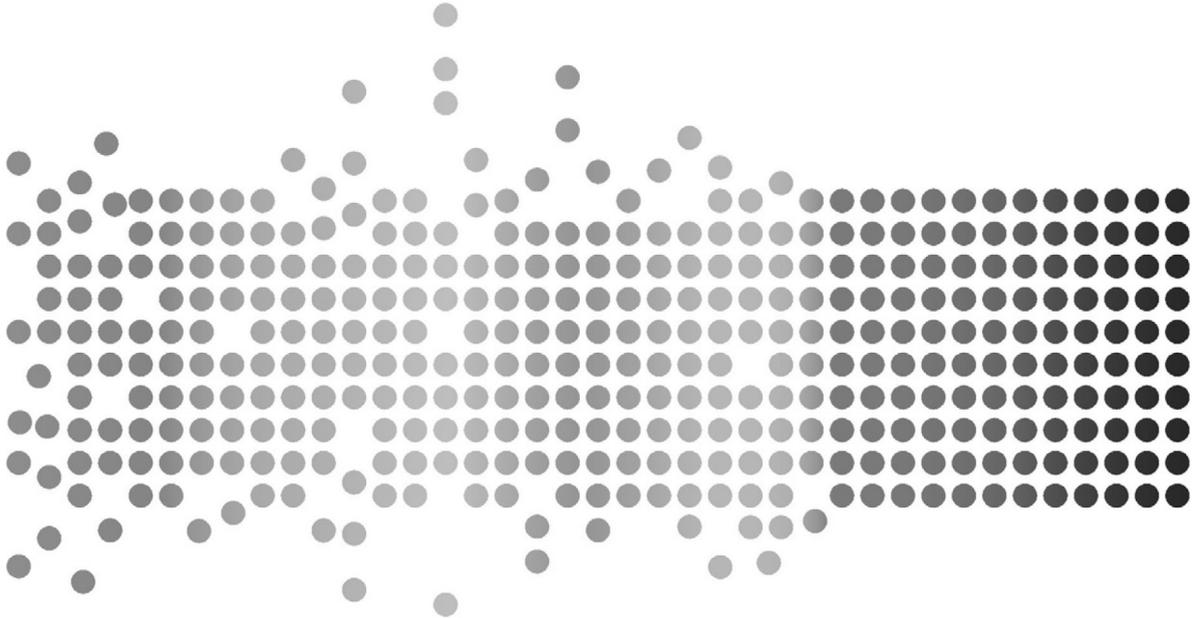


# 장애인 소득보장과 사회서비스의 연계동향 및 정책과제

Integrated Status of the Income Security and Social Service  
Programs for the Disabled, and Policy Implications in South Korea

박수지 · 윤상용 · 이승기 · 이송희



연구보고서 2012-42

---

**장애인 소득보장과 사회서비스의 연계동향 및  
정책과제**

---

발행일 2012년  
저자 박수지 외  
발행인 최병호  
발행처 한국보건사회연구원  
주소 서울특별시 은평구 진흥로 235(우: 122-705)  
전화 대표전화: 02) 380-8000  
홈페이지 <http://www.kihasa.re.kr>  
등록 1994년 7월 1일 (제8-142호)  
인쇄처 경성문화사  
가격 6,000원

---

© 한국보건사회연구원 2012

ISBN 978-89-8187-970-9 93330

## 머리말

금년 1월 개정된 사회보장기본법에 사회서비스의 보장과 관련하여 제 23조 2항이 신설되었다. 이 조항은 사회서비스의 보장을 위해 사회서비스와 소득보장이 효과적이고 균형적으로 연계되어야 한다고 명시하고 있다. 즉 사회서비스를 제도적으로 보장하고 사회서비스와 소득보장이 효과적이고 균형적으로 연계해야하는 국가 및 지방자치단체의 책임이 법으로 규정된 것이다.

우리나라의 사회서비스는 일자리창출이라는 정당성을 통해 2000년대 중반 이후 확충되기 시작하였다. 이 후 2007년 사회서비스 전자바우처, 2008년 노인장기요양보험제도, 2011년 장애인활동지원제도를 도입하면서 이전의 잔여적 의미가 강하던 복지서비스는 사회보장의 핵심 축인 사회서비스로 정착하게 되었다. 그러면서 사회서비스가 사회보장의 또 다른 핵심 축인 소득보장과 효과적으로 연계되어 국민들의 최저생활을 보장하는 역할을 요구받게 되었다. 사회서비스와 소득보장의 연계는 앞으로 사회보장 사각지대의 해소, 재정효율성의 제고, 정책효과 극대화를 이끌어낼 수 있는 주요한 정책수단으로 강화될 것이다.

본 연구는 이와 같은 정책적 요구를 반영하여 장애인 복지를 중심으로 현재 우리나라의 사회서비스와 소득보장의 연계동향을 살펴보고, 정책과제를 검토하고자 하였다. 이를 위해 국내 현황과 OECD 주요 국가의 동향을 OECD 사회지출데이터를 통해 비교함과 동시에 현재 우리나라

라의 조건에서 연계 수준을 높일 수 있는 현실적 대안으로서 통합지원 체계의 구축 방안을 검토하고 Q방법론을 적용하여 향후 정책모형의 가능성을 제시해 보았다.

본 연구는 박수지 부연구위원의 책임 하에 원내 이송희 연구원과 충북대학교 윤상용 교수, 성신여자대학교 이승기 교수에 의하여 집필되었다. 연구진은 본 보고서를 읽고 유익한 조언과 지지를 보내주신 성공회대학교 김용득 교수, 목원대학교 김동기 교수, 경일대학교 엄태형 교수께 깊은 감사를 전한다. 그리고 본 보고서를 읽고 세심히 검토해주신 강혜규 연구위원, 김성희 연구위원과 연구 진행과정에서 성실하게 도와준 이수정 연구보조원에게도 감사를 표한다. 아울러 본 연구 과정에서 심층 인터뷰, Q조사, 그룹 인터뷰의 참여를 통해 소중한 의견을 전달해주신 장애인단체, 국민연금공단, 건강보험공단, 지방자치단체 사업담당자, 장애인서비스 기관의 여러분께 감사의 뜻을 전한다.

끝으로 본 보고서에 수록된 모든 내용은 어디까지나 저자들의 의견이며 본 연구원의 공식적인 견해가 아님을 밝혀둔다.

2012년 12월  
한국보건사회연구원장  
최 병 호

Abstract .....	1
요약 .....	3
<b>제1장 서론</b> .....	15
제1절 연구 배경 및 목적 .....	15
제2절 연구 내용 .....	17
제3절 연구 방법 .....	18
<b>제2장 장애인 소득보장과 사회서비스의 연계동향</b> .....	23
제1절 우리나라 주요 장애인정책의 현황과 연계동향 .....	23
제2절 OECD 국가의 장애인서비스 확대와 소득보장과 연계동향 .....	59
<b>제3장 장애인 소득보장과 사회서비스의 연계를 위한 정책과제:</b> <b>통합지원체계의 구축을 중심으로</b> .....	109
제1절 복지부 「장애인서비스지원체계 개편 시범사업 (2008~2012)」의 추진과 쟁점 .....	109
제2절 장애인통합지원체계의 구축에 대한 전문가 인식조사: Q방법론의 적용 .....	130
<b>제4장 결론</b> .....	159
제1절 주요 연구내용 .....	159
제2절 향후 정책과제 .....	163
<b>참고문헌</b> .....	169

## 표 목차

〈표 2- 1〉 유형별 중증장애인 직업재활지원사업 수행기관 연도별 현황 ..42
〈표 2- 2〉 중증장애인직업재활지원사업의 내용(2010년 12월 기준) 43
〈표 2- 3〉 주요 장애인복지 제도의 수급자격인 장애기준과 소득기준 57
〈표 2- 4〉 OECD 국가들의 장애인정책 모델 .....60
〈표 2- 5〉 OECD 회원국의 GDP 대비 장애인복지 지출 비중 .....62
〈표 2- 6〉 OECD 회원국의 GDP 대비 장애인현금급여 지출 비중 ...64
〈표 2- 7〉 OECD 회원국의 GDP 대비 장애인 현물급여 지출 비중 65
〈표 2- 8〉 OECD 회원국의 GDP 대비 재활서비스 (Rehabilitation Service) 지출 .....67
〈표 2- 9〉 OECD 회원국의 GDP대비 장애인 돌봄서비스 (Residential Care/Home-Help Services) 지출 ..68
〈표 2-10〉 OECD 회원국의 기여 소득보전급여에서의 장애 기준 .....76
〈표 2-11〉 OECD 회원국의 장애 재평가 유형 및 주기 .....81
〈표 2-12〉 주요 선진국의 장애인복지서비스 전달체계 비교 .....95
〈표 3- 1〉 2008년 1차 모의적용 사업 현황 .....112
〈표 3- 2〉 2009년 2차 모의적용 사업 현황 .....115
〈표 3- 3〉 2011년 및 2012년 시범사업 .....117
〈표 3- 4〉 성인장애인(18~64세 미만) 서비스 연계 현황 (2008년 모의적용 사업) .....118
〈표 3- 5〉 장애인대상 모형별 만족도 조사(2008년 모의적용) .....119
〈표 3- 6〉 심층인터뷰 대상자의 인적사항 .....133
〈표 3- 7〉 Q 진술문 .....134
〈표 3- 8〉 P표본의 인적특성 .....135

〈표 3- 9〉 인식유형 요인고유값과 총변량 비율(N=12) .....	138
〈표 3-10〉 각 유형의 특성 .....	138
〈표 3-11〉 요인 간 상관관계 .....	139
〈표 3-12〉 요인분석 및 응답자 개요 .....	140
〈표 3-13〉 Q진술문의 요인가 .....	140
〈표 3-14〉 유형 1에서 찬성하거나 반대한 진술문과 요인가 .....	143
〈표 3-15〉 유형 1의 특성이 드러난 진술문 .....	144
〈표 3-16〉 유형 2에서 찬성하거나 반대한 진술문과 요인가 .....	146
〈표 3-17〉 유형 2의 특성이 드러난 진술문 .....	147
〈표 3-18〉 유형 3에서 찬성하거나 반대한 진술문과 요인가 .....	148
〈표 3-19〉 유형 3의 특성이 드러난 진술문 .....	149
〈표 3-20〉 유형 4에서 찬성하거나 반대한 진술문과 요인가 .....	150
〈표 3-21〉 유형 4의 특성이 드러난 진술문 .....	151
〈표 4- 1〉 인식유형별 관리와 통합에 대한 인식 .....	162

## 그림 목차

[그림 2- 1] 장애연금 청구 및 심사절차 .....	26
[그림 2- 2] 장애인연금 업무 흐름도 .....	29
[그림 2- 3] 국민기초생활보장제도 업무처리 절차 .....	31
[그림 2- 4] 장애인복지관의 직업재활 과정 .....	33
[그림 2- 5] 직업재활서비스 과정도 .....	41
[그림 2- 6] 장애인고용공단 조직도 .....	46

[그림 2- 7]	보건복지부와 고용노동부의 직업재활서비스 전달체계	...48
[그림 2- 8]	장애인활동지원제도 사업 추진 체계도	.....51
[그림 2- 9]	장애인활동지원제도 사업 추진 체계도	.....52
[그림 2-10]	장애아동재활치료사업 추진체계	.....55
[그림 2-11]	OECD국가에서 장애인 복지의 변화 경향	.....61
[그림 2-12]	OECD 국가의 평균 실질소득세율 경향	.....91



# Abstract

## Integrated Status of the Income Security and Social Service Programs for the Disabled, and Policy Implications in South Korea

This study explores the current integrated status of the income security and social service programs for the disabled and suggests policy implications in South Korea. First, it compares the disability policies of South Korea with those of OECD countries in dealing with the integrating effect of social service programs and disability benefits in South Korea. In particular, the study focuses on policy formation of the One-Stop Center for the disabled as a way of tightly integrating social service programs and the income security for them. In reviewing the feasibility of the One-Stop Center policy, it also conducts a survey on the policy among disability policy experts, using the Q-method.

On the basis of the findings through the above study, we suggest ‘institutional connecting’ and ‘provision system’ to tightly connect social service network with the disability benefits.

For the ‘institutional connecting,’ we recommend 1) the work-capacity based approach in conceptualizing and evaluating the

## 2 · 장애인의 소득보장과 사회서비스의 연계동향 및 정책과제

disabled, 2) reinforcement of income security for the disabled, and 3) the integration of income security, rehabilitation programs, and employment service programs.

For the ‘provision system,’ we suggest 1) promoting the role of local governments as a focal point of integrating welfare programs for the disabled, 2) reaching consensus for determining the boundary of jurisdiction as a gateway for welfare program implementation, 3) developing toolkits for evaluating the disabled, and a standardized service management program, and 4) encouraging discussion on educating and training experts and actors responsible for the needs of the disabled.

# 요약

## 1. 연구의 배경과 목적

### □ 복지국가의 개혁방향

- 복지를 단순히 축소할 것이라는 예상과 달리 유럽의 복지국가는 전통적 케인지안 복지국가의 경제·사회의 선 순환성을 다시 도출해 보고자 노력하고 있음.
- 이 과정에서 두드러지는 점은 전통적인 복지국가의 한계를 극복할 성장 잠재력으로 노동시장 밖의 비경제활동인구와 근로능력 미약자의 활성화(activation)와 능동화(enabling)가 주목받고 있다는 것임.
- 특히 소모적인 복지급여 대상으로만 간주되었던 근로능력 미약자(장애인 포함)에 대한 공공부문의 적극적인 개입이 소득보장 - 재할 및 고용서비스 - 케어서비스의 통합 즉 급여와 서비스의 연계를 통해 강화되고 있음.

### □ 우리나라의 경우도 2012년 1월 사회보장기본법 개정을 통해 사회서비스와 소득보장이 효과적이고 균형적으로 연계되어야 한다는 점이 명시됨.

- 사회서비스와 소득보장의 연계는 앞으로 사회보장 사각지대의 해

#### 4 · 장애인의 소득보장과 사회서비스의 연계동향 및 정책과제

소, 재정효율성의 제고, 정책효과의 극대화를 이뤄낼 수 있는 주요한 정책수단으로 추구될 것임.

- 본 연구는 이와 같은 정책적 요구를 반영하여 장애인정책을 중심으로 현재 우리나라의 사회서비스와 소득보장의 연계동향을 살펴보고 향후 정책과제를 제시하고자 함.

## 2. 우리나라의 장애인 소득보장과 사회서비스 연계동향

### □ 소득보장

- 2010년 장애인연금 제도를 도입하면서 질병이나 장애로 인해 근로능력이 취약해진 자를 대상으로 하는 다층적 사회안전망을 구축함.
- 그러나 장애인연금의 경우 급여수준이 타 급여에 비해 높게 설계. 장애인연금은 중증장애인만을 대상으로 급여수준이 9만원선. 생계 급여는 최저생계비 이하의 중증장애인과 근로무능력자를 대상으로 생계비를 보충적으로 보장하고 있음.
- 즉, 1, 2, 3차 사회안전망이 서로 유기적 연계 없이 병존하고 있음.

### □ 직업재활 및 고용서비스

- 장애인 소득보장과 관련하여 갖는 공식적인 연계 즉 수급기준 및 급여수준과의 상호연계성 거의 없음.
- 직업재활 및 고용서비스 제도 간의 연계성 또한 거의 없는 것으로 파악됨. 직업재활 및 고용서비스 제도의 이용자 기준은 ‘등록 장애인’뿐이었으며 실제로는 개별 서비스 기관이 자체적인 이용자 기준을 적용하고 있는 실정. 지방자치단체가 장애인등록의 업무와

(읍·면·동) 서비스 욕구사정의 업무(시·군·구)를 실시하고 있지만 현재 지자체의 장애인등록 및 서비스 욕구사정과 민간 서비스 기관의 공식적인 연계는 존재하지 않음.

- 서비스 공급체계가 복지부와 노동부로 단절적으로 이원화되어 운영되고 있음. 이로 인한 정부 정책의 연계성 부족으로 한정된 자원마저 중복 투자되는 등의 비효율성의 문제를 야기하고 있음. 결국 통합적 관리의 부재로 사각지대의 발생이 우려되고 있음.

#### □ 돌봄(케어)서비스

- 전통적인 장애인복지 제공의 한계를 극복하고자 전자바우처제도 도입. 그리고 전자바우처제도를 통해 주요한 돌봄(케어)서비스가 제도화됨.
- 그러나 전자바우처 제도가 본래의 의도대로 작동하고 있는지에 대해서는 의견이 분분. 공급측면의 연계 미흡이 수요자에게 가져오는 문제점을 수요자 측면의 바우처 제도를 통해 단기간에 극복하려는 의도는 실현되지 못하고 있음.
- 돌봄(케어)서비스의 기존 장애인복지와의 연계를 위한 제도적 설계 또한 미흡한 것으로 나타남. 대상자 선정기준의 상호연계성, 서비스 내용 간의 상호연계성, 복지수급자격으로서 소득기준의 연속성이 거의 없음.
- 전자바우처 시스템 도입 이후 공급측면의 분절성을 복지정보통합으로 극복하려는 노력 진행. 그리고 ‘사회복지통합관리망’ 구축. 그러나 현행 장애인복지지원체계의 한계가 사회복지통합관리망을 통해 극복되기는 어렵다는 평가.

### 3. OECD국가의 장애인 소득보장과 사회서비스 연계동향

- OECD 사회지출데이터로 본 우리나라의 지출수준
  - OECD국가의 사회서비스(재활 및 고용서비스+돌봄서비스)는 전반적으로 증가하는 경향. 우리나라의 경우 또한 사회서비스 지출 증가 경향을 보임.
  - 그러나 돌봄(케어)서비스 위주의 증가. 돌봄(케어)서비스의 수준은 OECD 국가의 하위 1/3수준. 재활 및 고용서비스의 규모와 소득보장의 수준은 OECD 국가의 하위권.
  
- 외국의 장애인정책 개혁동향
  - 첫째, 근로능력 중심의 장애 평가 방식에서의 전환(표준화된 근로능력 평가도구의 개발, 장애 판정 전문인력의 양성)
  - 둘째, 고용친화적 장애급여 체계로의 개편(장애인 소득보장 및 자립의 두 축인 장애급여와 고용서비스간에 적절한 역할분담)
  - 셋째, 통합 전달체계의 구축(완전통합체계, 부분통합체계-소득보장+재활고용서비스)
  
- 우리나라 연계정책의 특성
  - 우리나라의 연계정책은 OECD 주요국가의 개혁정책과 다소 구별됨. 외국의 경우는 장애인통합지원의 필요성이 장애인 소득보장을 위해 시작되고 재활 및 고용서비스와의 연계를 중심으로 정책이 개혁되고 있음.
  - 반면 우리나라의 경우는 장애인서비스로서 비중이 높은 장애인활동지원서비스, 주간보호 등의 돌봄(케어)서비스와 각종 장애인지원급여의 연계를 위한 장애인통합지원시스템 구축이 추진되고 있음.

#### 4. 복지부 ‘장애인서비스지원체계 개편 시범사업’ 의 개관

##### □ 시범사업의 내용과 성과

- 장애인복지인프라 개편사업의 주요 내용은 첫째, 장애판정시스템을 의사 1인에 의한 의학적 장애판단에서 장애를 종합적으로 평가·사정하는 시스템으로 바꾸는 것, 둘째, 장애인에게 필요한 서비스를 효율적이고 효과적으로 전달하는 통합체계를 구축하는 것.
- 지금까지 2번의 모의적용 사업과 1번의 시범사업이 수행함. 2012년 현재 2차 시범사업 진행 중.
- 장애인복지인프라 개편사업의 주요한 성과로 첫째, 장애인등록 후 원할 경우 모든 장애인이 종합적인 욕구사정을 받은 것으로 나타남. 둘째, 서비스 연계율이 90% 이상으로 나타남. 셋째, 사업 참여 장애인의 71.4%가 보통 이상의 높은 만족도 가짐.

##### □ 시범사업의 한계와 쟁점

- 장애인복지인프라 개편사업의 한계는 첫째, 운영주체에 법적, 제도적 권한이 없다는 점, 둘째, 공적 조직과 국민연금공단의 협조관계가 부족했다는 점, 셋째, 서비스 제공 기관과 국민연금공단 간의 협조가 미흡했다는 점. 넷째, 지역사회 자원의 불충분했다는 점.
- 이러한 한계와 관련하여 통합지원체계 구축의 쟁점으로 첫째, 장애인통합지원체계의 사업주체의 결정, 둘째, 서비스 신청 단계의 창구 단일화, 셋째, 장애인욕구사정 및 서비스 관리의 전담인력, 넷째, 민간기관과의 파트너십 형성방안, 다섯째, 민·관의 정보공유가 핵심적으로 논의됨.

## 5. 장애인통합지원체계에 대한 전문가 인식조사

### □ Q방법론의 선정배경

- 장애인통합지원체계의 구축에 대한 다양한 입장이 존재함. 정부의 정책 방향을 설정하기 위해 입장의 실체를 구체화하여 합의를 도모할 필요가 있음.
- 구조화된 설문지로는 의견들의 관계만을 분석할 수 있음. 그러나 입장의 실체를 알아보기 위해서는 쟁점별 의견들이 ‘어떻게’ 구조화되는지를 분석할 필요가 있음.
- 이를 감안하여 인간의 주관성(subjectivity) 연구를 위해 개발된 Q방법을 연구방법으로 선택.

### □ 장애인통합지원체계 구축에 대한 전문가 인식조사를 실시한 결과 다음의 4가지 인식유형이 도출됨.

- 제1유형: ‘장애인 당사자’ 중시형
  - 장애인 당사자의 알 권리와 정보접근성을 중시하고, 장애인의 특수성을 잘 인지하면서 실제로 장애인과 교류가 많은 현장경험가가 장애인복지전담인력으로 육성되어야 한다는 입장을 갖는 인식유형
  - 정책방안으로 장애의 특수성을 인지하고 현장 경험이 풍부한 전담인력의 확보, 장애인 통합지원체계의 진입창구 증설, 관리시스템의 표준화, 장애심사 전문인력의 양성, 장애인복지 통합정보망 구축에 비중을 둠. 그리고 장애인지원체계에서 장애심사와 사례관리가 통합되어야 한다는 입장
- 제2유형: ‘정부의 조정’ 중시형
  - 서비스 제공 기관이 장애인 욕구를 직접 파악하고 서비스를

결정하는 것에 대한 우려를 보이면서, 정부가 장애인복지의 책임을 갖는 조직으로서 서비스 전반을 관리해야 한다는 입장을 갖는 인식유형

- 장애인지원통합체계의 구심점으로서 정부 특히 지방자치단체의 역할을 강조하면서 기관에 대한 관리 감독의 강화, 실질적인 감독 권한의 부여, 장애인복지 진입창구의 통합, 수요자 재정 지원방식의 활성화, 서비스 기관의 경쟁 촉진에 비중을 둬. 그리고 수요자 재정지원방식을 강화해야 한다는 입장에서 장애인 당사자가 서비스 총액을 관리하는 총액예산제에 대해서도 대체로 공감하는 입장

○ 제3유형: ‘민관협력’ 중시형

- 장애인복지 통합창구가 지역의 민간조직과 협력하기 쉬운 조직이어야 한다는 점에 우선순위를 두고 있으며, 장애인복지통합에 대한 논의가 재정투입의 효율성을 높이기 위한 방안이라는 입장에 반대하는 인식유형
- 장애인지원통합체계 구축과정에서 민관협력의 목적이 수요자 중심의 지원체계 구축이라는 점을 강조하면서 수요자 재정지원 방식의 강화, 기관의 서비스 판정체계 통합, 장애인복지 진입창구의 단일화라는 정책접근을 강조 그리고 장애인지원 통합창구가 반드시 전국적으로 통일된 조직일 필요는 없다는 점에 동의하면서 장애심사와 사례관리 또한 분리될 필요가 없다고 봄.

○ 제4유형: ‘전문성’ 중시형

- 장애인복지통합창구의 전문성과 통일성을 강조하면서 장애인서비스 기관의 전문센터로의 통합에 긍정적인 입장을 갖고 있는 인식유형
- 조직의 통일성을 확보하기 위해 표준화된 관리시스템과 표준화

된 다양한 장애심사도구의 개발에 정책 우선순위를 둔. 그리고 장애인과 교류가 많고 현장경험이 많은 자 혹은 장애인복지의 특수성을 잘 아는 전문가가 서비스를 관리해야 한다는 입장과 장애인 당사자가 서비스를 관리해야 한다는 입장에 대해서는 부정적

## 6. 정책과제

- 소득보장과 사회서비스의 ‘제도적 연계’를 위한 정책과제
  - 장애개념 및 평가의 개선
    - 소득보장과 관련하여 근로능력(work-capacity) 중심의 장애 개념으로 전환
    - 장애개념으로서 ICF검토 및 새로운 접근 모색
  - 장애인을 위한 소득보장 체계의 정비와 연계
    - 부분장애연금(근로능력 미약자 연금)의 도입에 대한 검토
    - 장애인연금의 지급범위 확대 및 지급액의 인상
    - 국민기초생활보장제도에서 장애인 및 근로능력 취약계층 수급자 특성의 고려
  - 소득보장과 재활 및 고용서비스의 제도적 연계 모색
    - 국민연금의 재활서비스 도입 추진
    - 소득보장과 고용서비스의 연계 모색
  
- ‘공급체계의 연계’를 위한 정책과제 즉 정부가 향후 통합지원체계의 구축을 추진하는 과정에서 고려해야 할 정책과제
  - 첫째, 장애인통합지원체계의 구심점으로서 지자체의 역할을 강화

할 필요가 있음.

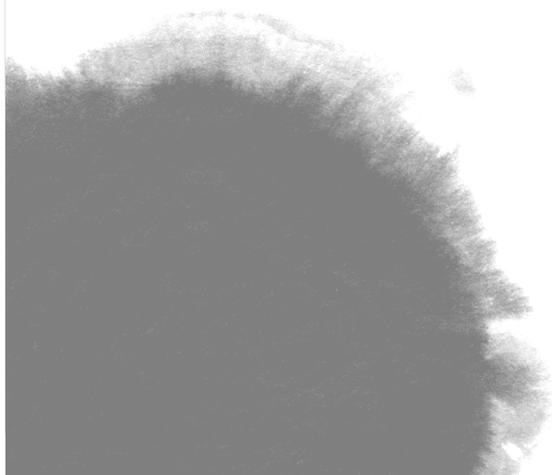
- 둘째, 장애인복지 진입창구의 단일화와 관련하여 창구의 관할구역 범위에 대한 합의가 필요함.
- 셋째, 통합지원체계 구축과정에서 표준화된 서비스 관리시스템과 장애심사도구의 개발에 대한 정책적 관심이 더 높아질 필요가 있음.
- 다섯째, 통합지원체계 구축과정에서 장애인 욕구사정을 담당할 전담인력에 대한 심도 있는 논의가 진행될 필요가 있음.

\*주요용어: 장애인정책, 소득보장과 사회서비스의 연계, 장애인통합지원체계, Q방법론



# 1장

서론





# 제1장 서론

## 제1절 연구 배경 및 목적

지난 10년간 복지국가의 사회보장 제도는 지속적으로 개혁되었다. 복지를 단순히 축소할 것이라는 예상과 달리 유럽의 주요 복지국가는 케인지안 복지국가가 추구한 경제·사회의 선 순환성을 다시 도출해 보고자 노력하고 있다. 이러한 시도는 시장 지상주의와 케인지안 복지국가를 넘어서는 제3의길, 신중도, 신조합주의, 활성화 정책으로 이어지고 있다. 이 과정에서 두드러지는 점은 전통적인 복지국가의 한계를 극복할 성장 잠재력으로 노동시장 밖의 비경제활동인구와 근로능력 미약자의 활성화(activation)와 능동화(enabling)가 주목받고 있다는 것이다. 특히 복지 급여의 대상으로만 간주되었던 근로능력 미약자(장애인 포함)에 대한 공공부문의 적극적인 개입이 소득보장 - 재활 및 고용서비스 - 돌봄(케어)서비스의 통합을 통해 재정비되고 있다. 즉 근로능력미약자(장애인 혹은 근로무능력자)에 대한 급여로서 각기 다른 맥락에서 발전해 온 상병급여, 장애연금, 장애인연금, 사회부조 등의 소득보장 제도가 근로능력 미약자(장애인 혹은 근로무능력자)의 소득보장 체계로 일원화되고 근로능력을 유지 및 제고하기 위한 의료 및 직업재활서비스, 고용서비스 등과 연계되는 경향이 있다(OECD, 2010).

우리나라의 경우도 이러한 경향과 유사하게 2012년 1월 사회보장기

본법에 사회서비스의 보장에 관한 제23조 2항이 신설되었다. 이 조항은 서비스와 소득보장이 효과적이고 균형적으로 연계되어야 한다고 명시하고 있다. 즉 사회서비스를 제도적으로 보장하고 서비스와 소득보장을 효과적이고 균형적으로 연계해야하는 국가 및 지방자치단체의 책임이 법으로 규정된 것이다.

우리나라의 사회서비스는 일자리창출이라는 정당성을 통해 2000년대 중반 이후 확충되기 시작하였다. 이 후 2007년 사회서비스 전자바우처 사업, 2008년 노인장기요양보험제도, 2011년 장애인활동지원제도를 도입하면서 이전의 잔여적 의미가 강하던 복지서비스는 사회보장의 핵심 축인 사회서비스로 정착하게 되었다. 그러면서 사회서비스가 사회보장의 또 다른 핵심 축인 소득보장과 효과적으로 연계되어 국민들의 최저생활을 보장하는 역할을 요구받게 된 것이다. 사회서비스와 소득보장의 연계는 앞으로 사회보장 사각지대의 해소, 재정효율성의 제고, 정책효과의 극대화를 이뤄낼 수 있는 주요한 정책수단으로 강화될 것이다.

본 연구는 이와 같은 정책적 요구를 반영하여 장애인정책을 중심으로 현재 우리나라의 사회서비스와 소득보장의 연계동향을 살펴보고 향후 정책과제를 제시하고자 하였다.

우선 우리나라의 장애인 소득보장과 사회서비스의 연계동향을 살펴보기 위해 국내 현황과 OECD국가의 현황 및 주요 정책동향을 OECD 자료를 통해 비교하였다. 그리고 우리나라 장애인서비스의 확대 및 연계동향이 갖는 차별성을 파악하고 OECD국가의 정책동향이 주는 시사점을 도출하였다.

그리고 현재 우리나라의 조건에서 장애인 소득보장과 사회서비스의 연계를 높일 수 있는 현실적인 대안으로 통합지원체계의 구축을 검토하였다. 우리나라 장애인복지의 제도적 연계를 논의하기 위해 우선 장애인 소득보장과 재활 및 고용서비스의 내실화가 진행되어야 하는 상황에서

장애인서비스와 각종 장애인지원급여를 통합하여 제공하는 것이 현재 장애인이 갖는 어려움을 해결할 수 있는 현실적인 대안이라고 보았기 때문이다. 현재 장애인을 지원하는 약 80여가지의 급여와 서비스는 다양한 형태로 정부, 지자체, 공공기관, 민간기관에서 분절적으로 제공되고 있다. 즉 장애인이 급여와 서비스를 받기 위해 공공 및 민간기관을 일일이 찾아다녀야 하는 실정이다.

본 연구는 선진 복지국가의 장애인정책 개혁동향이 갖는 함의를 통해 ‘제도적 연계’ 방안을 모색하고 장애인통합지원체계에 대한 전문가 의견을 분석하여 ‘공급체계 연계’를 위해 정부가 고려해야할 정책과제를 제시하였다. 이러한 시도는 소득보장과 사회서비스 연계에 대한 정책요구가 시작되는 시점에서 연계에 대한 접근을 제도적 연계와 공급체계 연계를 구분하고 각각의 영역에서 현황 및 정책 과제를 제시했다는 점에서 의의가 있다. 본 연구를 기반으로 향후 더욱 구체적인 정책 대안들이 세부적으로 검토되기를 기대한다.

## 제2절 연구 내용

본 연구는 장애인 소득보장과 사회서비스의 연계동향을 살펴보고 향후 정책과제를 도출하는 것을 목적으로 한다.

이를 위해 우선 우리나라 및 OECD국가의 소득보장과 사회서비스 연계동향을 살펴보았다. 그 내용은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 주요 장애인정책의 연계동향을 소득보장, 직업재활 및 고용서비스, 돌봄(케어)서비스로 구분하여 살펴보았다.

둘째, 우리나라 장애인정책의 현황 및 연계동향을 보다 객관적으로 살펴보기 위해 OECD국가의 소득보장, 직업재활 및 고용서비스, 돌봄

(케어)서비스의 수준과 비교하고 주요한 OECD국가의 장애인정책 개혁 동향을 살펴보았다.

다음으로는 현재 우리나라 장애인복지의 핵심 연계정책으로 추구하고 있는 통합지원체계에 대해 검토하였다. 그 내용은 다음과 같다.

첫째, 복지부의 장애인서비스지원체계 개편 시범사업('08~'12)의 전개 과정과 성과를 알아보고 지원 서비스 단계별 쟁점을 논의하였다.

둘째, 장애인복지 통합지원체계에 대한 다양한 입장의 차이를 분석하기 위해 주요 이해당사자인 장애인단체, 공단, 지자체, 서비스 기관의 전문가를 대상으로 심층인터뷰를 진행하고 Q조사를 실시하였다.

결론부분에서는 연구의 주요내용을 요약하고 장애인 소득보장과 사회서비스의 연계를 위한 정책과제를 제도적 연계와 공급체계의 연계 두 측면으로 제시하였다.

본 보고서의 집필자는 다음과 같다.

제1장 서론(박수지)

제2장 제1절 우리나라의 연계동향(박수지, 이송희)

제2장 제2절 OECD국가의 연계동향(윤상용)

제3장 제1절 복지부의 시범사업과 쟁점(이승기)

제3장 제2절 전문가Q조사(박수지)

제4장 결론(박수지)

### 제3절 연구 방법

본 연구는 다음의 연구방법으로 진행되었다.

첫째, 우리나라 및 OECD국가의 장애인정책을 알아보기 위해 정부자료, 정책보고서, OECD 리포트 등을 통한 문헌연구가 실시되었다.

둘째, 우리나라의 장애인복지 지출구조 및 현황을 살펴보기 위해 OECD 사회지출데이터베이스(SOCX)를 분석하였다.

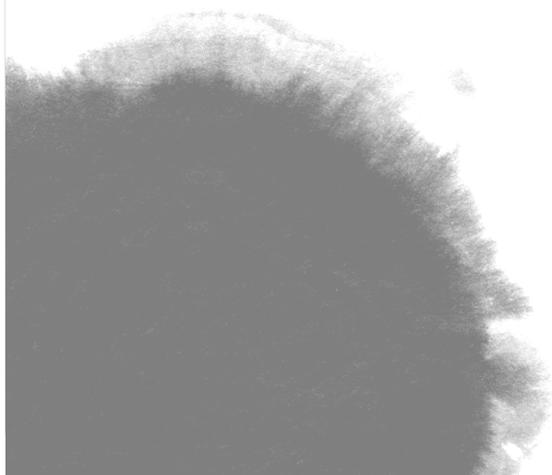
셋째, 장애인복지 통합지원체계에 대한 전문가의 인식을 조사하기 위해 학계 및 현장 전문가를 대상으로 심층인터뷰, Q-pretest, Q조사, 그룹 인터뷰를 실시하였다.

넷째, 학계 및 현장전문가의 자문회의를 통해 전반적인 연구진행과 향후 정책발전 방향에 대한 의견을 수렴하였다.



# 2장

## 장애인 소득보장과 사회서비스의 연계동향





# 제2장 장애인 소득보장과 사회서비스의 연계동향

## 제1 절 우리나라 주요 장애인정책의 현황과 연계동향

### 1. 소득보장

장애급여로 장애연금, 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당 그리고 각종 장애인지원급여가 있다. 이 중 장애연금과 장애인연금은 장애인의 소득보장을 목적으로 하는 제도이다. 이와 관련하여 일반 사회부조로서 국민기초생활보장의 생계급여가 장애인 소득보장의 최후의 안전망 역할을 하고 있다. 다음에서는 장애인 소득보장을 장애연금 - 장애인연금 - 생계급여의 3층 구조로 개괄하면서 장애인 소득보장의 연계동향을 살펴보고자 한다.

### 가. 장애연금

#### 1) 개요

장애연금은 국민연금 가입자가 가입 중에 발생한 질병 또는 부상이 완치(진행 중인 때는 초진일로부터 1년 6개월 경과시)되었으나 신체적 또는 정신적 장애가 남았을 때 이에 따른 소득 감소부분을 보전함으로써

써 자신과 가족의 안정된 생활을 보장하기 위한 급여로 장애정도(1~4급)에 따라 일정한 급여를 지급하고 있다.

장애등급은 질병이나 부상의 완치일을 기준으로 노동력 손실 또는 감소 정도에 따라 1~4급으로 결정되며 완치되지 않는 경우에는 초진일로부터 1년 6개월이 경과된 날을 기준으로 장애등급을 결정하고 있다. 만약 1년 6개월 경과 시점에서 장애가 경미하여 장애등급에 해당되지 않았으나 그 장애가 악화되어 60세가 되기 전에 장애등급에 해당되면 청구한 날을 기준으로 장애등급을 결정하고 있다.

한편 우리나라 국민연금의 장애연금수급권은 엄격하게 국민연금 가입 중에 발생한 장애에 대해서만 부여되는 특성을 갖고 있다. 예를 들어 국민연금을 가입하기 이전 질병이나 부상으로 인해 장애등록을 하고 소득활동을 하면서 국민연금을 가입한 경우가 그렇다. 그리고 이후에 보험료를 상당 기간 납부하고 이전의 장애가 악화되어 소득활동을 할 수 없게 되었더라도 현행 국민연금법 상으로는 장애연금수급권을 취득할 수 없다.

## 2) 수급 기준

장애연금의 수급요건은 보험료 납부에 대한 ‘기여 요건’과 장애상태의 충족과 관련된 ‘장애 요건’으로 구분된다.

첫째, 기여 요건이란 보험료 납부 요건으로서 보험료를 납부하고 최소한의 기간이 충족되면 장애연금을 수급 받는 원칙이다. 장애발생 시점을 기준으로 최소한 1개월 이상의 보험료를 납부한 이력이 있고(최소가입기간 요건) 보험료를 미납 내지 체납한 기간이 총 납부고지기간의 1/3(분자와 분모 모두에서 보험료가 고지되지 않는 납부예외나 적용제외 기간은 제외됨)을 초과해서는 안 된다(고지기간의 2/3완납 요건). 즉 보

보험료를 납부한 적이 없거나 총소득신고기간(=보험료고지기간) 중 보험료를 미납·체납한 기간이 일정수준(1/3)을 넘으면 연금수급의 다른 요건을 충족하더라도 장애연금은 지급되지 않는다. (국민연금법 제85조) 이러한 보험료납부요건은 원래 성실한 보험료납부를 담보하여 도덕적 해이를 방지하기 위한 장치이지만 되려 가입자간 형평성 문제를 야기하는 원인이 되는 것으로 지적되고 있다(이용하 외, 2010).

둘째, 장애 요건이란 장애인복지법과 별개로 국민연금법에서 규정하고 있는 장애기준을 충족하면 연금을 수급 받는 규정으로 이 때 장애기준은 4급체계로 구성되어 있다. 이에 따라 1~3급의 경우는 장애연금을 수급하고 4급의 경우는 장애일시보상금을 지급받게 된다. 국민연금 장애심사 규정에서 따로 정의하고 있는 장애요건에서 장애란 부상 또는 질병이 완치되었으나 신체에 남아있는 정신적 또는 육체적 손상상태로 인하여 생긴 노동력의 손실 또는 감소로 규정되고 있다. 즉 소득보전급여로서 명확하게 밝히고 있지는 않으나 장애라 하는 것이 궁극적으로 노동력의 손실 혹은 노동력의 감소라고 정의되고 있는 것이다. 그러나 실제로 국민연금법상의 장애등급 판정에서 적용되고 있는 장애기준은 노동능력의 감소나 손실이라는 접근과 다르게 의학적으로 고착된 손상중심의 장애 평가기준이어서 소득보장 제도의 본래 목적과 실제로 혜택을 받고 있는 대상자 간에 괴리가 발생할 수 있다.

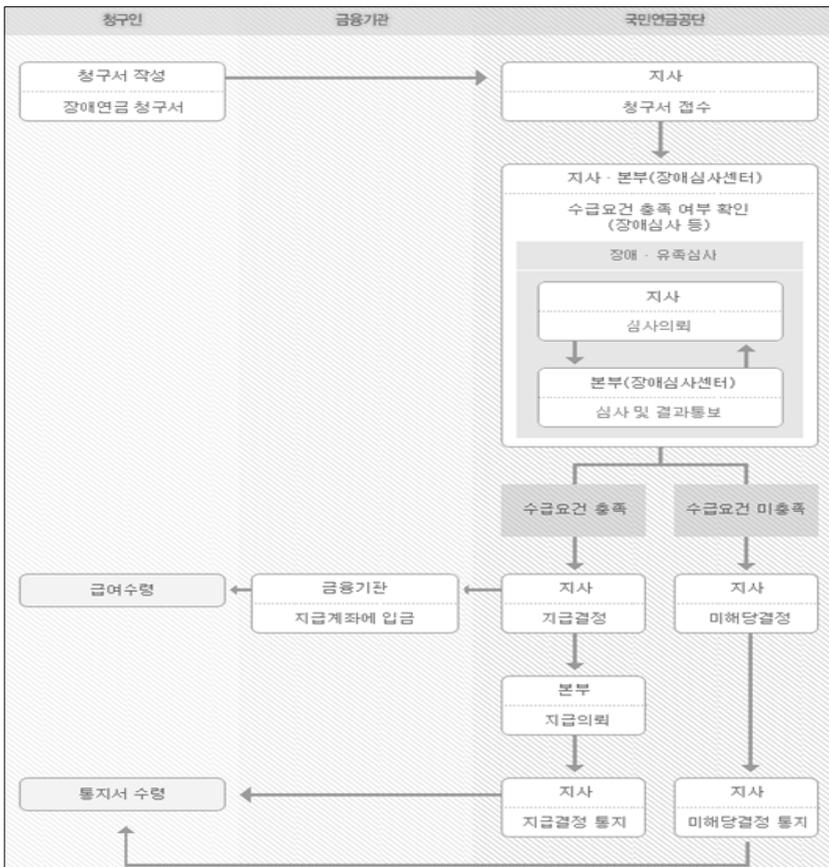
### 3) 장애연금 청구 및 심사 절차

장애연금의 청구는 원칙적으로 연금을 받을 수 있는 권리를 가진 수급권자 본인이 하여야 하며 수급권이 발생한 때로부터 5년 안에 청구하지 않으면 소멸시효가 완성되어 받을 수 없다. 다만, 장애연금을 비롯하여 매월 지급되는 연금의 경우는 신청일로부터 역산하여 최근 5년 이내

의 급여분에 대해서는 언제든지 지급받을 수 있고 그 이후에는 매월 해당 월의 연금액을 지급받을 수 있도록 되어있다.

장애연금의 청구는 전국 국민연금공단 지사 어디에서나 가능하다. 그리고 급여청구의 방법은 청구서 제출방법에 따라 내방청구와 우편청구로 나누어 구비서류를 준비 후 장애연금 담당자와 상담토록 되어있다. 이후 국민연금공단에서 실시되는 장애연금의 청구 및 심사절차는 다음과 같다.

[그림 2-1] 장애연금 청구 및 심사절차



자료: 국민연금공단(2012).

장애심사는 특별한 사정이 없는 한 21일 이내에 하게 되며 공단지사에 장애연금 청구서가 접수되면 이를 장애심사센터로 심사의뢰를 하고 장애심사센터에서는 의학적 자문회의를 거쳐 장애연금 해당여부를 결정하여 지사에 통보하도록 되어있다.

이때 절단장애와 같은 비교적 정형화되고 단순한 장애에 대해서는 장애심사센터로 의뢰하지 않고 지사에서 직접 자문의사의 자문을 거쳐 심사를 하게 되는 경우도 있다.

## 나. 장애인연금

### 1) 개요

장애인연금은 근로능력의 상실 또는 현저한 감소로 인하여 줄어드는 소득과 장애로 인해 추가로 드는 비용을 보전하기 위하여 중증장애인에 게 매월 일정액의 연금을 지급하는 사회보장 제도이다. 대상자는 18세 이상의 등록 중증장애인 중 본인과 배우자의 소득인정액이 선정기준액 이하인 자이다.

장애인연금은 기초급여와 부가급여로 이뤄져있다. 기초급여(18~64세)는 근로능력의 상실 또는 현저한 감소로 인하여 줄어드는 소득을 보전해 주기 위하여 지급하는 급여이며, 부가급여(18세 이상)는 장애로 인하여 추가로 드는 비용의 전부 또는 일부를 보전해 주기 위하여 지급하는 급여이다.

### 2) 수급 기준

장애인연금 기초급여의 수급 기준은 다음과 같다.

첫째, 연령기준으로 만 18세 이상, 다만 20세 이하로서 「초·중등교육법」 제2조에 따른 학교 재학(휴학) 중인 자는 제외된다.

둘째, 장애기준으로는 「장애인복지법」 상의 장애기준을 적용하고 있으며, 장애등급이 1급, 2급 및 3급 중복인 자를 중증장애인으로 규정하고 있다.

셋째, 소득인정액 요건으로 중증장애인 본인과 배우자의 합산 소득인정액이 선정기준액 이하인 자이다. 선정기준액은 중증장애인의 소득·재산·생활수준과 물가상승률 등을 고려하여 결정되며, 2012년 기준액은 단독가구인 경우 551,000원이며 부부가구<sup>1)</sup>인 경우 881,600원이다.

장애인연금 부가급여의 대상자 선정기준은 다음과 같다.

첫째, 자산 및 소득인정액 기준과 관련하여, 장애인연금 수급자 선정 기준액 내에 해당하는 자 중 국민기초생활보장수급자, 차상위계층 및 65세 이상 차상위 초과자인 경우를 대상으로 지급하고 있다.

둘째, 장애 기준과 관련하여 추가급여로서 장애기준은 현재 명확하지는 않다. 단지 추가비용 급여의 수급 요건인 장애 평가가 장애로 인한 일상생활에서의 제약 정도를 고려하고 있다.

### 3) 전달체계

장애인연금의 신청, 수급자격 심사 및 지급 등의 업무는 지방자치단체인 시·군·구와 읍·면·동사무소가 담당하며 기존 장애수당 수급자가 아닌 신규 신청자의 장애등급 재심사 업무는 국민연금공단에서 담당하도록 하고 있다. 장애인연금의 신청에서 수급요건 충족 여부 확인, 지급 결정의 전체 업무 단계를 도식화하여 살펴보면 다음과 같다.

---

1) 부부가 모두 중증장애인이어야 함은 아님.

[그림 2-2] 장애인연금 업무 흐름도



자료: 보건복지부(2012f)

## 다. 국민기초생활보장의 생계급여

### 1) 개요

국민기초생활보장제도의 생계급여는 소득인정액이 최저생계비 이하인 근로무능력자와 중증장애인을 대상으로 하는 공적부조이다. 즉 국민기초생활보장제도의 생계급여는 일반부조로서 타 소득보장 제도의 경우와 마찬가지로 장애인 소득보장 체계의 최후 안전망 역할을 수행하고 있다.

## 2) 수급기준

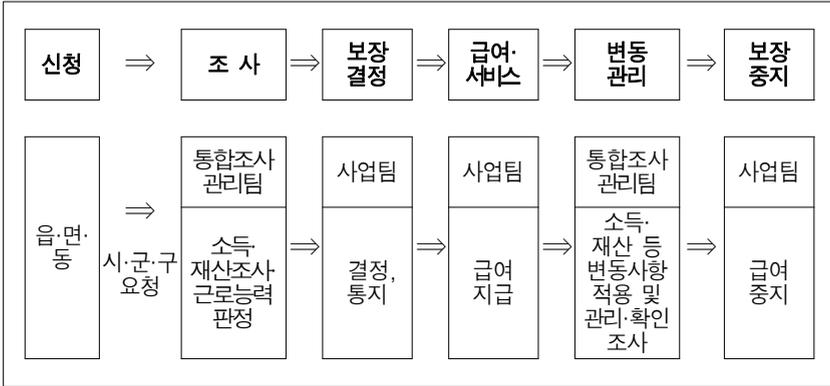
국민기초생활보장법에 의한 생계급여 수급요건(선정기준)은 ‘소득인정액 기준’으로, 가구별로 산정된 소득인정액을 가구규모별 최저생계비와 비교하여 수급자 및 급여액을 결정하고 있다.

중증장애인을 대상으로 하는 장애인연금과 관련하여서는 중증장애인이 매월 추가로 지출하는 생활비용이 월 평균 21만원임을 고려하여 이 비용에 못 미치는 장애인연금액(기초급여+부가급여 포함)을 국민기초생활보장 제도의 소득평가액 산정시 제외하도록 하고 있다. 현재 장애인 가구의 상황을 고려한 별도의 최저생계비 기준은 없다.

## 3) 전달체계

국민기초생활보장제도 생계급여의 신청 및 지급은 지방자치단체인 시·군·구와 읍·면·동사무소가 담당하고 있다. 먼저, 읍·면·동은 생계급여와 관련하여 상담·신청안내, 신청·접수 등의 역할을 수행한다. 시·군·구 통합조사관리팀에서는 자산조사가 필요한 사업의 신규 신청자 조사 및 선정, 변동사항 적용 및 관리, 확인조사 업무를 통합조사관리팀에서 전담하여 자산조사 및 자격관리 기능을 수행한다. 그리고 시·군·구 기초생활보장담당자들은 급여지급 및 환수 업무를 수행하고 있다. 생계급여의 신청에서 지급 결정에 이르기까지의 전체 업무처리절차를 단계별로 살펴보면 다음과 같다.

[그림 2-3] 국민기초생활보장제도 업무처리 절차



자료: 보건복지부(2012e)

## 라. 장애인 소득보장 체계의 연계동향

주요 선진국의 경우 장애인 소득보장은 기여급여로서 장애연금, 비기여급여로서 장애인연금 혹은 수당, 최후의 사회안전망으로서 일반부조 혹은 장애부조의 다층구조로 이뤄져 있다. 우리나라도 2010년 장애인연금 제도를 도입하면서 질병이나 장애로 인해 근로능력이 취약해진 자를 대상으로 하는 다층적 사회안전망이 구축되었다. 그러나 장애연금의 경우 1차사회안전망으로서 장애등급이 1~3등급인자를 대상으로 급여수준이 장애인연금이나 국민기초생활보장의 생계급여에 비해 상당히 높게 설계되어 있다. 그리고 장애인연금은 중증장애인만을 대상으로 급여수준이 9만원선이어서 아직 2차 사회안전망으로서의 기능이 미흡하다. 즉 1차 2차 안전망의 보장수준의 차이가 크고 대상자 선정기준의 통일성이 미흡하다. 국민기초생활보장법의 생계급여는 최저생계비 이하의 중증장애인과 근로무능력자를 대상으로 최저생계비 수준을 보충적으로 보장해 주고 있다. 종합하여 볼 때 3층 제도의 급여 대상 기준이 신체적 손상에 의거한 장애등급 기준으로 서로 연계성 없이 설정되어 있고 생계급

여의 의학적 측면과 활동능력 측면의 평가를 총합한 근로능력 평가와도 통합되어 있지 못해 서로 유기적인 연계가 실현되지 못하고 있는 실정이다. 즉 1, 2, 3차 사회안전망이 서로 병존하고 있을 뿐 다층적인 소득보전체계로서 기능하지 못하고 있다.

## 2. 직업재활 및 고용서비스

직업재활 및 고용서비스는 지방자치단체의 장애인등록 이후 개별 서비스 공급기관을 통해 공급되고 있다. 장애인 직업재활 및 고용서비스를 실시하는 기관은 장애인복지법 제58조(장애인복지 시설)에 의한 장애인 지역사회재활시설인 장애인복지관과 장애인 직업재활시설, 동 법 63조 규정에 의한 장애인복지단체와 한국장애인개발원 그리고 고용노동부의 한국장애인고용공단이다.

다음에서는 우리나라의 장애인 직업재활 및 고용서비스를 장애인복지관의 직업재활사업, 장애인 직업재활시설, 한국장애인개발원의 중증장애인 직업재활지원사업, 장애인고용공단의 장애인서비스를 중심으로 개괄하고 연계동향을 살펴보고자 한다.

### 가. 장애인복지관의 직업재활사업

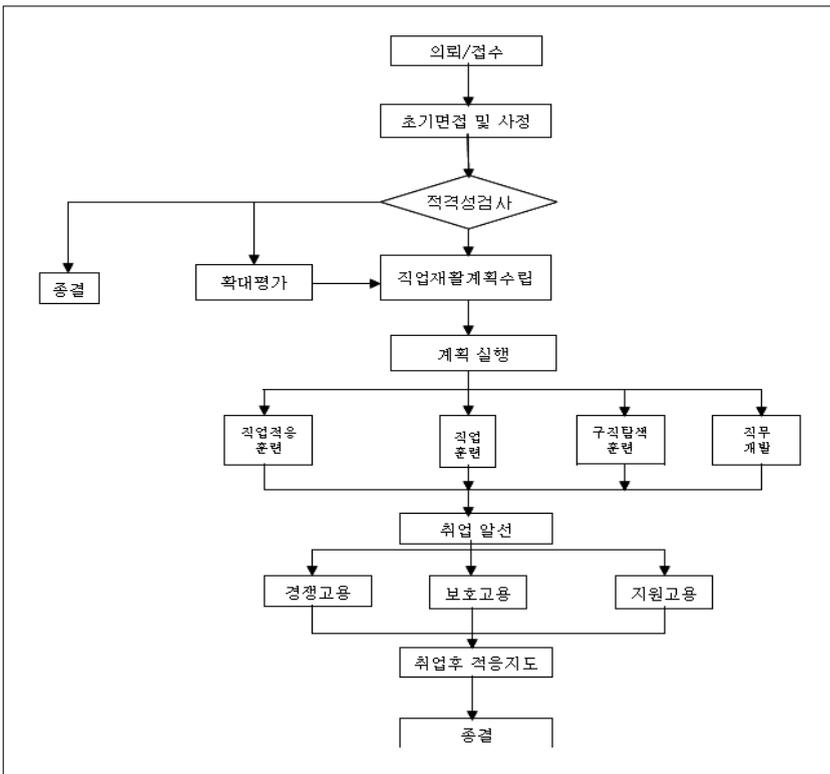
#### 1) 개요

장애인복지관은 장애인에게 직업재활상담, 사회심리재활, 교육재활, 직업재활, 의료재활사업 등 지역사회생활에 필요한 종합적인 재활서비스를 제공하고 있다. 현재 장애인복지관 수는 총 179개소이다.

장애인복지관에서 제공하는 직업재활서비스는 직업상담, 직업능력평

가, 직업훈련, 취업알선, 지원고용 등 재활 대상과 취업 단계에 따라 맞춤형으로 제공되고 있다. 일반화할 경우, 복지관의 직업재활서비스는 「직업상담 - 직업평가 - 직업훈련 - 취업알선 - 현장훈련 - 사후관리」의 단계로 진행된다고 할 수 있다.

[그림 2-4] 장애인복지관의 직업재활 과정



자료: 윤상용 외(2010b).

## 2) 수급자격

장애인복지관의 직업재활서비스를 받을 수 있는 수급자격은 공식적으로 등록 장애인이라는 기준 이외에는 없다. 개별 장애인복지관은 각각의

시설이 갖는 전문성을 바탕으로 장애인의 욕구를 사정하고 서비스를 제공하고 있다.

### 3) 전달체계

장애인복지관의 직업재활사업의 경우 전달체계를 지방자치단체 - 장애인복지관으로 볼 수 있다. 지방자치단체의 읍·면·동은 장애인이 직업재활서비스를 받을 수 있는 조건으로서 장애인등록을 담당하고 있다. 그리고 시·군·구는 장애인지원서비스 수급자격 여부를 결정하기 위해 영역별 욕구를 사정하고 있다. 그러나 그 내용이 주로 장애등급 확인, 자산조사에 중점을 두고 있어 개별 서비스 제공기관이 자체적인 욕구사정을 통해 실질적으로 서비스 내용을 결정하고 있다. 현재 지자체의 장애인등록 및 욕구사정과 장애인복지관의 자체적인 욕구사정 간의 공식적인 연계는 존재하지 않는다.

## 나. 장애인직업재활시설

### 1) 개요

장애인직업재활서비스는 1981년 심신장애자복지법과 동 법률에 근거하여 1986년 자립작업장 설치운영계획에 의하여 보호작업장이 설치되면서부터 본격화되었다(윤상용 외, 2010b). 이후 법률 개정을 통해 직업재활시설 유형 또한 변화되어 왔는데 현재 장애인 직업재활시설은 근로사업장과 보호사업장의 두 유형으로 규정되어 있다. 2010년 12월 말 기준으로 보호사업장 374개소와 근로사업장 44개소로 총 418개소 장애인 직업재활시설의 운영이 지원되고 있으며, 약 1만2천여명의 등록 장애인

이 근로하고 있는 것으로 파악되고 있다.

## 2) 사업내용

### 가) 장애인근로사업장<sup>2)</sup>

#### (1) 목적

장애인 근로사업장은 직업능력은 있으나 이동 및 접근성이나 사회적 제약 등으로 취업이 어려운 장애인에게 근로의 기회를 제공함과 동시에 최저임금 이상의 임금을 지급하고 있다. 궁극적으로는 장애인의 일반노동시장으로의 취업을 목적으로 하고 있다.

그리고 기본방침으로 장애인근로사업장은 구직단계에서 일반사업장의 취업이 어려운 장애인에게 일정한 기간동안 직업훈련과 고용기회를 제공하여 장애인의 직업능력을 향상시켜 안정적인 직업생활을 영위할 수 있도록 조력하는 역할을 담당하고 체계적인 직업재활서비스를 도모하며 시설전문성을 강화하고 있다(보건복지부, 2012b).

#### (2) 시설 기준

장애인 근로직업장에서 근로를 하는 장애인의 수는 근로사업장의 최소인원은 30명으로 하고 장애인 보호직업장 프로그램이나 작업활동 프로그램을 운영하려는 경우에는 최소 10명 이상을 대상으로 하여야 한다.

근로장애인 비율은 종사자를 제외한 총인원 중 장애인이 70%이상이어야 하며 작업공정 등을 고려하여 중·경증장애인을 적재적소에 배치 하되 근로장애인 중 60% 이상을 장애인복지법시행규칙 별표1의 규정에

2) 법제처(2012), 장애인복지법 시행규칙 [별표5] 장애인복지시설의 종류별 사업 및 설치·운영기준 <개정 2012.4.10>

의한 장애등급 3급 이상인 장애인으로 고용하여야 한다.

### (3) 사업내용

장애인 근로직업장에서 수행하고 있는 사업내용은 다음과 같다.

첫째, 보호고용을 실시한다. 장애인근로자를 보호하는 환경에서 장애인에게 근로의 기회를 제공하고 최저임금 이상의 유상적인 임금을 지급하기 위하여 최선의 노력을 하여야 한다.

둘째, 재활프로그램을 실시한다. 장애인근로사업장은 장애인복지법 시행규칙 제42조에 따라 장애 유형, 장애 정도, 연령별 특성 및 현재 수행 중인 업종의 특성에 따라 필요하다면 재활프로그램을 계획하여야 하며, 그 계획에는 일반고용으로의 전환을 위한 내용을 포함하여야 한다.

또한, 재활프로그램을 필요에 따라 실시한다면 사회적응훈련, 직무기능 향상훈련, 작업 태도 및 기술 훈련, 직무개발 및 경쟁적인 고용시장으로의 전이를 위한 조치 등의 내용을 탄력적으로 운영할 수 있다.

셋째, 통근지원을 실시한다. 이는 장애인근로자의 출퇴근을 돕기 위한 통근차량의 운영 등 방법을 마련하여야 하며, 장애인근로자는 지역적인 접근성, 장애특성 등의 특별한 경우 외에는 기숙하지 아니하고 통근할 수 있도록 유도하여야 한다.

### (4) 시설이용자 기준

시설이용 적격대상 장애인 기준은 다음과 같다.

첫째, 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인이어야 하며, 둘째, 장애인 근로사업장은 의료, 직업능력, 심리, 교육 평가 등의 결과와 초기면접의 정보들을 토대로 전문가들이 참여한 위원회에서 적격 여부를 평가한 결과, 교통, 건축 환경의 접근성이나 적응의 문제로 경쟁적인 고용시장에서의 취업이 어려운 장애인을 대상으로 하되, 별표 1에 따른 장애등급 3급

이상인 장애인이 장애인근로자의 60퍼센트 이상 유지되도록 하여야 한다.

## 나) 장애인보호작업장<sup>3)</sup>

### (1) 목적

장애인 보호작업장은 직업능력이 낮은 장애인에게 직업적응능력 및 직무기능향상훈련 등의 직업재활훈련 프로그램을 제공하고 보호가 가능한 조건에서 근로의 기회를 제공하고 있다. 그리고 개인의 노동에 상응하는 대가로 임금을 지급하고 있으며 궁극적으로 장애인 근로사업장이나 일반노동시장으로의 취업을 지원하고 있다.

이를 위해 장애인 보호작업장은 기본방침으로 장애인입소시설, 장애인복지관 등과 분리하여 하나의 단독시설로서 기능하도록 하여 장애인복지법 시행규칙에서 정한 장애인 보호작업장으로서의 기능과 역할을 정립하도록 하고 있다(보건복지부, 2012b).

### (2) 시설 기준

장애인 보호작업장에서 근로를 하는 장애인의 수는 근로장애인의 최소인원은 10명 이상으로 하고 작업활동 프로그램을 운영할 경우에도 근로장애인이 최소 10명 이상 되도록 하여야 한다.

또한, 일반사업장에서의 취업이 곤란한 재가장애인으로 근로가 가능한 자<sup>4)</sup>와 장애인생활시설과 인접하여 설치된 경우 입소장애인 중 근로가 가능한 장애인이 우선시되도록 하여야 한다.

3) 법제처(2012), 장애인복지법 시행규칙 [별표5] 장애인복지시설의 종류별 사업 및 설치·운영기준 <개정 2012.4.10>

4) 근로장애인 중 재가장애인이 50%이상 되도록 하여 지역사회내의 장애인이 직업재활서비스를 받을 수 있는 기회를 제공하도록 한다.

### (3) 사업내용

장애인 보호작업장에서 수행하고 있는 사업내용은 다음과 같다.

첫째, 보호고용을 실시한다. 장애인근로자를 보호하는 환경에서 장애인에게 근로의 기회를 제공하고 유상적인 임금을 지급하는 것이다.

둘째, 훈련관리 및 작업관리를 실시한다. 장애인근로자의 개인별 재활 계획을 수립하여 직업상담 및 평가, 직업적응훈련, 직무기능 향상훈련 등을 실시하여야 하며 이 밖에 장애인근로자가 작업공정을 잘 이해하고 작업기술을 익힐 수 있도록 작업에 대한 직무분석을 하고 이에 따라 직무를 변경하거나 보조공학을 활용한 적절한 배려 등의 조치를 하거나 훈련을 실시하여야 한다.

셋째, 재활프로그램을 실시한다. 장애인복지법 시행규칙 제42조에 따라 장애인 보호작업장의 재활프로그램은 장애 유형, 장애 정도, 연령별 특성과 해당 시설에서 수행 중인 업종의 특성을 반영하여 계획이 수립되어야 하며, 그 계획에는 일반고용으로의 전환을 위한 내용이 포함되어야 한다.

즉, 근로장애인의 재활프로그램은 직업적응훈련(일상생활훈련, 사회적응훈련, 작업 태도 및 기술 훈련), 문제해결훈련(의사소통 기술훈련, 문제해결훈련, 대인관계능력 향상훈련, 위급상황 또는 응급상황 대비훈련, 자기옹호훈련 및 자기주장훈련), 직업평가(직업표본평가 및 현장평가), 직무기능 향상훈련(직무 분석에 따른 직무 변경, 개조, 보조공학 개입에 따른 훈련), 지역사회 자원활용훈련 등을 내용으로 하여 주 8시간 이상 실시하여야 한다.

넷째, 장애인 보호작업장에 작업활동 프로그램을 운영하는 시설은 장애인들이 일정기간 훈련을 통하여 유상적인 임금을 받을 수 있도록 교육·훈련과 재활프로그램을 실시하여야 한다.

교육·훈련은 장애인이 사회에 적응할 수 있도록 하기 위하여 장애 유형, 장애 정도, 직무수준별 특성, 연령별 특성 등을 고려한 재활프로그램

램을 지속적으로 개발하고 실시하여야 하며, 이들이 보호고용과 지역사회에 적응할 수 있도록 지도하여야 하여야 한다. 그리고 재활프로그램의 경우는 일상생활 및 가사생활 훈련, 사회적응훈련, 작업훈련, 통근훈련, 취미 및 여가활동 등을 할 수 있도록 지도하는 것이다.

#### (4) 시설이용자 기준

시설이용 적격대상 장애인 기준은 다음과 같다. 첫째, 「장애인복지법」 제2조에 따른 장애인이어야 하며,

둘째, 장애인 보호직업장은 의료, 직업능력, 심리, 교육 평가 등의 결과와 초기면접의 정보들을 토대로 전문가들이 참여한 위원회에서 적격 여부를 평가한 결과, 당장 경쟁적인 고용시장이나 장애인 근로사업장에서 생산능력을 발휘하기 어려운 장애인을 대상으로 하되, 장애인 보호직업장에 참여하는 장애인은 별표 1에 따른 장애등급 3급 이상인 장애인이 장애인근로자의 80퍼센트 이상 유지되도록 하여야 한다.

셋째, 두 번째에 따른 이용 적격 대상 장애인보다 생산능력이 떨어지는 장애인에 대하여는 작업활동 프로그램에 참여하게 할 수 있도록 하되, 작업활동 프로그램에 참여하는 장애인은 별표 1에 따른 장애등급 3급 이상인 장애인이 80퍼센트 이상 유지되도록 하여야 한다. 이 경우 작업활동 프로그램에 참여한 장애인은 적어도 3년 후의 평가 결과에 따라 장애인 보호직업장이나 장애인 근로사업장 또는 경쟁적인 고용시장으로 옮겨갈 수 있도록 하여야 하며, 평가 결과 작업활동 프로그램에 참여할 필요성이 인정되면 참여기간을 3년 더 연장할 수 있다.

### 3) 전달체계

2007년 개정 장애인복지법 제58조는 직업재활시설을 일반 작업환경

에서는 일하기 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업 생활을 할 수 있도록 하는 시설로 규정하면서 시설의 유형을 동 법 시행규칙 제42조 별표 5에서 장애인 보호작업장과 근로사업장으로 규정하고 설치 대상과 설치기준 및 사업을 제시하고 있다.

설치대상 자격은 우선, 국가와 지방자치단체이며, 기타의 자가 직업재활시설을 설치·운영하려면 해당 시설 소재지 관할 시장·군수·구청장에게 신고하도록 하고 있으며 직업재활시설 설치기준은 시설의 입지조건, 대상시설에서 근로하는 장애인의 수, 시설의 구조와 설비, 직원배치기준, 관리 및 운영요원의 자격기준, 시설이용 적격대상 장애인, 수익금 및 임금의 관리, 근로기준 및 이용자의 권리, 보건 및 안전관리, 생산 및 품질관리, 운영규정, 장부 등의 비치, 사업 등의 내용을 규정하고 있다.

## 다. 한국장애인개발원의 중증장애인 직업재활지원사업

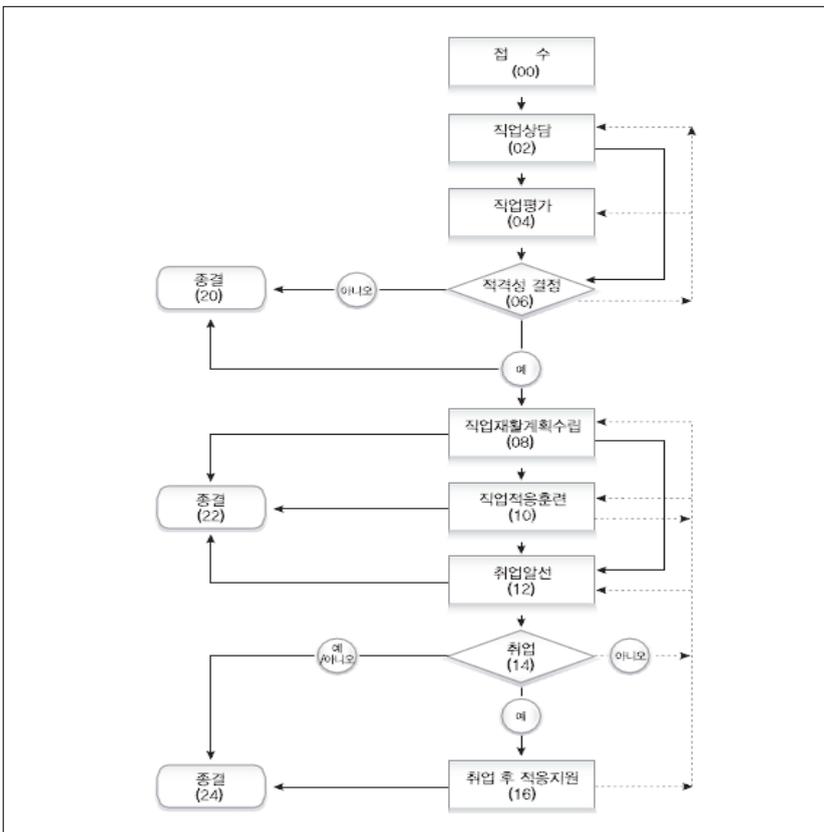
### 1) 개요

한국장애인개발원은 보건복지부로부터 중증장애인 직업재활기금사업 등의 운영을 위임 받아 수행하고 있다.<sup>5)</sup> 즉 직업재활기금사업을 통해 직업재활시설의 운영을 지원하고 시설에 대한 평가를 실시하는 등의 역할을 수행하고 있다. 아울러 장애인복지일자리사업, 장애인행정도우미사업, 시각장애인일자리사업 등의 장애인일자리사업과 중증장애인 직업재

5) 중증장애인 직업재활기금사업의 전신인 장애인직업재활기금사업은 지역사회 중심의 직업재활서비스 구축, 직업재활시설을 통한 직업적응훈련 사업, 장애인복지단체를 통한 직업재활 사업을 강화하기 위해 시작되었다. 2008년 이전에 보건복지부는 노동부와 함께 사업계획, 기관선정 및 관리 등 사업 전반을 추진하였다. 이 후 장애인직업재활기금사업이 보건복지부의 일반회계로 전환되면서 2008년부터 한국장애인개발원이 직업재활수행기관의 예산 및 관리업무를 담당하게 되었고 사업의 명칭도 ‘장애인직업재활기금사업’에서 ‘중증장애인 직업재활지원사업’으로 바뀌게 되었다.

활지원사업 등의 사업을 수행하고 있다. 이 중 중증장애인 직업재활지원 사업은 등록장애인을 대상으로 하여 직업상담, 직업평가, 적격성결정, 직업재활계획수립, 직업적응훈련, 취업알선, 취업, 취업후 적응지원 등의 직업재활서비스를 제공하고 있다(한국장애인개발원, 2012). 한국장애인개발원의 직업재활서비스 제공시스템을 살펴보면 다음과 같다.

[그림 2-5] 직업재활서비스 과정도



자료: 한국장애인개발원(2010)

한국장애인개발원의 지원을 받아 중증장애인 직업재활지원사업을 수행하고 있는 기관은 2011년 기준으로 총 186개소이며 장애인복지관,

직업평가센터, 장애인단체, 직업재활시설, 직업적응훈련사업 수행기관, 직업능력개발훈련기관, 직업재활프로그램 기관 등이 포함되었다.

<표 2-1> 유형별 중증장애인 직업재활지원사업 수행기관 연도별 현황

구분	계	장애인 복지관	직업 평가센터	장애인 단체	직업재활 시설	직업적응 훈련사업 수행기관	직업능력 개발훈련 기관	직업재활 프로그램 기관
2011	142	35	4	30	73	-	-	-
2005	168	37	6	37	88	-	-	-
2008	173	34	6	33	80	10	10	-
2009	182	34	6	32	80	10	12	8
2010	184	34	6	32	80	10	12	10
2011	186	34	6	32	79	10	15	10

자료: 한국장애인개발원(2012)

## 2) 사업내용

중증장애인직업재활지원사업의 목적은 중증장애인의 직업능력 개발 및 역량강화를 통해 사회참여 기회를 확대하고 중증장애인의 삶의 질을 향상시키기 위한 것이다. 2011년 중증장애인직업재활지원사업의 수행기관은 186개의 사업내용을 살펴보면 <표 2-2>와 같다.

## 3) 전달체계

한국장애인개발원의 중증장애인 직업재활서비스는 보건복지부 - 한국장애인개발원 - 직업재활수행기관의 흐름을 통해 공급되고 있다. 한편 2007년까지 고용노동부를 주무부처로 하여 중증장애인 직업재활서비스를 제공하던 서비스 기관은 2008년 중증장애인 직업재활지원사업이 보건복지부 산하 한국장애인개발원으로 위탁되면서 별도의 전달체계를 구축하여 각자의 사업을 진행하고 있다.

〈표 2-2〉 중증장애인직업재활지원사업의 내용(2010년 12월 기준)

구분	수행기관 수 (총 186개)	주요 지원내용
직업재활센터	34	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직업 상담 및 직업평가, 지원고용, 직업적응훈련, 취업 알선 및 적응지원 담당자 인건비와 사업비</li> <li>• 직업적응훈련생 상해보험 가입 및 훈련수당 지원</li> <li>• 지원고용 참여장애인 상해보험 가입, 훈련수당 및 사업주 보조금 지원</li> <li>• 취업장려금 및 직업재활사업 홍보비 지원 등</li> </ul>
직업평가센터	6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직업상담 및 직업평가 담당자 인건비와 사업비 등</li> </ul>
장애인단체	32	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직업상담 및 직업평가, 취업알선 및 적응지원 담당자 인건비와 사업비</li> <li>• 취업장려금 및 직업재활사업 홍보비 지원 등</li> </ul>
직업재활시설	80	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직업적응훈련 담당자 인건비와 사업비</li> <li>• 직업적응훈련생 상해보험 가입 및 훈련수당 지원 등</li> </ul>
직업적응 훈련기관	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직업적응훈련 담당자 인건비와 사업비</li> <li>• 직업적응훈련생 상해보험 가입 및 훈련수당 지원 등</li> </ul>
직업능력개발 훈련실시기관	14	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 직업능력개발 훈련비와 훈련생 훈련수당 지원 등</li> </ul>
직업재활 프로그램 수행기관	10	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 기관 및 지역특성에 맞는 취업지원, 직업역량프로그램, 전문가 양성 등 장애유형별 다양한 직업재활프로그램 지원을 목표로 기관당 연 6천만원이내 사업비 지원</li> </ul>

주: 신규기관 계획·선정에 따라 지원기관의 수가 매년 변경될 수 있음.  
 자료: 한국장애인개발원(2010)

## 라. 고용노동부의 장애인지원서비스

### 1) 개요

한국장애인고용공단은 장애인이 직업생활을 통하여 자립할 수 있도록 지원하고 사업주의 장애인 고용을 전문적으로 지원하기 위해 설립되었다.

장애인고용공단은 장애인 고용촉진 및 직업재활에 관한 정보의 수집·분석·제공 및 조사 연구를 비롯하여, 장애인에 대한 직업상담, 직업적성 검사, 직업능력 평가 등 직업지도, 장애인에 대한 직업적응훈련, 직업능

력개발훈련, 취업알선, 취업 후 적응지도, 사업주의 장애인 고용환경 개선 및 고용 의무 이행 지원, 사업주와 관계 기관에 대한 직업재활 및 고용관리에 관한 기술적 사항의 지도·지원, 장애인의 직업적응훈련 시설, 직업능력개발훈련시설 및 장애인 표준사업장 운영, 장애인의 고용촉진을 위한 취업알선 기관 사이의 취업알선전산망 구축 관리, 장애인 고용촉진 및 직업재활과 관련된 공공기관 및 민간 기관 사이의 업무 연계 및 지원 등 그 밖에 장애인의 고용촉진 및 직업재활을 위하여 필요한 사업 및 고용노동부장관 또는 중앙행정기관의 장이 위탁하는 사업을 수행한다.

## 2) 사업내용

장애인고용공단은 온라인구인구직, 고용알선, 직업능력평가, 온라인직업심리검사, 보조공학기기지원, 근로지원인지원사업과 함께 교육훈련, 사업주지원등의 업무를 수행하고 있다. 이 중 몇 가지 사업내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 직업능력개발훈련으로, 직업생활 및 직업환경에 대한 심리적 기능적인 적응력의 향상과 직무능력향상이 필요한 장애인을 대상으로 교육기간은 직업훈련과정의 경우 1개월(120시간) 이상 최대 2년이내이며, 직업재활과정의 경우는 3개월 미만으로 되어있다. 물론 비장애인과 동일하게 훈련을 받을 수 있을 경우에는 장애인도 일반 훈련체계에서 통합 훈련을 받도록 하고 있다.

둘째, 중증장애인지원고용으로, 상대적으로 취업이 힘든 중증장애인의 고용활성화를 도모하기 위하여 중증장애인을 대상으로 3~7주까지 사업장 현장 훈련중심의 작업내용, 기술습득, 사회생활습득, 직장예절과 원활한 대인관계를 위한 기술의 습득을 지원하고 있다.

셋째, 고용알선서비스로, 구직 장애인에게 개별 능력에 따른 적합 사

업체에 알선하여 드리고 취업 후 원만한 직장생활적응 및 경력개발을 지원하도록 하고 있다. 그리고 즉시 취업이 어려운 구직자에게는 중증장애인 지원고용 및 직업훈련을 통하여 장애인의 전문 직업능력이나 현장 적응력을 제고시켜 보다 완전한 고용에 이를 수 있도록 다양한 서비스를 제공하고 있다.

### 3) 수급 기준

장애인고용공단의 장애인고용서비스의 지원대상은 등록장애인으로 세부 사업별 대상자는 다음과 같다.

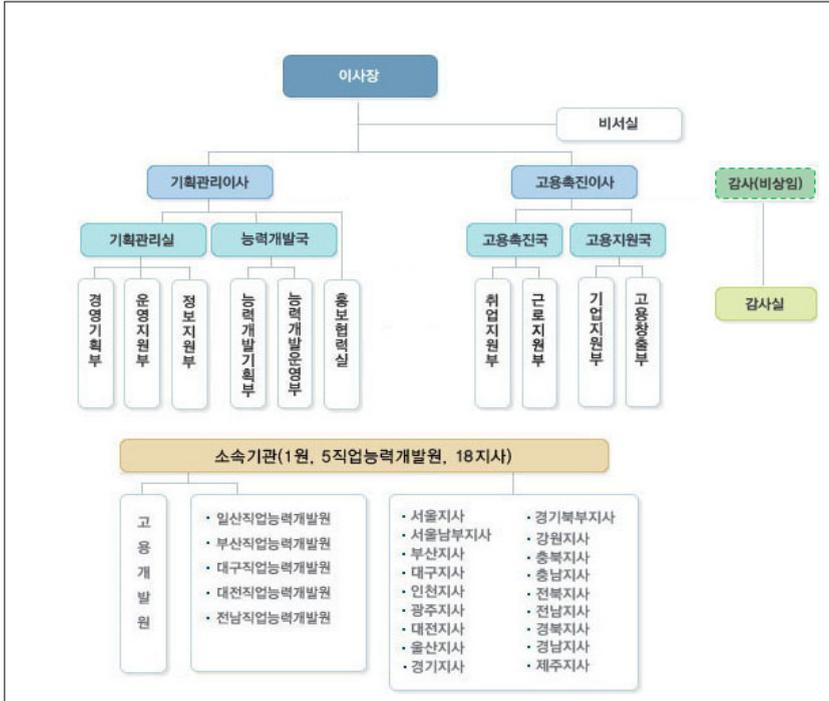
첫째, 직업능력개발훈련은 직업훈련과정과 직업재활과정으로 구분되며, 먼저 직업훈련과정의 경우 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 시행령 제3조의 각 호에 해당하는 만 15세 이상 장애인으로서 직업교육훈련 이수 가능하고, 노동 능력이 있어 직업능력개발훈련 이수 후 취업이 가능한 자를 대상으로 한다. 그리고 직업재활과정은 연령 및 학력제한이 없다.

둘째, 중증장애인지원고용은 15개 이상의 중증장애인 중 직업능력평가결과 독립적인 직무수행을 위해 심리적, 기능적 적응향상이 필요한 것으로 판단된 자로서, 이때 중증장애인이란 장애인복지법상 1~2급, 3급 중 뇌병변, 시각, 지적장애, 자폐성장애, 정신 호흡기 및 간질 장애, 심장 및 지체장애인 중 상지장애인 및 국가유공자중 상이등급 1,2,3급에 해당하는 장애인이다.

### 4) 전달체계

고용노동부 산하의 한국장애인고용공단은 본부와 1원, 5개 직업능력개발원, 18개 지사가 있으며 조직도는 다음과 같다.

[그림 2-6] 장애인고용공단 조직도



자료: 한국장애인고용공단(2012)

### 마. 직업재활 및 고용서비스의 연계동향

우선 장애인 직업재활 및 고용서비스가 앞의 1절에서 살펴본 장애인 소득보장과 관련하여 갖는 공식적인 연계 즉 수급기준 및 급여수준과의 상호연계성은 부재한 것으로 파악된다.

그리고 장애인 직업재활 및 고용서비스 제도 간의 연계성 또한 거의 없는 것으로 파악된다. 직업재활 및 고용서비스 제도의 이용자 기준은 ‘등록장애인’뿐이었으며 실제로는 개별 서비스 기관이 자체적인 이용자 기준을 적용하고 있는 실정이었다. 지방자치단체가 장애인등록의 업무와 (읍·면·동) 서비스 욕구사정의 업무(시·군·구)를 실시하고 있지만 현재

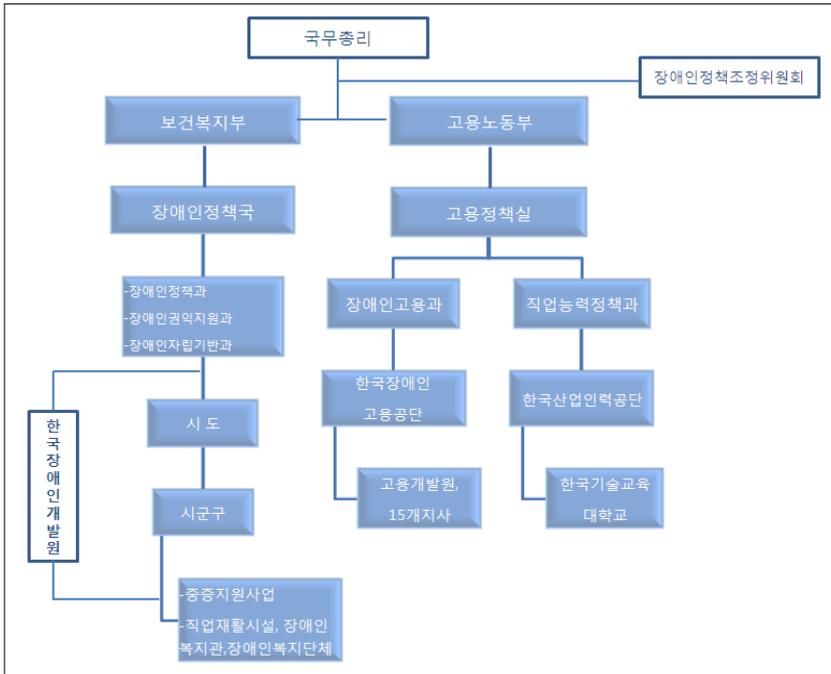
지자체의 장애인등록 및 서비스 욕구사정과 민간 서비스 기관의 공식적인 연계는 존재하지 않는다.

장애인 직업재활 및 고용서비스의 제공은 보건복지부와 고용노동부를 주무부처로 이원화되어 있다. 서비스 제공의 이원화된 체계는 주무부처 간 정책의 연계성 부족으로 한정된 자원마저 중복 투자되는 등의 비효율성의 문제를 야기하고 있다는 지적이다. 또한 각 부처가 각각 전달체계를 운영하기 때문에 상호 정보교류가 원활하지 못하며 장애인에게 서비스가 중복되어도 이를 파악할 방법이 없고 장애인 관련 각종 서비스를 장애인과 연결해주는 총괄적인 조정 담당 제도를 가지고 있지 못한 것으로 평가되고 있다(한국장애인개발원, 2012). 즉, 통합적 관리의 부재로 인한 서비스의 중복과 연속성 부재, 행정절차의 복잡함, 이용자의 정보부족, 서비스의 단조로움 등이 예상된다.

이와 관련하여 가장 큰 문제는 수요자의 욕구에 부응하지 못하는 서비스 공급 자체의 부족, 편향된 서비스 내용으로 인한 사각지대의 발생이라고 할 수 있을 것이다. 수요자 측면에서 보면 보건복지부 소관의 직업재활서비스는 발달장애인 등과 같이 성인기 이전에 장애가 발생한 자와 중증장애인을 주요한 서비스 대상으로 하고 있으며, 고용노동부의 한국장애인고용공단은 전통적인 과목으로 구성된 직업훈련과 대체로 고용의 질이 낮은 일자리 위주의 고용지원서비스를 제공하고 있다. 특히 이와 관련하여 노동시장 활동 중 건강이나 부상으로 인해 근로능력이 취약해진 후천적 장애인을 대상으로 하는 직업재활서비스 공급이 부족한 실정이다(윤상용, 2010b). 즉, 협소한 장애개념에서 출발한 장애인 직업재활정책으로 인해 장애 예방차원의 프로그램과 후천성 장애인 및 경증장애인을 대상으로 하는 서비스의 사각지대가 발생할 우려가 있다. 수요자 중심의 재활 및 고용서비스가 확충되고 일반고용 중심의 질 좋은 일자리가 장애인에게 제공되기 위해서 현재 개별화되어 분절적으로 제공

되고 있는 서비스를 제도적으로 연계하고 공급체계 간의 연계를 추진할 필요가 있다.

[그림 2-7] 보건복지부와 고용노동부의 직업재활서비스 전달체계



자료: 한국장애인개발원(2012)

### 3. 돌봄(케어)서비스

돌봄(케어)서비스의 제도화는 1997년 전자 바우처 시스템이 도입되면서 본격적으로 시작되었다. 장애인복지로서 주요한 돌봄(케어)서비스인 장애인활동지원서비스와 장애이동재활치료서비스(현, 발달재활서비스)

6) 장애이동재활치료서비스는 ‘12.8.5부터 발달재활서비스로 명칭 변경됨. 다음에서는 이전의 장애이동재활치료서비스를 중심으로 공급체계와 연계동향을 살펴보고자 함.

는 전자 바우처 시스템을 통해 운영되고 있다. 전자 바우처는 기존의 공급자 위주의 장애인복지서비스가 갖는 한계를 극복하기 위해 도입되었다. 즉 수요자의 선택권을 강화하고 제공기관들 간의 경쟁을 유도하여 서비스의 품질을 제고한다는 목적을 갖고 있다. 다음에서는 장애인복지로서 핵심 돌봄(케어)서비스인 장애인활동지원서비스와 장애아동재활치료서비스를 개괄하면서 연계동향을 살펴보고자 한다.

## 가. 장애인활동지원서비스

### 1) 개요

장애인 자립생활 이념의 영향을 받은 활동보조서비스가 확대된 형태로서 장애인활동지원제도가 최근 도입 및 시행되었다. 장애인활동지원제도는 신체적·정신적 장애 등의 사유로 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인에게 활동지원급여를 제공하여 장애인의 자립생활을 지원하고 그 가족의 부담을 줄임으로써 장애인의 삶의 질을 높이는 것을 목적으로 하고 있다.

장애인활동지원제도의 도입에 따라 기존의 신체활동·가사활동 등 일상생활지원과 함께 방문간호, 방문목욕 등 급여 종류가 확대되었으며 급여량도 활동지원등급별 기본급여와 추가급여를 합산한 금액으로 산정하여 제공하도록 되어있다.

## 2) 수급기준

신청자격과 관련하여 연령기준과 장애기준이 충족되어야 한다. 연령기준으로 만 6세 이상 ~ 만 65세 미만이어야 하며, 장애기준으로서 「장애인복지법」 상 등록 1급 장애인이어야 한다. 그리고 소득기준은 없다. 단지 「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양급여를 받는 자, 그 밖에 다른 법령(또는 국가 예산)에 따라 활동지원급여와 비슷한 급여(예.가사간병방문서비스, 장애아가족 양육지원서비스, 노인돌봄서비스, 기타 이에 준하는 재가서비스)를 받고 있는 사람 등은 신청자격이 없다.

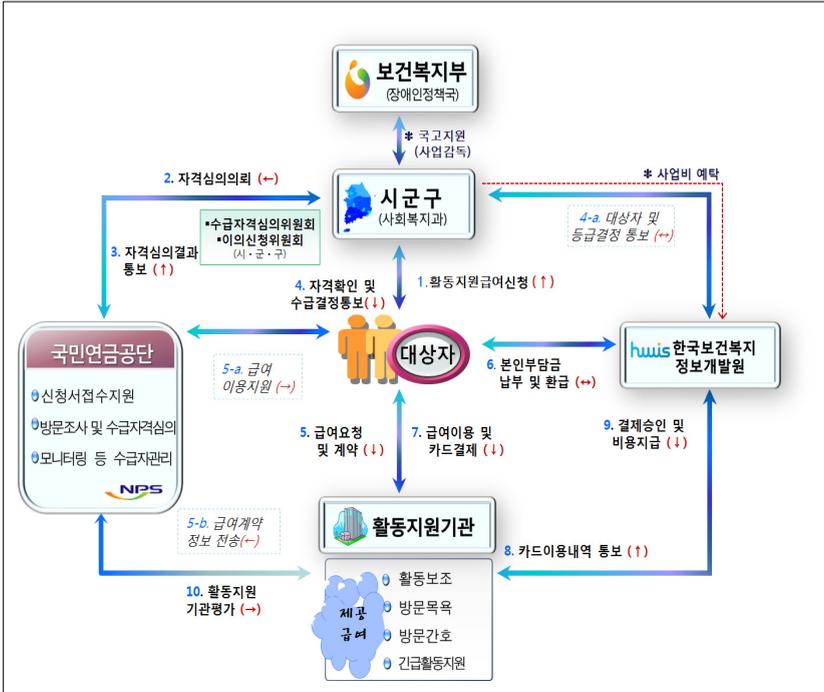
신청자격이 충족된 후 국민연금공단은 활동지원 인정조사표에 따라 신청인의 신체·정신기능의 상태 및 활동지원이 필요한 정도 등을 조사한다. 그리고 특별자치도지사·시장·군수·구청장은 인정조사표에 따른 방문조사 및 수급자격심의회위원회의 심의·의결에 따라 최종적으로 수급자 선정한다.

수급자 선정기준은 만 6세 이상 만 65세 미만 신청자격이 있는 자로서 활동지원 인정조사표에 의한 인정점수가 220점 이상인 경우와 인정점수가 220점 미만인 자 중 추가급여 사유가 있는 경우이다.

## 3) 공급체계

장애인활동지원제도의 공급체계는 보건복지부를 주무부처로 하여 지방자치단체를 비롯하여 국민연금공단과 한국보건복지정보개발원이 관리운영기관으로서 역할하고 있다. 직접 서비스를 제공하는 활동지원 기관은 특별자치도·시·군·구에서 지정하고 있다.

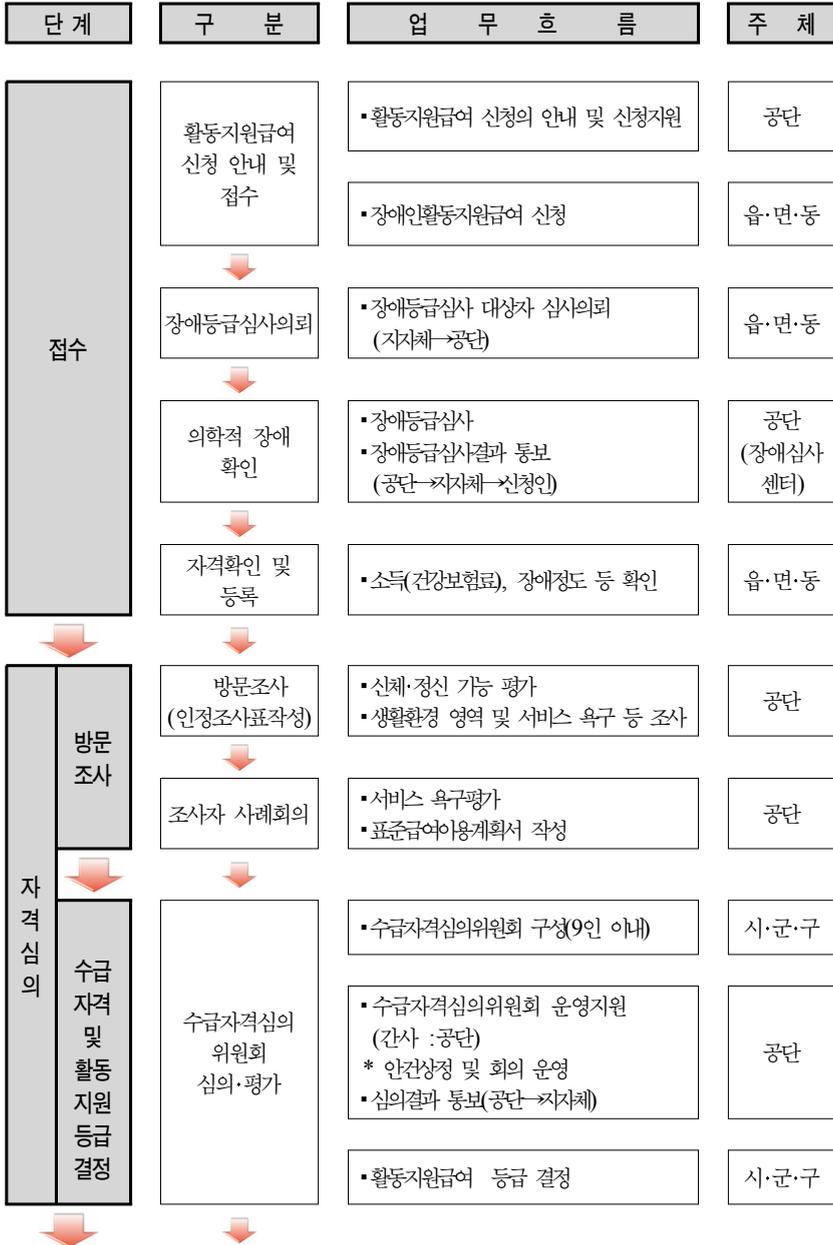
[그림 2-8] 장애인활동지원제도 사업 추진 체계도



자료: 보건복지부(2012d)

장애인활동서비스 공급체계의 서비스 제공절차는 다음과 같다. 먼저 장애인활동지원제도의 급여의 신청 및 접수는 국민연금공단과 읍·면·동 사무소가 담당하며, 이때 장애등급 재심사 업무는 국민연금공단에서 담당하도록 하고 있다. 신청 후 서비스 자격심의를 위해 방문조사는 국민연금공단에서 실시하고 있으며 시·군·구의 수급자격심의위원회에서 수급 자격 및 활동지원등급을 결정하고 최종적으로 시·군·구에서 활동지원급여 등급판정결과를 통보한다. 이후 바우처 지급 및 서비스 제공과 관련하여 바우처 카드발급은 한국보건복지정보개발원에서 발급하며 수급자는 활동지원기관과 개별 계약 후 급여를 이용하도록 하고 있다.

[그림 2-9] 장애인활동지원제도 사업 추진 체계도



단 계	구 분	업 무 흐 름	주 체	
결과 통보	활동지원수급자격 결과 통보	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 등급판정결과 통보 (시·군·구→신청인)</li> <li>▪ (시·군·구→한국보건복지정보개발원)</li> <li>▪ 표준급여이용계획서 제공</li> </ul>	시·군·구	
	이의 신청	이의신청서 접수	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 이의신청심의위원회 구성(9인 이내)</li> <li>▪ 이의신청서 접수 통보 (시·군·구→공단)</li> </ul>	시·군·구
		방문조사 및 이의신청심의위원회 운영 지원	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 이의신청건 방문조사</li> <li>▪ 이의신청심의위원회 운영(간사: 공단)</li> </ul>	공단
	이의신청위원회 심의결과 통보	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 시·군·구→신청인</li> </ul>	시·군·구	
바우처 지급 및 서비스 제공	바우처 카드발급	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 한국보건복지정보개발원에서 발급</li> <li>▪ 본인 부담금 납부</li> </ul>	한국보건 복지정보 개발원	
	활동지원기관 정보제공	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 맞춤형 활동지원급여 계약지원</li> <li>▪ 활동지원기관 정보 제공을 통한 기관 결정 지원</li> </ul>	공단 시·군·구	
	급여 계약·제공	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 수급자는 활동지원기관과 개별 계약후 급여 이용</li> </ul>	활동지원 기관	

자료: 보건복지부(2012d)

## 나. 장애아동재활치료서비스

### 1) 개요

장애아동재활치료서비스는 2009년 2월부터 실시된 사회서비스 바우처 사업이다. 장애아동재활치료서비스는 성장기의 정신적·감각적 장애아동의 기능 향상과 행동 발달을 위한 적절한 재활치료 서비스 지원 및 정보를 제공하고 높은 재활치료 비용으로 인한 장애아동 양육가족의 경제적 부담을 경감시키기 위한 목적을 갖고 도입되었다.

주요한 서비스의 내용은 언어·청능치료, 미술·음악치료, 행동·놀이·심리운동치료 등의 재활치료서비스이며 그 밖에 장애 조기 발견 및 발달진단서비스, 중재를 위한 부모 상담 서비스를 제공하고 있다.

### 2) 수급기준

장애아동 재활치료사업의 수급기준으로는 연령기준, 소득기준, 장애기준(유형)이 있다.

첫째, 연령기준으로서 만 18세 미만의 장애아동을 대상으로 한다.

둘째, 소득기준으로서 차상위초과 전국가구평균소득 100% 이하인 장애아동을 대상으로 하고 있다.

셋째, 장애기준(유형)은 「장애인복지법」상 등록장애아동으로서 뇌병변, 지적, 자폐성, 청각, 언어, 시각 장애아동을 대상으로 하고 있다.

지자체가 소득조사를 거쳐 서비스 대상자 여부 및 등급을 결정하고 있으며 소득 기준에 따라 4등급으로 구분하여 총 22만원의 한도액내에서 서비스를 이용하도록 하고 있다.

### 3) 공급체계

장애아동 재활치료사업의 신청 및 접수는 지방자치단체인 시·군·구와 읍·면·동이 담당하고 있으며 시·군·구는 서비스 신청 접수와 제공기관 지정관리, 대상자 선정 및 등급 결정 등의 업무를 수행하고 있다. 서비스 제공기관은 서비스 제공인력을 모집하여 재활치료서비스를 제공한다. 이와 관련하여 한국보건복지정보개발원은 시·군·구 위탁금 관리, 바우처 비용의 지급 및 정산, 모니터링 실시 등의 업무를 수행하도록 하고 있다.

[그림 2-10] 장애아동재활치료사업 추진체계

추진주체		기능
보건복지부	장애인자립기반과 사회서비스정책과	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 사업계획 수립, 홍보, 운영 매뉴얼 마련 등 사업 총괄</li> <li>• 전자바우처 시스템 구축·관리</li> </ul>
한국보건복지정보개발원	담당자	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시·군·구 위탁금 관리</li> <li>• 바우처 비용의 지급 및 정산</li> <li>• 모니터링 실시 및 통계 관리</li> </ul>
시·도	장애인복지담당	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 시·군·구 사업 관리·감독</li> </ul>
시·군·구	장애인복지 담당	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 서비스 신청 접수</li> <li>• 제공기관 지정·관리</li> <li>• 대상자 선정 및 등급 결정</li> </ul>
읍·면·동	사회복지전담공무원	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 서비스 신청 접수</li> <li>• 건강보험료 등 소득재산 확인</li> <li>• 변동 관리</li> </ul>
제공기관	담당자	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 서비스 제공인력 모집</li> <li>• 재활치료서비스 제공</li> <li>• 바우처 결제용 단말기 반드시 구비</li> </ul>

자료: 보건복지부(2012c)

## 다. 바우처 중심 돌봄(케어)서비스의 기존 장애인복지와의 연계동향

장애인을 지원하는 다양한 서비스는 중앙정부, 지방자치단체, 공공기관, 민간기관 등 각기 다른 전달체계를 통하여 현금, 현물 등 다양한 형태로 수요자에게 제공되고 있다. 직업재활 등을 비롯한 전통적인 장애인 서비스는 주로 민간기관을 통하여 제공되고 있으며 현금급여 등의 경제적 지원은 주로 공적 전달체계를 통하여 전달되고 있다. 이와 관련하여 전통적인 서비스 제공이 수요자 측면에서 갖는 한계를 인식하면서 전자바우처 운영시스템이 도입되었다. 이러한 시도는 그 동안 제기되어 온 공급자 측면에서의 제도적 연계 미흡과 전달체계의 단절을 수요자 측면에서 연계 및 통합하고자 하는 의도라고 해석할 수 있다. 그러나 이러한 의도가 현재 우리나라의 장애인서비스 시스템에서 제대로 발현되고 있는지에 대해서는 아직 의견이 분분하다. 전자바우처는 공공부문의 서비스 전달에 시장기제의 순기능을 보강하여 효과적, 효율적인 서비스 공급체계를 구축하도록 기대되는 정책수단인데 우리나라의 장애인서비스 인프라가 이에 부응할 만한 전제를 충족하고 있었는지에 대해 평가가 엇갈리고 있기 때문이다. 이와 관련하여 시장기제가 순기능적으로 작동하기 위한 전제로서, 수요자 측면에서의 정보수집 용이성, 기관접근의 편리성 등과 공급자 측면에서의 인력확보가능성, 공급의 탄력성 등에 대한 고려가 부족했다는 점을 지적할 수 있다. 기존의 장애인복지 공급체계가 공급자 측면에서 연계되어 관리되지 못하는 상황에서 전자바우처 운영의 전제가 되는 조건에 대한 고려가 이뤄지기 어려웠을 것으로 파악된다. 즉 공급자 측면에서의 제도적 연계 미흡과 전달체계의 단절을 수요자 측면에서의 연계와 통합만으로 단기간에 해결하고자 하는 의도는 한계를 드러내고 있다.

그리고 전자바우처로 도입된 돌봄(케어)서비스의 기존의 장애인복지와

의 연계를 위한 제도적 설계 또한 미흡한 것으로 나타났다. 다음의 표는 본 장에서 개괄한 장애인 소득보장, 직업재활서비스, 돌봄(케어)서비스의 이용자격인 장애기준과 소득기준을 보여주고 있다. 대상자 선정기준의 상호연계성, 서비스 내용 간의 상호연계성, 복지수급자격으로서 소득기준의 연속성이 거의 없는 것으로 파악된다.

〈표 2-3〉 주요 장애인복지 제도의 수급자격인 장애기준과 소득기준

구분		복지수급자격	
		장애기준	소득기준
소득보장	장애연금	1~3급 장애인 (4급은 장애일시급)	없음
	장애인연금	중증장애인 (1, 2급 및 3급 중복인 자)	단독: 소득인정액 55,100원 부부: 소득인정액 88,100원
	생계급여	없음	최저생계비 이하
직업재활 서비스	보호작업장	등록장애인	없음
	근로작업장	등록장애인	없음
	직업훈련	등록장애인	없음
돌봄(케어) 서비스	장애인활동지원	1급 장애인 (인정점수 220점 이상)	없음
	장애아동재활치료	특정유형 장애등록 또는 미등록 아동	전국가구 평균소득 100% 이하

한편 장애인복지 뿐만 아니라 사회복지 제도 전반의 분절성을 극복하기 위해 복지통합망 구축에 대한 논의가 꾸준히 진행되었다. 그 결과로서 보건복지부는 2008년 4월 ‘사회복지전달체계 개선TF’를 구성하여 통합망에 대한 논의를 구체화하고 ‘사회복지통합관리망’의 구축을 추진하였다.<sup>7)</sup> 사회복지통합망은 2010년 1월 개통되어 현재 운영 중이다. 그

7) 사회복지통합관리망은 각종 사회복지 급여 및 서비스 지원 대상자의 자격 및 이력에 관한

러나 복지통합망을 통해 그 동안 문제시되었던 장애인복지지원의 단절성이 어느 정도 해결될 것이라는 기대는 현행 장애인복지지원체계의 한계로 인해 실현성이 낮은 것으로 평가되고 있다.

첫째, 현행 장애 판정 체계가 갖는 한계를 개선하지 못한 채 사회복지 통합관리가 진행됨으로써 장애판정과 장애인지원서비스 수급자격 심사가 신뢰성과 적합성이라는 점에서 한계를 지닐 수밖에 없는 구조이다. 아울러 전문요원 인력의 수적 부족과 전문성 제약으로 인해 장애로 인해 발생한 수요자의 복잡한 욕구를 객관적으로 평가하고 적절한 서비스를 연계 및 제공하는 것이 사실상 어려운 실정이라고 할 수 있다.

둘째, 서비스 욕구사정과 관련하여 장애수당 등 현금급여는 시·군·구 통합조사관리팀에서 실시하는 등 현 체계에서는 문제점이 없을 수도 있으나 욕구중심의 서비스 수급자격 개편시 효과적인 대응이 어렵다는 점을 들 수 있다. 즉 장애인의 경우 소득기준에 의한 대상자 선정 외에도 장애유형 및 등급과 장애특성을 기초로 다양한 욕구조사를 통한 서비스의 제공이 필요한데도 이에 대하여 적절한 서비스 제공이 어렵다는 것이다.

셋째, 공공사례관리와 관련하여 사회복지통합관리망의 주 사례관리 대상은 주로 기초보장 수급자 및 차상위계층 등 저소득층 위주일 수밖에 없어서 차상위계층 이상의 장애인에 대한 사례관리는 여전히 소외될 수밖에 없다. 또한 급여 이력 관리 외에는 실질적인 사례관리가 어렵다. 민간전문사례관리의 경우도 보건복지콜센터의 시·군·구 전환을 통해 공공부문과 연계하겠다고 하지만 실현이 어려운 것으로 지적되고 있다.

---

정보를 통합 관리하고, 지자체의 복지업무 처리를 지원하기 위한 정보시스템으로 기존 시·군·구별 새울행정시스템(주민, 지적, 재정, 세정, 복지 등 31개 시·군·구 업무 지원시스템) 중 복지분야를 분리하여 중앙에 통합 구축하는 정보시스템이다.

## 제2절 OECD 국가의 장애인서비스 확대와 소득보장과 연계동향

### 1. OECD SOCX데이터를 통해 본 우리나라 장애인 소득보장과 사회서비스

#### 가. OECD국가의 장애인서비스 확대 경향

지난 15년간 OECD 주요 국가는 장애인에 대한 현금급여를 개인의 지역사회 자립생활을 지원하고 노동시장 활동을 촉진하는 접근으로 전환하고자 노력하고 있다. 특히 장애인의 소득보장을 재할 및 고용서비스와 연계하여 장애인의 낮은 고용율과 높은 빈곤율에 대응하고자 하고 있다. OECD(2010) 보고서는 이러한 변화의 경향을 특성화하여 OECD 국가의 유형화를 시도하고 있다. 변화의 경향을 분석하기 위한 기준으로서 국가제도의 평가항목을 보상정책 요소(compensation policy component) 즉 소득보장의 제도적 특성과 통합정책(integration policy component) 즉 재할/고용서비스의 제도적 특성으로 구분하고 각각의 영역을 10개 세부 평가요소로 구체화하여 지수화하고 있다.<sup>8)</sup>

OECD(2010)는 위의 지수를 토대로 군집분석을 실시하여 회원국들의 장애인정책 유형화를 시도하였다. 그 결과 에스핑 엔더슨의 복지국가 레짐과 유사하게 OECD 회원국 장애인정책의 유형이 사회민주주의, 조합주의, 자유주의의 3개 유형으로 분류되고 있다.<sup>9)</sup> 우리나라는 자유주의 모델에 속하는 국가의 b유형으로 구분되고 있다. 캐나다, 일본, 미국

8) 보상정책과 통합정책의 내용과 세부평가요소에 대한 내용은 OECD(2010) 참조

9) 그러나 OECD(2010)의 유형화 결과는, 에스핑 엔더슨의 유형에서 조합주의 유형으로 분류되었던 독일과 스위스가 사회민주주의 유형으로 분류되고, 영국·미국과 마찬가지로 자유주의 유형으로 분류되었던 아일랜드가 조합주의 유형으로 분류되는 등의 차이를 보이고 있다.

이 자유주의 모델 b유형에 속해 있다. 자유주의 모델 b유형의 특징으로  
 는 장애인급여의 낮은 수준, 장애급여 지급조건의 까다로움, 상병급여의  
 부재, 낮은 재활서비스 수준 등이 제시되고 있다.<sup>10)</sup>

〈표 2-4〉 OECD 국가들의 장애인정책 모델

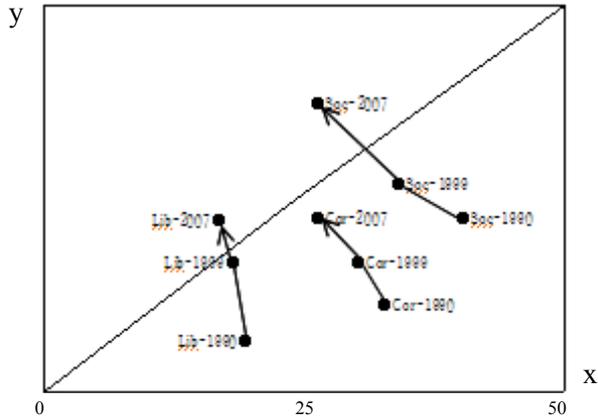
사회민주주의 모델 (주로 북유럽국가)		자유주의 모델 (태평양연안 국가 및 영어권국가)		조합주의 모델 (주로 대륙유럽국가)		
A형	B형	A형	B형	A형	B형	C형
덴마크 네덜란드 스위스	핀란드 독일 노르웨이 스웨덴	호주 뉴질랜드 영국	캐나다 일본 한국 미국	오스트리아 벨기에 헝가리	프랑스 그리스 룩셈부르크 폴란드	체코 아일랜드 이탈리아 포르투갈 슬로바키아 스페인

자료: OECD(2010)

OECD(2010)의 유형화에 속하는 나라는 유형별로 고유한 특성을 보  
 이고 있지만, 다음의 [그림 2-11]에서 보는 바와 같이 3가지 유형의 그  
 룩에서 공통적으로 보상정책의 요소 즉 급여정책의 지수가 축소되고, 통  
 합정책의 요소 즉 사회서비스 정책의 지수가 올라가는 경향이 관찰되고  
 있다. 즉 OECD 대부분의 국가에서 재활 및 고용서비스의 상대적인 비  
 중이 증가하는 현상이 관찰되고 있다.

10) 보다 자세한 내용은 OECD(2010)참조

[그림 2-11] OECD국가에서 장애인 복지의 변화 경향



주: 1) X축 - 보상정책, Y축 - 통합정책

2) 1990~1999 기간 및 1999~2007 기간 동안 사회주의(soc), 자유주의(lib), 조합주의(cor) 국가에서 보상정책과 통합정책 지수의 변화

자료: OECD(2010)

## 나. OECD국가의 장애인 소득보장과 사회서비스 지출추이

OECD 보고서는 OECD국가들 간의 장애인복지의 수준을 근로무능력급여(Incapacity-related benefits)의 개념으로 포괄하여 비교하고 있다. 근로무능력급여의 범위는 근로능력 평가 중심의 장애개념으로 손상평가중심의 우리나라 장애개념보다 넓은 개념이다.

다음에서는 OECD 회원국의 사회지출데이터(SOCX)에서 근로무능력급여로 분류된 지출을 장애인복지로 간주하고, 위의 OECD(2010) 장애인정책 유형별로 지출 추이를 살펴보고자 한다. 근로무능력 급여는 크게 현금급여(Cash benefit)와 현물급여(Benefits in kind)로 구성되는데, 현금급여(Cash benefit)는 장애급여(Disability pensions), 산재급여(Pensions on occupational injury and disease), 상병급여(Paid sick leave), 기타 현금급여(Other cash benefits)로, 현물급여(Benefits in kind)는 장애인을 대상으로 하는 돌봄서비스(Residential care/Home-help services), 재활서

비스(Rehabilitation services), 기타서비스(Other benefits in kind)로 구성되어 있다. 그 내용상 현금급여는 우리나라의 장애인 소득보장과, 현물 급여는 장애인 복지서비스와 동일하다고 할 수 있다.

먼저 전체 장애인복지 지출 추이를 GDP 대비 비중이라는 상대적 지표를 통해 살펴보면, 가장 최근의 자료라고 할 수 있는 2007년을 기준으로 할 때, 사회민주주의 유형에 해당하는 국가들이 가장 높은 비중을 나타냈으며, 이어서 조합주의, 자유주의 유형으로 나타났다. 하위 유형별 국가들의 GDP 대비 장애인복지지출 비중이 가장 높은 유형은 사회민주주의 B형으로서 3.69%로 나타났으며, 이어서 사회민주주의 A형 3.43%, 조합주의 A형 2.44%, 조합주의 C형 2.39%, 자유주의 A형 2.39%, 조합주의 B형 1.94%, 자유주의 B형 0.88% 등의 순서로 나타났다. 개별 회원국 중에서는 OECD 회원국 평균이 2.14%로 나타난 가운데 스웨덴이 5.02%로 가장 비중이 높았으며, 반대로 가장 낮은 국가는 우리나라로 0.55%로 나타났다.

〈표 2-5〉 OECD 회원국의 GDP 대비 장애인복지 지출 비중

(단위: %)

유형	국가	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
사민주의(A)	덴마크	4.176	3.242	3.276	3.682	3.626	4.319	4.302	4.353
	네덜란드	6.512	5.503	6.336	5.008	3.89	3.497	2.894	2.936
	스위스	2.208	2.207	1.861	2.5	2.791	3.294	3.143	3
사민주의(B)	핀란드	3.497	3.903	4.226	5.065	3.804	3.83	3.737	3.569
	독일	2.041	1.812	1.502	2.524	2.158	2.033	1.946	1.888
	노르웨이	3.393	3.484	4.712	4.65	4.644	4.399	4.232	4.285
	스웨덴	4.809	4.564	5.541	4.937	5.123	5.524	5.264	5.023
자유주의(A)	호주	0.902	1.023	1.701	2.345	2.546	2.346	2.248	2.245
	뉴질랜드	1.283	1.539	2.851	2.656	2.66	2.808	2.93	2.467
	영국	0.988	1.461	2.161	2.917	2.463	2.321	2.415	2.442
자유주의(B)	캐나다	0.818	1.027	1.203	1.173	0.964	0.926	0.906	0.9
	일본	0.647	0.617	0.583	0.697	0.744	0.701	0.76	0.791
	한국	..	..	0.294	0.364	0.37	0.524	0.552	0.551
	미국	1.129	0.991	1.005	1.177	1.083	1.266	1.283	1.308

유형	국가	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
조합주의 (A)	오스트리아	2.743	2.82	2.674	2.927	2.846	2.561	2.458	2.334
	벨기에	3.683	3.702	2.612	2.955	2.738	2.334	2.349	2.337
	헝가리	..	..	..	..	2.572	2.823	2.758	2.658
조합주의 (B)	프랑스	2.762	2.787	2.085	2.097	1.727	1.842	1.75	1.754
	그리스	0.992	1.813	1.24	0.825	0.878	0.92	0.89	0.887
	룩셈부르크	4.015	3.896	2.906	3.094	3.131	3.249	3.051	2.735
	폴란드	..	..	3.353	5.667	3.462	2.728	2.549	2.381
조합주의 (C)	체코	..	..	2.371	2.413	2.633	2.427	2.492	2.348
	아일랜드	2.368	2.624	1.396	1.537	1.286	1.6	1.64	1.752
	이탈리아	1.941	2.135	1.998	1.826	1.629	1.722	1.713	1.734
	포르투갈	1.919	2.054	2.332	2.341	2.262	2.171	2.161	2.133
	슬로바키아	..	..	..	2.029	2.242	1.473	1.496	1.472
	스페인	2.396	2.478	2.283	2.482	2.39	2.533	2.526	2.531
OECD 평균		2.257	2.267	2.301	2.421	2.26	2.261	2.198	2.137

자료: OECD SOCX.

## 1) 장애인 현금급여 지출 추이

전체 장애인복지지출 중 장애인 현금급여 지출 추이를 GDP 대비 비중이라는 상대적 지표를 통해 살펴보면, 가장 최근의 자료라고 할 수 있는 2007년을 기준으로 할 때, 역시 사회민주주의 유형에 해당하는 국가들이 가장 높은 비중을 나타냈으며, 이어서 조합주의, 자유주의 유형으로 나타났다. 하위 유형별 국가들의 GDP 대비 장애인서비스 지출 비중이 가장 높은 유형은 사회민주주의 B형으로서 2.68%로 나타났으며, 이어서 사회민주주의 A형 2.63%, 조합주의 C형 2.27%, 조합주의 A형 2.11%, 자유주의 A형 2.09%, 조합주의 B형 1.67%, 자유주의 B형 0.81% 등의 순서로 나타났다. 개별 회원국 중에서는 OECD 회원국 평균이 1.77%로 나타난 가운데 노르웨이가 3.56%로 가장 비중이 높았으며, 반대로 가장 낮은 국가는 우리나라로 0.43%를 기록했다.

〈표 2-6〉 OECD 회원국의 GDP 대비 장애인현금급여 지출 비중

		(단위: %)								
유형	국가	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007	
사민 주의 (A)	덴마크	3.855	2.861	2.551	2.783	2.559	3.044	3.004	3.068	
	네덜란드	6.512	5.503	6.336	4.833	3.672	3.3	2.707	2.584	
	스위스	2.111	2.096	1.47	1.896	2.1	2.467	2.35	2.24	
사민 주의 (B)	핀란드	3.084	3.555	3.82	4.318	3.051	2.928	2.837	2.676	
	독일	1.878	1.638	1.299	1.815	1.649	1.477	1.41	1.353	
	노르웨이	3.318	3.316	3.997	3.621	3.779	3.614	3.507	3.561	
	스웨덴	4.344	4.124	5.092	3.631	3.59	3.672	3.434	3.113	
자유 주의 (A)	호주	0.887	1.002	1.678	1.99	2.048	1.822	1.729	1.726	
	뉴질랜드	1.244	1.531	2.765	2.655	2.66	2.807	2.929	2.467	
	영국	0.869	1.35	1.954	2.625	2.186	1.925	2.04	2.063	
자유 주의 (B)	캐나다	0.818	1.027	1.203	1.173	0.964	0.926	0.906	0.9	
	일본	0.534	0.546	0.515	0.575	0.584	0.581	0.585	0.593	
	한국	..	..	0.268	0.296	0.279	0.401	0.41	0.434	
	미국	1.129	0.991	1.005	1.177	1.083	1.266	1.283	1.308	
조합 주의 (A)	오스트리아	2.619	2.681	2.504	2.737	2.616	2.279	2.156	2.03	
	벨기에	3.57	3.585	2.564	2.144	1.764	1.922	1.915	1.923	
	헝가리	..	..	..	..	2.329	2.585	2.469	2.376	
조합 주의 (B)	프랑스	2.301	2.317	1.697	1.655	1.575	1.666	1.567	1.565	
	그리스	0.992	1.813	1.194	0.804	0.826	0.858	0.83	0.833	
	룩셈부르크	3.942	3.829	2.706	2.866	2.55	2.282	2.1	1.867	
	폴란드	..	..	3.134	5.386	3.43	2.702	2.517	2.349	
조합 주의 (C)	체코	..	..	2.371	2.252	2.434	2.249	2.31	2.282	
	아일랜드	2.351	2.591	1.362	1.487	1.203	1.493	1.546	1.648	
	이탈리아	1.758	1.954	1.928	1.756	1.548	1.672	1.659	1.679	
	포르투갈	1.906	2.038	2.286	2.296	2.225	2.125	2.117	2.088	
	슬로바키아	..	..	..	1.904	2.077	1.291	1.325	1.311	
	스페인	2.372	2.437	2.237	2.417	2.265	2.342	2.331	2.333	
OECD 평균		2.15	2.164	2.14	2.103	1.911	1.882	1.82	1.768	

자료: OECD SOCX.

## 2) 장애인 현물급여 지출 추이

전체 장애인복지지출 중 장애인 현물급여 지출 추이를 GDP 대비 비중이라는 상대적 지표표를 통해 살펴보면, 가장 최근의 자료라고 할 수 있는 2007년을 기준으로 할 때, 역시 사회민주주의 유형에 해당하는 국가들이 가장 높은 비중을 나타냈으며, 이어서 조합주의, 자유주의 유형으로 나타났다. 하위 유형별 국가들의 GDP 대비 장애인서비스 지출 비중

이 가장 높은 유형은 사회민주주의 B형으로서 1.02%로 나타났으며, 이어서 사회민주주의 A형 0.80%, 자유주의 A형 0.65%, 조합주의 A형 0.33%, 조합주의 B형 0.29%, 조합주의 C형 0.13%, 자유주의 B형 0.08% 등의 순서로 나타났다. 개별 회원국 중에서는 스웨덴이 1.91%로 가장 비중이 높았다. 우리나라의 현물급여 지출수준은 0.117%로 하위 7번째 수준으로 나타나, OECD국가 중 가장 낮았던 현금급여 비중에 비해 상대적 지출수준이 높게 나타나고 있다.

〈표 2-7〉 OECD 회원국의 GDP 대비 장애인 현물급여 지출 비중

(단위: %)

유형	국가	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
사민주의 (A)	덴마크	0.321	0.381	0.726	0.899	1.067	1.275	1.298	1.286
	네덜란드	0	0	0	0.175	0.218	0.197	0.187	0.353
	스위스	0.096	0.111	0.391	0.604	0.691	0.827	0.793	0.76
사민주의 (B)	핀란드	0.413	0.349	0.406	0.747	0.753	0.903	0.9	0.892
	독일	0.163	0.174	0.203	0.708	0.509	0.556	0.535	0.535
	노르웨이	0.075	0.168	0.714	1.029	0.865	0.785	0.725	0.724
	스웨덴	0.466	0.44	0.449	1.306	1.533	1.852	1.83	1.909
자유주의 (A)	호주	0.015	0.021	0.023	0.355	0.498	0.523	0.519	0.52
	뉴질랜드	0.039	0.008	0.086		0.001	0	0.001	0.001
	영국	0.119	0.111	0.207		0.292	0.277	0.396	0.375
자유주의 (B)	캐나다	..	..	..	..	..	..	..	..
	일본	0.113	0.071	0.068	0.121	0.161	0.12	0.175	0.198
	한국	..	..	0.026	0.068	0.09	0.123	0.143	0.117
	미국	..	..	..	..	..	..	..	..
조합주의 (A)	오스트리아	0.124	0.139	0.17	0.19	0.229	0.282	0.302	0.304
	벨기에	0.113	0.117	0.048	0.811	0.974	0.412	0.434	0.414
	헝가리	..	..	..	..	0.243	0.238	0.289	0.282
조합주의 (B)	프랑스	0.461	0.471	0.388	0.442	0.152	0.176	0.184	0.189
	그리스	0	0	0.045	0.021	0.052	0.062	0.059	0.053
	룩셈부르크	0.074	0.066	0.2	0.228	0.58	0.967	0.951	0.868
	폴란드	..	..	0.219	0.281	0.032	0.026	0.032	0.032
조합주의 (C)	체코	..	..	..	0.16	0.199	0.178	0.182	0.067
	아일랜드	0.017	0.034	0.034	0.05	0.083	0.107	0.094	0.105
	이탈리아	0.183	0.181	0.07	0.07	0.081	0.05	0.054	0.055
	포르투갈	0.013	0.016	0.046	0.046	0.038	0.046	0.045	0.045
	슬로바키아	..	..	..	0.124	0.165	0.182	0.171	0.162
	스페인	0.024	0.041	0.046	0.065	0.125	0.191	0.195	0.198
OECD 평균		..	..	..	..	..	..	..	..

자료: OECD SOCX.

### 3) 장애인 재활서비스와 돌봄서비스 지출추이

다음에서는 위에서 살펴본 현물급여 중 사회서비스 지출 추이를 재활 서비스와 돌봄서비스로 구분하여 살펴보고자 한다.

2007년 우리나라 장애인 재활서비스 지출 수준은 GDP 대비 0.016%로 나타나고 있다. 이는 최하위 수치를 보인 슬로바키아(0.002%), 영국(0.002%), 이태리(0.011%) 다음으로 낮은 수치로 OECD 회원국 하위권에 속했다. 그러나 재활서비스 지출 추이가 1990년 0.003%로 최하위에서 2005년 0.009%, 2006년 0.012%, 2007년 0.016%로 점진적으로 증가하고 있는 것이 긍정적으로 평가된다. 노르웨이는 1.104%로 재활서비스 지출비중이 가장 높은 나라였으며 네덜란드가 0.75%로 그 뒤를 이었다. 전반적으로 스칸디나비아 국가와 유럽 대륙 국가의 지출규모가 상위권으로 나타났다(표 2-8 참조).

다음으로 돌봄서비스 지출추이를 살펴보고자 한다. 2007년 우리나라 장애인 돌봄서비스 지출은 GDP 대비 0.372%로 나타났다. 스웨덴이 2.83%, 덴마크가 1.79%로 지출수준이 상위권이었으며 스위스가 1.462%, 아이슬랜드가 1.112%, 이스라엘이 1.081%로 1%이상의 지출규모를 보였다. 우리나라의 지출수준은 에스토니아의 0.373%보다는 낮고 프랑스의 0.35%보다는 높은 수준으로 OECD 회원국 지출규모의 하위 1/3수준으로 평가된다. 장애인 돌봄서비스의 지출규모는 장애인 소득보장이나 재활서비스와 비교하여 상대적으로 높은 수준이었다(표 2-9 참조).

〈표 2-8〉 OECD 회원국의 GDP 대비 재활서비스(Rehabilitation Service) 지출

		(단위: %)							
유형	국가	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
시민 주의 (A)	덴마크	..	..	0.304	0.253	0.339	0.345	0.359	0.276
	네덜란드	0	0	0	0.309	0.473	0.44	0.375	0.75
	스위스	..	..	0.441	0.619	0.635	0.693	0.696	0.681
시민 주의 (B)	핀란드	..	..	..	0.484	0.622	0.62	0.605	0.6
	독일	..	..	..	0.366	0.446	0.484	0.475	0.47
	노르웨이	..	..	..	1.004	1.181	1.18	1.148	1.104
자유 주의 (A)	스웨덴	..	..	..	0.209	0.32	0.311	0.292	0.289
	호주	0.047	0.056	0.064	0.076	0.066	0.047	0.055	0.064
	뉴질랜드	..	..	0.013	0.003	0	0.002	0.002	0
자유 주의 (B)	영국	..	..	0.003	0.002	0.003	0.003	0.003	0.002
	캐나다	..	..	..	..	..	..	..	..
	일본	0	0	0	0	0	0	0	0
조합 주의 (A)	한국	..	..	0.003	0.004	0.004	0.009	0.012	0.016
	미국	..	..	..	..	..	..	..	..
	오스트리아	..	..	..	..	0.054	0.047	0.055	0.046
조합 주의 (B)	벨기에	..	..	0.064	0.003	0.052	0.032	0.039	0.042
	헝가리	..	..	..	..	0.006	0.017	0.105	0.145
	프랑스	..	..	..	..	..	..	..	..
조합 주의 (C)	그리스	..	..	..	0.027	0.068	0.095	0.088	0.081
	룩셈부르크	..	..	..	..	..	..	..	..
	폴란드	..	..	..	..	0.078	0.059	0.072	0.075
기타	체코	..	..	..	0	0	0	0	0.02
	아일랜드	..	..	0.023	0.071	0.205	0.221	0.215	0.203
	이탈리아	0	0	0.034	0.046	0.066	0.013	0.013	0.011
	포르투갈	..	..	..	0.099	0.079	0.08	0.08	0.081
	슬로바키아	..	..	..	..	..	0.002	0.002	0.002
기타	스페인	..	..	..	0.123	0.226	0.38	0.383	0.375
	에스토니아	..	..	..	..	0.033	0.08	0.082	0.089
	아이슬란드	..	..	..	0.044	0.03	0.049	0.065	0.055
	이스라엘	..	..	..	0.405	0.432	0.506	0.502	0.489
	슬로베니아	..	..	..	..	0.159	0.118	0.114	0.135
OECD 평균		..	..	..	..	..	..	..	..

자료: OECD SOCX.

〈표 2-9〉 OECD 회원국의 GDP대비 장애인 돌봄서비스(Residential Care/ Home-Help Services) 지출

(단위: %)

유형	국가	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2006	2007
사민 주의 (A)	덴마크	..	..	0.709	0.905	1.389	1.818	1.886	1.788
	네덜란드	..	..	..	..	..	..	..	..
	스위스	..	..	0.713	0.922	1.14	1.425	1.463	1.462
사민 주의 (B)	핀란드	..	0.453	0.35	0.469	0.541	0.599	0.631	0.644
	독일	..	..	..	0.846	0.597	0.632	0.65	0.703
	노르웨이	..	..	..	0.897	0.723	0.503	0.5	0.504
자유 주의 (A)	호주	..	..	..	0.066	0.08	0.101	0.099	0.097
	뉴질랜드	..	..	0.129	..	..	..	..	..
	영국	0	0.001	0.003	0.001	0.354	0.453	0.43	0.426
자유 주의 (B)	캐나다	..	..	..	..	..	..	..	..
	일본	0.002	0.001	0.001	0.003	0.081	0.12	0.235	0.433
	한국	..	..	0.11	0.11	0.134	0.447	0.496	0.372
조합 주의 (A)	미국	..	..	..	..	..	..	..	..
	오스트리아	..	..	..	..	0.251	0.374	0.397	0.42
	벨기에	..	..	..	0.58	0.596	0.744	0.824	0.785
조합 주의 (B)	헝가리	..	..	..	..	0.278	0.28	0.293	0.293
	프랑스	..	..	0.775	0.802	0.283	0.321	0.343	0.355
	그리스	..	..	..	0.019	0.019	0.019	0.019	0.016
조합 주의 (C)	룩셈부르크	..	..	0.531	0.575	1.544	2.33	2.466	2.4
	폴란드	..	..	..	0.589	..	..	..	..
	체코	..	..	..	0.254	0.405	0.327	0.344	0.07
기타	아일랜드	..	..	..	..	..	..	..	..
	이탈리아	0.149	0.127	0.087	0.075	0.096	0.079	0.085	0.091
	포르투갈	..	..	..	0	0.001	0	0	0
	슬로바키아	..	..	..	0.255	0.317	0.477	0.463	0.469
	스페인	..	..	..	0.008	0.083	0.092	0.099	0.106
기타	에스토니아	..	..	..	..	0.338	0.358	0.349	0.373
	아이슬란드	..	..	..	0.528	0.692	1.085	1.127	1.112
	이스라엘	..	..	..	0.507	0.789	0.992	1.004	1.081
	슬로베니아	..	..	..	..	0.361	0.358	0.366	0.37
OECD 평균		..	..	..	..	..	..	..	..

자료: OECD SOCX.

## 2. OECD 국가의 장애인 소득보장과 사회서비스 연계정책

### 가. 최근 OECD 국가의 장애인급여와 고용서비스 연계를 위한 정책방향

건강수준의 향상과 평균 수명의 증가에도 불구하고 근로연령층 장애인의 연금 의존 심화 및 장애급여 수급자 비율이 지속적으로 증가하는 경향으로 인해 장애인 정책은 주요 OECD 국가에서 복지개혁의 주된 대상으로 인식되었다. 이는 장애급여 대상자가 지속적으로 확대되어 재정 부담이 커졌으며, 또한 장애 급여 지급 대상자 선정 과정이 합리적이지 않아 장애급여가 꼭 필요한 사람에게는 장애급여가 제공되지 못하는 등 제도적 결함에서 비롯된 것이다. 이로 인해 장애급여의 총 지출액은 실업급여 총 지출액의 약 2배에 달하였으며, 전반적인 저실업 기조 속에서도 이들 장애 급여 수급자들의 실업률은 여전히 매우 높은 수준을 나타냈다.

이러한 결과는 기존의 장애 급여 중심의 정책이 지속 가능한 발전을 저해하고, 사회적 효과성이나 정당성에 있어서 문제가 있기 때문에 장애인복지에 있어서의 패러다임을 취업 중심의 평등기회 정책으로 변화해야 함을 시사하는 것이다. 즉, 기존의 정상화 모델과 주류화 모델에서는 장애 급여가 노동시장에의 재진입에 대한 요건이 없기 때문에 나타난 결과로서 새로운 패러다임은 취업중심으로 변해야 하며, 장애급여를 수급하고 있는 경우에도 구직활동, 직업복귀, 그리고 재훈련 프로그램을 등을 강조하는 방향으로 변해야 한다는 것을 의미한다.

장애 급여 수급자의 지속적인 증가로 인한 재정적 압박과 장애인을 대상으로 한 적극적 노동시장정책의 실패 혹은 한계에 대응하여 주요 OECD 회원국들은 다음과 같은 네 가지 전략을 수립하여 대처해 오고 있다.

첫째, 장애급여에 대한 진입 장벽을 엄격히 하고 있다. 이는 장애급여 수급요건으로서 근로능력 평가 요소를 강화하여 부분적으로 근로능력이 있는 장애인이 장애연금과 같은 장기 장애급여를 수급하지 못하도록 하기 위한 것이다. 몇몇 OECD 회원국들의 경우 장애급여 수급 심사 절차를 기존의 근로무능력 중심에서 잔존 근로능력(remaining capacity of work) 중심으로 전환하는 개혁을 시도하였다. 이는 장애급여 수급자들이 탈수급 할 가능성이 거의 없는 현실에서 장애급여 수급자 수를 줄일 수 있는 가장 효과적인 수단이 장애 급여에 대한 신규 진입을 억제하는 것임을 인식하고 있기 때문이다.

둘째, 부분적 근로능력이 있는 장애급여 수급자를 대상으로 급여를 지급 받는 조건으로 고용서비스에 참여하도록 하는 소위 노동시장 정책을 강화하고 있다. 이는 구직활동 등 고용서비스에 참여하는 것으로 조건으로 실업급여를 지급하고 있는 방식과 유사한 것이다.

셋째, 임금보조나 근로소득공제 등 인센티브를 통해 장애인 근로자의 소득을 지원하고 있다. 사실 장애급여에 대한 진입 제한과 장애급여 수급 조건으로서 고용서비스 참여 의무화만으로는 장애인 고용율을 증가시키는데 한계가 있다. 근로활동을 통해 일정 수준 이상의 소득이 발생하지 않는다면 근로능력이 있는 장애인들은 일하기를 주저하거나 구직활동을 하려하지 않을 것이다.

넷째, 장애급여 수급자 수를 줄이고 보다 많은 장애인이 노동시장에 복귀하여 진정한 사회통합을 효과적으로 추진하기 위해 주요 선진국들은 사회보장 급여 전달체계와 고용서비스 전달체계를 통합하는 인프라 개혁을 시도하고 있다. 영국의 고용연금부(Department of Work and Pension), 프랑스의 고용연대부(Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale), 노르웨이의 고용사회통합부(Department of Labour and Social Inclusion), 일본의 후생노동성 등은 중앙부처 수준의 대표

적인 통합 사례이다. 중앙부처의 통합은 자연스럽게 일선 전달체계의 통합으로 이어지는데, 영국의 경우에는 기존의 사회보장급여사무소(Benefit agency)와 고용사무소(Jobcentre)가 통합된 복지고용사무소(Jobcentre Plus)가 운영 중이며, 노르웨이의 경우에는 2006년부터 장애급여와 고용서비스 외에 지방정부 사회서비스사무소가 통합된 NAV를 구축하여 운영하고 있다. 한편, 호주의 경우에는 Centrelink라는 민영화된 조직이 사회보장급여와 고용서비스의 통합된 사정체계로서 기능을 수행하고 있다.

### 1) 기능상태평가(Disability Assessment)에서 근로능력평가(Work Capacity Assessment)로의 전환

#### 가) OECD 회원국의 장애 정의 비교

OECD 회원국에서 운용하고 있는 장애연금제도의 수급 요건으로서 장애 평가는 근로능력 평가이며, 결국 신체적, 정신적 손상과 기능 제약이 장애인의 근로능력을 얼마나 감소시켰는가 혹은 그럼에도 불구하고 남아있는 근로능력은 어느 정도인가를 규명하는 것이라고 할 수 있다.

개별 국가들은 장애에 관한 각기 다른 방식 혹은 다른 개념으로 평가하고 있으나, 일반적으로 장애 평가 과정에서는 진단과 손상에 관한 표준화된 의학적 정보, 그리고 다양한 근로 관련 질문들에 대한 정보들이 수집되며, 급여 담당 기관에서는 이들 정보 중에서 결정적인 변수들을 추출해 낸다.

모든 회원국들이 근로무능력을 사회적 위험으로 인지하고 있으나 개별 국가들이 각기 다른 방식으로 근로무능력을 사정하는 것은 두 가지 요인이 복합적으로 작용하기 때문이다. 하나는 개별 국가마다 근로무능력에 대응하는 급여로서 장애연금제도의 합법성과 완전성을 유지하는

최적의 방법이 무엇인가에 대한 견해가 다르기 때문이고 또 하나는 개별 국가들이 불가피하게 장애연금 운용에 영향을 미칠 수밖에 없는 노동시장에 대해 각기 다른 목표를 지니고 있기 때문이다.

우선 근로 환경에서 개인이 경험하고 있는 문제에 관한 의학적 원인을 규명하는 목적에 대해 개별 국가들은 어느 정도 다른 견해를 갖고 있다. 이러한 차이는 각기 다른 사정 모델과 일정 정도 관련이 있으며, 구체적으로는 급여 담당 기관들의 구조(특히, 의료 보험 기관과 연금 보험 기관과의 관계에 있어서)와 관련 인력의 차이에서 비롯된 것이기도 하다. 개별 국가마다 장애 평가에 참여하는 다양한 전문가들은 각기 다른 수준의 신뢰와 권한을 행사하고 있다. 더욱이 그러한 신뢰와 권한은 각기 다른 방식으로 유지되는데, 매우 높은 수준의 전문 지식에 기반하거나 혹은 조사와 논쟁에 대한 개방적 자세에 기반을 두고 있다. 하나의 사정 모델이 다른 모델보다 우월하다고 주장하기 어려운 것은 그 모델이 개별 국가들이 채택한 장애연금제도의 합법성을 유지하는데 필요한 것이고, 모델의 변화는 장애연금 수급 여부를 결정하는 합법성을 침해할 위험을 내포하고 있기 때문이다. 합법성은 평가를 받아야 하는 장애인뿐만 아니라 미래 수급자로서 현재의 보험료 납부자들 입장에서도 유지되어야만 하는 것이다.

장애연금 수급 형태가 노동시장 상황으로부터 강력한 영향을 받는 것은 익히 알려진 사실이다. 일부 국가들은 높은 퇴직 연령과 고령 근로자에 대한 높은 수준의 장애 급여 수급율을 유지하고 있는 반면, 일부 국가들은 의학적 상관성에 기반하거나 혹은 기반하지 않아도 되는 조기 퇴직제를 유지하고 있다. 이러한 노동 시장 정책들은 장애 평가 절차에서 이상적인 모델로 여겨지거나 추구되어지는 노동시장 상황에 대한 각국의 견해 차이를 반영하는 것이며, 동시에 개인적 요인(교육 수준, 기술 수준 등)과 기타 사회적 요인들이 장애 평가에 영향을 미치는

방식의 차이를 반영하는 것이다.

손상 중심 사정(impairment based assessment)은 노동시장에 대한 이상적 모델이나 다른 사회적 요인을 고려하지 않은 장애평가 방법인 반면, 능력 중심 사정(capacity profile assessment)은 노동시장과 기타 사회적 요인을 고려한 장애 평가 방법이라고 할 수 있다. 특히 영국의 개인능력평가(PCA)는 근로능력에 제약이 있는 장애인도 저임금이나 근로시간 감소를 감수한 채로 수시로 노동시장 진출입이 가능한 매우 유연한 노동시장을 모델로 하고 있다는 것을 반영하고 있다. 이러한 장애 평가 방식은 영국 정부가 추구하는 노동시장 정책과 시장 상황에 부합하는 것임을 보여주는 것이며, 장애인 근로자의 저임금을 보충해 주기 위한 ‘장애인 근로자 세액 공제(the Disabled Worker Tax Credit)’와 같은 다른 관련 정책에 의해 지원된다(EU, 2001).

한편 대부분의 OECD 회원국들은 완전하고 영구적인 근로무능력을 수급 기한에 제한이 없는 완전 장애연금을 수급할 수 있는 기준으로 설정하고 있으며, 일부 국가들에서는 건강상태의 회복이 기대되는 부분적이고 한시적인 근로무능력에 대해서 수급 기한에 제한이 있는 부분 장애연금을 지급하고 있다.

많은 국가들의 경우 장애 연금 수급자로 하여금 직업을 유지하거나 또는 직업에 복귀할 수 있도록 하기 위한 방안으로서 오랜 기간 동안 부분 장애 연금을 운용하고 있다. 부분 장애 연금은 국가마다 각기 다른 방식으로 운용하고 있음을 확인할 수 있다. 북유럽 국가들과 동유럽 국가들, 그리고 네덜란드와 스위스를 포함한 대부분의 국가들은 거의 일을 할 수 없는 자를 대상으로 완전 장애연금을 지급하고 있으며, 부분 장애 연금의 경우에는 감소된 근로능력 수준에 따라 차등하고 지급하고 있다. 대부분의 국가들은 1~3단계의 부분 장애연금을 운용하고 있으나, 노르웨이의 경우에는 근로능력 감소의 간격을 5%로 설정하여 보다 촘촘하

계 부분 장애연금을 운용하고 있다. 부분적 근로 능력 역시 각기 다른 방식으로 정의되고 있는데, 개인이 일을 할 수 있는 근로 시간의 측면에서 부분적 근로 능력을 정의하고 있는 국가도 있는 반면(예: 독일, 스웨덴), 어떤 국가에서는 잔존 근로 능력 혹은 소득 능력 비율과 관련지어 정의하기도 한다.

프랑스, 폴란드 및 스페인 등의 국가는 이전 직업을 수행할 수 없는 자를 대상으로 유사 부분 장애연금을 제공하고 있으며, 완전 장애연금은 어떠한 종류의 직업도 수행할 수 없는 자를 대상으로 지급하고 있다. 이들 국가들의 경우 부분 장애연금은 완전 장애연금보다 급여 수준은 낮지만 사실상 완전 장애연금에 준하는 급여라고 볼 수 있으며, 더욱이 부분 장애연금 수급자들은 다른 직업을 통해 추가적인 소득을 벌어들임으로써 부족한 부분을 보충하고 있다.<sup>11)</sup> 대부분의 국가들은 지난 10~20년간 이러한 이전 직업 수행 능력에 대한 평가를 폐지했지만, 사무직 근로자 연금에서 여전히 이전 직업 수행 능력에 근거하여 부분 장애연금을 지급하고 있는 벨기에와 완전 장애연금에서조차 이전 직업 수행 능력을 기준으로 하고 오스트리아는 예외적인 국가들이다.

장애연금의 수급 요건으로서 노동시장에서 요구하는 근로능력이 어느 정도 손상되었는지를 평가하고자 할 때, 이전 직업을 기준으로 할 것인지 아니면 일반적인 직업을 기준으로 할 것인지에 대한 선택에 따라 장애 급여에 대한 진입의 용이성이 결정된다는 주장은 아직까지는 증거가 불충분한 상태이다. 그러나 부분 장애연금 제도를 운용하고 있는 국가들이 더 높은 장애급여 수급율을 보이고 있다는 것은 분명하다. 부분 장애연금 제도의 문제점은 부분적으로 손상된 근로능력을 가지고 있는 자에게 조금 낮은 수준의 연금을 제공하면서, 그들이 여전히 갖고 있는 근로

11) 특히 스페인의 경우에는 다른 직업에 종사함으로써 얻는 소득에 대한 제한이 없다.

능력에는 주목하고 있지 못하다는 점이다. 대부분의 국가에서 부분 장애연금 수급자들은 단시간 근로에 대한 참여 없이 연금을 수급하고 있다. 이러한 부분 장애연금이 전체 고용율에 미치는 영향에 대해서는 아직까지 결론을 내릴만한 증거가 불충분하지만, 핀란드와 네덜란드의 사례를 보면 부분 장애연금을 수급하고 있는 전체 장애인 중 각각 1/3과 1/2이 일을 하지 않고 있는 것으로 나타났다.

부분 장애연금은 잔존 근로능력을 적극적으로 활용하는 것을 요건으로 하여 지급할 수 있다. 그러나 이것이 가능하기 위해서는 수급자가 구직 활동을 하고 다양한 고용서비스를 실제로 제공받을 수 있어야 한다는 전제가 있어야 한다. 이러한 전제가 충족될 때 정상적인 노동시장 참여와 구직 활동을 부분 장애연금의 수급 요건으로 할 수 있을 것이다. 잔존 근로능력의 적극적 활용을 수급 요건으로 하는 부분 장애연금은 부분 실업급여와 결합될 수 있다. 대표적으로 독일의 경우 부분 장애연금을 수급할 수 있는 자격을 갖춘 장애인이 자신의 잔존 근로능력에 상응하는 단시간 직업을 찾지 못했을 경우에는 완전 장애연금을 수급하게 된다.

최근 스위스는 중간 단계의 부분 장애연금을 도입하였는데, 이는 잔존 근로능력에 따라 급여 수준을 인상 혹은 삭감할 수 있도록 하는 방식으로의 전환을 고려한 것이라고 할 수 있다. 스위스 정부는 근로에 대한 유인을 증가시킴으로써 노동 시장 진입에 대한 장벽을 제거하기를 희망하고 있으나 현재까지는 이러한 변화 가능성에 대한 실증적인 증거가 부족한 상태에 있다.

〈표 2-10〉 OECD 회원국의 기여 소득보전급여에서의 장애 기준

국가	완전 장애연금	부분 장애연금
호주	- 향후 2년 안에 주당 최소 15시간 이상 일을 할 수 없는 상태	- 없음
오스트리아	- 최소 50% 이상 근로능력(비숙련 노동자의 경우에는 소득능력) 감소가 있는 상태	- 없음
벨기에	- 질병 혹은 결함으로 인해 동일 업종에서 동일한 수준의 교육훈련을 받은 근로자의 평균 소득의 1/3 이상을 벌 수 없는 근로자는 근로무능력으로 간주 • 이전 직업을 수행하는 데 있어서 최소 66% 이상의 소득능력 감소가 있는 상태	- 없음
캐나다	- 상당한 수준의 소득을 창출할 수 있는 직업을 추구하지 못하도록 하는 심각한 지속적인 정신적, 신체적 기능 제약	- 없음
체코	- 70% 이상의 근로능력 감소	- 35~49% 근로능력감소 - 50~69% 근로능력감소
덴마크	- 18~65세의 자로서 근로능력이 최저생활을 영위할 수 없는 수준까지 감소한 상태 • 고용 복귀 실패 후 영구적으로 기능 제약이 있고 동시에 파트타임 직업 혹은 영구적인 임금 보조가 주어지는 직업을 수행할 수 없는 상태	- 없음
핀란드	- 최소 60% 이상의 근로능력 감소가 있는 상태	- 40~59% 근로능력감소(1/2 지급)
프랑스	- 질병 혹은 결함으로 인해 동일 지역에 있는 동일한 업종에서 동일한 수준의 교육훈련을 받은 근로자의 평균 소득의 1/3 이상을 벌 수 없는 상태 • 어떠한 종류의 직업도 수행할 수 없는 상태	- 66.6% 이상의 소득능력 감소가 있고 동시에 이전 직업을 수행할 수 없는 상태(1/2 지급)
독일	- 질병 혹은 결함으로 인해 정규 노동 시장 조건에서 상시적으로 하루 3시간 이상 일을 할 수 없는 상태	- 질병 혹은 결함으로 인해 정규 노동시장 조건에서 상시적으로 하루 6시간 이상 일을 할 수 없는 상태
그리스	- 80% 이상의 소득 능력 감소	- 50~66% 소득 능력 감소 - 67~79% 소득능력 감소
헝가리	- 79% 이상의 건강상의 손상이 있는 상태	- 50~79% 건강상의 손상이 있으면서 재할 없이 고용될 수 없는 상태

국가	완전 장애연금	부분 장애연금
아일랜드	- 최소 12개월간 상병 급여를 받은 자로서 평생 동안 일을 할 수 없는 영구적 근로 무능력(장애연금)	- 없음
이탈리아	- 신체적, 정신적 질병 혹은 결합으로 인해 어떠한 직업에도 종사할 수 없는 절대적이고 완전한 근로무능력 • 어떠한 직업도 수행할 수 없는 100%의 완전하고 영구적인 근로무능력(장애연금)	- 없음
일본	- 의학적으로 결정되는, 근로능력을 심각하게 제약하는 장애 상태	- 없음
한국	- 의학적으로 결정되는 장애 상태	- 의학적으로 결정되는 장애 상태 (장애 정도에 따라 완전연금의 80%, 60% 지급)
룩셈부르크	- 과거의 직업 혹은 자신의 능력에 상응하는 다른 직업을 수행할 수 없는 상태	- 유사 부분 장애연금 운용
멕시코	- 이전 직업을 수행하는 데 50% 이상의 소득능력감소가 있는 상태	- 없음
네덜란드	- 최소 80% 이상의 영구적인 소득 능력 감소가 있는 상태	- 완전하나(80% 이상) 일시적인 소득능력감소 혹은 35~ 79%의 소득능력감소가 있는 상태
뉴질랜드	- 근로능력에 영구적이고 심각한 제약이 있는 상태 • 최소 2년 이상 장애가 지속되어야 하며 노동시장에서 주당 15시간 이상 정기적으로 일을 할 수 없는 상태	- 없음
노르웨이	- 95% 이상의 근로능력 감소가 있는 상태 (급여 수준은 소득 능력 감소 수준에 의해 결정)	- 50~94%의 근로능력 감소가 있는 상태
폴란드	- 어떠한 종류의 직업도 수행할 수 없는 상태	- 이전 직업을 수행할 수 없는 상태
포르투갈	- 어떠한 종류의 직업도 수행할 수 없는 100% 수준의 영구적인 근로무능력	- 이전 직업에 있어서 66.6%의 소득 능력 감소가 있는 상태
슬로바키아	- 직업재활을 고려한 상태에서 1년 이상 지속되는 40% 이상의 소득능력 감소	- 없음
스페인	- 치료 후에도 신체적 또는 정신적 기능 제	- 치료 후에도 신체적 또는 정신적

국가	완전 장애연금	부분 장애연금
	<ul style="list-style-type: none"> <li>약을 경험하고 있으며 이로 인해 완전히 일을 할 수 없는 상태</li> <li>어떠한 종류의 직업도 수행할 수 없는 상태</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>가능 제약을 경험하고 있으며 이로 인해 부분적으로 일을 할 수 없는 상태</li> <li>이전 직업을 수행할 수 없는 상태</li> </ul>
스웨덴	- 하루 2시간 이상 일을 할 수 없는 상태	- 하루 2시간 이상 일을 할 수 있는 상태(근로가능시간에 따라 완전장애연금의 25/50/75% 지급)
스위스	<ul style="list-style-type: none"> <li>근로무능력은 질병 혹은 사고에서 비롯되는 것으로서 완전한 소득 무능력이 영구적으로 혹은 상당기간 지속되는 것을 의미</li> <li>70% 이상 소득능력 감소가 있는 상태</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>근로무능력은 질병 혹은 사고에서 비롯되는 것으로서 부분적 소득 무능력이 영구적으로 혹은 상당기간 지속되는 것을 의미</li> <li>60-69% 소득능력감소(3/4지급)</li> <li>50-59% 소득능력감소(1/2지급)</li> <li>40-49% 소득능력감소(1/4지급)</li> </ul>
터키	- 40% 이상 근로능력 감소가 있는 상태	- 없음
영국	- 경쟁 고용시장에서 직업을 구할 수 없는 수준의 기능적 제약이 있는 상태	- 없음
미국	- 일정 수준의 소득 활동에 종사할 수 없는 근로무능력	- 없음

자료: OECD, 2010.

## 나) OECD 회원국의 장애 재평가제도 비교

장애급여가 다른 사회보장급여와 비교할 때 두드러지게 다른 점은 수급 기간이 거의 영구적이라는 점이다. 매우 적은 수의 사람이 탈 수급하며, 그 보다 더 적은 수의 사람만이 직업에 복귀한다. 장애급여 수급자로 하여금 장애연급에 의존하는 것을 줄이기 위해 많은 OECD 회원국들은 단기 혹은 임시 급여에 있어서 신규 신청자들을 제한하는 조치를 취하고 있다. 이러한 조치는 아래 표에서 보듯이 개별 국가의 특성에 맞게 다양한 방식으로 진행되고 있다.

일부 국가에서는 장애인이 완전하고 영구적으로 일을 할 수 없는 경

우가 아니면 급여가 정해진 기간 동안에만 제공된다. 오스트리아의 경우 장애 급여는 최대 2년까지만 지급되며, 독일과 이탈리아는 주기적인 재평가를 통해 최대 3년까지 지급하는데, 이탈리아의 경우 6년이 지나면 영구 급여로 전환된다. 폴란드의 경우 더욱 급진적인 조치를 취하였는데, 1990년대 초반 단행된 장애연금 개혁의 후속 조치로 인해 장애급여는 3년 이상 수급할 수 없는 상시적인 한시 급여로서 운용되고 있으며, 모든 수급자는 매 3년마다 다시 장애급여를 신청하여 완전히 새로운 수급 자격 심사를 거치도록 하고 있다. 일부 국가에서는 앞서의 국가들과 유사하지만 상대적으로 완화된 방식의 접근을 취하고 있는데, 원칙적으로 장애급여를 영구적으로 혹은 수급 기한에 제한을 두지 않되, 정기적으로 재평가하도록 하는 방식이 그것이다. 재평가 주기는 벨기에와 스웨덴에서와 같이 주로 3년을 채택하고 있다.

체코, 프랑스, 헝가리, 슬로바키아, 영국 및 대부분의 비유럽 국가들은 보다 더 유연한 접근을 취하고 있다. 이들 국가들은 장애 평가 결과를 고려하여 지급 기한을 결정하며, 매 재평가 때마다 다음 번 재평가 시기가 결정된다. 예를 들어 미국에서는 의학적으로 상태가 개선될 것으로 예상되는 경우에는 6~18개월마다, 의학적으로 개선의 여지가 없다고 판단되는 경우에는 매 7년마다 재평가를 실시하고 있다. 다른 국가들은 재평가 주기를 설정하지 않고 부정기적으로 재평가를 실시하고 있다.

장애 재평가에 관한 핵심적인 쟁점은 다음의 세 가지이다. 첫째, 재평가가 실제로 얼마나 중요하게 취급되고 있는가? 둘째, 어떤 기준에 의해 재평가가 이루어지고 있는가? 셋째, 최초에 한시 급여를 운용하는 것의 효과는 무엇인가?

첫 번째 쟁점에 관하여 제한된 자료를 통해 잠정적으로 내릴 수 있는 결론은 대부분의 국가들에서 절대 다수의 장애인들은 재평가를 받지 않고 있으며, 받는 다 하더라도 심각하게 이루어지지 않는다는 것이다. 장

애급여 수급자에게 상태의 변화가 있었는지를 물어보는 것 이상의 재평가는 거의 이루어지지 않고 있다고 할 수 있다.

두 번째 쟁점, 즉 재평가 기준과 관련하여 많은 국가들은 즉 의학적 상태가 개선된 경우에만 장애급여 지급을 재고하거나 철회할 수 있다는 매우 협소한 기준을 활용하고 있다. 더욱이 그러한 의학적 개선 여부를 입증 책임을 급여 당국이 지님으로써 재평가의 어려움을 가중시키고 있다. 이는 재평가에 기반한 한시 급여로서 장애 급여를 운용하는 방식이 결과적으로 효과적이지 않은 정책 수단으로 자리매김하도록 하고, 수급자의 요청 혹은 담당자의 직권에 의해 재평가가 이루어진 후에 장애급여 수급자가 수급권을 상실하는 비율보다 오히려 더 높은 수준의 급여를 받는 비율이 왜 더 높은 지를 설명해 주는 결정적 요인이 되고 있다.

세 번째 쟁점에 관해서는 결론을 내리기가 쉽지 않다. 일반적으로 대부분의 한시 급여는 갱신되거나 어느 단계에 이르면 영구 급여로 전환된다. 원칙적으로 한시 급여의 자격 기준은 덜 엄격한데, 이는 장애 급여의 본래 목적과 상충되는 것이며 사실상 영구 급여로의 유입을 증가시킴으로써 결과적으로 노동시장의 공급을 줄이는 역할을 하고 있다. 2004년에 기존 영구 급여와 별개로 한시 급여를 도입한 이후 20~39세 연령대에서 장애 급여에 대한 신청 비율이 40~60% 증가한 것으로 나타난 노르웨이는 이를 잘 보여주는 사례라고 할 수 있다.

〈표 2-11〉 OECD 회원국의 장애 재평가 유형 및 주기

국가	재평가 유형 및 주기
호주	- 개인별 위험에 기반한 의학적 평가를 비정기적으로 시행
오스트리아	- 최초 2년까지는 일시 급여, 이후 정기적인 재평가를 통해 건강상의 개선이 없는 경우 계속적으로 연금 지급 - 100% 장애인 경우 영구적으로 연금 지급
벨기에	- 최초 3년간 지급 후 유연한 방식의 검사 시행
캐나다	- 사실상 영구 급여
체코	- 한시 급여, 개인의 상태에 따라 정기적인 재평가 시행
덴마크	- 재활 서비스 개입이 실패한 경우 영구적으로 연금 지급(재평가 없음)
핀란드	- 한시 급여, 재활계획과 사정에 따라 결정
프랑스	- 한시 급여, 유연한 방식의 재평가 시행
독일	- 건강상의 개선이 예상되는 경우 정기적인 재평가를 통해 최초 3년간 한시 급여로서 지급 - 취약한 노동시장으로 인해 완전 장애연금을 수급하고 있는 경우에는 상시적으로 한시 급여로서 지급
그리스	- 한시 급여로서 주기적으로 재평가 실시 후 영구 급여로 전환
헝가리	- 한시 급여, 정기적으로 재평가 실시(자기 평가의 필요성 및 시기는 실제 의학 적 평가에 따라 결정)
아일랜드	- 거의 영구적으로 연금 지급
이탈리아	- 완전한 영구적 장애의 경우에는 영구 급여 - 부분 장애의 경우에는 3년간 지급, 6년 후 영구 급여로 전환
일본	- 한시 급여, 정기적 재평가 실시
한국	- 완전하게 치료가 종료되지 않은 질환의 경우 정기적 재평가 실시
룩셈부르크	- 한시 급여의 경우 부정기적으로 재평가 실시 - 영구 급여의 경우 재평가 실시 안함
멕시코	- 회복 가능성이 있는 경우 최초 1년동안에는 정기적인 재평가를 수반하는 일시 급여로서 운용, 이후 2년 경과 후에는 영구 급여로 전환
네덜란드	- 완전하고 영구적 장애의 경우에는 영구 급여 지급 - 부분적이고 한시적인 장애의 경우에는 5년간 지급하는 한시 급여 지급 - 자격심사 기준이 변경된 경우에는 담당자의 직권으로 재평가 실시 가능
뉴질랜드	- 재평가 규정 설치 - 사례관리자가 의학적 정보에 근거하여 재평가 여부 및 재평가 주기(2년 혹은 5년) 결정
폴란드	- 매우 엄격한 한시 급여로서 운용 - 장애 급여 수급이 3년이 지나면 종료되며, 수급자는 다시 신청하여 새로운 장애평가를 거쳐야 함.

국가	재평가 유형 및 주기
포르투갈	- 영구 급여, 상시적으로 재평가 가능
슬로바키아	- 의학적 상태에 따라 정기적인 재평가 실시
스페인	- 영구 급여 - 부분 장애의 경우, 최대 30개월간 장기 상병 급여 지급 후 영구 급여로 전환
스웨덴	- 영구 급여, 매 3년마다 재평가 실시
스위스	- 의학적 상태가 지속되는 한 장애 급여 계속 지급 - 수급자의 요청 혹은 담당자의 직권에 의한 상시적 재평가 가능
터키	- 급여 기관 요청에 따라 재평가 가능
영국	- 근로능력평가 최저 점수를 충족하는 한 일반적으로 한시 급여로 운용, 재평가 실시
미국	- 의학적으로 개선이 예측되는 경우 6~18개월 주기로 재평가 실시 - 의학적으로 개선이 가능한 경우 매 3년마다 재평가 실시 - 의학적으로 개선이 어렵다고 예측되는 경우 매 7년마다 재평가 실시

자료: OECD(2010)

#### 다) 장애 평가 개혁 동향

지난 10년간 지속되어 온 장애 급여 수급자 수의 급격한 증가 추이 속에서 주요 OECD 회원국들은 근로가능 연령대에 있는 장애인에 대한 지원 전략을 재고하게 되었다.

건강상의 문제는 있으나 소득활동에 종사할 수 있는 수준의 근로능력을 보유한 장애인들이 장애급여 수급을 위해 퇴직하는 핵심적인 이유 중 하나는 장애 급여 수급 여부가 신청인 개인의 노동시장 경쟁력에 대해 신뢰성과 타당성을 갖춘 평가 기준에 의해 결정되지 않고 있다는 점이다. 즉 장애급여의 핵심적인 수급 요건으로서 근로능력 평가와 관련하여 기존의 방식은 개개인의 다양한 손상이 그들의 노동 시장 경쟁력에 어떠한 영향을 미치고 있는 지에 대한 충분한 지식과 경험이 없는 의료 전문가들이 단순히 신체적, 정신적 기능 상태에 대한 의학적 진단에 근거하여 개인의 근로능력을 판정하는 일을 수행함으로써 결과적으로 부

분적으로 근로능력이 있는 장애인들이 근로무능력자로 운명지워지는 현상이 보편화되고 있다. 이러한 의료 중심 판정은 전적으로 장애 급여 수급 여부를 결정하거나 또는 결정적인 요인으로 작용해 왔다.

부분적 근로능력이 있는 장애인이 장애 급여를 받기 위해 퇴직하는 또 다른 이유는 장애급여제도에 내재된 잘못된 가정들 - 즉, 개인의 건강상태는 호전될 가능성이 거의 없으며, 따라서 어떠한 종류의 일도 할 수 없을 것이다 - 에 기초하고 있기 때문이다. 오늘날 가장 빈번한 건강상의 어려움을 갖고 있는 대다수의 사람들에게 이러한 가정의 적용은 매우 잘못된 것이다. 그들은 급여가 삭감되는 것을 피하기 위해서 일을 할 수 없다고 주장하며, 빈곤층으로 전락할 위험이 있음에도 그들의 소득을 상당 수준 증대시킬 수 있는 어떠한 활동에도 참여하지 않는다. 또한 자신들의 건강 상태가 전혀 개선되지 않고 있다고 보고한다.

의학적 진단 중심의 기능 상태 평가의 약점 중 하나는 의학적 진단이 개인의 노동시장 복귀 가능성과 관련이 없다는 것이다. 더욱이 의학적 진단은 의사 등 평가 인력에 따라 결과가 상이하며(Hunt et al., 2002), 환자의 요구에 따라 결과가 달라진다(Cambell & Ogden, 2006). 따라서 일을 할 수 있는 많은 사람들이 장애 급여를 지급 받음으로써 노동 시장에서 배제될 가능성이 매우 높다. 만성적인 건강 문제 또는 장애를 가진 개인이 의학적 치료와 재활을 필요로 할 수 있지만 매우 가변적인 의학적 사정 결과를 장애 급여의 주된 결정 요인으로 활용하고 있는 것은 분명히 효과적이지 못한 전략이다.

이러한 문제점을 인식한 일부 국가들은 최근 개인의 기능 상태에 대한 사정에서 벗어나 개인의 남아 있는 근로 능력을 더 잘 활용하기 위한 노력을 전개하고 있다. 그러한 노력의 결과로 노동 시장에서 벗어나 있는 사람들을 지원하는 것보다 파트 타임 혹은 풀 타임으로 일을 할 수 있는 사람들을 지원하는 것에 장애인정책의 초점이 옮겨지고 있다.

이는 장애 개념의 모델이 의료적 모델에서 보편적 원칙에 입각한 사회적 모델로 전환되는 것을 의미하는 것이라고 할 수 있다. 여기에서 보편적 원칙이라 함은 참여, 존엄, 접근성, 질을 의미하며(Arsenjeva, 2009; Greve, 2009), 결국 장애를 규정함에 있어서 더욱 중요한 자료는 의학적 정보가 아니라 사회통합과 관련된 정보라는 것이다.

특히 덴마크와 네덜란드는 OECD 국가들 중 장애 평가 방식을 개혁한 가장 대표적인 국가로 꼽히고 있다.

#### 덴마크의 장애 평가 개혁

덴마크의 경우 2003년 장애연금 개혁으로 인해 장애연금 수급 요건으로서 장애 평가는 개인의 남아 있는 기능 상태 혹은 정부의 예산 지원을 받는 일자리(flex-job)를 수행할 수 있는 능력의 정도에 초점이 맞춰졌다. 구체적으로 살펴보면, 장애연금 신청자 개인의 건강상태, 사회적 지지체계, 노동시장 경험 등을 포괄한 종합적인 개별 파일이 작성되어 이에 근거하여 장애연금 수급 여부가 결정되는데, 장애연금 지급은 결과적으로 이러한 평가에 기초할 때 장애연금 신청자가 정부의 예산 지원을 받는 일자리를 수행할 수 없을 정도의 능력을 보유하고 있으면서 동시에 다양한 재활서비스로도 기능 회복을 기대하기 어려운 경우에만 이루어진다.

#### 네덜란드의 장애 평가 개혁

네덜란드의 경우, 잔존 소득활동능력을 결정하기 위해 가상의 직업을 수행하는 데 필요한 능력을 개인이 갖고 있는지를 평가한다. 네덜란드의 장애 평가 과정을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

우선 장애연금 신청서가 제출되면, 신청인의 소득 능력은 두 단계로 평가되는데, 첫째, 신청인의 능력 프로파일(capacity profile)을 개발하고, 둘째, 능력의 제약이 잠재적 소득 획득 능력에 미치는 영향을 조사하는 것이다.

첫 번째 단계인 능력 프로파일은 사회보험청 의사가 수행하게 되는데, 신청인의 주치의가 제공한 각종의 의학적 정보에 근거하여 신청인의 신체적, 정신적 기능을 사정한다. 이 단계의 핵심 절차는 의사가 신청인의 건강상의 문제와 여러 가지 활동을 수행하는 능력에 관해 작성하는 구두 면접이다. 신청인이 일을 할 수 있는 기능적 능력이 있는 지를 측정하기 위해 네덜란드에서는 구조화된 접근을 시도한다. 즉 근로와 관련된 기능적 능력을 28개로 세분화하여 신청인의 능력을 각각 평가한다.

두 번째 단계는 소득 능력의 손실을 평가하는 단계로서 사회보험청 소속 고용전문가가 수행한다. 고용 전문가는 신청인을 면접조사하며, 신청인의 교육 수준, 전문적 직업 기술 및 직업 경험 등에 관한 정보를 수집한다. 잔존 소득 능력을 결정하기 위해 고용 전문가는 신청인이 수행할 수 있는 직업을 규명하게 되는데, 이 때의 직업은 가상의 직업으로서 신청인의 교육 수준과 과거의 직업 경험에 부합하는 일반적으로 신청인이 수용할 수 있는 수준의 직업이어야 한다. 신청인이 수행 가능한 직업을 규명하는 데 있어서 고용전문가가 활용하는 주된 도구는 기능 정보 시스템(Functional Information System)이다. 이 시스템은 네덜란드 노동 시장에 존재하는 수천가지의 직업에 대한 정보(근무 패턴, 임금, 직업의 숙련성 정도, 직업 요구 조건, 직업 설명, 직업수행에 필요한 기능적 능력 등) 등을 포함하고 있다. 고용전문가는 이러한 데이터베이스를 활용하여 신청인이 수행할 수 있는 직업을 최소 3개 이상 발굴해야 하며, 만일 3개 이상의 직업이 발굴되지 못할 경우 신청인은 완전 장애로 평가된다. 발굴되는 3개 직업은 최고 수준의 임금을 보장하는 직업 중에서 선별되는데, 중간 수준의 임금을 보장하는 직업은 신청인의 잔존 소득 능력으로 수행 가능한 직업을 의미한다. 신청인의 잔존 소득 능력은 원칙적으로는 동일한 비장애인의 소득과 비교하여 결정하도록 하고 있으나 실제적으로는 신청인의 이전 소득이 준거로서 활용된다.

또한 일부 국가들은 다른 방식으로 장애 평가 절차를 개선하였는데, 헝가리와 슬로바키아의 경우 의학적 중심의 평가에서 탈피하여 사회적 측면과 노동시장 상황을 고려한 학제간 접근을 시도하였다. 또한 장애 평가 방식의 전환은 관련 전문인력의 책임성 혹은 재량권의 변화를

의미하기도 하는데, 과거에는 의사의 결정권에 거의 전적으로 의존하였다면 최근에는 의학적 자료는 물론 신청인의 능력과 직업 욕구를 함께 고려하여 장애 급여 지급 여부를 결정하는 사례관리자(case-managers)의 역할이 증가하고 있다(예: 뉴질랜드, 노르웨이, 스위스 등).

장애급여 지급 요건으로서 개인의 잔존 근로능력 평가를 실시하는 데 있어서 중요한 쟁점은 실제 직업(actual job)을 수행하는 데 필요한 능력을 평가할 것인가 아니면 가상의 직업(hypothetical job)을 수행하는 데 필요한 능력을 평가할 것인가에 관한 것이다. 대부분의 국가들은 개인이 노동시장에서 배제되는 것을 예방하기 위해 실제 직업보다는 이론적 노동시장, 즉 가상의 직업을 상정하여 장애를 평가하고 있다.

근로능력을 평가하는 방식과 관련하여 또 다른 진전은 과거 직업 사정(usual-occupation assessment)에서 탈피하여 모든 직업 사정(any-occupation assessment)으로 전환하고 있다는 것이다. 이는 장애 급여 신청자가 수행했던 과거의 직업 혹은 유사한 직업에 비추어 근로능력을 평가하는 방식에서 노동시장에 존재하는 모든 직업을 수행할 수 있는 근로능력을 갖고 있는지를 평가하는 이전보다 더 광범위한 사정으로 변화되었다는 것을 의미한다.

이렇듯 잔존 근로능력을 보다 명확히 규명하고 근로능력이 있는 장애인에 대한 노동시장 참여를 강화하기 위해 몇몇 국가들은 장애 급여 제공의 가장 바람직한 대상이라고 할 수 있는 완전한 근로무능력자를 선별하는데 노력을 기울이고 있다.

## 2) 부분적 근로능력자에 대한 고용서비스 강화

주요 OECD 회원국들은 근로무능력(incapacity)이라는 말 대신에 부분적 근로 능력(partial work capacity)이라는 용어를 사용하고 있으며, 완전한 근로무능력자에 대해서는 더 높은 수준의 장애 급여를 제공하는 한편, 부분적 근로 능력이 있는 자에 대해서는 일정 기간 동안에만 장애 급여를 지급하되, 고용서비스 참여를 의무화하여 결과적으로 이들이 노동시장에 참여할 수 있도록 하는 것을 유도하고 있다. 네덜란드, 영국, 오스트리아, 이탈리아, 룩셈부르크 및 스위스는 이러한 국가들의 대표적인 사례라고 할 수 있다.

특히 영국의 경우, 기존 장애 연금(Incapacity Benefit)을 2008년 10월부터 고용 및 지원수당(Employment and Support Allowance)로 개편하면서 기존의 개인 능력 평가(Personal Capacity Assessment)보다 훨씬 노동시장 친화적인 새로운 평가 방식인 근로능력평가(Work Capacity Assessment)를 통해 부분적 근로능력이 있는 개인을 규명하고 있으며, 이들이 약 6개월간 시행되는 'Pathways-to-work'라는 직무 중심 인터뷰에 참여하지 않으며 급여 삭감 등 제재 조치를 취함으로써 장애급여가 일종의 실업급여와 거의 유사한 역할을 수행하고 있다.

### Pathways to Work 개요

'Pathways to Work' 프로그램은 장애연금과 장애부조를 신청한 자의 취업을 촉진하기 위한 서비스로서 1995년까지 10년간 장애연금 수급자가 급증한 상황에서 장애연금 수급자 수를 줄이기 위해 영국 정부가 취한 여러 전략 중 하나이다. 'Pathways to Work' 프로그램은 2003년에 시범사업 형태로 처음 도입되었으며, 2008년 4월부터 신규 장애연금 신청자 모두에게 적용되기에 이르렀다.

‘Pathways to Work’ 프로그램 하에서 18~60세의 모든 장애연금 신청자는 8주 동안 Jobcentre Plus의 장애인고용전문가(Disability Employment Advisor)가 진행하는 취업과 관련된 집중적인 인터뷰에 참여해야 하는데, 만일 이를 어길시 급여 삭감을 감수해야 한다. 이후 장애연금을 지급하는 대부분의 사람들은 5주 동안 추가적인 취업 관련 인터뷰에 참여해야 한다. 이 때 심각한 의학적 손상을 가지고 있거나 특별한 도움이 없어도 1년 이내에 직업에 복귀할 가능성이 높다고 판정받은 사람들은 추가 인터뷰 참여가 면제된다. 이들도 본인이 원할 경우 추가 인터뷰에 참여할 수 있다. ‘Pathways to Work’ 프로그램이 아닌 다른 고용서비스에 참여하는 경우 취업 관련 인터뷰는 처음 8주간만 진행된다.

‘Pathways to Work’ 프로그램에 참여하는 자는 본인이 원하면 다른 고용 서비스에도 참여할 수 있다. 이들 프로그램에는 ‘선택’ 패키지(‘Choices’ package)와 재취업 수당(Return to Work Credit), 사례관리자 재량 기금(Adviser Discretionary Fund) 등이 있다. ‘선택’ 패키지는 노동시장 참여에 대한 준비와 기회를 증가시키기 위한 일련의 프로그램으로서 주로 장애인 뉴딜(New Deal for Disabled People: NDDP)<sup>12)</sup>과 건강 관리 프로그램(Condition Management Programme: CMP)으로 패키지가 구성된다. 건강 관리 프로그램은 오직 ‘Pathways to Work’ 프로그램 참여자에게만 제공되는 새로운 서비스로서 지역 보건의료기관과 협력하여 장애인이 자신의 장애 혹은 건강 상태를 관리하도록 돕는 프로그램이다. 선택 패키지는 Workstep<sup>13)</sup>, Work Preparation<sup>14)</sup>, Work Based Learning for Adult 같은 소규모 프로그램을 선택하여 구성할 수도 있다.

재취업수당은 ‘Pathways to Work’ 프로그램을 통해 일정 기간 이상 취업한 장애 급여 지급자에게 지급되는 급여로서 일종의 취업촉진수당이라고 할 수 있다. 재취업 수당은 ‘Pathways to Work’ 프로그램 참여자에게만 지급되며, 연 소득이 15천 파운드를 넘지 않는 한도 내에서 주 16시간 이상 일을 하는 장애연금 지급자에게 최대 1년간 주당 40파운드가 지급된다.

사례관리자 재량 기금은 고용서비스에 참여하는 장애인에 대해 사례관리자로서의 역할을 수행하는 Jobcentre Plus의 장애인고용 전문가가 장애인의 취업 가능성을 제고하기 위해 최대 1년간 300파운드를 지급할 수 있도록 하는 제도이다.

### 3) 장애인 근로자의 소득 강화

근로를 함으로써 기존의 장애급여가 삭감되는 효과보다는 소득이 증가하는 효과가 더 크다면 부분적 근로능력을 지닌 장애인들의 노동시장 참여에 대한 경제적 인센티브가 작동하게 된다. 이는 장애인의 근로활동이 지니는 소득효과를 제고하는 전략으로 볼 수 있다. 장애인의 근로활동이 지니는 소득효과는 근로시장 진입에 따른 소득효과와 근로시간 증가에 따른 소득효과로 구분할 수 있으며, 이 두 측면에서 소득효과가 제고된다면 근로능력이 있는 장애인의 노동시장 통합은 촉진될 수 있을 것이다.

- 
- 12) 장애나 건강상태와 관련하여 사회보장급여를 받고 있는 사람이 일하기를 원하지만 이를 위하여 구체적인 도움이 필요할 때, Voluntary New Deal for Disabled People의 도움을 받을 수 있다. 이 프로그램은 장애인 직업에 관한 경험이 있어서 Jobcentre Plus에 의해 선택된 Job Broker들의 네트워크 조직에 의해 제공되는 자원봉사 프로그램이다. 이 프로그램에 참여한다고 해서 사회보장급여에 영향을 미치는 것은 아니다.
  - 13) WORKSTEP은 직장을 유지하는데 보다 심각한 장애에 직면해 있는 2,600명이 넘는 장애인에 대하여 직장에서의 지원을 제공한다. 이를 통해서 장애인들이 일반고용 환경에서 일할 수 있도록 돕는다. WORKSTEP provider에 의해서 서비스가 제공되며, 거의 모든 취업 직종에서 지원을 받을 수 있다. 이 프로그램은 장애인을 위한 다른 고용지원 프로그램을 통해서는 욕구를 충족할 수 없는 것으로 확인된 경우에 제공될 수 있으며, 고용에 복합적인 장애요소를 가지고 있는 사람들을 주요 대상으로 한다. WORKSTEP provider는 초기단계에서 장애인을 관리자나 직장 동료에게 소개하거나 초기적응을 잘 할 수 있도록 지속적인 접촉을 유지한다. 그리고 장애인의 능력개발 계획을 공동으로 작성하거나 관리하며, 이에 필요한 훈련이나 지원을 받을 수 있도록 돕는다. Jobcentre Plus나 Jobcentre에 신청하면 Disability Employment Adviser가 적격성을 평가한다.
  - 14) 장기간의 질병이나 실업상태 이후에 일로 복귀하는 장애인들을 위하여 제공되는 개별 맞춤형 프로그램이다. 또한 장애로 인하여 직업을 잃을 위기에 처한 사람들에게 일에 영향을 미치는 어려움을 극복할 수 있도록 지원하는 기능도 포함하고 있다. 서비스의 구체적인 내용은 장애인에게 가장 적합한 직무의 유형을 확인하도록 도와주며, 일반 직업 환경에서 일을 경험해 볼 수 있는 기회를 제공한다. 또한 새로운 기술을 습득하거나 과거의 기술을 새롭게 갱신하도록 도와주며, 자신감을 회복하도록 돕는다.

## 가) 근로진입에 따른 소득효과 보장

새롭게 근로를 시작했을 때 장애급여에만 의존하던 것보다 소득이 더 높도록 제도를 설계운용하는 경우 근로진입에 따른 소득효과가 발생한다. 근로를 시작할 때 기존에 수급하던 장애급여가 감소하는 효과는 실질적으로 세금부담과 동일한 효과를 지니므로 장애인의 근로활동 참가동기를 저해하는 요인으로 작용할 수 있다. 이러한 문제점을 개선하기 위해 일부 국가들은 장애인의 근로소득에 따른 장애급여 삭감률을 주의깊게 조정하고 있다(OECD, 2010). 예컨대 아일랜드는 근로소득에 따른 장애급여 삭감률을 고려하여 실제 근로소득에 작용하는 세율(Average Effective Tax Rate, AETR)을 100%에서 45% 또는 20%까지 조절하였다. 이러한 근로소득에 대한 실질적 세율 조절은 근로장애인에 대한 근로촉진수당을 통해 효과를 거둘 수 있다. 즉, 장애급여는 근로소득액만큼 공제되는 것이 아니라 근로소득액의 20%~45% 정도 감소되도록 하고 나머지는 근로촉진수당으로 인정하여 근로소득에서 공제한다. 이러한 근로촉진수당을 4년의 기간 동안 단계화 시켜 4년 후에는 근로촉진수당을 중단하는 방식으로 제도를 설계하여 운영하는 것이다. 캐나다는 근로소득세급여(Working Income Tax Benefit)를 통해 근로활동 진입에 따른 소득효과를 보장함으로써 근로활동 참가를 유인하고 있다.

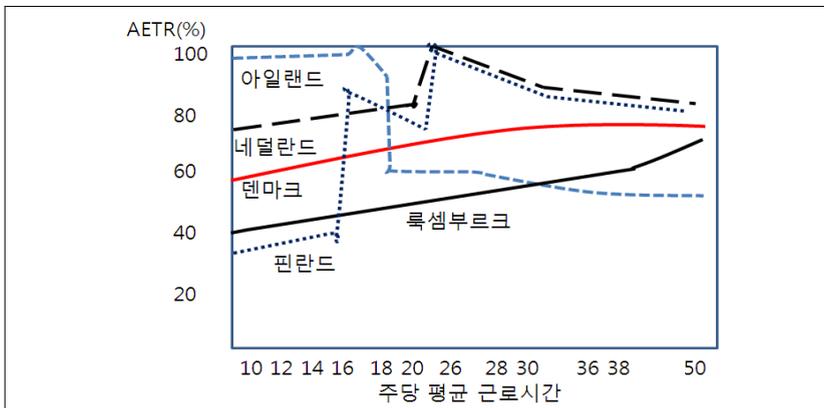
## 나) 근로시간 증가에 따른 소득효과 보장(Marginal Effective Tax Rate)

한편 일단 근로활동에 진입한 장애인이 근로능력이 허락하는 한 근로시간을 증가시킬 수 있고 그에 따라 근로소득은 증가하게 된다. 하지만 증가한 근로소득만큼 장애급여를 삭감한다면 장애인들은 소득효과가 존재하는 근로시간까지만 근로활동을 유지하게 될 것이다. 장애인의 근로

활동을 촉진함으로써 장애인의 소득을 증가시키고 장기적 장애급여의 안정성을 도모하려면 근로활동에 진입한 장애인이 근로시간을 더 증가시킬 때 소득이 증가하도록 제도를 설계할 필요가 있다. 예컨대 아일랜드는 주당 1~2일 정도의 저임금 노동에 대한 인센티브보다는 파트 타임 고용(주 20시간) 이상의 근로에 대해 인센티브를 강화함으로써 장애인들이 저임금 노동에 지속적으로 정체되어 있는 효과(low wage trap)를 제거하고 있다(OECD, 2010).

OECD 각 국가들에 관한 비교연구에 따르면 장애인의 근로활동에 따른 소득효과는 각 국가들마다 상이하게 설계되어 있어 그 효과도 다를 것으로 추정된다. 아일랜드, 네덜란드, 덴마크, 룩셈부르크, 핀란드의 근로의 소득효과를 실질적인 근로소득의 세율을 기준으로 살펴보면 아래 그림과 같다(OECD, 2010).

[그림 2-12] OECD 국가의 평균 실질소득세율 경향



자료: OECD(2010)을 참조하여 작성

아일랜드의 경우 주당 18~20시간 근로까지는 근로소득의 실질 세율이 90% 이상으로 나타나 소득효과가 거의 미미한 수준이지만 20시간을

초과하면 근로소득에 대한 실질세율은 60% 미만으로 떨어진다. 이에 비해 핀란드는 주당 16시간까지는 근로소득에 대한 실질세율이 40%에 못 미치는 수준이지만 16시간을 초과하면 실질 세율이 80% 이상으로 급격히 상승하고, 그 이후에 점차 감소하다 주당 24~26시간 구간에서는 다시 급격히 상승하여 거의 100%에 근접하고, 주당 26시간 초과 근로 시에는 다시 점차 근로소득 실질세율이 감소한다. 네덜란드는 주당 26시간 정도까지는 실질세율이 80% 미만에서 80% 수준까지 완만하게 상승하고, 26~28시간 구간에서는 급격하게 실질세율이 상승하여 100%에 달하며, 주당 28시간 이후구간에서는 다시 실질세율이 완만하게 감소한다. 이에 비해 덴마크와 룩셈부르크는 각각 60%, 40% 정도에서 점차 완만하게 상승함으로써 근로활동의 소득효과를 점차 소거하는 형태를 띠게 된다. 위 그림에서 보듯 일정 구간에서 장애인들은 근로시간을 증가시키더라도 실질소득은 감소하는 효과를 경험하므로 근로참여를 유인하는데 부정적 효과를 지닐 수 있다. 일정구간에서 근로소득 실질세율의 급격한 변화가 있는 것은 이 구간에서 근로소득 공제가 이루어지는 최대근로시간이 설정되어 있거나 근로활동에 따른 사회보험료 납부, 근로활동에 대한 특별급여 등의 변화가 있기 때문이다(윤상용 외, 2012).

#### 다) 공공부조 수급 장애인의 근로비용 공제

미국의 노인·장애인 대상의 공공부조인 SSI(Supplementary Security Income, 이하 SSI)의 경우 수급자 선정 및 급여 지급을 위한 소득조사시, 장애인의 일반적 추가비용 및 근로관련 추가비용(Impairment-Related Work Expense, 이하 IRWE) 등 다양한 소득공제 제도를 운영하고 있다. 구체적인 내용을 살펴보면, 우선 장애인의 총소득에서 일반소득공제로 20달러를 공제한 다음, 근로소득 중 65달러를 공제하고, 나머지 소

득 중 절반을 추가 공제한다. 또한 근로관련 추가비용으로서 교통비, 보호서비스 비용, 의료기구 관련 비용, 보조기 관련 비용, 주택개조 비용, 약값 및 의료비, 진단비, 비의료적 보조기구 비용, 시각장애인 안내견 비용 등을 소득에서 공제해 주고 있다.

또한 SSI에서는 IRWE와 별개로 장애인 수급자의 탈빈곤 및 자립을 촉진하기 위해 근로유인을 강화하는 제도로써 PASS(Plan for Achieving Self-Sufficiency, 이하 PASS)를 운용하고 있다.

PASS는 SSI 수급자가 자신의 직업적 목적을 달성하기 위해 일정 기간 동안 특정한 지출을 하거나 저축을 하고자 할 때, 이를 소득에서 공제함으로써 급여의 변화 없이 재정적인 측면에서 수급자의 자조를 돕는 제도로써 SSI 신규 수급 신청자, 소득 혹은 자산이 증가하였으나 급여 수준을 유지하고자 하는 SSI 수급자, 현재 보다 많은 급여를 받고자 하는 SSI 수급자를 대상으로 하고 있다. PASS의 용도는 수급자의 과거 직업력, 학력 및 교육 수준을 고려할 때 더 나은 수준의 일자리 취업 자영업 창업을 위한 관련 비용 지출 혹은 저축으로서 IRWE 보다 더 광범위한 항목을 인정하고 있다. 현재 PASS 인정 항목은 활동보조인 비용, 기초생활훈련비용, 아동보호 비용, 창업 관련 비용, 일상적 보조기구 비용, 주택·차량 개조 비용, 교육 및 훈련기관 학비, 차량유지비용, 직업상담 비용 등이며, IRWE와 동일 항목인 경우에는 양자 중 한 번만 인정하고 있다. PASS의 재원은 SSI 수급자의 비급여 소득 및 금융자산이며, PASS의 적용 기간은 최초 제도 도입시 18~48개월이었으나 현재는 원칙적으로 기한이 폐지되었으며 6개월 단위로 연장이 가능하다 (<http://www.passplan.org/Learn/default.htm>).

#### 4) 장애인복지서비스 전달체계 통합

장애연금 지급요건으로서 손상 중심의 장애 평가에서 능력 중심의 장애 평가로의 전환과 평가 결과 부분적 근로능력이 있는 자를 대상으로 고용서비스를 강화하는 것을 핵심 내용으로 하는 최근 OECD 국가들의 장애인정책 개혁은 근로연계복지의 기초하에서 추진된 현금급여와 고용서비스 전달체계의 통합에 의해 강화되었다고 할 수 있으며, 이러한 토대 위에서 주요 OECD 국가들은 장애급여와 고용서비스의 단일 사정체계 구축 및 적극적 연계를 시도하고 있으며, 일부 국가에서는 한 걸음 더 나아가 대인사회서비스 전달체계도 통합하는 장애인복지서비스 전달체계 개혁을 시도하고 있다.

본고에서는 자료 확보가 가능한 일부 주요 선진 외국의 장애인복지서비스 공공 전달체계를 비교하기 위한 분석틀로서 장애인복지서비스의 영역을 크게 소득지원, 고용 및 직업재활서비스, 사회서비스로 구분하였다. 국가간 유형화를 위해 개별 국가별로 각 영역의 전달체계가 장애인을 포함한 모든 시민을 대상으로 한 전달체계(보편형)인지 아니면 장애인만을 대상으로 한 전달체계(독립형)인지를 분석하였으며, 또한 소득지원, 고용서비스 및 사회서비스 영역을 모두 포괄하는 전달체계(통합형)인지 아니면 개별 영역만을 다루는 전달체계(분리형)인지를 분석하였다. 분석 결과, 영국의 경우 장애인을 포함한 모든 시민을 대상으로 소득지원과 고용서비스의 전달체계를 통합한 보편형-부분 통합형 국가로 구분할 수 있으며, 호주와 노르웨이는 모든 시민을 대상으로 소득지원과 고용서비스 및 사회서비스 전달체계를 통합한 보편형-완전 통합형 국가로 구분할 수 있다.

한편 미국은 모든 시민을 대상으로 각 정책 영역의 전달체계가 모두 독자적으로 운영되고 있는 보편형-분리형 국가이며, 우리나라의 경우에는 모든 시민을 대상으로 소득지원과 사회서비스의 전달체계를 통합한

보편형-부분 통합형 국가라고 할 수 있다. 프랑스와 덴마크의 경우에는 장애인만을 대상으로 모든 정책 영역의 전달체계를 통합한 독립형-완전 통합형 국가라고 할 수 있다.

〈표 2-12〉 주요 선진국의 장애인복지서비스 전달체계 비교

구분	소득지원	고용서비스	사회서비스	유형	
				보편형 VS 독립형	통합형 VS 분리형
영국	부처 - Department of Work and Pension	- Department of Work and Pension	- Department of Health	보편형 전달체계 ※ 소득지원의 경우, 독립형 전달체계 별도 운영	2원 전달체계 - 소득지원·고용서비스 통합형 - 사회서비스 분리형
	일선 - Jobcentre Plus offices - Disability Benefit Centre	- Jobcentre Plus offices	- Local office of the social services department		
미국	부처 - Social Security Administration	- Department of Education	- Department of Health and Human Services	- 소득지원·사회서비스: 보편형 전달체계 ※ 소득지원의 경우, 전문 장애인정기구 설치 - 고용서비스: 독립형 전달체계	3원 전달체계
	일선 - Social Security Administration Field office - Disability Determination Services Agency (전문장애관청 기구)	- Vocational Rehabilitation Agency	- Local Health and Human Services Offices		
호주	부처 - Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs	- Department of Education, Employment and Workplace Relations	- Department of Human Services	보편형 전달체계	1원 전달체계
	일선 - Centrelink 직업능력평가 (Job Capacity Assessment) 수행기관	- Centrelink 직업능력평가 (Job Capacity Assessment) 수행기관	- Centrelink		

구분	소득지원	고용서비스	사회서비스	유형	
				보편형 VS 독립형	통합형 VS 분리형
노르웨이	부처 - Ministry of Labour	- Ministry of Labour	- Ministry of Health and Care Services	보편형 전달체계	1원 전달체계
	일선 - NAV(The Norwegian Labour and Welfare Administration) office	- NAV(The Norwegian Labour and Welfare Administration) office	- NAV(The Norwegian Labour and Welfare Administration) office		
프랑스	부처 - Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale(연대·사회통합부)	- Ministre du Travail, de l'Emploi et de la Santé(고용·노동·보건부)	- Ministre des Solidarités et de la Cohésion sociale(연대·사회통합부)	독립형 전달체계 ※ 장애연금은 사회보험 전달체계에서 별도 운영	1원 전달체계
	일선 - MDPH	- MDPH	- MDPH		
덴마크	부처 - Social-og Integrationsministeriet (사회통합부)	- Beskæftigelsesministeriet (고용부)	- Social-og Integrationsministeriet (사회통합부)	독립형 전달체계	1원 전달체계
	일선 - Handicapcenter	- Handicapcenter	- Handicapcenter		
우리나라	부처 - 보건복지부	- 고용노동부 - 보건복지부	- 보건복지부	- 소득지원·사회서비스 보편형 전달체계 ※ 전문장애판정 기구 설치 - 고용서비스: 독립형 전달체계	2원 전달체계 - 소득지원·사회서비스 통합형 - 고용서비스 분리형
	일선 - 시·군·구복지 전달체계 - 전문장애판정 기구(국민연금공단)	- 한국장애인 고용공단 - 시·군·구 복지전달체계	- 시·군·구 복지전달체계		

자료: 윤상용 외(2012)의 자료를 수정 보완한 것임.

### 나. 장애급여와 고용서비스의 연계를 위한 개혁 정책의 주요 성과

현재까지의 주요 선진국들에서 추진된 장애인정책 개혁의 주요 성과를 국가별로 살펴보고자 한다.

스위스의 경우 40년간 큰 변화 없이 유지되어 오던 장애인정책이 최근 몇 년간의 개혁을 통해 성공적으로 변모하였다. 사실 스위스에서 장애인정책 개혁이 추진된 배경에는 광범위하게 확산된 장애연금 부정수급자 문제가 있었으며, 이로 인해 장애연금 수급자 수가 지속적으로 증가하고 장애연금 재정 적자가 빠르게 증가하면서 장애연금 개혁의 필요성이 대중적 설득력을 얻게 되었다. 동시에 합리적 장애 평가를 가능케 하는 과학적 증거들의 생산은 이를 더욱 가속화하였으며, 다른 OECD 회원국들과의 비교를 통해 객관적으로 스위스의 현실을 직시할 수 있게 되었다고 할 수 있다. 스위스 장애인정책 개혁의 주된 초점은 장애의 조기 발견과 영구적 장애 급여 수급으로의 전이를 예방하는 개입에 맞추어졌다.

호주는 1990년대 초반 이래로 지속적인 경제성장을 유지했지만 실업률이 감소하는 비율만큼 장애급여 수급률이 증가하는 역설적인 상황을 보였다. 더욱이 1991년부터 장애인 고용을 지원하는 일련의 새로운 정책을 도입하여 적지 않은 예산을 투입했음에도 불구하고 이러한 현상이 지속되자 잔존 근로능력이 있는 장애인이 일자리를 찾을 수 있도록 돕는 적극적 노동시장정책을 더욱 강화하였다. 이 과정에서 적지 않은 반대가 있었지만 정부는 이러한 변화를 지지하는 전국 단위의 데이터를 축적해 가면서 2006년에 종합적인 근로연계복지 개혁을 도입하였다. 새로운 개혁 프로그램 하에서 부분적 근로능력이 있는 장애인 중 상당수가 정기적 실업자와 같이 파트 타임 근로, 구직활동 및 고용서비스 참여 등의 의무를 지니게 되었으나 이러한 조치는 기존 장애급여 수급자들에게는 적용되지 않고 신규 장애급여 수급자에게만 적용되었다.

영국 역시 호주와 마찬가지로 1993년 이후 실업률이 빠르게 감소하였지만 그 효과는 증가하는 장애급여 수급률에 의해 상쇄되고 말았다. 특히 근로연령대 인구 중 장애급여 수급률이 OECD 평균을 훨씬 상회하였다. 이러한 현상은 영국 정부로 하여금 장애인정책을 구성하는 다양

한 프로그램들에 대한 영향 평가를 비롯한 광범위한 연구가 진행되는 요인으로 작용하였는데, 이들 연구의 결과는 잔존 근로능력이 있는 장애인에게는 고용 프로그램이 훨씬 더 효과적이며 더불어 일하는 것이 장애인의 건강에 더 유익하다는 것에 일치하였다. 이러한 연구결과의 축적은 영국 정부로 하여금 장애인정책 개혁을 추진하는 동력이 되어, 초기 단계에서의 시범사업을 거쳐 궁극적으로는 장애와 비장애 구분없이 모든 근로연령대를 대상으로 하는 단일 급여로의 전환을 추구하는 정책 방향을 띠게 되었다. 2007년에 통과된 복지개혁법의 핵심적인 조치는 장애연금(Incapacity Benefit: 이하 IB)과 사회부조인 Income Support의 장애급여를 2008년 10월부터 고용·지원수당(Employment and Support Allowance: 이하 ESA)으로 변경한 것이다.

#### 영국의 장애연금 개혁 개요

영국에서 ESA를 도입하게 된 배경을 살펴보면, IB 수급자가 실업급여(Jobseeker's Allowance) 수급자보다 월등히 많고 지속적으로 증가하는 상황속에서 IB 수급자를 고용 현장에 복귀시킴으로써 사회보장급여에 대한 의존을 줄이고 스스로의 힘으로 자립할 수 있도록 함과 동시에 IB 수급자 수를 줄임으로써 재정적 부담을 덜기 위함이다.

이것이 가능하기 위해서는 IB 제도 내에 상존하고 있던 '수동적' 속성 - 즉 일단 수급이 결정되면 최소 3년 이후의 재판정 시점까지 관계 당국과 거의 교류할 필요가 없으며, 급여 신청자의 30~40%가 단지 서류 심사에 기초하여 수급이 결정된다 - 을 변경해야만 했는데, 이것이 바로 '능동적' 급여로서 ESA의 도입이었다. ESA는 근로능력이 없는 최종증 장애인을 제외한 모든 수급자를 대상으로 맞춤형 고용서비스를 제공함으로써 취업으로 유도하는 것을 목표로 하며, 현금 급여는 그들이 장애에서 회복되거나 장애에 적응하는 기간 동안에만 지급하는 것을 원칙으로 하고 있다.

주무부처인 고용연급부는 IB 수급자 중 자발적 참여자를 대상으로 하는 고용연계 프로그램인 'Pathway to Work'<sup>15)</sup>의 도입 이후 2008년 현재까지 64천명이 취업하고, 이로 인해 IB 수급자 수가 조금씩 줄어드는 성과를 보임에 따라 향후 2015년까지 1백만명의 수급자를 더 줄인다는 목표 하에 2008년 10월부터 IB 및 Income Support의 장애급여를 대체한 ESA를 도입하기에 이르렀다.

ESA에서는 기존의 PCA를 대체한 새로운 근로능력평가(Work Capability Assessment: 이하 WCA)<sup>16)</sup>를 도입하여, ESA 신규 신청자를 근로능력평가 결과에 따라 근로관련 활동 요소(Work-related activity component)와 지원 요소(Support component)로 구분하여 근로능력이 전혀 없는 최중증 장애인에 대해서는 과거의 IB 급여 보다 더 높은 수준의 급여를 제공하고, 근로능력 손상 정도가 심하지 않은 장애인에 대해서는 'Pathways to Work' 프로그램 참여를 의무화하고 ESA 지급은 일정 기간 동안에만 이루어지도록 하였으며, 근로능력 손상이 거의 없는 자에 대해서는 ESA 지급을 하지 않고, 급여 수준이 더 낮은 실업급여 체계로 편입되도록 하였다.

주무부처인 고용연급부는 한편 2010년부터는 3년에 걸쳐 기존 모든 IB 수급자를 대상으로 WCA를 실시하여 급여 수급 여부 및 급여 유형을 결정하고 있으며, ESA 도입의 효과를 극대화하기 위해 일정 수준 이상의 근로능력이 있는 장애인의 취업 지원을 위한 각종 고용서비스에 지속적인 예산을 투자하고 있다.

#### 영국의 'Pathways to Work' 프로그램의 성과

Adam et al(2008)은 2005년 4월부터 2006년 3월까지 7개 지역에서 실시된 'Pathways to Work' 시범사업을 대상으로 비용 편익 분석을 시도하였다. 비용과 편익의 추정은 장애연금 수급 및 'Pathways to Work' 프로그램 참여 여부와 관계없이 동 기간 중 모든 장애연금 신청자를 대상으로 투입된 비용과 발생한 편익을 평균하여 이루어졌다. 장애연금 신청자 중 약 78%가 장애연금을 수급하였으며, 장애연금 신청자의 약 20%가 추가적인 취업 관련 인터뷰에 참여하였다. 또한 약 10%가 재취업 수당을 수급하였으며, 약 5%가 건강관리 프로그램에 의뢰되었다. 'Pathways to Work' 프로그램의 비용 편익 분석은 주된 프로그램 구성 요소인 추가 취업 인터뷰와 재취업 수당 및 건강관리 프로그램을 대상으로 이루어졌다. 비용 편익 분석의 주요 결과는 다음과 같다.

우선 ‘Pathways to Work’ 프로그램의 비용 추정 의 경우, 장애연금 신청자 1인당 평균 비용은 약 340파운드로 추정되었다. 전체 비용 중 약 30%는 Jobcentre Plus 사무소 담당 직원의 인건비이며, 약 20%는 건강관리 프로그램 비용, 그리고 재취업수당이 약 40%를 차지하였다. 이렇듯 장애연금 신청 건당 ‘Pathways to Work’ 프로그램 비용이 낮은 것은 전체 신청인 중 ‘Pathways to Work’ 프로그램에 참여하는 비율이 낮기 때문이다. 실제 건강관리 프로그램 비용은 평균 1,000파운드였으며, 평균 재취업수당 지급액은 약 1,500파운드였다. 그리고 Jobcentre Plus 인력 비용은 약 550파운드였다. 둘째, ‘Pathways to Work’ 프로그램의 편익은 프로그램 참여를 통한 취업 및 탈수급에서 추정되는데, ‘Pathways to Work’ 프로그램은 장애연금 신청자가 18개월 후에 취업할 가능성을 제고하며, 일부 수급자의 경우에는 1년 이내에 탈수급 하는 데 기여하는 것으로 나타났다. 이주 보수적으로 추정하였을 때 ‘Pathways to Work’ 프로그램이 가져오는 효과는 약 70주 정도 지속되는 것으로 보는데 이를 적용할 경우 ‘Pathways to Work’ 프로그램의 편익은 장애연금 신청 건당 약 1,041파운드로 추정되었다. 총 편익은 장애연금 신청인 개인과 재정 당국의 편익으로 구분되는데, 장애연금 신청인 개인의 편익은 526파운드이며 재정 당국의 편익은 515파운드로 추정되었다. 한편, ‘Pathways to Work’ 프로그램의 효과를 150주 동안 지속되는 것으로 가정하면 총 편익은 2,023파운드이며 이 중 장애인 개인의 편익은 935파운드, 재정 당국의 편익은 1,088파운드로 추정되었다. 장애인 개인의 편익은 가처분소득의 증가를 의미하는데 이러한 소득 증가는 주로 ‘Pathways to Work’ 프로그램 참여에서 비롯된 것이다. 게다가 ‘Pathways to Work’ 프로그램을 통해 취업하게 되면 세액 공제와 재취업 수당까지 받게 되어 가처분소득이 더욱 증가하게 된다. ‘Pathways to Work’ 프로그램은 재정 당국의 편익도 증가시키는 데, 이는 장애연금 지급액의 감소와 세수의 증대 및 연금 보험료 증가 등에서 비롯된다.

- 15) ‘Pathways to Work’ 프로그램은 IB 수급자가 다시 취업할 수 있도록 필요한 고용서비스를 제공하고 이들이 취업하는 경우 최대 1년까지 IB를 계속해서 지급하는 프로그램이다.
- 16) Work Capability Assessment는 세 가지 단계(요소)로 구성된다. 첫 번째 단계는 Limited capability for work로서 여기에서는 급여 신청자가 ESA 수급 여부를 결정하며, 두 번째 단계는 Limited capability for work-related activity로서 이 단계에서는 근로관련 활동 요소(Work-related activity component)와 지원 요소(Support component)로 구분하여 ESA 급여 수준을 결정한다. 마지막 단계는 Work-focused

마지막으로 네덜란드의 사례를 살펴보면, 네덜란드는 최근까지 OECD 국가 중 가장 관대한 장애연금제도를 운영하고 있는 국가 중 하나로 여겨졌으며 실제로 2000년까지 근로연령대 인구 중 장애급여 수급자 비율이 약 11%에 이르렀다. 이러한 상황에서 지난 2003~2004년에 정부와 사회적 파트너(기업 및 노조)들은 장애연금 제도를 개혁하는데 합의를 하여 2006년부터 개혁의 효력이 발생하였다. 새로운 장애연금 제도는 2004년 이후에 장애가 발생한 자에게만 적용되었으며 장애연금 개혁전에 연간 7만명에서 10만명에 이르던 신규 장애연금 수급자가 2007년과 2008년에는 약 4만명 수준으로 감소하는 성과를 보였다. 기존 장애연금 수급자의 경우 이전 법에 근거하여 계속적으로 수급할 수 있도록 하였으나 45세 이하 수급자의 대부분은 새로운 제도하에서 적용되는 기준에 근거하여 재사정을 받도록 하였다. 더불어 고용주와 근로자 모두에게 인센티브를 철저히 적용한 것도 성공적인 개혁을 가능하게 했던 요인으로 꼽히고 있다.

### 3. OECD 국가의 장애인정책 개혁동향과 시사점

다음에서는 지금까지 살펴본 OECD 회원국의 장애인정책 개혁의 주요 내용 및 성과가 보여주고 있는 정책적 함의를, ‘근로능력 중심의 장애 평가 방식’으로의 전환, ‘고용친화적 장애 급여 체계’로의 개편, 그리고 ‘통합적 장애인복지전달체계 구축’이라는 세 가지 측면으로 논의해 보고자 한다.

---

health-related assessment로서 이 단계에서는 근로관련 활동 요소로 구분된 수급자, 즉 일정 수준 이상의 근로능력이 있는 수급자가 취업하는데 필요한 개입의 종류 등을 결정한다.

## 가. 근로능력 중심의 장애 평가 방식으로의 전환

장애연금과 장애인연금 등 장애급여의 수급요건으로서 장애 평가가 의학적 손상중심의 평가에서 근로능력 중심의 평가로 전환되기 위해서는 다음의 세 가지 과업이 필요하다고 판단된다.

첫째, 객관적이고 표준화된 근로능력 평가도구의 개발이 필요하다. 본 연구에서 제시된 선진 외국의 경우 근로능력, 직업경험 등 다양한 정보를 취합하여 장애평가 기준에 사용되고 있음을 알 수 있다. 외국의 사례와는 달리 우리나라의 장애평가는 의학적 손상에 기반한 주관적이고 단편적인 특성을 보이고 있는데 예를 들면 현행 국민연금공단의 장애진단서의 노동능력 평가부분은 노동가능 또는 불가능으로 간략하게 기술하고 있다(김순례 외, 2008). 따라서 앞으로는 우리나라 장애판정체계의 개선을 위해서는 의학적 요소 뿐 아니라 근로능력에 대한 측면이 고려되어야 하고 본 연구에서 제시된 외국의 장애 평가 방식 혹은 근로능력 평가도구를 참고하여 우리 실정에 맞는 객관적이고 표준화된 장애 평가 방식을 개발해야 할 것이다.

둘째, 외국의 경우 장애 판정에 있어 의사, 직업치료사, 물리치료사, 직업평가사, 임상심리학자, 고용주 등 다양한 구성원이 참여하여 통합적인 정보를 취합하여 장애판정에 적용하고 있다. 따라서 앞으로 장애판정 시 의사 뿐 아니라 사회복지사, 직업재활사 등 다학제적 팀을 운영하여 가능한 종합적이고 객관적인 판정이 이루어지도록 해야 할 것이다. 근로능력은 장애인의 능력과 함께 직무가 요구하는 특성을 동시에 고려해야 함으로 특별히 고용주의 참여는 신청인의 근로능력 평가에 실용적인 가이드라인을 제공해 줄 수 있을 것이다. 이러한 통합적 정보의 이용은 신청자의 다면적인 욕구를 고려한 장애판정으로 근로능력을 포함한 장애인의 개별적 특성에 기반한 서비스 연계를 활성화시킴으로써 서비스의

효율성을 높일 수 있을 것이다.

셋째, 평가자에게 장애평가 기준과 관련한 지속적인 교육과 훈련을 제공함으로써 장애판정의 객관화와 효율성을 도모해야 할 것이다. 근로 능력 평가는 장애인 근로자에게 요구되는 업무와 역할에 대한 지식 및 정보와 함께 장애인의 상태로 인한 업무수행 상 제한점이 동시에 고려되어야 하므로 지속적인 보수교육으로 판정의 객관성과 정확성을 위한 노력이 필요하다(이성은·김성희, 2008).

#### 나. 고용친화적 장애급여 체계로의 개편

장애인 소득보장 및 자립의 두 축인 장애급여와 고용서비스간에 적절한 역할분담 및 적극적 연계가 이루어지기 위해서는 주요 선진 외국과 마찬가지로 고용친화적 장애급여 체계로의 개편이 이루어져야 할 것이다.

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

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

둘째, 부분적 근로능력이 있는 장애인의 경우 새로운 소득보전 급여로서 일시 장애 급여(일시 장애연금과 일시 장애인연금)를 도입하여 일정기간 지급하되 그 기간 동안에 집중적인 맞춤형 고용서비스를 제공하여 취업을 유도하며, 취업 이후에는 근로소득 증가에 따른 급여액을 탄력적으로 적용하여 재정을 안정화하면서 동시에 장애인의 소득 증대를 유도한다.

셋째, 근로능력에 제약이 거의 없는 장애인의 경우 소득보전급여 대

상에서 배제하되, 보편적 고용서비스 강화를 통해 취업을 유도하고 장애인 자산형성 지원 프로그램 등의 활성화를 통해 자립을 유도한다.

#### 다. 통합 전달체계의 구축

앞서 살펴본 프랑스, 노르웨이 및 영국의 장애인복지전달체계에 대한 차이는 각 국의 고유한 사회정책적 전통 및 사회경제 체제에 기인한 바가 크다고 할 수 있다. 사실 프랑스가 장애인만을 대상으로 이들의 모든 욕구에 대응하는 공적 서비스 진입체계로서 MDPH를 운용할 수 있었던 것은 다른 국가에 비해 강력한 중앙집권의 역사와 전통을 지니고 있는 프랑스의 고유한 경험이 반영된 측면이 크다고 할 수 있다. 또한 영국에서 소득보장과 고용서비스가 통합된 전달체계로서 Jobcentre Plus가 설치되고 장애급여와 고용서비스의 적극적인 연계가 시도되고 있는 것은 영국의 고용시장 자체가 진입과 퇴출이 유연한 구조를 지니고 있다는 점도 한 배경으로 작용했다고 볼 수 있다. 따라서 현재의 상이한 장애인복지전달체계를 구축하게 된 맥락에 대한 이해는 외국 사례 분석에 기반하여 정책적 시사점을 도출하고자 할 때 놓쳐서는 안 될 요소이다.

상기의 외국 사례 분석을 통해 얻을 수 있는 또 하나의 시사점은 소득보장, 재활 및 고용서비스가 분절적으로 작동하고 있는 현재의 전달체계를 일정 수준 이상으로 통합하지 않고서는 재정의 효율성은 물론이거니와 서비스 이용자의 만족도를 제고할 수 없다는 점일 것이다. 최근 몇 년간 전체 사회복지전달체계의 관점에서 욕구사정체계의 통합 및 사례관리를 핵심적인 요소로 지역복지전달체계 개편 사업이 추진되어왔고 일정 수준 그 기능이 구현되고 있지만, 장애인복지전달체계에서 발생하고 있는 문제들에 대응하기에는 역부족이었다. 시·군·구 복지전달체계의 개편 등의 소극적인 접근이 아닌 기존의 전달체계를 공간과 기능의 차원에

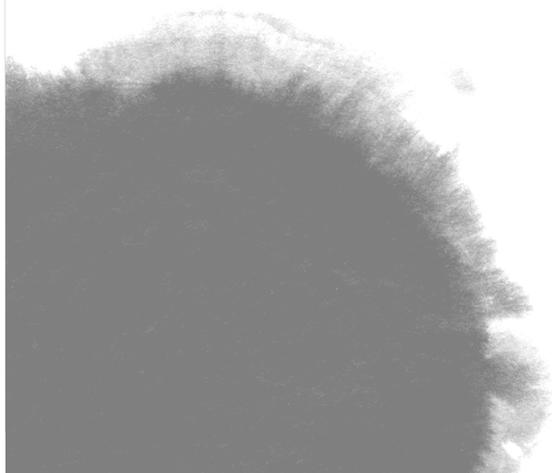
서 완전히 통합하는 혁신적인 접근이 이루어질 필요가 있을 것이다. 앞서 살펴본 영국, 프랑스 및 노르웨이의 사례는 모두 이러한 혁신적인 차원의 개편을 이루어냈으며 그 결과 일정한 성과를 가져왔다고 평가된다.

두 번째 시사점은 사회서비스 통합과 이를 가능하게 하는 표준화된 욕구사정체계의 구현이 반드시 필요하다는 것이다. 현재의 우리나라 장애인복지전달체계에서 가장 분절성이 높은 것은 사회서비스 부문이라고 할 수 있는데, 앞서 살펴 본 영국과 프랑스를 비롯하여 대부분의 주요 선진 외국들은 개인의 포괄적 욕구 사정에 기초하여 필요한 서비스 제공량을 산출하고 이를 이용자의 선택에 따라 자유롭게 서비스를 이용하거나 구매할 수 있도록 하는 것을 내용으로 하는 통합적 욕구사정체계를 구축하고 있는 반면 우리나라의 경우에는 개별 단위의 서비스가 서비스 제공기관을 중심으로 매우 기초적인 수준에서 욕구사정이 이루어지고 있다. 따라서 일정 수준 이상의 물리적, 기능적 통합을 지향하는 장애인복지전달체계 개편이 성공적으로 성취되기 위해서는 현재 제공되고 있는 다양한 서비스를 통합하고 이를 제공하기 위한 객관적인 근거로서 표준화된 욕구사정시스템을 구축하는 것이 병행되어야 할 것이다.



# 3장

장애인 소득보장과 사회서비스의 연계를  
위한 정책과제: 통합지원체계의 구축을  
중심으로





# 제3장 장애인 소득보장과 사회서비스의 연계를 위한 정책과제

## - 통합지원체계의 구축을 중심으로 -

### 제1 절 복지부 「장애인서비스지원체계 개편 시범사업 (2008~2012)」의 추진과 쟁점

장애인복지서비스 전달체계 개편은 2007년 4월부터 진행되고 있는 장애인복지인프라 사업의 주요 내용 중 하나이다. 당시 정부는 장애인복지서비스를 수요자 중심적 체계로 변경하고자 장애인복지인프라 사업을 추진하였는데, 2006년 6월 28일 빈부격차 차별시정위원회 주관으로 ‘정부합동 장애인복지 종합대책’이 마련되어 대통령에게 보고되었고, 이를 바탕으로 2006년 9월 4일 정부합동으로 발표된 ‘장애인지원 종합대책(관계부처 합동, 2006)’에서 인프라 개편 사업이 ‘장애인등록판정 및 서비스전달체계 개편’사업으로 포함되어 정부의 공식적인 사업으로 자리 잡게 되었다.

장애인복지인프라 개편사업의 목적은 크게 두 가지로 구분할 수 있는데, 첫 번째는 장애판정시스템을 의사 1인에 의한 의학적 장애판단에서 탈피하여 사회복지사, 직업재활사, 근로능력평가사 등이 협력하는 팀 어프로치적 접근법을 사용함으로써 장애를 종합적으로 평가·사정하는 시스템으로 바꾸는 것이었고, 두 번째는 변경된 장애판정시스템에 따라 사정

되어진 장애인에게 필요한 서비스를 효율적이고 효과적으로 전달하는 체계를 구축하는 것이었다.

의사 1인에 의한 장애판정시스템의 경우, 2007년 4월 국민연금공단에 중증장애인위탁재심사를 의뢰하는 제도가 도입되어 보완책이 마련되었고, 현재는 모든 장애인에 대한 장애심사를 국민연금공단에서 수행하는 것으로 확장되었다.

장애인복지서비스 전달체계 개편사업의 경우 2007년 연구를 시작으로, 2008년과 2009년의 모의적용 사업, 2011년의 시범사업을 거쳤다. 2012년 현재 2차 시범사업이 진행되고 있다.

이에 본 장에서는 장애인복지서비스 전달체계의 개편 추진내용 및 성과, 사업추진의 한계 및 쟁점사항, 향후 발전 방향 및 과제에 대해 살펴보고자 한다.

## 1. 장애인복지서비스 전달체계 사업 추진 내용 및 성과

### 가. 배경 및 목표

장애인복지서비스 전달체계 개편의 출발점은 장애판정 및 등록과 장애인에게 제공되는 서비스가 단절되어 있다는 문제인식이었다. 장애인이 서비스를 제공받기 위한 1차 진입단계가 장애인으로 판정받아 장애인 등록을 하는 것인데 장애인 등록은 진입을 위한 절차일 뿐 이후의 서비스를 제공받기 위해서는 서비스 제공기관에 개별적으로 접촉해야만 하는 현상이 반복적으로 발생하여 장애인 판정·등록과 서비스 제공이 단절되고 있었기 때문이다.

이와 같은 구조는 장애판정이 의학적 판단에만 의존함으로써, 서비스 제공과 관련된 장애 평가체계가 의학적 판단 외에는 장애인 등록 시에

이루어지지 않고 있다는 데에서 기인한다고 할 수 있다. 장애인 판정 및 등록으로 제공되는 신체적·정신적 손상에 따른 장애유형과 장애정도만으로는 장애인에게 필요한 서비스가 무엇인지를 파악할 수 없으므로, 이러한 단절적인 문제를 해결하기 위해서는 장애판정과 서비스 제공을 유기적으로 연결시킬 수 있는 시스템으로의 전환이 필요하고, 이를 위해서는 장애인으로 진입하는 장애판정에서부터 근본적인 변화가 있어야 한다는 인식이 있었다.

이에 따라 장애인복지인프라 개편사업을 위한 2007년 연구에서 도출된 결과는, 현재와 같이 단일화된 의학적 장애판정체계에서 탈피하되, 장애인에게 필요한 서비스 내용별로 각각의 서비스 적격성(eligibility) 기준이 마련되어야 하고, 서비스 욕구에 대한 사정도 함께 이루어져야 한다는 것이었다. 이러한 결론은 현재의 공급자 중심적 체계에서 장애인이 필요한 서비스가 무엇인지를 파악하고 서비스를 연계·모니터링하는 장애인 수요자 중심으로 전환해야 함을 의미한다. 이렇게 되면 장애인은 현재처럼 단편적으로 장애판정을 받는 것이 아니라, 장애인이 어떠한 서비스를 받을 수 있는지 그리고 그러한 서비스를 어떠한 기관에서 받을 수 있는지를 알려주는 시스템의 지원을 받을 수 있게 된다. 이러한 시스템의 구축을 위해 가장 핵심적인 사항은 장애인복지를 전담하는 '(가칭) 장애서비스센터(이하 장애서비스센터라 함)가 신규 전달체계로써 구축될 필요가 있다는 것이었고 이를 토대로 다양한 모델이 개발되고 적용·발전되었다.

즉, 정부의 장애인복지서비스 전달체계 개편의 목표는 장애서비스센터 구축을 통해 장애인 중심의 서비스 체계로 전환하는 것이었으며, 이를 위해 장애인등록 시부터 장애인이 필요로 하는 서비스에 대한 파악→서비스 결정→서비스 연계→서비스 제공→서비스 모니터링이라는 일련의 서비스 흐름이 원스톱으로 제공되는 것을 추구하는 것이었다고 말할 수 있다.

## 나. 추진 현황

장애인 중심적 서비스 전달체계 개편을 목표로 하여 한국보건사회연구원 주도로 기초 연구가 실시되었고, 장애서비스센터의 구축 모형을 어떻게 가져갈 것이냐를 중심적 논제로 하여 2번의 모의적용 사업과 1번의 시범사업이 수행되었다. 2012년 현재 2차 시범사업이 진행 중이다.

### 1) 2008년 1차 모의적용 사업

2008년 1차 모의적용 사업은 3가지 모형이 개발되어 2008년 7월부터 12월까지 진행되었다. 3가지 모형은 장애서비스센터를 어떻게 구축할 것이냐에 초점이 맞추어 졌는데, (i) 독립적인 기구를 설치하는 독립형으로 장애인개발원이 주축이 되는 모형 (ii) 지방자치단체의 조직을 활용하는 지자체형으로 대전 동구와 밀알복지관이 협력하는 모형 (iii) 장애심사 업무를 수행하는 국민연금공단을 활용하는 공단형으로 구분할 수 있다.

〈표 3-1〉 2008년 1차 모의적용 사업 현황

사업일정	사업모형	사업지역
'08.7~12(6개월)	독립형(장애인개발원)	영등포구·동작구·관악구·서대문구
	지자체형(대전시 동구)	대전시 동구
	공단형(국민연금공단)	송파구·성동구·광진구·강남구

#### 가) 독립형

독립형은 장애판정, 서비스 제공 연계 및 모니터링을 수행하는 장애서비스센터를 독립적으로 신설하는 방안이다. 조직의 신설을 통해 그 동안

장애인복지에서 문제가 되었던 전달체계 상의 통합성·연속성·접근성·책임성의 원칙을 실현하고자 하는 것이었는데, 이상적인 모형이기는 하지만, 정부의 작은 정부 추구와 신규 조직 증설을 억제하는 정책기조에서 조직을 신설하는 것이 가능하겠느냐는 문제점이 지적되었다.

#### 나) 지자체형

지자체형은 현재 조직되어 있는 공적 전달체계 내의 개혁을 통하여 근본적인 변화를 꾀하는 모형으로 지자체 내에 사례관리팀을 신설하여 통합적 체계를 구축하는 모형이다. 이 모형은 빈부격차·차별시정위원회<sup>17)</sup>가 2006년 6월 대책에서 제시한 안과 유사한 것인데, 지자체에 사례관리팀을 신설하는 것에 대한 어려움으로 실제 모의적용 사업에서는 사례관리팀을 지자체내에 신설하는 대신 장애인복지관에서 전문적인 업무를 담당하도록 하는 민·관 협력 모델로 변경되었다. 혼란을 줄이는 모형이기는 하나 당초에 목적했던 만큼의 변화를 기대하기가 어려운 모형이라고 할 수 있다.

#### 다) 공단형

공단형은 국민연금공단의 지사를 활용하여 통합적이고 연속적인 서비스를 실현하는 모형이다. 기존의 조직을 활용함으로써 조직 신설이라는 저항을 피할 수 있는 장점을 가지고 있는 모형이지만, 국민연금공단의 근본적인 설립목적이 국민연금제도의 운영이므로, 장애인복지를 총괄하는

17) 빈부격차차별시정위원회는 빈부격차를 완화하고 사회적 차별을 시정하여 사회통합을 달성하기 위한 정책에 관해 대통령 자문에 응하기 위해 1999년 7월 설치된 위원회이다. 2008년 이명박 정부 출범 이후 보건복지부에 통합됐다.

기능을 국민연금공단에 부여하는 것이 타당하지 않다는 지적을 받았다.

## 라) 평가

이상의 3가지 모형은, 독립형의 경우 장애인개발원, 지자체형의 경우 대전 동구와 밀알복지관, 공단형의 경우 국민연금공단이 각각 주관이 되어 모의적용 사업이 진행되었다. 당초 모의적용 사업을 시작할 당시에는 이 3가지 모형 중에서 우리나라의 여건 상 가장 바람직한 모형을 선정하고 2009년에는 선정된 모형을 활용하여 시범사업을 한다는 것이 목표였으나, 논의가 진행되면서 한 가지 모형을 선정하기 보다는 3가지 모형을 운영해보고 이를 통해 얻은 시사점을 분석해 가장 바람직한 안을 개발하는 방향으로 수정되었다. 3가지 모형이 각기 현실적인 문제점을 안고 있었고, 정부 측에서도 장애인복지 인프라 개편을 위해 보다 정밀한 모형선정이 필요하다고 생각했기 때문이다. 모의적용 사업은 전반적으로 원활히 진행되었으나 뚜렷한 방향성을 이끌어내지 못한 채 2009년도에 새로운 모형을 개발하여 다시 한 번 모의적용 사업을 진행하는 것으로 1차 모의적용 사업이 막을 내렸다.

### 2) 2009년 2차 모의적용 사업

2008년의 3가지 모형을 기반으로 2009년에는 지자체내부형과 지자체외부형의 두 모형이 개발되었다. 지자체내부형은 광주 남구와 장애인개발원이 주관이 되는 모형으로 2008년의 독립형과 지자체형이 혼합된 모형이었고, 지자체외부형은 2008년의 공단형과 같은 것으로 충남 천안시와 국민연금공단이 수행 주체로 선정되었다. 2차 모의적용 사업은 2009년 7월부터 12월까지 진행되었다.

〈표 3-2〉 2009년 2차 모의적용 사업 현황

사업일정	사업모형	사업지역
'09.7~12(6개월)	지자체내부형(장애인개발원)	성북구·광주시 남구
	지자체외부형(국민연금공단)	송파구·충남 천안시

#### 가) 지자체내부형

지자체내부형은 시·군·구청의 장애인관련 사업과에 전문 인력을 파견하여 지자체 공무원과 함께 업무를 수행하는 모형이다. 지자체의 공공성과 사회복지사 등 전문 인력의 전문성이 결합되어 운영되는 것으로 당초 빈부격차·차별시정위원회에 제시된 사례관리팀이 신설되는 모형에 근접한 안이라고 볼 수 있다. 지자체 내부에 통합적 장애인복지서비스를 운영할 수 있는 기능을 실제로 부여하는 것으로 바람직한 안이 될 수 있으나 인력의 증가라는 문제에 여전히 직면하는 모형이어서 현실적인 적용가능성은 여전히 미지수인 모형이라고 할 수 있다.

#### 나) 지자체외부형

지자체외부형은 기존 조직의 활용이라는 장점을 살려 통합적 서비스 제공체계를 만들고자 하는 모형인데, 국민연금공단에 총괄적인 장애인복지를 맡기는 것이 바람직하다는 문제는 여전히 해결되지 않고 있었다.

#### 다) 평가

2차 모의적용 사업이 진행되었으나, 각 모형들이 가지고 있는 한계점 때문에 현실적으로 장애인복지서비스 전달체계를 변경하는 데에 어려움

이 지속되었다. 이러한 이유로 2차 모의적용 사업의 경우에도 모형 선정에 난항을 겪었으며 특히, 2010년도 정부예산 편성과과정에서 장애인복지 인프라 개편 예산이 대폭 삭감되어 동 개편사업의 미래가 불투명하게 되었다.

### 3) 국민연금공단의 2011년 및 2012년 시범사업

2010년과 2011년의 논의를 거쳐 장애인복지서비스 전달체계 개편의 주요 추진 주체로 국민연금공단이 선정되었다. 이에 따라 국민연금공단은 2011년에 진행된 1차 시범사업의 단독기관이 되었고, 2012년 현재 2차 시범사업을 진행 중에 있다. 국민연금공단이 수행주체로 선정된 이유는 크게 두 가지이다. 먼저 국민연금공단의 장애인복지에의 역할 비중이 커져 전달체계 개편 사업을 수행할 수 있는 여건이 마련되었다는 판단 때문이었다. 국민연금공단은 2007년 4월 이후 중증장애인위탁재심사의 업무를 수행하고 있었고 이를 전 장애인에게 확장한 장애심사제도를 2011년 4월부터 맡게 되었다. 아울러 2010년 7월 시행한 장애인연금제도와, 2011년 10월부터는 장애인활동보조서비스가 확대된 장애인활동지원제도에 대한 주요 기관이 됨으로써 장애인 복지에의 역할 확대가 지속되었다. 두 번째는 국민연금공단의 경우 이미 전국적인 지사가 구축되어 있어 장애인복지 전달체계 개편을 위한 신규 조직을 별도로 설립하지 않아도 추진이 가능하다는 것이었다.

2011년 수행된 1차 시범사업과 2012년의 시범사업은 2008년의 공단형, 2009년 지자체외부형의 모형을 보다 정치하게 발전시켜 세부 매뉴얼을 작성하는 데에까지 이르게 된다.

〈표 3-3〉 2011년 및 2012년 시범사업

사업일정	사업지역
'11.6~10( 5개월)	은평구·충남 천안시
'12.2~12(11개월)	서울 은평구, 서대문구, 구로구, 금천구, 부산시, 광주시 등 21개 지자체

#### 4) 장애인전달체계 개편사업의 성과

장애인복지전달체계의 개편 사업은 두 번의 모의적용 사업과 두 번의 시범사업을 거친 결과 다양한 영역에서 성과를 나타낸 것으로 보고되고 있다. 먼저, 장애인등록 후 서비스 과정에서 방치되던 장애인이 개편 사업에서는 원하는 장애인의 경우 모든 장애인이 종합적인 욕구사정을 받는 것으로 나타났다. 이러한 변화는 장애인이 필요로 하는 서비스를 파악하는 시스템이 갖추어진다면 장애인등록과 더불어 필요서비스를 지원 하는 것이 가능해질 수 있음을 보여주는 것이다.

##### 가) 서비스 연계

종합적인 욕구사정을 토대로 한 서비스 연계의 성과가 검증되었다. 먼저 2008년 모의적용 사업에서 성인장애인 대상 서비스 연계 현황을 정리한 <표 3-4>를 보면, 서비스 연계가 필요한 장애인 중 서비스 연계가 이루어진 비율이 독립형(장애인개발원)은 153.4%<sup>18)</sup>, 지자체형(대전 동구+밀알복지관)은 99.4%, 공단형(국민연금공단)은 94.2%에 이르는 것으로 나타났다. 독립형(장애인개발원)의 집계방식이 다소 상이하기는

18) 독립형(장애인개발원)의 경우 다른 모형에 비해 연계 비율이 100%를 넘는 것은 장애인 개인별 연계수가 아닌 누적별 연계수를 집계했기 때문이다.

하지만, 전체적인 서비스 연계현황을 볼 때 장애인이 서비스가 필요하다고 사정된 후에 실제적으로 서비스 제공기관에 연계되는 비율이 평균적으로 95%를 상회하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과는 전달체계가 개편될 경우 현재의 단절된 서비스 제공 문제를 극복하여 서비스가 상호 연계되어 제공될 수 있음을 보여주는 것이라고 하겠다.

이와 같은 서비스 연계의 성과는 2010년 및 2011년 시범사업(2012년 6월 30일 현재)에서도 각각 78.3%와 83.2%로 높게 나타나고 있다.

〈표 3-4〉 성인장애인(18~64세 미만) 서비스 연계 현황(2008년 모의적용 사업)

	독립형 (장애인개발원)		지자체형 (대전동구+밀알복지관)		공단형 (국민연금공단)	
	적격장애인수	의뢰장애인수 (의뢰/적격)	적격장애인수	의뢰장애인수 (의뢰/적격)	적격장애인수	의뢰장애인수 (의뢰/적격)
총계	509	781(153.4%)	632	622( 98.4%)	532	501(94.2%)
지역사회서비스	257	454(176.7%)	416	414( 99.5%)	301	278(92.4%)
직업재활	107	137(128.0%)	99	95( 96.0%)	141	139(98.6%)
자립지원	87	117(134.5%)	46	42( 91.3%)	16	15(93.8%)
기타서비스	58	73(125.9%)	71	71(100.0%)	74	69(94.2%)

자료: 한국장애인개발원(2009), 밀알복지관(2009), 국민연금공단(2009) 자료를 재구성

## 나) 만족도

장애인복지서비스 전달체계의 개편사업의 성과 측정을 위해 만족도 조사가 이루어졌다. <표 3-5>는 2008년 모의적용 사업에서 실시한 만족도 조사를 보여주는 것으로 ‘장애인에게 친구나 동료 장애인에게 장애서비스센터 이용을 권유하겠느냐’는 조사 내용으로 모의적용 사업에 대한 장애인의 만족도를 간접적으로 조사하고 있다. 모형별 마다 약간씩 차이는 있지만 평균적으로 71.4%의 장애인이 보통 보다 높은 수준의

만족도를 표현해 장애인복지 서비스의 체감 만족도를 향상시키기 위해서 통합전달체계 모형이 긍정적인 역할을 할 수 있음을 보여주고 있다.<sup>19)</sup>

2009년 모의적용 사업과 2011년 1차 시범사업에 대해서도 유사한 만족도 조사가 이루어졌는데 장애인의 83.8%와 84.9%가 만족한다는 응답을 보여주고 있었다.

〈표 3-5〉 장애인대상 모형별 만족도 조사(2008년 모의적용)

(단위 : 명)

질문항목	선택항목	독립형	지자체형	공단형	총계
		204	203	201	608
귀하의 친구(동료 장애인)에게 장애서비스 센터 이용을 권유하시겠습니까?	전혀 그렇지 않다	1( 0.5%)	5( 2.5%)	5( 2.5%)	11( 1.8%)
	그렇지 않은 편이다	17( 8.3%)	21(10.3%)	14( 7.0%)	52( 8.6%)
	그저 그렇다	26(12.7%)	42(20.7%)	38(18.9%)	106(17.4%)
	그런 편이다	91(44.6%)	60(29.6%)	67(33.3%)	218(35.9%)
	매우 그렇다	69(33.8%)	72(35.5%)	75(37.3%)	216(35.6%)

주: 미응답 지자체형 3명 및 공단형 2명  
 자료: 한국보건사회연구원 장애인 대상 모의적용 이용실태조사 내부자료

## 2. 장애인복지서비스 전달체계 사업의 한계 및 쟁점사항

### 가. 장애인지원체계 개편의 한계

정부의 장애인복지서비스 전달체계 개편에 대한 노력은 다양한 영역에서 한계를 보여주고 있다. 첫 번째는 운영주체에 법적, 제도적 권한이 없다는 점이다. 모의적용과 시범사업의 내재적 한계이기는 하지만 장애

19) 참고로 한국보건사회연구원(2003)에서 조사한 장애인복지서비스에 만족도 조사 결과, 불만족 45.8%, 보통 46.6%, 만족 7.6%로 나타나 장애인서비스 만족도가 매우 낮은 상태라는 것을 알 수 있다(이선우, 2008, 재인용).

인에 대한 사정시스템의 작동과 서비스 연계와 모니터링을 수행하기 위해서는 법적, 제도적 권한이 주어져야 하며 이를 위해 관련법의 제정 혹은 개정이 필요할 것이다.

두 번째는 공적 조직과 국민연금공단의 협조 관계이다. 현행 법 구조상 장애인복지서비스의 총괄적인 책임은 지방자치단체가 가지고 있다. 따라서 국민연금공단이 지방자치단체의 이러한 기능을 이양 받지 않는 한 국민연금공단과 지방자치단체의 협조관계는 필수적이라고 할 수 있다. 국민연금공단의 업무영역과 지방자치단체의 역할이 보다 정교하게 정리되어야 할 것이다.

세 번째는 서비스를 제공하는 기관과 국민연금공단 간의 협조 체계의 구축이다. 우리나라의 장애인복지 서비스 제공기관은 공적 기관과의 협력이 단절된 채 자율적인 운영을 수행하고 있다. 장애인복지 서비스 전달체계 개편을 통해 국민연금공단이 서비스 조정기관으로 역할을 수행한다 하더라도 서비스 제공기관과의 협력관계가 구축되지 않는다면 기존의 지자체와 서비스 제공기관의 협력부재 현상이 반복될 가능성이 높다. 장애인에 대한 서비스를 보다 효과적이고 효율적으로 제공하기 위해서 서비스 제공기관과 국민연금공단이 일련의 서비스 흐름에 협력하는 방안이 조속히 마련되어야 할 필요가 있는 이유이다.

네 번째는 지역사회의 자원의 불충분 문제이다. 예를 들어 핵심적 서비스 공급주체인 장애인복지관만하더라도 장애인이 필요한 서비스를 제공받기 위해서는 상당기간의 대기시간이 필요하여 오히려 공급이 수요를 쫓아가지 못하는 상황이기 때문에 서비스 공급자원이 해결되지 않은 상태에서의 장애인복지 전달체계 개편은 그 의미가 반감되기 때문이다. 따라서 공급자원의 꾸준한 확대 노력이 필요하며 특히 전달체계 개편을 통해 자원 확대를 추진할 필요가 있다. 전달체계 개편이 이루어지면 장애인 개개인별 서비스 수요파악이 가능하게 되어 장애인복지 인프라의

확충의 객관적인 근거 자료로 사용할 수 있고, 이러한 자료는 공급자원의 확대에 촉매제 역할을 할 수 있기 때문에 전달체계의 개편과 지역사회 자원의 확충이 동시에 추진될 필요가 있을 것이다.

## 나. 장애인지원체계 개편의 주요 쟁점

### 1) 사업추진주체 선정

장애인복지 인프라 사업의 사업주체로 검토된 것은 크게 4개의 기관이라고 할 수 있다. 첫 번째는 지방자치단체가 인프라 사업의 본격적인 역할을 맡는 방안이고, 두 번째는 장애인복지관의 기능을 확대·재편하는 방안이며, 세 번째는 장애인개발원 모태로 하여 인프라를 새로 구축하는 것이고, 네 번째는 국민연금공단의 기능을 보다 확장하여 이미 구축된 국민연금공단의 인프라를 활용하는 방안이다.

가장 바람직한 방안으로는 지방자치단체가 장애인복지 인프라 개편사업에서 추구하고자 했던 시스템의 구축을 맡는 것이다. 사회복지사업의 총괄적 집행기능을 담당하는 지방자치단체에서 업무를 수행할 경우 공공성의 보장을 토대로 다양한 개별적인 서비스 기관을 연계·조정하는 것이 가능해지기 때문이다. 일반 사회복지 전달체계의 기능개편의 경우에도 지방자치단체의 구조와 기능을 보다 강화하는 방향으로 진행되고 있는데 이는 이러한 논의에 기반한 것이라고 할 수 있다. 그러나 지방자치단체의 역할확대는 필연적으로 인력 및 예산의 가시적 증가를 가져올 수밖에 없어 복지의 질적 제고에 대한 의지가 없으면 현실적으로 발전 속도가 매우 더딜 수밖에 없는 것이 현실이라고 할 수 있다.

이러한 점에서 현재 지사를 가지고 있지 않은 장애인개발원을 모태로 신규 인프라를 구축할 경우 이러한 인력과 예산의 증가라는 문제를 해

결하기가 쉽지 않게 된다. 한편 인력과 예산을 증가하지 않고 개편 주체를 선정할 수 있는 방안으로는 장애인복지관의 기능 개편을 유도하는 방법과 국민연금공단을 활용하는 방법을 고려할 수 있는데, 장애인복지관의 기능개편은 주지하다시피 공공성의 확보가 가장 큰 걸림돌이 된다. 현 장애인복지법 상 지역사회재활시설의 한 유형으로 분류되어 있는 장애인복지관이 장애인복지 서비스와 관련된 기관을 조정하는 업무를 수행하기에는 제도적 근거가 미약하기 때문이다.

국민연금공단의 경우도 앞서 보았듯이 조직의 목적과 기능이 국민연금을 운영하는 조직이어서 장애인복지서비스의 총괄적 기능을 수행하는 것이 타당한지에 대해서 근본적인 의문이 제기될 수 있으며, 특히 지방자치단체와의 협력관계 설정에 있어서 해결해야할 산적한 문제들이 인프라 사업의 수행기관으로 선정되기에는 어려운 점이 있다.

이와 같이 인프라 사업의 수행주체 선정과 관련해서 각각의 기관이 처한 문제가 좀처럼 해결되지 않은 채 정부의 인프라개편사업이 시작되었고, 이후 장애인복지서비스의 변화로 국민연금공단의 역할이 늘어나면서 현재는 국민연금공단을 중심으로 한 장애인지원체계 개편사업이 진행되고 있다.

국민연금공단은 장애인복지와 관련하여 국민연금 급여 중의 하나인 장애연금 사업의 운영주체이다(국민연금법 제49조, 제67-제71조). 그러나 장애연금은 국민연금가입자 중에서 장애가 발생할 경우 장애정도에 따라 연금을 지급하는 제도로, 엄격히 말한다면 조세에 기반을 둔 일반적인 장애인복지와는 별개의 성격을 가지고 있으며 이점에서 국민연금공단은 장애인복지와는 크게 관련성이 없는 조직이었다고 말할 수 있다.

국민연금공단이 장애인복지사업과 실질적으로 연관을 맺은 최초의 사업은 2007년 4월 시작된 중증장애인 대한 장애등급재심사 사업이었다(김경화, 2008). 그동안 의사가 판단하던 장애인 진단의 객관성이 미흡

하디는 비판이 계속되어(권선진 외, 2006), 엄정한 심사체계를 구축하고자 국민연금공단으로 하여금 의사의 장애판단을 재심사하도록 한 것이다. 그리고 2010년 장애인활동지원제도가 실시되면서 지자체 읍, 면, 동의 장애인활동지원 급여신청과 접수를 지원하는 역할을 수행하고 있다. 노인장기요양보험과 같이 장애인의 경우에도 장애인장기요양제도가 필요하다는 논의과정에서 도입된 장애인활동지원제도는 장애인복지서비스의 주요 영역을 관할하고 있다.<sup>20)</sup> 아울러, 2010년 7월 장애인연금제도의 도입에 따라 국민연금공단이 연금지급을 위한 장애인 심사기능을 수행하게 됨으로써 그 역할을 확대하게 된다.

그리고 이러한 업무확대는 정부가 국민연금공단을 장애인복지인프라 모의적용 사업(2008년 및 2009년)의 공동 수행기관에서 시범사업(2011년, 2012년)의 단독 수행기관으로 선정하는 계기가 되었다.

## 2) 서비스 단계별 쟁점 사항

장애인복지전달체계가 개편은 장애인 서비스 신청→욕구파악→서비스 결정→서비스 연계→서비스 제공→서비스 모니터링이라는 일련의 서비스 단계에서 통합적인 지원을 목표로 하고 있다. 다음에서는 통합지원 단계의 서비스 단계별로 쟁점사항을 검토해 보고자 한다.

### 가) 서비스 신청 : 단일 창구화

장애인은 본인이 필요한 서비스를 지원 받고자 할 경우 서비스를 제공

20) 2007년 4월 시행된 장애인활동보조서비스가 확대된 모형으로 장애인활동지원제도가 범 제화되어 노인장기요양보험과는 재원조달, 서비스 내용 등에서 차이가 발생한다(변용찬 외, 2008b).

하는 기관을 일일이 찾아 다녀야 하는 번거로움을 겪는다. 주민센터를 주축으로, 경제적 감면을 위해서는 개별적 기관을 찾아서 서비스를 신청해야 하며, 서비스제공기관의 경우에도 해당 기관을 일일이 찾아 다녀야 한다(보건복지부, 2010). 이러한 상황에서 서비스 신청을 단일 창구에서 하는 것으로 전달체계를 통합화하고 접근성을 확보한다면 장애인이 각 기관을 찾아다니는 불편을 해소 할 수 있다는 입장이 있다. 현재의 서비스 제공구조 상 총괄적 책임을 맡고 있는 지방자치단체로 단일화 하는 것이 가장 바람직 하지만 인력 및 예산확보 등의 어려움이 존재하므로 다른 창구를 통해 단일화 하는 방안도 검토될 필요가 있다. 이러한 서비스 신청의 단일화는 장애인복지의 체감도와 불편을 크게 개선할 수 있고 관련기관 들도 장애인의 서비스 신청과 관련한 업무를 줄일 수 있을 것이다.

#### 나) 욕구사정 : 장애인의 욕구 표출 및 지속적인 욕구관리

서비스 신청이 이루어지면 장애인에게 적절한 서비스를 제공하기 위해 욕구사정 단계에 진입한다. 이는 서비스 제공을 위한 초기 인테이크(intake) 작업으로 서비스 제공을 위한 첫 번째 단계라고 할 수 있다. 욕구사정을 적절히 하기 위해서는 서비스 신청과 연동되는 욕구조사 도구가 정치하게 마련되어야 할 필요가 있다. 시범사업을 수행한 국민연금공단의 경험에 따르면 신규 장애인의 경우 욕구표출에 상당히 소극적인 것으로 나타났다(김성희 외, 2011). 이것은 초기에 장애인 자신이 욕구를 잘 모르거나 욕구사정을 하는 사람과의 신뢰관계가 형성되지 않은 상태이기 때문에 발생하는 것으로 욕구사정을 하는 전문가의 숙련된 욕구파악 능력이 필요하다고 한 영역이라고 할 수 있다. 이와 관련하여 욕구사정의 전문성이 갖는 의미와 욕구사정을 담당할 전문가로 과연 어떤 인력이 적절할지에 대한 검토가 이루어져야 할 것이다.

그리고 장애인이 서비스를 신청한 후 욕구사정을 위해 다시 공적 전달체계를 방문하는 것은 장애인 이용자를 번거롭게 할 수 있으므로 서비스 신청과 동시에 초기 욕구사정이 이루어질 필요가 있으며, 추후 지속적인 관계 형성을 통해 충분한 욕구파악 또한 이루어질 필요가 있을 것이다.

#### 다) 서비스 결정 : 지역사회 자원 파악 및 장애인과의 협력관계 유지

장애인에 대한 욕구사정이 종료되면 욕구에 따른 서비스 내용이 결정되는 절차가 진행되는 데, 서비스 내용은 크게 두 가지로 구분될 수 있다. 하나는 제공이 가능한 서비스와 다른 하나는 제공이 가능하지 않은 서비스로, 이를 구분하기 위해서는 지역사회 내에서 서비스 제공이 가능한 가용 자원이 얼마나 되는지를 파악하는 절차가 필요하다. 이것은 서비스의 공급능력을 파악하는 것으로 서비스 결정에 결정적인 영향을 미치게 되기 때문이다.

서비스를 결정할 때 간과하지 말아야 하는 것은 장애인이 서비스에 대해 최종적으로 장애인의 의사가 반영될 수 있어야 한다는 것이다. 이와 관련하여 전문가의 판단에 주로 의존하여 서비스를 결정하는 것에 대한 비판적 시각이 존재하며, 전통적인 전문가 중심주의를 탈피하여 장애인에게 최종적인 자기결정권을 주고 전문가는 장애인이 결정을 할 수 있도록 충분한 정보를 제공하고 협력하는 차원에서 개입하는 것이 바람직하다는 입장이 존재한다. 즉 이용자 중심적 전달체계의 서비스 결정 단계에서는 전문가 관점과 이용자 관점이 충돌하여 긴장관계가 상시적으로 발생할 수 있다(Means et al. 2008). 전문가와 이용자 간의 관계가 긴장관계에서 벗어나 협력관계가 형성될 수 있도록 실천 적인 측면에서의 지속적인 연구와 노력이 필요할 것이다.

## 라) 서비스 연계 : 서비스 제공기관과의 파트너쉽

서비스 결정에 따라 지원이 가능한 서비스가 결정되면 해당 서비스를 제공할 수 있는 서비스 제공기관으로 연계되는 단계에 진입하는 데, 이 과정에서 크게 두 가지의 핵심적인 문제가 등장한다. 첫째는, 연계된 서비스가 서비스 제공기관이 받아들일 만큼 적절한 것이냐 하는 것이다. 서비스를 연계하였음에도 서비스 제공기관이 서비스에 대한 적절성을 받아들이지 못하고 다시 사정절차를 진행할 수밖에 없다면 서비스 신청에서부터 서비스 연계까지의 과정에 심각한 문제가 발생하기 때문이다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 서비스를 결정하고 연계하는 전문가의 역량이 확보되어야 하므로 장애인의 욕구파악과 서비스 결정 그리고 서비스 연계가 서비스 제공기관에서 받아들일 정도의 숙련성이 확보된 전문가에 의해 이루어지는 것이 필요할 수 있다.

둘째는 서비스 제공기관에서 받아들일 정도의 서비스 연계가 이루어졌으나 서비스 제공기관에서 협조적이지 않을 수 있는 문제가 발생할 수 있다. 서비스 제공기관은 공적 전달체계로부터 포괄적인 보조금을 지원받아 주요 재원으로 활용하여 운영하므로 서비스 연계에 따른 서비스의 적절한 제공으로 얻는 인센티브가 없다면 연계된 서비스를 제공해야 하는 유인책은 그만큼 줄어들게 된다. 이를 해결하기 위해 포괄적 보조금 지원방식을 서비스 제공에 따른 지원방식으로 변경하고, 공적 전달체계와 서비스제공기관 간 서비스 구매계약을 확대하는 방안이 대안으로 검토될 수 있다(양난주, 2010). 그리고 이와 같은 공적 영역과 민간 영역의 서비스 연계와 관련된 협력은 서비스 제공기관에 대한 전반적인 평가체계가 서비스의 품질을 평가하는 체계로 전환되는 것이 선행되어야 가능할 것이다(김용득, 2005). 이것은 현재의 기관평가 체계에 대한 전반적인 수정과 전문적인 상시 품질 평가기관의 구축이 필요함을 의미

한다. 영국의 경험에 비추어 볼 때도 품질평가 및 모니터링 기구의 설립은 주요한 이용자 중심적 전달체계의 주요한 과제였다.

아울러 서비스를 연계하는 주체에게 법적·제도적 근거를 부여하는 정책적인 고려가 있어야 할 것이다. 앞서 논의 하였듯이 서비스 신청에서 서비스 연계까지의 서비스 제공 단계는 공적 영역의 역할이라고 할 수 있으므로 이에 대한 권한과 근거를 명확하게 부여하여 연계된 서비스에 대한 서비스 제공기관의 협력을 의무화하는 방안이 검토되어야 할 것이다.

#### 마) 서비스 제공 : 전문적 서비스 제공과 통보

서비스 제공은 서비스 제공기관에서 세부적인 서비스 내역을 결정하여 진행하는 것을 말한다. 이와 관련하여 기관이 제공한 서비스를 공적 전달체계에 통보하여 서비스 진행사항에 대해서 서비스 의뢰자와 서비스 제공기관이 상호 공유하는 시스템의 구축이 검토될 필요가 있다. 이러한 공유시스템의 구축은 개인정보의 유출이라는 단점에도 불구하고, 서비스 제공내역이 상호 공유된 상황에서 장애인에 대한 서비스가 진행되게 되면 공적 전달체계와 서비스 제공기관의 협력관계를 더욱 공고히 할 수 있으며 장애인에 대한 서비스 제공기관의 책임성도 그만큼 확보할 수 있다는 장점이 있기 때문이다.

#### 바) 서비스 모니터링 : 서비스 품질관리 및 이용자 피드백 그리고 이의신청

서비스 모니터링은 서비스 제공의 모든 단계에 따른 점검이 이루어지는 형태로 진행될 필요가 있는데, 즉, 서비스 신청, 욕구사정, 서비스 결정 및 연계와 제공과정에 따른 모니터링이 이루어져야 하며 이러한 모니터링은 공적 전달체계와 서비스 제공기관에서도 상호간에 이루어질

필요가 있다.

그리고 장애인 당사자에게 서비스 신청에서 제공까지의 모든 단계에 걸쳐 피드백을 줄 수 있는 체계가 마련될 수 있도록 장애인 이용자가 실질적으로 서비스 공급에 참여하고 의견을 반영하는 방안을 모색할 필요가 있다. 아울러 서비스 제공과정에서 발생하는 이의사항에 대한 체계적인 구제절차가 정교하게 마련될 필요가 있으며 총괄적인 관리를 공적 전달체계에서 담당해야 할지에 대한 논의가 필요하다. 이와 같은 서비스 모니터링 체계가 구축되면 장애인의 권리옹호 기능이 강화될 수 있으며 장애인 이용자의 적극적인 의견이 개진되고 반영되는 구조가 체계화될 수 있다. 필요할 경우 이의신청 및 권리구제를 담당하는 독립기구를 상설화하는 방안도 검토 될 수 있을 것이다.

### 3) 지역사회자원 DB화

인프라 개편사업과 관련된 또 하나의 쟁점은 서비스 공급자원이 불충분하다는 입장이다. 서비스 공급자원이 부족한 상황에서 장애인복지 전달체계 구축이 시기상조라는 것이다. 그러나 공급자원의 부족을 이유로 전달체계 개편이 불필요하다고 주장하는 것은 적절하지 않다고도 볼 수 있다. 전달체계 개편은 현재 존재하고 있는 자원에 대해서도 충분히 효과적이고 효율적인 관리 성과를 낼 수 있기 때문에 공급부족을 이유로 전달체계의 개편을 부정하는 것은 타당하지 않을 수 있기 때문이다. 그리고 장애인지원체계의 개편은 향후 서비스 공급량을 확장할 수 있는 근거자료의 확보를 가능하게 하여 정부의 공급자원 확대에 기여할 수 있으므로, 서비스 공급량의 확충이라는 측면에서도 지원체계의 개편작업이 추진될 필요가 있다고 할 수 있다. 현재 장애인복지와 관련한 수요추계에 대한 연구가 진행되고 있지만(이봉주 외, 2008), 객관적인 자료에

의한 전반적인 추계는 이루어지지 않고 있고 특히, 실제의 서비스 욕구가 구체적으로 표현된 자료를 구하기는 쉽지 않은 실정이다. 그러나 전달체계 개편이 이루어진다면 장애인 개인의 서비스 수요파악이 가능하게 되어 장애인복지 인프라의 확충의 객관적인 근거 자료로 사용할 수 있고, 이러한 자료는 공급자원의 확대에 촉매제 역할을 할 수 있다.

따라서 장애인지원체계 개편을 위한 주요작업의 하나로 현재 산재해 있는 지역사회의 자원을 파악하고 이를 DB화하여 관리하는 것이 필요할 것이다. 2차례의 모의적용 사업과 2차례의 시범사업을 거치면서 지역사회와 장애인복지서비스 기관 및 서비스 내용에 대한 기초적인 서비스 유형화 틀이 마련되었고 이를 기반으로 서비스 자원파악 또한 가능할 것으로 보인다.

### 3. 향후 발전방향 및 과제

장애인 중심의 복지전달체계를 구축하는 것은 우리나라의 복지발전에 주요한 과제라고 할 수 있다. 사회복지전달체계 및 장애인복지전달체계가 당사자 중심으로 바뀌기 위해 노력하고 있으나 아직까지 이용자의 참여와 선택권을 실질적으로 보장하는 체계에 이르지 못하고 있다.

영국의 경험을 보면 장애인 중심의 전달체계를 구축하는 방안으로 지방정부 주도의 케어플랜에 따라 현물적인 서비스를 제공하고 연계하는 방식에서부터 현금을 지급하고 서비스 구매영역을 일상생활에까지 확대하여 장애인의 선택권을 극대화하는 방식으로 진전되고 있다.

이에 비해 우리나라의 장애인복지전달체계는 공적 전달체계와 민간 전달체계의 이원화 구조 속에서 이용자가 우선적으로 고려되지 못하고 공급자 중심적인 구조가 지속되고 있다. 이러한 구조는 장애인 중심적 전달체계로의 전환에 많은 어려움이 있다는 것을 보여주는 것이며, 단순

한 물리적 개편만이 아니라 서비스 전 과정에 걸쳐 체계적인 변화시도가 뒷받침되어야 할 필요가 있음을 말해주는 것이다. 공적 전달체계가 장애인서비스에 대한 총괄적인 책임을 담당하도록 법적, 제도적, 재정적 지원 과정에서의 질적인 변화를 추구하고, 공적 전달체계와 민간 전달체계 간의 상호 협력이 상시적으로 이루어질 수 있는 기반을 조성할 필요가 있다.

2007년부터 논의된 장애인복지서비스 전달체계 개편 사업도 이러한 목적을 가지고 추진되었지만 물리적 체계 개편의 달성과 서비스 단계별 지원체계를 위한 실질적인 제도 개선을 이끌어내지 못하여 당초의 목표에 비해 가시적인 성과를 보여주고 있지 못하다.

이러한 교착상태를 해결하기 위해서는 장애인지원체계에 대한 전반적인 체질 개편이 시급하며 이를 위해 정부와 지자체 그리고 서비스 제공기관의 협조에 대한 논의가 장애인 당사자 중심으로 진행되어 합의를 도출할 필요가 있다.

## 제2절 장애인통합지원체계의 구축에 대한 전문가 인식조사 - Q방법론의 적용

### 1. Q방법 및 조사절차

#### 가. 조사의 배경

본 장의 조사내용은 장애인복지 통합지원체계의 구축방안을 중심으로 진행될 것이다. 이와 관련하여 장애인을 포함하여 아동, 청소년, 여성, 노인 등을 대상으로 하는 전반적인 사회복지 공급의 틀에서 전달체계 개편이 보다 바람직하므로 사회복지 전반의 전달체계 개편 노력이 우선

되어야 한다는 지적이 있다. 실제로 우리나라에서 사회복지 전반을 아우르는 전달체계 개편작업은 현재 진행 중이며, 90년대 중반부터 이미 다양한 시도가 있어왔다.<sup>21)</sup> 그러나 문제는 이러한 일반적인 접근만으로 사회복지 전달체계가 성공적으로 개편될 수 있을가에 대한 회의이다. 그동안 시범사업으로 진행되었던 보건복지사무소와 사회복지사무소는 목표했던 성과를 내지 못한 채 종료되었고 행정안전부 주도로 진행된 주민생활지원국 전환사업도 사회복지 차원에서는 이렇다 할 성과를 내지 못했다(윤상용, 2009). 2012년 희망복지지원단의 발족으로 진행되고 있는 공공부문의 전달체계 개편 또한 복합위기를 가진 저소득층 중심으로 서비스 욕구를 파악하고 제도적 권한이 주어지지 않은 상태에서 서비스를 연계하고 있어 복지 공급의 질적인 발전을 가져올 수 있을지는 미지수이다. 이러한 일련의 과정들은 사회복지 전반의 전달체계 개편이 획일적인 접근을 통해 성공적으로 이뤄지기 어려운 현실을 보여준다고 할 수 있다.

이를 고려한다면 장애인지원체계 개편에 대한 논의와 같이 지원집단의 특성을 충실히 반영하는 논의가 사회복지 전반의 전달체계에 대한 논의와 병행하여 진행되고 향후 통합방안을 강구하는 것이 더 효과적일 수 있다. 특히 장애인지원체계의 경우 서비스 제공 이전에 장애상태와 정도 등을 판정하는 체계가 반드시 구축되어야 할 필요가 있기 때문에 타 영역의 서비스 제공과정과는 차별되는 점이 존재한다.

다음에서는 장애인통합지원체계만을 조사내용으로 하여 전문가의 인식을 분석하고자 한다. 조사 대상인 ‘전문가’는 장애인복지의 특수성을 이해하는 자로서 장애인지원체계 내 주요 기관에서 다년간 근무한 자로

21) 1995년 7월부터 1999년 12월까지 4년 6개월 동안 진행된 보건복지사무소 시범사업, 2004년 7월부터 2006년 6월까지 2년간 수행되었던 사회복지사무소 시범사업, 2006년 7월부터 2007년 6월까지 진행된 주민생활지원국 체계로의 개편 등은 그 대표적인 사업이다(강혜규 2007, 2008; 김경명·박영미, 2007; 이현주, 2007). 2012년 출범한 희망복지지원단의 경우도 이러한 전반적인 사회복지 전달체계의 효율성 추구를 위해 추진된 것이라고 할 수 있다.

정의하고자 한다. 그리고 ‘장애인지원체계 내 주요기관’은 장애인복지 공급체계의 이해당자사로서 복지 공급자(provider), 서비스 생산자(producer), 복지수급자 3자를 대표할 수 있는 기관으로 규정하고자 한다.

## 나. Q방법의 선정 및 조사절차

### 1) Q방법의 선정배경

본 조사의 목적은 장애인통합지원체계와 관련된 다양한 입장의 실체를 구체화하여 분석하는 데 있다. 이를 위해 장애인통합지원체계에 대한 의견을 구조화된 문항으로 조사할 수 있을 것이다. 그러나 이럴 경우 개별 문항 간의 관계만을 분석할 수 있을 뿐 답변을 제공한 자들이 어떤 인식구조 속에서 개별 문항에 대한 의견을 내놓게 되었는지를 분석하기는 어렵다. 즉 장애인통합지원체계에 대한 다양한 주장들이 ‘어떻게’ 통합되어 개인의 입장으로 형성되는지에 대한 분석은 연역적으로 구조화된 가설을 통해 도출하기 힘들다. 이러한 점을 감안하여 본 연구는 가설을 귀납적으로 도출하는 연구방식을 적용할 필요가 있다고 판단하였다. 그리고 주관적 인식을 귀납적으로 분석하기 위해 개발된 Q방법론을 적용하는 것이 본 연구주제에 가장 적절할 것으로 판단하였다.

Q방법은 인간의 주관성(subjectivity) 연구를 위해 개발된 연구방법으로 변수요인 간의 관계가 아니라 변수요인으로 이뤄진 사람들 사이의 상관관계를 분석하는 방법이다. 특히 사람 간의 주관적인 인식의 차이를 확인하고 유형화하는데 유용한 방법으로 알려져 있다. 즉 실증적으로 지지된 이론적 근거가 없거나 개념적으로 개발 중인 현상을 탐색하는 가설 발견적 연구라고 할 수 있다(김흥규, 2008). Q방법은 사람들이 가지고 있는 생각이나 태도, 가치관을 유사성에 따라 집단을 분류하는 방법

으로 Q문항에 대한 조사자의 응답을 통해 사람들 간의 상관관계를 살펴보고 유사한 이들의 집단을 발견하도록 해준다.

## 2) Q표본과 모집단

Q모집단 표집은 연구주제에 대한 진술문을 수집하는 과정을 말한다. 본 연구는 Q모집단 구축을 위해 심층인터뷰를 전문가 10명을 대상으로 실시하고 문헌조사를 병행하였다. 그리고 이렇게 수집된 정보 중에서 약 50여개의 Q표본을 ‘관리’와 ‘통합’에 대한 인식을 중심으로 추출하였다. 심층인터뷰 대상자 10명의 인적사항은 다음의 <표 3-6>과 같다.

<표 3-6> 심층인터뷰 대상자의 인적사항

심층인터뷰 대상자의 배경변수					
성별	연령	근무기관	최종학위	전공	경력(개월)
남	52	장애인단체	박사	특수교육/직업재활	28년
남	50	장애인단체	박사	사회복지	21년8개월
남	36	대학	박사	사회복지	10년
남	41	대학	박사	사회복지	14년7개월
남	33	지자체	학사	사회복지	6년10개월
남	32	지자체	학사	사회복지	3년5개월
남	31	지자체	학사	사회복지	6년
여	36	장애인복지관	석사	사회복지	14년3개월
남	56	장애인자립생활센터	석사	경제/경영	10년5개월
여	55	직업재활센터	학사	사회복지	30년 6개월

이 후 Q표본 선정의 신뢰성을 높이기 위해 관찰자 다원화(observer triangulation)방법으로 연구진 3명이 진술문의 적절성을 검토하였다. 동시에 연구기관의 장애인복지 전문가 3인을 대상으로 pre-test를 실시하여 Q표본의 적절성과 Q분류의 용이성에 대한 의견을 수렴하였다. 이러

한 의견을 종합하여 최종적으로 총 30개의 Q표본을 추출하였다. 최종적으로 선정된 진술문 30개는 다음의 <표 3-7>과 같다.

<표 3-7> Q 진술문

번호	진술문
1	정부는 장애인복지의 책임을 이행하기 위해 서비스를 관리하여야 한다.
2	장애인과 교류가 많고 현장경험이 풍부한 자가 장애인의 서비스를 관리해야 한다.
3	장애인복지 통합창구는 전국적으로 통일된 조직이어야 한다.
4	서비스 관리는 표준화되기 힘든 전문영역이다.
5	장애인복지에 대한 재정투입의 효율성을 높이기 위해 서비스를 관리하여야 한다.
6	장애인복지의 특수성을 잘 아는 전문가가 장애인의 서비스를 관리해야 한다.
7	장애인복지 통합창구는 전문성 있는 조직이 담당해야 한다.
8	인터넷이나 매뉴얼 개발을 통해 장애인복지 정보를 통합하여 전달해야 한다.
9	장애인의 복지수급권을 보장하기 위해 서비스는 관리되어야 한다.
10	서비스 관리를 위한 표준화된 시스템이 개발되어야 한다.
11	장애인복지의 총액을 통합하여 장애인 당사자가 관리하도록 해야 한다.
12	장애인복지 진입창구의 개수를 늘려야 한다.
13	장애인복지의 통합은 서비스의 흐름을 행정적으로 일원화한다는 의미이다.
14	장애인복지창구의 통합은 장애인이 서비스를 받기 위한 절차를 더 늘일 뿐이다.
15	장애인복지 통합관리를 위한 독립된 기구의 신설은 예산상의 문제로 불가능하다.
16	장애인 서비스 기관이 전문센터로 통합되어야 한다.
17	서비스 기관이 장애인의 욕구를 파악하고 서비스를 제공해야 한다.
18	서비스 기관에 법적 권한을 행사할 수 있는 조직이 서비스를 관리해야 한다.
19	서비스가 서로 연계되어 통합적으로 제공되기 위해서는 서비스 이용자인 장애인 당사자가 서비스를 관리해야 한다.
20	서비스 자체가 불충분하여 장애인복지를 통합한다는 의미는 거의 없다.
21	정부가 직접 장애인의 욕구와 서비스를 관리해야 한다.
22	장애인복지의 재정지원방식(공급자 중심에서) 수요자 중심으로 바뀌야 한다.
23	표준화된 다양한 장애심사도구의 개발이 필요하다.
24	제공 기관별로 실시하고 있는 서비스 관정을 통합해야 한다.
25	장애를 심사하는 전문인력이 필요하다.
26	장애인서비스로서 고용촉진 및 직업재활서비스를 통합하여 관리하여야 한다.
27	장애인복지 통합창구는 지역의 민간조직과 협력하기 쉬운 조직이 담당하여야 한다.
28	장애를 심사하는 일과 사례관리는 분리되어야 한다.
29	서비스 사각지대의 발생은 기관이 중증, 고령 장애인을 배제하기 때문이다.
30	재정을 집행하는 조직이 서비스를 판정할 경우 신뢰성이 떨어진다.

### 3) P 표본

P표본은 조사에 응답한 사람을 말한다. Q연구는 개인이 Q진술문에 대해 갖는 의미의 중요성 차이(intra-individual significance)를 분석하기 때문에 소표본만으로도 연구가 가능한 것으로 알려져 있다. 그리고 연구 목적이 가설의 일반화가 아니라 현재 진행되고 있는 현상에 대한 이해가 목적이기 때문에 표본의 수나 선정방법이 따로 없다(김홍규, 2008). 다만 Q방법론의 연구자들은 응답자의 수를 30명 안팎으로 설정하고 있으며 때에 따라 더욱 적은 수를 대상으로 할 수도 있다고 제시하고 있다(한승주, 2010). 본 연구에서는 P표본으로 장애인복지서비스 체계의 이해자 집단으로 공단과 지자체(공급자 측면), 서비스 기관(생산자 측면), 장애인단체(수요자 측면)를 고려하여 총11명의 전문가를 선정하였다. 아울러 장애인복지를 연구하는 대학교수 및 연구원 5명을 학계전문가로 선정하였다. P표본 총 16명의 인적 특성은 다음의 <표 3-8>과 같다.

<표 3-8> P표본의 인적특성

응답자의 배경변수					
성별	연령	근무기관	최종학위	전공	경력(년, 개월)
남	52	장애인단체	박사	특수교육/직업재활	28년
남	50	장애인단체	박사	사회복지	21년8개월
남	36	대학	박사	사회복지	10년
남	41	대학	박사	사회복지	14년7개월
여	37	연구원	박사	사회복지	12년
여	31	연구원	석사	사회복지	6년2개월
여	33	연구원	박사	사회복지	4년
남	36	공단	박사	사회복지	10년
남	51	공단	학사	사회복지	20년
남	40	공단	석사	사회복지	6년
남	33	지자체	학사	사회복지	6년10개월

응답자의 배경변수					
성별	연령	근무기관	최종학위	전공	경력(년, 개월)
남	32	지자체	학사	사회복지	3년5개월
남	31	지자체	학사	사회복지	6년
여	36	장애인복지관	석사	사회복지	14년3개월
남	56	장애인자립생활센터	석사	경제/경영	10년5개월
여	55	직업재활센터	학사	사회복지	30년 6개월

#### 4) Q분류 및 분포

Q분류는 설문조사로 진행하였다. P표본 대상에게 Q표본인 진술문이 적힌 30개의 설문지를 제시하고 진술문을 읽은 후 자신의 견해와 일치하는 정도에 따라 긍정과 부정 그리고 중립(의견없음)의 3그룹으로 구분하도록 하였다. 그리고 각각의 그룹을 다시 9점 척도 상에서(-4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4) 척도별 진술문의 개수(2, 3, 3, 4, 6, 4, 3, 3, 2)로 강제 정규 분포하도록 하였다. 이 과정은 진술문에 대해 자신이 생각하는 바에 우선순위를 매기도록 하는 방식으로 조사대상자는 자신의 동의 정도를 기준으로 진술문을 지속적으로 비교하면서 순위를 선정하도록 하고 있다. 설문지는 전자메일로 배포 및 수거되었고 연구의 목적과 설문지의 진행과정은 전화통화를 통해 개별적으로 지원되었다. 조사는 9월24일부터 10월5일까지 총 2주간 진행되었다.

#### 5) 자료의 분석방법

Q분포를 통해 수집된 자료를 Q방법론 연구를 위해 고안된 PQMethod 2.11 프로그램을 이용하여 다음과 같이 분석하였다. 분류된 30개의 항목에 1부터 9까지의 점수를 주어 입력한 후 30개의 항목별 평균, 표준

편차, 표준점수를 구하였다. 다시 30개 항목을 P표본을 축으로 하는 주 요인분석방법(principle component analysis)을 하였다. 요인 고유값 (Eigen Value)이 1.0이상인 4개 주요 요인을 추출하였고, 이들 요인들이 중복되지 않고 직각의 관계를 가지도록 하는 배리맥스(varimax)방식 으로 회전시켰다.

## 6) 추가 인터뷰

P표본인 16명을 대상으로 Q조사를 실시한 이후 Q조사의 결과를 조 사 대상자의 의도에 맞게 해석하기 위해 추가면담이 진행되었다. 추가 인터뷰는 Q조사 결과의 4개 그룹에 속하는 P표본 각각 2명 총 8명을 대상으로 실시되었다. 추가 인터뷰의 내용은 인터뷰 장소에서 컴퓨터로 문서화하여 저장하고 Q조사 결과를 해석하고 정책적 함의를 도출하기 위해 활용하였다.

## 2. Q방법론의 적용과 유형화

### 가. Q유형(Type)의 형성

Q표본 분류에 의해 수집된 데이터를 분석한 결과 장애인통합지원센 터의 구축에 대한 인식이 네 가지 유형으로 분류되었다. 네 유형의 누적 변량(총 변량)은 63%로 설명력이 높았다. 이 변량 값은 네 가지 유형이 장애인통합지원체계 구축에 대한 전문가 인식에 대해 해당 수치만큼의 설명력을 가지고 있음을 의미한다.

〈표 3-9〉 인식유형 요인고유값과 총변량 비율(N=12)

구분	유형1	유형2	유형3	유형4
요인고유값(Eigenvalue)	4.7628	2.1584	1.6207	1.5038
총변량비율(As Percentage)	30	13	10	9
누적변량(Cumul. Percentage)	30	43	53	63

각 유형의 특성에서 정의 변수 즉 유형 1을 가장 잘 정의하는 진술문은 5개이고 유형 2를 잘 설명하는 진술문은 2개, 유형 3은 2개, 유형 4는 4개로 나타났다. 변이 계수는 표준편차/평균을 의미하는데, 각 유형의 평균을 표준화된 0에 맞추었을 때, 각 유형의 표준편차를 나타낸다. 네 개의 유형 모두 0.8로 동일하게 나타난 것은 각 유형 내 편차의 정도가 동일함을 의미한다. 종합 신뢰도는 높은 편으로 나타났고, 유형 2와 3이 다소 낮게 나타났다. 유형별 요인점수의 표준오차를 보면 유형 1과 4가 항목들 간의 유관성이 상대적으로 낮고 유형 3과 4가 상대적으로 높게 나타났다.

〈표 3-10〉 각 유형의 특성

구분	유형1	유형2	유형3	유형4
정의변수(No. of Defining Variables)	5	2	2	4
변이 계수(Average Rel. Coef.)	0.800	0.800	0.800	0.800
종합 신뢰도(Composite Reliability)	0.952	0.889	0.889	0.941
요인점수 표준오차(S.E. Factor Scores)	0.218	0.333	0.333	0.243

각 요인 간 상관관계를 보면, 요인 간 상관의 최대값이 .3609로 대체로 각 요인 간의 변별이 어렵지 않은 것으로 나타났다.

〈표 3-11〉 요인 간 상관관계

요인	1	2	3	4
1	1.0000			
2	0.0369	1.0000		
3	0.1045	0.3322	1.0000	
4	0.3004	0.0677	0.3067	1.0000

#### 나. Q분류 및 분포 P표본의 특성과 Q진술문의 요인가

다음의 <표 3-12>는 P표본의 특성과 요인분석의 결과를 보여준다.

요인분석 결과에 따르면, 첫 번째 인식유형에 해당하는 전문가는 16명 중 5명으로, 각각 근무경력 30년, 20년, 12년, 6년10개월, 6년2개월 경력을 가진 30대 연구원 두 분과 지자체 공무원, 50대 직업재활센터장과 공단 공무원이 포함되었다. 두 번째 인식유형에는 2명의 전문가로 각각 21년 8개월과 10년 5개월 경력을 가진 50대 장애인자립생활센터 대표와 장애인단체 사무총장이 포함되었다. 세 번째 인식유형에는 2명의 전문가로서 10년 경력의 30대 사회복지학과 교수와 4년 경력의 30대 연구원이 분류되었다. 네 번째 유형에는 4명의 전문가가 포함되었는데, 각각 14년 3개월, 6년, 3년5개월, 6개월 경력을 가진 30대 중반의 장애인복지관 대리, 30대 초반의 지자체 공무원 2분, 40대 공단 공무원이었다. P표본 중 3명은 4개 유형의 그룹에 속하지 않게 나타났다. 분석 결과를 살펴보면 전반적으로 요인에 따른 인적특성의 차이가 두드러지지 않는 것으로 보인다.

유형 1, 2, 3, 4,를 가장 잘 대변하는 Q진술문의 9점 척도 즉 -4, -3, -2, -1, 0, 1, 2, 3, 4 점수의 배열 즉 진술문의 요인가는 다음의 <표 3-13>과 같이 나타났다. 진술문의 요인가는 Q방법론에 의한 요인분석

의 주요기준이 된다. 특히 9점 척도 상에서 극단적 값(-4, -3 혹은 3, 4)을 갖는 진술문은 각 요인에 속한 P표본의 강한 긍정이나 부정을 나타내기 때문에 요인 간 차별성을 분석하는 데 유용한 자료이다.

〈표 3-12〉 요인분석 및 응답자 개요

응답자	요인				응답자의 배경변수					
	1	2	3	4	성별	연령	근무기관	최종학위	전공	경력
1	-0.0227	0.0742	-0.2578	0.6347*	여	36	장애인복지관	석사	사회복지	14년3월
2	0.3918	-0.1865	0.0373	0.5566*	남	32	지자체	학사	사회복지	3년5월
3	0.0528	0.6191*	-0.0419	0.2392	남	56	장애인자립생활센터	대학원	경제/경영	10년5월
4	0.8055*	-0.0273	-0.2686	-0.1587	여	55	직업재활센터	학사	사회복지	30년 6월
5	0.3744	0.5475	-0.0772	0.5203	남	41	대학	박사	사회복지	14년7월
6	0.6994*	0.1816	0.0376	0.4907	남	33	지자체	학사	사회복지	6년10월
7	0.2471	0.0845	0.3336	0.7653*	남	31	지자체	학사	사회복지	6년
8	-0.0402	0.8027*	0.3446	-0.2120	남	50	장애인단체	박사	사회복지	21년8월
9	0.1684	0.1419	0.8173*	0.1192	남	36	대학	박사	사회복지	10년
10	-0.1383	0.0088	0.6208*	0.0128	여	33	연구원	박사	사회복지	4년
11	0.4571	-0.4828	0.4762	0.1502	남	52	장애인단체	박사	특수교육/직업재활	28년
12	0.7573*	0.2535	0.2084	0.1089	여	31	연구원	석사	사회복지	6년2월
13	0.7553*	-0.1834	0.0084	0.0807	여	37	연구원	박사	사회복지	12년
14	-0.2063	0.2235	0.2256	0.6801*	남	40	공단	석사	사회복지	6년
15	0.5392*	0.3647	0.0523	0.3419	남	51	공단	학사	사회복지	20년
16	0.4396	-0.0972	0.1813	0.5548	남	36	공단	박사	사회복지	10년

\*p <.05

〈표 3-13〉 Q진술문의 요인가

번호	진술문	요인배열			
		F1	F2	F3	F4
1	정부는 장애인복지의 책임을 이행하기 위해 서비스를 관리하여야 한다.	0	3	3	1
2	장애인과 교류가 많고 현장경험이 풍부한 자가 장애인의 서비스를 관리해야 한다.	3	0	1	-1
3	장애인복지 통합장구는 전국적으로 통일된 조직이어야 한다.	0	-1	-3	4

번호	진술문	요인배열			
		F1	F2	F3	F4
4	서비스 관리는 표준화되기 힘든 전문영역이다.	-1	-1	0	-3
5	장애인복지에 대한 재정투입의 효율성을 높이기 위해 서비스를 관리하여야 한다.	1	2	-4	0
6	장애인복지의 특수성을 잘 아는 전문가가 장애인의 서비스를 관리해야 한다.	4	1	0	-1
7	장애인복지 통합창구는 전문성 있는 조직이 담당해야 한다.	4	-2	2	3
8	인터넷이나 매뉴얼 개발을 통해 장애인복지 정보를 통합하여 전달해야 한다.	2	-2	-2	2
9	장애인의 복지수급권을 보장하기 위해 서비스는 관리되어야 한다.	0	1	1	1
10	서비스 관리를 위한 표준화된 시스템이 개발되어야 한다.	3	0	0	4
11	장애인복지의 총액을 통합하여 장애인 당사자가 관리하도록 해야 한다.	-4	1	-2	0
12	장애인복지 진입창구의 개수를 늘려야 한다.	3	-3	-3	-3
13	장애인복지의 통합은 서비스의 흐름을 행정적으로 일원화한다는 의미이다.	-1	-2	0	1
14	장애인복지창구를 통합하는 것은 장애인이 서비스를 받기 위한 절차를 더 늘일 뿐이다.	-3	-3	-4	-4
15	장애인복지 통합관리를 위한 독립된 기구의 신설은 예산상의 문제로 불가능하다.	-4	-4	0	-2
16	장애인 서비스기관이 전문센터로 통합되어야 한다.	-2	-3	-1	2
17	서비스 기관이 장애인의 욕구를 파악하고 서비스를 제공해야 한다.	0	-4	-1	0
18	서비스 기관에 법적 권한을 행사할 수 있는 조직이 서비스를 관리해야 한다.	-3	1	-1	0
19	서비스가 서로 연계되어 통합적으로 제공되기 위해서는 서비스 이용자인 장애인 당사자가 서비스를 관리해야 한다.	-3	0	2	-1
20	서비스 자체가 불충분하여 장애인복지를 통합한다는 의미는 거의 없다.	-2	-1	-1	-3
21	정부가 직접 장애인의 욕구와 서비스를 관리해야 한다.	-2	3	1	0
22	장애인복지의 재정지원방식을 (공급자 중심에서) 수요자 중심으로 바뀌어야 한다.	0	4	4	2

번호	진술문	요인배열			
		F1	F2	F3	F4
23	표준화된 다양한 장애심사도구의 개발이 필요하다.	2	0	1	3
24	제공 기관별로 실시하고 있는 서비스 관정을 통합해야 한다.	-1	2	4	1
25	장애를 심사하는 전문인력이 필요하다.	2	-1	0	3
26	서비스 관리자는 장애인서비스로 고용촉진 및 직업재활 서비스를 함께 고려해야 한다.	1	0	2	-1
27	장애인복지 통합창구는 지역의 민간조직과 협력하기 쉬운 조직이 담당하여야 한다.	1	0	3	0
28	장애를 심사하는 일과 사례관리는 분리되어야 한다.	1	3	-2	-2
29	서비스 사각지대의 발생은 기관이 종종, 고령 장애인을 배제하기 때문이다.	-1	3	-3	-4
30	재정을 집행하는 조직이 서비스를 관정할 경우 신뢰성이 떨어진다.	0	1	3	-2

## 다. 인식유형별 특성

### 1) 유형 1

Q유형을 통해 분류된 제1유형은 장애인 당사자와 교류가 많고 현장 경험이 많은 자의 서비스 관리의 역할을 중시하고 이를 지원할 수 있는 통합지원체계의 구축을 지향하고 있는 것으로 나타났다.

즉 장애인의 욕구사정과 서비스 관리를 위해 장애인 복지의 특수성을 잘 아는 전문가와 장애인과 교류가 많고 현장경험이 풍부한 자가 장애인을 대변해야 한다는 의견에 강하게 긍정하고 있었다(진술문6,7). 그리고 이러한 대변인의 역할을 지원할 수 있는 체계로서 서비스 관리 시스템의 표준화를 중시하고 있었다(진술문10). 한편 진입창구가 전문성 있는 조직으로 구축되어야 한다는 입장을 보였고(진술문7), 장애의 심사와 관련하여서는 전문인력의 필요성에 동의하고 있었다(진술문25).

아울러 장애인 당사자의 정보 접근성을 높이기 위해 진입창구의 개수를 늘려야 한다는 입장을 취하고 있었으며(진술문12), 인터넷이나 매뉴얼 개발을 통해 장애인복지 정보를 통합하여 전달하여야 한다는 점에 동의하고 있었다(진술문8).

〈표 3-14〉 유형 1에서 찬성하거나 반대한 진술문과 요인가

구분	z-score	진술문
동의 진술문	1.517	6. 장애인복지의 특수성을 잘 아는 전문가가 장애인의 서비스를 관리해야 한다.
	1.449	7. 장애인복지 통합창구는 전문성 있는 조직이 담당해야 한다.
	1.335	12. 장애인복지 진입창구의 개수를 늘려야 한다.
	1.320	10. 서비스 관리를 위한 표준화된 시스템이 개발되어야 한다.
	1.256	2. 장애인과 교류가 많고 현장경험이 풍부한 자가 장애인의 서비스를 관리해야 한다.
	1.171	25. 장애를 심사하는 전문인력이 필요하다.
	1.049	8. 인터넷이나 매뉴얼 개발을 통해 장애인복지 정보를 통합하여 전달해야 한다.
반대 진술문	-1.162	21. 정부가 직접 장애인의 욕구와 서비스를 관리해야 한다.
	-1.207	20. 서비스 자체가 불충분하여 장애인복지를 통합한다는 의미는 거의 없다.
	-1.248	14. 장애인복지창구를 통합하는 것은 장애인이 서비스를 받기 위한 절차를 더 늘일 뿐이다.
	-1.255	18. 서비스 기관에 법적권한을 행사할 수 있는 조직이 서비스를 관리해야 한다.
	-1.373	19. 서비스가 서로 연계되어 통합적으로 제공되기 위해서는 서비스 이용자인 장애인 당사자가 서비스를 관리해야 한다.
	-1.428	15. 장애인복지 통합관리를 위한 독립된 기구의 신설은 예산상의 문제로 불가능하다.
	-1.625	11. 장애인복지의 총액을 통합하여 장애인 당사자가 관리하도록 해야 한다.

반대진술문을 살펴보면 제1 유형은 장애인지원체계의 통합이라는 정책 방향에 반대하는 진술문 전반에 대해서 동의하지 않는 것으로 나타났다

(진술문20,14,15). 그러나 정부 및 지방자치단체가 직접 장애인의 욕구와 서비스를 관리하는 것에 대해서는 부정적인 입장을 취하고 있었으며 (진술문21,18) 장애인 당사자가 직접 서비스를 관리하는 것에 대해서도 부정하고 있었다(진술문19,11).

<표 3-15> 유형 1의 특성이 드러난 진술문

진술문	유형1		유형2		유형3		유형4	
	RNK	Score	RNK	Score	RNK	Score	RNK	Score
6. 장애인복지의 특수성을 잘 아는 전문가가 장애인의 서비스를 관리해야 한다.	4	1.52*	1	0.37	0	0.14	-1	-0.41
12. 장애인복지 진입창구의 개수를 늘려야 한다.	3	1.33*	-3	-1.26	-3	-1.36	-3	-1.30
2. 장애인과 교류가 많고 현장경험이 풍부한 자가 장애인의 서비스를 관리해야 한다.	3	1.26*	0	0.04	1	0.22	-1	-0.66
22. 장애인복지의 재정지원 방식을(공급자 중심에서) 수요자 중심으로 바꿔야 한다.	0	0.16*	4	2.12	4	1.99	2	1.04
24. 제공 기관별로 실시하고 있는 서비스 편정을 통합해야 한다.	-1	-0.49*	2	1.10	4	1.52	1	0.85
21. 정부가 직접 장애인의 욕구와 서비스를 관리해야 한다.	-2	-1.16*	3	1.14	1	0.83	0	-0.13

\*p<.001

제1유형의 특성이 유형 2, 3, 4와 비교하여 특별히 잘 드러나는 진술문은 위의 <표 3-15>와 같다. 우선 제1유형은 장애인의 욕구사정 및 서비스 관리와 관련하여 장애인의 특수성을 잘 아는 자와 장애인과 교류가 많고 현장경험이 풍부한자, 즉 장애인 대변인의 역할을 긍정한다는 점에서 다른 유형들과 차별화되었다(진술문6,12). 그리고 장애인 당사자

입장에서 복지진입창구의 접근성을 높이기 위해 창구의 개수를 늘려야 한다는 입장에서 다른 유형들과 차별화되었다(진술문12). 또한 공공부문이 서비스를 직접 관리해야 한다는 점과 서비스 기관의 판정을 통합해야 한다는 점에 동의하지 않는다는 점에서 다른 유형들과 구분되었다(진술문24,21).

## 2) 유형 2

제2유형은 민간 기관의 서비스 관리가 초래한 장애인복지 공급의 한계에 공감하면서 공공부문의 조정적 관리의 필요성을 강조하고 있는 것으로 나타났다.

동의진술문을 살펴보면 우선 장애인복지의 선택에 있어 장애인 당사자의 의견이 중요함을 강조하고 있었다(진술문22). 그리고 장애인 중심의 서비스가 실현되기 위해서 장애인복지의 법적 책임을 갖는 정부가 서비스를 관리해야 한다는 견해를 갖고 있었다(진술문1). 즉 현재 민간 서비스 기관이 중증, 고령 장애인을 배제하고 있는 문제점에 긍정적인 입장을 갖고 있으면서(진술문29) 이의 극복방안으로 서비스 기관에 권위를 행사할 수 있는 정부가 직접 장애인의 욕구를 사정하고 서비스를 판정해야 한다는 입장을 취하고 있었다(진술문21,24). 그리고 이러한 공공부문의 관리가 재정투입의 효율성을 높이고자 하는 서비스 관리의 목적에도 부합한다고 보고 있었다(진술문5). 아울러 장애를 심사하는 일은 사례관리와 구분되어야 한다는 입장을 갖고 있었다(진술문28).

〈표 3-16〉 유형 2에서 찬성하거나 반대한 진술문과 요인가

구분	요인가	진술문
동의 진술문	2.121	22. 장애인복지의 재정지원방식을 수요자 중심으로 바꿔야 한다.
	1.428	1. 정부는 장애인복지의 책임을 이행하기 위해 서비스를 관리하여야 한다.
	1.428	29. 서비스 사각지대의 발생은 기관이 증증, 고령 장애인을 배제하기 때문이다.
	1.224	28. 장애를 심사하는 일과 사례관리는 분리되어야 한다.
	1.142	21. 정부가 직접 장애인의 욕구와 서비스를 관리해야 한다.
	1.101	24. 제공기관별로 실시하고 있는 서비스 관정을 통합해야 한다.
	1.061	5. 장애인복지에 대한 재정투입의 효율성을 높이기 위해 서비스를 관리하여야 한다.
반대 진술문	-1.264	12. 장애인복지 진입창구의 개수를 늘려야 한다.
	-1.305	14. 장애인복지창구를 통합하는 것은 장애인이 서비스를 받기 위한 절차를 더 늘일 뿐이다.
	-1.754	17. 서비스 기관이 장애인의 욕구를 파악하고 서비스를 제공해야 한다.
	-2.121	15. 장애인복지 통합관리를 위한 독립된 기구의 신설은 예산상의 문제로 불가능하다.

반대진술문을 살펴보면 장애인복지 진입창구의 개수를 늘리는 것에 반대하면서 진입창구의 통합에 긍정적인 입장을 취고 있었다(진술문 12,14,15). 그리고 장애인복지 통합관리를 위한 독립기구의 신설이 예산상의 문제로 불가능하다는 점을 강하게 부정하고 있었다(진술문15).

한편 민간 서비스 기관이 장애인의 욕구를 파악하여 서비스를 제공하여야 한다는 점에 대해서는 부정적인 입장을 갖고 있었다(진술문15).

유형 2의 특성이 유형 1, 3, 4와 비교하여 특별히 잘 드러나는 진술문은 위의 다음의 <표 3-17>과 같다. 우선 민간 기관의 서비스 공급이 갖는 문제점에 대해 동의하고 있다는 점에서 타 유형과 차별화되었다(진술문29,17). 그리고 장애인복지의 통합창구를 전문성이 있는 조직이 담당해야 한다는 입장에 부정적인 견해를 갖고 있다는 점에서 타 유형

과 구별되었다(진술문 7).

〈표 3-17〉 유형 2의 특성이 드러난 진술문

진술문	유형1		유형2		유형3		유형4	
	RNK	Score	RNK	Score	RNK	Score	RNK	Score
29. 서비스 사각지대의 발생은 기관이 종종, 고령 장애인을 배제하기 때문이다.	-1	-0.61	3	1.43*	-3	-1.23	-4	-1.62
7. 장애인복지 통합창구는 전문성 있는 조직이 담당해야 한다.	4	1.45	-2	-0.73*	2	0.98	3	1.16
17. 서비스 기관이 장애인의 욕구를 파악하고 서비스를 제공해야 한다.	0	0.02	-4	-1.75*	-1	-0.38	0	-0.11

\*p<.001

### 3) 유형 3

제3유형은 정부와 민간조직의 협력과 민관협력에 의한 서비스 관리를 중시하고 있는 것으로 확인되었다.

동의진술문을 살펴보면 장애인복지의 재정지원방식을 수요자 중심으로 바꿔야 한다는 입장을 강하게 긍정하면서(진술문22), 현재 제공 기관 별로 실시하고 있는 서비스 판정을 통합해야 한다는 입장에 공감하고 있었다(진술문24). 그리고 이를 위해 장애인복지 통합창구는 지역의 민간조직과 협력하기 쉬운 조직이 담당해야 한다는 견해를 갖고 있었으며(진술문27) 정부가 장애인복지의 책임을 이행하기 위해 서비스를 관리해야 한다는 입장을 보이고 있었다(진술문1).

한편 정을 집행하는 조직 즉 공단이 서비스를 판정할 경우 신뢰성이 떨어질 수 있다는 점에 동의하고 있었다(진술문30).

〈표 3-18〉 유형 30에서 찬성하거나 반대한 진술문과 요인가

구분	요인가	진술문
동의 진술문	1.988	22. 장애인복지의 재정지원방식을 수요자 중심으로 바뀌어야 한다.
	1.521	24. 제공 기관별로 실시하고 있는 서비스 관정을 통합해야 한다.
	1.452	27. 장애인복지 통합창구는 지역의 민간조직과 협력하기 쉬운 조직이 담당하여야 한다.
	1.072	30. 재정을 집행하는 조직이 서비스를 관정할 경우 신뢰성이 떨어진다.
	1.004	1. 정부는 장애인복지의 책임을 이행하기 위해 서비스를 관리하여야 한다.
반대 진술문	-1.228	29. 서비스 사각지대의 발생은 기관이 중증, 고령 장애인을 배제하기 때문이다.
	-1.365	12. 장애인복지 진입창구의 개수를 늘려야 한다.
	-1.384	3. 장애인복지 통합창구는 전국적으로 통일된 조직이어야 한다.
	-1.452	14. 장애인복지창구를 통합하는 것은 장애인이 서비스를 받기 위한 절차를 더 늘일 뿐이다.
	-1.988	5. 장애인복지에 대한 재정투입의 효율성을 높이기 위해 서비스를 관리하여야 한다.

반대진술문을 살펴보면 장애인복지 진입창구의 개수를 늘려야 한다는 의견과 통합창구의 구축이 장애인이 서비스를 받기 위한 절차를 더 늘일 뿐이라는 의견에 동의하지 않았다(진술문12,14). 즉 장애인통합지원에 대해 찬성하는 입장을 갖고 있었다.

아울러 민간 기관이 중증, 고령 장애인을 배제하여 서비스의 사각지대가 발생한다는 지적에 동의하지 않는 입장을 갖고 있었으며(진술문 29), 장애인복지 통합창구가 전국적으로 통일된 조직이어야 한다는 진술문에도 동의하지 않는 입장이었다.(진술문 3) 제3유형은 민간기관이 서비스 공급주체로서 갖는 역할을 인정하고 있으며, 또한 다양성을 갖는 지역사회조직으로서 어떤 식으로든 통합지원체계 구축에 기여할 것이라는 인식을 갖고 있는 것으로 보인다.

한편 서비스 관리가 장애인복지의 재정투입 효율성을 높이기 위한 것이라는 진술문에는 강하게 반대하는 입장을 갖고 있었다(진술문5).

〈표 3-19〉 유형 3의 특성이 드러난 진술문

진술문	유형1		유형2		유형3		유형4	
	RNK	Score	RNK	Score	RNK	Score	RNK	Score
27. 장애인복지 통합창구는 지역의 민간조직과 협력하기 쉬운 조직이 담당하여야 한다.	1	0.41	0	0.20	3	1.45*	0	0.03
15. 장애인복지 통합관리를 위한 독립된 기구의 신설은 예산상의 문제로 불가능하다.	-4	-1.43	-4	-2.12	0	0.00	-2	-0.93
5. 장애인복지에 대한 재정투입의 효율성을 높이기 위해 서비스를 관리하여	1	0.51	2	1.06	-4	-1.99*	0	-0.19

\*p<.001

유형 3의 특성이 유형 1, 2, 4와 비교하여 특별히 잘 드러나는 진술문은 위의 <표 3-19>와 같다. 제3유형은 장애인복지 통합창구가 지역의 민간조직과 협력하기 쉬운 조직이 담당하여야 한다는 입장을 갖고 있다는 점에서 타 유형과 차별화되었다(진술문27). 또한 장애인복지 통합체계 구축이라는 정책방향이 장애인복지 재정투입의 효율화를 높이기 위한 것이라는 의견을 강하게 반대하고 있는 점에서 타 유형과 구별되었다(진술문5).

#### 4) 유형 4

제4유형은 장애의 종류, 장애인의 연령, 장애인이 사는 지역에 따른

서비스 편차를 줄이기 위해 전문성을 강조하고 조직의 일원화를 중시하는 것으로 확인되었다.

동의진술문을 살펴보면 통일성을 강조하는 입장에서 장애인복지창구가 전국적으로 통일된 조직이어야 한다는 점에 동의하고 있었으며(진술문3) 표준화된 시스템 개발과 표준화된 다양한 장애심사도구의 개발이 중요하다는 점을 강조하였다(진술문10,7). 그리고 전문성을 강조하는 입장에서 장애심사를 위한 전문인력의 필요성, 장애인복지통합창구를 전문성 있는 조직이 담당할 필요성, 장애인서비스 기관이 전문센터로 통합될 필요성에 공감하고 있었다(진술문25,7,16). 아울러 장애인복지 재정지원 방식을 공급자 지원에서 수요자 중심으로 바뀌어야 한다는 의견에 동의하고 있었다(진술문22).

〈표 3-20〉 유형 4에서 찬성하거나 반대한 진술문과 요인가

구분	요인가	진술문
동의 진술문	1.694	3. 장애인복지통합창구는 전국적으로 통일된 조직이어야 한다.
	1.549	10. 서비스 관리를 위한 표준화된 시스템이 개발되어야 한다.
	1.402	23. 표준화된 다양한 장애심사도구의 개발이 필요하다.
	1.275	25. 장애를 심사하는 전문인력이 필요하다.
	1.158	7. 장애인복지통합창구는 전문성 있는 조직이 담당해야 한다.
	1.040	22. 장애인복지의 재정지원방식을 수요자 중심으로 바뀌어야 한다.
	1.026	16. 장애인서비스 기관이 전문센터로 통합되어야 한다.
반대 진술문	-1.298	20. 서비스자체가 불충분하여 장애인복지를 통합한다는 의미는 거의 없다.
	-1.299	12. 장애인복지 진입창구의 개수를 늘려야 한다.
	-1.398	4. 서비스 관리는 표준화되기 힘든 전문영역이다.
	-1.596	14. 장애인복지창구를 통합하는 것은 장애인이 서비스를 받기 위한 절차를 더 늘일 뿐이다.
	-1.617	29. 서비스 사각지대의 발생은 기관이 종종, 고령장애인을 배제하기 때문이다.

반대진술문을 살펴보면 우선 서비스 사각지대의 발생이 기관의 중증, 고령 장애인 배제에 원인이 있다는 지적에 동의하지 않고 있었다(진술문29). 그리고 장애인복지 통합지원체계에 대해 부정적인 의견 즉 장애인복지창구의 통합이 장애인이 서비스를 받기위한 절차를 하나 더 늘일 뿐이라는 의견, 장애인복지 진입창구의 개수를 늘려야 한다는 의견, 서비스자체가 불충분하여 장애인복지를 통합한다는 의미가 거의 없다는 의견을 부정하고 있었다(진술문14,12,20). 또한 서비스 관리가 표준화되기 힘든 전문영역이라는 의견에도 동의하지 않고 있었다(진술문4).

〈표 3-21〉 유형 4의 특성이 드러난 진술문

진술문	유형1		유형2		유형3		유형4	
	RNK	Score	RNK	Score	RNK	Score	RNK	Score
3. 장애인복지 통합창구는 전국적으로 통일된 조직이어야 한다.	0	-0.13	-1	-0.57	-3	-1.38	4	1.69*
22. 장애인복지의 재정지원 방식을 수요자 중심으로 바꿔야 한다.	0	0.16	4	2.12	4	1.99	2	1.04
16. 장애인 서비스기관이 전문센터로 통합되어야 한다.	-2	-0.94	-3	-0.94	-1	-0.31	2	1.03*
21. 정부가 직접 장애인의 욕구와 서비스를 관리해야 한다.	-2	-1.16	3	1.14	1	0.83	0	-0.13
5. 장애인복지에 대한 재정투입의 효율성을 높이기 위해 서비스를 관리하여야 한다.	1	0.51	2	1.06	-4	-1.99	0	-0.19
30. 재정을 집행하는 조직이 서비스를 관정할 경우 신뢰성이 떨어진다.	0	0.17	1	0.49	3	1.07	-2	-0.94*
4. 서비스 관리는 표준화되기 힘든 전문영역이다.	-1	-0.73	-1	-0.49	0	-0.22	-3	-1.40

\*p<.001

유형 4의 특성이 유형 1, 2, 3과 비교하여 특별히 잘 드러나는 진술 문은 앞의 <표 3-21>과 같다. 우선 장애인복지 통합창구가 전국적으로 통일된 조직이어야 한다는 의견을 강하게 주장하고 있다는 점에서 타 유형과 구별되었다(진술문3). 그리고 장애인서비스기관이 전문센터로 통합되어야 한다는 의견에 강하게 동의한다는 점에서 타 유형과 구별되었다(진술문16). 한편 재정을 집행하는 조직이 서비스를 판정할 경우 신뢰성이 떨어진다는 주장에 동의하지 않는다는 점에서 타 유형과 구별되었다(진술문30).

### 3. 인식유형별 정책선호도

#### 가. '장애인 대변자' 중시형 (제1유형)

제1유형은 장애의 특수성을 잘 아는 전문가로서 장애인과 교류가 많고 현장경험이 풍부한 자가 장애인지원을 담당해야 한다는 의견에 우선순위를 두었다. 그리고 이들의 역할을 지원하기 위해 표준화된 관리시스템의 개발과 장애심사 전문인력의 필요성에 대한 인식이 높았으며, 장애인 당사자의 복지에 대한 정보와 접근성을 높이기 위해 장애인복지 진입창구를 늘리고, 인터넷이나 매뉴얼개발을 통해 복지정보를 통하여 전달해야한다는 점에 정책 우선순위를 두고 있었다.

이러한 인식은 장애인 당사자의 알 권리와 정보접근성을 중시한다는 점과 장애인의 특수성을 잘 인지하면서 실제로 장애인과 교류가 많은 현장경험가가 장애인복지 전담인력으로 육성되어야 한다는 인식이 높다는 점에서 타 인식유형과 차별화되었다. 장애의 특수성과 당사자의 입장을 대변할 수 있는 서비스 관리와 장애인의 복지접근성을 높여야 한다는 인식이 상대적으로 높은 점을 고려하여 이 유형을 '장애인 대변자'

역할을 중시하는 그룹으로 구분하였다.

‘장애인 대변자’ 중시형은 장애인지원통합체계 구축에서 주안점을 뒤야할 정책방안으로 장애의 특수성을 인지하고 현장 경험이 풍부한 전담 인력의 확보, 장애인 통합지원체계의 진입창구 증설, 관리시스템의 표준화, 장애심사 전문인력의 양성, 장애인복지 통합정보망 구축에 비중을 두고 있었다. 아울러 장애인지원체계에서 장애심사와 사례관리가 통합되어야 한다는 입장을 갖고 있었다.

그리고 정책방향으로서 장애인 통합지원시스템 구축에 대해서는 대체로 공감하고 있었지만 법적 권한을 갖는 정부나 장애인 당사자가 직접 서비스를 사정하고 관리해야 한다는 의견에 대해서는 반대하는 입장을 갖고 있었다. 인지능력이 떨어지거나 거동이 불편한 장애인을 감안하고 사회경제적 지위가 상대적으로 낮은 장애인의 현실적 조건을 고려하여 장애인 스스로가 서비스를 사정하고 관리하는 것에 대한 우려를 갖고 있는 것으로 파악된다.

#### 나. ‘정부의 조정’ 중시형 (제2유형)

제2유형은 장애인복지의 공급이 공급자 중심에서 수요자 중심으로 전환되어야 한다는 점을 중시하면서 정부가 장애인복지의 책임을 이행하기 위해 장애인의 욕구를 사정하고 기관의 서비스 제공을 관리해야 한다는 입장을 갖고 있었다. 그리고 이를 통해 민간 서비스 기관이 중증, 고령장애인 배제하는 현상을 감독하고 복지재정투입의 효율성을 높여야 한다는 인식을 갖고 있었다. 아울러 장애인복지 통합창구가 전문성 있는 조직일 필요는 없다는 의견을 갖고 있다.

이러한 인식은 민간 서비스 제공 기관이 장애인 욕구를 직접 파악하고 서비스를 결정하는 것에 대한 우려를 보이면서 정부가 서비스 전반

을 관리해야 한다는 입장을 갖는다는 점에서 타 유형과 차별화되었다. 즉 정부가 갖는 장애인복지의 법적 책임성을 강조하고 장애인지원체계 중심의 조정자로서 기관의 서비스 제공에 적극적으로 개입하여야 한다는 인식이 높다는 점을 고려하여 이 유형을 ‘정부의 조정’을 중시하는 그룹으로 구분하였다.

‘정부의 조정’ 중시형은 장애인지원통합체계 구심점으로서 정부 특히 지방자치단체의 역할을 강조하면서 기관에 대한 관리 감독의 강화, 실질적인 감독 권한의 부여, 장애인복지 진입창구의 통합, 수요자 재정지원 방식의 활성화, 서비스 기관의 경쟁 촉진에 비중을 두고 있었다. 그리고 수요자 재정지원방식을 강화해야 한다는 입장에서 장애인 당사자가 서비스 총액을 관리하는 총액예산제에 대해서도 대체로 공감하는 입장을 보이고 있었다.

한편 장애인지원체계의 사례관리와 장애심사가 분리되어야 한다는 입장을 갖고 있었는데 이는 지자체에 장애심사를 수행할 인력이 부재하여 장애심사를 수행하기 역부족이라는 인식을 반영한 것으로 보인다.

#### 다. ‘민관협력’ 중시형 (제3유형)

제3유형은 수요자 중심의 복지공급과 정부의 장애인복지에 대한 책임을 중시한다는 점에서는 제2유형과 유사하지만, 장애인지원체계에서 민관협력을 중시하고 서비스 기관의 역할을 신뢰하고 있다는 점에서 차별화되었다. 그리고 장애인통합지원체계의 구축이 재정효율화 방향으로 귀결되는 것에 대해 강한 우려를 표시하고 있었으며 동일한 맥락에서 재정집행기관 즉 공단의 서비스 판정이 가져올 수 있는 신뢰성의 한계에 동의하고 있었다.

이 유형은 장애인복지 통합창구가 지역의 민간조직과 협력하기 쉬운

조직이어야 한다는 점에 정책 우선순위를 두면서 장애인복지 관리의 목적이 재정투입의 효율성과 연결되는 것에 강한 반대를 보이고 있다는 점에서 타 유형과 구별되었다. 그리고 수요자 중심의 복지공급을 실현하기 위해 공공의 책임이 중요하지만 민간기관의 역할 또한 중요하다고 강조하고 있었다. 이러한 점을 고려하여 이 유형을 ‘민관협력’ 중시형으로 구분하고자 한다.

‘민관협력’ 중시형은 장애인지원통합체계 구축과정에서 민관협력의 목적이 수요자 중심의 지원체계 구축이라는 점을 강조하면서 수요자 재정지원방식의 강화, 기관의 서비스 판정체계 통합, 장애인복지 진입창구의 단일화라는 정책접근을 강조하고 있었다. 그리고 장애인지원 통합창구가 반드시 전국적으로 통일된 조직일 필요는 없다는 점에 동의하면서 장애심사와 사례관리 또한 분리될 필요가 없다고 보고 있었다. 이러한 인식은 지자체와 협력하는 지역 민간기관의 역할을 중시하는 입장에서 민간기관이 갖는 판정체계 및 통합관리와 지역사회조직으로서의 다양성을 인정하고 있기 때문으로 보인다.

#### 라. ‘전문성’ 중시형 (제4유형)

제4유형은 장애인통합지원체계 구축과 관련하여 장애인지원의 전문성과 통일성을 중시하는 입장을 갖고 있었다. 이와 관련하여 조직의 통일성을 확보하기 위해 표준화된 관리시스템과 표준화된 다양한 장애심사도구의 개발에 정책 우선순위를 두고 있었으며 장애인 지원의 전문성을 확보하기 위해 장애심사를 위한 전문인력의 양성과 장애인서비스기관의 전문센터로의 통합이 중요하다고 보고 있었다.

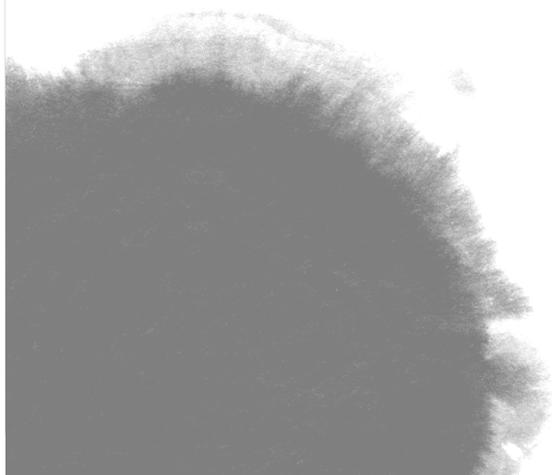
특히 이 유형은 장애인복지 통합창구가 전국적으로 통일된 조직이어야 한다는 점에 강하게 동의하면서 장애인서비스 기관의 전문센터로의

통합이 필요하다고 보고 있다는 점에서 타 유형과 차별화되었다. 즉 서비스 기관의 장애인복지에 대한 전문성에 주안점을 두면서 민간기관의 서비스 판정을 통합하고 통합전문센터로의 역할을 구상하는 인식이 관찰되었다. 그리고 현재 발생하고 있는 서비스 사각지대가 서비스 기관이 중증, 고령 장애인을 배제하고 있기 때문이라는 의견에 강하게 반대하고 있었다. 아울러 이 유형은 재정을 집행하는 조직 즉 공단의 서비스 판정이 가져올 수 있는 한계에도 동의하지 않는 입장이었다. 이는 전문성을 강조하는 입장에서 공단이 갖는 장애심사 및 판정에 대한 전문성 또한 인정하고 있는 것으로 볼 수 있다. 이러한 제4유형은 서비스 관리의 주체에 대한 뚜렷한 입장을 갖고 있지는 않지만 전문성을 가진 조직의 장애인복지지원체계에서 중요한 역할을 수행할 것이라고 인식하고 있다는 점에서 ‘전문성’ 중시형으로 구분될 수 있었다.

한편 장애인과 교류가 많고 현장경험이 많은 자 혹은 장애인복지의 특수성을 잘 아는 전문가가 서비스를 관리해야 한다는 입장과 장애인 당사자가 서비스를 관리해야 한다는 입장에 대해서는 부정적인 견해를 갖고 있었다. 이러한 인식을 통해 볼 때 ‘전문성’ 중시형이 인식하는 전문성이란 장애인과의 교류나 현장경험에서 얻어진 전문성이 아닌 사회심리학적 혹은 보건의료적 전문성을 의미한다고 봐야할 것이다.

# 4장

## 결론





## 제4장 결론

### 제1절 주요 연구내용

본 연구는 장애인정책을 중심으로 우리나라의 소득보장과 사회서비스의 연계동향을 알아보고 향후 정책과제를 제시하였다. 이를 위해 첫째, 우리나라의 주요 장애인정책의 연계동향 및 주요 OECD 국가의 개혁정책 동향을 살펴보고 둘째, 현재 장애인복지 연계정책으로 중점 추진되고 있는 통합지원체계 구축방안에 대해 검토하였다. 본 연구의 주요 연구내용은 다음과 같다.

우선 우리나라 주요 장애인정책의 연계동향을 소득보장, 재활 및 고용서비스, 돌봄(케어)서비스로 구분하여 알아보았다. 2010년 장애인연금 제도를 도입하면서 장애연금 - 장애인연금 - 생계급여의 다층적 소득보전체계를 구축하였다. 그러나 각각의 제도가 서로 병존하고 있을 뿐 수급자격과 급여수준 등이 유기적으로 연계되어 있지 않아 다층적 소득보전체계의 기능이 미흡하였다. 장애연금의 경우 1차사회안전망으로서 장애등급이 1~3등급인자를 대상으로 급여수준이 장애인연금이나 생계급여에 비해 높게 설계되었고 장애인연금은 중증장애인만을 대상으로 급여수준이 9만원선이어서 아직 2차 사회안전망으로서의 기능이 부족하였다. 최후의 안전망인 국민기초생활보장의 생계급여는 최저생계비 이하의 중증장애인과 근로무능력자만을 대상으로 최저생계비 수준을 보충적으로

보장하고 있었다. 그리고 소득보장 제도의 수급기준 및 급여수준이 직업 재활 및 고용서비스, 돌봄(케어)서비스와 연동되는 시스템이 거의 없어 제도적 연계가 미흡한 것으로 파악되었다.

한편 장애인 직업재활 및 고용서비스 간의 연계성 또한 매우 낮은 것으로 파악되었다. 직업재활 및 고용서비스 제도의 이용자 기준은 ‘등록 장애인’뿐이었으며 실제로는 개별 서비스 기관이 자체적인 이용자 기준을 적용하고 있는 실정이었다. 지방자치단체가 장애인등록의 업무와(읍·면·동) 서비스 욕구사정의 업무(시·군·구)를 실시하고 있지만 현재 지자체의 장애인등록 및 서비스 욕구사정과 민간 서비스 기관의 공식적인 연계는 존재하지 않았다. 더구나 주무부처가 보건복지부와 고용노동부로 이원화되어 있어 부처 간 상호 정보교류가 원활하지 못하고 장애인에게 서비스를 중복하여 제공하여도 파악할 방법이 없는 구조였다. 특히 노동 시장 활동 중 장애를 갖게 된 후천적 장애인을 대상으로 하는 서비스가 부족한 실정으로 급성기 - 이급성기 - 회복기의 서비스 단계별로 제도 간의 연계 또한 거의 없었다.

장애인서비스는 대부분 공공부문이 민간시설을 지원하여 민간시설이 서비스를 직접 공급하는 구조로 되어 있다. 이러한 일방향의 공급구도는 서비스 이용자의 욕구와 선택에 민감하지 못한 측면이 있다. 이러한 한계를 극복하고자 1997년 전자바우처 사업이 도입되었는데 우리나라의 돌봄(케어)서비스는 전자바우처의 도입을 통해 본격적으로 제도화되기 시작하였다. 그러나 현재 전자바우처를 통해 공급자 지원방식의 한계가 얼마나 극복되었는지에 대해서는 아직 의견이 분분하다. 즉 서비스 기관이 상호 연계 없이 각기 서비스를 제공하고 있는 상황을 수요자측면의 선택권 향상을 통해 단기간에 해결하고자 하는 접근은 또 다른 한계에 부딪히고 있다.

다음으로는 우리나라 장애인정책의 현황과 연계동향을 다른 OECD국

가와 비교하여 어떤 위상인지 살펴보았다. OECD는 회원국의 장애인정책을 보장지수(소득보장에 대한 지수)와 통합지수(서비스에 대한 지수)로 수치화하여 분석하고 유형화했는데 우리나라의 장애인정책은 자유주의 모델의 b유형으로 구분되었다. 이 그룹에 속하는 나라는 우리나라 이외에 캐나다, 미국, 일본으로 장애인급여의 낮은 수준, 상병급여의 부재, 낮은 재활서비스가 주요한 특징으로 제시되어 있다. 실제로 OECD 국가의 사회지출수준을 살펴보면 우리나라의 소득보장 수준은 OECD 국가의 최 하위권이었으며 재활서비스의 수준도 하위권으로 나타나고 있었다. 다만 돌봄서비스의 수준이 OECD 국가의 하위 1/3수준으로 상대적으로 높았다. 이러한 조건에서 우리나라의 연계정책이 장애인 돌봄(케어)서비스와 각종 장애인지원급여의 통합을 중심으로 진행되고 있다고 볼 수 있다.

최근 OECD 장애인정책의 개혁 동향은 급여와 서비스를 연계하여 보다 효과적, 효율적인 사회보장의 실현으로 요약할 수 있다. 주요한 정책 수단으로는 첫째, 근로능력을 고려한 장애 평가 방식에서의 전환 즉 표준화된 근로능력 평가도구가 개발되고 장애 판정을 위한 전문인력이 양성되는 정책이 추진되고 있었다. 둘째, 고용친화적인 소득보장 체계로의 개편이 진행되었다. 즉 장애인의 소득보장을 위해 노동시장의 자립을 지원하는 재활 및 고용서비스의 연계가 강화되고 있었다. 셋째, 장애인지원통합전달체계가 구축되는 경향이 있었다. OECD 국가의 장애인통합지원체계는 소득보장 & 재활 및 고용서비스 통합형(영국 등), 소득보장 & 재활 및 고용서비스 & 케어서비스 통합형(호주, 노르웨이 등)의 유형으로 구분될 수 있었다. 우리나라의 연계정책은 돌봄(케어)서비스와 각종 장애인지원급여의 통합을 중심으로 진행되고 있어 소득보장 & 케어서비스 통합형으로 구분될 수 있었다.

현재 정부는 장애인통합지원시스템의 구축을 장애인정책의 중요한 비

전의 하나로 추진하고 있다. 그와 동시에 장애인통합지원체계에 대한 다양한 입장이 장애인복지 현장에서 활발히 논의되기 시작하였다. 우선 장애인통합지원체계의 구심점으로 지자체, 공단 등 어떤 조직을 설정할 것인가에 대한 쟁점이 존재하고 있었다. 그리고 서비스 단계별로도 진입창구 단일화에 대한 의견, 장애인 욕구사정 및 서비스 결정 담당인력에 대한 이슈, 서비스 결정과 제공과정에서 민간기관과의 파트너십 형성 등의 다양한 쟁점이 존재하고 있었다. 본 연구는 이러한 쟁점별 다양한 의견을 정리해 볼 수 있었다. 그리고 이와 관련하여 존재하는 각기 다른 입장을 구체화하고자 Q방법론을 적용하여 인식조사를 실시하였다. 이를 위해 전문가 10명을 대상으로 심층인터뷰를 진행하고 ‘관리’와 ‘통합’의 두 차원으로 Q진술문을 추출하였다. 그리고 공급체계의 주요 이해당사자인 장애인단체, 공단, 지자체 사업담당자, 서비스 기관의 의견을 수집하였다. 그 결과 ‘장애인 대변자’ 중시형(제1유형), ‘정부의 조정’ 중시형(제2유형), ‘민관협력’ 중시형(제3유형), ‘전문성’ 중시형(제4유형)의 4가지 인식유형이 도출되었다.

〈표 4-1〉 인식유형별 관리와 통합에 대한 인식

		‘관리’의 인식			
		장애인 대변자	정부의 조정	민관협력	전문화
‘통합’의 인식	복지정보의 통합	I 유형			
	공공부문의 창구통합		II유형		
	서비스관정 통합			III유형	
	통합조직의 통일성				IV유형

인식유형별 특징은 다음과 같다. 첫째, ‘장애인 대변자’ 중시형(제1유형)은 장애인 당사자의 알 권리와 정보접근성을 중시하고 장애인의 특수성을 잘 인지하면서 실제로 장애인과 교류가 많은 현장경험가가 장애인복지 전담인력으로 육성되어야 한다는 인식이 높다는 특징을 갖고 있었다. 둘째, ‘정부의 조정’ 중시형(제2유형)은 서비스 제공 기관이 장애인 욕구를 직접 파악하고 서비스를 결정하는 것에 대한 우려를 보이면서 정부가 장애인복지의 책임을 갖는 조직으로서 서비스 전반을 관리해야 한다는 입장을 갖고 있었다. 셋째, ‘민관협력’ 중시형(제3유형)은 장애인복지 통합창구가 지역의 민간조직과 협력하기 쉬운 조직이어야 한다는 점을 강조하고 서비스 관리가 장애인복지 재정의 효율성과 연결되는 것에 대해 반대하는 입장을 갖는다는 점에서 타 유형과 구별되었다. 넷째, ‘전문성’ 중시형(제4유형)은 장애인복지 통합창구의 전문성에 주안점을 두고 전국적으로 통일된 조직이 구성되어야 한다는 점을 강조하고 장애인서비스 기관이 전문센터로 통합되어야 한다는 입장을 갖고 있었다.

## 제2절 향후 정책과제

장애인의 소득보장을 사회서비스와 연계하기 위한 정책은 급여와 서비스를 연계하는 ‘제도적 연계’ 즉 서비스와 소득보장 내용 간의 연계, 대상자 선정의 상호연계, 서비스 이용자격의 소득과의 연계 등의 접근과 ‘공급체계의 연계’ 즉 공공부문 전달체계의 연계, 공공과 민간의 연계 등의 접근으로 구분해 볼 수 있다. 다음에서는 이 두 가지 측면에서 우리나라 장애인복지의 향후 정책과제를 제시해 보고자 한다.

우선 ‘제도적 연계’를 위한 다음의 정책과제가 도출되었다.

첫째, 장애개념이 확대되고 장애평가가 개선될 필요가 있다. 장애개념

으로서 ICF(International Classification of Functioning, Disability and Health)에 대한 지금까지의 검토를 바탕으로 한국형의 새로운 접근을 모색할 필요가 있다. 외국의 주요 선진국은 ICF개념을 배경으로 하여 지난 15년간 장애인정책을 근로능력 취약계층을 포괄하는 정책으로 확대하고 급여와 재활 및 고용서비스를 연계하고 있다. ICF의 실제 활용을 지원하는 EUMASS(European Union of Medicine in Assurance and Social Security)의 핵심항목(core set)을 통해 서비스 연계를 위한 표준화된 매뉴얼의 개발을 시도할 수도 있을 것이다. 한편 근로능력평가, 작업능력평가 등의 다양한 장애평가도구를 개발할 필요가 있다. 소득보장은 개인의 건강상태로 인한 근로능력 즉 소득능력의 손실에 대한 보상을 목적으로 한다. 그러나 우리나라의 경우 장애인 소득보장의 기준이 손상 중심의 의학적 평가와 장애 등급을 기준으로 하고 있어 목적과 수단의 의도가 불일치하고 있다.

둘째, 장애인 소득보장의 내실화가 필요하다. 2차 소득보장으로서 장애인연금이 1차 소득보장인 장애연금의 사각지대를 해소하고 장애인의 생활안정에 실질적으로 기여할 수 있도록 급여수준을 높이고 수급자 범위를 확대할 필요가 있다. 아울러 생계급여에서 장애인에 대한 고려가 보다 확대되어야 할 것이다. 수급조건에서 부양자 기준으로 인해 근로능력이 미약한 장애인의 수급권이 원천적으로 봉쇄되는 것을 개선하고 급여수준 또한 장애인 추가생계비용을 감안하여 상승시켜야 할 것이다.

셋째, 급여와 서비스의 연계를 활성화하는 제도 도입에 적극적일 필요가 있다. 특히 1차 안전망인 장애연금을 보완하는 외국의 부분장애인연금(근로능력 미약자 연금)의 사례를 검토할 필요가 있다. 외국에서 부분장애인연금은 근로능력이 미약한 자(장애인 포함)의 노동시장 소득감소를 보전하고 자립의 기회로서 의료/직업재활서비스 및 고용서비스를 연계하는 창구 역할을 수행하고 있다. 더불어 장애연금과도 연계되는 의료/직

업재활서비스를 고려할 필요가 있다. 이를 위해서는 중앙차원에서 표준화된 근로능력 평가와 직업능력 평가를 개발하고 소득보장과 사회서비스 제도에 일괄 적용하여 장애연금과 장애인연금 뿐만 아니라 구직급여와 상병급여를 의료 및 직업재활서비스, 고용서비스와 연계할 필요가 있을 것이다. 이러한 급여와 서비스의 연계는 궁극적으로 장애인과 장애 위험 집단의 근로능력(자립능력)의 손실을 예방하고 탈수급을 촉진하여 사회보장 재정의 효율화에도 기여할 수 있을 것이다.

다음에서는 ‘공급체계의 연계’를 위한 정책과제를 제시해 보고자 한다. 본 연구는 장애인통합지원체계에 대해 그 동안 암묵적으로 논의되어 온 상이한 입장들을 Q방법론을 통해 네 가지 유형으로 구분하였다. 이 네 가지 유형의 특징을 다시 쟁점별로 살펴본 결과 다음의 정책과제를 도출할 수 있었다.

첫째, 장애인통합지원체계의 구심점으로서 지자체의 역할을 현재보다 강화할 필요가 있다. 지금까지 장애인통합지원체계에 대한 논의는 사업 추진주체(지자체, 공단, 서비스 기관 등) 즉 통합지원체계의 구심점에 대한 의견을 중심으로 논의되었고 실제로 시범사업도 사업주체를 중심으로 모형이 설정되었다. 그러나 인식조사 결과는 현재 장애인통합지원체계의 구심점으로 정부 및 지자체의 역할에 대해 대체로 합의하는 형국을 보이고 있었다. 오히려 재정집행기관인 공단이나 서비스를 직접 제공하는 기관이 장애인복지를 통합적으로 관리하는 것에 대해 의견이 첨예하게 대립되고 있었다.

둘째, 서비스 진입창구의 단일화 쟁점과 관련하여 관할구역 범위에 대한 논의가 선행될 필요가 있다. 조사에서는 진입창구에 대한 단일화와 다양화의 입장 차이가 분명하게 나타났는데(1유형 vs. 2, 3, 4유형) 양쪽의 인식 모두 ‘장애인의 접근성 강화’와 ‘수요자 중심의 공급체계 구축’이라는 동일한 인식배경에서 출발한 것으로 분석되었다. 즉 양쪽 진

영의 정책적 합의를 도출하기 위해 창구의 관할구역을 어떻게 설정할지를 중심으로 논의가 진행될 필요가 있다.

셋째, 통합지원체계 구축 과정에서 표준화된 서비스 관리시스템과 다양한 장애심사도구 개발에 대한 정부 의지가 부각되고 구체적인 성과가 제시될 필요가 있다. 특히 장애인 대변자와 전문성을 중시하는 1, 4유형에서는 이에 대한 정책 우선순위가 매우 높았다. 장애인 대변자를 중시하는 경우는 서비스 관리 시스템과 장애심사의 표준화를 통합지원체계의 전제조건으로 인식하고 있었다. 타 유형의 경우도 관리시스템의 표준화와 장애심사 도구개발에 대부분 높은 정책우선 순위를 두고 있었다. 따라서 정부의 이에 대한 노력과 성과 제시는 통합지원체계 구축에 대한 이해당사자 간의 합의를 도출하고 구체화하는데 기여할 것으로 보인다.

넷째, 통합지원체계 구축과정에서 장애인 욕구사정을 담당할 전담인력에 대한 논의가 심도 있게 진행될 필요가 있다. 장애인 욕구사정을 담당할 전담인력에 대한 인식은 장애인통합지원체계 구축 전반에 대한 이견을 가져오는 핵심적인 사안으로 나타났다. 우선 장애인 욕구사정에 대한 근본적인 대립구도는 장애인 당사자의 욕구를 전문가가 담당해야 한다는 인식(1, 4유형)과 정부의 관리를 통해 장애인의 욕구가 사정되어야 한다는 인식(2,3유형)으로 형성되었다. 그리고 전문가를 중시하는 인식(1, 4유형)은 ‘전문성’에 대한 인식의 차이에 따라 다시 장애인과의 교류와 현장경험에서 축적되는 전문성을 중시하는 입장과 장애분야의 보건의료 및 심리사회학 지식의 전문성을 중시하는 입장으로 구분되었다.

그리고 각각의 인식 차이는 정책선호에서 또한 극명한 차이를 가지고 있었다. 전문가가 욕구사정을 담당해야 한다는 인식은(1, 4유형) 장애심사 전문인력의 필요성에 동의하고 있었으나(진술문 요인가: 1유형 +2, 4유형 +3) 장애인에게 직접 인터넷이나 매뉴얼을 통해 복지정보를 통합하여 전달해야 한다는 의견이나(진술문 요인가: 1유형 -2, 4유형 -2)

장애인 당사자가 스스로 서비스를 관리해야 한다는 의견에는(진술문 요인가: 1유형 -3, 4유형 -1) 반대하는 경향을 보였다.

반면 정부의 관리를 통해 장애인 욕구가 사정되어야 한다는 인식은 (2, 3유형) 장애인에게 인터넷이나 매뉴얼을 통해 복지정보를 통합적으로 전달해야 한다는 의견에 동의하고(진술문 요인가: 2유형 +2, 3유형 +2), 장애인 당사자가 스스로 서비스를 관리해야한다는 의견에 반대하지 않을 뿐만 아니라 상당히 공감하는 경향을 보였다(진술문 요인가: 2유형 0, 3유형 +3). 그러나 서비스 기관이 장애인 욕구를 판정해야 한다는 의견에는 반대하고 있었다(진술문 요인가: 2유형 -4, 3유형 -1).

앞으로 장애인통합지원체계의 구축을 위해 정부는 통합지원체계에 대한 주장 하나하나에 대응하기 보다는 상이한 주장을 하는 입장을 종합적으로 이해하면서 현실적인 대응책을 강구할 필요가 있다. 그리고 이를 통해 정부는 논의의 중심점으로서 사회적 합의를 도출하고 통합지원체계의 구축을 현실화해야 할 것이다.



## 참고문헌

- 강신욱 외(2012). **주요국의 사회보장제도 한국**. 한국보건사회연구원.
- 강혜규 외(2010). **사회복지통합관리망 운영 성과 연구**. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 강혜규(2007). 복지전달체계 개편의 과정과 주민생활서비스 전달체계 개편의 의의. **월간 복지동향, 제108호**, pp.11~16. 참여연대사회복지위원회.
- \_\_\_\_\_ (2008). 지난 정부 10년의 사회복지서비스 부분 개혁전략. 특성과 쟁점. **비판과 대안을 위한 사회복지학회 학술대회 발표논문집**, pp. 109~130. 비판과 대안을 위한 사회복지학회.
- 강혜규, 최성은(2010). 사회복지재정 및 전달체계의 현황과 정책과제. **보건 복지포럼, 2010년 8월호**
- 강휘원(2011). OECD 국가의 공공사회지출 결정 요인에 관한 연구: 이주현 상 요인의 논의를 중심으로. **한국정책과학회보, 15(2)**, pp.83~110.
- 고영선 외(2011). **분배구조의 변화와 사회정책의 방향(1)**. KDI.
- 관계부처 합동 국무조정실·보건복지부·교육인적자원부·정보통신부·노동부·여성가족부·건설교통부 기획예산처·방송위(2006). **선진복지국가 구현을 위한 장애인지원종합대책**.
- 국민연금공단(2009). **장애인복지 인프라 개편 모의적용 사업 최종평가 보고서**.
- 국민연금공단(2012). **일기쉬운 국민연금**, [http://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy\\_04\\_03.jsp](http://www.nps.or.kr/jsppage/info/easy/easy_04_03.jsp)에서 2012. 7월 인출.
- 권선진, 변경희, 나은우, 황태연(2006). **장애인등록 및 판정절차 개선방안**

연구. 평택대학교 사회과학연구소

김경미, 박영미(2007). 사회복지 전달체계 개편과정에 관한 연구 - 공공부  
문 행정체계를 중심으로. **한국거버넌스학회·한국인사행정학회 추계공  
동학술자료집**, pp.135~155.

김성희 외(2011). **장애인서비스지원체계 개편 연구**. 보건복지부·한국보건사  
회연구원.

김용득(2005). 영국 커뮤니티케어의 이용자 참여 기제와 한국 장애인복지서  
비스에 대한 함의. **한국사회복지학**, 57(3), pp.363~387.

김홍규(2008). **Q방법론: 과학철학, 이론, 분석 그리고 적용** 커뮤니케이션북스  
노기성 외(2011). **사회서비스 정책의 현황과 과제 : 사회복지서비스를 중심  
으로 KDI**.

밀알복지관(2009). **2008 장애인복지 인프라 개편사업 모의적용사업장 평가서**.

변용찬 외(2010). **2009 장애인복지 인프라개선연구(II)**. 한국보건사회연구  
원·보건복지부. pp.310.

변용찬, 김성희, 윤상용, 강민희, 이병화, 최미영, 박희찬, 나운환, 김종인,  
이선우, 변경희, 김연아, 권선진, 조미현, 이승기, 김용득, 권오형, 김  
경란(2008). **장애인복지인프라개선방안연구(I)**. 보건복지부 한국보건  
사회연구원.

보건복지부(2011). **2011년 사회복지 통합업무 안내**. 보건복지부.

\_\_\_\_\_ (2012a). **장애인복지사업안내 리플릿**. 보건복지부.

\_\_\_\_\_ (2012b). **장애인복지사업안내(II)**. 보건복지부.

\_\_\_\_\_ (2012c). **2012 장애아동 가족지원사업 안내**. 보건복지부.

\_\_\_\_\_ (2012d). **2011 장애인활동지원 사업안내**. 보건복지부.

\_\_\_\_\_ (2012e). **국민기초생활보장사어버 안내**. 보건복지부

\_\_\_\_\_ (2012f). **장애인연금** [http://www.mw.go.kr/front\\_new/jc/sjc0112mm.](http://www.mw.go.kr/front_new/jc/sjc0112mm.jsp?PAR_MENU_ID=06MENU_ID=06121001#contents)

jsp?PAR\_MENU\_ID=06MENU\_ID=06121001#contents에서

2012.7월 인출.

- 보건복지부 보도자료 2010. 12. 31 “행복e음” 사회복지통합관리.
- 신현중(2004). 15개 OECD 국가의 아동복지지출규모의 결정 요인에 대한 고찰: 1908-1994년. **한국행정학보**, 38(6), pp.247~265.
- 신현중(2008). OECD 국가의 아동 및 노인복지 지출규모의 상쇄현상 추세와 아동빈곤율과의 관계. **정책분석평가학회보**, 18(2), pp.99~126.
- 윤상용(2009). **장애인복지인프라개편(장애서비스센터 설치)의 필요성 및 향후 발전방향**. 경기도 장애인복지관 협회.
- 윤상용 외(2009). **장애인 소득보장과 고용정책의 연계 동향 및 정책 과제**. 한국보건사회연구원. pp.139~155.
- 윤상용 외(2010a). **장애인연금 시행 방안 연구 법·제도를 중심으로**. 한국보건사회연구원. pp.113.
- \_\_\_\_\_ (2010b). **국내 재활서비스 생산·공급 및 소비 실태 현황 조사**. 국민연금공단·한국보건사회연구원.
- 윤상용(2010). 장애인복지서비스 전달체계의 현황과 대안 모색. **2010년 한국장애인복지학회 추계학술대회 자료집**.
- 윤상용, 김태완, 김문근, 강성호, 이창수, 전병주(2012). **장애인소득보장체계 정립 및 발전 방안**. 보건복지부·충북대학교 산학협력단. 미발간보고서.
- 이동영, 김윤영(2006). OECD 국가의 공적노인지출의 변화 추이와 결정 요인에 관한 연구. **사회복지정책**, 25, pp.279~308.
- 이봉주, 강상경, 김문근, 김용득, 김찬우, 안상훈(2008). **사회서비스 수요·공급실태 정밀조사 연구**. 기획예산처·서울대학교사회과학연구원.
- 이용하 외(2010). **국민연금의 장애연금제도 개선방안 연구**. 국민연금연구원.
- 이선우(2008). 장애인서비스전달체의 현황과 개선방안. **한국사회복지학회 추계학술대회 자료집**, pp.64~95.
- 이승기(2009). 장애인복지인프라 개편 모의적용사업에 대한 고찰: 전달체계를 중심으로. **한국장애인복지학**, 제11호, pp.321~353.
- 이승기(2010). 수요자 중심형 전달체계 구축. **수요자중심형 장애인복지전달**

- 체계 구축을 위한 공청회.** 한국장애인단체총연맹·국회의원 박은수.
- 이승기(2012). 이용자 중심적 장애인복지전달체계 구축을 위한 전제조건 및  
충족 방안에 관한 연구. **한국지역사회복지학**, 40, pp.81~102.
- 이현주(2007). 주민생활지원서비스 전달체계 구축 목표와 행정조직구조 개  
편. **보건복지포럼**, 제130호, pp.22~35.
- 이혜경 외(2011). **중증장애인기업재활지원사업 개선방안 연구.** 한국장애인개  
발원  
재정경제부, 교육인적자원부, 산업자원부, 정보통신부, 보건복지부, 노동부,  
여성가족부, 건설교통부, 기획예산처, 국무조정실, 대통령자문 빈부격  
차 차별시정위원회(2006). **선진복지국가 구현을 위한 장애인지원종합  
대책.**
- 한국장애인개발원(2009). **2008 장애인복지 인프라 개편사업 모의적용사업  
장 평가서.**  
\_\_\_\_\_ (2010). **중증장애인직업재활지원사업 운영매뉴얼.** 한국장  
애인개발원  
\_\_\_\_\_ (2012). **중증장애인직업재활지원사업 개선방안 연구.** 한  
국장애인개발원
- 한국장애인고용공단.(2012). 일반현황.  
[https://www.kead.or.kr/view/agency/agency01\\_03.jsp](https://www.kead.or.kr/view/agency/agency01_03.jsp)에서  
2012.6월 인출.
- 한승주(2010). 행정개혁에 대한 공무원의 정서적 대응: Q방법론의 적용. **행  
정논총**, 48(3), pp.25~57.
- ANED(2011). INDICATORS OF DISABILITY EQUALITY IN  
EUROPE.
- Arsenjeva, J. (2009). Annotated Review of European Union Law and  
Policy with Reference to Disability. *Report prepared for the  
Academic Network of European Disability experts (ANED).*

University of Leeds.

Butcher, T(2002). *Delivering Welfare*. Open University Press.

Campbell, J and Oliver, M, (1996). *Disability Politics*. Routledge.

Countries and Implementation of Employment Policies: A summary of evidence from country reports and research studies. *Report prepared for the Academic Network of European Disability experts (ANED)*. University of Leeds.

EU(2001). *Attitudes of Europeans to disability*.

EU(2005). *EU network of independent experts on disability discrimination*.

Facchini, G., & Mayda, A. M., (2006). Individual Attitudes Towards Immigrants: Welfare-State Determinants Across Countries. *IZA Institute for the Study of Labor Discussion Paper No. 2127*. CESifo

Greve, B. (2009). *The Labour Market Situation of Disabled People in European*

Means, R., Richards, S. & Smith, R. (2008). *Communtiy Care*. Palgrave

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

OECD (2012). *OECD Fact book 2012*.

Oliver, M and Sapey, B, (2006). *Social work with disabled people*. Palgrave.

Potrafke, N. (2008). *Political effects on the allocation of public expenditures: Empirical evidence from OECD countries*.

WHO & World Bank (2011). *World Report on Disability*.

Working Paper Series No. 1768.

Yeatman, A., Dowsett, G., Fine, M. and Gursansky, D, (2009). *Individualization and the Delivery of Welfare Services*. Palgrave.



## 간행물회원제 안내

### ▶ 회원에 대한 특전

- 본 연구원이 발행하는 판매용 보고서는 물론 「보건복지포럼」, 「보건사회연구」도 무료로 받아보실 수 있으며 일반 서점에서 구입할 수 없는 비매용 간행물은 실비로 제공합니다.
- 가입기간 중 회비가 인상되는 경우라도 추가 부담이 없습니다.

### ▶ 회비

- 전체간행물회원 : 120,000원
- 보건분야 간행물회원 : 75,000원
- 사회분야 간행물회원 : 75,000원

### ▶ 가입방법

- 홈페이지 - 발간자료 - 간행물회원등록을 통해 가입
- 유선 및 이메일을 통해 가입

### ▶ 회비납부

- 신용카드 결제
- 온라인 입금 : 우리은행(019-219956-01-014) 예금주 : 한국보건사회연구원

### ▶ 문의처

- (122-705) 서울특별시 은평구 진흥로 235 한국보건사회연구원  
간행물 담당자 (Tel: 02-380-8157)

## Kihasa 도서 판매처

- 한국경제서적(총판) 737-7498
- 영풍문고(종로점) 399-5600
- Yes24 <http://www.yes24.com>
- 교보문고(광화문점) 1544-1900
- 서울문고(종로점) 2198-2307
- 알라딘 <http://www.aladdin.co.kr>

2 · 간행물회원제 안내 및 발간목록

**KIHASA** 연구보고서 발간목록  
Korea Institute for Health and Social Affairs

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-01	u-Health 현황과 정책과제	송태민
연구 2011-02	보건의료분야 여건변화에 따른 의료기관의 지출 및 수입구조 분석	조재국
연구 2011-03	천서민 건강관리서비스 확충을 위한 건강관리서비스제도 활성화 방안	이상영
연구 2011-04	약제비 지출의 효율화를 위한 고비용 의약품 관리방안	박실비아
연구 2011-05	식품안전 환경변화에 대응하기 위한 국가 아젠다 개발 등 추진전략 수립	정기혜
연구 2011-06	소비자 중심의 유기식품의 관리체계 및 개선방안 -유기농산물 표시제 중심으로	곽노성
연구 2011-07	저소득층 아동비만 및 저체중 문제의 진단과 대응방안	김혜련
연구 2011-08	치료에서 예방으로의 패러다임전환에 따른 건강증진정책 개선방안에 관한 연구	최은진
연구 2011-09	인구집단별 의료이용의 형평성 현황 및 형평성에 영향을 미치는 요인 분해	김동진
연구 2011-10	통일대비 북한 위기상황에 따른 보건복지 대응방안	황나미
연구 2011-11	건강보험 부담의 공정성 제고방안	신영석
연구 2011-12	노후준비 실태를 반영한 노후소득보장체계 구축방안: 노후소득보장제도와 관련 복지제도간 연관성을 중심으로	윤석명
연구 2011-13	사회보장제정과 재원조달에 관한 연구	최성은
연구 2011-14	보편적 복지와 선별적 복지의 조화적 발전방안에 관한 연구	유근춘
연구 2011-15	장애연금제도 발전방안 연구 -장애·장애·장애인 연금간 효과적인 역할정립 중심으로	신화연
연구 2011-16-1	선진국의 아동사태관리체계비교연구: 영국, 미국, 뉴질랜드를 중심으로	김미숙
연구 2011-16-2	호주 사회보장체계 연구	여유진
연구 2011-17-1	정부의 복지재정지출 DB구축방안에 관한 연구(5차년도): 복지수요와 사회복지재정에 관한 연구	고경환
연구 2011-17-2	노인복지서비스 공급방식의 변화와 복지경영 -지방정부를 중심으로-	고경환
연구 2011-17-3	2011 사회예산분석	최성은
연구 2011-17-4	2011 보건복지재정의 정책과제	유근춘
연구 2011-17-5	공적연금 재정평가 및 정책현안 분석	윤석명
연구 2011-17-6	사회복지 재정추계 모형개발 연구	원종욱
연구 2011-17-7	건강진화적 재정정책 구축을 위한 연구	정영호
연구 2011-18	공정사회를 위한 천서민정책 개선방안	이태진
연구 2011-19	한국인의 복지의식에 대한 연구: 사회통합을 위한 정책과제	노대명
연구 2011-20	계층구조 및 사회이동성 연구	여유진
연구 2011-21	한국복지패널 연계 질적패널 구축을 위한 기초연구 -저소득층 양적 & 질적 연계 패널조사	최현수
연구 2011-22	기초생활보장제도 재정평가 및 재정추계 기본모형 개발연구	김태완
연구 2011-23	공공부조 정책 내용과 집행의 상호조용성 분석 -TANF의 배경과 그 집행의 특징	이현주
연구 2011-24	2011 빈곤연계연보	김문길
연구 2011-25	사회복지제도 운영체계 국제비교 연구: 호주·뉴질랜드·캐나다 영국을 중심으로	강혜규
연구 2011-26	중산층가족의 복지체감도 증진방안 연구	김유경
연구 2011-27	다문화가족아동의 사회적응실태 및 아동복지서비스 지원방안 연구	김미숙
연구 2011-28	지역별 건강수명의 형평성 분석과 정책과제	변용찬

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-29	장애노인 서비스 연계방안 연구	김성희
연구 2011-30	장애인 복지지표를 통해 살펴 본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구	김성희
연구 2011-31	사회적기업의 사회복지서비스 제공 실태 및 운영 구조 연구	강혜규
연구 2011-32	저출산·고령사회에서 외국인 유입의 파급효과 분석	이삼식
연구 2011-33	건강지표 산출을 위한 보건기관통합정보시스템 활용 및 제고방안	정영철
연구 2011-34	보건복지통계의 품질관리 표준화 방안 연구	손장균
연구 2011-35	사회복지 통계생산 효율화방안 연구	도세록
연구 2011-36	한국의 보건복지동향 2011	장영식
연구 2011-37-1	출산율예측모형개발	이삼식
연구 2011-37-2	저출산에 대한 민간의 영향과 정책과제	김태홍(외부)
연구 2011-37-3	출산관련 행태 변화에 따른 신생아건강 동향과 정책과제	최정수
연구 2011-37-4	소득계층별 출산·양육 행태 분석 및 정책방안	김은정
연구 2011-37-5	보육의 공공성 강화를 위한 정책방안	백선희(외부)
연구 2011-37-6	일가정양립정책과 보육정책간 연계방안 연구	이삼식
연구 2011-37-7	지방자치단체 저출산 대책의 효율적인 운영방안 연구	박종서
연구 2011-37-8	외국의 이민정책 변천과 사회경제적 영향	임정덕(외부)
연구 2011-37-9	베이비 부머의 삶의 다양성에 관한 연구	정경희
연구 2011-37-10	저출산고령화 시대의 노인인력 활용 패러다임 모색: 연금제도와 고령자 경제활동의 관계를 중심으로	이소정
연구 2011-37-11	노인장기요양보험제도의 형평성 평가	이윤경
연구 2011-37-12	노인장기요양보험의 재정지출 분석 및 정책방안	선우 덕
연구 2011-37-13	예방적 관점에서의 효과적인 노인건강관리서비스의 개발 연구 -M시 종적연구기반(I)	오영희
연구 2011-37-14	고령친화 여가산업 활성화 방안	김수봉
연구 2011-37-15	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구	오영희
연구 2011-37-16	저출산대책 관련 국제동향 분석 -스페인·폴란드 편	이삼식
연구 2011-37-17	선진국 고령사회 대응정책 동향	정경희
연구 2011-37-18	저출산고령사회 대응관련 쟁점연구 -저출산고령사회 정책 시각지대 분석-	이소정
연구 2011-37-19	출산행동의 동향분석을 위한 출산관련 조사자료DB구축	신창우
연구 2011-37-20	결혼이주여성의 성공적 정착과 농촌사회 지속가능한 다문화사회 구축방안 연구	김기홍(외부)
연구 2011-37-21	북한인구의 동태적 및 정태적 특징과 사회경제적 함의	정영철(외부)
연구 2011-37-22	저출산 시대 아동의 안전한 사회 환경 조성방안	이미정(외부)
연구 2011-38	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 -2006-2010년 결과 보고서-	오영호
연구 2011-39-1	건강영향평가의 제도화 방안 연구	이상영
연구 2011-39-2	건강도시산업의 건강영향평가 및 기술지원	김동진
연구 2011-39-3	아태 지역 유럽 지역의 건강영향평가와 정책동향	최은진
연구 2011-39-4	건강영향평가 DB 구축	김동진
연구 2011-40-1	기후변화 관련 건강문제 적응대책에 대한 평가체계 개발	김남순
연구 2011-40-2	기후변화에 따른 식품안전사고 위기대응방안 연구	김정선
연구 2011-41-1	아시아 국가의 사회보장제도	홍석표
연구 2011-41-2	한국 보건의료분야 공적개발원조(ODA)의 효율적 운영방안 연구	홍석표

4 · 간행물위원회 안내 및 발간목록

발간번호	2011년도 보고서명	연구책임자
연구 2011-42	취약·위기 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (2차년도)	김승권
연구 2011-43	친서민정책으로서의 사회서비스일자리 확충 전략 I: 이동분야 사회서비스를 중심으로	김미숙
연구 2011-44-1	2011년 한국복지패널 기초분석 보고서	남상호
연구 2011-44-2	2011년 한국복지패널 자료를 통해 본 한국의 사회지표	강신욱
연구 2011-45	2009년 한국의료패널 기초분석보고서(II)	정영호
연구 2011-46	2011년 인터넷 건강정보 게이트웨이 시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2011-47	2011년 보건복지통계정보시스템구축 및 운영(3년차)	이연희

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-01	주요국의 사회보장제도(12권)	정기혜
연구 2012-02	보건의료분야 시장개방 이슈와 대응방안 연구 -한미FTA중심으로	김대중
연구 2012-03	초·중·등 고등학교 교과서에 수록된 식품(안전) 내용에 관한 분석 및 개선방안 도출	김정선
연구 2012-04	식품안전분야 연구개발사업 효율화 방안에 관한 연구	곽노성
연구 2012-05	근기중심보건의료에 대한 정책분석과 개선방안	김남순
연구 2012-06	약제비 지출의 목표관리를 위한 예산제의 국가별 비교 연구	박실미아
연구 2012-07	제약산업 구조분석과 발전방향	윤강재
연구 2012-08	건강형평성 강화를 위한 의료서비스 전달체계 개선방안	신호성
연구 2012-09	건강증진서비스 전달체계 다문화 방안 연구	이상영
연구 2012-10	다문화가족 여성과 아동의 건강실태 및 건강서비스 지원방안 연구	김혜련
연구 2012-11	농어촌 지역 주민의 건강증진을 위한 지역사회 자원 조직화 방안	김동진
연구 2012-12	정신건강고위험자 관리체계 정립방안에 관한 연구	정진옥
연구 2012-13	식품안전분야 인식조사 개선을 위한 조사시스템 구축방안	정기혜
연구 2012-14	건강보장체계의 New Paradigm 전환에 따른 기반 구축 연구	신영석
연구 2012-15	보험자 내부경쟁을 통한 효율화 방안 연구	김진수
연구 2012-16	국민연금 적정부담 수준에 관한 연구	윤석명
연구 2012-17	건강보험 노인의료비의 효율적 관리방안	신현웅
연구 2012-18	장애인소득보장제도간 급여의 형평성 제고방안 연구	신화연
연구 2012-19	사회정책목표의 실질적 달성을 위한 중장기 복지제정 운용방향	유근춘
연구 2012-20	사회환경에 따른 복지지출 수요와 경제주체별 재정부담능력에 관한 연구	원종욱
연구 2012-21	복지지출 수준에 따른 사회현상과 정책과제	고경환
연구 2012-22	중앙과 지방의 사회복지 재원분담	최성은
연구 2012-23	지방정부의 복지제정과 발전방안에 관한 연구-지방정부의 복지수준과 육구의 대응성 분석	고경환
연구 2012-24	2012년 사회예산 분석	최성은
연구 2012-25	2012 보건복지재정의 정책과제	유근춘
연구 2012-26	공무원연금 등 직역연금 재정평가와 정책현안 분석: 군인연금과 노르딕 모델을 중심으로	윤석명·신화연
연구 2012-27	OECD 국가의 사회복지지출과 재정건전성 비교연구	원종욱
연구 2012-28	국민기초생활보장제도 개편에 따른 저소득층 소득지원제도 발전방향	강신욱
연구 2012-29	청년층 근로빈곤 실태 및 지원방안 연구	김태완
연구 2012-30	중고령자의 소득 자산 분포와 노후빈곤 가능성 분석	남상호

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-31	현대 노인의 빈곤 실태 및 소득보장 방안 연구	김미곤
연구 2012-32	빈곤에 대한 대안적 접근: 욕구범주를 고려한 다차원성에 대한 분석	이현주
연구 2012-33	빈곤층 라이프스타일 분석 및 복합적 커뮤니티 케어 제공방안 연구	염주희
연구 2012-34	사회정책과 사회통합의 국가비교: 아시아 국가를 중심으로 I (터키)	이현주
연구 2012-35	인구구조변화가 불평등에 미치는 영향에 대한 연구	김문길
연구 2012-36	한국복지패널 연계 질적연구(2차): 빈곤층의 삶과 탈빈곤 노력을 중심으로	김미곤
연구 2012-37	2012년 빈곤통계연보	김문길
연구 2012-38	사회서비스 비우치사업의 정책효과 분석 연구	강혜규
연구 2012-39	아동복지지출실태 및 적정 아동복지지출 규모 추계	김미숙
연구 2012-40	수요자 중심 장애인복지정책 개발을 위한 연구: 2011년 장애인 실태조사 심층분석	김성희
연구 2012-41	다문화가족의 변화와 사회적 대응방안 연구	김유경
연구 2012-42	장애인의 소득보장과 사회서비스 연계동향 및 정책과제	박수지
연구 2012-43	보건복지부문의 소셜미디어 활용 현황 및 정책과제	정영철
연구 2012-44	한국의 보건복지 동향 2012	장영식
연구 2012-45	의료이용 통계생산 개선에 관한 연구	도세록
연구 2012-46	보건복지분야 조사통계 선진화 방안 연구	손창균
연구 2012-47-1	미래 성장을 위한 저출산부문의 국가책임 강화 방안	이삼식
연구 2012-47-2	국가 사회 정책으로서 통합적인 저출산 정책 추진 방안	신윤정
연구 2012-47-3	중앙정부와지방정부의저출산정책연계방안	이상립
연구 2012-47-4	여성근로자의 노동조건에 따른 출산수준 차이와 정책방안	김현식
연구 2012-47-5	친가족기업 지원개발과 적용방안: 가족친화인증제도의 성과점검과 향후과제	이철선
연구 2012-47-6	한국사회 결혼규범이 저출산에 미치는 영향 분석: 다출산 가정을 중심으로	염주희
연구 2012-47-7	주거행태와 결혼·출산 간 연관성 분석	이삼식
연구 2012-47-8	임신 및 출산을 위한 난임 시술비 지불보상 현황과 정책방향: 인공수정 대상	황나미
연구 2012-47-9	신생아기 저출생체중아 사망영향요인과 관리방안	최정수
연구 2012-47-10	둘째자녀 출산제약 요인분석과 정책방안	정은희
연구 2012-47-11	저출산 고령화에 따른 유산상속 동기변화 전망과 정책과제	김현식
연구 2012-47-12	고령화·저출산에 따른 지역별 인구분포와 변화요인 분석과 정책과제	(이현창)
연구 2012-47-13	남북한 통합시 인구이동 전망과 대응과제	이상립
연구 2012-47-14	2011년도 노인실태조사 심층분석	정경희
연구 2012-47-15	100세 시대 건강한 노화의 양상과 정책과제 - M시 종적연구(II)	오영희
연구 2012-47-16	노인 장기요양서비스 전달체계의 평가 및 개선방안: 재가서비스를 중심으로	선우덕
연구 2012-47-17	노인장기요양욕구필요도측정방식개발	이윤경
연구 2012-47-18	고령화에 관한 마드리드 국제행동계획(MIPAA) 이행실태 및 평가	정경희
연구 2012-47-19	복지용구사업시장규모추계외활성화방안	김대중
연구 2012-47-20	저출산현상의동태적분석을위한지역사례조사	박중서
연구 2012-47-21	백세시대 대응 고령화 지역 연구	이윤경
연구 2012-47-22	저출산대책 관련 국제동향분석: 미국·영국 편	이삼식
연구 2012-47-23	선진국의 고령사회정책 유럽국가의 활기찬고령화(active ageing)정책을 중심으로	선우덕
연구 2012-47-24	저출산·고령사회 대응 국민인식 연구(II)	오영희

6 · 간행물위원회 안내 및 발간목록

발간번호	2012년도 보고서명	연구책임자
연구 2012-47-25	가족구조 변화와 정책적 함의: 1인가구 증가와 생활실태를 중심으로	정경희
연구 2012-47-26	출산력시계열자료 구축 및 분석	신창우·이상식
연구 2012-47-27	저출산고령화에 따른 사회복지공격 전달체계 개편 방안: 공격전달체계의 수직적편제와 수평적배열의 재구조화	정홍원
연구 2012-47-28	부모에 대한 경제적 의존과 자녀의 만혼화	(이만우)
연구 2012-47-29	저출산에 대응한 영유아 보육·교육 정책 방안	신윤정
연구 2012-47-30	농업인의 노후준비실태와 정책대안	(최경환)
연구 2012-47-31	저출산 고령화 대응 영세자영업자 생활실태 연구	박종서
연구 2012-48	보건의료자원배분의 효율성 증대를 위한 모니터링시스템 구축 및 운영 - 2006년 및 2011년 결과 보고서 -	오영호
연구 2012-49-1	중앙정부의 문화정책에 대한 건강영향평가	이상영
연구 2012-49-2	지방자치단체환경보건정책에 대한 건강영향평가	김동진
연구 2012-49-3	아태지역 및 유럽지역의 건강영향평가 동향 및 정책과제	최은진
연구 2012-49-4	건강중진서비스이용에 대한 개인의 사회적 자본의 영향 연구	최은진
연구 2012-50-1	지역사회 기후변화 관련 건강적응대책 발전방안	김남순
연구 2012-50-2	기후변화 대응을 위한 식품점객업소의 위생관리 개선 방안	김정선
연구 2012-51	아시아 국가의 사회정책 비교연구: 빈곤정책	홍석표
연구 2012-52	취약·위기가족 및 다문화가족의 예방맞춤형 복지체계 구축 및 통합사례 관리 연구 (3차년도)	김승권
연구 2012-53	친서민정책으로서의 사회서비스 일자리확충 전략II: 영유아돌봄 및 초등 방과후서비스를 중심으로	김미숙
연구 2012-54	2012년 전국 출산력 및 가족보건·복지실태조사	김승권
연구 2012-55-1	2012년한국복지패널기초분석:한국의복지실태	최현수
연구 2012-55-2	2012년한국복지패널심층분석:인구집단별생활실태와복지욕구의동태분석	남상호
연구 2012-56-1	2012년 한국의료패널 기초분석보고서(I)	정영호
연구 2012-56-2	2012년 한국의료패널을 활용한 의료이용 심층연구	김대중
연구 2012-57	2012년 인터넷 건강정보평가시스템 구축 및 운영	송태민
연구 2012-58	보건복지통계정보시스템 구축 및 운영(4년차)	이연희
연구 2012-59	의료분쟁조정중재제도 활성화를 위한 정책과제와 대책	이상영
연구 2012-60	북한주민의 생활과 보건복지실태	황나미
연구 2012-61	사회보장 재정주체 방법론 개발을 위한 기초연구	원종욱
연구 2012-62	미래 보건복지 방향설정과 정책개발에 관한 연구	신영석
연구 2012-63	보건의료 분야 법령 현황과 주요 과제	윤강재
연구 2012-64	우리나라의 자살급증 원인과 자살예방을 위한 정책과제	이상영
연구 2012-65	복지정책의 지속가능성을 위한 조세·재정정책 정립 방향 - 스웨덴, 프랑스, 영국을 중심으로 -	고경환
연구 2012-66	OECD 보건통계로 본 한국의 보건의료 위상과 성과 및 함의	김혜련
연구 2012-67	보건복지 지표·지수 연구	남상호
연구 2012-68	2012년 지역복지개발평가센터 운영보고서	김승권
협동 2012-1	2012년 사회보건분야 기후변화 취약성 평가 및 적응역량 강화	신호성
협동 2012-2	2012년 비영리법인 제도의 개선방안에 관한 연구	오영호