2019

The Disabled
White Book

장애인 백서

한국장애인개발원

2019 장애인백서
집필위원, 감수위원, 기획·편집

■ 집필위원

Ⅰ. **커뮤니티케어와 장애인 자립생활**

1. **커뮤니티케어 추진 및 정책과제 | 김승연** 부연구위원(서울연구원 도시사회연구실)
2. **커뮤니티케어와 장애인 주거-UD 적용을 중심으로 | 류상오** 과장(한국장애인개발원 유니버설디자인환경부 UD환경팀)
3. **커뮤니티케어와 장애인 탈시설, 자립지원 | 이동석** 조교수(대구대학교 사회복지학과)
4. **커뮤니티케어와 장애인 보건의료 지원 | 임종한** 주임교수(인하대학교 의과대학 사회의학교실)
5. **커뮤니티케어와 정신장애인의 자립지원 | 권오용** 변호사(한국정신장애인연대 사무총장)

Ⅱ. **장애인의 사회참여**

1. **장애인 소득보장| 조윤화** 부연구위원(한국장애인개발원 정책연구실 조사패널팀)
2. **장애인 직업재활 | 이혜경** 팀장(한국장애인개발원 정책연구실 연구개발팀)
3. **장애인 활동지원 | 김경란** 팀장(한국장애인개발원 미래전략부 장애인복지지원팀)
4. **건축 및 이동편의 | 안성준** 팀장(한국장애인개발원 유니버설디자인환경부UD환경팀)
5. **장애인 특수교육 | 오영석** 교육연구사(교육부 국립특수교육원 기획연구과)
6. **장애인 방송접근권 | 최병연** 부장(시청자미디어재단 미디어접근부)
7. **발달장애인의 사회참여 - 주간활동지원을 중심으로 | 조윤경** 팀장(중앙장애아동 · 발달장애인지원센터 서비스지원팀)
8. **장애청소년의 자립 지원 | 서해정** 부연구위원(본원 정책연구실 연구개발팀)

Ⅲ. **장애인의 건강하고 행복한 삶**

1. **장애인 보건의료 | 호승희** 과장(국립재활원 재활연구소건강보건연구과)
2. **장애인 보조기기 | 권성진** 연구실장(경기도재활공학서비스연구지원센터)
3. **장애인 체육 및 건강 | 김지영** 부연구위원(한국장애인개발원 정책연구실 연구개발팀)
4. **장애인 문화 · 예술 그리고 예술교육 | 고재오** 총장(한국장애인문화예술단체총연합회)
5. **장애포괄적 재난위기 관리 | 강정배** 팀장(한국장애인개발원 정책연구실 조사패널팀)

Ⅳ. **장애인식 개선 및 국제협력**

1. **장애인식개선 | 박지연** 팀장(한국장애인개발원 미래전략부 장애인식개선팀)
2. **국제협력 | 김광희** 과장(한국장애인개발원 대외협력부)
3. **UN 장애인권리협약 | 유경민** 팀장(한국장애인개발원 정책연구실 연구기획팀)

부록

■ 감수위원

김용득 성공회대학교 사회복지학과 교수

조한진 대구대학교 사회복지학과 교수

■ 기획 · 편집

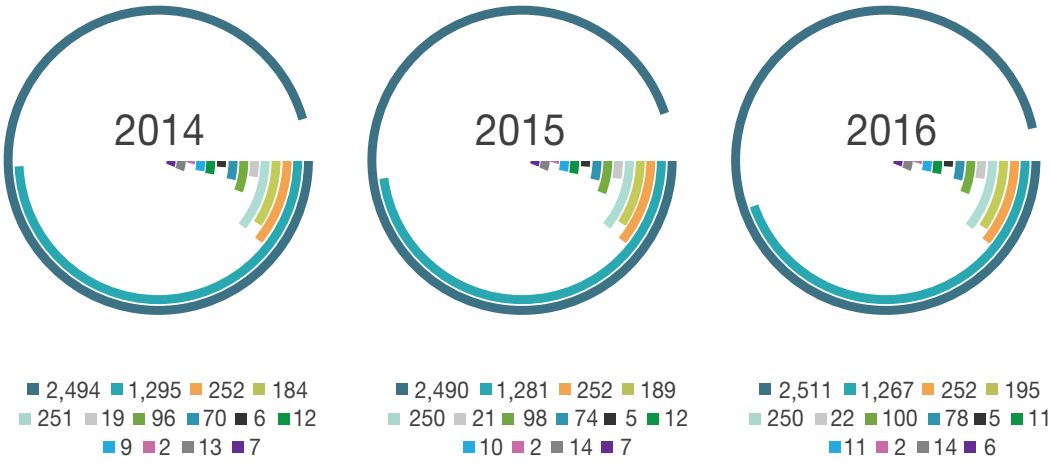
김정희 한국장애인개발원 정책연구실장

이율희 한국장애인개발원 정책연구실 연구기획팀 연구원

그림으로 보는

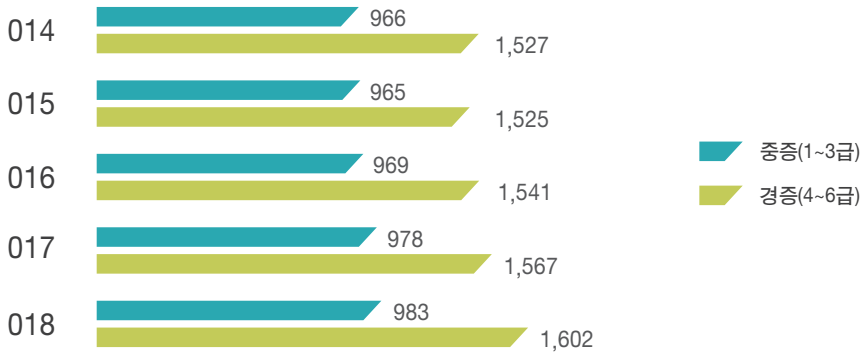
1 장애인구 통계

연도별 등록 장애인 추이 - 장애유형별



2 장애인구 통계

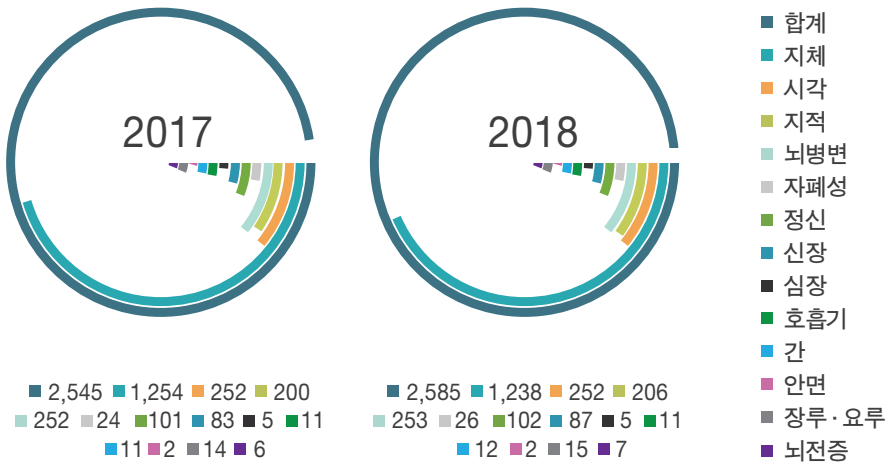
연도별 등록 장애인* 추이 - 장애정도별



* 2019년 7월 부터 장애등급제 폐지로 인해 중증장애인은 '장애의 정도가 심한 장애인', 경증장애인은 '장애의 정도가 심하지 않은 장애인'으로 변경됨

장애인 복지 주요통계

(단위 : 천명)



3 장애인구 통계

고령화 수준-연도별

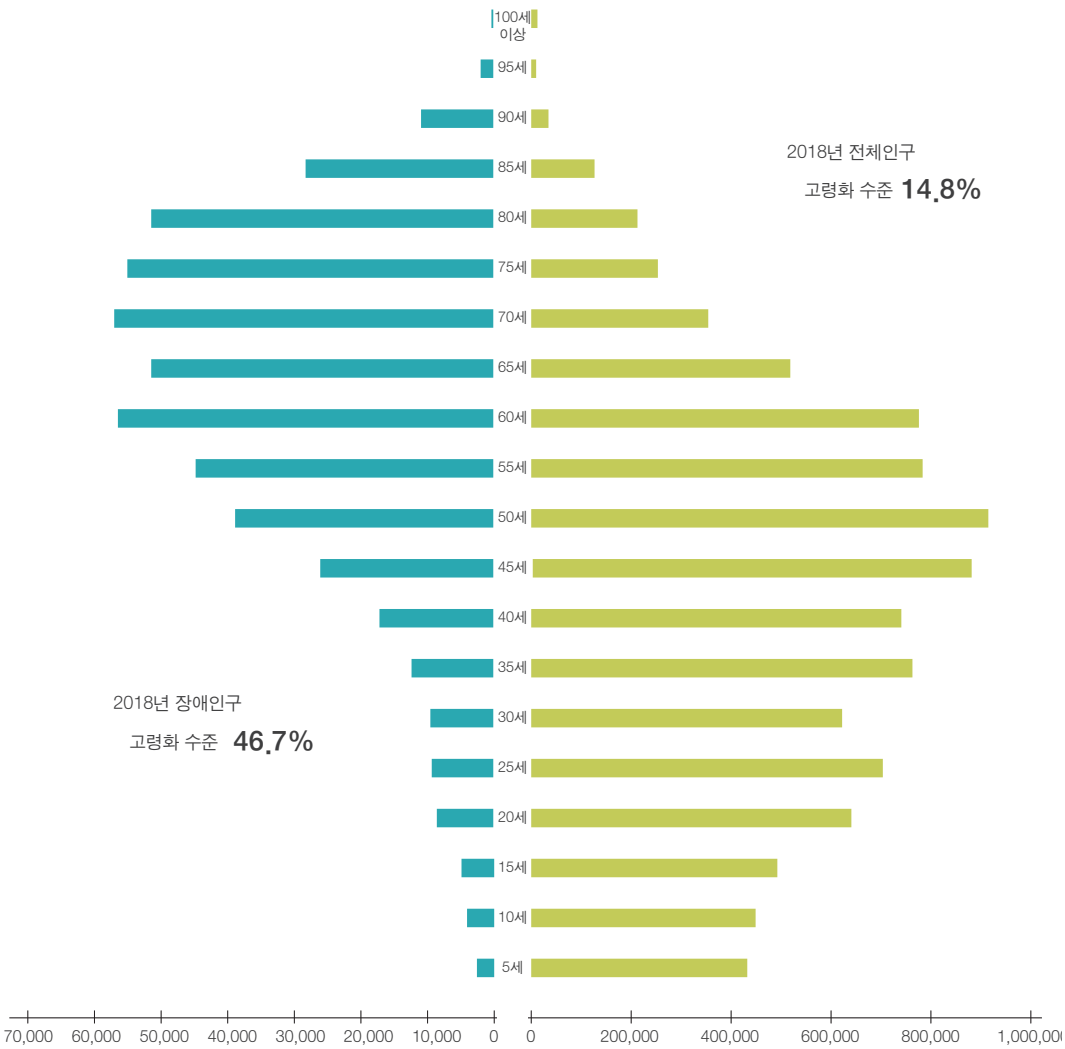
(단위 : %)

2014	2015	2016	2017	2018
장애인구 고령화 수준 41.4	장애인구 고령화 수준 42.3	장애인구 고령화 수준 43.4	장애인구 고령화 수준 45.1	장애인구 고령화 수준 46.7
전체인구 고령화 수준 12.7	전체인구 고령화 수준 13.2	전체인구 고령화 수준 13.5	전체인구 고령화 수준 14.2	전체인구 고령화 수준 14.8

그림으로 보는

4 장애인구 통계

고령화 수준 - 연령별 그래프

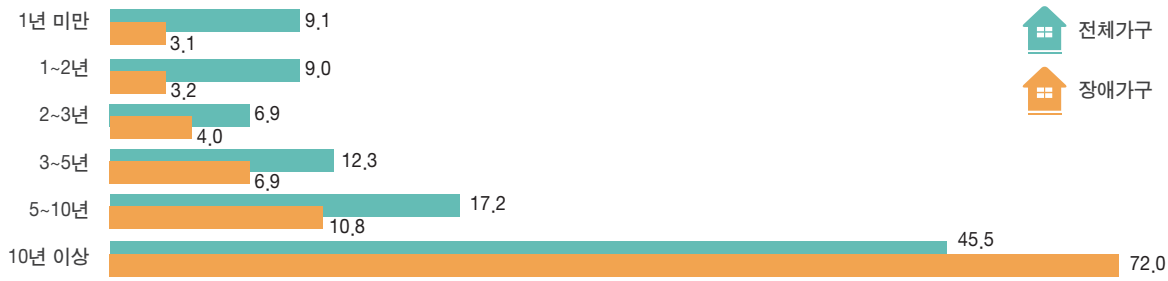


장애인 복지 주요통계

5 장애인 주거 통계

10년 이상 무주택 기간(2018년 기준)

(단위 : %)



6 장애인 어린이집 시설 통계

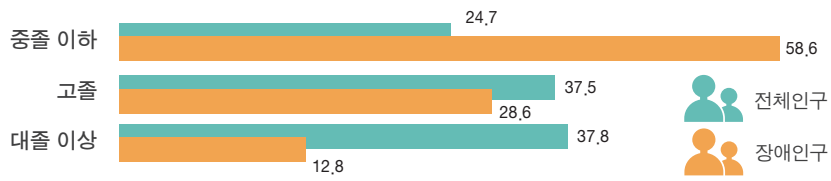
장애아 어린이집 현황

2014		2015		2016		2017		2018	
전문	174	전문	175	전문	177	전문	176	전문	177
통합	872	통합	899	통합	911	통합	946	통합	1000
계	1,046	계	1,074	계	1,088	계	1,122	계	1,177

7 장애인 교육 인구 통계

장애인 교육수준(2018년 기준)

(단위 : %)

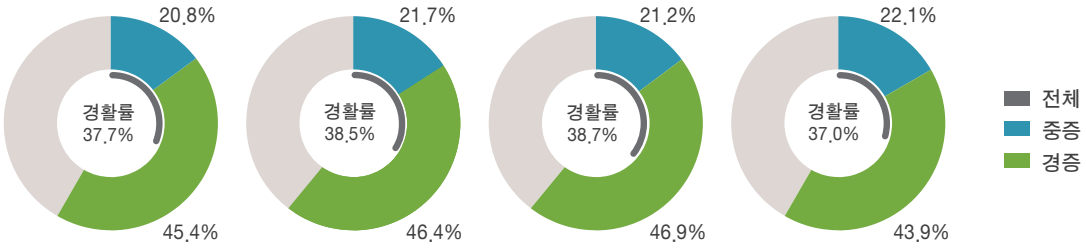


그림으로 보는

8 장애인 고용 및 사업통계

장애인 경제활동참가율

(단위 : 명)



2015

15세 이상 장애인구 2,444,194

장애인 취업자 921,980

2016

15세 이상 장애인구 2,4441,166

장애인 취업자 941,052

2017

15세 이상 장애인구 2,460,080

장애인 취업자 953,008

2018

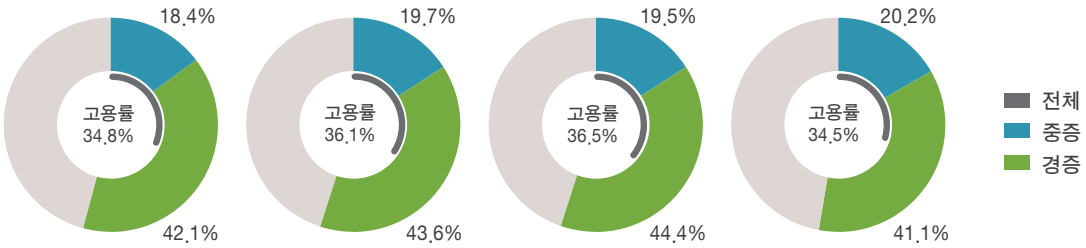
15세 이상 장애인구 2,495,043

장애인 취업자 922,897

9 장애인 고용 및 사업통계

장애인 고용률

(단위 : 명)



2015

15세 이상 장애인구 2,444,194

장애인 취업자 849,517

2016

15세 이상 장애인구 2,441,166

장애인 취업자 880,090

2017

15세 이상 장애인구 2,460,080

장애인 취업자 898,475

2018

15세 이상 장애인구 2,495,043

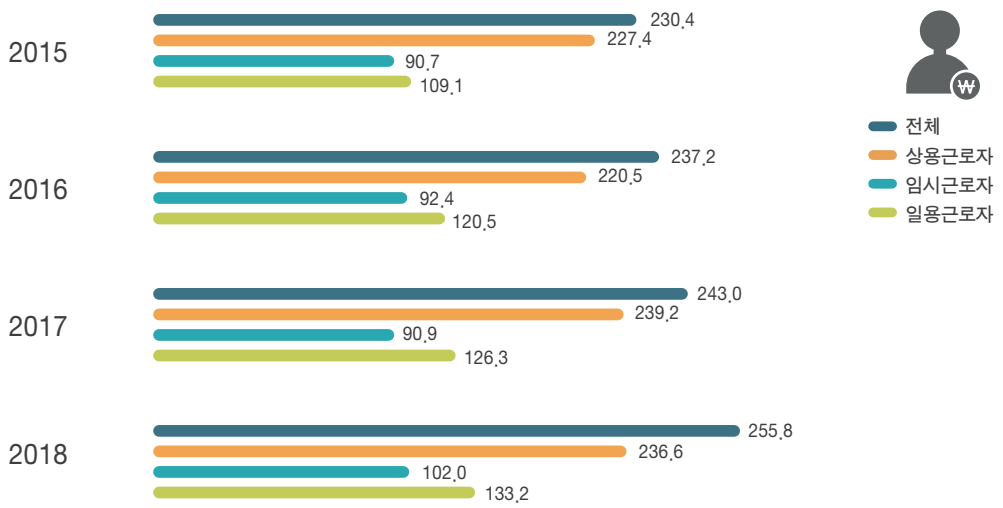
장애인 취업자 861,648

장애인 복지 주요통계

10 장애인 고용 및 사업통계

장애인 임금근로자 월 평균 소득

(단위 : 만원)



11 장애복지 예산 통계

보건복지부 소관 세출 규모 대비 장애인 복지 예산 현황

(단위 : 억원)

2015	2016	2017	2018	2019
3.45%	3.44%	3.42%	3.47%	3.83%
보건복지부 소관 총 지출규모 534,725	보건복지부 소관 총 지출규모 558,436	보건복지부 소관 총 지출규모 576,628	보건복지부 소관 총 지출규모 631,554	보건복지부 소관 총 지출규모 725,148
장애인 복지 예산 18,459	장애인 복지 예산 18,762	장애인 복지 예산 19,693	장애인 복지 예산 21,887	장애인 복지 예산 27,742

그림으로 보는

12 장애인 고용 및 사업통계

연평균 가구 경상소득 (단위 : 만원)

2017

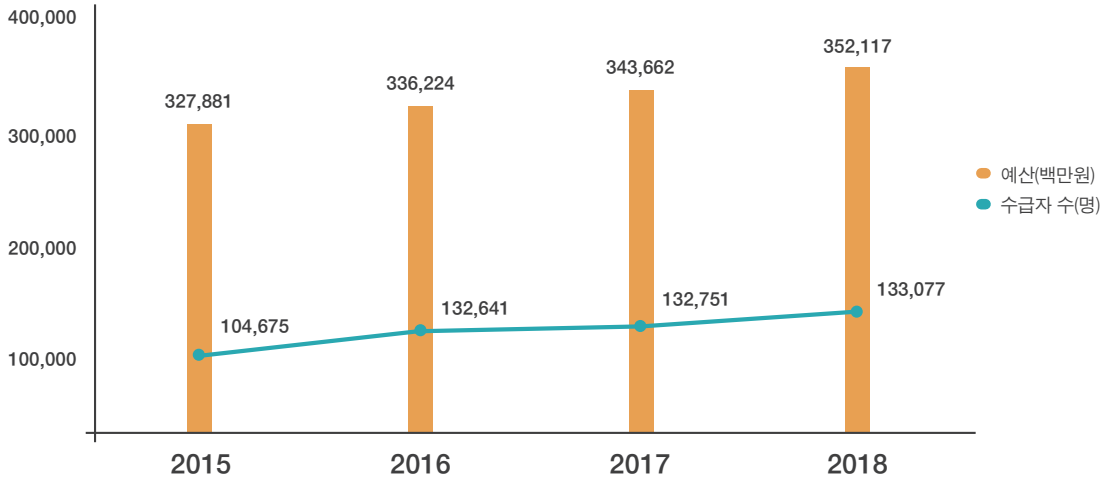
전체가구 5,478
장애가구 4,093

2018

전체가구 5,705
장애가구 4,129

13 장애수당 및 수급자 통계

장애수당 수급자 수

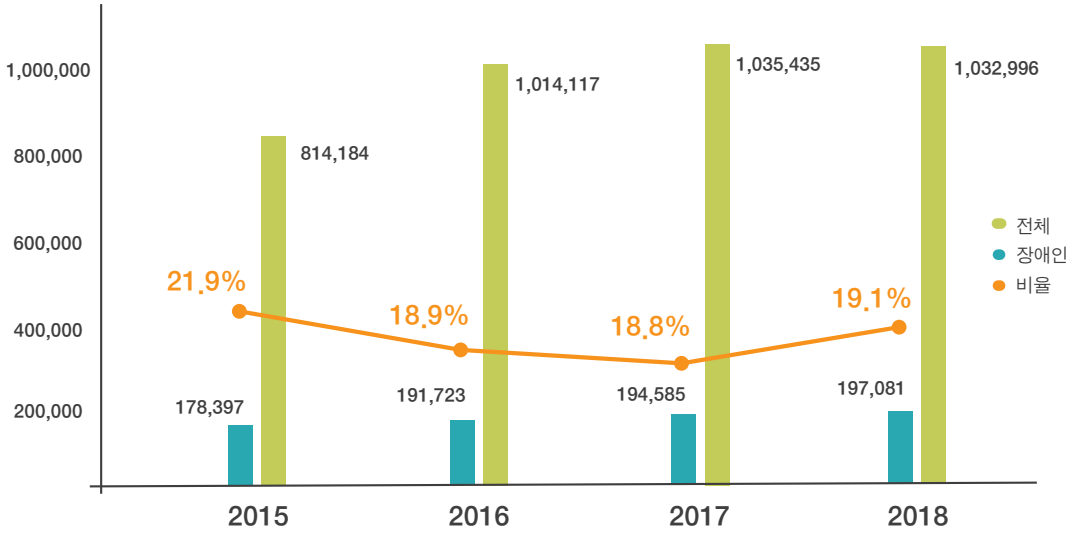


장애인 복지 주요통계

14 장애수당 및 수급자 통계

기초생활보장 장애인 수급자 현황

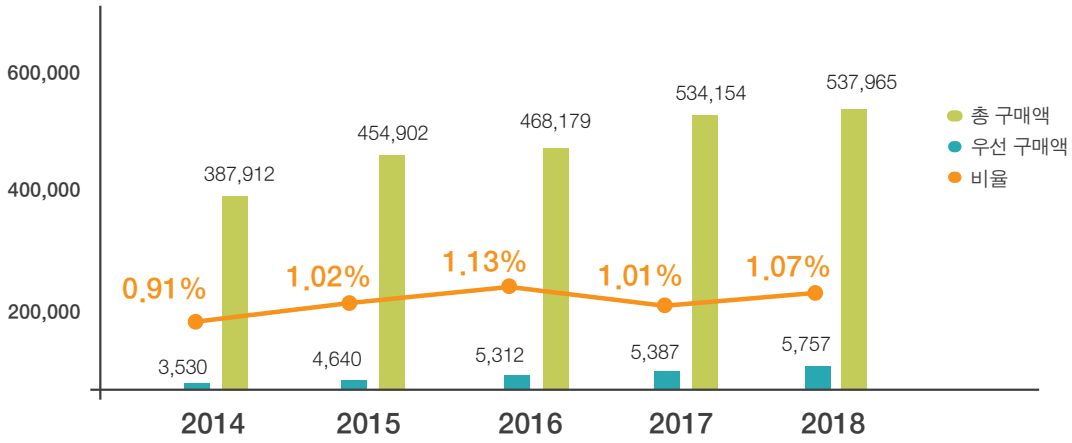
(단위 : 가구)



15 장애인 고용 및 사업통계

장애인생산품 우선구매실적

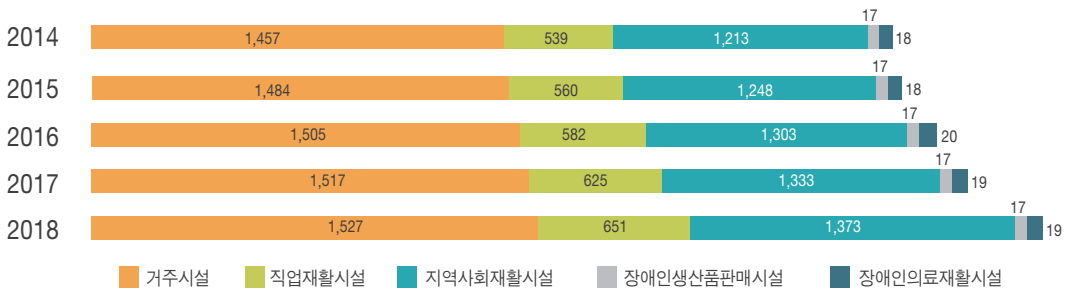
(단위 : 억원)



그림으로 보는

16 장애인 복지시설 통계

장애인 복지시설 현황



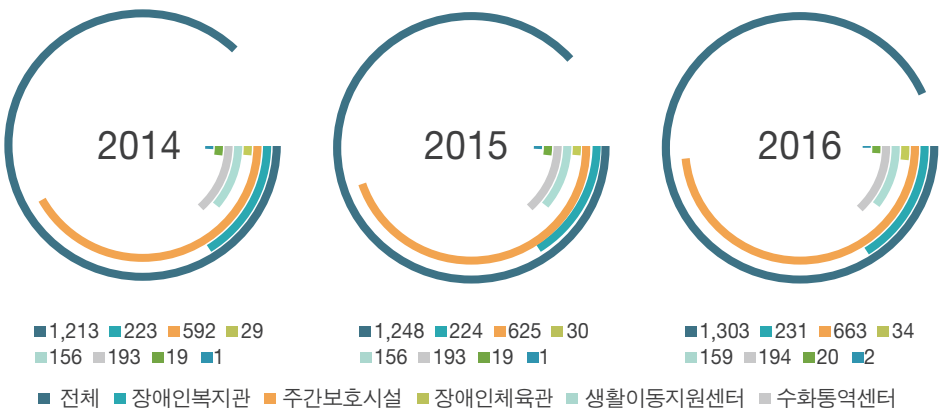
17 장애인 복지시설 통계

장애인 거주시설 현황

2014	2015	2016	2017	2018
시설 수 1,457	시설 수 1,484	시설 수 1,505	시설 수 1,517	시설 수 1,527
입주자 수 31,406	입주자 수 31,222	입주자 수 30,980	입주자 수 30,693	입주자 수 30,152

18 장애인 복지시설 통계

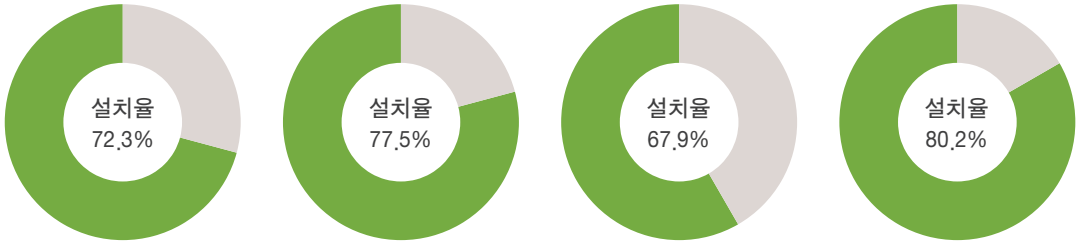
장애인 지역사회재활시설 현황



장애인 복지 주요통계

19 장애인 복지시설 통계

장애인 편의시설 설치율



2003

법정의무 편의시설수 691,638

실제설치수 500,003

2008

법정의무 편의시설수 3,760,792

실제설치수2,915,369

2013

법정의무 편의시설수 6,305,374

실제설치수4,283,679

2018

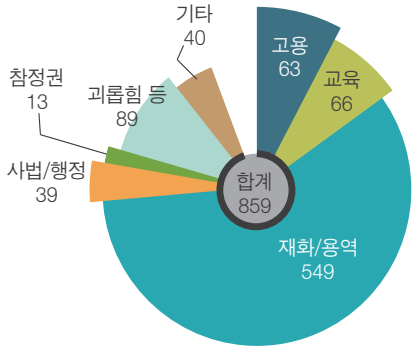
법정의무 편의시설수 9,034,890

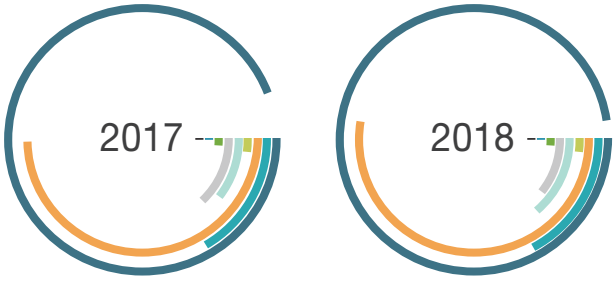
실제설치수7,243,294

20 장애인 차별 통계

장애인차별 진정사건 인용 현황

2008년 ~ 2018년





1,333 237 690 33
157 194 20 1 1

1,373 241 724 33
195 159 19 1 1

점자도서관 점자도서 및 녹음서 출판시설 수련시설

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

CONTENTS

Ⅰ 커뮤니티케어와 장애인 자립생활

1. 커뮤니티케어 추진 및 향후 전망 018
2. 커뮤니티케어와 장애인 주거 - UD 적용을 중심으로 038
3. 커뮤니티케어와 장애인 탈시설, 자립지원 054
4. 커뮤니티케어와 장애인 보건의료 지원 078
5. 커뮤니티케어와 정신장애인의 자립지원 090

Ⅱ 장애인의 사회참여

1. 장애인 소득보장 114
2. 장애인 직업재활 147
3. 장애인 활동지원 165
4. 건축 및 이동편의 186
5. 장애인 특수교육 230
6. 장애인 방송접근권 257
7. 발달장애인의 사회참여 - 주간활동 지원 280
8. 장애청소년의 자립 지원 292

한국장애인개발원
www.koddi.or.kr

Ⅲ

장애인의 건강하고 행복한 삶

1. 장애인 보건의료 320
2. 장애인 보조기기 367
3. 장애인 체육 및 건강 408
4. 장애인 문화 · 예술, 그리고 예술교육 438
5. 장애포괄적 재난위기 관리 455

Ⅳ

장애인식 개선 및 국제협력

1. 장애인식개선 486
2. 국제협력 509
3. UN 장애인권리협약 529

부록

1. 장애인권리협약(국문) 548
2. 장애인권리협약선택의정서(국문) 569


www.kodi.or.kr
KODI
한국장애인개발원

한국장애인개발원
www.kodidi.or.kr

I 커뮤니티케어와 장애인 자립생활

1. 커뮤니티케어 추진 및 향후 전망
2. 커뮤니티케어와 장애인 주거 - UD 적용을 중심으로
3. 커뮤니티케어와 장애인 탈시설, 자립지원
4. 커뮤니티케어와 장애인 보건의료 지원
5. 커뮤니티케어와 정신장애인의 자립지원

01
커뮤니티케어 추진 및 정책과제*

1. 커뮤니티케어 도입 배경 및 필요성

1) 변화하는 한국, 돌봄이 필요한 사회

우리나라는 이미 고령사회에 진입하여 2026년 초고령 사회에 도달할 것으로 예측되고 있다. 세계적으로 유례없이 빠른 속도로 고령사회를 경험하고 있다. 더불어 가족구조 변화로 1인 가구가 급격히 늘어나고 있으며, 노인 가구 세 집 중 한 집은 홀로 사는 노인 가구이다. 한편, 기술 및 생활수준의 향상으로 기대수명은 연장되고 있지만, 건강수명은 지체되어 만성질환이나 복합질환, 또는 일상생활에서 돌봄을 필요로 하는 노인의 수가 급증하고 있다. 더불어 선천적 · 후천적 요인에 의해 장애를 갖고 있는 사람들 역시 기대수명의 증가라는 구조적 변화로부터 독립적일 수 없다. 이와 같이 인구 고령화가 진전되는 것은 누군가로부터 돌봄을 받아야 하는 사람들의 수가 많아질 수밖에 없음을 의미한다.

이런 인구 사회적 변화 속에서 어린자녀나 부모부양에 대한 사회적 책임이 강조되고 이전까지 사회참여가 배제되었던 장애인들의 권리와 욕구에 대한 사회적 인정과 함께 정책적 중요성이 부각되면서 일련의 돌봄서비스 지원제도들이 시행되고 있다. 하지만, 여전히 우리 사회에서 돌봄은 개인, 가족이 짊어져야 하는 피할 수 없는 굴레이다. 정부의 다각적인 사회서비스 확대에도 급증하는

* 김승연(서울연구원 도시사회연구실 연구위원)
이 글은 김승연(2018). 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티케어 개념정립 및 추진방향 연구,보건복지부 · 서울연구원 및 김승연(2018). 해외 사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티케어 개념 정립필요성 및 추진 방향,「보건사회연구」콜로키움 발표자료 일부를 재정리하였음

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

돌봄 수요를 충족하지 못한다. 그래서 시설이나 병원에 돌봄을 의탁하거나 가족 중 누군가가 희생하여 돌봄을 전담하거나 이런 선택도 할 수 없는 사람은 방치된 상태로 지낼 수밖에 없는 게 우리사회의 현 주소이다.

2) 복지시설 · 병원 중심의 서비스 체제의 한계 봉착

우리나라는 정부가 직접적인 서비스 제공보다 위탁방식을 적극 활용해 온 결과, 복지서비스나 보건의료서비스가 복지시설이나 병원을 통해서 제공되는 경향이 강하다. 이로 인해 돌봄이 필요한 사람들은 더 나은 대안이 없어 병원이나 시설을 이용할 수밖에 없다. 특히, 가족 내에서 일상적인 돌봄이 어려운 경우에는 치료나 집중적인 돌봄이 필요한 상태가 아님에도 불구하고, 병원과 시설에 머무를 수밖에 없는 '사회적 입원'도 만연해지는 경향이다.

2016년 말 기준, 국내의 각종 복지시설이나 병원에서 장기간 생활하고 있는 노인, 장애인, 아동, 정신질환자가 74만 명에 이르는데, 이중 꼭 시설에 있을 필요가 없는데도 다른 선택지가 없어서, 또는 반강제적으로 시설 · 병원에 입원한 사람이 6만 명(8%)으로 추정된다. 또한 요양병원 입원환자 중 입원치료가 필요 없는 환자(신체기능저하군)가 2016년 58,505명으로 3년 만에 34.6%나 증가했다. 실태조사에서는 장기입원자 중 약 48%가 의료적 필요가 아닌 간병인의 부재나 주거환경 열악 등 다른 이유로 입원했으며, 요양병원 입원자 중 신체기능저하군, 인지장애군 등을 겪고 있는 사람 중 37%는 스스로 정상적인 생활이 가능하거나 부분적 도움만 있으면 일상생활이 가능한 것으로 나타났다.

한편, 정부의 탈시설(병원)을 위한 노력에도 불구하고, 시설을 나와서 집과 지역사회에서 정착할 수 있는 지원 및 여건이 조성되지 않아 다시 시설로 돌아갈 수밖에 없는 '시설의 회전문 현상'이 계속 반복되고 있다. 국가인권위원회 실태조사(2012)에 따르면, 퇴소한 장애인들이 '가족의 고령화나 장애 등으로 인해 나를 돌볼 사람이 없어서', '경제적으로 먹고 살기 힘들어서', '가족들과의 관계가 원만하지 못하거나 가족들에게 부담이 되기 싫어서', '마땅히 살 곳이 없어서' 등의 이유로 시설 입소 또는 재입소를 강행하는 것으로 나타났다. 그리고 정신 장애인이 한 기관(시설)에서 퇴원 후 즉시 보호 의무자에 의해 타 시설로 강제 입원되는 비율이 25.2%가 되는데, 이 중 증상의 악화 및 재발이 44.7%이고, 약 35.6%는 지낼 곳이 마땅치 않거나 보호자의 편의 때문인 것으로 나타났다.

3) 지역사회 돌봄체계의 미흡 : 불충분한 서비스, 분절된 서비스

최근 정부의 사회서비스 확대 노력에도 불구하고, 공공의 사회서비스 수준은 매우 낮은 편이다. OECD 국가들의 평균 공적 사회보장지출 수준이 GDP 대비 20%를 상회하는데 비해 우리나라는 절반 수준인 10.1%에 불과하고, 사회서비스(보건의료비 제외) 지출은 1.5%로 미미한 수준이다[OECD, SOXC data]. 이렇게 낮은 공적재원 투입으로 사회서비스의 총량 자체가 매우 부족하다. 이로 인해 우리나라의 사회서비스는 '대상의 보편성(universality)', '서비스의 포괄성(coverage)', '서비스 수준의 적절성(adequacy)' 측면에서 불충분한 특성이 나타난다.

사회서비스 전체 분야에서 서비스 필요도에 비해 실제로 이용률은 매우 낮은 수준으로 사회서비스 욕구가 상당 부분 잠재되어있는 것으로 볼 수 있다. 예컨대, 성인돌봄서비스의 경우, 서비스 필요도가 18.8%인데 비해 이용률은 1.8%로 성인 돌봄이 턱없이 부족하다(보건복지부, 2015). 서비스 필요도에 비해 이용률이 낮은 이유는 '수급권의 보편성(universality)'이 취약하여 서비스를 이용하고 싶어도 수급자격이 안돼서 이용하지 못하는 사람들이 많기 때문이다. 최근 들어 사회서비스 정책을 욕구 대응의 문제로 인식하면서 대상의 보편주의가 확대되고 있지만, 아직 사회서비스가 일부 빈곤계층에 집중되거나 장애인, 노인, 아동 등을 대상으로 제공되고 있는 서비스에도 소득기준이나 가구상황 등 별도의 수급기준을 적용하여 서비스 욕구가 높아도 서비스를 받을 수 없는 사각지대가 상당히 존재한다.

'서비스의 포괄성(coverage)'도 미흡하다. 2007년부터 바우처 사업을 통해 다양한 사회서비스를 개발·지원하고 있지만, 지역사회 내 돌봄서비스는 일상생활을 지원하는 복지서비스나 요양서비스, 보건소를 통한 건강예방 · 증진 서비스로 다양한 돌봄 욕구를 충족할 수 있는 포괄적 서비스가 체계적으로 갖춰지지 못했다. 특히, 진료와 간호, 재활 등은 대부분 의료기관에 의존하고 있어 지역사회 돌봄서비스 체계에서 거의 제공되지 못하고 있다.

'서비스 수준의 적절성(adequacy)'도 매우 부족한 수준이다. 사회서비스를 희망하는 시간과 실제 제공받는 시간 간의 격차를 분석한 결과, 노인가구의 경우 돌봄 및 일상생활 지원서비스를 월평균 66.4시간 필요로 하지만 이용시간은 53.2시간으로 약 13시간의 서비스가 부족한 것으로 나타났고, 장애인 가구의 경우 희망시간은 86.9시간인데 비해 이용시간은 73.7시간으로 서비스 부족이 나타났다(노혜진, 2016). 이는 사회서비스 제공수준이 이용자의 돌봄 필요도에 따라 결정되기보다는 정부가 서비스 지원수준을 정하여 그 범위 내에서 차등적으로 제공하기 때문이다. 재가요양서비스는 등급에 따라 지원수준을 결정하고, 장애인활동지원 서비스도 이용자의 돌봄 욕구보다 장애등급에 따라 결정된다. 그리고 기타 다른 사회서비스들은 욕구에 따른 서비스 제공수준에 관한

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

기준도 없이, 정부가 지원할 수 있는 범위 내에서 서비스가 제공되고 있다.

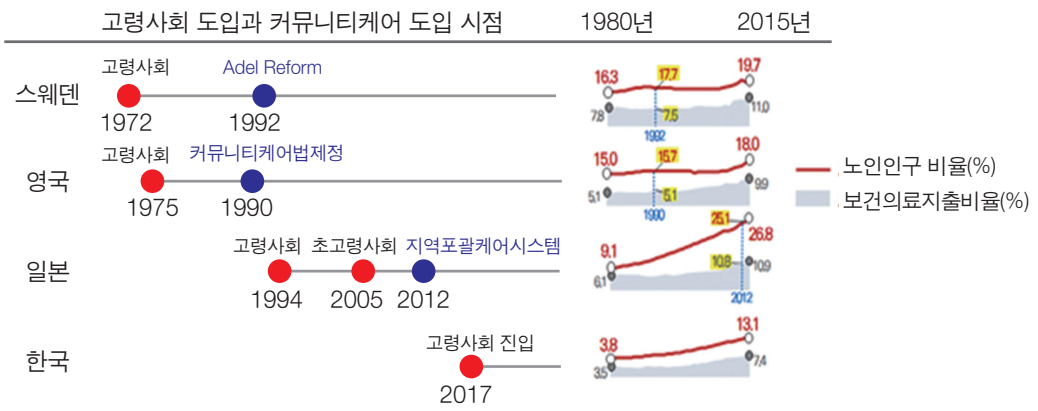
또한 분절적인 서비스 제공체계도 심각한 문제이다. 돌봄서비스는 지역의 다양한 공공기관과 서비스 제공기관 등을 통해 서비스가 연계 · 제공되고 있다. 통합적인 서비스 제공을 위해서는 이용자의 욕구 파악부터 서비스 제공까지 필요한 서비스가 연속적으로 제공되는 체계가 중요하다. 하지만 우리나라 돌봄서비스는 사업별로 별도의 전달체계를 두고 있어 사업이 다양해지고, 서비스가 전문화될수록 서비스 제공이 더욱 개별화되어 서비스 통합은 더더욱 요원해지고 있다. 1994년 보건복지사무소 시범사업을 시작으로 20년 간 지속적으로 공공복지전달체계를 개편하면서 통합적 서비스 제공을 위한 시도를 해왔지만, 공무원 증원이나 수요자 중심의 생활지원을 위한 행정적 협력과 같은 전제조건들이 충족되지 못해 실질적인 성과를 보이지 못했다. 특히, 지역 내 동 주민센터, 희망복지지원단, 드림스타트센터, 방문보건사업, 정신건강복지센터 등 공공의 복지전달 체계 내에서도 사례관리 기관 간 대상자 중복관리, 서비스 제공의 분절성, 민간자원 연계 · 활용의 어려움 등의 문제가 해결되지 못하고 있다.

통합적인 사례관리와 서비스 연계가 미흡하여 돌봄이 필요한 사람 스스로가 자신이 이용할 수 있는 서비스를 찾아서 신청해야 하는데 그 조건과 절차가 복잡하여 쉽지 않은 일이다. 게다가 지역에 따라 서비스 제공기관의 편차가 심해 서비스를 이용하고 싶어도 서비스 제공기관 또는 서비스 인력 부족 때문에 이용에 제약이 따르기도 한다.

4) 이제 커뮤니티케어를 논의할 때

주요 선진국의 경우, 고령사회에 진입한 이후 커뮤니티케어를 도입하였다. 도입 당시 고령화나 보건의료지출 부담이 심각한 수준은 아니었지만, 장기적인 관점에서 초고령사회를 대비하여 수십 년의 기간에 거쳐 커뮤니티케어를 정착시키고 있다. 일본의 경우 2005년 초고령사회에 진입한 이후 2012년 비교적 빠른 기간에 지역포괄케어를 도입하여 운영하고 있다. 스웨덴이나 영국의 경우에는 고령사회로 진입하고 10~20년 후의 초고령 사회에 대비한 커뮤니티케어 도입이 논의되었으며, 실질적으로 고령사회에 진입한 후 커뮤니티케어가 도입되기까지 15~20년의 시간이 소요되었다.

우리나라도 이미 2017년도에 고령사회에 진입하였으며, 초고령사회로 진입할 것으로 전망되고 있는 2026년까지는 불과 10여 년의 시간도 남지 않은 상황에서 커뮤니티케어 도입이 필요한 시기에 이르렀다.



[그림 1] 주요 선진국의 커뮤니티케어 도입 시기

커뮤니티케어는 단순히 새로운 제도를 도입하거나 기존의 제도를 개선하는 것이 아니라 시설 중심의 서비스를 지역사회 중심의 서비스로, 국가 중심에서 지역 주도로, 수요자의 선택권을 확대하는 방식으로 복지서비스 시스템을 재정비하여 한국의 복지서비스 체제를 전환(Modernizing Care Service)하는 것이다.

따라서 장기적인 비전을 가지고, 현재 우리나라의 고질적인 돌봄서비스 한계를 개혁하고, 돌봄을 필요로 하는 사람들이 자신의 선택에 따라 가정이나 그룹홈 등 지역사회에 거주하면서 자신의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누릴 수 있는 토대를 만들어 나가야 한다.

2. 커뮤니티케어 개념 및 정책목표

1) 커뮤니티케어(Community Care)의 다차원성

커뮤니티케어는 돌봄(care)이 필요한 주민들이 자기 집이나 그룹홈 등 지역사회(community)에 거주하면서 독립적 생활을 할 수 있도록 개개인의 욕구에 맞는 보건의료, 복지, 생활지원 등의 서비스가 통합적으로 제공되는 체계이다. 한국형 커뮤니티케어는 'Community의 확장'과 'Care의 연속화(continuum)'를 목표로 하며, 3Community(In the community, By the community, Decentralized community)와 3Care(medical&health, long-term care 및 social care, independent living)의 다차원적 성격을 갖는다.

● TABLE 01 Community Care 다차원성

	지역사회 내에서의 돌봄 (Care in the Community)	지역사회에 의한 돌봄 (Care by the Community)	지방분권화 (decentralized Community)
보건의료서비스 (medical&health care)	지역사회에서 치료 · 간호	치료적인 지역사회	보건의료의 지방분권화
장기요양 및 복지서비스 (Long-term care 및 Social care)	지역사회에서 돌봄	지역사회가 돌봄의 주체	돌봄의 지방분권화
자립생활 (independent living) 지원	지역사회에서 자립생활 지원	지지적인 지역사회	주민자치화

(1) 커뮤니티의 세 가지 차원

커뮤니티케어 정책은 지역사회 내에서의 돌봄(Care in the Community)과 지역사회에 의한 돌봄(Care by the Community)으로 접근해야 한다.

첫째, 지역사회 내에서의 돌봄(Care in the Community)은 장애인 등 사회 취약계층을 지역사회와 교류가 단절된 시설(Institution)에 고립시키고 통제한 대규모 거주공간에서 집합적인 생활로 인해 시설의 물리적 공간이 프라이버시 등 개인의 자유를 침해하고 이용자의 삶의 왜곡을 만들었던 서비스제공방식에 대한 탈피를 의미하는 탈시설화(De-Institutionalisation)다. 탈시설화는 ①탈시설 - 화와 ②탈 - 시설화 두 가지 의미를 갖는데, 전자는 시설로부터 탈피하는 과정이고, 후자는 서비스 제공방식이 이용자의 주체성이 상실되었던 운영 측면에서의 탈피를 의미한다. 또한 노인이나 장애인 등 돌봄이 필요한 사람들은 전적으로 가족의 돌봄에 의존해야 하고, 가족의 돌봄이 부재할 경우, 시설로 갈 수밖에 없는 재가서비스의 한계를 극복하기 위해 커뮤니티화(comunitization)를 촉진하여 시설화를 예방하고, 가족의 돌봄 부담을 줄여나가는 것을 의미한다.

둘째, 지역사회에 의한 돌봄(Care by the Community)은 서비스 공급자 중심이 아니라 서비스 이용자가 자신의 선택과 통제를 통해 서비스를 이용할 수 있도록 서비스 유연화(personalisation)를 추진하는 것으로 서비스 이용자의 권리와 편의를 높이는 것이다. 그리고 주체적이고 의미 있는 삶을 살아가게 하는 제도적 장치를 마련하고 지역사회가 기여할 수 있는 기반을 구축해야 한다. 커뮤니티케어는 정부가 책임지고 주도하는데 그치는 것이 아니라 개인, 가족, 이웃, 지방자치단체, 비영리 부문 등이 함께 참여하여 지역사회 공동체를 복원하면서 각자 기여할 수 있는 부분들이 작동될 수 있도록 제도적, 실천적, 문화적 노력과 대응이 복합적이고 집합적으로 구축되도록 하는 것이다.

셋째, 커뮤니티케어는 지방분권화의 토대에서 작동될 수 있다. 커뮤니티케어를 추진한 선진국의 경험을 보면, 지방정부가 실질적인 사업의 기획과 서비스의 연계조정 및 구매 · 관리감독자 등 핵심

적인 역할을 한다. 그리고 민간기관과 지역주민이 커뮤니티케어의 주체로서 참여할 수 있도록 촉진한다. 하지만 우리나라는 영국과 일본에 비해 지방정부의 역할과 권한이 비교적 제한적이고, 주민자치와 주민참여도 비활성화 된 편이다. 현재 우리나라의 복지사업은 중앙정부 주도로 시행되고 있는데, 커뮤니티케어가 실행되기 위해서는 지방자치단체가 서비스 욕구 사정 및 서비스 조정 · 연계, 서비스의 구매 · 관리와 감독 등 서비스 제공 전반에 걸쳐 책임을 가질 수 있도록 복지 분권화가 이루어져야 한다. 또한 지역의 민-관 협력 기반이 매우 중요하다. 지역 내에서 돌봄은 공공뿐만 아니라 지역의 민간 전문가와 주민자치조직(formal agency, informal sector)의 참여를 통해 광범위하게 접근해야 한다. 민-관이 협력해야 하는 과제가 무엇이고, 지역의 돌봄공동체를 어떻게 만들어 나가야 할지는 지역 스스로만 만들어 나가야 할 부분이다.

● TABLE 02 커뮤니티의 세 가지 차원

구분	주요내용
지역사회 내에서의 돌봄 (Care in the Community)	· (탈시설화) 시설위주의 서비스 제공방식의 탈피를 의미하는 탈시설화 · (커뮤니티화) 시설화를 예방하고 가족의 돌봄 부담을 줄여나가는 것
지역사회에 의한 돌봄 (Care by the Community)	· (주체적) 서비스 이용자의 권리와 편의를 높임 · (의미있는 삶) 욕구 충족에의 포괄성이 중요 · (제반 노력체계) 개인, 가족, 이웃, 지방자치단체, 비영리 부문 등이 함께 참여하여 지역사회 공동체를 복원
지방분권화 (decentralized Community)	· 커뮤니티케어는 지방분권화-지방자치화의 토대에서 탄생 ① 중앙-지방정부의 명확한 역할분담 ② 지방자치단체의 권한과 책임 보장 ③ 지역 민-관 협력의 기반 마련

(2) 케어의 세 가지 차원

케어는 크게 보건의료서비스, 장기요양 및 복지서비스, 자립생활지원으로 구분할 수 있으며, 커뮤니티케어는 세 가지 케어가 연속적 · 통합적으로 제공될 수 있도록 하는 것이다.

첫째, 보건의료서비스(medical&health care)는 건강 욕구가 있는 사람에 대한 치료, 간호, 재활 등의 서비스를 의미하고, 국민건강보험제도 하에서 의료기관을 통해 서비스가 제공된다. 우리나라의 보건의료서비스는 병원 중심의 급성기 질환에 집중되어 장기간 예방과 관리가 필요한 만성질환에 대한 대응이 약하다. 특히, 커뮤니티케어는 일차 의료의 역할이 핵심인데 현재 의료체계에서는 일차의료의 기능이 취약해 gate-keeping 역할을 제대로 못하고, 민간주도 의료공급시장의 행위별수가

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

제 지불보상체계로 일차의료기관 본연의 역할을 기대하기 어렵다. 커뮤니티케어는 지역사회 내 방문진료 및 방문간호 등 재택의료를 통해 가정에서 치료를 받을 수 있도록 하고, 지역의 일차의료기관이 만성질환 등의 예방관리를 강화하는 것을 목표로 한다.

둘째, 장기요양 및 사회서비스(Long-term care 및 Social care)는 돌봄과 관련된 사회서비스로 이용자의 집에서 서비스가 제공되는 재가서비스와 지역사회 시설에서 낮 시간 동안 서비스를 이용하는 낮 활동 서비스, 소규모 거주시설 서비스(care home with nursing, without nursing)로 구분할 수 있다. 재가서비스는 가사보조(practical assistance: 청소, 세탁, 쇼핑, 은행심부름, 요리 혹은 음식배달 등)와 개인 돌봄(personal care: 식사보조, 목욕, 옷 입기, 산책 등)뿐만 아니라, 격리감을 느끼지 않도록 하거나 집에서 안도감(feel safe and secure)을 느낄 수 있도록 하는 정서/생활지원(emotional and social support)까지 포함하는 비의료적 서비스이다. 커뮤니티케어는 통합적인 재가서비스를 강화하고, 지역사회복지서비스를 확대하여 다양한 서비스를 충분하게 받을 수 있도록 한다.

셋째, 자립생활(independent living) 지원은 개인에 대한 직접적인 돌봄서비스 외에 주거, 이동지원, 일자리, 여가 · 체육활동, 지역사회활동 등 지역사회에서 자립생활을 위해 필요한 다양한 서비스이다. 자립생활 지원은 공적 서비스뿐만 아니라 지역공동체나 민간자원을 활용하여 제공되기도 한다. 커뮤니티케어는 소득, 주거, 교통 등 지역사회 인프라를 확대하여 자립생활을 지원해야 한다.

● TABLE 03 케어의 세 가지 차원

구분		주요내용
보건의료서비스 (medical & health care)	목표	· 지역사회 내 방문진료 및 방문간호 실시 · 1차 기관 주도 만성질환 예방관리 강화
	내용	· 건강보험과 장기요양보험을 활용한 방문진료 및 방문간호 서비스 · 1차 기관을 통한 심뇌혈관 질환, 근골격계질환 등 만성질환의 관리 · 우울증, 치매 등 정신건강의 관리 · 건강행태 개선 및 일상생활 기능 향상
지역사회에 의한 돌봄 (Care by the Community)	목표	· 통합적 재가서비스 강화 · 지역사회 복지서비스 확대
	내용	· 활동 제한 노인에 대한 가사, 간병, 간호, 재활 통합적 서비스 제공 · 다양한 일상생활지원
지방분권화 (decentralized Community)	목표	· 자립생활을 위한 소득, 주거, 교통 등 지역사회 인프라 확대
	내용	· 공동주거시설, 지원 주택 등 · 이동서비스 · 소득지원 등

2) 커뮤니티케어의 정책목표 및 대상

정부가 추진하는 커뮤니티케어의 정책목표는 다음과 같다. 첫째, 포용사회 구축을 위해 병원이나 시설보다는 가능한 자택 또는 익숙한 지역과 가정에서 생활할 수 있도록 지역돌봄체계를 마련하는 것이다. 둘째, 돌봄의 사회화를 통해 다양한 보건 · 복지서비스 확충과 사회적 돌봄 실현 및 가족의 돌봄 노동을 해소하여 여성의 경제활동 참여를 촉진하고자 하는 것이다. 셋째, 소생활권 중심으로 공공의 보건복지 인프라를 확충하고, 다양한 사회서비스 일자리를 창출(요양, 보건의료 서비스 분야에 14만 일자리 창출 동력)하는 것이다. 넷째, 지역의 사회경제적 조직 및 주민이 주체가 되어 사회적 주택(마을관리협동조합), 보건복지서비스 제공, 마을식당 등을 운영함으로써 지역의 경제생태계를 활성화하는 것이다.

우리나라보다 앞서 커뮤니티케어를 도입하여 시행하고 있는 주요 국가의 커뮤니티케어 적용대상은 다음과 같다. 영국은 성인 및 아동으로 신체적 · 정신적으로 케어가 필요한 자, 또는 2개 이상의 영역에서 일상생활 수행(ADL)이 어려운 자 등으로 한다. 한편, 일본은 고령, 장애 등으로 일상생활에서 기본 동작의 일부 또는 전부를 지원받거나 악화 방지를 지원할 필요가 있는 사람, 치매노인 등을 대상으로 한다. 미국은 일상생활 수행(2개 이상의 영역)이 어려워 도움이 필요한 노인, 장애인 등으로 한다.

한국의 커뮤니티케어는 대상은 급성기 질병 치료를 마치거나 요양병원이나 요양시설 등에 입원 · 수용되어 있는 환자들 중 재가서비스 받기를 희망하는 사람 또는 시설 입소자들 중에서 재가서비스 받기를 희망하는 사람, 그리고 집이나 지역사회에 거주하고 있지만 복합적 만성질환 및 일상생활의 어려움이 있어 재가서비스 받기를 희망하는 사람을 우선적인 대상으로 한다. 특히, 의료연계, 복지연계, 지역사회 연계 욕구를 가진 사람을 대상으로 하되[1], 신체적 기능 및 욕구 상태에 따라 기준을 구체화하여 단계적으로 확대해 나가야 한다.

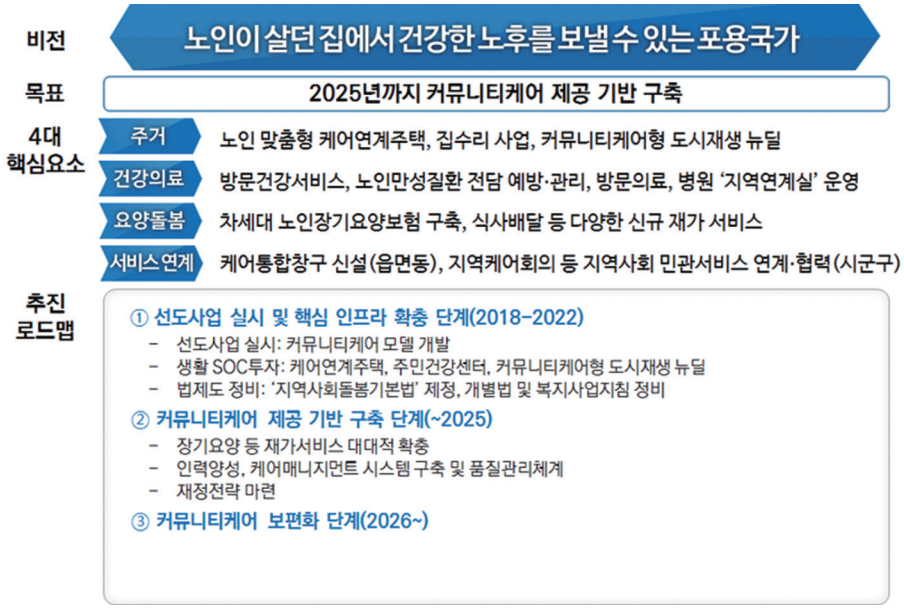
1 (의료 연계) 급성기 질병 발생 및 회복기 재활 후 보건의료, 복지, 생활 지원 등의 서비스를 필요로 하는 사람, (복지 연계) 시설에 입소해 있는 노인, 장애인, 정신질환자 중 의학적 요구도가 낮고 일정 수준 이상 일상생활능력이 있는 사람, (지역사회 연계) 자택이나 지역사회 거주하는 대상자 가운데, 의료적 요구는 적으며, 독립적 생활의 의지가 있는 개인 또는 가족이 있는 사람

3. 커뮤니티케어 정책방향 및 선도 사업의 내용

1) 커뮤니티케어의 추진방향

보건복지부는 2018년 11월 20일 커뮤니티케어(노인편) 종합계획을 발표하였다[2]. 정부가 발표한 커뮤니티케어는 주거, 건강의료, 요양 돌봄, 서비스 연계를 핵심 요소로 하여 2025년까지 커뮤니티케어 제공기반을 구축하는 것을 목표로 하고 있다.

이를 위해 2022년까지 선도 사업을 실시하여 다양한 지역의 모델을 개발하고, 관련 핵심 인프라 확충을 추진하면서 「지역사회돌봄기본법」을 제정하여 커뮤니티케어 추진을 위한 기반을 마련할 예정이다. 다음 단계로 2025년까지 장기요양 등 재가서비스를 대대적으로 확충하고, 전문 인력 양성 및 지방자치단체를 중심으로 한 케어매니지먼트 시스템을 구축하여 2026년에는 커뮤니티케어를 전국적으로 보편화할 계획이다.



[그림 2] 커뮤니티케어 종합계획 비전도

출처 : 보건복지부(2018), '커뮤니티케어 종합계획안' 보도자료 재정리

2 보건복지부는 커뮤니티케어의 대상을 노인, 장애인, 정신질환자, 노숙인으로 하였으나 2018년 커뮤니티케어 종합계획은 노인 분야만 우선적으로 발표하고, 장애인 분야는 별도로 계획을 수립하여 2019년 상반기에 발표하기로 하였으나 2019년 8월(현재)까지 발표되지 않았다. 이에 본 원고에서는 노인 대상의 커뮤니티케어 종합계획안을 간단히 소개하고, 선도 사업 중 장애인 분야 추진내용에 관해 기술하도록 한다.

2) 2019년 선도 사업의 개요

선도 사업은 시군구가 주체가 되어 노화 · 질환 · 장애 등으로 케어가 필요한 상태로 평소 살던 곳에서 지내기를 희망하는 사람을 대상으로 이용자의 욕구에 맞추어 주거 · 보건의료 · 요양 · 돌봄 등 서비스를 연계 · 통합 제공하여 지역사회 독립생활을 지원하는 것을 주요 내용으로 한다. 2019년 선도 사업은 전국 단위 공모를 통해 8개 지방자치단체를 선정하여 7월부터 시행되고 있다[3].

선도 사업은 크게 세 가지 사업으로 구성된다. 첫째, 공통 제공기반 구축으로 선도 사업에 참여한 모든 지방자치단체가 기본적으로 수행하는 것이다. 지방자치단체는 공통적으로 읍면동에 '케어안내창구'를 설치하여 케어가 필요한 사람에 대해 기초욕구 조사, 서비스 정보 통합 안내, 서비스 신청 접수 · 대행 등을 제공한다. 그리고 읍면동에서 의뢰된 복합적 욕구를 가진 대상자에 대한 종합적 욕구 사정, 심층 사례관리 및 서비스 연계를 위해 시군구에서 '지역케어회의'를 운영한다. 둘째, 정부의 연계사업으로 복지부와 행안부, 국토부에서 제공하는 사업을 연계하여 서비스를 제공하는 것이다. 복지부의 보건의료, 요양, 복지 분야의 서비스와 국토부의 도시재생 뉴딜사업, 행안부의 사회복지 및 간호인력 배치 등 커뮤니티케어와 관련된 정부 부처의 사업들을 선도 사업 지역에서 우선적으로 시행하도록 하였다. 셋째, 지방자치단체 자체적으로 개발한 서비스와 주거 · 보건의료 · 요양 · 돌봄 등 분야의 민간협력사업이다. 특히, 지역 의사회, 간호사회, 약사회, 치과의사회, 한의사회, 물리치료사회, 작업치료사회, 병원회 등 보건의료분야의 다직종 연계 및 협력이 선도 사업의 주요한 과제로 제시되었다.

3 선도 사업에 선정된 지역은 (노인) 광주 서구, 경기 부천시, 충남 천안시, 전북 전주시, 경남 김해시(장애인) 대구 남구, 제주 제주시(정신질환자) 경기 화성시이다. 추경예산을 통해 8개 예비지역을 포함하여 총 16개 지역까지 확대할 계획이다.

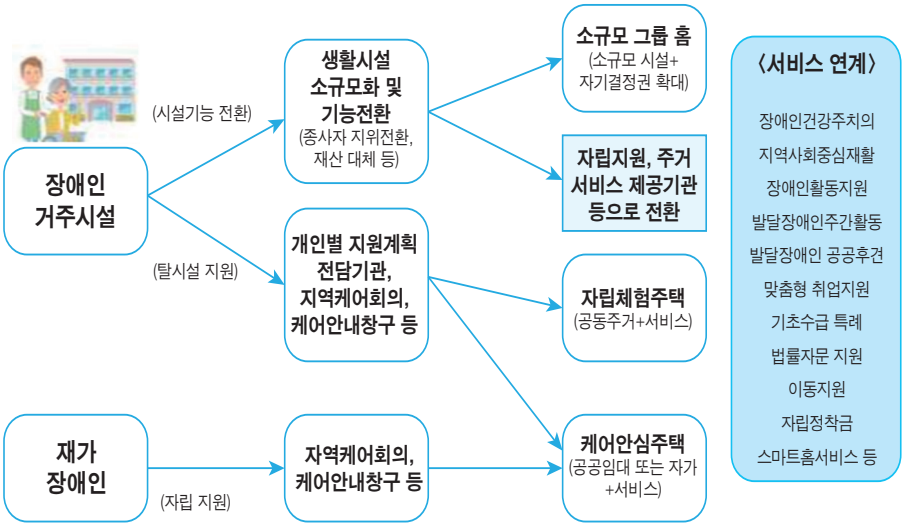
● TABLE 04 선도 사업의 주요 사업구성 및 내용

구분	주요내용
선도 사업 재정지원 (국비+지방비)	· 선도 사업 운영비 · 지역자율형 포괄사업지 · 집수리사업비 · 지역실정에 맞는 재가서비스 개발 및 제공 · 케어안심주택, 자립체험주택 등 임차료 · 대상자 사례관리 및 생활지원 서비스 제공 · 케어안내창구 등 운영을 위한 정보시스템 구축
연계사업 I (복지부)	· 의료기관 퇴원지원 시범사업 · 방문지료 수가 시범사업 · 일차의료 만성질환관리 시범사업 · 신규 재가서비스 시범사업 · 건강생활지원센터 우선 확충 · 재가 의료급여 시범사업 · 안심생활 지원 등
연계사업 II (행안부)	· 주민자치형 공공서비스 추진사업 · 사회복지직 및 간호직 공무원 우선 충원 · 지방자치단체 평가 우대
연계사업 III (국토부)	· 커뮤니티케어형 도시재생 뉴딜사업지역으로 선정 · 주거취약지역 생활여건 개선사업(새뜰사업) 우선 선정
자체재원(지방비)	· 국비 매칭을 위한 필요재원 · 사업의 성공적 추진을 위해 투입 가능한 추가 재원
민간협력	· 사회복지 계, 자원봉사기관 등 민간자원 협력 · 보건의료단체 협력 · 건강보험공단 지사, 국민연금공단 지사, LH 지역본부 협력

출처 : 보건복지부(2019). 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도 사업 추진계획 보도자료.

3) 장애인 분야 선도 사업의 내용

장애인 분야 선도 사업은 거주시설에 입소 중이나 지역사회에서 생활하기를 희망하는 장애인 또는 집이나 지역사회에 거주하고 있으나 일상생활의 어려움(장애심화, 부양가족 부재 등) 등으로 케어가 필요한 장애인을 대상으로, 개인별 지원계획에 근거한 탈시설 및 자립생활을 지원하여 자기결정권의 보장, 삶의 질 및 인권을 제고하는 것을 목표로 한다.



[그림 3] 선도 사업 장애인 자립생활 및 지역정착 지원모델

출처 : 보건복지부(2019). 「지역사회 통합돌봄」, 8개 지자체에서 첫 걸음 보도자료

장애인 자립생활 및 지역 정착지원을 위한 선도 사업의 내용은 크게 세 가지로 구성된다. 첫째, 탈시설 욕구 조사(초기상담, 정보제공 등)를 바탕으로 개인별 맞춤형 지원계획(individual service plan)을 수립하는 것이다. 개인별 지원계획 전담기관에서 당사자 욕구, 자립가능성 등을 종합적으로 판정하여 대상자를 선정하고, 선정된 대상자에 대하여 개인별 지원계획 전담기관에서 개인별 지원계획을 수립한다. 둘째, 자립체험주택, 케어안심주택 등의 주거모델을 운영하는 것이다. 시설 퇴소 후, 일상생활 적응 훈련이 필요한 경우 자립체험주택(지원인력 상시 거주)을 거쳐 케어안심주택을 이용할 수 있도록 지원한다. 셋째, 개인별 지원계획에 따른 서비스를 연계하는 것이다. 연계 서비스는 소득 및 고용, 보건의료, 안심 서비스 등 자립생활을 지원하는 제반의 서비스를 포함한다. 소득지원은 1인 당 1,200만원의 자립정착금, 장애인연금(부가 급여), 기초 생활보장급여 지급 특례(부양의무자 기준 미적용) 등이 있으며, 고용 지원은 지역 맞춤형 취업지원과 현장중심 직업재활센터 등을 통해 적극 지원한다. 보건의료와 돌봄서비스는 장애인건강주치의, 지역사회 중심 재활사업 및 맞춤형 건강관리, 장애인 활동지원, 발달장애인 주간활동서비스, 사회공헌 연계를 통한 이동 지원 등을 연계한다.

2019년 장애인 분야 선도 사업에 선정된 지역은 대구광역시 남구와 제주도 제주시 두 곳이다. 선도 사업을 통해 지방자치단체가 거주시설과 협의하여 시설 소규모화 및 운영 구조를 변경하는 선도 사례 개발 · 확산하기를 기대하고 있으며, 이를 위해 지방자치단체에서 희망 법인을 공모하여 추진 · 지원 방안을 마련할 계획이다.

● TABLE 05 장애인분야 선도 사업 선정 지역의 사업 내용

지역	주요 내용
대구광역시 남구	(돌봄 전담인력) 자립체험주택 및 케어안심주택에 돌봄 전담인력 배치로 탈시설 장애인의 일상생활 적응 훈련 및 안심생활 지원 * 자립체험주택 5개소 당 전담인력 3인, 케어안심주택 5개소 당 1인 배치 (거주시설 전환 선도모델) 대규모 거주시설 1개소 이상을 소규모 시설로 개편 또는 기능 전환 실시로 시설 전환 선도 사례 구현
제주도 제주시	(일대일 행복파트너) 장애인 1인에 대한 행복파트너 매칭을 통해 개인별 자립지원 계획 수립 및 맞춤형 서비스 연계 * 단계별 확대 추진 : ('19년) 6명 → ('20년) 20명으로 확대 (서로 돌봄마을) 사회적 경제조직을 중심으로 사회주택 및 돌봄 서비스 제공 및 지역자원 연계 등을 실시하는 마을(2개소) 조성 - 사회적 경제조직을 활용한 돌봄 네트워크 구현 모델 제시

출처 : 보건복지부(2019). 「지역사회 통합돌봄」, 8개 지자체에서 첫 걸음 보도자료.

4. 커뮤니티케어의 정책과제 및 향후 전망

1) 장애인 분야 커뮤니티케어의 정책과제

향후 장애인 분야의 커뮤니티케어는 큰 틀에서 사회서비스 정책의 구상 맥락과 궤를 같이하되, 장애인의 특수성을 감안하여 별도 방안이 마련되어야 하며, 정부의 장애인 커뮤니티케어 정책 추진의 논리와 방향성, 절차 등을 담은 기본계획 및 로드맵이 마련되어야 한다. 기존 관련 정책을 단순 재배열하기보다는 관련 정책을 통폐합하거나 재조정하여 현대화(Modernizing)해야 한다. 이를 위한 장애인 커뮤니티케어를 위한 정책과제는 다음과 같다.

(1) 거주다양화지원정책

장애인이 가급적 가정에서 가족과 함께 생활할 수 있도록 하고, 성인장애인이 자신의 욕구에 따라 자신의 거주공간을 선택하고 이를 실현할 수 있는 기반을 마련해야 한다. 집에서 가족과 생활하려고 할 때 가족구성원이 돌봄 부담을 느끼지 않도록 지원수준을 설정해야 한다. 거주 외에 돌봄서비스(Care Service)가 부가적으로 필요한 경우에는 그 유형을 설정하여 정부가 공급체계와 규모를 갖추고 욕구 사정을 통해 이용자격을 부여해야 한다. 또한 주거지원과 돌봄서비스 분리시스템 구축이 필요하다. 장애인거주시설은 대규모 시설부터 대규모 수용적 느낌을 주는 거주공간을 현대식 거주공간으로 전환해야 한다. 정부는 '거주다양화지원정책 추진 기본계획'을 마련하여 정책방향을 분명히 하고 관련 이해당사자의 불신과 오해를 최소화하면서 단계적으로 정책을 추진해야 한다.

'탈시설정책'이 아니라 '거주지원다양화정책'이라는 점을 분명하게 할 필요가 있고, 현재의 주거시설 거주 당사자에게도 다양한 주거선택의 기회가 보장되는 것으로 이해될 수 있도록 해야 한다. 특히, 장애인 거주시설 관계자들이 개혁대상으로 간주되어서는 안 되며 거주다양화지원정책의 적극적인 참여자의 역할을 수행할 수 있도록 독려할 필요가 있다.

(2) 다양한 거주유형 마련

가정에서는 가족구성원과 함께 거주하면서 필요한 돌봄서비스를 받을 수 있는 구조여야 한다. 지원주택은 정부 또는 사회복지법인 소유주택으로서 장애인은 거주공간을 제공받아 2~4명이 함께 거주하는 집으로서 거주장애인의 권익옹호를 위해 필요한 서비스를 지원자(supporter)로부터 받을 수 있는 구조이여야 한다. 지원자(supporter)는 근원적으로는 정부로부터 임금을 받으며 사회복지법인 등에 의해 고용된 사람으로서 지원주택에 상주하지는 않으나 정기적 또 부정기적으로 필요한 서비스를 제공하여 거주 장애인이 스스로 최대한 자주적인 생활을 할 수 있도록 하되, 생활상의 어려움을 지원하는 역할을 담당해야 한다.

거주장애인 자신이 어느 지원주택에 살 것인지, 누구와 살 것인지에 대해 최대한 당사자의 의견을 반영하는 구조가 마련되어야 할 것이다. 그룹홈은 4~6인이 거주할 수 있는 공간으로서 지원주택 거주장애인보다 상대적으로 많은 돌봄서비스가 필요한 경우이며, 특히 야간의 경우 타인의 도움이 필요할 가능성이 높은 장애인이 거주하는 구조가 되어야 한다. 지원자(supporter)는 그룹홈 거주 공간 내에서 장애인과 함께 생활(야간 포함)하면서 필요한 서비스를 제공하도록 한다. 여기에서도 거주장애인 자신이 어느 그룹홈에 살 것인지, 누구랑 살 것인지에 대한 당사자의 의

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

견을 최대한 존중하는 구조를 마련해야 한다.

집중지원홈(Intensive Care Home)은 보건의료서비스가 상시적으로 필요한 중증장애인에 대하여 제공되는 거주공간에 전문적인 간호 인력이 집중적으로 케어하는 구조이다. 지원자(supporter) 이외에도 간호사 등 보건의료 인력이 상주하면서 장애인의 건강악화를 예방하고 진행을 억제하는 등 일반적인 생활지원과 함께 보건의료서비스를 집중적으로 제공한다. 거주장애인과 그 가족의 희망 거주공간은 최대한 반영하되, 누구랑 함께 살 것인지는 해당 집중거주홈 내에서 상대적으로 결정한다.

보다 더 장기적으로 고려한다면, 거주유형을 배타적으로 설계하기 보다는 혼합하여 설치하는 것도 가능할 것이며(일부 공간은 지원주택으로, 일부 공간은 그룹홈으로) 더 넓게 생각하면 다른 장애인복지시설의 기능을 함께 제공하는 유형도 가능하고, 최광의로 고려한다면 장애인뿐만 아니라 노인이라든지 기타 돌봄서비스가 필요한 유형과 함께 설치하는 것이며 이것이 사회복지사업법 상의 다기능화에 해당된다.

마지막으로 장애인가족단위 공동체 주거단지 등 다양한 주거공간이 창조적으로 설계될 수 있을 것이다. 최근 영국의 캠프힐을 모형으로 한 장애인 마을과 같은 공동체도 지역사회와의 소통을 전제하여 운영된다면 장애인의 자주성과 주체성을 보다 넓게 담보할 수 있는 거주공간이 될 수 있을 것이다.

(3) 주거공간 마련 추진전략

주거공간의 마련에 있어서도 중앙정부 차원에서의 각각의 역할이 필요하다. 보건복지부에서는 집중 케어홈, 거주가 필요한 장애인의 수를 추산하여 잠정 수요 예측과 함께 기존 장애인 거주시설의 개편과 같은 역할이 수행되어야 할 것이다.

국토교통부에서는 현재 제공되고 있는 국민임대주택 등을 지방자치단체가 주거가 필요한 장애인과 매칭하도록 연간 수급계획을 수립하여 추진하며, 지방자치단체에서는 자치구 재정여건에 따른 다양한 거주공간의 마련이 필요하다. 주거 공간 마련을 위한 정부 부처와 지방자치단체의 역할은 다음과 같다.

● TABLE 06 거주시설 마련을 위한 정부 및 지방자치단체 역할

구분	세부내용
보건복지부	· (잠정 수요예측) 집중케어홈 거주가 필요한 장애인의 수를 추산하여 각 지역별로 필요 정원을 산정하여 집중케어홈 필요 개소 수를 판단 - 집중케어홈 설치는 보건복지부가 지방자치단체로부터 신청 받아 지역별로 안배하여 허가제로 운영 - 집중케어홈의 일부는 기존 장애인중증요양시설을 흡수 개편하되, 장기적으로는 보건복지부 기능보강사업을 집중케어홈 설치에 충당하도록 거버넌스를 재편 · (기존 장애인거주시설 개편) 대규모시설부터 우선적으로 자산을 매각하고 대체재산으로 전환하도록 협의. 이 때 설계비 및 부대비용 지원 등을 통해 사회복지법인이 정부정책을 이행하는데 불이익이 발생하지 않도록 배려 - 개편되는 자산은 집중케어홈과 그룹홈으로 분산하여 배치
국토교통부	· (주거지원) 국토교통부가 제공하는 국민임대주택 등을 지방자치단체가 주거가 필요한 장애인과 매칭하도록 연간 수급계획 수립 및 추진. 지방자치단체와의 유기적 협력이 필요 - 현재 주거급여로서는 국토교통부 제공 거주공간에는 충당 가능하지만 민간시장에서의 거주공간 마련은 여전히 애로가 있어 이의 상향조정 필요
지방자치단체	· 지방자치단체는 재정여건에 따라 자체적으로 여건에 맞는 거주 공간 마련이 필요

(4) 욕구사정 및 의뢰 체계 구축

커뮤니티케어가 잘 작동되기 위해서는 서비스 전달체계의 개편이 필요하다. 현재는 장애인 등록 후 장애인 활동지원서비스 수급가능 여부와 정도를 파악하는 수준이다. 앞으로 통합적인 서비스 제공을 위해서는 장애등록 후 장애인 당사자 또는 장애인 가족을 대상으로 욕구를 사정하여 그에 맞는 서비스를 설계해 주는 욕구사정 및 평가, 그리고 필요한 경우 관련 기관에 의뢰할 수 있는 담당기관 신설 및 업무처리절차를 담은 법적 근거가 마련되어야 할 것이다.

현재는 국민연금공단이 장애인 판정 및 장애인활동지원서비스 판정업무를 담당하고 있으나 이제 커뮤니티케어 정책이 추진되면 장애인뿐만이 아니라 욕구사정 및 평가체계를 시군구 단위로 일원화하는 방안을 모색할 필요가 있으며 장애인 단독의 전달체계를 구축할 것인지는 전체 정책추진 맥락과 조율이 필요[4]하다. 또한 장애인의 욕구를 사정하기 위한 사정도구 개발 및 사정결과에 따른 관련 지원서비스 연관표 및 매뉴얼 마련 필요하다.

4 발달장애인 분야는 발달장애인지원법에 따라 시도단위에서 발달장애인지원센터가 설치되어 있으나 1개 센터가 광역자치단체 전체의 발달장애인을 담당하는데 한계가 있고 또 개인별지원계획을 수립하는 실익이 적어 파급력이 크지 않은 실정이다.

(5) 돌봄서비스

현재 장애인에게 지원되는 사회서비스는 장애아전담 보육서비스 및 장애아동 통합보육서비스 등 보육서비스와 특수학교 · 특수학급 · 일반학급에서의 특수교육대상자에 대한 교육서비스가 가장 기초적으로 제공되면서 필요한 경우에 따라 부가적인 돌봄서비스를 제공해야 한다.

돌봄서비스는 장애종별을 가리지 않고 전체 장애인을 대상으로 지원하는 것과 발달장애인을 대상으로 하는 특화된 복지서비스로 대별해 볼 수 있다. 장애종별 전체에 대한 서비스로는 6세 미만의 장애아동이 있는 경우에 장애아 가족 양육지원서비스, 6세 이상 65세 미만에 대한 활동지원서비스가 주축을 이루며 필요에 따라 보육 및 교육서비스의 보충적 성격의 추가 지원이 가능하다. 발달장애인의 경우 발달재활서비스를 받을 수 있으며 발달장애인을 둔 부모는 부모 상담을 받을 수 있다. 그 외에도 위와 같은 개별 돌봄 서비스뿐만 아니라 주간보호센터, 단기보호시설을 통해서도 돌봄서비스를 받을 수 있다[5].

또한 개인예산제도의 도입을 통해 돌봄서비스로 받을 수 있는 총량을 현금으로 지급하고 이를 자신의 욕구와 형편에 맞게 사용할 수 있는 선택권 및 재량권을 부여해야 한다. 서비스이용계획을 지방자치단체와 합의하고 자신의 자립생활 및 성장에 필요한 항목에의 사용을 명목화한 다음 이를 실제 삶에 적용시켜야 한다. 발달장애인 등 예산사용과정에서 실질적인 선택과 통제권을 발휘하기 어려운 장애인에 대해서는 지방자치단체 및 개인예산제도 지원민간단체를 통해 도움을 받고 정보제공, 의사소통 등 발달장애적 특성에 맞는 부가적 지원체계가 마련되어야 한다.

2) 한국형 커뮤니티케어의 정착을 기대하며

한국형 커뮤니티케어는 이제 막 돛을 달고 출발하기 시작했다. 그동안 개인과 가족이 전적으로 돌봄을 책임져야 하고, 돌봄 부담을 해결하기 위해 시설과 병원을 선택함으로써 가족들이 느꼈던 고통이 커뮤니티케어를 통해 희망을 가질 수 있을 것으로 기대된다. 하지만 커뮤니티케어는 새롭게 시작하는 하나의 사업이 아니라 기존의 돌봄서비스 체계를 재구조화하고, 다양한 신규 사업들을 재배치하는 것으로 한국 복지서비스 체계의 큰 변화를 수반하기 때문에 한 단계, 한 단계 쉽지 않은 여정이 될 것이다. 커뮤니티케어가 순항하기 위해서는 핵심기반을 마련하는 것이 필요하다. 그 첫 번째가 커뮤니티케어 관련 법률 제정 및 관련 법령 정비이다. 커뮤니티케어는 노인, 장애인, 정신장애인 등 개별 대상보다는 '돌봄이 필요한 사람은 누구나'를 대상으로 하는데 비해 관련 사업

5 주간보호센터 663개소에, 단기거주시설 146개소에 1,616명의 장애인 거주(2016년 말 기준)

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

들은 개별 법률에 근거하고 있기 때문에 현행 방식으로는 기존의 분절성을 극복하기 어렵다. 일본은 지역포괄케어 시스템 구축을 위해 2015년 수십 개의 관련 법령을 일괄적으로 정비한 바 있다. 또한 커뮤니티케어 관련 법률에는 돌봄서비스에 대한 수급권이 명시되어야 한다. 현재 노인장기요양보험을 제외한 돌봄서비스와 관련해서 어떤 욕구를 가진 사람에게 어떤 서비스를 어느 정도를 제공해야 되는지에 대한 수급권이 정립되지 않았기 때문에 돌봄서비스가 선별적으로 제공되고 있다. 따라서 관련 법률에서는 '서비스를 제공할 수 있다'는 선언적인 규정보다는 대상자 선정기준과 서비스 내용을 구체화하여 수급권을 확보할 수 있어야 한다.

다음으로 지역중심의 공공케어매니지먼트 시스템을 구축하고, 중앙정부와 광역시도, 시구군의 역할 분담을 정하는 것이다. 대부분의 서비스가 사례관리라는 이름으로 민간에 위탁되면서 책임소재마저 모호한 경향이 있다. 영국, 일본, 스웨덴 등 선진 국가들에서는 지방정부가 커뮤니티케어에 실질적인 사업 기획과 서비스의 연계조정, 서비스의 구매 · 관리감독자 역할을 한다. 우리나라의 지방분권화 수준에서 지방자치단체가 강력한 권한을 행사하기에는 한계가 있지만 지방자치단체가 주요한 서비스 제공기관이나 공공 · 민간기관들을 실질적으로 under control 할 수 있는 권위를 가지면서, 서비스 제공 및 연계에 책임을 질 수 있도록 전달체계를 설계해야 한다. 이를 위해 장기적 관점으로 커뮤니티에서 돌봄을 받는 대상, 제공되는 서비스, 서비스의 연계방식 등을 고려하여 통합적으로 서비스가 연계 · 제공될 수 있는 지역의 전달체계를 구축해야 한다.

참고문헌

김승연(2018). 해외사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티케어 개념정립 및 추진방향 연구. 보건복지부·서울연구원.

김승연(2018). 해외 사례와의 비교를 통한 한국형 커뮤니티케어 개념 정립필요성 및 추진 방향. 보건사회연구 콜로키움 발표자료.

노혜진(2016). 한국 사회서비스의 사각지대 실태. 사회복지연구, 47(1), 한국사회복지연구회.

보건복지부(2018). 어르신이 살던 곳에서 건강한 노후를 보낸다. 「지역사회 통합 돌봄 기본계획(1단계 : 노인 커뮤니티케어)」. 보도자료.

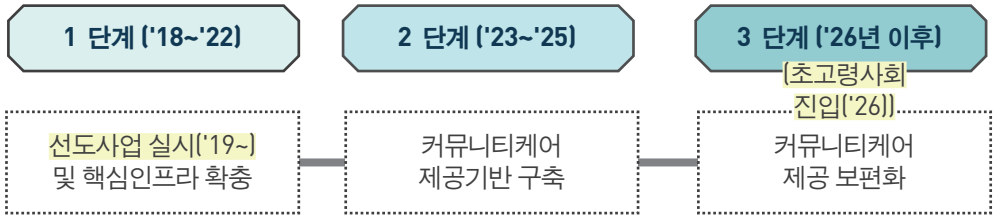
보건복지부(2019). 「지역사회 통합돌봄」, 8개 지자체에서 첫 걸음. 보도자료.

02

커뮤니티케어와 장애인 주거*
– UD 적용을 중심으로

1. 개요

정부가 선정한 5대 국정목표 중 하나인 “내 삶을 책임지는 국가”와 국정목표를 실현하기 위한 20대 국정전략 중 첫 번째로 “모두가 누리는 포용적 복지국가”를 추진하고 있다. 이에 대한 실현을 위한 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어[1])에 대한 단계적 로드맵을 발표하였다. 1단계(‘18~’22)의 선도사업을 통해 지역 실정에 맞는 서비스를 발굴하고 제공 모델을 검증·보완하여 다양한 커뮤니티케어 모델 개발을 목적으로 초고령사회 진입이 예상되는 2026년 이후에는 커뮤니티케어가 보편적으로 지역에서 적용되는 로드맵을 발표하였다([그림 1] 참조).



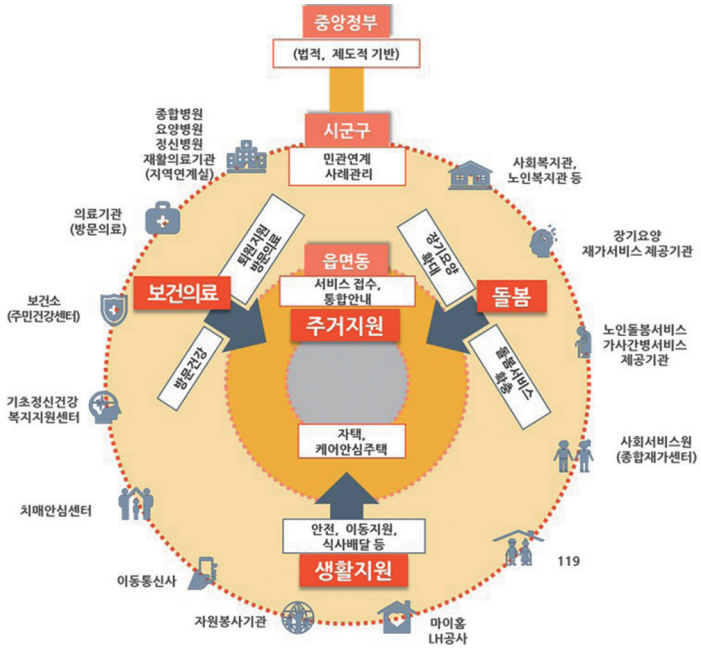
[그림 1] 지역사회 통합 로드맵

출처 : 보건복지부(2019). 지역사회 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획

* 류상오(한국장애인개발원 유니버설디자인환경부 UD환경팀 과장)

1 케어가 필요한 주민(노인, 장애인 등)들이 살던 곳(자기 집, 그룹 홈 등)에서 개개인의 욕구에 맞는 서비스를 누리고 지역사회와 함께 어울려 살아갈 수 있도록 주거, 보건의료, 요양, 돌봄, 독립생활의 지원이 통합적으로 확보되는 지역주도형 사회서비스 정책, 보건복지부, 지역사회 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획(2019.1.10.), p.27.

커뮤니티케어의 개념들을 보면, 주거, 보건의료, 요약, 돌봄, 독립생활 지원으로 크게 나누어져 있다. 현재 선도사업의 단계에서 지자체별 다양한 체계가 나오는 것에 대해 기대할 수 있지만, 아직은 장애인에 대한 의료·복지서비스를 원활히 제공하는 부분에 중점을 두고 있는 듯하다. 하지만, 서비스를 제공하는 부분에 중심이 되어 있어, 대상자에 있어서는 수동적인 느낌이 강하다. 돌봄의 수동적인 느낌 보다는 독립생활 지원으로의 방향에 대해서도 적극적이 검토가 필요할 듯하다. 커뮤니티케어는 의료나 복지뿐만 아니라 일상생활에 대한 물리적 환경 구축이 중요한 부분이 되어져야 한다. 일상생활이 가능한 일부 장애인도 외출에 대해 어려움을 느끼고 있다. 이런 장애인을 위해 찾아가는 서비스를 제공 하는 것과 나올 수 있는 환경을 만들어주는 것이 동시에 이루어져야 완성된 커뮤니티케어로 나아가는 것일 것이다. 커뮤니티케어의 목표가 지역에서 자립하여 계속 살아가는 것이라고 하면, 주거란 내가 사는 주택을 포함한 주변 도로, 생활시설을 모두 포함한 주거지, 지역, 동네에 해당하는 범위에서 접근해야 할 것이다.



[그림 2] 커뮤니티케어 제공체계

출처 : 국회입법조사처(2018), 전문가간담회자료

커뮤니티케어의 대상인 노인, 장애인 등의 활동영역은 주로 주거공간을 중심으로 한 지역 내에서 익숙한 지역에서 사회적인 관계를 유지하면서 일상생활을 독립적이며 지속적으로 누릴 수 있도록 이전처럼 일상생활을 할 수 있도록 주택뿐만이 아닌 지역 내의 물리적 환경 개선이 중요하게 다뤄져야 한다. 이처럼 주거 환경은 주택이라는 개별공간만이 아니라 주택 외부 공간을 포함한 지역, 주거지역을 포함한다. 따라서 주거환경 개선에서는 반드시 주택내부 뿐만 아니라 주거지역 외부공간에 대한 환경도 포함한다.

다음에서는 기존 문헌을 통한 장애인의 일상생활과 주거의 중요성에 대해 고찰하고, 커뮤니티케어의 역할과 방향성에 대해 기술하고자 한다.

2. 장애인과 주거 환경

1) 장애인의 일상생활

제인 제이콥스(Jane Jacobs)는 도시는 탄생, 성장, 성숙, 부패하여 다시 반복되는 생명체와 같다고 말했다. 또한 도시는 사람, 거리, 공원, 이웃, 정부, 경제, 사회라는 구성 요소가 서로 불가분의 관계를 가지고 인체의 조직처럼 서로 연결되어 있다고 말했다. 이러한 생물학적 · 진화론적 접근에 의해 도시를 바라보면 도시는 매우 중요한 역할을 하는 장소가 된다. 즉, 거리는 도시의 사회 구성원들이 대면하여 거래하며 상업 활동을 하는 활력의 근원이 되는 곳이다. 제이콥스에 따르면, 거리는 안전성, 사회적 연계성, 경제적 개발을 결정하는 곳이며, 이러한 관점에서 거리의 쓰레기를 치우거나 지나가는 사람과 이야기를 주고 받거나하는 것은 중요한 도시 활동인 것이다. 그녀는 이러한 일상적인 활동이 도시를 더 활력적으로 한다고 했다. 그러나 장애인이나 고령자 등 도시 공간의 일상생활에서 62%정도가 정상 생활을 영위하는데 어려움을 겪고 있으며, 사회 구성원 모두가 도시 활동에 참여하여 활력적인 도시가 되기는 한계가 있다.

2017년 장애인실태조사 결과, 혼자 외출을 하는 장애인은 84.4%로 나타났으며 외출 빈도도 거의 매일이 70.1%, 주 1~3회가 19.5%로 외출 빈도가 높게 나타났다. 외출 시 주된 목적으로는 통근·통학이 37.8%, 산책·운동이 29.9% 순으로 나타났다. 재가 장애인의 일반적 특징 중 주로 하는 운동 종목은 걷기(산책)나 조깅이 전체의 68.4%로 장애인 중 2/3가 선호하고 있으며, 장소로는 근처 등산로나 공원이 66.8%로 가장 많이 나타났다. 이를 통해 주거지 내에서 이동과 생활권내 시설로의 접근 및 이용이 자연스럽게 이루어지는 환경이 중요한 것을 알 수 있다. 그러나 지역시설 이

용이나 행사참여는 6.5%로 나타나 지역사회에 참여는 낮게 나타났다.

집 밖 활동 시 주된 불편 이유로 장애인 관련 편의시설 부족이 49.7%로 가장 높게 나타나 주거지에서는 장애인이 혼자서 집을 나서 산책이나 일상생활시설을 이용·접근하기에는 편의시설이 부족한 현실을 알 수 있다. 이에 이동은 차량(복지차량, 자가용)이 가장 많이 나타나, 외출 목적에 대해 차량 이동이 많고 도보이동은 12%정도로 낮게 나타났다. 시설로 이동 및 접근이 어려워 도보보다 차량을 많이 이용하고, 외출은 주로 근처 공원이나 등산로의 산책이나 외출보다는 가정에서 가능한 소극적인 활동을 하고 있는 것을 알 수 있다.

상기 언급 된 상황을 고려하여 판단하면 장애인 등에게 물리적 제약은 사회의 구성원으로서 기본적으로 누리는 도시에서의 안전한 이동과 시설에 대한 액세스를 방해하고 도시의 일상생활 어렵게 한다. 이것은 인간으로서 살아갈 수 없는 것과 경제적인 제약을 가져와 스스로 자립하여 살아 어렵게 하는 원인이 된다.

최근 들어 장애인 · 고령자 등의 수가 증가하고 있으며, 장애인 등의 사회 참여 능력이 강화되고 있으며, 또한 도시 계획에서도 효율성에 대한 재검토를 통해 더 많은 사람들의 삶의 질을 높일 수 있는 계획이 필요하다고 인식하고 있다. 도시 사회 구성원 모두가 평등한 참여가 가능하도록 하는 것은 제이콥스가 말한 활력적인 도시를 만드는 데 필요조건이 된다. 여기에서 중요한 것은 장애인 등을 고려한 도시 계획은 많은 사람들이 더욱 편안하고 안전한 도시 생활을 할 수 있는 공간, 즉 사람이 중요한 공간을 만든다는 것을 의미한다. 사람이 걷기에 안전하고 편리한 공간, 일상생활에 필요한 도시 시설로의 이동 및 접근이 가능한 공간을 계획하는 것으로, 인간이 중요시되는 도시 공간의 형성이 가능하다.

2) 장애인 주거 환경에 대한 이해

장애인에게 있어 주거에 대한 물리적 환경의 중요성은 20세기 중반 '자립 생활'지원을 통한 QOL(Quality of Life) 향상이라는 복지 개념과 밀접한 관계가 있다. 인간의 자립에 대한 욕구가 주거환경과 강한 관계가 있다는 인식(Marans 1977)에서 자립 생활 패러다임은 주거에 대한 물리적 환경 개선의 중요성을 강조했다. 무엇보다 장애인이 가장 많은 시간을 보내는 장소가 주택임에도 불구하고, 자신의 장애 문제가 아니라 주택의 문제에서 장애를 더 인식한다는 점에서 장애인이 생활하기에 편리하고 안전하게 살 주택의 공급과 개선이 장애인 주거의 1차적 목표가 되었다. 즉, 장애를 가진 사람이 살 수 있는 주택의 공간적 측면으로는 규모, 면적, 형태, 높이 등이 주택 내의 물리적 환경으로서 중요하게 다뤄지고 있다.

그러나 Dunn(1990)은 장애인에 대해, 내부적인 환경 개선뿐만 아니라, 그 밖에 지역 사회의 역량과 주거 소유 및 관리 시스템이 장애인의 생활 변화와 만족의 차이에 영향이 있음을 보여주고 있다. 사회적 환경은 지역 사회로서 이해할 수 있고, 거주자의 문화적, 사회적 활동과 관계가 있다. 1) 주거 지역이 자신에 대한 인생의 역사, 소득, 연령 등과 함께 잘 적응할 수 있는 환경인지, 2) 지역 주변의 사회 서비스, 보건, 교육, 여가 활동을 제공 할 수 있는 지역인지, 3) 지역 사회 시설로서 문화, 사회, 건강한 삶을 유지 할 수 있는 시설이 있는 지역인지 등이 주거지를 고려할 때 중요한 문제로 지적되고 있다(Dunn, 1990). 즉, 주거의 사회적 환경이란, 지역 사회 자원의 활용 및 다양한 지역 사회 서비스 등과의 연계를 통해 이루어지며 건강한 사회 활동이 가능한 기본적인 요소라고 할 수 있다. 일반적으로 같은 경제 상황과 조건의 경우보다 넓고 살기 좋은 집을 소유하려고 하면, 의료 · 복지서비스의 접근이 용이한 도시 지역을 포기할 수밖에 없다(Wolf-Branigin 2006). 이는 사회 복지 급여의 내용과 질 선택과 관련하여 이해할 수 있다. 예를 들어, 장애인의 주거 지원 급여 내용 중, 주택 공급은 도시 지역보다 교외 지역은 경쟁이 낮고 관련 서비스 선택의 폭이 넓지만, 생활 지원 서비스 및 건강 관련 서비스는 농촌 지역보다 도시 지역의 경우 양·질적인 면을 고려한 선택의 폭이 넓다는 것을 알 수 있다.

3. 커뮤니티케어의 방향성

지역 단위에서의 커뮤니티케어를 우리나라보다 앞서 실시하고 있는 일본에서의 지역 공생 케어의 대표적인 토야마형 데이서비스에 대해 알아보고 우리나라의 편의시설 설치 현황을 통해 현재를 고찰하고 커뮤니티케어의 역할과 향후 방향성에 대해 기술하고자 한다.

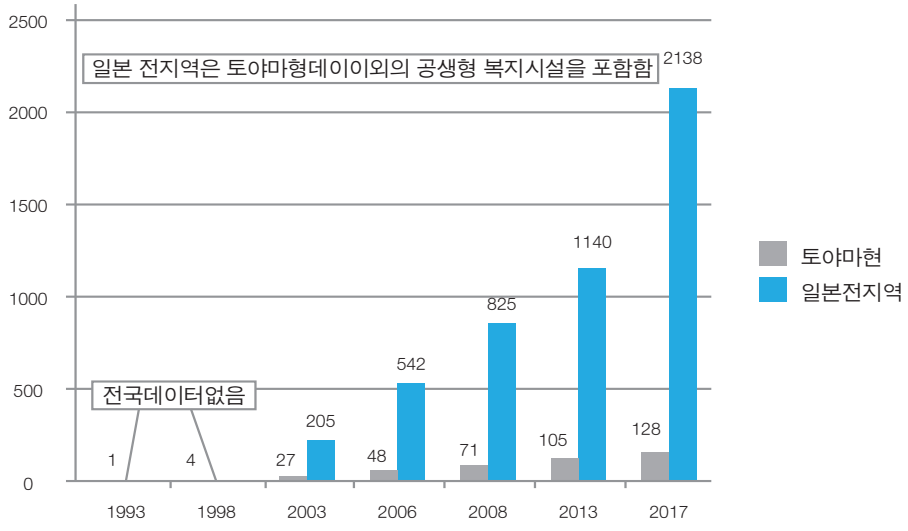
1) 토야마형 데이서비스의 역사와 특징

지역 공생 케어는 “아기에서 장애인, 노인까지 모두가 지역에서 당연하게 사는 실천을 말한다.”이다. 동일한 장소에서 함께 하는 것뿐만 아니라, 지역에서 함께 산다는 넓은 개념이 포함되어 있으며, 다양한 사람들이 어울리는 가운데 풍부한 인간관계를 구축하고 지속되는 것이 특징이다. 지역 공생 케어에는 지역이나 연구 그룹에서 토야마형, 택유로소(宅幼老所), 일체형 데이서비스, 앗따이홈(あったかほーむ), 메구모이홈(ぬくもいホーム), 통합 케어, 유노(幼老)케어 등의 다양한 호칭이 있지만, 지명도가 높은 것은 토야마형이다. 실제로 토야마형이 계기가 되어 전국에 지역 공생 케어

가 퍼졌다고 말할 수 있다.

토야마형 데이서비스는 민간의 자유로운 발상에 의해 소규모 다기능의 데이서비스로서 장애의 유무와 관계없이 지역에 사는 영유아에서부터 노인까지 폭넓은 연령을 함께 받아들이는 공생 케어가 특징이다.

현재로는 이러한 지역공생 케어를 시행하는 시설은 2003년에는 전국에 205개소였던 공생형 복지시설이 2017년도 시점에서는 2,138개소로 15년 만에 10배로 증가하였다([그림 3] 참조). 대상자를 한정한 수직적인 복지가 아닌, 누구든지 지역에서 함께 살아가는 지역공생으로의 관심이 높아지고 있다.



[그림 3] 지역공생케어 수의 변화

출처 : 공익재단법인 장수과학진흥재단(2019). 전국으로 넓어지는 토야마형 데이서비스에서 발췌하여 변형
(https://www.tyojyu.or.jp/net/topics/tokushu/kyoseigatasabisu/toyamatype-day-service.html)

처음에는 민간의 소규모시설은 국가나 현의 보조대상이 아닌 고령자 · 장애인 등의 구분을 두지 않은 시설에 대해서는 보조나 제도가 없었다. 하지만, 민간의 소규모시설을 활용한 데이서비스 사업에 대해 많은 요구와 토야마형 데이서비스의 실적이 인정받아 토야마현에서는 재택장애인에 대한 데이케어 조성(1996년), 민간업자의 데이케어시행 운영비 조성제도(1997년) 등 사업자의 활동에 맞춰 전국에서는 처음으로 유연한 보조 제도를 시행하였다. 2003년에 토야마현은 구조개혁특구를 신청하여 고령자나 장애인이 이용 가능한 「토야마형 복지 서비스 추진특구」인정을 받아, 2004년부터는 숏스테이가 가능하도록 제안한 특구가 전국규모에서 실시되고 있었기 때문에 급속

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

도록 퍼져갔다. 이러한 연령이나 장애에도 불구하고 함께 케어를 하는 활동방식과 행정의 유연한 보조금 지원방법에 대해 「토야마형 데이서비스(토야마형)」라고 부르게 되었다.

토야마형 데이서비스는 대부분이 택로소(宅老所[2])와 같으며, 민가를 개보수한 보통의 주택을 사용하고 있는 것이 특징이다. 병원과 같은 시설과는 다르고 이용자가 살고 있는 집과 다르지 않아 익숙한 환경에서 서비스를 받게 된다. 대부분은 배리어프리 대응으로 서비스하기 쉬운 조건이 되어 있지만, 그 밖에는 일반적인 주택과 다르지 않아 이용자는 자신의 집에 있는 것 같은 느낌을 갖게 된다. 주택규모의 시설이기 때문에 수용인원은 적지만, 반대로 직원이 돌보기도 쉬워 직원과 이용자 간의 친밀도가 높아지기 쉬운 환경이 되기 때문에 이용자가 보다 자연스럽게 지낼 수 있다.

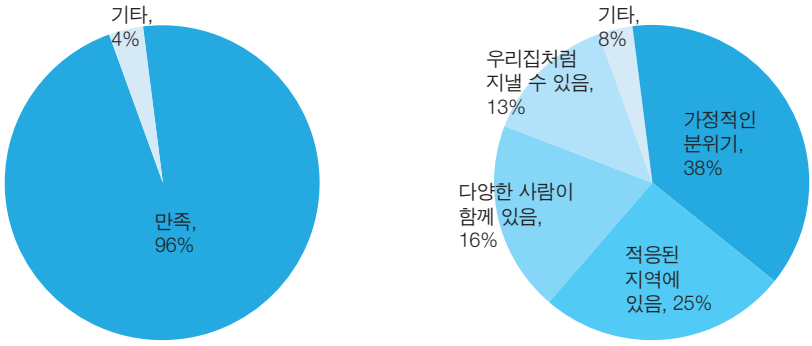
2) 토야마형 데이서비스의 효과

토야마형 데이서비스는 연령이나 장애 유무와 관계없이 지역의 누구든지 이용이 가능하다는 관점으로 각 이용자와 지역 간의 효과는 4가지 정도로 정리할 수 있다. 우선, 고령자에게는 아이들과의 만남을 통해 자신의 역할을 찾아, 자의식이 높아져 일상생활의 개선이나 대화가 늘어나게 된다. 장애인에게는 편한 장소가 생겨 자기만의 역할을 찾아 자립으로 이어지는 효과가 있다. 아이의 경우는 어르신이나 장애인 등 다른 사람에 대한 배려나 친절함을 느낄 수 있는 교육적인 측면의 효과가 있다. 그리고 지역에서는 지역주민의 다양한 상담 내용에 대응이 가능한 지역주민의 복지거점으로서의 효과가 있다.

토야마형 데이서비스는 주택개수형 시설이라는 특징으로 인해, 이용자가 편하게 지낼 수 있도록 하는 것에 중점을 두고 있는 것을 알 수 있다. 실제로 토야마형 데이서비스 이용자 211명을 대상으로 한 설문조사(토야마현 조사, 2009.9)에 의하면, 96%가 이용에 만족하고 있으며, 토야마형 데이서비스의 좋은 점으로서 51%가 「가정적인 분위기」, 「우리집처럼 있기 지낼 수 있음」등 이라고 주택개수형 시설 특유의 시설환경이 가져오는 특징에서 알 수 있는 점으로 나타났다([그림 4] 참조).

2 택로소(宅老所)는 사가현(佐賀県)의 한 사업소가 처음으로 현재에는 일본전역에 퍼져있다. 정식의 정의는 없지만, 대부분의 택로소의 공통점은 시설이 기존의 주택을 개보수한 것이거나 주택에 가까운 형태의 시설이라는 점이다. 제공되는 서비스도 소규모로 이루어진다. 택로소는 독자적인 서비스와 함께 케어가 필요한 사람에게는 서비스를 받을 수 있는 활동방식과 행정에 의한 유연한 보조체제를 겸하는 「토야마형」「토야마방식」이라고도 부른다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr



〈토야마형 데이서비스 이용자 만족도〉 〈토야마형 데이서비스의 장점〉

[그림 4] 토야마형 데이서비스 이용자 설문조사

출처 : 토야마현 조사(2009)

이와 같이 토야마형 데이서비스는 폭넓은 층의 이용자가 서로 영향을 미쳐 다양한 효과가 나타나는 것 뿐 만 아니라 자택에서 가까운 시설환경이 이용자의 생활 만족도를 향상시켜 결과적으로 시설 이용자 뿐 만 아니라 지역주민의 복지거점으로서의 가능성을 지닌 복지 서비스라고 할 수 있다.

장애인의 탈시설과 지역에서의 생활로 이어지게 되면서 주거지에서의 복지서비스 제공이 중요하다. 그런 점에서 일본의 지역 밀착형 소규모 복지서비스의 사례인 토야마형 데이서비스는 커뮤니티케어를 준비하는 우리나라에서 적용 가능한 모델로 사용이 가능하다. 거주 지역에 있는 질 높은 서비스를 제공 하더라도 실제로 대상자를 고령자, 노인, 어린이 등으로 한정하여 시설을 이용할 수 없게 되는 점에 대해서는 검토가 필요하다. 또한, 지역의 기존건축물을 활용하여 다양한 사람이 모일 수 있는 장소를 만드는 것에 대해서도 효과를 기대할 수 있을 것이다.

3) 법제도에 의한 주거 환경 정비

2018년도 보건복지부와 지자체가 같이 실시하고 한국장애인개발원이 수행한 장애인 편의시설 실태 전수조사[3] 결과를 보면, 건물유형별 설치율과 적정설치율의 평균은 80.2%와 74.8%로 나타났다. 이는 2013년도 조사결과인 설치율 67.9%, 적정설치율 90.2%에 비해 설치율은 12.3%, 적정설치율은 14.6% 높아졌다. 건축물의 접근 및 이용에 대해서는 법 제정 당시(1998)에 비하면 약 두 배 정도로 높아진 수준이다(<표 1> 참조).

● TABLE 01 장애인 편의시설 전수조사 연도별 설치율 비교

조사년도	조사대상	설치율	적정설치율	비고
1998	-	47.4%	-	*지자체 조사
2003	-	75.8%	-	*지자체 조사
2008	107,730	77.5%	55.8%	*복지부 조사
2013	141,573	67.9%	60.2%	*복지부 조사
2018	185,947	80.2%	74.8%	*복지부 조사

출처 : 보건복지부 보도자료(2019). 장애인 편의시설 설치율 80.2%로 크게 높아졌다!

건물유형별 설치율과 적정설치율(<표 2> 참조)은 1종 근린생활시설(설치율:79.3%, 적정설치율:73.3%), 2종 근린생활시설(설치율:75.6%, 적정설치율:71.7%), 종교시설(설치율:78.1%, 적정설치율:72.3%), 노유자시설(설치율:73.0%, 적정설치율:66.8%), 공장(설치율:68.4%, 적정설치율:64.3%), 묘지관련시설(설치율:76.2%, 적정설치율:69.9%), 공원(설치율:66.3%, 적정설치율:62.5%), 기숙사(설치율:76.9%, 적정설치율:71.2%)가 전체 평균보다 낮게 나타났다. 비교적 규모가 작은 1종과 2종 근린생활시설에서 설치율이 낮아 실제 주거지역내의 생활시설에 대한 접근성에 어려움이 있을 것으로 판단된다. 또한, 공공시설의 설치율은 80.2%, 적정설치율은 72.4%로 나타났으며, 민간시설의 설치율은 80.2%, 적정설치율은 75.0%로 나타났다.

공공시설과 민간시설의 설치율과 적정설치율을 비교하면 적정설치율에서 공공시설이 2.6% 낮게 나타났다. 이에 대해서는 파출소·지구대(적정설치율:63.4%), 우체국(적정설치율:66.0%), 보건소(적정설치율:66.9%), 교정시설(적정설치율:73.3%)의 적정설치율이 전체 평균보다 낮게 나타

3 장애인·노인·임산부등의 편의증진보장에 관한 법률 제11조(실태조사) 동시행규칙 제4조제1항에 의함.
– 2018 장애인 편의시설 실태 전수조사 개요
·조사기간: 2018년 5월~12월/·조사기관: 한국장애인개발원(총괄, 분석), 지자체(현장조사)
·조사대상: 1998년 이후 신축 또는 증축 등 건축행위가 발생한 공원, 공공건물 및 공중이용시설, 공동주택 등 (18만 5947개소)/·조사내용: 장애인전용주차구역, 승강기, 화장실 등 23종의 편의시설 설치 여부

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

난 것을 원인으로 보고 있다. 이에 대해 보건복지부는 보도 자료(2019.2.26)를 통해 공공부문 중 대표적 생활 밀접시설인 파출소·지구대, 우체국, 보건소 등의 상당수는 소규모·노후 상태이며 이들에 대한 설치율 제고를 통해 공공시설에 대한 접근성 향상으로 이어지게 할 필요가 있다고 인식하고 이에 대한 후속조치를 하도록 하였다. 또한 편의시설의 적정설치를 통해 장애인의 이동편의 향상과 사회활동 참여 기회 확대를 위해 노력해 나갈 것이라고 강조했다. 이와 같은 대처로 인해 법에 의한 편의시설 설치 의무 대상시설에 대한 편의시설 설치로 인해 개별시설에 대한 접근성은 점점 좋아질 것으로 기대된다.

하지만,「장애인·노인·임산부등의 편의증진 보장에 관한 법」에서는 일정규모 이상만을 대상으로 하고 있어 소규모시설의 이동 및 접근성 향상까지는 미흡한 점이 있으며, 도로나 여객시설「교통약자의 이동편의 증진법」에 의해 다뤄지는 등 통합적인 주거 환경 개선에 어려움이 있다.

일본에서는 1998년 6월 중앙사회복지 심의회는「사회복지 기초구조 개혁·동료 정리」를 발표했다. 1945년대에 생긴 현재의 사회복지 사업법은 제2차 세계 대전 이후의 상흔이나 생활의 궁핍한 상황에서 대응하고 있었다. 그리고 약 50년이 지난 1990년대 사회 정세는 당시와는 크게 변하여 복지는 누구라도 필요에 따라 사용할 수 있도록 하고 있다. 다양한 논의가 계속되고 있지만, 2000년도부터 시행된 공적 개호 보험에 맞춰, 지역과 가정을 중심으로 복지 서비스의 양과 종류 확대, 질의 확보가 시급하였다. 지역은 주민 주체의 생활과 복지의 기반으로서, 더욱 크게 변화해 나갈 것으로 기대되었다.「장애인 자립 지원법(2006.4.시행)」에 의해 시정촌이 지역의 실정에 따른 장애인 복지 실행과 장애인이 가까운 곳에서 서비스를 이용할 수 있도록 빈 교실이나 빈 점포가 활용 가능하도록 규제를 완화하였다. 또한 2010년「장애인 자립 지원법」과「아동 복지법」이 개정되어 장애인의 지역 생활을 지원하는 시책을 한층 더 충실히 하였다. 그룹 홈·케어 홈 이용에 대한 지원과 중증 시각장애인의 이동을 지원하는 서비스 외에도, 장애가 있어도 원하는 지역에서 생활할 수 있도록 시설이나 병원에서 지역 이동이나 지역 생활에 대해 충실히 지원하기 위한 긴급 체제 정비 사업을 2011년부터 수행하고 있다. 또한 장애인의 사회 참여를 촉진하기 위한 다양한 사업도 실시하게 되었다.

이처럼 지역을 중심으로 하는 장애인 자립을 위한 제도의 마련이 필요하며 이를 위한 관련법들의 개정이 동시에 이루어질 필요가 있다. 커뮤니티케어를 통해 이를 위한 관련법에 대한 검토와 제·개정을 통해 지역에서의 사업수행을 위한 예산 및 지원 근거 마련이 필요하다.

● TABLE 02 2018 장애인 편의시설 실태 전수조사 결과

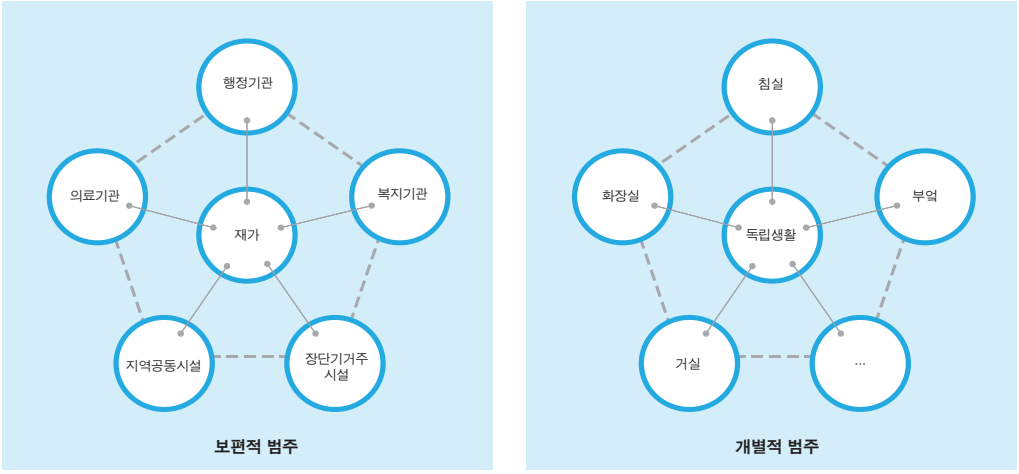
구분		2018년 장애인 편의시설 실태 전수조사					
		대상건물수	설치기준 항목수	설치수	설치율	적정설치수	적정설치율
편의시설 종류별	매개시설	185,926	3,791,947	3,116,303	82.2%	2,950,482	77.8%
	내부시설	181,780	3,299,282	2,762,138	83.7%	2,560,854	77.6%
	위생시설	91,982	1,489,298	1,055,077	70.8%	959,091	64.4%
	안내시설	51,852	295,558	197,551	66.8%	181,197	61.3%
	기타시설	17,436	124,179	93,540	75.3%	84,392	68.0%
	비치용품	9,361	34,626	18,685	54.0%	18,685	54.0%
	계	185,947	9,034,890	7,243,294	80.2%	6,754,701	74.8%
건물 유형별	제1종 근린생활시설	185,947	1,485,132	1,177,667	79.3%	1,088,170	73.3%
	제2종 근린생활시설	13,760	422,324	319,236	75.6%	302,960	71.7%
	문화 및 집회시설	2,101	160,677	135,851	84.5%	126,715	78.9%
	종교시설	5,449	188,172	147,054	78.1%	136,018	72.3%
	판매시설	1,824	120,309	102,656	85.3%	96,985	80.6%
	의료시설	3,830	320,052	267,648	83.6%	251,111	78.5%
	교육연구시설	19,243	1,422,689	1,190,633	83.7%	1,105,823	77.7%
	노유자시설	23,950	1,324,789	966,538	73.0%	884,849	66.8%
	수련시설	518	39,212	31,932	81.4%	29,142	74.3%
	운동시설	1,653	60,604	49,979	82.5%	47,096	77.7%
	업무시설	12,323	861,319	720,108	83.6%	671,801	78.0%
	숙박시설	3,623	204,736	162,601	79.4%	152,955	74.7%
	공장	7,027	327,578	224,206	68.4%	210,509	64.3%
	자동차관련시설	1,546	38,250	32,241	84.3%	30,840	80.6%
	방송통신시설	208	12,818	10,420	81.3%	9,561	74.6%
	교정시설	47	2,829	2,299	81.3%	2,074	73.3%
	묘지관련시설	138	6,589	5,023	76.2%	4,603	69.9%
	관광휴게시설	297	14,724	12,704	86.3%	11,893	80.8%
	공원	338	25,305	20,589	81.4%	18,787	74.2%
	장례식장	1,949	66,393	43,989	66.3%	41,474	62.5%
	공동주택	51,753	1,888,072	1,587,369	84.1%	1,501,216	79.5%
	기숙사	714	42,317	32,551	76.9%	30,119	71.2%
	계	185,947	9,034,890	7,243,294	80.2%	6,754,701	74.8%
주체별	공공시설	13,352	916,007	734,622	80.2%	663,373	72.4%
	민간시설	172,595	8,118,883	6,508,672	80.2%	6,091,328	75.0%
	계	185,947	9,034,890	7,243,294	80.2%	6,754,701	74.8%

출처 : 보건복지부 · 한국장애인개발원(2018), 2018년 장애인 편의시설 실태 전수조사

4) 커뮤니티케어의 역할과 방향성

커뮤니티케어는 살던 곳에서 건강한 노후를 보낼 수 있도록 하는 것을 목표로 하며, 세부적으로는 주거, 보건 · 의료, 요양, 돌봄, 독립생활지원을 통해 목표를 실현하려고 한다. 커뮤니티케어는 그 범위와 대상이 살던 곳, 익숙한 장소이며 내가 사는 곳에서 일상적인 생활이 가능하도록 하며, 필요시에는 의료 · 복지 서비스를 불편함이 없이 받을 수 있도록 하는데 있다. 이를 위해서는 지역의 역할이 가장 크게 되는데 지역의 이동 · 접근이 편리한 물리적 환경과 서비스 제공, 편리한 사회적 환경이 동시에 구축되어야 한다. 따라서 커뮤니티케어에는 지역 내 보행환경과 휴게 공간, 생활시설에 대한 정비 같은 일상생활이 가능한 환경을 만드는 계획과 의료 · 복지, 돌봄 시스템이 개별적으로 이루어지기 보다는 통합적으로 이루어져야 할 필요가 있다.

커뮤니티케어 추진 계획에 있는 주거 개선에서는 주택 내 편의시설 설치와 같은 주택내부의 개보수에 대한 내용을 다루고 있으나, 주택 외부 공간 즉 지역에서의 이동 및 접근 등에 대한 지역의 주거 환경 정비에 대해서도 함께 다루어지지 않고 있다. 따라서 주거란 주택과 그 주변 환경이 포함된 주거지로 재정의 하고 커뮤니티케어 추진 계획 시 반드시 반영되어져야 할 필요가 있다.

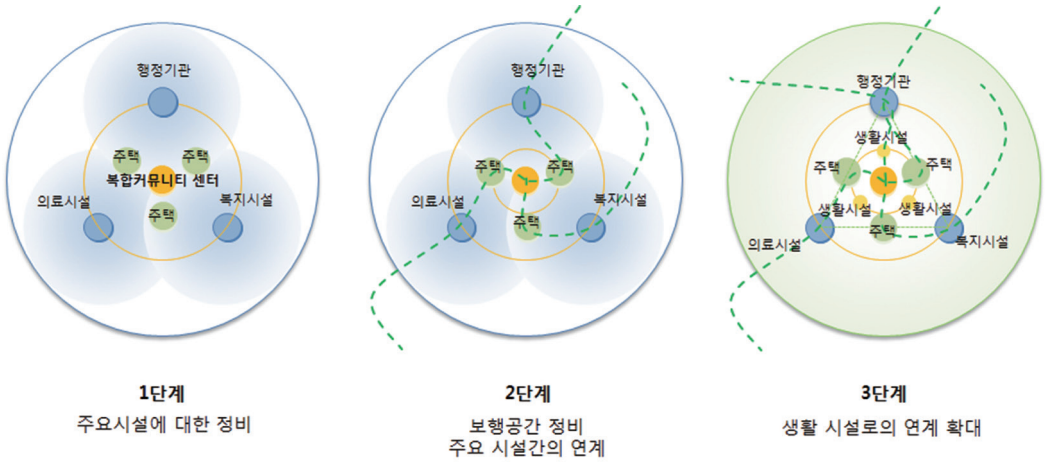


[그림 5] 물리적 환경구성요소 네트워크(채철균 교수)

출처 : 장정숙의원실 · 한국장애인개발원(2019), 커뮤니티케어 유니버설디자인 적용을 위한 세미나

채철균 교수는 물리적 환경 구성요소가 주택을 중심으로 각각의 주요시설(행정기관, 의료기관 등)과의 네트워크와 개별적 범주인 독립생활을 위한 구성요소에 대한 중요성을 언급[4]하여([그림 5] 참조), 주거 환경에서의 주택과 주택주변의 주요시설 그리고 이 모든 시설간의 연계가 이루어지는 물리적인 환경에 대한 통합적 계획이 중요하며, 이는 커뮤니티케어에서 사회서비스체계 구축을 위해서는 필수지원 시설 및 환경 구축과 함께 재가 서비스 체계가 구축되어야 한다는 말로도 얘기할 수 있다.

지역시설 물리적 환경에 대한 정비는 기존 지역에서의 중장기적 계획에 의한 정비가 필요한데, 가장 우선적으로는 주택을 포함한 지역 내 주요 시설(의료 · 복지 · 행정)에 대한 정비가 이루어져야 할 것이며, 이후에 주요 시설간의 보행공간의 정비를 통한 연계가 이루어져야 한다([그림 6] 참조). 가능한 한 개별시설 정비와 연계는 동시에 이루어지는 것이 가장 바람직하며, 일부 구간에 따라 동시에 정비하는 것도 가능하다. 마지막으로는 주요시설에 포함되지 않은 슈퍼, 점포 등 생활시설(법적 정비 대상 미포함 시설)에 대한 접근성 향상을 통해 보행접근과 교통수단 이용을 동시에 반영하여 지역 내 모든 시설로의 연계가 확대되도록 한다.



[그림 6] 커뮤니티케어를 위한 주거환경의 단계적 정비

익숙한 곳에서 지속적인 거주가 가능하도록 하는 커뮤니티케어의 목표를 달성하기 위해 지역 내 주거 환경에 유니버설디자인 개념을 적용하여 자립생활로 이어져 본인이 선택할 수 있으며, 지역사회의 적극적인 참여를 통해 받고 싶은 서비스에 대해 요구하고 받을 수 있는 지역사회로 발전해 나갈 수 있을 것이다.

4 장정숙의원실 · 한국장애인개발원(2019.4.3.), 커뮤니티케어 유니버설디자인 적용을 위한 세미나

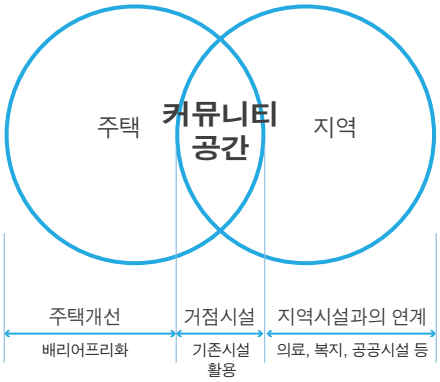
한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

5) 커뮤니티케어에서 기존시설 활용

장애인의 지역에서 자립생활을 위해서는 자신이나 가족에 맞춘 주택의 개보수를 통해 해결 할 수 있으며, 주택 외 지역에서는 산책을 하거나 주변 공원이나 상점을 이용하는 등의 일상생활과 의료·복지 서비스를 받기 위해 시설로 방문 할 수 있도록 외부공간의 정비가 이루어져야 한다. 또한, 주택과 지역 생활에서의 교류를 하거나 정보 접근, 상담이 가능한 커뮤니티케어 거점에 대한 검토가 가능하다([그림 7] 참조).

지역 사회의 실정에 맞는 다양한 복지 서비스의 개발과 실천이 요구되지만, 이를 실현하기 위한 경제적이고 효율적인 방안 중 하나가 지역 사회의 기존 시설 활용이다. 기존 시설의 활용은 지역에서의 오랜 사회적 네트워크를 지닌 거주자에게 실질적인 지원을 함과 동시에, 정서적 안정을 제공하는 것이 가능하며, 지금까지의 지역에서 살면서 맺은 관계의 활용이 가능하다.

현재의 복지관련 시설은 일상생활과 자립생활을 지원하는 지원 서비스의 제공, 자원 봉사 활동의 원활한 참여를 도모하는 소규모 다기능 시설로의 전환을 통해 인근에서 꼭 필요한 지역 시설로서의 역할이 강하게 요구되고 있다. 일반적으로 복지 서비스에 대한 수요는 광범위하며 분산적인 특성을 가지고 있으나 수요를 충족하기 위해 단기간에 다수의 소규모 거점 시설을 만드는 것이 필요하다. 이것은 공공 투자만으로는 불가능하며, 기존 시설의 활용을 통한 내부 공간 시설의 정비 등을 통해 가능하다. 기존 시설의 활용 형태는 개인 주택을 비롯해 교회 · 사원 같은 종교 시설, 기업 시설 등 다양하다. 기존 시설의 증축 및 일부 개축에 의하여 복지시설을 마련할 수 있으며, 이러한 시설의 일부를 빌려 전용 공간으로의 이용이 가능한데, 이 때 기존 시설의 상황, 지역의 실정, 행정기관의 지원 등 모든 조건에 대한 검토 후 사용이 가능하다. 이러한 공간은 그 수요가 늘어나고 있는 유치원, 보육원, 초등학교 등 아동 관련 시설에 대해서도 향후 지역 사회에서의 기존 시설의 활용 방안을 통해 대응이 가능하다.



[그림 7] 커뮤니티케어 적용 범위

4. 향후 전망과 과제

커뮤니티케어는 장애인 등이 익숙한 지역에서 오랫동안 살며 지역에서 지역 주민과 함께 어울려 살아가기 위한 시스템으로 자리 잡기 위해 지역별로 다양한 형태로 선구사업들이 진행되고, 향후에는 지역에 맞는 시스템을 지원하기 위한 제도로서 보편화 되어야 할 것이다.

대부분의 장애인은 일반 주택에 살고 싶어 한다. 물리적 환경의 개선에서 '자립 생활'지원을 통한 QOL(Quality of Life) 향상과 사회적 환경인 거주자의 문화적, 사회적 활동과 관계가 있으며, 지역사회 자원 활용 및 다양한 지역 사회 서비스 등 연계를 통해 지역에서의 자립도를 높일 수 있다. 주택과 지역 내 생활 시설에 대해서는 법적 기준에 따라 해당 시설에 대한 접근성 향상이 지속적으로 이루어져야 하며, 제도의 대상이 아닌 지역 내 이용 시설에 대해서도 점차적인 접근성 향상을 통해 지역에서의 자립생활을 위한 기반 마련이 되어져야 할 것이다. 그리고 지역 사회의 기존 시설의 활용을 통해 커뮤니티케어의 거점 활용에 대한 검토를 통해 지역사회의 참여와 교류를 유도할 수 있다. 물리적 · 경제적 · 사회적인 요소를 고려하여 재택 서비스와 시설 서비스에서 지역 생활 지원의 제도 변화와 지역 자원 활용에 대한 규제 완화에 의해 지역 시설의 활용에 대한 필요성도 나오고 있다. 제도의 변화와 흐름은 커뮤니티케어의 중요성을 보여주고 있다. 이처럼 지역을 중심으로 하는 장애인 자립을 위한 별도의 제도 혹은 관련법들의 개정이 이루어질 필요가 있다. 커뮤니티케어를 통해 관련법에 대한 검토와 제 · 개정을 통해 지역에서의 사업수행을 위한 완화, 예산 등 지원 근거 마련이 필요하다.

현재 우리나라에 물리적 환경(건축물, 여객시설, 도로, 공원, 지역) 개선을 위한 제도적 장치로서는 「장애물 없는 생활환경 인증」이 있으며. 설계와 시공단계에서 배리어프리와 유니버설디자인이 적용과 함께, 지역 내 환경에서 자립하여 생활이 가능해 질 것으로 판단된다. 이와 함께 다양한 지원을 위한 제도적 검토가 필요하다.

참고문헌

국회입법조사처(2018). 전문가간담회자료.

류상오(2013). 장애가 있는 거주자에서의 생활공간의 배리어프리화에 관한 연구. 오사카대학대학원.

보건복지부 · 한국보건사회연구원(2017). 2017년 장애인실태조사.

보건복지부 · 한국장애인개발원(2018). 2018년 장애인 편의시설 실태 전수조사.

보건복지부(2019). 지역사회 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획(2019.1.10.).

보건복지부(2019). 장애인 편의시설 설치율 80.2%로 크게 높아졌다! 보도자료.

장정숙의원실 · 한국장애인개발원(2019). 커뮤니티케어 유니버설디자인 적용을 위한 세미나.

Dunn,P.A.(1990). The Impact of the Housing environment upon the Ability of Disabled People to Live Independently, Disability, Handicap & Society, 5(1).

Jane Jacobs(1961). The Death and Life of Great American Cities,New York: Random House.

Marans,R.W.(1977). Basic human needs and the housing environment, in: MICHEL LAZENBY(Ed.) Housing People(London, A.F. Donker).

Wolf-Branigin,M.(2006). Self-organization in housing choices of persons with disabilities, Journal of Human Behavior in the Social Environment, 13(4), 25-35.

社団法人中小企業診断協会富山支部(2009), 富山型デイサービス実態調査報告書

特定非営利活動法人全国コミュニティライフサポートセンター: 用語の解説, 地域共生ケア (http://www.clc-japan.com/index.html)

厚生労働省HP:「障害者福祉:障害者自立支援法のあらまし」 (http://www.mhlw.go.jp/bunya/shougaihoken/service/aramashi.html)

03

커뮤니티케어와 장애인 탈시설, 자립지원*

1. 개요

지역사회 통합돌봄(community care)이란, 돌봄(care)[1]을 필요로 하는 주민들이 자택이나 그룹홈 등 지역사회에 거주하면서(in the community), 개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고(tailored service), 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있도록 하려는(social inclusion), 혁신적인 사회서비스 체계를 의미한다(보건복지부, 2019). 따라서 장애인 지역사회 통합돌봄이란, 거주시설에 입소 중이나 지역사회에서 생활하기를 희망하는 장애인, 집이나 지역사회에 거주하고 있으나 일상생활의 어려움(장애심화, 부양가족 부재 등) 등으로 지원이 필요한 장애인을 대상으로, 탈시설 및 자립생활 지원을 통해 자기결정권을 보장하고 삶의 질과 인권을 제고할 뿐만 아니라, 이와 더불어 시설 기능전환, 공동체 강화 등을 통한 지역사회 지지기반을 구축하고자 하는 체계를 의미한다고 볼 수 있다. 결국 지역사회에서 자율성(autonomy)을 갖고 살지 못하는 장애

* 이동석(대구대학교 사회복지학과 조교수)

1 돌봄(care) 이라는 용어에 대해 장애계에서는 긍정적으로 바라보지 않고 있다. 돌봄은 의존에 대한 반응이고, 의존은 돌봄 제공을 통해 충족될 수 있는 도움이 필요한 상태로 특징지어질 수 있고, 또한 돌봄은 그 자체로 의존을 생성하거나 심화시킬 수 있기 때문에 돌봄이라는 용어와 돌봄에 초점을 맞춘 정책을 장애인을 대상화시키는 매우 부정적인 것으로 바라보고 있다. 이에 따라 돌봄이라는 용어보다 지원(support)이라는 용어를 사용하고 있다. 하지만 여성계에서는 돌봄에 대한 인정을 요구하고 있으며, 이를 통해 돌봄 노동을 가치 있는 노동으로 인정해 줄 것을 요구하고 있다. 이에 따라 노인 돌봄 및 아동 돌봄 영역에서는 돌봄이라는 용어가 사용되고, 장애 영역의 경우 노인과 지원대상이 중복되는 장기 돌봄 또는 장기요양(long-term care)의 경우 돌봄이라는 용어를 그대로 사용하면서 지원이라는 용어도 동시에 사용하고 있다. 통칭 커뮤니티케어로 불리는 지역사회 통합돌봄은 장애인뿐만 아니라, 노인, 정신질환자, 노숙인 등을 포함하기 때문에, 돌봄이라는 용어를 사용한 것으로 보인다. 따라서 커뮤니티케어 등 정부의 공식적인 용어를 사용할 경우에는 돌봄이라는 용어를 사용하고, 보편적인 장애인에 대한 지원서비스를 언급할 경우에는 지원이라는 용어를 사용할 것이다. 따라서 돌봄과 지원은 문맥의 필요에 따라 사용하는 것으로, 거의 비슷한 의미로 해석이 가능하다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

인, 즉 시설거주 장애인 또는 의존적인 재가 장애인에게 각종 지원을 통해 지역사회에서 독립적으로 살 수 있도록 하겠다는 것이다. 즉 지역사회 통합돌봄이란 장애인에게 자립생활 원칙에 맞추어 각종 지원을 제공하겠다는 것으로 볼 수 있다.

역사적으로 자립생활은 격리된 거주시설에 살면서 시혜적인 서비스의 대상이 되는 삶을 거부했던 장애인 당사자들의 운동 이념으로 출발하였고, 우리나라도 '탈시설 자립생활'처럼 탈시설과 자립생활을 연계하여 시설에서 지역사회로의 전환과정에 대한 지원에 맞추어 사용하는 경향이 있다. 하지만 자립생활 개념은 탈시설에만 한정되는 것은 아니다. 이에 따라 현재는 장애인이 지향하는 삶의 방식인 동시에 장애인 정책 및 서비스의 근본적인 지향점으로 그 개념이 확장되고 있다(이지수, 2017). 그러므로 장애인의 자립생활은 분리된 장애인 거주시설에서 살던 장애인이 탈시설하여 자립생활에 이르는 과정뿐만 아니라, 거주시설의 생활경험이 있든 없든 관련 없이 장애인이 한 사람의 시민으로서 지역사회에 통합되어 살아가는 과정까지 포함한다(이지수, 2017).

지역사회 통합돌봄을 위해서는 탈시설 정책, 자립지원 정책이 필요하고, 정책을 제대로 입안하고 실천하기 위해서는 탈시설에 대한 개념과 자립생활에 대한 개념을 정립할 필요가 있다. 이에 따라 탈시설 및 자립생활의 개념을 살펴보고, 탈시설 정책 및 자립지원 정책의 현황과 방향에 대해 살펴보았다.

2. 자립생활 및 탈시설 개념

1) 자립생활 개념

장애인의 자립생활(Independent Living)에 대한 논의는 장애인을 치료의 대상으로 보고, 장애인의 선택과 통제권을 무시함에 따라, 장애인이 보호자나 전문가에게 의존 또는 종속하게 되는 현상에 대한 비판으로부터 시작되었다. 이에 따라 자립생활 패러다임은 장애인 문제는 장애인 당사자가 가장 잘 이해하고 있으므로 장애인이 자신의 삶을 영위하는 데 있어 전문가 등에 대한 의존성(dependency)에서 벗어나 스스로의 선택과 결정, 그리고 주도적인 역할을 바탕으로 지역사회에서 통합되어 살아가는 것을 목표로 하는 철학이다. 또한 장애인의 문제는 장애인이 가지고 있는 신체적 문제보다는 그러한 요소를 문제로 만드는 사회 환경에서 비롯되므로, 자립생활은 구조적 환경 개선에 관심을 두는 강력한 권익옹호 지향성을 담고 있다.

이때 '자립'이란 비의존(independent) 상태를 의미하는 것으로, 어떤 지원조차 안 받고 완전히 독립된 상태로 살아가는 것을 의미하는 것은 아니다. 오히려 장애인들이 다양한 지원체계를 통해 필

요한 원조와 지원을 제공받되, 그 지원을 스스로 통제하고 관리함으로써 의존적 상태가 되지 않는 것을 의미하는 것이다.

결국 자립생활은 장애인이 단순한 서비스의 수혜자로서의 역할에서 벗어나 스스로의 권리와 통제권을 가지고 모든 삶의 영역에서 자기 결정권을 행사하는 것을 말한다. 중요한 것은 자립생활이 장애인 혼자 힘으로 모든 일을 해결하고 수행하며 살아가는 것을 의미하지는 않는다는 것이다. 자립생활이란 장애인이 자신의 삶을 직접 통제하여 자기결정과 선택을 할 수 있도록 지원하는 것이다. Gerben De Jong은 장애인이 자신의 삶을 직접 통제한다는 것에는 위험의 감수도 포함되며, 실패의 가능성을 포함하지 않고서는 진정한 자립이나 인간으로써의 권리를 획득하지 못할 것이라고 강조하였다(정립회관, 2003).

2) 탈시설 개념

우리나라에서 거주시설을 바라보는 시선은 4가지 정도가 존재한다. 개념적으로 양 극단에 친시설 입장과 반시설 입장이 존재하고, 두 가지 탈시설 입장이 존재한다. 우선 '친시설 입장'에 따르면 시설은 필요한 곳이고, 좋은 일 하는 곳이다. '반시설 입장'에 따르면, 시설 자체가 문제이다. 하루 24시간 같은 일과표에 따라 살아야 하고 본인의 의사와 무관하게 집단 수용 생활을 하는 공간에서 시설 생활인들의 인권을 말하는 것 자체가 모순이라는 주장이다.

탈시설을 말할 때 두 가지 입장이 혼용되어 사용되는 경향이 있기 때문에, 이를 두 가지로 구분할 수 있다(김용득 편, 2019). '광의의 탈시설 입장'에 따르면, 거주시설은 어쩔 수 없이 존재하는 필요악이다. 생활인들의 자유권이 보장되고, 시설 운영이 민주적이고, 상시적인 감시 체계와 같은 '안전장치'만 있으면, 시설의 존재 자체는 인정할 수 있다. 시설을 소규모화하고, 인권을 감시할 수 있는 장치를 만들고, 자신의 집처럼 삶의 공간과 사람들과의 관계를 구성한다면 탈시설의 의미 실현이 가능하다는 주장이다. 미국정부 일반회계국(General Accounting Office, GAO)의 보고서도 광의의 탈시설화 개념을 수용하여, 첫째, 시설에서의 불필요한 수용이나 감금을 방지하는 과정, 둘째, 시설에서 수용되어 있을 필요가 없는 이들을 위한 주거나 치료, 훈련, 교육 및 재활을 위하여 지역사회 내에 적절한 대안을 마련하거나 발달시키는 과정, 셋째, 시설보호가 필요한 이들을 위한 생활조건, 보호 및 치료를 개선하는 과정을 탈시설에 포함하고 있다(US GAO, 1977).

'협의의 탈시설 입장'은 좀 더 엄격한 개념정의로서, 시설을 나와 지역사회 내의 보편적인 주택에서 자립생활을 하면서, 거주지의 선택 및 일상생활의 선택권을 장애인 당사자가 행사하는 상태만을 탈시설로 보는 것이다(박숙경, 2016). 시설은 불필요악이고 현재 시설의 문제가 있지만 한 번

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

에 없애지 못하기 때문에, 시설에 사는 장애인 한 사람 한 사람이 시설에서 퇴소하여 시설이 아닌 장소로 옮길 필요가 있다. 하지만 탈원을 해도 지역사회와의 관계가 회복되지 않거나 자기 주도적 삶을 살지 못한다면 탈시설의 의미는 없어질 것이다.

3) 탈시설 필요성

탈시설의 필요성은 이론적인 측면과 현실적인 측면에서 모두 필요하다. 우선 이론적인 측면에서 보면 자립생활 입장과 정상화 입장 등에 의해 설명할 수 있다. 역사적으로 보면 탈시설(de-institution)은 정상화(normalization) 입장에서 먼저 제기되었다. 정상화란 정상적이지 않은 사람을 정상화하자는 의미는 결코 아니고, 정상적이지 않은 방법으로 지원을 하지 말고, 보다 정상적이고 통상적인 방법으로 지원을 하자는 의미이다. 이때 정상(normal)의 의미는 통계적 정상을 의미하는 것으로 특정 사회에서 보편적이고 통상적인 것을 의미한다. 통상적으로 95% 정도에 포함되는 것을 평균적이라고 말할 수 있다.

정상화 입장에서 보면 현재 우리 사회에서 통상적인 가구원의 수는 1인 가구에서 4인 가구까지이고 5인가구도 95% 경계에 있기 때문에 비정상이라고 할 수는 없다. 하지만 6인 이상 가구는 가구원수 분포의 극한 값에 있기 때문에 통상적이지 않다(abnormal)고 말할 수 있다. 또 2020년부터는 5인 이상 가구는 통상적이지 않다고 해석할 수도 있다.

● TABLE 01 우리나라 가구원 수 별 가구 분포 비율(2015년-2025년 예측)

연도	계	1인		2인		3인		4인		5인		6인 이상	
	가구수	가구수	비율	가구수	비율	가구수	비율	가구수	비율	가구수	비율	가구수	비율
2015	19,013	5,180	27.2	4,954	26.1	4,080	21.5	3,580	18.8	938	4.9	282	1.5
2016	19,285	5,382	27.9	5,112	26.5	4,130	21.4	3,493	18.1	898	4.7	269	1.4
2017	19,524	5,562	28.5	5,261	26.9	4,173	21.4	3,410	17.5	861	4.4	257	1.3
2018	19,752	5,739	29.1	5,411	27.4	4,212	21.3	3,322	16.8	823	4.2	245	1.2
2019	19,971	5,907	29.6	5,560	27.8	4,252	21.3	3,234	16.2	785	3.9	232	1.2
2020	20,174	6,068	30.1	5,713	28.3	4,282	21.2	3,142	15.6	749	3.7	221	1.1
2021	20,366	6,212	30.5	5,865	28.8	4,314	21.2	3,052	15.0	714	3.5	210	1.0
2022	20,546	6,351	30.9	6,003	29.2	4,341	21.1	2,971	14.5	681	3.3	200	1.0
2023	20,714	6,479	31.3	6,142	29.7	4,367	21.1	2,887	13.9	650	3.1	190	0.9
2024	20,869	6,594	31.6	6,275	30.1	4,393	21.0	2,809	13.5	619	3.0	180	0.9
2025	21,014	6,701	31.9	6,407	30.5	4,415	21.0	2,730	13.0	591	2.8	171	0.8

출처 : KOSIS 국가통계포털 (단위 : 천 가구, %)

그런데 우리의 거주시설 구성원 수를 보면 거의 모든 거주시설이 비정상적인 방식으로 지원을 하고 있음을 알 수 있다. 우리나라에서는 지난 40년 동안 사회복지서비스의 양적인 팽창과 지역사회서비스의 확대에도 불구하고 1970년 이후 존재하던 대형시설 중심의 수용보호 제도를 여전히 보유하고 있다(김용득, 2018). 보건복지부 자료를 추출하여 재구성한 김용득(2018)의 자료에 따르면, '장애인 거주시설의 정원은 30인을 초과할 수 없다.'는 2011년 장애인복지법 개정에 따라, 30인 이하 정원인 거주시설에 사는 사람의 수는 증가하는 추세를 보이는 반면 30인을 초과하여 운영되는 시설에 거주하는 사람은 미미하게 감소하고 있다. 더구나 100인 이상 시설에 거주하는 사람의 수는 크게 감소하지 않고 있으며, 2016년 말 기준으로 유형별 거주시설에 거주하는 사람 중 24.4%는 여전히 100인 이상의 시설에서 거주하고 있다. 30인 이하 시설에 거주하는 장애인도 유형별 거주시설에 거주하는 사람 중 25.9%에 불과하다. 6인 이상의 가구 형태가 정상적이지 않은 사회에서 비정상이어도 너무나 비정상적인 상황이다. 따라서 정상화 입장에 따르면 거주시설이 필요할 수도 있지만, 거주형태는 정상적 범위에 있어야 하며, 6인 이하의 사람들이 함께 거주하는 것이 정상적이다. 이에 따라 현재와 같은 거주환경을 개선하기 위한 탈시설이 필요해지게 된다. 이를 위해서는 시설 당 거주 인원이 6명 이하가 될 때까지 시설 거주 장애인들의 거주공간을 시설 밖으로 이전하는 노력이 필요하게 된다.

● TABLE 02 장애인 거주시설의 시설 종류별 이용자 현황

구분			2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
총계	인원		28,216	29,441	30,640	31,152	31,406	31,222	30,980
	시설수		1,144	1,247	1,348	1,397	1,457	1,484	1,505
시설규모별 구분 (장애유형별 생활시설, 중증장애인요양, 장애영유아)	30인 이하	인원	2,029	2,780	4,330	5,140	5,786	6,234	6,853
		시설수	110	145	209	243	271	296	301
	31인 ~99인	인원	11,664	12,071	12,072	12,146	13,026	12,957	13,140
		시설수	253	258	259	255	267	267	269
	100인 이상	인원	10,702	10,494	10,040	9,668	8,244	7,584	6,468
		시설수	89	87	85	83	69	63	53
	소계	인원	24,395	25,345	26,442	26,954	27,056	26,775	26,461
		시설수	452	490	553	581	607	626	623
단기보호시설	인원		1,292	1,393	1,438	1,432	1,495	1,548	1,616
	시설수		103	119	128	131	137	141	146
공동생활가정	인원		2,529	2,703	2,760	2,766	2,855	2,899	2,903
	시설수		589	638	667	685	713	717	736

출처 : 김용득(2018)

(단위 : 명, 개)

자립생활 원칙에 따라서도 탈시설은 필요하다. 현재 전문가나 보호자에 대한 의존 현상이 가장 심한 장애인 중 하나는 거주시설에 장기간 입소한 장애인이다. 거주시설에 거주하는 장애인의 경우 오랫동안 지역사회와 단절되는 현상, 생활보다는 통제에 초점을 맞춘 일부 시설의 운영 방식, 집단생활에 따라 개인의 주도성이 없어질 수밖에 없는 상황 등에 따라 전문가 및 시설에 대한 의존 현상, 무기력 등의 문제가 발생하고 있다.

결국 자율성이 일정 정도 훼손될 수밖에 없는 거주시설이라는 특성에 의해, 시설 거주 장애인의 전문가 및 시설에 대한 의존 현상은 심화될 수밖에 없고, 이에 따라 자립생활 원칙에 따른 당사자의 주도적인(self-directed) 삶은 어렵게 된다. 따라서 자립생활 원칙을 따를 경우 탈시설은 꼭 필요하게 된다. 이와 같은 논리에 의해 역사적으로도 자립생활은 격리된 대규모 거주시설에 살면서 시혜적인 서비스의 대상이 되는 삶을 거부했던 장애인 당사자들의 운동 이념으로 출발하였다.

자립생활은 장애인의 자립과 선택을 보장하기 위한 것으로 장애인 스스로 어디에 살지를 결정한다는 점에서 탈시설과 맥을 같이 한다(김경미, 2009). 서구에서는 역사적으로 탈시설화의 개념이 확장되면서 자립생활 운동으로 발전되었다. 따라서 탈시설화는 자립생활의 목표를 달성하기 위한 중요한 요소 중의 하나라고 볼 수 있다.

현실적인 측면에서 보아도 탈시설은 필요하다. 그동안 국내 거주시설 장애인의 탈시설 욕구 조사 결과, 대부분 57-58%의 장애인이 탈시설을 희망하고 있는 것으로 나타났다. 조한진 외(2012)에 의하면, 조사에 응답한 거주시설장애인의 약 58%가 탈시설을 희망하는 것으로 나타났다. 희망하지 않는 장애인은 약 34%이고, '잘 모르겠다'는 응답은 약 8%로 나타났다. 또 서울시정개발연구원(2009)의 연구에서도 탈시설 욕구는 약 57%로 나타났고, 부산복지개발원(2009)의 연구에서도 탈시설 욕구는 약 58%로 나타났다.

또한 실제로 도움이 거의 필요 없는 장애인이 거주시설에 수용되어 있는 것으로 조사되었다. 윤상용 외(2016)에 의하면 거주시설 장애인을 대상으로 도움 필요정도를 조사한 결과, 조사대상자 중 약 23%는 도움이 거의 필요 없음에도 불구하고 현재 거주시설에 살고 있었으며, 중증장애인 거주시설의 경우에도 약 7%는 도움이 거의 필요 없는 장애인으로 나타났다.

국제적으로도 탈시설 - 자립생활을 주요 실천 방향으로 설정하고 있다. 2006년 UN 장애인권리협약에 '탈시설' 내용이 만장일치로 채택되었고, 우리나라도 2008년에 협약을 비준함에 따라 국내법과 동일한 효력을 갖게 되었다. 유엔 장애인권위원회는 2014년 「장애인권리협약 이행 국가보고서 심의 최종견해」에서 대한민국 정부에게 효과적인 탈시설화 전략을 개발할 것을 촉구하였다.

이에 따라 도움이 필요 없는 경우 또는 지역사회에서 지원에 의해 지역사회 거주가 가능한 경우 등에는 거주시설에서 나와 지역사회에서 살 수 있도록 지원하는 정책전환의 필요성이 대두되었다.

4) 탈시설 기본원칙

탈시설을 하기 위한 기본적인 원칙은 다음과 같다(European Commission, 2009; 서정희 외, 2012 재인용). 첫째, 이용자의 권리를 존중하고 의사결정 과정에 참여를 보장해야 한다. 이용자와 그 가족은 전환 과정에서 완전한 파트너가 되어야 하며, 그들이 받을 서비스를 개발하고 전달하고 평가하는 과정에 참여해야 한다. 또한 이용자에게 그들이 이해할 수 있는 방식으로 적절한 정보를 제공해야 한다. 필요하다면 의사결정 과정에서 인적 지원을 받을 수 있어야 하며, 개인의 특정한 욕구와 요구사항은 모두 존중되어야 한다. 또한 모든 서비스는 아동을 고려하여 설계되어야 한다.

둘째, 시설화를 예방하여야 한다. 시설화를 예방하기 위해서는 가족과 비공식 돌봄제공자에 대한 지원을 제공하고, 지역사회의 포용 능력(inclusive capacity)을 강화시키는 전체적 관점(holistic approach)의 정책이 필요하다. 물론 가정 내에서 학대를 받았거나 학대 위험이 높은 아동과 노인의 경우에는 시설화를 무조건 막는 것이 바람직하지 않을 수도 있다. 하지만 이 경우에도 대안적인 가정돌봄 환경(위탁가정, 입양 등)을 선택해야 하며, 이러한 대안이 불가능할 경우에 한해 시설거주

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

를 고려해야 한다.

셋째, 지역사회 기반의 서비스를 창출하여야 한다. 시설 서비스의 욕구를 대체하기 충분한 정도로 질적 수준이 높은 지역사회 기반의 서비스가 구축되어야 한다. 서비스는 개별 이용자의 욕구나 선호에서 출발해야 한다. 이러한 서비스의 목적은 추가적인 시설 서비스 이용을 방지하고, 현재 시설을 이용하는 사람에게 대안적인 서비스를 제공하며, 현재 지역사회에 거주하지만 적절한 지원을 받지 못하는 사람들에게 혜택을 주는 것이다.

넷째, 시설을 폐쇄해야 한다. 이 단계는 가능하면 시범사업으로 시작해야 한다. 또한 이용자를 위한 개별계획과 지역사회에서 일하고자 하는 시설 직원의 훈련 욕구에 대한 사정이 포함되어야 한다. 이용자의 생활환경 변화에 따른 트라우마를 최소화하기 위한 적절한 준비도 수반되어야 한다. 시설의 폐쇄는 어떤 이용자도 부적절한 환경에 남겨지지 않는 방식으로 이루어져야 한다. 서비스 욕구가 가장 높은 집단이 우선순위가 되어야 하는데, 예를 들면 물리적 환경이 매우 열악하거나 학대의 위험이 있는 시설에 있는 중증의 장애를 가진 영유아, 아동, 성인이 될 수 있다.

다섯째, 현존하는 시설에 대한 투자를 제한해야 한다. 탈시설 전환 과정은 보통 수년의 기간이 소요되는데 이 과정에서 많은 이용자들은 부적절하고 비위생적인 환경에서 살아가게 된다. 따라서 현존하는 시설에 대한 어느 정도의 개혁은 필요하다. 하지만 이러한 개혁은 적절한 위생환경이나 수도, 난방의 영역으로 엄격히 제한되어야 한다. 건물에 대한 너무 많은 투자는 추후에 그 시설을 폐쇄하는 것을 어렵게 만든다.

여섯째, 인적자원을 개발해야 한다. 지역사회 기반 서비스 제공에 적절한 훈련을 받은 인력을 충분히 확보하는 것이 중요하며, 파트너십, 통합적 관점, 다학제간 접근에 기반을 해야 한다. 많은 경우 기존 시설 서비스 문화에서 근무했던 직원들을 재훈련시키고 재자격화하게 되는데, 이러한 재배치는 개혁 과정의 저항을 줄이게 된다. 인력을 자격화하는 과정에서는 이용자 집단의 대표자들이 훈련강사로 참여하는 것이 바람직하다. 또한 가족 돌봄제공자도 돌봄의 질을 높이기 위한 훈련 프로그램에 참여하도록 하는 것이 좋다.

일곱째, 자원을 효율적으로 활용해야 한다. 현재의 시설 서비스 체계는 예산, 건물, 장비 등 거대한 자원을 필요로 한다. 가능하다면 이용자 이익의 관점에서 자원을 현존하는 시설에서 새로운 서비스로 이전해야 한다. 현존하는 자원의 재활용은 개혁 과정을 비용 절감적이고 지속가능하게 한다. 운영비 예산은 소규모 그룹홈, 가족지원센터와 같은 지역사회 서비스 운영을 위하여 이전될 수 있고, 건물은 적절한 장소에 위치해 있고 환경이 충분히 좋다면 다른 목적을 위해 재활용될 수 있다.

여덟째, 서비스 질에 대한 통제가 필요하다. 서비스 품질관리 체계는 전환의 과정과 그 결과로 나타난 서비스에 모두 필요하며 이용자의 만족도 관점에 초점을 두어야 한다. 서비스 질에 대한 평가

에서 이용자, 가족, 이용자 대표기관의 참여가 필수적이다.

아홉째, 전체적 관점(holistic approach)이 필요하다. 탈시설 전환은 고용, 교육, 보건의료, 기타 사회정책과 같이 관련된 모든 정책 영역을 고려해야 한다. 이러한 전체적 관점은 다양한 정부부처 간에, 그리고 돌봄의 연속성에서 정책의 조정과 일관성을 보장한다.

열째, 지속적인 인식 개선이 필요하다. 전환 과정에서 핵심적인 전문가 단체가 가치적인 측면에서 전환을 지지하고 현 구성원과 잠재적인 구성원, 더 나아가서는 사회 전체에 전파할 수 있도록 하는 노력이 수반되어야 한다. 동시에 비전문적 의사결정권자, 여론 주도층, 대중 전반이 일관성 있게 바람직한 태도와 가치를 가지도록 의식을 높일 필요가 있다. 서비스가 작동하는 지역사회에서는 통합주의적 태도가 높아지도록 특별한 노력을 기울여야 한다.

3. 탈시설 정책 및 자립생활 지원정책의 현황

1) 탈시설 정책의 현황

현재 우리나라 중앙정부 차원에서는 탈시설 전환에 대한 구체적인 로드맵이나 추진계획, 실질적인 욕구조사나 서비스 체계는 존재하지 않으며 이를 추진할 조직이나 인력도 갖추어져 있지 않다. 탈시설 서비스의 하나로 2010년 보건복지부에서 탈시설정착금 예산(500만원×100명)을 편성한 바 있으나 국회 예산심의 과정에서 전액 삭감된 바 있다(서정희 외, 2012). 문재인 정부에서도 2017년 국정과제로 「시설거주 장애인의 탈시설 - 자립지원」 과제를 수립하고, 장애인의 인권신장 및 삶의 질 향상을 위한 정책을 추진하고 있다. 하지만 중앙정부차원에서 탈시설화를 직접 추진하기 위한 법 · 제도 근거와 로드맵이 마련되어 있지 않고, 이를 담당할 전담부서나 인력도 구축되어 있지 않은 상황이다.

중앙정부 차원의 탈시설 관련 국가계획은 없지만, 시 · 도 및 시 · 군 · 구 차원에서의 탈시설장애인을 위한 각종 정책들은 꾸준히 수립, 확산되어 왔다(박숙경 외, 2017; 유동철 외, 2018). 이에 따라 시 · 도의 탈시설 정책을 중심으로 국내 탈시설 정책을 살펴볼 필요가 있다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

(1) 시 · 도의 탈시설 추진계획 수립 여부와 전담부서(기관) 설치 여부

서울시(2009)를 시작으로 부산시(2009), 광주시(2010), 대구시(2012), 인천시(2012)의 순으로 시설거주인의 탈시설 욕구를 파악하는 조사가 실시되었다. 이 조사의 결과를 바탕으로 각 시 · 도는 탈시설 정책을 수립하기 시작하였다. 이중 서울시, 광주시, 대구시, 경기도, 인천시는 탈시설 관련 종합대책을 수립하여 정책을 이행하고 있다. 특히 서울시는 1차 5개년 계획(2012-2017)에 이어 2차 5개년 계획(2018-2022)을 시행 중에 있다. 시 · 군 · 구 차원에서는 유일하게 전주시가 자림원 사건을 계기로 탈시설 계획을 수립한 바 있다(유동철 외, 2018).

탈시설 업무를 수행할 전담팀을 두고 있는 시 · 도는 대구시가 유일하다. 대구시는 대구희망원 사건을 계기로 2017년 7월 전국 지방자치단체 최초로 장애인복지과 내에 탈시설 자립지원팀(3명)을 별도로 구성했다(유동철 외, 2018). 중증장애인 자립생활지원사업, 중증장애인 자립생활 체험홈 운영사업, 중증장애인 자립생활가정 운영사업, 국고보조 및 시 자체지원 IL센터 운영, 탈시설화 지원현황, 사례관리 등 D/B구축 · 운영, 탈시설장애인 자립정착금 지원, 장애인거주시설(시민마을) 운영 및 기능보강의 업무를 수행하고 있다. 이 외에 서울시, 경기도, 경상남도, 경상북도, 광주시, 부산시, 세종시, 인천시, 제주시에서는 주무관 1명이 탈시설 관련 업무를 담당하고 있으나, 다른 업무와 동시에 담당하고 있다(유동철 외, 2018).

서울시, 경기도, 광주시, 부산시, 인천시의 경우, 별도 기관에 위탁하여 탈시설 업무를 수행하고 있다. 서울시는 2009년부터 국내 최초로 설치하여 서울시복지재단(6명)에 위탁 운영해오고 있다. 경기도는 경기복지재단(4명), 광주시는 광주시 장애인종합지원센터(5명), 부산시는 부산장애인복지관에서 유관 사업을 진행하고 있고, 인천시는 2020년에 탈시설전환지원센터(가칭)가 설립될 예정이다(유동철 외, 2018). 이들 전환기관은 전환서비스 지원 모델 개발, 자립생활주택(체험홈 · 자립생활가정 포함) 입주인 지원, 서비스 질 관리, 운영사업자 역량 강화, 입주심의 등을 담당하고 있다(박숙경 외, 2017).

하지만 중앙정부 정책의 부재로 성과가 미비하고, 지역 간 형평성 문제 등이 발생하고 있다. 이에 따라 중앙정부 차원에서 탈시설 장애인의 자립생활을 안정적으로 지원하기 위한 탈시설 자립지원 정책방향에 부합하는 구체적이고 실행 가능한 세부 추진방안 마련이 필요하다.

(2) 탈시설자립지원금(또는 탈시설 정착금)

탈시설자립지원금 제도는 자립생활로의 이전비용을 지원하고, 초기정착과정에서 발생할 수 있는 추가비용을 지원하기 위한 제도이다(유동철 외, 2018). 탈시설자립지원금 정책 또한 서울시가 2005년부터 가장 먼저 도입하였고, 2010년 대구, 전북, 경남, 충북, 2011년 광주, 2012년 강원도 등이 자립정착금 지원을 시행하고 있다(박숙경 외, 2017).

지원 금액은 4백만 원에서 1천2백만 원까지 지역별로 편차가 심하다. 더구나 고작 몇 백만 원으로는 자립하는 것이 비현실적일 수 있다. 향후 주거지원과 더불어 자립정착금액을 꾸준히 늘려가는 것이 필요하다.

또한 시·도별로 대상자를 제한하는 조항이 있고, 각 시·도가 관리·감독하는 거주시설에서 퇴소한 장애인이 해당 시·도 지역으로 자립한 경우에만 지원하는 등 지역적 장벽이 있기 때문에 자립하려는 장애인의 거주지 선택 자유가 제한되는 문제점을 가지고 있다(유동철 외, 2018). 각 시·도의 탈시설자립지원금 현황은 <표 3>과 같다.

● TABLE 03 각 시 · 도의 탈시설자립지원금

지역	1인당 자립 지원금액(원) (예산공급방식)	대상	신청방법	지급 방식
서울시	1천2백만 (시100%)	지역정착을 준비 중이거나 완료한 탈시설 대상 거주시설퇴소, 저소득 장애인(기초수급 및 차상위 120% 이내 자)	시설 퇴소 전(임대차계약서 확인 후 잔금납부 전) 또는 퇴소 후 6개월 이내 시설 관할 자치구 또는 거주지 동 · 자치구를 통해 신청 (※ 시 · 구 지원 자립생활주택입주자는 주택 퇴소 시 지원)	현금
부산시	7백만 (시100%)	18세 이상 장애인거주시설 퇴소장애인, 기초수급 및 차상위 계층 이하인 자	퇴소 후 6개월 이내 거주지 구군을 통해 신청 (※ 퇴소 후 자립생활지원센터 체험홈, 자립형공동생활가정에 입소하는 장애인은 퇴소 시 지원)	현금
대구시	1천만 (시100%)	장애인 거주시설에서 1년 이상 거주한 만18세 이상의 장애인 중 결혼, 취업, 자립생활가정 입주 등으로 퇴소하는 장애인	퇴소일로부터 1년 이내 거주시설 퇴소확인서류 및 자립계획 수립 등 증빙서류 구비 후 시설 소재지 구군 신청 (희망원 시민마을 퇴소자는 대구시로 신청)	현금
인천시	6백만 (시50%: 구50%)	인천소재 장애인 거주시설에서 1년 이상 거주하다 자립을 목적으로 퇴소하는 만19세 이상 장애인	시설 퇴소 전(임대차계약서 확인 후 잔금납부 전) 또는 퇴소 후 6개월 이내 시설 관할 자치구 또는 거주지 동 · 자치구를 통해 신청 (※ 시 · 구 지원 자립생활주택 입주자는 주택 퇴소 시 지원)	현금
광주시	5백만 (시100%)	장애인거주시설에서 1년 이상 거주한 만 18세 이상의 생활인 중 결혼, 취업, 기타 사유 등으로 퇴소 또는 퇴소예정인 중증장애인 (광산구 : 지역정착을 준비중이거나 완료한 탈시설대상 거주시설퇴소 장애인)	시설 퇴소 전(임대차계약서 확인 후 잔금납부 전) 또는 퇴소 후 6개월 이내 시설 관할 자치구 또는 거주지 동 · 자치구를 통해 신청 (※ 시 · 구 지원 자립생활주택 입주자는 주택 퇴소 시 지원)	현금
대전시	없음			
울산시	없음			
세종시	없음			
경기도 (성남시 등 17개 시군)	1천만 (도30%: 시군70%)	만 19세 이상 성인 중증장애인 (소득기준적용안함)	시설 퇴소 전(임대차계약서 확인 후 잔금납부 전) 또는 퇴소 후 6개월 이내 시설 관할 시군에 신청	현금
강원도	6백5십만 (도100%)	도내 장애인거주시설에서 1년 이상 생활 후 퇴소하는 자로서 자립능력 보유한 장애인	별도 신청절차 없이 선정 후 지급됨	현금

지역	1인당 자립 지원금액(원) (예산공급방식)	대상	신청방법	지급 방식
충청북도	4백만 (도40%: 시군60%)	장애인거주시설 입소 후 1년 경과된 기초생활수급자로 '결혼, 취업, 대학 진학, 자립홈 입소 등'의 사유로 자립 위해 퇴소하는 자	시설 퇴소자 → 시설 → 해당 시군에 신청(퇴소일로부터 180일 이내)	현금
충청남도	없음			
전라북도	1천만 (도30%: 시군70%)	법인운영 장애인생활시설에서 1년 이상 거주하다 지역사회 자립목적으로 퇴소하는 장애인 (예 : 취업, 결혼 등)	신청인(생활인) → 시설장 → 시·군 → (현지 확인 후) 지원여부결정 → 시·군(사업비교부) → 시설장 → 개인별 계좌입금 신청기관 : 각 시설에서 시·군에 신청 지원방법 : 각 시설에서 개인별계좌입금	현금
전라남도	1천만 (도50%: 시군50%)	탈시설 대상 거주시설 퇴소자	시설 퇴소 전(임대차계약서 확인 후 잔금납부 전) 또는 퇴소 후 6개월 이내 거주지 시군을 통해 신청	현금
경상북도 (포항, 경주, 김천, 안동, 영천, 상주, 경산)	1천만 (도30%: 시군70%)	도내 장애인거주시설에서 1년 이상 거주 후 지역 내 자립을 목적으로 퇴소하는 만18세 이상 기초생활수급 장애인	거주시설 퇴소 후 6개월 이내 관할 시군에 신청	현금
경상남도 (창원, 통영, 김해, 양산 및 남해군)	5백만 (도30%: 시군70%)	지역정착을 준비 중이거나 완료한 탈시설 대상 거주시설 및 자립홈에서 퇴소하는 기초생활보장 수급자	시설 퇴소 전(임대차계약서 확인 후 잔금납부 전) 또는 퇴소 후 6개월 이내 시설 관할 자치구 또는 거주지 동·자치구를 통해 신청 (※ 시·구 지원 자립생활주택 입주자는 주택 퇴소 시 지원)	현금
제주도	2019년 시행 예정			

출처 : 유동철 외(2018)

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

(3) 중간주거(전환주거) 지원

주로 지방자치단체에서는 체험 홈, 자립 홈, 자립생활가정, 자립주택이라는 이름으로 시설 퇴소 장애인에게 중간주거지원을 하고 있다. 2018년 기준 광역자치단체 단위에서는 세종, 충남, 제주를 제외한 나머지 14개 시·도에서 지원하고 있으며(유동철 외, 2018), 기초자치단체 단위에서는 경북 경주시, 경산시, 경기도 성남시와 같은 세 지역에서 지원하고 있다(박숙경 외, 2017).

전환주거는 지방자치단체별로 자립생활주택, 체험홈, 자립생활가정, 우리집 등 다양한 이름으로 운영되고 있다. 체험홈, 자립생활가정을 모두 운영하는 지방자치단체의 경우 대개 자립생활 체험을 목적으로 체험홈에 최장 2년간 입주 후, 본격적으로 자립을 준비하는 공간으로서 최장 5년간 입주가능 한 자립생활가정을 운영하고 있었다. 서울시는 체험홈, 자립생활가정을 운영해오다 거주시설 체험홈과의 구분을 위해 2015년부터 자립생활주택 가형, 나형으로 명칭을 변경하였다. 2016년부터는 최중증 발달장애인을 입주대상으로 한 자립생활주택 다형을 운영 중이다(박숙경 외, 2017).

지원 형태는 대부분 공모사업을 통해 위탁 사업자를 선정하여 주택구입비 또는 운영비를 지원하거나, 운영 주체의 예산에 사업의 한 형태로 운영비를 지원하고 있다. 전국적으로 부산, 인천, 전남, 경북 경주시·경산시에서는 주택구입비와 운영비 모두를 지원하고 있고, 나머지는 주택구입비와 운영비 둘 중 하나만 지원하고 있다.

● TABLE 04 각 시 · 도의 탈시설을 위한 중간 체험형 주택

지역	주택유형 및 개소수	주택 공급 방안	정부지원금 (년/개소당/천원)	운영사업기관	인력배치 기준 (개소당)	대상 및 입주기간
서울시	· 자립생활주택 : 가형 26개소 : 나형 28개소 : 다형 11개소 (시운영) · 체험홈 : 광진구 2개소 : 성동구 2개소	· 가·나형 : SH공동생활 가정물량 · 나형 : 위탁운영사업자 부담	· 가형 : 42,000천원 · 나형 : 10,000천원 · 다형 : 60,000천원	· IL센터 : 15개소 · 사단법인 : 5개소 · 복지관 : 10개소	· 가, 나형 : 1명 · 다형 : 2명	서울시 거주 탈시설희망자 최장 7년
부산시	· 체험홈 : 가형 7개소 : 나형 3개소 · 자립생활가정 : 다형 3개소 : 라형 2개소	· 가, 다형 : LH전세임대 주택 · 나형 : 위탁운영 사업자 부담 · 라형 : 부산시	· 가형 : 18,000천원 · 나형 : 미지원 · 다형 : 36,000천원 · 라형 : 미지원 (컨소시엄 2,000천원)	· 가, 나형 : IL센터 · 다, 라형 : 복지관	· 가, 나형 : 평균 2명 · 다, 라형 : 3명	부산시 거주 18세 이상 장애인, 탈시설희망자 및 재가장애인 최장 3년
대구시	· 체험홈 : 15개소 · 자립생활가정 : 23개소	· 체험홈 : 위탁운영사업자 부담 (임대보증금, 편의시설 설치 및 비품구입비 25,000천원) · 자립생활가정 : 대구시 매입	· 체험홈 : 42,000천원 · 자립생활가정 : 38,000~ 44,000천원	· IL센터 : 6개소 · 사단법인 : 1개소 · 사회복지법인 : 1개소 · 비영리민간 단체 : 1개소	· 체험홈 : 운영기관 별 1명 · 자립생활 가정 : 1~2명	대구시 거주 탈시설희망자 및 재가장애인 체험홈 2년, 자립생활가정 6년
인천시	· 체험홈 : 8개소 · 자립생활가정 : 6개소	· 2억원 이내 지원, 위탁운영사업자가 추가부담 (일반 전세)	· 체험홈 : 33,688천원 · 자립주택 : 4,200천원	· IL센터 : 11개소 · 비영리 민간 단체 : 2개소 · 지자체직영 : 1개소	· 체험홈 : 1명 · 자립주택 : 없음	탈시설장애인 및 재가장애인 (재가 : 50%이내)
광주시	· 체험홈 : 19개소 · 자립생활주택 (우리집) : 6개소	· LH공사임대주택, 위탁운영사업자 자체 구입 및 일부보조로 구입, 광주복지재단 임대료 지원 등	· 600천원~ 58,554천원까지 다양	· 체험홈 : IL센터 · 자립생활주택 : 사단법인 및 IL센터	· 기관별로 0~1명	탈시설희망자 및 재가장애인, 긴급지원 대상자로 1~5년까지 다양
대전시	· 체험홈 : 3개소	· 위탁운영사업자 부담	· 3,167천원	· IL센터	· 1명	탈시설 및 재가장애인으로 2년

지역	주택유형 및 개소수	주택 공급 방안	정부지원금 (년/개소당/천원)	운영사업기관	인력배치 기준 (개소당)	대상 및 입주기간
울산시	· 체험홈 : 2개소	· 1개소 : 20,000천원 지원, 위탁운영 사업자 추가부담 · 1개소 : 위탁운영사업자 자부담	· 4,000~ 8,600천원	· IL센터	· 1명	탈시설 및 재가 장애인으로 6개월
세종시	없음					
경기도	· 체험홈 : 28개소	· 2억원 이내 지원, 위탁운영사업자 추가 부담	· 35,000천원	· IL센터	· 1명	탈시설 및 재가 장애인으로 2년
강원도	· 체험홈 : 1개소	· 도/시 각 50%씩 부담, 위탁운영 사업자가 임대	· 3,000천원	· IL센터	· 없음	탈시설 및 재가 장애인으로 3년
충청북도	· 자립생활주택 : 13개소	· 복권기금 지원	· 미지원	· IL센터	· 없음	탈시설 및 재가 장애인으로 1년
충청남도	없음					
전라북도	· 체험홈 : 12개소	· 위탁운영사업자 부담(2개소만 일부 시의 지원)	· 43,533천원	· 사단법인 : 11개소 · 비영리 민간단체 : 1개소	· 1명	탈시설 및 재가 장애인으로 7년
전라남도	· 체험홈 : 9개소	· 일부는 위탁운영 사업자 부담, 일부는 시지원	· 16,000천원	· IL센터	· 0~1명	탈시설 및 재가 장애인으로 2~3년
경상북도	· 체험홈 : 3개소	· 위탁운영사업자 부담 2개소, 시 매입 후 위탁 1개소 (위탁업자 자부담의 경우 비품 및 보수비용 3,200~10,600천원 지원)	· 8,230천원~ 35,000천원	· IL센터	· 1명	탈시설 및 재가 장애인으로 2년
경상남도	· 자립생활주택 : 19개소	· 개소당 : 2억(도:시군)	· 미지원	· IL센터	· 0~1명	탈시설 및 재가 장애인으로 2~6년
제주도	없음					

출처 : 유동철 외(2018)

2) 자립생활 지원정책의 현황

자립생활을 인권에 기반 한 하나의 삶의 방식으로 본다면 거주시설에서의 생활 경험 유무와 상관없이 한 사람의 시민이 살아가는데 필요한 모든 영역의 사회보장이 장애인 자립생활을 위한 지원의 범위가 되어야 한다(이지수, 2017). 이에 박경수 외(2011)는 자립적립금 및 초기 정착금, 전환주거 확보, 긴급의료지원, 지역사회 전환교육 등을 탈시설 자립생활을 위한 과제로 설정하는데 그치지 않고, 소득보장 · 주거보장 · 노동보장 · 의료보장 · 교육보장 · 일상적 생활보장 등 보편적인 사회보장을 장애인 자립생활을 위한 기본과제로 설정하고 있다.

따라서 자립생활 지원정책은 어떤 하나의 기관에서 하고 있는 정책(예, 중증장애인자립생활센터의 사업), 또는 탈시설 정책, 장애인활동지원제도 등과 같은 특정 정책만을 의미하지는 않는다. 기존의 장애인복지서비스는 전문가가 장애인의 바람을 결정하고, 전문가가 생각하기에 옳다고 생각하는 서비스를 제공하다 보니, 서비스가 너무 가부장적이고, 시설적이고, 이류 시민적이고, 의료 지향적이고, 실질적인 욕구와 무관하였다(Evans, 2002). 그나마 제공되는 서비스도 서비스에 대한 통제권이 장애인에게 전혀 없기 때문에 장애인들은 전문가들에게 의존할 수밖에 없었고, 이 의존성이 더 큰 문제라고 생각하였다. 이와 같은 생각에 따른 자립생활모델에 바탕을 둔 새로운 지원서비스들이 생기거나, 또는 기존서비스들이 자립생활 모델에 따라 변하게 되었다.

결국 자립생활 지원서비스란 지원에 의해 의존성이 발생하지 않고 장애인이 선택과 통제할 수 있도록 하는 것을 의미하는 것이다. 예를 들어 대표적인 자립 지원서비스라고 할 수 있는 활동보조서비스도 장애인이 선택과 통제권을 갖지 못하고 활동보조 지원기관이나 활동보조인이 선택과 통제권을 갖고 있다면 자립 지원서비스라고 할 수 없다. 따라서 기본적으로 자립 지원서비스는 지원항목을 의미하는 것이 아니라, 지원서비스에 대한 장애인의 선택과 통제권이 있는 서비스를 의미한다.

물론 자립생활 개념의 확장으로 인해 논란이 발생할 수 있다. 즉 지금까지의 전통적인 장애인복지 서비스 제공기관들도 자립생활을 지원하는 기관인지? 아니면 자립생활지원과는 무관한 것인지? 모든 서비스 전달체계가 궁극적으로 장애인의 자립생활을 지향한다면 이들 사이에 역할과 기능의 차별성은 어떻게 찾을 것인지? 등의 문제가 제기될 수 있다(이지수, 2017). 앞서 탈시설의 필요성에서 논의하였듯이, 정상적 또는 통상적이지 않은 가구 단위로 구성된 거주시설은 기본적으로 거주 장애인에 대한 획일적인 통제가 우선될 수밖에 없기 때문에, 아무리 자립생활 구호를 외친다고 하여도 자립생활 지원서비스 제공기관이 될 수는 없다. 하지만 기존 서비스 제공기관들은 서비스 제공방식을 전문가 주도 방식에서 당사자 주도 방식으로 바꾼다면 자립 지원서비스를 제공할

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

수 있을 것이다. 또한 자립생활 입장에 따라 만들어진 기관, 즉 중증장애인자립생활센터라도 당사자의 선택과 통제권에 기반하지 않고, 기관의 선택과 통제권에 따라 서비스를 제공한다면 자립생활 지원서비스를 제공한다고 말할 수 없을 것이다.

따라서 자립생활 지원정책은 특정 몇 개의 복지정책에 한정할 수 없다. 당사자의 선택과 통제권을 강조하는 자립생활 모델에 바탕을 둔 새로운 지원서비스들뿐만 아니라, 자립생활 모델에 따라 제공방식이 변하는 기존서비스들도 포함되어야 한다. 외국뿐 아니라 우리나라에서도 자립생활 모델을 지체장애인들이 중심이 되어 주장하고 실천하다 보니, 주거, 활동지원, 이동, 접근, 동료 상담과 동료지원 등이 자립생활의 기본적인 핵심서비스가 되었다(Evans, 2002). 이후 발달장애인의 자립생활을 위한 지원서비스로 의사결정지원 제도가 나타나고 있다(이동석, 2018). 따라서 자립생활 지원서비스는 특정 항목이나 특정 기관의 영역이 아니고, 당사자의 선택과 통제권을 강조하는 방식으로 제공되는 모든 장애인 지원서비스를 의미한다. 이에 따라 구체적인 자립생활 지원정책 현황은 제시하지 않는다.

4. 방향 및 과제

1) 자립생활

자립생활 지원서비스란 지원에 의해 의존성이 발생하지 않고 장애인이 선택과 통제할 수 있도록 하는 것이다. 따라서 자립을 지원하기 위해서는 기존의 모든 지원과 더불어 의사결정지원 등과 같은 새로운 지원도 필요하지만, 더욱 중요한 것은 장애인의 선택과 통제 하에 지원이 이루어지도록 하여야 한다. 따라서 장애인, 특히 발달장애인의 자립을 지원할 때 가장 중요한 점은, 자립이 곧 지원체계 없이 홀로 사는 것이 아니고, 필요한 모든 지원을 받되 당사자가 그 지원을 통제하는 것을 의미한다는 것을 반드시 인식하는 것이다.

지원 방향을 논의하기 위해 하지지체장애인과 발달장애인의 사례를 중심으로 보면 다음과 같다. 하지지체장애인들은 신체적(의료적)으로 보면 하지 신체 구조와 기능에 문제가 있지만, 사회기능 측면에서 보면 이동의 어려움이 있는 것이다. 이동이 어렵다고 누군가가 대신 갔다 와서 이야기를 해준다고 하면 지원자의 관점 등에 종속 또는 의존 현상이 발생할 수밖에 없다. 따라서 자립생활의 원칙에 따르면, 이동이 어렵더라도 장애인이 직접 이동을 하여 활동 및 생활을 할 수 있도록 지원하여야 한다. 이에 따라 활동보조서비스, 경사로, 장애인주차장, 저상버스, 장애인 콜택시 등과 같은

이동지원정책이 개발된 것이다. 마찬가지로 발달장애인은 신체적으로 지적능력에 어려움이 있고, 사회관계를 어렵게 하는 신체적 기능의 문제가 있지만, 사회기능 측면에서 보면, 의사소통, 의사결정, 자기주장, 사회관계 측면에서 어려움이 있는 것이다. 따라서 하지지체장애인에게 이동지원을 했듯이, 발달장애인에게는 의사소통을 지원하고 의사결정을 지원하고 결정사항이 이루어질 수 있도록 옹호를 하는 지원이 필요한 것이다.

그럼에도 그동안 발달장애인은 '논리적으로 사고하거나 판단할 능력이 결여되어 있다'는 통념에 따라 삶의 결정에 있어 주체적이기보다는 보호자 또는 지원인에게 의존적인 존재, 보호의 대상으로 인식되어 자신의 목소리를 존중받지 못한 경우가 많았다. 현장에서도 알게 모르게 부정적인 인식과 시각이 뿌리 깊게 자리하고 있어 발달장애인 당사자의 능력을 한정지으면서 다양한 권익을 간과하기도 한다. 발달장애인 당사자의 의견과 주체적 선택을 지원하여 당사자들이 목소리를 낼 수 있는 노력이 필요하며, 지원인들은 발달장애인의 교육자가 아니라 동반자라는 것을 인식해야 한다. 발달장애인 당사자도 보호를 받는 것이 당연하다고 생각하거나 타인에 의해서만 권리가 대변될 수 있다는 생각을 바꾸고, 자신의 목소리를 내면서 살아 나가야 한다(서울시복지재단, 2016).

지역사회 삶(community living) 지원의 목표는 장애인의 삶의 주도성을 회복하고, 일상적 활동이 증가하고, 지역사회와의 관계를 다시 회복하는 것이다. 이를 통해 장애인의 사회경제적 생산적 증대에 따른 삶의 질 향상을 목표로 한다. 우선 (탈시설) 장애인의 삶의 주도성(self-direction, 자립) 회복을 위해서는 장애인의 소비자성 회복이 필요하다(Dejong, 1979). 이를 위해서는 모든 활동에서 수혜자나 대상자가 아니라, 선택권이 있는 소비자로 대우하는 자세가 필요하다. 일상적 활동 증가를 위해서는 물리적 구조의 변화와 더불어 물리적 구조만으로 해결할 수 없는 경우에 대비한 인적 지원이 필요하다. 따라서 우선 주변 사회의 구조적, 문화적 환경 개선이 필요하다. 신체적 장애인을 위한 편의시설뿐만 아니라, 발달장애인을 위한 시각적 의사소통 방식의 보편화와 같은 편의시설도 필요하다. 또한 의사결정 지원에 대한 구조를 만들 필요가 있다. 발달장애인의 일상생활 활동 지원을 위한 주간활동(good day)의 활성화도 필요하다. 그리고 사회관계 회복, 즉 지역사회와의 연결 확보가 필요한데, 이를 위해서는 지역사회와 장애인을 다시 연결할 수 있는 시민옹호사업 등이 필요하다.

이와 같은 목표를 달성하기 위해서는 다양한 영역의 지원이 필요하다. 우선 거주 공간 마련이 필요하다. 이를 위해 사회주택, 민간임대주택, 주거급여 등에 대한 연계가 필요하다. 이와 더불어 최초 거주 공간 구성을 위한 비용, 매월 생계유지를 위한 비용 등과 같은 생계비용이 필요하다. 이를 위해서는 자립정착지원금 지원, 생계비 지원 등에 대한 연계가 필요하다. 거주공간이 마련되어도

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

주택관리 등 거주 공간 관리가 어려운 경우가 있다. 이에 따라 주거코디네이터와 같은 주택관리 서비스가 필요한데, 이 역할은 자립생활센터나 장애인복지관이 담당하여야 할 것으로 보인다.

신상(신변) 관리 지원이 필요한데 이를 위해서는 활동지원서비스 중 가사지원, 신변관리 지원 등과의 연계가 필요하고, 일부 필요한 경우 심리지원 연계가 필요하다. 일상생활 활동 또는 사회 활동 지원을 위해서는 자립생활센터나 장애인복지관이 정보제공, 질문에 대한 상담 등과 같은 경미한 지원을 할 수 있고, 사회활동지원, 이동지원 등이 필요한 경우 활동지원서비스의 연계가 필요하다. 발달장애인의 경우 일상생활을 위해 의사결정지원서비스가 필요하다. 현재는 후견제도밖에 존재하지 않지만, 의사결정을 지원하는 지원인 등을 통해 자기결정을 지원하는 방식을 개발할 필요가 있다. 아직까지 구체적인 의사결정 지원을 위한 제도가 없기 때문에, 자립생활센터나 장애인복지관에서는 시민옹호인 양성을 통해 의사결정 지원을 할 필요가 있다. 또 탈시설 또는 탈학대를 하여도 지역사회와의 연계가 이루어지지 않는다면 지역사회에 존재하는 '투명인간'일 뿐이다. 따라서 지역사회와의 연결을 재확립하는 지원이 반드시 필요하고, 이를 위해서는 시민옹호 등이 필요하다. 또 경제활동을 위해 취업지원, 금전관리 지원 등이 필요하다. 이 이외에도 개인에 맞춘 추가적인 지원이 필요하다.

지역사회에서의 자기 주도적 삶을 위해서는 다양한 지원이 필요할 수밖에 없다. 또 아무리 많은 지원이 필요하더라도 모든 장애인들은 지원에 대한 자기통제를 통해 지역사회에서 주체적으로 살아가야 한다. 하지만 모든 지원을 한 제공기관에서 제공할 수는 없다. 기관이 고유사업으로 잘 할 수 있는 지원 외의 지원이 필요할 경우 연계를 통한 지원이 가능하다. 지역사회의 다양한 지원에 대한 연계를 위해서는 평소 주변 자립생활센터, 장애인복지관, 주거복지기관, 장애인권익옹호기관, 발달장애인지원센터 등 관련 기관들의 네트워크 확립이 필요하다.

2) 탈시설

우선 중앙정부 차원에서 탈시설 정책을 수립할 필요가 있다. 이에 따라 중앙, 광역, 지역 단위에서 탈시설지원센터를 설립·운영하여야 한다(유동철 외, 2018). 탈시설 체계 수립을 위해 중앙정부는 정책적인 탈시설 추진과 제도적 지원을 담당하면서 법률적 기초를 마련하고 국가계획을 수립하여야 한다. 광역 지자체는 지역에서 탈시설 정책을 직접적으로 추진하는 핵심 주체로서 탈시설지원센터를 설립하여 실무적인 지원을 받는다. 광역 탈시설지원센터는 개개인의 거주인이 탈시설을 준비하여 시설에서 독립하여 지역사회에 정착하기까지 지원하는 전체과정을 총괄적으로 관리하고 중앙 센터는 광역센터를 관리감독 및 지원을 하면서 연구개발, 필요인력 교육훈련 등의 역할을

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

수행한다. 시 · 군 · 구 기초지자체는 지역사회 생활보장을 위한 서비스를 책임지고, 시설 및 운영법인은 거주인의 탈시설에 협력하면서 단계적으로 지역사회 서비스기관 등으로 전면 변환한다.

탈시설 이후의 자립지원이 이루어져야 제대로 된 지역사회 통합돌봄(community care)라고 할 수 있다. 외국의 커뮤니티케어를 보면 공통된 특성으로 당사자 중심의 통합성, 서비스 설계의 유연성, 서비스 구성의 다양성, 지방정부 중심의 책임성이 나타난다(유동철 외, 2018). 하지만 우리나라 사회서비스는 중앙정부 사업만 240가지에 이르고 모두 부처, 부서, 담당자별로 분절되어 있는 상황으로 이러한 모든 특성에 반대되는 특성을 가지고 있다. 따라서 우리나라 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어)의 실현을 위해서는 지방정부 중심으로 서비스 전달체계를 집중시키면서 지방정부의 책임성과 당사자 중심의 통합성을 증진시키고, 점차 서비스의 유연성과 다양성을 확보해가는 전략적 접근이 필요하다. 이때 당사자 중심의 통합성 강화는 다양한 전환서비스 경로 확보를 통해 시설 거주 장애인의 욕구와 특성에 부합하는 전환서비스 지원내용이 결정될 수 있도록 하는 것이고, 지방정부 중심의 책임성에 따른 지역사회 중심성 확보는 주거공간이 존재하는 지역사회에 기반 한 지지체계를 만들고 사회참여의 기회를 제공하는 지원이 강화되어야 함을 의미한다(문혜진, 2016).

이를 위해서는 전환서비스지원사업의 범위를 지역사회로의 거주 전환 이후 시점으로 확장하고, 이에 따라 다양한 지원주거 모형의 개발이 필요하다. 예를 들어 독립적 주거지가 지역사회에 산재해 있고 지원자가 상주하지 않는 모형(산재 - 비상주형), 지원자가 비상주하나 독립된 주거공간이 연립주택 혹은 빌라와 같이 한 개소에 모여 있는 결합 - 비상주 모형, 독립된 주거공간이 인정되고 지원자가 상주하는 결합 - 상주형 모형, 거주시설에서 지역사회 기반 주거로 직접 이행 경로 신설이 필요하다(문혜진, 2016).

이와 더불어 현재 많은 시 · 도에서 제공하고 있는 체험홈과 같은 전환지원서비스에 대해서는 고민이 필요하다. 1981년부터 접근 가능한 거주 지원, 지원 네트워크 구성 등을 통해 장애인 옹호 사업을 수행하였고, 미국 내 장애인 가정폭력 분야에서 선도적인 프로그램을 시행하고 있는 'Barrier Free Living(이하 BFL)'이라는 단체에서 시행하고 있는 영구거주 아파트 프로그램은 우리에게 시사하는 바가 크다. BFL은 1990년부터 2013년까지 전환거주서비스(transitional housing)를 제공했었다. 전환거주서비스는 쉼터, 세끼식사, 작업치료, 간호, 사례관리 서비스까지 제공하는 것이었다. 하지만 이와 같은 서비스는 장애인 당사자의 선택과 통제보다는 전문가의 보호가 우선되었고, 장애인의 자립이 요원함을 알게 되었다. 이에 따라 자립의 개념을 받아들여, 전환거주서비스를 제공하던 건물을 해체하고 새로운 건물을 지으면서 전환거주서비스를 종료하고, 지원거주 프로그램의 한 형태인 BFL 아파트 프로그램을 도입하였다. 거주공간이 필요한 장애인에게 독립생활의 가능성 유무와 상관없이 일단 아파트를 제공하고, 이후 필요한 지원을 자립생활의 철학에 맞게 제공하는 것이다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

짧은 시간이지만 그 동안 50가구에 아파트를 공급했고, 70명에게 원룸 아파트를 제공했다.

이처럼 시설에서 나오는 경우, 체험하기 위한 집으로 가는 것이 아니라, 바로 일반 아파트와 같은 장기적으로 거주할 수 있는 공간으로 가야 한다. 그리고 그곳에서 자신이 주도적으로 살기 위해 필요한 지원을 받아야 한다. 자립의 개념에 따라 우선 거주서비스를 제공하고, 이후 가사지원서비스 등을 제공하는 식이다. 우리나라도 활동지원서비스가 있기 때문에 이를 활용하면 된다. 만약 활동지원서비스를 받지 못하거나 또는 활동지원서비스 외에 가사관리서비스가 필요하다면 이 서비스를 제공할 수 있는 기관을 지정하고 예산을 지원함으로써 장애인이 지원을 받도록 할 필요가 있다.

또한 분산된 주거(dispersed housing)의 제공만으로 충분하지 않고 관계와 사랑, 일과 기여, 실제적인 주거의 권리, 시민으로서의 권리, 자기결정과 임파워먼트 등이 확보되어야 한다(Duffy, 2015; 김용득, 2018 재인용). '커뮤니티케어 서비스'라는 제도에 의해서 지원을 받더라도 지역사회 생활을 향유하지 못할 수 있으며, 이 경우 지역사회에 있는 작은 거주 장소들은 '작은 시설(micro-institution)'이라고 할 수 있다. 따라서 거주공간의 제공만으로는 충분치 않으며, 지역사회에서 주도적으로 장애인들이 살 수 있도록 하는 각종 지원정책이 필요하다. 장애인이 주체성을 갖고 살 수 있는 '좋은 지역사회(decent community)'는 이용자와 제공자의 협동생산, 지역사회에의 참여 촉진, 대안공동체 지원과 같은 대안적 접근을 통해 가능할 것으로 보인다(Duffy, 2015; 김용득, 2018 재인용).

참고문헌

국가통계포털. kosis.kr (통계청 Kosis 국가통계포털 홈페이지). 2019년 7월 30일 추출.

김경미(2009). 자립생활 체험홈에서 장애인의 자립에 대한 경험과 변화에 대한 연구. 한국장애인복지학, 11, 151-182.

김용득 편(2019). 장애인복지 - Inclusive society를 향한 상상. EM실천.

김용득(2018). 탈시설과 지역사회 중심의 복지서비스 구축 방안 - 자립과 상호의존을 융합하는 커뮤니티케어 -. 한국보건사회연구원, 2018년 '보건사회연구' 콜로키움, 커뮤니티케어와 보건복지서비스의 재편, 17-38.

문혜진(2016). 서울시 장애인 전환서비스지원사업 성과분석, 서울특별시 · 서울시복지재단.

박경수 · 강경선 · 박숙경 · 조백기 · 김동기 · 장서연 · 임소연 · 송효정 · 김은애 · 윤진철(2011). 장애유형별 자립생활 현황과 지원체계 개선에 관한 연구, 국가인권위원회.

박숙경(2016). 한국의 장애인 탈시설 현황과 과제, 지적장애연구, 18(1), 205-234.

박숙경 · 김명연 · 김용진 · 구나영 · 문혁 · 박지선 · 정진 · 정창수 · 조아라(2017). 장애인 탈시설 방안 마련을 위한 실태조사 - 시설에서 지역사회로의 전환을 위한 정책 연구 - , 국가인권위원회.

보건복지부(2019). 지역사회 통합 돌봄(커뮤니티케어) 선도사업 추진계획, 보건복지부.

부산복지개발원(2009). 부산 생활시설 거주 장애인 복지실태 및 욕구조사, 부산복지개발원.

서울시복지재단(2016). 2016 발달장애인의 행동 이해와 지원을 위한 가이드 북, 서울시복지재단.

서울시정개발연구원(2009). 탈시설화 정책 및 주거환경지원 학술연구, 서울시정개발연구원.

서정희 · 유동철 · 이동석 · 심재진(2012). 자립생활 기반 구축을 위한 외국 사례 및 정책 연구를 통한 선진모델 구축, 국가인권위원회.

유동철 · 김미옥 · 김보영 · 김용진 · 김정하 · 박숙경 · 윤상용 · 이주언 · 이왕재 · 전근배 · 정진 · 조아라 · 홍인옥 · 조혜진(2018). 탈시설 자립지원 및 주거지원 방안 연구, 보건복지부 · 동의대학교 산학협력단.

윤상용 · 윤덕찬 · 서동명 · 김동기(2016). 장애등급제 개편에 따른 장애인거주시설 이용기준 마련, 보건복지부 · 충북대학교.

이동석(2018). 캐나다 5개 주의 지원의사결정제도 비교분석, 한국장애인복지학, 36, 179-202.

정립회관(2003). 신체장애인을 위한 자립생활, 정립회관.

조한진 · 강민희 · 박옥순 · 염형국 · 임소연 · 정희경 · 허숙민(2012). 시설거주인 거주 현황 및 자립생활 욕구 실태조사, 국가인권위원회.

한국장애인개발원(2017). 2017 장애인백서.

Dejong, G.(1979). The movement for independent living: Origins, ideology and implications for disability research. East Lansing MI, Michigan State University.

Duffy, S.(2015). Thoughts on intentional community, www.centreforwelfarereform.org.

European Commission(2009). Second Disability High Level Group Report on Implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, European Commission.

Evans, J.(2002). Independent living and its development in the USA and Europe, ENIL.

U.S. GAO(General Accounting Office)(1977). Returning the mentally disabled to the community: Government needs to do more. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.

04
커뮤니티케어와 장애인 보건의료 지원*

1. 개요

사회경제적으로 취약한 집단에게 건강은 그들이 사회에서 살아가고 정상적인 사회적 활동을 하는데 마지막 남은 자산이다. 이는 충분한 자산을 갖고 있거나 가족의 지지를 받고 있는 사람이 거동이 불편해지는 것과는 다른 의미를 지닌다. 따라서 취약한 집단의 건강을 보호, 증진시키는 것은 해당 개인과 그 가족에 매우 중요하다.

한국에서 「장애인 건강권」을 단순한 용어가 아닌 '인권적' 측면에서 논의하기 시작한 것은 비교적 최근의 일이다. 다행히 장애인건강권법이 제정되면서, 장애인의 건강권을 인권차원에서 다루고자하는 사회적인 노력이 법적 기반을 가지고 추진되기에 이르렀다.

커뮤니티케어는 '돌봄을 필요로 하는 사람들이 자택이나 그룹홈 등 지역사회에 거주하면서 개개인의 욕구에 맞는 복지급여와 서비스를 누리고, 지역사회와 함께 어울려 살아가며 자아실현과 활동을 할 수 있도록 하는 혁신적인 사회서비스 체계'라고 정의된다. 장애인들은 어느 누구보다도 돌봄을 필요로 하는 집단으로 커뮤니티케어는 장애인의 건강관리에도 큰 영향을 준다. 커뮤니티케어는 고령화와 건강불평등이 심화되는 우리사회에서 고령화의 사회적 부담을 줄여주고, 건강불평등을 완화시켜주는 대안이 될 수 있다. 정부는 커뮤니티케어를 통해 장애인의 지역사회 통합을 달성하고 재가 · 지역사회 중심으로 사회 서비스를 제공하는 것을 추진하고 있다. 커뮤니티케어를 통해 돌봄, 안전 등 사회서비스 확충, 지역사회 중심 건강관리 체계 강화, 돌봄이 필요한 사람의 지역사회 정착 지원, 병원 시설의 합리적 이용을 유도하는 제도개선, 지역사회 통합돌봄 인프라 강화 및 책임

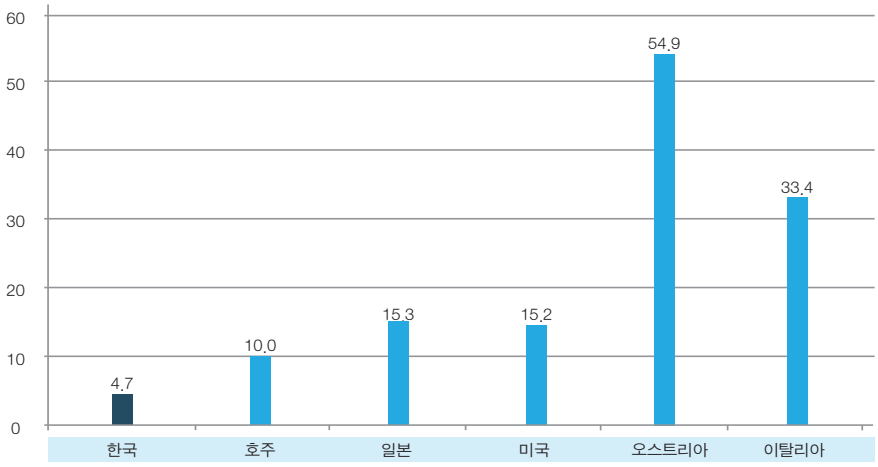
* 임종한(인하대학교 의과대학 사회의학교실 주임교수)

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

성 제고 등의 선도사업과 함께 전달체계 및 지역사회서비스 확충을 추진하고 있다.

기존 복지 서비스는 파편화되어 있고 분절적으로 제공되고 있어 체감하기 어려운 실정이다. 즉, 장애인을 중심으로 서비스가 연계·통합적으로 제공되는 것이 아니라 공급기관 · 사업별로 단편적으로 제공되어 재가서비스가 적절한 기능을 수행하지 못하고 있다. 특히 사고나 질병 등으로 중증장애인이 된 경우 의료적 치료를 종료한 후 장기간 병원에 입원하거나 혹은 적절한 지역사회 복귀 연계 서비스 · 프로그램의 부족으로 재활이 장기간 지연되는 문제가 발생하고 있다. 특히 중증장애인의 병원 퇴원 후 재가복귀를 위한 경로 설정, 주거, 일자리, 소득지원 등 지역사회 정착여건 조성 등을 통해 중증장애인의 지역사회 참여를 확대하고 있다. 척수장애인과 같은 일부 중증장애인들은 사고 후 평균적으로 30.77개월(약 2.5년) 동안 병원에 입원하고 있어 사회복귀 및 재활이 지연되고 있으며 이는 미국, 영국 등의 입원 기간이 2-3개월인 것과 비교하면 현저히 장기간 입원하고 있음을 알 수 있다.

2016년 12월말 기준 326개의 정신재활시설이 조사되었으며, 정신재활시설 중 입소시설 정원 2,573명, 이용시설 정원 4,471명 등 정신재활시설의 총 정원은 7,041명으로 파악되고, 인구 10만 명당 정신재활시설 정원이 약 13.6명에 불과하다. Mental Health Atlas 2011에 따르면, 지역사회 거주서비스 시설을 갖춘 국가는 54% 정도이며, 고소득일수록 10만 명당 시설 수와 정원(병상)이 저소득 국가에 비해 상대적으로 높게 나타났다. 오스트리아가 10만 명당 54.9명, 이탈리아가 33.4명 거주서비스가 제공되는데 비하여, 이에 비하여 10만 명당 4.7명에 불과해 정신장애인이 받을 수 있는 커뮤니티케어서비스가 매우 취약한 수준이라는 것을 알 수 있다([그림 1] 참조).



출처 : Mental Health Atlas country profiles, 2014

[그림 1] 인구 10만 명당 거주서비스 정원

정신장애인의 기본적인 삶에 대한 욕구에 따르면, 소득보장, 의료보장, 주거보장 등이 우선순위에 놓여 있었으며, 일상생활 지원 및 돌봄에 대한 욕구도 높게 나타난다. 정신질환자의 사회적 입원은 입원환자의 50% 수준으로 정신질환자 병원의 삶은 심각한 사회적 문제라고 OECD는 지적하고 있다. 정신질환자는 퇴원하더라도 다시 정신병원에 입원하게 되는 회전문 현상이 심각하며, 장기간 입원을 할 경우 지역 사회에서 살아갈 수 없는 '시설병'에 걸리기도 한다.

화성시에서 조사한 화성시 정신건강복지센터와 정신재활시설을 이용하고 있는 중증정신질환자 당사자와 가족들을 대상로 조사했을 때 지역정신보건서비스의 만족도가 70% 이상으로 높다. 특히 주간보호/재활 프로그램을 이용자, 직업훈련 프로그램을 이수하고 취업을 해본 경험이 있는 자, 가족교육을 받은 보호자에게서 만족도 높다.

● TABLE 01 정신건강복지센터와 정신재활시설 이용 만족도(지난 1년간)

기관명	보통/불만족/매우불만족		만족/매우 만족		합계	
	명	%	명	%	명	%
화성시정신건강복지센터	26	20.2	103	79.8	129	100
정신질환자 정신재활시설 (주간재활)	10	27.0	27	73	37	100
정신질환자 정신재활시설 (주거시설)	8	25.8	23	74.2	31	100

(단위 : 명, %)

대구시 남구의 조사 자료에 의하면 장애인들의 사회보장 관련 어려움은 아동 돌봄, 아동 발달 및 양육의 어려움이 가장 높게 나타났다. 취 · 창업 활동 및 기회 마련의 어려움과 직장 생활 유지의 어려움, 주거비 부담의 어려움 역시 저소득과 비저소득이 어려움을 느끼는 정도가 높았으며, 저소득 가구의 경우 문화 · 여가 활동, 체육활동, 신체 건강 유지에 어려움이 있었고, 비저소득 가구의 경우 환경오염 관련 어려움, 생활환경 관련 어려움의 정도가 높게 나타났다. 장애인들에게서 사회보장의 어려움은 신체 건강의 문제로 나타나는 경우가 건강분야 외 어떠한 다른 사회보장 분야에도 어려움이 있는지 살펴볼 필요가 있다. 특히 저소득 장애인들은 신체 건강의 문제를 같이 가지고 있는 경우가 많다.

● TABLE 02 사회보장 관련 어려움 정도에 대한 순위

순위	전체 조사대상		저소득		비 저소득	
	어려움 내용	평균	어려움 내용	평균	어려움 내용	평균
1	아동 돌봄의 어려움	3.38	기초생활 해결의 어려움	4.18	아동 돌봄의 어려움	3.10
2	아동 발달, 양육의 어려움	3.23	아동 돌봄의 어려움	3.99	아동 발달, 양육의 어려움	2.91
3	취업 · 창업 활동 및 기회 마련의 어려움	3.05	아동 발달, 양육의 어려움	3.96	돌봄을 담당하는 가족 당사자의 어려움	2.81
4	주거비 부담의 어려움	2.97	취업 · 창업 활동 및 기회 마련의 어려움	3.83	취업 · 창업 활동 및 기회 마련의 어려움	2.75
5	일상생활 유지의 어려움	2.90	주거비 부담의 어려움	3.78	환경오염 관련 어려움	2.73
6	직장생활 유지의 어려움	2.84	직장생활 유지의 어려움	3.66	노인 돌봄 과정의 어려움	2.69
7	돌봄을 담당하는 가족 당사자의 어려움	2.84	체육 활동 관련 어려움	3.64	주거비 부담의 어려움	2.67
8	노인 돌봄 과정의 어려움	2.80	문화 · 여가 활동 관련 어려움	3.63	일상생활 유지의 어려움	2.66
9	기초생활 해결의 어려움	2.78	일상생활 유지의 어려움	3.51	장애아동 돌봄, 발달, 양육의 어려움	2.65
10	환경오염 관련 어려움	2.75	신체적 건강 문제의 어려움	3.46	생활환경 관련 어려움	2.54

출처 : 대구시 남구 커뮤니티케어 계획서

2. 정부의 커뮤니티케어에 있어서의 장애인을 위한 모델 개발

2019년 6월부터 2년 간 전국 8개 지방자치단체에서 커뮤니티케어 선도사업이 실시되고 있다: 노인(4곳), 장애인(2곳), 정신질환자(1곳), 노숙인(1곳)(관계부처합동, 2019). 케어안내창구를 읍 · 면 · 동에서 운영해 수요자에 대한 기초 욕구 조사, 관련 정보를 안내 · 제공하고 서비스의 신청 접수와 신청 대행 등을 제공한다. 또한 복합 욕구를 가진 고난이도 대상자에 대한 심층 사례관리 · 자원과 서비스 연계는 시 · 군 · 구 지역케어회의를 실시한다.

장애인 선도사업은 장애인이 거주시설에서 벗어나 지역사회에서 자립해 살아갈 수 있는 여건을 조성하는데 목적이 있다. 사업대상은 거주시설에 있는 장애인 중에서 지역사회에서 생활하기를 희망하는 장애인이며, 지역사회에 거주하고 있으나 장애 정도가 심화되어 거주시설 입소를 불가피하게 고려하는 장애인도 포함된다. 지자체는 거주시설에 있는 장애인을 대상으로 탈시설 욕구를 조사해 개인별 지원계획을 수립하며, 발달장애인은 발달장애인 지원센터의 담당자가 케어안내창구의 담당자와 협력 · 전문 상담을 제공한다. 퇴소 장애인에게는 자립체험주택과 케어안심주택의 2

가지 유형의 주거모델이 제공된다. 자립체험주택은 장애인 2-3명이 생활하고, 지원인력이 자립 훈련 등을 지원하는 것으로 이후 케어안심주택으로 전환 지원이 이루어진다. 케어안심주택은 장애인이 공공임대주택에서 거주하고 지원인력이 정기적으로 방문 · 지원한다.

지자체는 장애인의 탈시설 후 초기 자립을 위해 1인당 약 1,200만원의 정착금을 지원한다. 지역 맞춤형 취업지원 서비스, 현장 중심 직업재활센터와의 연계 등으로 일자리를 통한 소득 보장 지원과 함께 장애인 건강주치의 서비스, 지역사회중심재활사업(보건소) 연계를 통해 건강관리와 재활서비스를 제공한다. 활동지원서비스와 발달장애인 주간활동서비스를 연계하고, 권익 보호를 위한 공공후견 서비스, 법률 지원을 함께 실시한다.

이처럼 커뮤니티케어를 통한 장애인 탈시설을 추진하고 있으나 탈병원에 대한 계획이나 구상은 미흡한 실정이다. 이에 중증장애인의 탈병원을 지원하기 위한 연구가 필요하며 커뮤니티케어 체계 내에서 탈병원을 추진할 수 있는 모형 마련이 요구된다.

1) 화성시 정신장애인 커뮤니티케어 모델

대상자 규모 추계는 888명~3,000명으로 정책대상자 규모는 1,050명이다. 대상자는 의료급여관리센터에서 장기입원 정신질환자 명단을 파악하고, 장애인복지관을 통해 등록 정신장애인 명단을 파악하고, 정신병원 사회사업실/원무과를 통해 화성시 주소지 장기 입원자 모집 (자발적) 또는 퇴원환자 통보 시 정보가 제공된다. 선정방식은 파악된 명단의 정신병원, 정신요양시설로 커뮤니티케어 추진단 융합서비스팀 소속 공무원 1인+화성시정신건강복지센터 두드림[1] 팀원+의료급여관리사(복지정책과) 3인 1조를 이루어 방문하여 전수 조사한다. 방문한 정신질환자와 인터뷰를 통해 퇴원적정성을 평가하고, 정신질환자의 퇴원 의사를 파악한다. 정신질환자 보호의무자와 연락해서 지역사회기관 정보를 제공하고 사례 관리서비스 동의를 받는다. 정신병원 내 사회사업실 또는 원무과에 화성시 주소지를 가진 정신질환자에 대한 지역사회 정보를 제공하는 '설명회' 개최를 타진한다.

사업내용은 당사자와 보호자의 동의로 서비스를 제공하게 되면 주치의와 협의를 통해 퇴원 시점을 조율한다. 퇴원하기 1개월 전부터 해당지역 사례관리자가 재원관리 시작하며, 최소 월 4회 방문하여 퇴원계획을 수립한다. 체험홈을 운영하며, 독립을 하거나 가족으로 퇴원하기 어려운 경우 3~6개월 동안 자립형 체험홈에서 거주하며 일상생활훈련, 증상관리훈련, 지역사회복귀를 위한 실제적인 훈련을 제공한다. 대상자가 가족과 거주하는 집에서 독립을 하게 되면 화성시 정신건강복

1 병원의 문을 두드린다는 의미, 또는 꿈을 이룬다는 Do Dream을 뜻하는 두 가지 의미를 가진 팀.

지센터 사례관리자가 집중적인 사례관리를 통해 대상자의 지역사회 복귀를 지원한다. 대상자의 보건과 복지적 욕구를 파악하고 지원하기 위해 '지역 케어회의'를 통하여 대상자를 지원한다. 대상자가 증상의 악화, 약물중단, 자해와 타해의 위험이 발생할 경우 24시간 정신건강 위기대응팀과 경찰, 119구조 구급대를 통하여 위기 개입을 제공한다.

정책적 기대효과는 퇴원이 가능한 장기입원정신질환자에게 적절한 퇴원계획제공 및 지역사회 복귀 지원(지역돌봄의 가치실현), 장기입원으로 인한 의료비를 절감(예: 의료급여 1종 월 150만원 수준 지출+생계비 4~50만원), 정신질환 대상자가 지역사회 내에서 함께 어울려 살아갈 수 있는 환경 조성, 정신질환자와 관련된 보건과 복지의 정보, 행정, 실행의 칸막이를 해소하여 정책적 효율성을 극대화하는 것이다.

성과지표는 장기입원정신질환자 파악, 장기입원정신질환자 지역사회 복귀율(6개월 이상 거주 유지), 6개월 이상 장기입원 정신질환자 감소, 지역병원에 지역 환자 수 비율 증가 등으로 설정했다. 예산은(주 사업 및 예산 배정은 총예산: 9억 4천만원) 자문위원회, 커뮤니티케어 운영비로 2천 4백만원 쓰이고, 자립체험주택, 케어안심주택 운영, 자립정착지원금 등 주거사업에 4억 9천만원, 의료급여사례관리 강화, 청년사업단 운영, 절차보조사업, 지역사회 초기적응지원, 확대형 가사, 간병서비스, 돌봄가족 지원에 2억 3천만원 쓰인다. 의료기관 퇴원 지원, 방문 진료는 건강보험공단에서 별도로 지원된다. 저소득 정신질환자 치료비 지원, 시민 정신건강체험관, 2030프로그램, 행복빵빵 마음건강버스, 정신건강위기 대응 등 자체사업으로 1억 9천만원이 쓰인다.

2) 대구시 남구

대구시 남구의 장애인 커뮤니티케어의 비전은 "지역사회의 힘으로 누구나 살던 곳에서 어울려 살아갈 수 있는 명품 커뮤니티케어 사회 구현"으로 정하였다. 사업으로는 우리 지역 '안에서' 지역사회공동체를 구성하여, 우리 지역의 '힘으로' 사회서비스 연계 및 확충하고, 우리 모두의 '책임으로' 포용적인 통합돌봄서비스 제공을 목표로 삼았다. 사업의 세부과제로는 첫 번째 다양한 이해관계자로 구성된 거버넌스 구축 및 활성화로, 의료, 보건, 복지 등 다양한 분야의 전문가로 구성된 민·관거버넌스(네트워크)를 구축한다. 사업에 대한 지역사회의 다양한 의견을 수렴·조정하여 돌봄 선도 사업 로드맵을 제시하는 워킹그룹을 조직한다. 둘째로 보건/의료/재활 지원, 주거 지원, 독립생활을 지원하는 보편적이고 통합적인 돌봄서비스를 제공한다. 탈시설 장애인 개인별통합지원계획에 의한 자립 주택 지원 및 탈시설 모델을 제안한다. 셋째로 사업수행 지역 내 관련 일자리 창출(돌봄, 관리 등), 지역균형발전과 첨단 융합산업자원 연계(협동조합, IoT 등)로 포용적 사회복지

서비스를 통한 '돌봄 경제'를 실현한다.

성과지표는 돌봄대상자 고객만족도 조사(PCSI), 사업을 통한 수혜자(장애인 및 가족) 사례관리 건수, 민 · 관 거버넌스 참여 조직 및 단체 수이다. 주사업 및 예산 배정은 총예산 17억 7천만원으로 전담인력 인건비, 일반운영비, 포괄사업비(케어안내창구 전담인력, 민관 워크숍개최, 장애감수성 위탁교육, 반찬배달사업), 기본계획서 컨설팅 등 공통기반 기축에 3억7천만원이 쓰인다. 탈시설 자립주택, 자립주택관리 전담인력, 자립주택관리비, 탈자립주택 정착금, 장애인주거환경개선, 장애인재가서비스 연계(긴급돌봄, 긴급이동차량구입, 긴급안전, 생활용품지원, 지역주민나들이, 서로돌봄 품앗이 운영) 등 장애인커뮤니티 구축에 14억이 쓰인다.

3) 제주시 장애인 커뮤니티케어 모형

제주시의 장애인 커뮤니티케어의 비전은 "변화, 장애인과 함께 하는 삶, 행복한 제주"이다. 제주시의 선도 사업 목표는 모든 장애인의 선택권 존중을 통한 자기 결정권 보장, 장애가 불편하지 않은 삶을 위한 민관협력체계 구축, 제주형 탈시설 및 자립가능모델 개발 등이다. 핵심가치는 신뢰(장애인과 도민이 모두 행복한 제주), 열정(할 수 있다는 자신감으로 최고의 가능성에 도전), 소통(열린 마음으로 서로의 꿈을 응원) 세부과제는 첫째로 1:1 행복 파트너를 통한 개별 맞춤형 서비스 제공, 24시간 긴급지원체계 마련을 통한 가족안심서비스 제공 등 대상자의 욕구에 근거한 맞춤형 서비스 제공이다. 둘째는 커뮤니티케어사업의 실질적 성과를 위한 지역민관협의체 구축, 제주 공동체 특성을 살린 읍 · 면 · 동 지역사회보장협의체 협력 등 복지, 보건, 의료 및 안전 등 7개 영역에 대한 촘촘한 연계체계 구축이다. 셋째는 추진사업별 논리모델 투입(투입 - 과정 - 산출 - 성과)에 기반 한 철저한 지표 관리, 우수 지역공동체 사례 발굴 및 확산을 통한 홍보 등 체계적 성과관리를 위한 모니터링 및 사후관리 철저와 관련된 내용이다.

성과지표로는 서비스 이용을 위한 방문자(이용자) 현황(이용률, 증감률), 서비스 대상자의 전반적인 만족도(사전, 사후), 세부 목표별 달성수준(투입 대비 달성 수준), 민 - 관 협력 활성화 정도(참여기관수)이다. 총 사업 예산은 17억이며, 인건비, 커뮤니티케어 운영으로 6천 7백만원, 체험주택 지원, 관리, 그룹홈 운영(장애부모협동조합)등 주택사업으로 5억 1천원을 쓰고, 1:1 플래너 사업, 긴급돌봄 홈(2개소), 케어 전담팀 사무실 임대(2개소)로 5억 5천만원, 스마트홈 서비스 지원 2억, 사회적응훈련비, 학대피해 및 긴급의료비, 가족기능강화 프로그램, 장애 친화 건강검진기관, 커뮤니티케어 홍보비 등으로 4억 5천만원이 쓰인다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

3. 장애인주치의제와 장애인 자립생활 및 보건의료 지원

「장애인건강권법」이 시행된 지는 16개월, '장애인건강주치의제도' 시범사업이 시작 된지는 1년이 지났다. 장애인건강권법과 장애인건강주치의제도의 가장 큰 의의는 말 그대로 대표적인 의료소외계층인 장애인에게 주치의의 필요성을 인정하였다는 점과 법적으로 '주치의'라는 용어를 처음으로 사용하고, 주치의를 중심으로 의료 서비스를 제공하려는 노력하기 시작했다는 점이다. 그렇다면 장애인들은 법에 명시된 장애인건강권을 보장받고 있는가?

서울에서는 시립 보라매 병원이 서울지역장애인보건의료센터로 선정된데 이어 올해 4월 보건복지부 지정 재활의학과 전문 서울재활병원이 재활전문병원 최초 보건복지부 '서울시 지역장애인보건의료센터'에 선정되었다. 지역장애인보건의료센터에서는 장애인 건강보건관리 전달체계 구축, 장애인 건강보건관리계획 수립, 보건 · 의료 · 복지 연계를 통한 사례관리, 건강검진과 진료, 재활 등 의료서비스, 여성장애인 임신, 출산 등 모성 보건 서비스, 장애인 당사자와 장애인 가족, 보건의료인력 및 종사자를 대상으로 한 장애인 건강권 교육을 시행할 계획이다.

커뮤니티케어 선도모델 사업에서도 장애인 통합돌봄사업이 추진된다. 장애인 선도사업을 추진하는 대구 남구는 탈시설 장애인 다기능 자립주택운영, 돌봄 통합의료 원스톱 시스템 구축, 주거환경 개선 등 18개 사업에 중점을 두면서 대구시립희망원을 장애인 거주시설 전환 선도모델로 만든다. 제주 제주시에서는 행복파트너를 통해 개인별 자립지원 계획을 세우고 케어안심주택 및 자립체험주택, 24시간 긴급돌봄센터, 장애인건강주치의 등 맞춤형 서비스를 연계한다.

정부가 시범사업 중인 장애인건강주치의제도(이하 '주치의제도')의 대상은 오는 2020년까지 전체 장애유형으로 단계적 확대된다. 이에 따라 주 장애 관리를 받는 대상은 지체장애 · 뇌병변장애 · 시각장애 3개 유형에서 전체 유형(15개)으로 늘어날 전망이다. 보건복지부가 발표한 '제1차 국민건강보험종합계획안(2019~2023)'에 의하면 보건복지부는 주치의 등록을 통해 중증장애인의 포괄적 건강관리모델을 확대한다. 이 일환으로 현재 시범사업 중인 주치의제도를 통해 적절한 운영모델을 마련하고 제도화한다. 또한 거동이 불편해 의료기관 내원이 어려운 자(중증장애인, 거동불편한자 등)를 대상으로 지역중심 수가모형을 개발, 시범사업을 통해 활성화할 계획이다.

그나마 조금씩 나아지고 있다고 하지만, 우리사회에서 장애인건강권을 보장하기 위해 개선해야 할 사항이 많다. 장애인건강주치의제도가 정착되어 장애인들의 건강권이 확보되기까지 아직 넘어야 할 산이 많다. 어려움은 있지만, 분명한 목표를 정해서 장애인들의 건강수준을 높여가야 한다. 장애인건강권 확보는 시민들이 당연히 받아야 할 건강권이라는 보편적인 서비스를 우리 사회에 정착시키는 중요한 계기가 될 것이다. 건강권에 대한 국민들의 관심이 달라진 만큼, 정부와 사

회는 장애인의 건강권을 지키는 데 보다 많은 힘을 쏟아야 할 것이다.

4. 향후 전망과 과제

지역 내 보건의료, 주거, 복지, 장기요양 등 분야 간의 분절성 · 비효율성의 원인을 정확히 진단하는 것이 필요하다. 치료 후 또는 탈시설화의 경우 지역사회로의 복귀과정, 의료, 복지를 활용할 수 있는 전문가가 부족하고, 행정전달체계가 구축되어있지 않다. 커뮤니티케어 사업의 사례관리를 통한 맞춤형 서비스를 받을 수 있도록 현 지역재활시설(장애인재활전문병원, 장애인전문병원, 특화장애인주간보호센터, 직업재활연수원, 주거 확보 등)의 확충과 현 지역재활시설의 현안, 즉 부족한 인력 문제 등을 해결해서 탈시설과 더불어 사회적, 경제적 독립, 자립생활의 저해 요인을 제거해야 한다.

커뮤니티케어의 종합 추진계획 마련, 조직구성 및 운영의 근거가 되는 법적 기반이 마련되어있지 않다. 지역사회에서 커뮤니티케어가 실현될 수 있도록 실현 가능한 돌봄 · 의료 연계 방안 마련이 필요하다. 퇴소와 퇴원한 사람의 퇴소(원)계획 수립 지원, 지역사회 서비스 연계, 사례관리 등이 케어통합창구의 기능으로 볼 때 케어통합창구에 역량 있는 인력 배치 방안 마련 및 의료기관 등 연계를 위한 협력방안이 마련되어야 한다. 어려운 개별 과제와 지역 과제 해결을 위한 사회복지인력, 지역간호사, 전문사례관리사 등 전문 인력 확보 방안 마련이 시급하다.

커뮤니티케어는 보건 · 의료 · 돌봄 · 주거와 관련된 지역 과제를 지역의 자원으로 해결하는 시스템으로 지속적 운영을 위해서는 지자체의 역량 강화와 재정확보, 권한 부여가 요구된다. 우리나라는 기초 지자체는 물론 광역 지자체에서도 보건 · 의료 · 돌봄 · 주거정책에 있어서 한정된 권한을 수행하고 있어 성공적 커뮤니티케어 운영을 위해서는 법 개정 등을 포함한 권한 강화가 필요하다.

탈시설화정책이 갖는 긍정적 함의에도 불구하고 일부 발달장애인들은 여전히 대형병원에 남아있으며 소규모 거주공간에서도 인권보장의 사각지대가 존재하고 준비되지 않은 상태에서 추진한 탈시설화는 오히려 당사자 삶의 질적 수준을 떨어뜨리는 결과를 초래하게 된다는 점은 우리가 눈여겨봐야 한다.

장애인의 탈시설화는 지역사회에서의 자립생활로 발전되어야 한다. 하지만 자립생활이라는 것이 거주공간에서의 독립만을 이야기하는 것이어선 안 된다. 지역사회에서의 고용 및 사회참여가 이루어지지 못하면, 진정한 의미에서의 사회통합이라고 하기 어렵다. 한국의 탈시설 정책이 시설에서 지역사회로의 공간적 변화에 국한되지 않고, 제도적 및 실천적 차원에서 탈시설 발달장애인을 위한 지역사회 지원체계 구축을 위한 변화와 대응이 필요하다고 하겠다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

시설에서는 나왔지만, 삶의 질이 떨어진 채 도시의 고립된 섬처럼 존재한다면, 이것은 차별과 배제의 또 다른 단면이라고 하지 않을 수 없다. 이것을 극복하려면, 장애인뿐만 아니라 비장애인의 노력도 필요하며, 우리사회를 소외와 차별 없는 사회로 발전시키기 위한 부단한 노력이 주거, 고용, 소득, 문화, 교육, 의료, 복지, 돌봄 영역 등에서 전 방위적으로 이루어져야 한다.

특별히 커뮤니티케어에 있어서 복지와 의료, 돌봄의 유기적인 연계가 매우 중요한데, 우선 의료분야에서 장애인에 대한 정보를 통합관리하고 건강관리를 해주며, 복지 및 돌봄과 연계를 맡을 전문 인력이 필요한데, 그 전문 인력이 주치의이며 간호사, 사회복지사, 재활치료사, 물지치료사 등의 팀으로 접근하는 것이 필요하다. 복지와 의료, 돌봄 등 여러 분야의 유기적인 연계가 필요한데, 의료 분야조차 분절되어있을 경우, 장애인들에게 필요한 지역사회 종합서비스를 제공할 수 없다.

그러므로 장애인들의 커뮤니티케어에 근간이 되는 것이 장애인주치의제이다. 장애인주치의 기반 위에서 장애인을 위한 커뮤니티케어의 발전계획을 수립해야 한다. 장애인주치의 제 발전 전략을 정리하면 아래와 같다.

첫째, 장애인건강주치의를 육성하기 위한 지원이 보다 적극적으로 이루어져야 한다. 현재의 주치의제도는 장애인건강주치의 교육을 이수한 의사가 일반건강 분야 또는 주 장애 분야의 건강주치의로 등록해 중증장애인에게 만성질환이나 장애관련 건강관리를 지속적 · 포괄적으로 제공하도록 운영되고 있다. 그러나 사실상 등록된 개원의 수가 적어 장애인들이 서비스를 원해도 인근에 등록된 의료기관이 없어 서비스를 받기 어려운 상태이다.

장애인건강권이 보장되려면 지역에서 일반건강관리를 맡은 의사들이 더 많이 육성되어야 하고, 나아가 장애인주치의로 일반 관리와 주 장애 관리를 모두 맡을 수 있는 의사들을 확보하는 것이 가장 중요하다. 장애인들에게 개인별 맞춤 서비스를 제공하는 것이 사업의 핵심인데, 일반건강 분야와 주 장애 분야를 나누어 관리하는 것은 취지와 맞지 않다. 아주 특수한 경우에 한해서 주 장애 관리 주치의를 별도로 두더라도, 일반 관리를 맡은 의사들이 주 장애 관리까지 다 맡을 수 있도록 교육 기회를 늘리고 필요한 정보를 제공해야 한다. 이와 더불어 의사 뿐 아니라 약사, 영양사, 물리치료사, 작업치료사 등 다양한 보건의료 인력으로 팀을 구성하여 당사자의 상태에 따라 다양한 건강관리 서비스를 제공할 수 있어야 한다.

서울에는 두 개의 장애인보건의료센터가 지정되었지만, 상대적으로 여건이 열악한 지방에서는 지정이 늦어지고 있다. 시군구 단위에서는 장애인건강지원센터를 설립해 장애인건강주치의 등록, 교육 · 훈련 등의 지원업무를 수행할 수 있도록 해야 한다. 장애인건강권 확보를 위한 지역 인프라를 구축하는 과정이기에 이러한 센터 및 장애인건강주치의 확보에 속도를 내야 한다.

둘째, 장애인 건강관리를 위해 의료뿐만 아니라 복지가 연계된 서비스가 제공되어야 한다. 장애

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

인의 건강관리를 위해서는 의료서비스의 제공만으로 좋은 결과를 기대하기 어렵다. 장애인들을 위한 주거복지서비스, 장애인활동보조 지원서비스, 여성장애인 임신 · 출산 등 모성보건 서비스, 치과서비스, 생활체육서비스, 재활서비스, 영양서비스, 이동서비스 등 다양한 복지서비스의 연계가 장애인 건강관리에서도 중요하다. 지역사회 복지서비스에 대한 정보를 장애인건강주치의에게 제공하고, 이들의 처방을 통해 필요한 서비스를 받을 수 있도록 설계하는 것도 서비스의 연계 통합에 큰 도움을 줄 수 있다.

셋째, 현 주치의제도 수가체계는 행위별수가제 위주인데, 인두제 요소를 가미한 형태로 개편해야 한다. 기존의 진료 수가와는 별도로 최초 포괄평가, 교육, 전화상담, 방문 진료 각각에 수가를 책정하여 새로운 행위별수가가 신설되었다. 이는 실제로 진료에 투입하는 시간보다 행정 부담이 늘어나게 되므로, 행정 부담을 최소화할 수 있는 방안이 필요하다. 장애인의 건강관리에 주안점을 두고 있기에, 현재의 행위별 수가제를 개인 등록을 포괄하는 수가체계(인두제)로 포괄하도록 개편해야 한다. 인두제 요소를 도입해 장애인 등록을 받고 진료하는 의사들에게 인센티브를 줄 수 있도록 하며, 특히 장애인 진료는 시간이 많이 소요되기에 소요시간을 고려해 장애인 진료비의 가중치를 적용하는 것도 바람직하다.

넷째, 주치의제도에 참여하는 장애인에게도 본인부담을 줄이는 방향으로 인센티브를 제공할 필요가 있다. 장애인들은 소득이 낮고 고정적인 수입원이 없는 경우가 많기에, 서비스를 받고 싶어도 본인부담금이 실제로 늘어 이것이 의료기관 이용에 걸림돌로 작용하기도 한다. 실제로 장애인에게 주치의제도 참여를 권유할 때, 가장 큰 어려움은 본인부담금이 커져 의료기관 이용을 기피하게 된다는 점이었다. 주치의제도의 취지를 살리려면, 주치의를 지정하는 장애인에게는 오히려 본인부담금을 낮춰주고 의료기관에게는 전체 수가를 높여주는 장치가 필요하다.

참고문헌

김미옥 · 정민아(2018). 탈시설 발달장애인의 자립을 위한 지역사회 지원체계 모색, 한국사회복지학, 70(3), 51-79.

김승천(2017). 활동보조서비스 이용 척수장애인의 자립생활 영향요인에 관한 연구, 나사렛대학교 재활복지대학원.

김용득(2005). 영국 커뮤니티케어의 이용자 참여 기제와 한국 장애인복지서비스에 대한 함의, 한국사회복지학, 57(3), 363-387.

김진우(2018). 영국 장애인 탈시설화의 함의, 한국사회복지학, 70(3), 7-27.

임종한 등(2014). 장애인 건강권 증진방안에 관한 연구, 인권위보고서.

한승길(2014). 척수장애인의 삶의 만족도에 영향을 미치는 요인에 관한 연구, 한일장신대 대학원.

Mental Health Atlas 2011 available at.

https://www.who.int/mental_health/publications/mental_health_atlas_2011/en/

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

05

커뮤니티케어와 정신장애인의 자립지원*

1. 개요

이 원고는 2018년 국가인권위원회 연구과제로 수행한 정신장애인의 지역사회 거주 · 치료 실태 조사(권오용 외, 2018)에서 조사된 내용을 중심으로 그동안 필자가 국가인권위원회와 국립정신건강센터, 국내 · 국외 활동과 장애인단체 주관 행사와 지면에서 발표하고 기고한 내용을 편집하거나 인용 또는 재인용하여 작성하였다.

우리나라에서는 현재 '정신병, 정신질환자' 또는 '정신장애인'이라는 명칭이 사용되고 있으나 협약에서 제시된 바와 같이 유엔장애인권리위원회(이하 "위원회")에서는 '심리 · 사회적 장애인(persons with psychosocial disabilities)'이라는 명칭이 공식화 된지 오래되었고 협약 이전에 사용되어 온 기준인 1991년의 유엔 MI원칙(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, 정신장애인 보호와 정신보건의료향상을 위한 원칙)은 사용되지 않는다.

유엔 장애인권리협약(이하 '협약')은 2006년 12월 유엔에서 채택되어 2008년 12월 대한민국 국회가 비준 · 동의하고 2009년부터 국내법과 동일한 효력을 갖게 된 국제 법이다. 협약에 따라 지난 2014년 9월 17일과 18일 스위스 제네바에서는 대한민국 정부의 첫 번째 정기 보고 및 유엔 장애인권리위원회(이하 '위원회')의 심의가 진행되었는데 그 결과 발표한 최종견해에서 "정신병원과 시설에서 지나치게 많은 숫자의 정신장애인이 수용되어 있는 현실에 대하여 탈원화와 지역사회 통합을 위한 지원서비스 등 지역사회 내 통합을 위한 정책이 부족하다고 우려하면서 장애에 대한

* 권오용 변호사(한국정신장애연대 사무총장)

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

인권적 모델에 기반 한 효과적인 탈시설 전략을 개발하고, 지역사회 내 활동보조서비스 등 자립지원서비스를 확대하고, 부양의무제, 등급제로 서비스에서 누락되지 않도록 하라"고 권고하였다.

그 이전 대한민국의 정신건강시스템을 검토한 OECD의 전문가들은 2014년에 출판한 "Making Mental Health Count"라는 보고서에서 "정신건강 모델을 병원과 시설 중심에서 지역사회 보호모델 즉, 커뮤니티케어로 옮기고 1차 진료와 보호를 확대하라"고 권고한 바가 있다.

우리 정부가 커뮤니티케어정책을 수립하고 금년도부터 시행하기로 시작한 것은 뒤늦은 감이 없지 않으나 당연한 일이고 열악한 정신장애인의 인권과 복지의 증진을 위한 한걸음을 내딛을 수 있는 계기가 시작된 것으로 보인다.

2. 정신장애의 개념

1) 심리 · 사회적 장애(psychosocial disability)

협약은 장애를 '다양한 장벽과 상호작용으로 다른 사람들과 동등한 기초위에서 완전하고 효과적인 사회참여를 저해하는 장기간의 신체적, 정신적, 지적 또는 감각적 손상을 포함하는 발전하는 개념'으로 정의하고 있다. 장애인의 사회통합에 대한 장벽은 건축 환경, 지역사회와 가족 내에서의 부정적인 태도, 적절한 형태의 정보에의 접근의 결핍과 장애인의 동등한 사회참여를 증진하지 않는 정책을 포함한다.

위와 같은 협약의 장애 사회적 모델에 기초한 개념으로서 '심리 · 사회적 장애(psychosocial disability)'는 긴장과 스트레스, 고통의 연장에서 정신건강의 다양한 컨디션과 연관되어 있는 생리 · 의학적 이해 즉, 정신분열, 양극성장애, 우울증과 약물중독을 포함, 여러 가지 다양한 방법으로 개념정의 되어왔다. 심리 · 사회적 장애는 정신건강의 상태에 대한 진단을 받아 편견과 차별, 배제를 포함한 부정적인 사회적 결과를 경험한 사람에 대하여 사용되어 왔다.

심리 · 사회적 장애는 심리학적, 그리고 사회문화적 장애의 요소 간의 상호작용으로 표현되어 왔다. 심리적 요소는 사고의 방식, 한 사람의 경험들과 이를 둘러싼 세계에 대한 지각 사이의 상호작용으로 표현되어 왔다. 사회적 문화적 요소는 심리 · 사회적 장애에 붙은 사회의 편견 뿐 아니라 심리적인 요소와 상호작용하는 행동의 사회적, 문화적인 한계를 말한다.[1]

1 Aleisha Carroll, How can development programs improve inclusion of people with psychosocial disability?, CBM June 30, 2014

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

정신장애의 사회적 모델에 기초한 개념인 심리 · 사회적 장애는 장애인 스스로 자신에 대하여 "정신건강서비스의 이용자 또는 소비자(user or consumer of psychiatry), 정신건강의 문제는 있으나 정신의학을 이용하지 않는 생존자(survivor), 기분의 변화, 공포, 환청, 환시를 경험하는 자, 미친 사람(mad person), 정신건강의 문제나 사건, 위기를 경험하는 자(person in mental health crisis)"도 포함되는 것으로 판단하는 것이다.

심리 · 사회적 장애는 보통 정신의학의 이용자(user)나 생존자(survivor)에게 손상과 장벽 간의 상호작용이라는 일반적인 장애의 개념과는 달리 타인에 의하여 붙여진 딱지와 같이 존재한다. 심리 · 사회적 장애 관점에서는 '심리 · 사회적 손상(psychosocial impairment)'이라는 개념은 거부한다. 실제 손상이 없더라도 개인은 사회-의료-법률과 경제적인 결과에 의하여 장애를 경험할 수 있는 것이다. 개인이 기능적인 제한을 경험하건 아니건 간에 또 객관적인 표징으로서 생물학적인 증거가 있든 없던 간에 심리 · 사회적 장애는 그 당사자 본인 또는 어떤 타인에 의하여 주관적, 사회적으로 장애로 여겨지게 되는 것이다. 이것은 심리 · 사회적 장애가 실제이기 보다는 복잡한 현상으로서 사람들은 그것을 경험에 의하여 실제적인 장애로 경험하기도 하지만 어떤 개인들에게는 인식되거나 부여된 장애로 이해되는 것이 더 적합할 것이다.[2]

심리 · 사회적 장애는 "정신질환"이라고 하는 조건이나 경험에 대한 "의료적 모델"의 개념이 아닌 "사회적 모델"의 장애개념이다. 또 한 사람의 삶의 상황에서 그 사람의 내부적 · 외부적 요인에 의하여 그 사람이 특별한 지원이나 편의가 필요할 때 심리 · 사회적 장애를 겪는 것으로 인정된다.

강제입원이나 시설수용(institutionalization), 강제치료, 전기충격(ECT)과 정신외과 수술(psycho surgery), 강박, 보호대 착용, 격리, 강제적으로 옷을 벗게 하거나 시설의 의류를 입게 하는 것들은 장애에 근거한 차별이고, 이런 차별은 신체적 · 정신적인 2차 피해를 야기한다고 인식한다. 본인 스스로는 장애인이라고 하지 않지만 정신질환자 또는 특정한 정신과 진단을 받은 사람도 포함되는 개념이다.

심리 · 사회적 장애 개념은 다음과는 구분되어야 한다.

- 심리 · 사회적 장애 개념은 심리사회적 재활 모델을 따른 것은 아니다.
- 개인에 대한 어떤 명칭을 붙이는 것을 수용하는 것은 아니다.
- "정신질환" 또는 "정신장애"라는 개념에 더하여 사용되는 개념이 아니다.
- "심리적 · 사회적 손상"이 있다는 것을 인정하는 것은 아니다.[3]

2 WNUSP, draft WNUSP response to draft GC Art 6

3 WNUSP, Psychosocial Disability, Aug. 15, 2008

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

2) 「장애인복지법」에 의한 정신장애의 개념과 차별

「장애인복지법」 제2조(장애인의 정의등)에서는 "①장애인이란 신체적 · 정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다. ②이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다. 1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부 기관의 장애 등을 말한다. 2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신질환으로 발생하는 장애를 말한다."고 장애를 손상에 기초한 의료관점의 개념으로 정의하고 있다. 특히 심리 · 사회적 장애로서 정신장애는 "정신적 장애"라는 개념에 포함시켜 "정신질환으로 발생하는 장애"라고 규정하고 "정신질환"은 「정신건강증진및정신질환자복지서비스지원법」(이하 「정신건강복지법」) 제3조에 1호에서 "정신질환자란 망상, 환각, 사고(思考)나 기분의 장애 등으로 인하여 독립적으로 일상생활을 영위하는 데 중대한 제약이 있는 사람을 말한다."고 규정하고 있다. 이와 같이 우리나라에서는 사회적 모델에 의한 심리 · 사회적 장애의 관점은 배제된 채 의료적 모델에 기초하여 미국의 중증정신질환자(SMI, Severe Mental Illness)와 비슷한 개념으로 정신장애를 정의하고 있다.

다시 말하면 한국에서 심리 · 사회적 장애로서 정신장애는 "정신질환"과 동일한 것으로 정의하고 있는 것이다. 「장애인복지법」 제2조는 정신장애를 발달장애와 함께 '정신적 장애'로서 장애의 범주에 포함시켰지만 「장애인복지법」 제15조와 동법시행령 제13조 제3항에 "법 제2조에 따른 장애인 중 「정신건강복지법」의 적용을 받는 장애인에 대하여는 법 제15조에 따라 법 제34조제1항 제2호 및 제3호를 적용하지 아니한다."고 규정하여 장애인복지법에 의하여 제공되는 각종 장애인복지시설의 이용과 재활, 상담, 자립지원, 기타 서비스의 대상에서 제외하고 있다. 정신장애인은 법률 뿐 아니라 행정체계에서도 장애인복지행정에서 제외되어 있어 보건복지부의 장애인정책국에서는 정신장애의 문제는 장애정책과 업무의 대상에서 제외되고 질병관리 및 건강정책부서인 보건복지부의 건강정책국 산하 정신건강정책과에서 관장하고 있다.

한국에서는 철저하게 의료적인 관점에서만 정신장애를 정의하고 있으므로 정신장애인은 정신의학전문의의 진단에 의하여 판정되고 그에 따라 「정신건강복지법」에 의한 강제적인 입원과 치료 또는 시설수용의 대상이 되는 것이다. 따라서 장애인복지법 제15조는 정신장애인에 대한 정당하지 아니한 차별이므로 폐지되어야 한다.

의료적인 모델로 정신장애를 정신질환으로 정의하는 기존의 태도에서 장애인권리협약에 따라 사회적 모델로서 심리 · 사회적 장애의 개념을 장애인복지법을 비롯한 관련 법률의 개정을 통하여 수용하고 개인의 자율권과 선택권을 존중하는 기초위에서 지역사회 통합과 참여를 증진하기 위한

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

개별적 조력제도를 보완하고 취약한 정신장애인의 인권보장과 학대방지를 위한 권리옹호 장치를 마련하는 것이다.

3. 유엔 장애인권리위원회의 정신장애와 관련한 권고의 내용

유엔장애인권리위원회는 대한민국에 대하여 2014년 9월 장애인권리협약 이행상황에 대한 보고서 심의 후 정신장애인과 관련하여 다음과 같은 지적과 권고를 하였다.

1) 장애인복지법 제15조에 의하여 정신장애인을 장애인복지서비스에서 제외하여 정신보건법(현행 '정신건강증진및정신질환자복지서비스지원에관한법률'의 시행 이전의 개정 전 법률)을 적용하는 서비스차별에 대하여 우려를 표하고 다음과 같이 장애인복지 서비스를 제한하지 않도록 권고하였다.

「8. 위원회는「장애인복지법」에 따른 새로운 장애판정 및 등급제도가 서비스 제공에 있어서 의료적 평가에만 의존하고, 장애인들의 다양한 욕구를 고려하거나 정신장애인을 포함한 모든 장애인들을 포괄하지 못하고 있음에 우려를 표한다. 위원회는 동 제도가 결과적으로 장애등급에 따라 장애인들의 복지서비스 및 활동보조서비스의 대상자를 제한하고 있다는 것에 우려를 표한다.

9. 위원회는 당사국이「장애인복지법」에 따른 현행 장애판정 및 등급제도를 검토하여 장애인들의 개별적 특성, 상황 및 필요에 부합하도록 보장하고, 복지서비스 및 활동보조서비스가 정신장애인을 포함한 모든 장애인들에게 그들의 필요에 따라 확대 보장될 것을 권고한다.」

2) 또 정신장애인의 자기결정권에 반하는 성년후견제도와 정신보건법에 의한 비자의 입원과 치료에 대하여 성년후견제도와 비자의 입원제도를 폐지하고 정신장애인의 동의와 자기결정권에 따라 조력의사결정제도로 전환할 것을 권고하였다.

「22. 위원회는 당사국이 대체의사결정에서, 의료적 치료에 대한 고지된 동의의 제시와 철회에 대한 권리, 사법접근권, 투표권, 결혼에 대한 권리, 일할 권리, 거주지를 선택할 권리 등에 관한 것을 포함하여, 개인의 자율성과 의지, 선호를 존중하며 협약 제12조와 일반논평 제1호와 완전히 부합하는 조력의사결정으로 전환할 것을 권고한다. 또한 위원회는 당사국이 장애인과 그들을 대표하는 단체와 협의 및 협력함을 통하여 국가·지방·지역 차원에서 공무원과 판사, 사회복지사를 포함한 모든 주체들을 대상으로 장애인의 법적 권한과 조력의사결정체계에 관해 교육을 제공할 것을 권고한다.」

3) 특히 정신보건법과 개정 정신건강증진법의 내용이 장애인권리협약에 명백히 위반됨을 지적하고 다음과 같이 비자의 입원, 치료에 관한 정신보건법의 규정을 폐지하고 그때까지 정신의료기관이나 시설에 비자의 입원, 치료를 받고 있는 모든 장애인에 대한 실태를 조사하고 자유를 회복시켜 줄 것을 권고하였다.

「제14조 신체의 자유와 안전

25. 위원회는「정신보건법」의 기존 조항과 동법의 개정 초안이 장애를 근거로 한 자유의 박탈을 허용한다는 사실에 우려를 표한다. 또한 위원회는 정신장애인의 자유롭고 고지된 동의 없이 이루어진 장기간 시설 수용화를 포함한 시설 수용화의 비율이 매우 높다는 점에 대해 우려를 표한다.

26. 위원회는 당사국이 정신 · 지적장애를 포함하여 장애를 근거로 한 자유의 박탈을 허용하는 기존의 법률 조항을 철폐하고 모든 정신보건서비스를 포함한 보건서비스가 당사자의 자유롭고 고지된 동의를 바탕으로 제공되도록 보장하는 조치를 채택할 것을 권고한다. 또한 위원회는 법률이 개정될 때까지 병원 및 특수 시설에서 벌어지는 장애인에 대한 모든 경우의 자유박탈을 검토하고, 검토과정은 항소 가능성을 포함할 것을 권고한다.」

4) 또 정신병원 내에서의 격리, 강박과 과도한 약물투여를 비인도적이고 굴욕적인 대우의 상황이라고 판단하고 정신병원에 수용되어 있는 모든 장애인을 폭력, 학대 및 혹사로부터 보호할 것을 촉구하였다.

「제15조 고문 또는 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌로부터의 자유

29. 위원회는 정신병원 내에서 정신장애인이 독방 감금과 상습적인 구타, 강박, 과도한 약물치료 등을 포함한 잔인하고, 비인도적이거나 굴욕적인 대우로 간주되는 상황에 처해 있음에 우려를 표한다.

30. 위원회는 당사국이 장애인이 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우 및 처벌에 처해지도록 하는 강제치료를 폐지할 것을 촉구한다. 시설수용이 지속되는 한, 위원회는 당사국이 장애인단체의 참여를 보장하는 효과적인 외부의 독립적인 모니터링 메커니즘의 구축을 통하여, 정신병원에 수용되어 있는 장애인을 모든 유형의 폭력, 학대 및 혹사로부터 보호할 것을 촉구한다.」

5) 또 정신병원과 시설에서 지나치게 많은 숫자의 정신장애인이 수용되어 있는 현실에 대하여 탈원화와 지역사회 통합을 위한 지원서비스 등 지역사회 내 통합을 위한 정책이 부족하다고 우려하면서 장애에 대한 인권적 모델에 기반한 효과적인 탈시설 전략을 개발하고, 지역사회 내 활동보조서비스 등 지원서비스를 증가하고, 부양의무제, 등급제로 서비스에서 누락되지 않도록 하라고

권고하였다.

「제19조 자립적 생활 및 지역사회로부터의 통합

37. 위원회는 장애인시설 및 거주자 수의 증가에서 알 수 있듯이, 탈시설 전략이 효과적이지 않고 장애인을 지역사회에 통합시키기 위한 충분한 조치들이 부족한 점과 활동보조서비스를 포함한 모든 필요한 지원서비스를 보장하는 지역사회 내 통합을 위한 정책이 부족한 점에 대해 우려를 표한다.

38. 위원회는 당사국이 장애에 대한 인권적 모델에 기반한 효과적인 탈시설 전략을 개발하고, 지역사회 내 활동보조서비스를 포함한 지원서비스를 대폭 증가할 것을 촉구한다.

39. 위원회는 장애인들이 활동보조서비스를 제공받기 위해 지불해야하는 비용이, 개인의 특성과 상황, 욕구가 아닌 "손상의 정도"를 기준으로, 또한 당사자의 소득이 아닌 가족의 소득을 기준으로 산정됨에 따라 일부 장애인의 경우 활동보조서비스의 제공으로부터 배제되는 결과가 초래되는 것에 대해 우려를 표한다.

40. 위원회는 당사국이 장애인들이 지역사회에서 자립적으로 생활할 수 있도록, 사회부조 프로그램들이 충분하고 공정한 재정적 지원을 제공하도록 보장할 것을 권장한다. 특히 위원회는 당사국이 "손상의 정도"가 아닌 장애인의 특성과 상황, 욕구와 가족의 소득이 아닌 장애인당사자의 소득을 기준으로 활동보조서비스 이용금액을 산정할 것을 권고한다.」

6) 그 외에도 보험가입 차별에 대한 상법규정을 삭제하고, 최저임금제를 장애인에게도 적용할 것과 고용할당제 등과 소득에 대하여도 구체적인 권고를 하였다.

「제25조 건강

47. 위원회는 최근 개정된「상법」제732조가 장애인이 "의사능력이 있는 경우"에 한하여 보험가입을 인정하는 것에 대해 우려를 표한다. 위원회는 "의사능력"에 기반 한 보험가입의 거부가 장애인에 대한 차별임을 인지한다.

48. 위원회는 당사국이 "의사능력이 있는 경우"에 한하여 보험가입을 인정하는「상법」제732조를 삭제할 것과, 생명보험에 관한 협약 제25조 마항에 대한 유보를 철회할 것을 권고한다.

제27조 근로와 고용

49. 위원회는「최저임금법」이 "근로능력이 현저히 낮은 자"에 대하여 최저임금 적용을 제외하고 근로능력의 부족에 대한 평가와 판단하는데 있어서 명확한 기준을 제시하지 않는 점에 대해 우려를 표한다. 또한 위원회는 그 결과 특히 정신장애인을 포함한 많은 장애인 근로자들이 최저임금보다 낮은 수준의 급여를 받고 있고, 일반 노동시장으로의 진입 준비를 목표로 하지 않는 보호작업장이 존속함에 대해 우려를 표한다.

50. 위원회는 당사국이 보충급여제를 도입함으로써 「최저임금법」상 최저임금 적용에서 배제되고 있는 장애인들의 급여를 보장할 것과, 보호작업장 운영을 중단하고 장애인단체와 긴밀히 협의하여 장애인의 고용을 촉진하기 위한 협약에 부합하는 대안을 강구할 것을 권장한다.

51. 위원회는 장애인을 위한 의무고용할당제가 시행되고 있음에도 불구하고, 특히 장애여성을 비롯한 장애인의 실업률이 일반 인구에 비해 높은 상황에 대해 우려를 표한다.

52. 위원회는 당사국이 특히 장애여성의 고용에 주의를 기울이며, 고용격차를 줄이기 위한 조치를 취할 것을 권고한다. 특히 위원회는 당사국이 장애인을 위한 의무고용할당제를 실효적으로 이행하고, 이 분야에서의 성과 및 결과에 대한 관련 통계자료를 발간할 것을 권고한다.

제28조 적절한 생활수준과 사회적 보호

53. 위원회는 「국민기초생활보장법」이 일정 수준의 소득 또는 재산을 보유한 가족구성원이 있는 장애인의 경우, 최저생계비 지원혜택에서 배제되는 것에 대해 우려를 표한다. 또한 위원회는 최저생계비 지원혜택 대상자 기준이 기존의 장애등급제에 기초하고 있고 "중증장애인"에 한정된다는 사실에 우려를 표한다.

54. 위원회는 당사국이 장애등급제와 가족의 소득 및 재산이 아닌, 장애인당사자의 특성, 상황 및 필요에 따라 최저생계비를 지원할 것을 권고한다.」

4. 정신장애인의 현황

1) 2017년 장애인실태조사에 의한 일반현황

2017년 장애인 실태조사결과를 중심으로 실태조사와 관련하여 장애인 전체와 정신장애인의 현황을 구분하여 비교하면 다음과 같다. 실태조사 결과에 따르면 시설거주를 제외한 전국에 있는 재가장애인은 2,668,411명(2014년 2,646,064명)으로 나타났으며, 이중 정신장애인은 100,069명(2014년 95,675명), 추정 수 116,079명(2014년 117,428명)으로 나타났다. 재가장애인의 성별에 따른 분포를 보면 남자는 57.2%(2014년 57.7%), 여자는 42.8%(2014년 42.3%)로 나타났으며, 정신장애인은 남자 50.4%(2014년 51.3%), 여자 49.6%(2014년 48.7%)로 각각 나타나 남성의 비율이 조금 높은 것을 알 수 있다. 연령에 따른 분포를 보면 만 0-17세 3.3%(2014년 2.7%), 만 18-29세 4.6%(2014년 4.1%), 만 30-39세 4.8%(2014년 6.7%), 만 40-49세 10.4%(2014년 12.5%), 만 50-64세 30.3%(2014년 30.7%), 만 65

세 이상 46.6%(2014년 43.3%)로 나타나 장애인의 고령화가 진행되고 있음을 알 수 있다. 연령에 따른 정신장애인 분포를 보면 만 0-17세 0.0%(2014년 0.6%), 만 18-29세 2.9%(2014년 5.2%), 만 30-39세 13.8%(2014년 12.6%), 만 40-49세 30.3%(2014년 36.0%), 만 50-64세 38.4%(2014년 39.2%), 만 65세 이상 14.6%(2014년 6.2%)로 나타나 전체 장애인구와 같이 고령 정신장애인의 수가 증가하고 있으며, 만 40세 이상의 비율이 83.3%로 나타났다.

재가장애인의 장애 원인에 대한 구분 결과 후천적 질환 56.0%, 후천적 사고 32.1%로 나타나 후천적 원인 88.1%이며, 선천적 원인 5.1%, 출산 시 원인 1.4%, 원인불명 5.4%로 나타났다. 정신장애의 경우 후천적 질환 83.8%, 후천적 사고 12.3%로 나타나 후천적 원인 96.1%이며, 선천적 원인 0.9%, 출산 시 원인 0.0%, 원인불명 3.1%로 나타나 장애인 전체와 유사한 결과임을 알 수 있다. 일상생활 도움 필요 정도에 대한 응답으로 장애인 전체는 혼자서 스스로 46.9%, 대부분 혼자서 19.2%, 일부 도움 필요 19.5%, 대부분 필요 8.9%, 거의 남의 도움 필요 5.5%로 나타났다. 재가 정신장애인의 경우 혼자서 스스로 40.1%, 대부분 혼자서 18.4%, 일부도움 필요 23.4%, 대부분 필요 16.0%, 거의 남의 도움 필요 0.0%로 나타났다. 일상생활을 도와주는 사람 존재에 대한 응답으로 장애인 전체는 있다가 83.3%로 나타났으며, 정신장애인의 경우 92.3%로 나타나 정신장애인은 신체적 제한이 적지만 활동보조인과 같이 일상생활을 도와줄 수 있는 지원이 필요함을 알 수 있다.

사회 및 여가활동에 대한 질문에 대한 응답으로 장애인 46.6%는 집밖 활동 시 불편하며, 이들 중 13.1%는 매우 불편하다고 언급하였다. 정신장애인의 경우 34.3%가 불편하다고 언급하였으며, 6.4%가 매우 불편하다고 언급하여 장애인 전체와 유사하게 나타났다. 집밖 활동 시 불편한 이유로 장애인관련 편의시설 부족 49.7%로 가장 높게 나타났으며, 외출 시 동반자가 없어서 26.9%, 주위사람들의 시선 때문에 10.6%, 의사소통의 어려움이 있어서 11.0%로 나타났다. 정신장애인의 경우 장애인 전체와 달리 주위사람들의 시선 때문에 35.9%로 가장 높게 나타났으며, 장애인 관련 편의시설 부족 12.1%, 외출 시 동반자가 없어서 39.2%, 의사소통의 어려움이 있어서 12.8%로 나타나 정신장애에 대한 인식교육과 외부활동을 위한 활동보조서비스가 필요한 것을 알 수 있다. 이와 관련하여 문화 및 여가활동에 대한 만족도는 장애인 전체에서 만족 49.3%, 정신장애인은 만족 45.1%로 나타나 유사한 것을 알 수 있다.

사회적 차별에 대한 응답으로 장애인 전체는 초등학교 입학/전학에서 가장 높은 차별(40.3%)을 경험하였다고 응답하였으며, 학교생활에서 또래학생으로부터 차별 경험 50.7%, 결혼 17.9%, 취업 30.9%, 직장생활에서 소득차별 19.4%, 운전면허 취득 시 8.9%, 보험제도계약시 36.4%, 의료기관 이용 시 4.0%, 정보통신 이용 시 1.9%, 전반적인 지역사회생활 8.1% 차별을 경험한 것으

로 나타났다. 정신장애인의 경우 초등학교 입학/전학에서 가장 높은 차별(54.5%)을 경험하였다고 응답하였으며, 학교생활에서 또래학생으로부터 차별경험 42.2%, 결혼 38.0%, 취업 61.5%, 직장생활에서 동료와의 관계 44.0%, 운전면허 취득 시 14.4%, 보험제도계약시 63.4%, 의료기관 이용 시 8.7%, 정보통신 이용 시 1.3%, 전반적인 지역사회생활 17.3% 차별을 경험한 것으로 나타나 전 영역에서 장애인 전체보다 높은 차별을 경험한 것으로 나타났다. 정신장애인은 중/고등학생 시설보다 결혼, 취업, 운전면허, 보험제도 등과 같이 성인기에 보다 높은 사회적 차별을 경험하는 것을 알 수 있다.

특히, 경제 상태에 대한 응답을 보면 장애인 가구 월평균 소득은 242.1만원으로 전국 월평균 가구소득(2017년 2/4분기 기준) 361.7만원의 66.9% 수준으로 나타났다. 정신장애인의 경우 가구소득액은 180.4만원으로 전 장애유형 중 가장 낮게 나타났다. 취업장애인의 임금수준에 대한 응답으로 장애인 근로자 평균 171만원(전체 임금근로자 월평균 임금 243만원, 통계청 2017년 경제활동인구조사), 정신장애인은 87만원(2014년 56만원)으로 나타나 자폐성장애 35만원, 심장장애 65만원, 지적장애 70만원과 함께 낮은 임금수준을 보였다. 가구 중 차량을 소유하고 있는 비율은 전체 장애인가구 52.1%, 정신장애인 가구는 31.8%로 나타나 전 장애유형 중 가장 낮게 나타났다.

2) 정신장애인의 지역사회 주거현황

정신장애인의 탈원화와 지역사회 자립을 위해 주거보장은 가장 중요하고 기본적인 권리라고 할 수 있다. 국내는 해외에 비해 정신장애인이 병원에 입원하는 기간이 길고 높은 시설거주로 인해 이들이 지역사회로 나왔을 때 독립적인 생활을 하는 것이 쉽지 않다(홍선미 외, 2009). 그리고 병원 퇴원 후에 가족들의 거부나 관계불화로 집으로 돌아가는 것을 원치 않는 당사자의 비율이 높은 것은 정신장애인들이 지역사회에 거주하기 위해 다양한 서비스들이 제공되어야 함을 시사한다(김민, 2016). 특히, 주거권은 거주를 위해 필요한 기본 요소로 최소한의 인간다운 생활을 하고 자신만의 공간을 가진다는데 있어서 매우 중요한 의미를 가진다. 유엔 장애인권리협약 제19조 독립적 생활 및 지역사회에의 자립생활에서 “1. 장애인은 다른 사람과 동등하게 자신의 거주지 및 동거인을 선택할 기회를 가지며, 특정한 주거 형태를 취할 것을 강요받지 아니한다.”와 제22조 사생활의 존중 “1. 장애인은 거주지 또는 거주형태와 무관하게 자신의 사생활, 가족, 가정, 통신 및 다른 형태의 의사소통에 관하여 임의적 또는 불법적인 간섭을 받거나 자신의 명예와 명성에 대하여 불법적인 침해를 받지 아니한다. 장애인은 그러한 간섭 또는 침해에 대하여 법의 보호를 받을 권리를 갖는다.”

는 내용은 지역사회에서 자립하여 생활하기 위하여 장애인은 다양한 서비스와 함께 거주지원이 필요함을 보여준다.

2014년 장애인가구실태조사에 따르면 장애인만으로 구성된 가구의 비율은 전체 장애인 가구 중 26.2%로 2009년 19.9%에 비해 5.3% 증가한 것으로 나타났다. 평균 장애인가구의 가구원수는 2.56명으로 나타나 2009년 2.86명에 비해 가구의 축소화가 진행되는 것으로 나타났다. 최저주거기준 미달가구에 대한 비율은 8.6%로 나타나 2009년 22.9%에 비래 14.3%로 감소하여 주거수준이 높아진 것으로 나타났으며, 공공임대 주택의 증가가 이유로 나타난다. 하지만, 여전히 일반가구 5.4%에 비해 최저주거기준에 미달하고 있는 것을 알 수 있다. 주거비 부담에 대한 응답으로 41.5% 매우 부담됨, 28.7% 조금 부담됨으로 나타났으며, 일반가구는 매우 부담됨 29.8%, 조금 부담됨 41.9%로 나타나 장애인가구가 주거비에 대한 부담이 높은 것을 알 수 있다. 이사경험이 있는 비율은 80.7%로 나타나 일반가구 74.4%에 비래 높게 나타났으며, 이사 이유는 내 집 마련을 위해서 28.8%, 좋은 주택으로 옮기려고 13.2%, 소득이 줄어서 11.9%, 임대차 계약이 만료되어서 7.6% 순으로 나타났다. 이러한 실태조사 결과를 종합해보면 장애인가구도 일반가구와 같이 소규모화되고 1인가구가 증가하는 것을 알 수 있으며, 여전히 주거수준이 낮은 것으로 나타나 지원이 필요한 것을 알 수 있다(국토연구원, 2015).

2017년에 실시한 장애인실태조사 결과에 따르면 장애인 가구가 공공임대주택에 거주하는 경우는 9.3%로 나타났으며, 정신장애인은 16.0%로 나타나 임대주택에 거주하는 비율이 높게 나타났다. 재가 장애인 중 집을 자가로 소유하고 있는 비율은 62.3%(2014년 58.5%)로 나타났으며, 정신장애인은 49.2%(2014년 44.0%)로 나타나 15개 장애유형 중 가장 자가비율이 낮은 것(2014년 3번째로 낮음)으로 나타났다(김성희 외, 2018). 독립생활을 하며 일반주택에서 살고 싶다고 하는 정신장애인 중 원하는 삶의 형태에 대한 응답으로 혼자살고 싶음 13.4%(전체 장애인 13.4%), 가족과 함께 살고 싶음 80.4%(전체 장애인 81.3%), 국가/사회로부터 일상생활지원을 받으며 6.0%(전체 장애인 4.0%)로 나타났다. 이는 가족과 함께 살고 싶은 비율이 높게 나타났지만, 혼자서 독립적으로 생활하고 싶은 욕구가 나타남에 따라 지원주택에 대한 제공이 필요함을 알 수 있다(김성희 외, 2018).

정신장애인의 지역사회 주거 실태에 초점을 맞춰 살펴본 연구들(홍선미 외, 2010; 홍선미 외 2014)은 앞서 살펴본 2017년도 장애인가구실태조사와 같이 주거비 부담 및 적절한 주택 접근의 어려움, 주거안정성 및 주거환경이 열악함을 공통적으로 보고하고 있다. 지역사회 거주에서 경험하는 어려움으로 정신장애인 다수가 거주의 경제적 측면에 대한 부분을 보고하고 있다. 거주시설에 살고 있는 장애인들은 현재의 소득수준으로 쉽게 주택을 구할 수 없음 75.2%, 주거에 관해 현

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

실적인 대안과 다양성 부족 65.6%, 주택구입비용 마련이 어려움 63.3%를 호소하였다. 또한 입원한다면 현재의 주거를 상실할 것에 관한 우려도 60%로 주거의 지속성에 대한 불안감이 높게 나타났으며, 이는 재가 정신장애인들의 응답과도 비슷한 양상이다(홍선미 외, 2010).

특히 주거에 관해 현실적 대안이나 다양성이 부족하며, 현 주거를 잃을지 모른다는 불안감은 정신장애인들이 지역사회에서 거주하며 경험하는 차별과도 연관된다. 재가 정신장애인들은 정신질환이 알려지면 주택을 구하기 어려움 57.8%, 살던 집에서도 이사를 해야 함 39.8%로 본인이 원하지 않더라도 자주 이사해야 하는 어려움을 호소하는 이들이 38%에 달했다(홍선미 외, 2010). 앞서 2014년도 장애인가구실태조사에서 이사의 이유가 내 집 마련을 위해서 28.8%, 좋은 주택으로 옮기려고 13.2%, 소득이 줄어서 11.9%, 임대차 계약이 만료되어서 7.6% 였음을 상기하면 정신장애인들의 이사 경험은 일반적인 주택구입과 계약기간 만료보다는 정신질환에 대한 편견과 차별에 의한 것임을 알 수 있다. 또한 정신장애인이 지역사회 거주에서 주거비 부담을 호소한 것을 고려할 때, 편견에 의한 잦은 이사와 새로운 거주지 확보가 어렵다는 점은 정신장애인의 지역사회 주거 안정성이 경제적 측면뿐만 아니라, 사회관계적 측면에서 매우 불안정한 상태임을 보여준다.

주거환경의 열악함도 정신장애인의 지역사회 주거 안정성을 저해하는 요인 중 하나이다. 재가 정신장애인들을 대상으로 한 물리적 환경 평가에서 현재 주거지가 햇볕이 잘 들지 않음 37.6%, 방음이 잘 안됨 33.4%, 단열이 잘 안됨 33.3%, 방수가 잘 안됨 25%, 건물기둥, 대들보나 벽의 파손 18.2%, 화재나 수재에 취약 18.2%로 보고되었다. 또한 거주지의 편의시설에 관한 문항에는 냉방시설이 갖춰져 있지 않음 54.7%로 높았으며, 수세식 화장실 미설치 16.8%, 가구원 전용 현관 미설치 12.3%, 목욕시설 미설치 11.5% 등으로 나타나 냉방에 관한 문제와 일부 가구의 주거환경이 열악함을 보여준다.

거주시설에서 생활하는 정신장애인의 거주환경 또한 거주 안정성이 상당히 낮은 것으로 보고되고 있다. 정신장애인 당사자와 관련 분야 전문가들을 대상으로 한 FGI연구에 따르면(홍선미 외, 2014) 2014년도를 기준하여 정신장애인을 위한 지역사회 거주시설의 경우, 가장 많은 주거유형이 10인 이하의 공동생활시설로 3~4인이 함께 방을 사용하는 경우가 대부분이 개인의 자율성이 저해되는 환경이었다. 시설은 최장 4년까지 거주가 가능한 과도기적 형태를 띠고 있어 주거의 지속성 측면에서는 부족하였으며, 이와 같은 공동생활시설에 거주하는 정신장애인들은 지역사회로 돌아가기 위한 중간단계의 주거대안 및 가족의 보호부담을 덜기 위한 목적으로 거주하는 경우가 많았으나 자립을 위한 계획수립과 준비지원이 미흡한 것으로 보고되었다.

이와 같은 결과는 홍선미 외 연구진들이 수행한 2010년 설문연구에서도 동일하게 응답된 바 있어 공동생활시설 및 지역사회 독립생활 지원을 위한 서비스에 있어 정신장애인의 동일한 욕구가

지속적으로 있어왔지만 개선되지 못한 실정임을 알 수 있다. 2010년 연구결과에 따르면, 공동생활시설에 거주하는 정신장애인은 퇴소 후 자립을 위한 계획수립과 준비지원 32.0%, 비밀과 사생활보장 28.3%, 이용비용 27.8%, 직업재활서비스 연계 26.0% 등에 대해서는 불만족스러운 것으로 응답하였다.

동일한 연구에서 공동생활시설의 주된 입소 이유가 독립생활 훈련을 위해서가 33.1%로 가장 높게 나타난 점을 미뤄봤을 때, 공동생활시설 입소의 목적과 달리 공동생활시설의 자립지원 체계가 미흡함을 알 수 있다. 그 외에도 시설에 입소한 이유로 정신병원 및 정신요양시설 퇴원 후 생활할 곳이 없어서 30.0%, 가족과 갈등이 심하여 입소 13.1% 등이었던 점을 고려한다면, 이와 같은 공동생활시설이 과도기적 형태로 운영된다는 점은 정신장애인의 주거 안정성을 상당히 저해하고 있음을 알 수 있다. 또한 조사에 응답한 정신장애인 중 현재 공동생활시설에 입소 전 정신병원입원 38.5%, 가족과 함께 생활 30.8%, 사회복귀입소시설 16.9%, 다른 공동생활시설 8.5% 등으로 보고하였으며, 동일 설문의 공동생활시설에 관한 차별 경험 문항에서 본인의 의사와 무관하게 가족들에 의해 정신요양시설이나 거주시설에 입소해야 했음 49.2%, 마땅히 살 곳이 없어 정신의료기관이나 정신요양시설에서 퇴원이 연기된 경험이 있음 36.9%로 보고되고 있다. 이는 공동생활시설에 거주 중인 정신장애인들 중 다수가 지역사회에서의 자립적 주거마련의 준비하거나 가족과의 생활로 복귀하지 못하고, 과도기적 형태인 사회복귀입소시설 및 공동생활시설들을 전전하는 불안정한 주거생활을 할 확률이 높음을 시사한다.

2016 국가정신건강현황 조사에 따르면, 우리나라 중증정신질환자 거주서비스는 총 174개소, 정원은 2,466명인데 정신 보건서비스를 필요로 하는 인구는 16,592명으로 필요시설의 14.9%만이 주거서비스의 혜택을 받고 있어 주거서비스에 관한 사회적 수요와 공급의 불균형 문제가 심각한 것으로 나타났다. 현재 중간집, 체험홈, 주거지원센터, 단기거주시설, 지원주택 등은 사실상 없거나 민간기관에 의한 시범사업 정도가 있을 뿐이어서, 공식적으로 지원되는 주거유형에는 입소생활시설과 공동생활가정(구 주거시설) 등으로 정신장애인의 선택의 폭이 매우 좁은 실정이다(지원주택 컨퍼런스 자료집, 2017).

비록 지역사회 거주를 위해 주택지원서비스를 필요로 하지만, 정신장애인의 주거를 위해 실질적으로 도움 받을 수 있는 법률은 「장애인복지법」이 아닌 「정신건강복지법」뿐이다. SH공사에서 장애인을 포함하는 주거취약계층의 주거안정을 위해 주택과 주거지원 서비스를 동시에 제공하는 지원주택을 공급하려는 움직임이 보이지만 여전히 정신장애인의 필요에 비해 지원이 부족한 상황이다. 더욱 큰 문제는 우울증이나 양극성 정동장애와 같이 장애진단을 받지 않고 살아가는 당사자들과 병원입원 기록이 있지만 장애등록이 거부된 당사자들은 「장애인복지법」이나 「정신건강복지법」에

적용받을 수 없기 때문에 이들의 주거에 대한 실질적인 보장은 매우 열악하다(조윤화, 2014).

3) 정신장애인에 대한 서비스 현황

정신장애인들이 이용할 수 있는 지역사회 자원은 「정신건강복지법」에 따른 정신의료기관, 정신건강복지센터와 정신건강증진시설에 해당되는 정신의료기관, 정신요양시설, 정신재활시설이다.

- 정신건강복지센터는 「정신건강복지법」에 따른 정신건강증진시설을 말하며 학교 및 사업장과 연계체계를 통해 지역사회 내 정신건강증진사업 및 정신질환자 복지서비스 지원 사업을 제공하는 기관이다.
- 정신건강증진시설이란 정신의료기관, 정신요양시설 및 정신재활시설을 의미한다.
- 정신의료기관은 정신질환자의 의료적 치료를 목적으로 설치된 기관을 말한다.
- 정신요양시설이란 정신질환자를 입소시켜 요양과 관련된 서비스를 제공하는 시설이다.
- 정신재활시설이란 정신질환자 또는 정신건강상의 문제가 있는 사람 중 대통령령으로 정하는 사람의 사회적응을 위한 각종 훈련과 생활지도를 하는 시설을 말한다. 생활시설이란 정신질환자 등이 생활할 수 있도록 의식주 서비스를 제공하며, 재활훈련시설은 정신질환자 등이 지역사회에서 직업과 사회생활을 위해 상담, 교육, 직업재활, 여가, 문화, 사회참여 등 각종 활동을 지원하는 시설이다.

국내 정신장애인 지역사회 의료서비스 현황을 알아보기 위해 보건복지부와 국립정신건강센터가 2016년에 실시한 국가 정신건강현황 제3차 예비조사 결과보고서를 참조하였다. 보고서에 따르면 2016년도 현재 우리나라 인구 1인당 지역사회 정신보건 예산은 3,657원이며, 인구대비 가장 높은 예산은 가진 지역은 곳은 광주(6,707원)이며, 가장 적은 예산을 가진 곳은 인천(2,099)으로 나타났다.

2016년 말 기준으로 국내 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관은 총 2,214개이며, 이중 정신건강증진시설(정신의료기관, 정신요양시설 및 정신재활시설)은 1,910개소로 전년 대비 69개소가 증가하였다. 지역사회 재활기관(정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터 등)은 총 304개소로 전년 대비 1개소 증가하였다. 그리고 국공립정신병원, 정신요양시설의 수는 변동이 없는 반면 정신과의원, 종합병원정신과는 전년대비 4~6%로 증가한 것을 알 수 있다.

인구 10만 명당 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관에 근무하는 정신건강 전문인력수는 총 8,943명(의료기관 6,257명, 지역사회 재활기관 상근 2,686명)으로 나타났으며, 이는 인구 10만 명당 약 17.3명(산출식: 정신보건시설 및 지역사회 재활기관에 근무하는 정신보건전문인력 수/주민등록인구수*인구 100,000명)으로 나타난다. 재활기관은 정신의료기관 1,513개소(총 6,257

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

명), 광역 및 기초정신건강복지센터 224개소(1,543명), 중독관리통합지원센터 50개소(168명), 정신재활시설 326개소(727명), 정신요양시설 59개소(171명), 기타 기본형 센터(자살예방센터, 아동청소년정신건강센터 등) 36개소(77명) 등 총 2,208개 기관이 있는 것으로 나타났으며 총 8,943명이 근무하고 있는 것으로 나타났다.

2016년 말 기준으로 인구 10만 명당 정신보건시설 및 지역사회 재활기관에 근무하는 정신건강 전문인력의 수는 총 8,943명(의료기관 6,257명, 지역사회 재활기관 상근 2,686명)으로 나타났으며, 이는 인구 10만 명당을 보면 약 17.3명(산출식: 정신보건시설 및 지역사회 재활기관에 근무하는 정신보건전문인력 수/주민등록인구수*인구 100,000명)으로 나타난다. 재활기관은 정신의료기관 1,513개소(총 6,257명), 광역 및 기초정신건강복지센터 224개소(1,543명), 중독관리통합지원센터 50개소(168명), 정신재활시설 326개소(727명), 정신요양시설 59개소(171명), 기타 기본형 센터(자살예방센터, 아동청소년정신건강센터 등) 36개소(77명) 등 총 2,208개 기관이 있는 것으로 나타났으며 총 8,943명이 근무하고 있는 것으로 나타났다.

다음은 다양한 정신건강증진시설과 지역사회 재활기관 유형에 따른 상근인력 현황을 제시하였다. 2016년 말 현재 상근인력 전체는 21,411명이며, 정신과 전문의 3,127명, 정신과전공의 584명, 정신건강전문요원 간호사 1,982명, 정신건강전문요원 사회복지사 2,266명, 정신건강전문요원 임상심리사 591명, 간호사 5,067명, 사회복지사 2,165명, 임상심리사 215명, 산호조무사 5,226명, 기타 188명으로 각각 나타났다[4]. 상근인력 유형에 따라 구분해 보면 정신과 전문의와 정신과 전공의 3,711명, 정신건강전문요원 4,839명, 그 외 전문인력 12,861명으로 나타나 비율로 보면 1 : 1.3 : 3.4로 나타났다.

2016년 말 현재 정신의료기관 유형에 따른 외래환자 수와 기관 당 평균외래환자 수는 총 48,278명으로 나타났으며, 전년 45,427명 대비 6.3% 증가한 것으로 나타났으며, 기관 당 평균 외래 환자수는 31.9명, 정신과 전문의 1인당 외래환자 수는 15.4명으로 나타났다. 정신의료기관 수에 따른 외래환자 수를 보면 국립정신병원이 평균 90.7명, 공립정신병원이 평균 30.5명, 시립정신병원이 평균 17.5명, 종합병원정신과가 평균 62.7명, 병원정신과가 평균 17.0명, 정신과의원이 평균 29.9명으로 나타나 전체 평균 31.9명임을 알 수 있다. 이는 지역에 있는 정신과의원이 전체 지역사회 정신의료기관의 65.7%(996개/1,515개)를 차지하고 있으며, 그로 인해 61.6%(29,778명/48,278명)의 정신장애인들이 정신과의원을 방문하여 서비스를 이용하고 있는 것을 알 수 있다. 특히, 정신과전문의 1인당 외래환자수를 보았을 때 정신과의원이 1인당 25.5명을 담당하고 있어 전체 평균 15.4명보다 10명이 높아 정신과의원에 진료가중이 높음을 알 수

4 2016년부터 정신요양시설의 촉탁의(정신과전문의)는 상근인력에서 제외함

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

있다.

또한, 시/도 등 지역에 따른 외래환자 수의 상대적 비율을 보면 가장 높은 지역 순으로 대전 145%, 부산 143%명, 서울 125%, 광주 119%, 전북 117% 등으로 나타났으며, 가장 낮은 지역은 전남 63%로 나타났다(전국평균을 100으로 보았을 때 비율). 전국에 있는 의료기관 수는 1,515개, 외래환자 수는 48,278명, 기관평균 외래환자 수는 31.9명, 인구 10만 명당 외래환자 수는 93.4명(비교기준)으로 나타났다.

2016년 말 현재 기관 유형에 따라 재활프로그램을 운영하고 있는 기관수는 국립정신병원 2개소, 공립정신병원 5개소, 사립정신병원 21개소, 종합병원정신과 1개소, 병원정신과 12개소, 정신과의원 25개소, 정신재활시설 201개소, 정신건강복지센터 중 기초는 197개소, 정신건강복지센터 기본현은 12개소, 중독관리통합지원센터는 50개소로 나타나 총 546개 기관이 재활프로그램을 운영하고 있으며, 이는 전년 466개 대비 15% 증가한 것으로 나타났다.

2016년 말 기준으로 국내 정신건강증진시설 및 지역사회 재활기관 수와 재활프로그램을 운영하는 기관수를 비교해보면 지역사회에 있는 기관 2,214개 중 재활프로그램을 운영하는 기관수는 546개로 24.6%만이 운영하고 있는 것으로 나타났다. 좀 더 자세히 보면 국립정신병원 6개 중 2개(33.3%)에서, 공립정신병원 12개 중 5개(16.7%), 사립정신병원 164개 중 21개(12.8%), 종합병원정신과 197개 중 21개소(10.9%), 병원정신과 140개 중 12개소(8.6%), 정신과의원 996개 중 25개(2.5%), 정신재활시설 336개 중 201개(59.8%), 기초정신건강복지센터 210개 중 197개(93.8%), 정신건강복지센터 기본형 28개 중 12개(42.9%), 중독관리통합지원센터는 50개 중 50개(100.0%)에서 재활프로그램을 운영하고 있는 것을 알 수 있다. 결국, 정신재활시설, 기초정신건강복지센터, 정신건강복지센터 기본형, 중독관리지원종합센터, 국립정신병원을 제외하고는 대부분의 기관들이 10개소 중 1개소만이 재활프로그램을 운영하고 있는 것을 알 수 있다. 이는 지역사회 내에 있는 기관들의 대부분이 정신장애인에게 의료서비스만을 제공하고 있으며, 당사자들이 의료서비스 이외에 재활프로그램를 이용할 수 있는 기관수가 적어 실제로 서비스를 이용할 수 있는 기회가 매우 낮음을 알 수 있다.

정신의료기관(국립 - 공립 - 사립정신병원, 종합병원정신과, 병원정신과, 정신과의원)에서 제공하는 낮 병원을 이용하는 사람 수를 보면 다음과 같다. 2016년 말 현재 국립정신병원 낮 병원(재활프로그램) 이용자 수는 20명으로 전년 78명에 비해 75% 낮아졌다. 공립정신병원의 경우 81명으로 전년 75명보다 8%높아졌으며, 사립정신병원의 경우 317명으로 전년 356명이 비해 11% 낮아졌다. 종합병원정신과의 경우 280명이며 전년 394명에 비해 29% 낮아졌으며, 병원정신과는 351명으로 전년 322명에 비해 10% 높아졌으며, 정신과의원은 393명으로 전년 482명에 비해

19% 낮아졌다. 이는 대부분의 기관에서 낮 병원 이용자 현황이 낮아진 것을 알 수 있으며, 특히 국립병원과 종합병원정신과에서 감소폭이 큰 것을 알 수 있다.

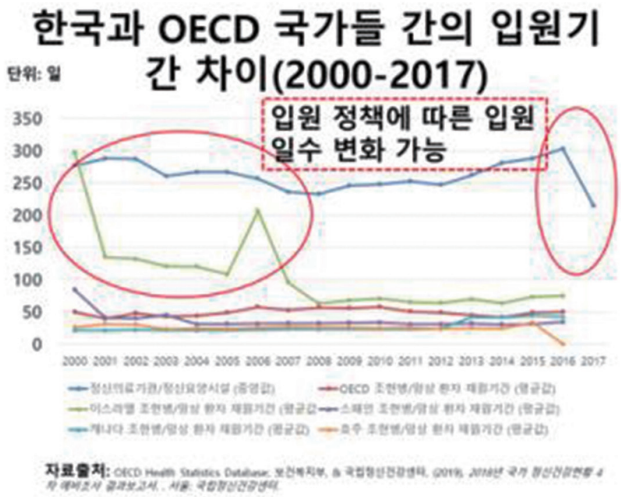
의료기관 이외에 정신재활시설, 정신건강복지센터, 중독관리통합지원센터를 이용한 사람 수를 보면 다음과 같다. 2016년 말 현재 정신재활시설을 이용한 수는 4,994명으로 전년 4,636에 비해 8% 낮아졌으며, 정신건강복지센터 기초형을 이용한 수는 5,625명으로 전년 8,287명에 비해 32% 낮아졌으며, 정신건강복지센터 기본형을 이용한 인원은 220명으로 전년 418명에 비해 52% 낮아졌다. 중독관리통합지원센터를 이용한 수는 1,206명으로 전년 2,715명에 비해 56% 낮아졌는데, 이는 전반적으로 이용자가 감소하고 있음을 의미한다.

5. 정신장애인의 커뮤니티케어와 자립지원을 위한 제언

1) 한국과 OECD 국가들 간의 입원기간 차이

「정신건강복지법」은 2017년 5월 30일부터 시행되었는데, 개정 전후를 비교하면 비자의 입원비율은 대폭 감소한 반면에, 2016년 12월 31일 대비 2018년 4월 28일 조사된 정신의료기관의 입원환자 수는 약 3.9%밖에 감소하지 아니하였다. 2018년도 국가인권위원회의 연구비 지원에 의한 정신장애인의 지역사회 거주·치료 실태조사에 의하면 정신병원에서 퇴원 이후 거주할 곳이나 일상생활 지원 및 증상관리를 위한 지역사회 서비스가 부족하며, 정신장애인과 가족에 대한 설문결과도「정신건강복지법」시행으로 정신건강 · 복지서비스가 절대 부족한 것이 비자의 입원율의 대폭 감소에도 불구하고 퇴원환자가 크게 늘지 않는 이유로 보인다.

아래 그림은 OECD가 발표한 통계자료로서 우리나라의 정신병원 입원일수는 정신건강복지법이 시행된 이후인 2017년도에도 평균 200일(중간 값) 이상이다. 그러나 다른 OECD 국가들은 평균 30일 내외이고 2000년대 초반 우리나라의 상황과 비슷하였던 이스라엘도 지역사회 재활서비스의 확대정책을 시행하여 재원일수가 급격히 감소하였다.



자료출처: OECD Health Statistics Database; 보건복지부, & 국립정신건강센터. (2019). *2018년 국가 정신건강현황 4차 데이터조사 결과보고서*. 서울: 국립정신건강센터.

2) OECD의 권고

OECD는 2012년도와 2013년도에 정신건강문제에 대한 전문가들이 보건복지부의 요청에 의하여 내한하여 대한민국의 정신건강시스템을 분석하고 과도한 시설중심 정신보건서비스에 대하여 "한국의 정신건강서비스 모델은 정신병원과 장기요양원의 입원/입소 중심의 시설수용 모델이다. 탈원화를 이행하고 시설중심의 치료모델에서 지역사회 케어모델로 전환하라"고 권고하였다. 다음은 OECD의 권고내용을 요약한 것이다.

- 정신건강에 대한 새로운 투자는 공공정신병원의 예산을 증가하는 대신 커뮤니티케어 모델로 전환되어야 한다.
- 그룹홈이나 지원주거 등 다른 현태의 주거 또는 다른 모델의 커뮤니티케어를 위한 초기 예산지원을 포함하여 더 많은 투자가 이루어질 필요가 있다.
- 이러한 커뮤니티케어의 모델은 대안이 없어 입원 또는 시설케어에 머물고 있는 중증정신질환자에 대해 매우 적절한 대안적인 케어모델을 제공하기 위하여 디자인될 수 있다.
- 한국에 커뮤니티케어의 좋은 모델은 이미 어느 정도 존재한다. 큰 폭의 탈원화를 위하여 이러한 모델은 확대될 필요가 있다.
- 기존의 효과적인 커뮤니티케어모델이 자리를 잡고 확대되어야 하고 커뮤니티케어에 대한 더 많은 투자가 필요한 것을 홍보하기 위하여 이용되어야 한다.
- 이용자와 보호자들이 정신건강서비스의 실천에서 기획과 실행에 참여하여야 하고, 이용자들이

그 기획의 중심이 되는 케어가 이루어져야 한다.

- 이용자그룹이 약하므로 역량을 강화하고 보호자그룹 역시 강화되어야 한다.
- 이용자그룹의 역량을 강화하기 위하여 공공재정지원이 이루어짐과 동시에 OECD국가들 중 이용자그룹이 강한 국가의 이용자그룹의 국제적 지원도 이루어져야 한다.
- 서비스이용자들은 자신들의 케어와 치료계획에 적극 참여하여야 하고 자신들의 치료의 목표에 대하여 의견을 개진하도록 하여야 한다.
- 이용자들은 커뮤니티케어의 확대에서 매우 중요한 자문역할을 하여야 한다.

3) 케어의 연속성 보장을 위한 지역사회 재활서비스와 자립지원의 확대

우리나라는 2017년 1년 동안 약 4조 8천억 원의 예산을 정신질환의 치료에 사용하였고(2017년 건강보험 통계연보 및 의료급여 통계 계산) 이에 반해 2017년 지역정신재활시설(정신건강복지센터와 기타 정신재활시설/정신요양원은 제외)은 1년 동안 약 1,890억 원의 재원을 사용하는데 그쳤다. 그 결과 개정된 정신건강복지법의 시행에 의하여 정신병원의 비자의입원의 비율이 급격히 감소되었음에도 불구하고 퇴원한 정신질환자의 숫자는 4%에도 못 미치도록 낮았다. 그 이유는 지역사회에 퇴원하여 자립생활을 할 수 있는 커뮤니티케어 서비스와 지원이 매우 희박하기 때문이었다.

이스라엘은 2000년도부터 지역사회 정신장애인법(Community of Persons Mental Disabilities Law)을 시행하였는데 그 내용은 18세 이상 환자 중 정신질환 진단을 받고 기능상실이 40%이상이면 지역사회 재활위원회(Regional Rehabilitation Committee)에 신청하여 필요한 정신재활서비스들을 처방받고 이에 따라 정신재활서비스 기관에서 서비스를 받게 하는 것이다. 제공되는 정신재활서비스는 회복을 위한 필수적인 것들로 주거, 직업재활, 성인교육, 사회 및 레저 활동, 가족들을 위한 지원, 치과진료 및 사례관리들을 포괄한다. 이 법에 의해 지역사회 정신장애인의 재활을 위한 국가위원회(National Council for the Rehabilitation in the Community of Persons with Mental Disabilities)가 만들어져 법의 집행 및 재활서비스 개발을 권고 및 감독하는 역할을 하고 있다.

이스라엘의 개혁은 지역사회 재활서비스를 우선적으로 확대하는 것이었는데 그 결과 법 집행 이전 1999년과 비교했을 때 2009년에는 정신재활서비스 지출규모가 약 6.77배 증가하였으나 입원 관련 지출도 16.40퍼센트가 감소하였다. 그러나 이 법의 실시 이후 정신의료기관의 병상 수는 감소하지는 않았고 그 시행의 결과로 2000년 297.5일이었던 정신질환자의 평균 입원일수가 2008년에는 63.1일로 약 1/5로 줄어 정신장애인에 대한 커뮤니티케어와 지역사회 자립이 OECD 국가 평균 수준으로 긍정적인 변화를 가져오게 된 것이다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

우리나라에서도 현재 약 4%도 못 미치는 지역사회 재활서비스 예산을 대폭 확대하고 근거중심의 지역사회 주거, 재활, 교육, 레저, 가족지원, 신체건강 진료 등의 서비스를 개발 시행하면 정신의료기관과 시설에 수용되어 있는 많은 환자들의 탈원화와 커뮤니티케어, 지역사회 자립으로의 이행이 가능할 것으로 본다.

참고문헌

국가인권위원회(2018). 정신장애인의 지역사회 거주 · 치료 실태조사.

보건복지부, 한국보건사회연구원(2018). 2017년 장애인실태조사 결과.

보건복지부, 국립정신건강센터(2017). 2016년 국가정신건강현황 3차 예비조사 결과보고서.

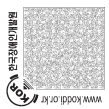
국가인권위원회, 한국정신장애연대(2019). 정신병원 장기입원과 열악한 의료서비스에 대한 진단과 대안.

권오용(2019). 정신병원장기입원의 원인과 대책.

한국장애인개발원(2019). 국제장애인 권리 및 입법의 발달.

한국장애인개발원(2014). 정신장애인 지역사회통합 지원방안 연구.

Victoria Lee(2018). CRPD responses to questions on mental health.


www.koddi.or.kr


www.kodi.or.kr
한국장애인개발원

한국장애인개발원
www.kodidi.or.kr

Ⅱ 장애인의 사회참여

1. 장애인 소득보장
2. 장애인 직업재활
3. 장애인 활동지원
4. 건축 및 이동편의
5. 장애인 특수교육
6. 장애인 방송접근권
7. 발달장애인의 사회참여 - 주간활동 지원
8. 장애청소년의 자립 지원

01
장애인 소득보장*

1. 개요

「사회보장기본법」에 따르면 "사회보장은 출산, 양육, 실업, 노령, 장애, 질병, 빈곤 및 사망 등의 사회적 위험으로부터 모든 국민을 보호하고 국민 삶의 질을 향상시키는데 소득 · 서비스를 보장하는 사회보험, 공공부조, 사회서비스를 의미한다."고 규정하고 있다.

장애는 개인의 신체적 · 정신적 기능 조건의 감소 및 상실로 인한 일상생활 및 사회참여를 감소시킨다. 그리고 장애로 인한 의료비, 교통비, 재활비 등의 비용이 추가로 지출되며, 당사자 보호를 위해 소득활동을 할 수 없는 보호자의 기회비용을 발생시키기도 한다. 이에 더해 장애인은 비장애인에 비하여 제도적 · 경제적 · 문화적 · 사회적 영역 등의 다차원적인 영역에서 배제를 경험하여 최소한의 삶을 영위하는데 어려움이 있다(Room, 1995). 따라서 이와 관련된 제도적 안전망이 미흡할 경우, 가구 내 장애 발생은 비장애인가구에 비하여 빈곤가구로 전락할 가능성을 높인다.

WHO(2016)에 따르면, 장애는 사람과 그 사람의 물리적, 사회적 환경 사이의 상호작용 결과로 초래된 다차원적 현상이라 설명한다. 즉 장애는 개인의 손상으로 인한 신체적 · 정신적 조건뿐만 아니라 제도적, 환경적, 그리고 사회적 태도의 차별로 인한 경험 그리고 빈곤과 사회적 배제 등의 현상이 복합적으로 이루어진 것이다(Yeo & Moore, 2003).

따라서 장애는 신체 및 정신적 조건뿐만 아니라 제도적 차별, 환경 및 사회적 태도 등과의 부정적인 상호작용에 의하여 발생하며(WHO, 2016), 이러한 맥락들은 결국 장애인을 빈곤하게 하는 기제로작동한다. 구체적으로 설명하면, 첫째, 제도적 차별은 장애인이 법, 관습 또는 문화에서 체계적으

* 조윤화(한국장애인개발원 정책연구실 조사패널팀 부연구위원)

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

로 소외되는 과정으로, 차별은 개인의 의도와 무관하게 사회 내 공유된 태도, 가치관, 신념에 뿌리를 두고 있다. 따라서 장애아동에 대한 의무교육 규정이나, 장애인 의무고용제도, 장애인차별에 대한 금지법률 등이 존재하지 않는다면, 장애인은 교육, 노동시장 등에서 배제됨으로써 빈곤에 머무르게 될 가능성이 높다. 둘째, 물리적 환경도 장애인을 배제함으로써 장애인이 동등하게 참여하도록 정보 및 물리적 환경 등의 접근을 어렵게 하며, 셋째, 장애인을 생산성이 결여되고, 보호되어야 할 존재로 바라보는 사회적 태도 및 편견은 장애인을 소외하고 배척하는 것을 합리화하기도 한다.

이러한 장애인 개인을 둘러싼 제도적 차별, 물리적 환경의 제약, 사회적 태도 및 편견 등과 같은 환경적 맥락들은 기능적 제약으로 인한 일상생활 및 사회활동 참여의 어려움을 가중시키는 맥락들이다(Levitas et al., 2007).

따라서 개인이 아닌 국가가 사회 구조적 환경들을 제도적으로 개선시켜야 하는 책무성이 여기에 있다. 「장애인권리협약」의 제28조에 제시된 바와 같이, 국가는 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 취하여야 하는 것이다(국가인권위원회, 2007).

장애인 소득보장제도는 장애라는 사회적 위험으로 인해 발생하는 개인의 경제적 불안정성에 대처하기 위한 사회적 수단으로, 장애로 인해 경험하게 되는 경제상의 부정적 영향을 최소화함으로써 인간다운 삶을 영위하게 하려는 법적 근거이자, 마셜(Marshall, T. H)의 장애인 사회권을 국가가 보장하는 것이다.[1]

이에 장애인 소득보장제도는 어느 누구도 장애로 인해 인간다운 삶의 권리를 박탈당하지 않도록 보호하는데 그 목적이 있으며, 이는 자선이나 시혜가 아닌 장애로 인한 경제상의 부정적 영향을 최소화하려는 제도적 사회안전망이라 할 것이다.

1 마셜(Marshall, T. H)에 의해 창안된 사회적 권리는 어떤 의무를 수행하였거나, 혹은 자산조사를 통해 자산이나 근로능력이 부족하다는 것이 증명되었을 때, 얻는 수급권이 아니라 시민이라는 지위자체에서 생기는 보편적인 권리를 의미한다(Handler, 2002; 서정희, 2008 재인용).

2. 장애인 경제 상태

1) 장애인가구[2] 소득

전체 장애인가구의 2017년 연 평균소득(경상소득)은 3777.7만원으로 비장애인가구의 5,580.4만원에 비해 약 2천만 원 정도 적은 것으로 분석되었다. 장애인가구와 비장애인가구의 소득을 각각 5분위로 구분하여 분위별 연평균 소득을 살펴본 결과, 장애인가구의 1분위(하위 20%) 평균소득은 1,000만원에도 미치지 못하고 있는 것으로 나타났으며, 5분위로 갈수록 두 집단 간 격차는 커지는 것으로 분석되었다.

● TABLE 01 장애인가구와 비장애인가구의 5분위 연평균 경상소득 분포

구분	장애인가구	비장애인가구
1분위	975.5	1,200.8
2분위	1,704.3	2,842.5
3분위	2,620.7	4,676.2
4분위	4,334.6	6,829.6
5분위	9,283.3	12,368.7
전체	3,777.7	5,580.4

주 : 1) 모수 가중치를 적용함 (단위 : 만원)
2) 경상소득 기준임.
출처 : 한국복지패널 13차 년도(2018), 원 자료 분석

장애인가구와 비장애인가구를 포함한 전체 가구를 5분위로 구분하여 장애인가구와 비장애인가구의 분위별 점유 비율을 살펴보았다. 그 결과 1~2분위에는 장애인가구의 62.6%가 포함되어 있는 반면에, 비장애인은 35.2%로 장애인가구의 절반 이상이 저소득층에 머물러 있는 것으로 분석되었다. 또한 5분위에는 장애인가구의 8.2%가 포함된 반면에 비장애인가구는 22.5%로 소득상위 20% 구간인 5분위에는 장애인가구의 비율이 매우 낮은 것으로 나타났다.

2 본 분석은 한국복지패널 13 차 년도 (2018) 자료를 활용하였다 . 본 연구의 분석단위는 가구로서 , '장애인가구'를 분석하였다 . 장애인가구는 15 개 장애유형의 가구원과 가구주가 포함된 가구를 의미한다 . 분석에 활용된 가구 수는 총 6,423 가구로 장애인가구는 1,241 가구 , 비장애인가구는 5,182 가구이다 . 본 연구 내 소득에 관한 사항은 2017 년 (1 월 1 일 ~12 월 31 일) 가구 내 경상소득을 기준으로 분석하였다 .

● TABLE 02 장애인가구 및 비장애인가구의 소득분위별 분포

구분	장애인가구	비장애인가구
1분위	36.4	16.5
2분위	26.2	18.7
3분위	17.5	20.5
4분위	11.8	21.8
5분위	8.2	22.5
전체	100.0	100.0

주 : 1) 균등화 경상소득을 기준으로 함 (단위 : %)
2) 모수 가중치를 적용함.
출처 : 한국복지패널 13차 년도(2018), 원 자료 분석

뿐만 아니라 장애인가구의 상대적 빈곤율은 비장애인가구에 비하여 약 2배 이상 높은 것으로 나타났다. 중위소득 40% 이하를 기준으로 살펴보면, 장애인가구는 22.1%가 빈곤하였으며, 비장애인가구는 11.5%가 빈곤한 것으로 분석되었다.[3] 중위소득 60%에서는 장애인가구의 경우 45.8%가 빈곤하였으며, 비장애인가구는 21.8% 수준으로 분석되었다. 또한 빈곤의 심도를 측정하는 빈곤갭의 비율 역시도 장애인가구 빈곤의 정도가 더 높아 장애인가구의 생활고를 예측할 수 있다.

● TABLE 03 장애인가구 및 비장애인가구의 상대적 빈곤율 및 빈곤갭

구분		장애인가구	비장애인가구
빈곤율	중위소득 40%	22.1	11.5
	중위소득 50%	36.4	16.6
	중위소득 60%	45.8	21.8
	중위소득 100%	73.1	45.1
빈곤갭	중위소득 40%	5.1	3.4
	중위소득 50%	10.1	5.5
	중위소득 60%	15.3	7.8
	중위소득 100%	33.6	17.9

주 : 1) 균등화 경상소득을 기준으로 함 (단위 : %)
2) 모수 가중치를 적용함.
출처 : 한국복지패널 13차 년도(2018), 원 자료 분석

이러한 장애인가구의 낮은 소득과 비장애인가구에 비해 상대적으로 높은 빈곤율 등의 분석결과는 장애인가구는 비장애인가구에 비하여 공공부조에 의해 생계를 유지하고 있을 비율이 높을 수 있음을 예측할 수 있다. 실제 장애인가구의 23.9%가 국민기초생활보장 급여 중 생계급여를 지원

3 한국복지패널 13차 원자료를 분석한 결과, 장애인가구의 중위소득은 모수 가중치를 적용한 값으로 전체가구의 중위소득은 2,836.5만원(연소득)으로 분석되었다.

받고 있는 반면, 비장애인가구는 4% 수준에 머물고 있었다. 이는 장애인가구 약 4가구 당 1가구가 국가의 소득보전에 의해 생활하고 있음을 의미한다. 특히 저소득층 장애인가구는 손상으로 인한 치료와 재활 등의 의료비를 의료급여에 의해 지원받게 되는데, 이 역시도 장애인가구의 26.4%정도가 지원을 받고 있었으며, 비장애인가구는 5.0%로 분석되었다.

● TABLE 04 장애인가구 및 비장애인가구의 맞춤형 국민기초생활수급 현황

구분		장애인가구	비장애인가구
생계급여	비수급가구	75.1	95.5
	일반수급가구	23.9	4.0
	조건부수급가구	1.0	0.6
	특례가구	0.0	0.0
의료급여	비수급가구	73.4	95.0
	의료급여1종	24.0	3.8
	의료급여2종	2.4	1.2
	국가유공자 무료진료	0.1	0.1
주거급여	비수급가구	74.2	95.2
	임차급여(특례포함)	23.4	4.4
	수선유지급여(특례포함)	2.4	0.4
교육급여	비수급가구	97.8	99.2
	1명	1.4	0.5
	2명	0.5	0.2
	3명	0.4	0.0

주 : 모수 가중치를 적용함. (단위 : %)
출처 : 한국복지패널 13차 년도(2018), 원 자료 분석

2) 장애인가구의 지출

장애인가구는 비장애인가구에 비해 벌어들이는 소득이 상대적으로 적으며, 가구 지출 역시도 낮다. 장애인 월평균 총 생활비를 살펴보면, 226.8만원으로 비장애인가구 321.2만원에 비해 약 100만 원정도 낮은 것으로 분석되었다. 총 생활비에서 세금 및 사회보장금을 제외한 월평균 소득지출의 경우에도 장애인가구는 212.3만원, 비장애인가구는 287.0만원으로 약 60만 원 정도 지출이 적었다.

구체적으로 장애인가구와 비장애인가구의 월평균 지출을 품목별로 비교해 보면, 광열수도비를 제외한 모든 품목에서 차이가 나타났다. 식료품비는 장애인가구는 비장애인가구에 비하여 12만

원 이상 지출이 적었으며, 피복신발비의 지출도 약 4.5만 원 이상 차이를 보였다.

한편 보건의료비의 경우에는 장애인가구가 월평균 21.5만원으로 비장애인가구 17.3만원에 비하여 약 4.2만원을 추가로 지출하고 있었다. 보건 의료비의 경우 기타소비지출 및 식료품비를 제외하면, 장애인가구의 생활비 중 가장 높은 지출 비중을 차지하고 있어, 보건의료비 부담이 비장애인가구에 비해 상대적으로 높음을 알 수 있다.

인적자본을 높이기 위한 공교육비 및 사교육비의 경우에도, 장애인가구는 비장애인가구보다 절반 이상 낮았으며, 문화적인 생활유지를 위한 지출요인으로서 교양오락비, 교통비, 통신비 품목에서도 비장애인가구 지출수준의 1/2수준에 머물러 있다.

이에 반해 비장애인가구는 상대적으로 장애인가구에 비해 세금과 사회보장부담금을 2배 이상 지출하고 있었다. 이는 장애인가구가 비장애인가구에 비해 경제활동참여 및 소득, 부동산 소유 등이 상대적으로 적어 나타난 결과로 볼 수 있다.

결과적으로 장애인가구 지출의 특징을 보면, 비장애인가구에 비하여 일상적으로 생활에 필요한 의 · 식 · 주에 해당되는 식료품비, 주거비, 피복신발비 등에서 비장애인가구에 비해 낮은 지출을 보였으며, 특히 기타소비지출을 제외하면 보건의료비가 장애인가구에서 가장 많은 지출을 보이고 있는 것으로 나타났다.

뿐만 아니라 인적자본의 투자로서 교육비에 대한 지출도 비장애인의 1/2수준에 머물고 있을 뿐만 아니라 문화적 삶을 영위하는데 요구되는 주요 지출비도 상대적으로 낮은 것으로 분석되었다.

● TABLE 05 장애인가구 및 비장애인가구 월평균 총 생활비

구분	장애인가구	평균	표준오차	t 통계치
식료품비	장애인가구	59.3	0.96	-9.52 p=0.000
	비장애인가구	71.4	0.57	
주거비	장애인가구	10.2	0.51	-2.59 p=0.010
	비장애인가구	12.0	0.31	
광열수도비	장애인가구	11.4	0.14	-0.45 p=0.651
	비장애인가구	11.5	0.07	
가구가사용품비	장애인가구	9.5	0.60	-2.19 p=0.028
	비장애인가구	11.1	0.32	
피복신발비	장애인가구	6.0	0.23	-10.38 p=0.000
	비장애인가구	10.5	0.20	
보건의료비	장애인가구	21.5	0.94	4.80 p=0.000
	비장애인가구	17.3	0.36	

구분	장애인가구	평균	표준오차	t 통계치
공교육비	장애인가구	3.7	0.45	-3.81 p=0.000
	비장애인가구	6.0	0.29	
사교육비	장애인가구	3.4	0.45	-8.98 p=0.000
	비장애인가구	10.9	0.40	
교양오락비	장애인가구	6.3	0.36	-10.32 p=0.000
	비장애인가구	13.8	0.34	
교통비	장애인가구	19.9	1.24	-6.43 p=0.000
	비장애인가구	31.9	0.87	
통신비	장애인가구	8.6	0.21	-9.67 p=0.000
	비장애인가구	11.2	0.12	
기타 소비지출	장애인가구	41.9	1.44	-9.48 p=0.000
	비장애인가구	61.1	0.93	
사적이전	장애인가구	10.6	0.85	-5.99 p=0.000
	비장애인가구	18.4	0.61	
세금	장애인가구	6.5	0.61	-5.76 p=0.000
	비장애인가구	16.1	0.80	
사회보장부담금	장애인가구	8.0	0.41	-14.33 p=0.000
	비장애인가구	18.0	0.33	
총생활비	장애인가구	226.8	5.27	-11.83 p=0.000
	비장애인가구	321.2	3.69	
소비지출*	장애인가구	212.3	4.64	-11.29 p=0.000
	비장애인가구	287.0	3.05	

주 : * 소비지출 = 총 생활비 - 세금 및 사회보장부담금
1) 총 생활비는 식료품비~사회보장부담금을 모두 더한 금액임
출처 : 한국복지패널 13차 년도(2018), 원 자료 분석

(단위 : 만원)

3) 장애인가구의 추가소요비용

장애인가구는 장애로 인해 의료비(재활 및 치료비), 특수교육비, 보호 및 간병비, 장애인보조기기 구입 및 유지비 등의 생활비가 추가로 지출된다. 이로 인해 장애인가구는 비장애인가구와 동일한 가구소득이라고 하더라도 장애인가구는 장애로 인한 추가생활비에 따라 다른 품목의 지출을 줄일 수밖에 없기 때문에 결과적으로 생활수준이 낮아질 가능성이 매우 높다(이선우, 2016).

이에 대해 2017년 장애인실태조사(한국보건사회연구원) 결과에 따르면, 장애로 인한 추가비용

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

은 월평균 16만 5,100원으로, 2014년 16만 4,200원보다 900원 증가하였다. 추가비용 명목을 살펴보면, 의료비가 65.9천원으로 가장 많았으며, 부모 사후 및 노후 대비비 22.9천원, 보호 · 간병비가 20.6천원, 교통비 20.5천원 등의 순으로 나타났다.

장애로 인한 총 추가비용은 장애유형별로 큰 차이를 보이는데, 자폐성장애인이 608.4천원으로 가장 높은 추가비용이 지출되고 있었으며, 다음은 간장애 462.2천원, 뇌병변장애 342.2천원, 안면장애 329.2천원, 장루 · 요루장애 234.7천원, 신장장애 293.6천원, 지적장애 287.0천원 순으로 나타났다.

특히 장애유형별로도 추가 지출소요 품목차이에서도 차이를 보였다. 즉 자폐성장애의 경우, 총 추가 비용 60만 8천원 중 약 절반 수준인 36만 8천원을 보육 및 교육비에 지출하고 있었다. 뿐만 아니라 이들은 부모 사후에 대한 대비비로서 6만 원 정도를 지출하고 있었으며, 지적장애도 비슷한 양상을 보이고 있었다. 이에 반해 내부장애인인 신장장애, 간장애, 장루요루 장애인과 지속적인 수술이 요구되는 안면 및 뇌병변 장애인들은 상대적으로 다른 장애유형에 비해 의료비 지출이 가장 높았다.

장애 발생 이후 소요되는 추가비용들은 장애인가구를 더 빈곤하게 할 가능성이 높다. 앞서 복지패널 13차 원자료를 분석한 결과와 같이, 장애인가구는 비장애인가구에 비해 빈곤할 가능성이 2배 이상 높다. 즉 장애인가구는 장애로 인한 추가소요비용, 장애로 인한 근로능력상실 등의 개인적 맥락 이외에도 장애에 대한 사회적 편견 및 태도, 차별, 미흡한 제도적 지원 등과 같은 환경적 맥락들도 빈곤을 더욱 고착화 시키는 기제들이다. 예를 들면, 장애인 돌봄으로 인한 보호자의 소득활동을 할 수 없는 기회비용의 발생에 대한 맞춤형 서비스 및 제도의 부재는 가구 내 장애발생 이후 빈곤가구로 이행할 가능성을 높인다. 또한 장애에 따른 추가비용에 대해 소득 보전의 수준이 낮고, 대상자 측면에서 보편적이지 못한 장애인연금의 부가급여와 장애수당과 같은 제도들의 한계는 장애인가구의 빈곤을 고착화 시킬 수 있는 요인들이다. 따라서 장애인가구의 소득보전과 추가비용보전의 지원이 적극 이루어져야 한다.

● TABLE 06 장애로 인한 장애인의 추가소요비용(월평균)

구분	총 비용	교통비	의료비	보육·교육비	보호·간병인	재활기관 이용료	통신비	장애인 보조기구	부모 사후 대비비	기타
지체장애	121.5	21.3	51.3	0.2	13.7	1.0	2.3	3.6	23.0	5.0
뇌병변 장애	342.2	29.9	167.6	5.1	88.4	7.9	3.2	7.3	16.8	16.0
시각장애	87.0	7.8	16.3	0.4	5.6	0.6	29.0	3.0	23.0	1.3
청각장애	83.1	5.1	11.1	1.1	4.4	0.7	24.9	22.3	13.1	0.2
언어장애	146.9	19.3	28.3	45.8	-	0.3	21.3	0.4	31.5	-
지적장애	287.0	31.3	71.7	44.7	14.2	34.1	9.8	1.6	67.8	11.7
자폐성 장애	608.4	85.4	27.7	368.4	19.7	59.0	6.8	0.4	41.0	-
정신장애	85.9	12.2	47.5	-	0.2	8.3	2.4	-	11.4	3.9
신장장애	293.6	47.0	199.1	-	14.6	0.2	3.4	8.8	17.5	3.1
심장장애	112.4	21.2	83.7	-	-	-	2.9	4.5	-	0.2
호흡기 장애	176.4	43.8	71.5	-	21.2	-	3.4	19.9	14.1	2.6
간장애	462.2	25.3	415.5	-	7.7	-	0.4	0.3	7.6	5.4
안면장애	329.2	17.0	122.2	-	-	-	3.7	5.3	180.9	-
장루요루	234.7	24.0	120.0	-	2.4	2.4	1.1	82.3	-	2.5
간질장애	118.9	9.3	53.8	-	37.0	-	3.0	-	15.9	-
전체 (2017)	165.1	20.5	65.9	8.0	20.6	4.8	9.8	7.2	22.9	5.4
(2014)	164.2	25.6	66.0	4.1	13.6	4.2	9.9	18.9	16.8	5.1

출처 : 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2017), 2017년 장애인 실태조사 (단위 : 천원)

3. 장애인 소득보장체계의 지형

우리나라의 장애인 소득보장체계는 장애로 인해 근로활동의 감소 · 상실로 근로를 하지 못하는 장애인이 당면한 경제적 빈곤의 위험을 감소시키고자 사회보험, 공공부조, 사회수당 등의 제도를 통해 소득을 보전해 주고 있다.

현재 장애인 소득보장은 근로기 장애로 인한 소득상실 및 불충분한 소득을 보전하기 위해 1988년에 도입된 국민연금과 2010년에 시행된 장애인연금, 1964년 산재보험 및 국민기초생활보장

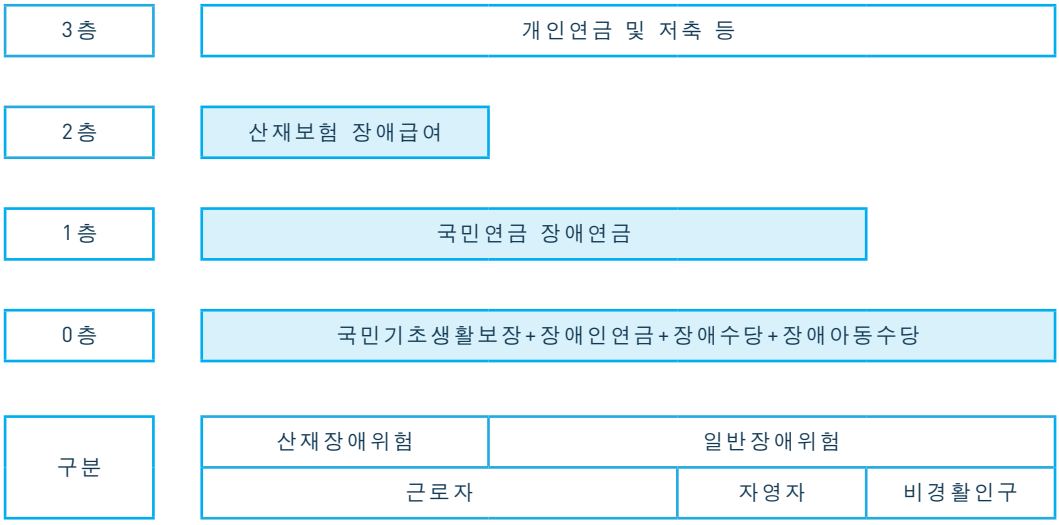
제도(2000년 개정, 2000년 이전은 구 1960년에 도입된 생활보호제도), 장애수당(장애아동수당, 장애수당) 등이 운영되고 있다(이용하 외, 2014).

이러한 장애급여 중 국민기초생활보장제도는 국가와 지방자치단체의 책임 하에 생활 유지 능력이 없거나 생활이 어려운 국민의 최저생활을 보장하고 자립을 지원하기 위한 목적을 가진다. 특히 국민기초생활보장제도는 전생애기의 소득보장 내에 장애까지 포괄하고 있어, 선진국의 독자적인 장애인소득보장체계와는 다른 형태이다. 그리고 장애아동수당과 장애수당을 통해 저소득층(국민기초생활보장제도 대상자 및 차상위계층)을 대상으로 장애로 인한 추가적 비용을 보전해주고 있다.

특히, 2010년 도입된 장애인연금은 18세 이상의 중증장애로 인해 근로능력의 상실되거나 현저하게 감소됨으로써 줄어드는 소득을 보전해 주기 위한 목적으로 기초급여와 장애로 인한 추가지출에 대해 부가급여를 지원하고 있다.

한편 국민연금과 산재보험은 18세 이상의 근로기 장애에 초점을 둔 소득보장으로 선천성 장애는 보장의 대상이 아니며, 가입 중 혹은 근로기간 중 장애가 발생할 경우에만 장애급여를 제공하는 기여형 소득보장제도이다.

이러한 우리나라 장애인소득보장체계를 다층 소득보장 관점에서 보면, 국민연금과 산재보험과 같은 소득비례의 보험제도가 1~2층제도로 구분되며, 장애인연금과 국민기초생활보장제도와 같은 소득재분배 제도는 0층으로 구분될 수 있다. 이를 구체적으로 설명하면 다음과 같다.[4]



[그림 1] 우리나라 장애인소득보장체계의 지형

4 본 다층 체계틀은 이용하 · 정인영 · 성혜영 · 유현경(2014)을 기준으로 재수정 하였다.

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

첫째, 장애인 소득보장의 0차 안전망은 장애인의 최저생활을 보장하기 위한 「국민기초생활보장법」에 따른 급여와 「장애인연금법」의 장애인연금, 「장애인복지법」의 장애수당(경증), 장애아동수당 등이다. 1~2차 안전망은 경제활동 내지 가입 또는 보험료 납부를 전제로 하므로 그 전제조건을 충족하지 못할 경우 급여에 대한 수급권이 부여되지 않는다. 이로 인해 경제활동에 참여하지 못하는 비경제활동인구 등은 사각지대에 놓이게 된다. 특히 장애인(15세 이상인구 기준)의 63%가 비경제활동인구로서 이들은 장애 및 환경적 제약으로 인해 경제활동이 어렵거나, 장애인을 돌봄으로써 발생하는 가족의 기회비용이 발생하게 된다. 따라서 장애인연금과 국민기초생활보장제도는 바로 이러한 보험제도의 사각지대 내지 보험급여수준의 불충분성을 보완하는 기능을 한다. 동 급여는 기본적으로 소득에 관계없이 정액형태로 지급되고 조세로 급여가 제공되어 소득재분배기능을 가진다(이용하 외, 2014).

둘째, 1차~2차 안전망은 국민연금과 산재보험이 지원되고 있으며, 1차 안전망은 국민연금에서 장애연금이 지급되고, 업무상 장애의 경우 산재의 장해급여와 국민연금의 장애급여가 동시에 제공된다. 국민연금은 18세 이상의 경제활동인구(근로자와 자영자 포함)를 가입대상으로 하고, 가입 중에 발생하는 장애(업무 기인성과 관계없음)를 보장하는 보험방식 및 기여방식의 제도이다. 국민연금은 장애가 업무 기인성 여부에 따라야 하는 산재보험과 달리 장애가 단순히 일정의 소득활동 능력을 제약하는 결과(결과주의)를 초래하면 연금을 제공하게 된다.

셋째, 2차 안전망은 산재보험의 장애급여로 사용자가 전액 부담하는 사용자책임보험으로 기업 차원의 보장제도라고 할 수 있으므로 2층에로 분류하였다. 산재보험은 사업주의 무과실책임주의에 기초하는 급여제도로서 전액 사업주가 조달하며, 장애가 업무상 사고나 질병(재해)에 기인하여야 급여가 제공된다는 점(원인주의)이 특징이다.

넷째, 3차 안전망은 개인이 장애나 질병에 대비한 개인연금으로 구성된다.

본 절에서는 장애인의 최저생활을 보장하는 안전망(0층)으로 저소득층 장애인을 대상으로 하는 국민기초생활보장 맞춤형 급여, 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당과 국민연금 가입자(1층)를 대상으로 하는 장애연금을 중심으로 설명하고자 한다.

● TABLE 07 우리나라 장애인 소득보장체계

구분	유형	제도명	내용	지원기준	급여액 분류 기준	대상자 기준
3층	개인연금 및 저축 등					
2층	사회보험 기여	산재보험 - 장해급여	• 장해보상연금, 장애보상일시금 • 치유 후 신체 등에 장해가 남는 경우 지급	- 근로자	장애등급 (1~14등급) 평균임금[5]	「산업재해보상보험법」 제57조
1층	사회보험 기여 소득비례 국민연금, 장애연금	- 노령연금 - 국민연금의 장애연금2)	• 노령연금 : 노후소득보장을 위한 급여(가입기간 최소 10년) • 장애연금 : 장애로 인한 소득감소에 대비한 급여-가입 후 발생한 질병 혹은 부상이 치료 후에도 신체 또는 정신적 장애가 있는 자로서 「국민연금법」상 장애등급이 1~4급인 자 - 평균임금(소득) 및 장애등급에 따라 급여 차등(초진일 당시 가입기간 10년 이상)	- 국민연금 가입자	장애등급 (1~4급), 가입기간 월평균 소득	「국민연금법」 제67조 장애등급의 결정
0층	일반 사회부조	- 국민기초 생활보장제도 (생계급여 등)	• 소득인정액이 기준 중위소득 이하인 전 국민 대상의 보편적 사회부조	- 소득인정액 이하	소득인정액 이하	「국민기초생활보장제도」 「장애인복지법」
	장애부조	- 장애인연금 (기초급여)	• 「장애인복지법」상 장애등급이 1, 2급 및 3급 중복인 자로서 소득인정액 기준을 충족한 자	- 만 18세 이상 - 만 65세 미만 - 중증(1,2,3급 중복)3) - 「장애인연금법」, 「장애인복지법」	소득인정액이 선정기준액 이하	「장애인연금법」, 「장애인복지법」
	사회수당 적 성격	- 장애수당	• 「국민기초생활보장법」의 생계급여 이외에 장애로 인한 추가 지출로 인한 가구의 부담을 줄이기 위해 마련된 제도	- 만 18세 이상 - 경증(3~6급)	국민기초생활 보장 수급자 및 차상위계층	「국민기초생활보장법」 「장애인복지법」
		- 장애아동수당		- 만 18세 미만 - 1~6급	국민기초생활 보장 수급자 및 차상위계층	「국민기초생활보장법」 「장애인복지법」
		- 장애인연금 (부가급여)	• 「장애인복지법」상 장애등급이 1, 2급 및 3급 중복인 자로서 소득인정액 기준을 충족한 자	- 만 18세 이상 - 중증(1,2,3급 중복)	소득인정액이 선정기준액 이하 국기초, 차상위, 차상위 초과	「장애인복지법」

주 : 1) 장애연금의 장애등급은 「국민연금법」에 의하며, 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당의 장애 등급 「장애인복지법」에 해당됨.
2) 장애인연금 대상자의 3급 중복장애는 주된 장애가 3급을 의미하며, 중복합산으로 3급으로 상향 조정된 분들은 제외됨.

5 "평균임금"이란 이를 산정하여야 할 사유가 발생한 날 이전 3개월 동안에 그 근로자에게 지급된 임금의 총액을 그 기간의 총 일 수로 나눈 금액을 말한다(「근로복지법」 제2조).

1) 국민기초생활보장제도[6]

국민기초생활보장제도는 근로능력여부 및 연령과 관계없이 국가의 보호를 필요로 하는 최저생계비 이하의 모든 가구에 대하여 생계비를 지급한다. 근로능력여부와 관계없이 기초보장급여를 지급함에 따라 근로능력자에 대해서는 근로유인장치를 두어 근로의욕이 감퇴되는 것을 방지할 필요가 있게 되었다. 따라서 근로능력자에 대한 근로유인장치로서 첫째, 생계급여를 위한 가구소득 산정 시 근로활동으로 발생하는 소득의 일부를 공제하는 방안을 도입하였다. 둘째, 생계급여를 지급하기 위한 조건으로 자활공동체사업, 직업훈련 및 구직활동 등에 참여하도록 강제하고 있다. 이 조건을 이행하지 않을 때는 생계급여를 중단하도록 하였다. 2014년 12월「국민기초생활보장법」개정으로 2015년 7월부터 새로운 국민기초생활보장제도가 시행되고 있다. 새로운 제도의 가장 큰 특징은 맞춤형급여라는 것과 최저생계비 개념이 없어졌다는 것이다.

국민기초생활보장제도는 수급자 선정기준으로 소득인정액 기준과 부양의무자 기준[7]을 사용하고 있다.

첫째, 소득인정액 기준으로, 수급권자 가구의 소득인정액이 급여종류별 선정기준 이하인 경우에 수급자가 될 수 있다. 소득인정액은 소득평가액과 재산의 소득 환산액을 더해서 계산하는데, 이 때 소득평가액은 실제소득[8]에서 가구특성별 지출비용과 근로소득공제를 차감한 금액이다. 또한 재산의 소득환산액은 재산에서 기초공제액과 부채를 차감한 금액에 소득환산율을 곱한 금액이다. 따라서 소득평가액과 재산의 소득환산액은 아래와 같이 계산한다.

6 본 절의 국민기초생활보장제도, 장애인연금, 장애수당, 장애아동수당, 장애연금의 내용은 2017 장애인백서의 '소득보장'의 내용을 대부분 인용하였으며, 2017~2019년 수급자 현황 및 제도의 변화 내용을 추가적으로 제시하였다.

7 주거급여 및 교육급여 수급자는 부양의무자 제도가 적용되지 않는다.

8 근로소득(상시근로자 소득, 일용근로자 소득, 자활근로소득, 공공일자리 소득), 사업소득, 재산소득(임대소득, 이자소득, 연금소득), 이전소득(공적이전소득, 사적이전소득, 부양비)으로 구성된다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

소득인정액 = 소득평가액 + 재산의 소득환산액

= (재산-기본재산액-부채) × 소득환산율

= 실제소득 - 가구특성별 지출비용 - 근로소득공제

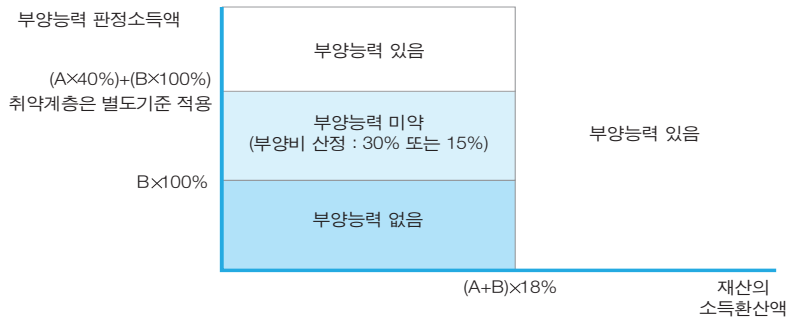
실제소득 : 근로소득(상시근로자 소득, 일용근로자 소득, 자활근로소득, 공공일자리 소득), 사업소득, 재산소득(임대소득, 이자소득, 연금소득), 이전소득(공적이전소득, 사적이전소득, 부양비)

둘째, 부양의무자 기준에서는 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 또는 부양을 받을 수 없는 수급권자에게만 기초보장급여를 지급한다. 부양의무자의 범위는 2013년 이후 수급권자의 1촌의 직계혈족(부모, 아들 · 딸) 및 그 배우자(며느리, 사위)이다.[9]

부양능력 판정은 소득기준과 재산기준을 동시에 충족하도록 하고 있다. 소득기준으로 부양의무자의 부양능력 판정소득액[10]이 부양의무자가구의 기준 중위소득 미만이면서, 동시에 재산기준으로 재산의 소득환산액이 수급권자가구 및 부양의무자가구의 기준 중위소득을 합한 금액의 18% 미만이면 부양능력이 없는 것으로 판정한다.

(소득기준) 부양능력 판정소득액 = 부양의무자 실제소득 – 차감항목(자녀교육비, 월세 등)
(재산기준) 부양의무자 재산의 소득 환산액 = (재산-기본재산액-부채) × 소득환산율

(참고 : 부양의무자 부양능력 판정 도해)



[그림 2] 부양능력 유무 판정표

주 : 1) A : 수급권자가구의 기준 중위소득, B : 부양의무자가구의 기준 중위소득
2) 취약계층은 [(A×40%)+(B×100%)]와 [(A+B)×74%] 중 더 높은 기준 적용
출처 : 보건복지부(2019), 2019년도 국민기초생활보장사업안내

9 단 사망한 1촌 직계혈족의 배우자는 제외(아들 · 딸 사망 시, 며느리 · 사위는 부양의무자 범위에서 제외)한다.

10 실제소득에서 질병, 교육 및 가구특성을 고려하여 보건복지부장관이 정하여 고시하는 금액을 차감 · 제외한 금액이다.

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

단, 수급권자 가구에 노인 또는 1~3급 중증장애인[11]이 포함되면서 부양의무자 가구에 중증장애인[12]이 포함된 경우(두 조건을 충족해야 함)에 부양의무자는 부양능력이 있어도 부양능력이 없다고 인정한다. 한편 가구원에 중증장애인[13]이 포함된 부양의무자의 경우 중증장애인 수만큼 가구원 수를 추가하여 부양능력 판정소득액, 재산의 소득환산액 기준을 적용한 후 부양능력 미약 또는 있음에 해당하는 경우에는 그에 따른 부양 능력을 반영한다. 즉 단순히 부양의무자 가구원에 중증장애인이 있다고 모든 가구가 부양능력 없음에 해당하는 것이 아니다. 그리고 「장애인복지법」에 따른 1~4급 등록장애인인 부양의무자는 부양비 부과를 제외한다.

또한 부양의무자 기준이 적용되는 수급자 종류로는 생계급여와 의료급여 수급자 이며, 주거급여 및 교육급여 수급자는 적용되지 않는다(보건복지부, 2018).

같은 맥락에서 정부는 기초생활보장제도의 사각지대를 해소하기 위해 2015년부터 부양의무자 기준을 완화시키기 시작하였다. 즉 2015년 기초생활보장제도가 맞춤형 급여로 개편될 당시에는 교육급여의 부양의무자 기준이 폐지되었고, 2018년부터는 주거급여의 부양의무자 기준이 폐지되었다. 이와 더불어 문재인 정부는 생계급여와 의료급여의 부양의무자 기준을 단계적으로 폐지하였다. 장애인가구를 기준으로 살펴보면, 2017년에는 수급자 및 부양의무자 가구 모두에 노인·중증장애인[14]이 포함된 가구의 경우, 2019년에는 부양의무자 가구에 장애인연금 수급자가 포함된 경우 생계, 의료급여에서 부양의무적용을 제외하였다.

11 중증장애인은 「장애인복지법」에 따른 1~3급 등록장애인이 1인 이상 포함한다(보건복지부, 2018).

12 부양의무자 가구에 중증장애인은 「장애인연금법」 제2조제4호에 따른 장애인연금 수급자(또는 장애인연금 수급자가 아닌 자로서 「장애인복지법」에 따른 등록장애인인 20세 이하의 1급, 2급, 3급 중복 장애 아동)가 1인 이상 포함한다.

13 중증장애인은 「장애인연금법」 제2조 제1호에 따른 중증장애인으로 1급, 2급 장애인과 3급 중복장애인을 의미한다(보건복지부, 2018).

14 2017년은 수급권자 가구에 노인 또는 1~3급 장애인 및 부양의무자 가구에 노인 또는 중증장애인이 포함된 경우(두 조 건을 충족해야 함)로 수급권 가구에 중증장애인이 1인 이상 포함되고, 부양의무자 및 그 가구원이 장애인연금 수급자(또는 장애인연금 수급자가 아닌 자로서, 「장애인복지법」에 따른 등록장애인인 20세 이하의 1급, 2급, 3급 중복장애아동)가 1인 이상 포함할 경우이다(보건복지부, 국민기초생활보장사업안내).

● TABLE 08 부양의무자 개편 변화

연도	부양의무자 개편 내용
2000	• 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 2촌 이내의 혈족
2005	• 1촌의 직계혈족 및 그 배우자, 생계를 같이 하는 2촌 이내의 혈족
2007	• 1촌의 직계혈족 및 그 배우자
2015	• 사망한 1촌의 직계혈족 배우자는 제외(2014.12.30.개정) • 교육급여 부양의무자 기준 폐지
2017	• 수급(권)자 가구에 노인 또는 1~3급 장애인 및 부양의무자 가구에 노인 또는 중증장애인이 포함된 경우(생계, 의료, 주거급여에 기준 폐지, 2017년 11월)
2018	• 주거급여 부양의무자 기준 폐지(2018년 10월)
2019	• 부양의무자 가구에 장애인연금 수급자가 포함된 경우(생계·의료급여 부양의무자 적용폐지) • 부양의무자 가구에 기초연금 수급자가 포함된 경우(생계급여 부양의무자 적용 폐지) • 수급(신청)자가 만 30세 미만 한부모 가구 또는 보호 종료 아동인 경우(생계 · 의료급여 부양의무자 적용폐지) • 2019년 1월부터 위의 내용을 실시

출처 : 보건복지부 보도 자료를 재구성함(2017.10.26./2019.12.3.)

국민기초생활보장제도의 급여 종류에는 생계급여, 의료급여, 주거급여, 교육급여, 해산급여, 장제급여, 자활급여가 있다. 먼저 생계급여는 수급자에게 의복 · 음식물 및 연료비, 기타 일상생활에 기본적으로 필요한 금품을 지급하는 것으로 생계급여액은 생계급여 최저보장수준(대상자 선정기준)에서 소득인정액을 차감한 금액이다. 아래 표는 2019년 현재 기준 중위소득과 급여종류별 수급자 선정기준을 보여준다.

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

● TABLE 09 2019년 기준 중위소득과 급여종류별 수급자 선정기준

구분	1인가구	2인가구	3인가구	4인가구	5인가구	6인가구	7인가구
기준 중위소득	1,707,008	2,906,528	3,760,032	4,613,536	5,467,040	6,320,544	7,174,048
생계급여수급자 (기준중위 소득 30%)	512,102	871,958	1,128,010	1,384,061	1,640,12	1,896,163	2,152,214
의료급여수급자 (기준중위 소득 40%)	682,803	1,162,61	1,504,013	1,845,414	2,186,816	2,528,218	2,869,619
주거급여수급자 (기준중위 소득 44%)	751,084	1,278,872	1,654,414	2,029,956	2,405,498	2,781,039	3,156,580
교육급여수급자 (기준중위 소득 50%)	853,504	1,453,264	1,80,016	2,306,768	2,73,520	3,160,272	3,587,024

주 : 1) 8인 이상 가구의 급여별 선정기준 : 1인 증가시마다 7인 가구 기준과 6인 가구 기준의 차이를 7인 가구 기준에 더하여 산정 (단위 : 원)
2) 8인 가구 생계급여수급자 선정기준 : 2,408,265원 = 2,152,214원(7인기준) + 256,051원(7인기준 — 6인기준)
3) 8인 이상의 기준 중위소득은 1인 증가 시 853,504원씩 증가
출처 : 보건복지부(2019), 2019년도 국민기초생활보장사업안내

의료급여는「의료급여법」에 따라 의료급여수급권자의 질병 · 부상 · 출산 등에 대해 지급한다. 주거급여는「주거급여법」에 의하며, 수급자의 가구원수, 거주 형태, 부담 수준, 지역 여건 등을 감안하여 임차 수급자에게는 임차급여를 지급하고, 자가 수급자에게는 주택 노후도에 따른 맞춤형 주택 개보수가 가능하도록 수선유지급여를 지급하는 것이다. 임차가구는 최저주거기준을 고려하여 지역별, 가구원수별로 산정한 기준 임대료를 상한으로 임차급여를 전액 현금 지급하며, 자가 가구는 주택 노후도 등을 감안하여 설정한 주택보수범위별 수선비용을 상한으로 수선유지급여를 전액 현물 지급한다.

교육급여는 초 · 중 · 고등학생에게 입학금 · 수업료 · 교과서, 부교재비 및 학용품비를 지원하는 급여이다. 부교재비는 초 · 중 · 고등학생에게 연 1회, 학용품비는 중 · 고등학생에게 1, 2학기로 나누어서 현금으로 수급자에게 지급한다. 또한 교과서(연 1회), 수업료(분기별), 입학금은 고등학생에게 학교로 지급한다.

또한 해산급여는 생계 · 의료 · 주거급여 수급자의 조산 및 분만 전과 분만 후의 필요한 조치와 보호를 위해 2019년 기준 1인당 60만원을 현금으로 지급하며, 추가 출생아당 60만원씩 지급한다. 쌍둥이 출산 시 2배인 120만원을 지급한다. 장제급여는 생계 · 의료 · 주거급여 수급자자가 사망한 경우 사체의 검안 · 운반 · 화장 또는 매장 기타 장제조치를 행하는데 필요한 금품을 지급하는 것으

로 1가구당 75만원을 지급하게 된다.

마지막으로 자활급여는 자활에 필요한 금품의 지급 및 대여, 자활에 필요한 기능습득 지원, 그리고 취업알선 등 정보의 제공, 공공근로 등 자활을 위한 근로기회의 제공, 기타 자활조성을 위한 각종 지원을 제공하는 급여이다.

2017년 국민기초생활보장수급자 가구는 총 103만 2천 가구로 2015년 맞춤형 급여제도로 개편 전 2014년 81만4천 가구에 비해 약 1.2배 증가한 것으로 나타났다. 특히 총 수급자 중 장애인가구 비율은 2017년 19.1%로 2015년부터 감소하다 다시 증가한 것으로 분석되었다.

● TABLE 10 수급자 가구유형별 백분율

연도	계	일반가구	노인가구	장애인 가구	모자가구	부자가구	소년소녀 가장가구	기타
2005	809,745	34.1	30.2	16.9	9.6	2.4	1.8	4.9
2006	831,692	34.6	29.2	17.4	9.8	2.4	1.8	4.8
2007	852,420	34.6	28.9	18.1	9.7	2.3	1.7	4.7
2008	854,205	34.1	28.5	19.0	9.7	2.3	1.7	4.7
2009	882,925	34.2	27.7	19.4	9.9	2.4	1.5	4.9
2010	878,799	33.2	27.7	19.7	9.8	2.4	1.3	5.9
2011	850,689	32.6	27.9	20.4	9.8	2.4	1.2	5.7
2012	821,879	31.6	28.8	21.2	9.5	2.3	1.0	5.6
2013	810,544	31.0	29.1	21.7	9.4	2.3	0.9	5.7
2014	814,184	30.9	29.1	21.9	9.2	2.3	0.7	6.0
2015	1,014,177	31.9	25.8	18.9	12.2	3.4	0.5	7.3
2016	1,035,435	31.7	25.3	18.7	12.8	3.6	0.4	7.5
2017	1,032,996	31.3	25.5	19.1	12.6	3.6	0.3	7.6

출처 : 보건복지부(2018), 2018 보건복지통계연보 (단위 : 가구, %)

2) 장애인연금

장애인연금제도는 장애로 인하여 생활이 어려운 중증장애인에게 장애인연금을 지급함으로써 중증장애인의 생활 안정 지원과 복지 증진 및 사회통합을 도모하고자 2010년 7월에 도입된 제도로서, “중증장애인에게 근로능력의 상실 또는 현저한 감소로 인하여 줄어드는 소득과 장애로 인하여 추가로 드는 비용을 보전하기 위하여 매월 일정액의 연금을 지급하는 사회보장제도”이다. 따라서 중증장애인의 근로능력상실에 대해 소득을 보전하여 빈곤을 감소시키는 목적을 가지고 있다.

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

장애인연금 수급대상자는 18세 이상 등록 중증장애인 중 본인과 배우자의 소득인정액이 선정기준액 이하인 자로서, '장애기준'과 '소득기준' 두 가지가 충족되어야 한다.

첫째, 장애기준은 「장애인복지법」 등록장애인으로 1급, 2급 및 3급 중복 중증장애인[15]만이 장애인연금의 수급자격이 있다. 장애인연금을 신청하는 장애인은 「장애인연금법」에 따라 일부 장애등급 재심사 면제자를 제외하고 국민연금공단에서 장애등급 재심사를 받아야 한다. 즉 장애인연금을 신청하는 모든 중증장애인은 장애등급 재심사가 원칙이나, 2010년 7월 장애인연금 도입 이전 중증장애수당 수급자의 경우, 장애상태와 장애등급의 변화 가능성이 현저히 낮은 사람[16]은 장애등급 재심사가 면제된다.

둘째, 소득기준은 가구의 소득인정액이 선정기준액 이하이어야 한다. 선정기준액은 2010년 단독 가구는 50만원, 부부 가구는 80만원에서 2013년까지 점차 높아졌다가 2014년 기초연금제 실시와 함께 장애인연금 대상자도 소득하위 70%로 확대하면서 선정기준액은 크게 완화되었다. 2019년 현재 선정기준액은 단독가구 122만원, 부부가구 195.2만원이다. 장애인연금에서는 국민기초생활보장제도와 달리 부양의무자 기준은 적용하지 않으며, 다만 부양의무자와 함께 살 경우에는 부양의무자 소득과 재산을 포함하여 소득인정액을 계산한다.

15 3급 중복장애는 3급에 해당하는 장애 외에 추가 장애를 하나 이상 가진 자(3급+5급, 3급+6급)로 중복합산으로 3급으로 상향 조정된 자는 제외한다(4급+4급 →3급이 된 자는 제외)(보건복지부, 2019).

16 다음의 어느 하나에 해당되는 장애인으로서 국민연금공단에서 와상 중인 것으로 확인 받은 자(장애상태와 장애등급의 변화 가능성이 현저히 낮은 사람)로, 1급 뇌병변장애인으로 두 팔과 두 다리가 모두 마비된 경우, 1급 지체장애인으로 두 팔과 두 다리가 모두 마비된 경우, 1급 지적장애인으로 장애원인이 뇌병변으로 진단서 상 확인되고 두 팔과 두 다리가 모두 마비된 경우 등이다(보건복지부, 2019).

● TABLE 11 장애인연금 선정 기준액 변화

구분	단독	부부
2010년	500.0	800.0
2011년	530.0	848.0
2012년	551.0	881.6
2013년	580.0	928.0
2014년	870.0	1,392.0
2015년	930.0	1,488.0
2016년	1,000.0	1,600.0
2017년	1,190.0	1,904.0
2018년	1,210.0	1,936.0
2019년	1,220.0	1,952.0

출처 : 보건복지부, 각 연도 장애인연금 사업안내 (단위 : 천원)

장애인연금은 근로능력의 상실 또는 현저한 감소로 인하여 줄어드는 소득을 보전해 주기 위하여 지급하는 급여인 '기초급여'와 장애로 인하여 추가로 드는 비용의 전부 또는 일부를 보전해 주기 위하여 지급하는 급여인 '부가급여'로 나뉜다.

첫째, 기초급여의 급여액은 만 18세~만 65세를 대상으로 하며, 2010년 9만원에서 2014년 7월 기초연금제 시행과 함께 장애인연금액 기초급여액은 20만원으로 대폭 인상되었으며, 2018년에 들어와 25만원으로 인상되었다.[17]

둘째, 부가급여는 18세 이상의 장애인연금수급자 중 국민기초생활보장 수급자(생계 또는 의료급여 수급자)와 차상위계층[18], 차상위 초과자가 지급대상이다. 부가급여 지급액은 2019년 현재 국민기초생활보장수급자(일반)인 경우, 8만원(65세 이상 38만원[19]), 차상위계층은 7만원(65세 이상 7만원), 차상위초과(일반)는 2만원(65세 이상 4만원)으로 2014년부터 동일한 수준으로 분석되었다.

17 2010년부터 2014년까지는 물가변동분과 소득상승분 등을 반영하여 약간씩 인상되었다.

18 차상위계층은 주거 또는 교육급여 수급자(생계 또는 의료급여 미수급), 기준중위소득 50%이하 해당자, 차상위초과자는 기초생활수급자, 차상위계층에 해당되지 않으면서 장애인연금 선정기준액 이하에 해당되는 자를 의미한다.

19 65세 이상 중증장애인이 국민기초생활보장수급자인 경우, 기초연금액이 생계급여에서 차감됨에 따라 소득감소를 막기 위함이다.

● TABLE 12 연도 별 장애인연금 기초급여액 변화

구분	기초급여액(18~64세)
2014. 7. - 2015. 3.	200,000
2015. 4. - 2016. 3.	202,600
2016. 4. - 2017. 3.	204,010
2017. 4. - 2018. 3.	206,050
2018. 4. - 2018. 8.	209,960
2018. 9. - 2019. 3.	250,000
2019. 4. - 2019.12.	300,000(생계, 의료급여) 253,750(차상위-소득하위|705)

출처 : 보건복지부, 2016~2019년 장애인연금사업안내

● TABLE 13 연도 별 장애인연금 부가급여액 변화

구분		기초생활 보장 수급자*	보장시설 수급자*	보장시설 수급자**	차상위 계층***	차상위 계층****	차상위 초과
2014. 7. - 2015. 3.	65미만	8	0	0	7	0	2
	65세이상	28	0	7	7	14	4
2015. 4. - 2016. 3.	65미만	8	0	0	7	0	2
	65세이상	28.2	0	7	7	14	4
2016. 4. - 2017. 3.	65미만	8	0	0	7	0	2
	65세이상	28.4	0	7	7	14	4
2017. 4 - 2018. 3	65미만	8	0	0	7	0	2
	65세이상	28.6	0	7	7	14	4
2019. 4. 기준	65미만	8	0	0	7	0	2
	65세이상	38	0	7	7	14	4

주 : * 일반재기/생계, 의료수급자
** 급여특례/생계, 의료수급자
*** 일반/주거 및 교육수급자이며, 생계 · 의료급여 수급자 제외
**** 급여특례/주거, 교육수급이며, 생계 · 의료급여 수급자 제외
출처 : 보건복지부, 2016~2019년 장애인연금사업안내

2010년 장애인연금이 처음 도입되었을 때 장애인연금을 받는 수급자는 기초수급자가 145,007명, 차상위계층 54,951명, 차상위 초과 27,644명, 보장시설 30,366명 등 총 257,968명으로, 전체 등록장애인의 10.2%이었다.

이후 장애인연금 수급자 수는 지속적으로 증가하여, 2011년 308,759명(등록장애인의 12.3%), 2015년 342,444명(등록장애인의 13.8%), 2017년 359,986명(등록장애인의 14.1%)이었다. 장애인연금 대상자(만18세 이상 1~2급, 3급 중복)를 기준으로 보면, 2017년 현재 518,657명 중 총 359,986으로 69.4%가 지원되는 것으로 나타났다.

특히 보건복지위원회의 2018, 2019년 예산안 예비심사검토보고서에 따르면, 2018년 추경결과는 6,009억 원이었으며, 2019년 예산안은 7,197억 원으로 이전년도의 예산증가폭에 비해 상대적으로 높았다. 그 이유는 2018년 장애인연금 수급액 증가에 따른 결과로 예측되어진다.

● TABLE 14 장애인연금 수급률 변화

연도	장애인 연금 수급자수	등록장애인 대비		만 18세 이상 중증등록 장애인 대비		만18세 이상 1~2급, 3급 중복 대상자 대비		예산액
		장애인 연금 수급률	등록 장애인수	장애인 연금 수급률	중증등록 장애인수 (만18세 이상)	장애인 연금 수급률	장애인 연금 대상자**	
2010	257,968	10.2	2,517,312	27.5	939,142	-	-	1,430
2011	308,759	12.3	2,519,241	33.4	923,483	-	-	2,882
2012	305,513	12.2	2,511,159	33.5	913,097	-	-	2,946
2013	304,574	12.2	2,501,112	33.6	905,605	-	-	3,441
2014	329,242	13.2	2,494,460	36.5	902,215	64.7	509,164	4,660
2015	342,444	13.8	2,490,406	38.0	901,977	67.3	508,927	5,618
2016	350,161	13.9	2,511,051	38.6	906,692	69.3	505,318	5,585*
2017	359,986	14.1	2,545,637	39.3	916,110	69.4	518,657	5,560*

주 : * 2016~2017년은 추경을 기준으로 함 (단위 : %, 명, 억 원)
** 장애인연금대상자는 만18세 이상 1~2급, 3급 중복(합산 중복 아님) 대상자임.
출처 : 보건복지부(2018). 2018년 보건복지통계연보
국회 보건복지위원회. 각 년도 예산안 예비심사검토 보고서
한국장애인개발원. 각 년도 장애통계연보

3) 장애수당[20]

장애수당은 다른 사람의 도움 없이는 일상생활을 영위하기 어려운 기초생활보장대상 및 차상위계층의 만 18세 이상의 경증장애인에게 장애수당을 지급하여 저소득 장애인가구의 생활안정을 도모하기 위한 제도이다.

장애수당은 1990년부터 1급 지체장애 및 정신지체인을 대상으로 부양수당으로 출발하여 1992년 1급 시각장애인을 포함해 생계보조수당이라는 명칭으로 생활보호대상 중증장애인에게 지급되기 시작하였고, 1999년「장애인복지법」을 전면 개정하면서 현재의 장애수당으로 명칭을 변경하여 지급되고 있다.

생계보조수당은 1990년 도입 당시 월 2만원에서 1994년 월 4만원으로 인상되었으나 장애수당으로 명칭이 변경된 1999년에도 장애인 1인당 월 4만5천원에 불과하여 장애로 인한 추가비용에도 미치지 못한다는 비판을 받았다. 2002년에는 중증장애인에게 지급하는 장애수당을 월 5만원으로, 2004년에는 월 6만원으로 인상하였으나 여전히 장애로 인한 추가비용에는 훨씬 미치지 못하여 장애인단체들의 비판의 대상이 되었다.

2005년에는 장애수당의 수급대상자가 대폭 확대되는 계기를 맞았다. 국민기초생활보장 수급자를 대상으로 중증장애인 뿐만 아니라 경증장애인도 수급대상자에 포함되어 새로 대상자에 포함된 경증장애인에게는 월 2만원의 수당이 지급되었다. 2007년에는 또 한 차례 수급대상자가 크게 확대되었다. 그동안 장애인의 이동권 지원을 위해 시행되어 왔던 장애인 차량에 대한 LPG 연료 지원제도를 폐지하는 대신 장애수당의 수급대상자를 기초생활보장 수급자뿐 아니라 차상위계층[21]의 장애인까지 확대하였다.

그러나 2010년 7월부터「장애인연금법」이 시행되면서 중증장애인은 장애인연금 수급대상자로 전환되었고, 경증장애인만 장애수당 수급대상자로 남게 되었다.

2019년 현재 장애수당은 만 18세 이상의 등록장애인 중 3~6급 장애등급을 가진자로 국민기초생활보장수급자 및 차상위계층을 대상으로 한다. 경증장애인의 장애수당 급여액은 2007년부터 월 3만원에서 전혀 인상되지 않다가 2015년에 월 4만원으로 인상되어 2019년 현재까지 동일한 금액이 지급되고 있다.

20 동 내용은 2017 장애인백서의 '소득보장'의 내용을 주로 인용하였으며, 2017~2019년 수급자 현황 및 제도의 변화 내용을 추가적으로 제시하였다.

21 차상위 대상자 선정 시 부양의무자 기준은 적용하지 않으며 장애인이 속한 개별 가구의 소득인정액만으로 장애수당 및 장애아동수당의 수급여부를 판단한다.

● TABLE 15 장애수당 대상자와 급여액의 변화

연도	대상자	급여액
1990	1급 지체장애, 정신지체	20,000
1994	생계보호대상 중증장애인	40,000
2002	기초생활보장수급 중증장애인	50,000
2004	기초생활보장수급 중증장애인	60,000
2005	기초생활보장수급 장애인	중증 60,000, 경증 20,000
2006	기초생활보장수급 장애인	중증 70,000, 경증 20,000
2007	기초생활보장수급 및 차상위 계층 장애인	기초 중증 130,000, 차상위 중증 120,000 기초 경증 30,000, 차상위 경증 30,000
2010	기초생활보장수급 및 차상위 경증 장애인	30,000
2015	기초생활보장수급 및 차상위 경증 장애인	40,000
2016	기초생활보장수급 및 차상위 경증 장애인	40,000
2017	기초생활보장수급 및 차상위 경증 장애인	40,000
2018	기초생활보장수급 및 차상위 경증 장애인	40,000

주 : 만 18세 이상임 (단위 : 원)
출처 : 보건복지부, 각 연도 장애수당 대상자 및 급여 기준

2010년 7월부터 「장애인연금법」이 시행되면서 만 18세 이상의 경증장애인만 장애수당 수급대상자로 남게 되었다. 2010년 이후부터 경증장애인의 수급률은 12.2%에서 2017년 현재 13.5%로 약 1.3%포인트 증가한 것으로 나타났다.

● TABLE 16 장애수당 수급률 변화

연도	장애수당 수급률	등록장애인수	장애수당 수급자수	예산액
2003	7.6	1,454,215	110,606	51,864
2004	7.8	1,610,994	126,061	66,449
2005	16.6	1,789,443	296,565	89,683
2006	17.6	1,967,326	346,024	111,931
2007	18.9	2,104,889	398,197	313,032
2008	19.3	2,246,965	433,413	327,891
2009	20.0	2,427,993	486,642	287,036
2010	12.2	2,517,312	308,243	201,792
2011	12.6	2,519,241	316,861	101,511
2012	12.7	2,511,159	318,483	107,498
2013	12.8	2,501,112	320,029	107,498
2014	12.8	2,494,460	320,318	105,594
2015	13.2	2,490,406	327,881	131,287
2016	13.4	2,511,051	336,224	132,641
2017	13.5	2,545,637	343,662	132,711

주 : 2016~2017년은 추경을 기준으로 함 (단위 : %, 명, 백만원)

출처 : 보건복지부, 2018 보건복지통계연보/각 연도 등록장애인 현황에서 재구성.
각 연도 보건복지통계연보 및 국회 보건복지위원회, 각 년도 예산안 예비심사검토 보고서

4) 장애아동수당

장애아동수당은 장애아동을 보호·양육하는 보호자의 경제적 생활수준, 장애정도를 고려하여 장애아동의 보호자에게 장애로 인한 추가비용 보전을 위해 지급하는 수당으로, 1999년「장애인복지법」을 전면 개정하면서 보호수당과 함께 도입되었다. 그러나 장애아동수당이 처음 지급되기 시작했던 것은 2002년으로, 처음「장애인복지법」이 시행되고도 3년이 지나서였다.

당시 장애아동수당의 지급대상자는 국민기초생활보장 수급권자인 18세 미만의 1급 중증장애인으로 제한되어 있었으며, 지급액은 월 4만5천원에 불과하여 장애아동을 부양하는데 소요되는 추가비용에 훨씬 미치지 못하였다.

장애아동수당은 2004년 월 5만원, 그리고 2006년 월 7만원으로 인상되었다. 2007년 이전에는 장애수당을 장애아동수당과 함께 추가로 지급하였으나 2007년부터 장애아동수당 수급자에게는 장애수당을 더 이상 지급하지 않는 대신 장애아동수당을 대폭 인상하였다. 지원대상도 기초생활보장 수급자 장애아동에서 차상위계층 장애아동으로 확대하였다.

2019년 현재 장애아동수당은 국민기초생활보장수급자 및 차상위계층의 18세 미만 등록장애인에게 장애로 인한 추가비용을 지원하여 장애아동의 양육환경을 개선하고 장애아동 가구의 생활안정을 도모하기 위하여 지급되고 있다. 또한 장애인이「초·중등교육법」에 의한 고등학교 또는 이에 준하는 특수학교 및 각종 학교에 재학 중인 경우에는 20세 이하까지 수급대상자에 포함된다.

장애아동수당의 지급액은 기초수급 중증장애인이 월 20만원, 기초수급 경증장애인이 월 10만원, 차상위계층 중증장애인이 월 15만원, 차상위계층 경증장애인이 월 10만원이다. 보장시설 수급자에게는 중증장애인 월 7만원, 경증장애인 월 2만원이 지급된다.

● **TABLE 17** 2019년 장애아동수당 급여 수준

구분	생계 또는 의료급여 수급자	주거 또는 교육급여 수급자	차상위	보장시설 수급자 (생계/의료)
중증	월 20만원	월 15만원	월 15만원	월 7만원
경증	월 10만원	월 10만원	월 10만원	월 2만원

주 : 만 18세 미만임
출처 : 보건복지부(2019), 2019 장애인연금사업안내

장애아동수당을 받고 있는 수급자는 2010년 23,057명에서 2011년 23,586명으로 증가하다가 2012년 22,813명으로 감소하기 시작하여 2017년 19,323명으로 줄어들었다. 장애정도 별로 살펴보면, 중증장애아동은 2017년 60.6%를 차지하고 있으며, 경증장애아동은 39.4%였다. 전반적으로 중증장애아동의 비율은 미미하게나마 감소하고 있는 반면 경증장애아동은 상대적으로 증가하고 있는 것으로 나타났다.

● TABLE 18 장애아동수당 수급자 수 및 구성 변화

연도	계	중증				경증			
		소계	기초	차상위	보장시설	소계	기초	차상위	보장시설
2010	23,057	15,442	7,982	4,229	3,231	7,615	4,655	2,079	881
	(100.0)	(67.0)	(34.6)	(18.3)	(14.0)	(33.0)	(20.2)	(9.0)	(3.8)
2011	23,586	15,719	7,833	4,670	3,216	7,867	4,660	2,303	904
	(100.0)	(66.6)	(33.2)	(19.8)	(13.6)	(33.4)	(19.8)	(9.8)	(3.8)
2012	22,813	14,954	7,104	4,664	3,186	7,859	4,437	2,426	996
	(100.0)	(65.6)	(31.1)	(20.4)	(14.0)	(34.4)	(19.4)	(10.6)	(4.4)
2013	21,777	14,057	6,782	4,677	2,598	7,720	4,390	2,450	880
	(100.0)	(64.5)	(31.1)	(21.5)	(11.9)	(35.5)	(20.2)	(11.3)	(4.0)
2014	21,121	13,585	6,511	4,158	2,916	7,536	4,307	2,230	999
	(100.0)	(64.3)	(30.8)	(19.7)	(13.8)	(35.7)	(20.4)	(10.6)	(4.7)
2015	20,464	12,883	6,466	3,675	2,742	7,581	4,527	2,006	1,048
	(100.0)	(63.0)	(31.6)	(18.0)	(13.4)	(37.0)	(22.1)	(9.8)	(5.1)
2016	19,934	12,365	6,197	3,668	2,500	7,569	4,455	2,103	1,011
	(100.0)	(62.0)	(31.1)	(18.4)	(12.5)	(38.0)	(22.3)	(10.5)	(5.1)
2017	19,323	11,713	5,844	3,636	2,233	7,610	4,359	2,224	1,027
	(100.0)	(60.6)	(30.2)	(18.8)	(11.6)	(39.4)	(22.6)	(11.5)	(5.3)

출처 : 보건복지부, 2018 보건복지통계연보 (단위 : 명, %)

5) 장애연금

장애연금은 국민연금 중 장애인을 위한 연금으로, 국민연금 가입자가 가입 중에 발생한 질병 또는 부상으로 인하여 완치 후에도 신체 또는 정신상의 장애로 인해 노동능력이 상실 또는 감소된 경우에 생계 안정을 위해 지급되는 급여로 장애 정도(장애등급 1~4급)에 따라 지급된다. 가입기간 중 산업재해가 아닌 다른 이유로 장애를 입은 경우에 지급하며, 산업재해로 장애를 입은 경우에는 산업재해보상보험으로 처리된다. 장애연금은 장애가 존속하는 동안 계속 지급된다.

장애연금은 장애연금과 장애일시보상금으로 나뉘는데, 장애연금은 장애등급 1~3급에 해당하는 장애를 당한 경우에 지급한다. 장애등급에 따라 기본연금액의 100%, 80%, 60%를 지급하게 된다. 장애일시보상금은 장애등급 4급(국민연금법상)에 해당하는 장애를 입은 경우에 지급한다. 또한 수급권자에 의하여 생계를 유지하던 배우자, 자녀(18세 미만 또는 장애 2급 이상) 또는 부모

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

(60세 이상 또는 장애 2급 이상, 배우자의 부모 포함)가 있는 경우에 가족수당 성격의 부가급여로 가급연금을 지급한다.

장애연금의 급여액은 40년 가입 시 이전 소득의 60%에 해당하는 금액으로, 장애연금 수준은 상당히 낮은 편이다. 기본연금액의 소득대체율은 1988~1998년 70%였으나 1999~2007년에는 60%, 2008년에는 50%이며, 이후 2027년까지 매년 0.5%씩 감소하여 2028년 이후에는 40%로 줄어들게 된다.

국민연금의 장애등급은 보건복지부의 장애인등록에 따른 장애등급과는 상이하다. 장애인등록에서 장애등급은 1~6급으로 되어 있으나, 국민연금에서 장애등급은 1~4급으로 되어 있다. 국민연금의 장애등급을 결정하기 위한 장애심사는 국민연금관리공단이 행하고 있으며, 심사를 위하여 공단은 전문과목별로 자문의사를 위촉하고 있다.

장애연금의 수급자 수[22]는 2005년 54,467명에서 2010년 76,280명까지 증가하였다가 2017년에는 75,786명으로 점점 줄어드는 것으로 나타났다. 이에 따라 전체 등록장애인 중 장애연금 수급자의 비율인 장애연금 수급률은 2005년 3.04%에서 2008년 3.21%까지 지속적으로 높아지는 경향을 보이다가 2009년에는 3.07%로 떨어지기 시작하여 2017년에는 2.97%로 감소하고 있다. 동 결과를 보면, 장애인 중에서 장애연금 수급자의 비율은 매우 낮아 장애연금이 장애인의 소득보장에서 차지하는 비중은 상당히 낮은 편이라 할 수 있다.

22 장애일시보상금 수급자(4급)를 제외한 장애연금 수급자(1~3급)의 수이다.

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

● TABLE 19 장애연금 수급률 변화

연도	장애연금 수급률	등록장애인수	장애연금 수급자수
2005	3.04	1,789,443	54,467
2006	3.14	1,967,326	61,762
2007	3.19	2,104,889	67,091
2008	3.21	2,246,965	72,166
2009	3.07	2,427,993	74,535
2010	3.03	2,517,312	76,280
2011	3.01	2,519,241	75,895
2012	3.02	2,511,159	75,934
2013	3.00	2,501,112	75,041
2014	3.02	2,494,460	75,387
2015	3.04	2,490,406	75,688
2016	3.01	2,511,051	75,497
2017	2.97	2,545,637	75,486

출처 : 보건복지부(2018), 2018 보건복지통계연보/각 연도 등록장애인 현황에서 재구성 (단위 : %, 명)

다음으로 장애정도 별 장애연금 수급자의 비율을 비교해 보면, 1급의 비율은 점차 감소하는 반면에 3급의 비율은 증가하고 있는 추세를 보이고 있다. 1급의 비율을 보면, 2005년 15.5%, 2006년 및 2007년 14.9%, 2008년 14.7%, 2009년 14.5%, 2010년 14.4%에 이르기까지 지속적으로 감소하는 경향을 보였으나 2011년부터는 다시 증가하기 시작하여 2015년에는 15.1%, 2018년 17.0%를 나타냈다.

● TABLE 20 장애등급별 장애연금 수급 비율

연도	장애 1급	장애 2급	장애 3급	평균
2005	15.5	36.2	48.2	100.0
2006	14.9	35.4	49.7	100.0
2007	14.9	34.3	50.8	100.0
2008	14.7	33.5	51.8	100.0
2009	14.5	32.6	53.0	100.0
2010	14.4	33.0	52.6	100.0
2011	14.8	33.2	52.0	100.0
2012	14.9	33.5	51.7	100.0
2013	15.0	33.7	51.2	100.0

연도	장애 1급	장애 2급	장애 3급	평균
2014	15.1	34.2	50.8	100.0
2015	15.1	34.5	50.5	100.0
2016	15.4	35.5	49.0	100.0
2017	16.0	36.5	47.5	100.0
2018	17.0	36.6	46.4	100.0

출처 : 국민연금연구원. 각 연도 국민연금통계연보에서 재구성 (단위 : %)

4. 전망과 과제

2019년 장애인소득보장제도의 화두는 2019년 7월 장애등급제 단계적 폐지에 따른 장애인연금의 자격기준에 관한 부분이다.[23] 장애인연금은 중증장애인의 경제활동 어려움과 국민연금 등의 사회보장제도의 사각지대를 해소하기 위해 도입된 제도로서, 중증장애인의 근로능력상실에 대한 최저생활을 보장하는 목적을 가지고 있다.

그러나 현 장애인연금제도는 장애인연금의 목적과 대상자 선정기준 간 불일치가 나타나고 있다. 즉 장애인연금의 장애대상자는 근로능력의 감소로 인해 경제활동이 어려운 자이다. 그러나 장애인연금 대상자는 소득 이외에 손상 중심 접근법(impairment-based approach)에 기반하여 1~2급, 3급 중복장애(3급 주 장애)가 대상자이다. 다시 말하면 장애인연금 자격기준인 장애등급은 '손상(해부학적 기준, 질환) = 근로능력상실'로 근로능력을 판단하고 있어, 근로하는데 필요한 활동에 대한 기능적 영향력과 소득활동 능력 상실 등을 판단하지 못하고 있다.

이러한 장애인연금제도의 구조적 문제점 이외에도 장애계는 장애등급제 폐지와 함께 1~3등급으로의 장애인연금 대상자 확대를 요구하고 있다. 2022년까지 정부의 장애인연금제도 개편방안 마련될 때까지는 중복 3급, 3급 이든 장애 때문에 직업이 없고 소득이 없는 자들은 빈곤에 허덕일 수밖에 없기 때문이라는 논조이다.

이에 정부는 2018년부터 장애인연금 대상자 선정기준에 관한 도구개발('18~'19), 모의적용('20~'21), 시행('22) 등을 진행 및 계획하고 있다. 사실 장애인연금제도는 장애인에 대한 노동시장의 구조적인 개편 및 차별 등이 사라지지 않고서는 중증장애인의 경제활동참여 어려움에 대한 소득보

23 2019년 7월부터 '장애등급'을 '장애정도'로 개정하여, 6등급의 세분화 된 구분에서 장애의 정도가 심한 장애인(1~3급), 그렇지 않은 장애인(4~6급)으로 단순화하였다(보건복지부, 한국장애인개발원, 2019). 장애인연금은 단계로 필요한 사람에게 필요한 지원을 위해 소득 및 고용지원에 적합한 기준을 마련하여 단계적으로 2022년까지 개편할 계획이다(보건복지부 · 한국장애인개발원, 2019).

전을 할 수 밖에 없다.

따라서 장애인연금제도의 목적에 따라 근로능력평가를 타당하게 구축할 필요가 있다. 질환 중심이 아닌 어떠한 기능을 포함하는 활동에 대한 자신의 기능적 영향력과 어떠한 활동에서의 어려움, 보조기기를 활용한 기능과 일상생활에서 도움여부에 따라 활동할 수 있는 능력 등의 환경적 맥락 들을 고려한 도구이어야 한다. 특히 단계적으로 중증장애인(3급)에서 근로능력이 없는 대상자들에게 확대가 이루어질 필요가 있다.

한편 장애인연금의 부가급여 및 장애수당에 대한 확대와 더불어 현물서비스 지원이 필요한 현실이다. 현재 장애수당과 장애인연금의 부가급여 등은 저소득 중증장애인과 저소득 경증장애인, 저소득 장애아동가구에 지원되고 있다. 장애인이라면 누구나 장애를 이유로 추가비용이 발생하는 것으로, 빈곤층 장애인에게만 추가비용을 지원하는 것은 타당하지 않다. 따라서 저소득층 장애인에서 점차 모든 장애인으로 대상자 확대가 필요하다.

특히 장애아동가구의 지급액은 2007년부터 2019년 현재까지 기초수급 중증장애인은 월 20만원, 기초수급 경증장애인 월 10만원, 차상위계층 중증장애인은 월 15만원, 차상위계층 중증장애인은 월10만원이 유지되고 있다. 장애로 인한 추가비용을 현금으로 추가 지원하도록 하며, 장애로 인해 추가적으로 들어가는 교육비, 그리고 돌봄으로 인한 부모들의 소득활동 제약에 대한 기회비용을 현물서비스(돌봄, 시간제 돌봄 등)를 통해 장애로 인한 추가지출 보전 및 일상생활 지원을 사회서비스로 지원하여 결과적으로 경제적인 결핍을 감소시켜야 할 것이다.

같은 맥락에서 국민기초생활보장수급가구의 경우, 장애로 인한 추가비용을 소득에서 공제할 필요가 있다. 즉 장애인가구는 장애로 인한 추가비용 때문에 실질적인 가구소득은 추가비용만큼 비장애인보다 낮지만 이는 고려되지 않는다(이선우, 2016). 이로 인해 국민기초생활보장수급자에서 탈락될 가능성이 높다. 따라서 소득인정액 산출 시, 장애로 인한 추가비용(공적지원을 고려한 추가비용)을 장애가구 특성에 따른 지출 요인으로 산정될 필요가 있다. 현재는 만성질환 등의 치료 · 요양 · 재활로 인하여 3개월 이상 지속적으로 지출하는 의료비 등이 가능하나, 장애로 인해 지속적 또는 간헐적으로 일어날 수 있는 의료비 등은 제외되어 있다. 2017년 장애인 실태조사에 따르면, 장애로 인한 추가비용은 월평균 16만 5,100원이다. 장애유형마다 추가비용의 차이가 있으나, 실태조사에 따른 결과를 활용하여 동 금액 수준을 공제하는 방안을 제안할 수 있다.

국민연금의 장애연금의 가장 큰 문제는 장애연금 수급자 비율이 낮다는 것이다. 장애연금 수급자 비율이 낮은 원인은 제도의 성숙시기 때문일 수도 있지만, 장애연금의 판정기준이 엄격하여 수급대상 선정이 어렵기 때문일 수 있다. 실제로 장애연금의 장애판정기준이 직업수행능력이나 소득활동능력이 현저히 떨어지지만 기능 손상 면에서는 경미하여 장애로 인정받지 못하는 경우가 발생

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

할 수 있다(권문일, 2005; 정재은, 2012). 따라서 의학적 측면에서 장애 범주에 포함되지 않더라도 소득활동능력이나 직업수행능력이 현저히 떨어지는 경우에는 장애연금의 수급자로 포함시키도록 해야 한다.

뿐만 아니라 장애연금의 평균급여수준이 매우 낮은 부분도 개선이 필요하다. 즉 우리나라 국민연금의 장애연금은 생애평균소득과 기여기간을 고려하여 급여액을 산정한다는 점에서 다른 국가와 유사하지만, 기여기간이 매우 짧을 경우 기여기간으로 간주해 주는 기간이 일률적으로 20년으로 서구국가들에 비해 매우 짧다. 그 결과 20년 미만 가입한 평균 소득자의 경우 장애연금의 급여수준은 장애발생 이전 소득의 18~30%에 불과하여 국제노동기구의 최저수준에 크게 못 미치고 있다(정재은, 2012). 따라서 첫째, 장애연금 급여액을 높여서 장애인의 생활을 향상시키기 위해 장애를 당한 근로자에게 가입기간으로 의제해주는 기간을 현재 20년에서 30년으로 상향조정하는 방안이 있다. 그렇게 되면 전체 장애연금 수급자의 평균 연금액이 크게 향상되는 효과를 얻을 수 있다(이용하 · 김원섭 · 신경혜, 2010; 이선우, 2016).

둘째, 장애연금은 국민연금 가입 중에 발생한 장애이어야만 대상자로 선정될 수 있다. 그러나 국민연금 가입 중에 장애가 발생하였다고 하더라도 장애의 원인이 된 질병 또는 부상이 국민연금의 가입 중에 발생하지 않는 경우에는 장애연금의 수급권자가 될 수 없다. 즉 국민연금제도 가입 이전에 질병이나 부상으로 등록장애인으로 등록하고, 이후 소득활동을 하여 국민연금제도의 적용대상이 되어 5~10년 정도 보험료를 납부하다가 동일 부분에 장애가 악화되어 소득활동을 할 수 없게 된 경우에는 장애연금 수급권이 부여되지 않을 가능성이 높다. 국민연금의 장애연금은 경제활동을 하는 중에 질병이나 부상으로 인한 소득 감소부분을 보전함으로써 자신과 가족의 안정된 생활을 보장하는 급여이다. 그러나 경제활동 전에 장애가 발생하고, 그 장애가 경제활동 중에 더 악화되어 경제활동을 할 수 없는 경우에 대한 제도적 사각지대가 고스란히 남아있다. 따라서 가입 중의 질병이냐 아니냐의 문제가 아니라 그 질병으로 장애에 발생하여 근로자의 소득감소나 소득상실이 어느 정도 있느냐에 초점을 맞추어 종전의 비슷한 수준의 생활을 유지할 수 있는 제도적 개편이 필요한 현실이다.

참고문헌

국민연금연구원(각년도). 국민연금통계연보.

국가인권위원회(2007). 장애인권리협약 해설집.

보건복지부(각년도). 보건복지통계연보.

보건복지부(2017) 보도자료.

보건복지부(2019) 보도자료.

보건복지부(각년도). 장애인연금사업안내.

보건복지부 · 한국장애인개발원(2019). 장애등급제 폐지 시행을 위한 장애인단체 토론회.

서정희(2008). 시민권 담론의 두 얼굴 – Marshall의 사회적 시민권에 대한 재해석을 중심으로, 사회복지연구, 한국사회복지연구회, 39, 147-165.

이용하 · 정인영 · 성혜영 · 유현경(2014). 장애인 소득보장체계의 국제비교연구.

이용하 · 김원섭 · 신경혜(2010). 국민연금의 장애연금제도 개선방안 연구. 국민연금연구원.

정재은(2012). 장애인의 소득보장에 관한 연구. 고려대학교 대학원 법학과 석사학위논문.

한국장애인개발원(2017). 2017 장애인백서.

한국보건사회연구원(2017). 장애인실태조사.

한국장애인개발원(2018). 장애통계연보.

Levitas, R., Pantazis, C., Fahmy, E., Gordon, D., Lloyd, E. and D. Patsios(2007). The Multi Dimensional Analysis of Social Exclusion, A Research Report for the Social Exclusion Task Force.

Room, G.(1995). Poverty and social exclusion : The New European agenda for policy and research. In G. Room (Ed.), Beyond the threshold : The measurement and analysis of social exclusion, 10-28, Bristol : Policy Press.

WHO(2016). ICF 국제 기능 · 장애 · 건강분류 번역본.

Yeo. R., & Moore. K.(2003), Including Disabled People in Poverty Reduction Work: "Nothing About Us, Without Us", World Development, 31(3), 571 - 590.

02
장애인 직업재활*

1. 개요

장애인 직업재활은 1955년 국제노동기구(ILO) “직업재활에 관한 권고(제99호)”에 의해 처음 언급되었으며, ‘직업상담, 직업훈련, 직업능력평가, 직업적응훈련, 보호고용에의 취업지도, 정착지도, 사후보호 등의 서비스를 포함한 연속적이고 협력적인 재활과정의 일부로 장애인의 적절한 고용을 확보하고 유지할 수 있도록 돕는 것’으로 정의되고 있다.

우리나라에서 직업재활이 처음 시작된 계기는 1981년 「심신장애자복지법」 제11조(고용의 촉진)를 통해 1982년 한국장애인재활협회에서 ‘장애인 취업알선’ 업무를 개시하면서 부터이다. 또한 「장애인고용촉진 및 직업재활법」에서도 직업재활을 규정하고 있는데, 동 법에서는 ‘직업지도, 직업적응훈련, 직업능력개발훈련, 취업 후 적응지도 등을 통하여 장애인이 타인에게 의존하지 않고 독립하여 살아갈 수 있도록 서비스를 제공하는 것’으로 규정하고 있다.

직업재활의 정의를 종합해보면, 장애인 직업재활은 장애인이 상담, 평가, 훈련, 취업알선 등 일련의 과정을 거쳐 직업을 갖게 하고, 그 직업을 안정적이고 지속적으로 유지할 수 있도록 지원하는 서비스를 의미하며, 직업재활의 궁극적 목표는 직업을 통한 사회통합과 자립생활 영위에 있다고 할 수 있을 것이다. 장애인에게 있어 직업이 갖는 의미는 생계수단이자 자아실현을 넘어서 완전한 자립생활을 통한 사회통합에 있어 장애인의 직업재활은 재활의 전 과정을 통틀어 가장 중요하고 핵심적인 영역이라 할 수 있을 것이다.

* 이혜경 (한국장애인개발원 정책연구실 연구개발팀장)

우리 정부는 장애인의 직업재활을 위한 정책과 여러 가지 사업들을 추진하고 있으며, 본 절에서는 장애인 직업재활 사업과 지원 정책에 대하여 알아보고 향후 추진 과제에 대하여 살펴보고자 한다.

2. 장애인의 직업적 특성

우리사회는 장애인에 대한 사회적 배려나 이해, 인식의 부족으로 장애인이 비장애인에 비해 일상생활이나 직업생활 등에서 차별을 받거나 경제적으로는 비장애인에 비해 상대적으로 낮은 수준에 머무르고 있다.

최근의 한 통계(2018년 장애통계연보)에 따르면, 장애인의 고용율은 36.5%로 전체인구 고용율인 61.3%에 비해 24.8%포인트 낮은 것으로 나타나고 있다. 취업을 한 장애인의 경우에도 비장애인과의 차이가 나타나고 있는데, 임금근로자의 평균임금은 장애인의 경우 109만원, 전체 인구 242만원으로 장애인의 평균임금은 비장애인의 절반수준으로 나타나고 있다. 또한 장애인 취업자(임금근로자)의 경우 약 3분의 1이상(38.6%)은 단순노무종사자이고, 사무종사자(15.9%), 장치, 기계조작 및 조립 종사자(14.0%)에 주로 근무하는 것으로 나타났다. 반면, 전체인구 취업자는 전문가 및 관련 종사자(20.4%), 사무 종사자(17.3%), 단순노무 종사자(13.4%)로 나타나 장애인 취업자와는 다른 특성을 보이고 있어 장애인과 비장애인의 직업적, 경제적 상황에서의 차이를 확인할 수 있다.

특히 장애인취업자 중에서도 중증장애인의 경우에는 취업자 비율이 16.8%로 경증장애인 취업자 비율인 83.2%의 약 5분의 1수준으로 상당한 차이가 있음을 알 수 있다. 결국 중증장애인이 경증장애인에 비해 직업을 갖고 사회에 통합되는데 더 큰 어려움을 겪고 있는 것을 알 수 있어, 이러한 중증장애인들에게 직업재활은 꼭 필요한 재활의 과정이라 할 수 있다.

● TABLE 01 장애정도별 취업 인구 및 취업률

구분	15세 이상 인구	경제활동인구			비경제 활동인구	경제활동 참가율	실업률	인구대비 취업자 비율
		계	취업	실업				
남성	1,424,442	705,002	666,078	38,924	719,440	49.5	5.5	46.8
여성	1,035,638	248,006	232,297	15,609	787,632	23.9	6.3	22.4
합계	2,460,080	953,008	898,475	54,533	1,507,202	38.7	5.7	36.5

출처 : 조윤화 외(2018). 2018년 장애통계연보 (단위 : 명, %)

또한 2017년 장애인실태조사에 따르면, 장애를 갖게 된 후 직업훈련 경험 여부에 대한 조사결과 훈련을 받은 장애인의 4.5%에 불과하여 거의 대부분의 장애인이 장애를 갖게 된 이후 직업을 갖기 위한 훈련이나 관련 서비스를 받지 못한 것을 알 수 있다. 이와 관련하여 국가에서 장애인 직업재활을 위해 가장 먼저 해야 할 일에 대한 질문에는 직업능력 개발(19.8%), 취업정보 제공(18.5%), 임금보조(18.3%), 장애인에 대한 인식개선 활동(15.2%), 취업상담・평가・알선(10.8%) 등의 순으로 응답하였다. 동일한 질문에 대해 장애유형별 응답에 차이가 나타났는데, 중증장애인에 해당하는 지적장애인, 정신장애인, 뇌병변장애인의 경우에는 직업능력 개발이 가장 높게 나타났으며, 자폐성 장애인의 경우에는 장애인에 대한 인식개선 활동이 높게 나타나 장애유형별 직업재활에 대한 욕구나 필요지원에 대해 차이가 있음을 알 수 있다.

결과적으로 장애인의 직업재활은 중증장애인을 대상으로 임금을 받는 취업자로서 살아갈 수 있도록 다양한 서비스와 지원을 제공해야 할 필요가 있다.

3. 장애인 직업재활 사업 현황

우리 정부의 장애인 직업재활 사업을 경증장애인 보다는 상대적으로 직업을 갖기 힘든 중증장애인을 중심으로 관련 서비스가 제공되고 사업이 추진되고 있으며, 보건복지부 중심으로 추진되고 있는 대표적인 장애인 직업재활 사업을 소개한다.

1) 중증장애인직업재활지원사업

중증장애인직업재활지원사업은 중증장애인의 직업재활을 통해 자립기반 마련 및 사회참여를 증진하고 사각지대 없는 촘촘한 직업재활서비스를 제공하기 위하여, 지역사회 내 직업재활사업수행기관을 지정하고 장애인의 생애주기에 따른 전문적이고 체계적인 직업재활서비스를 지원하는 사업으로, 「장애인복지법」 제21조에 근거하여 추진되고 있다. 중증장애인직업재활지원사업은 진단・평가, 교육・훈련 및 자립지원정책 등의 차원에서 접근하는 명실상부한 종합적인 직업재활서비스를 제공함으로써 중증장애인의 보호고용 또는 일반노동시장으로 취업을 지원하고 이를 통하여 사회적·경제적 활동에 동등한 사회구성원으로 자리매김하는데 목적이 있다.

동 사업은 중증장애인의 자립기반 마련을 위해 2000년부터 고용노동부 기금사업으로 시작되었다가 2007년 3월 고용노동부에서 보건복지부로 업무가 이관되며, 당해 11월부터 한국장애인

개발원이 총괄사업수행기관으로 지정되었다.

사업의 주요내용은 크게 일반사업수행기관 지원과 특화서비스 제공기관 지원의 두 사업으로 구분할 수 있다.

우선 일반사업수행기관 지원은 장애인의 직업재활 지원을 위해 장애인복지관, 장애인단체, 장애인직업재활시설을 통해 직업지도, 직업능력평가, 직업적응훈련, 현장중심직업훈련, 취업알선, 취업 후 적응지원을 수행할 수 있도록 지원하고 관리하는 사업이다.

● TABLE 02 일반사업수행기관 지원 사업 내용

구분	주요내용
직업지도	장애인에게 직업 관련 초기면접 및 직업 상담을 바탕으로 한 개별화된 재활계획 작성, 고용정보의 제공, 직종개발을 통해 취업이 가능하도록 지원
직업능력평가	장애인의 개별능력 및 특성 등 다양한 측면에 대한 평가를 통해 직업능력 유무 파악, 적합 직종 개발 및 직업재활서비스의 기본 방향 안내
직업적응훈련	장애인이 직업 환경이나 직무에 적응하는데 직접적 혹은 간접적으로 연관된 훈련을 실시하여 장애인의 구직이나 직업안정에 기여
현장중심직업훈련	중증장애인을 대상으로 사업체 현장에서 직무지원인의 지원을 받아 직업 훈련을 실시하며 사회적·직무기술 능력 함양 기여
취업알선	장애인에게 적절한 취업을 알선(지원고용, 일반고용, 보호고용)
취업 후 적응 지원	직업배치를 하고, 취업 후 직업유지를 위하여 작업환경에 필요한 지도 실시

일반사업수행기관 지원의 또 다른 사업은 '현장중심직업재활센터' 지원으로, 이는 직업재활서비스 기관 및 시설이 아닌 실제 근무하는 사업체 현장에서 전환기 장애청소년 및 미취업 성인을 대상으로 직무훈련을 실시, 이를 통해 중증장애인의 취업률을 제고하고 취업유지율을 높이기 위한 사업이다.

이 외에 수행기관 전문인력교육, 직업재활조사연구 사업, 수행기관 평가 등의 사업이 일반사업수행기관 지원에 포함된다.

특화서비스 제공기관 지원은 공공·민간기관 연계 중증장애인 신규일자리 창출사업인 '카페 I got everything' 운영사업, 직업재활 컨설팅 지원사업, 지역사회 직업재활 네트워크지원사업이 포함된다.

'카페 I got everything' 운영사업은 중증장애인의 자립기반 마련과 사회참여 기회확대를 위해 중증장애인 일자리 창출을 목적으로 운영하는 카페 설치를 지원하고, 장애인 직업재활 수행기관의 전문 인프라를 통해 카페를 운영하는 사업으로 2016년부터 시작되어, 현재(2018년 12월 기준)까지 전국에 34개소가 운영되고 있다.

직업재활 컨설팅 지원사업은 중증장애인직업재활지원사업 수행기관을 대상으로 컨설팅이 필요한 기관에 전문 컨설팅을 받을 수 있도록 지원함으로써 기관역량강화 및 직업재활서비스 질 제고에 기여하고 있다.

지역사회 직업재활 네트워크사업은 장애인복지관, 장애인복지단체, 장애인직업재활시설을 대상으로 중증장애인직업재활지원사업의 활성화를 위해 직업재활서비스 기관 간 상호교류 강화와 권역별 · 유형별 특성을 반영한 네트워크를 구축하여 맞춤형 신규서비스 창출과 정책적 모델을 제시하는 사업이다.

직업지도, 직업적응훈련, 취업알선 및 취업 후 적응지원을 주기능으로 하는 직업재활센터는 33개소, 직업상담 및 직업평가를 주기능으로 하는 직업평가센터는 6개소, 직업적응훈련을 주기능으로 하는 직업재활시설 73개소, 직업지도, 취업지원 및 취업 후 적응지원을 주기능으로 하는 장애인단체 30개소가 있으며, 직업지도, 직업적응훈련, 지원고용, 취업알선 및 취업 후 적응지원, 직업능력개발훈련을 수행하는 직업재활프로그램 수행기관 3개소, 직업지도, 현장중심적응훈련, 취업알선 및 취업 후 적응지원을 수행하는 현장중심직업재활센터 20개소, 중증장애인 취업을 위한 신규일자리 창출사업 수행기관이 37개소가 운영되고 있다(http://vr.koddi.or.kr).

2) 장애인일자리사업

장애인일자리사업은 취업 취약계층인 장애인에게 일자리 제공을 통한 사회참여 확대 및 소득보장을 지원하고, 장애유형별 맞춤형 신규 일자리 발굴 및 보급을 통한 장애인일자리를 확대하고, 근로연계를 통한 장애인복지 실현 및 자립생활 활성화를 목적으로 「장애인복지법」 제21조 및 동법 시행령 제13조의2에 근거하여 추진되는 사업이다.

장애인일자리사업은 중증장애인의 소득보장과 사회참여 확대를 위해 2006년 논의된 'Able 2010 프로젝트'로부터 시작되었으며, 2007년부터 한국장애인개발원이 수행하고 있다.

사업의 대상은 만18세 이상의 「장애인복지법」상의 등록장애인이며, 특수교육 - 복지연계형 일자리는 특수교육기관 전공과 재학생을 대상으로, 시각장애인안마사파견사업은 만18세 이상의 안마사 자격인증을 받은 자, 발달장애인 요양보호사 보조일자리는 만18세 이상 「장애인복지법」상의 지적장애인과 자폐성장애인이다.

장애인일자리사업 유형은 크게 일반형일자리(전일제/시간제), 복지일자리(참여형/특수교육-복지연계형), 특화형일자리(시각장애인안마사파견사업/발달장애인 요양보호사 보조일자리)로 구분된다.

일반형일자리는 장애인의 일반노동시장으로 전이를 위한 실무능력 습득을 지원하고, 일정기간 소득을 보장하는 일자리로 행정도우미, 전담지원 행정도우미, 복지서비스 지원요원 등의 직무로 구분된다. 또한 주5일(40시간) 근무하는 전일제 일자리와 주20시간을 근무하는 시간제 일자리가 있어 참여자가 가능한 일자리를 선택하여 지원할 수 있다.

복지형일자리(참여형)는 취업이 어려운 장애인에게 장애유형별 다양한 일자리를 개발 · 보급하여 직업생활 및 사회생활 확대를 위한 직업 경험을 지원하는 일자리이다. 현재 사무보조, 도서관 사서보조, 우편물분류, 보육보조, 문서파기, 홀몸어르신안부확인, 사회서비스사업모니터링, 실버케어, 디앤디케어, 호텔객실관리, 주차단속보조, 기부물품관리, 린넨실보조, 급식보조, 은행서비스안내, 어린이 동화 구연, 환경정리, 버스청결관리, 캠핑장운영보조, 재래시장관리보조, 농림어업관련 업무, 교통약자셔틀버스승하차보조, 건강검진센터 보조, 대형서점도서정리, 스포츠이용시설안내, 반려동물돌봄, 장난감세척, 대형마트 매장정리 및 상품관리, 공공자전거 세척, 인식개선교육 보조강사, 이동보조기기 분해세척 및 소독, 템플스테이 업무 보조 등 32개의 직무유형이 있다.

복지일자리(특수교육-복지연계형)는 당해 연도 기준 특수교육기관 전공과 재학생을 대상으로, 복지일자리사업과 특수교육, 중증장애인직업재활의 연계를 통하여 취업의 사각지대에 있는 장애학생에게 맞춤형 직업경험을 지원하는 일자리이다. 주14시간 이내(월 56시간) 근무하며, 직무유형은 일반형 복지일자리와 동일하다.

특화형일자리(시각장애인안마사 파견사업)는 만 18세 이상 「장애인복지법」상 등록 시각장애인 중 「의료법」 제82조 및 「안마사에 관한 규칙」 제3조에 의거한 안마사 자격인증을 받은 자가 노인복지관, 경로당 등을 이용하는 어르신들에게 양질의 안마서비스를 제공하는 일자리로 주5일(25시간) 근무하는 일자리이다.

특화형일자리 중 발달장애인 요양보호사 보조일자리는 만 18세 이상 장애인복지법상 등록 지적장애인 및 자폐성장애인을 요양보호사의 전반적인 업무를 지원하는 일자리(식사지원, 실내 · 외 보행 및 이동지원 등)에 배치하여 직무능력 습득 및 일자리 경험을 제공하는 일자리로, 주5일(25시간) 근무하는 일자리이다.

장애인일자리사업의 유형별 운영 및 지원현황은 다음과 같다.

● TABLE 03 2019년 장애인일자리사업 유형별 운영 및 지원현황

구분		사업 기간	근로시간		지원액(천원)		지원인원	국고 보조율
					인건비	운영비		
일반형 일자리	전일제	12개월	1~11월	주 5일 (40시간)	1,745	175 (1인/월)	5,446명	서울 30% 지방 50%
			12월	주 5일 (38시간)	1,636.6			
	시간제		1~11월	주 20시간	872.5	88 (1인/월)	1,825명	
			12월	주 19시간	826.6			
복지 일자리	참여형	12개월	주 14시간 이내 (월56시간)		467.6	20 (1인/월)	11,244명	서울 30% 지방 50%
	특수교육-복지연계형							
특화형 일자리	시각장애인 안마사 파견사업	12개월	1~11월	주 5일 (25시간)	1,133.7	118 (1인/월)	760명	전체 80%
			12월	주 5일 (23.5시간)	1,045.5			
	발달장애인 요양보호사 보조일자리	12개월	1~11월	주 5일 (25시간)	1,093.8	142.8 (1인/월)	577명	서울 30% 지방 50%
			12월	주 5일 (23.5시간)	1,027			

출처 : 보건복지부(2019), 2019 장애인복지사업안내 제VII권

사업은 보건복지부 - 한국장애인개발원 - 광역자치단체(시 · 도), 사업수행기관(시 · 군 · 구 및 민간위탁사업수행기관)의 체계로 이루어지고 있으며, 아래 [그림 1]과 같다.

보건복지부	• 장애인일자리사업 정책 및 종합계획 수립 • 사업 예산 지원 • 사업 운영 지도 및 관리 감독 총괄 • 장애인일자리 관련 법령 및 제도 개선 등
한국장애인개발원 (장애인일자리 전문관리체계 구축사업)	• 장애인일자리사업 수행기관 관리 및 지원 총괄 • 장애 유형별 적합 일자리 및 배치기관 개발 • 장애인일자리사업 수행실적 관리 및 분석(전산시스템 운영) • 장애인일자리 관련 연구 및 조사 • 장애인일자리사업 담당자 교육 지원 • 장애인일자리사업 참여자 일자리 전이 지원 등
광역 자치단체 (시 · 도)	• 사업 추진 계획 수립 및 예산 지원 • 사업수행기관 (시 · 군 · 구)지원 및 관리 • 사업수행기관 지도 점검 및 평가 • 사업 관련실적 취합, 진행 및 결과보고 (시 · 도->보건복지부/한국장애인개발원) • 지역특화 장애인일자리 및 배치기관 개발 등
사업 수행기관 (시 · 군 · 구 및 민간위탁 사업 수행기관)	• 사업 수행 또는 사업 위탁(민간 수행기관)및 관리 • 참여자 모집 및 선발, 교육 및 직무 배치, 지역지원 연계등 장애인일자리 사업 진행 • 사업실적 및 급여등록(전산시스템), 진행 및 결과보고(민간수행기관->시 · 군 · 구->시 · 도) • 지역특화 장애인일자리 및 배치기관 개발 • 장애인일자리사업 참여자 일자리 전이 지원 • 배치기관 담당자 및 참여자 만족도 등

[그림 1] 장애인일자리사업 추진체계

출처 : 중증장애인직업재활 통합관리 시스템 (http://vr.koddi.or.kr)

3) 보호고용 사업

우리나라 보호고용 사업의 대표적인 것은 장애인직업재활시설(이하 '직업재활시설'이라 함)이라 할 수 있으며, 직업재활시설은 고용이 어려운 중증장애인에게 일거리를 제공하거나 일할 기회를 가질 수 있도록 직업재활 서비스를 제공하는 곳이다. 또한 직업재활시설은 중증장애인에게 일할 기회를 제공함과 동시에 사회적 참여의 기회를 제공하여, 삶의 의미를 가지게 하는 기능을 하고 있어 중증장애인들에게는 직업을 가짐으로써 독립적 생활을 가능하게 하는 의미를 제공하고 있어 우

리 사회에서는 중증장애인의 사회참여와 고용에 있어 중요한 기능을 하고 있다.

2018년 12월 말 전국에 651개소가 설치 · 운영되고 있으며, 직업재활시설을 이용하는 장애인의 수는 18,205명으로 15세 이상 경제활동인구(953,008명)의 약 1.9%만이 이용하고 있으며, 이용 장애인의 96%(17,490명)는 중증장애인으로, 직업재활시설이 특히 고용이 어려운 중증장애인에게 일자리를 제공하는 중요한 기능을 하고 있음을 알 수 있다. 그러나 직업재활시설 수는 현저히 부족하여 경쟁고용으로의 취업이 어려운 중증장애인들에게 충분한 기회를 제공하기 위해서는 직업재활시설이 더욱 확대될 필요가 있다.

직업재활시설의 지역별 분포 현황은 다음 <표 4>와 같으며, 서울 지역에 가장 많은 시설이 설치·운영되고 있으며, 2년 전과 비교해 볼 때, 69개소가 증가되었다. 특히 부산, 인천, 대전, 경기, 경북 지역의 경우 전체 증가율 이상으로 전년에 비해 시설 수가 증가한 것으로 확인되었다.

● TABLE 04 직업재활시설 지역별 현황

구분	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	계
보호작업장	115	36	37	31	19	18	13	4	95	31	21	20	19	18	42	47	7	573
근로사업장	12	2	5	3	4	4	1	0	13	4	1	-	2	2	2	5	3	63
적응훈련시설	5	1	-	-	-	2	-	-	7	-	-	-	-	-	-	-	-	15
계	132	39	42	34	23	24	14	4	115	35	22	20	21	20	44	52	10	651
비율	20.3	6.0	6.5	5.2	3.5	3.7	2.1	0.6	17.7	5.4	3.4	3.1	3.2	3.1	6.7	8.0	1.5	100

출처 : 2018년 장애인직업재활시설 운영현황(2019), 보건복지부 내부자료 (단위 : 개소, %)

직업재활시설을 이용하는 장애인의 수는 지난 5년간 지속적으로 증가하고 있으며, 중증장애인의 비율 역시 지속적으로 90%이상을 유지하고 있다. 직업재활시설 이용장애인이 증가하는 것은 직업재활시설 수 증가에 따른 것이며, 이용장애인 수의 증가와 더불어 중증장애인의 비율도 증가하고 있어, 직업재활시설이 중증장애인에게 순기능을 하고 있는 것으로 볼 수 있다.

● TABLE 05 직업재활시설 이용장애인 현황

구분	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
시설 수	541	560	582	625	651
이용장애인 수 (A)	15,651	16,414	17,131	17,841	18,205
중증장애인 수 (B)	14,689	15,450	16,198	16,861	17,490
중증장애인 비율(B/A*100)	93.9	94.1	94.5	94.5	96.0

출처 : 연도별 장애인직업재활시설 운영현황(2014~2018), 보건복지부 내부자료 (단위 : 개소, 명, %)

또한 직업재활시설을 이용하는 장애인의 장애유형별 현황을 보면, 지적장애인이 13,622명(74.8%)으로 가장 높은 비율을 차지하고 있으며, 자폐성장애인은 1,220명(6.7%)으로 발달장애인 직업재활시설 이용자의 80%이상을 차지하고 있다. 지체장애인은 1,073명(5.9%), 정신장애인 894명(4.9%) 등의 순으로 직업재활시설을 이용하는 비율이 높은 것으로 나타나고 있다.

한편, 직업재활시설은 중증장애인에게 일할 기회를 제공하여 유상적 임금을 제공함으로써 사회적, 경제적으로 독립생활을 가능하도록 지원하는 기능이 있는 바, 직업재활시설에서 임금을 받으며 일을 하는 이용장애인을 근로장애인으로, 직업적응훈련 서비스를 받으며, 훈련의 개념으로 생산활동에 참여하는 이용장애인을 훈련장애인으로 구분하고 있다.

직업재활시설 근로장애인의 월평균 임금은 지역마다의 차이는 있으나 591천원으로 확인되었으며, 근로사업장의 월평균 임금은 997천원인 반면, 보호작업장의 월평균 임금은 401천원으로 두 시설간의 임금차이가 확인되었다. 또한 직업재활시설에서 최저임금 이상을 받는 근로장애인은 2,984명, 최저임금이하의 임금을 받으며 최저임금 적용제외 인가를 받은 근로장애인은 7,961명으로 전체 근로장애인의 69.2%에 이르고 있다. 직업재활시설 유형별 근로장애인의 금액수준별 분포는 다음과 같다.

● TABLE 06 직업재활시설 유형별 근로장애인 임금 분포

구분	월평균 임금	금액수준별 분포						
		10만원 미만	10~30만원 미만	30~50만원 미만	50~70만원 미만	70만원~100만원 미만	100만원 이상	계
근로사업장	997	33	66	262	243	453	1,465	2,522
보호작업장	401	517	3,338	2,575	1,250	665	631	8,976
전체	591	550	3,404	2,837	1,493	1,118	2,096	11,498

출처 : 2018년 장애인직업재활시설 운영현황(2019), 보건복지부 내부자료 (단위 : 천원, 명)

4. 장애인 직업재활 정책 현황

1) 중증장애인생산품 우선구매 제도

우선구매제도는 일반노동시장에 참여하기 어려운 중증장애인들을 고용하는 중증장애인생산품 생산시설에서 만드는 제품, 용역 · 서비스에 대하여 공공기관이 연간 총 구매 액의 1%이상을 의무구매하도록 하여 장애인의 일자리창출과 소득보장을 지원하는 제도로, 「중증장애인생산품 우선구매 특별법」에 의해 제도가 추진되고 있다.

중증장애인생산품이란, 「중증장애인생산품 우선구매 특별법」에 의한 중증장애인생산품 생산시설(이하 '생산시설'이라 함)에서 생산하는 제품, 용역 · 서비스를 의미한다.

생산시설은 「장애인복지법」 제58조제1항제3호에 따른 장애인직업재활시설(장애인근로사업장, 장애인보호작업장), 「장애인복지법」 제63조에 따른 장애인복지단체, 「정신건강증진 및 정신질환자 복지서비스 지원에 관한 법률」 제27조제1항제2호의 재활훈련시설로, 장애인근로자 수가 최소 10명 이상이며, 장애인고용 비율이 70% 이상이며, 중증장애인은 60%이상, 장애인의 생산참여시간은 50%이상 등의 기준을 충족하여 보건복지부 장관이 지정한 시설을 의미한다.

2008년부터 시행되고 있는 「중증장애인생산품 우선구매 특별법」에 의해 생산시설로 지정받은 곳은 매년 꾸준히 증가하여 현재 580개소에 이르고 있다. 연도별 생산시설 유형별 지정현황은 다음 <표 7>과 같다.

● TABLE 07 연도별 중증장애인생산품 생산시설 지정 현황

구분	2008년	2010년	2012년	2014년	2016년	2018년
시설 수 전체	66	196	351	402	492	580
직업재활시설	64	160	265	291	355	432
장애인단체	2	36	86	111	133	142
재활훈련시설	-	-	-		4	6

출처 : 연도별 중증장애인생산품 생산시설 현황(2008~2018), 보건복지부 내부자료 (단위 : 개소)

생산시설의 장애인근로자는 1만 1천여 명이 있으며, 이중 중증장애인은 1만 명으로 약 87%이상을 차지하고 있는 것으로 나타나고 있다. 또한 장애인근로자의 월평균 임금은 728천원이며, 중증장애인근로자의 월평균 임금은 648천원으로 약 89%수준이다. 생산시설 유형별 장애인근로자 임금 수준은 장애인복지단체의 장애인근로자가 1,211천원으로 가장 높으며, 장애인 근로사업장의

장애인근로자가 1,113.8천원, 보호작업장의 장애인근로자가 448.9천원, 정신장애인재활시설 장애인근로자가 403천원을 받고 있다.

● TABLE 08 중증장애인생산품 생산시설 유형별 장애인근로자 현황

구분	직업재활시설		장애인복지단체	정신장애인 재활시설	계
	근로사업장	보호작업장			
장애인근로자 수	2,423	6,864	2,102	74	11,463
장애인근로자 월평균 임금	1,113.8	448.9	1,211	403	728.9
중증장애인 수	2,081	6,490	1,386	72	10,029
중증장애인 월평균 임금	1,061.9	423.9	1,088	411	648

출처 : 보건복지부(2019), 2019년 제1차 중증장애인생산품 우선구매촉진위원회 자료 (단위 : 명, 천원)

또한 중증장애인생산품을 우선구매 해야 하는 적용대상기관은「중소기업제품 구매촉진 및 판로지원에 관한 법률」제2조제2호에 따른 공공기관으로, 국가기관, 지방자치단체, 특별법에 따라 설립된 법인 중 대통령령으로 정하는 자(중소기업중앙회, 농업협동조합중앙회, 수산업협동조합중앙회, 산림조합중앙회, 한국은행, 대한상공회의소),「공공기관의 운영에 관한 법률」제5조에 따른 공기업, 준정부기관 및 기타 공공기관,「지방공기업법」에 따른 지방공사 및 지방공단,「지방의료원의 설립 및 운영에 관한 법률」에 따른 지방의료원이다.

이들 기관은 매년 총 구매 액 1% 이상을 구매해야 하는데 법 시행 8년이 지난 2016년에 구매비율을 1.13% 달성하여, 2018년에는 1.07%를 달성하여 2년 연속 1%를 상회하고 있다(<표 9> 참조).

한편, 2018년 중증장애인생산품 우선구매 적용기관 현황은 <표 10>과 같이, 공기업의 우선구매비율이 가장 높으며, 공공기관(준정부기관 및 공공기관), 국가기관이 법정 구매비율인 1% 이상을 달성하였고, 지방자치단체, 교육청, 특별법에 따라 설립된 법인, 지방의료원은 1% 미만인 것으로 확인되었다.

● TABLE 09 연도별 공공기관 중증장애인생산품 구매 현황

구분	2008년	2010년	2012년	2014년	2016년	2018년
구매금액	1,320	1,902	2,526	3,530	5,312	5,757
구매비율	-	-	0.49	0.91	1.13	1.07

출처 : 보건복지부(2009~2019), 연도별 중증장애인생산품 우선구매촉진위원회 자료(2009~2019) (단위 : 억원, %)

● TABLE 10 2018년 중증장애인생산품 우선구매 적용기관 현황

구분	중앙 정부	지방자치 단체	교육청	특별법에 따라 설립된 법인	공기업	공공 기관	지방 의료원
구매금액	1,117	1,057	510	9	1,656	1,400	8
구매비율	1.18	0.85	0.8	0.37	1.31	1.27	0.34

출처 : 보건복지부(2019), 2019년 제1차 중증장애인생산품 우선구매촉진위원회 자료 (단위 : 억원, %)

한국장애인개발원은 중증장애인생산품 우선구매 촉진을 위하여 2009년 보건복지부로부터 중증장애인생산품 우선구매 업무수행기관으로 지정받아 생산시설 지정심사 및 사후관리 지원, 중증장애인생산품 우선구매촉진계획 수립 및 정책지원, 중증장애인생산품 판매활성화 지원, 우선구매 관련 상담 및 교육, 마케팅 등 지원, 중증장애인생산품 홍보 등의 사업을 수행하고 있다.

한편, 2018년 「중증장애인생산품 우선구매 특별법」 개정으로 제5조의2에 실태조사에 대한 근거를 마련하였고, 2019년 8월 현재 한국장애인개발원에서 중증장애인생산품 우선구매 실태조사를 진행 중에 있다. 실태조사의 대상은 2018년 12월 31일 기준으로 보건복지부장관으로부터 지정받은 생산시설 580개소이며, 생산시설 및 운영법인 일반현황, 생산품 현황, 이익금 현황, 근로자현황, 생산시설 운영 및 관리 현황 등에 대하여 조사를 실시한다.

2) 제5차 장애인정책종합계획

장애인정책종합계획은 「장애인복지법」에 따라 5년 마다 수립하는 범정부 계획으로, 제5차 장애인정책종합계획은 2018년부터 2022년까지의 추진과제를 제시하고 있으며, '장애인의 자립생활이 이루어지는 포용사회'를 비전으로 복지, 건강, 교육, 문화, 체육, 소득활동, 권익증진, 사회참여 기반 5대 분야, 22개 중점과제와 70개 세부과제로 구성되어 있다.

동 종합계획에서는 장애인 직업재활과 관련한 정책과제를 제시하고 있는데, 세 번째 분야인 '장애인도 더불어 잘 살기 위한 경제자립기반 강화'의 중점과제로 '장애인 고용서비스 및 직업재활 지원 강화'를 제시하고 있다. 또한 장애인 의무고용 이행 제고, 장애인 맞춤형 직업훈련 인프라 확대, 장애인직업재활시설 체계화 방안 마련, 장애인근로자 중심으로 우선구매제도 내실화의 4개 세부과제를 제시하고 있다.

'장애인 의무고용 이행 제고'는 장애인 일자리를 안정적으로 확보하기 위해 장애인 의무고용률을 상향시키기 위해 법령 개정을 추진하고, 사업주의 자발적인 장애인 고용의무 이행 독려를 위해

사업주의 장애인 인식개선 교육을 의무화하는 것을 포함하고 있다.

'장애인 맞춤형 직업훈련 인프라 확대'는 장애인 직업훈련 수요가 가장 많은 수도권 지역에 종합훈련시설을 신설하고('21년), 타 장애유형과 통합 훈련이 어려운 발달장애 대상 전용 훈련센터를 17개 시·도에 설치하고, 감각(시·청각) 장애인 훈련센터도 확대 추진하는 것을 포함하고 있다.

'장애인직업재활시설 체계화 방안 마련'은 장애인의 최저임금 지급 가능한 생산성 등을 담보할 수 있는 사회적 경제형 직업재활시설 모형(가칭, 기업형모델) 및 인센티브 제공 방안 마련하고, 자생력 강화를 위한 경영컨설팅 지원 확대(연 50개소 이상) 및 생산성 확충을 위한 시설 인프라(신·증축, 생산 장비 등) 구축 지원, 그리고 생산성 창출에 한계가 있는 영세사업장에 대해서는 직업훈련, 취업연계 등 중증장애인 보호·교육·훈련 통합지원 기능 강화를 포함하고 있다.

'장애인근로자 중심 우선구매제도 내실화'는 생산시설 매출이 장애인 고용과 처우에 반영되도록 지정제도 개선하고, 법정 구매비율 상향, 우선구매 대상기관 외연 확대(예; 공공기관→공공사업을 수행하는 민간기관 등) 추진('20년~)을 포함하고 있다.

3) 제5차 장애인고용촉진 및 직업재활 기본계획

장애인고용촉진 및 직업재활 기본계획은 「장애인고용촉진 및 직업재활법」 제7조에 근거하여 매 5년 마다 수립하도록 되어있으며, 이번 제5차 장애인고용촉진 및 직업재활 기본계획은 2018년부터 2022년까지 양질의 장애인 일자리를 확대하고 장애인 노동자에 대한 격차를 해소하기 위해 추진된다.

동 계획은 4개 분야의 16개 중점과제, 45개 추진과제를 포함하고 있다. 4개 분야는 양질의 장애인 일자리 확대, 장애인노동자 지원을 통한 격차 해소, 장애인 맞춤형 지원 확대이다.

중점과제는 대기업 의무고용 이행 강화, 공공부문 의무고용 이행 실효성 확보, 표준사업장 장애인 일자리 확대, 직업적 장애기준 마련, 장애인노동자 직접지원, 장애인 고용 사업장 지원 확대, 중증장애인 지원 확대, 여성·장년·발달장애인 취업지원 확대, 재학·청년 장애인의 취업·직업역량 강화, 장애유형별 맞춤지원 강화, 장애인 직업훈련체계 혁신, 민간취업알선기관 활용 확대, 장애인노동자 지원센터, 인식개선 교육 의무화 현장 안착, 사업주 단체 협력체계 구축, 장애인 고용 행정토계 활용 강화이다.

세부추진과제는 기업규모별 부담금 차등제 도입, 고용개선 계획 제출 의무화, 연계고용 활성화, 고용기여 인정제도 도입, 공공기관 의무고용 전면 확대, 경영평가 반영 확대, 인력채용 지원, 중소기업 컨소시엄형 표준사업장 확대, 대기업 자회사형 표준사업장, 표준사업장 설립 확대, 사회적 경

제기업 설립 지원, 판로지원 강화, 직업적 장애기준 마련, 일자리의 질 반영, 고용의무 강화, 인가제도 엄격 운영(1단계), 적용제외 제도 자체의 개편(2단계), 작업능력평가 기능 강화, 소규모 사업장 중증장애인 추가비용 지원, 장애인 고용유인 효과제고, 고용유지 지원 강화, 장려금 부정적 사용 방지, 직업재활시설 지원 확대, 중증장애인 지원고용 확대, 맞춤형 취업지원 신설, 보조공학기기 지원 확대, 근로지원인 제도 확대개편, 장애여성 취업가능성 제고, 장년장애인 고용유지 지원, 적합 직무 개발 및 훈련과정 확대, 장애학생 통합취업지원 체계 구축, 장애학생 취업지원 확대, 특수교육 인프라 연계, 장애유형별 맞춤형 지원 강화, 장애유형별 맞춤훈련 확대, 공공직업훈련 인프라 확대, 공공훈련기관 역할 강화, 폴리텍의 장애 친화적 운영, 취업지원기관 다양화, 민간훈련 활성화, 장애인 노동권 보호, 교육 인프라 구축, 인식개선 교육 이행 지도, 장애 친화적 진단도구 도입, 장애인 고용환경 개선 컨설팅, 행정통계를 활용한 통계분석 실시, 빅데이터 고용매칭 서비스이다.

5. 향후 전망과 과제

장애인은 장애로 인해 신체적 · 정신적인 제약으로 인해 일상생활 및 직업생활에 어려움을 겪을 수 있으며, 특히 중증장애인의 경우에는 특별한 지원 없이 직업생활을 영위하는 데에 더 큰 어려움을 겪고 있어 직업재활 서비스가 필요하다.

직업재활 서비스를 통해 장애인의 흥미와 적성, 능력을 파악하고 장애인에게 적합한 일자리를 개발하여, 장애인과 적합한 일자리를 매칭하고, 일을 지속적이고 안정적으로 유지할 수 있도록 지원하여야 한다.

2017년 새로운 정부가 들어서며 발표한 국정계획에 장애인의 일자리와 직업재활 정책이 포함되었으며, 2018년부터 5년 동안 추진되는 장애인정책종합계획과 장애인고용촉진 및 직업재활 기본계획에서도 장애인의 일자리 및 직업재활 활성화에 대한 과제가 제시되어 있어 장애인 직업재활에 대한 기대를 갖게 한다. 현재 추진되는 장애인 직업재활 사업과 정부의 정책, 환경변화를 고려하여 향후 전망과 과제를 제시하면 다음과 같다.

1) 장애인근로자의 근로여건 개선

15세 이상 장애인의 고용율은 36.5%로 전체 인구 고용율의 61.3%에 비해 현저히 낮으며, 중증장애인은 19.5%, 여성장애인의 경우에는 남성장애인의 70% 수준에 그치고 있어 고용이 더

열악한 상황이다. 또한 일을 하고 있는 장애인의 경우에도 68.2%가 50인 미만 사업체에 종사하고 있으며, 발달장애인의 경우에는 그 비율이 77%를 상회하고 있다. 장애인의 경우, 제조업이나 건설업 등에 편중되어 있으며, 38.6%는 단순노무직에 종사하고, 발달장애인의 경우에는 단순노무직 종사 비율이 2배 이상 높은 실정이다. 일을 하고 있는 장애인의 임금 역시 전체 인구의 70% 수준이고, 여성장애인과 중증장애인의 경우 각각 남성장애인과 경증장애인 평균임금의 절반을 조금 상회하는 수준으로 일을 하고 있는 장애인, 즉 장애인근로자의 근로 여건(환경)은 비장애인에 비해 상당히 열악하다. 또한 보호고용 된 장애인, 즉 직업재활시설을 이용하는 장애인이나 생산시설의 장애인근로자 월평균 임금은 최저임금에도 미치지 못하고 있어 이에 대한 지원이나 개선이 필요하다.

장애인에게 직업의 기회를 제공해주는 것만큼 중요한 것은 장애인이 그 직업을 지속적이고 안정적으로 유지할 수 있도록 지원하는 것으로, 장애인근로자가 비장애인근로자와 근로환경이나 임금에서 차별받지 않도록 다양한 직종에 종사하고, 최저임금 이상을 보장받으며 직업생활을 유지해 나갈 수 있도록 지원하고 필요한 제도나 정책을 개선하고 개발해 나가야 한다.

2) 장애인 고용 활성화를 위한 관계 부처의 협력

일반적으로 장애인 고용 및 직업재활의 대상을 만 15세 이상의 경제활동인구로 보고 있으나, 실제적으로 취업을 하는 경우는 특수학교 및 일반학교를 포함한 고등학교 교육을 마친 만 19세 이후부터라고 할 수 있다. 학교 환경에 있지 않은 경우도 있으나, 중등교육 과정을 마친 장애학생의 경우, 그 이후의 경로가 설정되지 않아 다시 가정으로 돌아가거나 여러 직업재활시설을 돌아다니는 사례가 자주 발생하고 있다. 이러한 문제를 개선하기 위해 2018년 4월 보건복지부와 교육부, 고용노동부가 장애학생의 진로 · 직업교육, 장애인의 취업 · 직업역량 강화, 일자리 개발 및 지원 사업을 강화하고 전문성과 연계성을 강화하여 효율적인 서비스를 제공하고자 협약을 체결하였다. 협약을 보다 충실하게 수행하기 위해 각 부처의 산하기관, 즉 한국장애인개발원, 국립특수교육원, 한국장애인고용공단도 함께 참여하여 구체적인 연계사업과 지원 사업을 계획하여 실행하기 위한 협의체를 구성하고 정기적인 모임을 추진해오고 있다.

이에 장애학생과 장애인의 취업지원을 강화하기 위해 관계부처와 유관기관이 지속적이고 정례적인 모임을 통해 협력해 나가야 하며, 이를 위한 법적 근거를 갖추고 책임성과 강제성을 부여하여 실제적인 성과를 얻을 수 있도록 해야 한다.

3) 장애인 등급제 폐지에 따른 직업적 장애의 기준 마련

지난 7월 장애인복지법 개정으로 기존 장애 등급(1~6급)이 폐지되고 장애 정도가 심한 장애인과 심하지 않은 장애인 두 단계로 구분하는 이른바 장애인등급제 폐지가 추진되었다. 현재 장애인등급제 폐지는 중증(장애 정도가 심한 장애인)과 경증(장애 정도가 심하지 않은 장애인)의 이원화이지만 2022년에는 장애등급 완전 폐지를 목표로 하고 있다.

장애인등급제 폐지는 그 동안의 의학적 장애기준에 기초하여 각종 복지서비스와 혜택을 제공하던 것에서 장애인의 욕구와 환경을 고려한 맞춤형 서비스를 제공하기 위해 종합적 욕구조사를 실시하되 별도의 기준이 필요한 영역(활동지원, 특별교통수단, 장애인연금 등)에 대해서는 단계적('19.7.~'22.까지)으로 기준을 개발하게 되었다.

이에 장애인의 근로능력 및 일상생활 능력을 고려하여 장애인 고용 및 직업재활 서비스 대상이 재설정되고, 장애인 소득보장을 위한 새로운 기준이 마련될 필요가 있다. 즉 장애인연금 대상자를 선정함에 있어 필요한 기준을 새로이 만들고, 일할 능력이 있는 장애인과 그렇지 못한 직업적 중증장애인을 구분하여 일할 능력이 있고 욕구가 있는 장애인에게는 적절한 고용 및 직업재활서비스를 제공하고, 일을 할 수 없는 최중증장애인에게는 장애인연금 등 복지서비스를 확대할 수 있도록 해야 한다.

참고문헌

고용노동부(2018). 제5차('18~'22) 장애인고용촉진 및 직업재활 기본계획.

관계부처합동(2018). 제5차('18~'22) 장애인정책종합계획.

보건복지부 · 보건사회연구원(2017). 2017년 장애인실태조사.

보건복지부(2019). 2019 장애인복지사업안내.

조윤화, 김용진, 오윤지, 왕영민, 김태용(2018). 2018년 장애통계연보, 한국장애인개발원.

중증장애인직업재활 통합관리시스템 http://vr.koddi.or.kr

한국장애인개발원(2017). 2017년 장애인백서.

한국장애인개발원 홈페이지 http://www.koddi.or.kr

03
장애인 활동지원*

1. 개요

2011년도 「장애인활동지원법」이 제정되면서 장애인활동지원 제도가 도입되었다. 장애인활동지원 제도는 신체적 · 정신적 장애 등의 사유로 혼자서 일상생활과 사회생활하기 어려운 장애인에게 제공하는 활동지원 급여 등에 관한 사항을 규정하여 장애인의 자립생활을 지원하고 그 가족의 부담을 줄임으로써 장애인의 삶의 질을 높이는 것으로 목적으로 한다(보건복지부, 2019).

장애인활동지원 제도는 장애인의 신체적 제약으로 인한 일상생활의 어려움을 도움으로써 인권적 주체로서의 자립을 지원하는 것으로(이동영, 2010), 장애인의 선택권과 자기결정권을 존중하고 지역사회 참여와 자립 생활을 지원함으로써 장애인의 삶의 질을 향상시키고자 하는 대표적인 사회서비스로 자리 잡고 있다(최인덕 · 김경란 · 김정희, 2017). 또한 장애인활동지원 제도는 최근 자립생활의 패러다임과 함께 찾아가는 서비스로서 지역사회복지서비스의 확대에 따라 앞으로 지속적으로 발전할 것으로 기대된다(전지혜, 2018).

그간 장애인 활동지원 서비스를 이용하는 이용자의 수는 2012년도에는 38,266명에서 2013년도에는 48,335명, 2014년도에는 53,870명, 2015년도에는 60,512명, 2016년도에는 66,534명, 2017년도에는 72,193명, 2018년도에는 78,202명, 2019년도에는 81,248명으로 꾸준히 증가하고 있으며, 활동지원사도 2014년 42,467명에서 2019년도에는 76,663명으로 거의 두 배 정도 확대되었으며, 그 수는 지속적으로 증가하고 있는 추세이다(보건복지부 월별 활동지원 현황, 2019).

* 김경란(한국장애인개발원 미래전략부 장애인복지지원팀 팀장)

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

정부는 올해 7월 1일부터 장애등급제를 단계적으로 폐지하고, 수요자 중심의 장애인 지원체계로 전환한다고 발표한 바 있다(보건복지부 보도자료, 2019). 구체적인 변경사항은 첫째, 장애여부에 대한 객관적인 인정을 위해 장애인 등록은 현행대로 유지되지만, 종전의 1~6급의 장애등급은 없어지며 장애등급이 폐지되더라도 장애정도에 따라 '장애의 정도가 심한 장애인'과 '심하지 않은 장애인'으로 구분함으로써, 종전에 1~3급 중증 장애인에게 인정되어 오던 우대혜택은 유지되도록 한다.

둘째, 장애인 욕구 · 환경 등을 고려한 서비스 지원을 위해 '장애인 서비스 지원종합조사(이하 '종합조사')'를 도입한다. 종합조사는 장애인 서비스의 지원수준을 결정하기 위한 것으로 서비스 신청인의 일상생활 수행능력, 인지 · 행동특성, 사회활동, 가구환경 등을 종합적으로 평가하게 된다. 종합조사는 활동지원급여, 장애인 보조기기, 장애인 거주시설, 응급안전서비스, 발달장애인 주간활동서비스 등 5개 서비스에 우선적으로 적용된다.

이와 같이 최근 장애등급제 단계적 폐지와 함께 서비스 지원종합조사가 도입됨에 따라 활동지원 제도에도 많은 변화가 있을 것으로 예상된다. 즉, 기존의 활동지원 인정조사가 서비스 지원종합조사로 대체됨과 더불어 신청 대상자 확대, 급여체계 개선, 본인 부담금 인하, 월 한도액 등이 변경됨에 따라 앞으로 활동지원 제도의 변화에 더욱 주목할 필요가 있다.

이에 본고에서는 현행 장애인활동 지원 사업 현황과 장애등급제 폐지에 따른 변경된 장애인활동 지원 내용 등을 제시하고자 한다. 이를 바탕으로 중증장애인의 삶의 질 제고를 위한 향후 변화되는 활동지원제도의 정책적, 실천적 과제를 제시하고 나아가야 할 방향에 대해 제언하고자 한다.

2. 장애인활동지원 사업 현황

1) 장애인활동지원 사업 규모

연도별 장애인활동지원 등급별 수급자 및 이용자 현황은 <표 1>과 같다. 2019년 12월 기준으로 볼 때, 장애인활동지원 등급별 수급자 현황을 살펴보면, 1등급은 28,321명, 2등급은 30,161명, 3등급은 24,773명, 4등급은 15,573명으로 총 98,828명이며, 이용자의 경우, 1등급은 25,694명, 2등급은 25,700명, 3등급은 19,212명 그리고 4등급은 10,642명으로 총 81,248명으로 수급자 대비 이용자 비율이 82%인 것으로 나타나 높은 비율을 보이고 있다.

연도별(2012~2019) 장애인 등급별 수급자 현황은 2012년도에는 50,520명, 2013년도에는 60,435명, 2014년도에는 64,906명, 2015년도에는 72,212명, 2016년도에는 81,097명, 2017년도에는 86,926명, 2018년도에는 94,496명, 2019년도에는 98,828명으로 점차적으로 수급자 수가 증가하는 추세를 보이고 있다.

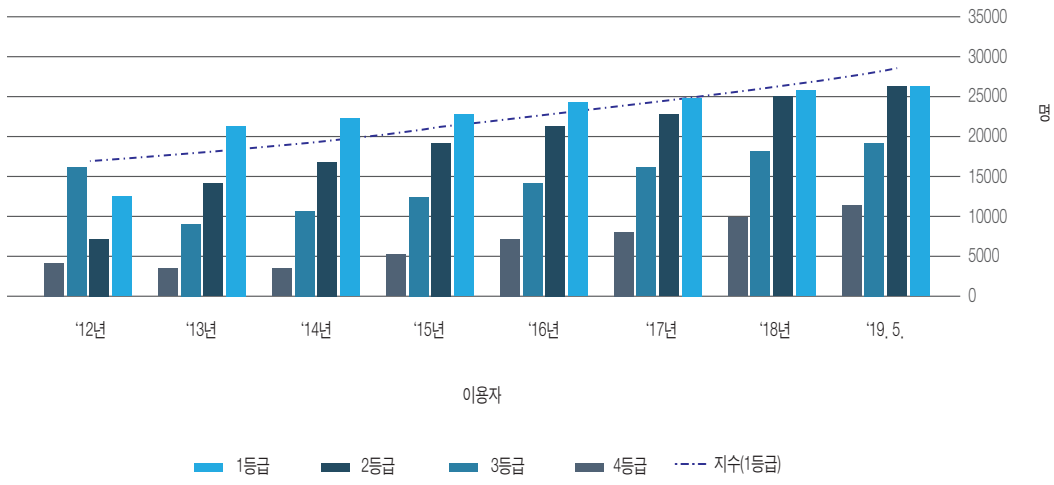
이용자 현황 추이를 살펴보면, 전반적으로 2012년도부터 2019년까지 지속적으로 이용자가 꾸준히 증가 추세를 보이고 있어 지난 7년 간 활동지원 제도의 수급자 대비 이용자 비율도 증가하고 있어 중증 장애인의 활동지원 서비스에 대한 필요도가 상당하다고 판단된다.

● TABLE 01 연도별 활동지원 등급별 수급자 및 이용자 현황

구분		계	1등급	2등급	3등급	4등급
'19. 5월	수급자	98,828	28,321	30,161	24,773	15,573
	이용자*	81,248	25,694	25,700	19,212	10,642
	(바우처 수급자)**	(98,094)	(28,263)	(29,962)	(24,493)	(15,376)
'18년	수급자	94,496	27,910	29,130	23,239	14,217
	이용자*	78,202	25,337	24,977	18,114	9,774
	(바우처 수급자)**	(93,823)	(27,894)	(28,982)	(22,986)	(13,961)
'17년	수급자	86,926	27,190	27,338	20,451	11,947
	이용자	72,193	24,598	23,295	15,993	8,303
	(바우처 수급자)	(86,388)	(27,137)	(27,179)	(20,235)	(11,822)
'16년	수급자	81,097	26,958	25,978	18,279	9,882
	이용자	66,534	23,991	21,790	14,019	6,734
	(바우처 수급자)	(79,233)	(26,480)	(25,497)	(17,767)	(9,489)
'15년	수급자	72,212	26,053	23,074	15,802	7,283
	이용자	60,512	23,539	19,529	12,335	5,109
	(바우처 수급자)	(71,607)	(26,018)	(22,956)	(15,631)	(7,102)
'14년	수급자	64,906	25,148	20,881	13,589	5,288
	이용자	53,870	22,431	17,288	10,467	3,684
	(바우처 수급자)	(64,419)	(25,036)	(20,663)	(13,440)	(5,280)
'13년	수급자	60,435	24,118	18,472	12,747	5,098
	이용자	48,335	21,063	14,712	9,206	3,354
	(바우처 수급자)	(60,524)	(24,093)	(18,309)	(12,877)	(5,245)
'12년	수급자	50,520	22,925	12,302	11,132	4,161
	이용자	38,266	12,583	6,713	15,302	3,668
	(바우처 수급자)	(50,212)	(15,269)	(8,771)	(20,025)	(6,147)

주 : * 해당연도 12월 기준 이용자 수 (단위 : 명)
** 바우처 수급자 : 전자바우처시스템 기준 전월 말 수급자 수
출처 : 보건복지부 월별 활동지원 현황(2019).

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr



[그림 1] 연도별 활동지원 등급별 이용자 현황

한편 장애유형별 장애인활동지원급여 수급자 현황을 살펴보면 지적장애인이 31,596명으로 다른 장애유형에 비해 가장 높은 비중을 차지하고 있으며, 2013년도부터 2019년까지 19,651명에서 39,547명으로 대략 19,896명 정도가 증가하였다. 자폐성장애인은 최근 7년 간 7천명 정도 증가하였고, 지체 장애인은 2013년도에는 11,648명에서 2019년도에는 13,717명으로 2,069명 정도 소폭 증가하였고, 뇌병변 장애인은 2013년도에 9,874명에서 2019년도에는 13,626명으로 3,752명으로 증가하였다. 한편, 시각장애인은 최근 7년 간 2,290명 정도 증가한 반면, 청각장애인은 184명으로 소폭 증가하는 데 그쳤다. 또한 내부 장애를 가진 수급자 중에는 신장장애인의 수급자 비율이 가장 많이 증가하는 추세를 보였고, 정신장애인도 신장장애인과 마찬가지로 상당히 많은 수급자의 수가 증가하는 추세이다.(<표 2> 참조).

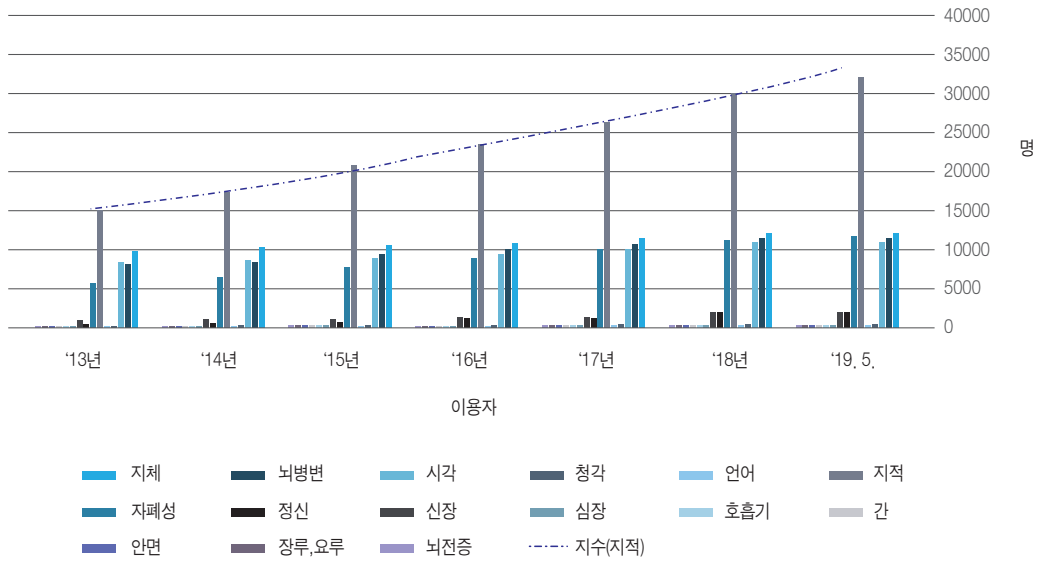
● TABLE 02 연도별 장애유형별 수급자 및 이용자 현황

	구분	2019. 5월	2018년	2017년	2016년	2015년	2014년	2013년
전체	수급자	98,828	94,496	86,926	81,097	72,212	64,906	60,435
	이용자*	81,248	78,202	72,193	66,534	60,521	53,870	48,335
	(바우처 수급자)**	(98,094)	(93,823)	(86,388)	(79,233)	(71,707)	(64,419)	(60,524)
지체	수급자	13,717	13,570	13,232	13,062	12,344	11,831	11,648
	이용자	11,805	11,633	11,324	10,985	10,677	10,247	9,729
	(바우처수급자)	(13,732)	(13,443)	(13,049)	(12,634)	(12,213)	(11,715)	(11,566)
뇌병변	수급자	13,626	13,481	12,744	12,198	11,120	10,205	9,874
	이용자	11,510	11,200	10,625	9,971	9,433	8,604	8,014
	(바우처수급자)	(13,633)	(13,215)	(12,476)	(11,694)	(10,987)	(10,091)	(9,794)
시각	수급자	11,729	11,471	11,044	10,792	10,199	9,716	9,439
	이용자	10,614	10,384	9,999	9,658	9,238	8,729	8,209
	(바우처수급자)	(11,715)	(11,429)	(11,039)	(10,636)	(10,156)	(9,688)	(9,485)
청각	수급자	545	519	476	445	404	379	361
	이용자	404	382	354	326	316	289	249
	(바우처수급자)	(545)	(500)	(460)	(415)	(394)	(369)	(364)
언어	수급자	352	344	284	207	141	70	52
	이용자	255	242	191	141	104	55	36
	(바우처수급자)	(344)	(319)	(261)	(186)	(136)	(69)	(55)
지적	수급자	39,547	37,060	32,128	29,949	25,603	21,979	19,651
	이용자	31,596	30,076	26,902	24,058	20,669	17,346	14,705
	(바우처수급자)	(39,029)	(36,946)	(33,074)	(29,516)	(25,455)	(21,792)	(19,830)
자폐성	수급자	14,496	13,553	12,141	10,875	9,574	8,428	7,430
	이용자	11,753	11,197	10,095	9,029	7,981	6,966	6,055
	(바우처수급자)	(14,316)	(13,526)	(12,193)	(10,815)	(9,540)	(8,392)	(7,446)
정신	수급자	2,270	2,066	1,668	1,434	1,034	740	641
	이용자	1,446	1,319	1,081	889	715	482	393
	(바우처수급자)	(2,242)	(2,034)	(1,644)	(1,358)	(1,014)	(741)	(630)
신장	수급자	1,955	1,856	1,638	1,591	1,347	1,191	971
	이용자	1,431	1,350	1,205	1,107	1,031	872	689
	(바우처수급자)	(1,954)	(1,852)	(1,636)	(1,490)	(1,362)	(1,205)	(984)
심장	수급자	47	46	46	43	35	27	29
	이용자	32	27	29	26	25	22	19
	(바우처수급자)	(46)	(41)	(37)	(35)	(35)	(26)	(25)

	구분	2019. 5월	2018년	2017년	2016년	2015년	2014년	2013년
호흡기	수급자	269	276	297	301	251	215	225
	이용자	203	212	228	219	214	171	158
	(바우처수급자)	(271)	(273)	(300)	(277)	(257)	(214)	(235)
간	수급자	24	22	20	28	23	23	24
	이용자	16	13	13	14	10	11	13
	(바우처수급자)	(21)	(20)	(20)	(23)	(22)	(22)	(26)
안면	수급자	14	14	13	10	9	9	9
	이용자	11	12	11	10	9	9	9
	(바우처수급자)	(13)	(14)	(13)	(10)	(9)	(9)	(9)
장루·요루	수급자	20	18	14	8	6	1	1
	이용자	12	12	10	3	2	1	1
	(바우처수급자)	(20)	(17)	(14)	(5)	(6)	(1)	(1)
뇌전증	수급자	217	200	181	154	122	92	80
	이용자	160	143	125	98	97	66	56
	(바우처수급자)	(213)	(194)	(172)	(139)	(121)	(85)	(74)

주 : * 바우처 수급자 : 전자바우처시스템 기준
** 해당연도 1월 기준 당월 이용자 수
출처 : 보건복지부 월별 활동지원 현황(2019)

(단위 : 명)



[그림 2] 연도별 장애유형별 이용자 현황

성별 수급자 현황을 살펴보면, 2013년도부터 2019년까지 지속적으로 남성이 여성보다 수급자 비율이 더 높게 나타났다. 2019년도 기준 전체 수급자 98,828명 중 남성 수급자는 61,127명(61.8%), 여성 수급자는 37,701명(38.2%)으로 남성이 훨씬 높은 비중을 차지하고 있다.

한편, 연령별 수급자 현황을 살펴보면, 2019년 기준 10-19세가 22,416명으로 가장 높게 나타났고, 그 다음으로 20-29세는 20,534명, 50-59세는 14,786명, 40-49세는 10,902명 순으로 나타나 전반적으로 10세부터 59세까지 고르게 활동지원서비스를 이용하고 있는 것으로 확인되었다.

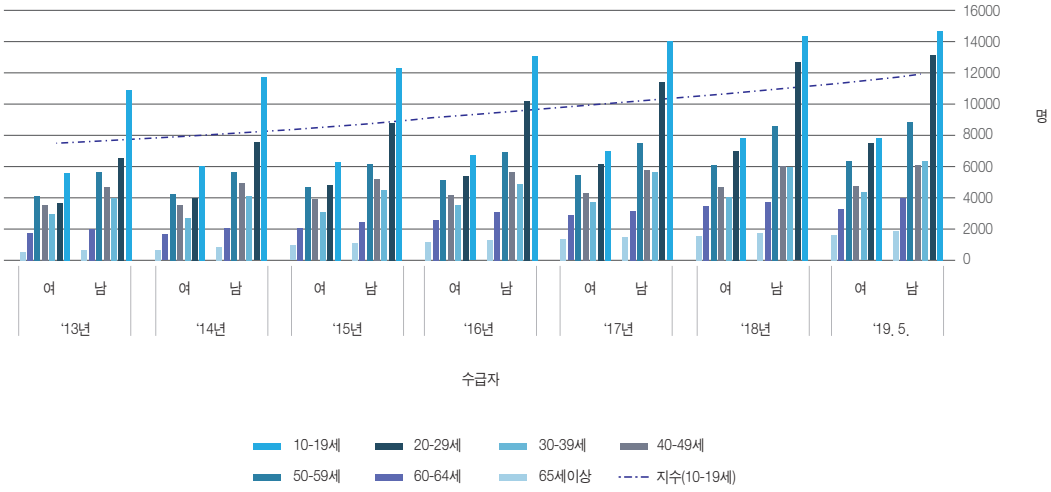
● TABLE 03 성별, 연령별 수급자 현황

구분		전체	6-9세	10-19세	20-29세	30-39세	40-49세	50-59세	60-64세	65세 이상
'19. 5.	계	98,828	8,661	22,416	20,534	10,660	10,902	14,786	7,323	3,546
	남	61,127	6,025	14,827	13,283	6,346	6,196	8,477	4,110	1,863
	여	37,701	2,636	7,589	7,251	4,314	4,706	6,309	3,213	1,683
'18년	계	94,496	8,074	21,867	19,426	10,128	10,514	14,385	6833	3,269
	남	58,374	5,615	14,419	12,581	6,008	5,969	8,259	3,794	1,729
	여	36,122	2,459	7,448	6,845	4,120	4,545	6,126	3,039	1,540
'17년	계	86,926	7,099	21,119	17,451	9,195	10,106	13,097	6,005	2,854
	남	53,675	4,896	13,957	11,270	5,436	5,812	7,494	3,301	1,509
	여	33,251	2,203	7,162	6,181	3,759	4,294	5,603	2,704	1,345
'16년	계	81,097	6,570	20,044	15,740	8,542	9,930	12,327	5,482	2,462
	남	50,016	4,536	13,197	10,161	5,047	5,728	7,071	3,007	1,269
	여	31,081	2,034	6,847	5,579	3,495	4,202	5,256	2,475	1,193
'15년	계	72,212	5,399	18,790	13,619	7,648	9,176	10,983	4,596	2,001
	남	44,638	3,703	12,424	8,849	4,488	5,334	6,280	2,516	1,044
	여	27,574	1,696	6,366	4,770	3,160	3,842	4,703	2,080	957
'14년	계	64,906	4,519	17,668	11,639	7,026	8,496	10,064	3,877	1,617
	남	40,164	3,065	11,710	7,600	4,122	4,965	5,739	2,111	852
	여	24,742	1,454	5,958	4,039	2,904	3,531	4,325	1,766	765
'13년	계	60,435	4,084	16,614	10,074	6,834	8,194	9,694	3,660	1,281
	남	37,416	2,760	11,051	6,602	4,006	4,790	5,560	1,974	673
	여	23,019	1,324	5,563	3,472	2,828	3,404	4,134	1,686	608

출처 : 보건복지부 월별 활동지원 현황(2019)

(연도 말 기준, 단위 : 명)

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr



[그림 3] 연도별 성별 · 연령별 이용자 수급자 현황

활동지원 급여별 서비스 이용자는 연간 85.9%가 활동지원 서비스를 이용하고 있는 것으로 나타났다. 2019년도 기준 활동보조서비스를 이용하고 있는 이용자는 80,329명이며, 방문목욕은 1,596명, 방문간호는 117명으로 활동보조서비스 이용자가 97.3%로 압도적으로 높게 나타났다. 방문목욕과 방문간호 이용자는 매우 적다.

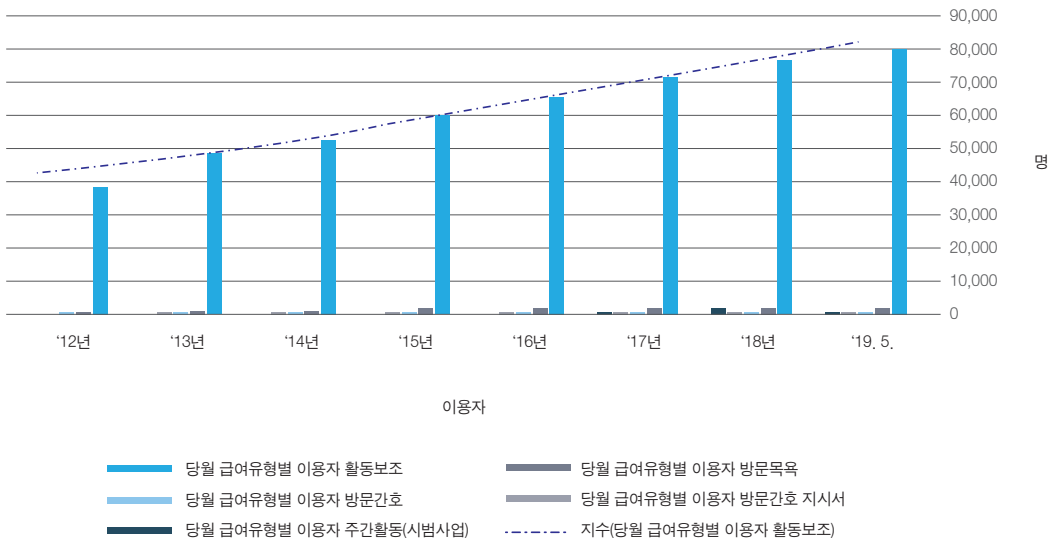
이러한 이용자 현황 추이는 2012년도부터 2019년도까지 거의 유사하게 활동보조서비스만 이용하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 결과로 비추어 볼 때 장애인이 활동보조서비스에 대한 욕구가 높다고 볼 수 있지만, 활동지원 급여의 협소함을 여실히 보여주고 있어 향후 활동지원 급여의 다양성을 강화할 필요가 있음을 시사해주고 있다.

● TABLE 04 연도별 서비스 이용 현황

구분	바우처 수급자* (전월말)	바우처 생성자**	이용자***		이용률****		당월 급여유형별 이용자					1인당 월평균 이용액
			당월	연간	당월	연간	활동보조	방문목욕	방문간호	방문간호 지시서	주간활동 (시범사업)	
'19. 5.	98,094	80,695	80,248	84,311	82.8	85.9	80,329	1,596	117	3	579	1,555,342
'18년	93,823	76,992	78,202	83,979	83.4	89.5	76,620	1,526	105	4	1,339	2,351,549
'17년	86,388	70,990	72,193	77,767	83.5	90.0	71,079	1,487	109	6	805	1,386,087
'16년	79,233	65,368	66,534	71,636	84.0	90.4	65,795	1,478	117	12	-	1,091,640
'15년	71,707	59,428	60,521	64,523	84.4	90.0	60,105	1,362	121	9	-	805,331
'14년	64,419	52,819	53,870	57,715	83.6	89.6	53,506	1,168	118	10	-	1,284,513
'13년	60,524	47,330	48,335	51,898	79.9	85.7	47,958	1,050	118	13	-	1,187,785
'12년	50,212	37,966	38,266	41,680	76.2	83.0	38,010	566	81	-	-	1,247,339

(연도 말 기준, 단위 : 명)

주 : * 바우처 수급자 : 전자바우처시스템 기준, 송수신시간 및 자료보정 등으로 전월 통계와 불일치할 수 있음
** 바우처 생성자 : 본인 부담금 완납으로 당월 분 급여가 지급된 자
***당월 이용자 : 해당연도 12월 기준 이용자
연간 이용자 : 해당연도 1~12월 중 1회 이상 결제 이력이 있는 자
****이용률 : 전자바우처시스템 기준 (이용자/전월 말 기준 바우처 수급자)
출처 : 보건복지부 월별 활동지원 현황(2019)



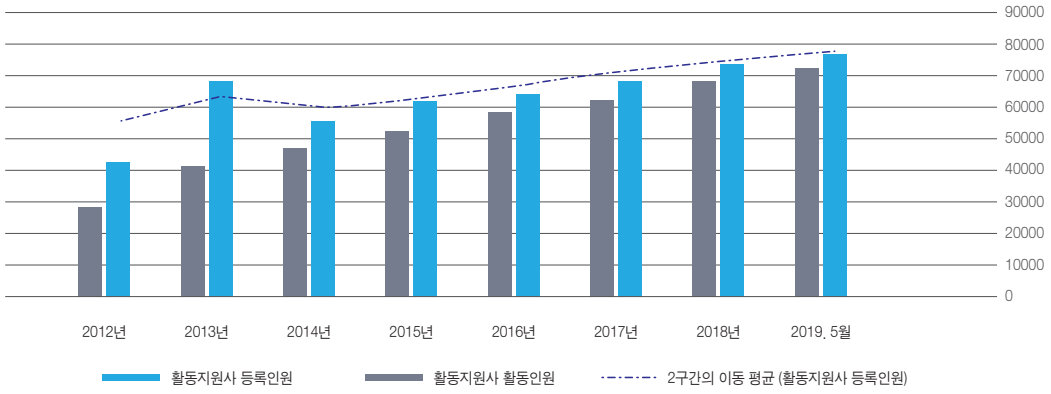
[그림 4] 연도별 서비스 이용자 현황

활동지원 기관, 활동지원사 및 교육기관 현황을 살펴보면 다음 <표 5>와 같다. 우선, 활동지원기관은 2012년도 959개소에서 2019년 5월 기준 964개소로 활동지원기관이 소폭 확대되었고, 교육기관은 2012년 기준 41개소에서 2019년 56개소로 역시 소폭 확대되었다. 한편, 활동지원사의 경우, 연도별 활동지원사 등록인원은 2012년도 기준 42,467명에서 2019년도 기준 76,663명으로 7년 전에 비해 34,196명으로 상당히 증가하였고, 활동하고 있는 활동지원사는 28,003명에서 72,347명으로 44,344명으로 확대되었다. 2019년 5월 현재 활동기관 중 활동보조서비스 기관은 775개소, 방문목욕 143개소, 방문간호 37개소로 운영되고 있다.

● **TABLE 05** 연도별 활동지원 기관, 활동지원사, 교육기관 현황

구분	활동지원기관						활동지원사**		활동지원사 교육기관
	계*		활동보조	방문간호	방문목욕	주간활동(시범사업)	등록인원	활동인원	
2019년 5월	964	(896)	775	37	143	9	76,663	72,347	56
2018년	973	(908)	774	26	138	35	72,981	68,673	56
2017년	964	(904)	767	26	142	29	68,167	62,629	51
2016년	945	(883)	756	33	143	13	64,145	58,102	53
2015년	1,083	(987)	751	105	227		61,366	52,761	42
2014년	1,057	(954)	723	110	224		56,531	46,812	42
2013년	1,039	(934)	689	121	229		67,823	40,448	41
2012년	(959)		614	122	223		42,467	28,003	41

주 : * 괄호 안 숫자는 두 종류 이상의 급여를 제공하는 기관을 중복으로 산정하지 않은 순계(純計) 기관수 (단위 : 개소, 명)
** 등록인원 : 전자바우처시스템에 등록된 전체 활동지원사
활동인원 : 당해 연도 12월에 서비스 제공 실적이 있는 활동지원사
출처 : 보건복지부 월별 활동지원 현황(2019)



[그림 5] 연도별 활동지원사 현황

3. 장애등급제 폐지에 따른 활동지원 주요 변경 사항[1]

2019년 7월 1일부터 장애등급 기준 대신 서비스 지원종합조사가 도입되었다. 우선적으로 일상생활지원 분야 5종인 활동지원, 보조기기, 거주시설, 응급안전, 주간활동지원 서비스에 한해서 서비스 지원종합조사가 도입되었다.

장애등급제 폐지에 따른 활동지원 주요 변경 사항들을 정리한 내용은 다음과 같다. 장애인 활동지원 제도에서 운영되던 활동지원 인정조사는 폐지되고, 일상생활지원 분야 5종 서비스를 지원하는 종합조사가 도입된다. 서비스 지원종합조사는 장애인의 서비스 필요도를 파악하여 필요한 서비스를 지원하기 위해 개인의 욕구·환경을 포괄적으로 평가하는 조사이다. 조사표는 아동용(6~18세), 성인용(19~64세)으로 구분되며, 조사 지표는 기능제한, 사회활동, 가구환경의 3가지영역으로 구성되며, 조사주체는 국민연금공단으로 1회 조사된 내용을 각 서비스별로 선택적 활용된다.

1) 신청 대상

장애인활동지원 제도의 신청 대상자는 만 6세 이상에서 만 65세 미만으로 혼자서 일상생활이 어려운 전체 장애인이다. 2019년 7월 이전에는 장애등급 1등급에서 3등급까지만 신청 지원이 가능했다. 하지만 2019년 7월 1일부터 기존의 3등급까지만 신청 가능했던 것이 전체 등록 장애인으로 확대되어 기존의 1등급부터 6등급까지 전체 장애인이 신청할 수 있게 되었다.

1 장애등급제 단계적 폐지 시행을 위한 장애인복지사업 안내의 일부 내용을 정리함

2) 서비스 지원종합조사

2019년 7월 이전에는 활동지원 수급자격 인정 및 활동지원 등급 결정을 위해서는 국민연금공단에서 활동지원 인정조사를 받아야 했지만, 7월 이후 부터는 활동지원 인정조사 대신 서비스 지원종합조사를 받으면 된다.

서비스 지원종합조사의 평가 항목은 기능제한, 사회활동, 가구환경 영역에 거쳐 총 36개 평가지표로 구성된다. 기능제한(X1)은 일상생활동작(ADL) 관련 13개 지표, 수단적 일상생활동작(IADL) 관련 8개 지표 및 인지행동특성 8개 지표로 구성되며, 사회활동(X2)은 직장생활, 학교생활 2개 지표로 구성, 가구환경(X3)은 1인 독거가구, 취약가구, 지하 거주 등 5개 지표로 구성된다.

한편, 아동지표는 총 27개로 구성되어 있으며, 기능제한 관련 20개 지표, 사회활동 영역 2개, 가구환경은 5개로 구성되어 있다. 다음으로 평가방법은 연금공단의 직원이 가정을 방문해 평가 매뉴얼에 따라 관찰 및 설문을 통해 평가하게 된다. 평가를 통해 평가지표별, 영역별 가중치를 반영하여 종합 점수를 산출하게 된다.

한편 기존의 서비스 재판정 대상 서비스인 장애인 연금, 장애수당, 장애아동수당, 장애인활동지원 중에 활동지원만 서비스 재판정이 폐지된다. 다만, 신규 신청자 중 공단의 장애등록심사 이력이 없는 자는 장애유형별 진단서 및 의사소견서를 제출해야 한다. 활동지원 재판정 기간도 기존의 2년에서 3년으로 확대된다.

3) 급여체계

기본급여(4등급)와 추가급여(8종)로 구성된 활동지원 급여체계가 활동지원 급여(15구간)와 특별지원급여(3종)로 급여체계가 변경된다. 즉, 기존의 추가급여 8종 중 5종인 독거, 취약가구, 나머지 가구 구성원의 사회생활, 학교생활, 직장생활이 본 급여인 서비스 지원종합조사의 활동지원 급여 지표 항목에 포함되며, 기존의 추가급여인 출산, 자립준비, 보호자 일시부재인 3종은 특별지원급여의 지표 항목에 그대로 남게 된다.

4) 활동지원 월 한도액

새로이 도입된 서비스 지원종합조사 결과에 따라 아래와 같이 15구간으로 월 한도액이 결정된다. 즉, 기존에는 활동지원 인정조사 결과에 따라 1등급(1,530,000원)에서 4등급(610,000원)으로 차

등적으로 지급하였지만 도입된 서비스 지원종합조사 결과에 따라 1구간(6,221,000원)에서 15구간(778,000원)에 따라 월 한도액이 결정되어 수급자에게 지급하게 된다. 특히 이번 개편안에는 특례구간을 두어서 42점미만의 구간 외 점수를 받은 기존 수급자의 경우 610,000원의 월 한도액을 지급받게 된다(<표 6> 참조).

● TABLE 06 활동지원 급여의 구간별 월 한도액

활동지원급여의 구간	종합점수	월 한도액
1구간	465점 이상	6,221,000원
2구간	435점 이상 ~ 465점미만	5,832,000원
3구간	405점 이상 ~ 435점미만	5,444,000원
4구간	375점 이상 ~ 405점미만	5,055,000원
5구간	345점 이상 ~ 375점미만	4,666,000원
6구간	315점 이상 ~ 345점미만	4,277,000원
7구간	285점 이상 ~ 315점미만	3,888,000원
8구간	255점 이상 ~ 285점미만	3,500,000원
9구간	225점 이상 ~ 255점미만	3,111,000원
10구간	195점 이상 ~ 225점미만	2,722,000원
11구간	165점 이상 ~ 195점미만	2,333,000원
12구간	135점 이상 ~ 165점미만	1,944,000원
13구간	105점 이상 ~ 135점미만	1,556,000원
14구간	75점 이상 ~ 105점미만	1,167,000원
15구간	42점 이상 ~ 75점미만	778,000원
특례	기존 수급자 중 구간 외(42점미만)	610,000원

출처 : 보건복지부(2019). 장애인활동지원 사업 안내(개정판)

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

5) 본인 부담금

활동지원 본인 부담금 또한 기존 상한 32만 2900원에서 15만 8900원으로 경감됐다. 소득구간은 '전국가구평균소득'에서 '기준중위소득'으로 변경됐으며, 기본급여와 추가급여에서 일정비율에 따라 산정되었던 부분에서, 활동지원급여에서만 산정되는 것이 달라지는 사항이다. 이에 본인부담금이 평균 약 4.03%에서 약 3.35%로 인하되고, 상한제 적용에 따라 본인 부담금 최고금액이 현행 32만 2900원에서 15만 8900원으로 감액된다. 「국민기초생활 보장법」 제7조제1항제1호에 따른 생계급여 수급자 또는 제7조제1항제3호에 따른 의료급여 수급자는 본인 부담금이 면제되며, 기초생활보장 수급자 외「의료급여법」상 수급권자,「국민기초생활 보장법」상 차상위 계층(다만,「국민기초생활 보장법」 제7조제1항제1호 및 제3호에 따른 생계 또는 의료급여를 받지 아니하는 수급자와 그 가구원 포함)은 2만원 정액 부과하게 된다. 차상위 초과 계층의 경우 소득 수준에 따라 활동지원급여에 대한 본인 부담금을 차등적으로 부과하게 되며, 특별지원급여에 대해서는 별도의 본인 부담금이 없다.

활동지원의 기존 본인 부담금은 기본급여의 경우 전국가구평균소득 50~150%에 따라 6~15%(상한선 322,900원)이며,「국민연금법」 제51조에 따른 금액의 100분의 5에 해당하는 금액에 따라 매년 변동될 수 있다. 추가급여는 소득수준에 따라 2~5%의 본인 부담금이 있었다. 다만 활동지원 개편안의 본인 부담금은 활동지원 급여에 대한 본인 부담금 상한액은 158,900원이며「국민연금법」 제51조에 따른 금액의 100분의 7에 해당하는 금액에 따라 매년 변동될 수 있다. 기준 중위소득은 70~180%에 따라 4~10%의 본인 부담금이 있다.

● TABLE 07 활동지원 급여에 대한 본인 부담금

구분		본인 부담율	8구간 (3,500천원)	7구간 (3,888천원)	6구간 (4,277천원)	5구간 (4,666천원)	4구간 (5,055천원)	3구간 (5,444천원)	2구간 (5,832천원)	1구간 (6,221천원)
생계 · 의료급여 수급자		면제	-	-	-	-	-	-	-	-
차상위계층		정액	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
기준 중위 소득	70% 이하	4%	140,000	155,500	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900
	120% 이하	6%	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900
	180% 이하	8%	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900
	180% 초과	10%	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900	158,900

구분		본인 부담율	특례 (610천원)	15구간 (778천원)	14구간 (1,167천원)	13구간 (1,556천원)	12구간 (1,944천원)	11구간 (2,333천원)	10구간 (2,722천원)	9구간 (3,111천원)
생계 · 의료급여 수급자		면제	-	-	-	-	-	-	-	-
차상위계층		정액	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000	20,000
기준 중위 소득	70% 이하	4%	24,400	31,100	46,600	62,200	77,700	93,300	108,800	124,400
	120% 이하	6%	36,600	46,600	70,000	93,300	116,600	139,900	158,900	158,900
	180% 이하	8%	48,800	62,200	93,300	124,400	155,500	158,900	158,900	158,900
	180% 초과	10%	61,000	77,800	116,700	155,600	158,900	158,900	158,900	158,900

※ 활동지원급여에 대한 본인 부담금 상한액은 158,900원이며, 「국민연금법」 제51조제1항제1호에 따른 금액의 100분의 7에 해당하는 금액에 따라 매년 변동될 수 있음 (단위 : 원)

※ 조견표의 금액은 이해를 돕기 위한 참고이며, 개인별 금액은 실제 월 한도액에 따라 다를 수 있음

출처 : 보건복지부(2019), 장애인활동지원 사업 안내(개정판)

● TABLE 08 활동지원제도 주요 변경 사항

구분	현행 (활동지원 인정조사)	변경 (서비스 지원종합조사)
대상 서비스	활동지원	활동지원, 보조기기교부*, 거주시설입소, 응급안전알림, 발달장애인 주간활동
신청자격	· (활동지원) 장애등급 1~3등급	· (활동지원, 보조기기, 주간활동) 모든 장애인 · (응급안전) 활동지원수급자 · (거주시설) 변경 없음
조사대상 유형	· 아동 : 6~14세 · 성인 : 15~64세	· 아동 : 6~18세 · 성인 : 19~64세
조사지표의 구성	· 기본조사(성인24개, 아동22개) - 일상생활 기능평가 영역(식사하기, 목욕하기 등 : 성인 15개, 아동 13개) - 장애특성 영역(휠체어사용, 시각 · 청각 등 5개) - 사회환경 영역(사회활동, 위험상황 등 4개) · 생활환경(독거, 취약가구, 출산 등 8개)	· 기본조사(성인 36개, 아동 27개) - 기능제한(식사하기, 목욕하기 등 : 성인 29개, 아동 20개) - 사회활동 영역(학교 및 직장생활 2개) - 가구환경 영역(독거, 취약가구 등 5개) · 생활환경(출산, 자립준비, 보호자 일시부재 3개)
조사 주체	· (활동지원) 국민연금공단	· 국민연금공단
조사 결과 활용	· (활동지원) 인정조사 점수 활용	· (활동지원, 응급안전) 종합조사점수 활용 · (보조기기, 거주시설, 주간활동) 일부 지표를 최소기준으로 활용
활동지원 급여량(일)	· 최대 14.70h = 기본급여 3.93 + 추가급여 10.77	· 최대 16.16h + α = 활동지원급여 16.16 + 특별지원급여

출처 : 보건복지부(2019). 장애인활동지원 사업 안내(개정판)

4. 향후 전망과 과제

1) 전망

지난 7월 1일은 31년 만에 장애등급제가 단계적으로 폐지되고, 장애인 개개인의 욕구와 사회환경 등을 면밀히 고려하여 지원하는 수요자 중심의 장애인 지원체계를 새롭게 마련함으로써 장애인 복지 정책의 대 전환점이 되는 시점이라고 볼 수 있다. 수요자 중심 장애인 지원체계 구축의 가장 핵심적인 부분은 기존의 장애인을 획일적으로 구분하는 장애등급 대신 장애인 서비스 지원 수준을 결정하는 조사도구를 도입함으로써 장애인의 욕구와 사회 환경을 고려하여 평가하는 서비스 지원종합조사가 도입되고 이에 따라 맞춤형 서비스 지원이 가능할 것으로 기대된다는 것이다.

이러한 장애인 정책의 환경적 변화와 함께 장애인활동지원 제도의 일부분이 개편된 것은 상당히 바람직하다고 볼 수 있다. 다만 개편의 주요 내용이 신청 대상자의 확대, 서비스 이용 시간의 증가,

서비스 지원종합조사 도입, 본인 부담금의 인하, 급여체계 개편 등에 국한되었기 때문에 기존의 활동지원 제도가 가지고 있는 문제점은 여전히 존재한다.

이러한 시점에서 본고가 수요자 중심의 장애인 정책 패러다임 변화를 시작하는 장애등급제 폐지에 따른 장애인활동지원 제도의 주요 변경사항과 지난 7년간의 활동지원 수급자 및 이용자 현황, 제공기관 및 활동지원사 현황, 급여의 이용 현황 등에 대해 알아본 것은 매우 시의적절하다고 생각한다. 하지만 앞서 언급한 바와 같이 여전히 존재하는 활동지원 제도의 문제점들과 장애등급제 폐지에 따른 수요자 중심의 장애인 정책 변화와 발맞춰 해결해야할 과제들은 남아있다. 따라서 향후 활동지원제도분야에서 연구해야할 과제들을 제시하면 다음과 같다.

2) 과제

첫째, 장애특성과 장애유형을 좀 더 고려한 서비스 지원종합조사표를 개선해 나아가야 할 것이다. 장애인의 서비스 필요도를 파악, 장애인의 욕구와 사회 환경적 요인 등을 포괄적으로 평가하여 장애인들의 개인별 복지 서비스를 통해 장애인 활동 지원을 제공하게 됨에 서비스 지원종합조사는 장애인의 맞춤형 서비스 지원을 위한 가장 중요한 조사이다. 하지만 여전히 신체적 장애인의 일상생활활동(ADL)과 수단적 일상생활활동(IADL)을 토대로 구성되어 있다.

서비스 지원종합조사는 장애인의 욕구와 사회 환경적 요인 등을 고려하여 장애인 개인별 맞춤형 서비스 지원을 위한 서비스 수급자 자격여부, 급여종류, 급여량 등을 결정하는 가장 중요한 현장자료이자 기초자료이다. 영역별 세부항목과 판단기준을 검토할 때, 서비스 지원종합조사표는 장애인의 욕구와 사회 환경적인 요인 등을 반영하여 강화하는 방향으로 개발되기 보다는 여전히 장애인의 일생생활 수행 능력의 정도에 따라 요양과 보호에 초점을 맞추고 있는 것으로 보인다. 즉, 장애인의 지역사회참여와 활동을 통한 사회통합과 자립생활 실현을 위한 내용들보다 신변처리와 요양기능을 평가하는 지표들로 구성되어 있다. 조사표의 세부적인 조사항목과 판정기준을 보았을 때, 각 장애유형의 특성을 적절하게 반영하지 못함을 알 수 있다.

물론, 제한된 자원(재원)의 효율적 할당과 장애인의 요양 욕구가 없는 것은 아니지만 장애등급제 폐지에 따른 맞춤형 서비스 지원을 위한 제도 개편의 지향점을 비추어 보았을 때, 향후 서비스 지원종합조사 지표에 대한 수정 및 보완이 필요하다.

둘째, 장애등급제 폐지에 따른 맞춤형 서비스 지원을 위한 활동지원 급여의 다양성을 강화할 필요가 있다. 지난 7월 1일 장애등급제가 단계적으로 폐지됨에 따라 활동지원 신청 대상을 기존의 장애등급 1~3급에서 전체 장애인으로 확대하였다. 기존의 1~3급 장애인만 받을 수 있었던 활동

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

지원 서비스를 모든 장애인이 받을 수 있게 범위는 넓어졌지만, 장애인이 모든 서비스를 원하는 대로 이용할 수 있는 것을 의미하는 것은 아니다.

활동지원 서비스 급여의 종류는 크게 활동보조, 방문간호, 방문목욕이 있다. 활동보조에는 신체활동지원(개인위생관리, 신체기능 유지 증진, 식사도움, 실내이동 도움), 가사활동지원(청소 및 주변정돈, 세탁, 취사), 사회활동지원(등 · 하교, 및 출 · 퇴근, 외출 시 동행)이 있고, 방문목욕은 요양보호사가 목욕 설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등에 방문하여 목욕을 제공하는 형태로 운영되며, 방문간호는 간호사가 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 등을 제공한다(보건복지부, 2019).

급여의 유형으로 장애유형과 장애인의 개별적 특성이 고려되지 못하고 표준화된 획일적 서비스가 제공되고 있으며, 이용자의 관점이 아닌 행정 중심적인 관점에서 시행되고 있다는 점 등이 문제점으로 제기되어 왔다(황주희, 2015; 조현수, 2016).

세계장애연구소(World Institute on Disability)는 장애인활동보조란 장애를 가진 누군가의 웰빙, 개인적 외모, 편안함, 안전을 유지하는 것을 목적으로 하는 업무들을 수행하는 것을 돕고 지역사회와 사회 전체 안에서 상호작용하는 것을 돕는 개인을 포함한다고 보고 있다. 이와 함께 장애인활동지원서비스에는 개인적 서비스, 준의료 활동, 가사서비스, 커뮤니케이션 서비스, 인지적/정서적지지 서비스, 활동지원 매니지먼트 서비스, 교통서비스 그리고 직업 관련 서비스 등의 6가지 요소로 구분하고 있어(이진아, 2013), 향후 활동지원 급여의 협소함을 해결하기 위해서는 활동지원 급여의 다양화를 추진할 필요가 있다.

셋째, 활동지원 제도의 근본적인 취지에 맞게 이용자의 서비스 선택권이 강화되는 방향으로 개선되어야 할 것이다. 활동지원 제도는 서비스 제공이 서비스를 제공받는 당사자 중심으로 이루어져야 하며, 이용자의 선택권과 통제, 자기결정권이 보장되어야 한다(변경희, 2014). 장애인 활동지원서비스는 장애인이 장애로 인하여 하기 힘든 활동들을 활동지원사를 통하여 보조받음으로써 일상생활을 주체적으로 살아갈 수 있도록 지원하는 서비스로, 장애인이 자신의 삶을 계획하고 관리하며 자신의 '선택권'과 '자기결정권'을 최대한 보장받으며 지역사회에서 독립생활(Independent Living)을 실현 할 수 있도록 제도가 개편되어야 할 것이다.

넷째, 활동지원사로 가족급여 허용을 확대하는 방안 마련이 필요하다. 활동지원 서비스는 원칙적으로 가족에 의한 활동지원급여 제공을 금지하고 있다. 참여가 금지된 가족의 범위도 배우자, 직계혈족, 형제자매, 직계혈족의 배우자, 배우자의 직계혈족, 배우자의 형제자매로 구체적으로 적시하고 있다. 하지만 수급자 섬, 외딴 곳 등 보건복지부장관이 정하는 활동지원기관이 부족한 지역에 거주하는 경우와 지자체의 결정으로 도서 · 벽지지역 외에 활동지원기관이 부족한 지역, 천재지변

또는 이에 준하는 사유가 있거나 감염병환자로서 감염 위험이 있는 경우 등은 예외로 가족에 의한 활동지원 급여 수행이 가능하도록 하고 있다(보건복지부, 2019). 이 경우 활동지원급여 월 한도액의 50%를 감산 적용하고 있다.

와상장애인, 자폐성장애인 등은 돌봄의 강도가 높기 때문에 활동지원사와의 매칭이 잘 이루어지지 않는다. 자폐성장애인은 제한적이고 반복적인 행동 또는 반복적인 관심이나 활동 등으로 사회적 의사소통이 되지 않아, 개개인별 특성을 가장 잘 이해하는 가족의 돌봄 인정이 시급하다. 당초 장애인 활동지원 제도의 도입 취지는 장애인의 자립생활을 지원하고, 그 가족의 돌봄 부담을 경감하기 위한 것이나, 최근 활동지원 제도 내에서의 활동지원사 매칭의 어려움, 최중증장애인의 활동지원사 기피 현상 등의 문제로 인해 가족에 의한 활동지원의 필요성이 뜨거운 감자로 대두되고 있다.

이러한 가족급여의 필요성이 시급함에 불구하고 장애인 가족에게 활동보조를 허용하는 것은 중증장애인의 자립생활을 지원하기 위해 만들어진 제도의 본질적 측면을 매우 심각하게 왜곡하고, 오히려 중증장애인의 권리를 후퇴시키는 결과를 초래할 것이라는 우려가 있으므로 서로 다른 의견이 첨예하게 대립하고 있다. 하지만 실질적으로 서비스가 필요한 중증 장애인이 활동지원사를 구하지 못해 서비스를 이용하지 못하는 사례에 대한 대안으로 가족급여 허용 방안을 면밀히 검토할 필요가 있다. 다만 가족급여를 전면 허용할 지 일부 제한적으로 허용할 지에 대한 쟁점은 여전히 해결해야 할 과제이다.

다섯째, 활동지원제도 시행 시 시간당 동일한 수가제에서 차등수가제로 전환하는 것이 필요하다. 활동지원제도 최중증장애인 사각지대 해소 방안 중 하나는 차등수가제 도입이다. 장애등급제가 폐지된 이후 활동지원 급여량이 확대되더라도 매칭 문제를 해소하지 못하면 또 다른 문제가 발생하기 때문이다. 주로 업무 강도가 상대적으로 높아 활동지원사들이 기피하는 와상장애인 등 최중증장애인을 대상으로 이 제도 도입이 필요하다. 다만 활동지원 차등수가제를 도입하게 될 경우, 서비스 단가 차등 기준 장애중증도, 서비스 난이도, 장애유형 등을 고려한 차등수가제가 도입되어야 할 것이다.

참고문헌

김정희, 서해정, 김경란, 조윤화, 김동선, 김진, 변경희, 심창호, 이상철, 박지연, 김태용, 박대혁(2014). 장애인활동지원제도 기관실태분석을 통한 수가체계 개편 연구, 보건복지부, 한국장애인개발원.

변경희(2014). 중증장애인을 위한 제도현황과 정책방향: 장애인 활동지원제도의 다양성과 필요성, 보건복지포럼 통권, 제217호, 29-37.

보건복지부(2019). 월별 활동지원 현황, 보건복지부.

보건복지부(2019). 장애인활동지원 사업 안내 개정판, 보건복지부.

보건복지부(2019). 장애등급제 단계적 폐지 시행을 위한 장애인복지 사업 안내, 보건복지부.

보건복지부(2019). '장애인 정책이 31년 만에 바뀝니다.' 보도자료.

서원선, 김종인, 정도선, 유시영, 주은미(2014). 장애인활동지원 제도 개선 방안에 관한 연구, 국가인권위원회.

이동영(2010). 장애인활동지원서비스의 제도분석을 통한 개선방안 연구 한국사회복지조사연구, 25(단일호), 143-170.

이진아(2013). 장애인활동지원제도에 관한 한일 비교 연구, 재활복지, 17(1), 17-44.

전지혜(2018). 미국의 장애인활동지원제도와 시사, 국제사회보장리뷰 2018 여름호, 5, 42-52.

조현수(2016). 장애인복지 축소에 대한 투쟁과 사회보장기본법 개정 복지동향, 19-27.

최인덕, 김경란, 김정희(2017). 장애인활동지원 급여체계 개편에 따른 이용자 수요 및 재정 추계에 관한 연구, 비판사회정책, 55, 219-256.

황주희(2015). 장애인의 일상생활 지원 현황과 정책 과제, 보건복지포럼, 27-37.

04
건축 및 이동편의*

1. 개요

UN이 '세계장애인의 해'를 선포한 1981년은 우리나라에서도 장애인 복지 관련법인 「심신장애자복지법」을 제정한 해이다. 이즈음 우리나라의 사정으로는 장애인이 외부 활동을 하는 경우가 보기 드문 것이 현실이었다. 1984년 1월 20일 장애인올림픽대회 서울 유치가 결정되고 장애인올림픽을 성공적으로 개최하기 위한 준비를 시작했지만 그 당시 우리나라 편의시설의 수준은 휠체어 사용자가 외부활동을 하는 것 자체가 불가능할 정도였다. 임시 편의시설을 설치하여 1988년 장애인올림픽을 치렀고 올림픽이 끝난 후 많은 장애인들은 외부 활동에 대한 필요성을 점차적으로 인식하게 되었다.

이에 1989년 12월 「장애인복지법」이 전문 개정되면서 법 제33조에 편의시설이라는 조항이 처음으로 포함되었고, 1995년부터 장애인편의시설 및 설비의 설치기준에 관한 규칙이 시행되었으나 실질적으로 건축물에 편의시설이 설치될 수 있도록 영향력을 미치지 못하였다. 이 당시의 「장애인복지법」은 실질적인 시행보다는 선언적인 의미로만 영향을 미치고 있었기 때문에 건축부문에서도 「장애인복지법」을 지켜 편의시설을 설치하지는 않고 있었다. 장애계는 시설물의 이용편의를 제고할 수 있는 편의시설 설치의 필요성을 더욱 절실히 느끼게 되었고 보다 강력하게 시행될 수 있는 제도의 필요성을 요구하게 되었다. 이러한 요구가 마침내 1997년에 결실을 보게 되었는데 그 법이 바로 「장애인 · 노인 · 임산부 등의 편의증진보장에 관한 법률(이하, 장애인등편의법)」이다. 「장애인등편의법」의 시행은 도로에서 건축물에 이르기까지 많은 시설에 영향을 미치기 시작하였으나 효과는

* 안성준(한국장애인개발원 유니버설디자인환경부 UD환경팀 팀장)

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

바로 나타나지 않았다.

1998년 4월부터 시행되기 시작한 「장애인등편의법」은 그 대상 시설이 도로, 공원, 공공건물 및 공중이용시설, 공동주택, 교통수단, 통신시설에 이르기까지 광범위했다. 하지만 버스, 지하철, 철도 등 이동권과 관련된 교통수단은 건설교통부 소관이이서 지속적으로 건설교통부에 저상버스 도입 등을 요청하였으나 실질적인 변화는 거의 없었다.

그러나 2001년 휠체어장애인의 리프트 추락사고가 있은 뒤 장애인 이동권을 보장받기 위한 시민운동이 시작되었고 그 계기로 '장애인이동권연대'가 만들어지고, 2001년 이후 장애인의 이동과 관련하여 수없이 많은 활동을 진행했으며 그 결과 마침내 2005년 「교통약자의 이동편의증진법」(이하 교통약자법)이 「장애인등편의법」에서 분리되어 별도로 제정되어 2006년 1월부터 현재까지 시행되고 있다. 이로 인해 대부분의 철도 및 도시철도 역사 등의 휠체어사용자 접근성이 확보되었고 많은 도시철도 역사의 플랫폼에 스크린도어가 설치되어 안전한 시설이용이 가능해 지고 있다.

또한, 그동안 장애인의 이동편의 및 건축물 이용 상의 편의를 법적 규정 「교통약자법 및 장애인등편의법」에 의해 최소한으로 제공되는 범위에서 벗어나, 직접 이용하는 소비자 중심의 편의제공을 위해 2007년 4월부터는 '장애물 없는 생활환경 인증제도 시행지침'을 보건복지부와 국토해양부가 공동으로 발표하고 2008년 7월부터는 "장애물 없는(Barrier Free) 생활환경 인증제도"가 본격적으로 시행되고 있다. 더욱이 2014년 12월 30일에 「장애인등편의법」 개정(안)이 국회를 통과하면서 장애물 없는 생활환경 인증이 공공발주 건축물부터 의무화되는 큰 변화를 가져왔다. 이로 인해 2015년 7월 29일 이후부터 국가 및 지방자치단체가 발주하는 건축물은 모두 장애물 없는 생활환경 인증을 의무적으로 받게 됨으로써 공공건축물의 이용편의 수준은 훨씬 높아질 것으로 전망된다.

2. 장애인 편의시설의 현황과 추진경과

1) 장애인 편의시설의 설치 현황

(1) 「장애인등편의법」 관련 현황

「장애인등편의법」시행에 따라 편의시설 설치대상인 도로, 공원, 공공건물 및 공중이용시설, 공동주택에 대한 전수조사를 시행 원년인 1998년과 5년 후인 2003년과 2008년, 2013년으로 4회 시행하였다. 「장애인등편의법」 시행이후 세 번째로 시행된 2008년 전수조사는 2006년에 도로와 교통시

설 등이 「교통약자법」으로 분리되면서 공원, 공공건물 및 공중이용시설, 공동주택에 대해서만 전수조사가 시행되었고 도로와 교통시설에 대해서는 「교통약자법」에서 조사되었다.

조사에서 나타는 결과는, 1998년에 비해 2003년 편의시설 평균 설치율은 비교적 증가 추세를 보여 공동주택을 제외한 대부분의 시설에서 5년간에 걸쳐 28% 이상 증가하였다. 하지만 1998년과 2003년의 조사에서는 단순하게 설치 유무에 대해서만 조사되어 실질적인 이용자들의 이용 체감도는 계속 매우 낮은 것으로 나타나고 있었다.

이와 같은 문제점을 보완하고자 조사에 대한 객관성과 전문성이 언급되기 시작했다. 그 결과 2008년 장애인편의시설전수조사에서는 보다 정확한 편의시설 설치현황을 파악하기 위해 그 동안 지방자치단체에서 직접 조사하던 방법과는 달리 편의시설 전문기관에 조사 및 분석을 위탁하였다. 또한 2008년 전수조사에 사용된 조사표는 설치의 수준을 적정, 보통, 미흡, 미설치 4단계로 구분하여 단순한 설치율이 아닌 설치 수준으로 제시하였다. 편의시설 설치를 수준별로 구분함으로써 시설별 설치현황은 설치수준별로 보다 상세한 결과를 나타내게 되었고 이는 향후 편의시설 정책에 다양하게 반영되어 시설물의 이용 편의를 증대시킬 수 있는 구체적인 대안을 제시하는 계기가 되었다. 이와 같이 단계별로 조사에 적용된 조사표는 2013년 조사에서 좀 더 조사의 편의성과 객관성이 담보될 수 있도록 변경하여 적용되었다. 편의시설 설치수준은 적정, 미흡, 미설치로 3단계 평가를 시행하는 대신 전수조사 세부항목 수를 2008년 87개에서 2013년 160개로 변경하여 조사자의 현장판단을 좀 더 객관적으로 할 수 있도록 하였으며, 2018년에는 항목을 보다 세분화하여 해당여부 35개 항목, 설치현황 219개 항목, 세부문항 103개 항목으로 이전보다 명확하고 세밀한 조사 및 분석이 가능하도록 적용되었다.

우선 2003년과 2008년의 전수조사 결과를 설치율로만 비교하면 다음 <표 1>과 같은 결과를 나타내고 있다. 전체적으로 볼 때 설치 증가율은 5.2%인 것으로 나타나고 있으며 특히 공동주택에서 17.2%의 높은 증가율을 보이고 있다.

● TABLE 01 2003년도 및 2008년도 전수조사 결과비교표(도로 제외)

대상시설별	2003년 조사			2008년 조사			증감(%)
	법정의무 편의시설수(a)	실제 설치수(b)	설치율 (b/a)(%)	법정의무 편의시설수(A)	실제 설치수(B)	설치율 (B/A)(%)	
공동주택	138,533	91,484	66.0	563,445	468,813	83.2	17.2
공공건물 및 공중이용시설	538,453	399,854	74.3	3,160,937	2,422,520	76.6	2.3
공원	14,652	8,665	59.1	36,410	24,036	66.0	6.9
계	691,638	500,003	72.3	3,760,792	2,915,369	77.5	5.2

주 : 1) 법정의무설치수는 「장애인등편의법」에서 의무사항으로 규정하고 있는 편의시설의 개수로써 전수조사 전체조사항목의 수를 의미하며, 장애인복지시설 건물유형의 경우 하나의 건물에 최대 89개의 조사항목이 있을 수 있음. 설치율은 전체조사항목(법정의무설치수) 대비 편의시설 설치항목의 비율임. (단위 : 수, %)
출처 : 보건복지가족부, 한국장애인개발원, 한국지체장애인협회(2009), 2008년 장애인편의시설 실태전수조사

하지만 2013년 조사결과는 2008년 조사보다 훨씬 세분화된 항목으로 조사하였기 때문에 결과를 바로 비교할 수 없는 제한이 있었다. 맞비교를 하기 에는 법정의무 편의시설 수 등에서 많은 차이를 나타내고 있기 때문이다.

2013년도 전수조사 결과 설치율은 67.9%이고, 적정설치율은 60.2%로 나타났으며, 2018년도 전수조사 결과 설치율은 80.2%이고, 적정설치율은 74.8%로 설치율과 적정설치율 모두 증가되었다. 세부 내용은 다음과 같다.

● TABLE 02 2013년 및 2018년 편의시설 설치율 비교

2013년도					2018년도				
설치기준 항목수	설치수	설치율	적정 설치수	적정 설치율	설치기준 항목수	설치수	설치율	적정 설치수	적정 설치율
6,305,374	4,283,679	67.9%	3,795,148	60.2%	9,034,890	7,243,294	80.2%	6,754,701	74.8%

출처 : 보건복지부, 한국장애인개발원 (2018), 2018년 장애인편의시설 실태전수조사

2013년도 설치율은 67.9%이고, 2018년도 설치율은 80.2%로 2013년도 대비 12.3% 설치율이 상승하였다. 공동주택은 12.6% 증가하였으며, 공중이용시설 12.1%, 공원 11.0%로 모든 대상시설에서 10% 이상의 상승률을 보였다. 이는 최근 5년간 정부 및 지방자치단체 등에서 설치율 향상에 노력했기 때문으로 판단된다.

● TABLE 03 2013년도 및 2018년도 전수조사 결과비교표

대상시설별	2013년 조사			2018년 조사			증감 (%)
	법정의무 편의시설수(a)	실제 설치수(b)	설치율 (b/a)(%)	법정의무 편의시설수(A)	실제 설치수(B)	설치율 (B/A)(%)	
공동주택	1,188,003	847,833	71.4%	1,930,389	1,619,920	83.9%	12.6
공공건물 및 공중이용시설	5,089,715	3,420,539	67.2%	7,038,108	5,579,385	79.3%	12.1
공원	27,656	15,307	55.3%	66,393	43,989	66.3%	11.0
계	6,305,374	4,283,679	67.9%	9,034,890	7,243,294	80.2%	12.3

출처 : 보건복지부, 한국장애인개발원 (2018), 2018년 장애인편의시설 실태전수조사

매개시설, 내부시설, 위생시설, 안내시설, 기타시설에 대한 설치율과 적정설치율을 비교하면 기타시설을 제외한 모든 시설의 설치율과 적정설치율이 증가한 것으로 나타났다. 기타시설의 경우, 설치율이 81.7%에서 75.3%로 6.4% 낮아졌으며, 적정설치율은 73.7%에서 68.0%로 5.7% 낮아졌다. 각 편의시설별 설치율은 다음과 같다.

● TABLE 04 연도별 편의시설 종류별 설치율

편의시설 종류	2013년도					2018년도				
	설치기준 항목수	설치수 및 설치율(%)		적정설치수 및 적정설치율(%)		설치기준 항목수	설치수 및 설치율(%)		적정설치수 및 적정설치율(%)	
매개시설	2,729,583	1,897,877	69.5%	1,706,129	62.5%	3,791,947	3,116,303	82.2%	2,950,482	77.8%
내부시설	1,929,421	1,555,422	80.6%	1,392,127	72.2%	3,299,282	2,762,138	83.7%	2,560,854	77.6%
위생시설	1,250,126	583,869	46.7%	478,392	38.3%	1,489,298	1,055,077	70.8%	959,091	64.4%
안내시설	195,730	82,643	42.2%	70,711	36.1%	295,558	197,551	66.8%	181,197	61.3%
기타시설	200,514	163,868	81.7%	147,789	73.7%	124,179	93,540	75.3%	84,392	68.0%
비치용품	31,388	17,006	54.2%	-	-	34,626	18,685	54.0%	18,685	54.0%
계	6,305,374	4,283,679	67.9%	3,795,148	60.2%	9,034,890	7,243,294	80.2%	6,754,701	74.8%

출처 : 보건복지부, 한국장애인개발원 (2018), 2018년 장애인편의시설 실태전수조사.

설치율에서는 내부시설, 매개시설, 안내시설, 위생시설, 기타시설 순이며, 매개시설, 내부시설의 경우 전체 평균인 87.2% 보다 높게 나타났다. 우선순위 및 중요도가 높은 편의시설의 경우, 접근로 등의 매개시설, 출입문과 복도 등의 내부시설 중심으로 설치가 이루어지고 있음을 알 수 있다. 다음으로, 적정설치율은 내부시설, 매개시설, 안내시설, 위생시설, 기타시설 순이며, 설치율과 동일하게 매개시설, 내부시설의 경우 전체 평균인 82.1%보다 높거나 같게 나타났다. 설치율과 적정설치율의 차이에서도 내부시설이 4.1%로 가장 적으며, 안내시설이 6.5%로 가장 큰 것으로 나타났다.

우선순위 및 중요도가 높은 핵심항목의 경우 출입문, 복도, 계단 등의 내부시설 중심으로 편의시설 설치가 이루어지고 있으며, 위생시설 · 안내시설의 경우 설치율도 낮지만 적정설치율도 낮은 것으로 나타나 향후의 편의시설 설치 및 정비의 방향은 화장실/샤워실, 유도 및 안내표지 등의, 위생시설과 안내시설에 초점을 맞춰야 할 것이다(보건복지부 · 한국장애인개발원, 2018).

● TABLE 05 핵심항목기준 설치율 및 적정설치율

편의시설 종류	2018년 장애인 편의시설 실태 전수조사						
	대상 건물수	설치기준 항목수	설치수	설치율	적정 설치수	적정 설치율	설치율과 적정설치율과의 차이
매개시설	185,919	1,354,654	1,183,889	87.4%	1,112,339	82.1%	5.3%
내부시설	181,649	1,115,619	1,061,126	95.1%	1,015,055	91.0%	4.1%
위생시설	90,574	625,863	466,585	74.6%	429,608	68.6%	6.0%
안내시설	50,367	68,931	53,308	77.3%	48,786	70.8%	6.5%
기타시설	17,214	40,767	29,442	72.2%	27,618	67.7%	4.5%
계	185,936	3,205,834	2,794,350	87.2%	2,633,406	82.1%	5.1%

출처 : 보건복지부, 한국장애인개발원 (2018). 2018년 장애인 편의시설 실태전수조사

또한, 대상시설을 22종의 건물군과 72개의 건물유형으로 분류하였다. 22종의 건물군 중에서 편의시설 설치율이 가장 높은 건물군은 관광휴게시설군으로 설치율 80.8%, 적정설치율 72.8%를 나타냈다. 반면 설치율이 60%대 이하로 매우 낮은 설치율을 나타내는 건물군은 공원, 공장인 것으로 나타났다(보건복지부 · 한국장애인개발원, 2018).

● TABLE 06 건물유형별(22개 건물군) 편의시설 설치현황

구 분	대상 건물수	대상편의 시설수	설치수 및 설치율(%)		적정설치수 및 적정설치율 (%)	
1종 근린생활시설	33,656	1,485,132	1,177,667	79.3%	1,088,170	73.3%
2종 근린생활시설	13,760	422,324	319,236	75.6%	302,960	71.7%
문화·집회시설	2,101	160,677	135,851	84.5%	126,715	78.9%
종교시설	5,449	188,172	147,054	78.1%	136,018	72.3%
판매시설	1,824	120,309	102,656	85.3%	96,985	80.6%
의료시설	3,830	320,052	267,648	83.6%	251,111	78.5%
교육연구시설	19,243	1,422,689	1,190,633	83.7%	1,105,823	77.7%
노유자시설	23,950	1,324,789	966,538	73.0%	884,849	66.8%
수련시설	518	39,212	31,932	81.4%	29,142	74.3%
운동시설	1,653	60,604	49,979	82.5%	47,096	77.7%
업무시설	12,323	861,319	720,108	83.6%	671,801	78.0%
숙박시설	3,623	204,736	162,601	79.4%	152,955	74.7%
공장	7,027	327,578	224,206	68.4%	210,509	64.3%
자동차관련시설	1,546	38,250	32,241	84.3%	30,840	80.6%
방송통신시설	208	12,818	10,420	81.3%	9,561	74.6%
교정시설	47	2,829	2,299	81.3%	2,074	73.3%
묘지관련시설	138	6,589	5,023	76.2%	4,603	69.9%
관광휴게시설	297	14,724	12,704	86.3%	11,893	80.8%
장례식장	338	25,305	20,589	81.4%	18,787	74.2%
공원	1,949	66,393	43,989	66.3%	41,474	62.5%
공동주택	51,753	1,888,072	1,587,369	84.1%	1,501,216	79.5%
기숙사	714	42,317	32,551	76.9%	30,119	71.2%
계	185,947	9,034,890	7,243,294	80.2%	6,754,701	74.8%

출처 : 보건복지부, 한국장애인개발원 (2018), 2018년 장애인편의시설 실태전수조사

● TABLE 07 장애인가구의 장애로 인한 추가소요비용

구분	총 비용	교통비	의료비	보육·교육비	보호·간병인	재활기관 이용료	통신비	장애인 보조기구	부모 사후 대비비	기타
지체장애	121.5	21.3	51.3	0.2	13.7	1.0	2.3	3.6	23.0	5.0
뇌병변 장애	342.2	29.9	167.6	5.1	88.4	7.9	3.2	7.3	16.8	16.0
시각장애	87.0	7.8	16.3	0.4	5.6	0.6	29.0	3.0	23.0	1.3
청각장애	83.1	5.1	11.1	1.1	4.4	0.7	24.9	22.3	13.1	0.2
언어장애	146.9	19.3	28.3	45.8	0.0	0.3	21.3	0.4	31.5	0.0
지적장애	287.0	31.3	71.7	44.7	14.2	34.1	9.8	1.6	67.8	11.7
자폐성 장애	608.4	85.4	27.7	368.4	19.7	59.0	6.8	0.4	41.0	0.0
정신장애	85.9	12.2	47.5	0.0	0.2	8.3	2.4	0.0	11.4	3.9
신장장애	293.6	47.0	199.1	0.0	14.6	0.2	3.4	8.8	17.5	3.1
심장장애	112.4	21.2	83.7	0.0	0.0	0.0	2.9	4.5	0.0	0.2
호흡기 장애	176.4	43.8	71.5	0.0	21.2	0.0	3.4	19.9	14.1	2.6
간장애	462.2	25.3	415.5	0.0	7.7	0.0	0.4	0.3	7.6	5.4
안면장애	329.2	17.0	122.2	0.0	0.0	0.0	3.7	5.3	180.9	0.0
장루요루	234.7	24.0	120.0	0.0	2.4	2.4	1.1	82.3	0.0	2.5
뇌전증	118.9	53.8	53.8	0.0	37.0	0.0	3.0	0.0	15.9	0.0
계	165.1	65.9	65.9	8.0	20.6	4.8	9.8	7.2	22.9	5.4

출처 : 보건복지부 · 한국보건사회연구원(2017), 2017년 장애인실태조사 (단위 : 천원)

(2) 「교통약자법」 관련 현황

「교통약자법」은 2006년에 「장애인등편의법」중 도로 등 이동관련시설분야를 분리하여 제정된 법으로 실태조사는 「교통약자법」 제25조에 의거 교통약자 이동편의증진을 위한 정책을 효과적으로 수립하는데 필요한 기초자료로 활용하기 위하여 시행하고 있다. 법 시행이후 매년 표본 또는 전수조사를 다음 <표 8>과 같이 시행하였다.

● TABLE 08 연도별 교통약자 이동편의 실태조사 현황

구분	조사지역 및 방법
2006년	전국 대상 표본조사
2007년	전국 대상 전수조사
2008년	전국 대상 표본조사
2009년	7대 특별·광역시 표본조사
2010년	9개도(특별·광역시 제외) 표본조사
2011년	전국 대상 전수조사
2012년	7대 특별·광역시 표본조사
2013년	9개도 및 세종특별자치시(10개·시도) 대상 표본조사
2014년	7대 특별·광역시 표본조사
2015년	9개도 및 세종특별자치시(10개·시도) 대상 표본조사
2016년	전국 대상 전수조사

출처 : 국토교통부(2017), 2016년 교통약자 이동편의실태조사 연구

이와 같이 시행한 조사결과 중에서 전국대상 전수조사로 시행한 2007년, 2011년, 2016년의 설치현황은 다음과 같다. 설치현황 조사는 「교통약자법」 시행령의 기준에 따라 맞게 설치된 경우 기준적합으로, 기준에 맞지 않거나 유지관리 상태가 불량한 경우 기준미달로 제시하고 있다.

● TABLE 09 교통약자 이동편의시설 설치현황

대상시설별	2007년 조사(전수)			2011년 조사(전수)			2016년 조사(전수)		
	기준 적합	기준 미달	미설치	기준 적합	기준 미달	미설치	기준 적합	기준 미달	미설치
평균	57.8	24.0	18.2	69.2	9.7	21.1	72.5	9.4	18.1
교통수단	67.6	8.7	23.6	76.0	7.3	16.7	77.4	7.0	15.6
여객시설	65.0	13.9	21.2	62.4	8.8	28.8	67.8	8.9	23.3
보행환경	40.9	49.3	9.8	69.3	13.0	17.7	72.2	12.3	15.5

출처 : 국토해양부(2008), 2007년도 교통약자 이동편의 실태조사
국토해양부(2012), 2011년도 교통약자 이동편의 실태조사
국토교통부(2017), 2016년 교통약자 이동편의 실태조사

(단위 : %)

2007년과 2011년 및 2016년에 조사된 결과에서 기준적합으로 조사된 결과는 점차적으로 증가하는 추세를 보이고 있다. 반면 미설치 결과는 18%대로 변화가 없는 것으로 나타나고 있다. 특히 보행환경의 경우에는 기준적합이 2007년에 40.9%였으나 2016년에는 72.2%로 크게 증가한 것으로 나타났다.

이 중에서 장애인이 이용 가능한 교통수단인 저상버스와 특별교통수단의 현황을 살펴보면 다음과 같다.

저상버스의 도입은 2004년 이후 지속적으로 증가되고 있으며 2008년 이후에는 대부분의 지역에서 저상버스를 도입하고 있다. 2009년 들어 비교적 가파른 수적 증가를 보였고, 2016년 기준으로 2004년부터 도입된 저상버스가 총 6,447대인 것으로 나타났다.

하지만 이는 '제1차 교통약자 이동편의 증진 계획('07~'11)'에서 9.130대 도입을 목표로 했을 뿐만 아니라 한국형 저상버스 개발('08년 말)하여 대량생산체계 구축을 전제하였던 것에 비하면 목표대비 42.7% 달성한 것에 지나지 않는 것으로 나타났다(국토해양부, 2012).

이후 '제2차 교통약자 이동편의 증진 계획('12~'16)'에서는 9.594대 도입을 목표로 했으며 실제 보급은 3,651대로 목표대비 37.7% 달성하여 비교적 저조한 달성율을 나타냈다(국토해양부, 2016).

이에 국토교통부에서는 제3차 교통약자 이동편의 증진 계획('17~'21)에서 2021년 보급률을 42.0%까지 상승시키겠다는 목표를 제시하고 있다. 시내버스의 차량 및 지자체 재정여건 등 저상버스 보급관련 요인들을 고려하여 2021년까지 수평 승하차가 가능한 저상버스를 전국 시내버스의 42.0%까지 보급(국토교통부, 2016)하는 것으로 제시하고 있다. 특히 서울시의 경우에는 65.0%, 광역시는 45.0%를 제시하여 서울시의 저상버스 보급률은 크게 높아질 것으로 기대된다.

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

● TABLE 10 연도별 저상버스 도입현황

구분	계	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	세종	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주
보급율	19.0	37.1	18.4	22.7	12.7	17.1	23.2	11.2	29	9.9	29.3	19.7	9	18.2	8.4	7.6	21.0	-
계	6,447	2,757	461	345	296	171	224	82	40	1,051	167	114	85	151	60	91	347	5
'04-'11	3,673	1,739	180	145	127	72	111	59	-	761	95	75	17	-	33	10	239	10
2012	731	197	79	26	42	14	24	9	-	147	29	15	3	54	5	14	73	0
2013	686	263	76	30	47	19	26	8	26	73	18	7	22	6	8	19	39	-1
2014	723	236	64	25	81	12	14	7	6	203	8	3	15	48	-	4	-3	0
2015	505	186	53	80	-3	37	39	-2	-	32	14	11	1	25	9	34	-7	-4
2016	129	136	9	39	2	17	10	1	8	-165	3	3	27	18	5	10	6	0

출처 : 국토교통부(2016), 2016년도 교통약자 이동편의 실태조사 (단위 : 대)

또한 특별교통수단 보급현황을 살펴보면, 「교통약자법」에 의해 인구 100만 이상의 시에는 80대, 인구 30만 이상 100만 미만의 시에는 50대, 인구 10만 이상 30만 미만의 시에는 20대의 특별교통수단을 갖추도록 하고 있으며 전국 특별교통수단 도입현황은 다음 <표 11>과 같다.

● TABLE 11 전국 특별교통수단 도입현황(2016년)

지역별	1, 2급 장애인수 (명)	법정 기준대수(대)	운행대수 (대)	보급률 (%)	과부족 (대)
합 계	543,659	2,730	2,820	103.3	-
서울시	86,241	431	437	101.4	-
부산시	36,317	182	201	110.4	-
대구시	25,518	128	128	100.0	-
인천시	27,765	139	140	100.7	-
광주시	15,195	76	97	127.6	-
대전시	15,661	78	82	105.1	-
울산시	9,937	50	51	102.0	-
세종시	2,038	10	10	100.0	-
경기도	113,423	578	651	112.6	-
강원도	20,655	103	98	95.1	5
충북도	22,972	115	112	97.4	3
충남도	26,409	131	100	76.3	31
전북도	26,510	134	139	103.7	-
전남도	29,138	146	100	68.5	46

지역별	1, 2급 장애인수 (명)	법정 기준대수(대)	운행대수 (대)	보급률 (%)	과부족 (대)
경북도	35,895	179	115	64.2	64
경남도	42,243	211	319	151.2	-
제주도	7,742	39	40	102.6	-

출처 : 국토교통부(2016), 제3차 교통약자 이동편의 증진계획(2017~2021) (단위 : 대)

「교통약자법」에 의해 정기적으로 진행되고 있는 '교통약자 이동편의 실태조사' 중에서 2016년의 조사결과에서 제시되고 있는 교통약자의 현황은 다음 <표 12>와 같다.

●TABLE 12 연도별 교통약자 현황

구분	2010년	2011년	2012년	2013년	2014년	2015년	연평균 증가율
계	12,290,943	12,409,503 (1.0%)	12,634,373 (1.8%)	12,779,931 (1.2%)	12,985,611 (1.6%)	13,228,203 (1.9%)	
장애인	1,556,896	1,561,417 (0.6%)	1,501,052 (△2.4%)	1,468,556 (△2.2%)	1,438,195 (△2.1%)	1,412,994 (△1.8%)	△2.1%
고령자	5,506,352	5,700,972 (3.5%)	5,980,060 (4.9%)	6,250,986 (4.5%)	6,520,607 (4.3%)	6,775,101 (3.9%)	4.4%
임산부	470,171	471,265 (0.2%)	484,550 (2.8%)	436,455 (△9.9%)	435,435 (△0.2)	438,420 (0.7%)	△1.8%
어린이	2,457,829	2,347,414 (△4.5%)	2,347,418 (0%)	2,322,614 (△1.1%)	2,297,070 (△1.1%)	2,334,907 (1.6%)	△0.1%
영유아동반자	2,299,695	2,328,435 (1.2%)	2,321,293 (△0.3%)	2,301,320 (△0.9%)	2,294,304 (△0.3%)	2,266,781 (△1.2%)	△0.7%

참고 : 교통약자인구의 중복산정을 피하기 위하여 장애인 중 65세 이상 고령자 제외 (단위 : 명, %)
(%)는 전년도 대비 증가율을 표기함
출처 : 국토해양부(2011), 2011년도 교통약자 이동편의 실태조사
국토교통부(2016), 2016년도 교통약자 이동편의 실태조사 보고서 재구성

「교통약자법」 제2조에서 규정하고 있는 교통약자는 장애인, 고령자, 임산부, 어린이, 영유아를 동반한 자 등 생활을 영위함에 있어 이동에 불편을 느끼는 자로 정의되고 있다. 국토교통부가 2016년 교통약자 이동편의실태조사 결과의 발표에 의하면 2015년 전국의 총 인구는 51,529천명이며 이에 교통약자는 총 인구대비 25.7%인 13,228천명으로 제시되고 있다. 총 인구 대비 교통약자 비중을 유형별로 살펴보면 고령자 13.1%, 어린이 4.5%, 영유아 동반자 4.4%, 장애인 2.7%, 임산부 0.9% 순으로 나타났다(국토교통부, 2016).

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

또한 교통약자의 이동을 위한 편의시설을 설치하여야 하는 대상시설은「교통약자법」제9조에 따라 교통수단, 여객시설, 도로(보행환경)로 구분되며 동법 시행령 제11조 별표1에서 규정하고 있다. 2016년「교통약자법」에 의해 조사된 이동편의시설의 설치율 및 이용자 만족도 조사결과를 2011년의 조사결과와 비교하여 제시하면 다음 <표 13>과 같다.

「교통약자법」에서 규정하고 있는 이동편의시설을 대상시설별로 볼 때, 교통수단의 경우에는 안내시설(안내방송, 문자안내판, 행선지표)과 내부시설(휠체어승강설비, 교통약자용 좌석), 기타시설(수직손잡이, 장애인 접근가능 표시)등의 항목이 해당되며 철도차량과 항공기 선박 등의 교통수단은 특히 장시간 이용을 고려하여 장애인화장실 설치 항목이 추가된다. 여객시설의 경우에는 모든 여객시설이 동일하게 매개시설(보행접근로, 주출입구, 장애인전용주차구역)과 내부시설(통로, 경사로, 승강기, 에스컬레이터, 계단) 그리고 위생시설(장애인전용화장실), 안내시설(점자블록, 유도 및 안내시설, 경보피난시설), 기타시설(매표소, 판매기, 음료대, 개찰구, 승강장 등)이 해당되며 공항이나 항만시설과 같이 개찰구와 승강장이 해당이 없는 시설의 경우에는 해당 없음으로 구분하여 평가된다.

● TABLE 13 교통수단별 이동편의 실태조사 설치율 및 만족도 비교(현황)

구분		2011년 말 현황		2016년 말 현황		비교	
		설치율	만족도	설치율	만족도	설치율	만족도
교통수단	일반버스	63	58	72	62	9	4
	저상버스	96	62	93	70	Δ3	8
	도시철도 및 전철	91	66	92	68	1	2
	철도	93	62	94	66	1	4
	항공기	98	66	99	70	1	4
	여객선	17	58	18	62	1	4
여객시설	여객자동차터미널	43	56	54	60	11	4
	도시철도 및 전철역사	78	64	84	68	6	4
	철도역사	73	62	81	66	8	4
	공항여객터미널	80	66	81	68	1	2
	여객선터미널	64	58	68	60	4	2
	버스정류장	37	56	39	60	2	4
보행환경		69	56	72	60	3	4

참고 : 설치율은 기준적합 설치율만 고려한 수치임 (단위 : %)
출처 : 국토교통부(2016), 제3차 교통약자 이동편의 증진계획(2017~2021) 재구성

조사결과에 의하면 2011년 및 2016년의 조사결과 동일하게 여객선의 이동편의시설 설치율이 교통수단 중에서는 가장 낮은 것으로 나타나고 있고 여객시설 중에서는 버스정류장이 2016년 조사결과 기준으로 39%로 가장 낮은 것으로 나타나고 있다. 2011년 및 2016년의 조사결과를 전체적으로 볼 때 설치율은 조금씩 상승하고 있는 것으로 나타나고 있는 반면 저상버스의 경우에는 오히려 설치율이 3% 포인트 하락하는 것으로 나타났다.

2) 장애인 편의시설정책 추진경과

(1) 제1차 편의시설 설치 국가종합 5개년 계획

「장애인등편의법」은 1998년 이후 지속적으로 시설물의 편의시설 설치를 촉진하고 있다. 신축 시설물의 경우 일정규모 이상이 되면 편의시설 설치대상으로 「장애인등편의법」 적용을 받지만 기존 시설물이나 민간시설인 경우 증·개축 등 일련의 건축적 행위가 있을 경우에만 「장애인등편의법」 적용을 받게 된다. 다만 횡단보도, 읍·면·동사무소, 경찰소, 파출소, 우체국, 보건소, 공공도서관 등 지방자치단체의 청사, 종합병원, 장애인 및 노인복지시설, 자동차여객시설 및 철도역사 등의 시설은 정비대상 시설로 지정되어 시설이 설치된 시점과 관계없이 「장애인등편의법」 적용을 받는다. 이와 같은 이유로 편의시설 설치가 신속하게 진행될 수 없는 한계가 있어 이를 보다 적극적으로 추진하기 위해 '제1차 편의시설 설치 국가종합 5개년계획(2000~2004)'이 시행되었다.

장애인·노약자 등의 사회참여 및 복지증진을 기본방향으로 하여 안전하고 편리한 무장애 공간(Barrier Free)을 구현하기 위한 세부추진 계획과 그에 따른 주요 추진실적은 다음과 같다.

첫째, 생활환경 분야에서는 편의시설 확충과 주거환경개선, 주택개조 비용보조 및 매뉴얼 개발 보급, 지역 내 편의시설 안내지도 제작 등의 사업을 추진하였다. 편의시설 설치율은 1998년 제1차 전수 조사 시 47.4%에서 2003년 제2차 전수 조사 시 75.8%로 상당히 증가하였다. 이와 같은 편의시설 설치율 증가에 기여한 것은 「장애인등편의법」에서 정비대상시설[1]로 규정한 공공시설의 설치율이 증가하였기 때문이다. 또한 2000년 지체, 시각, 청각장애인을 위한 주거환경개선 매뉴얼을 개발해 보급하였으며 2001년부터 서울시의 주택개조사업이 시작되었고 2004년부터는 복권기금 71억 원과 지방비로 약 4,500세대 주택개조사업(세대 당 320만원)을 시행하였다. 뿐만 아니라 2005년 7월부터 시행된 「장애인등편의법」 개정에 따라 의원·치과의원·한의원 등 그

1 읍·면·동사무소, 공공도서관, 장애인복지시설, 종합병원, 국가 또는 지방자치단체 청사와 여객자동차터미널, 공항시설은 2000년 4월까지, 철도역사, 도시철도역사에 대해서는 2005년 4월까지 편의시설을 설치하도록 하였다.

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

동안 단일 건물이면서도 편의시설 설치대상시설에 포함되지 않았던 의원 건물들도 해당용도 면적이 500㎡ 이상이면 편의시설 설치대상시설에 포함되도록 하였다. 2004년 「조세특례제한법령」을 개정하여 조세감면 적용대상시설을 15종에서 21종으로 확대하였으며 조세 감면비율도 3%에서 7%로 상향조정하였다.

둘째, 교통 환경 분야에서는 대중교통 이용편의 증진사업, 시각장애인 심부름센터 확충사업, 장애인전용 주차구역 관리 철저 등이 이루어졌고, 철도 · 지하철역사 승강설비도 2004년 6월 기준으로 82.3% 완료하였다. 건설교통부에서는 2004년 지자체에 30억 원의 국고를 보조하여 저상버스 60대를 시범 · 도입하였으며 경찰청에 의해 설치되고 있는 음향신호기의 규격을 개선하는 사업을 추진하였다. 대중교통수단으로 해결되기 어려운 중증장애인의 이동권 보장을 위해 특별운송서비스로 휠체어리프트 장착 버스를 15개 시 · 도에 26대 보급하였으며 시각장애인의 이동권 보장을 위한 심부름센터를 2000년 16개소에서 2004년 51개소로 확대하였다. 뿐만 아니라 「주차장법」 시행령의 개정을 통해 장애인전용주차구역의 설치율 1~3%를 2~4%로 확대하였다. 특히 장애인 이동권을 확대하기 위해 건설교통부에서 「교통약자법」 제정을 추진하였다.

셋째, 사회 환경 분야에서는 편의시설에 대한 교육 · 홍보를 강화하고 편의증진요원을 확충하기 위한 지체장애인편의시설지원센터 등을 설치하였고, 편의시설에 대한 TV방송, 홈페이지를 운영하였다. 16개 시 · 도 1,400여명의 편의시설시민촉진단원을 통해 시설 설치에 대한 홍보활동을 계속했다. 지하철 역사 내에는 2000년부터 공익근무요원을 배치하여 휠체어 사용자 등의 이동에 필요한 인적서비스를 제공하였고, 2004년부터 전국 17개소에 지체장애인편의시설지원센터를 운영했다.

넷째, 실태점검 및 평가계획에 의해 2003년 편의시설설치 실태조사를 실시하였다. 그 결과 설치율은 1998년의 47.4%보다 높아진 75.8%에 이르는 성과를 거두었으나 편의시설 설치율이 높아진 반면 실제 이용자들의 편의시설 체감율은 그보다 낮은 것으로 평가되고 있다.

'제1차 편의시설 설치 국가종합 5개년계획'을 종합적으로 평가해보면 편의시설 설치의 수적 증가는 이루어졌으나 실질적인 이용자의 이용체감율은 여전히 낮게 나타났다. 이와 같은 결과는 편의시설 설치를 법적 기준에 맞지 않게 설치하고도 실태조사에서는 기준에 맞게 설치된 것으로 조사되거나, 실제 설치되어 있는 편의시설도 연계성 없이 설치되어 있기 때문에 실질적으로 이용자의 편의를 증진하지 못하는 것으로 평가할 수 있다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

(2) 제2차 편의시설 설치 국가종합 5개년 계획

'제2차 편의증진 국가종합 5개년 계획(2005~2009)'은 제1차와는 달리 인적서비스를 보다 적극적으로 도입함으로써 종합적인 서비스를 추구한다는 측면에서 보다 폭넓은 편의증진으로 계획의 방향을 바꾸었다.

기본적인 추진방향은 다음과 같다. 공공시설에서는 장애인화장실과 승강설비 설치를 확대하고 수화통역 및 이동보조 등의 인적서비스를 강화하고자 하였으며, 민간에서는 의원 · 한의원 · 이 · 미용원 등 주거생활 기본시설인 근린생활시설의 편의시설을 강화하고자 하였다. 또한 2008년 편의시설설치 실태조사는 전문가와 장애인당사자가 함께 참여할 수 있는 기회를 확대하여 편의시설 적정설치 유도 및 편의증진 활성화에 기여하고자 계획하였다. 이와 같은 일련의 계획은 일반국민들이 편의시설 설치를 보편적 설계(Universal Design) 관점에서 인식할 수 있도록 하는데 기본적인 방향을 두었다.

제1차 5개년 계획이 편의시설 설치율을 높이는 양적 증가에 중점을 두었다면, 제2차 5개년 계획은 설치되는 편의시설의 수준을 높이고 시설 설치상의 제한점을 인적서비스로 보완할 수 있도록 하는 종합 편의증진이라는 질적 증가에 중점을 두었다. 이와 같은 제2차 5개년계획의 주요 내용을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 공공시설 접근성 제고를 위해 공공시설에서 청각장애인 수화통역서비스를 확대하고 시각 및 지체장애인에게는 이동보조안내의 인적서비스를 제공함으로써 편의시설 설치와 인적서비스를 강화하고자 했다. 공공시설의 편의시설 설치 내실화를 위해 편의시설의 사후관리를 철저히 하고 설치된 편의시설 간의 연계성 강화를 위해 안전보행 접근로 등의 설치를 확대하였다. 또한 편의시설 설치에 대한 지도 · 감독을 중앙행정기관별로 강화하기 위해 다음과 같은 중앙행정기관별 소관시설을 분명히 명시하였으며 편의증진심의회를 통해 부처 간 역할 분담 및 상호 협력을 도모하였다.

● TABLE 14 중앙행정기관별 소관시설

관련부처	소관시설	비고(관련법)
교육과학기술부	초·중·고교 및 대학교	-
법무부	교정시설(교도소 등)	-
행정안전부	국가청사(중앙청사, 과천청사, 대전청사, 춘천지소)	-
문화체육관광부	공연장(극장 등)·전시장(박물관, 미술관 등)	-
지식경제부	장애인이 이용 가능한 공중전화 및 우체통	「정보격차 해소에 관한 법률」
노동부	장애인고용사업장	-
국토해양부	공동주택, 교통시설, 교통수단, 도로, 항만법에 의한 항만시설 (여객이 직접 이용하는 시설) 및 종합여객시설	「교통약자의 이동편의 증진법」
경찰청	경찰서·파출소, 횡단보도 음향신호기	-

출처 : 보건복지부(2005), 제2차 편의증진 국가종합 5개년계획

이와 같은 계획에 의해 교육과학기술부에서는 대학교 평가에서 편의시설 설치부문을 도입하였으며 초·중·고교를 대상으로 편의시설 설치지원을 하고 있다. 문화체육관광부에서도 박물관과 미술관 등의 문화관련 시설에 대해 편의시설 설치 지원 사업을 진행하고 있다. 법무부에서는 교정시설에 필요한 편의시설을 확충하기 위해 보건복지가족부에 의견수렴을 하였고, 국토해양부는 '교통약자 이동편의증진 5개년계획(2006~2010)'을 수립하여 수행한 바 있다.

또한 2005년 12월 「장애인등편의법」을 개정하여 공공건물 및 공중이용시설에서 비치해야 하는 품목에 보청기기를 추가하였고, 읍·면·동사무소 및 우체국·전신전화국의 의무 비치용품인 확대경을 8배율 이상 확대경으로 강화하였다. 2007년 3월에는 공공업무시설인 국가나 지방자치단체의 청사에 정보통신기기를 포함한 컴퓨터를 비치하도록 권장하였다.

둘째, 사회인식개선 및 교육 강화를 위해 편의시설 설치를 보편적 설계 개념에 도입하여 사회인식 강화 홍보를 계속하고 있으며 특히 장애물 없는 생활환경 인증 제도를 2007년부터 도입, 1여년의 제도정비 과정을 거쳐 2008년 하반기부터 본격적으로 시행하고 있다.

'장애물 없는 생활환경 인증제도'는 2007년 3월 보건복지부와 건설교통부가 공동으로 수행하기 시작했으며 동년 9월에 인증을 수행할 기관으로 (재)한국장애인복지진흥회와 한국토지공사를 선정하였다. 현재 인증기관에서는 시설물의 설계단계부터 인증하는 예비인증과, 예비인증을 받은 시설물의 허가단계와 기존시설물에 인증하는 본인증이 시행되고 있다.

또한 편의시설 교육 강화를 위해 편의시설관련 공무원 전문교육과정을 2006년부터 (재)한국장

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

애인개발원이 위탁, 수행해 오고 있다. 본 과정은 공무원이 편의시설 관련 업무를 수행하는데 기술적인 업무 수행이 가능하도록 도움을 줄 뿐 아니라 편의시설과 직 · 간접적으로 관련이 있는 「장애인차별금지 및 관리구제 등에 관한 법률」 등 다양한 교육내용을 통해 공무원의 인식변화에도 기여하고 있다.

셋째, 생활공간에서의 주거 및 이동편의증진 계획에 의해 근린생활시설 등의 편의시설 설치 의무화를 확대 · 시행하였고, 장애인 주거공간의 편의시설 설치확대를 통해 장애인 주거 만족도를 제고하고자 하였다. 생활공간의 이동편의와 관련하여 철도 · 지하철역사 등의 편의시설 확충, 특별교통수단 제공, 대중교통시설 관련 편의시설 홍보 안내 확대를 계획하였다. 이에 따라 2005년 7월부터 의원 · 치과의원 · 한의원, 이 · 미용원 등의 편의시설 설치를 의무화하였고 2008년 1월 이후부터 지역아동센터를 편의시설 설치 의무 대상 시설로 추가하였다. 2005년 7월부터는 공동주택 아파트의 부설 주차장에 장애인주차구역 설치 의무화를 시행하였다.

또한 장애인 주거공간의 편의시설 설치확대를 위해 2006년부터 2008년까지 전국 3,000여개 가구에 대해 지방자치단체와 공동 부담하여 '장애인주거환경개선사업'을 수행해 오고 있다. 이와 같은 사업을 내실 있게 지원하고자 일반 주택개조 외에 지원 가구의 10% 가량은 맞춤형 주택개조를 실시하고 있으며 주거환경개선 매뉴얼을 제작 · 보급하고 있다.

넷째, 실태조사 및 평가 강화 계획에 의해 2008년 편의시설설치 실태조사를 시행하였다. 2008년 말 현재 12만 2천여 개의 대상시설에 대해 편의시설 설치 실태조사가 이루어졌다. 1998년 및 2003년 2회에 걸친 전수조사와 달리 2008년의 전수조사는 전문가 및 장애인 당사자가 참여하여 조사의 객관성을 확보하였다.

다섯째, 「장애인등편의법」을 개정하여 안내 및 경보 · 피난 설비와 승강설비관련 규정을 강화하였고 임산부 등에 대한 편의시설 강화로 수유실 등의 설치를 추진하고자 하였다. 또한 「건축법」 및 「건축사법」 등의 관련 법률을 개정하고자 하였다.

또한 「장애인등편의법」 개정에 의해 문화시설의 공연장 및 관람장, 의료시설의 병원 및 장례식장, 교육연구시설의 학교에 시각장애인 등의 점자블록 및 유도 · 경보안내설비를 확대 적용하였으며, 공연장 및 관람장, 집회장 · 전시장 및 동 · 식물원, 장례식장, 교육원 · 직업훈련소 · 학원, 운전학원, 아동관련 시설에 대해 계단 또는 승강기의 의무를 확대 적용하였다. 장애인전용주차구역의 확대 적용은 근린생활시설의 일반음식점, 휴게음식점, 제과점, 안마시술소, 아동관련시설, 운동시설에 대해 시행하였으며, 이외에도 문화시설의 공연장 및 관람장, 의료시설의 장례식장, 교육연구시설의 학교 및 학원, 노유자시설의 노인 및 아동시설, 운동시설에는 화장실 소변기 및 세면대를 확대 적용하였고, 여성용 화장실 설치가 의무인 시설에는 유아용 거치대를 의무 설치하도록 하고 수유

실 등의 설치도 권장하였다.

(3) 제3차 편의시설 설치 국가종합 5개년 계획

'제3차 편의증진 국가종합 5개년계획(2010~2014)'은 제2차 5개년 계획에서 중점을 두었던 인적서비스를 포함한 종합적인 서비스 추구를 통해 이용자가 만족하는 편의시설의 적정성 확보와 건축물의 기본구조로서 무장애시설의 보편화를 추진한다는 기본방향을 설정하였으며 이를 통한 목표는 편의시설 설치율을 2008년 77.5% 대비 10.5% 증가하는 88%를 2014년까지 달성하겠다고 제시하고 이를 위한 지속적 노력해 왔지만 2013년 전수조사결과에 의하면 달성되지 못한 것으로 나타났다.

제3차 5개년 계획에서 제시하고 있는 주요 과제는 분야별 편의시설 및 서비스 강화, 편의증진 관련 제도 · 법령 개선, 편의증진 실용적 기술개발 및 연구, 사회인식 개선 교육 강화 및 정책 홍보의 4개로 나누어 추진되었으며 이에 대한 세부적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 분야별 편의시설 및 서비스 강화는 2008년도 전수조사 결과 나타난 편의시설 적정 설치율이 비교적 낮은 점을 고려하여 적정 설치율 제고에 대한 방안 마련이 필요하다는 측면과 주거 · 교육 · 직업 · 문화시설 등 다양한 생활전반의 편의증진 강화가 필요하다는 측면에서 추진되었다. 특히, 중앙행정기관 및 지방행정기관 청사 등을 우선 공공시설의 편의증진을 위해 중앙행정기관과 지방행정기관 청사의 편의시설 설치율을 2014년까지 95%로 향상시키는 것과 국가 및 지방자치단체 청사의 비치용품 구비율을 2014년까지 100% 향상시키는 계획이 추진되었다.

교육환경의 편의증진을 위해서는 교육과학기술부는 2010년부터 매년 특수학교 90여 개소, 특수학급이 있는 초 · 중 · 고에 각각 매년 80여 개소, 일반 초 · 중 · 고에 매년 각각 70여 개소의 편의시설 확충 및 정비를 시행했다(보건복지부, 2015).

작업환경의 편의증진을 위해서는 노동부에서 장애인관련 사업장에 2010년부터 2014년까지 365개소 44억 원의 편의시설 설치지원을 시행했다(보건복지부, 2015).

문화시설의 편의증진을 위해서도 사립 문화시설의 장애인편의시설 설치 · 지원으로 2010년부터 2014년까지 문화관광체육부에서 24억 원을 지원했다. 이와 관련하여 2011년에는 한국장애인개발원에서 개발된 문화시설의 장애인편의시설 매뉴얼(공연장 및 전시장)을 보급하였으며 문화관광부에서도 문화시설용 매뉴얼로 활용하고 있다.

둘째, 편의증진 관련 제도 · 법령 개선은 건축물의 구조 · 설비 등 기준에 관한 일반사항은 「건축법」에서 규정하고 있으며 장애인 등의 시설물 이용에 관한 보충적 시설로서의 편의시설은 「장애인

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

등편의법」에서 규정하고 있어 편의시설 설치 규정의 실효성이 약화된 점을 고려하여 제3차 5개년 계획에서는 편의시설 설치에 대한 적합성 심사를 강화, 편의시설 설치대상 및 설치기준을 개선, 인증제도 활성화를 위한 인센티브 제공 등에 대해 추진하였다. 우선적합성 심사 강화는「장애인등편의법」제9조의 2(편의시설 설치기준의 적합성 심사)를 신설하기 위한 법 개정을 추진하여 2015년 1월 28일「장애인등편의법」이 개정되었다.

편의시설 설치대상 및 설치기준 개선은 이용원 · 미용원, 의원, 금융업소 등의 대상시설 면적기준을 기존 500㎡이상에서 300~400㎡수준으로 하향 조정함으로써 편의시설 의무대상시설의 범위를 넓히고 청각장애인을 위한 비치용품의 설치 범위도 의료 및 금융시설과 학교 등으로 확대하고자 하였으나 2015년 1월 28일「장애인등편의법」개정에 포함되지 못했다. 또한 장애물 없는 생활환경 인증제도 활성화는 민간시설까지 확대하고자 하는 목적은 달성되지 않았지만 2015년 1월 28일자「장애인등편의법」개정에서 제10조2(장애물 없는 생활환경 인증)를 신설함으로써 장애물 없는 생활환경 인증의 법적 근거를 마련함과 동시에 국가나 지방자치단체가 2015년 7월 29일 이후 신축하는 공공건물 및 공중이용시설에 대해서 모두 인증을 의무적으로 받도록 함으로써 관련시점 이후 정부나 지방자치단체에 의해 신축되는 건물부터 장애물이 없는 건물로 만들어질 수 있게 되었다.

셋째, 실용적 편의증진 기술개발 및 연구는「장애인등편의법」제정 시 마련된 설치기준이 시행 15년을 훨씬 넘긴 시점에서도 변화되지 않고 있는 점과 시시각각 변화하고 있는 IT 등의 첨단 기술의 적용이 필요하다는 인식을 반영하여 편의시설의 적정화 · 보편화를 위한 표준설계 연구와 장애인 피난설비 관련 재난방지시스템 개발, 업무담당자의 관리효율화를 위한 기술개발 지원, 이용자별 편의시설 설계지침 연구 등을 추진해오고 있다. 우선 편의시설 표준 설계 연구 및 상세표준도 제작 · 배포로 다양한 현장상황에 맞추어 기준에 적합한 편의시설을 설치할 수 있도록 하기 위해 2011년에 장애인편의시설 표준상세도를 제작하여 배포하였으며 지속적으로 상세도를 업데이트 하여 현장에 제공하고 있다. 또한 장애인 재난방지 시뮬레이션 시스템 개발 및 RFID(Radio Frequency Identification) 적용 장애인전용주차구역 관리시스템 구축 등 첨단 IT기술을 접목한 시스템을 분야별로 적용할 뿐만 아니라 BIM((Building Information Modeling) 기술을 적용하여 법적 편의시설 기준 적합여부 검토가 가능한 툴을 개발하고자 하여 장애인 재난과 관련해서는 2011년에는 장애인복지관의 재난방지를 위한 건축물 설계기준 및 피난기준 설정에 관한 연구 시행, 2013년 장애인 위기상황 대응매뉴얼 개발을 위한 시범(PILOT) 연구 및 장애인 피난설비 관련 재난방지시스템 개발관련 기초연구를 수행하였으며 장애유형별로 재난관련 매뉴얼을 지속적으로 개발해 왔다. 뿐만 아니라 장애인 전용 주차구역 관리와 관련해서는 관리시스템을 구축하기 위한 선행연구로 2014년에 장애인자동차표지 개선방안 마련을 위한 연구를 수행하였다.

특히, 실용적 편의증진 기술개발과 관련해서는 다양한 이용패턴 및 장애유형별 행동특성을 감안한 편의시설 설계지침개발을 위해 복지시설, 문화시설 등 시설종류별 매뉴얼을 개발하여 지속적으로 현장에 보급해 왔다.

넷째, 사회인식개선, 교육 강화 및 정책홍보 실시는 아직도 장애인과 편의시설에 대한 편견 해소 및 차별금지 등을 위한 전 국민의 인식개선이 필요하다는 측면에서 편의증진 홈페이지를 통한 종합정보 제공, 공무원 및 전문가 인식개선교육 강화, 대중매체 등을 통한 편의증진 정책 홍보 등으로 추진되었다. 특히 공무원의 인식개선교육은 한국장애인개발원에서 연 5회 편의증진 공무원교육을 시행해오고 있으며 각 지방자치단체 등을 통해서 시행되고 있는 교육을 지원하고 있다. 특히, 2008년부터 본격적으로 시행되고 있는 장애물 없는 생활환경 인증제도와 관련하여 건축전문가 교육을 시행하고 있으며 인증제도에 관한 홍보 동영상을 제작하여 지하철 등에서 방영하는 등의 다양한 홍보활동을 시행해 왔다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

(4) 제4차 편의시설 설치 국가종합 5개년 계획

'제4차 편의증진 국가종합 5개년계획(2015~2019)'은 중장기적인 편의증진정책 수립의 필요에 따라 「장애인등편의법」상 적합성 확인을 강화하는 것과 장애물 없는 생활환경 인증제도의 확산에 중점을 두었다. 또한 주거 · 교육 · 작업 · 문화 · 교통 환경 등 다양한 분야에서 공공 및 민간시설의 이용자편의를 확대하기 위하여 편의증진 관련 법령정비 및 제도개선을 보다 중점적으로 추진하고자 계획하였다. 그 외에도 장애물 없는 생활환경(BF) · 편의증진 기술 및 연구 분야의 확대 및 편의증진 교육 및 홍보 강화 등이 주요 정책과제로 제시되었다.

이와 같은 주요 정책과제를 제시하기 위한 추진 여건으로 볼 때, 2014년 기준으로 등록 장애인은 249만 명으로 「장애인등편의법」이 시행된 1997년 대비 약6배 증가하였으며 특히 65세 이상의 장애인도 전체의 약 41%(103만 명)인 것으로 나타남에 따라 장애인뿐 아니라 급격하게 증가하고 있는 고령화를 고려하여 편의증진 욕구 다양화에 대응하고자 하였다(보건복지부, 2015). 이와 관련하여 그동안 지체장애인의 시설물 이용에 초점을 맞추어왔던 편의시설 설치는 지체장애인뿐 아니라 청각 · 시각자아애인과 노인 · 임산부 · 어린이 등이 보편적으로 이용 가능한 시설로의 변화를 유도하기 위한 보편적인 편의증진 제공의 필요에 대해 제시하고 있다.

중점 추진방향별 세부내용은 다음과 같다.

첫째, 공공 및 민간시설의 이용편의 수준 향상에 대한 세부 추진내용은 국가 및 지방자치단체 발주 건축물 중에서 2015년 7월 29일 이후 신축되는 건축물에 대해서는 BF인증을 의무적으로 취득하도록 「장애인등편의법」을 2015년 1월 28일에 개정[2]하였다. 이에 의해 현재 공공분야에서의 BF인증은 급속도로 증가하고 있으며 관련 내용은 제3절 무장애환경에서 제시한다.

또한 주거환경의 편의증진과 관련하여 2006년 이후 매년 농어촌의 1000가구 이상 주택개조사업이 시행하였으며 2015년 7월까지 시행한 후 부처 간 유사사업 통합으로 인해 국토교통부로 이관되어 시행되고 있다. 교육환경의 편의증진으로는 교육부가 주관하여 초 · 중 · 고등학교의 편의시설 설치현황을 조사하고 개선을 지원하고 있으며 장애학생에게 정당한 편의지원을 위한 특수교육 보조 인력을 지속적으로 확보하도록 하여 2014년도 기준으로 10,153명이 확보되어 지원하고 있다. 그 외 작업환경의 편의증진은 장애인 표준사업장 및 고용사업장의 편의시설 점검 및 지원을 시행하고 있고 문화시설의 편의증진으로 시각 · 청각장애인을 위한 대체자료 제작 및 수집으로 공공도

2 「장애인등 편의법」 제10조의2(장애물 없는 생활환경 인증) ③ 국가나 지방자치단체가 신축하는 청사, 문화시설 등의 공공건물 및 공중이용시설 중에서 대통령령으로 정하는 시설의 경우에는 의무적으로 인증을 받아야 한다(2015년 1월 29일 법개정).

서관 독서보조기기 지원 등이 시행되고 있다.

둘째, 이용자 편의 확대를 위한 편의증진 관련제도 및 법령 개선 관련 추진내용으로 편의시설 적합성 확인에 대해「장애인등편의법」을 개정[3]하였다. 또한 점차적으로 다양화되고 있는 휠체어사용자 등으로 인해 전동휠체어사용자들까지 편리하게 이용 가능한 시설환경으로 개선하고자 편의시설 설치기준을 강화하고자 하였다. 이에 따라 장애인화장실의 내부크기를 확대 및 문 폭의 확대 등 개정안이 2017년 현재 진행되고 있다. 특히 여행문화 확산에 따른 장애인이 이용 가능한 객실 설치기준을 상향 조정하는 개정안도 함께 진행되고 있다. 그 외에 장애인전용주차구역 이용편의 확대를 위한 비장애인 불법 주차 개선과 주차표지 회수 및 발급제한 등 개선방안을 마련하여 시행할 계획이다. 편의시설 운영 실태와 관련하여서는 장애인 관련단체와 모니터링을 지속적으로 시행할 계획이며「장애인등편의법」제11조(실태조사) 및 동법 시행규칙 제4조(실태조사의 실시시기 등)에 의거하여 5년마다 시행하는 전수조사를 2018년에 시행할 계획이다.

셋째, BF · 편의증진 기술 및 연구 관련 추진내용으로 편의시설 상세표준도를「장애인등편의법」이 개정되는 내용을 반영하고 편의시설 설치의 통일된 설계기준을 제시하고자 개정을 진행하거나 시각장애인의 안전한 보행을 위한 관련 연구를 시행 등 관련분야 연구를 시행할 계획이다. 편의시설 통계자료를 구축하여 장애인에게 필요한 정보를 제공하기 위한 웹페이지 또는 스마트폰 앱 등을 개발하여 제공하고자 계획하였으며 5년마다 시행하는 편의시설 설치실태 전수조사 결과를 토대로 다양한 유형의 편의시설 통계자료를 구축하기 위한 시스템 개발을 시행할 계획이다. 또한 장애 유형별 맞춤형 기술개발과 개발된 기술의 공동 활용 추진을 위해 아이디어 공모전 등을 시행할 계획이다.

넷째, 편의증진 교육 및 홍보 강화 관련 추진내용으로는 2006년 이후 지속적으로 추진하고 있는 공무원 교육 외에도 건축 관련 종사자 및 건축사 등의 민간교육을 확대하여 시설설치와 관련되는 분야의 인식을 개선하고 건축 등 관련분야에 대해 보편적 기술로 확산하고자 한국장애인개발원에서 교육대상 등을 확대하여 시행하고 있다. 또한 BF인증 제도의 공공분야 의무화 추진에 따른 홍보 확대를 위한 찾아가는 세미나를 매년 3~5회로 시행하고 있으며 BF인증의 우수사례 공표 및 공모전 개최 등을 계획하고 있다.

3 「장애인등편의법」제9조의2(편의시설 설치기준의 적합성 확인) ① 시설주관기관은 시설주등이 대상시설의 설치를 위하여「건축법」등 관계 법령에 따른 허가나 처분(「건축법」제29조에 따른 협의를 포함한다)을 신청하는 등 절차를 진행 중인 경우에는 설계도서의 검토 등을 통하여 제8조에 따른 편의시설 설치기준에 적합한지 여부를 확인하여야 한다 (2015년 1월 29일 법개정).

(5) 제1차 교통약자 이동편의증진 5개년 계획 (2006~2010)

2006년 1월 시행된「교통약자법」에 의해 '교통약자 이동편의증진 5개년 계획(2006~2010)'이 수립되었다. 이 계획은 교통약자의 사회활동을 뒷받침하는 교통체제로 전환한다는 비전하에, 중점과제로 장애물 없는 보행환경 우선 추진, 지역별 주요 이동편의 거점 육성, 이용객이 많은 대중교통 이동편의 우선 제고, 맞춤형 교통서비스 제공, 교통약자에 대한 사회적 관심 제고, 이동편의 향상을 위한 연구개발사업이 제시되었다.

첫째, 장애물 없는 보행환경 우선 추진 계획에 의해 보도의 보행장애물을 정비하고 시각장애인 음향신호기를 설치하여 보행환경을 개선하며, 매년 5개 지역 내외의 보행우선 시범구역 지정을 통해 차량 위주의 교통체계를 보행자 우선의 교통체계로 바꾸고자 노력하고 있다. 이에 의해 2007년 '장애물 없는 생활환경 인증제도' 시행을 통해 노인, 장애인 등이 도시 및 건축물 등을 접근하고 이동하는데 불편이 없도록 하였으며, 2008년 '보행우선구역 시범사업' 추진을 위한 표준설계매뉴얼을 마련하여 지방자치단체에 제공하였다.

둘째, 지역별 주요 이동편의 거점 육성 계획에 의해 교통약자 유형별로 거주 이동 실태를 조사하고 교통수요가 많은 지역을 거점 역으로 지정하였다. 주요 거점 역은 이동 접근 이용에 있어서 무장애공간(Barrier-Free)화를 추진한다는 계획이다. 2008년 국토해양부는 교통약자 이동 허브 표준안을 마련하여 지방자치단체에 전달하였다.

셋째, 대중교통 이동편의 우선 제고 계획에 의해 대중교통 위주의 이동 편의를 확대하고자 했다. 저상버스의 보급 확대를 계획하고 2006년 전국의 보급률 2%(592대)에 불과한 것을 2011년까지 보급률 30%(2,685대)로 확대하고 2013년에는 최대 50%까지 확충하고자 하였다. 또한 저상버스의 확충에 맞추어 버스 정류장의 환경을 개선하고 버스정보 안내판 설치 등을 추진하였으며, 지하철 및 철도역사의 이동편의를 위한 엘리베이터 등의 설치를 지속적으로 추진하여 지하철의 경우에는 많은 역사에 엘리베이터가 설치되었다.

넷째, 맞춤형 교통서비스 제공 계획은 승강설비가 갖추어진 장애인용 택시, 셔틀승합 등 2006년 155대에 불과한 장애인이 이용 가능한 차량을 2011년까지 1,227대 확보함으로써 대중교통수단을 이용할 수 없는 중증장애인에게 예약방문서비스(Door-to-door Service)를 제공하고자 하였다.

다섯째, 교통약자에 대한 사회적 관심 제고 계획으로 시민의식 전환을 위한 각종 교육과 홍보를 강화하고 있다. 이에 의해 2007년 교통약자 이동편의시설 설치 관리 매뉴얼을 제작하여 보급하고 교육함으로써 교통수단 및 각종 여객시설, 보도 등에 교통약자를 위한 편의시설 설치 방법을 홍보하고 있다. 또한 교통약자 관련 홍보 영상을 제작하여 유치원 또는 학생들에게 교통약자에 대한 이

해를 높이기 위한 교육을 실시하고 있다.

여섯째, 연구개발사업 추진 계획에 의해 한국형 저상버스 표준모델개발사업, 보행환경 개선을 위한 연구개발사업 등을 지속적으로 추진하고 있다. 교통약자를 배려한 버스정류장 시설 설치매뉴얼을 2008년에 제작 · 보급하였으며, 장애인 및 노약자를 위한 생활시설 개선 연구개발사업을 5개년에 걸쳐 추진하고 있다.

(6) 제2차 교통약자 이동편의증진 계획 (2012~2016)

교통약자가 안전하고 편리하게 이동할 수 있도록 교통수단, 여객시설, 도로(보행환경)의 이동편의시설을 확충하도록 하는 교통약자 이동편의증진계획은 1차 계획이 교통약자의 이동편의를 위한 토대를 구축하였다면 2012년부터 시행된 제2차 교통약자 이동편의증진계획은 지역 여건을 감안하여 차등화된 목표치를 제시하고 지역 간 격차해소 등 계획의 실효성 제고와 내실화에 중점을 두고 시행했다.

2016년 10말 기준의 교통약자 이동편의시설 추진성과는 다음과 같이 나타났다. 이동편의시설의 기준 적합 설치율은 교통수단 77.4%, 여객시설 67.8%, 보행환경 72.2%로 평균 72.5%인 것으로 나타났다.

● TABLE 15 교통약자 이동편의시설 설치 및 관리실태

구분	기준 적합*	기준 미적합**	미설치***
교통수단	77.4%	7.0%	15.6%
여객시설	67.8%	8.9%	23.3%
보행환경	72.2%	12.3%	15.5%
평균	72.5%	9.4%	18.1%

주 : * 기준 적합은「교통약자이동편의증진법」시행규칙의 기준에 맞게 설치한 경우
** 기준 미적합은 법적 기준에 맞지 않게 설치되어 있거나 유지관리 상태가 불량한 경우
*** 미설치는 설치되어 있지 않은 경우
출처 : 국토해양부(2016), 제3차 교통약자 이동편의 증진계획('17~'21)

교통수단, 여객시설, 보행환경의 이동 편의시설 설치현황을 2014년과 비교한 변화 추이를 전국 대상과 7대 도시 및 10대 도시로 구분하여 좀 더 자세히 살펴보면 다음 <표 16>과 같다

● TABLE 16 교통약자 이동편의시설 설치현황

구분			2016년 (전국)	7대 도시*			10대 도시**		
				2016년	2014년	비고	2016년	2014년	비고
교통수단	버스	일반	72.2	80.9	65.5	▲15.4	68.2	68.0	▲0.2
		저상	93.0	94.7	86.8	▲7.9	91.7	92.4	▽0.7
		전체	85.3	90.0	77.1	▲12.9	82.9	82.7	▲0.2
	도시철도 및 전철		93.8	93.8	93.4	▲0.4	93.8	93.5	▲0.3
	철도차량		91.7	91.7	91.7	-	-	-	-
	항공기		98.7	98.7	98.2	▲0.5	98.7	98.3	▲0.4
	여객선		17.6	17.6	17.1	▲0.5	17.6	17.0	▲0.6
	평균		77.4	78.4	75.5	▲2.9	73.3	72.9	▲0.4
여객시설	여객자동차터미널		54.4	56.8	51.5	▲5.3	52.2	56.9	▽4.7
	철도역사		81.0	81.5	82.2	▽0.7	77.6	76.9	▲0.7
	도시철도 및 전철역사		83.6	84.0	82.7	▲1.3	82.5	84.7	▽2.2
	공항여객터미널		80.9	82.9	82.2	▲0.7	77.5	75.3	▲2.2
	여객선터미널		67.6	71.3	71.0	▲0.3	64.8	64.2	▲0.6
	버스정류장		39.4	43.3	47.3	▲4.0	34.9	34.2	▲0.7
	평균		67.8	70.0	69.5	▲0.5	64.9	65.4	▽0.5
보행환경			72.2	75.2	74.5	▲0.7	66.6	65.8	▲0.8
평균			72.5	74.5	73.2	▲1.3	68.3	68.0	▲0.3

주 : * 7대 도시는 특별 · 광역시를 말함
** 10대 도시는 9개도 및 세종특별자치시를 말함
출처 : 국토교통부(2017), 2016년도 교통약자 이동편의 실태조사 연구

(단위 : %)

또한 2016년 교통약자 이동편의시설에 대한 실태조사에서 시행된 만족도 조사결과는 100점 기준으로 볼 때, 평균 63점이며 교통수단은 66점, 여객시설은 64점, 보행환경은 60점인 것으로 나타났다. 비장애인 39.9%와 교통약자 60.1%의 비율로 시행한 결과이며 교통약자에는 장애인과 임산부 고령자 등의 포함되어 있다. 만족도 결과를 교통수단, 여객시설, 보행환경으로 나누어 살펴본 결과는 다음 <표 17>과 같다.

● TABLE 17 만족도 결과 종합

구분		일반인	교통약자	전체
교통수단	일반버스	64	58	62
	저상버스	78	64	70
	도시철도	72	66	68
	철도	70	62	66
	항공기	76	66	70
	여객선	68	58	62
	평균	71	62	66
여객시설	여객자동차 터미널	64	56	60
	버스정류장	64	58	60
	철도역사	70	62	66
	도시철도 및 광역전철역사	72	64	68
	공항	72	64	68
	여객선터미널	64	58	60
	평균	68	60	64
보행환경	보도	64	56	58
	지하도 및 육교	62	54	58
	횡단보도	68	60	62
	평균	65	57	60
평균		68	60	63

출처 : 국토교통부(2017), 2016년도 교통약자 이동편의 실태조사 연구

비장애인은 교통수단, 여객시설, 보행환경에서 모두 65점 이상의 만족도를 나타내고 있는 반면 교통약자의 경우에는 여객시설과 보행환경에서 모두 비장애인보다 낮은 60점 전후의 만족도를 보이는 것으로 나타났다. 또한 비장애인과 교통약자 모두 교통수단보다는 보행환경에서 낮은 만족도를 보이고 있으며 특히 교통약자의 경우에는 비장애인과 달리 버스나 여객선 등에서 만족도가 비교적 낮은 것으로 나타났다. 이와 같은 결과는 저상버스의 도입 수준과 매우 밀접한 연관성이 있다고 볼 수 있다.

장애인의 이동편의와 가장 연계성이 깊은 저상버스와 특별교통수단에 대한 제2차 교통약자 이동편의 증진계획에서의 추진결과에 대해 살펴본다.

첫째, 저상버스의 경우에는 서울시 55%, 경기도를 포함한 광역시 40% 그 외 지역 30%로 지역별로 차등목표치를 설정하였고 국가전체의 단일 목표치는 41.5%로 설정하여 추진되었다. 이에 따라

실제 보급되어야 하는 저상버스는 9.594대이었으나 실제 보급률은 3,621대에 그쳐 37.7%를 달성하였다. 지역별 달성율은 서울시가 67.5%, 기타도 50.7%, 경기도를 포함한 광역시가 33.5%를 달성하는데 그쳤다. 2차 5개년 계획기간 동안 계획대비 보급된 저상버스의 실적은 <표 18>과 같다

● TABLE 18 제2차 증진계획의 저상버스 국고 지원 계획 및 실적 비교

구분		2012년	2013년	2014년	2015년	2016년	계
대수(대)	2차증진 계획	903	1,412	1,847	2,412	3,020	9,594
	지원 실적	821	618	688	725	769	3,621
국고지원금(억원)	2차증진 계획	420	673	881	1,150	1,441	4,565
	지원 실적	381	282	316	340	340	1,659

출처 : 국토해양부(2016), 제3차 교통약자 이동편의 증진계획('17~'21)

저상버스 지원 계획 및 실적 비교에서 나타난 결과에 대해 지자체의 저상버스 도입 매칭 예산 확보 부족 등으로 인해 목표 대비 국비지원 실 집행 규모가 부족했던 것으로 국토교통부는 분석하고 있다(국토교통부, 2016).

둘째, 특별교통수단의 경우에는 2011년 전국 특별교통수단 도입율이 55.2%였으며 3차 교통약자 이동편의증진계획 기간인 2012년 60% 목표를 기준으로 이후 매년 10%의 추가 확보를 목표로 설정하였다. 이에 따라 2016년 말 기준의 특별교통수단 보급률은 103.3%로 목표치를 초과 달성했다. 전국 운행대수는 2,820대이며 이를 지방자치단체별로 별로 구분할 경우 다음 <표 19>와 같다.

● TABLE 19 전국 특별교통수단 도입 현황(2016년)

구분	1,2급 장애인수(인)	법적기준대수(대)	운행대수(대)	보급률(%)	과부족
합계	543,649	2,730	2,820	103.3	-
서울시	86,241	431	437	101.4	-
부산시	36,317	182	201	110.4	-
대구시	25,518	128	128	100.0	-
인천시	27,765	139	140	100.7	-
광주시	15,196	76	97	127.6	-
대전시	15,661	78	82	105.1	-
울산시	9,937	50	51	102.0	5
세종시	2,038	10	10	100.0	3
경기도	113,423	578	651	112.6	31
충북도	20,655	103	98	95.1	-
충남도	26,409	131	100	68.5	46
전북도	26,510	134	139	103.7	-
전남도	29,138	146	100	68.5	46
경북도	35,895	179	115	64.2	64
경남도	42,243	211	319	151.2	-
제주도	7,742	39	40	102.6	-

출처 : 국토해양부(2016), 제3차 교통약자 이동편의 증진계획('17~' 21)

특별교통수단은 이동에 심한 불편을 느끼는 교통약자의 이동을 지원하기 위해 휠체어 탑승설비를 장착한 차량을 말하며「교통약자법」시행규칙 제5조(특별교통수단의 운행대수) 규정에 의해 법정기준대수는「장애인복지법」제32조에 따라 등록한 제1급 및 제2급 장애인 200명당 1대로 규정하고 있다(국토교통부, 2016). 특별교통수단의 운행은 지방자치단체별 조례에 의해 운행되고 있기 때문에 지방자치단체에 따라 시외 운행 여부 및 시외 이동거가 모두 다르게 적용되고 있는 실정이다. 이로 인해 대부분 시외로 이동하였다가 다시 돌아오는 과정에서 특별교통수단을 이용하는 데는 어려움이 있는 것으로 나타나고 있어 이와 같은 운행방식에 대한 보완이 필요하다고 볼 수 있다.

(7) 제3차 교통약자 이동편의증진 계획 ('17~'21)

우리나라는 인구 구성 변화 추이에 의하면 교통약자의 지속적 증가되고 있다. 출산율 저하로 인한 영유아 감소, 평균수명 연장으로 인한 고령자 등가 등 빠르게 고령사회로 진입하고 있고 2026

이 되면 65세 이상 인구가 전체인구의 20%를 넘는 초고령사회에 진입하게 되어 있어 교통약자는 더욱 증가할 수밖에 상황이다(국토교통부, 2016). 이를 고려하여 국토교통부에서 발표한 제3차 교통약자 이동편의 증진계획에 의하면 교통약자인구는 2017년 전체인구의 26.9%인 1,367만 명에서 2021년 전체인구의 29.0%인 1,497만 명으로 연평균 2.3% 증가할 것으로 전망하고 있다. 특히 교통약자 중에서 가장 많은 비중을 차지하고 있는 고령인구의 증가는 다른 교통약자인구의 증가와 비교가 되지 않을 만큼 급속도로 증가하고 있는 것을 알 수 있다.

● TABLE 20 제3차 편의증진 기간 중 전국 교통약자 추계인구

구분		인구	교통약자					
			소계	장애인	고령자	임산부	어린이	영유아동반자
2017	인구	50,976,519	13,670,196	1,505,787	7,156,170	432,819	2,308,235	2,267,185
	구성비	100.0	26.8	3.0	14.0	0.8	4.5	4.4
2018	인구	51,140,690	13,913,121	1,505,641	7,437,375	429,004	2,276,134	2,264,967
	구성비	100.0	27.2	2.9	14.5	0.8	4.5	4.4
2019	인구	51,293,706	14,230,917	1,505,495	7,760,744	425,222	2,277,541	2,261,915
	구성비	100.0	27.7	2.9	15.1	0.8	4.4	4.4
2020	인구	51,435,495	14,602,305	1,505,349	8,132,783	421,474	2,283,561	2,259,138
	구성비	100.0	28.4	2.9	15.8	0.8	4.4	4.4
2021	인구	51,566,389	14,968,999	1,505,198	8,537,304	417,765	2,254,207	2,254,525
	구성비	100.0	29.0	2.9	16.6	0.8	4.4	4.4
증가율		0.3	2.3	-0.01	4.5	-0.9	-0.6	-0.1

출처 : 국토해양부(2016), 제3차 교통약자 이동편의 증진계획('17~'21) (단위 : 명/%)

이와 같은 교통약자 인구의 증가 추세를 고려하여 제3차 교통약자 이동편의증진 계획에서는 이동편의시설 기준적합 설치율을 2026년까지 교통약자 및 여객시설의 설치율을 90% 이상으로 유지하는 것을 원칙으로 하되 제3차 계획 기간 설치율 90% 이상이 불가능한 교통수단 및 여객시설 등은 제4차 계획 목표를 고려하여 중간 값을 목표로 설정하였다. 또한 국가단위 목표 설정 원칙을 바탕으로 특별 · 광역시, 그 외 9개 도 등 2개 그룹으로 구분하고 차동 목표를 설정하였으며 그에 따른 상세 목표치는 다음 <표 21>과 같다(국토교통부, 2016).

● TABLE 21 지역별 · 시설별 최종 차등목표치

수단 및 시설		지역별	'16년	'21년
			설치율	설치율
교통수단	일반버스	광역도시*	80.5	85
		9개 도	68.3	79
		전국	72.2	82
	저상버스	전국	93	안정화 및 유지단계(90%이상 유지)
	도시철도** 및 전철	전국	91.7	
	철도**	전국	93.8	
	항공기**	전국	98.7	
	여객선**	전국	17.6	39
여객시설	여객자동차 터미널	광역도시	57.5	74
		9개 도	52.1	72
		전국	54.4	73
	도시철도 및 전철역사	전국	83.6	90
	철도역사	광역도시	81.1	90
		9개 도	79.7	90
		전국	81	90
	공항***	전국	80.9	90
	여객선터미널***	전국	67.6	79
	버스정류장	광역도시	46.8	64
		9개 도	33.1	51
		전국	39.4	57
보행환경		광역도시	75.2	83
		9개 도	66.6	79
		전국	72.2	81

(단위 : %)

주 : * 광역도시는 서울시, 6개 광역시와 세종시를 포함
** 교통수단 중 도시철도 및 전철**, 철도**, 항공기**, 여객선**은 지역별 차등이 의미가 없으므로 공통 목표치 제시
*** 도시철도 및 철도역사*** 및 공항***, 여객선터미널***은 공통 목표치 제시
출처 : 국토해양부(2016), 제3차 교통약자 이동편의 증진계획('17~'21)

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

또한 장애인의 이동편의 증진을 강화하는데 가장 영향이 큰 저상버스 및 특별교통수단의 목표치에 대한 계획은 다음과 같다.

첫째, 저상버스의 경우에는 시내버스의 차령 및 자체 재정여건 등 저상버스 보급관련 요인들을 고려하여 2021년까지 수평 승하차가 가능한 저상버스를 전국 시내버스의 42.0%까지 보급하는 것으로 계획하고 있다(국토교통부, 2016). 이를 위해 국비지원 비율은 서울시의 경우에는 40%를 지원하고 기타 시 · 도는 50%를 지원하는 것으로 계획하고 있어 정부의 관련 재정 확보뿐 아니라 지방자치단체의 관련 재정 확보가 목표율을 달성하는데 있어서 주요 요인이 될 것으로 본다. 특히, 제2차 계획 기간 중 저상버스 보급과 관련하여 자료를 분석한 결과에 의하면 일반버스 폐차대수 중에서 저상버스로 전환된 비율이 전국 평균 68.3%인 것으로 나타났다(국토교통부, 2016). 이와 같은 전환율을 고려하여 2021년도의 저상버스 보급률을 예측하면 서울시가 60.3%, 광역시는 39.2%, 9개도는 26.3%가 되어 전국 36.6%가 될 것으로 예상하고 있다.

둘째, 특별교통수단은 2016년 기준으로 전국103.3%의 목표치 이상을 달성한 것으로 나타나고 있지만 지자체별로 미달된 지방자치단체가 있는 점을 고려하여 2021년 제3차 계획 목표연도까지는 도입기준 미달 지방자치단체인 강원, 충북, 충남, 전남, 경북에 우선적으로 재정을 지원하여 전 지자체가 법정기준 대비 100%를 달성하여 유지할 수 있도록 계획하고 있다.

교통수단, 여객시설, 보행환경의 이동 편의시설에 대한 만족도 관련 계획은 2016년도의 조사결과에서 대부분의 만족도가 50~60%인 점을 고려하여 모든 분야 70점 이상의 만족도를 목표치로 정하였으며 분야별 세부 목표치는 다음 <표 22>와 같다.

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

● TABLE 22 이용자 만족도 목표치

구분			2016년*	2021년
교통수단	버스	일반버스	58	70
		저상버스	65	70
	도시철도		65	80
	철도		63	80
	항공기		67	80
	여객선		60	70
	평균		63	70
여객시설	여객자동차 터미널		56	70
	버스정류장		58	80
	철도역사		62	80
	도시철도 및 광역전철역사		63	80
	공항		65	80
	여객선터미널		57	80
	평균		60	70
보행환경	보도		56	70
평균			60	70

주 : * 앞서 제2차 교통약자 이동편의 증진계획에서 제시된 만족도와 일부 다른 결과는 각 표의 표 출처별 제시된 수치임을 밝힘
출처 : 국토해양부(2016), 제3차 교통약자 이동편의 증진계획('17~'21)

이외에도 이동편의시설 시범사업을 추진하고자 하는 계획을 제시하고 있다. 우리사회의 고령화를 고려하고 장애인의 사회참여를 확대한다는 의미에서 이동편의시설 설치기준 정비를 통해 교통약자뿐 아니라 비장애인까지도 다중이용시설을 안전하고 편리하게 이용할 수 있기 위한 목적으로 전국 1,512개 여객시설을 대상으로 하고, 교통수단, 여객시설, 보행환경, 환승 등 종합적으로 판단할 수 있는 시범지역을 선정하여 시설을 정비하는 시범사업을 시행할 예정이다. 시범사업의 효과분석을 위해 교통약자 관련 단체 및 연구기관, 이동편의시설 설계자 등이 참여하는 평가단을 구성하여 운영할 계획이다.

또한, 교통약자에 대한 인식제고의 일환으로 교통약자 이동편의시설 설치 · 관리 매뉴얼을 제작하여 배포할 계획이며 교통약자시설 정보관리 개선, 중형저상버스 표준모델 개발 및 보급을 확대할 계획인데 이에 따라 시내버스, 마을버스 농어촌버스 등에 대한 저상버스 연구개발을 기대할 수 있을 것으로 예상된다.

3. 무장애 환경

1) 무장애 환경의 의미

무장애(Barrier Free)환경이란, 사회 · 물리적인 환경에 존재하거나 존재하게 될 가능성이 있는 장애물을 모두 제거하는 것을 의미한다. 다시 말해, 이미 만들어진 기존 환경에서의 장애물을 포함하여 새롭게 만들어질 환경에서의 장애물을 모두 제거하는 것을 뜻하는 것이다. 흔히 장애물을 없앤다고 하면, 장애물을 만들어 놓고 그 장애물을 없애기 위해 또 다른 편의시설을 설치하는 것으로 이해하기 쉽다. 지금까지 「장애인등편의법」에서도 편의시설 설치하는 용어로 주로 표현됨으로써 이와 같이 이해되는 것이 보편적이다. 이는 「장애인등편의법」이라는 법 시행의 범위가 기존의 시설을 모두 포함하고 있기 때문에 기존의 시설에 이미 설치된 장애적인 요소를 무조건 없애는 것이 현실적으로 불가능하다. 이와 같은 현상은 기존의 시설물이 존재하는 일정기간 동안은 지속될 수밖에 없으며 이로 인해 무장애환경이라는 의미에 대한 해석적 차이도 당분간 지속될 수밖에 없을 것이다. 하지만 일정기간이 지나고 점차적으로 기존 시설물이 줄어들어감에 따라 무장애환경을 만들어 가는데 대한 의미와 방향은 좀 더 확실시 될 것이다.

따라서 무장애환경은 누구든 안전하고 편리하게 사회 물리적 환경을 만들어가는 것으로써 그 의미는 새로 만들어질 환경에 대해서는 최대한 장애물이 설계되지 않도록 하는 것이며 기존에 만들어진 환경에서는 장애적 요소를 최대한 제거될 수 있도록 개선하는 것을 의미한다. 이와 같은 의미를 실현하기 위한 노력은 장애물 없는 생활환경(Barrier Free)인증으로 현실화되고 있다.

2) 장애물 없는 생활환경(Barrier Free)인증

(1) 인증제도의 도입배경

'장애물 없는 생활환경(Barrier Free)인증제도(이하 'BF인증' 이라함)'의 도입은 「장애인등편의법」이 지속적으로 추진되고 있는 2005년을 전후하여 관련분야 전문가들에 의해 그 필요성이 인식되기 시작하였다. 보건복지부는 편의시설 설치 전수조사를 통해 편의시설 설치율은 지속적으로 증가하고 있으나 설치된 편의시설에 대한 이용자 체감율은 상대적으로 낮은[4] 상황에 대한 문제점 분석

4 2003년 편의시설 설치율은 72.3%(도로 제외)인데 반해 이용자 체감율은 33.2%에 그치고 있으며 이후 이용자 체감율은 조사된 바 없음

이 필요하였으며, 이에 대한 대처로「장애인등편의법」에 의해 설치되고 있는 최소수준으로 이용자의 시설이용 편의 증대에 한계가 있다고 인식했고, 이를 해결하기 위한 시설수준의 향상을 위해 인증제도 도입에 대한 논의를 시작했다. 또한 국토해양부에서도 행정중심복합도시 건설에 있어 새로 건설되는 신도시를 인증을 받아 누구든 편안한 도시이용이 가능하도록 하는데 대한 검토를 시작했다. 이에 의해 2006년 하반기에 보건복지부와 국토해양부에서 공동으로 '장애친화(BF)인증제 TF'를 운영하기 시작하여 2007년 4월 마침내 '장애물 없는 생활환경 인증제도 시행지침'(관련근거 : 건설교통부 제2007 - 001호(2007. 04. 05.)를 발표함으로써 공식적인 인증제도가 시행되었다. 이후 2007년 9월에 한국장애인개발원과 한국토지주택공사는 인정기관으로 지정되었으며 9개월 동안의 시범운영을 거쳐 2008년 7월부터 본격적으로 인증제도를 시행하였다. 이후 공공시설뿐 아니라 민간시설까지 인증이 점차적으로 확대되고 있다.

(2) 인증제도의 추진경과

인증제도가 2008년 7월 본격적으로 시행되면서 참여율은 점차 높아지고 있다. 인증제도는 2007년 법적 근거 없이 시행지침으로 시작된 제도로 법적 규제는 전혀 없고 자율적 참여제도로 운영되어 왔다. 이로 인해 제도 시작단계에서는 대부분 공공 시설물에서 인증을 받는 경향이었다.

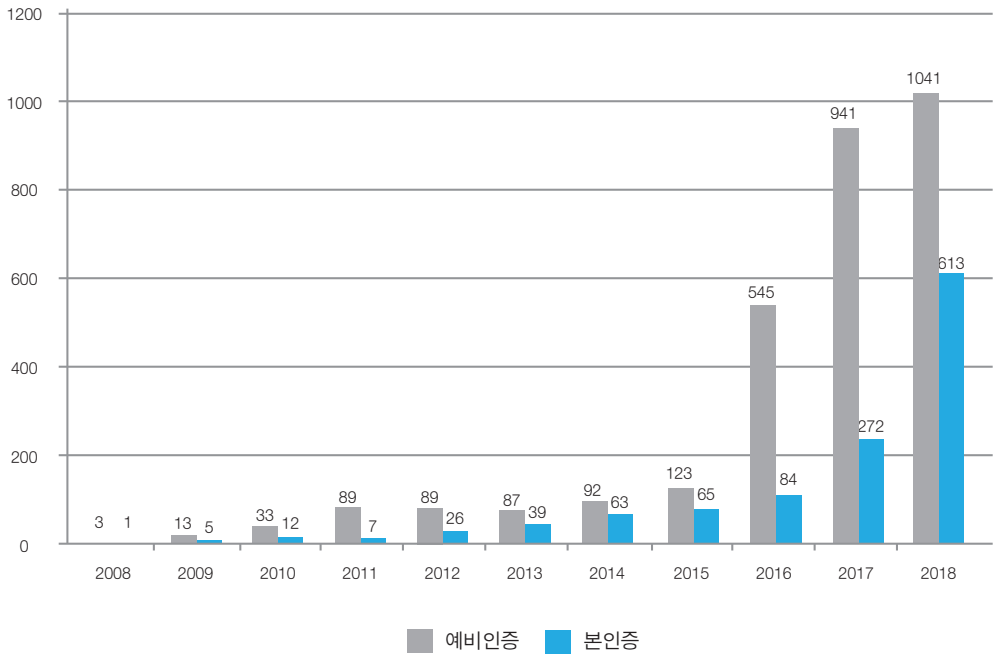
2008년 7월 본격 시행된 이후 도로, 교통수단 및 여객시설 등을 인증 대상 시설로 하는「교통약자법」은 2010년 7월에 들어 인증제도 관련 법적 근거를 마련하였다. 또한 2014년 12월「장애인등편의법」도 인증의 법적 근거를 마련하기 위한 개정 법안이 통과되어 2015년 1월 28일로 개정이 공포되었으며 6개월 이후인 2015년 7월 29일부터 개정된「장애인등편의법」에 의해 시행되게 되었다.

특히,「장애인등편의법」이 개정되어 제10조의2(장애물 없는 생활환경 인증)가 신설됨에 따라 2015년 7월 29일부터 국가 및 지방자치단체가 신축하는 모든 시설물이 의무적으로 장애물 없는 생활환경 인증을 받도록 개정되었다.

● TABLE 23 장애물 없는 생활환경 인증 현황

년도	예비인증(시설수)	본인증(시설수)
2008년	3	1
2009년	13	5
2010년	33	12
2011년	89	7
2012년	89	26
2013년	87	39
2014년	92	63
2015년	123	65
2016년	545	84
2017년	941	272
2018년	1041	613
총 합	3056	1187

출처 : 한국장애인개발원(2019), 내부자료 (단위 : 개소)



[그림 1] 장애물 없는 생활환경 인증 연도별 예비인증 및 본 인증 수 비교

출처: 한국장애인개발원(2019), 내부자료

● TABLE 24 장애물 없는 생활환경 인증 현황(인증대상시설별 분류)

년도	건축물		공원		여객시설		지역/도로	
	예비	본	예비	본	예비	본	예비	본
2008년	3	1					-	-
2009년	11	5					2(지역1/도로1)	-
2010년	28	11	2	1	3		-	-
2011년	75	7			13		1(도로)	-
2012년	85	26			1		3(도로)	-
2013년	83	32	1		3	7	-	-
2014년	78	60	1	2	13	1	-	-
2015년	113	62			8	3	2	-
2016년	524	76	1	2	20	6	-	-
2017년	926	267			14	5		
2018년	1021	589	1	1	19	23		
총합	2947	1136	6	6	94	45	8	-

출처 : 한국장애인개발원(2019), 내부자료. (단위 : 개소)

인증제도가 도입되어 지난 실적을 살펴보았을 때 인증의 참여는 2011년을 기점으로 급격하게 늘어나고 있다. 특히 건축물분야는 2011년 들어 예비인증에서 급격한 증가세를 나타내었으며 2012년부터 비슷한 취득현황을 나타내고 있는 것으로 나타났다.

설계단계 혹은 시공 중인 시설물을 인증하는 예비인증과 시설물이 존재할 때 인증하는 본 인증으로 볼 때, 2014년을 기준으로 건축물의 경우에는 예비인증과 본 인증의 수가 비슷해지는 것으로 나타나고 있는데 이러한 현상은 그동안 예비인증을 받았던 시설물이 점차적으로 완공되어 본 인증을 받는 시점에 접어들었기 때문이다. 2015년에 접어들어 예비인증이 본 인증의 거의 두 배로 증가하는 현상을 나타내는 것은 2015년 1월 28일「장애인등편의법」이 개정되어 의무적으로 인증을 받아야 하는 국가 및 지방자치단체의 신축 대상 시설이 늘어나는 것에 따른 영향이라고 볼 수 있다. 특히, 2016년에는 이에 의한 결과로 예비인증이 전년대비 5배 정도 급격히 증가하는 현상이 나타나고 있으며 2017년도 이후 꾸준히 증가하여 1,193건 2018년도 1,610건으로 의무적용을 받기 전보다 무려 10배 이상 급격히 증가하였다.

(3) 인증제도의 추진절차

장애물 없는 생활환경 인증제도는 보건복지부와 국토해양부에서 공동으로 주관하고 있으며 한국장애인개발원과 한국토지주택공사에서 인증기관으로 지정받아 관련 업무를 수행하고 있다. 건축물을 설계하는 단계에서부터 인증을 받게 되는 예비인증은 다음과 같은 진행과정을 거치게 된다.

● TABLE 25 예비인증 진행 과정

순 번	해당기관	인증 진행과정
1	인증기관	인증신청기관의 유선 및 홈페이지 상담
2	인증기관	인증신청 전 사전검토(도면검토)
3	인증 신청기관	예비인증 신청(도면, 신청서, 기타서류)
4	인증기관	인증신청 후 사전검토(도면검토)
5	인증기관	예비인증 심사단 회의 개최
6	인증기관	인증신청기관에 심사 결과 및 조치사항 답변 요청
7	인증 신청기관	인증기관에 조치결과 제출
8	인증기관	예비인증 심의위원회 회의 개최
9	인증기관	인증신청기관에 심의위원회 결과 및 조치사항 답변 요청
10	인증 신청기관	인증기관에 조치결과 제출
11	인증기관	주무기관(보건복지부, 국토해양부) 인증서 요청
12	주무기관	인증서 교부
13	인증신청기관, 기관	인증서 수여

출처 : 한국장애인개발원(2010). 내부자료.

또한 설계단계에서 예비인증을 받아 시설물이 완공된 시점이거나 기존의 시설물이 있는 경우에는 본 인증을 받게 되는데 그 절차는 다음 <표 26>과 같다.

● TABLE 26 본 인증 진행 과정

순 번	해당기관	인증 진행과정
1	인증기관	인증신청기관의 유선 및 홈페이지 상담
2	인증기관	인증신청전 사전검토(현장검토)
3	인증 신청기관	사전검토 결과에 따른 미비사항 보완
4	인증 신청기관	본 인증 신청(도면, 신청서, 현장사진, 기타서류)
5	인증기관	신청서류 점검 후 미비사항 보완 통보
6	인증 신청기관	미비사항 보완
7	인증기관	본 인증 심사단 서류심사회의 개최(도면 및 현장사진검토)
8	인증기관	인증신청기관에 심사 결과 및 조치사항 답변 요청
9	인증 신청기관	인증기관에 조치결과 제출
10	인증기관	본 인증 현장심사 개최
11	인증기관	인증신청기관에 심사 결과 및 조치사항 답변 요청
12	인증 신청기관	인증기관에 조치결과 제출
13	인증기관	예비인증 심의위원회 회의 개최
14	인증기관	인증신청기관에 심의위원회 결과 및 조치사항 답변 요청
15	인증 신청기관	인증기관에 조치결과 제출
16	인증기관	주무기관(보건복지부, 국토해양부) 인증서 요청
17	주무기관	인증서 교부
18	인증신청기관, 기관	인증서 및 명판 수여

출처 : 한국장애인개발원(2010), 내부자료.

(4) 인증의 향후방향 및 기대효과

장애물 없는 생활환경(Barrier Free)인증은 장애인을 포함한 모든 시설물 이용자들이 이용하고자 하는 시설물에서 불편을 느끼거나 안전을 위협받지 않도록 하고 있기 때문에 현행 「장애인등편의법」 및 「교통약자법」에 의해 장애인 등의 이용을 최소한으로 보장하기 위해 시설물에 설치되고 있는 편의시설과는 상당한 수준의 차이를 보이고 있다.

이와 같은 점을 고려할 때 대부분의 물리적 환경은 장애물 없는 생활환경 인증을 받아서 누구나 편리하고 안전한 사회활동이 가능하도록 할 필요가 있다. 이에 2008년부터 본격 시행된 장애물 없는 생활환경 인증은 몇몇 지방자치단체에서 자체적으로 발주하는 공공시설물은 반드시 인증을 받을 수 있게 하는 지침을 정하거나 조례를 제정[5]하는 등의 노력을 기울여 공공건물의 인증의무화에 기여해 왔다. 인증이 시작 된지 7년이 된 2015년 7월 29일부터 「장애인등편의법」의 개정 등을 통해 인증제도의 법적 근거 마련은 물론 국가 또는 지방자치단체가 신축하는 모든 건축물부터 의무적으로 적용[6]되는 중요한 전환점을 맞았다. 이와 같은 변화는 우리사회의 물리적 환경이 점차적으로 장애물이 없는 환경으로 바뀌어 누구든지 편리하고 안전하게 시설물을 이용할 수 있게 될 필요가 있다는 인식의 전환에 기여하게 될 것으로 본다.

하지만 이러한 변화는 개별 건축물에서 끝나서는 안 될 것이다. 개별 시설물이 일부 장애물 없는 생활환경으로 변화한다고 하더라도 실질적으로 사회 물리적 환경의 연결고리인 이동 관련시설인 보도와 교통수단 등에 대한 장애물 없는 생활환경 인증이 의무화되지 않는다면 장애물 없는 환경으로의 변화 이점은 연계성 없이 점점으로만 끝날 것이기 때문이다.

이제 우리의 가장 최우선 과제는 사회 물리적 환경의 가장 중요한 이동관련 시설의 인증 의무화 추진이며 이를 위해 보다 적극적인 노력이 필요할 것이다.

또한 공공시설물의 장애물 없는 환경으로의 변화는 민간시설물의 자발적 참여를 끌어내는데 기여할 것으로 보며 인센티브 등의 마련을 통해 적극적 참여를 유도하는 것도 풀어야 할 과제라고 본다.

5 전라남도 조례제정(2012년 12월 31일 조례 3666호) 전라남도 공공건축물 등 장애물 없는 생활환경 인증에 관한 조례
목포시 조례제정(2013년 6월 19일 조례 2806호) 목포시 공공건축물 등 장애물 없는 생활환경 인증에 관한 조례
광주광역시 조례제정(2014년 1월 1일 조례 4338호) 광주광역시 장애물 없는 생활환경 인증 촉진 조례
전라남도교육청 조례제정(2014년 1월 2일 조례 3783호) 전라남도교육청 공공건축물의 장애물 없는 생활환경 인증 조례
대구광역시 달서구 조례제정(2014년 4월 11일 조례 1038호) 대구광역시달서구 공공건축물 등 장애물 없는 생활환경 인증에 관한 조례
광주광역시 동구 조례제정(2015년 2월 10일 조례 1035호) 광주광역시 동구 공공건축물 등 장애물 없는 생활환경(BF Barrier Free인증)에 관한 조례

6 「장애인등편의법」 제10조의2(장애물 없는 생활환경 인증)

4. 전망과 과제

그 동안 편의시설 설치 등을 통한 사회 물리적인 환경의 변화는 「장애인복지법」에서 「편의증진법」과 「교통약자법」에 이르기까지 관련법에 의해 이루어져 왔다. 하지만 2008년 4월부터 시행되기 시작한 「장애인차별금지법」의 시행 및 모니터링 등의 활성화로 향후에는 좀 더 다른 측면에서 사회 · 물리적인 환경의 변화를 요구 받을 것이다.

「장애인차별금지법」은 기존의 편의시설 설치 의무와 직접적인 관련이 있던 「장애인등편의법」 및 「교통약자법」과는 다른 체계를 갖고 있다. 「장애인등편의법」과 「교통약자법」 등 기타 관련법에 의해 의무적으로 편의시설을 설치하여야 했던 법의 주체는 시설물을 설치하는 사람 혹은 기관이었다. 예를 들어 어떤 개인이나 기관 등이 「장애인등편의법」이나 「교통약자법」 등에 의해 편의시설을 설치하여야 하는 의무시설이 되면 법적 규정 이상의 편의시설을 설치하면 됐지만, 2008년 4월부터 시행되고 있는 「장애인차별금지법」은 설치된 시설물을 이용하는 다양한 시설 이용자가 이용하면서 불편을 느끼거나 시설 이용 상의 차별을 느낄 때 해당 시설 주나 개인에게 시설 이용 상의 불편을 제거해 줄 것을 요구할 수 있는 법이다. 그렇기 때문에 시설물의 공급 주체가 어느 정도 수준의 시설물을 공급하느냐에 따라 시설물 이용자들, 즉 소비자의 이용편의 수준이 결정될 수밖에 없다. 이러한 이용 편의수준은 이용자의 여러 여건에 따라 각각 다르지만, 만약 시설물 이용에 불편을 느끼는 이용자가 시설 이용 상의 불편이 차별이라고 판단한다면 좀 더 적극적으로 이의를 제기할 수 있기 때문에 「장애인차별금지법」은 사실상 소비자 중심의 법이라고 볼 수 있다.

만약 이와 같은 물리적 환경의 변화가 소비자 중심의 변화 욕구에 맞추어짐에 따라 누구든 시설물을 이용하는데 불편 없는 수준까지 될 수 있다면 우리 사회는 장애와 비장애를 구분하지 않는 완전한 통합을 이룰 수 있는 기틀을 마련하게 된다. 그렇게 되기 위해 반드시 필요한 변화에 대해 다음과 같이 제언하고자 한다.

첫째, 교육의 변화가 요구되고 실천되어야 한다. 가장 중요한 것은 아동기부터 모든 사회구성원이 편리하고 안전하게 이용 가능한 물리적환경의 필요성에 대해 인지할 수 있도록 교육하여야 한다는 점이다. 특히 일반학교에서 공부하는 모든 학생들은 일부 통합이 어려운 장애를 제외하고는 대부분 통합교육을 시행함으로써 자연스럽게 장애인이 이용 가능하고 더 나아가 이용이 편리하고 안전한 물리적 환경에 대해 교육되어야 한다. 또한 대학교의 관련 학과 수업에 모든 사회구성원이 구분 없이 편리하고 안전하게 이용 가능한 환경을 만들어가는 필요성과 방법론을 교육하도록 하는 시간을 의무 배정하여 학생들이 건축 및 토목 등의 관련분야에서 설계 단계부터 누구나 구분 없이 이용 가능한 보편적 디자인(Universal Design) 개념을 적용하도록 교육하여야 한다. 또한 고

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

령인구의 급격한 증가 및 외국인 등 다양한 사회구성원의 증가를 고려하여 물리적 환경에서만 보편적 디자인(Universal Design) 고려하는 것이 아니라 정보적 측면에서의 보편적 디자인(Universal Design) 적용과 제품의 보편적 디자인(Universal Design) 적용 등도 함께 도입될 수 있도록 하여야 할 필요가 있다.

둘째, 관련제도의 일원화 방안 모색이 필요하다. 현재 장애물 없는 생활환경 인증제도는「장애인등편의법」과「교통약자법」에 근간을 두고 시행되고 있다. 양 법령에 따라 운영되는 제도로 대상시설, 의무적용, 운영 등 양 법령의 소관 부처인 보건복지부와 국토교통부의 협의가 필요하며, 현실을 반영하기 위해 적재적소에 반영되어야 하는 다양한 지표의 개정 등에도 소요되는 시간이 많다. 따라서 인증제도의 일원화 방안에 대한 고려도 필요할 것이다.

셋째, 관련법 및 제도의 다각적인 방향 모색이 필요하다. 2015년에 국가 및 지방자치단체의 신축건물부터 장애물 없는 생활환경으로 인증 받도록 의무화한 것처럼 공공의 이용이 목적인 성격의 시설물들은 가능한 장애물 없는 생활환경 인증을 받도록 의무화를 추진해 나가면서 민간에게는 인센티브 등을 통한 적극적인 참여를 끌어낼 수 있도록 정책적 변화를 시도할 필요가 있다.

특히 2015년부터 적용되는 공공시설물의 장애물 없는 환경으로의 의무적 변화는 민간시설물의 자발적 참여를 끌어내는데 기여할 것이다.

참고문헌

강병근, 김인순, 변용찬(2006). 편의시설 설치실태 표준조사표 개발 및 평가조사 연구, 한국장애인복지진흥회.

건설교통부(2007). 교통약자 이동편의 증진계획('07~'11).

국토해양부(2008). 교통약자 이용편의 실태조사.

국토해양부(2010), 교통약자 이동편의 실태조사.

국토해양부(2011), 2011년도 교통약자 이동편의 실태조사.

국토해양부(2012), 제2차 교통약자 이동편의 증진계획('12~'16).

국토해양부(2013), 국토교통통계누리 저상버스보급율.

국토교통부(2016), 제3차 교통약자 이동편의 증진계획('17~'21).

국토해양부(2017), 2016년도 교통약자 이동편의 실태조사 연구.

관계부처합동(2010). 제3차 편의증진 국가종합5개년계획('10~'14년).

관계부처합동(2015), 제4차 편의증진 국가종합5개년계획('15~'19년).

김정헌(2002). 장애인 편의시설 설치 · 운영에 관한 비교연구(미국 ADA법과 한국의 '장애인등의 편의증진법'을 중심으로), 한국복지행정학회.

변용찬, 김성희, 윤상용, 강민희, 최미영, 이병화, 이송희, 강병근, 권선진, 김경미, 김용득, 김윤태, 김종인, 나운환, 오혜경, 이근민, 이선우, 이승기(2008). 중 · 장기 장애인복지 발전방안 연구, 보건복지가족부 · 한국보건사회연구원.

보건복지부, 건국대학교(1994a). 각국의 편의시설 관련 법규집 (일본).

보건복지부, 건국대학교(1994b). 각국의 편의시설 관련 법규집 (독일).

보건복지부(2005). 제2차 편의증진 국가종합5개년계획(2005~2009).

보건복지부, 한국장애인개발원, 한국지체장애인협회(2009). 2008년 장애인편의시설 실태전수조사.

보건복지부 · 한국장애인개발원(2018), 2018년 장애인편의시설 실태전수조사.

한국장애인개발원(2013). 2013년 장애인편의시설 실태전수조사.

한국장애인개발원(2007). 장애물 없는생활환경인증 매뉴얼(건축편).

한국장애인개발원(2008). 편의증진법령 계보집.

한국장애인개발원(2011). 장애인편의시설 표준상세도.

한국장애인개발원(2011). 문화시설의 장애인편의시설 매뉴얼(공연장 및 전시장).

한국장애인개발원(2011). 공공기관에서의 장애인 접근권 향상을 위한 연구.

한국장애인개발원(2011). 장애인복지관의 재난방지를 위한 건축물 설계기준 및 피난기준 설정에 관한 연구.

보건복지부, 한국장애인개발원(2013). 장애인 위기상황 대응매뉴얼 개발을 위한 시범(PILOT) 연구.

한국장애인복지진흥회(2007). 편의시설 인증관련 해외견학보고서.

한국장애인재활협회(2006). 한국장애인복지 50년사.

ADA Standards for Accessible Design, 28 CFR Part 36, Department of Justice, 1994.

Q&A ﾊﾞﾘｱﾌﾘｰ新法(2006). ﾊﾞﾘｱﾌﾘ新法研究會.

05
장애인 특수교육*

1. 개요

한국의 근대 특수교육은 19세기말 서구 종교인들의 선교 활동 일부로 펼친 교육을 통해 성립되기 시작하였다. 이후 일제강점기에 제생원 맹아부가 설치되고 민간인 위주의 특수학교 건립 등을 통해 맹 · 농 중심의 특수교육이 발전하게 된다. 1945년 광복을 맞이하면서 국가 제도가 정비됨에 따라 교육제도 내 특수교육 관련 조항 제정으로 그 제도적 틀이 갖추어졌으며, 이후 우리나라 특수교육의 발전 기반을 다지기 위한 수많은 노력을 통해 1977년 「특수교육진흥법」이 제정 · 공포 시행됨에 따라 비로소 장애학생의 교육권 보장을 위한 특수교육 공교육의 기초가 확립되기에 이른다.

「특수교육진흥법」은 이후 여러 차례 개정을 거쳐 무상교육 확대, 통합교육을 위한 제도적 장치 마련, 특수교육의 물리적 환경 개선 등 다양한 변화와 발전을 이끌어왔으며, 1994년 「특수교육진흥법」의 전면 개정은 특수교육 정의 및 대상자 선정, 개별화 교육, 국가 및 지방자치단체의 임무 등 교육 수요자의 요구에 부합하여 새롭게 규정하는 등 우리나라 특수교육의 양적인 팽창과 성장 발전을 이루는 기반이 되었다.

우리나라 특수교육은 2000년대에 접어들면서 새로운 성장과 발전의 시기를 맞이하게 된다. 1998년부터 시작된 특수교육발전 5개년 계획은 1차('98~'02) 및 2차('03~'07)를 거치면서 통합교육 환경에서 학교교육 기회보장, 교육방법의 다양화 및 개선을 통한 특수교육의 질제고, 교원의 특수교육 책무성 및 전문성 제고, 특수교육 발달 및 지원체제의 재구축 등 괄목할만한 변화와 발전을 이끌어 내었다. 그러나 학령기 장애 중심 지원체제로서 생애주기에 따른 지원의 연계성 부족과 지

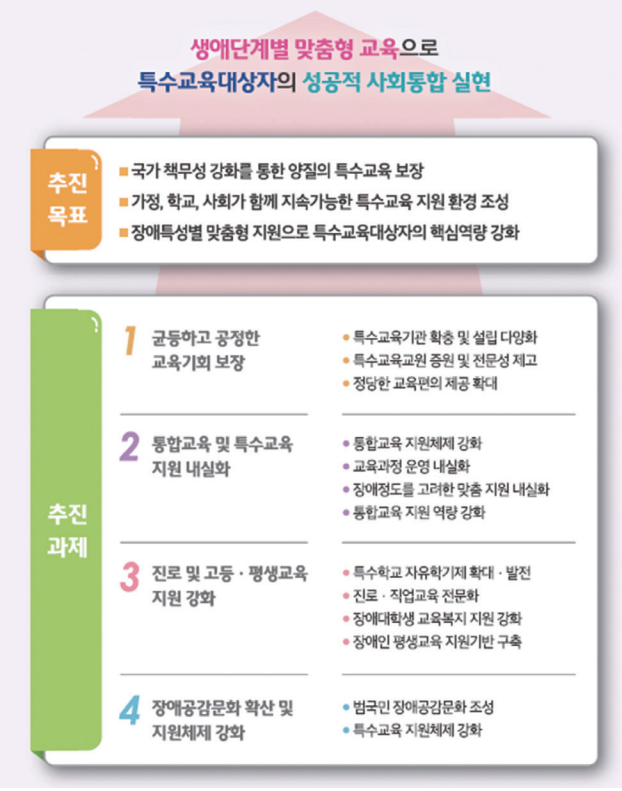
* 오영석(교육부 국립특수교육원 기획연구과 교육연구사)

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

역별, 학교과정별 특수교육 지원체제의 불균형, 장애 인식 부족 및 환경 미비에 따른 통합교육의 한계, 개별 장애학생의 특성에 따른 지원 내용 미흡이라는 한계점을 안고 있었다. 이에 따라 2007년도에 「특수교육진흥법」을 「장애인 등에 대한 특수교육법」으로 개정하고 장애유형 · 장애정도를 고려한 교육지원으로 모든 장애인의 자아실현과 사회통합 기여를 목표로 추진된 3차('08~'12) 계획 그리고 이어서 꿈과 끼를 키우는 특수교육 제공으로 장애학생 행복 실현을 위하여 4차('13~'17)를 추진하게 되었다. 이를 통해 장애인의 생애주기별 교육지원체계 구축, 학령기 아동의 통합교육 내실화, 특수교육지원센터 설치 · 운영 확대를 통한 특수교육 지원 강화 등의 성과를 이루었다.

현재는 특수교육대상자의 성공적 사회통합 실현을 위한 4대 분야 13개 중점 과제를 중심으로 5차('18~'22) 계획이 추진되고 있으며 최근 국가의 지속적인 지원과 국민적 관심 그리고 장애학생과 학부모, 학교 및 학계 등 특수교육 구성원들의 지혜와 노력으로 단기간 동안 괄목할만한 발전을 보이고 있다.

이 절에서는 우리나라의 특수교육 주요 정책 현황을 살펴보고 향후 전망과 발전과제를 통해 앞으로 한국 특수교육이 나아가야 할 방향을 제시하고자 한다.



출처 : 교육부(2018), 제5차 특수교육발전 5개년 계획('18~'22)

2. 특수교육 현황

1) 특수교육기관 현황

「장애인 등에 대한 특수교육법」 제2조에 의하면 특수교육기관이란, 특수교육대상자에게 유치원 · 초등학교 · 중학교 또는 고등학교(전공과를 포함)의 과정을 교육하는 특수학교 및 특수학급을 말한다. 특수학교는 특수교육대상자만을 위한 교육과정을 운영하는 독립된 학교이며, 특수학급이란 특수교육대상자의 통합교육을 위하여 일반학교 내에 설치된 학급이다.

● TABLE 01 특수교육기관 정의

특수교육기관	정의
특수학교	특수교육대상자만을 위한 교육과정을 운영하는 학교
특수학급	특수교육대상자의 통합교육을 위하여 일반학교에 설치된 학급

우리나라의 특수학교는 1962년 당시 10개교에 불과하였으나, 2019년 전국 특수학교 수는 177개교로 약 17배 이상 증가하였다. 이는 10년 전인 2009년 150교보다 27교가 증가하였으며, 최근 5년간 11교가 늘어나 연평균 2교 이상이 늘어난 것으로 볼 수 있다. 특수학급의 경우는 11,105개로 2009년 6,924개보다 4,181학급이 증가하였으며, 최근 5년간 1,488학급이 늘어나 연평균 297학급이 증가하였다.

또한 특수교육기관(특수학교, 특수학급, 일반학교의 일반학급 포함)에서 특수교육대상자로 선정되어 교육을 받고 있는 장애학생 수는 매년 꾸준하게 증가하고 있는 추세로 2019년 기준 특수교육대상자의 수는 92,958명으로, 2009년 75,187명보다 17,771명 증가하였고, 최근 5년간 5,680명이 늘어나 연평균 1,136명이 증가한 것으로 나타났다.

● TABLE 02 연도별 특수교육 현황 추이

구분		2009	···	2014	2015	2016	2017	2018	2019
특수학교수		150	···	166	167	170	173	175	177
특수학급수		6,924	···	9,617	9,868	10,065	10,325	10,676	11,105
학생수	계	**75,187**	···	**87,278**	**88,067**	**87,950**	**89,353**	**90,780**	**92,958**
	장애영아	288	···	680	742	656	549	582	532
	유치원	3,303	···	4,219	4,744	5,186	5,437	5,630	5,989
	초등학교	34,035	···	33,184	33,591	33,770	35,505	38,031	41,091
	중학교	17,946	···	22,159	21,108	19,793	19,218	18,788	18,462
	고등학교	17,553	···	22,973	23,422	23,943	23,655	22,584	21,502
	전공과	2,062	···	4,063	4,460	4,602	4,989	5,165	5,382
교원수		13,997	···	17,922	18,339	18,772	19,327	20,039	20,773

출처 : 교육부(2009~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 교, 학급, 명)

「장애인 등에 대한 특수교육법」 제25조에 의하면, 교육감은 장애가 심하여 장 · 단기 결석이 불가피한 특수교육대상자의 교육을 위하여 필요할 경우 순회교육을 실시하여야 하며, 이동이나 운동기능의 심한 장애로 인하여 각급학교에서 교육을 받기 곤란하거나 불가능하여 복지시설 · 의료기관 또는 가정 등에 거주하는 특수교육대상자의 교육을 위해 특수교육대상자를 직접 방문하여 실시하는 순회교육을 실시하여야 한다고 규정되어 있다.

순회교육 현황을 살펴보면, 2019 기준 특수학교 284개 순회 · 파견학급에서 교사 290명, 특수학급 270개 순회 · 파견학급에서 교사 302명, 특수교육지원센터에서 교사 772명이 순회교육을 실시하고 있는 것으로 나타났다. 순회교육 대상자의 수는 특수학교 981명, 특수학급 1,002명, 특수교육지원센터 2,140명이었으며, 주로 가정과 시설에서 순회교육을 받고 있는 것으로 나타났다.

● TABLE 03 연도별 순회교육의 현황 변화

연도	학생수					학급수			교사수			
	가정	시설	병원	일반학교	계	순회	파견	계	순회	파견	겸임순회	계
특수학교												
2009	373	442	74	-	889	128	70	198	131	76	-	207
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
2014	425	426	6	-	857	-	-	225	-	-	-	233
2015	484	400	13	-	897	162	79	241	163	80	-	243
2016	500	368	21	-	889	172	60	232	176	61	-	237
2017	531	372	40	-	943	185	64	249	186	65	-	251
2018	569	318	38	-	952	194	63	257	200	63	-	263
2019	651	271	59	-	981	222	62	284	226	64	-	290
특수학급												
2009	514	347	8	524	1,393	307	124	431	307	123	126	556
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
2014	511	926	20	177	1,634	-	-	400	-	-	-	467
2015	479	817	20	191	1,507	289	26	315	297	30	130	457
2016	499	718	42	178	1,437	294	37	331	277	37	114	428
2017	460	615	25	122	1,222	305	43	348	299	39	51	389
2018	503	504	10	78	1,135	284	28	312	271	26	56	353
2019	488	439	13	62	1,002	252	18	270	249	18	35	302
특수교육지원센터												
2009	279	95	6	4,879	5,259	-	-	-	-	-	-	590
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
2014	357	158	2	3,475	3,992	-	-	-	-	-	-	790
2015	361	103	55	2,250	2,769	-	-	-	652	-	-	652
2016	348	99	8	1,895	2,350	-	-	-	694	-	-	694
2017	398	117	22	1,756	2,293	-	-	-	669	-	-	669
2018	465	98	16	1,653	2,232	-	-	-	721	-	-	721
2019	338	123	8	1,671	2,140	-	-	-	772	-	-	772

출처 : 교육부(2009~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 급, 명)

「장애인 등에 대한 특수교육법 시행령」 제10조 관련 별표에 따르면, 만성질환으로 인하여 3개월 이상의 장기입원 또는 통원치료 등 계속적인 의료적 지원이 필요하여 학교생활 및 학업 수행에 어려움이 있는 사람을 건강장애를 지닌 특수교육대상자로 선정하고 지원하도록 하고 있다.

2019년 기준 건강장애학생 교육지원을 위해 설치·운영하는 병원학교는 질병, 사고 등으로 인하여 장기 입원 중인 건강장애 학생들을 위하여 병원 내에 설치된 학급이며 현재 36개 병원에 설치되어 있고 이 중 서울지역의 9개 병원은 교육청과 협약을 토대로 하여 교육청에서 행·재정 지원을 제공하는 병원 자체 운영체제이며, 27개 병원학교는 교육청과 소속 특수학교 또는 일반학교의 파견학급으로 운영되고 있다.

● TABLE 04 전국 병원학교 현황

연도	학교수	교육청 소속 병원(27개)	교육청과 병원간 협약 및 병원자체 운영 병원(9개)
2019	36	부산대병원학교, 동아대병원학교, 인제대부산백병원학교, 인제대해운대백병원학교, 영남대의료병원학교, 대동병원학교, 경북대병원학교, 계명대학교동산병원학교, 인하대병원학교, 학마을병원학교, 충남대학교병원학교, 울산대학교병원학교, 국립암센터, 화성제일병원학교, 파주시티요양병원학교, 강원대학교병원학교, 강릉아산병원학교, 충북대학교병원학교, 국립공주병원학교, 아람메디컬병원학교, 단국대학교병원학교, 느티나무병원학교, 여미사랑병원학교, 경상대병원어린이병원학교, 양산부산대병원학교, 제주대학교병원학교	국립정신건강센터, 고려대학교구로병원학교, 삼성서울병원학교, 서울대학교어린이병원학교, 서울아산병원학교, 서울성모병원학교, 연세암병원학교, 원자력병원학교, 한양대학교병원학교

출처 : 교육부(2019), 특수교육 연차보고서

2019년 전국 병원학교에는 49명의 담당교사가 배치되어 있으며, 월평균 이용 학생 수는 661명이다. 병원학교에 배치된 학생에게는 교과교육, 재량활동, 방과후 활동 등을 제공하여 지속적인 학교교육을 지원하고 있다.

● TABLE 05 병원학교 설치 현황

연도	학교수	월평균 학생수	담당교사수	병원수	
				교육청 소속 병원학교	병원자체 운영 병원학교
2009	30	699	36	20	10
…	…	…	…	…	…
2014	31	788	39	21	10
2015	33	680	43	23	10
2016	33	806	44	22	11
2017	33	770	44	22	11
2018	36	863	47	27	9
2019	36	661	49	27	9

출처 : 교육부(2014~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 교, 명)

아울러 건강장애학생들의 학습지원을 위하여 원격수업을 제공하고 출석 인정을 하는 원격수업 시스템 제도가 2019년 기준 서울, 인천, 충남, 경남, 한국교육개발원 등 5개 기관에서 운영되고 있으며, 총 92개 사이버학급에서 월평균 1,885명의 학생들이 이용하고 있는 것으로 나타났다.

● TABLE 06 원격수업시스템 운영 현황

시도	기관명	사이버 학급수	강사수	전체 학생 수			월 평균 이용 학생 수	개별학생 평균 이용일
				건강장애	기타	계		
서울	꿀맛무지개학교	14	14	155	52	207	202	54
인천	인천사이버학교	6	6	37	5	42	39	18
충남	꿈빛나래학교	6	28	23	4	27	28	21
경남	꿈사랑학교	42	31	833	287	1,120	1,053	84
전국	한국교육개발원	24	9	314	319	323	563	75
	계	92	88	1,362	667	1,719	1,885	252

출처 : 교육부(2019), 특수교육 연차보고서.

2) 특수교육대상학생 현황

「장애인 등에 대한 특수교육법」 제15조에 따르면 특수교육대상자를 시각장애, 청각장애, 지적장애, 지체장애, 정서 · 행동장애, 자폐성장애, 의사소통장애, 학습장애, 건강장애, 발달지체 및 그 밖에 대통령령으로 정하는 장애 등 총 11개 장애유형으로 구분하고 있다.

특수교육대상 학생의 장애유형별 학생 수는 2019년도 기준 전체 92,958명 중에서 지적장애학생이 49,624명으로 가장 많고, 그 다음으로 자폐성장애 13,105명, 지체장애 10,200명 등의 순이다. 최근 장애영역별 추이를 살펴보면, 최근 5년간 발달지체가 53.6%, 자폐성장애가 28.8% 순으로 높은 증가율을 보이고 있다.

● TABLE 07 연도별 장애유형별 특수교육대상학생 현황

연 도	시각 장애	청각 장애	지적 장애	지체 장애	정서 행동 장애	자폐성 장애	의사 소통 장애	학습 장애	건강 장애	발달 지체	전 체
2009	2,113	3,385	40,601	9,659	3,537	4,647	1,324	6,526	1,945	1,450	75,187
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
2014	2,130	3,581	47,667	11,209	2,605	9,334	1,966	3,362	2,029	3,395	87,278
2015	2,088	3,491	47,716	11,134	2,530	10,045	2,045	2,770	1,935	4,313	88,067
2016	2,035	3,401	47,258	11,019	2,221	10,985	2,089	2,327	1,675	4,940	87,950
2017	2,026	3,358	48,084	10,777	2,269	11,422	2,038	2,040	1,626	5,713	89,353
2018	1,981	3,268	48,747	10,439	2,221	12,156	2,081	1,627	1,758	6,502	90,780
2019	1,937 (2.1)	3,225 (3.5)	49,624 (53.4)	10,200 (11.0)	2,182 (2.3)	13,105 (14.1)	2,204 (2.4)	1,409 (1.5)	1,763 (1.9)	7,309 (7.8)	92,958 (100)
최근 5년간 증감율	-193 (-10.0)	-356 (-11.0)	1,957 (3.9)	-1,009 (-9.9)	-423 (-19.4)	3,771 (28.8)	238 (10.8)	-1,953 (-138.6)	-266 (-15.1)	3,914 (53.6)	5,680 (6.1)

출처 : 교육부(2009~2019), 각 연도별 특수교육통계 (단위 : 명, %)

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

「장애인 등에 대한 특수교육법」 제27조에서는 특수학교의 학급 및 각급학교의 특수학교 설치 기준을 유 · 초 · 중 · 고등학교 과정별로 1학급당 각각 4명 · 6명 · 6명 · 7명을 기준으로 규정하고 있다. 학교과정별 특수학교(급)의 학급당 학생 수는 2019년 기준 전국 평균 유치원 3.5명, 초등학교 4.6명, 중학교 4.4명, 고등학교 6.1명이다.

● TABLE 08 연도별 학교과정별 특수학교(급)의 학급당 학생 수

연도	특수학교				특수학급				계			
	유	초	중	고	유	초	중	고	유	초	중	고
정원	4	6	6	7	4	6	6	7	4	6	6	7
2009	3.3	5.1	6.8	8.1	3.6	5.2	6.3	8.2	3.5	5.2	6.6	8.2
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
2014	3.4	4.6	5.8	7.1	3.6	4.1	5.1	6.7	3.5	4.2	5.3	6.9
2015	3.7	4.5	5.8	7.1	3.7	4.1	4.8	6.7	3.7	4.2	5.1	6.9
2016	3.6	4.5	5.5	6.9	3.9	4.1	4.5	6.4	3.8	4.2	4.8	6.7
2017	3.5	4.6	5.3	6.9	3.8	4.2	4.3	6.2	3.7	4.3	4.6	6.5
2018	3.5	4.7	5.2	6.7	3.6	4.4	4.2	5.9	3.6	4.5	4.4	6.3
2019	3.3	4.8	5.0	6.5	3.6	4.5	4.2	5.7	3.5	4.6	4.4	6.1

출처 : 교육부(2009~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 명)

3) 특수교육 예산 현황

「장애인 등에 대한 특수교육법」 제3조에 의하면, 특수교육대상자에 대해서는 유치원 · 초등학교 · 중학교 및 고등학교 과정의 교육은 의무교육으로 하고, 동법 제24조에 근거하여 전공과와 만 3세 미만의 장애영아교육은 무상으로 하도록 규정되어 있다. 또한 동법 제3조 3항에서는 의무교육 및 무상교육에 드는 비용은 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가 또는 지방자치단체가 부담하도록 하고 있다.

● TABLE 09 연도별 특수교육 예산 비율

연 도	교육 예산	특수교육 예산	비율(%)
2009	38,698,867,000	1,545,753,946	4.0
…	…	…	…
2014	49,986,533,000	2,535,509,914	5.0
2015	50,325,564,676	2,227,638,518	4.4
2016	51,225,455,330	2,376,062,265	4.6
2017	57,003,830,743	2,664,432,153	4.7
2018	63,872,934,485	2,783,412,270	4.4
2019	70,743,520,000	3,039,704,368	4.3

출처 : 교육부(2009~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 천원)

특수교육 예산은 매년 점진적으로 증가해왔으며, 2019년도 기준 시 · 도교육청 예산과 국립특수학교(급) 등 예산 등으로 총 3조 397억원으로 교육 예산의 약 4.3%를 차지하고 있다.

또한 연도별 특수교육대상자 1인당 교육비도 지속적으로 증가하여 2019년도 기준 32,105천원으로 전년도 5년전 대비 3,054천원이 증가한 것으로 나타났다.

● TABLE 10 연도별 특수교육대상자 1인당 특수교육비

연 도	특수교육비	수혜학생 수	1인당 특수교육비
2009	1,545,753,946	75,187	20,559
…	…	…	…
2014	2,535,509,914	87,278	29,051
2015	2,227,638,518	88,067	25,295
2016	2,376,062,265	87,950	27,016
2017	2,653,497,809	89,353	29,697
2018	2,759,503,150	90,780	30,398
2019	2,984,447,992	92,958	32,105

출처 : 교육부(2009~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 천원, 명)

4) 특수교육지원센터 현황

특수교육지원센터 설치 · 운영은 특수교육계의 요구를 반영하여 2003년 「제2차 특수교육발전 5개년 계획('03~'07)」의 추진과제로 선정되어 그동안 꾸준히 정책 사업으로 추진되어왔다.

「장애인 등에 대한 특수교육법」 제11조에 따르면, 교육감은 특수교육대상자의 조기발견, 진단 · 평가, 정보관리, 특수교육 연수, 교수 · 학습활동의 지원, 특수교육 관련서비스 지원, 순회교육 등을 담당하는 특수교육지원센터를 하급교육행정기관별로 설치 · 운영하도록 제시하고 있다. 또한 동법 시행령 제7조에서는 교육감은 특수교육지원센터를 설치할 때, 그 업무를 수행할 수 있는 독립된 공간을 확보하여야 하며 특수교육지원센터가 그 업무를 효율적으로 수행할 수 있도록 담당 업무를 전담하는 특수교육 분야의 전문 인력을 배치하도록 규정하고 있다.

이에 따라 2019년도 전국 모든 교육지원청에 198개의 특수교육지원센터를 설치 · 운영하고 있으며 특수교육지원센터 전담인력으로는 860명의 교사, 일반직 74명, 치료사와 보조인력을 포함한 기타인력 527명으로 모두 1,461명의 인력이 배치되어 있다.

● TABLE 11 특수교육지원센터 지원 현황

구분	기관수	전담 인력배치 수			
		교사	일반(행정)직	기타	계
2009	180	654	21	202	877
…	…	…	…	…	…
2014	197	726	27	531	1,284
2015	196	716	40	510	1,266
2016	199	735	45	526	1,306
2017	199	751	35	521	1,307
2018	199	802	43	555	1,400
2019	198	860	74	527	1,461

출처 : 교육부(2009~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 개소, 명, 천원)

3. 장애영유아 교육정책

1) 장애영아 교육지원

「장애인 등에 대한 특수교육법」 제3조 및 제14조에 의하면 만 3세 미만 장애영아에 대해 무상교육을 실시하고 장애의 조기발견을 위한 무상의 선별검사 실시 또는 영유아건강검진 결과를 활용하도록 규정함으로써, 장애영아의 장애교정과 경감, 제2차 장애의 예방 및 발달 촉진은 물론 장애자녀를 둔 가정의 가계 부담을 경감시키고 향후 사회적 비용 최소화 및 사회통합의 촉진을 도모할 수 있게 되었다.

만 3세 미만의 장애영아 무상교육의 지원내용을 살펴보면, 2019년 기준 특수학교 50학급, 특수교육지원센터 72학급, 총 122학급의 장애영아학급이 설치되어 있다. 특수학교에서 무상교육 지원을 받는 장애영아 수는 157명, 특수교육지원센터에서 지원을 받는 장애영아 수는 375명으로 총 532명의 장애영아가 무상교육 지원을 받고 있으며, 연령별 현황은 0세 19명, 1세 170명, 2세 343명에 해당된다.

● TABLE 12 장애영아 무상교육 지원 현황

구분	연령별 지원영아 수				기관별 지원영아 학급						합계	
					특수학교		특수교육지원센터					
	0세	1세	2세	계	학급 수	지원 영아수	학급 수	센터지원 영아수	순회지원 영아수	계	영아 학급수	지원 영아수
2009	26	109	182	317	20	93	-	186	38	195	20	317
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
2014	34	194	452	680	42	141	62	419	120	539	104	680
2015	22	200	520	742	43	179	55	438	125	563	98	742
2016	23	170	463	656	45	162	60	371	123	494	105	656
2017	33	147	369	549	38	148	74	242	159	401	112	549
2018	27	175	380	582	47	164	77	233	185	418	124	582
2019	19	170	343	532	50	157	72	254	121	375	122	532

주 : 영아학급은 특수학교 또는 특수교육지원센터에 설치된 학급을 말함 (단위 : 명, 급)
출처 : 교육부(2009~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서

2) 장애유아 교육지원

유아특수교육기관은 2019년 기준 유치원 과정만 운영하는 특수학교가 10개교 61학급, 특수학교에 유치원 과정을 운영하는 특수학교가 127개교 276학급, 일반유치원 특수학급이 814개교 949학급으로 총 941개교 1,225학급이 운영되고 있다.

● TABLE 13 유아특수교육기관 현황

연도	설치학교 수				설치학급 수			
	유치원 과정 특수학교	특수학교 유치원	유치원 특수학급	계	유치원 과정 특수학교	특수학교 유치부	유치원 특수학급	계
2009	9	122	181	312	54	251	206	511
…	…	…	…	…	…	…	…	…
2014	9	120	406	526	57	245	464	709
2015	9	118	480	598	67	247	551	798
2016	9	124	557	681	55	260	640	900
2017	9	122	714	836	56	273	731	1,004
2018	10	125	740	865	61	267	853	1,120
2019	10	127	814	941	61	276	949	1,225

출처 : 교육부(2009~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 교, 급)

해당 기관에서 유아특수교육을 받고 있는 특수교육대상자는 2019년 기준 특수학교 유치원에 1,174명(유치원 과정만 운영하는 특수학교에 225명 포함), 유치원 특수학급에 3,422명, 유치원 일반학급에 1,638명으로 총 5,989명으로 나타났다.

● TABLE 14 유치원 과정 특수교육대상자 수

구분	특수학교 유치부		유치원 특수학급	유치원 일반학급	계
	특수학교 유치원	유치원과정 특수학교			
2009	856	237	720	1,727	3,540
…	…	…	…	…	…
2014	837	229	1,675	1,707	4,219
2015	883	269	2,039	1,822	4,744
2016	938	226	2,504	1,744	5,186
2017	948	225	2,763	1,726	5,437
2018	944	241	3,058	1,628	5,630
2019	929	245	3,422	1,638	5,989

출처 : 교육부(2009~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 명)

한편, 「장애인 등에 대한 특수교육법」 제19조 제2항에 근거하여 만 3세부터 만 5세까지의 특수교육대상자가 「영유아보육법」에 따라 설치된 어린이집 중 일정한 교육 요건을 갖춘 어린이집을 이용하는 경우 유치원 의무교육을 받고 있는 것으로 규정하고 있다. 이와 관련하여 2019년 기준 일정 교육요건을 갖춘 어린이집은 4,580개의 시설이 운영되고 있는 것으로 나타났다.

● TABLE 15 의무교육 가능 학교 및 교육요건을 갖춘 어린이집* 현황

연도	교육부				보건복지부				계
	특수학교	특수학급** (유치원)	일반학급** (유치원)	소계	장애전담 어린이집	장애통합 어린이집	일반 어린이집	소계	
2009	122	181	1,169	1,472	168	806	-	-	-
…	…	…	…	…	…	…	…	…	…
2014	120	406	1,199	1,725	173	873	1,446	2,492	4,217
2015	118	480	1,221	1,819	174	872	1,634	2,680	4,499
2016	124	557	1,222	1,903	175	899	1,406	2,480	4,383
2017	122	714	1,343	2,179	177	911	1,342	2,430	4,609
2018	125	740	1,332	2,197	178	946	1,210	2,334	4,531
2019	127	814	1,353	2,294	177	1,000	1,109	2,286	4,580

주 : * 교육 요건을 갖춘 어린이집(장애인 등에 대한 특수교육법 시행령 제15조) : 「영유아보육법」 제30조제1항에 따른 평가인증을 받은 시설 / 장애아 3명마다 보육교사 1명을 배치한 시설(보육교사가 3명 이상인 경우에는 보육교사 3명 중 1명은 「초 · 중등교육법」 제21조제2항에 따른 특수학교 유치원교사 자격증을 소지한 교사여야 함) ´ 18.12.31. 기준 (단위 : 교, 개)
** 유치원 과정 특수교육대상자가 배치되어 있는 학교 또는 유치원 수
출처 : 교육부(2009~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서, 보건복지부(2009~2019), 각 연도별 보육통계

유치원 특수교육대상유아의 교육비 지원현황을 살펴보면, 2019년 기준 공립유치원 2,692명, 사립유치원 922명으로 총 3,614명이 교육비를 지원받고 있음을 알 수 있다. 또한 1인 월 교육비 최고지원액 평균은 공립유치원 113천원, 사립유치원 368천원을 지원받고 있다.

● TABLE 16 유치원 특수교육대상유아 교육비 지원 현황

구분	공립유치원				사립유치원			
	신청자수	지원자수	지원비율(%)	1인 최고 지원액(월)	신청자수	지원자수	지원비율(%)	1인 최고 지원액(월)
2009	385	385	100	-	1,861	1,848	99.3	-
…	…	…	…	…	…	…	…	…
2014	1,115	1,115	100	129	1,493	1,493	100	381
2015	1,788	1,788	100	107	1,466	1,466	100	341
2016	1,750	1,750	100	115	1,199	1,199	100	358
2017	2,355	2,355	100	117	1,108	1,108	100	351
2018	2,773	2,773	100	115	957	957	100	355
2019	2,692	2,692	100	113	922	922	100	368

출처 : 교육부(2009~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 명, 천원)

4. 통합교육정책

1) 일반교원의 특수교육 전문성 및 책무성 강화

「장애인 등에 대한 특수교육법」 제2조에 통합교육이란 특수교육대상자가 일반학교에서 장애유형 · 장애정도에 따라 차별을 받지 아니하고 또래와 함께 개개인의 교육적 요구에 적합한 교육을 받는 것을 말한다.

성공적인 통합교육을 위해서는 특수교육대상자를 지원하는 다양한 인적 자원이 요구되는데, 일반교원으로서 주요한 역할을 하는 통합학급 교사는 일반교육적 소양뿐만 아니라 특수교육대상자에 대한 이해 및 특별한 교육적 요구에 적합한 교수 · 학습 방법 등의 자질을 갖추고 있어야 한다. 이와 관련하여 「장애인 등에 대한 특수교육법 시행령」 제5조에서는 통합교육에 대한 이해를 높이기 위하여 일반학교의 교원에게 연수를 받게 하는 경우 특수교육에 관한 내용을 포함하도록 하였다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

2019년 일반학교 통합학급 담당 교원 45,102명이 특수교육 관련 연수 과정에 참여하였고, 일반교사와 특수교사의 통합교육 협력 강화를 위한 다양한 통합교육 모형(교육과정적 협력교수 모형) 개발 · 운영을 위한 '정다운학교' 74교를 지정 · 운영하고 있다.

2) 장애학생 인권보호 및 인성교육 강화

「교육기본법」 제4조에 의하면 모든 국민은 성별, 종교, 신념, 사회적 신분, 경제적 지위 또는 신체적 조건 등을 이유로 교육에 있어서 차별을 받지 아니하도록 규정되어 있다. 또한 「장애인복지법」 제25조에서는 국가와 지방자치단체는 학생, 공무원, 근로자, 그 밖의 일반 국민 등을 대상으로 장애인에 대한 인식개선을 위한 교육 및 공익광고 등 홍보사업을 실시하여야 함을 명시하고 있다.

장애인 인권 존중의 중요성이 강조되고 있는 가운데 2011년 수립된 '장애학생 인권보호 지원 방안'에 따라 2012년부터 장애학생 학교폭력 · 성폭력 예방 및 인권보호를 위해 특수교육지원센터에 설치 · 운영 되고 있는 장애학생 인권지원단은 2019년 현재 201개, 2,383명의 위원을 구성하여 운영 중에 있다.

● TABLE 17 장애학생 인권지원단 수 및 위원 수

시·도	인권지원단 수	인권지원단 위원 수
2012	187	1,283
2013	189	1,563
2014	190	1,674
2015	190	1,796
2016	194	2,127
2017	201	2,247
2018	201	2,247
2019	201	2,383

출처 : 교육부(2012~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 개, 명)

5. 진로 · 직업교육정책

1) 장애학생 진로 · 직업교육 강화

2009년 교육부(당시 교육과학기술부)에서는 장애학생의 진로 · 직업교육 내실화 및 취업률 제고를 위해서 「장애학생 진로 · 직업교육 내실화 방안」을 수립하였으며, 그에 따라 2010년부터 '통합형 직업교육 거점학교'와 '특수학교 학교기업'으로 대표되는 큰 정책 사업을 추진 중에 있다.

장애학생 「통합형 직업교육 거점학교」는 장애학생에게 현장실습 위주의 직업교육을 제공하고, 인근 특수학급 학생에 대한 직업훈련 및 컨설팅 등을 제공하여 해당 지역의 장애학생 직업교육 거점학교로서의 기능을 수행하고 있으며, 시 · 도별 현황은 다음 <표 18>과 같다.

● TABLE 18 장애학생 「통합형 직업교육 거점학교」 지정 · 운영 현황

시·도	장애학생 통합형 직업교육 거점학교										계
	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	
서울	상암고	경복고		(문현고) (서울 문화고)	(경기고)			관악고			3(3)
부산	동래원 예고*		부산 전자 공업고								1
대구	대구서부 공고					대구자연 과학고					2
인천			강남영상 미디어고			박문여고		인화 여고			3
광주	광주전자 공고										1
대전		동대전고									1
울산											-
경기	성남 방송고 이천 제일고	안양공고 은행고 (포천 일고) (안성고)	수원 정보 과학고			(오산 정보고)					5(3)
강원			영서고								1
충북	제천 제일고		청주 농업고				충북 산업 과학고				3

장애학생 통합형 직업교육 거점학교

시·도	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	계
충남	공주생명과학고	금산산업고 논산공업고	당진정보고 서천고	(온양용화고) (천안공업고)	(태안고)	주산산업고 (부여정보고)		(청양고)	(서산중앙고)		6(6)
전북					(이리공업고)** (장계공업고)** (고창여고)**	(진안제일고)** (해리고)** (무주고)** (함열고)**	이리고				1
전남	목포공고		전남기술과학고				순천공업고				3
경북		김천생명과학고						(구미인동고)			1(1)
경남		아림고 김해생명과학고									2
제주	제주고	함덕고		(표선고)		(제주중앙여고)**					2(1)
계	9	10(2)	8	(5)	(2)	3(2)	3	2(2)	(1)	-	35(14)

주 : * 동래원예고 : 특수교육지원센터로 이관
** 시 · 도교육청 지정 거점학교로 한시적 운영
※ ( )안의 학교는 시 · 도교육청 지정 거점학교
출처 : 교육부(2010~2019), 각 연도별 특수교육 연차보고서

특수학교 학교기업은 장애학생의 현장실습 중심 직업교육 강화를 통한 취업률 제고를 위하여 2010년부터 설립하여 추진 중으로, 장애학생의 직업훈련을 목적으로 학교 내에 일반사업장과 유사한 형태로 직업교육 환경을 조성하여 직업훈련 프로그램을 실시하고 있으며 설치 현황은 다음 <표 19>와 같다.

● TABLE 19 특수학교 학교기업 사업 추진학교 현황

선정 연도	학교명	교육청	설립별	장애유형	사업직종
2010	대구5교통합	대구	사립	시각 · 청각 · 지체 · 지적장애 · 정서장애	커피바리스타, 사무용지, 제과제빵, 세탁 등
	전주선화학교	전북	공립	청각장애	커피바리스타, 도자기, 천연비누, 직업체험 등
2011	한빛맹학교	서울	사립	시각장애	예술, 스포츠 등
	대전혜광학교	대전	공립	지적장애	커피바리스타, 천연비누, 운동화 전문세탁 등
	부산혜성학교	부산	공립	지적장애	도자기, 원예, 천연비누, 조립임가공, 직업체험 등
2012	꽃동네학교	충북	사립	지적장애	제과·제빵 등
	미추홀학교	인천	공립	지적장애	커피바리스타, 조명장치, 천연비누, 직업체험 등
	순천선혜학교	전남	공립	지적장애	커피바리스타, 콩나물, 세탁 등
	속초청해학교	강원	공립	지적장애	커피바리스타, 직업체험 등
	광주선광학교	광주	공립	지적장애	커피바리스타, 비누, 도자기 등
2013	천안인애학교	충남	공립	지적장애	커피바리스타, 목장갑, 도자기, 공예품 등
	성은학교	경기	공립	지적장애	공예, 원예 등
	청주맹학교	충북	사립	시각장애	천연비누, 향초 등
	울산혜인학교	울산	공립	지적장애	자동차 부품제조, 세차, 신발세탁 등
	창원천광학교	경남	공립	지적장애	커피바리스타, 양파즙, 공예, 자동차 부품제조 등
	공주정명학교	충남	공립	지적장애	커피바리스타, 장갑, 핸드페인팅, 직업체험 등
	태백미래학교	강원	사립	지적장애	커피바리스타, 세차, 공예, 건설 · 기계 재활용 등
	부천상록학교	경기	공립	지적장애	스팀세차, 허브재배, 천연비누 등
	부천혜림학교	경기	사립	지적장애	커피바리스타, 식품제조가공, 소독, 직업체험 등
2014	서울맹학교	서울	국립	시각장애	점자도서 출판
	한국선진학교	경기	국립	지적장애	커피바리스타, 식품제조, 임가공업 등
	대전원명학교	대전	사립	지적장애	커피바리스타, 면장갑, 가구, 임가공 등
2015	안동영명학교	경북	사립	지적장애	커피바리스타, 보안문서파쇄, 운동화세탁, 직업체험 등
2016	포항명도학교	경북	사립	지적장애	커피바리스타, 세차, 직업체험 등
2017	한국경진학교	경기	국립	정서장애	커피바리스타, 버섯재배 · 유통, 임가공업, 직업체험 등

선정 연도	학교명	교육청	설립별	장애유형	사업직종
2018	서산성봉학교	충남	공립	지적장애	커피바리스타, 건조식품, 위생용품 제조
	대구성보학교	대구	공립	지체장애	문화 예술
	부산해마루학교	부산	공립	지적장애	커피바리스타, 재배 · 원예, 도자기, 비누, 직업체험 등
	소림학교	전남	사립	청각장애	커피바리스타, 직업체험 등
2019	상희학교	경북	공립	지적장애	커피바리스타 및 체험학습
	청주성신학교	충북	사립	정서장애	커피바리스타

출처 : 교육부(2010~2019) 각 연도별 특수교육 연차보고서
※ 사업 직종은 학교의 계획에 따라 변경될 수 있음

「장애인 등에 대한 특수교육법」 제23조 및 동법 시행령 제17조, 제18조에 따르면 특수교육대상학생의 특성 · 능력 · 장애유형 또는 요구 등에 맞추어 직업재활 훈련뿐 아니라 자립생활 훈련을 실시하기 위해 전공과를 운영할 수 있고, 특수학급에도 전공과를 설치할 수 있도록 명시되어 있다. 전공과는 특수교육기관에서 고등학교 과정을 졸업한 특수교육대상자에게 진로 및 직업교육을 제공하기 위하여 수업연한 1년 이상으로 운영되는 과정으로 특수교육대상자는 전공과 과정을 통해 졸업 후 사회로 원활한 이동을 할 수 있도록 직업재활 및 자립생활훈련을 등을 받을 수 있다.

2019년도 기준 전국 147개 특수학교에 전공과 과정 641학급, 5,159명이 배치되어 있으며, 대구, 인천, 경기, 충북의 일반학교 18개교에 전공과 33학급이 설치되어 223명의 학생이 배치되어 있다.

● TABLE 20 전공과 설치 현황

연도	학교수		학급수		학생수	
	특수학교	일반학교	특수학교	일반학교	특수학교	일반학교
2010	83	-	255	-	2,411	-
2011	100	-	312	-	2,855	-
2012	108	-	359	-	3,262	-
2013	115	-	402	-	3,594	-
2014	121	-	456	-	3,948	-
2015	127	-	493	-	4,274	-
2016	133	18	528	32	4,387	215
2017	137	18	575	34	4,772	217
2018	143	18	609	33	4,956	209
2019	147	18	641	33	5,159	223

출처 : 교육부(2010~2019) 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 교, 학급, 명)

2) 장애학생 취업 현황

고등학교 졸업 특수교육대상학생의 연도별 취업 현황을 아래 <표 21>에서 살펴보면, 2019년 기준 특수학교 졸업생의 취업률은 5.9%, 특수학급 졸업생의 취업률은 32.0%, 일반학급 배치 특수교육대상학생 졸업생의 취업률은 11.8%로 나타났다.

● TABLE 21 연도별 특수학교 고등학교 과정 졸업생 취업현황

연도	졸업생수	진학자수	취업자 수	취업률	비진학·미취업자수
특수학교					
2015	2,385	1,372	185	18.3	828
2016	2,460	1,354	155	14.0	951
2017	2,546	1,353	145	12.2	1,048
2018	2,454	1,321	97	8.6	1,036
2019	2,447	1,364	64	5.9	1,019
특수학급					
2015	3,673	1,391	767	33.6	1,515
2016	3,629	1,400	696	31.2	1,533
2017	3,989	1,591	790	32.9	1,608
2018	4,101	1,667	824	33.9	1,610
2019	3,952	1,707	718	32.0	1,527
일반학급					
2015	1,053	582	99	21.0	372
2016	1,354	690	124	18.7	540
2017	1,199	638	92	16.4	469
2018	1,256	680	85	14.8	491
2019	1,328	741	69	11.8	518

출처 : 교육부(2015~2019) 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 명, %)

2019년 기준 특수학교 전공과 이수자 2,131명 중 922명이 취업하여 43.7%의 취업률을 보이고 있음을 알 수 있다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

● TABLE 22 연도별 전공과 과정 이수자 취업현황

연도	전공과 이수자	진학자수	취업자수	취업률	비진학·미취업자수
2015	1,868	13	659	35.5	1,196
2016	2,039	27	719	35.7	1,293
2017	2,052	13	820	40.2	1,219
2018	2,140	20	897	42.3	1,262
2019	2,131	23	922	43.7	1,207

출처 : 교육부(2015~2019) 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 명, %)

6. 장애인 고등교육 정책

장애대학생 도우미 제도는 전문대학 이상 대학교에 재학하는 장애학생들을 위한 지원제도로서 「장애인 등에 대한 특수교육법」 및 「동법 시행령」에 따라 2008년부터 운영되었다. 도우미의 유형에는 일반도우미, 전문도우미, 원격교육전문도우미로 나눌 수 있다. 일반도우미는 장애학생들의 이동이나 강의 및 대필 지원 등 특별한 기술이나 자격증이 없어도 수행이 가능한 지원이고, 전문도우미는 수화통역사, 속기사 등에 의한 교수·학습지원, 원격교육전문도우미는 인터넷 원격시스템을 통해 실시간 강의 내용 수어통역 및 문자통역 지원 등이 포함된다. 특히, 원격교육지원 시스템은 교수 강의 내용을 웹 카메라와 스피커를 통하여 원격교육지원시스템(국가평생교육진흥원) 내의 원격강의 지원센터를 접속하여 전문도우미가 내용을 전달받아 실시간으로 수어와 텍스트로 전환하여 학습자에게 지원하는 시스템이다.

대학 장애학생의 도우미 지원현황은 2017년 기준 총 222개 대학에 4,466명의 장애학생 도우미를 배치하여 장애대학생들을 지원하고 있는 것으로 나타났다.

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

● TABLE 23 대학(원) 장애학생 도우미 지원현황

구분	학교 수	대학(원) 장애학생 도우미 수			
		1~3급 장애학생 지원	4급 이하 장애학생 지원	구분 없음	계
2015	211(중복 제외)	115	-	3,224	3,339
2016	228(중복 제외)	130	-	3,281	3,411
2017	222(중복 제외)	152	3	3,206	3,361
2018	207(중복 제외)	129	7	3,031	3,167
2019	178(중복 제외)	136	9	2,580	2,725

출처 : 교육부(2015~2017), 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 교, 명)

7. 장애인 평생교육 정책

장애인 평생교육정책 수립을 위한 법적 근거가 마련됨에 따라 교육부 차원의 장애인 평생교육에 대한 관심이 높아졌다.

장애인의 평생교육정책은 「장애인 등에 대한 특수교육법」 제33조에 의하여 각급학교의 장은 장애인의 계속교육을 위한 장애인 평생교육과정을 설치 운영할 수 있으며, 「평생교육법」에 의한 평생교육시설 등은 장애인 평생교육과정을 설치하거나 평생교육 프로그램을 개발 연구하여야 한다는 법적 규정에 따른다. 또한 동법 제34조에는 국가 및 지방자치단체는 학령기 교육을 받지 못한 장애인을 위하여 장애인평생교육시설을 설치 · 운영할 수 있으며, 국가 및 지방자치단체는 장애인평생교육시설의 운영에 필요한 경비를 예산의 범위 안에서 지원하여야 한다고 규정하였다.

2019년 시·도교육청에서 장애인 평생교육을 위하여 평생교육기관, 특수학교 및 특수교육지원센터 247개의 기관에서 677개의 프로그램을 운영하고 있으며, 총 지원예산은 약 13억원을 지원하고 있으며, 시·도별 구체적인 현황은 아래 <표 24>와 같다.

● TABLE 24 시·도교육청 장애인 평생교육 프로그램 지원 현황

시·도	평생교육기관			특수학교			특수교육지원센터			계		
	기관수	프로그램수	예산	학교수	프로그램수	예산	센터수	프로그램수	예산	기관수	프로그램수	예산
서울	83	111	227.6	2	2	4	-	-	-	85	113	231.6
부산	12	67	194	-	-	-	-	-	-	12	67	194
대구	7	39	21.9	-	-	-	-	-	-	7	39	21.9
인천	11	32	32	2	4	3	1	1	12	14	37	47
광주	8	9	23	-	-	-	-	-	-	8	9	23
대전	19	47	163.1	-	-	-	-	-	-	19	47	163.1
울산	2	2	4.6	-	-	-	1	1	0.6	3	3	5.2
세종	1	4	-	-	-	-	-	-	-	1	4	-
경기	8	16	36	-	-	-	-	-	-	8	16	36
강원	5	39	134.4	-	-	-	-	-	-	5	39	134.4
충북	2	4	3.9	1	4	7	-	-	-	3	8	10.9
충남	11	146	117	1	2	1	-	-	-	12	148	118
전북	1	11	26	-	-	-	1	9	26	2	20	52
전남	21	59	92.5	-	-	-	-	-	-	21	59	92.5
경북	17	21	42.3	5	14	25	-	-	-	22	35	67.3
경남	21	27	48.9	-	-	-	-	-	-	21	27	48.9
제주	4	6	95	-	-	-	-	-	-	4	6	95
계	233	640	1,262.2	11	26	40	3	11	38.6	247	677	1,340.8

출처 : 교육부(2019), 특수교육 연차보고서

(단위 : 명, 백만원)

2019년도 전국 61개 장애성인 평생교육시설(야학)에서 585명의 교사가 2,091명의 학생을 지도하고 있으며, 예산 지원은 약 38억 원으로 현황은 다음 <표 25>와 같다.

● TABLE 25 장애성인교육(야학) 지원 현황

구분	기관수	교사 수	학생 수	지원예산
2009	28	360	657	1,423,000
...	...	...	...	...
2014	44	434	1,384	1,872,000
2015	44	537	1,352	2,377,000
2016	49	534	1,690	2,527,000
2017	47	549	1,821	3,065,000
2018	53	552	2,028	3,339,000
2019	61	585	2,091	3,778,000

출처 : 교육부(2009~2019) 각 연도별 특수교육 연차보고서 (단위 : 명, 천원)

8. 전망과 과제

한국에서 근대적 특수교육이 시작된 지 한 세기 이상이 흘렀다. 이제 우리나라 특수교육은 장애인들을 보호와 구호의 대상이 아닌 개개인의 특성에 맞는 교육을 통해 한 사회의 건강한 구성원으로 세우기 위한 선진적 노력을 다방면에서 추진하고 있다.

본고에서는 '제5차 특수교육발전 5개년 계획('18~'22)'을 추진하고 있는 2019년을 기준으로 하여 최근 특수교육 주요 정책과 그 내용을 살펴보았으며, 시대적 · 사회적 변화에 비추어 특수교육의 질적 수준을 향상시키고, 성숙한 특수교육으로 도약하기 위해 특수교육 현장에서 요구하는 비전과 발전 과제와 '제5차 특수교육발전 5개년 계획('18~'22)'의 주요 내용을 중심으로 향후 전망과 과제를 다음과 같이 제시하고자 한다.

첫째, 과밀학급 및 원거리 통학 해소를 위한 특수교육 기관을 확충하고, 특수학교 신설과 특수학급 증설 등 활성화를 위한 제도적 · 재정적 여건이 개선되어야 한다. 예를 들면 특수학교 용지를 용이하게 확보할 수 있도록 관련 법 개정, 다양한 형태의 특수학교 설립 추진, 정당한 편의 제공을 위한 노력 등이 필요하며 이러한 과제들을 추진하기 위해서는 특수교육에 대한 국가 차원의 재정이 우리나라 특수교육의 발전을 위해서 지속적으로 확대되어야 한다.

둘째, 통합교육을 강화하기 위해 학교과정별 통합교육 지원교사를 확대하고, 장애유형 및 정도

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

를 고려한 맞춤 지원으로 촘촘한 특수교육 지원망 구축하기 위해 통합교육지원팀 구성 · 운영 등 지원체제를 강화해야 한다. 그리고 '제5차 특수교육발전 5개년 계획('18~'22)'에 포함된 거점지원센터 전문 인력 배치를 확대하고, 장애유형별 거점지원센터를 확대 · 운영하여야 한다. 또한 통합교육 운영 내실화를 위해 특수교사와 일반교사 통합교육 협력 모형 개발을 위한 '정다운학교' 를 일반화·확대하여 많은 학교에서 통합교육이 내실화 있게 운영되도록 하고 이를 위한 특수교사와 일반교사의 통합교육 협력 우수사례 발굴 · 보급이 필요하다.

셋째, 장애학생의 진로 다양화를 위하여 진로탐색 및 진로설계 지원 강화를 위한 특수학교 자유학기제를 확대하고, 관계부처(기관) 협업시스템 구축으로 진로 · 직업교육의 효율화를 도모해야 한다. 또한 장애대학생 교육복지 지원 내실화, 국가 차원의 장애인 평생교육 기회 확대 및 지원 활성화를 위한 기반을 구축하는 것도 특수교육의 중요한 발전 과제 중 하나이다.

넷째, 장애공감문화 조성을 위해 학교 차원의 장애이해나 특수교육대상자 인권보호 수준을 넘어 범국민 장애인식개선을 위한 교육 내실화를 통해 장애인을 이해하는 단계를 넘어 장애인의 감정과 요구를 같이 느끼고, 같이 주장하며, 같이 해결해 나가는 장애공감문화를 확산하고 다양성을 존중하는 사회 문화를 조성하는 것이 필요하다.

다섯째, 장애영유아의 조기 발견 및 방과 후 교육 · 돌봄 체제 구축 등 특수교육대상자 지원 강화를 위한 국가의 책임과 공공성을 확대시키기 위한 방안을 마련하고 실천하여 지속가능한 양질의 특수교육을 보장하고 발전시켜 나가는 것도 개선해야 할 과제이다.

마지막으로 훌륭한 특수교사를 양성 · 확보하고, 교원의 자질향상에 도움을 줄 수 있는 현직교육을 강화해 나가는 일이다. 교원이 모든 교육활동의 주체로서 직접적으로는 특수교육의 질과 성패를 결정하고, 간접적으로는 사회 나아가 국가발전의 수준과 방향에 영향을 미치는 가장 중요한 관건이 되기 때문이다. 따라서 교육과정을 사회가 요구하는 전문성을 갖출 수 있도록 개선하고, 통합교육 및 장애영역별 필요한 역량을 함양할 수 있도록 양성되어야 한다. 또한 교사가 전문직으로서 다양한 교수방법, 학부모 상담 등 필요한 역량을 향상시키고, 특수교육의 새로운 변화 동향에 따를 교사 재교육이 제도적으로 강화되어야 한다.

참고문헌

교육부(2009~2019). 특수교육 연차보고서.

교육부(2009~2019). 특수교육통계.

교육부(2017) 제5차 특수교육발전 5개년 계획.

대한특수교육학회(1995). 특수교육백년사, 도서출판 특수교육.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

06
장애인 정보접근*

1. 개요

헌법 제34조 제1항에서는 '모든 국민은 인간다운 생활을 할 권리를 가진다.' 라고 규정함으로써 사회적 기본권 보장의 기본원칙의 근거를 마련하고 있다. '사회적 기본권'의 의미는 단체주의적 사회정의의 실현을 국가 목적으로 하는 사회국가에서 국민이 인간다운 생활을 확보하기 위하여 일정한 국가적 급부와 배려를 국가에 대해 요구할 수 있는 권리를 말한다. 장애인의 방송접근권 또한 사회적 기본권의 하나로 정보접근의 권리와 문화의 향유를 동등하게 누리는 것은 우리나라 헌법에서 보장하는 기본권과도 직접적으로 연관되어 있다.

「장애인차별금지 및 권리구제등에관한법률(약칭: 장애인차별금지법)」 제21조 3항(정보통신 · 의사소통 등에서 정당한 편의제공의무) 장애인과 비장애과의 동등한 방송접근을 위한 시청편의서비스 제공을 규정하고 있으며, 시행령 제14조 5항(정보통신 · 의사소통에서의 정당한 편의제공의 단계적 범위 및 편의의 내용)에서는 장애인 시청 편의 서비스의 구체적인 내용을 규정하고 있다.

「방송통신발전기본법」 제3조에서는 국가와 지방자치단체는 방송통신의 공익성 · 공공성에 기반을 둔 공적책임을 완수하기 위하여 장애인을 포함한 사회적 소수 또는 약자계층 등의 방송통신 소외 방지를 규정하고 있다. 아울러 동법 제7조는 경제적, 지리적, 신체적 차이 등에 따라 소수자 또는 사회적 약자가 방송통신에서 불이익을 받거나 소외되지 않도록 구체적인 지원방안을 수립하여 시행할 의무를 규정하고 있다.

최근 매체환경변화에 따라 다중 매체의 이용과 소비의 확대는 이미 다양한 통계로 확인되고 있

* 최병연(시청자미디어재단 미디어접근부 부장)

으며, 이러한 매체 환경 변화에 맞춰 비실시간방송(Video On Demand, 주문형 비디오)서비스 이용자가 빠르게 증가하고 있다. TV 등 레거시미디어의 실시간 방송프로그램 시청보다는 자신이 원하는 편리한 시간에 각자가 선호하는 미디어 기기를 통해 프로그램 다시보기를 선택하는 것이다. 이러한 미디어 이용행태의 변화는 비장애인에게만 국한되지 않는다.

그러나 방송환경의 변화와 정보기술발전에도 불구하고 장애인의 정보접근은 여전히 소외되어 있다. 정보통신기술(ICT)발달로 장애인과 비장애인 모두에게 고화질 · 고음질 방송 서비스가 가능할 것으로 기대하였으나 컴퓨터, 스마트폰, 태블릿 PC 등 고가의 디지털단말기구입의 경제적 부담과 이용자의 거주하는 곳의 사회적 기반시설에 따라 통신품질 차이 발생 등의 새로운 형태의 정보격차(digital divide) 현상이 나타나고 있다.

장애인의 정보격차에 따른 정보소외는 형식적인 면에서나 내용적인 면 모두에서 이들을 한 사회의 소외계층 집단으로 고착화하고 영구화하며, 그 결과 단순히 개인적 차원에서 정보격차의 문제를 뛰어 넘어, 한 사회내의 통합과 교류가 얼마나 원활하게 이루어지고 있는가의 문제를 제기함으로써 우리사회의 지속가능한 발전에 이러한 문제가 얼마만큼 큰 영향을 미치는가 하는 것으로 확장된다.

장애인은 비장애인과 마찬가지로 다양한 매체를 통해 정보를 습득하고 사회에 참여하고 있다. 장애를 가진 사람들이 이러한 사회 변화와 새로운 서비스에서 소외 되지 않도록 국가가 적극 나서야 할 의무가 있다.

2. 장애인 방송접근권 관련 협약 및 법령

1) UN장애인권리협약

국내 장애인 방송접근 관련법은 국제협약인 UN장애인권리협약과 장애인(장애인 · 장애인방송)관련법으로 구분된다. 2006년 12월 13일 제61차 UN총회에서 채택된 장애인권리협약(Convention on the Right of Persons with Disabilities)은 장애인의 권리와 존엄성의 보호증진을 위한 포괄적이고 종합적인 국제협약으로 총 50개 조문으로 구성되어있다.

대한민국은 2008년 12월 2일 국회에서 비준되어, 2009년 1월 10일부터 발효 중이며, “정부가 방송물에 대한 장애인의 접근성을 보장하는 규정에 프로그램의 질에 관한 기준을 포함시키고, 수어 자막 화면해설 이해하기 쉬운 내용 기타 의사소통 수단을 통한 적절하고 접근 가능한 정보제

공에 관한 기준을 포함시킬 것”을 권고하였다.

장애인권리협약중 제5조(평등및차별금지), 제9조(접근성), 제21조(의사 및 표현의 자유와 정보접근권), 제30조(문화생활 레크리에이션 여가 및 스포츠참여)가 장애인방송 정보 및 문화접근권에 관련된 조문이다.

● TABLE 01 UN장애인권리협약 장애인방송 접근권 관련조항

UN장애인권리협약
- 제5조 (평등 및 차별금지) 장애로 인한 모든 차별을 금지하고, 모든 유형의 차별에 법적보호 보장 등
- 제9조 (접근성) 장애인의 정보접근성을 보장, 기타 적절한 형태의 지원과 보조 장려 등
- 제21조 (의사 및 표현의 자유와 정보접근권) 대중을 위한 정보를 다양한 장애유형에 적합하게 별도 추가비 없이 제공 등
- 제30조 (문화생활·레크리에이션, 여가 및 스포츠 참여) 접근가능한 형태로된 텔레비전 프로그램, 영화, 연극 및 기타 접근향유 등

최근 정부가 UN장애인권리협약 제2,3차 최종국가보고서 제출하였으며 <표 2>는 제21조 ‘의사표현의 자유와 정보접근 보장’ 관련 제출된 쟁정목록 22 - b에 대한 주요성과다.

● TABLE 02 UN장애인권리협약 제2,3차 국가보고서 이행준수노력 제출주요성과

‘의사표현의 자유와 정보접근 보장(제21조)’ 방송 및 인터넷 TV 접근성 관련 규정에 장애인 접근성 규정 포함 여부
· 방송사업자(지상파방송·종합편성채널 · 보도전문채널)의 화면해설방송의무 편성비율 중 재방송 비율을 단계적으로 축소 · 장애인방송 프로그램 제공가이드라인(2017.12.26.)마련, 가이드라인 전국순회설명회 및 인식개선 캠페인 전개 등 질적수준 제고를 위한 노력 강화 · 장애인방송 서비스 우수사업자 대상 인센티브 확대지급, 우수사업자 지속적 증가 · 장애인방송 서비스유형별(자막, 화면해설, 수어) 만족도 매년 향상

2) 장애인 및 장애인방송 관련법

국내장애인 방송에 대한 본격적 논의는 2000년대 이후 우리사회의 미디어 환경이 급변하면서 정보격차 해소가 중요한 정책 이슈로 부각되면서였다.

2000년 시각장애인을 위한 화면해설 시범방송, 2005년 폐쇄자막, 한국수어, 화면해설을 포함한

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

장애인방송 서비스의 지상파 방송편성 확대, 2007년「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」제21조 '방송사업자는 방송의 시·청취자들을 위해 장애인방송을 제공하여야한다'는 강행조항이 제정되었다. 관련하여「방송통신발전기본법」제26조 제1항 제10호는 방송통신 소외계층의 방송통신 접근을 위한 지원을 목적으로 방송통신발전기금이 사용될 수 있음을 규정하고 있으며,「방송법」제69조 제8항은 방송사업자의 장애인방송에 관한 의무를 규정하고 그 방송 관련 경비와 수신기를 방송통신위원회가 방송통신발전기금에서 지원할 수 있음을 규정하고 있다.

2011년 7월 방송법 개정을 통해 장애인방송(자막, 화면해설, 수어)이 의무조항으로 개정되고, 시행령과 고시를 통해 법적 세부근거가 마련되었다. 2011년 제정된 「장애인방송 편성 및 제공 등 장애인방송 접근권 보장에 관한 고시」(이하 장애인방송 고시)는「방송법」제68조제8항 및 제9항과 같은 법시행령 제52조, 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제21조제3항과 같은 법시행령 제14조제6항에 따라 장애인방송 대상사업자, 편성비율 및 제공기준과 방법 등에 필요한 사항을 규정하고 있다.

● TABLE 03 장애인 관련법 및 장애인방송 관련법

장애인 관련법
·「**장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률**」 제21조(정보통신 · 의사소통 등에서의 정당한 편의제공의무)
·「**장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률 시행령**」 제14조(정보통신 · 의사소통에서의 정당한 편의 제공의 단계적 범위 및 편의의 내용)
·「**장애인복지법**」 제22조(정보에의 접근)
·「**장애인복지법 시행령**」 제14조(한국수어 · 폐쇄자막 또는 화면해설방영 방송프로그램의 범위)
장애인방송 관련법
·「**방송법**」 제69조(방송프로그램의 편성 등)
·「**방송법 시행령**」 제52조(장애인의 시청지원)
·**장애인방송고시**(장애인방송 편성 및 제공 등 장애인 방송접근권 보장에 관한 고시)
·「**방송통신발전기본법**」 제3조(방송통신의 공익성 · 공공성 등) 제4조(시청자와 이용자의 권익보호) 제7조(방송통신의 발전을 위한 시책수립)
·「**인터넷 멀티미디어방송사업법**」 제16조(이용자 보호) 제21조(방송프로그램의 구성과 운영)

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

2011년 법제도마련 이후 현재의 국내 장애인방송(폐쇄자막[1], 화면해설[2], 한국수어[3]) 서비스가 단기간에 선진국수준의 정책성과를 일궈낼 수 있었던 중요한 요소 중 하나는 바로 장애인방송 고시제정이다.

장애인방송 고시에는 장애인방송의 적용범위(제3조), 제공의무유형(제4조), 편성의무대상사업자(제5조), 사업자별 편성비율목표치(제7조), 장애인시청보장위원회(제10조), 제공실적평가(제11조) 등 장애인방송의 체계적 서비스가 가능하도록 세부법적근거가 명시되어있다.

장애인방송의 적용범위는「방송법」제2조제3호에 따른 방송사업자,「인터넷 멀티미디어 방송사업법」제2조제5호에 따른 인터넷 멀티미디어방송사업자가 제공하는 텔레비전방송으로 하며, 광고방송은 현재 제외하고 있다. 광고 방송의 장애인방송 서비스 대해서는 방송사업자, 광고주, 단체 등 다양한 이해관계자간 의견차가 있다.

장애인방송 제공의무 유형(제4조)에는 편성의무, 성실제공의무, 유형표시의무를 지키도록 하고 있다. 먼저, 편성의무는 장애인방송 편성의무 대상사업자(제6조 필수지정사업자의 장애인방송 의무편성비율, 제7조 고시의무사업자의 장애인방송 의무편성 비율)가 장애인방송 고시에 따라 일정비율 이상으로 장애인방송물을 제작 편성해야 하는 의무로 2012년 1월 개시시점을 기준으로 방송사업자의 연도별 단계적 장애인방송 의무편성비율을 명시하고 있다.

<표 4>의 국내 방송사업자별 제공의무편성비율은 영국, 미국, 호주, 일본 등 해외 장애인방송 선진국사례를 장 · 단점을 분석하여 우리나라 장애인방송의 실정에 맞게 제도화하였으며, 현재 국내 지상파 장애인방송 의무편성비율은 폐쇄자막 100%, 화면해설 10%, 수어방송 5%이며, 이는 영국의 장애인방송 의무편성비율과 동일하다.

성실제공의무는 방송사업자 및 인터넷 멀티미디어방송콘텐츠사업자는 방송프로그램을 제작, 편성, 송신, 재송신 하는 과정에서 장애인방송이 중단 또는 누락되지 않도록 성실하게 제공함으로써 모든 환경에서 장애인방송 서비스를 원활히 이용할 수 있도록 지원해야 한다는 의무이다. 그러나 최근 플랫폼 및 송 · 수신 셋톱 장치들이 다양해지면서 누락에 대한 원인 파악이 어렵고 사례가 늘어나고 있다.

1 폐쇄자막방송은 음성이나 오디오 신호를 텔레비전 화면에 자막으로 표시하는 서비스로, 청각장애인들을 위해 텔레비전 프로그램의 청각 메시지를 전자코드 형태로 변환 전송하여, 텔레비전 화면에 해설자막으로 나타나게 하는 기술을 뜻함 모두에게 보이는 일반 방송 자막과 달리 시청자가 시청을 원하는 경우에만 화면에 표시됨

2 화면해설방송은 시각장애인을 위하여 화면의 장면, 자막 등을 음성으로 전달하는 방송으로서, 등장인물의 행동, 의상, 몸짓, 배경 및 기타 상황변화 요소들을 음성으로 제공하여 시각장애인의 방송 프로그램 이해를 도움

3 한국수어방송은 청각장애인을 위하여 한국수어 통역사가 의미가 통하는 몸짓, 표정, 한국수어를 사용하여 청각장애인에게 프로그램의 음성메시지를 전달하는 방송 접근 서비스임

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

● TABLE 04 국내사업자별 장애인방송 편성비율 목표치

사업자 구분		대상 사업자	개시 시점	기산 시점	최종 편성비율 목표(%)			달성시점
					자막	화면 해설	한국 수어	
지상파	필수 지정	중앙 지상파	2012. 1.	2012. 7.	100	10	5	2013. 12. (화면해설 : 2014. 12.)
		지역 지상파	2012. 1.	2012. 7.	100	10	5	2015. 12.
유료방송 (플랫폼)	필수 지정	위성방송 (직사채널대상)	2012. 1.	2013. 1.	70	7	4	2016. 12.
	고시 의무	SO (지역채널대상)	2012. 1.	2013. 1.	70	7	4	2016. 12.
유료방송 (채널사용 사업자)	필수 지정	보도·종편 PP	2012. 1.	2013. 1.	100	10	5	2016. 12.
	고시 의무	일반PP IPTV CP	2012. 1.	2013. 1.	70	5	3	2016. 12.

출처 : 방송통신위원회(2011). 「장애인방송 편성 제공 등 장애인 방송접근권 보장에 관한 고시」

다음으로, 유형표시의무는 장애인방송 서비스 시 <표 5>처럼 편성표 또는 방송프로그램에 글자 표시 또는 음성으로 안내하여 장애인들이 방송프로그램에 대한 편성정보를 사전에 제공받고, 프로그램 시작 시 시·청각장애인들이 인지할 수 있도록 제공하는 서비스를 말한다.

● TABLE 05 장애인방송 유형표시

폐쇄자막방송	화면해설방송	한국수어방송
자	해	수

장애인방송 고시에는 방송사업자들의 장애인방송 이행실적 평가, 장애인방송 활성화 관련 업무를 수행하고 조정할 수 있는 장애인시청보장위원회를 운영할 수 있으며, 방송통신위원회가 지정한 기관에 운영을 위임하고 이에 따른 예산을 지원할 수 있다.

장애인시청보장위원회는 제공실적 평가 및 평가공표기준 및 방법마련, 장애인방송 편성실적 예외인정여부, 제작지원 등의 조정, 장애인방송 활성화를 위한 조사·연구·교육·홍보 활성화를 위한 정책자문 등 역할을 수행한다.

위원회 구성은 장애인단체, 장애인방송 유관기관, 정부기관, 학계 등의 추천을 받아 장애인방송

관련 업무를 위임받은 기관의 장이 위촉하며, 당연직 4명(장애인단체, 정부, 사업위탁기관), 위촉직 9명(학계3명, 법률 1명, 유관단체 5명) 등 2012년부터 현재까지 활발하게 운영되고 있다.

제11조 장애인방송 제공실적 평가는 <표 6>과 같이 필수지정사업자와 고시의무사업자 대상으로 장애인방송 편성의무, 장애인방송 성실제공의무, 장애인방송 유형표시의무 등 이행실적을 매 반기 종료 후 장애인시청보장위원회에 제출하며, 제출된 실적은 연 2회 평가를 실시한다.

장애인방송 고시는 2011년 제정이후, 2015년, 2018년, 2019년 세 번의 개정이 있었다. 2015년 주요개정내용은 '필수지정사업자의 장애인방송편성비율 목표치 경감 또는 유예기준(안)' 신설이었으며, 2018년 개정은 단순 용어수정이었다.

장애인방송의 법적의무 추진 및 장애인방송서비스 사업자대상 제작비 지원 등 다양한 정책을 통해 5년 만에 선진국 수준의 편성목표치는 도달하였으나 자막품질, 방송프로그램 재방비율 증가 등 장애인방송 서비스 질적 수준 개선의 목소리가 많았다.

2019년 고시개정은 이러한 목소리를 반영하여 장애인방송의 질적 수준 강화를 통한 제도의 실효성을 높였다.

개정 주요조항을 살펴보면, 제5조 제3항은 방송사의 규제 예측가능성 및 시청자의 시청권 확보를 위해 사업자 지정지간을 기존 1년에서 3년으로 연장하였으며, 제6조(필수지정사업자의 장애인방송 의무 편성비율) 제6항에는 사업자별 의무비율은 유지하되, 지상파방송 · 종합편성채널 · 보도전문채널 방송사업자의 화면해설방송의 편성의무비율 중 재방송 편성비율의 단계적 축소를 통해 시각장애인의 시청권을 강화하였다.

● TABLE 06 화면해설방송 의무 편성비율 중 재방송 연도별 편성비율 목표치

구분	2019년	2020년	2021년
제1항제1호, 제2호 및 제5호에 해당하는 방송사업자	40%이하	35%이하	30%이하

출처 : 방송통신위원회(2019), 장애인방송 편성 및 제공 등 장애인 방송접근권 보장에 관한 고시

또한, 방송사업자의 스마트수어방송 참여 유도를 위해 정의 조항을 신설하고, 한국수어방송 편성 시 스마트 수어방송을 실시하는 경우 편성비율 산정에 있어 가중치(100분의 130으로 간주)를 부여하고(제2조제5호의2, 제7조의3) 스마트 수어방송 활성화를 유도하였다.

더불어, 제15조의2(장애인방송 프로그램 제공 가이드라인) 조항이 신설되면서 장애인방송의 품질수준향상을 위해 사업자의 이행을 유도하고 및 장애인방송의 품질을 담보할 수 있도록 강화수단의 근거가 마련되었다.

● **TABLE 07** '19년 장애인방송 편성 의무사업자 현황

구분		법인명
필수 지정 사업자	중앙지상파(4)	한국방송공사, ㈜문화방송, ㈜SBS, 한국교육방송공사
	지역지상파(44)	· **한국방송공사 지역(총)국 18개**(한국방송공사 부산방송총국 · 창원방송총국 · 대구방송총국 · 대전방송총국 · 광주방송총국 · 전주방송총국 · 청주방송총국 · 춘천방송총국 · 제주방송총국 · 울산방송국 · 충주방송국 · 진주방송국 · 강릉방송국, 원주방송국 · 목포방송국 · 순천방송국 · 안동방송국 · 포항방송국) · **문화방송 계열 16개사**[부산문화방송㈜, 대전문화방송㈜, 울산문화방송㈜, 광주문화방송㈜, 여수문화방송㈜, 목포문화방송㈜, ㈜MBC충북, ㈜MBC경남, 원주문화방송㈜, ㈜MBC강원영동, 제주문화방송㈜, 안동문화방송㈜, 포항문화방송㈜, 대구문화방송㈜, 전주문화방송㈜, 춘천문화방송㈜] · **지역민영방송 10개사**[㈜KNN, ㈜대구방송, ㈜대전방송, ㈜광주방송, ㈜울산방송, ㈜전주방송, ㈜청주방송, ㈜제주방송, ㈜G1, 오비에스경인티브이㈜]
	위성방송(1)	㈜케이티스카이라이프
	종합편성 PP(4)	㈜조선방송, ㈜제이티비씨, ㈜채널에이, ㈜매일방송
	보도전문 PP(2)	㈜와이티엔, ㈜연합뉴스TV
	소계	55개
고시 의무 사업자	SO(60)	· **티브로드 계열 11개사**[(주)수원방송 · 기남방송 · 한빛방송 · 에이비씨방송 · 중부방송 · 전주방송 · 종로중구서대문강서방송 · 도봉강북광진성동방송 · 새롬남동서해방송 · 대구대경티씨엔방송 · 낙동서부산동남방송] · **딜라이브 계열 16개사**[(주)딜라이브 · 송파케이블티브이 · 서초케이블티브이 · 구로금천케이블티브이 · 중앙케이블티브이 · 용산케이블티브이 · 마포케이블티브이 · 서서울케이블티브이 · 노원케이블티브이 · 북부케이블티브이 · 중랑케이블티브이 · 동서울케이블티브이 · 경기케이블티브이 · 우리케이블티브이 · 경동케이블티브이 · 강남케이블티브이] · **씨제이헬로비전 계열 23개사**[(주)씨제이헬로비전 · 가야방송 · 경남방송 · 금정방송 · 부천김포방송 · 마산방송·북인천방송 · 신라방송 · 영남방송 · 영동방송 · 은평방송 · 중부산방송 · 중앙방송·충남방송 · 해운대기장방송 · 강원방송 · 대구동구방송 · 대구수성방송 · 전남동부방송 · 경기북구방송 · 영서방송 · 전북방송 · 호남방송 · **씨엠비 계열 3개사**[㈜대전방송 · 대전방송동대전지점 · 한강케이블티브이] · **개별SO 7개사**[(주)서경방송, (주)씨씨에스충북방송, ㈜아름방송네트워크, 남인천방송(주), (주)한국케이블TV푸른방송, 제이씨엔울산중앙방송㈜], ㈜KCTV제주방송
	PP(12)	㈜케이비에스엔, ㈜엠비씨플러스, ㈜에스비에스플러스, 씨제이이앤엠(주), ㈜아이에이치큐, ㈜제이티비씨플러스, ㈜이채널, 터너코리아(유), ㈜현대미디어, ㈜스카이라이프티브이, ㈜케이엠에이치, ㈜엣지티비
	소계	72개
합계		**127개**

출처 : 시청자미디어재단(2018). 내부자료

3. 장애인 방송접근권 주요 정책 및 성과

1) 장애인방송 사업자별 의무제공 편성실적 현황 및 이행검증

현재의 사업자별 의무제공 편성비율은 2011년 고시제정이후 2016년 말까지 최종편성비율 달성시점을 정하고 중앙지상파를 시작으로 순차적으로 편성비율이 확대되었다.

장애인방송 고시 제6조, 제7조 편성의무 대상사업자는 제10조, 제11조에 의거 장애인방송 이행실적을 연간 2회 의무적으로 제출해야하며, 제출된 실적에 대해 중간 및 종합평가를 실시하고 있다.

2018년 기준 장애인방송 의무제공사업자는 총 134개사이며 장애인방송 서비스의 평균 편성실적은 <표 8>과 같다. 필수지정사업자(55개사)의 폐쇄자막방송을 살펴보면 지상파 99.9%, 위성 71.9%, 보도 · 종편 99.9% 편성실적을 달성하였으며, 화면해설과 한국수어는 목표대비 최대 35%이상 편성실적을 상회하고 있다. 또한, 고시의무사업자(79개사)중 SO의 자막, 화면해설, 수어 모두 목표이상 편성실적을 달성하고 있다.

● **TABLE 08** 2018년도 장애인방송 편성실적 평가결과

구분		장애인방송 편성의무					
		폐쇄자막방송		화면해설방송		한국수어방송	
		목표	실적	목표	실적	목표	실적
필수지정 사업자(55개사)	지상파	**100.0%**	**99.9%**	10.0%	12.8%	5.0%	8.5%
	위성방송	70.0%	71.9%	10.0%	13.0%	4.0%	5.6%
	보도 · 종편	100.0%	99.9%	10.0%	13.5%	5.0%	5.5%
고시의무 사업자(79개사)	SO	70.0%	77.7%	7.0%	11.7%	4.0%	8.1%
	PP*	**70.0%**	**60.2%**	7.0%	6.9%	4.0%	3.8%

주 : * PP는 목표대비 평균 편성비율에는 못 미치고 있으나, 원인은 2018년 고시의무사업자로 신규 또는 재지정에 따라 4개사업자가 1차 연도 편성의무 목표치가 적용되면서 전체적으로 평균이 낮아졌음.
출처 : 시청자미디어재단(2019), 내부자료

장애인방송 종합평가는 사업자가 제출한 편성 · 성실제공 · 유형표시 세 가지의 실적을 각각의 평가기준을 바탕으로 평가를 진행한다. '16년 편성비율 달성시점이후 대상사업자 대부분이 양호한 평가를 받고 있으며, '18년 평가결과는 <표 9>와 같다.

● TABLE 09 2018년도 장애인방송 제공 실적 평가결과(편성 · 성실제공 · 유형표시)

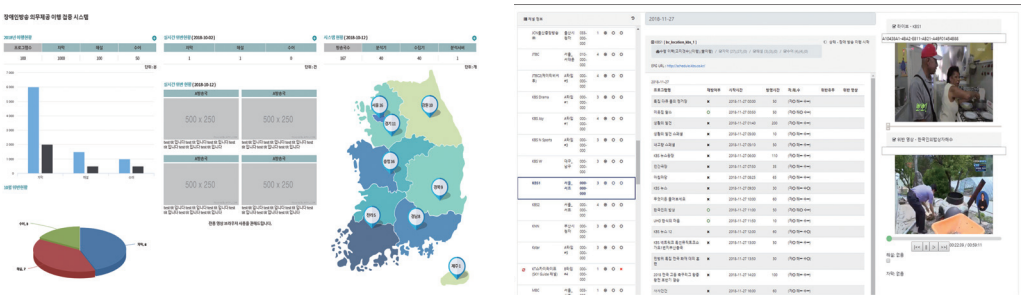
구분		총 사업자 수	양호	보통	미흡
필수지정 사업자(55개사)	지상파	48개사	48개사	-	-
	위성방송	1개사	1개사	-	-
	보도 · 종편	6개사	2개사	4개사	-
고시의무 사업자(79개사)	SO	67개사	66개사	-	1개사
	PP	12개사	6개사	5개사	1개사
계		**134개사**	**123개사(91.8%)**	**9개사(6.7%)**	**2개사(1.5%)**

출처 : 시청자미디어재단(2019), 내부자료

장애인방송 평가 실적검증은 2017년 까지만 해도 방송사업자가 제출한 연간편성 실적자료(12개월분)와 외부 전문기관에서 샘플 모니터링(1개월)한 결과를 교차 검증 하였으나, 연간단위의 안정적 모니터링과 검증의 신뢰성 높이기 위해 2018년 장애인방송 이행검증 시스템을 구축하였다.

이행검증 시스템은 전국 49개소에 이행실적채집 장비가 설치되어있으며, 채집된 자료(자막, 화면해설, 수어)는 분석 및 녹화, AI모니터링 통해 인공지능 기계시스템이 처리하고 최종결과를 관리자 시스템에 제공한다.

시스템구축으로 의무제공 편성실적을 연간 상시적으로 점검이 가능해졌고, 매년 외부전문기관 샘플링을 위한 위탁 모니터링 예산을 절감할 수 있게 되었다. 또한 상시적 검증 결과를 의무대상사업자에게 정기적으로 제공하여 장애인방송의 월별 균등편성과 과도한 재방송 지향 등 자율적 개선 효과를 유도하고 있다.



[그림 1] 장애인방송 이행검증 시스템 구축

출처 : 시청자미디어재단(2019), 내부자료

2) 발달장애인 맞춤형 콘텐츠 및 장애인 교육방송물 보급

2017년 고용개발원 자료에 의하면 발달장애인이 230,358명으로 시각장애인 다음으로 많으며 매년 8,000명 정도가 증가하는 것으로 나타나고 있다. 발달장애인의 TV시청은 다른 장애유형과 마찬가지로 높으나(2017년 장애인실태조사), 정보접근성은 다른 장애유형에 비해 상대적으로 낮은 수준에 그치고 있어, 맞춤형 콘텐츠 제공을 통한 접근성 중요성을 강조하고 있다.

또한, 발달장애인 지적기능의 차이, 의사소통과 상호작용의 어려움, 제한된 행동 등의 장애특성으로 가지고 있어 정보접근 및 활용이 취약한 환경에 놓이게 되는 경우가 많아 매체나 자료를 접할 기회가 부족하고, 방송 관련 정보접근이 보장되더라도 이해 및 활용에 있어 어려움을 경험할 수 있다.

방송통신위원회에서는 2014년부터 발달장애인의 방송접근권 제고를 위해 장애인방송과 별도로 발달장애인 콘텐츠를 제작, 전국 특수학교(약 128개교)에 매년 보급하고 있다. 방송제작사업자는 매년 공모를 통해 선정하고 있으며, 2018년 기준 총 153편(영 · 유아용 2세~12세)의 맞춤형 발달장애인 콘텐츠가 제작되었다.

2018년 발달장애인 방송접근권 제고 연구(김용득 외, 2018)에 의하면 그동안 제작된 콘텐츠는 신규 제작물 보다 기존 방송물을 재제작 하는 수준으로 현재 국내발달장애인 맞춤형 콘텐츠 제작된 총량이 많이 부족한 것으로 조사되었다.

2019년부터는 기존 EBS디딤돌 발달장애인콘텐츠(영유아) 재제작 및 신규제작과 더불어 생애주기별(학령기, 성인기, 노년기) 맞춤형 신규콘텐츠를 별도로 제작하는 신규 사업을 추진 중에 있다.

● **TABLE 10** 2014~2019년 발달장애인용 방송물 제작현황

연도	주요 추진사항	소요 예산 (백만원)
'14년	o 발달장애인용 DVD 제작(2세~12세용) - 신규 제작 3편, 재제작 25편	200
'15년	o 발달장애인용 DVD 제작(2세~12세용) - 신규 제작 3편, 재제작 25편	200
'16년	o 발달장애인용 DVD 제작(2세~12세용) - 신규 제작 3편, 재제작 25편	200
'17년	o 발달장애인용 DVD 제작(2세~12세용) - 신규 제작 3편, 재제작 25편	200
'18년	o 발달장애인용 DVD 제작(2세~12세용) - 신규 제작 3편, 재제작 25편	200
'19년	o 발달장애인용 DVD 제작(2세~12세용) - 신규 제작 3편, 재제작 25편	200
	o 발달장애인용 DVD 제작중(학령기 · 성인기 · 노년기) - 신규 맞춤형콘텐츠 제작 10편(별도 공모)	167

출처 : 시청자미디어재단(2019). 내부자료

또한, 장애인 교육방송물 보급 사업은 2013년부터 장애인의 기본 학습권 보장을 위해 EBS와 교육방송 및 강좌 프로그램에 대해 장애인방송 프로그램으로 재 제작하여 보급하고 있다. 현재 까지 청각장애인들이 이용할 수 있는 자막 작업된 교육방송물과, 시각장애인을 위한 화면해설 교육방송물을 2018년 기준 총 3,900여 편을 제작하여 전용 사이트(www.ebs.co.kr/free)에 업로드 하여 누구나 이용할 수 있도록 서비스하고 있다.

● TABLE 11 장애인 교육방송물 보급현황 ('18.12월말 기준)

구분	자막방송	화면해설방송	계
'13년	2,735편	421편	3,156편
'14년	2,736편	445편	3,181편
'15년	3,145편	505편	3,650편
'16년	3,440편	498편	3,938편
'17년	3,407편	493편	3,900편
'18년	3,425편	504편	3,929편

출처 : EBS(2018), 내부자료

3) 시 · 청각장애인용 방송수신기(TV) 보급

방송소외계층 지원 종합계획(방송통신위원회, 2009)에 따라 현재 장애인에 대한 지원정책은 크게 장애인방송물 제작지원과 방송소외계층 방송수신기 보급, 그리고 새로운 방송통신환경 적응 및 새로운 매체에 대한 이해도 증진을 위해 미디어교육을 추진되었다. 이는 급변하는 방송 · 통신의 제작 · 전송 · 수신 과정에서 나타날 수 있는 다양한 상황을 고려 장애인방송접근권의 정책적 실효성을 높이기 위함이다.

'00년부터 추진된 시 · 청각장애인용 방송수신기(TV)(이하 방송수신기) 무료보급사업은 경제적 사회적으로 어려운 저소득층(기초 · 차상위)에게 우선적으로 보급하여 장애인의 시청편의 제공을 통한 방송접근권 제고의 정책목표로 부터 출발하였다.

시 · 청각장애인용 방송수신기는 청각장애인 및 시각장애인들이 TV의 시 · 청취를 편리하게 할 수 있도록 맞춤형 특화기능이 내장된 방송수신기(TV)로 자막 크기, 자유로운 이동이 가능하며, 모든 EPG 편성정보를 음성으로 읽어주는 등 일반TV와 기능차이가 많다.

● TABLE 12 시청각장애인용 방송수신기TV와 일반TV의 차이점

구분		시·청각장애인용 TV	일반 TV
자막방송 기능	크기	· 자막크기 조절 5단계	· 일부기능 제한제공
	색상 및 투명도	· 배경색 및 글자색 변경 가능(각 5종)	· 일부기능 제한제공
	위치	· 자유로운 자막 위치 변경 가능	· 기능없음
청각장애인 편의기능	편의성	· 폐쇄자막과 방송영상 분리 기능(상 · 하단) · 동영상설명서 내장	· 기능없음
	리모컨	· 전용 리모콘 제공 · 자막수신 On/Off 설정, 자막크기 · 색상 변경, 단축키 제공	· 전용리모컨 없음 · 단축키 없음
화면해설 기능	기본기능	· 화면해설방송 수신기능 내장	· 제공
	음성안내	· TV 설정메뉴(음량, 외부입력) 등 음성안내 · TV편성표(EPG), 채널, 전원 등 음성안내 · 음성 속도, 높낮이 조절 기능	· 일부 제공 (스마트 TV만 해당)
시각장애인 편의기능	편의성	· 저시력장애인용 화면 부분확대 기능 · 동영상설명서 내장	· 기능없음
	리모컨	· 전용 리모콘 제공(셋탑겸용) · 화면해설 수신 On/Off 단축키, · 음성안내 수신 On/Off 단축키, · 리모컨 버튼에 점자표시	· 전용리모컨 없음 · 단축키 없음

출처 : 시청자미디어재단(2019), 내부자료

2000년도 이후 그동안 보급대상 우선순위는 1순위 저소득층(기초 · 차상위), 2순위 중증(1급~3급), 3순위 경증(4급~6급)이 적용하였으나, '19년 7월 1일 부터는 장애등급제 폐지로 2, 3순위 보급대상자의 우선순위가 변경되었다.(<표 13> 참조).

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

● **TABLE 13** 시청각장애인용TV 보급 우선순위('19.7.1 변경)

1순위	저소득층 시·청각장애인 및 저소득층 국가보훈처 눈·귀 상이등급자 (국가보훈처 등록자의 경우, 보건복지부 저소득층 등록여부 확인)
2순위	보건복지부 등록 시·청각장애 1급~3급 (국가보훈처 등록자의 경우, 1호~4호 상이등급자)
3순위	보건복지부 등록 시·청각장애 4급~6급 (국가보훈처 등록자의 경우, 5호~7호 상이등급자)

⇩⇩⇩

1순위	**저소득층*** 보건복지부 등록 **시·청각장애인** 또는 **저소득층*** 국가보훈처 등록 **눈·귀 상이등급자**	
2순위	보건복지부 등록 시·청각장애 장애의 정도가 심한 장애인	국가보훈처 등록 눈·귀 상이등급자 (1호~4호)
3순위	보건복지부 등록 시·청각장애 장애의 정도가 심하지 않은 장애인	국가보훈처 등록 눈·귀 상이등급자 (5호~7호)

주 : * ① 기초생활수급 ② 차상위계층
※ 소득, 시·청각중복장애, 연령 등 우선보급 적격기준에 따라 선정 후 보급
출처 : 시청자미디어재단(2019), 내부자료

방송수신기는 매년 성능개선을 위해 이용자 대상 사용성 평가 및 다층적 실태조사 기반으로 다음 년도 제품이 개발되며, 매년 화면크기, 이용자 편의기능이 고도화 되고 있다. 2007년 까지는 청각장애인 대상 아날로그용 자막방송수신기가 보급되었으며, 시각장애인 대상 아날로그용 화면해설방송수신기는 2008년 까지 보급되었다. 현재의 청각장애인 및 시각장애인 통합 TV형태의 수신기 보급은 2013년부터 시작되었고, 2018년 기준 누적보급대수는 총 177,425대이다.

● TABLE 14 시 · 청각장애인용 방송수신기 보급실적('00년~'18년)

구 분	자막방송수신기	화면해설방송수신기	합 계(대)
2000년	1,725	-	1,725
2001년	2,500	-	2,500
2002년	2,362	1,000	3,362
2003년	2,500	1,000	3,500
2004년	3,000	1,800	4,800
2005년	2,000	2,052	4,052
2006년	5,000	5,000	10,000
2007년	6,000	6,000	12,000
2008년	5,000	1,524	6,524
2009년	7,373	4,000	11,373
2010년	7,505	4,000	11,505
2011년	8,134	4,300	12,434
2012년	9,175	7,500	16,675
2013년	5,247	7,083	12,330
2014년	6,257	6,257	12,514
2015년	6,262	6,262	12,524
2016년	6,124	6,123	12,247
2017년	6,566	5,384	11,950
2018년	9,949	5,461	15,410
합계	**102,679**	**74,746**	**177,425**

출처 : 시청자미디어재단(2019), 내부자료

방송수신기(TV) 보급 사업은 정책 초기 국내 시 · 청각장애인 전체(2016년 기준 52만)에게 기준이 적용되면서 100% 보급목표에 대한 정책적 판단이 필요하였다. 이후 '17년 문재인 정부가 들어서면서 시청각장애인용 TV보급 사업이 국정과제로 선정되었고 '21년 저소득층 100% 우선보급으로 현재 정책이 추진되었다.

보급대수는 2013년부터 2017년 까지는 매년 12,000대를 보급하였으며, 국정과제로 선정이후 2018년부터는 3,000대 증가한 연간 15,000대를 보급하고 있다. 관련 예산 또한 물가인상률 및 보급대수 증가로 매년 증액되고 있다.

● TABLE 15 연도별 시청각장애인용TV보급현황('13년~18년)

구분		실적					
		2013년	2014년	2015년	2016년	2017년	2018년
시·청각 장애인 (전체)	시·청각 장애인(명)*	508,494	505,604	503,208	524,637*	524,637*	524,637*
	해당연도 보급대수	12,330	12,514	12,524	12,247	12,014	15,410
	누적 보급대수	112,780	125,294	137,818	150,065	162,079	177,489
	누적보급률	**22.2%**	**24.8%**	**27.4%**	**28.6%**	**30.9%**	**33.8%**
저소득층 시·청각 장애인	저소득 시·청각 장애인(명)*	97,809	105,982	97,675	100,655*	100,655*	100,655*
	해당연도 보급대수	3,722	4,662	10,731	11,128	12,001	12,066
	누적 보급대수	19,597	24,259	34,990	46,118	58,119	70,185
	저소득층 누적 보급률	**20.0%**	**22.9%**	**35.8%**	**45.8%**	**57.7%**	**69.7%**

주 : * 국정과제 목표에 따라 '16년 보건복지부 통계 기준 (단위 : 명, 대, %)
출처 : 시청자미디어재단(2019), 내부자료

4) 장애인방송 프로그램 제공가이드라인 제정

장애인방송 프로그램 제공가이드라인(이하 가이드라인)은 2017년 12월 제정되었다.

장애인방송 관련 법령 및 고시에서 장애인방송 의무편성 목표치는 명시하고 있으나, 품질개선을 위한 제작방법, 준수사항 등의 구체적 기준이 없었다. 2016년 장애인방송 질적 수준제고 방안연구에서 가이드라인 필요성이 처음 언급되었고, 같은 해 단체, 사업자, 유관기관 들의 의견수렴과 토론회를 거쳐 초안이 나왔다. 이후 17년 관련 연구반이 운영되었고, 같은 해 10월 공청회를 거쳐 현재의 가이드라인이 제정되었다.

가이드라인 주요내용은 장애인방송 기본 준수사항, 유형별 제작 지침, 이용자 범위 등이 구체적으로 제시되어있으며, 특히 '19년 장애인방송 고시가 개정되면서 제15조의2(장애인방송 프로그램 제공 가이드라인)의 조문이 추가됨으로 장애인방송 대상사업자에게 준수를 독려할 수 있게 되었다. 영국과 미국 또한 'TV접근서비스규칙(Code on Television Access Service)', '미국연방규정집(Code of Federal Regulations)'으로 제정하여 가이드라인을 준수토록 노력하고 있다.

● TABLE 16 장애인방송 프로그램 제공 가이드라인 주요내용(2017.12 공표)

① 장애인방송 제공에 관한 기본 준수사항
- o **(편성)** 주시청시간대 편성 권장, 화면해설의 과도한 재방송 지양, 보도프로그램(뉴스) 편성 제외
- o **(유형표시)** 전자프로그램 편성정보(EPG(Electronic Program Guide)) 제공 권장, 방송프로그램 시작 시점에 방송을 통한 문자 또는 음성으로 안내 의무
- o **(성실제공)** 연속성이 있는 프로그램의 화면해설방송 성실제공 의무

② 장애인방송 유형별 제작 지침
- o **(폐쇄자막방송)** 자막 속기사의 최소 자격, 자막 표기의 방법, 화자의 구분 방법, 자막의 배치와 속도 등 제시
- o **(화면해설방송)** 화면해설방송작가의 최소 자격, 화면해설의 기준, 화면해설의 삽입 지점, 낭독 방법 등 제시
- o **(수어방송)** 한국수어통역사의 최소 자격 제시, 수어통역의 정확성 제고, 선거, 재난방송 등에 수어방송 제공

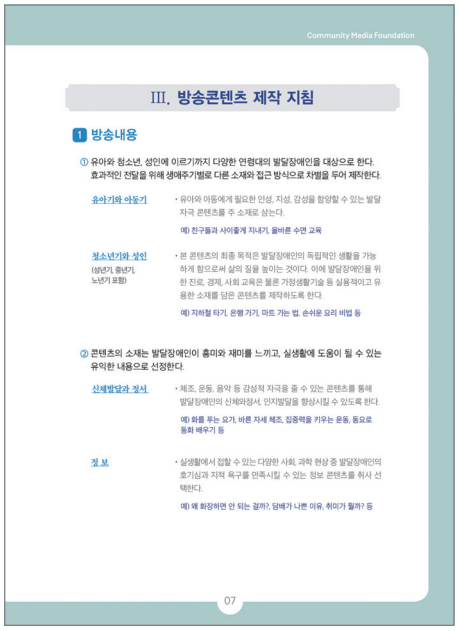
③ 기타 권장사항
- o **(재난방송)** 재난방송 편성시 취약계층이 긴급 상황을 전달 받을 수 있도록 각 방송사업자의 재난방송규칙 준수 권장
- o **(이용방법 고지)** 장애인방송 이용자를 위한 이용방법을 홈페이지에 자세하게 고지하는 것을 권장
- o **(의견신청)** 이용자 의견을 최대한 반영하기 위해 시청자의 의견신청은 전화, 팩스, 이메일, 오디오 녹음, 점자법 등을 이용할 수 있음을 명시

④ 장애인방송 이용자 범위 확대
- o 시 · 청각 장애인에서 어린이 · 노인 · 외국인 등 향후 텔레비전시청에 장애가 있을 수 있는 전 국민으로 확대

5) 발달장애인용 방송콘텐츠 제공 가이드북 제작 및 배포

2018년 제작된 발달장애인용 방송콘텐츠 제공 가이드북은 발달장애인 생애주기별 방송콘텐츠 제작의 필요성 및 발달장애인의 미디어 이용 특성 등 수용자를 고려하여 제작 가이드북을 제시함으로써 방송사 및 콘텐츠 제작자의 이해 제고와 제작현장에서 최소의 제작 기준을 제시하고자 하였다. 제작참여자는 발달장애인 부모 및 관련단체 인터뷰 진행을 통해 발달장애인의 콘텐츠 니즈를 파악하고, 전문가, 정책수요자, 일반국민 등 다양한 이해관계자의 의견수렴을 통해 가이드북 제작하였다. 가이드북에는 '사전제작 - 제작 - 후반작업 - 감수 - 송출'의 발달장애인용 맞춤형콘텐츠 단계별 제작 시 고려할 사항이 구체적으로 명시되어있다. 특히, 이해하기 쉬운 언어를 활용하여 의사소통의 어려움을 해결하고, 자립 자활에 도움이 될 수 있는 콘텐츠 제작하기 위한 필수사항 등이 제시되어있다.





가이드북 표지(안) 방송콘텐츠 제작 지침 중 일부

[그림 2] 발달장애인용 방송콘텐츠 제공가이드북 제작(2018.12)

6) 새로운 방송환경을 위한 장애인방송 신규정책

변화하는 미디어 환경에서 장애인이 비장애인과 동등하게 정보접근이 가능하도록 다양한 국내 장애인방송 정책이 추진되고 있다. 먼저 새로운 형태의 장애인방송 시범서비스 개발을 위한 선진적장애인방송과 최근 장애인의 매체이용행태변화에 대응한 장애인방송 VOD서비스 정책이 추진되고 있다. 더불어 인공지능, 음성인식 등 ICT 기술을 활용한 자막 · 수어방송 시스템개발 및 청각장애인 대상 스마트수어방송이 본격적으로 서비스되고 있다.

가. 선진적 장애인방송

시 · 청각장애인들에게 새로운 형태의 질적 장애인방송 서비스를 제공하고자 2017년부터 지역방송사 및 시청자미디어센터들과 공동으로 선진적 장애인방송을 추진하고 있다. 2017년 대전시청자미디어센터와 대전CMB가 처음으로 수어화면 크기확대(1/4), 발화자별 수어 등 시범서비스를 추진하였고, 2018년 강원시청자미디어센터-G1강원민방, 광주시청자미디어센터-KBS광주방송총국, 대전시청자미디어센터-CMB에서 영화 · 연극공연에 개방형 화면해설방송, 선거 등 토론프로그램

의 발화자별 수어, 전국최초 야구중계 수어통역, 방송위치 이동형 자동자막서비스 등 다양한 선진적 장애인방송 시범서비스를 하였다. 특히, 2018년 6.13지방선거에서 OBS경인TV 결산토론회, G1 강원민방 강원도지사 후보자 토론회의 발화자별 수어방송은 장애인의 참정권 향상에 크게 기여하였다. 향후 시범사례 중 우수사례를 선별하여 장애인방송 대상사업자들과 협의하여 국내 장애인방송 프로그램에 점진적으로 확대 적용할 계획이다.

프로그램명	송출화면	
수어통역 방송 크기 확대 및 프로야구 수어통역		
	대전CMB '17년 섹션뉴스 KBS	광주방송총국 집중인터뷰이사람
화자 맞춤 수어통역화면 지원		
	OBS경인TV 6.13토론회	대전CMB프로야구 수어통역

나. 장애인방송 VOD(Video On Demand, 주문형 비디오)서비스

매체환경변화에 따른 장애인의 다중매체 이용과 소비 이용행태는 다양한 조사결과를 통해 나타나고 있으며, 이와 관련하여 최근 국회 및 장애인단체 등 장애인의 비실시간방송(VOD) 활성화 필요성에 대해 인식이 같이하고 있다.

이와 관련하여 방송통신위원회는 4기 정책과제로 장애인방송 VOD서비스를 추진하고 있으며, 2018년 4월 정책연구결과를 토대로 현재 각 분야 관련전문가들과 활성화 계획 마련을 위해 연구반이 운영 중에 있다.

장애인방송 VOD활성화를 위한 정책연구에서는 해외사례와 관련전문가들의 의견을 반영 중장

기 정책목표 및 시범사업자 선정 등 국내환경을 고려한 단계별 VOD활성화 방안을 제시하고 있다.

2차 년도인 올해는 법제 정비 방안연구를 통해 장애인방송 VOD서비스 활성화를 위한 법률 개정(안)을 마련할 계획이며, 동시에 연구반 및 협의체운영, 10월 공청회를 통해 장애인방송 VOD활성화 종합계획을 마련할 예정이다.

다. 자막 · 수어방송 시스템개발 사업

실시간 방송과 달리 VOD 및 OTT 등의 인터넷 기반 미디어에서는 청각장애인용 자막 및 수어방송이 현재, 서비스 되지 않아 정보 접근이 제한되고 있다. 이를 해소하기 위해 방송통신위원회는 2019년부터 5년간 음성인식을 활용한 자막 및 아바타 수어를 개발하여 서비스할 예정이다.

5개년 사업으로 확정된 자막 · 수어방송 시스템개발 사업(이하 시스템개발)은 2018년 기재부 국민참여사업으로 선정되면서 3차례 국민의견과 대국민 설문조사 등을 통해 신규 사업으로 선정되었다.

사업추진계획은 1단계('19~'20년) 미디어접근환경 조사 및 시제품개발, 2단계('21~'22년) 미디어환경개선 및 자막서비스, 수어변환 서비스, 3단계('23년~) 자막 서비스 고도화 및 아바타 수어 시범서비스 등 3단계로 구분하여 추진예정이다.

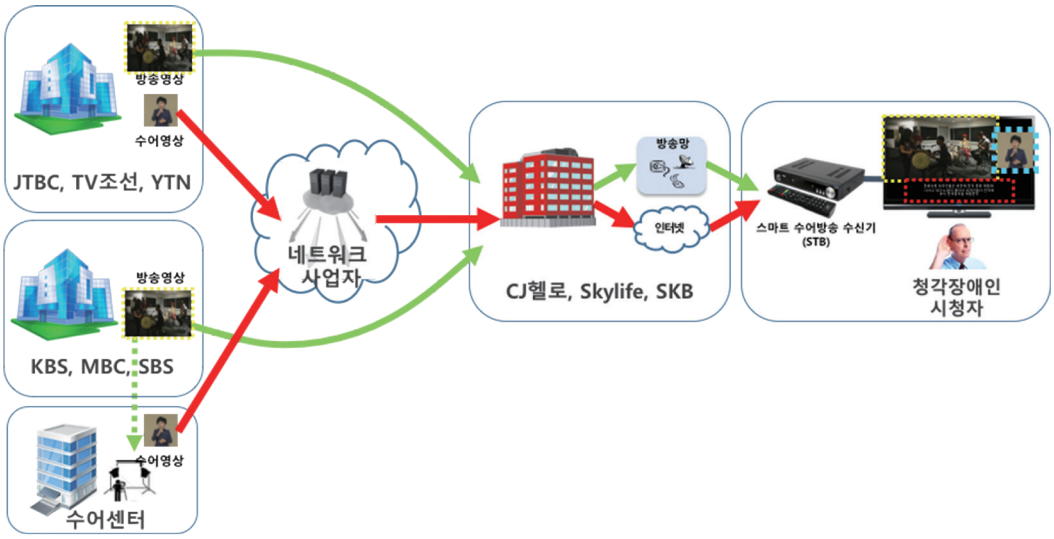
해당사업의 최종결과물은 음성인식과 인공지능 기술을 활용하여 다양한 형태의 장치(스마트폰, TV, 태블릿PC 등)에서 제공되는 미디어 콘텐츠의 음성신호를 자막 또는 수어로 변환하여 서비스할 수 있는 시스템을 개발 보급할 예정이다.

라. 스마트 수어방송 개시

스마트 수어방송 서비스는 2019년 7월 4일 6개 채널(KBS, MBC, SBS, YTN, JTBC, TV조선), 3개 플랫폼 사(CJ헬로, KT스카이라이프, SK브로드밴드)에서 본격 개시되었다.

2014년 한국정보통신기술협회(이하 TTA)가 기술 개발한 스마트 수어는 2015년 TTA에서 기술표준을 제정하였고, 지상파(KBS), 케이블, 위성, IPTV 대상으로('14~'15) 실험방송을 진행하였다. 이후 2016년 6개 사, 2017년 7개 사, 2018년 9개사로 시범방송 사업자를 확대하였다. 본 서비스의 장점은 별도의 셋탑망을 통해 스마트수어센터 또는 해당방송사업자가 보낸 수어영상을 방송 시청자인 청각장애인이 수어영상 ON/OFF 및 크기를 자유롭게 조절할 수 있다. 이를 통해 비장애인 방송시청에 있어서 방송영상을 가린다는 민원 및 수어화면 크기문제를 해소할 수 있게 되었다.

● TABLE 17 스마트수어 서비스 구성도 및 송출예시화면



기존 수어방송	스마트 수어방송
	
· 수어영상 크기 고정(제거 불가) · 방송자막과 폐쇄자막 겹침	· 수어영상 위치 변경 및 제거 · 방송자막 · 폐쇄자막 분리 · 수어영상 크기 5단계 확대 · 방송영상과 수어영상 분리

출처 : 한국정보통신기술협회(2019), 내부자료

4. 향후 전망과 과제

우리사회가 장애인의 방송접근권에 관심을 갖게 된 배경은 미디어환경이 급변하면서 소외계층 정보격차해소라는 정책적 고민에서 시작되었다. 소외계층이라는 대상의 표현에서 나타나듯이, 장애인방송은 일부 제한된 정보약자를 위한 시혜적 차원의 서비스로 잘못 오인될 수 있어, 전 사회적으로 수용 가능한 보편적 서비스의 하나로 패러다임 전환이 필요한 시점이다.

1981년 장애인의 방송접근권은「장애인복지법」및 동시행령 제정이후,「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법」,「방송통신발전기본법」,「방송법」및 동시행령, 장애인방송고시 등 관련법 제정을 통해 장애인의 방송접근권은 지속적으로 강화되고 있다. 그러나 장애인방송 고시에는 '장애인방송' 정의를 폐쇄자막방송, 화면해설방송, 한국수어방송 세 가지 방송서비스로만 현재 규정하고 있다. 이는「방송법」및 동시행령에서 규정하고 있는 것보다 대상 및 서비스를 매우 축소하여 제한하고 있다고 할 수 있다.

결과적으로 법적 울타리에 갇혀 그동안 국내장애인방송은 시·청각장애인을 중심으로 방송 미디어 접근성에 대한 논의와 실천이 이루어질 수밖에 없었던 게 사실이다. 향후「방송법」52조의 장애인방송을 한국수어·폐쇄자막·화면해설 등을 방송서비스로 국한하지 말고 접근성에 제한이 있는 모든 사람을 위한 방송서비스로 보편적인 개념으로 서비스를 확장할 필요가 있다.

다음으로, 2018년 제5차 범정부 장애인정책 종합계획이 수립되어 현재 시행되고 있다. 정부종합계획과 연동하여 2009년에 수립된 방송통신위원회의 '방송소외계층 지원 종합계획' 또한 다양한 매체 환경변화를 고려해 재수립이 필요한 시점이다.

앞서 전술한 바와 같이 비장애인과 마찬가지로 장애인들의 비실시간방송(VOD) 이용이 늘어나고, ICT기술을 활용한 인공지능 장애인서비스가 속속 등장하면서 다양한 서비스가 가능해지고 있다.

또한, 그동안 선진국수준의 양적 편성비율을 달성하기 위해 숨 가쁘게 달려오면서 자막오타, 화면해설 재방프로그램증가, 수어통역오류 등 장애인방송의 서비스의 품질개선에 대한 목소리가 많아, 장애인방송의 질적 수준을 강화하기 위한 다양한 제도마련이 필요하다.

끝으로, 장애인방송이 국민의 기본권으로 확실히 자리 잡기 위해서는 전 사회적 인식개선과 소통을 통한 공감이 필요하다. 방송통신위원회는 2018년 처음으로 장애인방송 인식개선을 위한 공익캠페인을 추진하여 인식제고에 앞장서고 있지만 이제 시작단계이다. 인식개선은 단순히 일회성 홍보를 통해 몇몇 사람의 노력으로만 개선되지는 않는다.

그동안의 장애인방송 정책추진과정에 있어서 반복적으로 방송사업자는 더 이상의 규제는 가혹하다는 입장에서 방어의 태세를 취하고, 장애인단체 입장에서는 보다 고품질의 방송서비스를 요구하는 목소리를 강하게 내면서 정책추진의 효율성이 떨어지고 있다. 신뢰가 담보된 소통은 강력한 제도적 규제보다 궁극적으로는 더욱 효율성 있는 방안이 될 수 있다.

이러한 문제해결과 장애인의 방송접근권을 한 차원 더 끌어올리기 위해서는 지금의 정부주도 정책에서 벗어나 국가, 단체, 사업자, 관련기관 등 모두가 참여하는 상생적 거버넌스 구축을 통한 정책추진방식으로 전환이 필요하다.

참고문헌

권문일(2005). 국민연금 장애연금의 특성과 개선, 덕성여자대학교 사회과학연구소 사회과학연구, 11.

김세훈(2006), 문화다양성과 문화권: 한국사회의 현주소와 정책적 과제, 유네스코 문화 다양성 포럼 자료집, 유네스코한국위원회.

김성희 · 이연희 · 오욱찬 · 황주희 · 오미애 · 이민경 · 이난희 · 오다은 · 강동욱 · 권선진 · 오혜경 · 윤상용 · 이선우(2017). 2017년 장애인 실태조사, 한국보건사회연구원 · 보건복지부.

김용득(2018). 발달장애인 방송접근권 제고, 시청자미디어재단.

방송통신위원회(2009). 방송소외계층 지원 종합계획(안).

방송통신위원회(2010). 시청각장애인 등 방송소외계층의 미디어접근성 제고방안 연구.

보건복지부(2016). 2016 보건복지통계연보.

보건복지부(2019). 2019 유엔장애인권리협약 제2 · 3차 병합 국가보고서.

송종길(2008). 디지털 방송환경에서 취약 계층의 방송접근권 보장 방안 세미나.

송종현 · 최은경 · 이영희 · 진승현(2017). 장애인방송 제도 개선을 위한 정책연구, 방송통신위원회.

시청자미디어재단(2018). 장애인방송 백서.

신홍균 · 황승홈 · 채승우 · 이광민(2015). 시청자권익 관련 법제 현황조사 및 정비방안 연구,국민대학교산학협력단.

최은경 · 이영희 · 김수연(2018). 장애인방송 VOD서비스 활성화를 위한 정책연구, 성공회대학교 산학협력단, 시청자미디어재단.

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

07

발달장애인의 사회참여*
– 주간활동 지원

1. 개요

발달장애인은 장애인복지법상 지적장애인과 자폐성장애인을 포함하며, 개인적 특성에 따라 상이할 수 있지만, 일반적으로 장애 특성상 인지, 의사소통, 일상생활, 교육, 경제활동 등에 어려움이 있는 것으로 알려져 있다. 이로 인해 이미 미국, 일본, 호주 등 선진국에서는 발달장애인을 위한 별도의 법률을 제정하여 시행하고 있다. 한국도 2014년에 특정 장애유형에 대해서는 최초로 발달장애인과 그 가족을 대상으로 한 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」(이하 발달장애인법)을 제정하였으며, 현재 시행되고 있다.

발달장애인법에서는 발달장애인에 대한 구체적인 정의, 그 가족이나 보호자의 욕구에 부합될 수 있는 지원체계를 명시하고 있으며, 발달장애인지원센터 설립 근거 및 역할을 포함하고 있다. 이로써 발달장애인법 제정을 통해 발달장애인 관련 서비스가 확대될 수 있는 법적 근거가 마련된 것으로 보인다.

발달장애인법 제29조에서는 발달장애인의 특수한 요구에 부합하는 주간활동서비스에 대해 명시하고 있다. 기존에 장애인활동지원, 발달재활서비스 등 지원에도 불구하고, 기존의 제도는 발달장애인 특성에 대한 고려가 충분치 않았고, 발달장애인 및 그 가족의 부담 경감에 한계가 있었다. 이러한 상황에서 주간활동서비스의 도입을 반가운 일이라 할 수 있겠다.

이 글에서는 새롭게 도입된 주간활동서비스에 대해 살펴보기 위해 발달장애인 일반현황과 해외사례를 살펴보고자 한다. 발달장애인 일반현황 통해 우리는 “주간활동서비스가 발달장애인에게

* 조윤경(중앙장애아동 · 발달장애인지원센터 서비스지원팀장)

왜 필요했는가"를 통계적으로 확인할 수 있을 것이다. 해외사례를 통해서는 주간활동서비스의 모태를 확인할 수 있을 것으로 보인다. 또한 주간활동서비스 전반적인 내용과 서비스 전달체계 등을 연이어 고찰하려 한다.

이러한 과정을 통해 우리는 주간활동서비스의 발전방향을 모색할 수 있을 것으로 기대한다. 주간활동서비스가 "발달장애인의 낮 시간 동안 의미 있는 생활을 보장하기 위한 제도"라는 점은 우리가 발전 방향을 찾기 위한 나침판이 되어줄 것이다. 따라서 이 글은 주간활동서비스가 성공적으로 자리 잡기 위한 쟁점 및 발전 방향을 제시하는 것으로 마무리 하려 한다.

2. 우리나라 발달장애인 실태

우리나라 발달장애인 인구 현황을 살펴보면, 2018년 기준으로 우리나라 등록 장애인 2,585,876명 중 발달장애인은 233,620명이다. 이 중에서, 지적 장애인은 206,917명, 자폐성 장애인 26,703명으로 전체 장애인의 9%를 차지한다. 전체 장애인에서 높은 비율을 차지하지는 않지만, 발달장애인의 비율이 계속해서 증가하는 추세로, 발달장애인에 대한 지원이 절실히 필요한 시점이다. 성별비율은 남성이 63%, 여성이 37%로 남성 발달장애인 비율이 높다.

●TABLE 01 장애인 유형별 현황

계	지체	시각 장애	청각 장애	뇌병변 장애	발달장애인		기타
					지적 장애	자폐성 장애	
2,585,876	1,238,532	252,957	342,582	253,083	206,917	26,703	265,102

출처 : 보건복지부(2018). 장애인현황 (단위 : 명)

발달장애인의 연령에 따른 현황을 살펴보면 성인 발달장애인의 비율이 월등히 높은 것을 알 수 있다. 영유아기(0-9세)는 지적장애인 10,640명, 자폐성 장애인 6,291명으로 전체 발달장애인 중의 7.2%를 차지하고, 학령기(10세-19세)는 지적장애인은 33,618명, 자폐성 장애인 9,479명으로 18.4%를 차지한다. 그에 반해, 성인기(20세-64세)는 지적장애인 153,004명, 자폐성 장애인이 10,932명으로 전체에서 70.2%를 차지하고 있다. 노년기(65세 이상)는 4.1%로 발달장애인 중 가장 낮은 비율을 차지하는 것을 알 수 있다. 발달장애인(지적 및 자폐성 장애인)중에서 성인(20

세~64세)이 차지하는 비율이 가장 높은 점을 고려할 때, 성인 발달장애인을 위한 서비스가 필요하다는 점을 시사하는 바이다.

이 외에 지역별 발달장애인 분포는 경기도가 21.4%로 인구비율이 가장 높으며, 서울특별시가 13.7%, 경상북도와 경상남도가 각각 7.3%, 7.2%, 부산광역시가 5.7% 순으로 높은 비율을 보이고 있다.

● TABLE 02 지적 및 자폐성 장애인의 연령별 현황

구분	지적장애		자폐성장애		지적장애와 자폐성장애 합계	
	인원	비율	인원	비율	인원	비율
0세~9세	10,640	5.1%	6,291	23.6%	16,931	7.2%
10세~19세	33,618	16.2%	9,479	35.5%	43,097	18.4%
20세~29세	48,899	23.6%	8,741	32.7%	57,640	24.7%
30세~39세	37,066	17.9%	1,937	7.3%	39,003	16.7%
40세~49세	32,124	15.5%	218	0.8%	32,342	13.8%
50세~64세	34,915	16.9%	36	0.1%	34,951	15.0%
65세이상	9,655	4.7%	7	0.0%	9,656	4.1%
총 합계	206,917	100%	26,703	100%	2,585,876	100%

출처 : 보건복지부(2018), 장애인현황 (단위 : 명, %)

3. 주간활동서비스 해외사례[1]

해외에서는 발달장애인이 주도적으로 사회 내에서 참여할 수 있는 제도를 시작한 바있다. 앞으로 살펴 볼 영국의 The GDP와 미국의 캘리포니아주의 ADP는 발달장애인들이 자신의 선호에 따라 발달장애인이 지역 내에서 의미 있는 생활을 영위할 수 있도록 돕기 위해 실시되고 있다.

1 보건복지부 · 전북대학교(2019). 최중증 성인 발달장애인을 위한 주간활동서비스 모형 개발연구 재구성함

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

1) 영국 켄트주의 'The Good Day Program'

(1) 개요

영국 켄트 주의 The Good Day(이하 The GDP)는 발달장애인 부모들의 요청으로 인해 기존에 제공되던 방식과 다르게 서비스의 유연화를 목표로 도입되었다. The GDP는 발달장애인이 사회에서 풍성한 삶을 살 수 있도록 통합된 지역 사회 내에서 다양한 활동 및 기회를 제공하는 것을 목표로 한다. 이에 따라 The GDP의 핵심 원칙 및 내용은 발달장애인이 스스로 원하는 활동을 선택할 수 있도록 직접 지불의 기회를 확대하고, 사람중심계획으로 유연화된 서비스를 제공하는 것이다. 또한, 지역 내 허브(Community Hubs)[2]를 개발하여 다양한 활동에 참여할 수 있도록 하며, 발달장애인의 풍요로운 삶을 위해 숙련된 종사자를 배치하는 것을 주로 수행한다.

(2) 서비스 전달체계

The GDP의 서비스를 제공하는 기관은 주정부가 운영하는 기관 또는 기업, 파트너십, 비영리 조직, 개인 등으로 서비스 운영을 희망하는 기관들은 반드시 CQC(Care Quallity Commission)에 등록된 제공 기관이어야 한다. CQC란 비정부 독립조직으로 서비스를 실제로 평가하고 평가결과에 따른 조치를 진행하며, 평가결과를 공유 하는 등의 역할을 담당하고 있다. 주간활동서비스를 실시하는 기관에서는 신청하고자 하는 유형에 따라서 서류를 구비한 후에 CQC에 제출하면 된다. 서비스 제공방식은 기본적으로 개인중심계획(person centered planning)과 자기 주도적 지원(self-directed support)을 기반으로 진행된다.

(3) 서비스 이용

The GDP에 참여할 수 있는 대상자는 커뮤니티케어법(Community Care Act)에 따라 서비스를 이용할 수 있는 자격을 갖춘 발달장애인이다. 본 The GDP 프로그램 참여를 희망하는 발달장애인이 지방정부 또는 Gateway에 방문하여 서비스를 신청 및 욕구 사정이후 이용대상자로 판정된 발달장애인이 프로그램을 이용할 수 있다.

2 Community Hubs란 발달장애인에게 다양한 주간활동서비스 및 장소를 제공하는 기관 또는 지역장소로, 보통 접근성이 높은 위치에 위치하여 있다.

발달장애인이 이용할 수 있는 The GDP 서비스는 넓게는 신체활동, 예술·문화, 사교, 학습영역 등 다양한 범위의 활동으로 세부적으로는 미술, 공예, 도예, 스포츠, 여가, 지역사회 모임, 사회적 기업 서비스 등이 있다. The GDP는 오전 10시부터 오후 3시까지 이용할 수 있으며, 주로 하루 또는 반나절 활동으로 구성되어 있다. 주간활동서비스의 비용은 하루 1인당 £6에서 £225로 서비스 이용비용을 지방정부 또는 서비스 기관에 위탁한 후 직접 지불 할 수 있다.

2) 미국 캘리포니아 'Adult Day Program'

(1) 개요

Adult Day Program(이하 ADP)는 '지역사회를 중심으로 18세 이상의 발달장애인을 대상으로 24시간 안에 필요로 하는 서비스를 제공하는 프로그램'을 의미한다. ADP에서 제공하는 서비스는 크게 6가지 영역으로, 자조 및 자기보호 능력의 향상을 도와주는 서비스, 다른 사람과의 상호작용을 높여주는 서비스, 자기옹호 및 직업능력을 향상해 주는 서비스, 지역사회 통합능력 및 사회성을 향상시켜주는 서비스, 문제행동을 개선해주는 서비스 등으로 구성되어 있다.

(2) 서비스 전달체계

ADP 서비스를 제공하는 전달체계는 서비스를 관리하는 기관과 서비스를 직접 제공하는 기관으로 구성되어 있다. 캘리포니아 주 정부의 발달장애인서비스국에서는 발달장애인지원센터를 운영하고 있으며, 2015년 기준 21개가 설치되어 있다. 본 센터에서는 발달장애인 당사자 및 가족을 위한 서비스를 조정하며 상담 및 평가를 통해 개인별지원계획을 세우고 지역사회의 자원들과 연결해주는 역할을 하고 있다. 서비스를 희망하는 발달장애인이 발달장애인지원센터에 방문하여 상담 및 평가를 거쳐 개인별지원계획을 수립한 후에 서비스가 결정된다. 후에 서비스를 제공해주는 기관과 계약을 맺고 서비스를 본격적으로 이용할 수 있다. 직접적인 서비스는 개인, 기업, 기관 등 다양한 곳에서 제공가능하며, 지역사회보호시설로 인정된 곳에서만 지원이 가능하다.

(3) 서비스 이용

ADP 서비스 신청자는 발달장애인지원센터를 통해 진단 및 자격 평가를 무료로 받을 수 있다. 서비스 수여자격이 결정된 후에는 대부분의 서비스를 소득 및 연령과 관계없이 무료로 이용할 수 있다. 서비스 비용은 크게 서비스 진행비, 이동비 등 지출에 사용되며, 서비스 집행은 서비스를 구매 및 체결한 발달장애인지원센터와 서비스 제공기관 간에 이루어진다. 제공기관이 E-Billing 시스템을 통해 발달장애인 지원센터에 비용을 청구하는 방식으로 진행된다.

4. 발달장애인 주간활동서비스 실시[3]

우리나라에서도 지속적으로 발달장애인의 사회참여를 보장하여 서비스가 필요하다는 문제의식이 대두되었고, 장애인 활동지원 급여를 활용하여 2016년부터 2019년 2월까지 시범사업을 실시한 후, 2019년 3월부터 본격적으로 실시되었다.

1) 개요

발달장애인 주간활동서비스란 발달장애인이 낮 시간에 의미 있는 하루, 바람직한 하루를 보낼 수 있도록 발달장애인의 욕구를 반영한 서비스를 제공하여 장애인의 자립과 사회참여를 지원하기 위해 도입된 제도이다. 발달장애인의 일상 및 사회생활 유지하는 것이 본 서비스의 목적이며, 이를 위해 발달장애인의 자기결정권을 중시하고 욕구를 최대한 반영하여 서비스를 구성하고 제공하는 것에 방향을 둔다. 또한 지역사회의 자원을 최대한 활용하여 발달장애인이 비장애인과 동등하게 지역사회의 자원을 활용할 수 있도록 한다.

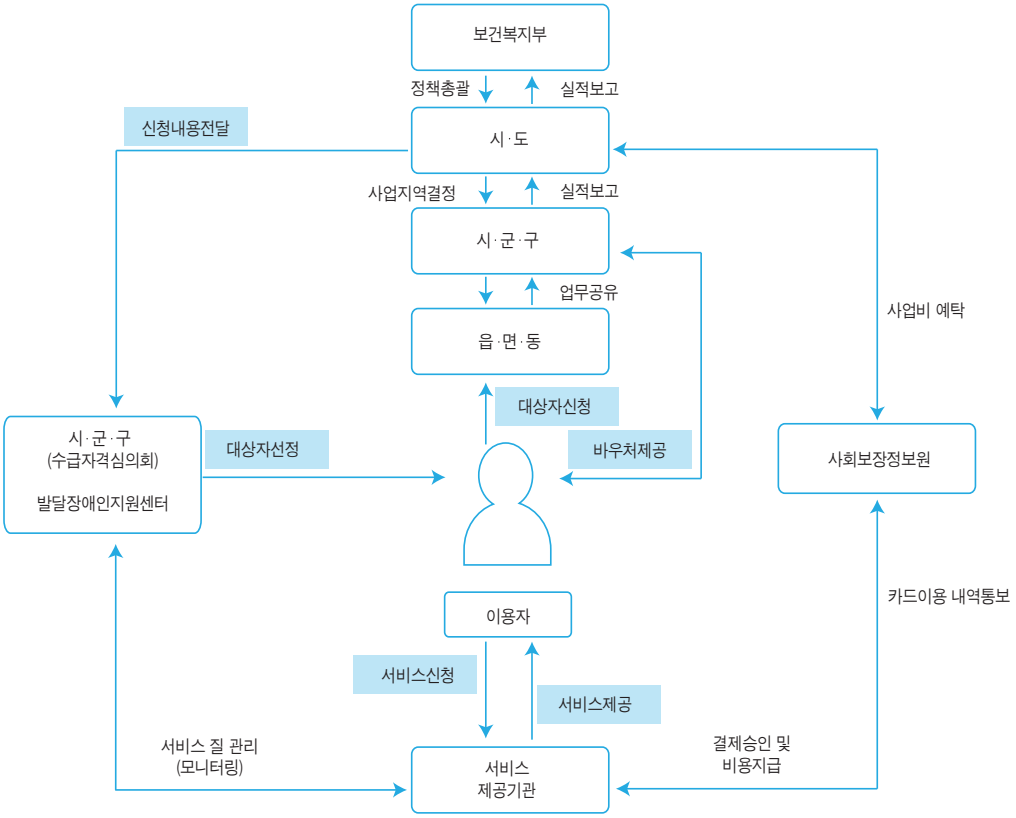
2) 주간활동서비스 참여대상

본 서비스에 참여할 수 있는 이용자는 만 18세 이상 65세 미만의 성인 발달장애인으로 다른 공공 및 민간서비스를 이용하는 자는 제외된다. 특히, 제공기관별로 도전적 행동을 보이는 최중증 장애인 20%이상을 포함시켜 서비스를 제공한다는 점이 특징이다.

3 보건복지부(2019). 발달장애인 주간활동서비스 사업안내 재구성함

3) 주간활동서비스 전달체계

주간활동서비스 사업을 총괄하는 역할은 보건복지부로, 사업에 대한 전반적인 관리 · 감독을 실시하며 사업을 지원한다. 또한 각 지방자치단체에서는 수급자격위원회를 구성하여 서비스 이용자를 결정하며, 주간활동 제공기관을 선정 및 관리 · 지원하는 역할을 한다. 또한, 중앙 및 지역발달장애인지원센터에서는 서비스 이용자를 선정하기 위한 조사를 실시하며 주간활동 제공기관 모니터링 및 프로그램을 컨설팅을 진행한다. 실제로 발달장애인 이용자에게 서비스를 제공하는 기관에서는 주간활동 사업을 계획하고 프로그램을 연계하는 역할을 한다. 사회보장정보원에서는 지방자치단체의 예탁금을 관리하며 바우처를 지급하고 정산한다.



[그림 1] 주간활동서비스 사업추진체계

출처: 보건복지부(2019), 2019 발달장애인 주간활동서비스 사업안내

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

4) 주간활동서비스 이용신청 및 선정

(1) 주간활동서비스 이용신청

주간활동서비스는「장애인복지법」상 등록된 지적 및 자폐성 장애인이 이용할 수 있는 서비스로, 만 18세 이상 만 65세 미만인 자가 신청할 수 있다. 주간활동서비스에 참여를 희망하는 발달장애인 또는 보호자, 전담공무원, 지역센터 직원이 읍 · 면 · 동 주민센터에 구비한 서류를 제출하여 서비스를 신청할 수 있다. 제출해야 하는 서류는 사회보장급여(사회서비스이용권)신청(변경)서, 바우처 카드 신청서, 장애등급을 확인할 수 있는 서류, 장애등급을 확인할 수 있는 서류, 장애등급 심사 시 '심사규정'에서 정하는 서류로 읍 · 면 · 동에 직접 방문 또는 우편과 팩스로 신청 가능하다. 주간활동서비스 수급자로 선정된 신청자는 주간활동서비스 이용신청 방법 및 기관 정보에 대한 안내를 받은 후 제공기관과 계약을 체결한 후, 주간활동서비스에 참여할 수 있다.

(2) 주간활동서비스 대상자 선정

주간활동서비스 대상자는 읍 · 면 · 동, 지역 발달장애인지원센터, 수급자격심의원회에 거쳐 서비스 이용자로 선정된다. 먼저, 주간활동서비스 신청 접수를 받은 읍 · 면 · 동 주민센터에서는 신청자격 충족여부 및 서류 누락여부를 확인하고 신청자격 대상자를 지자체(특별자치시 · 특별자치도 · 시 · 군 · 구)로 즉시 전송하고 기초상담조사표를 활용하여 상담조사를 실시한다. 지자체(특별자치시 · 특별자치도 · 시 · 군 · 구)에서는 전송받은 신청인의 주민등록법상 주소지를 관할하는 지역 발달장애인지원센터로 조사 및 평가를 의뢰하며, 의뢰받은 발달장애인지원센터에서는 주간활동 조사표에 따라 신청자의 욕구 및 특이사항에 대한 조사를 실시한 후 조사결과자료를 지자체에 제출한다. 지자체(특별자치시 · 특별자치도 · 시 · 군 · 구)에서는 수급자격심의위원회를 개최하여 주간활동 서비스 대상여부 및 제공시간 유형을 결정하고 심의에 따라 수급자를 선정한다.

(3) 주간활동 서비스 제공 절차

지자체에서 주간활동서비스 대상자를 신청자에게 통지하면, 서비스 이용자는 시군구 및 지역발달장애인지역센터를 통해 주간활동 제공기관에 대한 안내를 받게 된다. 이에 이용자는 희망하는 제공기관에 연락을 하여 제공기관과 상담을 진행하게 된다. 상담내용을 바탕으로 제공기관에서는

서비스 제공 계획서를 작성하고, 이용자와 계약서를 작성하게 된다. 후에 제공기관에서는 서비스를 제공하기 전에 바우처를 확인한 후 서비스 제공에 따라 서비스를 실시한다. 서비스 이용기간은 3년으로, 3년 후에 서비스가 종료 되거나 연장된다.

5) 주간활동서비스 내용

(1) 서비스 프로그램 내용

주간활동서비스의 프로그램은 발달장애인이 낮 시간에 주도적으로 참여하면서 의미 있게 보낼 수 있는 활동으로 구성된다. 주간활동 프로그램은 크게 참여형과 창의형으로 나누어져 있으며, 이용자의 욕구에 맞게 적합하게 프로그램을 구성된다. 참여형 프로그램은 자조모임(티타임, 동아리, 독서모임 등), 건강증진활동(산책, 걷기, 수영, 등산, 요가, 볼링, 탁구, 농구 등), 교육(일상생활 자립, 권리, 성인권 및 안전 교육 등), 문화관람(연극, 영화관람, 미술관 및 박물관 이용), 직장탐방, 캠프 등이 있으며, 창의형 프로그램에는 자조모임, 음악활동, 미술활동, 도예, 사진 찍기, 기타 창작 활동 등이 있다. 프로그램에 참여하는 이용자는 2인~4인의 소그룹에 속해, 제공기관 및 외부 협력기관을 통해 주간활동 서비스를 이용할 수 있다.

(2) 서비스 이용시간 및 단가

주간활동서비스 이용 시간은 기본적으로 월88시간(일4시간), 단축된 시간 월 44시간(일2시간), 확장형 월120시간(일5.5시간)을 이용할 수 있다. 서비스 기본 단가는 12,960원으로 그룹별(2~4인) 차등단가를 적용한다. 제공기관의 그룹 구성인원수에 따라 적용 요율을 달리하며, 2인 그룹에는 기본단가를 적용하고, 3인 그룹에는 기본단가의 80%, 4인 그룹에는 기본단가의 70%를 적용한다. 제공기관에서는 매월 주간활동서비스를 실시한 후에 한 달간 총 주간활동이용시간만큼 급여비용을 청구한다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

(3) 서비스 이용제한

주간활동 서비스를 제공할 시, 장애인일자리사업, 직업훈련 등 타 제도 지원 대상자에게는 주간활동 제공이 되지 않으며, 주간보호시설 등 주간활동서비스 외 기관 서비스 대상자 또한 주간활동서비스 제공이 불가하다. 또한, 장애인활동지원 급여와 동일한 시간대에 활동지원과 주간활동을 동시에 이용할 수 없다.

5. 향후 전망과 과제

앞으로 주간활동서비스가 성공적인 결과를 얻기 위해서는 다음의 향후 전망과 과제를 가진다고 할 수 있다.

첫째, 제공기관 확충 및 프로그램 관리부분이다. 서비스 제공기관이 풍부하여 이용자의 접근성과 서비스 선택권을 높일 수 있어야 한다. 현재 주간활동서비스 제공기관은 총160개(2019. 7. 7. 현재)로 부모단체, 복지관, IL 센터, 사회적 기업 등이 포함되어 있다. 실제 이용과정에서 이용자 집 주변에 서비스 제공기관이 없고, 서비스 제공기관의 시설, 프로그램의 질적 측면에 만족하지 못할 경우 주간활동서비스를 신청하고도 실제로는 주간활동서비스를 이용하지 않은 사례도 발생하고 있다. 따라서 차후에는 다양한 서비스 기관이 유입될 수 있도록 해야 하며, 서비스 제공기관에 대해서는 모니터링을 통해 주간활동서비스 프로그램 등이 질적으로 제고될 수 있도록 노력할 필요가 있을 것이다.

둘째, 주간활동서비스 이용 제고를 위한 정책 홍보가 필요하다. 주간활동서비스 정책 홍보를 통해 발달장애인 관련 전문가뿐만 아니라 발달장애인과 함께 살아가고 있는 지역의 이웃들이 발달장애인에 대해 이해하고 발달장애인에게 필요한 서비스를 알려줄 수 있는 계기가 될 것이다. 현재 코바코를 통해 발달장애인 인식개선 광고가 진행되고 있는 바, 이의 연장선에서 주간활동서비스 등 정책홍보가 진행된다면, 발달장애인들이 주간활동서비스를 통해 지역사회에 일원으로 참여할 수 있는 기회가 더 확대될 것으로 보인다.

셋째, 최중증 장애인에 대한 지원 강화이다. 주간활동서비스는 2~4인으로 구성된 그룹단위 이용으로 대단위 그룹으로 진행되는 타 서비스와는 구분이 된다. 주간활동서비스는 서비스 대상자에 최중증 발달장애인을 20%이상 포함하도록 명시하고 있으며 최중증 이용여부 등 이용실태는 기관평가 반영되도록 지침에 규정하고 있기 때문이다. 이로써 주간활동서비스는 대규모 그룹 활동이

사실상 불가하며, 2~4인 그룹 구성을 통해 발달장애인을 밀착 지원을 하고 있다. 차후에는 19년도 경험을 토대로 하여 최중증 발달장애인이 이용할 수 있는 다양한 프로그램 개발에 대한 연구가 수반될 필요가 있을 것으로 보인다. 필요하다면 제도 설계를 최중증 발달장애인을 대상으로 한 '차등단가' 또는 '1인 지원 프로그램'에 대한 고려도 해 볼만 하다.

넷째, 노령발달장애인을 위한 프로그램 개발이 필요하다. 주간활동서비스의 연령 기준은 18세 이상 65세 미만의 발달장애인이 된다. 연령기준의 폭이 넓기 때문에 주간활동서비스를 이용하는 대상자 중에는 만 45세 이상의 발달장애인도 포함된다. 발달장애인은 알려진 바와 같이, 조기노화를 경험한다. 발달장애인은 당뇨, 고혈압, 심장병 등과 같은 노인성 질환이 비장애인에 비해 조기에 찾아온다. 따라서 조기노화를 경험하고 있는 성인 발달장애인의 활동량은 노인의 활동량과 동일하다고 볼 수 있다. 따라서 발달장애인은 생물학적인 연령보다는 실제의 신체 연령을 더 강조할 필요가 있다. 따라서 이러한 발달장애인의 조기노화 특성을 고려한 고연령 발달장애인을 위한 프로그램 개발이 고려될 필요가 있겠다.

마지막으로, 지역발달장애인지원센터의 주간활동서비스관련 역할 법제화 부분이다. 발달장애인법 내에 주간활동서비스와 관련한 지역센터의 역할이 명문화 될 필요가 있다. 현재 지역센터는 주간활동서비스와 관련하여 자격 여부를 조사하고, 수자위를 운영하며, 제공인력 교육을 담당하고, 제공기관에 대한 모니터링을 진행하고 있다. 사업진행과정에서 홍보, 정책제언, 관련 기관 지원은 지역센터의 주요 역할에 자연스럽게 수반되는 업무이기도 하다. 그러나 현재 발달장애인법 제34조에서는 지역센터의 역할에는 주간활동서비스와 관련된 조항이 포함되지 않는 바, 법 제34조에 지역센터의 주간활동서비스 지원을 위한 역할이 명시될 필요가 있다. 주간활동서비스는 연차별로 2020년 4천명, 2021명 9천명, 2022년 1만 7천명으로 확대될 예정이다. 지역센터가 조사, 교육, 모니터링 등 주간활동서비스와 관련된 핵심 역할을 수행할 수 있도록 센터의 규모에 대한 고민도 수반될 필요가 있겠다. 센터의 규모와 역할을 고민할 시 제34조의 개정은 주간활동서비스 수행 주체를 분명히 하여 사업을 원활하게 진행될 수 있도록 하는 원동력이 될 것이다.

참고문헌

김대명(2019). 발달장애인 주간활동서비스의 실시 및 보완 과제, 국회입법조사처.

보건복지부(2014). 발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률집.

보건복지부(2018). 장애인현황.

보건복지부(2019). 발달장애인 주간활동서비스 사업안내.

보건복지부 · 전북대학교(2019). 최중증 성인 발달장애인을 위한 주간활동서비스 모형 개발연구.

08

장애청소년의 자립 지원*

1. 개요

2017년 말 기준 단기주간보호시설과 공동생활가정을 제외한 618개의 장애인거주시설에서의 18세 미만 장애아동청소년은 전체 현원의 약 11%(3,213명)로 장애아동청소년 인구(89,786명)의 3.6%가 시설에서 생활하고 있는 것으로 파악된다. 비장애아동의 0.14%만이 시설보호아동인 것에 비하면 이는 약 26배 높은 수치를 보이고 있다. 2012년「아동복지법」이 전면 개정되면서 시설보호아동의 자립지원에 대한 법적근거가 마련되었고, 이에 따라 최근 국가정책방향은 시설보호에 앞서 아동은 가정보호 배치를 최우선시 하면서 보호대상아동의 보호에서 아동의 자립을 지원하는 정책으로 전환되고 있는 추세이다. 그러나 장애인거주시설에서 생활하고 있는 시설보호 장애아동과 청소년은 아동복지정책에서의 구체적인 법적 근거가 없어 이러한 자립지원 정책에서 배제되고 있다. 특히 생애주기에 있어 중요한 성인기를 준비하는 장애청소년들은 정부의 체계화된 성인전환지원 정책이 미흡하여 학령기 이전에 시설에 입소하여 약 10년에서 20여 년 동안 초·중·고등학교를 다닌 후 성인 중심의 다른 거주시설로 전원 되거나 아니면 지금까지 생활하고 있었던 시설에 계속해서 거주하고 있는 것이다.

국가와 사회는 장애아동과 청소년들이 주류의 아동복지와 청소년복지를 동일하게 누릴 수 있도록 기본적인 보호, 발달, 참여의 권리가 보장되고, 동시에 장애의 특성이 반영된 서비스를 개발해야 하고, 이들이 꿈을 가지고 삶의 희망을 놓지 않도록 최대한 안전한 보호와 자립지원 환경을 조성해야 할 것이다. 시설에서 생활을 하건 지역사회에서 생활하건 장애를 가진 아동청소년은 그 이름만

* 서해정(한국장애인개발원 정책연구실 연구개발팀 부연구위원)

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

으로 적절하게 보호되고 양육되고 교육을 받으며 자립을 할 수 있는 권리가 있으며, 이러한 과정에서 정부와 사회의 책임 공유는 물론, 가족과 지역사회에서의 적극적인 참여도 동시에 이루어져야 하며 관련 법, 정책, 전략 등에 국가와 사회의 책임을 명시할 필요가 있을 것이다.

이에 본 원고에서는 전국 장애인거주시설의 장애청소년의 현황을 파악하고, 이들의 자립 지원을 위한 정책을 제언하고자 한다.

2. 장애청소년의 시설보호와 자립의 개념

1) 장애청소년 정의

우리나라에서의 아동은 「아동복지법」 제2조제1호에 의해 18세 미만인 자를 의미하며, 청소년은 「청소년기본법」 제3조제1호에 의해 9세 이상 24세 이하의 자로 청소년 복지정책의 기존 연령을 24세까지 보고 있다. 그러나 일반적으로 아동의 연령과 함께 초등학교에 다니는 14세까지를 아동이라고 말하며, 중학교에 다니는 연령인 15세 이상부터 24세까지를 청소년이라는 명칭을 사용한다.

아동복지시설에서의 보호대상아동[1](아동복지법 제3조제4호), 요보호아동, 시설보호아동이라는 용어는 보호자가 없거나 보호자로부터 분리되어 가정을 떠나 아동양육시설에 입소한 18세 미만의 자 혹은 학업을 계속하고 있는 20세 미만의 자로 정의하고 있다. 따라서 「장애인복지법」 상의 장애인거주시설에서 보호자가 없거나 보호자로부터 분리되어 가정을 떠나 생활하고 있는 장애아동 및 청소년은 이와 같은 맥락에서 시설보호아동 또는 보호대상아동인 것이다.

따라서 본 원고에서의 '장애청소년'이라 함은 장애인거주시설에서 생활하고 있는 15세 이상 중학교에 다니는 아동부터 고등학교 또는 전공과, 대학 재학 등을 포함하여 24세 이하의 자로 정의하고자 한다. 여기서 15세를 청소년의 기준을 하는 것은 「아동복지법」 제38조에서 말하는 자립지원의 대상을 15세 이상으로 설정하고 있기 때문이다. 또한 본 원고에서의 장애인거주시설은 현재 「장애인복지법」 제58조 1항 1호에 의한 시설로 만 6세 미만의 장애유아를 보호하고 있는 장애영유아시설[2]을 포함하여 유형별, 중증시설을 포함하며, 단기거주시설, 공동생활가정은 제외하였다. 법률적으로 장애영유아시설은 만 6세 미만의 장애영유아를 보호하도록 되어 있으나 실제 6세 이

1 보호자가 없거나 보호자로부터 이탈된 아동 또는 보호자가 아동을 학대하는 경우 등 그 보호자가 아동을 양육하기에 적당하지 아니하거나 양육할 능력이 없는 경우의 아동을 말한다.

2 현재 장애영유아시설에서도 15세 이상의 장애청소년이 거주하고 있는 곳이 많다.

상의 아동들이 생활하고 있으며 중학교 이상의 청소년들이 거주하고 있기 때문이고, 단기거주시설, 공동생활가정은 일정기간 동안 지역사회 내 일반주택을 이용하여 가정생활이나 사회생활 등의 자립생활을 지원하는 곳으로 운영되기 때문이다.

본 원고에서의 장애인거주시설에서 생활하고 있는 장애청소년의 시설보호라는 개념정의는 장애영유아시설을 포함하고 장애인단기거주시설과 공동생활가정을 제외한 유형별, 중증장애인거주시설에서 생활하는 만 15세 이상 24세 이하의 장애를 가진 청소년을 의미한다.

2) 시설보호 장애청소년의 자립의 개념

시설보호 장애청소년의 자립지원은 다음과 같이 법률상의 개념 정의 할 수 있다. 아동양육시설에서의 자립지원은 「아동복지법」상의 생활시설이기 때문에 18세 이상의 아동들은 그동안 자신이 살았던 시설을 퇴소하는 것을 전제로 하고 있다. 이에 시설에서는 '시설퇴소 준비 아동'이라는 용어를 사용하고 있는 데, 퇴소를 1년 미만 남겨 놓은 고등학생을 대상으로 이들이 지역사회에서 생활할 수 있도록 성인초기 전환프로그램을 시설에서는 제공하도록 되어 있다. 그러나 장애인거주시설 내 장애아동의 경우는 18세 이상이 되어도 아동복지시설과 달리 반드시 퇴소를 해야 하며, 이들에게 성인전환 프로그램을 제공해야 하는 법적 근거는 마련되어 있지 않다. 이런 측면에서 거주시설 장애청소년 자립의 개념정의가 필요하다.

아동복지시설 내 시설보호아동의 경우는 보호대상아동의 위탁보호 종료 또는 아동복지시설 퇴소 이후의 자립을 지원하기 위하여 만 15세부터 매년 개인별 자립지원계획을 수립(지원대상은 만 15세 이상의 아동부터 퇴소 후 5년까지의 아동을 주요한 자립지원의 대상으로 설정하고 있음)하고, 자립에 필요한 주거, 생활, 교육, 취업 등의 지원, 자립에 필요한 자산의 형성 및 관리 지원, 자립에 관한 실태조사 및 연구, 사후관리체계 구축 및 운영 등이 법률에서 명시되어 있다(아동복지법 제38조). 이와 같이 시설보호아동은 2012년 아동복지법이 전면 개정되면서 단순한 양육과 보호의 개념에서 '자립지원'의 법적 근거 규정이 마련된 이후 본격적으로 논의 되고 있다.

이는 최근 UN 아동권리협약에서 제시하고 있는 보호의 개념이 점차 '아동의 권리의 보장' 측면에서 해석되고 있기 때문이다. 박세경 외(2015)에서는 아동보호를 아동이 있는 장소와 상관없이 다양한 위험요인을 최소화하면서 열악하고 유해한 환경으로부터 아동을 보호해야 하며, 아동이 건강하고 안전한 환경에서 성장할 수 있도록 환경을 향유할 권리를 존중하는 것이라고 하였다.

그러면, 일반적인 시설보호아동에서 있어 '자립'이란 무엇인가? 하는 것에서는 여러 논의가 있을 수 있으나, 신혜령(2002)의 연구에서는 아동복지시설에서 18세가 되어 떠나는 시설아동들이 성

공적으로 상호의존의 성취로 자신의 “독립된 상태”를 이끄는 것이라고 개념정의하고 있다. 또한 박금식 외(2014)에서도 혼자의 힘으로 독립적인 생활을 영위하는 것이 아니라, 건강한 대인관계를 형성하고 강화시키며 지역사회 자원을 활용하여 스스로 살아갈 수 있는 사회적, 심리적, 경제적 “독립 상태”로 보고 있다. 즉, 아동양육시설에서의 퇴소아동의 자립이란 우선 아동양육시설에서 떠나는 물리적인 독립을 의미하며, 지역사회에 스스로 자신을 지켜 나갈 수 있는 심리적, 정서적, 경제적 독립 상태를 모두 포함하고 있다고 볼 수 있다. 조금 더 구체적으로 아동양육시설에서 퇴소아동의 자립은 대학입학과 취업률을 중심으로 측정되고 있다. 보건복지부의 제1차 아동정책기본계획에서 보면, ‘퇴소아동 자립률’은 현재 76.5%에서 2019년 목표치로 83%로 제시하고 있다.

그러나 거주시설 내 장애청소년의 ‘자립’은 상기에서 말한 바와 같이 반드시 시설의 퇴소를 전제하고 있지 않으며 비장애아동과 같은 심리적, 정서적, 경제적 독립 상태를 의미한다고 볼 수 없으며, 자립의 성과를 대학진학률, 취업률 등 정량적으로 측정할 수 없을 것이다.

거주시설 장애청소년의 ‘자립’이란 장소와 상관없이 일반적으로 자립생활패러다임에서 말하고 있는 바와 같이 통제와 억압된 환경에서 벗어나 스스로 자신의 삶에 주체성을 확보하고 자기주도의 삶을 영위하는 것을 말한다고 할 수 있다. 즉, 자기결정 능력을 향상시키고 자기결정과 선택, 책임을 강조하는 것이 장애인의 자립인 것이다. 또한 장애인에게 있어 자립생활이란 장애를 가진 사람들이 활발하게 사회에 참여해서 자신이 희망하는 곳에서 일하고 살아가고 가족을 형성하고 그리고 지역사회에서 생활의 기쁨과 책임을 다하는 것이라고 말하고 있다(Michael Winter, 1982; 박진영, 2011 재인용).

또한 현재 거주시설의 약 70% 이상이 발달장애인이며 이들은 위에서 언급한 신체장애인의 자립과는 또 다른 의미를 가지고 있을 수 있다. 흔히 이를 ‘상대적 자립’이라고 하는데 이는 장애인이 완전히 자신의 삶에 대한 통제력을 확보하는 상태에서 벗어나 이전의 생활보다 상대적으로 외부 통제가 감소되며 자기통제에 기반을 둔 자립적인 활동이 증가한 상태를 자립으로 보는 개념을 의미한다(윤재영 외 2015; Crewe & Zola, 2001).

장애인거주시설에서의 자립생활이라 함은 모든 과업을 스스로 할 수 있는 능력을 갖추는 것이 아니고, 비장애아동 자립의 정의와 같이 심리 · 정서적 자립, 경제적 자립을 의미하는 것도 아니다. 즉, 거주시설에서의 자립은 지역사회에서의 자립생활과 다르지 않으며 장애인 개인이 필요한 지원을 받으며 지역사회에서 자신의 생활을 스스로 결정하고 통제하는 삶을 살아가는 것을 말한다고 볼 수 있다. 비장애아동도 마찬가지로 혼자만의 힘으로 독립적인 생활을 영위하는 것이 아니라, 지역사회 자원을 활용하여 스스로 살아갈 수 있는 상태와 유사하게 장애청소년들도 지역사회의 다양한 지원체계를 통해 필요한 원조와 지원을 제공받음으로써 장애인의 자립생활이 가능하다는 것이

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

다(Morris, 1993).

다시 말하면 시설보호 장애청소년의 자립은 비장애아동과 유사한 자립을 의미한다고 할 수 있으나 사회적, 심리적, 경제적 독립생활보다는 스스로 자신의 삶에 주체성을 확보하고 자기주도의 삶을 영위하는 것을 말한다고 할 수 있다. 따라서 시설에서 생활하고 있는 장애청소년의 자립지원은 기존의 양육과 돌봄, 보호 중심적 서비스 차원이 아니라 아동청소년의 권리보장을 위한 다각적이고 포괄적인 접근방식이 필요하다고 할 수 있다.

3. 시설보호 장애청소년의 거주현황

1) 장애청소년의 인구사회학적 현황

2017년 말 기준 우리나라의 만18세 이하 청소년의 인구는 11,584,399명으로 나타났으며, 장애청소년은 89,786명(0.7%)이다. 그 중에 현재 장애인거주시설에 거주하고 있는 장애청소년이 3,213명으로 전체 장애청소년 중에 3.6%가 거주시설에 있는 것으로 나타났다.

● TABLE 01 장애 청소년의 인구 현황

구분	남자	여자	계
전체 청소년	6,062,303	5,522,096	11,584,399
장애 청소년	58,653	31,133	89,786
시설보호 장애청소년	2,021	1,192	3,213

출처 : 국가통계포털(2017). 2017 주민등록인구수
국가통계포털(2017). 2017 등록장애인수
보건복지부(2017). 내부자료

(단위 : 명)

우리나라 전체 장애인구수는 2015년도까지 하락하다가 2016년도부터 다소 증가하고 있으며, 그 중에 시설에 거주하고 있는 장애청소년은 2014년도를 기점으로 지속적으로 감소하다가 2017년 이후부터 조금씩 증가하고 있는 추세이다.

● TABLE 02 장애청소년의 인구 현황(연도별)

구분	2012	2013	2014	2015	2016	2017
전체 장애인 인구	2,511,159	2,501,112	2,494,460	2,490,406	2,511,051	2,545,637
18세 미만 장애청소년	92,810	93,112	90,522	89,646	89,486	89,786
18세 미만 시설보호 장애청소년	4,384	4,018	4,243	3,976	3,514	3,213

출처 : 국가통계포털. 등록장애인수
국가통계포털. 0~19세 이하(만 18세 이하) 등록장애인수
보건복지부(2017). 내부자료

(단위 : 명)

장애청소년의 장애유형별 비중은 지적장애인이 21,237명으로 가장 많고, 자폐성 장애인 5,560명, 뇌병변장애인 4,131명, 지체장애인 2,742명 순으로 나타났다. 이는 2007년도 12월말 20세 미만의 장애청소년의 장애유형별 비중[3]에 비해서 자폐성장애인의 비중이 높게 나타났다.

연령대가 높아질수록 장애인 인구가 증가하고 있으며, 특히 정신장애는 15세~19세 급격하게 증가하고 있고, 그 외 내부 장애 유형도 15세 이후에 많이 발생하는 것으로 나타나고 있다.

3 2007년 12월 말 만 18세 이하 등록장애유형별 비중은 지적장애가 39,930명으로 가장 많고, 뇌병변장애 12,078명, 지체장애 10,691명, 자폐성장애 10,526명 순으로 많이 나타났다.

● TABLE 03 장애청소년의 장애유형별 현황

구분	0~4세	5~9세	10~14세	15~19세	합계
지체장애	270	635	1,149	2,742	4,796
시각장애	203	549	866	1,682	3,300
청각장애	744	1,136	1,232	1,834	4,946
언어장애	619	1,657	426	351	3,053
지적장애	899	9,032	12,990	21,237	44,158
뇌병변장애	2,396	3,168	3,070	4,131	12,765
자폐성장애	400	5,109	4,012	5,560	15,081
정신장애	0	0	3	85	88
신장장애	19	30	60	170	279
심장장애	26	65	113	230	434
호흡기장애	5	11	14	19	49
간 장애	69	121	137	150	477
안면장애	1	6	24	42	73
장루요루장애	11	20	30	25	86
뇌전증장애	11	44	52	94	201
합계	5,673	21,583	24,178	38,352	89,786

출처 : 국가통계포털, 0~19세 이하 등록장애인수 (단위 : 명)

2) 장애청소년의 장애인거주시설 거주현황

장애 청소년이 거주하고 있는 시설의 수는 2015년까지 증가하다고 이후 감소하고 있는 추세이며, 장애청소년 거주인원은 2014년까지 600명을 상회하면서 증가하였다가 2015년 이후 장애청소년의 거주인원수는 지속적으로 감소하고 있는 추세이다.

● TABLE 04 전체거주시설 수 및 장애청소년 거주인원(연도별 및 유형별)

구분		2012	2013	2014	2015	2016	2017
장애 유형별 거주시설	지체	40 (341)	31 (281)	44 (297)	39 (216)	40 (193)	39 (177)
	시각	16 (194)	16 (170)	15 (155)	16 (145)	17 (152)	17 (140)
	청각언어	8 (184)	7 (162)	7 (132)	7 (116)	7 (108)	7 (92)
	지적	278 (1146)	227 (1,090)	309 (1,283)	321 (1,263)	317 (1,020)	313 (920)
중증장애인거주시설		201 (1521)	163 (1,462)	223 (1,490)	233 (1,341)	233 (1,248)	233 (1,106)
장애영유아시설		10 (508)	8 (466)	9 (460)	10 (499)	9 (440)	9 (410)
합계		553 (3,894)	452 (3,631)	607 (3,817)	626 (3,580)	623 (3,161)	618 (2,845)

출처 : 보건복지부(2012-2017), 내부자료 (단위 : 시설 수, 명)

4. 시설보호 장애청소년의 자립지원 정책

거주시설 내 장애청소년의 자립 지원에 대한 현황분석을 거의 이루어지고 있지 못하다. 현재 장애인거주시설은 연령에 따라 시설유형이 구분되어 있지 않지만 시설 내 학령기 아동청소년은 학교에 다니고 있기 때문에 이들보다는 실질적으로는 자립을 희망하거나 욕구가 있는 성인중심으로 이루어지고 있다고 볼 수 있다.

따라서 본 원고에서는 시설 내에서 생활하고 있는 장애청소년에 대한 자립지원에 대해서는 우리나라의 아동양육시설에서의 아동에 대한 자립지원정책을 살펴보고, 최근 주요 이슈가 되고 있는 장애인거주시설에서의 자립지원 정책을 살펴보았다.

1) 아동복지시설

(1) 법

아동복지의 환경은 지속적으로 변화되고 있다. 우리나라는 2006년까지 아동복지시설 퇴소 아동

에 대한 체계적 자립지원 프로그램이나 정책은 부족하였으나 2008년 「아동복지법」과 「청소년복지법」이 통합되면서 자립지원을 위한 법적 근거를 마련하였다(박금식 외, 2014). 특히 아동복지시설 퇴소준비아동의 자립지원 정책은 「아동복지법」 제38조에 근거하여 실행되고 있다. 동 법률의 조항에서는 국가와 지방자치단체는 보호대상아동 위탁보호 종료 또는 아동복지시설 퇴소 이후의 자립을 지원하기 위해 1. 자립에 필요한 주거 · 생활 · 교육 · 취업 등의 지원, 2. 자립에 필요한 자산의 형성 및 관리 지원, 3. 자립에 관한 실태조사 및 연구, 4. 사후 관리체계 구축 및 운영, 5. 그 밖에 자립지원에 필요하다고 대통령으로 정하는 사항 등에 해당하는 조치를 시행하도록 하고 있다. 법 제38조 시행령에서는 1. 자립생활 역량강화를 위한 프로그램 개발 및 운영, 2. 아동복지시설 및 가정위탁지원센터의 종사자에 대한 자립지원 관련 교육, 3. 자립에 필요한 자립정착금의 지원 등으로 규정되어 있다. 또한 법 제39조에서는 자립지원계획을 명시하고 있는 데, 만 15세 이상의 아동에게 자립지원계획을 매년 수립해야 하고, 그 계획을 수행하는 종사자를 대상으로 자립지원에 관한 교육을 실시하여야 한다고 규정하고 있다. 제40조에서는 자립지원전담기관의 설치 운영 등을 담고 있고, 국가와 지방자치단체는 자립지원 관련 데이터베이스 구축 및 운영, 자립 지원 프로그램의 개발 및 보급, 사례관리 등의 업무를 전담할 기관을 설치 · 운영하거나, 그 운영의 전부 또는 일부를 법인, 단체 등에 위탁할 수 있다고 규정하고 있다. 마지막으로 제42조에서는 자산형성지원 사업을 담고 있는데 국가와 지방자치단체는 아동이 건정한 사회인으로 성장 · 발전할 수 있도록 자산형성지원 사업을 실시할 수 있도록 하고 있다.

(2) 전달체계

이와 같은 법적 근거 하에 보호아동 자립지원 전달체계는 다음과 같이 진행되고 있다.

우선 '자립지원 대상 아동'은 시행령 제38조에 의하여 대리양육 또는 가정위탁보호 중인 아동, 아동복지시설에서 보호 중인 아동, 아동복지시설에서 퇴소 또는 가정위탁 보호 종료 후 5년이 지나지 아니한 아동을 규정하고 있다. 즉, 24세에서 4년제 대학 졸업까지 정도의 나이로 보면 29세 정도까지를 지원 대상으로 하고 있다고 할 수 있다. 이러한 아동들이 30인 이상 아동양육시설에 자립지원전담요원을 배치하고, 보호 종료아동에게 자립정착금을 1인 당 최소 500만원 이상 지급하도록 되어 있다.

한편, 보호대상아동의 자립지원은 보건복지부 아동복지정책과에서 주관하고 한국보건복지인력개발원의 아동자립지원단에서 자립지원 관련 업무를 위탁 수행하고 있다. 이곳에서 보호대상 자립교육과 자립체험 교육 훈련, 자립선배 전수교육(바람개비 서포터즈), 자립지원사업 종사자 교육,

정책지원을 위한 민관협동 간담회, 포럼, 자문위원회, 시 · 도 자립지원기관 지원사업, 자립지원통합관리시스템 구축 · 운영, 자립프로그램매뉴얼 개발 및 조사연구, 자립준비캠프, 주거 및 교육비 지원사업, 보호 종료아동 자립역량강화 사업 등을 수행하고 있다(아동복지사업지침. 2018). 또한 아동복지법 제40조에 따라 시 · 도 자립지원전담기관을 설치운영하고 있으며 2018년 3월 현재 9개 시 · 도에 설치되어 있다. 이곳에서는 상기에서 언급한 아동자립지원단(보건복지부 위탁)과 협력하여 자립지원 사업을 개발하고 지역 내 아동양육시설, 공동생활가정, 가정위탁 등 보호체계별 자립지원 업무에 대한 지원을 하고 있다.

구분		역할 및 기능
보건복지부	아동복지정책과	• 아동자립지원 관련 제도 개선 총괄 • 아동자립지원 사업 운영 지침 마련 • 아동자립지원단 관리 · 감독
	아동자립지원단	• 보호대상아동의 자립역량강화 교육 및 자원연계 등을 통한 자립지원 • 지역 자립지원 전담기관 지원, 운영 평가 • 자립지원사업 종사자 교육 및 컨설팅 지원 • 자립지원 프로그램 개발 · 보급, 사업 홍보 자원개발, 네트워크 구축 • 자립지원통합관리시스템 운영 및 모니터링 • 자립지원사업과 관련된 연구 및 자료발간
시·도 (시·군·구)	담당부서	• 지역 자립지원 전담기관 설치 및 예산 · 인력 등 운영지원 • 자립정착금 사용계획서 확인 및 지급일자 공지 • 아동자립지원 관련 통계 관리 · 보고 • 아동양육시설, 공동생활가정, 가정위탁 등에서 실시하는 자립계획수립 업무협조
	지역자립지원전담기관	• 지역 자립지원데이터 관리(자립지원통합관리시스템 관리) • 지역 아동양육시설, 공동생활가정, 가정위탁 등에서 실시하는 자립지원업무 지원 • 자립지원프로그램 운영 • 자립지원 관련 시설 및 기관 종사자 교육 실행 • 보호 종료(중점사례관리 대상) 사후관리 • 자립지원사업 홍보 및 지역사회 자원네트워크 구축
아동복지시설 · 가정위탁지원센터		• 입소(위탁) 후 3개월 이내 원가족 복귀계획 수립 및 지원 • 아동 연령별 · 영역별 자립기술평가 및 자립지원프로그램 진행 • 만15세 이상 아동에 대한 자립기술평가 및 자립지원계획수립 • 자립지원 관련 현황 시스템 입력 및 지자체 보고 • 자립정착금 사용계획서 작성 지원 및 사후관리 • 보호 종료 후 5년 이내 아동 사후관리 ※ 위기대상은 중앙 및 시 · 도 전담기관 연계

[그림 1] 보호대상아동 자립지원 담당기관의 역할 및 기능

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

(3) 자립지원 프로그램

아동복지시설에서는 입소한 아동들에게 체계적으로 자립지원 표준화 프로그램을 운영하고 있다. 일명 Ready? Action! 프로그램은 미취학에서부터 보호 종료 전까지 아동의 단계 · 학년 · 수준별로 적정한 교육을 실행하여 보호 종료 후 안정적인 자립생활을 할 수 있도록 지원하는 프로그램이다. 특히 Ready? 프로그램은 기본 4단계(미취학~초등2년, 초등3~6년, 중학생, 고1~보호 종료 전)로 구분하여 연령 · 수준별로 적정 프로그램 운영하고 있으며, Action! 프로그램은 보호 종료 후 자립생활 정착까지 사례관리, 필요 서비스를 지원하는 프로그램이다. Ready? Action!은 2007년부터 2010년간의 시범사업 결과를 바탕으로 아동의 연령별 시설별 상황을 고려하여 자립준비를 할 수 있도록 개발한 자립지원 표준화 프로그램이다. 여기서 말하는 자립준비를 위한 표준화 프로그램의 자립기술 8대 영역은 일상생활기술, 자기보호기술, 지역사회 자원 활용 기술, 돈 관리 기술, 사회적 기술, 진로탐색 및 취업 기술, 직장생활기술, 다시 집 떠나기 등이다.

● TABLE 05 시설 보호아동의 자립기술의 8대 영역

1. 일상생활기술	일상생활에 필요한 세탁, 청소, 예의범절, 요리하기 등 기술 습득
2. 자기보호기술	개인위생관리, 응급처치방법, 성교육, 스트레스 다스리기 등
3. 지역사회 자원 활용기술	지역 내 활용 가능한 서비스, 사회자원 방문조사 및 활용
4. 돈 관리 기술	교육을 통한 올바른 경제관념 형성, 효율적인 용돈 관리기술 습득
5. 사회적 기술	긍정적인 대인관계 기술습득, 효과적인 의사소통 기술 등
6. 진로탐색 및 취업기술	적성검사를 통한 상급학교 진학 및 직업탐색
7. 직장생활기술	이력서 작성법, 면접방법, 대처방법 등 직장생활기술 습득
8. 다시 집 떠나기	집구하기, 계약, 이사 등의 거주지 마련 방법 습득

출처 : 보건복지부(2017), 2017 아동분야 사업안내

(4) 자립지원 전담인력

이러한 자립지원 표준화 프로그램 운영을 위해 2007년 아동복지법 시행령(제52조 아동복지시설 종사자의 배치기준, 별표11)이 개정되면서 아동복지시설에 자립지원 전담요원이 배치되도록 규정하고 있다. 아동 30명 이상 시설인 경우 1명의 자립지원 전담요원이 배치되며, 100명 초과치

1명 추가하도록 되어 있으며, 아동 30명 이상, 아동 30명 미만과 10명 이상의 아동양육시설, 아동보호치료시설, 자립지원시설, 아동전용시설에서 1명이 배치되도록 되어 있다. 이들을 포함한 자립지원 표준화 프로그램 운영 인력별 역할은 다음과 같다.

● TABLE 06 자립지원 표준화 프로그램 운영 인력별 역할

인력 구분	주요 내용
자립지원 위원회 (아동양육시설)	• 시설장, 자립지원 전담요원, 관련 학과 교수, 유관기관 관계자, 후원자, 공무원 등으로 위원회 구성 ※ 현재 아동양육시설의 운영위원회 또는 자문위원회 활용 가능 • 매년 자립지원계획을 검토하고 대상자를 선정하며 시설 내 자립지원 프로그램 운용에 관한 제반사항을 논의
자립지원 전담요원	• 시설 내 자립지원 프로그램 운영 계획서 작성 • 자립지원대상자 상담 및 사후관리 • 자립지원 프로그램 진행 및 개발 • 자립지원 현황 및 성과관리 • 자립지원 프로그램 결과보고 및 아동자립지원시스템 입력 (매월) • 생활지도원에 대한 자립 관련 교육 및 자료 제공 • 지역 네트워크 구축 및 후원체계 마련
생활지도원	• 자립지원 대상자 일일 사례관리 • 자립지원 프로그램 매뉴얼을 통한 프로그램 진행 • 아동상담 및 욕구, 필요 자원 파악 • 자립지원 프로그램 아동, 양육자 평가서 작성 (매월) • 원가족 연락 및 유대강화 활동

출처 : 보건복지부(2017), 2017 아동분야 사업안내

특히 자립지원 전담요원의 자격기준(별표12. 아동복시설 종사자의 자격기준, 제52조 관련)을 보면, 「근로자직업능력 개발법」에 따른 직업능력훈련교사 자격이 있는 사람, 「사회복지사업법」에 따른 사회복지사 2급 이상의 자격이 있는 사람, 초등학교 또는 중등학교 교사 자격이 있는 사람, 대학 또는 이와 같은 수준 이상의 학력이 있는 자로 아동복지 또는 사회복지 관련 학과를 졸업하고 1년 이상 아동복지 업무에 종사한 경력이 있는 사람으로 규정하고 있다.

(5) 자립지원 단계

이와 같은 프로그램은 시설 내 다음과 같이 11단계별로 진행하고 있다.

● TABLE 07 보호아동 자립지원 단계

단계별		서비스 내용
1단계	입소(위탁) 상담	· 원가족 복귀계획 수립
2단계	입소(위탁) 결정 후	· 건강, 정신, 심리, 학습 관련 통합사정 실시
3단계	시설(위탁가정)적응 기간	· 아동복지시설(위탁가정) 적응을 위한 프로그램 운영
4단계	적응기간 경과 후	· 아동복지시설(가정위탁센터)내 사례관리회의 — 자립 · 건강 · 심리 · 학습 등 관계자 참석
5단계	사례관리 회의 후	· 아동별 자립지원서비스 계획 수립 — 1, 4단계의 내용을 반영 — 원가족 유대강화 서비스 포함
6단계	자립지원통합관리 시스템 입력	· 5단계의 아동 자립지원서비스 계획을 보건복지부(아동자립지원단)의 '자립지원통합관리시스템'에 입력 ※http://work.jarip.or.kr
7단계	자립지원프로그램 운영	· 연령 · 수요에 맞추어 자립지원을 위한 프로그램 운영
8단계	자립준비계획 수립 및 운영 (아동복지법 제39조)	· 만15세부터 보호 종료 이후를 대비하여 매년 개인별 자립준비계획을 수립하여 운영 — 진로, 학습, 취업 계획 등 포함
9단계	보호 종료 전 점검	· 보호 종료가 예정된 아동에 대한 자립준비 점검 — 대학진학, 취업(예정)유무, 등록금조달, 주거 마련, 원가족 관계 등
10단계		보호 종료
11단계	사후관리 및 상담	· 보호 종료 후 5년까지 안정적 자립정착을 위한 사후관리 및 자립수준 평가 실시 <서식 2호>

출처 : 보건복지부(2017), 2017 아동분야 사업안내

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

2) 장애인거주시설

(1) 법

장애인거주시설에서의 장애아동 자립지원 정책은「아동복지법」에서와 같이 구체적인 법적 근거는 없다.

그러나 장애아동을 정책대상으로 하고 있는「장애아동복지지원법」이 있다. 이 법률은 지역사회 내 재가 장애아동들이 안정된 가정생활 속에서 건강하게 성장하고 사회에 활발하게 참여할 수 있도록 하며, 장애아동 가족의 부담을 줄이는 데 이바지하는 목적으로 제정되었다. 다만 동법 제25조에 의하면 지역사회 전환 서비스 지원이라는 규정이 마련되면서 국가와 지방자치단체는 장애아동이 18세가 되거나「초·중등교육법」제2조의 고등학교와 이에 준하는 각종 학교 또는「장애인 등에 대한 특수교육법」제24조의 전공과를 졸업한 후 주거·직업체험 등의 지역사회 전환 서비스를 제공하도록 노력하여야 한다고 명시되어 있다. 다시 말하면 장애아동들이 특수학교를 졸업하거나 고등학교와 이에 준하는 학교를 졸업한 이후에는 지역사회 전환 서비스를 제공해야 함을 법률에서 명시하고는 있으나 이것이 임의 규정으로 강제조항은 아니며 시설에서 생활하고 있는 장애아동에게 구체적으로 적용하도록 규정하고 있지 않아 시설 내 장애청소년은 반드시 적용되는 것은 아닌 것이다.

또한,「장애인복지법」에서의 장애아동에 대한 조항은 제50조 장애아동수당과 보호수당 지급에 관한 것이 명시되어 있고, 제53조 자립생활지원에 대한 조항에서는 모든 성별, 연령, 유형을 포괄적으로 정의하고 있다. 사실 동 법에서의 자립생활지원은 자립생활센터에서 이와 같은 역할을 하도록 하는 법률이며 시설 내 장애청소년의 성인전환기 자립지원에 대한 법적 근거는 아닌 것이다. 따라서 장애아동복지지원법과 장애인복지법을 협의적으로 해석하면 시설의 장애아동에 대한 규정과 이들에 대한 자립지원에 대한 법적 근거가 미흡하다고 판단할 수 있다. 한편,「발달장애인권리보장 및 지원에 관한 법률」제29조에 국가와 지방자치단체는 발달장애인의 특성에 맞는 거주시설 지원을 위한 필요한 시책을 강구하여야 한다고 명시되어 있으나 아동복지법 상의 시설 보호아동과 같은 구체적인 자립지원책은 명시하고 있지 않다.

다시 말해 시설보호 장애아동은 지금의 법률체계에서는 단순히 연령기준으로 만 본다면「아동복지법」상의 시설보호아동에 포함하여 지원하는 방안이 최선책이 될 수 있으나 장애인거주시설에 있는 장애아동은 아동복지시설과 같이 만 18세 이상일 반드시 퇴소 또는 자립지원을 해야 한다는 규정을 따르기에는 현실적인 어려움이 있는 것도 사실이다.

(2) 전달체계

상기에서 언급한 바와 같이, 장애인거주시설에서의 자립지원을 위한 전달체계는 현재 아동복지 정책과 같이 공적영역에서는 체계화 되어 있지 못하다. 장애인의 자립지원에 대해서는 우선 보건복지부 장애인자립지원과에서 거주시설을 관리 감독하고, 장애인서비스과에서 장애아동에 대한 발달재활서비스 등에 대한 지도 개선을 총괄하고 있으나 아동복지정책과와 같이 시설 내 장애아동 청소년 지립지원에 대한 통계를 복지부 내 별도로 관리하지 않는다. 중앙정부차원에서의 장애아동은 보건복지부에서 위탁한 아동자립지원단 같은 전담기관은 부재하여 시설 내 입소자의 입 · 퇴소 관련된 사항은 정부에서 자체적으로 관리하고 있으나 만 18세 이하 총 인원 정도만 파악하고 있는 것이 현실이다. 또한 아동복지정책에서의 시 · 도의 지역자립지원전담기관 같은 전달체계가 없이 시 · 도에서는 장애인복지 담당 공무원이 지역사회의 시설의 장애인 입 · 퇴소 등의 관련 통계를 관리하고 있으며, 거주시설의 운영을 지원하는 업무를 하고 있다.

또한, 거주시설 이용자의 자립지원은 현재 대부분의 시설에서 자체적으로 자립지원서비스라는 이름으로 지원하고 있으며, 제4차 장애인정책종합계획에 의해 시행된 시설 내 체험홈 운영 등을 통해 시설 이용자들에게 단기간 자립생활을 체험하게 하는 형태로 사업을 운영하고 있다.

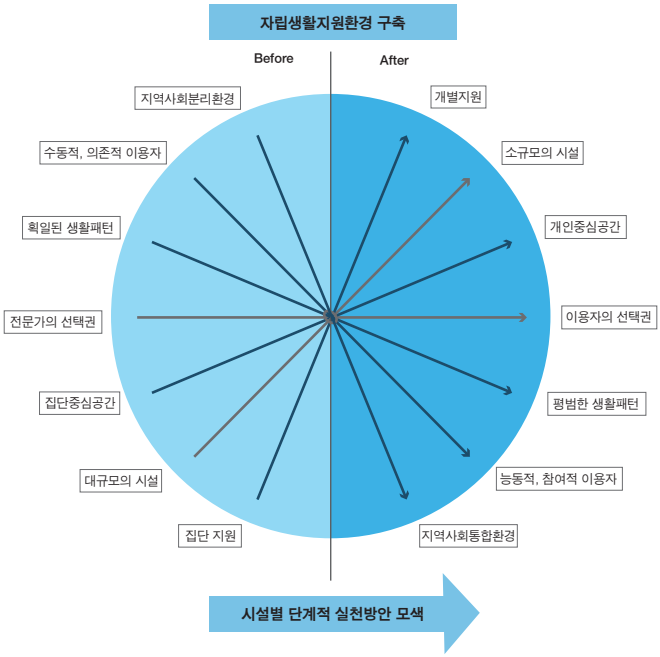
장애인거주시설에서는 2012년 거주시설 유형 개편에 따라 시설 내 체험홈을 설치 운영하도록 되어 있다(장애인복지시설 사업안내 책자 참조). 시설 내 체험홈 운영의 목적은 장애인거주시설 이용 장애인 가운데 지역사회로의 이주를 희망하고 지역사회에서의 생활이 적절하다고 판단되는 자에 대해서, 일정한 주거공간을 지원함으로써 지역사회의 일상생활 및 다양한 사회활동 등에 대한 체험기회를 체계적으로 제공하고, 향후 시설 퇴소 후 지역사회에서의 생활에 어려움이 없도록 하기 위함이다. 이에 최근 장애인거주시설에서는 시설 내 한 개 이상의 체험홈을 설치 · 운영하면서 자립지원의 공간을 확보하고 있으며 개별지원서비스를 제공하고 있는 것이다. 그러나 이러한 체험홈 운영과 개별자립지원서비스가 장애청소년을 위해 특화되어 있지 않고 거주시설 내 모든 장애인을 지원 대상으로 하고 있다는 것이다. 정부의 사업지침 상에는 체험홈 담당 직원은 체험홈 거주자가 일상생활을 영위할 수 있도록 다양한 기회를 제공해야 하며, 궁극적으로는 시설을 퇴소하여 지역사회에서 거주할 수 있는 여건을 마련해야 한다고 하였다. 이를 위해 담당직원은 체험홈 거주자가 퇴소 후 지역사회 정착 시 필요한 자립지원 체계를 구축하고 사후관리를 체계적으로 마련 · 실시 할 수 있는 계획을 수립하여야 한다고 명시되어 있으나 이에 대한 법적 근거나 정부의 재정적 지원은 없는 상황이다.

(3) 자립지원 프로그램

2000년 전후 우리나라의 자립생활운동의 영향으로 장애인 생활시설에서도 생활인의 단순한 '보호'에서 '자립지원' 이념으로의 전환이 시도되고 있다. 이에 한국장애인복지시설협회에서는 2016년도에 장애인거주시설에서의 자립생활지원을 위한 매뉴얼을 제작하였으며, 여기에서는 거주시설 이용자들의 자립생활지원을 위해 크게 두 가지 측면에서 실천이 필요하다고 보았다. 첫째는 자립생활 지원을 위한 환경을 구축하는 것이고, 둘째는 거주시설 지원 영역에서 자립생활지원을 실천하는 것이다.

우선 자립생활 지원환경을 구축하는 것은 다음과 같다. 여기서 '지원환경'이라는 것은 지리적 환경, 물리적 환경, 서비스 환경, 거주 환경 등을 말한다.

구체적으로 말하면, 지금의 대규모시설을 소규모의 시설로 전환하고, 집단 중심의 공간에서 개인 중심의 공간으로, 전문가의 선택권을 이용자의 선택권으로, 획일화된 생활패턴을 평범한 생활패턴으로, 집단화 된 지원을 개별화된 지원으로, 수동적 · 의존적 이용자를 능동적 · 참여자 이용자로, 지역사회와 분리된 환경이 아닌 지역사회와 통합된 환경으로 변화해야 한다고 지적하고 있다.



[그림 2] 거주시설 내 자립생활을 위한 지원환경 구축

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

다음으로, 이 매뉴얼에서는 자립생활지원 실천 영역을 총 8개 영역으로 선정하였다. 구체적으로 거주와 공간, 개별지원, 일상생활, 의사소통, 이용자 참여, 건강관리, 재산관리, 연계와 일반 주택 이주 등이다. 그러나 이중 실제 거주공간과 개별지원, 이용자 참여는 서비스 제공과 관련한 원칙과 방향으로 구분할 수 있을 것이고 아동양육시설에서 제공하는 서비스 영역과 유사한 영역은 의사소통, 건강관리, 재산관리, 연계와 일반주택 이주 등이라고 볼 수 있다.

● TABLE 08 장애인 거주시설 자립생활 지원을 위한 서비스 영역

1. 거주공간	지역사회 가정형 시설, 기존건물의 리모델링
2. 개별지원	개별지원의 절차, 내용 및 실행방법
3. 일상생활 지원	잠자기, 식사하기, 활동, 이미지, 의사결정, 대소변관련 지원, 가사활동(집안일)
4. 의사소통	보완대체 의사소통, 삽화 등 보조도구 활용
5. 이용자 참여	거주공간결정, 사생활 존중, 생활의 공유, 위험에 대한 대처, 개인 소유물 관리, 대인관계, 여가활동
6. 건강관리	약물관리, 지역사회 보건시설 이용, 응급상황 대처
7. 재산관리	재산관리, 대리적 재산관리, 공공특정후견인 활용
8. 연계와 일반주택 이주	지역주민과의 연계, 지역사회 일반주택의 확보 및 이주 후 서비스

이와 같은 자립생활지원 서비스는 이전의 사례관리라는 용어를 변화하여 '개별서비스지원계획'이라는 용어로 변경하여 사용하고 있으며 전체적 과정을 다음과 같다(그림 3).

이용결정	- 이용문의 - 초기면접 - 예비방문(거주체험) - 이용결정회의 - 입주	- 지역에서 서비스 지원 우선 - 적절한 정보 제공 - 예비이용자의 욕구 반영
사정/재사정	- 이용자 관찰 - 이용자 및 가족상담 - 서비스기관 기록 검토 - 다양한 사정(진단) - 자원조사	- 이용자 꿈, 선호 - 문제보다 강점 중심 - 지역에서 자기 주도적 삶 - 원하는 것에 집중
계획 수립, 실천	- 전체 일정 계획 - 개별지원회의 실시 - 개별지원계획서 작성 - 서비스 동의 과정 - 개별 서비스 지원	- 지역에서 자립 - 선택과 자기결정 - 개성 존중 - 사생활 존중 - 삶의 질 확보
점검과 평가	- 일지 작성 및 점검 - 모니터링 보고서 - 개별지원 평가서 - 재사정 여부, 계획 수정 - 거주 형태 변경 등	- 이용자 의견 청취 - 만족도 조사 등 - 이용자 상황 변화 점검 - 서비스 목표 점검 - 지역 활동 증가 점검
종결, 사후지원	- 자립생활 - 전원 결정 - 가정 복귀 - 사망 - 서비스 종료 후 지원 계획	- 자립을 위한 지원 - 이용자의 선택, 결정 - 가족 상담 등 지원

[그림 3] 거주시설 자립생활지원 서비스 과정

이와 같이 거주시설의 장애청소년 또는 성인장애인의 자립지원은 아동복지시설의 퇴소 아동을 위한 자립지원과 비교했을 때 법적인 근거가 미흡하고, 아동자립지원단, 자립지원전담기관과 같은 전달체계의 전문성이 확립되지 못한 한계가 있다. 또한 시설 내에서도 연령별 자립준비프로그램이 체계적으로 제공되지 못하고 있으며, 돌봄 인력과는 다른 자립지원 전담인력이 부재한 상황이다. 더욱이 퇴소 후 또는 다른 시설로 전원 된 이후의 사후관리 체계도 구체적으로 마련되고 있지 못해 이것 역시 개별 거주시설에서 진행되고 있다는 것이다.

위와 같이 아동양육시설과 장애인거주시설에서의 자립지원 관련 법, 전달체계, 프로그램, 전담인력, 자립생활지원서비스 영역 등으로 비교하여 정리하면 다음과 같다.

시설보호 장애청소년의 경우는 아동양육시설에서 보호하고 있는 비장애아동과 같은 관련 법적 근거가 없어 자립지원을 체계적으로 지원받고 있지는 못하지만 만 18세 이상이 되어도 반드시 시설을 퇴소해야 한다는 전제로 자립지원이 이루어지고 있지는 않다. 또한 시설보호 장애청소년의 자립지원은 비장애아동과 달리 공적 전달체계보다는 시설 내에서 또는 지역사회에 연계한 민간영역에서 이루어지고 있는 편이며, 자립지원에 대한 프로그램도 비장애아동과 같이 표준화된 프로그램과 전담인력은 부재하고 자립지원을 위한 기술 영역도 규정되어 있지 않으나 일상생활기술, 건강관리, 재산관리, 지역사회 연계 및 일반 주택 이주 등의 영역에서는 거의 유사한 서비스를 제공하고 있다.

특히, 거주시설에서는 장애의 특성으로 인해 이용자의 참여를 독려하고 장애유형별 의사소통을 지원하면서 재산관리의 경우 발달장애인의 공공 특정 후견인 활용방법 등을 교육하고 있다. 또한 자립지원서비스에서는 비장애아동의 경우는 상급학교 진학 및 직업 탐색을 위한 진로탐색이나 취업 기술 훈련, 직장생활기술 훈련 등이 중점을 이루고 있는 반면 장애인 거주시설에 있는 장애청소년의 경우는 일상생활지원, 의사소통 지원 등에 보다 중점을 두고 있는 것으로 파악된다.

● TABLE 09 장애청소년 자립지원의 아동복지시설과 장애인거주시설 정책 비교

구분	아동복지시설	장애인거주시설
법적 근거	있음	없음
전달체계	있음	없음
표준화프로그램	있음	없음
자립지원 전담인력	있음	없음
자립기술(혹은 서비스)영역	1. 일상생활 지원 (일상생활에 필요한 세탁, 요리하기 등)	1. 일상생활 지원 (잠자기, 식사하기)
	2. 자기보호기술 (개인위생관리, 응급처지 교육, 성교육, 약물중독 교육 등)	2. 건강관리
	3. 지역사회 자원 활용기술	3. 지역사회 연계
	4. 돈 관리 기술	4. 재산관리
	5. 사회적 기술	
	6. 진로탐색 취업 기술	
	7. 직장생활기술	
	8. 다시 집 떠나기	8. 일반주택 이주

(4) 인력

자립지원 전담인력을 포함하여 시설 내 종사자 배치기준을 아동시설과 비교해 보면 다음과 같다. 영아시설의 경우 아동시설은 보육사라는 명칭을 사용하고 있으며 0~2세까지 아동 2명 당 1명이나 장애영아인 경우는 4.7명당 2명으로 오히려 비장애아동에 비해 지원되는 종사자의 수가 더 적고, 다른 종사자의 기준을 보더라도 거의 비슷하거나 같은 것으로 파악된다. 특히 아동시설만 있는 임상심리상담원, 직업훈련교사, 안전 관리원, 사무원의 배치기준 등은 향후 장애청소년 시설의 종사자 배치 기준으로 검토해 볼 필요가 있다.

● TABLE 10 아동복지시설과 장애인거주시설 종사자 배치기준

구분	아동복지시설	장애인거주시설
상담지도원(아동)/ 상담평가요원(장애인)	양육, 일시보호, 상담소는 필요인원 자립지원시설은 아동 10명 미만, 아동 10명 이상~30명 미만 2명, 아동 30명 이상 3명	현원 30인 이상 시설당 1명
생활복지사(아동)/ 사회재활교사(장애인)	양육, 일시보호, 보호치료는 30명 이상 1명 * 양육시설 일시보호시설은 30명 초과 시 1명 추가 10명 이상 전용시설은 필요인원	시설당 1명, 다만 정원 30인 이상의 시설
임상심리상담원	양육, 일시보호, 상담소는 30명 이상 1명 보호치료시설은 시설당 1명	없음
보육사(아동)/ 생활지도원(장애인 시설에서는 생활재활교사 라는 용어를 사용함)	0~2세까지 아동 2명당 1명 3~6세까지 아동 5명당 1명 7세 이상 아동 7명당 1명 * 자립지원시설, 아동상담소, 아동전용시설, 지역아동센터 해당 없음	중증, 영유아장애인 현원 4.7명당 2명 아동장애인 현원 4명당 1명 지적장애, 시각장애인 현원 5명 당 1명 지체, 청각언어장애인 10명당 1명
재활치료사	없음	물리치료사, 직업치료사, 청능치료사, 언어치료사, 보행치료사 해당 장애유형에 따라 30명 이상 시설당 1명
직업훈련교사	양육, 일시보호, 상담소는 필요인원	없음
안전관리원	보호치료시설은 30명 이상 2명(40명 이상 4명), 전용시설은 30명 이상 1명	없음
자립지원전담요원	양육, 보호치료시설은 10명 이상 1명, 자립지원시설은 30명 이상 1명 * 양육시설은 100명 초과 시 1명 추가 ex) 아동 101명부터 자립지원전담요원 2명 배치 공동생활가정은 필요인원	없음
사무원	양육, 보호치료시설은 10명 이상 1명 자립, 상담소, 전용시설은 30명 이상 1명	시설당 1명, 다만 정원 30인 이상의 시설

출처 : 보건복지부(2017). 2017 장애인복지시설사업안내
보건복지부(2017). 2017년 아동분야사업안내

4. 향후 전망과 과제

1) 전망

장애청소년 관련 정책은 UN아동권리협약과 UN장애인권리협약에서 볼 수 있듯이 주류의 아동복지서비스를 동일하게 누릴 수 있도록 이들의 기본적인 보호, 발달, 참여의 권리가 보장되어야 하며 동시에 장애의 특성을 반영한 서비스가 개발되어야 한다고 명시하고 있다. 그러나 시설 거주 장애청소년은 성인 중심 지역사회기반의 서비스 체계에서 사회복지정책의 대표적인 사각지대에 놓여 있다. 우선 아동복지정책에서는 장애아동의 특수한 욕구가 반영되지 못하고 있으며, 장애인정책에서는 지역사회 기반의 활동지원서비스와 이동지원, 장애연금 등의 제도가 확대되고 있고 탈시설을 논의하고 있으나, 여전히 시설 거주 장애청소년 이용자에 대한 지원과 관심은 부족한 편이다. 현재 장애인거주시설은 연령별로는 장애영유아 시설이 있고 그 다음은 모두 성인시설로 구분되어 있으며, 이외는 장애유형과 정도에 따른 시설로 구분되어 있기 때문에 학령기에 있는 청소년의 생애주기에 따른 성인 전환기의 청년들의 욕구에 맞는 서비스가 적절히 제공되지 못하고 있다.

2018년 기준 장애청소년(15세 이상~19세 이하 36,606명, 20세~24세 47,363명) 전체 장애인구의 3.24%(83,969명)를 차지하고 있다. 시설에서 생활하건 지역사회에서 생활하건 '장애청소년의 자립'은 생애주기에 있어서 중요한 과업이다. 이를 위해서는 우리나라에 산적해 있는 장애인관련 법과 제도, 사회적 인식 등의 문제가 해결되어야 할 것이다. 또한 이러한 문제해결은 특정 기관이나 전문가가 단독으로 해결할 수는 없는 문제이며 정부, 사회, 가족, 지역사회가 함께 의지를 모아 적극적으로 그 해결책을 모색해야 할 것이다. 이제 장애청소년에 대한 정부 정책 방향은 국가와 사회가 이들을 위해 최대한 안전한 보호와 자립지원 환경을 조성해야 한다는 것이다. 이를 위해 개별 청소년뿐만 아니라 그 가족을 포괄적으로 지원하는 방식으로 서비스가 제공되어야 하며, 지역사회의 참여를 바탕으로 하는 자립 환경 구축이 필수적으로 선행되어야 할 것이다.

가정으로부터의 보호를 받아야 하는 어린나이에 가족과 사회로부터 분리되어 시설에 입소하여 생활하고 있는 장애청소년은 일정한 시기가 되면 가정으로부터 독립하게 되는 성인과 달리, 시설 내에서 사회의 구성원으로 살아가게 될 성인기를 준비해야 한다. 이들에게 국가와 사회가 집중적으로 자립생활을 준비하도록 지원하는 것은 어찌 보면 너무나 당연한 일이다. 이들은 장애를 가진 청소년 그 이름만으로 적절하게 보호되고 양육되고 교육을 받으며 자립을 할 수 있도록 정부와 사회는 이를 적극적으로 보장해야 할 것이다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

2) 과제

이와 같이 장애청소년의 자립지원에 주목할 필요가 있으며, 아동복지, 청소년 복지와 장애인복지 영역의 사각지대에 있는 시설보호 장애청소년의 자립지원을 위한 다음과 같은 해결해야 할 과제가 있다.

첫째, 시설 내 장애청소년 '자립지원'에 대한 개념 정립 및 국가책임을 규정해야 한다. 「아동복지법」 같은 법적 근거에 의해서 시설 내 '자립지원'이 반드시 퇴소를 전제하느냐 아니냐하는 것이 중요한 것이 아니라 유엔장애인권리협약 제19조에 명시되어 있듯이 "모든 장애인이 다른 사람과 동등한 선택을 통하여 지역사회에서 살 수 있는 동등한 권리를 가짐을 인정하며, 장애인이 이러한 권리를 완전히 향유하고 사회로의 통합과 참여를 촉진하기 위하여, 효과적이고 적절한 지원"이 바로 장애청소년의 '자립지원' 개념으로 정립할 필요가 있다. 지금까지 정부는 거주시설에서의 장애청소년의 인권, 자립에 대해서는 성인에 비해 소극적이고 보호주의적 관점으로 접근하였다. 이들을 자립지원하기 위해서는 법에서 명시한 바와 같이 국가의 의무를 규정하는 것이 필요하다. 기본적으로 장애청소년의 자립지원 정책을 수립할 것이 명시되어야 하며, 이사회에서 소수자이자 약자인 이들에 대한 적극적 우대조치를 할 것을 규정하는 것이 필요하다. 이를 위해 현재 시행되고 있는 제5차장애인정책기본계획 내에서 장애청소년 자립지원에 대한 지원을 명시할 필요가 있다.

둘째, 장애청소년의 자립지원 관련 법적 근거가 마련되어야 한다. 장애청소년의 자립지원은 「아동복지법」의 시설 보호아동으로 포함하는 것이 바람직하다. 현재의 「아동복지법」에서의 '아동'이란 18세 미만의 사람을 말하며, '보호대상아동'이란 보호자가 없거나 보호자로부터 이탈된 아동 또는 보호자가 아동을 학대하는 경우 등 그 보호자가 아동을 양육하기에 적당하지 아니하거나 양육할 능력이 없는 아동이다. 또한 '지원대상아동' 이란 조화롭고 건강하게 성장하는 데에 필요한 기초적인 조건이 갖추어지지 아니하여 사회적, 경제적, 정서적 지원이 필요한 아동이다. 즉 장애아동 역시 장애를 가진 아동으로써 법에서 말하는 '보호대상아동'이며 '지원대상아동'인 것이다. 그러나 동법 제38조1항을 보면, 국가와 지방자치단체는 이러한 보호대상아동의 위탁보호 종료 또는 아동복지시설 퇴소 이후의 자립을 지원해야 한다고 되어 있다. 장애인거주시설이 「아동복지법」 상의 아동복지시설이 아니지만 「사회복지사업법」 상 「장애인복지법」에 의한 사회복지시설이기 때문에 시설보호아동에서 장애아동을 포함시키는 것이 바람직하다. 따라서 「아동복지법」 시설보호아동에 '장애아동'을 특별히 명시하고 이들의 지원도 비장애아동과 같이 동등하게 제공되어야 할 것이다. 또한 장애청소년이 지역사회에서 생활하건 시설에서 생활하건 장소와 상관없이 이와 같은 성인기전

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

환교육이 체계화 될 수 있도록 지원해야 한다. 즉 현행 「장애아동복지지원법」에 24세 이하[4]의 전공과 재학 중인 장애청소년도 적용대상에 포함하도록 개정하며, 특히 제26조, 제27조에서 장애아동이 성년이 된 이후 지역사회에서 직업훈련이나 관련 교육이 시작될 수 있도록 관련 규정이 개정되어야 할 것이다.

셋째, 불필요한 입소를 예방하기 위한 장애인거주시설 이용 장애아동청소년 적격성 심사 기준 마련이 마련되어야 한다. 현행 보호대상아동이 발견되거나 보호자의 의뢰를 받은 때에는 아동의 최상의 이익을 위하여 필요한 보호조치를 하도록 되어 있다(아동복지법 제15조제1항). 즉 보호가 필요한 아동을 발견하거나 보호자 의뢰가 있으면 시 · 도지사 또는 시장 · 군수 · 구청장은 우선 아동과 보호자를 상담하고 보호자 가정 복귀 또는 연고자 가정에 대리양육을 하도록 하거나, 아동보호희망 가정에 위탁하도록 하고 있다. 그러나 이러한 위탁 가정을 찾지 못할 경우 가장 마지막 단계로 아동에게 적합한 아동복지시설에 입소하게 된다. 반면 장애아동과 청소년의 경우는 이와 같은 입소자격에 대한 엄격한 초기사정 등을 거치기보다는 무료이용 대상자로 「국민기초생활보장법」에 따른 수급권자, 수급권자가 아닌 경우라도 등록장애인으로 부양의무자(국민기초생활보장법에 의한 부양의무자)가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자 등이 시설 이용 대상자이다. 「장애인복지법」 제60조2(장애인 거주시설 이용절차)에는 장애인 거주시설 이용 희망자의 신청, 거주시설 이용 적격성 심사, 본인부담금, 계약, 거주시설 이용 중단 등과 같은 장애인 거주시설 이용과 관련된 절차적 원칙을 규정하고 있다. 특히, 「장애인복지법」 제60조의2제2항과 동법 시행규칙 제44조의2제2항에서 시장 · 군수 · 구청장은 장애인 거주시설 이용 신청자에 대해 장애유형 · 정도 · 등급, 장애인 및 그 배우자 또는 부양의무자인 1촌의 직계혈족의 소득 · 재산 · 생활환경 등을 고려하여 장애인거주시설 이용 적격성을 심사하고, 이용여부를 결정하도록 규정하고 있다. 정부는 실제 법률에서 정한 '장애인 거주시설 이용 적격성' 심사절차와 과정을 장애아동과 청소년에 경우 지침 규정대로 보다 정확히 따르고 있는지 면밀히 조사할 필요가 있다. 특히 장애아동청소년의 경우는 시설 입소 시성인과 달리 보다 엄격한 기준을 마련하여야 하고, 이들의 조기지원 프로그램과 더불어 시설 배치 기준 등의 이용절차를 체계화해야 할 것이다.

넷째, 원가정을 대신할 장애청소년의 거주지원서비스 및 배치 기준과 개인별 자립지원서비스 과정을 개발하여야 한다. 어쩔 수 없이 보호와 양육을 대신할 시설에 입소하게 되는 청소년의 경우 시설 배치 기준을 설정하고 이들에게 제공할 자립지원서비스 과정을 개발해야 한다. 시설 배치기준은 상기에서 언급한 바와 같이 '장애인 거주시설 이용' 적격한 심사결과를 시설에서 이용할 수 있는

4 현재 보건복지부에서 실시하는 청소년지원사업에서 '청소년'이란 만 9세 이상부터 만 18세 이하의 청소년을 말하고 있으며, 학교를 재학 중인 학생은 만 18세 이라 부터 만 24세 이하까지 포함하도록 되어 있다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

서비스 내용까지 결정하여 맞춤형 서비스를 제공하는 근거로도 활용할 수 있다. 이와 같이 시설보호가 결정되면, 초기사정을 거쳐 이 장애청소년에게 원가정을 대신할 어떤 거주지가 적절한지 거주지 배치에 대한 지침이 마련되어야 할 것이다. 이후 이들에게 사례지원은 어떤 식으로 할 것인지 사례 계획을 작성하고 개인별 자립지원계획, 사람중심계획(Person Centered Planning)[5]등으로 지원해야 할 것이다. 따라서 정부차원에서 거주지에 대한 모니터링과 지속적인 독립과 자립생활의 준비를 지원하고 자립 후 사후관리 등의 서비스 과정도 개발되어야 할 것이다.

다섯째, 가족 기능 강화를 위한 가족중심의 장애청소년 통합지원서비스 체계의 구축해야 한다. 일반적으로 장애청소년서비스의 주요 원칙 중 하나는 가족 중심의 서비스[6]가 이루어져야 하고 가족의 복원력을 강화하는 것이다. 이는 장애청소년에 대한 개별적 접근에 비해, 생태체계이론에 근거하여 가족 전체를 한 단위로 보고 사정과 개입을 했을 때 효과가 높고, 그 효과가 지속적으로 유지된다는 것이다. 점차 시설에서 나와 지역사회에서 살아가게 될 장애청소년이 많아질 것이다. 이럴 경우 향후 탈시설 전담기구로 작동할 탈시설지원센터와 현재 공적영역에서의 발달장애인지원센터, 민간영역에서의 장애인가족지원센터, 장애인복지관 등 지역사회의 유관기관과 긴밀히 연계하여 개인별 자립지원계획에 따라 지역사회의 다양한 가족지원서비스와 연계할 필요가 있을 것이다. 그러나 현행 한국사회에서 장애청소년이 포함된 가정에 대한 지원제도[7]는 이들의 욕구를 충족시키기에는 많이 부족한 수준이라고 할 수 있다. 장애청소년이 있는 가족에 대한 지원이 계속적으로 강화되어야 하며 이를 지원할 수 있는 통합적이며 포괄적인 원스톱 전달체계가 구축되어야 한다.

마지막으로, 시설 내 장애청소년 자립준비평가 계획 및 평가지표가 강화되어야 한다. 「사회복지사업법」에 따라 3년 주기로 실시하는 장애인거주시설의 평가에서 장애청소년 자립 관련 성과측정이 강화될 필요가 있다. 시설 내에서 자립지원이 이루어진다면 장애청소년, 성인전환기에 있는 장애청소년의 경우가 정책의 최우선 순위가 될 것이다. 그 이유는 발달단계상 이들은 성인으로서의 자립생활을 준비할 수 있도록 집중적인 지원이 필요한 시기이기 때문이다. 2013년 아동복지시설 평가지표에서는 자립과 관련한 세부지표로 '자립지원표준화 프로그램 실시의 적정성', '자립직전

5 일례로 호주의 경우는 I can 프로그램을 통해 이용인의 꿈과 선호를 파악한 뒤 그 꿈과 선호를 목표로 설정한 뒤 다양한 방법을 통해 그 꿈을 이룰 수 있도록 구체적인 계획을 수립한 뒤 달성정도를 평가하는 체계적인 지원계획의 일종이다.

6 일반적으로 아동보호체계 유형을 크게 두 가지로 구분하고 있다. 첫 번째인 아동보호 중심체계는 미국, 캐나다, 영국 등 영미국가들이 여기에 속하며, 개인주의적 권리와 책임을 가장 중요한 가치로 삼고 국가는 사회적 도덕적 합위를 위한 조정자로 기능한다. 반면 유럽 국가를 중심으로 활용되고 있는 가족서비스 중심체계의 경우는 아동과 가족, 지역사회에 대한 공동체적 지향을 기반하고 있다. 사회적 연대의 원리에 기초하여 아동에 대한 적절한 돌봄과 양육을 사회공동의 책임으로 이해한다(류정희 외, 2015)

7 김태완 · 김성아(2015)의 연구에서는 교육지원(특수학교 및 특수학급 운영), 소득지원(장애인자녀교육비지원사업), 가족지원(발달장애인 부모심리상담 지원사업), 기타지원(장애인활동지원, 발달재활서비스, 장애아보육료지원) 등으로 구분하여 설명하였다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

아동의 자립준비의 적절성', '만기퇴소(자립)아동 관리의 적절성' 등으로 구성되었다. 그러나 2019년 장애인거주시설평가지표를 살펴보면, '이용자의 자립지원' 이라는 평가지표가 상당히 포괄적으로 명시되어 있다. 이 지표의 평가내용을 살펴보면, 첫째, '시설은 자립지원을 위한 체계를 갖추고 있다'의 평가 근거가 시설 운영지침으로 장애인거주시설 서비스 최저기준을 충족하고 있는 것을 확인하고 있다. 또한 두 번째, '시설은 이용자의 자립지원을 촉진하기 위한 노력을 기울이고 있다'라는 평가내용에 대해서는 체험홈, 일상생활훈련, 직업교육, 취업훈련, 재활훈련 등 중에서 매년 2가지 이상을 지원하고 있는지 확인하고 있다. 즉, 시설에서는 자립지원 프로그램으로 일상생활훈련, 직업 교육, 취업훈련, 재활훈련 등을 이용자에게 일 년에 2가지 이상 제공하고 있으면 '자립지원'을 성실히 수행하고 있는 것으로 평가되고 있다.

정부차원에서 시설의 역할이 이용인의 단순한 보호에서 자립지원으로 정책 방향이 실효성을 달성하기 위해서는 이에 대한 시설 평가지표가 개발되고 이에 대한 점수 비중을 높일 필요가 있다. 평가대상이 반드시 시설 내 장애청소년만을 대상으로 한정하지는 않지만 아동양육시설의 자립지원 평가지표를 참조하여 보다 세분화된 자립지원 평가지표가 개발되고 이에 대한 정확한 성과 측정과 더불어 이를 달성했을 때는 인센티브를 제공하는 정책이 마련되어야 한다.

참고문헌

박금식 · 하정화 · 김소정(2014). 부산지역 아동복지시설 아동 자립지원 강화방안 연구, 부산여성가족개발원.

박세경 · 서문희 · 강주희 · 서영숙 · 진미정 · 노성향(2015). OECD국가와 한국의 아동보호체계 비교연구, 한국보건사회연구원.

박진영(2011). 자립홈 지적장애인의 자립생활 경험에 관한 질적 연구, 한국사회복지질적연구, 5(2).

신혜령 · 김성경 · 안혜영 · 문성윤(2002). 시설보호아동 자립지원정책 개선방안에 관한 연구, 보건복지부 · 국립보건원.

윤재영 · 박정현 · 전경철(2015). 해석학적 근거이론에 기반한 성인 지적장애인의 자립생활과정 경험 탐색, 지적장애연구, 17(2).

Morris, J.(1993). Independent Lives?: Community Care and Disabled People, Macmillan.


www.kodi.or.kr
한국장애인개발원

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

Ⅳ 장애인식 개선 및 국제협력

1. 장애인식개선
2. 국제협력
3. UN 장애인권리협약

01
장애인식개선*

1. 개요

인류역사의 흐름에서 장애인은 대부분의 시대와 문화권에서 '비정상적 존재'로 인식되었다. 고대 사람들은 미학적 관점에서 그 문화와 사회에 각인된 규범과 기대에 부합하는 사람만을 아름답고 훌륭한 것으로 여기는 경향이 강하게 나타났고 그로 인해 고대 시대의 장애인관은 매우 부정적이어서 유기 및 살해의 대상으로 여겨지기도 했다. 근대라고 해도 상황은 다르지 않았다. 허번트 스펜서(Herbert Spencer) 등은 열등한 집단의 과도한 출산은 인류 전체를 공멸로 몰아갈 수 있다는 사회적 다윈주의(Social Darwinism)를 주장하며 찰스 다윈(Charles Darwin)의 '다윈주의(Darwinism)'를 자신의 주장에 정당화하는데 사용하였다. 이와 같은 방식으로 다윈을 해석한 근대 사상가들은 우생학(eugenics)이라는 개념을 만들어 장애인들에 대한 인식을 사회로부터 '살 가치가 없는 존재' 또는 '국가의 짐'으로 분류해 강제적인 불임시술과 안락사 등 반인권적인 행위도 서슴지 않았던 역사도 있었다. 이는 세계적으로 확산되어 한국에서도 1930년대 소록도 나환자 수용소를 중심으로 한 단종수술의 아픈 과거가 있었다. 고대 스파르타의 리크르구스 법전, 아테네 솔론법, 로마의 12동판법, 독일의 우생 보호법 등에서 알 수 있듯이 고대로부터 사회에서 이상적으로 생각한 인간상은 '용감한 군인상'이었으며 시대와 사회가 요구하는 이상적인 인간의 규범과 가치에 부합하지 못하는 사람들 - 장애인, 여성, 어린이 등 - 은 '합법'이란 미명하에 멸절의 대상으로 선정되었던 것이다.

현대사회는 실시간 중계 매체의 발달로 지구 반대편의 이름 모를 국가의 뉴스도 실시간으로 알

* 박지연(한국장애인개발원 미래전략부 장애인식개선팀장)

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

수 있는 시대가 되었지만 '장애인은 멸절의 대상으로 삼아야 한다.'라고 공식석상에서 주장하는 사람은 찾기 어렵다. 지난 인류의 역사에서와 달리 현대 세계의 국가 헌법은 모든 인간이 법 앞에서 평등하고 이것을 보호하고 지키는 것이 모든 국가 기관의 의무로 명시하고 있다. 우리나라 역시 헌법 제10조 및 11조를 통해 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며 평등함을 확인하고 있다.[1] 또한 2007년 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」을 제정하여 모든 생활영역에서 장애를 이유로 한 차별을 금지하고 장애를 이유로 차별받은 사람의 권익을 구제함으로써 장애인의 완전한 사회참여와 평등권 실현을 법적으로 구현하고자 하였다. 뿐만 아니라 교육, 이동, 직업, 거주, 의료, 여가활동, 문화 등 다양한 분야에서 장애인과 그 가족을 위한 관련 제도가 마련되었음에도 불구하고 여전히 사회생활 전반에 걸쳐 장애인에 대한 사회적 태도는 분리의 대상으로 간주되고 있는 것이 현실이다.

드러나는 행동(behavior)에 비해 사람의 인식(perception)은 그 문제의 심각성이 과소평가되거나 상대적으로 문제가 되지 않는 것처럼 여겨질 수 있다. 그러나 당연하게도 인식은 인간의 의사결정에 영향을 미침으로써 행동과 본질적으로 연결되어 있다. 앞서 공식적으로 장애인을 분리의 대상으로 삼아야 한다고 주장하는 사람은 찾기 어렵다고 했지만 실제로 장애인에 대한 사회적 인식이 좋아진 것일까? 공식적인 발언은 삼가지만 오히려 은연 중 드러낸 태도와 무심결에 사용한 장애비하적 용어로 인해 비판의 대상이 된 사례는 수 없이 많다. 또 2017년 장애인실태조사에 따르면 우리나라가 장애인에 대한 차별 인식이 있다고 생각하는 경우가 79.9%로 이는 2014년 조사결과에 비해 7.4% 증가된 수치이다. 이를 증명이라도 하듯 인터넷과 같이 익명의 목소리로 자기표현을 할 수 있는 공간에서는 장애비하적인 발언을 서슴지 않게 하거나 지역 내 특수학교 설립 건과 같이 자신의 이익과 달린 문제에서는 장애인에 대한 배제적인 태도나 행동을 직접적으로 드러내고 있고, 이것이 집단 이기주의(Nimby : Not In my Back Yard)의 대표적인 사례이다.

인식이란 사회적 환경 속에서 특정 사람, 단체, 계층을 대상으로 발생하는 감정적 혹은 정서적인 사고나 견해라고 정의할 수 있다. 인간은 사회라는 환경에서 상호의존적으로 살아가기 때문에 특정 집단의 구성원들은 사회 속에서 활동하는데 있어 유사한 편견이나 부정적인 인식에 의한 차별 등을 더욱 공고히 할 수 있다는 점에서 장애인에 대한 부정적인 사회 인식을 개선해가기 위해 우리 사회는 다양한 노력을 기울이고 있다. 이 장에서는 우리 사회의 장애인에 대한 인식 수준과 차별 현

1 대한민국 헌법
(제10조) 모든 국민은 인간으로서의 존엄과 가치를 가지며, 행복을 추구할 권리를 가진다. 국가는 개인이 가지는 불가침의 기본적 인권을 확인하고 이를 보장할 의무를 진다.
(제11조 ①) 모든 국민은 법 앞에 평등하다. 누구든지 성별 · 종교 또는 사회적 신분에 의하여 정치적 · 경제적 · 사회적 · 문화적 생활의 모든 영역에 있어서 차별을 받지 아니한다.

황을 알아보고 이를 개선하기 위한 정부의 장애인식개선 노력을 살펴보고자 한다.

2. 장애인에 대한 사회적 인식 수준

장애인에 대한 실제 인식과 태도가 거부적일지라도 일정 수준의 교육을 받은 사람들은 대놓고 장애인을 차별하거나 솔직한 인식을 드러내는 것을 꺼리기 때문에 장애인에 대한 사회적 인식 수준을 파악하기가 어려운 실정이다. 장애인에 대한 사회적 인식 수준을 파악하는 대표적인 지표로는 3년마다 실시되는 장애인실태조사가 대표적인데 응답자가 장애 당사자이며 매해 표본이 동일하지 않다는 한계가 있으나 본 조사를 통해 장애인이 느끼거나 경험한 차별 경험에 비추어 사회적인 인식수준을 짐작해 볼 수 있다.

● TABLE 01 장애인차별 정도 및 「장애인차별금지법」 인식 수준(2011-2017)

구분	2011	2014	2017	비고
장애인에 대한 차별 정도 인식	19.3%	27.4%	20.1%	'차별이 없다'에 대한 응답
「장애인차별금지법」 인식	7.8%	8.3%	13.9%	'알고 있다'에 대한 응답

표본의 차이가 있어 단순 비교는 어렵지만 2017년 장애인차별에 대하여 '없다'고 응답한 비율은 20.1%로 2014년 27.4%에 비해 감소하였고 「장애인차별금지법」에 대해서 '알고 있다'로 응답한 경우는 13.9%로 2014년 8.3%에 비해 5.6% 증가하여 장애인의 차별에 대한 인식과 「장애인차별금지법」에 대한 인식 정도는 지속적으로 향상되고 있음을 확인할 수 있다. 장애인 차별이 없다는 응답이 낮아지고 있어 장애인에 대한 사회적 차별이 심해지고 있다고 해석할 수 있으나 「장애인차별금지법」에 대한 인지 비율이 높아진 것은 장애인 차별에 대한 사회적 인식이 높아짐을 반증할 수 있어 해석에 주의해야 한다.[2]

그러나 장애인차별이 있다는 비율이 여전히 높은 수준임을 고려 할 때 우리 사회의 지속적인 차별 예방 노력이 필요하다.

2 장애에 대한 차별 정도 인식에 대해 해석을 하기 위해서는 「장애인차별금지법」의 인지 정도와 유기적인 관계가 있다. 「장애인차별금지법」 시행 이후 국가인권위원회에 대한 진정건수가 대폭적으로 늘어났는데 장차법 제정 후 1년 동안 장애차별 진정건수가 그 이전 7년 동안의 진정건수를 넘어설 정도였다. 이를 두고 「장애인차별금지법」제정 이후 차별행위가 많이 발생한 것으로 해석하는 것이 아니라 「장애인차별금지법」을 통해 그간 장애차별 행위라고 인식하지 못했던 것까지 차별행위로 인식하고 침해된 인권을 구제받기 위해 매우 적극적으로 반응한 결과로 해석하는 것이 타당할 것이다.

● TABLE 02 사회적 차별 경험율

차별영역	조사년도	2005	2008	2011	2014	2017
입학·전학	유치원	23.0	26.9	30.5	27.1	37.1
	초등학교	33.8	26.1	34.2	38.8	40.3
	중학교	27.0	19.4	29.8	31.6	33.0
	고등학교	21.5	16.8	29.3	25.1	26.0
	대학교	11.2	6.9	16.3	12.5	11.6
학교생활	교사	17.5	18.9	21.4	18.7	19.8
	또래학생	46.2	48.9	49.2	47.1	50.7
	학부모	12.3	8.4	15.1	13.7	18.4
결혼		29.6	16.1	26.5	16.4	17.9
취업		39.1	35.0	34.0	35.8	30.9
직장생활	소득(임금)	23.7	20.8	20.7	23.9	19.4
	동료관계	18.9	13.1	16.9	20.0	17.6
	승진	16.5	9.1	14.2	13.3	12.4
운전면허 취득 시		14.3	11.8	14.3	10.2	8.9
보험계약 시		39.8	55.6	53.7	45.4	36.4
의료기관이용 시		4.2	3.3	3.7	4.6	4.0
정보통신이용 시		1.1	0.4	2.0	1.9	1.9
지역사회생활		5.4	20.6	7.8	7.3	8.1

출처 : 변용찬 외(2006), 2005년 장애인 실태조사
변용찬 외(2009), 2008년 장애인 실태조사
김성희 외(2012), 2011년 장애인 실태조사
김성희 외(2015), 2014년 장애인 실태조사
김성희 외(2018), 2017년 장애인 실태조사

(단위 : %)

〈장애 차별행위 진정 접수 현황〉

연도	'01.11.25.~'08.4.10.	'08.4.11.~'08.12.	2009	2010	2011	2012
건수	653	585	725	1,695	886	1,340
연도	**2013**	**2014**	**2015**	**2016**	**2017**	**2018**
건수	1,312	1,139	1,147	1,511	1,428	1,103

출처 : 2018 국가인권위원회 통계

영역별 차별 경험을 살펴보면 입학 · 전학(유치원, 초 · 중 · 고), 학교생활(교사로부터, 또래학생으로부터, 학부모로부터), 결혼 시의 차별경험이 2014년 조사결과 대비 2017년 증가한 것으로 나타났다. 반면 운전면허 취득 시의 차별경험은 감소 추세를 보이고 있다. 입학 · 전학 및 학교생활 등 장애학생에 대한 차별 사례는 심화되는 것으로 조사되어 교육기관을 중심으로 장애 이해 및 인식을 개선함으로써 장애로 인한 차별을 사전에 예방할 필요가 있다.

● TABLE 03 영역별 장애차별 진정 접수 현황

구분	합계	고용	교육	재화·용역	사법행정	참정권	괴롭힘 등	기타
합계	12,871 (100.0%)	769 (6.0%)	1,173 (9.1%)	7,832 (60.8%)	427 (3.3%)	178 (1.4%)	1,373 (10.7%)	1,119 (8.7%)
2018	1,103	57	58	756	22	11	108	91
2017	1,428	80	90	994	27	4	91	142
2016	1,511	56	536	643	46	16	88	126
2015	1,147	69	55	733	38	-	121	131
2014	1,139	94	66	677	42	19	123	118
2013	1,312	75	45	906	30	41	303	112
2012	1,340	82	96	808	36	57	111	150
2011	886	64	62	487	77	3	105	88
2010	1,695	82	55	1,269	26	13	176	74
2009	725	69	49	412	39	3	105	48
2008	585	41	61	347	44	11	42	39

출처 : 김성희 외(2012), 2011년 장애인 실태조사
김성희 외(2015), 2014년 장애인 실태조사

(단위 : 건)

영역별 장애차별로 인한 국가인권위원회 진정 접수 현황을 살펴보면 장애인차별금지법이 실시된 이후 매년 다양한 분야에서 장애로 인한 차별 진정 건수가 1,000건 이상 접수되고 있는 현황이다. 그 중 가장 높은 비율을 차지하는 것이 '재화 · 용역에서의 차별'인데 전체의 60.8%를 차지한다. 다만 이 영역은 재화 · 용역 일반, 보험 · 금융, 시설물 접근, 이동 및 교통수단, 정보통신 의사소통, 문화 · 예술 · 체육을 포괄하는 매우 넓은 영역이기 때문에 진정 사건 수 또한 많을 수 있다.

● TABLE 04 장애 때문에 본인이 차별받고 있다고 느끼는 정도(장애유형별)

구분		지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	뇌전증
2011	항상 있음	5.8	11.1	7.9	10.5	27.7	18.1	29.5	18.7	5.1	1.1	4.9	7.8	25.9	10.0	19.4
	가끔 있음	27.3	35.2	30.6	39.7	40.8	40.5	31.6	38.6	24.4	23.3	26.1	27.0	72.4	17.2	39.1
	별로 없음	38.4	38.4	34.9	36.5	25.8	24.5	17.0	28.5	36.2	30.3	46.6	40.6	0.0	47.1	34.3
	전혀 없음	28.6	15.4	26.5	13.3	5.7	16.9	21.9	14.2	34.3	45.3	22.5	24.5	1.7	25.7	7.2
2014	항상 있음	3.7	10.1	6.0	6.0	5.3	16.1	10.1	12.8	3.3	8.3	3.4	4.8	0.0	5.8	4.3
	가끔 있음	23.0	40.0	32.6	40.3	43.3	52.9	67.6	50.3	20.4	29.1	38.3	23.3	66.1	34.6	43.8
	별로 없음	46.8	37.8	41.2	40.5	39.4	24.5	15.3	26.4	48.1	51.2	27.6	34.7	31.8	42.9	31.2
	전혀 없음	26.4	12.0	20.2	13.2	12.1	6.4	6.9	10.5	28.2	11.4	30.8	35.2	2.1	16.7	20.7
2017	항상 있음	4.5	13.7	4.5	7.8	11.1	16.6	27.2	13.3	7.4	4.6	4.2	4.9	18.4	1.2	13.2
	가끔 있음	21.6	34.8	25.2	34.0	41.5	39.5	59.4	38.5	16.9	24.7	23.2	9.3	19.1	26.6	36.6
	별로 없음	48.2	39.1	47.8	46.4	42.3	35.1	11.2	43.6	53.5	46.7	50.0	51.0	26.0	46.1	35.0
	전혀 없음	25.6	12.3	22.5	11.8	5.1	8.8	2.3	4.7	22.2	24.1	22.7	34.7	36.5	26.0	15.3

출처 : 김성희 외(2012). 2011년 장애인 실태조사
김성희 외(2015). 2014년 장애인 실태조사
김성희 외(2018). 2017년 장애인 실태조사

(단위 : %)

장애 때문에 본인이 차별받고 있다고 느끼는 정도를 알아봤을 때 '별로 느끼지 않는다'는 응답이 가장 많았다(45.5%). 장애유형별로 보면 자폐성 장애의 비율이 27.2%로 가장 높고 다음이 안면장애(18.4%), 지적장애(16.6%), 뇌병변장애(13.7%), 다음이 정신장애(13.3%), 뇌전증장애(13.2%)의 순으로 나타났다.

● TABLE 05 우리 사회에 존재하는 장애 차별의 정도에 대한 인식

구분		전체	성별		연령별				장애정도		
			남자	여자	17세 이하	18-44세 이하	45-64세 이하	65세 이상	중증 (1-3급)	경증 (4-6급)	계
2011	전혀 없다	0.8	0.8	0.9	1.2	0.9	0.4	1.3	0.8	0.8	0.8
	별로 없다	18.5	17.0	20.5	9.4	11.6	16.2	24.7	14.0	19.6	18.3
	약간 많다	48.3	48.1	48.6	42.6	48.5	48.0	49.0	45.4	49.0	48.2
	매우 많다	32.4	34.1	30.0	46.9	39.0	35.4	25.0	39.8	30.6	32.7
2014	전혀 없다	1.0	0.8	1.3	0.4	0.3	0.4	1.9	1.1	0.9	1.0
	별로 없다	26.4	23.7	30.0	8.9	13.5	24.3	34.1	18.4	31.7	26.5
	약간 많다	46.2	47.0	45.2	44.9	47.1	45.1	47.0	46.2	45.6	45.8
	매우 많다	26.4	28.5	23.4	45.7	39.1	30.2	17.0	34.4	21.8	26.7
2017	전혀 없다	1.8	2.0	1.6	1.3	1.2	1.6	2.2	1.3	2.2	1.8
	별로 없다	18.3	17.4	19.5	7.1	10.8	14.9	24.0	13.6	21.4	18.4
	약간 많다	46.0	45.7	46.4	31.4	43.5	44.1	49.2	42.3	48.4	46.0
	매우 많다	33.9	34.9	32.5	60.2	44.5	39.4	24.6	42.8	28.1	33.8

출처 : 김성희 외(2012), 2011년 장애인 실태조사
김성희 외(2015), 2014년 장애인 실태조사
김성희 외(2018), 2017년 장애인 실태조사

(단위 : %)

장애 때문에 본인이 차별받는다고 느끼는 정도를 물은 질문과 달리 우리나라에서 장애인에 대한 차별이 어느 정도 있다고 생각하는지를 질문한 결과, '약간 있다'는 응답이 46.0%로 가장 많았고 다음이 '매우 있다(33.9%)', '별로 없다(18.3%)', '전혀 없다(1.8%)'의 순서로 나타났다. 이러한 답변 순서는 2011년 실태조사, 2014년 실태조사에서도 동일하게 나타나고 있다. <표 4>와 <표 5>에서 보여준 두 응답의 차이는 장애로 인해 직접적인 차별을 받지는 않지만 여전히 보이지 않는 우리 사회의 장애인에 대한 차별이 있다고 생각하는 것으로 해석할 수 있다.

전 조사 동일하게 중증일수록 경증에 비해 차별이 '매우 많다'고 인식하는 경향이 있었으며 연령이 어릴수록 그리고 여성에 비해 남성이 우리 사회에 장애 차별이 있다('약간 많다', '매우 많다' 응답자 합계 기준)고 생각하는 것으로 조사되었다.

● TABLE 06 우리 사회에 존재하는 장애인에 대한 차별 인식(장애유형별)

구분		지체	뇌병변	시각	청각	언어	지적	자폐성	정신	신장	심장	호흡기	간	안면	장루 요루	뇌전증
2011	전혀 없다	2.1	2.2	1.3	2.0	1.6	1.0	0.0	1.6	0.6	0.0	0.0	0.9	0.0	1.2	0.8
	별로 없다	20.8	15.3	19.2	18.5	14.0	7.1	0.0	16.6	21.6	26.6	25.3	17.0	27.7	14.8	11.1
	약간 있다	46.2	44.8	48.9	50.7	42.2	41.6	24.0	40.5	44.9	45.6	48.6	55.9	19.1	53.2	37.2
	매우 있다	30.9	37.7	30.6	28.8	42.2	50.4	776.0	41.3	32.9	27.9	26.0	26.1	53.2	30.8	51.0
2014	전혀 없다	1.2	0.8	0.2	0.4	0.0	0.6	0.7	0.7	3.6	0.0	9.4	0.0	0.0	2.4	0.0
	별로 없다	30.4	20.5	28.5	24.7	28.2	9.8	14.1	19.9	28.0	21.0	15.3	26.4	23.4	33.2	31.7
	약간 있다	46.0	46.5	43.9	51.4	41.7	43.5	42.5	53.9	40.0	37.5	41.7	54.4	29.3	40.8	37.9
	매우 있다	22.4	32.1	27.4	23.5	30.1	46.2	42.8	25.4	28.4	41.5	33.7	19.2	47.2	23.6	30.4
2017	전혀 없다	2.1	2.2	1.3	2.0	1.6	1.0	0.0	1.6	0.6	0.0	0.0	0.9	0.0	1.2	0.8
	별로 없다	20.8	15.3	19.2	18.5	14.0	7.1	0.0	16.6	21.6	26.6	25.3	17.0	27.7	14.8	11.1
	약간 있다	46.2	44.8	48.9	50.7	42.2	41.6	24.0	40.5	44.9	45.6	48.6	55.9	19.1	53.2	37.2
	매우 있다	30.9	37.7	30.6	28.8	42.2	50.4	76.0	41.3	32.9	27.9	26.0	26.1	53.2	30.8	51.0

출처 : 김성희 외(2012), 2011년 장애인 실태조사
김성희 외(2015), 2014년 장애인 실태조사
김성희 외(2018), 2017년 장애인 실태조사

(단위 : %)

우리 사회에 존재하는 장애인에 대한 차별인식을 장애유형별로 볼 때 차별이 '매우 있다'고 응답한 비율은 자폐성장애가 76.0%로 가장 높고 다음이 안면장애(53.2%), 뇌전증장애(51.0%), 지적장애(50.4%), 언어장애(42.2%), 정신장애(41.3%)등의 순으로 조사되었다. 앞선 <표 4> 장애 때문에 본인이 차별받고 있다고 느끼는 정도에서 차별을 받고 있다고 항상 느끼는 장애유형 순과 유사한 것을 확인할 수 있다.

3. 주요 장애인식개선 관련 주요 정책

우리나라의 장애인복지는 1981년 UN의 '세계장애인의 해' 선포 이후 국제적인 정책변화에 의해 장애인정책에 관한 정부의 관심이 크게 증가하였으며 장애문제를 보는 관점 역시 개인의 문제가 아닌 사회와 환경의 문제로 인식하기 시작하였다. 그 결과 1981년 심신장애자복지법 제정 이래 장애인복지 관련 직업, 고용, 이동, 보조기기, 건강, 소득 등 여러 분야의 법률 제 · 개정을 통해 장애인의 권익과 사회참여를 보장하기 위한 정책이 마련되어 왔다. 이러한 법 · 제도의 정비에도 불구하고 앞에서 살펴본 것과 같이 장애인에 대한 부정적 인식이 존재하였고 장애인의 완전한 사회통합을 위해서는 장애인에 대한 우리 사회의 인식을 바꾸는 방향으로 정책이 필요하다는 결론에 이르렀다. 이에 따라 장애인에 대한 사회적 편견과 부정적 시각 해소를 위한 국가 등의 의무가 각 장애관련 법률에 명시되었다.

● TABLE 07 국내 장애인 관련법 인식개선 관련 조항

법명	인식개선 관련 조항
장애인복지법 제25조 제14조(장애인의 날) 제25조(사회적 인식개선)	• 장애인에 대한 국민의 이해를 깊게 하고 장애인의 재활의욕을 높이기 위하여 매년 4월 20일을 장애인의 날로 하며, 장애인의 날부터 1주간을 장애인 주간으로 함 • 국가와 지자체는 학생, 공무원, 근로자, 그 밖의 일반국민 등을 대상으로 장애인에 대한 인식개선을 위한 교육 및 공익광고 등 홍보사업을 실시해야 함
장애인 건강권 및 의료 접근성에 관한 법률 제4조(국가와 지방자치단체의 책무) 제14조(장애인 건강권 교육)	• 국가와 지자체는 장애인 건강보건관리사업에 대하여 장애인과 그 가족에게 적극 홍보하고 국민이 장애인 건강권에 대하여 올바로 인식할 수 있도록 필요한 정책을 실시하여야 함 • 국가와 지자체는 장애인 건강권 관련 인식 향상을 위하여 다음 장애인 건강권에 관한 교육을 실시할 수 있음
중증장애인생산품 우선구매 특별법 제12조(수행기관의 업무)	• 우선구매 수행기관은 중증장애인생산품의 인식제고를 위한 홍보 업무를 수행함
장애인 고용촉진 및 직업 재활법 제5조의2 (직장 내 장애인 인식개선 교육)	• 사업주는 장애인에 대한 직장 내 편견을 제거함으로써 장애인 근로자의 안정적인 근무 여건을 조성하고 장애인 근로자 채용이 확대될 수 있도록 장애인 인식개선 교육을 실시해야 함 • 고용노동부는 인식개선 교육 활성화를 위해 교육교재 등을 개발·보급하여야 하며 실시 결과에 대한 점검을 할 수 있음
장애인 등에 대한 특수교육에 관한 법률 제14조(장애의 조기발견 등)	• 교육장 또는 교육감은 영유아의 장애 및 장애 가능성 조기발견을 위해 지역주민과 관련 기관을 대상으로 홍보해야 함
장애인·노인 등을 위한 보조기기 지원 및 활용촉진에 관한 법률 제13조(중앙보조기기센터)	• 중앙보조기기센터는 보조기기 전문인력에 대한 교육 · 연수 및 보조기기 정책 홍보를 수행해야 함
장애인·노인·임산부등의 편의증진에 관한 법률 제14조의2(교육 실시)	• 보건복지부장관이나 시설주관기관은 편의시설의 올바른 설치 및 편의시설에 대한 인식 개선을 위하여 건축사사무소 종사자나 시설주 등을 대상으로 교육을 할 수 있음
교통약자의 이동편의 증진법 제24조의2(보행교통연구센터의 지정)	• 국토교통부장관이 지정하여 운영되는 보행교통연구센터는 보행문화 형성을 위한 교육 및 홍보를 수행해야 함
장애인 차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률 제32조(괴롭힘 등의 금지) 제37조(정신적 장애를 가진 사람에 대한 차별금지 등)	• 국가·지자체는 장애인에 대한 괴롭힘 등 근절을 위한 인식개선 및 교육실시와 같은 적절한 시책을 강구해야 함 • 국가·지자체는 정신적 장애를 가진 사람의 인권침해 예방을 위해 교육, 홍보 등 법적 · 정책적 조치를 강구하여야 함
장애아동복지지원법 제12조(장애의 조기발견)	• 국가와 지자체는 장애의 조기발견을 위하여 방송 · 신문 및 인터넷 등 다양한 매체를 이용하여 홍보하여야 함
발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률 제34조(발달장애인지원센터의 임무)	• 중앙 및 지역발달장애인지원센터는 발달장애인에 대한 인식개선 홍보를 수행해야 함

장애인에 대한 인식개선을 위해 활용하는 주된 인식개선 방법은 장애인에 대한 올바른 정보 제공을 하는 교육기법, 자원봉사 프로그램, 캠페인과 같이 장애인과의 접촉 빈도를 높여 개선하는 접촉기법, TV · 라디오 등의 대중매체를 활용하여 간접적으로 장애를 접하게 하거나 정보를 제공하게 하는 대중매체 기법 등이 있는데 표에서 살펴볼 수 있듯이 법에서 명시된 장애인식개선의 방법은 홍보와 교육을 주된 기법으로 하고 있다.

UN장애인권리협약 제8조(인식 제고)에서 각 국은 장애 인식개선 캠페인을 강화하고 협약의 내용과 목적을 지속적으로 교육시킬 것을 권고했다. 우리가 어떤 대상에 편견(bias, prejustice)을 갖는 원인은 여러 가지가 있다. 다른 집단의 경험이나 가치를 자신의 것보다 낮은 것으로 보거나 자신의 가치나 기준으로 다른 집단을 판단하는 경우, 또 함께 경험해보지 못해 지식이 부족한 것이 그것이다. 교육이라는 방식은 장애에 대한 간접 체험을 통해 경험을 유도하고 장애에 대한 올바른 인식을 바탕으로 다양성과 차이를 존중하며 공감과 배려를 실천하는 방법을 알려주어 인지적 정서적 행동적 측면에 있어 체계적이고 통합적인 변화를 가져올 수 있는 효과적인 장애인식개선 방식이다. 최근 장애인복지법, 장애인 고용촉진 및 직업재활법에서는 장애인에 대한 인식 개선을 위한 교육을 의무화하였다. 양 법에서의 장애인식개선 교육에 대해 살펴보도록 하겠다.

한국장애인개발원
www.koddi.or.kr

1) 장애인복지법 : 장애인에 대한 사회적 인식개선 교육 (이하 '장애인식개선 교육')

우리나라 장애인 정책의 기본법적 성격을 띠는 장애인복지법 제25조에서 국가와 지방자치단체는 학생, 공무원, 근로자, 그 밖의 일반국민 등을 대상으로 장애인에 대한 인식개선을 위한 교육 및 공익광고 등 홍보사업을 실시해야 함을 명시하고 있다.

● TABLE 08 장애인복지법 제25조

장애인복지법 [법률 제8367호, 2007. 4. 11, 전부개정]	장애인복지법 [법률 제13663호, 2015. 12. 29, 일부개정]
제25조 (사회적 인식개선) ①국가와 지방자치단체는 학생, 공무원, 근로자, 그 밖의 일반국민 등을 대상으로 장애인에 대한 인식개선을 위한 교육 및 공익광고 등 홍보사업을 실시하여야 한다.	**제25조(사회적 인식개선)** ①국가와 지방자치단체는 학생, 공무원, 근로자, 그 밖의 일반국민 등을 대상으로 장애인에 대한 인식개선을 위한 교육 및 공익광고 등 홍보사업을 실시하여야 한다.
<신설>	②국가기관 및 지방자치단체의 장, 「영유아보육법」에 따른 어린이집, 「유아교육법」·「초·중등교육법」·「고등교육법」에 따른 각 급 학교의 장, 그 밖에 대통령령으로 정하는 교육기관 및 공공단체의 장은 소속 직원·학생을 대상으로 장애인에 대한 인식개선을 위한 교육을 실시하고, 그 결과를 보건복지부장관에게 제출하여야 한다. <신설 2015.12.29>
②국가는 「초·중등교육법」에 따른 학교에서 사용하는 교과용 도서에 장애인에 대한 인식개선을 위한 내용이 포함되도록 하여야 한다.	③국가는 「초·중등교육법」에 따른 학교에서 사용하는 교과용 도서에 장애인에 대한 인식개선을 위한 내용이 포함되도록 하여야 한다. <개정 2015.12.29>
③제1항 및 제2항의 사업에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	④제1항 및 제3항의 사업, 제2항에 따른 교육의 내용과 방법, 결과 제출 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

본조는 2007년 4월 장애인복지법 전부 개정 시 신설된 규정으로 이후 2015년 한 차례 개정을 더 거친 후 현재의 모습이 되었다. 1981년 심신장애자복지법 제정 당시에는 법상에 장애인식개선에 대한 국가의 의무를 법으로 명시하지 않았었다. 그러나 2007년 장애인복지법 전부 개정을 하면서 장애인의 권익이 신장되고, 장애인의 삶이 재활에서 자립으로 바뀌어나가는 등 장애인들의 인권신장 및 당사자주의에 많은 발전이 이루어진 배경 속에 여전히 장애인복지법은 보호와 재활, 시설지원, 전문적인 서비스의 확대 등 장애인을 대상화하는 과거의 사회적 맥락을 반영하고 있다는 문제 의식 속에 장애인에 대한 사회적 인식개선을 위한 국가의 의무가 장애인복지법에 명시되었다. 법 이념상으로는 사회참여와 완전한 사회통합을 추구하면서도 그 구체적인 내용에서

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

는 장애인의 유형과 정도에 따른 복지정책 및 자립생활의 지원 등이 미흡한 실정에서 이를 개선하고자 이루어진 전부 개정의 내용에 장애인식개선 내용이 명시된 것은 장애인의 사회참여와 사회통합을 위해서는 무엇보다 장애인에 대한 사회적 인식개선이 선결되어야 함을 의미한다.

이후 본 조항은 2015년 개정을 통해 한 번의 변화를 더 겪게 된다. 2007년 전부 개정 시의 신설된 내용이 장애인식개선에 대한 의무가 국가 등에 있음을 선언적으로 명시하는 수준이었다면 2015년 개정에서는 '교육'이라는 접근법을 통해 장애인식개선을 위해 노력해야 하는 주체가 국가 및 지자체, 초중고 학생뿐만 아니라 어린이집, 유치원, 대학교, 공공기관 및 지방공사 · 공단의 직원 및 학생까지 확대되었으며 교육의 내용, 교육방법, 교육 결과 보고에 대한 의무 또한 법적으로 명시되었다.

● TABLE 09 장애인복지법 제25조 개정 내용 비교

구분	장애인복지법 [2007. 4. 11, 전부개정]	장애인복지법 [2015. 12. 29, 일부개정]
교육 대상	중앙행정기관 및 지방자치단체의 소속 직원, 초중고의 학생	국가기관, 지방자치단체, 어린이집, 유치원, 초중고, 대학교, 공공기관, 지방공사 및 지방공단, 특수법인 등의 소속직원 및 학생
교육 내용	구체적 명시 없음	1. 장애의 정의 2. 장애인의 인권과 관련된 법과 제도 3. 장애인의 행동특성 및 능력 4. 장애인과 의사소통하는 방법 5. 장애인보조기구 및 장애인 편의시설 6. 그 밖에 장애인에 대한 인식을 개선할 수 있는 내용
교육 방법	구체적 명시 없음	집합교육 또는 인터넷 강의 등을 활용한 원격 교육, 체험 교육 등
교육 횟수	연 1회 이상	연 1회 이상
교육 결과	구체적 명시 없음	교육 결과를 교육이 끝난 후 30일 이내 보건복지부 장관에 제출

앞선 장애인실태조사 결과에서도 살펴보았듯이 입학 · 전학(유치원, 초 · 중 · 고), 학교생활(교사로부터, 또래학생으로부터, 학부모로부터)의 장애 차별 경험율이 증가하는 등 장애학생에 대한 차별 사례가 심화되는 것으로 조사되고 교육영역에서의 장애차별로 인한 진정도 지속적으로 발생하고 있는 바, 교육기관을 중심으로 교직원과 학생 모두 장애인식개선 교육을 받도록 하는 법제도가 마련된 것이다. 특히 어린이집에 다니는 유아까지 본 교육 대상에 포함되어 있는데 인식은 아동기부터 성인기에 이르기까지 형성되고 변형되는 것을 감안했을 때 아직 '장애'에 대한 부정적

인 편견이 심어지지 않은 아동기 때부터 대상별 교육콘텐츠와 강사지원이 적절히 이루어진다면 효과적인 인식개선이 이루어질 것이다.

● TABLE 10 최근 3년간 장애인식개선교육 이행 실적

구분		국가기관	지자체	공공기관	지방공사·공단	어린이집	유치원	초등학교	중학교	고등학교	특수학교	대학교	각종학교	특수법인	총계
2018	모수기관	2,449	3,777	338	151	40,238	9,021	6,064	3,214	2,358	175	1,583	70	6	69,712
	실시기관	1,165	157	123	49	22,479	3,334	4,269	2,102	1,482	116	238	18	3	35,647
	이행률	47.6	4.2	36.4	32.5	55.9	37.0	70.4	65.4	62.8	66.3	15.0	25.7	50.0	51.2
2017	모수기관	2,449	3,780	330	145	40,238	9,029	6,040	3,213	2,360	173	1,583	61	6	69,943
	실시기관	339	90	28	20	24,109	2,551	3,709	1,816	1,264	119	282	9	0	34,388
	이행률	13.8	2.4	8.5	13.8	59.9	28.3	61.4	56.5	53.6	68.8	17.8	14.8	0.0	49.5
2016	모수기관	2,490	3,782	332	145	41,084	9,029	6,270	3,245	2,367	173	1,633	51	6	70,211
	실시기관	346	66	29	18	4,444	1,714	3,522	1,837	1,348	118	136	8	0	13,603
	이행률	13.9	1.7	5.6	12.4	10.8	19.0	58.7	56.9	57.3	69.4	8.6	15.1	0.0	19.3

주 : 국가기관은 중앙행정기관 및 소속기관, 지방조직을 모두 포함하고, 지방자치단체는 광역 및 기초지방자치단체와 읍·면·동 등을 모두 포함한 수치임

(단위 : 개소, %)

출처 : 장애인식개선교육실적관리시스템(http://www.able-edu.or.kr) 자료 재정리

법 개정을 통한 장애인식 개선교육 교육 실적 보고의무에 발생에 따라 2016년부터 실적이 관리되고 관련 통계가 생산되고 있으며 교육 실적은 장애인식 개선교육 실적관리시스템(http://www.able-edu.or.kr)에 제출된 실적을 기준으로 하고 있다.

교육 이행률은 2016년 19.4%에서 지속적으로 증가하여 2018년 51.1% 이르렀으나 여전히 전체 교육 대상 기관 대비 절반 수준의 낮은 이행률을 보이고 있다. 특히 지방자치단체의 경우는 매년 10%에도 미치지 못하는 저조한 이행률을 보이고 있으며 초·중·고등학교 및 특수학교는 지속적으로 교육 이행률이 증가해 교육 대상기관 유형 중에서도 높은 교육이행 수준을 보이고 있다. 보건복지부 장애인식개선 교육의 경우 교육 보고의 의무는 있으나 미 이행에 대한 제재 규정이 별도로 없는 상황이다. 따라서 법률 개정을 통해 미 이행에 대한 제재규정 마련, 소관부처의 이행점검 권한 부여 등 관련 법령의 정비가 필요하며 이러한 조치와 더불어 전문 교육기관 지정 및 강사자

격요건, 연령대별 교육 콘텐츠 개발 활성화 등 교육 인프라 체계화 노력이 병행되어야 한다.

● TABLE 11 2018년 장애인식 개선교육 수행 방법

기관유형	총계 (개소)	집합교육					원격교육		
		소계	외부 강사	내부 강사	연수	기타	소계	사이버 교육	동영상 시청
국가기관	2,212	56.8	20.6	25.4	1.7	9.2	43.2	39.0	4.2
지자체	382	74.3	41.9	11.8	1.8	18.8	25.7	21.5	4.2
-광역	35	68.6	82.9	5.7	2.9	2.9	31.4	22.9	8.6
-기초	347	74.9	37.8	12.4	1.7	20.5	25.1	21.3	3.7
공공기관	332	70.5	34.3	23.5	0.9	11.7	29.5	25.6	3.9
지방공사·공단	268	68.7	16.0	38.8	0.4	13.4	31.3	31.0	0.4
어린이집	43,847	52.5	31.4	7.7	6.0	7.4	47.5	42.0	5.5
유치원	8,649	93.0	29.4	36.5	8.3	18.7	7.0	4.7	2.4
초등학교	17,841	91.1	41.0	26.2	11.6	12.3	8.9	3.9	5.0
중학교	7,829	88.3	18.5	42.1	14.2	13.5	11.7	3.6	8.1
고등학교	4,787	85.9	17.8	37.8	15.3	15.0	14.1	3.9	10.2
특수학교	307	95.1	22.1	48.9	13.4	10.7	4.9	2.0	2.9
대학교	661	80.8	28.0	35.9	4.2	12.7	19.2	13.3	5.9
각종학교	41	95.1	19.5	41.5	19.5	14.6	4.9	2.4	2.4
특수법인	9	44.4	33.3	0.0	0.0	11.1	55.6	55.6	0.0

주 : 본 표의 총계의 경우 한 기관에서 다 회의 교육을 받은 경우로 인해 〈표 10〉의 교육 실시기관보다 숫자가 크게 카운트됨 (단위 : %)
출처 : 장애인식개선 교육실적관리시스템(http://www.able-edu.or.kr) 자료 재정리

보건복지부 장애인식개선 교육의 방법은 크게 집합교육과 원격교육으로 나뉘며 2018년 교육 방법별 수행 비율을 살펴보면 집합교육이 70.2%, 원격교육이 29.8%로 보고되었다. 기관 유형별로 살펴봤을 때 특수법인만이 집합교육보다 원격교육 비율이 높은 것으로 보고되었고(집합교육 44.4%, 원격교육 55.6%) 특수법인을 제외한 모든 유형에서 집합교육의 이행 비율이 높은 것으로 나타났다. 또한 전체 교육 대상 기관 중 가장 많은 개소수를 차지하고 있는 어린이집의 경우 원격교육 수행 비율이 47.5%로 가장 높게 나타났다.

2) 장애인 고용촉진 및 직업재활법 : 직장 내 장애인 인식개선 교육

우리나라는 장애인의 직업을 통한 사회참여 기회를 넓히기 위해 1990년부터 장애인 의무고용제를 도입하여 관련 시책들을 지속적으로 강구해 왔다. 제도의 운영 과정에서 지적되었던 문제점들은 외부 환경변화를 수용하여 표와 같이 지속적으로 개정해왔다. 이 중 장애인 '직장 내 장애인 인식개선 교육 의무화'는 다른 제도와는 성격이 다른 시도라는 점에서 주목할 만하다. 이전의 조치들이 의무 고용률 조정과 같이 물리적인 여건을 개선하고자 하는 시도였다면 인식개선 교육은 사업주의 장애인 고용과 관련한 의식의 변화를 꾀하는 것이었다.

배경	조치
인구변화 감안	의무고용률의 조정
	업종별 적용제외률 폐지(2006)
장애인 고용에 대한 부정적 인식	사업체 장애인 인식개선 교육 의무화(2008)
중증장애인 고용 확대	이배수고용제(2010)
	근로지원인제 도입(2010)

출처 : 한국장애인고용공단 고용개발원(2018), 직장 내 장애인 인식개선 교육 발전방안에 관한 연구

사업주에게 직장 내 장애인 인식개선 교육을 실시하도록 책임을 부여한 것은 2007년 12월 27일「장애인고용촉진 및 직업재활법」제5조에 교육에 관련한 내용을 규정하면서부터이다. 그러나 이 법은 정부와 지방자치단체를 교육대상에 포함하지 않았고 교육내용과 방법도 구체적으로 명시하지 않아 실제 직장 내 장애인 인식개선 교육을 실시한 기관은 많지 않았다.

● TABLE 12 장애인 인식개선 교육 실시 의무 인지 수준 · 전체 기업체

	구분	전체 (고용+미고용)	장애인고용 여부		고용의무기업체 여부				부담금 납부대상 (100명 이상)
			고용	미고용	비의무 (5~49명)	의무 (50명 이상)	50~299명	300~999명	1,000명 이상	
2016	**인지하고 있음**	44.1	68.5	41.2	41.7	76.3	74.9	84.6	88.1	81.5
	- 매우 잘 인지함	3.2	7.1	2.8	2.8	8.3	7.7	11.7	16.1	10.6
	- 대략적으로만 인지함	40.9	61.4	38.4	38.9	68.0	67.2	72.9	71.9	70.9
	인지하지 못함	55.9	31.5	58.8	58.3	23.7	25.1	15.4	11.9	18.5
	전체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(추정 수)	(394,790)	(41,822)	(352,968)	(367,603)	(27,187)	(23,554)	(2,838)	(795)	(13,787)
2014	**인지하고 있음**	20.3	47.8	17.1	17.7	58.3	57.3	65.0	69.1	61.1
	- 매우 잘 인지함	0.8	4.5	0.3	0.3	7.5	7.0	10.1	14.0	9.3
	- 대략적으로만 인지함	19.6	43.3	16.8	17.4	50.8	50.2	54.9	55.0	51.8
	인지하지 못함	79.7	52.2	82.9	82.3	41.7	42.7	35.0	30.9	38.9
	전체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0
	(추정 수)	(389,410)	(40,905)	(348,505)	(364,295)	(25,116)	(22,027)	(2,462)	(627)	(12,357)

출처 : 고제훈 외(2014). 2014년 기업체장애인 고용실태조사
고제훈 외(2016). 2016년 기업체장애인 고용실태조사

(단위 : %, 개)

2014 장애인고용실태조사 결과에 따르면 장애인 인식개선 교육 실시 의무에 대해 알고 있는 기업체의 비율은 전체의 44.1%로 나타났다. 이는 2014년 조사결과 대비 23.8% 증가한 수치이나 여전히 많은 기업에서 2007년부터 법으로 의무화된 장애인 인식개선 교육에 대해 인지하지 못하고 있음을 보여준다. 장애인 고용여부별 분석 결과, 장애인 고용기업체에서 장애인 인식개선 교육 실시 의무에 대해 '알고 있다'고 응답한 비율은 미고용기업체보다 양 조사 모두 높게 나타났으며 기업체 규모별로 분석한 결과, 기업체 규모가 커질수록 '알고 있다'고 응답한 비율은 점차 높아지는 것으로 나타난다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

● TABLE 13 장애인 인식개선 교육 미실시 이유 — 전체 기업체

구 분	법에 대해서 몰라서	교육콘텐츠 없어서	교육 필요성 못 느껴서	교육을 진행할 인력이 없어서	교육 희망자 없어서	기 타
응답(%)	32.3	3.7	31.4	7.3	11.2	14.0

주 : 장애인 인식개선 교육을 실시하지 않은 기업체에게 응답 받음
출처 : 고제훈 외(2014), 2014년 기업체장애인고용실태조사

법률 제정 이후 장애인 인식개선 교육의 실시 여부를 조사한 경과 실시한 기관은 2014년 실태조사 결과 단 1.2%로 98.8%는 실시하지 않은 것으로 조사되었으며 실시하지 않은 이유를 조사한 결과 '법에 대해서 몰라서(32.5%)', '교육의 필요성을 느끼지 못해서(31.4%)'로 응답하는 등 직장 내 장애인 인식개선 교육에 대한 기업체의 미온적인 태도를 살펴볼 수 있었다.

● TABLE 14 직업재활법 제5조 및 5조의 2 개정 내용

장애인고용촉진 및 직업재활법 [법률 제8817호, 2007. 12. 27., 일부개정]	장애인고용촉진 및 직업재활법 [법률 제15851호, 2018. 10. 16., 일부개정]
제5조 (사업주의 책임) ① 사업주는 장애인의 고용에 관한 정부의 시책에 협조하여야 하고, 장애인이 가진 능력을 정당하게 평가하여 고용의 기회를 제공함과 동시에 적정한 고용관리를 할 의무를 가진다. ② 사업주는 근로자가 장애인이라는 이유로 채용·승진·전보 및 교육훈련 등 인사관리상의 차별대우를 하여서는 아니 된다.	<좌 동>
③ 사업주는 직장 내 장애인 근로자의 안정적인 근무여건 조성과 채용 확대를 위하여 장애인 인식개선 교육을 실시하여야 한다. ④ 노동부장관은 제3항에 따른 사업주의 장애인 인식개선 교육이 원활하게 이루어지도록 교육교재 등을 개발하여 보급하여야 한다.	**제5조의2(직장 내 장애인 인식개선 교육)** ① 사업주는 장애인에 대한 직장 내 편견을 제거함으로써 장애인 근로자의 안정적인 근무여건을 조성하고 장애인 근로자 채용이 확대될 수 있도록 장애인 인식개선 교육을 실시하여야 한다. ② 사업주 및 근로자는 제1항에 따른 장애인 인식개선 교육을 받아야 한다. ③ 고용노동부장관은 제1항 및 제2항에 따른 교육실시 결과에 대한 점검을 할 수 있다. ④ 고용노동부장관은 제1항에 따른 사업주의 장애인 인식개선 교육이 원활하게 이루어지도록 교육교재 등을 개발하여 보급하여야 한다. ⑤ 제1항 및 제2항에 따른 장애인 인식개선 교육의 내용 · 방법 및 횟수 등은 대통령령으로 정한다.

본격적으로 직장 내 장애인 인식개선 교육이 강화된 것은 2017년 12월 법 개정이 이루어지면서 부터이다. 2017년 11월 28일「장애인고용촉진 및 직업재활법」제5조의 2를 신설하면서 국가, 지방자치단체를 포함하여 1인 이상 모든 사업주와 직원을 교육대상으로 정하고 교육내용, 교육 횟수와 시간, 교육실시 주체 및 미 이행 시 제재 등을 구체화함으로써 실질적인 법정 의무교육의 틀이 마련되었다.

● TABLE 15 직장 내 장애인 인식개선 교육 운영 현황

구분		내용
교육대상		모든 사업주 및 근로자
교육 횟수 및 시간		연 1회, 1시간 이상
교육내용		• 장애의 정의 및 장애유형에 대한 이해 • 직장 내 장애인의 인권, 장애에 대한 차별금지 및 정당한 편의제공 • 장애인고용촉진 및 직업재활과 관련된 법과 제도 • 그 밖에 직장 내 장애인 인식개선에 필요한 사항
교육방법	교육실시	[다음 중 한 가지를 선택할 수 있음] • 사업주 또는 내부 직원이 실시할 수 있음 • 강사양성교육을 이수한 강사를 초청하여 실시할 수 있음 • 교육기관에서 교육을 위탁하여 실시할 수 있음
	교육방식	[다음 중 한 가지를 택할 수 있음] • 집합교육 : 직원연수, 조회, 회의에서 실시 • 원격교육 : 인터넷 등 정보통신망을 이용한 원격교육 • 체험교육 : 장애체험교육 [50인 미만 사업주] • 간이교육 : 공단이 보급한 교육 자료를 배포 · 게시하거나 전자우편 등을 활용하는 방법으로 교육 실시 할 수 있음
교육교재개발		교육에 필요한 교육교재를 공단에서 개발하여 보급
강사양성		공단에서 강사양성을 위해 교육과정 운영
교육기관지정		교육 편의도모를 위해 공단이 지정하는 교육기관 운영
교육 미 이행 제재		교육을 하지 않았거나 교육실시 증빙자료를 3년간 보관하지 않은 경우 300만원의 과태료 부과
교육이행점검		사업주 및 장애인 인식개선 교육기관의 장은 교육 실시 관련 자료를 3년간 보관하여야 하며, 공단은 교육실시결과에 대해 점검 실시

본 법에 개정에 따라 그동안 제기되어왔던 문제들을 보완하면서 직장 내 장애인 인식개선 교육의 운영 현황이 보다 체계화되었으며 그 내용은 위의 <표 15>와 같다.

● TABLE 16 직장 내 장애인 인식개선 교육 강사양성 결과(2018년)

구분		빈도(명)	비율(%)
강사양성	비장애인	729	68.6
	장애인	340	31.4
	총계	1,069	100.0
교육기관지정	사업주단체	2	0.9
	장애인복지단체	31	13.8
	장애인 인식개선 관련 재정지원기관	10	4.4
	그 밖에 고용노동부장관 인정 기관*	182	8.9
	총계	225	100.0

주 : * 연수 · 교육시설, 장애인복지관, 중증장애인자립생활지원센터 등
출처 : 한국장애인고용공단(2019). 직장 내 장애인 인식개선 교육 성과와 향후 발전 방안 간담회 자료집

2018년 5월 법정 의무 교육이 된 '직장 내 장애인 인식개선 교육'은 과태료 부과라는 강력한 미이행 제재를 바탕으로 다양한 인프라 도입 등 양적 변화가 있었다. 그 중 하나가 바로 강사양성인데 직장 내 장애인 인식개선 교육의 강사양성은 강사를 직접 양성하는 방식과 기관을 지정하는 방식으로 운영하고 있다.

2018년 양성된 강사는 1,069명으로 이 중에서 장애인은 340명이며, 교육 기관은 225개 기관이 지정되었다. 가장 많은 기관 유형으로는 고용노동부 장관이 인정하는 기관인 연수 · 교육시설, 장애인복지관, 중증장애인자립생활지원센터 등이다.

● TABLE 17 직장 내 장애인 인식개선 교육 실시 효과

구분		전혀 없다	없는 편이다	다소 있다	매우 있다
계		0.9	17.1	75.2	6.7
장애인 고용 여부	고용	0.9	17.3	75.2	6.6
	미고용	0.0	11.1	77.8	11.1
사업장 규모	5~49명	0.0	9.5	85.74	4.8
	50~229명	1.4	19.5	73.0	6.1
	300~999명	0.0	15.3	80.0	4.7
	1000명 이상	0.0	6.1	75.8	18.2
업종별	제조업	0.5	22.5	73.5	3.4
	서비스업1	0.0	0.0	94.4	5.6
	서비스업2	1.6	12.9	76.3	9.1
	기타 산업	0.0	16.7	66.7	16.7

출처 : 한국장애인고용공단(2019). 직장 내 장애인 인식개선 교육 성과와 향후 발전 방안 간담회 자료집

직장 내 장애인 인식개선 교육 실시에 따른 효과를 살펴보았을 때 효과가 있다고 응답한 비율이 81.9%로 높게 나타났으나 대체로 '다소 있다(75.2%)' 수준으로 응답하였다. 규모별로 보면, 300인 미만 사업체의 19.5%가 효과가 없는 편이라고 답변하였으며 1000인 미만 4.3%, 50인 미만 9.5%수준으로 응답해 사업장 규모별로 직장 내 장애인식개선 교육 실시 효과에 대한 다른 의견을 보였다. 업종별로 살펴보면, 효과가 없는 편이라는 응답이 제조업은 22.5%, 기타 산업 16.7%, 서비스업2는 12.9%로 나타나 제조업이 다른 업종에 비해 교육 효과에 있어 부정적인 의견을 보였다. 이러한 조사 결과는 기업 규모와 업종 특성에 따른 차별화된 교육 프로그램 제공이 필요함을 보여준다.

4. 향후 과제와 전망

미국의 경영학자 피터 드러커(Peter Ferdinand Drucker)는 "측정 가능해야 관리할 수 있다(what gets measured gets managed)"는 명언으로 유명하다. 측정할 수 없으면 관리할 수 없고, 관리할 수 없으면 개선시킬 수도 없다는 측정의 중요성을 나타낸다고 알려진 이 명언은 사실 쉽게 측정할 수 있는 것만 관리하는 것에 대한 우려를 표현한 말이다.

장애인식개선의 개념을 살펴보면 '인식'을 '개선하다'라는 행위 속에 이미 '인식' 자체를 잘못된 개념이나 이해에서 비롯된 편견으로 바라보고 '장애'를 인식의 개선이 필요한 대상으로 간주하고 있음을 알 수 있다. 장애인식개선에 대한 관심이 높아진 만큼 장애인식개선 교육이 활성화되고 많은 곳에서 다양한 수치를 근거로 장애인에 대한 사회적인 차별 문제를 이야기하고 있지만 정작 중요한 장애인에 대한 인식도는 제대로 측정되고 있지 않는 실정이다. 본고에서도 마찬가지로 장애인 차별 진정 경험, 장애인이 스스로 느끼는 차별 경험율, 장애인식개선 교육 이행률 등을 통해 우리 사회의 장애인에 대한 인식을 추정하였으나 이를 장애인에 대한 사회적 인식 수준이라고 하기에는 어려움이 있다. 장애인식개선 교육 이행률이 99%대로 올라갔다고 하여 장애인에 대한 우리 사회의 인식이 좋아졌다고 볼 수 없듯이 자칫 쉽게 수치화하고 관리할 수 있는 통계에만 집중했을 경우 본질을 놓칠 수 있기 때문에 장애인식개선도 측정에 대한 방안이 마련되어야 할 것이다. 그러나 서론에서 언급하였듯이 장애인에 대한 태도가 노골적이지 않고 행동 뒤로 숨어있기 때문에 장애인에 대한 솔직한 인식을 측정하기 어려운 상황이다. 연구를 통해 장애인을 대상으로 사용하는 표현 등의 빅데이터 분석과 같은 정교한 방식의 측정법 개발이 선행되어야 그에 맞는 올바른 개선 노력이 수반될 수 있을 것이다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

정책과 입법 이후에도 장애인에 대한 차별과 혐오는 우리 사회에 만연하다. 혐오와 차별 표현은 단지 표현만의 문제가 아니다. 표현은 우리 사회의 뿌리 깊은 차별과 억압을 드러내는 외적인 표출에 불과하다. 그렇기 때문에 차별의 문제는 개인의 차원에서는 물론이고 사회, 문화적인 차원에서 함께 다루어져야 하며, 이를 매개하거나 악화시키는 다양한 매체의 문제도 아울러 생각해야 한다. 고무적인 것은 보건복지부 및 고용노동부에서 장애인식 개선이 의무 교육이 되면서 이에 대한 관심도 또한 높아졌다는 점이다. 그러나 아직까지 양 교육이 의무화된 지 초반으로 교육 대상기관이 중복되고 명칭이 유사하여 일선 교육현장의 혼란은 계속되고 있는 상황이다. 양 교육을 주관하는 부처에서는 교육이 효과적으로 안착될 수 있도록 강사양성, 교육콘텐츠 개발, 실시 현황 점검 등 인프라 구축 노력과 함께 각 교육의 정체성에 대해 현장에서 인지할 수 있도록 공동의 노력을 기울여야 한다. 교육으로 시작된 장애에 대한 이해가 우리 사회에 긍정적 인식 및 공감 문화로 정착될 수 있도록 부처별 역할 정립 및 협력이 중요한 시점이다.

참고문헌

고제훈 외(2014). 2014년 기업체장애인고용실태조사, 한국장애인고용공단 고용개발원.

고제훈 외(2016). 2016년 기업체장애인고용실태조사, 한국장애인고용공단 고용개발원.

김성희 외(2012). 2011년 장애인 실태조사, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

김성희 외(2015). 2014년 장애인 실태조사, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

김성희 외(2018). 2017년 장애인 실태조사, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

변용찬 외(2006). 2005년 장애인 실태조사, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

변용찬 외(2009). 2008년 장애인 실태조사, 보건복지부 · 한국보건사회연구원.

장애인식개선 교육실적관리시스템(http://www.able-edu.or.kr) 자료.

한국장애인고용공단(2019). 직장 내 장애인 인식개선 교육 성과와 향후 발전 방안 간담회 자료집.

2018 국가인권위원회 통계, 국가인권위원회.

02
국제협력*

1. 개요

2019년 6월 11일, 어디선가 한번쯤은 마주쳤을 것 같은 푸근한 인상의 그의 얼굴이 총회장 전면에 설치된 두 개의 큰 스크린에 클로즈업 되었을 때 오랜만에 만난 사람들과 반갑게 인사를 나누는 등의 일로 다소 분주했던 사람들은 하던 일을 멈추고 그의 모습을 바라보았다. 그는, 형식적으로 의례적인 인사말로 시작하여 아름다운 말로 끝마칠 것이라 예상했던 모두를 비웃기라도 하는 듯 첫마디부터 뜻밖의 이름을 꺼내들었다. 누진 무스타파(Nujeen Mustafa). 그의 이야기 속 주인공은 얼마 전 유엔안전보장이사회에 초대되어 연설하기도 했던 20살의 시리아 난민 여성이다. 그리고 그녀는 장애와 함께 살고 있다. 그녀는 뇌성마비를 가지고 태어났고 휠체어를 타고 생활한다. 시리아 내전은 어느 전쟁이 그렇듯이 너무나 순식간에 많은 것들을 모두로부터 빼앗아 갔고, 그녀도 그 소용돌이를 피할 수는 없었다. 이제 갓 스무 살의 그녀가, 그녀의 죽음보다 두려웠던 것은 그녀의 휠체어 때문에 예고 없이 쏟아지는 폭탄을 피하지 못하는 상황이 언제든지 올 수 있다는 현실이었다고 한다.

제12차 유엔장애인권리협약 당사국회의(The 12th Session of the Conference of States Parties to the Convention on the Rights of Persons with Disabilities) 개회식에 참석하여 개회사를 읽고 있던 안토니오 구테헤스(Antonio Guterres) 유엔사무총장은 그녀의 생생한 증언을 다시 한 번 되새기는 지제법 진지한 표정으로 말을 이어 나갔다. '누구도 소외되지 않는' 개발이 단순히 '당신'들이 하는 구호에 그치면 안 된다고 그녀는 말했으며, 그것이 바로 우리가 여기에 있는 이유의 전부라고 말했다.

* 김광희(한국장애인개발원 대외협력부 과장)

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

당사국회의에 참석한 178개국 정부대표단, 국제기구 관계자 및 시민사회 대표들은 그의 짧은 인사말보다 더 긴 박수를 보냈다.

누진 무스타파는 어디에도 있다. 세계보건기구(World Health Organization: WHO)와 세계은행(World Bank: WB)이 2011년 발간한 '세계장애보고서(2011 World Report on Disability)'에 따르면 전 세계 인구의 15%인 약 10억 명이 장애인이다. 이들 중 약 80%가 개발도상국에 거주하고 있으며, 이들은 전 세계 빈곤층의 20%를 구성한다. 2년 전 백서를 쓸 때 나는 이 표현을 썼으며(마치 그대로 붙여 놓은 것 같다.), 앞으로도 한동안 쓸 일이 있을 것도 같다(여전히 숫자며 통계를 좋아하는 사람들이 많다.). 10억이란 너무나 압도적인 숫자가 주는 무게 때문에 한명의 누진 무스타파를 기억해내지 못할까봐 벌써부터 걱정이 된다. 장애인은 우리와 함께 있으면서도 우리와 멀리 떨어진 곳에 산다. 그들 중 상당히 많은 사람들은 여전히 차별받고, 박탈당하며, 숨겨져 있으며, 때론 굶주린다. 말 그대로, 보이지 않고(Unseen), 들리지 않고(Unheard), 고려되지 않는다(Uncounted).

지난 수년간 유엔(United Nations: UN)을 비롯한 국제사회는 장애를 개발의 우선순위로 정하여, 개발도상국의 장애인들이 빈곤에서 벗어나고 적정한 수준의 삶을 영위할 수 있으며, 더 나아가 개발의 전 과정에 완전하고 독립적으로 참여할 수 있는 기회와 역량을 부여하기 위해 다양한 노력을 시도해 왔다. 정책면에서는 2015년 9월 유엔개발정상회의에서 공식 채택된 '2030 지속가능개발의제(2030 Agenda for Sustainable Development) 및 지속가능개발목표(Sustainable Development Goals: SDGs)'를 통해 장애인을 포함한 다양한 취약계층에 대한 고려가 주요 개발목표에 반영될 수 있도록 근거를 마련했으며,[1] 경제, 사회, 환경 등 전 분야의 개발목표를 달성하기 위해 유엔고위급정치포럼(High Level Political Forum: HLPF)[2]을 재정비하여 SDGs의 이행과정을 검토하고 후속조치 등을 논의하는 모니터링 기제를 만들었다. 또한, 이러한 정책기조를 기반으로, 미국개발청(USAID), 영국국제개발부(DFID), 호주외교통상부(DFAT), 일본국제협력단(JICA) 및 한국의 한국국제협력단(KOICA)이 해당 정부의 국제개발정책에 따라 다양한 개발원조사업을 추진 중에 있으며, 유엔개발계획(UNDP), 유엔인권고등판무관실(UNOHCHR), 세계보건기구(WHO) 등과 같은 유엔 및 국제기구도 활발한 사업을 추진 중에 있다.

우리정부는 장애포괄적 국제협력 증진의 필요성에 공감하고, 국제협력을 통한 유엔장애인권리협약이행과 지속가능개발목표달성을 위해 다양한 제도적 장치 마련과 그를 통한 관련 사업을 추

1 지속가능개발목표에서의 장애 이슈는 2017년 장애인백서의 국제협력 파트를 참고하면 도움이 될 것 같다.

2 유엔고위급정치포럼은 "국가, 지역 및 글로벌 차원에서 운영되는 지속가능개발목표에 대해 시민들의 책임을 증진하고, 효과적인 실천을 통한 목표 달성을 위해 국제협력을 지원하며, 모범 사례와 상호 학습의 교류를 촉진하는 것"을 목적으로 유엔경제사회이사회(UN Economic and Social Council: ECOSOC)의 주관으로 매년 개최되고 있으며, 4년에 한 번씩은 유엔총회에서 주관한다.

진·지원하고 있다. 특히, 국제개발기본법 개정(2013.6월), 2차 국제개발기본계획(2016-2020) 및 분야별 기본계획, 제5차 장애인정책발전 5개년 계획(2018-2022), KOICA 분야별 중기전략(2016~2020), 인천전략 하반기 국가행동계획(2019~2022)에 관련 근거를 마련하여 '개발에서의 장애주류화(Mainstreaming disability in development)'를 목표로 노력하고 있으며, 아시아 태평양 지역에 거주하고 있는 6억 9천만 장애인의 권리실천을 위한 '인천전략'을 주도하고 있다. 우리 정부는 2013년 '장애인권리실천기금(Make the Rights Real Fund: MRR Fund, 이하 인천전략기금)'을 조성하여 한국장애인개발원을 기금운영사무국으로 지정, 유엔아시아태평양경제사회위원회(United Nations Economic and Social Commission for Asia and the Pacific: UNESCAP, 이하 유엔에스캅), 개발도상국 정부 및 시민사회와 협력하여 다양한 국제개발협력사업을 추진·지원 중에 있다.

본 장에서는 지난 2년간 장애인의 권익 및 복지향상을 위한 국내 및 국제사회의 노력과 주요 성과를 다루고자 한다. 국제적으로는 2018년과 2019년에 각각 영국과 아르헨티나에서 세계장애정상회의(Global Disability Summit)가 개최되었고, 아태지역에서는 2018년 11월 싱가포르에서 '제13차 사회복지 및 개발에 관한 아세안+3 고위급회의[3](13th ASEAN Plus Three Senior Officials Meeting on Social Welfare and Development)'가 개최되어 '장애인권의 주류화를 위한 아세안 마스터 플랜 2025(ASEAN Enabling Master plan 2025: Mainstreaming the Rights of Persons with Disabilities)'가 공유되었다. 유엔에스캅은 2019년 5월 발간한 보고서 '간극 줄이기: 아태지역 권한부여와 포용(Closing the Gap: Employment and Inclusion in Asia and the Pacific)'를 통해 최근 몇 년 동안의 아태지역의 장애부분 현황에 대한 리뷰결과를 발표했으며, 유엔은 2018년 12월 3일 세계장애인의 날을 맞이하여 유엔 최초의 장애와 개발에 관한 대표 보고서(The UN Flagship Report on Disability and Development 2018)를 발간했다.[4] 이 또한 장애와 개발 분야에 대한 국제사회의 지속적인 관심과 의지가 가시화 된 결과물로 볼 수 있다. 이 보고서는 전 세계 200명 이상의 전문가들이 보고서의 집필과 검토에 참여했다.

많은 발전과 변화가 있지만, 이번 장에서는 OECD 개발원조위원회에서 개발 중인 장애정책마커를 중심으로 다루고자 한다. 몇 가지 눈에 띄는 중요한 결과물의 내용을 공유할 때는 이 글을 읽는 사람들의 이해를 돕고자 과거 소개했던 주요 개발정책 및 제도에 대한 설명을 다시 덧붙일 수도 있음을 미리 밝힌다. 그러한 과정을 통해 장애가 국내와 국제사회의 개발의제로 어떻게 다뤄지

3 보다 자세한 내용은 http://www.koddi.or.kr/data/abrdata_view.jsp?brdNum=7406520&brdTp=&searchParamUrl=brdType%3DABRDATA%26amp%3Bpage%3D1%26amp%3BpageSize%3D20 통해 확인할 수 있다.

4 보고서의 주요 내용은 인천전략운영사무국에서 발간하는 뉴스레터 내용을 참고하면 좋겠다. http://eletter.mrrfund.kr/eletter/view.jsp?brdNum=1881&readCnt=1&brdMenuSel=EM01

고 있는지 정보를 공유하고, 더 나아가 우리나라의 장애분야 국제협력을 활성화하기 위한 과제와 방향성을 도출해 보고자 한다.

<제 1차 세계장애정상회의 개요>

o 목적 : 소외된 영역에서의 주요한 변화를 위한 시작점으로서, 장애인의 사회포용을 위한 국제사회의 공공의 노력 활성화
o 기간/장소: 2018. 7. 23.(월)~24.(화)/영국 런던
o 주최 : 영국 국제개발부, 케냐 정부, 세계장애연맹
o 주요의제
  1) 변화를 위한 정치적 의지 촉진 및 공동 책임 기반 조성 방안
  2) 문제의 심각성을 인지할 수 있는 증거기반의 데이터 수집 향상 방안
  3) 장애인의 의견 개진, 선택권 및 통제권 확대를 위한 리더십 증진 지원 방안
o 주요내용 및 결과
  1) 변화를 위한 헌장(Charter for Change) 채택
  2) 학교 밖 장애아동의 교육받을 권리 및 통합교육에 관한 심도 있는 논의 진행
  3) 세계은행과 영국국제개발부의 장애분야 개발계획 및 예산 공포
  4) 장애분야 성공사례 공유 등

2. 장애포괄적 국제협력에 관한 국제사회의 주요 논의

1) 개발이슈로서의 장애인의 경제 · 사회적 지위

장애는 개발의제이다. 따라서 빈곤과 밀접한 관계가 있다. 일반적으로, 빈곤과 장애의 문제는 '악순환'으로 표현되는 과정 - 빈곤이 장애를 유발하는 다양한 환경을 조성하고, 그러한 환경 속에서 장애를 가지게 되면, 장애가 원인이 되어 교육, 고용, 보건 서비스 및 사회참여에 심각한 제약을 받고, 그 결과 또 빈곤의 늪에 갇히게 된다. - 으로 이해된다. 이는 지나친 단순화일 수 있다. 장애와 빈곤문제는 더욱 복잡한데, 가끔 이러한 단순화가 장애에 대한 부정적인 인식을 가져오기도 한다. 물론, 심각한 영양결핍, 보건서비스에 대한 접근의 어려움, 불안정한 주거 및 일터환경 등 빈곤과 연관되는 이러한 조건들이 장애를 유발할 수 있다. 하지만, 경제적으로 부유한 사람들이 일반적으로 더 오래 산다는 조사결과들도 있고, 최근 노인인구의 급격한 증가로 장애인의 수가 양적으로 증가되는 것을 고려한다면, 장애와 빈곤간의 상관관계는 면밀히 들여다 봐야할 주제이다.

국제사회에서 가장 중요한 개발의제로 인식되고 있는 '지속가능개발을 위한 의제 2030(The

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

2030 Agenda for Sustainable Development, 이하 SDGs)'은 2030년까지 국제사회가 달성하고자 하는 17가지 개발목표, 169개의 세부목표 및 수백 개의 지표로 구성되어 있다. 지난 2000년부터 15년간 국제사회의 개발의제를 이끌어 왔던 새천년개발목표(Millenium Development Goals: MDGs)와는 달리, SDGs는 사회발전, 경제성장, 환경보전을 세 축으로 다양한 개발목표가 설정되어 있다. 장애와 관련해서도 SDGs 전문을 통해 '장애' 혹은 '장애인'이란 단어가 '선언문'에서 3번, '사후관리와 점검' 부분에서 1번, 목표(Goals) 및 세부목표(Targets)에서 총 7번 등 총 11번 언급되었다. 장애와 장애인이라는 단어가 명시적으로 언급된 개발목표의 영역은 교육(목표4), 고용 및 양질의 노동(목표8), 불평등(목표10), 도시와 인간정주(목표11), 지속가능개발을 위한 국제 협력(목표17)으로 다양하다. 뿐만 아니라, 장애를 명시적으로 사용하지 않았지만, '약자들(The vulnerable)'로 표현되어 6개의 다른 목표 및 세부목표에도 포함되었다. 물론, SDGs의 17개 목표 중 장애인만을 특정한 목표는 설정되지 않았지만, SDGs의 주요 정신을 잘 표현한 '누구도 소외되지 않는 (Leave No One Behind)' 개발이란 슬로건이 말해 주듯 장애는 범 분야 이슈로써 유엔의 개발의제 전 분야에 포함되어 있다고 볼 수 있다.

개발의 주요원칙과 대상을 명확하게 하는 것이 중요한 만큼 실제 추진되고 있는 것들에 대한 모니터링과 그를 통한 적절한 평가 및 환류도 매우 중요하다. 따라서 국제사회는 유엔고위급정치포럼[5]과 자발적국가보고서 작성 · 제출 같은 모니터링 기제를 작동하여 SDGs 이행 경과를 검토하고 있다. 유엔에스캅이 2019년 5월 발간한 보고서 '간극 줄이기: 아태지역 권한부여와 포용(Closing the Gap: Employment and Inclusion in Asia and the Pacific)'에서는 1990년대 이후로 지역 내 극빈층 80% 이상의 빈곤문제와 삶의 질의 향상이 개선되고 있으나, '평균적인' 번영 속 특정 집단의 불평등은 더욱 심화되고 있음을 지적한다. 아태지역 국가들의 고용율 증가가 지역 내 장애인구의 고용율 증가와 큰 관련이 없다는 보고서 내용은 여전히 장애인을 포용하는 사회로의 진입에 많은 과제가 있음을 보여준다. 따라서 유엔이 2015년 발간한 장애와 개발에 관한 국제현황보고서[6](Global Status Report on Disability and Development 2015)는 장애와 빈곤의 상관관계에 대해 국제사회의 더 큰 관심을 요구한다.

5 유엔고위급정치포럼의 목표 및 역할 등에 대한 자세한 설명은 2017년 백서를 참고하면 좋겠다.

6 https://www.un.org/esa/socdev/documents/disability/2016/GlobalStatusReportonDisabilityandDevelopment.pdf

2) 장애포괄적 국제협력에 관한 주요규범 및 실행계획[7]

국제사회의 장애포괄적 개발협력에 대한 관심은 점점 커지고 있다. 1982년 유엔총회에서 "장애인에 관한 세계행동프로그램(World Programme of Action concerning Disabled Persons)"을 채택한 이후 2016년 10월 에콰도르 키토에서 열린 유엔회의를 통해 채택된 "새로운 도시의제(The New Urban Agenda)" 까지 국제사회는 일련의 국제회의를 통해 개발영역에서 장애인의 참여와 평등의 가치 실현을 위한 다양한 프레임워크를 만들어 왔다.

"장애인에 관한 세계행동프로그램"은 장애예방, 재활 및 장애인의 사회활동과 개발영역에의 완전한 참여와 평등을 이루기 위한 효과적인 조치(measures) 증진을 목적으로 1982년 채택되었다. 1993년에는 유엔총회에서 "장애인의 기회균등을 위한 22가지 기준(The 22 Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities)"을 채택하여 앞서 소개한 세계행동프로그램의 목표 달성을 위한 보다 구체적인 프레임워크를 만들었다. 2006년에는 장애인에 대한 패러다임 전환을 가져오게 된 "유엔장애인권리협약(UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities)"이 마침내 유엔에서 채택됨으로써 장애인의 인권과 포괄적 개발을 위한 주요 장치(instrument)가 마련되었다.

2015년 지속가능정상회의를 통해 채택된 지속가능개발계획(Sustainable Development Goals: SDGs)은 지속가능개발체제에서 장애인의 욕구와 필요를 적극 고려하고 장애인의 사회참여를 보장하는 회원국의 의지를 확인하는 계기가 되었다. 특히 SDGs는 7개의 타깃에서 장애인을 명시하고 있는데, 교육과 고용에의 접근성, 장애학생들에게 적합한 교육기관의 유무, 장애인의 참여와 권한강화, 접근가능한 대중교통, 접근 가능한 공공 및 그린(green) 공간, 그리고 장애 분리된 통계구축을 위한 회원국의 역량강화를 포함한다. 또한 회원국들은 완전한 사회참여를 위한 지식과 기술을 습득할 수 있는 평생교육의 기회를 장애인에게도 제공한다는 의지를 재확인하기도 했다.

"아디스 아바바 실행의제(Addis Ababa Action Plan)" 또한 장애와 장애인을 명확하게 고려하고 있는 국제사회의 합의이다. 특히 사회보호, 고용시장에서의 장애인의 완전한 참여 고취(encourage), 장애아동을 위한 질 좋은 교육제공, 장애친화적인 교육시설로의 개선(upgrade), 보조기기에의 접근가능성 증진 및 장애 분리된 데이터의 수집과 사용 확대를 강조하고 있다. 지난 2015년 일본 센다이에서 개최된 "제3차 유엔재난경감회의(The Third United Nations World Conference on Disaster Risk Reduction)"는 2015년부터 2030년까지를 포괄하는 재난경감프레임워크인 '센다이선언'을

7 지난 2년간 주요 규범 및 실행계획은 크게 변화하지 않았으나, 장애분야 국제개발협력의 현재를 이해하기 위한 자료로서 주요 규범 및 실행계획을 다시 포함시켰음.

채택했다. 이 선언은 재난상황에서의 장애인의 생존 가능성과 회복력을 극대화하기 위한 재난준비(disaster preparedness) 과정에서 장애인을 적극적인 참여주체로 인식하고 있다. 아울러, 유니버설 디자인과 재난경감 관련 주요원칙을 세움으로써 국제적인 합의이행에서 보다 발전적인 장애포괄적 조치를 위한 중요한 역할을 한 것으로 평가받고 있다.

"새로운 도시의제(The New Urban Agenda)"는 도시거주 및 정착개발에서 장애인에 대한 고려 및 참여를 증진시키기 위한 다양한 조치와 정책을 장려한다. 특히, 장애인을 고려한 물리적 · 사회적 장벽제거를 위한 주거정책, 장애인의 필요와 잠재력을 고려한 채용 및 장애 분리된 데이터의 수집 등을 촉진한다. 2016년 5월 이스탄불에서 개최된 세계인도주의 정상회의의 경우, 장애포괄적 인도주의 활동에 관한 특별 세션을 통해 "장애포괄적 인도주의적 활동에 대한 헌장(the Charter on the Inclusion of Persons with Disabilities in Humanitarian Action)"을 발표하기도 했다.

3) 경제협력개발기구 개발원조위원회, 장애마커 개발 · 채택

경제협력개발기구(Organization for Economic Cooperation and Development: OECD, 이하 OECD) 개발원조위원회(Development Assistance Committee: DAC, 이하 DAC)의 재정통계개발 워킹그룹은 2018년 6월 장애인의 포용과 권한부여를 위한 장애정책마커(Disability Policy Marker)를 소개하였고, OECD는 2019년부터 장애정책마커를 모든 관련문서 보고양식에 적용할 것을 합의하였다. 이에 워킹그룹의 주요 참여 국가인 영국, 이탈리아, 오스트리아 3국의 공무원 및 전문가들을 중심으로 장애정책마커의 실질적인 사용을 위한 보고서작성지침 작성 등에 합의하여 관련초안을 작성하였고, 2019년 2월에서 워킹그룹의 다른 멤버들을 통해 피드백을 받았다. 현재 이 초안은 몇 번의 추가 검토가 예정되어 있으며 올해 9월 배포로 예정되어 있다.

DAC는 회원국들의 효과적이고 투명한 개발원조사업 수행 등 다양한 정책개발을 지원하기 위해 몇 가지 중요한 가이드라인을 제공하고 있다. 특히, 여성의 개발협력참여 증진과 권한강화 등을 위한 양성평등마커(Gender Equality Marker)나 '양성평등정책마커를 위한 새로운 최소 권고기준(New minimum recommended criteria for the DAC gender equality policy marker)'은 우리나라를 비롯한 많은 국가들이 정부가 지원하고 있는 ODA 사업들에 적용하여 활용하고 있다. 또한, 기후변화의 중요성을 인지하고 개발협력사업의 전 과정에서의 고려를 증진하기 위해 '기후변화핸드북 활용을 위한 리오 마커(Rio Markers for Climate Handbook)'가 개발되어 사용되고 있다. 아직 활발하게 적용되고 있진 않지만, 생물다양성(Biodiversity)이나 사막화(Desertification) 마커 또한 활용 중에 있다.

장애정책마커는 장애분야 국제개발협력사업 추진에 있어서 많은 변화를 가져올 것으로 보인

다. 첫째, DAC 회원국을 포함한 다양한 국제사회의 구성원들의 ODA 사업 추진 시, 장애인에 대한 포용과 권한부여를 위해 어떠한 고려와 기여를 하고 있는지에 대한 경과 및 결과를 확인할 수 있게 할 것이다. CRPD 제31조는 권리협약 이행에 있어 데이터 수집에 대한 필요성을 강조하고 있으며, SDGs 목표 17번 또한 비교 가능한 통계수집 및 활용을 강조하고 있다. 장애정책마커는 사업의 기획 단계부터 고려되어 사용될 것으로, 장애분야 성과관리에 긍정적인 변화를 가져올 것이다. 둘째, CRPD 이행에 대한 구체적인 경과 및 실적 측정이 가능할 것이다. 장애정책마커는 SDGs 달성을 위한 사업기획 및 모니터링 과정뿐만 아니라 CRPD 이행을 위한 국제사회, 국가 및 시민사회 차원의 다양한 활동을 측정하는데 사용할 수 있다. 장애 특정적 개발협력사업(Disability-specific development cooperation)은 물론, 장애포괄적 개발협력사업(Disability-inclusive development cooperation)을 통한 장애주류화(Disability mainstream)를 이루는데, 장애정책마커는 중요한 역할을 할 것으로 보인다.

<장애 마커 사용을 위한 핸드북 목차[8]>

1) 장애인의 포용과 권한부여(The Marker for the inclusion and empowerment of persons with disabilities)
   - 정의(Definition)
   - 자격기준(Eligibility Criteria)
   - 최소점수기준을 포함한 점수체계(Scoring System including minimum standards for scoring)
   - 모범사례(Best practice)
   - 데이터 사용 예(Example of data use)
   - 지속가능개발 목표와 인도적 지원 간 연계(Linkages with SDGs and UN document on humanitarian aid)
2) 마커의 효과적인 적용을 위한 권고들(Recommendations for the effective application of the marker)
   - 프로젝트/프로그램 대상 채점(Scoring of projects/programme)
   - 다른 종류의 지원에 대한 채점(Scoring of other types of aid)
   - 프로젝트 기획부터 데이터 리포팅 과정까지의 실행(Implementation from projects design to data reporting)
3) 마커사용을 위한 표, 주요 섹터 및 하위섹터를 위한 프로젝트 마킹 예시 포함(Indicative table for the marker, with examples of project marking for the main sectors/sub-sectors)

OECD DAC 회원국은 자국의 ODA 통계를 '통계보고시스템(Creditor Reporting System: CRS, 이하 CRS)'을 활용하여 제출하며 이에 기본적인 프로젝트 정보, 양자 · 다자 지원여부, 유 · 무상 구분, 프로젝트 설명 등을 포함한다. 특히, 동 시스템에서는 다양한 마커를 기입하는 절차도 있다. 현

8 http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DCD/DAC/STAT/RD(2019)1/RD1&docLanguage=En

재 우리나라에서 가장 활발히 사용되고 있는 젠터마커의 경우를 예로 들면, 우리정부가 CRS에 보고하는 모든 활동은, 성평등을 사업의 주요 목적으로 하는 경우 '주요목적(Principal Objectives, 이하 젠더마커 2점)', 성평등이 사업의 주요한 목적이나, 2차적인 목적인 경우는 '중요목적(Significant Objectives, 이하 젠더마커 1점)', 사업을 검토했으나 사업 목적이 성평등이 아닌 것으로 판명된 젠더 '미해당 사업(Not targeted, 이하 젠더마커 0점)'으로 분류된다. 만약 아직 미평가된 사업이라면 반드시 빈칸으로 비워놓음으로써, 젠더마커 0점 혹은 대답하지 않은 항목(null)과 차별하여 해석할 수 있게 한다.

장애정책마커의 실제 적용은 2019년 9월부터 시작될 것으로 예상된다. 2019년 8월 현 시점에서 검토되고 있는 장애정책마커 사용에 관한 가이드라인에는 장애정책마커의 사용에 관한 예시가 포함[9]되어 있는데, 이를 통해 장애마커가 어떻게 활용될 수 있는지 살펴볼 수 있다. 아래 예시에서 주의할 점은, 장애아동만을 위한 특수학교를 설립 지원하는 경우, SDGs 목표 및 CRPD 조항에서 강조하는 통합교육의 방향과 부합하지 않아 장애마커 0점을 받는다는 것이다.

<장애정책마커 예시>

1. 주요목적으로 분류되어 장애마커 2점을 받는 경우,
   - o CRPD 제24조가 다루고 있는 포용적 교육을 지원했다.
   - o 장애인을 포용하는 일자리 프로그램을 지원했다.
   - o 장애인의 취약성을 줄일 수 있는 보건 및 사회 프로젝트를 지원했다.
   - o 도시지역의 물리적 장벽을 없애는 프로젝트를 지원했다.

2. 중요목적으로 분류되어 장애마커 1점을 받는 경우,
   - o 장애인이 최대한 접근가능 한 사회기반시설을 만들거나 개선했다.
   - o 시각 · 청각 장애인들이 사용할 수 있는 형태의 문화 및 교육 자료를 보유한 지방 도서관 혹은 학교를 만들었다.
   - o 장애인을 포함한 사회통합프로젝트를 실시했다.

3. 미해당사업으로 분류되어 장애마커 0점을 받는 경우,
   - o 빈곤가정을 대상으로 기초서비스를 향상하기 위한 프로그램과 활동을 실시, 장애인은 보통 빈곤가정에 속해 있어서 고려는 하나, 특별히 그들을 포함하기 위한 장치나 활동을 마련하지 않았다.
   - o 장애아동을 위한 특수학교를 설립하기 위한 프로그램

9 http://www.oecd.org/officialdocuments/publicdisplaydocumentpdf/?cote=DCD/DAC/STAT(2018)39/REV1&docLanguage=En

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

3. 우리나라의 장애분야 국제협력 정책 및 주요 현황

1) 장애포괄적 개발협력 추진 현황 및 배경

2019년도 우리나라 ODA예산은 총 3조2천3억 원으로 전년도 대비 약 5% 증가(1,521억 원)하였고, 국민총소득(GNI)의 0.16% 규모로 확대되었다.[10] 우리 정부는 글로벌 가치에 부합하면서도 우리나라 대외정책과의 정합성을 제고하는 ODA 추진을 위해 첫째, 지속가능개발목표 이행 지원 강화 및 난민, 아동 등 취약계층 대상 인도적 지원을 확대하고, 둘째, 신남방 · 신북방 정책 및 일자리 정책과의 연계를 강화하며, 셋째, 시민사회 · 민간기업 등과의 협력을 확대하고, 넷째, ODA 전략수립, 사업의 연계 · 조정 및 점검 · 평가 · 환류 등 전 과정에서의 통합관리 강화를 주요 추진방향으로 설정했다.[11] 한국국제협력단을 포함, 총 41개 기관이 1,404개 사업을 추진한다. 이 중 신규로 추진되는 사업은 이집트 카이로 메트로 3호선 전동차 구매사업을 비롯하여 총 575건으로 전체에서 39.1%를 차지한다. 지역별로 보면, 전체 예산의 39%를 아시아에, 20.6%를 아프리카에 투입한다. 분야별로는 교통(14.5%), 보건(12.6%), 교육(10.2%) 순으로 우선순위를 가진다.[12]

● **TABLE 01** 2013~2019 우리정부의 ODA 실적 1

구분	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
총ODA(십억원)	1,921.4	1,955.2	2,166.9	2,606.9	2,488.9	3,048.2	3,200.3
양자간원조 비중(%)	1,433.4 (74.6)	1,469.8 (75.2)	1,661.7 (76.7)	1,797.2 (68.9)	1,826.0 (73.4)	2,387.7 (78.3)	2,493.8 (77.9)
무상원조 비중(%)	885.5 (61.8)	930.5 (63.3)	1,016.0 (61.6)	1143.2 (63.6)	1,169.0 (64.0)	1,329.6 (55.7)	1,352.6 (54.2)
유상원조 비중(%)	547.9 (38.2)	539.3 (36.7)	633.8 (38.4)	654.0 (36.4)	657.0 (36.0)	1,058.1 (44.3)	1,141.2 (45.8)
다자간원조 비중(%)	487.9 (25.4)	485.4 (24.8)	512.2 (23.7)	809.7 (31.1)	662.9 (26.6)	660.5 (21.7)	706.5 (22.1)

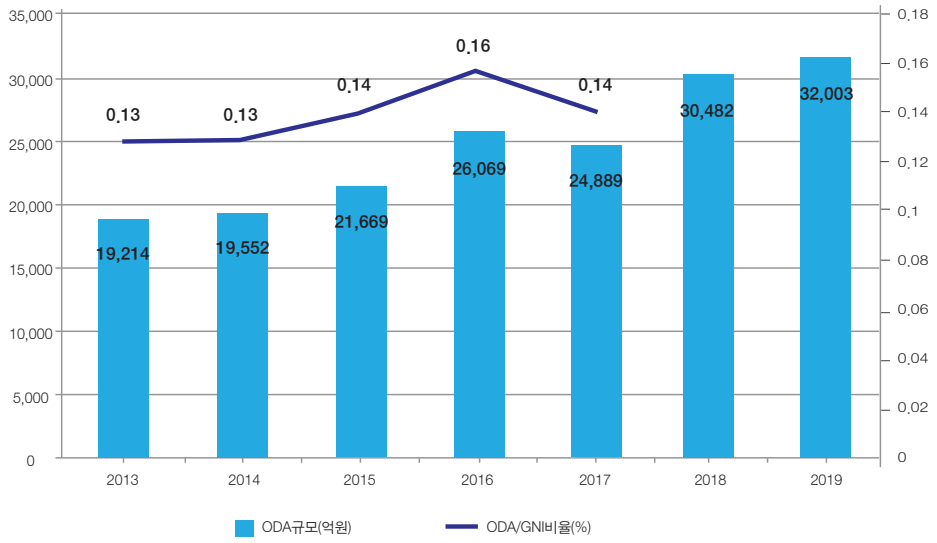
출처 : 2019년 국제개발협력 종합시행계획

10 2019년 1월 개최되었던 제32차 국제개발협력위원회에서는 우리나라의 ODA예산규모를 2030년까지 GNI의 0.3%까지 확대하겠다는 계획도 발표되었다.

11 2019년 국제개발협력 종합시행계획 pp. 6.~7.

12 참고로 2018년에는 교통(14.6%), 보건(11.4%), 공공행정(10.1%), 교육(9.6%) 순이었다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr



[그림 1] 2013~2019 우리정부의 ODA 실적 2

출처 : 2019년 국제개발협력 종합시행계획

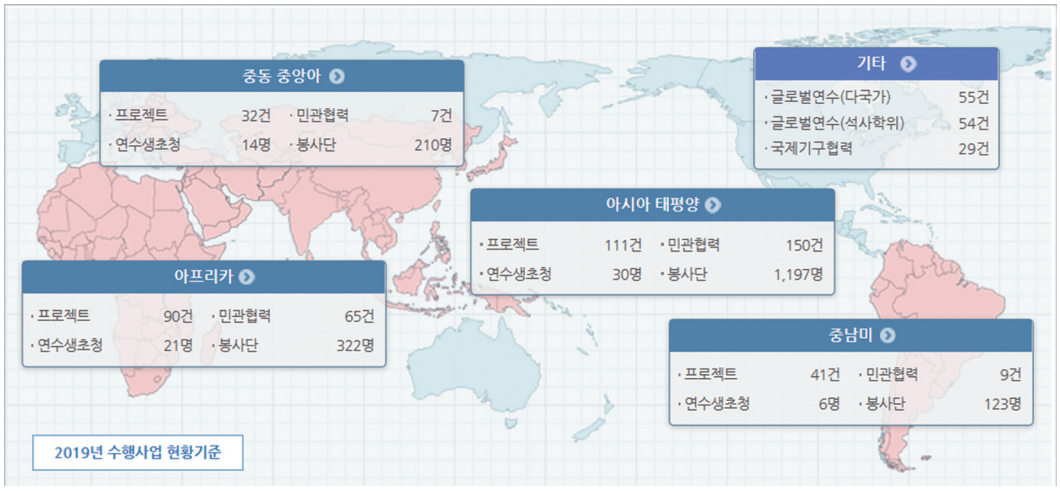
한국의 대표적인 대외무상원조기관인 한국국제협력단(Korea International Cooperation Agency: KOICA)은 우리나라와 개발도상국가와의 우호협력관계 및 상호협력을 증진하고 이들 국가들의 경제사회발전 지원을 통해 국제협력의 증진에 기여하기 위한 목적으로 설립되었다. 1991년 한국국제협력단법에 의해 설립했을 당시 174억 원이었던 예산이 2019년도에는 8,602억 원[13]으로 약 49배가 늘어났다. 2018년 예산기준으로 KOICA는 우리나라 전체 ODA 예산의 약 26%, 전체 무상 ODA 예산의 60% 를 집행했다.

KOICA의 사업형태는 크게 국가별 협력사업과 글로벌 협력사업으로 구분할 수 있다. 국가별 협력사업의 경우 원조사업의 효과성 증진 및 체계적 관리 등을 위해 국별협력전략(Country Partnership Strategy: CPS) 및 중기전략을 수립하며, 글로벌 사업의 경우 봉사단파견, 민관협력, 국제기구 협력사업 등 해당 사업형태별 원칙과 전략에 따라 사업을 추진 중에 있다.

KOICA는 Post-2015 개발 의제에 관한 국제 논의동향과 접근방향을 고려하고, 지속가능개발목표 달성과 국가별협력전략 등을 고려하여 2016-2020년까지의 중기전략을 수립하였다. 동 전략은 5개의 중점분야(교육, 보건, 공공행정, 농촌개발, 기술환경에너지) 및 3개의 범분야(성평등, 기후변화대응, 과학기술혁신)의 전략을 수립하면서 협력국의 경제 · 사회 · 범분야 관련 이슈 및 대내외적 환경변화와 시대적 요구 등을 다각적으로 반영하기 위해 노력한 것으로 보인다.

13 코이카 자체수입, 출연금, 보조금, 수탁사업비, 이월사업비의 합으로 기금을 제외한 예산임.

중기전략 외에도 KOICA는 장애포괄적 국제개발협력 활성화를 위해 2017년 2월 '장애포괄적 개발협력 추진방안 연구' 보고서와 동 연구를 통해 제안되었던 '장애포괄적 개발협력사업 가이드라인'을 공개했다. 연구 보고서의 경우, 장애포괄적 국제개발협력의 근거 및 국내외 현황을 정리하고 이를 통해 KOICA의 장애포괄적 국제개발협력을 위한 정책 프레임워크를 제안하고 있으며, 가이드라인은 장애특정적사업과 장애포괄적사업 추진 시 사업 단계별로 점검해야 할 주요사항을 구체적으로 제시하여 KOICA를 비롯하여 장애분야 사업을 추진 중이거나 관심 있는 학계, 시민사회 등 다양한 이해관계자에게 유용한 정보를 제공한다.[14]



[그림 2] 2019년 한국국제협력단 수행사업 현황

KOICA는 프로젝트형성사업, 국내초청연수, 월드프렌즈 봉사단파견 및 민관협력사업의 형태로 장애 특정적 사업을 추진 해 왔다. 국가별 협력사업으로 특수학교 건립 사업 2건, 재활센터 건립사업 1건, 실명 예방 및 안보건 관련 치료역량 강화사업 1건을 추진했으며, 글로벌 초청연수의 경우 2012년도에 '방글라데시 자폐스펙트럼 장애아 진단 및 치료역량 강화과정'을 시작으로 2016년까지 총 10건이 수행되었다. 또한 월드프렌즈 봉사단사업을 통해 2016년 말 기준으로 사회복지 분야에서 총 31개국 244명, 특수교육 분야에서 24개국 101명이 파견되었다. 장애관련 민관협력사업의 경우 2011년도 '케냐 보건예방교육 및 의료지원을 통한 장애발생 감소 및 소외계층 치료교육을 통한 권한부여 강화사업' 등 3건이 수행된 이래로 2015년에는 7건, 2016에는 6건이 추진되었다.

14 2017년 장애인백서 재인용.

● TABLE 02 한국국제협력단의 장애분야 ODA 사업 추진 주요 실적(2012-2017)-(프로젝트사업) 2국 2건

연번	사업명	사업기간	규모(만불)
1	요르단 청각장애 특수학교 건립사업	'14-'17	520
2	방글라데시 안질환예방 및 치료역량 강화사업	'14-'20	850

● TABLE 03 한국국제협력단의 장애분야 ODA 사업 추진 주요 실적(2012-2017)-(국내초청연수) 12과정 179명

연번	사업명	연도	인원(명)	연수기관
1	방글라데시 자폐스펙트럼 장애아 진단 및 치료역량 강화과정	'12	12	한국보건복지인력개발원
2	스리랑카 장애인 직업훈련 전문가 양성과정	'13	12	한국장애인고용공단
3	방글라 자폐스펙트럼 장애아 진단 및 치료 역량 강화	'14	15	보건복지인력개발원
4	스리랑카 장애인 직업훈련 전문가 양성과정	'14	14	한국장애인고용공단
5	우즈베키스탄 장애인정책 역량강화	'14	14	한국장애인개발원
6	몽골 사회복지 서비스	'14	15	국제여성가족교류재단
7	방글라데시 자폐스펙트럼 장애아 진단 및 치료 역량 강화	'15	15	한국보건복지인력개발원
8	스리랑카 장애인 직업훈련 전문가 양성과정	'15	15	한국장애인고용공단
9	방글라데시 자폐스펙트럼 장애아 진단 및 치료역량 강화과정(2차)	'16	15	한국보건복지인력개발원
10	필리핀 장애아동 대상 특수교육 및 직업훈련 전문가 양성과정	'16	20	순천향대학교
11	스리랑카 특수교육 교사 역량강화	'17	20	순천향대학교산학협력단
12	한-싱 공동연수-장애인정책역량강화 과정	'17	12	한국장애인개발원

● TABLE 04 한국국제협력단의 장애분야 ODA 사업 추진 주요 실적(2012-2017)-(민관협력사업) 15건 368.4만불

연번	사업명	사업기간	규모(만불)
1	베트남 광찌성 장애아동 재활치료 소외 감소 및 삶의 질 개선	'12~'14	35
2	캄보디아 권리와 자립에 기반한 지체장애인 자력화 프로그램	'14~'16	69
3	베트남 하노이 빈곤층 장애인재활 및 사회통합 지원 사업	'12	8.5
4	장애인의 자립생활 활성화를 위한 베트남 호치민 "장애인 이동지원 센터" 서비스 사업	'13~'14	6.4
5	베트남 장애여성 이동 보장구 지원 및 역량강화 사업	'13	4
6	말라위 은코마지역 장애인 지원사업	'14~'15	8
7	베트남 하노이 지역 장애인을 위한 정보격차 해소 지원 환경 구축	'13~'14	9.8
8	권리와 자립에 기반한 지체장애인 자력화(Empowerment) 프로그램	`14~`16	69
9	스리랑카 모네라갈라 지역 장애인 정보활용 능력배양 및 경제적 무기력 해소를 위한 장애인 정보교육센터 운영	`15	9
10	네팔 카투만두에 거주하는 시각장애인의 기초재활 및 직업재활 교육사업	'15	9.7
11	네팔 척수장애인의 사회복귀 프로그램 'Back to the Community in Nepal'	'14~`15	10
12	제 3세계 시각장애인을 위한 저가형 점자 모듈 및 교육 컨텐츠 개발	`15~`16	22
13	말라위 장애인 재활복지	'15	19
14	콜롬비아 시각장애인의 점자학습을 위한 초소형 점자사전기기 개발	'17~'19	26
15	개도국 장애인지원 (아태지역장애인 지원을 위한 인천전략기금사업)	'17	63

● TABLE 05 한국국제협력단의 장애분야 ODA 사업 추진 주요 실적(2012-2017)-(소규모무상원조) 6건, 63.2만불

연번	사업명	사업기간	규모 (만불)
1	통가 외교적 목적의 소규모 물자지원(장애인 재활기구)	'12	12.5
2	장애인올림픽위원회 지원사업	'15	8.8
3	앤티가바부다장애인이동용차량지원사업	'15	19
4	장애아동 지원센터 물자지원	'15	9.8
5	앤티가바부다 시각장애인용 의료장비 지원 * 당초 장애인용 버스 지원으로 신청했으나 변경	'16	7.0
6	망고트리(장애인 재활기관) 차량 및 태양열 전지판 지원	'17	6.1

2) 유엔장애인권리협약 2 · 3차 국가보고서 작성 · 제출

우리정부는 2019년 3월, 유엔장애인권리협약의 국내 · 외 이행경과를 기록한 제2 · 3차 병합 국가보고서를 유엔장애인권리위원회에 제출했다. 이는 권리협약 제35조에 근거한 것으로, 협약을 비준한 당사국은 협약의 국내 발효 후 2년 내에 협약의 이행사항에 관해 1차 국가보고서를 제출하고, 이후 2차 국가보고서 부터는 4년마다 제출해야 한다. 우리 정부는 지난 2011년 1차 보고서를 제출하였으나, 위원회 일정 등의 이유로 2014년에 1차 심사를 받게 되었으며, 그 해 권리위원회의 결정에 따라 2차와 3차 보고서는 병합보고서 형태로 제출을 요청받았다.

병합보고서 작성과 제출을 위해 우리 정부는 한국장애인개발원 및 다양한 영역의 장애전문가와 협력하여 초안을 마련했으며, 이후 2018년 11월 관계부처 회의, 2018년 12월 공개토론회를 개최하여 내용을 보완하였다. 이후 2019년 1월, 장애인정책조정위원회 심의를 거쳤으며, 같은 해 2월에는 국가인권위원회의 의견 또한 보고서에 반영하여 2019년 3월 8일 유엔에 최종 제출했다.

동 보고서는 지난 1차 국가보고서 심의 후 우리정부에 공유되었던 권고사항과 2018년 상반기 개최되었던 장애인권리위원회 제19차 회의에서 채택된 쟁점목록[15]을 중심으로 지난 4년간 정부의 장애인 권리 증진을 위한 노력과 성과를 드러낼 수 있는 내용으로 구성되어 있다. 정부가 강조하는 몇 가지 주요성과부분을 표로 정리하면 아래와 같다.

15 장애에 대한 인권적 접근법과 조화, 장애등급 판정제도 검토 등 총 34개 항목으로 구성

● TABLE 06 제2 · 3차 국가보고서 주요 내용 및 성과

구분	주요 내용 및 성과
존엄성, 개인의 자율성 및 자립에 대한 존중	장애등급제를 단계적으로 폐지하고, 「정신건강복지법」 시행에 따라 정신질환자에 대한 복지서비스 제공 근거를 마련
비차별	장애인의 잔존의사능력과 자기결정권을 최대한 존중하며 의사결정을 탄력적으로 지원하는 후견제도를 도입
사회참여 및 통합	선거 정보 안내 및 투표 편의를 제공하고 올림픽 및 패럴림픽 기간 동안 장애인 편의증진 서비스 시행
인식제고	장애인식개선교육 의무대상기관을 국가, 지자체, 공공기관, 각 급 학교 및 모든 사업장으로 확대하고 인식개선교육 콘텐츠 개발위한 노력 경주
기회의 균등	특수학교 신·증설, 장애인 의무 고용률 상향 조정 등을 통해 교육·직업 영역에서 최소한의 기회 보장
접근성	특별교통수단 도입, 신축 공공 건출물 BF인증 의무화, 웹 접근성 준수 등을 통해 물리적 접근성 향상
장애여성 및 장애아동	장애여성의 출산비용 지원(100만원), 가정폭력, 성폭력 예방 및 피해자 지원, 장애아보육·교육 시설 확충 등 발달장애인 평생 케어 종합대책 수립 시행
통계, 국제협력 및 권리협약 이행	아태지역 장애통계구축 지원 사업을 통해 국제사회의 실효성 있는 장애정책 이행을 위한 기반 구축

정부는 이러한 성과와 함께 협약의 주요 내용을 이행하기 위한 몇 가지 주요한 계획을 발표 한 바, 내용을 살펴보면, 첫째, 개인 · 집단 진정 및 유엔장애인권리위원회의 직권조사권을 주요내용으로 하는 선택의정서를 비준하기 위해 추진하고, 둘째, 정신건강복지법 적용 대상인 정신장애인에 대한 복지사각지대가 발생하지 않도록 다각적 방안을 검토하며, 셋째, 범적능력의 행사가 남용되지 않도록 성년후견제도의 운영상의 문제점 등을 지속적인 모니터링 등을 통해 개선해 나갈 것이며, 넷째, 현재 유보조항인 협약 제25조 e항[16] 에 대해 관련부처 협의 등을 통해 유보철회를 검토하겠다는 내용이 포함되어 있다.

병합보고서에도 권리협약 제32조 국제협력관련 우리정부의 노력이 포함되어 있다. 특히, 인천전략기금운영사무국을 맡고 있는 한국장애인개발원의 다양한 사업들의 주요성과가 아래와 같이 정리되어 있다(보건복지부 · 한국장애인개발원, 2018).

16 협약 제25조 e항은 생명보험 제공 시 장애인 차별금지에 관한 것으로, 우리정부는 협약 비준 당시인 2008년에는 「상법」 제732조에서 정신장애인의 생명보험 가입을 전면금지하고 있어 해당조항을 유보했으나, 이후 동 조항이 '의사능력 있는 정신장애인의 생명보험 가입 허용'으로 개정됨.

● TABLE 07 장애통계 구축사업 주요 실적

구 분	실적	예산 (USD)	지원국
사업준비(2011년 9월부터 2014년 1월)		540,000	
1차년도(2014년 2월부터 2015년 1월)	1개국	248,600	방글라데시
2차년도(2015년 2월부터 2016년 2월	6개국	363,402	몽골, 필리핀, 태국, 베트남, 마셜제도, 캄보디아
3차년도(2016년 3월부터 2017년 2월)	3개국	341,116	부탄, 인도네시아, 조지아
4차년도(201년 3월부터 2018년 현재)	7개국	421,668	인도, 미얀마, 키르기스스탄, 미크로네시아, 파키스탄, 아제르바이잔, 스리랑카
합 계	17개국	1,914,786	

● TABLE 08 인천전략 이행 가속화를 위한 관련 사업 지원

구분	주요 내용
1차 (2014년 2월부터 2015년 1월)	1차 워킹그룹회의 지원 인천전략 easy-to-understand 버전 및 포켓버전 출간 등
2차 (2015년 2월부터 2016년 2월)	2차 워킹그룹회의 지원 장애포괄적회의 가이드라인 편찬 Disability At a Glance 2015 편찬 장애청소년, 장애의 경제적 비용, 장애여성 폭력에 대한 연구 등
3차 (2016년 3월부터 2017년 2월)	3차 워킹그룹회의 지원 인천전략 중간평가 준비 등
4차 (2017년 3월부터 2018년 5월)	4차 워킹그룹회의 지원 인천전략 중간평가 고위급회의 지원 "아태지역 장애포괄적 사회건설" 책자 발간 등
사업연장 (2018년 6월부터 2018년 12월)	이해관계자 워크숍 개최 최종평가 가이드북 발간 프로젝트 평가

4. 전망과 과제

'득시무태(得時無怠)'는 '좋은 때를 얻으면 태만함 없이 근면하여 기회를 놓치지 말라'는 뜻의 사자성어이다. 최근 몇 년간 장애분야 국제협력에 관한 국내·외 변화를 관찰하면서 많은 기대도 했고, 또한 걱정도 되었다. 따라서 조급함도 생겼다. 2019년 8월 기준, 장애인권리협약을 비준한 국가도 178개국이 되었다. 권리협약이 유엔총회를 통해 채택된 지 13년만이다. 2015년 9월, 전 세계 193개 유엔회원국의 정상들이 SDGs를 채택했을 때 국제장애연맹(International Disability Alliance: IDA)을 포함한 국내·외 장애계는 환영의 뜻을 밝혔다. 아쉽고, 부족한 면이 있지만, 장애를 개발의 문제로 인식하고, 장애인을 개발의 수혜자가 아닌 행동의 주체로 인식하며, 그들의 참여와 포용을 강조하는 SDGs는 장애인의 삶의 질 향상을 위한 훌륭한 전환점을 마련한 것이라 볼 수 있다.

장애를 개발의 주요 이슈이자 의제로 인지하고 적절한 개입을 요구하는 정책적 도구가 마련되었고, HLPF 개최나 자발적국가보고서 제출·검토 등의 제도적 장치가 마련되어 구체적인 성과를 주기적으로 측정할 수 있게 되었다. 워싱턴그룹의 장애통계 프로젝트를 도입한 국가들도 빠르게 증가하고 있으며,[17] 우리정부도 유엔에스캅과 함께 아태지역 국가들의 장애통계구축을 성공적으로 지원하고 있다. 국제사회는 SDGs와 CRPD 이행에서 접점을 찾기 위해 노력하였고, 일정부분 중요한 성과도 마련할 수 있었다.[18] 이러한 분위기에서 OECD 개발원조위원회가 개발한 장애정책마커는 개발협력사업의 장애포용성을 측정하고 개선하기 위한 매우 중요한 도구로 활용될 것이다. 경영학의 대가인 피터 드러커(Peter Drucker)의 '측정할 수 없는 것은 관리할 수 없고, 관리할 수 없으면 개선할 수 없다' 는 명언은 그의 사후에도 여전히 살아 숨 쉬고 있다.

국내로 눈을 돌리면 희망과 절망이 공존한다. 국제개발기본법 개정을 통해 우리정부의 ODA 주요 목표 및 대상에 장애인을 포함하였고, 2015년부터 2020년까지 우리나라 ODA의 기본방향을 정한 제2차 국제개발협력 기본계획에도 양성평등 및 아동·여성·장애인 등 취약계층을 배려하여 우리의 비교우위가 확인된 분야를 중점 지원한다는 전략이 담겨있다. 이러한 중기 전략을 근거로 2017년 한국국제협력단이 발행한 '장애포괄적 개발협력사업 가이드라인'은 장애특정적사업과 장애포괄적 사업 추진 시 사업 단계별로 점검해야 할 주요 내용을 구체적으로 제시하여 장애분야 국제개발협력에 관심을 가진 다양한 이해관계자들에게 유용한 정보와 기술을 제공하고 있다. 하지만, 지난 2년간 한국국제협력단을 포함한 국내 기관/단체의 장애분야 국제협력 성과 및 실적

17 최소한 130개 이상의 정부 통계관계자가 워싱턴 그룹의 연례회의에 참석했다.
http://www.washingtongroup-disability.com/frequently-asked-questions/

18 2017년 장애인백서 중 SDGs와 CRPD와의 관계와 특징을 정리한 부분을 참고하면 좋겠다.

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

은 다소 아쉬움이 남는다.

인천전략도 중반기를 넘어 어느덧 종료를 3년 정도 남겨놓고 있다. 아·태지역에 거주하는 6억 9천만 장애인의 권리실천을 위한 '유엔 주도의 장애특정적 개발계획'을 우리정부가 주도하고 있다는 것은 막중한 책임감을 요구한다. 국제사회에서 한국의 위상 제고도 중요하지만, 그보다 중요한 것은 매일의 일상에서 여전히 차별받고, 소외당하고, 목소리를 낼 수 없는 장애인 당사자의 삶, 우리의 최소한의 개입을 통한 그들 삶의 긍정적 변화일 것이다. 정책개발과 실천전략을 세우는 것, 그 자체는 어떤 것도 변화시킬 수 없다는 것을 우리는 잘 알고 있다. 우리에게 '지금' 무엇이 필요한지, 우리는 이미 그 답을 알고 있다.

참고문헌

연세대학교(2016). 장애분야 국제지원사업 중장기 계획 개발.

외교부(2016). 2016년~2020년 분야별 기본계획(안).

유경민 · 권순지 · 임수경(2018). 유엔장애인권리협약 국가보고서 (2, 3차 병합) 작성을 위한 연구. 보건복지부 · 한국장애인개발원.

한국국제협력단 (2017). 지속가능발전목표 전략과 이행 국제사회의 논의동향 자료집.

_____(2017). 장애포괄적 개발협력 추진방안 연구.

_____(2017). 장애포괄적 개발협력사업 가이드라인.

_____(2017). KOICA 분야별 중기전략 2016-2020.

한국장애인개발원 (2010). 2010 장애인백서.

_____(2013). 2013 장애인백서.

_____(2015). 2015 장애인백서.

_____(2017). 2017 장애인백서.

UNESCAP(2019). "Closing the Gap: Empowerment and Inclusion in Asia and the Pacific" at https://www.unescap.org/sites/default/files/publications/SDD-Closing-the-Gap-report-v8-7-E.pdf

http://www.washingtongroup-disability.com/frequently-asked-questions

http://www.internationaldisabilityalliance.org/summit

03

UN 장애인권리협약*

(UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities, UNCRPD)

1. 인권과 국제인권법[1]

1) 인권의 특성

인권이란 각 개인이 오로지 인간이라는 이유 하나만으로 모든 사람들과 국가들을 향하여 주장할 수 있는 권리로서 어떤 국가나 법체계가 권리로 인정하는가와 상관없이 각자에게 인정되는 실정법 이전의 권리를 의미한다. 이처럼, 인권이란 실정법 이전의 권리이기는 하지만 그 내용을 인간과 조직, 사회, 국가 등이 존중하여야 할 의무를 지니는 것으로 도덕적 권리의 일종에 해당한다(국가인권위원회, 2010).

국제인권 및 국제인권제도(2013)에서는 인권에 대해 보편적으로 합의된 정의가 없기에 인권이 무엇인지 명확히 정의내리기는 어렵다고 했다. 인권을 한마디로 정의내리기 보다 '인간성의 근본 또는 기초를 이루는 것', '요구나 요청에 의하지 아니한 주어진 권리', '모든 인간이 공통적으로 갖고 있는 것'이라고 설명할 수 있다. 인간이란 무엇이고 진정 인간적인 삶을 살기 위해 필요한 것은 무엇인지, 즉 인간의 존엄성에 기인한 개개인의 필수적인 권리를 법률적으로 표현하려는 노력의 결과물이 '인권'인 것이다. 인권은 인간을 단순한 부분의 집합이 아닌 완전한 하나의 사람으로 보고, 인간성 및 인간의 존재에 대한 모든 측면을 포괄하는 개념인 것이다.

* 유경민(한국장애인개발원 정책연구실 연구기획팀장)

1 본 장은 국가인권위원회에서 2013년도 발행한 '국제인권 및 국제인권제도-국가인권기구 매뉴얼'을 기반하여 재인용 및 재구성

1993년 오스트리아 빈에서 개최된 제2차 세계인권회의에서는 인권의 특성에 대한 명확한 합의가 도출되었으며 비엔나선언 및 행동계획은 인권의 특성을 다음과 같이 정의하고 있다. 이는 인권과 기본적 자유는 모든 인간이 태어나면서 부여 받은 권리(천부인권, 양도불가성)이다. 모든 인권은 보편성, 불가분성, 상호의존성 및 상호연관성을 갖는다는 것이다. 인권의 개별적 특성을 살펴보면 다음 표와 같다.

● TABLE 01 인권의 필수적 특성

구분	주요내용
① 천부인권	인권이 개개인의 인간성에서 출발함을 의미함. 인권은 모든 인간이 태어나면서 부여 받는 권리이며 정부가 부여, 기증 또는 양허할 수 있는 대상이 아님. 인권은 인간성의 일부를 구성하는 내재적인 천부인권이기 때문에 누구에게나 받을 수도, 뺏길 수도 없는 것임. 정부는 인권을 부여할 수도 말살할 수도 없으며 단지 인권을 존중하고 보호하거나 또는 반대로 침해할 뿐임
② 양도불가성	인권은 포기할 수 있는 권리가 아님을 의미함. 사람은 어떤 권리에 대해서 특정한 경우에 한해 또는 전적으로 그 권리를 행사하지 않겠다고 스스로 결정을 내릴 수 있지만 그 권리 자체를 포기할 수 있는 것은 아님
③ 보편성	모든 인간이 동일한 인권을 갖는다는 의미임. 인권은 모든 사람이 갖고 있는 권리이며 인종, 피부색, 성별, 언어, 종교, 정치적 성향, 국적, 사회적 지위, 재산, 출생 등 그 어떤 기준으로도 차별할 없음(세계인권선언)
④ 불가분성	권리들 간에 상호 충동이 생긴다거나 우선순위가 존재하지 않는다는 뜻임. 인권이란 포괄적, 통합적인 하나의 권리이기 때문에 세부적으로 분류할 수도, 그 중에 우선순위를 매길 수도 없음. 인권은 인간을 부분이 아닌 하나의 완전한 통합적 존재로 인정하기 때문임
⑤ 상호의존성	어떠한 권리를 향유하고 충족하기 위해서는 다른 권리도 향유 및 충족되어야 함을 말함. 다양한 권리들 중 하나를 누리기 위해 다른 권리가 충족되어야 하는 상호의존성을 갖고 있음

출처 : 국가인권위원회(2013). 국제인권 및 국제인권제도(재구성)

2) 국제인권법

국제법이란 국가의 행위와 국가 간의 관계를 통제하는 법을 말한다. 국제법을 형성하는 기본 토대는 국가 간의 합의(조약)와 관습이다(국가인권위원회, 2013). 또한 실정법 이전의 도덕적 차원의 권리인 인권을 국제사회에서 하나의 조약으로 구체화 시키고 있는 것이 국제인권조약이다. 국제법에 대한 이해의 범위가 확장되고 발전되면서 국제인권조약은 당해 조약이 규정하고 있는 권리가 개인 등에 의하여 행사되도록 의도된 국가 간의 명시적 합의로서 인권 보장에 중요한 기능을 담당하게 되었다. 이에, 국제인권조약이 개인 등에게 권리를 부여하였다는 것은 개인이 관련 당사국 내에서 국제인권을 행사함을 의미하며, 인권의 침해로부터 구제받을 수 있음을 의미한다(국가인권위원회, 2010).

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

조약이란 국가 간에 서로 준수해야 할 법적 의무를 명시해 놓은 것으로서 국가 간 협상을 거쳐 체결된다. 조약은 '가입' 또는 '비준' 절차를 통해 조약 당사국이 된 국가들에 한해 효력을 갖는다. 가입(Accession)은 단일절차로서 조약에 '가입'하는 국가는 조약의 의무를 수용하고 당사국이 된다. 비준(Ratification)은 '서명 + 비준'으로 구성된 2단계 절차 중 두 번째 단계에 해당한다. 조약의 '서명'은 향후 특정 시점에 조약 당사국이 될 것이며 그 이전에 조약의 이행을 저해하는 행위는 하지 않는다는 의사를 표시하는 것이다. 이후 조약을 '비준'함으로써 국가는 조약의 의무를 수용하고 당사국으로서 조약의 법적 구속을 받게 된다. 이는 당사국이 된 국가들에게 법적 의무를 부여하는 '경성법'인 것이다. 조약은 가입 또는 비준을 통해 조약 당사국이 된 국가에게만 효력을 발휘하고 조약의 의무 역시 당사국들 사이에서만 유효할 뿐 조약에 가입하지 않은 국가와는 어떠한 법적 의무도 발생하지 않는다.

세계인권선언은 "인류의 양심을 분노케 만든" 문화와 관행에 대한 반작용으로 권리의 법제화가 이루어졌다고 언급하고 있다. 국제법의 태동은 수세기 전으로 거슬러 올라가지만 국제인권법이 최초로 등장한 시점은 19세기로서 당시 반인륜적 사건들에 대한 대응으로써 시발된 것이었다. 19세기 상반기, 노예무역의 잔혹성을 비난하는 목소리가 전 세계에 확산되었고 이를 계기로 노예제도 철폐를 위한 국제적 기준이 제정되었다. 19세기 하반기에는 국제인도법이 제정되었는데 이는 1950년대 북부 이탈리아에서 발생했던 끔찍한 전쟁이 계기가 되었다. 20세기에는 전쟁수행, 민간인, 전쟁포로, 전쟁부상자의 처우 등 전달과 관련된 다양한 국제조약들이 체결되었다. 1차 세계대전은 대규모 살상과 파괴를 가져왔으며, 그 결과 국제연맹, 국제노동기구 등 최초의 국제기구들이 등장하였다. 아동 및 소수그룹의 인권문제 해결을 위한 선언문, 조약도 처음으로 채택되었다. 제2차 세계대전에서 독일과 일본은 유럽, 동아시아, 동남아시아 등지에서 집단학살, 전쟁범죄 및 반인륜적 범죄를 저질렀다. 이를 계기로 국제사회는 그 같은 행위가 다시는 반복되지 않도록 국제법 제도를 구축하자는 강력한 의지를 결집하였다. 이러한 역사적 사전들을 계기로 국제연맹보다 더욱 강력한 후속기구로서 국제연합(UN)이 출범하였다. 국제연맹의 규약에는 인권이 전혀 언급되지 않은 반면 UN 헌장은 평화, 개발, 인권을 3대 핵심 축으로 천명하여 국제연맹과의 차이를 보였다. UN은 인권증진을 핵심 목표 중 하나로 정하고 세계인권선언을 시작으로 인권의 증진과 보호를 위한 국제법을 논의하고 채택하였다(국가인권위원회, 2013).

3) 조약에 기반한 제도

선언문은 단지 설득적인 효과만 갖고 있는 반면 조약은 국제법상에서 법적 구속력을 갖는다. 조약은 국가 간 합의로 체결되고 구속력이 있는 국제법에 해당한다. 조약에는 당사국들이 이행해야 할 의무와 권리가 명시되어 있고, 헌장(Charter), 규약(Covenant), 협약(Convention), 선택의정서(Optional protocol), 협정(Agreement), 규정(Statute), 조약(Treaty) 등 여러 가지 명칭으로 불린다. 조약 당사국은 조약에 따른 의무 중에서 일부를 유보할 수 있는 제한적인 권리가 있다. 가입 또는 비준 이전에 국가는 조약 내에 특정한 조항을 거부하거나 자국에 대한 법적 구속력을 인정하지 않는다면 유보의견을 제시할 수 있다.

UN에서 협상 및 승인된 인권관련 9개의 핵심 인권조약으로 경제적 · 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제규약(A규약)(ICESCR, 1966년), 시민적, 정치적 권리에 관한 국제 규약(B규약)(ICCPR, 1966년), 모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약(ICERD, 1965년), 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약(CEDAW, 1979년), 고문 및 그 밖의 잔혹한, 비인도적인 또는 굴욕적 대우나 처벌의 방지에 관한 협약(CAT, 1984년), 아동의 권리에 관한 협약(CRC, 1989년), 모든 이주 노동자와 그 가족의 권리 보호에 관한 국제협약(ICRMW, 1990년), 장애인의 권리에 관한 협약(CRPD, 2006년), 강제 실종으로부터 모든 사람을 보호하기 위한 국제협약(CPED, 2006년)이다.

● TABLE 02 주요 국제인권협약문

협약명	가입서/비준서 기탁일	발효일
시민적 · 정치적 권리규약(B규약)	1990.4.10	1990.7.10
- 제1선택의정서[개인진정]	1990.4.10	1990.7.10
- 제2선택의정서[사형제 폐지]	미가입	
경제적 · 사회적 · 문화적 권리규약(A규약)	1990.4.10	1990.7.10
- 선택의정서	미가입	
인종차별철폐협약	1978.12.5	1979.1.4
여성차별철폐협약	1984.12.27	1985.1.26
- 선택의정서	2006.10.18	2007.1.18
고문방지협약	1995.1.9	1995.2.8
- 선택의정서	미가입	
아동권리협약	1991.11.20	1991.12.20
- 제1선택의정서[아동의 무력충돌 참여]	2004.9.24	2004.10.24
- 제2선택의정서[아동매매 · 성매매 · 음란물]	2004.9.24	2004.10.24
- 제3선택의정서[개인진정]	미가입	
장애인권리협약	2008.12.11	2009.1.10
- 선택의정서	미가입	
이주노동자권리협약	미가입	
강제실종협약	미가입	

출처 : 외교부 홈페이지(http://www.mofa.go.kr/www/wpge/m_3996/contents.do)

조약 당사국의 의무 이행을 증진하기 위하여 각 조약의 감시기구를 두고 있다. 조약 감시기구는 정치적인 기구가 아닌 법적, 기술적 기구이며, 무보수, 명예직의 개인자격으로 활동하는 독립적 인권전문가들로 구성되어 있다. 이들은 국가를 대표하는 것이 아니므로, 정부나 그 누구로부터도 지시를 받지 않는다. 조약 감시기구 회원은 조약 당사국들이 선출하고, 구성원 전원을 동시에 교체하는 것이 아니라 일부씩 순차적으로 선출/교체한다. 조약 감시기구의 회원은 임기가 4년이고 전체 회원 중 절반을 2년에 한 번씩 선출한다. 회원은 자격요건이 있는데, 일반적으로 높은 도덕성을 갖추고 특정 인권분야에서 공인된 능력을 갖고 있어야 한다(국가인권위원회, 2013). 2018년 6월 12일부터 뉴욕에서 개최되는 장애인권리협약 당사국 회의에서 차기 위원에 대한 선거가 진행되었으며, 우리나라의 경우 김형식 위원 임기만료(2018.12.31.)로 현재 김미연 위원이 선출되었다. 조약 모터니링 회원 수는 10~23명으로 각기 다르고 2~3주간의 세션을 연 2~3회 개최한다. 그 중 장애인권리위원회는 다음 표와 같다.

● TABLE 03 장애인권리협약의 감시기구

감시기구	조약명	선택의정서	설립연도	회원수	보조주기	세션
장애인 권리위원회	장애인 권리에 대한 협약	장애인의 권리에 관한 협약의 선택의정서 (개별 진정접수 허용)	2008	18명	4년	연2회

출처 : 국가인권위원회(2013). 국제인권 및 국제인권제도(재구성)

조약 감시기구의 핵심 기능은 인권조약에 따른 의무를 당사국들이 이행하는지 감시하는 것이다. 이에, 조약 이행에 관한 국가보고서를 접수하여 검토한 뒤, 최종 견해 및 권고를 제시하고 국가보고서를 제출하지 않은 당사국의 조약 이행실적을 검토한다. 또한 우려되는 특정 인권상황을 조사한다. 인권 조약 당사국은 조약 이행실적에 대해 국가보고서를 정기적으로 조약 감시기구에 제출해야 할 의무가 있으며, 이에 대해 조약 감시기구는 당사국의 이행 실적, 미진한 점에 대해 결론을 짓고 권고를 제시한다. 이것은 당사국들이 조약의 준수와 인권의무의 이행을 개선하도록 지원하는데 목적이 있으며, 보고절차 단계는 다음 표와 같다.

● TABLE 04 당사국의 조약 감시기구(장애인권리위원회) 보고절차

구분	주요내용
① 국가보고서 작성 및 제출	- 조약감시기구들은당사국들의국가보고서 작성을지원하기 위해보고서 작성 가이드라인 발표 - 공통핵심문서(Common core Document) 60~80페이지를 넘기면 안 됨, 조약별 제출 문서의 경우 1차 제출문서 최대 60페이지, 2차 제출문서부터 최대 40페이지를 넘기지 말아야 함 - 국가보고서 작성은 국가의 책임이므로 국가인권위원회가 대신할 수 없음. 독립적인 지위에서 국가보고서 작성에 기여할 수 있도록 해야 함(파리원칙)
② 기타 정보의 작성 및 제출	- 조약감시기구들은 국가보고서를 제외한 대부분의 정보를 국가인권기구와 NGO들로부터 받음 - 국가보고서가 제출되면 국가인권기구들도 별도의 문서들을 조약 감시기구에 제출(병행보고서, parallel report) - 병행보고서를 통해 국가보고서에 기재된 정보 상의 오류를 지적하고, 의견제시, 누락된 내용 보완(국가보고서를 대체하기보다 보완하는 성격의 보고서) - 국가인권기구가 국가보고서 제출 수 2~3개월 이내에 병행보고서를 제출하도록 권장
③ 이슈/질의 리스트 작성	- 조약 감시기구는 최소 1명의 위원을 선정하여 국가보고서가 제출된 직후부터 상호대화 직전까지 해당 국가에 대한 감시절차를 주도함(해당 국가 보고관) - 이슈/질의 리스트는 국가별 검토절차의 핵심이며, 리스트에 포함되는 이슈와 질문은 국가보고서, 국가인권기구 병행보고서 및 기타 가용한 정보로부터 추출함
④ 조약 감시기구에게 브리핑 제공	- 심의 전 조약 감시기구는 국가인권기구, NGO들이 참여하는 구두 브리핑 개최함 - 브리핑은 비공식 행사로서 회원들이 대상국가에 관해 많은 정보를 얻고 관련 보고서, 문서의 내용에 대해 국가인권기구, NGO들에게 질의할 수 있는 중요한 기회를 제공함

구분	주요내용
⑤ 당사국과의 상호대화(심의)	- 조약 감시기구와 대상 국가는 상호대화(심의)라는 공개세션을 통하여 국가보고서와 조약 이행실적을 논의함 - 회원들은 대상국가에게 질문과 견해를 제시하고 답변을 요구함 - 3시간씩 2회(총6시간) 개최되며 일반적으로 당일 오후와 다음날 아침에 각1회씩 연이어 열림 - 대상 국가는 조약 감시기구 위원들의 질의에 대응하고 이슈를 논의할 수 있는 역량 갖춘 대표단을 심의에 파견함. 제네바에 파견되는 외교관은 제한적인 정보를 갖고 있기에, 국가들은 장관 등 정부 고위인사를 수장으로 하고 정치인, 공무원 등으로 구성된 대규모 대표단을 파견함 - 상호대화(심의)는 국가인권기구와 NGO들도 참석할 수 있는 공개적인 회의임. 조약 감시기구들은 대상국가의 대표단이 반대하지 않으면 국가보고서 논의 과정에 국가인권기구 진술기회를 줌(NGO 진술기회 없음)
⑥ 조약 감시기구의 최종견해/ 권고 제시	- 조약 감시기구들은 국가보고서와 국가인권기구 병행보고서, 브리핑 기타 정보들을 검토하고, 심의 실시 후 최종견해와 권고를 제시함(대상국가의 조약 이행실적에 대한 의견, 조약 이행에 있어 미진한 점과 어려움에 대한 의견, 권고)
⑦ 최종견해/ 권고에 대한 당사국 대응	- 조약 감시기구는 대상국가가 최종견해와 권고에 대한 공식답변을 합리적인 기한 내에 제출할 것을 요청함
⑧ 이행 및 후속조치	- 이행은 모니터링 절차의 핵심 목표로 궁극적으로 당사국들의 조약 준수 및 인권의무 이행실적을 개선하는데 의의가 있음 - 조약 이행실적을 보고할 때 각 국가는 이전 보고서에 대해 제시되었던 최종견해와 권고의 이행실적을 함께 보고해야 함

출처 : 국가인권위원회(2013), 국제인권 및 국제인권제도(재구성)

조약 감시기구는 조약 당사국들이 조약을 해석하고 적용할 수 있도록 지원한다. 인권 조약은 상당히 일반적인 문장으로 쓰여 있기 때문에 국가마다 서로 다른 국내 상황에 견주어 조약을 해석하고 적용하기는 쉽지 않다. 그래서 특정 조항 혹은 폭넓은 주제별 사안과 관련된 인권 조항의 내용에 대해 조약기구가 해석을 내린 것이다. 이것은 조약의 해석에 대해 일반 견해(General Comment) 또는 일반논평이라고 일컫는다. 이 문서에는 조약의 특정 조항에 대한 해석과 일반적인 이슈를 다루며 특정 조항과 관련하여 당사국의 보고의무를 명확히 하고, 조항 이행에 관한 접근법을 제안한다. 조약 감시기구는 공개적 논의를 거쳐 일반견해를 작성하며, 이때 국가인권기구와 NGO도 참여하여 자신들의 경험을 토대로 의견을 제시할 수 있는데, 이런 과정을 통해 현장 인권단체들의 경험 및 명확한 규명이 필요한 조약 해석문제 등이 조약 감시기구에 전달될 수 있다. 이러한 조약 중 한국이 비준하고 이행하는 '장애인권리협약'에 대한 구체적인 사항에 대해 알아보도록 한다.

2. 장애인권리협약 제정배경 및 의의[2]

'장애인권리협약'은 그 동안 가장 소외된 계층인 장애인에 대해 '장애인의 권리선언', '장애인에 관한 세계행동계획' 등 국제적인 노력이 있었음에도 불구하고 장애인의 권리가 많이 개선되지 못하였다는 점에서 국제사회의 공감대가 형성되어 제정이 추진되었다.

장애인들과 인권활동가들은 열악한 상황에 있는 장애인의 인권을 증진시키기 위한 투쟁을 계속하여 왔고, 그 결과 UN은 1948년의 세계인권선언을 근거로 1981년을 '세계 장애인의 해'로 선언하고 장애인의 존엄성 · 생명 · 생존권 · 존중을 의미하는 장애인의 "완전한 사회참여와 평등"을 주제로 삼게 되었다. 1982년에는 장애인 관련 세계행동 프로그램에 인권과 장애 관련 항목이 포함되었다. 이것은 장애인의 문제에 대해 개인의 자활이나 시혜적인 복지차원에서의 접근에서 벗어나 장애인의 실질적인 참여와 기회균등을 보장하는 인권적 차원으로 장애인의 권리에 기초하여 접근한 패러다임의 전환이라고 할 수 있다.

국제흐름을 반영하여 국제사회에서 본격적으로 '장애인권리협약' 제정 논의가 시작된 것은 1987년 UN 총회에서 이탈리아 정부가 36개 조항으로 이루어진 장애인의 인권에 관한 국제협약을 제안하면서 부터이다. 그러나 호주, 일본, 영국 등의 국가에서는 재정적인 부담을 이유로, 북유럽 등의 국가에서는 이와 유사한 기존의 국제인권조약이 존재하고 있다는 이유로 부정적인 의견을 제시하여 논의가 진전되지 못하였다. 이후 1989년에 스웨덴 정부, 2000년에는 중국 정부가 재차 제안하여 대부분의 개발도상국가가 찬성하였으나 미국 등 일부 선진국들의 반대로 인해 또다시 무산되었다. 2000년 중국 북경에서 개최된 장애에 관한 세계 비정부기구의 정상회담에서 세계 장애인 단체는 베이징 선언을 채택하여 장애인의 인권을 보호하고 촉진하기 위해 법적 구속력이 있는 국제협약을 제정할 것을 요청하였다. 2003년 11월에는 중국 북경에서 열렸던 아시아 · 태평양경제사회이사회(UNESCAP) 지역회의에서는 장애인의 권리와 존엄 증진 및 보호를 위한 국제 조약상세화에 대한 북경 선언을 발표하였다.

2001년 9월 제56차 UN총회에서 당시 멕시코의 Vincent Fox 대통령이 기조연설을 통해 '장애인권리협약' 작성을 위한 특별위원회 설치를 제안하였다. 이러한 제안은 필리핀과 여러 국제 장애인단체들의 지원을 받아 2001년 12월 총회에서 채택되었고, '장애인의 권리와 존엄을 보호하고 촉진하기 위한 총체적이고 통합적인 국제조약에 관한 특별위원회(the Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities)'의 설립을 결정했다.

2 국가인위원회(2010) 중 장애인권리협약의 국내 이행 실태분석 내용 발췌 및 재인용

이에 따라 2002년 7월 말부터 8월 초까지 개최된 제1차 CRPD 특별위원회를 시작으로 하여 2006년 8월에 열린 제8차 특별위원회까지, 모두 8차례에 걸친 치열한 논의 과정을 마친 후, 장애인권리협약이 2006년 12월 13일 미국 뉴욕 UN 본부에서 개최된 제61차 UN 총회에서 만장일치로 채택되었다.

최종 채택된 협약은 2007년 3월 30일에 서명개방이 되어 이때부터 당사국이 비준할 수 있으며, 20개국 이상 비준하면 그 후 30일이 경과한 후부터 국내법과 동일한 효력을 갖는다. 선택의정서의 경우에는 10개국 이상이 비준할 경우 그 날로부터 30일이 경과한 후 국내법과 같은 효력을 갖게 된다. 당사국은 비준에 앞서 국회 동의 절차를 구하게 되는데 이 과정에서 본 협약과 위배되는 국내 관련법들은 개정되어야 한다. '장애인권리협약'은 20개국이 가입하고 30일이 경과한 2008년 5월 3일부터 발효되었다(국가인권위원회, 2018). 2007년 3월 30일 서명하고, 2008년 12월 12일 UN사무국에 기탁 후 30일 경과한 2009년 1월 10일 국내에서도 발효되었다.

'장애인권리협약'은 선진국과 후진국간의 의견 차이, 국가 간 문화의 다름에서 오는 의견차이 등이 있음에도 불구하고, 장애인이 모든 인권과 기본적인 자유를 완전하고 동등하게 향유하도록 촉진, 보호, 완성하는데 그 목적이 있다. 즉, 권리의 관점에서 장애인의 권리보장이 국가의 의무임을 국제사회가 강조하고 있다는데 의의가 있다. 협약을 마련하는 과정에서 상호 의견 차이가 존재했음에도 장애인과 당사국 정부가 함께 본 협약의 내용을 논의하고 합의하여 채택하였다는 점에서 큰 성과를 찾을 수 있으며, 협약 제정 요구에서부터 8차례 걸친 특별위원회 회의 과정에 이르기까지 장애인 당사자와 장애인을 대표하는 시민단체들의 참여는 상당히 적극적이었고, 그 역할도 상당히 중요한 부분을 차지하였다. 또한 당사국들도 협약의 내용에 대해 각 정부의 입장을 고려하면서도 장애인 당사자의 의견을 반영하고 수용하는 융통성을 보여 주었다. 즉, 협약의 대상자이자 주체인 장애인 당사자와 협약의 의무를 이행해야 하는 각 당사국 정부가 공동으로 협약을 완성함으로써 정부와 장애인간의 의견 대치를 줄이고 장애인의 입장을 많은 부분 반영한 것이다.

우리나라는 2007년 3월 30일에 개최된 CRPD 서명 개방식 때 대한민국 정보를 대표하여 유시민 전 보건복지부 장관이 서명하였고, 2008년 4월 22일 개최된 제17회 국무회의를 거쳐 2008년 6월 16일에 대통령 재가를 받았으며, 2008년 12월 2일 열린 제278회 국회 정기회 제14차 본회의에서 이 협약의 비준동의안이 통과되었다. 비준서 기탁을 거쳐 국내에서 협약이 발표된 것은 2009년 1월 10일부터이다. 우리나라의 경우, 협약 제25조 마호의 생명보호 관련 규정에 대하여 유보하면서 협약을 비준하였으며, 장애인의 권리에 관한 협약 선택의정서는 비준되지 않았다.

CRPD에 가입한 국가들은 정기적으로 당사국의 국가보고서를 장애인권리위원회 제출할 의무가 있다. CRPD 제35조에 따라 가입국들은 제1차 국가보고서를 협약의 국내 발효 후 2년 이내에, 그리고 제2차 보고서부터는 매 4년마다 당사국 국가보고서를 장애인권리위원회에 제출하여야 한다.

3. 장애인권리협약의 주요 내용

'장애인권리협약'은 전문과 50개 조문으로 구성되어 있다. 일반적으로 조약이나 법령의 전문은 해당 조약 또는 법령 제정의 취지 · 목적 · 기본원칙 등을 명시한 것으로, 조약의 본문 앞에 위치하고 있으며 선언적으로 핵심적인 사항을 제시하고 있다. '장애인권리협약'의 전문에서도 본 협약의 기본원칙과 목적을 제시하고 있으며 의무적 규정이라기보다 선언적 특성이 크기 때문에 전문과 각 조문의 규정이 동시에 적용될 때 효력이 발생하게 된다. 전문은 총 25개의 호로 구성되어 있으며, 모든 인류의 동등한 권리 및 자유의 존중을 인정하고 있는 UN 원칙에 천명된 원칙들과 7대 국제인권조약들을 반영한다는 것을 명시하고 있다. 특히 개별 호에서는 장애인의 고유의 특성을 반영한 규정을 명시하고 있으며, (e호)장애개념의 가변적인 특성과 개인의 손상 및 환경의 상호작용에 기인한 장애개념을 반영하여 분명히 규정되기 어려운 장애인의 정의를 보완적으로 설명해주고 있다. 장애 이슈가 다양한 정책에 반영되도록 권하고(g호), 장애인이 장애와 관련된 정책 과정에 참여할 수 있도록(o호) 선언하고 있다. 또한 장애인에게 다양한 형태의 접근성 보장하도록 하는 규정(v호)하고 있다. 장애로 인한 차별금지, 인간의 천부적 존엄성 및 가치 존중, 다양성 인정, 장애인 인권의 촉진 및 보호(h호~j호)에 선언적으로 명시하고 있으며, 이는 협약의 기본원칙과 목적에 해당하는 요소이다. 또한, 장애인이 여전히 직면하고 있는 사회참여 제약과 인권침해(k호)를 언급하고 있으며, 여러 사회적인 요인들로 인한 차별금지, 지역사회에서의 장애인 차명, 자립과 자율을 강조(m호~p호)하고 있으며, 장애인의 빈곤 퇴치를 위한 노력들을 선언적으로 규정하고 있다. 이는 장애인을 복지의 수혜자로서 보는 것이 아니라, 자율의 객체로 인정하여 자립적인 삶의 영위가 가능하도록 권리를 보장하고 촉진하고 있는 것이다. 장애여성과 장애소녀가 폭력에 더욱 취약함을 인지하고 각국의 본 협약 이행 조치에 성별의 관점이 포함되어야 한다는 것(q호, s호)을 선언하고 있다. 또한 연령을 추가(p호)하고 장애아동의 자유와 인권의 동등한 향유권을 언급함으로써 장애아동의 권리(r호)를 명백히 강조하고 있다. 기본적인 사회구성요소인 가족에 대한 지원(x호)이 추가되었다. 전쟁 또는 외국군 주둔과 같은 위험 상황에서의 장애인 보호 등 안전에 대한 언급은 생명권 존중 및 보호의 영역을 보다 구체적으로 명시하려는 목적(u호)으로 규정되었다. 전문에서는 또한 본 협약의 준수의무와 협약이 갖는 의의를 강조하며 국가 간 국제협력 지원의 필요성도 명시하고 있다. 이와 같이 협약의 전문에서는 동 협약의 취지와 목적에 부합하여 다양한 영역에서의 장애인 권리 및 인권 보장을 위한 선언적인 규정을 명시하고 있으며, 이후 각 세부 조항에서 보다 구체적이고 실질적인 권리보장을 규정하고 있다(국가인권위원회, 2010).

'장애인권리협약'은 21세기에 마련된 최근의 인권 조약으로 기존의 다른 인권 조약과 달리 장 또

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

는 부로 나누어지지 않고 총 50여개 조문으로 나열되어 있다. 제1조에서는 협약의 목적, 제2조에서는 정의, 제3조는 일반원칙에 대해 명시하고 있으며, 제4조(일반의무)~제32조(국제협력)까지의 조문에서 기존의 자유권규약, 사회권규약 및 고문방지협약 등에서 천명하고 있는 내용을 재차 강조함으로써 장애인도 '인간'이자 완전한 '사회구성원'으로서의 지위를 가짐을 재확인하고 있다. 또한 장애인권리협약은 ① 장애인에 대한 사회적 고정관념과 편견을 제거하기 위한 인식 제고에 대한 국가의 의무를 구체화하고 있으며(제8조), ② 도시 및 농촌 지역에서 장애인이 처한 물리적 환경, 대중교통, 정보와 의사소통 기술 체계를 포함하는 정보와 의사소통 등 서비스의 접근성 확대 의무를 지우고(제9조), ③ 장애인들의 지역사회 통합 및 참여를 촉진할 수 있도록 자립적인 생활과 사회통합을 위한 지원을 규정하고 있다(제19조). 그리고 ④ 우리나라에서 뜨거운 논쟁 사안 가운데 하나인 장애인의 이동권과 관련해 체약국은 최대한 독립적으로 장애인의 이동을 보장하는 '효과적인' 조치를 취할 의무를 규정하고 있으며 (제20조), 아울러 ⑤ 재활권(제26조), ⑥ 정치적, 공공적 생활에의 참여권(제29조), ⑦ 문화, 오락, 스포츠 생활에 참여할 수 있는 권리(제30조)를 실체적 권리로 보장하고 있다. 협약은 그 이행과 관련해 체약국에 장애인과 관련한 통계를 조사하고(제31조), 국내 인권 정책을 감시할 수 있는 국내 기관을 설립할 의무를 부과하고 있다(제32조). 뿐만 아니라 장애인권리위원회를 설치해 당사국은 정기적으로 그 상황을 보고하도록 하고 있다(유경민 외, 2018). 장애인권리협약의 주요내용은 다음과 같다.

UN 장애인권리협약 요약

(본 문)

◈ 본 협약의 목적은 장애인이 인권과 기본적인 자유를 완전하고 동등하게 누릴 수 있도록 보호하는 것이며, 또한 장애인의 천부적인 존엄성에 대한 존중을 촉진하기 위한 것이다.

◈ 당사국들은 최대한 이용 가능한 자원을 활용하여 장애인에 대한 차별을 없애고 평등을 보장하며, 기본적인 경제, 사회, 문화적 권리를 점진적으로 성취하여야 한다.

◈ 특히, 여성장애인과 장애아동의 기본적인 자유의 완전한 향유를 위한 적절한 조치를 취해야 한다.

◈ 건물, 도로, 대중교통 및 기타 실내외 시설의 이용뿐만 아니라 정보, 의사소통 및 기타 서비스에 대한 접근성이 보장되어야 한다.

◈ 장애인은 법 앞에 인간으로서 인정받아야 하고, 당사국들은 그들의 법적능력을 행사하는데 필요한 조치들을 취해야 한다.

◈ 무력분쟁 등 위험상황 및 인도적 차원의 위급상황에서 장애인의 안전은 보장되어야 하며, 사회에서 착취 및 폭력과 학대로부터 자유로워야 한다.

◈ 당사국들은 장애인들이 지역사회에서 평등한 권리를 누리고 스스로 살아갈 수 있도록 효과적이고 적절한 대안을 마련하여지원하여야 하며, 지역사회와의 통합을 촉진하여야 한다.

◈ 당사국들은 장애인의 이동을 보장하고, 자유롭고 완전한 동의아래 가정을 꾸리고 교육에 대한 장애인의 권리를 인정하며, 통합교육 및 평생교육을 보장한다. 또한 장애인들이 최고로 달성할 수 있는 수준의 건강을 향유할 권리가 있다는 것을 인정하고 이에 상응하는 의료 및 건강관리 서비스를 제공한다.
개방적이고 접근 가능한 근로환경 및 고용조건을 제공하여 장애인들의 일할 권리를 보호하여야 한다. 당사국들은 장애인들이 동등한 정치적 권리들을 행사할 수 있도록 기회를 보장하며, 그들이 문화생활, 레크리에이션, 여가생활 등을 비장애인과 동등한 입장에서 참여할 수 있도록 보장한다.

◈ 각국은 본 협약에 영향을 미치는 정책을 만들고 시행 가능하게 하기 위하여 적절한 정보를 수집하며, 국내에 전담부서 및 독립기구 통한 모니터링을 실시한다. 더 나아가 국제협력을 통하여 장애인 권익증진을 도모하고 각국 대표에 의해 구성되는 장애인권리위원회를 설치한다.

선택의정서

◈ 본 의정서는 당사국의 협약위반으로 인한 권리를 침해받았다고 주장하는 장애인에 대해서 장애인권리위원회에 대한 개인청원을 인정한다.

출처 : 보건복지부(2016), 보도자료

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

4. 장애인권리협약 최초 국가보고서부터 2,3차 병합 국가보고서 제출까지

대한민국은 최초 국가보고서를 2011년 6월 22일에 제출하였으며, 「장애인권리협약」 제35조에 따라 장애인권리위원회는 국가보고서 심사에 앞서 필요한 추가적 정보나, 종전 국가보고서 제출 이후 변화된 관심 사항 등을 내용으로 하는 질의서를 만든 후, 심사 대상 상사국 정부에게 송부하게 되는데 문서를 이슈리스트(List of Issue)라고 한다. 1차 국가보고서 심사를 앞두고, 이에 대한 쟁점목록(List of Issues in relation to the initial report of the Republic of Korea to the list of issues)을 2014년 6월 20일에 제출했다.

유엔장애인권리위원회는 2014년 9월 17일과 18일에 개최된 제147차, 148차 회의에서 대한민국의 최초보고서(Initial Report)를 심의하고, 2014년 9월 30일에 개최된 제165차 회의에서 최종견해(Concluding observations on the initial report of the Republic of Korea)가 채택되어, 2014년 10월 3일 발표되었다.

'대한민국 정부 최초보고서에 관한 최종견해'는 '서론(Introduction)', '긍정적 측면(Positive aspects)', '주요 우려 및 권고 사항(Principal areas of concern and recommendations)', '후속조치 및 전파(Follow-up and dissemination)', '차기 보고서(Next report)' 등으로 나뉘어져 있으며, 총 66개의 조항들로 구성되어 있다. 이 중 실질적인 조항별 권고 내용을 다루고 있는 부분은 제6항부터 제62항까지로, '선택의정서' 비준을 권고한 제10항 하나만을 제외하고 모두 다 '우려사항'을 언급한 후 그 다음 조항에 그에 대응하는 '권고 사항'을 제시하는 방식으로 작성되었다. 2013년 9월, 제10차 세션 당시, 유엔장애인권리위원회는 '간소화 보고 절차(simplified reporting procedure)'를 채택했다. 해당 절차를 선택한 당사국에 한하여 2014년도 이후 제출하는 정기보고서에 대해서는 '간소화 보고 절차'를 적용하였다. 이에, 대한민국 정부는 2015년 7월 13일 간소화 보고 절차를 선택하여, 제2, 3차 병합 국가보고서부터는 간소화 보고 절차 가이드라인에 따라 보고서를 작성하게 되었다.

장애인위원회가 2014년 9월 30일 채택한 '최종견해'의 제66항에 따라 대한민국 정부는 제2, 3차 병합 국가보고서를 2019년 1월 11일까지 제출하게 되어있다. 또한 최종견해 제66항의 내용에는, 이 국가보고서 제출 기한으로부터 최소 1년 전에 장애인권리위원회가 쟁점목록을 준비하도록 되어 있다. 이에 장애인권리위원회는 2018년 2월 14일부터 3월 9일까지 진행된 제19차 장애인권리위원회 회의에서, '대한민국 정부 제2, 3차 병합 국가보고서 제출에 대한 사전 쟁점목록(List of issues prior to submission of the combined second and third periodic of the Republic of Korea)'을 채택하였다. 간소화 보고 절차에 따라 제2, 3차 병합 국가보고서는 2018년 3월에 채택된 쟁점목록에 대한 답변

으로 내용을 구성하였다.

2, 3차 병합 국가보고서의 쟁점목록은 2018년 3월 12일에 제네바유엔사무처 및 국제기구대한민국대표부에서 대한민국정부로 공식문건을 통해 접수되었다. 유엔 인권최고대표실 사무국에서 별첨 서한을 통해, 장애인권리협약위원회 제19차 회기(2018.2.14.~3.9.개최 당시)에서 간소화 보고절차에 따른 우리나라의 제2차 및 제3차 통합 국가보고서와 관련하여 쟁점 질의목록을 채택한 사실을 알리면서, 2019년 3월 9일까지 이에 대한 답변서를 제출하여 줄 것을 요청하여 왔다. 답변서는 전자파일(word 97-2003) 형태로 제출되어야 하며, 21,200개의 단어를 초과하지 않도록 하는 제출기준과 함께 답변은 사무국 이메일(jaraya@ohchr.org, creynau@ohchr.org, registry@ohchr.org)로 답변서를 송부하여야 하며, 가능하면 점자로도 제출해주기를 요청받았다. 이러한 과정을 통해 접수된 쟁점목록은「유엔장애인권리협약」제1조~33조 중 4개 조를 제외한 모든 조항과 관련된 34개 사항을 쟁점 목록으로 하였다. 동 협약의 중 제외된 조항은 10조(생명권), 20조(개인의 이동성), 22조(사생활 존중), 26조(가활 · 재활)에 대한 부분이며, 1차 국가보고서의 쟁점목록의 내용에서 추가된 조항은 7조(장애아동), 32조(국제협력)에 대한 부분이다.

좀 더 자세히 살펴보면 협약 제1조~4조(목적 및 일반의무)에 관련하여서는 인권적 접근법과 조화, 장애등급제 개편, 정신건강복지법에 따른 장애인에게 장애인복지법 적용, 선택의정서 비준에 대한 쟁점을 담고 있다. 협약 제5조(평등 및 비차별)에서는 인권위 독립성강화, 장애인 차별에 대한 법원 및 법무부 구제 방안, 법원의 인식제고 사업의 내용을 협약 제6조(장애여성)에서는 성인지 관점 주류화, 장애여성 폭력 해결, 장애여성 평생교육 재정적 지원, 임신 · 출산기 장애여성 보호에 관한 내용을 담고 있다. 제8조(인식제고) 긍정적 이미지 강화, 협약내용 교육의 이행여부를, 제9조(접근성)는 대중교통 편의제공, 공공시설 접근성 · 정보접근성 · BF인증 실효성 향상을 위한 이행사항을 묻고 있다. 제11조(위기상황과 인도적 차원의 비상사태)는 재난위험 장애인 고려, 접근성 보장을, 제12조(법 앞의 동등한 인정)는 성년 후견제 폐지, 장애인법적 능력교육을 위한 조치사항을 담고 있으며, 제13조(사법에 대한 접근)는 사법 교육프로그램에 사법 접근보장 표준모듈 포함, 장애인사업지원 가이드라인의 효과적 시행을 위한 노력을 묻고 있다. 제14조(신체의 자유 및 안전)에서는 장애를 이유로 자유 박탈 법조항 폐지, 정신장애인 자발적 동의, 장애인 공정한 재판과 적법절차 보장 조치, 제15조(고문 또는 잔혹한, 비인도적이거나 굴욕적인 대우나 처벌로부터의 자유)는 강제치료 폐지여부, 고문 등에 대한 효과적인 보호조치, 장애인 대표기관 참여보장을 담고 있다. 제16조(착취, 폭력 및 학대로부터의 자유)는 장애인학대 등에 대한 조치, 강제노동 보호조치를, 제17조(개인의 완전함 보호)는 강제불임시술 근절을 위한 노력, 제18조(이주 및 국적의 자유)는 출입국관리법 제11조 및「장애인복지법」제32조 폐지의 노력여부를 확인하고 있다. 제19조(자립생활 및 지

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

역사회의 참여)는 효과적인 탈시설화, 장애인의 요구와 경제적 사정에 근거한 지원 확대에 관해서, 제21조(의사표현의 자유와 정보접근의 보장)는 한국수화언어법, 점자기본법 시행, 방송 등 접근성 보장을 위한 조치사항을 확인하고 있다. 제23조(가정과 가족에 대한 존중)는 장애아동 부모 지원, 장애아동에 위한 포괄적 정책의 노력을, 제24조(교육)는 현행 통합교육정책의 실효성 및 개선방안, 특수학교 추가 건립 필요 이유에 대해서 설명을 요구하고 있다. 제25조(건강)는 생명보험 가입 제한한 상법 제732조 개정 및 협약 제25조e항 유보입장 철회 여부를 제27조(노동과 고용)는 장애인 보호작업장 지양, 장애인 의무고용할당제 효과적 시행, 공공부문 취업 보장을 위한 조치사항을 담고 있다. 제28조(적절한 생활수준과 사회적 보호)는 장애소득보장정책 및 사회보장 정책 검토를, 제29조(정치 및 공적생활에 대한 참여)는 장애인 참정권 보장을 위한 노력을 담고 있다. 제30조(문화생활, 레크리에이션, 여가생활 및 스포츠에 대한 참여)는 시각장애인 저작물 접근성 개선, 동계올림픽 등 접근성 보장조치를, 제31조(통계와 자료 수집)는 장애관련 자료수집, 분석, 배포방식의 체계화를 위한 노력을 확인하고 있다. 마지막으로 제33조(국내적 이행 및 감독)는 장애인정책조정위원회 및 인권위원회 역할 강화, 협약이행 모니터링 장애인 참여보장을 위한 노력을 확인하고 있다. 그 외에 최초 국가보고서 쟁점사항에 포함되지 않은 신규 쟁점인 협약 제7조(장애아동)는 장애·비장애아동 통합, 장애아동 및 가족 참여도 극대화하도록 하는 조치를, 제32조(국제협력)는 인천전략 효과적 이행되기 위한 SDGs 실현을 위한 조치를 담고 있다(유경민 외, 2018).

5. 향후 과제

장애인이라는 이유로 타인과 차별받지 않을 권리, 사생활이 존중될 권리와 같은 자유권뿐만 아니라 사회 기반 시설에 접근하고 자유롭게 이동하며, 사법과 행정에 참여하고, 교육과 문화를 누리며 노동할 권리와 같은 사회권을 향유하는 것에 있어 제약을 받아왔다. 이에 UN은 1970년 장애인 재활 10년을 결의하고, 1971년에는 정신지체 장애인의 권리선언을 채택하였으며, 1980년에 장애인세계 행동계획을 채택하였다. 이어 UN 총회는 1983년부터 1992년까지를 세계장애인 10년으로 선포하였으며, 1991년에는 정신적 장애인 보호와 정신보건치료 증진을 위한 규칙, 1993년에 장애인의 기회평등에 관한 표준규칙이 채택되었다. 이러한 노력과 그간 인권협약이 있었음에도 불구하고 장애인의 인권 신장에 큰 영향을 주지 못하였다는 비판이 있었기에, 장애 인권을 규정하고 보호하는 구속력 있는 국제인권규범으로 2006년 UN장애인권리협약이 채택되었고 우리나라는 2008년 이 협약을 비준한 것이다(정한울, 2016).

이러한 UN장애인권리협약 장애인의 전 생활영역에서의 권익보장에 관한 내용을 규정하는 국제협약으로 전문과 본문 50개 조항 및 선택의정서로 구성되어 있다. 우리나라는 2006년 12월 협약을 채택했으나 협약의 절차법적 효력을 확보하기 위한 조치인 선택의정서는 가입하지 않았다. 이에, 선택의정서 비준에 대한 정부의 확고한 의지가 필요하다는 점이 지속적으로 강조되고 있다.

장애인권리협약은 비준 이후 10여 년간 국내 이행을 위해 많은 영향을 미쳤다. 그만큼 정책은 괄목할 만한 성장을 했다. 장애인 관련 법률의 제 · 개정, 특히「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」제정 및 장애등급제 단계적 폐지 등은 장애인정책의 큰 성과라 할 수 있다. 협약 비준 후 10년이 지났지만, 아직도 장애인권리협약에 대한 이해와 홍보가 부족하다. 학계나 장애인단체에서 꾸준하게 UN 장애인권리협약과 관련된 내용이나 인권 매뉴얼 등이 발간되고 홍보되고 있지만, 내용이 방대하고 대중적이지 않기 때문에 더욱더 이에 대한 이해와 홍보가 지속되어야 할 것이다.

그간 장애인정책은 많은 변화를 가지고 왔으며, 발전하고 있으나 장애인 당사자가 체감하는 바는 정책적 변화와 비례하지 않는 것이 현실이다. 특히, 장애인권리협약 국가보고서와 NGO 병행보고서는 늘 격차가 존재했으며, 그 간극을 좁히기는 매우 어렵다. 하지만 국가보고서를 통해 주기적으로 우리나라의 장애인 정책의 성과와 한계를 다시 한 번 돌아보는 계기가 되며, 지속적으로 장애인 관련 정책사항을 점검할 수 있다. 이렇게 장애인 정책의 성과와 한계를 살펴보면서, 궁극적으로는 장애인과 비장애인 모두가 누릴 수 있는 정책이 발현되는 것이다.

참고문헌

국가인권위원회(2013). 국제인권 및 국제인권제도-국가인권기구 매뉴얼.

국가인권위원회 국제인권팀(2007). 장애인권리협약 해설집.

국가인권위위원회 인권연구팀(2007). 유엔인권조약제도-핵심 인권조약 및 조약 기구 개론.

보건복지부(2016). UN 장애인권리협약 채택으로 장애인 권익신장 증진 기대. 보도자료.

외교부 국제법률국(2016). 국제법기본법규집.

유경민 · 권순지 · 임수경(2018). 유엔장애인권리협약 국가보고서 (2, 3차 병합) 작성을 위한 연구. 보건복지부 · 한국장애인개발원.

임성택 · 김이안 · 마한얼 · 신혜주 · 윤재영 · 윤재훈 · 이광원 · 이주언 · 이채린 · 이태영 · 정진 · 최초록(2018). 장애인권리협약 이행에 관한 실태조사. 국가인권위원회 · 사단법인 두루.

정한울(2016). UN 장애인권리협약의 국내 이행방안 연구. 전국대학교 석사학위논문.

차선자 · 권건보 · 서정희 · 윤찬영 · 조백기 · 허창영(2010). 「장애인권리협약」의 국내적 이행을 위한 실태조사. 국가인권위원회 · 전남대학교 공익인권법센터.

외교부 홈페이지 http://www.mofa.go.kr/www/wpge/m_3996/contents.do

https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html

https://www.ohchr.org/EN/HRBodies/CRPD/Pages/CRPDIndex.aspx


www.kodi.or.kr
한국장애인개발원

한국장애인개발원
www.kodi.or.kr

부록

1. 장애인권리협약 (국문)
2. 장애인권리협약선택의정서 (국문)

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	(전문) 이 협약의 당사국은, (a) 전 세계의 자유, 정의 및 평화의 기초로서 모든 인류의 천부적 존엄성, 가치, 그리고 동등하고 양도 불가능한 권리를 인정하고 있는, 국제연합헌장에 천명된 원칙들을 상기하며, (b) 국제연합은 세계인권선언과 국제인권규약에서 모든 사람은 어떠한 종류의 차별도 받지 않고 모든 권리와 자유를 누릴 자격이 있다는 것을 천명하고 동의해왔음을 인정하며, (c) 모든 인권의 보편성, 불가분성, 상호의존성 및 상호관련성과, 차별 없이 완전히 향유할 수 있도록 보장 받아야 하는 장애인의 기본적 자유와 욕구를 재확인하며, (d) 경제적, 사회적 및 문화적 권리에 관한 국제협약, 시민적 및 정치적 권리에 관한 국제협약, 모든 형태의 인종차별 철폐에 관한 국제협약, 여성에 대한 모든 형태의 차별철폐에 관한 협약, 고문 및 그 밖의 잔혹한 · 비인도적인 또는 굴욕적인 대우나 처벌의 방지에 관한 협약, 아동의 권리에 관한 협약, 모든 이주노동자와 그 가족의 권리보호에 관한 국제협약을 상기하며, (e) 장애는 발전하는 개념이며, 또한 장애는, 다른 사람들과 동등한 기초위에서, 완전하고 효과적인 사회참여를 저해하는 태도 및 환경적인 장벽과 손상을 지닌 개인과의 상호작용으로부터 야기된다는 것을 인정하며, (f) 장애인을 위한 기회의 평등을 보다 고취시키기 위한 국내적 · 지역적 · 국제적 수준에서의 정책, 계획, 프로그램 및 활동의 증진, 수립, 및 평가에 영향을 미치는 장애인에 관한 세계행동계획과 장애인의 기회평등에 관한 표준규칙에 포함되어 있는 원칙 및 정책지침의 중요성을 인정하며, (g) 장애관련 문제를 지속가능한 개발과 관련한 정책의 필수적인 부분으로서 주류화하는 것의 중요성을 강조하며, (h) 장애로 인한 사람에 대한 차별은 인간의 천부적 존엄성 및 가치에 대한 침해라는 것을 또한 인정하며, (i) 장애인의 다양성을 더욱 인정하며, (j) 보다 집중적인 지원이 필요한 장애인을 비롯하여 모든 장애인의 인권을 촉진하고 보호할 필요성이 있음을 인정하며, (k) 이러한 다양한 기제와 조치에도 불구하고, 장애인은 동등한 사회의 구성원으로서 참여에 대한 장벽에 지속적으로 직면해 있고 세계도처에서 장애인의 인권이 계속해서 침해되고 있음을 우려하며, (l) 모든 국가, 특히 개발도상국에서의 장애인의 생활환경 개선을 위한 국제적 협력의 중요성을 인정하며, (m) 지역사회의 전반적인 안녕과 다양성에 대한 장애인들의 가치 있는 현재의 기여 및 잠재적 기여를 인식하고, 장애인의 인권과 기본적 자유의 완전한 향유와 장애인의 완전한 참여의 증진이 장애인의 소속감을 강화시키고 사회의 인적, 사회적, 경제적 발전과 빈곤퇴

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	치에서 상당한 진보를 가져올 것임을 인정하며, (n) 장애인이 스스로 선택할 자유를 포함하여, 장애인 개인의 자율 및 자립의 중요성을 인정하며, (o) 장애인은 당사자들과 직접적으로 관련이 있는 정책 및 프로그램을 포함하여 이러한 정책 및 프로그램에 관한 의사결정과정에 적극적으로 참여할 수 있는 기회를 반드시 가져야 한다는 것을 유념하며, (p) 인종, 피부색, 성, 언어, 종교, 정치적 및 기타 견해, 국적, 민족, 원주민 또는 사회적 출신, 재산, 출생, 연령 혹은 기타 신분에 따라 복합적이거나 가중된 형태의 차별에 직면하는 장애인의 어려운 상황들을 우려하며, (q) 장애여성과 장애소녀들이 가정내외에서 폭력, 상해 또는 학대, 유기 또는 유기적 대우, 혹사 또는 착취의 더 큰 위험에 직면해 있는 경우가 많음을 인정하며, (r) 장애아동은 다른 아동들과 동등한 기초 위에서 모든 인권과 기본적 자유를 완전히 향유해야 함을 인정하고, 이를 위해 아동권리협약의 당사국이 이행한 의무들을 상기하며, (s) 장애인의 인권과 기본적 자유의 완전한 향유를 증진하기 위한 모든 노력에 성인지적 관점을 포함시킬 필요성을 강조하며, (t) 상당수의 장애인이 빈곤한 상태에서 살고 있다는 사실을 강조하고, 이와 관련하여 빈곤이 장애인에게 주는 부정적인 영향을 다루어야 할 중대한 필요성을 인정하며, (u) 국제연합헌장에 포함된 목적과 원칙에 대한 완전한 존중과 적용 가능한 인권문서의 준수에 기초한 평화와 안전의 조건들은, 특히 무력분쟁과 외국군의 주둔상황에서 장애인의 완전한 보호를 위하여 필수적임을 명심하며, (v) 장애인이 모든 인권과 기본적 자유를 완전히 향유할 수 있도록 하기 위한 물리적, 사회적, 경제적, 문화적 환경 및 건강과 교육 그리고 정보와 의사소통에 대한 접근성의 중요성을 인정하며, (w) 다른 사람들과 그가 속한 지역사회에 대한 의무를 가진 개인은 국제인권장전이 인정한 권리의 증진 및 준수를 위해 노력할 책임이 있다는 것을 인식하며, (x) 가족은 자연적이고 근본적인 사회의 구성단위이며 사회와 국가에 의해 보호를 받을 자격이 있고 장애인과 그 가족 구성원들은 가족이 장애인의 완전하고 동등한 권리의 향유를 위해 기여할 수 있도록 필요한 보호와 지원을 받아야만 한다는 것을 확신하며, (y) 장애인의 권리와 존엄성을 증진하고 보호하기 위한 포괄적이고 통합적인 국제협약은 개발도상국과 선진국 모두에서 장애인들의 뿌리 깊은 사회적 불이익을 시정하는 데 중요한 기여를 할 것이며, 시민적, 정치적, 경제적, 사회적 및 문화적 부문에서 장애인이 동등한 기회를 갖고 참여하는 것을 촉진할 것임을 확신하며, 다음과 같이 합의하였다.

법률명	주요 내용

장애인 권리협약 (국문)

▣ 제1조 목적

이 협약의 목적은 모든 장애인이 모든 인권과 기본적 자유를 완전하고 동등하게 향유하도록 증진 · 보호 · 보장하고, 장애인의 고유한 존엄성에 대한 존중을 증진하기 위한 것이다.

장애인은, 다양한 장벽과의 상호작용으로, 다른 사람들과의 동등한 기초 위에서 완전하고 효과적인 사회 참여를 저해하는 장기간의 신체적, 정신적, 지적 또는 감각적 손상을 가진 사람을 포함한다.

▣ 제2조 정의

이 협약의 목적을 위해:

"의사소통"은 접근 가능한 정보통신기술을 포함한 서면 · 음성 · 평문 · 낭독자와 보완적이고 대안적인 의사소통의 방식, 수단 및 형식뿐만 아니라 언어, 문자의 표시, 점자, 촉각을 통한 의사소통, 대형 인쇄, 접근 가능한 대중매체를 포함한다.

"언어"는 구어와 수화 그리고 그 밖의 다른 형태의 비음성 언어들을 포함한다.

"장애로 인한 차별"은 정치, 경제, 사회, 문화, 민간 및 기타 영역에서 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 모든 인권과 기본적 자유를 인식, 향유 또는 행사하는 것을 저해하거나 무효화하려는 목적이나 효과를 가지는, 장애를 이유로 한 구별, 배제 또는 제한을 의미한다. 이는 합리적 편의의 거부를 포함하여 모든 유형의 차별을 포함한다.

"합리적 편의"는 장애인이 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 모든 인권과 기본적 자유를 향유하고 행사할 수 있도록 보장하기 위해, 이를 필요로 하는 경우, 불균형하거나 과도한 부담을 부과하지 않는 필수적이고 적절한 변형 및 조정을 의미한다.

"보편적 설계"는 개조 혹은 특별한 설계를 할 필요 없이 최대한 모든 사람이 이용할 수 있도록 만들어진 제품, 환경, 프로그램 및 서비스의 설계를 의미한다. "보편적 설계"는 이러한 장비가 필요한 특정한 장애인 그룹을 위한 보장구를 제외해서는 아니 된다.

▣ 제3조 일반원칙

이 협약의 원칙들은 다음과 같다.

(a) 개인의 천부적인 존엄성, 선택의 자유를 포함한 자율, 자립에 대한 존중

(b) 차별 금지

(c) 완전하고 효과적인 사회 참여 및 통합

(d) 인간의 다양성과 인류의 한 부분으로서의 장애인에 대한 차이의 존중과 수용

(e) 기회의 균등

(f) 접근성

(g) 남성과 여성의 평등

(h) 장애아동의 발전적인 역량의 존중과 정체성 유지에 대한 권리의 존중

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	▣ **제4조 일반의무** 1. 당사국은 장애로 인한 어떠한 형태의 차별 없이 장애인의 모든 인권 및 기본적 자유의 완전한 실현을 보장하고 증진해야 한다. 이를 위해 당사국은 다음 사항을 이행한다. (a) 이 협약에서 인정된 권리의 이행을 위한 모든 적절한 입법적, 행정적 및 기타 조치를 채택한다. (b) 장애인에 대한 차별이 존재하는 기존의 법률, 규정, 관습 및 관행을 개정 또는 폐지하기 위한 입법을 포함한 모든 적절한 조치를 취한다. (c) 모든 정책 및 프로그램에서 장애인 인권의 보호와 증진을 고려한다. (d) 이 협약과 일치되지 않는 어떠한 행동이나 또는 실행에 관여하는 것을 금지하고, 공공 당국 및 공공기관들이 본 협약에 따라 행동하도록 보장한다. (e) 모든 개인, 기관 또는 민간기업에 의해 이루어지는 장애로 인한 차별을 철폐하기 위한 모든 적절한 조치를 취한다. (f) 장애인의 특별한 욕구를 충족하기 위해 보편적으로 설계된 재화, 서비스, 장비 및 시설의 이용가능성과 사용을 증진하기 위하여, 본 협약 제2조에서 정의된 바와 같이 가능한 최소한의 개조와 비용이 요구되는 보편적으로 설계된 재화, 서비스, 장비 및 시설에 대한 연구 및 개발을 수행하고 장려한다. (g) 장애인에게 적합한 정보통신기술, 이동보조기구, 보장구, 보조기술을 포함한 신기술의 이용가능성 및 사용의 촉진과 연구 · 개발을 수행하고 촉진할 것과 적정가격의 이러한 기술에 우선순위를 부여한다. (h) 그 밖의 다른 형태의 보조, 지원 서비스 및 시설뿐만 아니라 새로운 기술을 포함하여 이동보조수단, 보장구 및 보조 기술에 대한 접근 가능한 정보를 장애인들에게 제공한다. (i) 이 협약에서 인정되는 권리들에 대해 장애분야의 직원 및 전문가에 대한 훈련을 촉진함으로써 이러한 권리들에 의해 보장되는 보다 나은 지원과 서비스를 제공한다. 2. 각 당사국은 경제적, 사회적 및 문화적 권리와 관련하여, 국제법에 따라 즉각적으로 적용가능한 본 협약에 포함된 의무들에 대하여, 편견 없이, 필요한 경우 국제협력의 틀 안에서, 이러한 권리의 완전한 실현을 점진적으로 달성하기 위하여 자국의 가용자원이 허용하는 최대한도까지 조치를 취할 것을 약속한다. 3. 당사국은 이 협약을 이행하기 위한 입법과 정책 개발 및 이행, 그리고 장애인과 관련된 문제에 대한 기타 의사결정 과정에서 장애인 대표 단체들을 통하여, 장애아동을 포함한 장애인들과 밀접하게 협의하고 이들을 적극적으로 참여토록 한다. 4. 이 협약의 조항은 장애인의 권리실현에 보다 공헌할 수 있는 당사국의 법률이나 당사국에 대하여 효력을 가지는 국제법에 포함되어 있는 어떠한 조항에도 영향을 미치지 아니한다. 이 협약의 어느 당사국도 법률, 협약, 규칙 또는 관습에 의하여 인정되거나 또는 현존하고 있는 인권과 기본적 자유에 대하여 이 협약에서 그러한 권리와 자유를 인정하지 아니하거나 또는 그 인정의 범위가 보다 협소하다는 것을 구실로 제한하거나 또는 훼손하여서는 아니 된다.

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	5. 이 협약의 조항들은 어떠한 제한이나 예외 없이 연방국가의 모든 분야에 해당된다. **▣ 제5조 평등과 차별금지** 1. 당사국은 모든 사람은 법 앞에서 그리고 법 아래에서 평등하며 어떠한 차별 없이 법의 동등한 보호와 혜택을 받을 자격이 있음을 인정한다. 2. 당사국은 장애로 인한 모든 차별을 금지하고, 모든 유형의 차별에 대하여 동등하고 효과적인 법적보호를 장애인들에게 보장 한다. 3. 당사국은 차별을 철폐하고 평등을 증진하기 위하여 합리적 편의가 제공되도록 보장하는 모든 적절한 조치를 취한다. 4. 장애인의 사실상의 평등을 촉진시키거나 성취하기 위해 필요한 구체적인 조치들은 이 협약의 조항하에서 차별로 간주되지 않는다. **▣ 제6조 여성장애인** 1. 당사국은 장애여성과 장애소녀들이 다중적인 차별을 겪고 있음을 인정하고, 이러한 관점에서 장애여성과 장애소녀들의 모든 인권과 기본적 자유의 완전하고 동등한 향유를 보장하기 위한 조치를 취한다. 2. 당사국은 이 협약에서 규정된 인권과 기본적 자유의 향유와 이행을 보장하기 위해 여성들의 완전한 개발, 향상 및 역량강화를 위한 모든 적절한 조치를 취한다. **▣ 제7조 장애아동** 1. 당사국은 장애아동이 다른 아동들과 동등한 기초 위에서 장애아동의 모든 인권과 기본적 자유를 완전히 향유하도록 보장하기 위한 모든 필요한 조치를 취한다. 2. 장애아동과 관련된 모든 활동에 있어서 아동의 최선의 이익을 최우선적으로 고려한다. 3. 당사국은 장애아동들이 자신에게 영향을 미치는 모든 문제들에 대해 자신의 견해를 자유롭게 표현할 권리와 그러한 견해에 대하여 다른 아동들과 동등한 기초 위에서 그들의 연령과 성숙도에 따라 적절한 비중을 둘 것을 보장하며 그러한 권리를 실현하도록 장애와 연령에 적합한 지원을 제공한다. **▣ 제8조 인식 제고** 1. 당사국은 다음 사항에 대해 즉각적이고 효과적이며 적절한 조치를 취한다. (a) 가족 단위를 포함하여 사회 전반에서 장애인에 관한 인식을 향상시키고 장애인의 권리와 존엄성에 대한 존중의 고양 (b) 성별과 연령을 기반으로 하는 것을 포함하여 삶의 모든 영역에서 장애인에 대한 고정관념, 선입견, 그리고 유해한 관습의 근절 (c) 장애인의 능력과 공헌에 대한 인식의 증진 2. 이러한 목표를 이루기 위하여 다음과 같은 조치를 포함한다.

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	(a) 다음을 목적으로 효과적인 대중인식사업의 추진 및 지속 (i) 장애인의 권리에 대한 감수성 증진 (ii) 장애인에 대한 긍정적 인식과 사회적 인식개선 증진 (iii) 직장과 고용시장에서 장애인의 기술, 실적, 능력과 기여에 대한 인식 장려 (b) 유아기부터의 모든 아동을 포함하여 모든 단계의 교육제도에서 장애인의 권리를 존중하는 태도의 양성 (c) 본 협약의 목적에 부합하는 방향으로 장애인을 묘사하도록 모든 대중매체에게 권장 (d) 장애인과 이들의 권리에 대한 인식 훈련 프로그램의 장려 **▣ 제9조 접근성** 1. 당사국은 장애인이 자립적으로 생활하고 삶의 모든 영역에 완전히 참여할 수 있도록 도시 및 농촌지역에서 장애인의 물리적 환경, 대중교통, 정보통신기술 및 체제를 포함한 정보통신 그리고 대중에게 개방 또는 제공되는 기타 시설이나 서비스에, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 접근하도록 보장하는 적절한 조치를 취해야 한다. 접근성에 대한 장애와 장벽의 식별 및 철폐를 포함하는 이러한 조치들은 특히 다음의 사항에 적용된다. (a) 학교, 주거, 의료시설과 근무지를 포함한 건물, 도로, 대중교통 및 기타 실내외 시설 (b) 전자서비스와 응급서비스를 포함한 정보, 통신 및 기타 서비스 2. 당사국은 또한 다음을 위한 적절한 조치를 취한다. (a) 대중에게 개방 또는 제공되는 시설과 서비스의 접근성을 위한 최소한의 기준 및 지침의 이행을 위한 개발 공표 및 점검 (b) 대중에게 개방되거나 제공되는 시설과 서비스를 제공하는 민간 주체들이 장애인의 접근성을 위하여 모든 측면을 고려하도록 보장 (c) 모든 당사자들에게 장애인이 직면한 접근성의 문제에 대한 훈련제공 (d) 대중에게 개방되는 건물과 기타 시설에 점자 및 읽고 이해하기 쉬운 형태의 표지판 설치 (e) 대중에게 개방되는 건물과 기타 시설에 대한 접근성을 용이하게 하기 위하여 안내인, 낭독인, 전문수화통역사를 포함한 현장지원과 매개체의 제공 (f) 장애인의 정보 접근성을 보장하기 위한 기타 적절한 형태의 지원과 보조를 장려 (g) 장애인이 인터넷을 포함한 새로운 정보통신기술 및 체제에 대해 접근하도록 장려 (h) 최소한의 비용으로 기술 및 체제에 접근 가능하도록 초기단계에서 접근 가능한 정보통신기술과 체제의 설계, 개발, 생산 및 유통을 장려 **▣ 제10조 생명권** 당사국은 모든 인간은 고유한 생명권을 부여받았음을 재확인하고 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 장애인이 이러한 권리를 효과적으로 향유할 수 있도록 보장하는 모든 필요한 조치를 취한다.

법률명	주요 내용

장애인 권리협약 (국문)

▣ 제11조 위험상황 및 인도적 긴급사태

당사국은 무력분쟁, 인도적 긴급사태 및 자연재해의 발생과 같은 위험상황에서 국제인도법 및 국제인권법을 포함한 국제법상의 의무에 따라 장애인의 보호와 안전을 보장하기 위한 모든 필요한 조치를 취한다.

▣ 제12조 법 앞의 평등

1. 당사국은 장애인이 모든 영역에서 법 앞에서 인간으로서 인정받을 권리가 있음을 재확인한다.
2. 당사국은 장애인이 삶의 모든 영역에서 다른 사람들과의 동등한 기초 위에서 법적 능력을 향유한다는 것을 인정 한다.
3. 당사국은 장애인이 그들의 법적능력을 행사하는데 필요한 지원에 접근할 수 있도록 적절한 조치를 취한다.
4. 당사국은 법적능력의 행사와 관련한 모든 조치들이 오용되는 것을 방지하기 위해 국제인권법에 따라 적절하고 효과적인 보호제도를 제공하도록 보장해야 한다. 이러한 보호제도는, 법적 능력 행사와 관련된 조치들이 개인의 권리, 의지, 선호도를 존중하고, 이해관계의 상충과 부당한 압력으로부터 자유롭고, 개인의 상황에 비례하고 적합해야 하며, 가능한 최단기간 동안 적용되어야 하며, 권한을 지닌 독립적이고 공정한 국가기관이나 사법기구에 의해 정기적으로 검토 되도록 보장한다. 보호제도는 그러한 조치들이 개인의 권리와 이익에 영향을 미치는 정도에 비례한다.
5. 이 조항의 규정에 따라 당사국은 장애인의 재산 소유 또는 상속에 있어 동등한 권리를 보장하고, 이들의 재정적 사항들을 관리하고, 은행대출, 담보 및 기타 재무신용에 있어 동등한 접근성을 보장하기 위한 모든 적절하고 효과적인 조치를 취해야 하며, 장애인의 재산이 자의적으로 박탈당하지 않도록 보장한다.

▣ 제13조 사법접근성

1. 당사국은 수사와 기타 예심단계를 포함한 모든 법적 절차에서 장애인이 증인을 포함한 직· 간접적인 참가자로서 효과적인 역할을 촉진하기 위하여 절차와 연령에 적합한 편의의 제공을 포함하여 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 효과적으로 사법절차에 접근할 수 있도록 보장한다.
2. 당사국은 장애인의 효과적인 사법접근권의 보장을 돕기 위하여 경찰과 교도관을 포함한 사법행정에 종사하는 이들을 위한 적절한 훈련을 장려한다.

▣ 제14조 개인의 자유와 안전

1. 당사국은, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 장애인에게 다음을 보장한다.

(a) 개인의 자유와 안전에 관한 권리를 향유한다.

(b) 장애인의 자유가 불법적으로 또는 자의적으로 박탈당해서는 아니 되며, 모든 자유의 박

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	탈은 법률에 따라야하며, 어떠한 경우에도 장애의 존재로 자유가 박탈되어서는 아니 된다. 2. 당사국은, 일정한 절차를 통해 장애인의 자유가 박탈되는 경우, 장애인이 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 국제인권법에 따라 보호 받으며, 합리적 편의제공을 포함한 이 협약의 목적과 원칙에 부합하는 대우를 받도록 보장한다. **▣ 제15조 고문이나 잔혹한 또는 비인도적이거나 굴욕적인 취급 및 형벌로부터의 자유** 1. 어느 누구도 고문이나 잔혹한 또는 비인도적이거나 굴욕적인 취급 및 형벌을 받지 아니한다. 특히 누구든지 자신의 자유로운 동의 없이 의료적 또는 과학적 실험을 받지 아니한다. 2. 당사국은, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 장애인이 고문이나 잔혹한 또는 비인도적이거나 굴욕적인 취급 및 형벌을 받지 않도록 하기 위한 모든 효과적인 입법적, 행정적, 사법적 또는 기타 조치를 취해야 한다. **▣ 제16조 착취, 폭력 및 학대로부터의 자유** 1. 당사국은 성별에 기초한 요소를 포함하여, 가정 내외에서 모든 형태의 착취, 폭력 및 학대로부터 장애인을 보호하기 위하여 모든 적절한 입법적, 행정적, 사회적, 교육적 및 기타 조치를 취한다. 2. 당사국은 특히 장애인과 그 가족들 그리고 개호인을 위하여 착취, 폭력 및 학대의 방지, 인식 그리고 사례보고에 대한 정보와 교육의 제공을 포함한 적절한 형태의 성별과 연령을 고려한 지원 및 보조를 보장함으로써 모든 형태의 착취, 폭력 및 학대를 방지하기 위한 모든 적절한 조치를 취한다. 당사국은 연령, 성별 그리고 장애를 고려한 보호 서비스를 보장한다. 3. 당사국은 모든 형태의 착취, 폭력 및 학대의 발생을 방지하기 위하여, 독립적인 기관이 장애인을 위해 고안된 모든 시설과 프로그램을 효과적으로 점검할 것을 보장한다. 4. 당사국은 보호 서비스의 제공을 포함하여 모든 형태의 착취, 폭력 및 학대의 피해자가 된 장애인의 신체적, 인지적 및 심리적 회복, 재활 그리고 사회 재통합을 증진시키기 위한 모든 적절한 조치를 취한다. 이러한 회복과 재통합은 인간의 건강, 복지, 자아존중, 존엄성 그리고 자율성을 증진하는 환경에서 이루어져야 하며, 성별과 연령에 따른 특별한 욕구를 고려한다. 5. 당사국은 장애인에 대한 착취, 폭력 및 학대의 사례를 확인하고 조사하며 필요한 경우, 기소하도록 보장하기 위해서 여성과 아동에 중점을 둔 입법 및 정책을 포함하여 효과적인 입법과 정책을 마련한다. **▣ 제17조 개인의 고유성 보호** 모든 장애인은, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 자신의 신체적, 정신적 고유성에 대해 존중받을 권리가 있다.

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

법률명	주요 내용

장애인 권리협약 (국문)

▣ 제18조 이주 및 국적의 자유

당사국은 장애인에게 다음을 보장하는 것을 포함하여, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 이주의 자유와 거주 및 국적 선택의 자유에 대한 장애인의 권리를 인정한다.

(a) 국적을 취득하거나 변경할 권리를 가지며, 장애를 이유로 또는 자의적으로 국적을 박탈당하지 않는다.

(b) 장애를 이유로 하여 국적 관련 서류 또는 기타 신원증명 서류를 획득 · 소유 · 이용하고 또는 이주의 자유에 관한 권리 행사를 용이하게 하기 위해 필요할 수 있는 이민 절차와 같은 관련 절차를 이용할 수 있는 자격을 박탈당하지 않는다.

(c) 자국을 포함하여 어떠한 나라로부터라도 자유로이 퇴거할 수 있다.

(d) 자의적으로 또는 장애를 이유로 자국에 입국할 수 있는 권리를 박탈당하지 않는다.

2. 장애아동은 출생 후 곧 등록이 되어야 하고 출생 후 이름을 가질 권리, 국적을 취득할 권리, 그리고 가능한 한 자신의 부모가 누구인지 알고 그들로부터 보호받을 권리를 가진다.

▣ 제19조 자립적인 생활과 지역사회통합

이 협약의 당사국은 다음에 대한 보장을 포함하여 모든 장애인이 다른 사람들과 동등한 선택권을 가지고 지역사회에서 살 수 있는 동등한 권리를 인정하고, 장애인의 이러한 권리와 지역사회의 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.

▣ 제20조 개인의 이동

당사국은 다음을 포함하여, 최대한 장애인의 자립을 위해 개인의 이동을 보장하기 위한 효과적인 조치를 취한다.

(a) 장애인이 선택한 방식과 시기에, 그리고 적정한 비용으로 장애인의 이동을 촉진

(b) 양질의 이동보조기구, 보장구, 보조기술 그리고 여러 형태의 현장지원과 매개체에 대한 장애인의 접근 및 이를 적정한 비용으로 이용 가능하도록 촉진

(c) 장애인 및 이들과 같이 일하는 전문 담당자들을 위한 이동 기술에 대한 훈련을 제공

(d) 이동보조기구, 보장구 및 보조기술을 생산하는 주체들이 모든 측면에서 장애인의 이동성을 고려하도록 장려

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	**▣ 제21조 의견 · 표현 및 정보접근의 자유** 당사국은 이 협약 제2조에서 정의된 바와 같이 장애인이, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 자신이 선택한 모든 의사소통의 방법을 통해 정보와 사상을 추구하고 접수하며 전달하는 자유를 포함한 의견 및 표현의 자유에 대한 권리를 행사할 수 있도록 보장하기 위하여 다음을 포함한 모든 적절한 조치를 취한다. (a) 대중을 위한 정보를 다양한 장애유형에 적합하게 접근 가능한 형태 및 기술을 통해 적절한 방법으로 별도의 추가비용 없이 장애인에게 제공할 것 (b) 공식적인 교류에 있어 수화, 점자, 보완적이고 대안적인 의사소통 그리고 장애인의 선택에 의한 기타 모든 접근 가능한 수단, 방법, 형태를 사용하도록 수용하고 촉진할 것 (c) 인터넷을 포함해 대중에게 서비스를 제공하는 민간주체가 장애인을 위한 접근 및 이용 가능한 형식으로 정보와 서비스를 제공하도록 촉구할 것 (d) 인터넷을 통해 정보를 제공하는 자를 포함하여 대중매체에게 장애인에게 접근 가능한 서비스를 만들도록 권장할 것 (e) 수화사용을 인정하고 증진할 것 **▣ 제22조 사생활 존중** 1. 어떠한 장애인도 거주지나 주거형태와 상관없이 개인의 사생활, 가족, 가정 또는 통신 및 기타 형태의 의사소통에 대해 자의적이거나 또는 불법적인 간섭을 받거나, 그들의 명예와 신용에 대해 불법적인 비난을 당하지 않는다. 장애인은 그러한 간섭이나 비난으로부터 법의 보호를 받을 권리를 가진다. 2. 당사국은, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 장애인의 사생활, 건강 및 재활에 대한 정보를 보호한다. **▣ 제23조 가정과 가족에 대한 존중** 1. 당사국은, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 다음을 보장하기 위하여 결혼, 가족, 부모의 신분 및 관계와 관련된 모든 문제에 있어 장애인에 대한 차별을 철폐하기 위한 효과적이고 적절한 조치를 취한다. (a) 결혼 적령기에 있는 모든 장애인은 장래 배우자의 자유롭고 완전한 동의 아래 결혼을 하고 가정을 이룰 수 있는 권리가 있다는 것이 인정되어야 한다. (b) 장애인이 자신의 자녀수와 출산계획을 자유롭고 책임감 있게 결정할 권리, 연령에 적합한 정보와 출산 및 가족계획에 대한 교육에 접할 권리를 인정하고 이러한 권리의 행사가 가능하도록 적절한 조치가 제공되어야 한다. (c) 장애아동을 포함하여 장애인은, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 그들의 출산능력을 유지한다. 2. 당사국은 아동에 대한 보호, 후견, 재산관리 및 자녀입양 또는 국내법제상 존재하는 개념 중에 유사한 제도와 관련하여, 장애인의 권리와 책임을 보장한다. 이러한 모든 과정에서

법률명	주요 내용

장애인 권리협약 (국문)

아동의 최선의 이익은 가장 중요한 사안이 된다. 당사국은 양육의 책임을 수행하는 데 있어서 장애인들에게 적절한 지원을 한다.

3. 당사국은 장애아동이 가정생활과 관련하여 동등한 권리가 있음을 보장한다. 당사국은 이러한 권리의 실현과 장애아동에 대한 은폐, 유기, 방임, 격리를 막기 위하여 장애아동과 그 가족에게 초기에 종합적인 정보, 서비스 그리고 지원을 제공한다.
4. 당사국은 사법심사의 대상이 되는 권한 있는 기관이 적용 가능한 법과 절차에 따라 아동의 최선의 이익을 위해 부모와 격리될 필요가 있다고 결정한 경우를 제외하고는, 아동의 의지에 반하여 부모와 격리되지 않도록 보장한다. 어떠한 경우에도 아동은 아동 또는 부모의 장애로 인하여 분리되지 않는다.
5. 당사국은 직계가족이 장애아동을 돌볼 수 없는 경우 포괄적인 가족 내에서 대안적인 보호를 제공하도록 하고, 이것이 불가능한 경우 지역사회에서 가정의 형태로 이를 제공할 수 있도록 모든 노력을 한다.

▣ 제24조 교육

1. 당사국은 교육에 대한 장애인의 권리를 인정한다. 당사국은 차별 없이 그리고 동등한 기회에서 이러한 권리를 실현하기 위하여 모든 단계에서의 통합교육체제와 평생교육을 다음과 같은 방향으로 보장한다.

(a) 인간의 잠재성, 존엄성 및 자아 가치에 대한 개발과 기본적 자유와 인간의 다양성에 대한 존중의 강화

(b) 가능한 최대한도로 장애인의 정신적 · 신체적 능력뿐 아니라 그들의 인성, 재능 및 창의성의 개발

(c) 장애인이 자유 사회에 효과적으로 참여토록 할 것

2. 이러한 권리를 실현하는 데 있어서 당사국은 다음을 보장한다.

(a) 장애인은 장애를 이유로 일반교육체제에서 배제되지 않으며, 장애 아동이 장애를 이유로 무상의 의무 초등 교육 및 중등 교육에서 배제되지 않는다.

(b) 장애인은 그들이 사는 지역사회에서, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 통합적이고 양질의 무상 초등 교육 및 중등 교육에 접근할 수 있다.

(c) 개별적인 요구조건에 따른 합리적인 편의가 제공된다.

(d) 장애인은 일반 교육체제 내에서 효과적인 교육을 촉진하는 데 필요한 지원을 받는다.

(e) 효과적인 개별화된 지원들은 완전한 통합이라는 목표에 부합하여 학문 및 사회 개발을 최대화 시키는 환경 내에서 제공된다.

3. 당사국은 장애인이 지역사회 구성원으로서 완전하고 평등한 교육 참여를 촉진하기 위한 생활 및 사회 개발 기술을 학습할 수 있도록 한다. 이를 위해서 당사국은 다음을 포함한 적절한 조치를 취한다.

(a) 점자, 대체 문자, 보완적이고 대안적인 방식, 의사소통 수단 및 형식, 적응 및 이동기술에 대한 학습의 장려와 동료집단의 지원 및 멘토링을 장려

법률명	주요 내용

장애인 권리협약 (국문)

(b) 수화 학습과 청각장애인 공동체의 언어 정체성의 증진을 장려

(c) 시각, 청각, 또는 시청각 장애를 가진 장애인, 그 중에서도 특히 아동에 대한 교육은 개인에게 가장 적절한 언어형태와 의사소통의 방식 및 수단을 통해 그리고 학문 및 사회 개발을 최대화 시키는 환경에서 제공되도록 보장

4. 당사국은 이러한 권리의 실현을 돕기 위하여 장애가 있는 교사를 포함하여 수화 그리고/또는 점자를 사용할 수 있는 교사의 채용과 각 교육단계별 전문가 및 직원의 훈련을 위한 적절한 조치를 취한다. 이러한 훈련은 장애에 대한 인식과 적절하고 보완적이며 대안적인 의사소통의 방식, 수단, 그리고 형식과 교육기술 및 장애인을 지원하기 위한 교재의 사용이 통합적으로 이루어져야 한다.
5. 당사국은 장애인들이 차별 없이 그리고 다른 사람들과 동등한 기초위에 제3차 교육, 직업훈련, 성인교육 및 평생교육에 접근할 수 있도록 보장한다. 이를 위해 당사국은 장애인에게 합리적인 편의제공을 보장한다.

▣ 제25조 건강

당사국은 모든 장애인이 장애로 인한 차별 없이 도달 가능한 최고 수준의 건강을 향유할 권리가 있음을 인정한다. 당사국은 건강과 관련된 재활을 포함하여, 성별을 고려한 보건 서비스에 대한 접근을 보장하는 모든 적절한 조치를 취한다. 특별히 각 당사국은,

(a) 장애인에게 성적 · 생식적 보건분야 및 인구에 기초한 공중 보건프로그램을 포함하여, 다른 사람들과 동일한 범위 및 질과 수준의 무상 또는 적정한 가격의 건강관리 및 프로그램을 제공한다.

(b) 아동과 노년을 포함하여 조기 발견과 적절한 예방 및 추가적인 장애를 최소화 하고 예방하기 위한 서비스를 포함하여 특히 장애로 인해 장애인이 필요로 하는 보건 서비스를 제공한다.

(c) 농촌 지역을 포함하여, 장애인이 속한 지역사회와 가장 인접한 곳에서 이러한 보건서비스를 제공 한다

(d) 의료전문가가, 공공 및 민간보건에 대한 윤리적 기준의 보급과 훈련을 통한 장애인의 인권, 존엄성, 자율성 및 욕구에 대한 인식의 개선에 기초한 자유로운 사전 동의에 입각하여 다른 사람들과 동일한 수준의 치료를 제공해야 한다.

(e) 건강보험과 공정하고 합리적인 방식으로 규정된 국내법에 의하여 인정된 생명보험이 장애인에게 차별적으로 제공되는 것을 금지한다.

(f) 장애를 이유로 건강관리, 보건서비스 또는 음식과 음료의 차별적인 거부를 금지한다.

▣ 제26조 선천적 및 후천적 장애에 대한 재활

1. 당사국은 장애인이 최대한의 자립과 완전한 신체적 · 정신적 · 사회적 · 직업적 능력 그리고 삶의 모든 측면에서 완전한 참여와 통합을 달성하고 유지하기 위하여 동료집단의 지원을 포함한 효과적이고 적절한 조치를 취한다. 이를 위하여 당사국은 특히 보건, 고용, 교육 그

법률명	주요 내용

장애인 권리협약 (국문)

리고 사회서비스 영역에서 다음과 같은 방법으로 종합적인 재활 서비스와 프로그램을 구성, 강화, 확장하며, 이러한 서비스와 프로그램은,

(a) 가능한 초기 단계에서 시작하고 개별적인 욕구와 역량에 대한 여러 전문분야별 평가에 기반을 두어야 한다.

(b) 지역공동체와 사회 전반에 있어서의 장애인의 참여와 통합을 지원하고, 자발적이며, 농촌지역을 포함하여 장애인이 자신들의 지역공동체에서 최대한 근접한 곳에서 이용할 수 있어야 한다.

2. 당사국은 재활 서비스에 종사하는 전문가 및 직원을 위한 최초 훈련 및 지속적인 훈련의 개발을 증진한다.

3. 당사국은 재활과 관련이 있는 장애인을 위해 고안된 보장구 및 기술에 대한 유용성, 지식, 그리고 사용을 장려한다.

▣ 제27조 근로 및 고용

1. 당사국은 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 장애인이 노동할 권리를 인정하며, 이는 장애인이 장애인에게 개방적이고 통합적이며 접근 가능한 노동시장과 근로환경에서 자유롭게 선택하거나 받아들인 직업을 통해 삶을 영위할 기회를 가질 권리를 포함한다. 당사국은, 고용 기간 중에 장애를 입은 사람을 포함하여, 입법을 포함한 적절한 조치, 특히 다음과 같은 조치를 취함으로써 노동권의 실현을 보호하고 증진한다.

(a) 모집, 채용 및 고용의 조건, 고용의 연장, 경력 개발, 안전하고 건전한 근무환경을 포함한 모든 형태의 고용과 관련된 제반 사안에 대해 장애를 이유로 한 차별을 금지한다.

(b) 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 동등한 기회 및 동등한 가치의 노동에 대한 동등한 보상, 괴롭힘으로부터의 보호를 포함한 안전하고 건강한 근로환경과, 불편사항의 시정을 포함하는 공정하고 유리한 근로조건에 대한 장애인들의 권리를 보호한다.

(c) 장애인이, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 노동권 및 노동조합의 권리를 행사할 수 있도록 보장한다.

(d) 장애인이 일반적인 기술 및 직업 지도 프로그램, 직업소개 서비스 그리고 직업 훈련과 지속적인 훈련에 효과적으로 접근할 수 있도록 보장한다.

(e) 장애인의 구직, 취업 및 지속적인 근무와 복직에 대한 지원뿐만 아니라 노동시장에서 고용의 기회와 경력개발을 장려한다.

(f) 자영업, 창업, 협력개발 및 개인사업을 시작할 수 있는 기회를 증진한다.

(g) 공공부문에서 장애인을 고용한다.

(h) 적극적 우대조치, 정책, 장려금 그리고 기타 조치를 포함한 적절한 정책과 대책을 통해 민간부문에서 장애인의 고용을 증진한다.

(i) 사업장에서 장애인들에게 합리적 편의의 제공을 보장한다.

(j) 장애인이 개방된 노동시장에서의 직장경험을 습득하도록 촉진한다.

(k) 장애인을 위한 직업재활 및 전문재활, 직업유지 및 직장복귀 프로그램을 증진한다.

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	2. 당사국은 장애인이 노예상태나 예속상태에 놓이지 않도록 하며 다른 사람들과 동등한 기초 위에서 강제근로로부터 보호되도록 보장한다. **▣ 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 적정한 가격의 서비스, 장치 및 기타 지원에 대한 접근을 보장 (b) 사회보호 프로그램과 빈곤감소 프로그램에 대한 장애인 특히 장애여성과 장애소녀, 장애노인의 접근을 보장 (c) 빈곤 상태에 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) 퇴직 급여 및 프로그램에 대한 장애인의 동등한 접근을 보장 **▣ 제29조 정치와 공적 생활 참여** 당사국은 장애인이, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 정치적 권리와 정치적 권리를 향유할 수 있는 기회를 보장하며 다음의 사항을 이행한다. (a) 장애인이 투표하고 선출될 수 있는 권리와 기회를 포함하여, 직접적으로 또는 자유롭게 선택된 대표를 통해서, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 정치적 및 공적 생활에 효과적이고 완전하게 참여하도록 특히 다음의 사항을 통해 보장 한다. (i) 투표 절차, 시설 및 자료가 적절하고 접근가능하며 사용 및 이해가 쉽도록 보장 한다. (ii) 필요한 경우 보조기술 및 새로운 기술의 사용을 촉진하면서, 장애인이 선거와 국민 투표에서 아무런 위협 없이 비밀투표를 할 권리, 정부기관의 모든 직급에 입후보하며, 효과적으로 봉직하고, 공공직능을 수행할 권리를 보호한다. (iii) 유권자로서 장애인의 의지를 자유롭게 표현하도록 보장하고, 이를 위해서 필요한 경우, 장애인의 요청에 따라 자신이 선택한 사람에 대해 투표하도록 지원 한다. (b) 장애인이 공적활동을 수행함에 있어, 차별 없이 그리고 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 효과적이고 완전하게 참여할 수 있는 환경을 적극적으로 증진하고 다음을 포함하여 이들의 공적 활동 참여를 장려한다. (i) 국가의 공적, 정치적 생활과 관련된 비정부 기구 및 협회, 그리고 정당의 활동과 행정에

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	참여 (ii) 국제적, 국내적, 지역적 그리고 지방적 수준에서 장애인을 대표하는 장애인 단체의 구성과 참여

▣ 제30조 문화생활, 레크리에이션, 여가 및 스포츠에 대한 참여

1. 당사국은 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 문화생활에 참여할 장애인의 권리를 인정하고 장애인을 위하여 다음의 사항을 보장하기 위한 모든 적절한 조치를 취한다.

(a) 접근 가능한 형태로 된 문화적인 자료에 대한 접근을 향유한다.

(b) 접근 가능한 형태로 된 텔레비전 프로그램, 영화, 연극 및 기타 문화적 활동에 대한 접근을 향유한다.

(c) 극장, 박물관, 영화관, 도서관과 여행 서비스와 같은 문화 행사 또는 서비스를 위한 장소에 대한 접근과, 국가의 문화적 명소 및 유물에 대한 접근을 최대한 향유한다.

2. 당사국은 장애인이 자신의 이익 뿐 아니라, 사회의 번영을 위해서, 그들의 창의적이고 예술적이며 지적인 잠재력을 개발할 수 있는 기회를 가지도록 적절한 조치를 취한다.

3. 당사국은 장애인이 문화적인 자료에 접근하는 데 있어서 지적 재산권을 보호하는 법률이 불합리하고 차별적인 장벽의 요소가 되지 않도록 국제법에 따라 모든 적절한 조치를 취한다.

4. 장애인은 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 수화 및 농문화를 포함하여 그들의 특수한 문화 및 언어 정체성에 대한 인지 및 지원을 받아야 한다.

5. 당사국은 장애인이, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 레크리에이션, 여가와 스포츠 활동에 참여하도록 하기 위해서 다음을 위한 적절한 조치를 취한다:

(a) 장애인이 주류 스포츠 활동의 전 영역에서 최대한 참여할 수 있도록 권장하고 증진한다.

(b) 장애인이 장애 특화 스포츠와 레크리에이션 활동을 조직하고 개발하며 참여할 기회를 보장하고, 이를 위해, 다른 사람들과 동등한 기초 위에서, 적절한 지침, 훈련 및 자원의 공급을 장려한다.

(c) 장애인이 스포츠와 레크리에이션을 위한 장소 및 여행지에 대해 접근할 수 있도록 보장한다.

(d) 장애아동이 교내 활동을 포함하여 놀이, 레크리에이션, 여가 및 스포츠 활동에 참여하는 데 있어서 동등하게 접근할 수 있도록 보장한다.

(e) 장애인이 레크리에이션, 여행, 여가 및 스포츠 활동의 구성과 관련된 서비스에 접근할 수 있도록 보장한다.

▣ 제31조 통계와 자료 수집

1. 당사국은 이 협약에 영향을 미치는 정책을 수립하고 이행하도록 하기 위하여 통계자료 및 연구 자료를 포함한 적절한 정보를 수집한다. 이러한 정보의 수집과 유지의 과정은 다음과 같다.

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	(a) 장애인의 사생활 존중 및 비밀보장을 위하여 자료보호에 관한 입법을 포함하여 합법적으로 제정된 보호수단을 준수한다. (b) 통계자료의 수집과 이용에 있어 인권과 기본적 자유 및 윤리적 원칙을 보호하기 위하여 국제적으로 허용된 규범을 준수한다. 2. 이 조항에 의거하여 수집된 정보는 협약하의 당사국의 의무 이행을 평가하기 위해서, 또한 장애인의 권리행사에 있어서 그들이 직면하는 장벽들을 확인하고 해결하기 위하여 사용되어야 하고, 필요한 경우, 분산되어야 한다. 3. 당사국은 이러한 통계를 배포할 책임이 있으며 장애인과 다른 사람들에 대한 접근성을 보장한다. **▣ 제32조 국제협력** 1. 당사국은 이 협약의 목적과 원칙의 실현을 위한 국내적인 노력의 지원에 있어, 국제협력과 국제협력 증진의 중요성을 인정하고, 이와 관련되어 당사국간 또는 당사국 사이에서, 그리고 필요한 경우 국제적 및 지역적 기구와 시민단체 특히 장애인단체와의 협력을 통해 적절하고 효과적인 조치를 취해야 한다. 이러한 조치는 특히 다음을 포함한다. (a) 국제개발 프로그램을 포함하여 국제협력에 장애인을 포함시키고, 접근 가능하도록 보장 (b) 정보, 경험, 훈련 프로그램 및 모범 사례의 교류 및 공유를 포함한 역량 구축을 촉진하고 지원 (c) 과학적 또는 기술적인 지식에 대한 연구와 접근에 있어 협력을 촉진 (d) 필요한 경우, 기술 이전을 통한 접근 가능한 기술과 보조기술에 대한 접근과 공유를 촉진하는 것을 포함하여, 기술적, 경제적 지원을 제공 2. 이 조항의 규정은 이 협약 하에서의 의무를 이행하여야 할 당사국의 의무를 저해하지 않는다. **▣ 제33조 국내이행과 모니터링** 1. 당사국은 이 협약의 이행과 관련된 사안들을 위해 당사국의 조직체계에 따라 정부 내에 하나 또는 그 이상의 전담부서를 지명하고, 다양한 부문에서 다양한 수준으로 관련 활동을 용이하게 하기 위해서 정부 내에 조정기구를 설립 혹은 지명하는 것을 충분히 고려해야 한다. 2. 당사국은 자국의 법적 · 행정적 체계에 따라 본 협약의 이행을 증진 · 보호 · 감독하기 위해 당사국내에 하나 또는 그 이상의 독립적인 기구를 포함한 체제를 유지, 강화, 지명 혹은 설치해야 한다. 그러한 기구를 설치 또는 지명할 때, 당사국은 인권의 보호와 증진을 위한 국가기구의 지위 및 역할에 관한 원칙들을 고려해야 한다. 3. 시민사회, 특히 장애인과 이들을 대표하는 단체들은 모니터링 과정에 충분히 포함되고 참여 되어야 한다.

법률명	주요 내용

장애인 권리협약 (국문)

▣ 제34조 장애인권리위원회

1. 다음의 규정된 기능을 수행하는 장애인권리위원회(이하 "위원회"라 한다)를 설치한다.
2. 위원회는 이 협약 발효 시 12명의 전문가로 구성한다. 추가로 60개국이 비준 또는 가입한 후에 위원회 위원은 최대 18명으로 6명이 추가된다.
3. 위원회의 위원은 개인자격으로 직무를 수행하며 고매한 인격을 지니고 본 협약이 다루는 분야에서 능력과 경험을 인정받아야 한다.
4. 선출시에는 공평한 지역적 안배, 주요 법체계 및 상이한 문명형태의 대표성, 균형 있는 성별 대표성 및 장애인 당사자인 전문가의 참여를 고려한다.
5. 위원회의 위원은 당사국 회의에서 각 당사국이 자기나라 국민 중에서 후보자 1명을 지명한 후보자 명부에서 비밀투표로 선출된다. (위원회의 위원은 당사국이 지명한 후보자 명부에서 비밀투표로 선출된다. 각 당사국은 자기나라 국민 중에서 후보자 1명을 지명할 수 있다.) 당사국의 3분의2가 의사정족수를 구성하는 이 회의에서 위원회 위원은 출석하여 투표한 당사국 대표로부터 절대 다수표를 획득한 자 중 최다득표자 순으로 선출된다.
6. 최초 선거는 이 협약의 발효일로부터 6월 안에 실시한다. 국제연합 사무총장은 최소한 각 선거일 4월 전에 모든 당사국에 서한을 발송하여, 2월안에 후보자 명단을 제출해주도록 요청한다. 국제연합 사무총장은 이와 같이 지명된 모든 후보자의 명부를 지명국을 표시하여 알파벳순으로 작성하며, 이 명부를 이 협약의 당사국에 송부한다.
7. 위원회의 위원은 4년 임기로 선출된다. 이들은 1회 재임이 가능하다. 그러나 최초선거에서 선출된 위원 중 6명의 임기는 2년 만에 종료한다. 이들 위원 6명은 최초 선거 직후 이 협약의 제5항에 규정된 회의의 의장이 추첨으로 선정한다.
8. 6명의 추가 위원회 위원의 선출은 본 조항의 관련 규정에 따라 일반투표로 이루어진다.
9. 위원회의 위원이 사망, 사임하거나 또는 그 밖의 사유로 위원회의 임무를 더 이상 수행할 수 없는 경우, 이 위원을 지명한 당사국은 이 위원의 잔여 임기 동안 재임할, 본 조항의 관련 항에 규정된 조건에 부합하고 자격을 갖춘 다른 전문가를 지명한다.
10. 위원회는 자체 의사규칙을 제정한다.
11. 국제연합 사무총장은 위원회가 이 협약에 따른 기능을 효과적으로 수행하는데 필요한 직원과 시설을 제공하고, 위원회의 제1차 회의를 소집한다.
12. 이 협약에 의하여 설립된 위원회의 위원은 위원회 책무의 중요성을 고려하여 국제연합 총회의 승인을 얻고 총회가 결정하는 기간과 조건에 따라 국제연합의 재원으로부터 보수를 받는다.
13. 위원회 위원은 국제연합의특권및면제에관한협약의 관련부분에 규정된 바에 따라, 국제연합을 위하여 임무를 수행중인 전문가로서의 편의와 특권, 면제를 향유한다.

▣ 제35조 당사국 보고

1. 각 당사국은 이 협약에 따른 의무를 이행하기 위하여 취한 조치 및 과정에 관하여 이 협약이 자기나라에 대하여 발효한 후 2년 내에 보고서를 작성하여 국제연합 사무총장을 통하

법률명	주요 내용

장애인 권리협약 (국문)

여 위원회에 제출한다.

2. 그 이후에 당사국은 최소한 4년마다 후속 보고서를 제출하며, 위원회가 요청하는 그 밖의 보고서를 제출한다.
3. 위원회는 보고서의 내용에 적합한 지침을 결정해야 한다.
4. 위원회에 포괄적인 최초의 보고서를 제출한 당사국은 후속 보고서에 이미 제출된 정보를 반복할 필요는 없다. 당사국은 위원회에 제출할 보고서를 준비 할 시, 당사국은 공개적이고 투명한 과정에 따라 준비하고 이 협약 제4조 제3항에 규정된 조항을 적절히 고려하도록 요청된다.
5. 보고서는 이 협약상 의무의 이행정도에 영향을 미치는 요소와 장애를 적시할 수 있다.

▣ 제36조 보고서 심사

1. 위원회는 각 보고서를 검토하고, 보고서에 관하여 적절하다고 판단될 수 있는 제안과 일반 권고를 하며 이를 관련당사국에 송부한다. 관련당사국은 이에 대한 정보를 위원회에 제시할 수 있다. 위원회는 이 협약의 이행에 관하여 관련당사국으로부터 추가로 정보를 요청할 수 있다.
2. 당사국의 보고서 제출이 상당히 늦어질 경우, 위원회는 위원회가 이용가능한 신뢰할 만한 정보에 기초하여 관련당사국에게 이 협약의 이행을 심사할 필요성에 대해 통지할 수 있다. 그 통지 후 3월 내에 관련 보고서가 제출되지 않는 경우, 위원회는 관련 당사국이 이러한 심사에 참여할 것을 요청한다. 당사국이 관련 보고서를 제출하였을 경우, 본조 제1항의 규정이 적용된다.
3. 국제연합 사무총장은 모든 당사국에게 보고서를 제공해야 한다.
4. 당사국들은 자국의 활동에 관한 보고서를 자국내 일반에게 널리 활용가능하도록 하여야 하며, 이러한 보고서에 대한 제안 및 일반 권고에 대한 접근을 용이하게 한다.
5. 위원회는 적절하다고 판단되는 경우 기술적 자문이나 지원의 필요성을 언급하거나 지적하고 있는 당사국의 보고서를 그러한 요청이나 지적에 대한 위원회의 의견이나 제안이 있으면 동 의견 또는 권고와 함께 전문기구, 기금, 국제연합 프로그램 및 그 밖에 권한있는 기구에 전달하여야 한다.

▣ 제37조 당사국과 위원회 간의 협력

1. 각 당사국은 위원회와 협력 하고 위원들이 그들의 임무를 수행할 수 있도록 지원한다.
2. 위원회는 당사국과의 관계에 있어서, 이 협약의 이행을 위하여 국제협력을 포함하여 국내적 역량 강화를 위한 수단과 방법을 적절히 고려한다.

▣ 제38조 위원회와 기타 기구와의 관계

이 협약의 효과적인 이행을 촉진하고 이 협약이 대상으로 하는 분야에서의 국제협력을 장려하기 위하여

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	(a) 전문기구 및 국제연합의 그 밖의 기관은 이 협약 중 그들의 권한 범위 안에 속하는 규정의 이행에 관한 논의에 대표를 파견할 권리를 가진다. 위원회는 전문기구와 그 밖의 권한 있는 기구에 대하여 각 기구의 권한 범위에 속하는 분야에 있어서 이 협약의 이행에 관한 전문적인 자문을 제공하여 줄 것을 요청할 수 있다. 위원회는 전문기구와 그 밖의 국제연합 기관에게 그들의 활동범위에 속하는 분야에서의 이 협약의 이행에 관한 보고서를 제출할 것을 요청할 수 있다. (b) 위원회는 위원회의 임무 수행에 있어, 적절한 경우에, 국제인권조약에 의해 설립된 기구들의 보고서 작성지침, 제안 및 일반권고와의 일관성을 보장하고 기능수행에 있어 중복을 피하기 위하여 이를 기구와 협의한다. **▣ 제39조 위원회 보고서** 위원회는 위원회의 활동에 관한 보고서를 2년마다 총회와 경제사회이사회에 제출하며, 당사국으로부터 접수한 보고서 및 정보에 대한 심사를 기초로 제안 및 일반권고를 할 수 있다. 이러한 제안 및 일반권고는 당사국으로부터 논평이 있는 경우, 이와 함께 위원회의 보고서에 수록되어야 한다. **▣ 제40조 당사국 회의** 1. 당사국은 이 협약의 이행과 관련된 문제를 논의하기 위하여 당사국 회의에서 정기적으로 회합한다. 2. 이 협약이 발효된 이후 6월 내에 국제연합 사무총장은 당사국 회의를 소집한다. 추후 회의는 2년 또는 당사국 회의의 결정에 따라 국제연합 사무총장이 소집한다. **▣ 제41조 기탁** 국제연합 사무총장은 이 협약의 수탁자이다. **▣ 제42조 서명** 이 협약은 2007년 3월 30일 뉴욕에 위치한 국제연합 본부에서 모든 국가와 지역통합기구의 서명을 위하여 개방된다. **▣ 제43조 기속적 동의** 이 협약은 서명국의 비준 및 서명한 지역통합기구의 공식적인 인준을 받아야 한다. 이 협약은 이 협약에 서명하지 않은 모든 국가와 지역통합기구의 가입을 위하여 개방된다. **▣ 제44조 지역통합기구** 1. "지역통합기구"란 해당지역의 주권국가에 의해 구성된 기구로서, 이 기구의 회원국들은 이 협약에 준거하는 사안들에 대한 권한을 이 기구에 위임하였다. 이러한 기구는 이 협약

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	에 준거하는 사안들에 대한 권한의 범주에 관하여 공식 인준서 또는 가입서를 통해 선언한다. 이후에 권한 범주 내에서 기탁인에게 실질적인 수정을 알린다. 2. 이 협약의 당사국에 대한 언급은 지역통합기구의 권한 내에서 이러한 기구에 적용된다. 3. 제45조 제1항, 제47조 제2항, 제3항의 목적상, 지역통합기구에 의해 기탁된 문서는 포함되지 않는다. 4. 지역통합기구는 권한 내의 사안들에 관하여 이 협약의 당사국인 회원국 수와 동일한 투표수로 당사국 회의에서 투표권을 행사할 수 있다. 회원국이 권리를 행사할 경우 지역통합기구는 투표권을 행사할 수 없다. 반대로 지역통합기구가 그 권리를 행사한다면 회원국은 투표권을 행사할 수 없다. **▣ 제45조 발효** 1. 이 협약은 20번째 비준서 또는 가입서의 기탁 후 30일 후에 발효한다. 2. 20번째 비준서 또는 가입서가 기탁된 후 이 협약을 비준하거나 공식 승인하거나 또는 가입하는 각 당사국에 대하여, 이 협약은 해당 비준서 또는 가입서의 기탁 후 30일이 되는 날 발효한다. **▣ 제46조 유보** 1. 이 협약의 대상 및 목적과 양립하지 아니하는 유보는 허용되지 아니한다. 2. 유보는 언제라도 철회할 수 있다. **▣ 제47조 개정** 1. 모든 당사국은 이 협약의 개정안을 제안하고 이를 국제연합 사무총장에게 제출할 수 있다. 사무총장은 각 당사국에게 동 제안을 심의하고 결정하기 위한 당사국회의 개최에 찬성하는지 여부를 통보하여 줄 것을 요청하는 것과 함께 개정안을 이 의정서의 각 당사국에게 송부한다. 사무총장이 송부한 날부터 4월 내에 당사국 중 최소한 3분의 1이 회의 개최에 찬성하는 경우에, 사무총장은 국제연합의 주관 하에 이 회의를 소집한다. 이 회의에 출석하여 표결하는 당사국의 3분의 2중 과반수에 의하여 채택된 개정안은 그 승인을 위하여 사무총장을 통하여 국제연합총회에 제출되며 그 후 수용을 위해 모든 당사국들에게 제출된다. 2. 본조 제1항에 따라 채택되고 승인된 개정안은 개정안이 채택된 날짜에 당사국 수의 3분의 2에 달하는 채택서가 기탁된 후 30일 후에 발효한다. 그 후, 당사국들이 자국의 채택서를 기탁한 후 30일 후에 해당 당사국에 대해 개정안이 발효한다. 개정안은 이를 수락한 당사국만 구속한다. 3. 당사국 회의를 통해 총의에 도달하면, 제34조, 제38조, 제39조, 제40조에만 해당되는 본조 제1항에 따라 채택되고 승인된 개정안은 기탁된 채택서의 수가 개정안이 채택된 날짜에 당사국 수 3분의 2를 충족하고 30일 후에 당사국에서 발효한다.

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 (국문)	**▣ 제48조 협약의 폐기** 당사국은 국제연합 사무총장에 대한 서면 통보에 의하여 이 협약을 폐기할 수 있다. 폐기는 사무총장이 통보를 접수한 날부터 1년 후에 효력을 발생한다. **▣ 제49조 접근 가능한 형식** 이 협약문은 접근 가능한 형식으로 제공된다. **▣ 제50조 정본** 이 협약문은 아랍어 · 중국어 · 영어 · 불어 · 러시아어 및 서반아어본이 동등하게 정본이다. 이상의 증거로 아래의 서명 전권대표들은 각국 정부에 의하여 정당하게 권한을 위임받아 이 협약에 서명하였다.

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 선택의정서 (국문)	이 의정서의 당사국은 다음과 같이 합의하였다. **▣ 제1조** 1. 이 의정서의 당사국(이하"당사국"이라 한다)은 당사국에 의해 협약상 규정의 위반으로 피해를 입었다고 주장하는 당사국의 관할 하에 있는 개인 또는 집단 혹은 이들을 대리한 통보를 접수하고 심리하는 장애인권리위원회(이하"위원회"라 한다)의 권한을 인정한다. 2. 이 의정서의 당사국이 아닌 협약 당사국에 관한 것인 경우에는 어떠한 통보도 위원회에 접수되지 아니한다. **▣ 제2조** 위원회는 다음의 경우에는 통보를 심리할 수 없다고 간주한다. (a) 통보가 익명인 경우 (b) 통보가 통보제출권의 남용이거나 또는 본 협약의 규정과 양립하지 않는 경우 (c) 동일한 사안이 이미 위원회에서 검토되었거나, 또는 다른 국제적 조사절차나 해결절차에서 심사되었거나 심사중인 경우 (d) 이용가능한 모든 국내적 구제절차가 완료되지 않은 경우. 이것은 구제 절차의 이용이 불합리하게 지연되거나 효과적인 구제수단이 되지 못하는 경우에는 적용되지 않는다. (e) 명백하게 근거가 박약하거나 사안의 실체적 존재가 충분하게 소명되지 못한 경우 (f) 통보의 대상이 되는 사실이 이 의정서가 관련 당사국에게 발효된 후까지 지속되는 경우를 제외하고 동 발효 이전에 발생한 경우 **▣ 제3조** 이 의정서 제2조의 규정에 따라 위원회는 제출된 모든 통보에 대하여 비공개적으로 관련 당사국의 주의를 환기한다. 접수 당사국은 이러한 사안과 자국이 제공한 구제조치가 있는 경우, 동 구제조치에 대하여 소명하는 서면 설명서 또는 진술서를 6월 이내에 위원회에 제출한다. ▣ 제4조 1. 위원회는 통보를 접수한 후에 본안을 결정하기 전까지는 언제든지 주장된 권리침해의 피해자 또는 피해자들에게 발생할 수 있는 회복이 불가능한 손해를 방지하기 위하여 필요한 잠정조치를 취하라는 요청을 긴급한 고려사항으로 관련 당사국에게 송부할 수 있다. 2. 위원회가 본조 제1항의 권한을 행사하더라도 이것은 통보의 심리가능성이나 본안에 대한 결정을 함의하는 것은 아니다. **▣ 제5조** 위원회가 이 의정서에 따라 통보를 심사할 때에는 비공개로 회의를 개최해야 한다. 위원회는 통보를 심사한 후, 제안과 권고사항이 있는 경우 관련 당사국과 진정인에게 전달한다.

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 선택의정서 (국문)	▣ 제6조 1. 위원회는 협약에 규정된 권리가 당사국에 의하여 심각하게 또는 조직적으로 침해된다고 신뢰할 만한 정보를 접수한 경우, 위원회는 그 당사국에 대하여 그러한 정보를 조사하는 데 협조할 것과, 또한 이를 위하여 관련 정보에 대한 의견을 제출하도록 요청한다. 2. 위원회는 관련 당사국이 제출한 의견 및 그 밖에 입수가능한 모든 신뢰할 만한 정보를 고려하여, 위원 중 1명 또는 그 이상을 지명하여 조사를 수행하고 이를 위원회에 긴급히 보고하게 할 수 있다. 정당한 사유가 있는 경우에 당사국의 동의 하에 이러한 조사는 당사국의 영역에 대한 방문을 포함할 수 있다. 3. 위원회는 조사결과를 심사한 후, 동 결과를 논평 및 권고사항과 함께 관련 당사국에게 전달한다. 4. 관련 당사국은 위원회로부터 조사결과 · 논평 및 권고사항을 전달받은 후 6개월 이내에 자국의 견해를 위원회에 제출해야 한다. 5. 이러한 조사는 비공개로 진행되며 절차의 모든 단계에서 당사국의 협력이 요청된다. ▣ 제7조 1. 위원회는 관련 당사국에게 이 의정서 제6조의 규정에 따라 행하여진 조사에 대응하여 취해진 모든 조치에 대한 상세한 내용을 협약 제35조의 규정에 따른 보고서에 포함하도록 요청할 수 있다. 2. 위원회는 필요한 경우 제6조 제4항에 언급된 6월의 기간이 종료된 후에 관련 당사국에게 동 조사에 대응하여 취해진 조치를 위원회에 알려주도록 요청할 수 있다. ▣ 제8조 각 당사국은 이 의정서의 서명, 비준 또는 가입시, 이 의정서가 제6조 및 제7조에 규정된 위원회 권한을 인정하지 아니한다고 선언할 수 있다. ▣ 제9조 국제연합 사무총장은 이 의정서의 수탁자이다. ▣ 제10조 이 의정서는 2007년 3월 30일자로 뉴욕에 위치한 국제연합본부에서 협약에 서명한 국가와 지역통합기구의 서명을 위해 개방된다. ▣ 제11조 이 의정서는 협약을 비준하였거나 가입한 이 의정서의 서명국의 비준을 받아야 한다. 이 의정서는 협약을 공식적으로 인준하고 이 의정서에 서명한 지역통합기구의 공식적인 인준을 받아야 한다. 이 의정서는 협약을 비준 공식적인 인준 또는 가입하였으나 의정서에 서명하지

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 선택의정서 (국문)	않은 모든 국가와 지역통합기구의 가입을 위하여 개방된다. ▣ **제12조** 1. "지역통합기구"란 회원국들이 협약 및 본 의정서에 준거하는 사안들에 대한 권한을 위임하여 주권국가에 의해 구성된 기구를 의미한다. 이러한 기구는 협약 및 본 의정서에 준거하는 사안들에 대한 권한의 범주에 대해 공식 승인서 또는 비준서를 통해 선언해야 한다. 이후, 결과적으로 권한 범주 내에서 기탁인에게 실질적인 수정을 통보해야 한다. 2. 본 의정서의 당사국에 대한 언급은 지역통합기구의 권한 내에서 적용된다. 3. 제13조 제1항, 제15조 제2항의 목적에 따라 통합기구의 채택서는 포함되지 않는다. 4. 지역통합기구는 그 권한 내의 사안들에 대해 본 의정서의 당사국인 그 회원국 수와 동일한 투표수로 당사국 회의에서 투표권을 행사할 수 있다. 만일 그 회원국이 권리를 행사한다면 지역통합기구는 투표권을 행사할 수 없다. 역으로 지역통합기구가 그 권리를 행사한다면 회원국은 투표권을 행사할 수 없다 ▣ **제13조** 1. 협약의 발효를 조건으로, 이 의정서는 10번째 비준서 또는 가입서의 기탁 후 30일후에 발효한다. 2. 10번째 비준서 또는 가입서가 기탁된 후, 이 의정서를 비준하거나 공식 승인하거나 또는 가입하는 각 당사국 또는 지역통합기구에 있어, 이 의정서는 그러한 문서의 기탁 후 30일이 되는 날 발효한다. ▣ **제14조** 1. 이 의정서의 대상 및 목적과 양립하지 아니하는 유보는 허용되지 아니한다. 2. 유보는 언제라도 철회할 수 있다. ▣ **제15조** 1. 모든 당사국은 이 의정서의 개정안을 제안하고 이를 국제연합사무총장에게 제출할 수 있다. 사무총장은 각 당사국에게 동 제안을 심의하고 결정하기 위한 당사국회의 개최에 찬성하는지 여부를 통보하여 줄 것을 요청하는 것과 함께 개정안을 이 의정서의 각 당사국에게 송부한다. 사무총장이 송부한 날부터 4월 내에 당사국 중 최소한 3분의 1이 회의 개최에 찬성하는 경우에, 사무총장은 국제연합의 주관 하에 이 회의를 소집한다. 이 회의에 출석하여 표결하는 당사국의 3분의 2중 과반수에 의하여 채택된 개정안은 그 승인을 위하여 사무총장을 통하여 국제연합총회에 제출되며 그 후 수용을 위해 모든 당사국들에게 제출된다. 2. 본조 제1항에 따라 채택되고 승인된 개정안은 채택된 날짜에 당사국 수의 3분의 2에 달하는 채택서가 기탁된 후 30일 후에 발효한다. 그 후, 당사국들이 자국의 채택서를 기탁한 후

www.kodi.or.kr 한국장애인개발원

법률명	주요 내용
장애인 권리협약 선택의정서 (국문)	30일 후에 해당 당사국에 대해 개정안이 발효한다. 개정안은 이를 수락한 당사국만 구속한다. ▣ **제16조** 당사국은 국제연합 사무총장에 대한 서면 통보에 의하여 이 의정서를 폐기할 수 있다. 폐기는 사무총장이 통보를 접수한 날부터 1년 후에 효력을 발생한다. ▣ **제17조** 이 의정서문은 접근 가능한 형식으로 제공한다. ▣ **제18조** 이 의정서문은 아랍어 · 중국어 · 영어 · 불어 · 러시아어 및 서반아어본이 동등하게 정본이다. 이상의 증거로 아래의 서명 전권대표들은 각국 정부에 의하여 정당하게 권한을 위임받아 이 의정서에 서명하였다.

2019 장애인백서

2019년 12월 인쇄
2019년 12월 발행

발행처 한국장애인개발원
서울시 영등포구 의사당대로 22 이룸센터 5층
대표전화 02-3433-0600
팩스 02-416-9567
홈페이지 www.koddi.or.kr
인쇄처 한국학술정보(주)

ISBN 978-89-6921-357-0 (93330)

※ 본 연구보고서의 내용을 무단 복사하는 것을 금합니다.



한국장애인개발원

비매품/무료
93330
9 788969 212733
ISBN 978-89-6921-273-3