

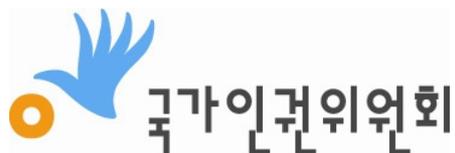


발 간 등 록 번 호

11-1620000-000435-01

2012년도 인권상황실태조사
연구용역보고서

자립생활 기반구축을 위한 외국 사례 및 정책 연구를 통한 선진모델 구축



자립생활 기반구축을 위한 외국 사례 및 정책 연구를 통한 선진모델 구축

2012년도 국가인권위원회 인권상황실태조사
연구용역보고서를 제출합니다.

2012. 12.

- 연구수행기관 : **군산대학교 산학협력단**
- 연구책임자 : **서정희** (군산대학교 사회복지학과 교수)
- 공동연구원 : **유동철** (동의대학교 사회복지학과 교수)
이동석 (성공회대학교 사회복지연구소 연구원)
심재진 (대구대학교 법학과 교수)
- 연구보조원 : **오욱찬** (서울대학교 사회복지학과 석박사통합과정)
전병옥 (군산대학교 사회복지학과 학부과정)
김현중 (군산대학교 사회복지학과 졸업)

이 보고서는 연구용역수행기관의 결과물로서,
국가인권위원회의 입장과 다를 수 있습니다.

요 약

I. 서론

□ 연구의 필요성

- 자립생활운동을 최초로 시작한 미국을 비롯하여 독일 및 스웨덴 등 선진 각국은 지역사회 기반을 한 장애인의 동등한 사회참여가 보장되어 있는 반면, 우리나라의 경우 장애인에 대한 시설 수용 위주의 경향을 보이고 있음. 이 과정에서 인권침해 시비가 계속되고 있고, 사회복지 및 지역사회정착이 매우 저조한 문제 등이 발생하고 있음.
- 이러한 문제점을 시정하고 장애당사자의 동등한 자기결정권과 사회참여를 보장하기 위하여 선진 각국의 자립생활제도 및 개혁의 사례와 법·제도 등을 연구하여 우리나라에 필요한 자립생활 기반 구축을 위한 선진모델을 구축할 필요가 있음.

II. 자립생활을 위한 원칙과 수단

1. 자립생활의 개념

□ 자립생활의 개념

- 장애인의 자립생활에 대한 논의는 주로 보호자나 전문가에게 종속되어 장애인 스스로의 원조활동(self-help)에 대하여 간과한 측면을 비판하면서 등장

- 자립생활 패러다임은 장애인 문제를 장애인 당사자가 가장 잘 이해하고 있으므로, 장애인이 삶을 영위하는 데 있어 스스로의 '선택권'과 '자기결정권'을 신장하고, 서비스 제공에 있어서는 장애인의 '주도적인 참여'가 보장되어야 한다는 이념에 기초
- 장애인의 문제는 장애인이 가지고 있는 신체적 문제보다는 그러한 요소를 문제로 만드는 사회 환경에서 비롯되므로, 자립생활은 물리적·심리적 환경 개선에 관심을 두는 강력한 권익옹호 지향성을 담고 있음

2. 자립생활을 위한 원칙

□ 자기결정권

- 장애인의 자기결정권이란 장애인 당사자가 스스로 자신의 삶의 방식을 결정하고 그 생활 전반에 걸쳐 스스로의 삶을 주체적으로 이끌 뿐만 아니라 사회활동에 적극적으로 참여함을 의미

□ 선택과 통제권

- 공공서비스에서 선택은 무엇보다 자율성의 원칙에 의해 받아들여짐. 모든 사람은 자신의 삶과 운명의 주인으로서 자신의 문제에 결정권을 가진 존재로 존중되어야 한다는 것을 의미하고, 선택을 보장한다는 것은 모든 사람에게 자율성을 실현하기 위한 방안을 제공하는 것임

□ 역량강화

- 역량강화란 서비스의 전 과정에 적극적이고 민주적으로 참여하고,

서비스를 선택하고 통제함으로써 서비스 자체에 대한 통제 능력 증진뿐만 아니라, 결과적으로 서비스 이외의 삶에서도 외부환경에 적극적으로 대처할 수 있는 능력을 갖게 해주는 것임

□ 차별과 억압에의 도전을 통한 사회통합

- 사회통합(social inclusion)은 ‘장애인과 사회가 상호작용할 수 있도록, 장애인을 배제시키는 사회 자체를 변화시키는 것’
- 장애인의 자립생활을 위한 사회통합을 이루기 위해서는 일반 사회 구성원들에 대한 교육, 의식제고 등이 더욱 중요함

III. 장애 정의 및 사정체계

1. 장애 개념과 분류 체계

- 장애 정의의 기본 원리로서의 사회적 모델과 의료 모델의 구분
- 사회적 맥락과 환경의 산물로서의 장애를 정의하는 사회적 모델의 관점이 요구됨.

2. 사회복지 정책 영역별 장애정의 외국 사례

□ 일상생활활동 지원 영역에서의 장애 정의

- 기본적 일상생활활동 대 도구적 일상생활활동
 - 일상생활활동 지원 영역에서의 장애 정의는 일상생활활동(ADLs)을 사정하는지, 도구적 일상생활활동(IADLs)을 사정하는지에 따라 장애 포괄성이 달라짐.

○ 노인 장애인 포함 유무

- ① 65세 이상 노인 장애인을 서비스에서 배제하는 국가
- ② 연령 기준으로 급여를 박탈하지는 않으나, 급여수준이 낮은 국가
- ③ 연령 기준을 적용하지 않는 국가

□ 소득보장 영역에서의 장애 정의

○ 과정 접근법(procedural approach)

- 왜 한 사람이 노동을 중단하였는가와 이전 직장으로 복귀하는데 걸림돌이 무엇인가를 규명
- 보험 제도에서 가장 적절.
- 대표 국가 : 독일, 스칸디나비아 국가

○ 능력 접근법(capacity profile approach)

- 왜 한 사람이 노동에 종사하는 것이 불가능해졌는지 그 이유에 초점
- 장애는 특정 시점에 한 개인의 노동 능력에 대한 단면(snapshot)을 가지고 평가
- 대표 국가 : 영국, 네덜란드, 아일랜드

○ 손상 접근법(impairment-based approach)

- 이전 노동 혹은 가능한 노동에 대한 명시적 언급 없이 기능이 손상된 정도를 평가
- 대표국가 : 스페인, 프랑스

□ 고용보장 영역에서의 장애 정의

IV. 서비스 전달체계

1. 영국의 전달체계

□ 통합적 전달체계 마련

- 고용과 급여에 대한 서비스는 노동연금부, 사회서비스는 보건부에서 담당
- 지방에서는 지역장애급여센터와 복지고용사무소에서 담당, 사회서비스는 지방정부의 사회서비스국에서 담당

※ 고용과 급여서비스의 통합이 특징

□ 기타 특성

- 단일한 사정도구의 마련(WCA)
- 커뮤니티 케어의 통합 서비스 제공
 - 신청, 사정, 이의제기 절차의 체계적 마련
 - 서비스모니터링체계로서 돌봄질관리위원회 설치(CQC)

2. 호주의 전달체계

□ 통합적 전달체계 마련

- 고용과 사회보장 서비스 전달체계의 통합

- 센터링크라는 독립적 조직 중심의 광범위한 서비스 통합

□ 센터링크

- 1997년 정부의 서비스를 포괄적으로 전달하는 One-stop 전달체계
- 독립조직으로서 서비스 신청, 사정, 급여 및 서비스 제공이 일시에 이루어짐

3. 우리나라 전달체계 구축 방안

□ 기본 체계의 혁신

- 근로능력 판정 및 사정에 관한 연계체계 마련(고용노동부와 보건복지부의 연계)
- 장애등급제의 폐지 및 서비스 수급 기준 마련
- 시군구 단위의 지방정부 전달체계 구축

□ One-stop 서비스 체계 마련

- 시군구에 장애전문서비스팀 설치 및 전문가 배치
- 서비스 신청과 사정 및 서비스 결정은 장애전문서비스팀에서 제공
- 서비스 실시는 개별 기관들이 제공
- 사회서비스 품질감독원 설치 및 이의제기 절차 마련

V. 자립생활을 위한 정책과제

1. 직접지불제도

□ 주요선진국의 활동보조서비스 제공 방식

- OECD국가에서는 직접지불제도가 대부분 시행되고 있음
- 직접지불제도와 간접수령방식을 혼용하고 있음

□ 영국의 직접지불제도

- 2004년부터 직접지불제도를 선택할 수 있게 의무화
- 자기결정권은 향상되었으나 이용자의 범위가 매우 제한되는 한계가 있음
- 직접지불제도를 활용할 수 있는 중개기관 모델도 활용함
- 서비스 범위가 훨씬 넓은 개인예산제를 도입하기 위해 준비중

□ 합의

- 직접지불제도 시범사업 진행
- 직접지불제도의 중개방식 중 선택할 수 있도록 제도 개정을 준비할 필요가 있음
- 직접지불제도의 한계를 극복할 수 있는 대안 마련해야 함

2. P&A

□ 미국의 보호와 옹호 체계(P&A Systems)

- 연방 법률에 의한 8개의 개별 P&A 프로그램들이 있으며, 각각 예산지원을 받고 있음
- P&A기관들은, 모든 연방법 및 주 법률에 따라, 모든 장애인에게 법률적 대리 및 다른 옹호 서비스를 제공하는 권한을 갖고 있으며, 불리한 상황을 모니터하고 검사하고 개선하기 위해 장애인을 돌보는 기관에 접근할 수 있음
- P&A기관들은 기관, 개인, 기록 등에 접근할 수 있는 특별한 권한을 부여받았으며, 학대와 방임 주장에 대해 조사할 수 있으며, 기관에서의 상태를 감독할 수 있음

□ 제언

- 권익옹호 체계는 그 특성상 장애인에 관한 이해와 전문성을 갖추어야 하고, 대상자와 접근이 용이할 수 있도록 지방화, 소규모화할 필요성이 있으며, 미국의 P&A처럼 민간조직의 역동성과 자발성, 서비스 마인드와 행정기관의 권한과 책임이라는 장점을 결합하는 방식이 장애인 권리확보를 위하여 훨씬 능률적인 면도 있는 만큼, 비영리 민간단체에의 위탁이 바람직할 것으로 보임
- 차별과 인권침해 이외의 다양한 서비스권리까지를 포함시키기 위해서는 이를 총체적으로 주관하고 있는 보건복지부의 권한 위임이 필요. 이를 위해서는 장애인차별금지및권리구제에관한법률 또는 장애인복지법을 개정하거나 장애인권리보장법(안)을 제정하는 것을 고려해 볼 수 있음

□ 권익옹호 체계의 권한과 역할

- 조사권과 접근권
- 조사 이후의 조치 및 사례관리
- 소송지원
- 상담, 정보 제공, 홍보 및 교육 등의 서비스

3. 성년후견제도

□ 독일의 성년후견제도

- 필요성의 원칙과 보충성의 원칙 적용
 - 필요성의 원칙은 성년후견이 요구되는 직무의 범위에 한해서만 성년후견인이 선임될 수 있으며, 피성년후견인에게 필요한 경우에 한해서 성년후견인이 요구된다는 원칙
 - 보충성의 원칙은 법정대리인의 선임이 다른 원조방법에 의한 경우가 아닌 필요할 경우에 한하여 선임된다는 원칙

□ 우리나라의 성년후견제도에 대한 제언

- 후견인 제도를 적용하기에 앞서 후견인 제도가 자기결정권과 장애인의 역량강화를 저해할 수 있다는 생각을 하고 다른 방안을 강구해 본 후에 그래도 방안이 없을 경우 후견인 제도를 시행하여야 함
- 후견제의 원칙
 - 후견인은 철저히 장애인편이 되어야 한다.

- 가부장적 보호주의의 유혹에 넘어가서는 안 된다.
- 장애인의 자기결정권을 최대한 존중하여야 한다.
- 권익옹호의 역할을 해야 한다.
- 필요한 서비스가 어떤 것인지, 지역사회의 자원파악이 필요하다.

4. 탈시설화

□ 탈시설화와 자립생활

- 탈시설화는 단순히 거주시설을 폐쇄를 넘어 시설입소 예방과 지역사회 정착을 위한 서비스 마련을 포함함
- 또한 역사적으로 탈시설화가 자립생활 운동으로 발전되었으며, 탈시설화는 자립생활의 목표를 달성하기 위한 중요한 요소의 하나임

□ 탈시설화의 기본원칙과 극복과제

- European Commission은 유럽의 탈시설화 현황을 종합적으로 분석하여 탈시설 전환 과정에서의 기본원칙과 극복과제를 도출함
- 탈시설화의 기본 원칙

- ① 이용자의 권리를 존중하고 의사결정 과정에 참여를 보장해야 한다.
- ② 시설화를 예방해야 한다.
- ③ 지역사회 기반의 서비스를 창출해야 한다.
- ④ 시설을 폐쇄해야 한다.
- ⑤ 현존하는 시설에 대한 투자를 제한해야 한다.
- ⑥ 인적자원을 개발해야 한다.
- ⑦ 자원을 효율적으로 활용해야 한다.
- ⑧ 서비스 질에 대한 통제가 필요하다.
- ⑨ 전체적 관점(holistic approach)이 필요하다.
- ⑩ 지속적인 인식개선이 필요하다.

○ 탈시설화 과정에서의 극복과제

- ① 현 거주시설에 대한 과도한 투자
- ② 시설 서비스와 지역사회 기반 서비스가 병존할 경우 발생하는 문제
- ③ 새로운 서비스가 기존의 시설 서비스와 유사한 형태로 구축되는 경우의 문제
- ④ 적절한 대안이 없는 상태에서의 무조건적인 시설 폐쇄

□ 우리나라에 대한 시사점

- 탈시설화는 크게 기존 거주시설에 대한 개입과 탈시설 전환서비스의 구축으로 추진해야 하며 두 가지 접근을 통합적·균형적으로 추진해야 함
- 기존 대규모 거주시설은 단계적으로 소규모화해야 하며, 이 과정에서 기존 거주시설의 공간, 인력 등 자원의 활용방안을 정부에서 제시해야 함. 또한 시설의 소규모화 일정은 탈시설 전환서비스의 구축 속도를 고려하여 설정해야 함
- 탈시설 전환서비스의 전달체계는 반드시 공공전달체계 내에 통합되어야 함. 공공전달체계 내의 장애전문서비스팀이 탈시설 욕구 확인, 초기상담 및 기초평가, 개인별 지원계획 수립, 서비스 제공결정 및 의뢰, 지속적인 모니터링과 평가를 수행해야 함. 다만 초기 정착과정에서 밀착 지원이 필요하므로 자립생활센터와 같은 민간 자원을 충분히 활용해야 함. 또한 거주시설에 입소하고자 하는 장애인에 대해 시설 입소 예방 노력이 필요함

VI. 결론

□ 우리나라에 대한 시사점

- 자립생활 원칙의 실현을 위한 단계별 정책 전략이 요구됨.

목 차

요 약	i
I. 서론	1
II. 자립생활을 위한 원칙과 수단	3
1. 자립생활의 역사	5
2. 자립생활의 배경	8
가. 시민권 운동	9
나. 소비자 운동	10
다. 자조운동	10
라. 탈의료화와 자기가료(self-care)운동	11
마. 의료 모델	12
바. 환자역할(The Sick Role)	13
사. 탈시설화와 정상화 운동	15
3. 자립생활의 개념	16
4. 자립생활을 위한 원칙	20
가. 자기결정권	21
나. 선택과 통제권	25
다. 역량강화	29
라. 차별과 억압에의 도전을 통한 사회통합	31
5. 자립생활센터의 핵심 요소	33
가. 정책결정과 운영상의 소비자 주도	34

나. 서비스의 목적과 방법에 있어서의 소비자 주도	34
다. 전 장애영역 강조	35
라. 지역사회 기반과 지역사회 요구에 대한 부응	35
마. 동료역할모델	35
바. 제공되는 서비스의 범위	36
사. 지역사회 권익옹호 활동	36
아. 상시적이며 열려있는 서비스	36
6. 자립생활 서비스	37
7. 자립생활을 위한 정책적 방향	39

III. 장애 정의 및 사정체계42

1. 장애 개념과 분류 체계	42
2. 사회복지 정책 영역별 장애정의 외국 사례	43
가. 일상생활활동 지원 영역에서의 장애 정의	44
나. 소득보장 영역에서의 장애 정의	49
다. 고용보장 영역에서의 장애 정의	55
3. 장애 사정	58
가. 모델 A : 낮은 수준의 의료 정보와 높은 수준의 재량권 (Low medical evidence and high discretion)	58
나. 모델 B : 낮은 수준의 의료 정보와 낮은 수준의 재량권 (Low medical evidence and low discretion)	60
다. 모델 C : 높은 수준의 의료 정보와 높은 수준의 재량권 (High medical evidence and high discretion)	62
라. 모델 D : 높은 수준의 의료 정보와 낮은 수준의 재량권 (High medical evidence and low discretion)	63

4. 우리나라에 대한 합의 64

IV. 서비스 전달체계66

1. 영국의 전달체계 66

 가. 개요 66

 나. 영국의 사회보장 급여 및 고용서비스 전달체계 67

 다. 영국 사회복지 서비스 전달체계 77

2. 호주의 전달체계 85

 가. 호주 전달체계 개편 흐름 85

 나. 대민서비스 전달체계 구조 및 운영 87

 다. 센터링크 구조 및 운영방식 89

3. 우리나라 전달체계 구축 방안 92

 가. 한국의 현황과 문제점 92

 나. 최근의 동향 96

 다. 장애인복지 전달체계 구축 방향 100

V. 자립생활을 위한 정책과제119

1. 직접지불제도 119

 가. 선진국의 활동보조서비스 지원방식 120

 나. 영국의 직접지불제도 124

 다. 합의 127

2. P&A 130

 가. 미국의 보호와 옹호 체계(P&A Systems) 132

 나. 영국의 법률에 의한 특별한 옹호인의 형태 140

 다. 우리나라의 아동보호전문기관 143

라. ‘발달장애인 지원 및 권리보장에 관한 법률(안)’ 중 발달장애인권익옹호센터	147
마. 우리나라에서의 장애인 권익옹호 체계에 대한 제언	149
3. 성년후견제도	157
가. 독일의 성년후견제도	159
나. 일본의 성년후견제도	163
다. 우리나라의 성년후견제도에 대한 제언	166
4. 탈시설화	175
가. 탈시설화와 자립생활	175
나. 탈시설화의 기본원칙과 극복과제	177
다. 우리나라에 대한 시사점	185

VI. 결론193

참고문헌197

표 차례

<표 2-1> 재활과 자립생활 패러다임의 비교	19
<표 5-1> 서비스 제공방식의 장단점 비교	121
<표 5-2> 활동보조서비스의 전달체계	122
<표 5-3> 장애인 거주시설 및 이용자 현황	185
<표 5-4> 장애인 거주시설 정원 현황(2011년 말)	186

그림 차례

[그림 2-1] 전통적 모델을 적용한 사회복지서비스	28
[그림 2-2] 사회적 모델을 적용한 사회복지서비스	29
[그림 4-1] 영국 장애인복지 전달체계의 기본구조	69
[그림 4-2] 영국의 ESA에서의 급여 수급을 위한 과정 체계도	76
[그림 4-3] 호주의 장애인 서비스 전달체계의 구조	87
[그림 4-4] 지역사회복지 흐름도	99
[그림 4-5] 서비스 흐름도	115
[그림 4-6] 전달체계 개편 흐름도	118
[그림 5-1] 후견제도 적용 전 고려 사항	169
[그림 5-2] 서울시 장애인전환서비스지원센터 업무 흐름도	188

I. 서론

자립생활운동을 최초로 시작한 미국을 비롯하여 독일 및 스웨덴 등 선진 각국은 지역사회를 기반으로 한 장애인의 동등한 사회참여가 보장되어 있다. 그러나 우리나라의 경우 여전히 장애인에 대한 시설 수용 위주의 경향을 보이고 있다. 이 과정에서 인권침해 시비가 계속되고 있고, 사회복지 및 지역사회정착이 매우 저조한 문제 등이 발생하고 있다.

장애인의 자립생활을 저해하는 요소로 최근 가장 많이 문제제기 되는 부분은 장애인 등록등급제와 공급자 중심의 서비스 전달체계이다. 현행 장애인 등록등급제는 의학적 기준에 따라 장애인 여부 및 장애 정도를 판정하고 이에 따라 정부가 장애 등급을 등록하고 관리하는 제도로 전세계에서 일본과 우리나라에만 존재한다. 특히 현재의 장애인 등록등급제는 장애유형이나 등급이 같더라도 개인마다 필요한 서비스가 다름에도 불구하고 일률적이고 획일적으로 각종 서비스 및 복지 혜택의 수급여부를 결정하는 방식으로 활용되고 있어 장애인의 자립생활을 실질화하는데 어려움을 야기한다. 획일적인 등급제를 폐지하는 것이 바람직하고, 이를 대체할 수 있는 대안 마련이 시급하다 할 수 있다.

공급자 중심의 전달체계 역시 문제가 되고 있다. 실제로 장애인복지서비스의 이용 경험을 보면, 이용을 희망하는 장애인의 18.3%만이 장애인복지서비스를 이용한 경험이 있어 삶이 어려운 장애인에 대한 사회적 지지의 정도는 매우 낮은 것으로 나타난다. 공적기관의 임무는 장애인복지법에 따라 장애인으로 등록하고 장애인복지카드 및 법적 급여를 제공하게 되면 사실상 종료되어 장애인이 어떠한 서비스를 원하고 필요한지에 대해서 파악하는 구조가 구축되어 있지 않아 장애인은 서비스 제공에 있어서 방치되어 왔다. 또한 공적기관과 민간기관은 서비스 제공에 있어서 상호 단절된 채 운영되고 장애인의 욕구를 전반적으로 사정하고 자원

을 연결해줄 기관이 없다보니 장애인은 외롭고 힘들게 자신이 원하는 서비스를 찾아다녀야만 하며 자신이 원하는 서비스를 찾는 데만도 엄청난 시간을 소비하는 구조이다. 특히 시설에서 나와 지역사회에서 자립생활을 영위하고자 하여도 모든 지원서비스를 직접 찾아서 신청하여야 하기 때문에 많은 어려움을 겪을 수밖에 없다. 자립생활을 실현하기 위해서는 그 무엇보다 전달체계 개편안 마련이 시급하다.

현재 우리나라의 장애 정책에 대한 문제점을 시정하고 장애당사자의 진정한 자립생활을 보장하는 대안 정책 마련을 위해 본 연구에서는 일차적으로 자립생활과 관련한 외국 사례 및 주요 정책을 살펴보고자 한다. 우리보다 먼저 장애인 자립생활을 위한 운동을 전개하고 이를 정책으로 연결시킨 외국의 사례들을 살펴봄으로써, 우리나라의 자립생활 정책 마련을 위한 초석을 마련하고자 한다.

본 연구는 이러한 문제의식 하에 연구내용은 다음과 같다.

II장에서는 장애인의 자립생활을 위한 원칙이 무엇이며, 이를 실현할 수 있는 주요 수단이 무엇인지 규명한다.

III장에서는 자립생활을 위해서 일률적 장애등급제를 폐지하고, 이에 대한 대안으로서의 장애 정의 및 사정 체계가 장애인복지 영역별로 그리고 개별 국가별로 어떻게 다른지 살펴본다.

IV장에서는 자립생활 구현을 위한 전달체계의 대표적 사례로서 영국과 호주의 전달체계를 살펴본다. 본 장에서는 II장, III장, IV장의 내용들을 토대로 한국의 전달체계 개편안을 도출한다.

V장에서는 자립생활 원칙 실현의 대표적인 제도이자 이후 한국에서 검토되어야 할 제도로써 직접지불제도, 보호와 옹호 제도(P&A), 성년후견제도, 탈시설 정책을 살펴본다.

VI장에서는 본 연구의 요약과 함께 결론을 제시한다.

II. 자립생활을 위한 원칙과 수단

유엔의 장애인권리협약(Convention on the Rights of Persons with Disabilities)의 제19조에서는 ‘장애인의 자립적인 생활과 지역사회통합’을 요구하고 있으며, 우리나라 「장애인복지법」 제4장에서도 자립생활의 지원 규정을 두고 있으며, 전국에 수많은 자립생활지원센터가 활동을 하고 있다. 또한 장애인 정책이나 실천과 관련된 문헌을 보아도 자립생활을 강조하고 있다. 그러나 실재를 보면 정말 자립생활 개념에 충실한 것인지 의문이 많이 든다. 예를 들어 장애인의 자립생활을 증진시키기 위해 만들었다는 활동지원서비스도 의료적 기준에 따라 사정이 되고, 전문가에 의해 인정점수가 부과되는 등 자립생활의 원칙인 사회의 변화, 장애인 당사자 주도성과는 완전히 반대로 가고 있는 것으로 보인다.

현재도 그렇지만 자립생활 개념이 나오기 이전까지는 재활 패러다임이 장애계의 정책, 담론 등 모든 면을 지배했다고 볼 수 있다. 재활 패러다임에 의하면, 장애인은 일상적 활동을 부적절하게 수행하여 자신의 능력을 적절히 발휘할 수 없거나 직업을 갖기 위한 준비가 안 되어 있어서 유급취업에 부적절한 것으로 정의되어 왔다. 이 경우 모두 문제는 개인에게 있는 것이 된다. 변화가 필요한 쪽은 장애인 개인인 것이다. 장애인들은 자신들의 문제를 극복하기 위하여 의사, 물리치료사, 작업치료사, 직업재활 상담가 등의 지도에 따라야 한다. 여기서 장애인 개인은 ‘환자’나 ‘클라이언트’의 역할을 하도록 기대되어질 뿐이다. 신체적 기능의 회복이나 직업을 얻는 것이 재활의 목적이므로, 재활의 성공은 환자나 클라이언트가 이미 규정된 치료체계에 얼마나 잘 순응하느냐에 달려 있는 것이다.¹⁾

1) 김용득, 이동석, 장애담론과 장애인복지의 역사, 김용득 편저, 「장애와 사회 복지」, 서울: EM커뮤니티, 2012

그런데 이러한 재활 패러다임으로는 설명할 수 없는 증거들이 나타났다. 장애 정도가 너무 심해서 재활서비스를 통해서 특별한 성과를 기대하기 어려울 것으로 생각되었던 중증장애인들이 적절한 지원서비스를 통해 지역에서 자립생활이 가능하다는 것을 보여 주었다. 예를 들어, 자립생활운동의 사실상 기원이라고 할 수 있는 1960년대 미국 일리노이대에서 시행한 장애인을 위한 프로그램을 보면 알 수 있다.²⁾ 이 프로그램은 장애학생의 학교생활과 지역사회에서 편리한 생활을 위해 계획한 것으로, 중증장애학생들이 대학교육을 받을 수 있도록 편의 시설과 보조 기구들을 마련하여 주었다. 그 이후 장애학생 프로그램은 중요한 자조 노력의 하나로 부상하게 되었으며, 이 대학은 물리적 장벽을 제거하여 장애인의 접근이 용이하도록 만드는데 일조하였다. 이처럼 중증장애인도 지역사회에서 적절한 지원만 갖추어진다면 자립적인 생활이 가능하다는 인식이 퍼지게 되었고, 또한 이러한 사실이 특수한 것이 아니라는 생각이 퍼져나가면서 대부분의 장애인, 그 중에서도 중증장애인들은 재활 패러다임을 부정하고 새로운 담론으로 자립생활 패러다임을 지지하게 되었다.³⁾

장애인의 자립생활은 정치적(political), 이념적(ideal), 그리고 실천적(practical) 차원에서 이해되어야 한다.⁴⁾ ‘정치적’이라 함은 장애인복지의 주도적 역할이 기존의 재활전문가에서 장애인 당사자로 이전되어 가는 사회적 현상(운동)을 자립생활이 표상한다는 것이고, ‘이념적’ 차원이라 하면 사회적 맥락에서 장애를 이해하는 방식에 새롭게 주목할 만한 철학

2) 강우진, 장애인 자립생활 현황과 정책 동향 분석, 경기복지재단 「GGWF Report」, 제8호, 2012

3) Dejong, G., *Environmental accessibility and independent living: Directions for disability policy and research*, University Center for International Rehabilitation, Michigan State University, 1981

4) 김동호, “자립생활패러다임에서 본 한국 장애인복지관 연구”, 석사학위논문, 연세대학교 행정대학원, 2000

적 사상을 자립생활이 내포하고 있다는 뜻이며, ‘실천적’이라 함은 자립생활이 장애인복지를 위한 구체적인 서비스로 활용된다는 점이다. 따라서 자립생활을 이해하기 위해서는 사회운동과 이념적 차원에서 자립생활의 배경과 역사를 살펴보고, 이에 따라 장애인 자립생활의 개념과 원칙을 살펴보고, 자립생활을 이루기 위한 정책적, 실천적 수단에는 어떤 것들이 있는지 살펴보는 것이 필요하다.

그러므로 이 장에서는 자립생활의 역사, 발전과정에서 자립생활운동과 서로 보완적인 성격을 가지고 있었던 다른 여러 사회운동을 우선 살펴보고, 자립생활의 개념과 원칙을 설정하고, 자립생활을 위한 수단으로서 자립생활센터와 서비스를 살펴보고, 자립생활을 이루기 위한 정책의 기본 원칙은 어떠해야 하는지, 또한 구체적으로 정책이 어떠해야 하는지를 살펴볼 것이다.

1. 자립생활의 역사

자립생활의 기본정신을 이해하기 위해서는 미국 자립생활운동의 출발을 살펴 볼 필요가 있다.⁵⁾

1962년 가을 에드 로버츠(Ed Roberts)라는 호흡 보조장치에 의지해서 살아야 하는 전신마비 장애인이 60년대 미국 사회운동의 진원지였던 버클리 대학에 입학했다. 로버츠는 버클리대학의 장애인을 고려하지 않은 건축 환경 때문에 학교생활에 어려움을 겪었다. 로버츠는 교내의 코웬병원에서 기숙하며, 보조자나 친구의 도움으로 학교생활을 겨우 해나갈 수

5) 미국 자립생활운동의 내용은 <김동호, “자립생활운동”, 서울 DPI 제2기 장애인 청년학교 자료집, 2002>의 내용을 정리하였음.

있었다. 당시 버클리 대학에는 로버츠가 유일한 장애학생이었으나, 다음 해에는 로버츠의 소식을 듣고, 교통사고로 전신마비가 된 존 헤슬러 (John Hessler) 등 몇몇 장애인이 입학하였다.

그들은 함께 모여 버클리 대학에서 중요한 이슈였던 언론자유운동, 반전시위, 정치적 사건들을 토론하고, 민권운동에 관심을 가지게 된다. 특히 로버츠는 여성민권운동을 장애인의 권리회복과 같은 맥락에서 이해했다. 신체적으로 약하다는 이미지가 이권에 이용되고 동정과 차별을 초래한다고 보았다. 그들의 모임은 차츰 장애인으로서 당면하는 문제로 초점을 모아가게 되었다. 교실에서의 접근의 어려움에서부터 교통수단의 부재에 이르기까지 그들이 겪고 있는 일반적인 장애물의 제거방법을 논의했다.

1968년 주정부 재활국은 이들의 학교생활을 돕기 위해 '코웰병원 입원환자 프로그램'을 통해 지원을 했다. 그러나 코웰병원에서 환자로서의 생활은 독립심이 강한 그들에게는 불만일 수밖에 없었고, 카운셀러 및 재활당국의 각종 간섭과 제약으로부터 벗어나기 위해 그들은 새로운 방법으로 서로가 독립적으로 살 수 있도록 도울 수 있는 지원그룹을 모색하게 되었다.

1969년 가을에 로버츠와 몇몇 장애 학생들은 '자립생활을 위한 전략 (Strategies of Independent Living)'이라는 모임을 조직하여, 중증장애 학생들이 자립하여 살 수 있도록 하는 지원 서비스를 개발하였고, 다음과 같은 사상으로 장애인에 대한 철학 이념을 발전시켜 나갔다.

- 장애인의 욕구와 그 욕구를 어떻게 충족할지를 가장 잘 아는 사람은 바로 장애인 자신이다. 따라서 장애인은 '도움'을 '관리'해야 하는 지위에 있다.
- 장애인은 시설에 수용되는 것이 아니라 지역사회에서 생활해야 한다.
- 장애인은 치료받아야 할 환자도, 보호받아야 하는 어린이도, 그렇다고 숭배

해야할 신도 아니다.

- 장애인은 ‘장애’ 그 자체보다도 사회적 편견의 희생자이다.
- 장애인의 욕구는 다양한 서비스를 망라하는 포괄적인 프로그램에 의하여 효과적으로 충족할 수 있다.

1970년 가을 주체성, 자립성, 통합성 그리고 사회적 문제로서의 장애라는 이념과 원칙을 바탕으로 ‘신체장애학생 프로그램(The Physically Disabled Student Program: PDSP)’이 구성되었다. PDSP는 연방정부와 버클리 대학으로부터 예산을 지원 받아 운영되었다. PDSP는 휠체어를 사용하는 학생들이 주거와 학교생활에 용이하도록 활동보조인(personal assistant)을 확보하고 지원을 하는 내용으로 구성되었으며, 시각장애학생들의 요구도 수용하여 대독서비스도 포함하였다. 버클리에서의 PDSP는 대단한 호응을 얻어, 100명의 학생이 등록하고 코웰병원에 있던 학생들은 그곳으로부터 나와 PDSP의 지원으로 독립적인 학교생활을 하면서 자립생활을 시작했다.

PDSP는 당시로서는 기존의 재활적 관점에 비해 매우 급진적인 것이었다. 장애에 대한 의학적 모델은 신체의 기능이 얼마나 회복되었는지에 따라 그 자립성을 측정하였는데, 이것을 장애인 당사자 스스로가 삶을 통제할 수 있는 정도로 개념을 전환시킨 것이다. 다시 말해 장애인의 자립성이라는 것은 도움 없이 수행할 수 있는 과업에 의해 측정되는 것이 아니라, 도움을 얻으면서 할 수 있는 삶의 질로 측정한 것이다.

버클리 장애학생이 이 프로그램을 매우 성공적으로 활용하자, 학생이 아닌 지역 일반장애인들도 프로그램에 대한 필요성을 인식하고 당국에 요구하게 되었다. 그리고 학교에서 PDSP로 서비스를 제공받던 학생들이 졸업 후 서비스가 중단되게 되는 상황이 벌어지자 로버츠와 허슬러 그리고 그의 동료들은 지역사회를 포괄하여 일반 장애인들과 병행할 수 있는

새로운 형태의 서비스가 필요하다는 생각을 하게 되었다. 이로써 미국장애인의 권익실현의 중추적인 역할을 한 자립생활센터(Center for Independent Living, CIL)가 탄생하게 되었다.

버클리에 자립생활센터가 최초로 세워진 이후, 70년대를 통하여 자립생활운동은 들불처럼 퍼져 나갔다. 특히 1973년 재활법이 개정되며 자립생활센터와 서비스에 대한 정부의 지원이 법적인 근거를 마련하게 되며, 자립생활서비스는 장애인 정책의 중심축에 위치할 수 있게 되었다. 물론 1977년 시행규칙을 마련하기 위한 미국 장애인들의 전국적인 시위가 벌어지고서야 개정 재활법은 실질적인 효력을 갖게 되었으나, 1970년대는 분명 미국의 자립생활운동의 획기적인 발전기였고, 그 과정에서 미국장애인 정책의 기초가 마련되었다. 전세계 장애인들의 놀라움과 부러움을 산 ADA(장애를 가진 미국인법)의 제정도 이 시기의 성과에 뿌리를 두고 있다.

2. 자립생활의 배경

미국에서 비롯된 자립생활운동은 보완적인 성격을 가지고 있는 여러 사회운동들과 맥을 같이 한다. 이러한 사회운동에는 시민권운동, 소비자운동, 자조운동, 탈의료화·자가치료(self-care)운동·환자역할, 탈시설화·정상화운동 등이 있다. 이러한 사회운동을 배제하고서 자립생활운동의 기원과 이념을 제대로 파악하기란 불가능하다.⁶⁾ 미국에서 장애인의 자립생활이 주창되었던 배경에는 다음의 요소들이 관련되어 있다.⁷⁾

6) Dejong(1981), 위의 책.

7) 윤재영, “자립생활과 자립생활센터”, 김용득 편저, 「장애와 사회복지」, EM커

가. 시민권 운동

1960년대 미국의 시민권운동은 자신의 권익을 찾으려는 소수민족을 포함하여 수많은 사회집단에 영향을 미쳤다. 사회에서 불이익을 당하고 있는 집단들이 자신들의 권리를 인식하는 동시에 자신들의 권리가 어떤 식으로 유린되고 있는지를 이 운동을 통하여 깨닫게 되었다.

시민권과 수급권을 찾는 운동의 관심은 취약한 계층의 문제에까지 미쳤다. 예를 들어, 정신건강분야의 경우 환자들이 치료를 거부할 수 있는 권리와 자신들이 원하는 수준의 보살핌을 받을 수 있는 권리를 획득하게 되었다. 자립생활운동도 역시 시민권과 수급권에 관심을 기울였다. 시민권에 대한 자립생활운동의 관심은 1973년 재활법 V조에서 고용을 비롯한 여러 가지 형태의 차별을 금지하는 내용을 통해 반영되었다. 시민권에 대한 관심은 여기에 머물지 않았다. 이동이 불편하여 건물에 접근하기 힘든 중증장애인들은 지역사회에서 참여가 봉쇄되므로 이들의 시민권은 보장되지 않는다는 장애인들의 주장이 계속되었다. 많은 장애인들이 공적부조나 활동보조의 혜택을 받지 못한 상황에서 원치 않는 장기간의 시설보호를 받아야 하였으므로, 수급권을 찾는 것이 이들에게 지역사회 생활의 전제조건이었다.

시민권운동은 시민들의 권리를 지켜내는 효과와 함께 이러한 권리를 어떻게 지켜나가야 하는지를 일깨워주었다. 합법적인 방법이 힘을 발휘하지 못할 때, 장애인들은 연좌농성 등과 같은 사회행동의 기술도 도입하였다. 시민권운동에서 비롯된 흑인운동은 자립생활운동에 영향을 미쳤으며, 미국의 흑인운동은 비장애인들이 장애를 가진 사람들을 대하는 태도와 행동의 저변을 더욱 깊게 연구하도록 자립생활운동을 고무시켰다.

나. 소비자 운동

소비자중심주의는 판매자나 서비스 공급자에 대한 불신에서 출발한다. 생산품의 신뢰성과 서비스의 적절성을 평가하는 것은 소비자들의 몫이다. 소비자의 주권이 자유시장경제 이론의 중심이지만 실제적으로는 전문가들이 이러한 주권을 차지하고 있는 것이 사실이다.

소비자운동을 통한 소비자주권의 신장으로, 장애인 정책 및 재활 서비스의 전문가 주권 현상에 변화가 일기 시작했다. 예를 들어, 직업생활의 경우 재활계획을 세우는 데 있어서 전문상담가의 최종적인 확정이 필수적이었으나 전문가의 이러한 최종 확정 대신에 내담자와 상담가가 함께 서명하는 개별 재활계획(IWRP; individualized written rehabilitation plan)을 작성하도록 1973년의 재활법에서 규정하게 되었다. 이밖에도, 장애인들의 법적 권리와 혜택을 알려주는 새로운 권익옹호센터(advocacy center)들이 우후죽순 격으로 생겨났다. 자립생활운동으로 인한 인식의 변화로, 수년간의 장애경험이 있는 이들은 정부의 혜택이나 규정을 공공 복지분야에 근무하는 전문가들보다 더 정확히 알고 있는 경우도 생겨났다.

다. 자조운동

자조운동은 여성운동모임(Female Improvement)에서부터 익명의 알코올중독자 모임(Alcoholics Anonymous)에 이르는 아주 다양한 집단을 아우르고 있는 운동이며, 자조조직은 이미 설립된 대인서비스기관을 보조하는 혹은 이에 대한 실효성 있는 대안으로 기능하는 상호원조집단을 의미한다. 자조집단은 대개 다른 사회조직이 깊게 다루지 않는 문제와 욕구에 천착한다.

장애인들의 경우 그들의 주된 자조 조직은 자립생활을 위한 센터들이

라 할 수 있다. 자립생활을 돕기 위한 여러 종류의 센터들이 기존의 대인서비스 체계의 부속기관 형태로 또한 대안적인 서비스 제공자로 활동하고자 했다. 기존의 대인서비스 체계를 보완하는 형태를 띠면서, 많은 경우 이러한 센터들은 활동보조서비스(attendat care) 등과 같은 대인서비스를 제공하는 통로가 되어준 것이다. 기존의 대인서비스 체계의 대안으로, 이러한 센터들은 동료상담 혹은 옹호 서비스 등과 같이 주류를 형성하고 있는 대인서비스조직에서 제공하지 않는 서비스를 제공한다.

소비자 중심주의에서 이미 언급한 바대로, 자조운동의 원동력은 주류를 형성하고 있는 전문 서비스에 대한 불신이다. 자조조직은 자신들의 삶과 자신들이 받는 서비스를 스스로 통제하는 연습의 기회를 스스로에게 주고자 하는 것이다. 이들 조직은 지식을 제공하며 의식을 일깨우는 모임으로 소비자들이 주권을 행사하도록 돕는 것이다.

라. 탈의료화와 자기가료(self-care)운동

“탈의료화(demedicalization)”란 생애의 일정 시기들에서 의료전문가들의 권위에 도전하려는 흐름이다. 예를 들어, 알코올중독과 정신장애는 일탈이나 범죄의 범주에서 제외되었고 질병의 범주에 속하게 되었다. 심지어는 아동학대까지도 “질병”이라고 일컫는 이들이 생겨나게 되었다. 이러한 결과로 출산과 죽음을 포함하여 우리 생애의 전반에 다소간의 의료적 개입이 매 단계 이루어지고 있는 것이 현실이다.

과도하게 의료화 되어있는 이러한 현상에 대해 많은 사람들이 대응책을 마련하고자 하였으며 모든 생활 여건과 생애 전반이 의료화 되어 있는 상태에서 벗어나야 한다는 주장을 펴게 되었다. 여러 측면에서 볼 때, 탈의료화는 보건과 의료 분야에서 나타난 자조운동의 확산으로 볼 수 있다. 또 다른 측면에서 탈의료화의 흐름은 자기가료운동이라 할 수 있다.

자립생활운동은 탈의료화/자기가료 논쟁의 한 흐름을 주도하고 있다. 일단 의료적 안정 상태에 접어들었을 때, 의료체계의 보호 아래에서 장애의 관리가 어디까지 이루어져야 하는가 하는 문제에 자립생활운동이 반론을 제기한 것이다. 오늘날 장애와 관련한 대부분의 공공정책은 그것이 화급을 요하는 경우이든지, 수입을 보장해줘야 할 경우이든지, 장기적인 시설보호를 요하는 경우이든지 간에, 의료전문가에 의해 주도되고 있다. 과도한 의료적 개입은 불필요할 뿐만 아니라 역효과를 가져온다는 것이 자립생활운동의 주장이다.

의료적 안정 상태에 접어든 장애 관리는 탈의료화 되어야 한다는 신념이 자립생활운동의 핵심 목적이다. 장애를 가진 이들의 주장에 따르면, 자신들의 장애를 관리하는 일은 일차적으로 사적인 문제이며 의료적 문제는 부차적인 것이다. 장애인의 삶에 대한 끊임없는 의료적 개입은 장애 “환자”와 의료전문가 모두에게 의존성을 심어주는 것이며 결과적으로 재활 혹은 자립생활이라는 목적을 달성하고자 하는 이 두 집단 모두에게 해가 되는 행위일 수 있다.

마. 의료 모델

여기서 사용될 의료모델의 개념은 의료를 제공함에 있어서 다음의 가정(assumptions)과 역할을 기대하라는 것이다.

- 의사는 기술상의 자격을 갖춘 전문가이다.
- 치료는 정해진 권한에 따라 의사가 결정권을 갖고 이루어진다. 환자 보호의 책무는 전적으로 주치의가 맡게 된다.
- 환자는 의료인들의 치료에 협조하는 “환자로서의 역할”을 수행하여야 한다.

- 의학의 주된 목적은 위급한 상황에서 인간의 건강을 회복시키는(acute/restorative) 치료의 제공에 있다.
- 질병은 수술이나 약물치료, 진단 등과 같은 임상절차가 진행되는 내내 물문에 붙여진다.
- 질병은 숙련된 실무자들에 의해 진단되고, 검증될 뿐이다.

장애의 탈의료화가 필요한 주된 이유 중 하나는 의료모델의 많은 가정들이 장애인들의 욕구에 맞지 않다는 것이다. 예를 들어, 의료모델이 강조하고 있는 위급한 상황에서 인간의 건강을 회복시켜주는 치료는 위급한 단계를 벗어난 만성 장애인들의 욕구를 해결해 주는 데 큰 도움을 주지 못한다. 또한, 한번 위급한 상황을 벗어나 독립적으로 생활을 영위하고 있는 장애인들은 대표적인 임상치료인 수술, 약물, 진단 등이 더 이상 필요치 않다. 더욱이 오랜 기간 동안 장애와 함께 살아온 이들은 의료전문가들이 제공하는 진단이나 검증, 치료 등과 같은 서비스가 별반 필요치 않다. 대체로 장애인들은 자신의 체질과 자기 몸의 상태에 충분히 익숙해져 있으며 자신들의 신체에 대한 대부분의 의료적인 모니터링도 스스로 할 수 있다.

바. 환자역할(The Sick Role)

환자역할은 다음과 같은 면제(제외)와 의무라는 서로 상관계어 있는 두 가지 경향에서 기인한다.

- 환자는 질병의 정도나 특성에 따라 정상적인 행동과 책임에서 제외된다.
- 환자는 자신의 질병에 대한 어떠한 책임도 면제받는다. 환자는 일반적으로

자신의 상태에 대해 납득할 필요가 없으며 자신의 의지만으로 상태를 호전시키라는 요구도 받지 않는다.

이러한 면제가 주어지는 데에는 사실 다음과 같은 교환 조건이 있다.

- 환자는 자신의 상태가 비정상적이며 바람직하지 못한 것임을 규명해야할 의무가 있으며 가능한 모든 것을 동원해 자신의 상태를 회복시켜야할 의무가 있다.
- 환자는 자질을 갖춘 이의 도움을 찾아 나서야 할 의무가 있으며 상태의 호전을 위하여 의사와 협력하여야 할 의무가 있다.

일반적인 환자역할은 일시적인 것이다. 하지만 장기적이거나 영구적인 장애를 가진 사람들에게 있어서 근본적인 신체조건을 회복시키는 것이 즉각적일 수는 없는 일이다. 장애라는 것은 보통 어떤 존재의 회복할 수 없는 일부이기 때문에, 장애인도 환자역할에 따라 자신의 상태를 수용해야함과 아울러 “비정상적”이고 “바람직하지 못한” 자신의 존재도 수용하기 시작해야 하는 것이다. 더욱이 이들은 장애를 가지고 있는 동안 환자역할에서 서술한 의존성을 당연한 것으로 받아들이기 시작한다. 이렇게 되면, 환자역할은 장애인으로부터 그들이 책임져야 할 의무까지도 빼앗아버리는 결과를 낳게 된다.

환자역할 그리고 이 역할에서 파생된 장애인 역할을 통해 형성될 것이라고 생각되는 행동상의 기대를 자립생활운동은 받아들이지 않는다. 장애인들은, 가족으로 직장인으로 시민으로 갖게 되는 자신들의 책임을 면제받는 대신에, 어린 아이들과 같은 의존성을 인정해야 하는 상황을 거부한다는 것이다. 사실 장애인들의 입장에서 이러한 면제는 지역공동체의 생활에 참여할 수 있는 권리와 완전한 인격체로서 갖는 자신들의

권리를 부정하는 것과 같은 것이다.

사. 탈시설화와 정상화 운동

의료모델과 장애인의 의존성이 가장 잘 드러나는 곳이 수용시설일 수 있다. 시설은 모든 것이 이미 구비된 사회체계이므로, 이곳의 직원들은 외부의 별다른 간섭 없이 장애인에 대한 사회적 통제를 이룰 수 있다.

탈시설화 운동은 정상화(normalization) 및 주류화(mainstreaming) 등의 개념과 밀접한 관련을 지니고 있다. 이 두 개념은 아동 및 청소년들의 발달장애와 연관되어 주로 논의되어 왔다. 장애아동들을 위해서는 그들을 시설에 따로 격리하거나 특별학급을 만들어 교육하는 것이 가장 바람직한 것으로 여겨진 때도 있었다. 하지만 지금은 비장애인들 사이에서 “정상적으로”되고 “주류에 합류하는” 것이 바람직하다고 생각되어진다. 정상화는 단순한 탈시설화 이상의 의미를 지니고 있다. 정상화의 개념에서 볼 때, 탈시설화는 실패의 가능성을 안고서 미래로 내딛는 첫 발걸음인 것이다. ‘위험성이 내포된 존엄성’은 자립생활운동을 표현하는 말이기도 하다. 이전에는 장애인에게 실패 가능성을 배제시키면서, 장애인은 독립심이 부족하고 옳고 그름에 대한 선택능력이 결여되어 있다고 평가하였기 때문이다.

3. 자립생활의 개념

장애인의 자립생활에 대한 논의는 주로 보호자나 전문가에게 종속되어 장애인 스스로의 원조활동(self-help)에 대하여 간과한 측면을 비판하면서 등장하였다. 따라서 장애인의 자립생활은 장애인의 일상생활에서 활용 가능한 다양한 지원체계를 통하여 장애인이 스스로를 보호하고 관리하는 것을 강조하고 있다. 따라서 포괄적 의미에서 장애인의 자립이란 '장애인 자신의 건강관리, 식사조절, 취침시간과 같은 일상의 활동뿐만 아니라 보호자를 결정하는 일, 금전적 관리, 거주지를 정하는 일까지 모두 스스로의 선택과 판단에 의해 의사결정과정에서 참여하는 일'등을 모두 포함한다.⁸⁾ 이러한 의미에서 장애인의 자립생활은 장애인의 자기결정권과 사회참여와 밀접히 관련되어 있으며, 장애인의 자립생활의 궁극적인 목표는 의사결정과 일상생활에서 자신들의 생활을 스스로 관리하도록 힘을 실어주는 데 있다.

자립생활 패러다임에서는 장애의 결과를 결정함에 있어 적어도 환경적인 장벽이 개인의 특성만큼이나 중요하다고 본다. 장애문제는 전문가와 친척 등의 의존, 부적절한 지원서비스, 건축 상의 장벽, 경제적 장벽 등으로 정의되며, 문제의 위치는 장애인 개인에게 있는 것이 아니라 재활 패러다임이 제시하고 있는 해결방법, 즉, 의사-환자 혹은, 전문가-클라이언트 관계로 인한 의존성에 있다는 것이다. 따라서 재활과정을 해결책이라기보다는 문제의 일부로 보고 문제의 초점은 장애인 개인보다는 재활과정 및 물리적 환경에 있다고 본다. 따라서 장애인은 무능력한 대상이 아니라 자신을 통제하고 결정할 수 있는 상태, 즉 환자나 클라이언트 역할을 벗어나 자신의 생활을 스스로 통제할 수 있는 여건이 갖추어지면

8) 유영준, 임종호, 진혜경, “지체장애인과 지적장애인의 자립생활과 사회적지지 및 사회통합에 관한 연구”, 『재활복지』, 12(1), 2008, 115-137면, 재인용

비장애인과 마찬가지로 장애를 가진 사람도 충분히 정상적인 역할과 책임을 수행할 수 있는 주체가 될 수 있다는 것이다. 자립생활 패러다임에서 중요한 핵심은 자조(self-care), 이동, 고용 이외에도 생활환경, 소비자로서의 권리와 주장, 야외에서의 이동, 집밖에서의 활동 등까지도 포함한다.

또한 자립생활 패러다임에서는 장애인 자신의 능동적인 사회참가를 강조하고 있다. 즉, 장애인의 자립생활 패러다임에서는 '행위를 수행할 수 있는 신체적 힘이 아니라, 행위를 선택할 수 있는 결정권이 누구에게 있는가'에 중점을 둔다.⁹⁾ 이와 같은 자립생활은 서비스를 제공하는 전문가 중심이 아니라 이를 실제로 소비하는 '소비자'로서의 장애인에 대한 강조와 이러한 서비스가 자신을 위해 어떻게 구성할 것인지를 결정하며, 자신의 권리와 이익을 위한 자조 및 완전하고 자유로운 참여를 위한 인권 의식이 바탕이 되고 있다.¹⁰⁾ 이와 같이 자립생활은 정치적 힘과 개인적 독립의 모델역할을 제공해 왔으며, 장애인이 활동적이고 능력 있는 소비자이며 자신의 강점을 깨닫고 이를 증진시키며 삶을 관리한다는 측면에서 사회통합에 이르기 위한 수단으로 제시되어왔다. 따라서 장애인의 자립생활은 장애를 약점이 아닌 종류가 다른 특징으로 인정하고 받아들임으로써 장애인을 다른 사람과 평등한 사회의 구성원으로 인정하고 사회통합으로 나아가게 한다.

결국 자립생활 패러다임은 장애인 문제를 장애인 당사자가 가장 잘 이해하고 있으므로, 장애인이 삶을 영위하는 데 있어 스스로의 '선택권'과 '자기결정권'을 신장하고, 서비스 제공에 있어서는 장애인의 '주도적인 참여'가 보장되어야 한다는 이념에 기초한다. 또한 장애인의 문제는

9) 오혜경, "장애인 자립생활실천에 관한 연구", 가톨릭대학교 사회복지연구소 「사회복지리뷰」, 3, 1999

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

장애인이 가지고 있는 신체적 문제보다는 그러한 요소를 문제로 만드는 사회환경에서 비롯되므로, 자립생활은 물리적·심리적 환경 개선에 관심을 두는 강력한 권익옹호 지향성을 담고 있다.¹¹⁾ 여기서 자립이란 자신의 생활전반을 조정하고 관리하는 것이며, 자신의 모든 과업을 홀로 수행하는 것을 의미하는 것은 아니다. 장애인들이 스스로 필요한 원조와 지원을 다양한 지원체계를 통해 제공받음으로서 장애인의 자립생활이 이루어지게 되고 결국 이로 인해 자립이 가능하게 되는 것이다.¹²⁾ 장애인들은 자기 주도적으로 필요한 지원을 다양한 지원체계를 통해 제공받음으로써 자립생활을 할 수 있게 된다는 것이다. 결국 자립생활이란 장애인의 의사결정과 일상생활에서의 타인에 대한 의존을 최소화하고, 장애인 자신들이 만족스럽게 선택한 사항에 따라 스스로의 생활을 관리하는 것이다.¹³⁾

이러한 배경에서 자립생활은 기존 장애인복지의 틀을 벗어난 새로운 하나의 패러다임으로 이해된다.¹⁴⁾ 자립생활은, ‘자기결정권, 동등한 기회 그리고 자존감을 가지려는 장애인들의 운동이자 철학’이며¹⁵⁾ “지금까지 장애인문제를 접근하는 새로운 관점들을 총체적으로 담아내고 있는 것”¹⁶⁾으로, 장애인의 문제, 이의 대안, 그리고 이에 대한 연구의 새로운

11) Dejong(1981), 위의 책

12) Brisenden, S., *A charter for personal care in progress*, Disablement Income Group, 1989

13) 이익섭, 김경미, 김동기, “활동보조서비스 성과 및 영향요인에 관한 연구”, 『한국사회복지학』, 59(1), 2007, 117-143면, 재인용

14) Braddock, D. and Parish, S., “An institutional history of disability”, In Albrecht, G. L., Seelman, K. D. and Bury, M. (eds), *Handbook of Disability Studies*, edited by Sage, 2001, 11-68면

15) Morris, J., *Rethinking disability policy*, Joseph Rowntree Foundation, 2011, Online: www.jrf.org.uk, accessed 12 Jan. 2012; 양희택, “장애인복지의 새로운 패러다임(Paradigm): 장애인 자립생활 개념정의의 위한 시론(始論)적 연구”, 『재활복지』, 9(2), 2005, 53-86면

16) 김동호(2000), 위의 논문

패러다임으로 인식된다는 것이다.¹⁷⁾ 재활 패러다임과 자립생활 패러다임을 비교하면 다음 <표 2-1>과 같다.

<표 2-1> 재활과 자립생활 패러다임의 비교

항 목	재활패러다임 (Rehabilitation Paradigm)	자립생활패러다임 (Independent Living Paradigm)
문제의 정의	신체적 손상, 직업기술의 결여, 심리적 부적응, 동기와 협력의 부족	전문가, 친척 등에의 의존, 부적절한 지원서비스, 건축물의 장애, 경제적 장애
문제의 소재	개인	환경, 재활과정
문제의 해법	의사, 물리치료사, 작업치료사, 직업재활상담원 등에 의한 전문적인 개입	동료상담, 권익옹호, 자조, 소비자주권, 사회적 장애의 제거
사회적 역할	환자, 클라이언트	소비자
통제의 주체	전문가	소비자
바라는 성과	ADL(일상생활활동) 극대화, 유급 고용, 심리적 적응, 동기 유발, 완벽한 신변처리	자기관리, 최소한의 제한된 환경, 사회적, 경제적 생산성

자료 : Dejong(1979), 위의 책

이처럼 자립생활의 개념을 적극적인 측면에서 접근할 때, 신체적 혹은 정신적 손상으로 인해 사회에서 경험하게 되는 사회적 배제, 분리, 차별 및 편견 등을 해소하기 위한 사회의 정책적 및 제도적 노력은 정당성과 필요성을 얻게 된다. 그리고 좀 더 중요한 것은 정당성과 필요성을 떠나서, 장애인의 자립생활을 이와 같이 접근하고 해석하며 정책에 반영 및 실행하는 것이 장애인의 인권, 즉 인간으로서의 존엄성을 회복하는 것에 합치하는 것이기에 매우 중요하다.

또한 자립생활은 탈시설화와 유기적으로 연관되어야 한다. 자립생활은 장애인의 자립과 선택을 보장하기 위한 것으로 장애인 스스로 어디에

17) 권선진, “장애인복지법과 학술적·정책적·실천적 함의”, 한국장애인복지학회 춘계학술대회 자료집, 2007

살지를 결정한다는 점에서 탈시설화와 맥을 같이 하므로 장애인 자립생활을 탈시설화와 관련하여 이해하여야 한다. 실제로 국내에서도 2009년 이후 장애운동계에서 탈시설-자립생활운동이라는 용어를 사용하는 등 최근 국내에서도 탈시설화와 자립생활을 유기적으로 연관 짓는 흐름이 시작되고 있는 것으로 보인다. 탈시설화와 자립생활이 유기적 관련성을 갖게 된 가장 큰 이유는 탈시설화 운동과 자립생활 운동 주체간 소통과 연대, 지적장애인 등 발달장애인의 자립에 대한 관심 증가, 시설내 반인권 상황과 비민주적 운영에 대한 문제제기를 중심으로 시작된 탈시설운동이 점차적으로 시설거주인의 탈시설과 지역사회 이전을 지원하는 구체적 운동으로 확대되면서 장애인의 입장에서 탈시설화와 자립생활이 유기적으로 연관된 하나의 주제로 인식되고 있다.¹⁸⁾

4. 자립생활을 위한 원칙

자립생활은 사회적, 환경적인 적절한 지원을 받아 지역사회에서 자기의 의사에 따라 생활하는 것이라는 개념에 기초하여 보면, 자립생활의 원칙으로 자기결정권, 선택과 통제권, 역량강화, 사회통합을 꼽을 수 있다. 우선 자기결정권은 자신이 원하는 삶에 대한 자신의 의사와 의지를 갖는 것으로 존엄성 있는 인간으로서 가장 기본적인 요건이라 할 수 있다. 또한 사회적, 환경적인 적절한 지원은 외부에 의해 수동적으로 제공되어 지는 것이 아니라, 장애인 본인의 의사에 따라 장애인이 선택하고 통제할 수 있는 지원이어야 한다. 따라서 선택과 통제권이 주요 원칙이

18) 박경수, 강경선, 박숙경, 조백기, 김동기, 장서연, 임소연, 송효정, 김은애, 윤진철, 「장애유형별 자립생활 현황과 지원체계 개선에 관한 연구」, 국가인권위원회, 2011

된다. 또한 모든 지원이나 자립생활은 장애인의 역량강화를 목표로 하여야 하며, 이를 통해 통합사회 또는 사회 통합을 이루어야 할 것이다.

따라서 이 장에서는 자립생활의 주요 원칙으로 자기결정권, 선택과 통제권, 역량강화, 사회통합을 살펴볼 것이다.

가. 자기결정권

자기결정은 자신의 의지에 따라 스스로 결정한다는 것을 의미한다. 우리는 모두 항상 결정을 하면서 살아간다. 무엇인가 결정을 해야 할 순간 우리는 우리 앞에 놓여있는 여러 가지의 선택사항 중에서 스스로의 판단에 따라 최선이라 생각되는 것을 결정하게 된다.¹⁹⁾ 그런데 이와 같은 스스로의 판단에 따른 결정의 수준을 어디까지로 할 것인가가 항상 논의의 대상이고 초점이 되어 왔다. 또한 그 기준도 시대와 사회에 따라 변화하였다. 우선 초기의 자기결정권은 영국의 사상가 존 스튜어트 밀의 자유론에서 기원했다. 밀은 그의 자유론에서 ‘문명화 된 사회에 있어서 인류가 개인적이건 집단적이건 사회 일원에 대해서 그의 자유를 제한하고 사상에 반한 권력을 행사할 수 있는 유일한 목적은 타인에게 해가 미치는 것을 방지하기 위한 경우뿐이다’로 정의하였다.²⁰⁾ 이에 따라 전통적으로 자기결정은 ‘타인에게 해를 끼치지 않는 사항에 관해서는 스스로가 결정하고 스스로의 책임아래 행위할 수 있다.’는 자유론적 입장에서 이해되어 왔다. 여기서 ‘타인에 해를 끼치지 않는 한’의 의미가 행위능력과 책임능력을 전제로 하고 있다고 해석되면서 이 같은 능력에 한계가

19) 원소연, “장애인의 자기결정권 실현을 위한 정책연구: 독일의 개인예산제도와 한국의 활동보조지원사업을 중심으로”, 『사회복지정책』, 37(2), 2010, 267-289면

20) 백승흠, “고령자의 자기결정권: 영국의 지속적 대리권 수여법을 중심으로”, 『아태공법연구』, 4, 1997, 131-154면

있는 지적장애인과 아동의 자기결정권에 대해서는 제한이 따를 수밖에 없다는 관점에 영향을 주었다.²¹⁾

그러나 인권과 개인의 사적인 삶에서의 자기결정권의 중요성이 강조되면서 자기결정 개념은 '누구나 적극적인 지원을 통해 자기결정권을 존중받을 권리가 있음'을 강조하는 방향으로 변화해 왔다.²²⁾ 이에 따라 장애인의 자기결정권이란 장애인 당사자가 스스로 자신의 삶의 방식을 결정하고 그 생활 전반에 걸쳐 스스로의 삶을 주체적으로 이끌 뿐만 아니라 사회활동에 적극적으로 참여함을 의미하게 되었다.²³⁾ 또한 장애인의 자기결정권 실현은 장애인들이 자신의 의지에 따라 주체적인 결정권을 행사하기 위한 사회적 조건들이 갖추어져 있는가와 자기 결정권 행사를 저해하는 경우 구제절차가 마련되어 있는가의 여부와 직결된다고 보고 있다.²⁴⁾ 결국 장애인의 자기결정권에는 스스로의 결정, 적극적인 지원, 구제절차가 필수 요소임을 알 수 있다.

지적장애인의 자기결정개념은 관점에 따라 다르게 정의되는데 심리교육적 관점, 생태학적 관점, 정치사회적 관점의 세 가지로 나누어 살펴볼 수 있다.²⁵⁾ 심리교육적 관점에서의 자기결정 개념은 개인의 심리적 속성을 중심으로 정의되며, 자기결정 행동을 낼 수 있는 자기결정 기술에 대한 교육을 강조한다. Wehmeyer(1999)²⁶⁾는 '자신의 삶의 주요한 주체

21) 김용득, 박숙경, "지적장애인의 거주시설 유형별 자기결정 경험 연구", 「한국사회복지학」, 60(4), 2008, 79-103면

22) Loon, J. V. and Hove, G. V., "Emancipation and self-determination of people with learning disabilities and down-sizing institutional care", *Disability and Society*, 6(2), 2001, 233-254면

23) 유동철, "영국 장애인 직접지불제도의 정책적 효과성에 대한 탐색적 연구: 사회적 배제의 관점에서", 「비판사회정책」, 34, 2012, 129-162면

24) 유동철(2012), 위의 논문, 재인용

25) 김교연, "지적장애인과 자기결정원리: 이론과 실천", 2007년 한국장애인복지학회 추계학술대회 자료집, 한국장애인복지학회, 2007; 김용득, 박숙경(2008), 위의 논문

로서의 행위이며, 외부 영향이나 간섭에서 벗어난 자신의 삶의 선택과 결정을 의미한다고 하였으며 자율적 수행, 자기 관리, 심리적 역량강화, 자아실현의 네 가지 본질적인 특성을 나타낸다고 주장했다.²⁷⁾ 김정권과 김애경(2004)²⁸⁾은 ‘자기결정권은 삶의 주인으로서 외부의 영향과 간섭을 받지 않고 자신의 질적인 삶을 위해 스스로 선택하고 결정하는 것이며 살면서 일상적인 문제들과 부딪힐 때, 이것을 스스로 해결하는 능력이며 기술’이라고 정의하였다. 생태학적 관점은 삶의 영역에 대한 개인적 통제를 실제로 행사하는데 영향을 주는 환경적 요인을 더 강조한다. Lakin과 Smull(1995)²⁹⁾은 ‘전문가의 판단에 따른 최선의 보호가 아닌 지적 장애인 자신의 욕구에 따른 지원’을 강조했으며 Loon과 Hove(2001)³⁰⁾는 ‘지적장애가 있는 사람들이 자신의 삶에서 기본적인 결정을 스스로 조절하고 자신이 살고 싶은 곳에서 살도록 지원하는 것’이라 정의하고 보호(care)가 아닌 생활지원(supported living)이 필요하다고 하였다. 사회정치적 관점은 권리 관점이라고도 부르는데 기존의 서비스 체계에 대한 장애인 당사자의 통제권 획득과 이를 위한 권리주장 자체를 자기결정으로 정의하며, 장애인 당사자의 권력 강화를 강조한다.

특히 지적장애인의 자기결정권을 보장하기 위해서는 기본적으로 의사소통이 잘 이뤄져야 한다. 최근 지적장애인과 의사소통을 위하여 연구들이 활발히 진행되고 있다. 예를 들어 사물이나 행동을 거부하고자 할 때 행동유형들, 공감을 표시할 때의 행동유형에 대한 연구들을 통하여

26) Wehmeyer, M. L., “A functional model of self-determination: Describing development and implementing instruction”, *Focus on Autism and Other Developmental Disability*, 14(1), 1999, 53-61면

27) 김교연(2007), 위의 논문

28) 김정권, 김애경, 「발달지체인의 자기권리주장운동 운영 매뉴얼」, 한국지적장애인에호협회, 2004

29) Lakin, C., and Smull, M., “From the editors”, *Impact, Feature Issue on Supported Living*, 8(4), 1995

30) Loon and Hove(2001), 위의 책

원활한 의사소통의 도구를 개발한다던지, I-card를 제작하는 등의 노력이 실천현장에서 구체화되고 있다. 이런 노력을 통해 지적장애인의 의사를 파악하고자 하는 사람은 지적장애인이 기쁘면 어떤 비언어적 표현을 하는지, 언어적 표현은 어떻게 하는지, 발성에 있어서 상황에 따른 차이점은 없는지, 화가 나면 어떤지 등에 대한 것을 잘 알고 있어야 할 것이다. 또한 장애인의 자기결정권은 환경에 의해 결정되기도 한다. 시설과 같은 집단적이고 폐쇄적인 환경보다는 개인에게 더 집중할 수 있는 환경에서 자기결정권은 더 향상된다. 의사결정을 할 수 있도록 각종 지원이 마련된다면, 스스로 결정할 수 있고 환경을 스스로 통제할 수 있는 권한이 충분히 갖춰질 것이다. 지적장애인의 의사표현을 정확히 이해하고 소통할 수 있을 때 정보제공과 자기결정도 보장할 수 있을 것이다.

자기결정의 보장은 장애인과 관련된 대표적인 법률에서도 강조되고 있다. 국제법인 장애인권리협약 전문과 제3조에는 '장애인이 스스로 선택할 자유를 포함하여 장애인 개인의 자율 및 자립의 중요성을 인정하며, 장애인은 자신과 직접적으로 관련이 있는 정책 및 프로그램을 포함한 의사결정과정에 적극적으로 참여할 수 있는 기회를 가져야 한다.'는 것과 국내법인 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 제7조는 '장애인은 자신의 생활 전반에 관하여 자신의 의사에 따라 스스로 선택하고 결정한 권리를 가진다.'고 명시되어 있다.

이처럼 자기결정은 자립생활의 실천에서 대표적인 원칙이자 가치로서 중시된다. 자기결정이란 다른 사람의 강요 없이 자신과 관련된 문제를 스스로 선택하고 결정하는 것이다. 이러한 자기결정은 인간의 기본적 욕구이자 욕구를 표현하는 것이라 할 수 있다. 따라서 모든 사람은 주도적인 결정을 할 수 있는 권리를 가지고 있으며, 이는 모든 장애인에게도 동일하게 적용되어야 한다.

나. 선택과 통제권

자립생활을 위해서 장애인 관련 정책은 선택과 통제권을 확립하는 방향으로 발전되어야 할 것이다. 공공서비스에서 선택은 무엇보다 자율성의 원칙에 의해 받아들여진다. 모든 사람은 자신의 삶과 운명의 주인으로서 자신의 문제에 결정권을 가진 존재로 존중되어야 한다는 것을 의미하고, 선택을 보장한다는 것은 모든 사람에게 자율성을 실현하기 위한 방안을 제공하는 것이다. 또한 세계장애인권리협약에서도 “개인의 천부적인 존엄성, 선택의 자유를 포함한 자율, 자립에 대한 존중”을 중요한 원칙으로 내세우고 있는데, 차선자(2010)³¹⁾는 이때의 선택권은 스스로 결정하되 선택할 수 있는 대안적인 방법들이 둘 이상 존재해야 하며, 하나의 방향과 대안밖에 없는 현실에서 자기결정권이란 무의미하다고 밝히고 있다. 또한 선택은 제공기관에 대한 선택, 전문가에 대한 선택, 서비스 종류에 대한 선택, 서비스 시간에 대한 선택, 의사소통의 도구와 접근방식에 대한 선택으로 세분된다.³²⁾

영국에서는 서비스의 질을 평가하는 중요척도로 ‘이용자의 선택과 통제(user choice and control)’의 정도를 사용하고 있다.³³⁾ 또한 기존의 급여량을 유지한 채 사회적 모델의 관점에서 전달체계를 개편함으로써 장애인의 선택권과 통제력을 증가시킨 영국의 직접지불제도(direct payments)를 보면 선택의 중요성이 더 명확해진다. 이 당시 장애인단체들은 서비스를 이용하는 장애인의 자결권을 최대화하기 위해 선택

31) 차선자, 「장애인권리협약의 국내적 이행을 위한 실태조사」, 국가인권위원회, 2010

32) 양난주, “노인돌보미바우처 정책집행분석: 선택과 결정은 실현되는가?”, 「한국사회복지학」, 61(3), 2009, 77-101면, 재인용

33) Harris, J. and Roulstone, A., *Disability, policy and professional practice*, London: Sage, 2010; Morris(2011) 위의 책

(choice)을 캠페인의 주요 요소로 사용하였다.³⁴⁾ 직접지불제도의 입법 내용을 살펴보면, 장애인에 대한 질 높은 서비스 제공의 중심에는 ‘이용자의 선택과 통제(user choice and control)’가 중심으로 녹아있음을 알 수 있다.³⁵⁾ 이 입법들은 급여의 내용보다는 전달체계에 관한 것인데, 전달체계의 개선으로 장애인의 선택과 통제능력을 개선하여 자기결정에 의한 자치를 확대하고, 이에 따라 자립생활, 역량강화, 사회참여, 생산성을 촉진할 수 있다는 것이다.³⁶⁾ 실제로 직접지불제도 수급자들이 현금 지불에 대한 행정, 관리, 평가에 대한 어려움에 직면하고는 있지만, 이런 어려움만 극복된다면, 선택과 통제, 서비스가 제공되는 방식의 유연성, 양질의 서비스의 전달을 증진시킬 수 있다는 많은 증거들이 밝혀지고 있다.³⁷⁾

또한 이런 선택권을 높일 수 있는 방안으로 ‘자기주도 사정’의 중요성이 강조되고 있다. 어떤 서비스가 얼마만큼 필요한지 평가하는 사정은 기능적 부족에 의한 평가보다는 기본급여부터 욕구에 의한 평가, 즉 장애인 스스로가 욕구사정을 하고, 스스로가 서비스의 과정을 관리하는 ‘자기 사정(self assessment)’과 ‘자기 관리(self management)’³⁸⁾ 방식이 바람직할 것으로 보인다. 예를 들면 이용자 본인이 한주 동안의 활동보조서비스 시간을 계획하는 방안이 있을 수 있다. 그래야만 이용자 스스

34) Ellis, K., “Direct payments and social work practice: The significance of street-level bureaucracy in determining eligibility”, *British Journal of Social Work*, 37, 2007, 405-422면

35) DoH, *Independence wellbeing and choice: Our vision for the future of social care for adults in England*, London: Department of Health, 2005

36) Kosciulek, J. F., “The consumer-directed theory of empowerment”, *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42(3), 1999, 196-213면

37) Glasby, J. and Littlechild R., *Direct payments and personal budgets: Putting personalization into practice*, London: Policy Press, 2009

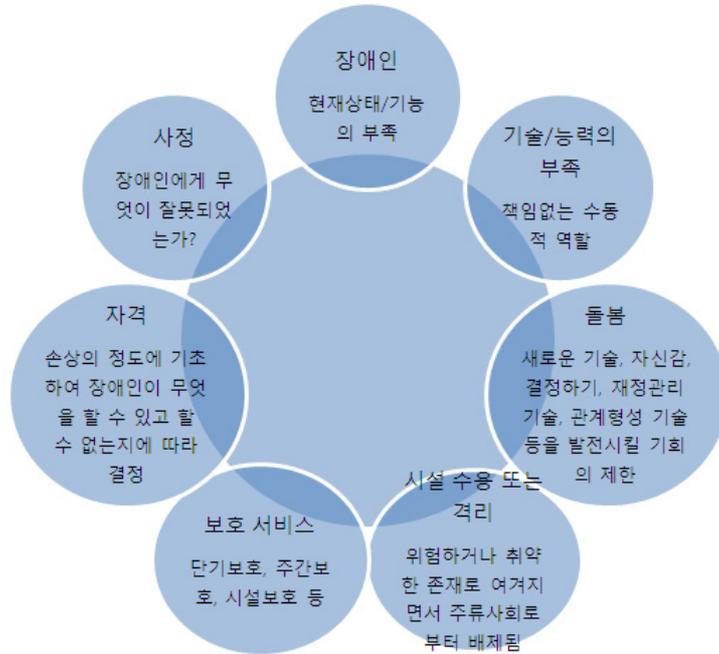
38) Priestley, M., *Disability politics and community care*, London: Jessica Kingsley, 1999

로 욕구를 정의하고 측정할 수 있는 이용자참여를 통해 개별적 역량강화를 이룰 수 있을 것이다. 이처럼 장애인의 자립생활을 보장하기 위해서 사회정책의 방향은 장애인의 선택과 통제권을 강화하는 방향으로 전개되어야 한다.

그렇다면 현재의 정책은 어떻게 바뀌어야 하는가? 이와 관련하여 사회적 모델에 입각한 실천적 해결방안 모색을 조직의 목표로 하는 GB DTC(GB Disability Training & Consultancy)의 사회적 모델에 따른 모형을 살펴보는 것은 의미가 있을 것이다.³⁹⁾

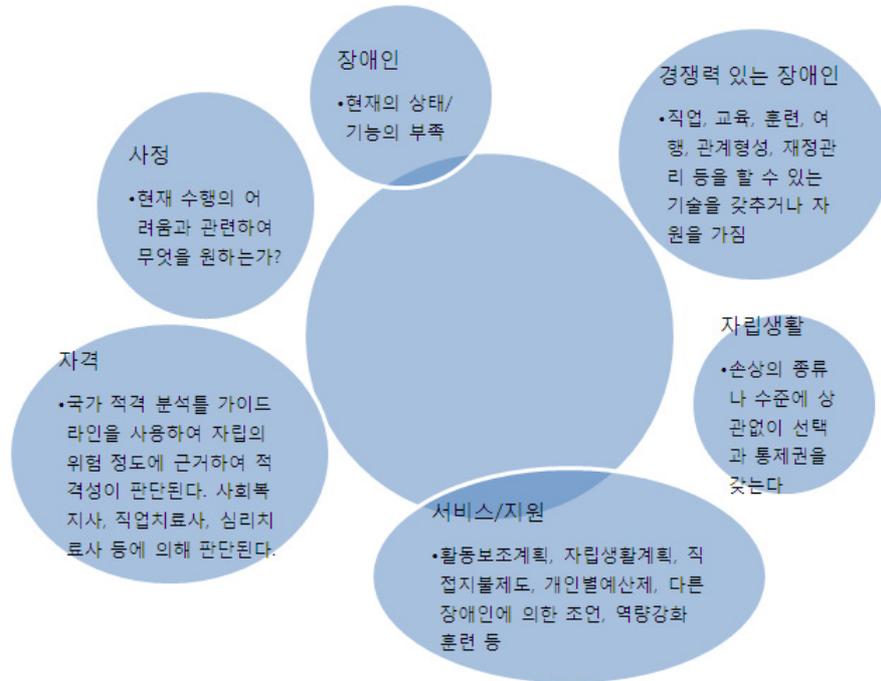
[그림 2-1]과 같이 기존의 전통적인 모델에 따르면 장애인은 위협에 처한 사람으로 여겨지고 결과적으로 돌보아져야 할 대상이고 수동적으로 보호를 받아야 하는 대상이 되는 것이다. 사회에서 배울 수 있는 많은 기회를 박탈당하고, 이에 따라 더욱 취약한 존재가 되고, 결국 돌봄의 대상이 되는 것이 정당화된다. 그러나 재 사정 결과 사회적 보호 서비스에서 탈락된다면, 또는 장애인의 부모가 더 이상 장애인을 돌볼 수 없게 된다면 장애인에게 어떤 일이 발생할 지는 명백해진다.

39) 이동석, “장애인활동지원서비스에 대한 비판적 고찰: 사회적모델 관점을 중심으로”, 『한국장애인복지학』, 18, 2012, 127-145면



[그림 2-1] 전통적 모델을 적용한 사회복지서비스

반면 [그림 2-2]와 같이 사회적 모델을 사회복지서비스에 적용하면, 서비스에 대한 적격성은 자립의 위험정도에 따라 결정된다. 이런 위험에는 직업과 교육 기회가 심각하게 제한되는 경우, 가족의 역할이나 다른 사회적 역할과 책임성이 지속되지 않거나 지속될 수 없는 경우, 홈리스가 된 경우, 관계가 유지될 수 없는 경우 등이 포함된다. 이럴 경우 장애인은 그들의 권리 및 자격에 접근할 수 없는 위험한 상태에 처해 있다고 여겨지고, 사회복지서비스의 설계가 필요해진다. 장애인과 장애단체들은 서비스의 전개과정 및 전달체계에 전적으로 관여한다. 이에 따라 장애인들은 역량 강화되고, 사회복지 종사자들은 선택과 통제권의 원칙에 기반하여, 장애인들이 자립적으로 살 수 있도록 그들의 지식과 기술을 충분히 사용하게 된다.



[그림 2-2] 사회적 모델을 적용한 사회복지서비스

다. 역량강화

역량강화는 이용자의 역량과 영향력을 증진시키는 과정 또는 결과를 지칭하는 용어인데, 이는 개인들 간의 관계에서 사용되기도 하고, 어떤 경우에는 개인과 사회적, 정치적 구조사이의 관계에서 사용되기도 한다. Bandura(1982)는 잘 할 수 있다는 믿음이나 판단을 형성해 주고, 자신의 능력에 대한 신념을 촉진하는 경험과 기회를 제공해주는 과정이라고 하였고, Kieffer(1984)는 자기효능감, 자아존중감이라고 하였으며, Conger와 Kanungo(1988)는 무기력 상태를 양성하는 여건을 파악하고 좋지 못한 여건을 제거시켜 자기효능감을 고양시켜주는 과정이라고 하였다. Kinlaw(1995)

는 영향력 있는 능력을 개발, 신장시킴으로서 지속적 향상을 성취해 내는 과정이라고 하였고, Saleebey(1992)는 개인적이든 집합적이든 사람 내부의 힘을 찾는데 있다고 하였다. 역량, 영향력(power)이라는 것은 사회관계의 한 부분인데, 사람들이 그들의 삶을 통제하고, 그들에게 영향을 미치는 결정에 참여함으로써 역량강화된다. 이런 통제와 참여가 거부됨에 따라 역량이 약화된다.⁴⁰⁾ 결국 역량강화는 변화할 수 있는 힘을 내재화하여 외부 환경에 적극적으로 대처할 수 있도록 하는 것으로 개인적 수준에서 시작된 역량강화는 집단, 조직, 사회적인 수준으로 발전하는 개념으로 이해할 수 있다.⁴¹⁾ 또한 역량강화를 서비스 이용자와 사회복지사와의 상호작용 과정에서 보면, 서비스 이용자들이 자신들의 문제를 해결하기 위해서 전문가들과 함께 노력하다보면 그 결과로 스스로 더 높은 통제력을 행사할 수 있게 되는 것으로 볼 수 있다.⁴²⁾ 이처럼 역량강화는 서비스의 전 과정에 적극적이고 민주적으로 참여하고, 서비스를 선택하고 통제함으로써 서비스 자체에 대한 통제 능력 증진뿐만 아니라, 결과적으로 서비스 이외의 삶에서도 외부환경에 적극적으로 대처할 수 있는 능력을 갖게 해주는 것이다.⁴³⁾

한편 Oliver(1996)⁴⁴⁾는 운동적 차원의 역량강화에 더 중점을 두는데, 역량강화를 힘을 가지지 못한 사람들이 다른 사람들의 억압에 대항하는 투쟁의 일부로서 참여하는 집합적 과정으로 바라보고 있다. 이러한 투쟁의 중심에는 억압받고 있는 약자들의 인식이 있으며, 따라서 집합적 역

40) BILD, *Positive approaches to promoting advocacy*, 2002

41) 김경미, 김동주, 권순용, “여성장애인 성역할 정체감과 임파워먼트에 관한 연구: 제주도를 중심으로”, 『직업재활연구』, 20(1), 2010, 189-213면

42) 김용득, 김미옥, “이용자 참여의 개념 구조: 한국 장애인복지에 대한 함의”, 『한국사회복지학』, 59(2), 2007, 39-64면

43) 이동석(2012), 위의 논문

44) Oliver, M., *Understanding disability: From theory to practice*, NY: St. Martin's press, 1996

량강화는 집단이 인식된 억압에 반대하는 투쟁을 시작하는 과정이라고 할 수 있다. 즉 서비스 사정 및 집행과정에 대한 적극적이고 민주적인 참여를 통해서만이 역량강화가 이루어질 수 있는 것이다.

라. 차별과 억압에의 도전을 통한 사회통합

차별이란 특정한 차이를 가진 개인이나 집단을 다르게 대우함으로써 심리적, 사회적 불이익을 주는 것이다.⁴⁵⁾ 개인과 집단들 간의 차이 가운데 특정한 차이들이 차별로 전환되는 것은 그 차이가 위계성을 띠기 때문이다. 다수이며, 강자이며, 주류인 집단은 서열에서 낮은 위치를 차지하는 특성을 가진 집단을 열등한 존재로, 또는 부인되어야 할 존재로 간주한다. 이러한 범주화 과정을 통해 분리되고 배제되고 통제되어야 할 개인과 집단이 정해지게 되고, 이런 배제와 통제를 은폐하기 위해 다시 그들에 대한 편견과 고정관념을 강화하여 재생산하고, 이러한 편견을 통해 약자에게 열등감의 이미지를 주입하여 자신들의 헤게모니를 공고히 하고자 한다.⁴⁶⁾

또한 소수이며, 약자이며, 비주류인 개인과 집단은 자율성이 훼손된 억압을 받게 된다. 근대시대에 접어들어 인간은 자율적이고 이성적인 개인으로 여겨졌다. 그런데 개인들을 완벽한 자율적인 존재로 그대로 인정 해주면서 사회속의 조화를 확보하기는 상당히 힘들었다. 서로 자율적으로 자기 뜻대로 살면서 부딪히면 안 되니까, 자율성을 잘 엮어줄 수 있는 조화시스템을 만들어야 했다. 그런데 이런 조화시스템을 만든 집단은 다수이며, 강자이며, 주류인 집단이었고, 사회를 유지하기 위해서 개인들

45) 배웅호, “장애와 차별”, 김용득 편저, 「장애와 사회복지」, 서울: EM커뮤니티, 2012

46) 배웅호(2012), 위의 책, 재인용

의 자율성을 억압하는 방식으로 갈 수밖에 없었다. 그러면서 개인 및 집단에 대한 온갖 억압의 장치를 만들어서 개인의 자율성을 관리하게 되었다. 결국 억압이란 억압하는 집단이 원하는 사회 조화의 필요성에 따라 일부 집단의 자율성이 훼손된 상태를 말하는 것이다.

이런 억압을 당사자들이 인식하는 것이 중요하다. 그래야만 스스로 그 억압을 깨기 위한 사회운동을 펼칠 수 있기 때문이다. 이런 억압을 인식하고 이를 깨기 위한 하나의 시도가 자기옹호 운동이다. 자기옹호 운동은 장애인들이 그들에 대한 억압을 인식하면서 시작된 사회행동이다.⁴⁷⁾

또한 이런 차별과 억압을 없애면 분리, 배제에서 벗어나기 때문에 사회통합이 가능할 것이다. 그러나 사회통합의 개념도 다양하고 시대에 따라 변화하고 있는 것으로 보인다. 예전의 사회통합(social integration)은 '가능한 한 장애인의 행동이나 특성을 정상화시켜, 사회·문화적으로 장애인을 통합시키지 않는 사회의 경계를 뚫고 장애인이 들어올 수 있게 하는 의미를 내포하고 있는 것'⁴⁸⁾으로 보인다. 다수집단은 사회통합이라는 명목 하에 복지의 영역에서 소수자의 권리를 획득해줄 것처럼 하였으나, 실제로는 소수자들의 위협으로부터 자유를 보장하기 위한 수단으로 사회통합에 따라 소수자인 장애인, 여성, 흑인 등은 사회에 대한 의존성만 더욱 커진 상태가 되었고 사회의 구성원이 아닌 사회의 안정을 위해 사회로부터 일정 거리를 유지하여야 하는 존재가 되어 왔다.

그러나 이후 1970년대 이후 영국과 미국에서 태동된 사회적 모델과 자립생활모델에 따라 장애의 개념이 '사회적 제반 여건의 불충분으로 인

47) Nunkoosing, "The social construction of learning disabilities", Atherton, H. and Crickmore, D. Eds., *Learning disabilities-toward inclusion*, Churchill Livingstone Elsevier, 2012

48) Shelly, D., "Problems associated with choice and quality of life for an individual with intellectual disability: A personal assistant's reflexive ethnography", *Disability and Society*, 23(7), 2008, 719-732면

해 사회생활에서 다양한 활동이 제한되고, 배제(exclusion)되고, 억압(oppression)당하는 상황⁴⁹⁾으로 정의되면서, 사회통합(social inclusion)은 '장애인과 사회가 상호작용할 수 있도록, 장애인을 배제시키는 사회 자체를 변화시키는 것'으로 변화되어 이해되고 있다. 예를 들어 호프집에 지적장애인이 들어갔을 때, 기존의 사회통합은 장애인의 행동에 초점을 두어 너무 취하지 않기, 주문을 잘하고 계산할 수 있게 하기, 타인에게 피해를 주지 않고 조용히 하기 등을 요구할 것이다. 그러나 최근의 사회통합 개념에 따르면, 장애인 이외의 사람들의 몫이 중요해 진다. 지적장애인의 차이(다름, difference)를 이해하건 무시하건, 같이 술을 마시는 자체로써 장애인이 사회에 통합될 수 있다는 것이다. 이를 위해서는 비장애인들의 인권감수성, 다름에 대한 관용도가 중요해지는 것이다. 결국 장애인의 자립생활을 위한 사회통합을 이루기 위해서는 장애인에 대한 교육, 재활도 중요하지만 일반 사회 구성원들에 대한 교육, 인식제고 등이 더욱 중요해지는 것이다.

5. 자립생활센터의 핵심 요소

자립생활운동의 핵심 가치인 개인의 선택(individual choice), 개별적 관리(personal control), 그리고 자기 결정(need for self-determination) 등은 소비자 중심을 강조하는 것으로 자립생활센터 서비스 모델의 근간이 되었다. 이 같은 모델의 발전에 대한 의견을 DeJong(1983)은 다음과 같이 언급하였다. “위험의 고귀함(dignity of risk)은 자립생활운동의 진수(heart)이다. 실패의 가능성이 배제된다면, 진정한 독립과 온전한 인간

49) Oliver(1996), 위의 책

의 상징인 선택의 권리를 훼손하는 것이다.” 자립생활운동의 리더들은 이 운동의 철학적 원칙을 실제적인 서비스 프로그램과 지역사회 옹호활동으로 바꾸어내면서, 모든 센터들의 서비스 접근방식이 매우 다양할 수밖에 없음을 이미 알고 있었으나, 센터가 발전됨에 따라 효과적인 지역사회중심의 자립생활 서비스를 설계하고 유지하기 위해서 필수적인 핵심요소 또한 분명하게 제시 하였다. 이러한 핵심요소는 다음과 같다.⁵⁰⁾

가. 정책결정과 운영상의 소비자 주도

장애를 가진 사람이 조직의 정책이나 운영절차, 서비스 제공, 지역사회 활동 등을 관장하는 결정에 주도적인 역할을 하여야 한다. 이러한 입장에서, 넓은 의미의 "소비자"란 직접적으로 서비스를 받는 장애인을 포함하여 권익옹호 활동을 통해 이차적인 혜택을 받게 되는 장애인들까지 의미하는 것이다. 의사결정에 있어서의 소비자 주도는 정책, 운영절차, 서비스, 활동 등이 장애인들의 욕구에 민감하게 반응하고 이들의 권리가 존중될 수 있도록 하기 위한 것이다.

나. 서비스의 목적과 방법에 있어서의 소비자 주도

자립생활서비스는 욕구를 파악하고, 자립생활의 목적과 목표를 설정하고, 서비스 참여를 결정하는 최우선적인 책임을 서비스를 받는 소비자에게 맡긴다. 다시 말해, 서비스 제공자의 역할이 서비스를 조정하고 원하는 사람들에게 이를 제공하는 것에서 소비자가 선택한 서비스에 잘 참여하도록 지원하여 소비자의 독립성과 자기 충족감을 증진시켜주는 것으

50) 윤재영(2012), 위의 책

로 바뀌었음을 의미하는 것이다.

다. 전 장애영역 강조

자립생활은 모든 장애인들의 욕구에 대응해야 함을 강조하고 있다. 전 지역에 걸쳐 이 점으로 특정 장애집단에 대한 서비스를 강조하는 일반 프로그램과 자립생활프로그램이 차별화 되고 있다.

라. 지역사회 기반과 지역사회 요구에 대한 부응

자립생활센터는 서비스 현장에 있는 장애 공동체의 욕구에 부응해야 하며 이들에 접근할 수 있도록 설계되어있다.

마. 동료역할모델

자립생활이 동료역할모델을 강조하는 것은 장애를 가지고 자신들의 지역사회에서 생산적이고 의미 있는 삶을 성공적으로 쟁취해낸 동료장애인들의 식견과 지원이 장애를 가진 다른 이들에게 크게 도움이 된다는 신념을 반영하고 있는 것이다. 독립적인 생활을 얻어내고자 노력하는 장애인 당사자들에게 이러한 동료는 강력한 역할모델이자 촉매자가 되는 것이다.

바. 제공되는 서비스의 범위

자립생활은 개인적인 독립의 성취와 관련된 지식, 기술, 선택, 지원 등 다양한 차원의 요구에 반응해야 하므로 일정한 서비스가 제공되어야 한다. 정보제공 및 의뢰, 기술훈련, 옹호, 동료상담 등의 핵심 서비스를 포함하여 활동보조서비스, 주택서비스, 이동서비스, 교육서비스, 직업서비스, 보장구 서비스, 커뮤니케이션 서비스, 법률서비스, 사고 및 오락 서비스 등이 이에 포함된다.

사. 지역사회 권익옹호 활동

자립생활은 당사자가 독립적인 생활양식을 이루어내기 위해서 지역사회 내의 환경 및 사회적인 장애물이 반드시 제거되어야만 한다는 입장을 가지고 있다. 따라서 이를 위해 개별 서비스와 지역사회 권익옹호 이 두 가지 모두를 위해 힘을 쏟아야만 한다. 이러한 지역사회 권익옹호 활동은 장애인들이 지역사회 생활의 모든 측면에서 평등한 접근권을 가지며 이 사회에 의미 있는 통합을 이루어낼 수 있도록 장애를 가진 사람들의 기회를 넓혀내는 것을 말한다.

아. 상시적이며 열려있는 서비스

자립생활은 종결지향적인 서비스가 아니다. 서비스는 소비자의 요구와 관심을 끊임없이 반영하면서, 늘 소비자에게 열려 있으며 이용에 거리낌이 없도록 하고 있다.

자립생활서비스 모델의 이 같은 주요 특성은 당사자 주도의 중요성, 동료지지의 강력한 영향력을 강조하고 있으며, 자립생활센터는 기존의 재활서비스를 통해 적절한 서비스를 받지 못한 장애인 집단의 욕구를 충족시키고자 설립되었다는 사실을 강조하고 있다. 더불어 자립생활서비스 모델은 자기결정을 신장시켜주는 개별적인 지지 서비스와 사회 및 경제적 주류에 통합화를 지향하는 지역사회 권익옹호라는 양날을 세우고 있는 것이다.

6. 자립생활 서비스

자립생활 프로그램이란, 중증장애인의 자기결정능력을 증진시키고 타인 의존성을 최소화하는데 필요한 서비스를 직·간접적으로 조정하여 사용자가 참여하는 지역사회를 중심으로 전개되는 활동이다.

자립생활 서비스의 목표는 장애인이 자신의 생활을 관리하고 지역사회에서 자립하여 살 수 있도록 지원하는 데 있다. 다시 말해, 자립생활 서비스는 장애인이 스스로 결정하고 자신이 선택한 활동에 참여하며 지역사회의 제 활동을 할 수 있도록 지원하는 것이다.

현재 미국 자립생활센터(CIL)에서 제공하고 있는 주요 서비스에는 다음과 같은 것이 있다.

- ① 동료상담(Peer Counseling) : 동료상담의 핵심적 기능은 경험의 결과를 공유하는 것이다. 상담을 통하여 자립생활에 필요한 실천할 수 있는 기량을 얻게 된다. 자신과 동일시 할 수 있는 상황에 처하여 있는 장애인에게 경험은 최고의 재활전문가의 조언보다도 더 강력한 조정적 힘을 갖게 된다. 동료

상담은 적절한 역할 모델을 제공할 수 있고, 자립심을 갖는데 도움이 될 뿐 아니라, 자신의 생활에 대한 책임감을 불러일으킬 수 있다. 이 서비스를 통하여 장애인을 더 이상 다른 사람들의 자선의 대상이 되지 않도록 하여 장애의 유형과 정도에 관계없이 자신에 대하여 책임질 줄 알도록 할 수 있다.

② 활동보조서비스(Personal Assistance Service) : 활동보조서비스의 목적은 자신이 할 수 없는 일들을 타인에게 위임함으로써 자신이 성취할 수 있는 일들에 시간과 에너지와 잠재력을 활용할 수 있게 한다. 활동보조서비스는 자원봉사 서비스와는 달리 장애인이 선택권과 결정권을 가지고 서비스를 구매하는 소비자의 입장에서 서비스 시간, 용도 등을 결정한다.

③ 교통편의 제공(Transportation) : 자립생활을 달성할 수 있는 구체적이고 핵심적인 일종의 이동서비스이다.

④ 자립생활 기술훈련(Independent Living Skill training) : 실질적이며 기능적이고 전략적인 기술 훈련으로, 동료교육(Peer approach)을 기본방침으로 하고 있다. 다시 말해 장애에 대한 실질적인 이해와 경험에 얻어지는 내용을 바탕으로 구성된 커리큘럼을 기반으로 자립생활을 달성할 수 있는 전략을 제공하는데, 그 구체적인 내용은 스스로의 의사결정의 중요성, 개호서비스 관리, 신변처리 및 일상생활 관리, 개인 재정관리 등이다.

⑤ 정보제공과 의뢰 (Information/Referral) : 장애인들이 직접서비스 외에도 각종 결정, 자원의 활용, 자립생활에 영향을 미칠 수 있는 각종 제도, 정책에 대한 정보가 필요하다. 의뢰지원은 자립생활을 달성하기 위하여 대리인이나 기관의 참여가 필요하기 때문에 핵심적인 서비스이다. 정보제공과 의뢰는 다른 서비스 기관과 지역사회에도 제공되어 장애에 대한 사회인식을 제고시키고, 장애인이 지역사회나 다른 서비스 기관으로부터 제공받을 수 있는 서비스나 자원을 알려주는 중요한 기능을 갖는다.

⑥ 권익옹호(Advocacy) : 권익옹호 서비스는 자립생활 서비스를 이전의 지역 사회 중심의 기타 프로그램이나 기관들과의 확연한 차이로 인식된다. 장애인이 자신의 생활을 주도하고 선택권을 행사한다는 것은 자신의 신념에 따라 행동하고 이제까지의 전통적인 의존적인 규범을 탈피하여 장애인 스스로 소비자로서 권리와 능력을 인정하고 행사함을 의미한다.

⑦ 서비스 안내 및 의뢰(Service Referral : Interpreter, reader, attendants) : 다른 기관으로의 의뢰, 수화통역, 대독 등의 제공을 한다.

⑧ 주택서비스(Assistance in obtaining and modifying accessible housing) : 자립생활을 달성함에 있어 주택 관련 권익옹호, 정보제공 및 기술적 지원 등 제공한다.

⑨ 장비관리, 수리 및 임대 (Equipment maintenance, repair and loan) : 장애를 최소화시키는 각종 재활기구의 유지·관리를 지원한다.

⑩ 복지혜택에 대한 상담(Benefit counseling) : 공공부조, 연금, 의료보호 등 각종 제도의 수혜에 대한 일종의 정보제공으로 정기적인 정보의 신속한 업데이트가 필수적인 서비스이다.

7. 자립생활을 위한 정책적 방향

자립생활의 강조는 장애관련 정책의 변화를 필요로 한다. 기존의 패러다임에 따른 장애인 정책들은 장애인을 보호하기 위한 것이었다. 장애

인은 위협에 처한 사람으로 여겨지고 결과적으로 돌보아져야할 대상이고 수동적으로 보호를 받아야 하는 대상이었다. 보호를 받다보니 사회에서 배울 수 있는 많은 기회를 박탈당하고, 이에 따라 더욱 취약한 존재가 되고, 결국 돌봄의 대상이 되는 것이 정당화된다. 그러나 재 사정 결과 사회적 보호 서비스에서 탈락된다면, 또는 장애인의 부모가 더 이상 장애인을 돌볼 수 없게 된다면 장애인에게 어떤 일이 발생할 지는 명백해진다. 지역사회에서의 자립생활은 영원히 불가능해지게 되는 것이다.

따라서 자립생활 패러다임에 따른 장애관련 사회정책의 기본 방향이 바뀌어야 한다. 장애를 갖고 있는 사람도 제약을 받지 않고 자신의 삶을 주체적으로 이끌어 갈 수 있도록 사회적 제반 여건을 변화시키는 방향으로 전환되어야 할 것이다. 자립생활 지원을 위한 정책은 장애인의 자립생활을 저해하는 우리사회의 저해요인을 파악하고 이를 개선하기 위한 개선방안을 제시하여야 하며, 장애인의 사회참여를 위한 환경을 개선하고 새로운 환경을 창조하는 수단이 되어야 한다. 또한 관련 정책에 따른 지원은 전문가와 같은 타인에 의한 수동적인 지원이 아닌 당사자 본인의 선택과 결정에 따른 지원이어야 한다.

따라서 서비스에 대한 적격성은 손상의 정도가 아닌 자립의 위협정도에 따라 결정되어야 한다. 이런 위협에는 직업과 교육 기회가 심각하게 제한되는 경우, 가족의 역할이나 다른 사회적 역할과 책임성이 지속되지 않거나 지속될 수 없는 경우, 홈리스가 된 경우, 관계가 유지될 수 없는 경우 등이 포함된다. 이럴 경우 장애인은 그들의 권리 및 자격에 접근할 수 없는 위험한 상태에 처해 있다고 여겨지고, 사회복지서비스의 설계가 필요해진다. 이 설계의 초기에 '자기주도 사정'이 중요하다. 어떤 서비스가 얼마만큼 필요한지 평가하는 사정은 기능적 부족에 의한 평가보다는 욕구에 의한 평가, 즉 장애인 스스로가 욕구사정을 하고, 스스로가 서비스의 과정을 관리하는 자기주도 방식이 바람직할 것으로 보인다. 이처럼 장애인과 장애인단체들은 서비스의 전개과정 및 전달체계에 전적으로 관

여하고, 이를 통해 장애인들은 역량 강화될 수 있으며, 주체적인 사회통합을 이룰 수 있게 된다. 이 경우 사회복지 종사자들은 선택과 통제권의 원칙에 기반하여, 장애인들이 자립적으로 살 수 있도록 그들의 지식과 기술을 충분히 사용하게 된다.

III. 장애 정의 및 사정체계

장애인의 자립생활을 위한 원칙을 실현하는 정책의 출발점은 그 사회가 장애를 어떻게 바라보고 정의하고 있는지에서 시작한다고 할 수 있다. 사회에서의 장애를 어떤 방식으로 규정하느냐에 따라 장애인에 대한 사회복지 정책들이 달라지기 때문이다.

본 장에서는 장애 개념과 분류 체계를 살펴보고, 사회보장 영역별로 장애를 어떻게 정의하고 규정하는지에 대해 외국 사례를 살펴보기로 한다.

1. 장애 개념과 분류 체계

장애를 어떻게 정의하느냐에 대해서는 그 기본 원리로서 사회적 모델(social model)과 의료 모델(medical model)로 나누어진다.

의료모델에서는 장애를 직접적으로 질병, 사고, 또는 다른 건강상 조건(health condition), 재활과 같은 의학적 개입에 의해 개선될 수 있는 것에 의해 야기된 개인적 문제로 간주한다. 이러한 가정은 그간 사회복지 정책에서 장애를 다루는 방식이 의학적 손상(impairments)을 불리(disadvantage)와 배제의 자동적인 결과로 간주하여 현금급여와 사회복지 정책에 의해 손상이 개선될 수 있다고 본 것과 일맥상통한다. 이는 전통적인 사회정책이 장애의 속성(nature)을 의학적 방식에 기초하고 있음을 전제한다(European Commission, 2002).

의료적 모델과 반대로 사회적 모델은 장애를 개인의 선천적 속성이

아니라 개인의 사회적 맥락과 환경의 산물로 간주한다. 물리적 구조(건물 설계, 이동수단의 설계 등)와 장애인에 대한 차별에 이르게 하는 사회적 구조와 신념 등을 포함한다. 사회적 모델은 장애의 정의에 함의를 가진다. 사회적 모델의 맥락에서 장애를 정의하는 것은 장애의 속성을 사회적 맥락과 환경으로 설명하는 것이다(European Commission, 2002).

자립생활 원칙은 기본적으로 의료 모델이 아닌 사회적 모델을 근간으로 한다. 그러나 사회적 모델은 사회복지 정책에서 장애 정의를 어떻게 공식화하고 작동시켜야 하는지에 대한 단 하나의 모범 답안을 제공하지는 않는다. 다음 절에서는 선행 연구 검토를 통해 보다 구체적으로 사회적 모델에 기반한 장애 정의가 사회복지 정책 영역별로 어떻게 구현되는지 외국 사례를 중심으로 살펴본다. 그리고 이러한 외국 사례들이 한국 상황에 어떠한 함의를 이끌어 낼 수 있는지 검토한다.

2. 사회복지 정책 영역별 장애정의 외국 사례⁵¹⁾

장애정의를 사회복지 정책 영역별로 살펴볼 때, 핵심 정책 영역은 소득보장(income maintenance), 고용보장(employment measures), 일상생활 활동 지원(assistance with activities of daily life, assistance with ADLs)이라 할 수 있다(European Commission, 2002: 37).

51) 본 절은 European Commission(2002). Definitions of Disability in Europe : A Comparative Analysis.을 기반으로 작성되었다.

가. 일상생활활동 지원 영역에서의 장애 정의

일상생활활동 지원(assistance with ADLs) 영역에서의 장애 정의는 국가마다 차이가 존재하는데, 이는 크게 두 가지 지점에서 갈라진다.

첫째, 일상생활활동 지원 적격성을 획득하기 위한 장애 정의를 일반적 일상생활활동을 기준으로 정의하는지, 아니면 도구적 일상생활활동을 기준으로 정의하는지에 대해 국가별로 차이가 있다.

둘째, 장애 정의 시 노인 인구를 배제하는가 아니면 포함하는가에서 국가별로 차이가 나타난다.

이 절에서는 두 가지 기준을 근거로 국가별로 일상생활활동 지원 영역에서의 장애 정의를 어떻게 하는지 살펴본다.

1) 기본적 일상생활활동 대 도구적 일상생활활동

일상생활활동 지원(assistance with ADLs) 영역에서의 장애 정의는 건강 상태와 핵심적 업무 수행 능력 간의 관계를 어떻게 설정하느냐와 관련 있다. 일상생활활동 지원을 위한 적격성은 대개 두 가지 테스트를 통해 부여된다.

① 노동 무능력 테스트(a test of inability to work),

② 일상생활 수행에서의 제약 테스트(a test of limitations in performing ADLs)

이러한 구조는 노동은 대개 일상생활보다 복잡하고 어려워서 일상생활에서의 기본적인 활동보다 많은 활동을 요구한다는 가정이 내포되어 있다. 그래서 일상생활을 수행할 수 없는 사람은 노동할 수 없다는 것을

전제한다. 이러한 두 가지 테스트를 통과한 사람들, 즉 노동 능력 상실이나 일상생활 수행에서의 제약이 존재하는 사람들은 장애인으로 정의된다.

일상생활 수행 제한 테스트를 통한 장애 정의는 국가들마다 다소 차이가 나타나는데, 이는 일상생활활동을 어디까지 인정할 것인가 하는 포괄성과 관련된다. 일상생활활동 영역은 일상생활 활동(ADLs)과 도구적 일상생활활동(IADLs : Instrumental Activities of Daily Life)으로 구분할 수 있다.

첫째, 핵심적 일상생활활동(ADLs)에 대해서는 대부분의 유럽 연합의 모든 성원국들이 공통적으로 적용한다. 핵심적 일상생활활동은 앉고, 눕고, 의자에서 일어서거나 침대에서 일어나는 능력, 개인적 위생(hygiene)을 유지하는 능력, 옷을 입는 능력, 식사 능력 등이다.

둘째, 일상생활활동을 보다 폭넓게 규정하는 국가들이 존재하는데, 이들 국가들은 이동 및 수송(transportation)과 관련된 능력, 가사 노동과 가정 관리, 의사소통, 사회적 참여 등과 같은 사회적 활동 능력을 핵심적 일상생활활동에 포함시킨다. 전자의 일상생활활동과 구분하기 위해 최근 이러한 활동을 도구적 일상생활활동(IADLs)으로 칭한다.

협소하게 정의된 일상생활활동(ADLs) 사정의 문제는 한 개인이 집안에서 움직일 수 있는가 아닌가는 평가할 수 있으나, 그 개념 자체에 집 밖으로 이동할 수 있는가에 대해서는 포함되어 있지 않다는 것이다. 이러한 이유로 일상생활활동(ADLs) 사정을 하는 국가들도 급여를 제공할 때는 욕구 사정을 통해 집 밖으로의 이동도 포함해서 제공한다.

일상생활활동(ADLs)을 사정할 때, 측정 방식에 있어서도 국가들마다 차이가 있다. 체크리스트 항목에 대해 평가자가 면담 등을 통해 사정하기도 하고 실제로 능력을 테스트하기도 한다. 영국의 경우 장애 생활수당(Disability Living Allowance : DLA)의 돌봄 요소(care component)

적격성 평가에서 '조리 능력 시험'(cookin test)을 실시한다. 이 테스트는 전통적인 요구도구(cooker)로 일인분의 식사를 만들 수 있는가 없는가를 측정한다. 이 테스트는 요리를 계획하고 야채를 준비하고 프라이팬을 다루고, 음식이 적절하게 요리되었는지 아닌지를 아는지 등의 요소를 포함하고 있다. 이 때, 그 사람이 요리하고 싶어하는 지 어떤지는 반영하지 않으며, 요리하는 방법을 모르는 사람은 기꺼이 배울 것이라고 가정한다. 보통 인스턴스 식품을 먹는 사람은 조리 능력 시험에 실패하게 되는데, 그가 식사 준비를 할 수 있는지 없는지에 관계없이 지원(assistance)의 욕구가 있다고 판정하여 장애 생활 수당을 지급한다.

일상생활활동 지원 영역에서의 장애 정의는 일상생활활동(ADLs)을 사정하는지, 도구적 일상생활활동(IADLs)을 사정하는지에 따라 장애 포괄성이 달라진다. 또한 일상생활활동(ADLs) 사정을 하는 경우에도 욕구 사정을 얼마나 관대하게 하느냐에 따라 장애 포괄성에 차이가 있다.

2) 노인 장애인 포함 유무

특정 국가들은 장애를 규정할 때, 연령 기준을 부가하기도 한다. 연령 기준을 부가하는 경우 대개 65세 미만의 장애인을 일상생활활동 지원 영역에서의 장애인으로 분류하고, 65세 이상의 장애인은 노인으로 분류하여 일상생활활동 지원에서 배제하거나 낮은 수준의 급여를 제공한다.

이렇게 연령에 따라 급여 범위나 급여액에서 차이를 두는 근거는 일상생활활동을 구성하는 통상적인 활동(normal activities) 범위에 관한 기대(expectation)가 연령에 따라 다르다는 것이다. 특히 65세 이상의 사람들은 노동하고 있다고 기대하기 어렵고, 그렇기 때문에 65세 이상의 사람들은 매일매일 출퇴근하는 노동가능연령대의 사람들에 비해 이동 지원을 위한 욕구가 적으므로 이 부분에 대한 지원이 필요없다는 것이다.

① 65세 이상 노인 장애인을 서비스에서 배제하는 국가

일상생활활동 지원에서 65세 이상의 노인을 배제하고 65세 미만의 장애인에게만 급여를 제공하는 방식을 취하는 대표적인 국가는 덴마크와 영국이다. 덴마크의 경우 일상생활활동 지원을 명시하고 있는 사회서비스법(Law on Social Services)에서 연령을 제한하고 있다. 영국도 이와 마찬가지로인데, 영국의 장애생활수당(DLA : Disability Living Allowance)에서 돌봄(care)과 이동(mobility) 두 요소에 대한 자격조건을 65세 이하의 사람들에게만 한정하고 있다. 이 경우 65세 이상의 사람들에게 대해서는 이동에 대한 급여는 지급하지 않고 돌봄에만 한정하여 지급한다.

② 연령 기준으로 급여를 박탈하지는 않으나, 급여수준이 낮은 국가

연령으로 급여 자체를 제한하지는 않으나 급여 수준을 낮게 지급하는 국가들도 있다.

네덜란드의 경우 연령 제한이 존재하지 않으나, 이동 욕구는 사례별(case by case)로 평가된다. 욕구 사정 시 젊은 사람들과 노인에 대해 서로 다른 사회적 표준(social norm)을 적용한다. 노동가능연령과 노인에 대해 급여를 분리하는 것은 네덜란드에서 WVG의 도입을 야기했다 (van Ewijk and Kelder, 1999: 27). 이러한 제도의 적용은 노인의 수요가 젊은 장애인들이 이용가능한 자원을 줄이게 될 것이라는 점 때문이다.

핀란드의 사회서비스법(Finnish Law on Social Services) 역시 네덜란드와 마찬가지로의 형태를 띤다.

③ 연령 기준을 적용하지 않는 국가

연령을 기준으로 서비스를 차별하는 것에 대해 반대하고, 장애를 연령에 관계없이 정의하고 서비스를 제공하는 국가들이 존재한다.

아일랜드가 대표적인데, 아일랜드에서는 돌봄 수당(care allowances)에 관한 논쟁이 치열하게 전개된 바 있다. 연령으로 서비스를 제한하고자 할 때, 정부가 장애와 연약한 노인을 구별하는 것을 어렵다고 지적되었고, 이로 인하여 아일랜드에서는 연령 제한을 두고 있지 않다.

3) 소결

일상생활활동 지원에서 장애를 정의하는 방식은 국가들마다 차이가 있음을 살펴보았다. 일반적 일상생활활동을 기준으로 장애를 정의하는지 아니면 도구적 일상생활활동을 기준으로 장애를 정의하는지에 따라 대상 포괄성이 달라지고, 연령을 기준으로 제한하는지 아닌지에 따라서도 대상포괄성이 달라진다.

일상생활활동 지원 서비스에서 장애를 정의하는 방식은 실제로 욕구의 범위를 도구적 일상생활활동을 지원하기 위한 욕구로 설정하게 되면, 그래서 욕구에 대한 범위가 광범위해지면 장애인인가 아닌가 하는 경계가 모호해진다. 사람들을 정의가능한 의학적 조건에 의해 도구적 일상생활활동의 욕구를 정의하는데는 한계가 있다.

특히 욕구 사정이 종종 연령 차별적 지표로 이루어지게 되면, 장애 정의 자체가 적절한 욕구로부터 멀어지게 되는 효과가 있다. 온전한 권리를 향유하지 못하는 사람들을 더욱 광범위한 정의에 의해서 연령이나 다른 장벽으로 사회적으로 유리되지 않도록 해야 할 것이다.

나. 소득보장 영역에서의 장애 정의

유럽의 모든 국가에는 장애로 인해 노동할 수 없는 사람들을 위한 현금급여가 존재한다. 대부분의 국가들은 두 가지 현금급여 제도를 병행하고 있는데, 기여 보험 급여(contributory insurance benefit)와 비기여 급여(non-contributory benefit)이다. 기여 보험 급여와 비기여 급여의 적격성 기준의 첫 번째 요소는 수급권자가 노동하고 있지 않다는 것이다. 이때 장애 정의는 소득활동 능력(earnig capacity)과 노동 능력(work capacity)의 부족 또는 노동력 상실에 기초한다. 유럽 국가들이 소득 보장 영역에서 장애 정의를 위해 채택하고 있는 접근 방식은 크게 3가지이다.⁵²⁾

첫째, 왜 한 사람이 노동을 중단하였는가와 이전 직장으로 복귀하는데 걸림돌이 무엇인가를 규명하는 '과정 접근법'(procedural approach)이다.

둘째, 왜 한 사람이 노동에 종사하는 것이 불가능해졌는지 그 이유에 초점을 맞추는 '능력 접근법'(capacity profile approach)이다.

셋째, 이전 노동 혹은 가능한 노동에 대한 명시적 언급 없이 기능이 손상된 정도를 평가하는 '손상 접근법'(impairment-based approach)이다.

이하에서는 각 접근 방식의 내용과 실제 국가 사례를 구체적으로 살펴본다.

52) European Commission, 위의 책(2002).

1) 과정 접근법(procedural approach)

① 특성

과정 접근법은 장애 사정 시 왜 한 사람이 노동을 중단하였는가와 이전 직장으로 복귀하는데 걸림돌이 무엇인가를 규명하는 접근 방법이다. 많은 국가에서 노동 무능력(inability to work)은 의료 재활 혹은 직업 재활을 위하여 필요한 선택지를 찾는 과정에서 그리고 노동으로 복귀하기 위한 루트를 찾는 과정 전반에 걸쳐서 평가된다. 이 맥락에서 '장애인'이라는 명칭은 이 과정의 제일 마지막에 나타난다. 중간 단계에서는 '아픈 사람' 혹은 '재활 치료를 받고 있는 사람'으로 분류된다.

과정 접근법은 보험 제도에서 가장 적절하다. 특히 단기 질병 급여의 초기 수급 이후 장애 급여에 진입한 사람들에게 적용하는 것이 적절하다. 이러한 접근법으로 인해 장애를 결정하기 위한 분명한 판단 규칙이 명시적으로 존재하지 않는다. 한 사람의 상황과 능력에 관한 많은 정보가 수집된다. 특히 재활 치료 서비스에 대해서는 상세한 사정 도구를 사용하고, 새로운 업무(occupation)로 안내하기(guide) 위하여 한 개인의 노동 능력을 사정하는데 사용되고 있다. 일반적으로 장애 사정을 위한 기준선을 결정하기 위해 설계되어 있지 않다.

② 국가 사례

소득보장 정책 영역에서 과정 접근법으로 장애를 정의하는 대표적인 국가는 스웨덴을 비롯한 스칸디나비아 국가와 독일이다.

스웨덴은 '단계적 과정'(step by step process)이라는 프로그램을 통해

단계별 절차를 밟는다. 제일 첫 단계에서 재활치료와 관계없이 이전 직장으로의 복귀 가능성을 규명하고, 다음으로 동일 고용주와 함께 할 가능성이 있는 다른 직무(jobs)를 고려하고, 마지막으로 재활치료를 하거나 하지 않거나 관계없이 다른 직무(jobs)를 찾는다.

스웨덴을 비롯한 스칸디나비아 국가들은 사회보장 전달체계 과정에서 상세한 의학적 조사를 수행하지 않는다. 대신 청구인(claimant)의 주치의가 작성한 레포트에 의존한다. 이들 국가들에서는 의학적 재활치료보다 직업재활을 보다 강조하는 성격을 띤다.

독일의 경우도 유사한데, 독일은 EMR을 사용하는데, 이는 사정자가 working life의 다양한 양상을 조명하는 스케줄을 사용하여, 사람이 중노동을 할 수 있는지, 경노동만 할 수 있는지, 일어서거나 앉거나 걸을 수 있는지 등을 측정한다. 그러나 EMR을 위한 제도는 노동 가능과 불가능 간의 기준선을 측정하는 명백한 결정 규칙을 가지고 있지 못하여 개인의 판단과 재량의 수준이 높다는 한계가 있다.

2) 능력 접근법(capacity profile approach)

① 특성

몇 개국에서 장애는 특정 시점에 한 개인의 노동 능력에 대한 단면(snapshot)을 가지고 평가된다. 예를 들어 질병 급여 기간의 종결 후에 그 시점에서의 노동 능력을 사정하는 것이다. 노동 능력 사정에 대한 기본적인 아이디어는 한 개인의 능력은 유급 노동에 종사하는 데 필요한 능력에 관한 기준과 비교되어 설명되어야 한다는 것이다. 이러한 능력 분석 접근은 과정 접근법보다 더욱 추상적이다. 몇몇 국가들은 능력 분석 접근과 과정 접근법을 병행하기도 한다. 과정 접근법은 노동하고 있

는 사람들에게 적용하고, 능력 분석 접근법은 최근에 노동 이력이 없는 사람들에게 적용한다.

② 국가 사례

능력 분석 접근법으로 장애를 정의하는 대표적인 국가는 영국, 네덜란드, 아일랜드이다. 보다 구체적으로 살펴보자.

i) 영국

영국은 Personal Capability Assessment(PCA)라는 사정도구를 사용한다. PCA는 걷고, 의자에서 일어나고, 앉고 등의 14가지 기본적 활동들로 항목이 구성되어 있다. 이는 아일랜드의 Medical Review and Assessment 과정과 매우 유사한 항목으로 구성되어 있다. 영국의 PCA는 유급노동의 조건들과는 매우 다르다. 영국은 개인의 제약(limitations)을 특정 노동 상황의 맥락에서 판단하지 않는다. 능력에 대한 리스트 각각은 몇 명의 설명자(descriptors)에 의해 수행되는데, 설명자들은 특화된 몇 개의 사항(points)에 대해 설명하고, 개인이 노동능력이 있는지 없는지에 대한 판단은 각 사항에 대한 총점을 매겨서 판단한다. 사정자는 합산된 능력점수를 통해 장애를 판단함에 있어서 특정 직무에서의 조건들을 고려하지 않는다. 영국은 부분 무능력 급여가 없기 때문에 한 개인은 오직 능력 있음(capable) 혹은 능력 없음(incapable)으로 판단되고, 한 개인의 가장 마지막 직무에 해당하는 조건은 사정에 포함되지 않기 때문에 소득 상실 정도도 측정하지 않는다. 그러나 한 개인이 능력 있다고 판단된 직무가 실제로 개인이 수행해야 하는 직무를 의미하지는 않는다.

그러나 최근 영국은 근로능력을 측정하는 도구로서의 PCA를 수정하여 WCA를 채택하였다. WCA의 근간은 PCA와 동일하지만 항목들이 다소 수정되어 보다 엄격해졌다. 이에 대해서는 영국 전달체계를 다루는 장에서 자세히 다룬다.

ii) 네덜란드

네덜란드는 외과의사가 청구인의 노동 수행에 필요한 기능적 능력을 평가한다. 이 때 표준화된 사정표를 사용하는데, 이 사정표는 서로 다른 직종(occupations)에서 요구되는 행동의 28가지 유형으로 구성되어 있다. 영국 PCA의 기본 활동들을 포함하면서 동시에 특화된 노동관련 활동을 포함하고 있다. 환경적 조건들에 대한 인내(열, 건조 등에 대한 반응), 진동(vibration)에 대한 인내, 특정 도구를 사용하는 능력 등을 포함한다. 영국과 아일랜드가 의학적 건강 사정 스케줄을 가지고 있는 반면, 네덜란드는 다른 사람들과 함께 노동하는 능력, 스트레스 인내 등의 심리학적 기준을 포함한다.

능력 사정의 결과는 명시적으로 특정 직무에서 요구되는 능력과 비교된다. 특정 직무 능력은 데이터 베이스 FIS에 규정되어 있다.

FIS는 네덜란드 노동시장에 존재하는 수천가지 직무에 대한 서술을 포함한다. 28가지 사정이라는 관점에서 표현되는 직무의 기능적 능력 요구에 대한 정보뿐만 아니라 노동 패턴(이동, 시간 등), 임금, 직무 수준(unskilled에서 scientific에 이르는 일반적 지표), 직무 요구조건(교육, 경험, 요구되는 기술의 속성 등)과 같은 정보들도 포함하고 있다.

iii) 아일랜드

영국과 거의 유사한 능력 사정표를 가지고 있다. 그러나 영국보다 더 많은 노동 능력 사정을 하고 있어서, 아일랜드의 능력 사정은 네덜란드와 영국보다 더욱 열려있고 재량적이다.

3) 손상 접근법(impairment-based approach)

① 특성

손상 접근법으로 장애를 판단하는 전형적인 방식은 손상표(impairment tables 또는 impairment baremas)를 사용하는 것이다. 가장 대표적인 국가는 스페인과 프랑스이다.

② 국가 사례

i) 스페인

스페인에서 장애판단은 Valoracion de las situaciones de minusvalía (VM)이라는 손상표에 근거하여 이루어진다. 근육과 골격(musculo-skeletal) 손상 평가에 대해서 직접 측정 방법을 사용하고, 다른 장애에서는 장애 효과 등을 포함하면, 정신 질환의 장애에서 장애 분류는 세 가지 요소로 이루어진다. ① 일상생활에 미치는 영향, ② 노동 능력에 대한 영향, ③ 진단의 심각성 등이다.

ii) 프랑스

정신 건강 문제는 어떤 일을 하는 개인의 능력에서의 한계로 나타난다. 실제로 손상의 심각성 정도는 종종 그것의 장애 효과로 나타나는 것으로 측정한다. 프랑스는 COTOREPs(Commission Technique d'Orientation et de Reclassement Professionnel)라는 손상표를 사용하고, 손상의 심각성은 장애로 인한 결과를 살펴보는 것으로서 명시적으로 평가된다. 손상의 결과는 자율성의 측면에서 설명되는데, 예를 들어 일관성(논리적이고 지적인 방식으로 처신하고 이야기할 수 있음.), 상황판단(간과 장소에서 간격과 그 시점을 아는 것), 개인 위생, 옷입기 등이다.

두 국가 모두 이러한 손상표에 근거한 장애 사정은 보험 방식의 소득 보장 급여 외에 적용한다. 종종 전혀 노동하지 않은 사람들을 위한 급여로 사용된다. 그러나 노동 시장 수요에 대한 명시적인 고려가 전혀 없고, 어떻게 그 사람이 이전 직종이 그 사정에 반영되어야 하는지에 대한 지침이 없다.

다. 고용보장 영역에서의 장애 정의

일상생활활동 지원(assistance with ADLs)의 예에서, 재활과 건강 상태 간에 자연적인 관련성이 존재하고, 상당한 건강 문제를 가지고 있지 않은 사람들은 재활을 요구하지 않는다. 그러나 고용 급여에서 사용되는 장애 정의는 그렇게 분명하지 않다. 재활은 중립적으로 장애와 관련있을 수도 있으나, 많은 훈련 급여들은 건강상 한계와 관련될 수도 있고 관련되지 않을 수도 있다.

장애 고용 정책에서 장애 정의는 고용보장 정책별로 차이가 나타난다. 이 때 주요한 고용보장 영역은 3가지 유형이다. 이는 ① 특정 장애 관련 고용 정책(specific disability-related interventions)(재활 프로그램 등), ② 일반적인 고용 정책(훈련수당, 보조금, 배치 지원) ③ 고용할당제이다.

세부 영역별로 장애 정의를 살펴보면 다음과 같다.

1) 재활프로그램 등의 특정 장애 관련 고용 정책

특정 장애 관련 개입 정책은 재활 서비스(rehabilitation services), 보호 고용(sheltered workshop), 작업장 개조(adaptations to workplace)를 말한다. 이러한 제도들은 사회보험제도와 관련있기도 하고, 사회서비스와 관련있기도 하고, 여타의 정책과 관련되기도 한다.

이러한 정책과 관련되어 장애 정의는 종종 손상 지향적이다. 특히 장애 등록 제도(disability registration) 혹은 일반적 사정 제도(독일, 오스트리아, 스페인)가 있는 국가들에서 사람들은 대개 장애 명부에 등록해야만 하고, 보호작업장 혹은 유사한 제도에 대한 적격성을 획득하기 위해 일반적 사정에서 장애 특정 퍼센트를 달성해야 한다.

또 다른 상황은 장애인 고용을 위한 작업장 편의시설이 요구되고, 이 때 작업장 개조에 따른 재정적 책임은 고용된 사람의 장애 상태에 의존한다. 예를 들어 고용주들은 안전하고 적절한 노동 환경을 노동자에게 보장할 책임이 있고, 노동자가 장애인이라면 작업장 개조를 위한 재정적 지원을 받을 수 있다. 재정 당국은 노동자의 욕구뿐만 아니라 노동자의 일반적인 기능 수준이 공적 재정 투입을 정당화하기 위해 충분히 제한적이라는 사실을 고려한다.

2) 일반 고용 서비스(General Employment Services)

특정 장애관련 제도와 비교하면, 일반 고용 서비스는 잠재적으로 건강상 제약이 없는 사람에게도 가치가 있는 제도이다. 어떤 국가에서 고용 서비스는 “(작업장애) 배치하기 어려운”(hard to place)이라고 명명된 집단에 초점을 맞추어 고용서비스를 제공한다. 이 때 사정 기준은 배치하기 어려운 집단을 증명하는 주요 방식으로 경험(practice)을 활용한다.

이는 한 사람이 특정 기간 동안 실업상태에 있다면 이는 추가 자원이 필요함을 의미한다는 것이다. 그러나 배치하기 어려운 사람들을 기다리는 것은 이상적이지 않고, 고용서비스는 낮은 교육 수준 혹은 건강 관련 불리(disadvantages)와 같은 장기 실업 위험의 지표를 찾아서, 특정 서비스와 추가 자원은 그러한 제도 내에서 장애에 근거하여 할당한다. 그러한 제도는 주로 실업급여와 밀접한 관련 있다. 실업 그 자체는 제도 접근의 첫 번째 요소이자 불리(disadvantage)의 주요 지표가 된다.

이 때 ‘건강 지위’는 한 사람이 배치하기 어렵다고 판명 될 가능성(likelihood)의 지표로 사용되는데, 이에 대한 사정은 고용 가능성에 영향을 미치는 능력 제한(capacity limitation)에 초점을 맞춘다.

3) 고용할당제(Quota Schemes)

고용할당제에서 장애 정의는 주로 손상에 기초한 장애정의를 사용한다. 독일, 오스트리아는 직접 측정(direct measurement)에 기초하여 장애를 정의하고, 스페인은 VM이라는 장애 효과 분석을 통해 장애를 정의한다.

이러한 손상에 기초한 접근방식의 장단점이 있다. 손상에 기초한 접근

근방식은 기능 제한(functional limitations)이 있는 사람이 특정 직종에는 온전하게 생산적일 수 있다. 그러나 어떤 손상은 적절한 기능적 능력에 전혀 영향을 미치지 않을 수 있기 때문에 한계가 있다. 그럼에도 불구하고 손상에 기반한 정의는 때때로 생산성이 감소된 사람뿐만 아니라 손상 때문에 차별의 위험에 놓여 있는 사람들까지 도움을 줄 수 있다는 점에서 옹호되기도 한다.

3. 장애 사정

장애 정의에 의거하여 장애를 사정(assessment)하는 방식은 국가마다 차이가 있는데, 이는 크게 두 가지 기준에 의거하여 분류된다.

하나는 의료정보(medical data)에 얼마나 의존적인가 하는 것이고, 다른 하나는 전문가의 재량권의 수준이 얼마나 높은가 하는 것이다. 이 두 가지 기준에 의거하여 장애 사정 유형은 4가지로 분류된다.

가. 모델 A : 낮은 수준의 의료 정보와 높은 수준의 재량권(Low medical evidence and high discretion)

모델 A는 의료 정보 수집의 수준이 낮고, 의사에게 부여된 재량권 수준이 낮다. 재량권은 의사 외에 다른 참여자들에게 부여되고, 지방 조직들이 재정적 책임을 지고 있다. 특히 비(非)의사 집단에게 재량권을 부여하는 것이 정당하기 위해서는 그들이 상당한 전문적 기술을 가지고 있다는 것이 중요한데, 이 모델은 사회복지사, 직업재료사, 고용 전문가

(employment advisor)⁵³)와 같은 복지 전문가들을 신뢰한다.

사회 정책적 맥락에서 모델 A는 그들의 욕구가 건강상 제한으로 인해 발생했든, 다른 이유로 인해 발생했든 욕구의 이유와 관계없이, 같은 욕구를 가진 사람들을 같게 대우한다는 것을 의미한다.

대표적인 국가는 스칸디나비아 국가이다. 스칸디나비아 국가들은 소득보장, 고용보장, 일상생활활동 지원의 전 영역에 이 모델을 적용한다. 다른 국가들은 이러한 장애 사정 모델을 고용서비스에 광범위하게 적용하고 있다.

모델 A는 사회정책에 대한 통합적 접근을 한다는데 그 특징이 있다. 재량권의 행사는 욕구를 규정하고 대응하는데 있어서 강력한 전문성 지향(professional orientation)에 근거해서 이루어진다.

그러나 모델 A는 그 장점에도 불구하고 두 가지 단점 역시 존재한다. 첫째, 복지 전문가에게 강력한 역할을 부여하는 것의 잠재적으로 부정적인 이면(flip side)이 존재하는데, 복지 전문가의 권한에 관한 이슈는 특히 자립생활 향상과 일상생활활동지원 영역에서 제기된다. 자립생활 운동은 장애인이 자기 삶의 구성(organization)을 결정하는 자율성을 증가시키려는 것을 추구하고, 이 운동은 스칸디나비아에서 매우 영향력이 있는데 전문가의 권한과 상충되게 된다.

둘째, 예산 제약이 존재하는 사회 정책에서 모델 A의 적용은 고비용이라는 점이다. 소득보장과 일상생활활동지원에서, 빠듯한 재정적 조건은 높은 재량권 모델에서는 다소 압박이 된다. 모델 A가 강력한 재정 압박을 받게 되면 모델 B로 선회하게 된다.

53) 영국의 경우 장애인고용자문가(disabled employment advisor : DEA)가 존재함.

나. 모델 B : 낮은 수준의 의료 정보와 낮은 수준의 재량권(Low medical evidence and low discretion)

모델 B는 대부분 중앙정부가 급여에 대해 재원을 조달하고, 장애 사정 기준과 과정을 중앙정부가 통제한다. 중앙 정부는 그 과정에서 의사와 다른 전문가들의 재량을 제한하는데, 장애 사정이 의사에 의해 이행될 수도 있고, 전문가가 장애 사정 기술을 발전시키는데 포함되기도 한다. 주요한 사회정책 영역 특히 노동 무능력(work incapacity)에 초점을 맞추는 방식이다.

모델 B는 의료 정보의 역할이 제한적이고, 담당 치료 의사(treating doctor)가 보고서를 제출할 수도 있으나, 행정기관은 청구인의 상태에 대한 담당 의사의 진단을 review 하지 않는다는 점에서 모델 A와 공통점이 있다. 그러나 모델 B는 모델 A와 달리, 기관의 의사들이 청구인을 인터뷰할 수도 있고, 진단이나 치료라기보다 기능 제한과 관련된 이슈들을 조사한다는 점에서, 그리고 기관의 의사들은 스스로 의사결정자라기보다 조언자라는 점에서 차이가 있다.

모델 B는 영국과 네덜란드의 소득보장 영역에서 그리고 아일랜드에서 발견된다. 물론 아일랜드 사회보장기관에 고용된 의료진은 영국에서보다 더 재량을 가진 것으로 보이기도 한다. 모델 B는 장애인생활수당(ADLs: Disability Living Allowance)을 포함한 일상생활활동 지원급여에 대한 영국의 접근방식의 특성을 지닌다.

오스트레일리아와 독일의 요양보험은 위와 동질적 특성을 일부 보이기도 한다. 때로 의사가 사정을 하기도 하지만(실제로는 간호사들이 흔히 사정에 임하기도 함) 의사들은 의학적 진단이나 치료 체제를 재조사할 것을 요구받는 것이 아니라 대단히 빠빠한 일정 속에서 한 개인의 요양수요를 평가할 것을 요구받는다.

모델 B 시스템을 본질적으로 비의료적이라 간주한다 해도, 이러한 사정에서 의료정보가 수행하는 정확한 역할에 대하여 논쟁이 제기되어 왔다. 네덜란드에서 제기되어온 문제들 중 하나는, 능력사정에서 확인된 바 있는 한계들이 구체적 의료상황들로 그 연원을 되짚는 것이 가능한지 여부이다. 몇몇 내과 의사들이 주장하는 바에 따르면, 의학적 '인과관계'가 확인되어야 한다는 것이고, 다른 의사들은 '최종적 특성'을 옹호하는데, 이 특성으로서 개인의 한계점들을 설명하는 바, 이 특성이야말로 사정에서 가장 중요하다는 주장이다.

아일랜드에서도 이 문제가 어느 정도 발생했는데, 아일랜드에서 사정자는 개인의 '공인 무능력 요건'(CCI)으로 말미암은 능력상의 한계를 평가하도록 지도된다. 이 요건은 진단을 통해 확인된 의학적 상황을 말하며 이는 '공인무능력 요건'과 무관한 한계들은 무시해도 된다는 것을 의미한다.

영국에서 의료정보는 주로 조속한 행정처리 방안을 창출하기 위해 사용되는데, 이로써 특정한 의학적 처지에 놓인 사람들은 PCA를 거치지 않고도 노동이 불가능한 것으로 간주된다.

위 세 국가에서 개인별 담당의사와 기관에 의해 고용된 의사들 간에 암묵적 노동 분업이 일어나는데, 이 분업을 통해 기관의 의사는 기능적 한계에 초점을 두고 의학적 진단 및 치료체계에 관한 문제를 야기하지 않고자 한다. 그러나 모델 B 시스템이 늘 담당의사와 기관의 의사의 역할을 구분짓는 데 성공하는 것은 아니며, 따라서 양자 간 갈등이 발생하기도 한다. 예컨대 영국에서 영국의학협회는 복지기관(Benefit Agency)이 사용하는 개인능력사정에 대하여 매우 비판적이며 이 기관이 고용한 의료진의 자질에 대한 중상모략을 하는 평론가들도 있다.

급여수령자의 관점에서 보자면 모델 B는 제반 권리를 명확하고도 구체적으로 해주는 결과를 불러오는 것으로 간주된다. 제공자의 관점에서

보자면 이 모델은 행정적 자원에 대한 높은 수요를 피해가는 한편, 그 수요를 개인차원에서 사정할 때 발생하는 일관성과 공정성의 문제들도 피할 수 있도록 해준다. 장애범주는 관련수요에 관한 정보를 효율적 방식으로 확보하기 위해 구성된다. 그러나 채택된 제반 규정과 관행에서 융통성의 결여는 장애인과 그 외 사람들이 사정절차에 대해 자주 나쁜 평가를 내리고, 게다가 그 절차가 자칫하면 임의적 구분을 하기 십상이라고 생각한다는 것을 뜻한다. 이 모델은 장애와 관련된 특정 수요들에 책임을 지려 애쓰고 있지만 이렇게 재량을 억압함으로써 양측 경계에 간한 문제들을 더욱 부각시킨다. 이러한 비평들이 상기 언급한 일체의 '장애인 생활수당' 지원계획에서 야기되고 있다.

모델 B의 한 특징은 장애사정이 중앙정부의 시각에서는 정책변수 중 하나로 여겨진다는 점이며, 사정개혁안들이 예산차원 또는 여타 정치차원의 우려들을 해결하기 위하여 채택될 여지가 있다는 점이다. 그러한 개혁안들은 최근 영국과 네덜란드의 장애인 소득보장 정책에서의 주요한 특징으로 자리잡고 있다.

다. 모델 C : 높은 수준의 의료 정보와 높은 수준의 재량권(High medical evidence and high discretion)

모델 C는 의료 정보 수집 수준이 높고, 의사에게 부여된 재량이 높다는 특징이 있다. 모델 C는 모델 A와 모델 B와는 달리 특히 보건의료와 급여 행정이 더욱 통합적으로 이루어진다. 예를 들어 건강보험자는 상병수당을 제공하기도 하고, 장기 무능력 급여를 제공하기도 한다.

모델 C의 경우 기관이 많은 양의 의료 정보를 수집하고, 적절한 보건 서비스를 규명하고 장기 소득보장 급여 진입을 통제할 목적으로 전문가 조사자에게 상당한 재원을 제공하기도 하지만, 모델 A와 모델 B와 달리

senior doctor가 그러한 시스템에서 의사결정자가 될 수 있다.

모델 C는 프랑스, 독일, 벨기에, 오스트리아의 사회보험행정에서 전형적으로 나타난다. 이탈리아와 스페인의 소득보장보험행정 역시 모델 C의 특징을 나타내지만, 다른 나라에서 발견되는 보건의료 및 급여행정 간의 제도적 연관성 없이 나타난다. 이는 문제적이라 하겠는데, 이는 이탈리아와 스페인에서 의료조사의 중복성 및 보험기관 및 보건의료 제공자간의 긴장을 초래하기 때문이다. 모델 C는 의사의 전문적 권위에 막대하게 의존하기 때문에 의사들 간의 갈등은 이 모델의 정당성을 훼손한다. 더 나아가 모델 C는 전문적 의료인들과 의료기술을 사용하기 때문에 행정적 고비용이 드는 경향이 있으므로, 이 절차가 보건의료 제공과 연관되지 않을 경우 낭비로 여겨질 수도 있다. 보험자가 우선 중앙정부에 대하여 책임을 지고 재정적 통제에 대하여 주된 관심이 있다면 청구를 제한하는 수단이자 의사결정에서의 확고한 일관성 같은 여타의 관심사항들을 반영하는 수단으로서, 높은 수준의 의료적 접근방식이 채택될 여지가 있다.

라. 모델 D : 높은 수준의 의료 정보와 낮은 수준의 재량권(High medical evidence and low discretion)

모델 D의 핵심적 특징은 의료 정보의 사용이 손상표와 baremas에 의해 구성된다는 것이다. 이 도구들을 적용하는 사람들은 대개 의사들이고, 특히 장애의 사회적 모델에서는 이 모델을 꺼린다. 대표적인 손상 지향 접근법이라 할 수 있다.

4. 우리나라에 대한 합의

앞에서 살펴본 것처럼 장애정의와 사정은 그리 간단한 일이 아니다. 특히 일률적인 장애등급제를 폐지하고 장애인 개인의 욕구사정에 근거한 서비스를 제공하기 위해서는 각각의 장애인 사회보장 영역별로 어떤 장애정의를 사용할 것인지, 이 정의에 근거하여 어떤 방식으로 장애 사정을 할 것인지에 대한 사회적 합의가 요구된다.

구체적으로 살펴보면, 장애 정의와 관련하여 크게 3가지 지점에 대한 정책적 판단과 사회적 합의가 요구된다.

첫째, 일상생활활동 지원 정책에 있어서 기본적 일상생활활동에 근거해서 장애를 정의할 것인지, 도구적 일상생활활동에 근거해 장애를 정의할 것인지 정책적 판단이 요구된다. 특히 이러한 장애 정의에서 노인 장애인을 장애인 일상생활활동 지원으로 포섭할 것인지, 장기요양과 같은 별도의 노인 서비스 정책으로 포섭할 것인지에 대한 판단이 필요하다.

둘째, 소득보장 영역에서 과정 접근법에 의거한 장애정의를 할 것인지, 능력 접근법에 의거한 장애정의를 할 것인지, 손상 접근법에 의거한 장애정의를 할 것인지에 대한 정책적 판단이 요구된다.

셋째, 고용보장 영역에서 특정 장애 관련 고용 정책(specific disability-related interventions), 일반적인 고용 정책, 고용할당제 각 고용보장 영역별로 노동무능력 사정의 기준 마련이 요구된다.

각각의 사회보장 영역에서 마련된 장애 정의 기준을 어떻게 사정할 것인지에 대한 정책적 판단도 필요하다. 의료정보에 어느 정도 의존할 것인지, 전문가의 재량권을 어느 수준으로 인정할 것인지에 대해 앞에서 논의한 4가지 유형의 장단점을 비교 분석하여 우리나라 현실에 맞는 유형을 선택할 필요가 있다.

자립생활원칙을 고려한다면 가장 포괄적이면서도 의료적 성격을 최대한 배제하는 정의가 필요할 것이다. 그러나 우리나라의 여러 현실적 제약조건들을 고려한다면 스웨덴 방식의 장애인복지 제도를 일거에 도입하기란 여간 힘든 일이 아니다. 현실적 조건들을 고려한 정책적 대안에 대해서는 다음 장에서 논의하기로 한다.

IV. 서비스 전달체계

장애인의 자립생활원칙의 실현은 장애를 어떻게 정의하느냐에서 시작하여 그 정의를 어떻게 판정하고 어떻게 전달할 것인가로 이어진다. 본 장에서는 앞 장에서의 장애 정의에 이어 장애를 어떻게 판정하고 전달하 지에 대한 전달체계에 대한 외국 사례연구를 진행한다. 최근 장애인복지 관련 전달체계를 근본적으로 바꾸어 전달체계 개혁의 대표적 사례로 평가되는 영국과 호주의 전달체계를 살펴보기로 한다. 이어 두 국가의 전달체계 개편이 우리나라의 전달체계 개편에 줄 수 있는 시사점을 도출할 것이다.

1. 영국의 전달체계

가. 개요

장애인을 대상으로 하는 핵심적인 사회정책은 크게 소득보장(income maintenance), 고용서비스(employment services), 사회서비스(social service)로 구분할 수 있다.

영국의 경우 소득보장, 고용 및 직업재활서비스를 한축으로 하고, 사회서비스 영역을 또 다른 축으로 하여 전달체계가 구축되어 있다. 소득보장, 고용 및 직업재활서비스를 관장하는 중앙부처는 노동연금부(Department of Work and Pension)이며 이에 관한 집행업무는 지역장애급여센터(Regional Disability Benefit Centres)와 복지고용사무소(Jobcentre Plus)에서 담당하고 있다.

사회서비스에 대해서는 보건부(Department of Health)가 중앙부처가 되며, 보건부가 개발한 지침을 기초로 하여 각 지방정부의 사회서비스국에서 사회서비스를 제공하고 있다.

지역에서 업무를 집행하는 이상의 세 조직 중 지역장애급여센터(Regional Disability Benefits Centres)는 장애인 급여만을 다루는 독립형 전달체계인 반면, 복지고용사무소(JobPlus Centre)는 장애인을 포함한 근로연령층 전체를, 지방정부의 사회서비스국은 노인 및 장애인을 포함한 사회서비스 욕구를 가지고 있는 계층 전체를 대상으로 한다는 점에서 차이가 있다. 아래의 [그림 4-1]은 영국 전달체계의 구조를 정리한 것이다.⁵⁴⁾

나. 영국의 사회보장 급여 및 고용서비스 전달체계

1) 고용연금부(Department of Work and Pension)

오랫동안 영국에서는 실업급여 등 사회보장에 관한 업무는 사회보장부가, 고용 및 직업훈련에 관한 업무는 교육고용부가 담당하였고, 교육고용부의 외청인 고용청(Employment Services) 산하에 직업안정기관인 Jobcentre를 전국적으로 설치하여 취업알선 업무를 담당하였다. 실업급여와 고용서비스를 관장하는 중앙부처의 분리에 따라 실업급여를 지급하는 일선기관인 Benefit Office와 취업알선을 담당하는 일선기관인 Jobcentre도 분리되어 있었다. 그러나 실업급여 수급자의 재취업을 촉진하기 위해서는 실업급여를 지급하는 일선기관과 취업알선을 담당하는 일선기관은

54) 변용찬 외, 장애인복지 인프라 개선방안 연구(I), 보건사회연구원, 2008.

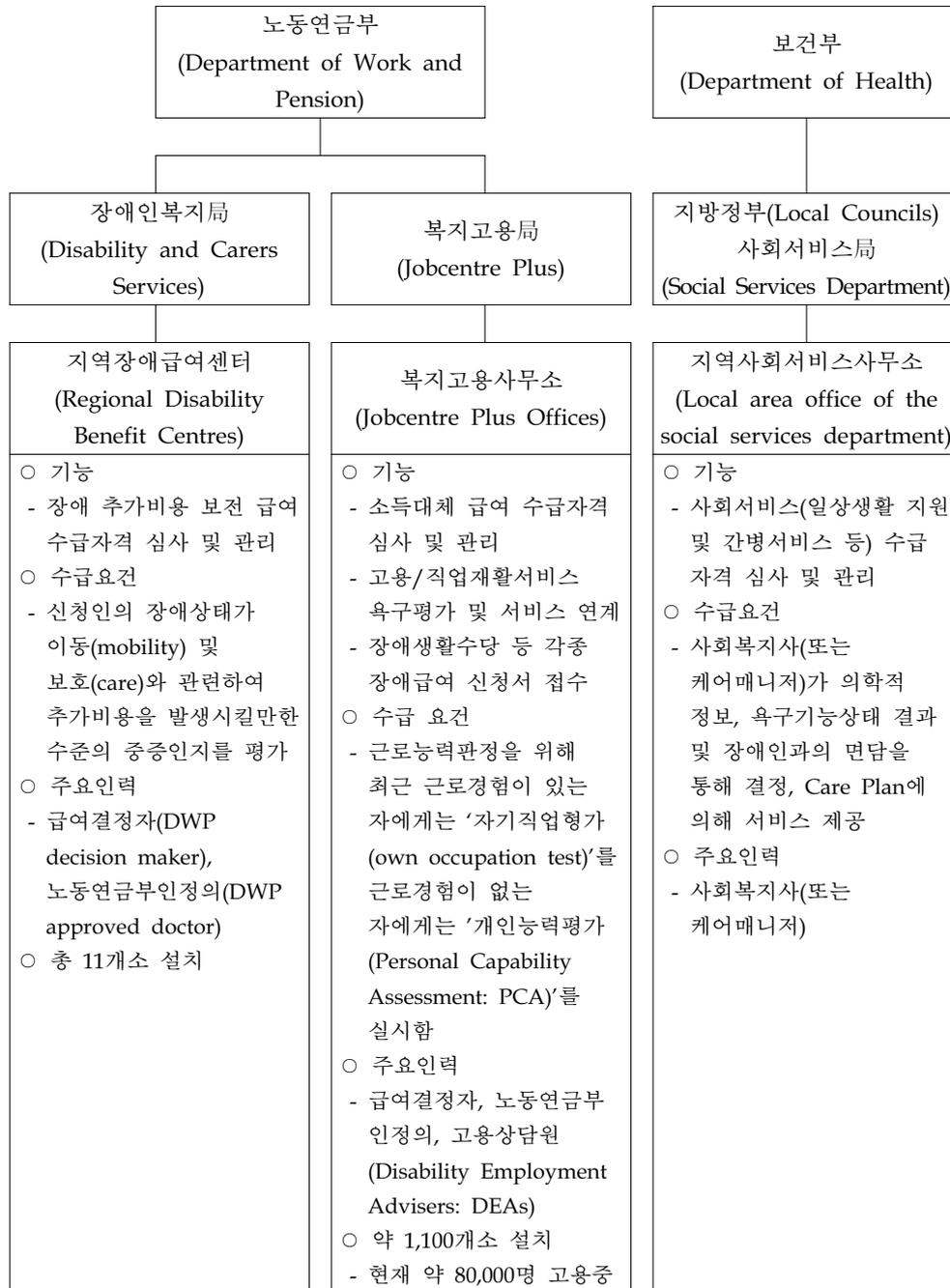
하나의 조직으로 통합되어야 한다는 의견이 제기되어 1990년대 중반부터 두 기관을 단계적으로 하나로 통합하기 시작하였다⁵⁵⁾.

또한 실업급여, 질병급여, 장애급여, 편부모 급여 등 근로와 관련된 사회보장급여의 전달체계를 하나로 통합하고 이들 급여의 수급자들을 사회보장급여에만 의존하지 않고 조기에 재취업하여 자립할 수 있도록 하기 위하여 1999년부터 2003년까지 ONE이라는 시범사업을 시행하면서 근로관련 사회보장급여와 고용서비스를 직업안정기관을 통해 원스톱으로 제공하도록 하는 개혁을 추진하였다. ONE은 사회보장급여를 신청하는 사람들에게 재취업을 위해 노력할 것을 우선적으로 강조하고, 이들이 개별 전문상담원들이 제공하는 고용서비스를 통해 그동안 이들의 노동시간 진입을 가로막았던 장애요인들을 극복할 수 있도록 도와주며, 탁아, 전문가 상담 및 주거지원 등과 같은 다양한 서비스에 연결될 수 있도록 하는데 초점을 맞추었다.

2001년 6월에는 사회보장업무와 고용업무를 통합하여 고용연금부(Department of Work and Pensions)를 설립하여 사회보장 급여의 지급과 고용서비스 및 근로연계 복지 프로그램 실시를 상호 유기적으로 연계하여 추진할 수 있도록 하였다.

영국에서 고용, 훈련, 복지정책을 총괄하는 정부 부처는 고용연금부이다. 고용연금부는 “인생의 전 주기에 걸친 기회와 안전”(Opportunity and Security Throughout Life)이라는 5개년 전략을 수립하고 (1) 더 많은 사람에게 일자리를 제공하여, 더 오래 일할 수 있도록 하고, 더 많이 저축할 수 있도록 하며, (2) 가족과 어린이를 지원하고, (3) 퇴직 후의 안전과 품위유지라고 하는 3대 핵심 원칙에 입각하여 정책을 추진하고 있다(Department of Work and Pensions, 2006).

55) Jones, 2004; 유길상, “고용서비스 전달체계의 발전 추세와 시사점-호주·미국·영국의 사례를 중심으로”. 사회보장연구, 22(4): 1-25, 2006에서 재인용.



[그림 4-1] 영국 장애인복지 전달체계의 기본구조

고용연금부는 이러한 정책을 추진하기 위하여 Jobcentre Plus, Pension Service, the Child Support Agency, The Disability and Carers Service, Health and Safety Executive, The Rent Service라는 6개의 실(室)을 두고 있다.⁵⁶⁾

2) 전달체계로서 Jobcentre Plus

장애급여 및 고용서비스 전달체계의 통합은 장애급여와 고용서비스의 수급 요건 및 수급자격 심사가 하나의 체계에서 이루어지는, 즉 단일사정체계 구축을 의미한다. 이 때문에 중앙부처의 통합은 자연스럽게 일선 전달체계의 통합으로 이어지는데, 영국의 경우에는 기존의 사회보장급여 사무소(Benefit agency)와 고용사무소(Jobcentre)가 통합된 복지고용사무소(Jobcentre Plus)가 운영 중이다. Jobcentre Plus는 고용연금부의 집행조직(Executive Agency)이며, 2002년에 도입되었다.

이 조직의 목표는 빈곤 대처, 실업 감소 등이며, 노동을 복지의 최선의 상태로 보며, 노동활동을 진작시키는데 중요한 의미를 둔다. 노동연령층의 사람들 가운데 실업상태에 있거나 경제활동에서 위축되어 있는 사람들이 노동시장에 진입하도록 하거나 현재의 일을 보다 능동적으로 수행해 갈 수 있도록 하며, 다른 한편으로는 직업이 없는 사람들의 경우에는 적절한 도움과 지원을 제공한다.⁵⁷⁾

Jobcentre Plus는 고용주들이 실직상태에 있는 사람들에게 더 많은 기회를 제공할 수 있도록 유도하며, 기업들이 빈자리를 신속히 충원할 수 있도록 지원한다. 그리고 기업에서 필요한 인력을 개발하기 위해 기술훈련이 필요한 경우에는 이에 대처하는 기능을 수행한다.

56) 유길상, 위의 논문, 14면.

57) 자세한 내용은 <http://www.jobcentreplus.gov.uk> 참조.

그리고 정확한 액수의 사회보장급여를 확립되어 있는 기준에 맞게 적시에 제공하는 기능을 수행하며, 이 과정에서 사회보장 급여가 부정에 의하여 지급되지 않도록 한다.

Jobcentre Plus는 노동연령에 속하는 사람들을 위한 통합적인 서비스를 제공하는데, 모든 서비스를 원스톱으로 제공한다. Jobcentre Plus는 16세부터 65세까지의 모든 남녀 구직자를 대상으로 그들 각자에게 개별적인 조언과 효과적이면서 효율적인 서비스를 제공하여 고객들에게 풀타임이나 파트타임, 임시직과 상용직에 관계없이 적합한 일자리를 찾아준다.⁵⁸⁾ 특히 직장 생활로 복귀하는데 심각한 장애를 경험하고 있는 사람들을 대상으로 해서는 장애고용전문가(Disability Employment Advisor)가 집중적인 상담과 지원을 제공한다.⁵⁹⁾

3) 근로능력 사정도구로서 WCA

2008년 10월 영국의 무능력급여(Incapacity Benefit, 이하 IB)는 고용·지원수당(Employment and Support Allowance, 이하 ESA)으로 대체되었다.⁶⁰⁾

영국 정부가 IB 제도를 폐지하고 ESA를 도입하게 된 과정을 살펴보면, 1990년대 들어 심각한 경제위기를 겪으면서 노동당 정부는 일하지 않는 사람들을 노동시장으로 편입시키는 복지개혁을 단행하기에 이른다.

58) 유길상, 위의 논문, 15면.

59) 윤상용, “최근 주요 선진 외국의 장애인 소득보장과 고용서비스의 연계 동향 및 시사점 -수급 요건으로서 근로능력평가 및 전달체계를 중심으로-”. 재할복지, 13(3), 2009, 235면.

60) Grover, C. & Piggott, L. “From Incapacity Benefit to Employment and Support Allowance : Social Sorting, Sickness and Impairment, and Social Security”. *Policy Studies*, 31(2), 2010, 265면.

특히 이러한 복지개혁의 중심은 경제활동인구의 사람들이 할 수만 있다면 노동을 통해서 빈곤에서 벗어나게 하는 것이다. 이는 장애인을 대상으로 하는 정책도 예외가 아니었다.⁶¹⁾

장애인 정책이 문제가 된 지점은 장애인 소득보장 급여인 IB 급여의 수급자 수가 너무 많은데, 이들이 모두 노동하지 않고 있다는 것이었다.⁶²⁾ 특히 2003년 IB 급여 수급자수는 전체 경제활동가능인구의 7%까지 증가하였다.⁶³⁾ IB 수급자가 지속적으로 증가하게 된 원인으로 영국 정부는 두 가지를 제시하였다. 첫째, IB 급여는 청구하면 너무 쉽게 급여를 받을 수 있다는 ‘진입의 문제’(the on-flow problem)가 존재한다는 것. 둘째, 한번 급여를 받게 되면 거의 빠져나가는 사람이 없는 ‘퇴출의 문제’(the out-flow problem)가 존재한다는 것이었다. 영국 정부는 이 두 가지 문제를 해결하기 위해, 진입의 문제는 ESA에 보다 강력한 의료적 사정이라는 초기 관문을 세우는 것으로 해결하고, 퇴출의 문제는 ESA 급여 수준을 IB 급여 수급과 비교해서 낮추는 것으로 해결하고자 하였다.⁶⁴⁾

보다 구체적으로 살펴보면, 첫째 문제로 제기된 진입의 문제에 대해 영국 정부는 우선 IB의 사정도구인 PCA를 근로능력평가(Work Capability Assessment, 이하 WCA)로 대체하는 것으로 해결하고자 하였다.⁶⁵⁾

61) Grover, C. & Piggott, L. “Employment and Support Allowance_ Capability, Personalization and Disabled People in UK”, *Scandinavian Journal of Disability Research*, 14(1), 2012, 2~3면.

62) Grover, C. & Piggott, L., 위의 논문(2012), 3면

63) Houston, Donald & Lindsay, Colin. Fit for Work? Health, Employability and Challenges for the UK Welfare Reform Agenda. *Policy Studies*, 31(2), 2010, 133면.

64) Grover, C. & Piggott, L., 위의 논문(2012), 3~4면.

65) Grover, C. & Piggott, L., 위의 논문(2012), 4~5면

ESA 하에서 WCA는 크게 3단계로 이루어진다.⁶⁶⁾

첫째, ESA 청구 초기 13주 동안 새로운 ‘사정 국면’(assessment phase)이 도입되었다. 초기 13주 동안 WFI(Work First Interviews), the WCA(Work Capability Assessment), the WFHRA(the Work-focused Health-related Assessment)가 진행된다. 이 세 가지 테스트는 청구권자의 현재의 근로능력이 어떤지에 대해서 그리고 미래에 유급노동으로 갈 수 있을지에 대해서 의료적 방식으로 측정하고 이를 해석하는 것이다.

근로능력사정(Work Capability Assessment, 이하 WCA)은 유급 노동을 하다가 ESA를 청구한 사람들을 위해 도입된 사정 도구이다. 이는 IB 제도에서의 자기직무테스트(Own Occupation Test, 이하 OOT)를 대체한 것이다. WCA는 이전의 OOT보다 더욱 타이트한데, 고용연금부(the Department for Work and Pensions)는 고용연금부의 전달체계 역할을 담당할 기관으로 민간 기관인 Atos Healthcare와 계약을 맺고 이 기관으로 하여금 전문적인 의료 사정을 수행하도록 하였다. WCA 이전에는 청구권자의 주치의(General Practitioner)가 이 기능을 담당하였는데, 주치의는 의료적 자격은 있지만 청구권자의 기능적 한계를 심사함에 있어서 경제적 요인(지역에서 직업이 부족함)과 사회적 요인(의사와 환자와의 관계)에 의해 영향을 받을 수 있다는 문제가 제기되어 왔다.⁶⁷⁾

두 번째 단계는 WCA의 하위 단계로서 근로능력 제한 테스트(the Limited Capability for Work Test, 이하 LCWT)를 수행하는 단계이다. LCWT는 ESA를 청구한 사람을 두 가지 유형으로 분류한다. 근로무능력으로 인해 순수하게(‘genuinely’) 아프거나 손상이 있는 사람들은 ‘근로능력 제한됨’(Limited capability for work)으로, 유급 고용이 되지 못했을

66) Grover, C. & Piggott, L., 위의 논문(2010), 268~271면

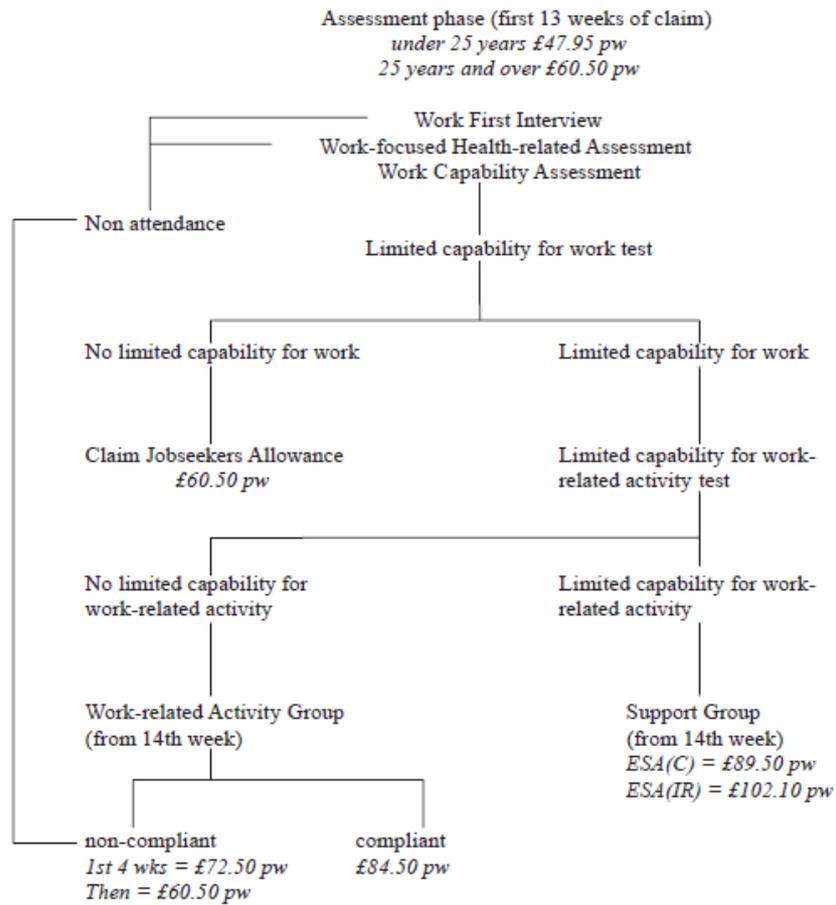
67) Hiscock, J. and Ritchie, J., 2001. The role of GPs in sickness certification. Research report No 148. Leeds: Corporate Document Services.

뿐 아프거나 손상이 있는 것으로 간주되어서는 안 되는 사람들은 '근로능력 제한 없음'(No limited capability for work)으로 분류한다. 근로능력 제한 없음으로 분류된 사람은 적극적으로 일자리를 찾아야 한다. 이들은 자신이 기꺼이 할 수 있는 유형의 노동을 거절할 수 없다. ESA 청구권자 중 절반은 WCA에서 탈락하여 이 단계로 편입되고 있는데, 이들은 실업자로 간주되기 때문에 구직급여(Jobseekers Allowance, 이하 JSA)를 청구할 수 있다. 예전의 IB 수급자를 위한 PCA에서 탈락한 비율과 비교했을 때, LCWT 탈락자 비율은 1/3 정도가 증가한 것으로 보고된다.

세 번째 단계는 근로관련 활동능력 제한 테스트(the Limited Capability for Work-related Activity Test, 이하 LCWRAT)가 진행되는 단계이다. 이 단계는 LCWT를 통과하여 '근로능력 제한됨'(Limited capability for work)으로 평가된 사람들이 수행해야 하는 단계이다. LCWRAT은 청구권자들을 다시 두 유형으로 분류한다. 다수는 제한된 근로능력을 가지고 있는 사람들로서 가능하면 빨리 유급 고용으로 진입하는 것을 목적으로 하는 활동을 할 것으로 기대되는 사람들로 분류된다. 소수는 매우 심각한 기능적 손상을 가지고 있어서 유급 노동으로의 편입을 기대하기 어려운 사람들로 분류된다. 이 두 유형으로 분류할 때, LCWRAT에서 사용되는 기준은 규정된 목록(prescribed list)에 있는 활동들을 수행할 능력 유무이다. LCWRAT에서 목록 중에 하나를 수행할 수 없다면, 그들은 근로관련 활동 능력이 제한적이라고 간주되어 지원 그룹(the Support Group)으로 분류된다. 지원 그룹은 어떠한 근로 관련 활동들도 수행하지 못할 것으로 예상되는 사람들이기 때문에, ESA의 자산조사를 통과하여 수급권을 획득하게 되면(ESA[IR]) 근로관련 활동 그룹에 비해 높은 급여를 받게 된다. 자산조사 후 빈곤층에 해당하면 ESA(IR)로 분류되어 매주 102.10파운드를 수급하고, 빈곤층이 아닌 경우 ESA(C)로 분류되어 매주 89.50파운드를 수급한다.

LCWRAT를 통과하지 못한 사람들은 근로관련 활동 그룹(the Work-related Activity Group, 이하 WRAG)으로 분류된다. 이들은 지원 그룹에 속한 사람들과 다른 과정을 경험하게 되는데, WRAG에 속한 사람들은 SG 그룹에 비해 급여 수준도 더 낮을 뿐만 아니라 다양한 활동들을 수행해야 한다. 우선 개별 조연자와 함께 행동 계획을 수립하고, 5번의 최초 노동 인터뷰(Work First Interview, 이하 WFI)를 하면서 유급노동으로 복귀를 준비해야 한다. 2009년 복지개혁법안(2009 Welfare Reform Bill)으로 인해 ESA 청구권자들은 개별 조연자들과 함께 더욱 심도깊은 근로관련 활동들을 수행할 것이 요구되었다. 근로관련 활동들에는 근로 맛보기(work tasters), 고용능력 향상, 직무 탐색 지원, 어떤 환경에서 근로를 통해 건강 관리하기 등이 포함된다. 이들의 활동이 JSA 청구권자와 매우 다른 점이 있다면, 2009년 복지개혁법의 결과로 ESA 청구권자들은 유급노동에 지원하거나 유급노동을 수행하는 것이 강제되지 않는다는 것이다. 다만 다른 측면에서 그들이 단기간동안 노동을 하지 않으면 급여 중단의 위협을 감수해야 한다. WRAG에 속한 사람들은 ESA 청구의 모든 과정에서의 요구를 온전하게 이행한 순응집단과 비순응집단 간에는 격차가 발생한다. 비순응집단은 JSA 수준까지 급여수준이 삭감된다.

영국의 ESA 제도 하에서 급여 수급을 위한 과정을 도식화하면 [그림 4-2]와 같다.



[그림 4-2] 영국의 ESA에서의 급여 수급을 위한 과정 체계도68)

68) 출처 : Grover, C. & Piggott, L., 위의 논문(2010), 269면

주무부처인 고용연금부는 한편 2010년부터는 3년에 걸쳐 기존 모든 IB 수급자를 대상으로 WCA를 실시하여 급여 수급 여부 및 급여 유형을 결정할 계획이며, ESA 도입의 효과를 극대화하기 위해 일정 수준 이상의 근로능력이 있는 장애인의 취업 지원을 위한 각종 고용서비스에 향후 3년간 10억 파운드를 투입할 계획으로 있다.⁶⁹⁾

다. 영국 사회복지 서비스 전달체계

1) 개요

영국의 사회복지서비스는 아동법(Children Act)에 의한 아동 사회복지 서비스와 1990년의 국민보건서비스와 커뮤니티케어법(National Health Service and Community Care Act, NHSCCA)에 의한 성인 사회복지서비스로 구분된다. 사회복지서비스의 중앙 관장 기관은 보건부(Department of Health)이며, 중앙정부의 역할은 서비스의 골격, 자격기준, 공급방식, 이용자의 참여와 선택 보장, 서비스의 최소한의 표준(minimum standards), 이용자의 요금부담, 서비스의 제공절차 등의 광범위한 영역에 대한 서비스 지침(guidance)을 개발하고 이를 지방정부에 지속적으로 제시하는 기능을 수행한다. 지방정부의 사회복지서비스는 사회서비스국(Social Service Department)에서 담당하며, 각 지방정부는 중앙정부의 지침의 범위 내에서 구체적인 재량권한을 행사하며, 서비스 제공의 전 과정을 관장한다.⁷⁰⁾

69) Department of Work and Pension, 2008; 윤상용, 위의 논문, 2009, 234면에서 재인용.

70) 김용득, 영국 사회복지서비스의 구조와 서비스 질 관리 체계, 보건복지포럼, 통권 125, 2007, 76-77면.

영국의 복지행정에서 현재의 대인사회서비스 행정조직은 두 차례의 행정조직 개편을 통해서 이루어졌다. 지역복지행정의 기초가 되는 조직은 이차대전 이후 아동국과 복지국으로 분리시행되어 오던 사회서비스 행정조직을 1960년대 말 시봄(Seebohm)위원회 보고서에 기초하여 전면 개편하여 사회서비스국(social service department)이라는 하나의 부서로 통합하였다. 그러나 이후 가족과 지역사회 중심의 복지서비스가 강조되면서 이것이 핵심적인 정책과제가 되었으며, 1980년대 말부터 1990년대 초에 이르러 또 한 번의 새로운 지역복지 행정조직의 변화가 추진되었다. 1990년 제정된 커뮤니티케어법의 기초가 된 그리피스(Griffiths)위원회의 보고서는 지방정부의 사회서비스행정이 직접적인 서비스 공급자에서 서비스의 조정과 구매자의 역할로 변화하여야 함을 강조하였다. 이러한 변화는 복지서비스 전달주체로서 전통적으로 강조되어 온 공공부문보다는 민간부문의 역할을 강화하면서 복지다원주의 또는 '케어의 혼합경제'를 실현하려는 보수당 정부의 전략에서 비롯되었다.

복지의 혼합경제를 실현하려는 영국의 복지행정의 개혁전략에서 가장 핵심적인 과제는 서비스 구매자와 공급자의 역할을 분리시키는 것이다.

사회서비스국 내에서 구매자(purchaser) 또는 커미셔너(commissioner)의 역할은 보호를 필요로 하는 사람들의 욕구를 사정하고 이를 충족시키기 위한 서비스를 구체적으로 세분화하며, 기획하고 조직하며, 획득하는 활동과 관련되어 있으며, 그 외에 공공부문, 민간부문, 자원부문 공급자들과의 계약과정에 대한 책임과 지출, 운용과 통제 등을 포함하게 된다.⁷¹⁾

영국에서 성인에 대한 서비스는 커뮤니티 케어라는 용어로 표현되며, 이를 관장하는 법률은 NHSCCA이다. 성인에 대한 서비스는 크게 거주 시설 보호와 지역사회보호로 구성되며, 구체적인 내용은 다음과 같은 것

71) 오정수, “한·영 지역복지행정의 비교사례 연구: 지방화시대 지역복지행정의 과제를 중심으로”. 한국사회복지학, 31: 369-392. 1997.

들이다.⁷²⁾

- 노인, 약자, 장애인, 빈곤자 등을 위한 거주시설 배치(Residential care)
- 장애인을 위한 케어서비스와 고용지원(Employment support)서비스
- 정신병원에서 퇴원한 사람들을 위한 케어서비스
- 노인을 위한 복지서비스
- 어린 아동의 보호자를 위한 서비스

커뮤니티케어는 1990년 NHSCCA의 제정으로 사회복지서비스의 집행 체계와 내용을 지칭하는 용어로 변화되었으며, 이 제도는 법 제정후 3년간의 준비과정을 거쳐서 1993년에 시행되었다. 1990년의 커뮤니티케어 변화를 주도한 두 가지 큰 쟁점은 국가 복지에 소요되는 비용의 통제 또는 축소와 이용자의 참여와 선택권의 증진이다. 정부는 커뮤니티케어의 주동력으로 이용자의 참여와 선택권의 증진을 표방하였으며, 비판적인 입장의 사회정책학자들은 국가복지비용의 통제를 주된 의도라고 보았다.⁷³⁾ 결과적으로 영국 커뮤니티케어는 두 가지의 상호 모순된 것으로 보이는 의도를 실현시키기 위한 시도였다고 할 수 있을 것이다. 제도 시행 이후 몇 가지 입법과 각종 Circular와 Guidance를 통해서 이용자의 참여와 권리를 증진시킬 수 있는 다양한 방식들을 발전시켜 오고 있다. 직접지불제도의 도입은 이런 조치의 대표적인 예라고 할 수 있다.⁷⁴⁾

현재 영국의 커뮤니티케어의 핵심적인 요소는 다음의 네 가지로 요약

72) Brayne and Carr, 2003; 김용득, 위의 책(2007)에서 재인용.

73) Rummary, K. 2002. 김용득 역. 『장애인의 시민권과 영국의 지역사회 보호』, 서울: EM커뮤니티, 2005.

74) Department of Health. 2007. Putting People First: A Shared Vision and Commitment to the Future of Adult Social Care.

될 수 있다.⁷⁵⁾ 첫째, 효율성의 증진과 이용자의 선택을 강화하기 위한 조치로 사회적 서비스 영역에서의 시장기제의 도입이다. 이 기제에 의해서 서비스 구매자와 제공자를 분리하였다. 둘째, 지방정부의 책임과 권한이 크게 강화되었으며, 지방정부의 역할도 과거의 직접 서비스 제공자에서 서비스 욕구사정, 서비스 구매, 서비스 비용의 지불 등의 역할로 변화하였다. 셋째, 사회복지서비스의 민영화(privatization)이다. 이는 이전에는 대부분이 국가 및 지방정부에 의해서 운영되던 사회적 서비스를 점진적으로 줄여가고, 대신에 개인이나 민간 기업이 운영하는 서비스의 구성 비율을 늘려가는 정책을 지칭하는 개념이다. 넷째, 지역단위의 보편적인 사정체계의 수립과 케어매니지먼트를 통한 서비스 전달과 관리이다. 사회복지서비스를 필요로 하는 모든 성인은 해당 지방정부의 일원화된 청구에 사정을 신청하며, 사정의 결과 서비스를 받게 되는 경우 지방정부 사회서비스국이 운영하는 조직에 의해서 서비스가 일괄적으로 관리된다. 사정받을 권리, 케어매니지먼트, 직접 지불, 이의제기와 구제절차 등과 같은 요소들은 이용자의 서비스 접근성을 높이고, 이용자의 주도성을 확대하기 위한 세부적인 조치들로 볼 수 있다.

2) 이용절차⁷⁶⁾

① 서비스 신청

케어서비스에 대한 신청은 '누군가 일상생활을 영위하는 것이 어렵다'고 판단되었을 때, 이용자 본인이 신청하거나, 혹은 이웃이나 친척이 지방정부의 사회서비스국에 연락하여 신청할 수도 있다. 신청 방법은 직접

75) 김용득, 위의 책(2007), 79~80면.

76) 이승기 외(2011)에 전적으로 의존함

방문하거나, 전화, 웹사이트 등을 활용할 수 있다. 지방정부 사회서비스국은 신청 후 28일 이내에 신청자에 대한 사정을 완료하여 서비스 필요 여부를 통보해야 한다. 만약 서비스 신청자가 법적으로 인정되는 장애가⁷⁷⁾ 있다면 지방정부는 반드시 사정 절차를 진행해야하고, 법적 장애에 해당되지 않는 경우는 지방정부의 재량에 따라 사정 절차를 진행하지 않을 수도 있다. 사정을 받을 수 있는 자격은 서비스 이용자의 경제적 상태와는 무관하게 결정된다.

② 사정

사정은 사회서비스 뿐만 아니라, 의료서비스 등 신청자의 필요와 욕구에 대한 총체적인 사례관리 차원에서 실시된다. 사정의 목적은 다음과 같다.

- 이용자가 필요로 하는 지원이 무엇인지 발견하는 것
- 이용자에게 도움이 되는 서비스가 무엇인지 결정하는 것
- 이용자가 급여를 청구할 수 있는지 여부를 포함하여 이용자의 재정 상태를 파악하는 것

사회서비스국들은 다음 표의 서비스 들을 사용하여야 하며, 정확한 용어로 표현하여야 한다. 하지만 지방정부에 따라서는 각 범주에 다른 위험 요소들을 추가시키는 것은 가능하다. 사정 방법은 지방정부마다 차이가 있지만, 흔히 이용자의 집에서 받게 되는데, 상황에 따라 사회서비스 센터나 일반 상담소에서 사정을 받을 수도 있다. 사정하는 사람은 사

77) 법적 장애는 ① 실명, 농, 아, ② 질병으로 인한 심각하고 영구적인 핸드캡, 사고 혹은 선천적 기형, 정신보건법에 규정된 정신질환을 앓는 경우, ③ 부분적인 시각장애 또는 청각장애가 포함됨.

회서비스국 또는 NHS 담당자이거나, 직업치료사와 같은 분야의 사람일 수도 있다. 이용자가 거주지를 옮겨야 할 필요가 있을 것으로 판단될 때에는 지방 주거 담당공무원이 관여할 수도 있다. 만약 이용자가 사정을 받을 때 통역이 필요하다면 지방정부는 이를 반드시 실행해야 한다.

사정하는 사람들은 이용자가 무슨 말을 했는지를 기록하고, 이용자의 욕구를 파악하고, 이용자와 사정하는 사람이 동의하지 못한 것이 무엇인지를 기록하게 되어 있다. 이를 위해 신청자에게 당신이 할 수 있는 일과 할 수 없는 일, 가끔씩 수행하기 어려운 일, 특별한 필요가 있는지 여부(예를 들어 종교 또는 종족과 관련된 문제)와 같은 사항을 질문한다.

‘혼자서는 일상생활을 영위하기가 어려운’ 상태의 사람을 정기적으로 도와주고 있는 사람도 사정을 요청할 법적 권리를 가지며 보호자도 사정을 요청할 권리가 있다. 지방정부는 보호자의 직업, 연구, 휴식에 대한 지원을 고려해야한다고 명시되어 있다.

③ 서비스 이용

사회서비스국에서의 사정이 끝나면 신청자 개인에 대한 보호계획(Care plan)이 세워지고, 보호계획에 의거하여 서비스를 이용하게 된다. 보호계획서에는 이용자가 필요로 하는 서비스와 받게 될 서비스, 그에 따른 요금, 계획이 점검된 날짜 등이 기록된다. 지방정부가 일부 서비스를 직접 제공할 수도 있고, 민간보호기관과 같은 다른 조직들이 서비스를 제공하도록 조정할 수도 있다. 보호자가 있다면, 보호자가 어떤 서비스를 제공할 것인지 동의한 내용이 계획서에 있어야 한다. 또한 지방정부는 사정이 끝난 후 서비스를 대기하는 동안 고통을 받는 일이 없도록 해야 하고, 서비스 개시 3개월 이내와 그 후 1년 이내에 이용자의 보호계획서를 다시 점검해야 한다.

④ 이의제기

케어서비스 이용 과정에는 모든 결정에 이용자가 참여할 권리와 결정에 이의를 제기할 권리를 법적으로 인정받고 있다. 이의제기를 할 수 있는 경우는 서비스 부족, 서비스 거절, 서비스 제공 지연, 담당 직원의 행동이나 태도, 담당 직원이나 패널의 구성에 대한 의견, 진행과정에서 의견개입의 부족 등에 관한 사항이다. 이의제기를 신청할 수 있는 사람은 이용자뿐만 아니라 보호자, 이용자의 편에서 대표할 수 있는 사람을 포함한다. 버밍햄 사회서비스국에서 발간한 'Your Right to be Heard: Comments·Compliments·Complaints'에는 이의제기 절차를 다음과 같이 안내하고 있다.

- 1단계(문제해결 단계): 사회서비스국의 관리자에게 이의를 제기하며, 결과에 만족하지 않으면 다음 단계로 넘어간다.
- 2단계(독립적 조사 단계): 불만처리국(Complaints Section)에 이의제기 하며, 독립적인 조사부서에서 조사하고, 5일 내에 이의제기에 대한 확인을 받을 수 있다. 결과에 만족하지 않으면 독립적인 조정위원(Independent investigation officer)에 이의제기 할 수 있다.
- 3단계(재심): 독립적인 조정위원은 세 명의 패널로 구성되며, 24시간 이내에 위원회가 사회서비스국 책임자에게 전한 권고를 듣게 되고, 책임자는 28일 이내에 회답을 보낸다. 마지막 단계에서도 만족하지 않으면 행정감찰관에 사법적 재심을 청구할 수 있다.

3) 지방정부의 책무

사회서비스는 잉글랜드 지역의 전체 150개 지방정부의 책무다. 그들

은 특정 개인이나 특정 지역의 환경과 필요에 맞추어 사회서비스를 제공한다. 지방정부는 어떤 개인이 보호와 지원을 필요로 하는지 판단하고, 필요한 경우에는 보호와 지원 서비스를 배정한다. 또한 그들은 교육 서비스, 보호관찰 서비스를 제공하는 경찰 및 기타 기관들뿐만 아니라 NHS, 민간단체들과도 밀접하게 함께 일한다.

사회서비스에 대한 지방정부의 책무는 각 지방정부의 사회서비스국을 통해 전달되고, 사회서비스국의 전달체계는 중앙정부의 지침에 의해서 각 지방정부가 자유롭게 구성할 수 있도록 되어 있다.

4) 서비스모니터링: 돌봄질관리위원회(Care Quality Commission, CQC)

돌봄질관리위원회(CQC)는 건강과 성인에 대한 사회적 돌봄(adult social care)을 관리하는 독립적인 조직으로 잉글랜드의 경우 NHS, 지방정부, 영리기업 그리고 비영리조직에서 제공하는 건강과 성인에 대한 사회서비스를 관리한다. 돌봄질관리위원회(CQC)의 목표는 사람들이 건강하고 독립적인 생활을 유지하도록 하며, 개인과 가족 그리고 돌봄제공자(carers)에 대한 지원 및 개인적 욕구에 대응하는 것이다.

이를 위해 건강 및 성인에 대한 사회적 돌봄서비스가 높은 질적 수준을 유지하게 하며 안전하고 쾌적한 환경이 되도록 하고 있다. 아울러 서비스 이용자들에 대한 권익옹호 및 필요한 정보를 제공하며 서비스 제공자들이 돌봄에 대한 질을 향상시키고 있는 지에 대해서 국민들에게 정보를 제공하고 있다. 돌봄질관리위원회(CQC)의 주된 업무는 다음과 같다.

- 건강과 사회적 돌봄서비스를 등록, 조사 및 관리 업무 수행
- 케어홈에 대한 조사를 수행하는 것은 일회성이 아니라 지속적인 형태로 진행되며 케어홈의 전반적인 수준을 유지하는 데 기여

- 위원회의 조사관은 한달 전의 예고를 통해 언제든지 케어홈에 대한 조사를 할 수 있으며 전체적인현황에 대한 조사, 기록의 열람 및 복사, 직원에 대한 인터뷰를 할 수 있으며, 법령과 맞지 않는 물건 및 서류 등을 없앨 수 있음

돌봄질관리위원회(CQC)의 연간예산은 1억 파운드(약 2,000억) 가량이며 2,500명의 직원과 본부, 8개 권역별 지사 및 79개 지사 등 총 80개의 사무소로 구성되어 있다.

2. 호주의 전달체계⁷⁸⁾

가. 호주 전달체계 개편 흐름

호주는 1970년대부터 대민 서비스에 대한 원스탑 서비스의 시도가 이루어졌다. 첫 시도로서 센터링크(pre-centrelink)는 빅토리아주에 있는 원스탑 복지센터(North-west One-stop shop welfare centre, NOW)로 1975년 7월~1980년 후반에 운영되었으나, 각 기관 간 상충되는 문제, 재충전의 부족, 단체 지원의 철회, 직원 사이의 조직적 충성과 정체성의 문제 등의 다양한 요인들의 탓으로 폐쇄되었다. 그럼에도 불구하고, 지역사회와 소비자들은 NOW 모델에 대해 긍정적으로 반응하였고, 각각의 기관에서 받는 서비스보다 그곳에서 받는 서비스들에 더 만족하였다고 한다.⁷⁹⁾

78) 이승기 외(2011)를 근간으로 하여 수정·보완함.

79) Wettenhall and Kimber, 1996.

원스탑 복지센터의 문제점에도 불구하고 시민들의 욕구는 관련 시설의 필요성을 사회에 요구하였으며, 이에 정당들은 움직이기 시작하였다. 즉, 1991년 오스트레일리아 자유당과 국민당 연합은 '실업자들을 위하여 더 효과적인 one-stop-shop을 창조하기 위하여, 사회보장부(Department of Social Security, DSS)과 연방고용서비스(Commonwealth Employment Service, CES)를 합병으로써 훈련기능과 급여의 관리를 통합'하는 것을 제안하였다(Liberal and National Parties, 1991). 이러한 전달체계의 변화로 인한 센터링크는 직업 네트워크와 소득보장급여를 위한 모든 사정이 이루어지는 통로의 역할을 했으며, 센터링크는 새로운 정부의 상호 책임 요구를 이행하는데 중요한 역할을 하였다.

따라서 1990년대 이후 센터링크는 구 사회보장부(Department of Social Security, DSS)와 구 고용교육훈련부(Department of Employment, Education, Training and Youth Affairs, DEETYA)의 두 네트워크의 통합으로 이루어졌다. 실제로 사회보장부(DSS)의 업무는 소득보장이 주였기 때문에, 자격 선정을 위해 엄격한 통제에 의한 과정을 거치는 급여지원이 중심이었다. 고용교육훈련부(DEETYA)은 구직자들에게 일을 찾도록 지원하고, 학생들에게는 교육의 기회를 제공하였으며, 특히, 개인별 상황에 따른 서비스를 지원하는 일을 담당하였다. 이러한 두 부의 통합은 급여제공과 개인에 맞는 서비스 지원을 함께 제공하는 것을 목적으로 하는 센터링크의 토대가 되었다.

호주의 전달체계의 핵심은 센터링크이다. 센터링크는 스스로 서비스를 전달하는 것을 계획하며, 관료 정치의 복잡성을 없애고, 본래의 방법에서 정부의 면을 변화시키기 위한 정치적 아젠다로부터 창조되었으며, 관련 법적 토대를 마련하였다. 즉, 통합 서비스에 대한 책임을 하나의 부처가 지니는 것 대신에, 정부는 비즈니스 파트너십 협정을 통해 많은 정책 부서들이 공급자가 되도록 독립적인 법적 권위를 만들도록 결정한 것이다. 결과물로 1997년 Commonwealth Services Delivery Agency Act가

제정되었으며 연방서비스전달기관(센터링크)이 설립되었다. 정부는 최고의 공공서비스 실천과 민간 분야의 실천을 가져오기 위하여 유력한 민간 분야의 위원을 도입하였으며, 이 변화는 소비자 서비스에서 성과 및 산출 측정, 가격의 투명성과 성과측정에서 개선을 일으킨 것으로 나타났다.

나. 대민서비스 전달체계 구조 및 운영

호주의 대민서비스 구조는 정부 부처와 대민 서비스 기관과 협력하여 2004년에 사회 및 건강관련 서비스, 공공부조 등의 전달과 발전을 개선하는 것을 목적으로 수립되었다. 이 구성은 대민서비스부와 서비스 전달 기관인 청각장애 서비스(Australian hearing), 센터링크(centrelink), 건강보험(medicare australia)로 이루어졌다. 센터링크는 대민서비스를 구성(human service portfolio)하고 있는 호주 정부기관 중 하나이며, 그들의 구체적인 역할에 대해 살펴보면 다음과 같다(그림 4-2 참조).



[그림 4-3] 호주의 장애인 서비스 전달체계의 구조

대민서비스부(Department of Human Services)는 아동지원프로그램과 CRS Australia가 포함되어 있다. 대민서비스부처는 서비스 전달에 대한 개선을 총괄하고 조정 및 중재하며, 정부에 서비스 전달에 관련된 사안 속에서 정책제언을 제공하고, 대민서비스 구성 체계 내 기관 간 협력하고, 정부 서비스 제공의 효율적인 이행을 보장하는 역할을 한다. 아동지원프로그램은 부모와 분리된 아동들의 안녕을 위하여 필수적인 정서적 및 재정적 지원을 공급하며, CRS Australia는 개별화된 직업재활프로그램을 공급하고, 직장에서 안전하게 업무할 수 있도록 도움으로써, 장애, 직업을 지속하는데 건강상태 혹은 사고를 당한 사람들을 지원한다.

센터링크는 정부 급여와 호주거주인(퇴직자, 가족, 간병인, 부모, 장애를 가진 자, 토착민, 다양한 문화와 언어 배경을 가진 자)에게 주요한 변화에 따라 서비스를 제공한다. 특히, 장애가 있거나 다치는 경우, 고용서비스 기관, 기관의 전문가들, 다른 부서와 기관들에게 추천하는 것을 포함하여 적합한 서비스와 급여를 제안한다. 이 서비스들은 이용자들에게 직업을 얻을 기회와 일하고 훈련하는 경험하는 것을 지원하여 기술과 자신감을 높이며, 경제적으로 자립하도록 지원한다. 건강보험(Medicare Australia)은 건강보험, 의료품 수당체제, 면역명부, 장기기증 명부와 같이 급여와 효율적인 서비스를 통하여 건강을 돌보는 역할을 한다. 마지막으로 청각장애 서비스(Australian Hearing)는 법적으로 권한이 있으며, 21세까지 청소년과 아이들, 자격이 있는 성인과 연금수급자, 전쟁참전용사들에게 청각 서비스를 제공한다.

이러한 호주의 대민서비스 전달체계는 서비스 전달과 발전을 개선하게 되는 성과를 이루었다. 특히, 센터링크는 대민서비스부와 건강보험, 청각서비스 시관과 연계시스템을 구축하고 있어 다양한 욕구에 대응하는 체계를 마련하였다.

다. 센터링크 구조 및 운영방식

1) 센터링크의 목적

호주의 센터링크는 국민들이 개별 부처가 제공하는 각각의 공공서비스를 받기 위하여 각기 다른 기관을 찾아다닐 필요 없이 단 한곳을 찾아가면 모든 문제를 해결 할 수 있도록 하는 것이다. 센터링크의 목적은 다음과 같다.

- 이용자들을 위하여 정부프로그램의 복잡성을 제거하고,
- 시민들을 위한 원스탑 기관(one-stop shop)을 창조하며,
- 가장 효율적으로 서비스 및 급여가 제공되며
- 정부와 일반대중에게 책무성을 유지하는 것(vardon, 2002)이다.

전술한 바와 같이 센터링크는 1997년 Commonwealth Services Delivery Agency Act가 법적 토대이며, 정책 부처와 협조함으로써 다양한 서비스 및 복지급여를 제공하게 되었다. 또한 1999년 공공서비스법과 재정운영과 책무성법(1997) 등에 따라 호주의 공공영역 안에서 최고경영자가 책무성을 갖도록 하여, 센터링크의 최고경영자 역시 센터링크의 주요 핵심 서비스를 제공하는 개인들의 책임을 대표하도록 하였다.

센터링크는 정부 업무의 효율성 면에서 가시적인 성과를 이루었다. 과거에는 개인이 각 부서를 통해 급여를 신청하거나 제공받았으나, 센터링크는 한곳에서 개인에 욕구에 따른 급여와 관련 서비스를 연계해주어 정부프로그램의 복잡성이 간소화되었으며, 중복 서비스의 염려가 줄어들어 업무의 효율성이 극대화되었다. 즉, 과거에는 개인이 고용과 장애 관련급

여에 관한 욕구가 있을 경우, 이와 관련된 업무를 하는 2~3개의 정부부처에 연결하여 각 부처에서 지원하는 서비스를 각각 받게 된다. 특히, 소득보조는 가족의 상태, 실업 여부, 연금과 관련하여 다양한 정보를 요구하며, 이는 고용 교육 훈련부와 중첩된 정보가 요구되며, 그 외의 욕구에 따라 다양한 부처를 거쳐야 하는 번거로움이 있었다. 그러나 센터링크는 1:1 소비자 서비스 제공자를 통해 수요자의 상황과 욕구에 따른 다양한 급여와 장애수당 등과 고용 네트워크를 통해 훈련, 교육, 고용서비스를 받아 과거 행정상의 복잡성이 감소되었다.

2) 센터링크의 서비스 이용 절차

센터링크는 국민에게 서비스를 편리하게 제공하기 위하여 '생애사건별 접근방식'을 이용하여 다양한 서비스를 제공한다. 즉, 아래 질문에 대한 대답을 통해 다양한 서비스가 나열되며 수요자는 자신의 자격을 얻기 위해 그 외의 까다로운 질문들을 할 필요가 없다. 이러한 임무는 모두 센터링크의 업무이며, 정부의 복잡성을 해결하는 것이다. 관련 질문은 다음과 같다.

- 은퇴 이후 계획과 도움이 필요하십니까?
- 누군가 돌아가셔서 도움이 필요하십니까?
- 자영업이나 농장을 운영하십니까?
- 어려움에 처해최근 호주로 이주하셨습니까?
- 누군가 아프거나, 다치거나 장애가 있습니까?
- 노약자, 환자, 장애를 가진 사람을 돌보고 계십니까?
- 일자리를 찾으십니까?

- 학업이나 직업훈련을 계획하고 있습니까?
- 부모나 혹은 후견인이십니까?
- 최근 별거나 이혼을 하셨습니까?

예를 들면, “은퇴 이후 계획과 도움이 필요 하십니까?”의 질문에 “예”라고 대답했을 경우, 센터링크의 소비자 서비스 담당자는 1:1로 관련 부처들 대신에 개인의 생애환경에 기반한 통합서비스의 정보를 그린다. 생애사건과 관련하여 가능한 급여와 상품들로서 노령연금, 연금보너스제도, 연방 노인건강카드 등과 이 급여를 받기 위한 신청양식 및 자료, 그 외의 관련 상품들을 제시한다. 또한 내부적으로 사회복지사, 재무 관련 정보를 제공하는 담당자, 직업 교육 훈련 상담자, 다문화서비스담당자, 통역서비스, 센터링크 지역사회조직 담당자 등과 연계해 주며, 관련 사항들에 대한 정보들이 연계된다. 외부적으로는 센터링크의 지역 기관과 지역사회조직 프로그램, 거주 노인 돌봄 요금을 위한 소득사정 등을 지원한다. 특히, 소비자 욕구에 맞추어 서비스를 전달하는데 있어서는 개인적인 접근을 원하는 사람에게는 콜센터를 통해 상담 약속을 가능토록 하였다.

이러한 1:1 방식의 소비자서비스 네트워크는 소비자뿐만 아니라 직원들에게 긍정적인 효과가 있었던 것으로 나타났다. 즉, 소비자들은 전체적이고 개인적인 서비스들에 대해 만족하였으며, 그 결과 자신의 수급 자격에 대한 결정에 대한 믿음이 강화되었다. 직원은 일 이상으로 부여된 관리권으로 만족해 하였으며, 업무적으로도 일의 지체 및 소비자들의 혼란이 줄게 되었으며, 결과에 대한 재조사나 항소들도 기존보다 낮은 결과를 이뤘다.

이러한 센터링크의 체계를 보면, 모든 사회보장급여에 대해 센터링크의 직원들이 관련 법과 법규들을 해석해야 하는지에 대한 하는 의문이 들것이다. 센터링크는 개인별 상세 정보와 다양한 정보 공유, 교육, 서비

스 연계 등에 대해 기술적 지원을 아끼지 않았다. 그 예로 결정지원시스템 구축과 Centreling Education Network, 센터넷(centrenet), 센터페이(centrepay) 등으로 사회보장급여의 결정 시 정보제공 및 센터간의 네트워크망과 공과금 지출 등에 지원하고 있다.

센터링크에서 장애가 있거나, 다치거나, 손상된 사람의 경우 어떠한 급여 및 서비스가 제공되고 있는지 알아보자. 즉, 센터링크의 서비스전달 방식(생애사건별 접근방식)에 따라 “누군가 아프거나, 다치거나 장애가 있습니까?”라는 질문에 “예”라고 응답할 경우, 이용자의 환경에 따라 다양한 급여체계를 설명하게 된다. 구체적으로는 다음과 같다.

호주의 센터링크는 장애지원연금(Disability Supporter Pension), 이동보조금(Mobility Allowance), 구직보조금(Newstart Allowance), 질병수당(Sickness Allowance), 청소년수당>Youth Allowance), 활동 테스트 및 참여 요건, 직무능력사정(job capacity assessment), 진단서 평가(lodging medical certificate), 참여를 지원하는 서비스(option to help you participate) 등을 지원한다.

3. 우리나라 전달체계 구축 방안

가. 한국의 현황과 문제점⁸⁰⁾

1) 현황

장애인으로 등록이 되면 장애등급 및 경제적 상태(기초수급자·차상

80) 이승기 외(2011)에서 수정 인용함

위계층)를 고려하여 급여 및 서비스의 지원이 시작된다. 공적 급여 및 서비스는 지방자치단체에서 장애등급 및 경제적 상태에 따라 기계적으로 제공되는데, 대표적으로 장애수당(장애연금), 시설입소의 자격 부여, 각종 경제적 감면 혜택 등이 있다. 활동보조서비스의 지원 방식은 장애등급과 경제적 상태에만 의존하는 전통적인 방식과는 약간 다른데, 경제적 상태는 보지 않고 장애 1급을 대상으로 서비스량을 결정하기 위한 별도의 심사 제도를 운영하여 서비스 제공시간을 다시 결정하는 특성이 있다. 이러한 특성은 장애등급과 장애인에게 주어지는 서비스 제공 자격이 다르다는 것을 보여주는 것으로, 장애인에게 필요한 서비스가 장애등급에 따라 기계적으로 제공될 수 없음을 반증하고 있다.

민간에서 제공하는 서비스의 경우는 장애등급 및 경제적 상태에 따라 제공되는 경우도 있으나, 많은 경우 장애인이 희망하면 장애평가 등을 거쳐 서비스 제공기관에서 지원이 가능한 서비스 위주로 서비스가 제공되고 있다.

2) 문제점

① 장애인등록 후 장애인에 대한 공적기관의 무관심

공적기관의 임무는 장애인복지법에 따라 장애인으로 등록하고 장애인 복지카드 및 법적 급여를 제공하게 되면 사실상 종료되게 된다. 장애인이 어떠한 서비스를 원하고 필요한지에 대해서 파악하는 구조가 구축되어 있지 않으며, 이 결과 장애인에게 제대로 된 서비스를 어떻게 줄 것인지에 대한 고민과 관심은 거의 없다. 현행의 공적 전달체계 구조는 장애인 입장에서 어떠한 서비스를 제공할 것인지에 대해 고민할 필요도 여건도 갖추어져 있지 않은 것이다.

장애인에게 중요한 것은 자신이 장애인으로 등록된다는 것이 아니라 고단한 삶의 현장에서 어떠한 사회적 지지를 받을 수 있느냐 하는 것인데 공적기관의 전달체계 구조는 이러한 고민을 담을 수 없는 체계로 되어 있는 것이다. 앞으로 장애인이 지역 사회 내에서 온전한 시민으로 살아갈 수 있도록 공적 기관의 구조와 역할이 바뀌어야 한다.

② 장애등급에 따른 기계적인 서비스 제공

장애인은 동일한 유형의 동일한 장애정도를 가졌다 하더라도 각기 다른 서비스 욕구를 가지고 있다. 상지가 없는 장애인과 하지가 없는 장애인에게 각기 필요한 서비스가 다르다는 것은 누구나 인정하는 당연한 사실이다. 그러나 현행 공적 시스템은 장애등급만 같으면 같은 서비스를 욕구를 가지는 것으로 간주하고 있어 공급자 편의주의적 행정의 표본이 되고 있다. 장애인의 서비스 욕구를 사정하고 이에 대응하여 서비스가 제공되는 체계로 바뀌어야 한다.

③ 공적 기관과 민간 기관의 협조체계 부재

장애인이 서비스를 제공받기 위한 초기 진입단계인 장애인 등록은 공적기관에서 이루어지고 장애인에게 필요한 실제적인 서비스는 민간 기관에서 제공하는 형태로 장애인복지 전달체계가 구축되어 있다. 이러한 전달체계 구조는 공적기관과 민간기관의 유기적이고 지속적인 협조체계를 전제로 해야 함에도 불구하고 우리나라의 공적기관과 민간기관은 서비스 제공에 있어서 상호 단절된 채 운영되고 있는 실정이다. 공적기관과 민간기관의 상호협조체계가 유지되어야 장애인이 서비스를 제대로 받을 수 있고 서비스의 질 관리도 가능하므로 양 기관들 사이의 관계망을 튼튼하

게 만들어야 장애인에 대한 서비스 전달체계가 제대로 작동할 수 있을 것이다.

④ 서비스를 찾아 헤매는 장애인

장애인이 되면 모든 환경이 급격히 바뀐다. 장애인에게는 당혹감과 아울러, 고립감, 우울감이 생기며 장애인임을 애써 부인하기도 한다. 세상에 홀로 내동댕이쳐졌다는 느낌을 갖게 되기도 한다. 이러한 변화는 장애인에게 사회적 지원이 절실히 필요함을 명확히 보여주는 것이고 장애인의 개별적 상황에 따라 다양한 서비스가 필요함을 말해주는 것이다. 그러나 장애인에 대해 관심을 가지고 지원하는 기관이 없다보니 장애인은 외롭고 힘들게 자신이 원하는 서비스를 찾아다녀야만 한다. 지적 장애인 등 많은 장애인은 자신이 원하는 서비스를 찾는 데만도 엄청난 시간을 소비할 수밖에 없으며, 공적기관에서 장애인에게 관심을 가지고 지원하는 체계가 갖추어져 있지 않다보니 이렇게 서비스를 찾아다니는 현상은 감소되지 않고 있다. 장애인이 자신에게 필요한 서비스를 찾아 더 이상 헤매지 않도록 지원체계가 변해야 한다.

⑤ 장애인복지 담당 인력의 부족

인구의 고령화 및 가족구조의 변화, 그리고 복지에 대한 인식의 변화로 인해 복지수요가 급증하면서 복지대상자는 지속적으로 증가하고 있으며, 1997년 외환위기 이후 사회 안전망이 크게 확충되고 활동보조서비스 사업 등 다양한 장애인서비스가 새로이 제공되면서 장애인서비스 담당 인력의 업무 부담은 크게 증가하여 '업무의 60% 정도가 장애인 업무'라고 하소연하고 있는 실정이다. 시·도에 장애인복지를 담당하는 장애인복지

과가 있는 지방자치단체는 서울, 인천, 대전과 경기도뿐이며, 이를 제외한 다른 시·도의 경우 장애인복지를 담당하는 인력은 4-6명에 불과하다. 시·군·구 단위에서는 서울의 일부 구를 제외하면 대부분 사회복지과에서 직원 1명이 장애인 복지를 담당하고 있으며, 2008년 현재 서울과 경기도를 제외한 14곳의 기초자치단체에서 1명의 공무원이 장애인복지업무와 다른 업무를 동시에 보고 있는 것으로 조사되었다.

결론적으로 우리나라에서 장애인으로 살아가는 것이 힘들고 고달프고 외롭지만 장애인을 챙겨주고 제대로 된 서비스를 지원하는 시스템은 없다고 할 수 있다. 장애인복지의 예산이 늘어나고 복지 서비스가 확충된다 하더라도 장애인의 복지 만족도가 제자리일 수밖에 없는 이유이다. 장애인이 원하는 서비스를 찾아 제공하고 서비스가 부족하면 자원을 발굴하거나 신규서비스를 만드는 등 관심을 가지고 세심하게 장애인을 지원하는 체계가 필요하다.

나. 최근의 동향

1) 장애인복지 인프라 개편 사업

가장 최근의 대표적인 노력은 장애인복지인프라 개편 사업이다. 이 사업은 2007년부터 3년간 한국보건사회연구원에서 수행되었으며, 주된 목적은 장애인에 대한 종합적인 사정체계를 구축하여 필요한 서비스를 확정하고 동 서비스를 서비스 제공기관에 연계하고 모니터링하는 체계를 구축하는 것이었다. 다양한 모형개발을 토대로 2008년과 2009년 두 차례에 걸친 모의적용 사업이 있었으나 본 사업으로 진행되지 못하고 안정적인 체계를 구축하지 못한 채 마무리되어 가고 있다.

이 사업이 중단되고 있는 가장 큰 원인은 보건복지부의 정책기조 변화라고 할 수 있다. 보건복지부에서 추진하고 있는 사회복지의 전반적인 전달체계 개편 추진으로 장애인복지만을 위한 전달체계 개편방안에 대하여 추진동력을 상실하였다. 특히 2010년 1월부터 운영되고 있는 사회복지통합관리망의 출범으로 공적 사례관리 체계가 도입됨으로써 장애인도 이 시스템에 흡수되는 것으로 정책방향이 결정되었고 이에 따라 장애인만을 위한 전담 전달체계 구축은 중단되었다.⁸¹⁾

장애인복지 인프라 개편 사업은 현행 공공 장애서비스 전달체계에서 발생하는 다음의 세 가지 핵심적인 문제점 - 즉, 첫째, 장애 판정의 엄격성 및 객관성 결여, 둘째, 서비스(급여)대상자 선정 기준 및 과정의 부적합성, 셋째, 통합적 사례관리 기능의 부재 - 을 해결하기 위한 방안을 마련하는 것을 목적으로 했으며, 결론적으로 현행 전달체계의 핵심적인 문제점을 해결하기 위한 최적의 방안으로서 장애서비스의 통합적 사정체계인 '(가칭) 장애서비스센터'의 설치를 목표로 하였다.

특히 장애인복지 인프라 개편 사업에서 주목해야 할 것은 장애인의 직업적 장애 정도를 선별하고 직업능력에 따른 요구를 파악하기 위한 도구 개발이 진행되고 있다는 점이다.

2007~2008년에 걸쳐 개발된 근로능력평가도구는 영국의 PCA와 미국의 Functional Assessment, 호주의 센터링크, WHO의 장애 사정, 변경희 등(2005)의 자료를 참고로 직업적 기능장애 판정을 위한 의료적 정보를 확보하여 활용할 수 있는 문항으로 구성되었으며, 향후 표준화 및 타당성 검증을 거쳐 활용될 계획으로 있다.

근로능력평가 결과에 따른 장애급여 수급 및 고용서비스 연계 방안은 다음과 같다.

81) 이승기·서동명·함석흥·조윤화. 수요자 중심형 서비스 전달체계. 한국장애인단체총연맹. 2011, 31면.

우선, 근로능력평가에서 근로능력 제한없음인 경우에는 추가적인 직업적 장애에 관한 평가를 실시하지 않지만, 직업재활 서비스 욕구가 있다면 적합한 기관으로의 의뢰가 필요하다.

둘째, 근로능력평가에서 근로능력 부분제한 내지 근로능력 전반제한인 경우에는 추가적으로 직업능력 평가를 받게 되는데, 직업능력 평가도구 결과가 만약 일반고용이나 지원고용의 범위에 해당된다면, 이들은 노동부의 '통합고용지원팀'에서 필요한 서비스를 받을 수 있도록 연결될 가능성이 높다.

셋째, 직업능력 평가도구 결과가 만약 지원고용, 보호고용, 직업적응 훈련의 접수 범위에 해당한다면, 이들은 주로 보건복지가족부 관련 직업재활시설이나 장애인복지관에서 해당되는 서비스를 받게 될 가능성이 높으며, 아울러 노동부의 통합고용지원팀을 통하여 지원고용을 위한 서비스를 받을 수 있다.

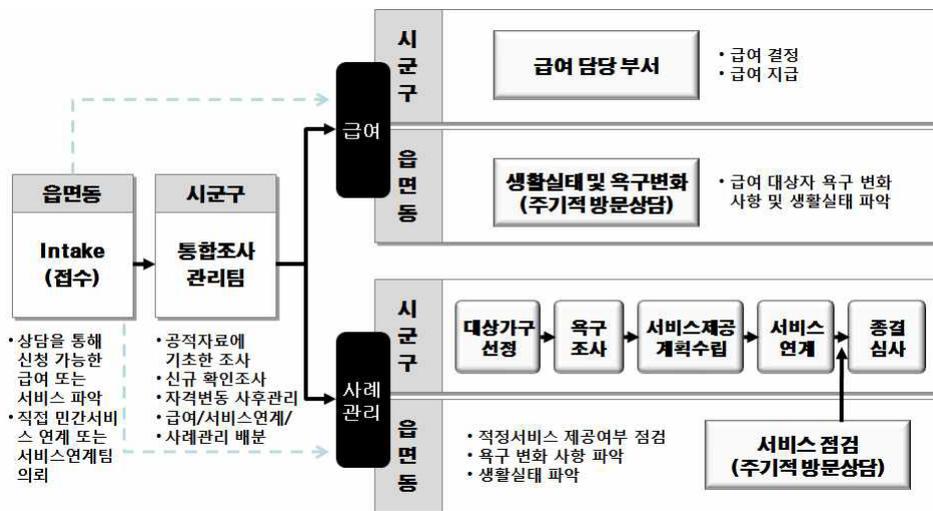
넷째, 근로능력평가에서 근로능력 부재로 평가된 후 추가적으로 직업능력 평가도구에서도 근로능력 부재로 판정된다면 직업재활 서비스 체계에서 벗어나 장애수당(기초장애연금), 사회적 서비스 등 필요한 복지 서비스를 받을 수 있도록 의뢰한다.⁸²⁾

2) 희망복지지원단

2012년 10월 현재 보건복지부의 전달체계는 '희망복지지원단'으로 압축된다. 희망복지지원단은 2011년 7월 관계부처 합동으로 발표한 '복지전달체계 개선대책'의 일환으로 추진되고 있다. 2012년 4월에 이미 전국 230개 시군구 중 203개 시군구(88.2%)가 설치 운영되었다.

82) 윤상용, 위의 논문.

시군구에 설치되는 희망복지지원단은 읍·면사무소 및 동주민센터의 충실한 상담을 거친 저소득 주민에게 공공과 민간이 보유한 각종 자원과 서비스를 맞춤형으로 연계 제공하고, 그 과정을 계속해서 모니터해 나가는 역할을 수행한다.



[그림 4-4] 지역사회복지 흐름도

지역주민에게 One Stop 서비스를 제공하기 위하여 희망복지지원단은 지역에서 활동하는 다양한 공급기관과의 연계·협력을 활성화해 나갈 예정이다. 이와함께 1,800여명의 신규 복지공무원을 4월말부터 읍·면사무소 및 동주민센터에 집중 배치하여 충실한 상담과 정보안내 등 지역주민을 위한 복지행정 종합창구 역할을 강화해 나간다.

주민센터에 복지상담실 활용과 상담 예약제가 도입되어 생활이 어려운 지역주민이 충분한 시간을 가지고 편안하게 상담 받을 수 있도록 하며 주민센터 복지담당 공무원은 지역 주민이 이용 가능한 복지제도와 정보를 One-stop으로 종합 안내한다.

또한, 체감도 높은 복지행정을 위하여 주민센터 복지담당 공무원의 찾아가는 서비스도 시행되고 있으며, 이와 병행하여 보건소 방문건강간호사 등 지역의 방문형 서비스 기관 종사자와의 공동방문 등 협력체계도 만들어 나가고 있다.

이를 위해 보건복지부는 이미 2012년 8월부터 11개 부처 198개 복지사업 정보를 연계하는 '범정부 복지정보연계시스템'을 8월 1일 개통해서 운영하고 있다. 2013년 2월까지 나머지 95개 사업을 추가로 연계하여 전 부처 293개 사업에 대한 시스템 구축을 완료할 예정이다. 이는 이미 시행되고 있는 사회복지통합관리망을 확대한 것으로서 부처 별로 관리 중인 복지사업의 대상자와 수급이력 정보를 수요자 중심으로 연계하는 시스템이다.

다. 장애인복지 전달체계 구축 방향

1) 원칙⁸³⁾

- ① **욕구 사정체계 구축: 장애인이 어떠한 서비스를 원하는 지를 정확히 파악해야 함**

장애인에게 제대로 된 서비스를 제공하기 위해서는 장애인이 어떠한 서비스를 원하는 지를 정확히 파악할 수 있어야 한다. 이를 위해 장애인의 장애상태, 근로능력 정도, 경제적 상황, 가족 여건 등 장애인과 관련된 전반적인 사항을 파악할 수 있어야 하고 이를 토대로 장애인이 어떠한 서비스를 원하는지를 알 수 있는 체계로 바뀌어야 한다. 이러한 체계

83) 이승기 외, 위의 책(2011)에서 부분 인용.

는 장애인에 대한 종합적인 사정을 할 수 있는 시스템의 구축을 의미하며 종합적 사정체계가 갖추어져야 장애인에 대한 서비스를 체계적으로 제공할 수 있는 기반을 마련할 수 있다.

② 서비스 연결 및 모니터링: 장애인에게 가능한 서비스를 서비스 제공기관에게 연결해주고, 서비스를 제대로 지원받고 있는지를 알고 있어야 함

장애인에게 필요한 서비스가 결정되고 이를 알려주었다 하더라도, 여기에서 그치지 말고 장애인과 해당 서비스를 제공하는 기관을 연결해 주어야 한다. 장애인이 필요한 서비스를 스스로 찾아다니는 것이 아니라 서비스를 제공받을 수 있는 기관이 어디인지, 어떠한 서비스를 언제 받을 수 있는지를 파악하고, 가장 적합한 서비스 제공기관과 연결하여 통합적인 서비스가 제공되도록 지원체계를 구축할 필요가 있다. 이를 위해서는 지역 내 서비스 제공기관에 대한 정보와 특성, 서비스 이용조건 등에 대한 상세하고도 정확한 정보를 알고 있어야 할 것이다. 나아가 연결된 서비스 제공기관에서 장애인에게 제대로 된 서비스를 제공하고 있는지에 대해서도 지속적인 모니터링이 필요하다. 서비스 연결 후에 모니터링이 이루어지지 않는다면 장애인이 다시 방치되고 변화되는 욕구를 신속히 반영하여 서비스를 제대로 제공하기가 어렵기 때문이다.

③ 충분한 정보제공을 근거한 선택권 제공: 장애인에게 제공이 가능한 서비스가 무엇이 있는지를 알려주어야 함

장애인이 원한다고 해서 모든 서비스를 지원할 수는 없다. 그러나 장애인이 원하는 서비스 중에서 어떠한 것을 지원할 수 있는지를 파악해

서 언제, 어떻게, 어느 기관에서 지원할 수 있는 지를 장애인에게 알려주어야 한다. 장애인이 자신의 원하는 서비스를 일일이 찾아다니면서 알아 봐야 하는 시스템은 무책임하고 후진적인 초기 시스템이라고 할 수 있다.

아울러 장애인이 원하지만 현재 제공할 수 없는 서비스에 대해서는 이에 대해 설명해주고, 자체적으로는 이렇게 제공하지 못하는 서비스의 유형이 무엇이 있는지 그리고 왜 서비스를 제공하지 못하는 지를 분석하고 연구할 수 있어야 한다. 이러한 분석과 연구를 토대로 장애인이 가장 필요로 하는 서비스 확충계획을 마련하고 차근차근 인프라를 구축해 나가야 한다. 장애인의 욕구에 기초한 서비스 확충 계획을 세울 수 있어 복지의 효율성을 이룩할 수 있는 첩경이기도 하다.

④ 공식적 권위와 조직: 지방정부의 역할 인정

사회서비스에서 수요자와 공급자 간의 관계를 제도화하기 위해서는 조정체계 혹은 전달체계가 필요하다. 즉, 욕구를 판단하는 체계와 그 욕구판단체계를 통해 판단된 욕구를 충족시킬 자원을 욕구와 연결시킬 체계가 필요하며 이를 위해서는 법적 권위와 조직적 능력이 필요하다.⁸⁴⁾ 여기서 법적 권위(legal authority)가 필요하다는 것은 시민에 대해 사회서비스 욕구가 있다는 권위 있는 판단, 즉 사회서비스를 받을 필요가 있다고 누군가가 법적 권한을 가지고 판단을 할 수 있어야 한다. 그리고 그 판단에 다른 사람들이 승복할 수 있어야 한다는 의미에서이다. 또한 조직적 능력(organizational capacity)이 필요하다는 것은 욕구에 관한 판단이 법적으로 타당하고 일관되고 시의적절하며 재정적으로 책임성 있는 것이 될 수 있게끔 할 수 있어야 한다는 의미에서이다. 즉 예컨대 욕구가 있다고 판단한 주체가 그 욕구의 충족을 위해 자원, 예컨대 지역의

84) Jewell, 2007 참조.

복지기관을 동원할 때 그는 그 복지기관에게 재정을 비롯한 제반 행정적 지원을 할 수 있어야 한다. 그리고 욕구가 있다는 판단을 받은 시민과 복지기관이 서비스과정에서 부딪히는 문제를 해결해줄 수 있어야 한다. 법적 권위와 조직적 능력을 필요로 한다는 것은 한마디로 누가 무슨 권한과 자격으로 욕구를 판단할 것이며 욕구와 자원을 누가 무슨 권한으로 연결시킬 것인가에 관련된 권한과 책임체계 및 지원체계가 필요하다는 것을 의미한다.⁸⁵⁾

이러한 공식적 권위와 조직은 정부 조직이 아니고서는 주어지기 어렵다. 국민연금공단이 복지관의 서비스나 지방정부의 장애급여, 장애인고용공단의 고용서비스 등을 조정할 법적 권한은 거의 없다.

2) 전달체계 구축 방향

① 고용노동부와 보건복지부의 서비스 연계

현행 법률상으로는 한국장애인고용공단이 고용관련 서비스 제공의 중심 기관이나 실제 장애인취업알선을 비롯한 보호고용, 훈련 등의 서비스는 1980년대 초반부터 장애인복지관 등에서 실시하고 있으며, 또한 기타 급여와 서비스 제공은 지방정부와 복지관 등에서 진행하고 있는 등 각각의 기관들이 별도로 전달체계를 구축하여 사업을 진행하고 있다.

보건복지부와 고용노동부의 서비스가 분절적으로 이원화되어 있는 이상 근로능력 여부를 중심으로 한 직업서비스와 급여서비스의 통합적 관리가 어렵게 된다. 복지정책과 노동시장정책 간의 연계 강화를 위한 행정체계를 구축하기 위해 현재의 보건복지부와 고용노동부의 서비스를 연

85) 사회공공연구소, 21세기 노동의 대안 복지 연구-복지 정치 및 담론·제도 분석과 대안모색. 2012.

계해야 한다. 이를 통해 장애등급에 근거한 일률적인 사정체계에서 탈피하여 다양한 사정 도구를 사용하여 장애인의 근로능력을 판정하고, 개별화된 지원 서비스를 제공해야 한다.

외국의 경우 최근 고용부와 복지부의 통합 흐름이 존재한다. 영국의 고용연금부(Department of Work and Pension), 프랑스의 고용연대부(Ministere des affaires sociales, du travail et de la solidarite), 노르웨이의 고용사회통합부(Department of Labour and Social Inclusion), 일본의 후생노동성 등은 이러한 고용과 복지의 중앙부처 통합의 대표적 사례이다.⁸⁶⁾

그러나 우리나라의 경우 아직까지 전면적으로 노동부와 복지부의 통합 논의가 활발하게 제기되지는 못하고 있는 상황이다. 산발적으로 문제 제기가 되거나 논의가 제기되기도 하지만, 현재 수준에서 전면적인 통합 논의를 시작하여 사회적 합의에 이르기까지의 길은 요원해 보인다. 중앙부처의 통합이 요원하다 하여, 필요 서비스의 연계까지 불가능하지는 않을 것이다. 현재의 분절적인 서비스에 대해서는 많은 문제점들이 지적된 바, 장애인의 서비스 신청에 대해 욕구사정을 할 때, 복지부와 고용노동부의 모든 서비스를 이용할 수 있도록 시군구의 장애전문서비스팀이 복지부와 고용노동부의 서비스에 대한 모든 데이터베이스에 접근가능해야 하고, 서비스를 의뢰할 수 있어야 한다.

이를 위해서는 현행 「장애인복지법」의 제3장 복지조치 조항들을 대폭 개정해야 한다. 자세한 내용에 대해서는 후술한다.

② 장애등급제의 폐지

우리나라는 장애등급이 각종 제도의 수급자 선정기준으로 일률적으로

86) 윤상용, 위의 논문, 232면.

활용되고 있다. 정부가 급여정책을 운영하면서 수급자를 선별하는 것은 피할 수 없는 것이어서 장애인을 대상으로 한 급여정책의 수급자 선정에서 장애상태를 기준의 하나로 활용하는 것은 필요한 것이라 볼 수 있다.

하지만 문제는 장애인에 관련된 각종 제도는 각기 그 목적과 의도가 다를 수 있음에도 불구하고 우리나라는 장애상태를 대표하는 범주로 장애등급을 각종 제도에 일률적으로 적용한다는 데에 있다. 예컨대, 장애인 연금이나 수당은 장애로 인한 추가비용을 보전하는 데에 주목적이 있으며 직업재활사업은 근로능력회복을 주목적으로 할 수 있다. 따라서 각 제도는 대상자 선정에서 활용하는 기준의 상대적 중요도도 다를 수 있다. 예컨대 의무고용제나 직업재활에서는 근로능력의 상실도가 대상자 기준에서 더 중요할 수 있으며, 이동권 관련 지원정책은 이동능력판정이 더 중요한 기준일 수 있고 소득보장제도는 장애상태보다는 장애인의 현재 소득수준이 더 중요한 기준일 수 있다는 것이다.

하지만 우리나라는 장애인등록 시에 받게 되는 장애상태를 모든 제도에 거의 일률적으로 적용하고 있으며 이에 따라 각종 제도의 목적뿐만 아니라 장애인들이 개별적으로 처한 상태도 적절히 고려되지 못하고 있다.

급여행정을 위해 장애인등록이 필요할 수 있으나 그 경우에도 등록은 급여에 한정하여 이루어져야 하고 급여라는 반대급부와의 관계가 명확해야 하며, 장애인의 개별적인 사정이 구체적으로 고려되어야 한다.

장애유형과 장애등급은 장애인등록을 통해 결정되고 이렇게 결정된 장애유형과 장애등급이 각종 제도의 수급자 선정기준으로 일률적으로 활용되고 있고 있기 때문에 장애인등록과 수급자 선정여부가 직접적으로 연관되어 장애인 등록 시 어떤 등급을 받는가가 수급자 여부에 곧바로 영향을 미치는 구조가 형성된다. 이것은 장애인등록제도가 갖는 문제라기보다는 우리나라 장애인정책의 수급자 선정시스템 자체가 구조적으로 갖는 문제에서 비롯된 것이지만, 그로 인해 장애인의 실제 상태가 아니

라 장애등급이 모든 것에 우선하는 기준이 될 수밖에 없게 된다.

이처럼 장애등급이 모든 것에 우선하는 기준이 되는 관계로 의학적 진단을 중심으로 판정되는 장애상태(장애유형과 장애등급으로 표현되는)가 모든 정책의 수급기준으로 우선시되고 결과적으로 의학적 모형이 장애인정책 전반을 지배하고 있다.

더욱이 장애인등록을 통해 받게 되는 장애등급이 각종 급여정책의 수급자 선정기준으로 활용됨에도 불구하고 현행 장애인등록제에서 의료인력의 장애인단 전문성이 확보되는지는 불분명하다.

장애등급 자체만으로는 사실상 중증장애인 여부를 판단키 곤란함에도 불구하고 각종 제도에서는 이른 바 '중증장애인'을 수급자 선정의 중요한 기준으로 삼고 있지만 중증장애인은 장애인복지법에도 용어만 나올 뿐 정확한 정의도 되어 있지 않은 것으로 법률적 근거가 있는 것이 아닌 행정적인 개념일 뿐이다.

따라서 장애등급제를 장기적으로 폐지하고 개별 정책이나 서비스의 성격별로 대상자 선정 기준을 별도로 마련하여야 한다. 이를 보다 구체적으로 제시하면 다음과 같다.

첫째, 제도의 속성상 고용 및 직업재활서비스와의 연계가 필수적일 수밖에 없는 소득보전급여로서 장애인연금의 선정도구로서 장애인의 객관적인 근로능력(소득활동능력)을 정확히 평가할 수 있는 도구가 개발되어야 한다. 이것이 이루어지면 근로능력 평가에서 근로능력이 전혀 없거나 일정 수준 이상의 손상이 있는 장애인에게는 장애인연금이 지급되고, 근로능력 손상이 많지 않은 장애인에 대해서는 단기 급여를 제공하되, 성, 장애유형, 장애 정도 등을 고려한 개별화된 고용 및 직업재활서비스를 집중 제공하여 자립을 유도할 수 있을 것이다. 이는 별개의 수급자 선정 과정으로 운용되던 소득지원 및 고용서비스가 단일 사정 체계로 통합되는 의미를 지닌다.

앞에서 살펴보았듯이, 근로능력 평가에 관해 시사점을 줄 수 있는 사례는 영국의 ESA 제도하에서의 WCA라 할 수 있다. WCA가 전적으로 의료적인 기능 평가라는 비판도 있지만, 기능적 능력 평가도구로서 질병에 대한 사회적 이해가 가미된 사회생물학적(biopsychosocial) 패러다임으로의 전환이라고 평가받기도 한다.⁸⁷⁾ 근로능력 사정 도구로서 WCA를 한국적 상황에 맞게 수정하여 도입할 필요가 있다.

최근 국내에서도 근로능력평가에 대한 관심도가 높아지고 정부부처별로 연구 사업들이 진행 중에 있다. 장애인의 직업능력을 파악하기 위한 초기평가표와 직업능력평가 분석표를 제시한 연구⁸⁸⁾, 보건복지부의 장애판정제도 개편(안)의 직업능력 평가도구⁸⁹⁾, 직업적 장애기준의 1차 도구로서 직업기능스크리닝검사 도구를 개발한 연구⁹⁰⁾ 등이 있다. 두 부처가 별도로 진행하고 있는 이러한 도구 개발 연구를 연계해서 검토할 필요가 있고, 현재 진행하다가 지연되고 있는 보건복지부의 근로능력 평가 도구 개발이 재개되어야 할 것이다. 현재까지 발표된 안 중에서는 고용개발원의 직업기능스크리닝검사 도구가 가장 정교하다고 볼 수 있으나 이 도구는 근로능력이 있다고 판정된 이후 고용서비스와 직업재활서비스를 받고자 할 때 사용할 수 있는 도구로서, 근로능력 평가가 전제되어야 한다는

87) Krohne, K., and S. Bruge. 2008. How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *British Journal of General Practice* 58, no. 557, 850면.

88) 변경희·김동범·박경순, 장애인 직업능력 분석방법 개발 연구. 한국장애인고용촉진공단 고용개발원 위탁과제, 2005.

89) 복지부의 장애판정제도 개편(안)은 아직까지 최종안이 발표되지 않고, 초안 이후 복지부의 계획이 지연되고 있다. 초안에 대해서는 2009년 국회에서 토론회를 통해 논의된 바 있다. 자세한 내용에 대해서는 서인환, 장애인 판정제도 개편에 관한 소고, 2009 제1회 정책과 대안 포럼 : 장애판정제도 개편에 관한 토론회, 2009, 1~99면 참조.

90) 유완식·임수정·김동일·박희찬·홍성두. 직업적 장애기준과 고용서비스 연계방안 : 장애인의 근로능력을 측정하기 위한 평가도구 개발을 중심으로, 한국장애인고용공단 고용개발원, 2012.

한계가 있다. 그러므로 그 외의 요인들을 고려할 수 있는 근로능력 평가 도구가 개발되어야 한다.

둘째, 현재 운용되고 있는 유일한 소득보전 급여인 국민연금의 장애 연금과 산업재해보상보험의 장해연금 수급 요건을 현재의 의학적 손상 중심이 아닌 소득활동능력(income capacity) 중심으로 개편해야 한다. 이는 거의 모든 OECD 회원국에서 이미 오래전부터 시행하고 있는 것으로서, 장애로 인한 근로능력의 상실 혹은 제약으로 인해 발생하는 소득상실을 보전하기 위한 소득보전급여로서 장애연금(장해연금)의 본래 모습을 찾아주는 의의를 지닌다.

연금제도의 급여 수급여부와 급여수준을 결정하기 위해서는 영국의 ESA의 WCA 판정체계 그 이상을 고려할 필요가 있다. WCA는 엄격한 근로능력 평가를 통해 장애급여를 받고 있는 사람들 중에 실업자를 구분해 내기 위한 목적에서 도입된 사정도구이다.⁹¹⁾ WCA는 장애인의 근로능력이 아닌 소득활동능력을 제대로 판정하여 소득상실분을 반영할 목적의 사정도구가 아니다. 이러한 이유로 WCA에 근거해서 ESA 제도가 시행되면서 장애인의 소득은 상당부분 줄고,⁹²⁾ 유급고용으로의 진입장벽이 되는 건강문제는 나아지지 않았다.⁹³⁾

91) Houston, D. & Lindsay, C., 위의 논문, 136면.

92) Grover, C. & Piggott, L. 위의 논문(2010), 275~279면.

93) Beatty, C., et al., 2010. Bringing Incapacity Benefit numbers down: to what extent do women need a different approach? Policy studies, 31 (2), 143~162. ; Green, A.E. and Shuttleworth, I., 2010. Local differences, perceptions and Incapacity Benefit claimants: implications for policy delivery. Policy studies, 31 (2), 223~243. ; Kemp, P. and Davidson, J., 2009. Gender differences among new claimants of Incapacity Benefit. Journal of social policy, 38 (4), 589~606., ; Lindsay, C. and Dutton, M., 2010. Employability through health? Partnership-based governance and the delivery of Pathways to Work condition management services. Policy studies, 31 (2), 245~264.

그러므로 소득보전급여로서 장애연금과 장애연금을 지급하기 위해서는 연금제도에서의 장애판정에는 근로능력평가뿐만 아니라 소득활동평가 도구를 사용하여야 한다. 그럼에도 불구하고 이는 쉬운 문제가 아니다. 1차적으로 근로능력평가 도구가 개발되고 이를 보다 확장한 소득활동평가 도구가 개발될 필요가 있다. 소득활동평가 도구는 각 근로능력이 한국의 노동시장에서 어떤 수준의 소득으로 연결될 수 있는지에 대한 노동시장 분석도 포함되어야 하기 때문에 현 단계에서는 근로능력 평가도구의 우선적 개발이 선행되어야 할 것으로 판단된다.

더불어 근로능력 정도에 따라 급여를 차등화하고, 일정수준 이상의 근로능력이 있는 자에 대해서는 재활서비스 및 취업 지원 프로그램을 도입하거나 또는 한국장애인고용공단 등의 사업수행기관에 연계하여 연금수급자의 자립을 제고하려는 노력이 필요하다.

셋째, 근로능력 평가 결과, 일정 수준의 근로능력이 있는 장애인이 실질적으로 자립하기 위해서는 고용 및 직업재활서비스체계 개편과 함께 인프라를 대폭 확충하여야 한다. 즉 고용지원센터, 한국장애인고용공단, 직업재활시설 등 장애인 대상의 고용 및 직업재활서비스 전달체계가 단일 관리운영 체계 하에 적절한 역할 분담 및 상호 연계를 기반으로 운영되어야 하며, 동시에 수요에 비해 턱없이 부족한 서비스 제공기관을 확충하고, 장애 특성과 정도에 맞는 다양한 프로그램이 실시되어야 한다. 이는 장애급여에 의존하여 살아가는 장애인이 직업을 갖도록 함으로써 개인의 삶의 질을 제고하고 사회통합을 이루기 위해서는 의학적 손상 중심의 수급 요건에서 근로능력 중심의 평가로 전환시키는 것만으로는 부족하며, 이러한 평가에 근거하여 장애인의 욕구에 부합하는 고용 및 직업재활서비스가 실질적으로 제공되어야만 가능하다는 것을 의미한다.⁹⁴⁾

넷째, 활동보조 및 주거서비스 등 다양한 서비스에 대한 자격기준을

94) 윤상용, 위의 논문, 246-247면.

장애등급과 상관없이 별도로 만들어야 한다. 서비스별로 목표가 상이하기 때문에 이에 맞는 선정기준을 만들어 적절한 욕구를 가진 장애인에게 서비스가 제공될 수 있도록 해야 한다.

최근 활동보조 서비스가 1급 장애인에서 2급 장애인까지 확대되고 있으나, 사회서비스의 제공은 욕구와 필요에 근거해야지 최종증이라 할 수 있는 1,2급 장애인에게만 국한되어서는 안 된다. 활동보조서비스와 같이 일상생활에서의 서비스 욕구를 측정하기 위해서는 3장에서 살펴본 것처럼 도구적 일상생활활동을 측정할 수 있는 사정도구 개발이 시급하다.

현재 국내에서 도구적 일상생활 활동(IADL)을 측정하는 도구는 한국판 Lawton 척도, 한국형 도구형 일상생활 활동 측정 도구, 한국형 바텔 지표 등이 있다.⁹⁵⁾ 각 도구들의 신뢰도와 타당도의 문제를 검증하는 것도 시급하지만, 현재 연구자들이나 임상 의사들마다 동일한 증상에 대해서도 다르게 해석하기도 하고, 점수값에 대한 해석이 의사마다 상이하게 나온다는 문제가 있다.⁹⁶⁾ 일차적으로 도구적 일상생활 활동 지표를 체계화하여 구성하고, 이를 제대로 측정할 수 있도록 매뉴얼화 하는 작업이 이루어져야 할 것이다.

이러한 장애등급제 폐지는 법제도 측면에서 보면 무엇보다 현행 「장애인복지법」 제2조(장애인의 정의 등)의 개정을 필요로 한다.⁹⁷⁾ 이는 현

95) 김수영·조경환. 2005. 국내에서 쓰이는 도구적 일상활동 지표인 한국판 로튼 척도, 한국판 바텔지표, K-IADL의 비교. J Korean Geriatr So, 9(3), 190~195.

96) 김수영·조경환, 위의 논문, 191면.

97) 장애인복지법 제2조(장애인의 정의 등) ① "장애인"이란 신체적·정신적 장애로 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받는 자를 말한다.

② 이 법을 적용받는 장애인은 제1항에 따른 장애인 중 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 장애가 있는 자로서 대통령령으로 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말한다.

1. "신체적 장애"란 주요 외부 신체 기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 말한다.

행 「장애인복지법」의 장애 정의가 다른 법률에 근거한 장애관련 서비스에도 그대로 적용되기 때문이다. 특히 「장애인복지법」에 근거한 현재의 장애판정은 15종의 장애 종류에 대해 그 중경을 6등급으로 나누어 판정하는 시스템으로서 개별화된 욕구가 반영되어 있지 않다. 또한 각 제도별로 필요한 보장 제도가 개인별로 상이함에도 불구하고 이러한 개별화된 시스템도 설계되어 있지 않다.

동 법안의 개정은 앞에서 언급한 각 제도별 장애사정 도구들이 확정되면 장애인복지법에서 모두 다루거나 각 제도의 근거법에서 장애정의를 다루는 방식으로 개정되어야 할 것이다.

③ 서비스 조정·할당기구로서의 지방자치단체의 활용

앞서 지적한 바와 같이 급여와 서비스에 대한 조정·할당 기능을 담당하기 위해서는 법적 권위와 조직적 능력을 필요로 한다. 한마디로 누가 무슨 권한과 자격으로 욕구를 판단할 것이며 욕구와 자원을 누가 무슨 권한으로 연결시킬 것인가에 관련된 권한과 책임체계 및 지원체계가 필요하다는 것을 의미한다. 법적 권한을 확실히 담보하고 있는 조직은 정부라고 할 수 있으며 이러한 측면에서 지방자치단체의 사회복지전달체계가 가장 적절한 기능을 수행할 수 있다고 보인다.

다만 현행의 희망복지지원단의 장애인복지 업무 인력을 통해서는 장애인복지를 위한 행정적 업무지원은 가능하나, 총괄적인 서비스 제공에는 어려움이 있다. 특히 희망복지지원단에서는 장애인의 장애상태에 대한 전문적인 평가판정 기능이 부재한 상황이다. 따라서 장애상태에 대한 평가판정을 위해서는 여러 전문 인력과 판정 도구들을 갖추는 것이 필요하다.

2. "정신적 장애"란 발달장애 또는 정신 질환으로 발생하는 장애를 말한다.

다만 정교하고 전문적인 사정이 필요하다고 인정되는 경우에는 한국 장애인고용공단, 장애인복지관 등을 활용할 필요가 있다.

결국 지방자치단체에 장애인서비스를 일괄적으로 담당하는 구조를 만들어야 하며 이를 토대로 급여 및 서비스 수급 여부와 지원 정도를 결정하고 사례관리를 시행해나가도록 해야 한다.

④ 시·군·구에 장애전문서비스팀과 탈시설전환기구 구성

장애인은 장애정도, 장애유형, 연령, 성별 등에 따라 매우 다양한 욕구를 지니고 있다. 게다가 장애인은 의료, 심리, 가족, 경제 등 다양한 측면의 욕구를 지니고 있고 이들 서비스를 필요로 한다. 따라서 장애인들의 다양화된 욕구에 대응하기 위해서는 장애인 개인별로 욕구를 파악하고 인생주기에 따라 적절히 서비스를 달리하며 지원하는 것이 필요하다. 장애인의 삶은 어느 한 시기에 고정되어 있는 것이 아니라 일생에 걸쳐 발달한다. 이들은 보통 특수교육 체제로부터 성인재활 서비스 체제로 나아가는 전환 과정을 가지게 된다.

장애인의 삶의 주기에서 이전 단계의 장애인 개별적 상황을 확인하고 연속적인 서비스를 제공하기 위해서, 그리고 각 단계마다 존재하는 다양한 욕구들을 포괄적으로 충족시키기 위해서는 사례관리를 할 수 있는 전문서비스 팀이 필요하다.

전문서비스팀은 시군구의 사회복지 전달체계에 두되 사회복지사(4명), 직업능력평가사(1명), 심리평가 전공자(1명), 특수교사 자격증 소지자(1명) 등 다양한 욕구에 대처할 수 있는 전문가들을 배치해야 한다. 호주의 센터링크에 소속되어 있는 인력은 호주 전체 행정인력의 1/5가량에 해당되며 현재 우리나라와 비교할 때 매우 큰 규모이다. 따라서 센터링크가 운영의 효율화를 지향하고 있음에도 기본적인 인력 확보를 위해 매우 큰

노력을 보였음을 이해해야 한다.

전문서비스팀에서는 장애인등록에 관한 업무를 담당하며 이 때 초기 상담(본인 및 가족)과 평가(구조화된 평가도구 활용)를 수행해야 한다. 초기 상담에는 가족관계, 소득, 병력, 학업 수행 정도, 원하는 서비스의 종류 등에 대해 상담하게 되고, 평가가 필요한 경우 전문서비스팀의 사정이 이루어지게 된다. 전문서비스팀에서는 근로능력 평가, IQ 또는 사회성숙도 검사, 일상생활능력(듣기, 보기, 말하기, 개인위생처리, 식사하기 등), 도구적 일상생활능력(대중교통 이용하기, 관공서 이용하기, 이동하기 등), 언어능력(언어 수용 및 언어 표현 능력, 조음검사 등), 학습능력 등에 대해 사정한다. 이 결과에 따라 서비스관련 정보 제공 및 자격 인정, 서비스 제공 방법의 결정 및 이에 따른 서비스 제공 기관 간 의뢰를 담당한다. 이 때 개인별 서비스지원종합계획을 수립하여야 하며, 이에 따라 정기적으로 서비스의 제공여부 및 적절성을 모니터링 해야 한다.

한편, 심층 평가가 필요한 경우에는 한국장애인고용공단, 장애인복지관에 의뢰하여 장애 진단을 받게 할 수 있다. 모든 장애유형에 대한 고용관련 심층 평가는 고용공단으로, 장애아동의 치료와 교육에 관련된 심층평가는 장애인복지관으로 분담하는 것을 제안하고자 한다.

현재 장애인복지관에서는 발달장애 아동의 치료 교육을 위한 진단과 함께 발달장애 청장년의 직업재활서비스를 위한 평가가 함께 수행되고 있다. 그러나 직업과 관련된 평가는 고용공단으로 일원화하여 전문화하고, 장애인 복지관은 장애아동의 교육과 치료서비스 관련 평가에 주력하는 것이 각자의 전문성을 더하기 위한 방안이 될 것으로 생각된다. 고용공단의 평가 이후, 보호작업장 서비스나 직업재활 및 훈련이 필요한 발달장애인에 대해서는 장애인복지관이나 보호작업장이 직접적인 서비스 제공 기능을 수행할 것이다. 한편 장애인복지관은 장애아동 진단과 치료에 대한 전문성을 이미 확보하고 있기 때문에 장애아동에 대한 평가가 가능할 것이다.

한편 급여와 서비스에 대한 수급자격과 범위를 통보받은 장애인은 전문서비스팀의 의뢰에 따라 해당 서비스 제공기관에 방문하거나 해당 서비스 제공기관이 장애인을 방문하여 서비스 제공하며, 장애인을 의뢰받은 서비스기관은 장애인에게 필요한 서비스를 제공하고 그 내용을 시군구의 전문서비스팀에 통보한다.

시군구에 장애전문서비스팀을 구성할 때, 장애전문서비스팀 내 혹은 그와 별도의 탈시설전환기구를 둘 것을 제안한다. 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.⁹⁸⁾ 하지만 일부 광역자치단체에서는 탈시설 욕구조사나 탈시설정착금 지원에 대한 움직임이 나타나고 있고, 특히 서울시의 경우에는 지방정부 차원에서 독자적으로 탈시설 전환서비스를 구축하고 있다. 서울시는 2010년부터 서울시복지재단에 '장애인전환서비스지원센터'를 설립하여 자립생활을 희망하는 시설장애인에게 퇴소 및 지역사회 정착을 위한 지원 서비스를 제공하고 있다. 서울시 이외에 장애인의 탈시설을 지원하는 공식적인 지원체계를 갖춘 광역자치단체는 아직 없으며, 민간에서 자립생활센터를 중심으로 탈시설 자립생활 프로그램이 진행되고 있는 상황이다.

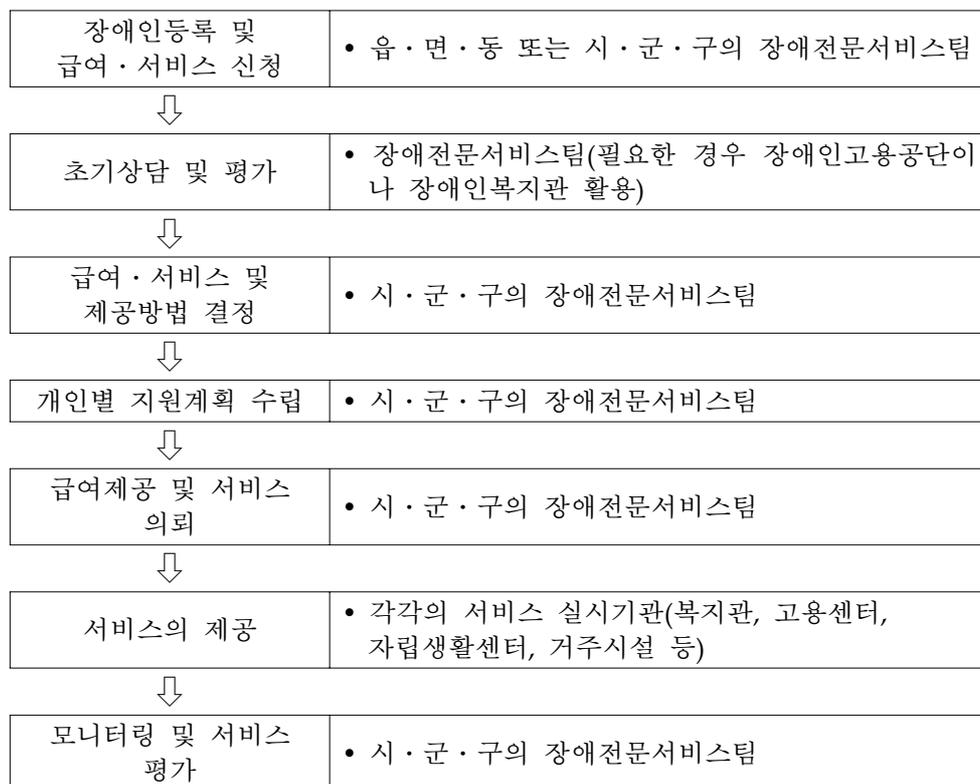
향후 서울시의 모델이 다른 지역에 확산될 여지는 있으나 몇 가지 한계점이 존재한다. 우선 서울시의 모델은 완전한 공공전달체계에서 이루어지지 않는다는 점에서 적극적인 탈시설화를 추진하는데 한계가 있다. 서울시 산하기관인 서울시복지재단이 탈시설 서비스를 제공하고 있지만 시설에 대한 접근 권한이 없는 상황에서 서비스 제공 대상이 매우 제한될 수밖에 없다. 또한 서울시의 모델은 기존 거주시설에 대한 개입과 탈

98) 박경수 외(2011), 위의 책.

시설 전환서비스 제공이 분리되어 있다는 점에서 제한적이다.⁹⁹⁾

이러한 문제를 해결하기 위해 본 연구진은 시군구에 탈시설전환체계를 둘 것을 제안한다. 이는 서울시 모델이 가지고 있는 장점은 승계하고, 반관반민의 전달체계가 갖는 한계를 극복하기 위함이다.

장애인등록 및 급여와 서비스 신청부터 모니터링까지 이어지는 흐름을 도식화하면 [그림 4-5]와 같다



[그림 4-5] 서비스 흐름도

99) 탈시설전환체계의 해외 사례나 서울시 운영의 구체적인 모습에 대해서는 다음 장에서 추가적으로 논의한다.

⑤ 사회서비스 품질감독원 설립

우리나라는 복지의 양적 확대에도 불구하고 실질적인 복지실현을 위한 복지의 품질관리는 단편적으로 만들어져 일관성 있고 안정적인 관리가 이루어지지 못했다. 국가가 서비스 재정은 부담했지만 이용자들의 복지 욕구가 충분히 채워지고 있는지에 대해서는 객관적 평가가 미흡한 실정이다.

이와 같은 문제점을 해결하기 위해서는 아동·장애인·노인 등 사회 취약계층에 제공되는 사회서비스에 대하여 국가가 보증하는 최저서비스기준과 이를 위한 체계적인 품질관리가 필요하다. 이를 실현하기 위한 구체적인 방안으로 보건복지부 산하에 '사회서비스품질감독원'을 설치할 필요가 있다. 이 법안은 이미 정몽준의원에 의해 '사회서비스품질관리법안'으로 발의되어 있다.

이것은 앞서 살펴보았던 영국의 '돌봄 질관리 위원회'(Care Quality Commission, CQC)와 같은 기능을 수행하게 된다. 사회서비스품질감독원을 설치해 사회서비스의 최저기준을 만들고, 이 기준이 실제로 적용되도록 체계적으로 관리하도록 하는 것이다.

사회서비스품질감독원이 설립되면 기존의 공급자 위주의 복지체계가 수요자 중심의 복지체계로 전환되고, 중구난방 식으로 흩어져있는 비효율적인 복지전달체계가 재정비되어 복지서비스를 효율적으로 품질관리하는 효과를 거둘 수 있을 것이다.

영국의 돌봄질관리위원회는 각 지방정부가 담당했던 서비스 제공기관의 평가업무를 전국적으로 통합하여 수행함으로써 국가적인 서비스 수준을 크게 향상시켰다는 평가를 받고 있고, 이용자들의 권익신장에 크게 기여하고 있다는 점을 참고할 필요가 있다.

이 제도가 시행되면 먼저, 이용자의 서비스 선택단계에서는 현재는

서비스 이용자가 제공시설의 서비스 품질에 대한 정보 없이 시·군·구에서 지정한 시설 가운데서 선택하게 되어 있다. 사회서비스품질감독원이 설치되면 제공시설의 지표별 서비스 수준에 대한 정보를 토대로 다양한 기준에 의한 선택이 가능하게 된다. 이렇게 되면, 이용자는 시설환경이 좋은 기관, 또는 좋은 인력을 보유한 기관을 택하는 등 보다 적극적인 선택이 가능하게 된다.

둘째, 선택한 서비스를 이용하는 단계에서는 현재는 제공받는 서비스의 품질 수준에 대한 명확한 기대와 기준이 확립되어 있지 않다. 사회서비스품질감독원이 설치되면 제공받는 서비스의 구성요소가 어떤 수준인가에 대한 명확한 정보를 이용자가 가지게 되고, 최소서비스 기준에 의해 보증된 서비스를 이용할 수 있게 된다.

셋째, 서비스에 대한 이의제기 단계에서는, 현재는 서비스에 대한 공개된 품질수준에 대한 정보가 없기 때문에 서비스에 대하여 이의를 제기할 수 있는 사유가 명확치 않다. 사회서비스품질감독원이 설치되면 최소기준에 의해 평가된 품질정보가 공개되어 있기 때문에 이 정보에 반하거나 미흡한 서비스에 대해서는 서비스 이용자가 명확한 근거를 가지고 이의제기를 할 수 있게 된다.

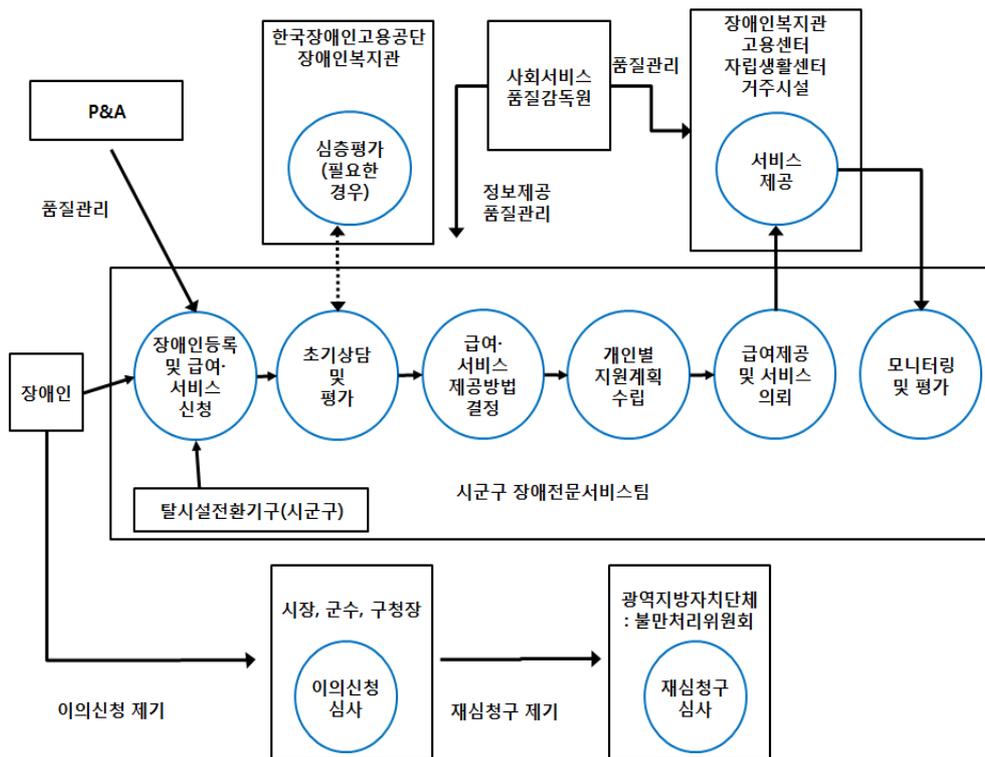
넷째, 사후 품질평가의 신뢰성에 있어서는, 현재는 평가기관이 지정되어 있지 않고 한국사회복지협의회 시설평가원에서 연구용역 등으로 품질평가를 하고 있기 때문에 품질관리의 안정성과 일관성이 미약하다. 사회서비스품질감독원이 설치되면 공인된 사회서비스품질감독원에서 훈련된 평가자를 통해서 품질 정보를 생산하기 때문에 품질 정보의 객관성과 일관성을 확보할 수 있게 된다.

⑥ 이의제기 절차

급여와 서비스의 제공량과 제공방법은 일차적으로 시군구의 장애인문

서비스팀에서 결정하게 된다. 이 결정에 이의가 있는 사람은 일차적으로 시장·군수·구청장에게 장애전문서비스팀에 이의신청을 할 수 있어야 한다. 이의제기를 받은 시장·군수·구청장은 이의신청에 대한 검토를 한 후 지체없이 이의신청에 대한 결과를 통보하도록 해야 한다(사회서비스 이용 및 이용권 관리에 관한 법률 제5조 준용). 이 결과에 불복하는 경우 광역시장·도지사에게 재심요청을 할 수 있어야 한다. 광역지방자치단체에는 재심요청을 처리할 수 있는 불만처리위원회를 구성해야 한다. 이는 영국의 불만처리국과 같이 독립적인 기구로 구성되어야 한다. 불만처리위원회의 처분에도 불복할 경우 행정심판이나 행정소송을 제기할 수 있다.

이를 도식화하면 [그림 4-6]과 같다.



[그림 4-6] 전달체계 개편 흐름도

V. 자립생활을 위한 정책과제

앞 장에서 외국사례 연구를 기반으로 현재 우리나라에서 도입할 필요가 있는 전달체계 개편안들을 도출하였다. 그러나 이는 시급한 과제이자 전달체계 중심이다. 본 장에서는 지금 당장 도입하기에는 현실적으로 어려움이 있거나, 아직 시행되지 않아서 그 구체적인 모습들을 평가하기 어려운 몇 가지 제도를 살펴보기로 한다. 직접지불제도와 P&A 제도, 성년후견제도, 탈시설화가 그 제도인데, 이 제도들은 현재 외국에서 시행되고 있는 제도로서 그 어떤 제도보다 장애인의 자립생활을 위하여 필요한 제도이자, 장애인의 자립생활 원칙을 잘 구현하고 있는 제도라 판단되기 때문이다. 따라서 본 장에서는 직접지불제도와 P&A 제도, 성년후견제도, 탈시설화 등에 대해 외국 사례를 살펴보고, 우리나라에 대한 함의를 도출할 것이다.

1. 직접지불제도

장애인을 서비스의 객체가 아니라 주체로서 참여시키는 전략이 주목받으면서 나타난 개념이 '선택권'과 '자기결정권'이다. 자기결정권과 선택권은 비슷한 개념이지만 자기결정권이 정책결정과정이나 서비스제공과정에 있어 장애인 당사자의 참여와 결정권한을 강조하는 개념이라면 선택권은 여기에 선택 가능한 복수의 선택지가 있어야 한다는 점이 추가된 개념이라고 할 수 있다. 스스로 결정할 권한이 있지만 선택지가 없는 경우는 자기결정권이 보장될 수 없다는 맥락에서 등장한 개념이다. 이와 같이 자기결정권과 선택권은 장애를 둘러싼 문제의 해결에는 장애인의 '주도적인 참여'가 보장되어야 한다는 이념이자 실천전략을 드러내는 용

어들이다.

이러한 국제적인 흐름에 따라 등장한 제도 중의 하나로 주목받고 있는 것이 직접지불제도(direct payments)이다. 영국은 2003년 4월부터 전국적으로 의무화되어 시행되고 있다. 서비스를 받을 자격이 있는 장애인들은 서비스 대신에 현금을 직접 받거나 아니면 지방정부로부터 기존처럼 서비스를 제공받는 방법 중 하나를 선택할 수 있다.

이러한 맥락에서 여기서는 활동보조서비스의 전달방식에 대해 여러 국가들을 비교해보고 이 중 영국의 사례를 집중 조명함으로써 한국에 대한 함의를 이끌어 내고자 한다.

가. 선진국의 활동보조서비스 지원방식

미국 등 활동보조인지원제도를 시행하고 있는 나라들에서 볼 수 있는 활동보조서비스에 대한 급여 지불방식은 직접급여, 바우처(voucher), 중개기관지급방법 등 3가지가 있다. 각각의 방식의 장·단점을 도식화하면 <표 5-1>과 같다.

〈표 5-1〉 서비스 제공방식의 장단점 비교

구분	방식	장점	단점
직접지불	<ul style="list-style-type: none"> •장애인에게 현금을 지급하여 장애인 스스로 활동보조인을 고용케 함 	<ul style="list-style-type: none"> •장애인의 선택권 보장 •활동보조인에 대한 장애인의 통제권 강화 •직접관리에 따른 장애인의 역량강화 	<ul style="list-style-type: none"> •목적에 부합하는 지출에 대한 신뢰성과 장애인의 현금관리 능력에 의문제기 •활동보조인의 원활한 확보 •개인고용관계에 따른 고용문제 발생
바우처	<ul style="list-style-type: none"> •장애인에게 서비스이용권을 지급 •자립생활센터와 장애인복지관에서 활동보조인 공급 	<ul style="list-style-type: none"> •장애인의 선택권 보장 •활동보조인에 대한 장애인의 통제권 강화 •공급체계간의 경쟁유발에 따른 서비스 질의 제고 	<ul style="list-style-type: none"> •고용의 책임성 소재 논란 •공급기관의 원활한 운영이 담보되기 어려움
중개기관 공급	<ul style="list-style-type: none"> •자립생활센터(와 장애인복지관)가 사업비로 지원받아 활동보조인을 고용하고 신청하는 장애인에게 파견 	<ul style="list-style-type: none"> •운영의 투명성 •원활한 공급이 기대됨 •활동보조인에 대한 체계적인 교육과 관리가 가능함 	<ul style="list-style-type: none"> •장애인의 선택권 제한 •활동보조인에 대한 장애인의 통제권이 크게 약화됨 •장애인이 수동적 태도를 갖게 되어, 자발적·자율적 역량강화 애로

다음의 <표 5-2>에서 나타나는 바와 같이 전달체계는 크게 두 가지로 요약할 수 있는데, 조세방식을 기본으로 하는 경우와 국가와 지방자치단체의 역할분담(비용의 지불)이 있고, 급여지급시스템에서는 직접지불과 간접급여지원으로 나뉜다.

<표 5-2> 활동보조서비스의 전달체계

구분	전달체계
미국	본인신청 → 상담 → 지방정부 결정 → 본인통지 → 활동보조인과의 계약 → 서비스 이용 → 3개월 1회 결산보고서 제출
영국	본인 및 가족신청 → 제3자 중계기관과의 상담 → PAS판정 → 판정결과의 통보(시·군·구 및 본인) → 케어 매니지먼트 실시 → 서비스 이용계약체결 → PAS 지원계획서 제출(PAS 파견사업자 및 본인) → 회계보고 → 연도 말 감사 실시
캐나다	본인신청 → 중계기관(CILT)에 신청 → 피어판정위원회 판정 → 결과통보(본인 및 중계기관과 주정부) → 사업자 계약 및 활동보조인과의 개별계약서 체결 → 1기에 1회씩 회계보고서 제출(중계기관 대리수행, 비용징수 있음)
스웨덴	본인신청(서비스 필요성 및 운영계획) → 코문 및 사회보험사무소 사회복지사 상담 및 판정회의 → PAS 등급판정 → 본인통지 → 본인이 활동보조인 구인하여 개인 계약 → 3개월에 1회씩 사용현황보고 → 연도말 회계보고(정산보고)
일본	본인이 시정촌에 신청 → 1차 방문조사(공무원) → 2차 평가회의(의사진단서 및 방문 공무원의 방문의견서) → 시정촌심사회 판정 → 판정결과(5등급)의 통보 → 서비스 사업자와의 계약(개별지원계획 작성) → 서비스 이용(대리수령) → 사업자 또는 본인이 활동보조인 등록 가능(추천헬퍼제도 가능) → 서비스 이용확인(이용자와 활동보조인의 양자 확인) → 사업자는 서비스 지원급여를 시정촌에 신청 → 시정촌은 사업자에게 비용지급(장애인은 이용권리만 인정하고 현금지원이 아닌 현물지원방식)

직접지급의 캐나다 DF(Direct Funding) 방식이나 스웨덴의 경우는 본인 통장으로 활동보조비용이 직접 입금되고 있으며, 영국의 경우는 직접 지불방식과 제3자 기관을 통하여 활동보조비용이 지급되고 있다.

일본과 같이 간접급여방식을 채택하는 경우, 대리수령방식을 채택하여, 본인이 아닌 사업자에게 비용이 지급되고 있고, 본인은 서비스 권리만을 가지게 된다.

미국의 경우 자기관리가 가능한 경우, 직접지불방식으로 하고 있고, 본인관리가 불가능한 지적장애인의 경우(캘리포니아 주 등)에는 대리인(부모나 권리 대변인)을 통하여 급여가 지급되고 있고, 이 경우 가족이나 친족이 활동보조인으로 등록되는 경우가 허락된다.

대부분의 국가에서 운영주체를 시·군·구 등의 기초자치단체에게 위임하고 있는 것이 특징이고, 이 경우 지자체의 비용부담이 향후 증가될 것으로 예상된다.

전달체계에서 주목할 것은 중계기관을 통하여 사무관리를 위임하고, 중계수수료를 지급하는 경우와 본인이 직접급여를 수령하고 활동보조인을 고용하는 방식의 두 가지가 특징으로 나타나는데, 사무관리비용은 전체 서비스 비용의 5-10%로 정하고 있다.

한편, 본인관리를 하고, 고용주가 되는 방식의 직접지불의 경우, 본인이 활동보조인의 4대 보험에 대한 책임을 져야 하고, 활동보조인의 인력관리 자체를 책임져야 하기 때문에 보통 이상의 회계 관리능력이 필요하고, 이를 위한 연수도 받아야 한다. 중증장애인의 경우, 이 문제로 인해 소진되는 경우도 보고되고 있는데, 이 문제를 해결하기 위하여 민간기관(CIL: 자립생활센터, STIL: 스톡홀름 자립생활협동조합)이 회계업무만을 위임하고 비용을 지불하는 경우 및 영국처럼 중계기관이 비용을 받고 회계업무를 대행하는 경우가 대표적이다.

바우처 지급방식은 현재 우리나라에서 시행하고 있는 방식이지만 활

동보조서비스는 장애인의 요구에 정확하게 부합되게 하기 위해 ‘주도적인 관리’를 지향하고 있으므로 직접지불방식을 적극적으로 고려해야 한다.

나. 영국의 직접지불제도

영국에서 2004년부터 전국적으로 의무화된 직접지불제도의 기원은 1980년대 전반으로 볼 수 있다. 이 때 몇몇 지방정부는 민간의 제3기구를 통해 이용자들에게 서비스 대신 현금을 지급하는 ‘제3자 지불제도 (third-party payment)’를 시행했다. 이러한 변화는 민간단체들이 자립생활과 역량강화를 위해 지속적으로 정부에 가한 압력의 결과였다. 직접지불제도가 전국적 제도로 도입된 것은 1996년 Community Care (Direct Payment) Act였다. 비록 제대로 시행되진 않았지만 이 법에서는 신체장애인들이 자신들에게 필요한 서비스를 직접 구매할 수 있도록 현금을 지급하는 것을 합법화했다.¹⁰⁰⁾ 이후 서비스 확대과정¹⁰¹⁾을 거쳐 결국 직접지불제도는 2003년 4월부터 전국적으로 의무화되어 시행되기에 이르렀는데, 서비스를 받을 자격이 있는 장애인들은 서비스 대신에 현금을 직접 받거나 아니면 지방정부로부터 기존처럼 서비스를 제공받는 방법 중 하나를 선택할 수 있다.¹⁰²⁾¹⁰³⁾

100) Fernandez, J., Kendall, J. and Davey, V, “Direct Payments in England: Factors linked to variations in local provision, *Journal of Social Policy*, 36(1), 2007, 98면

101) 2000년에 노인, 2001년에 개호자와 장애아동의 가족에게 확대되었다.

102) Department of Health, *A guide to receiving direct payments from your local council*, 2009, 3면

103) 직접지불제도 또는 개인예산제를 시행하고 있는 국가들 사이에는 차이가 있다. 오스트리아는 현금급여만 인정되며, 독일은 현금과 서비스 중 선택하거나 둘을 조합하여 사용할 수 있다. 룩셈부르크는 활동보조 시작 첫 주의 7

영국 보건부(Department of Health, 2009)는 직접지불제도의 목적을 ‘생활에 영향을 미치는 (자기)결정권을 강화하기 위해서’라고 명시하고 있는데, 직접지불제도의 대상은 개호가 필요한 노인, 16세 이상의 장애인, 정신·지적 장애인의 보호자, 장애아동의 가족 등이다.¹⁰⁴⁾

개호서비스가 필요한 노인이나 장애인이 지방정부의 사회서비스부에 서비스를 신청하면, 서비스 필요성에 대한 사정(community care assessment)을 한다. 사정 결과 개호서비스가 필요하다고 판정되면 사회복지사는 현금을 받을 것인지, 아니면 서비스를 받을 것인지에 대해 신청자와 반드시 상담을 해야 한다. 직접지불제도를 선택한 이용자는 현금을 어떻게 활용할 것인지를 서류로 제출해야 하며, 현금으로 구매할 서비스나 물품이 사정된 욕구에 필요한 것임을 입증해야 한다. 직접지불제도를 통해 지급되는 현금의 상하한선은 없다. 더불어 개호자를 직접 고용할 이용자는 고용인에게 필요한 법적 조건을 충족함을 입증해야 한다.

직접지불제도를 통해 입금된 현금은 지방정부가 필요하다고 인정한 서비스나 물품을 구매하는 데 사용하여야 한다. 만약 지방정부가 인정하지 않은 불필요한 서비스나 물품을 구매했을 경우는 그 비용만큼 지방정부에 환불해야 한다. 직접지불제도를 통해서도 활동보조인을 고용할 수 있고, 단기간의 휴무에도 사용할 수 있다. 주간보호서비스를 집에서 받을 수도 있으며, 함께 상주하는 개호자를 고용하는 데에도 사용할 수 있다. 한편, 이 제도에 의해서는 지방정부가 직접 운영하는 서비스는 구매할 수 없다. 생활시설에 거주하는 장애인들에게는 직접지불제도가 적용되지

시간은 현금급여를 선택할 수 있고 스웨덴과 네덜란드는 현금만 지급한다. 노르웨이는 지방정부가 판단하기에 직접 서비스보다 현금지급이 더 낫다고 판단될 때 현금을 지급한다. 미국은 지방정부에 따라 특정한 시간동안 메디케이드 제도상의 현금급여를 지급한다. 이 모든 국가들은 친척도 활동보조인으로 고용할 수 있으나, 네덜란드는 동거하는 친척은 제외되며, 미국은 배우자만 제외한다(Glasby and Littlechild, 2009: 70).

104) Department of Health, 2009, 위의 책.

않지만, 지역사회에 있는 단기간의 거주시설(우리나라의 경우 자립체협
흥, 단기보호시설)을 이용하고자 하는 경우는 시설장애인들도 직접지불
제도의 혜택을 받을 수 있다. 이를 통해 탈시설이 촉진될 수 있기 때문
이다.

개호인을 직접 고용할 경우 원칙적으로 배우자나 동거하는 가까운 친
척을 고용할 수 없지만 지방정부가 인정하는 경우에는 동거하는 가까운
친척을 고용할 수도 있다. 고용을 하기 위해서는 노동법(고용, 계약, 급
여, 해고 절차 등)을 인지하고 있어야 하며, 고용을 하기 위해 직접 구인
광고 등을 해야 하며, 월급수준과 근로시간 등도 결정하고, 세금과 사회
보험료도 직접 처리해야 한다. 여기에 필요한 비용도 직접지불제도에 의
해 지급되므로 이와 관련된 제반 공식적인 증빙서류와 기록도 관리해야
한다. 이러한 번거로움을 들기 위해서 개호인을 파견해주는 기관과 계약
을 맺을 수도 있다.¹⁰⁵⁾

영국 보건부는 직접지불제도를 시행하면서 다음과 같은 몇 가지 개선
사항을 적시하였다.¹⁰⁶⁾ 첫째, 정보접근, 상담, 주거, 복지권, 교육, 고용
의료, 개호와 건강 등과 같은 보편적 서비스에 대한 접근을 최대화해야
한다. 이렇게 할 때만 자립생활을 촉진할 수 있다. 둘째, 개입이 필요한
상황이 발생할 때 스스로 위기관리를 할 수 있도록 가급적 조기 개입을
해야 한다. 셋째, 개별적 서비스는 지속적으로 제공되어야 하며, 정보제
공 및 권리옹호 서비스와 함께 제공되어야 한다. 이를 위해서는 지역의
이용자 단체, 시장기제 등을 잘 활용하여야 한다.

이를 통해 영국에서는 2006년에서 2008년까지 개인예산(Individual
Budgets)에 대한 시범사업을 진행하였고 개인예산제를 통제권(Rights to
Control)이라는 이름으로 시행하고 있다. 개인예산제는 현물이나 서비스

105) Department of Health(2009), 위의 책

106) Department of Health, *Putting people first: A shared vision and
commitment to the future of adult social care*, 2007

형태로 지급되는 대부분의 서비스를 현금으로 지급하고 이를 장애인이 자기 사정(self assessment)에 의해 사용하는 제도이다. 즉, 개인에게 제공되던 다양한 현물 서비스를 현금화하고 장애인과 사회복지사가 함께 사용목록을 만들어 그에 맞게 사용하도록 하는 것이다. 개인예산제야말로 자기결정권과 관련해서 지방정부가 택할 수 있는 마지막 수단일 것이다.¹⁰⁷⁾ 개인예산제는 자기 사정을 강조한다. 사정 과정이 전문가와 이용자의 권력 관계가 명확이 드러나는 지점이기 때문이다. 그렇지만 정부가 예산 절감이라는 면에서 어느 정도 자기 사정을 안착시킬 수 있을지는 여전한 의문이다.¹⁰⁸⁾ 따라서 개인예산제에서는 문화나 레저와 같은 부분까지 포괄하는 광범위성을 띤다. 개인을 중심으로 한 개인예산제에 필수적인 것은 다양한 자원들(노동부, 교육부, 건강부 등) 간의 통합 또는 협조를 필요로 한다.

다. 합의

직접지불제도는 장애인의 자기결정권을 향상시키고 비용을 절감시키는 효과가 있었지만, 정책적 확산의 정도는 아직 부족한 것으로 나타났다. 정책적 확산이 어려운 이유를 쿨렌과 위커스(Coolen and Weekers)는 네 가지 장벽으로 분류해서 제시한 바 있다(1998: 54, 58). 첫째, 재정적 장벽으로서 이는 예산상의 여러 가지 제약 조건을 말한다. 둘째, 사회적 장벽으로서 활동보조인을 고용함에 따르는 여러 가지 문제들을 말한다. 셋째, 실행상의 장벽으로 사정을 통해 현금급여를 매칭시키는 어려움이다. 넷째, 전문적 저항으로서 노동조합과 서비스 제공자들의 저항을 일컫는다.

107) Harris, J. and Roulstone, A., *Disability, Policy and Professional Practice*, Sage, 2011, 64면

108) Harris and Roulstone(2011), 위의 책, 65면

한편, 정책의 부수적 효과로서 서비스의 시장화 효과는 명확히 확인하기 어려웠지만 사회복지사의 역할에는 일정한 변화가 있었던 것으로 보인다. 특히 이전에 비해 장애인에 대한 지지자와 서비스 조정자의 역할이 더 강조되고 있는 것으로 나타났다.

우리나라의 장애인 정책에서도 그 동안 많은 변화가 있었다. 장애인 차별금지법의 제정과 자립생활센터 및 활동보조제도의 도입은 장애인을 인권의 주체로 인식하고 지역사회 생활에 대한 참여를 증진시키고 자기결정권을 강화하기 위한 핵심적인 변화였다. 그렇지만 여전히 자기결정권과 선택권의 실질적 보장을 위한 과제들이 많다고 지적되고 있다.

이러한 상황에서 정책적 시사점을 얻을 수 있는 제도가 영국의 직접지불제도이다. 영국은 직접지불제도를 통해 장애인의 자기결정권을 향상시키고 지역사회에의 참여를 증진시키려는 노력을 해왔다. 그러나 영국에서도 이러한 제도가 안착되기에는 여러 가지 어려움을 겪고 있는 것으로 확인되었다. 특히 낮은 이용율과 특정 장애유형 중심의 이용은 영국에서도 중요한 문제로 지적되고 있다.

이러한 상황에서 영국 보건부는 직접지불제도를 시행하면서 다음과 같은 몇 가지 개선사항을 적시하였다.¹⁰⁹⁾ 첫째, 정보접근, 상담, 주거, 복지권, 교육, 고용 의료, 개호와 건강 등과 같은 보편적 서비스에 대한 접근을 최대화해야 한다. 이렇게 할 때만 자립생활을 촉진할 수 있다. 둘째, 개입이 필요한 상황이 발생할 때 스스로 위기관리를 할 수 있도록 가급적 조기 개입을 해야 한다. 셋째, 개별적 서비스는 지속적으로 제공되어야 하며, 정보제공 및 권리옹호 서비스와 함께 제공되어야 한다. 이를 위해서는 지역의 이용자 단체, 시장기제 등을 잘 활용하여야 한다.

이를 통해 영국에서는 2006년에서 2008년까지 개인예산(Individual Budgets)에 대한 시범사업을 진행하였고 개인예산제를 통제권(Rights to

109) Department of Health(2007), 위의 책

Control)이라는 이름으로 시행하고 있다. 개인예산제는 현물이나 서비스 형태로 지급되는 대부분의 서비스를 현금으로 지급하고 이를 장애인이 자기 사정(self assessment)에 의해 사용하는 제도이다. 즉, 개인에게 제공되던 다양한 현물 서비스를 현금화하고 장애인과 사회복지사가 함께 사용목록을 만들어 그에 맞게 사용하도록 하는 것이다. 개인예산제야말로 자기결정권과 관련해서 지방정부가 택할 수 있는 마지막 수단일 것이다.¹¹⁰⁾ 개인예산제는 자기 사정을 강조한다. 사정 과정이 전문가와 이용자의 권력 관계가 명확이 드러나는 지점이기 때문이다. 그렇지만 정부가 예산 절감이라는 면에서 어느 정도 자기 사정을 안착시킬 수 있을지는 여전한 의문이다.¹¹¹⁾ 따라서 개인예산제에서는 문화나 레저와 같은 부분까지 포괄하는 광범위성을 띤다. 개인을 중심으로 한 개인예산제에 필수적인 것은 다양한 자원들(노동부, 교육부, 건강부 등) 간의 통합 또는 협조를 필요로 한다.

이렇게 보았을 때 우리나라도 장애인의 자기결정권과 선택권을 강화하기 위해 직접지불제도의 도입을 적극적으로 고려해야 할 것으로 보인다. 그리고 개인예산제 도입을 위한 장기적 검토도 필요하다고 생각된다. 동시에 영국에서 나타난 여러 가지 문제들을 극복할 수 있는 장치들을 함께 안착시키기 위한 노력들이 필수적이라고 보인다. 특히 일선 사회복지사들의 인식 변화, 적절한 예산의 확보, 장애인 스스로의 직접 고용을 지원할 수 있는 여러 가지 사회적 지원 시스템의 구축은 매우 중요하다고 생각된다.

110) Harris and Roulstone(2011), 위의 책, 64면

111) Harris and Roulstone(2011), 위의 책, 65면

2. P&A

국가인권위원회가 구성되고, 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」, 「인신보호법」 등이 제정되는 등 우리나라도 장애인 인권확보를 위한 제도적 성취가 있었다. 그럼에도 시설뿐만 아니라 지역사회에서도 장애인에 대한 학대, 방임, 폭력이 지속되고 있다. 이런 인권침해사건은 장애인이 스스로 인권옹호나 권리구제를 구하기 어렵다는 현실의 반영이기도 하다. 결국 현재 수준의 제도로는 장애인의 인권을 보장할 수 없으며, 따라서 장애인을 위한 새로운 인권확보 및 옹호 시스템이 절실하게 필요하다고 볼 수 있다.

이런 시점에서 미국의 P&A(protection and advocacy, 보호와 옹호) 시스템은 우리에게 시사하는 바가 크다. 미국의 스테이튼 아일랜드(Staten Island)에 있는 지적장애인을 위한 주정부의 대형 수용시설인 윌로우브룩(Willowbrook) 시설에서의 지적장애인에 대한 천인 공로할 학대 및 방임과 어떤 프로그램도 없는 개탄할 만한 상황에 대한 1972년의 ABC 뉴스 보도에 따라, 미국 연방의회(대표의원: Jacob Javits)는 대규모 조사를 실시하였고, 조사결과 학대와 방임이 전국적으로 횡행하고 있으며, 지적장애인의 권리를 확보할 어떤 장치도 존재하지 않는다고 결론 내렸다. 이에 따라 미국 연방의회는 1975년 ‘발달장애 지원 및 권리법(the Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act: DD Act)’을 개정하여 이 법에 따라 P&A를 만들게 되었으며, 1977년 10월 1일부터 각 주별로 발달장애인을 위한 보호·옹호(Protection and Advocacy for Persons with Developmental Disabilities, PADD) 프로그램을 실시하였다. 이후 의회는 P&A의 권한을 확대하고, 새로운 프로그램들을 만들어내었고, P&A 체계는 현재 장애인들이 시설에 있던, 지역사회에 있던, 독립적으로 살던, 모든 형태의 장애인에게 적용되고 있다. 또한 비슷하게 영국도 일반적인 옹호 외에 최근에 법률에 의한 옹호인을

정하고 있다.

또한 국내의 아동보호전문기관과 노인보호전문기관도 장애인 분야에 함의를 줄 수 있다. 아동보호전문기관은 2000년 7월부터 시행된 개정 아동복지법에 따라 설립 근거를 마련하였으며, 국가와 지방자치단체는 학대아동의 발견, 보호, 치료에 대한 신속한 처리 및 아동학대예방을 전담하는 아동보호전문기관을 설치하게 되었다. 2008년 12월부터 시행되는 개정 아동복지법에서 중앙아동보호기관과 지역아동보호기관을 분리하였으며 국가는 아동학대예방사업을 활성화하고 지역 간 연계체계를 구축하기 위하여 중앙아동보호전문기관을 두고, 지방자치단체는 학대받은 아동의 발견, 보호, 치료에 대한 신속처리 및 아동학대예방을 담당하는 지역 아동보호전문기관을 시·도 및 시·군·구에 두도록 하였다. 또한 노인보호전문기관은 2004년 7월부터 시행된 개정 노인복지법에 따라 설립근거를 마련하였으며, 2012년 2월 시행된 개정 노인복지법에 따라 중앙노인보호전문기관과 지역노인보호전문기관으로 분리하고 각각의 업무를 명백히 하였다. 지역노인보호전문기관은 지역아동보호전문기관과는 다르게 시·군·구에는 설치하지 않고 광역시·도에만 설치하게 되었다. 아동과 노인 보호전문기관이 서로 유사하기 때문에 더 먼저 설립되고 활발한 활동을 벌이고 있는 아동보호전문기관을 살펴보는 것은 우리나라의 장애인분야 보호와 옹호 시스템 개발에 도움이 될 것으로 보인다.

올해 5월 30일 19대 국회 1호 법안으로 발의된 ‘발달장애인 지원 및 권리보장에 관한 법률(안)’ 중 발달장애인권익옹호센터는 미국의 P&A를 모델로 만들어진 것으로 보인다. 따라서 이를 살펴보는 것도 우리나라의 장애인 보호와 옹호 시스템 마련에 도움이 될 것으로 보인다.

따라서 미국의 P&A, 영국의 법률에 의한 옹호인, 우리나라의 아동보호전문기관, 현재 국회에서 발의되어 심의 중인 ‘발달장애인 지원 및 권리보장에 관한 법률(안)’ 중 발달장애인권익옹호센터 부분을 살펴보고, 우리나라 장애인 보호와 옹호 시스템의 방향을 제안할 것이다.

가. 미국의 보호와 옹호 체계(P&A Systems)

1) 미국 P&A 프로그램들

장애인의 권익옹호를 위해 활동하는 P&A 기관은 미국의 모든 주에 존재한다. 연방 법률에 의한 8개의 개별 P&A 프로그램들이 있으며, 각각 예산지원을 받고 있다. 이 중 PADD, PAIMI, PAIR는 단위가 큰 P&A 프로그램이며, 작은 단위의 P&A 프로그램도 개발되었는데, 이 프로그램들은 특정 장애 영역 또는 특정 문제와 관련된 것들이다. CAP는 직업재활 클라이언트를 위한 것이고, PAAT는 보조기구 서비스 이용 장애인을 위한 것이고, PABSS는 사회보장을 받는 장애인을 위한 것이고, PATBI는 외상성 뇌손상 장애인을 위한 것이고, PAVA는 투표 접근을 위한 것이다. 이들 프로그램들을 만들어진 순서에 따라 연대순으로 정리하면 다음과 같다.

① PADD(Protection and Advocacy with Developmental Disabilities): PADD는 1975년 '발달장애인 지원 및 권리법(the Developmental Disabilities Assistance and Bill of Rights Act: DD Act)'에 의해 만들어진, 최초의 P&A이다. DD법에 따르면, P&A기관들은 모든 적용 가능한 연방 및 주법에 따라 발달장애인에 대한 권리를 보호하고 옹호하기 위하여 법률적, 행정적, 다른 적절한 개선책을 추구할 것을 요구받는다. DD법에 따르면, 주정부는 P&A가 될 기관을 지정하고 P&A가 어떤 서비스 공급자로부터도 독립적일 수 있게 해야 한다. P&A로 지정된 대부분의 조직체는 P&A 프로그램을 수행할 목적으로 특별히 만들어진 사립 비영리 조직이다. 그러나 몇몇 P&A는 주정부의 일부이기도 하고, 몇몇 P&A는 혼합형 준정부기구이기도 하고, 몇몇 P&A들은 시민 법률 서비스 프로그램 내에 존재하기도 한다. 단 하나의 예외(CAP)를 제외하면, 그 이후의 P&A 법률에 따라 새로운 P&A 프로그램들은

PADD와 같은 기관의 건물에 있어도 되도록 되었다.

② CAP(Client Assistance Program): CAP는 재활법 개정에 따라 1984년 설립되었다. CAP가 제공하는 서비스에는 재활법에 따라 각 주의 재활 기관으로부터 서비스를 받고 있거나 서비스를 구하고 있는 사람들을 위하여 행정적, 법률적, 다른 적절한 개선책을 추구하는데 지원을 포함한다. CAP기관은 클라이언트 및 지원자를 위한 고용과 직접적으로 관련된 서비스와 관련하여 지원과 옹호를 제공한다. CAP는 PADD의 P&A로 지정된 기관으로 들어가는 자금을 필요로 하지 않는, 즉 독자적인 재정을 사용하는 유일한 프로그램이다.

③ PAIMI(Protection and Advocacy for Individuals with Mental Illness): 의회는 1986년에 대형 병원에서의 정신장애인에 대한 학대 및 방임에 대한 보고에 대한 반응으로 '정신장애인을 위한 보호와 옹호(Protection and Advocacy for Individuals with Mental Illness: PAIMI)'를 만들었다. P&A들은 정신질환자들의 권리를 보호하고 옹호하는 업무를 위임받았으며, 정신질환자를 돌보거나 치료하는 기관에서의 학대와 방임에 대한 보고를 조사한다. 이후 법률의 개정으로 P&A들은 지역사회에 거주하는 정신질환자들에게 서비스를 제공하게 되었다.

④ PAIR(Protection and Advocacy for Individual Rights): PAIR 프로그램 1993년 재활법의 개정에 따라 의회에 의해 설립되었다. PAIR 프로그램은 이전에 설립된 3개의 P&A 프로그램(PADD, PAIMI, CAP)에 의한 서비스에 자격을 갖지 못하는 장애인에 대한 서비스를 제공한다. PAIR에 따라 P&A들은 모든 장애인들에게 서비스를 제공할 수 있는 권한을 부여받았다. PAIR는 PADD나 PAIMI에 비해 자금 지원이 작지만, 모든 장애인의 권리를 옹호할 수 있는 광범위한 체계로, 장애종류에 상관없이 또한 거주 유형에 상관없이 미국의 모든 장애인에게 서비스를 제공하고 있다.

⑤ PAAT(Protection & Advocacy for Assistive Technology): 의회에서 ‘장애인을 위한 보조기구법(the Technology-Related Assistance for Individuals with Disabilities Act: Tech Act)’을 개정하여, 사례관리, 법적 대리, 옹호 훈련을 통해 장애인 및 그 가족, 후견인(guardians), 옹호인(advocates), 권한을 부여받은 대리인들이 보조기구 장치 또는 보조기구 서비스를 구입, 이용, 유지 준비할 때 지원할 수 있도록 P&A에 대한 자금지원을 포함시킴으로써, PAAT 프로그램은 1994년 만들어졌다. 2006 회계연도에, PAAT에 의해 접근된 모든 문제의 4분의 1은 교육과 관련된 것이었다.

⑥ PABSS(Protection & Advocacy for Beneficiaries of Social Security): PABSS 프로그램은, ‘고용허가 및 고용동기 증진법(the Ticket to Work and Work Incentive Improvement Act: TWWIIA)’이 시행됨에 따라, 1999년 도입되었다. 이 법에 따라 P&A 프로그램은 사회보장 수급자들에게 유리한 고용을 확보하거나 다시 얻을 수 있도록 지원하기 위하여 옹호 및 다른 서비스를 제공할 수 있게 되었다.

⑦ PATBI(Protection & Advocacy for Individuals with Traumatic Brain Injury): PATBI 프로그램은 외상성 뇌손상을 입은 개인에게 보호와 옹호를 제공하기 위하여 2002년에 만들어졌다. P&A들은 PAIR, CAP, PABSS에 속하는 개인들에게 서비스를 제공하지만, 이 프로그램은 이 집단의 독특한 욕구를 충족시키기 위해 더 많은 자원을 집중한다.

⑧ PAVA(Protection & Advocacy for Voting Accessibility): PAVA 프로그램은 ‘미국 선거 지원법(the Help America Vote Act of 2002: HAVA)’의 일부분으로서 2003년 만들어졌다. 이 프로그램에 의해, P&A들은 투표자 교육, 투표 공무원에 대한 훈련, 등록 운동(registration drives), 투표장소 접근도조사 등을 통해 장애인들이 투표과정에 참여할 수 있도록 지원한다. P&A기관들은 소송을 위해서는 PAVA 프로그램 지원금을 사용할 수 없다. 다른

P&A 프로그램에서는 이와 같은 제한은 없다.

2) P&A 기관(agency)의 구성

미국에서는 의회의 명령에 의해, 개별 주 및 미국령 지역은 각 주 및 미국령 지역별로 P&A 체계를 갖추어야 한다. 따라서 현재 미국의 P&A 체계는 모든 주와 미국령 지역에 있으며, 57개 기관(agency)¹¹²⁾을 갖고 있다. P&A기관들은, 모든 연방법 및 주 법률에 따라, 모든 장애인에게 법률적 대리 및 다른 옹호 서비스를 제공하는 권한을 갖고 있으며, 불리한 상황을 모니터하고 검사하고 개선하기 위해 장애인을 돌보는 기관에 접근할 수 있다.

P&A기관들은 통합적인 교육 프로그램, 금융상 권리, 보건, 접근 가능한 주거시설, 생산적인 고용 기회 등에 대한 완전 참여 보장을 위해 상당한 자원을 사용하고 있으며, 인지, 지적, 감각, 신체장애 등 각종 장애인을 학대로부터 보호하고, 기본적 권리를 옹호하고, 보건, 교육, 고용, 거주, 이동, 소년법 및 형사 사법 제도내에서의 책임을 확보함으로써 임무를 다하고 있다. 한편 P&A 옹호 서비스는 자기결정(self-determination), 동등한 접근(equal access), 장애인을 위한 동료 지원(peer support)과 같은 철학에 기반하고 있다.

주정부에 의해 P&A로 지정된 대부분 기관은 프로그램에 맞게 특별히 만들어진 민간 비영리 기관인 경우가 많다. 이와 더불어 몇몇 P&A 기관들은 큰 법률 서비스 기관들의 부분(part)이기도 하고, 몇몇 P&A는 주정부의 일부이거나 준공공기관이다. 결국 미국의 P&A 기관은 ‘민간조직’의 역동성과 자발성, 서비스 마인드와 ‘행정기관’의 권한과 책임이라

112) 모든 P&A기관의 목록을 보려면, www.ndrn.org/aboutus/PA_CAP.htm을 방문하면 된다.

는 장점이 결합된 조직이다.

각 주별로 P&A 기관의 형태는 다양한데, 한 기관에서 8개 프로그램을 모두 실시하는 경우도 있고, CAP만 독립하고 나머지 7개 프로그램을 한 기관이 다 맡는 경우도 있고, 독자적인 CAP기관이 있으면서 나머지 7개 프로그램을 2-3개 기관이 분할하는 경우도 있다. 결국 CAP만 독립적으로 운영되고 나머지 프로그램들은 함께 운영되어도 되는 것이다.

3) P&A의 권한 및 활동

P&A의 초기 활동은 시설에 거주하는 장애인들의 안녕을 보호 하는 것이었으며, 장애인이 가장 덜 제한적인 거주설비를 찾을 수 있도록 도움을 주는 것이었다. 사실 P&A는 탈시설 운동의 최선봉에 있어왔다. 현재 모든 P&A기관들은 대형이건 소규모이건, 또는 공공이건 영리이건 상관없이 장애인을 돌보는 모든 기관에서 발생하는 불리한 상황을 모니터하고 검사하고 개선하기 위한 활동을 지속하고 있다.

P&A기관들은 기관, 개인, 기록 등에 접근할 수 있는 특별한 권한을 부여받았으며, 학대와 방임 주장에 대해 조사할 수 있으며, 기관에서의 상태를 감독할 수 있다. P&A기관이 학대나 방임의 제보를 받았거나, 개입이 없다면 일어날 것으로 여겨질 수 있는 개연성이 있는 경우, 법률에 따라 P&A기관은 개인의 모든 기록을 얻을 수 있으며, 거주자와 직원에 접근하여 현장조사를 실시할 수 있다. 또한 시설 및 지역사회에서의 건강 및 안전 상태에 대해 정기적인 점검을 할 수 있는 광범한 권한을 갖고 있다. P&A가 연방법령에 의해 조사 권한을 행사할 수 있기 때문에, 다른 법령(예, 건강보험 과 보험간 이동 및 책임에 관한 법률(HIPAA), 가족 교육 및 사생활 권리 법률(FERPA))의 제한에도 불구하고 정보에 접근할 수 있다.

P&A 업무의 초점은 각 주마다 상당히 다르다. 어떤 P&A들은 약간 전통적인 법률 서비스 프로그램에 집중하고, 어떤 P&A들은 소송에는 덜 집중하고 있다. 또한 모든 P&A들이 그들의 이름에 ‘보호와 옹호 (protection and advocacy)’를 사용하는 것도 아니다.

P&A는 다음과 같은 세 가지 특별한 조사 권한을 갖고 있다. 첫째, 서비스를 제공하는 기관에서의 모든 지적장애인에 대한 정기적인 접근이 가능하다. 둘째, 개인이 P&A의 클라이언트이거나 개인 또는 후견인이 그와 같은 접근을 요청했을 때, P&A가 개인에 대한 대우와 관련한 불만을 접수했을 때, 모니터 활동 결과 학대와 방임이 의심될 만한 원인이 있는 경우, 개인이 정신적 신체적 상황으로 인해 접근을 요청할 수 없는 경우, 또는 후견인이 없거나, 후견이 주정부이거나, 지원해 달라는 P&A의 요청에 대해 후견인이 반응하지 않는 경우, 조사를 수행하는데 필요한 지적장애인의 모든 기록들 및 다른 관련 기록들에 대한 접근은 요청 후 3일 이내에 가능하다. 셋째, 사망 사건 또는 개인의 건강이나 안전이 중대하거나 매우 위험하다는 증거가 명백하여 P&A가 충분히 결정할 수 있는 경우, 다른 관계인의 동의 없이도 모든 기록에 즉시(요청 이후 24 시간 이내에) 접근할 수 있다.

또한 주법에 따라 추가적인 권한을 부여받는데, 예를 들면, 기관이 사망에 대해 보고해야 하며, 다른 종류의 사건에 대해서도 P&A에 즉시 보고하여야 한다. P&A기관들은 종종 학대와 방임에 대한 그들의 조사 노력에서 저항에 직면하곤 하는데, 그들에게 부여된 접근 권리를 강제적으로 사용함으로써 학대와 방임에 대한 조사에 접근할 수 있으며, 실제로도 이런 사례들은 많이 보고되고 있다.

P&A는 학대와 방임 발견 이후 다양한 조치를 취할 수 있으며, 일반적으로 다양한 몇 개의 조치들을 혼합하여 사용한다. P&A는 개별적으로 또는 집단소송을 통해 시설 거주자들의 법률적 권리를 강화하기 위해 소송을 할 수도 있으며, 그들의 발견 사항을 알리고 올바른 조치를 알리기

위해 공공 보고서를 만들어 공표할 수도 있으며, 모니터하고 개선을 위해 기관들과 협력조약을 맺을 수도 있고, 기관들에 기술적 지원을 제공할 수도 있고, 장애인들에게 자기 옹호 훈련을 제공할 수도 있다. 특히 P&A 기관들은 본래의 권리로 소송을 제기할, 즉 지정된 원고의 일을 맡을 원고적격(standing)이 있다. P&A의 원고적격은 또한 시설에 거주하는 많은 장애인들이 법적 절차를 시작할 경우에 보복을 두려워하기 때문에도 결정적으로 중요하다. 게다가 후견인이 협조하지 않아서 장애인들은 때때로 소송에서 직접적인 역할을 할 수 없다. 법원은 장애인들의 법률상·헌법상 권리를 보호하는 P&A 기관들의 특별한 법정 권한 때문에 그 기관들은 장애인들의 이익의 대표자로서 행하고 있으며 그러므로 장애인들의 권리를 주장하기 위하여 소송을 제기할 수 있다고 결정해 왔다. 또한 기관의 이사회와 자문회의가 부분적으로 장애인과 그들의 가족원으로 구성되어야 하고 장애계가 그 기관의 서비스 우선순위를 개발하는데 있어서 중요한 역할을 해야 한다고 P&A 법률이 요구한다면, 원고적격은 주어져야 한다. 따라서 법원은 P&A 기관들이 회원 협회와 마찬가지로 장애계를 대신하여 소송을 제기할 수 있다고 평결을 내려왔다. 한 법원은 실제로 P&A 시스템이 각 주에서 장애인이 “그들의 공동의 관점을 표현하고 그들의 공동의 이익을 보호하는” 수단을 제공한다고 진술한 바 있다.¹¹³⁾

4) P&A기관들에 대한 관리감독기관

P&A 프로그램들은 개별 연방 기관에 의해 관리된다. P&A는 8개 프로그램 각각에 대한 연간 수행 보고서를 작성하고, 연방기관은 보고서 감사 및 현장 점검 방문을 통해 P&A를 관리 감독한다.

113) 조한진 (2010). 미국의 P&A 시스템과 함의. 장애인 권리옹호체계 확립을 위한 정책토론회 자료집.

PADD와 PAVA는 ‘지적장애 부서(Administration on Developmental Disabilities: ADD)’에 의해 관리되는데, ADD는 ‘미국 건강 및 인적 서비스 부(US Department of Health and Human Services: HHS)’에 있는 ‘청소년 및 가족 국(the Administration for Children Youth and Families: ACF)’안에 있다. CAP, PAIR, PAAT는 교육부에 있는 재활서비스 부서(the Rehabilitation Services Administration: RSA)’에 의해 관리된다. PAIMI는 HHS에 있는 ‘정신건강서비스 센터(Center for Mental Health Services: CMHS)’내의 ‘약물 남용 및 정신건강서비스 부서(the Substance Abuse and Mental Health Services Administration: SAMHSA)’에 의해 관리된다. PABSS는 ‘사회보장청(Social Security Administration)’에 의해 관리되며, PATBI는 HHS 내의 ‘건강 자원 및 서비스 부서(the Health Resources and Services Administration)’에 의해 관리된다.

5) P&A 기관의 연합체: 전미장애인권리네트워크(NDRN)

새롭게 만들어진 P&A들은 이용자에 대한 옹호를 제대로 하기 위해서는 전국적인 목소리가 필요하다는 것을 알게 되었으며, 특히 P&A 체계를 만들고 얼마 지나지 않아 들어선 레이건 정부가 연방 프로그램을 해체하려고 하면서 이런 필요성은 더욱 현실화되었다. 이에 따라 1980년에 ‘보호와 옹호 체계의 전국 연합회(the National Association of Protection and Advocacy System: NAPAS)’가 조직되었으며, NAPAS는 연방의회와 백악관을 상대로 자신들의 이익을 대변하게 되었다.

1982년 조직의 이름을 현재의 ‘전미장애인권리네트워크(National Disability Rights Network: NDRN)’로 바꾸었으며, 연방으로부터 위임받은 P&A체계와 CAP(Client Assistance Program)을 위한 비영리 회원 단

체이며, P&A/CAP 네트워크는 미국에서 장애인에게 법률에 기반한 옹호를 제공하는 가장 큰 공급자이다.

NDRN의 목표와 활동은 P&A/CAP 네트워크의 욕구와 역량의 이해를 바탕으로 하며, 교육 및 보조공학 지원, 법률 지원, 합법적 옹호를 통해, 장애인들이 동등한 기회를 가지며, 선택과 자기결정을 통해 완전하게 참여할 수 있는 사회를 만들기 위해 노력하고 있다. NDRN은 직접적인 법률 서비스는 제공하지 않지만, P&A기관들에게 교육 및 보조공학 지원, 법률 지원을 제공한다. 합법적 옹호를 통해, NDRN은 장애인들이 동등한 기회를 가지며, 선택과 자기결정을 통해 완전하게 참여할 수 있는 사회를 만들기 위해 노력하고 있다.

NDRN 활동에는 우선순위가 있는데, 1순위는 P&A/CAP 네트워크에 자금을 지원하는 프로그램들에 대한 정부 교부금을 더 증가시켜 획득하는 것이다. NDRN은 또한 적절한 교부금 지급, 정책, 감독 활동, 자료 수집 등의 영역에서 여러 연방기관에 의해 이들 프로그램에 대한 모니터도 실시하고 있다. 2순위는 개별 P&A들이 주(state) 단위로 장애인 관련 법률을 강제하기 때문에, NDRN은 연방단위의 장애인관련 법률들이 제대로 작동할 수 있도록 노력하는 것이다. 3순위는 법률, 재정, 행정, 리더쉽, 의사소통, P&A/CAP 체계의 조직적 발전을 포함하는 광범위한 범위의 의제들과 관련하여 개별 회원들에게 훈련과 기술적 지원을 제공하는 것이다.

나. 영국의 법률에 의한 특별한 옹호인의 형태

1) 독립적인 지적능력 옹호인

2005년 Mental Capacity Act에 따라, 지적장애인이 의사결정을 할 수

있는 역량이 부족하나 결정을 해야 할 때, 독립적인 지적능력 옹호인 (Independent Mental Capacity Advocate, IMCA)이 그들을 위해 말해 주고, 그들의 희망사항을 확인하고, 지원을 제공할 수 있게 되었다.¹¹⁴⁾ 이것은 새로운 전문가의 역할인데, 다른 어떤 기관으로부터도 독립적으로 활동할 수 있다. IMCA는 Mental Capacity Act의 법률적 테두리를 지원하는 실천 윤리 강령을 따라야 한다. IMCA의 역할은 자신의 희망사항을 표현할 수 없고 가족이나 친구로부터 적절한 지원을 받을 수 없는, 복잡한 욕구를 가진 사람에게 특히 유용하다. IMCA는 심각한 의료적 치료에 대한 결정, 다른 병원 또는 care home으로 이송할 것인지에 대한 결정과 관련하여 개인의 희망사항을 확인할 때도 역할을 할 수 있다. 현재 IMCA는 잉글랜드와 웨일즈에서 적용될 수 있으며, 스코틀랜드에는 비슷한 입법이 있는데, the Adults with Incapacity (Scotland) Act 2000 이다.

2) 독립적인 정신건강 옹호인

2009년 4월부터 the Mental Health Act 2007의 개정 법률이 시행되고 있다. 이 수정법률에 따라 독립적인 정신건강 옹호인(the independent mental health advocates, IMHAs)이 활동하게 되었다.¹¹⁵⁾ IMHA는 Mental Health Act에 따라 특별한 역할과 책무를 부여받은 특별한 형태의 정신건강 옹호인이다. 현재 IMHA는 잉글랜드와 웨일즈에서 적용되고 있다. IMHAs는 Mental Health Act에 따라 받게 될 법률 규정과 권리와 보호조치를 환자들이 이해할 수 있도록 도움을 주어야 한다. 그들

114) Garbutt. R., "Advocacy", In Atherton, H. and Crickmore, D. (Eds), *Learning disabilities: Toward inclusion*, Churchill Livingstone Elsevier, 2012

115) Garbutt(2012), 위의 책

은 환자의 목소리가 들려질 수 있도록 확인해야 하며, 환자들이 정보를 얻도록 도와야 하며, 환자들이 선택사항을 조사하고, 정보에 기반한 결정을 할 수 있도록 지원해야 한다. IMHA는 법률에 따르는 옹호 역할을 부여받는다. 이런 역할에는 다른 옹호인들은 할 수 없는 역할들도 포함되는데, 다른 사람을 지원하기 위해 그들의 동의하에 다음과 같은 것들도 할 수 있다.

- 비공식적으로 방문하여 그들과 대화를 나눌 수 있다.
- 그들의 의료적 치료에 관련된 간호사, 상담자 등 누구든지 방문하여 면접할 수 있다.
- 관련된 의료적 또는 사회 서비스 기록을 요구할 수 있다.

The Mental Health Act 2007에서 IMHA 서비스를 받을 수 있는 사람을 '자격 있는 환자(qualifying patients)'라고 기술하고 있다. 자격 있는 환자란 다음 중의 한 사람이다.

- the Mental Health Act 1983에 따른 구금자(현재 병원을 떠나있다고 하여도)
- 조건부로 퇴원한 환자
- 후견(guardianship)을 필요로 하는 사람
- 감독을 받는 지역사회 치료 환자

또한 비공식적(자발적) 환자도 다음 중의 하나이면 IMHA 서비스를 받을 수 있다.

- 57조 치료에 적합하다고 여겨지는 경우
- 18세 이하이면서 58A조 치료에 적합하다고 여겨지는 경우

다. 우리나라의 아동보호전문기관

아동에 대한 학대가 사회문제가 되자 아동학대방지법이 1997년 국회에 상정되었으나, 형법 등 다른 법률과의 관계, 양육과 교육 목적의 차별에 관대한 사회적 분위기 등으로 인해 아동학대방지법이 만들어지지 못하고, 아동복지법을 개정하여 응급전화와 아동보호전문기관을 신설하는 것으로 되었다. 결국 아동보호전문기관은 2000년 7월부터 시행된 개정 아동복지법에 따라 설립 근거를 마련하였으며, 국가와 지방자치단체는 학대아동의 발견, 보호, 치료에 대한 신속한 처리 및 아동학대예방을 전담하는 아동보호전문기관을 설치하게 되었다. 이에 따라 중앙과 지역에 아동보호전문기관을 설립하였는데, 역할의 구분이 모호하고 지위관계가 불명확하여, 2008년 12월부터 시행되는 개정 아동복지법에서 중앙아동보호기관과 지역아동보호기관을 분리하였다. 이에 따라 중앙아동보호전문기관과 시·도 및 시·군·구의 지역아동보호전문기관으로 이원화되었고 업무도 명확히 분화되었다.

1) 구성과 조직

보건복지부 장관, 시·도지사 및 시장·군수·구청장은 아동학대예방사업을 목적으로 하는 비영리법인을 지정하여 중앙아동보호전문기관, 지역아동보호전문기관의 운영을 위탁할 수 있다. 이에 따라 현재 구성되어 있는 중앙아동보호전문기관과 44개의 지역아동보호전문기관의 대부분은 민

간이 위탁받아 운영하고 있으며, 서울과 부산의 한 곳씩만 지방자치단체가 직접 운영하고 있다. 현재 중앙아동보호전문기관은 굿네이버스가 위탁받아 역할을 수행하고 있다.

아동복지법 시행령과 시행규칙에 민간 운영 위탁 사항이 있는데, 아동보호전문기관의 운영을 위탁받으려는 자는 중앙아동보호전문기관의 경우에는 보건복지부장관에게, 지역아동보호전문기관의 경우에는 시·도지사 또는 시장·군수·구청장에게 지정을 신청하여야 한다. 또한 지정을 신청하려는 자는 다음 각 호의 요건을 모두 갖추어야 하는데, 요건은 ① 3년 이상 아동복지 업무를 수행한 실적이 있을 것, ② 시행령 별표 5에 따른 아동보호전문기관의 설치기준 및 상담원 등 직원의 배치기준을 갖출 것, ③ 시행령 별표 7에 따른 아동보호전문기관의 상담원 등 직원의 자격기준을 갖출 것, ④ 법 제46조에 따른 업무를 수행하는 데 필요한 예산을 확보할 것이다.

또한 아동보호전문기관의 설치기준 및 상담원 등 직원의 배치기준, 아동보호전문기관의 운영기준, 아동보호전문기관의 상담원 등 직원의 자격기준 등도 시행령과 시행규칙에 자세히 마련되어 있다.

2) 업무

중앙아동보호전문기관은 다음과 같은 업무를 수행한다.

- 지역아동보호전문기관에 대한 지원
- 아동학대예방사업과 관련된 연구 및 자료발간
- 효율적인 아동학대예방사업을 위한 연계체계 구축
- 아동학대예방사업을 위한 프로그램 개발 및 평가

- 상담원 직무교육, 아동학대예방 관련 교육 및 홍보
- 아동보호전문기관 전산시스템 구축 및 운영
- 아동복지시설 및 아동학대와 관련된 관계 기관 직원의 역량 강화 사업 지원에 관한 업무
- 아동학대 관련 국제 교류
- 피해아동 및 그 가족을 위한 전담 치료보호시설 운영
- 아동학대 관련 통계 생산 및 제공

지역아동보호전문기관은 다음과 같은 업무를 수행한다.

- 아동학대 신고접수, 현장조사 및 응급보호
- 피해아동, 아동학대행위자를 위한 상담 및 교육
- 아동학대예방 교육 및 홍보
- 피해아동 가정의 사후관리
- 아동학대사례판정위원회 설치·운영 및 자체사례회의 운영
- 아동복지법 제26조제1항에 따른 현장조사서의 전산시스템 입력 및 보존
- 아동복지시설, 「영유아보육법」에 따른 어린이집, 「유아교육법」에 따른 유치원, 「초·중등교육법」에 따른 학교, 경찰서, 주민자치센터, 보건소, 의료기관 및 「사회복지사업법」에 따른 사회복지관 등 아동학대와 관련된 관계 기관 간의 연계
- 피해아동 및 피해아동 가정의 기능 회복 서비스 제공
- 피해아동 및 그 가족을 위한 전담 치료보호시설 운영

3) 현장조사 및 응급조치의 권한

누구든지 아동학대를 알게 된 경우에는 아동보호전문기관 또는 수사기관에 신고할 수 있으며, 아동관련 기관에서 근무하는 사람 중 직무상 아동학대를 알게 된 경우에는 즉시 아동보호전문기관 또는 수사기관에 신고하여야 한다. 아동학대신고를 접수한 아동보호전문기관 직원이나 사법경찰관리는 지체 없이 아동학대의 현장에 출동하여야 한다. 이 경우 아동보호전문기관의 장이나 수사기관의 장은 서로 아동학대 현장에 동행하여 줄 것을 요청할 수 있고, 요청받은 아동보호전문기관의 장 또는 수사기관의 장은 정당한 사유가 없으면 그 소속 직원이나 사법경찰관리를 아동학대 현장에 동행하도록 조치하여야 한다. 아동보호전문기관의 장 또는 수사기관의 장은 아동학대행위자로부터 아동을 격리하거나 치료가 필요할 때에는 아동보호전문기관 또는 의료기관에 인도하는 등 아동이 안전한 곳에서 보호받을 수 있도록 조치하여야 한다. 아동보호전문기관의 장 또는 수사기관의 장은 아동을 격리하여 보호하는 경우 그 사실을 관할 시·도지사 또는 시장·군수·구청장에게 즉시 통보하여야 하고, 그 격리기간은 72시간을 넘을 수 없다. 다만 특별한 사유가 있는 경우에는 시·도지사 또는 시장·군수·구청장의 사전승인을 받아 48시간 이내에서 연장할 수 있다. 아동보호전문기관의 장 또는 수사기관의 장은 격리기간이 끝나기 전에 피해아동의 보호와 학대의 방지를 위하여, ① 보호자 또는 대리양육을 원하는 연고자에 대하여 그 가정에서 아동을 보호·양육할 수 있도록 필요한 조치, ② 아동의 보호를 희망하는 사람에게 가정 위탁 조치 ③ 보호대상아동을 그 보호조치에 적합한 아동복지시설에 입소시키는 조치와 같은 보호조치 등을 시·도지사 또는 시·군·구청장에게 의뢰할 수 있다.

아동학대 신고를 접수한 아동보호전문기관의 직원이나 사법경찰관리는 아동학대가 행하여지고 있는 것으로 신고된 현장 또는 학대아동사건

조사를 위한 관련 장소에 출입하여 아동 또는 관계인에 대하여 조사를 하거나 질문을 할 수 있으며, 아동학대행위자는 현장에 출동한 아동보호전문기관의 직원이나 사법경찰관리가 조사를 할 때 폭행·협박이나 현장 조사를 거부하는 등 그 업무 수행을 방해하는 행위를 하여서는 아니 된다. 그러나 현장 조사를 기피하거나 거부하는 경우 어떤 조치를 취할 수 있는지는 명확하지 않다.

아동보호전문기관의 장은 아동학대가 종료된 이후에도 가정방문, 전화상담 등을 통하여 아동학대의 재발 여부를 확인하여야 한다. 또한 아동학대의 재발 방지 등을 위하여 필요하다고 인정하는 경우 피해아동 및 보호자를 포함한 피해아동의 가족에게 상담, 교육 및 의료적·심리적 치료 등의 필요한 지원을 제공할 수 있다.

라. ‘발달장애인 지원 및 권리보장에 관한 법률(안)’ 중 발달장애인권익옹호센터

발달장애인권익옹호센터의 설치목적은 발달장애인의 인권침해 예방 및 인권침해 발생 시 신속한 권리구제를 목적으로 하며, 설치주체는 시·도지사이다. 또한 발달장애인권익옹호센터의 권한 및 업무는 ① 발달장애인 권리보호·옹호 활동 (법적, 행정적 또는 다른 적절한 구제수단 사용), ② 발달장애인 인권침해 사건에 대한 조사권, ③ 발달장애인에 관한 기록 접근권 부여, ④ 발달장애인 권리 및 인권침해 예방에 관한 홍보 및 교육 (공무원교육), ⑤ 실종 발달장애인에 관한 업무수행 등으로 되어 있으며, 발달장애인권익옹호센터 배치인력은 변호사, 사회복지사 등으로 하고 있다.

발달장애인 지원 및 권리보장에 관한 법률(안) 중 발달장애인권익옹호센터
관련 조항

제15조(발달장애인권익옹호센터의 설치·운영) ① 시·도지사는 발달장애인의
인권침해 예방 및 신속한 권리구제를 위하여 발달장애인권익옹호센터(이하
'권익옹호센터'라 한다)를 설치·운영한다.

② 권익옹호센터의 권한 및 업무는 다음 각 호와 같다.

1. 발달장애인의 권리를 보호·옹호하기 위한 법적, 행정적 또는 다른 적절한
구제수단을 취할 수 있는 권한
2. 발달장애인에 대한 학대·방임·착취·구금 및 무시 등의 사건이 보고되거나
그러한 사건이 발생하였다고 믿을만한 상당한 이유가 있는 경우에 그
사건에 대해 조사할 수 있는 권한
3. 발달장애인에 관한 기록에 접근할 수 있는 권한
4. 국가, 지방자치단체 및 공공기관 등의 공무원을 교육할 수 있는 권한
5. 발달장애인의 인권침해 예방 및 권리구제와 관련된 홍보 및 교육
6. 실종 발달장애인에 관한 임무
7. 그 밖에 보건복지부령으로 정하는 임무

③ 제2항제3호의 규정에 따라 발달장애인에 관한 기록에 대한 접근은 다음 각
호에 해당하는 경우에 한한다.

1. 발달장애인, 보호자 또는 그 외에 접근권을 부여한 다른 법률상의 대리인이
의뢰하는 사건
2. 정신상, 신체상 조건을 이유로 접근권을 부여할 수 없는 발달장애인과 관
련된 사건
3. 보호자 또는 그 외 다른 법률상 대리인이 없거나 후견인이 지방자치단체인
발달장애인과 관련된 사건

④ 권익옹호센터에는 변호사, 사회복지사 등의 상근인력을 배치하여야 한다.

⑤ 권익옹호센터의 설치·운영 등에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

마. 우리나라에서의 장애인 권익옹호 체계에 대한 제언

이상에서 본 것처럼 장애인의 권익옹호를 실현하기 위해서는 구체적인 권익옹호 체계가 필요할 것으로 보인다. 체계를 제언하기 위해 일반적인 원칙을 제시하고, 구체적인 체계에 대한 제언을 할 것이다.

1) 원칙

옹호는 모든 사람은 존경되고 경청되어질 권리, 개인의 삶에 영향을 미치는 의사결정에 참여할 권리, 미래에 대한 꿈과 계획을 가질 권리, 동일 지역에 사는 다른 사람들과 동일한 기회와 기여의 가능성을 가질 권리 등이 있다는 원칙에 근거하여, 다른 사람에 의해 취약해졌기 때문에 위협에 처한 사람을 보호하는 활동 및 사회가 들으려 하지 않는 사람들을 위해, 또한 그들과 함께, 그들이 그들의 견해를 표현하고 자신의 결정을 할 수 있도록 하는 활동을 의미한다고 볼 수 있다.

따라서 권익옹호는 다음과 같은 몇 개의 기초적인 원칙을 포함하고 있다.

- 권익옹호를 상당부분 필요로 하는 사람은 지적장애인이기는 하지만, 권익옹호는 지적장애인만을 위한 것은 아니고, 권익옹호가 필요한 모든 사람들을 위한 것이다. 권익옹호 서비스를 받는 사람은 보호 중인 아동, 정신질환을 앓고 있는 사람, 고령자 등을 포함한다. 권익옹호는 여성, 소수인종, 다른 문화 집단에 의해 그들의 이익을 증진시키기 위해 사용될 수 있다.
- 권익옹호는 옹호 서비스 이용자가 그들의 동료 시민들과 동등하게 발맞추어 그들의 견해, 선호, 결정 사항을 표현하는 것을 지원하는 것이다.

- 권익옹호는 서비스 이용자가 일단 그들의 선택을 표현하면 그것이 실행되도록 노력하는 것이다.
- 권익옹호는 동등한 권리를 수호하고, 차별을 없애려고 하는 것이다. 동등한 권리와 반차별에 대한 투쟁은 권익옹호 개념의 주요부분이다. 권익옹호의 주요 목적은 불이익을 당한 사람들이 그들의 동료 시민들과 동등한 대우를 받도록 하는 것이다.
- 권익옹호는 홀로되고 배제된 사람들이 사회와 그들의 지역사회에 포함될 수 있도록 격려, 지원하는 것이다.
- 권익옹호에 정답의 형태가 있는 것은 아니다. 다양한 형태는 다양한 욕구를 만족시킬 수 있다.
- 옹호인은 서비스 이용자만 옹호할 수 있고, 또는 공통 견해를 가진 그룹을 대신하여 옹호활동을 할 수도 있다.
- 옹호인은 서비스 이용자의 선택과 결정을 대신하여 말하는 것이지, 이용자를 대신하여 선택과 결정을 하는 것은 아니다. 즉, 옹호인은 이용자에게 영향을 끼치려 해서는 안 된다.
- 옹호인은 옹호 관계 내에서 이해 상충의 가능성을 갖지 않아야 한다. 옹호인은 다른 사람에 의해 영향을 받아서는 안 되고 서비스 이용자의 이해를 따라야 한다. 옹호인 또는 다른 사람들이 어떻게 생각하던 간에, 이용자가 말하고자 하는 것을 표현하게 하는 것이 권익옹호의 목표이다.

이에 따라 장애인 권익옹호 체계의 원칙은 다음과 같다.¹¹⁶⁾

- 서비스 제공자(시설)로 부터 독립되어야 한다.
- 무료로 서비스가 제공되어야 하며 국가와 지자체가 예산을 전액 지원해야

116) 유동철, “우리나라 장애인 권리옹호 체계의 현황과 문제점”, 장애인 권리 옹호체계 확립을 위한 정책토론회 자료집, 2010

한다.

- 서비스 제공기관이 권익옹호제도를 인지하고 환자 및 거주인에게 입원·입소 시 공지하고, 서면으로 이의제기 절차를 알려줄 의무, 신고를 방해할 경우 처벌 규정 등을 통해 실제 작동할 수 있도록 해야 한다.
- 권리구제신청이 없을 경우라도 권리침해 징후가 있을 경우 직권에 의한 조사가 가능해야 하며 이 경우 시설에서 협조하도록 해야 한다.
- 피해자를 피해 상황 또는 가해자로 부터 분리하고, 보복 등 2차 피해를 당하지 않도록 신속한 보호조치가 이루어져야 한다(쉼터 등 피해자 보호제도를 겸비할 필요성).
- 법에 의한 조사권한을 갖추고 있어야 한다.
- 시설에서의 인권침해, 피해자의 특성(정신장애인의 특성)에 대한 전문적 이해를 갖춘 인력이 필요하다.
- 정신장애인 당사자의 참여가 보장되어야 하며 의사가 존중되어야 하며 충분한 정보가 제공되어야 한다.
- 권익옹호기관이 가해자를 상대로 직접 소송을 제기할 수 있거나, 장애인이 소송을 할 수 있도록 절차적, 재정적 지원을 한다.

2) 권익옹호체계의 법적 성격

체계의 성격을 어떻게 할 것인가에 따라 다양한 방식이 존재할 것으로 보인다. 우선 기존의 권익옹호 체계인 국가인권위원회가 맡는 방안이 있다. 그러나 이를 위해서는 지역사무소 설치 등 조직의 확대가 필수적이라고 할 수 있다. 다음으로는 미국의 P&A나 한국의 아동보호전문기관 처럼 비영리 민간 기관이 시·도 또는 시·군·구 단위로 위탁을 받는 방식이 있을 수 있다. 이 경우에도 위탁의 주체를 국가인권위원회, 보건복지부, 지방자치단체로 구분할 수 있다.

① 국가인권위원회를 확대하는 방안

우리나라에서는 국가인권위원회가 장애인의 인권확보와 옹호를 위한 기관으로 되어 있다. 국가인권위원회는 장애인 차별에 대한 시정기구의 역할도 담당하고 있다. 국가인권위원회법에 따르면 국가인권위원회는 인권침해에 대한 조사, 구제, 실태조사, 관련기관에의 권고 등 광범위한 역할을 하고 있다.

이러한 역할은 미국 P&A가 담당하는 대부분의 역할을 망라하고 있다. 국가인권위원회는 조사권, 접근권, 시정권고 또는 조정권한을 비롯해서 홍보, 교육, 관행에 대한 의견표명 등 미국 P&A가 가지고 있는 권한의 대부분을 가지고 있다. 광범위한 조사권, 긴급구제조치에 관한 권한, 질문검사권, 인권옹호업무방해죄 등 형법에 의한 보호 등의 측면에서 보면 국가인권위원회는 미국의 P&A 기관보다도 더 큰 권한을 갖고 있다고 평가할 수 있다.

그러나 국가인권위원회는 서울 중심으로 조직되어 있고, 지방 일부에 사무소를 두고 있지만 그나마도 조직축소의 논란 속에 있다. 국가인권위원회는 모든 인권문제를 업무범위로 하고 있고, 장애인 권익옹호 업무를 처리하는 인력과 예산은 매우 제한되어 있다. 장애인 권익옹호 업무는 그 특성상 장애인에 관한 이해와 전문성을 갖추어야 한다. 장애인 권리 확보의 실효성을 높이기 위해서는 장애인의 접근이 용이할 수 있도록 지방에 지역사무소를 설치할 필요성이 있으며, 장애 관련 전문가의 더 많은 참여가 보장되어야 할 것으로 보인다. 그런데 지역사무소를 늘릴 경우, 장애인관련 업무만 늘릴 수 없고 다른 18개 영역도 함께 늘려야하기 때문에 규모가 커질 수밖에 없다. 따라서 장애인권센터만을 위한 조직확대는 어려울 것으로 보인다.

② 비영리 민간단체에 위탁하는 방안

국가인권위원회 지역사무소 확대의 어려움을 감안한다면, 민간이 법적 권한을 가지고 공적 역할을 담당하는 형식도 바람직할 수 있다. 민간 위탁의 경우 민간기관의 헌신성과 역동성, 서비스 마인드, 전문성과 활동 경험이 권익옹호 활동에 큰 역할을 할 수 있다. 실제 미국 P&A 기관은 민간조직의 역동성과 자발성, 서비스 마인드와 행정기관의 권한과 책임이라는 장점이 결합된 조직이다.

그러나 위탁 또는 해촉에 따른 업무 지속성의 문제, 지역 내 위탁을 받기 위한 기관 간 과도한 경쟁 문제, 기관의 전문성 보다는 정치적 판단 등과 같은 다른 요인에 의해 결정되는 문제 등이 있을 수 있다.

위탁의 주체가 국가인권위원회인 경우 국가인권위원회의 조사권을 승계할 수 있기 때문에 현장 조사나 자료에 대한 접근에서 우위를 점할 수 있을 것으로 보인다. 그러나 보호조치를 취해야 할 경우 적절한 연계의 어려움이 발생할 수도 있다. 보건복지부가 위탁의 주체인 경우 조사권 범위가 국가인권위원회 보다 협소해 질 수 있으나, 조사 이후 보호조치의 연계성은 훨씬 높을 수 있다. 시·도 또는 시·군·구가 위탁의 주체가 되는 경우 조사권 범위 협소의 문제, 예산 확보의 문제, 조례 제정의 문제, 지자체 장의 정치적 성향에 따른 위탁의 치우침 현상 등이 예상되나 지역의 자원을 연결하기에는 많은 강점이 있을 것으로 보인다.

③ 제언

권익옹호 체계는 그 특성상 장애인에 관한 이해와 전문성을 갖추어야 하고, 대상자와 접근이 용이할 수 있도록 지방화, 소규모화할 필요성이 있으며, 미국의 P&A처럼 민간조직의 역동성과 자발성, 서비스 마인드와

행정기관의 권한과 책임이라는 장점을 결합하는 방식이 장애인 권리확보를 위하여 훨씬 능률적인 면도 있는 만큼, 비영리 민간단체에의 위탁이 바람직할 것으로 보인다. 현재 지방자치단체별로 조례를 제정하여 장애인권센터를 만들고 있으나, 법률의 근거 없이 조례에 의하여 민간단체인 장애인권센터에 조사권 및 접근권을 부여하는 데에는 일정한 한계가 있는 만큼, 법률에 근거하여 조사권과 접근권을 부여하고, 이를 위임하는 것이 더욱 바람직할 것으로 보인다. 장애인의 권리에 관한 대표적 법률이 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」임을 인정한다면, 그리고 차별과 인권침해 이외의 다양한 서비스권리까지를 포함시키기 위해서는 이를 총체적으로 주관하고 있는 보건복지부의 권한 위임이 필요하다고 생각된다. 물론 이를 위해서는 「장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률」 또는 「장애인복지법」을 개정하거나 「장애인권리보장법(안)」을 제정하는 것을 고려해 볼 수 있다.

3) 권익옹호 체계의 구성

국가인권위원회의 지역사무소를 확대하던, 민간위탁을 하던, 중앙과 지방으로 나누어 구성하는 것이 바람직할 것으로 보인다. 중앙 권익옹호 체계는 지방 권익옹호체계에 대한 지원, 연계체계 구축, 프로그램 및 정책 개발, 교육 등의 역할을 수행하고, 지방 권익옹호체계는 시·군·구 단위로 조직하되, 필요한 경우 인접 시·군·구를 묶을 수 있을 것으로 보인다. 지방 권익옹호체계는 장애인 학대 신고접수, 현장조사 및 응급보호, 피해 장애인 및 학대행위자를 위한 상담 및 교육, 학대예방 교육 및 홍보, 피해 장애인 및 가정의 사후관리 등의 역할을 수행하게 될 것이다. 또한 정신적 장애나 발달장애, 장애여성과 같은 특별한 영역에 대해서는 특별하게 활동하는 전문 권익옹호체계의 구성도 필요할 것으로 보인다.¹¹⁷⁾ 따라서 중앙, 지방, 전문 권익옹호 체계로 구성되는 것이다.

4) 권익옹호 체계의 권한과 역할

① 조사권과 접근권

권익옹호 체계 기관들은 장애인에 대한 학대, 방임, 또는 권리침해 사건을 조사하기 위하여 일정한 권한을 부여받아야 한다. 학대나 방임 사건이 접수되거나 발생했다는 상당한 이유가 있다고 믿어지는 경우 조사를 시작할 수 있다. 조사와 관련해서 강제조사권을 부여하는 방안, 임의조사권만 부여하되 조사를 거부하거나 기피하는 자를 제재하는 방안, 임의조사권을 부여하고 조사거부 등의 상황이 발생하면 국가인권위원회 또는 수사기관에 의뢰하여 조사하는 방안 등이 있을 수 있다.¹¹⁸⁾

권익옹호 체계 기관들이 권한을 효과적으로 수행하기 위해 장애인들의 기록 및 그들이 거주하고 있는 시설에 대한 광범위한 접근권을 가지는 것이 필요하다. 학대나 방임에 대한 조사를 거부하거나 방해하는 경우, 법원의 명령을 통해 접근권의 보장과 집행이 가능하도록 하는 방안도 있다.

② 조사 이후의 조치 및 사례관리

권익옹호 체계 기관들은 조사 후 다양한 조치를 취할 수 있어야 한다. 피해당사자를 격리, 보호하거나 지역사회에서 자립할 수 있도록 돕는 것, 가해자를 고발하거나 피해자로부터 분리하는 것 등 여러 수단들을 함께 시도할 수 있어야 한다. 또 조사결과를 기술하고 개선조치를 권고

117) 임성택, “장애인 생활시설에서의 인권침해, 그 현황과 대책”, 『저스티스』, 128, 2012, 7-59면

118) 임성택(2012), 위의 논문

하는 공적 보고서를 발행할 수 있어야 하며, 감시와 개선을 위한 노력을 시설이나 지역사회와 함께 할 수 있어야 하며, 시설 및 지역사회의 장애인들을 위한 자기옹호 훈련을 제공할 수도 있어야 한다.

③ 소송지원

미국 P&A기관들은 장애인들의 법률상 권리의 확보를 위해 장애인을 대신하여 법적, 행정적, 기타 적절한 구제방법을 수행하도록 위임받아, 장애인들을 위하여 원고가 되어 소송을 제기할 수 있어야 한다.

그런데 우리나라는 현재 법률상 이해관계를 가지거나 권리가 없는 경우에는 원고 적격이 인정될 수 없다. 따라서 특정 단체가 단체 구성원의 이익을 위하여, 또는 이익을 대변하는 소송을 제기할 수 없다.

따라서 원고적격이 되어 소송을 할 수 있도록 법률적 근거를 마련하는 방안이 있을 수 있다. 그러나 이 방안은 사법체계 전반을 개혁하는 것으로 보이기 때문에, 단기적으로는 무리가 있어 보인다. 따라서 현행 사법 체계를 인정하고 장애인이 원고가 되어 소송을 할 수 있도록 절차 및 비용을 지원해주는 방안을 모색할 수 있다.

④ 긴급전화 운영

피해신고를 위한 긴급전화가 필요하다. 현재 장애인 인권상담전화가 운영되고 있는 만큼 업무 조정이 필요할 것으로 보인다.

⑤ 상담, 정보 제공, 홍보 및 교육 등의 서비스

권익옹호 체계 기관들은 정보제공 및 의뢰, 서비스 공급자, 국회 및

지방의회 의원, 기타 정책입안자 등에게 기술지원의 제공, 자기 옹호 훈련의 실시, 대중의 인식 제고 등과 같은 장애인의 권리를 증진하기 위한 다른 폭넓은 노력에 관여하는 것이 필요하다.¹¹⁹⁾

3. 성년후견제도

장애인 인권침해 중 빈도도 높고 정도도 심한 경우가 지적장애인에 대한 인권침해이다. 판단능력이 다소 떨어진다는 것을 이용하여 명의도용, 재산 갈취, 상거래상의 불이익이 빈번하게 벌어지고 있으며, 성폭력의 사례도 빈번하다. 이럴 때 지적장애인의 입장에서 판단하고, 지원할 수 있는 개인이나 단체를 찾게 된다. 이런 필요에 의해 성년후견제도가 등장했다. 물론 일부 지적능력의 부족을 전반적인 능력부족으로 여기는 금치산, 한정치산제도를 보완하여 인권을 증진시킨다는 목적도 있었지만, 일부 장애계에서 성년후견제도를 주장한 것은 인권침해를 막기 위함이었다.

현행 우리나라 민법에서는 성년자가 정신적 장애로 인하여 독립적인 법률 행위를 할 만한 판단능력이 없거나 부족한 경우를 위해 금치산과 한정치산 제도를 두고 있다. 그러나 현행 금치산과 한정치산제도는 판단능력이 부족한 성년자의 자율성을 지나치게 제약하고, 재산관리에만 치우쳐 고령자나 장애인을 위한 실질적인 지원 기능을 못하고 있다. 특히 우리사회는 핵가족화, 여성취업의 증가, 인구의 노령화 등에 따라 전통적인 후견적 가족관계의 해체가 급속히 진행되고 있으며, 이러한 가족을 대신할 정신요양원 또는 노인요양병원 등의 필요성이 증대되고 있다. 하

119) 임성택(2012), 위의 논문

지만, 이러한 시설 역시 피수용자의 자유를 제한하거나 침해하여 인권 침해적 상황을 야기하고 있다.

개정 전 우리 민법의 행위무능력자 제도는 자기결정권의 존중, 인간 존엄성의 보장이라는 측면에서 매우 낙후된 제도라고 할 수 있다. 이러한 행위무능력제도는 우리 헌법 제37조에 명시된 개인의 자유와 자기결정권을 존중함으로써 인간의 존엄성을 실현하는 목적과도 일치되지 않으며, 정신장애인의 인권보호 정신과 자기결정권의 존중, 잔존능력의 활용 측면에서도 위배되었다. 이에 사회복지적 관점에서 기존 금치산·한정치산 제도를, 현재 정신적 제약을 가지고 있는 사람은 물론 미래에 정신적 능력이 약해질 상황에 대비하여 후견제도를 이용하려는 사람이 재산 행위뿐만 아니라 치료, 요양 등 복리에 관한 폭넓은 도움을 받을 수 있는 성년후견제로 확대·개편하는 내용의 민법 개정 법률이 2011년 2월 국회를 통과하여 2013년 7월부터 성년후견제 시행을 앞에 두고 있다.

새로이 시행될 성년후견제도는 의사결정 능력에 장애가 있는 성인을 사회로부터 배타적으로 배제·격리시키거나 권위적으로 보호하는 것이 아니라 우리 사회 구성원으로 적극적으로 포용하는 것을 목적으로 한다. 이를 실천하기 위한 구체적인 방법으로 요보호 성인에게 남아 있는 의사결정 능력을 최대한 존중하고, 의사결정 능력이 없을 때에도 가능한 한 본인의 의사를 존중하여 필요한 조정 절차를 도입하는 것을 핵심으로 한다.

그러나 아직도 개정 민법의 정신을 제대로 살릴 수 있는 구체적인 후속입법이 이루어지지 않고 있으며, 민법 개정 정신을 제대로 살리지 못한 채 그 동안 민법의 금치산자, 한정치산자 규정을 적용하던 여러 법률들을 일괄적으로 성년후견으로 바꾸려는 움직임까지 있다. 또한 후견제도는 장애인의 판단능력이 부족한 만큼 후견인이 채워주겠다는 것이기 때문에 기본적으로 장애인의 판단능력에 대한 부정을 전제할 수밖에 없어 장애인의 자기결정을 침해할 수 있다는 주장도 제기되고 있다.

따라서 자립생활의 관점에서 바라보았을 때 성년후견제도가 어떤 의미를 가지는지 살펴보는 것은 의미가 있을 것이다. 이를 위해 외국의 성년후견제도를 살펴보고, 자립생활에 적합하기 위해 어떻게 운영되어야 할지 알아볼 것이다.

가. 독일의 성년후견제도

1) 원칙

독일의 성년후견제도에는 중요한 두 가지 원칙이 적용된다. 즉, 성년후견은 필요성의 원칙과 보충성의 원칙을 담고 있는데, 먼저 필요성의 원칙은 성년후견이 요구되는 직무의 범위에 한해서만 성년후견인이 선임될 수 있으며, 피성년후견인에게 필요한 경우에 한해서 성년후견인이 요구된다는 원칙이다. 법원은 성년후견인을 선임할 때 개인의 개별적인 필요성의 정도에 따라 성년후견인을 임명하게 되고, 성년후견의 직무범위 역시 법원에서 개별적으로 정하게 된다. 이러한 필요성의 원칙은 피성년후견인을 부당한 조치로부터 보호할 뿐만 아니라 사회적 질서에도 부합하게 하는 것이다. 이러한 필요성의 원칙과 관련하여 독일의 경우, 성년후견은 성년자가 심리적·정신적 및 신체적 장애로 인하여 자기 사무의 전부 또는 일부를 처리할 수 없는 경우에 이루어진다(독일 민법 제986조 제1항). 이러한 요건에 의하면 전통적인 후견의 대상이었던 정신 장애인 외에 고령화에 따른 준비조치로 후견제도를 이용할 수 있으며, 이를 대비하여 독일 성년후견법이 마련되었다. 그래서 독일은 성년후견의 요건을 개별적인 필요성의 여부와 정도에 따라 성년후견을 결정하도록 하고 있다.¹²⁰⁾

120) 백승흠(1997), 위의 논문

반면, 보충성의 원칙은 법정대리인의 선임이 다른 원조방법에 의한 경우가 아닌 필요할 경우에 한하여 선임된다는 것이다. 본인이 이미 가족이나 친구, 지인 등에 의해 충분한 보호를 받고 있는 경우에는 성년후견의 필요성이 부인된다. 즉, 전통적으로 가족이나 이웃 등에 의한 원조에서 그 밖의 지원이 필요한 경우 피성년후견인의 인권이 침해되지 않는 경우를 의미한다. 일반적으로 성년후견이 필요한 상황에 대비해서 충분한 의사능력이 있는 경우에 미리 성년후견인을 지정할 수 있는데, 이 경우 성년후견인의 직무는 주로 일상생활 및 재산관리에 해당된다. 이러한 법정후견에 있어서도 피성년후견인의 복지에 반하지 않는 한 본인의 의사를 존중하도록 되어있다(독일 민법 제1901조 제2항). 또한 임의후견제를 기본으로 하고 보충적으로 법정후견제를 시행하고 있다.¹²¹⁾ 임의후견제 원칙을 우선시 하더라도 행위능력 존재가 불분명 하여 적절한 임의후견인을 선임할 수 없는 경우, 적합한 임의후견인을 찾지 못한 경우, 임의후견인이 선임되었으나 직무의 범위 및 기간 등으로 보아 추가적인 성년후견인 선임이 필요한 경우, 기타 법원에서 피성년후견인 지원을 위하여 법정성년후견인 지정이 필요하다고 판단한 경우에 법정 후견인을 선임할 수 있다. 임의후견제라 하더라도 후견인의 권한 남용을 막고, 안정적인 후견업무가 이루어 질 수 있도록 법원의 감독과 후견감독인이 선임되며, 법정 성년후견제에 적용되는 규정들이 임의후견제에도 적용된다.

2) 청구권자

성년후견의 청구권자는 본인, 본인의 배우자, 가족, 친족, 이해관계자로 하고 있으며, 또한 법원의 직권에 의한 청구도 가능하게 되어 있다.

121) 김정열, “성년후견제도의 이해”, 지적·발달장애인의 신상감호를 위한 성년후견인의 역할, (사)한국지적장애인복지협회, 2012

3) 성년후견인의 자격

성년후견인은 원칙적으로 자연인을 우선적으로 선임하도록 하며, 예외적으로 후견사단 및 후견청 등의 후견법인을 성년후견인으로 선임할 수 있다. 성년후견인 선임 시 피성년후견인은 성년후견인을 추천할 수 있으며, 법원은 피성년후견인의 복지에 반하지 않는 한 이를 수용한다. 피성년후견인과 개별적 친분이 있는 자가 피성년후견인이 되는 것을 활성화하기 위해 피성년후견인의 배우자, 피성년후견인의 부모, 피성년후견인의 비속 등 피성년후견인과 개별적 친분이 있는 자가 후견인이 되는 경우 일부 성년후견인의 의무를 면제해 주고 있다. 피성년후견인이 입소 및 거주하고 있는 시설의 장 및 그와 관계된 시설의 직원, 종속관계에 있는 법인은 후견인 선임에서 제외된다. 성년후견인은 복수로 선임이 가능하다.

후견사단 및 후견청 등의 후견법인을 성년후견인으로 선임할 수 있는데, 성년후견사단은 자연인으로 구성된 성년후견인만으로 성년후견 목적을 달성하기 어려울 경우 예외적으로 성년후견인이 될 수 있으며, 성년후견청은 후견사단이 성년후견인이 되기에 적합하지 않다고 판단되는 경우에 한하여 성년후견인이 될 수 있다.

4) 성년후견인 선임

성년후견인 선임은 후견법원이 심사를 거쳐 이루어지며, 이 과정에서 성년후견의 필요성 및 범위에 관하여 전문가의 감정과 피성년후견인의 의견 청취가 이루어진다. 필요한 경우 법원은 감정인이나 피성년후견인의 관계인의 일방적인 의견에 따라 성년후견업무가 결정되는 것과 피성년후견인의 복지에 반하여 후견업무가 결정되는 것을 방지하기 위해 피

성년후견인을 위한 감독인을 선임 할 수 있도록 하고 있다. 성년후견 감독인은 성년후견인이 업무를 충실히 완수할 수 있도록 성년후견인을 감독하고, 성년후견인이 의무를 위반한 경우나 후견인 해임사유가 발생할 경우 법원에 통보하며, 성년후견인에 대하여 사무집행에 관한 보고를 청구할 수 있으며 관련 서류를 열람할 수 있다.

5) 성년후견의 범위

성년후견의 범위는 원칙적으로 피성년후견인의 재산관리 및 신상감호와 관련된 법률행위를 대리하거나 지원하는 업무로 제한하고 있다. 성년후견인의 업무범위 및 직무 등은 후견법원에서 성년후견인 선임과정에서 개별적으로 결정하며, 성년후견 업무과정에 있어 피성년후견인의 복지에 반하지 않는 한 피성년후견인의 의사 및 자기결정권을 최대한 존중하려 노력하고 있다.

6) 성년후견의 종료

성년후견기간은 원칙적으로 7년이며 성년후견업무기간이 종료되면 후견업무의 폐지 및 연장에 관한 법원의 심사과정 이루어진다. 성년후견인이 후견업무 범위의 축소 및 후견업무 종료 사유가 발생할 경우 법원에 청구하여 법원의 심사과정을 통해 후견업무의 축소 또는 종료가 이루어진다. 피성년후견인도 성년후견업무의 조정 및 후견업무의 종료, 후견인의 교체 등을 법원에 청구할 수 있다. 또한 법원은 성년후견인의 의무위반, 업무태만, 후견업무를 수행하는데 적합하지 않다고 판단하는 경우 직권으로 성년후견인을 해임 할 수 있다. 성년후견인의 의무위반, 업무태만, 후견업무를 수행하는데 적합하지 않을 경우 성년후견사단, 성년후견

청, 피성년후견인에 의해서도 법원에 해임 신청이 가능하다. 성년후견인이 업무를 수행하는데 문제가 없더라도 피성년후견인이 원하지 않을 경우 피성년후견인의 복지를 위해 필요하다고 판단되면 성년후견인을 해임할 수 있다.

나. 일본의 성년후견제도

1) 원칙

일본은 1999년 12월에 새로운 성년후견제도의 창설을 내용으로 하는 새로운 법률을 제정·공포하였고, 이 법률안은 2000년에 이르러 시행되기 시작하였다. 개정 전의 구민법에서는 금치산 및 준금치산제도를 두고 사람의 행위능력을 규율하고 있었으나, 이는 장애인 등에게 대응하기 위한 법제로써 제 기능을 발휘하지 못하였다. 이러한 법과 제도상의 문제는 금치산 준금치산선고제도의 활용을 둔화시켰고, 종국적으로 장애인들이 사회적 약자의 틀 속에서 벗어날 수 없게 하는 굴레로 작용하였다. 이 때문에 기존에 도출된 여러 가지 문제점들은 저출산 고령화 사회의 대응이라는 관점에서 재조명될 수밖에 없었으며, 더욱이 국가의 장애인 복지 증진의 의무와 장애인의 정상화(normalization)라는 이념을 일본이 수용하면서 결국 민법상의 금치산 준금치산제도를 대체하는 새로운 성년후견제도가 도입되었다.¹²²⁾

개정 민법상 성년후견제도는 우선 ‘이용하기 쉬운 제도’를 목표로 대륙법계의 후견제도인 「법정후견제도」와 영미법계의 계약에 의한 「임의후견제도」를 도입하였다. 나아가 공시방법으로 성년후견등기제도를 두

122) 변용찬, 강민희, 이승희, 전광석, 「성년후견제 사회복지분야 지원방안 연구」, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2009

어 호적기제를 대신하고 있다. 이와 같은 개정민법상 성년후견제도는 대륙법계와 영미법계 제도의 장점만을 골라 독특한 제도로 정립되었으며, 본인의 보호를 도모하는 제도임과 동시에 피성년후견인의 자기결정권의 존중, 잔존능력의 활용, 정상화(normalization)라는 이념을 근거로 하고 있다.¹²³⁾

2) 성년후견의 유형

일본민법은 성년후견의 유형을 법정후견제도와 임의후견제도로 구분하고 있다. 여기에서 법정후견은 다시 후견, 보좌, 보조제도의 3유형으로 구분하고 있는데, 후견, 보좌, 보조의 순으로 피성년후견인의 사리변식능력이 높다고 할 수 있다. 후견이란, '정신상의 장애에 의하여 사리를 변식하는 능력을 상실한 상태에 있는 자'를 대상으로 한다. 보좌란, '정신상의 장애로 인해 사리변식능력이 현저히 불충분한 자'를 대상으로 한다. 보조란, '능력이 불충분한 자'에 대한 보호유형으로써 현행 민법에서 새로이 도입된 제도이다.

임의후견제도는 본인이 충분한 판단능력이 가지고 있는 동안에 장래 판단 능력이 떨어진 상태가 될 경우를 상정, 대비하여 미리 본인이 선정한 대리인(임의후견인)에게 본인의 생활, 요양간호, 재산관리에 관한 사무에 대한 대리권을 준다는 계약(임의후견계약)을 공증인이 작성하는 공정증서로 맺어 놓는 것이다. 이렇게 함으로써 본인의 판단능력이 저하된 후에 임의후견인이 임의후견계약으로 정해진 사무에 대해 가정재판소가 선임한 "임의후견감독인"의 감독 아래 본인을 대리하여 계약 등을 맺음으로써 본인의 의사에 따른 적절한 보호, 지원을 할 수 있도록 한다.¹²⁴⁾

123) 이병화, "성년후견제도의 도입에 따른 국제후견법의 재고찰", 「비교사법」, 13(3), 2006, 85-137면

3) 성년후견인의 직무

성년후견인의 직무로는 재산관리 뿐 아니라 의료계약, 주거계약, 시설 입소계약, 개호계약, 교육 및 재활에 관한 계약 등의 신상보호로 피성년후견인의 의사를 존중하고 심신상태 및 생활상황의 배려 등이 있다. 후견인은 피후견인의 재산관리권과 그 대리권 및 피후견인의 법률행위에 대한 취소권을 가진다. 다만 피후견인의 법률 행위는 일용품의 구입 및 기타 일상생활에 관한 행위 등에 관해 피성년후견인의 잔존능력의 활용 및 보편화의 관점에서 취소할 수 없다. 보좌가 개시되면 가정법원에 의해 보좌인이 선임되고 본인이 실시하는 중요한 재산행위에 대해서는 보좌인의 동의를 필요로 한다. 보좌인의 동의가 있어야 하는 행위로서 그 동의나 이에 대한 가정법원의 허가없이 한 행위는 취소할 수 있는데 이는 본인과 보좌인이 모두 가진다. 참고로, 보좌인은 가정법원의 심판에 의해 특정한 법률행위에 대해 피보좌인에 대한 대리권을 부여받을 수 있다. 그리고 보좌는 일반적으로 피보좌인 등의 신청에 의한 가정법원의 심판으로 개시되어 보좌인은 피보좌인에 대한 대리권, 동의권, 취소권을 가진다. 보좌심판의 신청권자는 피보좌인, 배우자 및 4촌 이내의 친족 등이지만 본인의 자기결정권의 존중이라는 취지에서 피보좌인 본인 이외의 자가 신청을 하는 경우 반드시 피보좌인의 동의를 얻어야 한다.¹²⁵⁾

4) 임의후견인의 직무

임의후견인의 직무범위와 관련하여, 임의후견인의 계약은 공증인이 작성하는 공정증서에 의해 등기되어야 한다. 대리권 부여의 대상이 되는

124) 김정열(2012), 위의 책

125) 변용찬 외(2009), 위의 책

사항은 재산관리 및 신상보호에 관한 법률행위, 관련된 등기나 공탁신청, 개호인정신청 등 공법상의 행위 등이 있다.

임의후견인의 직무범위는 다음과 같다. 임의후견인의 사무 및 대리권의 범위는 계약에 의하여 정해지며, 임의후견계약은 공증인이 작성하는 공정증서에 의하여야 한다. 그리고 임의후견계약에 관한 공정증서를 작성한 공증인은 이를 등기하여야 한다. 임의후견계약사무의 내용은 계약으로 정해지지만, 대리권 부여의 대상이 되는 사무인 이상 계약 등의 법률행위에 한하고, 사실행위는 포함되지 않는다. 대리권 부여의 대상이 되는 사항은 재산관리에 관한 법률행위에 한정되지 아니하고 신상보호에 관한 법률행위뿐만 아니라, 이와 관련된 등기나 공탁신청, 요개호인정의 신청 등 공법상의 행위도 포함된다. 그리고 임의후견인이 변호사인 경우에는 이러한 사무와 관련된 분쟁에 관한 소송행위도 수권이 가능하다고 해석된다.

다. 우리나라의 성년후견제도에 대한 제언

2013년 7월 시행되는 성년후견제도를 담은 개정민법 947조에서는 성년후견인이 피성년후견인의 재산관리와 신상보호를 할 때 여러 가지 사정을 고려하여 그의 복리에 부합하는 방법으로 사무를 처리하여야 하며 피성년후견인의 복리에 반하지 아니하며 피성년후견인의 의사를 존중해야 함을 명시하고 있다. 이에 따라 후견인의 직무는 재산관리, 신상보호임을 알 수 있다. 또한 ‘복리’의 의미가 중요해지는데, 독일민법에서는 복리를 ‘사람이 하나의 인격체로서 누릴 수 있는 이익들, 즉 생명, 신체, 건강을 온전히 보존하고 자신의 인격을 발현, 발전시키며 신상과 재산을 관리함으로써 향유할 수 있는 이익들의 총체를 의미한다.’¹²⁶⁾고 규정하고

126) 최봉경, 「독일의 성년후견제도에 관한 연구」, 법무부 연구용역, 2009

있다. 따라서 후견인제도는 장애인의 인격을 발현시키기 위해 도입된 제도이며 장애인이 누려야 할 권익을 최대한 발전시키기 위해 탄생한 제도로 보인다.

그런데 아이러니 하게도 후견인제도는 기본적으로 '장애인의 판단능력이 결여되어있다'는 전제를 하고 있기 때문에, 잘못 사용되면 오히려 장애인의 인권을 침해하는 제도로 전락할 수도 있다. 한 예로 올해 여름 요양원에서 시설로 이전하려는 지적장애인이 통장과 현금카드를 만들려고 했는데, 은행 측이 거절한 사례가 있었다. 해당 은행의 공식적인 입장은 현금카드를 다른 사람이 사용할 수 있기 때문에 오용을 방지하기 위해, 현재 통장개설은 가능하나, 내년 7월 이후 후견인제도가 시행되고, 후견인이 선정되면 현금카드도 만들 수 있다는 것이었다. 또 다른 은행은 아예 후견인이 없으면 통장도 만들지 못한다는 입장이었다. 결국 후견인제도가 장애인의 의사결정능력을 부정하는 제도로 사회에 인식되고 있음을 보여주는 것이다. 장애인의 인권침해를 방지하고자 만든 후견인제도가 자칫 장애인의 사회적 열등감을 강조하고 장애인은 의사결정능력이 없다는 낙인을 주는 제도로 오해할 수도 있음을 나타내주고 있다. 장애인의 자립생활을 가로막고, 제도가 장애를 만드는(disabling) 대표적 사례로 볼 수 있다. 또한 성년후견제도의 주인은 장애인보다는 후견인이 될 가능성이 크다. 그러다 보면, 장애인을 열등한 존재로, 판단을 대신해 주어야 할 존재로 인식하게 되고, 장애인과 후견인사이에 위계성이 존재하게 되고, 이 차이는 차별로 이어지게 될 것이다.

이와 같은 문제점으로 인해 이미 후견제도를 시행하고 있는 나라들에서 후견제의 남용과 오용에 따른 부작용을 경계하고, 이를 개선하기 위하여 현존능력의 극대화, 후견인의 피후견인에 대한 최소개입의 원칙을 재천명하고 있다. 특히 스웨덴에서는 장애인에 대한 후견제도를 1989년 1월부터 폐지하였는데, 후견제도가 사회적 열등감을 강조하고 장애인에게 낙인을 주는 효과가 있기 때문이었다. 또한 일본의 3가지 후견인제도

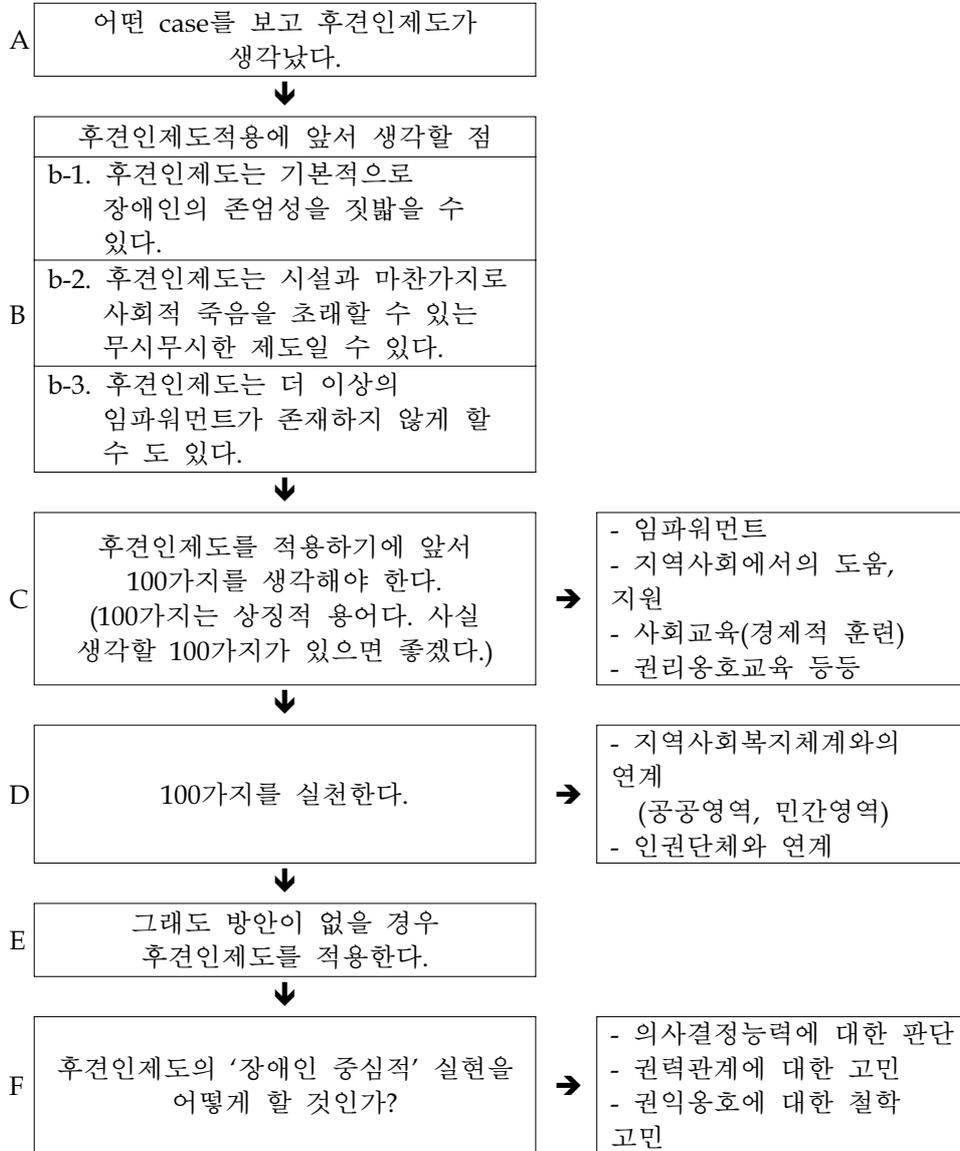
도 마치 세 가지 치수의 옷을 만들어 놓고서 입기를 강요하는 것과 똑같은 비판이 제기되고 있다.¹²⁷⁾ 따라서 후견인의 개입은 최소화하고, 최후의 수단으로 사용하여야 하며, 오히려 현존 능력을 극대화하고, 역량을 강화할 수 있는 서비스가 더 중요하다.

또한 북유럽을 중심으로 1960년대 이후 지속적으로 제기되고 있는 정상화(normalization)이념, 1980년대 이후 영국을 중심으로 제기되어 온 사회적 모델(social model), 1980년대 이후 미국을 중심으로 형성되어 전세계적으로 전파되고 있는 자립생활운동(independent living movement) 등 최근 장애 이론의 세계적인 경향은 장애인의 권익향상과 자기결정에 근거한 자립생활을 강조하고 있다.

따라서 이런 이념의 흐름과 후견인제도의 시행에 앞선 우려에 충분히 공감하면서 후견인 역할을 하기 전 점검해야 할 사항이 무엇인지 생각해 봐야 한다. 고려 사항은 [그림 5-1]과 같다.¹²⁸⁾ 후견인 제도를 적용하기에 앞서 후견인 제도가 자기결정권과 장애인의 역량강화를 저해할 수 있다는 생각을 하고 다른 방안을 강구해 본 후에 그래도 방안이 없을 경우 후견인 제도를 시행하여야 한다.

127) 조한진, “조항별 CRPD분석”, 2012 유엔장애인권리협약 민간보고서 작성 교육 자료집, 2012

128) 조문순, “나는 어떤 후견인이 될 것인가?”, 지적·발달장애인의 신상감호를 위한 성년후견인의 역할, (사)한국지적장애인복지협회, 2012



[그림 5-1] 후견제도 적용 전 고려 사항

부득이 하게 후견제도를 이용하여야 하는 경우에도 다음과 같은 원칙이 있어야 할 것 같다.¹²⁹⁾

첫째 후견인은 철저히 장애인편이 되어야 한다. 전문가로서의 관점이 아닌 장애인입장에서 생각해야 하며, 장애인의 의사를 따르는 것이 필요하다.

둘째, 가부장적 보호주의의 유혹에 넘어가서는 안 된다. 이는 현행 활동보조인제도 속에서 나타나는 부작용 속에서 찾아볼 수 있다. 많은 활동보조인들이 장애인의 사회활동과 자립을 지원하기 보다는 가르쳐줘야 하고, 보호해야 한다는 생각으로 장애인의 의사가 무시되고 있는 경우가 많다. 특히 지적장애를 가진 사람들에게 가르치려하고 보호하려하는 순간 이 장애인의 의사는 깡그리 무시되기 쉽기 때문이다.

셋째, 장애인의 자기결정권을 최대한 존중하여야 한다. 2005년 영국의 정신능력법(Mental Capacity Act)에 의하면 의사결정능력을 판단하는데 있어 그 기준을 4가지로 구체화하고 있다.¹³⁰⁾

- 의사결정능력이 결여되었다는 판정이 내려지지 않은 한 능력이 있는 것으로 간주한다.
- 본인의 의사결정을 돕기 위해 가능한 모든 조치를 취하지 않은 한 의사결정능력이 결여되었다고 간주하지 않는다.
- 현명하지 못한 결정을 내렸다는 것만으로 의사결정능력이 결여되었다고 간주하지 않으며 본인의 의사결정능력을 최대한 존중한다.
- 의사결정능력 사정은 반드시 특정시기, 특정사안에 관련하여 평가한다.

또한 영국의 정신능력법 실무지침서는 ① 본인의 의사결정능력은 추

129) 조문순(2012), 위의 책

130) 전동일, “장애인성년후견제 지원체계 및 운영방안”, 2012 제1차 장애인 정책 토론회 자료집: 장애인 성년후견제 성공적 정착을 위한 지원체계 논의, 한국장애인개발원, 2012

정되어야 하고, ② 본인에 의한 의사결정을 끈기있게 지원해야 하며, ③ 객관적으로 불합리하게 보이는 의사결정이라도 본인의 진심인 한 무시해서는 안 되고, ④ 본인의 최선의 이익의 확보를 제도전체의 궁극적이고 유일한 목적으로 해야 하며, ⑤ 본인의 의사결정능력상실 상태에서 본인을 대신하여 의사결정을 결정하는데 있어서는 본인의 자유를 제한하는 정도를 최소화해야 한다는 것을 5대 기본원칙으로 삼고 있고(Mental Capacity Act, Part1. The principles Section1), 정신능력이 부족한 피후견인이 장기간 상당한 비용을 들여 여행하길 원할 경우 객관적으로 볼 때 여행보다 치료를 계속 받는 것이 더 현명한 결정일지라도 본인의 결정은 존중해야 한다는 예시를 들고 있다. 독일 법무부에서도 피후견인 자신의 관념을 후견인의 관념으로 바꾸어서는 안 된다고 강조하고 있다. 예컨대 피후견인의 자산이 충분하다면 피후견인의 의사에 반하여 근검절약을 강요해서는 안 된다고 설명하고 있다.¹³¹⁾

자기결정권을 보장하기 위해서는 기본적으로 장애인과의 의사소통이 잘 이뤄져야 한다. 최근 지적장애인과 의사소통을 위하여 연구들이 활발히 진행되고 있음을 볼 수 있다. 예를 들어 사물이나 행동을 거부하고 자 할 때 행동유형들, 공감을 표시할 때의 행동유형에 대한 연구들을 통하여 원활한 의사소통의 도구를 개발한다던지, I-card를 제작하는 등의 노력이 실천현장에서 구체화되고 있다. 지적장애인의 후견인이라면 기쁘면 어떤 비언어적 표현을 하는지, 언어적 표현은 어떻게 하는지, 발성에 있어서 상황에 따른 차이점은 없는지, 화가나면 어떤지... 선택할 때 기호... 등에 대한 것을 잘 알고 있어야 할 것이다. 장애인의 자기결정권은 환경에 의해 결정되기도 한다. 시설에서 보다 지역사회에서 자기결정권이 더욱 보장되고, 의사결정을 할 수 있도록 각종 지원이 마련된다면, 스스로 결정할 수 있고, 환경을 스스로 통제할 수 있는 권한이 충분히 갖

131) 구상엽, “개정민법상 성년후견제도에 대한 연구: 입법 배경, 입법자의 의사 및 향후 과제를 중심으로”, 박사학위논문, 서울대학교 대학원 법학과, 2012

취질 것이다. 지적장애인의 의사표현을 정확히 이해하고 소통할 수 있을 때 정보제공과 선택도 보장할 수 있을 것이다.

넷째, 권익옹호의 역할을 해야 한다. 일상생활에서 피후견인인 장애인이 차별을 당한다면 후견인은 어떻게 해야 할 것인가? 또한 언어나 심리적 폭력 혹은 불쾌감과 모멸감을 느끼게 하는 “시선”을 느꼈을 때 어떻게 해야 할 것인가? 또 지적장애인이 가해자로 몰리는 상황 등등 수도 없이 많은 사례들이 있을 것이다. 일상생활에서 당하는 불이익과 차별에 대하여 후견인은 무심해서는 안 된다.

다섯째, 필요한 서비스가 어떤 것인지, 지역사회 자원 파악이 필요하다. 또 이에 대한 정확한 정보제공이 필요하다. 즉 장애인의 선택권을 보장하기 위해서는 다양한 서비스의 내용을 파악하고, 그중의 하나를 선택할 수 있도록 해야 한다. 선택권이란 일상적인 활동의 결정권을 장애인 스스로 행사해야 한다는 자기결정권과 같은 맥락이지만 강조점의 차이가 있다. 즉 자기결정권이 타인이 아닌 자신이 결정해야 한다는 의미가 강하다면, 선택권이란 스스로 결정하되 선택할 수 있는 대안적인 방법들이 둘 이상 존재해야 한다는 것이다. 하나의 방향과 대안밖에 없는 현실에서 자기결정권이란 무의미하다는 것이다. 따라서 서비스의 내용, 정책의 내용에 대한 파악이 필요하고, 때론 선택권을 위하여 다른 방법이 없는지를 민감하게 판단할 수 있어야 한다.

필요한 정보가 무엇인지를 알기 위해서는 장애인의 특성, 생애주기에 따른 필요과제들에 대한 깊이 있는 이해와 인식이 필요하다. 예를 들어 사람을 쉽게 믿어 버리는 지적장애인이 성폭력에 쉽게 노출될 수밖에 없다는 사실에 대한 이해가 결여되어 있는 후견인은 지적장애인의 몸가짐, 태도교육에만 집중하는 경향이 있을 수 있다. 또한 결혼하고 싶어하는 성인 지적장애인을 영원히 어린아이로만 보게 되면 장애인의 결혼권을 무시할 수 있는 결과를 초래할 수 있는 것이다.

또한 지역적 특성이나 활용 가능한 자원 및 이용 가능한 시설 등에

대한 지식이 있어야 한다. 지역사회에서 살아가는데 필요한 거주형태는 어떤 것이 있는지, 시설보호적 시각에 머물러 있지는 않은지, 또 피성년 후견인에 맞는 서비스형태를 찾아보고 이용 가능한 방법은 무엇인지 정확하게 알고 선택할 수 있도록 정보를 제공해야 할 것이다.

후견인제도는 평화로운 삶속에서 선택되는 제도는 아니다. 즉 가족으로부터의 학대, 제삼자의 권리침해, 차별에 대응하기 위해서 불가피하게 실시되는 제도임이 분명하다. 또 재산문제에 있어 가족과 친족과의 분쟁 관계가 예상될 경우 미연에 방지하기 위해 쓰이는 제도이며, 지역사회에서 장애인이 주체적으로 살아갈 수 있도록 지원하기 위해 사용되어져야 하는 제도이다. 성년후견인제도의 주인은 장애인이다. '판단능력의 미숙'이라는 결정이 전제되어 있는 한 장애인 인권침해적 요소가 없다고는 할 수 없다. 앞으로 시행되는 과정에서 예상되는 제도의 결점 즉 자기결정권 침해, 장애인의 역량강화적 요소의 무력화 등은 모든 축각을 열고 우리 모두가 개선하고, 해결해나가야 할 과제일 것이다.¹³²⁾

(구)민법 하에서는 자기결정능력이 20이었을 때 0이라고 판단하여 의사를 대리하였다면, (개정)민법 하에서는 20의 능력을 20으로 인정하자는 것으로 개선되었다. 이 점에서 인권을 신장시켰다고 주장한다. 그러나 더 중요한 것은 현재 20인 능력을 시간이 걸리더라도 30, 40으로 늘려야 한다는 것이다. 그래야 자립생활이 가능해 지기 때문이다.

요약하면, 후견제도는 장애인의 판단능력이 부족한 만큼 후견인이 채워주겠다는 것이다. 이 법의 정신대로 실행한다고 하더라도 결국 장애인의 자기결정권을 훼손할 수밖에 없다. 더구나 자기결정권에 대한 명확한 이해와 소신이 없는 경우 장애인을 단순히 보호하려고 하는 수준에 그칠 우려가 많다. 더구나 이런 분위기가 전반적인 사회적 담론으로 형성된다면 장애인, 특히 지적장애인은 무능력하고 자기결정 능력이 없는 사람으

132) 조문순(2012), 위의 책

로 인식될 가능성이 높다. 따라서 성년후견제도는 자기결정권에 대한 정확한 이해와 감수성을 바탕으로 실행되어야 할 것이다. 결국 꼭 필요한 경우에만 제한적으로 사용되어야 할 것이다.

이에 비해 권익옹호 활동은 장애인의 자기결정에 따라 장애인을 대신하여 주장해 주는 활동이다. 따라서 후견제도를 활성화하기 보다는 인권센터의 옹호활동과 역량강화 활동이 더욱 강화되어야 할 것이다.

성년후견제도의 성공적인 시행을 위해서는 민법 개정만으로 한계가 있다. 개정민법은 성년후견제도 도입을 위한 최소한의 틀만 담았기 때문에 이를 구체적으로 실현할 수 있도록 관련 제도와 법령이 정비되어야 한다. 후견제도는 본인의 의사결정을 지원하기 위한 것이지만 그 이면에는 행위능력의 제한과 대리의사결정으로 인해서 자기결정권을 침해할 위험이 도사리고 있기 때문에 무엇보다 정확하고 공정한 판단에 기초하여 후견이 이루어져야 한다.¹³³⁾ 이를 위해서는 후견제도 절차에 관한 법률의 제정이 필요하며, 이 법률에서 후견심판절차의 공정성을 강화하기 위한 조치들을 담보해야 할 것으로 보인다. 공정성 강화를 위해서 후견 전문 감정인단을 지정하여 국가적인 공신력을 확보할 필요가 있을 것이다. 또한 영국의 정신능력법에서 보듯이 의사결정능력을 판단하는 기준을 구체적으로 제시하여 자의적 판단의 개입을 최소화해야 할 것이다.

또한 정신능력이 미약한 사람들이 사회로부터 강제로 격리되어 고통 받는 극단적인 예가 정신병원 등 보호시설에 강제로 입원되는 경우이다. 개정민법에서는 이러한 폐해를 없애기 위해 후견인이 피후견인을 치료 등의 목적으로 정신병원이나 그 밖의 다른 장소에 격리하려는 경우에는 가정법원의 허가를 받도록 하였다. 그런데 정신질환자를 정신병원에 입원시킬 때 가장 많이 이용되는 근거 법률은 민법이 아니라 정신보건법이다. 문제는 현행 정신보건법에 따라 본인이 의사결정을 제대로 할 수 없

133) 구상엽(2012), 위의 논문

는 상태에서 이해관계가 상충되는 동거가족이 정신과전문의의 진단만 확보하면 쉽게 피보호자를 격리할 수 있는 점이다. 따라서 개정민법의 정신을 온전히 실현하기 위해서는 정신보건법 개정이 필요하다. 부양 의무자를 동의권자에서 배제하고 후견인만 동의권자로 규정하는 방안이 가장 확실한 방안일 수 있다. 이렇게 되면 후견이라는 절차를 한 번 더 추가하고 법원의 판단을 거치기 때문에 가족에 의한 강제입원이 조금이나마 감소될 것으로 보인다.

현행 공법·사법상에서 권리와 각종 자격취득을 제한하는 금치산·한정치산 관련 법률이 300여개에 이르고 있고, 이 법률들은 후견제도를 이용하는 사람들의 사회활동과 참여를 일률적으로 제한하고 있다. 이러한 권리를 제한하는 관련 법률들이 개정되지 않은 채 행위무능력자 제도 하에서 유지되어온 자격 제한 규정이 금치산은 피성년후견인으로, 한정치산은 피한정후견인으로 용어만 변경되어 존치된다면, 피후견인의 잔존능력 활용을 통해 권리를 보호하겠다는 성년후견제도는 그 취지가 크게 훼손될 것이다. 결국 인권침해적 요소와 부정적 낙인감이 그대로 유지되어 성년후견제도를 이용하려는 당사자와 가족들을 절망에 이르게 할 것이다. 따라서 개별 법률별로 법의 정신에 따라 검토하여 개정해야 할 것이다.

4. 탈시설화

가. 탈시설화와 자립생활

탈시설화(Deinstitutionalization)는 1950년대 이래로 전통적으로 대규모 시설에서 보호하고 통제해왔던 노인, 아동, 장애인, 범죄자 등에 대한

각기 다른 대안으로 등장하였다.¹³⁴⁾ 가장 널리 인용되는 탈시설화의 정의는 미국 일반회계국의 다음과 같은 정의로 세 가지 개념을 포함한다.¹³⁵⁾ 첫째, 탈시설화는 불필요한 시설 입소와 시설거주의 지속을 방지하는 과정이다. 둘째, 탈시설화는 시설보호가 불필요한 이들을 위해 지역사회에서 주거, 치료, 훈련, 교육, 재활에 대한 대안을 마련하거나 개발하는 과정이다. 셋째, 탈시설화는 시설보호가 필요한 이들을 위한 생활조건, 보호, 치료를 개선하는 과정이다. 이러한 정의는 탈시설화가 단순히 거주시설을 폐쇄하거나 시설거주 장애인을 없애는 것 이상을 의미함을 뜻한다.

장애인에 대한 탈시설화는 지난 수십년간 서구 국가에서 지배적인 정책으로 확장되어 왔는데, 탈시설화의 개념화를 세 시기로 구분하면 다음과 같다.¹³⁶⁾ 우선 첫 번째 시기는 대규모 시설이 폐쇄되기 시작한 1960년대이다. 이 시기에 탈시설화는 대규모 거주시설 보호에서 지역사회 거주로 이전하는 것과 동일한 의미였다. 하지만 지역사회 기반의 서비스가 부재하여 이전에 대규모 시설에 거주하였던 일부 장애인들이 홈리스가 되거나 고립되는 결과를 초래하였다. 시설폐쇄 이후의 계획 부재는 특정 사람들은 탈시설화된 생활에 적합하지 않기에 탈시설화 대상에서 제외되어야 한다는 초기의 결론을 이끄는 데 기여하기도 하였다. 하지만 물리적 위치의 변화와 생활환경의 개선은 시설보호의 재등장을 회피하게 하는데 충분하였다. 두 번째 시기는 1970년대로 거주시설에서 지역사회로 이전

134) Segal, S. P., "Deinstitutionalization", In Edwards, R. L., *Encyclopedia of social work, 19th Edition*, Washington, DC: NASW Press, 1995, 704-712면

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

136) Bigby, C. and Fyffe, C., "Tensions between institutional closure and deinstitutionalisation: What can be learned from Victoria's institutional redevelopment?", *Disability & Society*, 21(6), 2006, 567-581면

한 장애인들에게 대안적인 형태의 지원으로 지역사회 기반의 서비스들이 발전되는 시기였다. 하지만 규모에 관계없이 거주환경이나 서비스에서 이전의 시설보호와 크게 다르지 않은 상황이 계속 나타났다. 이는 탈시설화가 단순히 대규모 시설을 폐쇄하고 소규모의 거주형태를 발전시키는 것 이상을 포함해야 한다는 것을 의미하였다. 현재까지 이어지고 있는 세 번째 시기에 정책은 장애인의 삶에 대한 권리, 시민권, 선택과 통제권의 확대로 변화하고 있다. 대부분 개별화된 지원에 초점을 두고 있지만, 과거와 달리 탈시설화를 달성하기 위해서는 지역사회와 사회 전체의 수준에서 폭넓은 체계의 변화가 필요하다는 인식이 지배적이다.

자립생활은 장애인의 자립과 선택을 보장하기 위한 것으로 장애인 스스로 어디에 살지를 결정한다는 점에서 탈시설화와 맥을 같이 한다.¹³⁷⁾ 서구에서는 역사적으로 탈시설화의 개념이 확장되면서 자립생활 운동으로 발전되었다. 따라서 탈시설화는 자립생활의 목표를 달성하기 위한 중요한 요소 중의 하나라고 볼 수 있다.

나. 탈시설화의 기본원칙과 극복과제

1950년대 탈시설화 운동이 태동하고 1970-80년대 대부분의 선진국에서 대규모시설의 폐쇄를 포함한 탈시설화가 본격적으로 진행되었지만 모든 국가가 원활한 탈시설화 과정을 거친 것은 아니다. 많은 연구에서 탈시설화를 통해 지역사회에 이전한 장애인의 삶의 질이 개선되었다는 증거를 제시하고 있다.¹³⁸⁾ 하지만 그러한 성과가 모든 장애인들에게 나타

137) 김경미, “자립생활 체험홈에서 장애인의 자립에 대한 경험과 변화에 대한 연구”, 『한국장애인복지학』, 11, 2009, 151-182면

138) Lakin, C., Larson, S. A. and Kim, S., “Behavioral outcomes of deinstitutionalization for people with intellectual and/or developmental disabilities: Third decennial review of U.S. studies, 1977-2010”, *Policy*

난 것은 아니며 아무런 변화가 관측되지 않은 경우도 많은데, 이는 탈시설화를 단순한 시설 폐쇄만으로 추진하는 부적절한 정책 추진에서 나타날 수 있다.¹³⁹⁾ 부적절한 방식의 탈시설화는 지역사회로 이전한 장애인들의 생활환경을 시설거주보다 악화시킬 수도 있으며, 시설보호를 오히려 강화하는 원인이 될 수도 있다. 따라서 탈시설화 추진 과정에서 발생할 수 있는 문제와 이를 어떻게 방지할 수 있는지를 살펴보는 것이 매우 중요하다.

European Commission(2009a)¹⁴⁰⁾은 ‘시설에서 지역사회 기반 돌봄으로의 전환에 대한 전문가그룹 보고서’를 통해 탈시설 전환 과정에서의 극복 과제와 기본원칙을 도출하고 이를 토대로 정책적 권고사항을 제시하고 있다. 이는 유럽 국가들의 탈시설화 현황을 종합적으로 분석한 Mansell et al.(2007)¹⁴¹⁾의 연구와 European Commission(2009b)¹⁴²⁾에서 발표한 ‘UN장애인권리협약의 실행에 대한 장애그룹 보고서’를 토대로 한 것이다. 여기서는 European Commission(2009a)이 제시한 탈시설화의 기본원칙과 극복과제를 제시하고자 한다.

1) 탈시설화의 기본원칙

Research Brief, 21(2), 2011, 1-11면; Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Emerson, E., “A review of choice research with people with severe and profound developmental disabilities”, *Research in developmental Disabilities*, 17(5), 1996, 391-411면

139) Bigby and Fyffe(2006), 위의 논문.

140) European Commission, *Report of the ad hoc expert group on the transition from institutional to community-based care*, 2009a

141) Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. and Beecham, J., *Deinstitutionalisation and community living: Outcomes and costs: Report of a European Study*, Canterbury: Tizard Centre, University of Kent, 2007

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

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 아동의 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 시설거주를 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 재자격화해 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 이용자의 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 만족

도 관점에 초점을 두어야 한다. 서비스 질에 대한 평가에서 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.

2) 탈시설화 과정에서의 극복과제

EC(2009a)는 국가적 차원에서 탈시설 전환을 추진할 경우 직면할 수 있는 문제 혹은 주의해야 할 점을 크게 네 가지로 제시하고 있다.

첫째는 현 거주시설에 대한 과도한 투자이다. 보통 거주시설의 열악한 환경이나 학대 사실이 대중에게 드러났을 때 시설에 대한 과도한 투자가 이루어진다. 이러한 긴급상황은 즉각적인 관심이 필요하긴 하지만 극단적인 사례에 초점을 두다 보면 정작 필요한 체계 전환에 대한 관심을 낮추게 된다.

우선 시설에서의 서비스가 매우 열악할 경우 일반적으로 물리적 환경을 개선시키려는 반응이 나타난다. 하지만 이러한 조치는 초기의 투자비용 때문에 당국자들이 중장기적으로 시설을 폐쇄하는 것을 주저하게 만

든다. 시설에 대한 투자가 이용자의 삶의 질을 개선하는데 도움이 되긴 하겠지만 체계 변화의 기회를 잃게 하고 시설폐쇄와 체계 개편에 대한 옹호를 더욱 어렵게 만든다.

또한 이러한 상황에서 시설 직원에 대한 개인적 책임의 문제에 집중해서는 안 된다. 물론 직원의 책임성을 강화해야 하고, 인권을 침해한 경우에는 책임소재를 분명히 가려야 할 것이다. 하지만 개인의 실패에만 초점을 두고 체계의 문제를 간과해서는 안 된다. 사실 적절한 서비스를 제공하지 못하는 시설 직원의 대부분은 다른 세팅에 놓인다면 더 좋은 질의 서비스를 제공할 수 있다.

둘째, 시설 서비스와 지역사회 기반 서비스가 병존할 경우 발생하는 문제이다. 만약 점진적인 시설 폐쇄 과정에서 적절한 대안이 수반되지 않는다면 새로운 지역사회 기반 서비스가 이전의 시설 서비스와 병존할 가능성이 있다. 일부의 이용자들은 아무런 서비스 환경의 개선 없이 시설에 그대로 머물게 될 것이다.

우선 이러한 상황에서 중증장애인과 복합적 욕구를 가진 장애인이 배제될 수 있다. 보통 탈시설화를 추진할 때 쉬운 작업을 먼저 진행하는 경향이 있는데, 대규모 거주시설을 폐쇄하는 점진적인 접근에서는 경증장애인이 주로 지역사회 기반 서비스를 옮겨가게 된다. 그런데 많은 경우 경증장애인은 거주시설에서 더 중증인 장애인을 돌보는 데 직원들을 지원한다. 결국 경증장애인을 우선적으로 탈시설화하는 것은 시설의 직원들이 새로운 지역사회 기반 서비스에 접근하는 것이 어려운 많은 중증장애인과 함께 남겨지는 상황을 초래한다. 따라서 탈시설화는 초기부터 중증장애인과 복합적 욕구를 가진 장애인을 포함하여 전면적으로 시작할 필요가 있다.

또한 두 체계의 병존은 불필요한 추가 욕구를 만들어낼 위험이 있다. 만약 시설 이용자가 새로운 지역사회 기반 서비스로 완전하게 이전되지 않는다면, 새로운 서비스는 자신의 존재를 정당화하기 위하여 서비스 필

요도가 낮은 사람을 흡수하게 될 것이다. 반대로 시설 이용자가 지역사회 기반 서비스로 완전히 이전되었다더라도 기존의 시설이 폐쇄되지 않고 남아있다면, 이러한 시설들이 잠재적 이용자들을 흡수하게 되는 자연스러운 경향이 나타날 것이다.

그리고 두 체계가 병존할 경우 장기적으로 이중적인 비용부담을 초래한다. 초기에 새로운 서비스 체계를 구축하는데 드는 비용과 시설이 완전히 폐쇄되는 몇 년간 소요되는 비용이 이중으로 소요되는 것이다. 특히 두 체계의 병존이 장기간 지속되어서는 안 되는데, 예산 축소나 경제 위기의 상황에서 당국자들은 이전부터 존재했던 시설보다는 새롭게 도입된 서비스를 폐지하는 것을 선호할 것이기 때문이다. 더구나 기존 시설이 존속하는 상황은 탈시설화의 실패를 주장하는 근거로 악용될 수도 있는데, 시설의 규모가 자동적으로 줄어들지 않기 때문이다.

셋째, 새로운 서비스가 기존의 시설 서비스와 유사한 형태로 구축되는 것을 피해야 한다. 대안 서비스가 구축되고 기존의 시설이 소규모화되거나 폐쇄되더라도, 새로운 서비스의 성격이 시설 서비스와 유사하다면 문제가 된다. 이는 대안 서비스가 개인의 욕구와 선호에 기반을 두지 않고, 서비스의 계획, 관리, 평가에서 이용자의 참여를 충분히 보장하지 않는 경우이다.

우선 대안 서비스의 규모가 부적절할 수 있다. 이는 지역기반 사회 서비스가 무엇인지에 대한 이해가 부족하기 때문인데, 실제 몇몇 국가에서는 80명을 수용하는 대규모 거주시설이 이전의 더 큰 규모의 시설을 해체한 결과인 경우도 있었다. 또한 대안 서비스가 시설 서비스의 문화를 영속화시키는 경우도 있다. 대안적인 시설의 규모가 작다고 하더라도 기존 시설의 인근에 설치되고 직원과 건물이 재활용되는 경우가 많다. 때로는 기존의 거주시설을 가족아파트 형식으로 개조하여 대안 시설로 제공하는 경우도 있다. 이 경우 물리적인 환경 조건은 다소 개선되더라도 이용자는 똑같이 고립된 환경에서 살고 있는 것이며, 지역사회의 재

통합이나 추가적인 입소의 방지는 거의 이루어지지 않는다.

넷째, 적절한 대안이 없는 상태에서 무조건 시설을 폐쇄하는 것은 금물이다. 어떤 국가에서는 정부가 탈시설화의 전략으로 '5년 이내에 시설 이용자 50% 감축'과 같은 임의적인 목표를 내세우기도 한다. 하지만 적절한 대안 서비스를 구축할 수 있는 정부의 능력을 고려하여 그러한 목표를 세우는 경우는 거의 없다. 그보다는 비용 절감을 위하여 그러한 성급한 전략을 세우는 경우가 많다. 만약 시설 이용자가 전환할 준비가 되어있지 않거나 새로운 거주공간이 충분히 준비되지 않는다면 이용자들에게 오히려 해가 될 것이다. 관료적인 접근방식이든, 비용 절감의 목적이든 불완전한 탈시설화 정책은 목표를 달성하기 어렵게 만들며 다음과 같은 위험성이 있다.

우선 적절한 질적 수준을 갖춘 대안 서비스가 부족할 수 있다. 임의적인 목표나 비현실적인 기한이 설정될 경우 개인이 적절한 서비스를 확실히 받을 수 있을 만큼 충분한 재원이 마련되지 않는 경우가 많다. 대부분의 이용자에게는 지역사회 기반 서비스가 시설 서비스보다 비용이 덜 들어가지만 고비용의 집중적인 서비스가 필요한 이용자 집단도 존재한다. 비용 절감을 강조하여 집중적인 서비스가 준비되지 않는다면, 그러한 이용자는 전환 과정에서 배제될 것이다. 그러한 배제를 피하기 위해서는 가족 돌봄제공자에 대한 지원제도 또한 필수적이다.

또한 손쉬운 목표 달성 전략을 택할 수 있다. 임의적인 목표 설정이 초래하는 결과 중의 하나는 지역사회로 전환하기 가장 쉬운 이용자에게 집중하여 전반적인 시설 이용자의 수를 줄이는 것이다. 이러한 전략은 중증장애인과 같이 욕구 수준이 높은 이용자를 배제하는 결과를 초래한다.

순수하게 행정적인 해결책이 도입될 위험도 있다. 임의적인 목표를 달성하거나 비용을 절감하기 위하여 정부는 종종 이용자 수가 줄어든 시설을 통합하는 결정을 내린다. 이는 이용자들을 기존의 부적절한 시설에

서 다른 부적절한 시설로 이전하는 것에 불과하다. 또한 시설 통합은 이질적인 이용자 집단을 부적절하게 결합하여 상해나 학대를 증가시킬 위험이 있다.

다. 우리나라에 대한 시사점

1) 장애인 거주시설 현황

우리나라에서 장애인 거주시설 이용자는 지속적으로 증가하고 있으며 2011년 말 현재 25,345명의 등록장애인이 장애인 거주시설을 이용하고 있다. 이는 전체 등록장애인의 1.01%로 2003년 이래 이 비율은 지속적으로 감소하였지만 2010년 이후 다시 증가하는 추세이다.

〈표 5-3〉 장애인 거주시설 및 이용자 현황

(단위: 명, %, 개소)

연도	등록장애인 (a)	거주시설 이용자 (b)	비율 (b/a)	거주시설 (c)	시설당 이용인원 (b/c)
2003	1,454,215	18,432	1.27	225	81.9
2004	1,610,994	18,906	1.17	237	79.8
2005	1,789,443	19,668	1.10	265	74.2
2006	1,967,326	20,598	1.05	288	71.5
2007	2,104,889	21,709	1.03	314	69.1
2008	2,246,965	22,250	0.99	347	64.1
2009	2,429,547	23,243	0.96	397	58.5
2010	2,517,312	24,395	0.97	452	54.0
2011	2,519,241	25,345	1.01	490	51.7

자료 : 보건복지부, 2011 보건복지통계연보(제57호), 2011; 보건복지부, 2011년말 장애인 등록현황, 2012a; 보건복지부, 2012 장애인복지시설 일람표(2011년말 기준), 2012b

거주시설 또한 지속적으로 증가하고 있다. 2011년 말 기준 장애인 거주시설은 490개소이며 2003년 이후 두 배 이상 증가하였다. 하지만 시설당 평균 이용인원은 지속적으로 감소하여 2003년 81.9명에서 2011년에는 51.7명까지 줄어들었다. 또한 「장애인복지법」 개정으로 2012년부터는 장애인 거주시설의 정원이 30명을 초과할 수 없도록 하여(제59조제3항) 시설의 규모는 지속적으로 줄어들 것으로 예상된다.

하지만 개정된 「장애인복지법」이 기존 거주시설에 대해서는 정원 30명 이하의 기준을 적용하지 않고 있어 현 상황에서 시설의 소규모화에는 한계가 있다. 실제로 2011년 말 현재 정원 30인 이하의 거주시설은 145개소로 전체 거주시설의 29.6%에 불과하며, 정원 100인을 초과하는 대규모 거주시설이 64개소(13.0%)에 달한다.

〈표 5-4〉 장애인 거주시설 정원 현황(2011년 말)

(단위: 개소, %)

구분	시설수	비율
1-30인	145	29.6
31-50인	149	30.4
51-75인	70	14.3
76-100인	62	12.7
101-200인	57	11.6
201인 이상	7	1.4
합계	490	100.0

자료: 보건복지부(2012b), 위의 책

2) 탈시설 전환서비스 실태

현재 우리나라 중앙정부 차원에서는 탈시설 전환에 대한 구체적인 로드맵이나 추진계획, 실질적인 욕구조사나 서비스 체계는 존재하지 않음

며 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.¹⁴³⁾

하지만 일부 광역자치단체에서는 탈시설 욕구조사나 탈시설정착금 지원에 대한 움직임이 나타나고 있다. 우선 서울, 대구, 부산, 광주, 전남, 충북 등에서는 시설장애인의 탈시설 욕구조사를 진행한 바 있다. 조사 결과를 보면 서울시(2009)는 57%, 부산시(2009)는 57.6%, 광주시(2010)는 42.3%의 시설장애인이 탈시설을 희망하였으며, 서울시의 경우 주거 및 서비스가 지원될 경우 탈시설 희망비율이 70.3%에 달할 정도로 높게 나타났다.¹⁴⁴⁾ 또한 서울, 경남, 전북, 대구, 경산 등에서는 탈시설정착금 지원이 이루어지고 있다.

특히 서울시의 경우에는 지방정부 차원에서 독자적으로 탈시설 전환 서비스를 구축하고 있는 사례이다. 서울시는 2008년 서울시정개발원에 의뢰한 “탈시설화 정책 및 주거환경 지원 학술연구”¹⁴⁵⁾를 통해 시설장애인의 탈시설 욕구를 조사하였다. 또한 2007년 12명을 시작으로 매년 시설장애인 중 결혼이나 취업을 하여 탈시설을 하는 경우 300만원의 탈시설정착금을 지원하였고, 2009년부터는 지급대상을 ‘어느 정도 자립생활이 가능한 시설장애인’으로 변경하여 500만원의 탈시설정착금을 일시불로 지급하고 있다.¹⁴⁶⁾

또한 서울시는 2010년부터 서울시복지재단에 ‘장애인전환서비스지원센터’를 설립하여 자립생활을 희망하는 시설장애인에게 퇴소 및 지역사회 정착을 위한 지원 서비스를 제공하고 있다. 탈시설 장애인의 일상생

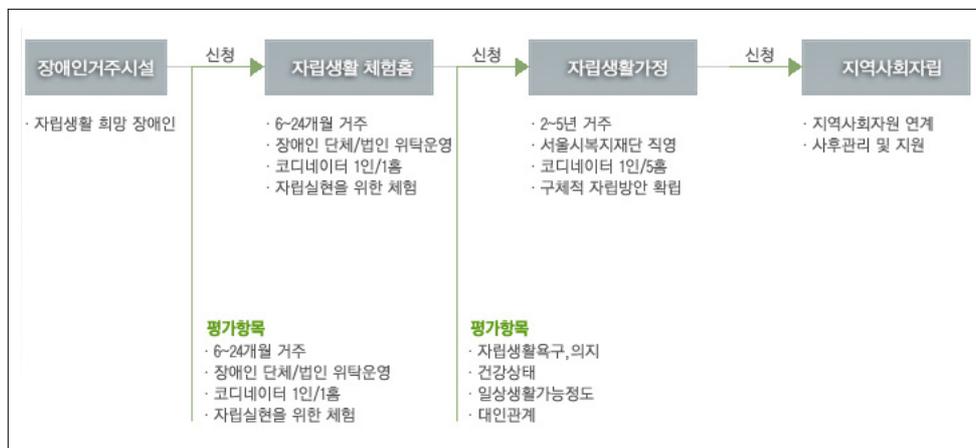
143) 박경수 외(2011), 위의 책.

144) 박경수 외(2011), 위의 책. 재인용

145) 김경혜 외, 「탈시설화 정책 및 주거환경 지원 학술연구」, 서울시정개발연구원, 서울특별시 위탁연구, 2009

146) 박경수 외(2011), 위의 책

활 및 사회적응 훈련과 체험의 목적을 가진 체험홈의 경우 6~24개월간 거주가 가능하고 현재 17개소를 장애인 단체나 법인에 위탁운영하고 있다. 체험홈은 단독주택 혹은 아파트의 형태이며 1개 주택에 3~4인이 거주하고 있다. 완전한 지역사회 정착에 더 가까운 형태인 자립생활가정은 2~5년간 거주 가능하며 현재 서울시복지재단에서 직접 운영하고 있다. 주택의 형태는 공공임대주택이며 1주택에 3~4인이 거주한다.



자료 : 서울시 장애인전환서비스지원센터 홈페이지(<http://dfscenter.welfare.seoul.kr>)

[그림 5-2] 서울시 장애인전환서비스지원센터 업무 흐름도

서울시 이외에 장애인의 탈시설을 지원하는 공식적인 지원체계를 갖춘 광역자치단체는 아직 없으며, 민간에서 자립생활센터를 중심으로 탈시설 자립생활 프로그램이 진행되고 있는 상황이다. 향후 서울시의 모델이 다른 지역에 확산될 여지는 있으나 몇 가지 한계점이 존재한다. 우선 서울시의 모델은 완전한 공공전달체계에서 이루어지지 않는다는 점에서 적극적인 탈시설화를 추진하는데 한계가 있다. 서울시 산하기관인 서울시복지재단이 탈시설 서비스를 제공하고 있지만 시설에 대한 접근 권함이 없는 상황에서 서비스 제공 대상이 매우 제한될 수밖에 없다. 또한

서울시의 모델은 기존 거주시설에 대한 개입과 탈시설 전환서비스 제공이 분리되어 있다는 점에서 제한적이다. 해외 사례에서 알 수 있듯이 기존 거주시설의 소규모화와 탈시설 전환서비스의 확충은 일관된 정책방향에서 균형있게 이루어져야만 효과가 극대화된다. 또한 지방정부 수준의 제도가 가지는 한계도 분명하다. 지역의 특색에 부합하는 제도의 발전은 필요하지만 지방정부의 재정 불균형이 큰 상황에서 중앙정부의 지원 부재는 안정적인 서비스 구축에 분명한 한계를 가져올 수밖에 없다.

3) 탈시설화의 추진방향

탈시설화의 추진방향은 크게 기존 거주시설에 대한 개입과 탈시설 전환서비스의 구축 두 가지로 나누어 생각해볼 수 있다. 소득, 주거, 의료, 활동보조 등 본격적인 지역사회 정착에 필요한 서비스도 탈시설화의 중요한 부분이지만 여기서는 거주시설에서 지역사회로 전환하는 과정에서의 탈시설 전환서비스만 논하고자 한다.

앞서 유럽에서의 탈시설 전환의 기본원칙에서 알 수 있듯이 기존 거주시설에 대한 개입과 탈시설 전환서비스의 구축은 반드시 통합적인 관점에서 균형있게 추진되어야 한다. 거주시설 서비스를 축소하면서 탈시설 전환서비스를 적절히 확대하지 않는다면 탈시설 장애인의 삶의 질은 오히려 거주시설에 있을 때보다 저하될 수 있기 때문이다. 반면 거주시설 서비스를 축소하지 않은 채 탈시설 전환서비스만을 구축할 때에는 실질적인 탈시설 전환이 매우 제한적으로만 이루어질 것이다.

우선 기존 대규모 거주시설에 대한 개입과 관련하여 무조건적인 시설 폐쇄와 같은 급진적인 정책은 많은 시설 종사자들의 저항을 불러올 수 있다. 또한 대규모 거주시설 이용자의 의사를 무시하는 결과를 초래할 수도 있고 탈시설 준비기간이 충분하지 않을 수 있다는 점에서도 바람직

하지 않다.

하지만 전체적으로 거주시설 이용자의 규모를 축소하고자 하는 정책의 방향은 분명히 해야 할 것이다. 이는 우선적으로 대규모 거주시설의 단계적인 정원 축소를 시작할 수 있으며 중앙정부의 지원예산 축소를 유도할 수 있다. 이 과정에서 중앙정부는 기존 대규모 거주시설이 충분한 준비를 할 수 있도록 분명한 일정을 제시해야 할 것이다. 『장애인복지법』은 기존 거주시설도 신규시설과 마찬가지로 정원을 30인 이하로 제한하되 유예기간을 두는 방식으로 개정해야 할 것이다.

또한 대규모 거주시설을 소규모화할 때 기존의 거주시설 자원을 활용하는 방안을 반드시 제시할 필요가 있다. 이는 자원의 효율적인 활용은 물론 기존 거주시설의 저항을 줄여 탈시설화를 원활히 추진할 수 있는 방안이기도 하다. 우선 축소된 시설 지원예산은 기존의 거주시설이 탈시설 전 단계에서 자립생활 훈련을 제공하거나 전환주거 서비스와 같은 탈시설 서비스를 운영하는 데 지원할 수 있다. 이 때 전환주거 서비스는 반드시 거주시설 외부의 지역사회 접근성이 좋은 지역에서 운영하도록 하여야 할 것이다. 또한 기존 거주시설 종사자들은 지역사회 기반 서비스에 대한 재교육을 통해 고용 유지나 재고용이 가능할 것이다. 이를 통해 거주시설 이용자를 축소하는 동시에 탈시설 서비스의 자원도 일정 정도 확보하는 효과를 달성할 수 있을 것이다. 다만 기존 거주시설이 남는 공간을 다시 거주시설로 활용하면 기존의 시설 세팅을 그대로 유지할 가능성이 높으므로 이는 반드시 금지해야 할 것이다.

이러한 거주시설 소규모화의 일정은 탈시설 전환서비스가 구축되는 속도를 고려하여 설정해야 할 것이다. 거주시설 소규모화에 따라 거주시설에서 지역사회로 이전하는 장애인을 지역사회가 모두 수용할 수 있을 만큼 확대되어야 탈시설화에 따른 부작용을 최소화할 수 있을 것이다.

다음으로 탈시설 전환서비스의 전달체계를 구축하는 방안을 제시하면 다음과 같다. 앞서 살펴본 바와 같이 서울시 모델과 같은 준공공 전달체

계에서는 거주시설 이용자에 대한 접근권한이 없다는 점에서 근본적인 한계가 존재한다. 따라서 탈시설 전환서비스는 반드시 공공전달체계에 통합되어야 할 것이다. 이는 앞 장에서 제안한 시군구의 공공전달체계인 시·군·구 내의 장애전문서비스팀으로 설정할 수 있으며 「사회복지사업법」상의 지도·감독권을 통해 거주시설 이용자에 대한 접근이 가능할 것이다.

장애전문서비스팀에서 거주시설 이용자의 탈시설 욕구를 확인한 이후에 모든 서비스 과정은 앞서 제시한 서비스 흐름에 따르게 된다. 초기상담 및 기초평가를 장애전문서비스팀이 실시하게 되며 이 과정에서 소득, 주거, 교육, 의료, 활동보조 등의 모든 서비스 욕구를 파악하게 된다. 이를 통해 급여나 서비스의 제공방법을 결정하고 개인별 지원계획을 수립한 후 서비스를 의뢰하게 된다. 이후의 과정은 탈시설 전환에 필요한 각각의 서비스를 제공하는 것인데 이는 현재 존재하는 공공 혹은 민간의 서비스 자원을 활용해야 할 것이다. 특히 자립생활훈련, 전환주거의 제공과 같이 초기 정착과정에서 매우 중요한 서비스는 기존의 자립생활센터, 장애인복지관 등에 의뢰하여 제공할 수 있다. 거주시설에서 나와서 전환주거를 거쳐 지역사회에 완전히 정착할 때까지 장애전문서비스팀은 서비스에 대한 모니터링과 평가를 지속적으로 실시하여 충분한 서비스가 제공되는지를 점검해야 할 것이다.

다만 탈시설 전환서비스의 경우 일반적인 재가장애인에 대한 서비스와 달리 초기 정착과정에서 서비스 제공과 이용 과정을 밀착하여 지원해 줄 필요가 있다. 개별 지원계획을 수립하고 서비스의 제공 과정이 제대로 이루어지고 있는지 모니터링하는 것은 장애전문서비스팀이 기본적으로 수행해야 하는 역할이지만 지속적으로 서비스 이용을 밀착하여 지원하는 역할까지 수행하기는 어려울 수 있다. 따라서 탈시설 전환을 추진하는 초기부터 이러한 역할을 수행할 수 있는 자립생활센터와 같은 민간 자원을 적극 활용할 필요가 있다. 하지만 이 경우에도 장애전문서비스팀

이 자립생활센터에 단순히 서비스를 의뢰하는 것에서 그쳐서는 안되며 이후에 서비스 제공을 결정하고 이용 과정을 모니터링하는 역할은 지속적으로 수행해야 할 것이다.

추가적으로 언급할 것은 기존에 거주시설에서 지역사회로 전환하고자 하는 장애인에 대한 지원뿐만 아니라 거주시설을 이용하고자 하는 장애인에 대한 초기 지원도 매우 중요하다는 것이다. 현재 거주시설에 입소하기 위해서는 시군구청에 신청을 하고 시설 이용 적격성 심사를 거쳐 입소가 결정되는데, 이 역할을 장애전문서비스팀이 수행하여야 할 것이다. 이 과정에서 장애전문서비스팀은 초기상담 및 기초평가를 통해 해당 장애인이 시설 이용을 실제로 원하는지 욕구를 파악해야 하며 이용 가능한 지역사회 서비스를 충분히 안내하여 불필요한 시설 입소를 최대한 예방하여야 할 것이다. 또한 거주시설 입소가 결정되더라도 이후 서비스 과정을 모니터링하고 정기적인 욕구조사를 통해 탈시설 의사를 파악해야 할 것이다.

VI. 결론

장애인 문제는 장애인 당사자가 가장 잘 이해하고 있다. 이런 맥락에서 자립생활 패러다임은 장애인의 '선택권'과 '자기결정권'을 신장하고, 서비스 제공에 있어서 장애인의 '주도적인 참여'를 보장해야 한다는 것을 이념으로 한다. 구체적으로 장애인의 자립 생활을 위해서는 장애인의 자기결정권, 선택과 통제권, 역량강화, 차별과 억압에의 도전을 통한 사회통합 등의 기본 원칙이 필요하다. 이를 바탕으로 장애의 정의 및 등급제도의 수정, 탈시설 자립생활 지원 정책, 차별금지 및 구제의 내실화, 복지서비스 체계에 대한 대대적인 수정과 보완, 정책 개발 및 추진 과정의 개선, 자립생활에 맞는 소득 보장, 주거, 노동, 교육, 의료 등의 사회 정책 개발이 추진되어야 한다.

그 첫 단계로서 일률적인 장애등급제를 폐지하고, 장애 사회보장 영역별 장애정의와 사정이 필요하다. 이는 그리 간단한 일이 아니다. 특히 일률적인 장애등급제를 폐지하고 장애인 개인의 욕구사정에 근거한 서비스를 제공하기 위해서는 각각의 장애인 사회보장 영역별로 어떤 장애 정의를 사용할 것인지, 이 정의에 근거하여 어떤 방식으로 장애 사정을 할 것인지에 대한 사회적 합의가 요구된다. 구체적으로 살펴보면, 장애 정의와 관련하여 크게 3가지 지점에 대한 정책적 판단과 사회적 합의가 요구된다.

첫째, 일상생활활동 지원 정책에 있어서 기본적 일상생활활동에 근거해서 장애를 정의할 것인지, 도구적 일상생활활동에 근거해 장애를 정의할 것인지 정책적 판단이 요구된다. 특히 이러한 장애 정의에서 노인 장애인을 장애인 일상생활활동 지원으로 포섭할 것인지, 장기요양과 같은 별도의 노인 서비스 정책으로 포섭할 것인지에 대한 판단이 필요하다.

둘째, 소득보장 영역에서 과정 접근법에 의거한 장애정의를 할 것인지, 능력 접근법에 의거한 장애정의를 할 것인지, 손상 접근법에 의거한 장애정의를 할 것인지에 대한 정책적 판단이 요구된다.

셋째, 고용보장 영역에서 특정 장애 관련 고용 정책(specific disability-related interventions), 일반적인 고용 정책, 고용할당제 각 고용보장 영역별로 노동무능력 사정의 기준 마련이 요구된다.

각각의 사회보장 영역에서 마련된 장애 정의 기준을 어떻게 사정할 것인지에 대한 정책적 판단도 필요하다. 의료정보에 어느 정도 의존할 것인지, 전문가의 재량권을 어느 수준으로 인정할 것인지에 대해 앞에서 논의한 4가지 유형의 장단점을 비교 분석하여 우리나라 현실에 맞는 유형을 선택할 필요가 있다.

장애인 자립생활 실현을 위한 두 번째 정책적 단계는 자립생활 원칙에 의거한 전달체계 개편이다. 본 연구에서는 이를 위해 영국의 전달체계와 호주의 전달체계를 살펴보고 이를 토대로 한국의 전달체계 모형 구축을 시도하였다.

영국의 경우 통합적 전달체계 마련을 위해, 고용과 급여에 대한 서비스는 노동연금부, 사회서비스는 보건부에서 담당하도록 하였다. 지방에서는 지역장애급여센터와 복지고용사무소에서 담당, 사회서비스는 지방정부의 사회서비스국에서 담당하도록 함으로써 고용과 급여서비스의 통합을 특징으로 한다.

또한 영국은 단일한 사정도구(WCA)를 마련하여 장애를 사정하고, 커뮤니티 케어의 통합 서비스를 제공한다. 신청, 사정, 이의제기 절차의 역시 체계적으로 마련함과 동시에 서비스 모니터링 체계로서 돌봄질관리위원회 설치(CQC)하였다.

호주의 전달체계 역시 영국과 유사하다. 통합적 전달체계 마련을 위

해, 고용과 사회보장 서비스 전달체계의 통합하고, 센터링크라는 독립적 조직 중심의 광범위한 서비스 통합을 이루었다. 이 센터링크는 1997년 정부의 서비스를 포괄적으로 전달하는 One-stop 전달체계로서, 독립조직으로서 서비스 신청, 사정, 급여 및 서비스 제공이 일시에 이루어지도록 하고 있다.

이를 통해 우리나라 전달체계 구축 방안을 시도하면 다음과 같다.

첫째, 기본 체계의 혁신이 필요하다. 근로능력 판정 및 사정에 관한 연계체계 마련을 위해 고용노동부와 보건복지부의 연계가 시급하다. 또한 장애등급제의 폐지 및 서비스 수급 기준 마련과 시군구 단위의 지방 정부 전달체계 구축이 요구된다.

둘째, One-stop 서비스 체계 마련이 요구된다. 이를 위해 시군구에 장애전문서비스팀을 설치하고 전문가를 배치하여야 한다. 서비스 신청과 사정 및 서비스 결정은 장애전문서비스팀에서 제공하고, 서비스 실시는 개별 기관들이 제공하며, 사회서비스 품질감독원 설치 및 이의제기 절차 마련이 요구된다.

장애인 자립생활을 위한 세 번째 정책적 과제는 자립생활 원칙 실현의 가장 대표적인 정책들의 도입을 검토하는 것이다. 자립생활을 위한 대표적인 정책 과제로는 직접지불제도, P&G, 성년후견제도, 탈시설화를 꼽을 수 있다.

직접지불제도는 주요선진국의 활동보조서비스 제공 방식이다. 직접지불제도는 OECD국가에서는 직접지불제도가 대부분 시행되고 있는데, 직접지불제도와 간접수령방식을 혼용하고 있다.

P&G는 장애인에 관한 이해와 전문성 및 대상자와의 접근의 용이성 등을 고려할 때, 지방화, 소규모화가 필요하고 비영리 민간단체에의 위탁이 바람직하다. 또한 다양한 서비스 권리까지를 포함시키려면 보건복지

부의 권한 위임과 함께, 장애인차별금지및권리구제에관한법률 또는 장애인복지법의 개정, 장애인권리보장법(안)의 제정을 고려할 수 있을 것이다.

성년후견제도는 장애인의 자기결정권과 역량강화를 저해할 위험이 있으므로 다른 방안을 강구해 본 후 차선으로 시행해야 할 정책 과제이다. 후견제의 원칙으로는 후견인이 장애인 편에 서되 장애인의 자기결정권을 최대한 존중하며 동시에 권익 옹호의 역할을 수행해야 한다는 점이다.

탈시설화를 추진하기 위해서는 기존 거주시설에 대한 개입과 탈시설 전환서비스의 구축이 필요하다. 기존 대규모 거주시설을 단계적으로 소규모화하되, 기존 거주시설의 공간과 인력 등 자원의 활용 방안을 마련해야 한다. 또한 탈시설 전환서비스의 전달 체계는 반드시 공공전달체계 내에 통합되어야 한다. 이 과정에서 장애전문서비스팀이 탈시설 욕구 확인, 초기상담 및 기초평가, 개인별 지원체계 수립, 서비스 제공결정 및 의뢰, 지속적인 모니터링과 평가 등을 수행해야 할 것이다.

참고문헌

<국내 문헌>

- 강우진 (2012). 장애인 자립생활 현황과 정책 동향 분석. 경기복지재단 GGWF Report 제8호.
- 구상엽 (2012). 개정민법상 성년후견제도에 대한 연구: 입법 배경, 입법자의 의사 및 향후 과제를 중심으로. 박사학위논문, 서울대학교 대학원 법학과.
- 권선진 (2007). 장애인복지법과 학술적·정책적·실천적 함의. 한국장애인복지학회 춘계학술대회 자료집.
- 김경미 (2009). 자립생활 체험홈에서 장애인의 자립에 대한 경험과 변화에 대한 연구. **한국장애인복지학**, 11, 151-182.
- 김경미, 김동주, 권순용 (2010). 여성장애인 성역할 정체감과 임파워먼트에 관한 연구: 제주도를 중심으로. **직업재활연구**, 20(1), 189-213.
- 김경혜 외 (2009). **탈시설화 정책 및 주거환경 지원 학술연구**. 서울시정개발연구원, 서울특별시 위탁연구.
- 김교연 (2007). 지적장애인과 자기결정원리: 이론과 실천. 2007년 한국장애인복지학회 춘계학술대회 자료집, 한국장애인복지학회.
- 김동호 (2000). **자립생활패러다임에서 본 한국 장애인복지관 연구**. 석사학위논문, 연세대학교 행정대학원.
- 김동호 (2002). 자립생활운동. 서울 DPI 제2기 장애인 청년학교 자료집.
- 김수영 · 조경환. 2005. 국내에서 쓰이는 도구적 일상활동 지표인 한국판 로튼 척도, 한국판 바텔지표, K-IADL의 비교. **J Korean Geriatr**

So, 9(3), 190~195.

- 김용득, 김미옥 (2007). 이용자 참여의 개념 구조: 한국 장애인복지에 대한 함의. **한국사회복지학**, 59(2), 39-64.
- 김용득, 박숙경 (2008). 지적장애인의 거주시설 유형별 자기결정 경험 연구. **한국사회복지학**, 60(4), 79-103.
- 김용득, 이동석 (2012). 장애담론과 장애인복지의 역사. 김용득 편저. **장애와 사회복지**. 서울: EM커뮤니티.
- 김용득. (2007). 영국 사회복지서비스의 구조와 서비스 질 관리 체계. **보건복지포럼**, 통권 125: 76-91.
- 김정권, 김애경 (2004). **발달지체인의 자기권리주장운동 운영 매뉴얼**. 한국지적장애인에호협회.
- 김정열 (2012a). 성년후견제도의 이해. **지적·발달장애인의 신상감호를 위한 성년후견인의 역할**, (사)한국지적장애인복지협회.
- 김정열 (2012b). 장애인성년후견제 지원체계 및 운영방안. 2012 제1차 장애인정책토론회자료집: 장애인성년후견제 성공적 정착을 위한 지원체계 논의, 한국장애인개발원.
- 박경수, 강경선, 박숙경, 조백기, 김동기, 장서연, 임소연, 송효정, 김은애, 윤진철 (2011). **장애유형별 자립생활 현황과 지원체계 개선에 관한 연구**. 장애와인권발바닥행동, 국가인권위원회 위탁연구.
- 배용호 (2012). 장애와 차별. 김용득 편저. **장애와 사회복지**. 서울: EM커뮤니티.
- 백승흠 (1997). 고령자의 자기결정권: 영국의 지속적 대리권 수여법을 중심으로. **아태공법연구**, 4, 131-154.
- 변용찬 외. (2008). **장애인복지 인프라 개선방안 연구(I)**. 보건사회연구원.

- 변용찬, 강민희, 이송희, 전광석 (2009). **성년후견제 사회복지분야 지원 방안 연구**. 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 보건복지부 (2011). **2011 보건복지통계연보(제57호)**.
- 보건복지부 (2012a). 2011년말 장애인 등록현황.
- 보건복지부 (2012b). 2012 장애인복지시설 일람표(2011년말 기준).
- 사회공공연구소. (2012). **21세기 노동의 대안 복지 연구-복지 정치 및 담론·제도 분석과 대안모색**. 사회공공연구소.
- 서인환. (2009). 장애인 판정제도 개편에 관한 소고, 2009 제1회 정책과 대안 포럼 : 장애인판정제도 개편에 관한 토론회, (사) 한국장애인인권포럼.
- 양난주 (2009). 노인돌봄미바우처 정책집행분석 : 선택과 결정은 실현되는가? **한국사회복지학**, 61(3), 77-101.
- 양희택 (2005). 장애인복지의 새로운 패러다임(Paradigm): 장애인 자립생활 개념정의를 위한 시론(始論)적 연구. **재활복지**, 9(2), 53-86.
- 오정수. (1997). 한·영 지역복지행정의 비교사례 연구: 지방화시대 지역복지행정의 과제를 중심으로. **한국사회복지학**, 31: 369-392.
- 오혜경 (1999). 장애인 자립생활실천에 관한 연구. **사회복지리뷰**, 3, 가톨릭대학교 사회복지연구소.
- 원소연 (2010). 장애인의 자기결정권 실현을 위한 정책연구: 독일의 개인예산제도와 한국의 활동보조지원사업을 중심으로. **사회복지정책**, 37(2), 267-289.
- 유길상. (2006). 고용서비스 전달체계의 발전 추세와 시사점-호주·미국·영국의 사례를 중심으로. **사회보장연구**, 22(4): 1-25.
- 유동철 (2010). 우리나라 장애인 권리옹호 체계의 현황과 문제점. 장애인 권리옹호체계 확립을 위한 정책토론회 자료집.

- 유동철 (2012). 영국 장애인 직접지불제도의 정책적 효과성에 대한 탐색적 연구: 사회적 배제의 관점에서. **비판사회정책**, 34, 129-162.
- 유영준, 임종호, 진혜경 (2008). 지체장애인과 지적장애인의 자립생활과 사회적지지 및 사회통합에 관한 연구. **재활복지**, 12(1), 115-137.
- 유완식·임수정·김동일·박희찬·홍성두. (2012). **직업적 장애기준과 고용서비스 연계방안 : 장애인의 근로능력을 측정하기 위한 평가도구 개발을 중심으로**, 한국장애인고용공단 고용개발원.
- 윤상용. (2009). 최근 주요 선진 외국의 장애인 소득보장과 고용서비스의 연계 동향 및 시사점 -수급 요건으로서 근로능력평가 및 전달체계를 중심으로-. **재활복지**, 13(3): 225-249.
- 윤재영 (2012). 자립생활과 자립생활센터. 김용득 편저, **장애와 사회복지**, EM커뮤니티.
- 이동석 (2012). 장애인활동지원서비스에 대한 비판적 고찰: 사회적모델 관점을 중심으로. **한국장애인복지학**, 18, 127-145.
- 이병화 (2006). 성년후견제도의 도입에 따른 국제후견법의 재고찰. **비교사법**, 13(3), 85-137.
- 이승기·변경희·김동범·안응호·조운화. (2011). **지자체 중심형 수요자 맞춤형 장애인복지서비스 전달체계 구축방안 연구**. 서울특별시의회 위탁연구용역.
- 이승기·서동명·함석홍·조운화. (2011). **수요자 중심형 서비스 전달체계**. 수요자 중심형 서비스 전달체계 구축을 위한 공청회 자료집.
- 이익섭, 김경미, 김동기 (2007). 활동보조서비스 성과 및 영향요인에 관한 연구. **한국사회복지학**, 59(1), 117-143
- 임성택 (2012). 장애인 생활시설에서의 인권침해, 그 현황과 대책. **저스티스**, 128, 7-59.

- 전동일 (2012). 장애인성년후견제의 해외 운영 사례 및 시사점. 2012 제1차 장애인정책토론회자료집: 장애인성년후견제 성공적 정착을 위한 지원체계 논의, 한국장애인개발원.
- 조문순 (2012). 나는 어떤 후견인이 될 것인가?. 지적·발달장애인의 신상감호를 위한 성년후견인의 역할, (사)한국지적장애인복지협회.
- 조한진 (2010). 미국의 P&A 시스템과 함의. 장애인 권리옹호체계 확립을 위한 정책토론회 자료집.
- 조한진 (2012). 조항별 CRPD분석. 2012 유엔장애인권리협약 민간보고서 작성 교육 자료집.
- 차선자 (2010). 장애인권리협약의 국내적 이행을 위한 실태조사. 서울: 국가인권위원회.
- 최봉경 (2009). 독일의 성년후견제도에 관한 연구. 법무부 연구용역.

<국외 문헌>

- Beatty, C., et al., (2010). Bringing Incapacity Benefit numbers down: to what extent do women need a different approach? *Policy studies*, 31 (2), 143~162.
- Bigby, C. and Fyffe, C. (2006). Tensions between institutional closure and deinstitutionalisation: What can be learned from Victoria's institutional redevelopment? *Disability & Society*, 21(6), 567-581.
- BILD (2002). *Positive approaches to promoting advocacy*. BILD
- Braddock, D. and Parish, S. (2001). An institutional history of disability. in Albrecht, G. L., Seelman, K. D. and Bury, M. (eds), *Handbook of Disability Studies*, edited by. Sage, 11-68.

- Brayne, H. and H. Carr. (2003). *Law for Social Worker*, Oxford University Press
- Brisenden, S. (1989). *A charter for personal care in progress*. Disablement Income Group.
- Chris Grover & Linda Piggott (2012). Employment and Support Allowance_ Capability, Personalization and Disabled People in UK. *Scandinavian Journal of Disability Research*, 14(1), 1~15.
- Dejong, G. (1979). *The movement for independent living: Origins, ideology and implications for disability research*. East Lansing MI, Michigan State University.
- Dejong, G. (1981). *Environmental accessibility and independent living-directions for disability policy and research*. University Center for International Rehabilitation. Michigan State University.
- Department of Health. 1997. *Community Care(Direct Payment) Act 1996: policy and practice guidance*. London: Department of Health.
- Department of Health. 2007. *Putting People First: A Shared Vision and Commitment to the Future of Adult Social Care*.
- Department of Health. 2009. *A guide to receiving direct payments from your local council*.
- DoH (2005). *Independence wellbeing and choice: Our vision for the future of social care for adults in England*. London: Department of Health.
- Ellis, K. (2007). *Direct payments and social work practice: The significance of street-level bureaucracy in determining eligibility*.

British Journal of Social Work, 37, 405-422

- European Commission. (2002). *Definitions of Disability in Europe : A Comparative Analysis*. European Commission.
- European Commission. (2009a). *Report of the ad hoc expert group on the transition from institutional to community-based care*.
- European Commission. (2009b). *Second Disability High Level Group Report on Implementation of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities*.
- Fernandez, J., J. Kendall and V. Davey. 2007. Direct Payments in England: Factors Linked to Variations in Local Provision. *Journal of Social Policy*, 36(1): 97-121.
- Garbutt. R. (2012). Advocacy. In: Atherton, H. and Crickmore, D. (Eds), *Learning disabilities: Toward inclusion*, Churchill Livingstone Elsevier.
- Glasby, J. and Littlechild R. (2009). *Direct payments and personal budgets: Putting personalization into practice*. London: Policy Press.
- Green, A.E. and Shuttleworth, I., 2010. Local differences, perceptions and Incapacity Benefit claimants: implications for policy delivery. *Policy studies*, 31 (2), 223~243.
- Grover, C. & Piggott, L. (2010). From Incapacity Benefit to Employment and Support Allowance : Social Sorting, Sickness and Impairment, and Social Security. *Policy Studies*, 31(2), 265~282.
- Harris, J. and A. Roulstone. 2011. *Disability, Policy and Professional Practice*. SAGE.

- Harris, J. and Roulstone, A. (2010). *Disability, policy and professional practice*. London: Sage.
- Houston, Donald & Lindsay, Colin (2010). Fit for Work? Health, Employability and Challenges for the UK Welfare Reform Agenda. *Policy Studies*, 31(2), 133~142.
- Johnes, K. (1993). *Asylums and after: A revised history of the mental health service: From the early 18th century to the 1990s*. The Athlone Press.
- Kemp, P. and Davidson, J., 2009. Gender differences among new claimants of Incapacity Benefit. *Journal of social policy*, 38 (4), 589~606.
- Kosciulek, J. F. (1999). The consumer-directed theory of empowerment. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 42(3), 196-213.
- Krohne, K., and S. Bruge. 2008. How GPs in Norway conceptualise functional ability: a focus group study. *British Journal of General Practice* 58, no. 557: 850~5.
- Lakin, C., and Smull, M. (1995). From the editors. *Impact, Feature Issue on Supported Living*, 8(4).
- Lakin, C., Larson, S. A. and Kim, S. (2011). Behavioral outcomes of deinstitutionalization for people with intellectual and/or developmental disabilities: Third decennial review of U.S. studies, 1977-2010. *Policy Research Brief*, 21(2), 1-11.
- Lancioni, G. E., O'Reilly, M. F., Emerson, E. (1996). A review of choice research with people with severe and profound developmental disabilities. *Research in developmental Disabilities*, 17(5), 391-411.

- Lindsay, C. and Dutton, M., 2010. Employability through health? Partnership-based governance and the delivery of Pathways to Work condition management services. *Policy studies*, 31 (2), 245~264.
- Loon, J. V. and Hove, G. V. (2001). Emancipation and self-determination of people with learning disabilities and down-sizing institutional care. *Disability and Society*, 6(2), 233-254.
- Luker, T. (2007). The national disability rights network and the protection and advocacy system. *The exceptional Parent*, 37(9), 74-76.
- Mansell, J., Knapp, M., Beadle-Brown, J. and Beecham, J. (2007). *Deinstitutionalisation and community living: Outcomes and costs: Report of a European Study*. Canterbury: Tizard Centre, University of Kent.
- Morris, J. (2011). Rethinking disability policy. Joseph Rowntree Foundation Online: www.jrf.org.uk, accessed 12 Jan. 2012.
- Nunkoosing (2012). The social construction of learning disabilities. Atherton, H. and Crickmore, D. Eds., *Learning disabilities-toward inclusion*, Churchill Livingstone Elsevier.
- Oliver, M. (1996). *Understanding disability: From theory to practice*. NY: St. Martin's press.
- Priestley, M. (1999). *Disability politics and community care*. London: Jessica Kingsley.
- Rummery, K. 2002. 김용득 역(2005) 『장애인의 시민권과 영국의 지역사

회 보호』, 서울: EM커뮤니티.

Segal, S. P. (1995). Deinstitutionalization. In Edwards, R. L., *Encyclopedia of social work*, 19th Edition, Washington, DC: NASW Press, 704-712.

Shelly, D. (2008). Problems associated with choice and quality of life for an individual with intellectual disability: A personal assistant's reflexive ethnography. *Disability and Society*, 23(7), 719-732.

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

Wehmeyer, M. L. (1999). A functional model of self-determination: describing development and implementing instruction. *Focus on Autism and Other Developmental Disability*, 14(1), 53-61.

<홈 페이지>

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



자립생활 기반구축을 위한 외국 사례 및 정책 연구를 통한 선진모델 구축

인 쇄 일: 2012년 12월
발 행 일: 2012년 12월
발 행 처: 국가인권위원회
주 소: 100-842 서울시 중구 무교로 6 금세기빌딩
<http://www.humanrights.go.kr>
전 화: 장애차별조사1과 02) 2125-9832
팩 스: 02) 2125-9848
연구수행기관: 군산대학교 산학협력단
인 쇄 처: 한학문화
전 화: 02)313-7593, E-mail: h6332@chol.com

ISBN 978-89-6114-286-1 93330

비매품