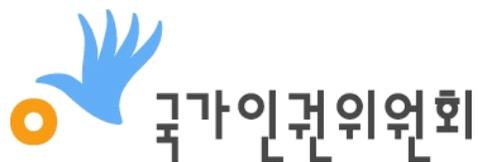




발간등록번호
11-1620000-000433-01

2012년도 인권상황실태조사
연구용역보고서

지역사회정착을 위한 장애인정책 현황 및 문제점 실태조사



지역사회정착을 위한 장애인정책 현황 및 문제점 실태조사

2012년도 국가인권위원회 인권상황실태조사
연구용역보고서를 제출합니다.

2012. 12.

연구수행기관	동아대학교산학협력단
연구책임자	남찬섭 (동아대학교 사회복지학과 교수)
연구원	김동기 (목원대학교 사회복지학과 교수)
	남병준 (전국장애인차별철폐연대 정책교육실장)
	박숙경 (경희대학교 후마니타스칼리지 교수)
	이도엽 (탈시설정책위원회 의사)
	임성택 (법무법인 지평지성 변호사)
연구보조원	조상욱 (서울대학교 사회복지학과 석사과정)

이 보고서는 연구용역수행기관의 결과물로서,
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다.

목 차

제1장 서론	1
제1절 연구배경 및 목적	3
제2절 자립생활과 지역사회정착	8
제2장 정책분야별 현황 및 과제	13
제1절 소득보장분야의 현황 및 과제	15
I. 의의	15
II. 현황 및 문제점	16
1. 소득보장정책의 개요 및 현황	16
2. 장애인의 열악한 경제상황	24
3. 장애인 소득보장정책의 문제점	27
III. 국내외 기준	42
1. 국내기준	42
2. 국제기준	44
IV. 정책방향	45
V. 핵심추진과제	47
1. 국민기초생활보장제도 개선	47
2. 장애인연금제도 개선	52
VI. 법률 개정안	55
제2절 의료보장분야의 현황 및 과제	58
I. 의의	58
II. 현황 및 문제점	58
1. 장애인의 보건의료서비스 욕구	58
2. 장애인 건강 실태	59
3. 장애인 진료 상황의 소통 문제	76

III. 국내외 기준	77
1. 국내 기준	77
2. 국외 기준	85
IV. 정책방향	87
1. 기존 정책방향 고찰	87
2. 정책 방향 제안	88
V. 핵심 추진과제	90
1. 장애인 보건의료서비스 욕구 대응	90
2. 장애인정체계 개선	101
3. 의료수가체계 개선	103
VI. 주요 법령개정 내용	104
1. 장애인대상 보건의료기본법의 필요	104
2. 법제 형식 고찰	105
3. (가칭) ‘장애인의건강증진에관한법률’ 제정에 대한 제언	106
제3절 고용보장분야의 현황 및 과제	111
I. 의의	111
II. 현황 및 문제점	112
1. 장애인고용정책의 개요 및 현황	112
2. 장애인 경제활동실태와 고용정책의 문제	120
III. 국내외 기준	140
1. 국내기준	140
2. 국제기준	144
IV. 정책방향	145
1. 문제의 구조	145
2. 정책개선방향	146
V. 핵심추진과제	149
1. 부처간 정책연계의 강화	149
2. 보호고용기업체계의 구축	151
3. 의무고용제도 합리화	156
4. 중증장애인 고용확대	159
5. 통계체계의 정비	169
VI. 고용부문 법령개정 내용	176

제4절 주거보장분야의 현황 및 과제	183
I. 의의	183
II. 현황 및 문제점	184
1. 장애인 주거실태와 욕구	184
2. 장애인주거권 제기과정과 정책개요	189
3. 장애인주거정책 현황	190
4. 장애인주거정책의 문제점	202
III. 국내외 기준	211
1. 국내기준	211
2. 국외기준	216
IV. 정책방향	217
V. 핵심추진과제	219
1. 장애인주거정책 기반 구축	219
2. 주택 공급 확대	223
3. 장애인주거생활지원서비스 실시	225
4. 주거환경개선 지원	229
5. 주거비 지원 강화	232
VI. 주요 법령개정 내용	234
제5절 활동지원분야의 현황 및 과제	243
I. 의의	243
II. 현황 및 문제점	244
1. 장애인의 일상생활 현황	244
2. 장애인 장기보호 모델	246
3. 장애인 활동지원제도 현황	247
4. 국외 장애인 활동지원제도 현황	251
5. 장애인 활동지원제도 문제점	253
III. 국내외 기준	256
1. 국내 기준	256
2. 국외 기준	258
IV. 정책방향	258
V. 핵심추진과제	259

1. 장애인복지법상 등급제한 폐지	259
2. 기본 급여 상향 조정	260
3. 추가급여 양과 유형의 내실화	260
4. 개인별 급여산출방식으로 전환	261
5. 개인소득에 기초한 본인부담금 산정	261
6. 서비스단가 상향 조정	262
7. 활동지원 단가 차등화	262
8. 효과적인 서비스 품질관리 시스템 구축	263
9. 다양한 활동보조인 근무형태 마련	264
VI. 법률 개정안	264
제3장 결 론	267

표 목 차

[표 1-1-1] 장애인구 규모의 추이	3
[표 1-1-2] 유엔 장애인권리협약 제19조의 자립적인 생활과 지역사회통합 규정	8
[표 1-1-3] 사회적 배제의 네 가지 차원	9
[표 2-1-1] 우리나라 장애인 소득보장제도의 분류	18
[표 2-1-2] 장애인이 가입한 연금의 종류 (18세 이상 장애인 2,521천명 대상)	19
[표 2-1-3] 소득수준 및 연령별로 본 현행 장애인소득보장제도의 구조	20
[표 2-1-4] 2012년도 가구규모별 최저생계비와 현금급여기준 및 생계급여	22
[표 2-1-5] 국민기초생활보장 수급자 추이 비교	27
[표 2-1-6] 장애급여 수급률의 국제비교	38
[표 2-1-7] 장애인연금과 기초노령연금의 수급자격 기준 비교 (2012년 기준)	39
[표 2-1-8] 장애인연금의 급여종류 및 급여수준 (2012년 기준)	40
[표 2-1-9] 장애인연금제도에 대한 시각의 차이	41
[표 2-1-10] 상대적 기준에 의한 최저생계비와 현행 최저생계비의 비교	49

[표 2-1-11] 국민기초생활보장법 개정(안)	56
[표 2-2-1] 평소 본인 건강상태	60
[표 2-2-2] 최근 2년간 건강검진 여부	61
[표 2-2-3] 최근 2년간 받은 건강검진 내용	61
[표 2-2-4] 건강검진 받지 못한 이유	62
[표 2-2-5] 현재 3개월 이상 계속되는 만성질환 유무	63
[표 2-2-6] 주된 만성질환명 (1순위)	63
[표 2-2-7] 현재 치료, 재활 건강관리 목적으로 정기적, 지속적 진료를 받고 있는지 여부	64
[표 2-2-8] 현재 정기적, 지속적 진료를 받고 있는 곳	65
[표 2-2-9] 현재 정기적·지속적 진료를 받는 목적	65
[표 2-2-10] 현재 정기적·지속적 진료를 받지 않고 있는 가장 중요한 이유	66
[표 2-2-11] 최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적 유무	66
[표 2-2-12] 본인이 원하는 때 병의원에 가지 못한 이유	67
[표 2-2-13] 건강보험 가입 여부 및 형태	67
[표 2-2-14] 향후 건강 및 재활을 위해 필요한 보건의료서비스 혹은 보건의료기관(1순위)	68
[표 2-2-15] 마지막(최근) 임신시 본인의 장애 여부	71
[표 2-2-16] 임신 기간 중의 애로사항(1순위)	72
[표 2-2-17] 유산 경험 여부	72
[표 2-2-18] 유산 이유	73
[표 2-2-19] 마지막 임신시 출산여부	73
[표 2-2-20] 마지막 임신 시 출산 연령	74
[표 2-2-21] 마지막 임신시 비출산 이유	74
[표 2-2-22] 인공임신 중절인 경우 본인의 의사 여부	75
[표 2-2-23] 출산 후 산후조리 도우미	75
[표 2-2-24] 합리적 조정의 예	94
[표 2-2-25] ‘장애인의건강(보호)및보건등에관한법률’ 초안 세부목차	106
[표 2-3-1] 각 국의 장애인고용정책	113
[표 2-3-2] 직업재활서비스의 유형	115
[표 2-3-3] 법정무고용률 추이	117
[표 2-3-4] 장애인직업재활시설의 종류와 기능	118
[표 2-3-5] 고용영역 차별진정사건 접수현황	119
[표 2-3-6] 장애인의 경제활동실태 (2010년 5월 현재)	122

[표 2-3-7] 총인구에 대비한 장애인 경제활동의 실태 (2010년 5월 기준)	122
[표 2-3-8] 장애정도별 경제활동상태 (2010년 5월 기준)	123
[표 2-3-9] 주요 국가 할당고용제의 고용주책임부와 내용	131
[표 2-3-10] 장애인고용정책의 특성과 장애인 고용실태	132
[표 2-3-11] 주요 국가의 장애인고용기금 지출용도	134
[표 2-3-12] 장애인구 등과 비교한 한국장애인고용공단 지사 수	136
[표 2-3-13] 의무고용영향률 (2010년)	137
[표 2-3-14] 정부지원고용영향률 (2010년)	138
[표 2-3-15] 장애인고용 정책지표의 구조	174
[표 2-3-16] 졸업전 진로지도제도 관련 법령 개정안	176
[표 2-3-17] 보호고용기업체제 구축 관련 법령 개정	177
[표 2-3-18] 의무고용률 등의 개정 관련 법령 개정	179
[표 2-3-19] 통계 및 정보체계의 정비 관련 법령 개정	180
[표 2-4-1] 기초생활수급가정 연평균 증가율	186
[표 2-4-2] 장애인의 결혼생활	188
[표 2-4-3] 공공분양주택 공급현황	191
[표 2-4-4] 영구임대주택 공급현황	193
[표 2-4-5] 공공임대주택 공급현황	193
[표 2-4-6] 다가구 매입임대 및 기존전세주택 장애인 그룹홈 공급현황	196
[표 2-4-7] 서울시 저소득 중증장애인 전세주택 제공 실적	197
[표 2-4-8] 2012년도 주거급여 한도액	198
[표 2-4-9] 외국의 공공임대주택 비율	223
[표 2-4-10] 장애인주거정책 사회통합 원칙 수립 개정안	234
[표 2-4-11] 장애인주거차별 방지 개정안	234
[표 2-4-12] 장애인주거실태조사 등의 개정 관련 법령 개정안	235
[표 2-4-13] 주거약자 전달체계 구축 개정안	236
[표 2-4-14] 장애인 주거관련 정책심의기구에 장애인 참여 보장 개정안	236
[표 2-4-15] 공공임대주택 장애인할당제 도입 개정안	237
[표 2-4-16] 공공임대주택 특별공급 우선순위 상향 개정안	238
[표 2-4-17] 장애로 인한 1가구 2인 이상 세대주 인정 개정안	239
[표 2-4-18] 주거지원센터 설치 의무화 및 장애인주거생활지원서비스 실시 개정안	240
[표 2-4-19] 장애로 인한 주택개조비용 및 원상회복비용 지원 의무화 개정안	240

[표 2-4-20] 장애인주거수당 지급 관련 개정안	241
[표 2-4-21] 장애인 임대료채무보증제도 실시 개정안	241
[표 2-5-1] 혼자 외출여부 및 빈도	244
[표 2-5-2] 일상생활도움 필요정도 및 집밖 활동 시 불편한 이유	245
[표 2-5-3] 교통수단 이용 시 어려운 정도 및 어려운 이유	245
[표 2-5-4] 활동지원급여의 기본급여 개요	248
[표 2-5-5] 활동지원급여의 추가급여 개요	249
[표 2-5-6] 활동지원급여의 서비스 단가	249
[표 2-5-7] 기본급여에 대한 본인부담금	250
[표 2-5-8] 추가급여에 대한 본인부담금	251
[표 2-5-9] 활동지원에 관한 법률 개정(안)	264

그림 목차

[그림 1-1-1] 장애인구 규모의 추이	3
[그림 1-1-2] 지역사회정착의 경로	7
[그림 1-1-3] 사회적 배제의 차원과 지역사회정착에 관련된 정책영역들	11
[그림 2-1-1] 장애수당과 장애인연금	23
[그림 2-1-2] 장애인가구의 빈곤실태 (2005년 최저생계비 기준)	25
[그림 2-1-3] 비장애인 대비 장애인의 소득수준 (가구소득 기준, 2000년 경)	25
[그림 2-1-4] 장애인 개인소득의 소득원천별 구성의 비교	26
[그림 2-1-5] 국민기초생활보장제도의 사각지대 규모	28
[그림 2-1-6] 연도별 최저생계비 증가율과 상대적 수준 추이	33
[그림 2-1-7] 상대빈곤율의 추이 (중위소득 50% 미만 기준)	34
[그림 2-2-1] 여성장애인 주관적 만족감	69
[그림 2-2-2] 여성장애인 주관적 건강평가	70
[그림 2-3-1] 종사상 지위별 취업자 구성의 비교	124



[그림 2-3-2] 근로형태별 임금근로자 구성의 비교	125
[그림 2-3-3] 의무이행고용률의 추이	130
[그림 2-3-4] 장애인의 지역사회정착을 위한 고용정책 개선방향	146
[그림 2-3-5] 다층적 통계체계	172
[그림 2-5-1] 장애인 장기보호의 세 가지 모델	247



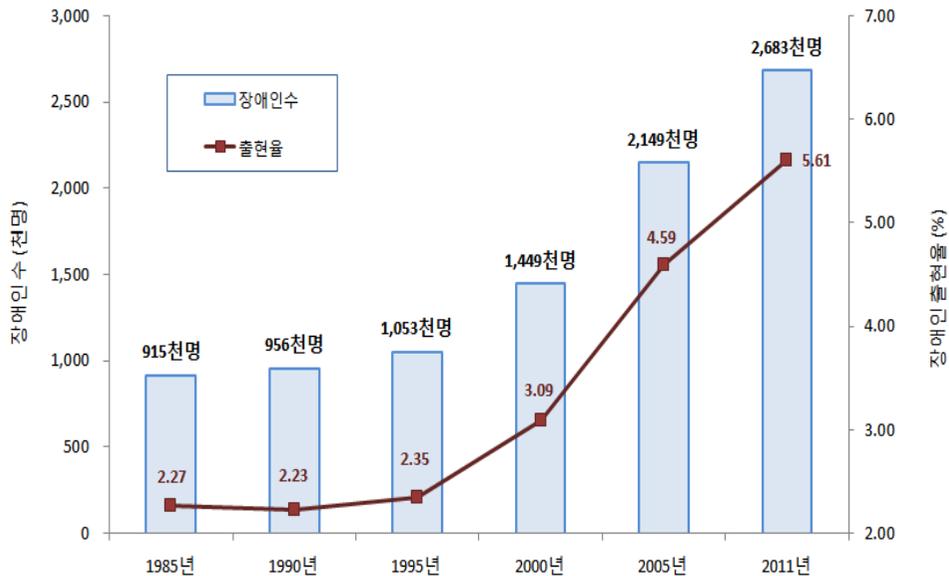
제1장 서론

제1절 연구배경 및 목적

최근 우리나라의 장애인정책 환경은 매우 급속히 변화하고 있다. 우선 장애인 구 규모가 대단히 빠른 속도로 증가하고 있다. 정부의 공식통계로 장애인구는 1995년에 1,053천명(정기원·권선진·계훈방, 1995)이었으나 2011년에는 2,683천명(김성희·변용찬 외, 2011)으로 증가하였는데 이 기간 장애인구의 연평균 증가율은 무려 6.02%에 달하였다. 그리하여 2011년도 장애출현율은 5.61%로 1995년의 2.35%에 비해 2배가 넘는 수치로 상승하였다.

[표 1-1-1] 장애인구 규모의 추이

	1985년	1990년	1995년	2000년	2005년	2011년
장애인 수 (천명)	915	956	1,053	1,449	2,149	2,683
장애출현율 (%)	2.27	2.23	2.35	3.09	4.59	5.61



[그림 1-1-1] 장애인구 규모의 추이

장애인구의 증가속도는 우리사회에서 현재 크게 화두가 되고 있는 65세 이상 노인인구의 증가속도와 비교하면 더욱 극적으로 나타난다. 1995~2011년 기간 동안 장애인구의 연평균 증가율 6.02%는 같은 기간 노인인구의 연평균 증가율 4.70%의 약 1.3배에 달하는 높은 증가율이다. 장애인구 증가율은 특히 1995년부터 2005년까지 매우 높게 나타나는데, 1995~2000년 기간 장애인구의 연평균 증가율은 6.59%로 같은 기간 노인인구의 연평균 증가율 5.03%보다 높으며, 2000~2005년 기간 장애인구의 연평균 증가율은 8.19%로 최고조에 달해 같은 기간 노인인구 연평균 증가율 5.24%의 1.5배가 넘는다. 2005년 이후 장애인구 증가속도는 다소 완화된 2005~2011년 기간 장애인구의 연평균 증가율은 3.77%로 같은 기간 노인인구의 연평균 증가율 3.98%보다 약간 낮다. 하지만 이 기간 총인구의 연평균 증가율이 0.37%라는 점을 생각할 때 장애인구 증가속도는 여전히 매우 빠르다는 사실을 알 수 있다¹⁾.

장애인구 규모의 증가와 함께 중요한 변화는 장애인구 구성이 변화하고 있다는 점이다. 예컨대 장애여성은 2000년에 38.3%였으나 2011년에는 42.0%로 그 비중이 상당히 늘어났다. 또한 60세 이상 장애인도 2000년에는 40.3%였지만 2011년에는 50.5%로 증가하였다. 60세 이상 장애인의 비중 증가는 인구고령화에 영향을 받은 바 크지만 노인인구 증가에 따른 장애인구 증가는 노인정책과 장애인정책 간의 조정 필요성을 증가시킨다. 또 중증장애인도 그 비중에는 큰 변화가 없지만 장애인구 전체 규모의 증가에 따라 수자가 매우 빠르게 늘어나고 있다. 장애인구 규모의 증가는 장애인들의 욕구의 절대규모를 증가시키는 효과가 있으며 장애인구 구성의 변화는 욕구의 내용을 다변화시키는 효과가 있다.

이처럼 장애인의 인구학적 변화에 따라 욕구의 절대규모가 커지고 욕구의 내용도 복잡해지고 있지만 우리나라 장애인들의 삶은 여전히 팍팍하다. 2010년 기준으로 장애인들의 경제활동참가율은 38.5%로 총인구 경제활동참가율 61.9%의 절반

1) 현재 장애인구 증가 원인에 관한 본격적인 연구는 찾기 어려운 것 같다. 하지만 장애라는 현상은 사회문화적 속성을 갖고 있으므로 장애인구의 빠른 증가는 사회문화적 요인의 변화, 예컨대 장애인정책의 확대와 그를 뒷받침하는 것으로서의 장애인들의 권리인식의 증진이 주원인이었을 것으로 추측된다. 그 외에 노인인구 증가도 장애인구 증가의 큰 원인이었을 것으로 추측된다. 흔히 장애범주 확대가 장애인구 증가의 주원인이 되었을 것으로 생각하는 데 이것이 장애인구 증가의 한 원인인 것은 분명하지만 실제로는 2000년과 2003년에 확대된 장애범주에 포함되어 추가된 장애인의 수는 생각만큼 많지 않아 장애범주 확대 그 자체가 장애인구의 증가를 초래한 효과는 그리 크지 않을 것으로 생각된다. 본문 그림에서 보듯이 2005~2011년 동안 장애인구의 증가속도는 그 전에 비해 완화된데 향후에도 이런 추세가 나타날지 현재로서는 예단키 어렵다.

정도 수준에 머무르고 있으며 고용률 역시 36.0%로 총인구 고용률 60.0%에 비해 매우 낮다. 반면에 실업률은 6.6%로 총인구 실업률 3.2%에 비해 매우 높다(한국장애인고용공단 고용개발원, 2011).

또한 취업장애인의 소득은 2011년 기준으로 월평균 142만원으로 동년 전체근로자평균임금 260만원의 54.6%에 불과한 수준이다(김성화·변용찬 외, 2011). 장애인가구의 소득수준도 매우 낮는데 2011년 장애인가구의 월평균소득은 1,982천원으로 같은 해 전국가구 월평균소득 3,705천원의 53.5% 수준이다(김성화·변용찬 외, 2011). 이는 2005년에 비해서 상대적 지위가 더 하락한 것인데, 즉 2005년 장애인가구의 월평균소득은 1,572천원으로 이는 같은 해 전국가구 월평균소득 2,779천원의 56.6%였다. 결국 2005~2011년 기간 동안 전국가구 월평균소득은 연평균 4.91%씩 증가한 반면 장애인가구의 월평균소득은 연평균 3.94%씩 증가한 것이다. 이외에 교육, 주거, 보건의료 등 거의 모든 면에서 장애인들의 생활상황은 비장애인에 비해 전체적으로 열악하다.

이러한 가운데 과거 장애인정책의 패러다임을 지배하였던 재활모델이나 시설수용모델을 거부하는 권리모델과 자립생활모델이 등장하면서 장애인들의 삶의 질 향상에 관련된 정책패러다임에도 변화가 나타나고 있다²⁾. 시설수용접근은 자본주의 초기부터 지배적인 정책패러다임이었으나 서구에서는 2차 대전을 거치면서 많은 비판에 직면하여 탈시설화 흐름으로 이어졌고, 재활모델은 2차 대전을 전후하여 등장하면서 장애인복지정책을 틀 짓는데 중요한 패러다임으로 기능하였으나 여전히 장애에 관한 의료적·개인적 모델의 틀을 벗어나지 못한 것이었다. 그 후 서구에서는 1970년대에 한편으로는 실천적 성격을 강하게 가진 자립생활모델이 등장하였고 다른 한편으로는 이론적 성격이 좀 더 강한 사회적 모델이 등장하였다. 이로부터 장애인정책의 패러다임에 근본적인 변화가 나타나기 시작하였다. 과거 정책의 대상에만 머물렀던 장애인들이 스스로 목소리를 내게 되었고 정책의 내용을 결정하는 데에도 참여하게 되었으며 장애인들의 자기결정권이 정책을 통해 제도화되기 시작하였다. 자기결정권의 제도화는 아직 보완되어야 할 요소들이 있지만 향후 장애인정책은 장애인의 자기결정권을 중심에 두는 큰 흐름으로 이어질 것은 분명하다.

우리나라도 1990년대 말 자립생활운동이 소개되고 2000년에는 장애인차별금지

2) 장애인정책 패러다임은 시기별로 보아 대체로 시설수용접근, 재활접근, 정상화접근, 자립생활접근, 권리접근의 다섯 가지로 정리할 수 있다(Johnstone, 2001 등의 논의를 기초로 필자 재분류).

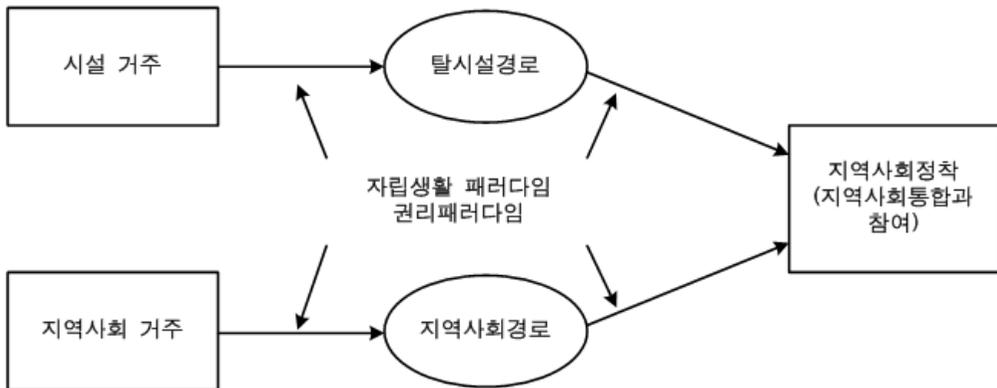
법 제정운동이 나타나는 등 자립생활패러다임과 권리패러다임이 등장하기 시작하였다. 이러한 흐름에 힘입어 2007년에 장애인차별금지법과 장애인등에 대한 특수교육법이 제정되어 2008년부터 시행되고, 또한 2007년부터 활동보조서비스가 전국적으로 시행되어 2010년에는 활동지원제도로 개편되었으며 그 외 각종 이동권 및 편의증진에 관련된 제도화가 이루어졌다. 그리하여 예컨대 활동보조서비스와 관련해서 지금은 현재의 바우처 방식을 직접지불제(direct payment)로 전환하는데 관련된 논의까지 이루어질 정도로 많은 변화가 일어나고 있다.

그리고 이러한 변화들이 궁극적으로 지향하는 바는 장애인의 자기결정권 향상이며 장애인이 사회의 주체로서 삶을 누리는 것이다. 이러한 자기결정권과 주체적인 삶에의 지향은 최근 탈시설운동으로 표현되고 있다. 서구에서는 이미 2차대전 후에 탈시설운동이 일어난 바 있고 이는 자립생활패러다임의 등장보다 먼저 있었던 것이지만 우리나라의 경우 탈시설운동은 자립생활패러다임의 등장과 거의 동시에 나타나고 있다(박경수강경선 외, 2011). 하지만 서구에서와 마찬가지로 탈시설운동이 지향하는 바와 자립생활운동이 지향하는 바는 한마디로 지역사회정착이라는 동일한 목표이다. 장애인의 지역사회정착이란 장애인이 그 거주공간을 단순히 물리적인 의미에서 지역사회로 해야 한다는 것이 아니라 그가 거주하는 지역사회 내에서 삶의 모든 측면에서 배제되지 않고 통합되고 주류에 참여할 수 있어야 함을 의미한다³⁾. 혹은 시설에 거주하고 있지만 탈시설을 거쳐 지역사회로 나와 지역사회에 통합되고 참여하는 과정을 거칠 수 있으며 혹은 시설에 입소한 적 없이 지역사회에 거주하고 있지만 완전한 통합과 참여에 이르기 위해 많은 정책적 노력이 필요할 수도 있다. 탈시설을 거쳐 지역사회정착에 이르는 지역사회에 거주하면서 지역사회정착에 이르는 현재 자립생활과 권리 패러다임에 의해 변화하는 장애인정책은 지역사회정착을 지향하고 있는 것이다.

그런데 장애인의 지역사회정착이 궁극적인 정책목표라는 데 동의하더라도 이를 이루기 위해 필요한 정책과제는 매우 다양할 수 있다. 또한 탈시설은 점진적으로 보다는 일괄적인 형태로 진행되는 것이 효과적이라는 것이 서구의 경험으로부터 도출된 탈시설의 한 원칙인 것은 사실이지만 이 원칙이 어느 정도 실현가능한지

3) 지역사회에 거주하는 경우 사실상 가족과 함께 거주하는 것이 상당수를 차지할 것이다. 하지만 장애인의 경우 가족이 오히려 장애인의 자립에 방해가 되는 사례도 많다. 장애인의 자립에 방해가 되는 요소로서의 가족에 대해 본 보고서에서는 상세히 다루지 않았지만 여기서 지역사회에 통합되고 주류에 참여한다는 것은 장애인에게 억압적인 가족으로부터 장애인이 벗어나는 것도 포함한다고 이해되어야 할 것이다.

또 그것을 실현하기 위해서는 어떤 것들이 필요한지는 사회에 따라 다를 수 있다. 그리고 비록 자립생활패러다임과 권리패러다임에 의해 정책패러다임의 변화가 일어난다고는 하지만 그와 유사한 정도로 과거의 패러다임을 고수하려는 혹은 과거의 패러다임을 약간만 바꾸어 변화된 환경에 맞추어보려는 개량적 노력이 있는 것도 사실이다. 이러한 것들은 현실과 지향성 간의 충돌로 나타날 것이고 이 충돌이 올바른 방향으로 해소되지 않는다면 지역사회정착이라는 목표의 달성은 그만큼 지연될 것이다.



[그림 1-1-2] 지역사회정착의 경로

본 연구는 바로 이와 같은 내용들을 배경으로 한 것이다. 즉, 장애인의 인구학적 변화에 따라 욕구의 증가 및 다변화가 나타나고 있다는 점, 그리고 새로운 정책패러다임에 의해 그러한 욕구의 충족이 자립생활과 권리패러다임에 입각하여 추구되어야 하며 그 목표는 장애인의 지역사회정착을 지향한 것이어야 한다는 점, 장애인의 지역사회정착을 위해서는 매우 다양한 정책과제가 동시에 고려되어 추진될 필요가 있다는 점 등을 배경으로 한 것이다. 이런 점들을 배경으로 본 연구는 지역사회정착이 무엇인지를 사회적 배제의 개념에 기대어 살펴보고 이어 소득·의료·고용·주거·활동지원의 다섯 가지 정책영역의 현황과 문제점을 살펴보고 지역사회정착을 위해 필요한 정책과제가 무엇인지에 대해 살펴봄을 목적으로 한다.

제2절 자립생활과 지역사회정착

장애인의 사회통합과 자립적인 삶은 탈시설화, 정상화 등과 함께 장애인정책 패러다임의 변화를 주도하는 장애인정책 모형의 하나이며 장애인 인권회복의 중요한 이념이다(국가인권위원회, 2007: 96). 유엔도 장애인권리협약(2006.12.13.)을 통해 이를 확인하고 있는데 동 협약의 제19조는 장애인의 자립적인 생활과 지역사회통합을 규정하면서 비장애인과 동등한 선택권을 가지고 지역사회에서 살 수 있는 동등한 권리의 보장과 지역사회에의 완전한 통합 및 참여를 강조하고 있다.

[표 1-1-2] 유엔 장애인권리협약 제19조의 자립적인 생활과 지역사회통합 규정

제19조 자립적인 생활과 지역사회 통합

이 협약의 당사국은 다음에 대한 보장을 포함하여 모든 장애인이 다른 사람들과 동등한 선택권을 가지고 지역사회에서 살 수 있는 동등한 권리를 인정하고, 장애인의 이러한 권리와 지역사회에의 완전한 통합 및 참여의 완전한 향유를 촉진하기 위한 효과적이고 적절한 조치를 취한다.

- (a) 장애인은, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 거주, 거주지 및 동거인에 대한 선택의 자유를 가지며 특정한 주거형태에서 살도록 강요받지 않는다.
- (b) 장애인은 지역사회 내에서의 생활과 통합을 지원하고 지역사회로부터 소외 또는 격리되는 것을 예방하기 위한 개인적인 지원을 포함하여, 다양한 형태의 가정 내, 거주지, 그리고 기타 지역사회 지원서비스에 접근할 수 있다.
- (c) 대중을 위한 지역사회 서비스와 시설은 동등한 기초 위에서 이용 가능해야 하며 장애인의 욕구에 부합해야 한다.

*출처 : 국가인권위원회 (2007: 96).

지역사회정착은 최근 많이 논의되고 있는 사회적 배제의 개념과 연관지어 설명할 수 있다. 이는 지역사회정착이라는 것이 단순히 장애인이 생활공간을 지역사회로 해야 한다는 의미에 머무는 것이 아니라 장애인이 지역사회에 통합되고 지역사회에 참여할 수 있어야 함을 의미한다는 점에서 그러하다. 따라서 장애인이 물리적 의미에서의 거주공간을 지역사회로 하지만 사실상 지역의 각종 삶과 활동으로부터 배제되어 그에 정상적으로 참여할 수 없다면 생활공간이 지역사회라는 명목만 있을 뿐 장애인이 지역사회에 정착했다고 하기 어려울 것이다. 이런

점에서 장애인의 통합과 참여는 그 반대 개념인 사회적 배제의 극복을 의미한다고 볼 수 있다.

사회적 배제(social exclusion)는 다양하게 정의될 수 있으나 그 다양한 모든 정의에서 공통된 것은 어떤 개인이나 집단이 사회에서 주변화된다는 것, 다시 말해서 사회주류에 참여하지 못한다는 것이다(Millar, 2007: 4). 사회주류에의 참여는 다양한 차원에서 이루어지는 것이며 따라서 그 반대의 의미를 가진 사회적 배제 역시 여러 차원에서 나타날 수 있다. 사회적 배제의 차원도 학자에 따라 서로 다르게 구분되며 각 차원을 지칭하는 용어도 서로 다르게 사용되는데, 대체적으로 경제적인 차원과 정치적인 차원 그리고 사회·문화적인 차원이 포함된다.

사회적 배제 연구자의 한 사람인 밀러(Millar, 2007)는 사회적 배제를 네 가지 차원으로 구분한 예를 정리하고 있다. 그에 따르면 버차트 등(Burchardt, et al.)은 사회적 배제를 소비활동, 생산활동, 정치참여, 사회참여의 네 가지 차원으로 구분하고 있으며, 고든 등(Gordon, et al.)은 사회적 배제를 빈궁, 노동시장배제, 서비스 배제, 사회관계적 배제로 구분하고 있다.

[표 1-1-3] 사회적 배제의 네 가지 차원

Burchardt, et al.의 구분		Gordon et al.의 구분	
차원	정의 혹은 지표	차원	정의 혹은 지표
소비 활동	재화·용역의 구매능력, 저축능력 등	빈궁	물질적 자원의 결여 정도
생산 활동	경제적·사회적으로 가치있는 활동에의 참여여부	노동시장 배제	일자리의 결여 및 근로조건의 수준 등
정치 참여	지역 혹은 전국적 차원에서의 의사결정과정에의 참여여부	서비스 배제	공적·사적 서비스에의 접근성 여부
사회 참여	가족·친구·이웃 등과의 만남의 회수 및 주기	사회 관계적 배제	사회적으로 공통된 활동에의 참여여부, 사회적 관계망의 범위 및 질, 일상적 혹은 위기시 요청할 수 있는 지원의 여부, 정치적·공민적 활동에의 참여여부, 범죄·장애·기타 요인으로 인한 격리여부

*출처: Millar (2007), p. 4.

버차트 등의 구분이 사회적 배제가 발생할 수 있는 장(場)에 초점을 둔 구분이 라면, 고든 등의 구분은 사회적 배제가 발생할 수 있는 장을 포함하면서도 그런 장들에서 발생한 사회적 배제가 초래하는 결과도 고려한 구분이라 할 수 있다.

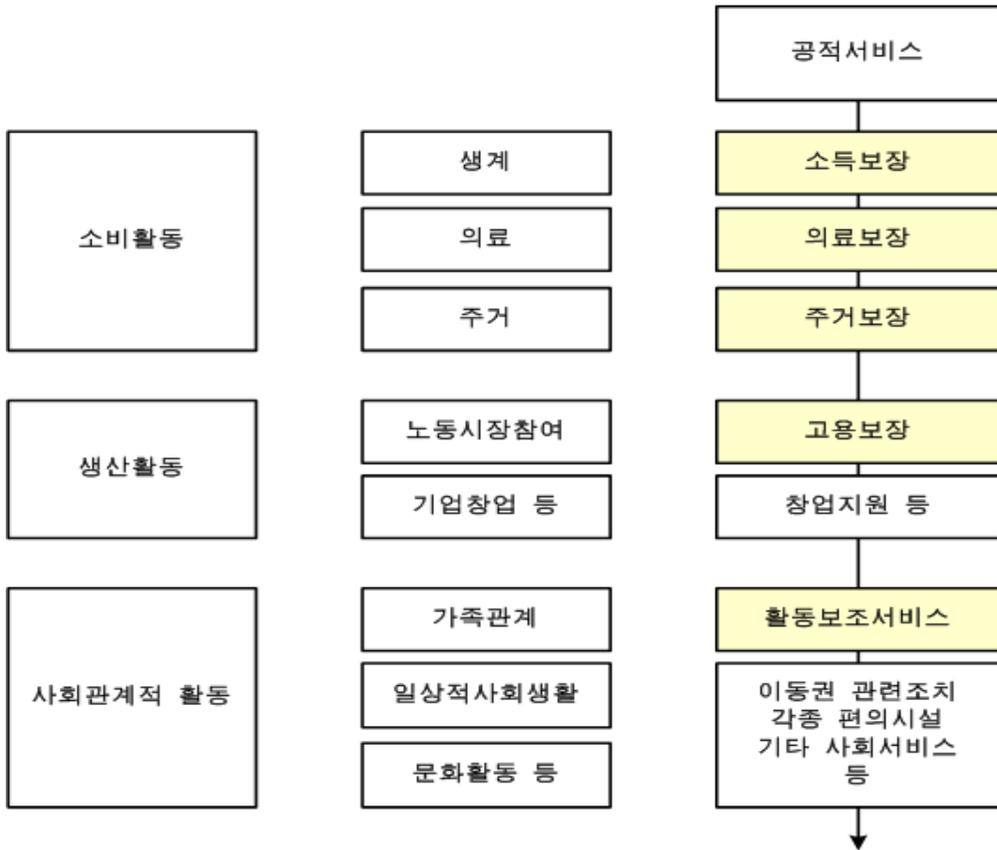
어쨌든 이들의 구분에서 공통되게 유추할 수 있는 것은 사회적 배제가 경제적 영역과 정치적(혹은 정책적) 영역 그리고 사회문화적 영역 등 생활의 다양한 영역에서 발생할 수 있다는 점이다.

경제적 영역에서의 사회적 배제는 버차트 등이 말하는 바로는 소비활동과 생산활동으로 표현되며 고든 등이 말하는 바로는 빈궁과 노동시장배제로 표현된다. 소비활동은 재화 및 용역의 구매능력이나 저축능력 등을 의미하는데 이런 능력의 구비로부터 배제된 경우 그 결과는 빈궁이다. 또한 생산활동은 경제적·사회적으로 가치있는 활동에 참여하는 것을 말하는 데 이로부터의 배제가 낳는 중요한 결과 중 한 가지는 바로 노동시장배제인데 이 노동시장배제는 단순히 일자리에 접근할 수 없는 것뿐만이 아니라 적절한 근로조건을 보장받지 못하는 것까지 포함한다. 버차트 등의 구분에서는 분명히 드러나지 않지만 고든 등은 서비스 배제를 별도의 차원으로 분류하고 있는데 이는 자본주의 사회에서의 소비활동을 시장적 방식 혹은 비시장적 방식으로 보완할 수 있는 공적·사적 서비스를 이용할 수 있는가 여부에 의해 결정된다. 만일 여하한 이유로든 이들 서비스를 이용할 수 없다면 그것은 서비스배제가 될 것이며 이는 경제적 영역에서의 심각한 배제를 초래할 것이며 나아가 정치적·정책적 영역에서의 배제에까지도 이르게 될 것이다.

이러한 경제적 영역에서의 배제를 극복하기 위한 수단 혹은 그 자체로 중요한 참여의 한 형태일 수 있는 것이 바로 정치적 영역에의 참여이다. 버차트 등은 이를 정치참여라 하여 직접적으로 표현하고 있으며 고든 등은 사회관계적 참여 내에 포함시키고 있다. 이는 아마도 고든 등의 연구에서 정치적 활동에의 참여 역시 넓은 의미에서의 사회적 관계에 포함된다고 간주되었기 때문일 것이다.

이 외에 사회적 배제에서 중요한 차원은 경제적 영역과 정치적 영역 이외의 생활영역 즉 사회문화적 생활차원이다. 이는 버차트 등에서는 사회참여로 표현되고 있고 고든 등에서는 사회관계적 참여로 표현되고 있다.

본 연구에서는 정치적 참여는 직접적으로 다루지 않는데 이는 장애인의 일상적 삶에 보다 직접적으로 관련된 생활영역에 집중하기 위한 취지에서이다. 따라서 본 연구에서 중요한 사회적 배제의 차원은 버차트 등의 용어로 표현하면 소비활동, 생산활동, 그리고 사회참여가 된다. 이는 고든 등의 분류에서 빈궁, 노동시장배제, 서비스배제, 사회관계적 참여의 네 가지 차원에 모두 관계된다.



[그림 1-1-3] 사회적 배제의 차원과 지역사회정착에 관련된 정책영역들

소비활동, 생산활동, 사회참여의 세 가지 사회적 배제의 차원은 자본주의 사회를 살아가는 모든 시민들에게 그가 장애가 있는가의 여부를 떠나 매우 중요하다. 하지만 각 사회가 사회적 배제의 최소화를 위해 어떤 정책을 마련하고 있는가에 따라 이들 세 차원에 속하는 보다 구체적인 하위영역이 갖는 의미는 사회에 따라 다를 수 있다. 예컨대 무상의료가 보편적으로 시행되거나 최소한 의료보장의 보장성이 상당히 높은 사회의 경우 소비활동에서 의료에서의 배제는 심각한 문제가 아닐 수 있다. 이는 장애인의 경우에도 마찬가지이다.

우리나라에서 3년 주기로 실시하는 장애인실태조사에 의하면 장애인들이 가장 원하는 정책영역으로는 매년 소득보장과 의료보장이 1순위 내지 2순위로 번갈아가며 꼽힌다. 이는 그만큼 우리나라 장애인들에게 빈곤과 의료서비스이용문제가

심각함을 보여준다. 사회적 배제의 극복은 자립생활과 지역사회정착의 필수조건이다. 최근 국내에서 수행된 한 실증조사에 의하면 장애인의 성공적인 자립생활을 위해 선행되어야 하는 요소가 무엇이라고 생각하는가라는 질문에 가장 많은 응답을 받은 항목은 장애연금 등의 소득보장(35.7%), 고용지원(26.7%), 독립적인 주거지원(21.1%)로 나타난 바 있다(김종진·장창엽 외, 2008: 103). 이들은 장애인이 사회적 배제를 극복하고 지역사회에 성공적으로 정착하는 데에 소득보장, 의료보장, 고용보장, 주거보장이 매우 중요하다고 인식됨을 잘 보여준다.

이들과 함께 빼놓을 수 없는 것이 각종 사회서비스이며 이 중에서도 활동보조서비스의 중요성은 재론의 여지가 없을 정도이다. 탈시설화나 지역사회생활과 같은 이념들이 실천적인 운동으로 그리고 정책으로 발전한 데에는 자립생활운동이 크게 기여한 바 있으며 자립생활운동의 핵심적인 요소 가운데 하나가 바로 활동보조서비스이다. 활동보조서비스는 장애인이 지역사회에 참여하기 위해 필요한 조건들을 스스로 통제할 수 있게끔 하는 것으로 가족생활뿐만 아니라 가족 범위를 넘어선 일상적인 제반사회관계적 활동에 필수적인 서비스이다.

지금까지 논의한 내용들은 <그림 1-1-3>에 정리되어 있다. 이 그림에서 음영으로 표시된 부분이 본 연구에서 다룰 정책영역들이다.



제2장 정책분야별 현황 및 과제

제1절 소득보장분야의 현황 및 과제

I. 의의

인간의 욕구 충족에 필요한 모든 재화를 상품으로 거래함을 기본원리로 하는 자본주의 사회에서 재화구입에 필요한 소득을 확보하는 것은 생계유지의 기본수단을 확보하는 것임과 동시에 본 연구의 주제인 자립생활의 가장 기초적인 토대를 확보하는 것이기도 하다. 그런데 생계유지의 기본수단이자 자립생활의 기초적인 토대인 소득을 획득하기 위해서는 노동력의 상품화(commodification), 즉 노동시장을 통한 노동력의 판매가 가능해야 하는데 장애인에게는 여기에 수많은 사회적 제약이 가로놓여 있다. 역사적으로 볼 때, 장애인들은 자본주의 사회가 등장하기 전까지는 빈곤한 상태일지라도 지역사회 내에서 비장애인들과 함께 어울려 살 수 있었지만(Braddock and Parish, 2001; Oliver, 1990), 노동력을 상품으로 거래하고 생산과정을 시장의 흐름에 따라 획일적으로 편성하는 자본주의 사회가 도래하면서 노동력을 상품화하는 데에 큰 제약에 봉착하게 되고 결과적으로 감금과 격리의 대상이 되거나 아니면 동정의 대상으로 전락하게 되었다.

하지만 오늘날 자립생활의 이념은 이와 같은 격리의 대상이거나 동정의 대상으로서의 장애인의 지위를 거부한다. 자본주의 사회가 그 자체의 모순에 의해 장애인의 노동력을 거부하여 장애인이 지역사회로부터 배제·격리되거나 지역사회로부터 동정의 대상이 되어 왔기 때문에 이 모순의 폐해를 해결할 책임도 사회에 있는 것이다. 사회가 이 책임을 이행하는 방법은 일차적으로는 장애인이 노동시장에서 일할 수 있도록 보장하는 것이겠지만 이것은 자본주의 사회에서 노동력의 상품화를 의미하기 때문에 탈상품화를 가능케 하는 사회보장제도의 뒷받침이 없다면 실질적 의미를 갖기 어렵다.

노동력이란 곧 인적자본인 바, 이 인적자본은 인간의 몸속에 체화된 것으로서 이것은 사실상 상품이 아니며 따라서 상품화가 불가능하다. 하지만 자본주의 사회는 이 상품화가 불가능한 인간노동력을 인위적으로 상품화하고 있기 때문에 그로부터 생겨나는 폐해를 해독할 제도적 장치가 불가피하게 있어야 하며(폴라니, 2009) 사회보장제도는 그런 제도적 장치 중의 한 가지인 것이다. 사회보장제도는 실업이나 노령, 노동재해, 상병 등으로 노동력의 상품화가 중단될 때 소득을 보장

함으로써 일시적으로나마 탈상품화(de-commodification)를 가능케 하는데, 노동력의 상품화에 사회적 제약이 가장 큰 관계로 노동력이 상품화되기 전(前) 단계에 있는 경우가 많은 장애인들에게도 노동력 상품화를 통해 획득하기 어려운 소득을 보장해준다는 점에서 매우 중요하다.

최근에 와서 사회보장제도로서의 소득보장에 대해 그것은 노동시장유연화와 탈산업화 시대에 맞지 않는 사후적·소극적 제도라는 비판이 일부 있는 것은 사실이지만, 복지국가의 발전수준도 낮고 장애인정책에 대한 지출수준도 낮은 우리나라의 경우 전통적인 소득보장의 강화는 비단 장애인만이 아니라 전국민적으로도 긴요한 과제이다. 또한 소득보장제도를 장애인의 시각에 맞게 보완하는 것은 장애인의 노동력 상품화를 구조적으로 제약하는 자본주의 사회가 장애를 고려하여 사회적 자원을 재배분하는 한 방법이기도 하다. 더욱이 장애인의 삶의 수준이 열악한 우리나라에서 이러한 노력은 매우 중요하다고 할 수 있다. 모든 재화를 상품으로 거래하는 자본주의 사회에서 그 재화의 획득에 필요한 소득을 확보하지 못한다면 장애인의 자립생활과 지역사회정착은 요원한 일이 될 것이다. 본 연구에서 노동력의 상품화 즉, 고용보장은 별도의 절에서 다루므로 여기서는 소득보장에 중점을 두어 논의를 전개한다.

II. 현황 및 문제점

1. 소득보장정책의 개요 및 현황

가. 소득보장제도의 유형

사회보장제도는 그것이 대상으로 하는 위험에 따라 9가지로 분류되는데, 노령급여, 유족급여, 장애급여, 상병급여, 노동재해급여, 실업급여, 모성급여, 가족급여, 의료서비스가 그것이며(ILO, 1998), 이들 중 의료서비스를 제외하면 모두 소득보장기능을 주된 기능으로 한 것들이다. 이들 급여는 몇 가지 서로 다른 방식으로 운영될 수 있는데, 그것들을 구분하는 가장 중요한 기준은 수급자격(eligibility)을 어떻게 부여하는가 하는 것이다. 자산조사 없이 가입자의 기여를 요건으로 수급자격을 부여하는 방식은 사회보험방식이며, 자산조사를 통해 욕구

를 증명한 경우(즉, 빈곤함을 증명한 경우)에만 수급권을 부여하는 방식은 공공부조방식이다.

오늘날 복지국가에서 지출규모의 측면과 대상자의 측면 모두에서 가장 큰 비중을 차지하는 사회보험은 공공부조에 비하면 보편적이지만, 기여(contribution)를 수급자격의 중요한 요건으로 하고 있고 이 기여는 기본적으로 취업을 통해 가능하므로 노동시장에서 배제된 사람은 아무리 훌륭한 사회보험이라도 그것으로부터 원천적으로 배제되는 한계가 있으며 이는 특히 유럽대륙에서 오늘날 큰 문제가 되고 있다(Häusermann, 2010). 공공부조는 기본적으로 자산조사를 통해 자산이 일정한 기준(빈곤선) 이하이거나 그것에 미달하는 사람에게만 수급자격을 부여하기 때문에 이미 빈곤하게 된 사람에게 사후적으로 개입하는 데다 수혜자 규모가 작은 한계가 있다. 이에 비해 수급자격 요건으로 자산조사와 기여 어느 것도 요구하지 않는 방식이 있는데 이는 흔히 사회수당 혹은 보편수당이라 불리며 이것은 시민권에 기초한 가장 보편주의적인 제도이다.

우리나라는 다른 나라와 유사하게 위 9가지 급여를 주로 사회보험방식으로 운영하고 있는데 그 중 상병급여와 가족급여는 없으며 모성급여는 사회보험과 사용자책임방식이 혼용되어 운영되고 있다. 공공부조로는 국민기초생활보장제도가 대표적이며, 보편수당방식의 제도는 유일하게 보육수당제도가 시도단계에 있을 뿐이다.

나. 우리나라 장애인소득보장제도의 현황

다른 제도도 그러하지만 소득보장제도도 그것이 처음부터 장애인을 명시적인 대상으로 한 제도가 있고 장애인을 대상으로 한 제도는 아니지만 장애인도 대상에 포함되는 제도가 있다. 후자의 대표적인 제도로는 사회보험제도를 들 수 있는데 우리나라에서 운영되는 소득보장기능의 사회보험으로 국민연금과 고용보험, 산업재해보상보험은 장애인이나 비장애인을 불문하는 제도이지만 장애인도 그 대상이 될 수 있다⁴⁾. 하지만 이 경우 이들 제도들은 사회보험이기 때문에 기본적으로 기여요건을 충족해야 수급자격을 얻을 수 있다. 우리나라 공공부조의 대표적

4) 물론, 사회보험제도 내에서 보면 장애인을 명시적인 대상으로 한 제도들이 있다. 예컨대 산재보상보험의 장애보상급여가 그러하다. 여기서는 기본적인 개요만 소개한 것이고 더 이상의 세부적인 논의는 하지 않았다.

인 제도인 국민기초생활보장제도 역시 장애인 여부에 관계없는 제도이지만 장애인도 그 대상이 될 수 있다. 장애인을 명시적으로 대상으로 한 대표적인 제도로는 장애수당을 들 수 있는데 이것은 2010년에 장애인연금이 시행되면서 중증장애인은 장애인연금의 대상이 되었고 경증장애인은 장애수당의 대상으로 유지되었다. 우리나라에서는 장애인 대상의 보편수당제도는 없다.

위의 제도들은 장애인을 명시적으로 대상으로 하는 것이건 그렇지 않은 것이건 기본적으로 정부의 직접지출에 의해 급여가 제공되는 제도들이다. 그런데 이러한 직접지출에 의한 소득보장제도 외에 간접지출, 즉 각종 감면·할인제도들도 있다. 장애인을 명시적인 대상으로 하고 직접지출에 의해 운영되는 제도를 직접적 표적화 소득보장이라 할 수 있으며, 직접지출에 의해 운영되지만 장애인만을 명시적 대상으로 하지 않은 제도를 직접적 비표적화 소득보장이라 할 수 있고, 간접지출에 의해 운영되는 제도를 간접적 소득보장이라 할 수 있을 것이다.

[표 2-1-1] 우리나라 장애인 소득보장제도의 분류

		지출형태		
		직접지출		간접지출
		사회보험	공공부조	
표적화 여부 ¹	표적화	국민연금의 장애연금, 산재보험의 장해보상급여	장애인연금, 장애수당, 장애아동수당, 장애인자녀교육비 지원 등	각종 감면·할인 제도 ²
	비표적화	국민연금의 노령연금·유족연금 등, 고용보험의 실업급여, 산재보험의 휴업급여 등	국민기초생활보장제도, 기초노령연금, 양육수당 등	

주 1. 여기서 표적화 여부란 장애인을 명시적인 대상으로 하는가 여부를 의미함.

주 2. 감면·할인제도 중에는 장애인만을 명시적인 대상으로 한 제도도 있지만 장애인 외에 노인 등을 함께 포함한 제도도 있다는 점을 감안하여 표적화 여부에 관계없는 것으로 표시함.

1) 감면·할인과 사회보험

각종 감면·할인제도인 간접적 소득보장은 제도를 도입하기는 쉽지만 각종 감면·할인의 혜택이 대상자 내부적으로 어떻게 배분되는지를 파악하기가 거의 불가능하여 제도의 운영효과를 파악하는 데에는 커다란 어려움이 있다. 또한 감면·할인은 그것을 이용하는 장애인에 대한 낙인을 유발할 우려가 있으며 확일적으로 감

면·할인이 규정되어 있고 간접적 소득보장이라는 제도의 본질상 장애인의 다양한 욕구를 감안하기가 어려워 실질적 소득보장으로서는 한계가 많다고 하겠다.

직접적 비표적화 소득보장의 대표적인 제도인 사회보험제도는 앞서 언급한 바와 같이 기여를 수급자격의 중요한 요건으로 하고 있고 이 기여는 노동시장참여에 의해 가능하여 노동시장참여가 원천적으로 차단되는 경우가 많은 장애인들의 소득보장으로서 한계가 있다. 물론, 사회보험의 중요성이 낮은 것은 아니다. 예컨대 국민연금의 경우 2011년 10월 기준으로 연금수급자 2,950천명 중 등록장애인은 446천명으로 15.1%에 이르러 2011년도 장애출현율 5.61%에 비하면 그 상대적 비중이 높다. 하지만 그럼에도 불구하고 현행 국민연금의 장애연금은 가입 전 발생한 장애에 대해서는 가입기간 중 그 장애가 악화된 경우라도 장애연금 수급권을 인정하지 않고 있어 노령연금을 받을 수밖에 없다.

【표 2-1-2】 장애인 가입 연금의 종류 (18세 이상 장애인 2,521천명 대상)

(단위 : %)

구분	성별		연령별			장애정도		전체
	남자	여자	18-44세	45-64세	65세이상	중증 (1-2급)	경증 (3-6급)	
국민연금	43.4	18.6	38.2	41.8	21.3	23.2	36.0	32.9
공무원연금	1.9	0.7	1.7	1.5	1.1	0.9	1.5	1.4
사학연금	0.3	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.2
군인연금	0.7	0.0	0.0	0.4	0.6	0.3	0.4	0.4
보훈연금	2.9	0.6	0.7	0.7	3.7	2.0	1.5	1.9
개인연금	4.0	2.0	4.8	5.0	0.6	1.9	3.6	3.2
기타	0.1	0.1	0.2	0.2	0.1	0.1	0.1	0.1

*주: 중복응답 비율임.

출처 : 김성희·변용찬 외 (2011).

또한, 2011년도 장애인실태조사(김성희·변용찬 외, 2011)에 의하면 국민연금에 가입한 장애인은 32.9%에 불과하며, 공무원연금과 사학연금, 군인연금, 보훈연금 등 국민연금 이외의 공적연금에 가입한 장애인은 3.9%에 불과한 것으로 나타났다. 이는 노동시장에 참여해야만 납부할 수 있는 기여금 납부를 조건으로 수급자격을 부여하는 사회보험제도가 갖는 본질적 한계라 할 것이다.

그런데 본 연구에서는 간접적 소득보장인 감면·할인과 직접적 비표적화 소득보장인 사회보험에 대해서는 본격적인 논의를 하지 않고 대신 직접적 표적화 소득

보장을 집중적으로 다루기로 한다. 감면·할인제도와 관련해서는 향후 그 비중을 점차 줄이고 이를 직접적 소득보장으로 대체할 필요가 있다는 점과 사회보험과 관련해서는 최근 시행되고 있는 저소득근로자 사회보험료 지원제도를 저소득근로자가 아닌 장애인과 같이 노동시장참여가 원천적으로 차단당한 대상에게도 확대하는 방안 등 사회보험의 제도적 미비점을 개선하는 조치와 함께 장애인의 노동시장참여를 향상시키는 보다 근본적인 대안이 필요하다는 언급만 해두고 보다 상세한 방안은 추후 과제로 미룬다.

2) 장애인연금과 국민기초생활보장제도

우리나라 장애인소득보장 중 장애인에게 가장 큰 비중을 차지하는 제도는 주로 공공부조방식의 제도이다. 이들 공공부조방식의 제도 중 장애아동수당과 장애인자녀교육비지원은 수혜자의 특성상 그 비중이 작다⁵⁾.

[표 2-1-3] 소득수준 및 연령별로 본 현행 장애인소득보장제도의 구조

구분	18세 미만		18-65세 미만		65세 이상	
	소득보전급여	추가비용급여	소득보전급여	추가비용급여	소득보전급여	추가비용급여
최저생계비 100% 이하	기초보장¹⁾ (생계급여)	장애아동수당	장애인연금 (기초급여) 기초보장¹⁾ (생계급여)	장애인연금 (부가급여) 장애수당	기초노령연금 기초보장¹⁾ (생계급여)	장애인연금 (부가급여) 장애수당
최저생계비 120% 이하	×	장애아동수당	장애인연금 (기초급여)	장애인연금 (부가급여) 장애수당	기초노령연금	장애인연금 (부가급여) 장애수당
소득하위 56% 이하	×	×	장애인연금 (기초급여)	×	기초노령연금	×
소득하위 56% 초과	×	×	장애연금 ²⁾	×	기초노령연금 노령연금 ²⁾ 장애연금 ²⁾	×

주 : 음영 표시한 부분은 본 절에서 다루는 제도들임.

1. 국민기초생활보장제도의 생계급여를 말함. 2. 국민연금의 노령연금과 장애연금을 말함.

*출처: 한국보건사회연구원, 2011

5) 2011년 장애인 실태조사에 의하면, 장애아동수당 수급장애인은 재가장애인의 1.4%이며 장애인자녀교육비지원의 수급장애인은 2.6%이다(김성희·변용찬 외, 2011: 384).

이를 제외하면 직접적 표적화 소득보장으로는 장애인연금이 매우 중요한 비중을 차지하며 직접적 비표적화 소득보장으로는 국민기초생활보장제도가 큰 비중을 차지한다. 2011년 장애인 실태조사에 의하면, 재가장애인 중 국민기초생활보장 수급장애인은 약 441천명으로 재가장애인 2,611천명의 16.9%에 달하는 것으로 파악되었다(김성희·변용찬 외, 2011: 389). 국민기초생활보장 수급장애인 중 95.9%인 423천명은 일반수급자이며 나머지 4.1%인 18천명은 조건부수급자로 조사되었다. 이처럼 국민기초생활보장제도가 장애인에게 갖는 비중이 큰 관계로 장애인가구의 수입원 중 국민기초생활보장급여가 차지하는 비중은 평균 10.9%에 달하였다(김성희·변용찬 외, 2011: 124). 장애인연금의 비중도 상당하여 2011년 실태조사에서 장애인연금 수급경험이 있는 장애인은 전체 재가장애인의 11.3%에 달하는 것으로 조사되었다(김성희·변용찬 외, 2011: 384). 그리하여 본 연구에서는 국민기초생활보장제도와 장애인연금을 중점을 두어 논의를 진행하기로 한다.

① 국민기초생활보장제도의 현황

국민기초생활보장제도(이하 “기초보장제도”)는 과거의 생활보호제도를 대체하여 2000년 10월부터 시행된 우리나라의 대표적인 공공부조제도로 장애인을 표적화한 제도는 아니지만 장애인들에게 실질적으로 가장 유력한 소득보장정책으로 기능하고 있다.

현재 기초보장제도의 수급자격 요건은 크게 두 가지로 구성되는데 한 가지는 경제적 기준이며 다른 한 가지는 부양의무자 기준이다. 경제적 기준은 기초보장제도가 공공부조제도로써 갖는 본질적인 수급자격 요건이라 할 수 있는데 이는 자산조사를 통해 자산이 빈곤선 이하인 경우에 수급자격을 부여하는 형태로 운영되고 있다. 자산은 현행 법령상 소득인정액으로 불리며 빈곤선은 최저생계비로 불린다. 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득환산액으로 구성되는데 이 둘을 합한 금액이 최저생계비 이하이면 경제적 기준을 충족하는 것으로 판단된다.

현행 기초보장제도가 독특하게 가지고 있는 수급자격 요건이 부양의무자 기준이다. 이 부양의무자 기준은 보충성의 원리에 기반하여 친족부양우선의 원칙을 구현하려는 것인데 부양의무자 기준의 충족 여부는 부양의무자의 유무와 부양의무자의 부양능력유무로 판단된다. 현재 부양의무자 범위는 1촌의 직계혈족(부모, 아들딸 등) 및 그 배우자(며느리, 사위 등)로 제도 시행 초기에 비해서는 많이 축소되었다. 하지만 기초보장제도의 수급단위는 가구인데 비해 부양의무자 기준은

해당 가구에 속한 가구원에 대해 개별적으로 고려하므로 비록 그 범위를 좁혔다고는 하나 수급단위와 일치하지 않은 문제를 안고 있다. 부양의무자가 없으면 경제적 기준을 충족한 경우 수급자격을 부여받을 수 있지만 부양의무자가 있으면 재차 부양의무자의 부양능력판정을 통해 부양능력이 없는 것으로 판정되어야 수급자격을 부여받을 수 있다.

기초보장제도의 급여는 현재 생계급여, 주거급여, 의료급여, 교육급여, 자활급여, 해산급여, 장제급여의 7가지가 있는데 해산급여와 장제급여는 다소 예외적인 경우에 제공되는 것이며 의료급여는 별도 제도에 의해 운영되고 있다. 그리고 이중 현금급여로 운영되는 것은 생계급여와 주거급여의 일부인데 소득보장으로서 가장 큰 의미를 갖는 급여는 생계급여이다.

【표 2-1-4】 2012년도 가구규모별 최저생계비와 현금급여기준 및 생계급여

(단위 : 월/원)

	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구	6인 가구
최저생계비 (A)	553,354	942,197	1,218,873	1,495,550	1,772,227	2,048,904
타지원액 (B)	100,305	170,789	220,941	271,093	321,245	371,398
현금급여기준 (C=A-B)	453,049	771,408	997,932	1,224,457	1,450,982	1,677,506
주거급여액 (D)	87,656	149,252	193,079	236,908	280,736	324,563
생계급여액 (E=C-D)	365,393	622,156	804,853	987,549	1,170,246	1,535,639

출처 : 보건복지부 (2012), 『2012년 국민기초생활보장사업안내』.

이들 급여의 지급방식은 보충급여(supplementary benefit) 방식이다. 하지만 우리나라 기초보장의 보충급여는 최저생계비와 소득인정액의 차액으로 결정되는 것이 아니라 이른 바 현금급여기준과 소득인정액의 차액으로 결정된다. 현금급여기준은 최저생계비에 포함되는 비목 중 의료비와 교육비의 일부를 의료급여와 교육급여로 지원하고 있고 또 각종 감면·할인혜택을 통해 기초보장수급자에게 지원하고 있다고 가정하고 이에 해당한다고 간주되는 금액(타지원액)을 기초보장수급가구에 대해 그 가구가 실제로 의료서비스나 교육서비스를 이용하는지 여부에 관계없이 일률적으로 차감하여 가구규모별로 산정된다. 현재 현금급여기준은 최저생

계비의 약 82% 수준이다. 그리하여 실제 기초보장 수급자가 받는 현금급여액은 월평균 30만원이 채 되지 않을 정도로 낮은 수준이다⁶⁾. 또한 우리나라의 보충급여방식은 기초보장제도의 모든 급여에 일률적으로 적용되어 소득인정액이 최저생계비를 초과하면 생계급여뿐만이 아니라 그 외 다른 모든 급여도 중지되는 문제가 있다. 이로 인해 이른 바 통합급여 대 개별급여 논쟁이 일어난 바 있는데 이 문제는 아직도 해결되지 않고 있다.

② 장애인연금

장애인연금은 과거의 장애수당을 개편하여 2010년 7월부터 시행되었는데 이 역시 공공부조방식의 제도이다. 과거 장애수당 수급자 중 중증장애인은 장애인연금 수급자로 편입되었으며 과거 장애수당 수급자 중 경증장애인은 계속 장애수당에 남게 되었다. 장애아동수당은 과거와 변화 없이 동일하게 운영되고 있다.

		기초보장 수급자		차상위층				기초보장 수급자		차상위층		차상위 초과자
장애수당	중증	13만원	12만원	장애인연금	기초급여+부가급여	기초급여+부가급여	장애수당	3만원	3만원			
	경증	3만원	3만원		기초급여							
장애아동수당	중증	20만원	15만원	장애아동수당	20만원	15만원						
	경증	10만원	10만원		10만원	10만원						

주 : 기초급여는 국민연금 A값의 5%임.

[그림 2-1-1] 장애수당과 장애인연금

장애인연금의 수급자격 요건은 경제적 기준과 연령기준 및 장애등급기준으로 판정된다. 장애등급기준은 장애인연금이 장애인을 표적화한 제도임을 보여주는 것으로 현행 법령에 따르면 18세 이상 등록된 중증장애인이며 이 경우 중증장애

6) 소득인정액이 최저생계비와 현금급여기준 사이에 해당하는 사람은 기초보장수급자로 선정될 수 있지만 현금급여는 받지 못한다.

인은 1급과 2급 장애인 및 3급 장애인으로서 중복장애인을 말하는데 이것은 과거 장애수당에서 정한 중증장애인 범위와 동일하다. 경제적 기준은 소득인정액이 선정기준액 이하인 경우 충족된 것으로 보는데 선정기준액은 2012년 현재 단독가구의 경우 월 551천원이며 부부가구의 경우 월 881.6천원이다. 이 선정기준액에 해당하는 경우 그 경제적 수준은 하위 56%인 것으로 알려져 있는데 다시 말하면 소득이 높은 44%의 장애인은 장애인연금 대상에서 제외함을 의미한다.

장애인연금의 급여는 다소 복잡하게 구성되어 있는데 소득보전급여인 기초급여와 추가비용 보전급여인 부가급여로 이루어져 있다. 기초급여는 국민연금 A값의 5%이며 2028년까지 A값의 10%로 상향토록 되어 있는데 현재 적용되는 금액은 월 94,600원이다(2012년 4월부터 2013년 3월까지 적용). 부가급여는 64세 이하의 경우 월 6만원(기초보장 수급자) 및 5만원(차상위층)이며 65세 이상인 경우에는 월 15만원(기초보장 수급자) 및 5만원(차상위층)이며 차상위초과자(차상위층을 초과하면서 소득 하위 56% 이하인 자)는 부가급여 수급권이 없다(하지만 차상위초과자라도 65세 이상인 경우에는 월 2만원의 부가급여가 제공된다). 장애인연금 수급자는 2011년 현재 약 308천명이며 2012년에는 326천명으로 5.8% 증가하였는데 이 수치는 앞에서 본 장애인실태조사의 응답결과보다는 약간 높지만 여전히 전체 장애인의 13% 정도이다.

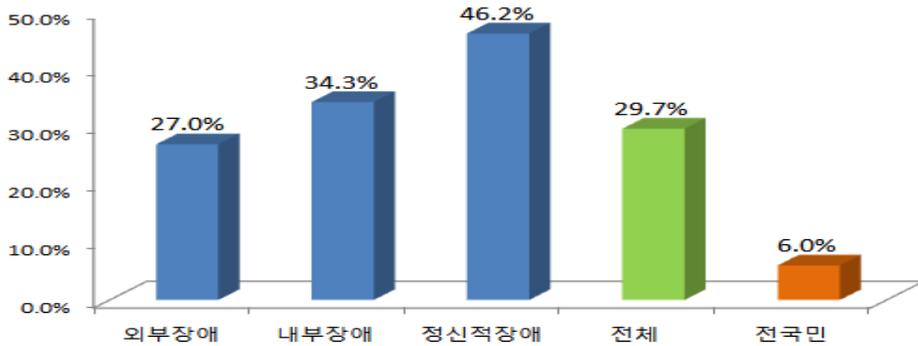
2. 장애인의 열악한 경제상황

지금까지 본 것처럼 우리나라는 비록 보편수당제도는 아직 없지만 사회보험과 공공부조방식에 의한 각종 소득보장제도를 시행하고 있으며 장애인을 표적화한 것으로는 장애인연금을 새롭게 도입·시행하고 있다. 하지만 이러한 제도들의 시행으로 장애인들의 소득수준이 획기적으로 개선되었다는 증거는 없다.

이를 보여주는 한 지표로 가구소득추이를 보면 전국가구(2인 이상)의 월평균소득은 2005년 2,779천원에서 2011년 3,705천원으로 연평균 4.91%씩 증가하였다(통계청 KOSIS). 반면 장애인가구의 월평균소득은 2005년 1,572천원에서 2011년 1,982천원으로(변용찬·김성희 외, 2006; 김성희·변용찬 외, 2011) 연평균 3.94%씩 증가하여 전국가구보다 증가속도가 느리다. 이로 인해 전국가구 대비 장애인가구의 소득은 2005년 56.6%에서 2011년 53.5%로 하락하였다.

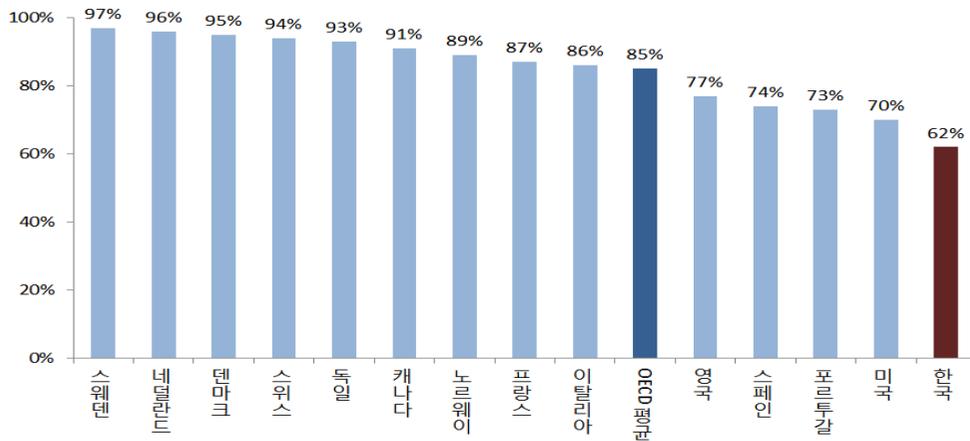
이러한 열악한 소득수준은 빈곤률에도 그대로 반영된다. 다소 오래된 자료이지

만 2005년도 장애인가구의 빈곤률은 무려 29.7%로 같은 해 전국민 빈곤률 6.0%의 5배에 달하였다. 앞서 본 것처럼 장애인가구의 소득증가율은 전국가구에 비해 지속적으로 낮았기 때문에 빈곤률은 그 이후 더 악화되었을 가능성이 높다.



[그림 2-1-2] 장애인가구의 빈곤실태 (2005년 최저생계비 기준)

*출처 : 빈부격차차별시정위원회 (2006).



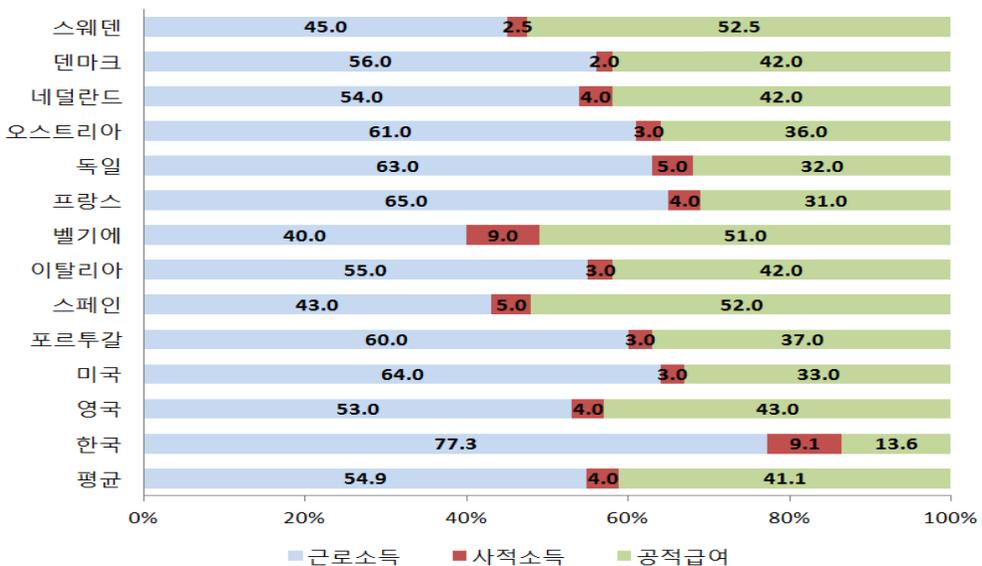
[그림 2-1-3] 비장애인 대비 장애인의 소득수준 (가구소득 기준, 2000년 경)

*출처 : OECD (2003).

우리나라 장애인들의 열악한 경제상황은 다른 나라와의 비교에서도 매우 두드러지게 나타난다. OECD(2003)에 의하면, 우리나라 장애인들은 가구소득을 기준으로 보았을 때 그 소득수준이 비장애인의 약 62% 수준으로 OECD 평균인 85%에

크게 미치지 못하는 것으로 나타난 바 있다.

또한 장애인들의 개인소득을 소득원천별로 구분했을 때 OECD 국가 장애인들의 경우는 공적급여가 차지하는 비중이 30~50% 정도이지만 우리나라는 공적급여의 비중이 15%에도 미치지 못하는 수준인 것으로 나타난 바 있다. 공적급여가 장애인 개인소득에서 차지하는 비중이 낮다는 것은 그만큼 우리나라 장애인들이 스스로 일을 해서 소득을 획득할 수밖에 없는 처지에 내몰려 있음을 보여준다.



[그림 2-1-4] 장애인 개인소득의 소득원천별 구성의 비교

* 1. 20-64세 장애인 기준

2. 다른 OECD 국가는 90년대 말 수치, 한국은 2005년 수치

*출처 : 빈부격차차별시정위원회 (2006).

장애인들의 이와 같은 열악한 경제상황은 어떤 원인에 의해 초래되는가? 근본적으로는 신자유주의적 구조조정에 의해 점차 심화하는 양극화 현상이 놓여 있을 것이지만 이에 대응하기 위한 정부의 정책 역시 만족할만한 수준은 결코 아니다. 아래에서는 정부의 여러 정책 중 소득보장정책에 초점을 맞추고 또한 그 중에서도 앞서 살펴본 기초보장제도와 장애인연금에 중점을 두어 그 문제점에 대해 살펴본다.

3. 장애인 소득보장정책의 문제점

가. 국민기초생활보장제도의 문제점

현재 우리나라 사회보장제도에 있어서 가장 심각한 문제는 사각지대 문제이며 이는 기초보장제도에서도 예외가 아니다. 사각지대는 좁은 의미에서는 제도의 대상자가 될 수 있는 사람이 제도상의 허점으로 대상자가 되지 못하는 경우를 가리키지만 좀 더 넓은 의미로 보면 제도의 목적에 비추어 제도가 포괄해야 하는 대상자를 제도가 포괄하지 못하는 경우도 가리킨다. 현재 기초보장제도의 경우 넓은 의미의 사각지대 문제가 심각한 것으로 보인다. 즉, 2005년부터 보더라도 지금까지 장애인의 소득수준은 결코 개선된 바가 없고 오히려 그 상대적 수준은 하락했음에도 불구하고 기초보장 수급자 규모는 큰 변화가 없다.

[표 2-1-5] 국민기초생활보장 수급자 추이 비교

	기초보장 수급자 (개인 기준)	
	2005년	2011년
장애인	16.8%	16.9%
총인구	3.1%	2.9%

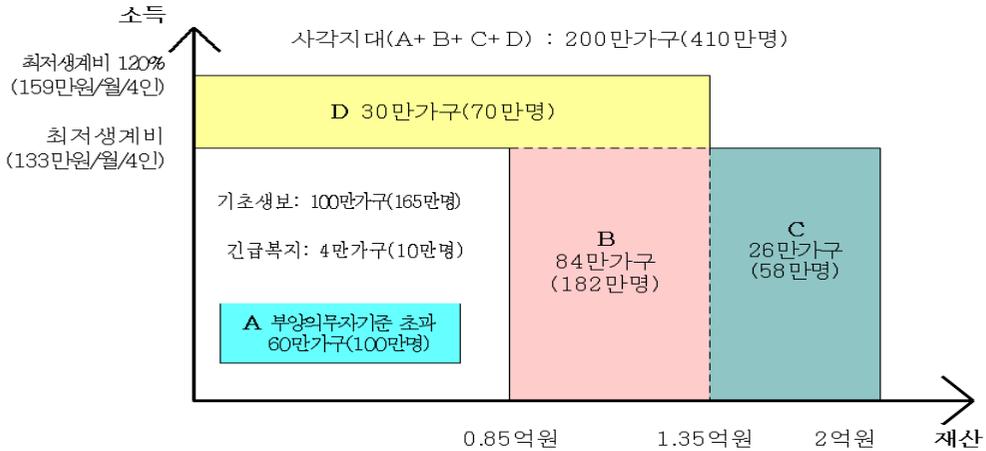
*출처: 통계청 KOSIS.

사각지대가 발생하는 원인을 제도에 초점을 두어 생각해 보면 그것은 근본적으로 수급자격 요건과 가장 큰 관련이 있다. 현행 기초보장제도에서 수급자격 요건은 경제적 기준과 부양의무자 기준 두 가지이며 결국 기초보장의 사각지대는 이 두 가지 기준이 갖는 문제로부터 발생한다고 할 수 있다.

1) 부양의무자 기준의 문제

기초보장에서 부양의무자 기준에 의한 사각지대 문제란 주로 기초보장제도에 신규로 신청했다가 부양의무자 기준으로 인해 탈락한 경우와 기초보장의 수급자격을 유지하고 있다가 부양의무자 기준으로 인해 수급자격을 박탈당한 경우 등으로 나타나고 있다. 이러한 부양의무자 기준에 의한 사각지대 문제는 비단 장애인

만이 아니라 빈곤층 전반에 큰 쟁점이 되고 있다.



[그림 2-1-5] 국민기초생활보장제도의 사각지대 규모

*출처 : 관계부처합동, 2009.

부양의무자 기준으로 인한 기초보장 사각지대의 규모는 자료에 따라 구체적인 수치는 조금씩 다르다. 정부의 추정에 의하면 소득인정액 기준을 충족시킴에도 불구하고 부양의무자 기준으로 인해 수급자가 되지 못하는 사각지대가 전체적으로 약 100만 명에 이르는 것으로 나타난 바 있다(관계부처합동, 2009). 한편 2009년 한국복지패널에 의하면 2008년 1월 기준으로 기초보장 수급신청 탈락사유 중 부양의무자가구의 소득과 재산이 기준을 초과하여 탈락했다는 응답이 58.3%로 가장 높았으며 본인의 소득이 기준을 초과해서 탈락했다는 응답 8.1%를 훨씬 상회한 바 있다(손창균 외, 2009). 또한 한 시민단체가 2009년도에 시행한 조사에서는 기초보장신청 탈락가구의 경우 부양의무자 기준으로 탈락한 사례는 43%로 소득기준으로 탈락한 사례 23.8% 및 재산기준으로 탈락한 사례 19.0%보다 높은 것으로 나타난 바 있다. 또한 같은 조사에서 수급자였다가 중도에 수급자격을 박탈당한 가구의 경우 해당가구의 소득증가로 인한 경우가 50.0%로 가장 많았지만 부양의무자 가구의 소득 혹은 재산의 증가로 탈락한 사례도 22.2%도 두 번째로 많은 비중을 차지하였다(빈곤사회연대, 2010). 결국 부양의무자 기준이 수급신청 탈락과 수급자격 박탈에 매우 큰 영향을 미치고 있음을 알 수 있다.

장애인의 경우 부양의무자 기준으로 인한 사각지대 규모는 정확히 파악키 어려

우나 아마도 비장애인 못지않게 혹은 비장애인보다 문제가 더 심각한 것으로 추정된다. 2011년도의 한 조사에 의하면 탈시설 장애인에게 소득보장과 관련된 자립생활지원으로 필요한 것이 무엇인가를 질문한 결과 응답자의 약 27%가 부양의무자 기준의 폐지를 답한 바 있다(박경수강경선 외, 2011: 161). 또한 같은 조사에서 지체 및 뇌병변장애인들을 대상으로 한 질적조사 결과 부양의무자 기준으로 인한 수급자격 박탈을 상당히 우려하는 것으로 나타난 바 있다(박경수강경선 외, 2011: 161).

자립생활을 위해서는 부양의무자 기준의 폐지가 필요하다는 응답이나 부양의무자 기준에 관련된 우려는 장애인들의 실제 경험의 심각성에서도 그 근거가 충분함을 확인할 수 있다. ‘국민기초생활보장법 개정을 위한 공동행동’ (이하 “기초법 개정공동행동”)이라는 한 시민연대기구는 부양의무자 기준에 의해 고통을 받고 있는 사람들의 증언 및 상담사례들을 취합하여 지난 2011년에 이를 발표한 바 있는데, 이 중 장애인들의 증언 및 상담사례 몇 가지를 소개하면 다음과 같다.

증언사례1

저희들은 부산에 살고 있는 뇌성마비 1급 장애인 부부입니다.

결혼한 지 6년 동안 해마다 한 번씩은 기초수급자 신청을 했습니다. 그런데 시택 재산과 부양의무자라는 이유에 걸려 안 되었습니다. 작년까지만 해도 1년에 두 세 번은 생활비를 보태주셨습니다. 하지만 올해 들어선 그것마저 주시지 못하는 형편이 되었습니다. 이제 몸이 안 좋으셔서 막노동조차도 할 수 없으시기 때문입니다. 자식이 돼가지고 보태드리지는 못할망정 어떻게 거기다 대고 돈을 내놓으라고 할 수 있겠습니까? 재산도 그렇습니다. 그 재산은 그분들이 평생 피땀 흘려 이룩해 놓으신 것들입니다. 그런데 어떻게 우리가 살겠다고 그걸 팔아달라고 할 수 있겠습니까? 형제들도 다 살기 어려운데 누가 도와 줄 수 있나요. ... (후략)

2010년 12월 부양의무자 기준 폐지 청와대 탄원서 중에서
(기초법공동행동, 2011: 9)

증언사례2

저는 장애인생활시설에서 28년을 살다가 작년 12월말 OO장애인자립생활센터 체험홈으로 입주해 자립생활을 하는 000입니다. ... 2010년에 보증금과 월세를 지원 하는 주거복지사업(에) ... (대상자로) 선정되었습니다. ... (지난 30여년 동안) 시설을 나가려고 할 때마다 “시설에서 나가면 모자지간의 인연을 끊겠다” 고 노발 대발하시던 어머니도 이번만은 저주었습니다. ... 그런데 정작 큰일은 영똥한 데서 터졌습니다. 30년 동안이나 떨어져 살았던 어머니에게 집이 있다는 이유로 저에겐 기초생활 수급(자격이) 없다는 것이었습니다. 그 집은 ... 30년 전 아버지가 돌

아가신 뒤 낮과 밤 없이 일하신 어머니가 몇 해 전 대출을 받아서 어렵게 마련한 집입니다. 이제 어머니는 일을 할 수 없을 만큼 건강이 악화되었(습니다). ... 30년 고생 끝에 마련한 어머니의 작은 집마저 포기해야만 제가 수급자가 될 수 있다는 것이 너무나도 화가 났습니다. ... 결국 지난 연말 ... 어머니가 그 집을 내놓았다는 이야기를 들었습니다. (하지만) 집이 나가지 않아 (결국) 동생에게 집을 양도하려고 (하였지만 이번에는) 양도세 이천만원을 준비해야 한다더군요. 그 돈 이천만원이 있었다면 어머니도 집을 팔 생각을 하지 않(았)을테고 저 역시 아마 아무런 걱정 없이 자립을 준비했을 겁니다. ... (후략)

수급권자 증언대회(2011.4.6.)에서의 증언 중에서
(기초법개정공동행동, 2011: 66-68)

상담사례1: 아들과 어머니의 재산으로 탈락한 사례

내담자는 50세의 지체장애 1급의 장애남성으로 4급 장애인이었던 부인이 암으로 사망한 후 현재 무허가건물에 혼자 살고 있으며 계고장이 12번이나 날아와 곧 쫓겨날 처지에 있음. 내담자는 2년 전에 기초보장 신청을 한 적이 있었지만 아들이 있다는 이유로 탈락되었음. 하지만 내담자가 알아보니 아들도 4인 가족으로 전세 6천만의 집에서 어렵게 살고 있었음. 올 3월에 다시 기초보장 신청을 하였지만 이번에는 어머니가 17평짜리 아파트를 가지고 있다는 이유로 탈락함.

상담단체: 빈곤사회연대, 상담일자 2011년 4월 21일
(기초법개정공동행동, 2011: 11)

상담사례2: 이혼한 부모의 존재로 탈락한 사례

내담자는 47세의 지체장애 3급 장애남성으로 부모이혼 후 이모집에서 살다가 소아마비로 중학교를 중퇴함. 공장 등을 전전하며 생계를 유지하다 공장폐쇄 후 노동속도 5년간 하게 되었고, 컴퓨터 생활도 하였음. 컴퓨터를 통해 봉어빵장사도 했었고, 서울시에서 하는 일자리를 통해 일하고 모아놓은 돈으로 생활비를 충당했었으나 그것도 이제 없음. 내담자는 현재 보행이 거의 되지 않기 때문에 자전거를 타며 간신히 폐지(하루 3-6천원)를 모아 생계를 유지하고 있으나 방세 18만원을 부담하기엔 어려움. 금방 피곤해져서 많이 돌아다니지 못하며 무릎 재활치료도 꾸준히 받아야 하고 장애인 야학에서 공부도 하고 싶지만 생계를 위해서 폐지를 모아야 하므로 포기한 상태임. 내담자는 과거 기초보장 수급자 신청을 한 적이 있었으나 부양의무자 기준으로 탈락한 바 있으며 상담 후 수급자 재신청을 설득하였으나 신청을 위해 부모님에게 금융공개정보동의서를 받아야 하는 것이 싫어서 아예 신청을 거부하고 있음.

상담단체: 홈리스행동, 상담일자 2011년 4월 11일
(기초법개정공동행동, 2011: 24)

상담사례3: 아버지의 재산으로 신청을 하지 못하는 사례

내담자는 46세의 뇌병변 1급 장애여성으로 현재 나이에 이르기까지 외상상태로 살아왔으며 지금은 부모님들의 나이가 많아 내담자와 함께 사는 것을 버거워 하는 상황임. 활동보조서비스를 받고 있지만 부족하여 부모님들이 더욱 힘에 겨워하고 있음. 내담자는 장애인연금 14만원이 수입의 전부이며 부모님은 단독주택을 가지고 세를 주어 생활하고 있음. 연로하신 부모님은 경제적 형편도 어려워 내담자를 시설로 보내고 싶어 함. 내담자는 자립을 위해 기초보장 수급신청을 하려고 동사무소 직원과 상담을 하였으나 부모님의 재산(집) 때문에 탈락할 것이라고 하여 신청조차 하지 못한 상태임. 내담자는 시설입소를 거부하고 있으나 기초보장 신청을 해도 탈락이 뻔하여 현재 상당히 곤혹스러운 상황임.

상담단체: 노들장애인야학, 상담일자 2011년 5월 10일
(기초법개정공동행동, 2011: 39)

위에 인용한 증언 및 상담사례를 통해 우리는 친족부양우선의 원칙에 근거한 부양의무자 기준이 실제로는 가족간 유대를 강화하는 것이 아니라 오히려 그것을 파괴한다는 사실을 공통적으로 확인할 수 있다. 특히 장애인의 경우 부양의무자 기준은 지역사회 경로를 거친 것이건 탈시설경로를 거친 것이건 자립생활을 극히 저해하는 역할을 함을 볼 수 있다. 증언사례2는 탈시설경로를 통한 자립생활이 부양의무자 기준에 의해 어떻게 방해받는지 잘 보여준다. 이 사례에서 증언자의 어머니가 30년을 일해 겨우 마련한 집을 자식을 위해 팔려고 하는 모습을 볼 수 있으며 이는 부양의무자 기준이 가난한 장애인가족에게 어떤 고통을 주는지를 극명하게 보여준다. 또한 자식이 아무리 가난하고 장애인이라고 해도 어떻게 부모가 피땀 흘려 이룩한 조그마한 재산을 처분하라고 할 수 있느냐는 절규에서 친족부양우선원칙에 근거한 부양의무자 기준이 가난한 가족들에게 얼마나 큰 절망을 가져다주는지를 잘 볼 수 있다. 상담사례1과 상담사례2에서도 부양의무자 기준이 기초보장 신청자와 그 가족 간의 유대를 강화하지 못하고 오히려 가족들을 딜레마에 빠지게 함을 잘 보여준다. 또한 특히 상담사례3은 부양의무자 기준이 자립생활에 방해가 됨으로 해서 결국 부양의무자가 장애인은 시설로 보내려고 하는 모습을 볼 수 있다.

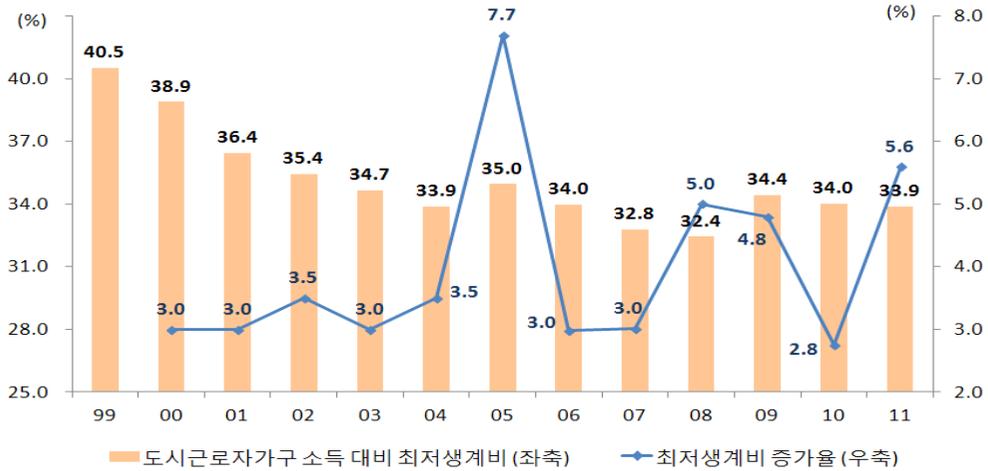
결국 이러한 증언 및 상담사례는 부양의무자 기준이 가난한 장애인 가족들에게 가족간 유대를 파괴하고 극단적으로는 자립생활에 어긋나는 시설입소를 대안으로 생각하게 할 뿐만 아니라 장애인의 자립생활을 위한 최소한의 생계보장조차 가로막고 있다는 사실을 여실히 보여주고 있다고 하겠다.

2) 최저생계비의 문제

우리나라에서 최저생계비는 공식적인 빈곤선임과 동시에 기초보장의 현금급여 수준을 결정하는 기준이기도 하다. 또한 최저생계비는 차상위계층을 정하는 기준으로 활용되고 있으며 나아가 각종 사회복지서비스 수급자격 결정의 기준이 되고 있기도 하다.

현행 국민기초생활보장법에 의하면 최저생계비는 국민의 소득지출수준과 수급권자의 가구유형 등 생활실태, 물가상승률 등을 고려하여 결정하도록 규정되어 있다(국민기초생활보장법 제6조 제1항). 국민의 소득지출수준을 고려하도록 한 것은 최저생계비가 국민들의 일반적인 생활수준과 지나치게 괴리되는 것을 막고 그 상대적 수준을 유지하기 위한 것이며, 수급권자의 가구유형 등 생활실태를 고려하도록 한 것은 가구형태에 따라 지출필요가 달라질 수 있으므로 그러한 특수성을 감안하여 최저생계비가 결정되도록 한 것이고, 물가상승률을 고려하도록 한 것은 최저생계비가 실질적인 최저생활보장수단이 될 수 있도록 하기 위한 것이다. 그리고 이와 같은 최저생계비의 결정을 위한 계측조사는 3년마다 실시하도록 되어 있다(국민기초생활보장법 제6조 제3항). 그리고 현재 최저생계비 계측은 전물량방식(market-basket method)에 의해 이루어지고 있다.

하지만 그간의 최저생계비 결정과정이 법률에 규정된 내용을 적절히 반영하여 이루어졌는지는 심히 의심스럽다. 가구유형별 최저생계비는 그것이 연구진에 의해 연구된 바는 있지만 정부의 반대로 한 번도 발표된 바가 없다. 또한 최저생계비 계측시 연구진은 이를 대도시와 중소도시, 농어촌의 3개 지역으로 구분하여 계측하지만 정부는 항상 중소도시 최저생계비만 고집하여 국민들의 소득과 생활수준을 고려하도록 한 법률 규정을 스스로 어기고 있다. 또 최저생계비를 계측하지 않는 비계측연도에도 최저생계비는 일반적인 생활수준과 물가상승률 등을 전반적으로 감안하여 결정되어야 하나 실제 비계측연도 최저생계비는 물가만 반영하여 결정되어 왔으며 계측연도의 최저생계비도 그 심의과정에서 특히 경제학자들과 경제부처의 반대에 의해 연구진의 계측결과를 자의적으로 삭감하는 일까지 자행하기도 하였다(이에 대해서는 남찬섭, 2005 참조).



[그림 2-1-6] 연도별 최저생계비 증가율과 상대적 수준 추이

이로 인해 최저생계비는 해가 갈수록 국민의 생활수준과 멀어지고 있다. 우리나라에서 최저생계비가 최초로 법률적 근거에 의해 계측된 1999년도의 계측 최저생계비는 도시근로자가구(2인이상) 소득의 40.5% 수준이었다. 하지만 그 이후 최저생계비의 상대적 수준은 계속 하락하여 2004년에 적용되고 있던 최저생계비는 도시근로자가구 소득의 33.9%에 불과할 정도까지 하락하였다. 2004년 계측치를 바탕으로 2005년에 최저생계비는 제법 큰 폭으로 올랐지만 상대적 수준을 크게 개선시키지는 못했다. 2008년에 최저생계비는 2007년이 계측연도였다는 점에 힘입어 5.0%라는 그나마 낮지 않은 증가폭을 보였지만 상대적 수준은 소폭 하락하였다. 2011년에도 2010년이 계측연도였다는 점에 힘입어 5.6% 증가했지만 상대적 수준은 상승하지 못하였다. 이는 계측연도가 있는 경우 그 다음 해 최저생계비는 평균적인 증가폭보다 더 큰 폭으로 증가하지만 그럼에도 불구하고 이것이 최저생계비의 상대적 수준을 끌어올리지는 못함을 보여준다. 이제 계측연도의 계측치는 경향적으로 하락하고 있는 최저생계비의 상대적 수준의 하락속도를 일시적으로 완화하는 역할만 할뿐 국민들의 소득생활수준에 비추어 최저생계비의 비목과 품목을 조정하여 그것을 실질화하는 역할을 하지 못하는 것으로 볼 수 있다.



[그림 2-1-7] 상대빈곤율의 추이 (중위소득 50% 미만 기준)

최저생계비의 상대적 수준의 지속적인 하락은 기초보장의 보호를 받아야 할 사람들이 그 대상자가 되지 못할 가능성을 높인다. 앞에서 본 것처럼 총인구의 경우 기초보장 수급자는 2005년에 3.1%였지만 2011년에는 2.9%로 오히려 소폭 감소하였고 장애인 중 수급자는 2005년 16.8%에서 2011년 16.9%로 약간 상승했지만 거의 변화가 없는 편이다. 하지만 같은 기간 우리 사회의 빈곤율은 지속적으로 증가하였기 때문에 이 점을 감안하면 빈곤율이 증가하는 데도 불구하고 기초보장 수급자 비중이 거의 늘지 않거나 줄어드는 것은 기초보장의 제도적 문제에 그 원인이 있음을 보여주는 것이며, 최저생계비의 상대적 수준의 하락도 이러한 제도적 문제의 하나이다.

3) 소득인정액의 문제

① 불합리한 재산의 소득환산제

현행 기초보장제도에서 최저생계비와 비교대상이 되는 자산은 소득인정액이라 불리며 이것은 소득평가액과 재산의 소득환산액으로 구성된다. 소득평가액은 일반적으로 말하는 소득으로서 그 중 일부 급여(예컨대, 기초노령연금의 일부나 장애인연금, 한부모가정 아동양육비 등)와 일부 지출(6개월 이상 의료비 등)을 공제하여 산정한다.

재산의 소득환산액은 재산을 수급자격 판단에 반영하기 위해 자산조사 대상에 포함하는 것인데 다만 이를 소득액으로 환산하여 반영하는 것이다. 재산의 소득 환산액을 산출함에 있어서 가장 중요한 것은 환산율인데 현재 기초보장제도에서는 재산을 일반재산, 금융재산, 자동차의 세 가지 종류로 구분하고 이 각각의 재산에 대해 파악된 재산가액에 대해 각기 다른 환산율을 적용하는데 일반재산에는 월 4.17%, 금융재산에는 월 6.26%, 자동차에는 월 100%의 환산율을 적용한다. 일반재산에 적용되는 월 4.17%의 환산율은 곧 일반재산의 경우 그것을 24개월에 걸쳐 처분할 수 있다는 것을 가정하는 것이며 금융재산에 적용되는 월 6.26%의 환산율은 금융재산을 16개월에 걸쳐 처분할 수 있다는 것을 가정하는 것이다. 이런 재산의 소득환산제는 기초보장제도가 공공부조제도로써 보충성의 원칙에 입각해 있음을 보여준다. 공공부조제도인 기초보장제도가 보충성 원칙을 도외시하기는 어렵지만 그렇다 하더라도 사실상 현금화가 불가능한 자산에 대해 24개월 내지 16개월에 걸친 처분을 전제하고 그만큼을 당장의 지원에서 제외하는 것은 다소 지나친 면이 있다. 게다가 금융재산의 경우는 아무리 공제가 있다고 하지만 소득 평가액 산정시 이미 금융소득을 계산하는데 재산의 소득환산에서 또 다시 금융재산을 소득으로 환산하는 것은 이중계산의 소지도 있다.

그런데 보충성 원칙을 아무리 강하게 인정하더라도 그것으로 설명할 수 없는 것이 바로 자동차에 대해 적용되는 월 100%의 환산율이다. 이 100%의 환산율은 결국 중고가격으로 산정된 자동차 가액만큼의 금액이 매달 소득으로 발생한다고 가정하는 셈이며 이를 뒤집어 말하면 자동차는 즉시 처분한 다음 국가에 기초보장 신청을 해야 한다고 선언하는 셈이다. 하지만 실제로 가난한 사람이 자동차를 처분해버리면 그 사람은 그야말로 기초보장에만 의존할 수밖에 없게 된다. 가난한 사람들은 그나마 남은 자동차라도 어떻게든 처분하지 않고 보존했다가 혹시 다음에 쓸 일이 있으면 그것으로 생계를 이어갈 생각을 할 공산이 크며 그것을 처분할 생각을 하기는 쉽지 않다. 정부는 자동차에 100%의 환산율을 적용하는 것이 국민정서를 감안한 것이라고 주장하지만 그 국민정서라는 것이 1990년대 보수 언론들의 과장보도에 의해 조장된 측면이 있고 그간 정부는 이런 국민정서를 교정하는 데 주력하기보다 오히려 그런 국민정서를 이용한 측면이 더 많다. 가난한 사람들의 실제 삶과도 맞지 않고 보충성 원칙으로도 설명이 되지 않는 자동차 100% 환산율은 폐지할 필요가 있다.

② 부당한 추정소득 부과

현재 기초보장제도에서는 취업 및 근로여부가 불분명하여 소득을 조사할 수 없으나 주거 및 생활실태로 보아 소득이 없다고 인정하기 어려운 경우 추정소득을 부과할 수 있도록 하고 있다(보건복지부, 2012: 93). 추정소득은 부과대상자의 전직(轉職)업종의 임금 또는 동종업종의 임금, 최저임금 등을 차례로 감안하여 부과할 수 있다. 장애인의 경우에도 과거 근로경험이 있다는 이유로 추정소득이 부과되기도 하며 또 활동지원 등의 사회서비스를 이용한다는 이유로 가족에게 추정소득이 부과되기도 한다.

정부 입장에서 이와 같은 추정소득 부과사례는 제도운영상의 과오이지 제도 자체의 문제는 아니라고 주장할 지 모르겠지만 추정소득은 정부가 아무런 증거가 없는 상태에서 수급자를 불리하게 처우하는 것으로 위헌소지도 있다.

4) 수급자 이외의 저소득층 지원 문제

일반적으로 공공부조에서 논란이 되는 급여방식은 보충급여방식이지만, 우리나라 기초보장제도의 급여방식에서는 보충급여와 관련이 있으나 그것의 변형인 이른바 ‘통합급여’라는 것이 독특하게 논란이 되고 있다.

통합급여 주장에 따르면 현행 기초보장제도는 수급자격을 가질 때에는 모든 급여를 받을 수 있지만 수급자격을 박탈당하는 순간 모든 급여를 잃게 되는 ‘전부 아니면 전무(all or nothing)’의 문제를 안고 있다는 것이다. 그리하여 현행 기초보장제도를 대상자가 된 사람에게만 모든 것을 주고 그렇지 않으면 아무 것도 주지 않는다고 하여 이를 ‘통합급여’ 방식이라고 개념화하고 이에 대비되는 것을 ‘개별급여’라고 개념화해왔다.

하지만 여기서 한 가지 반드시 염두에 두어야 할 점은 통합급여방식은 기초보장제도의 문제가 결코 아니라는 점이다. 기초보장제도는 경제수준이 최저생계비 이하인 사람을 대상으로 급여를 제공하여 그가 최저생활을 유지하도록 하기 위한 제도이다. 따라서 기초보장제도는 그 제도의 수혜자에게 당연히 ‘모든 급여’를 제공해야 한다. 다시 말해서 기초보장제도는 마땅히 ‘통합급여’ 방식이라야 한다는 것이다. 기초보장제도마저 그렇게 급여를 제공하지 않는다면 어떤 제도가 그렇게 할 것인가? 기초보장제도를 최후의 안전망이라고 부르는 데에는 이유가 있는 것이다.

기초보장 수급자에서 벗어남에 따라 급여를 받지 못하게 되는 것은 기초보장 수급자격 기준보다 높은 기준을 적용하여 급여를 주는 제도가 없기 때문에 발생하는 문제이지 기초보장제도가 모든 급여를 제공하기 때문에 발생하는 문제가 아니다. 하지만 그간 우리사회에는 이를 의도적으로 혼동시키고 기초보장제도를 약화시키기 위해 노력해온 경제부처와 일부 학자들에 의해 통합급여가 마치 기초보장의 본질적인 문제인 것처럼 잘못 알려져 왔다⁷⁾. 이런 점에서 통합급여라는 용어는 그 자체가 잘못된 것이며 실제로는 기초보장 수급자 이상의 저소득층 대상의 제도 미비가 문제의 본질이다. 이 문제를 해결하기 위해서는 기초보장의 급여 방식(이른 바 통합급여방식)을 바꾸는 것이 중요한 것이 아니라 기초보장 선정기준 이상의 기준을 마련하여 기초보장 선정기준을 넘어서는 저소득층에게 급여를 제공하는 제도를 만드는 것이 중요하다.

5) 조건부수급제도 문제

현재 기초보장제도는 근로능력이 있는 수급자에 대해 일을 조건으로 생계급여를 지급하는 조건부수급제도를 운영하고 있다. 이 조건부수급제도는 근로연계복지(workfare)라는 비판도 받지만 장애와 관련해서는 서로 모순되는 함의를 갖는 것 같다.

우선, 근로능력유무의 판정에 있어서 장애인고용촉진 및 직업재활법에 의한 중증장애인은 아예 처음부터 근로능력이 없는 것으로 전제된다(보건복지부, 2012). 물론 이것은 장애인에게 부당하게 조건을 부과하는 것을 방지하기 위한 것이지만 장애인을 근로무능력자로 전제한다는 점에서 장애인차별금지법의 취지와 모순될 가능성이 있다. 그런데 이처럼 장애인을 근로무능력자로 전제하면서도 장애인이 직업재활사업 등에 참여하여 획득한 근로소득에 대해서는 50%의 공제를 적용한다. 이는 결국 장애인을 근로무능력자로 간주하지만 그가 근로소득을 얻는 것은 장려하는 모순된 함의를 갖는다.

앞에서 과거 근로이력이 있다고 하여 장애인에게 추정소득을 부과하는 것도 이

7) 사회복지현장에서도 이러한 잘못된 시각이 상당히 퍼져있는데 이는 자활사업에 종사하는 인력들의 현장경험에 기초한 담론이 확산된 데 따른 것으로 보인다. 자활사업의 경우 많은 사람들이 자립에 실패하고 그 원인 중 한 가지가 자활대상자들이 기초보장제도 수급자격 박탈을 우려한 때문인 것은 사실이다. 하지만 그렇다고 해서 그들이 자활에 실패하는 이유가 기초보장제도에 문제가 있기 때문이라고 하는 것은 사태의 본질을 호도하는 것이다.

와 같이 기초보장제도가 장애인에 대해 갖는 모순된 태도에서 기인한 바도 있다.

나. 장애인연금제도의 문제점

1) 장애등급에 의한 대상제한의 문제

현행 장애인연금제도는 그 대상자를 장애등급에 따른 중증장애인으로 제한하고 있다. 경증장애인을 배제하는 것은 제도의 취지와 장애인의 현실에 비추어 매우 불합리한 것이다. 장애등급에 의해 대상을 제한함에 따라, 현재 장애인연금을 신규로 신청하는 경우 장애등급재판정을 통해 장애등급심사를 받도록 강요하고 있어, 장애계가 ‘장애등급재판정 강요하는’ 장애인연금 신청을 집단적으로 거부하는 등 강한 반발을 야기하고 있다.

현행 한국의 장애등급에 따른 중증과 경증의 구분은 흔히 ‘직업적 장애’로 불리는 노동능력의 상실 혹은 노동활동 가능성 등과 일치하지 않는다. 또한 보편적 사회수당제도조차 없는 상황에서 연금, 수당 등 장애급여 수급자가 극히 적어 OECD국가들에 비해 심각하게 열악한 한국의 장애급여 수급률 등을 감안하면, 연금액에 차등이 있을지라도 경증장애인을 배제하지 않고 전체 장애인 중 소득하위로 대상을 정하는 것이 보다 합리적일 것이다. 단, 이 경우에도 현행 장애등급제에 의한 중증장애인과 경증장애인 규정이 아닌, 노동활동의 제약정도와 소득획득 능력을 고려한 중증과 경증 수급판정이 필요하다.

[표 2-1-6] 장애급여 수급률의 국제비교

구분	노르웨이 (2004)	폴란드 (2004)	스위스 (2004)	호주 (2005)	룩셈부르크 (2005)	스페인 (2004)	영국 (2004)	한국 (2006)
수급률 (%)	10.1	9.2	5.4	5.0	17.1	2.8	7.0	1.1

*연령기준은 노르웨이, 폴란드, 스위스, 룩셈부르크의 경우에는 20-64세, 호주, 스페인, 영국, 한국의 경우에는 15-64세임.

*출처: 윤상용, 2008

2) 비현실적 소득기준의 문제

현행 장애인연금의 대상은 1, 2급 및 3급 중복 중증장애인 중에서도 소득인정액을 기준으로 대상자를 정하고 있는데, 2012년 현재 소득하위 56% 수준이고 전체 장애인중 약 25%에게만 자격을 부여하고 있다.

[표 2-1-7] 장애인연금과 기초노령연금의 수급자격 기준 비교 (2012년 기준)

	장애인연금(A)	기초노령연금(B)	A/B
단독	551천원	780천원	70.6%
부부	881.6천원	1,248천원	70.6%

수급자격 기준은 배우자가 없는 경우 소득인정액 551천원 이하, 부부의 경우 881.6천원으로 이는 기초노령연금의 수급자격 기준 780천원(단독)과 1,248천원(부부)의 70.6% 수준으로 노인과 비교하여 빈곤상황이나 욕구수준이 크게 다르지 않는데도 불구하고 장애인에게 불리하게 책정되어 있다.

정부의 3차 장애인정책개발 5개년 계획에 의하면 2012년의 장애인연금 대상자를 82만 명으로 계획되어 있지만, 2012년에 실제 장애인연금 수급자는 327천명에 불과하다. 과거 중증장애인 수당을 받던 23만명에 비해, 중증장애인 수당이 폐지되고 장애인연금제도가 도입된 이후 급여액 뿐 아니라 대상자도 그다지 확대되지 않은 것이다.

현행법에서는 수급권자와 그 배우자의 소득수준을 기준으로 한다고 하고 있으나, 부가급여의 대상은 기초보장제도에 의한 가구소득을 고려하고 있기 때문에 기초급여와 대상자의 차이가 발생해 부가급여를 받지 못하는 문제가 발생하고 있는데, 이는 추가비용의 보전이라는 부가급여의 취지 자체와도 모순된다.

3) 급여수준의 문제

현재 장애인연금의 급여는 기초급여와 부가급여로 나뉘어져 있으며 이 중 기초급여는 국민연금 A값(국민연금가입자 최근 3년간 월평균소득)의 5%로 규정되어 기초노령연금액과 동일하며 2012년에는 월 94,600원이다. 장애인연금법 부칙에서 2028년까지 기초급여액을 A값의 10%로 인상하도록 하고 있으나, 2년간 인상 없이

5%로 동결된 상태이다. 부가급여액은 기초보장 수급자의 경우 월 6만원, 차상위 계층의 경우 월 5만원이 지급된다. 기초급여와 부가급여를 합하여 장애인연금 급여액은 2012년 기준으로 월 최대 154,600원에 불과하다.

[표 2-1-8] 장애인연금의 급여종류 및 급여수준 (2012년 기준)

구 분		기초보장수급자	차상위계층	차상위초과자
기초급여	18-64세	9만 4,600원		2만원~9만 4,600원
부가급여	18-64세	6만원	5만원	-
	65세 이상	15만원	12만원	2만원

*기초급여액은 부부가 모두 장애인연금 대상인 경우 15만 1,400원(부부 20% 감액) 지급

기초급여액을 국민연금가입자 전체 평균소득월액의 5%로 정한 것은 기초노령연금액과 맞춘 것인데, 그다지 합리적 이유는 없어 보인다. ‘장애인’ 과 ‘노인’ 의 환경은 다르다. 2008년 통계에 의하면 65세 이상 노인의 월평균소득이 584천원인데 반해 중증장애인의 월평균소득은 395천원으로 노인의 67%에 불과하여, 장애인은 노인에 비해 소득수준이 열악한 상황이다.

부가급여는 장애로 인한 추가비용지출 보전을 목적으로 하고 있다. 그러나 장애정도 및 장애유형별로 발생하는 추가비용이 다름에도 불구하고 장애정도나 유형과 상관없는 소득유형에 따라 지급하고 있으며, 그 급여액도 목적과는 차이가 크다. 2011년 장애인 실태조사에서도 장애인의 72.0%가 의료비, 장애인보조기구 구입비, 교통비, 보호·간병비 등으로 월평균 160.7천원의 추가비용이 발생하는 것으로 조사되었으며, 1급과 2급 중증장애인은 추가비용이 월 236천원, 3~6급 경증장애인은 추가비용이 월 124.7천원에 이르는 것으로 나타났다(김성화·변용찬 외, 2011). 하지만 부가급여액은 위에서 본 것처럼 월 6만원(기초보장 수급자) 내지 월 5만원(차상위계층)으로 월평균 추가비용 160.7천원의 37.3%에 불과하여 추가비용에 크게 미치지 못하는 상황이다.

장애수당과 장애인연금의 부가급여는 모두 사회적 추가비용의 보전을 위한 것으로 그 성격이 같다. 장애인연금이 기초급여와 부가급여로 구성됨에 따라, 장애인연금 대상자는 기존의 장애수당이 자동으로 중단되고 장애수당은 결국 경증장애인 수당제도로 변질되었다.

장애인의 입장에서는 결국 월 13만원, 12만원 받던 중증장애수당이 15만여원, 14만여원 받는 장애인연금으로 이름만 바뀐 것에 불과하며, 3년여 동안 동결되었

던 중증장애수당이 약 2만원 정도 인상된 효과에 불과하여 제도도입의 취지가 무색해졌다.

4) 장애인연금에 대한 시각의 차이

지금까지 본 장애인연금의 문제는 보다 근본적으로는 장애인연금에 대한 시각의 차이에서 비롯된 것들이다. 당초 장애계는 장애인연금을 18세 이상의 모든 장애인을 대상으로 하되 소득하위 70%까지를 포함하고 급여는 단일한 형태의 급여(중증 및 경증여부에 따라 급여수준은 다른)를 주장하였으며(우주형, 2008) 동시에 장애수당도 유지할 것을 주장하였다. 이는 장애인연금을 장애로 인한 소득감소 보전을 위한 소득보전급여로 보고 장애수당을 추가비용보전제도로 보는 시각에 기초한 것이었다.

[표 2-1-9] 장애인연금제도에 대한 시각의 차이

	장애계	현행 제도
급여형태	소득감소 보전을 위한 단일 급여	기초급여(소득보전)+부가급여(추가비용 보전)
대상	<ul style="list-style-type: none"> 기본대상: 18세 이상 모든 장애인 소득기준: 소득하위 70% 이하 	<ul style="list-style-type: none"> 기본대상: 18세 이상 중증 장애인 소득기준: 소득하위 56% 이하
급여수준	<ul style="list-style-type: none"> 65세 미만 <ul style="list-style-type: none"> -중증장애인: 25만원 -경증장애인: 중증장애인의 50% 65세 이상 <ul style="list-style-type: none"> -기초노령연금과의 차액을 지급 (*급여의 구체적 액수는 장애인연금심의위원회에 정하나, 그 기준액은 최저임금액 월 환산액의 25/100이상에서 정해져야 함을 법률에 명시)	<ul style="list-style-type: none"> 기초급여 <ul style="list-style-type: none"> -국민연금 A값의 5% (2028년까지 10%로 인상) 부가급여: 5-6만원
장애수당과의 관계	장애수당 유지	중증장애인에 대한 장애수당 폐지

하지만 정부는 장애계의 이런 주장을 받아들이지 않고 장애인연금을 소득보전급여인 기초급여와 추가비용급여인 부가급여로 구성되는 것으로 편성하고 장애인연금의 대상이 된 중증장애인에 대해서는 장애수당을 폐지하였다. 이렇게 되면서

장애인연금제도는 대상자와 급여수준 및 급여의 구성 등 여러 면에서 복잡하게 왜곡된 모습을 갖게 되었다. 지금까지 장애계는 제도의 근본적 수정보다는 대상자와 급여수준 증가 등 제도의 양적인 확대에 집중한 경향이 있었다(대선장애인연대, 2012). 그러나 장애인연금제도가 소득감소의 보전이라는 본래의 목적에 부합하도록 하고, 장애수당이 사회적 추가비용의 보전이라는 목적에 따라 보편적 기능을 하도록 하기 위해서는 장애인연금과 장애수당제도의 근본적 개선이 필요하다.

Ⅲ. 국내외 기준

1. 국내기준

우리나라 헌법은 제10조에서 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 행복을 추구할 권리를 갖는다고 선언하고 있다. 이 조항은 인간존엄성가 가치의 존중을 표현한 것이며 행복추구권을 보장한 것으로 헌법이 규정하고 있는 자유권, 정치권, 사회권, 청구권 등 국민의 기본권의 근간을 이루는 조항이다.

한편 헌법 제34조는 인간다운 생활의 권리를 규정하고 있는데 이 조항은 사회권적 기본권의 근간을 이루는 조항이다. 여기에는 국가의 사회복지·사회보장의 노력의무와 노인·장애인·청소년 등의 복지향상의 의무 등이 규정되어 있다.

<p><헌법></p> <p>제10조 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.</p> <p>제34조 ① 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.</p> <p>② 국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다.</p> <p>③ 국가는 여자의 복지와 권익의 향상을 위하여 노력하여야 한다.</p> <p>④ 국가는 노인과 청소년의 복지향상을 위한 정책을 실시할 의무를 진다.</p> <p>⑤ 신체장애자 및 질병·노령 기타의 사유로 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다.</p> <p>(이하 생략)</p>
--

또한 우리나라 헌법은 이러한 행복추구권과 인간다운 생활의 권리를 규정한 것에 더하여 전문(前文)에서는 자유민주적 기본질서의 확립과 함께 기회균등의 보장

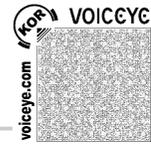
과 최대한의 능력발휘의 여건 조성, 국민생활의 균등한 향상을 천명하고 있으며, 제119조에서는 경제주체들의 자유와 창의를 존중함과 동시에 균형있는 경제성장과 적절한 소득분배 및 시장지배와 경제력의 남용방지, 경제민주화를 위한 경제의 규제와 조정을 명시하고 있다.

<p><헌법></p> <p>전문 : ... 자율과 조화를 바탕으로 자유민주적 기본질서를 더욱 확고히 하여 정치·경제·사회·문화의 모든 영역에 있어서 각인의 기회를 균등히 하고, 능력을 최고도로 발휘하게 하며, 자유와 권리에 따르는 책임과 의무를 완수하게 하여, 안으로는 국민생활의 균등한 향상을 기하고 밖으로는 항구적인 세계평화와 인류공영에 이바지함으로써 ...</p> <p>제119조 ① 대한민국의 경제질서는 개인과 기업의 경제상의 자유와 창의를 존중함을 기본으로 한다.</p> <p>② 국가는 균형있는 국민경제의 성장 및 안정과 적절한 소득의 분배를 유지하고, 시장의 지배와 경제력의 남용을 방지하며, 경제주체간의 조화를 통한 경제의 민주화를 위하여 경제에 관한 규제와 조정을 할 수 있다.</p>
--

헌법 제10조와 제34조가 국민들의 행복추구권과 사회권적 기본권을 내용적으로 규정하고 있는 것이라면 헌법 전문과 제119조의 경제민주화 조항들은 그와 같은 권리들이 사실상 실현될 수 있도록 사회경제구조를 편성하도록 하는 내용을 담고 있는 것이라 할 수 있다.

<p><사회보장기본법></p> <p>제2조(기본 이념) 사회보장은 모든 국민이 인간다운 생활을 할 수 있도록 최저생활을 보장하고 국민 개개인이 생활 수준을 향상시킬 수 있도록 제도와 여건을 조성하여, 그 시행에 있어 형평과 효율의 조화를 도모함으로써 복지사회를 실현하는 것을 기본 이념으로 한다.</p> <p>제9조(사회보장을 받을 권리) 모든 국민은 사회보장에 관한 관계 법령에서 정하는 바에 따라 사회보장급여를 받을 권리(이하 “사회보장수급권“이라 한다)를 가진다.</p> <p>제10조(사회보장급여의 수준) ① 국가는 모든 국민이 건강하고 문화적인 생활을 유지할 수 있도록 사회보장급여의 수준 향상을 위하여 노력하여야 한다.</p> <p>② 국가는 관계 법령에서 정하는 바에 따라 최저생계비를 매년 공표하여야 한다.</p> <p>③ 국가나 지방자치단체는 제2항에 따른 최저생계비와 「최저임금법」에 따른 최저임금을 고려하여 사회보장급여의 수준을 결정하여야 한다.</p> <p>제12조(사회보장수급권의 보호) 사회보장수급권은 관계 법령에서 정하는 바에 따라 타인에게 양도하거나 담보로 제공할 수 없으며, 이를 압류할 수 없다.</p>

헌법의 이와 같은 규정들을 좀 더 구체화하여 사회보장기본법에서는 인간다운 생활의 보장과 최저생활의 보장을 사회보장의 기본이념으로 천명하고 있으며(제2



조) 사회보장급여를 받을 권리를 보장하고 보호하도록 규정하고 있다(제9조, 제10조 및 제12조).

또한, 국민기초생활보장법은 “생활이 어려운 자에게 필요한 급여를 행하여 이들의 최저생활을 보장하고 자활을 돕는 것을 목적”으로 하고(제1조), 그 급여는 “건강하고 문화적인 최저생활을 유지할 수 있는 것”이어야 한다(제4조)고 규정하고 있다. 한편 장애인연금법은 “중증장애인의 생활안정 지원과 복지증진 및 사회통합”에 이바지하기 위해 장애인연금사업을 행한다고 규정하고 있다(제1조).

2. 국제기준

유엔 장애인권리협약은 제28조에서 적절한 생활수준과 사회적 보호에 대해 규정하고 있다.

<유엔 장애인권리협약(2006.12.13)>

제28조(적절한 생활수준과 사회적 보호)

1. 당사국은 장애인이 장애로 인한 차별 없이 적절한 식량, 의복 및 주택을 포함하여 자기 자신과 가정을 위한 적절한 생활수준을 누릴 권리와 생활조건을 지속적으로 개선할 권리를 가지는 것을 인정하며, 장애로 인한 차별 없이 이러한 권리의 실현을 보호하고 증진하기 위한 적절한 조치를 취한다.
2. 당사국은 장애로 인한 차별 없이 사회적 보호와 이러한 권리를 향유하기 위한 장애인의 권리를 인정하고 이러한 권리의 실현을 보호하고 증진하기 위한 다음의 조치를 포함한 적절한 조치를 취한다.
 - (a) 정수(淨水)서비스에 대해 장애인의 동등한 접근을 보장하고, 장애 관련 욕구를 위한 적절하고 적절한 가격의 서비스, 장치 및 기타 지원에 대한 접근을 보장
 - (b) 사회보호 프로그램과 빈곤감소 프로그램에 대한 장애인 특히 장애여성과 장애소녀, 장애노인의 접근을 보장
 - (c) 빈곤상태에 있는 장애인과 그들의 가정이 적절한 훈련, 상담, 재정적 지원과 일시적 위탁을 포함한 당사국의 장애인 관련 지출이 이루어지는 지원에 대해 접근할 수 있도록 보장
 - (d) 공공주택 프로그램에 대한 장애인의 접근을 보장
 - (e) 퇴직급여 및 프로그램에 대한 장애인의 동등한 접근을 보장

이 조항은 장애인의 적절한 삶의 질 보장과 사회적 보호의 필요성에 대한 동의를 바탕으로 대부분의 국가들이 의장이 제안한 안을 지지하여 채택되었다고 한다(국가인권위원회, 2007: 141). 그리고 이 조항의 초안에는 사회적 보호라는 용어 대신 사회보장이라는 용어가 사용되었으나 사회보장은 나라에 따라 의미가 다를 수 있고 사회적 보호가 보다 포괄적이라는 점에서 최종적으로 사회적 보호라는

용어가 채택되었다고 한다(국가인권위원회, 2007: 141~142). 사회적 보호(social protection)는 사회적 약자의 빈곤 및 취약성 감소를 위해 마련된 정책이나 프로그램으로 충분한 노동시장의 활성화, 위험에 대한 노출의 저하, 소득의 감소나 위험으로부터 보호하는 것을 말하며, 고용 증대나 노동자 보호를 촉진하는 노동시장 정책, 실업·질병·장애·산업재해·고령화로 인한 위험으로부터 보호해주는 사회보장 프로그램, 적합한 지원이 부족한 미혼모·장애인·노숙인과 같은 사회적 약자에게 제공되는 복지서비스 프로그램인 사회지원, 지역사회를 기반으로 하는 지원프로그램, 아동보호와 관련된 정책 또는 프로그램 등을 포함한다(국가인권위원회, 2007: 142~143).

IV. 정책방향

소득보장부분의 정책개선은 무엇보다 현재의 소득보장제도가 장애인에게 실질적인 소득보장으로서 기능할 수 있도록 하는 방향을 지향해야 한다. 이 절에서는 소득보장제도 중 주로 국민기초생활보장제도와 장애인연금제도에 대해 살펴보았는데 이 두 제도에 있어서도 그 개선방향은 원칙적으로 동일하다.

기초보장제도와 장애인연금이 실질적인 소득보장으로서 기능하기 위해서는 우선 이들 제도의 혜택을 받아야 하는 장애인들이 부당한 수급자격기준에 의해 대상자에서 배제되는 일이 없도록 해야 한다. 또한 급여지급방식이나 급여수준이 소득보장의 본질을 훼손하지 않게끔 개정되어야 한다.

수급자격기준의 개정과 관련하여 기초보장제도에서 가장 큰 문제가 되고 있는 것은 부양의무자 기준이다. 그동안 부양의무자 범위는 지속적으로 축소되어 왔지만 여전히 이것은 기초보장 사각지대의 가장 큰 원인이 되고 있다. 이런 점에서 이제 부양의무자 기준은 폐지를 검토할 필요가 있다. 장애인연금에서 수급자격기준으로 가장 문제가 되는 것은 중증장애인으로 대상자를 제한하는 것이다. 장애인연금은 장애로 인한 소득감소를 보전하려는 소득보장적 성격이 강한 만큼 장애 등급으로 대상자를 제한하는 현 기준은 근본적으로 재검토할 필요가 있다.

이외에 수급자격기준에 있어서 특히 기초보장제도는 최저생계비의 상대적 수준이 지속적으로 하락하고 있다는 문제와 재산의 소득환산율이 지나치게 높고 자동차의 경우에는 보충성 원리로도 설명하기 어려울 정도의 가혹한 환산율을 적용하고 있는 문제가 있으며, 추정소득 부과는 위헌소지도 있다.

다음으로 급여방식에 있어서 현행 기초보장제도는 보충급여방식이지만 최저생계비와 소득인정액의 차액이 아니라 현금급여기준과 소득인정액의 차액을 현금급여로 지급하고 있어 개정할 필요가 있다. 또한 기초보장제도의 문제는 아니지만 기초보장 수급자보다 자산수준이 높은 저소득층에 대한 급여가 너무나 미미한 관계로 정부 스스로가 목표로 하는 탈수급을 저해하고 있다. 이 문제는 차상위층을 대상으로 한 현물급여제도를 대폭 확충해야만 해결할 수 있다. 또한 현행 기초보장제도의 조건부수급제도는 한편으로는 장애인을 근로무능력자로 간주하면서도 다른 한편으로는 장애인의 근로소득을 공제함으로써 이중적인 태도를 취하고 있다. 이것도 보다 일관성 있도록 개정할 필요가 있다.

급여와 관련하여 장애인연금은 급여수준이 문제가 되고 있는데 현재 장애인연금의 기초급여는 국민연금 A값의 5%로 되어 있고 2028년까지 이를 A값의 10%로 상향토록 되어 있으나 아직까지 이 비율은 그대로 둔 채 A값의 자연상승분만 반영하여 기초급여액을 결정하고 있다. 또 설사 A값에 대한 비율을 조정한다고 해도 2028년까지 10%로 조정하는 것은 장애인들의 빈곤실태와 그것의 지속적인 악화를 감안할 때 실효성이 없을 것으로 판단된다. 따라서 기초급여의 수준을 보다 획기적으로 인상할 필요가 있다.

지금까지 논의한 것들을 정리하면 다음과 같다.

○ 국민기초생활보장제도

- 수급자격기준
 - 부양의무자 기준의 폐지
 - 최저생계비 계측방식을 상대적 방식으로 전환
 - 재산의 소득환산제 개선
 - 추정소득 부과 폐지
- 급여방식 등
 - 차상위층에 대한 지원 확대
 - 조건부수급제도 개선

○ 장애인연금

- 수급자격기준
 - 현행 장애등급제 폐지
 - 대상자를 소득하위 80%수준으로 확대
- 급여수준

- 기초급여 : 2017년까지 국민연금 A값의 10%로 인상 또는 최저임금액을 기준으로 급여액 설정
- 부가급여 : 장애로 인한 추가비용에 상당하는 수준으로 현실화

이와 더불어 장애인연금은 현재의 장애수당과 함께 보다 장기적인 관점에서 제도개선을 모색할 필요가 있는데 이에 대해서는 본문에서 다시 살펴보기로 한다.

V. 핵심추진과제

1. 국민기초생활보장제도 개선

가. 수급자격 기준 개선

1) 부양의무자 기준 폐지

부양의무자 기준으로 인한 기초보장 사각지대 문제가 심각하지만 정부는 최근 수년간 오히려 부양의무자 일제조사 등 부양의무자 기준을 더욱 엄격히 적용해 와 수급자격 박탈사례가 급증하고 있다. 정부는 이에 대해 부정수급자를 가려내는 정당한 법집행이라고 주장하지만 정부의 이러한 주장은 부양의무자 기준이 국가의 빈곤완화책임을 빈곤가족에게 전가하는 성격이 있다는 데 대해서는 아무런 문제의식이 없는 주장이다. 부양의무자 기준이 문제가 되는 것은 부양의무자가 있음에도 기초보장 신청을 한 데에 있다기보다는 기초보장 신청자만큼이나 가난할 수밖에 없는 가족에게 부양을 강제하는 제도 자체에 잘못에 있는 것이다. 더욱이 최근의 양극화로 인해 가족부양기능이 극도로 약화되고 있음에도 그 책임을 여전히 빈곤가족에게 떠넘기는 정부의 방침은 기초보장제도를 소득보장제도로써 올바르게 자리매김하는 것과는 거리가 먼 방침이다.

물론 그동안 부양의무자 기준은 지속적으로 완화되어왔다. 하지만 앞에서 본 것처럼 2005년부터 2011년간 빈곤은 악화되어 왔음에도 불구하고 같은 기간에 기초보장 수급자 규모는 전체인구로 보나 장애인구로 보나 거의 변동이 없다. 이

것은 부양의무자 기준의 완화가 기초보장 사각지대 해소에 별반 기여하지 못함을 의미한다. 또한 2012년부터는 부양의무자가 노인·장애인·한부모가구인 경우 부양능력판정시 소득기준을 A+B의 185%로 상향하였지만⁸⁾ 그만큼 부양비(즉, 사적이전 소득)가 산정되기 때문에 기초보장수급자에게는 급여수준의 하락을 결과하고 부양의무자에게는 여전히 부양을 강제하는 효과를 갖게 된다. 그간 일각에서는 부양의무자 범위가 많이 축소되었으므로 부양의무자 기준의 폐지보다는 부양능력판정기준을 상향조정하여 사실상 부양의무자기준이 무력화되도록 하자는 주장을 한 바 있으나 이 역시 부양비가 산정되는 현실에서는 완벽한 대안이 되기 어려운 것이다. 따라서 이제는 부양의무자 기준을 전면적으로 폐지할 필요가 있다.

2) 상대적 빈곤선 도입

현행 최저생계비는 기술적으로는 이른 바 전물량방식에 의해 계측되고 있다. 어떤 방식으로 계측하건 최저생계비를 새로이 계측하는 것은 빈곤선의 재설정에 해당한다(Veit-Wilson, 1998)⁹⁾. 현재 우리나라는 최저생계비를 3년마다 계측하므로 재설정 주기가 3년인 셈이다. 3년 주기의 재설정은 최저생계비를 국민들의 일반적인 생활수준의 변화에 맞추어 조정함으로써 최저생계비의 상대적 수준을 일반적인 생활수준과 괴리되지 않도록 하는 역할을 한다.

하지만 우리나라 최저생계비는 3년 주기의 재설정이 명문화되어 있음에도 불구하고 앞서 본 것처럼 최저생계비 계측이 최저생계비의 상대적 수준의 실질화에 기여하는 것이 아니라 그 하락속도를 약간 지연시키는 역할 밖에 하지 못하고 있다. 이것은 사실 전물량방식이라는 최저생계비 계측방식의 문제라기보다는 최저생계비 결정과정에서 경제부처의 힘이 지나치게 큰 데 따른 문제이다. 최저생계비 계측방식으로 전물량방식이나 반물량방식 혹은 상대적 기준 중 어느 것이 특

8) A는 기초보장수급가구에 적용되는 최저생계비이며, B는 부양의무자가구에 적용되는 최저생계비를 말함.

9) 빈곤선을 정하기 위해서는 최초로 기본욕구의 내용과 수준을 정해야 하는데 이것은 시간이 지남에 따라 변화한다. 따라서 일정한 시간이 지나면 기본욕구의 내용과 수준 자체를 전반적으로 조정해야 하는데 이를 재설정(rebasing)이라 한다. 한편, 재설정은 일정한 시간이 흐른 후에 빈곤선을 전반적으로 조정하는 것인 반면 그럴 필요가 없을 경우에는 기존에 정해진 기본욕구의 내용 속에서 그 화폐값만 조정하게 되는데 이를 갱신(updating)이라 한다. 그리고 이러한 재설정이나 갱신이 일어나면 공공부조의 급여수준이 변화하게 되는데 이런 급여수준의 변화를 급여조정(uprating)이라 한다(Veit-Wilson, 1998).

별히 더 과학적이라고 말하기는 어렵다. 하지만 그럼에도 불구하고 그동안 최저생계비의 상대적 수준이 지나치게 저하된 것은 사실이고 현재의 최저생계비 결정과정(중앙생활보장위원회를 통한 결정과정)으로는 경제부처의 힘을 제어할 장치가 없으므로 최저생계비의 수준을 처음부터 국민들의 일반적 생활수준의 일정비율로 정함으로써 역관계에 따라 최저생계비 수준이 자의적으로 결정되는 것을 원천적으로 차단할 필요는 있다.

이를 위한 방법 중의 한 가지가 바로 상대적 기준에 의해 최저생계비를 결정하는 것이다. 상대적 기준을 도입함에 있어서는 우선 그 기준이 합의될 필요가 있다. 일반적으로 빈곤에 있어서 상대적 기준은 중위소득의 일정비율 또는 평균소득의 일정비율을 사용할 수 있으며 그 비율도 40%나 50% 또는 60%를 사용할 수도 있다. 그런데 이들은 그것이 중위소득의 일정비율이면 평균소득의 일정비율이면 빈곤률 등 빈곤규모나 심도를 측정하기 위한 것이지 공공부조제도 운영을 위해 만들어진 지표는 아니다. 하지만 그렇다고 해서 이를 공공부조 운영기준으로 사용하지 말라는 법이 있는 것도 아니므로 그 중 어느 것을 사용하건 상대적 기준을 도입하는 취지, 즉 최저생계비의 상대적 수준의 저하 방지라는 취지에 적합한 것을 선택하는 것이 중요하다. 상대적 기준을 주장하는 한 시민단체의 계산에 따르면 평균소득의 40%를 기준으로 할 경우 최저생계비는 2012년 현행 최저생계비의 약 120% 내외인 것으로 나타난 바 있다(최예륜, 2012).

[표 2-1-10] 상대적 기준에 의한 최저생계비와 현행 최저생계비의 비교

	1인 가구	2인 가구	3인 가구	4인 가구	5인 가구
2012년 최저생계비(A)(원)	553,354	942,197	1,218,873	1,495,550	1,772,227
상대적 최저생계비(B)(원)*	683,537	1,106,859	1,467,394	1,792,368	2,093,235
B/A (%)	123.5	117.5	120.4	119.8	118.1

*주: 평균소득의 40%를 기준으로 한 것임.

*출처: 최예륜 (2012).

상대적 빈곤선을 도입할 경우 현행 기초보장제도와 관련하여 한 가지 독특하게 고려해야 할 사항이 있는데 그것은 바로 타지원액, 다시 말해서 현금급여기준이다. 현재 타지원액 중 의료급여와 교육급여는 최저생계비 비목 중 의료비와 교육비에 포함되는 품목 가운데 의료급여와 교육급여에 해당하는 품목의 금액만큼을 산정하는 방식으로 계산되는데 최저생계비 자체를 상대적 빈곤선으로 바꾸게 되

면 타지원액을 어떻게 정할 것인가가 문제가 된다. 이 문제를 해결할 방법을 합의하기는 쉽지 않을 것으로 예상되지만 그렇다고 최저생계비의 상대적 수준의 저하를 방지하기 위한 상대적 빈곤선의 의의 자체가 폄훼되어서는 안 될 것이다.

3) 재산의 소득환산제 개선

현행 재산의 소득환산제도는 일반재산의 경우 24개월에 걸쳐 그리고 금융재산의 경우 16개월에 걸쳐 처분할 수 있다고 전제하는 것인데 실제로 현금화할 수 없는 재산에 대해 이러한 가정을 하는 것은 아무리 기초보장제도가 보충성 원칙을 가지고 있다 하더라도 신중하게 할 필요가 있다.

기초보장제도가 공공부조제도인 한 보충성 원칙 자체를 폐지하기는 어려우므로 재산의 소득환산에서 기본재산액을 현실화할 필요가 있다. 현재 기본재산액은 중소도시의 경우 3,400만원이 적용되고 있는데 이 금액은 2009년에 한 차례 상향 조정된 이후 지금까지 그대로 적용되고 있다. 이를 보다 현실화하는 한편 주거용 부동산이나 일정한 용도의 자동차 등에 대한 소득환산을 금지 또는 대폭 완화할 필요가 있다. 또한 환산율도 현재 24개월 처분을 가정한 월 4.17%를 보다 완화하여 예컨대 48개월 처분을 가정한 월 2.08% 등으로 완화할 필요가 있다.

재산의 소득환산제에서 보충성 원칙으로도 설명이 어려운 것이 자동차이다. 자동차는 월 100%의 환산율이 적용되는데 이는 자동차의 처분을 부당하게 강제하는 것이므로 마땅히 폐지되어야 한다. 자동차에 대해서는 이를 일반재산과 동일하게 취급하여 환산율을 적용하든지 아니면 자동차의 최소유지비를 정부가 고시하여 이 비용만큼만을 환산하는 방안을 고려할 수 있을 것이다.

4) 추정소득 부과 폐지

추정소득은 앞서서도 언급한 바와 같이 사실상 정부가 객관적인 증거가 없는 상태에서 심증만으로 수급자에게 소득을 부과하는 것이다. 공공부조제도 운영에 있어서 일선공무원의 재량은 어느 정도 필요하지만 이 경우 재량권은 어디까지나 수급자의 욕구충족에 도움이 되는 방향이어야 한다. 하지만 추정소득은 객관적인 증거도 없이 수급자를 불리하게 처우하는 것이므로 위헌소지마저 있다. 이런 점에서 추정소득 부과제는 폐지할 필요가 있다.

나. 급여체계 개편

1) 저소득층 지원강화: 개별급여체계 구축

현재 기초보장제도와 관련해서는 이것이 탈빈곤에 비효과적이라는 비판이 있으며 그런 비판을 하는 사람들의 기초보장제도가 통합급여방식이기 때문이라고 주장한다. 하지만 앞서도 언급한 바와 같이 기초보장제도는 통합급여방식이어야 한다. 그래야만 최후의 안전망으로서 기능할 수 있기 때문이다. 중요한 것은 기초보장 선정기준을 넘어서는 저소득층에 대한 급여제도가 없다는 것이다.

우선순위는 사회적 논의를 거쳐야 하겠지만 현행 기초보장제도의 급여를 기준으로 말하면, 기초보장 수급자에게는 생계·주거·교육·의료급여를 모두 지급하고 그 이상이 되는 차상위층에게는 생계급여를 제외한 나머지 주거·교육·의료급여를 지급하고 그 이상의 차상위층에게는 주거·교육·의료급여 중 어느 한 가지를 소득 수준에 따라 제외하는 방식으로 저소득층에 대한 지원체계를 구축해야 한다.

그리고 이와 함께 차상위층의 기준을 현행 최저생계비의 120%에서 최저생계비의 130%로 상향조정할 필요가 있다. 이는 차상위층이라는 개념을 도입한 취지가 빈곤예방에 있다는 점을 생각할 때 타당하다고 할 수 있다. 또한 현재 차상위층을 파악할 수 있는 행정적 장치가 없으므로 저소득층 지원체계 구축과 함께 차상위층 파악을 위한 행정체계도 구축할 필요가 있다.

2) 조건부수급제도 개선

자활사업이나 직업훈련 등에의 참여를 조건으로 생계급여를 지급하는 현행 조건부수급제도는 헌법이 보장하는 근로의 자유(헌법 제32조)와 직업선택의 자유(헌법 제 15조)와 모순될 소지를 안고 있다. 이런 방식의 강제적 근로연계보다는 취업자에게 자발적인 노동으로 탈수급 이후 자립을 준비할 수 있도록 소득공제 등의 인센티브를 강화하는 것이 바람직하다. 이에 따라 중증장애인 근로소득 추가 공제, 일정기간 동안 금융재산 적립 인정, 탈수급 이후 일정기간 자활근로 보장 등의 제도개선이 필요하다.

또한 현행 조건부수급제도에서는 장애인을 일률적으로 근로무능력자로 간주하고 있는데 이것보다는 장애인에게 부당한 조건부과를 방지하는 본래 취지를 살릴

수 있도록 관련 조항을 개정할 필요가 있다. 즉 장애인이라고 하여 일률적으로 근로무능력자로 간주하는 것이 아니라 근로능력유무를 개별적으로 판정토록 하고 조건부과도 해당 장애인과 상의 하에 개별적으로 그 여부를 결정토록 할 필요가 있다.

다. 수급권자 권리보장 강화

기초보장 수급가구 실태조사에 의하면 전체 응답자 503명 중 24.1%가 수급확정에 대한 통보를 받지 못했다고 응답하였으며, 수급확정 내용에 불만이 있음에도 대응하지 않았다는 비율은 절반에 가까운 46.5%에 달했다. 급여변경이 있었음에도 급여변경 사유를 모르는 경우가 절반에 달했으며, 이의신청제도는 무려 83.5%가 제도의 존재 자체를 모르고 있는 것으로 드러났다. 급여에 대해 보다 쉽고 자세하게 설명되어야 하며, 제공되는 여러 서비스와 이의신청제도 등에 대해서도 체계적인 정보전달 및 정보접근성이 보장되어야 한다.

또한 기초보장제도 운영에 수급자의 참여를 보장할 필요가 있다. 예컨대, 재산의 소득환산율을 중앙생활보장위원회에서 결정하도록 하고, 중앙생활보장위원회에 수급자와 수급자를 대표하는 자가 직접 참여하도록 하는 방안을 고려할 필요가 있다.

2. 장애인연금제도 개선

가. 수급자격기준 개선

1) 장애등급제 폐지

현재 장애인연금의 대상은 의학적 기준에 의한 장애등급제를 그대로 준용하여 결정되고 있다. 하지만 장애인연금제도는 장애로 인한 소득상실을 보전하기 위한 소득보장제도이므로 의학적 기준에 의한 장애등급보다는 소득기준을 적용하는 것이 타당하다. 따라서 현행 장애등급제를 폐지하고 개인소득을 기준으로 일정기준 이하의 장애인에게 수급자격을 부여하도록 개정되어야 한다.

다만, 일률적인 소득보전은 노동활동 정도에 따른 소득상실을 고려할 수 없어 형평성 문제가 있을 수 있으므로 노동활동의 제약정도에 따른 새로운 장애평가 도구와 체계를 마련하여 이에 따라 소득보전을 위한 급여(장애인연금)를 지급하는 것이 바람직할 것이다. 우리나라보다 먼저 제도를 도입하고 있는 아일랜드, 덴마크, 호주, 이탈리아, 스페인 등은 소득획득능력, 직업능력, 노동능력 등을 선정기준으로 하고 있다. 노동활동의 제약정도에 따른 새로운 장애평가는 장애인의 소득보전과 고용지원의 적극적 연계 과정에 한하여 적용될 필요가 있다.

2) 대상자 확대

장애등급제를 노동활동의 제약정도에 따른 새로운 기준으로 대체하는 것을 전제로 하여 현재 소득하위 56% 정도인 장애인연금 대상자를 확대할 필요가 있다. 가장 바람직한 것은 장애가 있다는 사실만으로 모든 장애인이 기초적인 급여로 장애인연금을 받는 것이겠지만 이것이 당장 어렵다면 상층을 제외하는 안을 생각할 수 있다.

상층을 제외한다면 그 이하 소득수준을 어디까지 대상에 포함할 것인가가 논란이 될 수 있는데 2005년 실태조사에서 장애인가구의 월평균소득은 전국가구 월평균소득 2,779천원의 56.6%였고 이 때 장애인가구 중 월평균소득이 250만원 이상인 가구는 17.1%였다(변용찬·김성희 외, 2006). 2011년 실태조사에서 장애인가구의 월평균소득은 전국가구 월평균소득 3,705천원의 53.5%였고 이 때 장애인가구 중 월평균소득이 350만원 이상인 가구는 14.6%였다(김성희·변용찬 외, 2011). 따라서 2005년을 기준으로 하면 월평균소득이 전국가구 월평균소득에 미치지 못하는 장애인가구는 대체로 82.9%이고 2011년을 기준으로 하면 대체로 85.4%에 이르고 볼 수 있다. 그렇다면 장애인연금 대상자는 소득하위 82% 내지 85%가 되어야 한다고 생각할 수 있지만 현재 기초노령연금 대상자가 소득하위 70%이므로 이를 감안하여 수치를 다소 하향조정한다면 소득하위 80% 정도까지를 대상으로 하는 것을 고려할 수 있을 것이다.

나. 급여수준 조정

2011년 장애인실태조사에서는 1-2급 중증장애인의 경우 추가비용이 월 236천 원이고, 3-6급 경증장애인의 경우 추가비용이 월 125천원인 것으로 파악된 바 있다(김성화·변용찬 외, 2011). 부가급여액을 그 취지에 맞게 장애로 인한 추가비용에 상당하도록 규정하고 실질적으로 급여를 인상할 필요가 있다.

다. 장기적 제도개선 모색

1) 장애수당을 보편적 추가비용 보전급여로 강화

현행 장애인연금제도가 대상의 제한과 급여수준의 불충분함으로 인해 장애인의 소득보장제도로서의 의미와 기능이 취약하여 대상 확대와 급여수준 증대 요구가 제기되고 있다. 그러나 대상자와 급여수준의 양적인 확대는 표면적인 문제에 대한 단기적 대안이 될 수는 있겠으나, 근본적인 모순을 해결할 수 있는 대안이 되기는 어려울 것으로 보인다.

장애인연금제도의 근본적 개선을 위해서는 장애수당제도를 분리하여 이원화하여야 한다. 현행 장애인연금제도의 부가급여를 폐지하고, 과거와 같이 장애수당제도로 통합하여 강화할 필요가 있다. 두 급여 모두 추가비용 보전의 목적을 가지고 있으며, 장애등급과 무관하고 소득자산 조사 없이 보편적 수당으로 지급되는 것이 바람직하다.

2) 장애인연금을 소득보전을 위한 단일급여로 재편

보편적 장애수당제도를 전제로, 장애인연금제도는 저소득 장애인의 소득보장을 위한 단일급여 형태로 재구성할 필요가 있다. 노동활동의 제약정도에 따른 새로운 장애평가를 바탕으로 소득보장과 고용지원을 적극적으로 연계하여 추진할 필요가 있다. 노동활동의 제약정도가 중한 장애인에 대하여 소득보전급여를 강화하고, 제약정도가 경한 장애인에 대하여는 적극적으로 고용서비스와 연계하는 체계가 구축되어야 할 것이다.

3) 감면·할인제도를 직접현금지원으로 단계적 대체

현행 장애등급제는 장애인연금과 장애수당, 장애아동수당, 장애인자녀교육비 지원, 여성장애인출산비용지원 등 직접적 소득보장 제도에 적용되고 있을 뿐 아니라, 지역가입자 건강보험료 경감, 고궁·국공립박물관 등 요금감면, 철도·도시철도·항공여객선 등 요금감면, 전기요금 할인, 도시가스요금 할인, 장애인자동차 검사수수료 할인, 승용차 개별소비세 면제, 장애인차량 취득세 자동차세 면제 등 각종 감면과 할인 형태로 간접적 소득보장 제도에 적용되고 있다.

장애인을 낙인화하는 역기능과 제한적인 급여내용에도 불구하고, 각종 감면·할인제도는 장애인이 소득보전에 일정 기능을 해왔기 때문에, 장애등급제 폐지를 위해서는 장애인의 소득보전에 대한 대안이 구체적으로 마련되어야 한다. 근본적으로 직접적인 현금지원을 강화하여 장애인의 다양한 욕구에 부응하여야 한다. 기존 간접적 소득보장 제도에 소요된 예산과, 직접지급으로 전환하는 경우 소요될 예산을 구체적으로 파악하여 단계적으로 상쇄하면서 추진되어야 할 것이다.

장애로 인한 추가비용을 보전하는 보편적 장애수당제도가 마련되고, 장애인연금제도가 개인소득 기준으로 일정기준 이하의 장애인에게 직접 현금지급을 강화함으로써, 간접적 감면혜택이 아닌 자신의 다양한 욕구에 맞춘 자립생활을 영위할 수 있도록 하여야 한다.

Ⅵ. 법률 개정안

지금까지 살펴본 소득보장제도의 문제점 및 핵심추진과제를 토대로 국민기초생활보장법에 관한 법률 개정안을 제안하면 다음의 <표2-1-11>과 같다. 단, 시행령, 시행규칙, 고시에 의한 사항에 대한 개정은 포함시키지 않았다.

장애인연금법에 관하여는 그 단기적 제도개선 대안은 주로 시행령, 시행규칙, 고시 등에 관한 내용이며, 장기적 제도개선 대안은 위에서 핵심적 제도개선 추진과제를 제시한 것을 토대로 근본적 논의가 요구되는 사안이므로 여기서 법률개정안을 제시하지는 않기로 한다.

[표 2-1-11] 국민기초생활보장법 개정(안)

현행	개정(안)	개정 근거
<p>법률 제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 뜻은 다음과 같다.</p> <p>1.~4. (생략)</p> <p>5. “부양의무자”란 제5조에 따른 수급권자를 부양할 책임이 있는 사람으로서 수급권자의 1촌의 직계 혈족 및 그 배우자를 말한다.</p>	<p>법률 제2조(정의) -----.</p> <p>1.~4. (현행과 같음)</p> <p>5. <삭제></p>	<p>- 부양의무제를 폐지함.</p>
<p>법률 제5조(수급권자의 범위)</p> <p>① 수급권자는 부양의무자가 없거나, 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 사람으로서 소득인정액이 최저생계비 이하인 사람으로 한다.</p> <p>② (생략)</p> <p>③ 제1항의 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 경우는 대통령령으로 정한다.</p>	<p>법률 제5조(수급권자의 범위)</p> <p>① 수급권자는 <u>소득인정액이 최저생계비 이하인 사람으로 한다.</u></p> <p>② (현행과 같음)</p> <p>③ <삭제></p>	<p>- 부양의무자 기준 없이 소득인정액이 최저생계비 이하인 사람을 수급권자로 함.</p>
<p>법률 제6조(최저생계비의 결정)</p> <p>① 보건복지부장관은 국민의 소득지출 수준과 수급권자의 가구 유형 등 생활실태, 물가상승률 등을 고려하여 최저생계비를 결정하여야 한다.</p> <p>②~③ (생략)</p>	<p>법률 제6조(최저생계비의 결정)</p> <p>① -----<u>소득지출의 적정수준 이상이 되도록 상대빈곤선 방식으로 최저생계비를 결정하여야 한다.</u></p> <p>②~③ (현행과 같음)</p>	<p>- 상대빈곤선 방식으로 최저생계비를 결정하여 국민소득의 일정비율로 최저생계비 수준을 유지하도록 함</p>
<p>법률 제9조(생계급여의 방법)</p> <p>①~④ (생략)</p> <p>⑤ 보장기관은 대통령령으로 정하는 바에 따라 근로능력이 있는 수급자에게 자활에 필요한 사업에 참가할 것을 조건으로 하여 생계급여를 실시할 수 있다. 이 경우 보장기관은 제28조에 따른 자활지원계획을 고려하여 조건을 제시하여야 한다.</p>	<p>법률 제9조(생계급여의 방법)</p> <p>①~④ (현행과 같음)</p> <p>⑤ -----<u>자활사업에 참여하고자 하는 수급자에게 자활지원을 보장하여야 한다.</u></p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p> <p>-----</p>	<p>- 강제적 근로연계를 폐지하고, 자발적인 노동을 유인하도록 함.</p>

<p>법률 제20조(생활보장위원회) ①~② (생략) ③ 중앙생활보장위원회는 위원장을 포함하여 13명 이내의 위원으로 구성하고 위원은 보건복지부장관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중에서 위촉지명하며 위원장은 보건복지부 장관으로 한다.</p> <p>1.~3. (생략) <u><신 설></u></p>	<p>법률 제20조(생활보장위원회) ①~② (현행과 같음) ③ -----15명 ----- ----- -----.</p> <p>1.~3. (현행과 같음) 4. <u>수급자 또는 수급자를 대표하는 단체에 소속되어 있는 사람 2명 이내</u></p>	<p>- 기초보장제도 운영에 수급자 또는 수급자를 대표하는 단체의 참여를 보장하도록 함.</p>
<p>위 조항 외에도 제3조, 제21조, 제22조, 제23조, 제25조, 제26조, 제45조, 제46조 등에서 ‘부양의무자’가 명시되어 있음.</p>	<p>모든 법률 조항에서 부양의무자 및 관련 부분 삭제</p>	<p>- 부양의무제 폐지에 따라 법률 다 조항의 세부내용을 조정함.</p>

제2절 의료보장분야의 현황 및 과제

I. 의의

장애인의 의료 및 건강 관련 서비스에 대한 필요는 비장애인에 비해 클 수밖에 없다. 고용 및 일상생활의 영위에 있어서도 필수적인 기반이 되며, 사회복지 비용의 총량을 선제적으로 감소시킬 수 있다는 측면에서도 건강상태의 유지는 우선적으로 고려되어야 할 과제이다.

전체적으로 장애출현율은 연령이 높아짐에 따라 증가하고 있으며 특히 65세 이상 노인의 경우 장애출현율은 18.69%에 이르며 전체장애인 대비 비중도 38.9%에 이른다(김성희·변용찬 외, 2011). 노인의 높은 장애출현율은 전(全)생애에 걸쳐 건강의 위험요소가 되는 질병과 부상 및 만성질환이 모두 노년기에 누적된 결과이다(세계보건기구, 2011). 이러한 장애인의 고령화·중증화 추세에 따라 건강에 대한 관심이 더욱 고조되고 있는 상황이다. 2011년 장애인 실태조사 결과(김성희·변용찬 외, 2011)에 따르면, 장애인이 국가 및 사회로부터 가장 필요로 하는 서비스에 대한 설문 응답 중 “의료보장”이 31.5%로 소득보장에 이어 두 번째로 높았다(2008년 장애인 실태조사의 경우 “의료보장”이 30.1%로 가장 높았음). 유사한 조사들에서도 의료보장에 관한 욕구는 1-2순위로 꼽혀왔다.

따라서 장애인의 지역사회 정착에 있어서 의료보장에 대한 욕구를 해소하는 것은 시급한 과제라 할 수 있다. 재활치료만이 아닌, 장애인의 일반적인 의료보장에 대한 욕구에 초점을 맞춘 보건의료서비스 정책연구가 필요하다.

II. 현황 및 문제점

1. 장애인의 보건의료서비스 욕구

지역사회에서 생활하는 장애인들도 비장애인과 마찬가지로 일반적인 보건의료를 필요로 한다. 일반 보건의료 수요에는 건강증진, 예방진료(예방접종, 일반적인

건강검진), 급성 혹은 만성질병에 대한 치료, 그리고 좀 더 전문적인 수준의 서비스가 필요한 경우 이런 서비스에 적절히 연결시켜 주는 것들이 포함된다. 이러한 보건의료 수요들은 1차 보건의료서비스를 통해서 뿐만 아니라 그에 연관된 2차, 3차 보건의료서비스를 통해 충족되어야 한다. 건강상태가 그다지 좋지 않은 사람들이 가능한 한 높은 수준의 건강수준과 신체기능을 달성하기 위해서는 특히 1차 보건의료서비스에 대한 접근성이 무엇보다 중요하다(세계보건기구, 2011; Drum C. E. et al., 2005).

일부 장애인은 비장애인보다 전문적인 보건의료에 대한 수요가 훨씬 높은 경우가 있다. 전문 보건의료 수요는 일차, 이차 그리고 병적 상태들과 연관되어 있기도 하다. 어떤 장애인들은 여러 건강상태 문제를 함께 가지고 있기도 하고 그런 건강상태들 중 일부는 여러 가지 신체적 기능 상 문제와 신체구조 문제를 수반하기도 한다. 이런 사례들에 있어서 진단과 치료는 상당히 복잡할 수 있기 때문에 전문적인 지식과 기술이 필요한 것이다(세계보건기구, 2011).

2. 장애인 건강 실태

가. 장애인 건강 통계의 문제점

장애인의 건강실태를 언급하기 전에 건강관련 기초통계의 문제점을 언급하고자 한다. 장애인의 지역사회 정착을 위한 건강관리 프로그램 개발과 장애유형별, 장애주기별 건강관리체계를 구축하기 위해서는 무엇보다 장애인의 건강에 대한 기초자료가 마련되어야 한다. 현재 장애인의 건강과 관련된 통계는 매 3년마다 장애인 실태조사를 통한 욕구, 의료시설 이용실태 정도의 항목에 그치고 있어 장애인의 의료정책을 수립하기 위한 기초자료가 부족한 실정이다. 장애인의 고령화·중증화에 따른 의료서비스 욕구 확대에 대한 체계적 방안마련을 위해 통계강화는 필수적이라 할 것이다.

또한 장애인 실태조사는 장애인복지법에 기반을 두고 조사가 이루어지기 때문에 법정 장애 개념에 입각하여 장애 여부를 판단하고 있음이 유의될 필요가 있다(황수경, 2004). 즉, 이 조사는 비법정장애인에 대해서는 적절한 정보를 제공하지 못하고 있다.¹⁰⁾ 또한 조사 주기가 길다는 한계가 있으므로 새로운 방식으로 장애인 건강상태 조사주기를 단축하고, 항목을 대폭 확대하여 실시해야 한다(박경수·

강경선 외, 2011).

나. 장애인 건강 인식 및 건강추구행위 실태

장애인들 자신의 평소 건강상태에 대한 생각은 건강이 ‘나쁘다’ 라고 응답한 장애인이 전체의 62.2%로 ‘좋다’ 고 생각하는 경우(37.8%) 보다 많았으며, 이전의 실태조사 결과들과 대체로 유사하다. 장애유형별로는 주로 내부장기 장애인들이 ‘나쁘다’ 고 인식하고 있는 비율이 다른 장애유형에 비해 더 높았는데, 특히 호흡기장애, 간질장애, 신장장애의 경우 더 높았다. 반면 ‘건강하다’ 고 응답한 장애인은 자폐성장아가 86.3%, 다음으로 지적장애가 63.3%로 나타났다.(김성희·변용찬 외, 2011) 이는 장애인의 51.9%가 ‘나쁘다’ 라고 응답하였던 기존 조사(김성희, 2009)보다 증가하였으나, 기존 조사가 5점 척도(2011년 장애인 실태조사는 4점 척도임)인 점을 감안하면 부합한다고 볼 수 있다.¹¹⁾

[표 2-2-1] 평소 본인 건강상태

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장부 요부	간질	전체
매우 좋음	1.6	0.6	2.4	3.1	11.6	7.3	18.5	4.1	-	-	-	-	-	-	-	2.3
좋음	36.7	15.2	42.6	41.5	37.7	56	67.8	34.6	16.2	34.6	8.3	41.2	41.8	10.7	19.8	35.5
나쁨	50.9	56.3	48	47.8	45.1	32.3	13.8	52.2	56	53	56.6	26.2	47	63.5	66.8	49.9
매우 나쁨	10.7	27.9	7	7.7	5.6	4.4	-	9.1	27.8	12.4	35	32.6	11.2	25.8	13.5	12.3
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
전국 추정수	1,355,878	316,309	256,839	278,337	21,049	153,333	16,237	103,893	58,500	18,509	19,249	9,289	2,427	16,705	14,572	261,126

*출처: 김성희·변용찬 외 (2011).

최근 2년간 장애인의 70.4%가 자신의 건강을 위해 건강검진을 받은 것으로 나타났다(김성희·변용찬 외, 2011). 이는 2008년 장애인 실태조사의 52.7%보다 증가한 것이다(김성희 외, 2009). 장애유형별로는 지체장애, 청각장애, 언어장애, 시

10) 2011년 장애인 실태 조사에서는 비법정장애인에 대한 고려가 일부 반영되었으나(김성희 외, 2011: 68), 여전히 주된 내용은 법정 장애 개념에 따른 조사의 한계를 지니고 있다.

11) 실제로 2005년 장애인 실태조사는 4점 척도로 진행되었고, 62.8%의 장애인이 ‘나쁘다’ 로 응답하였음

각장애, 심장장애, 간 장애 등이 건강검진을 받은 경험율이 높았던 반면, 정신장애, 신장장애 등은 다른 유형에 비해 상대적으로 적었다. 최근 2년간 받은 건강검진 종류는 건강보험 건강검진이 80.5%로 가장 많았고, 그 다음으로 의료급여 대상 11.7%, 본인부담 종합건강검진 7.4% 등의 순이었다. 장애유형별로는 지적장애와 정신장애, 간질장애가 상대적으로 의료급여 대상으로 검진을 받은 비율이 높았으며, 간장애, 장루·요루장애, 신장장애, 뇌병변장애의 순으로 본인부담이 많은 장애유형으로 조사되었다(김성희·변용찬 외, 2011).

【표 2-2-2】 최근 2년간 건강검진 여부

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루요루	간질	전체
예	75.5	58.1	72.1	72.3	75.2	62	51.2	49.1	74.2	50.9	78.2	69.1	62.6	53.3	70.4
아니오	24.5	41.9	27.9	27.7	24.8	38	48.8	50.9	25.8	49.1	21.8	30.9	37.4	46.7	29.6
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
전국 추정수	1,203,431	281,341	223,262	255,696	14,846	44,197	77,523	51,541	15,277	19,043	8,595	1,923	16,705	10,936	2,224,316

*주: 자폐성장애 무응답

*출처: 김성희·변용찬 외 (2011).

【표 2-2-3】 최근 2년간 받은 건강검진 내용

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루요루	간질	전체
본인부담종합건강검진	6.1	16	4.1	7.8	4	7.2	1.4	18.1	6.3	6.5	33.7	-	18.7	-	7.4
산업장 특수건강검진	0.4	-	0.2	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.3
건강보험건강검진	84.3	67.6	86.3	81.6	93.6	38.9	61.1	71.4	72.5	67	48.5	80.4	77.4	58.7	80.5
의료급여대상	9	16.4	9.3	10.1	2.1	53.8	37.5	10.5	21.2	26.5	17.8	19.6	4	41.3	11.7
기타	0.2	-	0.1	0.6	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.2
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
전국 추정수	908,017	163,403	161,081	184,811	11,157	27,405	39,667	25,310	11,341	9,702	6,724	1,329	10,460	5,829	1,566,236

*주: 자폐성장애 무응답

*출처: 김성희·변용찬 외 (2011).

건강검진을 받지 않은 이유로는, 증상이 가벼워서 받지 않았다가 25.6%로 가장 많았고, 병원에서 오래 기다리는 게 싫어서 20.4%, 교통편이 불편해서 12.3%, 경

제적인 이유 11.9% 등이 있었다. 장애유형별로는 대체로 내부장애인의 경우 경제적 이유 때문에 검진을 받지 못한다는 응답이 상대적으로 많았다(김성희·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-4] 건강검진 받지 못한 이유

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루요루	간질	전체
경제적인 이유로	13.6	9.4	12.8	7.3	3.6	10.1	4.5	10.9	40.9	13.3	81.7	-	35.6	15.1	11.9
병의원 예약어려움	3.1	7.0	5.7	8.6	25.5	-	4.0	12.0	-	-	2.1	-	12.3	2.6	5.1
교통편 불편	11.4	23.6	8.5	12.7	14.6	8.4	1.4	6.4	-	8.0	-	-	-	-	12.3
갈수있는시간에 병의원 문닫음	6.6	3.0	3.6	4.9	-	-	4.6	9.8	5.2	-	8.2	-	5.3	15.8	5.3
병원에서 오래 기다리기싫어서	19.1	17.2	26.3	24	19.6	17.7	26.3	22.5	29.9	18.5	-	45.6	23.1	6.7	20.4
증상이 가벼워서	31.2	10	32.6	27.5	36.7	38.7	24	15.6	-	16.4	8.1	54.4	17.9	8.9	25.6
기타	15.1	29.8	10.5	15.0	-	25.0	35.3	22.9	24.1	43.8	-	-	5.7	50.8	19.5
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
전국추정수	295,059	117,939	61,280	70,886	3,688	16,793	37,856	25,560	3,936	9,340	1,871	594	6,245	5,106	657,053

*주: 자폐성장애 무응답

*출처: 김성희·변용찬 외 (2011).

현재 3개월 이상 계속되는 만성질환 여부에 있어서는 장애인의 70.0%가 자신의 장애상태와 관련이 있거나 장애 외의 다양한 만성질환을 앓고 있는 것으로 나타났다(김성희·변용찬 외, 2011). 이는 3개월 이상 계속되는 만성질환 유병률에 있어 장애인이 75.9%로 비장애인(42.7%)보다 높다는 기존 연구와 부합된다(김성희 외, 2009). 장애유형별로는 간질장애, 호흡기장애, 신장장애, 뇌병변장애, 정신장애, 장루·요루장애 등의 순으로 만성질환 유병율이 높았다(김성희·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-5] 현재 3개월 이상 계속되는 만성질환 유무

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	간질	전체
예	68.3	88.1	64.7	70.7	56.1	36.1	20.8	83.2	95.8	69.5	96.6	70.0	57.9	81.1	100.0	70.0
아니오	31.7	11.9	35.3	29.3	43.9	63.9	79.2	16.8	4.2	30.5	3.4	30.0	42.1	18.9	-	30.0
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
전국 추정수	1,325,877	316,309	256,841	278,337	21,049	153,332	16,238	103,894	58,500	18,508	19,249	9,289	2,426	16,705	14,572	2,611,126

*출처: 김성화변용찬 외 (2011).

장애인들이 현재 3개월 이상 앓고 있는 주된 만성질환에 있어 고혈압의 비율이 33.5%로 가장 높았고, 기타를 제외하고는 골관절염(퇴행성 관절염) 10.3%, 당뇨병 8.9%, 뇌졸중 7.7% 등의 순으로 나타나 대표적 만성질환인 고혈압, 당뇨, 뇌졸중, 심장질환을 장애인들도 마찬가지로 앓고 있었다(김성희·변용찬 외, 2011). 이는 고혈압은 47.5%로 비장애인의 2.3배, 관절염은 47.1%로 비장애인의 3.1배, 당뇨병은 15.2%로 비장애인의 3.9배, 심혈관 질환은 22.9%로 비장애인의 6.5배, 만성통증은 28.4%로 비장애인의 16.2배 높다는 기존 연구에 부합된다(Havercamp 외, 2004).

[표 2-2-6] 주된 만성질환명 (1순위)

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	간질	전체
고혈압	36.3	34.5	39.2	36.4	23.5	19.4	-	12	30.7	22.9	11.6	12.7	26.4	25.3	0.9	33.5
뇌졸중중풍	1.6	40.6	2.5	3.1	15.7	-	-	1.4	-	-	-	-	-	-	-	7.7
심근경색증	1.4	0.4	1.1	3	-	1.9	-	-	-	20.4	-	-	-	-	-	1.4
협심증	2.4	0.9	1.5	2	7.4	0.6	-	-	-	7.9	-	-	-	-	4.9	1.8
골관절염	16.1	0.7	9.7	10.1	-	4.8	-	0.2	-	2.1	2.8	-	4.7	1.6	3.7	10.3
요통	5.8	0.5	2.8	3.8	-	5.8	-	1.2	-	0.8	-	-	18.6	8.8	-	3.9
천식	1.1	1.1	1.4	2.2	2.2	2.5	-	0.8	-	-	26.3	-	-	-	-	1.5
우울증	1	0.3	0.9	1.5	-	5.4	15.6	25.9	-	-	-	-	-	3.6	3.1	2.3
아토피 피부염	0.1	0.5	0.2	-	-	0.5	16.4	-	-	-	1.1	-	-	-	-	0.2

신부전	0.1	0.5	0.3	1.1	-	-	-	-	53	5.7	-	-	-	-	5.3	2
당뇨병	9.8	4.7	15.6	9.8	7.7	4.8	-	2	10.5	2.7	3	15.1	23	11.9	-	8.9
갑상선장애	0.7	-	1.5	1.3	3.1	0.6	-	1.6	-	-	-	7.5	-	-	-	0.8
B형간염	0.9	-	0.1	-	-	-	-	-	-	-	-	22.8	2.9	-	-	0.5
C형간염	0.1	-	-	0.5	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0.1
간경변증	0.4	0.2	0.1	0.4	-	-	-	-	0.5	-	-	29.3	-	-	-	0.4
기타	14.9	12.7	15	15.6	24.8	50.4	68	52.1	3.8	30.3	11.6	5	24.4	8.1	78	17.8
전국 추정수	905,611	278,778	166,144	196,695	11,804	55,378	3,382	86,403	56,051	12,864	18,583	6,500	1,404	13,540	14,572	1,827,717

*출처: 김성화변용찬 외 (2011).

장애인들의 정기적인 치료나 재활, 기타 건강관리 목적 수진 여부의 경우, 72.4%가 받은 경험이 있는 것으로 응답하여 받지 않는 경우보다 많았다. 장애유형별로는 신장, 심장 등 내부장애의 수진 비율이 다른 장애보다 높았다(김성희·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-7] 현재 치료, 재활 건강관리 목적으로 정기적, 지속적 진료를 받고 있는지 여부 (단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루요루	간질	전체
예	67.7	87.4	70.3	70.5	72	49.7	71.9	96.1	100	100	97.3	100	61.1	93.2	100	72.4
아니오	32.3	12.6	29.7	29.5	28	50.3	28.1	3.9	-	-	2.7	-	38.9	6.8	-	27.6
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
전국 추정수	1,325,877	316,309	256,841	278,337	21,049	153,332	16,238	103,894	58,500	18,508	19,249	9,289	2,426	16,705	14,572	2,611,126

*출처: 김성화변용찬 외 (2011).

수진 장소로는 일반 병의원이 55.4%로 가장 많았고 종합병원이 35.8%였으며, 보건소나 한의원, 복지관은 매우 미미한 수준이었다. 장애유형별로는 내부장애의 경우 대부분 병원이었으며, 지적장애나 자폐성장애의 경우에는 장애인복지관을 이용하는 경우가 다른 장애에 비해 높았다(김성희·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-8] 현재 정기적, 지속적 진료를 받고 있는 곳

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	간질	전체
종합 병원	29.3	47.9	35.0	30.8	41.1	33.1	27.6	30.1	58.1	88.2	75.2	100.0	46.1	66.9	56.1	35.8
재활 병의원	1.0	5.5	0.1	0.1	-	2.8	2.9	0.3	-	-	-	-	-	-	-	1.5
병의원	62.4	39	59.9	61.8	34.5	41.7	19.5	69.1	41.4	11.8	24.8	-	53.9	28.8	42.4	55.4
보건소	3.3	2.7	3.8	5.5	-	0.7	-	0.4	0.5	-	-	-	-	0.9	1.5	3.0
한방 병의원	3.7	3.5	1.2	0.9	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1.4	-	2.5
장애인 복지관	0.1	0.5	-	0.6	13.7	14.6	31.0	-	-	-	-	-	-	-	-	1.1
기타	0.2	0.8	-	0.3	10.7	7.2	19.0	0.2	-	-	-	-	-	1.9	-	0.8
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
전국 추정수	897,638	276,328	180,589	196,364	15,164	76,196	11,678	99,884	58,500	18,509	18,733	9,289	1,483	15,561	14,573	1,890,489

*출처: 김성화변용찬 외 (2011).

정기적이고 지속적으로 진료를 받는 목적에 있어서는 치료가 88.5%로 가장 큰 목적이고, 재활이 7.6%, 건강관리는 3.8%로, 치료에 대한 기대가 크다는 점을 알 수 있다. 다만 자폐성장애와 지적장애, 언어장애, 안면장애의 경우에는 재활의 목적도 어느 정도 비중을 차지하고 있다는 점을 볼 수 있다(김성희·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-9] 현재 정기적·지속적 진료를 받는 목적

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	간질	전체
치료	87.4	89.8	87.8	93.2	79.2	71.9	52.2	98.8	96.8	82.5	98.9	93.3	60.9	86.5	100.0	88.5
재활	9.5	8.8	2.0	1.7	16.0	22.9	46.8	1.2	0.9	0.0	0.0	0.0	35.9	0.0	0.0	7.6
건강관 리예방	3.1	1.4	10.1	5.1	4.7	5.1	1.0	0.0	2.4	17.5	1.1	6.7	0.0	13.5	0.0	3.8
기타	0.0	0.0	0.1	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	3.2	0.0	0.0	0.0
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
전국 추정수	897,638	276,328	180,589	196,364	15,164	76,196	11,678	99,884	58,500	18,509	18,733	9,289	1,483	15,561	14,573	1,890,489

*출처: 김성화변용찬 외 (2011).

정기적, 지속적인 수진의 중단 시 그 주된 이유는 69.5%가 정기적인 진료를 받을 필요가 없어서인 것으로 나타났다. 그밖에 돈이 없음(9.8%)의 경우 장루·요루장애, 자폐성장애의 경우에는 상대적으로 높은 비율로 이유로 꼽았다(김성희·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-10] 현재 정기적·지속적 진료를 받지 않고 있는 가장 중요한 이유

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루·요루	간질	전체
정기적 진료 필요없음	70.2	45.5	75.8	76.9	84.2	67.7	43.8	22.2	-	-	-	-	100	55.3	-	69.5
병의원 방문 불편	3.6	18.3	4.1	2.7	-	4.8	-	13.5	-	-	-	-	-	-	-	4.5
돈이 없음	9.6	18.3	5.3	4.3	11.8	15.2	41.2	-	-	-	-	-	-	44.7	-	9.8
진료받기 싫음	2.3	8.3	2.3	2.5	-	4.7	-	49.6	-	-	100	-	-	-	-	3.2
시간이 없음	5.7	6.6	4.3	5.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	4.8
의사가 정기방문 오라 하지 않음	8.1	3	7.4	7.5	4	7.6	14.9	-	-	-	-	-	-	-	-	7.6
기타	0.6	-	0.8	0.4	-	-	-	14.7	-	-	-	-	-	-	-	0.6
계	100	100	100	100	100	100	100	100	-	-	100	-	100	100	100	
전국 추정수	428,241	39,982	76,252	81,972	5,884	77,135	4,559	4,009	-	-	515	-	943	1,144	-	720,636

*출처: 김성희·변용찬 외 (2011).

최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 경험이 있는지의 경우 18.9%는 있다고 응답하였다. 장애유형에 따라서는 장루·요루장애, 뇌병변장애, 자폐성장애 등이 다소 많았으나 큰 차이를 보이지는 않았다(김성희·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-11] 최근 1년간 본인이 병의원에 가고 싶을 때 가지 못한 적 유무

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루·요루	간질	전체
예	20.9	24.9	15.9	13.6	5.4	16.5	27.0	10.3	7.4	5.8	11.5	14.7	16.8	29.0	22.2	18.9
아니오	79.1	75.1	84.1	86.4	94.6	83.5	73.0	89.7	92.6	94.2	88.5	85.3	83.2	71.0	77.8	81.1
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
전국 추정수	1,325,877	316,309	256,841	278,337	21,048	153,332	16,238	103,894	58,501	18,508	19,249	9,289	2,426	16,704	14,573	2,611,126

*출처: 김성희·변용찬 외 (2011).

본인이 원하는 때 병의원에 가지 못한 이유로는 경제적 이유가 58.7%, 교통이 불편이 18.7%로 대체로 경제적인 이유가 가장 크게 작용하는 것으로 나타나고 있다(김성희·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-12] 본인이 원하는 때 병의원에 가지 못한 이유

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루요루	간질	전체
경제적 이유	61.3	43.6	63.4	56.3	63.8	67.3	83.7	66.5	24.6	79	46.3	100	16.2	57.6	89.4	58.7
예약 어려움	1.6	2.6	1.2	4.6	-	2.3	-	-	-	-	-	-	-	-	7.8	1.9
교통 불편	14.7	38.2	13.5	25.8	-	5.4	2.3	-	39	21	33.8	-	-	39.6	-	18.7
갈수있는 시간에 병원다음	11.7	2.9	7.5	5.2	-	3.4	4.9	11.6	18.7	-	10.5	-	83.8	-	-	8.8
병원에서 오래 기다리기 싫음	4.8	2.3	1.9	3.6	-	6.2	9	7.8	-	-	-	-	-	-	-	4.1
중상이 가벼움	3.6	2.1	10.9	3.7	36.2	10	-	-	17.6	-	9.3	-	-	2.9	-	4.4
기타	2.3	8.3	1.7	0.7	-	5.4	-	14.1	-	-	-	-	-	-	2.8	3.4
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
전국 추정수	277,269	78,611	40,871	37,931	1,132	25,352	4,388	10,711	4,310	1,067	2,214	1,369	408	4,841	3,232	493,706

*출처: 김성화변용찬 외 (2011).

장애인의 건강보험 가입여부와 형태를 살펴보면, 건강보험 미가입은 없었고, 종류별로는 직장건강보험 53.1%, 지역건강보험 29.4%로 전체의 82.5%가 가입되어 있었다. 의료급여 대상자는 1종 14.4%, 2종 2.7%로 17.1%를 차지하고 있다. 장애유형별로는 간질장애, 정신장애, 지적장애, 심장장애, 호흡기장애는 의료급여의 비율이 다른 장애유형에 비해 상대적으로 높았다(김성희·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-13] 건강보험 가입 여부 및 형태

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루요루	간질	전체
직장건강보험	55.4	52.8	58.0	61.2	48.0	35.8	64.6	22.1	41.0	57.8	48.2	59.6	42.9	76.0	26.2	53.1
지역건강보험	31.9	25.1	29.6	26.3	34.3	30.2	24.8	20.4	38.3	10.4	19.0	23.4	46.4	17.7	25.8	29.4
의료급여1종	10.3	19.1	9.0	10.6	8.7	27.9	6.6	49.1	18.6	23.9	26.7	12.9	10.8	6.3	41.1	14.4
의료급여2종	2.1	2.5	3.3	1.1	9.0	6.1	4.0	7.9	1.5	7.9	-	-	-	-	2.8	2.7
기타	0.3	0.4	0.1	0.8	-	-	-	0.5	0.7	-	6.1	4.2	-	-	4.0	0.4
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
전국 추정수	1,325,877	316,310	256,841	278,337	21,048	153,331	16,239	103,894	58,500	18,509	19,249	9,289	2,426	16,704	14,572	2,611,126

*출처: 김성화변용찬 외 (2011).

향후 장애인의 건강 및 재활을 위해 필요한 의료기관 또는 서비스에 대한 결과에 있어서는, 전체 장애인의 29.7%가 종합병원 재활의학과를, 27.3%는 재활전문병원을 꼽았다. 다음으로 방문재활치료 13.4%, 장애인특화서비스기관 11.9%의 순으로 희망하고 있었으며, 요양병원이나 주치의에 대한 욕구는 높지 않았다. 장애유형별로는 지체장애와 뇌병변장애는 재활전문병원에 대한 욕구가 가장 높았으며, 심장이나 신장 등 내부장애의 경우 특화기관이나 주치의 등을 희망하고, 정신장애는 요양병원을 지적한 비율이 비교적 높았다(김성희·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-14] 향후 건강 및 재활을 위해 필요한 보건의료서비스 혹은 보건의료기관(1순위)
(단위: %, 명)

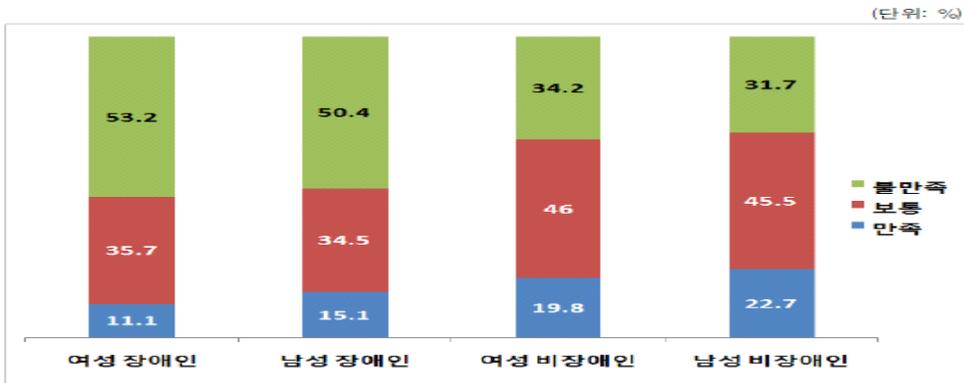
구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	간질	전체
종합병원 재활의학과	31.3	28.3	32.9	27.5	34.9	21.8	10.4	25.5	33.2	26.6	35.9	15.1	46.5	26.6	31	29.7
재활전문병원	32	30.6	19	23.9	30.8	19.8	13.8	14.8	15	16.1	15.9	22	1.7	3.7	27.4	27.3
요양병원	6	11	8.9	8.8	13.3	6.2	-	20	5.2	-	10.6	3.1	-	15.5	1.4	7.8
낮병원/ 의대재활	3.4	3	3	3.3	-	3.4	3.7	1.7	5	4.8	3.8	5.3	11.2	8.6	1.6	3.3
방문 재활치료	12.9	19.4	10	13.8	8.2	12.8	11.6	12	13	3.8	14.4	9	6.8	16.7	10.5	13.4
특화 서비스	9.1	3.7	16.7	13.8	8.4	28	54.7	18.4	18.6	26.6	2.4	8.9	33.8	9.1	25.2	11.9
주치의	5.1	3.9	9	8.5	4.5	7.9	5.8	7.4	10	22	17.1	35	-	17	3	6.5
기타	0.1	0.1	0.6	0.5	-	0.2	-	0.3	-	-	-	1	-	2.8	-	0.2
계	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100
전국 추정수	1,325,877	316,309	256,841	278,337	21,049	153,332	16,238	103,894	58,500	18,508	19,249	9,289	2,426	16,705	14,572	2,611,126

*출처: 김성희·변용찬 외 (2011).

다. 여성장애인 건강 및 모성 보호 실태

여성장애인은 남성장애인, 여성비장애인, 남성비장애인과 비교했을 때 건강 등 생활전반에 대한 만족도가 가장 낮았다. 여성장애인은 11.1%만이 만족한다고 응답했으나, 남성장애인은 15.1%, 여성비장애인은 19.8%, 남성비장애인은 22.7%로 나타나서, 남성비장애인과 비교해서 여성장애인의 주관적 만족감은 절반수준에 그치는 것으로 나타났다. 불만족도에서도 여성장애인은 53.2%가 불만족스럽다고

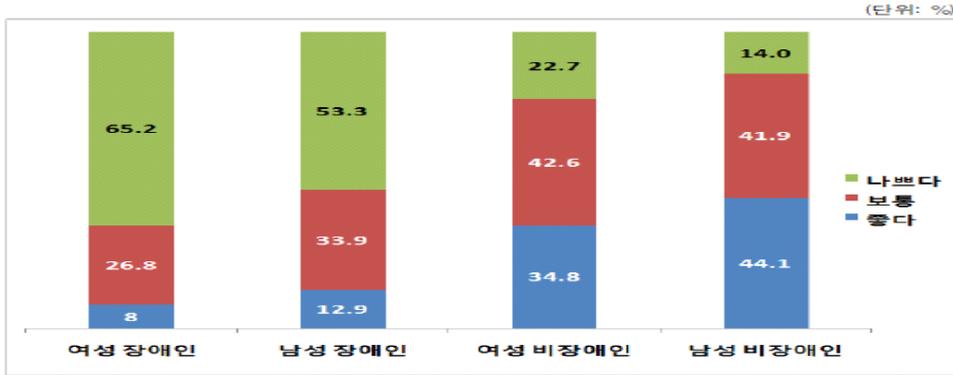
응답하였고, 남성장애인 50.4%, 여성비장애인 34.2%, 남성비장애인 31.7% 순으로, 여성장애인의 불만족도가 가장 높게 나타났다(전기택 외, 2010).



[그림 2-2-1] 여성장애인 주관적 만족감

*출처: 전기택 외(2010), 여성장애인 지표 개발연구

여성장애인은 남성장애인, 여성비장애인, 남성비장애인과 비교했을 때 자신의 건강상태가 나쁘다고 평가하고 있었다. 여성장애인은 65.2%가 ‘건강이 나쁜 편이다’ 이라고 응답하였고, 남성장애인은 53.3%, 여성비장애인은 22.7%, 남성비장애인은 14.0%가 자신의 건강이 나쁘다고 응답하였다. 여성장애인은 여성비장애인에 비해 약 2.5배, 남성비장애인에 비해 약 4.7배 정도 더 많이 본인의 건강상태가 나쁘다고 평가하였다(전기택 외, 2010).



[그림 2-2-2] 여성장애인 주관적 건강평가
 *출처: 전기택 외(2010), 여성장애인 지표 개발연구

성별에 따른 연간 외래방문횟수의 차이를 살펴보면, 비장애인의 경우에는 여성이 남성보다 외래방문횟수가 많았으나, 장애인의 경우에는 여성이 남성보다 외래방문횟수가 더 적었다. 장애인과 비장애인에게 서로 상반되는 결과가 나타났다. 남성 세대주와 여성 세대주를 비교해볼 때, 비장애인은 여성 세대주가 남성 세대주 보다 외래방문횟수가 많으나, 장애인은 여성 세대주가 남성 세대주 보다 외래방문횟수가 더 적었다. 남성 세대주와 여성 세대주의 외래방문횟수 평균 비교는 남성과 여성의 외래방문횟수 평균 비교와 같은 결과를 나타내고 있다. 그런데 장애인 여성 세대주와 장애인 남성 세대주의 평균 차이는 장애인 여성과 장애인 남성의 평균 차이보다 더 크게 나타났다. 장애인 여성 세대주의 경우 의료서비스 이용에 많은 어려움을 가지고 있음을 알 수 있다. 성별에 따른 입원일수를 살펴보면, 장애인 비장애인 모두 통계적으로 유의미한 성별에 따른 차이가 없었다(오정숙, 2005).

성별에 따른 건강검진 수검율을 살펴보면, 장애인의 경우 여성 26.5%, 남성 39.1%로 장애인 여성이 장애인 남성보다 건강검진 수검율이 낮았다. 반면 비장애인의 경우에는 여성 37.2%, 남성 30.2%로 여성이 남성 보다 건강검진 수검율이 높았다. 성별에 따른 장애인과 비장애인의 건강검진 수검율은 상반되게 나타났다. 남성 세대주와 여성 세대주의 수검율을 비교할 때, 장애인의 경우에는 남성 세대주 39.3%, 여성 세대주 24.7%로 장애인 여성 세대주가 장애인 남성 세대주 보다 건강검진 수검율이 낮았다. 반면 비장애인의 경우에는 여성 세대주 34.8%, 남성 세대주 31.1%로 통계적으로 유의미한 차이가 없었다. 비장애인의 경우에는 남성 세대주와 여성 세대주의 건강검진 수검율에 차이가 없었으나, 장애인의 경우에는

여성 세대주가 남성 세대주 보다 건강검진 수검율이 더 낮았고, 이 차이는 장애 남성과 장애 여성의 건강검진 수검율의 차이보다 더 크게 나타났다(오정숙, 2005).

비장애인은 외래방문횟수와 건강검진 수검율에서 여성이 남성 보다 이용량이 많았는데, 장애인은 여성이 남성보다 이용량이 적었다. 특히 장애 여성 세대주는 장애 남성세대주보다 의료서비스 이용이 더욱 적었다. 의료 이용에 있어서 장애 여성은 장애남성보다 더 불리한 위치에 있는 것으로 보인다(오정숙, 2005).

임신을 경험한 여성장애인을 대상으로 임신할 당시 또는 가장 최근의 임신 시에 장애가 있었는지에 대해 물어본 결과, 전체의 57.6%가 장애가 있는 상태에서 임신을 경험한 것으로 나타났다. 장애유형별로 살펴보면, 언어장애 및 지적장애의 경우 장애가 있는 상태에서 임신을 한 경우가 100.0%와 86.8%로 높게 나타났다(김성희·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-15] 마지막(최근) 임신시 본인의 장애 여부

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	간질	전체
예	60.9	47.7	68.9	68.4	100	86.8	-	35.5	12	-	-	-	-	-	71.1	57.6
아니오	39.1	52.3	31.1	31.6	-	13.2	-	64.5	88	100	-	100	100	-	28.9	42.4
계	100	100	100	100	100	100	-	100	100	100	-	100	100	-	100	100
전국추경수	56,699	6,821	10,738	10,094	1,132	8,991	-	14,665	6,554	825	-	63	392	-	2,910	119,884

*출처: 김성희·변용찬 외 (2011).

임신 기간 중의 애로사항 1순위를 알아본 결과, ‘자녀가 장애를 가질까봐 두려움’ 이 23.3%로 가장 높았으며, ‘어려움 없음’ 17.7%, ‘병원비 등 돈이 많이 들어서’ 16.1% 순으로 나타났다. 장애유형별로 살펴보면, 대부분 ‘자녀가 장애를 가질까봐 두려움’ 이 1순위로 나타났으나, 신장장애의 경우 ‘병원비 등 돈이 많이 들어서’ 가 45.5%로 가장 높게 나타났다(김성희·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-16] 임신 기간 중의 애로사항(1순위)

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	간질	전체
병원비부담	16.9	22.4	16.2	13.2	0	24.5	-	3.0	45.5	-	-	-	-	-	0	16.1
병원다니기 힘들	6.0	0	5.6	0	0	2	-	0	0	-	-	-	-	-	0	3.8
병원시설설치미비	0.8	0	9.6	0	0	0	-	3.3	0	-	-	-	-	-	0	1.7
출산과정 두려움	15.9	3.5	0	19.5	0	5.3	-	0	0	-	-	-	-	-	0	10.7
자녀가 장애 가지는 것 두려움	17.5	44.3	25.7	36.7	36.2	32.4	-	0	20.8	-	-	-	-	-	53	23.3
양육에 대한 두려움	5.3	0	13	12.2	0	9.6	-	36.5	0	-	-	-	-	-	0	9.1
건강악화	9.4	21.3	15.6	0	0	15.6	-	19.8	33.7	-	-	-	-	-	47	12.4
집안일힘듦	7.9	0	0	0	0	0	-	0	0	-	-	-	-	-	0	3.9
가족의 출산반대	0	8.5	0	0	0	0	-	0	0	-	-	-	-	-	0	0.4
주위시선	1.1	0	1.8	0	0	0	-	0	0	-	-	-	-	-	0	0.7
임신출산 정보부족	0	0	0	1.5	0	0	-	0	0	-	-	-	-	-	0	0.2
어려움없음	19.2	0	12.4	16.9	63.8	10.6	-	37.3	0	-	-	-	-	-	0	17.7
계	100	100	100	100	100	100	-	100	100	-	-	-	-	-	100	100
전국추정수	34,503	3,255	7,400	6,905	1,132	7,804	-	5,209	789	-	-	-	-	-	2,068	69,065

*출처: 김성화변용찬 외 (2011).

임산부 여성장애인의 25.7%가 임신기간 중 정기적인 산부인과 검진을 받지 못했으며, 73.7%가 임신중독증, 요통, 하지부종 등의 건강상의 문제가 발생했을 때 주로 혼자 해결을 하거나(26.8%), 친인척, 친구, 이웃(16.1%)의 도움을 요청하는 등 주로 비공식적 지원체계를 이용하고 있고, 사회복지기관(6.7%)등은 거의 이용하지 않는 것으로 나타났다(보건복지부, 2006; 유명화 외, 2007).

전체적으로 유산 경험의 비율은 35.0%로 나타났다. 장애유형별로는 간질장애, 언어장애, 신장장애, 청각장애에서 유산 경험이 높은 것으로 나타났다(김성화·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-17] 유산 경험 여부

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	간질	전체
예	34.7	8.5	36.3	41.6	63.8	20.4	-	36.6	54.5	-	-	-	-	-	82.4	35
아니오	65.3	91.5	63.7	58.4	36.2	79.6	-	63.4	45.5	-	-	-	-	-	17.6	65
계	100	100	100	100	100	100	-	100	100	-	-	-	-	-	100	100
전국추정수	34,503	3,255	7,399	6,905	1,132	7,804	-	5,209	789	-	-	-	-	-	2,067	69,063

*출처: 김성화변용찬 외 (2011).

유산한 이유에 있어서는, ‘태아 이상’ 이 24.9%, ‘자녀 원치 않음’ 22.3%, ‘경제적 어려움’ 이 10.8% 순으로 나타났다. 장애유형별로 살펴보면 언어장애와 지적장애는 ‘자녀 원치 않음’ 에서 비율이 높았고, 신장장애와 간질장애는 ‘태아이상’ 의 비율이 높게 나타났다(김성화·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-18] 유산 이유

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루요루	간질	전체
자녀원치않음	26.1	0.0	11.1	0.0	100.0	58.4	-	16.6	0.0	-	-	-	-	-	0.0	22.3
남편가족반대	7.5	100.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	36.9	0.0	-	-	-	-	-	0.0	7.8
터울조절	0.0	0.0	3.7	0.0	0.0	0.0	-	0.0	0.0	-	-	-	-	-	0.0	0.4
자궁외임신	1.0	0.0	7.1	0.0	0.0	0.0	-	0.0	0.0	-	-	-	-	-	8.3	1.8
태아이상	22.6	0.0	0.0	48.9	0.0	0.0	-	34.6	61.9	-	-	-	-	-	57.0	24.9
혼전임신	4.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	0.0	-	-	-	-	-	0.0	2.1
본인장애때문	6.2	0.0	0.0	0.0	0.0	31.8	-	0.0	0.0	-	-	-	-	-	0.0	5.2
경제적어려움	13.6	0.0	36.8	0.0	0.0	0.0	-	0.0	0.0	-	-	-	-	-	0.0	10.8
태아가 딸이어서	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	0.0	-	-	-	-	-	0.0	-
취업중이어서	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	-	0.0	0.0	-	-	-	-	-	0.0	-
기타	18.6	0.0	41.4	51.1	0.0	9.8	-	11.9	38.1	-	-	-	-	-	34.8	24.6
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-	100.0	100.0	-	-	-	-	-	100.0	100.0
전국추정수	11,967	278	2,684	2,875	722	1,594	-	1,909	430	-	-	-	-	-	1,705	24,164

*출처: 김성화·변용찬 외 (2011).

임신을 경험한 여성장애인 중 89.3%가 마지막 임신 시 출산을 하였다고 응답하였다. 장애유형별로 살펴보면 신장장애는 ‘출산을 하지 않았다’ 라는 응답이 높게 나타났다(김성화·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-19] 마지막 임신시 출산여부

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루요루	간질	전체
예	89.6	100.0	93.2	88.2	100.0	87.5	-	79.3	45.5	-	-	-	-	-	100.0	89.3
아니오	10.4	0.0	6.8	11.8	0.0	12.5	-	20.7	54.5	-	-	-	-	-	0.0	10.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	-	100.0	100.0	-	-	-	-	-	100.0	100.0
전국추정수	34,503	3,255	7,399	6,905	1,132	7,804	-	5,210	789	-	-	-	-	-	2,068	69,065

*출처: 김성화·변용찬 외 (2011).

마지막 임신 시 출산 평균 연령은 29.4세로 나타났다. 만 26~30세가 42.2%로 가장 높게 나타났으며, 만 31~35세가 31.1%로 그 뒤를 이었다(김성화·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-20] 마지막 임신 시 출산 연령

(단위: %, 세, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루요루	간질	전체
만13-20세	0.5	0	0	1.6	0	0	-	7.9	0	-	-	-	-	-	0	89.3
만21-25세	15.6	33.4	19.6	24.3	36.2	31.9	-	0	0	-	-	-	-	-	0	10.7
만26-30세	40.3	24.8	34.5	36.3	63.8	53	-	71.7	100	-	-	-	-	-	24.4	100.0
만31-35세	33	41.8	38	34.5	0	7.4	-	20.4	0	-	-	-	-	-	75.6	
만36-40세	10.6	0	8	3.4	0	7.8	-	0	0	-	-	-	-	-	0	
계	100	100	100	100	100	100	-	100	100	-	-	-	-	-	100	
전국추정수	30.1	28.5	29.5	29.4	26.7	27.1	-	27.3	26	-	-	-	-	-	32.5	69,065

*출처: 김성화·변용찬 외 (2011).

마지막 임신 시 출산하지 않은 이유에 대해서는 ‘인공 유산’ 이 58.4%, ‘자연 유산’ 이 27.7% 순으로 나타났다. 장애유형별로 살펴보면 정신장애와 시각장애의 경우 인공 유산 비율이 높았다(김성화·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-21] 마지막 임신시 비출산 이유

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루요루	간질	전체
현재임신중	25.7	-	-	12.7	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	13.9
자연유산	11.1	-	-	87.3	-	51.8	-	-	100	-	-	-	-	-	-	27.7
인공유산	63.2	-	100	-	-	48.2	-	100	-	-	-	-	-	-	-	58.4
기타	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
계	100	-	100	100	-	100	-	100	100	-	-	-	-	-	-	100
전국추정수	3,591	-	500	817	-	978	-	1,077	430	-	-	-	-	-	-	7,393

*출처: 김성화·변용찬 외 (2011).

인공임신 중절인 경우 ‘본인의 의사’ 인 경우가 51.5%, ‘주위의 권유’ 가 48.5%로 나타났다. 지적장애와 정신장애의 경우 ‘주위의 권유’ 가 ‘본인 의

사' 보다 높게 나타났다(김성화·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-22] 인공임신 중절인 경우 본인의 의사 여부

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	간질	전체
본인의사	52.7	-	100	-	-	33	-	34.6	-	-	-	-	-	-	-	51.5
주위의권유	47.3	-	-	-	-	67	-	65.4	-	-	-	-	-	-	-	48.5
계	100	-	100	-	-	100	-	100	-	-	-	-	-	-	-	100
전국추정수	2,271	-	500	-	-	470	-	1,077	-	-	-	-	-	-	-	4,318

*출처: 김성화·변용찬 외 (2011).

출산 후 산후조리 도우미에 대해서는 출산을 경험한 장애인을 대상으로 이루어졌다. 출산 후 산후조리를 도와준 사람으로는 '친정식구'가 59.1%로 가장 높게 나타났으며 '시댁식구' 17.1%, '돌봐주는 사람 없었음'이 8.1% 순으로 나타났다. 장애유형별로 살펴보면, 특히 정신장애는 '돌봐주는 사람 없었음'이 32.2%로 나타나 다른 장애유형보다 높게 나타났다(김성화·변용찬 외, 2011).

[표 2-2-23] 출산 후 산후조리 도우미

(단위: %, 명)

구분	지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	간질	전체
남편	8.2	0	7.7	7.7	0	0	-	4.1	0	-	-	-	-	-	36.3	7.2
친정식구	67.8	88	63.8	49.5	0	47.2	-	34.7	100	-	-	-	-	-	10.6	59.1
시댁식구	2	8.5	15.8	37.7	100	52.8	-	28.9	0	-	-	-	-	-	17.6	17.1
복지기관	0	0	0	0	0	0	-	0	0	-	-	-	-	-	0	-
산후조리원	7.4	3.5	1.4	1.7	0	0	-	0	0	-	-	-	-	-	0	4.2
산후도우미	5.9	0	0	0	0	0	-	0	0	-	-	-	-	-	6.8	3.2
혼자했음	7.8	0	6.7	3.4	0	0	-	32.2	0	-	-	-	-	-	28.7	8.1
기타	1	0	4.5	0	0	0	-	0	0	-	-	-	-	-	0	1
계	100	100	100	100	100	100	-	100	100	-	-	-	-	-	100	100
전국추정수	30,912	3,255	6,898	6,089	1,132	6,826	-	4,133	359	-	-	-	-	-	2,068	61,672

*출처: 김성화·변용찬 외 (2011).

3. 장애인 진료 상황의 소통 문제

장애인과 보건 의료인력 간의 의사소통 문제도 고려해야 한다. 장애인들이 보건 서비스의 이용 예약신청을 하려고 할 때, 자신의 병력과 증상을 설명할 때, 혹은 진단에 대한 설명이나 건강 상태의 관리에 대한 설명을 이해하려고 할 때 문제가 발생하게 된다. 병력에 대한 정보를 활동보조인이나 가족들, 또는 다른 사람들이 보건의료서비스 종사자들에게 전달하게 되면 정보가 부정확해지는 경우도 있다(Phillips A., Morrison J., & Davis R. W., 2004). 서비스 공급자들이 장애인과 의사소통하는 것을 불편하게 느낄 수도 있다. 그 예로, 보건의료 서비스 종사자들 중 다수가 심각한 정신 질환을 가진 사람들과 소통하는 방법에 대해 훈련을 받지 못했으며, 그들과의 의사소통에서 불편함과 효율성이 떨어지는 것을 느끼게 된다(lezzoni L. I., Ramanan R. A., & Lee S., 2006). 알맞은 형식을 통해 의사소통하는데 실패하게 되면, 순응(규칙을 따르거나)과 (교육 등의) 참여에 있어서의 문제가 발생할 수 있다(Shakespeare T., lezzoni L. I., & Groce N. E., 2009; 세계보건기구, 2011 재인용).

또한 서비스 제공자 간 의사소통이 결여되면, 잘 협력되고 조정된 서비스를 제공하기 힘들다(Kroll T., Neri M. T., 2003). 1차 보건의료 담당자들이 전문의들에게 의뢰를 할 때 관련 정보를 충분히 제공하지 않는 경우가 있다. 거꾸로, 1차 보건의료 담당자들이 의뢰한 전문가들로부터 적절치 않은 상담 결과를 받는 경우가 자주 있으며, 병원 입원 후 퇴원요약지가 1차 진료 담당 의사에게 아예 전달되지 않기도 한다(Bodenheimer, T., 2008; 세계보건기구, 2011 재인용).

기술적 측면에 있어서 대부분의 의사들은 장애인 관련 교육 및 정보제공을 받은 경험이 없는 것으로 나타났다. 실제로 의과 대학의 교육과정에서 장애인 혹은 장애인 진료에 관한 교육은 거의 이루어지지 않고 있으며, 장애인을 진료하는 의사들을 대상으로 이루어지는 교육은 거의 없다. 이러한 교육 및 경험 부족은 장애인 진료과정에서 기술적 부담으로 작용한다(우경숙 외, 2009).

장애인은 자신을 진료하는 의사들이 장애에 대한 전문가인 동시에 자신의 의료 서비스 욕구를 충족시켜주기를 기대하고 있지만, 많은 의사들이 장애인 진료에 대한 기술이 부족하기 때문에 장애인들은 의사가 자신의 장애를 충분히 이해하지 못하고 있다고 판단하고 의사의 소견에 불신을 갖게 된다(우경숙 외, 2009).

Ⅲ. 국내외 기준

1. 국내 기준

가. 헌법

1) 생명권

생명권은 인간의 생명에 대한 권리를 말한다. 생명권은 무엇보다 인간의 존재를 보장하는 것이므로 인간의 존엄과 가치에서 가장 본질적인 부분이다. 인간의 모든 자유와 권리는 생명을 전제로 해서만 성립하고 인정할 수 있는 것이기 때문에 생명권은 모든 기본권의 전제가 되는 권리이다(정종섭, 2006).

생명권이 본질적이고 중요한 권리임에도 헌법에는 이를 명문으로 정하고 있는 규정은 없다. 헌법재판소는 명문규정의 유무와 무관하게 당연히 인정되는 헌법상의 권리로 보고 있다.

<헌 1996. 11. 28.-95헌바1>

「인간의 생명은 고귀하고, 이 세상에서 무엇과도 바꿀 수 없는 존엄한 인간존재의 근원이다. 이러한 생명에 대한 권리는 비록 헌법에 명문의 규정이 없다 하더라도 인간의 생존본능과 존재목적에 바탕을 둔 선형적이고 자연법적인 권리로서 헌법에 규정된 모든 기본권의 전제로서 기능하는 기본권 중의 기본권이라 할 것이다.」

크게 생명의 보호 및 국가에 대한 생명보호의 청구로 나누어 볼 수 있으며, 생명권의 보호는 생명권의 침해에 대한 위협을 국가에 대하여 방지·제거해 줄 것을 청구할 수 있는 것을 그 내용으로 한다. 생명권은 대국가적으로 직접적인 효력을 가지고 있으므로 입법·행정·사법은 이에 구속된다. 생명권에 대한 국가의 보호의무는 포괄적이므로 생명에 대한 국가의 직접적인 침해가 금지될 뿐만 아니라, 일정한 경우에 국가가 국민의 생명이 없어짐을 적극 방지하고 보호해야 할(예: 기아로부터의 보호) 의무를 진다. 국가는 사인에 의한 불법적인 침해로부터 생명권을 보호할 책임도 진다(정종섭, 2006).

2) 보건권

헌법 제36조 제3항은 「모든 국민은 보건에 관하여 국가의 보호를 받는다」라고 규정하고 있다. 이는 국민의 건강에 대한 국가의 보호의무를 정하고 있는 동시에 일정한 범위에서의 건강권을 보장하고 있는 것이다(정종섭, 2006). 헌법재판소도 이 규정을 보건권을 인정하는 것으로 본다.

〈헌 1998. 7. 16. 96헌마246〉

「이를 ‘보건에 관한 권리’ 또는 ‘보건권’으로 부르고, 국가에 대하여 건강한 생활을 침해하지 않도록 요구할 수 있을 뿐만 아니라 보건을 유지하도록 국가에 대하여 적극적으로 요구할 수 있는 권리로 이해한다 하더라도……」

보건권은 소극적으로 국가에 대하여 자신의 건강을 침해당하지 않을 권리와 적극적으로 국가에 대하여 보건을 유지하도록 요구할 수 있는 권리를 포함한다(정종섭, 2006). 따라서 국민은 보건에 관한 국가의 급부를 요구할 수 있는 권리를 가지고 이에 상응하여 국가는 보건에 관한 급부를 국민에게 제공해야 할 의무를 부담한다(이준일, 2010).

헌 2004. 1. 29. 2001헌바30

「……국가는 국민건강 및 보건의 양적, 질적 향상을 위한 의료정책을 적극적으로 수립·시행하여야 한다.」

나. 장애인 보건의료 관련 법률

1) 보건의료기본법

보건의료에 관한 일반법으로서의 성격을 가진다. 특히 이 법에는 우리나라 보건의료의 정책목표, 가치와 이념이 반영되어 있으며, 각 구성원의 권리의무에 관한 기본적인 사항을 규정하고 있다. 보건의료에 관한 법률을 제정 또는 개정할

경우 이 법에 부합되도록 하여야 한다(제9조)(박윤형 외 편, 2012).

모든 환자는 자신의 건강보호 및 증진을 위하여 적절한 보건의료서비스를 받을 권리를 가진다(제6조 제1항). 보건의료인은 보건의료서비스를 제공함에 있어서 학식과 경험, 양심에 따라 환자의 건강보호를 위하여 적절한 보건의료기술과 치료재료 등을 선택할 권리를 가진다. 다만 이 법 또는 다른 법률에 특별한 규정이 있는 경우에는 그러하지 아니하다(제6조 제2항).

국가 및 지방자치단체는 생애 주기별 건강상 특성과 주요 건강위험요인을 고려한 평생 국민건강관리를 위한 사업을 시행하여야 하며, 공공보건의료기관이 평생 국민건강관리 사업의 중심적 역할을 할 수 있도록 필요한 시책을 강구하여야 한다. 국가 및 지방자치단체는 평생국민건강관리사업의 원활한 수행을 위하여 건강지도·보건교육을 담당할 전문인력의 양성과 건강관리정보체계의 구축 등 필요한 시책을 강구하여야 한다(제31조).

국가 및 지방자치단체는 선천적·후천적 장애 발생의 예방과 장애인의 치료 및 재활 등 장애인의 건강을 보호·증진하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다(제34조). 국가 및 지방자치단체는 노인·장애인 등 보건의료 취약계층에 대하여 적절한 보건의료서비스를 제공하기 위하여 필요한 시책을 수립·시행하여야 한다(제45조 제1항).

국가 및 지방자치단체는 보건의료에 관한 통계 및 정부를 수집·관리하여 이를 보건의료정책에 활용할 수 있도록 필요한 시책을 수립·시행하여야 하며(제53조), 보건의료정보화를 촉진하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 한다(제54조). 보건복지부장관을 보건의료기관, 관련 기관·단체 등이 보유하고 있는 보건의료정보를 널리 보급·확대하기 위하여 필요한 시책을 강구하여야 하며(제56조), 보건의료정보의 효율적 운영과 호환성 확보 등을 위하여 보건의료정보의 표준화를 위한 시책을 강구하여야 한다(제57조)(박윤형 외 편, 2012).

보건복지부장관은 국민의 보건의료수요 및 이용 행태, 보건의료에 관한 인력·시설 및 물자 등 보건의료실태에 대한 전국적인 조사를 5년마다 실시하여야 한다(제5조). 이 경우 관계 중앙행정기관의 장과 협의를 거쳐 조사의 범위·내용·일시 등을 포함한 보건의료 실태조사 계획을 수립하여야 한다. 한편 보건복지부장관은 필요하면 임시 보건의료 실태조사를 할 수 있다(시행령 제14조)(박윤형 외 편, 2012).

2) 의료법

이 법은 모든 국민이 수준 높은 의료 혜택을 받을 수 있도록 국민의료에 필요한 사항을 규정함으로써 국민의 건강을 보호하고 증진하는 데에 목적이 있다(제1조).

누구든지 「국민건강보험법」이나 「의료급여법」에 따른 본인부담금을 면제하거나 할인하는 행위, 금품 등을 제공하거나 불특정 다수인에게 교통편의를 제공하는 행위 등 영리를 목적으로 환자를 의료기관이나 의료인에게 소개·알선·유인하는 행위 및 이를 사주하는 행위를 하여서는 아니 된다. 다만, 환자의 경제적 사정 등을 이유로 개별적으로 관할 시장·군수·구청장의 사전승인을 받아 환자를 유치하는 행위는 가능하다(제27조 제3항 제1호). 이와 관련하여 「경제적 사정 등에 관한 지방자치단체장의 사전 승인 기준」이 있다. 이 기준은 보건기관을 포함한 전 의료기관에 적용된다. 국민건강보험법에 의한 건강보험료 납부자 전체 중 납부금액이 하위 20% 범위 내에 속하는 세대의 65세 이상 노인 또는 장애 1-3등급으로 등록된 장애인, 국가가 예산을 확보하여 지원하거나 관할 지방자치단체 조례의 규정에 의해 본인부담금을 면제·할인 받는 자 등이 본인부담금 면제·할인대상으로 지정된다. 또한 타인의 도움 없이는 의료기관을 이용할 수 없는 신체·정신상의 중대한 질병을 앓고 있는 자로서 관할 시장·군수·구청장이 인정하는 경우 교통편의 제공행위의 대상으로 지정된다(박윤형 외 편, 2012).

3) 국민건강보험법

헌법 제36조 제3항에 규정된 보건권에 근거한 급부의 핵심적 내용은 의료에 관한 서비스와 시설 및 장비와 인력의 제공이다. 국민은 보건권에 근거하여 국가에 대해서 보건에 관한 경제적 여건의 제공을 요구할 수 있고, 국가는 보건의무에 따라 국민에 대해서 보건에 관한 경제적 여건을 제공해야 할 의무를 진다. 이러한 경제적 여건을 제공하는데 필요한 재원을 입법자는 원칙적으로 ‘국민건강보험제도’라는 사회보험의 형태를 선택함으로써 보험료의 방식을 채택하였다(이준일, 2010).

국민은 건강에 관한 예방적 보호와 사후적 보호를 위하여 필요한 재정적 기초를 제공해주도록 요구할 권리를 가지고, 이에 상응하는 의무를 국가는 부담한다.

국민건강보험제도는 주로 질병에 대한 의료서비스의 제공을 목적으로 하는 사후적 보호제도로 이해된다(이준일, 2010).

국민건강보험의 가입은 원칙적으로 대한민국에 거주하는 모든 국민에게 의무로서 부과된다(제5조 제1항). 헌법재판소에 따르면 건강보험가입의무에 관한 강제는 헌법에 위반되지 않는다. 따라서 모든 국민은 가입자 또는 피부양자로서 국민건강보험의 적용대상이 된다(이준일, 2010).

<헌 2003. 10. 30 2000헌마801>

국가가 국민을 강제로 건강보험에 가입시키고 경제적 능력에 따라 보험료를 납부하도록 하는 것은 행복추구권으로부터 파생하는 일반적 행동의 자유의 하나인 공법상의 단체에 강제로 가입하지 아니할 자유와 정당한 사유 없는 금전의 납부를 강제당하지 않을 재산권에 대한 제한이 되지만, 이러한 제한은 정당한 국가목적 달성을 위하여 부득이 한 것이고, 가입강제와 보험료의 차등부과로 인하여 달성되는 공익은 그로 인하여 침해되는 사익에 비하여 월등히 크다고 할 수 있으므로, 위의 조항들이 헌법상의 행복추구권이나 재산권을 침해한다고 볼 수 없다.

국민건강보험공단은 장애인복지법에 의하여 등록된 장애인 가입자 및 피부양자에게는 보장구에 대하여 보험급여를 할 수 있으며, 이에 따른 보장구에 대한 보험급여 범위·방법·절차 기타 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다(제51조).

장애인복지법에 따라 등록된 장애인은 그 가입자 또는 그 가입자가 속한 세대의 보험료의 일부를 경감할 수 있다(제75조 제1항 제3호)(보건복지부 장애인정책국, 2012).

4) 의료급여법

의료급여법은 생활이 어려운 자에게 의료급여를 실시함으로써 국민보건의 향상과 사회복지의 증진에 이바지함을 목적으로 한다(제1조). 보건의료의 재원조달에 관한 법률의 범주에 속하는 이 법은 어느 정도는 사회보장법의 성격을 지니고 있다(이충완, 2002).

의료급여의 방법·절차·범위·상한 등 의료급여의 기준에 관하여는 보건복지부령으로 정하고, 의료수가기준과 그 계산방법 등에 관하여는 보건복지부장관이 정하는데(제7조 제2항), 의료급여법에 의한 2종 수급자 및 건강보험 차상위 본인부담 경감 대상자(만성질환, 18세 미만)인 등록 장애인에게 1차 의료급여기관에서 처방

전 교부시 본인부담금 1,000원 중 750원을, 원내 직접 조제하는 경우 본인부담금 1,500원 중 750원을 지원하며, 2, 3차 의료급여기관 및 국공립병원 진료시 의료(요양)급여수가적용 본인부담진료비 15% (차상위 14%, 암환자 5%, 입원 10% 등) 전액을 지원하고 있다(박경수 외, 2011; 보건복지부 장애인정책국, 2012).

의료(요양)급여 적용 보장구 구입 시 적용 대상 품목의 기준액 범위 내에서 전부(1종) 또는 85% (2종)를 의료급여기금에서 부담한다. 2종 수급권자는 시·군·구(장애인의료비 지원예산)에서 차액인 상한액 범위 내 실구입비의 15% 를 지원하고 있다(보건복지부 장애인정책국, 2012).

5) 장애인복지법

이 법은 장애인의 인간다운 삶과 권리보장을 위한 국가와 지방자치단체 등의 책임을 명백히 하고, 장애발생 예방과 장애인의 의료·교육·직업재활·생활환경개선 등에 관한 사업을 정하여 장애인복지대책을 종합적으로 추진하며, 장애인의 자립생활보호 및 수당지급 등에 관하여 필요한 사항을 정하여 장애인의 생활안정에 기여하는 등 장애인의 복지와 사회활동 참여증진을 통하여 사회통합에 이바지함을 목적으로 한다(제1조).

보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 장애인에 대한 검진 및 재활상담을 하고, 필요하다고 인정되면 다음 각 호의 조치를 하여야 한다. 1. 국공립병원, 보건소, 보건지소, 그 밖의 의료기관에 의뢰하여 의료와 보건지도를 받게 하는 것, 2. 국가 또는 지방자치단체가 설치한 장애인복지시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것, 3. 제59조에 따라 설치된 장애인복지시설에 위탁하여 그 시설에서 주거편의·상담·치료·훈련 등의 필요한 서비스를 받도록 하는 것, 4. 공공직업능력개발훈련시설이나 사업장 내 직업훈련시설에서 하는 직업훈련 또는 취업알선을 필요로 하는 자를 관련 시설이나 직업안정업무기관에 소개하는 것 등이다(제34조 제1항).

보건복지부장관, 특별시장·광역시장·도지사·특별자치도지사 또는 시장·군수·구청장은 제1항의 재활상담을 하는 데에 필요하다고 인정되면 제33조에 따른 장애인복지상담원을 해당 장애인의 가정 또는 장애인이 주거편의·상담·치료·훈련 등의 서비스를 받는 시설이나 의료기관을 방문하여 상담하게 하거나 필요한 지도를 하게 할 수 있다(제34조 제2항).

건강보험 이외에 장애인에 대한 추가적인 의료비 지원은 1989년 장애인복지법 제정에 의해 의료비의 부담이 곤란하다고 인정되는 장애인에 대하여 장애정도와 경제적 부담능력 등을 고려하여 의료에 소요되는 비용을 지급할 수 있게 되었다(박경수·강경선 외, 2011).

보건복지부장관과 지자체의 장은 의료비를 부담하기 어렵다고 인정되는 장애인에게 장애 정도와 경제적 능력 등을 고려하여 장애 정도에 따라 의료에 소요되는 비용을 지급할 수 있고, 이에 따른 의료비 지급 대상기준 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다(제36조).

6) 장애인차별금지법

이 법은 모든 생활영역에서 장애를 이유로 한 차별을 금지하고 장애를 이유로 차별받은 사람의 권익을 효과적으로 구제함으로써 장애인의 완전한 사회참여와 평등권 실현을 통하여 인간으로서의 존엄과 가치를 구현함을 목적으로 한다(제1조).

의료기관 등 및 의료인 등은 장애인에 대한 의료행위에 있어서 장애인을 제한·배제·분리·거부하여서는 아니 된다(제31조 제1항). 의료기관 등 및 의료인 등은 장애인의 의료행위와 의학연구 등에 있어 장애인의 성별, 장애의 유형 및 정도, 특성 등을 적극적으로 고려하여야 하며, 의료행위에 있어서는 장애인의 성별 등에 적합한 의료 정보 등의 필요한 사항을 장애인 등에게 제공하여야 한다(제31조 제2항). 공공기관은 건강과 관련한 교육 과정을 시행함에 있어서 필요하다고 판단될 경우 장애인의 성별 등을 반영하는 내용을 포함하여야 한다(제31조 제3항). 국가 및 지방자치단체는 선천적·후천적 장애 발생의 예방 및 치료 등을 위하여 필요한 시책을 추진하여야 하며, 보건·의료 시책의 결정과 집행과정에서 장애인의 성별 등을 고려하여야 한다(제31조 제4항).

7) 장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률

이 법은 장애인·노인·임산부등이 생활을 영위함에 있어 안전하고 편리하게 시설 및 설비를 이용하고 정보에 접근하도록 보장함으로써 이들의 사회활동참여와 복지증진에 이바지함을 목적으로 한다(제1조).

시설주는 장애인등이 공공건물 및 공중이용시설을 이용함에 있어 가능한 최단 거리로 이동할 수 있도록 편의시설을 설치하여야 함을 기본원칙으로 삼는다(제3조). 대상시설별로 설치하여야 하는 편의시설의 종류는 대상 시설의 규모, 용도 등을 고려하여 대통령령으로 정하며, 편의시설의 구조재질 등에 관한 세부기준은 보건복지부령으로 정하고, 이 경우 편의시설에 대한 안내표시에 관한 사항을 함께 정할 수 있다(제8조). 시설주는 대상시설을 설치하거나 대통령령이 정하는 주요부분(용도변경을 포함한다)을 변경하는 때에는 장애인등이 항상 대상시설을 편리하게 이용할 수 있도록 편의시설을 제8조의 규정에 적합하게 설치하고 이를 유지·관리하여야 한다(제9조).

국가 및 지방자치단체는 민간의 편의시설 설치에 따른 부담을 경감하고 설치를 촉진하기 위하여 금융지원과 기술지원등 필요한 조치를 강구하여야 하고, 법인 및 개인이 이 법에서 정하는 편의시설을 설치한 경우에는 당해 시설의 설치에 소요된 금액에 대하여 조세특례제한법, 「지방세특례제한법」등 조세관계법령이 정하는 바에 의하여 조세를 감면한다(제13조).

장애인등의 이용이 많은 공공건물 및 공중이용시설의 시설주는 휠체어·점자안내책자보청기기 등을 비치하여 장애인등이 당해 시설을 편리하게 이용할 수 있도록 하여야 하고, 휠체어·점자안내책자보청기기 등을 비치하여야 하는 공공건물 및 공중이용시설의 범위와 휠체어·점자안내책자보청기기 등 비치하여야 할 용품의 종류 등에 관한 사항은 보건복지부령으로 정하며, 휠체어·점자안내책자보청기기 등의 이용료는 무료를 원칙으로 하되 수리에 소요되는 비용 등을 감안하여 실비로 할 수 있다(제16조).

장애인은 대통령령이 정하는 공공건물 및 공중이용시설을 이용하고자 할 때에는 시설주에 대하여 안내서비스·수화통역 등의 편의제공을 요청할 수 있고, 장애인으로부터 편의제공을 요청받은 시설주는 정당한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다(제16조의 2).

보건복지부장관과 시설주관기관은 시설주에게 편의시설의 설치 및 운영에 관련된 자료의 제출을 요구하거나 소속공무원으로 하여금 편의시설설치 및 설치된 편의시설의 세부기준에의 적합성 여부에 관하여 검사하게 할 수 있고, 검사를 하는 자는 그 권한을 표시하는 증표를 지니고 이를 관계인에게 내보여야 한다(제22조).

시설주관기관은 대상시설이 이 법의 규정에 위반한 경우에는 해당 시설주에게 대통령령이 정하는 바에 따라 기간을 정하여 이 법에 적합하도록 편의시설의 설치 및 개선 등 필요한 조치를 명할 수 있고, 보건복지부장관은 시설주관기관에게

소관 대상시설에 대한 편의시설의 설치 및 개선등 시정조치를 취할 것을 요청할 수 있으며 시설주관기관은 특별한 사유가 없는 한 이에 응하여야 한다(제23조). 시정명령을 받고 시정기간 내에 이를 이행하지 아니한 자는 5백만원 이하의 벌금에 처하며(제25조), 시설주관기관은 시정명령을 받은 후 시정기간 내에 당해 시정명령을 이행하지 아니한 시설주에 대하여 편의시설 설치비용등을 고려하여 3천만원 이하의 이행강제금을 부과한다(제28조 제1항).

2. 국외 기준

장애인권리협약은 제25조(건강)과 제26조(선천적 및 후천적 장애에 대한 재활)에서 의료 및 보건에 관한 권리를 규정하였다. 장애인의 재활은 의료적 재활 그 이상의 것을 포함하며, 재활프로그램이 의료적인 분야로 국한되지 않아야 한다는 인식 하에 제25조 내에서 재활과 건강을 통합하여 규정하지 말고 재활을 독립적인 조항으로 다루는 것이 바람직하다는 합의에 의해 제26조가 마련되었다(국가인권위원회 국제인권팀, 2007).

<장애인권리협약>
<p>제25조 건강</p> <p>당사국은 장애인이 장애를 이유로 차별 없이 최고로 달성할 수 있는 수준의 건강을 향유할 권리가 있음을 인정한다. 당사국은 의료관련 재활을 포함하여 성별에 민감한 의료서비스에 대한 장애인들의 접근성을 보장하는 모든 적절한 조치를 취한다. 특별히 각 당사국은 다음을 이행한다:</p> <ul style="list-style-type: none"> (a) 성적·생식적 의료분야를 포함하여 다른 사람들과 동일한 범위, 질과 수준의 무료 또는 적절한 가격의 건강관리 및 프로그램을 제공한다; (b) 조기 발견과 적절한 예방을 포함하여 장애인이 필요로 하는-특히 장애로 인한-의료 서비스와 아동 및 노인에게 발생하는 장애를 포함한 이차적인 장애를 최소화하고 예방하기 위해 고안된 의료서비스를 제공한다; (c) 농촌 지역을 포함하여, 장애인이 속한 지역사회와 가장 인접한 곳에서 이러한 의료서비스를 제공한다; (d) 자유로운 사전 동의를 기초로 하는 것을 포함하여 의료전문가로 하여금 장애인에게 다른 사람들과 같은 질의 보살핌을 제공하도록 한다. 이것은 그 중에서도 특히 공공 및 민간부문 건강관리의 윤리적 기준에 관한 훈련과 홍보를 통해 장애인의 인권, 존엄성, 자율성 및 욕구에 관한 인식 증진을 통해 제공하도록 한다; (e) 의료보험, 그리고 생명보험이 국내법에 의해 허용된 곳에서의 생명보험의 제공에 있어 장애인에 대한 차별을 금지한다; (f) 장애를 이유로 건강관리 또는 의료서비스 또는 식음료 제공의 차별적인 거부를 금지한다.

제26조 재활

1. 당사국은 장애인이 최대한의 자립을 달성 및 유지하고, 완전한 신체적·정신적·사회적·직업적 능력을 가지며, 삶의 전 분야에서 완전한 참여와 통합을 이룰 수 있도록 동료집단 지원을 포함하여 효과적이고 적절한 조치를 취한다. 이를 이루기 위해 당사국은 특히 의료, 고용, 교육, 사회서비스 분야에서 다음과 같은 방법으로 종합적인 재활 서비스를 구성, 강화, 확장한다:
 - (a) 재활 서비스와 프로그램은 가능한 초기 단계에서 시작하고 개인의 욕구와 장점에 대한 여러 전문분야별 평가에 기반을 두어야 한다;
 - (b) 재활 서비스와 프로그램은 지역사회와 사회 전반에 있어 참여와 통합을 지원하고, 자발적이며, 농촌지역을 포함하여 장애인이 자신들의 지역사회에서 가장 근접한 거리에서 이용할 수 있어야 한다.
2. 당사국은 재활 서비스에 있어 전문가 및 실무자를 위한 초기 및 지속적인 훈련의 개발을 촉진한다.
3. 당사국은 재활과 관련이 있다면 장애인을 위해 고안된 보장구 및 기술에 대한 유용성, 지식, 그리고 사용을 촉진한다.

제25조는 장애인이 장애로 인한 차별 없이 도달 가능한 최고 수준의 건강을 누릴 권리를 선언하고 있으며, 성별을 고려하는 의료서비스를 받기 위한 접근성을 보장하는 조치들을 포괄적으로 규정하고 있다. 이와 관련된 구체적인 조치들로는 비장애인과 동등한 수준, 질, 범위의 보건의료프로그램 제공, 장애예방 의료서비스 제공, 근접지역으로의 의료서비스 접근성 보장, 의료전문가들의 동등한 의료서비스 지원 증진, 장애인에 대한 의료보험 도는 생명보험의 비차별적 제공, 장애를 이유로 한 건강관리 또는 의료서비스 또는 식음료 제공의 차별적인 거부금지를 들 수 있다(국가인권위원회 국제인권팀, 2007).

제26조 제1항은 장애욕구별 재활과 사회참여를 유도하고 접근성이 좋은 재활 등 장애인의 선천적 혹은 후천적인 장애에 대한 다양한 재활의 방법들을 제시하면서 재활서비스를 강화해 갈 것을 제시하고 있음. 제2항은 재활서비스 전문가 및 실무자에 대한 훈련의 개발을 규정하고 있다. 제3항은 장애인재활보조기구와 기술의 사용을 규정하고 있다(국가인권위원회 국제인권팀, 2007).

IV. 정책방향

1. 기존 정책방향 고찰

가. 유사한 해결책의 반복

기존의 장애인 의료보장 관련 해법에 대한 견해들은 전반적으로 대동소이하다. 주로 꼽히는 항목들을 나열해보면, 장애 범주의 확대, 장애인 조사방법의 변경 및 등록제 실시, 장애인 등록확대 사업 실시, 보건사업 예산 확충, 건강보험 보장성 확대 및 재원 확충, 의료급여보장성 확대 및 재원 확충, 보건의료시설(재활의료시설을 포함하는)의 권역별 균형비치, 재활요양병원체계 도입 및 설립지원, 의료재활 전문 인력의 육성과 자격제도 정비, 장애인 관련 보건의료산업의 육성과 공공성 확보, 보건소와 보건지소의 네트워크 구성, 시군구마다 1개 공공병원 설립(지역중심병원), 대학병원의 3차병원 역할 수행(광역중심병원), 민간부문의 장애인 사업 참여 유도, 보건의료 이용 시 장애인 이동권의 보장, 재활의료 추가 비용 보전, 장애 예방과 인식에 관한 공중 보건 교육의 강화 등을 꼽을 수 있다(감정기 외, 2007; 김운태, 2003; 김용익, 2003).

이 중 보다 높은 빈도로 언급되는 항목은 보건의료 이용 시 장애인 이동권의 보장, 재활의료 추가 비용 보전, 건강보험 보장성 확대 및 재원 확충, 의료급여 보장성 확대 및 재원 확충, 보건의료시설의 권역별 균형 배치 등이라 볼 수 있다. 이외의 항목은 크게 장애인 등록관련 정책과 공공의료체계의 개선 및 확장으로 전자는 장애인 의료보장뿐만 아니라 여타 장애인 복지 정책 개선의 근본적인 전제라 할 수 있어서 의료분야에서만 논의하기 힘들며, 후자의 경우 공공의료체계에 대한 거시적인 담론과 연관되어 단순히 장애인 의료보장과 관련한 차원에서만 논의되기 힘든 측면이 있다.

나. 장애인 보건의료정책 전담 체계 필요

반복적으로 유사한 정책과제가 실시되고, 이에 대한 비판이 계속적으로 언급되

는 것은, 역설적으로 장애인 보건의료 현실이 별반 개선되지 못하였고 장애인 보건의료 정책의 개선 속도가 수요자의 욕구에 비하여 현저히 뒤처진다는 사실을 반영한다. 이러한 상황을 타개하기 위해서는 보다 확고한 장애인 보건의료 정책 입안 및 실행 주체가 있어야 하며, 법체계상으로도 체계적 일관성이 확보되어 예산 확보 및 정책 수행의 근거로 작동되어야 한다.

다. 수요자와 의료종사자의 시각차

상기한 자주 언급되는 항목들의 경우 본질적인 의료에 대한 불만이라기보다는 의료 외적인 부분, 굳이 범주를 짓자면 의료서비스와 관련된 항목으로 보인다. 거칠게 이야기하자면 ‘가기 힘들고 돈이 많이 들어서’ 치료를 받기 힘들다는 이유로 생기는 문제인 셈이다. 실상 공공의료체계 개선에 관한 일반적인 논의도 결국 같은 이유로 공공의료체계를 확대해야 한다는 것이기 때문에 적어도 장애인 의료 보장에 관한 논의 안에서는 동일한 문제로 보인다.

이러한 괴리는 의료종사자의 입장에서 기본적으로 갖게 되는 생의학적인 시각, 즉 손상에 대한 치료를 중시하는 시각과 장애인 당사자가 실제 생활에서 겪는 제한으로써의 장애에 대한 포괄적 시각, 즉 관련된 불편과 불이익을 총체적으로 해결하길 원하는 혹은 통합적으로 고려할 수밖에 없는 시각 간의 차이에도 일부 기인한다. 여기에 특정 모델을 선호하는 연구자 및 정책입안자의 시각까지 겹치면 현재 한국의 의료 현실과 거리가 있는 정책을 강제적으로 이식하는 상황이 발생할 수 있으며, 요양기관 강제지정제를 시행하고 있는 한국의 의료체계에서 실현 가능성이 없다고 하기는 힘들다. 이러한 정책적인 결함을 의료 차원에서 해결하기에는 어려움이 있을 것으로 본다. 보다 진솔한 논의 과정이 요구된다.

2. 정책 방향 제안

가. 보건의료 서비스 욕구 대응

장애인의 지역사회 정착에 있어 필요한 의료보장을 파악하기 위하여, 기본적인 자료를 확보하기 위하여 장애인 관련 통계조사를 강화해야 한다. 실태 파악을 위

한 지표를 세분화하고, 장애유형 및 중증도에 맞게 개별화해야 한다. 또한 건강검진체계의 개편을 통하여 장애유형 및 중증도에 따른 건강추구행위 유도가 이루어져야 한다. 향후 예상되는 의료비용증가를 억제하고 장애인의 건강한 고령화를 유도하는 등의 예방의학적인 목적에서도 이러한 접근은 필요할 것이다.

지역사회 정착 시 발생할 미충족 의료수요의 최소화를 위하여 장애유형별 의료이용 행태의 차이를 섬세하게 고려한 정책이 요구된다. 특히 내부기관 장애유형이 확대 되었고, 향후 유형의 확장 및 세분화가 이루어질 가능성이 크므로, 이러한 차이는 보다 다양해질 것으로 예측된다. 같은 맥락에서 장애 중증도에 따른 의료 이용 행태의 차이가 고려되어야 한다. 특히 중증 장애인은 의료적 필요는 높으나, 소득수준이 낮아 의료이용에서의 제한을 받을 수 있으며, 가장 의료적 필요가 높은 집단이 실제로는 가장 의료를 덜 이용하는 역(逆)의료이용법칙(inverse care law)이 장애인에서도 존재할 가능성이 있다는 점은 장애인의 소득수준과 연계하여 분석될 필요가 있다(윤태호 외, 2007; Hart, 1971; Fiscella and Shin, 2005).

선천적 장애를 가진 아동에게는 신체 및 정신적 발달을 최대한으로 촉진하고 합병증을 방지하기 위한 재활의료 서비스가 필요하다. 또한 적절한 장애의 특성에 맞는 교육서비스, 복지서비스 등이 필요하다. 공급자 입장과 달리 장애아 및 그 부모의 입장에서는 가급적 통합된 서비스를 받고자 하는 욕구가 있다(신형익 외, 2011).

여성장애인은 임신·출산양육에 관한 일반적인 정보에 대한 접근 및 장애특성을 고려한 보다 전문적이고 구체적인 정보를 얻는 데 어려움을 겪고 있다. 불필요한 심리적 불안감을 해소하고 적절한 준비와 대처능력을 높이기 위해서 이에 대한 적절한 정보제공과 전문화된 상담체계 및 지원체계가 마련되어야 한다(최복천, 2011). 또한 여성장애인이 임신·출산 과정에서 겪게 되는 배제의 문제를 해소하는 의료시스템이 구축되어야 한다.

장애인에 대한 태도와 잘못된 지식을 개선하고, 적절한 의료서비스를 제공하기 위하여 의과대학 및 보건의료인력 양성체계 내에 다양한 교육과정을 개설할 필요가 있다(우경숙 외, 2009).

상기한 서비스 욕구에 대한 개선된 법적 근거를 제공하기 위하여 기존의 산재한 보건의료 관련 법 체계 내의 장애관련 조항을 장애인을 대상으로 한 보건의료 기본법 체계 안으로 일관 수립하는 것이 바람직하다. 예산수립 및 재정투입의 법적 근거로써 작용하는 경우 또는 정책 실행에 있어서의 근거조항으로 작용하는 경우 등에 있어 일관된 조문 체계가 유리할 것이다. 단, 체계 개편 시 필요한 조항들은 임의 조항이 아닌 강제 조항으로 전환하는 방향이 전제되어야 할 것이다.

나. 장애판정체계 개선

장애판정체계의 개선을 위하여, 각종 장애평가관련 법률에 산재한 평가 기준을 통합하되, 장애인 개개인의 상태를 개별 평가하는 방향으로 개선하여야 한다.

손상에 기초한 의학적인 평가뿐만 아니라 기능적인 장애상태가 반영되는 장애 판정체제로 개선되어야 한다. 이를 위하여 ICF(국제기능장애건강분류)의 도입을 위한 노력이 있어야 한다.

다. 수가체계 개선

전체적인 의료수가체계가 재정비되어야 한다는 전제하에, 장애인 진료에 대한 현실적인 어려움과 의료 자원 투입을 반영한 수가체제로 개선되어야 할 것이다. 또한 수급체계에 있어 개개 장애인에게 총체적이고 개별화된 평가가 이루어질 수 있도록 개선되어야 한다. 직업유무나 보호자의 유무가 과도하게 반영되는 현재의 체계는 비용측면에 있어서 장애인 당사자의 과부담 의료를 증가시켜 미충족의료 상태의 확대에 귀결될 수 있다.

V. 핵심 추진과제

1. 장애인 보건의료서비스 욕구 대응

가. 관련 통계조사 개선

1) 조사항목 개선 및 세분화

WHO 세계장애보고서는 UN 장애통계에 관한 워싱턴 그룹(United Nations Washington Group on Disability Statistics), UN 아시아태평양경제사회위원회 (UNESCAP), 세계보건기구 미주지역사무소(WHO Regional Office for the

Americas)/범미보건기구(PAHO), 유럽통계기구(ESS), UN 유럽경제위원회(UNECE) 등의 장애통계 개선노력을 소개하고 있으며, 국제기능장애건강분류(International Classification of Functioning, Disability and Health ; ICF)에 기초한 개선을 중시하고 있다.(세계보건기구, 2011) 우리나라의 경우에도 ICF를 반영한 장애통계를 준비하고 있으나¹²⁾, 2001년도에 ICF가 발표되었다는 점에 비추어 반영이 늦은 감이 있다.

2012년 6월 8일 고시된 현재의 보건복지부 장애등급판정기준은 ICF가 아닌, ICIDH (International Classification of Impairment, Disabilities & Handicaps)에 기초한 기준체계이다. 따라서 현재의 장애등급 판정기준에 기반한 통계조사가 계속 유지된다면 국제적인 장애통계 표준화 추세에 뒤떨어진 통계자료를 생산할 수밖에 없으며, 이는 후진적인 정책수립으로 귀결될 수 있다는 점에서 우려할 만하다.

조사된 장애의 측면이 손상인지 활동제한인지 참여제한인지에 따라서도 장애측정방식은 다르며, 건강상태와 관련한 장애를 다루는지 환경적 요소의 측면에서 장애를 다루는지에 따라서도 달라진다. 개념 정의나 질문지 설계방식, 자료보고 방식, 데이터 수집방식, 예상되는 기능에 따라서도 장애 측정은 달라진다. 예컨대 센서스와 서베이는 장애를 측정함에 있어 다양한 접근방식을 취하는데, 이러한 자료수집 방법의 차이로 인해 종종 같은 나라에서 서로 다른 장애발생률을 보고하기도 한다. 만약 장애에 포함되는 영역이 좁다면 기능 상 어려움을 경험하는 많은 이들이 장애에서 배제될 것이다. 센서스에 덧붙여 폭넓은 장애영역을 포괄하는 장애에 대한 특별조사가 수행되어야 하며, 이는 정책과 프로그램을 위하여 연령별 자료와 함께 더욱 포괄적인 데이터를 제공할 것이다(세계보건기구, 2011).

2) 관련통계 간 상호 연결

또한 장애와 관련된 보건의료 연구에 있어서 장애등록자료/국민건강보험공단자료/심사평가원자료 등이 상호 연결되어 있지 않다. 이로 인하여 연구자들이 각각

12) 통계청은 ICF를 반영한 통계작성을 시도하고 있다. 예컨대 국민신문고 민원처리에서 통계청은 “... 국제분류인 ICF를 기준으로 표준분류를 작성·고시하기 위하여, ... 2009년부터 일련의 계획에 따라 2014년 전후하여 통계작성에 사용할 목적으로 ICF 기반 한국기능장애건강분류를 고시하려고 추진 중에 있다” 고 밝히고 있다(국민신문고 민원처리상세화면, http://www.epeople.go.kr/jsp/user/pc/policy/UPcUnionPolicyPopup.jsp?flag=3&faq_no_n=207749&civil_no_c=1240000&peti_no_c=01, 2012.3.28).

이용하거나, 연결시키기 위하여 별도의 수고를 해야 한다. 장애등록자료가 정기적으로 국민건강보험공단 및 심사평가원 자료와 결합되는 시스템이 구축되어야 하며, 장애등록 시 상병기호 포함 등의 방법으로 자료의 연결성 및 의료통계적 가치를 높일 수 있다(신형익 외, 2011).

나. 장애인 만성질환 검진체계 구축

1) 건강상태 인지 및 건강추구행위 유도

장애인의 질병에 대한 취약성 및 이차 장애를 예방하기 위한 예방의료 서비스의 중요성은 과거 다수의 연구에서 제시된 바 있다. 비장애인과 장애인의 건강검진 수검률은 유의한 차이를 보였으며, 장애인에 대한 예방의료 서비스는 비장애인보다 더 집중적으로 시행되어야 함에도 불구하고 오히려 더 낮은 수준으로 공급된다.

국민건강보험 건강검진 비율은 장애인의 경우 매우 높은 것으로 나타났으나(신형익 외, 2011; 김성희·변용찬 외, 2011) 이는 비용이 들지 않는 기본적인 검진이라는 점에 기인한 것으로 보이며, 장애인의 건강행태와 만성질환 유병률 및 중증도를 감안한 장애인 대상의 검진체계가 요구된다.

2) 검진체계 세분화

장애유형별로도 정신장애, 신장장애의 경우 유의미하게 낮은 수검률을 보인다. (김성희·변용찬 외, 2011) 또한 장애등급이 낮을수록, 즉 중증 장애일수록 수검률이 낮아지는 경향이 관찰된다. 중증 장애일수록 더 건강검진 수검율이 낮은 현상이 나타났다(신형익 외, 2011). 이러한 유형별, 중증도별 특성과 집단별 만성질환 유병률, 중증도 및 건강행태를 반영한 세분화된 검진체계의 구축이 요구된다.

다. 의료기관 접근성 향상

1) 1·2차 의료기관: 편의시설 구비 지원금 및 인센티브 부여

장애인에겐 장기적인 의료 서비스와 접근성이 보장된 의료시설이 필요하다. 여기서 의료시설은 (장애인들을 위해 접근성을 높이고 편의시설을 마련하는 등) 효과적인 조정을 위한 추가적인 자원을 필요로 한다(White, 2002; 세계보건기구, 2011) 개원의는 장애인 진료에 수반되는 시설 및 소요되는 비용에 대한 보상을 요구하며, 수가인상에 대한 태도에 관계없이 장애인 진료에 대한 제반시설이나 제도, 재원 등과 같은 전반적인 지원을 필요로 한다(우경숙 외, 2009).

예를 들어 미국의 소규모 의료시설에 대한 세금 공제는, 환자의 편의시설에 드는 비용을 충당하는데 도움을 주고 있다(Kaplan, 2006). 웨일즈에서는 새로 제정한 1차 진료기관의 장애 접근성 기준을 통해, 일반 의료시설들이 장애인들에게 좀 더 이용하기 쉬운 서비스를 제공하도록 유인하고 있다(Disability Rights Commission, 2006; 세계보건기구, 2011). 또한 인증을 통한 인센티브 부여 방법을 통하여 시설 서비스 개선을 유도할 수 있을 것이다. 실제 산재재활 전문의료기관 인증제도에서 인증을 받은 병원에 대하여 물리치료 진료수가를 20% 가산하는 등의 인센티브를 부여하고 있다(신형익 외, 2011).

2) 3차 의료기관: 수진보조인력 확보 및 지원체계 구축

장애인들도 비장애인과 마찬가지로 일반적인 보건의료를 필요로 한다. 일반 보건의료 수요에는 건강증진, 예방 진료(예방접종, 일반적인 건강검진), 급성 혹은 만성 질병에 대한 치료, 그리고 좀 더 전문적인 수준의 서비스가 필요한 경우 이런 서비스에 적절히 연결시켜 주는 것들이 포함된다. 이러한 보건의료 수요들은 1차 보건의료 서비스를 통해서 뿐만 아니라 그에 연관된 2차, 3차 보건의료 서비스를 통해 충족되어야 한다(세계보건기구, 2011).

이러한 수요에 대응하여 원활한 장애인 진료를 위하여 수진보조인력 확충, 의료사고에 대한 제도적 조치, 적절한 진료 보상 등에 대한 지원책 마련이 필요하다(우경숙 외, 2009).

3) 장애유형별 접근성 강화

의사들이 언급한 ‘장애인 진료의 어려움’의 상당수는 ‘장애인이 의료서비스를 이용하는데 장애가 되는 요인’과 유사한 형태로 발생한다. ‘교통비 지급 및 이동수단제공’(김운태, 2008), ‘이동서비스 및 도우미 사업’, ‘사례관리사업’, ‘재활보건 서비스’ 등과 같은 장애인을 고려한 정책적 지원을 확대해야 한다(우경숙 외, 2009).

장애인을 1차 보건의료 서비스에 포함시키기 위해서는, 서비스 제공자들이 청각 손상, 시각 손상, 언어 손상, 이동성 손상, 그리고 인지적 손상 등에서 비롯된 다양한 욕구를 충족시켜야 할 필요가 있다. 아래 표에는 조정의 사례들이 나와 있다. 이런 합리적 조정의 효력에 대한 근거가 제한적이긴 하지만, 이들 조정은 연구문헌과 장애인 사회에서 널리 장려되는 실천적인 접근법을 대표한다(세계보건기구, 2011).

[표 2-2-24] 합리적 조정의 예

조절	제안된 접근법
시설의 구조적 변경	길에서부터 의료 시설로 들어가는 통로의 접근성 확보, 장애인들을 위한 적합한 주차공간 할당, 이동 보조 장비나 사람들의 도움을 받을 수 있도록 하는 진찰실과 다른 의료 공간들의 배치, 경사로와 손잡이 설치, 출입구의 확장, 복도의 통행에 방해가 되는 물건들을 치우기, 리프트 설치, 선명하고 큰 글씨로 된 또는 인쇄물 또는 점자를 사용한 표지판, 변기와 손 씻는 곳을 장애인들이 이용할 수 있게 변경, 서거나 바닥에 앉아서 기다릴 수 없는 사람들을 위한 자리 제공.
유니버설 디자인의 장비 사용	높이 조절이 가능한 진찰대 또는 낮은 침대를 이용할 수 있도록 하기, 얇은 저울 사용, 휠체어를 타고도 이용이 가능한 진단 장비 사용 : 예를 들어 유방암 검진 장비 같은 것들.
적합한 방식을 통해 정보를 소통	큰 글씨, 점자, 오디오와 그림 형식의 대체적 방식을 통해 보건 정보 제공, 환자에게 직접적이고 분명하게 이야기하기, 확실히 이해할 수 있도록 천천히 정보 제공하기, 활동이나 동작들을 그냥 설명하지 말고 직접 행동으로 보여주기, 수화 통역 서비스 제공, 특정 형식과 관련 도움을 주기 위해 읽어주거나 옮겨 적거나 해석해 줄 수 있는 사람 지원하기.

진료 예약 시스템의 조정	이메일이나 팩스를 통한 진료예약서비스 제공, 문자메시지 또는 조정 전화로 진료예약이 있음을 알려주기, 예약진료시 추가 시간 배정, 진료 예약에서 첫 번째나 마지막 순서에 배정, 일반 의료수요와 장애인 의료수요에 관한 진료예약을 하나로 모으기.
서비스 전달체계상의 대안적 방법	원격진료, 이동 의료 서비스와 왕진, 환자가 원하고 상황이 적절하다는 전제 하에서 진료 상담에 환자 가족이나 간병인 참여, 보건 의료 서비스를 받을 수 있도록 교통 수단 지원.

*출처: WHO 세계장애보고서

4) 관련 서비스 홍보 개선

재가중증장애인들의 사회복지서비스에 대한 인식 정도는 매우 낮은 것으로 드러난다. 주 정보 취득원이 신문방송과 지역복지관이기는 하나 취득 경로가 없다는 경우가 더 많은 것으로 나타났다. 따라서 실제 지역 내 장애인 관련 복지기관 이용 현황이나 복지 서비스 이용현황을 살펴보면 많은 장애인들이 모르고 있거나 이용해 본 경험이 없는 것을 알 수 있다. 그러므로 사회복지서비스에 대한 만족도는 낮을 수밖에 없으며 장애인이 실제 필요한 서비스와 지역사회 내에서 받을 수 있는 서비스 사이에 상당한 차이가 있다. 이러한 상황은 재가중증장애인의 낮은 정보 접근성을 고려하여 장애인 당사자 개개인의 처자와 환경, 욕구를 바탕으로 한 보편적이면서도 특화된 찾아가는 복지서비스 망의 지역 내 구축을 필요로 한다(김윤태, 2008).

기존의 관련 규정에도 불구하고 상기한 낮은 정보 접근성으로 귀결되었다는 점에서, 후술할 (가칭) ‘장애인의 건강증진에 관한 법률’ 및 그 시행령에 강화된 홍보 규정을 실시하는 등의 개선 방안이 요구된다.

5) 장애아동 의료지원체계 개선

현행의 의료법에서는 의료서비스는 의료기관에서만 시행할 수 있도록 되어있어 현재 국내에서 시행되고 있는 복지관, 교육기관 등에서의 의료재활치료는 법리적인 문제가 발생할 소지가 있다.

뿐만 아니라 선천적 장애아에 대한 전문재활치료는 공급량 자체가 부족하며,

특히 비도시 지역에서는 극히 미비한 실정이다. 전국 59개 기초자치단체에서는 2010년 19세 이하 소아장애인에 대한 전문재활치료가 한 건도 시행되지 않았을 정도로 비도시 지역에서의 소아장애인에 대한 재활치료는 공급이 미비하다.

선천적 장애에 대한 전문재활치료는 수익성이 낮고 치료의 난이도는 높아 민간 의료기관에서의 재활의료 서비스 공급의 증대는 기대하기 어려운 실정이다. 또한 수요자 입장에서 의료재활과 관련한 본인부담금을 바우처 제도를 이용하여 납부할 수 없어 의료비 부담이 가중되어 있는 상태이다.

위와 같은 문제들로 말미암아, 소아장애인에 대한 의료재활의 공급 확충과 교육/복지 서비스와의 통합을 위한 법적 기반이 필요한 상태이다(신형익 외, 2011). 그러므로 후술할 (가칭) ‘장애인의 건강증진에 관한 법률’에 이에 관한 규정을 설치하는 방법 등을 통하여 법률적 근거를 마련해야 할 것이다.

6) 여성장애인 건강 및 모성 지원체계 구축

여성장애인의 임신·출산·자녀양육과 관련된 적절한 정보제공과 전문적인 상담을 지원할 수 있는 지원체계를 구축하는 것이 필요하다. 여성장애인은 임신·출산·양육에 관한 일반적인 정보에 대한 접근 및 장애특성을 고려한 전문적이고 구체적인 정보를 얻는 데 어려움을 겪고 있다. 불필요한 심리적 불안감을 해소하고 적절한 준비와 대처능력을 높이기 위해서 이에 대한 적절한 정보제공과 전문화된 상담체계가 마련되어야 한다. 많은 여성장애인의 경우 노산(老産)으로 인한 어려움이 있기에 이에 대한 사전 교육(임신의 전 과정, 양육에 다른 산모의 준비사항, 장애를 가진 남편의 지원방법에 대한 교육, 양육용품 활용 교육 등)이 필요하며, 임신·출산 및 양육에 관한 지원서비스 등에 대한 선행정보가 원활하게 제공되어야 한다(최복천, 2011).

여성장애인이 임신·출산 과정에서 겪게 되는 배제의 문제를 해소하기 위해서는 장애여성 친화적인 의료 환경을 조성할 필요가 있다. 건강관리, 피임관리, 성 교육, 골반검사, 동료 및 전문가 상담 등에 관한 욕구들은 비장애여성들과 비슷한 부분도 있지만 장애특성상 특수한 욕구들에 대한 적절한 개입 및 대처자원은 매우 부족한 실정이다. 여성장애인의 신체적 특성에 알맞은 산부인과 기자재 구입 지원, 병원 내 편의시설 및 장치 설치 지원, 장애전문 간호 인력 고용에 대한 재정적 지원, 그리고 세금 감면 등 의료기관에 대한 다양한 인센티브 제공을 통하여

장애여성 친화적인 의료 환경조성을 위한 다각적인 정책적 노력이 필요하다(최복천, 2011).

상기한 내용의 구체적인 정책입안을 위하여 장애인 건강에 대한 통계조사에 있어 성별을 반영한 설계가 이루어져야 한다. 또한 후술할 보건의료인력의 장애인 식 개선 및 차별금지 관련 교육에 여성 장애인 특성 교육이 포함되어야 하며, 여성 장애인의 건강 및 모성보호 관련 조항이 관련 법제에 반영되어야 한다.

라. 장애인 진료 상황의 소통 난점 해소

1) 장애특성 인지 및 인식 개선을 위한 교육체계 구축

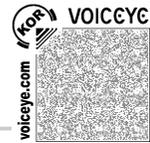
장애인에 대한 태도와 잘못된 지식을 개선하고, 적절한 의료서비스를 제공하기 위하여 의과대학 및 보건의료인력 양성체계 내에 다양한 교육과정을 개설할 필요가 있다(우경숙 외, 2009). 한 연구에서 보건서비스 제공자들은 특별한 교육이 필요하다고 생각하는 것으로 드러났는데 그 중에는 장애 관련 자원의 이용방법, 의료서비스 조정 방법, 장애인들에 대한 합리적인 편의제공 방법, 성과 재생산에 관련된 보건의료 수요를 다루는 법, 장애상태를 기술하는 양식의 작성방법 등에 대한 정보교육이 포함되어 있다(Morrison, George, and Mosqueda, 2008; 세계보건기구, 2011 재인용).

WHO 세계장애보고서에 따르면, 학생들에게 장애인을 포함하여 환자들과 의사소통하는 것을 가르치는 교육자들이 늘어나고 있으며, 많은 연구에서 여러 보건의료 전문가들의 성공적인 성과들을 보고하고 있다(세계보건기구, 2011). 그 중 몇 가지를 인용하면 다음과 같다.

호주의 학부 4학년 과정에 재학 중인 의대생들을 대상으로 한 연구는 3시간의 의사소통 기술에 대한 워크숍을 한 이후 발달장애인들에 대한 태도에 상당한 변화가 있음을 지적하였다.

(Tracy, and Iacono, 2008)

미국의 한 연구에서는, 의대 3학년생들이 90분 간의 교육에 참여한 후에 장애인에 대해 ‘이상하게’ 생각하거나, ‘불쌍하다고 여기는’ 감정이 완화된 것으로



보고되었다.

(Graham, et al., 2009)

한 연구에서는 장애인 당사자로부터 받은 교육이 의대생들에게 장애가 진료계획에 어떤 식으로 영향을 미치는지에 대해 알게 해주었고, 장애에 대한 태도를 반성하고 인식하는 계기가 된 것으로 나타났다.

(Duggan, et al., 2009)

의대 4학년생들을 대상으로 한 어떤 연구에서는 장애인 당사자들의 패널 발표를 연구에 이용하였다. 그 결과 학생들은 장애인들의 개인적인 경험과 더불어 의료 환경에서 그리고 환자-의료서비스 제공자의 관계에서 무엇이 효과가 있었고 무엇이 효과가 없었는지에 대해 들을 수 있었으며, 이를 의미 있게 여긴 것으로 나타났다.

(Saketkoo, et al., 2004)

러시아의 작업치료 학과 1년차와 고등학교 졸업 후 전문과정에 다니는 학생들을 위해 전러 장애인협회(All Russian Society of the Disabled)가 직접 개발하고 가르친 장애인관련 기초 수업들은 학생들이 장애에 대해 긍정적인 자세를 갖도록 하는 역할을 성공적으로 수행하였다.

(Packer, et al., 2000)

교육 커리큘럼의 변화가 간호학을 전공하는 학생들의 장애인에 대한 태도에 영향을 미치는지를 알아보기 위한 한 연구에서, 학생들의 태도가 교육 과정의 마지막 학년을 마치는 시점에 더 긍정적으로 변하는 것으로 나타났다.

(Thompson, Emrich, and Moore, 2003)

2) 인권교육: 보건의료인 교육과정 내 필수 과목으로

장애인차별금지법 제31조(의료기관 및 의료인 등은 장애인을 거부하는 등 차별해서는 아니 되며, 장애유형 및 특성을 고려하여 의료행위와 의료정보 등을 제공해야 한다)에 따라 보건의료인력은 장애인에 대한 차별행위를 하지 말아야 할 법적 의무가 발생하였다.

따라서 이에 대한 구체적인 이론 및 사례교육이 필요하며, 연수 및 교육과정에서 이에 대한 강좌 개설 및 필수적인 수강의무를 부여하도록 교육체계를 개선할 필요가 있다.

WHO 세계장애보고서에 따르면, 인도 재활 협회(Rehabilitation Council of India)는 일차 보건의료시설에서 일하는 의료관계자들에게 장애와 관련된 문제들을 교육하기 위해 국가적 규모의 교육프로그램(1999-2004)을 시행했다. 이 프로그램의 목적에는, 예방, 건강증진, 조기발견, 치료, 그리고 재활 등에 대한 지식을 보급하는 것과, 장애인들을 위한 보건 서비스에 대한 인식의 제고, 보건의료 관계자들이 법률이나 인권과 같은 일반적인 장애 관련 문제들에 대해 주의를 기울이도록 하는 것 등이 포함되어 있었다. 이 프로그램의 시행 말미에는 대상자인 25,506명의 의료 관계자 중 18,657명이 교육훈련을 받은 것으로 나타났다(Rehabilitation Council of India, 2009; 세계보건기구, 2011).

마. 관련 법률 및 정책 적실성 검토

1) 장애인 건강정책 재평가

접근용이성(Accessibility), 질(Quality), 계속성(Continuity), 및 효율성(Efficiency) 등의 척도를 통한 의료수혜자, 의료제공자, 사회적 기구 등의 요소(Myers, B. A., 1965; 조형원, 2001)를 고려한 적실성 평가를 시행할 필요가 있다.

UN장애인권리협약(CRPD)과 새천년 개발 목표(MDGs) 등과 같은 국제적 협정은 장애인을 위한 보건 의료 서비스의 가용성을 증진시키고자 하는 정책의 근거가 될 수 있다. CRPD는 다음과 같은 분야들에서 어떤 조치가 이루어져야 한다고 권고한다(세계보건기구, 2011).

- 접근성: 보건의료, 보건 서비스, 음식이나 음료수, 건강보험, 생명보험 등을 이용하는 데 있어서 장애인에 대한 차별을 중지해야 한다. 여기에는 접근성이 높은 환경을 조성하는 것도 포함된다.
- 의료비용 부담 여력: 장애인들이 다른 사람들과 마찬가지로, 종류가 다양하고 우수하며 남들과 동일한 수준의 무료 혹은 감당할 수 있는 정도의 보건의료 서비스를 받을 수 있도록 보장해야 한다.
- 가용성: 조기 개입과 의료 서비스를 사람들이 사는 지역에서 가능한 한 가까운 곳에 위치시켜야 한다.
- 품질: 보건 서비스 종사자들이 다른 사람에게 제공하는 것과 동일한 품질의 보건 서비스를 장애인에게도 제공할 수 있도록 보장해야 한다.

2) 새로운 평가체계 개발: 장애인 패널 평가 주요 항목 반영

장애인들은 보건의료 서비스를 이용하는 데 있어서의 장벽에 대해 가장 잘 알고 있으며 또한 그것에 가장 영향을 많이 받는 사람들이다. 따라서 이러한 장벽을 제거하기 위해서는 장애인 당사자로부터 조언을 들을 필요가 있다.(Drainoni, M-L., et al., 2006) 보건의료 시스템의 설계와 운영과정에 실제 이용자를 참여시키는 것이 유용하다는 것은 연구결과에서도 나타난다(Nilsen, E. S. et al., 2006; 세계보건기구, 2011). 정책실시 단계에서의 실효성 제고를 위하여 의료수혜자로서 장애인의 욕구가 반영되어있는지를 주요 지표로 선정하여 고려할 필요가 있다.

3) 정례적 평가 및 정비체계 구축

변화하는 장애인 당사자의 욕구 및 정책 과정 단계별로 발생하는 지원책의 작동과 방해요인, 산출결과 등을 반영하여 개선(노화준, 2006; 김성희 외, 2010)하기 위한 정례적인 평가 및 정비 체계가 요구된다. 협력 작업에 대한 헌신적인 자세가 요구되며, 양질의 의료 서비스 제공에 따르는 구조적이고 제도적인, 그리고 전문적인 어려움들에 대해 잘 알고 있는 보건의료 서비스 제공자들의 조언도 필요하다. 비록 이용자들을 참여시키는 데 있어서의 시간적, 기술적 어려움들과 자원의 문제가 있음은 인정해야 하겠지만(Nilsen, et al., 2006; Bedfordshire Community Health Services, 2009), 그로 인해 얻는 이득도 상당하다. 장애인들은 보건의료 시스템을 자주 이용하며 또한 이용하는 의료 서비스의 폭이 넓은 편이기 때문에 그들의 이용경험은 보건 시스템 전반의 성과를 측정하는 데에도 도움이 된다(Dejong, et al., 2002; Drainoni, et al., 2006; 세계보건기구, 2011).

4) (가칭) ‘장애인건강증진위원회’ 설치 및 장애인건강담당부서 신설

상기한 평가의 지속적인 수행 및 정책 반영을 책임질 주체로서 (가칭) ‘장애인건강증진위원회’ 및 독립된 장애인건강담당부서의 설치가 필요하다. 이에 대한 근거 조항이 필요하므로, 후술할 (가칭) ‘장애인의건강증진에관한법률’ 및 동시행령에 실시하는 등의 법제적 뒷받침이 요구된다.

바. 관련 법제 정비

전술한 가.~다.까지의 내용 중 법적 근거가 필요한 사항에 있어, 관련 법제가 미비한 상태이거나, 관련 규정이 존재하더라도 임의규정인 경우가 많아 실효성이 떨어지는 상황이다. 또한 관련 규정이 있더라도 각기 다른 법률에 산재되어 있어 정책 집행 및 예산 배정시 일관성이 떨어지고 상충되는 경우가 있을 수 있다는 점에서 정비가 필요하다. 이를 체계일관적으로 단일법제에 반영하기 위하여 장애인 대상의 건강관련 기본법 제정 등의 방법이 효과적이라고 본다. 이의 구체적인 내용은 후술할 법률 개정에 기술하고자 한다.

2. 장애판정체계 개선

가. 판정 및 전달체계 재정비

장애등록제도와 서비스 전달체계가 분리되어 장애등록판정시스템이 장애인의 욕구와 사회적 자원을 연결하여 배분하는 서비스 진입단계(intake)로서의 기능을 거의 수행하지 못하고 있다. 그 원인으로서는 첫째, 장애판정기준이 의학적 평가기준에만 의존하는 의료적 모델에 기인한데 반해, 실질적으로 서비스를 제공하기 위해서는 장애인의 직업 평가, 복지욕구에 대한 사정 등에 대한 평가 사정이 필요한 점. 둘째, 현재 장애인의 등록판정을 담당하는 지자체 구청 및 주민지원센터에서는 행정적인 등록판정을 담당하고, 장애인에 대한 실질적인 복지욕구사정 및 서비스 전달 등의 역할을 하지 못하고 있어서, 사실상 장애등록제도와 서비스 전달체계가 분리되어 운영된다는 점 등을 꼽을 수 있다. 이렇듯 장애인에 대한 서비스 사례관리 시스템의 부재로 복지서비스자원과 실질적인 욕구를 가진 장애인과의 효율적 매칭이 어렵다(김성희, 변용찬 외, 2010).

이러한 괴리의 해소를 위하여 이를 뒷받침할 전달 기구로써 지역사회 지원센터 체계가 요구되며, 통계조사, 전달체계 연계, 보장구 관리, 서비스 홍보 등에 있어서도 역할을 할 수 있다는 점에서 관련 정책 수립이 필요하다.

나. ICF 도입: 장애등록판정시스템 개선

상술한 제도의 실패는 근본적으로 신체적 장애에서 기능적 장애로 변화된 장애 개념이 반영되지 않는데 기인한다. 그러므로 ICF의 반영을 통한 장애인 등록체계 개선이 필요하며, 이를 통하여 현행 등급제의 폐지를 유도할 수 있다. 지난 2012년 6월 8일 고시된 현재의 보건복지부 장애등급판정기준은 ICF가 아닌, ICIDH (International Classification of Impairment, Disabilities & Handicaps)에 기초한 기준체계이다. 이를 기본적으로 ICF에 기초한 체계로 전환하려는 시도가 필요하다.

ICF를 적용할 경우 장애에 대한 기술은 현재와 같이 건강조건, 즉 손상의 정도만 살피는 것이 아니라 환경적 요소와 개별적 요소를 모두 합쳐보고, 이를 토대로 신체 기능과 구조는 어떤지, 활동은 어떤지, 참여정도는 어떤지를 기술하는 것이다. 즉, 지체 1등급처럼 하나의 카테고리로 범주화되는 것이 아니라 여러 상황에서 다양하게 기술될 수 있는 것이다. 또한 ICF는 국제질병분류체계인 ICD-10과 병행해서 상호 보완적으로 사용하도록 만들어졌다. ICD-10은 질병의 진단에 초점을 두고 있다면, ICF는 기능(Function)에 대한 풍부한 정보를 제공하도록 되어 있다. ICF는 인간의 기능과 기능의 제한 요소들의 연관된 상황을 묘사할 수 있도록 해 준다(이동석, 2012).

위와 같은 장점에도 불구하고 ICF 기술방식의 난해함은 도입에 있어 걸림돌로 작용할 수 있다. ICF는 문자와 숫자 조합 방식을 이용한다. 응용 가능한 코드의 최대 개수는 1단계에서는 34개(신체기능 8개, 신체구조 8개, 수행 9개, 능력 9개)이고, 2단계에서는 362개, 3,4단계에서는 1,424개인데 이들이 모인 것이 ICF 완전판을 구성한다. 국내 차원에서 ICF의 용어를 이해하기 쉽도록 간단 명료하게 다듬는 작업이 계속적으로 이루어져야 할 것으로 보인다. 2004년에 보건복지부에서 발간한 한국어판 번역본은 장애와 관련한 현장의 실무자가 이해하는 데는 많은 제약이 있음이 나타났다. 따라서 ICF를 실질적으로 활용하기 위해서는 용어의 정비가 요구된다(이익섭 외, 2009).

ICF의 성공적인 도입을 위해서는 보건관련 전문가를 교육하는 체계 내에 커리큘럼으로 도입하는 것이 필수적이다. ICF가 활용도를 높이기 위해서는 현장의 실천가가 ICF 개념을 이해하는 것이 매우 중요하기 때문에, 현장의 실천가를 교육하고 훈련하는 체계 내에서 ICF를 담아낼 방안에 대한 논의가 있어야 한다. ICF의 교육 훈련 체계는 ICF와 관련된 국제 논의에서 주된 관심사 중 하나이며, 일

본에서는 보건관련 전문가를 양성하는 표준 커리큘럼에 ICF가 포함되어 있고, 자격증 시험에서도 다루어야 하는 영역 중 하나로 되어 있다(이익섭 외, 2009).

ICF의 실질적 활용을 위해 목적에 따라 코드를 선택하고 축소하는 것은 불가피한 작업이다. 코드의 선택과 축소의 수용은 현재 국가 차원에서 정책적으로 활용하고 있는 표준화된 진단평가도구(활동보조서비스 판정표, 장기요양인정등급 평가 판정 도구 등)와 ICF코드의 연결을 용이하게 한다. 이와 같은 작업은 국가에서 서비스적격성 판정을 위해 주되게 활용하는 코드를 파악하고 이의 문제점과 개선방안을 제시하는데 도움이 될 것이다(신은경 외, 2010).

3. 의료수가체계 개선

가. 현실적 수가체계 개발

장애인 진료에 있어서 미흡한 보험수가체계와 시간적 압박은 장애인 진료에 대한 동기를 부여하지 못하고 있다. 장애인 진료는 비장애인에 비하여 진료 시간과 노력이 많이 소요될 뿐만 아니라 의료시설에 대한 추가비용이 필요하기 때문에 재정적인 고려는 반드시 수반되어야 한다. 장애 유형 및 중증도에 따른 차등이 반영되어야 하고, 진료의 특성상 부가적인 노력과 시간이 발생하는 영역과 상대적으로 위험이 높은 진료과에 대해 수가를 상향 조절할 필요가 있다(우경숙 외, 2009).

나. 급여수가체계 개선: 총체적 개별사정 반영

일차적으로 현행 기초생활보장제도에서 통합적으로 제공되고 있는 급여(생계, 교육, 의료, 주거)체계를 개편하여 각 급여를 분리하여 욕구특성별로 기준을 다원화하는 제도개선이 선행되어야 한다.

기초생활수급자나 차상위계층에 있는 중증장애인이 취업을 통하여 소득기준이 초과되어 수급권 대상에서 제외될 경우 일률적으로 적용되는 의료보호의 기준을

재설정할 필요가 있다. 즉 개인 및 가구의 욕구, 소득·재산·부양의무자 등의 특성에 따라 개별 사정을 통하여 필요한 의료비 급여를 조합하여 맞춤형 지원으로 재설계할 필요가 있다.

또한 본인부담상한제 등의 기준을 통해 의료비 부담을 감소시키는 방안도 고려해 볼 수 있을 것이다. 직장생활을 통해 일정 수입을 갖게 되는 경우 의료보호 대상에서 제외됨으로써 지속적인 의료적 처치가 필요한 수급권 장애인의 경우 스스로 낮은 급여를 받으면서 그 급여에서 의료비를 부담하기를 꺼려함으로써 노동시장 진입에 대한 욕구나 의지를 반감시키는 문제가 발생하는 것으로 파악된다(박경수, 강경선 외, 2011).

VI. 주요 법령개정 내용

1. 장애인대상 보건의료기본법의 필요

가. 법체계 미비

현재 장애인의 보건의료에 관련한 법 규정은 미비하다고 볼 수 있다. 장애인복지법 제18조, 장애인차별금지법 제31조 등의 조항이 있으나, 구체적인 시행령 등은 마련되어 있지 않았다. 장애인복지법, 장애인차별금지법 등의 시행령으로는 포괄할 수 없는 다양하고 복잡한 내용을 다룰 수 있도록 장애인의 일차 의료, 건강검진, 장애 예방, 장애 판정 및 비용 지원, 장애 통계, 선천적 장애에 대한 의료지원, 의료적인 개입이 많이 요구되는 재활보조기구 등의 처방 및 검수 절차 등의 내용과 더불어 재활병원의 역할과 기능에 대한 규정을 담은 장애인 대상의 보건의료기본법 체계 구축이 요구된다(신형익 외, 2011).

나. 관련 법체계 정비 및 일관화

또한 이러한 법률 체계의 정비 및 일관화를 통하여 각종 보건관련 및 장애인 대상 법률에 산재한 관련 규정들을 재정비할 수 있다. 보건의료에 관한 일반법

로서의 성격을 지니는 ‘보건의료기본법’의 하위 법률이면서, 동시에 특정인구 집단인 장애인의 건강권에 관한 일반법¹³⁾으로서의 장애인대상 보건의료법규를 제정함으로써, 기존의 장애인 건강권 관련 규정 간의 상충에 따른 난맥상을 개선하는 효과를 기대할 수 있다. 더불어 향후 장애인 관련 정책의 예산 책정 및 수행 근거로 보다 효율적인 정책 집행을 기대할 수 있다. 또한 재정비 과정에서 임의규정의 강제규정으로의 전환을 통하여 향후 장애인 관련 정책의 근거를 공고히 할 수 있을 것이다.

다. 차별 관련 규정 구체화

더하여 보건의료체계 내에서의 차별금지 및 인권 보장에 대한 내용을 구체적으로 반영할 필요가 있다. 장애인차별금지법이 시행되고 있으나 보건의료인들의 인식 개선 교육, 보건의료국면에서의 장애인차별 내용과 이에 대한 구체적인 조치 등에 관한 규정이 정교하게 규정되어야 한다.

2. 법제 형식 고찰

가. 장애인권리협약

장애인 권리협약은 제25조(건강)과 제26조(선천적 및 후천적 장애에 대한 재활)에서 의료 및 보전에 관한 권리를 규정하였다. 장애인의 재활은 의료적 재활 그 이상의 것을 포함하며, 재활프로그램이 의료적인 분야로 국한되지 않아야 한다는 인식 하에 제25조 내에서 재활과 건강을 통합하여 규정하지 말고 재활을 독립적인 조항으로 다루는 것이 바람직하다는 합의에 의해 제26조가 마련되었다(국가인권위원회 국제인권팀, 2007).

13) 사회의 노동의 질 관리와 국민보건보호차원에서 국가가 관리해야 할 인구집단인 어린이와 여성들에 대하여 국가 또는 지방자치단체 등의 공공부문의 의무와 이에 따라 파생되는 관리대상인구집단의 권리와 연관된 공공 또는 민간부문의 역할분담 등을 표현해 놓은 학교보건법, 모자보건법, 마약류 관리에 관한 법률 등이 존재하고 있으며 보다 포괄적이고 일반적인 집단의 건강관리와 관련해서는 국민건강증진법이 있다(이충완, 2002).

나. ‘장애인의 건강(보호)및 보건 등에 관한 법률’ 초안

2012년 11월 6일 한국장애인단체총연맹 주최로 열린 ‘장애인 건강권 확보를 위한 토론회’에서 발표된 ‘장애인의건강(보호)및보건등에관한법률’ 초안의 경우 총 7장 39조로 구성되었으며, 세부 목차는 다음과 같다(박종혁, 2012).

[표 2-2-25] ‘장애인의건강(보호)및보건등에관한법률’ 초안 세부목차

제1장 총칙	제4장 국립장애인건강센터(현 국립재활원)
제1조(목적)	제19조(국립장애인건강센터의 설치등)
제2조(기본이념)	제20조(부속기관의 설치)
제3조(정의)	제21조(사업·업무 등)
제4조(국가 등의 의무)	제22조(관리·운영 등)
제5조(국민의 의무)	제23조(출연 또는 보조)
제6조(장애인건강관리종합계획의 수립)	제5장 재활의료
제7조(국가장애인건강관리위원회)	제24조(재활의료의 대상자)
제8조(위원회의 구성)	제25조(재활의료기관의 설치 등)
제9조(위원회의 기능)	제26조(재활의료기관의 시설 기준 등)
제2장 장애인건강연구사업	제27조(과징금처분)
제10조(장애인건강연구사업)	제28조(기록보존)
제11조(장애인건강실태 및 역학조사)	제29조(퇴원 등 사실의 통지)
제12조(장애관련 진료, 보건, 재활방법의 개발 및 보급 등)	제30조(재활의료기관의 평가)
제13조(1,2차 예방사업)	제31조(재활의료기관 지도·감독 등)
제14조(장애인 건강관리 및 의료비지원사업 등)	제32조(재활의료전문기관 인증취소 등)
제15조(장애인건강통계사업)	제33조(비밀누설의 금지)
제16조(장애인건강정보사업)	제6장 보칙
제3장 국립장애인건강센터, 권역장애인건강센터 및 지역장애인 건강센터	제34조(비용지원)
제17조(지역사회 장애인 건강 및 재활의료사업 등)	제35조(지도·감독)
제18조(국립장애인건강센터, 권역장애인건강센터의 기능)	제36조(청문)
	제37조(개인정보의 목적 외 사용금지)
	제38조(위임 및 위탁)
	제7장 벌칙
	제39조(벌칙)

*출처: 장애인 건강권 확보를 위한 토론회 자료집

상기한 목차에서 보듯 건강과 재활을 통합하여 조문을 구성하였다. 제2장은 건강 중 실태조사 등 연구 및 교육과 관련된 내용이며, 제3장, 제4장, 제5장이 재활과 관련된 내용으로 이루어졌다.

다. 양자의 비교

장애인 권리협약에서 택한 건강과 재활의 분리는 각 분야가 지니는 독립적인 영역이 간과되어왔던 한계를 극복하고, 장애인이 갖는 일상적인 건강, 의료에 대한 욕구와 재활서비스가 지녀야 하는 포괄성을 분리해서 규정했다는 점에서 의의를 지닌다. 그러나 이러한 구분이 필연적으로 갖게 되는 체계일관성의 저하는 피할 수 없을 것이다. 재활과 의료의 범주 안에 있어야 할 것이 아니라, 재활에 있어서 필수적인 부분이 의료적인 서비스를 통해서 공급된다는 점에서 분리가 반드시 최적의 결과를 도출하지는 않을 수 있다는 우려가 있을 수 있다. 그럼에도 불구하고 이러한 선택을 한 것은 논의과정 속에서 건강에 대한 권리와 재활에 대한 권리를 구분해서 규정해야 한다는 일반적인 합의가 도출되었기 때문이다¹⁴⁾.

‘장애인의건강(보호)및보건등에관한법률’ 초안의 경우 건강과 재활을 동일 법률안에 같이 다루었다는 점에서 일목요연한 체계를 구성하였다는 점은 장점이라 할 수 있다. 또한 이전부터 제기되어 온 장애인 건강권을 확보하는데 법적 근거가 되는 장애인 건강 및 보건에 관한 법률 제정의 필요성과 이를 통한 포괄적이고 종합적인 장애인 보건의료 정책 시행(김운태, 2012)에 대응하는 첫 걸음을 내딛었다는 점에서 큰 의미를 지닌다. 하지만 장애인의 재활은 의료적 재활 그 이상의 것을 포함하며, 재활프로그램이 의료적인 분야로 국한되지 않아야 한다는 인식(국가인권위원회 국제인권팀, 2007)을 반영하는 데에는 모자람이 있을 수 있다. 또한 재활에 대한 내용이 차지하는 부분이 크다보니 실제 장애인 당사자가 원하는 건강에 관한 정책의 근거는 미비할 수 있다. 따라서 재활에 관한 법률을 따로 제정하고, 미흡한 점이 있는 건강에 대한 조문을 보강하여 장애인 건강권에 관한 기본법을 구성하자는 반론이 있을 수 있다. 실제로 이에 대한 비판(서인환, 2012)¹⁵⁾ 이 ‘장애인 건강권 확보를 위한 토론회’ 상에서도 제기된 바 있다.

14) 우리나라의 장애인단체는 동 조항의 존치에 대해 전적으로 반대하였다. 그 이유로는 첫째, 선천적 장애와 후천적 장애에 대한 재활의 의미가 불분명하고, 둘째, 선천적 장애와 후천적 장애에 대한 재활이 포괄하는 범주가 불분명하며 셋째, 동 조항에서 언급되는 사항들이 다른 조항의 내용과 중복된다는 점이다. 이러한 한국 장애인단체의 제안은 많은 국가들과 장애 관련 국제 시민단체의 반대의견에 부딪혀 반영되지 못했다.(국가인권위원회 국제인권팀, 2007)

15) “장애인의 건강관리법에 재활의료가 포함되는 것도 반대다. 재활의료가 건강과 무관하지는 않지만 건강의 범주라고 할 수도 없다. 현재 시행되고 있는 재활서비스가 모두 건강의

3. (가칭) ‘장애인의건강증진에관한법률’ 제정에 대한 제언

가. 법제 형식

살펴보았듯 의료와 재활에 관한 법제의 구분은 장애인 건강권의 독자적인 영역을 보장해 준다는 차원에서 의미가 있다. 그러나 장애인 건강 관련 기본법으로써 체계일관적인 구성을 갖추어야 한다는 점에서, ‘장애인권리협약’ 제정당시 표출된 우리나라 장애인단체들의 재활관련 조항 분리에 대한 거부 의사 등을 감안할 때 우리 실정에서는 단일한 법제 안에 규정을 하되 장을 구분하여 구성하는 방식이 타당할 것으로 보인다.

부차적인 것이지만, 법 명칭에 있어서도 ‘건강(보호)와 보건’ 등으로 병기하는 것 보다는 건강권을 부각시키는 것이 나올 것으로 생각된다.¹⁶⁾ 이러한 고민을 반영하여 본 연구에서는 (가칭) ‘장애인의건강증진에관한법률’이라는 명칭을 제안하고자 한다.

나. 법안 내용

1) 장애인 건강권과 재활의료의 균형

상기한 ‘장애인의건강(보호)및보건등에관한법률’ 초안의 경우 재활의료에 관한 내용이 많은 부분을 차지한데 비해 장애인 건강권에 대한 내용은 한 장(제2장)에, 연구사업에 관한 내용 위주로 구성되어 있다는 점에서 건강권 관련 내용이 보충되어야 할 것으로 보인다.

2) ‘장애인권리협약’ 반영

문제로 오해될 수 있고, 그렇다면 재활의료 서비스 제공을 받는 자들은 모두 건강하지 않은 자가 된다. 패러다임을 사회적 관점으로 이야기하고는 다시 역사를 거스르는 것이 된다.”

16) “보건을 건강호보와 나열식으로 표현함으로써 국민보건 안에 장애인 보건의 아닌 별도의 보건이란 인상을 주어 포괄적이고 유니버설한 것이 아닌 특화된 보건의 맞는 정책인지는 고민해볼 필요성이 있다.” (서인환, 2012)

‘장애인권리협약’을 서명·비준함으로써 우리나라는 관련 법제를 제정·정비할 의무가 생겼다(변용찬 외, 2006). 따라서 상기한 ‘장애인권리협약’ 제25조, 제26조의 내용을 반영하여 장애인 건강관련 기본법의 내용을 구성할 필요가 있다.

3) 본 연구 핵심추진과제 반영

앞서 핵심추진과제를 통하여 살펴 본 (가칭) ‘장애인의건강증진에관한법률’ 및 동 시행령에 포함되어야 할 내용을 다시 한 번 언급하면 다음과 같다.

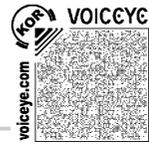
- 가. 관련 통계조사 개선
 - 1) 조사 항목 개선 및 세분화
 - 2) 관련 통계조사 간 상호 연결

- 나. 장애인 만성질환 검진체계 구축
 - 1) 건강상태 인지 및 건강추구행위 유도
 - 2) 검진체계 세분화

- 다. 의료기관 접근성 향상
 - 1) 1.2차 의료기관: 편의시설 구비 지원금 및 인센티브 부여
 - 2) 3차 의료기관: 수진보조인력 확보 및 지원체계 구축
 - 3) 장애유형별 접근성 강화
 - 4) 관련 서비스 홍보 개선
 - 5) 장애아동 의료지원체계 개선 강구
 - 6) 여성장애인 건강 및 모성 지원체계 구축

- 라. 장애인 진료 상황의 소통 난점 해소
 - 1) 장애 특성 인지 및 인식 개선을 위한 교육체계 구축
 - 2) 인권교육: 보건의료인 교육과정 필수 과목으로

- 마. 관련 법률 및 정책 적실성 검토
 - 1) 장애인 건강정책 재평가
 - 2) 새로운 평가체계 개발: 장애인 패널 평가 주요 항목 반영
 - 3) 정례적 평가 및 정비 체계 구축
 - 4) (가칭) ‘장애인건강증진위원회’의 설치 및 장애인건강담당부서 신설



4) 관련 법조문 조정

관련 조문들과의 관계에서 건강권관련 기본법으로서 우선 적용됨을 명확히 하고, 기존 법조문들에 있어 건강권 보장에 미비했던 부분들의 내용을 개정·반영해야 한다. 특히 임의규정으로 되어있는 중요 조항은 강제규정으로 개정해야 할 필요가 있다.

제3절 고용보장분야의 현황 및 과제

I. 의의

서장에서 언급한 바와 같이 유엔 장애인권리협약(2006.12.13)은 장애인의 자립적인 생활과 지역사회통합을 위해서는 장애인이 비장애인과 동등한 선택권을 가지고 지역사회에서 살 수 있도록 동등한 권리를 보장받아야 하고 장애인이 지역사회에 완전히 통합되고 참여할 수 있어야 한다고 강조하고 있다. 유엔 장애인권리협약은 지역사회정착을 위한 선택권의 행사와 지역사회에의 통합 및 참여가 필요함을 강조하는 것이라 할 수 있다.

지역사회정착을 위해 장애인의 선택권 행사와 지역사회통합 및 참여가 필요한 삶의 영역은 여러 가지가 있지만 그 중에서도 고용이라는 삶의 영역이 갖는 중요성은 아무도 부인할 수 없을 것이다. 자본주의 사회에서 고용은 경제적 생계수단의 일차적 원천이므로 이것이 확보되지 못한다면 지역사회에서의 자립적인 생활은 원천적으로 불가능하다. 또한 고용은 대인관계 형성과 개인의 심리적·정서적 자긍심의 고취에도 대단히 중요한 의미를 가져 장애인이 선택권을 행사하고 지역사회에 참여하는 데 매우 중요한 사회관계적 토대가 될 수 있다.

서장에서 사회적 배제의 관점에서 지역사회정착을 논의하였는데 여러 학자들이 구분한 사회적 배제의 차원에서 공통적으로 지적되는 것이 바로 노동시장배제이다. 이 노동시장배제는 단순히 고용으로부터의 배제(대표적인 예가 실업)만을 의미하는 것이 아니라 적절한 근로조건을 누리지 못하는 것, 좀 더 포괄적으로 말해서 적절한 노동권을 보장받지 못하는 것도 포함한다. 예컨대 고든 등(Gordon et al.)은 노동시장배제에 일자리로부터의 배제뿐만이 아니라 근로조건 수준도 포함시키고 있다(Millar, 2007). 이런 점에서 본인이 희망하는 일자리에의 취업(고용)뿐만 아니라 적절한 근로조건(향유(괜찮은 일자리) 모두가 지역사회정착에 매우 중요한 의미를 갖는다고 할 수 있다.

지역사회정착에서 고용이 갖는 중요성은 실증적으로도 확인된다. 최근 국내에서 수행된 한 조사에 의하면 성공적인 자립생활을 위해 선행되어야 하는 요소로 가장 많은 응답을 받은 항목이 장애연금 등의 소득보장(35.7%)이며 그 다음이 고용지원(26.7%), 독립적인 주거지원(21.1%)으로 나타난 바 있어(김종진·장창엽 외,

2008: 103), 자립생활에 있어서 고용이 대단히 중요하게 인식됨을 알 수 있다.

장애인의 지역사회정착에서 고용이 갖는 중요성은 외국의 자립생활센터의 서비스 변천에서도 확인할 수 있다. 예컨대, 미국의 경우 자립생활센터는 권익옹호활동, 자립생활기술훈련, 정보제공 및 의뢰, 동료상담의 4가지 서비스를 핵심 사업으로 해 왔으나 최근 지역사회 내의 장애인들의 욕구를 반영하여 고용지원서비스를 추가하여 전국의 자립생활센터를 하나의 네트워크로 활용하여 고용지원서비스를 제공하고 있다(박경수이채식 외, 2011: 73). 또한 일본의 경우도 자립생활의 근거법인 장애인자립지원법(2006년)에 의거하여 설치·운영되는 자립생활센터의 주요 사업이 자립생활프로그램, 동료상담, 권리옹호, 체험홈 운영 등이었으나 최근 고용지원서비스를 추가하여 적극적으로 전개하고 있다(박경수이채식 외, 2011: 74).

이런 여러 가지 점들을 볼 때, 사회적 배제를 극복하고 지역사회에의 완전한 통합과 참여를 실현하기 위해서는 노동시장에의 접근 및 양질의 근로조건 보장이 매우 중요하다(Pierson, 2010 참조)고 할 수 있다.

II. 현황 및 문제점

1. 장애인고용정책의 개요 및 현황

가. 장애인고용정책의 유형

장애인고용정책은 곧 장애인을 대상으로 한 노동시장정책이라 할 수 있다¹⁷⁾.

17) 장애인의 지역사회정착과 관련해서 보면 장애인고용정책이 노동시장정책으로만 한정될 수는 없다. 장애인이 지역사회에 통합되고 참여하기 위해서는 적절한 일자리에 취업할 수 있어야 할 뿐만 아니라 적절한 근로조건도 보장받을 수 있어야 하고 이러한 근로조건 보장은 노동3권을 비롯한 노동권이 적절히 보장되어야 가능하기 때문이다. 이런 점에서 장애인고용정책은 노동시장정책뿐만 아니라 노사관계정책까지도 포함한다고 보아야 한다. 이는 특히 장애인의 근로자성 문제와 관련하여 매우 중요하다. 하지만 일반적으로 장애인고용정책은 노동시장정책 영역에 속하는 것만으로 한정하는 경향이 있어 여기서도 기본적으로는 노동시장정책에 주로 초점을 맞추어 논의를 전개하기로 한다.

일반적으로 노동시장정책은 교육훈련에서부터 취업알선, 취업 및 사후관리에 이르는 과정을 거치며 이는 장애인 노동시장정책에서도 마찬가지여서 그 역시 교육, 직업재활 및 훈련, 취업알선, 취업 및 사후관리에 이르는 전 과정을 포괄한다. 우리나라에서 직업재활은 보건복지부 소관이며 의무고용제도는 고용노동부 소관인 관계로 마치 직업재활과 고용이 별개인 듯 인식하는 경향이 있으나 이는 잘못된 것이며 양자는 장애인 노동시장정책 전체 흐름에 다 같이 속해 있는 것으로 분리될 수 없다.

그러나 개념적으로는 장애인 노동시장정책의 최종단계로서의 고용(취업)을 그 이전 단계의 직업재활(직업훈련 및 취업알선 등)과 구분할 수 있다. 그리하여 최종단계로서의 취업(고용)이라는 목표에 초점을 맞추어 장애인의 고용을 증진시키기 위해 각 국가는 다양한 정책적 조치를 취하고 있다. 각 국가의 고용증진정책은 그 주된 요소를 기준으로 크게 두 집단으로 구분할 수 있는데 하나는 할당제 국가이고 다른 하나는 비할당제 국가이다(OECD, 2003).

[표 2-3-1] 각 국의 장애인고용정책

구 분		국 가	
비할당제	차별금지법	장애인차별금지법	미국, 호주, 영국
		일반적 차별금지법	캐나다
	일반 노동정책		노르웨이, 덴마크
		일반노동정책 + 장애인차별금지법	스웨덴, 스위스
할당제		이탈리아, 폴란드, 벨기에 ¹ , 포르투갈 ¹ , 일본, 중국	
	할당제+장애인차별금지법	프랑스, 독일, 오스트리아, 스페인, 한국, 네덜란드 ¹	

1. 법적 제재조치가 없는 재량적 할당고용제

*출처 : OECD (2003); 심진예·김경아 외 (2006) 등을 참조하여 약간 수정

할당제 국가란 글자 그대로 할당고용정책을 주된 정책으로 하여 장애인고용정책을 실시하는 국가로 대륙유럽국가들이 대부분 이 유형에 속한다. 비할당제 국가는 차별금지제도 혹은 일반노동정책을 주된 정책으로 하는 국가들을 말하는데 북유럽국가들은 일반노동정책을 주축으로 하고 있고 영미권 국가들은 차별금지법제를 주축으로 하고 있다. 할당제 국가는 다시 장애인고용의무 미이행시에 부과되는 법적 제재조치를 운영하는 강제적 할당제 국가와 그런 법적 제재조치가 없

는 재량적 혹은 권고적 할당제 국가로 구분되는데, 할당제를 채택한 대부분의 국가는 강제적 할당제를 택하고 있으며 재량적 할당제를 택하는 국가는 벨기에, 포르투갈, 네덜란드가 대표적이다. 또한 비할당제 국가 중 차별금지법제를 채택한 국가들은 다시 일반적 차별금지법제를 채택한 국가와 장애인차별금지법제를 채택한 국가로 나뉠 수 있는데 전자로는 캐나다가 대표적이며, 후자로는 미국, 호주, 영국 등이 대표적이다.

그런데 1990년대까지만 해도 영미권 국가는 주로 차별금지정책을 채택하고 대륙유럽권 국가들은 주로 할당고용정책을 채택하는(OECD, 2003) 경향이 확연하여 국가군 간에도 뚜렷한 차이가 있었을 뿐만 아니라 차별금지정책과 할당고용정책은 병행할 수 없는 것이라는 인식도 있었다¹⁸⁾.

그러나 2000년 이후 할당고용제를 주된 정책으로 채택하고 있던 대륙유럽국가들이 차별금지법을 도입하면서 두 제도가 병행가능하다는 인식이 나타나게 되었다. 또한 그로 인해 장애인고용정책의 유형으로 구분된 국가군도 오늘날에는 차별금지정책만을 채택한 영미권 국가와 할당고용제 또는 일반노동정책 및 차별금지정책 양자를 모두 채택한 북유럽 및 대륙유럽국가로 구분되고 있다. 우리나라는 2008년부터 장애인차별금지법을 시행하여 할당고용제와 차별금지정책(장애인차별금지법) 양자를 모두 채택한 나라에 속한다.

최종단계로서의 고용에 초점을 두는 정책 외에 고용단계에 이르기까지의 직업재활정책도 중요하다. OECD(2003)는 각 국의 직업재활정책을 두 가지 기준에 따라 구분하는데 한 가지는 직업재활서비스의 강제화 여부이며 다른 한 가지는 직업재활서비스의 제공시점이다.

18) 이런 인식은 주로 할당제와 차별금지법은 철학적 전제가 서로 다르다는 점에 근거한 것인데, 양자 간의 가장 큰 차이는 장애인의 능력에 초점을 두는 차별금지법과 달리 할당제는 장애인의 무능력과 차이에 초점을 두는 데 있다(OECD, 2003: 106).

[표 2-3-2] 직업재활서비스의 유형

		직업재활서비스의 강제화 여부			
		강제적		중간형태	임의적
직업재활 서비스의 개입시기	초기단계	스웨덴	덴마크, 스페인, 오스트리아 ¹	-	-
	중간단계	노르웨이 스위스		벨기에, 네덜란드, 폴란드	호주, 프랑스, 이탈리아, 영국
	후기단계	-		터키	캐나다, 멕시코, 포르투갈, 미국

1. 덴마크, 스페인, 오스트리아는 직업재활서비스 개입시기가 초기단계와 중간단계에 걸쳐 있는 국가임
*출처 : OECD (2003).

직업재활서비스의 강제화 여부란 장애인관련급여를 신청할 경우 급여 제공 전에 재활서비스를 먼저 받도록 의무화하는가 여부를 말하는데 북유럽국가들 대부분과 대륙유럽의 일부 국가들이 장애인관련급여 수급 전에 직업재활서비스를 먼저 받도록 의무화하고 있다. 특히 이들 나라 중 덴마크, 스웨덴, 오스트리아 등은 이른바 직업재활의 급여우선원칙(“rehab goes before pension” principle)에 의거, 장애연금신청이 곧 직업재활서비스 신청으로 간주되도록 하고 있다(OECD, 2003: 108). 또한 직업재활서비스를 장애발생 초기단계부터 제공하는 나라(스웨덴, 독일 등)와 직업재활서비스가 장애가 고착된 이후에 제공되도록 제한되어 있는 나라(미국이 대표적), 그리고 이들 두 유형의 중간형태가 있다(OECD, 2003: 109).

각 국의 장애인고용정책의 특성을 평가한 OECD(2003)는 장애인고용정책의 유형과 장애인고용실태 간에 뚜렷한 관계를 발견하기는 어렵다는 결론을 내리고 있다. 이것은 장애인고용실태에 영향을 미치는 요인이 장애인고용정책 한 가지만이 아니라 해당 국가의 전반적인 노동시장상황이나 그 나라의 소득보장정책, 장애차별관행 등 다양한 요인이 영향을 미치기 때문이다. 하지만 다소 그 관계를 뚜렷이 찾기 어려운 한계 속에서도 대체로 보아 장애인고용에 관한 고용주책임강도가 높고 직업재활서비스가 조기에 제공되는 국가들이 장애인의 고용률이 높은 경향을 보임을 부정하기는 어렵다(OECD, 2003).

나. 우리나라의 장애인고용정책현황

위에서 OECD(2003)의 분류에 따라 구분한 장애인고용정책의 유형에 의하면 우리나라는 강제적 할당고용제를 채택하고 있으면서 그와 동시에 장애인차별금지법을 시행하여 두 제도를 병행하는 유형에 속한다.

1) 의무고용제도의 현황

우리나라는 1980년대 후반 민주화투쟁의 흐름과 함께 이루어진 장애단체의 양대법안투쟁¹⁹⁾에 힘입어 1990년에 「장애인고용촉진 등에 관한 법률」을 제정하고 이듬해인 1991년부터 의무고용제도를 시행하여 올해로 22년째를 맞이하고 있다.

법정의무고용률은 1991년에 1%, 1992년에 1.6%를 적용하였고 1993년부터 2%를 적용하여 시행하다가 2007년에는 정부기관의 의무고용률이 3%로 상향조정되어 2009년부터 적용되었고 2009년에는 민간부문에 대해서도 의무고용률이 상향조정되어 2010~11년 2.3%, 2012~13년 2.5%를 적용하고 2014년부터 2.7%를 적용하기로 되어 있다. 장애인고용의무사업장은 당초 300인 이상 사업장으로 시작하여 2004년에 50인 이상 사업장으로 확대되었다. 또한 제도 시행 초기부터 논란이 많았던 적용제외제도는 2006년에 폐지기로 결정된 이후 단계적으로 폐지하여 2010년부터는 완전히 폐지되었다.

법정의무인원에 미달하여 장애인을 채용한 경우에는 미달인원에 대해 부담금이 부과되는데 다만 상시근로자 50~100인 미만 사업장에 대해서는 부담금 부과가 면제된다. 법정의무인원을 초과하여 장애인을 채용하는 경우에는 초과인원에 대해 장려금이 지급된다.

19) 당시 양대법안투쟁이란 심신장애자복지법 개정과 장애인고용촉진법 제정을 위해 장애단체들이 벌인 투쟁을 말한다(김도현, 2007; 유동철, 2009).

[표 2-3-3] 법정의무고용률 추이

구 분	2009년까지*	2010-2011년	2012-2013년까지	2014년부터
민간부문	2.0%	2.3%	2.5%	2.7%
정 부	3.0%(2009년부터)			

* 1991년 1%, 1992년 1.6%, 1993년부터 2% 적용.

** 2010년부터는 중증장애인 더블카운트제 시행

의무고용제도에 의해 장애인을 고용하여 이것이 적용대상근로자 혹은 상시근로자와 비교하여 보이는 비중²⁰⁾을 의무이행고용률²¹⁾이라 할 수 있는데 이는 2010년 현재 1.94%(중증장애인 가산제 적용시 2.24%)이며 정부부문은 2.09%(중증가산시 2.40%)이고 민간부문(공공기관 포함)은 1.92%(중증가산시 2.22%)이다.

2) 직업재활사업 및 기타

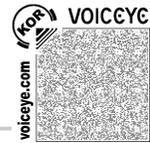
의무고용제도 외에 직업재활사업도 중요한 정책이다. 우리나라에서 직업재활사업은 노동부와 복지부, 그리고 교육부에서 각기 실시하고 있는데, 노동부는 한국장애인고용공단의 직업능력개발센터 등을 통해 실시하고 있으며 교육부는 특수교육기관²²⁾을 통해 실시하고 있다.

하지만 직업재활사업에서 가장 큰 비중을 차지하는 것은 장애인직업재활시설에 의한 사업이다. 장애인복지법에 의하면 장애인직업재활시설은 일반 작업환경에서는 일하기 어려운 장애인이 특별히 준비된 작업환경에서 직업훈련을 받거나 직업생활을 할 수 있도록 하는 시설로 규정되어 있다(장애인복지법 제58조 제1항 제3호). 따라서 우리나라 장애인직업재활시설은 직업재활서비스 제공기능과 함께 보호고용의 기능도 수행하도록 되어 있다. 과거 장애인직업재활시설은 장애인근로작업시설, 장애인보호작업시설, 작업활동시설, 직업훈련시설의 네 종류로 구분하였으나 2010년부터는 근로작업장과 보호작업장의 두 종류로 구분하게 되었다.

20) 업종별 적용제외율의 폐지로 2006년부터 의무이행고용률은 상시근로자를 기준으로 산출함.

21) 정부에서는 이를 단순히 장애인고용률이라고 표현하고 있는데 이 용어는 15세 이상 장애인 중 취업자 비중을 의미하는 고용률과 혼동될 소지가 있다.

22) 교육부에서 실시하는 직업재활서비스(직업교육)는 특수교육기관을 통한 직업교육, 전공과제도, 일반실업계 고등학교 특수학급의 직업교육이라는 세 가지 경로로 실시된다. 이 중 전공과는 2010년 현재 83개 특수학교 255학급이 설치되어 있으며 재학생 수는 2,411명이다(교육과학기술부, 2010). 이는 2007년 64개 특수학교 176개 학급에서 크게 증가한 것이다.



[표 2-3-4] 장애인직업재활시설의 종류와 기능

구 분	내 용
장애인 보호작업장	직업능력이 낮은 장애인에게 직업적응능력 및 직무기능 향상훈련 등 직업재활 훈련 프로그램을 제공하고, 보호가 가능한 조건에서 근로의 기회를 제공하며, 이에 상응하는 노동의 대가로 임금을 지급하며, 장애인 근로사업장이나 그 밖의 경쟁적인 고용시장으로 옮겨갈 수 있도록 돕는 역할을 하는 시설
장애인 근로작업장	직업능력은 있으나 이동 및 접근성이나 사회적 제약 등으로 취업이 어려운 장애인에게 근로의 기회를 제공하고, 최저임금 이상의 임금을 지급하며, 경쟁적인 고용시장으로 옮겨갈 수 있도록 돕는 역할을 하는 시설

*출처 : 장애인복지법 시행규칙 제41조 및 별표 4.

장애인직업재활시설은 2010년 현재 422개소이며 여기에 취업한 장애인은 11,932명이다(한국장애인고용공단 고용개발원, 2011). 이를 시설별로 나누어보면 근로작업장이 45개소(10.7%)이고 여기에 1,817명(15.2%)의 장애인이 취업해 있으며, 보호작업장이 377개소(89.3%)이고 여기에 10,115명(84.8%)의 장애인이 취업해 있다. 근로작업장이 시설 수에서 차지하는 비중에 비해 많은 장애인을 취업시키고 있지만 시설 수나 장애인의 수에서 보호작업장의 비중이 압도적으로 높게 나타나고 있다.

장애인직업재활시설을 통한 보호고용 외에 지원고용도 장애인고용에서 다소 작지만 일정한 비중을 차지한다. 우리나라는 2000년에 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 개정을 통해 지원고용의 법적 기반을 마련하였고, 현재 한국장애인고용공단과 한국장애인개발원에서 이를 담당하고 있다(박경수강경선 외, 2011: 198). 지원고용의 현장훈련을 수료한 장애인은 2009년 기준으로 2,322명이며 이 중 1,219명(52.5%)은 한국장애인고용공단을 통해 현장훈련을 수료하였고 1,103명(47.5%)은 한국장애인개발원을 통해 현장훈련을 수료하였다. 지원고용의 현장훈련을 수료한 인원 중 발달장애인은 1,799명으로 전체의 77.4%였다(박경수강경선 외, 2011: 198).

3) 장애인차별금지법

우리나라에서는 2000년 말부터 장애계에 의해 시작된 장애인차별금지법 제정은

동의 성과로 2007년 4월 10일 장애인차별금지법이 제정·공포되어 2008년 4월 11일부터 시행되고 있다.

국가인권위원회가 업무를 개시한 2001년 11월부터 장애인차별금지법이 시행되기 직전인 2008년 4월 10일까지 국가인권위원회에 접수된 장애차별사건은 총 653건이었는데 비해 장애인차별금지법이 시행된 2008년 4월 11일부터 2011년까지 접수된 장애차별사건은 무려 3,818건에 이를 정도로 장애차별진정이 급증하였다(조형석, 2012). 이 진정건수 변화를 기간을 감안하여 계산하면 장애인차별금지법이 시행되기 전 약 6년 5개월 동안 장애차별사건 접수건수는 월평균 약 8.6건인 셈이며 장애인차별금지법이 시행된 후 2011년까지 약 3년 9개월 동안 장애차별 접수건수는 월평균 85.4건에 이르는 셈이다. 그리하여 2011년의 경우 국가인권위원회에 접수된 전체 차별사건 1,802건 중 48.5%에 이르는 874건이 장애차별사건이다(조형석, 2012). 이는 장애인차별금지법이 시행되기 전 장애차별사건이 전체 차별접수사건의 20.4%에 그쳤다는 사실과 비교할 때 큰 변화가 아닐 수 없다.

그런데, 장애차별사건을 차별영역별로 구분해 보았을 때 장애인차별금지법 시행 이후부터 2011년까지 국가인권위원회에 접수된 고용차별사건은 모두 250건으로 전체 3,818건의 6.5% 정도(조형석, 2012)에 그치고 있다. 이는 고용차별이 상당한 쟁점이 되고 있는 외국과 다소 다른 점이라 하겠다. 또한 민간단체가 시행하는 것이기는 하지만 2009년 7월부터 개통된 장애차별상담전화(1577-1330)에 접수된 전화상담건을 차별영역별로 분류했을 때 고용차별이 약 15%를 차지하고 있다는 점(이성기·이선우 외 2010)과 비교해도 국가인권위원회에 접수된 고용차별건수는 상대적으로 비중이 낮다고 볼 수 있다.

【표 2-3-5】 고용영역 차별진정사건 접수현황

		계	2008년(4~12월)	2009년	2010년	2011년
장애차별사건 전체 (건)(A)		3,818	585	710	1,649	874
고용차별 (B)	건수	250	41	47	52	61
	B/A	6.5%	7.0%	9.6%	4.8%	7.1%

출처: 조형석 (2012).

이것이 우리나라에서 장애를 사유로 한 고용차별이 외국에 비해 적게 일어남을 의미한다고 보기는 어렵다. 그러면 왜 국가인권위원회에 접수되는 고용차별건수

가 것처럼 적은가? 한 가지 원인으로 생각할 수 있는 것은 아직 고용차별에 대한 인식이 그리 높지 않다는 점을 들 수 있다. 실제로 장애인차별금지법에 대한 장애인들의 인지도는 그리 높지 않은 것이 사실이다(이성기·이선우 외, 2010).

하지만 그보다 더 중요한 것은 장애인의 열악한 고용실태가 고용차별을 공식적으로 문제제기하기 어렵게 할 가능성이 있다. 이는 위에서 말한 전화상담건과 비교해보면 잘 알 수 있다. 전화상담건의 분류가 엄밀한 것은 아니지만 엄밀하지 못하다는 사실 자체가 공식적인 통로를 거쳐야 하는 차별진정과 장애인들이 현장에서 느끼는 차별현실이 차이가 있음을 보여주는 것일 수 있다. 즉, 장애인들이 영세한 사업장에 열악한 근로조건으로 취업하는 경우 고용차별이 있을 때 이를 익명성이 보장되는 전화상담을 통해 문제를 호소하기는 비교적 용이하지만 국가인권위원회라는 공식기구에 공식적인 절차를 거쳐 문제삼기는 상당히 어려울 수 있다는 것이다. 이는 물론 법령이 가지는 불가피한 규범성에서 초래되는 현실과의 격차 때문일 수 있다. 하지만 그렇다 하더라도 기왕에 의무고용제도와 장애인차별금지법이 병행 시행되고 있는 상황에서 장애인차별금지법이 좀 더 역할을 강화하도록 하는 것은 필요한 일일 것이다.

2. 장애인 경제활동실태와 고용정책의 문제

지금까지 우리나라 장애인고용정책에 대해 살펴보았다. 우리나라 장애인고용정책은 할당고용제도와 차별금지법제를 병행하는 유형에 속하며 그에 따라 의무고용제도와 직업재활사업 그리고 장애인차별금지법을 시행하고 있다.

앞에서도 언급한 바와 같이 장애인고용정책이 장애인의 고용상황에 영향을 미치는 요인의 전부는 아니지만 그 중요성을 부인할 수는 없다. 우리나라가 실시하고 있는 여러 가지 장애인고용정책에도 불구하고 우리나라 장애인들의 고용상황은 크게 개선되지 못하고 있다.

이하에서는 장애인고용정책의 거시적 결과라 할 수 있는 장애인의 경제활동실태를 전반적으로 살펴본 후 장애인고용정책의 문제점에 대해 살펴본다.

가. 장애인의 경제활동실태

우리나라 장애인들의 경제활동실태가 열악함은 널리 알려진 사실이다. 물론 장

애인 경제활동실태를 파악하는 조사에 따라 그리고 심지어는 동일한 조사라도 조사시기에 따라 특히 실업률에는 수치상 차이가 있는 것이 사실이다²³⁾. 하지만 총인구와 비교할 때 장애인의 고용률이 낮고 실업률이 높은 것에는 변함이 없다.

경제활동통계상의 상이함은 뒤에서 다루기로 하고 여기서는 2010년 장애인 경제활동실태조사를 기준으로 장애인들의 경제활동실태에 대해 살펴본다. 장애인 경제활동실태조사는 2010년에 한 차례 이루어지고 그 후에는 실시된 바 없지만 복지부에서 실시하는 장애인 실태조사에 비해 경제활동에 관련하여 좀 더 풍부한 정보를 담고 있다.

1) 고용률과 실업률

장애인의 경제활동실태를 파악할 수 있는 대표적인 지표로 고용률과 실업률을 보면 장애인은 고용률은 낮고 실업률은 높은 경향을 보인다.

장애인 경제활동실태조사 결과에 의하면(한국장애인고용공단, 2010) 2010년 5월 기준으로 우리나라 15세 이상 장애인들의 경제활동참가율은 38.5%로 같은 시점 총인구의 경제활동참가율 61.9%의 3/5 수준에 불과한 것으로 나타났다. 일자리 수를 보다 잘 보여주는 고용률을 보면 장애인의 고용률은 2010년 5월 기준으로 36.0%로 역시 같은 시점 총인구 고용률 60.0%의 3/5 수준이다. 반면 실업률은 6.6%로 같은 시점 총인구 실업률 3.2%의 2배가 넘는다.

23) 예컨대, 2005년도 실태조사에서 실업률은 ILO기준 실업률과 미취업원인 고려시의 실업률(즉, 실망실업률 등을 포함한 실업률)의 두 가지로 파악되었는데 전자는 10.58%, 후자는 23.06%로 나타났다. 반면 2011년도 실태조사에서 실업률은 7.78%로 파악되었다. 한편 한국장애인고용공단이 실시한 2010년 장애인 경제활동실태조사에서는 실업률이 6.6%로 파악되는 등 통계마다 수치에 차이가 있다.

[표 2-3-6] 장애인의 경제활동실태 (2010년 5월 현재)

		15세 이상 인구	경제활동인구			비경제 활동인구	경제활동 참가율(%)	실업률 (%)	고용률 (%)
			계	취업자	실업자				
장애 인구 (명)	전체	2,376,431	915,217	855,158	60,059	1,461,214	38.5	6.6	36.0
	남성	1,391,839	673,231	631,960	41,271	718,608	48.4	6.1	45.4
	여성	984,592	241,985	223,197	18,788	742,607	24.6	7.8	22.7
총인구 (천명)	전체	40,533	25,099	24,306	793	15,434	61.9	3.2	60.0
	남성	19,819	14,635	14,116	519	5,185	73.8	3.5	71.2
	여성	20,714	10,464	10,190	274	10,250	50.5	2.6	49.2

*주 : 실업률은 4주 기준 실업률임.

*출처 : 한국장애인고용공단 2010. 『2010 장애인 경제활동 실태조사』

[표 2-3-7] 총인구에 대비한 장애인 경제활동의 실태 (2010년 5월 기준)

	총인구에 대비한 장애인구의 비중(%)					장애인구 비중 대비 경제활동 및 비경제활동장애인의 비중(B/A, C/A)(%)			
	15세이상 인구(A)	경제활동인구(B)			비경제 활동인구(C)	경제활동인구			비경제 활동인구
		계	취업자	실업자		계	취업자	실업자	
계	5.9	3.6	3.5	7.6	9.5	62.2	60.0	129.2	161.5
15~29세	1.3	1.0	0.9	2.0	1.6	74.6	69.4	151.8	120.2
30~39세	2.4	1.8	1.7	4.1	4.2	74.9	71.6	168.0	174.4
40~49세	4.4	3.3	3.0	13.1	9.2	73.7	68.7	295.5	207.2
50~59세	7.6	4.9	4.7	15.1	15.1	65.1	62.3	199.4	199.6
60세이상	15.4	9.9	9.7	18.9	19.1	64.1	62.9	122.4	123.6

*출처 : 한국장애인고용공단. 2010. 『2010 장애인 경제활동실태조사』에서 필자 계산

장애인의 경제활동실태는 총인구와 직접적으로 비교하여 파악해볼 수도 있다. 즉, 15세 이상 총인구 중 장애인구의 비중과 총인구의 경제활동인구 중 장애인의 비중 등의 측면에서도 파악해볼 수 있다는 것이다.

15세 이상 인구는 총인구로는 40,533천명이며 이 중 장애인은 2,376천명으로 5.9%에 달한다. 그런데 경제활동인구는 총인구로는 25,099천명이지만 이 중 장애인은 915천명으로 3.6%에 불과하며, 총인구 중 취업자는 24,306천명이지만 이 중 장애인은 855천명으로 3.5%에 불과하다. 따라서 장애인은 15세 이상 인구 중 5.9%이나 경제활동인구와 취업인구에서는 그보다 2.3%포인트 내지 2.2%포인트 낮

은 수치로 분포되어 있는 것이다. 반면에 실업자에서는 장애인이 과대분포되어 있다. 즉, 15세 이상 인구의 5.9%에 이르는 장애인이 실업자에서는 그보다 1.7%포인트 높은 7.6%를 차지하는 것이다. 비경제활동인구에서의 과대분포는 더욱 심하여 비경제활동인구 중 장애인은 9.5%에 달한다. 한편 총인구 대비 취업장애인과 실업장애인, 비경제활동장애인의 비중을 15세 이상 인구 중 장애인 비중을 기준으로 백분율로 환산해보면 취업자에서의 과소분포와 실업자 및 비경제활동인구에서의 과대분포가 더욱 선명하게 드러난다.

[표 2-3-8] 장애정도별 경제활동상태 (2010년 5월 기준)

(단위 : 명, %)

	15세이상 인구	경제활동인구			비경제 활동인구	경제활동 참가율	실업률	고용률
		계	취업자	실업자				
전체	2,376,431	915,217	855,158	60,059	1,461,214	38.5	6.6	36.0
중증	797,530	161,062	142,102	18,960	636,468	20.2	11.8	17.8
경증	1,578,901	754,155	713,056	41,099	824,746	47.8	5.4	45.2

*주 : 실업률은 4주 기준 실업률임.

*출처 : 한국장애인고용공단 2010. 『2010 장애인 경제활동 실태조사』

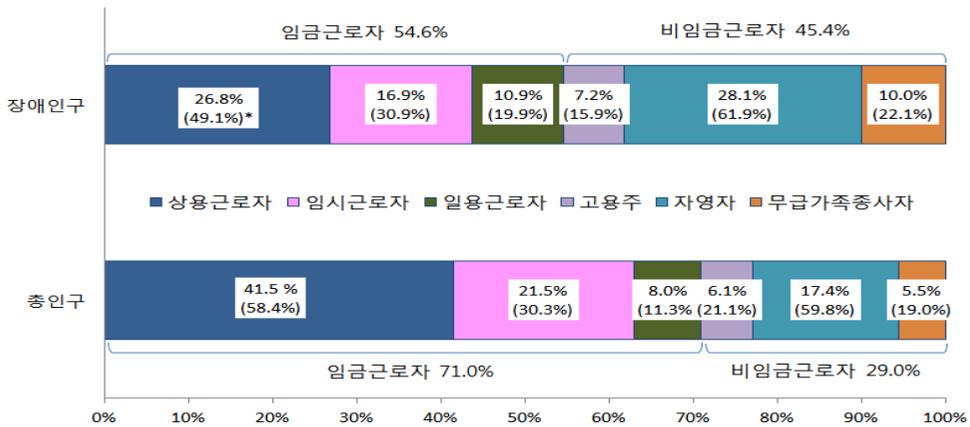
이와 같은 열악한 경제활동실태는 장애인 내부적으로도 편차가 상당히 심하다. 우선 성별로 보면 장애남성은 고용률이 45.4%인데 비해 장애여성의 고용률은 22.7%로 장애여성의 고용률은 장애남성의 1/2 수준에 그치고 있다. 반면 장애여성은 실업률이 7.8%로 장애남성의 실업률 6.1%보다 1.7%포인트 더 높다. 또한 장애유형별로도 경제활동의 편차가 큰데 정신적장애인은 고용률이 18.4%에 불과하며 내부장장애인은 고용률이 22.9%에 불과하다. 장애정도별로 보면 경증장애인은 고용률이 45.2%이지만 중증장애인은 고용률이 17.8%로 경증장애인의 2/5 수준에 그치고 있다.

2) 종사상지위 및 근로형태별 분포

위에서 본 것처럼 장애인들의 경제활동실태는 총인구에 비해 열악하여 고용률이 낮는데, 여기에 더하여 장애인들은 취업한 경우에도 그 종사상 지위가 열악한 편이다.

취업자를 종사상 지위에 따라 분류할 때 취업장애인들은 비임금근로자 비중이

45.4%로 총인구의 29.0%에 비해 비임금근로자 비중이 상당히 높다. 비임금근로자 내에서 보면 장애인들은 피고용인이 없는 영세자영업자가 61.9%에 달하고 무급가족종사자가 22.1%에 달하는 반면 고용주는 15.9%로 영세자영업자와 무급가족종사자가 더 많은 비중을 차지하는 것으로 나타난다(한국장애인고용공단, 2010). 임금근로자로 취업한 경우에도 장애인들의 종사상 지위는 열악하여 임금근로장애인들 중 상용근로자는 49.1%로 총인구 중 상용근로자 58.4%보다 낮고 임시직 근로자의 비중은 총인구와 비슷하지만 일용직 근로자는 총인구보다 높아서 19.9%에 달한다(한국장애인고용공단, 2010).

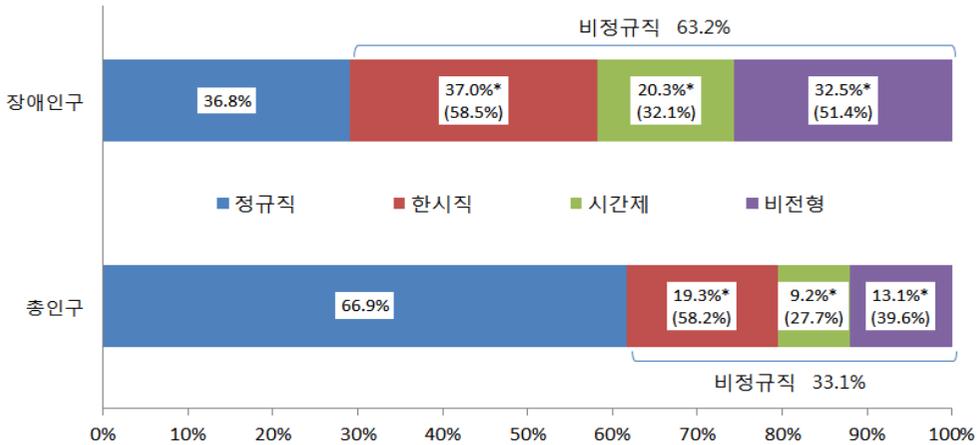


[그림 2-3-1] 종사상 지위별 취업자 구성의 비교

* 괄호 안의 수치는 임금근로자 내 비중 또는 비임금근로자 내 비중임.

주 : 고용주는 1명 이상의 유급종업원을 둔 자영업자, 자영자는 유급종업원이 없거나 무급가족종사자만을 둔 자영업자.

*출처 : 한국장애인고용공단 2010. 『2010 장애인 경제활동 실태조사』.



[그림 2-3-2] 근로형태별 임금근로자 구성의 비교

* 비정규직 내의 유형은 유형별 중복으로 합계가 100%를 초과함. 괄호 안의 수치는 비정규직 내 비중임(이 역시 유형별 중복 수치임).

주 : 한시직은 기간제근로자 등을 말하며, 비전형은 파견, 용역, 특수형태근로, 가정내근로, 일일근로 등을 말함.

*출처 : 한국장애인고용공단 2010. 『2010 장애인 경제활동 실태조사』.

한편 장애인들의 종사상 지위의 열악함은 근로형태별 임금근로자 비중에도 반영된다(한국장애인고용공단, 2010). 임금근로장애인 중 정규직 근로자는 36.8%에 불과하며 비정규직 근로자가 63.2%에 이른다. 이는 총인구의 경우 정규직 근로자가 66.9%, 비정규직 근로자가 33.1%인 것과 크게 대조된다. 또한, 비정규직 근로자 내에서 보면, 장애인들은 시간제근로자 등의 단시간근로자와 파견·용역·일일근로자 등 비전형근로자가 상대적으로 많은 비중을 차지한다(중복응답).

3) 장애인의 근로조건

근로조건 중 가장 중요한 것으로는 임금수준을 들 수 있다. 장애인 경제활동실태조사에 의하면 장애인근로자의 월평균임금은 1,342천원(2010년 5월 기준, 조사시점 전 3개월 평균임금)으로 나타났다(한국장애인고용공단, 2010). 이는 2010년 전체근로자 월평균급여 2,023천원(통계청, KOSIS)의 66.3% 수준이다.

이와 같은 낮은 수준의 임금도 정규직과 비정규직 간에 격차가 총인구에 비해 더 크다. 비정규직 장애인의 월평균임금은 1,004천원으로 정규직 장애인의 월평균임금은 1,947천원에 비해 51.6% 수준이다. 하지만 총인구의 경우 정규직근로자의

월평균임금은 2,298천원이고 비정규직근로자의 월평균임금은 1,219천원으로 비정규직근로자의 임금은 정규직의 53.3% 수준이다. 특수형태근로자를 포함하면 총인구의 경우 비정규직근로자의 월평균임금은 1,360천원으로 정규직의 59.2% 수준이다. 총인구와 장애인 모두 비정규직근로자의 임금수준이 정규직에 비해 상당히 낮은 것은 마찬가지이지만 그 격차는 장애인에게서 더 크게 나타나고 있는 것이다. 이는 아마도 장애인 비정규직근로자 가운데 일일근로자 등의 비전형근로자가 상대적으로 많은 데에서 기인하는 것이 아닌가 생각한다.

나. 장애인고용정책의 문제점

1) 부처간 분업 및 연계 결여

장애인고용정책은 넓게 보아 직업재활정책까지 포함하는데 우리나라의 직업재활정책은 OECD(2003)에서 말하는 것처럼 장애급여와 같은 소득보장정책과 어떤 형식으로도 연계되어 있지 않아서 예컨대 장애인연금이나 장애수당의 수급과 직업재활서비스는 아무런 관련이 없다. 이는 그동안 장애인 대상의 소득보장정책이 미미한 데에도 원인이 있으며 또한 국민기초생활보장제도와 같은 공공부조에서는 근로능력심사를 하지만 장애인은 근로무능력자로 간주하는 제도를 두고 있는 데서 보듯이 장애인을 처음부터 「무능력자」로 보는 문화적 관행에도 원인이 있고 나아가 소득보장의 수급자격결정에 장애등급을 결정적인 기준으로 사용해온 관계로 소득보장은 장애등급과 강하게 연결되어 있을 뿐 직업재활서비스와 연결시킬 필요성 자체가 없었던 데에도 원인이 있다. 오히려 우리나라의 경우는 직업재활사업 내부적으로 그리고 직업재활사업과 의무고용제도 간에 연계가 결여된 것이 문제이다.

현재 우리나라의 장애인 직업재활 및 고용정책을 소관하는 주요 부처는 복지부와 노동부, 그리고 교육부의 3개 부처이다. 이들 세 부처가 직업재활 및 고용정책에 관여하게 된 데에는 나름의 역사적 배경이 있지만 문제는 각 부처 간 정책연계가 제대로 이루어지지 않고 있다는 점이다.

예컨대 1990년대 초에 교육부 산하 특수교육기관에 설치된 전공과는 당초 특수교육기관 고등부 졸업반 학생들에게 보다 전문적인 직무교육을 실시한다는 목적을 가진 것이었으나 현재는 이것이 특수교육기간을 연장하는 수단으로 활용되고

있다는 비판을 받고 있으며 직무교육은 적절히 이루어지지 못하고 있다. 이는 비단 특수교육기관만의 잘못이라고 할 수는 없으며 특수교육을 마친 장애인에게 필요한 서비스가 복지부나 노동부를 통해 원활히 제공되지 못하기 때문에 발생하는 문제이다.

미국의 경우 특수교육기관 졸업반 학생들은 노동부의 직업재활인력에게 의뢰되어 졸업을 앞둔 기간 동안 특수교육기관에서 일반교육을 받는 한편 직업관련서비스는 직업재활인력을 통해 제공되어 졸업 후에도 직업재활인력이 취업알선과 사후지도를 하고 있다. 이를 전환교육이라 할 수 있는데 우리나라는 이러한 전환교육체계가 결여되어 있고 그 주된 이유는 부처간 연계가 없다는 데에 있다.

복지부와 노동부 간의 정책연계도 부족하기는 마찬가지이다. 복지부 산하에 직업재활시설이 422개소(2010년 기준)나 있지만 여기서의 보호고용이나 직업재활서비스가 의무고용제도와 갖는 연계성은 거의 없다고 해야 할 것이다. OECD 국가들은 1990년대 이후 장애인에 대한 노동시장정책을 강화하면서 실업장애인을 최우선적인 정책대상으로 포함시키는 방향으로 전환해왔다(Thornton and Lunt, 1997). 하지만 우리나라는 부처간 정책연계가 없기 때문에 사실상 실업장애인에 관한 정보를 체계적이고 종합적으로 관리하는 기관이 존재하지 않는다. 게다가 복지부 산하 직업재활시설들은 실업장애인에 관한 정보를 가지고 있다 해도 노동시장정책기능이 없기 때문에 이를 적절히 활용할 위치에 있지 않다. 직업재활서비스가 의무고용제도와 연계되어 있지 않다는 것은 바꿔 말하면 의무고용제도 역시 직업재활서비스와 연계되어 있지 않다는 것이다. 의무고용제도의 운영을 담당하는 장애인고용공단은 인프라 부족으로 이미 의무고용제도에 접근해있는 장애인들에게만 서비스를 제공할 뿐이며 의무고용제도에 접근해 있지 않은 실업장애인들에 대해서는 적절한 정보를 가지고 있지 못하며 설사 정보를 가지고 있다 해도 이들에게 직업서비스와 복지서비스를 적절히 연계하여 제공할 상황에 있지 못하다.

이처럼 각 부처가 사회서비스 욕구와 직업욕구를 가진 장애인을 각자가 가진 자원을 가지고 각기 별도로 접근하고 있을 뿐 서로 연계하여 서비스를 제공하지 않기 때문에 자원이 각 부처별로 중복투입되는 한편 자원투입의 효과성은 낮아서 서비스가 특정 대상자에게 집중되고 서비스를 받지 못하는 장애인은 계속 받지 못하는 등 중복과 사각이 동시에 나타나고 있다.

2) 직업재활시설의 문제와 장애인의 근로자성

우리나라에서 특히 중증장애인의 취업을 담당하는 주요 기관으로는 장애인직업재활시설을 들 수 있다. 하지만 현재 직업재활시설은 극히 일부를 제외하면 대개 영세한 규모이며 시설관리자의 경영능력이 업종선택이나 시장조사 및 판매처확보 등에서 전문성을 결여하고 있다(이선우, 2009). 또한 직업재활시설의 상당수는 취업장애인에게 최저임금을 지급하지 못하고 있는데, 시설유형별로 보면 근로작업장은 2/3 가량이 최저임금을 지급하고 있지만 보호작업장은 2/3 가량이 최저임금을 지급하지 못하고 있다. 또한 현행 법령상으로는 직업재활시설에 대해 전이(轉移)를 규정하여 보호작업장은 장애인을 근로작업장 또는 경쟁고용으로, 근로작업장은 장애인을 경쟁고용으로 전이시킬 것을 명시하고 있지만 사실상 직업재활시설의 전이실적은 전무한 실정이다.

직업재활시설에서 일하는 장애인과 관련해서 크게 문제가 되는 것은 바로 그들의 근로자성 인정문제이다. 이는 특히 보호작업장의 경우 그러한데 여기서 일하는 장애인과 관련해서는 근로자성이 모호하여 현장에서 커다란 혼란의 원인이 되어 왔다(강동욱석말숙, 2006). 보호작업장 장애인의 근로자성 문제는 정부정책에서도 혼란스럽게 나타나고 있다. 정부는 원칙적으로 일반고용에 적용되어야 할 고용장려금을 일부 보호작업장에도 지급하고 있어 마치 이들 보호작업장에서 일하는 장애인을 근로자로 인정하는 듯한 태도를 보이지만 다른 한편으로는 보호작업장에 대해 최저임금적용제외를 인정하여 근로자로 인정하지 않는 태도를 보이고 있다.

그런데 최근에 보호작업장 장애인의 근로자성과 관련하여 주목할 만한 판결이 나왔다(이와 관련된 구체적인 내용은 서정희, 2012 참조). 즉, 서울행정법원은 한 직업재활시설이 최저임금적용제외 신청을 한 건과 관련하여 직업재활시설에서 일하는 장애인들은 훈련생이 아니라 근로자라고 판결하였다. 이에 대해 직업재활시설에서 일하는 장애인들은 근로자성 인정을 통해 고용장려금을 받을 길이 열렸다고 환영하는 분위기이다(서정희, 2012: 2). 하지만 서울행정법원은 장애인의 근로자성은 인정하였지만 그와 동시에 최저임금적용제외도 인정하였다. 즉, 보호고용장애인이 근로자이기는 하지만 최저임금은 지급하지 않아도 된다고 판결한 것이다. 이런 점에서 서울행정법원의 판결은 일보진전이기는 하지만 최저임금과 같은 노동권의 보장을 유예한 한계를 가진 것이기도 하다(서정희, 2012).

보호고용 장애인의 근로자성이 법원에 의해 인정되었으므로 향후 법령해석과 연관하여 근로자성에서 초래될 혼란은 일단 정리되었다고 볼 수 있다. 향후 중요한 것은 노동권의 보장을 위해 어떤 제도적 장치를 마련할 것인가 그리고 직업재활시설의 운영을 어떻게 개선할 것인가 하는 점이다. 보호고용 장애인이 근로자성을 인정받는 것은 그것이 고용장려금을 받을 수 있어서라기보다는 근로자성 인정을 통해 노동권을 보장받아야 하기 때문에 중요한 것이다. 이를 위해서는 직업재활시설에 대한 국가의 정책적 지원이 절실히 필요하다(이선우, 2009).

3) 의무고용제도의 문제점

① 법정의무고용률의 미달성

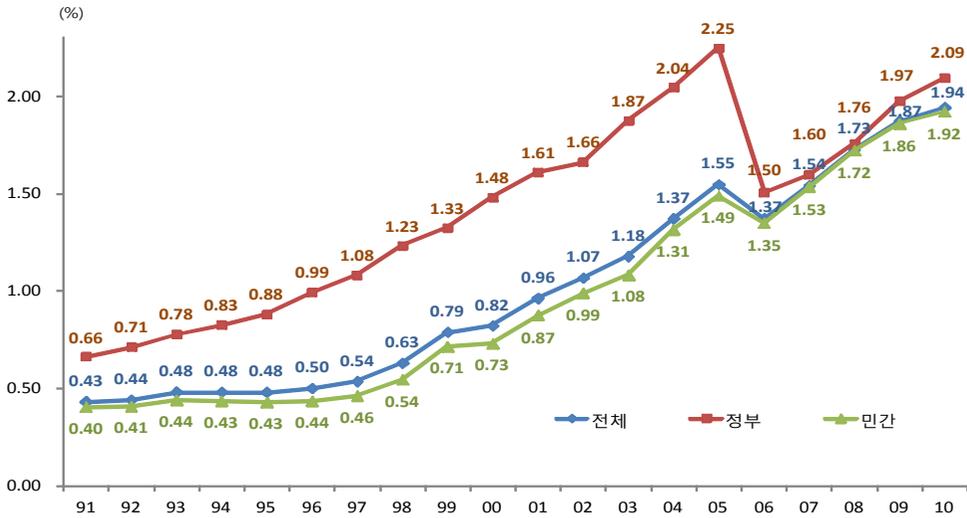
우리나라는 장애인의무고용제도를 시행한 지 20년이 넘었지만 아직도 법정의무고용률을 달성하지 못하고 있다. 2010년 말 기준으로 장애인의무이행고용률²⁴⁾ 정부부문이 2.09%이고 민간부문이 1.92%이며, 이들을 합친 의무이행고용률은 1.94%로 현행 법정의무고용률 2.5%에 미치지 못하고 있다. 그리하여 의무고용달성률은 77.6%에 그치고 있다²⁵⁾. 정부부문의 의무이행고용률이 상대적으로 높지만 역시 법정의무고용률에 미달키는 마찬가지이며 게다가 정부의 법정의무고용률은 3%이기 때문에 의무고용달성률은 더 낮다.

물론 그동안 의무이행고용률이 꾸준히 증가해온 것은 사실이다. 또한 한 때 의무이행고용률이 정부부문의 경우 2.25%에 달해 당시 법정의무고용률 2%를 초과하여 의무고용달성률이 112.5%에 달한 적이 있었던 것도 사실이다. 하지만 이는 업종별 적용제외제도가 있을 때의 실적이다. 업종별 적용제외제도는 사실상 장애차별의 소지가 있는 것으로 용인되기 어려운 제도인데 우리나라는 이런 제도를 제도 도입 때부터 운영하여 15년 가까이 운영해 왔다. 그리하여 업종별 적용제외제도의 단계적 폐지가 개시된 2006년에 갑자기 하락하여 정부부문의 의무이행고용률도 1.5%에 불과하게 되었다. 그 후 업종별 적용제외제도는 2010년에 완전히 폐지되었고 그동안 의무이행고용률도 다시 상승하고 있지만 아직 법정의무고용률

24) 앞서 말한 바와 같이 의무고용제도에 의해 고용한 장애인이 상시근로자(2006년 이전까지는 적용대상근로자)에서 차지하는 비중은 흔히 장애인고용률이라고 하지만 이는 15세 이상 장애인 중 취업장애인의 비중을 의미하는 장애인고용률과 혼동될 수 있기 때문에 여기서는 이를 의무이행고용률이라고 표현한다.

25) 의무고용달성률은 의무이행고용률을 법정의무고용률로 나눈 수치이다.

을 달성하고 있는 것은 아니다.



[그림 2-3-3] 의무이행고용률의 추이

*주 : 업종별 적용제외율 폐지로 2006년부터 의무이행고용률은 상시근로자를 기준으로 계산함.

*출처 : 한국장애인고용공단 고용개발원. 2011. 『2011 장애인 통계』에서 필자 그림

법정의무고용률의 달성은 여러 가지 요인에 의해 영향을 받을 수 있다. 제도의 변화도 그 한 요인일 수 있으며(앞에서 말한 업종별 적용제외제도의 폐지가 그 한 예이다), 전반적인 노동시장상황도 그 요인일 수 있다. 하지만 그런 여러 가지 원인 중에서 정책적으로 의미 있는 것으로는 사회가 장애인고용에 관련하여 고용주들에게 얼마나 책임을 강하게 부과하는가가 매우 중요하다.

② 약한 고용주책임

OECD(2003)에 따르면 장애인고용정책의 중요한 요소 중 한 가지는 고용주에게 부과된 장애인고용책임의 강도이다. 장애인고용에 관련된 고용주책임의 강도는 장애인고용을 이행치 않은 고용주에 대한 제재조치가 제도화되어 있는가 여부와 이런 제재조치를 실제로 실행할 정책적 수단이 마련되어 있는가 여부에 의해 결정된다(OECD, 2003: 106). 할당고용제를 택하는 경우 고용주책임을 강제하는 수단으로는 법정의무고용률과 장애인미고용기업에 부과되는 부담금의 수준이 중요하다(OECD, 2003: 107).

앞서 언급한 바와 같이 현재 우리나라의 법정의무고용률은 2.5%이며 이는 2014년부터는 2.7%로 상향토록 되어 있다. 이는 과거보다는 상향된 것이지만 OECD 국가들과 비교하면 여전히 낮은 수준이다. OECD 국가들 중 법정의무율이 낮은 나라로는 스페인과 일본, 벨기에를 들 수 있는데 스페인은 법정의무율이 2%이고 일본은 기업규모에 따라 1.8~2.1%가 적용되며 벨기에는 2~2.5%이다. 하지만 벨기에는 법적 제재조치가 없는 재량적 할당고용제이므로 비교대상으로 보기 어렵다. 강제적 할당제를 채택한 국가 중 스페인과 일본을 제외하면 독일은 법정의무고용률이 5%이며, 오스트리아는 4%, 프랑스 6%, 이탈리아 7%, 폴란드 6% 등으로 우리나라보다 훨씬 높다.

장애인고용의무 미이행기업에 부과되는 부담금을 보면 오스트리아는 그 수준이 임금총액 대비 0.4%이며 프랑스는 0.45~0.75%, 독일은 0.25~0.65%이다. 우리나라의 부담금은 임금총액 대비 0.5% 수준이어서 유럽국가들과 비교하여 반드시 낮다고만 하기는 어렵다.

[표 2-3-9] 주요 국가 할당고용제의 고용주책임부과 내용

	의무고용률 및 적용범위	고용의무 미이행시 제재조치
오스트리아	4% (중증 2배 가중), 공공 및 민간의 25인 이상	미고용 장애인 1인당 월 200유로의 벌금(임금총액의 0.4%)
프랑스	6% (중증 2배 가중, 고용 후 2년간), 공공 및 민간 19인 이상	시간당 최저임금의 300-500배, 미납시 25%의 가산금(월 150-250유로, 임금총액의 0.45-0.75%)
독일	5% (중증 2 또는 3배 가중), 공공 및 민간 19인 이상	미고용 장애인 1인당 월 100-250 유로(임금총액의 0.25-0.65%)
이탈리아	7%, 공공 및 민간의 50인 이상, 15-35인은 1인, 36-50인은 2인	미고용 1인당 근로일당 52유로(적합한 장애인 구직자가 없을 경우 1/4)(임금총액의 4% 혹은 1%)
폴란드	민간 6% (25인 이상, 중증 2배 또는 3배 가중), 공공 2%	미고용 1인당 월평균임금의 40.65% (임금총액의 2.4%)
스페인	2%, 공공 및 민간의 50인 이상	제재조치 없음 (단, 장애인근로자를 노동당국에 보고할 의무)
일본	1.8-2.1%, 공공 및 민간의 48인~56인 이상	미고용 1인당 월 5만엔
한국	2.5%(14년부터 2.7%), 공공 및 민간의 50인 이상	최저임금의 65~75%(채용실적에 따라 변동) (미고용 1인당 324달러, 임금총액의 0.5%)

주: 재량적 할당제 국가인 포르투갈, 벨기에, 네덜란드는 제외.

출처: OECD (2003); 심진예·김경아 외 (2006).

그런데 고용주책임강도는 반드시 할당고용제를 채택한 나라에만 적용될 수 있

는 것은 아니다. OECD(2003)는 고용주에 대한 제재조치 및 그 실현수단을 기준으로 할당제 및 비할당제 국가 전체를 대상으로 고용주책임강도를 강, 중, 약의 세 유형으로 분류한 바 있다. 이에 의하면 고용주책임강도는 할당제 국가에서 반드시 높다고 하기 어렵다는 점을 알 수 있다. 오히려 고용주책임강도는 차별금지법제를 택한 나라가 높으며 일반노동정책을 택한 나라들도 그 강도가 낮지 않다.

[표 2-3-10] 장애인고용정책의 특성과 장애인 고용실태

		장애인 고용관련 제도		장애인 고용실태	
		의무고용률	고용주책임강도	고용률(%)	실업률(%)
일반노동정책	덴마크	-	2.0	48.2	15.7
	스웨덴	-	3.0	52.6	18.0
	노르웨이	-	2.0	47.1	5.6
	평균		2.3	49.3	13.1
강제적 할당고용제	독일	5%	2.5	46.1	20.5
	오스트리아	4%	1.5	43.4	13.0
	프랑스	6%	2.0	47.9	17.5
	폴란드	6%	2.0	21.0	19.4
	스페인	2%	2.0	22.1	27.0
	이탈리아	7%	3.0	32.1	14.5
	평균		2.2	35.4	18.7
차별금지법제	영국	-	2.5	38.9	12.1
	호주	-	2.5	41.9	10.2
	캐나다	-	2.5	41.5	10.7
	미국	-	2.5	48.6	5.3
	평균		2.5	42.7	9.6
OECD 평균			2.1	41.4	15.2
한 국		2%	1.0	47.0	22.6

*주 1. 재량적 할당고용제 국가는 제외함. 이들 나라는 고용주책임강도가 모두 약한 나라로 분류됨.
 2. 각 국의 정책기조는 장애인 경제활동상태에 관련된 수치의 해당연도(2000년 경)를 기준으로 표시함. 이에 따라 할당제나 일반노동정책과 차별금지제를 병행하는 국가가 별도 구분되지 않음
 3. 고용주책임은 고용주에게 장애인고용을 강제하는 정도를 말하며, 강함, 보통, 약함을 각기 3점, 2점, 1점으로 점수화한 것임(강함과 보통의 중간은 2.5점, 보통과 약함의 중간은 1.5점).

*출처 : 남찬섭 (2008); OECD (2003).

고용주책임강도를 각 국의 장애인고용실태와 연관지어 보면 양자 간의 그리 뚜렷한 관계를 발견하기는 어렵다(OECD, 2003). 이는 앞서서도 언급한 바와 같이 장애인의 고용실태에 영향을 미치는 요인은 각 국의 전반적인 노동시장상황이나

차별관행, 소득보장정책 등 다양하기 때문이다. 그렇기는 하지만 고용주책임강도가 높은 국가들의 장애인고용실태가 상대적으로 양호한 경향이 있는 것은 어느 정도 드러난다(예컨대, 스웨덴, 독일, 미국 등이 그러하다).

우리나라의 경우 OECD(2003)의 평가에 따르면 강제적 할당고용제를 채택하고 있음에도 불구하고 고용주책임강도가 가장 낮은 유형에 속하고 있다. 물론 부담금 수준은 유럽국가들에 비해 반드시 낮은 것은 아니지만 이 역시 실효성에는 의문이 있다. 예컨대, 우리나라 기업들을 대상으로 실시한 조사에 따르면 조사대상 기업들 중 47.1%가 부담금이 기업운영에 어려움을 준다고 응답한 바 있다(조영재·이범재 외, 2006). 그런데 이상한 것은 같은 조사에서 이처럼 부담금이 기업운영에 부담이 된다고 해서 기업이 장애인고용에 나서는 것은 아니라는 결과도 나왔다. 이는 우리나라의 부담금수준이 낮은 편은 아니지만 그렇다고 해서 실효성이 있다고 하기도 어려움을 보여준다. 이런 요인들이 의무고용제도 시행 20년이 넘어가는 시점에서조차 법정 의무고용률이 달성되지 못하고 나아가 장애인들의 전반적인 경제활동상황이 열악한 데에 한 원인이 되었을 것이라 생각할 수 있다.

③ 장애인고용기금의 재정문제

우리나라 장애인고용기금과 관련해서는 그 재정문제가 지속적으로 거론되어 왔다. 특히 정부부처를 비롯하여 많은 논자들은 현행 장애인고용기금은 장애인고용 의무를 이행치 않은 사업주의 부담금으로 조성되고 있어 기업이 장애인고용 의무를 준수할수록 부담금수입이 줄고 장려금지출이 늘어나도록 되어 있어 구조적인 모순을 안고 있다고 주장한다. 이 주장이 틀린 것은 아니지만 주장의 초점은 재고의 여지가 있다. 즉, 장애인고용과 관련된 주된 정책들을 할당고용제도가 아닌 그 외의 다른 어떤 것으로 전환하고자 할 때에는 그러한 주장이 충분히 제기될 수 있다. 하지만 그런 주장을 펴는 사람들 중 할당고용제도 자체를 폐기하자거나 그것 외의 다른 정책으로 전환하자고 주장하는 사람은 없다. 할당고용제도의 유지를 전제하면서 「부담금수입-장려금지출」이라는 할당고용제도의 재정구조 자체를 비판함으로써 스스로 딜레마에 빠지게 되는 것이다.

할당고용제도는 그 자체로 일정한 역할을 하고 있으므로 그것을 폐기하거나 다른 것으로 전환한다는 것은 생각하기 어렵다. 그렇다면 장애인고용기금이 안고 있는 재정문제는 다른 각도에서 접근해야 한다. 할당고용제도를 채택한 모든 나라의 부담금수입-장려금지출이라는 재정구조를 통해 별도의 기금을 운영하고 있

다. 이것은 할당고용제도가 갖는 제도적 성격상 본질적인 것이다. 그런데 그 기금이 거의 매년 재정문제에 부딪히는 나라는 OECD 국가 중 우리나라가 거의 유일하다. 따라서 문제는 부담금수입-장려금지출이라는 재정구조에 있는 것이 아니라 수입과 지출의 구성에 있다.

우선 수입에 있어서 우리나라는 장애인고용기금의 수입원이 거의 전적으로 사업주들의 부담금이지만 OECD의 다른 나라들은 기금조성이 전적으로 부담금에만 의존하지 않는다. 많은 나라들은 일반회계 또는 사회보험기금에서 장애인고용기금에 상당한 지원을 한다(박자경·남용현 외, 2006; 남용현·최종철 외, 2010). 또한 우리나라는 장애인고용기금을 장려금지급 외에도 장애인직업훈련 등의 직업재활사업과 장애인고용공단의 일반운영에 지출하지만 OECD 국가들은 고용되기 전 단계의 직업재활사업에 대해서는 일반회계나 사회보험에서 그 비용을 부담한다. 예컨대 오스트리아나 독일, 스페인은 사회보험기관과 정부가 직업재활사업의 재정을 부담하며, 할당고용제도가 없는 호주나 노르웨이도 직업재활사업에 소요되는 비용을 전액 일반회계에서 부담한다(OECD, 2003). 우리와 할당고용제도의 구조가 가장 유사한 일본도 장애인직업훈련이나 취업알선, 연구사업, 장애인고용담당기관의 운영비는 모두 일반회계에서 부담한다. 나아가 일본과 독일은 장애인고용기금의 지출처를 사업주지원으로만 제한토록 법률로 규정하고 있다(남용현·최종철 외, 2010)²⁶⁾.

[표 2-3-11] 주요 국가의 장애인고용기금 지출용도

국 가	장애인고용기금의 용도
오스트리아	장애인 및 그 고용주를 위한 고용프로그램
프랑스	장애인을 위한 훈련, 직업유지 및 고용조치 (국가기관인 AGEFIPH가 운영)
독일	장애인 고용촉진을 위한 다양한 프로그램 (55%는 주정부, 45%는 중앙정부)
이탈리아	장애인을 위한 지역프로그램 (예: 지역기금 등)
스페인	NGO에 의한 고용촉진활동
일본	장애인고용촉진사업

*출처: OECD (2003).

26) 일본은 「장애자고용촉진 등에 관한 법률」 제49조에서 부담금을 사업주 지원에만 사용하도록 제한하고 있으며, 독일은 「사회법전 제9권」 제77조 제5항에서 부담금을 장애인고용촉진사업의 수행에 필요한 행정비용으로는 사용하지 못하도록 하고 오직 장애인의 고용촉진을 위해서만 사용토록 제한하고 있다(남용현·최종철, 2010: 53).

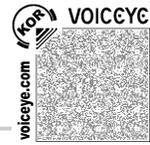
따라서 우리나라 장애인고용기금이 거의 매년 재정문제에 부딪히는 것은 부담금수입-장려금지출이라는 재정구조 때문이 아니라 정부가 장애인고용기금의 조성에 참여하지 않는다는 것과 장애인고용기금을 직업재활사업에도 지출하고 있다는 것에 근본적인 원인이 있는 것이다.

사실 이런 문제, 즉 정부가 장애인고용기금에 지원해야 한다는 것과 장애인고용기금의 지출을 직업재활사업에까지 확대해서는 안 된다는 주장은 이미 많은 연구들에서 지적되어온 바이다(예컨대, 박자경·남용현 외, 2006; 남용현·최종철 외, 2010). 하지만 기존 연구들은 그 문제를 부담금수입-장려금지출이라는 구도 내에서 설정한 관계로 의무고용제도가 가진 의미를 왜곡하여 전달하거나 문제해결을 위한 접근의 틀을 부담금증가-장려금감액이라는 구도로 설정하게 할 우려를 안고 있었던 것이 사실이다. 장애인고용기금의 재정문제의 본질은 잘못된 수입원과 잘못된 지출처에 있는 것이며 이러한 잘못된 수입원과 잘못된 지출처를 만들어온 책임은 거의 전적으로 정부, 그 중에서도 특히 경제관련부처에 있다고 하겠다.

④ 고용 후 사후지도의 미비

장애인고용은 취업으로만 끝나는 것이 아니라 고용을 유지할 수 있도록 지원하는 것까지 포함해야 한다. 우리나라의 경우 장애인은 취업하더라도 근속기간이 그리 길지 않은 편이다. 2008년 사업체 장애인고용실태조사에 의하면 장애인의 입직·이직 비율은 1.3으로 조사되었는데 이는 전체 상시근로자의 입직·이직비율 0.8에 비해 장애인들이 이직이 더 높음을 보여준다(석말숙, 2009). 또한 2005년 장애인근로자실태조사에 의하면 5인 이상 사업체에 근무한 장애인근로자들의 평균 근속기간은 3.8년이며 근속기간 2년 이하가 52.1%에 달하는 것으로 조사된 바 있다(한국장애인고용촉진공단 고용개발원, 2006).

고용유지는 단순히 취업상태를 지속하는 것만을 의미하지는 않는다. 고용유지는 장애인이 작업성과를 낼 수 있도록 적절한 직무에 배치되어 자신의 소질을 발휘하면서 근무하는 것도 포함해야 한다. 그리고 이러한 고용후 사후지도는 기업에게도 도움이 된다. 우리나라 의무고용제도는 전반적으로 사업주를 장애인고용 의무를 이행해야 하는 대상으로만 대하고 서비스를 받아야 할 대상으로 간주하지 않는 경향이 있다. 물론 고용영역에서 사업주들이 장애인에게 차별행위를 할 잠재성이 있다고 보는 것 자체가 잘못된 것은 아니지만 의무고용제도 내에서 보면 사업주들도 장애인고용에 필요한 서비스를 받아야 하는 대상일 수 있다. 장애인



을 적절한 직무에 배치하여 생산성을 높이게 하는 것은 사업주들로서도 필요한 서비스인 것이다. 이러한 서비스가 가능하기 위해서는 장애인근로자의 직무능력을 평가하고 이를 토대로 직무배치에 관한 조언을 할 수 있는 인력이 필요하다. 하지만 우리나라는 직업평가사나 직업재활사 등 직업재활인력이 절대적으로 부족하여 고용후 사후지도를 적절히 수행하기에 한계가 많다.

⑤ 의무고용인프라 부족

현재 의무고용제도는 장애인고용공단을 통해 운영되고 있다. 그런데 현재 장애인고용공단이 운영하는 직업능력개발센터는 5개소로 10년 전과 변함이 없으며 의무고용제도의 실질적 운영을 담당하는 지사는 전국적으로 18개소에 불과하다. 장애인고용공단은 2005년 당시에 15개소였으므로 장애인구가 2,149천명에서 2,683천명으로 24.8% 증가할 동안 공단지사는 단 3개 증가한 것이다. 장애인고용공단 지사 수를 경제활동장애인 수 915천명과 비교하면 지사당 경제활동장애인은 50,845명이고, 실업장애인 60천명과 비교하면 지사당 실업장애인이 3,367명이나 된다. 또한 의무고용적용대상사업체는 23,168개 업체로 이와 비교하면 지사당 사업체가 무려 1,287개 업체나 된다(수치는 한국장애인고용공단 고용개발원, 2011).

[표 2-3-12] 장애인구 등과 비교한 한국장애인고용공단 지사 수

	수	지사당 수 (지사 18개)
장애인구(명)	2,683,477	149,082
15세 이상 장애인구(명)	2,376,431	132,024
경제활동장애인(명)	915,217	50,845
취업장애인(명)	855,158	47,509
실업장애인(명)	60,059	3,337
의무고용적용대상사업체(개소)	23,168	1,287

*주 : 장애인구는 2011년 수치이며, 나머지 수치는 2010년 수치임.

*출처 : 변용찬김성희 외 (2011); 한국장애인고용공단 고용개발원 (2011).

장애인고용공단이 지사조직을 통해 장애인들에게 고용관련서비스를 제공해야 함을 생각할 때 전국 18개 지사로는 적절한 서비스를 제공하기 어려움은 물론이고 사업체를 관리하기에도 어려움이 많을 것임은 쉽게 알 수 있다. 더욱 큰 문제

는 전국 18개 지사는 물리적으로도 장애인들에게 접근성을 보장하기가 어렵다는 데에 있다.

또한 위에서도 언급한 바와 같이 직업평가인력과 직업재활인력이 절대적으로 부족하여 사업주뿐만 아니라 장애인에게도 적절한 서비스를 제공할 여건이 되지 못한다.

⑥ 의무고용제도의 장애인고용영향률 미미

의무고용제도의 중요한 목적 중 한 가지는 전체 취업자 중 장애인의 비중을 높이는 것이라 할 수 있다. 이는 의무이행고용률이라는 지표로 측정 가능하다. 그런데 의무고용제도가 가진 또 하나의 목적도 생각해볼 수 있다. 그것은 의무고용제도로 인해 장애인의 경제활동상황이 얼마나 개선되는가 하는 것이다. 이를 측정할 수 있는 지표를 생각한다면 그것을 의무고용제도의 장애인고용영향률 혹은 줄여서 의무고용영향률(이 용어는 남찬섭, 2008 참조)이라 할 수 있을 것이다.

[표 2-3-13] 의무고용영향률 (2010년)

경제활동장애인 (A)	취업장애인 (B)	임금근로장애인(C)	의무이행 고용 장애인 (D)	의무고용영향률(%)		
				경제활동 장애인 대비 (D/A)	취업장애인 대비 (D/B)	임금근로 장애인 대비 (D/C)
915,217	855,158	466,916	126,416	13.81	14.78	27.07

*출처 : 한국장애인고용공단. 2010. 『2010 장애인 경제활동실태조사』; 한국장애인고용공단 고용개발원. 2011. 『2011 장애인 통계』.

현재 정부는 의무고용영향률이라는 용어도 사용하지 않고 이런 지표도 생산하지 않고 있으므로 이를 직접 계산해야 한다. 2010년 기준으로 의무고용제도에 의해 고용된 장애인(의무이행고용장애인)은 126천명인데 같은 해 경제활동장애인은 915천명, 취업장애인은 855천명, 임금근로장애인은 467천명이다. 의무이행고용장애인을 이들 후자의 세 수치로 나누면 그 비중은 13~27% 범위에 있다²⁷⁾.

27) 여기서 의무고용영향률을 계산할 때 분자에는 의무이행고용장애인, 즉 의무고용적용대상사업체에 취업한 장애인만을 포함하였다. 그런데 현재 우리나라는 의무고용대상사업체가 아니더라도 법정 의무고용률을 적용하여 산정된 장애인근로자 수를 초과하여 장애인을 고용한 경우에도 장려금을 지급하고 있다. 따라서 이런 사업체에 고용된 장애인을 의무고용영향률 계산시 포함해야 하는가가 논란이 될 수 있다. 넓은 의미로 보면 이들 사업체에 고용된 장애인도 의무고용제도에 의해 고용된 장애인이라 할 수 있다. 또한 장애인고용공단의

여기서 계산한 의무고용영향률이 의미하는 바는 분명하다. 즉, 우리나라의 경제활동장애인 중 87%, 취업장애인 중 85%, 임금근로장애인 중 73%는 의무고용제도 바깥에 위치한다는 것이다. 다시 말해서 장애인의 73~87%는 의무고용제도의 사각지대에 놓여 있는 것이며 이는 곧 그만큼의 장애인들이 의무고용제도로부터 사회적으로 배제되어 있다고 할 수 있다. 물론 의무고용제도는 임금근로를 주 표적으로 한 정책이지만 이를 통해 열악한 비임금근로가 아닌 좀 더 양질의 임금근로에의 취업을 유도함으로써 전체적으로 장애인들의 고용의 질을 향상시키려는 의도도 가진 것이다. 우리나라가 의무고용제도를 시행한 지 20년이 넘어가는 시점에서 이 처럼 큰 사각지대가 있다는 것은 큰 문제가 아닐 수 없다.

여기서 의무고용영향률에 대해 논의했는데 이를 좀 더 확장하여 정부의 장애인 고용지원정책 전반의 장애인고용영향률(정부지원고용영향률)(남찬섭, 2008)이라는 지표도 생각할 수 있다. 이것은 의무이행고용장애인에 장애인직업재활시설에 취업한 장애인, 즉 보호고용 장애인을 더하여 계산할 수 있다²⁸⁾.

[표 2-3-14] 정부지원고용영향률 (2010년)

경제활동 장애인 (A)	취업 장애인 (B)	임금근로 장애인 (C)	정부지원고용장애인			정부지원고용영향률(%)		
			계 (D)	의무이행 고용 장애인	보호고용 장애인	경제활동 장애인 대비 (D/A)	취업 장애인 대비 (D/B)	임금근로 장애인 대비 (D/C)
915,217	855,158	466,916	138,348	126,416	11,932	15.12	16.18	29.63

*출처 : 한국장애인고용공단. 2010. 『2010 장애인 경제활동실태조사』; 한국장애인고용공단 고용개발원. 2011. 『2011 장애인 통계』.

장애인직업재활시설에 취업한 장애인의 수는 2010년 현재 11,932명이므로 이를

로부터 지원을 받은 자영업자들도 있다. 하지만 여기서는 이들을 제외하였다. 참고로 2005년 기준으로 의무고용적용대상사업체가 아닌 사업체로서 장려금을 받는 사업체에 취업한 장애인은 26,060명이고 장애인고용공단의 지원을 받은 자영업자는 약 3천명 정도인 것으로 파악된 바 있다(빈부격차차별시정위원회, 2006).

28) 여기에 지원고용 장애인도 포함할 수 있다. 앞의 본문에서 본 것처럼 2009년 기준으로 지원고용의 현장훈련을 이수한 장애인은 모두 2,322명이다. 하지만 지원고용 장애인은 기본적으로 경쟁고용에 취업하는 것이며 이 경우 해당 장애인은 의무고용적용사업체에 취업할 수도 있고 의무고용미적용사업체에 취업할 수도 있다. 상당수의 지원고용 장애인은 의무고용미적용사업체에 취업하는 것으로 알려져 있지만 정확한 수치를 파악하기는 어려워 여기서는 지원고용 장애인은 계산에서 제외하였다. 또한 유보고용도 고려할 수 있으나 그 수자가 많지 않을 것으로 생각하여 제외하였다.

더하여 정부지원고용영향률을 계산해도 그 값은 의무고용영향률과 큰 차이를 보이지 않아서 15~29% 범위에 있다. 따라서 정부지원고용영향률로 볼 때에도 경제활동연령 장애인의 70~85% 가량은 정부의 고용정책으로부터 크게 혜택을 받지 못한 상태에서 취업과 실업을 반복하고 있다는 것이다.

결국 의무고용영향률로 보든 정부지원고용영향률로 보든 사각지대가 상당히 크다고 할 수 있으며, 이런 사각지대를 두고서 장애인의 원활한 지역사회정착을 기대하기란 어려운 것이다.

4) 통계 및 정보체계의 미비

장애인고용 향상을 위해서는 정확한 통계가 실시간으로 제공되어야 한다. 현재 우리나라에서는 장애인고용과 관련하여 이러한 통계를 생산하는 기관이 없다. 가장 중요한 조사로 장애인실태조사가 복지부 주관으로 3년마다 실시되고 있지만 이는 거의 모든 삶의 영역을 포괄하는 대단히 종합적인 조사여서 장애인의 경제활동에 관한 상세한 조사를 하기가 어려운 한계가 있다. 예컨대 장애인실태조사는 취업장애인이 근무하는 사업장의 규모를 파악하지 않고 있어 장애인들이 주로 영세규모 사업장에 취업하는 경우가 많다고 알려져 있지만 이를 통계상으로 확인할 수 있는 수치를 제공하고 있지 않다. 장애인고용공단이 실시하는 장애인고용패널도 유용한 자료이기는 하지만 역시 장애인의 경제활동상황을 전반적으로 파악하는 데에는 한계가 있다. 보건사회연구원에서 실시하는 한국복지패널은 표본의 규모가 다소 작고 고용관련조사항목도 상세하지 않은 편이다. 이런 상황은 총인구와 관련하여 매달 경제활동인구조사가 실시되는 것과 크게 대비된다. 그렇다고 해서 통계청이 매달 실시하는 경제활동인구조사에서 장애인의 경제활동상황을 파악하는 것도 아니다. 장애인고용공단이 2010년에 장애인 경제활동실태조사를 실시한 바 있었으나 통계청에서 통계승인을 하지 않아 2010년 한 해 조사로 그치고 말았다.

통계체계의 미비는 많은 문제점을 낳고 있다. 앞서서도 언급하였지만 장애인의 실업률이 대단히 높다고 하나 이들 실업장애인의 상황을 전반적으로 파악하고 관리하는 기관이 현재 존재하지 않는다. 또한 의무고용영향률과 정부지원고용영향률 계산에서 보았듯이 경제활동연령층 장애인의 73~87% 내지 70~85%가 의무고용제도 바깥에서 취업과 실업을 반복하고 있지만 이들이 왜 의무고용제도에 접근하

지 못하는지 그리고 그들은 누구인지를 제대로 파악하고 있는 기관이 없다. 실업 장애인 그리고 비경제활동장애인 가운데 포함되었을 실망실업장애인 등을 적절히 파악하지 않는 상태에서는 그리고 이들이 누구인지 또 이들이 어디서 무엇을 통해 구직활동을 하며 어떻게 취업과 실업을 반복하는지를 파악하지 않는 상태에서는 장애인의 지역사회정착을 추구하는 것은 고사하고라도 국가가 장애인고용과 관련하여 적절한 정책목표조차 수립하지 못할 것이다.

Ⅲ. 국내외 기준

1. 국내기준

우리나라 헌법은 제10조의 행복추구권을 근간으로 하여 자유권, 정치권, 사회권, 청구권 등 국민의 기본권을 규정하고 있다. 또한 제34조의 인간다운 생활의 권리에 관한 규정을 근간으로 사회권적 기본권을 규정하고 있으며, 고용 및 노동과 관련된 사회권적 기본권으로 근로의 권리(제32조)와 노동3권(제33조)을 규정하고 있다.

<p><헌법></p> <p>제10조 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.</p> <p>제32조 ① 모든 국민은 근로의 권리를 가진다. 국가는 사회적·경제적 방법으로 근로자의 고용의 증진과 적정임금의 보장에 노력하여야 하며, 법률이 정하는 바에 의하여 최저임금제를 시행하여야 한다.</p> <p>② 모든 국민은 근로의 의무를 진다. 국가는 근로의 의무의 내용과 조건을 민주주의원칙에 따라 법률로 정한다.</p> <p>③ 근로조건은 인간의 존엄성을 보장하도록 법률로 정한다. (이하 생략)</p> <p>제34조 ① 모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.</p> <p>② 국가는 사회보장·사회복지의 증진에 노력할 의무를 진다.</p> <p>③ 국가는 여자의 복지와 권익의 향상을 위하여 노력하여야 한다.</p> <p>④ 국가는 노인과 청소년의 복지향상을 위한 정책을 실시할 의무를 진다.</p> <p>⑤ 신체장애자 및 질병·노령 기타의 사유로 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다. (이하 생략)</p> <p>제119조 ① 대한민국의 경제질서는 개인과 기업의 경제상의 자유와 창의를 존중함을 기본으로 한다.</p> <p>② 국가는 균형있는 국민경제의 성장 및 안정과 적정한 소득의 분배를 유지하고, 시장의 지배와 경제력의 남용을 방지하며, 경제주체간의 조화를 통한 경제의 민주화를 위하여 경제에 관한 규제와 조정을 할 수 있다.</p>
--

또한 헌법은 이러한 행복추구권과 기본권으로서의 노동권을 규정한 것 외에 전문(前文)에서는 자유민주적 기본질서의 확립과 함께 기회균등의 보장과 최대한의 능력발휘의 여건 조성, 국민생활의 균등한 향상을 천명하고 있으며, 제119조에서는 경제주체들의 자유와 창의를 존중함과 동시에 균형있는 경제성장과 적정한 소득분배 및 시장지배와 경제력의 남용방지, 경제민주화를 위한 경제의 규제와 조정을 명시하고 있다.

<p><헌법></p> <p>전문 : ... 자율과 조화를 바탕으로 자유민주적 기본질서를 더욱 확고히 하여 정치·경제·사회·문화의 모든 영역에 있어서 각인의 기회를 균등히 하고, 능력을 최고도로 발휘하게 하며, 자유와 권리에 따르는 책임과 의무를 완수하게 하여, 안으로는 국민생활의 균등한 향상을 기하고 밖으로는 항구적인 세계평화와 인류공영에 이바지함으로써 ...</p> <p>제119조 ① 대한민국의 경제질서는 개인과 기업의 경제상의 자유와 창의를 존중함을 기본으로 한다.</p> <p>② 국가는 균형있는 국민경제의 성장 및 안정과 적정한 소득의 분배를 유지하고, 시장의 지배와 경제력의 남용을 방지하며, 경제주체간의 조화를 통한 경제의 민주화를 위하여 경제에 관한 규제와 조정을 할 수 있다.</p>
--

헌법 전문과 제119조의 경제민주화 조항들은 기본권으로서의 근로의 권리와 노동3권의 사회경제적 기초를 이룬다고 하겠다. 예컨대, 헌법재판소는 장애인의무고용제도 위헌소송사건에서 의무고용제도가 헌법을 위배했다고 볼 수 없다는 요지의 판결을 내린 바 있는데, 이와 관련하여 헌법재판소는 “자유민주적 기본질서를 지향하는 우리 헌법이 원칙적으로 기업의 경제활동의 자유를 보장(헌법 제119조 제1항)하고 개인의 계약자유 원칙을 천명(헌법 제10조 전문)하고 있다 하더라도 일정한 범위에서 이러한 자유를 제약하는 것은 불가피한 조치” 라고 하면서 “... 계약자유 원칙과 기업의 경제상의 자유는 무제한의 자유가 아니라 헌법 제37조 제2항에 의하여 공공복리를 위해 법률로써 제한이 가능한 것이며, 국가가 경제주체간의 조화를 통한 경제의 민주화를 위해 규제와 조정을 할 수 있다고 천명(헌법 제119조 제2항)하고 있는 것은 사회·경제적 약자인 장애인에 대하여 인간으로서의 존엄과 가치를 인정하고 나아가 인간다운 생활을 보장하기 위한 불가피한 요구라고 할 것이어서, 그로 인하여 사업주의 계약의 자유 및 경제상의 자유가 일정한 범위 내에서 제한된다고 하여 곧 비례의 원칙을 위반하였다고는 볼 수 없다” 고 판시한 바 있다(헌법재판소, 2003).

헌법에 규정된 이러한 사회권적 기본권으로서의 근로의 권리 및 노동3권, 그리

고 경제민주화 조항, 기회균등과 균형있는 성장을 천명한 전문의 규정 등에 근거하여 개별 법률에서는 국가와 지방자치단체 그리고 민간부문에 대해 장애인의 고용향상을 위해 노력할 의무를 규정하고 있다. 장애인의무고용제도를 규정하고 있는 장애인고용촉진 및 직업재활법은 국가와 지방자치단체에 대해 장애인의 고용향상을 위한 교육·홍보와 직업재활 등 필요한 조치를 강구하도록 규정하고 있다.

<장애인고용촉진 및 직업재활법>
<p>제3조(국가와 지방자치단체의 책임) ① 국가와 지방자치단체는 장애인의 고용촉진 및 직업재활에 관하여 사업주 및 국민 일반의 이해를 높이기 위하여 교육·홍보 및 장애인 고용촉진 운동을 지속적으로 추진하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 사업주·장애인, 그 밖의 관계자에 대한 지원과 장애인의 특성을 고려한 직업재활 조치를 강구하여야 하고, 장애인의 고용촉진을 꾀하기 위하여 필요한 시책을 종합적이고 효과적으로 추진하여야 한다. 이 경우 중증장애인과 여성장애인에 대한 고용촉진 및 직업재활을 중요시하여야 한다.</p>
<p>제5조(사업주의 책임) ① 사업주는 장애인의 고용에 관한 정부의 시책에 협조하여야 하고, 장애인이 가진 능력을 정당하게 평가하여 고용의 기회를 제공함과 동시에 적절한 고용관리를 할 의무를 가진다.</p> <p>② 사업주는 근로자가 장애인이라는 이유로 채용·승진·전보 및 교육훈련 등 인사관리상의 차별대우를 하여서는 아니 된다.</p> <p>③ 사업주는 직장 내 장애인 근로자의 안정적인 근무여건 조성 및 채용 확대를 위하여 장애인 인식개선 교육을 실시하여야 한다.</p> <p>④ 고용노동부장관은 제3항에 따른 사업주의 장애인 인식개선 교육이 원활하게 이루어지도록 교육교재 등을 개발하여 보급하여야 한다.</p>

또한 장애인차별금지법은 제6조에서 현재장애와 과거장애, 예단장애를 사유로 한 차별을 금지하고 국가와 지방자치단체에 대해 차별해소를 위한 적극적 조치와 정당한 편의에 필요한 기술적·행정적·재정적 지원을 할 것을 규정하고 있다. 그리고 고용과 관련해서는 제10조에서 모집·채용뿐만 아니라 근로조건 및 직무배치, 승진 등에 있어서의 차별금지와 노동조합 가입과 활동에 있어서의 차별금지를 규정하고 있다. 또한 제11조에서는 정당한 편의 제공을 규정하고 있다.

<장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률>
<p>제6조(차별금지) 누구든지 장애 또는 과거의 장애경력 또는 장애가 있다고 추측됨을 이유로 차별을 하여서는 아니 된다.</p>
<p>제8조(국가 및 지방자치단체의 의무) ① 국가 및 지방자치단체는 장애인 및 장애인 관련자에 대한 모든 차별을 방지하고 차별받은 장애인 등의 권리를 구제할 책임이 있으며, 장애인 차별을 실질적으로 해소하기 위하여 이 법에서 규정한 차별 시정에 대하여 적극적인 조치를 하여야 한다.</p>

- ② 국가 및 지방자치단체는 장애인 등에게 정당한 편의가 제공될 수 있도록 필요한 기술적·행정적·재정적 지원을 하여야 한다.
- 제10조(차별금지) ① 사용자는 모집·채용, 임금 및 복리후생, 교육·배치·승진·전보, 정년·퇴직·해고에 있어 장애인을 차별하여서는 아니 된다.
- ② 「노동조합 및 노동관계조정법」 제2조제4호에 따른 노동조합은 장애인 근로자의 조합 가입을 거부하거나 조합원의 권리 및 활동에 차별을 두어서는 아니 된다.
- 제11조(정당한 편의제공 의무) ① 사용자는 장애인이 해당 직무를 수행함에 있어서 장애인 아닌 사람과 동등한 근로조건에서 일할 수 있도록 다음 각 호의 정당한 편의를 제공하여야 한다.
1. 시설·장비의 설치 또는 개조
 2. 재활, 기능평가, 치료 등을 위한 근무시간의 변경 또는 조정
 3. 훈련 제공 또는 훈련에 있어 편의 제공
 4. 지도 매뉴얼 또는 참고자료의 변경
 5. 시험 또는 평가과정의 개선
 6. 화면낭독·확대 프로그램, 무지점자단말기, 확대 독서기, 인쇄물음성변환출력기 등 장애인 보조기구의 설치·운영과 낭독자, 수화 통역자 등의 보조인 배치
- ② 사용자는 정당한 사유 없이 장애를 이유로 장애인의 의사에 반하여 다른 직무에 배치하여서는 아니 된다.
 - ③ (생략)

우리나라 장애인복지의 기본법이라 할 수 있는 장애인복지법도 제21조에서 국가와 지방자치단체에 대해 장애인에 대한 각종 직업재활서비스 및 고용 및 사후지도 등 필요한 시책을 강구하도록 규정하고 있으며, 제46조에서 국가와 지방자치단체의 장애인고용노력과 민간부문에 대한 장애인고용권고를 하도록 규정하고 있다.

<p><장애인복지법></p> <p>제21조(직업) ① 국가와 지방자치단체는 장애인이 적성과 능력에 맞는 직업에 종사할 수 있도록 직업 지도, 직업능력 평가, 직업 적응훈련, 직업훈련, 취업 알선, 고용 및 취업 후 지도 등 필요한 정책을 강구하여야 한다.</p> <p>② 국가와 지방자치단체는 장애인 직업재활훈련이 원활히 이루어질 수 있도록 장애인에게 적합한 직종과 재활사업에 관한 조사·연구를 촉진하여야 한다.</p> <p>제46조(고용 촉진) 국가와 지방자치단체는 직접 경영하는 사업에 능력과 적성이 맞는 장애인을 고용하도록 노력하여야 하며, 장애인에게 적합한 사업을 경영하는 자에게 장애인의 능력과 적성에 따라 장애인을 고용하도록 권유할 수 있다.</p>

2. 국제기준

근로의 권리는 시민적·정치적 권리에 관한 국제규약, 경제적·사회적·문화적 권리에 관한 국제규약, 인종차별철폐협약, 여성차별철폐협약, 아동권리협약, 모든 이주노동자와 그 가족의 권리보호에 관한 협약 등 여러 국제인권조약에서 규정하고 있는 기본적인 권리이다(국가인권위원회, 2007: 134~135). 하지만 그럼에도 불구하고 고용분야는 장애를 사유로 한 차별이 가장 심각하고 지속적인 영역이므로 유엔장애인권리협약에서 장애인의 근로 및 고용을 권리적 관점에서 접근해야 한다는 각 국의 합의에 기초하여 장애로 인한 노동시장 차별을 금지하고 장애인의 근로접근성을 높일 수 있도록 하기 위한 내용을 재차 담게 되었다(국가인권위원회, 2007: 135).

<유엔 장애인권리협약(2006.12.13)>

제27조(근로 및 고용)

1. 당사국은 다른 사람들과 동등한 조건으로 장애인의 노동권을 인정하며, 이것은 장애인이 노동 시장에서 자유로이 선택하거나 수용한 직업과 장애인에게 개방적이고 통합적이며 접근 가능한 근로환경을 통하여 삶을 영위할 기회를 가질 권리를 포함한다. 당사국은 고용과정 기간 동안 장애를 입은 사람을 포함하여 노동권을 보호하고 촉진한다. 그 중에서도 다음을 위해 적절한 단계를 거쳐 노동권을 보호, 촉진한다.
 - (a) 모집, 채용 및 고용, 고용유지, 경력 개발, 안전하고 건전한 작업환경을 포함한 여하한 형태의 고용과 관련된 제반 사안에 있어서 장애를 이유로 한 차별을 금지한다.
 - (b) 장애인이 동등한 가치의 노동에 대한 동등한 기회 및 보상과 괴롭힘으로부터의 보호 및 불편 사항의 시정이 가능한 안전하고 건전한 작업환경을 포함한 공정하고 우호적인 근로조건을 다른 사람과 동등한 기초 위에서 누릴 권리를 보호한다.
 - (c) 장애인이, 다른 사람과 동등한 기초 위에서, 노동권 및 노동조합의 권리를 행사할 수 있도록 보장한다.
 - (d) 장애인이 일반적인 기술 및 직업 지도 프로그램, 직무배치 서비스 그리고 직업훈련과 지속적인 훈련에 효과적으로 접근할 수 있도록 보장한다.
 - (e) 장애인의 직장탐색과 취업, 고용유지 및 직장복귀에 관련된 지원뿐만 아니라 노동시장에서의 취업기회 및 경력개발을 촉진한다.
 - (f) 자영업, 창업, 협동조합의 개발, 그리고 개인사업의 기회를 장려한다.
 - (g) 공공부문에서 장애인을 고용한다.
 - (h) 적극적 조치나 각종 유인책, 기타 필요한 조치 등을 포함하는 적절한 정책과 시책을 통해 민간부문의 장애인고용을 촉진한다.
 - (i) 작업장에서 장애인에게 정당한 편의가 제공되도록 보장한다.
 - (j) 장애인이 일반노동시장에서 작업경험을 획득할 수 있도록 촉진한다.
 - (k) 장애인을 위한 직업재활 및 전문적 재활, 직업유지 및 직장복귀 프로그램을 장려한다.
2. 당사국은 장애인이 노예상태나 예속상태에 놓이지 않도록 하며 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 강제근로로부터 보호받을 수 있도록 보장한다.

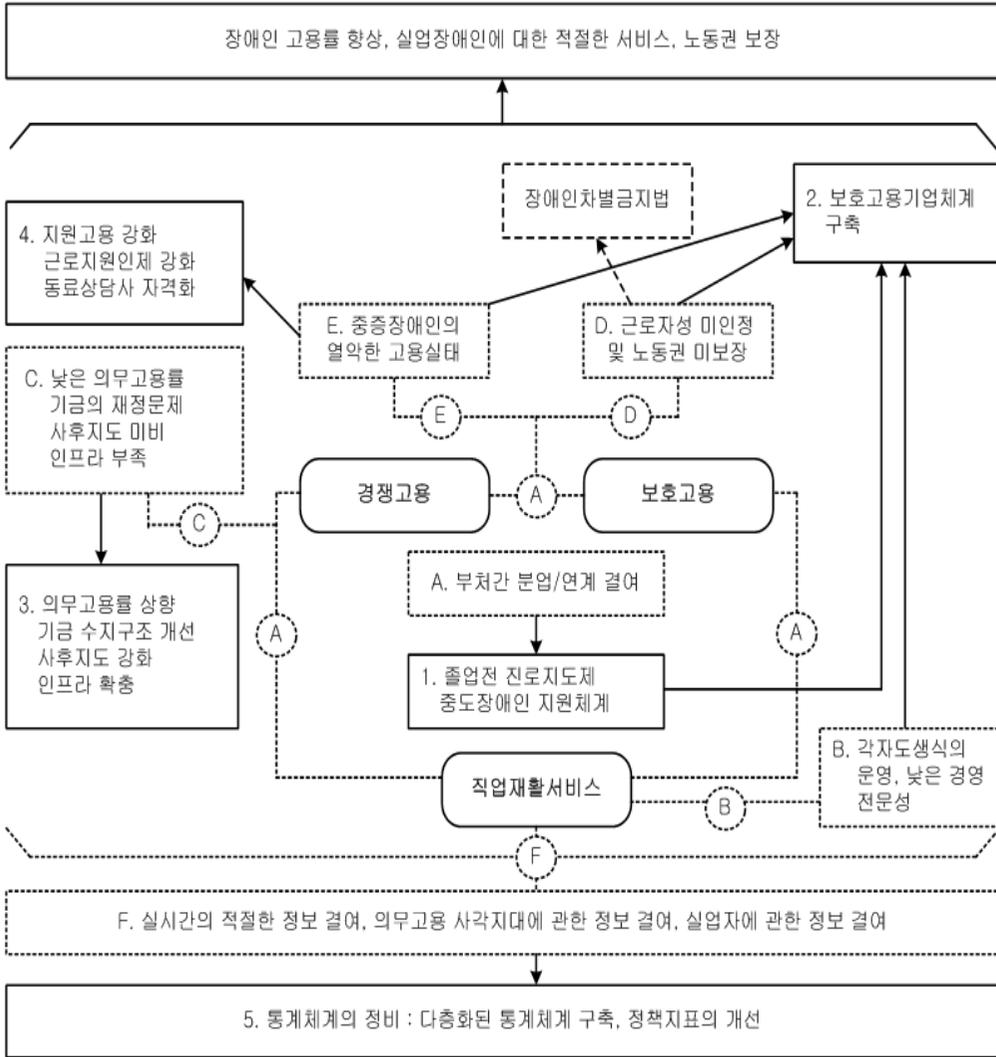
IV. 정책방향

지금까지 우리나라 장애인고용정책의 전반적인 기초와 함께 그 개략적인 정책 현황과 장애인경제활동실태상의 문제점 및 정책적 문제점에 대해 살펴보았다. 이를 한마디로 정리하면 우리나라의 장애인들의 경제활동실태는 매우 열악하며 정부의 장애인고용정책은 이런 열악한 경제활동실태를 개선하는 데에 효과적이지 못하다는 것으로 요약할 수 있다. 장애인의 경제활동실태의 전부가 정부의 장애인고용정책에 의해 영향을 받는다고는 할 수 없지만 그럼에도 불구하고 정부정책은 장애인의 경제활동실태에 중요한 영향을 미친다는 사실은 부인할 수 없다.

1. 문제의 구조

앞에서 본 문제점을 중심으로 이를 해결하기 위한 정책방향을 시각적으로 표시하면 <그림 2-3-4>와 같이 나타낼 수 있다. 그림에서 점선으로 표시된 부분은 장애인고용정책의 문제를 나타내는데 이들은 점선경로 및 그에 관련된 영문대문자로 표기되어 있다. 그리하여 장애인고용정책의 각 요소를 잇는 점선에서는 부처간 정책연계의 결여가 가장 큰 문제이다(A). 또한 직업재활서비스와 보호고용을 담당하는 직업재활시설은 그 운영이 각자도생(各自圖生)식인데다 경영상의 전문성도 낮다(B). 또한 직업재활시설은 보호고용 장애인의 근로자성과 관련된 문제도 안고 있다(D).

그리고 현재 우리나라는 의무고용제도를 20년 이상 운영해오고 있지만 장애인의 경제활동실태를 개선하는 데에는 여전히 큰 효과를 내지 못하고 있다(E). 이에 여러 가지 원인이 있겠지만 법정의무고용률이 아직도 낮은 편이고 장애인고용기금의 수지구조에 모순이 있으며 장애인근로자와 기업에 대한 사후지도가 미비하며 의무고용제도를 효과적으로 운영할 인프라가 부족한 것 등이 주요 원인이다. 이러한 가운데 중증장애인의 고용실태는 더욱 열악하여 중증장애인의 고용률은 경증장애인의 1/3 수준이며 실업률은 경증장애인의 2배가 넘는다(C). 이런 모든 문제들의 기저에는 장애인의 경제활동실태를 적절히 파악할 통계체계가 결여되어 있어 실업장애인이나 실망실업장애인의 상황을 적기에 파악하지 못하고 있다(F).



[그림 2-3-4] 장애인의 지역사회정착을 위한 고용정책 개선방향

2. 정책개선방향

가. 부처간 분업 및 연계 강화

이러한 각 문제들은 장애인의 전반적인 경제활동을 개선하는 것뿐만이 아니라

그것을 통한 지역사회정착을 위해 반드시 해결되어야 하는 문제들이다. 그리하여 문제 A와 관련해서는 무엇보다 부처간 분업과 정책연계의 강화가 필요하다. 보다 구체적으로 교육과 직업재활서비스의 연계강화의 일환으로 졸업전 진로지도제의 실시와 이를 위한 교육부와 노동부의 역할분담 및 연계가 필요하며 또한 중도장애인의 취업욕구 대응을 위해 복지부와 노동부의 역할분담 및 연계가 필요하다. 이와 같은 분업과 연계를 위해서는 직업재활서비스의 소관을 노동부로 일원화하는 결단이 필요하다. 물론 이 작업은 쉽지 않을 것이다. 하지만 이것이 이루어지지 않는다면 장애인고용정책의 가장 기본적인 틀이라 할 수 있는 전달체계가 합리적으로 구축될 수가 없다. 일각에서는 장애감수성과 복지마인드가 결여된 노동부로 직업재활서비스를 이관했을 때 과연 정책효과가 있을 것인가에 대해 의문을 표시하지만 현재 직업재활서비스를 담당하고 있는 복지부라고 해서 처음부터 그랬던 것은 아니며 지금도 여전히 여러 면에서 비판을 받고 있다. 노동부가 직업재활서비스를 담당해야 하는 가장 큰 이유는 노동부가 노동시장정책기능을 가지고 있다는 데 있으며 장애인고용정책은 곧 장애인을 대상으로 한 노동시장정책이기 때문이다.

나. 보호고용기업체계의 구축

장애인의 고용형태 중 중요한 한 가지는 보호고용이다. 특히 중증장애인의 경우 보호고용이 갖는 의미는 매우 크다. 따라서 현재의 직업재활시설을 보다 전문적으로 경영하고 장애인들의 노동권을 본격적으로 보장하기 위한 제도적 틀이 구축될 필요가 있다. 본 연구에서는 현행 직업재활시설을 네트워크로 묶어 공동체로 편성하는 네트워크형 장애인다수고용 공기업의 구축을 제안한다.

노동권 보장은 비단 보호고용 장애인에게만 해당하는 것은 아니다. 여기서 말하는 보호고용기업체계는 보호고용 장애인의 노동권 보장을 위한 새로운 제도적 기반의 구축을 의미하는 것이며 경쟁고용이든 보호고용이든 일반적인 의미의 노동권 보장과 관련된 조치는 장애인차별금지법을 통해 가능할 것이다. 여기서는 장애인차별금지법과 관련해서는 별도의 정책제안을 언급하지 않는다.

다. 의무고용제도 합리화

장애인들의 경쟁고용과 관련하여 우리나라에서 가장 중요한 정책은 의무고용제도이다. 따라서 의무고용제도의 합리화는 장애인들의 고용실태 개선에 있어서 대단히 중요한 의미를 갖는다. 의무고용제도가 안고 있는 문제점들은 여러 가지이지만 무엇보다 ① 고용주책임의 강화를 위한 법정 의무고용률의 상향 조정과 ② 장애인고용기금의 수지구조의 개선, ③ 장애인근로자와 기업에 대한 사후지도의 강화, 그리고 ④ 의무고용제도의 적절한 운영을 위한 인프라 확충이 필요하다.

라. 중증장애인 고용 향상

중증장애인의 고용 향상은 부처간 분업 및 연계 강화와 보호고용기업체제 구축을 통한 제도적 기반의 확립을 통해 어느 정도 가능할 것이다. 하지만 중증장애인의 표적화한 정책적 개입도 중요하다. 현재 우리나라는 지원고용과 근로지원인 제도를 실시하고 있는데 이들 제도들을 강화하는 동시에 중증장애인들이 현재 동료상담사로 많이 활동하고 있는 점을 감안하여 동료상담사의 자격제도화를 추진하는 것도 중증장애인의 고용향상을 위해 고려할 수 있다.

마. 통계체계 정비

장애인고용실태 개선을 위한 이 모든 조치들을 위해서는 적절한 통계체계의 구축이 필요하다. 이 통계체계는 정보의 적기성과 정확성을 보장할 수 있어야 하며 잠재적 장애에 관한 정보도 포함할 수 있어야 한다. 이를 위해서는 통계청이 매달 실시하는 경제활동인구조사를 활용하는 방안을 강구할 필요가 있으며 현재 장애인을 대상으로 실시하는 조사의 항목조정과 장애인을 대상으로 한 경제활동실태조사의 신설이 필요하다.

또한, 의무고용제도와 정부의 장애인고용정책 전반의 효과성을 보다 종합적으로 파악할 수 있는 지표를 생산하고 이를 정기적으로 공개할 필요가 있다.

V. 핵심추진과제

1. 부처간 정책연계의 강화

가. 교육과 직업재활의 연계 강화

앞서 본 것처럼 현재 우리나라 장애인고용정책에서 교육부와 노동부, 복지부 간의 정책연계가 부족하다. 이 중 교육부와 노동부 간의 정책연계는 특히 특수교육기관 졸업을 앞둔 장애학생들에게는 큰 문제가 되고 있다. 특수교육기관을 졸업하는 장애학생들에 대해서는 졸업 후 사회에서 적절한 역할을 할 수 있게끔 지원하는 전환교육이 매우 중요하며 여기서 직업관련서비스가 상당히 중요하다.

이러한 전환교육체계를 확립하기 위해 중등과정의 장애인교육기관에 대해 졸업前 진로지원제도를 실시할 필요가 있다. 졸업전 진로지원제도가 구축된다면 그 제도는 다음과 같이 운영될 수 있다.

- 중등과정 졸업반에 진학한 장애학생에 대해 교육기관의 담당교사가 학부모와 함께 상담 등을 통해 졸업 후 진로에 관련된 기본적인 사항을 파악한 후 해당 학생을 노동부 소속의 직업재활인력에게 직업과 관련한 한에서 의뢰하고 이 때 교사가 파악한 기본적인 사항을 함께 인계한다.
- 노동부 소속의 직업재활인력은 자신에게 의뢰된 장애학생 및 그 부모를 함께 만나 취업관련사항을 보다 구체적으로 파악하고 개별학생의 특성에 맞는 개별지원계획을 수립한다.
- 이에 따라 장애학생은 졸업하기 전까지 본인이 다니는 교육기관에서 일반교육을 지속적으로 받으면서 그와 동시에 학교를 정기적으로 방문하는 직업재활인력으로 부터 일주일 중 일정한 시간 동안 직업관련서비스를 정기적·지속적으로 받는다. 이 때 개별지원계획에 따른 직업관련서비스는 기본적으로 1년 간 지속될 것이다.
- 장애학생의 졸업 1~3개월 전부터는 취업알선서비스를 제공하여 장애학생의 실제 취업을 위한 서비스를 집중적으로 제공한다.
- 직업재활인력은 장애학생의 취업 후 일정한 기간 동안 사후지도를 실시한다. 사후 지도 기간은 미국의 경우 대개 6개월인데 우리나라도 이를 참조할 수 있을 것이다.

이러한 졸업전 진로지도제도가 운영되기 위해서는 우선 교육부 산하 장애인교육기관과 노동부 간에 분업이 이루어져야 하고, 전국을 이 제도의 운영을 위해 일정한 구역으로 구획하여 그 지역 내에서 장애인교육기관과 노동부 직업재활인력 간의 의뢰체계와 정보교류체계 및 연계체계가 구축되어야 한다. 또한 이러한 분업과 의뢰 및 연계가 적절히 이루어지기 위해서는 그 업무를 수행할 인력, 특히 직업재활인력이 확충될 필요가 있다.

나. 중도장애인 취업지원체계 구축

위에서 언급한 졸업전 진로지원체계는 주로 정규교육과정 이수 전에 장애를 입어 장애인교육기관을 이용하는 장애학생에 해당되는 것이다. 그런데 장애인의 약 2/3는 성인이 된 후에 장애를 입은 중도장애인들이다. 이들은 정규교육과정을 이수한 후에 장애를 입었기 때문에 사실상 정규교육과 직업재활을 연계한 서비스를 받기는 어렵다. 그리고 이미 직업생활을 경험한 경우가 많기 때문에 장애학생과는 좀 다른 서비스가 필요할 수 있다.

이들에 대해서는 어떤 면에서 평생교육과 같은 체계에 의한 개입이 필요할 수도 있다. 하지만 이들에 대해서는 그보다는 직업관련서비스와 복지서비스가 동시에 필요한 경우가 많을 것이다. 이는 중도장애인들의 사회경제적 지위가 그리 높은 편이 아니기 때문이다. 일반적으로 장애인들은 교육수준이 낮는데 중도장애인들의 경우는 정규교육과정이 종료된 후에 장애를 입은 것이기 때문에 그들의 낮은 교육수준은 장애로 인한 것이라 하기 어렵다. 오히려 이미 교육수준이 낮은 사람들에게 장애가 더 많이 발생하기 때문에 중도장애인들의 교육수준이 낮게 조사되는 것이라고 보아야 한다²⁹⁾. 즉 중도장애인들의 낮은 교육수준은 교육수준 그 자체보다는 그들의 낮은 사회경제적 지위를 반영한 것이며 이런 점에서 이들에 대해서는 직업관련서비스와 복지서비스가 동시에 필요한 경우가 많다는 것이다.

따라서 중도장애인에 대해서는 졸업전 진로지원제도와 달리 복지부와 노동부 간의 분업과 연계가 필요하다. 그런데 이 문제는 현재 복지부가 운영하고 있는 직업재활서비스의 소관문제와 연관된다. 노동부도 직업재활서비스를 실시하고 있지만 그보다 훨씬 더 많은 직업재활서비스는 장애인복지관 등 복지부 산하 기관

29) 장애발생연령에 따른 교육수준에 대해서는 남찬섭 (2009) 참조.

들을 통해 제공되고 있다. 그리하여 중도장애인에 대한 직업관련서비스는 전반적인 전달체계의 개편 추이를 감안하여 좀 더 장기적으로 접근해야 할 것이다. 하지만 그 방향은 직업재활서비스를 노동부로 일원화하는 방향이어야 할 것이다.

2. 보호고용기업체계의 구축

가. 필요성

우리나라의 현행 직업재활시설은 극히 일부를 제외하면 경영상의 전문성이 낮을 뿐만 아니라 규모도 영세하고 또 상당수가 최저임금을 지급하지 못하고 있다. 이러한 가운데 최근인 2011년에 법원은 보호작업장의 장애인에 대해 근로자성을 인정하는 판결을 내렸다. 물론 이 판결은 최저임금적용제외를 인정한 불완전한 판결이지만 이로 인해 향후 직업재활시설에 보호고용된 장애인의 근로자성 인정 및 그와 연관된 노동권 보장이 현재의 열악한 직업재활시설 운영실태와 맞물려 쟁점이 될 가능성이 크다.

보호고용 장애인의 근로자성 문제와 관련된 연구는 많지 않지만 대체로 그에 관련된 입장은 크게 세 가지라고 볼 수 있다. 한 가지는 현행 법령과 법원의 근로자성에 관한 해석을 종합적으로 고려할 때 보호고용 장애인의 근로자성은 인정되기 어렵다는 입장(강동욱·석말숙, 2006)이며, 둘째 입장은 관련 법령과 법원의 기존 해석을 보다 적극적으로 재해석하여 보호고용장애인의 근로자성을 인정하되 현행 최저임금법에 비추어 최저임금적용제외를 인정하여 근로자성 인정-노동권 유보라는 서울행정법원의 입장이고, 셋째의 입장은 근로자성과 노동권이 동시에 인정되어야 한다는 입장(서정희, 2012)이다. 이 입장들은 각기 현실과 규범을 나름대로 반영하고 있다. 궁극적인 지향점은 근로자성과 노동권이 동시에 보장되는 것이겠지만 보호고용 장애인의 근로자성이 인정되기 어렵다는 입장도 근로자성이 인정되어서는 안된다는 견해라기보다는 현실상황을 감안했을 때 근로자성이 인정되기 어렵다는 견해이며, 근로자성을 인정하면서도 노동권을 유보한 법원의 입장도 현행 최저임금법의 규정을 반영한 것이다.

이러한 점들은 보호고용 장애인의 근로자성 인정 여부가 직업재활서비스의 제도화 상황과 밀접히 연관되어 있다는 점을 시사한다. 이와 관련하여 서정희(2012)는 비지어(Visier)의 논의를 기초로 각국의 보호고용정책을 유형화하고 있는데 이

에 따르면 보호고용 장애인을 치료의 대상으로 보는 국가(치료모델)와 보호고용의 목표를 사회통합으로 설정하고 보호고용 장애인을 일반고용과 동등하게 취급하는 국가(임금고용모델) 그리고 이 두 유형의 중간형태로 중간모델과 혼합모델이 있다는 것이다. 치료모델에서 보호고용 장애인의 근로자성은 인정되지 않으며 임금고용모델에서는 근로자성이 전면적으로 인정된다. 그리고 임금고용모델을 채택하는 국가가 보호고용 장애인의 일반고용으로의 전환실적이 더 우수하다. 서정희(2012)의 논의 역시 보호고용모델과 근로자성 인정여부에는 옳고 그름이 있기보다 장애라는 현상에 각 국이 어떻게 접근하는가의 가치관의 차이에 의해 결정되는 문제임을 보여준다. 그리고 이런 가치관의 차이는 곧 제도로 표현된다.

이런 점에서 보호고용 장애인의 근로자성과 노동권을 전면적으로 보장하기 위해서는 그것을 가능케 하는 제도적 기반을 구축하는 일이 긴요하다고 할 수 있다. 우리나라의 현재와 같은 직업재활체계로는 근로자성과 노동권을 전면적으로 보장하기 어려울 수 있다. 따라서 여기서는 현행 직업재활시설들을 보호고용기업체계로 재편할 것을 제안한다.

나. 보호고용기업체계의 구축방안

1) 보호고용기업체계의 특성

① 네트워크형 장애인다수고용 공기업

본 연구에서 제안하는 보호고용기업체계는 한마디로 「네트워크형 장애인다수고용 공기업」이라고 할 수 있는데 그 구체적인 특성은 다음과 같다.

- 고용의 성격은 보호고용이되 기업운영은 경쟁체제로 하고, 설립형태는 공기업으로 한다.
- 보호고용기업이라 해서 별도의 시설을 신축하는 것이 아니라 전국에 산재한 기존의 직업재활시설 간의 네트워크 체제로 구축한다.
- 다만, 중앙에 보호고용네트워크기업체계의 운영을 전체적으로 지원할 전담기구를 두되 이는 현행 장애인고용공단을 활용할 수 있다. 이 중앙지원기구는 산업구조조정의 흐름이나 그에 따른 노동시장변화를 전국적으로 그리고 지역별로 예측하여 네트워크에 편입된 각 지역의 직업재활시설에 정기적으로 정보를 제

공하고 이를 통해 업종조정 및 훈련내용의 지속적인 갱신을 시도함과 동시에 직업재활시설에 대한 경영상의 지원을 행한다. 이를 통해 각 지역의 직업재활 시설은 업종선택이나 판로개척 등과 관련하여 지원을 받게 된다.

- 보호고용기업에 취업한 장애인근로자의 인건비는 그 일부를 국가가 지원한다. 따라서 원칙적으로 일반고용에 일반경쟁고용에 적용되어야 할 고용장려금은 지급하지 않아야 한다.
- 보호고용기업에 취업한 장애인근로자에 대해서는 근로기준법을 전부 적용한다. 따라서 최저임금법도 적용제의 없이 당연히 적용된다. 또한 사회보험에도 당연히 가입되어야 하며 사회보험 기여금의 일부 역시 정부가 지원해야 한다.
- 보호고용기업에는 장애인이 다수 취업하지만 비장애인도 취업할 수 있다. 장애인근로자의 비율은 보다 구체적인 논의가 필요하겠지만 현행 표준사업장과 같은 장애인다수고용사업장의 예를 참고할 수 있을 것이다.
- 보호고용기업의 운영을 지원하는 중앙지원기구는 보호고용기업으로부터 일반고용으로의 전이 및 일반고용으로부터 보호고용기업으로의 전이 양방향 모두에 관련하여 장애인근로자에 대한 평가 및 지원서비스 체계를 마련·실시한다.

네트워크형 장애인공기업의 특성을 갖는 이러한 보호고용기업체계가 구축된다면 현재 각자도생식으로 운영되고 있는 전국의 직업재활시설들은 전문적인 경영상의 지원을 받을 수 있어 사업경영을 개선할 수 있을 뿐만 아니라 이를 통해 장애인근로자들의 생산성도 향상시킬 수 있을 것이다. 또한 전국의 직업재활시설들이 네트워크로 편제되는 것이므로 별도로 시설을 설립할 필요성은 최소화될 수 있으며 중앙지원기구도 현행 장애인고용공단조직을 활용한다면 일부 경영전문가나 산업정책전문가의 추가 외에 큰 비용이 소요되지 않을 수 있다. 그리고 전국의 직업재활시설들이 네트워크 형태이지만 하나의 공동체로 묶이므로 이를 통해 시너지 효과도 낼 수 있을 것이다. 그리고 보호고용기업체계에서 일한 장애인근로자가 일반고용으로 전환될 경우 민간사업체들도 우수한 직무능력을 가진 근로자를 고용할 수 있다는 이점을 누릴 수 있을 것이다.

보호고용기업체계가 경쟁체제로 운영된다는 점에 대해 혹자는 이것의 실현가능성에 의구심을 가질 수도 있을 것이다. 하지만 전문지원기구에 의한 경영상의 지원이 이루어진다면 이것이 반드시 난망한 일만은 아닐 수 있다. 또한 국가에 의한 인건비 지원이 이루어지기 때문에 이 역시 경쟁체제로의 운영에 도움이 될 것이다.

② 권리산업의 개척

또한 이러한 장애인공기업을 통해 수출도 생각할 수 있다. 수출품목은 업종에 따라 다양하게 구상할 수 있겠지만 장애인보조기구도 중요한 수출품목으로 생각해볼 수 있다. 스웨덴은 1980년대 초까지도 휠체어 수입국이었으나 그 후 정부의 적극적인 지원을 바탕으로 장애인보조기구 산업을 발전시켜 1980년대 후반 이후부터는 휠체어 수출국으로 변화하였다.

아시아 지역의 경우 장애인보조기구 시장은 상당히 전망이 있다고 생각된다. 중국의 경우 2006년 장애인조사에서 장애인구가 8,300만명인 것으로 공식 집계된 바 있는데 이는 1987년 조사 당시의 5,200만명에서 무려 60% 가까이 증가한 것이다(People's Daily Online, 2006.12.1.). 이 외에 아시아 각국의 장애출현율을 보면, 인도네시아가 3.1%(1998년), 말레이시아 0.5%(등록장애인 기준, 2001년), 몽골 4.8%(2001년), 미얀마 2.0%(1985년), 필리핀 1.2%(센서스 자료, 2000년), 태국 8.1%(1996년), 베트남 5.2%(1999년) 등이다(각 수치는 JSRPD (2007-2008)에서 발췌). 아시아 지역 국가들의 경우 통상 장애출현율이 유럽 국가들보다 낮게 추정되는 경향이 있는데 이런 낮은 출현율을 그대로 인정하더라도 아시아 지역 장애인구는 적어도 1억명은 족히 넘을 것으로 생각할 수 있다(여기서 제시하지 않은 인도까지 포함한다면 아시아 지역 장애인구는 그보다 훨씬 더 많을 것이다). 이런 점에서 우리나라의 내수를 포함하여 아시아 지역 장애인구를 대상으로 한 장애인보조기구 시장은 상당히 넓다고 볼 수 있다.

우리가 보호고용기업체계를 통하여 그리고 이 보호고용기업체계와 사회보험공단(특히 국민건강보험공단과 국민연금공단) 및 민간기업들과의 연계를 통하여 아시아 지역의 장애인보조기구 수출시장을 개척한다면 이는 우리나라 장애인보조기구 산업의 발전뿐만 아니라 보호고용기업체계의 발전에 기여함은 물론 아시아 지역 장애인의 삶의 질 향상과 권리의 향상에도 기여할 수 있을 것이다(이런 점에서 이 산업을 권리산업(right industry)라 할 수 있다). 특히 장애인보조기구 가운데 이동권에 관련된 보조기구 수출시장을 개척하면 이는 그와 연관된 산업(예컨대, 건설업 등)에도 영향을 미치는 산업연관효과도 발생시킬 수 있을 것이다. 이러한 권리산업의 육성과 발전이 실현된다면 이를 통해 우리나라 장애인들의 복지를 향상시키는 데 필요한 재정도 확보할 수 있을 것이므로 이것이야말로 생산적 복지가 될 것이다.

③ 분리고용 문제

보호고용기업체제와 관련하여 혹자는 장애인을 분리 고용하는 것은 사회통합의 이념과 맞지 않다는 비판을 할 수 있을 것이다. 이런 비판은 예컨대 영국의 경우 정부가 최근에 장애인공기업으로 널리 알려진 램플로이(Remploy)를 민영화하는 조치를 취한 한 원인이 되기도 하였다(한국장애인고용공단 고용개발원, 2012a). 하지만 영국 정부의 이 조치와 관련하여 영국의 장애계에서는 장애인들 스스로가 램플로이를 분리고용이라고 비판함으로써 정부의 조치를 정당화해준 측면이 있다는 자성이 나타나고 있기도 하다(한국장애인고용공단 고용개발원, 2012a). 보호고용기업체제가 구축된다 해도 이것은 정부 및 민간부문의 경쟁고용과 함께 운영되는 것이므로 보호고용기업체제가 반드시 장애인의 분리고용을 조장한다고만 생각할 필요는 없을 것이다.

2) 현행 직업재활시설의 전환방안

보호고용기업체제의 설립을 위해서는 우선 현행 직업재활시설을 네트워크체계 내로 선별하여 편입하는 작업이 선행되어야 한다. 이 작업에는 현재 대부분 민간 소유로 되어 있는 직업재활시설의 소유관계와 거버넌스의 조정이 포함되며 이 작업에는 상당한 어려움이 따를 수 있다. 하지만 네트워크체제로 묶는 것이므로 시설의 소재지 자체가 이동될 필요는 없으며 전문적 경영지원을 받게 되므로 이를 유인으로 활용할 수 있을 것이다. 그리고 2010년 기준으로 422개에 달하는 직업재활시설을 모두 네트워크체계 내로 편입시킬 것인지에 대해서도 검토가 이루어져야 하는데, 이와 관련해서는 정부가 일정한 평가기준을 마련하여 이에 따른 평가결과에 근거하여 단계적으로 편입시키는 방안을 생각할 수 있으며 이를 위해 한시적으로 운영되는 특별법을 고려할 수 있을 것이다. 이렇게 할 경우 일정한 기간 동안은 과도기로서 보호고용기업체제와 기존의 직업재활시설체제가 병존할 것이다. 이 과도기가 지난 후에도 보호고용기업체제로 편입되지 못하는 직업재활시설은 그 때 이후로는 직업재활시설이 아니라 직업재활프로그램을 운영하는 기관으로 전환시키고 직업재활프로그램에서 일하는 장애인은 근로자성을 인정하지 않도록 한다.

3. 의무고용제도 합리화

가. 고용주책임 강화: 법정 의무고용률 상향 조정

장애인고용과 관련된 고용주책임을 구성하는 요소로 가장 중요한 것은, 앞에서 언급한 것처럼 법정 의무고용률이다. 현재 법정 의무고용률은 2.5%이며 이는 2014년에 2.7%로 상향조정될 예정이다. 하지만 앞서 보았듯이 2.7%라고 해도 법정 의무고용률이 OECD 국가들에 비해 높은 수준은 아니다. 혹자는 유럽 국가들의 경우 장애인구 규모가 우리나라보다 크기 때문에 이를 도외시하고 법정 의무고용률을 직접 비교하는 것은 부당하다고 말할 수도 있을 것이다. 하지만 법정 의무고용률을 설정하는 데에 장애인구 규모가 고려되지만 이것이 고려사항의 전부는 아니다. 법정 의무고용률 설정에 있어서는 장애인구 규모 외에 경제활동장애인의 규모나 취업장애인의 규모 그리고 기업의 고용수용력 등이 고려된다(Thornton, 1998). 그리고 이러한 사항들을 고려하여 설정되는 법정 의무고용률은 대단히 기술적인 성격의 문제라 할 수 있다.

그런데 법정 의무고용률 결정에 있어서 이보다 더 중요한 사안이 있다. 할당 고용제도는 그 본질상 정부와 기업이 모두 동의할 수 있는 장애인을 고용해야 하기 때문에 등록제도가 필요하다. 물론 할당 고용제도를 운영하는 유럽 국가들은 우리나라와 같은 일률적인 등록제도는 가지고 있지 않지만 적어도 할당 고용제도의 운영을 위한 등록제도는 가지고 있다. 이런 등록제도를 통해 등록된 장애인을 법적 장애인(legal disabled) 또는 행정적 장애인(administrative disabled)이라 한다. 그런데 유럽 국가들은 이 법적 장애인의 비중이 법정 의무고용률보다 낮은 경향이 있다.

자료를 모두 구하기는 어렵지만 예컨대 오스트리아의 경우 법정 의무고용률은 4%이지만 법적 장애인은 총인구의 1.4%(1999년)에 불과하며 또 프랑스는 법정 의무고용률은 6%나 되지만 법적 장애인은 총인구의 3.5%(2002년)에 불과하다(남찬섭, 2008; 심진예·김경아 외 2006). 따라서 이들 나라의 경우 이 나라의 기업이 장애인을 아무리 성실히 고용해도 구조적으로 국가에 부담금을 납부할 수밖에 없는 것이다. 이들 나라가 법정 의무고용률 설정의 기술적 문제를 해결할 능력이 없어서 것처럼 법적 장애인보다 훨씬 높은 비중으로 법정 의무고용률을 정했으리라 생각하기는 어렵다. 이러한 예는 법정 의무고용률 설정이 단순히 기술적인 문제만이

아니라 사회적이고 정치적인 사안임을 보여준다. 이와 관련하여 독일의 예를 생각해볼 수 있다. 독일은 1974년에 법정의무고용률을 결정할 때, 장애인 중 취업자와 실업자의 수에 해당하는 일자리(111만 5천개)에다 장애인들의 취업상 어려움을 감안한 조정치(20만개)를 더하여 그 비율을 결정하였다(Thornton, 1998). 이와 같은 조정치는 일종의 규범적 수치로 이것이 고려되고 또 사회적으로 용인되는 것이 중요한 것이다.

우리나라의 법정의무고용률은 그동안의 상향조정에도 불구하고 여전히 낮은 수준이므로 이를 좀 더 상향시킬 필요가 있다. 그리고 이를 위해서는 장애인구 규모, 경제활동장애인의 규모, 취업장애인의 규모를 고려해야 하며 장애인의 실업률도 고려해야 한다. 그리고 위에서 본 유럽 국가들의 예를 볼 때, 법정의무고용률에는 규범성이 일정 부분 포함될 필요가 있다. 만일 규범성이 완전히 배제된다면 이는 단순히 현실을 반영할 뿐 의무부과제도로서의 의미를 상실할 것이다. 이런 점에서 법정의무고용률에서는 장애인의 실업률과 실업장애인들의 취업희망도 등에 가중치를 더 높게 부여할 필요가 있다.

나. 장애인고용기금 수입지출구조의 개선

앞서 언급한 것처럼 유럽의 할당제 국가들도 우리나라와 마찬가지로 장애인고용기금을 운용하지만 이들은 그 수입원이 기업주의 부담금만이 아니라 정부일반회계 및 사회보험기금으로부터의 지원도 상당하며 기금의 지출에 있어서도 고용되기 전단계의 직업재활사업에 소요되는 비용은 일반회계나 사회보험에서 지출하고 있다. 특히 장애인고용촉진에 관련된 일반행정비에는 장애인고용기금을 지출하지 못하도록 법적으로 제한하는 경우도 많다.

유럽국가들의 이러한 제도적 조치는 할당제의 취지에 비추어보아도 그에 부합하는 조치이다. 직업재활사업이 결국 장애인을 대상으로 한 인적자본투자정책이라 할 때, 국가가 할당제를 통해 민간부문에 장애인고용의무를 부과할 경우 민간기업들이 장애인을 고용할 수 있도록 인적자본에 투자하는 단계에서는 정부가 재정을 투입하는 것이 마땅한 것이다.

이런 점에 비추어 볼 때 우리나라도 장애인고용기금의 수입원으로 정부 일반회계의 지원과 사회보험기금의 지원을 적극 고려할 필요가 있다. 특히 장애인고용기금 수입의 10% 정도에 머물고 있는 일반회계 지원액을 연차적으로 높일 필요가 있

다. 또한 사회보험기금으로는 고용보험기금의 지원을 적극 고려할 필요가 있다. 장애인직업재활사업은 결국 노동시장정책이고 현행 고용보험은 고용안정 및 능력개발사업을 포함하고 있으므로 직업재활사업에 재정을 지원할 충분한 이유가 있다.

장애인고용기금의 지출에서도 현재처럼 장애인고용에 관련된 일체의 사업에 기금이 사용되지 않도록 할 필요가 있다. 일차적으로는 장애인고용정책의 수행에 필요한 일반행정비는 일반회계에서 부담토록 하고 이와 관련하여 장애인고용기금 중 부담금으로 조성된 부분을 일반행정비에 사용치 못하도록 법률로 제한할 필요가 있다. 또한 직업재활사업에 소요되는 비용을 일반회계와 사회보험기금(고용보험기금)에서 부담한다는 것을 전제로 부담금 수입은 장애인을 고용한 사업주에 대해 그 시설지원이나 장려금 지급 및 의무고용된 장애인을 지원하는 데에만 지출토록 제한할 필요가 있다.

다. 고용후 사후지도 강화

앞서 본 것처럼 장애인들은 취업한 경우라도 이직이 잦고 근속기간이 짧은 편이다. 이에 여러 가지 원인이 있고 또 의무고용제도 내에서 이 문제를 모두 해결할 수 있는 것은 아니다. 하지만 현재 우리나라에서 노동시장정책 기능을 가지고 있으면서 장애인고용정책을 수행하는 기관은 노동부 및 그 산하 장애인고용공단이 유일하므로 우선적으로 의무고용제도 내에서 장애인근로자들의 고용유지를 위한 정책을 강화할 필요가 있다.

그런데 이를 위해서는 기업도 서비스의 대상이라는 점을 인식하는 것이 중요하다. 기업에 대해 장애인고용책임을 부과하는 것이 장애인고용 향상에 중요한 한 요소(OECD, 2003)라는 사실은 틀림없다. 또한 노동수요측인 기업이 장애인에 대한 각종 차별행위로 장애인고용을 저해할 잠재성을 갖고 있는 것도 사실이다. 하지만 할당고용제는 기업의 그러한 잠재성을 일반적으로 전제하고 기업에 대해 고용의무를 부과하는 것이기 때문에 이 점이 전제된 상태에서는 기업도 그가 장애인을 고용하는 경우 할당고용제의 서비스대상으로 간주되어야 한다.

그리하여 장애인을 고용하는 기업에 대해 장애인근로자에 관한 정보제공과 직무배치, 직장내 생활 등에 관련된 서비스를 제공할 필요가 있다. 이 서비스는 사업장규모나 직무내용, 그리고 장애인의 특성 등에 따라 구체적인 내용이 달라질 것이며 이는 현장에서 이러한 서비스를 담당하는 인력에 의해 어느 정도 재량적

으로 판단될 수 있어야 한다. 그리고 이러한 서비스가 가능하기 하려면 고용된 장애인에 대한 정기적인 직무평가 및 지도가 선행되어야 하므로 이는 장애인근로자에 대해서도 고용의 지속이나 적절한 직무로의 배치 등 긍정적인 효과를 가질 수 있을 것이다. 물론 이를 위해서는 이 업무를 담당할 직업재활사나 직업평가사와 같은 전문인력이 대폭 확충될 필요가 있다.

라. 장애인고용인프라 확충

장애인들이 고용서비스에 원활히 접근하는 것은 지역사회정착에 매우 중요하다. 하지만 앞서 본 것처럼 우리나라 장애인고용공단은 지사 수가 너무 적어 장애인들의 접근성에도 문제가 있으며 사업체를 관리하기에도 행정력이 따라가기 어려운 실정이다. 물론 장애인복지관이 있지만 이 기관은 노동시장정책기능을 갖고 있지 않기 때문에 그 역할을 적절히 수행하는 데 한계가 있다.

따라서 장애인고용공단 지사를 대폭 확충하여 사업체 관리와 기업에 대한 적절한 지원을 할 토대를 갖추어야 하며 장애인들의 접근성도 향상시킬 필요가 있다. 지사 수를 어느 정도까지 확충해야 하는가가 논란이 될 수 있는데 이것은 장애인들의 접근성 및 다른 공공서비스조직, 예컨대 국민연금공단이나 건강보험공단의 지사조직 등을 감안하여 접근할 수 있을 것이다. 만일 장애인고용공단 지사조직의 확충이 어렵다면 현재 지방노동관서에 설치된 고용지원센터를 활용하여 여기에 장애인에 대한 고용관련서비스 제공기능을 강화하는 방안도 고려할 수 있다.

그리고 어느 방안을 추진하든 반드시 필요한 것은 직업재활관련인력의 대폭 확충이다. 앞에서 언급한 것처럼 현재 우리나라는 직업재활사와 직업평가사가 절대적으로 부족하여 장애인에 대해서뿐만 아니라 기업에 대해서도 적절한 서비스를 제공할 여건에 있지 못하다. 더욱이 직업재활인력의 자격체계도 제대로 갖추어져 있지 않은 상황이며 이런 관계로 양성체계도 제대로 구축되어 있지 않다. 일차적으로는 직업재활인력의 자격을 국가자격화하여 체계화하고 이를 바탕으로 양성체계도 갖추도록 해야 한다.

4. 중증장애인 고용확대

앞에서 본 바와 같이 장애인들의 경제활동실태가 전반적으로 열악한 가운데 중

중장애인의 실태는 더욱 열악하다. 이러한 상황을 반영하여 기존 연구에서도 중증장애인 고용확대를 위해 직업적 장애개념, 중증장애인 적합직종 개발, 지원고용 확대, 맞춤형훈련 강화, 근로지원인서비스 확대 등 여러 방안이 제시된 바 있다(예컨대, 박경수강경선 외, 2011; 박경수이채식 외, 2011 등 참조).

이런 방안들이 나름의 의미를 갖는 것은 사실이다. 그런데 중증장애인의 고용확대를 위해서는 보다 큰 틀에서의 제도적 환경이 변화될 필요도 있다. 본 연구에서는 앞에서 정책간 연계와 보호고용기업체계의 구축을 제안하였는데 이를 통한 제도적 틀의 변화도 중증장애인의 고용확대에 중요한 영향을 미칠 수 있을 것으로 본다.

그리하여 아래에서는 본 연구에서 제안한 제도적 틀의 변화에 관련된 정책제안을 중증장애인 고용확대와 연관지어 간략히 살펴보고 그 다음 중증장애인 고용확대에 보다 직접적으로 관련된 것으로 기존 연구에서 제안된 것 중 현재 법제화되어 시행되고 있는 지원고용과 근로지원인서비스의 확대방안을 살펴보고 이어 기존 연구에서 제안된 동료상담사 자격제도화에 대해 살펴본다.

가. 제도적 틀의 변화를 통한 중증장애인 고용확대

본 연구에서는 장애인고용의 전체적인 향상을 목표로 부처간 정책연계와 보호고용기업체계의 구축을 제안하였다. 이 제안이 특별히 중증장애인만을 표적으로 한 것은 아니지만 이를 통한 제도적 틀의 변화가 실현된다면 이는 중증장애인의 고용증진에 기여할 수 있을 것이다.

부처간 정책연계방안으로는 특수교육기관 중고등부 졸업생을 대상으로 한 교육부와 노동부 간의 분업 및 연계를 제안하였고, 중도장애인을 대상으로 한 복지부와 노동부 간의 분업 및 연계를 제안하였다. 2010년 현재 특수교육기관 재학생은 79,711명인데 이 중 정신지체(지적장애) 학생이 42,690명(53.5%), 정서·행동장애 3,588명(4.5%), 자폐성장애 5,463명(6.8%), 발달지체 1,394명(1.7%) 등으로 대체로 중증장애인의 범주에 해당할 가능성이 높은 학생이 53,135명으로 66.6%에 달한다(교육과학기술부, 2010). 물론 이 수치는 개략적인 수치이다³⁰⁾. 하지만 이 수치는

30) 여기에는 의사소통장애 1,591명과 학습장애 6,320명, 건강장애 2,174명을 포함하지 않았다. 또한 특수교육법은 중증장애인을 별도로 규정하지 않기 때문에 지체장애나 청각장애, 시각장애 학생 중 중증장애인이 몇 명인지 파악할 수 없어 이들도 포함되지 않았다.

전체 장애인구 중 중증장애인의 비중보다 특수교육기관 재학생 중 중증장애학생의 비중이 상대적으로 더 크다는 사실을 보여준다. 따라서 특수교육기관 중·고등부 졸업생을 대상으로 한 졸업전 진로제도에 의해 교육부와 노동부가 적절한 분업과 연계체계를 갖춘다면 그로 인한 서비스는 자연스럽게 중증장애학생에게 더 많이 제공될 것이다.

장애인을 장애발생연령별로 구분하여 보면 성인이 된 이후에 장애를 입는 경우가 2/3에 달한다. 이는 상당수의 장애인은 정규교육을 마친 후에 장애를 입는다는 것을 의미한다. 그리고 이처럼 정규교육을 마친 후에 장애를 입은 중도장애인들도 정규교육 이전에 장애를 입은 장애인과 유사하게 교육수준이 낮다. 앞서서도 말한 바와 같이 중도장애인들의 낮은 교육수준은 장애 때문이라고 하기 어렵다. 오히려 이들의 교육수준이 낮은 것은 이미 교육수준이 낮은 사람들 따라서 그로 인해 사회경제적 지위가 낮은 사람들에게 장애가 더 많이 발생하기 때문에 나타난 현상이라고 보아야 한다. 따라서 중도장애인 중 중증장애인의 비중이 특별히 더 높지 않다 하더라도 이들은 더 많은 사회복지서비스와 더 많은 고용관련서비스를 필요로 할 가능성이 높다. 그리고 이 가능성은 중증장애인에게서 더 클 것으로 예상할 수 있다. 그러므로 중도장애인의 취업육구와 관련하여 복지부와 노동부가 적절히 역할분담을 하고 정책연계를 한다면 이 역시 중증장애인의 고용확대에 기여할 수 있을 것이다.

다음으로 본 연구는 현행 직업재활시설을 보호고용기업체계로 재편할 것을 제안하였다. 일반적으로 보호고용은 중증장애인을 표적으로 한 프로그램이며(권선진, 2007: 278), 실제로도 대부분의 국가에서 보호고용 장애인의 다수는 중증장애인인 경우가 많다(OECD, 2003: 114). 경제활동연령 장애인 전체 중 보호고용 장애인이 차지하는 비중은 그리 높지는 않다. 예컨대 네덜란드는 20~64세 장애인 중 약 1%가 보호고용 형태로 취업해 있는데 이는 유럽에서도 상당히 높은 비중이다. 스웨덴과 노르웨이는 이 비중이 0.5%이며 프랑스, 독일, 오스트리아, 벨기에에는 이 비중이 0.3%이다(OECD, 2003: 114). 또한 보호고용 장애인이 경쟁고용으로 전환되는 전이실적도 그리 높은 편이 아니다(OECD, 2003: 114). 하지만 보호고용이 중증장애인의 고용에서 갖는 중요성은 부인하기 어렵다.

또한 보호고용제도의 운영과 성과는 나라에 따라 많은 차이가 있기도 하다. 예컨대, 노르웨이의 보호고용제도는 3단계로 구분되어 있는데, 제1단계는 훈련가능 단계의 보호고용이며 제2단계는 전이가능단계의 보호고용이고 제3단계는 상용고용단계의 보호고용이다. 그리고 제2단계와 제3단계의 보호고용은 일반적인 임금

을 지급한다(OECD, 2003: 217). 보호고용 장애인의 50%는 제2단계 보호고용에 취업해 있는데 여기서의 취업기간은 2년을 넘지 못하도록 되어 있다. 그리고 노르웨이 보호고용의 전이실적은 무려 30%(OECD, 2003: 217)로 유럽 내에서도 발군의 실적을 보이고 있다. 노르웨이의 보호고용 운영의 구체적인 내용을 알기는 어렵지만 이 나라의 대단히 예외적인 전이실적은 제도의 운영에 따라 보호고용의 성과는 크게 달라질 수 있음을 잘 보여준다.

본 연구에서 제안한 보호고용기업체계의 구축이 단기간에 이루어질 수 있거나 쉽게 이루어질 수 있는 것은 아닐 것이다. 하지만 이 방향으로의 전환이 시도되어 다소간의 토대라도 마련된다면 현재 각자도생식으로 그리고 경영상의 전문성이 결여된 상태에서 운영되는 직업재활시설보다는 그 성과를 크게 향상시킬 수 있을 것이며 나아가 중증장애인들의 고용보장에도 효과적일 것이다.

나. 중증장애인 표적화 방안

1) 지원고용 강화

지원고용(supported employment)은 원래 지적장애이나 자폐증장애인, 뇌성마비 장애인 등 중증발달장애인들의 취업을 지원하기 위해 고안된 것으로 그 핵심적인 철학은 중증장애인을 비장애인과 더불어 경쟁고용으로 통합시키는 것을 목표로 하는 정상화 이념에 두고 있다(박경수강경선 외, 2011).

앞서 본 것처럼 지원고용의 현장훈련을 수료한 장애인은 2,322명이며 이 중 발달장애인은 1,799명(2009년 기준)이다. 그런데 지원고용의 주 대상이 발달장애인인 점을 감안하더라도 이 지원고용의 실적은 높은 편이라 하기 어렵다. 2008년도 장애인 실태조사에서 추정된 15세 이상 지적장애인 및 자폐성장장애인은 27,365명이었다(변용찬김성희 외, 2009). 따라서 2009년도 지원고용실적 중 발달장애인의 수치 1,799명을 2008년도 장애인실태조사 결과와 비교하면 그 실적은 6.6%이다. 여기에는 뇌성마비장애인이 포함된 뇌병변장애인 등을 제외한 것이기 때문에 실제 실적은 그보다 더 낮다고 보아야 한다. 또한 2009년에 지원고용의 현장훈련을 수료한 장애인 2,322명을 15세 이상 중증장애인(2008년도 515,294명) 비교하면 그 비중은 0.45%이며 15세 이상 장애인구 전체(2008년도 2,071,597명)과 비교하면 그 비중은 0.1%이다.

그런데 이처럼 지원고용실적이 낮은 가운데 지원고용의 주대상인 중증장애인은 실업률이 높아 이는 다시 말하면 지원고용의 수요가 증가할 가능성이 있음을 의미한다고 볼 수 있다. 예컨대, 2009년도 특수교육기관 고등부 졸업생 중 발달장애인은 3,847명이고 이들 중 지원고용이 가능하다고 판단되는 인원은 1,115명으로 추정되었다. 하지만 이들 중 2009년에 실제로 지원고용서비스를 받은 인원은 385명으로 34.5%였다(발달장애인지원기획단, 2011, 박경수강경선 외, 2011: 199에서 재인용). 이 예를 통해 보더라도 지원고용 수요는 현재보다 더 증가할 것으로 예상할 수 있다. 이처럼 지원고용수요가 증가할 것으로 볼 때 이에 대응하기 위한 지원고용의 개선방안으로는 다음의 것들을 생각할 수 있다³¹⁾.

첫째, 장애인의 장애특성이나 직무능력, 직업적 욕구 등을 고려한 개별화된 서비스가 제공될 필요가 있다. 현재는 3주를 기본으로 한 현장훈련을 실시하여 훈련기간도 획일화되어 있어 장애인들의 개별적인 특성을 적절히 고려하지 못하고 있다. 물론 연장훈련을 할 수 있게 되어 있으나 실제 연장사례는 거의 없다.

둘째, 지원고용의 기간을 대폭 연장할 필요가 있다. 현재는 지원고용의 기간을 최대한 연장하더라도 7주로 2개월에 채 미치지 못한다. 하지만 미국의 경우는 기본적으로 8개월 내지 1년 동안 지원고용을 실시하고 있다. 우리의 경우 기간이 너무 짧아 중증장애인들로 하여금 직업에 적응하여 고용을 안정적으로 유지토록 하기에는 너무나 부족하다. 지원고용기간의 연장이라 해서 이것이 모든 장애인에게 일률적으로 동일한 기간의 지원고용이 필요함을 말하는 것이라기보다는 위의 첫째에서 말한 개별화된 서비스가 전제된 상태에서 개별사례에 따라 판단될 필요가 있다. 그리하여 지원고용기간의 연장은 미국의 예에서 보듯이 최대 1년과 같은 최대기간을 설정한 상태에서 담당인력과 장애인 간의 협의를 통해 개별적으로 결정될 수 있도록 해야 할 것이다.

셋째, 지원고용의 목표사업체를 고용이 좀 더 안정된 사업체로 전환할 필요가 있다. 현재 지원고용은 소규모 사업체 위주로 실시되고 있는데 소규모 사업체가 발달장애인의 적응에 도움이 되는 면도 있지만 고용안정이나 근로조건 측면에서는 불리한 면도 있다. 현재 의무고용제도가 실시되고 있으므로 의무고용적용사업체인 50인 이상 사업체를 목표로 지원고용서비스를 제공한다면 지원고용 장애인과 그를 고용한 사업체 모두 이익을 얻을 수 있을 것이다.

넷째, 위의 방안들이 실효성을 거두기 위해서는 인력과 예산이 확보되어야 한

31) 이 개선방안은 박경수강경선 외(2011)의 pp. 200-201을 참조한 것이다.

다. 따라서 먼저 지원고용인력의 대폭적인 확대와 함께 이들의 전문성과 자질을 향상시킬 필요가 있다. 이를 위해서는 직무지도원의 자격체계를 정비하는 한편 교육을 강화하고 나아가 이들의 근로조건을 안정적으로 보장할 필요가 있다. 이 직무지도원의 자격체계 정비는 앞에서 말한 직업재활사 및 직업평가사의 자격체계 정비와 연동하여 시행할 수 있을 것이다. 다음으로 현재 장애인고용예산의 2%에 미치지 못하는 지원고용예산을 증액시킬 필요가 있다.

2) 근로지원인 서비스 확대

근로지원인제도는 중증장애인의 안정적 직업생활을 지원하기 위한 것으로 이 지원에는 업무와 관련된 지원뿐만 아니라 업무외적인 지원도 포함된다. 미국은 장애인차별금지법(ADA)에서 15인 이상의 장애인을 고용한 사업주는 해당 기업의 장애인근로자에게 정당한 편의를 제공해야 하는데 여기에 근로지원이 포함되도록 규정하고 있다. 하지만 미국 ADA에서 규정한 근로지원에는 신변처리지원은 포함되어 있지 않다(업무상 출장 등의 경우에는 신변처리지원도 포함될 수 있다)(박경수강경선 외, 2011: 207). 우리나라도 2011년에 근로지원인제도를 법제화하여 제도적 틀을 갖추었으나 아직 개선해야 할 사항이 많다³²⁾.

첫째, 근로지원인서비스 이용시간을 연장할 필요가 있다. 현재 근로지원인서비스는 월 100시간 한도 내에서 이용토록 되어 있지만 실증연구에 따르면 근로지원인서비스 이용에서 어려운 점으로 이용시간 부족이 가장 큰 문제로 지적된 바 있어 중증장애인의 안정적인 고용유지를 위해서는 근로지원인서비스 이용시간을 연장할 필요가 있다.

둘째, 활동보조인과 근로지원인의 성격을 명확히 구분할 수 있는 기준이 마련될 필요가 있다. 장애인들의 경우 이 둘의 차이를 제대로 인식하지 못하는 경우가 많으며, 또 현실적으로도 활동보조인과 근로지원인을 모두 활용할 경우 직장에 양해를 구해야 하는 문제와 둘 간의 역할분담의 모호성 등의 문제가 있다. 따라서 양자의 역할구분을 명확히 하는 한편 장애인을 대상으로 활동보조인과 근로지원인의 역할에 관한 교육도 실시할 필요가 있다.

셋째, 근로지원인서비스의 예산을 확충함과 동시에 재원도 조정할 필요가 있다. 현재 근로지원인서비스의 예산은 장애인고용기금에서 지출하고 있는데 이 사업은

32) 이 개선방안은 박경수강경선 외, (2011)의 pp. 208-209를 참조한 것이다.

고용보험사업 중 고용안정사업의 성격을 가지고 있으므로 고용보험기금에서 지출토록 전환하는 방안을 적극 고려할 필요가 있다.

3) 동료상담사 자격제도와

우리나라는 1990년대 말에 자립생활운동이 도입되어 그 이후 민간부문을 중심으로 자립생활센터가 활동을 전개하였다. 그 후 정부에 의한 시범사업이 실시되다가 2007년부터 전국적으로 확대되었으며 2011년에는 활동지원제도로 개편되어 시행되고 있다. 그런데 이 과정에서 자립생활센터가 전통적으로 중요시해온 자립생활기술훈련이나 동료상담, 권익옹호 등의 기능보다는 활동보조서비스만을 채택하여 제도화한 측면이 짙다. 더욱이 2011년에 활동지원제도로 개편하는 과정에는 장기요양서비스의 성격이 가미되어 자립생활이념의 구현체로서의 활동보조서비스의 성격을 더욱 탈색된 경향이 있다.

정부 입장에서 활동보조서비스는 일종의 돌봄서비스로 개념화될 수 있고 이것 자체가 반드시 잘못된 것이라고 하기는 어려울 수 있지만, 지역사회정착의 관점에서 볼 때 활동보조서비스를 자립생활이념과 무관하게 하나의 급여(서비스형태의)로만 보는 것은 바람직하지 않다. 왜냐하면 활동보조서비스가 자립생활에 필요한 이유는 사회적으로 가용한 서비스의 조직화와 배분이 장애인의 관점에 비추어 재편되어야 하고 이를 통해 장애인이 지역사회에 통합되고 참여할 수 있기 때문이다. 그리고 이처럼 사회적으로 가용한 서비스의 조직화와 배분을 장애인의 관점에서 재편하기 위해서는 자립생활운동이 갖는 대안적 기능을 좀 더 강화할 필요가 있다. 그리고 이러한 대안적 조직화와 배분 기능은 미시적인 차원에서는 동료상담 및 그것을 매개로 한 권익옹호 등의 기능을 통해 발휘될 수 있다.

이런 점에서 자립생활이념으로부터 다소 떨어져 단순한 서비스로 제공되고 있는 활동보조서비스에 자립생활운동의 본래 이념을 다시 회복시키기 위해서는 활동보조서비스 제공과 밀접히 관련된 자립생활센터로 하여금 동료상담과 권익옹호 기능을 보다 강화할 수 있도록 여건을 조성할 필요가 있다. 이를 통해 정부는 자립생활이념이 원래 지향하였던 사회의 변화를 위한 보다 풍부한 대안의 마련을 유도하고 지원할 수 있게 될 것이다. 그리고 이 방안은 많은 중증장애인들이 현재 동료상담가로 활동하고 있다는 현실을 수용하여 이를 제도화하는 방안이기도 하다.

이를 위해서는 기존 연구에서 제안한 바와 같이 동료상담사 자격제도의 신설(박경수강경선 외, 2011; 박경수이채식 외, 2011)이 필요할 것이다. 동료상담사 자격제도화를 위해서는 필요한 자격기준의 마련과 양성교육과정의 구축이 필요하다. 또한 그와 함께 자립생활센터에 배치될 동료상담사의 배치기준과 운영기준 그리고 동료상담사의 역할기준이 마련되어야 하며 자립생활센터에 취업한 동료상담사의 인건비를 지원하는 방안이 마련되어야 할 것이다(박경수강경선 외, 2011; 박경수이채식 외, 2011)³³⁾.

다. 기존 연구에서 제안된 몇 가지 방안에 대한 평가

지금까지 중증장애인 고용확대와 관련하여 제도적 틀의 변화를 통한 접근과 중증장애인을 표적화한 보다 직접적인 방안에 대해 살펴보았다. 이제 마지막으로 기존 연구에서 제안된 방안 중 현재 유력하게 거론되고 있는 방안에 대한 비판적 평가를 첨언하고자 한다.

1) 직업적 중증장애인 기준에 대한 평가

기존 연구에서 거론되는 유력한 방안 중의 한 가지로는 직업적 중증장애인 기준의 마련(박경수강경선 외, 2011)을 들 수 있다. 직업적 중증장애인 기준을 마련 하자는 주장은 기존의 장애등급제가 의학적 기준으로만 설정된 데다 이것이 모든 서비스와 획일적으로 연계되어 있다는 비판에서 출발하여 노동능력을 고려한 장애판별·직업적 기준의 마련이 필요하다는 인식에 기초한 것이다(박경수강경선 외, 2011: 192~193). 그리고 이러한 기준의 마련을 통해 중증장애인의 개별적 특성에 보다 초점을 둔 서비스를 통해 중증장애인의 고용보장을 증진시킬 수 있을 것이라는 기대를 담고 있다(박경수강경선 외, 2011: 194). 그런데 이 직업적 중증장애

33) 박경수강경선 외 (2011)는 동료상담사 배치기준으로 자립생활센터당 최소 2인 이상을 제안하고 있는데 이는 실현가능성이 있는 방안이라고 판단된다. 그런데 이 연구에서 동료상담사의 역할을 어떻게 설정하고 있는지가 구체적으로 서술되어 있지 않아 판단하기에 다소 어렵지만, 만일 동료상담사의 역할을 상담만이 아니라 권익옹호까지 포함하는 것으로 생각한다면 최소인원이 2인보다는 좀 더 많아야 하지 않을까 생각한다. 왜냐하면 권익옹호활동이 대상으로 하는 삶의 영역이 대단히 넓고 따라서 그 활동의 대상이 되는 제도영역 역시 대단히 넓어 소수의 인원이 그처럼 넓은 영역의 제도에 대해 골고루 전문성을 갖추기는 어려울 수 있기 때문이다. 하지만 현실적으로는 2인에서 출발하는 방안도 생각할 수 있다.

인 기준의 마련과 관련해서는 신중할 필요가 있다.

첫째, 중증장애라는 개념은 장애인복지법 제6조에 단어로만 한 차례 언급될 뿐 그 법 및 시행령과 시행규칙 어디에도 정의되고 있지 않다. 그리고 장애인 등에 대한 특수교육법이나 여타 장애관련법에도 중증장애에 대해 정의한 규정은 없다. 따라서 중증장애는 법적 용어라기보다는 행정적인 용어라고 보아야 한다. 장애인 고용촉진법에 중증장애인을 정의하고 있지만 사실상 이것은 중증장애를 정의하지 않고 있는 장애인복지법 등의 장애유형과 장애등급을 인용하여 자의적으로 중증장애인을 규정하고 있는 것이지 어떤 객관적인 기준에 근거하여 중증장애인을 규정한 것이 아니다. 따라서 법률에 규정되어 있는 것뿐이지 사실상 법적으로 정의하고 있다고 보기는 어렵다. 이는 법률에 의해 중증장애나 경증장애를 일관되게 규정하기가 어렵기 때문이다. 그리고 이것은 중증장애라는 개념은 그 판단에 있어서 재량이 많이 포함되는 것이므로 이를 법률적 기준으로 만들기보다는 행정적 기준으로 그대로 두는 것이 더 나을 수도 있음을 시사한다.

둘째, 현행 장애등급제가 문제가 되는 근본적인 이유는 그것이 의학적 기준에 의해 판정된다는 사실에 있다기보다는 의학적 기준을 다른 모든 혜택의 수급자격 결정기준으로 연계시킨 데에 있다. 따라서 의학적 기준을 다른 기준으로 대체하는 것보다는 수급자격 결정과정을 바꾸는 것이 더 적절한 대안일 수 있다. 장애는 손상과 사회적 불리를 동시에 가지고 있는 것이기 때문에 손상 자체를 무시할 수는 없으며 또 손상에 대한 의학적 판정 자체는 필요하다. 직업적 중증장애 기준을 주장하는 사람들도 그 판정을 위해 의학적 판정을 한 요소로 포함시키고 있다(박경수강경선 외, 2011: 194).

직업적 중증장애 기준은 단순화해서 말하면 직업수행과정에서 직면하는 제약을 의학적 판정과 다른 입장에서 평가할 기준을 의미한다. 그런데 이것은 의학적으로 심한 손상을 입었지만 재활노력 등을 통해 직업수행과정에서 큰 제약에 직면하지 않을 수 있는 사람에게는 불리한 처우를 초래할 수 있다. 물론 의학적 기준만 사용할 경우에는 의학적으로는 큰 손상이 아니지만 직업수행과정에 큰 제약에 직면한 사람에게 불리한 처우를 초래할 수 있다. 그래서 결국 의학적 기준에 의한 근로능력상실정도를 판단할 기준이 고용보장영역에서는 생각할 수 있는 최선의 대안이 아닌가 한다. 이는 결국 의학적 기준에 의한 판정이다. 중요한 것은 이에 의한 판정결과를 부당하게 다른 영역으로 확장하지 않는 것이다. 예컨대 의학적 기준에 의한 근로능력상실도는 그것이 직접적으로 소용되는 영역, 대표적으로 고용관련서비스에만 활용하고 이를 소득보장정책에서의 수급자격기준으로 확

대하는 시도를 하지 않는 것이다. 마찬가지로 의학적 기준에 의한 의학적 손상판정은 의학적 의미의 재활 등에만 활용하고 이를 다른 사회복지서비스나 고용서비스, 소득보장정책의 수급자격기준으로 확대하지 않는 것이다.

셋째, 직업적 중증장애 기준뿐만 아니라 다른 영역에서도 객관적인 기준을 마련하는 시도를 적정수준으로만 제한할 필요가 있다. 흔히 사회적 합의는 객관적인 기준의 내용에 대해 합의하는 것만 의미한다고 생각하는 경향이 있는데 실제로 사회적 합의는 어떤 영역이나 수준에서는 객관적인 기준을 마련할 수 없다는 사실에 합의하는 것도 포함할 수 있다. 장애인구 규모가 커지고 그 인구구성도 다변화함에 따라 욕구의 내용이 복잡화해가는 현실을 감안할 때 장애와 관련된 모든 측면에 대해 객관적인 기준을 마련하려는 시도 자체를 재고할 필요가 있다. 일정한 범위까지에 한해서는 객관적인 기준을 마련하고 그것을 넘어서는 범위에서는 장애문제를 담당하는 인력의 재량적 판단을 존중하려는 사회적 합의가 이제는 사회적 비용을 줄이는 방안이 될 수 있다. 현재 우리사회에서 동원할 수 있는 것으로 상대적으로 객관적인 기준은 의학적 기준이다. 의학적 기준에 의한 판정을 부당하게 모든 영역으로 확장시킨 것이 잘못이지 의학적 기준에 의한 판정 자체가 잘못은 아니다. 의학적 기준에 의한 손상판정 및 의학적 기준에 의한 근로능력판정 정도만 일정한 기준에 따라 행하고 그 외 나머지 사항에 대한 판정은 예컨대 고용보장 영역에서는 직업재활인력의 재량적 판단에 맡기고 사회복지서비스 영역에서는 사회복지사의 재량적 판단에 맡긴다는 사회적 합의가 더 중요할 수 있다는 것이다. 이렇게 하려면 기준을 마련하는 것보다 전달체계를 마련하는 것이 더 중요하다. 직업적 중증장애 기준도 결국은 그 목적이 개별화된 서비스의 제공에 있는 것인데 이 목적을 위해서는 객관적인 기준의 마련도 중요하지만 전달체계의 마련이 더 중요하다. 객관적인 기준은 그것이 지나치면 개별화와 상충한다.

2) 중증장애인 적합직종 개발안에 대한 평가

다음으로 기존 연구에서 유력하게 거론되는 방안은 중증장애인 적합직종 개발이다(박경수강경선 외, 2011). 이 역시 정책적 개입을 더 많이 필요로 하는 중증장애인을 표적화하여 그들에게 서비스를 제공하기 위한 취지에서 제안된 것이다.

그런데 중증장애인 적합직종 개발은 자립생활이념에 비추어 바람직한 방향은 아닌 것으로 생각된다. 자립생활이념은 기본적으로 어떤 사안의 적합성은 장애인

의 관점에서 판단되어야 하고 또 사회가 장애를 고려하여 변화함으로써 장애인에게 적합하도록 변화되어야 한다는 취지를 갖는 것이다. 따라서 어떤 직종을 놓고서 이 직종이 본질적으로 장애인에게 적합한가 아닌가를 판단하는 것은 언뜻 보기에는 사회가 장애인에게 적합한 직종을 개발·마련하는 것처럼 보이지만 실제로는 장애인에 대해 사회에 존재하는 직종에 맞추어야 한다고 말하는 것이다.

어떤 직종이든 직무수행에 필요한 정당한 편의를 통해 중증이든 경증이든 장애인이 수행하기에 적합하도록 만드는 것이 더 중요하다. 어떤 직종이 특정 사람에게 적합한가 여부는 기본적으로 직무수행능력 그리고 직무수행환경과 관련하여 판단될 일이지 그가 장애가 있는가 여부 혹은 그 장애가 중증인가 여부에 의해 판단될 일은 아니다. 물론 중증장애인의 고용현실이 열악하고 장벽도 큰 현실에서 중증장애인 적합직종의 개발을 생각할 수 있다는 점은 인정할 수 있지만 이것이 자립생활이념에 부합하지 않는 측면이 있다는 사실에 대해서는 충분히 주의할 필요가 있다.

5. 통계체계의 정비

가. 필요성

1) 전국규모의 총괄조사 필요

모든 정책은 그 정책의 대상이 되는 집단에 관한 적기에 생산된 정확한 정보를 필요로 한다. 이는 장애인고용정책에서도 예외가 아니다. 우리나라에서 현재 실시하고 있는 장애인실태조사나 장애인고용패널조사, 한국복지패널은 각기 나름의 방식으로 장애인 경제활동에 관해 조사하고 있으나 조사주기가 길거나 경제활동 상황 전반을 파악하는 데 한계가 있는 등 나름의 문제를 안고 있다. 이는 우리나라에는 장애인의 경제활동상황을 총체적이고도 구체적으로 파악할 수 있는 전국적인 규모의 총괄조사가 사실상 없다는 것을 의미한다. 그렇다고 우리나라에서 가장 권위있는 경제활동인구조사를 통해 장애인고용정책에 활용할만한 통계를 생산하기도 어렵다. 이는 장애개념이 복잡하여 통계청의 경제활동인구조사에 장애인을 가려내기 위한 항목을 상세하게 포함시키기가 불가능하기 때문이다. 따라서

장애인의 경제활동실태를 파악하는 별도의 통계조사가 필요하다.

2) 실시간 통계의 필요

또한 고용정책은 정책대상에 관한 정보를 실시간으로 파악할 수 있어야 효과적으로 집행될 수 있다. 현재 우리나라에서 실시하고 있는 조사들은 그것이 실태조사이든 패널조사이든 실시간 정보를 제공하기 위한 조사가 아니다. 사실 현재 상황에서는 장애인의 경제활동상황을 전반적으로 파악하는 전국규모의 총괄조사도 없는 마당에 그것을 실시간으로 파악하는 조사를 기대한다는 것은 난망한 일일 수도 있다. 하지만 이런 통계체계를 생산하지 않는다면 시간이 지나더라도 상황은 개선되지 않을 것이며 국가는 장애인고용과 관련하여 적절한 정책목표도 수립하지 못할 것이다.

3) 정책성과지표 개선 필요

정책추진주체가 정책목표를 어떻게 설정하는가는 정책주체가 만든 성과지표에 반영된다. 현재 정부는 의무고용제도와 관련하여 본 연구에서 사용한 용어로 의무이행고용률을 주된 지표로 삼고 있다. 이것은 물론 의무고용제도가 가진 중요한 목표 즉 전체 근로자 중 장애인이 얼마의 비중을 차지하는가를 측정하기 위한 것이다.

하지만 의무고용제도는 이보다 더 다양한 목표를 가진다. 예컨대 장애인의 전반적인 경제활동상황을 개선하는 것도 의무고용제도의 중요한 목표일 수 있다. 또한 사업주들이 의무고용제도를 얼마나 수용하는가 하는 것도 중요한 정책목표일 수 있다. 물론 이들 정책목표 간에는 우선순위와 중요도에 있어서 차이가 있을 수 있다. 하지만 무릇 제도라는 것은 다양한 효과를 가지기 마련이며 이들을 종합적으로 파악하는 것은 어떤 제도가 갖는 본질적인 목적을 달성케 하는 데 반드시 필요하다.

나. 통계체계 정비방안

1) 다층적 통계체계 구축

① 최광의의 장애인 경제활동실태조사

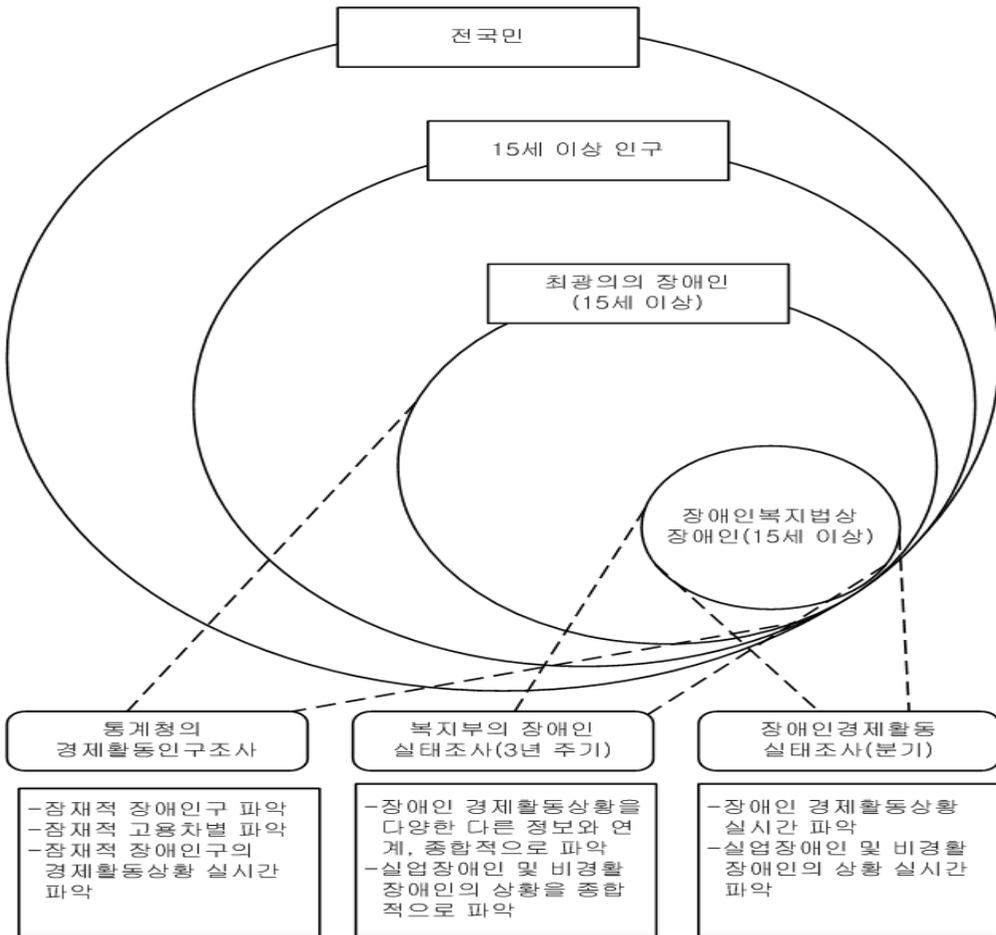
경제활동상황에 관한 실시간 데이터를 제공하는 조사로는 통계청에서 매달 실시하고 있는 경제활동인구조사가 가장 대표적이다. 따라서 이 조사를 활용하면 실시간 정보를 얻는 데에는 가장 유리하다. 그런데 경제활동인구조사는 실시간 정보를 얻는 데에는 장점이 있지만 이 조사에서 장애인복지법에 정의되어 있는 복잡한 장애정의에 따라 장애인을 파악하기는 불가능하다.

따라서 실시간 정보를 얻기 위해 통계청의 경제활동인구조사를 활용하되 장애인 파악은 방법을 달리 해야 한다. 즉 그 방법은 통계청의 경제활동인구조사에 건강관련질문 3-4개 항목을 추가하여 자기보고식(self-report)으로 장애인을 파악하는 것이다. 이렇게 파악된 장애인은 장애인실태조사에서 파악되는 장애인과 그 규모에서도 다르고 인구구성 등에서도 다를 수 있다. 또한 자기보고식 장애인은 설사 그가 조사진에 의해 장애인으로 분류되더라도 그 스스로는 장애인이라고 생각하지 않을 수도 있다(OECD, 2003). 따라서 자기보고식 장애인은 광의의 장애인이라고 할 수 있다.

그리고 이처럼 자기보고식으로 장애인을 파악하는 조사는 유럽 각 국에서 이미 실시하고 있다. 예컨대, OECD가 2003년에 발간한 보고서(OECD, 2003)에 독일이나 프랑스, 벨기에, 오스트리아, 덴마크, 스웨덴, 영국 등이 보고한 장애인구 규모는 유럽가구패널에서 건강에 관련된 몇 가지 항목에 관한 자기보고식 응답을 분석한 결과에 기초한 것이다(OECD, 2003: 181). 그리하여 이 조사결과는 다른 조사와 장애인구규모가 달라지는데 예컨대 독일의 경우 OECD의 2003년 보고서에 제출한 장애출현율은 18.1%(20~64세 대상)나 되지만 독일 통계청이 법률에 규정된 바에 따라 파악한 장애인구의 출현율은 2011년에 8.9%로 나타났다(한국장애인고용공단 고용개발원, 2012b).

이런 광의의 장애인구를 파악한다면 이는 유럽 각 국과의 비교에도 활용할 수 있으며 나아가 장애인차별금지법의 대상이 될 수 있는 잠재적 장애인구의 규모를 파악하는 데에도 유용하고 장애를 사유로 한 고용차별의 잠재적 규모를 추정하는 데에도 활용할 수 있을 것이다. 이 자료는 일반적인 의미의 노동시장정책에도 중

요한 함의를 가질 수 있으며 특히 장애인차별금지법의 운용에 중요한 함의를 줄 수 있다. 장애인차별금지법은 중증은 물론 경증이라도 그리고 나아가 장애인복지법에 규정되지 않은 장애라도 그로 인한 차별이 발생한다면 그에 개입해야 하는 제도로 장애인복지법보다 더 넓은 장애개념을 염두에 두어야 하기 때문이다.



[그림 2-3-5] 다층적 통계체계

② 장애인실태조사의 개선

현재 장애인실태조사는 3년을 주기로 실시하고 있고 이는 과거의 5년 주기에서 단축된 것이다. 이 실태조사는 장애인복지법에 규정된 바에 따라 장애인을 파악하고 그들의 생활 등에 관해 실시하는 가장 포괄적인 조사이다. 따라서 이 조사의 조사주기는 현행 3년 주기를 그대로 유지하되 다만 포괄적인 조사이기 때문에 갖는 한계, 예컨대 고용과 관련해서는 취업장애인의 사업장 규모를 파악하지 않고 있는 문제를 개선할 필요가 있다. 이렇게 한다면 우리나라에서 실제 정책대상이 되는 장애인의 취업상태를 좀 더 구체적으로 파악할 수 있게 될 것임은 물론 포괄적인 조사가 담고 있는 매우 다양한 정보와 고용관련정보를 연결시켜 입체적으로 분석할 수 있는 장점도 얻게 될 것이다.

③ 장애인경제활동실태조사 신설

통계청의 경제활동인구조사를 활용하여 광의의 장애인구의 경제활동실태를 파악하는 것은 유용한 측면이 있기는 하나(특히 장애인차별금지법과 관련하여) 장애인복지법이나 장애인고용촉진법이 비교적 직접적인 정책대상으로 삼는 장애인만을 포괄하고 있지는 않다. 따라서 직접적인 정책대상에 가까운 장애인의 경제활동실태를 보다 직접적으로 파악할 필요가 있다.

이 조사를 3년 주기로 실시하는 장애인실태조사에서 하기는 어려울 것으로 판단된다. 왜냐하면 장애인실태조사는 대단히 포괄적인 내용을 조사하며 조사규모도 엄청나서 실시간 데이터 확보가 목적인 경제활동실태조사에 활용하기는 어렵기 때문이다. 따라서 장애인경제활동실태조사는 이를 별도로 실시하는 것이 적절하다. 2010년에 장애인고용공단에서 이 조사를 한 차례 실시한 바 있으므로 이 경험을 살려 충분히 조사할 수 있을 것이다.

다만, 이 경우 3년 주기의 장애인실태조사와 표본을 통일시켜 조사를 실시하는 방안이 적절하다고 생각한다. 즉, 장애인실태조사에서 표본으로 추출된 가구 중 일부를 대상으로 하여 그 가구의 15세 이상 장애인을 대상으로 경제활동실태조사를 보다 집약적으로 하는 것이다. 그리고 장애인경제활동실태조사는 월별로 실시하는 것이 좋겠으나 여러 가지 비용 등을 감안할 때 분기별로 실시하는 것도 고려할 수 있을 것이다.

2) 정책지표의 개선

의무고용제도 및 정부의 장애인고용정책의 효과 및 추이를 다각도로 파악하기 위해서는 관련된 정책지표가 신설 또는 개선될 필요가 있다. 이들 지표들은 의무고용제도를 비롯한 정부의 장애인고용정책의 다양한 목표와 연관된다.

[표 2-3-15] 장애인고용 정책지표의 구조

구 분		지 표	
장애인가용을 위한 사회적 노력에 관련된 지표	총괄지표	의무고용을 통한 사회적 노력	의무이행고용률
		법정의무 준수노력	의무고용달성률
	기업노력지표	의무고용순응률 의무고용기업률	
장애인의 경제활동에 미치는 영향에 관련된 지표	의무고용제도가 장애인에게 미치는 영향		의무고용영향률
	정부의 장애인고용정책이 장애인에게 미치는 영향		정부지원고용영향률

정부는 이와 같은 지표를 생산하고 정기적으로 공표하여야 한다. 지표의 내용은 다음과 같다.

- ① 의무이행고용률(명칭변경) : 의무고용제도에 의해 고용된 장애인이 상시근로자에서 차지하는 비중
- ② 의무고용달성률 : 법정의무고용률에 대비한 의무이행고용률의 비율
- ③ 의무고용순응률 : 고용의무인원의 전부 혹은 이를 초과하여 장애인을 고용한 사업체가 의무고용적용대상사업체에서 차지하는 비중
- ④ 의무고용기업률 : 고용의무인원의 전부 혹은 이를 초과하여 장애인을 고용한 사업체가 전체 사업체에서 차지하는 비중
- ⑤ 의무고용영향률 : 의무이행고용장애인이 장애인에서 차지하는 비중.
 - 의무고용의 장애인고용률 영향률 : 의무이행고용장애인이 15세 이상 장애인에서 차지하는 비중
 - 의무고용의 장애인경제활동 영향률 : 의무이행고용장애인이 경제활동장애인에서 차지하는 비중
 - 의무고용의 장애인취업 영향률 : 의무이행고용장애인이 취업장애인에서

차지하는 비중

- 의무고용의 장애인임금근로 영향률 : 의무이행고용장애인이 임금근로장애인에서 차지하는 비중
- ⑥ 정부지원고용영향률 : 의무이행고용장애인과 보호고용장애인, 장애인표준사업장에 취업한 장애인(정부지원고용장애인)이 장애인에서 차지하는 비중
 - 정부지원의 장애인고용률 영향률 : 정부지원고용장애인이 15세 이상 장애인에서 차지하는 비중
 - 정부지원의 장애인경제활동 영향률 : 정부지원고용장애인이 경제활동장애인에서 차지하는 비중
 - 정부지원의 장애인취업 영향률 : 정부지원고용장애인이 취업장애인에서 차지하는 비중
 - 정부지원의 장애인임금근로 영향률 : 정부지원고용장애인이 임금근로장애인에서 차지하는 비중
- ⑦ 기타 지표로 장애인의 입·이직 비율 등

다. 정보체계와 관련된 첨언

위에서 말한 다층화된 통계체계 구축이 실현될 경우 향후 취업장애인뿐만 아니라 실업장애인에 관한 실시간 정보를 얻을 수 있게 될 것이다. 그런데 이와 관련하여 한 가지 주의할 점은 이들 조사를 통해 얻는 정보는 모두 전국규모의 표본 조사를 통해 얻는 정보라는 점이다. 따라서 이 정보는 전국을 대상으로 한 정책을 수립하는 데에 적절하다. 하지만 이런 정보는 고용관련서비스에는 직접적인 효용이 없다. 왜냐하면 고용관련서비스뿐만 아니라 모든 서비스는 그것이 전국규모이든 아니든 표본조사를 통해 파악된 정보를 필요로 한다기보다는 구체적인 현실에서 어려움을 겪고 있는 구체적인 인간에 관한 정보를 필요로 하기 때문이다. 표본조사를 통해 전국 장애인의 실업률을 파악할 수 있다고 해서 어디에 사는 누가 실업상태에 있는지를 알 수 있는 것은 아니다. 어디에 사는 누가 실업자인지를 파악하지 못하면 그에게 고용관련서비스는 제공할 수가 없다.

결국 고용관련서비스는 그 정책목표 수립을 위해 총괄적이고 거시적인 데이터를 필요로 하지만 실제로 서비스를 제공하기 위해서는 구체적이고 미시적인 데이터를 필요로 하는 것이다. 그리고 이 미시데이터는 표본조사를 통해 파악되는 것

이 아니라 고용관련서비스 전달체계 내에서 매일 매일 제공되는 서비스 그 자체를 통해 파악되며 현장에서 서비스를 전달하는 인력에 의해 산발적으로 축적된다. 따라서 정보체계란 현장의 서비스인력에 의해 파악되고 축적되는 정보를 누가 관리할 것인지 그리고 이 정보를 누구에게 어떻게 제공할 것인지에 관한 제도체계가 마련되어야 실제로 작동될 수 있으며 활용될 수 있다. 이런 점에서 정보체계의 구축은 곧 전달체계의 구축을 의미한다. 그리고 이런 전달체계의 구축은 이미 앞에서 교육부와 노동부 간의 분업 및 연계체계 구축과 복지부와 노동부 간의 분업 및 연계체계 구축으로 제안하였다.

Ⅵ. 고용부문 법령개정 내용

□ 특수교육기관에서의 졸업前 진로지도제도

[표 2-3-16] 졸업전 진로지도제도 관련 법령 개정안

장애인 등에 대한 특수교육법 개정안		
현행	개정안	개정근거
제23조(진로 및 직업교육의 지원) ① (생략) <신설>	제23조 (진로 및 직업교육의 지원) ① (현행과 같음) ② 중학교 과정 이상의 각급학교의 장은 당해 교육과정의 졸업을 1년 앞둔 특수교육대상자(이하 “졸업예정학생” 이라 한다)에 대하여 그 시점으로부터 2개월 이내에 취업·상급학교 진학 등 진로에 관한 상담 및 평가를 실시하여야 한다. 상담 및 평가의 방법과 절차 등 필요한 사항은 대통령령으로 정한다. ③ 현행 ②항	교육과 직업재활의 연계를 강화하기 위해 졸업전 진로지도제도에 관련된 내용을 개정
② 중학교 과정 이상의 각급학교의 장은 대통령령으로 정하는 기준에 따라 진로 및 직업교육의 실시에 필요한 시설·설비를 마련하여야 한다.	④ 현행 ③항	
③ 특수교육지원센터는 특수교육대상자에게 효과적인 진로 및 직업교육을 지원하기 위하여 대통령령으로 정하는 바에 따라 관련 기관과의 협의체를 구성하여야 한다.		

<p>제24조(전공과의 설치·운영) ① 특수교육기관에는 고등학교 과정을 졸업한 특수교육대상자에게 진로 및 직업교육을 제공하기 위하여 수업연한 1년 이상의 전공과를 설치·운영할 수 있다. (이하 생략)</p>	<p>시행령 제00조 ① 중학교 과정 이상의 각급학교의 장은 제1항에 따라 실시한 상담 및 평가결과를 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)에게 의뢰할 수 있다. ② 제1항에 따라 상담 및 평가결과를 의뢰받은 시장·군수·구청장은 졸업예정학생 및 그 보호자와 함께 의뢰내용을 심사하여 개별진로지도계획을 수립한 후 이에 의거하여 직업재활인력, 직업평가인력 및 장애인복지관 등 관련전문기관으로 하여금 필요한 진로지도를 제공하도록 하여야 한다. ③ 시장·군수·구청장은 상담 및 평가결과 의 심사와 진로지도의 원활한 시행을 위하여 중학교 이상 각급학교의 장 및 한국장애인고용공단 지사, 장애인복지관 등 유관기관의 장과 협의하는 협의체(“졸업전 진로지도협의체”라 한다)를 구성·운영할 수 있다.</p> <p>제24조(전공과의 설치·운영) 현행과 같은 부칙 제00조(전공과제도의 시한) 별 제24조에 따른 전공과는 이를 이 법 공포 후 3년 이후부터는 전공과가 설치된 관할지역의 한국장애인고용공단지사(이하 “관할지사”라 한다)에 의해 설치된 것으로 보며, 모든 운영권한과 소유가 관할지사 에 귀속되는 것으로 본다.</p>	<p>전공과 규정은 현행대로 두되, 부칙에 이 제도의 시한을 명시함</p>
---	---	---

□ 보호고용기업체계 구축

[표 2-3-17] 보호고용기업체계 구축 관련 법령 개정

장애인 고용촉진 및 직업재활법 개정안		
현행	개정안	비고
<p>제14조(보호고용) 국가와 지방자치단체는 장애인 중 정상적인 작업 조건에서 일하기 어려운 장애인을 위하여 특정한 근로 환경을 제공하고 그 근로 환경에서 일할 수 있도록 보호고용을 실시</p>	<p>제14조(보호고용) 국가는 장애인 중 정상적인 작업 조건에서 일하기 어려운 장애인을 위하여 특정한 근로 환경을 제공하고 그 근로 환경에서 일할 수 있도록 보호고용을 실시하여야 한다.</p>	<p>보호고용의 실시주체를 “국가 및 지방자치단체”에서 “국가”로 변</p>



하여야 한다.

<신설>

제14조의1(보호고용기업) ① 국가는 제14조에 따른 보호고용의 원활한 시행을 위하여 보호고용기업을 설립·운영한다.
 ② 제1항에 따른 보호고용기업은 공기업으로 하되 장애인복지법 제58조 제1항 제3호에 따른 장애인직업재활시설을 편입하여 설립한다.
 ③ 국가는 보호고용기업에 장애인이 다수 취업하도록 해야 하며 장애인과 비장애인 근로자의 비율 및 중증장애인과 여성장애인의 비율은 대통령령으로 정한다.
 ④ 국가는 보호고용기업에 취업한 장애인(이하 “보호고용장애인”이라 한다)에 대하여 대통령령이 정하는 바에 따라 그 직무능력 및 생산성 등을 감안하여 인건비의 전부 또는 일부를 지급하되 보호고용기업에 취업한 비장애인에 대하여는 그러하지 아니한다.
 ⑤ 보호고용에 취업한 보호고용장애인에 대하여는 근로기준법, 최저임금법 기타 노동관계법령을 모두 적용한다.
 ⑥ 국가는 제1항에 따른 보호고용기업의 운영 및 조직의 경영지원, 직무능력개발 등을 원활히 수행하기 위해 보호고용전문경영지원단(이하 “경영지원단”이라 한다)을 설치·운영한다.
 ⑦ 국가는 제1항에 따른 보호고용기업의 운영을 제43조에 따른 한국장애인고용공단에 위탁할 수 있다.

경
 보호고용기업 체계 구축 및 방법에 관한 근거조항 신설

<신설>

제14조의2(경영지원단) ① 제14조의1 제6항에 따른 경영지원단은 제43조에 따른 한국장애인고용공단 내에 둘 수 있다.
 ② 경영지원단의 설치 및 구성, 운영 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

보호고용기업 체계의 전문경영지원단을 장애인고용공단 내에 두도록 근거조항 마련

제43조(한국장애인고용공단의 설립) ① (생략)

② 공단은 다음 각 호의 사업을 수행한다.

1~7. (생략)

<신설>

제43조(한국장애인고용공단의 설립) ① 현행과 같음

② 공단은 다음 각 호의 사업을 수행한다.(좌동)

1~7. (현행과 같음)

7-1. 제14조의1에 따른 보호고용기업과 제14조의2에 따른 경영지원단의 운영

한국장애인고용공단이 보호고용기업체와 경영지원단을 운영할 수 있도록 근거조항 마련

8~12. (생략) ③ (생략)	8~12. (현행과 같음) ③ (현행과 같음)	
----------------------	------------------------------	--

□ 의무고용률 등의 개정

[표 2-3-18] 의무고용률 등의 개정 관련 법령 개정

장애인 고용촉진 및 직업재활법 개정안		
현행	개정안	비고
<p>제28조(사업주의 장애인 고용 의무) ① (생략) ② (생략) ③ 의무고용률은 전체 인구 중 장애인의 비율, 전체 근로자 총수에 대한 장애인 근로자의 비율, 장애인 실업자 수 등을 고려하여 5년마다 정한다.</p> <p>④ (생략)</p> <p>제71조(기금의 용도) 기금은 다음 각 호에 규정하는 비용의 지급에 사용한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 공단예의 출연 2. 제30조에 따른 고용장려금 3. 장애인 고용촉진 및 직업재활 정책에 관한 조사연구에 필요한 경비 4. 직업지도, 직업적응훈련, 직업능력 개발훈련, 취업알선 또는 장애인 고용을 위한 시설과 장비의 설치·수리에 필요한 비용의 융자지원 5. 장애인을 고용하거나 고용하려는 사업주에 대한 비용·기기 등의 융자지원 6. 장애인 표준사업장을 설립하여 운영하거나 설립·운영하려는 사업주에 대한 비용의 융자지원 7. 직업지도, 취업알선, 취업 후 적응 지도를 행하는 자에 대한 필요한 경비의 융자지원 	<p>제28조(사업주의 장애인고용의무) ① (현행과 같음) ② (현행과 같음) ③ 의무고용률은 전체 인구 중 장애인의 비율, <u>전체 경제활동인구에 대한 장애인의 비율, 전체 근로자 총수에 대한 장애인 근로자의 비율, 장애인 실업자 수 및 장애인의 취업상의 어려움 등을 고려하여 5년마다 정하되, 장애인실업자 수와 장애인의 취업상의 어려움에 더 높은 가중치를 부여하여 정한다.</u> ④ (현행과 같음)</p> <p>제71조(기금의 용도) 기금은 다음 각 호에 규정하는 비용의 지급에 사용한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 공단예의 출연 2. 제30조에 따른 고용장려금 3. (삭제) --> 국고 전환 4. (삭제) --> 국고 전환 5. 장애인을 고용하거나 고용하려는 사업주에 대한 비용·기기 등의 융자지원 6. 장애인 표준사업장을 설립하여 운영하거나 설립·운영하려는 사업주에 대한 비용의 융자지원 7. (삭제) --> 국고 전환 	<p>고용주책임의 강화를 위해 법정 의무고용률 산정의 기준을 변경함. 단, 현행 제1항은 제3항의 개정에 따라 추가적으로 변경될 수 있음</p> <p>장애인고용촉진기금의 용도를 사업주지원으로만 제한하기 위해 전면적으로 개정</p>

<p>8. 장애인에 대한 직업적응훈련, 직업능력개발훈련을 행하는 자 및 그 장애인에 대한 훈련비·훈련수당</p> <p>9. 자영업 장애인에 대한 창업자금 융자 및 영업장소 임대, 장애인 근로자에 대한 직업생활 안정 자금 등의 융자</p> <p>10. 사업주의 장애인 고용관리를 위한 장애인 직업생활 상담원 등의 배치에 필요한 경비</p> <p>11. 제70조에 따른 차입금의 상환금과 이자</p> <p>12. 이 법에 따라 장애인과 사업주 등이 금융기관으로부터 대여받은 자금의 이차보전(利差補填)</p> <p>13. 제32조에 따른 포상금</p> <p>14. 그 밖에 장애인 고용촉진 및 직업재활을 위하여 대통령령으로 정하는 사업에 필요한 비용과 제1호부터 제10호까지의 사업 수행에 따르는 경비</p>	<p>8. (삭제) --> 국고 전환</p> <p>9. (삭제) --> 미소금융 등 활용</p> <p>10. 사업주의 장애인 고용관리를 위한 장애인 직업생활 상담원 등의 배치에 필요한 경비</p> <p>11. 제70조에 따른 차입금의 상환금과 이자</p> <p>12. 이 법에 따라 장애인과 사업주 등이 금융기관으로부터 대여받은 자금의 이차보전(利差補填)</p> <p>13. (삭제) --> 국고 전환</p> <p>14. 그 밖에 장애인 고용촉진 및 직업재활을 위하여 대통령령으로 정하는 사업에 필요한 비용 (후단 삭제) --> 후단은 국고 전환</p>	<p>장애인고용인프라 확충을 위해 전문인력양성에 관련된 근거조항 신설</p>
<p><신설></p>	<p>제00조(전문인력의 양성) ① 고용노동부장관은 제10조에 따른 직업지도와 제15조에 따른 취업알선 등, 제19조에 따른 취업후 적응지도 및 제20조에 따른 사업주에 대한 고용지도 기타 필요한 지도를 원활히 수행하기 위하여 전문인력의 자격체계를 갖추고 그 양성에 노력하여야 한다.</p> <p>② 제1항에 따른 전문인력은 직업재활사와 직업평가사로 하되 구체적인 자격과 양성과정은 대통령령으로 정한다.</p>	

□ 통계 및 정보체계의 정비

[표 2-3-19] 통계 및 정보체계의 정비 관련 법령 개정

장애인 고용촉진 및 직업재활법 개정안		
현행	개정안	비고
제26조(장애인실태조사) 고용노동부장관은 장애인의 고용촉진 및 직업재활을 위하여 2년마다 장애인의 취업직종근	제26조(경제활동인구조사의 활용) ① 고용노동부장관은 장애인의 경제활동실태 및 장애로 인한 고용상의 어려움을 총체적으로 파악하기 위하여 통계청장과 협의하여 경제활동인구조사에 관련 항목을 추	장애인고용정책을 위한 다층적 통계체계 구축을

로형태·근속기간·임금수준 등 고용현황 및 장애인근로자의 산업재해 현황에 대하여 전국적인 실태조사를 실시하여야 한다.

<신설>

<신설>

가하여 조사할 수 있다.

② 제1항의 “장애로 인한 고용상의 어려움” 에서 말하는 장애는 고용에 어려움을 줄 수 있는 여하한 신체적·정신적 손상을 총칭하며 손상의 존속기간의 장단기 및 손상의 중경증 여부를 불문한다.

제26조의1(장애인경제활동인구조사) ① 고용노동부장관은 장애인의 경제활동실태를 적기에 파악하여 정책수립에 활용하기 위하여 제2조 제1호에 따른 장애인을 대상으로 경제활동인구조사를 실시한다.

② 제1항에 따른 경제활동인구조사는 표본조사로 하여 분기마다 실시하되, 조사방법 및 내용 등과 관련하여 필요한 내용은 고용노동부령으로 정한다.

제26조의2(의무고용 관련지표의 생산 및 공표) ① 고용노동부장관은 의무고용제도 및 정부의 고용촉진정책의 효과성 등을 측정하기 위한 다음 각 호의 지표를 생산하고 이를 매년 공표하여야 한다.

1. 의무이행고용률
2. 의무고용달성률
3. 의무고용순응률
4. 의무고용기업률
5. 의무고용영향률
6. 정부지원고용영향률
7. 전이실적률
8. 기타 필요한 지표

② 의무이행고용률이라 함은 제27조 및 제28조에 따른 고용의무로 인해 실제 고용된 장애인근로자(이하 “의무이행고용장애인”이라 한다)가 상시근로자에서 차지하는 비율을 말한다.

③ 의무고용달성률이라 함은 제27조 및 제28조에 따른 의무고용률에 대비한 정부 및 기업이 달성한 의무이행고용률의 비율을 말한다.

④ 의무고용순응률이라 함은 제27조 및 제28조에 따라 고용해야 할 장애인을 전부 혹은 초과하여 고용한 기업이 제27조 및 제28조에 따라 고용의무가 부과된 기업에서 차지하는 비율을 말한다.

⑤ 의무고용기업률이라 함은 제27조 및 제28에 따라 고용해야 할 장애인을 전부 혹은 초과하여 고용한 기업이 전체 기업에서 차지하는 비율을 말한다.

⑥ 의무고용영향률이라 함은 의무이행고용장애인이 제2조 제1호에 따른 장애인에서 차지하는 비율을 말하며 다음 각 호의 지표로 나뉜다.

1. 의무고용의 장애인고용률 영향률은 의무이행

위해 관련 조항을 전부 개정

의무고용 관련 지표의 생산과 공표에 관련된 근거조항을 신설



고용장애인이 15세 이상 장애인에서 차지하는 비율을 말한다.

2. 의무고용의 장애인경제활동 영향률은 의무이행고용장애인이 경제활동장애인에서 차지하는 비율을 말한다.

3. 의무고용의 장애인취업 영향률은 의무이행고용장애인이 취업장애인에서 차지하는 비율을 말한다.

4. 의무고용의 장애인임금근로 영향률은 의무이행고용장애인이 임금근로장애인에서 차지하는 비율을 말한다.

⑦ 정부지원고용영향률이라 함은 의무이행고용장애인 및 제00조에 따른 보호고용기업, 제2조 제8호에 따른 장애인표준사업장에 취업한 장애인(이하 “정부지원고용장애인”이라 한다)을 더한 수가 제2조 제1호에 따른 장애인에서 차지하는 비율을 말하며 다음 각 호의 지표로 나뉜다.

1. 정부지원의 장애인고용률 영향률은 정부지원고용장애인이 15세 이상 장애인에서 차지하는 비율을 말한다.

2. 정부지원의 장애인경제활동 영향률은 정부지원고용장애인이 경제활동장애인에서 차지하는 비율을 말한다.

3. 정부지원의 장애인취업 영향률은 정부지원고용장애인이 취업장애인에서 차지하는 비율을 말한다.

4. 정부고용의 장애인임금근로 영향률은 정부지원고용장애인이 임금근로장애인에서 차지하는 비율을 말한다.

⑧ 기타 필요한 지표라 함은 임의직 비율 등 장애인고용정책을 위해 필요한 지표를 말한다.

⑨ 제1항에 따른 지표의 생산 및 공표에 관하여 필요한 사항은 고용노동부령으로 정한다.

제4절 주거보장분야의 현황 및 과제

I. 의의

복지를 개인과 가족의 책임으로 바라보는 잔여적 복지제도 성격이 강한 우리나라에서 주거는 개인의 책임으로 여겨지는 대표적인 영역이다. 그러나 주거보장은 인간다운 삶을 영위할 수 있는 가장 기본적인 요소로 장애유무를 떠나 현대 복지 국가의 기본적 책무중 하나다. 장애인이 지역사회에서 자립하여 살기 위해서는 주거보장이 필수적이며 열악한 주거는 장애인의 빈곤화를 초래하는 핵심원인이다. 또한 주거보장에 대한 장애인의 욕구는 장애인실태조사에서 의료보장, 소득보장과 함께 3순위 안에 들만큼 매우 높다. 장애인의 자립생활 지원을 위한 정책과제에 관한 연구들에서도 주거지원 욕구는 소득보장, 고용지원과 함께 우선적으로 제기되는 정책과제이다(김종진·장창엽·유완식 외, 2008; 박경수·강경선 외, 2011).

그럼에도 불구하고 우리나라의 장애인주거에 대한 정책적 관심은 여전히 부족하다. 현재 우리나라의 주거정책은 저소득자를 대상으로 한 주거복지지원에 초점을 맞추고 있을 뿐 장애인의 특성을 고려한 주거정책은 사실상 부재한 상황이다. 2009년 장애인주거실태조사 결과 장애인가구는 일반가구에 비해 소득수준은 낮은데 주거비 부담은 크고, 노후주택 거주 등으로 편의환경 개선의 필요성은 높지만 개선 가능성은 상대적으로 낮았다. 장애로 인해 관련 정책과 프로그램에 대한 접근성도 낮았다(강미나, 2010). 이 같은 장애인주거의 열악함과 지원정책의 필요성은 주거취약계층 4명중 1명이 장애인이라는 주거취약계층 실태조사결과에서 단적으로 드러난다(서종균 외, 2009; 서종균 외, 2011).

이러한 장애인 주거의 열악함은 장애인이 적절한 주거에 접근할 수 있도록 장애특성을 고려한 주거지원을 하고 있지 못한 사회적 배제의 결과다(신명호 외, 2004). 현재의 소득 중심의 주거정책으로는 장애인의 주거욕구에 부응하기 어려운 상황이다. 장애인이 빈곤을 벗어나 지역사회에서 존엄한 인간으로 자립생활을 하기 위해서는 장애인의 특성을 고려한 주거 정책과 서비스 제공이 필요하다. 그러므로 장애인 자립생활의 근본적인 물적 토대인 장애인주거정책의 현황과 문제점, 정책과제를 찾아 장애인주거정책을 개선하는 일은 더 이상 미룰 수 없는 과제다.

II. 현황 및 문제점

1. 장애인 주거실태와 욕구

가. 장애인 주거실태와 주거특성

장애인주거실태가 파악되기 시작한 것은 비교적 최근의 일이다. 2008년 장애인 실태조사에 주거영역이 포함되고, 2009년 국토해양부에서 장애인주거실태조사를 실시했으며, 2012년 8월 시행에 들어간 주거약자지원법률에 의해 주거약자주거실태조사 시행에 관한 근거조항이 마련되었다. 현재 주거실태조사 관련 근거는 주택법, 주택법 시행령, 주거약자지원법률, 주거약자지원법률 시행령, 임대주택법 등에 언급되어있다.³⁴⁾

조사 결과 장애인의 주거환경은 전반적으로 비장애인에 비해 크게 열악한 것으로 나타났다. 이들 조사들을 통해 드러난 장애인주거의 특성은 낮은 주거안정성, 열악한 주거환경, 적절한 주택 접근의 어려움, 높은 주거비 부담, 정책 및 서비스 접근의 어려움 이상 다섯 가지로 요약된다.

1) 낮은 주거안정성

장애인은 비장애인에 비해 주거안정성이 낮다. 2009년 주거실태조사 결과 장애인가구는 무주택기간이 길지만 청약저축과 청약예금 또는 청약부금 보유가구는 일반가구의 절반수준에도 미치지 못해 주거안정성이 낮은 것으로 나타났다. 장애인가구의 무주택기간은 평균 19.4년으로 무주택기간 10년 이상인 가구의 비율이 71.0%로 일반가구에 비해 높았다. 소득이 낮을수록 무주택기간이 길었으며 모든 소득계층에서 일반가구보다 무주택기간이 긴 것으로 나타났다. 그러나 장애인가구는 입주자 저축에 가입한 가구의 비율이 낮아 공공임대주택 등의 신청자격을 갖추지 못한 경우가 많았다. 장애인가구 중 공공임대주택 입주신청자격이 되는

34) 주택법 제5조 ①항, ②항과 동법 시행령 제6조에 의거하여 실시, 주거실태조사는 일반조사는 짝수 해에 특수조사는 홀수 해에 실시한다. 2007년도 노인주거실태조사를 실시, 2009년에는 장애인주거실태조사를 실시하였다.

청약저축을 보유한 가구의 비율은 4.4%로 일반가구 9.6%에 비해 크게 낮았다. 이 결과 공공분양 및 임대주택 접근성이 상대적으로 낮을 수밖에 없다.

2) 열악한 주거환경

장애인은 장애로 인한 편의시설 설치 등을 필요로 하지만 지원이 적어 비장애인보다 주거환경이 열악하고 물리적 접근의 어려움을 겪는다. 저소득 장애인가구 일수록 도배, 장판, 보일러수리 등 생활을 위한 기본적인 주거환경개선이 자력으로 쉽지 않으며, 주택 내에서의 독립된 생활을 위한 편의시설의 설치 혹은 주택 내부의 개조 역시 집주인의 동의와 양해가 전제되지 않으면 현실적으로 불가능한 일이다(신명호 외, 2004). 2008년 장애인실태조사결과 전체 장애인 208만 1천 명 중 28.6%인 60만 명이 전월세로 살고 있으며, 3%인 6만2천명은 상가, 공장, 비닐 하우스 등 비주거공간에서, 85.8%인 180만 명은 소음진동악취 및 대기오염 등 적절하지 않은 주거공간에서 사는 것으로 나타났다. 가구당 주거면적은 일반가구(69.3m² 2)보다 작은 67.5m² 인 것으로 나타났다. 2009년 장애인주거실태조사결과 최저주거기준 미달가구 비율은 장애인 가구 24.2%로 일반가구 19.2%에 비해 높게 나타났으며 일반가구에 비해 2000년 이후 지어진 주택에 거주하는 비율은 낮은 반면 1970년대 이전에 지어진 주택의 비율은 높게 나타났다. 또한 주택내부 시설과 관련해 ‘안전손잡이’, ‘단차제거’, ‘미끄럼방지 바닥재’ 등의 시설개선이 필요하다는 응답이 가장 많았지만 주택내부시설 개선에 필요한 비용을 ‘스스로 부담 가능하다’ 는 가구는 12.0%에 불과했다.

3) 적절한 주택접근의 어려움

주거구입과 임대 시 입주거부, 필요한 편의시설 설치를 거부당하는 등 장애로 인한 차별을 당하는 경우가 많다. 우선 장애인의 경우 적절한 주택에 대한 정보를 획득하기가 쉽지 않다. 부동산중개업자나 임대인들이 장애인에게 세를 놓는 것을 꺼려하는 경우가 많고 이 때문에 장애인들은 보다 풍부한 정보를 가지고 적절한 주택을 선택할 수 있는 기회 자체가 제한되는 경험을 하게 된다. 2009년 장애인주거실태조사 결과 세를 살고 있는 장애인가구의 경우 이사 시 주택임차의 어려움(13.6%)에 대한 불안감이 큰 것으로 나타났다. 2011년 장애유형별 자립생활

현황과 지원체계 개선에 관한 연구에서 전월세를 계약하는 과정에서 발생한 어려움을 분석한 결과 ‘장애인이란 이유로 거절을 당한 경험이 있는 적’ 이 69.2%로 가장 높게 나타났다. 장애인 1인가구나 장애인으로만 이뤄진 가구의 경우 더 큰 차별을 겪는다. 아래 사례는 실제로 지역사회에서 장애인들이 겪는 주거접근의 어려움을 보여준다.

이 00씨(38세 남)는 지체장애 1급인 뇌성마비 장애인으로 1997년 뇌성마비 장애를 가진 부인을 맞아 결혼하였다. 그런데 신혼집을 구하는 것이 만만치 않았다. 일단 부동산에서 이들을 반기지 않았으며 집주인들도 마참가지였다. 계단이 있는 집이 많을 뿐만 아니라 휠체어를 쓰면 집이 손상된다고 거절하는 집주인들도 많았다. 어렵게 이씨 부부가 구한 집은 2,000만원 전셋집으로 사방이 다른 집으로 둘러싸여 있어 햇볕이 잘 들지 않고 찬바람이 잘 들어왔다. 여름에는 방바닥에서 습기가 올라와 곰팡이가 많이 생겼고 벽에서는 물이 흐르기도 했다. 이동에 필요한 손잡이 등을 설치하려 했지만 전셋집이라 마음대로 개조할 수도 없었다(신명호 외 2004).

4) 높은 주거비 부담

장애인은 비장애인에 비해 소득은 적는데 장애에 따른 추가 지출이 발생하므로 주거비 부담이 높다. 2009년 주거실태조사 결과 장애인 경제상황은 전국 월평균 가구소득 절반 수준(장애인 182만원, 전체 337만원)이고 실업률은 2배 이상 높고(장애인 8.3%, 전체 3.3%), 기초생활수급자는 2005년 16.6%보다 2.5% 증가한 19.1%로 나타났다(강미나 외, 2010).

아래 표는 2001년부터 2009년까지 국민기초생활보장 수급가정 연평균 증가율을 세대특성별로 비교한 것이다. 장애인가정이 6.94%로 일반세대 4.27%에 비해 2.7% 이상 높고 다른 유형의 세대에 비해서도 월등하게 높게 나타나 장애인가구의 소득 수준이 상대적으로 낮다는 것을 확인할 수 있다.

[표 2-4-1] 기초생활수급가정 연평균 증가율

2001~2009	노인세대	소년소녀 가장세대	모자세대	부자세대	장애인 세대	일반세대	기타
	0.37	-0.05	2.83	1.38	6.94	4.27	1.09

*출처: 안우호, 2010(보건복지부 2001~2009년 국민기초생활보장 수급자 현황 재구성)

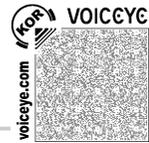
소득이 안정되지 않는 현실에서 장애인의 주거불안은 더욱 심화할 수밖에 없는 상황이다. 2009년 장애인주거실태조사 결과 월 주거비 지출은 19만원으로 일반가구(21만원)에 비해 적으나, 주거비가 세후소득에서 차지하는 비중은 13.1%로 일반가구(8.9%)보다 높은 것으로 나타났다. ‘생필품을 줄일 정도로 어려움을 겪고 있다’는 가구의 비율 21.1%로 일반가구 7.4%에 비해 3배 가까이 높았다. 기초적인 생계 결핍에 대해, 전기료, 전화료 등 공과금 미납이 10.5%, 난방단절이 6.2%, 전기·전화수도 단절이 2.4%, 집세를 내지 못해 이사한 경험이 9.0%로 주거를 안정적으로 지속하기 위한 주거비 지출 부담에 대한 어려움이 많은 것으로 나타났다. 이에 따라 주거비 보조(38.5%)와 주택구입자금 융자지원(14.9%)에 대한 욕구가 가장 높게 나타났다.

2011 장애인자립생활저해요인과 지원체계 연구결과 전월세 보증금을 마련하는데 평균 약 55개월이 걸린 것으로 나타났다. 또한 전월세를 계약하는 과정에서 발생한 어려움을 분석한 결과, 은행으로부터 ‘능력이 없어서 또는 보증인이 없다는 이유로 대출을 거절당한 적이 있다’가 58.5%로 가장 높게 나타났다. 공공임대주택에 거주하는 경우, 공공임대주택에 입주하는 과정에서의 어려움을 4점 척도로 분석한 결과 보증금을 마련하기 어려워서가 3.37점으로 가장 높았다. 현재 저소득전세자금대출이 있으나, 수급자인 경우 지자체 추천까지 받아도 오히려 수급비만으로는 대출상환능력이 없다고 은행에서 대출이 원활하지 않은 상황이다.

5) 정책 및 서비스 접근의 어려움

장애인은 장애로 인해 정보접근의 어려움을 겪는데 이는 주거정책에서도 예외가 아니다. 발달장애인 또는 정신장애인의 경우 이들의 장애특성을 이해하는 지원이 결여된 상황에서 주거정책과 서비스에 대한 정보를 접하고 신청하는 것 자체가 어렵다. 청각장애인 역시 정보접근의 어려움을 겪는 것은 마찬가지다. 지체 장애인이나 뇌병변장애인의 경우 정보접근성은 상대적으로 낮지만 물리적 접근의 어려움을 겪는다. 2009년도 주거실태조사결과 주거지원프로그램에 대한 인지도가 낮아 정책 접근성이 떨어지는 것으로 분석되었다. 이는 2011년 주거취약계층전국 실태조사 결과에서도 확인된다. 주요 주거지원프로그램에 대해 인지하고 있는 가구의 비율이 몇몇 프로그램을 제외하고는 15%이하로 나타났다.

이외에도 장애인은 결혼을 통한 가구구성과 독립의 어려움을 겪는다. 또한 가



족단절상황도 심각하다. 따라서 1인 가구 비중이 높을 수밖에 없다. 아래 표는 장애인의 결혼생활 실태를 나타낸 것이다. 2008년 기준 전체 성인장애인의 약 40%가 미혼, 7.4%가 이혼상태로 절반이상의 가구가 결혼에 의한 가구구성에 어려움을 겪고 있음을 확인할 수 있다. 1999년부터 2008년까지 10년간 장애인의 미혼률과 이혼률은 매우 빠르게 증가하여 2008년 현재 3배 이상 증가한 것으로 나타났다(한국장애인개발원, 2010).

[표 2-4-2] 장애인의 결혼생활

구분	1999	2000	2005			2008		
	전체	전체	남자	여자	전체	남자	여자	전체
미혼	12.9	15.5	16.3	9.7	13.7	45.5	27.8	39.2
유배우	63.3	61.5	71.3	48.1	61.9	48.4	56.3	51.2
사별	21.2	18.6	4.7	35.2	17.0	0.3	3.6	1.5
이혼	1.6	4.5	6.3	5.6	6.0	5.1	11.7	7.4
별거	1.0	-	1.5	1.4	1.4	0.7	0.6	0.7
계	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

*출처: 2010 장애인백서(한국장애인개발원)

노령과 함께 장애인이 되는 경우가 많아 노인 가구 비중 역시 높다. 그나마 결혼한 가정의 경우도 비장애인과의 결혼이 쉽지 않은 상황에서 장애가 있는 배우자와 결혼하는 경우가 많아 장애인으로만 구성된 가구 비중이 높다. 2008년 기준 결혼한 가구 중 3.4%가 장애인자녀를 두고 있으며, 장애유형별로는 지적장애인의 자녀 중에 장애가 있는 경우는 15.9%로 가장 높았다(2010. 장애인백서).

2009년 장애인주거실태조사 결과 전체 장애인 가구 중 장애인으로만 구성된 가구는 19.9%, 장애인 1인 가구는 14.3%로 나타났으며, 노인장애인가구는 41.4%, 노인·장애인 1인 가구는 7.9%로 나타났다. 이들 가구의 경우 다중의 어려움과 차별을 겪기 때문에 지원(support)이 결합된 주거지원 등 집중적이고 우선적인 지원이 필요로 하지만 현재 이를 고려한 주거서비스 제공은 이루어지지 않고 있다(강미나 외, 2010).

2. 장애인주거권 제기과정과 정책개요

우리나라에서 장애인 주거권 문제는 2000년대 후반 시설장애인의 탈시설-자립생활 지원 필요성을 제기하는 과정을 통해 제기되어 점차 장애인주거취약계층에 대한 구체적인 주거 지원 요구로 확대되어 왔다. 이에 앞서 1990년대 장애인자립생활(independent living movement)운동을 통해 장애인자립생활센터가 구축되고, 장애인 이동권, 활동보조인 제도화 투쟁을 통해 장애인자립생활의 전제조건인 물리적 환경 개선과 사회서비스 확장이 이뤄져왔다.

그러나 장애인 주거권 보장을 위한 정책적 관심은 여전히 저조한 상황이다. 장애인주거에 대한 국가차원의 정책적 관심을 보여주는 보고서들에서조차 장애인주거정책은 독립적인 항목으로 다루어지지 않고 있다. 예를 들어 2010년 발간된 『장애인백서(한국장애인개발원 발간)』와 2011년 발간된 『장애인권리협약제1차 국가보고서』 모두 주거에 대한 언급이 따로 없다.

현재 우리나라 주거정책의 1차적인 책임은 국토해양부에서 지고 있다. 이중 장애인주거정책은 국토해양부내 주거복지과에서 주거복지정책의 일환으로 다루지고 있으며 장애인주거정책을 전담하는 인력은 없다. 장애를 고려한 주거정책이 필요하지만 문제인식조차 약하고 이를 책임 있게 추진할 단위 역시 구축되지 못한 상황인 것이다.

결국 국토해양부가 주관하는 주거정책안에서 장애인주거정책은 저소득주거복지정책의 일환으로 다루지지만 효과를 발휘하지 못하고, 보건복지부의 경우는 『농어촌장애인주택개조지원사업』(2009년 기준 19억원 지원)이 유일하게 언급되고 있을 뿐이다. 보건복지부가 5년 주기로 발표하는 『장애인복지정책5개년계획』의 경우 1,2차 계획에서는 주거관련내용이 언급조차 되지 못하다가 3차 계획에 와서야 거론되기 시작했다. 2010년 수립된 『제3차 장애인복지정책5개년계획』³⁵⁾은 장애인복지선진화의 일환으로 장애인주택서비스를 확대하겠다고 발표했으나 별다른 추진실적이 없는 상황이다. 이와 함께 2010년 ‘장애인주거안정법’을 추진과제로 발표했다. 그러나 2011년 장애인복지사업지침에는 여전히 농어촌장애인주택개조

35) 복지부는 2010년 발표한 제3차 장애인복지정책5개년계획은 권리에 기반 한 참여 확대와 통합사회 구현을 캐치프레이즈로 ‘복지서비스의 선진화, 생애주기별 교육지원체계와 문화 활동 확대, 일할 수 있는 사회, 장애 통합적 접근으로서의 사회참여확대와 권익증진’ 4대 분야 58개 과제를 포함하고 있다.

지원사업이 언급되어 있을 뿐이다. 추진과제로 제시한 2010년 장애인주거안정법은 장애계에서 요구하는 장애특성이 고려된 장애인주거지원법률의 내용을 담아내지 못하고 2012년 2월 『장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률(2012.2.22)』(이하 ‘주거약자지원법’)로 병합되었다. 주거약자지원법은 2012년 8월 23일 시행에 들어갔다. 주거약자지원법은 장애인 주거 정책을 논의하기 어려웠던 상황에서 법적 토대를 마련했지만, 장애인주거특성을 고려하여 실질적인 장애인자립생활을 지원하기 위한 내용을 담기에는 한계가 있다는 게 장애인계의 지적이다.

이 같은 상황을 종합해 볼 때 우리나라의 장애인주거정책은 자립생활운동과 탈시설화운동을 기점으로 2008년 이후 실태 파악과 사회적 논의가 시작되고 있으나 아직은 장애인주거 현실을 개선하기위한 출발점에 서있는 수준이라 할 수 있다. 주거정책 안에서 장애인주거를 별도로 다룰 필요가 있을지? 장애인복지정책 안에서 주거를 다룰 필요가 있을지? 다른 주거약자에 비해 장애인주거가 갖는 특수성과 어려움이 무엇인지? 장애인주거정책을 둘러싼 필요성과 방법론에 대한 논쟁이 이제 막 시작되고 있는 것이다.

3. 장애인주거정책 현황

우리나라 주거복지정책은 소득기준에 따른 배분원칙을 고수하고 있으며 장애와 노령 등 인구학적 특성을 고려하고 있지 못하다. 예를 들어 주거비지원정책의 경우 국민기초생활보장법에 의한 주거비 지원이 있을 뿐 장애로 인한 추가부담을 고려한 주거비 지원은 이뤄지지 않고 있다. 2012년 주거약자지원법률이 제정 시행되기 시작했지만 이에 따른 전달체계 구축, 큰 틀에서의 주거정책의 변화를 예고하는 개혁은 이어지지 못하고 있다. 따라서 현재 장애인주거정책 현황은 주거약자지원법률이 제정되기 이전 상황과 크게 다르지 않다. 이에 따라 법제정 이전부터 시행되던 주거복지지원사업에 저소득층장애인이 일부 포함되거나 미약한 수준으로 저소득장애인을 대상으로 정부 또는 지자체에서 시행해 온 주거개조지원 프로그램이 실행되고 있을 뿐이다.

미약한 수준이긴 하지만 현재 시행중인 장애인주거정책을 지원내용에 따라 주택공급, 주거비 지원, 주택개조지원프로그램을 나눠 현황을 살펴보면 다음과 같다.

가. 주택공급정책 현황

1) 공공분양주택 특별공급

공공분양주택은 중앙정부, 지방자치단체, 한국토지주택공사 등 공공기관에서 건설하여 분양하는 주택으로 전용면적 85m² 이하 주택의 경우 무주택세대주에게 공급하는 것을 원칙으로 하되 특별공급 규정에 따라 공급물량의 일부를 특정계층에게 공급하도록 하고 있다(근거조항: 주택공급에 관한 규칙 제19조).

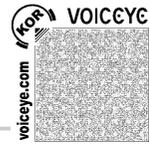
특별공급은 건설량 중 일정부분을 특정대상에게 우선 공급하는 것으로 3자녀 이상 특별 공급, 노부모부양 특별공급, 신혼부부 특별공급, 생애최초 특별공급, 국가유공자 특별공급, 기관추천자 특별 공급이 있다. 이중 기관추천자 특별공급은 건설량의 10%범위 내의 물량을 기관장이 추천하는 가구에 우선 공급하는 것으로 북한이탈주민, 철거민, 공무원, 장애인, 군인, 중소기업근로자 등이 해당된다. 이들 중 기관추천 특별공급을 받기 위해서는 청약저축에 가입하여 6개월이 경과된 자로서 매월 약정 납입일에 월납입금을 6회 이상 납입한 무주택세대주여야 한다. 단, 철거민과 장애인은 청약저축 가입 및 월납입금 6회 이상 납입조건을 면제받는다.

한국토지주택공사에서 공급한 공공분양주택 중 장애인가구에게 공급된 물량은 전체 공급물량의 1%에도 미치지 못하고 있다. 2003년 이후 공급된 9만 6천호의 공공분양주택 중 장애인에게 공급된 물량은 319호로 전체 공급량의 0.3%에 불과하다(강미나 외, 2010).

[표 2-4-3] 공공분양주택 공급현황

구분	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	소계
연도별공급호수	9,251	10,565	10,430	18,654	12,608	17,911	16,895	96,394
장애인 공급호수	77	78	67	25	22	6	44	319

*출처: 한국토지주택공사(강미나 외, 2010 재인용)



<p><주택공급에 관한 규칙></p>
<p>제19조(주택의 특별공급) ① 사업주체가 국민주택 등의 주택을 건설하여 공급하는 경우에는 제4조제1항에도 불구하고 입주자모집공고일 현재 무주택세대주(제4호 및 제4호의2에 해당하는 경우에는 제2조제8호 단서에도 불구하고 직계존속의 사망, 실종신고 및 행방불명 등으로 형제자매를 부양하여야 하는 단독세대주로서 무주택자인 20세 미만의 사람도 무주택세대주로 본다)로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게 관련기관의 장이 정하는 우선순위 기준에 따라 1회(제3호·제4호·제4호의2에 해당하는 경우는 제외한다)에 한정하여 그 건설량의 10퍼센트의 범위에서 특별 공급할 수 있다. 다만, 시도지사의 승인을 받은 경우에는 10퍼센트를 초과하여 특별 공급 할 수 있다</p> <p>7. 「장애인복지법」 제32조에 따라 장애인등록증이 교부된 자(정신지체인·정신장애인 및 제3급 이상의 뇌병변장애인의 경우에는 그 배우자인 세대주를 포함한다)</p>

2) 공공임대주택 특별공급

보금자리 주택공급계획에서는 임대주택을 분양전환공공임대, 국민임대, 영구임대로 구분하고 있다. 분양전환공공임대주택은 공공분양주택을 말하는 데 10년, 혹은 5년의 임대기간 종료 후 분양 전환하여 소유권을 이전 받을 수 있는 주택이다. 국민임대주택과 영구임대주택은 저소득층의 주거안정을 위해 공공이 건설 또는 매입하여 30년 이상 장기간 임대하는 주택을 말한다. 공공임대주택 역시 공공분양주택과 마찬가지로 특별공급이 가능하며 기관추천자 특별공급대상에는 북한이탈주민, 철거민, 공무원, 일군위안부, 장애인, 군인, 중소기업근로자 등이 포함된다. 장애인의 경우 지원조건을 만족하는 경우 기관추천자 특별공급으로 신청할 수 있다.

① 영구임대아파트 공급

영구임대아파트는 임대료가 시중가의 30%수준인데 영구임대주택 입주자격 가운데 하나로 장애인 가구가 포함되어있다(근거조항 : 주택공급에 관한 규칙 제31조). 한국토지주택공사에서 관리하는 14만호의 재고 중 3만 7천호 약 26%이상이 장애인가구에게 공급되어 있다. 이렇게 장애인 가구가 많은 것은 공급자의 자격으로 입주한 가구들 가운데 장애인 가구원이 많았기 때문이며 장애인의 입주자격으로 영구임대주택에 들어온 경우는 그렇게 많지 않았다(서종균, 2009:92). 현재 영구임대주택은 추가로 건설되지 않고 있고 국민임대주택위주의 정책이 추진되다

가 2010년 최저소득층을 위해 10만호 공급 재개가 추진되고 있다. 영구임대아파트는 주거안정성은 높지만 저소득층가구가 대규모로 밀집한 데 따른 슬럼화, 낙인화 등의 문제를 초래해왔다.

[표 2-4-4] 영구임대주택 공급현황

구분	2003	2004	2005	2006	소계
연도별 공급호수	140,078	140,078	140,078	140,078	140,078
장애인 공급호수	35,167	35,320	34,960	36,118	37,294

*출처: 한국토지주택공사(강미나 외, 2010 재인용)

<주택공급에 관한 규칙>

제31조(영구임대주택의 입주자선정등에 대한 특례) ① 「임대주택법」에 따라 영구적인 임대 목적으로 건설된 주택(이하 “영구임대주택”이라 한다)에 입주할 수 있는 자는 무주택세대주(제7호의2의 경우에는 세대주 요건을 제외한다)로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자로 한다.

6. 「장애인복지법」 제32조에 따라 장애인등록증이 교부된 자(정신지체인·정신장애인 및 제3급 이상의 뇌병변장애인의 경우에는 그 배우자인 세대주를 포함한다)

② 국민임대주택 우선공급

국민임대주택은 저소득 국민들의 주거안정을 위해 정부 재정과 국민주택기금의 지원을 받아 한국토지주택공사나 지방공사에서 건설 또는 매입하여 30년 이상 임대하는 공공건설임대주택이다. 국민임대주택 건설량의 20% 범위 내에서 저소득 무주택세대주에게 우선 공급하도록 하고 있다. 기초생활수급자와 한부모가정이 1순위이고 전년 도시근로자 월평균소득 50%미만 장애인이 2순위로 되어있다(근거 조항: 주택공급에 관한 규칙 제32조).

한국토지주택공사에서 공급한 공공임대주택 중 장애인가구에게 공급된 물량은 2003년 이후 국민임대주택 2,402호로 전체 공급량의 1~3%수준이다

[표 2-4-5] 공공임대주택 공급현황

구분	2003	2004	2005	2006	소계
연도별 공급호수	24,142	27,876	20876	24,899	90,199
장애인 공급호수	-	840	853	1,042	2,402

*출처: 한국토지주택공사(강미나 외, 2010 재인용)

〈주택공급에 관한 규칙〉
<p>제32조(국민임대주택 입주자선정에 관한 특례) ① 국가·지방자치단체·한국토지주택공사 또는 지방공사가 건설하는 「임대주택법」 제16조제1항제2호에 따른 건설임대주택(이하 “국민임대주택”이라 한다) 중 50제곱미터 미만인 주택(단독세대주는 40제곱미터 이하의 주택에 한정하되, 입주자 모집공고 시 해당 시·군·자치구에 공급되는 주택 중 40제곱미터 이하의 주택이 없는 경우와 「장애인 고용촉진 및 직업 재활법」 제2조에 따른 중증장애인의 경우에는 50제곱미터 미만인 주택으로 한다)은 무주택세대주로서 해당세대의 월평균소득(세대주와 동일한 세대별 주민등록표상에 등재되어 있지 아니한 세대주의 배우자 및 배우자와 동일한 세대를 이루고 있는 세대원의 소득을 포함한다. 이하 이 조에서 같다)이 전년도 도시근로자 가구당 월평균소득(태아를 포함한 가구원수가 4명 이상인 세대는 가구원수별 가구당 월평균소득을 말한다. 이하 이 조에서 같다)의 70퍼센트 이하인 자에게 공급하되, 전년도 도시근로자 가구당 월평균소득의 50퍼센트 이하인 자에게 우선공급하고 경쟁이 있을 경우 다음 각 호의 순위에 따라 입주자를 선정한다.</p> <p>⑤ 국민임대주택의 사업주체는 무주택세대주(제6호, 제6의2호, 제8호 및 제10호의 경우에는 세대주 요건을 제외한다)로서 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게는 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 입주자선정순위에도 불구하고 그 건설량의 20퍼센트 범위에서 국민임대주택을 우선 공급할 수 있다. 이 경우 공급신청자 중 입주자로 선정되지 못한 자에 대하여는 별도의 신청절차 없이 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 일반 공급신청자에 포함하여 입주자를 선정하여야 한다.</p>

3) 다가구매입 및 기존주택전세 우선임대

다가구매입임대 프로그램은 도심 내 최저소득층이 현 생활권에서 현재의 수입으로 거주 가능하도록 사업시행자가 다가구주택 등을 매입하여 개·보수 후 시세의 30%수준에서 저렴하게 임대하는 사업이다. 현재 다가구매입임대와 기존주택전세 임대정책이 시행중이다. 우선입주대상으로 1순위 기초생활수급자, 한부모가족, 2순위에 장애인(전년 도시근로자 가구당 월평균 소득 50%미만인 경우) 이 포함되

어있다. 그러나 수요대비 공급물량이 절대적으로 부족한 상황에서 2순위 장애인에게까지 공급물량이 돌아가지 않는 상황이다(한국토지주택공사 사업 담당자 인터뷰).

다가구매입임대 프로그램은 공공임대주택이 부족한 상황에서 최저소득층이 현 생활권에서 거주 가능하도록 지원한다는 점에서 실효성이 크다. 또한 저소득층을 위한 주택이 대규모로 밀집한 데 따른 슬럼화와 낙인 문제가 상대적으로 적다는 점에서도 강점을 갖는다. 그러나 다세대주택과 기존주택의 경우는 물리적 접근이 어려운 경우가 많아 휠체어를 이용하는 신체장애인의 경우는 한계가 있다. 다가구주택의 경우 주차장 공간으로 활용하기 위해 1층에 주택을 짓지 않는 경우도 많아 접근성이 더욱 떨어진다.

다가구매입임대 지원은 한국토지주택공사에서 다가구주택 등에 대한 매입승인 신청을 하면 국토해양부에서 검토 후 매입승인을 해주는 방식으로 운영된다. 임대기간은 최초 2년, 4회 재계약(2년 단위)이 가능하여 최장 10년 임대가 가능하다. 다가구매입임대주택은 도입된 2004년부터 2011년까지 총 45,355호의 주택을 매입하였으며, 2012년 7000호 매입 예정이다(국토해양부 외, 2012).

기존주택전세임대 지원 절차 역시 다가구매입임대와 거의 동일하다. 도심 내 저소득계층이 현 생활권에서 거주할 수 있도록 기존주택에 대해 전세계약을 체결한 후 저소득층에게 저렴하게 재 임대하는 정책이다. 2005~2011년까지 총 42,086호 지원(약 8천억) 2012년 9000호 지원할 예정이다. 이 역시 현재 기초생활수급자, 보호대상 한부모가족이 1순위이고 장애인(전년도 도시근로자 가구당 월평균소득의 50%이하)은 2순위이다(국토해양부 외, 2012)³⁶⁾.

<p><주택공급에 관한 규칙></p> <p>제32조의2(장기전세주택의 입주자 선정에 관한 특례) ③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 국가, 지방자치단체, 한국토지주택공사 또는 지방공사는 제2항 제1호부터 제5호까지의 규정을 고려하여 별도의 우선공급대상자 및 입주자선정을 위한 가점·감점기준을 정하고, 장기전세주택 전체 건설량의 10퍼센트 범위에서 우선 공급할 수 있다. <개정 2010.6.30></p>
--

36) 다가구전세임대주택 전세금지원한도액은 수도권 7천만원, 광역시 5천만원, 그 밖의 지역은 4천만원(쪽방의 경우 수도권과 광역시 5천만원 그 밖의 지역은 4천만원, 그룹홈의 경우 수도권 광역시 1억원, 그밖의 지역은 7천만원) 지원한도액을 초과하는 전세주택은 초과하는 전세금액을 입주자가 부담할 경우 지원 가능하다. 임대조건은 한도액 범위 내에서 전세지원금의 5%를 임대보증금으로 내고 전세지원금 중 임대보증금을 제외한 금액에 대한 연 2% 이자를 부담하도록 되어있다(임대료의 0.5% 해당 대손충당금 별도).

매입 혹은 전세임대 방식은 일반적인 저소득층뿐만 아니라 그동안 주거복지의 사각지대에 있던 자활노숙인, 노인, 장애인 등 사회취약계층에게도 주거복지의 혜택을 제공하여 복지정책과 주거정책의 보다 긴밀한 연계가 일어나는 현장으로서의 의미도 갖고 있다(서종균, 2009: 92) 2004~2008년 다가구 매입물량 중 그룹홈 운영호수는 471호이다(강미나 외, 2010: 58). 전세의 경우 당해 시·도의 행정구역내에서 공급하는 영세민전세임대사업물량의 10%이내에서 지원하고 있다.

[표 2-4-6] 다가구 매입임대 및 기존전세주택 장애인 그룹홈 공급현황

(단위 : 호)

구분	정신장애	신체장애	공급된 총 호수
2004	23	-	23
2005	-	-	23
2006	37	-	60
2007	42	2	104
2008	63	12	179
2009	35	3	217
2010	32	10	259

*출처 : 한국토지주택공사(강미나 외, 2010 재인용)

다가구 매입임대주택 지원 절차는 한국토지주택공사와 지자체도시공사 등에서 다가구주택 등에 대한 매입승인 신청을 하면 국토해양부에서 검토 후 매입승인을 해준다. 대상주택에 대한 실태조사 및 감정평가과정을 거쳐 적정 주택가격이 정해지면 주택 소유자와 매매계약을 체결하고, 해당 주택에 대한 개보수를 실시한다. 한국토지주택공사 등은 시·군·구 및 시도지역에 정해진 물량을 통보하고, 대상자 선정을 의뢰한다. 장애인 등 최저소득층이 시·군·구에 신청하며, 비영리단체 등 그룹홈은 운영희망기관이 시·도에 신청한다. 해당 시군구 및 시·도에서 입주자를 선정하고 물량을 배정한다. 대상자가 선정되면 한국토지주택공사등과 임대차 계약을 체결하고 한국토지주택공사 등은 대상자에 대한 입주 및 관리를 담당한다.

4) 저소득중증장애인전세주택 제공

지자체 중 서울시의 경우, 『저소득중증장애인전세주택제공사업』을 실시하고

있다. 서울시는 자체적으로 월세로 거주하는 장애1,2등급인 세대주를 대상으로 전세주택을 제공하는 중증장애인 전세주택 지원 사업을 실시하고 있다. 서울시가 비용을 지원하고 각 구청장이 전세권자가 되어 임대자와 직접 전세 계약을 체결한 후, 이 전세주택을 저소득 중증장애인가구에 무상임대로 제공하는 형태이다.

보증금은 2인 이하 가구는 6천만원, 3인 이상 가구는 7천만원이 지원되며, 매해 지원 실적은 다음 표와 같다. 거주기간은 2년 거주 후 2회 연장 총 6년 거주가 가능하다.

[표 2-4-7] 서울시 저소득 중증장애인 전세주택 제공 실적

(단위: 가구수, 백만원)

연도별	누계	2000년 이전	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
가구수	371	134	21	21	23	21	22	19	26	25	59
지원액	12,742	3,327	585	595	600	585	595	715	1,040	1,040	3,660

*출처 : 서울특별시(강미나 외, 2010 재인용)

나. 주거비지원정책 현황

공공임대주택의 재고가 충분하지 않은 상황에서 주거비 부담을 경감시키는 제도는 민간임대주택에 저소득층 장애인 가구가 접근할 수 있는 대안이 될 수 있다 (서종균, 2009) 그러나 우리나라의 주거비지원정책은 이제 체계를 만들어 가는 과정으로 장애인의 추가 부담을 고려한 주거비 지원은 미비한 상황이다. 현재 시행 중인 주거비지원정책은 주거급여제도와 주택금융지원, 기타 임대료지원 제도로 구분되며 현황은 다음과 같다.

1) 주거급여제도

주거급여제도는 국민기초생활보장법에 의하여 기초수급자에게 주거비를 지원하는 제도를 말한다. 주거급여는 주거 현금급여와 주거 현물급여로 이루어진다. 주거 현물급여는 저렴한 비용으로 자가 가구 등의 주거환경을 개선하고, 수급자가

참여하는 ‘집수리도우미사업’을 활성화하기 위한 프로그램으로 실제로는 주거환경개선사업의 성격이 강하다. 주거급여는 기존 정액급여에서 가구별 0원에서 최저주거비까지 정률급여로 변경되었다. 가구별 생계급여액과 주거급여액의 합이 가구의 소득인정액을 뺀 현금급여기준액보다 많이 지급되지는 않는다. 보건복지부의 2012년도 주거급여 한도액은 다음 표와 같다. 주거현금급여 기준은 자가 가구 등에 해당하는 수급자에게 가구별 현물급여액에 해당하는 금액을 차감한 나머지를 주거 현금급여로 지급한다.

[표 2-4-8] 2012년도 주거급여 한도액

(단위: 원, 월)

가구규모	1인	2인	3인	4인	5인	6인	7인
최저생계비	553,354	942,197	1,218,873	1,495,550	1,772,227	2,048,904	2,325,580
현금급여한도	453,049	771,408	997,932	1,224,457	1,450,982	1,677,506	1,904,031
주거급여 한도액	87,656	149,252	193,079	263,908	280,736	324,563	368,392

2) 주택금융지원

우리나라의 주택금융프로그램은 한국주택금융공사에서 관리하고 시중 금융기관에서 수탁 판매하는 주택금융프로그램과 국토해양부의 국민주택기금을 우리은행, 신한은행, 농협중앙회, 하나은행, 기업은행에서 수탁 관리하는 두 가지 형태로 운영되고 있다. 역시 장애특성을 고려한 지원은 미비한 상황이다.

① 주택구입자금대출

현재 주택구입자금, 주택전세자금, 기타자금 등에 대한 다양한 주택금융지원 정책이 시행되고 있지만 장애특성을 고려한 지원 프로그램 전무한 실정이다. 주택구입자금 대출 제도는 근로자서민주택 구입자금 대출, 근로자/서민주택 중도금 대출, 부도임대주택경락자금, 사업자 대출 입주자 앞 대환, 최초주택구입 대출, 최초 주택구입중도금 대출 등이 있다.

② 주택전세자금대출

전세자금 지원제도는 영세민전세자금융자제도와 근로자서민주택전세자금 대출 제도가 있다. 상대적으로 폭넓은 임차가구를 대상으로 제공할 수 있으나 절차상의 문제로 이용이 어렵거나 이자부담 능력이 낮거나 신용불량으로 인해 용자를 받기 어려운 저소득층이 이용하기는 어렵다. 현재 전세자금융자 지원 기준은 월 평균 가구총소득 최저생계비 2배 이내의 자로 대출액은 전체 1억(3자녀 이상 1억 1천) 미만 계약 시 3개월 이내인 자가 신청할 수 있으며, 용자액은 5,600만원(세자녀가구 6,300만원), 이자 2%, 원리금 상환기간은 15년이다. 소득이 적거나 일정한 수입이 없는 경우 한국주택금융공사에서 보증을 서주는 조건으로 약 1,000만원 정도까지 대출을 받을 수 있다. 역시 장애인을 위한 별도의 혜택은 없다.

3) 기타 임대료 지원

① 주택바우처제도

주택바우처제도는 저소득층의 임대료가 소득의 일정 수준을 넘을 경우 임대료의 일부를 쿠폰 형태의 교환권으로 지원하는 방식으로 저소득층의 전월세 임대료를 정부가 보조해주는 정책을 말한다.

2010년 서울시에서 시범 운영되어 가구당 월 43,000~65,000원을 지급하고 있다. 2013년 전국적으로 전면 시행될 예정이었으나 예산 확보가 이뤄지지 않아 시행이 미뤄지고 있다. 지원대상은 서울시에 2년 이상 거주한 가구 중 소득인정액이 최저생계비의 120% 이하인 가구이다. 단, 영구임대주택 선정대기자 및 탈락자나 주택정비사업철거세입자인 경우 소득인정액이 최저생계비의 150% 이하면 신청이 가능하다. 지원기간은 기초생활수급자, 소년소녀가장을 제외하고 2년 내외이다. 이에 앞서 서울시의 경우 2010년까지는 장애인 1~4급, 한부모 가정, 국가유공자, 탈북 주민 등에 한정하여 주택바우처제도를 실시해왔다.

② 임대료 차등화 제도

수요자의 부담능력을 고려하여 보증금과 월세 등 공공임대주택의 임대료를 소득수준에 따라 차등 부과하는 제도이다. 국토해양부에서 일부 공공임대주택지구에서 시범 실시중이다. 임대료 부담이 줄어드는 대상은 주거비 부담이 크고 소득

파악이 쉬운 기초생활수급자와 차상위계층이다. 일반가구의 임대료가 주택 규모에 따라 주변 시세의 57~81% 수준인데 반해 차등적용 대상 가구는 시세의 48~68% 수준으로 더 싸게 공급된다.

다. 주택개조지원정책 현황

주택개조 지원정책은 주거환경개선사업이라는 사업명으로 정책적 지원이 이루어지고 있다. 주거환경개선사업의 경우 지원하는 주체에 따라 중앙정부, 지자체, 회단체가 지원하는 프로그램으로 나눌 수 있다. 중앙정부의 경우 국토해양부에서 시행하는 보금자리주택편의시설무료설치 사업과 보건복지가족부에서 시행하는 농어촌 장애인 주택개조사업이 있다. 이외에도 지자체에서 자체적으로 시행하는 주거환경 개선사업이 있으며, 대표적인 사업으로 경기도의 저소득장애인 주거환경 개선사업과 서울특별시의 서울형 집수리(S-Habitat)사업이 있다. 사회단체에서도 다양한 형태로 지원하고 있으며 대표적으로 지역자활센터, 해비타트, 공동모금회의 주거복지센터, 대기업들이 주택개조를 지원하고 있다. 주거환경개선사업의 지원절차는 프로그램별로 조금씩 차이가 있지만 대체로 신청서를 접수하고 집수리 대상가구에 대한 주택상태 조사 및 평가 과정을 거쳐서 수선서비스를 제공하는 형태로 진행된다(강미나 외, 2010).

1) 보금자리주택 편의시설 설치

장애인 등이 국민임대주택에 입주하는 경우 신청에 의해 단차제거, 미끄럼방지 타일 등 편의시설을 무료로 설치해주는 사업이다. 국토해양부에서 2004년부터 『국민임대주택 입주 노인 장애인들을 위한 편의시설 설치기준』을 마련하여 국민임대주택에 입주하는 노인 및 장애인을 대상으로 편의시설 설치기준에 따라 안전손잡이 등의 주택 내 시설을 무상으로 설치해주는 정책이다. 2004년부터 2009년까지 총 5,743건을 지원하였다.

2010년 6월 『국민임대주택 입주 노인 장애인들을 위한 편의시설 설치기준』은 『장애인 편의증진 시설기준』으로 개정되어 적용대상이 보금자리주택(분양임대 포함)에 거주하는 장애인으로 확대되었다. 편의시설도 기존 11가지 항목에서 13개 항목으로 확대되었다.

장애인 가구가 한국토지주택공사와 보금자리주택에 대한 계약 체결 시에 편의 시설 무료 설치지원신청서를 작성하여 신청한다. 한국토지주택공사는 사업시공업자에게 개별가구에 대한 편의시설 설치를 지시하면 사업이 완료된다.

2) 농어촌장애인주택개조사업

2006년부터 보건복지부가 농어촌특별회계로 장애인주택개조사업을 실시하고 있다. 장애인복지법 제 27조에 근거해 농어촌 지역의 기초생활보장수급자 및 차상 대상으로 자가 소유자와 임대주택 거주자를 대상으로 진행한다. 자가가 아닌 가구나 주택 개·보수비 지원이 필요한 가구도 사·군·구청장이 판단하여 선정될 수 있다. 그러나 지방자치단체에서 이미 지원받고 5년이 경과되지 아니한 자, 금융기관 등에 주택개조 비용융자추천으로 이미 개조 지원을 받은 자는 제외된다.

지원우선순위는 장애등급이 높은 자로서 지체 및 뇌병변, 시각 장애인, 가구원 중 장애인이 다수인 가구(지체 및 뇌병변, 시각 장애인에 한함), 지체 및 뇌병변·시각장애와 다른 장애유형이 중복된 장애인 가구, 고령장애인, 저소득 장애인 순으로 선정된다.

지원내용은 가구당 380만원으로 화장실 개조, 보조손잡이 설치, 문턱 낮추기, 싱크대 높이 조절, 주출입구 접근로(마당포장), 경사로 설치, 지붕개량 및 주택 개조시 파손된 도배, 장판 등을 수리해 준다. 설치 시에는 『장애인·노인·임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률』 시행규칙에서 정하고 있는 설치방법을 준수하여 시공하도록 하고 있다.

각 지방자치단체에서 선정된 가구에 대해서 보건복지가족부 50%, 지방자치단체 50%의 예산지원으로 사업이 이루어지며 2006년부터 2009년까지 4년간 매년 약 1천호가 개조되었다. 농어촌 장애인 주택개조 지원사업을 위해서 2006년 40억원이 지원되었으며 2007년부터 2009년까지 매년 38억원의 예산이 국비 50%, 지방비 50%로 지원되었다.

3) 주거현물급여 집수리사업

보건복지가족부는 국민기초생활수급자를 대상으로 주거현물급여 집수리사업을 시행하고 있다. 집수리사업단을 활용한 직접서비스를 원칙으로 하며 지역에 따라

집수리단이 없을 경우 마을청년회 등 민간공익단체에 의뢰하거나 민간사업자에 의해서 수선이 이루어진다.

주거현물급여 집수리사업의 시행주체는 시·군·구청장이다, 지역자활센터가 지정된 시·군·구의 경우에 지역자활센터에 위탁하고, 지역자활센터가 없는 지역은 집수리사업 수행능력 또는 경험이 있는 민간기관 등에 공모를 통해 위탁한다. 민간위탁이 어렵거나 사업의 효율성을 감안하여 지자체에서 직접 주거복지사업단을 구성하여 시행하는 것도 가능하다.

4) 지자체차원 장애인주택개조 지원사업

많지는 않지만 일부 자치단체에서 자체적으로 예산을 확보하여 주택개조사업을 진행하고 있다. 현재 자체적으로 주택개조사업을 실시하고 있는 지자체는 경기도, 서울시, 경상남도 세 곳 뿐이다. 경기도와 경상남도는 2002년부터, 서울특별시는 2009년부터 시행해왔다.

경기도의 경우 도비보조사업으로 장애인복지법 제27조(주택의 보급)에 근거하여 주택개조 지원사업을 실시하고 있다. 2002년 장애인복지기금으로 처음 시행된 저소득 중증장애인 주거환경개선사업은 2006년 저소득 장애인 주거환경개선사업으로 사업명이 변경되었다. 경기도의 저소득 장애인 주거환경개선사업은 시군별 내 부방침 및 국고사업 우선순위에 따라 지원대상자가 선정되며 세대주와 세대원이 장애등급, 소득수준, 장애인수, 장애인 세대주 여부, 불편정도 등에 따라 배점이 달리 매겨진다. 2002년부터 매년 수혜가구수가 증가하여 2009년에는 123가구의 주택이 개조되었다(지원금액: 467,400,000원) 가구당 지원금액은 4백만원 정도다.

서울시에서 2009년부터 시행되고 있는 서울형 집수리는 저소득시민 주거환경 개선을 위해 기존의 공무원 자원봉사 위주에서 사회적기업과 병행 추진되면서 저소득 일자리 창출과 함께 연계하여 시행되고 있는 사업이다. 서울형 집수리는 『사회복지기금(주거지원계정)조례 시행규칙』에 근거하여 주거환경이 열악한 저소득가구, 장애인가구, 다자녀가구, 다문화가구, 외국인근로자를 지원하며 소득기준 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득이 50%이하인 자중에 선발한다. 서울형 집수리는 다른 주거개선사업 프로그램과 달리 각 수요자별로 지원가구의 수가 정해져 있으며 2010년 기준 장애인가구 혜택규모는 200가구였다(추진기관: 복지국 / 지원금액 가구당 5백만원 약 10억원).

4. 장애인주거정책의 문제점

가. 장애를 고려한 주거정책 결여

우리나라 장애인주거정책의 가장 큰 문제는 소득기준에 따른 배분원칙을 고수하고 있을 뿐이어서 장애인의 인구특성과 욕구를 수렴하고 장애차별과 분리와 배제에 대응하지 못하고 있다는 것이다.

장애인가구는 일반가구보다 비용지출은 많은 반면 취업이 어렵고, 물리적 접근의 어려움을 겪으며 차별적 인식의 장벽에 따른 분리와 배제를 경험한다. 이러한 장애인의 특수하고 불리한 여건을 고려하지 못할 경우 주거지원 정책은 현재와 같이 그림의 떡일 수밖에 없는 것이다.

주거정책에서 장애를 고려하지 못하는 상황은 장애인주거실태조사, 전달체계, 정책 내용 전반에 걸쳐져 있다.

1) 장애인주거실태조사의 문제점

장애인주거실태조사의 필요성이 인정되고 시행되기 시작한 것은 최근에 와서다. 현재 장애인주거실태조사는 2012년 8월 시행에 들어간 주거약자지원법률에 의해 주거약자주거실태조사로 같음하도록 되어있다. 법률에 근거하여 주기적으로 장애인주거실태를 파악하게 된 점은 긍정적이지만 조사의 주요한 목적인 장애인 주거 욕구 파악이 결여된 점은 문제다. 주거약자지원법률 시행령 제3조에서 실태조사내용과 절차를 정하고 있는 데 조사내용으로 주거 환경, 가구 특성, 주거 및 주거환경에 관한 만족도만을 명시하고 있다. 실태조사는 모든 정책수립 및 시행의 토대로 장애인의 욕구와 특성을 고려한 주거정책 시행을 위해서는 장애인의 주거욕구 파악이 필수적이다.

아울러 노숙 등 주거취약상태에 있는 사각지대의 비등록장애인의 주거실태를 파악할 필요가 있으나 이에 대한 언급이 없다.

또한 조사실시과정에 장애인단체 등 관련 당사자들이 참여할 경로가 마련되어 있지 않은 점도 문제다.

2) 장애인주거정책 전달체계 미비

현재 주거정책 전달체계로 작동하고 있는 국토해양부, 한국토지주택공사, 지자체에 장애인 등 인구특성을 고려한 주거정책을 다룰 수 있는 담당부처와 인력 배치가 취약한 상황이다. 따라서 장애인 등 특히 취약한 주거약자에 대한 정책적 고려가 체계적으로 이루어지지 않고 있다.

주거약자지원법률은 제5조에서 국토해양부장관이 주거약자에 대한 주거지원계획을 수립하여 주택법 제7조에 따라 수립하는 주택종합계획에 포함되도록 하고 있다. 또한 동법 제6조(시·도 주거지원계획의 수립)에서는 시·도지사가 ‘제5조에 대한 주거지원계획에 따라 주거약자에 대한 시·도주거지원계획을 수립하여 주택법 제8조에 따라 수립하는 시·도 주택종합계획에 포함’ 되도록 하고 있다. 그러나 이를 담당할 주관부처 및 인력배치에 대한 언급은 없다. 일선에서 장애인주거정책에 관한 정보를 제공하고 개인별 필요에 따른 서비스를 제공할 단위 역시 미비한 상황이다.

부처 간 유기적인 협력이 어려운 점도 문제다. 현행 장애인 주거복지정책은 동일한 사업내용이 중앙정부, 지자체, 민간단체 등에 분산되어 있어 신청 시기나 절차 등에서 차이가 있는 경우도 있다(강미나 외, 2010). 장애인과 관련된 정보데이터베이스를 보건복지가족부에서 관리하고 있으나 주택공급은 국토해양부를 통해서만 이루어지고 있어서 장애인가구의 주택수요가 제대로 파악되고 있지 않다. 주택공급전달과정 역시 여러 문제점을 내포하고 있다(강미나 외, 2010) 주택공급 프로그램에 대한 홍보가 부족하여 장애인들의 정책 접근성이 떨어진다. 또한 프로그램별로 신청 시기 및 절차가 복잡하고 신청에서 탈락 될 경우 탈락사유를 알지 못하고 추후 대책을 마련할 수 없으며 장애인주택공급정책에 대한 평가 및 관리 시스템이 부재하다. 2009년 장애인주거실태조사과정에서 장애인 주거복지전달체계에서 가장 시급히 개선되어야 할 항목 1순위에서 ‘정부정책 간 연계를 통해 정책의 기준, 지원내용, 전달과정의 일관성’이 16%로 두 번째로 높게 나타났다. 또한 현행 장애인 주거복지정책에서 중앙정부 관련 부처 간 및 중앙정부와 지자체간 협력체계, 민간부문 및 공공과의 협력체계에 대한 평가도 ‘잘 이루어지고 있지 않다’는 의견이 58%로 나타났다.

주거지원계획 수립과정에 장애인단체 등 관련 당사자들이 참여할 수 있는 경로가 보장되고 있지 않은 점도 문제다. 또한 이의제기 절차 역시 부족하고 주거정

책을 평가할 모니터링체계도 구축되어 있지 않다.

이 결과 주거지원을 필요로 하는 장애인이 접근할 경로가 사실상 마련되어 있지 못하고, 산발적인 정책들이 한국토지주택공사, 지자체 별로 흩어져 있고 사회복지서비스 담당자들조차 주거정책에 대해서는 접근이 어려운 상황이다. 이러한 상황에서 장애인(특히 정신적 장애인)의 경우 정보와 제도 접근에 있어 더 큰 어려움을 겪을 수밖에 없다.

3) 장애차별과 분리에 대응하지 못하는 주거정책

사회통합과 완전한 사회참여는 장애인정책이 추구해야할 가장 중요한 가치이다. 장애로 인한 어려움은 단순히 소득만의 문제가 아닌 사회생활전반에서 이뤄지는 차별과 분리와 배제의 문제를 포함한다. 또한 장애인차별과 분리는 대개 장애를 이유로 직접 차별하는 형태보다는 구조적으로 차별이 이뤄지는 간접 차별의 형태로 이뤄진다.

일례로 우리나라 공공임대주택 중 장애인의 입주가 가장 많이 이뤄진 주택은 영구임대아파트로 전체 입주자의 약30%가 장애인가구다. 반면 국민임대아파트 등 공공임대아파트는 1~3%, 다세대주택매입임대와 기존주택전세임대의 경우 2순위자인 장애인에게 사실상 공급될 물량이 없는 상황이다. 구조적으로 장애인 집단주거가 이뤄지지만 장애를 이유로 한 직접차별은 아닌 것이다.

1980년대 후반 도입된 영구임대아파트는 30년 이상 장기거주가 가능하며 보증료와 임대료가 무상에 가까운 주거안정성이 높은 주택이지만 집단주거로 인한 슬럼화와 낙인의 문제를 낳았다. 이로 인해 더 이상 영구임대아파트를 짓지 않기로 했으나 최근 또다시 영구임대아파트 10만호 계획이 수립되어 진행 중이다. 이 제도가 시행될 경우 장애인집단주거는 더욱 강화될 수밖에 없다.

영구임대주택 정책과 같이 일정한 공간에 집단적으로 장애인을 거주하도록 하는 방식은 장애인정책의 목적인 사회통합원칙과 인간의 기본적 욕구인 보편적 삶에 역행한다는 점에서 후진적 정책으로 지양해야 할 것이다. 2012년 강서구의 영구임대아파트에서 자살이 잇따라 발생한 사례는 영구임대아파트의 슬럼화와 낙인 문제를 단적으로 보여주는 사례라 할 수 있다.

집단주거 문제와 함께 주택구입, 임대, 거주 전 과정에 걸쳐 일어나는 장애차별을 예방하고 발생한 차별상황에 대응하기 위한 지원정책이 미비한 점도 문제다.

나. 주택 공급 부족과 낮은 주거 안정성

1) 주택 공급 부족

첫째, 장애인주거정책의 가장 큰 문제는 장애인의 욕구와 실태에 맞는 주택 공급 부족이다. 수요대비 공공임대주택 보급률이 낮은 상황에서 유사한 경제수준에 있는 특별공급대상자보다 취약한 상황에 있는 장애인이 공공임대주택을 분양받거나 임대받기는 매우 어렵다. 공공임대주택 공급에 있어 장애인가구에 대한 우선 순위가 마련되어 있으나 실제로 장애인 가구가 공급받기에는 부족한 상황이다. 이러한 상황은 공공분양주택 0.3%, 공공임대주택 2.7%인 공공주택 장애인공급률에서 확인된다. 다가구매입임대주택 및 기존주택전세임대주택의 경우 2순위자인 장애인이 공급받은 경우는 2012년 현재 0% 사실상 공급될 물량이 없는 상황이다 (평균 입주경쟁률 10:1).³⁷⁾

둘째, 주택공급 시 장애유형과 정도에 맞는 주택공급이 필요하지만 장애인의 특성을 고려한 맞춤형 주택공급이 이루어지지 않고 있다.

2) 낮은 주거 안정성

주거복지의 핵심은 안정적인 공공주택 지원정책 중심으로 가야하나 임대, 전세 주택 지원을 통해 해결하려는 경향성이 높은 점도 문제다. 전국적으로 중앙정부 차원에서 주거 빈곤 중증장애인을 대상으로 하는 무상임대주택을 제공하고 있지 않다. 제한적인 상황에서 장애인의 선호도가 높은 다가구주택 매입임대 및 전세 주택 임대 프로그램의 경우 거주기간을 제한하고 있어 이 기간 동안 대안을 마련하지 못한 경우 사실상 대안이 없는 실정인 점도 문제다. 현재 다가구주택 매입 임대 및 전세주택 임대 기간은 최장 10년 거주가 가능할 뿐이다. 서울시 전세주택지원사업의 경우 최초 1회만 지원이 가능하고 지원을 받은 경우 2회 연장이 가능한 데, 부득이 한 사정에 의해 최초 2년 내 전세계약이 해지된 경우 재임대가 불가능해 사실상 지원이 단절될 수밖에 없다는 점도 문제다.

37) 2004-2007년간 다가구 매입임대주택 등 도심 내 임대주택은 약 3만호였으며 평균 입주경쟁률은 10:1이었다(출처 : 한국토지주택공사).

다. 주거생활지원서비스 부재

정상가족 중심의 주거정책에서 장애인 등 소수자가 고려되지 못한 데 따른 주거권 차별이 발생한다. 그러나 현 주거정책과 행정전달체계는 이러한 사회적 소수자 인구특성 및 가구구성의 변화를 고려하고 있지 못하다. 이는 가장 기본적인 권리인 주거를 복지정책의 대상으로 보고 있지 못한 데서 유래한다. 따라서 장애인의 주거권과 주거지원의 범위에 대한 논의가 구체적으로 이루어지지 않고 있는 실정이다(발달장애인지원정책기획단, 2011).

예를 들어 취업과 결혼을 통한 보편적 방식의 독립이 쉽지 않은 성인장애인의 상태를 고려한 주거지원 정책이 필요하지만 문제인식조차 되고 있지 못하다. 장애차별로 인한 정주불안이 심한 장애인의 특성을 고려한 주거지원서비스 역시 이루어지지 못하고 있다. 지적장애와 자폐 등 발달장애와 정신장애인의 경우 주택 매매와 임대, 관리 등 전반적인 주거지원서비스가 필요하지만 이루어지지 않고 있다. 장애인시설수용 문제의 이면에는 이러한 장애특성을 고려한 주거지원서비스를 제공하지 못하는 사회보장제도의 문제가 있다.

“정주불안 때문에 이사하기가 힘들어요. 영구임대가 아니면, 집 옮기는 것이 겁이 나요. 장애인이니까. 집을 잘 안 주고, 집이 망가지지 않을까 걱정도 해요. 월세가 밀릴까 봐도 걱정하고요. 하지만 나중에 주인이 나가지 말라고 해요. 월세를 밀리지 않고 꼬박꼬박 내니까……(자립생활자 인터뷰)” (서종균, 2009)

2011년 주거취약계층실태조사에서³⁸⁾ 주거취약계층 내 장애인특성을 분석한 결과 일반장애인실태에 비해 중복장애와 1,2급 중증장애 비중이 높았고 정신장애인은 무려 7배, 지적장애인도 2배 이상 높게 나타났다. 또한 장애가 있다고 응답한 주거취약계층 중 약22%는 장애등록을 하지 않은 비등록장애인이었다. 이들 상당수가 알콜 의존 등 정신장애인일 가능성을 고려하면 주거취약계층 내 정신적 장애인 비중은 더욱 높을 것으로 추정된다.³⁹⁾

38) 2011년 보건복지부 용역에 의해 한국도시연구소와 보건사회연구원 이 『주거취약계층전국 실태조사(서종균 외, 2011)』를 실시하였다. 동 실태조사는 현재 통계청의 통계 승인을 받지 못해 자료 해석과 활용이 금지되고 내부 정책수립을 위한 자료로만 사용되도록 되어있다. 그러나 동 실태조사는 주거취약계층 내 장애인 실태를 세부적으로 파악한 최초 자료로 정책과제를 도출하는 과정에서 참조할 필요가 있다.

39) 조사 결과 비등록장애인(보호처등록장애인포함)이 21.9%로 나타났는데, 이들은 다양한 이

라. 물리적 접근의 어려움

대부분 주택이 장애인의 접근성과 편의성이 보장되지 않은 상태에서 장애인 주택개조지원사업은 주택 공간 확보와 같은 의미를 가진다. 최근 주택개조사업이 양적으로 확대되고 다양한 형태로 전개되고 있는 추세다. 그동안 주택개조와 관련하여 정책적 관심을 거의 기울이지 않았던 점을 감안하면 큰 변화라고 할 수 있다. 그러나 주택개조지원정책은 여전히 많은 문제를 안고 있다.

1) 주택개조 지원서비스 부족

그러나 장애인 가구의 주택개조는 실질적으로 대부분 당사자 개인에게 떠맡겨져 있다. 그나마 보금자리주택에 입주하는 경우는 비교적 안정적인 편의시설 설치와 접근이 가능하지만 기존주택에 거주하는 경우 주택개조는 경제적으로 여유 있는 경우가 아니면 쉽지 않다. 현재 지원되는 주택개조 사업은 주택개조를 희망하는 전체 장애인을 포괄하고 있지 못하며, 1회에 한해 4~5백만 원의 지원액만으로 필요한 설비를 갖추기도 어렵다. 그나마 수요에 비해 경쟁이 치열해서 받기도 어렵다. 예산상의 문제로 자체적으로 집수리 사업 프로그램을 수행하는 지자체가 3곳에 불과하다. 또한 보건복지가족부의 농어촌 장애인주거환경개선사업의 경우 사업대상이 농어촌에 한정되어 있어서 도시에 살고 있는 장애인과의 형평성에 어긋난다는 지적도 제기되고 있다.

2) 차가거주자 개조 및 원상복귀 지원 미비

자기 집이 없는 가난한 이들은 상대적으로 더 어려움을 겪는다. 자기 집이 없는 가난한 이들은 이사를 하면 원상복구를 해야 하고, 새 집에서 또 설치를 해야 한다. 뜯어낸 자재들 가운데 다시 사용할 수 있는 것은 거의 없고 지원은 1회 이

유로 장애등록을 하지 않은 사각지대에 놓인 사람들로 기존 장애인주거실태조사에서 접근하기 어려웠던 사람들이었다. 비등록장애인의 주거이용경험이 부랑인시설과 정신병원 경험 많은 점 등을 고려할 때 비등록장애인의 상당수가 정신장애인일 가능성이 높다. 동조사에서는 비등록장애인의 장애유형을 따로 조사하지 못했지만 이들의 취약주거 이용실태, 정신질환 발병 및 치료 실태를 고려할 때 비등록장애인 상당수는 정신장애인일 것으로 추정되었다(서종균 외, 2011).

상 받기 어렵다. 집주인의 동의를 구하는 것도 쉽지 않다. 공공임대주택에서도 원상복구를 해야 하는 것은 마찬가지이다. 따라서 차가에 거주하고 있는 장애인이 합리적 배려 차원에서 주택개조를 받을 수 있도록 집주인의 협력의무를 부과하고, 원상복구를 공공차원에서 지원할 필요가 있다.

3) 장애인 최저주거기준 미흡

주택법에서 정한 최저주거기준은 일반적인 가구구성에 따른 면적, 방의 개수, 필수 설비 등을 정하고 있을 뿐 장애인 등 가구특성을 반영한 최저주거기준이 고려되지 못하고 있다. 주택법 제5조 2항과 주거약자지원법률 제8조에서 주거약자 주택에 대해 강화된 최저주거기준을 적용할 수 있도록 하고 있으며 제9조에서 국토해양부장관은 주거약자의 안전하고 편리한 주거생활을 위하여 편의시설 설치기준을 설정·공고하도록 하고 있다. 또한 공공임대주택과 주거약자지원법률 제15조에 의해 주택개조비용을 지원받아 개조한 주거약자가 거주하는 주택의 경우 이 기준을 충족하도록 규정하고 있다.

장애를 고려한 강화된 최저주거기준과 편의시설설치기준 마련이 미흡하다. 또한 동 기준의 적용이 공공임대주택과 주거약자지원법률 제15조에 의해 주택개조비용을 지원받아 개조한 주택으로 한정되어있는 점도 문제다.

4) 주택개조비에 대한 사회적 책임 미비

주거약자지원법률 제15조에 주거약자를 위한 주택개조비 지원 비용을 국민주택기금으로 융자할 수 있도록 되어있다. 기존에 제한적인 주택개조 프로그램만 있었던 상황보다는 진일보했으나 장애로 인한 주택개조비를 지원이 아닌 융자제도로 충당하겠다는 것은 여전히 장애로 인한 추가부담을 개인책임으로 돌리고 있다는 점에서 문제가 크다. 현실적으로도 소득수준이 낮고 장기적으로 저소득 상황에서 벗어날 가능성이 취약한 장애인이 융자받은 개조지원비를 상환하는 것은 쉽지 않다. 2009년 주거실태조사결과 주택개조가 필요하다고 응답한 장애인 중 주택개조비를 스스로 충당 할 수 있는 경우는 12%에 불과했다.

마. 주거비지원 정책의 문제점

1) 임대료 부담

국민임대주택은 시세의 30% 수준에서 비교적 저렴한 가격으로 공급되지만 여전히 수요자의 부담능력을 고려하기 보다는 주택공급가격을 기준으로 임대료가 결정되는 한계를 갖고 있다. 이에 따라 입주비 부담능력이 되지 않아서 입주를 포기하는 저소득층은 더 늘어났다(서종균, 2009: 92). 현재 장애인 공공주택 입주율이 수요에 비해 턱없이 낮음(공공분양주택 0.3%, 공공임대주택 2.7%) 주요한 이유 중 하나는 입주비 부담이다. 임대료 차등 지원정책이 일부지구에서 시범운영 중이지만 전면 확대 시행되고 있지 못하다.

2) 주거비 부담

현재 주거비 지원정책은 기초수급권자 만을 대상으로 제공되고 있으며 주거를 개선하는 것과 실질적인 관계가 미흡하여 장애특성을 고려하고 있지 못하다. 지원 수준 역시 정해진 최저생계비를 충족시키기 위한 수단이지 실제 적정한 수준의 주거생활을 보장하고 그 비용을 제공하기 위한 수단이 아닌 상태로 등장했고, 아직도 그 성격을 벗어나지 못하고 있다(서종균, 2009). 따라서 현행 주거비 지원 정책으로 장애인의 주거와 관련한 추가부담과 특별한 욕구를 수렴하기는 사실상 불가능하다.

3) 주택금융제도 접근의 어려움

현재 소득기준에 의한 저소득가구만을 대상으로 하고 있어 장애특성이 고려되고 있지 못하다. 따라서 장애인가구가 한국주택금융공사의 보금자리론이나 국토해양부의 국민주택기금을 지원받아서 주택을 구입하거나 전세자금을 마련하기에는 많은 제약이 있다. 장애인이 주택자금의 대출과 관련된 정보를 얻고 상담할 수 있는 창구의 접근성이 매우 떨어진다는 점도 문제다.

Ⅲ. 국내외 기준

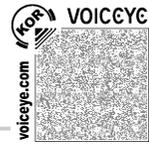
1. 국내기준

헌법은 일반적인 주거복지정책의 기준을 정하고 있다. 장애인주거정책과 관련한 기준을 정하고 있는 법률은 장애인복지법, 장애인차별금지 및 권리 구제 등에 관한 법률, 주거약자지원에 관한 법률 등이 대표적이다. 구체적인 내용은 다음과 같다.

가. 헌법

제34조에서 모든 인간다운 생활을 할 권리를 규정하고 있으며, 동조 제5항은 ‘신체장애자 등 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다’고 규정하고 있다. 또 제35조 제1항에서 모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가지며, 동조 제3항에서 ‘국가는 주택개발정책을 통하여 모든 국민이 쾌적한 주거생활을 할 수 있도록 노력하여야 한다.’고 규정하고 있다. 모든 국민이라 함은 국가가 장애 등 어떠한 이유로든 주거 차별이 발생하지 않도록 노력할 의무가 있음을 의미한다.

<p><헌법></p> <p>제34조 ⑤신체장애자 및 질병·노령 기타의 사유로 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받는다.</p> <p>제35조 ① 모든 국민은 건강하고 쾌적한 환경에서 생활할 권리를 가지며, 국가와 국민은 환경보전을 위하여 노력하여야 한다.</p> <p>②환경권의 내용과 행사에 관하여는 법률로 정한다.</p> <p>③국가는 주택개발정책 등을 통하여 모든 국민이 쾌적한 주거생활을 할 수 있도록 노력하여야 한다.</p>



나. 국내 법령

1) 장애인복지법

장애인복지법은 제27조에서 ‘공공주택 등 주택을 건설할 경우에 장애인에게 우선 분양 또는 임대할 수 있도록 노력하여야 하고, 주택의 구입자금임차자금 또는 개보수비용의 지원 등 장애인의 일상생활에 적합한 주택의 보급개선에 필요한 시책을 강구하여야 할 의무가 있다’ 고 규정하고 있다.

<장애인복지법>

제27조(주택 보급) ① 국가와 지방자치단체는 공공주택 등 주택을 건설할 경우에는 장애인에게 장애 정도를 고려하여 우선 분양 또는 임대할 수 있도록 노력하여야 한다.
 ② 국가와 지방자치단체는 주택의 구입자금임차자금 또는 개보수비용의 지원 등 장애인의 일상생활에 적합한 주택의 보급개선에 필요한 시책을 강구하여야 한다.

2) 장애인차별금지법

장애인차별금지법은 장애인에 대한 차별을 방지하고, 주거와 관련하여 주택의 매매, 임대, 입주, 사용에 있어서 차별을 금지하는 규정을 포함하고 있다.

<장애인차별금지법>

제16조(토지 및 건물의 매매·임대 등에 있어서의 차별금지) 토지 및 건물의 소유관리자는 당해 토지 및 건물의 매매, 임대, 입주, 사용 등에 있어서 정당한 사유 없이 장애인을 제한·분리·배제·거부하여서는 아니 된다.

3) 주택법 등 관련 법률

최저주거기준의 설정 및 주거복지차원에서 최저주거기준 미달 가구에 대한 우선지원 등을 규정하고 있다. 또한 주택종합계획의 수립 및 시도주택종합계획수립, 주택정책심의위원회와 시도주택종합심의위원회 운영 등을 규정하고 있어 장애인 주거정책의 목표와 방향, 내용 수립의 근거 정책전달체계를 규정하고 있다.

이외 『임대주택법』에서 임대주택의 건설·공급 및 관리와 주택임대사업에 필요

한 사항을 정하여 임대주택 건설을 촉진하고 국민의 주거생활을 안정시키는 것을 목적으로 하며 임대주택우선건설 의무(제4조), 이에 따른 택지우선공급(제10조), 임대주택거주자실태조사(제19조2), 임대주택임차인의 자격(제 20조 ①), 임대료차등근거조항(제 20조 ③) 등을 규정하고 있다.

<p><임대주택법></p> <p>제5조의2(최저주거기준의 설정 등) ① 국토해양부장관은 국민이 쾌적하고 살기 좋은 생활을 하기 위하여 필요한 최저주거기준을 설정·공고하여야 한다.</p> <p>② 제1항에 따라 국토해양부장관이 최저주거기준을 설정·공고하려는 경우에는 미리 관계 중앙행정기관의 장과 협의한 후 제84조에 따른 주택정책심의위원회(이하 “주택정책심의위원회”라 한다)의 심의를 거쳐야 한다. 공고된 최저주거기준을 변경하려는 경우에도 또한 같다.</p> <p>③ 최저주거기준에는 주거면적, 용도별 방의 개수, 주택의 구조·설비·성능 및 환경요소 등 대통령령으로 정하는 사항이 포함되어야 하며, 사회적·경제적인 여건의 변화에 따라 그 적정성이 유지되어야 한다. [전문개정 2009.2.3]</p> <p>제5조의3(최저주거기준 미달 가구에 대한 우선 지원 등) ① 국가 또는 지방자치단체는 최저주거기준에 미달되는 가구에 대하여 우선적으로 주택을 공급하거나 국민주택기금을 지원하는 등 혜택을 줄 수 있다.</p> <p>② 국가 또는 지방자치단체가 주택정책을 수립·시행하거나 사업주체가 주택건설사업을 시행하는 경우에는 최저주거기준에 미달되는 가구를 줄이기 위하여 노력하여야 한다.</p> <p>③ 국토해양부장관 또는 지방자치단체의 장은 주택의 건설과 관련된 인가허가 등을 할 때 그 건설사업의 내용이 최저주거기준에 미달되는 경우에는 그 기준에 맞게 사업계획승인신청서를 보완할 것을 지시하는 등 필요한 조치를 하여야 한다. 다만, 도시형 생활주택 중 대통령령으로 정하는 주택에 대하여는 그러하지 아니하다.</p> <p>④ 국토해양부장관 또는 지방자치단체의 장은 최저주거기준에 미달되는 가구가 밀집한 지역에 대하여는 우선적으로 임대주택을 건설하거나 「도시 및 주거환경정비법」에서 정하는 바에 따라 우선적으로 주거환경정비사업을 시행할 수 있도록 하기 위하여 필요한 조치를 할 수 있다. [전문개정 2009.2.3]</p>
<p><주택법시행령></p> <p>제7조(최저주거기준) 법 제5조의2의 규정에 의하여 국토해양부장관이 설정·공고하는 최저주거기준에는 다음 각호의 사항이 포함되어야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 가구구성별 최소 주거면적 2. 용도별 방의 개수 3. 전용부엌·화장실 등 필수적인 설비의 기준 4. 안전성·쾌적성 등을 고려한 주택의 구조·성능 및 환경기준 <p>제7조(주택종합계획의 수립) ① 국토해양부장관은 국민의 주거안정과 주거수준의 향상을 도모하기 위하여 다음 각 호의 사항이 포함된 주택종합계획을 수립·시행하여야 한다. (2012.1.26개정)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 주택정책의 기본목표 및 기본방향에 관한 사항 2. 국민주택·임대주택의 건설 및 공급에 관한 사항 3. 주택·택지의 수요·공급 및 관리에 관한 사항



4. 주택자금의 조달 및 운용에 관한 사항
 5. 저소득자·무주택자 등 주거복지 차원에서 지원이 필요한 계층에 대한 주택임차료 보조 및 주택 지원에 관한 사항
 6. 건전하고 지속가능한 주거환경의 조성 및 정비에 관한 사항
 7. 주택의 리모델링에 관한 사항

② 주택종합계획은 연도별 계획과 10년 단위의 계획으로 구분하며, 연도별 계획은 10년 단위의 계획을 토대로 해당 연도 2월 말까지 수립하여야 한다.
 ③ 주택종합계획은 「국토기본법」에 따른 국토종합계획에 적합하여야 하며, 국가·지방자치단체·한국토지주택공사 및 지방공사인 사업주체는 주택종합계획으로 정하는 바에 따라 주택건설 사업 또는 대지조성사업을 시행하여야 한다.
 ④ 국토해양부장관은 주택종합계획을 수립하려는 경우에는 미리 관계 중앙행정기관의 장 및 시도지사에게 주택종합계획에 반영되어야 할 정책 및 사업에 관한 소관별 계획서의 제출을 요청할 수 있다. 이 경우 관계 중앙행정기관의 장 및 시도지사는 특별한 사유가 없으면 요청에 따라야 한다.
 ⑤ 국토해양부장관은 제4항에 따라 받은 소관별 계획서를 기초로 주택종합계획안을 마련하여 관계 중앙행정기관의 장과 협의한 후 주택정책심의위원회의 심의를 거쳐 확정한다. 이 경우 국토해양부장관은 확정된 주택종합계획을 지체 없이 관계 중앙행정기관의 장 및 시도지사에게 통보하여야 한다. [전문개정 2009.2.3]

제83조(시도 주택종합계획의 수립) ① 시도지사는 제7조에 따른 주택종합계획과 대통령령으로 정하는 범위에서 그 특별시·광역시·시도 또는 특별자치도(이하 “시·도”라 한다)의 조례로 정하는 바에 따라 연도별 시·도 주택종합계획 및 10년 단위의 시·도 주택종합계획을 수립하여야 한다. 이 경우 시·도 주택종합계획은 제7조에 따른 주택종합계획에 적합하여야 하며, 연도별 시·도 주택종합계획은 10년 단위의 시·도 주택종합계획에 적합하여야 한다.
 ② 시도지사는 제1항에 따라 연도별 시·도 주택종합계획 또는 10년 단위의 시·도 주택종합계획을 수립하였을 때에는 지체 없이 이를 국토해양부장관에게 제출하여야 한다.
 ③ 시·도 주택종합계획의 수립기준에 대하여는 국토해양부장관이 정할 수 있다.
 [전문개정 2009.2.3]

제84조(주택정책심의위원 설치등) ① 주택정책에 관한 다음 각 호의 사항을 심의하기 위하여 국토해양부에 주택정책심의위원회를 둔다.
 최저주거기준의 설정 및 변경
 주택종합계획의 수립 및 변경
 ② 주택정책심의위원회의 구성·운영과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제85조(시도 주택정책심의위원회) ① 시·도 주택종합계획 및 「택지개발촉진법」에 따른 택지개발지구의 지정·변경 또는 해제(지정권자가 시도지사인 경우에 한하되, 같은 법 제3조제2항에 따라 국토해양부장관의 승인을 받아야 하는 경우는 제외한다) 등에 관한 사항을 심의하기 위하여 시·도에 시·도 주택정책심의위원회를 둔다.
 ② 시·도 주택정책심의위원회의 구성·운영과 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정하는 바에 따라 시·도의 조례로 정한다.

이외 건설교통부 규칙인 『주택공급에 관한 규칙』에서 공공임대주택 특별공급 대상에 장애인을 포함하고 있다(근거규정은 위 관련 정책현황 참조).

4) 장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률

2012년 2월 『장애인·노인주거약자지원법률(이하 ‘주거약자지원법률’)』이 제정되어 2012년 8월 23일 시행에 들어갔다.⁴⁰⁾ 이로써 주거약자에 장애인을 포함하여 장애인특성을 고려한 주거지원정책 시행 근거가 마련되었다. 주거약자지원법률은 지난 18대 국회에서 화두가 되었던 법률로 의원입법으로 추진되었다. 동 법률은 장애인 등 주거약자를 위한 법률과 정책이 미흡한 상황에서 장애인·고령자 등 주거약자의 주거안정과 주거복지 향상에 기여하기 위한 토대를 구축했다는 점에서 의미가 있다. 그러나 FTA와 일명 도가니 법으로 통하는 사회복지사업법 개정이 이뤄지던 시기에 의원입법으로 추진된 동법률은 입법과정에서 관련단체의 의견을 충분히 수렴하지 못했다. 이에 따라 주거약자지원법률은 실효성을 담보하기 위한 내용을 누락하고 있어 보완이 필요하다. 핵심 내용은 다음과 같다.

<장애인·노인주거약자지원법률>
가. 주거약자의 주거안정 및 주거수준 향상을 위한 국가 및 지방자치단체의 의무를 규정함(안 제3조)
나. 국토해양부장관 및 시·도지사는 각각 주거약자에 대한 주거지원계획을 수립하여야 함(안 제5조 및 제6조).
다. 국토해양부장관과 시·도지사는 주거약자에 대한 주거실태조사를 실시할 수 있도록 함(안 제7조).
라. 국토해양부장관은 주거약자의 주거안정과 안전한 주거생활을 위하여 최저주거기준과 편의 시설 설치기준을 설정하도록 함(안 제8조 및 제9조).
마. 국가·지방자치단체·한국토지주택공사 및 지방공사가 건설하는 임대주택의 일정비용 이상을 주거약자용 임대주택으로 의무 건설하도록 함(안 제10조).
바. 국가 또는 지방자치단체는 주거약자용 임대주택 공급의 촉진을 위하여 임대사업자에게 조세감면 및 국민주택기금 지원 등을 할 수 있도록 함(안 제12조).
사. 임대사업자가 주거약자용 임대주택을 임대하는 경우 임대조건 및 임대현황을 시장·군수·구청장에게 신고하도록 함(안 제14조)
아. 주거약자 등이 주택을 주거약자용 주택으로 개조할 경우 국민주택기금을 융자지원할 수 있도록 함(안 제15조).
자. 시장·군수·구청장은 주거약자 주거지원센터를 설치할 수 있도록 함(안 제17조).

40) 주거약자지원법률은 지난 18대 국회에서 화두가 되었던 법률로 의원입법으로 추진되었다. 시행에 들어간 주거약자지원법률은 2008년 8월 1일 김소남의원이 대표발의한 「고령자 주거안정법안」, 2008년 12월 26일 이병석의원이 대표발의한 「고령자 주거안정법안」, 2009년 6월 25일 신영수의원이 대표발의한 「장애인 주거지원법안」, 2009년 11월 25일곽정숙의원이 대표발의한 「장애인 주거지원법안」, 2011년 9월 15일 백재현의원이 각각 대표 발의한 「주택법 일부개정법률안」과 「임대주택법 일부개정법률안」을 통합하여 심리된 법이다.

5) 자립생활지원조례 등 관련 조례

장애계의 자립생활지원조례제정 운동의 결과 2011년 8월 현재 16개 광역자치단체 중 서울, 부산, 인천, 광주, 대전, 경기, 강원, 충남, 경북, 제주특별자치도 등 10개 광역자치단체에서 『중증장애인 자립생활 지원조례』를 제정·시행 중이다.

○ 장애인임대주택 지원 조례내용

- 경기도 중증장애인 자립생활 지원조례 제12조(공공주택 공급 지원) 도지사는 경기도가 건설하는 분양주택 및 임대주택 중 장애인에게 공급되는 것 중의 일부를 중증장애인에게 우선 공급할 수 있다.
- 부산광역시 중증장애인 자립생활 지원조례 제6조(주거생활의 지원) ① 시장은 중증장애인의 자립생활을 위한 공공임대주택에 대하여 중증장애인에게 우선 분양 또는 임대할 수 있도록 지원할 수 있다.
- 광주광역시 중증장애인 자립생활 지원조례 제13조(공공주택 공급 지원) 시장은 광주광역시가 건설하는 분양주택 및 임대주택 중의 일부를 중증장애인에게 우선 공급할 수 있다. <신설 2011.4.1>

○ 장애인 주거비 지원

- 부산광역시 중증장애인 자립생활 지원 조례 제6조(주거생활의 지원) ② 시장은 중증장애인에게 주택의 구입자금임차자금 또는 개보수비용을 관계법령에 따라 예산의 범위에서 우선 지원할 수 있다.

2. 국외기준

장애인권리협약은 제 19조에서 ‘장애인이 지역사회에서 자립적 삶을 살 수 있도록 지원해야할 의무’를 28조 제2항에서는 ‘이러한 권리 실현을 위해 공공주택 프로그램에 접근할 수 있도록 적절한 조치를 취할 의무’를 규정하고 있다.

<장애인권리협약>

제19조(자립적 생활 및 지역사회에의 동참)

이 협약의 당사국은 모든 장애인이 다른 사람과 동등한 선택을 통하여 지역 사회에서 살 수 있는 동등한 권리를 가짐을 인정하며, 장애인이 이러한 권리를 완전히 향유하고 지역사회로의 통합과 참여를 촉진하기 위하여, 효과적이고 적절한 조치를 취한다. 여기에는 다음의 사항을 보장하는 것이 포함된다.

(가) 장애인은 다른 사람과 동등하게 자신의 거주지 및 동거인을 선택할 기회를 가지며, 특정한 주거 형태를 취할 것을 강요받지 아니한다.

(나) 장애인의 지역사회에서의 생활과 통합을 지원하고 지역사회로부터 소외되거나 분리되는 것을 방지하기 위하여 필요한 개별 지원을 포함하여, 장애인은 가정 내 지원서비스, 주거 지원 서비스 및 그 밖의 지역사회 지원 서비스에 접근할 수 있다.

(다) 일반 국민을 위한 지역사회 서비스와 시설은 동등하게 장애인에게 제공되고, 그들의 요구를 수용한다.

제28조(적절한 생활수준과 사회적 보호)

1. 당사국은 적절한 수준의 의식주를 포함하여 장애인 자신과 그 가족이 적절한 생활수준을 유지하고 생활조건이 지속적으로 개선될 장애인의 권리를 인정하며, 장애를 이유로 한 차별 없이 이러한 권리의 실현을 보호하고 증진하는 적절한 조치를 취한다.

2. 당사국은 장애를 이유로 한 차별 없이 장애인이 사회적 보호에 대한 권리를 가진다는 점과 이러한 권리의 향유를 인정하며, 다음의 조치를 포함하여 이러한 권리의 실현을 보호하고 증진하는 적절한 조치를 취한다.

(라) 공공주택 프로그램에 대한 장애인의 접근을 보장할 것

IV. 정책방향

이상의 연구결과를 종합해 볼 때 우리나라의 장애인 주거정책은 제한적인 형태로 저소득 장애인을 대상으로 조금씩 확대되고 있는 상황이나 장애인의 수요를 커버하고 있지 못하며 장애인을 위한 주거정책 기본 방향조차 수립하고 있지 못한 상황이다.

참고로 장애인주거지원정책에 있어 영국 등 외국의 경우 우리나라의 지금 상황과 같이 초기에는 재정이 허락하는 범위 내에서 추진되어 제한적으로 제공되지만 이후에는 기본서비스로 여겨지면서 정부가 담당해야 할 의무적인 사항으로 발전해왔다. 또한 대부분의 복지선진국들의 경우 약간의 장애를 가지고 있더라도 생활에 불편함을 느끼지 않을 수 있는 주택을 보편적으로 공급하는 것이 바람직하게 여겨지고 있으며, 장애인의 주거소요가 상대적으로 더 클 수 있다는 것이 일반적으로 인정되고 있다. 이 결과 공공임대주택이나 주거비 보조 등의 정책에서 장애인을 특별히 고려하는 다양한 방법들이 시도되어왔다.

신청자격을 장애인에 대해서는 상대적으로 완화하는 것, 장애인의 필요를 고려하여 특별히 디자인된 주택을 일정 비율 확보하는 것, 주거비에 대한 소요를 반영한 보조금을 증액하는 방법 등이 있다. 또한 주택개량에 있어서는 단순히 주택

의 개조와 시설에 대한 필요만을 판단하는 것이 아니라, 이용자의 선택권을 향상시키기 위해서 주택을 수선하는 것 이외에도 다른 주택으로 옮기는 것, 필요한 경우 다른 조직을 연결하는 등의 다양한 지원이 폭넓게 이루어진다. 더불어 장애인을 위한 주거복지사업에 대한 평가체계가 구체적이며 현실적이다. 영국의 경우 주택개조사업에 대한 평가에서 ‘무슨 공사를 했는가’ 보다 개조가 실제로 ‘어떤 역할을 했는지’ 와 같이 이용자에게 어떤 영향을 미쳤는지가 기준이 된다(서종균, 2009). 이러한 과정은 장애인의 참여, 면담이나 설문조사 등 다양한 피드백을 통해 사업을 지속적이며 효과적으로 수행할 수 있도록 한다.

이상의 연구결과를 토대로 다음 다섯 가지 장애인의 자립생활을 위한 주거정책 기본방향을 수립하였다.

첫째, 장애를 고려한 주거 정책 개발과 지원이 이뤄질 수 있도록 원칙수립 및 실태조사 보완이 필요하다. 이를 토대로 장애인주거정책이 효과적으로 실행될 수 있도록 전달체계를 구축하고 사회복지 서비스와의 연계를 강화할 필요가 있다. 아울러 정책수립과 모니터링 과정에 장애인의 참여를 보장할 필요가 있다.

둘째, 주택 공급을 확대하여 장애인의 주거안정성을 높일 필요가 있다. 더불어 임대료와 전세금 지원 사업을 확대하여 민간주택 접근성을 높일 필요가 있다.

셋째, 장애인의 자립생활을 지원하기 위한 주거지원서비스를 도입하고 실시해야 한다. 주거지원서비스는 장애유형과 가구특성을 고려하여 특히 취약한 장애인을 우선적으로 지원할 필요가 있다.

넷째, 장애인의 물리적 접근성을 개선하기 위해 주거환경개선 정책을 강화하고 장애로 인한 주택개조 및 편의시설 설치 지원을 의무화 할 필요가 있다.

다섯째, 장애로 인한 추가 주거비 부담을 완화하기 위해 주거비 지원을 강화하고 주택용자 제도 및 기타 임대료지원제도에의 접근성을 높일 필요가 있다.

V. 핵심추진과제

1. 장애인주거정책 기반 구축

장애인 주거 정책에 대한 보다 집중적이고 전문화된 지원정책이 마련될 필요가 있다. 주거복지정책을 현재의 소득수준에 따른 저소득 빈곤층에 집중하는 것이 아닌 수요자의 필요에 따라 지원할 수 있도록 개편하고 일반 빈곤층 지원에 집중하고 있는 현행 소득 기반 공공주거정책을 장애 등 다양한 인구 특성을 고려한 주거정책으로 선진화할 필요가 있다.

이는 우리나라 주거복지정책 전반을 개편해야 하는 장기적이고 거시적인 과제로 본 과제의 범위를 넘어서는 측면이 있다. 그럼에도 불구하고 주거정책이 사회권의 하나로 자리 잡고, 다양한 사회적 위험에 처한 국민의 개별적 요구에 부응하기 위해서는 반드시 풀어야 할 숙제다.

가. 장애인주거정책 원칙 수립

장애인의 주거안정성이 중요하지만 영구임대아파트와 같이 집단거주방식을 통한 슬럼화와 낙인화의 문제가 발생해서는 안 된다. 장애인주거정책에서 이러한 원칙이 구현될 수 있도록 주거약자지원법률에 근거조항을 신설하고, 장애로 인한 주거차별을 금지하는 조항을 보다 구체적으로 명시하며, 장애인 주거차별에 대한 대응과 권리구제를 지원하기 위한 절차를 보완할 필요가 있다.

나. 장애인주거정책 장기 계획 수립

장애인주거상황이 공공의 책임으로 효과적으로 개선되기 위해서는 국가 및 지방자치단체의 장애인주거지원을 위한 계획 수립이 필요하다. 현행 주거약자지원법률 제5조, 제6조에 따라 주거약자주거지원계획을 수립하도록 되어있다. 동 조항에 따라 주거약자주거지원계획을 수립하는 과정에서 장애인 특성을 고려한 장애

인주거지원계획을 별도로 수립할 필요가 있다.

장애인주거정책의 장기계획은 주거복지와 사회복지 분야 계획의 내용을 포괄하면서 장애인 주거복지정책에 대한 세부적인 전략을 담을 수 있는 계획이 되어야 한다. 이를 위해서는 우선 장애인주거정책의 목표와 전략이 중앙부처, 지자체, 장애인 단체 간에 공유되어야 하며 복지정책에서 장애인의 법적 제도적 지위를 명확히 할 필요가 있다(강미나 외, 2010).

다. 장애인주거실태조사 보완

1) 장애인주거실태조사 항목 보완

장애인주거지원 욕구파악이 가능하도록 장애인주거실태조사 항목을 보완할 필요가 있다. 주거약자지원법률에 의한 주거약자실태조사 대상이 범 동법에 의한 주거약자용주택 즉 공공임대아파트 등에 입주한 장애인만을 대상으로 할 경우 전반적인 실태와 잠재적인 욕구를 파악할 수 없다. 따라서 장애인복지법에 의해 3년 주기로 실시되는 장애인실태조사에 주거항목을 보완하고, 주거약자지원법률에 의한 주거실태조사 항목에 다음의 내용 등을 추가할 필요가 있다.

- 장애인에 대한 주택보급률
- 장애유형별 주택의 선호도
- 장애유형별 주거복지 욕구
- 장애로 인한 주거의 어려움

2) 비등록장애인 주거실태 파악

일반적인 주거취약계층실태조사를 정기적으로 실시하여 사각지대에 있는 비등록장애인의 실태를 파악하여 이들을 위한 정책수립과 서비스지원이 가능하도록 할 필요가 있다. 현행 주택법에 의한 주거실태조사, 주거약자지원법률에 의한 주거실태조사, 장애인실태조사 항목에 주거관련 내용을 포함하는 조사방식은 등록된 장애인만을 대상으로 실시되는 한계가 있다. 이를 위해 보건복지부가 2011년 실시한 『주거취약계층전국실태조사』를 정규 실시하여 주거취약계층 중 장애인 실태와 비등록장애인 주거실태를 파악할 필요가 있다.

라. 장애인주거정책 전달체계 개편

1) 장애인주거정책 전달체계 구축

국토해양부, 한국토지주택공사, 지자체에 장애인주거를 담당하는 전담부서 및 인력 배치가 필요하다. 전담부서 강화와 인력배치는 주거약자지원법률이 시행과 연계하여 추진할 수 있을 것이다. 2012년 8월에 주거약자지원법률이 시행에 들어갔지만 현재 이를 주관할 중앙부처 개편 및 보완이 추진되지 않은 상황이다.

주거약자지원법률 역시 해당 지자체의 인구구성, 생활수준, 주거실태 등을 고려하여 주거약자의 주거안정에 필요한 사항이 포함되도록 하고 있다. 그러나 이를 담당할 국토해양부내 전달체계, 시도의 전달체계에 대한 언급은 없다. 따라서 주거약자지원법률에 담당부처와 인력 및 예산배정에 관한 근거조항을 추가할 필요가 있다. 2009년 장애인주거권 문제를 해결하기 위해 제안된 장애인주거지원법률의 핵심은 ‘장애인주거지원부서’를 설치 운영하는 것이었다. 부서의 역할은 최소한의 주거에 대한 상담과 모든 가능성을 망라하여 장애인 가정에게 직접 현실적으로 알려주는 것이었다(안응호, 2010).

현재는 주거복지정책안에서 장애를 별도로 고려하고 있지 못하며 한국토지주택공사(한국토지주택공사) 역시 장애인 주거정책을 담당할 조직편재를 하고 있지 못하다. 그러므로 장애특성을 고려하여 이들이 쉽게 서비스 정보 및 지원체계에 접근할 수 있도록 지원해야 할 것이다.

2) 사회서비스와 주거서비스 연계

서비스 수요자인 장애인이 쉽게 접근하여 사회복지서비스 공공 사정 체계 안에서 주거 관련 사정을 함께 받을 수 있도록 서비스 연계를 추진할 필요가 있다. 현재 장애인 관련 데이터베이스는 보건복지부에서 담당하고 있으나 주택정책은 국토해양부에서 담당하고 있어 장애인의 주거욕구를 수렴하지 못하는 상황이다. 장애인등급제를 폐지하고 개인별 욕구가 반영될 수 있도록 공공 사정 및 지원체계를 수립하는 과정에서 주거복지 사정과 지원이 함께 이뤄질 수 있도록 할 필요가 있다.

이를 위해 국토해양부장관이 주거약자관련 정책 수립 과정에서 보건복지부와

협의하도록 되어 있는데, 전달체계 연계와 서비스 정보 통합에 관한 논의를 통해 유기적 연계가 이뤄질 수 있도록 할 필요가 있다.

이를 위한 단기과제의 하나가 수요지향적인 전달체계를 만들기 위해 장애인을 위한 주택정보망을 구축하는 일이다. 이미 시행중인 보건복지부의 사회복지통합관리망을 토대로 하여 국토해양부와 한국토지주택공사가 연계하여 통합적인 정보망을 제공하는 방식으로 기존 프로그램을 활용하면 전달체계 상의 효율성을 높이는 좋은 방안이 될 것이다. 이와 함께 이용자들이 접근 가능한 사회서비스 정보망을 구축하고 이용자들이 직접 필요한 서비스에 관한 정보에 접근할 수 있도록 지원할 필요도 있다.

마. 장애인참여 보장 및 이의제기 절차 구축

1) 정책심의기구 장애인참여 보장

장애인 주거 관련 정책 수립 및 평가 과정에 장애인이 참여할 수 있도록 보장할 필요가 있다. 이를 위해 주거약자지원법률에 장애인주거정책을 심의할 위원회 설치 근거조항을 추가하고 장애인의 참여를 보장하도록 규정할 필요가 있다. 또한 주거약자실태조사 계획 수립 및 평가 과정 역시 장애인의 참여를 보장할 필요가 있다.

자립생활의 핵심 이념은 장애인이 존엄한 시민으로 살아갈 수 있도록 사회권을 보장하는 것과 함께 정책 수립 및 평가과정에 장애인의 참여를 보장하여 장애인 중심성을 실현하는 것 역시 중요한 과제다.

2) 장애인주거정책 이의제기절차 구축

장애인주거정책 및 서비스에 대한 이의제기 절차를 구축할 필요가 있다. 주택 공급 및 관련 서비스 신청에서 탈락될 경우 이의제기 및 탈락사유를 확인할 수 있도록 경로를 마련할 필요가 있다. 이를 통해 장애인이 명확한 이유를 확인하고 추후 대책을 마련할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 아울러 장애인주택공급정책에 대한 평가 및 관리 시스템을 강화하고 이 과정에 장애인을 대표할 수 있는 사람들이 포함될 수 있도록 보장할 필요가 있다.

2. 주택 공급 확대

공공임대주택 지원을 늘리는 것을 우선하되 임대료 및 전세금 지원을 확대하여 민간임대주택 지원 역시 강화할 필요가 있다. 임대료 지원과 전세금지원 확대에 대한 높은 욕구를 나타내고 있다. 민간주택 접근성을 높이는 것은 자신이 거주하는 지역에서의 자립생활을 지원할 수 있는 효과적인 방안이다.

가. 공공임대주택 공급 확대

우리나라 공공임대 주택 보급률은 7% 수준으로 유럽 주요국가 공공임대 주택 보급률 약 20%에 크게 못 미친다. 공공임대주택이 크게 부족한 상황에서 장애인을 위한 할당제 실시 또는 장애인 특별 공급 순위 상향은 사실상 조삼모사와 같은 형국이다. 그럼에도 불구하고 장애로 인한 적절한 주거 접근의 어려움을 고려할 때 이를 주장하지 않을 수 없다. 따라서 단기적으로는 장애인 할당제와 우선 순위를 높여 장애인 공공임대주택 입주율을 높이는 것과 동시에 공공임대주택 공급확대를 추진할 필요가 있다.

[표 2-4-9] 외국의 공공임대주택 비율

국가명	자가율	임차가구			기타
		공공임대거주	민간임대거주	합계	
네덜란드(1999)	52%	36	12	48	-
스웨덴(1995)	39%	23	23	45	15
영국(1998)	69%	20	11	31	-
독일(1998)	43%	9	48	57	-
프랑스(1996)	54%	18	20	38	8
벨기에(1996)	74%	7	16	23	3
일본(1998)	60.3%	6.8	31.2	38	1.7

*출처 : 국토해양부, 2004. 주택업무편람

1) 공공임대주택 장애인할당제 실시

공공임대주택의 100분의 5를 장애인주택으로 할당하여 도시근로자 평균소득 이

하 장애인이 접근할 수 있도록 할 필요가 있다⁴¹⁾. 장애인할당제 실시에 따른 사회적 저항이 있을 경우 장애인의 특성을 고려하여 공공임대입주자격 기준을 장애인의 경우 완화시키는 방안을 통해 장애인의 공공임대주택 입주율을 높이는 방안도 고려해 볼 수 있다. 이를 위해 주택법과 주거약자지원법률 관련 규정을 개정할 필요가 있다.

2) 다세대매입 및 기존주택전세 우선임대순위 상향

장애인의 경우 입주거부 등 집을 구하는 과정에서 차별을 받는다. 또한 장애로 인해 이사를 할 경우 이웃과의 관계 맺기, 지역의 지리에 익숙해지기, 주변의 서비스 기관 이용 등 비장애인은 겪지 않을 다양한 어려움을 겪는다. 특히 발달장애인과 정신장애인 등 정신적 장애인의 경우 익숙한 주거공간을 떠나 새로운 곳에 정착하는 것은 더욱 어렵다. 다세대매입임대주택 및 기존주택전세임대주택은 이러한 장애인의 특성을 고려할 때 기존 생활권 안에서 저렴한 비용으로 계속 거주가 가능한 효과적인 대안이 될 수 있다. 이러한 점을 고려하여 장애인 입주 우선순위를 현행 2순위에서 1순위로 상향할 필요가 있다

다세대매입임대주택 및 기존주택전세임대주택 우선순위를 현행 2순위에서 1순위로 상향해야 한다. 참고로 2010년 전까지 1순위는 기초생활수급자 만을 대상으로 했으나 한(조)부모가정이 1순위 대상자로 순위가 조정되었다. 장애인의 경우도 장애특성을 고려하여 주거안정성을 높이기 위해 입주순위를 1순위로 조정할 필요가 있다. 이를 위해 주택공급규칙, 장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 시행규칙 제2조(주거약자용 주택의 임차인 자격 등)를 개정할 필요가 있다.

3) 주거복지대상자 기준 개선

장애특성을 반영한 주거복지 지원조건 및 대상자 선정기준을 다음과 같이 개선할 필요가 있다.

41) 일본의 경우 공영주택 입주자격은 원칙적으로 소득분위 25%(월평균 수입 20만엔) 이하의 세대를 대상으로 하지만 고령자나 장애인, 자녀가 있는 가구 등에 대해서는 지방정부의 판단에 의해 소득분위 40%(월평균 수입 26.8만엔)까지로 수입 기준을 완화하여 적용한다(강미나 외, 2010;124).

- 주택을 소유하고 있는 장애인에게도 공공임대주택 입주자격 부여(팔거나 양도하기 어려운 비 적절 주거 소유로 인해 공공임대주택 입주가 필요하지만 접근하지 못하는 경우)
- 입주자 저축을 보유하고 있지 않은 장애인 가구, 저소득 장애인 가구 중에서도 취약계층에 대한 우선적인 지원(장애인 청약저축 가입율은 비장애인의 절반 수준)
- 장애인 주거복지정책의 대상가구 선정 배점기준 개선
- 장애인가구 특성을 고려한 1주택 2인 이상 세대주 인정 : 장애인의 경우 1의 주택에 2인 이상의 세대주가 인정될 필요가 있다. 1인 가구가 많은데 혼자서 살기 어려운 경우, 주택마련 등이 어려워 2인 이상의 장애인이 같은 주소지에 거주하고 있는 경우가 많다. 그룹홈과 같은 지원 주택에 거주하는 장애인도 장기적으로 자립을 준비하고 있음을 고려하여 무주택 세대주로 인정할 필요가 있다. 그러므로 장애특성을 고려하여 2인세대주를 특별로 인정할 수 있도록 관련 법률과 정책을 개정할 필요가 있다.

나. 민간주택 임대료 지원 확대

서울시의 ‘중증장애인전세주택’ 제공 사업은 장애인의 주거 빈곤 문제를 해결할 수 있는 주택공급의 한 형태로 의의가 있고 장애인의 욕구도 높다. 민간주택에 대한 전세지원은 주거안정성이 낮은 반면 장애인이 보편적인 방식으로 주택을 구할 수 있으며 자신이 거주하는 지역과 생활권 안에서 생활할 수 있다는 점에서 유용성이 크다. 이를 전국적으로 확산할 필요가 있으며 지자체의 중증장애인전세주택 사업에 대한 법률 근거 마련과 중앙정부의 예산 지원이 필요하다.

아울러 현재 전세기간 2년에 2회 연장 최장 6년 지원하는 서울시의 저소득 중증장애인 전세주택 지원제도의 경우 사정에 따라 2년 내 전세계약이 해지되거나, 전세계약 연장이 거부된 경우 지원이 중단되지 않도록 보완할 필요가 있다.

3. 장애인주거생활지원서비스 실시

장애로 인한 주거구입, 임대, 관리 전반에서의 어려움을 겪지 않도록 장애유형과 가구구성에 맞는 개별화된 장애인주거생활지원서비스 도입이 필요하다. 주거생활지원서비스는 보편적으로 제공되어야 하지만 도입 초기에는 특히 취약한 장애인을 우선해야 할 것이다. 특히 취약한 장애인은 적극적 주거생활지원서비스를 필요로 하는 발달장애인과 정신장애인, 장애인 1인 가구, 장애인으로만 이루어진 가구를 의미한다. 이들이 보통의 마을에서 사람들과 어울리면서 생활할 수 있기

위해서는 개인별 욕구와 상황에 맞는 서비스 제공이 반드시 필요하다.

주거생활지원서비스(Housing Service)는 자립생활에 이르는 과정을 돕고, 자립생활을 위한 개인의 역량을 강화하는 효과적인 대안이다. 미국, 영국 등 여러 나라에서 이런 내용의 주거지원 서비스의 도입 혹은 활동보조 서비스의 개혁을 통해서 많은 사람들의 탈시설화와 지역사회 정착을 도왔다. 주거생활지원이란 주거만으로는 독립적으로 생활하기 어려운 이들에게 필요한 지원을 제공하는 것을 의미한다. 이런 지원은 독립적인 생활을 지원하기 때문에 독립적인 생활에 필요한 역량을 기르는 것에 초점을 둔다(서종균, 2009). 그래서 독립을 준비하는 단계와 초기 정착 단계가 핵심적으로 서비스가 제공되는 시기 가운데 하나다.

장애인주거생활지원서비스가 어떤 기능을 할 수 있는지는 영국의 사례를 통해 추정해 볼 수 있다. 영국의 서포팅 피플 프로그램(Supporting People Program)은 2003년 4월 도입되었고, 주거와 보건 사회서비스 보호관찰 등 7개 분야의 재원이 합쳐져서 만들어진 통합적 프로그램이다. 서포팅 피플 프로그램은 주거 관련 지원(housing related support)로 불리기도 하는데 이 서비스가 사람들이 자신의 거처에서 독립적으로 생활하는 능력을 발전시키고 지속시키기 위한 것이기 때문이다. 주거와 관련한 서포트는 주택을 찾는 과정에 대한 지원에서부터 주거 상실을 예방하는 것까지 다양하다. 주거비를 지불할 능력이 모자라서 주택을 잃을 수도 있고, 장애로 인한 어려움 때문에 주택을 유지하는 데 어려움을 겪을 수도 있다. 이런 어려움을 겪는 이들에게 서포팅 피플 프로그램은 보다 독립적이고 안정적으로 생활할 수 있도록 하여 삶의 질을 높일 수 있는 기회를 제공한다. 위기를 예방함으로써 사회적 배제가 일어나지 않도록 하고, 고비용 서비스에 대한 필요를 줄이고, 취약집단이 자기 집이나 지역사회에서 주거 관련 지원 서비스를 받으면서 독립적으로 살 수 있도록 돕는다. 서비스가 제공되는 절차를 살펴보면, 요청이 있을 때 주거지원담당자(Housing Support Officer)가 이용자의 집이나 지역주택사무소에서 무엇이 필요한지를 확인하기 위한 면담을 한다. 지원을 할 수 있으면 주거지원담당자가 다시 방문을 하여 어떤 지원을 할 것인지를 함께 계획하고, 지원계획서를 작성하여 나누어 갖는다. 서비스를 정할 때에는 이용자의 선택권을 최대한 보장하고, 변화하는 필요를 계속 충족시킬 수 있도록 정기적으로 체크한다. 이를 위해 주거지원담당자는 정기적으로 접촉을 한다. 주거관련 서비스는 개인들이 자신이 받을 자격이 있는 보조금을 정확하게 받을 수 있게 하는 것, 자신의 거처를 유지하는 데 필요한 기술을 갖게 하는 것, 주택 개량에 대한 상담을 하는 것, 커뮤니티 알람 서비스를 이용하게 하는 것 등이 포함된다. 서포팅 피플

프로그램을 위한 예산은 중앙정부에서 제공하고, 지방정부는 주어진 자원의 범위 내에서 계획과 배분을 담당한다. 지방정부는 서포팅 피플 프로그램에 대한 수요를 파악하고 이를 기초로 자원 배분 계획을 수립한다. 그리고 서비스 제공 기관에 대한 인증도 담당한다. 서비스 제공기관은 주로 민간 조직들이다(강미나 외, 2010).

일본 역시 장애인을 위한 주거지원서비스를 확대해왔다. 일본의 서비스는 안심임대지원사업, 임대료채무보증제도, 거주지원사업 등으로 이루어진다. 이중 안심임대지원사업은 장애인을 비롯한 취약집단이 민간임대주택을 보다 쉽게 이용할 수 있도록 지원하는 제도이다. 장애인을 비롯한 특정 집단의 입주를 허용하는 민간임대주택에 대한 정보를 제공하고, 지방공공단체, 개호사업자, 지원단체 등이 연계하여 거주지원을 한다. 이를 통해 장애인 등이 민간임대주택으로 원활하게 입주할 수 있도록 하고 또 안정된 임대차 관계를 유지할 수 있게 돕는다. 이 사업을 통해 제공되는 서비스는 입주 전에는 계약절차 입회, 통역 파견, 생활 규칙 및 시장 관향 설명 등의 지원을 하고 입주 후에는 전화 상담, 분쟁 대응, 안부 확인, 의료기관과의 연계, 긴급 상황에 대한 대응 등의 지원을 한다. 이 사업은 고령자, 장애인, 외국인, 자녀양육세대가 입주할 수 있는 안심임대주택 관련 중개 업무를 담당하는 ‘협력점’, 입주자 지원을 하는 ‘지원단체’에 관한 정보를 제공하고 있다. 등록된 정보는 각 광역자치단체의 주택담당 창구와 (재)고령자주택재단이 관리하는 홈페이지에서 열람할 수 있다(강미나 외, 2010).

국내 사례로는 공동모금회 지원을 받아 2010년부터 2012년까지 3년차 사업으로 장애와인권발바닥행동, 노들장애인야학 등이 컨소시엄을 이뤄 시행중인 『주거복지지원사업』이 있다. 탈시설장애인의 지역사회 정착과 자립생활을 지원하기 위해 주택 임대와 개보수, 관리 전반을 지원하고 있다. 담당 활동가들이 사례지원자(case manager)로 민간부동산 업체인 영희네부동산 등 지역사회 자원을 조직하여 개인별 필요에 따른 서비스를 연계하고 지원한다. 공공지원이 약한 열악한 상황에서 자발적으로 역동적인 서비스를 지원하고 있는데, 매우 효과적인 모범사례로 이용 장애인의 호응이 매우 높다.

가. 주거약자지원센터 설치 및 지원 의무화

주거생활지원서비스를 실시하기 위해서는 서비스 실시를 위한 전달체계 구축이

우선되어야 한다. 주거약자지원법률의 주거약자지원센터가 이러한 기능을 수행할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 그러나 2012년 2월 제정되어 같은 해 8월 시행에 들어갔지만 아직까지 동 법률에 의해 주거약자지원센터가 설치되고 지원이 이뤄진 예는 없다.

현재 주거약자지원센터 설치조항은 임의조항으로 되어있으며 인력 및 예산 지원 근거 조항이 없다. 중앙정부 지원이 없는 상황에서 임의조항으로 되어있는 주거약자지원센터 설치가 지자체에서 이뤄지기는 쉽지 않다. 그러므로 주거약자지원센터 설치에 관한 조항을 의무조항으로 개정하고 인력 및 예산 지원 근거, 장애인주거지원과 관련된 주거약자지원센터의 업무를 추가해야한다.

<p><장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률></p>
<p>제17조(주거지원센터의 설치 등) ① 국가, 시도지사 또는 시장·군수구청장은 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 주거약자 주거지원센터를 둘 수 있다. 주택개조비용 지원을 위한 대상 주택의 확인, 개조공사의 적정성 확인 등 주택개조 지원에 관한 업무 주거약자의 주거문제 상담 및 생활관리 등에 대한 지원 업무 주거약자가 거주하는 주택 및 주거환경에 대한 실태조사 그 밖에 주거약자용 주택과 관련한 정보제공 등 대통령령으로 정하는 사항 ② 국가, 시도지사 또는 시장·군수구청장은 센터의 운영을 주거약자에 대한 주거지원 업무를 수행하는 데 적합한 조직·인력 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 자에게 위탁할 수 있다. ③ 제2항에 따른 위탁의 기준절차 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 국토해양부령으로 정한다.</p>
<p><장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 시행령></p>
<p>제9조(주거지원센터의 업무 등) ① 법 제17조제1항제4호에서 “주거약자용 주택과 관련한 정보제공 등 대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사항을 말한다. 1. 주거약자용 주택과 관련한 정보제공 2. 주거약자 지원을 위한 관련 기관·단체의 연계 지원 3. 주거약자용 주택개조에 대한 교육 및 지원 4. 주거약자 지원제도에 대한 홍보 5. 그 밖에 주거약자에 대한 주거지원과 관련된 사항 ② 법 제17조제2항에서 “대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 자”란 다음 각 호의 요건을 모두 갖춘 자를 말한다. 1. 주거약자에 대한 주거지원 관련 서비스 제공을 주된 업무로 하는 비영리법인일 것 2. 법 제17조제1항에 따른 주거약자 주거지원센터(이하 “센터”라 한다)의 장을 포함한 2명 이상의 상근 직원을 확보하여 센터에 배치할 것 3. 주거약자에 대한 주택개조 지원 및 주거문제 상담 등 업무를 수행하는데 필요한 사무실 및 상담실 등 국토해양부장관이 정하는 시설을 확보할 것</p>

나. 취약장애인 우선 지원

발달장애인과 정신장애인의 경우 사회생활에서 가장 큰 어려움을 겪는다. 이들의 지역사회 자립을 위해서는 장애특성을 고려한 주거지원서비스 도입과 강화가 필요하다. 개인의 장애상태를 고려한 정보지원체계 등 정신적 장애를 가진 사람들을 고려한 서비스 개편이 필요하고, 주택 구입, 임대 및 관리 전반을 지원하는 주거지원서비스 제공이 우선될 필요가 있다. 또한 성공적인 자립생활을 돕기 위해 성인기 이전에 주거를 준비할 수 있도록 비성년장애인을 지원할 필요도 있다. 이와 함께 장애인 1인 가구, 장애인으로만 이뤄진 가구, 노령장애인가구, 탈시설 장애인을 우선적으로 지원해야 할 것이다.

실시방안은 장애인주거지원서비스에 관한 근거를 현행 주거약자지원법률에 명시하여 지역 내 관련 단체 또는 사회복지기관이 장애인주거지원센터로 지정받아 서비스를 제공할 수 있도록 한다.

참고로 영국 런던의 지적장애인 부모단체인 맨캡(MENCAP)과 GOLDEN LANE HOUSING은 런던 내 지적장애인을 위한 주거지원서비스를 제공하고 있다. 소요예산은 중앙정부로부터 지원을 받는다. GOLDEN LANE HOUSING은 지적장애인의 선택권을 넓히기 위해 주택을 확보하여 지적장애인에게 주택을 제공하고 적절한 집을 찾도록 도와준다. 2010년 기준 약 1만여 채를 보유하여 임대해주고 있는데, 수요가 부족한 상황이라 민간주택 매입 및 임대, 이사, 주택 관리 서비스를 함께 제공하고 있다. 서비스의 원칙은 당사자가 ‘어디에 살고 싶은지’를 스스로 선택할 수 있도록 기회를 확대하고 존엄성을 존중받을 수 있도록 삶에 힘을 실어주는 데 가치를 두고 있다(장애와인권발바닥행동, 2010; 박숙경, 2011)

4. 주거환경개선 지원

장애로 인한 주거접근 장벽을 해소하기 위해 장애인의 주거상황과 욕구를 반영한 다양한 프로그램 개발과 현행 제도를 개선할 필요가 있다. 이를 위해 국고와 지방비 외 건설 수익금 일부를 기금으로 조성하는 방안, 국민주택기금의 일부를 사용할 수 있도록 하는 방안 등을 고려해 볼 수 있다.

미국은 공정주택법(Fair Housing Act of 1988)에서 집주인은 장애인의 편리한

접근을 위해 장애인 본인의 부담으로 개인공간이나 공공공간을 개조하기를 원할 때 이를 할 수 있도록 허용하도록 규정하고 있다. 또한 다가구 주택의 경우는 장애인이 쉽게 접근할 수 있도록 건축하도록 규정하고 있다(예를 들어 엘리베이터 설치, 휠체어 접근이 가능한 넓은 복도 및 입구, 욕실에 안전바 설치 등).

북유럽국가들은 주택관련기업이나 공기업에서 장애인에 적합한 주거환경을 개선하는 역할을 담당하도록 하고 있다. 덴마크는 De Vanfores Boligselskab(DVB)라는 주택협력회사에서 장애인에 적합한 주택을 건설하고 지원하고 있다. 스웨덴은 국가재정으로 건설된 35개 주택기업의 모임인 HSB에서 1923년 이래로 장애인에 적합한 주택을 건설하고 장애인에게 보급하고 있다. 핀란드는 사회주택(Social Housing)을 지방자치단체에서 건설하고 있다. 예를 들어 헬싱키에서는 장애인을 위하여 매년 1000가구씩 건설되고 있다. 네덜란드는 법률이 시행되기 이전부터 자발적으로 많은 주택협회에서 장애인에 대한 주택을 제공하고 있었다. 네덜란드는 180만명 정도로 추산되는 장애인 중 20%가 장애인이 살기에 적합한 주거환경에서 살고 있다는 조사가 있으며, 건설법(National Building Code)에서 장애인이 적합한 주거공간의 기준을 제시하고 있으며 그 기준은 세부적인 사항까지 규정하고 있다(Malone, 2003).

가. 주택개조 및 원상복귀 지원 의무화

장애로 인한 물리적 접근의 문제를 해소하기 위한 주택개조와 편의시설설치는 장애로 인한 가장 큰 어려움으로 개인이 책임질 문제가 아니다. 현행 주거약지지원법률 제15조에서 국민주택기금에서 개조비를 융자할 수 있도록 한 조항을 개정하고 융자가 아닌 지원으로 개선할 필요가 있다.

주택개조비를 융자제도로 충당하는 것은 개인책임을 사회가 일부 지원한다는 시혜적 관점에 의한 것이며 헌법 제34조 ③항 ‘모든 국민의 쾌적한 주거생활 권리 보장’의 정신에도 맞지 않다. 장애로 인한 주택 개조와 편의시설 설치의 기본권의 하나로 인정되고 보장되어야 한다. 참고로 유럽, 영국, 미국, 일본 등의 경우 장애로 인한 주택개조지원은 기본적인 서비스로 여겨지면서 정부가 담당해야 할 의무적인 사항으로 발달하였다.

그러므로 ‘모든 장애인을 대상으로 장애로 인한 주택개조 및 편의시설 설치가 필요한 경우 국가와 지자체가 의무적으로 지원’ 할 수 있어야 하며 현행 4~5백만

원 선의 주택개조 지원비 상한액과 중복지원을 금하고 있는 독소조항을 폐지하고 수요자의 필요에 따라 지원받을 수 있도록 선진화할 필요가 있다. 일본은 2000년부터 시행된 개호보험제도의 일환으로 주택 개조를 실시하고 있다. 개호보험의 급부는 원칙적으로 재택 서비스 비용의 10%를 본인이 부담하도록 되어있는데, 주택 개조의 경우 일단 공사대금을 이용자가 지불한 후 개호보험에서 지급 대상 공사대금의 90%가 지급되는 식으로 이루어진다. 개호보험에 의한 주택 개조 비용의 한도액이 20만엔이므로 최대 18만엔(한화 약 280만원)까지 개호보험에서 지급될 수 있다. 지급비용은 적지만 주택개조를 필요로 하는 모든 장애인에게 주택개조 서비스에 따른 지용지원이 이뤄진다는 점은 강점이다.

또한 임대주택 개조 지원 후 계약기간 만료 등에 따라 이사를 할 경우 원상복귀 요구에 대한 사회적 지원이 필요하다. 원상복귀 비용 역시 장애로 인해 발생하는 것이므로 이를 주택개조비와 같은 성격으로 보고 지원할 필요가 있다. 또한 시군구청장이 원상복귀를 보증하여 임대과정에서 원상복귀문제로 입주거부 등의 차별이 발생하지 않도록 지원할 필요가 있다.

나. 장애인주택개조 지원 확대

1) 농어촌장애인주택개량사업 확대

농어촌장애인주택개량사업을 도시지역으로 확대 실시할 필요가 있다. 현행 농어촌장애인주택개량사업은 농어촌특별회계로 재원을 충당하고 있다. 따라서 도시 지역으로 확대하기 위한 별도의 재원 마련이 필요하다.

국민주택기금을 활용하거나 건설수익의 일부를 활용하여 장애인 또는 주거약자 지원기금을 조성하여 장애로 인한 주택개량과 원상회복에 소용되는 비용을 국가가 의무적으로 지원하는 제도를 기본적으로 시행하여 농어촌장애인은 물론 도시 지역 거주 장애인주택개량이 보편적인 서비스로 이루어질 수 있도록 할 필요가 있다.

2) 장애인주택개조사업 확대

서울, 경기, 경남 3개 지자체에서 실시하고 있는 장애인주택개조사업을 전국적으

로 확대할 필요가 있다. 이를 위한 중앙부처의 정책 유인과 예산 지원이 필요하다.

다. 장애인주거최저기준 보완

장애인등 최저주거기준을 충족하지 못하는 사람들의 적절한 주거권 보장을 위한 최저주거기준을 보완하고 이를 충족하지 못하는 사람들에 대한 공공 지원을 강화할 필요가 있다. 또한 장애특성이 고려된 장애인편의시설설치기준을 보완하고 적용범위를 공공임대 및 주거약자지원법률에 의한 주택개조비를 지원받아 개조한 주택의 장애인이 거주하고 있거나 거주할 모든 주택으로 확대할 필요가 있다. 이를 위해 주택 매매, 임대 및 관리 과정에서 집주인이 장애인 세입자에게 필요한 주택개조 및 편의시설 설치에 협력할 의무를 부과할 필요가 있다.

5. 주거비 지원 강화

2009 장애인주거실태조사에서도 가장 필요한 주거지원프로그램으로 1위가 ‘주거비지원’ 2위가 ‘주택자금저리용자’로 나타났다. 공공분양 및 임대주택에 들어가기 어려운 장애인의 경우 주택자금지원은 장애인 주거보장의 현실적 대안이 될 수 있다.

가. 장애인주거수당 지급

장애로 인한 추가부담을 고려하여 장애인주거수당을 지급할 필요가 있다. 국민기초생활보장법에서 지급하는 주거비는 빈곤에 따른 기초주거비로 기능하도록 하고 장애인의 경우 장애로 인한 추가부담을 공공이 보전하는 차원에서 보편적 장애인주거수당을 도입할 필요가 있다. 원칙적으로 소득수준과 관계없이 세대주인 장애인에게 지급해야하지만 재원마련 및 사회적 합의를 쉽게 할 수 있도록 지급대상과 지급절차는 장애인연금제도를 개편하여 연금 지급대상 장애인 중 세대주인 장애인을 대상으로 지급하는 방안을 우선 추진할 필요가 있다.

참고로 일본의 경우 신체장애자복지법에서 지방자치단체가 일정한 장애인에 대하여 주택 생활 지원비를 지급하도록 하고 있다(김수갑·여경수, 2005)

나. 임대료 채무보증제도 실시

장애로 인해 비슷한 소득수준의 비장애인 보다 용자제도에 대한 접근이 어려운 점과 주거안정의 상대적 필요성을 고려하여 장애인 주택구입 및 전세자금융자제도 지원 장벽을 완화할 필요가 있다.

이를 위해 일본의 임대료채무보증제도와 같은 제도를 도입할 필요가 있다. 임대료채무보증제도는 보증인이 없기 때문에 민간임대주택에 입주하는 데 어려움을 겪는 노인과 장애인 등을 지원하기 위한 제도이다. (재)고령자주택재단에서 고령자와 장애인 세대의 임대료 채무 보증을 실시하고 있으며, 임대료 채무가 발생할 경우 원상 회복이나 소송에 필요한 비용도 보증의 대상이 된다. 이런 보증 제도를 통해 집주인의 불안을 해소할 수 있게 하여 장애인이 민간임대주택으로 원활하게 입주할 수 있는 여건을 조성한다(강미나 외, 2010).

다. 임대료 차등 지원 제도 실시

보증금 부담으로 인해 공공임대입주를 포기하는 장애인가구가 많은 상황을 고려하여 수요자의 부담능력을 고려한 임대료 차등화 제도를 실시할 필요가 있다. 공공임대주택은 시장에서 주거수요를 충족하지 못하는 계층을 위한 주택공급수단이다. 그런데 공공임대주택의 공급은 최저소득계층의 문제에 대응하지 못하는 문제가 있다. 비교적 저렴한 가격으로 공급되지만 여전히 수요자의 부담능력을 고려하기 보다는 주택공급가격을 기준으로 임대료가 결정되기 때문이다.

Ⅵ. 주요 법령개정 내용

□ 장애인주거정책 원칙 수립

[표 2-4-10] 장애인주거정책 사회통합 원칙 수립 개정안

장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률		
현행	개정안	비고
	제2조(사회통합원칙) 주거약자를 위한 주거정책은 장애인·고령자 등 주거약자의 최대한 사회통합과 자립생활 원칙에 따라 실시되어야 한다. 그러므로 집단주거 등을 통한 슬럼화와 사회적 낙인이 일어나지 않도록 해야 한다.	신설

[표 2-4-11] 장애인주거차별 방지 개정안

장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률		
현행	개정안	근거
	장애로 인한 주택 구입 및 임대 관련 차별 금지 근거조항 추가 및 차별시 국토해양부 관련 부서에서 문제를 해결할 수 있도록 원조할 책임에 관한 근거조항 신설	장애인 주거 차별 예방 및 대응

○ 장애인주거차별 관련 참고 사례

주택 매입, 임대, 주택 개조 및 접근에 있어 장애인차별을 금지하고 장애인차별이 발생할 경우 제재조치와 장애인을 지원하고 조정을 담당할 절차에 관한 내용을 신설할 필요가 있다. 참고로 미국은 공정주택법(Fair Housing Act of 1988)에서 주택과 관련하여 인종, 종교, 성, 장애 등으로 인한 차별을 금지하고 있다. 이 법에 포함되는 주택은 개인주택, 연방정부 나 주정부 또는 공공기관에 의해 지원을 받는 주택 등 대부분의 주택이 포함된다. 장애인들이 주택법의 위반을 경험할 경우 주택 및 도시개발부(U.S. Dept. of Housing and Urban Development, HUD)는 이러한 문제가 해결될 수 있도록 원조한다. 장애인들 또는 관련된 사람들은 이러한 문제가 발생할 경우 HUD나 미국사법부에 차별문제를 신고하여 소송할 수 있으며, 개인적으로도 소송을 제기할 수 있다. 주거 및 동등기회국(Officer of Fair

Housing and Equal Opportunity)과 지역계획 및 개발국(Community Planning and Development, CPD)은 장애인들을 위한 공정주택법이 잘 지켜질 수 있도록 일하고 있다. 장애인차별금지와 관련한 공정주택법의 주요내용은 다음과 같다.

- 장애인이나 장애인과 관련된 사람들은 주택을 사고팔거나 또는 거주지역, 주택대출금 등과 관련하여 차별 받을 수 없으며
- 집주인은 장애인이 주거에 있어 동등한 기회를 가질 수 있도록 그들의 기본 원칙에 예외규정을 두어야 하며(예를 들어 집안에서 동물을 키울 수 없는 원칙이 있어도 시각장애인을 위한 인도견 등은 예외 등)
- 집주인은 장애인의 편리한 접근을 위해 장애인 본인의 부담으로 개인공간이나 공공공간을 개조하기를 원할 때 이를 할 수 있도록 허용해야하며
- 다가구 주택의 경우는 장애를 가진 사람이 쉽게 접근할 수 있도록 건축해야 한다고 규정하고 있다(예를 들어 엘리베이터 설치, 휠체어 접근이 가능한 넓은 복도 및 입구, 욕실에 안전 바 설치 등)

장애인주거실태조사 보완

[표 2-4-12] 장애인주거실태조사 등의 개정 관련 법령 개정안

장애인 고령자 등 주거약자지원에 관한 법률 시행령		
현행	개정안	근거
<p>제7조(주거실태조사) ① 국토해양부장관 또는 시도지사는 다음 각 호의 사항에 대한 주거실태조사를 실시할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 주거약자의 주거환경에 관한 사항 2. 주거약자가 있는 가구의 특성에 관한 사항 3. 그 밖에 주거약자의 주거실태 파악을 위하여 대통령령으로 정하는 사항 <p>② 제1항에 따른 주거실태조사의 조사절차 및 방법 등 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p> <p>시행령</p> <p>제3조(주거실태조사 사항 등) ① 법 제7조제1항제3호에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 주거약자의 주거 및 주거환경에 대한 만족도 2. 그 밖에 주거약자의 주거생활 실태 파악을 위하여 필요하다고 국토해양부장관이 인정하는 사항 	<p>제3조(주거실태조사 사항 등) ① 법 제7조제1항제3호에서 “대통령령으로 정하는 사항”이란 다음 각 호의 사항을 말한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 주거약자의 주거 및 주거환경에 대한 만족도 2. 주거약자의 주거 및 주거환경에 대한 욕구 3. 주거약자 주택 보급률 4. 그 밖에 주거약자의 주거생활 실태 파악을 위하여 필요하다고 국토해양부장관이 인정하는 사항 	<p>장애인의 주거 욕구 파악을 통해 욕구에 따른 주거정책 수립 및 시행 근거 조항 마련</p>

□ 장애인주거정책 전달체계 구축

[표 2-4-13] 주거약자 전달체계 구축 개정안

장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률		
현행	개정안	근거
<p>제3조(국가 등의 의무) 국가 및 지방자치단체는 주거약자의 주거안정과 주거수준 향상을 위하여 다음 각 호의 사항을 위하여 노력하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 주거약자의 주거생활이 쾌적하고 안전하게 이루어지도록 할 것 2. 주거약자용 주택이 원활하게 공급되고 효율적으로 관리될 수 있도록 할 것 3. 주거약자의 쾌적하고 안전한 주거생활에 필요한 정보가 원활하게 제공되고, 제9조의 편의시설이 주거약자용 주택에 적정하게 설치될 수 있도록 할 것 	<p>제3조(국가 등의 의무) 국가 및 지방자치단체는 주거약자의 주거안정과 주거수준 향상을 위하여 다음 각 호의 사항을 위하여 노력하여야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 주거약자의 주거생활이 쾌적하고 안전하게 이루어지도록 할 것 2. 주거약자용 주택이 원활하게 공급되고 효율적으로 관리될 수 있도록 할 것 3. 주거약자의 쾌적하고 안전한 주거생활에 필요한 정보가 원활하게 제공되고, 제9조의 편의시설이 주거약자용 주택에 적정하게 설치될 수 있도록 할 것 4. 주거약자의 주거정책을 담당할 인력과 예산을 배치 할 것 	<p>장애인주거정책 전달체계 구축을 통해 장애특성을 고려한 주거정책 수립 및 시행 근거 조항 마련</p>

□ 장애인참여 보장 및 이의제기 절차 구축

[표 2-4-14] 장애인 주거관련 정책심의기구에 장애인 참여 보장 개정안

장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률		
현행	개정안	근거
	<p>주거약자지원법률 제5조(주거지원계획의 수립) 제6조(시도주거지원계획의 수립)을 담당할 정책심의기구 구성에 관한 근거조항 신설</p> <p>- 심의기구 구성에 장애인주거정책을 심의할 장애인위원 참여 의무조항 신설</p>	<p>장애인주거정책 수립 및 심의과정 장애인 참여 보장 근거 조항 마련</p>

□ 공공임대주택 공급 확대

[표 2-4-15] 공공임대주택 장애인할당제 도입 개정안

장애인 고령자 등 주거약자지원에 관한 법률		
현행	개정안	근거
<p><1안></p>	<p>제 조(장애인 가구 등에 대한 임대주택 공급) ① 국가·지방자치단체·한국토지주택공사 또는 「지방공기업법」 제49조에 따라 설립된 지방공사가 국가 또는 지방자치단체의 재정이거나 「주택법」 제60조에 따른 국민주택기금의 자금을 지원받아 건설·매입한 임대주택은 100분의 5 이상을 장애인 가구 등에게 공급하여야 한다.</p> <p>② 장애인 가구 등에 대한 임대주택은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에게 공급하여야 한다.</p> <p>1. 제2조제3호의 장애인가구</p> <p>2. 장애인생활시설에 거주하는 장애인, 독거장애인 등 대통령령이 정하는 자</p> <p>③ 국가 또는 지방자치단체는 시설생활인이 시설퇴소를 계획하고 있는 경우 또는 장애인이 세대주인 경우에 타 시도 임대주택 입주자격을 주어야 한다.</p>	<p>장애 특성 및 주거실태를 고려한 공공주택 공급 확대 근거 조항 마련</p>
<p><2안></p> <p>장애인 고령자 등 주거약자지원에 관한 법률</p> <p>제10조(주거약자용 주택의 의무건설) ① 국가, 지방자치단체, 「한국토지주택공사법」에 따른 한국토지주택공사 또는 「지방공기업법」 제49조에 따라 주택사업을 목적으로 설립된 지방공사(이하 “지방공사”라 한다)가 국가 또는 지방자치단체의 재정이거나 「주택법」 제60조에 따른 국민주택기금(이하 “국민주택기금”이라 한다)의 자금을 지원받아 「임대주택법」 제2조제2호가목에 해당하는 건설임대주택 중 대통령령으로 정하는 임대주택을 건설하는 경우 100분의 3 이상의 범위에서 대통령령으로 정하는 비율 이상을 주거약자용 주택으로 건설하여야 한다.</p> <p>② 「주택법」 제16조의 사업계획승인권</p>	<p>장애인 고령자 등 주거약자지원에 관한 법률</p> <p>제10조(주거약자용 주택의 의무건설) ① 국가, 지방자치단체, 「한국토지주택공사법」에 따른 한국토지주택공사 또는 「지방공기업법」 제49조에 따라 주택사업을 목적으로 설립된 지방공사(이하 “지방공사”라 한다)가 국가 또는 지방자치단체의 재정이거나 「주택법」 제60조에 따른 국민주택기금(이하 “국민주택기금”이라 한다)의 자금을 지원받아 「임대주택법」 제2조제2호가목에 해당하는 건설임대주택 중 대통령령으로 정하는 임대주택을 건설하는 경우 100분의 5 이상의 범위에서 대통령령으로 정하는 비율 이상을 주거약자용 주택으로 건설하여야 한다.</p> <p>② 「주택법」 제16조의 사업계획승인권자</p>	<p>장애 유형 및 욕구에 적합한 주택 공급 근거 조항 마련</p>

<p>자가 제1항의 주거약자용 주택이 건설되는 사업에 대하여 「주택법」 제16조에 따라 사업계획을 승인하려면 다음 각 호의 사항을 확인하여야 하며, 이를 충족하지 못하는 경우 관련 서류의 보완을 지시하는 등 필요한 조치를 할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 주거약자용 주택 의무건설 비율 준수 여부 2. 제9조에 따른 편의시설 설치기준 충족 여부 <p><시행령> 제5조(주거약자용 주택의 의무건설 비율) ① 법 제10조제1항에서 “대통령령으로 정하는 임대주택”이란 「임대주택법」 제16조제1항제1호 및 제2호에 해당하는 건설임대주택을 말한다. ② 법 제10조제1항에서 “대통령령으로 정하는 비율”이란 다음 각 호의 구분에 따른 비율을 말한다. 1. 「수도권정비계획법」 제2조제1호에 따른 수도권에 건설하는 임대주택: 100분의 5 2. 제1호 외의 지역에 건설하는 임대주택: 100분의 3</p>	<p>가 제1항의 주거약자용 주택이 건설되는 사업에 대하여 「주택법」 제16조에 따라 사업계획을 승인하려면 다음 각 호의 사항을 확인하여야 하며, 이를 충족하지 못하는 경우 관련 서류의 보완을 지시하는 등 필요한 조치를 할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 주거약자용 주택 의무건설 비율 준수 여부 2. 제9조에 따른 편의시설 설치기준 충족 여부 <p><시행령> 제5조(주거약자용 주택의 의무건설 비율) ① 법 제10조제1항에서 “대통령령으로 정하는 임대주택”이란 「임대주택법」 제16조제1항제1호 및 제2호에 해당하는 건설임대주택을 말한다. ② 법 제10조제1항에서 “대통령령으로 정하는 비율”이란 다음 각 호의 구분에 따른 비율을 말한다. 1. 「수도권정비계획법」 제2조제1호에 따른 수도권에 건설하는 임대주택: 100분의 10. 이중 50%는 장애인에게 임대 2. 제1호 외의 지역에 건설하는 임대주택: 100분의 6 이중 50%는 장애인에게 임대</p>
---	--

[표 2-4-16] 공공임대주택 특별공급 우선순위 상향 개정안

장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 시행규칙		
현행	개정안	근거
<p>제2조(주거약자용 주택의 임차인 자격 등) ① 「장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 시행령」(이하 “영”이라 한다) 제6조제1항제1호가목에 따른 공공건설임대주택의 임차인의 자격 및 선정방법에 관하여는 「주택공급에 관한 규칙」에서 정하는 바에 따른다.</p> <p>② 영 제6조제1항제2호가목에 따른 공공매입임대주택 임차인은 다음 각 호의 순위에 따라 선정한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 제1순위에 해당하는 사람: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람 <ol style="list-style-type: none"> 가. 「국민기초생활 보장법」 제2조제2호에 따른 수급자 나. 「한부모가족지원법 시행규칙」 제3조에 따라 여성가족부장관이 정하는 기준에 해당하는 	<p>제2조(주거약자용 주택의 임차인 자격 등) ① 「장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률 시행령」(이하 “영”이라 한다) 제6조제1항제1호가목에 따른 공공건설임대주택의 임차인의 자격 및 선정방법에 관하여는 「주택공급에 관한 규칙」에서 정하는 바에 따른다.</p> <p>② 영 제6조제1항제2호가목에 따른 공공매입임대주택 임차인은 다음 각 호의 순위에 따라 선정한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 제1순위에 해당하는 사람: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람 <ol style="list-style-type: none"> 가. 「국민기초생활 보장법」 제2조제2호에 따른 수급자 나. 「한부모가족지원법 시행규칙」 제3조에 따라 여성가족부장관이 정하는 기준에 해당하는 	<p>-2 순위에 계공급이 들어가지 않는 현실을 개선하여 장애 특성을 고려한 우선공급이 이뤄질 수 있도록</p>

<p>조에 따라 여성가족부장관이 정하는 기준에 해당하는 한부모가족</p> <p>2. 제2순위에 해당하는 사람: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람. 다만, 토지·건물 및 자동차 등 재산의 가액(價額)이 「임대주택법 시행규칙」 제12조의2제1항제2호 각 호 외의 부분 단서에 따라 국토해양부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 사람은 제외한다.</p> <p>가. 해당 세대의 월평균 소득(세대주와 같은 세대별 주민등록표상에 적혀 있지 아니한 세대주의 배우자 및 배우자와 같은 세대를 이루고 있는 세대원의 소득을 포함한다. 이하 이 호에서 같다)이 「통계법 시행령」 제22조에 따라 통계청장이 고시하는 지정통계에 따른 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득[태아를 포함한 가구원(家口員) 수가 4명 이상인 세대는 가구원 수별 가구당 월평균 소득으로 한다. 이하 이 호에서 같다]의 50퍼센트 이하인 사람</p> <p>나. 「장애인고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률」(이하 “법“이라 한다) 제2조제1호나목 및 다목에 해당하는 사람으로서 해당 세대의 월평균 소득이 가목에 따른 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득 이하인 사람</p> <p>③ 제2항 각 호의 제1순위 및 제2순위 중 같은 순위에서 경쟁이 있는 경우에는 「임대주택법 시행규칙」 제12조의2제2항에서 정하는 바에 따라 임차인을 선정한다.</p>	<p>한부모가족</p> <p>다. 「장애인고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률」(이하 “법“이라 한다) 제2조제1호나목 및 다목에 해당하는 사람으로서 해당 세대의 월평균 소득이 가목에 따른 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득 이하인 사람</p> <p>2. 제2순위에 해당하는 사람: 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 사람. 다만, 토지·건물 및 자동차 등 재산의 가액(價額)이 「임대주택법 시행규칙」 제12조의2제1항제2호 각 호 외의 부분 단서에 따라 국토해양부장관이 정하여 고시하는 금액을 넘는 사람은 제외한다.</p> <p>가. 해당 세대의 월평균 소득(세대주와 같은 세대별 주민등록표상에 적혀 있지 아니한 세대주의 배우자 및 배우자와 같은 세대를 이루고 있는 세대원의 소득을 포함한다. 이하 이 호에서 같다)이 「통계법 시행령」 제22조에 따라 통계청장이 고시하는 지정통계에 따른 전년도 도시근로자 가구당 월평균 소득[태아를 포함한 가구원(家口員) 수가 4명 이상인 세대는 가구원 수별 가구당 월평균 소득으로 한다. 이하 이 호에서 같다]의 50퍼센트 이하인 사람</p> <p>③ 제2항 각 호의 제1순위 및 제2순위 중 같은 순위에서 경쟁이 있는 경우에는 「임대주택법 시행규칙」 제12조의2제2항에서 정하는 바에 따라 임차인을 선정한다.</p>	<p>관련 조항 개정</p>
---	---	-----------------

□ 주거복지 대상자 기준 개선

[표 2-4-17] 장애로 인한 1가구 2인 이상 세대주 인정 개정안

주택공급에 관한 규칙		
현행	개정안	근거
<p>제2조(정의) 이 규칙에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.</p> <p>8. “세대주“라 함은 세대별 주민등록표상에 배우자, 직계존속(제11조의2 또는 제12조에 따라 입주자를 선정하는 경우에는 배우자의 직계존속을 포함한다) 또는 직계비속인 세대원으로 이루어진 세대의 세대주를 말한다. 다만, 세</p>	<p>장애인이 장애로 인해 동일주소지에서 공동생활을 하는 경우 1가구 2인 이상을 세대주로 인정할 수 있도록 특례조항 추가</p>	<p>장애 특성에 의해 공동생활이 불가피한 상황에 의해 불이익을 당하지 않도록 특</p>

<p>대별 주민등록표상에 배우자 및 직계존비속인 세대원이 없는 세대주(이하 “단독세대주”라 한다)로서 20세 이상인 자는 세대주로 본다.</p>		<p>레조치 근거조항 마련</p>
--	--	--------------------

장애인주거생활지원서비스 실시

[표 2-4-18] 주거지원센터 설치 의무화 및 장애인주거생활지원서비스 실시 개정안

장애인·고령자 등 주거약자지원에 관한 법률		
현행	개정안	근거
<p>제17조(주거지원센터의 설치 등) ① 국가, 시도지사 또는 시장군수구청장은 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 주거약자 주거지원센터(이하 “센터”라 한다)를 둘 수 있다.</p> <p>1. 주택개조비용 지원을 위한 대상 주택의 확인, 개조공사의 적정성 확인 등 주택개조 지원에 관한 업무</p> <p>2. 주거약자의 주거문제 상담 및 생활관리 등에 대한 지원업무</p> <p>3. 주거약자가 거주하는 주택 및 주거환경에 대한 실태조사</p> <p>4. 그 밖에 주거약자용 주택과 관련한 정보제공 등 대통령령으로 정하는 사항</p> <p>② 국가, 시도지사 또는 시장군수구청장은 센터의 운영을 주거약자에 대한 주거지원 업무를 수행하는 데 적합한 조직·인력 등 대통령령으로 정하는 요건을 갖춘 자에게 위탁할 수 있다.</p> <p>③ 제2항에 따른 위탁의 기준절차 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 국토해양부령으로 정한다.</p>	<p>제17조(주거지원센터의 설치 등) ① 국가, 시도지사 또는 시장군수구청장은 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 주거약자 주거지원센터(이하 “센터”라 한다)를 설치해야 한다.</p> <p>1. 주택개조비용 지원을 위한 대상 주택의 확인, 개조공사의 적정성 확인 등 주택개조 지원에 관한 업무</p> <p>2. 주거약자의 주거문제 상담 및 생활관리 등에 대한 지원업무</p> <p>3. 주거약자가 거주하는 주택 및 주거환경에 대한 실태조사</p> <p>4. 발달장애 또는 정신장애인 등 스스로 주택구입 임대 관리가 어려운 장애인 지원업무</p> <p>5. 그 밖에 주거약자용 주택과 관련한 정보제공 등 대통령령으로 정하는 사항</p>	<p>-주거지원센터 설치를 의무화하여 장애인주거생활지원이 안정적으로 이뤄질 수 있도록 추진</p> <p>- 주거생활 전반에 지원이 필요한 장애인에 대한 지원이 이뤄질 수 있도록 근거조항 마련</p>

주거환경개선 의무화

[표 2-4-19] 장애로 인한 주택개조비용 및 원상회복비용 지원 의무화 개정안

장애인·고령자 등 주거약자 지원에 관한 법률		
현행	개정안	근거
<p>제15조(주택개조비용 지원) ① 국토해양부장관은 다음 각 호의 어</p>	<p>제15조(주택개조비용 지원) ① 국토해양부장관은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자가 주거약자의 활</p>	<p>차가 주택거주 장애</p>

<p>는 하나에 해당하는 자가 주거약자의 활동능력에 적합하도록 주택을 개조하기 위하여 필요한 비용의 지원을 신청하는 경우에는 국민주택기금으로 개조비용을 융자할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 자기 소유의 주택 또는 임대주택에 거주하는 주거약자 2. 자기 소유의 주택 또는 임대주택에 거주하는 세대주로서 주거약자가 세대원으로 있는 사람 3. 주거약자에게 임대하거나 주거약자가 세대원으로 있는 세대주에게 임대할 목적으로 주택을 개조하고자 하는 임대사업자 <p>② 지원대상자의 자격 등 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>	<p>동능력에 적합하도록 주택을 개조하기 위하여 필요한 비용의 지원을 신청하는 경우에는 국민주택기금으로 개조비용을 융자할 수 있다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 자기 소유의 주택 또는 임대주택에 거주하는 주거약자 2. 자기 소유의 주택 또는 임대주택에 거주하는 세대주로서 주거약자가 세대원으로 있는 사람 3. 주거약자에게 임대하거나 주거약자가 세대원으로 있는 세대주에게 임대할 목적으로 주택을 개조하고자 하는 임대사업자 <p>② 국토해양부장관은 장애로 인해 주택을 개조하기 위하여 필요한 비용 또는 임대주택 거주 장애인이 주택개조 원상복구에 필요한 비용 지원을 신청하는 경우 국민주택기금으로 개조비용을 지원해야 한다.</p> <p>③ ①과 ②에 따른 지원대상자의 자격 등 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>	<p>인의 주택 개조 및 원상복귀 지원 근거 조항 마련</p>
---	--	------------------------------------

□ 주거비 지원 강화

[표 2-4-20] 장애인주거수당 지급 관련 개정안

장애인연금법 시행령		
현행	개정안	근거
	<p>장애인연금법 제7조, 동법 시행령 제6조에 따른 별표(부가급여액)에 장애인주거수당 포함</p>	<p>장애로 인한 추가지출과 장애 특성을 고려한 주거수당 지급 근거 마련</p>

[표 2-4-21] 장애인 임대료채무보증제도 실시 개정안

주택법		
현행	개정안	근거
<p>제5조의4(주택임차료의 보조) ① 국가 또는 지방자치단체는 임차료 부담이 과다하여 주거생활을 하기 어려운 무주택임차인가구에 대하여 예산의 범위에서 주택임차료의 전부 또는 일부를 보조할 수 있다.</p>		

<p>② 주택임차료를 보조받을 수 있는 무주택임차인가구의 대상기준, 지원금 수준, 시행절차 및 방법 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.</p>	<p>장애인 임대료채무보증제도 실시 근거조항 신설</p>	<p>주 택 금 융 제 도 접 근 이 어 려 운 장 애 인 이 용 자 및 지 원 을 받 을 수 있 도 록 채 무 보 증 제 도 근 거 조 항 마 려</p>
--	---------------------------------	--

제5절 활동지원분야의 현황 및 과제

I. 의의

활동지원제도는 장애인의 자립생활을 구현하는 데 있어서 필수불가결한 서비스이다. 자립생활이란 의사결정과 일상생활에서의 타인의 의존을 최소화하며, 자신들이 만족스럽게 선택한 사항에 따라서 스스로의 생활을 관리하는 것이다(Frieden et al., 1979). 즉, 일상적인 자신의 삶에 대한 통제권을 지닌 채 지역사회 내에서 자신에게 주어진 사회적 역할을 주체적으로 수행해나가는 삶이 바로 장애인의 자립생활인 것이다. 이와 같은 자립생활은 장애인복지에 있어서 새로운 패러다임의 변화로서, 국내 장애인복지 전반 및 전달체계의 변화이자 당사자중심의 참여로의 전환이며 동시에 선진국을 포함하는 국제사회의 강한 추세를 대변하는 21세기 흐름이다(이익섭 외, 2007).

이처럼 자립생활이란 지역사회에서 장애인이 자신의 삶을 스스로 선택하고 결정하며 그에 대해 책임지는 삶을 의미하므로, 자기결정과 책임성을 뒷받침해 주는 사회적 지원은 반드시 수반되어야 한다. 이는 장애인 당사자가 스스로의 삶을 결정하는 데 자신이 참여할 수 있는 기회를 소유하는 것과 선택할 수 있도록 지원하는 체계가 제공되어야 함을 의미하는 것이다. 즉, 비장애인과 다르게 장애인에게는 ‘손상(impairment)’ 이란 차이(difference)가 있기 때문에 이 차이를 보완해줄 수 있는 ‘합리적 배려(Reasonable Accommodation)’ 의 차원으로 사회적 지원이 필수불가결하다. 이러한 관점에서 볼 때, 활동지원 제도는 장애인의 삶에 대한 선택권과 접근권을 보장해 주는 것이기 때문에 자립생활을 위한 필수적인 수단임을 알 수 있다. 왜냐하면, 장애인 본인이 자신의 장애에 대해 가장 잘 알고 있으므로 자신에게 어떤 도움이 필요한지 가장 잘 판단할 수 있기 때문이다(연세대학교 사회복지연구소, 2006).

따라서 활동지원 제도는 장애인의 인간의 존엄성 회복이라는 관점에서 인권관점에서 접근할 필요가 있다. 즉, 활동지원 제도는 음식, 주거, 건강 등의 권리를 생존권으로 인식하는 것과 마찬가지로 장애인이 신체적 생존에 필요한 권리로서 인식해야 한다. 왜냐하면 이와 같은 활동지원제도가 없다면 중증장애인이 학교, 직장, 여가생활 등 지역사회 정착을 할 수 없기 때문이다. 따라서 이와 같은 불가

피한 특성 때문에 활동지원 제도는 양도할 수 없는 권리로서 장애인의 인권으로 받아들여져야 한다(Dejong & Wenker, 1979).

요컨대, 활동지원 제도는 장애인의 지역사회 정착을 위해 반드시 필요한 인권적 관점에서의 사회적 지원임을 알 수 있다. 따라서 중증장애인의 완전한 지역사회정착을 위해 활동지원제도와 관련된 국내의 현행정책과 법률이 정비될 필요가 있음을 알 수 있다.

II. 현황 및 문제점

1. 장애인의 일상생활 현황

장애인의 혼자 외출여부 및 외출 빈도를 살펴보면, 혼자서 집밖으로의 외출이 가능하다고 응답한 경우는 94.2%였고, 혼자서 외출이 불가능하다고 응답한 경우는 5.8%로 나타났다. 그리고 장애인들의 지난 1개월 동안 평균 몇 번 정도 외출하는지 그 빈도를 알아본 결과, 외출을 거의 매일 하는 경우가 66.6%로 가장 많았고, 1주일에 1~3회가 20.0%를 차지하고 있으며, 월 1~3회가 8.5%, 전혀 외출하지 않음 4.9%의 순이었다(김성화·변용찬 외, 2011). 하지만 장애인의 경우 외출을 거의 하지 않는 경우가 전체의 약 5%정도나 차지하는 것으로 나타났다.

[표 2-5-1] 혼자 외출여부 및 빈도

변수	구분	전체 %	구분	전체 %
혼자 외출 여부	예	94.2	아니오	5.8
	지난 1개월 동안 외출 빈도			
	거의 매일	66.6	주 1-3회	20.0
	월 1-3회	8.5	전혀 외출 않음	4.9

*출처: 한국보건사회연구원(2012). 2011년 장애인실태조사.

장애인이 일상생활에서 도움이 필요한 정도를 살펴보면, ‘거의 남의 도움 필요’가 6.4%, ‘대부분 필요’가 7.5%로 나타나 약 13.9% 정도의 장애인이 일상생활에서 타인의 도움이 전적 또는 대부분 필요함을 알 수 있다. 따라서 전국 등록 장애인 약 261만명 중 약 36만 명 정도가 활동지원제도의 잠재적 이용자임을 알 수 있다. 하지만, 현재 활동지원제도 이용자는 대략 5만명 정도로서, 36만명

중 대략 13% 정도만 활동지원 제도를 이용하고 있음을 알 수 있다. 따라서 현재 매우 제한적인 등록 장애인만 활동지원 제도를 이용하고 있으며 이는 활동지원제도 신청자격이 장애인복지법상 등록 1급 장애인이기 때문에 나타난 것으로 사료된다. 또한 집박 활동 시 불편하다고 응답한 경우에 한해 불편한 이유를 살펴보면, 가장 불편한 점으로는 ‘장애인 관련 편의시설이 부족해서’가 54.9%로 가장 많아 장애인의 집박 활동을 위해서는 편의시설 확충이 필요함을 알 수 있다. 이와 함께 ‘외출 시 동반자가 없어서’ 31.9%, ‘주위 사람들의 시선 때문에’ 11.1%도 어려운 점으로 지적하고 있다.

[표 2-5-2] 일상생활도움 필요정도 및 집박 활동 시 불편한 이유

변수	구분	전체 %	구분	전체 %
일상생활 도움 필요정도	혼자서 스스로	56.9	대부분 혼자서	15.6
	일부 도움 필요	13.6	대부분 필요	7.5
	거의 남의 도움 필요	6.4		
불편한 이유	장애인관련 편의시설 부족	54.9	외출 시 동반자가 없어서	31.9
	주위 사람들의 시선때문에	11.1	기타	2.2

*출처: 김성희·변용찬 외(2011). 2011년 장애인실태조사.

장애인들이 교통수단 이용 시 어려운 정도에 대해서는 약 34% 정도가 어렵다고 응답하였다. 그리고 장애인들이 교통수단 이용 시 어려운 이유로는 ‘버스택시가 불편해서’가 61.1%로 가장 많았고, 그 다음으로는 ‘지하철 엘리베이터 등 편의시설 부족’이 20.4%, ‘장애인 콜택시 등 전용교통수단 부족’이 14.2%로 나타났다.

[표 2-5-3] 교통수단 이용 시 어려운 정도 및 어려운 이유

변수	구분	전체 %	구분	전체 %
어려운 정도	매우 어렵다	13.0	약간 어렵다	21.7
	거의 어렵지 않다	45.2	전혀 어렵지 않다	20.1
어려운 이유	버스택시가 불편해서	61.1	지하철에 엘리베이터 등 편의시설이 부족해서	20.4
	장애인 콜택시 등 전용교통수단이 부족해서	14.2	장애인가용 보금·면허증 확보가 어려워서	0.6
	전동 휠체어가 없어서	1.1	기타	2.5

*출처: 김성희·변용찬 외(2011). 2011년 장애인실태조사.

2. 장애인 장기보호 모델

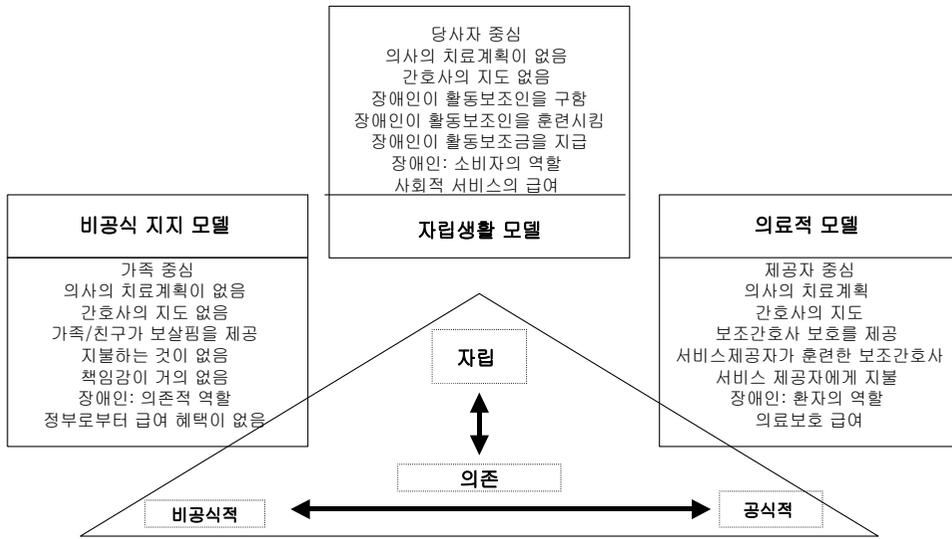
활동지원제도와 자립생활의 관계에 대한 이해를 높이기 위해 장애인의 장기보호 모델에 대한 이해가 필요하다. 일반적으로 장애인에 대한 장기보호 모델은 크게 세 가지로 구분할 수 있다. 즉, 비공식 지지모델(Informal Support Model), 의료적 모델(Medical Model), 자립생활모델(Independent Living Model)이다(Dejong & Wenker, 1983; 김경미, 2005에서 재인용).

첫째, 비공식 지지 모델은 가족이 장애인 보호의 주제공자이며, 국가나 사회로부터의 지원은 없다. 이는 대부분의 나라에서 장애인 요양체계가 사회화되기 이전에 제공되는 형태로 가족들에게 모든 책임이 있는 것이다. 이 모델 하에서 장애인은 가족에게 절대 의존하며 보호의 형태는 비공식적이다.

둘째, 의료적 모델에서 장애인에 대한 보호는 해당 기관이 감독하는 가정방문 봉사자에 의해서 제공된다. 해당 기관이 개인적 보조서비스의 내용을 감독하며 가정방문 봉사자가 수행할 직무 내용을 지정한다. 더 나아가 기관이 고용한 공인 간호사가 봉사자의 직무를 감독한다. 장애인은 수동적 서비스의 수혜자로서, 실질적인 환자로 취급된다. 여기에서 중요시되는 것은 전문가의 개입 및 감독이다. 하지만 의료전문가의 잦은 평가는 개인의 자신감과 독립심을 떨어뜨릴 수 있다. 이러한 전문가의 통제는 의도한 것은 아니더라도 의존적인 행동을 유발할 수 있다고 한다.

세 번째 모델인 자립생활 모델은 자신에게 어떤 보조가 필요한지 잘 알고 있는 장애인 자신이 활동보조서비스를 지시하고 감독할 수 있는 능력과 자질을 갖추었다는 전제를 바탕으로 한다. 이 모델은 장애인에게 순종적이고 불만족스러운 환자 역할을 부여하기를 거부한다. 또한 서비스의 내용을 관리하고 이에 따른 비용을 지불할 책임을 장애인 자신에게 부여함으로써 장애인의 자주성을 강조한다.

따라서 비공식 지지모델과 의료적 모델은 가족이나 전문가에 대한 의존도가 높은 데 비해 자립생활 모델은 장애인의 자립도가 높다는 특징을 가짐을 알 수 있다. 그러므로 활동보조서비스는 장애인의 자립생활의 이념 안에서 자립생활을 실현하기 위한 수단으로서의 본질적인 서비스를 의미함을 알 수 있다. 이상 세 가지 모델을 도식화시키면 다음의 <그림 2-5-1>과 같다.



[그림 2-5-1] 장애인 장기보호의 세 가지 모델

3. 장애인 활동지원제도 현황

활동지원 제도는 기존 2007년부터 시행된 활동보조서비스에 방문목욕 및 방문 간호의 급여를 추가적으로 신설하여 지난 2011년 10월을 기점으로 변경 및 실행 되었다. 다음에서는 동 제도의 주요내용을 살펴보도록 하겠다(보건복지부, 2011).

가. 신청자격

장애인복지법 상 등록 1급 장애인으로 만 6세 이상~만 65세 미만인 자이며, 소득기준과 무관하게 신청가능하다. 또한 활동지원 수급자가 만 65세가 도래하였으나 장애 특성 상 활동지원급여가 적절하다고 판단하여 활동지원급여를 계속 희망하는 경우 신청가능하다. 그리고 시설 입소, 의료기관 입원 및 교정시설 또는 치료감호시설에 수용 중인 자가 퇴소 또는 퇴원을 앞두고 있어 활동지원이 필요하다고 판단되는 경우 신청이 가능하다. 단, 급여는 퇴소 또는 퇴원 이후에 받을 수 있다.

나. 급여의 종류

활동지원급여에는 활동보조인이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동, 가사활동 및 이동보조 등을 지원하는 활동보조, 요양보호사가 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 방문목욕, 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생서비스를 제공하는 방문간호 등이 있다.

또한 급여는 기본급여와 추가급가로 구분되는데, 활동지원급여의 월 한도액을 살펴보면, 기본급여의 경우, 18세 이상 수급자는 1등급이 86만원, 4등급이 35만원을 지원받으며, 6세 이상 18세 미만 수급자는 1등급 52만원, 2등급 35만원의 급여를 지원받는다. 활동지원 급여는 월 한도액의 범위 내에서 이용해야 하며 월 한도액을 초과하는 비용은 수급자 본인이 전부 부담한다. 이를 표로 정리하면 다음의 <표 2-5-4>와 같다.

[표 2-5-4] 활동지원급여의 기본급여 개요

대상자	지원등급	등급별 점수	월 한도액
성인	1등급	380점~445점	86만원(약 103시간)
	2등급	320점~379점	69만원(약 83시간)
	3등급	260점~319점	52만원(약 62시간)
	4등급	220점~259점	35만원(약 42시간)
아동	1등급	320점~445점	52만원(약 62시간)
	2등급	220점~319점	35만원(약 42시간)

다음으로 추가급여는 생활환경 및 자립 활동 등에 따라 산정되며 추가급여 사유가 중복되는 경우 모두 산정한다. 단, 출산가구, 자립준비에 따른 추가급여는 사유발생일 6개월 이내에 신청하여야 하며 최초 추가 급여 개시일이 속한 단의 1일부터 6개월 동안 제공한다. 추가급여의 내용은 다음 <표 2-5-5>와 같다.

[표 2-5-5] 활동지원급여의 추가급여 개요

구분	분 류	추가급여
가구특성별 추가급여	인정점수가 400점 이상인 1인 가구	664,000원
	인정점수가 400점 미만인 1인 가구	166,000원
	1~2급 장애인만으로 구성된 가구	83,000원
	6세 이하, 75세 이상인 가족만으로 구성된 가구	83,000원
	수급자 또는 수급자의 배우자가 출산한 경우	664,000원
자립생활 지원을 위한 추가급여	생활시설 등에서 퇴소하여 자립을 준비하는 경우	166,000원
	학교에 다니는 경우	83,000원
	직장에 다니는 경우	83,000원

다. 서비스 단가

서비스 단가는 활동보조, 방문목욕 및 방문간호 등 서비스 내용에 따라 다르다. 다음에서는 활동보조의 경우에 한해 살펴보도록 하겠다. 활동보조의 경우, 제공되는 서비스의 시간대가 평일인지 아니면 심야 또는 휴일인지에 따라 시간 당 단가, 1000원의 차이가 발생한다. 단, 활동보조의 경우 수급자의 신체적·정신적 상태 또는 목욕 도움 등 급여의 내용으로 활동보조인 1인만으로 급여제공이 어려워 수급자 등의 신청에 따라 동일 기관의 활동보조인 2인이 급여를 제공하는 경우 급여비용은 활동보조인별로 각각 산정하되, 1회 방문 당 3시간의 범위 내에서 급여비용의 75%로 산정한다. 서비스단가의 자세한 내용은 다음 <표 2-5-6>과 같다.

[표 2-5-6] 활동지원급여의 서비스 단가

유형	분류	시간당 금액(원)
활동보조	매일 일반적으로 제공하는 경우	8,300
	22시 이후 6시 이전 심야에 제공하는 경우	9,300
	『관공서의 공휴일에 관한 규정』에 의한 공휴일(일요일)에 제공하는 경우	9,300

라. 본인부담금

활동지원 급여 본인부담금은 가구소득을 기준으로 산정함을 원칙으로 한다. 우선 국민기초생활보장수급자는 본인부담금이 면제되며, 의료급여법상 수급권자 및 기초생활보장법 상 차상위 계층은 월 2만원의 본인부담금을 부담한다. 반면 차상위 이상의 소득계층의 경우, 기본 급여는 월 6 - 15% 범위 내에서, 추가급여는 월 2 - 5%의 범위 내에서 본인부담금을 부담한다. 단, 기본급여에 대한 본인부담금은 「국민연금법」 제51조 제1항 제1호에 따른 금액의 100분의 5(2011년 기준 약 9만 1천원)에 해당하는 금액을 넘을 수 없다. 그리고 아동의 경우 기본급여액(월 한도액)에 따라 본인부담금이 산정된다. 본인 부담금에 대한 자세한 내용은 다음의 <표 2-5-7> 및 <표 2-5-8>과 같다.

[표 2-5-7] 기본급여에 대한 본인부담금

(단위: 원)

구분		본인 부담률	4등급 (35만원)	3등급 (52만원)	2등급 (69만원)	1등급 (86만원)
기초수급자		면제	면제	면제	면제	면제
차상위계층		정액	20,000	20,000	20,000	20,000
전국 가구 평균 소득	50%이하 (207만원 이하)	6%	21,000	31,200	41,400	51,600
	100%이하 (415만원 이하)	9%	31,500	46,800	62,100	77,400
	150%이하 (623만원 이하)	12%	42,000	62,400	82,800	91,200
	150%초과 (623만원 초과)	15%	52,500	78,000	91,200	91,200

[표 2-5-8] 추가급여에 대한 본인부담금

(단위: 원)

구분		본인부담율	83천원	166천원	664천원
기초수급자		면제	면제	면제	면제
차상위 계층		면제	면제	면제	면제
전국 가구 평균 소득	50%이하 (207만원 이하)	2%	1,600	3,300	13,200
	100%이하 (415만원 이하)	3%	2,400	4,900	19,900
	150%이하 (623만원 이하)	4%	3,300	6,600	26,500
	150%초과 (623만원 초과)	5%	4,100	8,300	33,200

4. 국외 장애인 활동지원제도 현황

다음에서는 독일, 호주, 캐나다에서 실시되고 있는 활동지원 제도 현황에 대해 살펴해보도록 하겠다(이익섭 외, 2009).

가. 독일

독일의 경우, 활동보조서비스는 지역사회 내에서 자립생활을 추구하는 장애인에게 자기결정의 삶의 목표를 추구할 수 있도록 사회활동 참여의 가능성과 기회를 제공해 주는 서비스이다. 활동보조서비스는 장애 유형에 따라서 24시간 제공되는 경우도 있으며, 개인의 필요정도에 따라 각각 시간이 차등 지원된다. 서비스 대상 자격기준은 특별한 규정을 두고 있지 않지만, 일반적으로 영유아를 제외한 장애 아동부터 성인 그리고 노인을 모두 포함하고 있다. 우선 독일 수발보험의 어떤 서비스 단계에 적용되는지, 그리고 일상 사회생활지원을 위해서는 지방자치

단체의 사회복지청에서 장애인 자립생활과 사회참여(SGB IX)에 근거하여 활동보조서비스 제공을 결정하게 된다. 서비스 내용에는 장애인이 일상생활을 영위하는 데 요구되어지는 모든 서비스 조치를 포함한다. 여기에는 신체관리, 영양섭취, 이동영역, 가사관리 영역, 학습 및 직업 활동보조 등 거의 모든 영역을 포괄하고 있다. 또한 특별한 경우, 의사소통을 위한 컴퓨터 장비교육 및 일반 교육을 동원한 활동보조서비스를 제공하는 경우도 있다. 일반적으로는 재가에서 요양이 필요한 장애인에게 제공되어 진다.

나. 호주

호주의 경우, 장애인 활동보조서비스는 Attendant Care Program(ACP)라 불리며, 장애인들이 가정과 지역사회 내에서 자립을 유지하도록 돕는 것을 목적으로 한다. 호주의 ACP의 서비스 대상 자격기준은 16세에서 65세 이내이며 주당 15-35 시간의 서비스를 이용함으로써 지역사회 내에서 자립생활을 유지할 수 있는 있는 신체 장애인이 다. 그리고 다음의 서비스 활동을 승인된 ACP 패키지에 속하는 것으로 인정한다. 1) 재가 보호서비스 와 여가, 직업, 교육활동을 수행할 수 있도록 보조 2) 보조인과 클라이언트 교육(훈련) 3) 가사일, 식사준비, 생필품 쇼핑 등의 보조 서비스(주당 4시간 상한) 4) 클라이언트들은 ACP를 통해 제공받는 서비스와 비슷한 유형의 정부제공서비스를 이용할 수 없다. 반면 지역사회 내 자립생활을 위해 다른 종류의 서비스를 이용할 수 있다. 이러한 서비스에는 사례관리(case management), 교통, 주택관리(home maintenance), 병원방문, 숙박휴식서비스(residential respite services), 주간프로그램, 지역사회참여프로그램 등이 포함된다.

다. 캐나다

캐나다의 경우, 활동보조서비스는 장애 당사자인 소비자의 지시에 따라 일상생활의 신체적 활동을 돕는 것으로, DF(Direct Funding)을 활용하여 소비자에게 직접 기금을 제공하고 장애인 스스로가 자신의 활동보조인을 결정하고 훈련시킬 책임을 갖도록 한다. 캐나다의 활동보조서비스는 성인 신체 장애인을 대상으로 하고 있으며, 발달장애인을 위한 프로그램은 별도로 존재한다. 활동보조서비스의 형태는 세 가지가 존재하는데 첫째, self-managed attendant services에 해당하는 직

접지불(Direct Funding: DF)이다. 이러한 DF의 대안으로서 Supportive Housing Units과 Attendant Outreach Service가 있다. 먼저, 부양시설(Supportive Housing)에서 제공하는 서비스는 자기지시 능력이 제한되거나 다양한 서비스가 필요한 이용자에게 활동보조서비스를 갖춘 공동가정환경을 제공하는 것이다. Attendant outreach services는 사전 계획된 활동보조서비스를 오전 6시부터 자정사이에 집, 일터, 교육이나 훈련시설(클라이언트가 자격·학위·졸업증을 따기 위한 장소)에서 제공받는 것이다. 캐나다의 활동보조서비스는 성인 신체 장애인을 대상으로 설계되어 있으며 대부분의 주에서 연령의 상한선은 제한하고 있지 않다. 한편, 캐나다의 활동보조서비스 활동 내용은 다음과 같은 것들이 있다. 1) 침대에서 들어올리기, 트랜스퍼 2) 옷 갈아입기 3) 화장실 보조(화장실, 소변백(leg bag) 비우기, 세면) 4) 식사보조 5) 직장이나 교실에서 개인적으로 준비하는데 도움이 필요한 활동.

5. 장애인 활동지원제도 문제점

가. 서비스 신청자격 제한

현행 활동지원 제도의 신청자격은 ‘장애인복지법’ 상 등록 1급 장애인으로 제한되어 있다. 현재 서비스 대상 연령인 6세 ~ 64세의 1급 등록장애인 전체는 약 15만 명으로 이 가운데 현행 활동지원 제도를 이용하는 장애인은 약 5만 명 정도로 전체 등록 1급 등록 장애인의 약 3분의 1에 해당된다. 하지만 활동지원 제도가 별도의 판정체계를 가지고 있기 때문에 대상자를 장애인복지법 상 등급으로 제한하는 것을 적절하지 못하다(김성화·이송희, 2012). 특히 1급 장애인과 삶의 어려움과 그리고 필요한 사회적 지원이 별반 다르지 않은 2급 장애인에게 현행 활동지원 제도가 어떠한 보장도 하지 않는 점은 심각한 문제임에 틀림없다. 하지만 다행스러운 점은 내년부터 활동지원 제도 신청자격을 2급까지 완화시켰다는 것이다. 그러나 향후 점진적으로 활동지원제도 신청자격에 있어서 장애인복지법 상 장애등급 기준을 없애야 할 것이다.

나. 급여수준 제한

현행 활동지원 제도는 인정점수에 따라 기본적으로 4등급으로 수급권자를 구분하여 월 42시간 ~ 103시간의 기본급여와 별도의 추가급여를 제공하고 있다. 하지만 김동기 외(2012)에 의하면 월 100시간 정도의 추가적인 활동지원 제도에 대한 욕구가 존재하는 것으로 드러났다. 그러나 현 제도에서는 인정시간 이외의 모든 이용시간에 대해서는 전적으로 본인부담으로 부가하고 있기 때문에 현실적으로 많은 중증장애인의 지역사회참여와 정착에 있어서 상당 부분 제약을 받고 있다. 따라서 향후 활동지원제도의 기본급여 확대가 절실히 필요하다. 뿐만 아니라 현재 형식적인 수준에 머무르고 있는 추가급여수준의 현실화와 더 나아가 김동기 외(2012)에서 밝혀진 양육급여, 준독거 급여 등과 같은 새로운 추가급여 유형 발굴 또한 향후 점차적으로 이루어져야 한다.

다. 본인부담금 산정기준의 비합리성

현행 활동지원 제도의 본인부담금은 소득수준에 따라 차등적으로 부과된다. 그런데 소득수준에 따라 본인부담금을 부과함에 있어서 개인소득이 아닌 타 제도와의 형평성, 소득산출 방식의 기술적인 문제 등을 고려하여 가구소득을 기준으로 본인부담금을 부과하고 있다. 하지만 중증장애인의 경우 가족구성원으로부터 아무런 경제적 지원을 받지 못하고 있는 경우가 상당히 많음에도 불구하고, 이처럼 가구소득을 기준으로 본인부담금을 부과하는 것이 중증장애인 입장에서는 높은 서비스 진입장벽으로 작용하고 있다. 따라서 활동지원 제도 본인부담금 산정은 가구소득이 아닌 개인소득을 기준으로 해야 할 것이다.

라. 낮은 서비스단가

현행 활동지원제도의 단가는 주간의 경우 시간당 8,300원, 22시 이후부터 익일 오전 6시 이전까지 심야 및 야간 시간, 또는 공휴일의 경우 9,300원이다. 하지만 이와 같은 낮은 서비스 단가는 원활한 인력공급에 큰 걸림돌로 작용하고 있다. 즉, 다른 돌봄 서비스에 비해 상대적으로 서비스 단가가 적기 때문에 활동보조인 인력수급이 현장에서 매우 힘들다는 것이다. 특히 유사 서비스인 노인 장기요양

보험제도의 경우 통상적으로 4시간 기준에 39,500원이 서비스 단가로 시급이 약 9,800원 정도에 해당된다. 따라서 향후 활동지원 제도의 경우도 유사 서비스인 노인 장기요양보험처럼 최소한 9,800원대로 서비스 단가를 상향조정해야 할 것이다. 뿐만 아니라 야간, 공휴일의 경우도 현행 9,300원에서 좀 더 상향조정해야 할 것이다.

마. 불합리한 인정조사 방식

현행 활동지원 제도는 별도의 인정조사표를 통해 인정점수를 산출한다. 하지만 현행 인정조사표는 장애유형별 특성, 생활환경 및 서비스 욕구 등을 제대로 반영하지 못하고 있다. 이론 인해 시각장애, 지적장애 등 몇몇 장애유형이 인정점수를 받는데 있어서 상대적으로 불리한 경우가 다수 존재한다. 따라서 향후 장애유형별 특성을 최대한 반영한 인정조사표 개발이 시급하게 이루어져야 할 것이다. 뿐만 아니라 현행 인정조사표는 장애인의 생활환경 및 서비스 욕구 등을 조사만 할 뿐 서비스 급여수준 및 인정점수에는 전혀 반영하지 못하고 있는데, 향후 생활환경 및 서비스 욕구 또한 인정점수 산출에 반영되어야 할 것이다.

바. 서비스 품질관리 시스템의 부재

2012년 4월말 기준으로 전국에 활동지원기관이 총 953개가 설립 및 운영되고 있으며, 활동보조기관이 603개로 가장 많은 비중을 차지하고 있다(보건복지부, 2012). 그리고 이와 같은 제공기관에 대해 보건복지부, 시도, 시·군·구는 자체적인 계획을 수립하여 연 1회 이상 지도·점검을, 시도 또는 시·군·구는 반기 1회 이상 현장점검을 실시해야 한다. 하지만 이와 같은 지도·감독 및 현장점검은 서비스 질 관리 차원에서 이루어지는 것이 아니라 대부분 행·재정 측면에서의 명백한 과실 또는 위법사례 발견 및 이에 대한 시정조치 등이 주를 이루고 있다. 따라서 현장에서 활동지원제도 서비스에 대한 품질관리는 전혀 이루어지지 않고 있다 해도 크게 틀리지 않으며, 그 동안 활동지원기관에 대한 중앙정부 차원에서의 평가조차도 이루어진 적이 없을 정도이다. 그 결과, 김 동기 외(2012) 연구결과, 활동지원 제도를 이용하는 대상자의 제공기관에 대한 만족도가 4점 만점에서 2.7점으로 상당히 낮게 나타났다. 뿐만 아니라 활동지원제도 개선사항을 분석한 결과, 서비

스 질 향상에 대한 욕구도 상대적으로 높게 나타났다. 따라서 향후 활동지원 제도에 대한 효과적인 품질관리 시스템이 구축되어야 할 것이다.

사. 서비스의 연속성 부재

위에서도 언급하였듯이, 현행 활동지원제도의 단가는 주간의 경우 시간당 8,300원, 22시 이후부터 익일 오전 6시 이전까지 심야 및 야간 시간, 또는 공휴일의 경우 9,300원이다. 그런데 문제는 심야, 야간, 공휴일 및 긴급한 경우 등에 활동보조인 인력수급이 원활하게 이루어지지 못하고 있다. 즉, 대부분의 활동보조인이 통상적인 근로자 성격으로 아침 9시부터 저녁 6시까지 근무하는 것을 선호하고 있기 때문에, 위와 같은 1,000원 정도의 인센티브로는 심야, 야간 및 공휴일에 활동보조인을 구하는 것이 현실적으로 매우 힘들다. 이는 김동기 외(2012)에서도 여실히 드러났는데, 연구결과 활동보조인에 대한 만족도 항목 중 “주말/휴일/평일 시간대에 상관없이 활동보조인에게 서비스를 제공받을 수 있다”가 4점 만점 중 2.4점으로 나타났다. 즉 현실에서 이용인들이 본인이 원하는 시간대에 서비스를 제공받지 못하고 있다는 것이다. 따라서 이와 같은 서비스 비연속성을 해결할 수 있는 효과적인 정책 대안 마련이 시급함을 알 수 있다.

Ⅲ. 국내외 기준

1. 국내 기준

가. 대한민국헌법

헌법 제10조에 의하면 “모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다” 라고 명시되어 있다. 장애인의 지역사회정착 및 자립생활은 이상의 헌법 제10조 인간의 존엄권과 행복추구권에서 연유한다. 그리고 헌법 제10조에는 직접 명시되어 있지만 인간의 존엄권에서 그 어떤 인권보다

생명권이 우선적으로 보장되어야 한다는 것이 자연스럽게 도출된다. 따라서 활동 지원 제도는 장애인의 생명권을 우선적으로 보장하기 위한 핵심적인 수단으로서의 제도인 것이다. 뿐만 아니라 제10조 행복추구권은 자기결정권을 전제로 하는 것으로 장애인당사자가 지역사회에 일원으로 살아갈 것을 스스로 선택할 권리가 있음을 내포하고 있는 것이다.

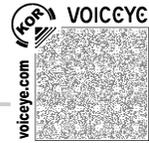
나. 장애인복지법

장애인복지법은 장애인의 완전한 사회참여와 평등을 통하여 사회통합을 이루는데 장애인복지의 이념을 두고 있다(장애인복지법 제3조). 또한 제53조에 “국가와 지방자치단체는 중증장애인의 자기결정에 의한 자립생활을 위하여 활동보조인의 파견 등 활동보조서비스 또는 장애인보조기구의 제공, 그 밖의 각종 편의 및 정보제공 등 필요한 시책을 강구하여야 한다” 라고 명시하고 있다. 그리고 제55조에 “국가와 지방자치단체는 중증장애인이 일상생활 또는 사회생활을 원활히 할 수 있도록 활동지원급여를 지원할 수 있으며, 임신 등으로 인하여 이동이 불편한 여성장애인에게 임신 및 출산과 관련한 진료 등을 위하여 경제적 부담능력 등을 감안하여 활동보조인의 파견 등 활동보조서비스를 지원할 수 있다” 라고 명시함으로써, 장애인복지의 일반법적 성격을 지니고 있는 장애인복지법에서 활동지원 제도의 법적근거를 일차적으로 마련하고 있다.

이상을 통해 알 수 있듯이, 장애인복지법은 장애인의 완전한 사회참여와 자립생활을 지원함을 목적으로 하고 있으며, 이를 위한 핵심적인 수단으로서 활동지원제도를 지원하고 있음을 알 수 있다.

다. 장애인활동지원에 관한 법

장애인복지법 제55조를 근거로 지난 2011년 10월 장애인활동지원에 관한 법률이 제정되었다. 동법 제 1조에 “신체적·정신적 장애 등의 사유로 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인에게 제공하는 활동지원급여에 관한 사항을 규정하여 장애인의 자립생활을 지원하고 그 가족의 부담을 줄임으로써 장애인의 삶의 질을 높이는 것을 목적으로 한다” 라고 명시함으로써, 동 법의 존재 목적이 장애인의 자립생활구현 및 삶의 질 증진임을 밝히고 있다. 그리고 제3조에 “국



가와 지방자치단체는 적절한 활동지원급여를 제공하여 장애인이 일상생활과 사회 생활을 원활히 할 수 있도록 시책을 마련하여야 한다. 그리고 국가와 지방자치단체는 활동지원사업이 장애인의 자립생활을 지원하고 그 가족의 부담을 줄일 수 있도록 매년 필요한 재원을 조달하여야 한다.” 라고 명시함으로써 활동지원급여에 대한 국가 및 지자체의 책무성에 대해서도 밝히고 있다.

2. 국외 기준

국제장애인권리협약 제19조에 장애인의 자립생활과 활동지원 제도에 대한 내용이 명시되어 있다. 동 조항을 살펴보면 다음과 같다.

국제장애인권리협약 제19조(자립적 생활과 사회통합)

“본 협약의 당사국들은 장애인의 선택의 자유, 자립적 생활, 완전한 지역사회 통합과 참여를 온전히 이루기 위해 다음을 보장하는 것을 포함하여 효과적이고 적절한 조치를 취해야 한다.”

a) 장애인들은 비장애인과 마찬가지로 거주지 선택의 자유, 어디서 누구와 살 것인가에 대한 선택의 자유를 가지며 특정한 거주형태에 사는 것을 강요받지 않는다.

b) 장애인의 생활과 지역사회로의 통합을 지원하고 지역사회로부터의 소외되거나 격려 되는 것을 방지하기 위해 필요한 활동보조지원(Personal Assistance)을 포함하여 각종 가정, 생활시설, 그리고 지역사회의 지원서비스에 접근하여야 한다.

c) 일반인을 위한 지역사회 서비스 및 시설은 장애인에게도 동등한 기준으로 이용가능 해야 하며 장애인의 욕구에 부합되어야 한다.

따라서 장애인의 자립생활은 장애인권리협약에 의해 보장된 장애인의 인권임과 동시에 이를 위한 핵심적인 수단이 바로 활동지원제도임을 알 수 있다.

IV. 정책방향

활동지원제도가 나아가야 할 정책방향은 장애인의 완전한 사회참여 보장이다. 장애인복지법의 기본이념은 제3조에 의하면, “장애인복지의 기본이념은 장애인의 완전한 사회 참여와 평등을 통하여 사회통합을 이루는 데에 있다” 로 명시되어 있다. 즉, 장애인이 지역사회에 비장애인과 동등한 수준으로 참여하며 모든 법과 제도 앞에 차별받지 않는 동등한 인격체로서 살아가는 것이 바로 장애인복지법이 추구하는 기본 이념이자, 동시에 활동지원제도가 지향해야 할 정책방향이다.

따라서 활동지원 제도는 기존의 예산논리에 따라 장애인의 욕구와 인권을 국가의 예산에만 끼워 맞추는 것이 아니라, 장애인의 욕구와 인권을 충족시켜 줄 수 있는 최대한의 방향으로 제도를 수정해 나가야 할 것이다. 즉, 장애인의 진정한 지역사회정착을 위해 활동지원 제도를 내실화시켜야 한다. 그리고 이와 같은 활동지원 제도의 내실화는 그 동안 장애인에 대한 수혜적 복지관점이 아닌 인권관점을 기반으로 하는 것이며, 이는 장애인이 더 이상 국가정책의 동정적·시혜적·의존적 객체가 아닌 국가를 상대로 권리적·적극적 주체로서 서비스를 요구할 수 있어야 함을 의미한다. 장애인 활동지원제도의 내실화 방향은 큰 틀에서 신청자격 전 장애 등급 확대, 급여수준 내실화, 합리적인 본인부담금 산정, 서비스단가 조정 등을 포함해야 할 것이다.

V. 핵심추진과제

1. 장애인복지법상 등급제한 폐지

현행 장애인복지법 상 등록 1급에 한해서만 활동지원급여를 신청할 수 있다. 그리고 내년부터 추가적으로 등록 2급까지 활동지원급여를 신청할 수 있도록 완화시켰다. 하지만, 현행 활동지원법상 활동지원급여를 제공받기 위해서는 활동보조서비스인정조사표에 의한 방문조사 결과 220점 이상이어야 한다. 즉, 현재 2가지 조건, 장애인복지법상 등급조건과 인정점수 조건을 모두 충족시켜야 활동지원급여를 제공받을 수 있다. 이처럼 별도의 판정표에 의해서 급여여부가 결정되기

때문에 일차적으로 장애인복지법 상 장애등급 기준을 적용하여 신청자격을 제한시킬 논리적 이유가 희박하다. 따라서 향후 활동지원급여 신청 자격을 현행 만 6세 이상 만 65세 미만의 장애인복지법상 등록 1급 장애인이 아닌, 만 6세 이상 만 65세 미만의 장애인복지법상 등록 장애인으로 변경해야 할 것이다.

2. 기본 급여 상향 조정

현재 기본급여가 월 42시간~103시간까지 지원되고 있다. 하지만 이와 같은 수준의 기본급여로는 장애인의 진정한 지역사회정착은 현실적으로 매우 힘들다. 따라서 향후 기본급여를 최대 100시간 정도 상향조정하는 것을 점진적으로 고려해야 할 것이다. 또한 독일, 일본의 경우 하루 24시간 활동지원 제도가 존재하지만 우리나라의 경우 부재하다. 그러나 독거 중증장애인의 경우 하루 24시간의 활동지원이 이루어지지 않는다면, 독거 중증장애인의 생명과 인권은 그 만큼 사각지대에 고스란히 놓이게 되는 것이다. 따라서 향후 독거 중증장애인 등 생활환경 및 장애특성을 고려하여 제한적으로나마 24시간 활동지원을 제공해야 할 것이다. 뿐만 아니라 현재 야간 및 긴급한 경우 활동보조인 인력수급이 어려운 형편이다. 따라서 야간 및 긴급 급여 지원을 신설하여, 위기상황에 대한 사전적 대비가 이루어져야 한다.

3. 추가급여 양과 유형의 내실화

현재 8개의 추가급여가 월 10시간 ~ 80시간 제공되고 있다. 하지만 이와 같은 추가급여수준은 그 추가급여가 존재하는 목적을 전혀 달성하지 못하고 있다. 예를 들면, 직장생활을 하는 장애인의 경우 10시간을 추가적으로 지원받고 있는 데, 10시간의 의미는 출퇴근 시 보행 또는 이동 보조를 하기에는 턱없이 부족한 수준이다. 따라서 향후 각각의 추가급여가 존재하는 목적에 맞는 급여수준 지원이 이루어져야 할 것이다. 뿐만 아니라 현행 활동지원 제도는 장애인의 생활환경 또는 서비스욕구를 전혀 급여수준 산출에 반영하지 않고 있다. 하지만 영유아를 양육하는 경우, 독거는 아니지만 동거가족들이 직장생활 또는 학교생활 등으로 인해 전혀 지원을 받지 못하는 경우 등은 새로운 급여에 대한 욕구가 분명히 존재한

다. 따라서 향후 장애인의 생활환경 또는 서비스 욕구를 고려하여 다양한 추가급여가 신설되어야 할 것이다.

4. 개인별 급여산출방식으로 전환

현재 급여수준 산출방식은 인정조사표에 의해 이루어진다. 하지만 인정조사표에 의한 방식은 장애인의 생활환경, 서비스 욕구, 신체적·정신적 기능 제약 등을 종합적으로 고려하여 개별 장애인에게 필요한 급여수준을 산출하는 것이 아니라, 획일적으로 인정점수대로 구분하여 각각 점수대에 할당되어 있는 급여수준을 지원하는 것이다. 이와 같은 접근은 개별 장애인의 욕구를 정확히 반영하지 못하고 있을 뿐만 아니라, 오히려 불필요한 급여수준을 지원하는 반대의 경우도 유발시킨다. 즉, 제한된 재원에서 가장 합리적인 급여수준 산출방식은 필요한 만큼 지원하는 것이다. 따라서 향후 개별 장애인의 생활환경, 서비스 욕구, 신체적·정신적 기능제약 등을 고려하여 개개인에게 필요한 급여수준을 산출해야 할 것이다. 그리고 이를 위해 선행되어야 하는 과제는 개인별 필요한 급여수준을 정확히 산출할 수 있는 인정조사표 개발을 포함한 시스템을 구축하는 것이다.

5. 개인소득에 기초한 본인부담금 산정

현재 활동지원서비스대상자에게는 인정등급에 해당되는 만큼의 매월 일정액의 바우처가 지원되고, 매월 일정액의 본인부담금 납부 후 바우처 지원액 사용이 가능하다. 그리고 이와 같은 본인부담금은 소득수준에 따라 차등되는데, 이와 같은 소득수준은 개인소득이 아닌 장애인 가구소득이다. 따라서 향후 이처럼 장애인 개인소득이 아닌 가구소득에 기초하여 본인부담금이 산정되는 방식이 개인소득을 기초해서 산정되는 방식으로 변경되어야 할 것이다. 왜냐하면 장애인 및 장애인 가구의 특성 상, 부모, 자녀 등 가족이 경제적으로 부유해도 가족으로부터 경제적 지원을 받거나 또는 가족에게 요구하는 것이 현실적으로 어려운 장애인이 많기 때문이다. 이와 같은 장애인은 모든 본인부담금을 스스로 해결해야 하는 데, 이처럼 본인부담금이 부담스러워서 지원받는 모든 시간을 사용하지 못하는 대상자가 현실에서 많이 존재한다. 따라서 향후 장애인 가구소득이 아닌 장애인 개인소득

에 기초해서 본인부담금이 산정되어야 할 것이며, 방식은 국민기초생활보장법상 소득인정액을 산정하는 방식을 준용하면 될 것이다.

뿐만 아니라 국가에서 보장하는 기본급여량 및 추가급여량을 초과해서 이용하는 급여에 대해서는 전액 장애인이 본인 부담하도록 설계되어 있는데, 이 또한 개인소득에 근거하여 일정부분 본인부담을 경감하는 방향으로 제도가 변경될 필요가 있다.

6. 서비스단가 상향 조정

현재 활동지원제도 기본 서비스 단가는 8,300원이다. 이는 다른 유사서비스에 비해 상대적으로 낮은 단가이다. 이로 인해 대상자와 활동보조인 매칭 시에 연령별, 성별 매칭이 매우 어려운 것으로 나타나고 있다. 즉, 서비스 단가가 상대적으로 낮기 때문에 남자면서 중장년층인 활동보조인을 구하기가 매우 어려워, 대부분 여성 활동보조인이 남자 이용인에게 서비스를 제공하고 있다. 따라서 향후 활동보조 인력의 원활한 인력수급 및 이용자의 욕구에 맞는 서비스를 제공하기 위해 서비스 기본단가를 최소한 유사서비스인 노인 장기요양보험에 상응하는 만큼 상향조정해야 할 것이다.

7. 활동지원 단가 차등화

현재 활동지원 제도에서 단가차등은 심야, 공휴일 1,000원 인상 밖에 없다. 하지만 이와 같은 정도의 단가차등화는 현실에서 심야 및 공휴일에 활동보조인의 원활한 수급에 전혀 도움이 되지 못하고 있다. 이로 인해 서비스 이용 장애인의 경우 심야 및 공휴일에 활동보조인의 도움을 거의 받지 못하고 방치되고 있는 실정이다. 따라서 향후 활동지원 단가를 서비스 제공시간 및 요일에 따라 좀 더 현실적으로 차등화 시켜야 할 것이다. 독일의 경우 주말, 야간에 서비스를 제공하는 경우 통상적인 임금의 25%를, 공휴일에 제공하는 경우 통상적인 임금의 100%가 추가적으로 지원되고 있다. 스웨덴의 경우도 주말이 주중보다 20%가 추가적으로 지급되고 있다(이익섭 외, 2008). 따라서 향후 활동지원 단가를 최소한 근로기준법을 근거로 평일 야간 또는 주말에는 평상 시 단가보다 1.5배를 추가적으로

지급해야 할 것이다.

뿐만 아니라 더 나아가 활동보조인의 경력 및 노동강도에 따른 단가차등화도 고려해야 할 것이다. 요양보호사의 경우 1급과 2급으로 구분하여 전문성과 역할 범위를 고려하고 있는데, 활동보조인도 근무경력에 따른 전문성을 인정하여 향후 경력에 따른 단가 차등화도 고려할 필요가 있다. 이는 원활한 인력수급에 도움이 될 뿐만 아니라 장애인 입장에서 양질의 서비스를 제공받을 수 있을 것이다. 그리고 제공하는 서비스의 노동 강도에 따라서도 단가를 차등화 시켜야 할 것이다. 현재 서비스의 주체가 전도되어 활동보조인이 이용자를 선택하는 현상이 갈수록 심화되고 있다. 활동보조인 입장에서는 신체적 노동 강도가 강한 중증 지체 및 뇌병변 장애인보다 시각, 청각, 지적 장애인등을 더 선호한다는 것이며, 의도적으로 신체적 중증장애인의 활동지원을 기피하고 있는 실정이다. 이는 활동보조인의 도덕적 해이로만 치부할 문제가 아니며, 구조적으로 모든 서비스 내용에 따른 단가가 동일하기 때문에 발생하는 것이다. 일본의 경우 서비스 내용에 따라 단가가 각각 다르게 책정되어 있다(이익섭 외, 2008). 따라서 향후 활동지원 서비스의 노동 강도에 따른 단가 차등화도 함께 고려해야 할 것이다.

8. 효과적인 서비스 품질관리 시스템 구축

현재 활동지원 제도에 대한 품질관리 시스템이 없다고 해도 크게 틀리지 않다. 시도 및 시·군·구에 의한 현장점검 및 지도감독이 전부이다. 따라서 향후 이에 대한 효과적인 서비스 품질관리 시스템이 구축되어야 할 것이며, 무엇보다도 내년 부터 제공기관에 대한 평가가 시행되어야 할 것이다. 제공기관 전체에 대한 평가를 토대로 현행 제공기관 운영상 서비스 질에 부정적인 영향을 미치는 요인을 파악하여 향후 이를 개선시키는 작업이 수반되어야 할 것이다. 그리고 서비스제공 과정에 대한 모니터링을 정기적으로 실시할 있는 시스템을 구축해야 할 것이다. 또한, 서비스 품질관리 차원에서 이용인에 의한 활동보조인 고용도 신중하게 고려해 볼 필요가 있다. 현재 활동지원제도의 경우, 전적으로 제공기관에서 활동보조인을 고용하여 이용인에게 연계시키는 시스템을 활용하고 있다. 이처럼 제공기관이 중개자 입장에서 활동보조인을 연계시키는 경우 이용인의 만족도가 상대적으로 낮아질 수도 있고, 고용주가 이용인이 아닌 제공기관의 장이기 때문에 이용인 입장에서 활동보조인에게 서비스를 지시 및 요구하는 것이 상대적으로 쉽지

않을 수도 있다. 따라서 이용인이 활동보조인을 스스로 직접 고용하고 교육시키며 서비스를 요구한다면, 자연스럽게 서비스 품질관리를 이루어질 수도 있을 것이다. 따라서 향후 제공기관에 의한 활동보조인 고용형과 이용인에 의한 활동보조인 고용형을 병행하는 것을 신중하게 검토할 필요가 있다.

9. 다양한 활동보조인 근무형태 마련

현재 심야, 주말, 공휴일 등에 활동보조인 인력수급이 매우 어려운 것이 현실이다. 그리고 이와 같은 시간대와 요일에 활동보조인 인력수급을 좀 더 원활하게 하기 위해 서비스 단가 차등화를 도입했지만 이 또한 현실에서는 별로 효과가 없는 것으로 나타났다. 따라서 이와 같은 시간대와 요일에 서비스 욕구가 있는 이용인들에게 서비스의 연속성을 보장하기 위해서는 다양한 활동보조인 근무형태가 마련되어야 할 것이다. 그 대표적인 사례가 바로 현재의 시급제가 아닌 월급제를 도입할 필요가 있다. 즉, 시·군·구별로 몇 개의 제공기관을 지정하여 시급제 이외의 월급제 활동보조인을 채용한다면 서비스의 연속성을 보장할 수 있을 것이다. 단, 이 경우 월급제 활동보조인에 대한 임금은 일정 부분 시·군·구에서 부담하는 것을 원칙으로 해야 할 것이다.

Ⅵ. 법률 개정안

지금까지 살펴본 활동지원제도의 문제점 및 핵심추진과제를 토대로 활동지원에 관한 법률 개정안을 제안하면 다음의 <표2-5-9>와 같다. 단, 시행령, 시행규칙, 고시에 의한 사항에 대한 개정은 포함시키지 않았다.

[표 2-5-9] 활동지원에 관한 법률 개정(안)

현행	개정(안)	개정 근거
<p>법률 제5조(활동지원급여의 신청자격) 활동지원급여를 신청할 수 있는 사람은 다음 각 호의 자격을 모두 갖추어야 한다.</p>	<p>법률 제5조(활동지원급여의 신청자격) 활동지원급여를 신청할 수 있는 사람은 다음 각 호의 자격을 모두 갖추어야</p>	<p>- 활동지원 신청자격을 장애인복지법 상 장애등급으로 제한시킬 근거 및 필요성이</p>

<p>1. 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 중증장애인으로 대통령령으로 정하는 장애 정도 이상인 사람</p> <p>2. 「노인장기요양보험법」 제2조제1호에 따른 노인등이 아닌 사람으로서 대통령령으로 정하는 연령 이상인 사람. 다만, 이 법에 따른 수급자였다가 65세 이후에 「노인장기요양보험법」에 따른 장기요양급여를 받지 못하게 된 사람으로서 보건복지부장관이 정하는 기준에 해당하는 사람은 신청자격을 갖는다.</p> <p>3. 활동지원급여와 비슷한 다른 급여를 받고 있거나 「국민기초생활 보장법」 제32조에 따른 보장 시설에 입소한 경우 등 대통령령으로 정하는 경우에 해당하지 아니하는 사람</p>	<p>한다.</p> <p>1. 혼자서 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 장애인</p> <p>2. 좌동</p> <p>3. 좌동</p>	<p>없기 때문에, 향후 모든 장애인으로 신청자격을 완화시킬 필요가 있음.</p>
<p>법률 제7조(활동지원급여신청의 조사) ② 특별자치도지사·시장·군수·구청장은 제6조에 따라 신청을 받은 경우에는 신청인의 장애 정도에 대하여 「장애인복지법」 제32조에 따라 심사를 할 수 있다.</p>	<p>삭제</p>	<p>- 장애등급에 따라 활동지원급여를 제공하는 것이 아니므로, 장애인등록에 관한 심사절차인 동법 제32조에 따른 심사를 할 수 있다는 조항을 삭제할 필요가 있음.</p>
<p>법률 제18조(활동지원급여의 월 한도액) ① 활동지원급여는 월 한도액의 범위에서 제공한다. 이 경우 월 한도액은 활동지원등급 등을 고려하여 산정한다.</p> <p>② 제1항에 따른 월 한도액의 산정 기준 및 방법과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정</p>	<p>법률 제18조(활동지원급여의 월 한도액) ① 활동지원급여는 월 한도액의 범위에서 제공한다. 이 경우 월 한도액은 수급자의 욕구와 필요를 반영하여 최대한으로 정하되, 활동지원등급 등을 고려하여 산정한다.</p> <p>② 독거 여부 및 장애 정</p>	<p>- 활동지원 급여 산정의 근거로서 수급자의 욕구와 필요부분을 강조할 필요가 있으며, 또한 월 720시간 지원에 대한 사회적 필요성이 제기된 것을 향후 법 개정에 포함시킬 필요가 있음.</p>

<p>한다.</p>	<p>도 등을 고려하여 월 720시간의 활동지원급여가 필요한 장애인의 경우 해당 급여를 지원해야 한다. 그 구체적 기준 및 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p> <p>③ 전항에 따른 월 한도액의 산정 기준 및 방법과 그 밖에 필요한 사항은 보건복지부령으로 정한다.</p>	
<p>법률 제33조(본인부담금) ① 수급자는 해당 급여비용의 100분의 15 한도에서 대통령령으로 정하는 수급자와 그 부양의무자의 소득 및 재산 등 생활수준에 따라 그 비용의 일부(이하 “본인부담금”이라 한다)를 차등 부담한다.</p>	<p>법률 제33조(본인부담금) ① 수급자는 해당 급여비용의 100분의 15 한도에서 수급자의 소득 및 재산 등 생활수준에 따라 그 비용의 일부(이하 “본인부담금”이라 한다)를 차등 부담한다.</p>	<p>- 장애인가구의 특성을 반영하여 본인부담산정의 근거를 가구소득이 아닌 개인소득으로 전환시킬 필요가 있음.</p>



제3장 결 론

장애인의 자립생활은 장애인이 비장애인과 동등한 선택권을 가지고 지역사회에 참여하고, 효과적으로 정착하는 있어 중요하다. 이에 본 연구는 장애인 자립생활과 관련한 소득, 의료, 고용, 주거, 활동보조 등에 대한 지원체계와 관련 제도, 정책의 현황 및 문제점 등을 파악하여 효과적인 장애인 자립생활과 지역사회 정책을 위해 필요한 과제를 살펴보고자 하였다.

서론에서는 먼저 자립생활과 지역사회정착이 사회적 배제를 극복하기 위한 논의에서 출발할 필요가 있음을 확인하고, 장애인의 인구학적 변화에 따른 욕구의 증가와 다변화에 따라 다양한 차원과 영역에서 정책과제를 동시에 고려하고자 소득·의료·고용·주거·활동지원의 다섯 가지 영역을 통해 정책과제를 살피고자 하였다.

본론에서는 다섯 가지 각각의 영역이 장애인 자립생활과 지역사회정착에 있어 가지는 의의를 살펴보고, 현행 제도의 현황과 문제점을 파악하였다. 또 국내외의 제도와 기준을 확인하고 이에 따라 정책방향과 핵심추진과제를 제안하였다.

아래는 각 분야별 현황 및 문제점과 그에 따른 정책방향을 정리한 것이다.

소득보장 분야		
현황 및 문제점	정책방향	
<ul style="list-style-type: none"> ●국민기초생활보장제도 <ul style="list-style-type: none"> -수급자격기준 ·부양의무자 기준 문제 ·최저생계비 문제 ·소득인정액의 문제 -급여방식 등 <ul style="list-style-type: none"> ·차상위층 지원의 문제 ·조건부수급제도 문제 ●장애인연금제도 <ul style="list-style-type: none"> -장애등급에 의한 대상제한 문제 -비현실적이고 형평성에 어긋난 소득기준 문제 -급여수준의 문제 -장애인연급에 대한 정부와 장애계의 시각차 	⇨	<ul style="list-style-type: none"> ●국민기초생활보장제도 <ul style="list-style-type: none"> -수급자격기준 개선 ·부양의무자 기준 폐지 ·상대적 빈곤선 도입 ·재산의 소득환산제 개선 ·추정소득 부과 폐지 -급여체계 개편 <ul style="list-style-type: none"> ·저소득층 지원강화 ·조건부 수급제도 개선 ●장애인연금제도 <ul style="list-style-type: none"> -수급자격기준 개선 ·장애등급제 폐지 ·소득기준 완화 -급여수준 조정 -장기적 제도개선 모색

소득보장 분야에서는 장애인을 대상으로 한 제도와, 장애인만을 대상으로 한

제도는 아니지만 장애인을 포함한 전반적인 소득보장제도의 현황과 문제점, 이에 따른 장애인의 경제상황을 확인한 바 있다. 연구에 따르면 장애인은 여전히 열악한 경제상황 가운데 있으며, 특히 국민기초생활보장제도와 장애인연금제도 등의 소득보장정책은 크게 수급자격과 급여수준 및 체계에 있어 개선이 필요한 것으로 나타났다.

이에 본 연구에서는 국민기초생활보장제도 수급자격기준에서 부양의무자 기준 폐지, 상대적 빈곤선 도입, 재산의 소득환산제 개선, 추정소득 부과 폐지 등의 수급자격기준 개선과 저소득층 지원을 강화하고 조건부 수급제도를 개선하는 방향의 급여체계 개편을 제안하였다. 또한 장애인연금제도 역시 장애등급제 폐지, 소득기준 완화 등의 수급자격기준과 급여수준의 조정 필요성을 확인하고 보편적 추가비용 보전급여로 장애수당을 강화하거나 장애인연금을 소득보전을 위한 단일급여로 재편하는 등의 장기적인 제도 개선책을 모색한 바 있다.

의료보장 분야	
현황 및 문제점	정책방향
<ul style="list-style-type: none"> ●보건의료서비스 욕구 <ul style="list-style-type: none"> -장애인의 높은 보건서비스 욕구 -장애인 건강관련 기초 통계 미비 ●열악한 건강 실태 ●여성장애인의 건강과 모성 보호 애로사항 ●보건의료 인력의 장애인식 부족 	<ul style="list-style-type: none"> ●수요자 중심 보건의료서비스 욕구 대응 <ul style="list-style-type: none"> -관련 통계조사 개선 -장애인 대상 만성질환 검진체계 구축 ●의료기관 접근성 향상 <ul style="list-style-type: none"> -장애인화장시설 구비 유도 -의무적 장애수진보조인력 확보 -관련 의료서비스 홍보개선 -장애아동에 대한 의료지원체계 구축 -여성장애인 건강 및 모성 관련 지원체계 구축 ●보건의료 인력의 장애인식 개선 및 소통난점 해소 ●관련 보건의료법 및 정책 적실성 검토 및 법 제 정비 ●장애판정체계 개선

의료보장 분야에서는 먼저 장애인의 높은 보건서비스 욕구와 열악한 건강 관련 실태에도 불구하고, 장애인 건강과 관련한 기초 통계의 미비와 보건의료 인력의 장애인식이 부족한 현실을 확인하였다. 특히 여성장애인의 경우 건강 문제를 비롯하

여 임신·출산 등 모성 보호에 있어서도 애로사항을 겪는 것을 볼 수 있었다.

이에 따라 본 연구에서는 장애인 건강과 관련한 통계조사를 개선하고 장애인을 대상으로 한 만성질환 검진체계를 구축하는 등 수요자 중심의 보건의료서비스 욕구에 대응할 필요가 있음을 밝히고, 의료기관 접근성 향상을 위해 장애친화시설 구비를 유도하고 의무적 장애수진보조인력을 확보하며, 관련 의료서비스 홍보를 활발하게 할 수 있도록 지원할 필요가 있음을 강조하였다. 또한 장애아동이나 여성장애인과 관련해서는 그 특수한 욕구에 대응한 의료지원체계가 확보되어야 할 것으로 여겨진다. 이 뿐 아니라 보건의료 인력의 장애 인식 강화와 소통 난점의 해소 및 인력 확보가 시급하며, 장애판정 체계 개선을 비롯하여 보건의료법 및 정책이 전반적으로 검토 및 정비가 요구되었다.

고용보장 분야

현황 및 문제점

- 경제활동실태
 - 낮은 고용률과 높은 실업률
 - 열악한 종사상 지위
 - 차별적 근로조건
- 장애인고용정책 문제
 - 부처간 분업 및 연계 결여
 - 영세한 직업재활시설과 장애인 근로자성 인정 문제
 - 의무고용제도 문제
 - 법정의무고용률 미달성
 - 약한 고용주책임
 - 장애인고용기금 재정문제
 - 고용 후 사후지도 미비
 - 의무고용인프라 부족
 - 통계 및 정보체계 미비

⇒

정책방향

- 부처간 정책연계 강화
 - 교육과 직업재활 연계 강화
 - 중도장애인 취업지원체계 구축
- 보호고용기업체계 구축
 - 네트워크형 장애인다수고용 공기업 제안
 - 현행 직업재활시설 전환
- 의무고용제도 합리화
 - 법정의무고용률 상향 조정
 - 장애인고용기금 수입지출구조 개선
 - 고용 후 사후지도 강화
 - 장애인고용인프라 확충
- 중증장애인 고용확대
 - 제도적 틀 변화 및 중증장애인 표적화
- 통계체계 정비
 - 다층적 통계체계 구축
 - 정책지표 개선

고용보장 분야에서는 자본주의 사회에서 고용이라는 삶의 영역이 가지는 중요성에도 불구하고 적절한 노동권과 경제활동을 보장받고 있지 못한 장애인의 근로 실태를 확인하고, 관련한 정책의 문제를 면밀히 파악하였다. 연구 결과 장애인은 고용률이 낮고, 고용이 되어 있어도 종사상의 지위가 열악하며 차별적인 근로 조

건을 가진 것으로 확인되었고, 장애인 고용과 관련한 정책 역시 분절적이고 낮은 실효성을 드러내었다.

이에 본 연구는 교육부, 노동부, 복지부 등 관련 부처 간 연계를 강화하고 특히 중도장애인의 특수성을 고려한 장기적 연계 방안이 필요함을 확인하였다. 또 장애인 근로자성에 대한 보장을 위해 보호고용기업체계를 구축할 것을 제안하였으며, 법정 의무고용률 상향 조정, 고용 후 사후지도 강화 등 의무고용제도 합리화 방안을 마련하였다. 뿐만 아니라 중증장애인의 고용 확대를 꾀하기 위하여 이들을 표적화 한 방안을 제시하고, 제도적 틀의 변화가 필요함을 살펴보고 이러한 정책에 대한 수립, 시행, 평가의 근거 마련을 위해 통계체계의 정비와 정책지표 개선이 시급함을 피력하였다.

주거보장 분야		
현황 및 문제점	⇒	정책방향
<ul style="list-style-type: none"> ● 장애인 주거실태 및 특성 <ul style="list-style-type: none"> - 낮은 주거안정성과 열악한 주거환경 - 장애인주거정책 전달체계 미비 및 낮은 정보 접근성 - 육구과악 어려운 장애인주거실태조사 ● 공공주택 부족 및 공공임대주택 진입장벽 <ul style="list-style-type: none"> - 육구 및 실태 고려한 공공주택 공급 부족 - 주거안정성 낮은 주거복지정책 ● 장애유형 및 특성 고려한 주거지원서비스 부재 ● 적절한 주택에 대한 접근성 떨어짐 ● 주거비지원 및 주택금융정책 문제 <ul style="list-style-type: none"> - 임대료 부담 - 주거비 부담 - 주택금융제도에의 낮은 접근성 ● 사회통합과 보편성 결여한 집단 주거 ● 장애인 참여 배제 및 이익제기 절차 미비 	⇒	<ul style="list-style-type: none"> ● 전달체계 구축 및 관련 부처와 연계 강화 <ul style="list-style-type: none"> - 장애인주거정책 장기계획 수립 - 장애인주거정책 전달체계 구축 - 사회서비스와 주거서비스 연계 강화 - 장애인주거실태조사 보완 ● 주거안정성 보장 위한 주택공급 확대 <ul style="list-style-type: none"> - 공공임대주택 공급 확대 - 민간주택 임대료 지원 확대 및 기준 개선 ● 장애인 주거지원 서비스 실시 <ul style="list-style-type: none"> - 주거약자지원센터 설치 등 - 취약장애인 위한 거주지원서비스 우선 실시 ● 주거환경개선지원 <ul style="list-style-type: none"> - 장애로 인한 주택개조 및 원상복귀 지원 의무화 - 농어촌장애인주택개량사업 도시로 확대 - 지자체지원 장애인주택개조사업 전국 확대 - 장애인주거취적기준 및 편의시설설치기준 보완 ● 주거비 지원 <ul style="list-style-type: none"> - 장애인주거수당 지급 - 임대료 채무보증제도 실시 - 임대료 차등화 제도 실시 ● 장애인 참여보장 및 이익제기 절차 구축 ● 사회통합지향적 주거정책 철학 확립

주거보장 분야에서는 주거가 지역사회 정착과 자립을 위해 필수적인 요소임을 절감하고 장애인 당사자 관점에서 주거정책과 서비스 현황과 문제점을 확인하였다. 이에 따르면 장애인은 불안정하고 열악한 주거환경에 처해있으며, 장애유형과 특성을 고려한 주거지원서비스가 부재한 것으로 확인되었다. 또 공공주택의 부족과 공공임대주택에 대한 진입장벽이 존재하며 주거비 지원과 주택금융정책에도 문제점이 있음을 발견하였다.

이에 본 연구에서는 단순히 소득수준에 따른 빈곤층 집중의 공공주거정책에서 탈피하여 장애 등의 수요자 특성과 필요를 기반한 주거정책 마련이 필요하고, 특히 낮은 주거안정성과 장애 특수성과 관련한 욕구에 대응하기 위한 주거환경 개선과 주거비 지원, 거주지원 서비스 마련과 주택공급 확대가 이루어져야 함을 확인하고, 사회통합을 지향하는 주거정책 철학의 확립을 통해 장애인 주거차별에 대한 대응과 권리구제 방안 절차 보완이 선행되어야 함을 제안하였다.

활동지원 분야	
<p style="text-align: center;">현황 및 문제점</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 서비스 신청자격 제한 ● 급여수준 제한 ● 비합리적 본인부담금 산정기준 ● 낮은 서비스단가 ● 불합리한 인정조사 방식 ● 서비스 품질관리 시스템 부재 ● 서비스 연속성 부재 	<p style="text-align: center;">정책방향</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 장애인복지법상 등급제한 폐지 ● 기본 급여 상향 조정 ● 추가급여 양과 유형 내실화 ● 개인별 급여산출방식으로 전환 ● 개인소득에 기초한 본인부담금 산정 ● 서비스단가 상향 조정 ● 활동지원 단가 차등화 ● 효과적 서비스 품질관리 시스템 구축 ● 단력적 활동보조인 근무형태 마련

마지막으로 활동지원 분야에서는 장애인의 자기결정과 책임성을 보장하기 위한 수단으로서의 활동지원제도의 역할에 있어 서비스 신청자격, 급여수준이 여전히 제한되어 있으며 본인부담금 산정기준과 인정조사 방식의 불합리성과 낮은 서비스 단가, 서비스 품질관리 시스템과 연속성의 부재 등이 문제점으로 작용하고 있음을 확인하였다.

이에 따라 본 연구에서는 장애인복지법상 등급제한의 폐지, 기본 급여 상한 조정, 추가급여의 양적, 질적 향상이 필요하며, 인정조사 방식이 아닌 개인별 급여 산출방식으로 전환과 가구소득에 기초한 본인부담금 산정이 개인소득 기준으로 변경되어야 함을 제안하였다. 뿐만 아니라 서비스 단가의 상향과 활동지원 단가 차등화가 고려되어야 하며, 탄력적인 활동보조인 근무 형태 마련과 보다 효과적인 서비스 품질관리 시스템이 구축도입되어야 할 것이다.

장애인 지역사회 정착은 다양한 방식으로 이루어질 수 있으나 본 연구는 장애인의 삶의 모든 측면이 배제되지 않고 변화될 수 있는 방식과 원칙 아래 소득, 의료, 고용, 주거, 활동지원의 5가지 분야의 정책과제를 논의하였다. 이를 통해 정상화의 관점으로 지역사회 중심의 서비스 환경의 총체적 조성과 법에 기반한 제도적 변화를 도모하기 위한 기초를 제공할 수 있었다고 여겨진다.

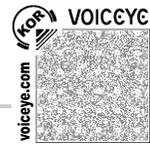
또한 장애인복지 제도 및 서비스의 당사자이자 소비자인 장애인의 욕구에 바탕한 주체적인 참여를 위해 국가와 지역사회가 우선적으로 추진해야 할 정책과제를 제시함으로써, 장애인들에게 가능한 일상적인 보통의 삶과 자신의 개별 욕구를 충족할 수 있는 권리의 창구를 마련하기 위한 방안을 검토하였다는 데 의의가 있다.

장애인의 자립생활과 지역사회 정착은 각 나라별로 동일한 구조나 정형화된 형태를 띠지 않으며, 사회적 차별과 제약을 적극적으로 극복하고 장애인 당사자의 자기결정을 최대한 지키기 위한 실질적인 방안을 구축해야 하기에(최운영, 2005), 상황에 맞게 시공간적으로 변화되어야 할 필요가 있다. 따라서 본 연구의 현황과 문제점에 대한 분석과 정책방향을 기반으로 시의적절한 정책이 시행될 필요가 있으며, 지역사회정착에 있어 장애인 당사자의 주체성과 권리 옹호를 위한 민관의 적극적인 움직임이 뒷받침되어야 할 것이다.

참고문헌

□ 국내문헌

- 감정기 외 (2007). 경남지역 재가 장애아동의 재활의료서비스 접근성에 관한 다중사례 연구, 인문논총, 21.
- 강동욱·석말숙 (2006). 보호작업장 내 중증장애인의 근로자성과 정책적 개선방안, 직업재활연구, 16(1), 105~123.
- 강미나 (2010), 장애인 가구의 주거실태조사 결과, 장애인주거정책대안마련토론회 자료집(2010.9.27.), 한국장애인단체총연맹·전국장애인차별철폐연대·국회의원 최규성·국회의원 신영수.
- 강미나·김진범·이현지·김태환·김현진·주현대·서종균 (2010). 장애인 주거실태와 주거정책 연구. 국토연구원.
- 관계부처합동 (2009). 민생안정 긴급지원대책. 3월 12일.
- 교육과학기술부 (2010). 특수교육 연차보고서. 2010년 정기국회 보고자료.
- 국가인권위원회 (2007). 장애인권리협약 해설집. 국가인권위원회.
- 국가인권위원회 (2011). 장애인권리협약 제1차 국가보고서. 국가인권위원회,
- 국가인권위원회 (2012). 장애인 인권증진 중장기 계획 수립을 위한 공청회.
- 국토해양부 (2004), 주택업무편람.
- 국토해양부·복권위원회·한국토지주택공사 (2012), 주거복지사업안내 리플릿.
- 권선진 (2007). 장애인복지론. 제2판. 청목출판사.
- 기초법개정공동행동(국민기초생활보장법 개정을 위한 공동행동) (2011). 부양의무제 피해 상담사례집: 2011년 집단수급신청 상담내용 중에서. 5월.
- 김경미 (2005). 장애인의 활동보조서비스 이용 이후 삶의 변화에 대한 연구: 신체적·심리적·사회관계적 측면을 중심으로. 한국사회복지학. 57(4), 253-274.
- 김도현 (2007). 차별에 저항하라: 한국의 장애인운동 20년 1987~2006년. 박종철출판사.
- 김동기 외 (2012). 장애유형 연령 및 생활환경 등에 따른 급여이용실태 조사 연구. 보건복지부 연구용역 과제.
- 김성희 외 (2010). 장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구-장애인정책발전 5개년계획 복지분야 중간점검, 한국보건사회연구원 연구보고서, 10-22



김성희·변용찬·손창균·이연희·이민경·이송희·강동욱·권선진·오혜경·윤상용·이선우 (2011). 2011년 장애인 실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

김성희 외 (2011), 장애인 복지지표를 통해 살펴본 OECD 국가의 장애인정책 비교 연구, 한국보건사회연구원.

김성희·이송희 (2012). 장애인활동지원제도 도입에 따른 개선방안. 보건복지포럼. 184: 57-62.

김수갑·여경수 (2005), 장애인주거복지 개선을 위한 법제도적 개선방안, 공법학연구, 6(3): 165-189.

김용익 (2003). 장애우 보건의료의 과제와 대안. 장애우 권익문제연구소 제 11기 장애우 보건의료학교 교육자료집.

김운태 (2003), 장애우의 건강권과 보건의료인의 역할. 장애우 권익문제연구소 제 11기 장애우 보건의료학교 교육자료집.

_____ (2008), 서울시 저소득층 재가중증장애인 보건복지서비스 이용현황과 욕구조사, 재활복지, 12(2).

_____ (2012). 장애인 건강권 확보를 위한 법률 제정 필요성, 장애인 건강권 확보를 위한 토론회 자료집, 한국장애인단체총연맹.

김종진·장창엽·유완식·김언아·이정주·류정진·강필수·최종철·남용현·김운삼 (2008). 의무고용제도 재설계 방안. 한국장애인고용촉진공단 고용개발원.

김태성·김진수 (2007). 사회보장론. 서울: 청목출판사.

남상오 외 (2007). 장애인의 주거복지 실태와 정책 대안 연구. 한국장애인인권포럼. 66-69.

남용현·최종철·류정진·이일행·윤형경 (2010). 장애인고용정책 자원 합리화 방안. 한국장애인고용공단 고용개발원.

남찬섭 (2005). 최저생계비 결정과정에 관한 연구: 중앙생활보장위원회와 전문위원회 회의록을 중심으로. 사회보장연구, 21(4), 255-282

_____ (2008). 장애인 고용실태의 특성 및 그 배경과 개선방향, 사회복지정책, 33, 31-59.

_____ (2009). 장애인 교육수준의 실태와 그 배경: 장애발생연령을 중심으로 한 분석, 사회복지연구, 40(4), 153-180.

노화준 (2006). 정책평가론, 서울: 법문사.

대선장애인연대 (2012). 18대 대선 장애계 12대 요구 공약.

박경수·강경선·박숙경·조백기·김동기·장서연·임소연·송효정·김은애·윤진철 (2011), 장애

유형별 자립생활 현황과 지원체계 개선에 관한 연구. 국가인권위원회 연구용역보고서.

박경수·이채식·이형렬·이세영·박현주·박영미 (2011). 중증장애인 자립생활 정착을 위한 고용지원방안 연구. 한국장애인고용공단 고용개발원.

박숙경 (2011). 장애인 탈시설-자립생활 연수를 다녀와서. 복지동향. 2011(1). 24-29.

박윤희 외 편 (2012), 보건의료법규, 의료정책연구소.

박자경·남용현·김경아·김규한 (2006). 장애인고용촉진 및 직업재활기금의 합리적 운용방안. 한국장애인고용촉진공단 고용개발원.

박종혁 (2012), 장애인의 건강(보호) 및 보건 등에 관한 법률 제안, 장애인 건강권 확보를 위한 토론회 자료집, 한국장애인단체총연맹.

발달장애인지원정책기획단 (2011). 발달장애인지원방안. 보건복지부.

변용찬·김성화·윤상용·최미영·계훈방·권선진·이선우 (2006). 2005년도 장애인 실태조사. 보건복지부·한국보건사회연구원.

변용찬 외 (2006). UN장애인권리협약 연구, 한국보건사회연구원.

변용찬·김성화·윤상용·강민희·최미영·손창균·오혜경 (2009). 2008년 장애인실태조사. 보건복지가족부·한국보건사회연구원.

보건복지부 (2006). 여성장애인의 임신·출산·육아 관련 종합정보제공 모델개발.

_____ (2008). 장애인정책발전 5개년계획 (2008~2012).

_____ (2010). 제3차 장애인복지정책5개년계획.

_____ (2011). 2011년 장애인활동지원 사업안내.

_____ (2011). 장애인복지사업지침.

_____ (2012). 2011년 장애인실태조사요약.

_____ (2012). 장애인활동지원 주요통계자료.

_____ (2012). 2012년 국민기초생활보장사업 안내.

_____ (2012). 2012년 자활사업안내.

_____ (2012). 2012년 장애인복지 사업안내.

빈곤사회연대 (2010). 국민기초생활보장법 개정 청원안 해설.

_____ (2011). 국민기초생활보장법 개선을 위한 과제.

빈부격차차별시정위원회 (2006). 장애인 고용·복지시스템 혁신방안. 내부자료.

서인환 (2008). 기초장애연금법 제정방향과 향후전망.

_____ (2012). 장애인 건강권 확보를 위한 토론, 장애인 건강권 확보를 위한 토론

- 회 자료집, 한국장애인단체총연맹.
- 서정희 (2012). 보호고용된 장애인의 근로자성에 관한 소고, 한국장애인복지학, 18, 1-17.
- 서종균 (2009). 장애인자립생활을 위한 주거정책의 과제. 국토연구, 61, 81-102.
- 서종균·임덕영·김현옥·김윤이·홍인옥·신효진 (2009). 비주택 거주민 인권상황 실태조사. 국가인권위원회.
- 서종균 외 (2011). 주거취약계층 전국실태조사. 보건복지부(미배포자료).
- 석말숙 (2009). 임금근로장애인의 근속기간에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 한국장애인복지학, 11, 243-276.
- 세계보건기구 (2011). WHO 세계장애보고서. (재)한국장애인재단, (주)올벼.
- 손창균 외 (2009). 2009 한국복지패널 기초분석보고서. 한국보건사회연구원·서울대학교 사회복지연구소.
- 신은경 외 (2010). 한국 기능·장애·건강분류 개발 2차연구, 단국대학교 사회복지학과, 삼육재활센터.
- 신명호·홍익옥·장세훈·남원석·전홍규·유병덕·한영희·배지영 (2004). 사회적 배제의 관점에서 본 빈곤층 실태연구.
- 신행익 외 (2011). 지역거점의료재활센터 사업타당성 및 모델개발, 2011년도 국립재활원 정책연구용역
- 심진예·김경아·김용탁·남용현·박자경·이국주 (2006). 장애인고용정책 국제비교 연구. 한국장애인고용공단 고용개발원.
- 안응호 (2010). 장애인 주거정책의 문제점과 대안, 복지동향, 2010(11): 56-29.
- 연세대학교 사회복지연구소(2006). 중증장애인생활실태조사. 국가인권위원회 연구용역 과제.
- 오정숙 (2005). 장애인 만성질환자의 의료서비스 이용 요인에 관한 연구 : 건강보험 지역가입자를 중심으로, 연세대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 우경숙 외 (2009). 장애인 진료에 대한 의사의 태도 및 행태, 한국장애인복지학, 11. 277-300.
- 우주형 (2008). 장애인연금법 공청회 : 장애인연금법안의 방향과 주요 내용.
- 유동철 (2009). 인권관점에서 보는 장애인복지. 아산재단연구총서. 271. 집문당.
- 유명화 외 (2007). 여성장애인의 임신·출산·육아와 사회적 지원, 재활복지. 11(2). 131-157.
- 윤상용 (2008). 장애인소득보장과 정책과제. 보건복지포럼, 138, 35-49.

- 윤상용 외 (2010). 장애인연금 시행방안 연구 : 법제도를 중심으로. 한국보건사회연구원.
- 윤태호 외 (2007), 장애 유형별 의료서비스 이용의 차이, 보건행정학회지, 17(2), 33-51.
- 이선우 (2009). 장애인복지의 이론과 실제. 서울: 집문당.
- 이성기·이선우 외 (2010). 장애인차별금지법 이행 및 차별개선 모니터링. 국가인권위원회 연구용역보고서.
- 이익섭·김동기·이한나(2007). 자립생활 서비스 이용과 지역사회 참여 및 고용의 관계와 역량강화의 매개효과. 직업재활연구, 17(1), 5-24.
- 이익섭 외 (2008). 장애인 활동보조 지원사업 발전방안 연구. 보건복지부 연구용역과제.
- 이익섭 외 (2009). 장애활동보조서비스 이용 및 공급실태 조사연구. 보건복지부 연구용역과제.
- 이익섭 외 (2009), 한국표준장애분류 개발 연구 계획, 연세대학교 사회복지연구소, 삼육재활센터.
- 이준일 (2010), 헌법과 사회복지법제, 세창출판사.
- 이현주 외 (2005). 차상위계층 실태분석 및 정책제안, 한국보건사회연구원
- 이충완 (2002), 현행 보건의료법률의 재정관련 규정 분석-보건복지부 예산을 중심으로, 연세대학교 대학원 보건학과 박사학위논문.
- 장애와인권발바닥행동 (2010). 영국은 지금? 한국은 어떻게? 장애인 탈시설-자립생활 영국연수 보고대회 (2010. 11. 30 보고회 자료집). 장애와인권발바닥행동.
- 전기택 외 (2010). 여성장애인 지표 개발 연구, 한국여성정책연구원.
- 정기원·권선진·계훈방 (1995). 1995년도 장애인 실태조사. 한국보건사회연구원.
- 정민영 (2007). 공공부조제도 국가간 비교연구 : 한국과 OECD8개국을 중심으로.
- 정중섭 (2006), 헌법학원론, 박영사,
- 조영재·이범재·김대호·하성준 (2005). 사업주지원금제도의 성과 및 제도개선방안. 한국장애인인권포럼-한국장애인고용촉진공단 연구용역보고서.
- 조형석 (2012). 2011년 장애인차별금지법 이행성과 및 평가, 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률 시행 4주년 기념토론회 자료집, 국가인권위원회.
- 조형원 (2001), 법에 의한 보건의료목표의 실현가능성, 법과 정책연구, 1, 59-90.
- 최복천 (2011), 여성장애인이 겪는 임신·출산양육 어려움에 대한 질적 연구, 한국

지체부자유아교육학회지 증보 · 지체부자유연구, 54(4). 323-327.

최예륜 (2012). 기초법 문제점과 우리의 요구, 거꾸로 가는 국민기초생활보장법, 무엇이 문제인가? 국민기초생활보장법 개정토론회 자료집, pp. 3-22.

최윤영 (2005). 장애인 자립생활의 개념 이해와 함의. 한국장애인복지학, 3, 121-140.

최은진 (2010). 건강잠재력 확충을 위한 건강관리체계 강화: 국민건강증진종합계획 2020을 중심으로, 보건복지포럼. 166. 37-47.

최현수 외 (2010). 장애인연금 시행방안 연구 : 선정기준 및 선정방식을 중심으로.

통계청 (2011). 가계동향조사 (2011. 2/4분기).

플라니, 칼 (2009). 거대한 전환: 우리 시대의 정치경제적 기원, 홍기빈 역, 도서출판 길.

한국보건사회연구원 (2011). 장애인연금 시행성과 및 개선방안 연구.

한국장애인개발원 (2010). 장애인백서.

한국장애인고용공단 (2010). 2010 장애인 경제활동 실태조사.

한국장애인고용공단 고용개발원 (2011). 2011 장애인 통계.

한국장애인고용공단 고용개발원 (2012a). 램플로이 공장 폐쇄 및 민영화 발표: 영국. 세계장애동향. 2012년 제3호.

한국장애인고용공단 고용개발원 (2012b). 통계청 2011년 장애인구 발표: 독일. 세계장애동향. 2012년 제6호.

한국장애인고용촉진공단 고용개발원 (2006). 2005년 장애인근로자 실태조사.

한국토지주택공사 (2012). 주거복지사업안내 리플릿.

헌법재판소 (2003). 구 장애인고용촉진등에관한법률 제35조 제1항 본문 등 위헌 소원, 2001헌바 96, 판례집 제15권 2집 상, 2003.7.24.

황수경 (2004). WHO의 새로운 국제장애분류(ICF)에 대한 이해와 기능적 장애 개념의 필요성, 노동정책연구, 4(2), 128-149.

홍인옥 외 (2005). 영구임대주택 주거실태조사. 서울: 건설교통부.

국외문헌

Bedfordshire Community Health Services (2009), Nothing about us without us: involving families in early support. Community Practitioner, *Journal of*

- the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 82.
- Bodenheimer, T. (2008), Coordinating care: A perilous journey through the health care system., *The New England Journal of Medicine*, 358.
- Braddock, D. L. & Parish, S. L. (2001), An institutional history of disability, Gary L. Albrecht, Katherine D. Seelman and Michael Bury (eds.), *Handbook of Disability Studies*, Sage Publications, 11~68.
- Dejong, G., A, Batavia, and L, McNew.(1992). "The independent living model of personal assistance in national long-term care policy." *Generations*, 8, 89-95.
- Dejong, G., & Wenker, T. (1979). 활동보조서비스. pp. 146-168. 정립회관 역, (2003). 신체 장애인을 위한 자립생활.
- Dejong, G., & Wenker, T.(1983). Attendant care as a prototype independent living service. *Caring*, 2(2).
- Dejong, G. et al. (2002), The organization and financing of health services for persons with disabilities. *Milbank Quarterly*, 80.
- Disability Rights Commission (2006), *Equality Treatment: Closing the Gap: A Formal Investigation into the Physical Health Inequalities Experienced by People with Learning Disabilities and/or Mental Health Problems*. London.
- Drainoni, M-L., et al. (2006), Cross-disability experiences of barriers to health-care access: consumer perspectives. *Journal of Disability Policy Studies*, 17.
- Drum, C. E. et al. (2005), Recognizing and responding to the health disparities of people with disabilities, *Californian Journal of Health Promotion*, 3, 29-42.
- Duggan, A. et al. (2009), What can I learn from this interaction?: A qualitative analysis of medical student self-reflection and learning in a standardized patient exercise about disability. *Journal of Health Communication*, 14.
- Fiscella, K. and Shin, P. (2005), The inverse care law: Implication for healthcare of vulnerable populations. *Journal of Ambulatory Care Manage*, 28(4).
- Frieden, L., Richards, L., Cole, J., and Bailey, D. (1979). *ILRU Source Book: A Technical Assistance Manual on Independent Living*. Houston: Institute for Rehabilitation and Research.

- Graham, C. L. et al. (2009), Teaching medical students about disability in family medicine. *Family Medicine*, 41
- Hart, J. T. (1971), The inverse care law, *Lancet*, 1.
- Havercamp S., et al. (2004), Health disparities among adults with developmental disability, adults with other disability, and adults not reporting disability in North Carolina, *Public Health Report*, Vol. 119.
- Häusermann, S. (2010), *The Politics of Welfare State Reform in Continental Europe: Modernization in Hard Times*, Cambridge University Press.
- Iezzoni, L. I., Ramanan, R. A, & Lee S. (2006), Teaching medical students about communicating with patients with major mental illness. *Journal of General Internal Medicine*, Oct, 21(10), 1112-5.
- ILO (International Labour Organization). (1998) *Social Security Principles*, Social Security Manual, Vol. I , Geneva.
- Johnstone, D. (2001). *An Introduction to Disability Studies*. 2nd ed. David Fulton Publishers.
- JSRPD (Japanese Society for Rehabilitation of Persons with Disabilities). 2007-2008. Disability Statistics Before and During the First AP Decade. Disability Information Resources. (<http://www.dinf.ne.jp>)
- Kaplan, C. (2006), Special issues in contraception: caring for women with disabilities. *Journal of Midwifery & Women's Health*, 51. 450-456.
- Kroll, T, & Neri, M. T. (2003), Experiences with care co-ordination among people with cerebral palsy, multiple sclerosis, or spinal cord injury, *Disability and Rehabilitation*, 25.
- Malone, A. (2003). *Breaking down the Barrier: Social Housing for People with Disabilities in Europe*, CEODHA.
- Millar, J. (2007). Social exclusion and social policy research: defining exclusion. Abrams, D., J. Christian and D. Gordon. eds. *Multidisciplinary Handbook of Social Exclusion Research*. John Wiley & Sons, Ltd, pp. 1-15.
- Morrison, E. H., George, V., & Mosqueda, L. (2008), Primary care for adults with physical disabilities: perceptions from consumer and provider focus groups. *Family Medicine*, 40.
- Myers, B. A., (1965), *A Guide to Medical Care Administration: Concepts and*

- Principles*, 1, The American Public Health Association.
- Nilsen, E. S. et al. (2006), Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (Online), 3.
- OECD (Organization for Economic Cooperation and Development) (2003). *Transforming Disability into Ability: Policies to Promote Work and Income Security for Disabled People*.
- Oliver, Michael (1990), *The Politics of Disablement*, Macmillan & St. Martin' s Press.
- Packer, T. L. et al. (2000), Attitudes to disability of Russian occupational therapy and nursing students. *International Journal of Rehabilitation Research*. Internationale Zeitschrift für Rehabilitationsforschung. Revue Internationale de Recherches de Readaptation, 23.
- Phillips, A., Morrison, J, & Davis, R. W. (2004), General practitioners' educational needs in intellectual disability health. *Journal of Intellectual Disability Research*, 48.
- Pierson, J. (2010). *Tackling Social Exclusion*. (2nd ed). Routledge.
- Saketkoo, L. et al. (2004). Effects of a disability awareness and skills training workshop on senior medical students as assessed with self ratings and performance on a standardized patient case. *Teaching and Learning in Medicine*, 16.
- Shakespeare, T., Iezzoni, L. I., & Groce, N. E. (2009), Disability and the training of health professionals. *Lancet*, 374.
- Thornton, P. (1998). *Employment quotas, levies and national rehabilitation funds for persons with disabilities: Pointers for policy and practice*. Report prepared on behalf of the ILO. Social Policy Research Unit, University of York.
- Thornton, P., & N. Lunt. (1997). *Employment policies for Disabled People in Eighteen Countries: A Review*. Social Policy Unit, University of York.
- Thompson, T. L., Emrich, K., & Moore, G. (2003), The effect of curriculum on the attitudes of nursing students toward disability. *Rehabilitation*



Nursing, 28.

Tracy, J., & Iacono, T. (2008), People with developmental disabilities teaching medical students: does it make a difference? *Journal of Intellectual & Developmental Disability*, 33.

Veit-Wilson, J. (1998), *Setting Adequacy Standards: How Government Define Minimum Incomes*. The Policy Press.

White, P. H. (2002), Access to health care: health insurance considerations for young adults with special health care needs/disabilities. *Pediatrics*, 110.

□ 인터넷 자료

에이블뉴스. “장애인복지와 관련된 최근 해외 동향,” 2012.7.10. (<http://www.ablenews.co.kr>)

에이블뉴스. “화재사망 장애인, 김주영 활동가로 밝혀져,” 2012.10.26. (<http://www.ablenews.co.kr>)

에이블뉴스. <http://www.ablenews.co.kr/News/NewsContent.aspx?CategoryCode=0048&NewsCode=004820120822142320421938>

에이블뉴스(2012.8.16) 내일은푸른하늘(한정재)

이동석, 2012. 10. 17. “장애판정의 새로운 패러다임 ICF,” 함께걸음(Online) (<http://www.cowalknews.co.kr/news/articleView.html?idxno=12160>)

통계청. 국가통계포털(KOSIS).

People’s Daily Online (중국 인민보), 2006.12.1. (<http://english.peopledaily.com.cn>)

Rehabilitation Council of India. 2009. National programme on orientation of medical officers working in primary health centres to disability management, New Dehli. (<http://www.rehabcouncil.nic.in/projects/phc.htm>, accessed 30 September 2010)

지역사회정착을 위한 장애인정책 현황 및 문제점 실태조사

인 쇄 일: 2012년 12월
발 행 일: 2012년 12월
발 행 처: 국가인권위원회
주 소: 100-842 서울시 중구 무교로 6 금세기빌딩
<http://www.humanrights.go.kr>
전 화: 장애차별조사1과 02) 2125-9832
팩 스: 02) 2125-9848
연구수행기관: 동아대학교산학협력단
인 쇄 처:

ISBN 978-89-6114-284-7 93330

비매품