 수 있으므로 KAMS의 경우에 일괄적인 적용이 아닌 급여 및 서비스별로 적용 타당성을 검토할 필요가 있음

구분	의견
전문가G	• 3안은 KAMS 기준을 사용하더라도 장애인등록제도는 유지하는 방안임. 이때 등록의 전제조건으로 서비스 지원 종합조사를 실시하는 것은 바람직하지 않다고 생각함. 제도적 모순이 많음. 현재 서비스 지원 종합조사는 사실상 1개이지만 예정대로 확대되었다면 분야별로 여러 개의 종합조사가 있을 수 있음 어떠한 기준을 충족해야 등록이 가능한 것인지 결정하기 어려움. 또한 특정 종합조사 기준에 미달한다 하더라도 다른 서비스의 욕구가 없는 것은 아닐 것임. 등록제도를 유지하는 상황이라면 등록은 의학적 손상 기준만을 제시하는 것이 합리적이라 생각함. 다만 앞서 언급한 바와 같이 의학적 인증을 매우 간략하게 한다면 일상생활 지원이 필요한 수준이라는 정도의 의사 소견 정도는 추가하는 것이 가능하다 생각함

② 장애인등록제도를 유지하며 장애판정 기준과 심사기준의 전면 개편에 대한 추가 의견

전체 장애정도 판정 기준은 KAMS 기준을 활용하고 장애범주는 KAMS 및 ICF 기준으로 확대, 장애정도 심사기준 및 절차는 KAMS활용+서비스지원종합조사 실시에 대한 추가 의견으로는 추가적인 별도의 기준을 마련하는 것이 적절한지에 대한 의문을 제기하는 의견(전문가 B)이 있었으며, 같은 의미에서 서비스별 사정체계를 새로 구축한다고 하면 서비스별 사정체계에 몇 가지 의료적 기준을 추가하는 것이 더 바람직하다는 의견(전문가 D)이 있었다.

한편, KAMS를 이용하여 장애등록기준을 마련할 때 장애유형의 명칭은 기존의 명칭이 아닌 KAMS의 명칭을 사용하는 것이 적절하며 이 경우 장애유형이 아닌 손상유형으로 해야 한다는 의견(전문가 G)이 있었다. 또 현재의 장애등록 제도를 유지하며 예외적 장애인정을 확대하는 방식인 경우 장애등록 방식을 보다 간략히 할 필요가 있다는 의견(전문가 E)도 있었다.

〈표 Ⅵ-17〉 장애인등록제도 유지 시 장애판정기준과 심사기준 전면개편에 대한 전문가 의견 ②

구분	의견
전문가B	• 장애등록의 실익이 소득보장과 감면할인서비스에서 나타난다면 소득보장과 관련된 판정기준을 하나 더 만들면 되는 것 아닌지 의문이 듦. 즉, 장애심사과정에서 서비스와 소득부분의 항목들을 모두 조사해서 소득보장 또는 감면할인 신청 시 사용하면 될 것으로 보임 • 만약 서비스별 조사기준에서 공통사항과 개별사항이 존재할텐데 공통사항은 그대로 사용하고 개별사항에서 소득보장 등과 관련된 문항을 추가하면 될 것으로 보임. 이러한 번거로움은 등록제도를 유지하고, 거의 모든 장애인에게 장애심사와 서비스별 대상기준 선정과정을 별도로 거치게 하는 것이 반드시 필요한지 의문임

구분	의견
전문가D	• 장애정도 판정기준, 장애정도 심사기준을 전면 개편한다면 실질적으로 현행 장애인등록제도를 근본적으로 개편하는 것임. 이 경우 서비스별 사정체계도 구축해야 하는데, 왜 두 번의 평가를 해야 하는 것인지 의문임. 어차피 서비스별 사정체계를 구축한다면 그 사정체계에 몇 개의 의료적 기준만을 넣어서 사정체계를 마련하는 것이 더 바람직한 것으로 보임
전문가E	• 현재의 장애인등록제도를 유지하면서 '예외적 장애인정'으로 확대하는 방안으로 전환한다면, 장애등록 방식을 좀더 간략화 할 필요가 있음 그렇더라도 서비스의 대상여부를 판정하는 사정체계가 있는 만큼 과도한 서비스가 제공된다거나 하는 문제는 전달체계 내에서 충분히 분류가 가능하다고 봄
전문가G	• KAMS를 이용하여 장애등록 기준을 마련할 때 장애유형의 명칭은 기존의 명칭이 아닌 KAMS의 명칭을 대체로 사용하는 것이 필요함. 일부 장애인단체의 반발이 있을 수 있겠지만, 행정적인 장애의 분류체계가 장애인 집단을 구별하게 만들고 서로 배타적으로 응집하게 만드는 현재의 상황은 해소될 필요가 있음 • 또한 그러한 유형의 명칭은 '장애유형'이 아니라 '손상유형'이 되어야 한다고 생각함. 장애유형이라 함은 근로장애, 이동장애, 활동장애 등과 같이 일상생활 제약 형태에 따라 분류되는 것임. 의학적 손상에 따른 분류를 장애유형이라 칭하는 것은 장애 개념에도 맞지 않고 장애인 내부의 분열만 초래하는 부적절한 표현이라 생각함. ICF에서도 그것은 장애유형이 아니라 신체기능 및 구조(반대로 말하면 손상)의 유형으로 제시됨

(4) 장애인등록제도 폐지에 대한 의견[68]

① 등록제 폐지 시 장애정도에 따른 서비스 대상자 선정의 어려움이 예상되며 이 경우 복지사업의 기준은 어떻게 변화하는 것이 적절한지에 대한 의견

장애인등록제 폐지 시 가장 영향을 받는 서비스 영역으로는 감면·할인 서비스, 소득보장, 의무고용제도이며 이에 대해 서비스별 사정 체계 및 인프라를 확대함으로 대상자를 선정, 필요한 서비스를 선택, 이용할 수 있는 체계로 변화해야 한다는 의견(전문가 A), 현재 장애인등록제도가 의무고용제도와 감면·할인 중심으로 축소 적용되어야 한다는 의견(전문가 G), 감면·할인 서비스는 장기적으로 폐지하고 직접소득보장정책을 강화해야 한다는 의견(전문가 H)이 있었다.

서비스 제공 기준에 대한 의견으로는 서비스 지원 종합조사도구를 활용하여 서비스별 대상자 선정 기준을 만들자는 의견(전문가 C, 전문가 D, 전문가 E)이 있었다.

68) 장애인등록제도 폐지 + 장애정도 판정 기준 전면개편(kams로 전면개편) + 장애정도 심사기준 전면개편(당사자 의견 청취 및 자료 충분성 등) + 서비스별 사정체계 구축

〈표 Ⅵ-18〉 장애인등록제도 폐지 시 복지사업 기준 변화에 대한 전문가 의견 ①

구분	의견
전문가A	• 중,경증의 구분과 관련해서는 장애여부 판단과 더불어'소득보장 및 감면 할인 서비스'에 가장 큰 영향을 받을 것으로 보이며, 서비스별 사정체계 및 인프라를 확대함으로써 대상자를 선정하고 필요한 서비스를 선택, 이용할 수 있는 체계로의 전환을 지속적으로 모색해야 함
전문가C	• 제도를 변경한다고 모든사람들을 일시에 적용 시킬 필요는 없음. 기존 등록제도에 의해 중증 또는 경증을 받은 사람들은 그 제도에 의해 지원을 유지해도 됨 • 다만 등록제가 폐지되면, 신규로 서비스를 받고자 하거나, 기존 등록제를 무시 또는 변경하고 싶은 장애인을 대상으로 하되, 대상자 선정이 필요하니, 기준을 만들면 됨. 이 경우에도 손상에 따른 중, 경이 아니라. 사회적 기능 제약 정도에 따라 중경을 나누면 됨. 종합조사도구로 평가하고, 몇 점 이상이면 중증, 이하면 경증으로 판단하면 됨 • 3안에서의 의견과 마찬가지로 두 가지 기준을 동시에 사용하면 안 되고, 특히 손상의 기준을 사용하는 것은 바람직하지 않음 • 4안의 경우 우선은 종합조사도구를 활용하여 서비스별 대상자 선정 기준을 만들면 됨 • 물론 여기서 더 나아가, 장애인 당사자의 자립에의 위험 정도를 측정하는 도구를 만들면 더 좋겠습니다. 자립에의 위험 정도는 한 사람이 주체적으로 살아가는데 문제가 어느 정도 있는지를 평가하는 것으로 서구에서도 계속 개발되고 있는 것 같음
전문가D	• 서비스별 사정기준의 마련이 필요함. 이미 대표적인 서비스 지원 종합조사가 있기 때문에 이를 유사한 복지정책에서 활용하는 것도 가능함. 이 경우 의료적 기준의 중증과 경증은 적절하지 않음. 감면할인의 경우에도 서비스 지원 종합조사 등을 활용하여 욕구 정도를 구분할 수 있음. 물론 감면할인 중 전체 장애인 대상의 경우 즉시 폐지하기 어려워서 당분간 그대로 활용할 수 있을 것임. 하지만 점차 그 욕구를 파악하여 대상자를 한정하는 것이 필요함
전문가E	• 장애인등록제도 폐지와 장애정도 구분은 별개로 봐야 할 듯 4안 장애정도 판정기준을 3안과 동일하다고 했으므로, 장애범주는 kams 및 ICF 기준, 판정기준은 kams활용 장애정도를 판정한다고 했기 때문에 장애정도 구분은 가능할 것으로 보임 • 어차피 복지서비스의 제공 판단은 종합조사표를 통해 포괄할 수 있으므로 장애정도별로 구분되는 서비스 대상자 선정은 기존 방식으로 하면 될 듯
전문가F	• 모든 장애인을 대상으로 복지사업의 기준을 세부적으로 검토하여 적용하는 방식으로 개편되어야 한다고 생각함
전문가G	• 사실 따져보면 의학적 중증/경증 기준을 사용하는 장애급여가 많지는 않음. 현재 대부분의 서비스는 그러한 기준이 없어도 작동할 수 있음. 크게 남아있는 영역은 소득보장, 의무고용제도, 할인감면임. 이 중 소득보장은 그러한 의학적 중경증 기준을 적용하는 것이 부적절한 대표적인 영역임. 하지만 의무고용제도와 할인감면은 의학적 중경증 기준의 사용이 불가피한 측면이 있음 등록제도가 유지된다면 의무고용제도에서도 의학적 중경증 기준을 직업적 중증 기준으로 전환하는 것이 가

구분	의견
	능하지만, 등록제도 자체가 폐지된다면 쉽지 않음 • 물론 의무고용제도만을 위한 별도의 제도를 만들 수 있겠지만 그것도 현실적으로 쉽지 않음. 할인감면제도는 전면적으로 추가비용급여로 흡수하는 방향으로 가면 좋겠지만, 그 전까지는 의학적 중경증 기준의 적용이 불가피할 것임. 결과적으로 현재의 장애인등록제도가 의무고용제도와 할인감면 중심으로 축소 적용되는 상황이 현실적이지 않나 생각하며, 이는 독일과 매우 유사한 체계가 될 것임
전문가H	• 누구나 장애서비스를 필요로 하는 사람으로 판정되면 장애서비스 이용자로 선정하고, 장애서비스 이용증을 발급하는 형식으로 제도를 운영할 수 있어야 함. 현재 장애인복지서비스는 국가가 판정한 급여량 이상의 공적 서비스 제공은 사실상 불가능함. 이에 국가가 미리 공적서비스를 결정하는 것이 아닌 국가장애서비스공단(담당 공무원)이 필요하다고 판단되는 서비스 종류와 양을 직접 결정하고 이를 공적 서비스 제공기관과 연계하는 전달 체계 구축이 필요함 • 장애인등록제가 폐지될 경우 가장 문제가 되는 부분이 감면할인서비스임. 이에 대한 종합적인 개편 방안도 제시 필요함. 감면할인서비스는 장기적으로 폐지하고 소득이 없고 빈곤상태에 놓인 장애인에 대한 직접소득보장 정책을 강화해야 함

② (가칭) 장애인서비스 통합지원센터의 운영주체 및 역할과 기능에 대한 의견

장애인서비스 통합지원센터의 운영은 장애인복지관이 담당해야 한다는 의견(전문가 B), 원칙적으로 지자체이나 현실적으로 새로운 기관인 장애인서비스원, 장애인 서비스 공단을 만들거나 한국장애인개발원의 역할 전환이 필요하다는 의견(전문가 C, 전문가 F, 전문가 H), 지방자치단체가 담당해야 한다는 의견(전문가 D), 광역단위 지방자치단체가 통합지원센터를 운영하고 지역 사무소를 설치하는 것이 필요하다는 의견(전문가 G)이 있었다.

종합하여 살펴보면 원칙적으로는 지방자치단체를 중심으로 운영하는 것이 옳으나 현실적으로 어렵다는 민간 기관에 위탁 운영하는 형태로 장애인서비스통합지원센터를 운영하거나, 새로운 장애인 전문 서비스 기관을 설립하는 것이 주요한 의견으로 나타났다.

〈표 Ⅵ-19〉 장애인등록제도 폐지 시 복지사업 기준 변화에 대한 전문가 의견 ②

구분	의견
전문가A	• 기존 체계를 통합할 수 있는 중앙, 지역 단위 지원센터의 별도 설립은 필요하되, 기존 전달체계와의 연계와 더불어 인력, 예산 확충을 통한 통합, 조정을 통해 시군구 공적 전달체계 연계, 활용을 전제로 설계할 필요가 있음
전문가B	• 정책에도 관성의 법칙이 적용됨. 그 갈래가 어긋났어도 계속 지속되다보면 존재의 이유를 스스로, 사회가 합리화시켜 줌. 하지만 다른 한편으로는 그러한 비합리성의 중복과 중첩을 어느 순간에는 혁신의 관점에서 근본부터 재검토해야 함. 연역적 사고로서는 답을 찾을 수 없음 • 우리도 마찬가지임. 장애연금을 운영한다는 이유로 장애서비스의 가지들이 뻗어나가는, 국민연금공단 조직과 업무가 기형적으로 커져가는 이 모순은 끊어야 함. 발달장애인센터도 마찬가지다. 지금의 17개소의 센터만으로는 제대로된 정책적 효능을 발휘하기 어렵다. 그렇다고 232개 시군구로 확대하게 되면 장애인복지관과 중복됨. 이미 장애인권익옹호기관과 중복되고 있어 (업무수행상에는 분업이 되어 있지만) 재편이 필요함 • 대안은 장애인복지관이 자신들이 제공하는 직접서비스를 대폭 정리하는 한편, 개인예산제 시행을 앞두고 서비스 양과 사용계획 수립에의 업무수행권한을 행사하는 것이 필요함. 그렇다면 장애인서비스통합지원센터의 역할은 장애인복지관이 맡고, 그것이 K-복지의 대표선수로 발돋움하도록 관련 법적 근거 마련 및 행정 지원이 뒤따라야 함. 만약 효율성 관점에서 지금의 국민연금공단이 기능과 역할을 확대하게 된다면 지금의 기형적 관계가 더 왜곡될 것으로 보이며 이럴 경우 종합적 검토를 통해 어느 대안이 더 바람직한지에 대한 사회적 공론화가 필요하다고 봄
전문가C	• ENTRY POINT는 지자체가 중심이 되는 게 맞음. 그런데 지자체의 역량이 안되니 어떤 기관에 위탁을 주어야 할 것 같음 • 현재 발달장애인지원센터는 발달장애인에 업무가 한정되어 있어 위탁기관으로는 부적절함 • 국민연금공단도 가능한데 국민연금과 장애인서비스 업무가 연결성이 없는 데 한 기관에서 하는 것이 바람직한지에 대해서는 많은 고민이 필요함. 연금공단에서 장애평가를 한 이유는 국민연금의 장애연금과 관련한 장애평가가 있다 보니, 업무가 연계된 것인데, 장애인서비스의 entry point로서의 역할과는 무관함 • 사회서비스원은 서비스 직접 제공자로서의 역할을 공공기관에서 하는 것으로, 서비스 자격 적합성 판정, 서비스 배분과 같은 업무를 할 수는 없을 것 같음 • 결국 기존 기관에서는 업무가 불가능하다고 판단되고, 새로운 장애인서비스원 또는 장애인서비스공단을 만드는 것이 필요함. 장애인개발원의 전환도 고려해 볼 필요가 있다고 생각함
전문가D	• 장애인서비스 통합지원센터를 마련한다면 원칙적으로 지자체에서 담당해야 함. 그렇게 해야 예산과 연계되어 적절한 서비스 제공이 가능함. 발달장애인지원센터를 확장한다는 것은 전체 장애인으로 확대, 각 기초지자체로 확대 등 상당한 난제가 뒤 따를 것임 • 사회서비스원 역시 광역에 설치되어 있어서 적절한 기관인지 의문임. 국민연금공단의 경우, 활동지원서비스 기관에 해당하지만 지금까지 본 바와 같이 장애인에

구분	의견
	대한 전문성이 부족함. 특히 다른 서비스 제공기관과의 연계가 제대로 되지 않음. 특히나 활동지원서비스 욕구 사정 과정에서 장애인의 전반적인 욕구를 판단하고 연계하는 능력이 떨어지는 것으로 보임
전문가E	• 최근 사회서비스원의 역할 확장성에 대한 복지부의 논의가 있는 것으로 보아 장애등록과 서비스 관리에 대한 통합적인 지원체계 정비가 필요하다고 여기고 있는 듯함 • 장애등록이나 서비스 신청 등의 복잡성은 당사자들의 복지서비스 이용을 위축시킴 • 지원체계의 일원화는 각종 서비스 지원을 받기 위한 당사자의 신청체계를 일원화는 방향으로 가야 함 • 전담기관의 역할은 단순히 장애등록이나 서비스 안내가 아닌, 당사자의 맞춤형 포괄적 서비스가 가능하도록 하는 지원역할이 분명히 규정되어야 함
전문가F	• 지방자치단체에서 하는 것이 타당하지만 현실적으로 어렵다면 전문기관을 설립하거나 지방자치단체에서 현재 있는 기관에 위탁을 주는 것도 가능하다고 생각함. 장애인등록제도를 폐지하고 급여와 서비스 별로 판단을 한다면 국민연금공단은 적합하지 않으며 타 기관(발달장애인지원센터 혹은 사회서비스원 등)을 적극적으로 검토해 볼 필요가 있음
전문가G	• 장애인서비스통합지원센터가 필요한지는 고민스러움. 하지만 만약 설치한다면 접근성과 인프라의 문제가 가장 중요하다고 생각함 • 행정적 효율성을 생각하면 국민연금공단이 현실적임. 이미 장애판정 관련 업무를 수행하고 있고 지역본부나 지사를 통한 접근성 확보도 가능함 • 하지만 장애인서비스통합지원센터 외에 이미 존재하는 다른 전달체계를 생각하면 국민연금공단의 한계는 분명함. 국민연금공단에서 발달장애인지원센터, 장애인권익옹호기관, 장애인보건의료지원센터, (향후 설치될) 탈시설지원센터, 장애아동지원센터 등을 포괄적으로 연계하는 것은 쉽지 않음 • 이를 생각하면 지방자치단체가 현실적임. 이 과정에서 장애인 관련 공공 전달체계를 통합/흡수하는 것은 반드시 필요하다고 생각함. 물론 실제 방법은 직영보다는 민간위탁이 사용될 수 있을 것임. 다만 문제는 이러한 기 설치된 전달체계들이 모두 광역자치단체 소관이라 시군구 단위의 지역 접근성이 매우 떨어진다는 것임. 하지만 광역 단위로 이러한 기관들이 장애인서비스통합지원센터로 통합되고 규모화 된다면 지역 사무소 설치 등 다양한 방법으로 지역 접근성을 높일 가능성은 충분하다고 생각함
전문가H	• 국민연금공단의 장애인지원센터, 한국장애인고용공단, 한국장애인개발원 내 발달장애인지원센터 및 장애인지역사회통합지원센터 등의 기능을 통합하여 '국가장애서비스공단(가칭)' 및 '지역장애서비스센터(가칭)'을 설치하고, 독립적 장애서비스 전달체계를 구축하여야 함. 지역장애서비스센터는 시도 및 시군구에 각각 설치 및 운영하여, 장애서비스 신청, 사정(판정), 개인별지원계획 수립, 서비스 구매(계약), 제공기관 연계 등에 관한 모든 업무 담당함. 국가장애서비스공단은 지역장애서비스센터에 대한 운영 지원 및 장애서비스 질 관리를 담당하도록 함

3. 소결

전반적으로 장애인등록제 폐지에는 모든 전문가들이 동의하고 있는 것으로 나타났으며, 장애등록을 유지하더라도 현재의 의료적 손상기준이 아닌 사회적 참여 제한에 따른 장애등록이 필요하다고 의견을 제시하였다.

또 장애인등록제 폐지 시 서비스 제공 기준에 대해서는 서비스와 급여별로 수혜자격을 판단해야 한다는 의견이 다수 있는 가운데, 장애등록과 무관한 장애복지서비스체계구축 → 장애범주확대 → 장애인등록제 폐지의 단계적 접근이 필요하다는 의견이 제시되었다.

장애인등록제도 개편 고려사항에 대해서는 현재 장애인등록제를 유지하는 가운데 서비스 대상자 선정 기준을 마련하는 것에 대한 의견은 주로 부정적인 의견이 많았으며, 현재 15개 장애범주 이외에 예외적 인정조치 등을 통한 별도의 장애인정을 하는 것 역시 바람직하지 않다는 의견이 많았다. 만약 질환으로 인한 어려움으로 인해 예외적 인정조치를 통해 장애등록을 하게 되는 경우 '건강장애'라는 별도의 영역을 지정하기보다는 해당 장애를 잘 설명할 수 있는 직관적인 장애명이 필요하다고 의견을 제시하였다.

한편 장애판정기준 적용에 대해서는 새로운 장애판정기준로 인해 현재의 서비스 이용에 제한을 받거나, 급여총량이 줄어들면 안 된다는 의견을 제안하였으며, 서비스별 판정기준 및 심사기준 적용 시, 장애정도의 판정 기준 및 심사기준의 필요성이 사라지고, 대신 서비스별 대상자 선정기준 중에 의료적 기준이 추가될 수 있겠다는 의견이 제안되었다.

종합하면, 전문가 의견조사 결과 현재의 장애인등록제도를 유지한 가운데 장애정도나 서비스별 새로운 판정기준을 마련하는 것에 대해서는 새로운 기준 적용에 의한 급여총량의 감소, 이전 이용자의 탈락 등으로 인해 신중한 접근(바람직하지 않다는)이 필요하다는 의견이 많았으며, 장애인등록제를 폐지하며 의학적 손상기준이 아닌 사회적 참여의 제한을 장애판정에 있어 고려되어야 하며, 서비스의 특징에 따라 대상자 기준을 별도로 마련하거나, 현재의 ADL과 IADL을 활용한 서비스 종합판정도구를 사용하는 방식을 제안하였으며, 이 때 장애 판정의 의학적 손상 기준을 서비스별로 적용할 필요도 있을 것이라는 의견이 제안되었다.

Ⅶ 결론 및 정책제언

1. 결론

본 연구는 장애인등록제도의 의미와 한계점들을 질적연구와 전문가조사를 통해 장단기 장애인등록제도 개편방안을 제안하는 목적을 가진다. 본 절에서는 3장, 4장, 5장에서 제시된 주요 결과들을 재정리하여, 의미를 파악하고자 한다.

장애인등록제도 개편 시 쟁점이 되는 부분으로 첫째, 정책대상자 선정기준으로 '중증'과 '경증'구분되거나, 또는 일반사회복지서비스의 대상자 선정기준에서 '등록장애인'에 대한 기준에 대한 대안이다. 본 연구 3장에서는 국내 장애인 관련 정책 및 서비스를 장애인복지사업을 중심으로 살펴보았다. 그 결과 분석대상인 전체 사업 107개 중 중복기준을 포함하여 등록장애 여부에 따른 기준(103개 사업), 장애정도에 따른 기준(36개 사업), 연령에 따른 기준(28개 사업), 장애유형에 따른 기준(27개 사업), 소득기준에 따른 기준(25개 사업), 성별에 따른 기준(5개 사업) 순으로 많은 것으로 조사되었다. 즉 전체의 약 96%에 해당하는 사업이 장애등록을 해야만 이용이 가능했고, 그 중에서도 전체의 약 1/3에 해당하는 34%의 사업이 장애정도에 따라 지원내용이 상이하였으며, 특히 중증인 경우에만 이용 가능한 사업도 존재하고 있었다. 뿐만 아니라 국민기초생활보장제도, 의료급여 등에서도 등록장애인과 장애인연금 대상자가 부양의무자의 기준, 근로능력평가제외자 등 다양한 제도에서 급부대상자로서 적용되고 있다. 따라서 장애인등록제도 개편방안을 제안 시, 중증과 경증의 기준마련, 등록장애인을 대신할 수 있는 경우 등을 고려하여 제시할 필요가 있다.

둘째, 장애인등록제도의 개편시 고려되어야 하는 법률적 개편사항이다. 현재 우리나라의 법률체계는 호주와 유사한 시스템으로 각 법률에 따라 서비스가 이루어지고 있으며, 우리나라는 현재 장애인복지법에서 장애에 관한 복지서비스에 대한 국가와 지방자치단체의 책무성을 규정한 반면, 독일은 사회법전에서 장애와 관련된 사항들이 총괄적으로 제시된 반면, 프랑스는 사회보장법전, 사회부조 법전, 사회법전 등 2~3개의 법전에서 장애와 관련된 사항들이 아동, 노인 등 사회보장대상자들과 함께 포괄적으로 이루어지고 있다. 장애인등록제도의 개편은 장애인권리보장법과 장애인복지법의 장애서비스법으로의 전환이 함께 이루어질 필요가 있다.

그 이유는 사회정치적 개념으로서의 장애정의의 도입과 개인예산제의 적용, 전달체계 등의 개편 등이 장애인등록제도의 개편과 함께 논의되어야 하기 때문이다.

셋째, 장애인등록을 해야만 서비스를 제공받는 체계와 중증장애인 중심의 서비스지원에 대한 부문이다. 이는 질적연구를 통해 많은 문제점들이 드러났다. 즉 인정질환의 범주에 포함되지 않아 겪었던 고통들과 인정질환의 확대로 장애인복지서비스 기회를 얻었으나, 중증이 아니어서 서비스를 받지 못하게 되는 경험 등은 장애인등록제도의 개편 뿐만 아니라 서비스 목적별로 서비스 필요도에 따른 대상자 선정기준이 필요하다는 결과를 보여준다. 현재는 장애인복지서비스에 대한 필요도에 따라 대상자를 선정하는 것이 아니라 장애유형과 의학적 중증 및 경증을 기준으로 서비스 대상자를 우선적으로 채택하기 때문에, 동 기준에 들어가지 못하는 사람들은 서비스를 받지 못하기 때문이다. 이러한 부분에 대한 개선점들을 고려하여 장애인등록제도 개편사항이 마련될 필요가 있다.

넷째, 장애인등록제도의 개편에서 가장 고려되어야 하는 지점은 장애정의에 따른 장애정도판정기준에 대한 합의이다. 앞서 설명하였지만, “장애≠질환”, “장애≠신체적 기능 및 구조의 손상”이다. 장애인등록제도 개편시 장애정의는 사회정치적 정의에 기반하여 설계되어야 할 필요가 있다. 본 연구에서 살펴본 독일, 프랑스, 호주 등의 장애정의는 ICF 장애정의를 기반으로 손상, 개인 및 환경적 맥락을 고려한 일상생활 및 사회참여 제약(사회적 기능)로 장애를 정의내리고 있다. 우리나라는 현재 “장애=신체적 기능 및 구조의 손상”를 기준으로 대상자를 여전히 선정하고 있어, 이에 대한 전면적 개편이 필요하며, ICF 장애정의에 기반한 장애정도판정기준을 마련할 필요가 있다.

2. 정책제언

1) 장애인등록제도 개편방향

본 절에서는 전문가의견조사를 토대로 장애인등록제도의 개편방안을 제안하고자 한다. 장애인등록제도의 개편방안은 다음의 방향성을 고려하여 장단기 모형을 제시하였다.

첫째, 장애정의는 사회정치적 의미의 사회적 모델을 지향하고, 이를 기준으로 장애판정도구를 개선한다.

둘째, 정책대상자의 배제오류와 산입오류를 고려하여 서비스별 대상자 선정 기준을 마련한다.

셋째, 과도기의 장애인등록제도 개편방안과 장기적 방향의 장애인등록제도 개편방안을 제안한다.

〈표 Ⅷ-1〉 장애정의와 판정기준[69]

장애 정의	질병 및 질환	신체 구조와 기능의 손상	사회적 기능	사회 정치적
장애	소아마비 증후군	지제장애, 하지 지체장애	이동장애	이동의 어려움 등 에 대해 사회가 대한 차별, 배제, 억압 등
장애 정도 판정 기준	질병 및 질환 여부	신체 구조와 기능의 손상 유무, 장애정도 등	일상생활정도 및 수단적 일상생활정도	일상생활정도 및 수단적 일상생활정도, 개인 및 환경요인 등
판정 도구	질병 여부	손상표, KASM	종합사정도구	종합사정도구 및 사회적 차별, 배체 정도
장애 정도 심사 시 고려 사항	서류 등	서류 등	당사자의 의견 등 자료의 충분성	당사자의 의견 등 자료의 충분성

자료: 본 연구의 전문가의견조사 부분의 장애정의와 판정기준에 관한 사항을 정리 요약함

69) 장애정도 판정기준(보건복지부 고시 기준): ① 장애유형 및 범주에 관한 사항과 ② 장애유형 및 정도의 진단을 위한 장애정도 판정기준을 의미한다.

2) 장애정도 심사기준(보건복지부 고시 기준): 장애정도를 판정하는 심사기준과 절차임(현재 국민연금공단에서 실시하고 있음). 심사기준은 장애정도를 판단하는 판정기준 및 그 외의 일상생활 및 사회참여 제약의 판단 도구, 관련 당사자 참여 등을 의미함. 이외에 예외적 장애등록절차 등도 포함. 심사절차는 심사 전달체계를 의미한다.

2) 장애인등록제도 개편방안 개요

장애인등록제도 개편방안은 총 3개 유형으로 도출되었다. 1안은 현행 구조에서 2021년 4월 강화된 '예외적 장애인정'기준의 절차를 구체화한 것으로, 장기적 방안으로 가기 위한 과도기적 대안이라 할 수 있다. 즉 1안은 현행 장애인복지법 체계 내에서 15개 유형에 해당하지 않은 장애인들을 임시적·예외적으로 인정할 수 있는 절차를 마련하는 것이므로 한계가 존재할 수 밖에 없으며, 장기적으로는 서비스별로 지원의 필요성을 판단하는 3안으로 가는 것이 타당하다. 2안과 3안은 WHO의 ICF, 장애인권리보장법 등의 장애정의인 '사회의 문화적 · 물리적 및 제도적 장벽 등의 환경적 요인과 신체적 · 정신적 능력의 차이 등의 개인적 요인 간의 상호작용으로 인하여 완전하고 효과적인 사회참여에 제약이 있는 상태'를 준용한다. 2안과 3안의 차이는 장애인등록제도 폐지 유무에 따른 장애정도 판정 및 심사기준 개편사항이다.

〈표 Ⅶ-2〉 장애인등록제도 개편방안 개요

주요 내용	단기	장기	
	1안	2안	3안
장애정의	신체 구조와 기능의 손상	사회정치적	사회정치적
장애인등록제도 유지 여부	유지	유지	폐지
장애정도판정 및 심사기준 유지 여부	부분개편 (예외적 장애정도 인정기준을 통한 확대)	장애정도심사기준 전면개편	-
서비스별 대상자 선정기준 마련 여부	기준 마련	기준 마련	서비스별 대상자 선정기준 마련 및 서비스 통합 전달체계 개편

3) 장애인등록제도 장단기 개편방안(1~3안)

(1) 1안 : 장애인등록제도 유지 + 장애정도판정기준 유지 + 장애정도심사기준 확대(예외적 인정기준 절차화)

① 목적

장애인등록제도의 개편방안으로서 제1안은 예외적 장애 인정기준의 도입과 서비스별 사정체계를 통한 정책대상자 확대를 핵심에 둔다. 인정질환의 확대를 지향하기 보다는 장애인복지법 제2조의 장애정의와 시행령 장애종류에 포함되지 않은 잠재적 정책대상자들이 현 체계를 유지하면서 등록장애인으로서 복지서비스 등을 이용할 수 있도록 하는 안이다. 예외적 장애인정의 의미가 이질적으로 들릴 수 있으나, 이의신청의 구조와 달리 동 기준은 15개 장애유형에 제외된 자들 중 일상생활 및 사회참여 제약이 있는 자들이 대상이 된다. 즉 2021년 4월 현재 15개 유형 외에 10개의 희귀질환에 대하여 장애등록을 할 수 있는 기준을 만들고 형식적으로나마 장애정도심사위원회에서 예외적인 장애등록 인정 절차를 만든 과도기적 상황에서 장애정도심사위원회를 실효적으로 운영될 수 있도록 할 필요가 있다. 아직 인정범위에 포함되지 않은 HIV 감염인 등 회복되기 어려운 고착화된 신체적·정신적 손상과 그로 인한 사회적·일상적 제약을 겪는 사람들까지 장애인등록을 통해 필요한 지원을 받도록 할 필요가 있기 때문이다.

1안의 목적을 달성하기 위하여 우선 장애인등록제도 안에서 장애정도 심사기준을 전면 개편하도록 한다. 즉 현행 법률과 시행령은 필요시 개정하고, 장애정도 심사기준 내 '예외적 장애 인정기준'을 규정하여 장애인복지법에서 규정하지 않은 정책대상자들이 등록할 수 있도록 세부 절차를 마련하는 것이다. 이는 질환 유형에 상관없이 일상생활과 사회참여에 어려움을 가지는 사람들을 장애인으로 인정하여 이후 장애인복지서비스에서 배제되지 않도록 함을 의미하기도 한다. 법률과 시행령 등을 개정하여 사회적 장애개념에 따른 정책대상자를 선정하는 것이 가장 이상적일 것이지만, 이를 바로 시행하는데 시간과 행정 인력 등의 소요를 고려하여, 장애인등록제도 폐지의 과도기적 안이라 할 것이다.

1안의 장애인등록제도의 개편은 예외적 장애 인정 대상자 확대를 위한 세부방안 마련이 핵심이다:

첫째, 사회적 장애정의에 따른 예외적 장애 인정 대상자 확대
둘째, 예외적 장애 인정 판정기준 마련
셋째, 예외적 장애 인정 심사 기준 마련

② 주요 내용

가. 예외적 장애인정 개념 도입

예외적 장애인정 개념은 사회정치적 의미의 사회적 모델을 장애로 정의하는 것으로, 현행 장애인복지법 판정기준에 해당되지 않은 대상자들을 의미한다. 예를 들면, 15개 장애유형에 포함되지는 않으나 신체적 및 정신적 장애로 인하여 일상생활 및 사회참여 제약이 있는 자들에게 장애인복지서비스를 받도록 창구를 열어놓는 것이다. 그 이유는 2021년 4월 예외적 장애인정을 위해 장애심사위원회를 강화하였으나, 예외적 장애인정이 되기 위해서는 “보건복지부 장관이 인정하는 건”으로 현장에서 장애당사자가 직접 할 수 있는 방법이 없다. 실제 예외적 장애인정은 2022년 현재까지 단 한건으로 2020년 5월 뚜렛증후군의 장애인정 행정소송에 따른 대법원의 조치 사항의 보건복지부 인정 건이 해당된다. 결과적으로 현행을 유지하게 된다면, 예외적 장애인정은 극소수일 것이며, 당사자들은 행정소송으로 많은 시간과 비용을 소요할 가능성이 높다.

따라서 예외적 장애인정 절차를 실제로 마련하여 사각지대에 놓인 잠재적 장애인에게 서비스를 제공할 수 있는 기회를 제공할 필요가 있다. 특히 이들이 장애로 인정될 경우, 장애유형은 ‘기타 장애’로 명시하여 이러한 장애로 등록할 수 있는 길을 열어두고 별개의 서비스지원을 할 수 있도록 한다. 대법원에서는 15개 유형으로 유추하여 유사장애유형으로 판단하도록 하였다. 그러다보니 현재 뚜렛증후군은 정신장애로 등록되더라도, 정신과적 악물치료를 받지 않는 경우가 있는 등 정신장애와 특성이 다르다. 즉 정신장애인에 대한 지원과 다른 별개의 지원이 필요한데도 정신장애로 등록되면 별도의 필요한 지원을 받지 못하게 될 수 있다. 따라서 등록 유형별로 서비스를 제공하는 현재 장애인복지체계 구성 상 정신장애 특성이 적은 이들에 대한 서비스 제공이 쉽지 않을 수 있다. 이에 기타 장애의 장애 특성과 일상의 어려움을 심사하여 그에 부합하는 지원을 받을 수 있도록 하는 것이 타당하다.[70]

뿐만 아니라 예외적 장애인정으로 판단된 대상자는 감면할인서비스 등 모든 서

비스의 이용에 대한 기회가 등록장애인과 동일하게 적용되는 특징이 있다.

나. 예외적 장애 인정 판정기준 마련

예외적 장애 인정 판정기준은 앞서 장애개념을 사회정치적 의미의 사회적 모델을 장애로 정의하였다. 동 정의에 따른 장애판정은 일반적으로 사회적 기능에 초점을 둔다. 즉 차별과 억압 등을 포괄하는 환경적 상황과 개인적 상황 등을 고려한 일상생활 및 사회참여의 제약 수준으로 '장애'를 판단한다. 우리나라의 일상생활제약과 수단적 일상생활 제약을 평가하는 서비스지원종합조사도구를 예로 들 수 있다.

동 도구를 통해 당사자의 사회적 기능을 평가할 뿐, 아직까지 개인적 요인과 차별 등의 환경적 맥락까지 고려하여 평가를 하고 있지는 않다. 그럼에도 현재 활용할 수 있는 평가도구는 '장애인서비스지원종합조사'(이하 '종합조사')도구를 제안할 수 있다. 종합조사 사정도구는 주로 ADL과 IADL과 관련된 문항들이 구성되어 있으며, 2019년에는 장애인활동지원서비스, 2020년에는 이동지원 서비스, 2022년에는 고용소득지원 서비스를 위한 대상자 판정에 활용범위를 확대하고 있다. 그래서 종합조사 사정도구는 당사자의 일상생활 및 사회참여의 어려움을 구체적으로 파악할 수 있다는 점에서 현저한 의미를 가진다.

뿐만 아니라 손상의 평가 역시도 필요하다. 사회정치적 의미의 사회적 모델의 정의에 따른 대상자 선정은 개인 및 환경적 맥락을 고려한 사회적 기능제약으로 판단하는 것이 가장 이상적일 것이다. 그러나 현행 장애인의 정의와 장애판정기준과의 형평성을 고려한다면 손상평가는 이루어질 필요가 있다. 즉 15개 장애유형은 손상평가를 하고 있으면서, 예외적 장애 인정은 사회적 기능만 보겠다는 것은 형평성에 어긋나는 것으로 비춰지기 때문이다. 따라서 손상평가는 신체 구조와 기능의 손상을 판단하는 것으로, 15개 장애유형의 손상평가는 보건복지부 고시 '장애정도 판정기준'에 의하고 있으나, 15개 외 장애유형의 범주는 대한의학회의 장애평가기준과 활용의 자료를 활용하는 것을 제안한다. 이를 통해 손상의 판단을 통해 의학

70) 본 연구자는 장애유형의 확대는 반대하지만 전문가 의견에 따르면, 만약 유형을 추가한다면 HIV감염인에 대한 '면역 장애' 유형을 추가하는 것을 고려할 수 있다는 의견을 주었다. HIV 감염인은 회복되지 못하는 면역의 상실, 고착화된 건강상태로 인한 일상생활의 어려움, 사회에 만연한 차별 등의 요소를 고려하면 등록하여 지원할 필요성이 큰 장애인이라 할 수 있다. 그러나 HIV감염의 경우 병의 특성이 고유하여 현행법 체계처럼 15개 유형으로 유추하여 유사장애유형으로 판단하는 경우 등록할 수 있는 유사한 장애 유형이 마땅치 않다. 집단도 비교적 명확하게 드러나 유형에 맞는 지원체계도 구축이 용이할 수 있다.

적 중증을 판단하고, 이 경우에는 종합조사를 실시하지 않는다. 그리고 손상 여부 또는 일상생활 제약의 판단이 어려울 경우에만 종합조사를 통해 일상생활 및 사회참여 제약을 판단하는 것이다. 즉 뚜렛증후군의 장애인정 시, 손상의 판단과 종합평가를 통해 장애로 인정한 바 있다. 1안은 손상의 판단정도와 종합평가 두 가지를 종합적으로 적용한 것으로 현행 1개의 손상기준을 통해 15개 장애유형을 판단하는 기준과 형평성 논란이 있을 수 있어, 전문가의 의견에 따라 두 가지를 모두 적용하지 않고, 의학적 중증의 경우에는 종합평가를 제외하고, 그렇지 않은 경우에는 종합평가를 실시하도록 하였다.

다. 예외적 장애 인정 심사 기준 마련

예외적 장애 인정 심사의 절차적 규정을 위하여 장애인복지법, 장애인복지법 시행령, 장애정도 심사규정 제14조(예외적 인정 신청 등) 등 개정 및 규정의 신설이 요구된다. 즉 현행 장애정도심사규정에 따르면 장애등록신청을 하였다가 거부당하고 이의신청을 한 경우에 한하여, 장애정도판정기준의 문리적 해석만으로 장애정도를 판정하기 어려운 경우와 다른 장애유형과의 형평성을 고려할 필요가 있다고 보건복지부장관이 인정하는 건에 대해서만 장애정도심사위원회의 심사를 받도록 되어 있으므로, 장애 유형에 해당하지 않은 장애인이 별도의 절차로 장애등록을 신청하면 장애정도심사위원회에서 심사할 수 있도록 개정이 필요하다.

특히 일반적인 장애등록절차와 같이 국민연금공단에서 의료기관의 진단서를 받아 장애정도판정기준에 맞는지 여부를 판단하여 기계적으로 결정하고 있다. 장애정도판정기준에 따라 사실상 기속행위와 같이 업무가 처리되고 있으므로 장애정도판정기준이 마련되지 않은 예외적 장애인정절차를 공단에서 심사하는 것이 어려울 수 있으며, 광범위한 재량이 국민연금공단에서 관련 업무를 수행하는 몇 전문의에게 부여되는 것에 대한 우려도 있다. 그러므로 2안을 통해 관계 공무원, 전문의 등 다수가 함께 논의하고 실질적인 신체적 손상의 정도와 일상생활 및 사회생활의 어려움을 조사하여 장애등록여부를 결정할 수 있도록 하는 것이 타당하다. 장애정도판정기준을 별도로 마련할 수 없어 15개 유형 외의 장애를 가진 사람들이 장애등록을 신청하는 경우에는 폭넓은 재량적 판단이 필요하므로 장애정도심사위원회의 심의를 통해 결정하도록 하는 것이 바람직하다.

이를 위해 장애인복지법, 시행령, 고시 등의 개정사항을 제시하면 다음과 같다.

가) 장애인복지법 개정(안)

장애인복지법의 개정사항이다. 2안의 이행을 위해서는 현행 '장애정도심사규정' 고시 만을 개정하는 것이 직접적인 방법이 될 수 있다. 다만 구체적인 내용은 현행과 같이 위임하더라도 법령에 관련 내용을 명시하여 규범력을 확보하는 방안을 생각해볼 수 있다. 이 경우 현재 이의신청을 하는 경우 예외적으로 심사하는 장애정도심사위원회가 장애인복지법 제2조에 해당하는지 지자체에서 판정이 어려운 모든 장애유형을 판단하기 위한 위원회로 기능하게 되는 것을 말한다(별도의 이의신청절차를 담당할 기관이 필요할 수 있음).

2안이 장애등록제도가 가진 근본적인 한계를 해결할 수 있는 근본적인 방법이 아니고 임시적 절차임을 고려할 때 법을 개정하는 것이 추후 4안으로의 이행을 어렵게 만들 수 있으므로 시행령 및 고시를 개정하는 것이 바람직해 보인다.

〈표 Ⅶ-3〉 장애인복지법 개정(안) (1)

현행	개정(안)
제32조(장애인 등록) ①장애인, 그 법정대리인 또는 대통령령으로 정하는 보호자(이하 "법정대리인등"이라 한다)는 장애 상태와 그 밖에 보건복지부령이 정하는 사항을 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수 또는 구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 등록하여야 하며, 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 맞으면 장애인등록증(이하 "등록증"이라 한다)을 내주어야 한다. 〈개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2017. 2. 8.〉	제32조(장애인 등록) ① 기존과 같음
② 삭제 〈2017. 2. 8.〉	②〈신설〉 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장이 1항에 따른 장애인 등록에 있어 등록을 신청한 장애인이 제2조에 따른 기준에 부합하는지 판정하기 어려운 경우 심사를 보건복지부에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다.
③ 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제1항에 따라 등록증을 받은 장애인의 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도 조정을 위하여 장애 진단을 받게 하는 등 장애인이나 법정대리인등에게 필요한 조치를 할 수 있다. 〈개정 2017. 2. 8., 2017. 12. 19.〉	③~⑦ 기존과 같음
④장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정(査定)	⑧제1항 및 제2항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 보건복지부의 예외적 장애 정도 심사, 장애판정위원회 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18.,

현행	개정(안)
에 관한 업무를 담당하게 하기 위하여 보건복지부에 장애판정위원회를 둘 수 있다. 〈개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2017. 12. 19.〉 ⑤등록증은 양도하거나 대여하지 못하며, 등록증과 비슷한 명칭이나 표시를 사용하여서는 아니 된다. ⑥ 특별자치시장 · 특별자치도지사 · 시장 · 군수 · 구청장은 제1항에 따른 장애인 등록 및 제3항에 따른 장애 상태의 변화에 따른 장애 정도를 조정함에 있어 장애인의 장애 인정과 장애 정도 사정이 적정한지를 확인하기 위하여 필요한 경우 대통령령으로 정하는 「공공기관의 운영에 관한 법률」 제4조에 따른 공공기관에 장애 정도에 관한 정밀심사를 의뢰할 수 있다. 〈신설 2010. 5. 27., 2015. 6. 22., 2015. 12. 29., 2017. 12. 19.〉 ⑦ 삭제 〈2021. 7. 27.〉 ⑧제1항 및 제3항부터 제6항까지에서 규정한 사항 외에 장애인의 등록, 등록증의 발급, 장애 진단 및 장애 정도에 관한 정밀심사, 장애판정위원회 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2008. 2. 29., 2010. 1. 18., 2010. 5. 27., 2015. 12. 29., 2017. 2. 8., 2021. 7. 27.〉	2010. 5. 27., 2015. 12. 29., 2017. 2. 8., 2021. 7. 27.〉

나) 장애인복지법 시행령 개정(안)

시행령의 개정은 다음과 같다. 두 가지 안을 고려할 수 있다. 첫째, 시행령 별표 1을 개정하는 것이다. 시행령 별표 1은 15개의 유형의 장애 조항이 '오로지 그 조항에 규정된 장애에 한하여 법적 보호를 부여하겠다는 취지로 보아 그 보호의 대상인 장애인을 한정적으로 열거한 것으로 새길 수는 없다'는 대법원 판결(대법원 2019. 10. 31 선고 2016두50907)의 취지를 반영할 때, 시행령에서 관련 내용을

명시하여 장애등록 절차에서 15개 유형 외의 장애를 판단할 수 있는 근거를 만들어줄 필요가 있다. 따라서 아래와 같이 16번의 항을 추가할 필요가 있다.

장애의 종류 및 기준에 따른 장애인(별표 1)
1. 지체장애인 2. 뇌병변장애인 ⋮ 16. (신설) 그 밖에 1~15.에 준하는 신체적·정신적 기능의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람(기타 장애)

둘째, 시행령 제2조를 개정하는 안으로, 별표 1과 연관된 개정사항이라 할 수 있다.

〈표 Ⅶ-4〉 장애인복지법 시행령 개정(안)

현행	개정(안)
제2조(장애의 종류 및 기준) ①「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 사람을 말한다. 〈개정 2018. 12. 31.〉 ② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2018. 12. 31.〉	제2조(장애의 종류 및 기준) ①「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 사람 및 보건복지부장관이 정하는 바 따라 별표 1에 준하는 장애가 있다고 인정받은 사람 (신설)을 말한다. 〈개정 2018. 12. 31.〉 ② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.

다) 장애정도심사규정 개정(안)

장애정도심사규정을 아래와 같이 개정하도록 한다. 이는 앞서 설명한 내용들을 모두 포괄하여 제안한 것이다.

〈표 Ⅶ-5〉 장애정도심사규정(보건복지부고시)

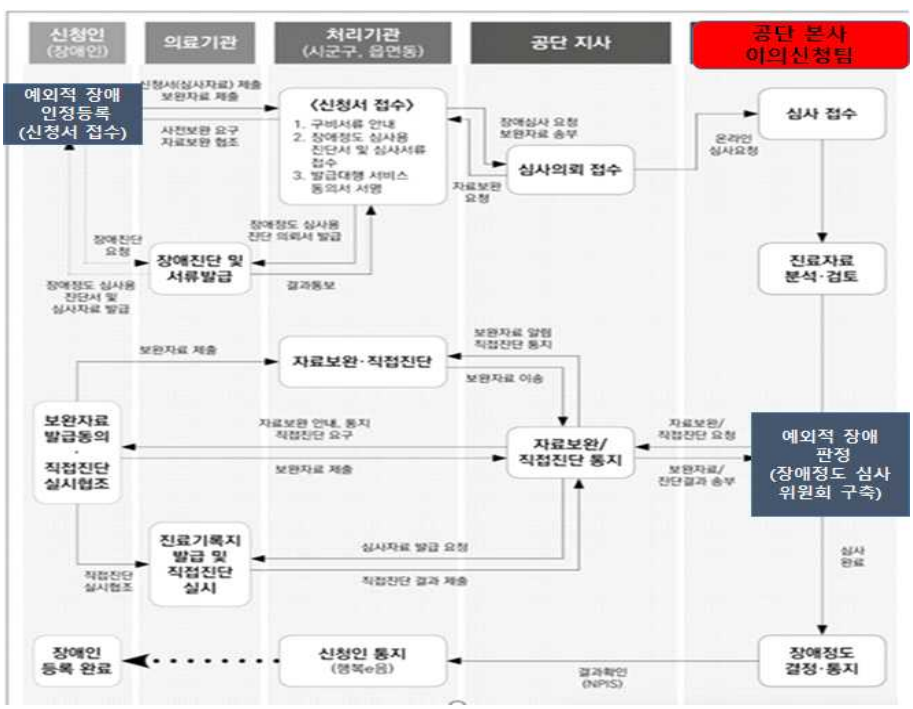
현행	개정(안)
제13조(이의신청 등) ① 심사대상자가 심사결과에 이의가 있는 경우 추가서류 보완 등을 하여 시장·군수·구청장으로부터 [별지 제1호서식] 장애정도결정서의 통보를 받은 날로부터 90일 이내에 시장·군수·구청장에게 이의신청을 할 수 있다. 다만, 이의신청은 1회에 한한다. ② 이의신청을 접수한 시장·군수·구청장은 이의신청사항과 추가서류 등을 첨부하여 제7조에 따라 심사를 의뢰하여야 한다. ③ 장애정도 심사결과에 대한 이의신청 등의 심사를 위하여 필요한 경우 별도의 위원회를 구성하여 심사할 수 있다. ④ 이의신청에 따른 심사절차와 방법, 결과 통지에 관하여는 제9조 및 제10조 및 제12조의 규정을 준용한다. ⑤ 심사대상자는 이의신청 심사결과에 불복하는 경우 시장·군수·구청장으로부터 심사결과를 통지받은 날로부터 90일 이내에 행정심판 또는 행정소송을 제기할 수 있다.	좌동
-	(신설) 제14조(예외적 인정 신청 등) ① 시행령 [별표1]에 해당되지 않는 신체적·정신적 장애로 일상생활 및 사회참여에 오랜기간 동안 어려움이 있는 자는 요구되는 서류를 작성하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 제출(이하 "예외적 장애인정 신청"이라 한다)할 수 있다. ② 예외적 장애인정 신청을 접수한 시장·군수·구청장은 신청사항과 서류 등을 첨부하여 제7조에 따라 심사를 의뢰하여야 한다. ③ 장애정도 심사결과에 대한 예외적 장애인정 신청 등의 심사를 위하여 필요한 경우 별도의 위원회를 구성하여 심사할 수 있다. ④ 예외적 장애인정 신청에 따른 심사절차와 방법, 결과 통지에 관하여는 제9조 및 제10조 및 제12조의 규정을 준용한다. ⑤ 심사대상자는 예외적 장애인정 신청 심사결과에 불복하는 경우 제13조에 따라 이의신청 절차를 진행할 수 있다. 이 때 이의신청 심사에

현행	개정(안)
	참여하는 장애정도심사위원회의 위원은 3항에 따른 장애인정 신청 심사에 참여하지 않은 위원으로 한다.
제14조(장애정도심사위원회) ① 제13조제3항에 따라 심사하는 경우에는 의료전문가, 복지전문가 및 관계공무원 등이 참여하는 장애정도심사위원회(이하 "위원회"라 한다)를 구성하여 심사한다. ② 위원회는 다음 각호의 사항을 심사한다. 1. 장애정도 심사결과에 대하여 심사대상자가 이의신청하는 것 중 추가적인 확인이 필요하다고 공단이 인정하는 건 2. 장애정도 판정 시 개인의 신체적 · 정신적 특성 등을 고려할 필요가 있다고 공단 또는 위원장이 인정하는 건 3. 장애정도판정기준의 문리적 해석만으로 장애정도를 판정하기 어려운 경우와 다른 장애유형과의 형평성을 고려할 필요가 있다고 보건복지부장관이 인정하는 건 ③ 위원회는 공단에 설치하고 80인 내외의 위원으로 구성한다. ④ 위원회의 회의는 제출된 심사건에 따라 위원 중 10명 이내의 위원을 선임하여 심사한다. ⑤ 위원장은 외부 위원 중 공단 이사장이 임명한다. ⑥ 위원회는 월 1회 정기적으로 개최하며, 임시회는 위원장이 필요하다고 인정하는 때 개최할 수 있다. ⑦ 위원회는 심사대상자가 대면심사를 희망하고 위원회에서 대면심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 심사대상자를 위원회에 직접 참석시켜 의견진술기회를 부여할 수 있다. ⑧ 위원회는 정밀한 장애심사를 위해 필요하다고 인정되는 경우 직접진단 또는 방문 조사를 할 수 있다. ⑨ 위원회 운영과 관련한 세부적인 사항은 공단이 따로 정한다.	**제15조(장애정도심사위원회)** ① 제13조제3항, 제14조 3항(추가)에 따라 심사하는 경우에는 의료전문가, 복지전문가 및 관계공무원 등이 참여하는 장애정도심사위원회(이하 "위원회"라 한다)를 구성하여 심사한다. ② 위원회는 다음 각호의 사항을 심사한다. 1. 장애정도 심사결과에 대한 심사대상자 이의신청 중 추가적인 확인이 필요하다고 공단이 인정하는 건 2. 장애정도 판정 시 개인의 신체적 · 정신적 특성 등을 고려할 필요가 있다고 공단 또는 위원장이 인정하는 건 3. 장애정도판정기준의 문리적 해석만으로 장애정도를 판정하기 어려운 경우와 다른 장애유형과의 형평성을 고려할 필요가 있다고 보건복지부장관이 인정하는 건 4. 제14조에 따라 의뢰된 예외적 장애인정 신청 건 ③ 위원회는 공단에 설치하고 80인 내외의 위원으로 구성한다. ④ 위원회의 회의는 제출된 심사건에 따라 위원 중 10명 이내의 위원을 선임하여 심사한다. ⑤ 위원장은 외부 위원 중 공단 이사장이 임명한다. ⑥ 위원회는 월 1회 정기적으로 개최하며, 임시회는 위원장이 필요하다고 인정하는 때 개최할 수 있다. ⑦ 위원회는 심사대상자가 대면심사를 희망하고 위원회에서 대면심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 심사대상자를 위원회에 직접 참석시켜 의견진술기회를 부여할 수 있다. ⑧ 위원회는 정밀한 장애심사를 위해 필요하다고 인정되는 경우 직접진단 또는 방문 조사를 할 수 있다. ⑨ 위원회 운영과 관련한 세부적인 사항은 공단이 따로 정한다.

라) 예외적 장애인정 심사절차

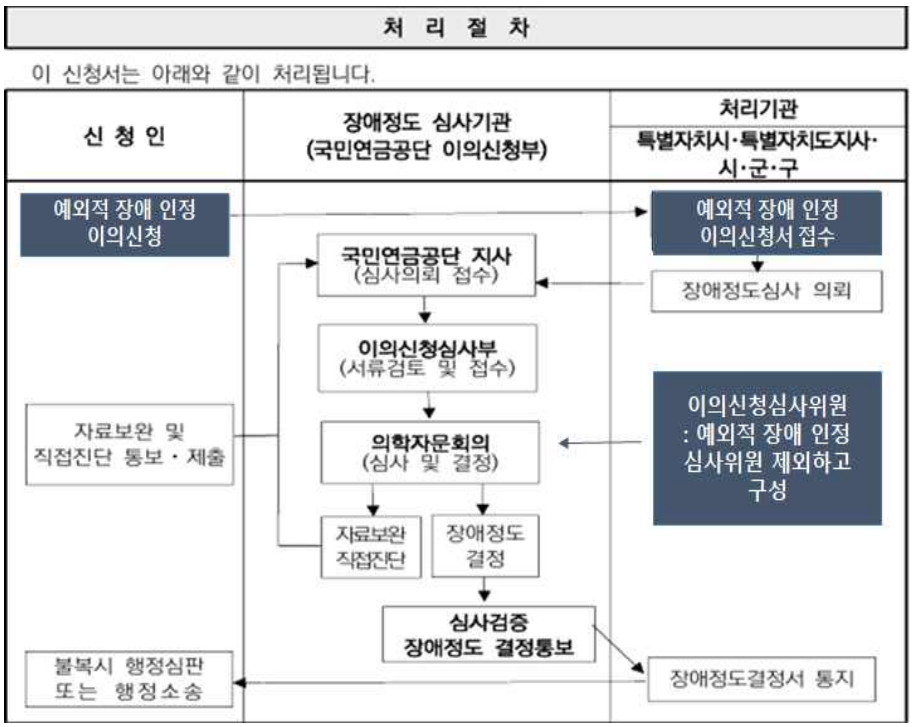
예외적 장애인정 절차는 현행 이의신청과 상이하다. 이의신청은 장애인등록신청을 한 후 장애판정결과에 불복하면 이의신청 또는 행정심판을 하는 것이다. 특히 이의신청의 전제는 장애정도 판정기준에서 규정한 장애범주에 포함되는 지(장애분류 및 정도)이다.

그러나 예외적 장애 인정 심사 절차는 이의신청이 아닌, 장애인등록시 예외적 인정 심사를 신청하는 것이다. 즉 장애인복지법 15개 유형에 제외된 대상자들은 장애인등록과 유사하게 예외적 장애 인정 심사 의뢰서를 작성하고 당사자는 이와 관련된 서류들을 구비하여 주민센터에 요청하게 되면, 주민센터는 관할 국민연금공단으로 서류를 이전하고, 이에 대한 판단은 국민연금공단 본사에서 실시 하도록 하며, 현행 이의신청을 담당하는 곳에서 장애정도심사위원회를 꾸려서 판단하는 체계이다.



[그림 Ⅷ-1] 예외적 장애인정 신청 절차(안)

예외적 장애인정 절차에 불복하는 경우 예외적 장애인정에 대한 이의신청 절차를 마련할 필요가 있다. 이는 기존 15개 장애 유형에 해당하는 장애인들의 등록절차와 비교할 때 형평에도 어긋나므로 별도의 이의신청 절차를 마련해야 할 것이다. 같은 장애정도심사위원회와 별개의 독립된 조직에서 이의신청을 심사하도록 하거나, 새로운 위원회 등을 만드는 것이 현실적으로 어려우므로 장애정도심사위원회의 다른 위원들이 이의신청절차를 진행하도록 할 수 있도록 제안한다.



[그림 Ⅶ-2] 예외적 장애인정 이의신청 절차(안)

마) 예외적 장애인정 대상자에 대한 논의

1안의 예외적 장애인정은 장애인복지법 15개 장애유형에 해당되지 않은 경우이다. 그러나 15개 장애유형에 포함된 대상자 외에도 현재 미비한 기준에 부합하지 않는 경우라도 예외적 장애인정 신청 절차를 통해 실질적인 장애 정도를 판단 받을

수 있도록 해야 할 필요가 있다. 즉 2021년 10개 질환을 장애인정범위로 확대하며 각 질환에 대한 장애등급판정기준을 만들긴 하였으나 그 질환이 고유적으로 야기하는 신체적 손상과 그로 인한 신체적 정신적 어려움을 고려한 기준을 만들지 않고 형식적으로 등록되도록 하고 있다. 이에 장애등록된 희귀질환자들이 필요한 지원을 받지 못하고 있는 상황으로, 이들 역시 예외적 장애인정 신청절차를 통해 실질적 어려움을 판단받고 필요한 지원을 받을 수 있도록 할 필요가 크다. 아울러 2021년 4월 보건복지부가 확대한 10개의 인정질환에 대해서도 각 질환의 고유한 신체적 손상과 이에 따른 사회적 일상적 제약을 판단할 수 있는 기준을 마련하지 못하고 있어, 장애등록이 가능한 질환을 가지고 있음에도 그 장애 정도를 제대로 판단받지 못한 채 부당하게 장애등록이 거부당하고 소송에서 패소하는 사례들이 발견되고 있다(부산고등법원 2021. 5. 7.선고 2020누22947 판결). 장애인으로 등록이 되더라도 '정도가 심하지 않은 장애'로만 인정하고 있어 형식적인 장애등록 외에 이동편의 등 필요한 지원을 받지 못하는 사례도 발견되고 있다.

그러므로 이들에 대해서도 현재 미비한 기준에 부합하지 않는 경우라도 예외적 장애인정 신청 절차를 통해 실질적인 장애 정도를 판단 받을 수 있도록 해야 할 것이다. 이들 역시 현재와 같이 유사 유형의 장애로 등록되는 것보다, 시행령 조항 개정을 통해 '기타 유형'의 장애로 등록되어 각 장애 특성과 개인적 필요에 맞는 서비스를 지원을 받을 수 있게 되어야 할 것이다. 본 연구자는 유형 확대 방식의 장애등록범위를 넓히는 것에 부정적이나, 만약 이미 10개의 질환이 새로운 장애유형으로 확대된 이상 이를 바꾸기 어렵다면, 장기적으로 확대된 유형의 장애의 판정기준을 각 질환의 특성을 고려하여 만들어 나가야 할 것이며, 이들의 장애 특성에 필요한 서비스 구축도 함께 이뤄져야 할 것이다.

(2) 2안 : 장애인등록제도 유지 + 장애판정제도(15개 장애유형 등) 전면 개편(판정기준 및 판정방법의 개편) + 서비스별 대상자 선정 기준 마련

① 목적

장애인등록제도의 개편방안으로서 제2안은 포괄적 장애 개념의 도입과 서비스별 사정체계를 통한 대상자 확대를 핵심에 둔다. 즉 장애인등록제도를 유지하면서 장애판정제도를 전면 개편하고 장애인복지서비스별 대상자 선정 기준을 구축하는 것이다. 현재의 장애인등록체계는 15개 장애유형에 해당하는 사람들에게 장애인

등록을 허용하고, 그 후 바로 서비스별 적격성을 부여하였다면, 2안에서는 장애인 등록과 서비스 대상자 선정 사이에 서로 별개의 이중 시스템을 구축하면서 상호보완적인 관계를 형성하는 특성을 가진다.

2안의 목적을 달성하기 위하여 우선 CRPD와 ICF의 장애개념에 따라서 장애인등록제도 안에서 장애판정제도-전체 장애판정기준과 심사기준-를 전면 개편한다. 즉 질환 유형에 상관없이 일상생활과 사회참여에 어려움을 가지는 사람들을 장애인으로 인정하여 이후 장애인복지서비스에서 배제되지 않도록 한다. 또한 현대 의학으로 명확한 진단이 어려워 질환이나 손상이 분명하게 나타나지 않더라도 일상생활 및 사회참여 제약이 발생한다면 장애로 인정하여 장애인등록체계 안에 포함시킨다. 이러한 2안의 의미는 우리나라의 장애 개념과 그에 따른 장애판정제도를 ICF와 CRPD의 장애개념에 일치시키는 것에 있다. CRPD 2-3차 한국 심의 관련 UN 장애인권리위원회 최종견해 '초안'에서도 우리나라의 협소한 장애 개념을 지적하면서, 심리사회적 장애인, 지적장애인, 시청각장애인, HIV/AIDS 감염장애인 등 모든 장애를 포함하는 장애 개념을 채택할 것을 권고하였다. 따라서 제2안은 장애인등록제도의 개편은 ICF 장애개념에 따른 장애판정체계의 근본적인 변화를 추진한다.

이와 함께 2안에서는 서비스 목적에 따른 서비스별 사정체계를 구축한다. 왜냐하면 현행 제도하에서는「장애인복지법」의 '장애 정의'에 포함되지 않아 장애인복지서비스 및 정책영역에서 배제되는 '대상자 배제오류'가 발생하고 있기 때문이다(조윤화, 김용진, 이율희, 이혜수, 2019). 그래서 법률적 장애 정의에 포함 여부보다도 각 서비스별 목적과 필요성에 따라서 대상자를 선별해가는 절차는 매우 중요하다. 따라서 2안에서는 각 서비스별 대상자와 장애인등록을 한 사람들이 항상 동일하지 않으며 각 서비스의 목적에 따라서 장애인등록에서 배제된 사람들도 각 서비스별 적격 기준을 충족한다면 수급권을 부여하는 체계를 가진다. 그리고 각 서비스별 대상자 선정시 장애인등록을 한 장애인에게는 필요시 우선적으로 서비스 적격성을 인정하거나 대상자 선정 절차에서 편익을 제공한다.

이렇게 2안의 장애판정제도의 전면 개편과 장애인복지서비스별 대상자 선정 기준의 구축은 UN 장애인권리위원회 최종견해 초안에서 밝히고 있는 것처럼 모든 장애인의 특성과 욕구를 인정하는 것을 보장하고 더 나아가 장애인등록체계에서 배제되는 그룹들에게도 장애인복지서비스를 이용할 수 있는 기회를 제공하여 서비스별 목적에 부합된 정책대상자를 발굴 및 확대하는데 목적을 가진다.

제2안의 목적을 실현하기 위하여 다음과 같은 세부적인 방안이 포함된다:

첫째, 법적 장애 개념의 개정
둘째, 새로운 장애정도판정기준의 도입
셋째, 다학제 팀을 통한 장애판정
넷째, 장애판정 절차에서 장애 당사자의 사회적 제약에 대한 진술의 고려
다섯째, 서비스 목적에 따른 서비스별 사정체계의 구축

② 주요 내용

가. 법적 장애 개념의 개정

제2안의 목적을 달성하기 위한 첫 번째 출발점은 '법적 장애 개념의 완전 개정'을 들 수 있다. 현행 장애인복지법의 장애 개념으로는 제2조(장애인 정의)에서 '① "장애인"이란 신체적 · 정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.'고 정의하고 있다. 이 조항은 1991년 4월 1일 개정때 변화된 규정을 기반으로 하고 있으며, 그 중 '장기간에 걸쳐' 가 '오랫동안'으로 변화되었을 뿐 다른 내용은 동일하다. 이러한 법적 정의는 장애 개념과 장애판정제도의 초석을 쌓는데 중요한 토대가 되었으며, 장애를 '일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약'으로서 바라보고 있다는 점에서 중요한 의미를 가진다. 그러나 현행 장애 정의는 두 가지 점에서 완전 개정의 필요성이 존재한다. 첫째 제2조(장애인의 정의)이하의 조항에서 장애인을 신체적 · 정신적 장애로만 한정시키고 있으며 대통령령에서 구체적인 장애 종류(15개 장애 유형)를 언급하고 있다. 둘째, 장애를 '일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약'으로 바라보면서도 그에 대한 구체적인 설명이나 진술이 장애인복지법 뿐만 아니라 동법 시행령에서 나타나 있지 않다. 그래서 '일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약'을 의학적으로 '신체적, 정신적 손상의 결과'로 귀속시키는 것을 정당화시키고 있다. 이것은 상위법에서는 사회적 모델로서 장애를 정의하고있지만 하위법(시행령과 시행규칙)에서 의학적 모델로서 바라보는 내용상의 모순이 발생하고 있다. 또한 실제로 의학적 관점하에서 장애를 신체적 · 정신적 장애로만 한정하고 그것에 따른 하위 장애목록에 해당되지 않는 그룹들은 법적 장애에서 제외되는 결과가 나타나고 있다. 예를 들어 사회적, 환경적 요인에서 발생하는 많은 그룹들(예: AIDS)이 장애로 인정받지 못하며, 그로 인하여 장애

인복지서비스에서도 배제되는 상황이 발생하고 있다.

따라서 현재 의학적 관점에 근거한 법적 장애 개념을 사회적 모델에 기반한 장애 개념으로 완전한 수정은 필요하다. 즉 '개인의 손상의 결과'로서 일상생활과 사회생활의 제약이 있는 것이 장애가 아니라 개인의 손상 뿐 아니라 '사회참여를 가로막는 사회환경적 요인의 결과'로서 장애를 분명하게 명시하는 것이다. 그것을 통하여 장애여부와 장애정도를 판정하는 장애판정제도의 전면 개편이 이루어질 수 있는 법적 정당성을 가진다.

법적 장애 개념은 CRPD에서 사회적 관점으로서의 장애 정의에 상응하는 수준으로 개정되어야 한다. CRPD의 장애 정의를 국내법에 적용하려는 노력은 현재 진행중인 장애인복지법의 완전 개정안 또는 '장애인권리보장법(가칭)'에서도 적극적으로 나타나고 있다. 따라서 제2안의 법적 장애 개념은 사회적 장애로서의 정의가 분명하게 제시한다. 이와 함께 현재 동법 시행령 제2조(장애 종류와 기준)와 별표 1('장애의 종류와 기준에 따른 장애인')에 관한 내용을 삭제하여 의학적인 장애 종류에 따라서 장애인을 한정시키지 않고 문화적·물리적·제도적 장벽에 기반한 사회·환경적으로 발생하는 장애를 포함시킨다.

〈표 Ⅶ-6〉 장애인복지법 개정(안) (2)

장애인복지법	
현행	개정(안)
제2조(장애인의 정의 등) ① "장애인"이란 신체적 · 정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다. ② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다. 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다. 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다. ② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2018. 12. 31.〉	제2조(장애인의 정의 등) ① "장애"이란 사회의 문화적 · 물리적 및 제도적 장벽 등의 환경적 요인과 신체적 · 정신적 특성 등의 개인적 요인 간의 상호작용으로 인하여 완전하고 효과적인 사회참여에 제약이 있는 상태를 말한다. ② "장애인"이란 제1호에 따른 장애가 있는 사람을 말한다. ③ 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자를 말한다. 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다. 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다. ② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.

장애인복지법 시행령	
현행	개정(안)
제2조(장애의 종류 및 기준) ①「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 사람을 말한다.〈개정 2018. 12. 31.〉 ② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.〈개정 2018. 12. 31.〉	제2조(장애의 정도) ① 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.

나. 장애정도판정제도 개편

제2안에서는 장애판정제도의 전면 개편이 핵심으로 간주된다. 즉 장애인등록제도의 근간이라 할 수 있는 '장애정도판정기준'과 '장애정도심사기준'의 전면 개편을 추진한다. 왜냐하면 현재의 장애정도판정기준과 장애정도심사기준은 세가지 측면에서 비판이 제기되고 있기 때문이다. 첫째, 의학적으로 15개 장애유형만을 장애로 인정하고 있다. 둘째, 판정 절차 안에는 일상생활 및 사회참여의 어려움을 판정할 수 있는 심사기준이 미비하다. 셋째, 장애 당사자들의 의견 진술 기회의 부재로 인하여 많은 소수자 그룹들이 배제되고 있다. 이렇게 우리나라의 장애판정제도는 당사자성과 자기결정을 강조하는 CRPD의 내용과 현재 프랑스, 독일, 호주 등 장애 판정체계와는 배치되고 있다. 따라서 장애판정제도의 개편을 통하여 일상생활과 사회참여에 어려움을 가지는 모든 질환들을 장애로 인정하고 ICF 수준에 걸맞는 장애범위의 확대하는 것은 매우 중요하다.

'장애정도판정기준'의 개편으로는 우선 현재 제도에서 핵심인 15개 장애 종류를 미리 정하고 그 장애종류에 해당하는지의 여부를 판정하는 체계를 폐지한다. 그 대신에 개인의 신체적·정신적 침해가 어디에 존재하는지, 그러한 침해가 기능적 측면에서 얼마나 영향을 미치는지에 대해 종합적으로 판정할 수 있는 새로운 장애정도판정도구, 특히 'KAMS'를 도입한다. KAMS는 '대한의학회 장애평가기준'으로서 '신체손상(장애)률'을 평가하기 위한 도구이다. KAMS의 특징으로는 다음과 같은 두가지 점에서 찾을 수 있다: 첫째, KAMS에서 제시한 '장애'란 '손상 여부'를 의미하는 것이 아니라 '직업이나 일을 떠나 사람으로서 생활하는 데 겪는 어려움의 정도'를 뜻하고 있으며 이를 '의학적 장애'로 명명한다는 점에 있다(대한의학회, 2016). 둘째, KAMS의 또 다른 유용성은 ICF의 분류체계를 반영한 전체 질환을

포함하고 있는 한국형 장애진단기준이라는 점에 있다. 물론 KAMS의 장애율은 의학적 기준에 초점을 맞추고 있다는 한계점이 존재하지만 ICF의 신체 부위에 기반한 기능제한 체계를 충실히 따르고 있다는 점이다. 그래서 KAMS의 기준은 신체 부위에 따라서 모든 질환을 포괄할 수 있으며 그와 관련된 기능제약을 살펴볼 수 있다.

ICF의 분류체계를 기반한 장애판정도구는 해외 사례에서도 찾아볼 수 있다. 독일의 경우 ICF의 체계에 상응해서 기능적 측면에서 신체 기관을 18개의 영역으로 구분한 '원호의학명령'을 통하여 장애유무와 장애정도(GdB)를 판정하고 있다(조윤화, 이호선, 김용진, 오윤지, 김계정, 2021). 이처럼 장애정도판정은 제한된 장애범주의 사용과 그에 따른 장애 종류 또는 장애유형 해당 여부로 이루어지는 것이 아니라 신체의 전체와 관련된 모든 질환을 포함하는 것이 필요하다. 물론 전문가 의견조사에서 의학적 판정도구의 사용에 관한 비판적인 시각도 나타나고 있지만 ICF와 선행된 해외사례에서도 신청자의 의학적인 정보들은 핵심적이고 일차적 자료 중 하나로서 활용하고 있음을 알 수 있다. 따라서 2안의 장애판정제도의 개편은 개인의 신체적·정신적 손상에 관해 의학적 판정의 포기를 의미하는 것이 아니라 오히려 개인이 가지고 있거나 가질 수 있는 다양한 침해(KAMS에 의하면 '생활의 어려움 정도')들과 개인의 삶에 미칠 수 있는 영향들을 밝혀내는 것에 초점을 둔다. 그리고 개인의 침해는 반드시 의학적인 손상이 원인으로서 작용하고 있지 않음을 의미한다.

2안에서 제시하는 '장애정도심사기준'의 개편에는 의학적 판정과 함께 또 하나의 판정자료로서 활동 제약 및 사회환경적인 측면의 평가를 포함시킨다. 활동 제약 및 사회환경적 평가의 필요성은 앞서 지적했듯이 개인의 손상의 결과와 일상생활 및 사회참여의 제한의 수준이 반드시 일치하지 않기 때문이다. 또한 의학적으로 경증일지라도 장애 당사자의 관점에서는 일상생활과 사회참여에 많은 어려움을 가질 수 있다. 따라서 의학적 판정과 함께 일상생활 및 사회참여의 어려움에 관한 정보를 수집하고 판정하는 것은 중요한 의미를 가진다. 이것을 위해 포괄적이고 충분한 자료에 기반한 장애정도 심사 및 절차를 중심에 둔다. 즉 장애정도 심사기준 중 일상생활 및 사회참여 제약 수준을 판단하기 위해서 KAMS 뿐 아니라 '장애인서비스지원종합조사(이하 '종합조사')'와 당사자 의견 및 당사자와 관련된 충분한 자료를 활용하는 것이다. 이때 KAMS는 객관적이고 표준화된 판정도구로 간주한다면 종합조사와 당사자 의견은 질적 도구에 속한다.

장애인서비스지원종합조사는 '장애인의 복지서비스 필요도를 파악하여 필요한 서비스를 지원하기 위해 개인의 욕구 및 생활실태 등을 보다 포괄적으로 평가하는 절차'[71]이다. 여기에는 ADL과 IADL 항목들이 포함되어 일상생활과 사회참여를 하는데 필요한 능력들을 판정할 수 있는 정보들을 얻을 수 있다. 그래서 일상생활 및 사회참여 제약 수준을 판단하기 위해 새로운 판정도구를 도입하지 않고도 기존의 종합조사를 사용할 수 있는 장점이 있다. 다만 종합조사는 모든 대상자에게 실시하는 것이 아니라 KAMS 결과에 따라 활용 유무를 결정한다. 예를 들면 KAMS 조사 결과 의학적으로 중증(예: 12개월동안)으로 명확하게 판정된 경우 일상생활 및 사회참여에서의 많은 어려움을 인정하여 종합조사를 실시하지 않는다. 그 반면에 KAMS 조사에서 의학적으로 장애가 불분명하거나 일상생활 제약 수준을 판정하기 어려운 경우 종합조사를 투입하여 일상생활 및 사회참여 어려움의 수준을 평가하는 것이다. 따라서 2안에서는 KAMS의 의학적인 장애(정도) 뿐 아니라 종합조사를 통한 일상생활 및 사회참여의 제약을 함께 고려하여 장애정도를 종합적으로 판정한다.

이와 함께 신청자의 일상생활 및 사회참여의 제약을 알 수 있는 다른 자료들을 충분히 활용한다. 현행 제도하에서도 '장애정도판정기준'에 따르면 '장애진단을 하는 전문의는 원인 질환 등에 대하여 진단서, 소견서, 진료기록 등으로 확인' 한 후 '장애정도 심사용 진단서'를 작성할 것을 요구하고 있다. 이와 마찬가지로 2안에서도 신청자가 다니고 있는 주치의/전문의의 (치료)소견서, 관련 의학적 검사 결과지 등 다양한 자료를 제출할 수 있다. 그러나 현행 제도하에서 다양한 자료들은 의학적 손상을 밝혀내기 위한 자료들이라면 2안의 자료들은 일상생활이나 사회참여의 어려움과의 연관성을 밝히는데 근거자료로서 활용한다. 이러한 점에서 신청자를 잘 알고 있는 주치의와 전문의의 소견서는 매우 중요한 자료로서 간주된다.

장애정도심사기준을 위한 또 다른 자료로는 개별적인 장애인복지서비스를 이용하는 경우 그 장애인복지서비스의 결과통지문이나 이용확인서를 들 수 있다. 그 자료들의 의미는 장애인복지서비스를 이용할만큼 일상생활과 사회참여의 어려움을 가진 대상자라는 것을 이미 판정하였음을 의미한다. 이렇게 2안에서는 등록대상자의 일상생활과 사회참여를 제한 정도를 판정하기 위해 다양한 자료를 신청과정에서 제출할 수 있다.

71) 보건복지부 보건복지상담센터. 자주하는 질문-"장애인 서비스지원 종합조사'는 무엇인가요?". https://www.129.go.kr/faq/faq05_view.jsp?n=4864

다. 장애 판정시 당사자의 일상생활 어려움에 관한 진술 고려

2안의 장애정도심사의 개편을 위한 세 번째 주요 사항으로는 장애 당사자의 일상생활의 어려움 또는 사회참여의 어려움에 관해 진술할 수 있는 절차를 마련하는 것이다. 즉 의학적 판정과 사회환경적 평가와 함께 장애 당사자의 진술을 하나의 필수적인 절차로서 포함시켜 당사자 중심의 장애판정심사로 변화시키는 것이다. 현재 장애정도심사는 전적으로 의학적 기준에 기반한 진단서와 의사의 판단에 의해서만 장애판정이 진행되어 장애 당사자의 일상생활 및 사회참여의 어려움에 관한 주관적인 경험은 전혀 고려되지 않고 있다. 다만 신청자의 의견은 이의신청 단계에서만 일부 허용되고 있다. 그래서 당사자가 경험하는 일상생활 및 사회참여의 어려움이 많을지라도 의학적 장애가 명확하지 않다면 장애등록에서 배제될 가능성이 매우 크다. 따라서 당사자 중심의 장애판정심사가 이루어지기 위해서는 장애 당사자의 의견과 경험을 반영할 수 있는 절차가 필요하다.

장애정도심사에서 장애 당사자의 일상생활 어려움에 대한 진술은 다양한 방법으로 보장할 수 있다. 우선 장애등록절차에서 신청서에 표준화된 항목으로 만들어 신청자가 작성하고 제출하는 것을 들 수 있다. 두 번째로는 신청자가 편지나 일정기간의 생활의 어려움을 적은 문서 등 자유로운 형식의 자료를 신청시 제출하는 방법이다. 세 번째로는 필요시 대면조사를 하도록 하는 방법이다. 네 번째로는 일상생활의 어려움을 일정기간동안 영상으로 녹화하여 제출하는 방법을 들 수 있다. 이러한 다양한 방법을 통하여 의학적 자료만으로 드러나기 힘든 일상생활의 어려움을 파악할 수 있다.

해외 사례 중 독일의 경우에도 장애판정과정에서 신청인이 일상생활에서 경험하는 기능제한이나 어려움에 관해 형식 없이 진술할 수 있으며 이를 통하여 의학적 진술이나 서류에서 발견하기 어려운 일상생활의 어려움이나 사회환경적 요소들을 고려하고 있다. 이처럼 2안에서는 장애정도심사시 대상자의 자기기술지를 의무화하거나 필요에 따라 제출할 수 있도록 한다. 만약 신청자가 발달장애를 가지고 있거나 어린 아동의 경우 가족(예: 부모 또는 형제자매)들이 장애 판정 대상자의 기능제한이나 일상생활 및 사회참여 제약에 관해 기술하는 것을 허용한다. 또한 대상자에 관한 주치의나 돌봄을 제공하고 있는 사람 등 당사자 관련 사람들의 의견서도 장애정도심사 과정에서 대상자의 일상생활 및 사회참여의 제약 수준을 판단하는데 중요한 자료로서 인정한다.

이러한 장애정도판정제도의 개편을 통하여 의학적 장애 뿐 아니라 일상생활과 사회참여에 제약을 가지는 모든 사람들을 장애인으로 모두 포괄할 수 있다.

2안의 장애정도판정의 개편을 위해 법적인 개정은 필요하다. 예를 들면 장애인복지법 시행령 제2조(장애의 종류 및 기준) ①항의 내용을 삭제하고 그와 관련된 '[별표1] 장애의 종류 및 기준에 따른 장애인'의 내용을 폐지한다. 이와 함께 동법 시행규칙 제3조(장애인의 등록신청 및 장애진단)에서 제출서류로서 '등록대상자의 일상생활과 사회참여의 제한을 확인할 수 있는 서류'와 '다른 장애인복지서비스 이용하는 경우 등록 대상자의 서비스결과통지문이나 서비스이용확인서'를 새로 신설하는 것을 제안하다. 또한 등록 대상자의 일상생활의 어려움 또는 사회참여의 어려움에 관한 자기기록지도 제출서류로서 명확하게 삽입한다.

〈표 Ⅶ-7〉 장애인복지법 개정(안) (3)

장애인복지법 시행령	
현행	개정(안)
제2조(장애의 종류 및 기준) ① 「장애인복지법」(이하 "법"이라 한다) 제2조제2항 각 호 외의 부분에서 "대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"란 별표 1에서 정한 사람을 말한다. 〈개정 2018. 12. 31.〉 ② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다. 〈개정 2018. 12. 31.〉	제2조(장애의 종류와 기준) ① 〈폐지〉 ② 장애의 정도는 보건복지부령으로 정한다.
장애인복지법시행규칙	
현행	개정(안)
제3조(장애인의 등록신청 및 장애 진단) ① 법 제32조제1항에 따라 장애인의 등록을 신청하려는 자는 별지 제1호의4서식의 장애인 등록 및 서비스 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 제출해야 한다. 다만, 시장·군수·구청장은 법 제32조의2에 따라 장애인 등록을 하려는 사람에 대해서는 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 재외동포 및 외국인임을 증명하는 서류를 확인해야 하며, 신청인이 확인에 동의하지 않은 경우에는	제3조(장애인의 등록신청 및 장애 진단) ① 법 제32조제1항에 따라 장애인의 등록을 신청하려는 자는 별지 제1호의4서식의 장애인 등록 및 서비스 신청서에 다음 각 호의 서류를 첨부하여 관할 읍·면·동장을 거쳐 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 제출해야 한다. 다만, 시장·군수·구청장은 법 제32조의2에 따라 장애인 등록을 하려는 사람에 대해서는 「전자정부법」 제36조제1항에 따른 행정정보의 공동이용을 통하여 재외동포 및 외국인임을 증명하는 서류를 확인해야 하며, 신청인이 확인에 동의하지 않은 경우에는

이를 첨부하도록 해야 한다.〈개정 2011. 2. 1., 2013. 1. 25., 2015. 8. 3., 2016. 6. 30., 2016. 12. 30., 2019. 6. 4., 2021. 6. 4.〉	이를 첨부하도록 해야 한다.〈개정 2011. 2. 1., 2013. 1. 25., 2015. 8. 3., 2016. 6. 30., 2016. 12. 30., 2019. 6. 4., 2021. 6. 4.〉
1. 사진(신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진으로 가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터의 사진을 말한다) 1장	1. 사진(신청 전 6개월 이내에 모자 등을 쓰지 않고 촬영한 천연색 상반신 정면사진으로 가로 3.5센티미터, 세로 4.5센티미터의 사진을 말한다) 1장
2. 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류	2. 등록대상자의 장애 상태를 확인할 수 있는 서류
② 제1항에 따른 등록신청을 받은 시장·군수·구청장은 등록대상자와의 상담을 통하여 그 장애 상태가 영 제2조에 따른 장애의 기준에 명백하게 해당되지 않는 경우 외에는 지체 없이 별지 제2호서식의 의뢰서에 따라 「의료법」 제3조에 따른 의료기관 또는 「지역보건법」 제10조 및 제13조에 따른 보건소와 보건지소(이하 "의료기관"이라 한다) 중 보건복지부장관이 정하는 장애유형별 해당 전문의가 있는 의료기관에 장애 진단을 의뢰할 수 있다.〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 19., 2015. 11. 18., 2019. 6. 4.〉	(신설)3. 등록대상자의 일상생활과 사회참여의 제한을 확인할 수 있는 서류 (신설)4. 다른 장애인복지서비스 이용하는 경우 등록 대상자의 서비스결과통지문이나 서비스이용확인서 (신설)5. 등록 대상자의 일상생활의 어려움 또는 사회참여의 어려움에 관한 자기기록지 (이하 동일)
③ 제2항에 따라 장애 진단을 의뢰받은 의료기관은 장애인의 장애 상태를 진단한 후 별지 제3호서식의 진단서를 장애 진단을 의뢰한 시장·군수·구청장에게 통보해야 한다.〈개정 2019. 6. 4.〉	
④ 시장·군수·구청장은 제3항에 따라 통보받은 진단 결과에 대하여 보다 정밀한 심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 국민연금공단에 장애 정도에 관한 심사를 의뢰할 수 있다. 이 경우 장애 정도에 관한 국민연금공단의 심사 방법 및 기준 등에 필요한 사항은 보건복지부장관이 정하여 고시한다.〈개정 2008. 3. 3., 2010. 3. 12., 2010. 3. 19., 2011. 2. 1., 2019. 6. 4.〉	
[제목개정 2019. 6. 4.]	

③ 서비스별 대상자 선정기준 마련

2안에서는 장애판정기준 및 심사기준을 포함한 장애인등록제도가 존재하는 동시에 서비스별 사정체계, 즉 서비스별 대상자 선정기준을 구축한다. 2안에서의 서비스별 대상자 선정기준의 존재는 두 가지 의미를 가진다: 하나는 장애인등록을 한 그룹(사람)에게 서비스 욕구와 필요도에 따라서 적절한 대상자의 분배를 의미한다. 이는 서비스 대상자에 장애인등록을 한 사람들 중 일부 또는 전체가 속할 수 있으며, 장애인등록을 할지라도 서비스 욕구가 없다면 서비스 대상자에 포함되지 않을 수 있다. 다른 하나는 장애등록체계에서 탈락되는 그룹(사람)들 또는 장애등록을 원하지 않는 그룹들을 서비스별 목적에 따라서 서비스 이용 권한을 부여하는 것을 의미한다. 즉 장애인등록을 하지 않아도 각 서비스별 대상자 선정기준을 충족한다면 서비스를 이용할 수 있도록 대상자를 확대시키는데 목적이 있다. 그 예로는 '장애'의 편견 등으로 인해 장애인등록을 원하지 않아 복지서비스를 제때 받을 수 없는 대상자들을 들 수 있다. 만성 정신질환자의 경우, 2안의 개편된 장애판정기준에도 포함될 수 있으나 '정신장애'라는 편견으로 장애등록을 기피하는 대상자들에게 적기에 복지서비스를 받을 수 있도록 하는 방안이다.

2안의 각 서비스별 대상자 선정기준과 관련한 구체적인 방안으로는 다음과 같다. 우선 장애로 인한 근로능력상실에 대한 소득보장 영역(예: 장애인연금의 기초급여)은 가장 강화된 기준으로 적용될 필요가 있다. 다만 장애로 인한 추가수당(장애아동수당, 장애수당, 장애인연금의 부가급여)을 지원하는 영역은 사회수당의 방식으로 개편될 필요가 있다. 따라서 소득보전의 기준은 소득활동종합조사에 의한 것이 적합하며, 추가수당 관련된 기준은 인구학적 기준으로 지원하는 것을 제안한다. 그 외로 필요한 추가수당에 관련된 사항들은 복지서비스 및 현물 사회서비스 등을 토대로 지원받을 필요가 있다.

고용 영역에서도 서비스 목적에 맞게 서비스 대상자 선정 기준을 설정한다. 이는 장애인으로 등록하지 않아도 고용 전 시기부터 고용 단계와 고용 후 유지까지 모든 과정에서 서비스를 요구하는 모든 사람들을 포함시키는 것을 의미한다. 프랑스의 경우 '장애인근로자자격인정(Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé, RQTH)'을 통하여 '취업을 하거나 유지하는 능력에 영향이 있는 사람들'을 고용 서비스 대상자로 인정하고 있다. 또한 근로능력의 소유 유무에 의해 판정되는 것이 아니라 고용 영역에서 서비스 지원의 필요성의 여부에

따라서 대상자에 포함된다. 따라서 장애로 등록되지 않은 정신질환자(예: 만성적인 우울증)도 서비스 지원 욕구에 따라서 적절한 고용서비스를 받을 수 있다. 이 경우 고용 영역의 대상자는 소득보장의 대상자보다 넓은 범위를 가진다. 따라서 2안에서 고용서비스의 수급 자격은 '욕구에 기반한 신청서'와 서비스 필요성을 증명할 수 있는 다양한 '증빙서류'(예: 의학적 진단서) 및 고용 적격성 심사가 일차적인 판정 기준으로 작용할 수 있다.

사회서비스의 경우에는 장애인등록 여부와는 상관없이 별도의 적격성 심사기준으로 대상자를 선정한다. 예를 들면 발달장애인 주간활동서비스의 경우 행동적 측면에서 1년 이상의 치료를 지속적으로 받고 있으면서 의사의 소견서가 있다면 대상자로서 인정한다. 장애판정에 따른 장애인등록을 한 장애인도 당연히 포함된다. 사회서비스 중 대표적인 서비스인 '활동지원서비스'는 현재 '장애인서비스지원종합조사'를 활용하여 대상자와 급여량을 결정하고 있기에 장애판정과정에서 사용하는 종합조사 결과를 통하여 대상자를 선정하는 것을 우선적으로 고려한다. 하지만 사회서비스의 적격성 심사에 중요한 요소는 당사자 및 관련 사람들의 '돌봄 필요성'에 대한 진술이다. 프랑스와 독일에서는 당사자 및 관련 사람들의 돌봄 필요성에 관한 의견을 진술하는 과정을 사회서비스 신청 절차에 포함시키고 있으며 대상자 선정에서 이를 고려하고 있다. 따라서 2안에서 사회서비스 영역의 대상자 판정은 신청서, 표준화된 대상자 판정 도구, 의사 소견서 뿐 아니라 당사자 및 관련 사람들(가족 또는 기존의 돌봄 제공자 등)의 진술서 등을 통하여 실시하는 것을 제안한다.

〈표 Ⅶ-8〉 소득, 고용, 사회서비스별 대상자 선정 기준(안)

분야	목적	장기 기준
소득	소득보전	–(기준) 등록장애인이면서, 소득기준 및 소득활동종합조사에서 일정 점수 이하인 사람 • 등록장애인: 2안에 따른 판정기준 적용 • 소득활동종합조사 점수 이하의 등록장애인
	추가비용 보전	–(기준) 사회수당방식으로 적용 –인구학적 기준 또는 장애특성별 지출은 현물 및 바우처 방식 등으로 지원
고용	고용지원을 통한 취업 및 사회참여	–(기준)고용서비스 필요도에 따른 고용적격성 평가를 통한 대상자 선정(정신질환자 등) • 2안에 따른 판정기준 적용

분야	목적	장기 기준
		–훈련의 경우, 2안에 따른 판정기준 적용 • 예) 중증장애인직업재활지원, 장애인직업재활시설 운영
복지 서비스	개인 및 가족 등 일상생활 유지 및 돌봄 등 지원[72]	–(기준) 서비스별 적격 기준에 따른 대상자 ① 활동지원제도 : 아래의 지원기준과 서비스 판단기준에 의한자 • 지원기준: 장애판정에 따른 등록장애인 또는 의사소견서(일상생활 및 사회참여의 어려움 제시)가 있는자 • 돌봄필요성에 관한 진술(가족 또는 주 피돌봄인) • 서비스 판단 기준 – 종합조사 적용
그 외 장애정도로 구분된 서비스	보육 및 교육[73]	–(기준) 2안에 따른 판정기준 적용 –특수교육대상자 –기타 의사소견서가 있는 경우
	의료 및 재활[74]	–(기준) 2안에 따른 판정기준 적용 –장애유형
	기타[75]	–(기준) 2안에 따른 판정기준 적용

72)73)74)75)

감면할인 영역은 단기적으로는 별도의 대상자 선정기준 대신 개편된 장애정도판정결과를 활용하여 대상자를 선정한다. 즉 장애정도판정을 통한 '등록장애인'을 우선적인 대상자로 인정하여 각 서비스를 제공하는 것이다. 예를 들면 장애판정정도결과 '장애정도가 심한 장애인'과 '장애정도가 심하지 않은 장애인'으로 판정하고 '장애정도가 심하지 않은 장애인'에게 적격성을 우선적으로 부여하는 것이다. 그러나 장기적으로는 아래와 같이 개편될 필요가 있다. 선진국에서는 감면할인서비스의 경우, 감면할인서비스 목적에 따라 대상자를 선정하고 있다. 프랑스의 경우, 전기와 가스, 이동 등은 저소득층의 기본적인 생활안정을 목적으로 하기 때문에, AAH(저소득층 성인장애인연금) 대상자를 주 대상자로 포함시키고 있다. 반면에 독일은 우리나라의 장애정도판정제도에 해당하는 장애판정과정에서 도출되는 '장애정도(GdB)'결과에 따라서 대상자를 선정하고 있다. 다만 독일의 GdB 수치들은

72) 장애아가족양육지원(중, 경), 장애인활동지원, 발달장애인주간활동서비스, 거주시설운영(유형별 종합점수 240점, 중증거주시설 120점) , 장애인응급안전알림서비스(4순위)
73) 대학장애학생지원센터, 장애인정보화교육, 특수학급지원, 어린이집우선입소
74) 의료급여1종기준, 건강보험료 지역가입자 보험료 경감, 장기요양보험료경감, 장애친화건강검진-중증추가지원, 장애인산소치료요양비검사면제
75) 중증장애인채용경쟁시험, 국가공무원편의제공, 5~7급 공채영어검정, 장기복무제대군인자녀지정취업

일상생활 및 사회참여의 제한을 포괄하는 매우 넓은 장애 개념으로서 우리나라의 장애정도와는 매우 다르다. 특히 현재 우리나라는 의학적 기준에 따라 감면할인율을 차등으로 적용하고 있으며, 실제 필요하지도 않으나 할인요율을 받고 있는 산입오류가 발생하기도 하며, 서비스 필요도가 있는 경증의 경우 할인요율이 낮은 것도 문제로 볼 수 있다. 따라서 장기적으로 서비스 목적과 서비스 제공 대상자간 정합성을 높이기 위한 장기적 안을 제안하면 다음과 같다(조윤화 외, 2021).[76]

① 생활안정지원 목적 사업 → 장애인연금 대상자로 개편
② 대한항공~철도요금 감면 → 모든 장애인에게 확대
③ 장애인 차량 및 자동차세 감면 등 → 서비스 필요 대상자(활동지원, 이동지원 욕구 대상자로 확대)
④ 보호자지원 → 서비스 필요 대상자(활동지원, 이동지원 욕구 대상자로 확대)

〈표 Ⅶ-9〉 감면할인서비스 대상자 개편방안

목적	사업내용	현행	개편 방안	
			원리·원칙	개정 안
생활안정지원	전기요금할인 도시가스요금할인 지역난방비	중증	사회적 형평성 중심	- 장애인 중 장애인연금 대상자로 개편
일상생활 및 사회참여 지원	대한항공요금할인 연안여객선할인 철도·도시철도 요금 감면	중증(50%) 경증(20~30%)	보편성 중심	- 모든 장애인 (또는 이동지원 욕구를 가진 장애인)
	장애인 자동차 검사수수료 할인	중증장애인: 50% 경증장애인: 30%	서비스 필요도 중심	-완전도움 지원의 욕구를 가진 장애인(활동지원 대상자) -이동지원 욕구를 가진 장애인
	장애인용자동차에 대한 개별소비세 감면(세금감면)	중증장애인		
	장애인용 차량 지방세 감면	중증장애인(시각 4급은 자치 단체 감면조례에 의함)		
보호자	항공·연안·철도·도시철도	중증(50%)		

76) 주요 방안 등은 사회적 합의가 있을 필요가 있으며, 본 연구에 제시된 안은 연구진의 안과 자문의견을 참고한 안이다.

목적	사업내용	현행	개편 방안	
			원리·원칙	개정 안
지원	동반자 1인			
	문화체육시설 이용 동반자 1인	중증(50%)		

자료: 조윤화 외(2021). 장애인복지법 제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구Ⅲ (재인용)

④ 장애등록체계와 서비스와의 관계

제2안에서 장애등록체계와 장애인복지서비스(이하 '복지서비스')는 독립적인 절차에 속한다. 그러나 서로 상호보완적인 관계를 형성한다. 즉 장애등록체계를 통해 장애로 인정받은 모든 사람들이 바로 복지서비스 적격성을 획득하지는 않는다. 그 반대로 장애등록 없이도 복지서비스를 이용할 수 있다. 왜냐하면 개별적인 장애인 복지서비스는 각 목적에 따라서 제공되며, 각각의 서비스별 선정기준에 의해 대상자를 선정하고 있기 때문이다. 이처럼 2안에서는 장애등록체계와 복지서비스는 개별적인 기능을 담당한다. 이때 장애등록체계의 의미는 일상생활 및 사회참여에 어려움을 가지는 모든 사람들을 장애로 인정한다는 점에 있다. 이것을 위해 장애판정 기준의 개편, 당사자의 의견 진술 기회 부여 및 다학제 팀의 평가를 중요하게 제시하고 있다. 포괄적인 장애 개념을 담고 있는 장애등록체계의 필요성은 무엇보다도 다음과 같은 근거에 기반한다.

첫째, 장애 정책의 수립에 있어 장애인등록체계의 필요성이다. 즉 장애 관련 예산의 수립 및 행정적 제도의 개편 등 종합적인 장애인 정책의 수립시 포괄적인 장애 개념과 현황을 고려할 수 있다. 특히 개별적 장애인복지서비스와 상관없이 장애인 통계나 장애인실태조사에서 중요한 원데이터로서 장애인의 삶을 전체적이고 종합적으로 살펴볼 수 있는 중요한 토대를 제공한다.

둘째, 장애등록체계를 통한 법적 장애의 인정은「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」(이하 '장애인차별금지법') 또는 향후 제정가능한 장애인권리보장법의 중요한 대상자로 포함될 수 있다. 만약 개별적인 장애인복지서비스를 이용하는 대상자만을 장애인으로 인정하고 그들을 전술한 법률의 대상자로 동일시한다면 그 대상자의 폭은 매우 제한될 것이다. 따라서 각 복지서비스를 받지 않거나 장애정도가 심하지 않는 장애인들도 일상생활과 사회참여에서 차별을 받지 않도록 법적으

로 보호할 수 있다.

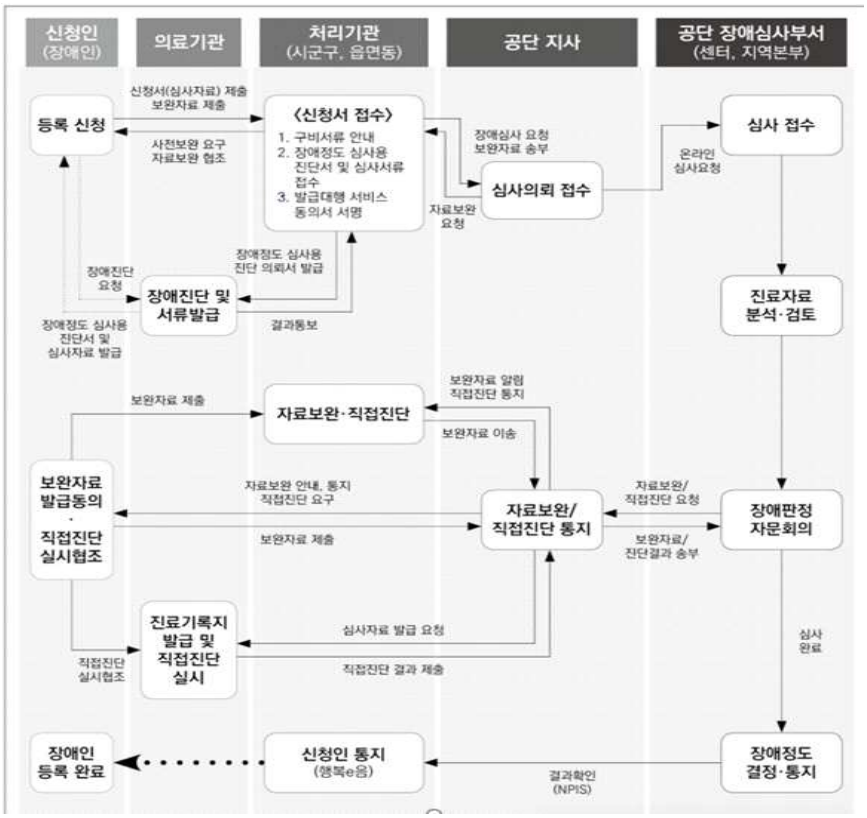
셋째, 장애등록체계를 통한 장애인의 법적 인정은 이후 복지서비스를 이용하기 위한 절차에서 편익을 제공할 수 있다. 즉 장애인등록 없이 복지서비스를 신청할 때 각 서비스별로 제시된 욕구조사와 판정절차가 모두 실시되지만, 장애인등록을 한 장애인에게는 그러한 조사와 절차들이 간소하게 실시되거나 면제될 수 있다. 또한 개별 복지서비스를 이용하는 장애인이 장애인등록을 원할 경우에도 장애인등록 절차의 간소화나 제출자료만으로 법적 장애인으로 인정받을 수 있다.

장애등록체계와 복지서비스 사이에 상호보완적인 역할이 이루어지는 제2안의 구체적인 절차로는 다음과 같다. 우선 장애심사절차로는 현재 장애등록체계와 동일하게 특별자치시장·특별자치도지사·시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말하며, 이하 "시장·군수·구청장"이라 한다)에게 '장애인 등록 및 서비스 신청서'에 구비서류를 첨부하여 읍·면·동 주민센터에 제출한다(장애인복지법 시행규칙 제3조 제①항). 이때 주민센터는 장애인등록을 위해 신청인(등록대상자)에게 필요한 정보를 안내하고 신청 접수와 관련 구비서류들(전문의를 통한 KAMS 결과지, 의사 소견서, 일상생활의 경험에 관한 당사자 및 관련 사람들의 진술서, 장애인복지서비스 결과통지문 또는 이용확인서 등)을 수집한다. 그 후 주민센터는 국민연금공단(이하 '공단')에 장애정도에 관한 심사를 의뢰하고 구비서류들을 송부하면, 공단의 장애심사센터를 통하여 장애정도심사가 이루어진다. 이때 공단의 장애정도심사는 '다학제적 팀접근'을 지향한다. 현행 제도하에서는 2인 이상의 전문의사가 참여하는 의학 자문회의를 개최하여 장애정도를 판정하지만, 2안에서는 장애정도심사는 의학적 평가 뿐 아니라 사회환경적 평가까지 함께 이루어지기에 팀접근을 통해 판정이 실시된다. 그래서 장애심사센터 안에는 여러 개의 팀이 존재하고 팀원으로는 사회의학적 학식과 경험을 갖춘 의사, 간호사, 치료사, 사회복지사 등으로 구성된다. 이때 등록대상자의 입장과 욕구를 옹호할 수 있는 장애인을 각 팀에 포함시키는 것은 매우 중요하다. 이 단계에서 전문가 의견 조사 결과 의미 있는 의견으로는 장애정도판정 개편 뿐 아니라 KAMS 조사 결과 도출된 장애유형의 명칭을 '소득활동장애', '이동장애', '활동장애' 등과 같이 일상생활 제약 형태에 따라 분류하여 유형화시키는 것을 제안하고 있다.

국민연금공단의 장애심사센터의 장애정도의 판정결과는 장애인등록과 서비스 신청여부에 따라서 다른 후속 절차가 이루어진다. 먼저 장애인등록과 서비스 신청을 함께 원하는 등록대상자가 장애정도가 심한 장애인으로 판정된다면 국민연금공

단은 주민센터로 그 결과를 송부하며, 주민센터는 등록대상자에게 장애정도심사결과를 고지한다. 그리고 바로 이어서 주민센터는 등록대상자가 신청한 장애인복지서비스 신청을 위한 구비서류들이 추가적으로 필요한지에 대해 추가적으로 확인한 후, 필요하다면 신청인에게 알려 바로 구비서류들을 수집한다. 그리고 그 후 서비스 담당기관(예: 국민연금공단, 한국장애인고용공단)에 신청서와 자료들을 연계한다. 그러면 각 서비스 담당기관은 신청서의 토대 위에서 신청한 장애인의 관련 서류들을 검토하고 대상자 적격성 여부를 결정한다. 만약 서비스 대상자 여부를 결정하기 위해 개별 서비스 심사가 존재한다면 각 담당기관은 직접 장애인과 접촉하여 적격성 결정에 필요한 검사의 실시와 추가 자료들을 얻기 위한 절차를 실시한다. 그러나 전문가 의견 조사에서 언급되었듯이, 만약 공단이 장애심사과정에서 얻을 수 있는 정보들(예: 소득)을 공단의 서비스(예: 장애인연금)와 바로 연계할 수 있다

두 번째로 장애정도심사과정에서 KAMS 판정 결과 중증으로 판정되지 않거나 장애정도가 불분명한 경우, 그리고 장애정도판정을 위해 추가적인 자료가 필요한 경우에는 공단은 '장애인 서비스 지원 종합조사'를 직접 실시한다. 즉 등록대상자와 접촉하여 직접 대면하여 서비스 지원 종합조사를 실시하고, 조사 과정에서 일상생활 및 사회참여의 어려움에 관한 신청인과 관련 사람들의 의견들을 추가적으로 청취한다. 그 후 등록대상자에 관한 포괄적인 정보와 자료를 바탕으로 장애정도를 결정한다. 장애정도판정 이후의 과정은 앞서 전술한 서비스 신청과정과 동일하다.



[그림 Ⅶ-3] 현 장애인등록절차

결국 2안에서는 현재의 장애인등록절차와 유사하게 주민센터와 국민연금공단이 가장 중요한 역할을 담당하고 있다. 다만 장애정도심사과정에서 일상생활 및 사회참여의 어려움에 관해 작성한 장애 당사자 및 관련 사람들의 진술서를 의무적인 절차로서 포함하는 것이 큰 의미를 가진다. 이와 함께 2안의 특징으로서 장애등록체계와 서비스와의 상호보완적인 지점은 각 서비스별로 대상자 선정시 장애정도판정 결과를 반영한다는 점에 존재한다. 즉 장애판정과정에서 나온 장애정도 결과에 따라서 각 장애인복지서비스의 대상자 판정심사과정을 면제하여 바로 서비스 이용 적격성을 부여할 수 있다. 예를 들면 제1안에서 제안했듯이 감면할인제도의 대상자를 우선적으로 장애판정결과로 도출된 '장애정도가 심한 장애인'과 '장애정도가 심하지 않은 장애인'을 가지고 적격성을 부여하는 것이다. 또 하나의 방법으로는

장애정도판정 결과를 각 서비스의 판정절차에서 하나의 Fast Track-심사 과정의 간소화 또는 제출서류의 간소화-으로 활용한다. 그래서 서비스 이용을 위한 조사를 장애등록체계에서 수집한 정보들로 대체하는 것이다. 가능한 예로는 만약 장애인등록을 한 장애인이 장애인연금을 신청한다면, 필요한 의학적 심사들을 장애등록체계에서 얻은 장애인의 신체적·정신적 장애에 관한 의학적 자료들로 대체하는 것이다. 그 반대의 예로서 장애인등록을 하지 않고 복지서비스 중 활동지원서비스를 이용하는 장애인이 장애인등록을 신청하는 경우를 들 수 있다. 그때 활동지원서비스 신청과정에서 조사한 장애인서비스종합조사의 정보를 장애인등록시에는 연계하여 그 조사를 실시하지 않는 것이다.

장애등록체계와 서비스와의 상호보완적인 관계는 독일의 사례를 통하여 참조할 수 있다. 독일의 장애판정절차에서는 '장애정도(GdB)'의 개념을 통하여 '중증장애인(GdB50~100)'이 판정된다. 이때 중증장애인으로 판정받은 대상자는 바로 장애인의무고용제도의 중요한 대상자가 되며 GdB50이하로 판정받은 장애인도 중증장애인과 마찬가지로 고용서비스의 대상자에 포함된다. 또한 법적인 중증장애인 여부는 공공교통수단의 무료이용, 세금 공제 등과 같은 감면할인제도의 적격성을 인정받는 일차적인 기준이 된다. 이와 다르게 소득 영역의 서비스인 '근로능력감소연금'의 경우 별도로 근로능력평가절차가 존재한다. 그러나 법적 중증장애인이 장애인작업장에서 근로하는 있다면 그 근로능력판정절차를 면제해 주거나 바로 대상자로 포함시킨다. 이처럼 장애등록절차에서 도출된 장애정도(GdB)와 그와 관련된 다른 결과들은 개별적인 장애인복지서비스의 대상자 판정시 일차적으로 대상자에 포함시키거나 적격성 판정절차의 간소화 또는 면제 등과 같은 방식으로 상호관련성을 가지고 있다. 따라서 제2안에서는 장애인등록체계와 서비스는 서로 독립적인 절차임에도 불구하고 개별적인 서비스의 목적을 유지하면서 각 대상자를 판정하는데 상호보완적으로 작용할 수 있다. 이러한 방안들을 통하여 2안의 목적인 포괄적인 장애개념하에서 일상생활 및 사회참여에 제한을 가지는 모든 사람들을 장애로 인정하면서 각 서비스의 목적과 장애 당사자의 욕구에 따라서 필요한 서비스를 이용하는 당사자 중심의 전달체계를 구축할 수 있다.

(3) 3안 : 장애인등록제도 폐지 + 서비스별 대상자 선정 기준 마련

① 목적

장애인등록제도의 개편방안 3안은 장애인등록제도를 폐지하고 서비스별 대상자 선정 기준을 마련하는 것으로, 이는 하나의 기준으로 장애인임을 판단하지 않고 서비스별 기준으로 판정하여 장애를 인정하는 체계를 마련하는 것이다. 특정 장애인 서비스 이용욕구와 장애상태가 부합됨에도 현행 15개 장애유형에 속하지 않은 경우 장애를 인정받을 수 없는 현재 장애인등록제도가 가지는 한계를 극복할 수 있는 방안 중 하나이다. 이를 위해서는 가장 우선적으로 장애인복지법 시행령 제2조를 CRPD와 ICF 장애개념에 맞게 개정하여 의학적 유일한 기준을 벗어나 일상생활 및 사회참여 제한 기준으로 확대할 필요가 있다. 장애인등록제도 폐지 및 서비스별 기준 마련은 장애계에서 오랫동안 주장해온 바이며 CRPD의 원칙인 장애인 당사자의 참여에 부합하고 제6차 장애인정책종합계획 및 장혜영의원과 최혜영의원이 각각 대표발의한 장애인복지법 전부개정법률안, 장애인권리보장법안의 방향과 일치한다.

〈표 Ⅶ-10〉 장애정의

장애정의
장애란 사회의 문화적·물리적 및 제도적 장벽 등의 환경적 요인과 신체적·정신적 능력의 차이 등의 개인적 요인 간의 상호작용으로 인하여 완전하고 효과적인 사회참여에 제약이 있는 상태를 말한다.

3안의 목적은 장애인등록제도를 폐지하고 서비스별 기준을 마련함으로써 장애인의 권리를 증진하고 자립생활과 지역사회에 포함될 권리, 거주지 및 대상자 선택권을 증진시키고자 하는 CRPD 위원회의 권고에 따른다. 한편 장애인등록제도를 폐지하고 서비스별 기준을 마련하는 방안은 다음과 같이 추가적인 세부사항을 고려해야 한다. 특히 3안은 장애인복지법의 전면개정안으로서 '장애서비스법', 장애인권리보장법, 개인예산제의 실시를 염두해 두고 살펴볼 필요가 있다. 그리고 장기적으로는 장애유형이 사라지고, 장애서비스 이용자로서 자격이 부여된다고 할 수 있다.

첫째, 국가장애서비스공단 신설
둘째, 원스톱 종합신청서를 통한 서비스 종합적 사정
셋째, 다학제팀 및 장애인권리·자립위원회의 판정
넷째, 개인별지원계획 수립

② 주요 내용

가. (가칭) 국가장애인서비스공단 신설

장애인등록제도를 폐지하고 서비스별 대상자 선정기준을 마련하기 위해서는 전문적으로 장애인 서비스 자격 판정을 총괄하고 수급자를 신청절차부터 모니터링까지 원스톱으로 진행할 수 있는 기관이 필요하다. 이에 따라 국가장애인서비스공단과 지역장애인서비스공단지사의 설치가 요구된다. 국가장애인서비스공단은 보건복지부에서 관장하고 지역장애인서비스공단지사는 지자체에서 담당하여 시·군·구에 설치한다. 국가장애인서비스공단의 역할은 크게 예산배분 및 관리, 지역장애인서비스공단의 업무 방식의 일원화를 위한 직원매뉴얼 개발, 직원교육 및 정보전달, 판정도구 및 욕구사정도구개발연구, 정책개발연구, 협력기관과의 파트너쉽 활동개발로 나뉜다. 지역장애인서비스공단지사는 국민연금 및 장애인고용공단 등 장애인 관련 공공기관, 서비스기관, 교육기관, 장애인 시설 및 협회와 모두 연동 및 협력하여 서비스 안내, 상담, 정보제공 및 홍보를 비롯한 신청접수, 판정, 개인별계획수립, 서비스 연계, 급여지급, 수급자 관리 및 모니터링까지 원스톱 창구 역할을 맡게 된다.

특히 본 연구의 전문가조사에서 제시된 바와 같이, 장애인 당사자의 자립에의 위험 정도를 측정하는 도구를 만들면 더 좋을 것이다. 자립에의 위험 정도는 한 사람이 주체적으로 살아가는데 문제가 어느 정도 있는지를 평가하는 것도 고려할 필요가 있다.

한편 1,2안의 경우에도 장애인서비스공단(가칭) 신설이 제안될 수 있다. 하지만 3안의 경우에는 그 필요성이 더 증가하는데, 왜냐하면 서비스를 이용하는 장애인 중심 논리로써의 방안이 확고하여 이를 위해서는 장애인의 상황과 욕구를 종합적으로 판단할 수 있는 전문 능력과 이에 맞는 장애인 서비스 판정 능력, 그리고 관련 기관을 연계시켜줄 수 있는 미션을 동시에 가진 원스톱 기관이 필요하기 때문이다.

나. 원스톱 종합신청서로 전면 수정

국가장애서비스공단 및 지역장애인서비스공단지사를 설치하여 장애인 서비스 관련 타 기관과 연계를 하게 되면 장애인 서비스 욕구에 대한 종합적 사정이 가능하게 된다. 이를 위해 서비스별로 신청인의 정보, 상황 및 욕구를 최대한 파악하기 위하여 원스톱 종합신청서가 필요하다. 프랑스 MDPH 신청서의 경우 총 20페이지로 구성되어 있는데 신청인의 인적사항, 일상생활사항, 학업활동사항, 직업활동사항, 권리 및 서비스 신청사항, 가족부양자생활사항으로 총 6가지 항목으로 나뉘어 관련 정보를 기입하도록 되어있다. 특히 일상생활사항에는 신청인의 '삶의 계획(Projet de vie)'을 서술로 작성하도록 하고 있는데, 이를 통해 신청서의 객관식 항목에서는 알 수 없는 구체적인 상황 및 장애보상 욕구사항에 대해 자세하게 파악할 수 있다. 이와 같이 우리나라의 신청서에도 양이 많더라도 신청인에 대한 상태를 충분히 파악할 수 있도록 항목을 만들고 서술을 통해 판정과정에서 장애인 당사자의 삶에 대해 더 자세히 알고 종합적인 욕구사정을 할 수 있게 동기계획을 작성하도록 한다.

다. 다학제팀 및 장애인권리·자립위원회 판정

장애인서비스공단이 신설되면 현재 국민연금공단의 장애인 등록 심사역할이 장애인서비스공단 역할로 이전된다. 이 때 종합적인 서비스 사정을 위해서는 객관적 판정 뿐만 아니라 신청인의 상황 및 욕구 전체를 아우를 수 있는 주관적 판정 능력 또한 요구된다. 이를 위하여 다학문 전문가들로 구성된 다학제팀의 판정이 필요하다. 이는 신청인의 개인별상황에 적합한 각 분야 전문가가 신청인의 전체적인 욕구사정 후 개인별지원계획을 수립할 수 있도록 한다. 다학제팀은 일반의사, 소아과의사, 재활전문의, 사회복지사, 작업치료사, 특수교사, 정신과의사, 심리학자, 장애인직업훈련·교육자 등 적합한 유형의 전문가로 조직하여 전일제 및 시간제 고용으로 구성한다. 특성별로 신청인의 상황에 대응할 수 있는 전문가로 구성된 다학제팀 그룹을 짜고 각 사례별 및 복합수준에 따라 전문가 및 구성원 수를 다양하게 조직하도록 한다. 다학제팀 전문성에 한계가 있는 사례의 경우 해당 분야 전문가에게 외부 자문을 구할 수 있도록 한다. 다학제팀의 판정 및 개인별지원계획 수립 후 최종 판정은 장애인권리·자립위원회에서 실행한다. 장애인권리·자립위원회는 정부, 시·군·구, 건강보험공단, 국민연금공단, 고용기관, 교육청, 노동조합, 장애인시설 등을

대표하는 종사자를 비롯하여 장애인과 장애인가족을 대표하는 자 또는 대리인 등으로 구성되며 정해진 날(예: 일주일에 1~2회)에 최종판정회의를 진행한다.

라. 개인별지원계획수립

원스톱 종합신청서를 가지고 다학제팀은 신청인이 신청한 수당 및 서비스에 대한 판정뿐만 아니라 신청인의 상황에 적합한 서비스를 포함하여 개인별지원계획을 수립한다. 신청인의 상황에 따라 기존 복지서비스기관에서 제공하고 있는 서비스를 제안할 수도 있고 판정이 필요한 특정 서비스 및 수당이 적합한 경우 이에 대해 판정을 진행하여 자격조건에 부합하면 개인별지원계획에서 제안할 수 있다. 또한 현행 복지제도에서 제공하지 않는 서비스가 일상생활을 수행하는데 필요한 경우 지출비용을 산정하여 개인예산 급여액으로 정하도록 한다.

개인별지원계획수립 과정에서 신청인의 참여는 중요한 부분인데, 모든 판정 시 대면 평가를 할 수 없는 상황이라면 적어도 의견반영을 할 수 있는 여지가 있어야 한다. 개인별지원계획이 수립되고 최종적으로 장애인권리·자립위원회의 판정이 있기 2주 전에 개인별지원계획서를 신청인에게 통지하여 알린다. 이의가 있는 경우 본인 또는 가족이 최종판정회의 때 참석하여 변론할 수 있도록 한다. 정당성이 있다고 판단되는 경우 장애인자립권리위원회는 개인별지원계획을 수정 할 수 있다.

③ 서비스별 대상자 선정기준 마련

3안에서는 장애인등록제도를 폐지하고 서비스별 대상자 선정기준을 마련하는 것으로 특정 서비스에 대한 욕구가 있는 자가 해당 서비스를 신청하여 이에 대한 자격여부에 따라 수급자가 결정된다. 즉 하나의 협소한 기준으로 장애여부를 판정하는 것이 아니라 서비스 유형에 맞는 판정기준을 정립하여, 기존 15개의 장애유형에 해당하지 않지만 서비스 자격에는 부합하는 자를 제도권 내로 포섭할 수 있는 시스템을 구축하는 것이다.

각 서비스별 판정도구가 상이한 경우 종합적인 욕구사정 및 다양한 서비스 판정을 동시에 진행하는데 다소 번거로울 수 있다. 프랑스의 경우에는 가장 기본적으로 우리나라의 장애인연금과 흡사한 AAH 자격판정을 할 때 사용하는 판정도구인 장애율 판정기준서와 우리나라의 활동지원제도와 흡사한 PCH 자격 판정도구인 GEVA 항목 중 활동기능능력항목에 제시되어 있는 평가사항을 다양한 서비스에서

직간접적으로 활용하고 있다. 본 연구의 전문가 조사를 고려하여 서비스별 대상자 선정기준을 제안해보자면 장애정도 판정기준은 크게 의학적기준과 일상생활기능제약기준으로 나뉠 수 있으며 공통적으로는 일상생활 기능제약평가(ADL, IADL)가 활용된다. 서비스 각 유형별로 적용하여 살펴보면 다음과 같다.

가장 먼저 소득보장제도(예: 장애인연금, 감면할인)의 경우 소득기준, 의학적 기준 및 소득활동종합수준으로 판정한다. 소득기준은 현행 소득인정액 기준으로 하되, 재산에서는 집은 제외하여 판정하도록 한다. 그리고 의학적 기준은 특정 판정도구가 있는 것이 아니라 중증의 의학적 수준이 있을 경우로 진단서 및 의사소견서 등을 기준으로 하며, 손상유형, 상태 및 지속적인 치료기간(예: 12개월 이상)으로 소득활동이 어려운지를 살펴보는 것이다. 특히 최중증의 경우에는 FAST TRACK으로 활용하여 이들은 소득활동종합조사를 하지 않도록 한다. 우리나라의 현행 중 '장애정도가 심한 장애인'까지는 대상자로 포함할 필요가 있다(조윤화 외, 2021)

소득활동종합평가는 소득활동을 하는데 어려움이 있는 종합적 판단으로서 일상생활기능제약(ADL 및 IADL)평가와 유사한 지역사회 내 취업 또는 경제활동을 하기 위해 개인 및 환경적 맥락을 고려하여 점수에 의해 사회적 기능을 판단한다. 소득평가에서 일정 수준 이하의 소득인 경우와 동시에 지속적으로 손상에 대한 치료를 받고 소득활동의 어려움이 있으면서, 소득활동종합평가에서 '소득활동이 어려운 장애인'으로 인정을 받은 경우 장애인연금 수급자격이 주어진다. 이 때 세금감면혜택 자격 중에서 생활안정 영역 등에 자동으로 부여되고 일상생활에서 각종 할인을 받을 수 있도록 중증장애카드가 발급된다.

일상생활지원제도의 경우에는 소득기준을 제외한 의학적 기준(참고용)과 서비스별 적격기준 도구로서 일상생활기능제약기준(ADL 및 IADL) 또는 서비스 목적별 기준을 통해 일정점수기준에 따라 필요한 서비스 유형과 정도 및 급여액을 결정한다.

고용보장제도의 경우도 마찬가지로 의학적 기준(참고용)과 일상생활기능제약(ADL 및 IADL)평가를 활용하여 일정점수기준에 따라 판단하도록 한다. 프랑스의 경우 장애인근로자자격인정(RQTH)시스템이 있는데, 다학제팀이 의사소견서와 신청서 및 장애증빙자료를 바탕으로 '하나 이상의 신체적, 감각적, 정신적 또는 심리적 기능에 변화가 있는 경우(article L. 114 du Code de l'action sociale et des familles)', '취업을 하거나 유지하는 능력에 이러한 변화가 미칠 수 있는 영향, 의학적 자료뿐만 아니라 구직자인 경우 고용 가능성을, 고용의 문제인 경우 직업의 성격을 고려한다(circulaire n° 2007-01 du 15 janvier 2007)'라는 법에

명시된 기준을 활용하여 판정하게 된다. 즉 장애정도 자격범위가 넓다고 볼 수 있다. 패스트 트랙 차원에서 AAH수급자와 중증장애카드소지자의 경우는 자동으로 RQTH를 부여하고 있으며 장애인연금 자격판정에서 탈락하더라도 RQTH는 인정받을 확률이 높다.

마지막으로 장애카드에 대해서 고려해야할 필요가 있다. 비록 서비스별 대상자 기준을 마련하더라도 탈락되는 경우가 생길 수 있는데. 특히 생활에 지장이 없지만 오래 서 있기가 힘든 경우 또는 보행에 불편이 있는 경우이다. 장애카드의 유형은 신청한 서비스에 대해 판정이 시작될 때 자동으로 평가를 하게 되며 별도로 판정이 진행되는 것이 아닌 판정 절차의 일환이다. 앞서 설명한 서비스별 판정에서 공통적인 기준이 의학적기준과 일상생활기능제약기준인데 이는 결국 한번의 판정절차로 모든 서비스에 대한 자격 조건을 파악할 수 있게 된다. 이러한 결과로 발급되는 장애카드의 종류도 다양해지는데, '장애정도가 심한 장애인', '소득활동에 어려움이 있는 장애인'의 경우 중증장애카드가 발급된다. '장애정도가 심하지 않은 장애인'의 경우 경증장애카드가 발급된다. 장애정도기준 미달인 까닭에 서비스대상자에서 탈락하였지만 보행이 불편한 경우 보행불편표기카드가 발급된다. 현재 장애카드는 주차 및 할인 등에만 주로 사용되고 있고 일각에서는 장애카드 사용에 대한 낙인화 우려를 표하고 있다. 하지만 보행불편에 대한 해결방안은 꼭 필요한 사항이며 일상생활에서 장애카드 사용은 낙인보다는 긍정적 차별에 속하며 포용사회에서 충분히 활용할 수 있는 방안에 속한다. 낙인화가 우려된다면 비장애인과 장애인 모두 인식 변화를 위해 시민교육이 필요한 부분이라고 할 수 있다.

〈표 Ⅶ-11〉 소득, 고용, 사회서비스별 대상자 선정 기준(3안)

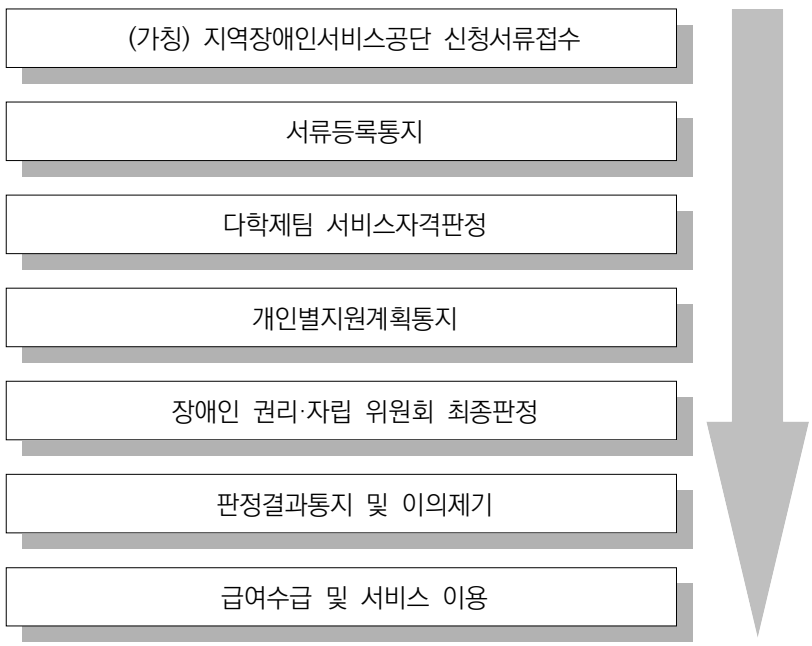
분야	목적	장기 기준
소득	소득보전	–(기준) 소득기준 및 의학적 기준, 소득활동종합조사에서 일정 점수 이하인 사람 • 소득인정액 기준, 의학적 기준(의학적 중증은 FAST TRACK확정 및 의사소견 참조) • 소득활동종합조사 점수 이하
	추가비용 보전	–(기준) 사회수당방식으로 적용 –인구학적 기준 또는 장애특성별 지출은 현물 및 바우처 방식 등으로 지원
고용	고용지원을 통한 취업 및 사회참여	–(기준) 고용적격성 판단 • 장애인연금 대상 및 일상생활 및 사회참여 제약자

분야	목적	장기 기준
		• 중증장애카드소지자 • 고용가능성 등 판단
복지 서비스	개인 및 가족 등 일상생활 유지 및 돌봄 등 지원[77]	–(기준) 서비스별 적격 기준에 따른 대상자 – ① 활동지원제도 : 의학적 기준(참고용) + 일상생활 및 사회참여 제약 수준 판단

77)

④ 서비스 전달체계

지금까지의 내용을 바탕으로 서비스전달체계를 살펴보면 다음과 같다.



[그림 Ⅶ-4] 서비스 전달체계

첫째, 신청서류접수단계이다. 신청인이 거주하는 기역의 장애인서비스공단지사에 직접 또는 우편으로 필요한 서류를 제출한다. 원스톱 종합신청서는 인터넷에서

77) 장애아가족양육지원(중, 경), 장애인활동지원, 발달장애인주간활동서비스, 거주시설운영(유형별 종합점수 240점, 중증거주시설 120점) , 장애인응급안전알림서비스(4순위)

다운로드하거나 공단지사에서 직접 받아 본인 또는 가족이 작성하며 사회복지사 또는 공단지사의 직원도움을 받을 수 있다. 개인별지원계획수립을 위하여 현 상태 및 상황, 그리고 받고 있는 서비스 및 도움 등에 대해 최대한 상세하게 기입하도록 하며 특히 동기계획 서술작성에서 장애보상욕구를 분명하게 표명하도록 한다. 또한 가족부양자가 있는 경우 현 상태 및 상황을 자세하게 기입하도록 함으로써 가족부양자의 욕구도 표명한다.

둘째, 서류등록통지단계이다. 지역장애인서비스공단지사의 서류접수담당자는 받은 서류에 대해 검토를 하여 서류미비의 경우 또는 신청서가 성의없게 작성이 된 경우 신청인에게 서류보충 및 신청서 추가기입요청 통보를 한다. 서류가 완전히 갖추어지고 신청서 작성이 올바르게 된 경우 판정단계로 넘어감을 알리는 서류접수증을 발부한다.

셋째, 신청수당·서비스판정단계이다. 신청인이 작성한 원스톱종합신청서와 의사소견서 등 장애증빙서류를 바탕으로 다학제팀이 의학적 기준과 사회적 제약기준(ADL, IADL), 소득활동종합조사 등으로 판정을 시작한다. 이 세 가지 기준을 활용하면 중복판정을 할 필요가 없이 모든 수당과 서비스에 대해서 적용이 가능하여 종합적인 사정이 가능하다. 즉 예를 들어 신청인이 장애인연금을 신청한 경우 장애인연금에 대한 판정 뿐만 아니라 다른 수당 및 서비스에 대해서도 자격조건을 알 수 있고 혜택을 받을 수 있다. 또한 특정 수당·서비스를 신청하지 않아도 신청서와 증빙서류를 바탕으로 신청인의 상태와 상황을 판정기준에 적용시켜 어떤 서비스 자격에 부합하는지 종합적으로 평가할 수 있다. 이는 각 신청인에 대하여 개인별지원계획을 수립함으로써 신청인은 자신이 가지는 서비스 권리를 알 수 있게 되는 것이다. 장애인연금 신청인의 경우 일정 점수에 부합하여 수급자 자격이 주어질 경우, 중증장애카드와 장애주차표지가 발급되고, 일상생활에서 필요한 지원이 무엇인지 활동지원 시간에 따른 급여가 정해지는 것이다. 또한 다른 제약이 있다면 이를 상쇄할 수 있는 현행 복지서비스를 제안받을 수 있다. 더구나 현행 제도에서 제공하지 않는 서비스가 정기적으로 필요한 경우 비용을 산정하여 개인예산금액으로 산정할 수 있다. 이 모든 판정이 (가칭)지역장애인서비스공단지사 판정에서 원스톱으로 개인별맞춤으로 이루어지게 된다.

판정 중 불확실한 사항이 있는 경우 신청인과 전화면담, 거주지방문 또는 공단지사에서 대면평가가 진행될 수 있다.

넷째, 개인별지원계획통지단계이다. 다학제팀이 개인별지원계획을 수립하면 장

애인권리·자립위원회의 최종판정으로 넘어가게 되는데, 최종판정 2주 전에 신청인에게 우편으로 개인별지원계획서를 동봉하여 알려야 한다. 신청인의 보상욕구가 반영이 되었는지 최종판정 전에 신청인 스스로 확인할 수 있도록 하기 위함이며 개인별지원계획수립에 신청인의 참여를 보장하는 부분이다. 신청인은 자신의 보상욕구가 충분히 반영되지 않았을 경우 장애인권리·자립위원회 최종판정에 참석의사를 표할 수 있다.

다섯째, 장애인권리·자립위원회 최종판정단계이다. 다학제팀이 진행한 판정결과와 수립한 개인별지원계획이 장애인권리·자립위원회로 넘겨지게 되면 정해진 날에 위원회의 위원들이 모여 최종판정을 진행한다. 최종판정은 특별한 정당성이나 이유가 있는 경우 다학제팀의 판정결과와 동일하지 않을 수도 있다. 신청인이 참석하는 경우 본인 판정 차례에서 발언권을 행사할 수 있으며 정당하다고 여겨지는 경우 개인별지원계획이 수정될 수 있다.

다섯째, 판정결과통지 및 이의제기단계이다. 장애인권리·자립위원회의 최종판정 후 결과가 행복e음 및 우편으로 통지된다. 판정결과통지서에는 수급자격증명서와 최종개인별지원계획이 동봉되는데 추가적으로 필요한 정보(은행계좌번호 등)요청을 할 수 있다. 최종판정결과에 이의가 있는 경우 장애인서비스공단지사에 재심사를 요청할 수 있다.

여섯째, 급여 수급 및 서비스 이용단계이다. 장애인연금과 일상생활지원을 위한 개인예산급여는 지역장애인서비스공단에서 정해진 날짜에 본인명의의 계좌에 지급한다. 개인예산의 경우 개별지원계획에 따라 금액이 산정된 것이므로 해당 서비스 이용 시 영수증을 받아 증빙서류로 보관하여야 한다.

이상으로 3안에 대해 살펴본 결과, 3안의 방향은 국제협약 및 대법원 판결 결과의 당위적인 측면에서 우리나라가 장기적으로 반드시 이행해야 할 방향임을 알 수 있다. 왜냐하면 15개의 장애 유형을 장애로 인정하는 현행 체계를 유지하는 한 예외인정이 점점 늘어나고, 결국 기준이 모호해지는 모순적인 문제들만 계속 발생할 수 밖에 없기 때문이다.

이런 점을 염두에 두면서 3안을 당장 실행하는데에 나타나는 주요 한계점은 무엇보다도 현행 장애인 등록/판정체계를 전면 수정해야 한다는 점일 것이다. 서비스별 판정체계에서 공통 판정기준을 ADL/IADL로 정한다고 가정한다면 소득, 고용, 복지서비스 각각에 맞는 수준(예: 점수 등)을 설정해야하기 때문에 이에 대한 합의가 있어야 한다. 또한 전면적으로 판정 메뉴얼을 새로 제작하여 판정심사자들

로 하여금 교육이 이루어져야 한다. 게다가 새로 변경되는 사항을 적용시키는 문제로써 기존 수급자를 예외 인정한다고 하더라도 추후 재심사 시 판정 기준에 대한 혼란이 일 수 있어 이에 대한 합의가 필요하다. 3안의 경우 장애인서비스를 원스톱으로 담당하는 장애인서비스공단(가칭)을 신설하는 것이므로 조직구성, 예산, 기관 매뉴얼 뿐만 아니라 기존 장애인서비스 담당 기관과의 역할 조율 및 네트워크 시스템 구축이 필요하다. 특히 장애인서비스공단(가칭)은 현재 국민연금공단의 장애인 등록판정심사의 역할을 이행하는 기관으로 변경되기 때문에 이에 대한 인력(특히 다학제팀)에 대한 추가적 구성이 필요하다.

3안을 당장 이행할 때 나타나는 이러한 점들은 충분히 극복이 가능한 사안이라고 보여지기 때문에 한계점이라기 보다 과정에서 이행해야 하는 과제라고 여기는 편이 옳을 것이다.

장애인등록제도 개편방안(1~3안)을 요약하면 다음과 같으며, 본 정책제언을 통해 장애인등록제도의 구체적 개편에 기초자료로 활용될 것을 기대한다.

〈표 Ⅷ-12〉 1~3안 요약

구분		1안	2안	3안
장애 정의		손상 및 사회적 기능 개념	사회정치적 개념	사회정치적 개념
장애인등록제도 유무		유지	유지	폐지
장애유형		유지 및 기타장애 신설	ICF 기준으로 개정	없음
특징		예외적 장애 인정 절차 마련	손상판단 + 개인 및 환경적 맥락을 고려한 사회적 기능 판단 - 의학적 중증: KAMS 적용하고, 사회적 기능 판단 제외 - 의학적 중증, 일상생활 제약 등 판정 어려울 경우: 조사 실시	복지서비스별 선정기준으로 대상자 선정 (가칭)장애인서비스공단에서 서비스 계획 및 정보 등 제공
장애 정도 판정 기준	손상판단	강함	약함	-
	사회적 기능 판단	약함	-	-
	개인 및 환경적 맥락(제도, 차별 등)을 고려한 사회적 기능 판단	-	강함	-
장애 정도 심사 기준	장애등록판정	현행 유지	국민연금공단 (현행 유지)	-
	예외적 장애 인정 판정	국민연금공단 이의신청부	-	-
	자료의 충분성	-	당사자의 참여 및 진술 등 자료 충분성 요구	-
서비스별 기준	목적에 따른 대상자 선정	해당없음	소득, 고용, 복지서비스 등 목적별 선정기준에 의함	득, 고용, 복지서비스 등 목적별 선정기준에 의함(의학적 기준은 참고, 맥락을 고려한 일상생활 및 사회참여 제약 등으로 판단
	전달체계			(가칭)장애인서비스공단

참고문헌

관계합동(각년도). 제5차 장애인정책종합계획(최종)

김미옥, 김동기, 김용진, 이한나. (2021). 산재보험 재활사업 개인선택제 실행방안 연구. 근로복지공단. 전북대학교 산학협력단

김용득, 이동석, 김용진, 박광옥. (2017) 자기주도지원예산제도 도입타당성 연구. 서울특별시.

김용진 (2016). 독일의 장애인정책- 개인예산제. Voice. 99, DPI KOREA.

김성희, 이동석, 김용진, 오욱찬, 변경희, 정희경, 이민경. (2018). 주요 국가의 장애판정제도 비교 연구. 한국보건사회연구원.

김성희, 이송희, 김완호, 민홍기, 박경수, 박은혜, 변경희, 서인환, 양숙미, 윤상용, 이승기, 이영자, 전병태, 한민규(2012). 제4차 장애인정책종합계획 수립 방안연구. 한국보건사회연구원

김성희; 오욱찬; 황주희; 박경수; 김용득; 이선우; 김권일; 김삼섭; 김완호; 민홍기; 이동석; 전병태; 강동욱; 김기룡; 김동기; 백종남; 서동명; 전지혜; 최복천; 오다은; 이민경(2017). 2018-2022 제5차 장애인종책종합계획 수립방안 연구. 한국보건사회연구원.

김성희, 이동석, 김용진, 오욱찬, 변경희, 정희경, 이민경, (2018). 주요 국가의 장애판정제도 비교 연구. 한국보건사회연구원.

김인숙(2016). 사회복지연구에서 질적방법과 분석. 집문당.

남찬섭(2021). [기획7] 2022년 보건복지 분야 예산안 분석: 장애인복지 분야

변용찬, 윤상용, 김성희, 강민희, 이민경, 권선진, 박종헌, 변경희, 석재은, 이경석, 이선우, 이승기, 이지수, 정한영(2010). 2009 장애인복지인프라 개선연구 Ⅱ

변용찬, 김성희, 윤상용, 최미영, 계훈방, 권선진, 이선우(2006). 2005 장애인실태조사. 한국보건사회연구원

보건복지부. (2022). 2022년 장애인복지 사업안내 2권.

보건복지부 보도자료(2021년 4월 13일). 장애인복지법 하위법령 등 개정안 공포·시행

오욱찬, 이재은(2016). 국민연금법과 장애인복지법의 장애판정기준 연계방안. 국민연금연구원.

이한나, 김윤영, 이민경, 김동기, 김용진, 이정기, 전지혜. (2019). 사회서비스 분야 개인예산제도에 관한 기초연구. 한국보건사회연구원.

조윤화, 김용진, 이율희, 이혜수. (2019). 「장애인복지법」제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구: 배제에서 포용으로. 한국장애인개발원.
조윤화, 이동석, 김용진, 김영미 (2016). 맞춤형서비스를 위한 장애인복지서비스 급여체계 개편방안 연구. 한국장애인개발원.
조윤화, 김용진, 이율희, 이혜수(2019). 장애인복지법 제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구: 배제에서 포용으로, 한국장애인개발원.
조윤화, 송승연, 한미경, 이미정, 이수연, 배진영(2020). 장애인복지법 제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구 Ⅱ: 포괄적 정신장애를 중심으로. 한국장애인개발원.
조윤화, 김용진, 이호선, 오윤지, 김계정(2021). 장애인복지법 제도권 밖 소수자의 복지욕구에 관한 연구 Ⅲ: 중증 피부질환 포함 및 장애인등록체계 개편을 중심으로. 한국장애인개발원.
조윤화, 최승훈, 주란, 박시은 (2022). 2022년 장애인 빈곤 및 소득불평등 지표
한국장애인개발원(2021). 장애통계연보.
Assistenz- & Budgetberatung. (2022). Das Budgetverfahren - Schritt für Schritt. https://www.assistenzberatung.de/content/das-budgetverfahren-schritt-f%C3%BCr-schritt에서 2022. 9. 21. 인용
Australia Government Department of Social Services. (2022.5). Disability and carers. https://www.dss.gov.au/our-responsibility/disability-and-carers/program-services/for-people-with-disability
Australian Bureau of Statistics (2016). 4430.0 - Disability, Ageing and Carers, Australia: Summary of Findings, 2015. https://www.abs.gov.au/ausstats/abs@.nsf/Lookup/4430.0Appendix202015
Australian Human Rights Commission (2021). Disability action plan guide. https://humanrights.gov.au/our-work/disability-rights/publications/disability-action-plan-guide-2021
Australian Human Rights Commission (2022). Disability discrimination. https://humanrights.gov.au/our-work/employers/disability-discrimination
Autstralian Institute of Health and Welfare (2020). people with disability in Australia. https://www.aihw.gov.au/reports/disability/people-with-disability-in-australia/contents/about-this-report/defining-disability

Behinderung. org. (2022). Gesetzliche Grundlagen. https://behinderung.org/gesetze/gesetzliche-grundlagen.htm 에서 2022. 8.3. 인용

Betanet. (2021. 9. 24.). Rehabilitation. http://www.betanet.de/betanet/soziales_recht/Rehabilitation-331.html 에서 2022.6.16. 인출

Betanet. (2022.8.3.). Persönliches Budget. https://www.betanet.de/persoenliches-budget.html에서 2022. 9. 22. 인용

Betanet (2022. 8. 3. a.). Bundesteilhabegesetz. https://www.betanet.de/bundesteilhabegesetz.html에서 2022. 8. 7. 인출

Betanet (2022. 8. 3. b.). Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen. https://www.betanet.de/rehabilitation-und-teilhabe-von-menschen-mit-behinderungen.html에서 2022. 6. 28. 인출

Betanet (2022. 9. 3.). Teilhabeplanverfahren. https://www.betanet.de/teilhabeplanverfahren.html#teilhabeplankonferenz-6에서 2022. 10. 3. 인출

Bundesagentur für Arbeit. (2021). Fachliche Weisungen-§ 29 SGB IX Persöliches Budget. https://www.arbeitsagentur.de/datei/fw-sgb-ix-29_ba017233.pdf에서 2022. 9. 21. 인용

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). (2022). Reha-Prozess. https://www.bar-frankfurt.de/themen/reha-prozess.html에서 2022. 10. 2. 인용

Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation e.V. (BAR). (2022a). Rolle der Leistungs - erbringer im Reha-Prozess.
https://www.bar-frankfurt.de/themen/reha-prozess/rolle-der-leistungserbringer-im-reha-prozess.html에서 2022. 10. 2. 인용

Bundesministerium der Justiz. (2022). Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 23. Dezember 2016, BGBl. I S. 3234) (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX). § 1 Selbstbestimmung und Teilhabe am Leben in der Gesellschaft. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/__1.html에서 2022. 9. 22. 인용

Bundesministerium der Justiz. (2022a). Sozialgesetzbuch Neuntes Buch – Rehabilitation und Teilhabe von Menschen mit Behinderungen – (Artikel 1 des Gesetzes v. 23. Dezember 2016, BGBl. I S. 3234) (Neuntes Buch Sozialgesetzbuch - SGB IX) § 29 Persönliches Budget. https://www.gesetze-im-internet.de/sgb_9_2018/__29.html에서 2022. 9. 22. 인용

Bundesministerium für Arbeit und Soziales. (2022). Das Persönliche Budget. https://www.bmas.de/DE/Service/Publikationen/Broschueren/a722-persoenliches-budget-broschuere.html;jsessionid=9231F4F745C73E55454FA202BE9598B9.delivery1-replication에서 2022. 9. 22. 인용

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, (2020a). Bundesteilhabegesetz. https://www.bmas.de/DE/Soziales/Teilhabe-und-Inklusion/Rehabilitation-und-Teilhabe/bundesteilhabegesetz.html에서 2022. 8. 4.인출

Bundesministerium für Arbeit und Soziales, (2020b). Gesetz zur Stärkung der Teilhabe und Selbstbestimmung von Menschen mit Behinderungen. https://www.gemeinsam-einfach-machen.de/GEM/DE/AS/Umsetzung_BTHG/Gesetz_BTHG/Gesetz_node.html에서 2022. 8. 7.인출

Commonwealth Consolidated Acts (2022.5). Disability Discrimination Act 1992. http://www8.austlii.edu.au/cgi-bin/viewdoc/au/legis/cth/consol_act/dda1992264/index.html#s4

Commonwealth Consolidated Acts (2022.5). National Disability Insurance Scheme Act 2013.

Commonwealth consolidated acts (2022.5). Social security acts. http://classic.austlii.edu.au/au/legis/cth/consol_act/ssa1991186/

Departmnet of Human Services (2022.5). Apply for disability services. https://www.sa.gov.au/topics/care-and-support/disability/access-services

Deutscher Paritatischer Wohlfahrtsverband – Gesamtverband e. V. (2009). Das Persönliche Budget für Menschen mit hohem Unterstützungsbedarf. https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/doc/2009-12_pb_hilfebedarf_web.pdf에서 2022. 9. 21. 인용

Deutsche Rentenversicherung. (2022). Ansprechstellen für Reha und

Teilhabe. https://www.deutsche-rentenversicherung.de/DRV/DE/Reha/Warum-Reha/ansprechstellen.html에서 2022. 8. 14. 인출

Der Familienratgeber. (2021. 12. 20). EUTB – Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung. https://www.familienratgeber.de/beratung-hilfe/beratung/eutb.php에서 2022. 8. 14. 인출

Devereux, S., Masset, E., Sabates-wheeler, R., Rivas, A., Lintelo, D., Devereux, S., Masset, E., & Sabates-wheeler, R. (2017). The targeting effectiveness of social transfers. Journal of Development Effectiveness, 9(2), 162–211. https://doi.org/10.1080/19439342.2017. 1305981

Disability Information, (2022.5). Australia's National Disability Insurance Scheme (NDIS) Act 2013. https://pwd.org.au/resources/disability-info/student-section/key-pieces-of-legislation/australias-national-disability-insurance-scheme-ndis-act-2013/

Einfach Teilhaben. (2022). Wie erhalte ich das Persönliche Budget?. https://www.einfach-teilhaben.de/DE/AS/Ratgeber/Persoenliches_Budget/Persoenliches_Budget_node.html에서 2022. 9. 22. 인출

Ergänzende Unabhängige Teilhabeberatung. (2022). Angebote der Ergänzenden unabhängigen Teilhabeberatung (EUTB).

https://www.teilhabeberatung.de/artikel/angebote-der-ergaenzenden-unabhaengigen-teilhabeberatung-eutb에서 2022. 8. 14. 인출

Government of South Australia Department of Human Services (2022.5). Application information for individuals. https://screening.sa.gov.au/applications/application-informaton-for-individuals

Government of Western Australia (2022.5). Legislation and Disability in Australia (for State Government) – Part 4. https://www.dplh.wa.gov.au/getmedia/bee2641a-89ae-4a28-94c8-5f6241755a43/DAIP-Legislation_and_Disability_in_Australia_for_State_Government

Guide to social policy law social security guide (2022.5). 3.6.2.110 DSP assessment of continuing inability to work - 30 hour rule. https://guides.dss.gov.au/social-security-guide/3/6/2/110

Krankenkassen-Zentrale, (2022). Gesetzliche Krankenversicherung(GKV).

https://www.krankenkassenzentrale.de/wiki/gesetzliche-krankenversicherung 에서 2022. 9. 22. 인출

Landesamt für Gesundheit und Soziales. (2022). Antrag stellen. https://www.berlin.de/lageso/behinderung/schwerbehinderung-versorgungsamt/antragstellung/에서 2022. 8. 9.인출

legislation.wa.gov.au (2022.6). https://www.legislation.wa.gov.au/legislation/prod/filestore.nsf/FileURL/mrcmp_27404.pdf/$FILE/Disability%20Services%20Act%201993%20Compare%20%5B04-b0-01%5D%20-%20%5B04-c0-00%5D.pdf?OpenElement

Marin, B. (2003). Transforming Disability Welfare Policy. Completing A Paradigm Shift. European Disability Pension Policies.

Mashaw J, Reno V.(1996). Overview. In: Disability, Work, and Cash Benefits (Mashaw J, editor; , Reno V, editor; , Burkhauser R, editor; , Berkowitz M, editor. , eds.). Kalamazoo, MI: WE Upjohn Institute for Employment Research.

Mebbett, D. (2003). Definitions of disability in Europe: A comparative analysis. Brussels: European Commission.

Miller, L. M., & Carpenter, C. L. (2009). Altruistic leadership strategies in coaching: A case study of Jim Tressel of the Ohio State University. A Journal for Physical and Sport Educators, 22(4), pp.9-12.

National Disability Coordination Officer Program (2022). What is disability. https://www.westernsydney.edu.au/educationtoemployment/resources/what_is_a_disability

National Disability Insurance Scheme (2022.4). Pricing arrangements and price limits 2021-22. https://www.ndis.gov.au/media/4109/download?attachment; https://www.ndis.gov.au/media/3975/download? attachment; https://ndis.gov.au/providers/pricing-arrangements

National Disability Services (2022.5). Disability types and description. https://www.nds.org.au/disability-types-and-descriptions

NDIS (2019.) NDIA Assistive Technology & Consumables Code Guide. https://www.ndis.gov.au/media/1797/download

NDIS (2022.5). Disability services. https://www.ndis.gov.au/understanding/

ndis-and-other-government-services/disability-services
NDIS Booklet 1 – Understanding the NDIS (2022.6). https://www.ndis.gov.au/about-us/publications/booklets-and-factsheets
NDIS Booklet 2 – Planning, 2022.6). https://www.ndis.gov.au/about-us/publications/booklets-and-factsheets
NDIS Booklet 3 – Using your NDIS plan (2022.6). https://www.ndis.gov.au/about-us/publications/booklets-and-factsheets
NDIS Quarterly report: 2021-22 Q3. https://www.ndis.gov.au/about-us/publications/quarterly-reports
OECD(2010). Sickness, Disability and Work.
Pflege.de. (2022. 2. 11.). Pflegebedürftigkeit – Definition des Pflegebedürftigkeitsbegriffs.https://www.pflege.de/pflegende-angehoerige/pflegefall/pflegebeduerftigkeit/ 에서 2020.11.27. 인용
Pflege durch Angehörige. (2022). Pflegegeld – Was Sie wissen und beachten sollten. https://www.pflege-durch-angehoerige.de/pflegegrade-pflegeleistungen/pflegegeld/에서 2022. 9. 21. 인용
Qi CY and Wang Y (2021) Why Is Rehabilitation Assistance Policy for Children With Disabilities Deviated in Supply-Demand? A Case Study in Mainland China. Front. Public Health
Rehadat. (2017). Lexikon zur beruflichen Teilhabe: Geldleistung. https://www.rehadat.de/lexikon/Lex-Geldleistung/에서 2022. 10. 3.인출
Rehadat. (2019). Lexikon zur beruflichen Teilhabe: Ansprechstellen. https://www.rehadat.de/lexikon/Lex-Ansprechstellen/에서 2022. 8. 14. 인출
Rehadat. (2021). Lexikon zur beruflichen Teilhabe: Ergänzende unabhängige Teilhabeberatung (EUTB).
https://www.rehadat.de/lexikon/Lex-Ergaenzende-unabhaengige-Teilhabeberatung-EUTB/에서 2022. 8. 14. 인출
Reimbursement Institute. 2021. SGB – Sozialgesetzbuch.
https://reimbursement.institute/glossar/sgb-sozialgesetzbuch/에서 2022.6.15. 인출

REHADAT-Portal talentplus. (2022). Ansprechstellen. https://www.talentplus.de/lexikon/Lex-Ansprechstellen/에서 2022.6.16. 인출

Snape, D., & Spencer, L. (2003). The foundations of qualitative research'in Ritchie, J. and Lewis, J (eds) Qualitative Research Practice.

Services Australia (2022.5). Explaining the decision. https://www.servicesaustralia.gov.au/explaining-decision-for-disability-support-pension?context=22276

Services Australia (2022.5). Manifest medical rules. https://www.servicesaustralia.gov.au/manifest-medical-rules-for-disability-support-pension?context=22276

Services Australia (2022.5). Manifest medical rules. https://www.servicesaustralia.gov.au/manifest-medical-rules-for-disability-support-pension?context=22276

Services Australia (2022.5). Program of support. https://www.servicesaustralia.gov.au/program-support-for-disability-support-pension?context=22276

Services Australia. (2022.5). Top payments. https://www.servicesaustralia.gov.au/most-viewed-payments-for-living-with-disability?page=0&type%5Bvalue%5D%5Bpayment_service%5D=payment_service

Sozialverband VdK Deutschland e.V. (2022) Informationen zum Grad der Behinderung (GdB).

http://www.vdk.de/deutschland/pages/themen/behinderung/9216/grad_der_behinderung_gdb에서 2022. 8. 9. 인용

Transparency Portal (2022.6). 4.4 The Chief Executive Officer and Executive Team. https://www.transparency.gov.au/annual-reports/national-disability-insurance-scheme-launch-transition-agency/reporting-year/2019-20-9

Warr, D., Olney, S., Karanikolas, A. (2017). Choice, controland the NDIS: Service users' perspectives onhaving choice and control in thenew National DisabilityInsurance Scheme. University of Melbourne.

http://www5.austlii.edu.au/au/legis/cth/consol_act/ndisa2013341/index.html#s23

Widerspruch.org. (2020). Widerspruch Versorgungsamt – Einspruch erfolgreich einlegen. http://www.widerspruch.org/widerspruch-versorgungsamt/에서 2022. 8. 9. 인용

Wikipedia. (2022.7.2.). Neunte Buch Sozialgesetzbuch. https://de.wikipedia.org/wiki/Neuntes_Buch_Sozialgesetzbuch에서 2022.8.12. 인출

Wikipedia. (2021.7.5.). Sozialgesetzbuch (Deutschland). https://de.wikipedia.org/wiki/Sozialgesetzbuch_(Deutschland)에서 2022.6.15. 인출

World Health Organization(2001/2016). 국제 기능·장애·건강 분류

부록 1 MDPH 신청서 양식

모든 장애관련 수당 및 서비스를 신청할 때 프랑스 내 공통 양식(cerfa n°15692-01)서류인 도립장애인센터 신청서(Formulaire de demande auprès de la MDPH)가 활용된다. 는 프랑스 내 공통 양식(cerfa n°15692-01)의 서류로, 이 서류를 통하여 대상자 본인 또는 대리인이 기입한다. 총 20페이지이며 6가지의 항목(A~F)으로 구성되어 있다.

㉠ 첫 페이지 : 신청서 작성 안내 및 신청 목적 체크표시

☐ MDPH에 처음 신청하는 경우	신청서 A, B, C, D, E, F 모든 항목 기입하기. 특히 신청자가 본인의 보상욕구를 설명하기 원하는 경우 E 항목에서 자세히 작성하기.
☐ 신청인의 의학적, 행정적, 가족 사항 및 삶의 계획 변경된 경우	
☐ 수급 권리 판정 재신청	
☐ 신청자의 상황이 변경되지 않은 상태이며 현재 받고 있는 수당 및 서비스 갱신 신청하는 경우	신청서 A와 E 항목 필수 기입하기. 나머지 항목 옵션임.
☐ 신청인의 가족부양인이 본인의 상황과 욕구를 표현하는 경우	가족부양인인 경우 항목 F 기입하기.
☐ 신청인의 서류가 이미 MDPH에 있는가?	예) / 도 번호:_____ / 수급번호:_____

㉡ A 항목- 인적사항

- A1 신청인(아동 혹은 성인)의 인적사항: 성별, 이름, 생년월일, 국적, 태어난 도시, 태어난 국가, 거주지 주소, 전화번호, 이메일, 신청인이 원하는 MDPH 연락방식선택(이메일, 전화, 문자, 우편), 사회적주택 거주시 제공기관이름, 가족수당(Caf) 및 사회연대수당(RSA) 수급 받고 있는 기관, 신청인의 건강보험 기관, 사회보장번호
- A2 (미성년자 경우) 보호자 및 후견인 인적사항: 이름, 생년월일, 주소, 전화번호, 이메일
- A3 신청인의 상황을 더 자세히 평가하기 위하여 가까운 제3자에게 연락하길

원하는 경우: 지인, 기관, 기타 중 선택, 기관 또는 지인 이름, 주소, 전화번호, 이메일

- A4 후견인제도 해당자: 보호유형, 후견인 기관 또는 사람, 생년월일, 주소, 전화번호, 이메일
- A5 신속한 서류 검토가 필요한 상황에 있는 자 : 다음에서 선택 후 해당 선택에 대한 부연 설명
  - 현재 거주지에서 거주가 불가능한 경우 또는 그럴 가능성이 있는 자.
  - 현재 학교에서 신청인을 받아주지 않거나 그럴 가능성이 있는 경우.
  - 병원에서 퇴원하지만 원래 거주지로 돌아가지 못하는 경우.
  - 곧 실직의 위험이 있는 경우.
  - 취업한지 얼마 되지 않았거나, 곧 새로운 직업교육을 이수하는 경우 (직업교육 시작 날짜 기입).
  - 현재 수급받고 있는 수당 및 인정받은 자격이 2개월 이내 만료되는 경우
- A 항목 기타 사항
  - 제출서류 안내: MDPH 양식 의사진단서(신청일로부터 6개월 정도의 예정기간을 감안하여 작성), 신청인의 신분증 양면복사 사본(후견인이 있는 경우 후견인의 신분증 포함), 거주증명서 사본, 후견인이 있는 경우 후견인 판정 증명서
  - 의사진단서 작성이 어려운 경우 부연 설명
  - 신청 날짜, 서명(신청인 본인, 후견인, 보호자)
  - 가족과 사회복지법전 제 241조 10항의 시행령에 의거하여 신청인의 장애치료 및 관리하는 직업종사자들과 MDPH 사이의 정보교환 동의 여부
  - 신청서 기입 정보에 대한 사실에 대한 본인 보증 (아래 형법 제441조 제1항과 사회보장법전 제114노 제19항에 의거하여 허위사실을 기재 시 형사처벌로 금고형에 처할 수 있음을 명시함)

ⓒ B 항목- 일상생활

- B1 일상생활 :
  - 동거가족: (선택) 1인 가구/ 부부 가구/ 부모님/ 자녀/ 기타(부연설명)
  - 거주: (선택) 일반 자택(소유인, 임차인 여부)/ 의학 사회적 시설(이름, 유

형, 주소)/ 타인의 집 거주(부모님, 친구, 자녀, 친척, 홈스테이, 기타(부연설명))

- 사고여부: (선택) 타인에 의한 사고/ 산업재해/ 기타(부연설명)
- 해당 사고에 대해 보상금 신청 중 혹은 이미 받았는지 여부: 예, 아니오 (예의 경우 보상금 지급 기관 이름 명시)
- 재정 및 소득 도움 사항
  · 수급받고 있는 수당 여부: (선택) 성인장애수당(AAH)/ 활동연대수당(RSA)/ 실업급여/ 특수연대수당(ASS)
  · 신청일 이전 12개월 동안 직업활동에 대한 소득 여부: (선택) 직업활동 근로소득/ 보호작업장(ESAT) 근로소득/ 휴업수당(기간 명시)
  · 연금수급여부: (선택) 장애연금 1급/ 2급/ 3급(언제부터)/ 장애와 연관된 기타연금(이름명시)/ 활동동반인 증액(majoration tierce personne)/ 장애보충수당(Asi)/ 산업재해연금/ 활동동반인 보충수당(prestation complémentaire de recours à tierce personne)/ 공공기관에서의 적성결여로 인한 은퇴 또는 조기은퇴 (언제부터)/ 부분적 장애율(IPP) 표기.
  · 노인관련 연금 및 수당수급여부: 은퇴연금(퇴직 날짜)/ 노인연대수당(ASPA)/ 은퇴연금 신청중/ 개별자립수당(APA)
- 기술적, 도구적, 장비도움여부: (선택) 집안개조/ 자동차개조/ 안내견/ 기술적 도움(부연설명, 예) 손잡이 바, 휠체어, 보행기 등)/ 기타(부연설명)
- 인적도움여부: (선택) 가족/ 의학사회적 활동동반인/ 재가돌봄전문인/ 기타(부연설명)
- 미성년 아동의 경우 보호자에게 질문
  · 자녀의 장애 때문에 시간제 근로를 하고 있거나 또는 직업활동을 포기하였습니까? (예, 아니오)
  · 자녀의 장애 상황으로 활동동반인으로 활동하고 있다면 유급 인정 시간을 명시하시오 (일주일 ____ 시간)
  · 시간이 규칙적이지 않다면 일년 단위로 명시하시오 (1년 _____ 시간)
  · 시간제 근로 경우, 정률을 명시하시오 (___%)
- 장애 관련 비용 및 본인부담금: 장애관련 지출 중 건강보험 비급여이거나 부분급여 사항 기입 (본인부담금, 빈도, 총액, 보험보장금액, 부연설명)

- B2 일상생활에서의 보상에 대한 필요 욕구

(본인의 장애 또는 자녀의 장애와 관련된 보상 욕구를 구체화하시오. 설명: 신청자의 연령에 맞는 욕구이어야 함/ 미성년자의 경우 부모가 필요한 욕구가 아닌, 자녀의 욕구만 기입하기/ 도움에 대한 욕구는 직접적 인적도움, 동기부여도움, 안내도움, 대화, 장비, 금전적 도움이 있음/ 본인이 필요에 대해 느끼는 욕구를 구체화시킴. 필요한 경우 필요한 욕구에 대한 더 자세한 정보를 위해 MDPH 전문가들이 신청인에게 연락할 수 있음)

- 가사 도움: (복수선택가능) 일상 지출 계산(월세, 전기세, 식품 및 의류구입)/ 행정관련 재정업무(건강보험료, 세금납입 등)/ 신체위생관리(씻기, 화장실이용 등)/ 옷입기(옷 입고 벗기, 선택하기 등)/ 장보기/ 식사준비/ 식사하기/ 집안 청소 및 옷 정리/ 건강 돌봄(처방 이행하기, 진료 받으러 가기 등)/ 기타(부연설명)
- 이동 도움: (복수선택가능) 집안 내 이동하기/ 집 밖으로 나가거나 들어오기/ 집 밖으로 나가 이동하기/ 자동차 이용하기/ 대중교통 이용하기/ 휴가 떠나기/ 기타(부연설명)

  · 지역 내에서 운영되는 특수이동차량을 이용하고 있습니까? (예, 아니오)
- 사회생활도움: (복수선택가능) 표현하기, 이해시키기, 이해하기/ 스포츠활동 및 취미생활하기/ 타인과의 원활한 관계/ 가족 챙기기/ 시민으로서의 생활(투표하러가기, 단체생활 등)/ 안전 확실히 하기/ 기타(부연설명)

- B3 장애 상황 보상에 대한 기대 사항
  - 원하는 사항 선택: (복수선택가능) 집에 거주하는 것/ 시설에 거주하는 것/ 거주하는 곳 개조/ 인적 도움/ 이동 도움/ 장비 필요/ 장애 관련 지출비용 필요/ 일상생활 적응 및 재적응을 위한 활동동반인/ 단기거주시설/ 안내견/ 일상생활에서 최대한의 능력치 발휘하기/ 최소한의 소득을 위한 금전적 도움(이 경우 D 항목 기입하기), 기타(부연설명)
  - 신청자의 기대에 부합하는 돌봄 시설을 찾은 경우 (예, 아니오) '예' 응답 경우, 시설 이름, 이미 연락을 해보았는지 여부 (예, 아니오)
  - 신청자의 일상생활에 대한 중요한 사항 (상황, 기대, 계획)이 있다면 서술하기
  - 제출 서류: B1과 B3에 대한 증거 서류 제출(영수증, 확인증 또는 원하는 도움에 대한 지출예상비용)/ 자녀의 장애에 따른 부양으로 시간제 근무를 하는 경우 근로계약서, 월급명세서 또는 시간제 근무 또는 근로 시간이 명시된 고용주 확인서/ 활동동반인 급여를 받는 경우 고용증명서, 근로계약

서, 사회보험료 납부확인서 그리고 재가서비스 근로시간이 명시된 청구서/ 활동동반인 증액을 동시에 수급받는 은퇴연금 및 장애연금수급자와 활동동반인 보충수당을 받는 산업재해연금 수급자는 증명서 사본

㉣ C 항목- 학교교육 및 대학 생활

- C1 학업 상황
  - 자녀가 현재 학업중인 곳은 어디인가?: (선택) 일반학교/ 집/ 돌봄서비스 및 의학적 사회적 시설/ 일반학교 또는 집과, 의학적 사회적 시설 번갈아가며 학업 중/ 돌봄서비스와 일반학교 번갈아가며 학업 중/ 고등교육과정/ 기타(부연설명)/ 학교 및 기관 이름, 시작 날짜 명시하기
  - 자녀가 기숙사 거주라면 총 거주 비용은 건강보험, 정부, 사회 보조로 보장이 되는가? (예, 아니오)
  - 자녀가 현재 학업 중이 아닌 경우: (선택) 아직 어림 (학업 예정일 기입)/ 어떠한 기관도 부합하지 않음(부연설명)/ 기타(부연설명)
  - 신청인이 대학생이거나 학습 중인 경우: 전공, 취득한 학위, 과정중인 학위, 학교 및 기관 주소, 시작 날짜 기입
  - 학력 (연도, 학교 및 기관 기입)
  - 현재 활동동반인 또는 돌봄인이 있는가?: (선택) 간병인/ 개인 전문 돌봄인/ 기타(부연설명)
  - 현재 학습 적응에 대한 장비를 사용하고 있는가?: (선택) 특수맞춤교육 및 조정/ 커뮤니케이션 도구/ 디지털 영상 장비/ 청력 손상에 대한 맞춤 장비/ 시력 손상에 대한 맞춤 장비/ 여러 다양한 도구/ 교통수단/ 기타(부연설명)
  - 장애학생에 대한 인적도움을 받고 있는가? ('예'라면, 부연설명)
  - 일주일 시간표 작성하기(월, 화, 수, 목, 금, 토, 일의 아침, 점심, 오후, 저녁/밤까지 학업, 활동동반인, 돌봄, 장소 등 다 기입)
- C2 학교교육 및 대학생활에서의 욕구

  (설명: 신청자의 연령에 맞는 욕구이어야 함/ 도움에 대한 욕구는 직접적 인적 도움, 동기부여도움, 안내도움, 대화, 장비, 금전적 도움이 있음/ 본인이 필요에 대해 느끼는 욕구를 구체화시킴. 필요한 경우 필요한 욕구에 대한 더 자세한 정보를 위해 MDPH 전문가들이 신청인에게 연락할 수 있음

- 학습관련욕구: (선택) 읽기/ 쓰기, 메모하기/ 계산하기/ 이해하기, 지시에 따르기/ 본인의 일을 조직하고 제어하기/ 장비 사용하기/ 기타(부연설명)
- 커뮤니케이션욕구: (선택) 표현하기, 이해시키기, 이해하기/ 타인과의 원활한 관계/ 안전 확실히 하기/ 기타(부연설명)
- 개인생활유지욕구: (선택) 신체 위생(화장실가기)/ 옷 입기(옷 입고 벗기)/ 식사(먹고 마시기)/ 건강 돌봄/ 기타(부연설명)
- 이동욕구: (선택) 거주 지역 내 이동/ 거주 지역 외 이동/ 대중교통 이용/ 기타(부연설명)

- C3 학교교육, 과외, 대학생활에 대한 기대사항
  - 원하는 사항 선택: (복수선택가능) 특수교육/ 다른 학교교육/ 인적 도움/ 장비 도움/ 재적응 또는 재교육을 위한 도움/ 기숙시설이 없는 특수시설에서의 학업/ 기숙시설이 있는 특수시설에서의 학업/ 기타(부연설명)
  - 신청자의 기대에 부합하는 교육 시설(학교교육, 대학교육, 의학적 사회적 시설)을 찾은 경우 시설 이름 기입, 이미 연락을 해보았는지 여부 (예, 아니오)
  - 신청자의 학업 생활에 대한 중요한 사항 (상황, 기대, 계획)이 있다면 서술하기

㉣ D 항목– 직업적 상황

- D1 신청인 상황
  - 고용 상태인 경우(취업 일자 기입)
    · 고용 기관 유형: (선택) 일반 작업장/ 맞춤기업(EA)/ 보호작업장(ESAT)
    · 고용 형태: (선택) 정규직/ 계약직/ 임시직/ 정부지원계약 (이 4가지 형태에 해당하는 경우 고용주 이름, 주소 기입)/ 직업교육인턴(보수지급여부, 기관 이름)/ 프리랜서활동
    · 근로 시간: (선택) 전일제/ 시간제(시간제인 경우 근로계약서 사본 제출)
    · 신청자 본인의 장애가 해당 일에 적응가능한가? (예, 아니오, 아니오 경우 부연설명)
    · 장애와 관련하여 어떤 어려움이 있는가? 서술하기
    · 현재 고용 상태를 유지하기 위하여 지원 혜택을 받고 있는가, 또는 받았는가?: (선택) 근로보건서비스/ 장애인근로자 고용유지 도움 서비스

(SAMETH) (이 두 가지 경우 노동건강담당 의사의 적격 및 부적격 진단, 또는 가장 최근 진료받은 진단서 제출/ 직장 내 역할 조정(부연설명)

- 휴직 상태인 경우(휴직 시작 일자 기입)
  · 휴직 유형: (선택) 유급 병가 휴직/ 무급 병가 휴직/ 산업재해로 인한 휴직/ 육아휴직 및 기타
  · 신청자 본인이 해당되는 연금기관의 사회서비스 담당자와 상담한 적이 있는가? (예, 아니오, '예' 경우 상담일자 기입)
  · 노동보건의사를 휴직 전에 방문하여 진료를 받았는가? (예, 아니오, '예'의 경우 진료일자 기입)
- 무직인 경우(무직 시작 일자 기입)
  · 근로 경험이 있는가? (예, 아니오)
  · 현재 무직인 이유를 서술하시오
  · 현재 상태: (선택) 고용센터 등록함(등록일자)/ 직업교육(교육시작일자)(부연설명)/ 대학생(시작일자)(대학생 경우 C항목 자세히 기입)
  · 고용지원기관: (선택) 지역미션기관/ 장애인 고용지원센터/ 고용센터/ 도청에 의해 지정된 활동연대수당 담당자/ 기타(부연설명)
  · 다음 수당지원을 받고 있는가?: (선택) AGEFIPH의 지원/ FIPHFP 지원
  · 장애인근로능력인정(RQTH) 또는 이와 동등한 자격, 즉 보호작업장(ESAT), 일반 노동시장, 또는 직업재활센터로의 방향지원을 받고 있는가? (예, 아니오)

- D2 직업경력
  - 직업경력(연도, 직위, 회사 이름, 근로시간유형, 퇴사사유) 기입, 또는 이력서 첨부.
  - 본인의 직업능력 수준: (선택) 초급/ 중급/ 고급
  - 가장 최근의 직위
  - 직업교육 이수경험이 있다면 구체적으로 기입
  - 자격증 취득 사항(자격증 종류, 취득 연도, 분야)
  - 전문능력 및 직업적성검사 결과가 이미 있는 경우 주최 연도 및 기관 기입
- D3 직업 계획
  - 직업 계획이 있는 경우 서술하기
  - 도움지원 필요 사항: (선택) 직업능력검사/ 고용진입/ 직업계획 구체화하기

/ 직업교육/ 근로환경적응하기

- 신청자의 기대에 부합하는 직업시설을 찾은 경우 시설 이름 기입, 이미 연락을 해보았는지 여부 (예, 아니오)
- 신청자의 직업적 상황에 대한 중요한 사항 (상황, 기대, 계획)이 있다면 서술하기

㉤ E 항목- 수당 및 권리 신청 유형

- E1 일상생활 관련 신청
  - 만 20세 미만인 경우: (선택) 장애아동교육수당(AEEH) 및 추가수당/ 장애보상수당(PCH)/ 장애카드/ 장애인주차카드/ 일반가정 부모의 노후보험(AVPF) 무료가입
  - 만 20세 이상인 경우: (선택) 성인장애수당(AAH)(이 경우 D항목 구체적으로 기입)/ 소득보충(CPR)/ Creton 개선법[78]에 대한 의학적 사회적 서비스 또는 관련시설(ESMS) 지원/ 제3자 보상수당(ACTP)(갱신만 가능)/ 직업비용 보상수당(ACFP)(갱신만 가능)/ 장애보상수당(PCH)/ 장애카드/ 장애인주차카드/ 일반가정 부모노후보험(ACPF) 무료가입
- E2 학업 관련 신청
  - 취학과정 또는 의학적 사회적 서비스나 관련 시설의 지원 여부에 상관없이 교육받고자 하는 경우 본인의 신청에 대하여 구체적으로 서술하기
- E3 근로, 고용 및 직업 교육 관련 신청 (D 항목 구체적으로 기입)
  - 장애인근로자자격인정(RQTH)
  - 직업활동 방향 제시: (선택) 직업재교육센터(CRP), 뇌기능 감퇴자를 위한 사회직업적 재훈련 및 평가 기관(UEROS), 진로지도센터 / 보호작업장(ESAT)/ 노동시장/ 고용 조치에 의한 지원

㉥ F 항목- 가족부양자의 삶

이 항목은 장애인의 가족부양자에 대한 질문으로 작성은 선택가능하다. 가족부

78) 만 20세 이상 성인장애인이 아무 사회적 지원 없이 종일 집에 맡겨져 가족에 부담을 주는 것을 방지하기 위한 법으로 사회질서에 대한 다양한 조치법(Diverses mesures d'ordre social) l'article 22 de la loi n°89-18 du 13 jqnvier 1989으로 1989년 1월 13일 제정됨

양자는 장애인을 일상적으로 도와주는 가까운 지인을 뜻하며 가족부양자로서의 욕구 표현을 하고자 한다면 이 항목에 작성을 하도록 한다.

- F1 가족부양자의 욕구
  - 가족부양자 인적사항 : 이름, 생년월일, 주소, 신청인과의 관계, 신청인과 동거 여부(동거 시작 일자 기입), 경제활동여부, 신청인 부양으로 근로시간이 줄어든 경우 체크
  - 도움 유형: (복수선택가능) 보호감시/ 실내 이동/ 실외 이동/ 집안청결 및 빨래/ 신체위생/ 식사준비/ 식사/ 외부 전문인력 매개/ 행정 및 법 관련 업무/ 재정업무/ 활동동기부여(취미생활, 운동 등)/ 커뮤니케이션 및 사회관계/ 병원치료/ 기타(부연설명)
  - 본인 외 신청인의 돌봄에 관여하는 자가 있는가?: (선택) 외부 전문인/ (한 명 또는 여러 명의) 다른 지인(들)/ 혼자 돌봄
  - 부양에 대하여 지원을 받고 있는가? (예, 아니오, '예'의 경우 부연 설명)
  - 본인이 돌볼 수 없는 상황일 때 대체인이 있는가? (예, 아니오, '예'의 경우 부연설명)
  - 가까운 시일 내 본인이 처할 것으로 예상되는 상황은?: (선택) 이사(신청자 거주지와 멀어짐)/ 장기간 부양 불가능(해외체류, 입원 등)/ 개인적 상황에서의 큰 변화(이혼, 사별, 은퇴거주시설로 옮김 등)/ 건강 문제/ 직업상황에서 큰 문제/ 현재 부양이 앞으로 불확실함(심신지침, 고령 등)/ 기타(부연설명)
- F2 가족부양자로서의 기대 사항
  - 원하는 사항 선택: (복수선택가능) 일상 가운데 휴식/ 필요한 경우 대체인력/ 급한 용무 시 대체인력/ 주말 또는 휴가 대체인력/ 직업활동 재개, 강화 또는 유지/사회활동 재개, 강화 또는 유지/ 돌봄에 대한 급여/ 다른 돌봄인으로 교체/ 돌봄 전문인으로 교체/ 심리상담/ 신청인의 장애에 함께 맞서기 위한 조언/ 노후연금 무료가입/ 기타(부연설명)
  - 신청자의 기대에 부합하는 시설을 찾은 경우 (예, 아니오) '예' 응답 경우, 시설 이름, 이미 연락을 해보았는지 여부 (예, 아니오)
  - 돌봄에 대한 공공 조처 안내 원하는 경우: (선택) 가족부양자에 대한 조처/ 장애인 돌봄 조처
  - 신청자의 일상생활에 대한 중요한 사항 (상황, 기대, 계획)이 있다면 서술

부록 2 장애인 보상욕구평가서(Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées, GEVA)

PCH의 장애기준은 일상적 중요활동의 자립가능 유무로 EP는 해당 사항을 평가하게 되며, 이 때 장애인 보상욕구평가서(Guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées, GEVA)의 기준을 활용하게 된다. GEVA는 GEVA와 관련된 총리령 제 2008-110호 (décret n°2008-110 du février 2008 relatif au guide d'évaluation des besoins de compensation des personnes handicapées)에 근거하여 사용되기 시작하였다. GEVA는 장애를 수치화하거나 절대적으로 평가하는 도구가 아닌 장애보상필요를 평가하는 도구이다. 즉 장애를 비율로 측정하는 것이 아닌 해당 서비스 자격의 분기점을 알아보는 것이다. 이 때 신청인의 장애뿐만 아니라 신청인을 둘러싼 상황 및 환경 등 다각적 차원을 고려하게 된다.

GEVA는 1. 가족·사회·재정사항, 2. 거주·생활환경, 3a. 학력사항, 3b.경력사항, 4.의학적사항, 5.심리·정신적 상태, 6.활동·기능능력, 7.도움혜택상태, 8. 평가종합으로 총 8가지 항목으로 나뉘어져 있다.

1. 가족·사회·재정사항
2. 거주·생활환경
3a. 학력사항
3b. 경력사항
4. 의학적 사항
5. 심리·정신적 상태
6. 활동·기능능력
7. 도움혜택상태
8. 평가 종합



자료: DGCS (2017), Guide pratique sur l'attribution de l'allocation aux adultes handicapés. Outil d'aide à la décision-2017. Ministère des affaires sociales et de la santé.

PCH를 판정할 때는 6.활동·기능능력에서 다음 표와 같은 일상적 중요 활동사항을 중점적으로 참고하게 된다. (Annexe 2-5, Code de l'action sociale et des familles)

유형	내용	설명
이동	서있기	–정의: 어떤 동작 중 서 있는 자세를 잡거나 서 있다가 동작하기 –포함: 서 있다가 앉기, 서 있다가 눕기, 바닥에서 일어나기 (일어나기 위해 중간에 다른 동작 또는 자세를 잡는 것 포함) –예외: 계속 서 있기, 누운 상태에서 앉기
	이동하기	–정의: 한 지표면에서 다른 지표면으로 이동하기 –포함: 의자에 앉기, 자세에 변화가 없이 침대에서 의자로 옮겨 앉기, 침대에서 휠체어로 옮겨 앉기 –예외: 자세 바꾸기(앉기, 서기, 눕기, 바닥에서 일어나기, 지지대 바꾸기)
	걷기	–정의: 한 다리는 지면에 있는 상태에서 한 발짝 한 발짝식 다리 뻗어 나가기 –포함: 산책하기, 거닐기, 전후좌우로 걷기, 다리를 미끄러뜨리거나 끌기, 절뚝거림, 한 발을 내딛고 다른 발을 미끄러뜨리기. –예외: 달리기, 뛰어넘기, 지표면 이동하기, 실내 및 실외 이동하기
	이동하기 (실내 또는 실외)	–정의: 교통 이용 없이 한 장소에서 다른 장소로 이동하기 –포함: 한 방에서 다른 방으로 이동하기, 층 이동하기, 계단 이용하여 층 이동하기, 다른 건물로 이동하기, 건물 밖으로 이동하기, 길로 나가기, 뛰어넘기, 오르기 –예외: 짐을 가지고 이동하기, 걷기
	자주 사용하는 쪽(예: 오른손)의 손으로 잡기	–정의: 자주 사용하는 쪽의 손으로 잡거나 쥡기, 대충 혹은 정교하게 잡거나 쥡는 능력이 있음 –포함: 잡으려고 하기, 가지고 있기, 놓기 –예외: 물건을 사용하는 법 알기, 양손 협응, 짐 들고 걷기, 정교한 운동활동수행(안구운동 또는 시각운동 협응)
	자주 사용하지 않는 쪽(예: 왼손)의 손으로 잡기	–정의: 자주 사용하지 않는 쪽의 손으로 잡거나 쥡기, 대충 혹은 정교하게 잡거나 쥡는 능력이 있음 –포함: 잡으려고 하기, 가지고 있기, 놓기 –예외: 물건을 사용하는 법 알기, 양손 협응, 짐 들고 걷기, 정교한 운동활동수행(안구 또는 시각운동 협응)
	정교한 운동 활동	–정의: 한 손 또는 두 손을 활용하여 손가락으로 작은 물체 조작하기, 잡기, 놓기

유형	내용	설명
		–포함: 안구 또는 시각운동 협응, 동전 다루기, 문 손잡이 돌리기 –예외: 양손 협응, 물건 들어올리기, 짊어지기, 줍기, 잡기
자기관리	씻기	–정의: 물과 세정제품 활용 또는 적절한 방법으로 목욕 또는 샤워와 같이 몸 전체 또는 부분 씻고 말리기, 손, 발, 등 씻기, 세수하기, 머리 감기, 수건으로 머리 말리기. –예외: 서있기, 피부관리, 손톱발톱관리, 머릿결 관리, 수염관리, 양치질하기
	화장실 이용 및 대소변 후 청결관리	–정의: 정상적인 방식으로 대소변 예상 및 제어하기 (예: 필요한 제스쳐를 표현하고 수행) –포함: 적절한 자세잡기, 적절한 장소 선택 및 가기, 대소변 전후 옷매무새 정리하기, 씻기, 월경 시 필요한 부분에 대하여 관리하는 등 인지하여 생리대 준비 및 사용하기
	옷 입기/벗기	–정의: 사회적 상황과 날씨에 맞게 옷과 신발을 입(신)고 벗는데 필요한 제스쳐를 취하기 –포함: 옷 준비하기, 상황과 계절에 따라 옷입기 –제외: 압박스타킹 신기, 의치 착용하기
	식사하기 (먹고 마시기)	–정의: 문화 및 개인 생활 습관에 따라 제공되는 음식을 소비하는데 필요한 제스처를 조정하고 입에 음식 넣기. –포함: 음식 자르기, 씹기, 삼키기, 껍질 벗기기, 쪼개기 –예외: 음식준비, 단체 음식 접시에 담기, 병적 섭식 행동
의사소통	말하기	–구두로 사실을 표현하거나 이야기를 하는 것으로 문자적 의미를 담고 있는 단어, 문장, 긴 문단으로 이루어진 메시지 생성, –예외: 비구두 메시지 생성하기
	듣기(소리를 받아들이고 이해하기)	–음성언어 소리를 이해하고 문자적 및 비유적 의미를 이해하기 –포함: 뇌를 통하여 청각정보처리
	보기(구별하기, 동일시하기)	–정의: 빛, 형태, 크기, 윤곽, 색깔 인지하기 –포함: 뇌에서 시각정보처리
	의사소통 도구나 장치 활용하기	–의사소통을 위한 장치나 기술 및 기타 방법을 활용하기 –포함: 전화, 팩스, 컴퓨터와 같은 일상적인 의사소통 장치 활용 –예외: 원격경보, 점자 타자기, 음성합성장치
일반적 사항 (사회적 관계)	시간 파악하기	–정의: 밤낮 구분하기, 연도, 월, 일, 요일 인지하기 –포함: 계절 인지하기, 과거와 미래 개념 알기 –제외: 시간 엄수
	공간 파악하기	–현재 있는 장소 인지하기, 위치 알기

유형	내용	설명
		–포함: 현재 있는 국가, 도시, 공간 알기, 위치 알기(이동하는 경우)
	자신의 안전 제어하기	–정의: 위험시 간단하거나 복잡한 적절한 행동 취하기 –포함: 위험 피하기, 예상하기, 반응하기, 벗어나기, 위험에 처하지 않도록 행동하기 –제외: 신체적 정신적 건강 관리, 적절한 식이조절, 적절한 신체적 활동하기, 체온조절하기, 안전한 성관계하기
	타인과의 관계에서 행동조절하기	–정의: 상황에 맞게 타인과의 관계에서 감정, 충동, 언어적 또는 신체적 공격성 조절하기, 타인과의 관계 유지 및 조절하기, 사회관계에서 독립적으로 행동하기, 사회적 제약에 따른 행동하기 –포함: 질병 또는 치료법에 의해 유발되거나 유도된 행동(자기 침체, 억제 포함)

이러한 항목에서 다음 표와 같이 5가지 어려운 정도로 평가된다. 즉 PCH 장애 기준인 일상적 중요 활동(예: 자기 관리)의 수행에 절대적(absolue) 어려움이 있는 경우. 또는 일상적 중요 활동에 두 가지 이상의 심각한(grave) 어려움이 있는 경우 PCH 수급자격이 있는 것으로 평가한다.

〈표 Ⅶ-1〉 어려움 정도 평가

점수	내용
0	어려움 없음: 문제 없이 그리고 도움 없이 활동을 수행. 즉, 자발적으로, 완전히, 정확하고 습관적으로 수행.
1	약간의 어려움(낮음): 해당 어려움은 활동 이행에 영향을 미치지 않음.
2	중간 정도의 어려움(중간): 활동을 어렵게 이행하지만 최종 결과는 정상인 경우. 예를 들어, 더 천천히 수행하거나 특별한 전략과 조건을 요구하는 경우.
3	심각한 어려움(높음): 일반적으로 수행되는 활동과 비교하여 어렵게 활동을 이행함.
4	절대적 어려움: 촉진 또는 용이하게 하는 요소 및 개별적 도움 없이는 혼자 활동을 전혀 수행할 수 없는 경우. 활동의 각 부분을 전혀 수행할 수 없는 경우.

부록 3 호주 (1) 심각한 장애 기준

1.1.S.110 심각한 장애(DSP)

법률 내용

Social Security Guide
1 Key terms & principles
1.1 Definition of key terms
1.1.S Key terms beginning with the letter S
1.1.S.110 Severely disabled (DSP)

정의

DSP 수령을 위해 다음과 같은 경우 심각한 장애를 가지고 있다.

- 신체적, 정신적 또는 지적장애가 있거나 이러한 장애 중 2가지 또는 모두가 있어 수혜자가 다음에 해당된다.
- 다음 2년 동안 완전히 일을 할 수 없고,
- POS 또는 재활 프로그램 참여로부터 향후 2년 이내에 혜택을 받을 수 없는 경우, 또는
- 영구적으로 실명한 경우(1.1.P.210).

수혜자는 장애로 인해 다음과 같은 경우를 수행할 수 없는 경우 심각한 장애가 있는 것으로 간주된다.

- 향후 2년 동안 주 8시간 이상 일을 하고,
- 주당 최소 8시간 일할 수 있는 범위 내에서 훈련, 교육 또는 재활의 혜택을 받는 경우
- 참고: 명백한 근로 무능력으로 승인된 수혜자가 반드시 심각한 장애가 있는 것은 아님. 중요한 문제는 상태의 심각성에 해당함.

예: 수혜자는 다음과 같은 경우 진단 없이 중증 장애인으로 인정될 수 있음.

- AIDS(그룹 IV HIV 감염)와 같은 말기 질환,
- 심각한 퇴행성 신경학적 상태, 또는
- 머리 부상으로 인한 심각한 장애
- 실명 또는 완전하고 영구적인 일을 할 수 없기 때문에 특별 장애연금을 받는 수혜자는 중증 장애인으로 인정됨.

부록 4 호주 (2) 지속적인 작업 불능에 대한 DSP 평가 – 30시간 규칙

법률 내용

Social Security Guide
3 Qualification & payability
3.6 Disability & carer
3.6.2 Assessment for DSP
3.6.2.110 DSP assessment of continuing inability to work 30 hour rule

적용 대상

- DSP 자격을 위한 30시간 규칙이 적용되는 사람들에게 적용됩니다.
- 15시간 규칙이 적용되는 사람들은 3.6.2.112를 참조하십시오.

개요

- DSP 자격을 얻으려면 손상 표(1.1.I.10)에 따라 손상등급이 20점 이상이고 CITW(1.1.C.330)가 있어야 합니다. 두 측면 모두 똑같이 중요합니다.
- 장해등급이 20점 이상인 사람이 일을 할 수 없다는 것은 아닙니다. 이것은 그들의 의학적 장애가 있어 많은 작업 상황에서 어려움을 겪을 수 있지만, 개인의 상황, 훈련 및 합리적인 조정에 따라 향후 2년 이내에 주당 30시간 이상 근로할 수 있음을 의미합니다(1.1.W.60).

일할 능력이 없다(CITW)고 판단할 때 고려해야 할 요소

- 모든 작업을 수행하는 데 필요한 신체적, 지적 특성
- 현재 및 향후 2년 이내에 해당 특성을 입증하는 능력에 대한 개인의 장애가 미치는 영향
- 다음과 같은 능력에 대한 장애의 영향:
- 정기적으로 출근하고
- 업무를 지속적으로 수행하고
- 작업 지침을 이해하고 따르고
- 직장에서 다른 사람들과 의사소통하고
- 출퇴근하고
- 직장에서 이리저리 움직이고
- 직장에서 개인관리/돌봄 요구에 주의를 기울이고

- 직장에서 물건을 조작하고
- 적절한 작업 행동을 보여주고
- 다양한 작업을 수행하고 작업을 번갈아 가며/또는
- 직장에서 물건을 들거나 옮기고 옮기거나

- 고용을 유지하기 위해 중간 수준에서 높은 수준의 지속적인 지원이 필요한지 여부
- 교육, 직업 또는 현장 훈련(신체, 지적 또는 정신장애를 가진 사람들을 위해 특별히 설계된 프로그램 제외)을 수행하는 능력 손상의 영향, 그리고
- 그러한 훈련이 그 사람이 향후 2년 이내에 어떤 일을 할 수 있게 해 줄 것인지 여부
- 예시 1: Max는 지적장애가 있습니다. 그는 서비스 공급업체의 지속적인 매주 지원으로 주당 30시간 동안 일할 수 있습니다. 그는 새로운 작업을 이해하는 데 어려움이 있으며 지속적인 감독이 필요합니다. 그는 이러한 지원 없이는 고용이나 경쟁시장에서 어떤 직업도 유지할 수 없었을 것입니다. Max에는 CITW가 있습니다.
- 예시 2: Cherie는 관절염이 있어 오랫동안 서 있을 수 없습니다. 그러나 대부분의 시간을 앉아 있을 수 있고 무거운 수동 작업을 수행할 필요가 없는 위치에서 그렇지 않으면 지시를 이해하고 작업을 완료하며 적절한 행동을 보일 수 있습니다. 그녀는 사무실 관리, 연구 또는 콜센터와 같은 분야에서 주당 30시간 이상 일할 수 있습니다. Cherie에는 CITW가 없습니다.

계속 일할 수 없음(continuing inability to work, CITW)의 정의는 다음과 같다.

이 정의는 다음 사람에게 적용됨	DSP CITW의 목적상 사람은 다음과 같음	SS 가이드 참조
15시간 규칙(3.6.1.12)이 적용되고 DSP에 대한 청구 날짜가 2011년 9월 3일 또는 그 이후인 사람	–심각한 장애가 있거나(1.1.S.127) POS(program of support)에 적극적으로 참여(1.1.A.30)(1.1.P.440), 또한 다음과 같은 능력이 없음 • 장애로 인해 향후 2년 이내에 POS(1.1.I.95)와 독립적으로 일하고, • 장애로 인해 향후 2년 이내에 그러한 작업을 준비하기 위해 훈련 활동(1.1.T.137)을 수행하거나, • 이러한 활동은 장애로 인해 향후 2년 이내에 POS와 독립적으로 일할 수 없을 것으로 보임	• 1.1.W.60Work (any) (DSP) • 3.6.2.112DSP assessment of continuing inability to work – 15 hour rule
15시간	–다음과 같은 능력이 없음.	• 1.1.R.285Review

이 정의는 다음 사람에게 적용됨	DSP CITW의 목적상 사람은 다음과 같음	SS 가이드 참조
규칙(3.6.1.12)이 적용되고 DSP 시작 날짜가 2006년 6월 30일 이후이지만 2011년 9월 3일 이전인 사람. (개인이 POS에 참여할 기회가 있었던 검토된 2008-2011 DSP 스타터인 경우 제외)	• 장애로 인해 향후 2년 이내에 POS와 독립적으로 일하고, • 장애로 인해 향후 2년 이내에 그러한 작업을 준비하기 위한 훈련 활동을 수행하거나, • 이러한 활동은 장애로 인해 향후 2년 이내에 POS와 독립적으로 일할 수 없을 것으로 보임	ed 2008-2011 DSP starter • 1.1.W.60Work (any) (DSP) • 3.6.2.112DSP assessment of continuing inability to work - 15 hour rule
POS에 참가할 기회가 있었던 2008-2011 DSP 스타터	-다음과 같은 능력이 있음: • POS에 적극적으로 참여하고, 또한 -다음과 같은 능력이 없음: • 장애로 인해 향후 2년 이내에 POS와 독립적으로 일하고, • 장애로 인해 향후 2년 이내에 그러한 작업을 준비하기 위한 훈련 활동을 수행하거나, • 이러한 활동은 장애로 인해 향후 2년 이내에 POS와 독립적으로 일할 수 없을 것으로 보임	• 1.1.R.285Reviewed 2008-2011 DSP starter • 1.1.W.60Work (any) (DSP) • 3.6.2.112DSP assessment of continuing inability to work - 15 hour rule
30시간 규칙의 적용을 받는 사람(3.6.1.10).	-장애로 인해 다음을 수행할 수 없음 • 향후 2년 이내에 일하거나 • 향후 2년 이내에 취업을 준비하기 위해 교육, 직업 또는 현장 훈련(1.1.E.30)을 수행하거나 • 그러한 훈련은 장애 때문에 향후 2년 이내에 일할 수 있을 것 같지 않을 것으로 보임	• 1.1.W.60Work (any) (DSP) • 3.6.2.110 DSP assessment of continuing inability to work - 30 hour rule

부록 5 호주 (3) 호주의 법률에 따른 장애유형

가. Disability Discrimination and Other Human Rights Legislation Amendment Act 2009의 장애유형

호주에서 장애와 관련된 정책들은 장애인이 고용, 교육, 관련된 서비스 이용, 집 임대/구매, 공공장소 접근과 같은 개인이 필요로 하는 욕구충족을 위해 서비스를 이용하거나 접근성을 가지는데 있어서 장애차별금지를 중요하게 생각하고 있다. 장애관련 정책과 서비스 중 차별금지는 가장 중요하며 서비스 이용과 제공기회를 주는데 있어 가장 기본으로 볼 수 있는데, 장애인차별법이 정의한 장애로 인정받는 상태는 일상 활동, 의사소통 및/또는 이동성에 영향을 미치고 6개월 이상 지속되었거나 지속될 가능성이 있어야 한다. 장애인차별법에 정의된 장애는 다음과 같다 (National Disability Coordination Officer Program, 2022).

대분류	포함된 장애유형[79]
신체적 장애	–개인의 신체 기능, 이동성, 손재주 또는 체력에 영향을 미치는 상태. 신체 장애는 선천적일 수도 있고 사고의 결과로 후천적일 수도 있고 의학적 상태 및/또는 치료의 영향일 수도 있음 –사람의 이동성 또는 손재주에 영향을 미침 –포함: 척수 손상, 뇌성마비, 절단, 근골격계 손상(예: 등 손상)
지적 장애	–학습 및 적응기술의 진반적인 인지저하를 보임 –포함: 다운 증후군, 취약X증후군, 태아 알코올 증후군
정신 질환 (정신건강 장애)	–스트레스가 많은 삶의 경험에 따라 경험할 수 있는 문제를 느끼고, 생각하고, 행동하고, 상호 작용하는 방식에 중대한 영향을 미치는 상태 –사람의 사고 과정에 영향을 미침 –포함: 우울증, 불안 장애, 조현병, 양극성 장애
감각 장애 (청각, 시각 장애)	–시각, 청각, 후각, 촉각, 미각 또는 공간 인식을 포함하여 다양한 정도로 하나 이상의 감각에 영향을 미치는 광범위한 장애 –안경으로 교정된 시력 장애가 있는 사람들은 종종 일부 장애인 차별 금지법에 따라 제외됨 –듣거나 보는 능력에 영향을 미침 –청각장애, 난청, 시각장애, 실명, 감각 과민성(자폐 스펙트럼 장애의 일부)
신경학적 장애	–뇌, 척수, 뇌신경, 말초신경, 신경근, 자율신경계, 신경근 접합부 및 근육을 포함한 사람의 신경계에 영향을 미치는 상태 –사람의 뇌와 중추 신경계에 영향을 미침

79) https://www.adcet.edu.au/students-with-disability/disability-and-discrimination/disability-types

대분류	포함된 장애유형[79]
	–포함: 다발성 경화증, 간질, 아스퍼거 증후근
학습 장애	–정보를 수신, 처리, 저장, 반응 및/또는 전달하는 뇌의 능력에 영향을 미치는 장애로 특정 영역 중 몇 가지 영역에서만 학습을 어렵게 만듦 –기본적인 학습을 하는데 제한이 있음 –포함: 난독증, 난독증, 암순응 과민성
신체적 외모 손상	–외모 혹은 외관에 손상을 입어 일상생활을 하는데 영향을 미침
면역학적 장애	–신체에 질병을 일으키는 유기체가 존재함
만성 의학적 상태	–지속되었거나 지속될 가능성이 있는 의학적 상태 또는 질병 –천식, 당뇨병, 암, 크론병, 관절염

나. National Disability Services Act 1993의 장애유형

국립장애서비스법은 호주 정부가 장애인을 대상으로 하는 지원과 서비스를 제공하는 방법과 가이드를 포함하고 있으며, 고용, 숙박 등 다양한 서비스들을 제공하는데 있어서 지침서 역할을 하고 있다. 특히, 공공기관의 장애인 접근과 장애 서비스 이용에 대한 계획은 물론 서비스 이용과 거주관련 문제가 발생하는 경우 어떻게 해결하는가에 대한 방법들이 제시되어 있다. 장애서비스 법에 제시되어 있는 장애유형과 그에 따른 정의는 다음과 같다(National Disablity Services, 2022.5).

대분류	포함된 장애유형
지적장애	–발달 기간(0~18세)에 나타나는 정신 기능 장애, 특정 일상생활 기술 학습 및 수행의 어려움, 같은 연령의 사람들과 비교하여 지역사회 환경 맥락에서 적응기술의 제한과 유사한 상태시 적용됨 • 다운증후군, 결절경화증, 크리 뒤 채팅증후군이 포함됨 –특정 학습/주의력 결핍 장애(ADD)(지적장애 제외) • 학습 장애는 지적장애가 아닌 중추 신경계 기능 장애로 인한 것으로 추정됨. 학습 능력의 습득 및 사용, 조직적 기술, 듣기, 말하기, 읽기, 쓰기, 추론 또는 수학적 기술에 상당한 어려움을 가짐 –자폐증(아스퍼거 증후군 및 전반적인 발달 지연 포함) • 자폐증은 인지 장애, 대인관계 의사소통, 사회적 상호작용 및 행동(특히 강박적, 의례적, 고정관념적 및 경직적 행동)을 포함하는 전반적인 발달 장애를 보임
신체장애	–이동성과 같은 신체활동을 수행하는 능력에 대한 물리적 원인 또는 영향으

대분류	포함된 장애유형
	로 인한 상태 • 포함: 하반신 마비, 사지 마비, 근이영양증, 운동 신경 질환, 신경근 장애, 뇌성마비, 사지의 부재 또는 기형, 척추갈림증, 관절염, 등 장애, 운동실조, 뼈 형성의 영향을 포함한 신경근골격계 손상 또는 변성, 척추측만증.
후천적 뇌손상장애	–후천성 뇌 손상은 출생 후 발생한 뇌손상으로 인해 발생하는 여러 장애를 포함하며, 인지적, 신체적, 정서적 또는 독립적 기능의 저하를 초래함 –사고, 뇌졸중, 뇌종양, 감염, 중독, 산소 부족 또는 퇴행성 신경 질환의 결과로 발생함
신경학적 장애	–출생 후 발생하는 신경계 장애를 포함하며, 뇌전증 및 기질성 치매, 다발성 경화증 및 파킨슨병과 같은 상태를 포함함 • 포함: 뇌전증 및 알츠하이머병 포함
시청각장애 (중복장애)	–심각한 의사소통 및 지역사회 생활 참여와 관련된 이중 감각 장애를 보임 –시청각장애는 청력 상실을 동반한 시각장애나 시각장애를 동반한 청력 상실을 의미하지 않음. 이 장애는 특별한 의사소통과 교수법이 필요함
시각장애	–실명 및 시력 장애(안경이나 콘택트 렌즈로 교정되지 않음)를 포함하며, 이는 의사소통 및 이동성 및 지역사회 생활에 참여하는 능력에 심각한 제한을 일으킬 수 있음
청각장애	–난청, 청력 장애, 청력 상실을 포함함
언어장애	–언어 상실, 장애 및/또는 이해의 어려움을 포함함
정신장애	–정신장애는 정상적인 사회 활동에서 개인의 기능을 손상시킬 수 있는 고통과 인식 가능한 증상 및 행동 패턴이 반복적으로 혹은 자주 나타나는 것을 포함함 –정신장애의 경우 일반적으로 진단을 필요로 함. 특정 진단이 없지만 행동에 일반적인 문제가 있는 경우(예: '대인관계 및 관계'와 관련된 지원 욕구) 정신장애가 아님 • 포함: 조현병, 정동장애, 불안장애, 중독 행동, 성격장애, 스트레스, 정신병, 우울증 및 적응장애
발달 지연	–발달 초기에 상태가 나타났지만 특정 진단이 내려지지 않았고 특정 장애에 포함되지 않는 아직 알려지지 않은 0-5세 아동에게 적용됨

다. National Disability Insurance Scheme 2013 (NDIS)

NDIS는 지적, 신체적, 감각적, 인지적 및 심리사회적 장애인(조기 개입 지원 포함)을 대상으로 이들의 자립기술과 독립성 향상을 목표로 필요한 지원을 제공하는

것을 목표로 하고 있다. 제공되는 지원과 서비스는 일상생활과 지역사회 참여에서 필요로 하는 모든 것이 포함되며, 조기개입의 경우 장애 또는 발달지연으로 인한 영향을 최소화하기 생활과 참여를 위해 필요로 하는 기술과 자립성 향상을 위한 지원을 제공한다. NDIS는 복지 혹은 복지시스템이 아닌 사회보험으로 서비스 이용 자격을 가진 사람들의 독립성 향상을 위한 지원을 제공한다. NDIS의 자금지원을 받기 위해 질병이나 의학적인 상태에 맞아야 하며, 이러한 상태는 영구적이어야 한다. 특히, 의학적 상태가 영구적인 장애로 신체적, 지적, 인지적, 신경학적, 시각, 청각, 또는 심리사회적 장애를 가지고 있어 개인에게 심각한 장애를 초래해야 한다. 예를 들어, 편마비로 이어지는 뇌졸중으로 인하여 신체 손상으로 인한 운동성 감소가 발생하며, 폐 손상을 유발하는 중증 폐기종은 만성 호흡곤란, 운동성, 자기관리 및 지역사회 생활 참여가 감소한다. NDIS에서 제시하는 장애정의는 다음과 같다(Commonwealth Consolidated Acts, 2022.5)

구분	포함된 장애유형
Section 24 – 장애요구사항	–(a) 개인은 하나 이상의 지적, 인지적, 신경학적, 감각적 또는 신체적 장애가 있거나 정신과적 상태로 인한 하나 이상의 장애를 가지고 있습니다. –(b) 손상이 영구적이거나 영구적일 가능성이 있습니다. –(c) 손상 또는 손상으로 인해 다음 활동 중 하나 이상을 수행하는 기능적 능력 또는 수행하는 심리사회적 기능이 크게 감소합니다. • (i) 커뮤니케이션 • (ii) 사회적 상호작용 • (iii) 학습 • (iv) 이동성 • (v) 자기 돌봄(self-care) • (vi) 자기 관리(self-management) –(d) 손상이 개인의 사회적 또는 경제적 참여 능력에 영향을 미칩니다. –(e) 평생동안 국가 장애 보험 제도에 따라 지원이 필요할 가능성이 있습니다.
Section 25 – 조기개입 요구사항	–(1) 다음과 같은 경우 조기개입 요건을 충족합니다 –(a) 개인: • (i) 영구적이거나 영구적일 가능성이 있는 하나 이상의 지적, 인지, 신경학적, 감각적 또는 신체적 장애가 있습니다. 또는 • (ii) 정신과적 상태에 기인하고 영구적이거나 영구적일 가능성이 있는 하나 이상의 확인된 장애가 있습니다. 또는 • (iii) 발달 지연이 있는 아동. 그리고 –(b) 위원회는 개인에 대한 조기개입 지원 제공이 장애와 관련된 지원과 개인의 향후 요구도를 낮추어 개인에게 혜택을 줄 가능성이 있다고 봅니다. 그리고

구분	포함된 장애유형
	–(c) 위원회는 개인에 대한 조기개입 지원 제공이 다음과 같은 방법으로 개인에게 혜택을 줄 가능성이 있다고 봅니다. • (i) 의사소통, 사회적 상호작용, 학습, 이동성, 자기관리를 하는 사람의 기능적 능력에 대한 손상의 영향을 완화하거나 완화합니다. 또는 • (ii) 그러한 기능적 능력의 저하 방지; 또는 • (iii) 그러한 기능적 능력의 향상 또는 • (iv) 간병인의 역량 구축을 포함하여 개인이 이용할 수 있는 비공식 지원의 지속 가능성 강화 • 참고: 특정 상황에서 퇴행성 질환이 있는 사람이 조기개입 요구 사항을 충족하여 이용자가 될 수 있습니다.

라. Australian Bureau of Statistics

Australian Bureau of Statistics (2016)는 호주의 장애유병율을 추정하고 노인 및 장애인을 대상으로 하는 지원과 서비스의 필요성을 알아보고, 이들을 돌보는 사람들의 수와 필요로 하는 지원 등을 알아보기 위해 Survey of Disability, Ageing and Carers (SDAC)을 시행하였다. 설문조사를 위해 장애 인구를 정의하였는데, 장애는 정신이나 감각의 기능 또는 해부학이나 생리학과 관련이 있는지 여부에 따라 광범위하게 분류되며, 6개의 개별 그룹을 구성된다(Australian Bureau of Statistics, 2016).

대분류	포함된 장애유형
감각장애 (시각, 청각손상)	–시력 상실(안경이나 콘택트 렌즈로 교정되지 않음) –의사소통이 제한된 곳에서 청력 상실, 또는 청력을 보조하거나 청력을 대체하기 위한 보조 장치가 사용되는 경우 –언어 장애
지적장애	–사물을 배우거나 이해하는 데 어려움이 있음
신체적 장애	–일상생활/활동을 제한하는 호흡 어려움 또는 호흡 곤란 –실신, 발작 또는 의식 상실 –일상 활동을 제한하는 만성 또는 재발성 통증 또는 불편함 –팔이나 손가락의 불완전한 사용 –물건을 쥐거나 잡는 데 어려움 –발이나 다리의 불완전한 사용 –신체 활동 또는 육체 노동의 제한 –변형 또는 기형

대분류	포함된 장애유형
심리사회적 장애	–일상 활동을 제한하는 신경 또는 감정 상태 –도움이나 지도가 필요한 정신질환 또는 상태 –일상 활동을 제한하는 기억 문제 또는 혼란 –일상 활동을 제한하는 사회적 또는 행동적 어려움
두부 손상, 뇌졸중 또는 후천성 뇌 손상	–머리 부상, 뇌졸중 또는 기타 후천적인 뇌 손상으로 일상 활동을 제한하는 장기적인 영향
기타 장애	–기타 장기적인 상태 또는 질병에 대한 치료 또는 약물치료를 받고 있으며 여전히 일상 활동이 제한됨 –일상 활동의 제한을 초래하는 기타 장기적인/영구적인 조건

부록 6 호주 (4) – 주요 장애인 법률의 주요 내용(내용적 측면)

(1) Disability Discrimination and Other Human Rights Legislation Amendment Act 2009

장애차별법인 DDA는 7개의 파트로 구성되어 있으며, 차별법이라는 특성으로 인하여 장애에 대한 차별관련 조항들이 많다. 특히, 파트 2 - 장애 차별 금지에서 부문 1, 부문 2, 부문 2A, 부문 3, 부문 4, 부문 5는 다양한 환경과 상황에서의 차별을 제시하고 있다. 파트3은 차별금지와 관련된 실행계획을 제시하고 있다 (Australian Human Rights Commission, 2021).

1부 - 서문
- 1 짧은 제목
- 2 시작
- 3 개체
- 4 해석
- 5 직접적인 장애 차별
- 6 간접 장애 차별
- 7 직원에 대한 차별
- 8 간병인, 조수, 서비스 동물 및 장애 보조 장치와 관련된 차별
- 9 간병인, 조수, 서비스 동물 및 장애 보조 정의
- 10 장애 기타 사유로 행한 행위
- 11 부당한 고난
- 12 법의 적용
- 12A 형법의 적용
- 13 주 및 지역 법률의 운영
- 14 법이 왕관을 구속하는 범위

2부 - 장애 차별 금지
- 부문 1 - 직장에서의 차별
  - 15 고용 차별
  - 16 대리인에 대한 차별
  - 17 계약직에 대한 차별

- 18 파트너십
- 19 자격을 갖춘 기관
- 20 공정근로(등록기관)법 2009에 따라 등록된 기관
- 21 고용 기관
- 21A 예외 – 고유한 요구 사항
- 21B 예외 – 정당화할 수 없는 고난

- 부문 2 – 기타 영역에서의 차별
  - 22 교육
  - 23 지역/건물에 대한 접근
  - 24 재화, 서비스 및 시설
  - 25 숙박 시설
  - 26 토지 매매
  - 27 클럽 및 협회
  - 28 스포츠
  - 29 영연방 법률 및 프로그램 시행
  - 29A 부당한 고난
  - 30 정보 요청

- 부문 2A – 장애 기준(disability standards)
  - 31 장애 기준
  - 32 장애기준에 위배되는 행위
  - 33 부문 5는 일반적으로 장애 기준에 적용되지 않음
  - 34 이 부분은 사람이 장애 기준에 따르는 경우 적용되지 않음

- 부문 3 – 희롱과 관련된 차별
  - 35 직장 내 괴롭힘
  - 37 교육에서의 괴롭힘
  - 39 재화 및 서비스 제공과 관련된 괴롭힘

- 부문4 – 범죄
  - 41 명시적으로 제공되지 않는 한 불법 행위는 범죄가 아님
  - 42 피해자
  - 43 불법 행위 또는 범죄 행위를 선동하는 범죄
  - 44 광고

- 부문 5 – 면제

- 45 특별조치
- 46 연금과 보험
- 47 법적 권한에 따라 수행되는 행위
- 48 전염병
- 49 자선단체
- 51 연금 및 수당
- 52 마이그레이션
- 53 전투 임무 및 평화 유지 서비스
- 54 AFP의 평화 유지 서비스
- 54A 보조 동물
- 55 위원회는 면제를 승인할 수 있습니다
- 56 행정 항소 재판소의 검토
- 57 공시 결정 통지
- 58 면제의 효과

3부 – 실행 계획
- 59 범위
- 60 실행 계획
- 61 실행 계획의 제공
- 62 실행 계획에는 다른 조항이 있을 수 있습니다.
- 63 실행 계획의 수정
- 64 실행 계획이 위원회에 제출될 수 있음

4부 – 호주 인권 위원회의 기능
- 부문 1 – 예선
  - 67 위원회의 기능

5부 – 기타 범죄
- 107 통계자료의 제공 불이행

6부 – 장애 차별 위원
- 113 장애 차별 위원
- 114 임명 조건
- 115 위원의 보수
- 116 휴학
- 117 외부 고용
- 118 사임

- 119 임명의 종료
- 120 위원 대행

7부 – 기타

- 121 대표단
- 122 불법행위에 연루된 자의 책임
- 123 이사, 직원 및 대리인의 행동
- 124 영연방을 고용주로 간주
- 125 명시적으로 제공되지 않는 한 민사 소송의 근거가 되지 않는 불법 행위
- 126 민사소송으로부터 보호
- 127 개인정보의 비공개
- 128 서면 이외의 방식으로 저장된 정보
- 129 정보 제공 위원
- 131 공정한 조건을 보장하는 법원
- 132 규정

(2) Social Security Act 1991

사회보장법의 내용은 다음과 같다(Commonwealth consolidated acts, 2022.5). 총 6장으로 구성되어 있으며, 2장에서 연금, 혜택, 수당, 그 이외의 혜택, 학생지원 제도가 제시되며, 3장에서 지급을 위한 기준, 요율을 포함하는 일반규정이 제시되어 있다.

1장 - 서론
- PART 1.1 - 형식적인 문제
- 파트 1.2 - 정의
- 파트 1.3 - 해석 효과가 있는 결정
- 파트 1.3B - 보안 근거에 있는 사람에 대한 사회보장 수당 및 손실
- 파트 1.4 - 기타

2장 - 연금, 혜택 및 수당
- 파트 2.2 - 노령 연금
- 파트 2.2A - 연금 보너스
- 파트 2.3 - 장애 지원 연금
- 파트 2.5 - 간병인 수당
- 파트 2.5A - 간병인에 대한 일회성 수당
- 파트 2.6 - 일회성 에너지 지원 수당
- 파트 2.6A - 2019 일회성 에너지 지원 수당
- 파트 2.6B - 2020 경제 지원 수당
- 파트 2.6C - 추가 경제 지원 수당
- 파트 2.6D - 2022 생활비
- 파트 2.10 - 양육비 수당
- 파트 2.11 - 청소년 수당
- 파트 2.11A - Austudy 수당(25세 이상의 학생들을 위한 호주의 소득지원 수당)
- 파트 2.11B - 학생을 위한 장학금 지급
- 파트 2.12 - 구직자 수당

2장 - 연금, 혜택 및 수당
파트 2.13A - 교육 등록금 수당
파트 2.15 - 특별 혜택
파트 2.16 - 특별 필요 연금

파트 2.17 – 경제적 보안 전략 수당
파트 2.18 – 훈련 및 학습 보너스
파트 2.18A – 클린 에너지 수당
파트 2.19 – 간병인 수당
파트 2.19AA – 장애아동 지원
파트 2.19A – 간병인 수당 자격이 있는 간병인에 대한 일회성 수당
파트 2.19B – 간병인 보충 자료
파트 2.20 – 이중고아 연금
파트 2.21 – 이동성 수당
파트 2.21A – 언어, 문해력 및 수리력 보충
파트 2.22 – 사회보장 수혜금의 선지급
파트 2.22A – 특별 고용 혜택
파트 2.23A – 위기 수당
파트 2.23B – 재해 복구 수당
파트 2.24 – 호주 정부 재해 복구 수당
파트 2.24AA – 테러리즘 호주 피해자
파트 2.24A – 수급자 교육 보충 자료
파트 2.25 – 전화 허용
파트 2.25A – 유틸리티 수당
파트 2.25B – 에너지 보충
파트 2.25C – 분기 연금 보충
파트 2.26 – 운임 수당

2A장 – 수당 이외의 혜택 및 양보
파트 2A.1 – 할인 카드

2AA장 – 학생 창업 대출
파트 2AA.1 – 서론
파트 2AA.2 – 학생 창업 융자의 자격 및 금액
파트 2AA.3 – 부채
파트 2AA.4 – 부채의 탕감
파트 2AA.5 – 세무 관리 문제

2B장 – 학생 재정 보조 제도
파트 2B.1 – 계획 수립
파트 2B.2 – 특정 상황에서 중단 계획에 따른 재정 보충 수당
파트 2B.3 – 종료일 이후 과세 시스템을 통한 재정 보충 상환

파트 2B.4 – 기타

2C장 – 지원 보장
파트 2C.1 – 보증 제공
파트 2C.2 – 보증 수락
파트 2C.3 – 승인된 보증의 효과
파트 2C.4 – 결정
파트 2C.5 – 비법인체에 의한 보증

2D장 – 유급 노동을 확보하고 유지하기 위한 개인 지원과 관련된 지원금

3장 –지급 가능성 및 요율에 관한 일반 규정
파트 3.1 – 요율 계산기(일반)
파트 3.2 – 연금율 계산기 A
파트 3.3 – 연금 비율 계산기 B
파트 3.4A – 연금 비율 계산기 D
파트 3.4B – 연금 비율 계산기 E
파트 3.5 – 청소년 수당 비율 계산기
파트 3.5A – AUSTUDY 수당율 계산기

3장 – 지급 가능성 및 요율에 관한 일반 규정
파트 3.6 – 혜택율 계산기 B
파트 3.6A – 육아 수당 비율 계산기
파트 3.7 – 임대 지원
파트 3.9 – 노인 건강 카드 소득 테스트 계산기
파트 3.9A – 건강 관리 카드 소득 테스트 계산기
파트 3.10 – 일반 소득 조사와 관련된 일반 규정
파트 3.12 – 자산 테스트와 관련된 일반 조항
파트 3.12A – 간병인 수당 및 노인 건강 카드 소득 검사를 위한 규정
파트 3.13 – 구금
파트 3.14 – 보상 회수
파트 3.15 – 새로운 기업 인센티브 제도
파트 3.16 – 금액의 색인 및 조정
파트 3.16A – 선급 수당 공제
파트 3.16B – 특별 고용 선지급 공제
파트 3.18 – 개인 회사 및 개인 신탁에 대한 시험 처리
파트 3.18A – 특정 장애인을 위한 개인 재정 제공

파트 3.19 - 기타

4장 - 국제 협정 및 이식성
파트 4.2 - 해외 이식성

5장 - 초과 지급 및 부채 회수
파트 5.1 - 5장의 효과
파트 5.2 - 법에 따라 회수 가능한 금액
파트 5.3 - 복구 방법
파트 5.4 - 부채의 비회수
파트 5.5 - 출국 금지 명령

6장 - 사회보장법 수정

(3) National Disability Insurance Scheme Act 2013

NDIS에 포함된 내용은 다음과 같다. 1장과 2장은 법률의 목적과 원칙, 정의, 기관의 역할과 기관에서 제공가능한 정보들에 대한 내용들이 제시되어 있다. 3장에서 서비스를 이용하기 위한 조건들, 서비스 이용을 위한 계획 개발 내용이 포함되어 있으며, 4장은 행정관련 내용이 제시되어 있다.

1장 - 소개
1부 - 서두
- 1. 짧은 제목
- 2. 시작

2부 - 목적 및 원칙
- 3. 법률의 대상
- 4. 이 법에 따른 조치를 안내하는 일반 원칙
- 5. 다른 사람을 대신하여 행동이나 일을 할 수 있는 사람들의 행동을 안내하는 일반 원칙
- 6. 기관은 지원 및 지원을 제공할 수 있음
- 7. 이 법에 따른 통지, 승인된 서식 또는 정보 등의 제공

3부 - 간략한 개요
- 8. 간략한 개요

4부 - 정의
- 9. 정의
- 10B. NDIS 근로자 스크리닝
- 법의 정의
- 11. 보상에 관한 정의
- 11A. 핵심인력 정의

5부 - 장관 회의
- 12. 각료회의 기능 등

2장 - 장애인 및 다른 사람들 지원
- 13. 기관은 장애인에게 조정, 전략 및 추천 서비스 등을 제공할 수 있음
- 14. 기관은 개인 또는 단체에 자금을 제공할 수 있음
- 15. 기관은 정보를 제공할 수 있음
- 16. 기관은 챕터에 따른 일을 하는 것과 관련하여 도움을 줄 수 있음

- 17. 국가장애보험제도 규정

3장 – 이용자와 그들의 계획

1A부 – 원칙

- 17A. 장애인 참여에 관한 원칙

1부 – 이용자가 되기

- 18. 이용자가 되기를 요청할 수 있음
- 19. 접근 요청에 관한 사항
- 20. 위원회는 접근 요청을 고려하고 결정함
- 21. 접근기준에 부합하는 경우
- 22. 연령 요건
- 23. 거주 요건
- 24. 장애 요건
- 25. 조기 개입 요건
- 26. 대표이사에게 요구할 수 있는 사항
- 27. 장애 요건 및 조기 개입 요건에 관한 국가 장애 보험 제도 규정
- 28. 본인이 이용자가 된 경우
- 29. 참여를 중단한 경우
- 30. 이용자 자격 박탈

2부 – 이용자의 계획

- 부문 1 – 계획에 관한 원칙
  - 31. 계획에 관한 원칙
- 부문 2 – 이용자의 계획 준비
  - 32. 위원회는 이용자의 계획 준비를 용이하게 함
  - 33. 이용자의 계획에 반드시 포함되어야 하는 사항
  - 34. 합리적이고 필요한 지원
  - 35. 가입자 지원 명세서에 대한 국가 장애 보험 제도 규정
  - 36. 이용자의 계획 작성 및 승인을 위한 정보 및 보고서
  - 37. 계획이 유효한 때
  - 38. 제공예정계획서 사본
  - 39. 기관은 이용자 지원 진술을 준수해야 함
  - 40. 임시 결근이 계획에 미치는 영향
  - 41. 계획의 중단

- 부문 3 – 이용자의 계획에 따른 지원 자금 관리
  - 42. 이용자의 계획에 따라 지원 자금을 관리하는 의미
  - 43. 계획관리와 관련한 이용자의 선택
  - 44. 이용자가 일정 범위 내에서 계획을 관리해서는 안 되는 상황
  - 45. NDIS 금액 지불
  - 46. NDIS 금액의 무죄
  - 46A. NDIS 금액 보호
  - 46B. 차압
- 부문 4 – 이용자의 계획 검토 및 변경
  - 47. 이용자는 자신의 계획, 목표에 대한 진술이 언제든지 가능
  - 48. 이용자의 계획 검토
  - 49. 심사결과
  - 50. 이용자의 계획 검토를 위한 정보 및 보고서

4장 – 행정

1부 – 일반 사항

- 부문 1 – 이용자 및 예상 이용자
  - 50J. 예상 이용자 또는 이용자와 관련된 요구 사항을 준수하는 위원회
  - 51. 사정의 변경 통지 의무
  - 52. 고지사항
  - 53. 국가 장애 보험 제도의 무결성을 보장하기 위해 이용자 및 예상 이용자로부터 정보를 얻을 수 있는 권한
  - 54. 요구 사항에 대한 서면 통지

- 부문 2 – 기타 사람
  - 55. 국가장애보험제도의 무결성을 보장하기 위해 다른 사람으로부터 정보를 얻을 수 있는 위원회의 권한
  - 55A. 국가장애보험제도 등의 무결성을 보장하기 위해 다른 사람으로부터 정보를 얻을 수 있는 위원의 권한
  - 56. 요구사항에 대한 서면 통지
  - 57. 위반 – 요구 사항 준수 거부 또는 실패
- 부문 3 – 다른 법률과의 상호 작용
  - 58. 주법 또는 준주법의 영향을 받지 않는 의무
  - 59. 영연방 법률과의 상호 작용

2부 – 개인 정보

- 부문 1 – 기관이 보유한 정보
  - 60. 기관 등이 보유한 정보의 보호
  - 61. 위반 – 보호된 정보에 대한 무단 액세스
  - 62. 위반 – 보호되는 기관 정보의 무단 사용 또는 공개
  - 63. 범죄 – 보호 대상 기관 정보의 공개 요청
  - 64. 범죄 – 보호받는 기관 정보제공
  - 66. 대표이사에 의한 정보공개
  - 67. 국가장애보험제도 대표이사의 공시권 행사 규정
- 부문 2– 위원회가 보유한 정보
  - 67A. 위원회 등이 보유한 정보의 보호
  - 67B. 범죄– 보호된 위원회 정보의 무단 사용 또는 공개
  - 67C. 범죄– 보호된 위원회 정보의 공개 요청
  - 67D. 범죄– 보호된 위원회 정보제공
  - 67E. 국장에 의한 정보 공개
  - 67F. 국가장해보험청장 공시권 행사 규정
- 부문 3 – 일반적인 정보
  - 67G. 특정 문서 등을 생산에서 법원 등으로 보호
  - 67H. 1982년 정보 자유법의 운영에 영향을 미치지 않는 부분

3A부 – NDIS – 제공자

- 부문 2 – 등록된 NDIS 제공자
  - 73B. 등록된 NDIS 제공자 요건
  - 73C. 등록된 NDIS 제공자 신청
  - 73D. 신청 시 허위 또는 오해의 소지가 있는 정보 또는 서류
  - 73E. 등록된 NDIS 공급자로 등록
  - 73F. 등록은 조건에 따름
  - 73G. 등록 증명서에 명시된 조건
  - 73H. NDIS 규칙에 의해 결정되는 조건
  - 73J. 등록된 NDIS 제공자는 등록 조건을 준수
  - 73K 등록 유효 기간 연장
  - 73L. 등록의 변형
  - 73M. 등록변경 신청
  - 73N. 등록 정지
  - 73P. 등록 취소

- 73Q. 등록된 NDIS 제공자에 의한 기록 보관
- 73R. 이전에 등록된 NDIS 제공자의 기록 보관
- 73S. 등록 관련 재정 지원

- 부문 3 – 품질 보증
  - 73T. NDIS 실행 기준
  - 73U. 승인된 품질 심사원
- 부문 4 – NDIS 행동 강령
  - 73V. NDIS 행동 강령
- 부문 5 – 불만 관리 및 해결
  - 73W. 불만 관리 및 해결 시스템 – 등록된 NDIS 제공자
  - 73X. 민원처리 및 처리에 관한 사항
- 부문 6 – 사고 관리 – 등록된 NDIS 제공자
  - 73년. 사고 관리 시스템
  - 73Z. 보고 가능한 사건
- 부문 7 – 공개자의 보호
  - 73ZA. 보호 대상 공개
  - 73ZB. 조치할 수 없는 보호 대상 공개 등
  - 73ZC. 희생 금지
  - 73ZD. 보상받을 권리
- 부문 8 – 규정 준수 및 시행
  - 73ZE. 모니터링 권한
  - 73ZF. 조사 권한
  - 73ZG. 물건을 조사하거나 처리하기 위한 장비 사용
  - 73ZH. 다른 장소에서 전자 장비 사용
  - 73ZI. 접근 등을 돕기 위한 컴퓨터 또는 컴퓨터 시스템에 대한 지식이 있는 사람
  - 73ZJ. 전자기기 파손에 대한 보상
  - 73ZK. 민사 처벌 조항
  - 73ZL. 침해 통지
  - 73ZM. 규정 준수 고지
  - 73ZN. 금지 명령
  - 73ZO. 금지 명령의 변경 또는 취소
  - 73ZP. 시행 가능한 약속
  - 73ZQ. 금지 명령
  - 73ZR. 조사관 및 조사관 임명

- 부문 9 – NDIS 제공자 등록부
    - 73ZS. NDIS 제공자 등록

4부 –어린이

- 74. 어린이
- 75. 부모의 책임의 정의
- 76. 어린이에 대한 의무
- 77. 섹션 74에 따른 결정의 취소

5부 – 후보

- 부문 1 – 후보자의 기능과 책임
    - 78. 이용자를 대신한 계획 지명자의 조치
    - 79. 이용자를 대신한 통신 지명자의 조치
    - 80. 이용자에 대한 후보자의 의무 등
    - 81. 서신 지명자에게 통지하기
    - 82. 통신 지명자의 준수
    - 83. 대리인으로 활동할 수 있는 능력에 영향을 미치는 문제를 기관에 알릴 지명인
    - 84. 자금 처분에 관한 계획 지명자의 진술
    - 85. 피지명인이 이용자와 함께 참석할 수 있는 권리
- 부문 2 – 임명 및 취소 또는 임명 정지
    - 86. 계획 후보자의 임명
    - 87. 통신 후보자의 임명
    - 88. 임용에 관한 규정
    - 89. 대표이사가 피추천인의 임명을 취소해야 하는 상황
    - 90. 대표이사가 피추천인의 임명을 취소 또는 유예할 수 있는 일반적인 상황
    - 91. 신체적·정신적·금전적 피해 발생 시 후보자 임명 정지 등
    - 92. 그 밖에 임용의 취소 또는 정지에 관한 사항
    - 93. 국가 장애 보험 제도 규칙은 요구 사항 등을 정할 수 있음
    - 94. 대표이사의 철회권
- 부문 3 – 후보자와 관련된 기타 문제
    - 95. 이용자에게 통지할 수 있는 CEO의 권한
    - 96. 이용자에게 통지한 경우 후보자 통지
    - 97. 후보자의 행동에 대한 책임으로부터 이용자 보호
    - 98. 형사책임으로부터 후보자 보호

6부 – 결정 검토

- 99. 검토 가능한 결정 및 의사 결정자

- 100. 검토 가능한 결정의 검토
- 101. 심사 완료 전 심사 가능 결정의 변경
- 102. 심사청구의 취하
- 103. 행정심판원에 대한 신청

5장 – 보상금 지급

1부 – 보상을 받기 위한 조치에 대한 요구 사항

- 104. CEO는 보상을 받기 위해 조치를 취하도록 요구할 수 있음
- 105. 보상을 받기 위한 조치를 취하지 않을 경우의 결과
- 105A. 대표이사 클레임 등에 관한 사항
- 105B. 대표이사 청구 등 관련 금액 회수

2부 – 기관은 NDIS 금액이 지불된 후 수정된 보상을 회수할 수 있음

- 106. 특정 판단에서 과거 NDIS 금액 회수
- 107. 동의 판단 및 합의에서 과거 NDIS 금액 회수
- 108. 106조 또는 107조로 인한 부채

3부 – 보상 지급인 및 보험사로부터 회수

- 109. 위원회는 잠재적인 보상 지급인 또는 보험사에 사전 통지를 보낼 수 있음
- 110. 범죄-잠재적 보상 지급인 또는 보험사
- 111. 위원회는 보상금 지급자 또는 보험사에 복구 통지를 보낼 수 있음
- 112. 사전통지 또는 회수통지는 배상책임의 정지
- 113. 보상금 지급인 또는 보험사가 대리점에 지불한 금액은 이용자에 대한 책임을 면제함
- 114. 위반행위 – 예고통지 또는 회복통지 후 배상금 지급
- 115. 섹션 114를 위반하는 경우 화학물질청에 지불할 책임

4부 – 위원회 – 특정 지불을 무시할 수 있음

- 116. 위원회는 특정 지불을 무시할 수 있음

6장 – 국가 장애 보험 기관

1부 – 국가 장애 보험 기관

- 117. 국민장애보험공단
- 118. 기관의 기능
- 119. 기관의 권한
- 120. 수수료 부과
- 121. 장관은 기구에 지시를 내릴 수 있음

- 122. 기관은 왕실의 특권과 면제가 없음

2부 - 기관 이사회

- 부문 1 - 설립 및 기능
  - 123. 국가장해보험공단 이사회
  - 124. 이사회의 기능
  - 125. 장관은 기구에 대한 전략적 지침을 설명하는 성명서를 이사회에 제출할 수 있음
  - 125A. 기능 수행 시 고려해야 할 사항
  - 125B. 위험 관리 및 이사회 기능 수행에 관한 규칙
- 부문 2 - 이사회 구성원
  - 126. 회원
  - 127. 이사의 임명
  - 128. 임명 기간
  - 129. 연기 임명
  - 130. 보수 및 수당
  - 131. 휴학
  - 132. 외부 고용
  - 133. 이사의 사임
  - 134. 이사 선임의 종료
  - 135. 기타 이사회 구성원의 조건
- 부문 3 - 이사회 회의
  - 136. 회의 소집
  - 137. 회의 주재
  - 138. 정족수
  - 139. 회의에서 투표
  - 140. 회의의 진행
  - 142. 회의 없는 결정

3부 - 독립 자문 위원회

- 부문 1 - 설립 및 기능
  - 143. 설립
  - 144. 자문 위원회의 기능
  - 145. 자문 위원회의 조언
- 부문 2 - 자문 위원회 위원
  - 146. 회원

- 147. 자문위원회 위원의 임명
- 148. 임명 기간
- 149. 연기 임명
- 150. 보수 및 수당
- 151. 휴학
- 152. 장관에 대한 이해관계의 공개
- 153. 자문 위원회에 대한 이해 관계 공개
- 154. 자문위원회 위원의 사임
- 155. 자문 위원회 위원의 임명 종료
- 156. 자문위원회 위원의 기타 조건

- 부문 3 - 자문 위원회의 절차
  - 157. 자문 위원회의 절차

4부 - 최고 경영자 및 직원 등.

- 부문 1-최고 경영자
  - 158. 설립
  - 159. CEO의 기능
  - 160. 대표이사 선임
  - 161. 연기 임명
  - 162. 보수 및 수당
  - 163. 휴학
  - 164. 외부 고용
  - 165. 이해관계의 공개
  - 166. 대표이사의 사임
  - 167. 대표이사 선임의 해지
  - 168. 기타 대표이사 약관
- 부문 2 - 직원 등
  - 169. 직원
  - 170. 화학물질청이 이용할 수 있도록 하는 다른 사람의 서비스
  - 171. 컨설턴트

5부 - 보고 및 계획

- 부문 1 - 보고

  하위 항목 A - 이사회 구성원의 보고
  - 172. 연례 보고서

- 173. 각료이사회에 특정 정보 제공
- 174. 각료이사회에 분기별 보고
  하위 항목 B – 기관의 보고
- 175. 영연방, 주 또는 준주 장관이 요청한 정보 제공
  하위 항목 C – 장관의 보고
- 176. 각료 위원회에 특정 정보 제공

• 부문 2 – 계획
  - 177. 계획

6부 – 금융
  - 178. 영연방이 기관에 지불
  - 179. 호스트 관할권에 의한 기관에 대한 지불
  - 180. 기관에 의한 금전적용

6A부 – 재정 지속 가능성의 보험 계리(보험요율) 평가

• 부문 1 – 계획 계리사 및 연간 재무 지속 가능성 보고서
  - 180A. 보험계리사 지명
  - 180B. 제도 계리사의 의무
  - 180C. 보험계리사의 직무수행에 관한 규칙

• 부문 2 – 보험계리사 검토
  - 180D. 심사계리사 지명
  - 180E. 심사계리사의 의무

• 부문 3 – 계획 계리사 지원 및 검토 계리사
  - 180F. 제도 계리사 및 심사 계리사를 지원하는 기관

7부 – 기타
  - 181. 과세

6A장 – NDIS 품질 및 보호 위원회

• 1부 – 위원회 설립 및 기능
  - 181A. 위원회의 설립
  - 181B. 위원회의 기능

• 2부 – NDIS – 품질 및 안전 위원
  - 181C. 위원
  - 181D. 위원의 기능과 권한
  - 181E. 위원의 핵심 기능
  - 181F. 국장 등록 및 보고 가능한 사건 기능

- 181G. 위원의 불만 기능
- 181H. 위원의 행동 지원 기능
- 181J. 커미셔너에 의한 수수료 부과
- 181K. 장관은 국장에게 지시를 내릴 수 있다.
- 181L. 위원의 임명
- 181M. 연기 약속
- 181N. 보수 및 수당
- 181P. 휴직
- 181Q. 외부 고용
- 181R. 기타 이용약관
- 181S. 사직
- 181T. 임명의 종료

- 3부 – 직원 등 위원회의
  - 181U. 위원회 직원
  - 181V. 컨설턴트
  - 181W. 위원을 보좌하는 자

6B장 – NDIS 근로자 선별 데이터베이스

- 181X. 이 장의 간략한 개요
- 181Y. NDIS 근로자 선별 데이터베이스

부록 7 호주 (5) DSP 전달체계

호주에서 장애인이 된다는 것은 사회보장법에 따라 장애지원연금(Disability support pension)과 사회서비스를 받는다는 것을 의미한다. 일반적으로 장애등록을 위한 과정은 NDIS에서 제시한 과정에 따른다. 이를 위한 첫 번째 과정은 장애연금 지원자의 의료적, 비의료적 상태를 확인하는 것에서부터 시작한다. 장애연금 수령을 위한 사정의 첫 단계는 다음 3가지 상태에 수령자가 포함되는지 확인한다(Services Australia, 2022.5).

- 명백한 의료적 규칙(manifest medical rules)
- 일반적인 의료적 규칙
- 비의료적 규칙

1. 명백한 의료적 규칙(manifest medical rules)

명백한 의료 규칙은 다음 중 하나에 해당되는 경우이다.

- 영구적으로 시각장애인이다.
- 요양원 수준의 관리가 필요하다.
- 평균 기대 수명이 2년 미만인 말기 질환이 있는 경우이다.
- IQ가 70 미만으로 지적 장애가 있다.
- 카테고리 4 HIV/AIDS가 있다.
- 1986년 재향 군인 자격법에 따라 지급되는 특별 요율(영구적으로 장애를 가짐)로 재향 군인의 장애 보상금을 받는다.

2. 일반적인 의료적 규칙

일반적인 의료적 규칙은 다음과 같다.

- 상태가 2년 이상 지속된다.
- 상태가 완전히 진단, 치료 및 안정화되었다.
- 손상 등급(impairment rating)이 20점 이상인 경우이다.
  - 0점 – 테이블 내 활동에 기능적 영향 없음

- 5점 – 테이블 내 활동에 약간의 기능적 영향
- 10점 – 테이블 내 활동에 중간 정도의 기능적 영향
- 20점 – 테이블 내 활동에 심각한 기능적 영향
- 30점 – 테이블 내 활동에 대한 극도의 기능적 영향

- 해당되는 경우 지원 프로그램 규칙을 충족한다.
- 당사자의 상태로 인해 향후 2년 동안 주당 최소 15시간의 근무가 중단될 것이다.

3. 비의료적 규칙

비의료적 규칙은 다음과 같다.(2022년 기준)

- 장애지원연금 청구시 최소 15세 9개월 이상이어야 한다.

- 귀하는 호주인 혹은 호주거주자 요건 중 하나를 충족해야 한다.
  - 5년 연속적으로 거주한 기록을 포함하여 총 10년 이상 호주에 거주한 경우
  - 난민 또는 이전 난민인 경우
  - DSP에 대해 호주와 사회보장 계약을 체결한 국가에서 거주하거나 일한 경우
  - 주당 15시간 이상 일할 수 없게 되었을 때 호주에 거주한 경우

- 정부가 지정한 연금소득 수급을 위한 수입선 기준보다 낮아야 한다.
  - 대부분의 경우에 해당되는 1인에 대한 표준 규칙
    - 2주당 수입이 $180 미만 – 수당이 줄어드는 정도 $0
    - 2주당 수입이 $180 이상 – 수당이 줄어드는 정도 $180 이상 $1당 50센트 감소
  - 함께 거주하거나 질병으로 따로 사는 부부에 해당되는 표준 규칙
    - 2주당 수입이 $320 미만 – 수당이 줄어드는 정도 $0
    - 2주당 수입이 $320 이상 – 수당이 줄어드는 정도 $320 이상 $1당 50센트 감소
  - 전환기에 있는 경우 1인 기준
    - 2주당 수입이 $180 미만 – 수당이 줄어드는 정도 $0
    - 2주당 수입이 $180 이상 – 수당이 줄어드는 정도 $180 이상 $1당 40센트 감소
  - 함께 거주하거나 질병으로 따로 사는 부부에 해당되는 표준 규칙
    - 2주당 수입이 $320 미만 – 수당이 줄어드는 정도 $0
    - 2주당 수입이 $320 이상 – 수당이 줄어드는 정도 $320 이상 $1당 40센트 감소

  - 수입에 대한 기준점: 2주 동안의 소득이 기준점을 초과하면 해당 2주에 대해 $0를 지급한다.

- 21세 이상, 싱글 $2,155.20
- 21세 이상, 동거 부부 합산 $3,297.60
- 21세 이상, 건강상의 이유로 떨어져 사는 부부 합산 $4,270.40
- 18~20세, 독신, 자녀 없음, 집거주 $1,212.60
- 16~17세, 독신, 자녀 없음, 집거주 $1,104.80
- 16~20세, 독신, 자녀 없음, 독립 $1,544.40
- 16~20세, 부부, 자녀 없음 $3,036.40 합산

- 정부가 지정한 연금소득 수급을 위한 자산금액 기준보다 낮아야 한다다.
  - 대부분의 경우에 해당되는 1인에 대한 표준 규칙
    - 2주당 수입이 $180 미만 – 수당이 줄어드는 정도 $0
    - 2주당 수입이 $180 이상 – 수당이 줄어드는 정도 $180 이상 $1당 50센트 감소
  - 함께 거주하거나 질병으로 따로 사는 부부에 해당되는 표준 규칙
    - 2주당 수입이 $320 미만 – 수당이 줄어드는 정도 $0
    - 2주당 수입이 $320 이상 – 수당이 줄어드는 정도 $320 이상 $1당 50센트 감소
  - 전환기에 있는 경우 1인 기준
    - 2주당 수입이 $180 미만 – 수당이 줄어드는 정도 $0
    - 2주당 수입이 $180 이상 – 수당이 줄어드는

  - 전액 연금을 받는 경우(부부인 경우 두명의 자산을 합한 것 기준)
    - 싱글 $270,500(주택 소유자), $487,000(무주택 소유자)
    - 부부 합산 $405,000(주택 소유자), $621,500(무주택 소유자)
    - 질병으로 별거한 부부 합산 $405,000(주택 소유자), $621,500(무주택 소유자)
    - 부부, 파트너 1명 합산 $405,000(주택 소유자), $621,500(무주택 소유자)
  - 부분연금을 받는 경우
    - 싱글 $599,750(주택 소유자), $816,250(무주택 소유자)
    - 부부 합산 $901,500(주택 소유자), $1,118,000(무주택 소유자)
    - 질병으로 별거한 부부 합산 $1,063,500(주택 소유자), $1,280,000(무주택 소유자)
    - 커플, 파트너 1명 합산 $901,500(주택 소유자), $1,118,000(무주택 소유자)

출처:
https://www.servicesaustralia.gov.au/income-test-for-pensions?context=22276;
https://www.servicesaustralia.gov.au/assets-test-for-pensions?context=22276;
https://www.servicesaustralia.gov.au/medical-rules-for-disability-support-pension?context=22276

의료적 규칙의 경우 장애나 질병은 완전히 진단되고, 치료되었으며, 안정화되어야 한다. 장애나 질병상태가 완전히 진단, 치료, 안정화되지 않은 것으로 판단되면 연금을 받을 수 없으며, 장애등록을 할 수 없다. 이 3가지 단계가 만족한다면 장애지원연금 수령을 위한 장애등록과정에 참여할 수 있다. 장애연금 수령을 위하여 의료적 기준, 손상등급, 직업능력사정, 장애의 의료적 평가가 추가로 진행될 수 있다. 의료적 상태에 대한 빠른 판단이 내려진 이후 확인하는 것은 장애연금 지원자가 지원프로그램(POS)에 참여하였는지 여부이다. POS는 장애연금을 신청하기 이전에 혹은 신청한 이후라고 하더라고 조건에 해당되지 않는다면 반드시 참여해야 한다. 호주는 장애등록을 하기 위하여 의료적, 비의료적 기준의 충족과 함께 직업적으로 근로가능성을 판단한 뒤 근로가능이 낮은 경우 장애인으로 인정한다. 다음은 POS에 대한 설명이다.

(1) 지원프로그램(POS) 장애인이 직업을 준비하고 구하고 유지하도록 도우며, 다음의 도움이 제공된다.

- 취업 준비와 구직
- 직장 경험과 훈련
- 부상 관리

(2) 다음은 POS에 참여하지 않아도 되는 경우이다.

- 명백한 의료적 규칙에 충족
- 단일 손상 표에서 손상 등급이 20점 이상인 경우

(3) 다음 2가지에 해당되는 경우 POS에 참여해야 한다.

- 총 손상 등급이 20점 이상이지만, 단일 장애 표에 대한 점수가 20점 미만인 경우

(4) POS에 참여해야 하는 기간

- 장애연금 청구 전 3년 동안 POS에 참여했음을 증명해야 함
- 최소 18개월 동안 참여함
- 18개월 미만인 경우 추가적으로 참여하여 프로그램을 완료해야 함

출처: Services Australia (2022.5). Program of support.
https://www.servicesaustralia.gov.au/program-support-for-disability-support-pension?context=22276

POS에 참여하였거나 참여 업적으로 근로가능성을 판단되었다면 다음으로 이루어지는 것은 직업능력을 사정하는 것이다. 업무능력을 사정하는 이유는 다음과 같다.

○ 업무능력 사정 조건
- 현재 또는 향후 2년 동안 주당 최소 15시간을 일할 수 있는 경우
- 교육을 통해 향후 2년 동안 일하는 데 도움이 되는지 여부
- 교육 및 지원을 통해 어느 정도 시간으로 일할 수 있는지 여부
- 지속적으로 근무하기 위해 도움이 필요로 하는지 여부

이러한 조건을 확인하게 되는데, 근로를 하는 것은 지원자가 이전에 수행한 업무를 수행할 수 있는 여부를 확인하는 것이 아니며 현재 상태로 연금지원자가 일할 수 있는지를 확인하게 된다. 필요로 한다면 연금지원자는 직무능력사정(job capacity assessment)에 참여해야 한다. 직무능력사정은 다음을 알아보기 위해 시행된다.

○ 직무능력사정을 시행하는 이유
- 귀하의 상태가 작업 능력에 미치는 영향을 판단
- 취업에 필요한 지원이나 도움을 파악함
- 장애연금 수령을 위한 의료적 조건에 적격여부 확인

일반적으로 장애연금신청 서류를 제출할 때 관련된 의료적 기록을 모두 Centrelink 온라인 계정이나 Express Plus Centrelink 모바일 앱, 우편으로 발송/전송하게 되는데, 빠지거나 추가자료가 있는 경우 동일한 방법으로 자료를 전송할 수 있다. 직무능력사정을 하는 동안 사정가(assessor)는 장애연금지원자의 상태, 의료적 증거, 직무수행에 있어 가질 수 있는 어려움/장벽, 최근에 받은 지원이나 재활에 대해 지원자와 함께 이야기하고 파악하게 된다. 필요한 경우 일자리를 찾고 유지하는 데 도움이 되는 서비스에 대해 1시간 정도 이야기한다. 만약, 지원자가 의사소통에 대한 문제나, 시청각적인 제한이 있는 경우 필요한/이용하는 장비, 보조기기에 대해 이야기하고 사정시에 지원을 위해 친척, 친구 또는 옹호자를 데려올 수 있다.

이후에 장애 의료 사정(disability medical assessment)가 시행된다. Sonic HealthPlus의 정부 계약 의사가 평가를 수행하며, 정부 계약 의사는 개업한 전문의 또는 임상 심리학자이다. 장애 의료 평가는 최대 1시간 정도 소요되며, 귀하의 손상 등급을 검토하고 귀하의 상태가 귀하에게 미치는 영향을 평가합니다. 만약, 장애 의료 평가가 요청되었는데 의도적으로 참여하지 않는 경우 장애연금 지급이 탈락된다. 장애 의료 사정이 종료되면, 장애연금 심사를 위한 모든 단계가 종료된다. 이후 국립장애보험 에이전시(National Disability Insurance Agency, NDIA)가 장애연금 수령에 대한 최종결정을 내리고 장애연금 신청자에게 연금수령 가능 여부를 이메일, Centrelink 온라인 계정, Express Plus Centrelink 모바일 앱, 우편물로 제공한다. 다음은 연금을 받을 수 있는 경우와 그렇지 않은 경우에 수행되는 것들이다.

○ DSP를 얻을 수 있을 때
- 장애연금 청구를 수락하면 이를 알리는 서신을 보낸다. 서신에 기재된 날짜부터 연금을 지급한다.

○ DSP를 받을 수 없을 때
- 모든 의료 및 비의료 규칙을 충족하지 않으면 청구가 거부된다. 신청자의 청구를 거부하는 경우, 이유를 설명하기 위해 이메일, 정부기관 사이트, 전화를 이용한다.
- 장애연금을 받지 못하는 경우, 이용할 수 있는 다른 서비스와 같은 기타 사항에 대해 논의한다. 장애연금을 받지 못하지만 고용서비스와 같은 다른 서비스에 대한 소개가 가능하다. 결과에 대한 불만이 있는 경우 결정에 대한 검토를 요청할 수 있다.

출처: Services Australia (2022.5). Explaining the decision.
https://www.servicesaustralia.gov.au/explaining-decision-for-disability-support-pension?context=22276

호주에서 NDIS 서비스를 이용하기 위하여 장애등록과 함께 연령, 호주거주유무 등에 대한 자격확인을 필요로 한다. 다음은 이에 대한 절차이다.

- 연령 요건
  - 당사자가 7세에서 65세 사이(65세 이상은 aged care 이용)

- 7세 미만의 양육하는 아동이 있는 경우

- 거주 요건
  - 호주 시민, 영구 비자 소지자, 보호대상 특수 비자 소지자
  - 호주에 거주하고 있어야 함

- 장애 요건
  - 영구적인 장애를 가지고 있음
  - 장애는 지적, 인지적, 신경학적, 감각적, 신체적 또는 심리사회적 등이 포함됨
  - 일상생활 수행을 위한 지원이 필요로 함

- 조기개입 요건
  - 향후 필요로 하는 지원을 줄이기 위한 자금지원이 필요한 경우
  - 만약 그렇지 않은 경우 지역 조정자(local area coordinator, LAC)로부터 다른 정부 및 지역 사회 자원을 이용 가능함

「장애인등록제도 개편방안 연구」

장애인등록제도 및 서비스 지원 방식 개편에 대한 전문가 조사

안녕하십니까?

한국장애인개발원에서는 2019년부터 장애인복지법 제도권 밖에 놓인 당사자들의 복지욕구를 심층적으로 연구해오고 있습니다. 2019년에는 복합부위통증증후군・기면증・뚜렛증후군을 대상으로, 2020년에는 정신적 어려움으로 일상생활 및 사회참여 제약이 있는 당사자들의 욕구를 중심으로, 그리고 2021년에는 피부질환(화상・표피박리증・중증아토피・건선)을 가진 당사자를 대상으로 연구를 진행하였습니다.

후속연구로서 2022년에는 지금까지의 연구에서 제기된 바 있는 '장애인등록제도 개편방안'에 대해 세부적인 실행방안을 모색하고자 합니다.

현재 진행 중인 **장애인등록제도 개편방안 초안**은 장애인등록제도・전달체계・장애인서비스 선택권 확대 등을 위해 독일・프랑스・호주 사례를 살펴보며 작성하였습니다. 이에 관해 전문가 분들(학계, 단체 등)의 의견을 듣고자 전문가 조사를 진행하고자 합니다.

전문가 조사는 총 1회에 걸쳐 진행될 예정입니다. 장애인등록제도 개편방안에 대한 전반적인 의견과 아이디어 제시, 구체적인 장애인등록제도 개편방안의 내용 등을 조사할 예정입니다. 설문참여비는 20만원입니다.

<표> 전문가 조사 계획(안)

기한	조사내용
8월16일-8월22일	장애인등록체계 개편방안, 사정체계와 등록체계 간 연계 방안, 사람중심 맞춤형 지원체계를 위한 서비스 지원방안 등에 대한 아이디어 제안, 구체적인 장애인등록체계 개편방안 도출

귀하께서 작성하신 내용은 연구목적 이외에 전혀 사용되지 않음을 알려드리오니 성실하게 응답하여 주실 것을 부탁드립니다. 바쁘신 가운데에서도 본 조사에 참여해주셔서 감사드리며, 본 조사의 원활한 진행을 위해 2022년 8월 22일(월) 오전 10시까지 회신해 주실 것을 요청 드립니다. 조사에 대한 궁금한 사항이 있으신 경우 아래의 연락처로 문의주시기 바랍니다. 감사합니다.

- **연구수행자[1]**: 한국장애인개발원 자립지원연구팀장 조윤화(02-3433-0670)
  송기호(성공회대학교 박사과정)
  이윤경(한국장애인개발원 자립지원연구팀 연구원)(02-3433-4528)

- **회신방법: svv1n9@koddi.or.kr(이윤경 연구원: 조사지 발송메일로 회신)**
- **회신기한: 2022년 8월 22일(월) 10시**

〈응답자의 기본 정보〉	
성 명	
현 업무 근무년수	년 개월
업무분야	① 관련 학계 교수 및 연구자 ② 현장전문가 ③ 단체 대표 ④ 기타( )

[참고용] 「장애인등록제도 개편방안 연구」 연구배경 및 목적

○ 최근 장애인복지에 대한 '장애인과 비장애인 사이에 놓인 당사자' 의 관심과 욕구가 높아지고 있습니다. 우리나라는 **'장애인등록' 이 되어야만 장애인복지서비스를 받을 수 있는 구조**이기 때문입니다. 즉 복지서비스별 목적에 따른 장애정의와 이에 따른 적격심사 기준에 의한 서비스대상자 선정 구조가 아닌, **장애인복지법상 인정되는 '장애' 기준을 일괄적으로 적용함으로써, 복지서비스를 이용할 수 있는 기회조차 박탈 당한 당사자들이 장애인등록에 대한 근본적인 문제를 제기**하고 있습니다.

- 우리나라의 **장애인등록은 장애인복지서비스를 이용하기 위한 최소한의 조건이라는 구조적 제약과 더불어 매우 협소한 장애범주와도 관련**이 있습니다. 장애인등록제도가 있는 선진국은 우리나라보다 더욱 광범위한 장애범주를 포함하고 있음에도, 장애인등록으로 인한 배제오류를 감소시키기 위해 서비스목적에 맞게 '서비스별 대상자 적격기준' 을 마련하여 복지서비스 이용 기회를 보장하고자 합니다.

○ **2019년 "뚜렛증후군 장애인등록 거부 위법"** 이라는 **대법원 판결**('19.10.30일)은 이러한 장애인복지법의 '협소한 장애범주' 관련 문제와 함께 **'경직된 장애인등록체계' 에 대한 정부의 제도적 개선의 필요성**을 제기한 판결이었습니다.

- 대법원 판결에 따라 **보건복지부는 2020년 5월 투렛증후군을 정신장애영역으로 등록을 허용**하였으며[2], **2021년 4월**에는 **인정 질환을 10개로 소폭 확대**하였고, 장애인복지법 상 제외되어 있는 잠재적 정책대상자들에 대한 개별심사를 할 수 있도록 **'예외적 장애인정 심사절차' 를 강화**한바 있습니다.

- 특히 **예외적 장애인정 심사절차** 강화는 **기존 장애정도심사위원회의 역할을 강화하는 것**으로, **장애정도심사위원회의 수를 40명 내외에서 80명 내외로 확대**하고, **장애범주 및 판단기준의 제약으로 인하여 인정에서 제외되고 있는 사례에 대해 중증도 등을 고려한 개별심사 후에 예외적으로 장애인정 여부를 심의**하는 것입니다.

○ 그러나 당사자가 예외적 장애인정을 받기 위해서 어떠한 절차를 통해 신청해야 하는지 구체적인 전달체계가 마련되어 있지 않습니다. 지금도 15개 장애유형이 아니면 '정애정도 심사에 미해당' 으로 판단되는 현실을 고려한다면, 예외적 장애인정 심사절차에 대한 제도개편은 실효성 없는 조치로 볼 수 있습니다.

- 결국 가장 근본적인 장애인등록제도 개편이 이뤄지지 않는다면, 5년의 긴 행정소송을 통해 장애등록이 된 사례, 즉 뚜렛증후군과 같은 잠재적 정책대상자들은 장기간 행정소송을 진행해야만 하며, 소송 결과에 따른 정부의 수동적인 대처 및 협소한 인정질환 확대 등과 같은 소극적 조치만 이뤄질 것으로 예상됩니다.

○ 이에 본 연구는 장애인복지 제도권 내에서 당사자의 필요에 따라 서비스를 이용할 수 있도록 제도를 개선하기 위해 장·단기적 방향에서 실질적인 장애인등록제도 개편안을 제안하고자 합니다. 구체적으로, 단기적 차원에서는 예외적 **장애인정기준** 절차적 규정 마련에서부터, 장기적 차원에서는 **장애인등록제도 폐지** 등까지 다양한 대안을 마련하고자 합니다.

---

1) 연구참여진: 김용진(가톨릭대학교 겸임교수), 김민(가천대학교 겸임교수), 오윤지(파리12대학 박사), 송기호(성공회대학교 박사과정), 이윤경(한국장애인개발원 자립지원팀 연구원)

2) 이는 보건복지부 고시 '장애정도심사규정'의 제14조(장애정도심사위원회)의 기능에 의해 심의한 것임. 장애정도심사위원회는 일반적으로 이의신청 건에 대해 심의를 주로 하나, 뚜렛증후군의 경우, 제14조(장애정도심사위원회)의 제2항의 3에 따라(장애정도판정기준의 문리적 해석만으로 장애정도를 판정하기 어려운 경우와 다른 유형과의 형평성을 고려할 필요가 있다고 보건복지부장관이 인정하는 건)에 의해 의학적 자문과 제14조 7항(대면조사), 8항(정밀한 장애심사를 위해 필요하다고 인정되는 경우 직접진단 또는 방문조사를 할 수 있다)에 의해 국민연금공단의 장애인 서비스 지원종합조사 실시(142점 - 일상생활지원 필요도가 높다고 판단)를 통해 정신장애로 등록하게 하였음

[참고용] 장애인등록제도 개편(안) - 연구진(초안)

〈표 1〉 장애인등록제도 개편(안) 개요

기준	단기		장기	
	1안	2안	3안	4안
장애인등록제도 유지 여부	유지	유지	유지	폐지
장애정도판정 및 심사기준 유지 여부	유지	부분개편 (예외적 장애정도 안정기준을 통한 확대)	장애정도심사기준 전면개편 (모든 장애질환으로 확대)	장애정도심사기준 전면개편 (모든 장애질환으로 확대)
서비스별 대상자 선정기준 마련 여부	기준 마련	기준 마련	기준 마련	기준 마련 및 서비스 통합 전달체계 개편

구분	장애인 등록제도 여부	장애정도 판정기준[3] (15개 장애유형 여부)	장애정도 심사기준 (국민연금공단 심사기준 및 절차)	서비스별 사정체계 구축	세부 설명
1안	유지	유지	유지	마련	– **(장애정도 판정기준)** 현행 유지 – **(장애정도 심사기준 및 절차)** 현행 유지 – **(서비스별 사정체계 구축)** 서비스별 사정체계를 통해 정책대상자 확대 예) 발달주간활동서비스의 경우, 적격성 심사 기준을 통해 판단(대상자는 1년 이상의 치료와 의사의 소견 등의 진단서 필요)
2안	유지	**부분개편** (예외적 장애인정조치에 따른 장애범주 확대 및 대상자 선정)	부분개편 (예외적 장애인정조치건 심사실시, 서비스지원 종합조사)	마련	– **(장애정도 판정기준)** 예외적 장애인정조치에 따른 장애범주 확대 및 대상자 선정(전체 질환 포괄) · 장애범주: 15개 장애유형 + 건강장애(안) ※ 예외적 장애인정대상자가 15개 장애유형에 포함되지 않은 경우, 우선적으로 유사 장애유형으로 판단, 그 외 장애유형은 건강장애로 판단[4] · 예외적 인정대상자의 판정기준: kams활용 – **(장애정도 심사기준 및 절차)** · 예외적 장애인정대상자 심사기준: kams활용 + 서비스 지원 종합조사 실시 (모든 예외적 대상자) · 심사절차: 장애등록체계와 유사하게 주민센터에서 등록, 국민연금공단 장애심사센터 또는 본사에서 심사(이의신청 기준) 실시(2개 안) – **(서비스별 사정체계 구축)** 서비스별 사정체계를 통해 정책대상자 확대(1안과 동일)
3안	유지	**전면 개편** (장애정도 판정기준 kams로 전면 개편)	전면 개편 (당사자 의견 청취 및 자료 충분성 등, 서비스지원 종합조사)	마련	– **(장애정도 판정기준)** 장애범주는 kams 및 ICF 기준으로 마련(모든 질환 포괄) · 장애범주: kams 및 ICF 기준 · 판정기준: kams활용 – **(장애정도 심사기준 및 절차)** · 심사기준: kams활용 + 서비스 지원 종합조사 실시 + 당사자 의견 및 자료 충분성 포괄 ※ 단, 서비스 지원 종합조사의 경우, 중증의 의학적 상황이 아닌 경우 실시[5] · 심사절차: 장애등록 체계와 유사하게 주민센터에서 등록, 국민연금공단 장애심사센터 – **(서비스별 사정체계 구축)** 서비스별 사정체계를 통해 정책대상자 확대(1안과 동일)
4안	폐지	전면 개편 (장애정도 판정기준 kams로 전면 개편)	전면 개편 (당사자 의견 청취 및 자료 충분성 등)	마련	– **(장애정도 판정기준)** 3안과 동일하나, 소득보장 및 감면할인서비스에서만 장애여부 판단 – **(장애정도 심사기준 및 절차)** 3안과 동일 – **(서비스별 사정체계 구축)** 1안과 동일 – **(서비스 전달체계 개편)** (가칭) 장애인서비스 지원센터에서 장애인등록 및 서비스 정보와 급여 연동 등 모든 서비스와 개인예산제 등까지 담당(행복e음 연동 필수)[6]

3) 1) 장애정도 판정기준(보건복지부 고시 기준): ① 장애유형 및 범주에 관한 사항과 ② 장애유형 및 정도의 진단을 위한 장애정도 판정기준을 의미함
2) 장애정도 심사기준(보건복지부 고시 기준): 장애정도를 판정하는 심사기준과 절차임(현재 국민연금공단에서 실시하고 있음). 심사기준은 장애정도를 판단하는 판정기준과 그 외의 일상생활 및 사회참여 제약의 판단, 관련 당사자 참여 등을 의미함. 이외에 예외적 장애등록 절차 등도 포함. 심사절차는 심사 전달체계를 의미함.

[전문가 조사 질문] 장애인등록제도 및 서비스 지원 개선 방안

아래의 질문에 따라 의견을 제시해주시기 바랍니다.

Ⅰ. 총괄 질문입니다.

1 장애인복지법에서 제외된 '장애인과 비장애인 사이에 놓인 당사자' 들이 장애인복지법에서 복지서비스를 제공받기 위해, 제도적으로 개편되어야 하는 부분을 종합적인 관점에서 작성해주시기 바랍니다.

의견

2 장애인등록제도의 유지 및 폐지의 필요성과 그에 대한 대안적 기준 등을 제안해주시기 바랍니다.

의견

4) 선진국과 산재 및 국민연금 장애인정범주를 비교하면, 소화기와 암 항목이 없음. 단, 눈에 관련된 장애의 경우, 시각장애로 즉, 유사장애유형으로 포함될 수 있음(예, 안면장애에 외모와 피부장애를 포함), 소화기와 암의 경우에는 특수교육법에 따른 건강장애의 기준과 유사함. 동 기준을 활용하는 방안 제안(단, 장애인복지법 장애개념은 고착화된 장애를 의미하므로, 특수교육의 건강상태와 차이로서 '1년 이상의 치료에도 불구하고.'의 개념을 포함

5) 선진국의 경우, 일상생활 및 사회참여 제약의 수준을 판단할 때, 모든 대상자를 대상으로 조사하기 보다는 중증의 의학적 정도를 가진 경우에는 일상생활 및 사회참여 제약 수준을 평가하지 않고, 그대로 등록

6) 현재 발달장애인지원센터와 행복e음과 연동(비로소 시스템), 국민연금공단도 연계됨, 차세대 등을 고려한다면 가능, 프랑스 MDPH, 센터링크에서 착안

3 장애인등록제도 개편안을 참고하여, 장단기 장애인등록체계 개편안에 고려되어야 할 사항과 제안사항을 작성해 주시기 바랍니다. 그리고 기타(안)이 있을 경우 제안해주시기 바랍니다.

안		고려되어야 할 사항과 제안사항을 작성해주시기 바랍니다.
1안	① 1안 장애인등록제도 유지 + 현행 장애정도 판정기준 및 장애심사제도 유지 + 서비스별 대상자 선정기준 마련	
2안	② 장애인등록제도 유지 + 장애정도 판정기준 및 심사기준 부분 개편(예외적 장애인정기준) + 서비스별 대상자 선정기준 마련	
3안	③ 장애인등록제도 유지 + 장애정도 판정기준 및 심사기준 완전 개편 + 서비스별 대상자 선정기준 마련	
4안	④ 장애인등록제도 폐지 + 장애정도 판정기준 및 심사기준 완전 개편 + 서비스별 대상자 선정기준 마련 + 서비스 제공 등 전달체계 개편	
5안	⑤ 기타(안)	

Ⅱ. 세부질문

1 **(본 연구 1안 기준) 장애인등록제도를 유지하되, 장애인등록을 하지 않고도 '서비스별 사정체계에서 대상자'를 선정한다면,** 서비스별 적격 심사 기준(예, 활동지원제도의 경우 서비스 종합조사 도구 활용)과 **추가적으로 '장애'를 판단할 수 있는 기준**이 필요할 것으로 보입니다.

예) 장애인등록은 안 되는데, 활동지원제도를 원하는 경우는 어떠한 기준으로 판정해야 하는가?

장애인등록은 안 되는데, 발달재활서비스를 원하는 경우는 어떠한 기준으로 판정해야 하는가?

※ 참고

<표 2> 1안 개요

구분	장애인 등록제도 여부	장애정도 판정기준 (15개 장애유형 여부)	장애정도 심사기준 (국민연금공단 심사기준 및 절차)	서비스별 사정체계 구축	세부 설명
1안	유지	유지	유지	마련	– **(장애정도 판정기준)** 현행 유지 – **(장애정도 심사기준 및 절차)** 현행 유지 – **(서비스별 사정체계 구축)** 서비스별 사정체계를 통해 정책대상자 확대 예) 발달주간활동서비스의 경우, 적격성 심사 기준을 통해 판단(대상자는 1년 이상의 치료와 의사의 소견 등의 진단서 필요)

1 -1. **'장애' 기준이 필요하다고 생각하시는 이유와 판단기준(판단 자료, 판단 주체)**을 **아래 표를 참고하여** 가장 적절한 기준과 제안사항 등을 제시해주시기 바랍니다. 만약 필요하지 않다고 생각한다면, **이유를 제시해 주시기 바랍니다.**

※ 참고

[예] (공통적용) 장애 판단 기준

판단 기준	판단절차	판단주체
①1안 (고착화 판단) 장애' 1년 이상 치료를 받았다는 등에 대한 의사소견서만 활용	국민연금공단 장애정도 심사위원회를 통해	국민연금공단
②2안 (일상생활 및 사회참여 제약) 서비스 종합조사만 활용	국민연금공단 일상생활 및 사회참여 제약 평가	국민연금공단
③3안 (고착화 판단) + (일상생활 및 사회참여 제약 판단) 2가지 활용 → 1안과 2안 포함	국민연금공단 일상생활 및 사회참여 제약 평가	국민연금공단
기타		

의견

1 -2. 기존과 동일하게 장애인등록제도가 있으나, **장애인등록을 하지 않고도 접근할 수 있는 서비스별 사정체계를** 열어 놓는다면, 어느 서비스 영역까지 포함해야 하는지 의견 부탁드립니다.

예) 사회서비스(발달재활서비스 등), 고용, 소득

의견

1 -3. 기존과 동일하게 장애인등록제도가 있으면서, 아래의 기준과 서비스별 사정판단 기준으로 대상자가 된 경우, 법정 등록장애인으로 인정되어야 하는지 의견 부탁드립니다.

안	그 이유 및 대안
①1안 (고착화 판단) 장애' 1년 이상 치료를 받았다는 등에 대한 의사소견서만 활용	*(법정 등록장애인 불가 등) 서비스 대상자로만 간주하는 것이 적절함*
②2안 (일상생활 및 사회참여 제약) 서비스 종합조사만 활용	
③3안: 1안과 2안 포함 (고착화 판단) + (일상생활 및 사회참여 제약 판단) 2가지 활용	
종합적 의견	

2 **(본 연구 2안 기준)** 현재 '예외적 장애인정조치'에 대한 구체적인 절차가 제시되어 있지 않아, 행정소송을 거친 법원의 결과 또는 사회적 이슈를 통해 행정부의 조치에 의해서만 부분적으로 이루어지고 있습니다(뚜렛증후군 사례 등). 즉 장애인복지법의 잠재적 정책대상자가 되기 위해서는 행정소송이나 정책아젠다로 선정되어야 하는 것이 현실입니다. 따라서 본 연구의 2안은 '예외적 장애인정조치'의 현실화를 목적으로 하였습니다. 본 연구에서 제시하는 예외적 장애인정조치 절차는 크게 2가지로, 첫째, 장애등록절차(아래 그림 참고)를 그대로 활용하거나 둘째, 이의신청 절차와 유사한 방식을 제안하고자 합니다. **어떠한 절차가 더 적절할지 의견 부탁드립니다.**

※ 참고

1. 2안 개요

<표 3> 2안 개요

구분	장애인 등록제도 여부	장애정도 판정기준 (15개 장애유형 여부)	장애정도 심사기준 (국민연금공단 심사기준 및 절차)	서비스별 사정체계 구축	세부 설명
2안	유지	**부분개편** (예외적 장애인정조치에 따른 장애범주 확대 및 대상자 선정)	부분개편 (예외적 장애인정조치건 심사실시, 서비스지원 종합조사)	마련	– **(장애정도 판정기준)** 예외적 장애인정조치에 따른 장애범주 확대 및 대상자 선정(전체 질환을 포괄하는 것임) · 장애범주: 15개 장애유형 + 건강장애(안) ※ 예외적 장애인정대상자가 15개 장애유형에 포함되지 않은 경우, 우선적으로 유사 장애유형으로 판단, 그 외 장애유형은 건강장애로 판단[7] · 예외적 인정대상자의 판정기준: kams활용 – **(장애정도 심사기준 및 절차)** · 예외적 장애인정대상자 심사기준: kams활용 + 서비스 지원 종합조사 실시 (모든 예외적 대상자) · 심사절차: 장애등록 체계와 유사하게 주민센터에서 등록, 국민연금공단 장애심사센터 또는 본사에서 심사(이의신청 기준) 실시(2개안) – **(서비스별 사정체계 구축)** 서비스별 사정체계를 통해 정책대상자 확대(1안과 동일)

2. **장애정도 심사규정**

구분	장애정도심사규정(고시)	실제 적용 예 (뚜렛증후군)
예외적 장애정도 인정절차 = 장애정도심사위원회 운영	제14조(장애정도심사위원회) ① 제13조제3항에 따라 심사하는 경우에는 의료전문가, 복지전문가 및 관계공무원 등이 참여하는 장애정도심사위원회(이하 "위원회"라 한다)를 구성하여 심사한다. ② 위원회는 다음 각호의 사항을 심사한다. 1. 장애정도 심사결과에 대하여 심사대상자가 이의신청하는 것 중 추가적인 확인이 필요하다고 공단이 인정하는 건 2. 장애정도 판정 시 개인의 신체적·정신적 특성 등을 고려할 필요가 있다고 공단 또는 위원장이 인정하는 건 **3. 장애정도판정기준의 문리적 해석만으로 장애정도를 판정하기 어려운 경우와 다른 장애유형과의 형평성을 고려할 필요가 있다고 보건복지부장관이 인정하는 건** ③ 위원회는 공단에 설치하고 80인 내외의 위원으로 구성한다. ④ 위원회의 회의는 제출된 심사건에 따라 위원 중 10명 이내의 위원을 선임하여 심사한다. ⑤ 위원장은 외부 위원 중 공단 이사장이 임명한다. ⑥ 위원회는 월 1회 정기적으로 개최하며, 임시회는 위원장이 필요하다고 인정하는 때 개최할 수 있다. **⑦ 위원회는 심사대상자가 대면심사를 희망하고 위원회에서 대면심사가 필요하다고 인정되는 경우에는 심사대상자를 위원회에 직접 참석시켜 의견진술기회를 부여할 수 있다.** **⑧ 위원회는 정밀한 장애심사를 위해 필요하다고 인정되는 경우 직접진단 또는 방문 조사를 할 수 있다.** ⑨ 위원회 운영과 관련한 세부적인 사항은 공단이 따로 정한다.	※ 뚜렛증후군에 대한 장애등록여부 판정을 위해 - 장애정도심사위원회는 2항의 3의 건의 사항으로 판단 - 동 규정의 7항과 8항을 기준으로 방문조사 및 진단함

7) 선진국과 산재 및 국민연금 장애인정범주를 비교하면, 소화기와 암 항목이 없음. 15개 장애유형으로 유사장애유형으로 포함될 수 있음(예, 안면장애에 외모와 피부장애를 포함), 소화기와 암의 경우에는 특수교육법에 따른 건강장애의 기준과 유사함. 동 기준을

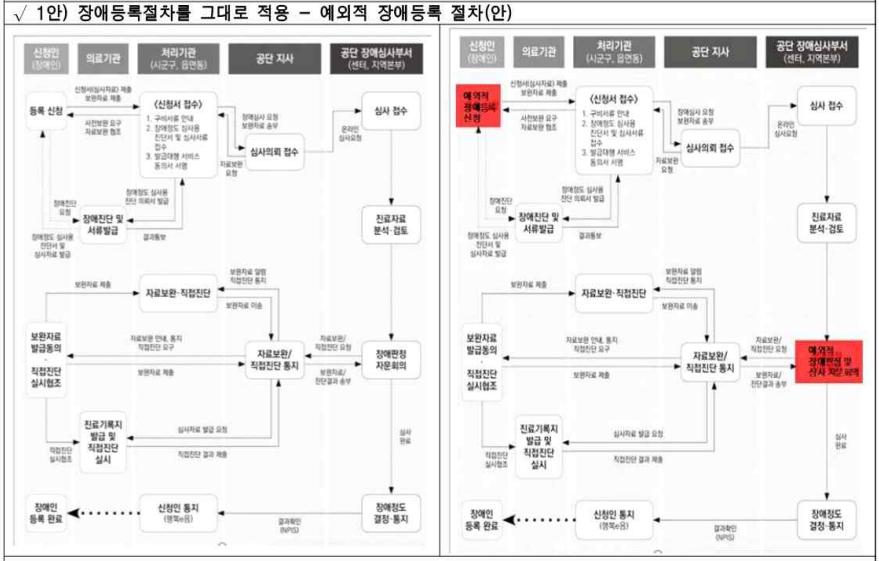
3. 예외적 장애인정절차에 대한 1안 및 2안 개요

<표 4> 본 연구의 2안-예외적 장애인정절차에 대한 1안 및 2안 개요

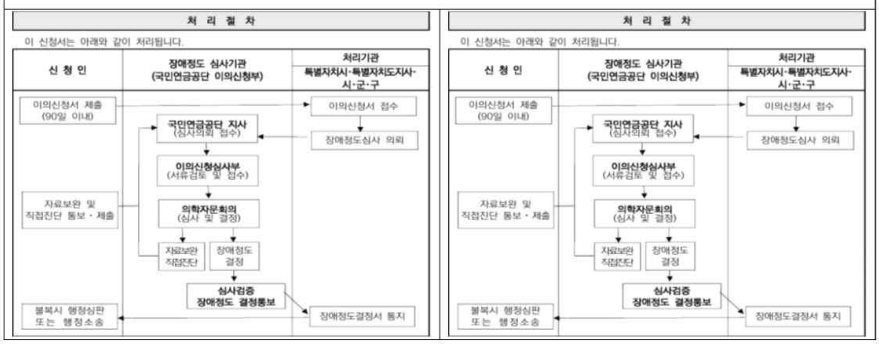
구분	1안 장애등록절차 그대로 적용	2안 이의신청 절차 적용
주요 내용	주민센터 등록 → 공단 장애심사부서에서 판단(센터, 지역본부-지체, 청각, 신장)	주민센터 등록 → 공단 본사에서 판단 (국민연금공단 이의신청부)
장점	**예외적 장애인정 대상자가 많을 경우, 장애심사센터에서 포용 가능**	이의신청에 따른 장애정도심사위원회 개최를 주관하고 있음. 따라서 개별적 사례에 대한 접근 가능(예외적 인정 대상자) 및 예외적 장애인정에 대한 법적 근거 확보
단점	15개 장애유형 외 장애판정 자문위원 위촉 필요	**예외적 인정 대상자가 많을 경우, 공단 본사의 인적 충원 및 심사위원 확보 필요**
법률 근거	법률 개편 필요	장애정도심사규정(고시) 제14조(장애정도심사위원회)

4. 예외적 장애인정 절차 세부(안)

√ 1안) 장애등록절차를 그대로 적용 – 예외적 장애등록 절차(안)



√ 2안) 이의신청건과 같이 개별신청건의 경우, 공단 본사의 장애정도심사위원회에서 실시



활용하는 방안 제안(단, 장애인복지법 장애개념은 고착화된 장애를 의미하므로, 특수교육의 건강상태와 차이로써 '1년 이상의 치료에도 불구하고.' 의 개념을 포함)

2 -1. 위의 절차들을 참고하여, 귀하는 어떠한 절차를 적용하는 것이 적절하다고 생각하십니까? 그 이유를 함께 작성해주시기 바랍니다.

의견

2 -2. 예외적 장애인정을 판단하는 기준(15개 장애유형이 아닌 경우 모든 질환 포함)으로 KAMS(의학적 기준)와 서비스지원 종합조사(일상생활 및 사회참여 제약) 등 2가지 기준으로 판단하고자 합니다. 이에 대한 의견 작성 부탁드립니다.

의견

2 -3. 예외적 장애인정에 의해서 정책대상자로 선정된 경우, 유사 장애유형은 현행 15개의 장애범주에 포함돼야 합니다. 장애범주에 포함되지 않을 경우 어떻게 변경되어야 하며, 그 판단 기준을 어떻게 마련해야 한다고 생각하십니까? 아래 표를 참고(2안 기준)하여 의견을 제시해주시기 바랍니다.

예) 건강장애를 추가함. 혈액 및 악성신생물 장애를 추가함.

의견

[참고]

<표 5> 장애범주 분류

장애인복지법			대한의학회 새 기준		ICF 기준	국민연금 장애연금	장애인등록제도 개편(2안)	장애인등록제도 개편(3안)
			신체계통적 유형		신체계통적 유형	신체계통적 유형		
신체적 장애	외부신체기능의 장애	지체장애	근골격계 장애	상지장애	VII. 신경근육과 운동 관련 기능	지체장애	15개 장애유형 유지 및 예외적 대상자의 경우 유사장애유형으로 판단 / 예외적 대상자의 확대로 전체 인정질환 포함	신체계 통적 유형으로 전환
				하지장애				
				척추·골반장애				
		뇌병변 장애	중추신경계장애		I. 정신기능	정신 또는 신경계통의 장애		
		시각 장애	시각장애		II. 감각기능과 통증	눈의장애		
		청각 장애	청각, 후각 및 평형 관련 장애			귀의장애		
		언어 장애	언어장애		III. 음성과 언어기능	입의장애		
		안면 장애	외모피부장애		VIII. 피부와 관련된 구조물	안면의 장애		
	내부기관의 장애	신장 장애	신장장애		VI. 비뇨와 생식	신장의 장애		
			비뇨생식기장애					
		심장 장애	심장장애		IV. 심혈관, 혈액, 면역 및 호흡기 계통	심장의 장애		
		간장애	소화기장애		V. 소화, 대사 및 내분비	간의 장애		
		호흡기 장애	호흡기장애		IV. 심혈관, 혈액, 면역 및 호흡기 계통	호흡기의 장애		
		장루·요루장애	소화기장애, 비뇨생식기장애에 포함		V. 소화, 대사 및 내분비 VI. 비뇨와 생식	복부·골반장기의 장애		
		뇌전증 장애	중추신경계장애에 포함		I. 정신기능	정신또는 신경계의 장애		
		-	내분비장애		IV. 심혈관, 혈액, 면역 및 호흡기 계통	혈액·조혈기의 장애	건강장애 (신설)	혈액·조혈기의 장애
			종양혈액장애			악성신생물(고형암)의 장애		악성신생물(고형암)의 장애
정신적 장애	지적장애		정신 및 행동 장애		I. 정신기능		-	
	정신장애							
	자폐성장애							

주: 본 저자가 대한의학회 장애평가기준과 활용의 자료를 기준으로 '국민연금 장애연금' 기준을 적용함
출처: 대한의학회(2016), 장애평가기준과 활용.
국민연금 장애심사규정(보건복지부고시 제2019-276호)

2 -4. 귀하는 예외적 장애인정기준 마련 시 추가적으로 고려해야 할 사항은 무엇이라고 생각하십니까?

의견

3 **(본 연구의 3안 기준)** 본 연구의 3안은 장애등록제도를 유지하면서, 전체 장애판정기준과 심사기준을 전면개편하는 것입니다. 전체 장애정도 판정기준은 KAMS 기준을 활용하고, 장애범주는 KAMS 및 ICF 기준으로 확대하며, 장애정도 심사기준 및 절차는 kams활용 + 서비스 지원 종합조사를 실시하는 것입니다.

[참고]

<표 6> 3안 개요

구분	장애인 등록제도	장애정도 판정기준[8] (15개 장애유형 여부)	장애정도 심사기준 (국민연금공단 심사기준 및 절차)	서비스별 사정체계 구축	세부 설명
3안	유지	**전면 개편** (장애정도 판정기준 kams로 전면 개편)	전면 개편 (당사자 의견 청취 및 자료 충분성 등, 서비스지원 종합조사)	마련	– **(장애정도 판정기준)** 장애범주는 kams 및 ICF 기준으로 마련(모든 질환 포괄) · 장애범주: kams 및 ICF 기준 · 판정기준: kams활용 – **(장애정도 심사기준 및 절차)** · 심사기준: kams활용 + 서비스 지원 종합조사 실시 + 당사자 의견 및 자료 충분성 포괄 ※ 단, 서비스 지원 종합조사의 경우, 중증의 의학적 상황이 아닌 경우 실시[9] · 심사절차: 장애등록 체계와 유사하게 주민센터에서 등록, 국민연금공단 장애심사센터 – **(서비스별 사정체계 구축)** 서비스별 사정체계를 통해 정책대상자 확대(1안과 동일)

3 **-1.** 서비스 지원 종합조사의 경우, 모든 대상자들을 대상으로 하는 것이 적절한 것인지 혹은 꼭 필요한 대상에게만 적용하는 것이 적절하다면, 이에 대한 기준과 의견을 제시해주시기 바랍니다.

예) 중증의 의학적 상황이 아닌 경우로 그 기준은 KAMS에 따름

의견

3 **-2. 3안에 대한 추가적인 의견이 있으시면 제시해 주시기 바랍니다.**

의견

8) 1) 장애정도 판정기준(보건복지부 고시 기준): ① 장애유형 및 범주에 관한 사항과 ② 장애유형 및 정도의 진단을 위한 장애정도 판정기준을 의미함
2) 장애정도 심사기준(보건복지부 고시 기준): 장애정도를 판정하는 심사기준과 절차임(현재 국민연금공단에서 실시하고 있음). 심사기준은 장애정도를 판단하는 판정기준과 그 외의 일상생활 및 사회참여 제약의 판단, 관련 당사자 참여 등을 의미함. 이외에 예외적 장애등록 절차 등도 포함. 심사절차는 심사 전달체계를 의미함.

9) 선진국의 경우, 일상생활 및 사회참여 제약의 수준을 판단할 때, 모든 대상자를 대상으로 조사하기 보다는 중증의 의학적 정도를 가진 경우에는 일상생활 및 사회참여 제약 수준을 평가하지 않고, 그대로 등록

4 **(본 연구의 4안 기준)** 4안은 장애인등록제도를 폐지하는 안입니다. 서비스전달체계가 개편되고, 장애정도 판정기준 및 장애정도 심사기준 등은 3안과 유사합니다. 3안의 장애여부의 판단은 소득보장 및 감면할인서비스에만 적용하는 것이며, 그 외는 서비스별 사정체계 내에서 대상자를 선정하는 것입니다. 이 때, '장애' 기준은 앞선 1안에서 제안한 내용과 동일합니다. 서비스 전달체계는 개인예산제(모든 장애유형 포괄)와 서비스 정보의 일원화 등을 고려하여 (가칭) 장애인서비스 지원센터에서 모든 서비스를 담당하는 것으로 설계하였습니다. 프랑스의 MDPH와 호주의 센터링크는 공적기관이며, 이와 유사한 기능을 한다고 가정해주시기 바랍니다.

[참고]

<표 7> 4안 개요

구분	장애인 등록제도	장애정도 판정기준 (15개 장애유형 여부)	장애정도 심사기준 (국민연금공단 심사기준 및 절차)	서비스별 사정체계 구축	설명
4안	폐지	전면 개편 (장애정도 판정기준 kams로 전면 개편)	전면 개편 (당사자 의견 청취 및 자료 충분성 등)	마련	- **(장애정도 판정기준)** 3안과 동일하나, 소득보장 및 감면할인서비스에서만 장애여부 판단 - **(장애정도 심사기준 및 절차)** 3안과 동일 - **(서비스별 사정체계 구축)** 3안과 동일 - **(서비스 전달체계 개편) (가칭) 장애인서비스 통합지원센터에서 장애인등록 및 서비스 정보와 급여 연동 등 모든 서비스와 개인예산제 등까지 담당(행복 e음 연동 필수)[10]**

4-1. 장애인등록제도를 폐지하면, 장애인의 중증과 경증구분의 사업과 등록장애인 대상의 서비스의 대상자 선정에 어려움이 있을 수 있습니다. 복지사업들의 기준은 어떻게 변화되는 것이 적절하다고 생각하십니까?

예) 제도의 목적에 따른 유사 복지정책 대상자 기준 적용, 모든 장애인을 대상으로 하며, 장애등급제 폐지에 기반하여 서비스 필요도에 따라 서비스 제공 등

의견

4-2. (가칭) 장애인서비스 통합지원센터는 어느 곳에서 담당하는 것이 적절하다고 생각하십니까? 그리고 역할과 기능에 대한 의견을 제시해주시기 바랍니다.

예) 장애인복지법 제35조(장애 유형·장애 정도별 재활 및 자립지원 서비스 제공 등)를 개정하여, 전담기관을 마련하도록 한다. 발달장애인지원센터의 확장, 국민연금공단의 확장, 사회서비스원 등

의견

귀한 시간 내어주셔서 진심으로 감사합니다.

10) 현재 발달장애인지원센터와 행복e음과 연동(비로소 시스템), 국민연금공단도 연계됨, 차세대 등을 고려한다면 가능, 프랑스 MDPH, 센터링크에서 착안

장애인등록제도 개편방안 연구

발 행 일 : 2022년 10월
발 행 인 : 한국장애인개발원
발 행 처 : 한국장애인개발원
서울시 영등포구 의사당대로22 이룸센터 5층
Tel. 02-3433-0600
Fax. 02-3433-9567
http://www.koddi.or.kr
편집 · 인쇄 : 누보

ISBN 978-89-6921-445-4 93330

※ 본 연구보고서의 내용을 무단 복사하는 것을 금합니다.