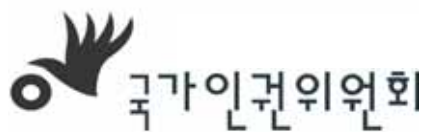

장애인교육권 보호·향상을 위한 1차 토론회

영·유아기 장애아동 교육권의 쟁점과 대안

일 시 || 2004. 11. 29(월) 14:00

장 소 || 국가인권위원회 배움터 1



영·유아기 장애아동 교육권의 쟁점과 대안

일 정 표

14:00 - 14:05	개 회	사 회 강명득 (국가인권위원회 사무총장 직무대리)
14:05 - 14:10	인 사 말	
14:10 - 14:15	참석자 소개	사 회
14:15 - 14:45	발 제 1	장애아동의 학령전 조기교육 현황 및 개선 방안 조광순 (공주대학교 특수교육학과)
14:45 - 15:15	발 제 2	유상조기특수교육기관의 현황 및 활성화 방안 조정환 (한국특수아동조기교육연구회 이사)
15:15 - 15:25	휴 식	
15:25 - 16:25	토 론 (각 10 분)	<ul style="list-style-type: none"> - 장애 영·유아 교육권 보호·향상을 위한 개선방안 송주한 (곡교어린이집 장애아동 학부모) - 영·유아 장애아동의 교육권 보호를 위한 과제 김명숙 (가락유치원 원장) - 장애 영·유아의 교육권과 보육권 확보를 위한 제언 김치훈 (구립 영3어린이집 특수교사, 장애인교육권연대 정책국원) - 사설 조기교육기관의 인·허가 문제에 관하여 안수경 (국립특수교육원 연구사) - 학령전 장애아동의 교육권 보장을 위한 국가정책 김은주 (교육인적자원부 특수교육보건과 교육연구관) - 장애아 보육 현황 및 정책 이정심 (여성부 보육기획과 서기관)
16:25 - 17:00	종합토론	

영·유아기 장애아동 교육권의 쟁점과 대안

목 차

발	제 1	장애아동의 학령전 조기교육 현황 및 개선 방안 1 조광순 (공주대학교 특수교육학과)
발	제 2	유상조기특수교육기관의 현황 및 활성화 방안 33 조정환 (한국특수아동조기교육연구회 이사)
토	론	장애 영·유아 교육권 보호·향상을 위한 개선방안 55 송주한 (국교어린이집 장애아동 학부모)
		영·유아 장애아동의 교육권 보호를 위한 과제 65 김명숙 (가락유치원 원장)
		장애 영·유아의 교육권과 보육권 확보를 위한 제언 71 김치훈 (구립 영3어린이집 특수교사, 장애인 교육권연대 정책국원)
		사설 조기교육기관의 인·허가 문제에 관하여 83 안수경 (국립특수교육원 연구사)
		학령전 장애아동의 교육권 보장을 위한 국가정책 19 김은주 (교육인적자원부 특수교육보건과 교육연구관)
		장애아 보육 현황 및 정책 103 이정심 (여성부 보육기획과 서기관)

장애아동의 학령전 조기교육 현황 및 개선 방안

조 광 순
(공주대학교 특수교육과)

장애아동의 학령전 조기교육 현황 및 개선 방안

조 광 순 (공주대학교 특수교육과)

I. 들어가는 말

장애로 인해 학습 및 발달에 문제를 나타내 보이고 있는 아동들에게 가능한 조기에 특수교육 서비스를 제공하는 것은 이후의 심각한 문제를 예방하게 됨으로써 궁극적으로는 특수교육 및 사회복지 재정을 절감하는 효과를 가져 올 수 있고, 시설 수용 가능성을 최소화시킬 수 있으며, 아동이 사회에 통합되어 독립적으로 기능하도록 도울 수 있다는 점에서 그 중요성이 있다(Guralnick, 1998; McNulty, Smith, & Soper, 1983; Vincent, 1986). 이러한 이유로 특수교육 서비스가 필요한 아동의 조기발견 중요성이 강조되고 있으며, 선진 외국에서는 발달 및 건강상 문제가 있는 아동을 조기에 발견하기 위한 체계의 개발을 위해 많은 노력을 기울이고 있다(백유순 외, 2003; 백화종 외, 2000; 최민숙, 1999; 肥後祥治, 2001; Meisels & Provence, 1989; National Early Childhood Technical Assistance System, 2001).

같은 맥락에서 선진 외국에서는 무상으로 제공하는 특수교육 대상 아동을 0세로 하향 조정하고 있으며, 현재는 장애가 있는 것으로 볼 수는 없지만 특수교육 및 관련 중재 서비스를 제공하지 않으면 장애의 가능성이 있는 위험아동까지도 서비스 대상자로 포함시키고 있다(이미선 외, 2001). 우리나라의 경우 교육인적자원부는 가정·시설·병원 내에서의 학교교육의 제공과 특수학교 및 특수학급, 유치원과정 특수학교, 단설 공립유치원, 사립유치원 특수학급 등 무상의 특수교육기관을 지속적으로 증설하여 특수교육 서비스 확대를 위한 노력을 하고 있고, 올 2004년도부터는 사립 일반유치원에 취원한 만 3-5세 유아특수교육 대상자에는 연 총 2,400,000원의 유치원 학비를 지원받을 수 있도록 하고 있다. 또한 이러한 지원 대상에는 특수교육진흥법에 제정된 일곱 가지 장애 범주에 의한 유아특수교육 대상자 외에도, 동년배보다 신체적·정신적 발달이

지체된 유아, 간질·발작 등의 특이 질병을 가진 유아, 학습준비기능이 지체된 유아까지 포함될 수 있도록 함으로써 무상의 유아특수교육 서비스 확대를 위해 이전보다 더 많은 노력을 기울이고 있음을 알 수 있다. 그러나 3세 미만 영아의 무상교육이 이루어지지 않고 있어 이들을 위한 교육 대책마련이 시급한 실정이다.

특수교육 서비스의 확대 및 대상자의 선정과 관련하여 중요한 것은 대상자의 정의와 기준 및 진단의 절차이다(조광순, 이미선, 2002). 어린 아동의 경우에는 계속 발달이 이루어지고 있는 특성과 어린 시기부터 특정한 장애 명칭을 부여하는 것의 어려움 및 이로 인해 초래될 수 있는 부정적 영향을 감소시키고, 가능한 한 통합교육 환경에서 특수교육 서비스를 제공하려는 의도에서 발달지체와 같은 비범주적 용어를 사용하여 서비스를 제공하고 있는 것이 현 추세이다. 그러나 아직 우리의 특수교육진흥법은 특정 장애로 분명하게 진단된 아동들로만 제한적으로 특수교육 서비스를 제공하도록 하고 있는 문제점을 안고 있다(이미선 외, 2001; 이소현, 2000; 윤점룡, 1999; 조광순, 이미선, 2002).

장애아동의 교육은 이들이 갖는 다양한 요구로 인해 다양한 전문가들의 전문성을 필요로 하며, 보건·의료, 교육, 보육, 치료, 복지 기관과 같은 다양한 환경에서 서비스 제공이 이루어지게 된다. 학교 내에서 각 아동을 위한 특수교육 및 관련 서비스를 효과적으로 제공하려면, 개별화교육계획을 토대로 교육과 치료, 또한 특수교육과 일반교육이 통합 또는 연계되어 제공되어야 할 필요가 있듯이, 모든 기관에서 서비스를 효율적으로 또한 효과 있게 제공하도록 하려면, 기관의 서비스를 지원, 관리·감독하고 있는 정부 부처의 협력과 서비스 기관들 사이의 협력이 절대적으로 필요하다(이익섭, 2003; 정동영, 2003; 조광순, 2004). 현재 장애유아들을 위한 조기교육 서비스의 문제점은 질적으로 우수한 유아특수교사의 배치와 관련 치료교육 서비스, 통합학급에 있는 유아들을 위한 특수교육 서비스, 교육과 보건·의료 및 보육과의 연계성에서 찾아볼 수 있다(김성애, 2004; 조광순, 2004; 최민숙, 2004). 국내 장애유아 조기교육의 문제점을 해결하기 위해서는 시·도 및 지역 교육청이 법과 중앙정부의 정책을 시행하도록 할 수 있는 교육인적자원부의 감독과 지원체제가 필요하다. 이와 관련하여 교육인적자원부의 정책방향에서(교육인적자원부, 2003) 언급하고 있는 부처간 연계를 통한 교육 서비스 제공 실행을 위한 구체적인 방안제시 또한 되어야 할 필요가 있다.

본 발표논문에서는 현 우리나라 장애아동 조기교육의 현황을 유아특수교육 대상자의 정의와 기준, 조기발견 및 진단·평가 절차, 교육지원 체제에 따른 법규정과 정책, 실태와 문제점을 중심으로 좀 더 자세히 알아보고, 이를 토대로 장애아동 조기교육의

개선 방안을 제시하고자 한다. 본 발표논문에서 제시되는 장애아동 조기교육의 현황과 개선 방안은 최근 국내외 연구보고서 외에 관련 법규, 정책보고서, 관련 연구논문, 외국의 우수사례를 검토·분석한 것을 종합한 것이다.

II. 유아특수교육 대상자의 정의 및 선정 기준

미국의 연방정부는 학령기 아동의 경우에는 장애유형에 따라 특수교육 대상자를 선정하여 서비스를 제공하도록 하고 있으나, 3세 미만의 영아는 물론 3-9세 아동만큼은 주정부와 지방교육구청의 재량에 의해 장애범주 대신 '발달지체'로 아동을 정의하여 특수교육 서비스를 제공할 수 있도록 하고 있다. 이러한 법 규정에 따라 각 주정부는 발달지체의 양적 기준으로서 평균에서 이탈된 '표준편차'(예: 하나의 발달 영역이 평균에서 $-2SD$ 미만인 경우와 두 가지 발달영역이 $-1.5SD$ 미만인 경우), 아동의 생활연령과 실제 수행 수준의 차이에 대한 '백분율'(예: 하나 또는 그 이상의 발달 영역에서 25% 지체가 있는 경우), 또는 아동의 수행이 생활연령에서 몇 개월 이하 수준인지를 나타내는 '지체된 개월 수'(예: 3세인 경우 하나의 발달 영역에서 11개월, 두 가지 발달영역에서 8개월 지체된 경우) 등 세 가지 형태의 양적 정의를 많이 사용하고 있다. 이 외에도 표준점수나 백분위로 발달지체를 정의하고 있기도 하다. 2001년 현재 미국의 31개 주정부가 하나의 발달 영역에서 문제가 나타날 때에는 $-2.0SD$ 미만의 기준과 두 개의 발달 영역인 경우에는 $-1.5SD$ 미만 기준을 사용하고 있으며, 백분율 기준을 사용하는 17개 주정부 중 16개 주정부는 하나 혹은 두 개의 발달 영역에 있어 20~33%의 범위 내에서 발달지체 기준을 규정하고 있는 것으로 나타나고 있다(NECTAS, 2001). 발달지체에 대한 양적 기준은 정상적 발달을 보이고 있는 아동들과의 비교를 객관적으로 할 수 있다는 점에서 장점은 있으나, 전반적인 아동의 발달 수준을 파악하는 데는 제한점이 있으므로 전문가의 판단이나 다학문적 사정팀의 임상적 의견과 같은 주관적인 질적 정보를 첨가하여 발달지체를 결정하기도 한다.

또한 장애유형에 따른 진단·평가 절차 및 정의 또한 자세히 제시하고 있다. 예를 들어 오레곤(Oregon)주의 특수교육 법규정(Oregon Department of Education, 2002; Portland Public Schools Department of Education, 2003)에서 제시되어 있는 정서장애 진단절차와 기준을 보면, 아동의 현 특성과 발달사를 포함한 아동의 정서 및 행동 상태

에 대한 진단이 이루어져야 하며, 아동의 교육수행에 영향을 줄 수도 있는 어떤 신체 요인이 있는지에 관한 의사의 진단 또는 건강 진단과 최소한 한 개의 표준화된 행동평정척도에 의한 진단이 이루어져야 한다고 제시하고 있다. 또한 학급에서의 아동관찰 및 최소한 한 개의 다른 환경에서 아동의 교사가 아닌 다른 사람에 의한 관찰, 의심되는 장애의 영향을 밝혀주는 교육 수행 또는 발달 진도 평가를 통해 진단이 이루어져야 할 것을 명시하고 있다. 정서장애의 기준에는 1) 아동의 정서 또는 행동 문제는 장기간 나타내 보여야 하며, 2) 아동의 지능·감각·운동·신체 발달에 비해 학습 불능이거나 또래와 교사와의 만족할 만한 상호간 인간관계 형성 및 유지 불능, 과잉행동 및 충동적 반응·우울·위축에 이르는 다양한 지나친 행동, 정상적 상황에서의 부적절한 행동 유형 또는 감정, 개인적·사회적·학교 문제와 관련한 신체증상 및 통증, 또는 공포를 발달시키는 경향과 같은 행동 기준을 충족시킬 수 있을 때 정서장애로 판정할 수 있음을 명시하고 있다. 이처럼 특수교육 대상자의 선정에 따른 진단 절차는 반드시 자세한 판정 기준을 근거로 실시되는 것이 중요하다고 볼 수 있다.

1. 관련 법규정 및 정책

무상 및 의무교육이 되는 특수교육대상자와 관련하여 특수교육진흥법 제2조 제2항에 의하면, 특수교육대상자라 함은 제10조의 규정에 의하여 특수교육을 필요로 하는 사람으로 선정된 사람을 말하며, 동법 제10조 제1항에는 다음의 장애 즉, 시각장애, 청각장애, 정인지체, 지체부자유, 정서장애(자폐성을 포함), 언어장애, 학습장애의 일곱 가지 장애 범주 중 하나로 진단되거나 기타 교육인적자원부령이 정하는 장애에 해당하는 장애가 있는 사람 중 특수교육을 필요로 하는 사람으로 진단·평가된 사람을 특수교육대상자로 선정한다고 규정하고 있고, 동법시행령 제9조 제2항에 의해 특수교육대상자의 진단·평가·심사 및 선정의 기준은 [별표]의 '특수교육대상자의 진단·평가·심사 및 선정의 기준'에 의하도록 되어 있다. 예를 들면, 정인지체를 지닌 특수교육대상자는 '지능검사 결과 지능지수가 75이하이며, 적응행동에 결함을 지닌 자', 지체부자유 특수교육대상자는 '지체의 기능·형태상 장애를 지니고 있고, 체간의 지지 또는 손발의 운동·동작이 불가능하거나 곤란하여 일반적인 교육시설을 이용한 학습이 곤란한 자'로 규정하고 있다.

한편, 장애인복지법 제2조는 장애인복지 시책의 대상인 장애인의 정의와 기준을 다

음과 같이 규정하고 있다. 즉, 장애인은 신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자를 말하며, 이 법의 적용을 받는 장애인은 다음 각호의 1(1. 신체적 장애라 함은 주요 외부 신체기능의 장애, 내부기관의 장애 등을 포함한다. 2. 정신적 장애라 함은 정신지체 또는 정신적 질환으로 발생하는 장애를 말한다)에 해당하는 장애를 가진 자로서 대통령령이 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자를 말하고, 동법시행령 제2조에 의해 "대통령령이 정하는 장애의 종류 및 기준에 해당하는 자"라 함은 [별표 1] 에서 규정한 자를 말하며, [별표 1]에서는 장애인의 종류 및 기준을 지체장애인, 뇌병변장애인, 시각장애인, 청각장애인, 언어장애인, 정신지체인, 발달장애인, 정신장애인, 신장장애인, 심장장애인의 10개 범주로 규정하고 있다. 또한, 동법시행규칙 제2조에서는 장애인의 장애등급은 [별표 1]에 제시하고 있으며, 보건복지부장관은 장애등급의 구체적인 판정 기준을 정하여 고시할 수 있음을 규정하고 있다.

최근 교육인적자원부의 2004년 장애유아 무상교육비 지원사업계획에서는 특수교육진흥법에서 규정하고 있는 유아특수교육 대상자 외에도 동년배보다 신체적, 정신적 발달이 지체된 유아, 간질·발작 등의 특이 질병을 가진 유아, 학습준비기능이 지체된 유아까지 포함될 수 있도록 함으로써(정동영, 2003) 무상의 유아특수교육 서비스 대상의 폭을 넓히고 있는 것으로 나타나고 있다(교육인적자원부, 2003).

2. 특수교육 대상자 정의 및 기준의 문제점

특수교육 대상자 정의와 기준에서의 문제점은 첫째, 대상자의 범위가 제한적이다. 장애아동의 특성상 출생 시부터의 조기교육이 중요함에도 불구하고 현행법상 0~2세 영아는 교육의 대상이 아닌, 보육과 복지의 대상으로만 규정되어 있어 이들에 대한 공교육적 대책은 전혀 마련되어 있지 않다. 이로 인해 현재 장애가 있는 0~2세 영아의 조기교육은 무상의 유아특수교육기관이 아닌, 주로 복지단체 부설 혹은 사설조기교육기관에서 사교육비에 의해 제공되고 있는 문제점이 나타나고 있다(이미션 외, 1999; 이익섭, 2003; 조광순, 2001).

둘째, 조기에 적절한 특수교육 서비스를 받게 되면 장차 그들이 보일 수도 있는 장애가 미리 예방되거나 경감될 수 있는 장애위험 아동 즉 유전적, 의학적 또는 환경적 위험 요인에 노출되어 있는 아동은 현행법상 특수교육 대상자로 규정되어 있지 않다(이

미선, 조광순, 2002).

셋째, 현 특수교육진흥법에 의한 유아특수교육 대상자 정의와 기준은 유아의 발달 특성 및 장애 명칭 붙임의 부정적 영향이 고려되지 않은 채, 학령기 아동에게 적용되는 장애 범주별 기준에 의해 장애로 분명하게 진단된 아동들로만 제한되어 있다. 이처럼 유아들이 유아특수교육 서비스를 받기 위해 특수교육진흥법에 규정되어 있는 범주별 접근에 따른 특정 장애로 진단 받아야 하는 것은 조기에 장애 명칭을 부여함으로써 부정적인 인식이나 영향을 초래할 수 있을 뿐만 아니라 특정 장애로 뚜렷이 진단이 되지 않는 유아들이 제외될 수 있는 문제점을 안고 있다. 이와 관련하여 영·유아가 특수교육 대상자임을 확인하기 위해서는 학령기 특수교육과는 다른 발달지체의 개념 도입과 같은 새로운 대상자 정의와 분류체계가 필요하다는 주장이 많은 연구자들(이미선 외, 2001; 이소현, 2000; 윤점룡, 1999; 조광순, 2001; 정동영 외, 1998 등)에 의해 제기된 바 있다.

넷째, 장애유형별 진단절차와 선정기준이 자세히 제시되어 있지 않아 모호하다. 이로 인해, 이미선 등의 연구(2001)에서 나타난 것을 보면, 특수교육기관의 교사들은 입학 전에 아동이 제출하는 장애인등록증 사본 혹은 진단서에 기재된 장애 명칭을 거의 그대로 사용하여 아동을 진단하고 개별화교육계획을 수립하고 있는 것으로 나타나고 있다. 즉, 장애아동에 대해 정신지체 3급, 청각장애 2급, 발달장애 3급 등의 장애 명칭을 사용하고 있고, 장애인복지법에는 규정되어 있으나 특수교육진흥법에는 없는 장애 명칭인 '발달장애'라는 명칭을 사용하거나 심지어 장애인복지법의 규정에도 없는 장애 명칭인 '발달지체'를 사용하고 있는 것으로 나타나고 있다. 또한 진단·평가와 장애의 기준이 명확하지 않아 학습장애와 언어장애, 정서장애와 같은 경도장애아동을 진단하는데 어려움이 있는 것으로 보고 되고 있다(교육부, 1999).

III. 진단·평가 절차 및 방법

진단·평가는 특수교육 대상 아동의 선정과, 교육계획의 수립, 진도점검, 프로그램 평가와 같은 여러 단계의 과정을 포함하고 있는 것으로 이해되고 있다(조광순, 이미선, 2002). 이 중 진단은 흔히 특수교육의 적격성 판정에 필요한 종합적인 사정을 의미하는 것으로, 가족, 의사, 교사 등의 염려와 의뢰, 또는 발달 및 건강 선별 체계에 의해 아동의 문제점이 나타나는 경우 장애의 여부를 결정하기 위해 실시된다(Campbell, 1991;

Meisels & Provence, 1989). 일반적으로 진단은 평가와 분리하여 장애의 조건 및 발달 지체 정도를 알아내고, 서비스 적격성 기준에 따라 아동의 서비스 수혜 여부를 결정하는데 주 목적이 있는 것으로 보고 있다(McLean, Bailey, & Wolery, 1996).

진단의 절차는 보통 장애의 원인을 알아내고 그 특성과 정도를 밝혀내는 과정을 거친다. 진단 과정에서는 아동이 특수교육 프로그램에 적격한지를 결정하기 위하여 일반적으로 아동의 능력을 정상적인 발달 범주에 속하는 대규모 규준집단 아동들의 능력과 의미 있게 차이가 있는지를 비교하는 것이 일반적이다. 이러한 비교를 위하여 표준화 규준참조형 검사도구가 주로 사용된다. 그러나 표준화 규준참조형 검사도구는 대규모 규준집단 아동들과의 비교를 가능하게 해주기는 하지만, 아동이 발달지체 혹은 장애를 가지고 있는지에 관한 검사자의 정확한 판단을 보장하지 못하는 제한점을 지니고 있다(Davis, Kilgo, & Gamel-McCormick, 1998). 따라서 아동의 가족 및 다른 양육자로부터의 추가 정보를 수집함으로써, 그리고 자연적인 상황에서 아동의 행동을 관찰함으로써 진단자는 아동이 발달지체 혹은 장애를 가졌는지를 판단하도록 해야 한다고 보고 있다(Davis, Kilgo, & Gamel-McCormick, 1998). 따라서 진단 정보는 가족 뿐 아니라 각 관련 학문 분야의 전문가, 직접적 관찰의 결과를 종합하는 것으로 성격상 다학문적 접근을 하게 된다(DEC Task Force on Recommended Practices, 1993).

이러한 진단·평가와 관련된 질적 기준에 따라 미국에서는 연방법과 주법에서 구체적으로 진단·평가 절차에 대해 규정하여 정책에서 이를 반영하도록 하고 있다. 예를 들어, 오레곤 주의 특수교육 법규정(Oregon Department of Education, 2002; Portland Public Schools Department of Education, 2003)에서는 특수교육 진단을 하기 위해 사용되는 검사 및 기타 진단 도구·자료는 인종 또는 문화적으로 차별적이지 않은 것으로 선정하여 진단을 실시해야 하며, 아동이 장애를 지니고 있고 특수교육의 요구가 있는 것을 확실히 측정할 수 있는 것으로 선정하여 진단을 실시해야 한다고 규정하고 있다. 또한 다양한 진단 도구와 전략을 사용하여 아동의 관련 기능적 및 발달적 정보를 수집해야 하며, 이러한 정보에는 부모가 제공한 것과 일반 교육과정(유아의 경우, 적절한 활동)의 참여 속에서 이루어지는 아동 발달변화와 관련된 정보를 포함해야 한다고 규정하고 있다. 또한 어떤 표준화된 검사든지 아동에게 실시된 검사는 1) 사용하고자 하는 특정 목적에 맞게 타당도가 검증된 것이어야 하며, 2) 검사 개발자가 제시하고 있는 지시사항에 따라 검사를 실시할 수 있도록 훈련을 받은, 지식이 있는 전문가에 의해 실시되어야 하고, 3) 기준 조건에 따라 검사가 실시되지 않을 때에는 반드시 어느 정도

기준 조건에서 차이가 있는 지(예: 검사를 실시한 검사자의 자격, 또는 검사 실시 방법) 보고서에 기술해야 한다는 것을 포함시키고 있다.

1. 관련 법규 및 정책

우리나라의 경우, 특수교육진흥법 제4조에 의하면, 특수교육에 관한 주요 사항을 심의하기 위하여 교육인적자원부 장관 소속 하에 중앙특수교육운영위원회, 교육감 소속하에 시·도특수교육운영위원회를, 교육장 소속하에 시·군·구특수교육운영위원회를 두도록 규정하고 있으며, 특수교육진흥법시행령 제4조의 2 제1항에 의하면, 시·군·구특수교육운영위원회에서는 중학교 과정 이하 각급학교에 취학할 특수교육대상자의 선정, 중학교 과정 이하 각급학교에 해당하는 학교의 지정·배치, 기타 특수교육의 발전에 관한 사항으로서 교육장이 발의하는 사항을 심의하는 역할을 하도록 규정하고 있다. 특히, 시·군·구특수교육운영위원회는 동법시행령 제2항에 의거 위원장 1인을 포함한 5인 이상 8인 이하의 위원으로 구성하며, 동법시행령 제3항에 의해 위원장은 위원회를 두는 교육장이 속한 교육청의 학무국장이 되고, 위원은 제3조 제3항 각호의 1에 해당하는 자 즉, 교장 또는 교감, 특수학교 교사, 특수교육 분야의 대학교원, 특수교육에 관한 업무를 행하는 공무원, 의사, 특수교육대상자의 보호자, 사회복지사업법에 의한 사회복지사, 변호사 등 법률에 관하여 전문 지식이 있는 자, 지능측정·성격진단·적성검사 등 심리진단에 관하여 전문지식이 있는 자로 하도록 규정되어 있다.

특수교육대상자 선정을 위한 특수교육대상자 진단·평가 도구와 관련하여 동법시행규칙 제3조 제3항에 의하면, 특수교육대상자의 선정을 위한 장애영역별 진단·평가의 도구는 [별표 1]에 의하되, 필요한 경우에는 다른 장애영역의 진단·평가도구를 함께 활용할 수 있으며, 장애영역의 진단·평가 시에는 장애인증명서·장애인수첩 또는 진단서 등을 참고 자료로 활용할 수 있음을 규정하고 있다.

2. 문제점 및 실태

특수교육 대상자의 선정을 신청한 아동을 특수교육 대상자로 정확하게 선정하기 위해서는 적절한 진단 절차와 방법이 적용되어야 하나, 특수교육진흥법에 특수교육 대상자 선정을 위한 위원회의 구성 규정과 장애 영역별 진단·평가도구만을 제시하고 있고, 별도의 진단 절차와 방법에 관한 구체적인 규정이 제시되어 있지 않은 것이 문제이다

(이미션 외, 2001; 조광순 · 이미션, 2002). 특수교육대상아동이 아동의 능력에 적절한 교육을 받도록 하기 위해서는 우선 아동의 장애에 대한 정확한 진단을 하고 그 결과에 따른 적절한 프로그램의 개발 및 배치가 이루어져야 한다. 따라서 적절한 진단·평가의 절차와 방법의 적용은 아동의 요구를 파악하여 요구에 적합한 개별화교육프로그램의 개발을 도울 수 있다는 점에서 중요하다(조광순, 이미션, 2002; Mclean, Bailey, & Wolery, 1996; Neisworth & Bagnato, 1996). 그러나 현재 우리나라의 경우, 영·유아는 물론 학령기 장애아동의 진단과 개별화교육프로그램의 개발에 도움을 줄 수 있는 적절한 진단·평가 도구의 수가 제한적이라는 것이 그 동안 많은 연구자에 의해 지적된바 있다(이소현, 2000; 윤점룡, 1999, 정동영 외, 1998). 이러한 문제로 인해 장애의 진단과 배치, 개별화교육프로그램의 계획의 과정에서 많은 아동들은 여러 번 같은 검사도구에 의한 진단과 평가를 받고 있는 것으로 나타나고 있으며, 개별화교육프로그램 계획 시 아동의 수행수준의 확인과 장·단기목표 개발을 도울 수 있는 진단·평가가 잘 이루어지고 있지 않은 것으로 밝혀지고 있다(이미션 외, 2001). 따라서 아동의 진전이나 개별화교육프로그램의 효과를 알아보기 위한 평가 또한 잘 실시되고 있지 않아, 실제 특수교육현장에서 사전에 계획된 개별화교육프로그램대로 교육하는 경우 또한 드문 것으로 나타나고 있다(정계자, 1999; 최철호, 1997; 황안섭, 2000).

대상자 선정을 위한 진단 절차와 방법에 있어서 또 한 가지의 문제는 유아특수교육 대상 유아의 선정 기준 및 절차, 방법에 대해서는 제시되지 있지 않을 뿐만 아니라(조광순, 이미션, 2002). 장애유형별 별도의 자세한 규정도 제시되어 있지 않다는 점이다. 최근 교육인적자원부의 2004년 장애유아 무상교육비 지원사업계획에 발달지체 유아나 학습준비기능이 지체된 유아 등을 서비스 대상 아동으로 포함시킨 것은 다행이지만, 발달지체와 학습준비기능 지체, 또한 특이한 질환에 대한 정의 및 선정 기준, 절차 방법은 아직 마련되어 있지 않다.

이러한 문제점으로 인해 특수교육 대상자의 선정을 위한 진단 시 다학문적 팀으로 구성하도록 규정되어 있는 시·도 혹은 시·군·구 특수교육운영위원회에서 직접 특수교육대상자를 진단하여 선정하는 경우는 많지 않고, 실제로는 교육기관에서 많이 이루어지고 있는 실정이며(김주영 외, 2001; 이미션 외, 2001; 조광순 · 이미션, 2002), 특수교육운영위원회에서 특수교육 대상자를 진단하여 선정하는 경우에도 다학문적 팀 접근이 충분히 이루어지지 않고 있다. 교육인적자원부는 시·군·구특수교육운영위원회의 운영이 활성화되지 않고, 그 역할을 제대로 다 하지 못하고 있는 실정임을 고려하여, 위

원회의 특수교육 대상자의 진단, 배치 등의 기능을 지원하는 기구인 특수교육지원센터
를 2003년 현재 전국에 141개소를 운영하고 있다(교육인적자원부, 2003). 그러나 아직까
지는 제한된 예산 및 전담 인력의 부족으로 다학문적 팀 운영에 의한 기능 수행에 어려
움이 많은 실정이다.

IV. 교육지원 체제

1. 관련 법규·정책 및 실태

특수교육 기관의 교육프로그램은 일반적으로 일반교육과정과 특수학교교육과정에
의한 특수교육 외에 치료교육 활동으로 구성된다. 아동의 장애특성에 따른 교육적 요
구에 따라 개별화교육계획을 개발하여 특수교육서비스를 제공하도록 특수교육진흥법
에는 규정되어 있다.

특수교육진흥법 제2조 제7호에 의하면, 치료교육은 장애로 인하여 발생한 결함을 보
충함과 동시에 생활기능을 회복시켜주는 심리치료, 언어치료, 물리치료, 직업치료, 보행
훈련, 청능훈련, 생활적응훈련 등의 교육활동을 의미한다. 특수학교의 경우 치료교육교
사는 동법 제19조 및 시행령 제16조에 따라 총 학급수가 6학급이하인 때에는 1인의 치
료교육교사를, 6학급을 초과할 때에는 12학급마다 1인을 추가 배치하여 치료교육 서비
스를 지원하도록 하고 있다(국립특수교육원, 2003).

또한 교육인적자원부에서는 2003년도부터 특수교육 지원 서비스 중의 하나로, 특수
학교나 특수학급에 특수교육 보조원을 배치하여 특수아동의 학습활동과 교내적응활동
지원 및 특수교육 교사와 일반 교사의 교유활동을 지원하도록 하고 있는 정책을 시행
하면서 연차적으로 특수교육 보조원의 수를 7,500명 정도까지 증가시킬 계획을 세워놓
고 있다(교육인적자원부, 2003).

치료교육처럼 특수교육의 관련 지원서비스로 특수교육진흥법에 의해 무상으로 제공
되는 서비스는 아니지만, 무상보육 서비스 또한 장애아동 가족이 활용할 수 있는 복지
서비스이다. 2003년 보건복지부(현재는 여성부)의 장애아동 무상보육사업의 활성화로
인해 국·공립, 민간, 직장 및 가정 보육시설 중 취학전 장애아동을 보육하는 시설의
지원이 이루어지게 되면서, 유아특수교육 기관에서의 무상교육 서비스가 아닌, 보육시

설인 어린이집에서 서비스 혜택을 받고 있는 아동들의 수가 늘고 있는 추세이다(김호순, 2003). 장애아동 전담 어린이집의 경우, 원장인건비와 보육교사(장애아동 4명당 1인), 특수교사 또는 치료사(장애아동 10명당 1인)의 인건비를 100% 지원하고 있으며, 취사부와 차량운영비, 교재교구비 등을 포함함 각종 관련 운영비를 지원하고 있다(보건복지부, 2003). 취학연령이 되었음에도 질병 등의 사유로 일반 초등학교 및 특수학교에 취학하지 못한 장애아동(만 6-7세)을 무상보육에 포함시켰고, 장애인복지카드를 소지하지 않은 장애가능성 위험 영아(0-2세)의 경우에도 장애진단서를 제출할 경우 무상 보육 대상자에 포함되도록 하고 있다(김호순, 2003). 현재는 여성부에서 보육서비스를 제공하고 있지만, 2003년 보건복지부는 장애아동 4,300명에 대한 보육예산을 확보하여 서비스 지원 계획을 한 바 있다.

그러나 그 동안 유치원에서 특수교육 서비스를 받고 있는 아동의 경우에는 지원대상에서 제외가 되어, 방과 후에 어린이집에서의 보육서비스를 받고자 할 때에는 무상 지원이 되지 않았다(김호순, 2003). 최근에는 점차로 방과 후 보육프로그램 또한 무상으로 지원해주는 정책을 시행하고 있으나 아직은 초기단계에서 머물고 있다고 할 수 있다. 이러한 이유로 특수교육 기관의 아동들이 갖고 있는 보육 요구를 충족시키기 위해, 몇몇 특수학교에서는 교사의 무보수 봉사와 자원봉사자를 활용하여 방과 후 보육서비스를 제공하고 있는 것으로 나타나고 있고(국립특수교육원, 2003), 공립 병설유치원의 경우도 종일제 프로그램 형태로 보육 서비스를 병행하여 제공하는 추세이다(최순옥, 2003).

2. 교육지원 체제의 문제점

현 우리나라의 장애아동 조기교육 지원 체제의 문제점은 첫째, 유아의 경우에는 의무교육이 아닌 무상교육으로 인해 장애유아의 공교육 수혜율이 낮고(이미선·강영택·조정환, 1999; 이미선, 조광순, 2002; 이소현, 2000), 관련 서비스가 아동의 요구만큼 지원되지 않아 교육에 대한 부모의 만족도가 전반적으로 낮은 점이다(안수경, 2003). 이로 인해 특수교육 요구가 있는 것으로 예상되는 유아 중 단지 7%정도만 무상의 유아특수교육 서비스를 받고 있는 것으로 나타나고 있고(이효자, 2003), 장애의 발견시기 또한 선진 외국에 비해 많이 늦은 것으로 나타나고 있다(이미선 외, 2001).

둘째, 치료교육 서비스의 경우 무척 제한적으로 제공되고 있다. 예를 들면, 특수학급이나 통합학급에 있는 아동들에게는 치료서비스는 거의 제공되지 않고 있을 뿐만 아니라

라, 치료교육 교사가 배치되어 있는 특수학교에 있는 장애유아들의 경우에도 제한적으로 치료교육 서비스를 받고 있다. 이러한 제한적인 치료교육 서비스로 인해 전국의 장애아동 부모 2,500여명을 대상으로 설문조사 한 결과에 의하면, 많은 장애아동 부모는 사설조기교육 센터나 클리닉(28%), 복지관 조기교육 프로그램(22%), 개인과외(10%)를 통해 월 11만원-80만원 정도의 사교육비를 들여 치료서비스의 요구를 충족시키고 있는 것으로 나타나고 있다(안수경, 2003).

셋째, 일반학교에서의 장애아동 통합교육을 부모들은 많이 선호하고 있으나, 통합교육은 개별적 지원이 되지 않는 물리적 차원 수준에서 머물고 있으며(박승희, 1999; 양인숙, 2002), 가족지원 서비스 또한 제한적으로 제공되고 있는 것으로 나타나고 있다(이명현, 2003; 조향옥, 2004). 현재 특수학급이 설치되어 있는 공립유치원의 경우에는 부분적으로 일반학급에서 통합교육을 실시하고 있으나, 개별화교육계획의 수립과 운영의 책임을 지니게 되는 개별화교육운영위원회가 형식적으로 운영되고 있고, 통합학급의 일반 교사의 참여가 의무화 되지 않아 개별화교육계획의 구안과 운영이 특수교사의 책임에만 머물고 있는 경우가 대부분이다(조광순, 이미선, 2002). 특수학교 유치부에 있는 유아들의 경우에는 이웃에 있는 유치원과 통합교육 활동을 부분적으로(예: 월 1회) 실시하고 있다. 그러나 행사위주의 통합교육 활동으로 인해 통합교육이 1회성으로 끝나는 경우가 많고, 유아의 개별화교육계획에는 통합교육에 대한 목표가 포함되어 있지 않는 경우가 대부분이다.

올 2004년부터 시행되는 5세 무상교육과 사립유치원에서의 유아특수교육 대상자 지원으로 인해 일반 유아들이 있는 통합교육 환경에서 교육을 받게 되는 장애유아들의 수가 증가할 것이라고 기대되지만, 전문가들은 이 환경에 있는 유아들의 경우 유아특수교사의 지원이나 개별화교육프로그램 적용과 같은 특수교육지원이 제대로 되지 않고 있는 것에 대한 우려점을 나타내 보이고 있다(김성애, 2004). 아직 공식적인 조사가 이루어지지 않았지만, 공사립을 막론하고 특수학급이 없는 통합유치원에서 조기교육 서비스를 받고 있는 장애유아들에게는 특수교육진흥법에서 보장하고 있는, 개별화교육계획에 의한 특수교육 및 관련 서비스가 제공되지 않고 있는 것이 일반적이라는 것은 문제가 아닐 수 없다. 교육비만 지급하고 있지 이 유아들의 교육지원을 위한 개별화교육프로그램과 유아특수교사, 보조원, 치료교육과 같은 중요한 서비스가 제공되지 않고 있다는 것은 앞으로 많은 문제를 초래할 수 있는 요인이 된다고 할 수 있다.

넷째, 장애아동 조기교육의 질 향상에 기여를 할 수 있는, 임용고사를 통한 유아특수

교사채용인원의 수가 극소수이다. 1994년 특수교육진흥법 개정 이후 무상 유아특수교육이 제공되면서 2000년도부터 유아특수교사가 배출되고 있고, 2003도 현재 전국적으로 유치원과정의 특수학교나 일반 공립유치원 특수학급, 특수학교 유치부에는 모두 421개의 장애유아를 위한 학급이 개설되어 있다(교육인적자원부, 2003). 하지만 2000년부터 2004년도까지 유아특수교사 채용인원은 90명에 불과하다(최민숙, 2004). 이러한 수치는 국공립 유치원 특수학급에 재직 중인 많은 교사는 정식으로 임용고사를 통해 채용되지 않았거나 기간제교사일 가능성이 많다는 의미이다. 2005년도 특수교사 임용고사 공고를 보면 전국 시·도교육청에서 채용하고자 하는 유아특수교사는 32명인 반면, 초등특수교사는 428명이나 된다. 초등특수나 중등특수 교사 임용고시 경쟁률은 보통 1.5:1미만이지만 유아특수교사 경쟁률은 7:1이 넘고 있다(황영준, 2003). 현재 각 대학에서 배출되고 있는 유아특수교사는 교육대학원을 포함하여 약 400명 이상인 것으로 나타나고 있다(최민숙, 2004). 임용고시를 통해 보다 우수한 유아특수교사를 확보할 수 있음에도 불구하고 행정적인 편의나 시·도교육청의 이해관계는 이를 제한하고 있는 것이 현실이다.

앞으로 조사연구가 이루어져야 하겠지만, 유아특수교사를 채용하게 되면 일반 유아교사를 채용할 수 없다는 논리에 의해 유아특수교사 지원자들이 차별을 받고 있는 현상이 벌어지고 있다. 같은 맥락에서 특수학급을 개설을 하지 않거나, 일반학급에 장애유아를 배치하면서 특수교육 서비스는 제공하지 않고 있는 문제가 발생하고 있다. 현재 3-5세 유아특수교육 대상 장애유아의 수를 30,000여명으로 가정할 때(이효자, 2003), 이 중 공교육기관에서 유아특수교육 서비스를 받고 있지 않은 장애유아 27,000여명이 앞으로 공교육기관에 포함된다면, 필요로 하는 유아특수교사는 6,700여명(학급당 아동수를 4명으로 했을 때)이다. 적어도 2004년도부터 교육인적자원부가 목표로 하고 있는 일반 사립유치원에서의 장애유아 3,000명을 위한 무상교육에 유아특수교사에 의한 특수교육 지원을 포함시킨다면 당장 필요로 하는 유아특수교사의 수는 굳이 계산을 하지 않아도 무척 많음을 알 수 있다.

다섯째, 교육과 보육 서비스의 연계가 이루어지지 않고 있고, 서비스의 중복으로 인해 예산의 낭비는 물론 비효율적으로 서비스가 제공되고 있다(안수경, 2003; 정동영, 2003). 위에서도 언급되었지만, 유치원에 등록하여 유아특수교육 서비스를 제공받고 있는 아동의 경우에는 어린이집에서의 방과 후 보육서비스를 지원받을 수 없는, 무상교육을 받는 장애아동은 무상보육의 혜택을 받지 못하는 것은 문제이다. 설사 무상 유아특수교육 서비스를 받고 있는 유아들에게 무상의 방과 후 보육 서비스를 제공한다고

해도 교육기관에서 보육기관으로 이동하는 데 따른 교통편은 어떻게 부처간 또한 기관 간 연계를 하여 지원을 할 것인지는 불확실하다. 교육과 보육 정책을 주관하는 부처가 다르다 보니 부처간 실적 위주의 운영으로 인해(정동영, 2003), 영유아보육법에 의한 취학전 3-5(6)세 장애아동의 보육서비스는 특수교육진흥법에 의한 유아특수교육 대상 아동의 교육 서비스와 중복이 되고 있는 것 또한 문제이다. 특히 양 부처에서의 서비스가 교육과 보육을 통합한 형태로 나아가고 있는 현 실태를 보면 더욱더 서비스의 중복으로 인한 국가 예산 낭비라는 피할 수 없는 결과를 초래하고 있다.

어린이집에서 장애유아의 서비스와 관련된 또 하나의 문제는 어린이집은 자격 있는 우수한 유아특수교사를 확보하는 것이 쉽지 않아 질적으로 우수한 교육을 장애유아들에게 제공하지 못할 수 있다는 점이다(안수경, 2003). 또한 개별화교육프로그램에 의한 교육지원에 관한 의무규정이 없어 관리·감독이 제대로 이루어지지 않을 경우에는 보육기관에서의 장애유아교육은 질적인 면에서 문제를 야기 시킬 수 있는 소지가 다분히 있다.

V. 개선 방안

국내 유아특수교육 대상자 정의 및 기준, 진단·평가, 교육지원 체제와 관련된 법규정과 정책, 실태의 문제점은 조기교육을 필요로 하는 아동과 가족이 필요한 서비스를 제공받는 데 많은 어려움을 초래하고 있다. 학령전 장애아동의 조기교육 서비스 확대와 질적 수준을 향상시키기 위해서는 본 연구자가 제기한 문제들을 해결할 수 있는 정책적 노력이 없이는 불가능하다고 본다. 위에서 고찰된 문제점들과 관련한 개선 방안을 제시해 보면 다음과 같다.

1. 조기발견 체계의 개발

장애아동 조기교육 서비스의 확대 및 서비스의 질적 수준을 높이기 위해서는 무엇보다도 특수교육 대상자이거나 혹은 그 대상자가 될 가능성이 있는 아동을 조기에 발견하는 체계의 개발이 우선되어야 한다(Lerner, 1998; McLean, 1996). 미국의 장애인교육법에서는 모든 주정부는 0-21세의 모든 연령층을 막론하고 특수교육 대상이 되는 아동과 성인을 조기발견하는 체계에 관한 법규정과 절차, 정책을 개발하여 시행해야 한다

는 것을 명시하고 있다. 미국에서는 체계적인 아동발견 정책의 시행이후, 매년 조기중재 및 유아특수교육 대상 아동의 수가 꾸준히 증가하고 있는 것으로 나타나고 있다(이미션 외, 2001).

보건복지부는 1999년부터 2001년까지 전국 23개 보건소를 모자보건 선도보건소로 지정하여 2000년에는 미숙아, 저체중아 및 선천성 이상아의 가정을 방문하여 이들에게 선별검사를 실시하고, 발달 및 건강 상태를 파악하는 기본적 사정 활동, 건강교육 및 상담 활동, 가족 간호 활동 및 의뢰 활동을 수행한 바 있다(서울특별시 영등포구 보건소·한림대학교 사회의학연구소, 2000; 황나미·장인순, 2000). 그러나 현 장애아동 조기발견 법규와 정책, 서비스의 문제점은 현행 모자보건법상 조기에 적절한 중재를 제공하지 못할 경우 사망 혹은 장애를 가질 가능성이 높은 미숙아 및 선천성이상아의 추구·관리와 같은 생물학적(의학적) 위험 영아에게만 한정되어 있고, 이들에게 의료지원 서비스만이 제공된다는 점이다(이미션 외, 2001). 전문가들은 장애나 발달지체의 발생 가능성이 많은 환경적 위험아동(예: 부모가 발달장애인이거나 산모의 약물 또는 알콜 중독, 만성 빈곤가정이나 아동학대 가정, 10대 미혼모의 아동 등)의 관리와 주기적 발달 및 건강 선별의 중요성을 강조하고 있으나(이미션, 조광순, 2002; Gargiulo & Kilgo, 2000), 현재 이러한 아동들은 서비스의 대상이 되지 못하고 있다. 또한 관리 대상인 아동들의 주기적인 선별과정에서 발달상 문제가 나타나는 아동들의 경우에는 발달촉진을 위한 조기중재 서비스가 필요함에도 불구하고 조기교육 및 치료(언어치료, 물리치료, 작업치료 등)서비스를 제공하지 못하고 있는 문제점을 나타내 보이고 있다.

다양한 기관에서 여러 유형의 서비스를 받고 있는 아동들이 조기발견 체계에 의뢰되도록 하려면, 의료·보건 기관과 교육 및 보육, 치료(언어치료, 물리치료, 작업치료, 음악치료, 심리치료 기관 등) 기관, 사설조기교육 기관, 교육청의 특수교육지원센터, 부모단체, 종교기관, 지역단체, 행정기관 등이 협력하여 연계망 구축을 통한 협력적 의뢰 체계가 개발되도록 해야 한다(조광순, 2004). 특히 영·유아들에게 직접적인 서비스를 제공하고 있어 1차적 의뢰의 역할을 하게 되는 의료·보건, 교육, 보육, 치료 등과 같은 분야의 기관에는 지역사회내의 무상 조기교육 서비스에 대한 정보를 제공하여 서비스 의뢰 및 연계가 이루어지도록 하는 체계의 구축이 개발되어야 할 필요가 있다.

일반 대중과 관련 종사자들에게 특수교육 서비스가 필요한 아동의 조기발견 중요성을 알리고, 발견해야 하는 대상자와 지역사회에서 무상으로 이용할 수 있는 특수교육 및 관련 서비스에 대해 알리기 위해서는 지역사회 중심 대중인식 프로그램 또한 개발

되어야 할 필요가 있다(백유순 외, 2003; Bondurant-Utz & Luciano, 1994; NECTAS, 2003). 이를 위해서는 장애발견 체계와 특수교육 및 관련 서비스에 관한 정보를 지역사회에 널리 홍보활동을 체계적으로 개발하여 시행할 필요성이 있다. 국내의 경우, 장애의 조기발견 정책의 미비로 인해 대중인식 활동의 필요성에 대한 인식이 부족한 실정이므로 이에 대한 정책 개발이 요구되며, 효과적인 대중인식 활동을 위한 전략을 개발하여 시행해야 할 것이다.

특수교육 대상자의 조기발견 체계에서 중요한 요소는 서비스 대상자를 관리·추적할 수 있는 통합 데이터베이스의 구축이다(조광순, 2004). 서비스 대상아동의 추적 기능도 갖게 되는 통합 데이터베이스 관리 시스템은 무엇보다도 부처간 협력 하에 아동을 체계적으로 추적·관리하면서 장애로 진전되고 있는 아동의 조기발견과 지원서비스의 제공을 가능하도록 해 줄 수 있다. 통합 추적·데이터베이스 관리 시스템을 사용할 때에는 부처나 기관들 간에 정보가 공유되기 때문에 불필요한 자료 수집의 문제를 해결할 수 있으며, 아동 및 가족에 대한 정보가 공유되면서 다른 부처에서는 아동과 가족에게 어떠한 서비스와 활동이 제공되고 있는지를 알게 되어 다차원적인 총체적 서비스 계획이 가능하고, 서비스 중복의 예방과 같은, 좀 더 효율적인 서비스의 계획이 이루어질 수 있는 장점이 있다(Berman, et al., 1989).

현재 교육인적자원부에서 향후 2007년까지의 실행 계획인, 보건복지부와의 협력을 통한 보건소 추적·관리 대상 장애위험 영아의 정보입수 계획이 단순히 정보공유에서 끝나지 않고 이 영아들과 가족들에게 필요한 교육 및 지원서비스를 제공하는 것이 가능하도록 하려면, 반드시 보건복지부와의 협력을 통한 데이터베이스 관리 시스템이 개발되도록 해야 한다. 만 3세 유아를 대상으로 선별을 하여 장애아동 조기발견 및 진단 체계를 수립하고자 하는 정책 또한 체계적으로 실행되도록 하려면, 선별에서 진단에 의뢰된 아동들을 추적할 수 있는 체계도 구축되어야 할 필요성이 있다. 이 아동들 중에는 진단 당시에는 장애가 있는 것으로 나타나지 않았다 하더라도 이후 장애로 진전될 위험요인을 지니고 있을 가능성이 있는 아동들이 많기 때문이다. 이 아동들의 발달 및 건강을 추적하고, 조기교육 및 보육 서비스를 받고 있는 아동들의 서비스 추적을 효율적으로 하기 위해서는 추적 데이터베이스 관리 시스템의 개발은 반드시 필요하며, 이러한 시스템은 별도의 예산을 들여 구축하기 보다는 부처간(보건복지, 교육, 여성) 협력 하에 데이터베이스를 표준화하여 서로간의 시스템을 통합시킬 수 있는, 통합 추적 데이터베이스 관리 시스템 형태로 개발해야 할 것이다(Berman et al., 1989; National

Center for Clinical Infant Program, 1989; Winborne, 1990).

2. 조기교육 서비스의 확대 및 대상자 정의 · 선정 기준 · 절차 개발

장애아동 조기교육의 서비스를 이미 장애가 완전히 고착된 아동들만을 대상으로 제공하게 된다면, 장애가 고착되기 전에 조기에 필요한 중재를 함으로써 장애를 극복하거나 향후의 문제를 예방할 수 있는 서비스를 제공하지 못하기 때문에 결국 극소수를 제외하고는 독립적으로 사회에서 기능 하도록 돕지 못하는 결과를 초래할 것이다.

조기교육 서비스를 확대하기 위해서는 영·유아를 위한 정의와 기준은 반드시 예방적 차원에서 결정하되, 1차적 예방 차원에서 제시되어야 할 필요가 있다. 1차 예방적 접근은 위험요인의 감소와 발달의 신장을 통해 장애의 발생을 예방할 수 있다는 점에서 또한 보다 많은 아동 및 가족들에게 서비스를 제공할 수 있다는 점에서 가장 바람직한 접근방법이라 여겨진다. 특히 그 동안 국내의 많은 연구자들이 제안해 온 유아특수교육 대상자의 정의와 기준으로서 비범주적 접근인 ‘발달지체’의 개념을 도입하여 대상자를 선정하는 규정과 절차가 필요하다. 발달지체를 판정하는 기준으로서, 단일의 통계적 기준에 의존하기보다는 아동의 기능 수준을 적절히 판정할 수 있는 다양한 방법이 포함된 진단 기준을 설정하는 것이 바람직하다고 본다(이소현, 2000). 따라서 발달지체의 판정 기준으로서 전문가의 판단이나 다학문적팀의 임상적 의견 및 아동의 발달사에 대한 부모(가족)의 보고와 같은 주관적인 질적 정보를 추가하여 대상자를 선정할 수 있는 진단·평가의 기준을 제시하는 것이 필요하다.

또한 가능한 한 조기에 장애 혹은 장애위험 아동을 발견하고, 발견하자마자 즉시 적절한 서비스를 제공하는 것 역시 장애를 예방하고 최소화시킨다는 점에서 현행 법규상 유아특수교육 대상자로 규정되어 있지 않은 0~2세 장애아동 뿐 아니라 장애위험 아동도 유아특수교육 대상자에 포함시키되, 이들에 대한 무상의 유아특수교육 서비스는 우리나라의 재정 투자 여건, 교육기관의 수용 능력, 영아 프로그램, 전문 인력 및 행정구역별 거주민들의 사회·경제적 수준 등을 고려하여 순차적으로 실시할 수 있도록 유도할 수 있는 정책의 입안이 필요하다.

유치원에서 영아프로그램을 운영하는 것이 쉽지 않다면, 유치원과 어린이집에서의 장애아동 서비스가 중복적인 면이 있는 점을 감안해 볼 때, 영아프로그램의 경우에는 어린이집을 활용하되 교육청에서 유아특수교사 지원하여 교육프로그램을 운영하도록

하고 프로그램을 관리·감독하도록 하는, 교육인적자원부와 여성부의 서비스 연계를 고려해보는 것도 좋은 방안이 될 수 있다고 본다. 이와 관련하여 현재 3-5세 유치원 무상 유아특수교육 서비스 대상 유아의 경우, 부모의 선택에 의해 어린이집에서 서비스를 받고 있는 유아들을 위한 교육프로그램 또한 교육청에서 관리·감독할 수 있는 체제의 확립을 통한 통합 교육의 질적 수준을 향상시켜야 할 필요가 있다.

3. 관련 서비스 및 통합교육 지원 체제의 확립

유아특수교육 프로그램에 대한 아동 부모의 만족도를 높이기 위해서는 현재 사설기관에 의존하고 있는 치료서비스를 특수학급이나 통합학급의 아동들도 받을 수 있도록 하는 정책적 노력이 필요하다. 공교육 기관에서 치료교육을 활성화 시킬 수 있다면, 유아특수교육 공교육 수혜율이 높아질 것이라는 기대감이 있는 점(안수경, 2003)을 고려해 볼 때, 아동의 요구에 적합한 적절한 치료교육 서비스 지원이 이루어지도록 해야 할 것이다. 교육청에서 개별 아동의 요구에 적합한 치료교육서비스를 제공하지 못할 경우에는 아동에 따라서는 사설기관에서의 치료서비스를 지원하되, 아동의 요구에 적합한 치료서비스를 제공할 수 있는, 교육청에서 인증한 기관에서만 서비스를 받도록 하고 아동 치료서비스의 감독·관리는 반드시 교육청에서 할 수 있도록 하는 체제가 필요하다고 본다(Portland Public Schools Department of Special Education, 2003).

아동에게 서비스를 제공하는데 있어 핵심적 역할을 수행하게 되는 사람은 누구보다도 아동의 양육과 교육, 치료에 가장 많은 관심을 갖고 있는 가족이다. 가족이 아동의 교육과 치료에 참여하게 될 때에는 서비스의 효과를 극대화 시킬 수 있고, 이러한 과정에서 가족에게 지원되는 서비스는 가족의 스트레스 또한 경감시킬 수 있는 장점이 있다(Dunst et al., 1988). 따라서 단순히 아동만 서비스의 대상이 아닌 가족 또한 서비스의 대상과 주체가 될 수 있도록 하는 것이 필요하다. 가족의 능력을 신장시켜 가족이 자녀를 포함한 가족의 문제를 스스로 해결할 수 있도록 하기 위해서는 서비스 지원 체제의 개발과 서비스의 제공 과정, 즉 조기발견 및 추적, 중재·교육 서비스 과정에서 가족참여를 보장하도록 해야 한다. 부모 또는 가족 구성원들은 아동에게 필요로 하는 서비스가 무엇인지, 질적으로 우수한 서비스는 무엇인지에 의견을 줄 수 있기 때문에, 특수교육 서비스 체제의 개발에 참여할 수 있는 위원회의 구성원으로서 역할을 맡도록 하고, 서비스 체제의 관리와 평가 활동에도 참여가 이루어질 수 있도록 돕는 절차와 방

법을 개발할 필요가 있다(Berman et al., 1989; Roberts, Akers, Behl, 2003).

현재 자격 있는 유아특수교사를 배치하여 유아특수교육 서비스를 제공하고 있지 않은 유치원의 경우에는 유아특수교사에 의한 장애유아 교육이 이루어지도록, 시·도, 지역교육청의 행정예 대한 관리·감독을 통해 이와 관련된 문제가 시정되도록 해야 한다. 특히, 통합유치원 학급에 특수교육과 관련 서비스 지원 없이 물리적으로 통합만 되어 있는 장애유아들에게는 개별화교육계획에 의한 특수교육과 관련 서비스를 보장해야 한다. 이러한 환경에 있는 유아들에게는 유아특수교사와 치료교육교사를 지원하여 모든 교사들이 서로 협력하여 공동으로 개별화교육계획을 구안하고 교육과정의 운영 및 평가를 할 수 있는 체제를 하루 빨리 확립해야 할 필요가 있다. 앞으로 공·사립 통합유치원에서 교육을 받게 될 유아의 수가 급격히 증가할 것을 고려해 볼 때, 통합 환경에 있는 유아들의 교육지원을 위한 특수교육법 개정과 정책 개발 노력 또한 현 시점에서 우선적으로 시행되어야 할 과제이다.

4. 서비스 연계 체제의 개발

각각의 서비스를 제공하는 기관에서 어느 정도 필요로 하는 도움을 받을 수는 있겠지만 여러 부처와 기관의 협력적인 지원 체제가 없이는 장애아동과 가족이 갖고 있는 문제의 해결은 극히 제한적일 수밖에 없다(Roberts, Akers, & Behl, 2003). 물론 각 부처에서 개발하여 적용하고 있는 프로그램이나 서비스는 특성에 있어 다르다고 할 수 있겠지만 장애아동과 가족에게 서비스를 제공하고자 하는데 있어서는 공통된 목적을 갖고 있다. 이러한 공통된 목적은 국가나 지역 차원에서 서비스의 지원 및 감독 책임을 맡고 있는 부처간의 논의가 되어야 하며, 이러한 논의 속에서 공동의 협력적 또는 통합적 서비스를 제공하기 위한 재정의 통합 및 확보, 서비스의 적격성 기준 및 신청 요건의 조정, 서비스의 조정에 있어서의 방법을 찾아낼 수 있어야 한다(Hurth, 1998). 현 국내의 장애아동 조기교육 지원 체제의 문제점은 교육 서비스의 질적 수준을 향상시키고 사회적 지원 체제의 변화를 촉구할 수 있는 다양한 서비스의 연계 또는 통합 체제의 구축과 서비스 모형이 개발·적용될 수 있을 때 해결될 수 있을 것으로 보인다. 서비스 연계 체제의 개발과 관련한 과제를 제시해 보면 다음과 같다.

1) 부처 및 기관 서비스 연계

현 국내 장애아동 조기발견 및 조기교육 문제점의 근본적인 원인은 보건, 복지, 교육 서비스 정책을 주관하는 부처가 다른데 있음으로, 각 서비스의 연계내지는 통합이 필요하다(정동영, 2003). 서비스 연계 체제를 개발하기 위해서는 우선 중앙정부로부터 지역사회에 이르기 까지 여러 차원에서 서비스 통합을 할 필요가 있다. 서비스의 통합 방법에는 수직적 통합과 수평적 통합 방법이 제안되고 있다. 수직적 통합은 중앙정부와 지방정부의 부처 및 정책을 지역사회 부처와 서비스 기관, 장애인과 가족에게 서비스를 제공하고 있는 전문가와 연결시키는 연계망을 구축하는 것을 의미하며, 수평적 통합은 각각의 단일 차원(단계)내의 부처 및 정책, 서비스를 연계하는 것을 의미한다. 서비스 통합이 다차원적, 복합적 수준으로 이루어지는 수직적 통합이 단일 차원에서 이루어지는 수평적 통합보다는 서비스 통합 수준을 높일 수 있는 것으로 나타나고 있다(Roberts et al., 2003). 따라서 수직적 통합의 전략이 서비스 체제의 변화를 가져오는 데 한층 더 효과가 있고 정부의 정책을 통합하는 노력을 하는 지방정부일수록 지역사회 수준의 통합에 있어 한층 더 지원적 체제를 확립하고 있는 것으로 나타나고 있다.

예를 들면, 중앙정부 차원의 서비스 통합은 지방정부 및 지역사회 차원의 서비스 통합이 원활히 이루어져 종합적이고 조정된, 통합적 서비스가 제공되도록 하는데 초점을 두게 된다. 따라서 ① 관련 예산의 공동 운영 또는 예산의 통합, ② 서비스 적격성 판정과 서비스 신청 절차의 조정, ③ 데이터베이스 및 정보 시스템의 통합, ④ 조기중재 서비스의 조정에 중점을 두는 특성을 지니게 된다(Roberts et al., 2003).

반면에 가족 차원의 수평적 서비스 통합은 정부의 프로그램에 의해 무상으로 주어지는 서비스가 제대로 지원되도록 아동과 가족에게 유용 가능한 서비스의 접근성을 보장하고, 사례 관리자 또는 서비스 코디네이터에 의해 서비스가 총체적으로 이루어지도록 하는데 초점을 두게 된다(Roberts et al., 2003). 우리나라의 경우도 마찬가지로이겠지만, Roberts 등(2003)의 보고서에서 보면 아동의 발달 문제를 가장 먼저 발견하게 되는 병원이나 소아과 의사, 가정의학 전문의들 중에는 아동의 발달지체의 가능성에 대해 부모와 논의하는 것을 꺼려하는 경우가 대부분이고, 발달지체의 문제가 발견되었을 경우에는 바로 사설 치료실 또는 병원의 치료실에 의뢰하는 경우가 많아 부모로 하여금 많은 경비를 들여 아동의 중재를 하게 되는 부담을 초래하는 것으로 나타나고 있다. 많은 부모와 전문가들은 무상으로 제공되고 있는 조기중재나 유아특수교육 서비스에 대한 지식의 부족으로 이들 서비스에 아동을 의뢰하고 도움을 받는 것이 제대로 되지 않고

있는 것으로 보고 있다.

이러한 이유로 가족 차원의 서비스 연계를 위한 지원 체제는 먼저 부모나 전문가들을 대상으로 하는 대중인식 프로그램을 개발하여 정부의 무상 서비스에 대한 정보를 알리는 것이 필요하다고 보고 있다. 무료 전화 서비스를 이용하여 서비스 코디네이터와의 연결을 해준다거나 다양한 대중인식 프로그램을 개발·시행할 수 있는 서비스연계(조정)위원회의 조직, 또는 무상 서비스에 대한 전문가 연수와 같은 프로그램이 제공되는 전략이 강조되고 있다(Rosenkoetter & Streufert, 1995).

2) 서비스 연계위원회 구성 및 전문인력 모형 개발

각각의 기관 서비스를 감독하고 있는 정부 부처간 연계를 통해 협력적 서비스가 제공되도록 하려면 별도로 부처간 협응을 담당하는 연계위원회 또는 조정위원회의 구성이나 공동 프로그램을 개발하는 것이 필요하다(Berman et al., 1989; Meisels & Provence, 1989; Pavri & Fowler, 2001).

그 동안 미국의 정책 및 관련 연구 보고서(North Carolina Interagency Coordination Council, 2000; Meisels & Provence, 1989; Miller & McNulty, 1994; Kentucky State Department of Education, 1991; McNulty, et al., 1992; National Center for Clinical Infant Program, 1985; Root, 2002)를 분석한 결과, 서비스 조정 기구의 주요 역할은 서비스의 요구가 있는 아동을 발견하여 프로그램에 등록시키고 서비스를 연계하여 종합적 서비스를 제공하면서 추적 활동에 대한 책임을 맡는 것으로 나타나고 있다.

각 부처 및 기관의 서비스가 통합이나 연계 형태로 제공될 때에는 서비스가 통합적 형태로 지원되도록 해 줄 수 있는 전문인력을 필요로 한다. 현재 교육청 소속의 특수교육 담당 장학사는 유아와 초등, 중등에 걸쳐 모든 특수교육업무를 담당하고 있을 뿐만 아니라 일반 유아교육도 담당하고 있는 것이 현실이어서 서비스를 연계하거나 조정하여 각 아동과 가족의 요구에 적합한 서비스를 제공하고 관리하는 역할을 담당하는 책임자로서는 적합하지 않다.

교육 및 복지, 보건·의료 기관이 지역의 서비스 체제에 관련된 정책과 절차를 알아 규정에 따라 서비스를 제공하도록 하기 위해서는 각 아동 서비스의 계획과 실행, 평가, 관리 등의 업무를 맡을 수 있는 서비스 관리 모형을 도입하여 '서비스관리' '사례관리', 또는 '서비스조정' 같은 업무를 맡을 수 있는 전문인력을 개발하는 것이 현 우리의 시급한 과제이다.

현 우리나라의 장애아동 서비스 실태에 비추어 볼 때, 서비스 관리 전문인력 모형이 적용될 수 있다면 각 부처 및 기관의 서비스 연계를 촉진시킬 수 있고, 장애아동 교육과 복지, 보건·의료 서비스를 총괄하여 관리할 수 있어, 서비스의 질적 수준을 높일 수 있는 좋은 방안이 될 수 있을 것이다. 각 나라에서 적용되고 있는 서비스 관리 전문인력 모형에 대한 연구를 통해 우리나라 실정에 적합한 모형을 개발하여 시범 운영하는 과정을 통해 좋은 모형이 개발되도록 하는 정책이 필요하다.

5. 지역사회 중심 서비스 모형 개발 및 시범 운영

국가 및 지방자치단체는 부처간의 협력을 통해 관련 모든 기관이 적극적으로 장애의 조기발견 및 서비스 지원 체제를 개선시키는 활동에 참여하도록 지원하는 것이 과제로 남는다.

교육인적자원부와 보건복지부는 서로 협의하여 양 부처에서 시범 혹은 선도사업으로 실시하고 있는 특수교육지원센터와 선도사업 보건소의 연차별 설립 수, 활용할 수 있는 선별요원 수 등을 고려하여 장애아동의 조기발견 정책을 추진해 나가야 할 것이다. 조기교육 서비스를 필요로 하는 아동의 조기발견의 중요성을 생각할 때, 현재의 상황 하에서 실시할 수 있는 모형 개발·적용하는 시범사업을 통해 점차 발전된 형태의 조기발견 모형을 개발하는 절차가 필요하다고 본다.

지방자치단체에서 지역사회 차원의 서비스 연계 또는 조정 위원회 수립을 촉진하여, 시청과 구청, 동사무소의 보건복지부 사업 담당자 또는 사회복지사, 교육청의 특수교육 및 유아교육 담당 장학사, 부모, 일반교사 및 특수교사, 보육교사, 소아과 의사, 보건소 간호사, 대학의 관련학과 교수 등 장애아동의 조기발견과 관리, 서비스 지원 및 연계에 따른 전담기구의 역할을 잘 수행해 낼 수 있는, 다 분야를 대표할 수 있는 사람들을 중심으로 위원회가 조직되도록 하는 것이 필요하다. 또한 서비스연계위원회의 역할에 따라 분야별 위원회를 구성하여 각자가 맡은 역할을 책임지고 수행할 수 있는 모형이 개발되어야 할 필요가 있다.

VI. 맺는 말

장애아동 조기교육 서비스의 확대는 교육에서 소외되어 있는 아동들을 찾아낼 수 있는, 유아특수교육 대상자 정의와 기준, 진단·평가 절차, 조기발견 체계가 개발되지 않고서는 불가능 하다. 또한 유아특수교육 외에도 질적으로 우수한 관련 서비스 및 통합 교육을 제공할 수 있는 체계의 개발이 필요하다. 이러한 서비스 체계는 장애아동 외에 발달지체를 지니고 있거나, 의학적, 환경적 위험요인으로 인해 앞으로 발달지체 및 장애의 가능성을 지니고 있는 다양한 위험아동을 발견하여 추적·관리할 수 있는 체계를 개발·적용할 수 있을 때 가능하며, 가족과 지역사회의 다양한 기관 및 관련 정부부처의 공동협력을 통한 서비스의 연계 또는 통합이 필요하다.

본 발표에서는 조기교육 서비스를 필요로 하는 유아특수교육 대상자의 선정 시 필요로 하는 정의와 기준, 진단·평가 절차, 교육 지원 체계를 중심으로 현 국내 유아특수교육 관련 법규와 정책, 서비스 실태와 문제점을 알아보고 이를 토대로 장애아동 조기교육 서비스 확대 및 질적 수준의 향상을 위한 관련된 정책 방안을 제시하였다. 발표자는 국내 장애아동 조기교육 서비스 확대를 위한 방안으로 먼저 체계적으로 장애아동을 조기에 발견하여 종합적이고 총체적인 서비스가 제공되도록 촉진할 수 있는 조기발견 체계의 개발이 선행되어야 한다고 보았다. 이를 위해서는 서비스 대상 아동을 확대하고 지역사회의 연계망 구축 및 지역사회 중심의 선별프로그램을 개발하여 다양한 시기에 문제의 가능성이 있는 아동들을 찾아 등록하여 체계적으로 추적·관리하는 체계가 개발되어야 할 것으로 보았다.

현재 우리나라 유아특수교육 대상자의 범위는 제한적이고 대상자 선정 기준이 명확하지가 않고, 0~2세 영아는 교육의 대상이 아닌, 보육과 복지의 대상으로만 규정되어 있으며, 조기에 특수교육 서비스를 받으면 장애를 예방할 수 있는 위험아동이 대상에서 제외 되어 있다. 유아특수교육 대상자 정의와 기준 또한 학령기 아동에게 적용되는 장애 범주별 기준에 의해 장애로 분명하게 진단된 아동들로만 제한되어 있고 장애유형별 진단절차와 선정기준이 자세히 제시되어 있지 않아 모호하다. 이러한 문제점들을 해결하기 위해서는 먼저 영아들을 위한 무상 조기교육 서비스가 이루어져야 하고, 유아특수교육 대상 유아의 선정 기준에 따른 별도의 자세한 진단·평가 절차를 제시하여, 체계적인 다학문적 접근을 통한 진단·평가 과정을 통해 유아특수교육대상자 선정이 이루어지도록 해야 한다.

현 유아특수교육 서비스는 질적 수준이 낮아 서비스를 필요로 하는 유아의 공교육 수혜율이 낮으며, 부모들은 많은 사교육비를 들여 교육 및 치료 서비스를 찾고 있는 것은 문제이다. 또한 공립유치원에서의 장애유아 교육이 자격 있는 유아특수교사에 의해 제대로 이루어지지 않고 있음은 물론, 사립 유치원에의 무상교육을 지원하고 있기는 해도 특수교육과 관련 치료교육 서비스를 제공하고 있지 않아 이러한 환경에 있는 장애유아교육은 질적인 면에서 많은 문제점을 안고 있다. 이러한 문제를 해결하기 위해서는 시·도, 지역 교육청 행정의 관리·감독은 물론 관련 법규정의 개정과 정책 지원이 필요하다고 본다.

교육과 보육 정책을 주관하는 부처가 달라 교육과 보육이 연계되지 못해 아동과 가족의 요구에 적합한 총체적 서비스가 제공되지 못하고 있다. 서로의 서비스가 중복이 되지 않고, 양쪽 서비스의 질적 수준을 향상시키기 위해서는 중앙정부에서부터 지역, 가족에 이르기까지 수직적, 수평적 서비스 통합이 이루어지는 서비스 체제의 개선이 필요하다. 발표자는 서비스 연계나 통합을 위해서는 먼저 부처간 협력을 유도하는 서비스 연계 또는 조정 위원회의 구성이 필요하고, 지역사회 중심의 서비스연계위원회 또한 구성되어 특수교육 및 관련 서비스 지원이 이루어져야 한다고 제안하였다. 서비스 통합 모형의 개발에는 각 아동의 서비스를 관리, 조정할 수 있는 서비스 관리 전담 인력 모형의 개발과 지역사회 중심 모형개발 및 시범 운영에 대한 정책 또한 필요하다.

지역사회 중심의 모형 개발에는 반드시 부처간 협력을 통해 통합적 추적·데이터베이스 관리 시스템을 개발할 필요성이 있다. 중앙정부 부처의 특수교육 대상자 조기발견 및 교육, 보육, 보건, 의료 서비스 관련 정책들이 서로 연계되어 통합된 형태로 서비스를 제공할 수 있는 서비스 체제의 개발을 촉진시키기 위해서는 지방자치단체 또는 지역 차원에서 지역사회 중심의 통합 추적·데이터베이스 관리 시스템을 개발하여 시범적으로 운영하고 그 효과를 검증해보는 연구가 실행되어야 할 것이다.

발표자가 제안하고 있는 장애아동 조기교육 서비스의 질적 수준의 향상을 위한 정책 과제는 국가와 지방자치단체가 관련 부처간의 협의를 거쳐 특수교육진흥법, 모자보건법, 장애인복지법 등을 개정하거나 제정하며, 특히 특수교육진흥법에서 장애아동 조기발견 및 통합학급에서의 특수교육과 관련 서비스 지원에 관한 내용을 포함시키도록 하는 과제가 해결될 수 있을 때 실현 가능성이 높을 것이다(이미선, 조광순, 2002).

영·유아의 조기중재 및 유아특수교육 무상 서비스 제공의 법적 기반을 마련한 미국 장애인교육법(Individuals with Disabilities Education Act, IDEA)의 예를 들면, 연방정

부와 주정부 수준에서 부처간 서비스조정위원회를 조직하여 아동과 가족에게 통합적 서비스를 제공하도록 하는 법적 조항이 포함되어 있다(Rosenkoetter & Streufert, 1995). 이에 따라 연방정부의 경우 '연방부처간조정위원회'(Federal Interagency Coordinating Council)(FICC)를 구성하여 아동 서비스에 있어, 부처간 갈등과 장애요인을 파악하여 서로간의 문제 해결을 통해 서비스 체제의 개선을 촉진시키는 역할을 하도록 하고 있다(Roberts, Akers, & Behl, 2003). 이러한 법규에 따라 각 주정부에서도 '주부처간조정위원회' (State Interagency Coordinating Council) (SICC)를, 그리고 지역정부에서는 '지역부처·기관간조정위원회' (Local Interagency Coordinating Council) (LICC)를 구성하여 서비스의 조정을 통해 통합적인 서비스를 제공하도록 하고 있다(Roberts, Akers, & Behl, 2003; Rosenkoetter & Streufert, 1995).

그러나 미국에서는 이러한 연방정부와 주, 지역정부의 노력에도 불구하고 정부 부처 및 서비스 기관들이 서로 협력하여 공동으로 서비스를 제공할 수 있는 서비스 체제의 개선이 제대로 이루어지지 않고 있어 장애아동 조기교육 및 관련 서비스 확대에 장애가 되는 것으로 나타나고 있다(Baker, 2004). 이러한 현 미국의 실태는 국내 장애아동 조기교육 서비스 확대 및 관련 정책의 개발에 있어 많은 시사점을 안겨주고 있다. 부처간·기관간 이기주의와 실적위주의 서비스 운영 및 특수교육에 대한 이해 부족은 조기교육 서비스가 필요한 장애아동들을 위한 교육 서비스의 확대 및 질적 수준의 향상에 있어 걸림돌이 될 수 있다는 점에서 장애의 조기발견 및 서비스 체제의 개선을 위한 노력이 다방면에서 이루어져야 할 것이다.

<참고문헌>

- 교육인적자원부(1999). 특수교육 연차보고서. 서울: 교육인적자원부.
- 교육인적자원부(2003). 특수교육 발전 종합계획 ('03-'07). 서울: 교육인적자원부.
- 국립특수교육원(2003). 장애영유아 교육 내실화를 위한 기관연계 방안. 안산: 국립특수교육원.
- 김성애(2004). 5세 유아 무상교육에 따른 유치원 통합학급의 당면 과제 및 방안. 2004년도 한국유아특수교육학회 학술세미나 자료집(pp.11-21).
- 김호순(2003). 장애아 무상보육 정책 수립의 배경과 향후 계획. 2003년도 국립특수교육원 특수교육정책포럼 : 장애영유아 교육 내실화를 위한 기관연계 방안

(pp. 69-83).

- 박승희(1999b). 2000년대 한국 특수학급의 정체성과 발전 방향: 특수학교, 특수학급 및 일반학급의 관계 구도의 진전. 특수교육학연구, 33(2), 35-66.
- 보건복지부(2003). 제2차 장애인복지발전 5개년 계획. 서울: 보건복지부.
- 백유순, 김정진, 최민숙 (2003). 발달지체아동의 조기발견 및 중재를 위한 국내외 대중 인식 프로그램 개발 사례 비교. 정서·행동장애연구, 19(4), 25-53.
- 백화중 외 5인(2000). 장애예방 전략과 사회·경제적 효과분석. 서울: 한국보건사회연구원.
- 서울특별시 영등포구 보건소·한림대학교 사회의학연구소(2000). 보건복지부 모자보건 선도사업 : 영등포구 모자보건 사업보고서.
- 안수경(2003). 장애영유아 교육 내실화를 위한 기관연계 방안. 2003년도 국립특수교육원 특수교육정책포럼 : 장애영유아 교육 내실화를 위한 기관연계 방안 (pp. 17-45).
- 양인숙(2002). 통합학급 장애유아를 위한 개별화교육계획의 개발 및 운영실태. 공주대학교 교육대학원 석사학위논문.
- 윤점룡(1999). 특수교육정책의 과제. 1999년도 특수교육학회 춘계 학술심포지움 : 21세기를 향한 특수교육의 과제(pp. 23-89).
- 이명현(2003). 유아특수교육기관의 가족중심 실제의 실행수준에 대한 교사의 자가평가. 공주대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 이미선, 강영택, 조정환(1999). 유아특수교육 확대 방안 연구. 안산: 국립특수교육원.
- 이미선, 김주영, 강병호(2001). 장애영·유아 조기발견 및 진단·평가방안 연구. 안산: 국립특수교육원.
- 이미선, 조광순(2002). 장애영·유아 조기발견의 요소 및 정책 방안 고찰. 특수교육학연구, 37(1), 291-318.
- 이소현(2000). 특수아 조기교육 활성화를 위한 정책적 과제 고찰. 특수교육학연구, 35(2), 115-145.
- 이익섭(2003). 장애영유아 교육 및 보육기관의 연계방안을 위한 제언. 2003년도 국립특수교육원 특수교육정책포럼 : 장애영유아 교육 내실화를 위한 기관연계 방안 (pp. 3-14).
- 이효자(2003). 특수교육 강화방안과 현안과제. 서울특별시교육청 2003년 특수학급교사

직무연수자료.

- 정계자(1999). 정신지체학교 교사의 개별화 교육계획 수행능력과 운영. 대구대학교 교육대학원 석사학위 논문.
- 정동영 외 5인(1998). 장애인 교육·복지실태 국제비교. 경기: 국립특수교육원.
- 정동영(2003). 장애아 무상보육 정책 수립의 배경과 향후 계획에 대한 토론. 2003년도 국립특수교육원 특수교육정책포럼 : 장애영유아 교육 내실화를 위한 기관연계 방안(pp. 97-104).
- 조광순(2001). 국내 장애영·유아 조기교육: 그 질적 향상을 위한 과제. 현장특수교육, 7(1), 16-23.
- 조광순(2004). 장애 영·유아 조기발견을 위한 협력적 추적 체계의 개발 방향. 특수교육학연구, 38(4), 145-178.
- 조광순, 이미선(2002). 장애영유아 사정의 실재를 향상시키기 위한 정책 방안 고찰. 특수교육학연구, 37(3), 283-310.
- 조항욱(2004). 장애유아 교육 및 보육 기관의 가족중심 서비스 현황. 공주대학교 특수교육대학원 석사학위논문.
- 최민숙(1999). 독일의 유아특수교육 체제. 특수교육학연구, 33(2), 145-158.
- 최민숙(2004). 유아특수교사 양성제도 현황과 문제점. 2004년도 한국유아특수교육학회 학술세미나 자료집(pp.1-10).
- 최순옥(2003). 장애영유아 교육 내실화를 위한 기관연계방안에 대한 토론. 2003년도 국립특수교육원 특수교육정책포럼 : 장애영유아 교육 내실화를 위한 기관연계 방안(pp. 61-68).
- 황나미, 장인순(2000). 모자보건 선도보건소 사업관계자 전문교육 자료집. 서울: 한국보건사회연구원.
- 肥後祥治(2001). 일본 장애인 평가·지원 체제의 현황과 과제. 국립특수교육원 제8회 국제세미나 자료집(183-197).
- Baker, D.L. (2004). *The case of interagency coordinating councils: Examining collaborations in services for children with disabilities*. Columbia, MO: Institute of Public Policy, University of Missouri.
- Berman, C., Biro, P., & Fenichel, E. S.(Eds). (1989). *Keeping track: Tracking system for high risk infants and young children* (2nd Ed). Washington, DC: National

- Center for Clinical Infant Programs.
- Bondurant-Utz, J. A., & Luciano, L. B. (1994). *A practical guide to infant and preschool assessment in special education*. Boston: MA. Allyn and Bacon.
- Campbell, P. (1991). Evaluation and assessment in early intervention for infants and toddlers. *Journal of Early Intervention, 15*(1), 36-45.
- Davis, M., Kilgo, J., & Gamel-McCormick, M. (1998). *Young children with special needs: A developmentally appropriate approach*. Boston, MA: Allyn & Bacon.
- DEC Task Force on Recommended Practices. (1993). *DEC recommended practices: Indicators of quality in programs for infants and young children with special needs*. Reston, VA: DEC, Council for Exceptional Children.
- Dunst, C., Trivette, C., Davis, M., & Cornwell, J. (1988). Characteristics of effective help-giving practices. *Children's Health Care, 17*(2), 71-81.
- Gargiulo, R., & Kilgo, J. L. (2000). *Young children with special needs : An introduction to early childhood special education*. Albany, NY : Delmar.
- Guralnick, M. J. (1998). Effectiveness of early intervention or vulnerable children: A developmental perspective. *American Journal of Mental Retardation, 102*(4), 319-345.
- Hurth, J. (1998). *Service coordination caseloads in state early intervention systems*. Chapel Hill, NC: National Early Childhood Technical Assistance System.
- Kentucky State Department of Education. (1991). *Child identification: Sample procedure. A technical assistance document*. Frankfort, Kentucky: Kentucky State Department of Education. Bureau of Education for Exceptional Children. (ERIC Document Reproduction Service No. ED346674).
- Lerner, J. W. (1998). Stages of the Assessment Process. In J. W. Lerner, B. Lowenthal, & R. Egan(Eds.), *Preschool children with special needs: Children at-risk, children with disabilities*. Boston, MA : Allyn & Bacon.
- McLean, M. (1996). Child find, tracking, and screening. In M. McLean, D. B., Bailey, & M. Wolery(2nd ed.), *Assessing infants and preschoolers with special needs*(pp. 96-122). Englewood Cliffs, NY : Prentice-Hall.
- McLean, M., Bailey, D. & Wolery, M. (1996). *Assessing infants and preschoolers with*

- special needs*(pp. 96-122). Englewood Cliffs, NY : Prentice-Hall.
- McNulty, B., Smith, D. B., & Soper, E. W. (1983). *Effectiveness of early special education for handicapped children*. Denver, CO: Colorado Department of Education.
- Meisels, S., & Provence, S. (1989). *Screening and assessment : Guidelines for identifying young disabled and developmentally vulnerable children their families*. Washington, DC : National Center for Clinical Infant Programs.
- Miller, L. J., & McNulty, B. (1994). Journey to a desirable future: a values-based model of infant and toddler assesment. *Zero to Three*, 14(6), 23-27.
- National Center for Clinical Infant Program. (1985). *Keeping track: Tracking system for high risk infants and young children*. Salt Lake, Utah: Project Zero to Three. (ERIC Document Reproduction Service No. ED277470).
- National Early Childhood Technical Assistance System. (2001). *Eligibility classifications and criteria: Summary of early childhood special education eligibility classifications under Part B in the States and District of Columbia*. Retrieved March 26, 2001, from the World Wide Web: <http://www.nectas.unc.edu/devdelay>.
- National Early Childhood Technical Assistance System. (2003). *Public awareness*. Retrieved April 24, 2003, from <http://www.nectac.org/topics/earlyid/pubaware.asp>.
- Neisworth, J., & Bagnato, S. (1996). Assessment for early intervention: Emerging themes and practice. In S. Odom & M. McLean (Eds.). *Early intervention/early childhood special education: Recommended practices*.(pp. 23-58). Austin, TX: Pro-Ed.
- North Carolina Interagency Coordination Council. (2000). *North Carolina interagency agreement for the provision of services to children with or at risk for disabilities ages birth through five and their families under Parts C and B of IDEA*. Retrieved June 20, 2003, from <http://www.ncei.org/ei/pdf/ia200.pdf>.
- Oregon Department of Education. (2002). *Early intervention and early childhood special education procedures*. Portland, OR: Oregon Department of Education.
- Pavri, S., & Fowler, S. (2001). Child find, screening, and tracking: Serving culturally and linguistically diverse children and families. In Eric Clearinghouse of

- Disabilities and Gifted Education, Council for Exceptional Children, *Serving the underserved: A review of the research and practice in child find, assessment, and the IFSP/IEP process for Culturally and linguistically diverse young children*(pp. 1-9). Arlington, VA: Eric Clearing Eric Clearinghouse of Disabilities and Gifted Education, Council for Exceptional Children. (ERIC Document Reproduction Service No. ED454640).
- Portland Public Schools Department of Special Education. (2003). *Special education policies and procedures*. Portland, OR: Portland Public Schools Department of Special Education.
- Roberts, R. Akers, A., & Behl, D. (2003). *Opening doors through State Interagency Coordinating Councils: A guide for families, communities, and states*. Retrieved June 3, 2003, from the World Wide Web:
<http://www.nectac.org/topics/coordserv/OpeningDoors.pdf>.
- Root, A. W. (2002). *Infant screening task force recommendations and report: Implementation of House Bill 817. Infant Screening*. St. Petersburg, FL: Task Force, University of South Florida College of Medicine.
- Rosenkoetter, S. E., & Streufert, C. A. (1995). Local interagency coordinating councils as infrasturcture for early intervention. *Topics in Early Childhood Special Education, 15*(3), 264-271.
- Soriano, V. (1998). *Early intervention in Europe: Trends in 17 European Countries*. Middelfart, Denmark: European Agency for Development in Special Needs Education.
- Vincent, L. J. (1986). Testimony before the subcommittee on select education, July 29. *House report 99-120*. Washington, DC : U. S. Government Printing Office, 341-361.
- Winborne, D. (1990). *Monitoring the development of at-risk and disabled infants: The District of Columbia tracking system*. Paper presented at the Annual Conference of the National Black Child Development Institute (Washington, DC, September 22, 1990) (ERIC Document Reproduction Service No. ED329073).

유상조기특수교육기관의 현황 및 활성화 방안

조정환
(한국특수아동조기교육연구회 이사)

유상조기특수교육기관의 현황 및 활성화 방안

조 정 환 (한국특수아동조기교육연구회 이사)

1. 들어가기

우리나라의 조기특수교육은 1960년대 중반에 시작되었다고 볼 수 있는데, 1964년 서울의 한국구화학교가 '3세 이상의 농아와 정신박약아를 교육한다.'는 학칙을 문교부와 서울시 교육위원회로부터 인가를 받아 유치부 교육을 실시한 것이 최초의 행정적인 인가사항이며(이 학교가 실제로 유치부 교육을 시작한 것은 농아 유치부는 1962년부터이며, 정신지체 유치부는 1963년부터이나 문교부가 특수학교에 유치부 병설을 인가해 주기 시작한 것은 1980년부터였음), 1970년대에 들어와서 당시 몇 개의 특수학교에 유치부와 종합사회복지관 몇 곳에서 5, 6세의 장애유아를 교육하기 시작하였다.

그러나 우리나라 조기특수교육의 실제적인 시작은 80년대에 들어서면서부터 뜻있는 조기특수교육 전공자 및 병원 등에서 조기교육을 체계화시키기 위한 노력으로 종합병원에 정신지체와 자폐 유아를 위한 조기 치료·교육시설 등이 생겨났으며, 교육부에서는 1980년에 국립농학교와 국립맹학교에 정식으로 유치부를 인가하였고, 대한정신박약인애호협회(현재의 한국정신지체인애호협회)에서도 조기특수교육 프로그램을 시작하였으며, 개인들이 사설 조기특수교육기관을 설립하기 시작한 것도 이즈음이다. 또한 1983년에는 최초의 장애인 종합복지관이 서울에서 시립으로 생겨나 조기특수교육프로그램을 중점적으로 실시하는 등 조기특수교육의 활성화에 커다란 활력소 역할을 하게 되었다. 1980년대 중반부터는 조기특수교육기관의 수가 점차 증가하면서 1986년에는 교육부에서 각 특수학교에 유치부 설치를 권장하여 '87~90년 사이에 많은 유치부가 생겨나게 되었다. 1980년대 중반이후 사설 조기특수교육기관의 설립이 증가하면서 1980년대 후반에는 전국에 장애유아를 위한 조기특수교육기관의 수가 100여 개를 넘어 서게 되고 교사와 학부모의 조기특수교육에 대한 질적 향상의 욕구가 높아져 가면서

공교육의 욕구들이 표출되기 시작하였다. 1994년 특수교육진흥법이 개정되고 그 개정된 진흥법 안에 조기특수교육 현장의 교사들과 학부모들의 욕구가 상당히 반영되어 3세 이상의 장애유아에게 의무교육은 아니지만 무상으로 특수교육을 제공한다는 내용이 포함되게 되었다.

한편, 1993년 이전까지의 한국에서의 조기특수교육은 3세 이상의 장애유아들만을 그 대상으로 하였으나 1993년부터는 사설 조기교육기관과 장애인종합복지관 등에서 조기특수교육 대상의 나이를 0세부터로 낮추게 되었다. 하지만 현재까지도 극소수의 조기특수교육기관에서만 0세부터 3세 미만의 장애 영아를 위한 전문 영아부가 설치되어 장애 영아를 위한 조기중재프로그램을 실시하고 있는 실정이며 특수교육진흥법에도 3세 미만의 장애영아를 위한 규정은 전무하다.

결국 우리나라 조기특수교육의 대부분은 현재 사설조기교육원 등으로 구분되고 있는 유상의 조기특수교육기관이 절대적 역할을 해왔다고 볼 수 있다. 물론 그 과정에서 교육비를 과다하게 부과하거나, 전혀 교육이라고 말하기 어려운 수준의 내용을 장애유아에게 제공하거나 하는 등의 극소수 부적절함도 문제가 되었으며, 대다수의 유상 조기특수교육기관들이 그 나름대로의 책임과 의무를 국가를 대신해 수행한 면을 간과할 수 없다.

이 토론에서는 현실적으로도 우리나라 조기특수교육의 상당부분을 담당하고 있는 이러한 유상조기특수교육기관들의 현 실태를 파악하여 지원의 틀을 마련하고 그 구체적 방안을 확립하는 기초를 제공하고자 한다.

2. 실태 및 문제점

1) 법·제도의 문제

1994년 개정된 특수교육진흥법에 “유치원과정과 고등부과정은 무상으로 한다”는 조항이 규정되면서 조기특수교육에 관심 있는 각계에서는 가능한 한 많은 장애유아들이 공교육을 받을 수 있도록 빠른 시행과 설립조건의 완화 등에 관한 노력을 기울였다. 한국교육개발원에서는 ‘조기특수교육 활성화 방안(1995년)’에 관한 연구를 진행하여 교육기관 설립의 다양성과 대상아동의 연령을 0~2세까지 확대할 것을 주장하였고, 국립특수교육원에서는 ‘특수유치원 설치 모형개발(1995년)’에 관한 연구로 특수유치원 설치기

준을 완화하여 의존도가 높은 사립 조기교육기관을 일정한 기준에 의해서 양성화하여 인가를 내주어 지원하는 등 다양한 형태의 조기특수교육기관을 빠른 시일 내로 설치할 것을 주장하였다.

한편으로는, 1994년 당시 교육부는 장애유아의 조기치료·교육 기회의 확대 제공을 통한 장애의 조기 진단 및 치료의 극대화를 위해 그리고 고액의 수강료 부담에 따른 학부모의 가계압박 해소 및 질적으로 안정된 교육 서비스를 제공하기 위해 일정조건을 갖춘 경우 <학원의 설립 운영에 관한 법률>등 관계 규정을 '94'95년 중으로 개정하여 등록 후 학원으로 인가 운영하게 하는 방안을 마련한 바 있다.

그러나 그 방안은 논의의 과정에서 여러 가지 문제점이 나타나 추진되지 못하였는데, 그 문제점은

- 첫째, 사설 강습소로 운영하게 한다면 교육의 질이나 교육비 문제 등에서 현재 보다 더욱 더 파행적으로 운영 될 수 있음을 유의해야 하며,
- 둘째, 특수교육전공 교사나 관련 치료교육전공 교사가 사설 강습소의 강사로 장애유아를 가르치려 하지 않을 것이고,
- 셋째, 무상의 공교육기관이 절대 부족한 상황에서 사교육의 제도를 장려하는 것은 국가적 차원에서 조기특수교육을 방치하는 것과 다를 바 없다는 점이었다.

결국 1997년 4월에 발표된 조기특수교육기관 설립을 위한 시설·설비 기준령 개정령은 그 동안 논의되던 조기특수교육기관 또는 특수유치원이라는 명칭대신 '유치부만을 설치·운영하는 특수학교'라고 하였는데, 이 '유치부만을 설치·운영하는 특수학교 시설·설비 기준령' 개정령안과 교육부에서 각 시·도 교육청에 하달한 학교설립 인가 지침인 '유치원과정만 운영하는 특수학교 설치 및 지도 요령'은 여러 가지 면에서 문제점이 나타나 장애를 갖고 있는 유아의 욕구에 따른 적절한 실효를 거두지 못하고 있다.

2) 수혜 현황

2004년 현재 한국의 공식적인 조기특수교육 수혜자는 유치원과정만을 운영하는 특수학교 12개교와 106개 특수학교의 유치부 등 총 118개교의 269학급에서 교육받고 있는 1,278명과 87개의 초등학교 병설 및 일반 유치원 99학급에 통합된 400명으로 총 205개교 368학급에 1,678명으로 집계되어 있다(2004 정기국회보고자료, 교육인적자원부). 무

상교육 과정의 조기특수교육을 받고 있는 유아 수가 1,678명이라고 할 때 이 수치는 「특수교육 요구아동 출현율 조사연구(국립특수교육원, 2001. 12)」에서 확인된 6~11세 학령기 특수교육요구아동 출현율 2.71%를 적용하여 전체 아동 수를 110,639명으로 추정하는 것을 고려하여 3~5세 장애유아의 수를 약 55,320명으로 추정한다면 수혜율은 약 3%(전체 교육수혜 아동수 약 12,180명의 13.8%)에 지나지 않으며, 대상아동의 연령을 0~2세까지로 확대하면 무상교육 수혜율은 약 1.5% 정도에 지나지 않는다.

지역별·설립별 조기특수교육기관 분포상황

<한국특수아동조기교육연구회, 2004. 11>

구 분	유아학교	특수학교	유치원	복지단체	사설	병의원	언어치료	기 타	계
서울	3	24	21	42	35	13	15	5	158
부산	3	6	9	10	2		12	1	43
대구		4	3	12	6	1	3		28
인천		5	3	14	15	3	5	3	48
광주		5	4	10	5	3	2		29
대전		4	5	14	6		10	1	40
울산		1	3	5	3				12
경기	4	16	9	27	29	1	5		91
강원		5	2	3	2		1		13
충북		9	1	3	1				14
충남	1	3	7	5	2		1		19
전북	1	4	3	12	9		5		34
전남		6	11	4	3				24
경북		7	2	6	3		2		20
경남		5	4	7	2		1	1	20
제주		2		2					4
기관수 (학급수)	12 (68)	106 (201)	87 (99)	176	123	21	62	11	597
소계 (%)	205 (34.3)			176 (29.4)	217 (36.3)				
아동수	381	897	400						
소계	1,678			약 10,500(추정치)					12,178
경비	전액 지원			무상보육 일부지원	전액 부모 부담			/	
<p>* 유아학교: 유치원과정만 운영하는 특수학교 * 특수학교: 특수학교 유치부 * 유치원: 일반유치원 특수학급 * 복지단체: 사회복지법인 등이 설립한 교육기관, 보육기관(장애전담어린이집 등) * 사설: 개인, 종교단체, 사회단체 등이 설립한 조기교육기관 * 병의원: 병·의원 부설 조기교육·치료 기관 * 언어치료: 개인, 병·의원 등의 언어치료 기관 * 기타: 조기교육과 언어치료 외의 운동치료, 레크레이션, 미술치료 등</p>									

한편, 한국특수아동조기교육연구회의 자료(2004, 미간행)에 의하면 전국의 조기특수교육기관의 수는 유치원과정만을 운영하는 특수학교, 특수학교 유치부, 유치원 특수학급, 복지단체 부설, 사설, 병·의원부설, 언어치료, 기타 등 2004년 현재 총 597개로 추정하고 있으며, 이 중 유치원과정만을 운영하는 특수학교와 특수학교 유치부, 유치원 특수학급은 특수교육진흥법에 의해 무상교육의 공교육기관이며, 복지단체는 보건복지부의 지원대상기관으로 일부는 장애전담어린이집 등 무상보육 기관이고 나머지 89개 복지관의 조기교육기관 등은 시설 및 인건비 등 일부지원을 받는 기관이다. 이 외에 전액 학부모가 부담하는 217개 기관을 합쳐 306개 기관을 유상의 조기특수교육 기관으로 추정할 수 있다.

한편 2002년 국립특수교육원에서 실시한 「특수교육기관 운영실태분석」에 의하면 무상보육기관과 유상교육기관 등 91개 조기특수교육기관의 실태를 조사한 결과 1,114명의 교사가 근무하고 있는 것으로 조사되어 한 기관 당 평균 12.59명이 근무하고 있는 것으로 나타났다. 또한 이 기관에 재학하고 있는 평균 아동 수는 33명으로 나타났다. 그러나 조사대상 기관별 교사 수와 재학 아동 수를 비교하면 전액 유상교육기관의 교사 수나 재학 아동 수가 무상보육기관에 비해 약 65%정도 인 점을 고려하여 이를 토대로 추정해 보면 전체 교사 수는 약 2,500명 내외로, 전체 아동 수는 6,500명 내외로 추정할 수 있다. 이는 조기특수교육 요구아동의 약 12%정도이다(전체 교육수혜 아동수 약 12,180명의 53.4%). 그러므로 무상보육기관에서 근무하고 있는 약 1,050의 교사와 장애유아 약 4,000명(장애아보육시설협의회 추정, 2004)을 고려하면 우리나라에서 현재 조기특수교육을 받고 있는 유아 수는 12,180여명으로 추정할 수 있고 이는 조기특수교육 요구아동 전체의 약 22%에 해당한다.

3. 지원방안

현실적으로 우리나라의 장애유아를 위한 조기특수교육을 이끌어 왔고, 현재도 전체 교육기관의 절반이 넘으며, 설립에 관한 경제적 비용, 각 설립 특색에 맞는 다양한 접근, 그 동안의 교육 및 치료에 관한 프로그램 활용의 용이성, 전체 교육 수혜 아동수의 53.4%의 교육을 담당하고 있는 등 여러 상황으로 볼 때 이들 유상교육기관을 적절하게 활용하는 방안이 바람직하다. 일반적으로 장애 영·유아의 조기특수교육 위한 부모의 재정 부담이 크고, 이로 인해 유상교육기관들의 시설 및 교육환경이 열악한 실정에 있

다. 따라서 교육의 국가관리라는 측면과 장애의 사회적 책임이라는 측면에서 장애영·유아에 대한 교육비 지원과 이들 교육기관들에 대한 행·재정적 지원을 확대하여 무상으로 수준 높은 교육을 제공하여야 한다..

장애유아를 위한 조기특수교육을 지원하기 위해서는 일정의 기준을 갖춘 교육기관에 직접 운영경비와 인건비 등의 제 비용을 지원하는 것이 궁극적으로 필요하지만 현행의 제도 하에서 정부가 개인이 설립한 교육기관을 직접 지원하는 방안은 여러 가지 난관이 있어 정부에서 난색을 보이고 있다. 이에 대한 대안으로 몇 년 전부터 조기교육계에서 논의하여 정부에도 요청하였고, 또한 교육인적자원부의 특수교육 발전방안에서도 그 방안을 계획한 바 있는 **지불보증전표 제도(바우처 시스템)방안을 도입**하는 것인데, 이 방안은 교육에 드는 비용을 직접 장애유아에게 지원하여 그들이 자신이 원하는 교육의 내용과 방법에 맞게 교육기관을 선택하여 교육비를 지불하게 하는 방식으로, 이 방안은 첫째, 공적인 무상의 조기교육기관이 절대적으로 부족한 현실에서 정부에서 직접 조기특수교육기관을 설립하는 경제적 시간적 어려움을 어느 정도 해결해 줄 수 있으며, 둘째, 기존의 유상 조기교육기관들이 갖고 있는 교육의 노우하우와 교사들의 경험을 충분히 살릴 수 있는 현실적 대안으로 평가되고, 셋째, 장애유아의 부모에게 직접 현금을 지원할 때 생기는 여러 가지 부작용을 최소화 할 수 있다는 장점을 가지고 있다.

다만 지불보증전표 제도로 지원하는 비용을 얼마로 할 것인가와 그 지불보증전표를 사용할 수 있는 유상의 조기특수교육기관 인가 기준을 어떻게 할 것인가가 해결의 우선 고려사항이라고 할 수 있다.

1) 비용 기준

1인당 1개월의 지원비용을 얼마로 할 것인가에 대하여는 논의가 더 이루어져야 하지만, 교육인적자원부에서는 장애유아 1인당 1개월 교육 지원금으로 20만원 내외를 고려한 바 있다. 이 액수는 아마도 유치원 통합시 유치원에 지원되는 장애유아 1인당 지원금을 기준으로 고려한 것 같다. 그러나 이 20만원은 일반 유치원에 제공되는 교육의 내용이 통합기관에서 전문적 특수교육이 아닌, 또한 다영역의 치료·교육적 접근도 아닌 다만 통합의 내용만을 제공하는 차원에서는 가능한 액수이나, 장애영·유아가 갖고 있는 특별한 욕구에 맞는 지원을 하기에는 전혀 불가능한 액수이다. 예를 들어, 교육인적자원부에서 지출하는 특수교육요구학생 1인당 연간 특수교육지원비는 12,042,000여원으로(2004 정기국회보고자료, 교육인적자원부), 이를 1개월 단위로 계산하면 1,000,000만원이 넘으며, 보건복지부에서 장애아동 보육에 지원되는 1아동 당 1개월 지원 액수

가 약 70만원 내외인 점(장애아보육시설협의회 추정, 2004)을 감안하면, 조기특수교육 기관에 1인당 20만원의 지원 액수는 4~5명 내외의 아동을 교사 1인이 담당하는 현실을 고려할 때 운영경비 등은 고사하고 보육교사 수준의 인건비도 감당하지 못하는 수준이다. 그러므로 지원액을 현실화 하여야 하는데 그 기준은 구체적인 연구 결과를 토대로 제시되어야 하나, 현재의 단순 추정만으로도 교육기관의 최소한의 운영경비, 특수교육 담당교사의 최소한의 인건비, 최소한의 치료교육 경비 등을 고려할 때 1인당 1개월에 50만원은 넘어야 장애영·유아의 기본적인 욕구를 지원하는 최소한의 비용이 될 것이다.

2) 유상조기교육기관의 시설·설비 양성화 안

유상조기교육기관의 시설·설비 기준 및 양성화 안에 대해서는 여러 차례 연구가 진행된 바 있고 그 때마다 바람직한 의견들이 제안되었다. 이나미, 강영택(한국교육개발원, 1995)은 '조기특수교육활성화 방안 연구' 결과 조기특수교육의 물리적 환경 중에 사설 조기교육기관에 대한 인·허가 기준을 마련하고, 인·허가된 기관의 무상교육 대상 아동을 위탁한 경우에 교육 및 치료에 필요한 시설·설비의 구비에 따른 경비를 지원할 것을 주장하였고, 정정진, 이효자, 정해동(국립특수교육원, 1995)은 '특수유치원 설치모형 개발에 관한 연구'에서 특수유아교육은 특수학교와 일반유치원 뿐만 아니라 각종 사회·종교단체의 조기교육기관과 사설조기교육기관에서도 실시할 수 있도록 특수유치원 설치·인가를 해주어야 한다고 보고하였으며, 이미선, 강영택, 조정환(국립특수교육원, 1999)은 '유아특수교육 확대방안 연구'에서 무상의 유아특수교육기관을 확대해야 한다고 하고 그 방안으로 기존의 사설 유아특수교육 기관이 특수학교시설·설비 기준령과 유치원 과정만 운영하는 특수학교 설치 및 지도요령에의 기준에 부합하되, 교육용 자산이 경영자 소유가 아닌 임대인 경우에는 시설의 임대를 위한 일정액의 보증금을 지방자치 단체의 장에게 공탁하고, 건물 소유주와 지방자치단체의 장이 임대보증금에 대한 공동 권리를 갖게 한 후, 무상교육기관으로 지정하며, 무상교육기관으로 지정된 경우 전일제 교육에 한하여 아동당 교육비를 지원할 것을 주장하면서, 장애영·유아에 대한 교육기회의 확대라는 차원에서 일정한 기준을 갖춘 사설 유아특수교육기관을 무상교육기관으로 지정하는 경우, 이들 기관의 효율적 운영 및 아동당 적정 교육비 지원에 관한 연구를 수행하여 시행의 혼란을 방지할 것을 제안하였고, 이유훈, 김계옥, 정동일, 정희섭(국립특수교육원, 2002)은 '특수교육기관 운영실태분석'의 연구 결과, 장애영·유아 조기교육기관에 대한 제도적 지원방안이 단계적으로 시급히 마련되어야 한다

고 전제하고, 우리나라 장애 영·유아 조기교육기관은 특별한 법적·제도적 규정과 지원이 없이 그 수요에 따라 급증하였고, 제도와 규정이 이를 뒷받침하여야 함에도 불구하고 현재의 상황은 제도적 지원이 극히 미미한 실정이므로 다양한 장애 영·유아의 교육적 요구에 적극적으로 대처하기 위해서는 현실적으로 이루어지고 있는 상황에 기초한 단계적 지원방안을 마련하는 것이 바람직하고, 따라서 현재 운영되고 있는 설립 유형별로, 기관의 운영형태별로 특성화하면서 아동의 욕구에 맞는 지원을 하는 전문화된 기관으로 유도하면서 아동의 교육비에 대한 지원방안을 시급히 마련해야 할 것을 주장하였다.

이러한 연구들에서 제안된 의견들을 종합해 보면 새로이 연구를 할 필요가 없을 정도로 잘 되어져 있다. 그러므로 제안된 의견들을 종합 정리하여 현장의 의견을 반영한 뒤 결정하여 시행하면 될 것이다.

4. 유상 조기특수교육 활성화 방안

기본방안	관련 법 규정의 개정을 통해 활성화를 촉진시켜 궁극적으로 연령이나 장애에 관계없이 모든 장애영·유아에게 무상 공교육을 실시 한다.
------	---

‘유치원과정만 운영하는 특수학교’라는 특수교육진흥법에 명시된 명칭은 실제로는 유아의 교육을 다루는 교육기관의 설립, 시설·설비, 교사, 교육과정 및 기타 운영의 전반적인 면에 있어 여러 가지 문제점이 있다. 최근 공교육화가 전면적으로 실시되려는 일반 유아교육에서 교육기관을 ‘유아학교’라는 명칭으로 사용하려 하지만 여기에서의 ‘학교’라는 명칭은 일반 학교와는 법 적용의 문제에 있어서 완전히 다른 개념이다. 명칭을 ‘학교’로 한다고 해서 기존의 유아교육의 교육운영 상의 틀을 일반 학교의 기준으로 바꿔 교지와 시설·설비를 확보하고, 학급당 아동 수를 배정하고, 일반교사들이 유아들을 교육하는 것이 아니란 뜻이다. 명칭이 바뀐다고 내용이 바뀔 수 없는 것은 그 대상이 변하지 않기 때문이다. 마찬가지로 ‘유치원과정만 운영하는 특수학교’라는 명칭이 되었다고 해서 일반 특수학교의 규정을 그대로 적용한다는 것은 유아특수교육을 하지 않겠다는 것과 다를 바 없다. 그러므로, 명칭을 특수유치원이나 조기특수교육원 또는 유아특수학교 등과 같이 일반 특수학교와 명백하게 구분할 수 있도록 관련 법 규정을 개정하거나, 현재의 ‘유치원과정만 운영하는 특수학교’라는 명칭을 유지하려면 ‘유치원과정만 운영하는 특수학교’만을 위한 규정을 일반 특수학교에 적용하는 관련규정과는

별도로 독립된 규정으로 제정하여야 한다.

결국, 우리나라의 현실을 고려한 조기특수교육 공교육화를 위한 기본 방안의 세부 방안은 아래와 같이 설정하는 것이 바람직하다.

단계적 및 세부방안	1) 현행 시설·설비 기준 및 인가지침을 단계적으로 하향 조정한다. 2) 5세 학급을 기준으로 정원 수를 5명 이하가 될 때까지 1년에 1명씩 줄여 나간다. 3) 유아특수교사 및 다영역 접근을 위한 치료관련 교사의 전문성을 확보하고 교사 수급에 관한 현실적인 방안을 마련한다. 4) 연차적으로 입학 나이를 1년씩 줄여 나간다. 5) 장애영유아의 욕구에 적절한 교육내용을 제공한다. 6) 광역 권별로 발달지원센터 등을 건립하여 진단, 치료 및 교육 프로그램을 작성하여 유아의 지역사회 교육기관에서 용이하게 치료, 교육할 수 있게 한다.
------------------	---

1) 유치원 과정만 운영하는 특수학교(유아특수학교) 인가 기준의 현실화

현행 특수교육진흥법을 시행하기 위한 시행령, 시행규칙 및 인가지침 상의 문제점들로 인하여 이 법에 의해 인가를 받아 설립된 12개 유아특수학교에서 교육받고 있는 장애유아는 381명뿐이다. 현재 전체 조기교육기관의 50%가 넘는 유상조기특수교육기관에 재학중인 장애유아들에게 특수교육진흥법 상의 무상교육을 실시하기 위해서는 무엇보다도 먼저 무상교육기관의 양적인 증가가 현재 유상조기특수교육기관에 재학 중인 것으로 추정되는 약 6,500명의 유아를 수용할 수 있을 만큼 늘어나야 한다. 그러나 양적인 증가는 많은 경비를 필요로 하고, 여기에 드는 재원을 일시에 조달하기는 현실적으로 불가능 할 것이다.

이런 어려움을 최소한의 경비로 해결하기 위하여 고려해야할 첫 번째의 방안은 여러 연구에서 나타난 것처럼(한국교육개발원, 1995, 국립특수교육원, 1995) 기존의 복지단체 부설이나, 종교단체 부설, 병원 부설 또 개인이 설립한 유상 조기교육기관의 활용이다. 이 유상 조기교육기관을 활용하는 방안은 이미 인가 받은 유아특수학교의 설립주체를 확인해 보면 바람직한 방법으로 받아들일 수 있는데, 12개교 중에 국립은 없고, 공립은 1개교이며 나머지는 개인이나 종교단체, 사립대학 등에서 설립하였는데 이중 상당 수는 이미 오래 전부터 유상의 조기교육을 실시해 오던 기관들이다. 이렇게 현재까지 설립된 학교 중 공립이 1개교뿐인 것은 설립에 드는 막대한 비용 때문일 것으로 생각할

수 있다. 결국 장애유아의 조기교육을 공교육화 하기 위한 단계적 방안에서 처음으로 할 수 있는 일은 설립비용의 부담 없이 운영비만 지원하는 형태의 교육기관들을 현실적인 상황에서 융통성 있게 인가하는 방안을 마련하는 것이고, 그렇게 했을 때 장애유아의 공교육화는 많은 비용이나 오랜 시간이 걸리지 않을 것이다.

이를 위해서 유아특수교육기관 인가기준을 일정한 범위 내에서 하향 조정해야 한다. 그 구체적 내용은 다음의 두 가지로 요약할 수 있다.

(1) 총 면적 및 인가 기준 학급 수의 완화

현행 인가 기준		개정 방안	
학급 수	총 면적	학급 수	총 면적
5학급	약 120평(약 390㎡)	6학급(3학급 2부제)	약 70평(약 230㎡)

교실과 유희실, 치료교육실 및 관리용 각실 등을 갖춘 5학급을 기준령에 맞는 면적으로 인가하기 위해서는 최소면적이 약 120평(약 390㎡) 정도의 면적이 확보되어야 하는데, 이 정도의 면적을 확보하는 일은 결국 경제적인 문제에 부딪쳐 현실적으로 곤란한 면이 있다. 이 것을 완화할 수 있는 방안은 3학급씩 2부제로 수업을 하도록 하는 것인데, 이 방안은 세 가지 면에서 긍정적인 해결책이 될 수 있다. 첫 번째는 3학급이므로 보통교실과 관찰에 필요한 면적이 줄고(약 62㎡), 유희실과 치료교육실 및 관리용 각실에서 3학급에 적절하게 면적을 줄일(약 100㎡) 수 있기 때문에, 약 50평(162㎡) 정도의 면적을 절감하는 효과를 가져오며, 두 번째는 현재 교육하고 있는 대다수의 유상교육기관들이 2부제로 수업을 하고 있기 때문에 실시상의 번거로움이 최소화하고 재정지원을 하는 정부, 지방자치단체의 경비 절감의 효과를 가져올 것이며 동시에 시설·설비, 교재·교구 등을 이중으로 활용할 수 있기 때문에 설립주체인 교육기관 또한 경비를 절감할 수 있을 것이다. 세 번째는 나이가 어리거나 장애가 중도 이상이거나, 기타의 다른 여건으로 통합이 어려운 유아는 오전에 교육하고, 통합이 가능한 유아는 오전에는 일반 유치원의 특수학급이나 일반학급에 통합하게 하고 오후에 교육한다면 현실적으로 장애유아 학부모들에게도 많은 호응을 얻을 수 있다.

(2)교육용 자산 인가기준의 완화

현행 인가 기준	개 정 방 안
설립자 소유인 경우만 인가	설립비용 전부 공탁 시 임대도 가능

교육용 자산 즉, 토지 및 건물이 설립자 소유인 경우에만 인가를 하고 있는 현 지침은 장애유아 공교육화의 가장 큰 걸림돌로 지적되고 있다. 이 인가지침을 완화하는 방안은 부지와 건물이 운영자 소유의 자산이 아니더라도 앞에서 제시한 3학급의 기준에 맞는 면적의 건물 임대와 시설·설비를 갖추게 하고 그 비용 전부를 공탁과 같은 방식으로 그 교육기관이 설립자 개인이나 단체의 사정으로 운영을 못하게 되더라도 인가권자가 위탁운영자를 지정하여 운영하도록 하면 많은 수의 장애유아들이 무상으로 교육을 받을 수 있다.

무상교육 기관으로 지정된 기관에는 재학유아 수만큼 교육비를 지원한다. 교육비 지원 형태는 지불보증전표를 부모에게 지급하고, 한 기관에서 무상교육을 받으면서 다른 기관에서 치료교육이나 부수적인 교육을 받는 경우에는 지원대상에서 제외 한다.

2)학급당 유아 수의 조정

현재 특수학교 유치부와 유아특수학교의 학급당 정원은 유아의 나이와 장애의 정도 및 지역의 상황에 따라 약간의 차이는 있지만 대략 7명을 기준으로 하고 있으며, 일반유치원 특수학급의 학급당 정원은 5명을 기준으로 하고 있다. 상식적으로 생각할 때 특수학교 유치부와 유아특수학교의 학급당 정원이 유치원 특수학급의 정원보다 당연히 적어야 할 것인데, 현실은 그 반대이다. 장애유아의 통합을 권장하는 측면에서 유치원 특수학급의 정원을 배려한 것으로 생각할 수도 있으나, 유치원에 통합하는 장애유아들이 통상적으로 4~5세 위주이며 특수학교 유치부와 유아특수학교에 재학 중인 유아보다 상대적으로 장애의 정도가 보다 가볍기 때문에 특수학교 유치부와 유아특수학교의 학급당 정원은 외국의 사례와 우리나라의 연구 자료에도 나타난 것처럼 **5명 이하**여야 한다.

현행 편성 기준	개 정 방 안					
	2005			2006		
7명 (만 3~4세 또는 정서장애 유아는 5명)	3세반	4세반	5세반	3세반	4세반	5세반
	4명	5명	6명	3명	4명	5명

구체적으로는 유아의 나이를 고려하여 학급당 정원의 차이를 둘 수 있는데, 현재 일부 지역 교육청에서는 특수학교 유치부의 정원을 유아의 나이를 학급편성의 기준으로 3세 학급은 5명, 4세 학급은 6명, 5세 학급은 7명으로 배정하고 있다. 이 기준에서 학급당 나이별 정원을 연차적으로 1명씩 낮추어, 최종적으로 **3세 학급은 3명 이하, 4세 학급은 4명 이하, 5세 학급은 5명 이하로 학급을 편성**하여야만 장애유아의 욕구에 부응할 수 있다.

또한 같은 나이의 학급이라도 일률적으로 동일하게 편성하지 말고 유아의 장애 특성과 정도를 고려하여 구성하되 교육기관 자체로 전체 정원에서 유연성을 갖고 편성할 수 있도록 하는 것이 바람직한 방법인데 예를 들면, 4세 유아라 하더라도 그 장애의 정도와 특성에 따라 3세나, 5세 학급에 편성할 수 있도록 하며, 같은 나이의 학급이 두 개 이상일 경우에 한 반은 3명으로, 또 다른 한 반은 5명으로 편성할 수 있도록 한다.

나이에 상관없이 정서장애(자폐포함)는 그 교육의 개별화를 위해 학급당 3명 이하로 하는 것이 좋을 것이며, 또한 어떤 형식으로도 유아기에 통합의 기회가 고려되어야 하는데 예를 들면, 앞에서 설명한 것처럼 능력과 나이를 고려하여 오전에는 일반 유치원에서 교육받게 하고 오후에 조기특수교육 프로그램을 받을 수 있도록 시간을 조정할 수 있다.

3) 교사 및 치료사의 양성 및 배정

(1) 교사 양성과정

현행	개정방안
과정 중심	수행능력, 임상 중심

우리나라 특수교육 교사양성과정은 직전교육 즉, 대학에서의 교육과정상의 문제와 양성제도에서 비롯된 문제로 인하여 전적으로 과정중심(코스중심)으로 이루어지고 있다.(김영욱, 1995) 그러나 유아특수교육을 담당할 교사 양성과정은 장애를 갖고 있는 영·유아들의 특별한 욕구를 해결하기 위한 수행능력 중심의 양성과정과 임상중심의 양성과정으로 이루어져야 하는데, 그 내용에는 유아특수교육 전반에 관한 영역별 교수법 및 영·유아기의 발달, 장애의 진단 및 사정, 부모상담, 가족 지원, 교육 프로그램의 작

성 및 평가 등과 조기특수교육의 현장에서 반드시 필요한 언어치료, 물리·작업치료, 심리치료 등의 치료교육 영역에 관한 기초적인 과정 등을 포함하여야 한다.

(2) 유아특수교사 부족에 따른 한시적 대안.

조기특수교육이 단계적으로 공교육화 하기 위해서 시급한 사항 중의 하나인 자격 있는 유아특수교사의 수급부족을 해결하기 위하여 다음과 같은 방안을 한시적으로 실시한다.

첫째, 특수교사(초등, 중등, 치료 등) 자격증 소지자 중 조기특수교육 담당 경력이 3년 이상인 자를 대상으로 필요한 일정기간의 연수교육을 통하여 자격을 준다.

둘째, 유치원교사 자격증 소지자 중 조기특수교육 담당 경력이 3년 이상인 자를 대상으로 필요한 일정기간의 연수교육을 통하여 자격을 준다.

(3) 다영역 접근을 위한 교사 배정

현행		개정방안	
자격	학급당 교사 수	자격	학급당 교사 수
물리·작업치료만 인정	6학급에 1인, 12학급 추가시마다 1인 추가	언어치료, 심리치료 추가	3학급마다 1명, 1명이 6학급 담당, 순회 또는 파견제도 도입

현재 특수학교 유치부 및 유아특수학교에 재학중인 상당수의 유아들이 물리·작업치료, 언어치료, 심리치료 등을 부수적으로 받고 있는데, 이는 조기특수교육에서의 다영역 접근은 필수적인데도 한 교육기관에서 필요한 교육과 치료를 다 받지 못해서 생기는 현상이다. 그러므로 한 조기특수교육기관에 다영역 접근에 필요한 교사와 치료사가 모두 배정되어야 한다. 이러한 치료를 위한 교사의 자격은 언어치료, 심리치료 등 치료 관련학과 졸업자에게 필요한 연수 또는 보수교육을 통해 관련자격(예를 들면, 조기특수교육요원 또는 요육교원 등, 또는 치료교육교사에 포함)을 주는 제도를 빨리 만들어 해결해야 한다.

조기특수교육기관에 우선적으로 배정되어야 할 치료 전공자는 언어치료와 물리치료, 작업치료, 심리치료가 필수적이므로 특수교육진흥법시행령 제 16조 등 관련규정을 개정하여 3학급마다 1명의 치료사를 두도록 하되, 1영역의 치료사가 6학급을 담당하게 하고, 학급 수가 적어서 필요한 영역의 치료사가 모두 배정되지 못하는 동일 지역의 교

육기관들은 협의를 통하여 영역별 중복을 피해 치료사를 배정하여 순회 또는 파견교육의 형태를 취하면 장애유아들이 필요한 모든 치료교육을 받을 수 있다.

(4) 교장·교감의 경력 산정 문제

앞서 설명한 것처럼 일반 특수학교의 기준으로 학교 운영 책임자 즉, 교장과 교감을 배정한다면 장애유아의 욕구에 따른 교육이 잘 이루어지기 어렵다. 그러므로 교장(또는 원장) 및 교감(또는 원감) 자격의 경력산정 기준에 기존의 조기특수교육현장에서 장애유아를 가르쳐 온 교사들의 경력도 포함시켜 그들의 경험을 활용하여야 할 것이다.

4) 영아(0~2세)를 위한 조기중재 방안

장애 발견즉시 즉, 0세부터 장애영아의 욕구에 적절한 서비스를 무상교육으로 제공하는 것이 장애유아와 그 가족 개인에게는 평생을 사회복지의 틀 안에서 살아가야 하는 장애를 일찍 벗어나게 하여 이 사회의 독립된 한 구성원으로 자립할 수 있게 하는 가장 큰 힘을 제공하는 일이 될 것이며, 크게는 국가적 차원에서 생산적 활동인구의 증가로 인한 경제적 이득과 사회복지 경비 절감의 효과를 가져오기 때문에 반드시 이루어져야 한다.

(1) 교육기관의 설립 및 입학연령 조정

현행	개정방안		
규정 없음	2005	2006	2007
	2세부터	1세부터	0세부터

현재 무상교육기관으로 운영되고 있는 교육기관에서 장애영아가 입학할 수 있도록 나이 제한을 연차적으로 1년씩 하향 조정하고, 영아를 위한 학급을 연차적으로 증설해야 한다. 또한 나이에 의한 담당 부서의 문제가(유아는 교육부 관할, 영아는 보건복지부 담당 등의) 장애영아의 교육에 걸림돌이 되어서는 안 된다.

(2) 교사의 양성 및 배정

장애영아를 위한 접근의 현실적 어려움 중에 교사수급의 문제가 심각한데, 현재 운영

되고 있는 유상교육기관이나 무상보육기관 등의 영아 담당교사나 치료사의 확보가 가장 큰 문제 중의 하나인데, 그 것은 교사나 치료사들이 직전교육에서 뿐 아니라 현직교육에서도 영아를 교육하기 위한 전문적 지식을 갖출 수 있는 기회가 전무하여 영아에 대한 접근을 두려워하며 회피하기 때문이다.

영아 담당교사를 양성하기 위해서는 대학의 유아특수교육과정에 영아들의 욕구를 해결할 수 있는 수행능력에 관한 내용을 포함시켜야 한다. 경우에 따라서는 일반 특수교육을 초등과 중등으로 구분하듯이 영아와 유아를 담당하는 구분을 하여 전문적 교육과정을 구성하는 것도 고려해야 한다. 또한, 특히 영아의 특성상 치료관련 전문가들의 접근이 필수적인데 이들 치료사들의 양성과정에도 영아를 위한 수행능력을 교육과정에 포함시켜야 한다. 또한 현재의 교사와 치료사의 부족은 일정기간의 연수교육으로 한시적인 해결을 할 수 있다.

(3) 교육 및 담당영아 수

영아를 위한 교육은 부모 또는 주 양육자가 참여하여 교사와 영아, 3명이 한 팀으로 1일 1시간 정도 개별가족지원계획(IFSP)을 제공한다.

1명의 교사가 1일 5명을 담당하게 하고, 영아 10명당 1명의 치료사를 두도록 하되, 필요한 영역의 치료사가 모두 배정되지 못하는 동일 지역의 교육기관들은 협의를 통하여 영역별 중복을 피해 치료사를 배정하여 순회 또는 파견교육의 형태를 취한다.

(4) 순회교육

이 외에 지역 내에 교육시설이 없거나 부족한 경우, 시·군·구 교육청 내 특수교육운영위원회에 유아특수교육 교사 또는 치료교육 교사를 배치하여 가정방문 순회교육을 실시한다. 이 경우 1일 3명 이하의 영아를 담당하게 하고, 전체 영아가 6명이 넘지 않게 한다.

5) 교육프로그램 개발 및 부모참여확대

장애영유아를 위한 교육내용은 3세 이상의 유아에게는 개별화교육(IEP)을 실시하고, 3세 미만의 영아에게는 개별가족지원계획(IFSP) 제공을 원칙으로 하되, 3세 이상의 장애유아인 경우에도 필요시 개별화가족지원계획을 작성하여 시행하도록 한다.

또한 교육의 질적 향상을 위해 수준별 교육과정 및 교육프로그램 개발, 개별화 교육

및 개별화 가족 지원 확대 실시를 위한 연수 등 유아특수교육 교육과정 운영의 질을 향상시킴으로써 교육의 질적 향상을 꾀한다.

부모의 참여 권리를 보장하기 위하여 현재의 부분적인 교육 참여에서 개별화교육운영위원회 또는 개별가족지원계획운영위원회의 구성에 학부모 대표가 반드시 참여토록 규정하고, IEP 또는 IFSP의 작성과 변경 시에 부모가 의무적으로 참여토록 하며, 교육 평가, 교육기관 배치 등에 학부모 참여를 의무화하고, 부모교육 및 개별화 가족 지원을 확대하여 장애유아와 그 가족 전체를 특수교육 대상으로 확대한다.

6) 다영역 접근이 어려운 지역사회 교육기관을 지원하기 위한 발달지원센터 등의 건립

발달지원센터 같은 진단 및 평가를 전문적으로 실시하는 기관에서의 장애 영·유아의 발견 및 진단, 개개인에게 적절한 조기교육기관의 선정 및 배치, 적절한 조기중재와 조기특수교육, 조기교육과 치료 이후의 교육 배치라는 일련의 연속적인 체제에서 자체의 역할, 즉 부모 및 가족의 지원에 중점을 둔 장애 영아의 조기중재, 그리고 통합을 궁극적 목적으로 유아의 장애를 경감시키기 위한 전문적 조기특수교육 충실한 수행이 이루어질 수 있도록 교육의 질적 수준 향상을 위한 지원, 즉 교육방법과 교육과정, 내용에 대한 구체적이고 실증적 연구가 제도적으로 이루어져야 하는데, 이러한 발달지원센터 등을 각 광역권별로 설립하여 다영역의 전문가들이 상주하며 일정기간 동안 장애 영·유아를 사정, 진단하여 치료 및 교육프로그램 등을 작성하고, 종합적인 서비스를 계획하여 영유아의 지역사회 교육기관으로 자료를 보내 지역사회 교육기관의 다영역 접근의 부족함을 지원하게 하고 전반적인 교육의 일관성을 유지하도록 한다.

7) 장애보육교사 양성 제도 확립

장애보육교사의 양성방안은 2년제 전문대학 이상에 양성과정을 신설하고, 현재 대학의 평생교육원이나, 보건복지부의 인가를 받아 위탁 운영되는 일반 보육교사 양성기관 중 일부에서 자체의 규정에 의해 자격을 주거나 등 과정을 개설하여 운영하고 있는 특수보육 또는 이와 유사한 명칭의 장애영·유아의 보육교사 양성과정을 증설하고, 장애영유아의 욕구를 해결할 수 있는 수행능력을 갖출 수 있도록 교육과정을 충실히 마련하고, 6개월 또는 1년 정도인 교육기간을 최소한의 전문적 지식을 갖출 수 있도록 2년 정도로 늘려서(또는 300시간 이상) 장애보육교사의 자격을 주는 방안을 마련하여야 한다.

현행	양 성 방 안
규정 없음	1) 2년제 전문대학 이상에 특수보육과 신설. 2) 일반 보육교사 양성기관 중 일부에 개설된 장애영·유아 관련 양성 과정을 충실히 하고, 교육기간을 최소한의 전문적 지식을 갖추 수 있도록 2년 정도로 늘려 자격을 부여.

8) 대상유아 발굴 및 교육 홍보 방안

기본방안	조기 발견, 교육의 필요성 등을 홍보하도록 법 규정을 제정하여 전반적인 장애영·유아의 예방 및 치료, 교육의 기본적 틀을 마련한다.
------	---

특수교육진흥법 제8조(조기특수교육시책 강구)는 ‘국가 및 지방자치 단체는 장애를 지닌 유아에 대한 유치원 과정의 교육을 촉진하기 위하여 장애의 조기발견, 교원양성, 교육시설·설비의 확충 등 조기특수교육에 필요한 시책을 강구하여야 한다.’고 규정하고 있다. 이러한 조기특수교육의 활성화를 위한 최초의 접근은 조기발견을 위한 제도의 정착과 적극적 시행이다. 조기특수교육의 대상을 미국에서는 발달지체와 발달지체 위험유아들로 규정하고 있으나, 우리나라에서는 영·유아에 대한 별도의 기준이 없이 ‘특수교육진흥법 시행령’에 특수교육 대상자의 기준을 규정하고 있으며, ‘장애인복지법 시행령’ 및 ‘장애인복지법 시행규칙’으로 장애인의 기준과 장애등급의 기준을 규정하고 있어, 빠른 시일 내로 조기특수교육 대상자의 기준을 마련해야 한다.

단계적 및 세부방안	1) 장애의 위험과 예방, 검진 및 발견을 위한 홍보물을 제작하여 산부인과 및 소아과, 보건소 등에 배부한다. 2) 조기 진단 및 교육 기관을 안내하는 홍보자료를 만들어 유치원, 어린이집 등 영·유아 관련기관에 배부한다. 3) 조기 진단을 위한 기구(조기장애진단 위원회, 또는 특수교육 심사위원회가 담당 등)를 각 행정지역 단위별로 조직한다.
------------------	---

(1) 장애의 예방과 검진에 관한 홍보물을 제작하여 배부

조기 진단을 위해서는 일본에서와 같이 모든 영·유아를 대상으로 보건복지부의 지원으로 지역단위별 보건소, 장애인 종합복지관, 지정 병·의원 등에서 각 영유아 개인

별 발달연령에 따라 시기별로 실시할 수 있는 구체적 방안을 마련하여 실시하고, 장애의 위험과 예방, 검진 및 발견을 위한 홍보물을 제작하여 산부인과 및 소아과, 보건소 등의 관련기관과 일반시민을 상대로 상시 전시케 한다.

(2) 진단 및 교육 기관 정보 제공

지역단위의 교육청에서 장애영·유아의 조기 교육 및 통합을 위한 홍보 및 교육기관에 대한 정보를 자료로 만들어 유치원, 어린이집 등 영·유아 관련기관에 매년 2회 이상 의무적으로 실시하게 한다.

(3) 조기 진단 기구를 조직

진단을 담당하는 각 행정구역 별 전문가 팀은 초기에는 지역에 있는 조기특수교육전문가, 의사, 관련 치료사, 아동학자, 행정 담당자 등을 활용하여 조기장애진단 위원회(또는 특수교육심사위원회)가 필요한 기간동안 임시로 활동하게 하고 점차로 상임위원을 위촉한다.

<참고자료 및 문헌>

1. 이나미, 강영택 (1995). 조기특수교육 활성화 방안 연구. 서울: 한국교육개발원.
2. 이미선, 강영택, 조정환 (1999). 유아특수교육 확대방안 연구. 안산: 국립특수교육원.
3. 이유훈 외 (200). 특수교육기관 운영실태분석. 안산: 국립특수교육원.
4. 정동영 외 (2001). 특수교육요구아동 출현율 조사연구. 안산: 국립특수교육원.
5. 정정진, 이효자, 정해동 (1995). 특수유치원 설치모형 개발에 관한 연구. 안산: 국립특수교육원.
6. 조정환 (2000). '조기특수교육의 공교육화 활성화 방안', 2000 교사연수교재. 인천: 한국특수아동조기교육연구회.
7. 교육인적자원부 (2004). 특수교육 연차보고서(정기국회보고자료). 교육인적자원부.
<미간행>
8. 한국특수교육총연합회 (2004). 전국특수교육요람. 경기: 한국특수교육총연합회.
9. 한국특수아동조기교육연구회 (2004). 조기특수교육기관 일람. 인천: 한국특수아동조기교육연구회. <미간행>

이 외에도 조기특수교육현장의 운영자 및 교사들의 의견과, 한국특수아동조기교육연구회 및 장애아동 보육시설협의회 임원 등의 의견, 장애유아 학부모 등의 의견을 참고하였음을 밝혀 둡니다.

장애인 교육권 보호·향상을 위한 1차 토론회

장애 영·유아 교육권 보호·향상을 위한 개선방안

송 주 한
(곡교어린이집 장애아동 학부모)

장애 영·유아 교육권 보호·향상을 위한 개선방안

송 주 한 (곡교어린이집 장애아동 학부모)

<토론에 들어가며>

나는 장애분야에 대해서는 아직 햇병아리다. 발달장애가 있는 막내 아이를 본격적으로 케어한지 이제 겨우 2년째다. 따라서 장애영유아 교육에 대해 문외한인 셈이다. 그래서 이 토론회 참여를 망설였지만, 오히려 참여준비를 하면서 많은 것을 배우고 정리할 수 있는 기회가 되었다. 나는 장애유아 부모로서 이런 좋은 발제 및 토론에 참여하게 된 것을 기쁘게 생각한다. 또한 이런 토론의 내용이 부모, 교사, 정책담당자에게 전달되어 우리나라 장애영유아 교육권 보호 · 향상에 밑거름이 되었으면 한다.

토론문 순서는 이렇다. 먼저 조광순, 조정환 선생님의 훌륭한 발제 잘 읽어보았다. 두 분의 발제에는 대부분 공감하며, 그 노고에 경의를 표한다. 하지만 토론자로서 나름대로 지적하고 보충해야할 부분을 <발제에 대하여>에서 제시하였다. 다음으로 <토론자의 제안>에서는 장애영유아 교육권 보호와 향상을 위한 나의 개인적인 의견을 몇 가지 대안으로 제시해 보았다. 사실 내가 두 분의 발제를 보면서 느낀 점은 부모의 입장에서 고민하고 배려한 점이 부족하지 않았나 하는 생각이다. 마지막으로 <맺는 말>에 장애아 부모로서 특히 발달장애를 갖고 있는 아이의 부모로서 소회를 말씀드리고 토론을 마무리 하고자 한다.

<발제에 대하여>

발제1: 장애아동의 학령전 조기교육 현황 및 개선 방안

조광순 교수님은 발제에서 <‘04년도 장애유아 무상교육비 지원 사업계획>에 대한 언급과 함께 문제점을 잘 지적해 주셨다. 적절한 지적이다. 나는 이 문제점이 바로 교육부의 편법적인 접근이 근본 원인이라고 생각한다. ‘단순한 교육비 지원이 아닌 좀더 나은 특수교육 환경을 만들고 유아 특수교사를 충원함으로써 진정한 통합을 해야 한다’는 장애인 부모들의 요구를 진정으로 수용하지 않고 임시응변식 대응책을 내놓았기 때문이다.

한편 조광순 교수님은 ‘교육부가 이 사업계획을 추진하면서 무상의 유아특수교육 서비스 확대를 위해 이전보다 더 많은 노력을 기울이고 있다’고 추켜세우셨다. 조광순 교수님의 지적처럼 교육부는 대상자 선정에서 ‘장애위험이 있는 유아’까지 포함될 수 있도록 하였고 ‘무상교육 지원실적이 없는 만6세 장애유아의 겨우 1년에 한해 지원대상으로 선정’할 수 있다고 못 박고 있다. 그런데 교육부는 ‘무상보육’ 실적이 있다는 이유만으로 만6세 장애유아를 지원대상에서 제외하고 있다.

만6세 장애유아의 초등학교 진학과 통합이 교육적으로 맞는 방향이라고 인정한다하더라도 현실적으로 장애유아의 인지나 학습능력이 현저히 떨어지기 때문에 장애유아의 부모 태반이 유예를 선택하고 있다. 또한 만3~5세에 일반유치원에 보내려해도 종일보육이 되질 않고 또한 특수반이 대부분 없기 때문에 그나마 장애유아에게 무상보육이면서 조금 나은 환경인 어린이집을 선택하여 다니고 있다. 조교수님도 ‘무상보육 서비스’를 언급하시면서 ‘무상교육 서비스가 아닌, 보육시설인 어린이집에서 서비스 혜택을 받고 있는 아동들의 수가 늘고 있는 추세’라고 밝히셨다. 이러다보니 만6세가 되어 초등학교에 진학하기 전에 1년만이라도 초등학교 전단계인 일반유치원에서 초등학교 입학에 필요한 최소한의 인지나 학습프로그램 교육을 받은 후 취학시키려는 부모들이 대부분이다. 그래서 당연히 무상보육을 받은 만6세 장애유아의 경우라도 1년에 한해 일반유치원에서 무상교육을 지원해야 마땅하다.

그러나 현실은 다르다. 교육부는 이 사업계획을 시행하면서 2004년도에 특수교육 대상유아 3,000명에 72억을 지원할 계획이었다. 그러나 올해 혜택을 보는 대상자가 전국

적으로 천여 명에 불과해 내년 예산이 반으로 줄 예정이라고 한다. 바로 그 이유는 교육당국이 대상자를 적극적으로 발굴하여 혜택을 주려는 자세가 부족했기 때문이다.

이러한 장애아 무상교육의 허실을 보완하기 위한 좀더 근본적인 대책은 앞으로 유치원뿐만 아니라 고등학교까지 의무교육을 시행해야한다고 본다. 나아가 교육부, 여성부, 복지부 간의 서비스 연계와 통합체제의 구축도 시급하다.

조광순 교수님은 '발달지체의 판정 기준으로서 전문가의 판단이나 다학문적팀의 임상적 의견 및 아동의 발달사에 대한 부모(가족)의 보고와 같은 주관적인 질적 정보를 추가하여 대상자를 선정할 수 있는 진단·평가의 기준을 제시하는 것이 필요하다'고 강조하셨다. 좋은 말씀이다. 다운, 뇌병변 등은 태어나면서 쉽게 판별이 가능한 선천성 장애이다. 그러나 정신지체나 발달장애(자폐)의 경우 선천성임에도 불구하고 태어난 후 조기에 징후를 발견하기가 어려운 점이 있다. 특히 발달장애(자폐)의 경우 전문 공인 연구기관 및 센터가 설립되어야 한다. 현대의학으로 자폐는 정확한 원인 규명이 불가능하다. 많은 부모가 의료기관에 가서 비싼 비용을 들여서 검사를 받고나면 의사는 ' 지켜봅시다'라는 말만 한다. 반드시 발달장애를 전공한 의사, 특수 교사, 관련치료사 등의 전문 인력을 갖춘 기관이 설립되어서 조기에 '발달장애'를 점검하고 진단을 내려서 관련치료를 받을 수 있도록 해주는 것이 시급하다고 본다.

조교수님은 '가능한 한 조기에 장애 혹은 장애위험 아동을 발견하고, 발견하자마자 즉시 적절한 서비스를 제공하는 것 역시 장애를 예방하고 최소화시킨다는 점에서 현행 법규상 유아특수교육 대상자로 규정되어 있지 않은 0~2세 장애아동 뿐 아니라 장애위험 아동도 유아특수교육 대상자에 포함시키되, 이들에 대한 무상의 유아특수교육 서비스는 우리나라의 재정 투자 여건, 교육기관의 수용 능력, 영아 프로그램, 전문 인력 및 행정구역별 거주민들의 사회·경제적 수준 등을 고려하여 순차적으로 실시할 수 있도록 유도할 수 있는 정책의 입안이 필요하다'고 하셨다.

여기서는 캐나다 예를 참조하는 게 좋을 듯하여 소개한다. 캐나다 온타리오주 장애아동 교육 발전방향을 살펴보면 '0~6세의 집중적 지원', '자폐증을 위한 서비스 증가'라는 항목이 들어가 있다. 현재는 집중적 행동중재(Intensive Behaviour Intervention) 프로그램을 중점적으로 지원 실시하고 있다. 이것은 자폐성향을 가져 주변세계에서 고립되어 있는 아동이 주변세계와의 관계를 가로 막는 장애물들을 제거 할 수 있도록 많은

시간 동안 집중적으로 여러 가지 교육과 서비스로 도와주는 것이다. 즉 자폐아동을 돕고 지역사회의 적응력을 증진하는데 있다. 주 대상은 2~5세 사이의 중증장애아동이다. 주당 20~40시간이 1:1 서비스로 제공된다. 개별화 프로그램에 의한 아동들의 특별한 욕구와 강점들을 반영하고 있다. 집중적인 조기 교육과 서비스를 통해 자폐성향을 가진 아동들은 생애 최상의 교육효과를 얻을 수 있다.

발제2: 유상조기교육기관의 현황 및 인허가제도 도입

조정환 선생님은 발제에서 ‘현실적으로 우리나라의 장애유아를 위한 조기특수교육을 이끌어 왔고, 현재도 전체 교육기관의 절반이 넘으며, 설립에 관한 경제적 비용, 각 설립 특색에 맞는 다양한 접근, 그 동안의 교육 및 치료에 관한 프로그램 활용의 용이성, 전체 교육 수혜 아동수의 53.4%의 교육을 담당하고 있는 등 여러 상황으로 볼 때 이들 유상교육기관을 적절하게 활용하는 방안이 바람직하다. 일반적으로 장애 영·유아의 조기특수교육 위한 부모의 재정 부담이 크고, 이로 인해 유상교육기관들의 시설 및 교육환경이 열악한 실정에 있다. 따라서 교육의 국가관리라는 측면과 장애의 사회적 책임이라는 측면에서 장애 영·유아에 대한 교육비 지원과 이들 교육기관들에 대한 행·재정적 지원을 확대하여 무상으로 수준 높은 교육을 제공하여야 한다’고 말씀하셨다.

나는 조정환 선생님이 위에서 밝힌 의견에 대체적으로 공감한다. 그것은 현실적으로 공교육의 장애아동에 대한 통합 및 특수교육 현실이 아직도 열악하기 때문에 유상조기특수교육의 활성화 방안이 요구되고 있다는 점에 수긍이 간다. 또한 공교육이 장애영유아 치료교육을 제대로 충분히 소화해내지 못하다보니 장애아동 부모가 50~150만원의 사교육비를 들여서라도 치료교육에 나서고 있다고 생각한다.

그러나 유상조기특수교육 활성화 이전에 우선되어야 할 것이 있다. 바로 조광순 선생님이 지적하셨듯이 유아특수교육 프로그램에 대한 장애아동 부모의 만족도를 높이기 위해서는 현재 사설기관에 의존하고 있는 치료서비스를 특수학급이나 통합학급의 아동들도 받을 수 있도록 하는 정책적 노력이 필요하다. 공교육 기관에서 치료교육을 활성화 시킬 수 있다면, 유아특수교육에서 공교육 수혜율은 훨씬 높아질 것이다.

또한 아동의 요구에 적합한 적절한 치료교육 서비스 지원이 이루어지도록 해야 할 것이다. 교육청에서 개별 아동의 요구에 적합한 치료교육서비스를 제공하지 못할 경우에는 아동에 따라서는 사설기관에서의 치료서비스를 지원하되, 아동의 요구에 적합한

치료서비스를 제공할 수 있는, 교육청에서 인증한 기관에서만 서비스를 받도록 하고 아동 치료서비스의 감독·관리는 반드시 교육청에서 할 수 있도록 하는 체제가 필요하다고 본다.

나아가 기관에서의 치료서비스를 지원하고 감독 관리하기 보다는, 바로 조정환 선생님이 지적하셨듯이 지불보증전표제도(바우처 시스템) 방안을 도입하는 것이 좋다고 본다. 치료교육에 드는 비용을 장애유아에게 직접 지원하여 그들이 자신이 원하는 교육의 내용과 방법에 맞게 교육기관을 선택하게 하는 것이다. 바우처시스템을 도입하면 사설기관들은 자유경쟁을 통해 양질의 치료교육서비스를 제공하는 기관만 살아남게 되어 관리감독 비용까지 줄일 수 있어 훨씬 효율적이다.

<토론자의 제안>

하나. 부모교육도 태아 때부터 시작

혼인 신고 때 부부가 임신, 출산, 피임과 장애 관련교육을 받을 수 있도록 모자보건법을 개정한다. 태아교육과 검사의 중요성을 알리고 선천성 기형아 검사 등을 필수로 받게 한다. 만약 태아에게 장애진단이 내려질 경우 부모에게 출산 선택권을 줌으로써 출산 후 장애를 발견했을 때 오는 충격과 혼란을 줄이고, 좀더 긍정적인 자세로 장애자녀를 가슴으로 수용하고 사랑하게 될 것이다.

<참조> 보건복지부는 임신부가 태아의 건강관리를 위해 실시하는 풍진 및 선천성 기형아 검사에 대해 12월부터 새로 건강보험 급여대상에 포함한다고 22일 밝혔다. 반면 가족계획사업의 일환으로 그동안 보험급여 대상이었던 정관절제술과 난관결찰술, 자궁내 장치삽입술 등 피임시술은 비급여로 전환기로 했다. 그러나 유전성 정신분열증 등 유전학적 정신장애 및 신체질환이 있거나 임신을 하게 되면 모성건강의 악화가 우려되는 경우, 또 부모가 태아에 미치는 위험성이 높은 전염성 질환이 있는 경우에 대해선 보험 급여를 인정해 주기로 했다.(문화일보 2004년 11월 22일자 기사 인용)

둘. 부모교육센터 설립 운영 시급

장애영유아 교육에서는 아이교육도 중요하지만 오히려 부모교육이 더욱 중요하다는 게 나의 생각이다. 부모의 자녀교육관, 장애수용정도, 사회적 참여 등에 따라 장애영유아 교육방향은 천차만별의 차이를 보여준다. 대부분 부모들은 '자신의 아이'에만 집착해 '내 자식만 챙기면 된다'는 태도로 일관하다보니 부모 자신뿐 아니라 아이가 살아가야 할 사회 환경에 대한 개선에는 소홀히 하는 경향이 있다. 부모가 자신의 직장, 일터, 교육기관 현장에서 자신의 목소리와 권리를 주창하지 못하면 우리의 특수교육 현실은 더욱 열악해질 것이다. 또한 교육현장의 개선과 장애에 대한 사회의 인식도 개선되기 힘들 것이다. 다시 말해 자녀 교육만을 강조하며 바로 부모 의식과 생각을 바꾸지 않으면 근본적인 사회변화는 기대하기 힘들다.

그렇지만 부모 의식과 생각은 쉽게 바뀌지 않는다. 따라서 부모교육센터를 설립해서 지속적이고 체계적인 부모교육을 실천해야 한다. 바로 부모교육 프로그램을 체계적으로 만들고 질 높은 강사를 확보하는 게 급선무일 것이다. 공간은 자치구별로 주민자치센터나 복지관등을 활용하면 될 것이다. 여기서 전제조건이 있다. 장애아 부모교육은 부모가 함께 교육받도록 법적 뒷받침이 필요하다. LPG차량 운전자의 교육이수도 법제화되어있다. 하물며 우리의 미래인 2세를 위한 교육에 이 정도의 법적 장치도 마련되지 않아서야 되겠는가?

셋. 장애영유아에 대한 인식 전환이 필요

우리나라 장애영유아 교육은 특히 장애아에 대한 그릇된 인식을 고쳐야 한다. 복지정책에서도 아동을 미성숙한 인격체로 인식함으로써 아동복지가 후진성을 면치 못하고 있다. 하물며 장애아동은 더욱 무가치한 존재로 인식되는 경우가 흔하다. 이에 대한 보다 근본적인 대책은 유아 때는 물론이고 초중등 학교에서 장애인을 바라보는 자세나 인식과 관련된 교육내용을 더욱 강화하여야 한다. 또한 '봉사의 기쁨'과 같은 '가치관'이 삶 속에서 체화될 수 있도록 실제적인 교육이 함께 이루어져야 할 것이다. 또한 현장교사들에 대한 프로그램 지원도 강화되어야 한다.

특히 특수교육을 담당자조차도 장애아 교육에 대한 잘못된 인식을 갖고 있다. 이것은 장애를 바라보는 인식의 근본적인 변화가 없이는 우리나라 장애아 교육이 제대로 발전하기 힘들다는 생각을 갖게 한다. '장애아가 나와 틀리고 이상한 게 아니라 나와 다르

고 개성 있다라는 인식을 가졌을 때 진정한 통합과 장애아 교육권이 확보될 수 있을 것이다.

넷. 장애당사자로서 부모의 목소리가 중요

특수교육 정책입안자들의 입에서 비롯처럼 나오는 게 ‘예산이 부족하다’는 말이다. 맞는 말씀이다. 바로 예산은 국회심의를 통해 배정받아야 한다. 또한 정책을 입안해서 입법화 하려면 국회의 승인을 얻어야 한다. 국회는 선거 때 ‘표’를 의식하는 정치인들이 모여 있다. 그들은 모든 정책 우선순위를 표를 의식해서 결정한다. 바로 여기서 문제가 생긴다. 장애아동은 미성년으로 투표권이 없다. 따라서 투표권이 없는 장애아동에 대한 정책을 입법화하고 예산을 따내는 일은 말 그대로 하늘의 별따기다. 그럼 누가 장애영유아의 입장과 권리를 대변해야 하는가? 바로 부모일 것이다. 그래서 장애영유아의 부모는 바로 ‘장애 당사자’이다. 그만큼 부모들의 의식과 목소리가 중요한 이유가 여기에 있다 할 것이다.

<맺는 말>

‘장애인에게 있어 교육은 희망을 넘어 생명’이다. 그만큼 교육은 우리아이들에게 중요하며 절실하게 필요하다. 내가 부모로서 장애아 특수교육 현장을 누비다 보니 가슴에 와 닿는 말이 ‘구슬이 서 말이라도 꿰어야 보배’라는 속담이다. 아무리 그럴싸한 ‘장애인 복지법’과 ‘특수교육진흥법’이라는 구슬이 있어도 그 내용이 현장에서 현실적으로 실현되기 위해서는 수많은 노력이 따라야 보배가 된다는 걸 느꼈다. 이런 노력은 여러 사람의 몫이 있겠지만 바로 장애아 부모의 몫이 가장 클거라고 생각한다.

장애전문가들 중에는 ‘장애아가 넘어야 할 가장 큰 장벽은 바로 부모’라고 지적하는 사람도 있다. 일리가 있는 지적이라고 생각한다. 장애아에게는 부모가 절대적으로 중요한 만큼 아이를 대신해서 부모로서 해야 할 사회적 책임과 의무도 크다고 생각한다. 따라서 부모가 먼저 변해야 한다. 그러면 아이는 저절로 변화하며 성장한다.

영·유아 장애아동의 교육권 보호를 위한 과제

김 명 속
(가락유치원 원장)

영·유아 장애아동의 교육권 보호를 위한 과제

김 명 숙 (가락유치원 원장)

1. 조기발견 체계의 개발 : 통합 데이터베이스 관리 시스템의 구축

① 지역사회 보건소의 적극적인 활용

보건소 기능 중에 포함되어 있는 모자보건 사업과 영유아 건강관리 사업내용에는 장애 영유아 조기발견과 추후관리 사업이 포함되어 있으므로 0세-2세 영아들의 조기발견 체계를 만들 수 있다고 본다.

현재에도 전국 23개 보건소 -모자보건 선도 보건소로 지정-에서 선천성 이상아, 건강상의 장애 아동의 발견과 가족간호 활동, 건강상담 및 교육활동이 되고 있다.

가정 방문제도가 각 보건소마다 활발하게 진행되고 있음을 고려하여 발달촉진을 위한 조기 중재 서비스가 필요로 하는 아동에게 적절한 부모상담 및 부모중심 개별화 교육의 문제점이 해결될 수 있다고 본다.

② 가정 방문제도의 활용

③ 발견된 장애 영유아 아동 등록관리의 통일

선천성 이상아, 발달지체 가능성이 많은 환경적 위험아동 등의 등록절차를 전국 보건소 영유아실에서 실시하게끔 통일하여 전국적으로 장애아동의 관리 및 추적이 가능할 수 있게한다.

교육인적자원부에서 2007년까지의 실행계획이 마련되어 있으니 보건복지부와의 협력으로 장애아동을 관리할 수 있는 전문인력을 배치하거나 또는 현재 가정방문 요원으

로 하여금 장애아동 관리기능의 역할을 감당하게 할 수 있다.

2. 조기교육 서비스 확대

① 0-2세 장애영아의 모아 프로그램 확대

장애영아와의 사회적 놀이관계 부족, 양육방법의 미숙, 장애아 교육에 대한 교육방법의 무지 등으로 조기교육의 중요한 시기를 놓치게 되는 경우를 방지하기 위해 장애부모의 가족 개별화 프로그램의 중요성과 가치를 높여주어야 한다.

② 3-5세 장애아동의 유아 특수교육과 통합교육

일반 아동과의 통합교육 실시 이전 단계의 유아특수 교육이 반드시 필요하며 통합교육의 원리와 방법이 아동 개별에 따라 신중하게 논의되어야 한다.

장애아동 통합어린이집의 완전 무상교육에 이어 일반 유치원에서도 통합교사 인건비 보조를 실시하여 교육비 부담을 줄일 수 있게 한다.

가정 복지과에서는 구립 장애아동에게만 혜택을 줄 것이 아니라 지역사회 일반유치원에서 교육받고 있는 장애아동에게도 통합교사에 의해서 교육받을 수 있는 기회를 제공해주어야 한다.

3. 관련서비스 및 통합교육 지원체제의 확립

1) 관련 교육서비스의 정비가 필요하다.

다양한 관련 교육 서비스로 인해 일관된 교육을 받을 수 없다.

부모의 심리적 부담감, 경제적 부담감을 주고 있는 무분별한 관련 교육서비스의 올바른 이해와 올바르게 선택할 수 있도록 특수교육 관련자는 책임있는 안내자가 되어야 한다.

2) 교육청에서 인증한 기관에 의뢰

아동 교육서비스의 감독 관리는 교육청 특수교육 담당 장학사에 의해 실시되어야 한다.

유상 조기특수 교육기관에 대한 인증과 관리를 관할교육청에서 할 수 있는 체제가 필요하다

3)가족 지원서비스 체제 확립

장애아동 가족의 부모교육과 특수교육에 대한 올바른 인식과 아동에게 필요로 하는 서비스가 무엇인지에 대해 끊임없이 반복되어지는 부모교육이 현장에서 이뤄져야 한다.

4) 연장제 수업 실시

치료교육 서비스 교육형태의 변화가 필요하다.

1회 30분 , 1주 2-3회 정도의 치료교육 서비스로 인해 교육적 효과가 있는가에 대해 특수교육 관련자는 깊이 생각해야되는 문제이다.

교육의 일관성과 연계성 그리고 아동의 심리적 안정과 가족지원을 위해 교육시간의 연장이 필요하다. 오전교육과 오후교육의 분리는 교육의 혼란과 아동 행동지도에 어려움이 있으며 결국 많은 교육비 부담에도 불구하고 교육효과가 없는 즉 집단적응 생활이 가능하지 못하는 아동으로 길러지고 있음을 간과할 수 없는 사실이다.

끊임없는 행동지도와 적응훈련이 필요로 하는 장애아동을 위한 진정한 특수교육이라면 시간제 연장을 통한 교육활동이 일관성있게 계획되어야 함을 강조하고 싶다.

장애 영·유아의 교육권과 보육권 확보를 위한 제언

김치훈
(구립 영3어린이집 특수교사, 장애인교육권연대 정책국원)

장애 영·유아의 교육권과 보육권 확보를 위한 제언

김치훈

(구립 영3어린이집 특수교사, 장애인교육권연대 정책국원)

■ 들어가는 말

지난 9월 국회의원연구모임인 “장애아이, We Can”의 주최로 열린 장애 영·유아의 조기발견·조기교육 관련 공청회에 이어 이번 국가인권위원회의 장애인교육권 토론회에서 장애 영·유아의 교육권 문제가 중요한 의제로 상정된 것을 먼저 환영합니다. 그동안 장애 영·유아의 조기발견과 조기특수교육에 대한 국가 정책적 차원의 논의가 그 중요성에 비해 공론의 장에서 활발히 진행되지 못했던 원인은 무엇보다 우리나라의 장애인교육이 열악한 환경 속에서도 주로 학령기 아동에 초점이 맞추어져온 것과 더불어 장애 영·유아의 공교육적·공보육적 권리에 대한 국가의 책임방기에 시민사회의 강력한 문제제기가 없었기 때문일 것입니다.

2004년 국정감사 자료에서 드러나듯 유치원과정에서 전체 특수교육요구 유아 14,679명 가운데 18%인 2,677명만이 특수교육을 받고 있는 상황이 우리의 적나라한 장애 영·유아교육의 현실입니다. 물론 보육시설이라고 해서 더 나은 것은 아닙니다. 2003년 12월을 기준으로 특수보육이 필요한 전체 유아 23,261명 가운데 오직 20%인 4,668명만이 장애전담 혹은 장애통합 어린이집을 다니고 있을 뿐입니다.

그런데 문제는 이렇게 열악한 특수교육 혹은 특수보육의 수혜율을 높이는 것만으로 장애 영·유아의 교육과 보육의 문제가 결코 해결되지 않는다는 데 있습니다. 왜냐하면 아동의 발달이 매우 복잡하고도 다양한 방식으로 이루어지는 0세에서 학령 전까지의 영·유아기에 있어서 장애의 문제는 장애아동의 가족까지 포괄하는 매우 광범위하고도 정교한 교육적·치료적·복지적 지원체계를 수립할 것을 요구하기 때문입니다.

따라서 국가 정책적 관점에서 본다면 정부는 장애 영·유아의 특수교육 수혜율을 획기적으로 높이는 동시에 광범위하고도 정교한 교육적·치료적·복지적 지원체계를 빠른 시일 내에 수립해야 하는 즉, 두 마리의 토끼를 동시에 잡아야 하는 정책적 과제에 직면해있습니다. 아니, 지원체계가 요구하는 조기발견에서 영·유아 특수교육, 그리고 가족지원까지의 내용을 들여다본다면 그리고 여기에 사설조기교육기관의 문제와 재정 확보 문제까지 덧붙인다면 두 마리의 토끼가 아니라 실제로는 여러 마리의 토끼를 동시에 잡아야하는 과제입니다.

이 복잡한 정책적 과제의 해결에 있어서 가장 중요한 출발점은 무엇일까요? 원론적인 말이겠지만 저는 복잡한 과제일수록 장애 영·유아의 교육 혹은 보육의 기본 방향을 확고히 다지고 인식하는 일이 중요하다고 생각합니다. 아래의 본격적인 논의 과정에서 보다 자세히 지적하겠지만 정책의 기초를 다시 강조하는 이유는 그간 정부의 정책안들에서 특히 통합교육과 관련해서 드러났던 이율배반적 성격이 빠른 시일 내에 극복되기를 바랄 뿐만 아니라 장애 영·유아를 위한 교육과 보육의 토대를 보다 장기적이고도 이상적인 관점에서 세워내기를 기대하기 때문입니다. 또한 이 같은 장애 영·유아의 교육과 보육의 기본 방향을 근거로 앞서 발표된 두 개의 발제문을 비판적으로 살펴볼 수 있지 않을까 생각합니다. 저의 논의는 장애 영·유아의 교육·보육과 관련된 제반의 문제들을 포괄적으로 다루기보다는 몇 몇 핵심적인 논제들을 중심으로 전개 될 것입니다.

■ 장애 영·유아 교육과 보육의 핵심논제들

본격적인 논의에 앞서 장애 영·유아 교육과 보육의 기본방향을 간단히 정리한다면 다음과 같습니다.

장애 영·유아의 교육과 보육의 기본 방향
1. 무상의무교육(보육)
2. 장애 영·유아와 가족 중심의 교육적·치료적·복지적 지원체계
3. 통합교육(보육)

이 세 가지의 기본방향은 물론 예외가 있을 수 있지만 (예를 들어 일본의 경우 분리 교육을 공식적인 교육정책 기조로 삼는다거나 스웨덴의 경우처럼 통합교육이라는 용어 자체를 쓰지 않는 것처럼) 대부분의 복지선진국의 장애 영·유아 교육체계에서 공통적으로 확인되고 있고 우리나라의 경우에도 학계나 장애인 교육관련 시민단체에서 제기하는 대부분의 정책요구안의 기조라고 할 수 있습니다. 이제 이 기본방향을 토대로 몇 가지 핵심논제에 대한 저의 의견을 말해보겠습니다.

1. 장애 영·유아 특수교육과 특수보육 - 따로 똑같이?

작년 유아교육법 제정을 놓고 첨예하고 대립했던 유아교육계과 보육계 사이의 긴장 상황은 유아교육법의 국회통과 이후 일단 수면 아래로 내려간 듯합니다. 하지만 동일 연령층의 유아들을 놓고 벌여온 양 측의 대립은 장애유아에 대해서도 마찬가지로 교육과 보육이라는 이원화된 구조를 만들어 놓았습니다. 물론 그 동안 유아교육과 보육의 정책적 통합조정에 대한 논의는 있어왔고 국무총리 산하에 여성부와 교육인적자원부의 보육과 유아교육관련 위원회를 통합운영하여 조정기구로서의 역할을 하도록 하자는 전 교조 측의 제안도 있었지만 아직 가시적인 결과물은 없는 상황입니다.

지금 교육과 보육의 현장에서 일어나고 있는 현상만을 놓고 보면 어린이집에서는 유아특수교사를 구하지 못해 장애아전담일반교사 위주의 체계가 지속하고 있는 반면에 특수교사가 있는 유치원은 학부모의 보육적 욕구를 만족시키지 못해 곤란을 겪고 있습니다. 이 같은 현상은 근본적으로 유아교육계과 보육계 어느 한 쪽도 장애 영·유아와 부모의 특수한 요구를 충분히 만족시킬 수 있는 온전한 체계를 가지고 있지 못한 것에 기인합니다.

먼저 유아특수교육 쪽을 본다면 1994년에 전면 개정된 특수교육진흥법 상에 장애유아에 대한 무상교육이 명시되어 있지만 10년이 지난 올해에 이르러서야 교육비지원이라는 명목으로 비로소 첫 걸음을 내디뎠을 뿐입니다. 더욱이 법률에 명시되어 있는 치료교육의 지원은 여전히 요원한 상태입니다. 법이 있고 계획은 항상 무성했지만 실천이 거의 따르지 않았던 것이 유아특수교육 정책을 담당하고 있는 교육인적자원부의 역사이었고 현재이기도 합니다.

반면에 보육계 쪽을 보면 가장 큰 문제는 현재 영유아보육법 상에서 장애 영·유아의 보육에 대한 법률적 근거가 없다는 것입니다. 있다면 영유아보육법시행규칙 상의 종사자와 시설기준에서 그것도 별표로 독립시켜 장애아동의 보육과 관련된 언급이 있을 뿐입니다. 물론 올해 초에 개정되어 내년부터 시행될 예정인 새 영유아보육법에서는 장애아동의 보육을 취약보육으로 규정하고 무상보육을 명시하고 있지만 장애 영·유아 보육을 무상으로 한다는 것 이외에 보육의 방향과 내용은 전혀 담겨져 있지 않습니다. 이는 장애 영·유아보육을 다른 소외계층의 자녀들과 마찬가지로 시혜의 관점으로 접근하고 있을 뿐 장애 영·유아보육의 기본 이념과 방향이 제대로 수립되어 있지 못함을 드러내는 것입니다. 방향과 내용의 토대 없이 실천을 앞세웠던 것이 보육을 담당했던 보건복지부의 역사였고 이제 여성부는 그 역사를 고스란히 떠안고 시작하게 될 것입니다.

장애 영·유아의 교육과 보육의 일선현장에 있는 유아교육계와 보육계가 대립되어 있는 현실상황 속에서 해당부서인 교육인적자원부와 여성부는 각기 상반되는 취약성을 가지고 있습니다. 때문에 장애 영·유아의 교육적·치료적·복지적 지원체계 수립에 필수적인 부처 간의 협력과 협조는 그 당위성에도 불구하고 현실적으로 추동력을 받지 못하고 있습니다.

이같은 상황을 놓고 볼 때 본 토론회의 조광순선생님의 발제문에서 제기되었듯이 유치원을 장애유아의 주 교육기관으로 하고 어린이집을 유치원교육 후의 보조적인 보호기관으로 이용하는 방식으로 유치원과 어린이집 간의 기관연계를 논의하는 것은 다소 현실감이 떨어지지 않나 생각합니다.

무엇보다도 장애 유아에 대한 교육정책의 실천과정을 보면 유치원이 장애유아교육을 확실히 주도한다고 보기 힘든 측면이 있습니다. 비록 영유아보육법 상의 근거는 없었다 해도 장애 영·유아에 대한 그간 보건복지부의 정책실천은 교육인적자원부를 오히려 일정정도 앞서온 것이 사실입니다. 단적인 예로 교육인적자원부에서는 올해 비로소 장애유아의 무상교육을 위해 일인당 200,000만원을 지원하기 시작했지만, 보건복지부에서는 이미 작년부턴 무상보육을 실시하기 시작했고, 더불어 장애통합의 환경에서 특

수교사에 대한 인건비 전액지원과 장애 영·유아 보육을 위한 교재교구비를 지원하고 있습니다. 여기에 유치원교육을 받고 있는 장애아동 수의 1.7배가 현재 어린이집에서 보육을 받고 있고, 장애판정을 받지 않은 발달지체 영아에 대한 지원을 포함하는 상황까지 감안한다면 장애 영·유아에 있어서 교육보다 보육이 오히려 주도하고 있다고 말해도 과언이 아닐 것입니다.

따라서 저는 서비스 연계체계와도 관련이 깊은 교육과 보육의 문제를 이제는 좀 다른 각도로 접근할 필요가 있다고 봅니다. 그리고 이 지점에서 장애 영·유아의 교육과 보육의 기본방향의 두 번째 항목 즉, 장애 영·유아와 가족 중심의 교육적·치료적·복지적 지원체계라는 관점에 철저하게 착근해서 접근할 것을 제안하고 싶습니다. 영아기와 유아기를 나누어 생각하면 먼저 0세에서 만 2세 사이의 장애영아의 경우 공보육적 지원이 절대적으로 필요하다는 것은 어렵지 않게 동의될 수 있을 것입니다. 우리가 장애 영·유아에 대한 무상교육(보육)을 넘어서 궁극적으로 의무교육(보육)을 지향한다면 0세에서 2세 사이의 영아에 대한 치료중심의 지원이 제공되어야 하는 환경은 현실적으로 영아보육을 담당하고 있는 어린이집이 그 중심에 설 수 밖에 없기 때문입니다.

문제는 교육과 보육이 겹쳐지는 만 3세 이후 학령 전까지의 시기인데 이 경우에도 철저하게 장애 영·유아와 부모의 관점에서 바라볼 필요가 있습니다. 장애 영·유아와 부모의 관점에서 보면 아동이 어린이집에서 특수보육을 받던지 유치원에서 특수교육을 받던지 그 장소는 그다지 중요하지 않다는 것입니다. 보다 중요한 것은 장애유아가 그 기관에서 받게 되는 교육적·치료적·복지적 지원의 양과 질일 것입니다. 만일 장애유아가 유치원과 어린이집을 오가며 교육적, 보육적 서비스를 받게 된다면 이는 아동중심이 아니라 기관중심의 체계가 되고, 장애 영·유아와 가족 중심의 교육적·치료적·복지적 지원체계라는 기본 방향에 역행하게 됩니다.

이제 기관 간의 협력에 대한 논의는 장애유아가 생활하고 있는 기관이 어디이든 간에 당사자인 장애유아에게 어떻게 교육적·치료적·복지적 지원을 집중할 것인가로 그 초점을 맞추어야 한다고 생각합니다. 저의 주문은 간단합니다. 교육인적자원부와 여성부가 철저하게 아동중심의 관점이라는 진정성을 가지고 협력된 지원체계를 만들기 위해 말 그대로 허심탄회하게 노력해달라는 것입니다. 예를 들어 장애유아가 유치원에 있던

지 어린이집에 있던지 간에 교육인적자원부는 유아특수교사를 지원하고 여성부는 치료사를 지원하며 보건복지부는 다른 복지적 서비스를 지원하는 협력체계를 만들어 낸다면 장애유아의 교육권과 보육권은 한 차원 높은 수준에서 보장될 수 있을 것입니다.

2. 사설조기교육기관 - 뜨거운 감자!

사설조기교육기관이 역사적으로 그리고 현재에도 우리나라의 장애유아의 조기특수교육을 이끌어왔다는 주장에 이의를 제기할 사람은 없을 것입니다. 조정한선생님의 발제문에서도 제시되어 있듯이 사설조기교육기관은 전체교육수혜아동의 53.4%의 교육을 현재 담당하고 있고 전체교육기관의 절반이 넘는 거대집단입니다. 그리고 이제 장애유아교육의 상당 부분을 차지하고 있는 이 사설조기교육기관을 어떻게 할 것인가는 피할 수 없는 논제입니다.

저는 사설조기교육기관의 문제에 있어서도 마찬가지로 장애 영·유아의 교육과 보육의 기본 방향을 토대로 접근해야 한다고 생각합니다. 먼저 의무무상교육(보육)의 관점에서 보면 사설조기교육기관은 장애유아의 공교육과 공보육의 대척점에서 있습니다. 냉정하게 말한다면 사설조기교육기관은 장애 영·유아의 교육(보육)에 대한 국가의 책임방기라는 그늘 속에서 성장했던 것입니다. 따라서 사설조기교육기관 문제에 대한 가장 기본적인 접근태도는 역으로 장애 영·유아의 교육과 보육의 공공성을 확립하는 방식 속에서 찾아나가는 것이 옳다고 봅니다. 다시 말해서 사설조기교육기관에 대한 지원과 양성화는 장애 영·유아의 공교육과 공보육과 별개로 논의되어서는 안되고 우리가 지향하는 교육적·치료적·복지적 지원체계의 틀 속에서 함께 논의되어야 할 것입니다.

이러한 관점에서 볼 때 조정한선생님이 발제문에서 주장하는 지불보증전표 제도 (바우처 시스템)를 통한 사설조기교육기관 지원방안은 몇 가지 문제를 안고 있다고 생각합니다. 먼저 미국에서 도입된 바우처 시스템에 대한 이해가 선행되어야 할 것입니다. 미국의 부시대통령이 대선공약으로 내세웠고 당선 이후 본격적으로 시행되기 시작한 바우처 시스템은 근본적으로 학생들의 학력저하라는 미국 공교육 체계의 문제점에 대한 해결방안으로 학교선택의 권한을 학부모에게 주어서 학교 간의 학력경쟁을 유도하려는 정책적 의도를 담고 있습니다. 다시 말해서, 교육의 공공성을 강화시키기 보다는

반대로 학교를 시장경제에 맡김으로써 경쟁에 의한 학력증진을 도모하는 정책입니다.

미국 교육체계 내에서의 바우처 시스템과 지금 조정환선생님이 제안하는 바우처 시스템을 그대로 동치시킬 수는 없을 것입니다. 하지만 적어도 사설조기교육기관에 대한 바우처 시스템 도입이 의무교육(보육)을 통한 장애 영·유아의 공교육과 공보육 강화라는 기본적인 방향성과는 상당히 동떨어진 정책대안이 될 가능성은 많다고 생각합니다.

또한 장애 영·유아의 교육과 보육의 기본방향의 두 번째 항목인 장애 영·유아와 가족 중심의 교육적·치료적·복지적 지원체계라는 관점에서 볼 때도 바우처 시스템은 아동중심이 아니라 기관중심의 지원체계를 지향하고 있습니다. 월요일인 오늘 저희 반 장애아동들은 아마 지금 시간에는 모두 엄마의 손에 이끌려 서로 다른 치료기관에 가고 있을 것입니다. 하루에 두 군데를 가는 아이도 있습니다. 지불보증전표를 가지고 무상으로 치료서비스를 받는 것만으로는 부족합니다. 더 이상 장애아동들이 엄마 손에 이끌려 기관을 찾아 돌아다니는 방식의 체계가 지속어서는 안된다고 생각합니다.

저는 사설조기교육기관을 지원이 아닌 결합의 관점으로 보고 싶습니다. 즉, 장애 영·유아의 공교육과 공보육을 강화하는 틀 속에서 사설조기교육기관이 가지고 있는 인적, 기술적 능력들을 결합시키는 것입니다. 저희 어린이집의 경우를 비슷한 예로 든다면 얼마 전에 저희 어린이집에서는 약 두달간 언어치료사 선생님을 일주일에 한 번씩 모셔서 통합적인 프로그램을 진행시켰는데 아이들과 다른 교사들의 호응이 컸습니다. 이와 비슷하게 장애 영·유아 개개인에게 필요한 교육적·치료적·복지적 지원을 정부가 사설조기교육기관의 인력·기술과 교육(보육)기관을 결합시키는 방식으로 제공한다면 공교육(보육) 강화와 아동중심의 지원체계 강화라는 기본 방향에 충실한 지원 체계로 한 걸음 더 나아갈 수 있을 것입니다.

3. 통합교육(보육)과 모순된 정책

보다 발전적인 장애 영·유아의 조기교육 체계의 수립을 위해 조광순선생님과 조정환선생님의 발제문에서 제안되고 있는 제도와 정책들에 대해서 저는 많은 부분 동의합니다. 조광순선생님이 지적하셨듯이 장애 조기발견 체계의 개발이나 통합정보망의 구

축, 지역사회의 네트워킹과 지역사회 중심의 모형개발, 그리고 부처간의 협력 등은 필수적이라 할 수 있고, 무엇보다 장애 영·유아의 교육적·치료적·복지적 지원체계의 핵심 연결고리로서 사례관리자 혹은 서비스 코디네이터 제도의 도입은 장애 영·유아에 대한 지원체계가 보다 풍부해지는 시점에서는 꼭 이루어져야 한다고 생각합니다. 또한 무상공교육을 기반으로 하는 조정환선생님의 조기특수교육 활성화 방안에 대해서도 대체적으로 동의합니다. 다만 유아특수교사에 대응되는 장애보육교사를 별도로 양성해야 하는가의 문제에 대해서는 좀더 신중하게 접근할 필요가 있다고 생각합니다.

두 발제문에 대한 대체적인 동의에도 불구하고 한 가지 아쉽게 느끼는 점은 이 발제문들에서 통합교육에 대한 논의가 충분치 않다는 것입니다. 저는 현재 우리나라의 통합교육이 근본적으로 국가정책 차원에서 심각하게 왜곡되어 있다고 생각합니다. 우선 무엇보다도 통합교육에 대한 법률적인 정의 자체가 통합교육의 의미를 왜곡시키고 있습니다.

특수교육진흥법 제 1장 총칙 제 2조 정의 6항을 보면 “통합교육”이라 함은 특수교육 대상자의 정상적인 사회적응능력의 발달을 위하여 일반학교 (특수교육기관이 아닌 학교를 말한다. 이하 같다.)에서 특수교육대상자를 교육하거나, 특수교육기관의 재학생을 일반학교의 교육과정에 일시적으로 참여시켜 교육하는 것을 말한다라고 규정되어 있습니다. 통합교육에 대한 이러한 정의는 대다수 특수교육 문헌에서 제시하는 통합교육의 정의에서 크게 동떨어져 있을 뿐더러 특수학교의 재학생을 일반학교의 교육과정에 일시적으로 참여하는 것조차 통합교육이라고 정의하는 국가는 아마도 우리나라 밖에는 없을지 모릅니다.

1970년대의 주류화교육운동 이후에 1980년대 후반에 미국에서 통합교육운동이 일어났던 배경에는 특수학급을 중심으로 하는 주류화교육에 대한 비판과 함께 중도의 장애를 가진 학생들까지도 일반학교의 일반학급에서 비장애학생들과 함께 교육받음으로써 교육현장에 있어서 장애인의 완전한 참여를 보장해야 한다는 의식이 깔려있습니다. 결국 중도 장애학생을 일반학교의 일반학급에서 함께 교육받게 한다는 것이 통합교육의 핵심적인 내용이라고 할 수 있습니다.

하지만 이 같은 통합교육의 핵심은 우리나라의 법률과 교육정책 속에서 심하게 변질되어서 오히려 일반학교의 일반학급에 통합되어 있는 장애아동의 경우는 국가로부터 그 어떤 지원도 받을 수 없는 이해할 수 없는 상황이 지속되고 있습니다. 물론 장애아의 경우도 마찬가지로 일반 유치원의 일반학급에 통합되어 있는 아동들에겐 특수교육이건 치료교육이건 지원이 전혀 없습니다. 결국 법률상 지원의 근거가 없는 일반 유치원의 일반학급 대신에 지원이 가능한 특수학급을 늘리는 것으로 통합교육에 대한 교육인적자원부의 정책기조가 잡힐 수 밖에는 없고 최근에 수정발표된 특수교육 발전 종합계획에 따르면 일단 내년까지 전국 180개 시·군·구에 유치원 특수학급을 적어도 1학급씩 설치하는 것으로 계획을 잡고 있습니다. 하지만 이 계획은 본래 의미의 통합교육을 활성화한다기 보다는 주류화교육을 강화하는 정책임을 지적하지 않을 수 없습니다. 일반학급 내의 통합이 상대적으로 훨씬 용이하고도 효과적인 유아기에서조차 전체 특수교육요구아동의 7%정도만이 유치원 일반학급에서 통합교육을 받고 있는 현실은 참으로 초라하기 그지없습니다.

보육 쪽에서의 장애 영·유아의 보육정책은 유치원과는 좀 다른 이유로 문제점을 드러내고 있습니다. 장애 영·유아의 보육은 장애전담시설과 장애통합시설로 구분되고 유치원에서처럼 특수학급은 존재하지 않습니다. 앞서 장애 영·유아 보육정책의 근본적인 문제로 방향과 내용이 제대로 수립되어 있지 않다는 점을 지적했는데 실제로 지금까지 보건복지부의 장애 영·유아 보육정책을 보면 장애전담시설 중심의 분리보육과 장애통합시설에서의 통합보육을 동시에 추구하는 매우 자기모순적인 태도를 보여왔습니다. 예를 들어 올 한 해 동안 장애전담시설 26개소를 새로 확충하면서 동시에 장애통합어린이집에서의 특수교사 인건비 지원도 늘리는 식입니다. 장애 영·유아 보육정책의 기조가 통합보육이어야 한다는 인식자체가 없는 것처럼 보이기도 하는데, 사실 통합보육이라는 용어를 지금 쓰고는 있지만 통합보육에 대한 정의는 영·유아 보육법률 체계 내에 그 어디에도 존재하지 않습니다.

이제 유치원 교육을 담당하고 있는 교육인적자원부와 보육을 담당하게 된 여성부가 장애 영·유아의 통합교육과 통합보육에 대한 개념을 본래의 의미에 맞게 다시 수립하고 장애 영·유아 교육과 보육의 확고한 정책기조로 삼을 것을 저는 주문하고 싶습니다. 그리고 통합교육과 통합보육의 중요성을 말하면서 다른 한편으로 특수학교나 장애

전담시설을 확충하면서 분리교육과 분리보육을 강화해가는 이율배반적인 정책들이 더 이상 계획되고 실천되어서는 안된다고 생각합니다. 마지막으로 일반학급의 통합교육과 통합보육의 강화에 모든 정책적 우선권을 두어 가능한 한 조속히 대부분의 장애 영·유아들이 또래의 비장애 아동들과 함께 교육받고 보육될 수 있는 환경을 만들어 내 줄 것을 부탁드립니다.

사설조기교육기관의 인·허가 문제에 관하여

안수경
(국립특수교육원 연구사)

사설조기교육기관의 인·허가 문제에 관하여

안 수 경 (국립특수교육원 연구사)

연구와 교육의 현장에서 장애아동 교육을 위해 주야로 애쓰고 계신 중에 훌륭한 발제를 해 주신 두 분 발제자에게 감사드리며, 토론의 기회를 주신 국가인권위원회에 감사의 인사를 드린다. 필자에게 주어진 토론 주제가 '사설조기교육기관의 인·허가 문제'이기 때문에 여기서는 주로 제 2 발제자인 조정환원장님의 원고와 관련해서 필자의 의견을 말하고자 한다.

우선 우리나라 조기특수교육의 발전을 위해 오랜 노력을 해 오신 조정환원장님이 이번 토론회를 위해 준비한 발제문 속에서 유아특수교육 요구아동 수, 교육기관의 수, 그리고 지원을 위한 비용기준 등을 구체적으로 산정하고자 하신 점에 존경의 마음을 표하며, 국가기관에 소속되어 일하고 있는 사람으로서 구체적인 조사작업을 위해 앞으로 더욱 노력해야겠다는 생각을 하는 계기가 되었음을 말하고 싶다.

필자는 특히 제 2 발제 원고의 전반부에서 사설조기특수교육기관 교육비 지원을 위한 방안의 하나로 논의되고 있는 바우처제도가 여러 가지 장점을 가지고 있다고 평정한 점에 대하여 전적으로 동의하는 바이다. 바우처제도는 교육의 질 향상, 부모의 교육기관 선택권이 가져오는 건전한 교육, 저소득층 아동에 대한 보다 나은 교육접근성의 확대 등을 위해 효율적이라 알려져 있는 제도이기 때문이다.

원고에서는 사설조기특수교육기관 교육비 지원 시의 비용기준을 논함에 있어, 우리 교육부에서 현재 유치원에 지원하고 있는 특수아동 일인당 월 20만원씩이라는 무상교육비지원금액에 대해 비판하면서 월 50만원이라는 비용기준을 제시하였는데, 이 또한 큰 가격이라고 생각지 않으며 충분히 필요한 금액이라고 본다. 여기서 필자의 의견을 잠깐 밝히자면 월 20만원이라는 낮은 수준에서부터라도 하루 빨리 시작하는 것이 중요하며, 그 후에 점차 늘려갈 수 있다는 생각이지만 말이다.

필자가 제 2 발제 원고를 보면서 그저 동의할 수만은 없는 부분은 단 한가지였다. 그

것은 사설조기특수교육기관을 활성화하기 위한 방안으로서 유아특수학교 설립인가 기준의 하향조정을 그 안으로 내 놓았다는 점이다.

현재 국가에서 제공하는 교육기관의 수가 유아특수교육 요구아동 수에 비해 산술적으로 적은 것은 사실이다. 그리고 서비스의 부족을 해결하기 위해서 새로운 특수학교를 설립하기보다는 기존의 사설기관들을 활용해야 한다는 것에도 전적으로 동의한다. 그런데 그 방법이 유아특수학교의 수적 확대이어야만 하는 것일까라는 의문이 드는 것이다.

제 2 발제 원고에도 명시되어 있듯이, 2004년 현재 12개의 '유치원과정만을 운영하는 특수학교'와 106개 특수학교 유치부에서 교육받고 있는 유아특수교육 수혜자는 1,278명이며, 90개 초등학교 병설 및 단설유치원 특수학급에서 교육받고 있는 학생은 400명이다. 그런데 이 수치를 2003년 자료와 비교해 보자. 2003년에 유치원과정만 운영하는 특수학교는 11개교였으며 재학아동 수는 351명이었다. 즉 1개교당 평균 32명 정도의 아동이 재학하고 있었다. 1개교가 증설된 2004년에 증가된 학생 수는 전국적으로 단 30명, 다시 말해 전년평균 1개교 아동 수에 약간 못 미치는 수만이 증가된 것이다. 발제자의 원고에서도 볼 수 있듯이 현재 유아특수학교의 학급당 정원은 7명이다. 만일 유아특수교육 수혜율이 낮은 이유가 유아특수학교의 부족 때문이고 그것의 증설이 해결책이라면, 왜 한 학급당 인원이 평균 5.6명에 지나지 않는 것일까?

특수학교 유치부는 더 말할 나위도 없다. 작년에는 유치부를 운영하는 특수학교가 110개교였는데 2004년에 106개교로 감소되었고, 재학아동도 1,099명에서 897명으로 감소하였다. 학교 수가 감소하였는데도 1개교 당 재학아동 수는 평균 10명에서 8명으로 감소하였다.

특수학교 유치부의 아동모집이 어렵다는 것은 이미 오래 전부터 공공연한 사실이고, 유아특수학교도 최근 들어 유치원특수학급의 증설과 어린이집의 장애아 보육 지원의 영향으로 아동모집에 어려움이 시작되고 있는 것이다.

반면 초등학교 병설 및 단설 유치원에 관한 통계치를 보면, 작년에는 84개 학급에 339명이 재학하고 있었고, 금년에는 90개 학급으로 증설되고 아동 수는 400명으로 늘었다. 즉 학급 수가 증설되었음에도 불구하고 학급당 평균 인원은 4.0명에서 4.4명으로 늘고 있다. 이는 조기특수교육의 중요성 인식만큼이나 빠른 속도로 조기통합의 중요성 인식이 확산되고 있음을 나타내며, 많은 부모님들이 분리교육기관이 아닌 통합환경을 찾고 있음을 명시하는 증거이다. 아동이 어릴수록 미래를 단정짓기보다는 치유에 희망

을 걸기 때문에 분리교육기관을 피할 것임은 상식적으로도 생각할 수 있는 문제이다.

따라서 국가가 굳이 공교육 기관을 늘려야 한다면, 그것은 유아특수학교의 증설이 아닌 일반 초등학교 병설 및 단설 유치원의 특수학급 증설이어야 할 것이며, 장기적인 방안은 일반 유치원 통합학급 지원으로 나아가야 한다. 그리고 교육의 질적 향상을 위해서 특수교사 인력을 충원하고 치료서비스를 강화하는 쪽으로 변화되어야 하며, 이 때 국가기금의 투입을 통하여 사설조기특수교육기관의 치료서비스가 특수학급 안으로 유입될 수 있도록 하는 것이 보다 바람직한 사설조기특수교육기관 활성화 방안이 될 것 이라는 생각이다.

필자는 현재 국립특수교육원에서 사설조기특수교육기관 교육비 지원을 위한 방안을 연구 중에 있다. 이 연구를 하면서, 사설조기특수교육기관들이 현재 갖추고 있는 다양한 전문성, 우수한 특수교육에 대한 의지, 그리고 프로그램 질 등에 대한 장애아동 부모님들의 높은 신뢰에 대해서 새삼 인식하게 되었으며, 국가교육의 질적 고양을 위한 노력을 더욱 많이 하여야겠다는 의지도 다지게 되었다.

많은 특수아동의 부모님들이 국가에서 무상으로 제공하는 서비스-그것이 특수학교 교육이든, 어린이집 보육이든, 유치원 교육비 지원이든, 복지관 조기교실 교육비 지원 이든 간에-의 질적인 문제점을 지적하면서 사설조기특수교육기관에로의 교육비 지원을 열망하고 있다. 이들이 사설조기특수교육기관을 찾는 이유는 '가까운 곳에 특수학교가 없어서'가 아니라 '사설기관이 자녀에게 더 적합한 교육을 제공한다고 믿기 때문'이라는 것이다.

분명히 정부에서 그 기관으로 직접 돈이 가는 것임에도 불구하고, 엄마 지갑에서 돈이 나가지 않기 때문에, 선생님들 생각 중에 좀 그건 게 있는 것 같더라구요. 어떻게 얘기해야 할까. 책임감, 부담스러움 이런 게 훨씬 덜 한 것 같다는.

- 부모 면담 중에서 -

이러한 부모님의 말을 인용한 이유는 국가에서 제공하는 무상서비스의 질을 비판하고자 하는 것이 아니다. 이것은 단지 부모님들의 느낌일 뿐일 수도 있다. 필자가 말하고자 하는 것은 우리가 살고 있는 자본주의 사회에서 사설기관은 사설로 운영되기 때문에 가지는 장점이 분명히 있다는 것이다. 국가는 이러한 사설기관의 생리를 그대로 두면서도 부모님들에 대한 교육비 지원 통로로써 얼마든지 사설기관을 이용할 수 있다.

이미 시행되고 있는 사립유치원 무상교육비 지원과 같은 형식으로도 할 수 있고, 제2발제 원고의 앞부분에서 제시한 바우처제도를 통해서도 할 수 있다. 그리고 필자는 후자의 방안을 더욱 적극적으로 주장하는 바이다.

바우처제도 도입을 통해 사설조기특수교육기관 부모님들의 교육비를 지원하기 위해서는, 사설조기특수교육기관들의 인허가 제도를 수립하여 교육부의 관리하에 두는 것이 우선과제라고 생각한다. 부모님들이 교육비를 지원 받기 위해서는, 다니고 있는 기관이 특수교육서비스기관임을 증빙하는 서류가 있어야 할 것이 아닌가.

다른 기관의 예를 보자. 국가가 운영비를 지원하지 않더라도 사립유치원은 교육부가, 사설어린이집은 보건복지부가 인가제와 신고제를 통해 관리하고 있다. 사설조기특수교육기관의 인허가 제도를 하루 빨리 수립하여야 하는 이유는 바로 여기에 있다. 비단 교육비 지원 때문만은 아니라는 것이다.

현재 사설조기특수교육기관은 그 주무관청이 없음으로 인해, 의료기관으로도, 보육시설로도, 복지시설로도, 교육시설로도 등록이 불가능하다. 그래서 지역의 세무서에서 일반사업자로 등록하거나 아예 사업자등록 없이 영업하고 있기도 하다. 그러한 연유로, 「부가가치세법」 제12조가 농수산물, 수돗물, 위생용품, 의료용역, 교육용역, 여객운송용역, 도서·방송용역, 주택과 토지, 예술·종교, 심지어 담배에 이르기까지 공익과 관계된 상품과 용역에 부가가치세를 면세해 주고 있음에도 불구하고, 사설조기특수교육기관 운영자들은 노래방·룸싸롱 등의 업소와 같은 수준의 세금을 내고 있는 것이다. 그리고 많은 기관들이 사업자등록이 없음으로 인해 직원들의 고용보장을 해 줄 수 없어서 직원모집 자체에 어려움을 겪고 있다.

사설조기특수교육기관을 이용하시는 부모님들의 어려움은 더욱 크다. 국가에서 기관 파악을 하지 못하고 있으므로 적당한 시설이 어디에 있는지, 어떤 곳이 적합한 프로그램인지 몰라 이 도시, 저 도시를 찾아다니고, 오랜 세월 동안 시간과 돈을 허비하며 여러 기관을 방황해 왔음을 호소하고 있다. 이용료도 기관마다 천차만별이어서 이용료의 적정선에 대한 지침 또한 국가가 내려주기를 바라고 있다. 또한 대통령이 정하는 교육서비스용역에 들지 못하기 때문에, 월 몇백만 원의 지출을 하더라도 사립유치원·사설어린이집·학원비까지 모두 적용 받고 있는 연말소득공제도 못 받고 있다. 기관이 내는 부가가치세가 이용료에 포함되기 때문에 그 또한 추가적인 부담을 해야 한다.

이러한 문제들을 그냥 놓아두는 것, 더 많은 공교육기관이 생기고 더 많은 교육비를 지원해 줄 수 있을 때까지 국가의 보호로부터 소외된 채 기다리라고 하는 것 이야말로

인권의 방치요, 인권의 침해가 아닐까?

무상교육도 좋고, 공교육기관 확대도 좋다. 그러나 장애인이라고 해서 언제나 무상과 할인만이 그들을 위한 것일 수는 없다. 그들도 사적으로 서비스를 구입할 권리가 있고, 그들이 구입할 서비스 중에 어떤 것이 자격 있는 서비스인지 알 수 있도록 인허가제도를 통해 관리할 의무가 국가에게 있는 것이다.

장애인 교육권 보호·향상을 위한 1차 토론회

학령전 장애아동의 교육권 보장을 위한 국가정책

김 은 주
(교육인적자원부 특수교육보건과 교육연구관)

학령전 장애아동의 교육권 보장을 위한 국가정책

김 은 주 (교육인적자원부 특수교육보건과 교육연구관)

1. 들어가는 말

장애아동의 조기교육의 중요성은 이제 더 이상 언급할 필요가 없을 정도로 모두가 인정하는 바이다. 하지만, 그 중요성에도 불구하고 아직도 국가가 장애영유아의 발견에서부터 교육에 이르기까지 필수적으로 이루어져야 하는 각종 서비스를 제대로 제공하고 있지 못하고 있기에 인간의 가장 기본적인 권리 중의 하나인 '교육권' 보장에 대해 계속 거론되고 있다고 볼 수 있다.

장애영유아 관련 부처 및 각 기관에서 행정편의에 의해서가 아니라 진정한 의미에서 장애아동 본인과 그 가족에게 필요한 의료서비스와 보육 및 교육 등의 지원을 적절하게 제공할 수 있어야 한다는 것은 가장 기본적인 출발선이 될 것이다.

그런 의미에서 본 토론회와 같이 장애영유아의 교육권에 대해 다양한 집단이 토론하면서 가장 바람직한 방향에 대해 합의를 이루어나간다는 것은 매우 의미있는 일이라고 본다.

먼저 두 발제자가 제시한 방안들에 대해 거의 대부분에 동의하면서 향후 장애영유아의 교육권 보장을 위해 국가가 나아가야 할 방향을 설정하는 데 있어서 본 방안들을 적극 활용할 것을 밝히며, 본고에서는 현시점에서 국가가 이미 설정해 놓은 정책에 대한 소개와 함께 몇 가지 사항에 대해서 간략하게 부연하고자 한다.

2. 국가의 육아지원정책 방안과 특수교육 지원 대상 범위 확대

장애아동과 가족에게 서비스를 제공하는 공통된 목적을 지닌 기관이나 부처에서 그

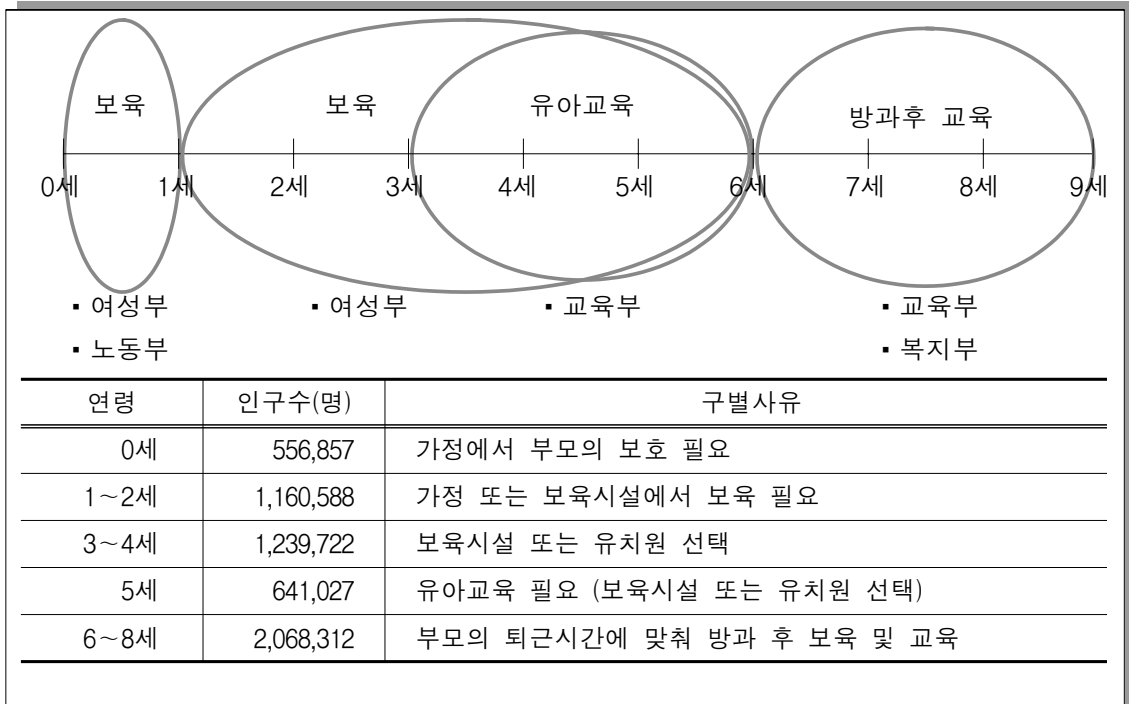
서비스를 연계하지 못하고 서비스가 중복되는 등 예산의 낭비는 물론 비효율적으로 서비스를 제공하고 있다는 지적이 있다. 이러한 문제점을 개선하기 위해 국가나 지역 차원에서 서비스의 지원 및 감독 책임을 맡고 있는 부처간의 논의를 통해 공동의 협력적 또는 통합적 서비스 제공하기 위한 재정의 통합 및 확보, 서비스의 적격성 기준 및 신청 요건의 조정, 서비스의 조정에 있어서의 방법을 찾아 낼 수 있어야 한다고 제시되었다. 발제자들이 제안한 개선방안의 내용과 정확하게 일치하는 것은 아니지만, 국가 나 름대로 미래사회를 예측하면서 각 부처간의 협력이나 조정이 필요한 부분에 대해 관심을 갖기 시작했다.

즉 대통령자문 고령화및미래사회위원회에서는 지난 6월 11일 제46회 국정과제회의에서 “미래인력양성 및 여성의 경제활동참여확대를 위한 육아지원정책 방안”을 발표하였는데, 이 내용은 일반아동들을 대상으로 한 것이지만, 이와 같은 국가의 장기 계획을 보면서 장애영유아의 교육권 보장에 대한 방향을 설정하는데 의견을 모아야 한다고 본다.

□ 향후 추진 방향 : 체계적이며 과학적인 육아지원 정책 추진

- '04. 6. 12.부터 보육업무의 여성부 이관을 계기로 중장기 종합 계획 수립
 - 그동안 국가적 차원의 전체적 방향 설정 없이 정책이 추진됨.
 - 본 보고를 계기로 보육과 유아교육 및 방과후 교육을 아우르는 『육아지원 정책』으로 개념 정립. 보육, 유아교육 및 방과후 교육의 프로그램 정리
 - 정책 수립을 위한 공급 조사, 수요추계, 지역별 분포 등 기초적인 자료가 부족하여 과학적 정책 기획 및 수행, 사후 평가 불가능
 - 양육서비스의 이용율 제고 및 평가인증제 등 서비스의 질적 제고를 위해, '05년까지 필수적인 기초자료 확보, 전체의 방향 재설정 후 중장기 종합계획 추진

정 책 대 상



자료 : 통계청, ■■■장래인구추계■■■, 2001. 교육인적자원부, 「유치원통계」, 2003.6. 보건복지부, 「보육통계」, 2003.12

□ 정책대상 : 0~8세(초등학교 3학년까지)

○ 육아지원 강화로

- 1) 보육·유아교육의 기회 확대로 인구의 자질 향상
 - 2) 육아지원 서비스의 질 향상
 - 3) 이를 통해 여성 취업에 대한 국가적 지원 강화
- 통상 보육·유아교육은 5세까지가 대상이지만, 초등학교·저학년은 오전수업만 하고 있어 8세까지 지원대상에 포함

□ 정책 방향

0세 : 가정에서 부모가 돌볼 수 있도록 지원

- 가정보육 지원 : 가정 육아의 환경 조성 및 양육 능력이 부족한 부모를 위한 지원 제도 마련
- 육아지원센터 : 부모지원프로그램 개발·보급, 육아정보제공, 부모상담 등 부모가

가정에서 양질의 보육을 할 수 있도록 지원

- 산전후휴가 및 육아휴직제도 강화 : 취업모가 출산 때문에 해고되거나 복직 등의 불이익을 겪지 않도록 제도적 장치 마련

1~5세 : 보육과 유아교육의 내실화 및 서비스 이용 기회 확대

- 양적 확대 및 질적 제고 : 3세 미만은 보육, 3~4세는 아동의 발달 상황에 따라 보육 또는 교육 선택, 5세는 유아교육 위주로 실시
 - 저소득 아동부터 일반아동까지 단계적으로 지원대상 확대
 - 시설을 이용하지 않는 아동을 위한 부모 지원 프로그램 보급
 - 시간제, 야간보육, 종일반 등 부모의 요구에 맞는 다양한 서비스 제공
- 서비스의 질 향상 : 인력, 시설, 프로그램 등의 전국적 표준화 및 질 제고
- 육아 비용 경감 : 양육시설에 대한 적정 지원과 부모의 양육부담 감소

6~8세 : 방과 후에도 안심하고 맡길 수 있는 체제 마련

- 방과후 교실 확대 : 오전 수업만 하는 저학년 초등학생을 방과 후에도 부모가 안심하고 맡길 수 있도록 제도 마련
- 예체능 과외 흡수 : 방과 후 예·체능교육 및 특기적성 교육을 전면 확대하여 사교육비 부담 경감 및 취업모의 만족도 제고

교육인적자원부는 국민 전체를 대상으로 정규 학교교육 뿐만아니라 생애에 걸친 평생교육, 평생학습이 필수적인 시대에서 누구나 언제 어디서나 필요한 교육을 받을 수 있는 '열린교육사회', '평생학습사회'를 구현하는 일을 임무로 하고 있다. 따라서 모든 연령을 대상으로 필요한 교육을 제공한다는 차원에서 정책을 수행해야 할 것이다. 특히 예방적 차원에서 조기의 교육적 중재가 매우 중요한 장애영유아의 경우 신생아기부터 교육 서비스가 제공되어야 한다는 데에는 모두가 동의하고 있다. 하지만, 위에서 볼 수 있듯이 일반 영유아의 기준으로 설정된 육아지원정책에서는 만 3세에서부터 교육부가 담당할 수 있게 되어 있어 장애영유아를 위한 별도 육아지원정책을 수립할 필요성이 있게 된다.

신생아를 포함한 학령전의 전 장애영유아에게 적절한 특수교육을 제공할 수 있기 위

해서는 먼저 법적근거 마련이 필요하다고 본다. 따라서 교육인적자원부에서는 특수교육학계, 실천가 및 관련 부처간의 충분한 협의를 거쳐 특수교육진흥법의 제·개정 작업을 착수할 것이며, 장애영유아 교육이 국가 전체의 육아지원정책에서 누락되지 않고 효율적이며 종합적으로 실시될 수 있도록 대처해 나갈 것이다.

3. 「특수교육 발전 종합계획(’03-’07)」에서 제시한 특수교육 정책

지난 10월 6일 발표한 「특수교육 발전 종합계획」은 장애학생 교육권 보장 및 수요자가 체감할 수 있는 실질적인 특수교육 정책 수립에 대한 요구에 부응하고자 심층적인 특수교육 현장 실태 및 요구조사 분석을 통해 기존의 계획을 수정·보안한 것이다. 본 계획 중 장애유아와 관련된 내용을 소개하면 다음과 같다.

□ 유아특수교육 지원 확대

- 유아특수교육기관 증설 및 교육비 지원 확대 등을 통해 특수교육 요구유아 무상교육 보장
 - 초등학교 병설 유치원 및 국·공·사립 단설 유치원 특수학급 증설
 - 지역교육청별 유치원 특수학급 1학급 이상 설치 운영
 - 특수교육 대상유아 일반유치원 배치 및 지원 확대
 - 일반유치원 배치 특수교육 대상유아 무상교육비 지원 : 1인당 월20만원

□ 수요자 요구에 따른 특수학교 신설

- 특수학교가 없는 농어촌 지역 등에 특수학교를 우선 설립하여 취학유예 장애아동 및 순회교육 대상학생의 학교교육 기회 확대
 - 장애학생 통학거리 및 지역실태를 고려한 취약지역 우선 신설 : 제주 남부, 경기 북부, 전남 중부, 경남남·북부, 대전 중부, 대구서부, 강원북부 등

□ 특수학교(급) 학급당 학생정원 감축

- 특수학교 및 특수학급의 학급당 학생수 감축 및 신축운영을 통해 특수학교(급)의 교수-학습 활동 효율화 도모 및 특수교육 대상학생의 학습권 보장

<표 1> 특수학교(급) 학급당 학생 감축계획

(단위 : 명)

학교과정	유	초	중	고
'04 현재	4.1	6.1	7.4	9.7
'07 목표	4	6	6	7

□ 특수교육 대상학생 가족지원 프로그램 운영

- 유치부 종일반 운영
- 방과후 교실운영
 - 특수교육 대상학생의 교육과 보호 프로그램을 통한 부모의 사회참여 활동 강화 및 가정의 생계안정 지원을 위해 방과후 교실 운영
- 주 5일제 대비 프로그램 운영
 - 주 5일제 근무에 따른 특수교육 대상학생이 1박2일 혹은 2박 3일 참여하는 프로그램을 대학과 연계하여 운영
- 방학 중 보호프로그램 운영

□ 치료교육교사 특수학급 배치

- 일반학교의 특수교육 대상학생을 위한 치료교육 교사 배치 및 특수학교 치료교육 교사 배치기준의 개정을 통해 치료교육 서비스 제공확대 및 학부모의 사교육비 경감
 - 2004년 관련법령 개정
 - 특수학교 : 6개 학급 이하 1인, 6개 학급을 초과하는 경우 6개 학급마다 1인 추가
 - 특수학급 : 지역교육청별 6개 학급 이하 1인, 6개 학급을 초과하는 경우 6개 학급마다 1인 추가

- 치료교육교사 양성 제도 개선 방안 연구('05년)

□ 특수교육보조원 배치 및 관리 강화

- 특수교육 대상학생의 학교생활 적응 지원 담당인력의 관리 강화로 특수교육의 질 제고
 - 2006년부터 특수교육보조원 심화·보수연수 연 1회 이상 실시

□ 특수교육지원센터 설치 확대

- 2001년부터 설치·운영하고 있는 특수교육지원센터의 설치 확대 및 운영의 활성화를 통해 특수교육 대상학생의 교육권과 학습권 지원의 효율화 도모
 - 2004년까지 182개 모든 지역교육청에 특수교육지원센터 설치 완료 및 지원 확대

□ 특수교육지원센터 운영 활성화

- 특수교육지원센터에 전담인력 2명(특수교사 1명, 치료교육 담당교사 1명) 배치 및 운영비 지원 확대로 운영의 활성화 도모
 - 2005년: 18개소 시범운영(전담인력 및 운영비 지원)
 - 2006년: 시범운영 확대
- 국립특수교육원과 전국 특수교육지원센터를 연계하는 시스템을 구축하여 실질적인 특수교육지원센터 운영 도모

이상에서 제시한 종합계획이 실행되기 위해서는 상당한 예산이 필요하며 실현될 때까지 교육인적자원부는 물론 국가 전체가 장애학생의 교육권을 보장하려고 하는 정책적 의지를 지녀야 한다고 본다. 과거와 다르게 국가 차원에서 각 부처의 정책 실행 여부를 평가하고 부처간 협력 및 조정에 중점을 두고 있으므로 위에서 발표한 내용들이 계획만으로 그치지 않을 것으로 본다.

한편 국회에서는 국회에서대로 특수교육 분야에 관심을 갖고 동반자적 입장에서 법안을 제·개정하고 있다. 물론 상당 부분 이견이 발생하기도 하지만, 분명한 것은 장애

영유아를 포함한 장애인과 그 가족에 대해 충분한 지원을 제공하자는데 공통된 목적을 두고 있다는 것이다.

4. 유상교육기관을 통한 무상교육 지원 방안

장애영유아수나 이들에 대한 수혜율을 정확히 파악할 수 없는 것은 상당수의 장애유아가 사설조기교실과 같은 주무관청이 없는 시설에서 교육을 받고 있기 때문이다. 따라서 2001년 국립특수교육원에서 조사한 특수교육 요구아동 출현율에 근거해서 장애유아를 추정할 수밖에 없는데, 그동안 교육인적자원부에서 공식적으로 활용해 왔던 자료도 해석상에 다소 문제가 있어 그 수치를 다소 수정하여 제시하면 다음과 같다.

<표 2> 장애유아 교육 수혜율

구분	인구수	장애학생수 (추정) A	특수교육 요구학생 (추정) B	공교육· 보육 현원 C	사설조기교실 등 유상기관 (추정) D	기타 (일반유치원, 가정 등) E
유치원(3~5세)	2,000,955	30,814	24,652 (100.0%)	11,665 (47.3%)	4,991 (20.2%)	7,996 (32.4%)

▶ A : 특수교육 요구아동 출현율 2.71% 중 학습장애를 제외한 1.54%을 적용하여 장애유아 수 추정

참고 : 정동영외 2인(2001). 특수교육 요구아동 출현율 조사 연구. 경기: 국립특수교육원.

▶ B : 출현율에 의해 추정된 장애학생 중 '특수교육이 필요한지 알았지만' 특수교육을 받지 않은 아동을 제외한, 즉 특수교육이 필요하지 않은 것으로 추정되는 수 약 20% 가량을 제외한 80%를 특수교육 요구아동 수로 추정함

<표 3> 특수교육 수혜여부 및 특수교육 받지 않고 있는 이유

구분	계	특수교육을 받고 있다	특수교육을 받고 있지 않다						무응답	
			특수교육이 필요한지 몰라서	특수교육이 필요하지 않았지만			기타	무응답		소계
				특수교육이 무엇인지 몰라서	적절한 특수교육기관을 찾지 못해	특수교육을 받는 것이 싫어서				
응답자수	864 (100.0)	545 (52.5)	104 (12.0)	37 (4.3)	75 (8.7)	109 (12.6)	68 (7.9)	15 (1.7)	408 (47.2)	2 (0.3)

▶ C :

· 특수교육 기관 : [특수학교(1,278)+특수학급(400)+통합학급 전일제(999)+통합학급 시간제(352)]
- 특수학급(400, 중복되므로) = 2,629명

·보육시설 : 장애아동 상해보험가입자수 8,796명 + 미가입자수 240명 = 9,036명
⇒ 2,629명 + 9,036명 = 11,665명

▶ D : 사설조기교실 등 (추정) 217개 기관 × 23명(기관당 평균아동수) = 4,991명

참고 : 조정환(2004) 발제원고, 이유훈외 3인(2002). 특수교육기관운영실태분석. 경기: 국립특수교육원)

▶ E : C, D를 제외한 수

엄격한 의미에서 국가가 제공하는 보육과 교육을 같은 차원에서 볼 수는 없을 것이다. 하지만, 현재 보육과 교육 서비스를 제공하는 각 기관에서 질적으로 우수한 보육과 교육을 모두 제공하고자 노력하고 있으므로 국가가 제공하는 공교육 수혜율에 포함하는 것이 더 적합하리라 본다. 또한 장애영유아와 학부모의 입장에서는 어느 기관에서 제공받든 집에서 가장 가까운 곳에서 최적의 서비스를 받는 것을 가장 선호할 것이므로 향후 보육시설에서는 질적으로 우수한 교육을 제공하는 방향으로, 교육기관에서도 양질의 보육을 교육과 함께 제공하는 것이 최선의 방향일 것이다.

그렇지만, <표 2>에서 볼 수 있듯이 현재 국가가 담당하지 못하는 상당한 수의 장애영유아 교육을 사설조기교실에서 담당하고 있음을 부인할 수 없다. 향후 몇 년간 장애영유아를 위한 기관 설립 및 학급 증설에 총력을 기울인다고 해도 사설조기교실에서 교육받기를 원하는 장애영유아는 계속 있을 것으로 예측된다. 따라서 유상교육기관에서 제공하는 서비스를 무상제공할 수 있는 여건을 마련해야 한다고 본다.

최근 조배숙 의원을 대표로 한 24인의 의원들이 「학원의설립·운영및과외교습에관한법률중개정법률안」을 발의하였는데, 이것 역시 장애아동들에 대한 무상교육 확대 차원에서 거론되기 시작했다고 볼 수 있다. 그 제안이유를 보면 다음과 같다. “현재 사설 특수교육실은 장애 또는 장애위험을 가진 아동들을 대상으로 조기교실·특수교육센터·발달연구소·언어치료실 등의 명칭으로 설립·운영되고 있으나 그 기관의 수, 기관을 이용하는 아동의 운영중인 프로그램 등에 대한 관련 법률이 없고 주무관청이 부재하여 실태조사가 곤란한 실정임. 특히 사설특수교육실이 교육기관이나 복지기관으로 규정받지 못함으로 인하여 이 기관들을 이용하는 보호자들은 높은 사교육비를 부담하면서도 이용료에 대한 소득세 연말공제의 혜택을 받지 못하고 있으며, 운영자는 부가가치세의 면제 혜택을 받지 못하고 있음. 따라서 조기특수교육을 위한 시설의 설치·유지에 관한 법적근거를 마련하고 최소한의 설립기준을 적용함으로써 양질의 조기특수교육 환경을 조성하며 사설특수교육실의 이용자와 운영자에게 소득세 연말공제와 부가

가치세 면제의 혜택을 부여하여 경제적 부담을 완화시켜주고자 하려는 것임.”

이에 대해 우리부에서는 현재 아무런 법적 근거도 없이 설립·운영되고 있는 장애아동을 위한 사설특수교육실 설립·운영에 대한 근거를 마련함으로써, 교육환경 및 위생 시설을 정화하고, 교수 및 학습에 필요한 시설 및 설비기준 준수 유도, 교육과정 및 강사 등의 요건 강화, 지도·감독 근거 마련 등 양질의 조기특수교육 환경 조성에 대해서는 동의하나, 다만, 일반학생들을 대상으로 하는 학원처럼 수요가 많지 않은 사설특수교육실의 운영자 입장에서는 부가가치세가 면제된다고 해도 그 설립과 운영을 법적 요건에 맞추어야 하는 부담 때문에 학원으로서의 등록을 기피하는 현상이 나타날 우려가 있다고 보았다. 또한 사설특수교육실을 학원으로 등록하게 하여 주무관청의 지도·감독을 받게 한다고 해도 현재 일반 학원처럼 지도·감독되지 않고 난립하게 될 가능성을 배제하기 어렵다고 보았다.

따라서 유상교육기관에서도 장애영유아가 무상으로 지원을 받을 수 있는 대책 마련을 위해 본 토론회에서 제시한 좋은 의견들을 근간으로 하여 다각적인 의견수렴 후 법안 개정 및 정책 작업을 착수하고자 한다.

5. 나오는 글

국가가 장애영유아의 교육권을 완전하게 보장할 수 있기 위해 해결해야 하는 문제들이 많이 남아있는 것이 사실이다. 다양한 관련 인사들의 합의를 통해 법적 근거를 마련하고 정책 방향을 설정한다고 해도 국가 차원에서 마련해야 하는 예산 확보 역시 중요한 문제로 남아있게 된다. 하지만, 그 어느 때보다도 소외계층에 대한, 장애인에 대한 관심과 의지가 높은 현 정부가 어느 정도의 틀을 마련하고 그 목표에 도달할 수 있을 것으로 기대해본다. 그렇더라도 가장 중요한 것은 모두가 공통된 목적을 향해 가고 있음을, 그래서 협력하지 않으면 안된다는 것을 잊지 않는 것이라고 본다.

장애아 보육 현황 및 정책

이 정 심
(여성부 보육기획과 서기관)

장애아 보육 현황 및 정책

이 정 심 (여성부 보육기획과 서기관)

1. 영유아보육법령상 관련 규정

- 국공립 보육시설에서 장애아보육 우선 실시
- 보육시설의 우선입소순위에 장애아 포함
- 장애아 무상보육 실시
- 장애아보육 실시비용 보조
- 장애아대 보육교사의 비율
- 장애아 전담 및 통합시설의 설치기준
- 장애아 전담시설의 장의 자격기준

2. 장애아 보육 현황

- 지원대상 장애아
 - 장애인복지카드를 소지한 취학전 만5세 이하 영유아
 - 취학연령이 되었으나 질병 등의 사유로 부득이하게 일반 초등학교 및 특수학교에 취학하지 못한 아동 (취학유예서를 제출한 경우에 한정)
 - 장애진단서를 제출한 영아(만0~2세)
- 장애아 보육 현황: '04. 6. 30 현재
 - 장애아 전담시설: 91개소, 4,165명 정원

- 장애아 통합시설: 213개소, 1,540명 보육

※ 전담시설은 장애아 20인이상을 보육하는 시설로, 통합보육을 위하여 정원범
위 내에서 장애아의 20%내에서 비장애아를 보육할 수 있음

- 특수교사 및 치료사 배치 현황: '04. 6. 30 현재
 - 장애아 전담시설: 특수교사 273명, 치료사 190명
 - 장애아 통합시설: 특수교사 88명, 치료사 27명

3. 장애아보육 지원을 위한 정책

□ 장애아 무상보육료 지원

- 대상: 보육시설을 이용하는 만12세 이하의 장애아
(’04년 4천명 지원, ’05년 9천명 지원)
- 정부지원 보육단가
 - 중증 장애아: 257천원/월, 경증 장애아: 212천원/월
 - ’05년부터는 장애의 종류 불문하고 299천원/월

□ 장애아 통합 보육시설 지원

- 대상: 장애아를 3명이상 보육하고 있는 정부지원 보육시설
- 지원내용
 - 장애아 3명이상을 통합 보육하는 경우 보육교사 1인에 대하여 인건비 90% 지원
 - 특수교사 자격을 가진 교사에게 수당 월 10만원 별도 지급
 - 장애아 수가 감소되어 2명이 되었을 경우에도 계속 지원

□ 장애아 전담 보육시설 지원

- 대상: 12세 이하 장애아를 상시 20명 이상 보육하고 있고 장애아 전담시설로 지정받은 보육시설
- 시설 및 종사자 배치기준 강화 ('05.1.30일 시행 예정인 영유아보육법 하위법령 개정안에 반영)
 - 장애아 1인당 시설면적 7.83㎡로 확대
 - 장애아 통합 및 전담시설의 설치 및 실내설비 기준 등 구체화
 - 장애아 3인당 보육교사 1인, 3인을 초과할 때마다 1인씩 증원 (장애아 9인당 특수교사 자격자 1인 포함)
 - ※ 현 장애아 5인당 보육교사 1인, 5인을 초과할 때마다 1인씩 증원 (장애아 10인당 특수교사 자격자 1인 포함)
- 지원내용
 - 신축비 지원 (지원대상으로 결정된 법인시설에 한정)
 - 원장 인건비 90% 지원
 - 현원이 20명 이상이고 4개반 이상 편성된 경우 보육교사와 특수교사 인건비 90% 지원
 - 특수교사 자격자에게 수당 지원 (100천원/월·인)
 - 장애아 10명당 치료사 1명 인건비 90% 지원
 - 취사부 1명 인건비 지원
 - 차량운영비 월 15만원(자부담 20% 포함) 지원
 - 교재교구비 지원

□ 기타 보육료 지원

- 지원대상: 방과후 보육, 기준시간 초과보육, 휴일보육
- 지원금액
 - 방과후 보육: 장애아 보육료의 50%

- 시간제 및 기준시간 초과보육료: 2,500원/시간
- 휴일보육료: 일 보육료×150%

□ 기타

- 장애아 전담시설의 장의 자격
 - 일반 보육시설의 장의 자격과 구분 (장애아보육 관련 전공자, 경력자 또는 장애아보육 직무교육 이수자로 한정)
- 보육교사 직무교육 과정으로 장애아 보육과정(40시간) 신설
- 장애아 보육프로그램 개발·보급
 - '98년 : 장애아보육프로그램(장애영아용 포함)
 - '99년 : 보육시설유형별운영관리프로그램(장애아 보육시설용 포함)
 - '04년: 장애아 보육환경 개선을 위한 표준시설모형 개발

장애인교육권 보호·향상을 위한 토론회 계획(안)

1차: 영·유아기 장애아동의 교육권 보호·향상 방안과 쟁점

2차: 학령기 장애아동의 교육권 보호·향상 방안과 쟁점

가. 일시 : 2004. 12. 7.(화) 14:00

나. 장소 : 국가인권위원회 배움터 1

다. 내용

- 사회 : 강명득, 국가인권위원회 사무총장 직무대리
- 발제
 - 발제 1 : 통합교육의 현황과 과제
도경만, 전교조 특수교육위원회
 - 발제 2 : 특수교육의 질적 제고를 위한 현황과 과제
문상중, 광주선명학교
- 토론
 - 장애아동 학부모 : 최두희
 - 장애아동 학부모 : 윤종술
 - 장애인 시설 운영자 : 조규환, 은평천사원
 - 일반 학교 특수학급 : 변부경, 성내초등학교
 - 통합교육과 특수교육 질적 제고방안 : 강경숙, 국립특수교육원
 - 학령기 장애아동 교육권 보장을 위한 국가정책 : 권택환, 교육인적자원부 특수교육보건과

3차: 장애인의 고등교육 및 평생교육 기회보장 방안과 쟁점

가. 일시 : 2004. 12. 16.(목) 14:00

나. 장소 : 국가인권위원회 배움터 1

다. 내용

- 사회 : 강명득, 국가인권위원회 사무총장 직무대리
- 발제
 - 발제 1. 고등교육
김주영, 국립한국재활복지대학 연구사
 - 발제 2. 평생교육
정동영, 한국교원대학교 교육학과
 - 발제 3. 야학
오용균, 장애인야학협의회 대표
- 토론
 - 장애인 고등교육 보장을 위한 과제 : 김형수, 장애인교육권연대
 - 장애인 평생교육 보장을 위한 과제 : 신창현, 시각장애인 아카데미
 - 대학의 장애인 지원정책 : 이옥경, 연세대학교 장애학생 지도교수
 - 시각장애 대학생의 교육권 보장을 위한 과제 : 안승준, 한국 시각장애인대학생회
 - 농아 대학생의 교육권 보장을 위한 과제 : 정민자, 한국 농아대학생연합회
 - 야학학생 : 이홍호, 노들야학
 - 평생교육 및 야학 등 장애인 성인교육 : 정인숙, 국립특수교육원
 - 장애인의 고등교육 및 성인교육 활성화를 위한 국가정책 : 정동일, 교육인적자원부 특수교육보건과