

경제·인문사회연구회 협동연구총서 09-31-06

연구보고 09-R18-5

장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안 연구 I : 재활복지서비스 제고방안

책임연구원 : 권선진(평택대학교·교수)

공동연구원 : 이근매(평택대학교·교수)

조용태(대진대학교·교수)

연구보조원 : 김갑용(평택대학교·박사과정)

공정이(평택대학교·박사과정)

 한국청소년정책연구원

 평택대학교

경제 · 인문사회연구회 협동연구총서

“장애아동 · 청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안 연구 I”

1. 협동연구총서 시리즈

	연구보고서명	연구기관
09-31-01	장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안 연구 I: 총괄보고서	한국청소년정책연구원
09-31-02	장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안 연구 I: 장애아동 · 청소년 가족 지원방안	한국청소년정책연구원
09-31-03	장애아동 · 청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안 연구 I: 교수 · 학습활동 지원정책	부산대학교
09-31-04	장애아동 · 청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안 연구 I: 장애아동 · 청소년의 심리사회, 정서, 신체적 발달 지원방안	한국교육개발원
09-31-05	장애아동 · 청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안 연구 I: 문화예술 · 체육활동 지원방안	한국사회복지정책연구원
09-31-06	장애아동 · 청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안 연구 I: 재활복지서비스 제고방안	평택대학교

2. 참여연구진

	연구기관	연구책임자	참여연구진
주관연구기관	한국청소년정책연구원	박영균 수석연구위원 서정아 연구위원	박은혜 이화여대 교수 이상훈 가톨릭대 교수 최은영 대구대 교수 Lange, E. Bielefeld대 교수 조흥식 서울대 교수 김진우 덕성여대 교수
협력연구기관	부산대학교	박재국 교수	정대영 창원대 교수 황순영 부산대 교수 김영미 부산대 연구원 김혜리 부산대 연구원
	한국교육개발원	현 주 수석연구위원	박현옥 백석대 교수 이경숙 한신대 교수 김 민 순천향대 교수
	한국사회복지정책연구원	김종인 원장	김원경 한체대 교수 고정옥 한국일보 컬럼리스트 오이표 국제재활스포츠센터 소장
	평택대학교	권선진 교수	이근태 평택대 교수 조용태 대진대 교수

연구 요약

1. 연구목적

- 본 연구의 목적은 장애아동·청소년의 ‘삶의 질’ 향상을 위한 재활복지 서비스의 기본방향을 수립하기 위하여 장애아동·청소년의 재활서비스 공급과 이용 실태를 분석하고, 이를 바탕으로 장애아동·청소년의 욕구에 적합한 재활서비스의 개선방안을 모색하여 제시하는 것이다.

2. 연구내용

- 우리나라 장애아동·청소년의 재활복지 서비스 공급과 관련한 정책 및 서비스 현황과 문제점을 파악하였다.
- 주요 외국의 장애아동·청소년 재활복지서비스 현황을 비교·분석하여 시사점을 도출한다.
- 재활복지 서비스 이용실태와 욕구를 조사하여 장애아동·청소년의 재활복지 수요를 파악하고, 전문가 FGI를 통해 재활복지서비스 공급의 세부유형과 모형을 강구한다.
- 이러한 결과를 바탕으로 장애아동·청소년의 ‘삶의 질’ 향상을 위한 재활복지서비스 지원정책의 개선방안을 모색하여 제시한다.

3. 주요 연구결과

1) 재활서비스 현황

- 현재 특수교육을 받고 있는 대상 장애아동 및 청소년은 특수학교, 특수학급 등을 포함하여 총 7만 5천여 명이며, 장애인복지법 상 장애아동·청소년은 약 8만 8천여 명으로 특수교육대상아동 학령인구를 기준으로 할 때 총 15만 명 정도가 재활서비스 수요로 추정된다.
- 현재 보건복지가족부에서 실시하고 있는 장애아동 재활치료 바우처사업의 경우 수행기관과 종사자의 자격 기준이 법률로 규정된 것이 없는 실정이며, 바우처의 시행으로 재활치료에 대한 수요가 크게 증가한 반면 서비스의 시장화 문제, 영리기관의 독과점, 서비스의 전문성 및 질 관리 등의 문제점이 드러나고 있다.
- 장애아동의 조기교육에 있어서는 취학전 장애아를 위한 조기발견을 위한 진단, 평가와 적절한 배치와 적절한 재활서비스 연계가 원활하게 이루어지지 않고 있으며, 또한 소관 부처별로 연계가 미흡하여 대상자에게 제대로 전달되지 못하거나 중복 등의 서비스 전달의 문제점이 있다.

2) 주요 외국의 장애아동·청소년 지원제도 분석

- 서비스의 대상 범위: 미국과 호주, 독일의 경우 재활치료 대상 아동과 청소년의 범주를 포괄적으로 정의하되, 과학적인 진단과 검사를 바탕으로 재활서비스가 제공되고 있다. 그렇지만 아동·청소년의 발달상태와 장애정도, 치료의 필요성 유무 등에 대한 판단기준이 명확하여 불필요한 치료의 지원은 엄격히 제한하고 있는 특징이 있다.
- 재활서비스 지원 법률: 미국이나 일본의 경우 제도적으로 장애아동 및 장애발생 가능 아동에 대한 조기발견, 평가, 판별, 배치, 개별화계획 및 프로그램, 재정지원 등 일련의 절차에 의하여 아동의 발달을 촉진시킬

수 있는 적절한 조치가 이루어지도록 하고 있다.

- 통합적 재활서비스 지원: 독일이나 호주의 경우 장애아동도 최소 제한적인 환경, 자연스러운 환경에서 일반 아동과 동일한 교육의 기회를 보장하고 있다. 재활서비스는 공급에 있어서도 충분한 서비스를 중복 없이 받을 수 있도록 체계화되어 있다.
- 재활서비스에 대한 공적 지원의 제도화: 외국의 경우 장애아동·청소년의 교육이나 재활에 소요되는 비용에 대한 가족의 부담을 경감하는 지원이 의료급여 등과 같이 제도화되어 있다.

3) 재활복지서비스 이용실태 및 욕구조사 결과

- 장애아동 및 청소년 473명을 대상으로 재활치료 서비스 이용실태와 욕구를 알아본 결과 전체 응답자의 91%는 재활치료를 받았으며, 재활치료를 받지 않은 이유로는 주로 장애가 심하지 않거나 치료기관이 마땅치 않아서와 비용부담 등이다.
- 재활치료 가운데는 언어치료가 가장 많고, 미술치료, 작업치료와 놀이치료가 많았으며, 그밖에 음악치료, 물리치료, 통합감각치료 등이며 1인당 평균 3가지 치료를 받고 있는 것으로 파악되었다. 치료받기 전 행동, 인지 등의 검사를 받은 경우는 약 3/4이며, 검사를 받지 않은 경우도 23%를 차지하고 있다.
- 재활서비스를 받는 곳은 장애인복지관이 1/3 이상으로 가장 많았으며, 다음으로 사설치료센터, 병원 치료실의 순이었다. 재활서비스기관까지의 소요시간은 평균 40.5분이었으며, 재활치료 기관을 이용한 기간은 평균 3년 3개월이었으며, 재활치료 소요시간은 1회당 평균 42분이었으며, 월평균 재활치료 비용은 31.2만원이었다.
- 치료비용에서는 바우처 등 일부 지원을 받는 경우와 전액 본인부담을 하는 비율이 비슷하였으며, 2/3 정도는 비용부담을 크게 인식하고 있다. 거의 대부분의 응답자가 현재의 치료기관을 계속 이용할 의향이 있

다고 하였으며, 전체적으로 4/5 이상이 치료효과에 대해 긍정적으로 생각하고 있었다.

- 치료기관을 선택하는 요인에 있어서는 첫째, 치료사의 전문성, 둘째, 접근성, 셋째, 프로그램 내용, 넷째, 치료비용의 순으로 나타나 전문성과 접근성이 주된 요인임을 알 수 있다. 현재 받고 있는 재활서비스의 만족도에 있어서는 영역별로 직원의 친절성, 프로그램의 전문성과 시설환경에 대한 만족도가 비교적 높고, 프로그램 비용에 대한 만족도가 가장 낮았다. 이와 함께 받기 희망하는 재활치료로는 행동치료, 음악치료, 언어치료의 순이었다.
- 재활의 영역 중에서는 사회재활, 교육재활, 심리재활, 직업재활의 순으로 중요하다고 응답하였으며, 장애 완화를 위한 지출비용에 있어서는 의료비 평균 15.0만원, 교육비 32.6만원, 교통비 12.8만원, 기타 비용 13.8만원으로 총 평균 51.6만원이며 교육비 지출이 압도적으로 많았다.
- 부모의 입장에서 자녀로 인한 어려운 점은 장애진로에 대한 불안(83.4%), 경제적 부담(66.0%), 부모의 사회활동 제한(62.1%), 치료기관 선택(54.2%), 부모의 불안감(51.4%), 형제간 불만 및 소외(35.0%), 가족 간 의견대립 및 불화(24.3%)의 순으로 나타나 경제적 측면과 성인 이후의 진로, 사회·심리적 프로그램 등 장애 자녀의 가족을 위한 정책적 지원 필요성이 높게 나타났다.
- 우리나라 재활치료서비스 수준에 대해서는 2/3 정도가 뒤떨어져 있다고 생각하고 있으며, 기존의 재활서비스 정책에 대해서 4/5 정도가 불만족하고 있으며, 불만 이유로는 치료기관 수의 부족이 가장 많고, 전문인력 부족, 치료시설 및 환경 미비 등이다.
- 장애아동·청소년의 재활서비스를 위한 정부의 역할로는 장애아동 인식개선, 교육시설(기관) 확충, 프로그램의 다양화, 졸업 후 진로지도 등의 순으로 나타나 장애아동·청소년을 위한 인식개선이 중요한 것으로 인식하고 있다.

4) 방향설정을 위한 FGI 결과분석

- 재활치료서비스를 제공하는 기관에서는 치료전문가의 자질을 객관적으로 검증하기 어려우므로 물리치료사, 사회복지사 제도와 같이 국가자격의 도입 필요성이 높은 것으로 나타났으며, 특히 재활치료 전문가에 대한 보수교육과 슈퍼비전 체계가 제도화될 필요가 있는 것으로 제시되었다.
- 재활치료서비스의 공급확대로 인한 치료사들의 확보에 어려움이 크므로 치료전문가의 인력 풀(pool)을 관리하거나 제공하는 정보지원센터의 필요성과 함께 재활치료서비스의 기준이 되는 재활치료 유형별 매뉴얼(manual)의 개발 필요성이 언급되었다.
- 장애아동의 부모는 자녀의 진로나 장래에 대해서 교육기회의 상실과 박탈감, 일상활동에 대한 제한, 치료나 교육에 드는 비용문제 그리고 자녀들이 성장한 후 직업에 대한 걱정 등의 불안감이 가장 많았다.
- 재활치료서비스와 관련해서는 서비스 제공기관(치료센터, 교육기관, 장애인복지관) 등의 확충 필요성과 함께 장애아동이 있는 가족들에 대한 스트레스 완화 및 정서안정 프로그램 등 지원의 필요성이 지적되었다.

4. 정책제언

1) 법·제도의 개선

- 장애아동복지지원 법률의 제정: 대부분의 장애아동과 청소년을 돌보는 가족의 부담이 크다는 점에서 장애아동복지지원을 위한 법이 제정될 필요가 있다. 재활치료 비용 등 경제적 부담과 함께, 성인자녀에 대한 심리·사회적 측면의 부담이 크므로 주요 외국과 같이 이를 해소할 수 있는 지원법이 필요하다.
- 재활치료 바우처의 개선: 사회서비스의 일환으로 시행중인 장애아동 재

활치료 바우처제도는 당초의 취지에도 불구하고 충분한 서비스 인프라가 확보되지 않은 상태에서 서비스 질 문제 등도 제기되고 있으므로 평가할 수 있는 관리방식이 갖추어져야 할 것이며, 또한 서비스 공급기관들의 양성과 함께 전문인력에 대한 교육양성 및 관리 시스템도 갖추어야 하며, 장기적으로 치료프로그램을 다양화하고 새로운 서비스 모형을 개발해 나갈 필요가 있다.

- 장애아동 가족에 휴식(respite) 서비스 확대: 장애아동을 양육하는 가족의 심리적 부담과 스트레스를 줄이고 가족의 휴식과 역량 증진을 목적으로 하는 장애아가족 휴식지원 사업이 장애인복지관 등 사업수행 기관을 중심으로 병행 실시되어야 할 것이다.

2) 시설 확충 및 서비스 기준의 마련

- 재활치료 기관의 확충: 재활서비스 치료기관을 선택하는 요인 중에는 접근성이 가장 중요한 것으로 나타나고 있으며, 재활치료에 대한 장애아동·청소년의 수요가 지속적으로 증가할 것으로 전망되므로 재활서비스 기관의 확충이 필요하다. 특히 수도권과 대도시를 제외한 지역의 경우 복지관이나 사설치료센터 등이 부족하고 전문인력을 확보하기 어려워 장애아동이 서비스를 충분히 받지 못하고 있으므로 재활치료의 수요량을 고려하여 소외지역에 우선적으로 기관을 확충할 필요가 있다.
- 재활치료 서비스의 기준 마련: 현재 재활치료 사업에 관한 기본적인 기준(지침)은 마련되어 있으나 구체적인 기준이 없는 실정으로 장애의 다양성을 고려하여 여러 가지 접근방법이 정해지고 서비스 제공 매뉴얼이 개발될 필요가 있다. 매뉴얼은 서비스 운영 기준지침과 서비스 대상의 유형별 범주를 세분화하고 치료도구 등에 기준을 제시하여 이용자의 신뢰를 높이도록 하여야 할 것이다.
- 장애아동 진단·판정과 서비스 연계: 장애에 대한 정확한 진단을 통해서 서비스를 받을 때 재활의 효과를 기대할 수 있으므로 기초적인 진단

을 바탕으로 서비스가 연계되도록 한다. 현재 시범운영 중인 장애서비스센터나 특수교육지원센터 등을 통해 서비스 대상자를 선별하고 아동과 청소년의 특성에 맞는 재활치료를 제공할 수 있도록 한다.

3) 재활서비스 전문인력의 양성과 교육

- 서비스 질 제고를 위한 자격제도 정비: 현재 서비스 인력의 자격제도가 체계화되어 있지 않아 전문성과 관련하여 논란이 있는 바, 이는 근본적으로 양성과정과 자격증 취득을 포함한 관리가 엄격히 시행되지 않기 때문이다. 재활치료 사업이 활성화되기 위해서는 무엇보다 전문인력의 역할이 중요하므로 각 분야의 치료인력에 대한 자격기준을 체계적으로 관리할 필요가 있다. 일정한 요건을 충족시키는 경우 공인자격으로 단계적으로 양성화하고 관리하는 방안을 적극적으로 모색할 필요가 있다.
- 전문성 강화를 위한 보수교육 강화: 장애아동과 청소년이 치료기관을 선택하는 요인에 있어서는 치료사의 전문성이 중요하므로 이들의 전문성 제고를 위한 보수교육 체계를 갖추어 나가야 할 것이다. 재활서비스 영역별로 개별적, 산발적으로 이루어지고 있는 보수교육을 정기적으로 일정 시간 이상 이수하도록 의무화하여야 할 것이다.
- 치료인력의 처우수준 현실화: 치료인력의 고용 불안정은 서비스의 질과 직접적으로 관련이 있으므로 이들의 임금 가이드라인과 보험가입 의무화 등의 신분보장과 처우가 개선될 필요가 있다.

4) 재활서비스 협력체계 구축

- 부처 간 협력체계 강화: 장애아동·청소년의 재활서비스는 장애의 발견과 진단, 그리고 서비스가 일련의 연속적인 과정이기 때문에 보건복지가족부, 교육과학기술부 등 핵심부처 간의 상호 협력체계가 구축되어 있지 않으면 서비스를 효율적으로 전달할 수 없다. 따라서 이들에 필요

한 재활치료를 포함한 복지, 교육 관련서비스를 포괄적으로 제공하기 위해서는 각종 관련 시책을 관할하는 행정부처간의 상호 협력체계가 구축되어야 한다.

- 서비스 수행기관 간 네트워크 구축: 현재 장애아동 및 청소년 대상의 재활치료서비스를 수행하는 기관은 바우처사업을 포함하여 장애인복지관, 사설 재활치료센터, 병원 등으로 분산되어 있다. 그렇지만 서비스 제공기관 간의 협조와 연계가 적절히 이루어지지 않으면 재활치료 서비스 수요에 적절히 대응하지 못하게 된다. 소비자인 장애인의 입장에서 효과적인 재활서비스를 받기 위해서는 우선적으로 바우처사업 수행기관을 중심으로 각 기관간 정보의 공유와 의뢰 등 네트워킹 체계를 구축할 필요가 있다.

목 차

I. 서 론	
1. 연구의 필요성	3
2. 연구의 목적	5
3. 연구내용 및 방법	6
II. 이론적 배경 및 선행연구 고찰	
1. 장애아동·청소년 재활서비스	13
2. 장애아동·청소년 재활서비스 지원현황	24
3. 선행연구 고찰	40
III. 주요 외국의 장애아동·청소년 지원제도	
1. 미국	47
2. 일본	59
3. 독일	68
4. 호주	78
5. 시사점	90
IV. 장애아동·청소년의 재활서비스 실태와 욕구	
1. 재활서비스 실태 및 욕구조사 개요	95
2. 주요 조사결과	97
V. 재활서비스 방향모색을 위한 포커스 그룹 인터뷰	
1. 재활서비스 전문가 인터뷰	137
2. 장애아동·청소년 부모 인터뷰	145
3. 소결	150
VI. 결론 및 정책과제	
1. 결론 및 요약	155

2. 정책제언	160
참고문헌	167
부 록	
1. 장애아동·청소년의 재활서비스 실태 및 욕구조사 설문지	173
2. 초점집단 인터뷰 질문지	184

표 목차

<표 II-1> 장애인복지법의 장애범주	20
<표 II-2> 특수교육 대상 학생수	26
<표 II-3> 등록장애인의 장애유형별 구성비(2008년 말) ...	27
<표 II-4> 0~18세의 장애아동·청소년 추정수	28
<표 II-5> 장애아동 재활치료 바우처 이용현황(2009)	39
<표 II-6> 장애아동이 희망하는 재활치료	39
<표 III-1> 활동제한 아동(5-7세)의 비율: 1997-2007	49
<표 III-2> 독일의 장애아동 관련 통계(2003)	70
<표 III-3> 독일의 재활지원 기관별 지원제도 현황	71
<표 III-4> 독일의 장애인 특수교육 대상학생 수(2002)	73
<표 IV-1> 설문조사 배포 기관 유형	96
<표 IV-2> 성별 분포	97
<표 IV-3> 연령 분포	97
<표 IV-4> 장애등급 분포	99
<표 IV-5> 중복장애 유무	99
<표 IV-6> 장애발생 시기	100
<표 IV-7> 현재 다니고 있는 보육시설	101
<표 IV-8> 재학 중인 학교	102
<표 IV-9> 월평균 가구소득	102
<표 IV-10> 부모의 직업	103
<표 IV-11> 기초수급가구 여부	103
<표 IV-12> 재활치료 받은 경험	104
<표 IV-13> 재활치료를 받지 않은 이유	105
<표 IV-14> 받았거나 받고 있는 재활치료서비스 종류	106
<표 IV-15> 주로 받은 재활치료	107
<표 IV-16> 재활치료서비스를 받기 위한 검사 여부	108
<표 IV-17> 재활서비스를 받고 있는 장소	109
<표 IV-18> 재활서비스 제공기관까지의 소요시간	109

<표 IV-19> 서비스 기관까지의 교통수단	110
<표 IV-20> 서비스기관에 다닌 기간	111
<표 IV-21> 재활서비스 이용 빈도(1주일)	111
<표 IV-22> 재활서비스 소요시간(1회)	112
<표 IV-23> 월평균 재활치료 비용	113
<표 IV-24> 서비스 비용부담 방식	114
<표 IV-25> 서비스 비용부담 수준	114
<표 IV-26> 바우처카드 소지 여부	115
<표 IV-27> 바우처 가드를 발급받지 못한 이유	115
<표 IV-28> 치료기관 지속이용 여부	116
<표 IV-29> 치료기관에서의 치료효과 정도	117
<표 IV-30> 현재의 치료기관을 선택한 이유(복수응답)	118
<표 IV-31> 재활서비스 만족도	120
<표 IV-32> 필요하다고 생각하는 재활치료(복수응답)	121
<표 IV-33> 재활영역 중 가장 중요하다고 생각하는 영역(복수응답)	122
<표 IV-34> 통합교육에 대한 인식	123
<표 IV-35> 장애증상 완화를 위한 지출비용(월평균)	124
<표 IV-36> 장애 자녀로 인한 어려운 점	126
<표 IV-37> 삶의 만족도	128
<표 IV-38> 장애의 수용정도	129
<표 IV-39> 재활치료서비스 수준에 대한 인식	130
<표 IV-40> 재활치료서비스 만족정도	131
<표 IV-41> 재활치료서비스 불만족 이유	132
<표 IV-42> 장애아동·청소년 재활 관련 어려운 점	132
<표 V- 1> 전문가 초점집단 질문내용	138
<표 V- 2> 부모 간담회 질문내용	146

그림 목차

[그림 I-1] 연구방법 개괄	7
[그림 IV-1] 장애유형 분포	98
[그림 IV-2] 중복장애 종류	100
[그림 IV-3] 받았거나 받고 있는 재활치료서비스 종류	106
[그림 IV-4] 재활서비스를 위한 정부정책 우선순위	133
[그림 IV-5] 삶의 질 향상을 위해 정부와 사회가 할일	134
[그림 VI-1] 재활복지 서비스의 기본방향	160

I. 서 론

1. 연구의 필요성
2. 연구의 목적
3. 연구내용 및 방법

I. 서론

1. 연구의 필요성

최근 우리 사회는 경제상황에 따른 가족형태의 변화, 여성의 사회진출 확산으로 인해 장애아동·청소년에 대한 부양부담이 가중되고 있는 반면 이들을 위한 재활서비스는 과거에 비해 확충되었다고 하나 수요에 비해 여전히 부족한 실정이다. 특히 사회적 양극화의 심화로 인해 사회적 보호(care)를 필요로 하는 장애아동과 청소년의 재활서비스 수요가 증가하고 있으며, 이에 따라 다양한 문제점을 드러내고 있으나 이들에 지원되는 서비스의 구체적인 이용실태나 욕구에 관한 자료는 매우 부족한 형편이다.

공식적으로 장애아동을 위한 정부의 보장이 마련된 것은 ‘아동복지법’¹⁾이 제정된 1961년부터라 할 수 있다. 동 법에서는 아동은 자신 또는 부모의 장애유무에 따른 어떠한 종류의 차별도 받지 않도록 하고 있으며(제3조), 제4조 4항에서는 국가와 지방자치단체는 장애아동의 권익을 보호하기 위해 필요한 시책을 강구하도록 하고 있다. 그렇지만 장애아동에 관한 보다 실질적인 지원에 관해서는 ‘장애인복지법’이 있으며, 이 법은 장애인에 대한 국가와 지자체의 지원에 대해 포괄적으로 규정하고 있으며, 특별히 장애아동에 대해서는 장애아동수당에 관한 조항(제50조)를 두고 있다.

한편 장애인을 위한 특수교육은 특수교육진흥법(1979년)에 따라 정책적으로 체계화되기 시작하였으며, 2007년 새롭게 제정된 특수교육법에서는 국가 및 지자체가 장애인 및 특별한 교육적 요구가 있는 사람에게 통합된 교육환경을 제공하고 생애주기에 따라 장애유형과 정도를 고려한 교육을 실시하여 자아실현과 사회통합에 기여함을 목적으로 하고 있다.

이와 같은 법률에 따라 장애아동과 청소년을 대상으로 한 복지시책과 교

1) 당초 이 법은 ‘아동복지법’으로 제정·공포되었다가 1981년 4월 전문 개정되면서 ‘아동복지법’으로 개칭되었으며, 18세 미만의 아동의 복지를 보장함을 목적으로 한다.

육제도가 시행되고 있는바, 1999년부터 시행한 장애아동수당 지급, 2006년 이후 장애아동 보육료 지원과 활동보조서비스 제도화, 2008년 재활치료 바우처(boucher)제도의 실시 등을 통해 장애아동을 위한 정책을 시행하여 특히 빈곤층 장애아동을 중심으로 한 지원체계를 갖추고 있어 직접적인 대상이 되는 아동과 청소년에게는 큰 도움이 되고 있다. 그렇지만 시행초기인 일부의 제도들은 실제 시행 과정상에 문제점을 안고 있는 것으로 평가되고 있다.

더욱이 아동과 청소년에 대한 법적 근거와 행정지원 체계가 분리되어 있었던 탓에 혼선이 있어 왔으며, 성인 장애인에 비해 장애아동과 청소년에 대한 정책방안이 상대적으로 미흡했던 점도 있었다. 이는 비장애 아동·청소년에 비해 장애아동·청소년의 인구수가 적어 이들에 대한 관심이 부족하였던 점이 있었고, 또한 장애아동·청소년의 욕구가 포괄적으로 고려되지 못하고 기초수급계층의 요보호 아동 및 청소년 중심의 사후서비스가 주류를 이루고 있는 반면 제도적 지원에서 벗어나 있거나 부모로부터 방치된 복지사각지대에 있는 장애아동과 청소년이 상당수 존재할 것으로 예상되고 있다.

지금까지의 장애아동 관련 지원정책은 당사자 보다는 시설이나 기관 중심의 서비스 전달 위주로 되어 있어 이들을 위한 서비스 전달의 효과적인 방안이 수행되지 못하고 있으며, 수급대상 범주도 제한적이어서 복지수요에 적절히 대응하지 못하고 있는 것으로 여겨지고 있다. 이와 같이 장애아동 및 청소년의 욕구에 초점을 둔 서비스 보다는 공급자의 입장에서 서비스가 제공될 경우 욕구 해소가 제대로 되지 않을 뿐만 아니라 결과적으로 장애아동·청소년 당사자의 시각에서 서비스가 제공되지 않을 때 정책에 대한 만족도가 낮고 실효성도 감소하게 된다.

최근 장애인분야에서는 장애인등록·판정체계 개선²⁾, 장애인 장기요양보장 제도의 도입³⁾, 사회서비스 바우처의 도입 및 확대시행, 장애아동복지지원법⁴⁾ 제정 논의 등으로 장애아동·청소년을 둘러싼 정책환경이 변화하고 있

2) 장애인등록·판정체계 개선은 현재 2차 모의적용 사업을 시행중에 있으며, 장애판정을 합리화하여 적절한 서비스를 연계하기 위한 사업임.

3) 장애인장기요양보장은 현재 시범사업 중임.

지만 기존의 서비스들이 단편화, 분절화되어 유기적인 연계가 부족하고 실효성 있는 정책이 시행되지 못하고 있다고 하겠다. 특히 장애아동·청소년에 대한 시책은 주로 시혜적 측면에서 다루어져 왔으며, 당사자와 가족의 다양한 요구를 충족시킬 수 있는 형태의 재활서비스가 필요하다는 점에서 재활서비스에 대한 수요를 정확하게 예측하고 이를 토대로 정책을 수립하고 평가할 필요가 있다.

장애아동·청소년에 대한 개입은 빠를수록 바람직하며 개입이 늦어질수록 의존성이 강화되어 개인적, 사회적 부담이 가중되므로 장애아동·청소년의 재활과 복지정책 방향설정과 세부적인 서비스 지원방안을 강구할 필요가 있다. 이에 따라 장애아동·청소년의 재활서비스에 관한 국내·외 현황을 분석하고 재활서비스 현황과 서비스 수요에 관한 실증적인 실태조사를 바탕으로 ‘삶의 질’ 개선을 위한 정책적 방안을 마련하기 위한 연구 필요성이 제기되고 있다.

2. 연구의 목적

본 연구는 장애아동·청소년의 ‘삶의 질’ 향상을 위한 재활복지 서비스 제공을 위한 기본방향을 수립하기 위하여 이들에 대한 재활서비스 공급과 수요를 파악하고 장애아동·청소년의 욕구를 충족시킬 수 있는 장애아동·청소년 재활서비스 공급방안을 모색하는 것을 연구목적으로 하며, 세부 목적은 다음과 같다.

첫째, 우리나라 장애아동·청소년의 재활복지 서비스 공급 및 이용과 관련하여 현행 정책, 서비스 전달체계 및 프로그램의 문제점을 파악한다.

둘째, 주요 외국의 장애아동·청소년 복지정책 및 서비스 프로그램을 비교 분석하여 시사점을 도출한다.

4) 장애아동복지지원법은 장애인부모회 등 단체와 한나라당에서 법안의 제정을 추진 중에 있음.

셋째, 장애아동·청소년의 재활서비스 이용실태와 욕구를 분석함으로써 재활복지 서비스 문제점을 파악하고 서비스 수요를 추정한다.

넷째, 재활서비스 전문가와 부모 대상의 질적 조사를 통해 재활서비스의 효율적 전달방안 모색을 위한 함의를 도출한다.

넷째, 이러한 결과를 바탕으로 장애아동·청소년의 ‘삶의 질’ 향상을 위한 재활복지서비스 지원정책의 방향을 제시한다.

3. 연구내용 및 방법

1) 연구내용

본 연구의 주요내용은 (1) 장애아동·청소년의 재활서비스 지원정책의 현황과 문제점 파악 (2) 주요 외국의 재활서비스 지원정책과 시사점, (3) 장애아동·청소년의 재활복지 서비스 이용실태와 욕구 조사결과 분석, (4) 재활서비스 방향설정을 위한 초점집단 인터뷰 분석, (5) 장애아동·청소년의 복지 서비스 개선방안을 제시하는 것이다.

첫째, 장애아동·청소년 재활복지 관련 국내 및 국외 문헌검토를 통해, 장애아동 및 청소년의 범주와 개념을 정의하고, 장애아동·청소년 지원의 근거와 당위성을 밝히며 우리나라 장애아동·청소년 지원정책의 현황과 문제점을 분석한다. 즉, 장애아동·청소년 지원정책과 관련 서비스 공급현황을 장애아동수당, 재활치료 바우처사업, 장애인복지관 등의 지역사회 서비스 분석결과를 바탕으로 이들에 대한 제도적 지원서비스의 문제점을 도출한다.

둘째, 주요 외국(미국·일본·독일·호주)의 장애아동·청소년 복지정책의 비교분석을 통해 관련 제도와 서비스의 주요원칙, 대상자 선정, 서비스 내용, 및 지원체계를 중심으로 구체적인 제도 실태를 파악하고자 한다. 이는 우리보다 먼저 관련 제도와 서비스를 운영하고 있는 선진국의 사례를 살펴

봄으로써 현재 우리가 당면한 장애아동·청소년 지원정책에 대한 문제점과 향후 방향성을 모색할 수 있는 시사점을 얻을 수 있다.

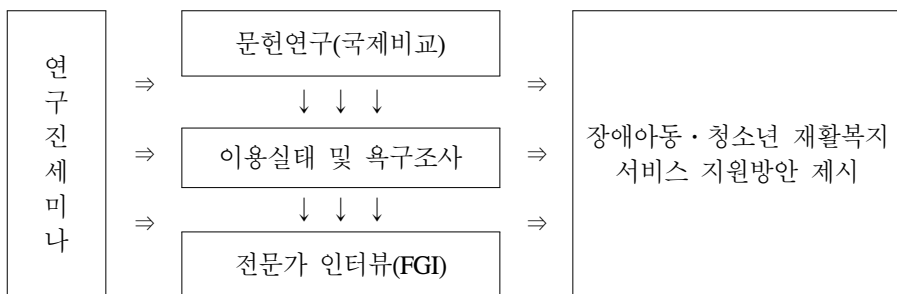
셋째, 장애아동·청소년의 재활복지 서비스 이용실태와 욕구조사를 통해 장애아동·청소년의 재활서비스의 현황과 욕구를 파악한다. 이를 통해 재활서비스의 문제점, 향후 개선방안의 함의를 얻고자 한다. 서비스 기관별 이용실태 및 욕구분석은 재활서비스를 주로 이용하는 장애아동과 청소년을 대상으로 서비스 이용실태를 파악하고 필요로 하거나 희망하는 서비스 욕구를 파악하여 분석한다.

넷째, 재활서비스 전문가(공급자)와 아동의 부모를 대상으로 초점집단을 구성하여 각각 인터뷰를 실시하고 그 내용을 분석하여 우리나라 재활서비스 공급의 유형과 정책적 방안을 모색하기 위한 함의를 도출한다.

다섯째, 우리나라 재활서비스 관련 문제점과 주요 외국의 지원정책과 장애아동·청소년의 서비스 이용실태 및 욕구조사, 전문가 대상의 질적 조사 결과를 근거로 재활서비스 지원을 위한 개선방안을 제시한다.

2) 연구방법

본 연구는 (1) 연구진 세미나, (2) 문헌연구, (3) 장애아동·청소년 실태 및 욕구조사, (4) 재활서비스 전문가 및 부모를 대상으로 한 질적 조사의 4가지 연구방법을 다음 [그림 1]에서 보는 바와 같이 활용하였다.



[그림 1] 연구방법 개괄

(1) 연구진 세미나

장애아동 및 청소년과 관련된 개념, 이론, 외국의 제도와 사례 등에 관한 연구진 세미나를 통해 연구진 간 정보공유와 학습을 통해 연구를 진행하였다. 세미나는 전문가 또는 당사자를 참여시켜 재활서비스의 실제적인 문제점을 파악하고 의견을 수렴하였다.

본 연구는 장애아동과 청소년의 욕구에 대한 참여적 연구가 중요하므로 부모 및 재활서비스 실무자를 참여시켜 운영하였다. 연구진 세미나를 통해 자료수집 및 실태 및 욕구조사 도구 개발, 연구결과에 대한 해석과 정책방안에 대한 구체적인 정보를 공유하였다.

(2) 문헌연구

장애아동·청소년에 대한 지원정책은 미국, 일본, 독일과 같은 선진국에서는 다양한 형태로 실시되고 있는 것으로 파악되고 있다. 우리나라의 기초 자료는 물론, 재활 지원서비스에 많은 영향을 미치고 있는 선진국에 대한 심층적인 분석이 선행되어야 하며, 나아가 다양한 모델을 제시하고 있는 선진국의 제도에 대한 이해 또한 시사점을 얻을 수 있다. 따라서 문헌연구를 통해 우리나라를 포함하여 위에서 제시한 국가들을 대상으로 기초 자료를 검토 분석하였다.

(3) 장애아동·청소년 재활서비스 실태 및 욕구조사

본 연구는 장애아동·청소년의 서비스 실태와 욕구를 파악하기 위해 질적 및 양적 조사를 병행하였다. 서비스 이용실태를 파악하기 위해서는 질적 및 양적 조사를 병행하여 상호보완이 되도록 하였으며, 문제점과 개선방안 마련 등을 위해서는 전문가를 대상으로 질적 조사를 실시하였다.

첫째, 양적 조사는 장애아동·청소년 약 525명을 대상으로 본 연구진이 개발한 표준화된 설문지에 의한 설문을 통해서 재활서비스 이용실태를 파악하였다. 표본추출은 조사의 편의상 장애유형과 지역 등을 고려하여 임의 표본추출 방법을 사용하였다.

- 조사내용: 인구사회학적 사항, 장애등록 시기, 재활서비스 인지 및 수급 여부, 재활서비스 이용 만족도, 재활서비스에 관한 욕구,
- 조사도구: 재활복지 지원정책 및 개선방안 등 문헌연구 및 전문가 자문을 통해 본 연구진이 평가도구를 개발
- 분석방법: 이용 현황 및 욕구를 파악하기 위해서 기술적, 추론적 통계 분석을 실시

둘째, 질적 조사에서는 특정 목적을 위해 준비된 주제를 중심으로 한 소수 전문가 그룹을 활용하여 그 주제에 대한 이해의 깊이와 폭을 구축하는 방법인 초점집단인터뷰(Focus Group Interview)를 시행하였다. 이 방법은 5~6명 내외의 초점 그룹을 대상으로 인터뷰라는 방법을 통해 주제에 대한 심도 있는 논의를 전개함으로써 문제의 원인과 해결방법을 더 심도 있고 폭넓게 모색하는데 용이하다는 장점이 있다. 질적 방법에서는 재활서비스 이용과 관련된 애로점, 향후 방향 등을 심층적으로 분석하고, 또한 전문가를 대상으로 설문조사 도구 및 개선방안 마련 등을 위해서 총 2회에 걸쳐 실시하였다. 분석대상은 재활서비스 전문가, 재활서비스 제공기관의 책임자들로 반구조화(semi-structured)된 질문지를 개발하여 실시하였다.

(4) 전문가/실무자 의견수렴

연구결과의 실효성을 높이기 위해서 재활서비스 관련 학계 전문가 정부 및 현장 실무자 등을 통해 간담회를 구성하여 의견을 수렴하였다. 특히 장애아동·청소년의 ‘삶의 질’을 극대화시킬 수 있도록 장애아동·청소년 지원 서비스 개선방안에 대해 의견을 청취하여 정책방안에 반영하였다.

Ⅱ. 이론적 배경 및 선행연구 고찰

1. 장애아동·청소년 재활서비스
2. 장애아동·청소년 재활서비스 지원현황
3. 선행연구 고찰

II. 이론적 배경 및 선행연구 고찰

1. 장애아동·청소년 재활서비스

1) 장애아동·청소년 및 재활서비스의 개념

장애에 대한 기본적 인식은 개별적 모델과 사회적 모델로 설명되고 있다. 개별적 모델은 장애를 개인의 질병, 종양, 건강조건 등에 의해서 직접적으로 야기된 개인의 문제로 간주한다. 즉, 개인의 장애 문제에 그 핵심을 두고 문제의 원인이 장애를 발생시키는 근본적인 제한 또는 심리적 상실에 기인된다고 보는 점이다. 따라서 의료적 보호를 해결책으로 지세하며 개인의 보나 나온 적응과 행위 측면에 있어서의 장애관리에 초점을 둔다. 한편 사회적 모델은 장애를 개인에게 귀속된 것이 아니고 사회적 환경에 의해 창조된 복잡한 집합체로 보는 것이다. 그러므로 장애문제를 해결하고 관리하기 위해서는 사회행동을 필요로 한다. 또한 장애인의 전 영역의 사회활동에 완전히 참여할 수 있도록 하기 위한 환경적 개선을 필수요건으로 하고 이를 실천함을 집합적인 책임으로 본다. 장애인에 대한 인식은 점차 개별적이고 개인적 비극에서 사회문제로 옮겨지고 있는 추세이다(김용득·유동철 편, 1999).

이와 같은 개별적 및 사회적 모델의 차이 및 개별적 모델에서 사회적 모델로의 변화 추이는 세계보건기구(WHO)가 제안한 ICF에 잘 나타나고 있다(WHO, 2001). ICF는 장애를 손상(impairment), 활동(activity), 참여(participation) 및 상황적 요인(contextual factors)으로 설명하면서 손상과 활동은 개별적인 모델 그리고 참여와 상황요인은 사회적 모델에서의 환경을 제시하고 있다. 손상은 신체의 구조나 기능상 상실이나 비정상을 의미하며, 활동은 일상 재화와 관련된 개인의 활동이다. 한편으로 참여는 사회적 현상을 다루며 개인의 참여를 촉진, 방해 등 사회적 반응을 의미하는 것으로 환경적 요인을 포함한다. 이는 개인적·의료적인 측면에 중점을 두면서 장애를 손상(impairment), 장

에(disabilities), 핸디캡(handicaps)에 대한 정의와 분류를 기초로 하였던 ICIDH와 비교할 수 있다.

ICF에서의 손상, 활동, 참여는 사실 장애인뿐 아니라 모든 사람들에게 적용이 가능하다. 이는 장애인과 일반인의 경계가 점점 무너지고 있음을 의미하는 것으로, 신체 손상과는 상관없이 사회에서 한 건강한 사람으로 역할 수행에 문제를 갖고 있는 사람을 장애인으로 간주하는 추세이다.

이러한 맥락에서 장애아동·청소년이란 일반적으로 연령기준에 의해 18세 미만에 해당하며, 일차적으로 의학적으로 장애로 진단되는 경우를 의미한다고 할 수 있다. 엄밀한 의미에서 사회활동의 제약을 받는 경우도 장애로 포함시킬 수 있으나 객관적으로 장애로 규정하기 어려운 측면이 있다. 또한 연령기준은 현행법에 의해 규정되어 있기도 하거니와 일반적으로 인정되는 바와 같이 18세를 기준으로 구분하는 것이 타당하다. 따라서 본 연구에서는 공적 재활서비스 대상인 장애판정을 통해 등록을 한 장애인을 대상으로 한다.

재활서비스는 대체로 초등학교 취학 전 장애아동과 학령기 아동 및 청소년의 발달을 돕기 위한 치료, 교육 등 서비스와 프로그램을 일컫는 포괄적 용어이다. 장애아동·청소년들 대부분 장애특성상 발달이 지체되기 때문에, 재활서비스는 의료, 교육, 사회, 심리적 영역에서 다양한 내용을 포함한다. 장애아동과 청소년의 부가적인 욕구를 갖고 있기 때문에 재활서비스를 통해 그들의 가족이 적절한 원조와 교육을 받을 수 있도록 하는 것이 중요하다 (Baily & Wolery, 1984).

따라서 재활서비스의 대상은 장애가 있는 것으로 진단, 등록된 아동 및 청소년에 국한하여 볼 필요가 있다. 물론 나이가 어린 영유아의 경우 어려서부터 특정 장애로 진단되지 않은 경우에는 조기진단과 발달촉진을 위한 프로그램으로 예방되는 경우가 있고, 뚜렷하게 변별할 수 없는 사회 심리적 지체, 정서장애, 학습장애 등은 교육기관에서 뒤늦게 발견되는 경우가 많기 때문에, 이를 조기에 발견하고 이에 대한 치료 및 교육 등 재활치료 프로그램을 제공하는 것이 매우 중요하다. 이에 장애아동의 범주에 일반적으로 장애로 판별된 아동 이외에도 장애 발생 위험의 소지를 가진 아동을 포함하기

도 한다.

또한 연구자에 따라서는 재활서비스 대상을 연령 구분을 달리하여 사용하기도 하지만 본 연구에서는 취학전 아동 및 학령기 아동·청소년에 대한 프로그램 및 서비스로 포괄적으로 사용하고자 하며, 재활서비스는 의료재활과 교육재활, 심리재활, 사회재활 가운데 주로 재활치료에 관한 영역을 살펴보고자 한다.

2) 재활서비스가 필요한 장애아동·청소년

아동 및 청소년 가운데 아동의 연령이 어리고 장애가 가벼울수록 장애 판별과 예측이 어렵기 때문에 이들 아동에 대해서는 판별된 장애증상 이외에도 장애위험이나 발달지체라는 용어가 사용된다. 어린 나이에 뚜렷하게 변별할 수 없는 아동의 정서장애, 학습장애 등은 물론 신체 및 언어장애 등 각종 장애는 조기진단이나 재활서비스 프로그램으로 예방, 치료되거나 장애정도를 완화시키는 효과를 가질 수 있다. 그러므로 취학전 아동 중 재활치료 프로그램을 필요로 하는 경우에는 정확한 진단을 바탕으로 이에 대응한 치료가 필요하다.

미국의 1986년 전장애아 교육법 개정안(Amendment to the Education for All Handicapped Children Act: PL 99-457)에 의하면 조기교육서비스를 필요로 하는 아동은 적절한 진단도구와 절차에 의하여 인지발달, 신체발달, 언어발달, 사회심리적 발달, 신변처리기술 영역 중 한 가지 이상에서 발달지체를 보이거나, 신체적·정신적으로 발달지체를 일으킬 가능성이 높을 것으로 진단받은 아동을 일컫는다. 장애 영·유아는 평가결과의 가변성으로 인해 장애별 명칭을 붙이기보다는 발달지체라는 명칭으로 여러 장애를 포괄하여 통칭된다.

장애아동 및 청소년에 대한 장애유형은 장애부위, 장애정도, 발생원인 등 장애에 부수된 신체적, 정신적 조건에 따라 나라마다 분류가 다양하고 차이를 나타내고 있다. 그러나 대개의 경우 시각장애, 청각장애, 정신지체, 지체장애, 정서·행동장애, 언어장애, 학습장애 등으로 나누어 설명할 수 있다.

우리나라의 장애인 분류는 공식적으로 장애인복지법(2007)과 장애인 등에 대한 특수교육법(2007)으로 구분해 볼 수 있는데, 특수교육법에서는 시각장애, 청각장애, 정신지체, 지체장애, 정서·행동장애, 자폐성장애, 의사소통장애, 학습장애, 건강장애, 발달지체 등 총 10개 유형으로 구분하고 있고, 장애인복지법(2007)에서는 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면장애, 신장장애, 심장장애, 간장애, 호흡기장애, 장루·요루장애, 간질장애, 지적장애, 자폐성장애, 정신장애의 총 15개 유형으로 분류하고 있다. 이 두 가지 유형을 비교하면 시각장애, 청각장애, 정신지체, 지체장애, 언어장애 등은 동일하지만 이외에 특수교육법에서는 정서·행동장애, 학습장애, 의사소통장애, 발달지체를 두고 있고, 장애인복지법에서는 특수교육법에 해당하는 건강장애를 두고 있어 내부장애가 포함될 수 있으나 장루·요루, 간장애 등은 아동·청소년에게 적용하기 적절하지는 않다.

이들 법은 목적이 각각 포괄적 복지서비스 제공과 교육으로 차이가 있고, 따라서 그 대상의 연령도 차이가 있는데, 두 가지 분류 중 장애인복지법에 의한 분류보다는 특수교육법에 의한 분류가 서비스 수요와 서비스 내용상 재활치료 대상 아동의 기준과 더 밀접하다고 할 수 있다. 일반적으로 특수교육의 대상인 장애유형은 다음과 같다.

(1) 시각장애

시각계의 손상이 심하여 시각기능을 전혀 이용하지 못하거나 보조공학기기의 지원을 받아야 시각적 과제를 수행할 수 있는 사람으로서 시각에 의한 학습이 곤란하여 특정의 광학기구·학습매체 등을 통하여 학습하거나 촉각 또는 청각을 학습의 주요 수단으로 사용하는 사람으로 시각장애로 인한 기능의 손상이 초기에 개입되어 회복되지 않으면 인지, 운동 및 사회성 발달에 영향을 미칠 수 있다(구분권 외, 1990).

(2) 청각장애

청력 손실이 심하여 보청기를 착용해도 청각을 통한 의사소통이 불가능 또는 곤란한 상태이거나, 청력이 남아 있어도 보청기를 착용해야 청각을 통

한 의사소통이 가능하여 청각에 의한 교육적 성취가 어려운 사람으로 청각 장애아는 언어발달의 지체가 집중적 훈련을 통해 개선되지 않는 한 언어와 관련된 지적능력의 지체, 쓰기, 읽기와 관련된 학업성취의 지체, 의사소통 능력의 결함으로 인한 사회적 적응 등의 문제를 경험할 수 있다.

(3) 정신지체(지적장애)

지적 기능과 적응행동상의 어려움이 함께 존재하여 교육적 성취에 어려움이 있는 사람으로 정신지체에 대한 미국 정신지체협의회(AAMR) 제9차 정의(1992)에 의하면 정신지체는 현재 기능 수행에 실질적인 제한성이 있는 것을 의미한다. 정신지체 아동은 특히 주의집중과 단기 기억 면에서 어려움이 있기 때문에 학습속도와 효율성에서 기본적인 차이를 나타낸다. 정신지체 아동은 정신지체의 심각도에 따라 교육가능급, 훈련가능급 및 보호가능급 등으로 구분하고 있다.

(4) 지체장애

기능·형태상 장애를 가지고 있거나 몸통을 지탱하거나 팔다리의 움직임 등에 어려움을 겪는 신체적 조건이나 상태로 인해 교육적 성취에 어려움이 있는 사람으로 발생 원인이 다양한 만큼 이들은 개인 차이가 매우 커서 지적 또는 심리적 특징들에 대해 일반화할 수 없다. 이들의 지능과 학습능력도 일정하지 않고 심리·정서적 특징들도 일반아동들과 마찬가지로 다양하다.

(5) 정서·행동장애

장기간에 걸쳐 다음 각 목의 어느 하나에 해당하여, 특별한 교육적 조치가 필요한 사람으로 이들 아동은 문제를 외현화(externalizing)하여 지나치게 공격적이고 종종 부정적인 행동을 하는 아동과 이와는 반대로 문제를 내면화(internalizing)하여 움츠러들어 있는 아동의 두 가지 유형으로 분류할 수 있는데, 거칠거나 움츠러드는 것 모두 아동발달과 학습에 부정적 영향을 미칠 수 있어서 특별한 보호를 필요로 한다. 따라서 이들의 거칠거나 움츠러든 행동은 그들의 발달과 학습에 심각한 장애가 될 수 있기 때문에 특수한

도움을 필요로 한다(Heward & Orlansky, 1992).

- ① 지적·감각적·건강상의 이유로 설명할 수 없는 학습상의 어려움을 지닌 사람
- ② 또래나 교사와의 대인관계에 어려움이 있어 학습에 어려움을 겪는 사람
- ③ 일반적인 상황에서 부적절한 행동이나 감정을 나타내어 학습에 어려움이 있는 사람
- ④ 전반적인 불행감이나 우울증을 나타내어 학습에 어려움이 있는 사람
- ⑤ 학교나 개인 문제에 관련된 신체적인 통증이나 공포를 나타내어 학습에 어려움이 있는 사람

(6) 자폐성장애

사회적 상호작용과 의사소통에 결함이 있고, 제한적이고 반복적인 관심과 활동을 보임으로써 교육적 성취 및 일상생활 적응에 도움이 필요한 사람으로 자폐성장애를 가진 아동은 명백한 감각상의 결함, 감정상의 소외, 자기 자극적 행동, 심한 투정과 자기상해적 행동, 반항적이고 정신병적 언어, 행동상의 결함 등을 갖는다.

(7) 의사소통장애

다음 각 목의 어느 하나에 해당하여 특별한 교육적 조치가 필요한 사람으로 의사소통에 장애를 갖고 있는 아동은 정상적으로 학습하고 발달하고 타인과 만족스러운 관계를 맺는데 어려움을 겪을 수 있기 때문에 장애의 교정을 위해 특수한 도움이 필요하다(Heward & Orlansky, 1992).

- ① 언어의 수용 및 표현능력이 인지능력에 비하여 현저하게 부족한 사람
- ② 조음능력이 현저히 부족하여 의사소통이 어려운 사람
- ③ 말 유창성이 현저히 부족하여 의사소통이 어려운 사람
- ④ 기능적 음성장애가 있어 의사소통이 어려운 사람

(8) 학습장애

개인의 내적 요인으로 인하여 듣기, 말하기, 주의집중, 지각, 기억, 문제 해결 등의 학습기능이나 읽기, 쓰기, 수학 등 학업 성취 영역에서 현저하게 어려움이 있는 사람으로 지적능력에 비해 특정 학업영역에서 심각한 어려움을 경험하고 있다는 공통점을 제외하면 모든 아동이 개별적인 특징을 갖고 있다고 볼 수 있는 장애이다.

(9) 건강장애

만성질환으로 인하여 3개월 이상의 장기입원 또는 통원치료 등 지속적인 의료적 지원이 필요하여 학교생활 및 학업수행에 어려움이 있는 사람이다.

(10) 발달지체

신체, 인지, 의사소통, 사회·정서, 적응행동 중 하나 이상의 발달이 또래에 비하여 현저하게 지체되어 특별한 교육적 조치가 필요한 영아 및 9세 미만의 아동이다.

한편 현행 장애인복지법 상의 장애범주를 예시하면 <표 II-1>과 같다.

〈표 II-1〉 장애인복지법의 장애범주

대분류	중분류	소분류	세분류
신체적 장애	외부 신체기능의 장애	지체장애	절단장애, 관절장애 지체기능장애, 변형 등의 장애
		뇌병변장애	중추신경의 손상으로 인한 장애
		시각장애	시력장애, 시야결손장애
		청각장애	청력장애, 평형기능장애
		언어장애	언어장애, 음성장애
		안면장애	안면부의 추상, 함몰, 비후 등 변형으로 인한 장애
	내부기관의 장애	신장장애	만성신부전증 및 신장이식자
		심장장애	일상생활에 제약을 받는 심장기능 이상자
		호흡기장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 호흡기 기능 이상
		간장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 간기능 이상
		간질장애	일상생활이 현저히 제한되는 만성·중증의 간질
		장루·요루장애	일상생활이 현저히 제한되는 장루, 요루
정신적 장애	지적장애		지능지수가 70 이하인 경우
	정신장애		정신분열병, 분열정동장애 양극성정동장애, 반복성우울장애
	자폐성장애		자폐증

3) 장애아동·청소년의 통합과 재활서비스

(1) 장애아동·청소년 재활서비스의 기본방향

장애아동 및 청소년은 일반아동과 같이 교육받을 수 있는 기회를 가져야 하며, 아울러 비장애 아동·청소년들은 장애인들에게서 느끼는 이질감을 조기에 극복하고, 그 결과로 지역사회는 장애인과 더불어 생활할 수 있는 통합사회의 결실을 맺을 수 있다. 오늘날 장애아동·청소년에 대한 교육, 보육 및 재활치료의 기본방향은 통합(inclusion)으로, 이는 정상화, 주류화 등의 단계를 거쳐서 발전되어 온 개념이다.

정상화(normalization)의 원리는 사회 안의 모든 구성원이 동등한 권리와 기회를 가지고 삶을 영위한다는 윤리적 원칙을 의미하고 장애인에 대하여 이들을 사회에 통합하려는 표현으로, 장애인이 윤리적 법률적으로 동등한 사회구성원으로 존중해야 한다는 것을 나타낸다.

주류화(mainstreaming)는 특수교육 요구 아동을 정규학교에 배치하는 교육 정책에서 사용되던 개념으로 이들이 모든 시간이나 일부 시간을 일반학급에서 활동하면서 일반아동과 상호 작용할 수 있도록 하는 것이다. 이러한 주류화는 1972년 미국 헤드스타트(Head Start) 프로그램에서 대상자의 10% 이상을 장애아동을 포함시킬 것을 의무화하여 장애아동의 헤드스타트 프로그램에 참여가 확대되는 등의 정책으로 실현되었다.

한편으로 최소 제한적인 환경(Least Restrictive Environment: LRE)은 주류화와 유사하지만 환경 전반에 대한 포괄적인 문제를 강조한 개념으로, 특히 1975년 전장애인교육법에서 3~21세의 특수아동이 최소 제한적인 환경에서 교육받을 수 있게 하도록 명시되면서 장애아동의 교육에서 주요 개념이 되었다.

이러한 개념들은 1980년 후반 이후 통합으로 발전되었다. 이는 정상화, 주류화 및 최소 제한적 환경의 개념을 포함하면서 그 의미를 한층 확장시킨 개념으로 이해된다. 특히 즉, 장애아동에 대한 재활서비스와 교육이 최소 제한적 환경에 이어서 자연스러운 환경(natural environment)에서 이루어져야 함을 강조하고 있다. 이와 같은 개념은 1990년 미국장애인교육법(Individual with Disabilities Education Act, IDEA), 그리고 동법 1997년 개정을 통하여 보다 구체화되었다.

재활서비스는 통합이 바람직하지만 성공적인 시행에는 많은 조건들이 따른다. 이와 관련하여 Cole & Chan(1990)은 통합은 가치판단과 관련된 문제로 장애아동·청소년에게 최선의 것이 무엇인지에 대한 윤리적 가치판단이 포함되고 있고, 실현 가능한 현실이라기보다는 가치 지향적이라는 점을 지적하였다.

(2) 개별화(Individualization)

개별화된 프로그램은 장애아동에 대한 재활교육과 서비스의 방법으로, 각 아동이나 청소년의 개인차와 장애에 의한 발달상의 차이를 개별적인 요구에 따라 적합한 프로그램을 계획하고 실천하는 것을 의미한다. 특히 통합 상황에서 장애아동·청소년이 정상적인 일반아동과 같이 배우고 생활하기 위해서는 이들을 지원해 줄 수 있는 개별화프로그램이 반드시 실시되어야 하며, 장애아동에 대한 개별화된 접근 없이는 통합은 물리적인 통합에 그칠 뿐이다.

개별화 실천을 위한 방법으로 개별화 교육프로그램(Individualized Education Program: IEP)과 개별화 가족지원계획(Individualized Family Service Plans: IFSP)으로 구분할 수 있다. 미국장애인교육법(IDEA)에서는 3~5세 장애아동에게 적절한 교육을 제공하기 위해서 IEP를 작성하여야 하고, 0~2세 장애영아를 위해서는 아동에 관한 목표뿐 아니라 가족 목표와 서비스 등의 가족 요소들이 첨가된 IFSP를 작성하여 재활치료 서비스를 제공하도록 정하고 있다. 그러나 실제로 필요에 따라서 3~5세 장애아동에도 IFSP를 사용하고 있다.

개별화 교육프로그램은 아동이 성취하여야 할 연간목표를 설정하고 이를 위하여 기관이 제공하여야 할 특수교육과 교육 관련 서비스 및 부가적 서비스가 무엇인가를 명확하게 할 목적으로 작성되는 것으로, 장애아동의 교육 성취, 연간 및 단기 목표, 목표 달성 평가, 서비스의 개시일, 종료일, 기간, 빈도 등이 포함된다. 가족지원계획에 포함될 내용은 장애아동의 발달 수준 등 아동에 대한 사항 이외의 아동의 발달 촉진과 관련된 가족 자원, 영유아 또는 그 가족과 가장 직접적으로 관련이 있는 전문성을 갖춘 서비스 조정자의 확인 등 가족관련 사항이 포함된다. 이들 개별화 된 계획서는 전문가 팀에 의하여 작성된다(NICHY, 2000).

(3) 장애아동·청소년 통합 재활서비스의 효과

조기교육과 재활치료가 아동·청소년의 성장과 발달에 미치는 효과에 대해서는 많은 연구들이 그 중요성을 뒷받침하고 있다. 발달지체의 문제를 가지고 있고 그 발달지체로 인하여 제한된 자극을 받게 되는 장애아동·청소년

년의 경우에는 일반 아동이나 청소년보다도 재활서비스가 더 중요한 의미를 갖는다. 장애를 가진 아동을 그대로 방치해 두면 성장 발달 가능성을 가진 부분까지도 정지해 버려 새로운 장애를 야기시키는 결과를 가져올 위험이 있다. 그러므로 재활서비스와 치료는 손상된 부분의 회복이라는 의미 외에도 잠재된 기능을 최대한 활용하여 그들의 전체적인 발달을 도모하자는 의미가 크다. 기존 연구들이 장애아동·청소년에 대한 재활서비스의 개입이 빠를수록 그리고 기간이 길수록 그 효과가 크다는 것을 증명하고 있다(이영석 외, 1999).

재활서비스의 중요성과 더불어 강조되는 것이 통합 상황에서의 재활치료이다. 일반아동과 동일한 환경에서의 일반아동과 동일한 경험의 기회를 마련하는 것이 가변성이 큰 발달 초기에 결핍된 문화적 자극을 갖기 쉬운 장애아에게 매우 중요하다. 아동의 통합 재활치료 효과에 대하여 김광웅(1990)은 나이 든 아동보다 긍정적 상호작용을 증가시킬 수 있고, 일반아동을 관찰하며 이들의 행동을 모방하는 기회를 갖게 되며, 사회적 친숙성의 증진에 있어서 효과적이라고 하였다.

장애아동·청소년과 비장애 아동·청소년의 통합은 장애아동 뿐 아니라 일반 아동이 발달을 촉진하고 비장애 아동과 청소년도 장애아동의 특성을 인정하며 더불어 함께 살아갈 수 있는 기회를 갖게 되고, 일반 아동의 가족도 장애인에 대한 수용 태도를 증대시킬 수 있는 기회가 마련되어 인간에 대한 이해의 폭을 넓히는 효과를 갖는다. 즉, 장애인과 일반인이 서로 다가갈 수 있는 기회를 마련하는 것이다.

또한 장애아 부모의 통합교육 전후의 태도 비교를 통하여 통합교육은 장애아나 일반아동이나 모두 실제 세상에 대한 노출의 기회를 갖게 되는 효과를 나타냈고, 특히 일반아동이 장애아를 이해하고 받아들이는데 효과가 있다고 보고하였다(Baily & Winston, 1989).

그러나 통합은 물리적인 통합이 아니라 실제적인 통합이어야 한다. 통합이 효과를 거두기 위해서는 일반아동과 자연스러운 상호작용과 일상적인 경험을 나눌 수 있어야 한다. 그러나 통합 상황이 장애아동을 놀이나 상호작

용의 상대로 선택할 수 있는 다양한 기회를 갖게 되지만 장애아동을 놀이 친구로 선택하라고 지원받고 그렇게 하라고 격려하지 않으면 잘 선택하지 않는 경향이 있는 것으로 나타나고 있다(서문희 외, 2001).

이와 함께 유치원에서의 장애아동에 대한 수용이 보다 전반적인 프로그램을 통한 통합일 경우에 수용에 더 장기적인 영향을 미치고 있음을 지적하고, 사회적 통합이나 수용을 지원하는 프로그램이 없이는 개인적인 차원에서의 접촉만으로는 수용에 한계가 있다고 보고하였다(Favazza, 2000). 우리나라에서도 이와 같은 주장을 뒷받침하는 결과(정계숙·김용옥, 1997; 박계숙, 1997)를 제시한 바 있다.

Kishi & Meyers(1994)의 장기연구에 의하면 초등학교 시절 장애아동과 보다 많은 접촉을 한 아동이 6년 후 조사에서 장애아동에 대하여 보다 긍정적인 태도를 갖는 것으로 조사되었다. 또한 통합 유치원에 다니고 있는 비장애 아동 및 그 부모를 대상으로 장애아동에 대한 신뢰 및 태도를 조사한 결과, 이는 아동이 평소자유놀이 시간에 장애아동과 접촉 정도와 정적 상관관계를 갖는 것으로 조사되었다. Hundet(1998)도 이와 유사한 통합의 효과를 발표하였다.

2. 장애아동·청소년 재활서비스 지원현황

1) 장애인정책 관련 법

우리나라 장애아동 및 청소년 교육 및 재활에 관련된 법률은 2007년에 제정된 장애인 등에 대한 특수교육법(법률 제8483호), 2007년 전면 개정된 장애인복지법(법률 제8852호), 1990년에 제정되고 1999년에 전면 개정된 장애인고용촉진 및 직업재활법(법률 제 7468호), 2007년에 제정된 장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률(법률 제 9705호)과 장애인차별금지법 등이 있다.

2007년 제정된 ‘장애인차별금지 및 권리구제 등에 관한 법률’은 장애아동

에 대한 차별금지 조항(제 35조)와 이를 위한 국가 및 지방자치단체의 의무(제 36조)가 명시되어있다. 특히 장애아동에 대한 교육, 훈련, 건강보호서비스, 재활서비스, 취업준비, 레크리에이션 등을 제공받을 기회가 포함되어 있는 점은 적극적인 권리를 표현하는 것이다.

이상과 같은 법률들은 장애아동 및 청소년의 교육, 재활, 복지 등에 관련된 거의 모든 서비스를 제공하도록 명시한 것들이다. 그러나 가장 근간이 되는 법률은 장애인복지법과 장애인 등에 대한 특수교육법과 이라 할 수 있다.

한편 장애인 정책 담당부서는 정부 각 부처별로 고유업무를 담당하고 있으며, 대표적으로 보건복지가족부(아동청소년가족정책실), 교육과학기술부(특수교육지원과), 노동부, 문화체육관광부 등이며, 전체적인 장애관련 정책을 관할하는 장애인정책조정위원회가 국무총리 산하에 설치되어 있다.

2) 우리나라 장애아동·청소년의 유형과 비율

특수교육법에 명시된 장애의 유형은 시각장애, 청각장애, 정신지체, 지체장애, 정서·행동장애, 자폐성장애, 의사소통장애, 학습장애, 건강장애, 발달지체 등으로 구분하고 있다. 각 장애유형별 출현율은 정확하게 파악하기 어렵다. 다만 특수교육요구학생 실태조사(박성우 외, 2006)에 의하면 우리나라 전체 학령인구 975만명 가운데 특수교육 관련 학령인구는 145,390명으로 약 1.49%의 출현율을 나타내고 있다.

한편 교육과학기술부의 2009년 특수교육통계에 의하면 특수학교와 특수학급 등에서 교육을 받고 있는 학생 수는 다음과 같다. 이 자료에 의하면 전체 특수교육요구학생의 약 51.7%가 교육을 받고 있는 반면 약 48.3%는 아직도 교육적 서비스를 제공받지 못하고 있음을 알 수 있다.

〈표 II-2〉 특수교육 대상 학생수

배치별			특수학교	일 반 학 교		특수교육 지원센터	계
				특수학급	일반학급 (전일제통합 학급)		
특 수 교 육 대 상 학 생			23,606	39,380	12,006	195	75,187
학 생	장 애 영 역 별	시 각 장 애	1,470	292	348	3	2,113
		청 각 장 애	1,257	849	1,255	24	3,385
		정 신 지 체	15,353	21,973	3,245	30	40,601
		지 체 장 애	3,206	3,729	2,609	115	9,659
		정서·행동장애	860	2,035	642	·	3,537
		자 폐 성 장 애	983	3,256	408	·	4,647
		의사소통장애	92	599	632	1	1,324
		학 습 장 애	13	5,390	1,123	·	6,526
		건 강 장 애	16	538	1,391	·	1,945
		발 달 지 체	356	719	353	22	1,450
계		23,606	39,380	12,006	195	75,187	
수	과 정 별	장 애 영 아	93	·	·	195	288
		유 치 원	856	720	1,727	·	3,303
		초 등 학 교	7,271	22,469	4,295	·	34,035
		중 학 교	6,181	9,197	2,568	·	17,946
		고 등 학 교	7,143	6,994	3,416	·	17,553
		전 공 과	2,062	·	·	·	2,062
계		23,606	39,380	12,006	195	75,187	

출처: 교육과학기술부(2009). 2009 특수교육통계. 서울: 교육과학기술부. p. 3.

우리나라 장애인 교육에 있어 기본 원리를 구체적으로 제시한 자료는 없지만 특수교육의 장·단기 발전방안 수립의 기본원리(김원경 외, 1995)에 제시한 것을 바탕으로 제시하면 다음과 같다.

첫째, 평등성은 모든 장애아동은 그들의 장애정도와 관련 없이 재활 서비스를 받은 기회가 제공되어야 한다는 것이다.

둘째, 적합성은 서비스의 내용과 과정이 아동의 필요와 능력에 적합하게 이루어져야 한다는 것이다.

셋째, 통합성은 장애아동이 가능한 한 제한이 최소화된 환경에서 서비스가 이루어져야 한다는 것이다.

넷째, 효율성은 제한된 재정으로 적절하게 계획하고 시행하는 과정에서 효과적으로 수행되어야 한다는 것이다.

3) 장애아동·청소년 출현율 및 추정수(2008년도 장애인실태조사)

장애아동 및 청소년 수와 재활서비스를 필요로 하는 대상의 추정은 장애에 대한 정의와 법적 범주에 따라 달라질 수 있다. 여기서는 장애아동, 청소년의 출현율과 재활서비스 대상아동의 추정수를 중심으로 논의하고자 한다. 먼저 2008년 말 현재 우리나라 전체 등록장애인 현황은 다음과 같다.

〈표 II-3〉 등록장애인의 장애유형별 구성비(2008년 말)

(단위: 명, %)

장애유형	등록인원	비율	장애유형	등록인원	비율
지체장애	1,191,031	53.0	신장장애	50,474	2.3
뇌병변장애	232,389	10.3	심장장애	14,732	0.7
시각장애	228,126	10.2	호흡기장애	14,984	0.7
청각장애	223,102	9.9	간장애	6,986	0.3
언어장애	15,458	0.7	안면장애	2,337	0.1
지적장애	146,889	6.5	장루·요루장애	11,740	0.5
자폐성장애	12,954	0.6	간질장애	9,166	0.4
정신장애	86,624	3.9	(총계)	2,246,965	100.0

자료: 보건복지가족부(2008).

등록인원은 총 224만 7천여 명이며, 장애유형별로는 지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 지적장애 등의 순으로 집계되고 있다. 등록장애인의 경우 연령별 인원이 공개되지 않아 아동 및 청소년 수를 정확히 파악하는 것은 불가능하다. 전체 등록장애인의 성별로는 남자가 59.8%를 차지하고 있어 여자보다 많으며, 지역별로는 경기도 소재 등록장애인이 가장 많은 것으로 집계되고 있다.

한편 우리나라 장애아동 및 청소년 수를 파악하기 위해 전국적 규모의 조사인 장애인 실태조사 결과(2005년도)⁵⁾에 의하면 0~18세 미만 아동 및 청

소년은 총 88,525명으로 추정되고 있다.

<표 II-4> 0~18세 미만의 장애아동·청소년 추정수

(단위: 명, %)

구 분	계		남		여	
	수	비율	수	비율	수	비율
전 체	88,525	100.0	55,570	100.0	32,955	100.0
장애유형별						
지체장애	10,237	11.6	2,972	5.3	7,265	22.0
뇌병변장애	9,270	10.5	3,524	6.3	5,746	17.4
시각장애	4,199	4.7	2,516	4.5	1,683	5.1
청각장애	4,342	4.9	2,134	3.8	2,208	6.7
언어장애	1,179	1.3	796	1.4	383	1.2
지적장애	46,629	52.7	33,989	61.2	12,642	38.4
자폐성장애	9,946	11.2	8,232	14.8	1,714	5.2
정신장애	338	0.4	110	0.2	228	0.7
신장장애	208	0.2	110	0.2	98	0.3
심장장애	1,091	1.2	588	1.1	503	1.5
호흡기장애	-	-	-	-	-	-
간장애	283	0.3	189	0.3	94	0.3
안면장애	144	0.2	79	0.1	65	0.2
장루·요루장애	154	0.2	3940	0.1	115	0.3
간질장애	502	0.6	291	0.5	211	0.6
연령별						
0~4세	4,047	4.6	1,521	2.7	2,526	7.7
5~9세	27,908	31.5	16,597	29.9	11,311	34.3
10~14세	33,674	38.0	24,155	43.5	9,519	28.9
15~17세	22,896	25.9	13,297	23.9	9,599	29.1

자료: 변용찬 외, 2005년도 장애인 실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원, 2005.

실태조사에서 추정된 장애아동 및 청소년은 2005년도 실태조사의 전체 장애인 2,148,686명의 4.1%에 해당하는 비율로서 2000년도 조사결과에 비해서도 낮은 편이며, 특히 65세 이상은 36.1%를 차지하는 결과와 비교해 볼 때 적은 비율이다. 이와 같이 고령장애인의 비중 증가와 장애아동의 비중 감소

- 5) 2008년도 실태조사가 가장 최근의 조사이나 2005년도 조사와 달리 등록장애인을 대상으로 조사하였기 때문에 장애아동의 출현을 추정할 수 없다.

는 선진국에서도 볼 수 있는 특징으로 장애아동의 수도 일정하게 증가하고 있으나 전체적인 비율에 있어서는 고령장애인의 증가가 두드러지기 때문에 상대적 비중은 줄어들게 되는 경향에서 비롯된다.

장애유형별 추정수에 있어서는 성인장애인과 달리 지적장애(정신지체)가 압도적으로 많아 전체 장애아동·청소년의 절반을 약간 상회하고 있으며, 다음으로는 지체장애, 뇌병변장애, 자폐성장애가 각각 10% 정도의 비율을 차지하고 있다. 그밖에 시각장애나 청각장애는 지체장애나 뇌병변장애의 절반 정도이며, 건강장애는 심장장애가 다소 많을 뿐 매우 적은 수를 차지하고 있다.

성별 추정수에 있어서는 연령별 분포에 있어서는 남자가 62.8%를 차지하여 여자(37.2%)에 비해 훨씬 많은 비중을 차지하고 있으며, 남자의 경우 지적장애와 자폐성장애가 상대적으로 많고, 여자의 경우는 지체장애와 뇌병변장애의 비중이 상대적으로 높았다. 연령별로는 전체적으로 10~17세가 0~9세 보다 많았으며, 대체로 10~14세가 38%를 차지하여 가장 많았다.

4) 장애아동 및 청소년의 재활서비스 유형

한국의 장애아동·청소년 재활 서비스는 장애인 등에 대한 특수교육법 제2조에서 관련 서비스로 제시하고 있다. 즉 ‘특수교육 관련 서비스’란 특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위하여 필요한 인적·물적 자원을 제공하는 서비스로서 상담지원·가족지원·치료지원·보조인력 지원·보조공학기기지원·학습보조기기지원·통학지원 및 정보접근지원 등을 말하는 것으로 규정하고 있다. 또한 장애인복지법 제2조 기본정책의 강구에서 장애 발생예방, 의료와 재활치료, 사회적응훈련, 교육, 직업, 정보에의 접근, 편의시설, 안전대책 강구, 사회적 인식개선, 주택보급, 문화환경 정비, 경제적 부담의 경감 등을 규정하고 있다. 이상의 유형들은 미국에서 각종 법률에서 명시하거나 실제적으로 제공되고 있는 서비스의 유형과 같은 맥락을 하고 있다.

한편 송영준 등(2007)의 연구에 의하면 장애유형에 따른 치료지원의 범위에 대한 여러 연구 결과를 다음과 같이 요약하여 제시하고 있다.

첫째, 물리치료는 주로 지체장애와 중복장애에 필요하다.

둘째, 작업치료는 주로 지체장애, 정신지체, 정서·행동장애, 중복장애에 필요하다.

셋째, 언어치료는 시각장애를 제외한 거의 모든 장애에 필요하다.

넷째, 청능훈련은 청각장애에 필요하다.

다섯째, 심리치료(예술치료를 포함)는 거의 모든 장애에 필요하다.

노선옥 외(2008)는 특수교육 서비스를 받고 있는 장애아동과 청소년을 대상으로 지원을 받고 있는 치료 지원의 종류를 조사한 결과 물리치료, 작업치료, 언어치료, 청능훈련, 심리·행동치료 기타로 제시하였다. 이 가운데 언어치료, 심리·행동치료, 작업치료, 물리치료의 순으로 지원을 받고 있는 것으로 나타났다.

동 연구에서 지원이 필요한 관련 서비스의 종류를 조사한 결과 상담지원, 가족지원, 보조인력, 통학지원, 정보접근지원, 조기판별 및 진단, 여가활동 서비스, 의학적 서비스, 사회사업(복지) 서비스, 기타로 나타났다. 이 가운데 여가활동 서비스, 사회사업(복지) 서비스, 정보접근지원서비스의 순으로 지원이 필요한 것으로 제시하였다.

2008년도 실태조사에 의하면 장애아동과 청소년 중 재활치료를 받은 경우는 68%에 이르며, 받은 재활치료 중 언어치료가 가장 많았고, 다음으로 미술치료, 음악치료, 작업치료, 놀이치료, 심리·행동치료, 물리치료의 순으로 나타난 바 있다.

이와 함께 보건복지가족부에서 실시하는 장애아동 가족지원사업의 일환으로 전국가구평균소득 50% 이하 가정의 만 18세 미만의 뇌병변, 지적장애, 자폐성, 청각장애, 언어장애, 시각장애, 중복장애아동에게 언어치료, 미술치료, 색채치료, 예술치료, 음악치료, 행동치료, 놀이치료, 심리운동치료 등의 서비스를 제공하고 있다(보건복지가족부, 2009b).

그동안 치료교육활동은 언어치료, 청능훈련, 물리치료, 작업치료, 감각·운동·지각훈련, 심리·행동적응훈련, 보행훈련, 일상생활훈련 등 8개 영역의 활동으로 나뉘어 모든 학생을 대상으로 정해진 수업시간에 제공되어 왔다. 새 법에서는 치료교육활동 대신 치료지원을 제공하도록 규정하였으므로, 교육감 또는 교육장은 진단·평가 결과를 바탕으로 학생 개개인의 교육지원 내용을 결정하고 그에 따라 학생별로 치료지원 내용이나 방법 등을 결정하게 된다. 또한 물리치료, 작업치료를 비롯하여 특수교육대상자에게 필요한 것으로 결정되는 치료지원은 국가면허 혹은 국가공인 민간자격증 소지 전문 치료사가 제공하게 된다.

치료지원 제공에 필요한 보다 구체적인 사항들은 시·도별로 인적 자원, 예산, 유관기관의 분포 등 지역별 특성을 고려하여 결정해야 한다. 다만, 이 때까지 제공해오던 치료교육활동 영역 중 전문치료사가 제공해야 하는 의료적 지원으로 볼 수는 없으나 특정한 장애유형의 특수교육대상자에게 필요한 영역으로 인정되는 보행훈련, 심리·행동 적응훈련 등도 기타 특수교육 관련서비스로 규정하여 그것을 필요로 하는 특수교육대상자에게 제공할 수 있게 된다.

이와 함께 장애영아 무상교육 지원은 만 3세미만의 장애영아의 보호자는 조기교육이 필요한 경우 교육장에게 교육을 요구할 수 있으며 교육장은 특수교육지원센터의 진단·평가결과를 기초로 만 3세미만의 장애영아를 특수학교의 유치원과정, 영아학급, 또는 특수교육지원센터에 배치하거나 순회교육을 제공할 수 있도록 하고 있다(장애인 등에 대한 특수교육법 제18조). 장애인 등에 대한 특수교육법에 신설된 장애영아 무상교육 지원규정은 2008년 5월 시행에 따라 시·도교육청별 수요조사 및 시범운영을 추진 중에 있으며, 13개 장애영아학급을 편성하여 18명의 담당교사가 지원하고 있다.

5) 서비스 전달과정

재활서비스 전달 방법은 크게 공공기관과 사설기관에서 제공하는 형태로 이루어지고 있다. 먼저 공공기관의 경우 특수학교(유치원 포함), 특수교육지

원센터, 장애인복지관, 종합사회복지관, 의료기관 등에서 본인 부담이 없거나 적은 비용으로 서비스를 제공하고 있다. 그리고 사설기관의 개인이 운영하는 조기교육센터 또는 심리상담실 등에서 본인 부담으로 필요한 서비스를 받고 있다.

특수학교 등에서 이루어지는 서비스는 주로 교육 활동의 연장인 경우가 많고, 최근에 방과후 활동 프로그램 가운데 일부가 미술치료, 음악치료, 예술치료, 여가 또는 취미활동에 관련된 서비스가 본인 부담 없이 이루어지고 있다. 또한 보건복지가족부에서 실시하고 있는 장애아동 가족지원 사업의 경우 기초자치단체의 허가, 등록 또는 지정을 받은 비영리단체, 법인, 개인사업자, 상법상의 법인 등으로서 재활치료 서비스 수행능력과 경험이 있는 기관에서 전국 가구 평균 소득 50% 이하 가정의 뇌병변장애, 지적장애, 자폐성장애, 언어장애, 청각장애, 시각장애, 중복장애를 가진 만 18세 미만의 아동에게 언어치료, 미술치료, 예술치료, 음악치료, 행동치료, 놀이치료, 심리운동치료의 서비스를 제공하고 있다.

이 경우 기초생활수급자는 본인 부담이 면제되고, 차상위 계층은 월 2만원, 차상위 초과 전국 가구 평균소득 50% 이하 계층은 월 4만원의 본인 부담으로 서비스를 받을 수 있다.

기타 개개인의 요구에 따라 필요한 다양한 형태의 서비스는 전적으로 본인 부담에 의해 주로 개인 사업자의 사업장에서 서비스를 받고 있다. 그러나 개인 사업자의 사업장에 대한 기준이나 종사자의 자격 기준이 법률로 규정된 것이 없으며, 특히 비용에 관련된 것은 각 사업자의 결정에 의해 이루어지고 있다. 이 경우 본인의 경제적 부담은 매우 큰 것으로 추측되고, 이러한 고비용으로 인해 필요한 서비스를 적절하게 받지 못하는 경우도 매우 많은 것이 현실이다.

6) 장애아동·청소년에 대한 복지지원 서비스

장애아동 및 청소년이 지원받을 수 있는 복지서비스는 소득지원, 주거 및 시설서비스, 지역사회서비스, 보육 등으로 크게 구분된다. 먼저 가족을 포함

하여 직접적 및 간접적 소득지원의 유형에는 장애수당, 장애아동수당, 장애인자녀교육비 지원, 장애인 의료비 지원, 장애진단비 지원, 재활보조기구 무료 교부, 재활보조기구 건강보험 급여 등이 있다.

- ① 장애아동수당: 국민기초수급 장애인 및 차상위 계층으로 18세 미만의 재가 장애아동, 기초중증 월 20만원, 차상위 중증 월 15만원, 기초 및 차상위 경증 월 10만원
- ② 장애인자녀교육비 지원: 소득인정액이 일정 이하(1인 가구 월 601,961원 이하, 4인 가구 월 1,645,602원 이하)인 가구의 1~3급인 장애인 중·고생 및 1~3급 장애인의 중·고생 자녀가 대상이며 입학금 및 수업료 전액, 교과서대 106천원(연 1회), 중학생의 부교재비 32천원(연 1회), 학용품비 44천원(학기당 22천원)
- ③ 장애인 의료비 지원: 의료급여법에 의한 의료급여 2종 수급권자인 장애인으로 1차 의료기관 본인부담 75%~50% 지원, 2차, 3차 의료기관은 본인부담 진료비 15% 전액 지원
- ④ 장애진단비 지원: 기초수급장애인으로 신규 등록장애인(지적장애, 자폐성장애 4만원, 기타 15천원)
- ⑤ 재활보조기구 교부: 국민기초수급자 및 차상위계층의 등록장애인으로 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 심장장애인으로 욕창방지 매트, 음향신호기, 음성탁상시계, 휴대용 무선신호기, 자세보조용구, 진동시계, 보행기, 식사보조기구, 기립보조기구 무료 교부
- ⑥ 재활보조기구 건강보험 급여: 등록장애인으로 보장구 급여비 지급청구서 제출한 경우 적용대상 품목의 기준액 범위내에서 구입비용의 80% 공단에서 부담하며, 의료급여 수급권자는 1종의 경우 기준액 전액, 2종은 85% 지원받는다.

주거 및 시설서비스와 관련해서는 일반 재가장애인의 경우 주택개조에 대한 지원이 있으며, 그밖에는 장애인복지시설이 생활시설, 중증장애인 요양시설, 장애영유아시설 등으로 구분되어 자격기준에 해당하는 경우 입소할 수

있다. 그밖에 지역사회재활시설로서는 장애인복지관, 재활병·의원, 그룹홈, 장애인재가복지봉사센터, 주간·단기보호시설, 장애인체육관, 장애인정보화 교육기관, 직업재활시설, 이동지원서비스센터(장애인콜택시, 해피콜 등), 종합사회복지관, 수화통역센터, 점자도서관/심부름센터 등이 있다.

장애인 생활시설의 입소자격은 국민기초생활보장수급자로 법정 등록장애인이거나, 국민기초생활보장 수급자가 아닌 경우는 법정 등록장애인으로 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자, 입양기관 보호아동으로써 아동 소재지 행정관청에서 관할 복지실시기관에 입소 의뢰한 보호아동으로 되어 있다.

한편 지역사회서비스에 있어서는 주로 재활시설을 통해 다음과 같은 서비스를 받을 수 있다. 즉 의료재활(물리치료, 작업치료, 순회진료, 방문간호 등), 사회재활(상담, 사회재활프로그램 등), 교육재활(조기교육, 방과후 교육, 통합교실 등), 심리재활(심리상담, 미술치료, 음악치료, 놀이치료 등), 주간·단기 시설서비스, 이동지원서비스(장애인콜택시, 해피콜 등), 활동보조서비스 등이다.

(1) 의료재활

재활병·의원의 경우 등록장애인으로 기초수급권자의 경우 무료로 진료 받을 수 있으며, 장애인복지관에서는 장애인으로 등록된 자로서 각 복지관의 의료평가를 통해 적격자로 판정된 자이며, 장애인의 신체기능 회복을 위한 의료재활서비스 제공, 진료실 운영, 물리치료, 작업치료, 언어치료, 청능훈련, 재활보조기구 사용자 착용훈련 등이 제공된다.

(2) 사회심리재활

장애인으로 등록된 자로서 각 복지관의 사회평가를 통해 적격자로 판정된 자로써 장애인의 사회참여 확대를 위한 각종 사회심리 재활서비스인 재활상담(개별, 집단, 가족, 동료 등), 사회적응훈련(캠프, 방과후 활동, 사회기술훈련 등), 심리치료(놀이치료, 심리 운동치료, 음악치료, 미술치료, 치료레크레이션 등), 성교육, 장애가족지원(장애형제 기능강화, 부모 스트레스대처훈련,

장애인의 자녀지원 등), 자조집단(동아리활동, 부모회 육성) 등이 제공된다.

(3) 교육재활

장애인복지관의 경우 장애인으로 등록된 자로서 각 복지관의 교육평가를 통해 적격자로 판정된 자에 대해 장애인에 대한 각종 교육재활서비스 - 조기교육(영유아, 아동 등), 통합교육, 부모교육, 학습지도(취학아동교육, 문자교육, 검정고시 등), 컴퓨터교육, 각종교구대여, 시·청각장애인지초재활 등이 지원된다.

(4) 직업재활

근로능력에 제한이 있고 직업재활 욕구가 있는 대상자로서 장애인의 경제적 안정과 자립촉진을 도모하기 위한 직업재활서비스 - 직업상담, 직업평가, 직업적응훈련, 직업훈련, 보호작업장 운영, 취업알선(지원고용 등), 현장훈련, 취업 후 지도가 지원된다.

(5) 주간·단기 보호서비스

등록장애인 이용자의 신청을 원칙으로 하고 국민기초생활보장법에 의한 국민기초생활보장대상수급자를 우선 배려하여, 1개 보호시설 당 보호대상 실인원은 최소 10인으로 운영한다. 단기보호는 30일 이내를 기본으로 하되 필요에 따라 변경 시행할 수 있다.

(6) 이동지원

장애인심부름센터는 센터가 소재한 지역의 등록장애인을 우선으로 하되, 인근 지역 장애인의 요청이 있는 경우 센터 업무의 특별한 사정이 없는 한 이용할 수 있도록 지원하며, 이동에 제약이 있는 장애인에게 차량운행을 통하여 민원업무 보조, 통학, 외출보조 및 병원 이용보조 등 각종 이동서비스 및 안내를 지원한다.

(7) 활동보조서비스

활동보조서비스는 장애 1급 장애인으로 장애유형 구분 없이 지원하며, 선정기준은 장애유형(15종 전체), 중증도(인정조사표), 소득기준, 연령, 기타 독거 여부 등 기준으로 지원한다(보건복지가족부, 2009c).

7) 특수교육의 치료지원

한편 ‘특수교육진흥법’이 ‘장애인등에 대한 특수교육법’으로 2007년 개정됨에 따라 기존의 치료교육이 삭제되어 개정법에서는 치료교육 대신 특수교육관련 지원서비스⁶⁾의 일부인 치료지원(물리치료, 작업치료)을 시행하고 있다. 치료교육이 개정된 이유는 기존에 치료교육을 담당하는 한 명의 교사가 8개 영역을 모두 담당해야 하는 어려움으로 인해 각 영역별 전문성에 대한 문제가 제기되어 폐지되게 되었다. 이로 인해 특수학교 교육과정에서 물리치료, 작업치료의 2개 의료적 내용은 삭제하고 언어치료, 청능훈련, 감각운동지각훈련, 심리행동적응훈련, 보행훈련, 일상생활훈련의 6개 내용은 국어과, 사회과, 체육과 등 관련 교과에 포함하도록 하고 있다.

여기서 특수교육 관련서비스는 특수교육 대상학생의 교육을 효율적으로 실시하기 위한 지원으로 치료지원은 2009년에는 유치원 과정 및 초 1~2학년에 치료지원 제공을 시작으로 5년간 단계적 확대 제공하여 2013년에는 유·초·중·고의 전학년에 제공하는 것으로 계획되어 있다. 교육과학기술부의 치료지원 운영계획에 따르면 치료지원의 제공절차는 특수교육지원센터에서 진단·평가를 통해 특수교육대상자의 교육지원 내용을 결정하고, 특수교육지원센터에서 결정한 교육지원 내용을 토대로 개별화교육 지원팀에서 치료지원의 내용과 방법을 결정하도록 하고 있다.

또한 대상자 선정에서는 교육적 진단을 통해 치료지원의 제공여부 치료지원 대상학생에 대한 치료지원의 종류 및 내용을 결정하고, 교육적 진단 과

6) 특수교육관련 서비스는 상담지원, 가족지원, 치료지원, 보조인력 지원, 보조공학 기기 지원, 학습보조기기 지원, 통학지원 및 정보접근 지원 등으로 되어 있다.

정에서 학부모의 의견을 수렴하되, 교육적 진단 없이 학부모의 희망만을 근거로 치료지원을 하지 않도록 하고 있다. 한편 치료지원의 제공방법 및 제공인력의 자격에 있어서 시·도교육청에서 자체적으로 결정하되, 방법은 기존 치료실을 활용한 치료사를 배치하고, 유관기관(병·의원), 보건소, 복지관 등을 활용하며, 치료지원 바우처 제도를 활용하도록 하고 있다. 치료지원 제공인력의 자격은 기본적으로 국가면허 또는 국가공인 민간자격을 소지한 사람으로 되어 있으나 치료지원 제공인력의 인프라가 미약한 점을 고려하여 국가면허소지자 또는 국가공인 민간자격증 소지자가 양성될 때까지 대학 또는 대학원에서 치료지원 관련학과 졸업자, 민간자격 소지자 등을 활용하도록 하고 있다.

8) 재활치료서비스 바우처(boucher)

정부는 2008년 ‘장애인정책발전 5개년 계획(2008-2012)’을 수립하였으며 이는 그동안 추진되어 온 1차(1998-2002), 2차(2003-2007)를 계승하면서 수요자 중심의 정책을 개발하고 추진하기 위해서 수립되었다. 이 가운데 장애아동에 대해서 재활치료 서비스를 확대하며, 부양가족에 대해서는 양육상담, 일시보호 등 가족지원 서비스를 제공하고 있다. 특히 장애아동 재활치료 서비스는 2009년부터 전국의 18세 미만의 뇌병변, 언어, 청각, 지적, 자폐 장애아동에게 언어치료, 심리치료, 등 재활치료 서비스와 장애 조기발견 및 중재를 위한 부모 상담 서비스 등을 제공하며 1만 8천명을 대상으로 대상자 1인당 월 20만원 상당의 재활치료 바우처가 제공되고 있다. 이 바우처는 서비스 접근권과 선택권의 보장, 충분한 인프라 확보, 서비스 제공기관의 질 관리를 전제로 한다. 또한 장애아를 키우는 가족의 양육스트레스를 줄이고, 가족의 휴식과 역량 증진을 목적으로 하는 ‘장애아가족 휴식지원 사업’이 추진되고 있다. 사업 대상은 만 18세 미만 자폐성, 지적장애, 뇌병변 장애아, 중증장애아가 있는 평균소득 100%이하 가족이다. 정신지체 장애아 가족은 연간 320시간 내의 장애아 돌보미를 무료로 파견 받을 수 있으며, 캠프, 자조모임 등

가족 프로그램에 참여하여 양육 역량을 키울 수 있다(보건복지가족부, 2009a).

이 가운데 장애아동 재활치료 바우처사업은 2007년 보건복지가족부의 지역사회서비스혁신사업 중 자체개발형 사업의 일환으로 최초로 추진된 이래, 2008년 전국 14개 시, 도 지역 97개 시, 군, 구에서 약 135억여 원의 예산으로 약 5천 6백명(추정 대상자 수)에게 서비스가 제공되었다. 이후 치료바우처 사업은 2년간의 사업경험과 장애아동 부모들의 전폭적인 요구를 반영하여 2009년도부터는 일반회계(장애인복지 분야)로 전환되었고, 2009년도 현재 전국의 모든 시, 군, 구에서 1만 8천여 명의 장애아동에게 월 20여만원 상당의 바우처를 제공하는 사업으로 발전해 왔다. 사실상 올해부터 치료바우처 사업은 본격적으로 시행되고 있다(보건복지가족부, 2009b).

2009년부터 본격화되고 있는 치료바우처 사업의 현황을 살펴보면, 우선 사업의 대상은 만 18세 미만 장애아동(재가장애아동, 시설입소아동 포함) 중 뇌병변, 지적, 자폐성, 청각, 언어, 시각장애를 가진 아동이고, 이와 같은 장애를 가진 아동 중 전국 가구평균소득 50% 이하인 가구에 해당되어야만 서비스 대상 자격을 얻을 수 있다. 서비스 대상 자격자로 선정되면, 사전에 선정된 재활치료서비스 바우처 제공기관(영리, 비영리 기관, 개인사업자 등)에 서비스 요청을 할 수 있고, 지급받게 될 바우처 금액 한도 내에서 원하는 치료서비스를 제공받을 수 있게 된다.

2008년 장애인실태조사에 따르면 18세 미만 장애인의 68%가 치료서비스를 이용하고 있으므로 18세 미만 장애아동을 기준으로 약 5만 7천여 명이 치료를 받는 것으로 추정된다. 그렇지만 2009년도 바우처 서비스대상자는 1만 8천명에 불과한 실정이다(에이블뉴스, 2009. 8. 13).

제공받게 될 치료서비스의 종류로는 언어치료, 청능치료, 미술치료, 음악치료, 행동, 놀이, 심리운동 치료 등이 있고, 이와 같은 서비스는 재활치료 관련 민간 자격을 소지하고 있거나, 관련 학회 및 단체 등에서 발급받은 치료사 자격증을 소지한 치료사가 제공하게 된다. 또한 1인당 제공되는 바우처 금액은 소득수준에 따라 기초생활수급자는 월 22만원을 지원받고 별도의

본인 부담금은 없으며, 차상위 계층의 경우 월 20만원을 지원 받고 대신 본인부담금이 2만원을 내야 한다. 그리고 차상위 초과이면서 전국 가구평균소득 50% 이하인 경우 월 18만원을 지원받고 본인부담금 4만원을 내야 한다. 재활치료서비스 제공기관의 경우 국가 또는 지자체의 허가, 등록 또는 지정을 받은 비영리단체, 법인, 개인사업자, 상법상 법인 등으로서 재활치료서비스 수행능력과 경험이 있는 기관이 담당하게 된다.

〈표 II-5〉 장애아동 재활치료 바우처 이용현황(2009)

프로 그램	언어·청능 지도	미술 치료	물리 치료	읽기·쓰기· 셈하기 등	작업 치료	심리행동 치료	기타
이용 빈도(%)	42.3	11.5	11.5	6.9	5.6	4.2	13.0

자료: 보건복지가족부(2009).

〈표 II-6〉 장애아동이 희망하는 재활치료

프로 그램	언어·청능 지도	심리행동 치료	물리 치료	수영	읽기·쓰기· 셈하기 등	작업 치료	기타
이용 빈도(%)	33.1	18.3	10.8	8.4	6.4	5.6	17.4

자료: 보건복지가족부(2009).

재활치료바우처 사업은 장애아동의 재활치료를 국가 차원에서 그 비용을 지원해 주게 되어, 재활치료로 인한 장애인 가구의 경제적 부담을 획기적으로 덜어주게 되었다고 평가되고 있는 가운데, 시행상의 문제점도 있는 것으로 드러나고 있다. 즉 2009년도 사업의 경우 사업 시작 전부터 장애아동 부모들을 중심으로 서비스의 시장화 문제, 영리 기관의 독과점 문제, 영리 기관의 가격 담합 문제, 소득을 기준으로 서비스 대상자를 제한하는 문제, 재활치료서비스의 전문성 및 질 관리 문제 등이 대두되었다.

3. 선행연구 고찰

장애아동 및 청소년의 재활서비스에 관한 연구들은 주로 치료효과에 대한 내용이 대부분이고 재활치료에 관한 정책적인 연구는 매우 드문 실정이다.

김미점(2003)은 부산지역 10개 재활의료기관 의료재활담당자와 장애아동 부모를 대상으로 장애아동을 위한 의료재활서비스 실태 및 개선방안에 관한 연구를 통해 의료재활서비스를 이용하고 있는 이용자들을 중심으로 조사한 결과에서 재활의료기관에서 제공하고 있는 의료재활서비스에 비교적 만족하고 있지만, 반면에 의료재활서비스에 대한 개선요구도 큰 것으로 나타났다. 우선 재활서비스를 제공하기 위한 전문인력 및 시설, 장비의 부족과 서비스 이용에 따른 지출비용에 크게 부담을 느끼는 것으로 나타났다. 또한 필요로 하는 서비스의 적절한 이용이나 비용의 적절성에서는 만족도가 크게 떨어진 것으로 나타났다. 서비스를 제공하는 담당자들의 조사 결과를 보면 자신의 직무에 대체로 만족하고 있으나 근무조건, 근무환경, 업무관련 교육, 보수 문제에 대해서는 만족하지 못하는 것으로 나타났다.

김영란(1999)은 장애인 복지관련 서비스 욕구조사를 통해 조사대상자들이 서비스에 가장 원하는 것은 서비스의 질과 전문성의 향상, 서비스 시설의 접근성으로 나타났다. 특히 조사대상자의 대다수가 복지 관련 서비스를 받고 있었으나 서비스 제공은 지역의 장애인 복지관에 집중되어 있었고 수혜 서비스의 내용도 상담, 의료재활, 교육재활에 편중되어 있었다. 또한 장애인들이 정부에서 제공하는 서비스의 개선점으로는 경제적 지원의 부족으로 조사되었으며, 서비스 내용과 전달상의 측면에서는 지역마다 순위의 차이는 있지만 전 지역에서 서비스의 높은 질과 전문성, 서비스 종류의 다양화, 적용대상의 확대를 개선점으로 제안하였다.

유혜숙(2008)은 2005년 장애인 실태조사를 통해 장애인복지서비스 이용현황과 요인을 분석하였다. 그 결과 전체장애인 중 86.1%가 22개 장애인복지서비스 기관을 인지하고 있었으나, 장애인복지관이나 특수학교·특수학급을 제외한다면 실제 개별시설에 대한 인지율은 저조(24.2%)한 수준으로 나타났

다. 또한 장애인기관을 인지하고 있는 장애인 중 17.3%만이 실질적으로 서비스를 이용해 본 경험이 있는 것으로 나타났으며 이용기관은 주로 장애인복지관이나 재활병원에 집중되어 있었다. 서비스 이용 만족도는 대체적으로 높은 수준으로 나타났고, 전체 장애인 중 장애인복지관 관련 기관을 한 곳 이상 이용할 의향이 있는 장애인은 73.4%로 높은 수준을 보였다.

현재 장애아동 치료를 목적으로 하는 재활서비스에서는 장애아동의 환경이나 보호자의 권리가 부각되어 진다. 강양구(2007)는 정규학교 교육과는 별도로 복지관이나 사설특수교육실에서 장애아동이 받고 있는 치료 및 교육 프로그램과 부모들을 위한 부모교육 프로그램의 이용여부에 영향을 미치는 요인을 서울특별시, 6대 광역시 및 각 도의 시·군 지역의 유치부, 초등부, 중등부 및 고등부 특수학교와 각급 특수학급에 재학 중인 장애아 부모들 총 983명을 대상으로 조사한 결과 아동의 치료 및 교육 프로그램 이용과 관련하여 아동이 유치부나 초등부에 다니는 경우, 아동 치료 및 교육 프로그램 이용경험이 있는 경우와 가구소득이 높을수록 아동 치료 및 교육 프로그램을 더 많이 이용하는 것으로 지적하였다. 또한 주 양육자가 기타(주로 조부모 및 형제자매)인 경우와 장애유형이 시각장애인 경우가 아동 치료 및 교육 프로그램을 덜 이용하는 것으로 나타났으며, 장애아동의 치료 및 교육 프로그램 제공기관으로 복지관을 선택한 경우에는 부모의 사회적 스트레스가 높은 경우가 기관을 선택하는 요인으로 지적하였다. 또한 장애유형이 시각장애, 청각장애, 정서장애 및 중복장애인 경우와 프로그램 제공기관 선택 이유 중 교육의 질 및 프로그램 제공기관 여건 때문에 그리고 프로그램 이용료가 높은 것으로 나타났다. 다음으로 장애아동의 치료 및 교육 프로그램 제공기관으로 사설특수교육실을 선택한 경우에는, 장애유형이 청각장애, 정서장애 및 중복장애인 경우와 프로그램 제공기관 선택이유 중 편리성 및 기관 여건 때문에 그리고 주 양육자의 건강상태가 좋은 경우로 나타났다.

장애아동 치료교육서비스 증진방안에 관한 연구에서 공화자(2005)는 통합교육 시 소외되고 있는 장애아동을 위한 개별화 서비스를 제공하는 기관으로 민간치료교육기관, 장애인복지관, 종합사회복지관등이 있으나 민간기관

의 경우 높은 비용으로 인해 장애인복지관 수요 증가가 필요하다고 하였다. 또한 장애아동에 대한 치료교육 서비스의 활성화 증진방안으로는 장애예방의 강화, 조기 진단 및 평가 등의 치료교육의 문제, 장애아동에 대한 정확한 자료 파악과 의료재활의 문제, 장애아동의 사회적 통합 촉진과 장애아동에 대한 사회 인식의 변화 그리고 전달체계의 문제와 장애아동에 대한 경제적 지원 등의 방안을 제시하였다.

또한 오혜경(2002)은 2000년도에 실시된 장애인실태조사를 기초로 하여 장애아동의 사회 인구학적 특성, 경제적인 배경 등 일반적인 사항을 알아보고 특별히 장애아동의 진단과 치료실태의 진단과 치료에 영향을 미치는 요인은 무엇인가에 관해 살펴보고자 하였다. 그 결과 전체 아동의 주된 장애는 정신지체가 38.6%로 가장 높았고, 뇌병변장애(16.0%), 발달장애(14.2%), 지체장애(13.0%), 시각장애(7.5%), 언어장애(4.9%), 청각장애(3.9%), 심장장애(1.8%) 순으로 나타났다. 이러한 장애를 발견한 뒤 치료받은 시기에 대한 조사에서는 '장애진단(발견) 직후(1개월 이내)'가 56.7%로 가장 많았던 반면 '치료받지 않았음'도 무려 16.4%이었고, '3년 이후'가 9.1%로 나타났다. 이를 통해 상당수의 보호양육자가 아동의 장애를 인정하지 않거나 치료를 받기 위한 적극적인 노력이 부족한 것을 짐작할 수 있고, 이는 조기개입이 필요한 장애아에게 부정적인 요인으로 작용할 수 있다. 장애치료를 받지 않은 이유로는 '그대로 두어도 괜찮거나 곧 나을 것 같아서'가 27.3%, '장애에 대한 무관심·무지 때문에'(19.4%), '치료해도 나을 것 같지 않아서'(14.5%), '근처에 치료기관이 없어서'(7.9%), '경제적으로 곤란해서'(5.4%) 순으로 나타났으며 치료받지 않은 이유가 경제적 원인보다는 치료에 대한 신뢰부족이나 개인의 무지 때문인 것을 지적하고 있다. 치료가 충분하다고 생각하는지에 대해서는 '그렇지 않다'고 대답한 경우가 54.3%로 절반을 넘어 치료에 대한 구체적인 욕구나 적절한 방안에 대한 조사 및 개입이 필요한 것으로 나타났다.

이외에도 김도연(1992)의 장애아동의 조기교육 및 재활정책에 관한 연구, 김미옥(1994)의 정신지체아동을 위한 장애인종합복지관의 서비스에 관한 연구, 이경숙(2006)의 장애아동 재활치료 관리를 위한 정보시스템 개발에 관한

연구 등 장애아동을 위한 관련 연구가 있다. 그렇지만 장애 청소년에 관한 재활서비스에 관한 연구는 장애청소년 실태와 지원정책을 모색한 박영균(1999)을 제외하고 거의 전무할 만큼 취약한 실정이다. 한편 유명화(2006)는 장애 청소년 생활실태와 복지욕구 지원방안 연구에서 중·고등학교에 재학 중인 장애청소년을 대상으로 기초생활실태와 생존욕구, 문화여가활동과 발달욕구, 사회지원체계와 보호욕구, 인권과 참여욕구 등의 복지실태와 욕구를 분석하였으나 이 연구에서도 장애청소년의 재활서비스는 의료서비스에 국한되어 제시하고 있으며, 장애청소년의 의료서비스 이용의 어려운 점으로 서비스시설의 접근성과 이동의 제한으로 인한 어려움을 제시하고 있다.

Ⅲ. 주요 외국의 장애아동·청소년 지원제도

1. 미국
2. 일본
3. 독일
4. 호주
5. 시사점

III. 주요 외국의 장애아동 · 청소년 지원제도

1. 미국

1) 장애아동 교육 및 보육 관련 법 · 제도

미국에서의 장애아동 조기교육 프로그램은 1960년대 중반부터 시작되었으며, 현재는 주로 1990년 연방법인 장애인교육법(IDEA)에 의하여 5세 미만 장애아동에 대한 공교육체계를 구축하고 있다. 즉, 정부가 5세 미만 장애 및 장애 위험아동에 대한 평가를 실시하고 그 결과에 따라 다양한 장애 영유아 프로그램 중 적절한 곳에 배치하고, 전문가들의 상호협조 체제에 의하여 이들 및 그들의 가족에게 필요한 교육 및 의료, 복지 등 관련 서비스를 무상으로 제공하고 있다(서문희 외, 2001).

1975년에는 전장애아교육법(EAHCA, PL 94-142)이 제정되어 여기에서는 장애아동 교육 연령을 3~21세로 정하여 장애 유아 프로그램부터 특수한 교육과 관련 서비스를 제공하도록 하였고, 이에 소요되는 경비 일부를 연방정부에서 지원하도록 하였다. 이 법에 나타난 주요 내용을 보면, 주 정부는 장애아동을 발견하기 위한 노력을 기울여야 하며, 장애가 있다고 고려되는 아동은 다학문적인 배경을 가진 팀에 의하여 자연스러운 환경에서 비차별적 검사가 이루어져야 하고, 평가 및 배치절차가 적절하여야 하며 이 과정에서 부모가 참여하여야 한다고 명시하고 있고, 개별화된 교육프로그램(IEP)을 최소 제한적 환경에서 실시할 것을 명시하여 통합교육의 방법을 구체적으로 제시하였다(서문희 외, 2001).

전장애아교육법(EAHCA)은 1986년에 장애아교육법(Education Handicapped Children Act: EHC, PL 99-457)으로 전면 개정되었는데, 개정안에서는 각 주정부가 1990~91학년부터 장애유아에게 특수유아 교육서비스를 제공하도록 규정하였으며, 출생부터 2세까지의 장애 혹은 발달지체 영·유아와 그 가족에게 5

년간 조기교육 프로그램을 시범적으로 개발·적용하고, 그 이후부터는 주정부에서 영·유아를 위한 특수교육 프로그램을 개발하여 시행하도록 하였다. 이 법은 전장애아교육법에 비하여 가족 전체에 초점을 두고 장애아동과 그들의 부모를 위하여 다양한 전문인력 팀이 참여하는 개별화 가족서비스 계획(IFSP)을 실시하도록 하였다.

1990년에는 장애아교육법(EHC, PL 99~457)이 장애인교육법(IDEA)으로 전면 개정되었다. 이 법은 가족역할의 중요성과 재활 서비스를 가장 적절히 자연적 환경에서 제공할 것을 강조하였다. 그리고 1991년에 이 법을 다시 개정하여(PL 102~119) 출생에서 21세까지 무상의 공교육을 보장하였다. 이 법은 1997년에 다시 개정에 그 중요성을 재확인하였고, 특히 아동들이 무상의 적절한 공교육을 받을 기본적인 권리를 보호하고, 모든 아동의 교육 기회를 향상시키기 위해 학교, 주 정부, 연방정부, 행정기관, 고등교육기관, 부모와 아동의 책임을 강조하였다(서문희 외, 2001).

미국은 또한 장애아동과 청소년 및 그 가족에게 필요한 정보를 제공하기 위한 정보센터(National Information Center for Handicapped Children and Youth: NICHCY)를 운영하고 있다. 미국의 재활서비스 교육대상은 매우 포괄적으로 정의하고 있다. 미국의 1986년 장애아 교육법 개정안(PL 99-457)에 의하면 조기교육 서비스를 필요로 하는 유아는 적절한 진단도구와 절차에 의하여 인지발달, 신체발달, 언어발달, 심리사회적 발달, 신변처리기술 영역 중 한 가지 이상에서 발달지체를 보이거나, 신체적·정신적으로 발달지체를 일으킬 높은 가능성을 지닌 것으로 진단받은 아동을 일컫는다.

2) 미국 장애의 유형과 비율

미국인구통계청(United States Census Bureau)의 2000년 인구통계에 의하면 미국 전체 인구는 약 2억 8천만명으로 1990년에 비해 13.1%가 증가한 것으로 집계되었다. 미국보건복지부(United States Department of Health and Human Service: HHS)의 2008년 통계에 의하면 현재 아동과 청소년(0-17세)의 인구는 7,390만 명으로 이 가운데 0~5세 아동이 2,510만 명, 6~11세 아동이

2,380만 명, 12~17세 아동은 2,500만 명이다. 전체 아동 인구 가운데 약 521만 명이 장애아동인 것으로 추정하고 있다.

한편 Erickson과 Lee(2008)는 5~15세 사이의 전체 아동 44,429천명 가운데 2,786천명이 장애아동으로, 약 6.3%의 출현율을 보이고 있다고 보고하였다. 이들은 장애유형을 감각장애(sensory disability), 신체장애(physical disability), 정신장애(mental disability), 건강장애(self-care disability)로 구분하였으며, 감각장애는 489천명(1.1%), 신체장애는 508천명(1.1%), 정신장애는 2,260천명(5.1%), 건강장애는 401천명(0.9%)으로 추정하였다.

미국교육통계청에 의하면 2006~2007학년도에 장애개인교육법(IDEA)에 의해 특수교육과 관련 서비스를 받고 있는 3~21세 아동과 청소년 비율은 전체 학생의 13.6%로, 1976~1977학년도 이후 꾸준히 증가하고 있다(National Center for Education Statistics, 2009). 특수교육과 관련 서비스를 받게 되는 장애유형은 특정 학습장애, 말과 언어장애, 정신지체, 정서장애, 청각장애, 정형외과적 장애, 기타 건강장애, 시각장애, 중복장애, 농·맹장애, 자폐증, 뇌손상, 발달지체, 학령전기 장애 등으로 구분하고 있다. 이들 장애유형 가운데 가장 많은 비율을 차지하는 장애가 특정학습장애(5.4%)이며, 다음이 말과 언어장애(3.0%), 기타건강장애(1.9%), 정신지체(1.1%) 등의 순으로 나타났다. 미국의 활동제한 아동의 비율은 다음의 표와 같다.

<표 III-1> 활동제한 아동(5-17세)의 비율: 1997-2007

구 분	1997	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
계(total)	7.8	7.0	7.0	8.0	8.5	8.1	8.4	8.0	8.6	8.3
특수교육 대상	5.4	5.3	5.0	6.2	6.3	6.3	6.3	6.1	6.7	6.5
기타 제한	2.4	1.7	2.0	1.8	2.1	1.8	2.1	1.8	1.9	1.8
남자	10.8	8.8	8.8	10.4	10.7	10.1	10.6	10.2	11.0	10.8
여자	5.5	5.2	5.1	5.5	6.2	6.0	6.1	5.7	6.1	5.6

자료: Forum on Child and Family Statistics, 2009.

3) 미국 장애인 정책의 기본원리

미국장애인위원회(National Council on Disability: NCD)의 2009년 장애인정책진행보고서(national disability policy: a progress report)에 제시된 장애인 정책의 기본원리를 살펴보면 다음과 같은 네 가지로 제시하고 있다. NCD는 대통령이 지명하고 상원이 승인한 15명의 위원으로 구성된 연방 기구이다. NCD는 대통령에게 자문을 하고, 의회와 실행 기관에 정책, 프로그램, 실제, 절차를 촉구하는 기관이다.

첫째, 장애인은 생애 전반에서 건강이 보장되어야 한다.

둘째, 장애인은 좋은 건강을 유지하고 이차 건강문제를 가지지 않도록 건강관리와 예방 서비스가 보장되어야 한다.

셋째, 장애인은 건강하고, 적극적이며, 독립적인 생활을 유지하도록 가정 중심(home-based)과 지역사회 중심(community-based) 건강 서비스와 지원이 보장되어야 한다.

넷째, 장애인은 건강관리를 위한 서비스 제공자의 선택에 있어서 평등이 보장되어야 한다.

4) 미국 장애 청소년의 재활 서비스 유형

미국의 장애 청소년 재활 서비스는 매우 다양한 유형이 제공되고 있지만, 여기서는 심리재활 서비스를 중심으로 개관한다. 물론 이러한 서비스는 IDEA와 재활법의 Section 504, 기타 관련 규정에서 제시한 유형이다.

① 청각학적 서비스

청각학적 서비스(audiology services)는 청력 손상을 가진 아동을 선별하고, 사정하고, 확인하는 청각학자가 제공한다. 그리고 청력 손상의 범위, 특성, 정도를 결정한다. 청각학자들은 아동의 청각 재활을 위해 의사나 다른 전문가에게 의뢰를 하기도 한다. 또한 언어훈련(language habilitation), 청능훈련(auditory training), 말 읽기 또는 입술 읽기(speech reading or lip reading), 말

유지(speech conservation), 기타 프로그램을 제공한다. 마지막으로 집단 또는 개인 증폭기에 대한 아동의 요구를 결정하고, 적절한 보청기를 선택하고, 증폭기의 효과를 평가하게 된다.

일반적으로 이러한 서비스는 학교에서는 제공되지 않고 병원에서 제공하는데, 아동의 청력 손실을 평가하는데 필요한 진단도구가 없기 때문이다. 이러한 평가 결과에 따라 학교에 배치된 청각학자가 서비스를 제공하거나, 전문가가 배치되어 있지 않으면 교사나 언어병리학자가 서비스를 제공한다.

② 작업치료

작업치료(occupational therapy)는 일상생활 기능에 손상을 가진 장애아동을 사정하고 처치하는데 집중하는 치료사에 의해 제공된다. 작업치료사가 초점을 두는 일상생활 기능 영역은 세 가지로 나눌 수 있다. 첫째, 섭식과 착탈의 같은 일상생활 활동 둘째, 쓰기, 가위 사용하기, 책과 서류 관리하기, 교실에서 잘 앉아 있기과 같은 학교와 작업 기능 셋째, 미술이나 체육 수업 참가하기 또는 휴식 시간에 다른 아동과 놀기와 같은 놀이/여가 기능이다.

관련 서비스로 작업치료가 제공될 때는 교육에 참여하는 아동의 능력을 향상시키는데 초점을 둔다. 일상생활 기능에 초점을 두는 경우에는 최소로 제한된 환경에서 참여하는데 도움이 될 수 있다. 일반적으로 작업치료사는 다음과 같은 서비스를 제공한다.

첫째, 소근육 운동 기능을 강화하고 개발하는 처치를 제공한다.

둘째, 일차적으로 얼굴, 상체, 팔, 머리에 있는 작은 근육의 처치에 초점을 둔다.

셋째, 씹기, 삼키기, 말을 만들기 위한 혀와 입의 배치, 눈-손 협응, 손재주와 같은 독립적 기능에 필요한 과제를 수행할 수 있는 아동의 능력을 향상시킨다.

③ 물리치료

물리치료(physical therapy)는 의사, 간호사, 교사, 작업치료사, 기타 전문가들이 의뢰한 장애아동에게 제공된다. 물리치료사는 근육의 강도, 이동성과

지구력을 증가시키는 처치를 제공하고, 신체적 움직임과 동작의 범위에 포함된 큰 근육에 따른 대근육 운동 기능에 초점을 두며, 아동의 자세와 걸음 걸이, 신체인식을 향상시키는데 도움을 주며, 이동 도구와 장비의 기능, 적합성, 적절한 사용을 점검하게 된다. 물리치료사는 장애아동의 모든 일상 활동과 교육활동에서 독립성과 기능을 극대화하도록 신체적 잠재력을 개발하고 향상시키는데 중점을 둔다.

④ 심리학적 서비스

심리학적 서비스(psychological services) 역시 장애아동의 교육과 일상생활에서 이익을 얻는데 도움이 되는 서비스이다. 심리학적 서비스를 위한 장애아동의 잠재적 요구는 교사, 부모, 기타 전문가들의 회의에서 검토된다. 이들은 아동이 위축되었는지 그리고 학력이 떨어졌는지에 주의를 해야 한다. 부모들은 아동이 자기 학년보다 읽기수준이 떨어져있는지 그리고 학습장애인지에 관심을 가져야 한다. 이 때 치료사나 상담사는 심리학적 서비스를 제공하는 책임이 있다. 이들의 주요한 의무는 아동이 장애를 가졌는지 여부를 결정하기 위한 심리검사와 교육검사 그리고 기타 사정 절차를 실시하고 해석하며, 학습에 대한 아동의 행동과 조건에 관한 정보를 획득하고, 통합하고, 해석한다. 정보는 아동의 관찰과 교사, 부모, 아동의 면접에 의해 획득한다. 심리검사, 면접, 행동평가에 의해 나타난 아동의 특별한 요구를 충족시키기 위한 프로그램을 계획하는데 있어서 관련 직원에 대한 자문과 지원을 한다. 그리고 아동과 부모를 위한 상담을 포함한 심리학적 서비스를 제공하는 프로그램을 계획하고 관리한다.

⑤ 의학적 서비스

의학적 서비스(medical services)는 특정 조건에서만 고려되는 관련 서비스이다. 의학적 서비스는 필요한 관련 서비스의 유형과 정도를 결정하기 위해 의사가 아동의 장애를 진단하고, 의사의 직접적이고 진행하는 처치는 아니지만 진단 이유를 설명한다. 그러나 학교에서 의사가 수행하는 의학적 서비스가 적합한지에 대한 논쟁은 있지만, 지원적인 서비스가 의사에 의해 수행

되어야 하고 평가나 진단의 목적을 위한 것이 아니라면 학교에서 의학적 서비스를 제공할 의무는 없다. 그리고 교사와 같은 비의료인에 제공할 수 있는 것이면 학교는 그러한 서비스는 제공해야 한다. 예를 들어, 응급상황과 같은 경우에 약간의 의학적 지식으로 할 수 있는 서비스는 학교에서 제공할 수 있다.

⑥ 학교 건강 서비스

장애아동들은 지원적인 건강관리가 없으면 학교생활을 할 수 없기 때문에 학교 건강 서비스(school health services)가 필요하다. 건강 서비스는 보건교사나 보건교사의 지도 아래서 훈련을 받은 비의료인이 제공하게 된다. 학교 건강 서비스에는 특별식, 카테트 청소, 흡입관, 약품 관리, 학생의 안전 계획, 상처를 예방하기 위한 활동이 포함된다.

⑦ 교통수단 서비스

교통수단 서비스(transportation services)는 특별 교통수단 서비스를 받아야 되는 것으로 확인된 장애아동에게 제공된다. 대부분의 장애아동들은 비장애아동들이 사용하는 것과 같은 교통수단을 이용할 수 있다. 그러나 특별한 지원이 필요한 장애아동을 위해 학교나 교육청은 집과 학교와 학교 간 이동 수단, 학교 주변을 이동하는 수단, 특별한 장비를 제공해야 한다.

⑧ 상담 서비스

상담 서비스(counseling services)는 장애아동들이 진로 의식을 개발하고, 자기 이해를 향상시키고, 행동적응과 통제기능을 향상하기 위해 아동들과 함께 활동하는 학교 상담사가 제공한다. 상담 서비스는 장애아동들이 교육활동에 보다 잘 참여할 수 있도록 하는 것이다. 또한 학교 상담사는 심리학적 서비스를 제공하는 사람들의 기능을 수행하기도 한다, 그리고 학교 상담사는 특수교육을 받아야 하는 아동을 확인하고 의뢰하고, 의뢰에 대해 부모의 허락을 받고, 아동의 기능수준과 정의적 요구에 관한 도움을 제공한다. 그리고 아동과 부모에 대한 지원적인 상담과 생활지도를 제공한다.

⑨ 말-언어 병리적 서비스

말-언어 병리적 서비스(speech-language pathological services)는 말더듬 그리고 말, 언어, 음성장애와 같은 의사소통장애아동의 요구를 충족하기 위해 말-언어 병리학자가 제공하는 것이다. 일반적으로 말-언어 병리학자는 유창성, 언어, 조음, 음성, 구어-인두음(oral-pharyngeal) 기능 장애를 선별하고, 확인하고, 사정하고 진단한다. 그리고 보완대체 의사소통 체제를 포함하여 의사소통 장애의 훈련이나 예방을 위한 말과 언어 서비스를 제공한다. 또한 말장애나 언어장애의 훈련에 필요한 의학적 또는 다른 전문가의 도움을 위해 아동을 의뢰한다.

⑩ 사회사업 서비스

사회사업 서비스(social work services)는 가정, 학교, 지역사회에서 장애아동의 전반적인 복지를 위해 제공된다. 역사적으로 사회사업가는 1913년 초에 학교에서 이용되었다. 아동의 교육적 요구에 영향을 주는 학교 밖의 요인을 고려할 필요에 따라 서비스가 시작되었다. 가정이나 지역사회에서 문제는 학교에서 아동의 수행에 부정적으로 영향을 주며, 학교에서 아동의 태도나 행동은 다시 사회에서의 수행에 부정적으로 영향을 준다. 사회사업 서비스는 아동이 교육 프로그램에서 이익을 극대화하는데 도움을 주기 위해서 필요하게 되었다.

현대 사회에서 우수한 학교 사회사업가는 사회사업 석사학위를 취득하고, 수렴감독자의 지도를 받으면서 관련 기관에서 실습을 해야 한다. 학교 사회사업가의 임무는 장애아동의 사회적 역사 또는 발달적 역사를 준비하고, 아동과 가족에 대한 집단 또는 개인 상담을 제공하고, 아동의 학교 적응에 영향을 주는 아동의 생활 장면(가정, 학교, 지역사회)에서의 문제를 다루고, 아동이 교육 활동에서 이익을 얻을 수 있도록 학교와 지역사회 자원을 동원하는 것이다.

⑪ 부모 상담과 훈련 서비스

부모 상담과 훈련 서비스(parent counseling and training services)는 부모의 요구와 자기 아동의 삶에서 중요한 역할을 수행하기 때문에 매우 중요한 서비스이다. 장애아동의 부모들은 자기 아동의 장애를 이해하기 위해 그리고 발달에 대한 장애의 영향을 이해하기 위해서 상담과 훈련에 대한 요구가 크다.

학교 상담사는 부모들이 자기 아동의 특별한 요구를 이해하도록 지원하고, 아동발달에 관한 정보를 부모들에게 제공하고, 부모지원집단, 재정적 지원 방법, 학교 외의 전문가들을 부모에게 제시한다.

⑫ 여가치료

여가치료(recreation therapy)는 장애여부에 관계없이 모든 아동들은 휴식과 여가시간을 건설적으로 사용하는 방법을 알아야하기 때문에 필요한 서비스이다. 특수교육에서 이익을 얻기 위해 여가치료가 필요한 것으로 판단된 장애아동에게 여가치료는 눈-손협응, 신체발달, 인지발달, 언어발달, 사회화 기술을 개선하는데 기여할 수 있다. 여가치료사는 아동의 여가 수용능력과 기능을 평가하고, 여가활동 참여를 제한하는 기능적 어려움을 교정하고, 여가 참여와 관련된 기술, 지식, 태도를 학습하기 위해 여가교육을 제공하고, 지원과 수정된 여가장비의 요구에 근거하여 여가에 참여하도록 아동을 돕는다.

⑬ 보조공학 기기 서비스

보조공학 기기 서비스(assistive technology devices and services)는 장애인교육법(IDEA)와 재활법 Section 504에는 명시되지 않았지만 전장애아교육법(EHA)에 “관련된 보조와 서비스”(rated aids and services)가 장애아동이 교육효과를 극대화하는데 도움을 주는데 필요한 것으로 언급하고 있다. 한편 보조공학 서비스가 장애인의 생활에 크게 기여할 수 있음을 인정하여 의회에서 1988년의 장애인을 위한 공학관련지원법(Technology-Related Assistance for Individuals with Disabilities Act)을 통과시켰다.

미교육부 특수교육사무국(the Office of Special Education Programs: OSEP)은 정책 지침으로 “아동의 보조공학에 대한 요구를 고려하는 것은 아동의

개별화교육계획 개발과 함께 연계하여 사례별로 이루어져야 한다”라고 제시하고 있다. OSEP 규정은 “보조공학은 일반교육 환경에서 아동의 교육을 촉진하는데 활용되는 보완적 지원 또는 서비스의 형태가 될 수 있다. 그러한 보완적 지원 또는 서비스는 일반교육 프로그램의 수정은 아동의 개별화교육 계획에 포함되고 장애아동에게 제공되어야 한다”라고 명시하고 있다.

⑭ 예술치료

예술치료(artistic therapies) 역시 다른 지원 서비스와 마찬가지로 연방 규정에 구체적으로 언급되어 있으며, 예술교육 프로그램과 미술치료, 음악치료, 무용치료가 포함되어 있다.

미술치료는 장애아동들이 자기표현의 수단 그리고 개인적인 창의성과 통제를 확장하는 기회를 제공한다. 음악치료 역시 비슷한 개인적 성장을 촉진하는데 사용된다. 무용치료는 좋은 자세, 훈육, 정신집중, 협응, 민첩성, 속도 균형, 기력강화, 지구력을 개발하고 증진할 수 있다. 이러한 치료의 목적은 정신적 건강과 육체적 건강의 회복, 유지, 향상에 있다. 이들 치료는 행동, 사회적 기술, 지각, 자긍심, 신체적 이동성과 기능의 변화에 영향을 줄 수 있다.

예술치료는 장애아동의 개인적 욕구를 표출하도록 미술치료사, 음악치료사, 무용치료사가 계획한다. 예술치료사들은 개개 아동의 능력을 평가하고, 아동의 요구와 능력에 적절한 프로그램을 계획하고, 아동의 정서적, 신체적, 인지적 발달을 위한 치료과정에서 사용되는 예술 형태나 움직임이 있는 서비스를 제공하고, 담임교사를 지원하는 사람으로 활동을 한다.

⑮ 급식 서비스

급식서비스(school breakfast and lunch program)는 IDEA에 구체적으로 제시한 관련 서비스는 아니다. 급식 프로그램은 미농무부(U.S. Department of Agriculture: USDA)가 연방 수준에서 실시하는 것이다. 재정은 미 농무부에서 상환하며 각 가정의 수입에 따라 차이가 있다. 만약 가정이 정해진 수입 기준에 적합하면 무료 또는 낮은 가격으로 급식 서비스를 받게 된다.

USDA의 Section 504와 아동영양 규정에 의해 연방 급식 프로그램에 참여

하는 학교는 아동의 장애 때문에 제한된 특별식을 제공하도록 별도의 비용 부담없이 합리적인 노력을 하도록 요구하고 있다.

5) 관련 서비스 전달과정

교육청은 서비스를 아동에게 어떻게 전달할 것인지를 결정해야 한다. 교육청은 자체의 인력을 동원하여 이러한 서비스를 제공하기도 하지만 거의 불가능하다. 그래서 이러한 서비스를 제공할 때 공공 또는 사설 기관을 통해 전달하기도 한다. 아동들의 다양한 요구를 충족시키기 위해서 학교가 제공하는 관련 서비스는 두가지 종류가 있는데, 직접치료(direct therapy)와 간접치료(indirect therapy)가 그것이다.

직접치료는 치료사와 아동 간의 직접적인 상호작용을 말한다. 이러한 상호작용은 다양한 장면에서 발생할 수 있다. 치료사는 아동의 반응을 분석하고, 특별한 기술을 개발 또는 향상되도록 구체적인 기법을 사용한다. 또한 치료사는 학교와 일상 환경에서 아동의 수행을 점검하고, 교사와 부모를 자문해야 한다. 물론 몇몇 전략들은 평소에는 간접적인 방법으로 수행될 수도 있다.

간접치료는 치료적으로 적절한 활동을 수행할 수 있도록 하기 위해서 다른 팀 구성원(준전문가와 부모 등)을 가르치고, 자문하고, 직접적으로 감독하는 것을 말한다. 작업치료사와 같은 자격을 가진 훈련된 지원가들이 관련 서비스 전달에 함께하도록 고용되기도 한다. 간접치료는 ① 치료 절차는 개개 아동을 위해 치료사가 계획하고, ② 치료사는 아동과 상호작용하는 기회를 규칙적으로 가지고, ③ 치료사는 팀 구성원과 부모에게 계속 훈련, 후속 훈련, 지원을 제공하는 것과 같은 세 가지가 필수적이다. 한 가지 형태의 서비스가 다른 서비스보다 반드시 우수한 것은 아니다. 제공된 서비스의 형태는 아동의 요구와 교육 목적, 그리고 교직원의 기술과 이용가능성에 따라 달라진다.

이러한 서비스 전달에 필요한 비용은 주나 지역 정부가 주로 부담하여 가족의 부담을 최소화하고 있다. 연방정부는 관련 법률의 제정과 개정을 통한

정책을 개발하고, 개발된 정책을 실행하고 지원하는 것은 주와 지역 정부에 역할과 책임을 위임하고 있다.

미국은 부모의 소득수준에 관계없이 장애아동이 적절한 발달상의 지원을 받을 수 있도록 다각도로 지원하고 있는데 이러한 국가 의료보호제도는 특수교육뿐만 아니라 직업교육 등 장애인이 전 연령에 걸쳐서 국가의 의료재활 지원을 받을 수 있도록 잘 연계되고 있다. 저소득층의 경우에는 국가에서 직접 치료비를 전액 지원하게 되고 고소득자의 경우에도 민간 의료보험에서 똑 같은 수준의 치료비 지원을 하고 있기 때문에 장애아동 부모들에게 부담을 줄일 수 있는 것이다.

미국의 대표적인 공공부조인 메디케이드(Medicaid)는 저소득층을 위한 국가 의료 보호시스템이다. 산모의 출산뿐만 아니라 신생아의 발달상의 장애를 최소화하기 위한 조기 치료비용을 국가가 전액 부담하는 것이다. 희귀성 질환이나 자폐 등 발달장애를 가진 경우, 백혈병이나, 기형 등 신체적 장애, 그 밖에 정신적 장애를 동반한 경우에도 모든 치료에 대해서 국가가 부담하게 된다. 이들 장애아동 의료비에는 혈액 투석, 장기 이식, 중환자실 진료, 외래 진료, 진료비가 함께 포함되어 있다.

무엇보다 장애 특성 및 장애 아동의 발달적, 질병적 상태에 대한 의료적 진단, 치료의 필요성 유무 등에 관한 판단 규정이 존재하기 때문에 불필요한 치료지원이나 의료비의 청구는 불가능하다. 반면에 메디케이드가 사용되는 공간은 병원 시설뿐만 아니라 사설치료 기관 및 특수학교로 다양하며 물리치료, 작업치료, 언어치료 등 재활치료서비스를 무상으로 제공받을 수 있다.

저소득층의 메디케이드 신청 역시 가구 구성원 수에 따라서 그 기준이 다양하지만 무엇보다도 중산층인 경우에도 장애아동 치료지원의 혜택에서 제외되지 않도록 별도의 제도를 마련하고 있다. 즉 가구 소득이 일정 수준 이상이라서 메디케이드를 신청할 수 없는 경우 주마다 운영하고 있는 아동 건강보험 프로그램 CHIP(Children's Health Insurance Program)을 통해 메디케이드를 대신할 수 있다. 미국의 경우 저소득층 - 4인 가족 기준 월수입이 \$1,833 (약 200만원) 이하인 경우 - 메디케이드에 해당하고, 월수입 \$3,675

(약 400만원)인 경우에는 아동건강보험프로그램 CHIP을 이용해서 장애아동 재활치료서비스를 제공 받을 수 있다(에이블뉴스, 2009).

이와 같이 미국은 장애아동 한 명을 동등한 국민으로 인식하고 그들 가족이 갖게 되는 부담을 줄이는 것을 당연시 하고 있다. 또한 치료서비스의 접근성 문제와 관련하여 병원에서 진단을 받은 장애아동이 주거지와 가까운 곳에서 직접 치료를 받을 수 있도록 병원과 연계된 치료 클리닉이나 위성병원(satellite hospital)을 개설하여 가까운 지역 클리닉에서 치료를 받을 수 있게 하고 있다.

2. 일본

1) 일본 장애인 정책 관련법

일본의 장애아동에 관련한 법률적 토대는 1947년 아동복지법(법률 제164호)을 필두로, 1949년 신체장애자복지법(법률 제283호), 1950년 정신보건 및 정신장애자복지에 관한 법률(법률 제123호), 1960년 지적장애자복지법(법률 제37호)이다. 이를 근간으로 하여 1970년 장애자기본법(법률 제164호)이 제정되었으며, 이 장애자기본법의 기본적 이념에 따라 보다 나은 장애인의 질적인 ‘삶의 질’을 도모하기 위해 일본정부에서는 2006년에 장애자자립지원법(법률 제94호)을 제정하였다.

이 장애자자립지원법은 장애인이 가지는 능력 및 적성에 따라 자립한 일상생활 또는 사회생활을 영위할 수 있도록 필요한 장애복지서비스와 관련되는 지원을 실시하여 장애자의 복지증진을 도모하는 것을 목적으로 하고 있다. 이와 동시에 장애의 유무에 관계없이 국민이 서로 인격과 개성을 존중해 안심하고 살 수 있는 지역사회의 실현에 기여하는 것을 목적으로 한다. 즉, 장애자기본법의 원리를 존중하면서 지금까지의 장애중별(신체장애자복지법, 지적장애자복지법 및 정신장애자복지법)로 시행해 온 복지서비스를 일원화하고 서비스제공 주체를 관할시나 구·읍·면으로 한다는 것이다. 중

래의 신체장애인, 지적장애인, 정신장애인에게 공통의 복지서비스를 제공함으로써 장애자의 자립지원을 촉구하는 것을 목적으로 하였다. 즉, 일하고자 하는 의욕과 능력이 있는 장애인에 대해서는 일반 취업이 가능하도록 복지적 지원을 실시하여 장애인이 사회에 보다 많이 참여할 수 있게 되었다. 또한 장애인이 가까운 지역에서 복지서비스를 받을 수 있도록 시나 구, 읍, 면의 책임하에 장애자복지를 수용하고 시행하게 하는 것의 필요성이 강조되었으며, 이를 위하여 각종 규칙완화가 요구되었다.

기본적인 자립지원을 시행하기 위해서 그 대상자, 내용, 절차 등 지역생활 지원 사업, 서비스 정비를 위한 계획서 작성 및 비용부담을 정하고, 앞으로 증가하는 복지서비스 등의 비용을 장애인도 포함한 국민 전원이 부담하는 것으로 하였다. 즉, 장애인이 이용한 서비스에 관해서는 그 양과 소득에 적절한 공평한 부담을 요구하게 되었다. 아울러 지금까지의 복지서비스 부담은 나라가 부담하는 절차에서 나라의 의무적 고용으로서 부담한다는 절차로 바뀌게 되었다.

이상이 개혁의 목적이며, 법안의 개요로는 장애인이 지역생활을 영위하기 위한 것과 일하고자 하는 의욕과 능력이 있으면 직업을 지원해 주어 자립적인 생활을 할 수 있도록 복지서비스 제공을 실시해 나가는 것으로 하고 있다. 또한 지금까지의 장애종별 각기 다른 법률에 근거하여 제공되어 온 공적자금으로 부담한 의료 등에 관해서 공통의 제도로써 일원화하여 제공할 수 있는 범위를 창설(자립지원의료-개정의료, 육성의료 및 정신장애자 통원 의료비조성제도의 일원화와 일괄 부담의 도입)함과 동시에 자립지원 대상자의 내용, 절차 등의 기준이나 서비스를 받은 경우의 비용부담에 관해서도 법적으로 명시하였다. 일본의 장애자자립지원법은 총칙, 자립지원급부, 지역생활지원사업, 사업 및 시설, 장애복지계획, 비용, 심사청구, 잡칙, 벌칙 등으로 구성되어 있다.

현재 일본의 장애아동, 청소년 재활복지서비스는 특별지원교육(6세~18세)을 받는 연령을 전후로 복지적인 발달지원 서비스, 생활지원 서비스, 직업지원 서비스가 2006년 4월에 시작된 장애인자립지원법 하에서 실시되고 있다.

2) 장애인 정책 담당기관 및 부서

장애인 정책 담당부서 또는 기관으로 후생노동성 사회 원호국 장애보건복지부(厚生労働省社会・援護局障害保健福祉部)와 장애자시책의 추진체제로 정부의 내각 직속기관으로 장애자 정책추진본부와 중앙장애자시책추진협의회가 있다.

(1) 장애자 정책추진본부

사회에 장벽이 없는 장애인에 관한 정책은 21세기에 모든 국민이 안심하고 심리적으로 풍요롭게 살아갈 수 있는 사회를 만들기 위한 필수적인 정책 과제라는 사실을 절감하고, 관계행정기관 상호간의 긴밀한 연락을 확보함과 동시에 총합적이고 효과적인 추진을 꾀하기 위하여 내각에 장애자 정책추진 본부를 설치하였다.

1982년 3월 26일 내각회의의 결정에 의해 설치된 「장애자 정책추진본부」는 2001년 1월 6일 중앙성청(中央省庁) 재편성을 통하여 내각총리대신을 본부장, 내각관방장관(官房長官) 및 장애인 시책을 담당하는 내각부 특명담당대신을 부분부장, 그밖에 모든 국무대신을 위원으로 하는 「장애자 정책추진본부」가 결성되어 장애자시책의 총합적이고 효과적인 추진이 이루어지고 있다.

(2) 중앙장애자시책추진협의회

2004년 6월 장애자기본법이 개정되어, 법률 제 84호에 의거하여 내각총리대신이 장애자기본계획안을 작성 또는 변경할 때 의견을 청취하기 위한 기관으로서 내각부에 중앙장애자시책추진협의회가 설치되었다. 제1회 회의는 2005년 5월 20일에 내각총리대신 집무실에서 개최되었다. 그동안 2008년 11월까지 제5차 회의를 실시하였으며 장애자기본법계획에 근거한 장애자시책과 실시상황, 앞으로의 과제, 새로운 중점시책실시 5개년계획 책정 등에 대한 협의가 있었다.

3) 일본 장애아동의 현황

후생노동성의 자료에 의하면 일본의 장애인(성인과 아동) 유형은 크게 신체장애자, 지적장애자, 정신장애자로 나누고 있으며 장애인 수는 709.1만 명으로 보고되고 있다. 그 중 신체장애인은 351.6만 명, 지적장애인은 54.7만 명, 정신장애인은 302.8만 명에 달하는 것으로 집계되고 있다(寺尾, 2008).

전국의 초등학교와 중학교에 다니는 의무교육 단계의 학생 수는 총 1,079만 명에 달한다. 그중 특별지원교육 대상아동은 23만 명으로 일반아동의 2.13%에 달하는 것으로 추정된다. 장애아동, 청소년의 장애정도에 따라 특별지원학교, 특별지원학급, 또는 일반학급에서 통급에 의한 특별지원을 받고 있다. 즉, 특별지원학교나 특별지원학급에 재직하여 특수교육을 받거나 혹은 일반학급에 재직하고 있으면서 일주일에 한 두번 등으로 본인의 장애에 해당하는 특별지원을 받고 있다.

특별지원교육 대상아동의 장애유형을 살펴보면, 특별지원학교에는 시각장애, 지체부자유, 허약아, 지적장애 아동이 중심이 되고 있다. 특별지원학급은 특별지원학교의 주된 대상아동인 시각장애, 지체부자유, 허약아, 지적장애 아동에 청각장애, 언어장애, 자폐 및 정서장애아동이 추가적으로 포함되어있다. 통급에 의해 지도를 받는 대상아동은 특별지원학급 대상 중 지적장애는 제외되고, 학습장애, ADHD 아동이 포함되어 있다.

특별지원학교에 재직하고 있는 장애아동, 청소년의 수는 6만 명으로 일반아동, 청소년의 0.56%이며, 특별지원학급에 재직하고 있는 장애아동, 청소년의 수는 12만 4천명으로 일반아동, 청소년의 1.15%를 차지하고, 일반학급에서 통급에 의해 특별지원을 받는 아동, 청소년은 약 4만 5천명으로 일반아동, 청소년의 0.42%에 달한다.

특별지원을 받지 않고 일반학급에 재직 중이나 제대로 수업에 참여하지 못하고 있는 LD 와 ADHD, 고기능 자폐증 등의 아동이 약 68만 명으로 일반아동의 6.3%를 차지하고 있다. 현재 시각장애, 지적장애, 청각장애, 지체부자유, 그리고 신체허약아동들을 위한 교육은 충분히 확보되어 있지 않다.

아울러 장애가 비교적 심한 아동으로 장애종류별로 별도의 학교가 있다. 전체취학아동의 총 0.46%가 재학하고 있는데 맹아학교 0.01%, 농아학교 0.03%, 양호학교 0.42%의 장애아동이 재학하고 있다. 장애종별을 초월한 특별지원학교로의 전환이 요구되고 있으며, 특별지원학급의 증가율 1997년을 시작으로 2007년 현재 11년 동안 학령기 아동과 학급의 수가 1.7배나 증가한 상태이다.

4) 일본 장애인 정책의 기본원리

일본의 장애인 정책의 기본원리는 1970년에 심신장애자대책기본법으로 제정되어 1993년 개정된 ‘장애자기본법’을 바탕으로 하고 있다. 이 장애자기본법의 이념을 바탕으로 2006년 장애자 자립지원법이 제정되기에 이르렀다.

이 법률은 장애아를 위한 시책에 관해서 기본적인 이념을 정하는 한편 국가나 지방 공공 단체 등의 책무를 명확히 함과 동시에 장애자를 위한 시책의 기본이 되는 사항을 정함으로써 장애자를 위한 시책을 종합적이고 계획적으로 추진하고 보다 장애자의 자립과 사회, 경제, 문화 기타 모든 분야의 활동에 참가를 촉진하는 것을 목적으로 하고 있다.

기본이념(제3조)은 첫째, 모든 장애자는 개인의 존엄을 중대하게 받아들이고 그것에 어울리는 처우가 보장되는 권리를 지니고 있다. 둘째, 모든 장애자는 사회를 구성하는 일원으로서 사회, 경제, 문화와 기타의 모든 분야의 활동에 참가하는 기회를 가질 수 있음을 명시하고 있다.

정부는 장애인의 시책에 관한 기본계획의 책정을 의무로 해서, 지방공공단체 및 시읍면은 기본계획을 기반으로, 각각의 장애자기본계획을 만들도록 의무화 하였다. 나아가서 매년 시행한 장애자대책을 국회에 보고하도록 의무로 정해졌다. 즉 정부 및 지방공공단체는 의료, 시설입소, 재택장애인 지원, 중도장애인의 보호 등에 노력하고, 보장구등 복지용구를 지급할 시행하기 위해 대책을 강구하도록 되어 있다. 고용의 촉진, 공공시설, 정보의 이용 등에 있어서 정부 및 공공단체가 강구해야할 의무가 규정되어 있지만, 사업주를 포함한 각각의 장애의 종별, 정도에 배려한 지도에 노력을 기울이도록

하고 있다.

이와 같이 장애자기본법은 2004년에 목적, 기본이념, 정의 등에 새로운 개념을 추가, 개정해서 일본의 장애인대책에 대한 정부, 지방공공단체의 해야 할 기본적 자세를 나타내었으며 이를 토대로 오늘날 일본의 장애인 재활복지 서비스가 이루어지고 있다.

5) 일본 장애아동·청소년의 재활 서비스 유형

장애인 자립지원법에 의한 ‘장애복지서비스’란, 주택개호, 중증방문개호, 행동원호, 요양개호, 생활 개호, 아동 탁아서비스, 단기입소, 중증장애인 등 포괄지원, 공동생활개호, 시설입소지원, 자립 훈련, 취업이행지원, 취업계속 지원 및 공동생활원조를 말하고, ‘장애복지서비스사업’이란, 장애복지서비스의 규정에 의해 독립 행정법인 국립중증지적장애자 종합시설 희망의 원이 설치하는 시설, 정부가 정하는 시설에서 행해지는 시설장애복지서비스를 실시하는 사업을 말한다. 장애아동 및 청소년과 관련 있는 서비스는 다음과 같다.

- (1) 중증방문개호: 중증의 지체부자유자이며 상시 개호를 필요로 하는 장애인에 대해 주택에 있어서의 입욕, 배설 또는 식사의 개호, 정부가 정하는 편의 및 외출시에 있어서의 이동 중의 개호를 종합적으로 제공하는 것
- (2) 행동원호: 지적장애 또는 정신장애에 의해 행동상 현저한 곤란을 가지는 장애인으로 해당 장애인이 행동할 때에 생길 수 있는 위험을 예방하기 위해서 필요한 원호, 외출시에 있어서의 개호 등의 편의를 제공하는 것
- (3) 아동 주간서비스(day service): 장애아에 대해, 아동복지법에 규정하는 지체부자유아 시설, 정부가 정하는 시설에 다니게 하며 일상생활에 있어서의 기본적인 동작의 지도, 집단생활에의 적응 훈련, 정부가 정하는 편의를 제공하는 것
- (4) 시설입소지원: 그 시설에 입소하는 장애인에 대해, 주로 야간에 입욕, 배설 또는 식사의 개호, 정부가 정하는 편의를 제공하는 것

(5) 상담지원: 다음에 열거하는 서비스를 제공하는 상담지원사업

① 지역의 장애인의 복지에 관한 제반의 문제에 대해 장애인, 장애아의 보호자 또는 장애인의 개호를 실시하는 사람으로부터의 상담에 따라 필요한 정보의 제공 및 조언을 실시해, 이러한 사람과 시읍면 및 지정한 장애복지서비스사업자등과의 연락조정, 정부가 정하는 편의를 종합적으로 제공하는 것

② 지급결정을 받은 장애인 또는 장애아의 보호자가 장애복지서비스를 적절히 이용할 수 있도록, 해당 지급결정 장애인의 의뢰를 받고, 해당 지급결정과 관련되는 장애인의 심신의 상황, 그가 처한 환경, 장애복지서비스의 이용에 관한 의향 그 외의 사정을 감안해, 이용하는 장애복지서비스의 종류 및 내용, 이것을 담당하는 사람과 서비스이용계획을 작성하는 것과 동시에 해당 서비스이용계획에 근거하는 장애복지서비스의 제공이 확보되도록 지정한 장애복지서비스사업자등 그 외의 사람과의 연락 조정 그 외의 편의를 제공하는 것.

(6) 보장비: 장애인의 신체 기능을 보완해, 또는 대체해, 한편, 장기간에 걸쳐 계속해 사용되는 것 그 외의 후생 노동성령으로 정하는 기준에 해당하는 것으로서 의지, 장비, 휠체어, 정부가 정하는 것

(7) 이동지원사업: 장애인이 원활히 외출할 수 있도록 장애인의 이동을 지원하는 사업

관할 시읍면은 다음과 같은 지역생활지원사업을 전개할 수 있다.

(1) 장애인이 장애복지서비스와 그 외의 서비스를 이용하면서 일상생활 또는 사회생활을 영위할 수 있도록 장애아의 보호자 또는 장애인 등의 개호자로부터의 상담에 따라 필요한 정보의 제공 및 조언, 정부가 정하는 편의를 제공하는 것, 장애인에 대한 학대의 방지 및 그 조기 발견을 위한 관계 기관과의 연락 조정 그 외의 장애인 등의 권리의 옹호를 위해서 필요한 원조를 실시하는 사업

(2) 청각, 언어 기능, 음성 기능 그 외의 장애로 의사소통을 도모하는 것에

지장이 있는 장애인 그 외의 일상생활을 영위하는데 지장이 있는 장애인에 대해, 수화 통역 등을 실시하는 사람의 파견, 일상생활상의 편의를 도모하기 위한 용구이며 정부가 정하는 것의 비용지원 또는 대여, 정부가 정하는 편의를 제공하는 사업

- (3) 이동지원 사업은 장애인 등이 원활히 외출할 수 있도록, 교통수단을 이용한 장애인 등의 이동을 지원하는 사업
- (4) 장애인에 대해 지역활동지원센터나 정부가 정하는 시설에 다니게 하며 창작적 활동 또는 생산 활동의 기회의 제공, 사회와의 교류의 촉진, 정부가 정하는 편의를 제공하는 사업

이와 함께 관할 시군관청은 시읍면의 지역생활지원사업의 실시체제의 정비상황 그 외의 지역의 실정을 감안하고, ① 장애복지서비스 사업, ② 상담지원사업, ③ 이동지원사업 등을 시읍면을 대신해 실시할 수 있다.

이상의 자립지원법 하에서 실시되고 있는 장애인에 대한 재활서비스 유형과 내용을 살펴보았다. 그중 현재 일본에서 장애아동을 지원하는 사회자원 으로서는 조기발견에서 조기개입, 학교교육, 자립지원, 일상생활지원, 지역생활지원 등이 주로 이루어지고 있다(平野亞紀, 2008). 장애아동의 조기발견과 조기개입은 의료기관, 보건센터, 장애전문 의료기관, 발달장애인 지원센터 이외에 어린이집이나 유치원, 장애아 시설, 장애아통원시설 등에서 이루어지고 있다. 이들 기관에서의 구체적인 지원내용은 장애의 조기발견, 장애아동 보육과 치료교육의 도입, 양육자에 대한 지원, 유아에서 성인까지의 지원체제 구축 등을 도와준다.

나아가서 장애아동의 경우에는 보육과 함께 교육적인 조치가 장애자자립 지원법에 근거하여 실시되고 있는데, 장애아동, 청소년의 장애정도에 따라 특별지원학교, 특별지원학급, 또는 일반학급에서 통급(통합)에 의한 특별지원을 받고 있다. 특별지원학교나 특별지원학급에 재직하여 특수교육을 받거나 혹은 일반학급에 재직하고 있으면서 일주일에 1~2회 등으로 본인의 장

에에 해당하는 특별지원을 받고 있다. 즉, 특별지원교육이 특별지원학교나 각종 통급지도교실, 지역의 각 학교에 배치된 특별지원학교에서 중증장애아동을 위한 특별지원교육, 경증장애아동을 위한 특별지원교육 등이 이루어진다.

현재 일본의 장애아동, 청소년 재활복지서비스는 특별지원교육(6세~18세)을 받는 연령을 전후로 복지적인 발달 지원서비스, 생활 지원서비스, 직업 지원서비스가 2006년에 시행된 장애인자립지원법 하에서 실시되고 있다. 발달지원서비스에는 다학제적 발달지원, 개별 및 집단요육 등의 지원, 생활지원서비스에는 가족지원과 지역생활지원과 아동복지서비스를 제공하고 있다. 장애아동, 청소년의 구체적인 복지서비스는 법에 명시되어 있지 않고 범주만이 제시되어 있다.

6) 서비스의 전달

장애인자립지원법은 장애인이 가까운 지역에서 복지서비스를 받을 수 있도록 시나 구, 읍, 면의 책임 하에 관련서비스를 전달하고 시행하게 하였다. 장애인 자립지원법에는 법적인 전달체제에 있어서 관할청의 책무와 국민의 책무를 명시해 놓고 있다.

장애인 자립지원법의 실시에 관한 관할 시읍면의 책무는 다음과 같다.

첫째, 장애인이 스스로 선택한 장소에 거주해, 가진 능력 및 적성에 따라 자립한 일상생활 또는 사회생활을 영위할 수 있도록, 해당 시읍면의 구역에 있어서의 장애인의 생활의 실태를 파악한 후 교육기관 그 외의 관계 기관과의 긴밀한 제휴를 도모하면서 필요한 자립지원금부 및 지역생활지원사업을 종합적인 동시에 계획적으로 실시할 것

둘째, 장애인의 복지에 관해 필요한 정보의 제공을 실시하고 상담에 따라 필요한 조사 및 지도와 관련된 업무를 실시할 것

셋째, 의사소통에 대해 지원이 필요한 장애인이 장애복지서비스를 원활히 이용할 수 있도록 필요한 편의를 제공하는 것, 장애인 등에 대한 학대의 방지 및 그 조기 발견을 위해서 관계 기관과 연락 조정을 실시하는 것 그 외

장애인 등의 권리의 옹호를 위해서 필요한 원조를 실시할 것으로 되어 있다.

장애인 자립지원법의 실시에 관한 관할 시군청의 책무는 다음과 같다.

- ① 시읍면이 실시하는 자립지원비 및 지역생활지원사업이 적정하게 원활히 행해지도록 시읍면에 대한 필요한 조언, 정보의 제공 그 외의 원조를 실시할 것
- ② 시읍면과 관계속에서 필요한 자립지원의료비의 지급 및 지역생활지원사업을 종합적으로 실시할 것
- ③ 장애인에 관한 상담 및 지도 가운데 전문적인 지식 및 기술을 필요로 하는 것을 실시할 것
- ④ 시읍면과 협력해 장애인의 권리의 옹호를 위해서 필요한 원조를 실시하는 것과 함께 시읍면이 실시하는 장애인의 권리의 옹호를 위해서 필요한 원조가 적정 한편 원활히 행해지도록 시읍면에 대한 필요한 조언, 정보의 제공 그 외의 원조를 실시할 것 등이다.

3. 독일

1) 장애아동 교육 및 재활 관련 법·정책

독일의 장애인 법의 발전은 장애인에 대한 경제적인 지원, 장애인 권한 및 동등권 보장을 위한 지원정책을 중심으로 발전하였다. 또한 장애인의 사회생활 참여를 방해하는 각종 요소의 제거와 비장애인들과 동등한 권한으로 모든 사회활동에 적극적으로 참여할 수 있는 기반을 구성하는 정책추진에 초점을 두고 발전하였다.

장애인 지원정책의 수립은 지방정부, 연방정부, 국회, 다수의 민간 및 시민단체 등의 참여에 의해 추진되었다. 이러한 장애인 지원정책은 구체적인 사회여건, 사회규범과 가치관, 개인별 장애유형 및 등급을 반영하였다. 따라서 장애인 법의 제정은 매우 다양한 요소를 고려하였다고 할 수 있다.

독일 장애인 법의 최종 개정안(사회법 9차 개정안, 장애인 동등권 법)은 주로 장애인 협회의 주도적인 역할에 의해 진행되었으며 세계보건기구(WHO)에서 새로 정의된 장애인 규정 내용을 반영하였다.

장애인 법률개정은 연방정부의 각 부처별로 사전에 준비한 기초자료를 국회에 상정하여 의결이 된다. 그 중 연방 건강·사회안전부와 노동·사회법률부가 장애인 정책수립의 주관부서이며, 장애아동·청소년 지원정책은 연방 가족부, 청소년부, 노인부가 특별권한을 소유하고 있으며 법률 개정안에 관한 초안을 검토하여 법무부의 동의를 거쳐 통과를 시킨다. 결국 연방정부가 장애인 지원정책을 최종 관장하고 있으며, 장애인, 장애인 가족, 장애인 협회의 문제에 관한 최고 결정기관이며 장애인이 비장애인과 동등한 위치에서 차별되지 않고 사회활동을 유지할 수 있도록 사회전체의 구조를 개선하도록 노력하고 있다.

결국 독일의 장애인 지원정책은, 장애인 지원정책 수립을 위한 법, 규정, 건의 사항, 정부조직(연방정부, 국회, 연방부처), 비정부단체(특별히 장애인 협회), 사회보험기관, 노동단체, 지역단위 협회의 종합적인 참여에 의해서 수립된다. 현재 집행되고 있는 독일연방공화국의 장애인 지원정책의 법적 근거는 다음과 같이 기본법 제3조 3항(누구든 장애로 인하여 사회적 활동에 차별적 대우를 받아서는 안 된다), 사회법 제9권(2001년 개정, 재활치료 및 장애인 사회참여법), 2002년 개정된 장애인 동등권에 관한 법, 그리고 사회법 제8권(‘아동 및 청소년 지원’, 1990년 개정된 아동 및 청소년 지원법에 근거) 등의 법이다.

독일의 경우 2003년 말 통계에 의하면 독일의 총 장애인 수는 약 6백 6십 만명으로 집계되고 있다. 그 중에서 18세 미만의 장애아동·청소년은 약 16만 명으로 추정되어 약 2.5%의 비중을 차지하고 있다. 고령사회인 독일의 경우에도 연령이 증가함에 따라서 장애인의 숫자가 급격히 증가하는 점을 볼 수 있다. 15세 미만의 아동은 1%, 15세 이상 25세 이하는 1.5%의 중증장애인 비율을 보이고 있다. 65세 이상은 전체의 51.5%의 큰 비중을 차지하고 있다.

〈표 III-2〉 독일의 장애아동 관련 통계(2003)

(단위: 명)

연령	남자	여자	계
4세 이하	8,622	6,654	15,276
4-6세 미만	8,615	6,270	14,885
6-15세 미만	54,778	39,046	93,824
15-18세 미만	23,491	16,980	40,471
18-25세 미만	61,790	44,419	106,209
25-35세 미만	117,902	92,504	210,406
35-65세 미만	1,345,252	1,200,017	2,732,269
65세 이상	1,674,891	1,750,661	3,425,552
계	3,485,341	3,153,551	6,638,892

자료: Elmar Langer(2009), 한국청소년정책연구원 세미나 발표자료.

2) 장애아동 재활지원정책

독일의 장애인 정책의 기본원칙은 장애인 지원 및 보호기관의 목적은 장애인이 사회생활에 원만하게 적응하고 유지할 수 있도록 지원하는데 그 목적을 두며, 장애인 정책의 기본원칙이 궁극적으로 지향하는 목적은 장애발생의 원인과 무관하게 모든 장애인과 또는 장애의 가능성이 있는 사람에 대하여, 비록 장애유형에 따른 지원제도에 관한 해당 주무관청이 서로 상이할지라도, 필요한 지원을 제공하고자 하는 것이다. 또한 가능한 한 조기 장애예방 원칙과 개인별 지원원칙, 장애인의 개별적인 상황에 적합한 지원과 장애발생 가능한 사람을 차별하여 지원하는 원칙을 고수하고 있다.

장애인의 사회활동 참여 및 유지를 위한 지원종류는 다음과 같다.

- 재활의료치료 지원제도
- 직장생활이 가능하도록 지원하는 제도
- 일상적인 공동체 생활이 가능하도록 지원하는 제도

이와 같은 모든 기관을 총괄하여 재활(치료)지원기관이라고 칭하며, 몇 개의 지원제도는 아래에 열거된 재활기관에 의해서 추진된다.

〈표 III-3〉 독일의 재활지원 기관별 지원제도 현황

지원내용	산재 보험	사회 보장 보험	의료 보험	연금 보험	고용지원 센터	청소년 지원	사회 지원
재활의료치료 지원제도	○	○	○	○		○	○
직장생활이 가능하도록 지원하는 제도	○	○		○	○	○	○
일상적인 공동체 생활이 가능하도록 지원하는 제도	○	○				○	○

자료: Elmar Langer(2009), 한국청소년정책연구원 세미나 발표자료.

청소년과 사회지원을 담당하는 기관은 연방정부의 업무분류 기준에 의하여 하위기관으로 분류되며 상위기관의 지원대상에서 누락된 장애인에 대한 2차 지원기관의 역할을 수행한다. 그 이유는 정부의 장애인 지원정책 담당 업무 규정에 따른 것이다. 다양한 재활(치료)지원기관은 상호 협력과 공존의 의무가 있으며, 각각의 기관은 재활치료지원을 위한 연방장애인협회(BAR)에 대표자를 파견한다.

이와 함께 장애인이 재활치료기관으로부터 적합하고 폭넓은 지원을 받을 수 있도록 각 도시 별로 재활치료 서비스센터가 운영되고 있다. 이 센터는 장애인 지원자의 지원범위와 가능성에 관하여 모든 재활치료기관의 정보를 종합적으로 분석하여 자문을 제공하고 있다. 또한 지원자를 공정하게 선발할 의무를 가지고 있다. 이 센터에는 관련분야를 전공한 전문가가 자문역할을 한다. 2004년 통계에 의하면 독일에는 총 578의 재활치료 서비스센터가 운영되고 있다.

학령이전 아동의 재활지원 대상은 신생아부터 6세까지의 아동으로 이 연령대의 아동들은 총 10개 분야의 전문의 진료를 받게 되며 진료비 전액이 의료보험에서 지불된다. 그러나 이러한 진료시스템은 강제성이 없이 부모의 자율성에 의해 실행되는 것이기 때문에 진료 횟수가 매년 감수하는 추세이다. 또한 지역별, 계층별 간에 큰 차이가 있다. 진료결과 장애의 징후나 장애가 발생한 경우 다음과 같은 다양한 재활치료기관과 전문인의 초기

치료 및 상담을 받을 수가 있다.

- 주거지역에 위치한 소아과, 정신과 등
- 응급 재활치료센터(약 1,000개)
- 전국규모의 사회재활센터(약 120개)

초기 치료기관과 전국규모의 사회재활센터는 대부분 종교단체나 사회복지협회에 의해 운영되고 있다. 이러한 기관이나 센터에는 전문의, 심리상담사, 물리치료사 등이 함께 치료를 담당한다. 또한 유치원 진학 연령대의 장애아동은 관련 전문의나 심리상담사의 진단서에 의하여 특수 장애아동 유치원에 진학할 수 있다.

장애인 지원정책의 또 다른 목적은 특수 장애인 보육시설에서 재활치료 중인 장애아동의 수를 줄이는 것이다. 또한 부모의 동의 하에 보육시설 내에서 장애아동과 비장애아동이 함께 생활하게 함으로서 장애아동의 사회생활 적응능력을 향상시키는 목적이 있다. 그러나 현재까지는 장애아동이 사회생활 적응능력을 키우기 위해서 일반 보육원에 진학하는 것은 법적으로 완전하게 허용되지 않고 있는 실정이다.

현재까지 취학이전 장애아동의 사회생활 적응능력을 키우기 위한 보육원 교육은 다음과 같은 교육제도가 실행되고 있다.

- ① 장애아동의 사회생활 적응능력을 향상하기 위한 교육은 주거지에 인접한 지역의 보육원에서 실시함을 원칙으로 한다
- ② 사회생활 적응능력 향상을 위한 장애아동 교육은 특정 보육원에서 실시한다.
- ③ 사회생활 적응능력 향상을 위한 장애아동 교육은 장애인 보육원에서 실시한다.
- ④ 보육원에서의 장애아동 교육은 공동교육을 원칙으로 한다
- ⑤ 특수 및 특정 보육원은 한 보육시설 내에서 일반과 특수교육으로 분리된 조직체계로 운영한다.

독일에서 일반 교육제도와 장애아동·청소년 재활치료에 관한 교육제도 수립은 주정부에 결정권이 위임되어 있다. 초등학교에 입학하는 아동의 입학 건강검진은 주정부의 학교법에 의해서 아동·청소년 건강관리청을 통해 실시되고 있다. 재활치료가 학교수업 종료 이후에 불가능 할 경우 특수학교로 전학하여 지속적인 치료를 받게 된다. 2002년 기준 일반학교와 특수학교 대비 장애인 특수교육대상 학생 수는 다음과 같다.

독일의 장애인 교육지원 정책의 기본원칙은 장애아동·청소년과 정상학생들이 분리되지 않고 함께 공동의 교육을 받을 수 있는 기반을 구축하는 목적이 있으며, 이는 전통적인 교육지원 정책과 비교할 때 가장 큰 차이점이라고 할 수 있다.

〈표 III-4〉 독일의 장애인 특수교육 대상학생 수(2002년)

(단위: 명)

중점지원 정책 항목	전체학교	일반학교	특수학교
학습장애	262,389	31,251	231,138
시력장애	6,613	1,852	4,761
청력장애	14,518	3,419	11,099
언어장애	44,891	9,646	35,245
신체활동발달	26,483	4,297	22,186
정신지체	70,451	1,981	68,470
감성과 사회적응 장애	41,012	11,762	29,250
발달장애	19,295	1,430	17,865
일반적/포괄적 지원	9,592	166	9,426
합계	495,244	65,804	429,440

자료: Elmar Langer(2009), 한국청소년정책연구원 세미나 발표자료.

이와 같은 교육지원 정책의 발전과 추진방향은 주정부 별로 차이가 있으며, 이는 행정정책 및 문화차이에 의한 것이다. 1994년부터 2002년까지 장애 아동·청소년에 대한 신설된 특수교육 지원제도의 숫자가 현저하게 증가하였다. 이와는 달리 감성과 사회적응력 발달을 위한 신설 지원정책의 수는 8년 만에 단지 2배의 증가율을 나타내고 있다. 또한 최근 들어 독일

로 이주하는 외국인 가족 자녀를 위한 학습능력개발 지원규모가 현저하게 증가하였으며, 그들은 특수학교에서 교육을 받고 있다(연방 장애인보고서, 2004). 특수한 의료치료, 심리치료, 장애인 교육이 요구되는 중증 장애인의 경우 다음과 같은 특수 장애인 학교나 직업학교에서 교육을 받는다.

3) 독일의 장애아동·청소년의 재활 서비스 유형 및 지원정책

독일의 장애아동, 청소년의 재활서비스 유형과 지원정책에 대해서 학령 이전아동의 장애조기발견과 재활지원정책, 교육제도에서 아동·청소년 재활 치료와 지원정책, 직업교육 제도에서의 장애 청소년 학생을 위한 지원제도, 장애아동, 청소년의 가족과 (여가)활동에 대한 지원정책 등 5영역으로 나누어 살펴본다.

(1) 학령이전 아동의 장애조기발견과 재활지원정책

독일은 아동의 장애요인을 조기에 발견, 치료하는 지원정책은 특히 중요한 의미를 가진다. 재활지원 대상은 신생아부터 6세까지의 아동이 포함된다. 이러한 연령대의 아동들은 총 10개 분야의 전문의 진료를 받게 되며 진료비 전액이 의료보험에서 지불된다. 그러나 이러한 진료시스템은 강제성이 없이 부모의 자율성에 의해 실행되는 것이기 때문에 진료 횟수가 매년 감수하는 추세이다. 또한 지역별, 계층별 간에 큰 차이가 있다.

진료결과 장애의 징후나 장애가 발생된 경우 주거지역에 위치한 소아과, 정신과, 응급 재활치료센터(약 1,000개), 전국규모의 사회재활센터(약 120개) 등 다양한 재활치료기관과 전문인의 초기치료 및 상담을 받을 수가 있다. 초기 치료기관과 전국규모의 사회재활센터는 대부분 종교단체나 사회복지협회에 의해 운영되고 있다. 이러한 기관이나 센터에는 전문의, 심리상담사, 물리치료사 등이 함께 치료를 담당한다.

독일에는 현재 입학 전 정신적, 신체적 장애아동의 재활치료를 위한 충분한 치료기관이 있으나 이러한 장애아동들을 돌보고 보호할 인력이 부족한 실정이다. 또한 유치원 전학 연령대의 장애아동은 관련 전문의나 심리상담

사의 진단서에 의하여 특수 장애아동 유치원에 진학할 수 있다.

장애인 지원정책의 또 다른 목적은 특수 장애인 보육시설에서 재활치료 중인 장애아동의 수를 줄이는 것이다. 또한 부모의 동의 하에 보육시설 내에서 장애아동과 비장애아동이 함께 생활하게 함으로서 장애아동의 사회생활 적응능력을 향상시키는 목적이 있다. 그러나 현재까지는 장애아동이 사회생활 적응능력을 키우기 위해서 일반 보육원에 진학하는 것은 법적으로 완전하게 허용되지 않고 있는 실정이다.

현재까지 취학이전 장애아동의 사회생활 적응능력을 키우기 위한 보육원 교육은 다음과 같은 교육제도가 실행되고 있다. 첫째, 장애아동의 사회생활 적응능력을 향상하기 위한 교육은 주거지에 인접한 지역의 보육원에서 실시함을 원칙으로 한다. 둘째, 사회생활 적응능력 향상을 위한 장애아동 교육은 특정 보육원에서 실시한다. 셋째, 사회생활 적응능력 향상을 위한 장애아동 교육은 장애인 보육원에서 실시한다. 넷째, 보육원에서의 장애아동 교육은 공동교육을 원칙으로 한다. 다섯째, 특수 및 특정 보육원은 한 보육시설 내에서 일반과 특수교육으로 분리된 조직체계로 운영한다.

(2) 교육제도에서 아동·청소년 재활치료와 지원정책

독일에서 일반 교육제도와 장애아동·청소년 재활치료에 관한 교육제도 수립은 주정부에 결정권이 위임되어 있다. 초등학교에 입학하는 아동의 입학 건강검진은 주정부의 학교법에 의해서 아동·청소년 건강관리청을 통해 실시되고 있다. 그리고 사후 건강검진은 4학년, 8학년, 졸업학년에 각각 실시된다. 이러한 건강검진의 목적은 개별적인 성장과정을 체크하고 장애유발과 관련된 특이한 질병요소를 분석하여 학생과 부모에게 개별적인 지원을 제공하며, 필요한 경우 관련된 재활치료기관에서 치료를 제공하기 위해서이다. 이와 같은 건강검진은 학생들의 시력과 청력도 함께 테스트하여 장애유발 질병요소를 사전에 치료하기 위한 목적을 가지고 있다.

재활치료가 학교수업 종료 이후에 불가능 할 경우 특수학교로 전학하여 지속적인 치료를 받게 된다. 주정부의 학교법에 의하면 장애아동·청소년을 위한 교육목적은 장애학생들이 비장애학생들의 교육 수준에 도달할 수 있도록

록 하는 것이다. 또한 이들이 일반학교에서 정상적인 교육을 받을 수 있도록 학습능력 및 사회 적응 능력을 향상 시키는 것에 있다. 현재 장애인 교육 지원 정책의 기본원칙은 장애아동·청소년과 정상학생들이 분리되지 않고 함께 공동의 교육을 받을 수 있는 기반을 구축하는 목적이 있으며, 이는 전통적인 교육지원 정책과 비교할 때 가장 큰 차이점이라고 할 수 있다.

위와 같은 교육지원 정책의 발전과 추진방향은 주정부 별로 차이가 있으며, 이는 행정정책 및 문화차이에 의한 것이다. 1994년부터 2002년까지 장애아동·청소년에 대한 신설된 특수교육 지원제도의 숫자가 현저하게 증가하였다. 이와는 달리 감성과 사회 적응력 발달을 위한 신설 지원정책의 수는 8년 만에 단지 2배의 증가율을 나타내고 있다. 또한 최근 들어 독일로 이주하는 외국인 가족 자녀를 위한 학습능력개발 지원규모가 현저하게 증가하였으며, 그들은 특수학교에서 교육을 받고 있다(연방 장애인보고서, 2004). 이와 같은 장애아동·청소년에 대한 많은 지원정책에도 불구하고 일반학교와 비교한 특수학교의 숫자는 여전히 높은 수준이며 당분간 꾸준히 존속할 것으로 예측된다.

(3) 직업교육 제도에서의 장애청소년 학생을 위한 지원제도

학교를 졸업한 후 취업하는 장애청소년 학생과 비장애청소년 학생을 위한 직업교육은 회사나 관청에서 실습과정 이수과 고용지원센터의 취업자문 지원제도에 의해 실행된다. 특별히 중증 장애학생이나 정신장애 또는 학습장애 학생은 고용지원센터의 취업 자문위원에 의한 특수한 취업대비 교육을 받는다.

이와 같은 교육지원정책의 목적은 장애학생이 정규취업준비 교육을 성공적으로 이수하고, 또한 가능하면 대학교육 수준의 실무실습을 이수할 수 있도록 지원하거나 직업학교 교육과 현장실습을 동시에 병행할 수 있도록 지원하는 목적이 있다. 대학에 진학하는 장애학생은 연방교육지원제도에 의하여 학비 및 생활비 융자의 혜택이 주어지며 교통비, 수화 통역원 지원비, 장애인 보호 인력 지원금, 장애인 컴퓨터 등을 지원받는다.

(4) 장애아동·청소년 가족의 지원정책

전체 독일 가족 수 대비 약 3%의 가족이 장애아동·청소년을 부양하는 것으로 집계되고 있다. 장애아동·청소년을 부양하는 가족은 급한 경우에 몇 시간 또는 일일 단위로 장애인 보호 서비스를 받을 수 있다. 일반적으로 서비스 지원기관은 장애인협회, 지역 또는 사회단체이며 재정적인 지원은 주정부에서 담당한다.

성년(18세 이상) 장애인을 부양하는 가족은 사회보장관청으로부터 생활에 필요한 기본금을 지원받는다. 따라서 부모는 장애자녀로 인한 경제적인 어려움을 해소할 수 있다. 지원대상은 부모의 연간 소득액이 10만 유로 이하인 경우이다.

(5) 장애 아동·청소년의 여가활동에 대한 지원정책

연방정부 부서 중에서 가족, 노인, 여성, 청소년, 장애아동·청소년을 담당하는 부서는 장애아동·청소년의 사회적응을 위한 재활치료 및 교육을 연방정부 재정으로 지원한다. 이러한 지원제도는 연방 청소년 협회, 청소년 지원제도, 전국적으로 활동하는 단체와의 협력을 통해서 연방재활지원기관에서 주관하는 장애인 사회적응 프로젝트의 예산에서 기간제로 지원을 한다.

4) 관련 서비스 전달과정

독일의 장애인의 사회활동 참여 및 유지를 위한 재활(치료)지원기관의 지원제도는 대부분 재활치료센터를 통해 이루어지며, 청소년과 사회지원을 담당하는 기관은 연방정부의 업무분류 기준에 의하여 하위기관으로 분류되며 상위기관의 지원대상에서 누락된 장애인에 대한 2차 지원기관의 역할을 수행한다. 그 이유는 정부의 장애인 지원정책 담당업무 분류기준에 따른 것이다. 다양한 재활(치료)지원기관은 상호 협력과 공존의 의무가 있다. 각각의 기관은 재활치료지원을 위한 연방장애인협회(BAR)에 대표자를 파견한다.

협회에서는 각 기관의 고유 업무영역을 정확히 구분하고 공동 협의에 의하여 주관업무를 각 기관에 배정한다. 이러한 연방장애인협회는 자발적으로

조직된 장애인 보호협회, 재활협회, 기타 장애인 봉사단체들과 함께 업무를 추진한다. 또한 연방장애인협회의 주요한 업무분야는 여성 장애인, 아동·청소년장애인을 위한 지원정책에 초점을 두고 있다.

장애인이 재활치료기관으로부터 적합하고 폭넓은 지원을 받을 수 있도록 각 도시 별로 재활치료 서비스센터가 운영되고 있다. 이 센터는 장애인 지원자의 지원범위와 가능성에 관하여 모든 재활치료기관의 정보를 종합적으로 분석하여 자문을 제공하고 있다. 또한 지원자를 공정하게 선발 할 의무를 가지고 있다. 이 센터에는 관련분야를 전공한 전문가가 자문역할을 한다.

4. 호주

1) 호주 장애인 정책 관련법

호주 장애인 정책 관련법은 호주 연방정부가 장애인들을 위한 최초의 연금제도 실행을 위해 1910년 법령을 제정한 역사를 지니고 있다. 그 이전까지 장애인을 위한 공식적인 법규가 없었던 상황에서 장애인을 부양하는 모든 책임은 그 가족들에게 있었다.

1947년 사회서비스법(Social Services Act)에 의해 생활보조금 및 혜택의 범위가 확장되었고 또한 주의 수도에 위치한 다수의 유사 의료센터에 의료중심 재활프로그램을 제공하는 연방 재활 서비스(CRS)의 창설로 이어졌다. 이 시기에 장애 서비스의 ‘의료모델’식 접근법이 적극적으로 적용되었다. 서비스에 있어서 의료 그리고 복지/자선 모델의 결합으로 호주 전역의 장애아동 및 성인을 위한 거주 및 직업 종합프로그램들이 급속히 활성화되었다. 1974년 장애인 복지지원법으로 정부 지원금 수혜 대상이 보호 작업시설에 들어갈 수 없는 사람들을 위한 활동 치료센터에까지 확장되었다. 70~80년대를 거치면서 장애인 서비스의 초점은 훈련 및 교육모델로 옮겨 갔다.

1983년에는 호주의 연방정부가 호주DPI(Australian Chapter of Disabled People International)에 대한 자금을 지원하고 장애인 또는 대변인으로 구성된

호주 장애인 자문위원회(Disability Advisory Council of Australia)의 설립과 호주 장애인분야 발전의 상징이라 할 수 있는 장애인 리뷰(Handicapped Persons Review)의 창간을 지원하였다. 이것이 장애인 서비스법의 토대가 되었다. 연방 장애인 서비스 법(Commonwealth Disability Services Act)은 사용가능한 기금의 개편을 통하여 장애인 서비스를 위한 개혁 협의사항에 영향을 주기 위한 노력을 해 왔다. 장애인 프로그램의 발전을 통해 긍정적인 소비 구조가 형성된 것이 이 법령이 만들어낸 결과 중 하나이다.

1986년의 장애인서비스법은 정부지원 프로그램 운영 및 재정지원에 있어서 중요한 패러다임의 변화를 강조하고 있다. 기본적으로 장애인 서비스의 계획과 실행을 위한 선두주자를 영향력 있는 비영리 기관들로부터 분리시켜 소비자 단체와 연결시키는 시도라고 할 수 있다.

1991년 1차 연방-주정부 장애인 협정(Commonwealth State Disability Agreement)의 실시와 함께 주정부와 지방정부는 가족지원, 휴양, 지역사회 활동, 대체고용 및 숙박 서비스에 대한 행정적 책임을 맡는 한편 연방정부는 용 서비스에 대한 책임을 맡았다. 모든 장애인 및 아이들의 교육에 대한 책임은 기존과 같이 독립적인 주정부와 부 주정부에 있다는 것을 법적으로 강조하였다. 1972년까지 장애아들은 공교육의 기회가 주어지지 않고 사립학교에서 교육을 받아야 했다. 그 이후 연방정부 재정지원을 제공함으로써 이 학교들을 공교육 시스템의 부분으로 포함시킬 수 있도록 했다.

1992년 호주의 장애인 차별금지법(DDA)이 연방의회에 소개되면서 고용 분야의 기회 및 참여를 개선하기 위한 전략의 일환으로 적용되었다. 그렇지만 법적 한계로 인해 해당 법이 범위를 보다 광범위하게 확장해야 할 필요성을 인식하게 되었다. 오늘날 장애아동 및 청소년에 대한 서비스를 지원하는 호주 법률은 연방 장애인서비스법(Commonwealth Disability Services Act), 연방-주정부 장애인 협정, 차별금지법을 근간으로 하고 있다.

2) 호주 장애인정책 담당 부서 또는 기관

호주 장애인정책 담당 부서 또는 기관은 정부와 주정부의 담당부서인

NSW 고령 장애인 및 홈 케어, 장애아 및 장애청소년 보호자 지원기구(Supporting Families Care for Children and Young People with a Disability), 국제연합 회의, 전국 장애인 전략회의가 있다.

(1) 장애인 권리에 관한 국제연합 회의

호주에서 가능한 모든 분야의 보상 및 구제를 모두 사용한 개인 및 단체들은 장애인 권리에 관한 국제연합 위원회에 요구사항을 요청하고 위원회는 검토하여 관련정부에 권고조치를 할 수 있다. 또한 12인으로 구성된 위원회는 회의 진행을 감독하고 회의를 승인한 모든 정부들은 권리가 어떻게 행사되고 있는지에 관해 정기적인 보고서를 위원회에 제출해야 한다. 선택적 법의 승인은 호주에서 열리는 국제연합회의의 진행과정을 보장하고, 전국 장애인 전략회의(National Disability Strategy)는 그 실행을 위한 기초를 마련하게 된다.

(2) 전국 장애인 전략회의(National Disability Strategy)

2007년 12월 새 연방정부 출범 후 장애인을 위한 서비스 개선을 위하여 전국 장애인 전략회의를 조직하였는데 이는 장애인 및 아동 서비스 관련 첫 번째 프로젝트 중의 하나였다. 전략회의는 장애를 지닌 호주국민이 부딪혀야 하는 장벽에 대해 알리고 사회적 수용을 장려하는 것을 목표로 하고 있다. 이것은 호주 지역사회, 장애 및 보호자 관련 단체, 고용주 및 전문가들과의 긴밀한 교류 및 상담을 통해 발전했다. 전국 장애인 전략회의의 발전은 28명으로 구성된 전국 장애인 및 보호자 협의회(National People with Disabilities and Carer Council)을 포함한다. 협의회는 전략회의 개발과 실행에 관한 전문적인 자문을 정부에 제공하고 또한 장애인과 그 가족, 보호자, 관련 분야 노조 및 대표자 그리고 학계 전문가들을 포함한다.

3) 호주의 장애 유형과 비율

호주의 경우 1981년부터 2003년까지 자가치료, 이동 및 의사소통 등 기초적인 일상 활동의 도움을 필요로 하는 많은 장애인들이 45만 3천명에서 120

만 명으로 증가하였고, 2010년까지 150만 명으로 증가할 것으로 예측되고 있다. 1998년부터 2003년까지 일상생활의 도움을 필요로 하는 사람의 수가 총 93,900명이 증가한 것이다.

2004년 ‘호주의 장애아’(2004년 호주 보건복지협회, AIHW)가 발간되어 호주에서 처음으로 장애아에 대한 인식이 확산되었다. 2006년 AIHW는 호주 통계청(Australian Bureau of Statistics, ABS)이 실시한 ‘장애, 노화 및 보호자에 관한 조사(Survey of Disability, Ageing and Carers, 2003)’의 결과를 제시하였는데 이를 바탕으로 호주 장애유형과 비율을 살펴보면 다음과 같다.

전체 아동 중 8.3%가 장애를 가지고 있으며, 그 중 절반은 중증의 심각한 활동장애를 가지고 있다. 여아에 비해 남아의 장애 비율이 높으며(남아 10%, 여아 6.5%), 중증 장애의 경우도 마찬가지였다(남아 5.4%, 여아 3.1%). 높은 중증 활동장애와 연관이 있는 자폐 및 지적 장애는 전체 아동의 각각 87%, 75%로 나타났다. 5~14세인 장애아의 거의 대부분(97%)이 학교에 다니고 있었고 그 중 89%가 보통 학교, 9%가 특수학교에 다니고 있었다. 지적·학습 장애, 사회적 적응 및 의사소통의 곤란이 가장 일반적이었다(호주보건복지협회, 2006).

이 보고서에 의하면 2003년 가장 흔한 아동 장애의 종류는 지적 및 학습 장애였다. 장애 유병율은 5~14세의 아동들에게서 여러 가지 다양한 요인이 영향을 미치고 있었다. 대부분 장애는 학교생활에서 처음으로 발견되는 경우가 많고 이는 장애가 학교생활 중에 가장 분명하게 드러난다는 것을 보여주고 있다. 가능한 어린 나이에 발견하고 조치를 취할수록 다음 연령대로 넘어갈 때 상태가 호전될 가능성이 많다. 아동 장애, 특히 자폐증(autism spectrum disorder: ASD)과 주의력 결핍 장애(Attention Deficit Hyperactivity Disorder: ADHD)의 비율이 계속 증가하는 추세이다. 이와 같은 장애의 증가는 진단장비의 변화와 인식의 확대에 기인한 바가 큰데 과거에 발견되지 못했던 장애가 현재는 보다 쉽게 발견되기 때문이다.

4) 장애인 정책의 기본원리

호주의 장애인 정책의 기본원리는 장애인 차별에 관한 법(DDA)을 근간으로 하고 있다. DDA는 일상생활과 교육 부분에서 장애가 있을 경우 차별을 금지하는 조항과 교육종사자의 의무조항을 만들었다. 일상생활 차별 금지조항은 고용과 교육, 대중시설이용, 물품, 서비스 및 시설 이용, 숙박시설, 토지 매입, 클럽 및 협회 활동, 스포츠, 연방정부법과 프로그램 이용 등 9영역에 관한 것이다.

교육 관련사항으로 다음의 3가지가 포함되어 있다. 첫째, 장애인은 일반학생과 동일하게 모든 교육기관에서 공부할 수 있는 권리가 있다. 둘째, DDA는 교육기관이 장애가 있다는 이유로 차별하는 것을 법률에 의해 금지한다. 셋째, 이것은 사립 단과대학 및 대학 등 공립 및 사립 교육기관, 초·중등 학교 및 지역 교육기관을 포함한다.

나아가서 교육 종사자의 의무로 다음의 2가지를 명시하고 있다. 첫째, 장애인에게 일반인과 동일한 교육의 기회를 제공한다. 이는 장애인이 학교 및 대학 입학 시에 모든 사람들과 동일한 입학조건을 충족시켜야 한다는 것을 의미한다. 둘째, 교육과정의 필수조건을 충족시키는 능력에 대한 기본 결정. 장애로 인한 개인의 능력 및 무능력에 대하여 임의로 가정해서는 안된다.

2005년도 교육에 관한 장애 판정기준은 장애인 차별에 관한 조례를 바탕으로 제정되었으며, 장애인이 차별 없이 교육에 참가할 수 있다는 내용의 교육과 훈련 제공자의 의무를 명시한다. 판정기준은 안내서(Guidance Note)와 함께 제공된다. 이것은 판정기준을 해석하고 따르는 담당자들은 보조하기 위한 것이다. 안내서는 판정기준의 범위와 적용에 관한 사람들의 이해를 돕기 위한 것이다.

판정기준의 기능은 다음과 같다. 첫째, 판정기준은 장애 학생에게 일반인과 동일한 권리를 부여하기 위한 것이다. 둘째, 장애인의 능력과 선택에 대한 편견에 바탕을 둔 차별을 극복하기 위한 것이다. 셋째, 학생 및 학생이 되고자 하는 장애인에게 차별 없이 일반인과 동일한 교육 및 훈련의 기회를 제공하기 위한 것이다. 넷째, 시설 및 서비스 이용 그리고 차별 없이 교육

및 훈련에 참가하는 권리도 포함된다. 다섯째, 교육 담당자는 긍정적인 의무를 가지며 합리적으로 장애 학생의 필요를 충족시키기 위해 변화를 추구한다. 여섯째, 장애학생에 대한 괴롭힘 및 놀림금지 규정을 명시한다. 교육담당자는 괴롭힘 및 놀림을 막기 위한 전략과 프로그램을 운영할 책임이 있다. 일곱째, 교직원 및 학생이 장애학생을 괴롭히거나 놀리지 않도록 보장해야 한다.

나아가서 교육 제공자는 장애 학생을 수용하기 위한 합리적 조정의 의무를 지닌다. 조정이란 장애 학생이 일반 학생과 동일하게 교육 및 훈련에 참가할 수 있도록 보조하는 조치를 취해야 한다. 조정은 학생의 교육적 필요와, 장애학생, 교직원 및 타 학생 등 모든 관계자의 이익의 균형을 고려하여 이루어져야 한다.

5) 장애아동·청소년의 재활 서비스 유형

(1) 조기중재 프로그램

호주의 주 및 부주(Territory)에는 발달장애 및 기타 장애를 가진 아이들의 진찰을 위한 많은 수의 전문아동보건센터, 보건진료소 그리고 주요 아동병원 전문 소아과 전문의들이 있다. 진료에 의해 장애 진단을 받으면 해당 아동은 조기 중재 프로그램 전문의에게 보내진다.

조기중재 프로그램이란 0~5세(출생에서 학교입학전 시기)의 발달장애아들과 그 가족을 위한 보건 및 복지를 장려하기 위한 서비스이다. 서비스의 종류 및 특성은 서비스에 따라 다양하다. 일부 서비스는 아동 및 부모가 프로그램에 참가할 수 있는 기관을 중심으로 하는 것과 전문가가 직접 찾아가서 지원과 상담을 제공하는 가정방문 형태로 운영하는 것으로 구분된다. 많은 서비스는 다양한 장애를 가진 아동을 대상으로 하며 그 중 일부는 자폐증, 뇌성(소아)마비, 시각 및 청각 장애를 전문적으로 취급한다(2006년 장애아동 협회, NSW).

조기중재 프로그램에는 재활치료, 교육, 보건 서비스, 적응지원, 공식 및 비공식 가족지원 그리고 학교생활로의 전환을 위한 정보 및 지원에 관한 규

정이 포함된다. 일반적으로 아동을 위한 전문지도, 재활치료 및 기타 프로그램 그리고 부모를 위한 정보 및 지원을 내용으로 한다.

① 가족 중심 운영

조기 중재 프로그램 종사자는 아동의 삶에서 가족이 미치는 영향이 가장 중요하다는 것을 인식하고(가족 중심 운영) 따라서 대상 가족의 관심사와 우선순위를 중심으로 서비스를 운영해야 한다. 중재 팀은 가족과의 협력을 통해 ‘독립 가족 서비스 계획(Individualized Family Service Plan, IFSP)’을 설립하여 서비스 제공을 위한 문서작성에 이용한다. 이 계획에는 가족의 요구에 따라 다수의 기관이 참여한다. 중재 프로그램은 장애아 및 발달장애아의 적응을 지원하기 위하여 아동보호센터, 유치원, 가족탁아소 및 일부 보호센터와의 협력을 통해 운영된다. 가족 IFSP 활성화를 통해 조기중재 프로그램과 주요 아동서비스 단체가 협력하여 아동과 가족의 필요를 충족시키기 위하여 노력한다. 여기에는 정보와 아이디어를 제공하기 위한 조기 중재 전문가의 상담 및 방문도 포함된다. 아울러 일부 아이들은 자신들이 최대한 보호대상에 포함되기 위한 추가적인 지원을 요구할 수 있다.

② 진학 준비

일반적으로 진학 준비상태를 평가하기 위한 주된 기준은 연령이다. 특정 연령 이전의 아이는 일반적으로 ‘그저 뛰어 노는 존재’ 정도로 여겨진다. 보다 성숙한 관점에서 본다면 호주의 모든 아이들이 경험에 상관없이 그리고 대부분 유전적 요인에 의해 5살이 되면(일부 주에서는 생후 4년 7개월) 학교를 다닐 준비가 되었다고 간주된다.

원활한 전환을 위한 계획을 위해 아이의 과거 경험 그리고 그것을 위한 아이의 노력을 파악해야 할 필요가 있다. 가정-유치원-학교로의 성공적인 전환을 위해 모든 아이들, 특히 장애아 및 더 많은 도움을 필요로 하는 아이들에게 전환 프로그램의 혜택을 제공하며 취학 이전에서 취학연령까지의 장애아들의 전환을 위한 프로그램에서는 가족의 참여를 지속적으로 유지하는 것

이 필수적이다.

(2) 교육

지난 100년간 호주의 장애아 교육은 많은 변화를 겪었다. 장애아를 위한 최초의 학교는 시각 및 청각 장애를 가진 아이들을 대상으로 1860년대에 세워졌고 이 후 1970년대 까지 1,800개의 특수학교가 호주 전역에 세워졌고 그러한 추세는 이 후에도 계속되었다.

1980년까지 호주의 모든 주에 걸쳐 광범위하게 일반학교 내의 장애아 교육이 장려되었다. 1950년대에 이미 장애아동을 일반학교에 받아들이는 것을 목표로 하는 새로운 방향으로서 일반학교 내의 특수학급 규정 등 교육적 통합의 사례가 등장하기 시작했다. 특수학교가 집중적인 지원을 필요로 하는 장애 학생에게 교육을 지속적으로 제공함에도 불구하고 현재 더 많은 장애아들이 특별 지원 서비스의 도움을 받으며 일반학교를 다니고 있다.

선택할 수 있는 학교는 다음의 네 종류가 있다. 즉, 일반학급, 지원학급 및 특수학교를 포함하는데 일반학급인 카톨릭학교(Catholic School)와 독립학교(Independent School), 가정방문 학습 형태가 있다. 위에 언급한 바와 같이 공교육 시설규정에 따른 책임이 주정부에 있으며, 1970년대 이후로 공교육과 사교육 시스템 모두에 걸쳐 연방정부가 특정 재정지원을 장애아들에게 제공하고 있다.

모든 아이들은 지역학교에 다닐 수 있는 권리가 있다. 하지만 현실에서는 아이들의 특정한 필요를 충족시키고자 하는 종사자들의 자발적인 의지에 달려 있는 경우가 많다. 신체적 이동을 지원하기 위한 학교 건물 개조에 재정 지원을 받을 수 있다.

특수지도(38%)는 5~14세의 장애 학생에게 학교에서 제공되는 가장 일반적인 지원 형태이며 그 다음은 상담사 또는 장애인 간호인(20%) 그리고 특수평가 과정(14%)이다. 43%의 장애 학생들이 학교에서 아무런 특별지원도 받지 않는 것으로 나타났고, 그 중 절반이 학교생활에 어려움을 겪고 있었다. 반면 주요 장애가 신체적 또는 복합적 장애인 소수의 학생(40%)들이 학교에서 특별지원을 받고 있었다(2006년 호주보건복지협회).

(3) 학생에서 성인으로의 전환

장애아동협회(NSW) 산하 기관들에게 자금지원을 통해 ‘직업인 전환 및 지역사회 참여 프로그램(Transition to Work and Community Participation programs)’을 제공한다. 이 프로그램은 장애청소년들이 독립성을 키우고 지역사회의 가치 있고 적극적인 일원이 되기 위하여 기술을 개발하는 것을 지원하는 데 그 목표를 두고 있다. 직업으로의 전환 프로그램은 시한부 프로그램으로서 학교를 떠나 1 내지 2년 내에 직업인이 될 청소년들을 위하여 고용결과 개선을 지원하는 것을 목표로 한다. 이 프로그램은 학교를 떠나는 장애 청소년들이 직업을 갖거나, 직업훈련학교에 들어가거나 또는 고등 교육기관으로 진학할 수 있도록 기술을 배우는 것을 지원한다. 지역사회 참여 프로그램은 중장기 유급 고용 또는 사회교육 중 선택을 희망하는 중등도 또는 중증의 장애 청소년들을 대상으로 한다.

(4) 부주(Tertiary) 단위 교육 및 직업교육

전환과정이 학교를 기점으로 하느냐 아니면 성장기를 거친 학생을 대상으로 하느냐에 상관없이, 다양한 통로가 마련되어 있다.

① 직업교육 및 훈련

그 통로를 연결시키는 것은 장애인 훈련 및 고용 성과 개선을 위한 전국 직업교육 및 훈련(Vocational Education and Training - VET) 청사진이다.

② 기술교육 및 사회교육(TAFE)

호주 전역에 걸쳐 TAFE 네트워크가 형성되어 있어 무역 및 서비스 분야에 종사하고자 하는 장애인에게 교육을 제공한다. 장애인을 위한 특수 프로그램이 있으나 대부분 전문적인 교사의 도움을 받아 정규 프로그램을 이용한다.

③ 대학

호주의 대학에 다니는 장애 학생들은 신체적 환경 및 교과 과정을 이용할

수 있도록 지원을 받는다. 지원내용에는 청각 장애 학생을 위한 필기, 시각 장애 학생을 위한 인쇄물 편집 및 전문 직업상담이 포함된다.

④ 단체 훈련기관

대부분의 훈련기관은 장애인에 대한 지원을 제공한다.

⑤ 호주 장애인기업

직업서비스 또는 보호작업장라 불리던 호주 장애인기업(Australian Disability Enterprises)은 장애인에게 고용 서비스를 지원하는 상업성을 지닌 기업이다. 현재 호주 전역에 355개의 호주 장애인 기업이 있는데 보통에서 중증장애인들에게 지원고용을 제공한다.

(5) 스포츠 및 레저

스포츠 및 레저 참여 및 이용은 장애인과 그 가족 및 친구에게 중요한 문제이다. 매우 많은 전국적 규모의 단체들이 현장에서 일하고 있다. 몇 개 주 그리고 부 주에는 스포츠 및 레크레이션협회(Departments of Sport and Recreation)가 있어 장애아동 및 청소년을 위한 전문 프로그램을 제공한다. 그 외에도 특정 주 그리고 부 주에는 다음과 같은 많은 수의 다양한 기타 프로그램들이 있다.

① 참여 스튜디오(Hands on Studio)

지적 및 신체장애를 지닌 이들에게 예술교육 그리고 생활기술 개발프로그램을 제공한다. 프로그램에는 지역사회 예술행사 참여가 포함되며, 장애인들이 예술적 및 창조적 기술을 개발할 수 있도록 지원한다.

② 음악치료

장애아 및 성인에게 단체 교실과 개인 음악치료 세션을 제공한다. 집중적인 음악, 무용 및 창조적 예술 교육을 받은 숙련된 음악 치료사가 학과과정 동안 모든 학급을 운영한다.

③ 호주 청각 장애인 연극(Australian Theatre of the Deaf)

청각장애를 가진 이들에게 이중 언어로 제작된 연극을 제작하여 공급하는 독특한 지원 형태이다. 그리하여 문화적 차이에 대한 이해와 인식을 장려하고 청각 장애인의 문화적 표현활동을 감상하는 관객층을 확대할 것으로 희망한다.

(6) 가족 및 보호자

전문시설로부터 홈 케어로의 이동은 장애아들이 가정에서 가족 또는 입양 가족의 보호를 받도록 하는 것이다. 이 경우 일반적으로 공식적인 지원 프로그램의 다양한 혜택을 통해 가족, 특히 장애아동의 어머니에게 보호의 책임이 전가되는 경우가 흔하다. 호주보건복지협회(2004)의 연구에 의하면 1998년에는 0~14세의 장애아 중 99%가 가정에서 생활하고, 그 중 211,900명(72%)이 부모가 모두 있는 가정에서, 83,700(28%)명은 부모 중 한 명만 있는 가정에서 생활하는 것으로 보고되었다.

함께 생활하고 있는 중증장애아의 주 보호자 중 대다수(91%)가 어머니였다. 이들 주 보호자의 약 절반(48%)은 더 많은 지원과 휴식, 그리고 재정적 지원을 필요로 하는 것으로 나타났으며, 그 중 휴식과 재정지원을 가장 절실하게 필요로 하는 것으로 조사된 바 있다.

(7) 보조기기 지원 및 장비

특정한 지원을 필요로 하는 많은 아이들이 일상생활에서 다양한 종류의 서비스와, 휠체어, 보행 보조기, 의사소통 보조기, 식사용 특수 용기 및 의족 등 장비를 구하고 사용할 수 있도록 지원하기 위한 것이다.

(8) 휴식 지원

장애자녀의 케어에 있어서 가장 중요한 부분 중 하나는 보호자의 건강과 행복을 유지하는 것이다. 정기적인 휴식의 필요성은 장애자녀에 대한 부담을 극복할 수 있도록 해준다. 휴식지원이란 근본적인 휴식을 위한 시간을 허용하면서 정기적으로 가장 효과적인 방법을 통해 보호자에게 휴식을 제공

하는 것을 말한다. 취학아동을 위한 휴식은 공휴일에 아이들이 참가하는 캠프, 1주일 또는 2주에 한번 참가하는 레저프로그램 및 일부 지역에서 실시하고 있는 동급생 지원 프로그램의 형태로 제공될 수도 있다. 대부분의 휴식 프로그램은 지역 정부 관할지역 내에서 이루어지는데 허용 프로그램의 범위는 위치에 따라 다르다(호주장애아 협회, 2006).

(9) 보건

지난 10년 동안 아동기와 관련된, 특히 주의력 결핍 과잉행동장애(ADHD) 그리고 자폐성장애 등 장기간에 걸친 장애아동의 증가를 보고하고 있다. 이러한 증가는 진단 방식의 변화와 부모, 교육 담당자 및 건강 전문가들의 인식개선에 기인한 바가 크다(호주보건복지협회, 2006).

6) 관련 서비스 전달체계

호주에는 다음의 기관을 통하여 재활서비스가 전달되고 있다.

- (1) 시드니 본부와 호주장애아협회(NSW) 전역의 자원단체와 함께 장애인 기술지원 본부(Technical Aid to the Disabled - NSW): 30년이 넘게 장애인들을 지원해 왔으며 25,000중 이상의 기기를 개발하여 모든 연령대의 장애인들을 돕고 있다. 모든 주와 호주 수도 부 주정부(Australian Capital Territory)에 지사를 두고 있다.
- (2) 호주 장애교육훈련홍보기관(The Australian Disability Clearinghouse on Education and Training - ADCET): 중등이후 교육 및 훈련부문에서 장애인 견습생 실습 지원을 위한 정보와 자료를 제공한다.
- (3) 연방 교육 및 고용부(Commonwealth Department of Education, Employment and Workplace Relations - DEEWR): 교육, 작업장 훈련, 작업장 내에서

의 작업 및 환경 전환에 대한 전국적인 리더십을 제공하는 한편 장애인을 위한 개방된 고용의 기회를 제공한다.

- (4) 가족, 주거, 지역사회 서비스부(The Department of Families, Housing, Community Services and Indigenous Affairs - FHCSIA): 장애인들에게 프로그램, 서비스, 혜택 및 급여를 통한 지원을 제공한다.
- (5) 전국 장애조정담당관(The National Disability Coordination Officer Program): 사회교육 및 훈련을 원하는 장애인에게 정보 및 위탁 서비스를 제공하기 위한 31개 서비스 지역으로 이루어진 광역 네트워크를 운영한다.
- (6) 연방 주정부 및 부주정부 장애협정(Commonwealth State/Territory Disability Agreement - CSTDA): 이 협정은 교육, 보건 서비스에 대한 자금 지원은 포함하고 있지 않으며 이는 주정부 및 부주정부의 책임소관이다. 많은 수의 장애 전문인들이 이 협정의 자금지원을 받아 숙박, 초기 장애치료, 지역서비스 및 휴식 등의 지원을 하고 있다.

5. 시사점

이상에서 살펴본 외국의 장애영유아 교육 및 보육 등 재활치료 제도를 비교하여 볼 때 재활치료 대상 장애아동의 범주, 법적·제도적 장치, 통합을 통한 재활치료, 조기발견, 치료, 교육 등의 연계 및 지원 체계, 비용에 대한 지원의 다섯 가지 측면에서 다음과 같이 시사점을 정리할 수 있다.

첫째, 재활치료 대상 아동과 청소년의 범주를 포괄적으로 정의하여야 한다는 점이다. 대부분의 국가에서 재활서비스를 필요로 하는 아동은 장애아동은 물론 장애 위험군에 있는 아동까지 포괄적으로 정의하고 있다. 각국의 사례에서 보듯이 장애에 따른 추가요구가 있는 아동을 특수교육 등 재활치료 등의 대상 아동으로 정의하고 있다. 우리나라의 특수교육법에서도 법적

으로는 재활치료 서비스 대상 아동을 포괄적으로 정의하고 있으나 정확한 대상 아동의 수는 파악되지 않고 있다.

둘째, 장애아동 재활치료를 위한 적절한 법 및 제도적 장치가 마련되어야 한다. 즉, 장애아동 및 장애발생 가능 아동에 대한 조기발견, 평가, 판별, 배치, 개별화계획 및 프로그램, 재정지원 등 일련의 절차에 의하여 아동의 발달을 촉진시킬 수 있는 적절한 조치가 이루어져야하고, 이 과정에서 부모가 참여할 수 있어야 하고, 이러한 절차는 일정한 법에 근거를 두고 이루어져야 한다. 미국은 이러한 제도가 마련되어 있고, 일본도 조기발견을 위한 제도적 장치를 갖추고 있다.

우리나라 장애아동·청소년 조기교육은 특수교육법에 의하여 시행되고 있다. 그러나 특수교육법은 주로 교육기관에 한정하고 있고 취학전 장애아를 위한 제도가 마련되어 있지 않으며, 개정 법에서는 치료교육이 삭제되어 재활치료가 충분히 제공되기 어려운 실정이다.

셋째, 장애아동 재활치료는 통합을 통하여 실시되어야 한다는 것이 세계적인 추세이다. 장애에 대한 개념에 있어서도 장애인과 비장애인에 대한 경계가 허물어지고 있는 추세이고, 장애아동도 최소 제한적인 또한 자연스러운 환경에서 일반 아동과 동일한 교육의 기회를 보장함으로써 아동의 발달이 제한을 받지 않도록 하자는 것이다. 정규학교의 통합교육은 물론 장애아를 위한 통합보육이 세계적인 추세라는 점에서 장애아동을 위한 통합적인 재활치료 기회를 확충하여야 할 필요가 있다.

넷째, 장애아동 및 청소년에 대한 재활치료는 각 관계 부처별로 통합적으로 접근되어야 한다. 장애의 진단·평가 및 서비스는 독립된 절차라기보다는 일련의 연속적이고 상호 관련된 과정이기 때문에 부처간의 상호협력이 또한 서비스의 개별화는 전문가들로 구성된 팀으로 접근되어야 하며, 이를 위해서는 재활서비스를 위한 재활지원센터 등 지역사회 자원이 확충되어야 함을 알 수 있다. 우리의 경우 장애인복지법과 특수교육법에 의하여 기본적인 체계가 마련되어 있으나 부처간의 교류가 제한되어 지역사회로부터의 장애아동의 재활서비스에 대한 자원을 연계하고 개발하는데 제한점이 있는 실

정이다.

다섯째, 장애아동·청소년의 교육이나 재활에 소요되는 비용에 대한 정부의 지원이 확대되어야 한다. 장애아동 재활치료 서비스는 일반아동의 재활 치료에 비하여 추가적인 지원을 필요로 한다. 그러므로 대개의 선진국에서는 장애아동과 청소년의 재활서비스를 공교육을 포함하여 무상으로 실시하고 있다는 점을 고려할 필요가 있다.

IV. 장애아동·청소년의 재활서비스 실태와 욕구

1. 재활서비스 실태 및 욕구조사 개요
2. 주요 조사결과

IV. 장애아동·청소년의 재활서비스 실태와 욕구

1. 재활서비스 실태 및 욕구조사 개요

1) 조사목적

장애아동·청소년의 재활복지 서비스 이용실태와 욕구 조사는 이들이 어떠한 재활서비스를 이용하는지의 실태와 필요한 서비스가 무엇인지에 대한 욕구를 파악하기 위하여 수행되었다. 이 조사를 통해 재활서비스 이용실태에서는 인구학적 특성과 장애유형에 따라 실태를 파악하고 서비스에 대한 만족도와 접근성과 인지, 이용률을 파악하고 필요로 하거나 희망하는 서비스 욕구를 분석한다.

2) 조사대상

본 재활서비스 이용실태와 욕구조사는 장애 등록된 약 525명의 미취학 아동 및 초등학교, 중학교, 고등학교 재학생이 조사대상이며, 장애유형을 고려하여 지적장애(정신지체), 자폐성장애, 청각장애, 지체장애학교와 일반학교의 특수학급에 배포되었다. 조사지역은 서울, 인천, 경기(수원, 오산, 화성, 평택) 등 수도권과 대전 지역이다. 이와 함께 연령분포를 고려하여 미취학 장애아동의 경우에는 장애인복지관, 재활센터 등을 대상으로 조사하였다. 표본추출은 장애인 조사의 특성상 장애유형과 지역, 여부를 고려하여 임의 표집방법을 사용하였다.

3) 조사방법 및 기간

본 조사는 재활서비스 실태와 욕구 분석을 위해 자체 개발한 설문지를 장

애아동 및 청소년에게 대해 자기기입식 설문조사로 수행하였다. 그렇지만 장애가 심한 장애아동 및 청소년의 특성을 고려하여 본인응답이 불가능한 경우에는 보호자가 대신 응답하도록 하였으며, 본인과 보호자 응답을 구분하여 조사하였으나 지적장애와 자폐성장애가 많아 보호자가 응답한 경우가 많았다. 설문지는 1차적으로 해당학교 교사나 재활센터의 담당자에게 배포하여 아동 또는 보호자가 응답한 설문지를 수거하여 회수하였으며, 조사기간은 7월 10일~8월 30일까지이다.

4) 조사내용 및 분석방법

조사내용은 인구사회학적 사항, 장애등록 시기, 재활서비스 인지 및 수급 여부, 재활서비스(의료재활, 사회재활, 심리재활, 직업재활, 교육재활 등) 이용 만족도, 재활서비스에 관한 욕구, 장애수용 및 태도, 삶의 질에 관한 문항과 재활복지 지원정책 및 개선방안으로 구성되었다. 분석방법은 사회과학 통계패키지(SPSS 14.0)를 이용하여 현황 및 욕구에 대한 빈도분석과 교차분석, 평균검증을 기초로 기술적, 추론적 통계분석을 실시하였다.

5) 설문지 회수 현황

기관당 25부씩 총 525부의 설문지를 특수학교와 복지관, 사설 재활치료센터의 실무 담당자에게 배포하여 수거한 설문지는 총 473부로 회수율은 82.2%이다. 조사대상 지역과 기관은 특수학교 5개소, 장애인복지관 8개소, 재활치료센터 8개소 등 총 21개 학교와 장애인복지기관이다.

<표 IV-1> 설문조사 배포 기관 유형

구 분	기관수	회수/배포
특수학교	5개소	101/125
장애인복지관	8개소	182/200
재활치료센터(사설)	8개소	190/200
계	21개소	473/525

2. 주요 조사결과

1) 인구학적 특성

(1) 성별

조사대상 아동 청소년의 성별은 남자 314명(66.4%), 여자 159명(33.6%)으로 조사되어 남아가 여아보다 많았다. 남자가 많은 것은 장애인실태조사(2005)에 나타난 바와 같이 장애아 출현율이 높은 지적장애인과 자폐성장애가 상대적으로 많기 때문으로 추정된다.

〈표 IV-2〉 성별 분포

(단위: 명, %)

구 분	빈도	백분율
남	314	66.4
여	159	33.6
계	473	100.0

(2) 연령

장애아동·청소년의 연령은 만 나이를 기준으로 미취학 기준인 6세 이하, 초등학교 시기인 7~12세 이하, 중학교 이상 시기인 13세 이상으로 구분하였다. ‘6세 이하’는 92명(19.7%) ‘7~12세 이하’는 226명(48.4%), ‘13세 이상’은 149명(31.9%)으로 나타났으며, 전체 평균 연령은 11.1세(S.D=2.58)로 조사되었다.

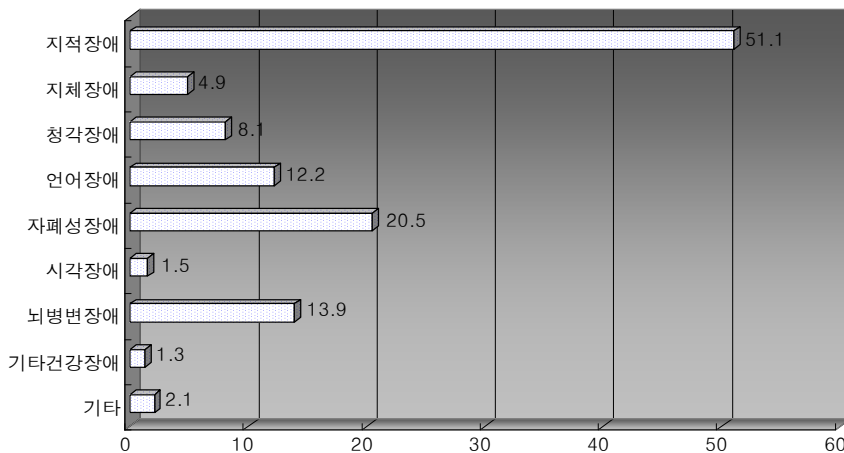
〈표 IV-3〉 연령 분포

(단위: 명, %)

구 분	빈도	백분율
6세 이하(학령전기)	92	19.7
7~12세 이하(초등학교)	226	48.4
13세 이상(중학교 이상)	149	31.9
계	467	100.0

(3) 장애유형

조사대상 장애아동·청소년의 장애유형은 <표 IV-3>과 같이 지적장애가 239명(51.1%), 자폐성장애 96명(20.5%), 뇌병변장애 65명(13.9%), 언어장애 57명(12.2%), 청각장애 38명(8.1%), 지체장애 23명(4.9%)의 순으로 나타났다. 이 결과는 2005년 장애인실태조사의 결과와 청각장애아를 제외하고 유사한 분포이다. 조사대상이 특수학교와 장애인복지관 등에서 재활치료 서비스를 이용하는 대상이었기 때문에 지적장애와 자폐성장애가 가장 많은 구성비를 보이고 있다.



[그림 IV-1] 장애유형 분포

(4) 장애등급

장애등급을 조사한 결과, 주로 중증에 해당되는 1~2급이 다수를 차지하고 있음을 알 수 있다. <표 IV-4>를 살펴보면, 1급 202명(45.9%), 2급 144명(32.7%), 3급 87명(19.8%)의 순으로 조사되었는 바, 특수학교나 복지관을 이용하는 주 대상이 중증장애임을 예상할 수 있다.

〈표 IV-4〉 장애등급 분포

(단위: 명, %)

구 분	빈도	백분율
1급	202	45.9
2급	144	32.7
3급	87	19.8
4급	5	1.1
5급	1	.2
6급	1	.2
계	440	100.0

(5) 중복장애 유무 및 종류

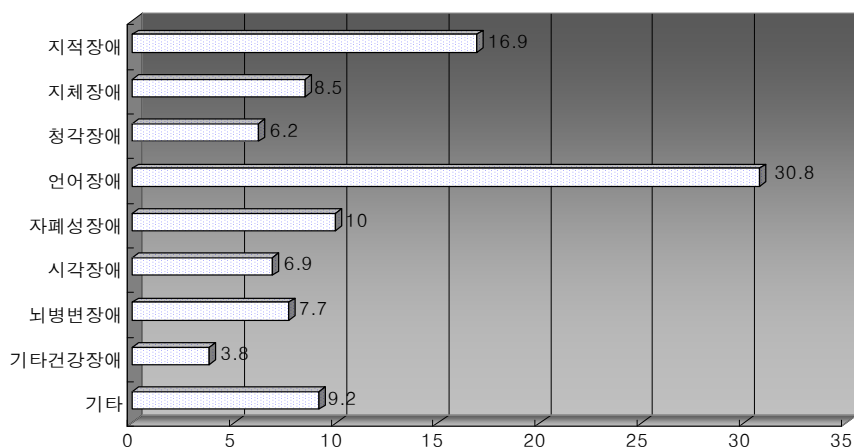
중복장애 유무를 조사한 결과, 대체로 ‘없다’가 292명(65.8%)으로 ‘있다’ 152명(34.2%)보다 높게 나타났는데, 이는 일반 성인 장애인의 중복장애 비율보다 높아 특수학교나 복지관을 이용하는 장애아동 및 청소년의 경우 중증·중복장애의 비율이 높음을 알 수 있다. 연령별 중복장애의 유무에 있어서는 연령이 높아질수록 중복장애가 있는 비율이 높아 차이를 보였으나 성별로는 남아에 비해 여아의 중복장애 비율이 높았으나 유의한 차이를 보이지는 않았다.

〈표 IV-5〉 중복장애 유무

(단위: 명, %)

구 분	빈도	백분율
있다	152	34.2
없다	292	65.8
계	444	100.0

다음으로 중복장애 유형으로는 주로 지적장애와 자폐성장애와 동반된 언어장애가 40명(30.8%)으로 가장 많았고, 다음으로 지적장애 22명(16.9%), 자폐성장애 13명(10.0%), 지체장애 11명(8.5%)의 순으로 나타났다.



[그림 IV-2] 중복장애 종류

(6) 장애발생 시기

장애발생 시기는 선천성이 169명(36.5%), 후천성이 123명(26.6%), 출산시가 53명(11.4%)로 조사되어 일반 장애인에 비해 선천성이 많은 바, 이는 본 조사 대상에 지적장애와 자폐성장애의 비중이 크다는 점과 관련이 있는 것으로 볼 수 있다. 한편 장애발생 시점을 알지 못하고 있는 경우도 118명(25.5%)이었다.

<표 IV-6> 장애발생 시기

구 분	(단위: 명, %)	
	빈도	백분율
선천성	169	36.5
출산시	53	11.4
후천성	123	26.6
잘모름	118	25.5
계	463	100.0

(7) 현재 다니고 있는 보육시설

장애아동이 미취학 연령인 경우 현재 다니고 있는 보육시설(유치원)을 알아본 결과, 통합보육시설 27명(22.7%), 장애전담보육시설 25명(21.0%), 일반보육시설 23명(19.3%), 일반유치원 18명(15.1%)로 조사되었으며, 보육시설을 다니지 않는 경우는 12명(10.1%)로 나타났다.

〈표 IV-7〉 현재 다니고 있는 보육시설

(단위: 명, %)

구 분	빈도	백분율
일반보육시설	23	19.3
통합보육시설	27	22.7
장애전담보육시설	25	21.0
일반유치원	18	15.1
일반유치원내 특수학급	8	6.7
특수학교 유치부	6	5.0
다니지 않음	12	10.1
계	119	100.0

(8) 재학 중인 학교

현재 초등학교, 중학교, 고등학교에 다니고 있는 재학생인 경우 학교를 알아본 결과, 일반초등학교 39.6%, 특수학교 초등부 25.7%, 특수학교 중등부 16.0%, 특수학교 고등부 11.5%, 일반 중학교 5.1%의 순으로 조사되었다. 성별로는 남아의 경우 일반 초, 중, 고등학교에 재학하는 비율이 여아보다 다소 많았으나 큰 차이를 보이지 않았으며, 장애유형에 따라서도 특수학교와 일반학교에 재학하고 있는 장애아동과 청소년의 비율에 큰 차이를 보이지 않아 통합교육이 많이 확산되었음을 알 수 있다.

〈표 IV-8〉 재학 중인 학교

(단위: 명, %)

구 분	빈도	백분율
특수학교 초등부	85	25.5
특수학교 중등부	53	16.0
특수학교 고등부	38	11.5
일반 초등학교	131	39.6
일반 중학교	17	5.1
일반 고등학교	7	2.1
계	331	100.0

(9) 월평균 가구소득

월평균 가구소득은 150~200만원 미만인 19.1%, 250~300만원 미만인 16.2%, 200~250만원 미만인 15.6%, 100~150만원 미만인 11.8%로 조사되었고, 100만원 미만인 11.3%, 500만원 이상이 4.7%로 나타나 비교적 고른 분포를 보이고 있다. 가구소득에 있어서 장애아동의 연령에 따라서는 큰 차이가 없었으나 부의 직업에 따라서는 정규직의 경우 소득이 높고, 일용직이나 시간제의 경우 낮아 유의한 차이를 보였다.

〈표 IV-9〉 월평균 가구소득

(8단위: 명, %)

구 분	빈도	백분율
100만원 미만	51	11.3
100~150만원 미만	53	11.8
150~200만원 미만	86	19.1
200~250만원 미만	73	16.2
250~300만원 미만	70	15.6
300~400만원 미만	59	13.1
400~500만원 미만	37	8.2
500만원 이상	21	4.7
계	450	100.0

(10) 부모의 직업

장애아동·청소년 부모의 직업을 알아본 결과, <표 IV-10>과 같이 조사되었다. 부의 직업은 45.7%가 상용근로자(전일제)로 나타났고, 자영업 27.5%로 조사되었으며, 모의 직업으로는 70.9%가 무직이거나 전업주부로 가장 많았고, 그 외 상용근로자(전일제) 6.6%, 자영업은 5.9%에 불과한 것으로 조사되었다.

<표 IV-10> 부모의 직업

(단위: 명, %)

구 분	빈도(백분율)	
	부	모
자영업	119(27.5)	25 (5.9)
고용주	16 (3.7)	1 (.2)
상용근로자(전일제)	198(45.7)	28 (6.6)
상용근로자(시간제)	13 (3.0)	20 (4.7)
임시직/계약직	19 (4.4)	18 (4.3)
일용직	20 (4.6)	11 (2.6)
무직/전업주부	17 (3.9)	300(70.9)
기 타	31 (7.2)	20 (4.7)
계	433(100.0)	423(100.0)

(11) 수급자 여부

국민기초생활보장 수급자로 등록되어 있는지 여부를 묻는 질문에서는 비수급가구가 86.4%로 많았으며, 기초수급 가구는 13.6%로 조사되어 정상적인 분포를 보이고 있다.

<표 IV-11> 기초수급가구 여부

(단위: 명, %)

구 분	빈 도	백분율
비수급가구	133	86.4
수급가구	21	13.6
계	154	100.0

3) 재활서비스 이용현황

(1) 재활치료 받은 경험

현재 아동 및 청소년이 정규 학교교육(보육시설) 외에 물리치료나 언어치료, 심리치료(미술, 음악치료 등)등의 재활치료를 받고 있는지를 알아보기 위한 질문에서 <표 IV-12>와 같이 ‘현재 받고 있다’가 77.0%로 가장 많았고, ‘현재는 받고 있지 않지만 받은 적이 있다’가 14.0%, ‘받은 적 없다’가 9.0%로 나타났다. 연령별로 살펴보면 6세 이하의 학령전기에서는 92.9%가 치료를 받은 경험이 있으며, 초등학교에서는 90.2%, 중학교 이상에서는 47.9%로 조사되어 통계적으로 유의한 차이를 보이고 있어 주로 저학년에서 치료를 더 받는 것을 볼 수 있다. 성별에 따라서는 차이가 없었으나 장애유형에 따라서는 다른 장애와 달리 청각장애의 경우가 치료받지 않는 경우가 많아 차이가 있었다.

〈표 IV-12〉 재활치료 받은 경험

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
현재 받고 있다	92.9	90.2	47.9	77.0
현재는 받고 있지 않지만 받은 적이 있다	4.7	7.0	29.9	14.0
받은 적 없다	2.4	2.8	22.2	9.0
계	100.0 (85)	100.0 (214)	100.0 (144)	100.0 (443)

($X^2=103.207$, $df=4$, $p=.000$)

재활치료를 받지 않은 이유로는 <표 IV-13>에서와 같이 ‘장애가 심하지 않아서’ 29.3%, ‘치료받을 기관이 마땅치 않아서’ 26.8%, ‘비용부담 때문에’ 19.5%, ‘서비스에 대한 정보가 없어서’ 10.3%로 나타났다. 연령별로는 치료 받지 않은 이유에서 유의한 차이가 없었다. 이러한 결과를 볼 때 장애정도 요인을 제외하고 치료기관, 치료비용, 치료에 대한 정보부족 등의 요인이 큰

비중을 차지하고 있음을 알 수 있다.

〈표 IV-13〉 재활치료를 받지 않은 이유

(단위: 명, %)

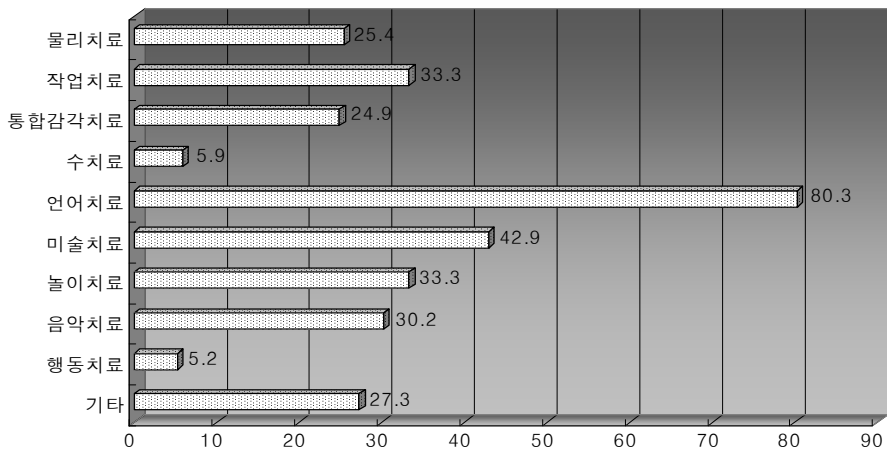
구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
장애가 심하지 않아서	-	14.3	31.3	26.8
치료받을 기관이 마땅치 않아서	-	42.9	28.1	29.3
비용부담 때문에	50.0	14.3	18.8	19.5
서비스에 대한 정보가 없어서	50.0	14.3	9.4	12.2
기타	-	14.3	12.5	12.2
계	100.0 (2)	100.0 (7)	100.0 (32)	100.0 (41)

($X^2=6.131$, $df=8$, $p=.633$)

(2) 받았거나 받고 있는 재활치료서비스 종류

과거에 받았거나 현재 받고 있는 재활치료서비스 종류를 알아보기 위한 질문에 대해 복수응답토록 한 결과, <표 IV-14>에서와 같이 언어치료가 80.3%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로는 연령별로는 고르게 높았으나 초등학교 재학의 아동기가 다소 비율이 높았다. 다음으로 미술치료 42.9%, 작업치료와 놀이치료가 각각 33.3%로 높았으며, 음악치료는 30.2%, 물리치료 25.4%, 통합감각치료 24.9%의 순으로 조사되었다. 장애유형별로는 언어치료의 경우 지적장애가 41.1%, 자폐성장애가 22.5%, 기타 신체적 장애가 16.2%로 나타났다. 대체로 연령별로 구분해 보면 초등학교 재학의 아동기에 각종 재활치료를 더 많이 받는 것을 알 수 있다.

기타 재활치료로는 체육치료, 인지치료, 수영, 승마, 심리치료, 동물매개치료 등을 하는 것으로 나타났다. 이에 따라 장애아동·청소년이 받고 있는 재활치료는 1가지 이상으로 개인에 따라 전체 평균 2.9개의 치료를 받았거나, 받고 있는 것으로 조사되었다.



[그림 IV-3] 받았거나 받고 있는 재활치료서비스 종류

〈표 IV-14〉 받았거나 받고 있는 재활치료서비스 종류(연령별)

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
물리치료	35.2	24.1	20.8	25.4
작업치료	35.2	34.1	30.8	33.3
통합감각치료	25.3	26.8	21.5	24.9
수 치 료	5.5	7.3	3.8	5.9
언어치료	76.9	85.5	73.8	80.3
미술치료	27.5	48.6	43.8	42.9
놀이치료	35.2	34.1	30.8	33.3
음악치료	11.0	34.1	36.9	30.2
행동치료	2.2	2.7	11.5	5.2
기 타	24.2	32.0	21.5	27.3
계	18.5 (253)	53.1 (724)	28.2 (384)	308.7 (1,361)

(3) 주로 받은 재활치료

여러 가지 재활치료 중 주로 받은 재활치료가 무엇인지 분석한 결과, 응답자 중 절반이 넘는 59.6%가 언어치료로 응답하여 가장 높게 나타났으며, 언어치료는 학령전기에 비해 초등학교 아동과 중학교 이상의 청소년에 상대적으로 많았다. 다음으로는 물리치료 17.1%의 순이었으며, 다른 치료들은 10%를 넘지 않아 비교적 적은 비율을 보였다. 전체적으로 학령전기에 있어서는 물리치료와 작업치료 및 놀이치료를 받는 비율이 상대적으로 높았다. 장애유형별로는 언어치료의 경우 역시 청각, 언어장애가 많았고, 지적장애가 66.1%, 자폐성장애가 64.3%였으며 지체장애의 경우에는 75.0%가 물리치료를 받고 있어 장애유형에 따라 차이가 있었다.

〈표 IV-15〉 주로 받은 재활치료

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
물리치료	22.1	17.9	2.0	17.1
작업치료	11.8	2.7	2.0	4.3
통합감각치료	2.9	1.1	4.0	2.3
수 치 료	-	.5	-	.3
언어치료	52.9	61.4	60.6	59.5
미술치료	-	4.9	3.0	3.4
놀이치료	7.4	6.0	4.0	5.7
음악치료	1.5	.5	4.0	1.7
행동치료	-	-	3.0	.9
기 타	1.5	4.9	7.1	4.8
계	100.0 (68)	100.0 (184)	100.0 (99)	100.0 (351)

($X^2=37.041$, $df=18$, $p=.005$)

(4) 재활치료서비스를 받기 위한 검사 여부

재활치료서비스를 받기 위해 심리, 행동, 인지 등의 검사를 받았는지를 분

석한 결과, ‘받았다’ 76.1%로 훨씬 많았으며 ‘받지 않았다’ 23.9%로 조사되었다. 연령별로는 초등학교 아동이 85.5%로 높았고 중학교 이상의 경우에는 검사받은 비율이 훨씬 낮아 유의한 차이를 보이고 있다. 장애유형에 따라서는 검사여부에 큰 차이가 없었으나 다만 재활치료 전에 검사를 받지 않은 경우도 23.9%나 차지하여 재활치료를 위한 정확한 검사를 사전에 받을 필요가 있음을 알 수 있다.

〈표 IV-16〉 재활치료서비스를 받기 위한 검사 여부

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
받았다	81.0	85.5	57.5	76.1
받지 않았다	19.0	14.5	42.5	23.9
계	100.0 (84)	100.0 (207)	100.0 (127)	100.0 (418)

($X^2=35.344$, $df=2$, $p=.000$)

(5) 재활서비스 받고 있는 장소

재활서비스를 받는 장소로는 장애인복지관이 37.0%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 사설치료센터 등에서 27.3%, 병원 치료실 18.4%의 순으로 나타났다. 연령별로는 학령전 유아의 경우에는 장애인복지관, 병원 치료실, 재활치료센터인데 비해 초등학교 아동은 장애인복지관이 가장 많으나 사설치료센터가 다음으로 많고, 중학교 이상에 있어서는 사설치료센터가 41.5%로 가장 많아 연령에 따라 치료받는 곳에 의미있는 차이가 있었다. 이는 장애아동, 청소년의 연령이 늘어날수록 사설치료센터를 많이 이용하는 것을 보여주고 있다. 장애유형별로 살펴보면 지적장애의 55.8%, 자폐성장아가 39.3%가 장애인복지관을 이용하는 반면, 신체적 장애는 복지관을 이용하는 비율이 적어 차이를 보였다.

〈표 IV-17〉 재활서비스를 받고 있는 장소

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
병의원 치료실	28.6	17.8	12.3	18.4
장애인복지관	34.1	41.1	32.3	37.0
재활치료센터	22.0	13.7	5.4	13.0
시설치료센터 등	14.3	24.2	41.5	27.3
기타	1.1	3.2	8.5	4.3
계	100.0 (91)	100.0 (219)	100.0 (130)	100.0 (440)

($X^2=45.393$, $df=8$, $p=.000$)

(6) 재활서비스 제공기관까지의 소요시간

재활서비스를 받는 장소까지의 소요시간을 조사한 결과, 전체적으로 20~40분 미만에서 43.4%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 1시간 이상이 24.1%, 40분 이상이 17.3%로 나타났다. 이에 따라 재활서비스를 받기 위해 이동하는 거리가 상당함을 알 수 있다. 연령별로는 학령전기에 비해 중학교 이상으로 갈수록 소요시간이 길어지고 있으나 유의한 차이를 보이지는 않았다. 서비스 제공기관까지 평균 40.5분($S.D=34.2$) 정도 소요되는 것으로 나타났다.

〈표 IV-18〉 재활서비스 제공기관까지의 소요시간

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
10분 미만	2.4	1.4	1.7	1.7
10분~20분 미만	17.9	14.6	8.4	13.5
20분~40분 미만	45.2	43.9	41.2	43.4
40분~1시간 미만	19.0	18.9	13.4	17.3
1시간 이상	15.5	21.2	35.3	24.1
합 계	100.0 (84)	100.0 (212)	100.0 (119)	100.0 (415)

($X^2=15.189$, $df=8$, $p=.056$)

(7) 서비스 기관까지의 교통수단

서비스 기관까지 교통수단으로는 자가용이 51.8%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 일반버스 22.6%, 도보 9.1%의 순으로 조사되어 승용차를 이용하는 경우가 절반을 조금 넘을 정도로 많았다. 그에 비해 통학버스와 셔틀버스, 지하철 등의 이용률은 상대적으로 미미한 수준을 보이고 있었다. 연령에 따라서는 중학교 이상의 경우 통학, 셔틀버스 이용률이 높고, 초등생에 해당하는 아동은 자가용의 이용률이 높았지만 일관된 차이를 보이지는 않았다.

〈표 IV-19〉 서비스 기관까지의 교통수단

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
도 보	8.8	6.8	13.3	9.1
일반버스	26.4	21.0	22.7	22.6
지하철	5.5	1.8	2.3	2.7
택 시	3.3	4.1	1.6	3.2
자가용	50.5	57.5	43.0	51.8
통학버스	-	1.4	7.0	2.7
셔틀버스	3.3	5.0	3.1	4.1
기 타	2.2	2.3	7.0	3.7
계	100.0 (91)	100.0 (219)	100.0 (128)	100.0 (438)

($X^2=31.883$, $df=12$, $p=.004$)

(8) 재활치료 기관 이용 기간

현재의 재활치료 기관을 다닌 기간을 조사한 결과, 5년 이상이 25.7%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 1년 미만이 22.5%, 2년 이상~3년 미만이 14.6%, 3년 이상~4년 미만 13.7%, 1년 이상~2년 미만 또한 13.9%, 4년 이상~5년 미만 9.6%의 순으로 조사되었다. 전체 평균 이용기간은 3년 3개월이며, 연령별로는 학령전기의 경우에는 1년 4개월, 초등학교 시기는 2년 6개월, 중학교 이상은 3년 1개월로 나타나 유의한 차이가 있었다.

〈표 IV-20〉 서비스기관에 다닌 기간

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
1년 미만	43.5	19.0	14.0	22.5
1년~2년 미만	9.4	15.2	14.9	13.9
2년~3년 미만	21.2	13.7	11.6	14.6
3년~4년 미만	14.1	11.4	17.4	13.7
4년~5년 미만	8.2	10.4	9.1	9.6
5년 이상	3.5	30.3	33.1	25.7
계	100.0 (85)	100.0 (211)	100.0 (121)	100.0 (417)

($X^2=49.594$, $df=10$, $p=.000$)

(9) 재활서비스 이용 빈도

재활서비스를 이용하는 빈도를 1주일 단위로 알아본 결과, <표 IV-21>과 같이 주 1~2회가 51.1%로 과반수 이상을 차지하였고, 3~4회가 27.9%, 5-6회가 15.3%의 순으로 나타났으며, 전체적으로 1주일에 평균 3.3회 정도 재활서비스를 이용하고 있었다. 연령별로는 학령전의 경우 평균 3.5회, 초등생은 3.4회, 중학교 이상은 2.8회로 학령전 유아가 다른 연령층에 비해 치료받는 횟수가 높아 유의한 차이가 있음을 알 수 있다.

〈표 IV-21〉 재활서비스 이용 빈도(1주일)

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
1~2회	49.4	44.4	64.7	51.1
3~4회	25.3	32.4	21.6	27.9
5~6회	16.1	16.7	12.1	15.3
7회 이상	9.2	6.5	1.7	5.7
계	100.0 (87)	100.0 (216)	100.0 (116)	100.0 (419)

($X^2=15.935$, $df=6$, $p=.014$)

(10) 재활서비스 소요시간

재활서비스를 1회 받는데 소요되는 시간을 조사한 결과, 30분 이상~1시간 미만이 90.2%로 대부분을 차지하였고, 1시간 이상은 7.6%로 조사되었다. 연령별로는 중학교 이상의 경우 평균 치료시간이 길었는데, 학령전기는 36.9분, 초등학교는 약 37.1분, 중학교 이상은 약 49.7분이었으며 전체 평균 치료시간은 40.7분(S.D=34.4)이었다.

〈표 IV-22〉 재활서비스 소요시간(1회)

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
30분미만	2.3	1.9	2.6	2.1
30분 ~ 1시간 미만	88.5	92.6	87.2	90.2
1시간 이상	9.2	5.6	10.3	7.6
계	100.0 (87)	100.0 (216)	100.0 (117)	100.0 (420)

($X^2=3.034$, $df=4$, $p=.552$)

(11) 월평균 재활치료 비용

재활서비스를 이용하는데 드는 비용을 조사한 결과는 <표 IV-23>에서 보는 바와 같이 20만원 이상~30만원 미만이 21.4%로 가장 높게 나타났고, 다음으로 50만원 이상이 20.1%, 10만원 이상~20만원 미만은 19.6%, 30만원 이상~40만원 미만은 13.0%를 차지하고 있어 치료비용의 편차가 큰 것을 알 수 있다.

전체 월평균 치료비용은 31.2만원(S.D=38.7)이었으며, 연령별로는 학령전 유아는 월평균 29.8만원, 초등생은 30.8만원, 중학교 이상은 33.3만원으로 다소 차이가 있었지만 통계적으로 의미있는 차이는 아니었다. 장애유형에 따라서는 자폐성장애가 약 38만원으로 가장 높았으며, 지적장애 30만원으로 높은 반면 물리치료가 많은 지체장애의 경우에는 16만원으로 장애유형에 따라 차이가 컸다.

〈표 IV-23〉 월평균 재활치료 비용

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
5만원 미만	16.7	12.2	7.7	11.9
5~10만원 미만	7.7	8.2	8.7	8.2
10~20만원 미만	17.9	16.8	26.0	19.6
20~30만원 미만	15.4	21.9	25.0	21.4
30~40만원 미만	16.7	11.7	12.5	13.0
40~50만원 미만	11.5	5.1	2.9	5.8
50만원 이상	14.1	24.0	17.3	20.1
계	100.0 (78)	100.0 (196)	100.0 (104)	100.0 (378)

($X^2=18.534$, $df=12$, $p=.100$)

(12) 서비스 비용부담 방식

서비스를 이용하는 데 드는 비용을 어떻게 충당하고 있는지를 조사한 결과, 바우처 등 지원금 일부와 본인부담을 병행한 형태가 45.8%로 절반에 조금 못미치고, 전액 본인부담도 42.3%로 높았다. 기초수급대상으로 본인부담이 전혀 없는 경우는 11.9%를 차지하였다.

연령별로는 중학생 이상의 경우 초등학교 이하에 비해 본인부담 비율이 높았으나 유의한 차이를 보이지 않았으며, 장애유형별로도 큰 차이가 없었다. 이러한 결과를 볼 때 현재의 바우처제도로 인해 재활치료의 기회가 전체적으로 확대되었음을 알 수 있으나 소득기준에 따른 대상의 제한 때문에 여전히 본인 부담의 비율이 높은 것을 볼 수 있으며, 이로 인해 가족의 경제적 부담도 크다는 점을 예상할 수 있다.

〈표 IV-24〉 서비스 비용부담 방식

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
전액 본인부담	38.6	39.8	49.2	42.3
지원금+본인부담	47.7	49.1	38.7	45.8
무료	13.6	11.1	12.1	11.9
계	100.0 (88)	100.0 (216)	100.0 (124)	100.0 (428)

($X^2=4.266$, $df=4$, $p=.371$)

(13) 서비스 비용의 부담수준

서비스를 이용하는 데 지불하고 있는 비용의 부담정도를 알아본 결과, ‘부담이 되는 편이다’라고 응답한 응답자가 42.8%, ‘상당히 부담이 된다’는 응답자가 23.1%로 조사되었다. 반면 ‘적당한 편이다’와 ‘부담이 없는 편이다’는 34.2%로 나타나, 전체적으로 2/3 정도가 서비스 비용의 수준에 대해 부담을 가지고 있는 것으로 조사되었으며, 부담수준은 연령이나 장애유형에 따라서 큰 차이를 보이지 않아 공통적으로 부담을 느끼고 있음을 알 수 있다.

〈표 IV-25〉 서비스 비용부담 수준

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
상당히 부담이 된다	19.3	22.6	26.7	23.1
부담이 되는 편이다	39.8	44.8	41.4	42.8
적당한 편이다	23.9	22.6	20.7	22.4
전혀 부담이 없다	17.0	9.9	11.2	11.8
계	100.0 (88)	100.0 (212)	100.0 (116)	100.0 (416)

($X^2=4.646$, $df=6$, $p=.590$)

한편 바우처 카드 소지여부를 묻는 질문에서는 ‘있다’가 53.7%로 ‘없다’ 46.3%보다 다소 많아 본 조사에서는 재활치료 바우처를 사용하는 장애아

동·청소년이 절반 정도로 나타나고 있으며, 연령별로는 나이가 어릴수록 바우처의 적용을 받는 비율이 높았지만 통계적으로 유의한 차이를 보이지는 않았다.

〈표 IV-26〉 바우처카드 소지 여부

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
있다	57.9	53.8	50.0	53.7
없다	42.1	46.2	50.0	46.3
계	100.0 (380)	100.0 (78)	100.0 (48)	100.0 (164)

($X^2=3.780$, $df=4$, $p=.437$)

바우처 카드를 받지 않은 응답자에 대해 발급받지 못한 이유로는 ‘소득기준이 미달되어서’가 59.5%로 가장 높았으며, ‘소득기준에 해당되지만 신청하지 않아서’가 13.5%, ‘바우처에 대한 정보가 없어서’가 13.5%의 순으로 나타났으며, 연령별이나 장애유형별로는 유의한 차이가 없었다.

〈표 IV-27〉 바우처 카드를 발급받지 못한 이유

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교 이상	계
소득기준이 미달되어서	53.3	62.2	59.1	59.5
소득기준에 해당되지만 신청하지 않아서	13.3	16.2	9.1	13.5
바우처에 대한 정보가 없어서	13.3	8.1	22.7	13.5
기타	20.0	13.5	9.1	13.5
계	100.0 (15)	100.0 (37)	100.0 (22)	100.0 (74)

($X^2=3.627$, $df=6$, $p=.727$)

(14) 치료기관 지속적 이용여부

현재 재활치료를 받고 있는 기관을 앞으로도 계속 이용할 예정인지를 알아본 결과, 조사대상자의 92.5%가 앞으로도 이용할 예정이라고 응답하였고, 7.5%는 옮길 예정이라고 하여 대부분 치료를 계속 받을 의향이 있는 것으로 나타났다. 연령별로는 중학교 이상의 경우 옮길 예정이라고 한 응답이 다소 높았지만 유의한 차이가 없었으며, 장애유형에 따라서도 큰 차이가 없었다. 한편 현재 받고 있는 서비스의 종류에 따라서는 물리치료나 작업치료에 비해 통합감각치료, 미술치료, 놀이치료의 경우 다른 곳으로 옮길 의향이 높아 차이가 있었다.

〈표 IV-28〉 치료기관 지속이용 여부

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교 이상	계
계속 이용할 예정이다	92.1	94.8	88.0	92.5
옮길 예정이다	7.9	5.2	12.0	7.5
계	100.0 (89)	100.0 (212)	100.0 (100)	100.0 (401)

($X^2=4.579$, $df=2$, $p=.101$)

(15) 치료기관에서의 치료효과 정도

치료를 받고 있는 기관을 다닌 이후 치료효과가 어느 정도 있다고 여기는지를 조사해본 결과, ‘있는 편이다’가 62.5%, ‘매우 있다’ 19.9%로 전체적으로 82.4%가 치료효과에 대해 긍정적인 응답을 하였다. 반면 ‘없는 편이다’가 4.0%, ‘전혀 없다’가 1.2%, ‘잘 모르겠다’가 12.5%로 응답하여, 약 17% 정도는 치료효과에 부정적인 의견을 결과도 보여주고 있으며, 연령에 따라서는 중학생 이상의 경우 치료효과가 없다고 응답한 비율이 다소 높았지만 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 주로 받은 치료종류별로 살펴본 결과 행동치료의 효과에 대한 신뢰도가 가장 높은 반면 통합감각치료, 수치료를 받고 있는 경우 앞서의 결과와 마찬가지로 효과에 대한 신뢰도가 상대적으로 가

장 낮고 나머지 물리치료, 작업치료, 미술치료, 음악치료 등은 비슷한 수준을 보이고 있어 차이를 보이고 있었다.

〈표 IV-29〉 치료기관에서의 치료효과 정도

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교 이상	계
전혀 없다	1.1	.9	1.7	1.2
없는 편이다	3.4	2.8	6.6	4.0
있는 편이다	55.7	64.2	64.5	62.5
매우 있다	21.6	21.6	15.7	19.9
잘 모르겠다	18.2	10.6	11.6	12.4
계	100.0 (88)	100.0 (218)	100.0 (121)	100.0 (427)

($X^2=8.732$, $df=8$, $p=.365$)

(16) 현재의 치료기관을 선택한 이유

현재 이용하고 있는 치료기관을 선택한 이유를 복수응답으로 조사하여 백분율로 환산한 결과, ‘치료사의 전문성’이 18.5%로 가장 높게 나타났으며, 다음으로 ‘교통이 편리해서’ 15.9%, ‘프로그램 내용이 좋아서’ 15.8%, ‘프로그램 비용이 저렴해서’ 14.6%의 순으로 조사되었다. 이러한 결과로 볼 때 치료기관의 선택은 교사(치료사)의 전문성과 프로그램 내용이 중요한 요인임을 알 수 있으나 교통이 편리해서와 주변에 마땅한 곳이 없어서도 비교적 높은 비율을 차지하여 서비스의 물리적 접근성 또한 매우 중요한 선택요인이 되고 있다는 점을 알 수 있다. 다만 장애아동의 연령에 따라서는 대체로 중학생 이상일수록 교통 등의 접근성 요인은 다소 줄어드는 것을 알 수 있다.

〈표 IV-30〉 현재의 치료기관을 선택한 이유(복수응답)

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
프로그램내용이 좋아서	12.3	17.6	15.0	15.8
프로그램비용이 저렴해서	14.8	14.7	14.3	14.6
교통이 편리해서	19.1	15.2	14.6	15.9
교사의 전문성	19.5	17.6	19.5	18.5
시설이 좋아서	7.6	6.2	3.5	5.8
직원들이 친절해서	9.3	8.4	8.4	8.6
부모프로그램이 좋아서	6.4	6.2	6.3	6.3
주변에 마땅한 곳이 없어서	10.2	12.2	15.7	12.7
기타	.8	1.9	2.8	1.9
계	100.0 (236)	100.0 (580)	100.0 (287)	100.0 (1,103)

(17) 재활서비스 만족도

현재 이용 중인 재활서비스에 대한 만족도를 7개의 영역으로 세분하여 조사한 결과는 다음의 표와 같다. 전반적으로 재활서비스에 대한 만족도가 높게 나타나 세부 영역에 있어서 큰 차이를 보이고 있지 않으나 현재 치료를 받고 있는 경우 전체적으로 보면 직원의 친절성, 프로그램의 전문성과 시설 환경에 대한 만족도가 비교적 높고, 프로그램 비용에 대한 만족도가 상대적으로 가장 낮은 것으로 나타나 비용에 대한 부담이 크다는 점을 보여주고 있다.

만족도 영역별로 구분해 보면 ‘프로그램의 전문성’에서는 만족이 80.9%, 매우 만족이 11.8%로 나타나 전체적으로 92.7%로 만족도가 높은 반면, ‘프로그램의 비용’ 측면에서는 매우 불만족이 5.3%, 불만족이 26.4%로 불만족하는 비율이 31.7%에 이르고 있어 다른 영역에 비해 만족도의 수준이 가장 낮았다.

프로그램의 전문성과 비용 측면에서는 연령별로 큰 차이를 보이지 않았으나 중학교 이상의 경우에는 비용에 대한 만족도가 다소 낮아 앞서의 치료효과에서 나타난 결과와 같은 맥락에서 볼 수 있으나 통계적으로 유의한 차이

는 아니었다.

다음으로 프로그램의 다양성에 있어서는 전체적으로 77.4%가 만족하고 있어 대체로 높은 만족도를 보이고 있으며, 중학교 이상의 경우 다소 만족도가 다소 낮았으나 유의한 차이는 없었다. 접근성에 대한 만족도는 총 83%가 만족하고 있어 높은 수준이었으며, 시설환경의 경우에도 약 80.7%가 만족하고 있어 시설 면에서는 큰 불만이 없는 것을 알 수 있다.

한편 직원의 친절도에 대한 만족도에 있어서는 96.8%가 만족한다고 응답하여 만족도의 영역 중 가장 높은 수준을 보였다. 전체적인 만족도에 있어서 93%가 만족한다고 응답하여 만족도의 세부 영역에 있어서는 비용 만족도를 제외하고 공통적으로 일정 수준 이상의 높은 만족도를 보이고 있어 의미있는 차이를 발견할 수 없었으나 연령에 따라서 중학생 이상일수록 학령전 유아나 초등생에 비해 재활치료에 대한 만족도가 낮아지는 경향을 볼 수 있다.

주로 받은 재활치료별로 만족도를 비교해 보면 프로그램 전문성에 있어서는 음악치료가 평균 3.14로 가장 높았으며 다음으로는 언어치료와 놀이치료가 3.05로 높았으며, 통합감각치료가 2.80으로 가장 낮았다. 프로그램의 다양성 측면에서는 놀이치료와 음악치료의 만족도가 다소 높았으며 시설환경 면에서는 놀이치료, 작업치료와 같이 도구를 활용하는 경우가 더 높았다. 직원의 친절도에 있어서는 통합감각치료, 물리치료, 음악치료, 놀이치료 등의 순으로 높았으며 비용에 있어서는 언어치료와 물리치료가 상대적으로 만족도가 낮았다.

한편 전체적인 만족도에 있어서는 음악치료, 놀이치료, 물리치료의 순으로 높았고 통합감각치료가 가장 낮은 것으로 분석되었다. 이러한 결과를 볼 때 재활서비스에 대한 만족도는 프로그램의 전문성과 직원의 친절도에 영향을 받지만 만족도에는 비용 요인이 큰 영향을 주지는 않는 것을 알 수 있다.

〈표 IV-31〉 재활서비스 만족도

(단위: 명, %)

구 분	만족정도	학령전기	초등학교	중학교이상	계
프로그램의 전문성 ($X^2=6.884$, $p=.336$)	매우 불만족	-	0.9	-	0.5
	불만족	6.8	7.0	6.3	6.8
	만족	83.0	77.1	86.6	80.9
	매우 만족	10.2	15.0	7.1	11.8
	계	100.0(88)	100.0(214)	100.0(112)	100.0(414)
프로그램의 비용 ($X^2=9.039$, $p=.171$)	매우 불만족	4.5	5.1	6.4	5.3
	불만족	23.9	22.3	36.4	26.4
	만족	56.8	59.5	45.5	55.2
	매우 만족	14.8	13.0	11.8	13.1
	계	100.0(88)	100.0(215)	100.0(110)	100.0(413)
프로그램의 다양성 ($X^2=12.398$, $p=.054$)	매우 불만족	2.3	1.9	1.8	1.9
	불만족	13.6	18.0	31.3	20.7
	만족	75.0	68.2	59.8	67.4
	매우 만족	9.1	11.8	7.1	10.0
	계	100.0(88)	100.0(214)	100.0(112)	100.0(414)
접근성 ($X^2=10.405$, $p=.109$)	매우 불만족	2.4	2.8	2.8	2.7
	불만족	8.4	12.1	23.1	14.3
	만족	79.5	74.8	66.7	73.6
	매우 만족	9.6	10.3	7.4	9.4
	계	100.0(83)	100.0(214)	100.0(108)	100.0(405)
시설환경 ($X^2=7.078$, $p=.314$)	매우 불만족	1.2	0.9	0.9	1.0
	불만족	17.4	14.6	26.1	18.3
	만족	72.1	73.7	65.8	71.2
	매우 만족	9.3	10.8	7.2	9.5
	계	100.0(86)	100.0(213)	100.0(111)	100.0(410)
직원의 친절도 ($X^2=15.006$, $p=.020$)	매우 불만족	1.1	0.5	-	0.5
	불만족	2.3	0.5	7.2	2.7
	만족	67.8	74.8	69.4	71.8
	매우 만족	28.7	24.3	23.4	25.0
	계	100.0(87)	100.0(214)	100.0(111)	100.0(412)
전체적인 만족도 ($X^2=14.917$, $p=.021$)	매우 불만족	-	0.5	0.9	0.5
	불만족	6.8	3.8	11.6	6.5
	만족	80.7	80.8	83.0	81.4
	매우 만족	12.5	15.0	4.5	11.6
	계	100.0(88)	100.0(213)	100.0(112)	100.0(413)

3) 재활서비스 욕구 및 삶의 질

(1) 필요한 재활치료 서비스

재활치료를 받지 않았던 장애아동·청소년을 포함하여 전체 응답자에 대해 현재는 받고 있지 않지만 필요하다고 생각하고 있는 치료를 조사한 결과는 <표 IV-32>와 같다. 표에서 알 수 있듯이 행동치료가 16.5%로 가장 많았고, 음악치료 13.7%, 언어치료 13.5%가 다음으로 많았으며, 기타 미술치료나 통합감각치료, 놀이치료는 각각 10% 정도가 필요하다고 응답하고 있다. 기타 응답으로는 체육치료, 연극치료 등이 있었다. 연령별로 필요로 하는 치료에 있어서는 학령전 유아와 초등생의 경우에는 미술치료, 통합감각치료, 음악치료, 놀이치료 등을 희망하는 비율이 높은 반면, 중학생 이상의 경우에는 언어치료, 행동치료, 작업치료를 희망하는 비율이 높아 차이를 보이고 있다.

<표 IV-32> 필요하다고 생각하는 재활치료(복수응답)

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
물리치료	2.3	3.5	3.4	3.2
작업치료	3.4	7.5	10.6	7.6
통합감각치료	14.9	13.8	5.7	11.5
수 치 료	6.3	6.8	3.8	5.7
언어치료	9.2	9.0	23.0	13.5
미술치료	17.2	10.1	10.2	11.6
놀이치료	15.5	12.1	6.0	10.9
음악치료	14.4	14.1	12.8	13.7
행동치료	13.2	17.3	17.4	16.5
기 타	3.4	5.8	7.2	5.7
계	100.0 (174)	100.0 (398)	100.0 (265)	100.0 (837)

(2) 재활영역 중 가장 중요하다고 생각하는 영역

재활영역 중 가장 중요하다고 생각하는 영역을 복수응답으로 묻는 질문에서 <표 IV-33>에서와 같이 사회재활이 34.6%로 가장 높았고, 다음으로 교육재활 22.8%, 심리재활 16.1%, 직업재활이 15.8%의 순으로 나타났으며, 의료재활은 상대적으로 적은 비중을 차지하고 있었다. 연령별로는 학령전 유아의 경우에는 교육재활이 가장 많은 반면, 초등생에 있어서는 사회재활 다음으로 교육재활이 차지하고 있고, 중학생 이상의 경우에는 사회재활과 더불어 직업재활이 26.7%를 차지하여 초등생과 중학생 이상의 재활영역에 있어서의 강조점이 다소 다르다는 점을 보여주고 있다.

<표 IV-33> 재활영역 중 가장 중요하다고 생각하는 영역(복수응답)

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
의료재활	11.3	10.2	6.8	9.4
교육재활	35.7	23.8	13.6	22.8
심리재활	20.0	17.2	12.0	16.1
직업재활	6.1	12.5	26.7	15.8
사회재활	27.0	35.3	38.2	34.6
기 타	-	1.0	2.6	1.3
계	100.0 (115)	100.0 (303)	100.0 (191)	100.0 (609)

(3) 통합교육에 대한 인식

장애아동·청소년의 통합교육에 대한 의견을 알아본 결과, 대체로 찬성하는 의견이 높게 나타났음을 알 수 있다. 구체적으로 살펴보면, 찬성 58.7%, 적극 찬성 30.1%로 응답자의 대다수는 통합교육을 찬성하고 있는 반면 반대 의견은 11% 정도에 불과하였다. 연령별로도 중학생 이상의 경우 반대 의견이 다소 높았지만 유의한 차이를 보이지는 않고 있어 장애아동·청소년의 통합교육에 대한 필요성을 공통적으로 인식하고 있음을 알 수 있다.

〈표 IV-34〉 통합교육에 대한 인식

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
적극 반대	2.2	1.4	0.7	1.3
반대	4.5	8.2	15.7	9.8
찬성	60.7	58.0	58.6	58.7
적극 찬성	32.6	32.4	25.0	30.1
계	100.0 (89)	100.0 (219)	100.0 (140)	100.0 (448)

($X^2=10.912$, $df=6$, $p=.091$)

(4) 장애증상 완화를 위한 지출비용

장애아동·청소년의 장애증상 완화를 위해 지출되는 월평균 비용을 의료비, 교육비, 교통비, 간식 등의 기타비용 등으로 구분하여 알아본 결과, 의료비 평균은 15.0만원(S.D=16.7), 교육비 평균은 32.6만원(S.D=28.8), 교통비 평균은 12.8만원(S.D=10.8), 간식, 외식, 운동비 등으로 지출되는 기타 평균은 13.8만원(S.D=15.1)로 조사되어 역시 교육비 지출이 압도적으로 많은 것을 알 수 있다. 전체적으로 장애증상 완화를 위해 지출하는 총 월평균 비용은 51.6만원(S.D=43.9)으로 나타났다. 연령 집단별로 지출비용을 비교해 보면 의료비의 경우에는 초등생이나 중학생 이상 간에 차이가 없었으며, 평균 교육비에 있어서는 초등학교 아동이 학령전 유아나 중학생 이상에 비해 가장 많아 이 시기에 교육비를 집중적으로 부담하고 있음을 알 수 있었으며, 통계적으로도 유의한 차이를 보이고 있었다.

한편 교통비의 경우에는 연령별로 유의미한 차이가 없었으며, 여가 등에 소요되는 기타 비용에 있어서도 차이가 없었다. 하지만 월평균 전체 지출액에 있어서는 학령전 유아나 중학생 이상에 비해 초등생이 57만원으로 평균 8만원 정도 차이가 나서 통계적으로 유의한 차이를 보였다. 이러한 결과는 초등학교 아동에 대한 교육비 등의 지출이 크다는 현실을 반영한 것으로 볼 수 있다.

〈표 IV-35〉 장애증상 완화를 위한 지출비용(월평균)

(단위: 명, %)

구 분	내 용	빈도	백분율	평균값(S.D)
의료비 (F =.648, p=.524)	5만원 미만	31	14.5	전체 15.0만원 유아 15.1만원 아동 16.2만원 청소년 13.1만원
	5-10만원 미만	51	23.8	
	10-20만원 미만	74	34.6	
	20-30만원 미만	25	11.7	
	30-40만원 미만	14	6.5	
	40-50만원 미만	4	1.9	
	50만원 이상	15	7.0	
	합 계	214	100.0	
교육비 (F =9.424, p=.000)	5만원 미만	15	5.2	전체 32.6만원 유아 23.5만원 아동 39.0만원 청소년 25.7만원
	5-10만원 미만	19	6.6	
	10-20만원 미만	65	22.7	
	20-30만원 미만	55	19.2	
	30-40만원 미만	40	14.0	
	40-50만원 미만	26	9.1	
	50만원 이상	66	23.1	
	합 계	286	100.0	
교통비 (F =2.086, p=.126)	5만원 미만	44	15.8	전체 12.8만원 유아 12.2만원 아동 13.9만원 청소년 10.8만원
	5-10만원 미만	54	19.4	
	10-20만원 미만	102	36.6	
	20-30만원 미만	61	21.9	
	30-40만원 미만	10	3.6	
	40-50만원 미만	4	1.4	
	50만원 이상	4	1.4	
	합 계	279	100.0	
기타 비용 (F =1.044, p=.356)	5만원 미만	18	15.8	전체 13.8만원 유아 15.9만원 아동 14.6만원 청소년 10.6만원
	5-10만원 미만	33	28.9	
	10-20만원 미만	35	30.7	
	20-30만원 미만	9	7.9	
	30-40만원 미만	12	10.5	
	40-50만원 미만	2	1.8	
	50만원 이상	5	4.4	
	합 계	114	100.0	
월평균 (F =3.274, p=.039)	5만원 미만	10	2.9	전체 51.6만원 유아 45.6만원 아동 57.5만원 청소년 45.4만원
	5-10만원 미만	17	4.9	
	10-20만원 미만	36	10.4	
	20-30만원 미만	44	12.8	
	30-40만원 미만	46	13.3	
	40-50만원 미만	38	11.0	
	50만원 이상	154	44.6	
	합 계	345	100.0	

(5) 장애아동·청소년 자녀로 인한 어려운 사항

장애아동·청소년의 부모에 대해 자녀로 인한 어려운 사항을 조사한 결과, ‘경제적 부담’의 경우에는 ‘심한 편이다’라고 인식하는 응답이 53.0%로 과반수 이상을 차지하는 것으로 조사되었고, 매우 심하다가 13.0%로 전체적으로 2/3 정도는 경제적 부담을 인식하고 있었으며, 연령별로는 초등생의 경우 재활치료 지출에서 나타난 바와 같이 부담이 다소 높았으나 유의한 차이를 보이지 않았다.

‘치료기관 선택의 어려움’에서는 ‘심한 편이다’라는 응답이 44.5%, ‘별로 문제가 안된다’가 42.0%로 부담이 된다고 그렇지 않다가 절반 정도를 차지하고 있었으며, 유아나 아동의 경우 치료기관 선택이 특히 더 어려운 것으로 응답하였으나 유의한 차이를 보이지는 않았다. ‘가족 간의 의견대립 및 불화’에서는 ‘별로 문제가 안된다’가 58.8%, 전혀 문제가 되지 않는 경우도 16.9%로 약 76%는 문제가 없다고 하였으나 연령별로는 중학교 이상의 청소년에서 의견대립이나 불화가 학령전 유아나 초등학교 아동보다 상대적으로 많아 유의한 차이를 보이고 있다. 이는 장애아동, 청소년이 성장하면서 가족이 갖는 심리적 부담이 커짐을 보여주는 결과라 할 수 있다.

‘비장애 형제들의 불만 및 소외에 의한 갈등’에서는 ‘별로 문제가 안된다’가 51.7%, 전혀 문제가 안된다고 13.5%로 2/3 정도는 문제가 없으나 문제가 있는 경우도 35%에 이르고 있어 형제, 자매 간의 갈등이 어느 정도 존재하는 것을 알 수 있다. 연령별로는 중학교 이상일수록 갈등현상이 다소 심하게 나타나고 있으나 유의한 차이를 보이지는 않았다. ‘아동의 불투명한 진로에 대한 불안’에서는 ‘심한 편이다’가 45.1%, ‘매우 심하다’가 38.3%로 전체의 83% 차지하여 장애아동·청소년 자녀의 진로가 부모들의 가장 큰 걱정거리임을 알 수 있다. 연령별로는 역시 중학교 이상의 청소년기에서 진로문제를 심각하게 여기고 있어 차이를 보이고 있었다.

한편 ‘부모의 삶에 대한 회의 및 우울한 느낌’에서는 ‘별로 문제가 안된다’가 많았으나 전체적으로 문제로 인식하는 경우와 그렇지 않은 경우가 각각 절반 정도를 차지하여 부모의 심리적 문제점도 많다는 점을 보여주고 있

으며, 자녀의 연령에 따라서는 큰 차이가 없었다. ‘부모의 외출 및 사회활동의 제한’에 있어서는 문제점으로 인식하는 비율이 더 높았다. 즉 ‘심한 편이다’가 45.7%, 매우 심하다가 16.4%로 62.1%가 어렵다고 응답하였으며 이 역시 연령별로는 유의한 차이를 보이지 않아 장애 자녀로 인한 부담은 공통적임을 알 수 있다.

결국 종합해 볼 때 장애가 있는 자녀로 인한 어려운 점은 장애 진로에 대한 불안(83.4%), 경제적 부담(66.0%), 부모의 사회활동 제한(62.1%), 치료기관 선택(54.2%), 부모의 불안감(51.4%), 형제간 불만 및 소외(35.0%), 가족간 의견대립 및 불화(24.3%)의 순으로 나타나 경제적 측면과 성인 이후의 진로, 사회·심리적 프로그램 등 장애 자녀의 가족을 위한 정책적 지원 필요성이 높은 것을 알 수 있다.

〈표 IV-36〉 장애 자녀로 인한 어려운 점

(단위: 명, %)

구 분	어려움 정도	학령전기	초등학교	중학교 이상	계
경제적 부담 ($X^2=8.520$, $p=.202$)	매우 심하다	9.0	16.3	10.6	13.0
	심한 편이다	57.3	54.1	48.6	53.0
	별로 문제가 안된다	30.3	28.4	38.0	31.8
	전혀 문제가 안된다	3.4	1.4	2.8	2.2
	계	100.0(89)	100.0(222)	100.0(142)	100.0(453)
치료기관 선택 ($X^2=3.833$, $p=.699$)	매우 심하다	12.6	8.6	9.8	9.7
	심한 편이다	48.3	45.0	41.3	44.5
	별로 문제가 안된다	35.6	41.9	46.2	42.0
	전혀 문제가 안된다	3.4	4.5	2.8	3.8
	계	100.0(87)	100.0(222)	100.0(143)	100.0(452)
가족간 의견대립 및 불화 ($X^2=14.377$, $p=.026$)	매우 심하다	3.3	2.3	5.6	3.5
	심한 편이다	18.9	17.1	27.8	20.8
	별로 문제가 안된다	53.3	64.0	54.2	58.8
	전혀 문제가 안된다	24.4	16.7	12.5	16.9
	계	100.0(90)	100.0(222)	100.0(144)	100.0(456)

〈표 IV-36〉 장애 자녀로 인한 어려운 점(계속)

(단위: 명, %)

구 분	어려움 정도	학령전기	초등학교	중학교 이상	계
형제간의 불만 및 소외 ($X^2=6.053$, $p=.417$)	매우 심하다	7.3	5.1	5.7	5.7
	심한 편이다	29.3	27.1	32.6	29.3
	별로 문제가 안된다	43.9	55.1	51.1	51.7
	전혀 문제가 안된다	19.5	12.6	10.6	13.3
	계	100.0(82)	100.0(214)	100.0(141)	100.0(437)
진로에 대한 불안 ($X^2=10.950$, $p=.090$)	매우 심하다	31.5	39.5	40.7	38.3
	심한 편이다	44.9	43.0	48.3	45.1
	별로 문제가 안된다	19.1	16.6	9.7	14.9
	전혀 문제가 안된다	4.5	0.9	1.4	1.8
	계	100.0(89)	100.0(223)	100.0(145)	100.0(457)
부모의 삶에 대한 회의 및 불안감 ($X^2=.986$, $p=.985$)	매우 심하다	13.3	13.6	12.1	13.1
	심한 편이다	37.8	37.6	39.7	38.3
	별로 문제가 안된다	43.3	42.5	44.0	43.1
	전혀 문제가 안된다	5.6	6.3	4.3	5.5
	계	100.0(90)	100.0(221)	100.0(141)	100.0(452)
부모의 외출 및 사회활동 제한 ($X^2=1.097$, $p=.982$)	매우 심하다	16.1	17.3	15.2	16.4
	심한 편이다	44.8	46.7	44.8	45.7
	별로 문제가 안된다	34.5	31.1	35.9	33.3
	전혀 문제가 안된다	4.6	4.9	4.1	4.6
	계	100.0(87)	100.0(225)	100.0(145)	100.0(457)

(6) 장애인 본인의 삶에 대한 인식

평소 장애인 본인의 삶에 대해 어떻게 생각하고 있는지를 삶의 만족도, 장애 수용 정도로 구분하여 알아보았다. 먼저 삶의 만족도에 있어서는 ‘전체적으로 나의 삶은 내가 이상적이라고 생각하는 삶과 가깝다’는 평균 2.07이며, 집단별로 차이가 없었다. ‘내 삶의 조건들이 좋다’는 2.32, ‘현재 삶에 만족한다’도 2.32로 동일한 수준이었으며 연령집단별로 차이를 보이지 않았다. ‘나는 지금까지 내가 원하는 것을 대부분 이루어 왔다’는 2.20으로 연령에 따라 중학교 이상으로 갈수록 점수가 낮아 유의한 차이를 보이고 있었다. 한편 ‘걱정거리나 고민을 상의할 사람이 없다고 느낀다’는 2.28로 낮은 반면 ‘가족간에 문제가 있을 때 도와줄 사람을 알고 있다’는 2.71이었으며, 마찬가지로

지로 ‘아플 때 도와줄 수 있는 사람이 있다’와 ‘개인적 문제를 해결해야 할 방법을 이야기 해주는 사람이 있다’는 각각 모두 2.71로 사회적 지지망에 대한 인식에 있어서는 비교적 고르게 높은 것을 알 수 있다.

〈표 IV-37〉 삶의 만족도

(단위: 명, %)

구 분		빈도	평균	S.D	F	Sig
전체적으로 나의 삶(생활)은 내가 이상적이라고 생각하는 삶과 가깝다.	학령전기	76	2.14	.626	.708	.493
	초등학교	196	2.06	.721		
	중학교 이상	135	2.03	.646		
	계	407	2.07	.679		
내 삶의 조건들이 좋다	학령전기	75	2.29	.632	.725	.485
	초등학교	199	2.36	.710		
	중학교 이상	136	2.27	.725		
	계	410	2.32	.701		
나는 현재의 내 삶에 만족한다	학령전기	74	2.38	.676	1.816	.164
	초등학교	197	2.37	.734		
	중학교 이상	135	2.22	.760		
	계	406	2.32	.734		
나는 지금까지 내가 원하는 것을 대부분 이루어 왔다.	학령전기	70	2.34	.611	3.431*	.033
	초등학교	199	2.23	.692		
	중학교 이상	136	2.10	.654		
	계	405	2.20	.670		
나의 개인적인 걱정거리나 고민을 상의할 만한 사람이 없다고 느낀다.	학령전기	72	2.38	.721	1.388	.251
	초등학교	195	2.23	.725		
	중학교 이상	135	2.32	.698		
	계	402	2.28	.716		
가족 간에 문제가 생겼을 때 도움을 요청할 수 있는 사람들을 알고 있다.	학령전기	72	2.82	.657	1.046	.352
	초등학교	198	2.70	.690		
	중학교 이상	134	2.68	.732		
	계	404	2.71	.699		
내가 아플 때 나를 도와줄 수 있는 사람을 쉽게 찾을 수 있다.	학령전기	73	2.70	.776	1.044	.353
	초등학교	198	2.76	.728		
	중학교 이상	132	2.64	.764		
	계	403	2.71	.749		
나의 개인적인 문제를 어떻게 해결해야 할 지 이야기 해주는 사람이 있다.	학령전기	72	2.69	.725	.058	.944
	초등학교	196	2.72	.691		
	중학교 이상	133	2.71	.683		
	계	401	2.71	.693		

다음으로 장애수용의 정도를 알아본 결과, ‘다른 친구들과 차별 없이 지역사회 활동에 참여한다’라는 문항에 있어서는 2.25이며, 연령별로 초등학교의 경우 비교적 참여한다고 생각하는 비율이 높아 차이를 보였으며, ‘지역사회에서 다른 사람만큼 존중받는다’는 2.28로써 연령별로 학령전기가 가장 높은 수준을 보이고 중학교 이상일수록 낮아져 유의한 차이를 보였다. ‘나는 장애 때문에 할 수 없는 일이 생기면 속상해진다’는 2.95, ‘장애는 내 인생에서 가장 많은 영향을 미친다’가 역시 2.98로 장애가 생활에 있어 큰 영향 요인임을 알 수 있다.

〈표 IV-38〉 장애의 수용정도

(단위: 명, %)

구 분		N	Mean	SD	F	Sig
다른 친구들과 차별없이 지역사회 활동에 참여한다.	학령전기	72	2.26	.731	2.325*	.099
	초등학교	192	2.32	.779		
	중학교 이상	132	2.14	.769		
	계	396	2.25	.770		
지역사회에서 다른 사람만큼 존중 받는다고 생각한다.	학령전기	68	2.44	.720	7.858**	.000
	초등학교	192	2.36	.687		
	중학교 이상	130	2.09	.687		
	계	390	2.28	.705		
나는 장애 때문에 할 수 없는 일이 생기면 속상해진다.	학령전기	70	2.90	.745	.181	.835
	초등학교	190	2.96	.759		
	중학교 이상	131	2.95	.773		
	계	391	2.95	.760		
장애는 내 인생에서 가장 많은 영향을 미친다.	학령전기	66	2.92	.730	.495	.610
	초등학교	187	2.97	.822		
	중학교 이상	130	3.04	.866		
	계	383	2.98	.822		
장애 자체보다 인생을 어떻게 사느냐가 더 중요하다.	학령전기	67	3.00	.674	.720	.487
	초등학교	185	2.98	.714		
	중학교 이상	131	2.89	.736		
	계	383	2.95	.715		
나는 장애 때문에 슬퍼하지 않는다.	학령전기	68	2.62	.713	3.012*	.050
	초등학교	186	2.42	.740		
	중학교 이상	132	2.35	.751		
	계	386	2.43	.743		
나는 장애가 있지만 마음만 먹으면 무엇이든 할 수 있다.	학령전기	66	2.55	.748	4.958**	.007
	초등학교	186	2.51	.730		
	중학교 이상	131	2.26	.809		
	계	383	2.43	.769		

‘장애자체 보다 인생이 중요하다고 생각한다’에 있어서는 2.95로 비교적 긍정적으로 보고 있으며, ‘장애 때문에 슬퍼하지 않는다’는 2.43으로 학령전 기일수록 점수가 높아 유의한 차이를 보였다. 또한 ‘나는 장애가 있지만 마음만 먹으면 무엇이든 할 수 있다’가 2.43이었으며 연령이 낮을수록 점수가 높아 긍정적인 인식을 갖는 비율이 높았다.

3) 재활서비스 개선사항

(1) 재활치료서비스 수준

우리나라 장애아동·청소년을 위한 전반적인 재활치료서비스 수준을 조사한 결과, 전반적으로 뒤떨어져 있는 것으로 인식하고 있음을 알 수 있다. 즉, 매우 뒤떨어져 있다와 뒤떨어져 있다가 총 64.7%를 차지하여 2/3 정도는 수준이 낮은 것으로 인식하고 있었다. 연령별로는 초등학교의 경우 수준이 낮다고 인식한 비율이 학령전기나 중학교 이상에 비해 높아 차이를 보이고 있다. 장애아동이 주로 받은 재활치료를 기준으로 구분할 때 앞서의 만족도 분석결과와 대체로 유사하게 음악치료, 행동치료, 놀이치료의 수준을 다른 치료보다 높게 생각하고 있었다.

〈표 IV-39〉 재활치료서비스 수준에 대한 인식

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
매우 뒤떨어져 있다	19.6	22.4	20.5	21.3
뒤떨어져 있다	35.9	47.5	41.8	43.4
그저 그렇다	38.0	26.0	34.9	31.2
높은 수준이다	4.3	4.0	2.7	3.7
매우 높은 수준이다	2.2	-	-	.4
합 계	100.0 (92)	100.0 (223)	100.0 (146)	100.0 (461)

($X^2=14.983$, $df=8$, $p=.059$)

(2) 재활치료서비스 만족정도

우리나라 장애아동·청소년을 위한 재활치료서비스에 대한 만족정도를 조사한 결과, 만족은 19.1%로 낮게 나타났고, 불만족이 65.5%, 매우 불만족이 14.1%로 나타나 전체적으로 재활치료서비스가 불만족스러운 수준(79.6%)으로 조사되어 재활치료서비스에 대한 만족도가 결코 높지 않음을 알 수 있다. 이러한 결과는 연령에 따라서는 유의한 차이를 보이지 않았다.

〈표 IV-40〉 재활치료서비스 만족정도

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
매우 만족	1.1	1.8	.7	1.3
만족	26.1	20.4	13.0	19.1
불만족	60.2	65.6	68.5	65.5
매우 불만족	12.5	12.2	17.8	14.1
계	100.0 (88)	100.0 (221)	100.0 (146)	100.0 (455)

($X^2=8.880$, $df=6$, $p=.180$)

불만족한 이유로는 <표 IV-41>에서 보는 바와 같이, 치료기관 수의 부족이 59.4%로 과반수 이상을 차지하였고, 다음으로 전문성(전문인력) 부족이 19.2%, 치료시설 및 환경 미비 10.7%의 순으로 조사되었으며, 그 외 재활치료에 대한 정보부족과 기타 사항으로 정부의 보조금 정책을 불만족 이유로 들고 있어서 주로 재활서비스 기관의 부족 요인이 가장 큰 불만사항인 것으로 나타나고 있다. 이러한 결과는 연령집단별로 유의한 차이가 없었으나 재활치료의 종류에 따라서는 차이가 있었다. 즉, 물리치료의 경우 치료기관의 부족보다는 전문성과 정보부족이 주된 불만요인이었으며 작업치료의 경우에는 치료기관수의 부족이 거의 대부분이었다. 반면 언어치료의 경우에는 전문성 부족을 불만족 이유로 1/4 정도가 지적하고 있으며 음악치료, 미술치료, 놀이치료 등은 시설설비나 환경에 대한 불만이 상대적으로 높게 나타나 재활서비스의 시설기반을 확충할 필요성을 보여주고 있다.

〈표 IV-41〉 재활치료서비스 불만족 이유

(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
치료기관 수의 부족	65.2	59.4	56.5	59.4
전문성(인력) 부족	19.7	18.8	19.4	19.2
치료설비(환경)미비	6.1	12.7	10.5	10.7
재활치료에 대한 정보 부족	6.1	6.7	8.9	7.3
기타	3.0	2.4	4.8	3.4
계	100.0 (66)	100.0 (165)	100.0 (124)	100.0 (355)

($X^2=4.436$, $df=8$, $p=.816$)

(3) 재활 및 교육 관련 어려운 점

장애아동·청소년의 재활 및 교육과 관련하여 가장 큰 어려움은 무엇인지를 조사한 결과, ‘친구들의 이해 부족’이 44.4%로 가장 높게 나타났으며, ‘전문교사 부족’이 17.0%, ‘선생님의 이해 부족’ 14.8%의 순으로 나타났다. 연령별로는 학령전기와 초등학교의 경우 친구들의 이해부족과 선생님의 이해부족이 많았으나 중학교 이상에서는 전문교사의 부족과 수업내용 따라가기의 순으로 나타나 유의한 차이를 보이고 있어 연령이 높아짐에 따라 학과공부에 대한 부담이 커지는 것을 알 수 있다.

〈표 IV-42〉 장애아동·청소년 재활 관련 어려운 점

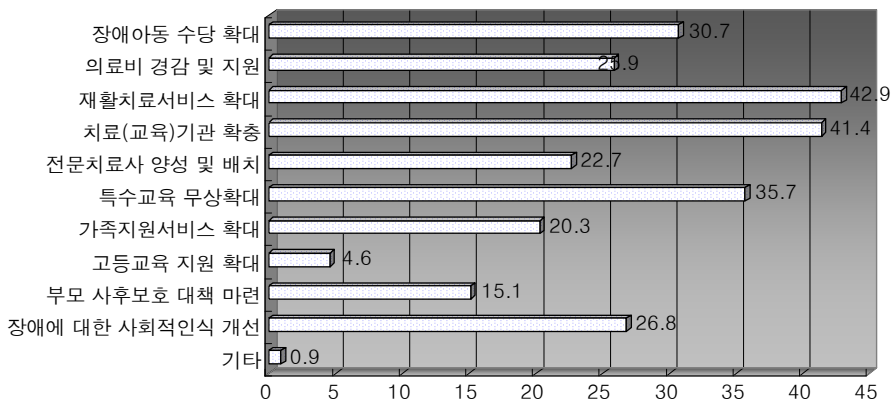
(단위: 명, %)

구 분	학령전기	초등학교	중학교이상	계
친구들의 이해 부족(놀림)	43.8	46.6	41.5	44.4
선생님의 이해 부족(편견)	18.0	18.8	6.8	14.8
수업내용 따라가기	7.9	8.1	14.3	10.0
교육도구나 기자재 불편	2.2	3.6	6.1	4.1
전문교사 부족	16.9	17.0	17.0	17.0
부모에 대한 상담(안내)부족	4.5	1.8	4.8	3.3
등하교 불편	4.5	2.2	3.4	3.1
기타	2.2	.9	3.4	2.0
문제없음	.0	.9	2.7	1.3
계	100.0 (89)	100.0 (223)	100.0 (147)	100.0 (459)

($X^2=26.817$, $df=16$, $p=.044$)

(4) 재활서비스를 위한 정부정책 우선순위

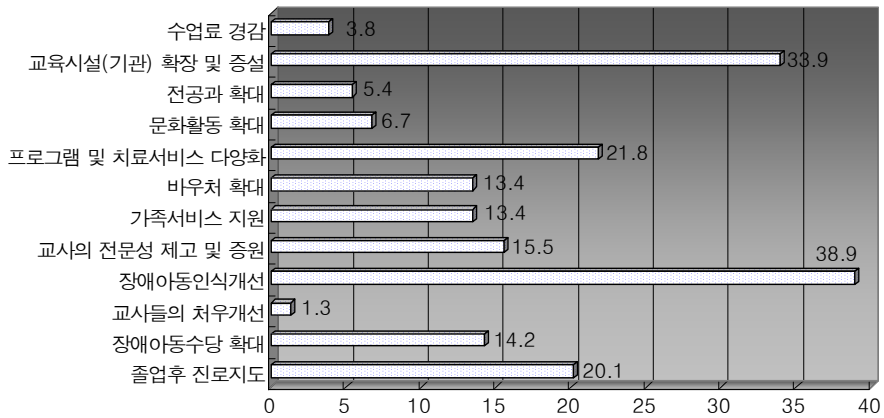
장애아동·청소년의 재활서비스를 위한 정부의 정책 중 우선되어야 할 것을 조사한 결과, 부모사후 보호 대책마련이 45.1%로 1순위로 나타났고, 재활치료서비스 확대가 42.9%로 2순위, 치료·교육기관 확대가 41.4%로 3순위를 차지하였다.



[그림 IV-4] 재활서비스를 위한 정부정책 우선순위(복수응답)

(5) 삶의 질 향상을 위해 정부와 사회가 할 일

장애아동·청소년의 장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위해 정부와 사회가 해야 할 일이 무엇인지를 분석한 결과, 장애아동에 대한 인식개선이 38.9%로 가장 높았으며, 다음으로 교육시설(기관) 확장 및 증설이 33.9%, 프로그램의 다양화가 21.8%, 졸업 후 진로지도가 20.1%로 나타났다. 이 외 응답으로는 대도시와 소도시의 복지서비스의 평준화, 후견인제도 실시, 재활치료기관 이외 인근병원에서도 무료 물리치료 실시, 부모 사후대책 마련 등이 지적되었다.



[그림 IV-5] 삶의 질 향상을 위해 정부와 사회가 할 일(복수응답)

V. 재활서비스 방향모색을 위한 포커스 그룹 인터뷰

1. 재활서비스 전문가 인터뷰
2. 장애아동·청소년 부모 인터뷰
3. 소결

V. 재활서비스 방향모색을 위한 포커스 그룹 인터뷰

본 연구에서는 장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 재활복지서비스에 대한 의견을 수렴하기 위해 재활복지 및 재활치료서비스 관련 전문가 5명과 장애인 부모 5명을 대상으로 간담회를 실시하였다. 즉, 장애아동·청소년 재활복지서비스 대상자 선정, 서비스 재원(서비스 단가 및 본인부담금), 재활치료전문가 수급, 서비스 수요, 전달체계, 활성화방안에 대한 전문가들의 의견을 향후 본 연구의 목적인 장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 재활서비스 제고를 위한 기본 방향 수립 및 재활복지서비스 공급체계를 구축하기 위한 기초자료로 활용하고자 한다.

1. 재활서비스 전문가 인터뷰

1) 참여자

간담회 참여자는 총 11인으로 현직 재활복지 전공 교수 2인, 사회복지학과 교수 및 장애교육전공 교수, 장애인복지관 관장 1인, 재활치료센터 센터장 4명 연구원 2명으로 구성되었다. 본 간담회는 2009년 9월 22일에 실시되었다.

2) 질문지 개발

전문가 간담회의 진행을 위해 사전에 질문을 개발하였다. 질문지 개발은 본 연구 목적을 명확히 하고, 브레인스토밍 과정을 통하여 연구원들이 질문에 대한 아이디어를 공유하여 반구조화(semi-structure)된 질문 형태로 초안을 구성하였으며, 이에 대한 검토를 거쳐 최종 질문을 구성하였다.

〈표 V-1〉 전문가 초점집단 질문 내용

구 분	내 용
1) 대상자 선정기준	장애아동·청소년 재활서비스 대상자 선정 시 우선적으로 고려되어야 할 사항들은 무엇입니까?
2) 서비스 재원	장애아동·청소년 재활서비스의 재원은 어떻게 마련되고 있습니까?
3) 전문가 인력수급	장애아동·청소년 재활서비스 치료전문가의 자격기준과 치료사인력은 어떻게 확보하고 계십니까?
4) 서비스 수요	장애아동·청소년 재활서비스의 수요와 공급은 적절하다고 생각하십니까?
5) 전달체계	장애아동·청소년 재활서비스 전달체계는 어떤 형식으로 구성되어야 한다고 생각하십니까?
6) 활성화방안	장애아동·청소년 재활서비스의 활성화/제도화를 위해서는 어떤 개선방안들이 필요하십니까?

3) 자료 분석

간담회 내용을 녹음한 녹취록 자료를 연구진이 종합, 정리하여 각 질문별 응답에 대한 내용분석(contents analysis)을 실시하였다.

4) 분석결과

장애아동·청소년 재활복지서비스 대상자 선정, 서비스 재원(서비스 단가 및 본인부담금), 재활치료전문가 수요와 공급, 서비스 수요, 전달체계, 활성화방안에 대한 정보를 수집하였다. 위의 각각의 구체적인 질문에 대한 참여자들의 답변에 대한 분석결과는 다음과 같다.

(1) 대상자 선정기준

질문내용: 장애아동·청소년 재활서비스 대상자 선정시 우선적으로 고려되어야 할 사항들은 무엇입니까?

재활치료서비스 대상자 선정기준과 관련하여 기관의 지침이나 기준은 기관별로 별도 기준은 가지고 있지 않았으며 바우처와 관련된 서비스를 제공하고 있는 곳은 시·도의 지침을 기준으로 운영을 하고 있었다. 국내에서 재활복지서비스가 활성화 제도화되기 위해서는 참여자 대부분이 서비스 대상에 대한 제한할 필요성이 없다는 점에 동의하였다. 또한 향후 대상자 선정에 대해서는 서비스 수요자의 욕구에 전적으로 맡겨야 한다는 의견과 서비스 대상자의 범주를 구체적으로 마련하여 실제적인 서비스가 시행되어야 한다는 의견이 제시되었다.

장애유형별 재활치료 서비스의 형태가 달라야 하고 유형별 치료 대상자의 범주를 구체적으로 마련하는 것이 장애아동, 청소년들에게 적절한 치료 서비스를 할 수 있을 것으로 사료되며, 기존에 타 기관에서 서비스를 받고 있는 대상이 중복하여 받는 경우가 있는 반면에, 실제로는 서비스가 필요하지만 차상위 계층이 아니어서 혜택을 받지 못하는 경우가 있으므로 제도적인 폐단이 있는 것으로 조절이 되거나 제도가 보완될 필요하다고 생각한다. 현재 재활치료서비스는 장애등록이 되어 있는 대상자에게만 서비스를 제공할 수 있도록 되어 있다. 그러나 최근 들어 정서·행동장애를 보이는 아동·청소년이 급증하고 있음에도 치료서비스를 받지 못하는 경우가 대부분이어서 장애등록이 되어 있지 않더라도 의사소견서를 첨부할 경우에 서비스를 받도록 하는 대안이 마련되어야 할 것으로 생각된다.

(2) 서비스 재원

질문내용: 장애아동·청소년 재활서비스의 재원은 어떻게 마련되고 있습니까?

재활서비스를 운영하는 기관의 재원은 참가자 대부분이 초기 세팅과 초기 비용은 기관에서 부담을 하고 사업은 바우처 및 교육청 지원금, 대상자 부담금으로 운영이 된다고 하였다.

치료 장비를 마련하는데 초창기 비용이 들어갔으며 초기 세팅 비용은 기관에서 마련했고 자체에서 형성된 기금을 통해서 재원을 꾸준히 확보, 사용하고 있다. 그리고 바우처나 교육청의 방과 후 지원금, 학부모 부담금으로 마련이 되고 있다.

재활서비스를 운영하는 기관의 재활치료서비스 단가는 각 기관별, 제공서비스에 따라 약간의 차이는 있었으나 치료비용 산정과 관련하여서는 현재 치료비용단가가 부적절하게 낮게 책정되어 있다는 점에서는 모든 참여자가 동의를 하였다. 향후 재원확보에서는 정부의 지원금확대와 기업과 연계한 사회공헌프로그램 개발 등을 제안하였고 참가자 전원이 학부모 부담금을 줄여해 한다는 의견을 제시하였다.

현재 이용자들이 내고 있는 바우처 단가는 4만원, 2만원, 무료로 되었으며 각각의 서비스에 따라 차이는 있지만 4만원을 가장 많이 내는 경우 차상위 계층 내지는 소득수준의 50% 정도인데, 이런 규정을 없애고 그 이상의 소득자라도 서비스를 받을 수 있도록 한다면 시급은 4만원 이상이 될 수도 있지 않을까 생각을 하는데 기본적으로 재활치료라고 하는 장애와 앞으로 성장 가능한 청소년에 대한 일종의 투자라고 하는 개념에서 본다면 이용자의 자기부담을 높이는 것 보다는 일정한 정부의 재원으로 확보해주고 최소한에 선에서 지원해주고 이용자의 자기부담 하는 것이 낫지 않을까 생각합니다.

(3) 전문가 인력 수급

질문내용: 장애아동·청소년 재활서비스 치료전문가의 자격기준과 치료사 인력은 어떻게 확보하고 계십니까?

참가자가 소속된 기관의 재활서비스 치료전문가 자격기준은 각 기관별로 달리 적용하고 있었다. 대부분 석사 이상의 관련학과 전공자들을 선호하고

있었으나 제공 서비스에 따라 4년제 대학 관련 학과 및 자격증 소지를 자격 기준으로 제시하고 있었다. 그리고 여성부 영유아보육법에 의한 특수교사 인정학회 자격증 소지자 및 보건복지가족부 재활지원과에서 실시하는 장애아동재활치료사업 선정학회 자격증 소지자에 대해서는 치료전문가로 인정할 수 있다는 의견을 제시해 주었다. 그러나 사회복지사 제도처럼 국가자격제도가 마련되지 않아서 치료사 자격에 대한 모호성은 존재하기 때문에 국가적인 자격제도 마련의 필요성에는 참가자 전원이 동의를 하였다.

저희 기관은 언어치료사는 2급 이상의 4년제 대학 졸업생의 자격을 요하며, 특수교사는 4년제 대학 졸업자이거나 일반대학원 석사과정 수료자 이상의 자격을 기준으로 채용하고 있습니다. 또한 미술치료사는 대학원에서 미술치료를 전공하였거나 한국미술치료학회 미술치료사, 또는 300시간 이상의 미술치료 과정을 이수하고 자격을 취득한 임상미술심리사를 채용하고 있습니다. 그리고 저희 기관의 자문위원인 각 대학 관련 학과의 교수 및 소아과전문의로 구성된 전문가팀에 의하여 자격이 있다고 판단된 사람이면 가능합니다.

재활치료 전문가를 전문성을 확보하기 위해서는 사회복지협회처럼 제도화하는 자격 준거틀과 국가시험제도를 도입하면 체계적인 전국망으로 체계적인 제도가 구축되어야할 필요성을 느끼며, 이 제도가 빠를수록 수요자, 공급자 모두의 권익이 보장받을 것으로 봅니다.

재활서비스 치료사 인력확보에 대해서는 참가자 대부분이 어려움은 없다고 하였다. 그러나 재활치료전문가에 적합한 자격조건에 대해서는 의견이 서로 달랐다. 군소 학회의 난립으로 자격증이 남발되므로 공식적으로 인증이 된 학회의 자격(예컨대 특수교사, 학회 자격증 소지자 및 보건복지가족부 재활지원과에서 실시하는 장애아동재활치료사업 선정학회 자격증 소지자)을 구분하기가 어려우며 자격증만으로 전문가를 구분하는데 어려움이 있다는 의견을 제시하였다. 기타 의견으로는 인력풀(pool)을 활용할 수 있는 사이트

의 필요성과 재활치료전문가의 사례별 슈퍼비전(supervisoin)제도를 마련하였으면 하는 의견도 제시되었다.

전문가들이 인력을 공개하고 그것을 모두 망라할 수 있는 인력 풀을 관리하거나 정보를 제공하는 사이버 공간이 있으면 좋겠습니다. 각 기관에서 사방으로 알아보고 있고, 마찬가지로 전문가도 취업할 기관을 알아보는데 소모되는 시간이 너무 오래 걸립니다. 이러한 정보를 관리할 수 있는 정보지원센터가 있으면 좋겠습니다.

(4) 서비스 수요

질문내용: 장애아동·청소년 재활서비스의 수요와 공급은 적절하다고 생각하십니까?

재활서비스의 수요 및 공급에 대해서 참가자들의 의견은 공급의 부족을 공통적으로 지적하였다. 그러나 대도시 및 재활서비스 접근성이 용이한 지역과 농·어촌 등 재활서비스 기관이 전혀 없거나 자원이 희박한 곳의 재활서비스는 치료의 질 차이와 기관의 서비스에 대한 차이가 있음을 전제하였다. 그렇지만 서비스 수요의 제한으로 인해 이들의 욕구를 충분하게 충족시키지 못하고 있다는 의견도 있었다.

수요는 계속 늘어나고 있고, 재활서비스 수요자가 적절한 치료 공간, 접근성이 좋은 시설, 이용하는 데에 불편함이 있다고 생각합니다. 또한 정보의 부족으로 시설에 대한 정보가 없어 이용을 못하거나 늦추고 있는 실정이고 또는 외지로 가서 비싸게 서비스를 받고 있지 않나 생각합니다.

도시는 치료시설의 유형도 다양하고 기관수가 많아 서비스 대상자와 거리가 가깝고 공급이 원활하지만, 농·어촌은 시·군에 1~2개

있는 경우가 대부분이고 지역에 따라서는 전문치료시설이 전혀 없어서 실제로 대상자가 서비스를 받을 수 없는 경우가 많은 실정입니다. 재가방문 서비스를 한다고 해도 동선이 멀어서 방문 소요시간이 많이 걸리고 그에 비해 서비스 단가가 지역적 특성을 고려하지 않아 형평성이 떨어진다고 생각합니다.

(5) 전달체계

질문내용: 장애아동·청소년 재활서비스 전달체계는 어떤 형식으로 구성되어야 한다고 생각하십니까?

재활서비스 전달체계에 대해서는 참가자들의 의견이 상이하게 달리 제시되었다. 공급자 중심의 서비스에서 소비자 중심의 전달체제로 전환이 되어야 하나 아직은 시기상조라는 의견이 제시되었으며 서비스 전달 기관에 관해서는 허브기관의 문제점과 재활서비스 제공 기관의 관리 및 공급기관이 확대되어야 한다는 의견도 제시되었다. 그러나 현재 재활서비스 전달방식의 문제점을 부각시키기 보다는 현재 방식에서 좀 더 전문적인 보완과 개선이 필요하다는 데에 참가자들의 의견이 일치하였다.

전달체계는 기존의 공급자 중심 방법에서 여러 가지 문제가 있었다는 것에 대한 하나의 대안으로 장애인들에게 직접급여 방식이 채택이 되었는데 기본적으로 이용자가 선택할 수 있는 결정권을 줘야하지 않나 생각하고, 다만 이 서비스가 100%시장원리로 지급되는 것은 아직은 시기상조가 아닌가 생각합니다. 공급자에 대한 지원방식도 계속 고민하고 생각하고 정책의 변화를 꾀해야 하지 않나 생각합니다.

현재 허브라는 곳을 이용하여 각 시에 몇 군데를 두고 그 허브에서 각 기관을 관리하고 있습니다. 물론 지침전달의 활성화 또는 의사전달의 효율화를 위해서인 것은 이해를 합니다. 그러나 그 허브들도

자신들이 소유한 서비스 기관을 운영하고 있는데 그 기관에는 수요자가 매우 많습니다. 관리하는 사설 시설들에게 형평성을 기해야 하는 역할을 해야 하는데 아무래도 자신들이 더 유리한 위치를 선점하고 있기 때문에 그 쪽으로 더 홍보를 하는 것 같습니다. 또한 필요한 서류 관리 문제가 많이 제기 되고 있습니다. 허브를 두고 관리하지 말고 데이터베이스 체제를 통해 각 기관이 바로 정보를 입력하고 보고하는 체제로 가는 것이 좋겠습니다. 그리고 허브에 등록된 기관에서만 받는 것이 아니라 사업자등록이 있는 관련 특수교육 및 치료기관에서는 다 허용이 되는 것이 바람직하다고 생각합니다.

(6) 활성화방안

질문내용: 장애아동·청소년 재활서비스의 활성화/제도화를 위해서는 어떤 개선방안들이 필요합니까?

재활서비스가 활성화 제도화되기 위한 개선방안 제안에서는 각 참가자들의 의견이 다양하게 제시되었다. 우선 바우처를 시행하고 있는 각 기관 참가자들은 현재 바우처 시행에 따른 문서 작성의 문제 해결이 시급하다는 의견을 제시하였고, 바우처 카드 사용에 따른 불편함과 부모와의 마찰의 예를 들어 주었다. 그리고 소수 의견으로 재활서비스에 필요성과 중요성을 인식하여 국가에서 더 많은 지원과 적극적인 홍보가 필요하다고 제시하였다. 다른 의견으로는 현재 바우처 방식을 통한 급격한 변화보다는 점차적인 개선을 통한 치료서비스의 활성화에 더 초점을 둔 경우가 있었다.

재활치료 서비스가 2007년부터 바우처 방식으로 나오면서 서비스 이용자에게도 약간의 혼선이 있었던 것 같고, 제공자들도 기존의 재원을 정부로 지원받는 전달체계에 익숙해지고 서비스를 공급하는 전달 체계에 익숙해져 있다가 혼란이 있다고 봅니다. 기존의 기관에 종사했던 종사자들도 이용자에게 대한 자기선택에 대한 원리가 서비스에서

나타나는 것이 몸에 익숙지 않아 괴리감과 불안도 있었지 않았나 생각되기도 합니다.

전반적으로는 기존의 서비스의 문제점들을 운영자 입장에서는 서비스패러다임이 바뀌는 것에 대해 적극적으로 임해야 하는데 공급자 중심적 사고에 매몰되어 있다가 빠져 나오지 못하는 어려움이 있고, 자기선택의 원리라는 것이 좋은 제도이지만 갑자기 나타나 소비자들에게는 과잉반응으로 자기선택의 원리를 강조해서 오히려 역반응이 나게끔 한 문제점이 있지 않았나 합니다. 또 기관의 운영의 입장에서는 여러 가지 공급방식이 바뀌며 실제로 시스템이 바뀌어야 함에도 불구하고 기관의 경우, 예를 들어 인사관리시스템 바꾸쳐 직원과 공급기관 직원간의 괴리감 혼선도 있고 여러 가지 문제점들이 차츰차츰 해소되어야 할 숙제가 아닌가 생각합니다.

2. 장애아동·청소년 부모 인터뷰

장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 재활복지서비스에 대한 의견을 수렴하기 위해 재활치료서비스를 받고 있는 장애아동의 부모회 대표 5명을 대상으로 인터뷰를 실시하였다. 인터뷰 대상인 부모의 선정은 현재 재활서비스를 받고 있는 아동, 청소년을 둔 부모로써, 평택시와 안성시 그리고 대전광역시의 장애인 부모회를 대상으로 선정하였다. 장애아동 및 청소년 재활치료서비스 활성화방안과 관련하여 장애아동·청소년의 어려움과 향후 진로 등에 대한 의견을 수렴하였으며 이를 토대로 정책의 방향을 설정하는데 기초자료로 활용하고자 한다.

1) 참여자

장애아동, 청소년의 부모 참여자는 총 7인으로 현재 안성시 장애인부모회 부회장 2인과 대전시 장애인부모회 총무, 장애인부모연대 간사 각각 1인, 사

회복지학과 재활복지전공 교수 1인, 연구원 2인으로 구성되었다. 본 간담회는 2009년 9월 23일에 실시되었다.

2) 질문지 개발

장애인부모회 간담회의 진행을 위해 사전에 질문을 개발하였다. 질문지 개발은 본 연구 목적을 명확히 하고, 브레인스토밍 과정을 통하여 연구원들이 질문에 대한 아이디어를 공유하여 질문 초안을 구성하였으며, 이에 대한 검토를 거쳐 최종 질문을 구성하였다.

〈표 V-2〉 부모 간담회 질문내용

구 분	내 용
재활치료서비스 실태	현재 받고 있는 재활치료서비스는 어떤 것입니까?(재활치료서비스 종류, 장소, 기간 등)
재활치료서비스 만족도	현재 받고 있는 재활치료서비스는 만족하십니까?
자녀의 진로 및 장래	자녀의 진로나 장래에 대한 걱정거리는 무엇입니까?
재활치료서비스 활성화/제도화 방안	재활치료서비스가 활성화/제도화되기 위해서 가장 시급한 과제는 무엇입니까?

3) 자료 분석

간담회 내용을 녹음한 것에 대한 녹취록 자료를 연구자가 종합, 정리하여 각 질문별 응답에 대한 내용분석을 실시하였다.

4) 분석결과

재활치료서비스 실태 및 만족도, 자녀의 진로 및 장래에 대한 걱정, 재활

치료서비스의 활성화/제도화에 대한 정보를 수집하였다. 위의 각각의 구체적인 질문에 대한 참가자들의 답변에 대한 분석결과는 다음과 같다.

(1) 재활치료서비스 실태

질문내용: 현재 받고 있는 재활치료서비스는 어떤 것입니까?(재활치료서비스 종류, 장소, 기간 등)

어떤 재활치료서비스를 받는다는 장애의 정도와 아동의 특성에 따라 재활치료서비스를 선택한다는 의견에 참가자 모두 동의하였으며 특히 아동기의 자녀가 많아 언어치료와 인지치료에 대한 필요성을 가장 많이 제시해 주었다. 그리고 정서적 안정을 위해 미술치료와 놀이치료를 병행하는 경우가 많았으며 소수로 동물, 수영 등이 제시되었다. 재활치료서비스를 받는 장소는 사설 치료센터가 가장 많았고 장애인복지관을 이용하는 경우도 많았다. 기간은 대부분 참가자들이 아동의 장애를 인지한 후 계속적인 재활치료서비스를 받는 것으로 나타났다.

재활치료서비스를 받는 종류로는 치료 언어치료, 미술치료 등을 받고 있으며 재활치료서비스를 받고 있는 곳은 ○○언어치료교육센터, ○○아동발달지원연구소, ○○사회복지관이며, 치료기간은 2004년 부터 지금까지 5년 10개월 정도가 됩니다.

(2) 재활치료서비스 만족도

질문내용: 현재 받고 있는 재활치료서비스는 만족하십니까?

재활치료서비스에 대한 만족도는 참가자들의 의견이 달리 제시되었다. 장애아동들이라 단시간에 효과를 기대하는 것은 무리라고 참가자들이 동의했으나 치료의 효과에는 두 의견이 제시되었다. 아무리 많은 시간을 투자해

도 치료의 효과가 뚜렷이 나타나지 않는다는 의견과 아동기에 적절한 치료를 통해 많은 효과를 받았다는 의견으로 나뉘었다. 그러나 치료센터의 만족도에서는 치료센터의 접근성, 서비스부분에서 만족도가 높았으며 치료전문가에 대한 만족도에서도 참가자 모두 만족한다는 의견을 제시하였다.

제 아이가 재활치료를 받기 시작한 것은 4살부터 받기 시작했거든요. 12월부터 받기 시작했는데 그전에는 4살 때는 엄마, 아빠 밖에 못했고 예전에는 단어만 사용해서 말을 했는데 지금은 문장으로써 대화가 가능하고 자발어가 굉장히 많이 늘었어요. 저희는 효과 진짜 많이 보고 있습니다.

저는 다 만족하고 있어요. 선생님도 만족하고 저희 같은 경우에는 경제적인 부담이 많지 않아서 경제적으로 사실은 만족하고 있어요. 다른 사람들은 경제적인 이야기를 많이 하는데.. 진짜 제가 여기 와서 느낀 것이 무엇이 있나 하면 형편이 어렵고, 가정 경제가 어려워서 방치되는 장애아, 중증 장애인들이 ○○ 재활교육센터 같은 경우에는 중증 장애인들이 와서 교육을 받을 수 있는 시설이 지금도 없어요. 물리치료라던가 그런 친구들은 지금도 집에서 있잖아요. 그런 시설을 안성에도 설치해 주었으면 좋겠어요.

(3) 자녀의 진로 및 장애

질문내용: 자녀의 진로나 장애에 대한 걱정거리는 무엇입니까?

자녀의 진로나 장애에 대해서 참가자 전체가 우리나라의 장애인 정책에 대한 많은 문제점을 지적하였다. 특히 교육기회의 상실과 박탈감, 일상활동에 대한 제한, 건강에 대한 문제, 치료나 교육에 드는 경제적인 문제 그리고 자녀들이 성장한 후 결혼하거나 직업을 어떻게 갖게 될 것인지에 대한 불안감을 가지고 있었다. 그리고 공통적으로 이런 문제에 대해 같이 동일한 의

견을 피력하였고, 이러한 문제에 대해 시급하게 국가 정책적인 방안의 마련
이 필요하다는 의견을 제시하였다.

가장 큰 걱정은 교육이죠. 내년이면 초등학교 들어가는데 일반 초
등학교 아이들과 우리 아이와는 굉장히 수준차이가 많이 나니까 그게
가장 걱정이죠. 근데 거기도 특별반이 있다고 하니까 조금은 안심이
되요. 그런데 별도로 중증장애인 말고 중 장애인들이 모여서 공부할
수 있는 교육기관을 설립해주셨으면 좋겠어요. 각 시·도에 말이죠,
지금 우리나라에는 그런 것이 없잖아요. 별도로 일반아이들과 같이 합
쳐서 한 반만 특수학급을 만드는 것이 아니라 한 학교전체를 갔다가
유치원부터 쪽 경증아이들로... 경계선이라고 해야 하나요? 그 정도의
장애를 가진 친구들끼리 모여서 수업을 받고 거기수준에 맞게 교육할
수 있는 교육기관이 있었으면 좋겠어요.

장애를 가진 모든 사람은 부모가 가지고 있는 경제의 기준을 생
각 말고 연금내지는 복지혜택을 평등하게 주었으면 좋겠어요. 똑같
이.... 차상위계층, 저소득층 이런 것이 아니라 일단 장애를 가진 아이
라면 전체적으로 진짜 복지혜택을 고루 누릴 수 있는 선진국처럼 해
줬으면 하는 바람입니다.

(4) 재활치료서비스 활성화 및 제도화

질문내용: 재활치료서비스가 활성화/제도화되기 위해서 가장 시급한 과제는 무엇입니까?

재활치료서비스를 제공하는 기관(치료센터, 교육기관, 장애인복지관)등에
대해 접근성이 용이했으면 하는 의견이 참가자 대부분의 의견이었다. 기관
의 접근성이 떨어져 있다 보니 부모가 아동의 치료시간에 전적으로 매달려
야 하며 아동이 치료를 받는 시간에 부모가 다른 일을 전혀 할 수 없다는

어려움을 제시하였다. 그리고 경제적인 부분에서 정부의 지원이 더 확대되어야 한다는 의견과 정책적으로 장애가족에 대한 복지정책적 지원이 시급하다는 의견에 참가자 전원이 제시하였다. 소수 의견으로 장애가족의 스트레스 및 정서 안정 프로그램도 필요하다는 의견이 있었으며 장애의 정도에 따라 서비스에 대한 혜택과 서비스 정책은 달라져야한다는 의견도 제시되었다.

치료 기회는 우리나라 복지관이 아직도 많이 부족해요. 장애를 가진 아동이 혜택을 제대로 보지 못하고 있어요. 그리고 또 부모들의 경제력이 너무 부족하다 보니까 알고도 부모가 각자 직업을 갖고 있다 보면 그 아이가 방치되는 일도 있고 방치되는 횟수가 매우 많아요. 제가 아까도 이야기 했듯이 경제적인 면 그러니까 장애를 가진 사람에게 똑같이 균등하게 골고루 혜택을 주었으면 하는 바람입니다.

가족에 대한 경제적, 사회적 지원 측면에서는 실제로 한 가구에 1명의 장애인이 있어도 전 가족이 매달려야 합니다. 또한 경제적인 부분과도 맞물려 있기 때문에 장애 가족의 생계 보장시간 등의 여러 가지 정책이 필요합니다. 가족 간의 상처부분도 다루어 줄 필요가 있다고 생각합니다. 또한 중증장애아동복지지원법 제정의 필요성에는 중증 장애아동의 경우 혼자 화장실은 물론 일상활동이 불가하여 재활 서비스 등 여러 가지 정책적 지원이 필요합니다. 그렇지만 돌봐주는 시설이나 사람이 방문할 경우 그들의 시간에 장애인들의 활동이 규정되어 지는 경우가 많습니다.

3. 소결

서비스대상자 선정기준과 관련된 질문에서 참가자들은 각 기관별로 정해져 있는 선정기준은 없었으나 바우처와 관련된 기관 및 정부 지원금을 받는 곳은 시·도의 지침을 기준으로 대상자를 선정하고 있다. 재활치료서비스 대상자 제한에 대해서는 전문가와 학부모들이 공통적으로 부정적인 의견을

제시하고 있는데 이는 대상자의 제한이 아닌 장애특성에 따른 서비스의 다양화와 장애범위의 확대를 필요로 하는 것으로 볼 수 있다.

서비스 재원 및 유형과 관련하여 재원마련은 각 기관마다 달리고 있으나 바우처 지원금과 학부모 부담, 그리고 교육청 방과 후 지원금 등을 이용하고 있으며 이에 따라 장애인복지관에서도 자체적으로 인력을 충원하여 사업을 운영할 수 있다. 그렇지만 운영재원에 관한 내용은 사업에 대한 정부의 지원이 보다 강화될 필요가 있는 것으로 나타났다. 재활치료서비스 단가는 지역 및 기관별로 조금의 차이는 있으나 대부분 규정에 있는 재활서비스 기준금액을 근거로 하고 있었으나 사설기관의 경우 이용자에게 추가비용을 부담시킬 가능성도 있다고 볼 수 있다. 각 기관별로 공통적으로 정부 지원의 확대의 필요성을 제시하였고 부모들 또한 정부의 지원 확대에 따라 보다 확대된 서비스를 희망하고 있다.

재활치료서비스를 제공하는 기관의 서비스 종류로는 언어, 미술, 놀이, 작업, 음악치료 등이 있으며 선호하는 서비스 종류로는 나이가 어릴수록 언어치료와 인지치료를 선호하고 정서적인 부분을 함께 이용 할 경우는 미술과 놀이치료를 같이 이용하는 경우가 많았다.

재활치료서비스에 대한 인식과 욕구가 많아짐으로 재활치료전문가의 자격기준에 대한 필요성이 지적되었다. 재활치료서비스를 제공하는 기관의 치료전문가에 대한 자격기준은 각 기관별로 개별적으로 마련하고 있거나 기준 자체가 없는 경우도 있었으나 바우처를 실시하는 곳은 시·도에서 내려온 치료사 자격기준에 관한 지침을 그대로 적용하거나 공신력 있는 학회의 자격이나 4년제 대학 이상의 관련 전공자 및 석사 이상의 기준을 적용하여 채용을 하고 있었다.

이에 재활치료서비스를 제공하는 기관에서는 치료전문가의 자질을 객관적으로 검증하기 어려우므로 사회복지사 제도와 같이 국가자격의 필요성을 제시하였다. 특히 장애아동·청소년에게 제공하고 있는 치료는 매우 전문적이므로 재활치료 전문가의 보수교육 및 훈련 그리고 수퍼비전 제도가 필요함을 지적하고 있으며, 각 기관에서도 치료사의 역량강화를 위해 교육의 필요성을 인식하고 있었다. 그러나 정부의 지원이 없는 상태에서 각 기관에서 그 모든 비용을 부담하기에는 한계가 있으므로 기관 입장에서는 자체적인

재교육을 실시하거나 외부 연수에 대해 연수비 일부를 지원해 주는 경우도 있으며, 또한 연수비용을 지원하지 않는 기관의 경우에는 연수 참가 기회만을 제공하는 것으로 나타났다.

치료사에 대한 처우부분에서는 4대 보험은 대부분 가입하고 있으나 규모가 작은 사설치료기관일 경우는 보험에 가입하지 않는 경우가 있었으며 임금수준은 치료비의 50%를 치료사에게 지급되므로 대상자 수에 따라 월급이 달라질 수 있는 체계이다. 기본적인 임금이 정해지지 않은 상태에서 치료사의 고용 불안정은 서비스 대상자들에게 더 좋은 서비스를 제공하지 못하므로 서비스 질을 높이기 위해서는 치료사의 임금안정과 처우문제는 꼭 개선이 되어야 한다는 점을 지적하고 있어 처우개선의 필요성이 있다. 재활치료 서비스의 공급확대로 인한 치료사들의 확보에 어려움 또한 해결해야 할 과제로서 치료전문의가의 인력풀을 관리하거나 제공하는 전문사이트나 정보지원센터 또는 재활치료전문의가의 인력을 양성하거나 자격을 관리하는 별도의 기구나 협회의 필요성이 있음을 시사하고 있다.

또한 재활치료서비스의 기준이 되는 매뉴얼의 필요하며 매뉴얼은 서비스 운영 기준지침과 서비스 대상의 유형별 범주를 세분화 하여 만들어질 필요성이 있다고 제시하였다.

재활치료 서비스의 활성화 방안으로 재활치료서비스는 장기적인 투자가 필요함에도 불구하고 단편적으로 실시하거나 정책이 수시로 바뀌어서 공급자 및 이용자들의 혼선이 자주 일어나는 문제점이 지적되었다. 따라서 서비스 방식을 급격하게 개선하기 보다는 기존의 치료서비스를 활성화시키고 재활치료와 관련된 공급기관의 내실화, 시장의 문제, 이용자의 폭, 정부 지원의 문제, 전문가 양성 및 관리 등의 문제를 동시에 해소하기 위해 노력할 필요가 있다.

장애아동의 부모들은 재활치료서비스에 대한 정부의 지원확대가 필요하며 특히 경제적인 부분에서 정부의 지원 확대를 요구하고 있어 본 사업에 대한 지원이 필요함을 시사하고 있다. 이와 함께 장애아동이 있는 가족들에 대한 스트레스 완화 및 정서 안정프로그램이 필요하며 사회적 인식개선과 함께 장애가족에 대한 정부의 획기적인 대책이 마련될 필요가 있는 것으로 나타나고 있다.

VI. 결론 및 정책과제

1. 결론 및 요약
2. 정책적 과제

VI. 결론 및 정책과제

1. 결론 및 요약

1) 주요 외국의 지원제도 분석

첫째, 재활치료 대상 아동과 청소년의 범주를 포괄적으로 정의하되, 과학적인 진단과 검사를 바탕으로 재활서비스가 제공될 필요가 있다. 대부분의 국가에서 재활서비스를 필요로 하는 아동은 장애아동은 물론 장애 위험군에 있는 아동까지 포괄적으로 정의하고 있다. 각국의 사례에서 보듯이 장애에 따른 추가요구가 있는 아동을 특수교육 등 재활치료 등의 대상 아동으로 정의하고 있다. 우리나라의 특수교육법에서도 법적으로는 재활치료 서비스 대상 아동을 포괄적으로 정의하고 있으나 대상 아동의 수는 정확히 파악되지 않고 있다.

둘째, 외국의 경우 장애아동 재활치료를 위한 적절한 법 및 제도적 장치가 마련되어 있다. 즉, 장애아동 및 장애발생 가능 아동에 대한 조기발견, 평가, 판별, 배치, 개별화계획 및 프로그램, 재정지원 등 일련의 절차에 의하여 아동의 발달을 촉진시킬 수 있는 적절한 조치가 이루어지도록 되어 있으며, 이 과정에서 부모가 참여할 수 있으며, 이러한 절차는 일정한 법에 근거를 두고 이루어진다. 미국은 이러한 제도가 마련되어 있고, 일본도 조기발견을 위한 제도적 장치를 갖추고 있다.

우리나라 장애아동·청소년 조기교육은 특수교육법에 의하여 시행되고 있다. 그러나 특수교육법은 주로 교육기관에 한정하고 있고 취학전 장애아를 위한 제도가 마련되어 있지 않으며, 개정법에서는 치료교육이 삭제되어 재활치료가 충분히 제공되기 어려운 실정이다.

셋째, 장애아동 재활치료는 통합을 통하여 실시되어야 한다는 것이 세계적인 추세이다. 장애의 개념에 있어서도 장애인과 비장애인에 대한 경계가

허물어지고 있는 추세이고, 장애아동도 최소 제한적인 환경, 자연스러운 환경에서 일반 아동과 동일한 교육의 기회를 보장함으로써 아동의 발달이 제한을 받지 않도록 하는 것이다. 정규학교의 통합교육은 물론 장애아를 위한 통합보육이 세계적인 추세라는 점에서 장애아동을 위한 통합적인 재활치료 기회를 확충하여야 할 필요가 있다.

넷째, 장애아동 및 청소년에 대한 재활치료는 각 관계 부처별로 통합적으로 접근하고 있다는 점이다. 장애의 진단·평가 및 서비스는 독립된 절차라기보다는 일련의 연속적이고 상호 관련된 과정이기 때문에 부처간의 상호협력력이 또한 서비스의 개별화는 전문가들로 구성된 팀으로 접근되어야 하며, 이를 위해서는 재활서비스를 위한 재활지원센터 등 지역사회 자원이 확충되어야 함을 알 수 있다. 우리의 경우 장애인복지법과 특수교육법에 의하여 기본적인 체계가 마련되어 있으나 부처간의 교류가 제한되어 지역사회로부터의 장애아동의 재활서비스에 대한 자원을 연계하고 개발하는데 제한점이 있는 실정이다.

다섯째, 장애아동·청소년의 교육이나 재활에 소요되는 비용에 대한 정부의 지원이 확대되어야 한다. 장애아동 재활치료 서비스는 일반아동의 재활치료에 비하여 추가적인 지원을 필요로 한다. 그러므로 대개의 선진국에서는 장애아동과 청소년의 재활서비스를 공교육을 포함하여 무상으로 실시하고 있다는 점을 고려할 필요가 있다.

2) 재활복지서비스 이용실태 및 욕구조사 결과

장애아동 및 청소년 473명을 대상으로 재활치료 서비스 이용 실태와 욕구를 알아본 결과 현재 치료를 받고 있는 장애아동과 청소년은 77.0%이며, 현재는 받고 있지 않지만 과거 받은 적이 있다가 14.0%로 전체 응답자의 91%는 재활치료를 받았던 것으로 나타나 거의 대부분의 아동이 재활치료를 받은 경험이 있는 것으로 나타났다. 재활치료를 받지 않은 이유로는 주로 장애가 심하지 않거나 치료기관 기관이 마땅치 않아서, 비용부담 등이다.

받은 재활치료 가운데는 언어치료가 가장 많고, 미술치료, 작업치료와 놀

이치료가 많았으며, 그밖에 음악치료, 물리치료, 통합감각치료의 순이었다. 대체로 1인당 평균 2.9개 정도의 치료를 받고 있는 것으로 파악되었다. 주로 받은 치료로는 언어치료가 가장 많았으며, 심리, 행동, 인지 등의 검사는 약 3/4의 아동·청소년이 받은 것으로 집계되었으나 검사를 받지 않은 경우도 23%를 차지하여 치료에 앞서 정확한 진단과 검사를 받는 절차가 필요한 것으로 드러났다.

재활서비스를 받는 곳은 장애인복지관이 1/3 이상으로 가장 많았으며, 다음으로 사설치료센터, 병원 치료실의 순이었다. 연령별로는 아동은 장애인복지관이 많았으나 청소년의 경우에는 사설치료센터를 이용하는 비율이 높은 특징을 보였다.

재활서비스 기관까지의 소요시간은 평균 40.5분이었으며, 주로 이용하는 교통수단은 자가용 승용차가 절반을 약간 넘는 수준으로 가장 많았다. 현재 재활치료 기관을 이용한 기간은 평균 3년 3개월이었으며, 이용빈도는 1주일에 평균 3.3회로 청소년이 아동에 비해 빈도가 적었다. 재활치료 소요시간은 1회당 평균 42분이었으며, 월평균 재활치료 비용은 31.2만원이었다.

치료비용에서는 바우처 등 일부 지원을 받는 경우가 많았으나 전액 본인 부담을 하는 경우도 비슷한 수준으로 많았으며, 비용에 대한 부담이 크다고 응답한 경우는 2/3정도를 차지하였다. 바우처카드 소지여부에 있어서는 약 절반 정도가 있는 반면 받지 못한 이유는 소득기준에 해당하지 않기 때문이 가장 많았다. 거의 대부분의 응답자가 현재의 치료기관을 계속 이용할 의향이 있다고 하였으며, 전체적으로 4/5 이상이 치료효과에 대해 긍정적으로 생각하고 있었다.

치료기관을 선택하는 요인에 있어서는 ① 치료사의 전문성, ② 접근성, ③ 프로그램 내용, ④ 치료비용 등의 순으로 나타나 전문성과 접근성이 주된 요인임을 알 수 있다. 현재 받고 있는 재활서비스의 만족도에 있어서는 영역별로 직원의 친절성, 프로그램의 전문성과 시설환경에 대한 만족도가 비교적 높고, 프로그램 비용에 대한 만족도가 가장 낮은 것으로 나타났다. 이와 함께 받기 희망하는 재활치료로는 행동치료, 음악치료, 언어치료의 순이었다.

재활의 영역 중에서는 사회재활, 교육재활, 심리재활, 직업재활의 순으로 중요하다고 응답하였으며, 대다수는 통합교육을 찬성하고 있다. 장애 완화를 위한 지출비용에 있어서는 의료비 평균 15.0만원, 교육비 32.6만원, 교통비 12.8만원, 기타 비용 13.8만원으로 총 평균 51.6만원이며 교육비 지출이 압도적으로 많았다.

장애가 있는 자녀로 인한 어려운 점은 장애 진로에 대한 불안(83.4%), 경제적 부담(66.0%), 부모의 사회활동 제한(62.1%), 치료기관 선택(54.2%), 부모의 불안감(51.4%), 형제간 불만 및 소외(35.0%), 가족간 의견대립 및 불화(24.3%)의 순으로 나타나 경제적 측면과 성인 이후의 진로, 사회심리적 프로그램 등 장애 자녀의 가족을 위한 정책적 지원 필요성이 높게 나타났다.

한편 장애아동·청소년을 재활치료서비스 수준에 대해서는 2/3 정도가 뒤떨어져 있다고 생각하고 있으며, 기존의 재활서비스에 대한 만족도에 있어서도 전체적으로 4/5 정도가 불만족하고 있으며, 불만 이유로는 치료기관 수의 부족이 가장 많고, 전문인력 부족, 치료시설 및 환경 미비 등이다. 따라서 서비스의 질적 제고와 함께 전문인력과 시설, 정부의 지원 강화 등이 필요한 것으로 드러나고 있다.

장애아동·청소년의 재활서비스를 위한 정부의 정책 중 우선되어야 할 방안을 조사한 결과, 부모사후 보호 대책마련이 1순위로 나타났고, 재활치료서비스 확대가 2순위, 치료·교육기관 확대가 3순위를 차지하였으며, 정부와 사회가 해야 할 일으로는 장애아동 인식개선, 교육시설(기관) 확충, 프로그램의 다양화, 졸업 후 진로지도 등의 순으로 나타나 장애아동, 청소년을 위한 인식개선이 시급함을 보여주고 있다.

3) 방향설정을 위한 FGI 결과

재활치료서비스 제공기관의 서비스 종류로는 언어, 미술, 놀이, 작업, 음악치료 등으로 다양하고, 재활치료서비스에 대한 장애아동·청소년의 일반적인 인식과 수요가 많아짐으로 재활치료 전문가의 자격기준에 대한 필요성이 높은 것으로 지적되었다. 즉, 현재와 같은 체제에서는 재활치료서비스를 제

공하는 기관에서는 치료전문가의 자질을 객관적으로 검증하기 어려우므로 사회복지사 제도와 같이 국가자격의 도입 필요성이 높은 것으로 나타났으며, 특히 장애아동·청소년에게 제공하고 있는 치료는 매우 전문적이므로 재활치료 전문가의 보수교육 및 훈련 그리고 슈퍼비전(supervision) 제도가 필요한 것으로 나타났다.

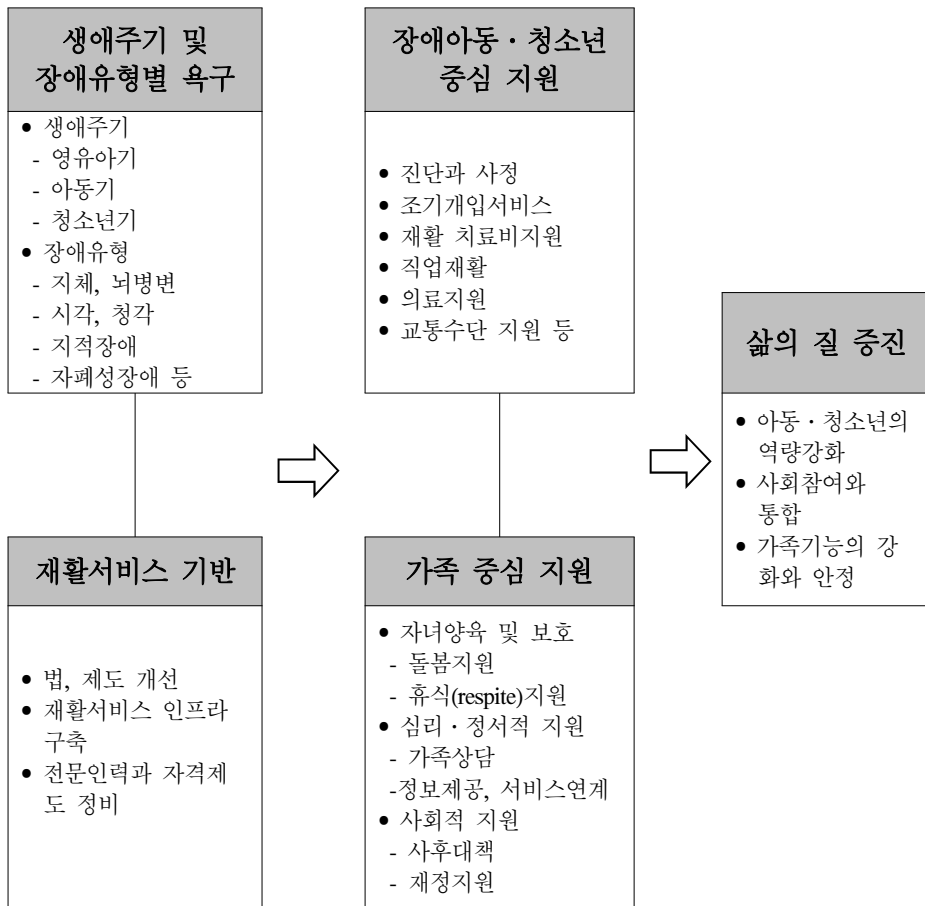
그러나 치료전문가에 대한 자격 연수나 보수교육 등에 대한 서비스기관의 지원이 전무하여 기관에서 일부 보조 내지는 전액 개인 부담으로 이루어지고 있어 이에 대한 지원규정의 마련이 필요하다. 치료사에 대한 처우부분에서는 4대 보험은 대부분 가입하고 있으나 규모가 작은 사설치료기관일 경우는 보험에 가입하지 않는 경우도 있으며, 임금수준은 서비스 대상자 수에 따라 편차가 큰 것으로 나타나, 이들의 고용 불안정은 서비스의 질과 직접적으로 관련이 있으므로 치료사의 임금 가이드라인과 보험 등의 처우 문제는 개선이 될 필요가 있는 것으로 지적되었다. 이와 함께 재활치료서비스의 기준이 되는 매뉴얼이 개발될 필요하며 이 매뉴얼은 서비스 운영 기준지침과 서비스 대상의 유형별 범주를 세분화하여 만들어질 필요성이 있는 것으로 파악되었다.

재활치료 실무자와 전문가가 지적한 재활치료 서비스의 활성화 방안으로 재활치료서비스는 장기적인 방향을 설정하여 추진하여야 함에도 즉흥적이거나 정책이 수시로 바뀌는 경우 공급자뿐만 아니라 이용자들의 혼란이 자주 발생하므로 기존의 치료서비스를 활성화시키고 재활치료와 관련된 공급 기관의 내실화가 요구된다.

한편 서비스 소비자인 장애아동의 부모들은 재활치료서비스에 대한 정부의 지원확대가 필요하며, 특히 경제적인 지원 확대가 필요함을 지적하고 있다. 또한 장애아동이 있는 가족들에 대한 스트레스 완화 및 정서 안정프로그램이 필요하며, 이는 결국 장애 자녀를 두고 있는 가족에 대한 정책적 지원의 필요성을 의미하는 것이라 할 수 있다.

2. 정책제언

1) 재활복지 서비스의 기본 방향



[그림 VI-1] 재활복지서비스의 기본방향

2) 정책제언

(1) 법·제도적 개선

① 장애아동복지지원 법률의 제정

대부분의 장애아동과 청소년을 돌보는 가족의 부담이 크다는 점에서 장애아동복지지원을 위한 법이 제정될 필요가 있다. 조사결과에도 나와 있는 바와 같이 재활치료의 주 대상인 지적장애와 자폐성장애 가족이 갖는 재활치료 비용 등 경제적 부담과 함께, 자녀가 성인이 될 경우 이에 대한 불안감이나 돌봄(care)으로 인한 사회활동의 제한 등의 심리·사회적 측면의 부담도 큰 실정이다. 별도의 발달장애나 장애아동 관련법을 시행하고 있는 주요 외국과 달리 별도의 지원법이 없다는 점에서 우선적으로 법제정의 검토가 필요하다.

② 재활치료 바우처의 개선

현재 사회서비스의 일환으로 시행중인 장애아동, 청소년 대상의 재활치료 바우처제도는 본래의 좋은 취지에도 불구하고 서비스 공급패러다임의 변화로 인해 시행초기 여러 가지 문제점을 노정하고 있다. 조사결과에서도 나타난 바와 같이 소득기준 때문에 바우처제도의 적용을 받지 못하는 점과 함께 충분한 서비스 인프라가 확보되지 않은 상태에서 제공기관의 서비스 질 문제 등도 제기되고 있다. 이는 사회서비스 바우처 사업의 전반적인 문제이기도 하지만 중개기관의 독점적 운영과 전문성 문제가 우선적으로 개선되어야 하며, 이를 위해서는 체계적으로 평가할 수 있는 관리체계가 갖추어져야 할 것이다.

따라서 기존의 재활치료 서비스 방식을 현재의 바우처 방식을 통해 급격하게 변화시키기 보다는 일차적으로 수요를 창출하고 서비스 공급기관들을 양성하여야 활성화가 될 것이다. 현재의 재활치료 바우처의 경우 대상자도 협소하고 전문가 인증 교육양성 시스템도 제대로 갖추어져 있지 않으므로

단계적으로 공급기관의 내실화와 서비스 인력의 양성과 관리를 체계화해 나가야 할 것이다.

이와 함께 장애아동 및 청소년의 서비스에 대한 욕구는 연령과 장애유형에 따라 다양하다. 주로 재활치료서비스를 제공하는 기관의 서비스 종류로는 언어, 미술, 놀이, 작업치료 등이나 희망하는 재활치료로는 행동치료, 음악치료 등으로 조사되어 치료프로그램을 다양화하고 새로운 서비스 모형을 개발해 나갈 필요가 있다.

③ 장애아동 가족에 휴식(respite) 서비스 확대

조사결과에도 나타난 바와 같이 장애아동을 양육하는 가족의 심리적 부담과 스트레스를 줄이고 가족의 휴식과 역량 증진을 목적으로 하는 ‘장애아가족 휴식지원 사업’이 확대되어야 할 것이다. 현재 만 18세 미만 자폐성장애, 지적장애 등의 중증장애아가 있는 저소득 가정에 대해서 시행중인 사업으로서 돌보미를 무료로 파견하도록 하고 있으나 활성화되지 못하고 있다. 따라서 장애인복지관 등에서 시행하고 있는 캠프, 자조모임 등의 가족 중심 프로그램을 시행하도록 하고 부모를 참여토록 하여 양육에 따르는 부담을 감소시켜주어야 할 것이다.

이와 함께 본 조사결과에서 나타난 바와 같이 장애아동·청소년의 재활서비스를 위한 정부의 정책 중 우선되어야 할 것으로 부모사후 보호 대책마련이 가장 많다는 점에서 적극적으로 성년후견제도의 도입도 검토할 필요가 있다.

(2) 시설 확충 및 서비스 기준의 마련

① 재활치료 기관의 확충

재활서비스 이용실태에서 서비스를 받는 곳은 대체로 장애인복지관, 사설 치료센터, 병원 치료실 등의 순이었는데, 치료기관을 선택하는 요인 중에는 접근성이 중요한 요인으로 나타나고 있으며, 재활치료에 대한 장애아

동·청소년의 수요가 지속적으로 증가할 것으로 전망되고 있어 이에 대비한 기관의 확충이 필요하다. 특히 수도권과 대도시를 제외한 지역의 경우 복지관이나 사설치료센터 등이 크게 부족하고 전문인력을 확보하기 어려워 장애아동이 서비스를 충분히 받지 못하고 있다. 따라서 재활치료의 균형과 수요량을 고려하여 소외지역에 우선적으로 기관을 확충하도록 한다.

② 재활치료 서비스의 기준 마련

현재 재활치료 사업에 관한 기본적인 지침은 마련되어 있으나 구체적인 기준이 없는 실정으로 장애의 다양성을 고려하여 여러 가지 접근방법이 정해지고 서비스 제공 매뉴얼이 개발될 필요가 있다. 포커스그룹 인터뷰에서도 나타난 바와 같이 현재는 기관 자체적으로 재활치료를 시행되고 있는 실정이다. 서비스제공 매뉴얼을 개발함으로써 서비스의 표준화를 도모할 수 있고, 특히 이용자의 개별 특성을 감안하여 구체화된다면 서비스의 질을 높일 수 있다. 매뉴얼은 서비스 운영 기준지침과 서비스 대상의 유형별 범주를 세분화하여 만들어질 필요가 있으며 이와 함께 재활치료에 필요한 설비와 도구들에 대한 기준을 제시하여 이용자의 신뢰를 높이도록 하여야 할 것이다.

③ 장애아동 진단·판정과 서비스 연계

재활치료를 필요로 하지만 비용부담, 정보부족 등의 이유로 받지 못한 경우가 있으므로 일차적으로 장애아동에 대한 서비스 진단과 판정을 받을 수 있는 기회를 확충해야 할 것이다. 장애에 대한 정확한 진단을 통해서 서비스를 받을 때 재활의 효과를 기대할 수 있으므로 기초적인 진단을 바탕으로 서비스가 연계되도록 하여야 한다. 현재 장애인등록 판정체계 개편을 위한 시범사업이 실시되고 있는 바, 장애서비스센터(가칭)이나 특수교육지원센터 등을 통해 서비스 대상자를 선별하고 아동과 청소년의 특성에 맞는 재활치료를 제공할 수 있도록 하여야 한다.

(3) 재활서비스 전문인력 양성 및 교육

① 서비스 질 제고를 위한 자격제도 정비

현재 서비스 인력의 자격제도가 체계화되어 있지 않아 재활치료 관련 민간 자격을 소지하고 있거나, 관련 학회 및 단체 등에서 발급받은 치료사 자격증을 소지한 치료사가 서비스를 제공하고 있다. 이로 인해 일부 영역의 경우 전문성과 관련하여 논란이 있으며, 이는 근본적으로 양성과정과 자격증 취득을 포함한 관리가 엄격히 시행되지 않기 때문이다. 재활치료 사업이 활성화되기 위해서는 무엇보다 전문인력의 역할이 중요하며, 각 영역별 전문성의 균형과 함께 향후의 재활서비스의 수요를 감안할 때 다양한 분야의 치료인력에 대한 자격기준을 체계적으로 관리할 필요가 있다. 재활치료와 같이 국가적으로 수행하는 사업이니 만큼 일정한 요건을 충족시키는 경우 공인자격으로 양성화하고 관리하는 방안도 적극적으로 검토하여야 할 사항이다.

② 전문성 강화를 위한 보수교육 강화

본 조사에서도 나타난 바와 같이 장애아동과 청소년이 치료기관을 선택하는 요인에 있어서는 치료사의 전문성이 가장 중요한 요인이라 할 수 있다. 대체로 치료인력의 전문성에 대해서는 만족도가 높게 나왔으나 시행 초기인 만큼 전문성 제고를 위한 보수교육 체계를 갖추어 나가야 할 것이다. 재활서비스 영역별로 연수교육이나 보수교육의 기회가 있지만 서로 상이하고 개별적, 산발적으로 이루어지고 있다. 특히 보수교육에 대한 기관의 지원이 전무하여 본인 부담에 의해 실시되고 있는 실정이다. 따라서 보수교육의 정례화와 함께 지원기준 등 일정 요건을 정하여 전문성 향상을 위한 교육체계를 마련해야 할 것이다.

③ 치료인력의 처우수준 현실화

전문가 간담회 결과 치료사에 대한 처우부분에서는 4대 보험은 대부분 가입하고 있으나 규모가 작은 사설치료기관일 경우는 보험에 가입하지 않는

경우도 있으며, 임금수준은 기관별로 편차가 큰 것으로 나타나고 있다. 이들의 고용 불안정은 서비스의 질과 직접적으로 관련이 있으므로 치료사의 임금 가이드라인과 보험 등의 처우가 개선될 필요가 있다.

(4) 장애아동·청소년 재활서비스 협력체계 구축

① 부처간 협력체계 강화

장애아동·청소년의 재활서비스는 조기 발견과 진단, 평가, 그리고 서비스가 일련의 연속적인 과정이기 때문에 부처간의 상호 협력체계가 구축되어 있지 않으면 효율적으로 전달할 수 없다. 따라서 이들에 필요한 재활치료를 포함한 복지, 교육 관련서비스를 포괄적으로 제공하기 위해서는 각종 관련 시책을 관할하는 행정부처간의 상호 협력체계가 구축되어야 한다. 특히 장애아동, 청소년의 재활서비스에 있어서 복지와 교육이 상호 대체적이라기 보다는 보완적 성격이 강하므로 보건복지가족부와 교육과학기술부와 긴밀한 연계가 강화되어야 할 것이다.

② 서비스 수행기관 간 네트워크 구축

서비스 수행기관 간 네트워크 구축: 현재 장애아동 및 청소년 대상의 재활치료서비스를 수행하는 기관은 바우처사업을 포함하여 장애인복지관, 시설 재활치료센터, 병원 등으로 분산되어 있다. 그렇지만 서비스 제공기관 간의 협조와 연계가 적절히 이루어지지 않으면 재활치료 서비스 수요에 적절히 대응하지 못하게 된다. 소비자인 장애인의 입장에서 효과적인 재활서비스를 받기 위해서는 우선적으로 바우처사업 수행기관을 중심으로 각 기관 간 정보의 공유와 의뢰 등 네트워킹 체계를 구축할 필요가 있다.

참 고 문 헌

- 강양구(2007). 장애아 및 부모교육 프로그램의 선택요인에 관한 연구, 평택대학교 박사학위논문.
- 공화자(2005). 장애아동 치료교육서비스 증진방안에 관한 연구: 경인지구 복지관 중심으로, 동국대학교 행정대학원 석사학위논문.
- 교육과학기술부(2009). 2009 특수교육통계.
- 교육과학기술부(2008). 특수교육 연차보고서.
- 구본권·김동연·김영옥 외(1990), 특수교육학, 교육과학사.
- 권선진(2007), 장애인복지론, 청목출판사
- 김광웅(1990), 유아통합교육의 성과, 특수교육방법의 문제와 그 개선방안, 제5회 특수교육심포지엄 자료집, pp. 123~139.
- 김도연(1992), 장애아동의 조기교육 및 재활정책에 관한 연구, 학술논총, Vol. 15 No.1.
- 김미옥(1994). 정신지체아동을 위한 장애인종합복지관의 서비스에 관한 연구, 이화여자대학교 석사학위논문.
- 김미점(2003). 장애아동을 위한 의료재활서비스의 실태 및 개선방안에 관한 연구, 부산대학교 행정대학원 석사학위 논문.
- 김영란(1999). 장애인복지관련 서비스욕구조사, 가톨릭대학교 사회복지연구소 Vol. 4, No. 1.
- 김용득·유동철 편(1999). 한국장애인복지의 이해, 인간과 복지.
- 김원경·이석무·이유훈·이해균·정대영·정봉도(1995). 21세기를 향한 특수교육장·단기 발전방안 연구. 안산: 국립특수교육원.
- 노선옥·김현진·김은진·박성우·신재훈·이정현(2008). 2008 특수교육실태조사. 안산: 국립특수교육원.
- 박성우·권택환·우이구·김의정·김형일·한현민(2006). 특수교육요구학생실태조사. 안산: 국립특수교육원.
- 박계숙(1997), 장애아동 통합보육에 관한 사례연구, 숭실대 석사학위논문.
- 박영균 외(1999). 장애청소년 실태 및 지원정책개발, 한국청소년정책연구원.
- 변용찬 외(2005). 2005년도 장애인 실태조사, 보건복지부·한국보건사회연구원.
- 변용찬 외(2008). 2008년도 장애인 실태조사, 보건복지가족부·한국보건사회연구원.
- 보건복지가족부(2009a). 2009년 장애아동 가족지원사업 안내.
- 보건복지가족부(2009b). 장애아동재활치료 사업안내.
- 보건복지가족부(2009c). 장애인 활동보조지원 사업 안내.

- 사회서비스관리센터(2009). 사회서비스 바우처사업의 내실화 및 확대 방향, 사회서비스바우처 시행 2주년 기념 심포지엄자료집.
- 서문희 · 이상헌 · 임유경(2001). 특수보육의 현황과 활성화 방안, 장애아동 보육을 중심으로, 한국보건사회연구원.
- 송영준 · 김영태 · 옥주혜 · 이병인(2007). 특수교육 관련서비스 요구조사 및 지원방안. 안산: 국립특수교육원.
- 오혜경(2002). 한국 장애아동의 장애진단과 재활치료실태 및 관련 요인, 사회복지리뷰, Vol. 7.
- 유명화(2006). 장애청소년 생활실태와 복지욕구 지원방안 연구, 한국장애인재활협회, Vol. 10, No. 2.
- 유혜숙(2008). 장애인복지서비스 이용 현황과 요인, 한국장애인재활협회, Vol. 12, No. 1.
- 이경숙(2006). 장애아동 재활치료 관리를 위한 정보시스템 개발에 관한 연구, 한림대학교 석사학위논문.
- 이영석 · 조용태 · 김경중 외(1998). 어린이집에서의 장애아동보육에 관한 부모와 교사의 요구 분석, 정서 · 학습장애연구, 제14권 제2호.
- 정계숙 · 김용욱(1997). 유치원의 경증 발달지체아를 위한 통합교육 프로그램의 개발 및 효과연구, 특수교육학회지, Vol. 18, No. 3.
- 통계청(2009). 인구총조사. http://kosis.kr/domestic/theme/do01_index.jsp.
- 한국청소년정책연구원(2009). 선진국의 장애아동 · 청소년 지원정책 국제세미나, 세미나 자료집.
- 加藤正仁(2009). Some Trendy Tasks and Problems about the Issues of Disabled Children in Japan. 선진국의 장애아동 · 청소년 지원정책 세미나자료집 71-82. 청소년정책연구원.
- 厚生労働省/全國社會福祉協議會(2009). 障害者自立支援法のサービスについて. 厚生労働省/全國社會福祉協議會.
- 厚生問題研究會(1998). 厚生省50年史. 厚生省.
- 鈴木武幸(2005). 障害者自立支援と社會福祉實踐をめぐって—一本当に援助が必要な人に援助がい きわたるように—, 東海女子大學紀要第25號, 40-53.
- 富永健太郎(2007). 総合的障害者支援への接近と後退—支援ニーズが先行する改正障害者自立支援法の制定に向けて, 田園調布學園大學第2號, 195-204.
- 白石正久(2007). 障害乳幼児の療育を受ける權利と兒童福祉法. 障害者問題研究. 35(3), 19-26.

- 瀧村雅人(2008). 発達障害者支援法の意義と課題. 障害者問題研究. 36(1), 35-40.
- 朝具芳美, 工藤哲也, 長谷川 登(2008). 日常生活を 支援する 地域資源とネットワーク. 総合リハ. 36(12), 1187-1192.
- 寺尾 徹(2008). 障害者自立支援法. Jpn J Rehabil Med 45(1). 52-59.
- 初山泰弘(1993). 障害者基本法について. リハビリテーション醫學. 30(10), 704-705.
- 中村常子(2007). 障害者自立支援法施行後における障害者福祉の課題. 障害者問題研究. 35(3), 162-169.
- 平野亜紀(2008). 障害児を支援する社会資源. 総合リハ. 36(9), 868-872.
- Bailey, D. B., & Winston P. J.(1987), "Stability and Change in parents' expectations about mainstreaming", *Topics in Early Childhood Special Education*, Vol. 7, pp. 73-88.
- Beckman, Paula, J, Deirdre Barnwell, Eva Horn, et al.(1988). "Communities, Families, and Inclusion", *Journal of Early Childhood Research Quarterly*, Vol. 13. No. 1.
- Bricker, "The Challenge of Inclusion", *Journal of Early Intervention*, Vol. 19, No. 3, pp. 179-194.
- Cole, P. G. & Chan, L. K. S(1990), *Method and Strategies in Special Education*, New York: Prentice Hall.
- Erickson, W., & Lee, C. (2008). *2007 Disability Status Report: United States*. Ithaca, NY: Cornell University Rehabilitation Research and Training Center on Disability Demographics and Statistics.
- Favazza, Philllipsen & Kumar(1999), "Measuring and Promoting Acceptance of Young Children with Disabilities", *Exceptional Children*, Vol. 22, pp. 491~508.
- Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics(2009). *American's children: Key national indicators for well-being, 2009*. Washington, DC: US Government Printing Office.
- Forum on Child and Family Statistics(2009). *America's Children: Key National Indicators of Well-Being, 2009*, Federal Interagency Forum on Child and Family Statistics.
- Frea, Craig-Unkefer, Odem, & Johnson(1999), "Deferential effect of structural social integration and group friendship activities for promoting integration with peers", *Journal of Early Intervention*, Vol. 22, pp. 230~242.
- Fujiura G. T. & Yamaki K.(2000), "Trend in Demography of Childhood Poverty and Disability", *Exceptional Children*, Vol. 66, No. 2, pp. 187~199.
- Heward, W. & Orlansky, M.(1992). *Exceptional Children*(2nd Ed.), Bell & Howell

Company.

Kishi & Meters(2000), "What Children Report and Remember; A Six Year Follow-up of the Effects of Social Contact between Peers with and without Severe Disabilities", *Journal of the Association for Person with Severe Handicaps, Exceptional Children*, Vol. 66, No. 3, pp. 327~322.

National Center for Education Statistics(2009). *The condition of education 2009*. Washington, DC: National Center for Education Statistics.

National Council on Disability(2008). *The Rehabilitation Act: Outcomes for transition-age youth*. Washington, DC: NCD.

National Council on Disability(2009). *National disability policy: A progress report*. Washington, DC: National Council on Disability.

NICHY(2000), Questions and Answers about IDEA. URL:
<http://www.nichy.org/pub/newsdig/nd21txt.htm>

Odom, Samuel L. & Karen E. Diamond(1998), "Inclusion of Young Children with special Needs In Early Childhood Education: The Research Base", *Early Childhood Research Quarterly*, Vol. 13, No. 1.

Okagaki, Lynn., Karen E. Diamond, Susan J. Kontos et al.(1998), "Correlates of Young Children's Interactions with Classmates with Disabilities", *Early Childhood Research Quarterly*, Vol. 13, No. 1.

U. S Census Bureau(2001). *Population change and distribution: Census 2000 brief*.
<http://www.census.gov/prod/2001pubs/c2kbr01->

WHO(1997). *ICIDH-2: International classification of impairments. activities. and participation(Beta-1 Draft)*. Geneva.

WHO(2001). *ICF: International classification of functioning. disability and health*.

<인터넷 검색자료>

<http://www8.cao.go.jp/shougai/index.html>

<http://www8.cao.go.jp/shougai/whitepaper/index-w.html>

[http://hhs.gov/\(http://www.childstats.gov/americaschildren/tables/pop1.asp?popup=true\)](http://hhs.gov/(http://www.childstats.gov/americaschildren/tables/pop1.asp?popup=true))

<http://www.ablenews.co.kr>

부 록

1. 장애아동·청소년의 재활서비스 실태
및 욕구조사 설문지
2. 초점집단 인터뷰 설문지

<부록 1>

장애아동·청소년의 재활서비스 실태 및 욕구조사 설문지

안녕하십니까?

최근 장애아동과 청소년을 위한 교육여건이 다변화하면서 그에 상응한 지원시책들이 요구되고 있습니다. 장애아동과 청소년들에 대한 재활정책은 수요자의 욕구를 우선적으로 반영하여 수립되고 시행될 필요성이 더욱 강조되고 있습니다.

이에 정부출연 연구기관인 「한국청소년정책연구원」과 평택대학교 공동으로 ‘장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 재활복지 서비스 연구’의 일환으로 재활복지서비스 이용실태와 정책적 개선방안에 관해 설문조사를 시행하고 있습니다.

여러분께서 응답해 주시는 설문지는 연구자료 수집을 위해 시행되는 것으로 장애아동과 청소년을 위한 정책적 자료를 작성하는데 활용하기 위함입니다.

이 설문지의 응답 및 분석결과는 순수하게 학문적인 목적으로만 사용되며, 그 외의 목적으로 사용되지 않을 것(통계법 제8조)을 약속드립니다.

본 설문지에 대한 응답은 장애아동 및 청소년이 주대상이며, 본인이 응답하지 못하는 경우에는 보호자 분께서 해 주시기를 부탁드립니다. 본 조사의 취지를 적극 이해하시어 본 설문에 응답해 주시면 대단히 감사하겠습니다. 설문에는 대략 15분 내외의 시간이 소요될 것으로 예상됩니다.

설문에 협조하여 주셔서 다시 한 번 감사드립니다.

한국청소년정책연구원

평택대학교

No.

* 응답 사례품으로 문화상품권을 드립니다.

설문응답을 확인하기 위하여 성함과 주민번호(앞자리), 응답자 관계를 기입해주시길 부탁드립니다.

아동/청소년 성명	(서명)	주민번호 앞자리만 기재	— *****
응답자 본인 여부		() ① 본인	() ② 보호자

I. 재활서비스 이용현황

1. 현재 아동 및 청소년이 정규 학교교육(보육시설) 외에 물리치료나 언어치료, 심리치료(미술, 음악치료 등)의 재활치료를 받고 있습니까?

☐ ① 현재 받고 있다 → **2번으로**

☐ ② 현재는 받고 있지 않지만 받은 적 있다 → **2번으로**

☐ ③ (현재/과거) 받은 적 없다 →

1-1. 받지 않았다면 그 이유는?

- ☐ ① 장애가 심하지 않아서
- ☐ ② 치료받을 기관이 마땅치 않아서
- ☐ ③ 비용부담 때문에
- ☐ ④ 서비스에 대한 정보가 없어서
- ☐ ⑤ 현재 대기 중이어서
- ☐ ⑥ 기타()

→ **16번으로**

2. 현재 받고 있는(과거 받았던) 재활치료서비스가 무엇인지 **모두** 선택하여 주십시오.

- ☐ ① 물리치료 ☐ ② 작업치료 ☐ ③ 통합감각치료 ☐ ④ 수치료
- ☐ ⑤ 언어치료 ☐ ⑥ 미술치료 ☐ ⑦ 놀이치료 ☐ ⑧ 음악치료
- ☐ ⑨ 행동치료 ☐ ⑩ 기타()

2-1. 여러 가지 재활치료를 받았다면 주로 받으신 치료는?

() 치료)

* 아래의 문항에서 여러 가지 재활치료 서비스를 이용하는 경우 가장 주된 치료서비스 1가지를 기준으로 응답해 주세요.

3. 이 재활치료서비스를 받기 위해 검사를 받았습니까?

☐ ① 받았다 (검사명:_____)

☐ ② 받지 않았다

4. 재활서비스를 받는 장소?

☐ ① 병원 치료실 ☐ ② 장애인복지관 ☐ ③ 재활치료센터

☐ ④ 사설치료센터/조기교육실/특수교육실 등

☐ ⑤ 기타(_____)

5. 재활서비스를 받는 장소까지의 시간은 얼마나 걸립니까?

(_____시간_____분)

6. 서비스 기관까지의 교통수단은?

☐ ① 도보(휠체어포함) ☐ ② 일반버스 ☐ ③ 지하철/전철 ☐ ④ 택시

☐ ⑤ 자가용 ☐ ⑥ 통학버스 ☐ ⑦ 셔틀버스

☐ ⑧ 기타(_____)

7. 서비스 기관에 다닌 기간은 얼마나 됩니까? (____년_____개월)

8-1. 일주일에 몇 회 정도 재활서비스를 이용하십니까? (약_____회)

8-2. 재활치료서비스를 1회 받는데 얼마나 걸립니까? (약_____분)

9. 서비스를 이용하는데 한 달에 드는 총비용은 얼마입니까?

(_____만원)

10. 서비스를 이용하는데 드는 비용을 어떻게 충당하십니까?

☐ ① 전액 본인부담 ☐ ② 지원금(바우처) + 본인부담 ☐ ③ 무료

11. 지불하고 있는 비용의 수준은 어떠하다고 생각하십니까?

☐ ① 상당히 부담이 된다 ☐ ② 부담이 되는 편이다

☐ ③ 적당한 편이다 ☐ ④ 전혀 부담이 없다

11-1. 현재 바우처(장애아동재활치료, 조기개입) 카드를 소지하고 계십니까?

☐ ① 있다 → 12번으로 ☐ ② 없다 → 11-2번으로

11-2. 바우처 카드를 발급받지 못한 이유는?

☐ ① 소득기준(전국 가구평균소득 50%)이 미달되어서

☐ ② 소득기준에 해당되지만 신청하지 않아서

☐ ③ 바우처에 대한 정보가 없어서(몰라서)

☐ ④ 기타()

12. 재활치료를 받는 기관을 계속 이용할 예정입니까?

☐ ① 계속 이용할 예정이다 ☐ ② 옮길 예정이다

13. 이 기관에 다닌 이후 치료효과가 있다고 생각하십니까?

☐ ① 전혀 없다 ☐ ② 없는 편이다

☐ ③ 있는 편이다 ☐ ④ 매우 있다 ☐ ⑤ 잘 모르겠다

14. 이 기관을 선택하신 가장 중요한 이유를 모두 골라 주십시오.

☐ ① 프로그램 내용이 좋아서 ☐ ② 프로그램 비용이 적절해서

☐ ③ 교통이 편리해서 ☐ ④ 담당교사의 전문성이 있어서

☐ ⑤ 시설·설비(장비나 교구)가 좋아서 ☐ ⑥ 직원들이 친절해서

☐ ⑦ 부모교육·상담 등 프로그램이 좋아서

- ☐ ⑧ 주변에 보낼 곳이 마땅하지 않아서
- ☐ ⑨ 기타(_____)

15. 현재 이용 중인 재활서비스에 대해 어느 정도 만족하십니까? 세부 항목별로 √ 표시해 주세요.

구 분	매우불만족 ①	불만족 ②	만족 ③	매우 만족 ④
1) 프로그램의 전문성				
2) 프로그램의 비용				
3) 프로그램의 다양성				
4) 접근성				
5) 시설환경				
6) 직원의 친절도				
7) 전체적인 만족도				

Ⅱ. 재활서비스 욕구 및 삶의 질

16. 현재는 받고 있지 않지만 필요한 치료가 있다면 무엇입니까?

- ☐ ① 물리치료 ☐ ② 작업치료 ☐ ③ 통합감각치료 ☐ ④ 수치료
- ☐ ⑤ 언어치료 ☐ ⑥ 미술치료 ☐ ⑦ 놀이치료 ☐ ⑧ 음악치료
- ☐ ⑨ 행동치료 ☐ ⑩ 기타(_____)

17. 장애아동·청소년의 재활영역 중 어느 분야가 가장 중요하다고 생각하십니까?

- ☐ ① 의료재활 ☐ ② 교육재활 ☐ ③ 심리재활
- ☐ ④ 직업재활 ☐ ⑤ 사회재활

☐ ⑥ 기타 (_____)

18. 장애아동·청소년의 통합교육(보육)에 대해서는 어떻게 생각합니까?

☐ ① 적극 반대 ☐ ② 반대 ☐ ③ 찬성 ☐ ④ 적극 찬성

19. 아동/청소년의 장애증상 완화를 위해 추가적으로 지출하는 비용은 월평균 총 얼마입니까?

1) 의료비	만원
2) 교육비	만원
3) 교통비	만원
4) 기타 ()	만원
5) 월평균	합계 만원

20. 귀하의 가정은 장애아동/청소년 자녀로 인하여 다음과 같은 사항에 대해 어느 정도의 어려움을 느끼십니까?

구 분	매우 심하다 ①	심한 편이다 ②	별로 문제가 안된다 ③	전혀 문제가 안된다 ④
1) 자녀 보육·치료에 따른 가정의 경제적 부담				
2) 교육 및 치료기관의 선택				
3) 가족 간의 의견대립 및 불화				
4) 비장애 형제들의 불만 및 소외에 대한 갈등				
5) 아동의 불투명한 진로에 대한 불안				
6) 부모의 삶에 대한 회의 및 우울한 느낌				
7) 부모의 외출 및 사회활동의 제한				

21. 아래 질문은 평소 장애인 본인(아동, 청소년)의 삶에 대해 어떻게 생각하고 있는지 알아보는 것입니다. 가장 가깝다고 생각하는 칸에 $\sqrt{\quad}$ 표를 해 주십시오.

구 분	전혀 그렇지 않다 ①	그렇지 않다 ②	그런 편이다 ③	매우 그렇다 ④
1) 전체적으로 나의 삶(생활)은 내가 이상적이라고 생각하는 삶과 가깝다				
2) 내 삶(생활)의 조건들은 좋다				
3) 나는 현재의 내 삶(생활)에 만족한다				
4) 나는 지금까지 내가 원하는 것을 대부분 이루어 왔다				
5) 나의 개인적인 걱정거리나 고민을 상의할 만한 사람이 없다고 느낀다				
6) 가족 간에 문제가 생겼을 때 도움을 요청할 있는 사람들을 알고 있다				
7) 내가 아플 때 나를 도와줄 수 있는 사람을 쉽게 찾을 수 있다				
8) 나의 개인적인 문제를 어떻게 해결해야 할지 이야기 해주는 사람이 있다				
9) 다른 친구들과 차별없이 지역사회 활동에 참여한다				
10) 지역사회에서 다른 사람만큼 존중 받는다고 생각한다				
11) 나는 장애 때문에 할 수 없는 일이 생기면 속상해진다				
12) 장애는 내 인생에서 가장 많은 영향을 미친다				
13) 장애 자체보다 인생을 어떻게 사느냐가 더 중요하다				
14) 나는 장애 때문에 슬퍼하지 않는다				
15) 장애 때문에 할 수 없는 일이 생기면 속상해진다				
16) 나는 장애가 있지만 마음만 먹으면 무엇이든 할 수 있다				

Ⅲ. 재활서비스 개선사항

22. 우리나라의 장애아동·청소년을 위한 전반적인 재활치료 서비스 수준은 어떻다고 생각하십니까?

- ☐ ① 매우 뒤떨어져 있다
- ☐ ② 뒤떨어져 있다
- ☐ ③ 그저 그렇다
- ☐ ④ 높은 수준이다
- ☐ ⑤ 매우 높은 수준이다

23. 현재 우리나라 장애아동·청소년을 위한 재활치료서비스에 대해 만족하십니까?

- ☐ ① 매우 만족
- ☐ ② 만족
- ☐ ③ 불만족 →
- ☐ ④ 매우 불만족 →

23-1. 불만족하시다면 그 이유는 무엇입니까?

- ☐ ① 치료기관 수의 부족
- ☐ ② 전문성(인력) 부족
- ☐ ③ 치료설비, 환경 미비
- ☐ ④ 재활치료에 대한 정보 부족
- ☐ ⑤ 기타()

24. 우리나라의 장애아동·청소년 재활 및 교육과 관련하여 가장 큰 어려운 점은 무엇이라고 생각하십니까?

- ☐ ① 친구들의 이해부족, 놀림
- ☐ ② 선생님의 이해부족, 편견
- ☐ ③ 수업내용(진도) 따라가기
- ☐ ④ 교육도구나 기자재 불편
- ☐ ⑤ 전문교사 부족
- ☐ ⑥ 부모에 대한 상담, 안내 부족

- ☐ ⑦ 등하교 불편
- ☐ ⑧ 기타 (_____)
- ☐ ⑨ 문제없음

25. 장애아동·청소년의 재활서비스를 위해서 정부의 정책 중 가장 우선순위는 어느 것이어야 한다고 생각합니까? 순서대로 번호를 적어주세요.

(1순위:_____ 2순위:_____ 3순위:_____)

- ☐ ① 장애아동 수당 확대
- ☐ ② 의료비 경감/지원
- ☐ ③ 재활치료서비스 확대
- ☐ ④ 치료·교육기관 확충
- ☐ ⑤ 전문치료사 양성 및 배치
- ☐ ⑥ 특수교육 무상확대
- ☐ ⑦ 가족지원 서비스 확대
- ☐ ⑧ 고등교육 지원 확대
- ☐ ⑨ 부모사후 보호 대책마련
- ☐ ⑩ 장애에 대한 사회적 인식 개선
- ☐ ⑪ 기타 (_____)

26. 장애아동·청소년의 '삶의 질' 향상을 위해 정부와 사회가 해야 할 일은 무엇이라 생각하십니까? 자유롭게 적어 주십시오.

- ① _____
- ② _____
- ③ _____

IV. 일반적 사항

27. 아동/청소년의 성별은? ☐ ① 남 ☐ ② 여
28. 아동/청소년의 만 나이는? (____)세
29. 주된 장애유형은?
- ☐ ① 지적장애(정신지체) ☐ ② 지체장애 ☐ ③ 청각장애
☐ ④ 언어장애 ☐ ⑤ 자폐성장애(발달장애) ☐ ⑥ 시각장애
☐ ⑦ 뇌병변장애 ☐ ⑧ 기타건강장애
☐ ⑨ 기타(_____)
30. 장애등급은? (____)급
31. 중복장애가 있습니까?
- ☐ ① 있다 → (____) 장애 ☐ ② 없다
32. 장애발생 시점은?
- ☐ ① 선천성 ☐ ② 출산시 ☐ ③ 후천성 ☐ ④ 잘 모름
33. 현재 다니고 있는 보육시설/유치원은? (미취학 아동만 응답)
- ☐ ① 일반보육시설 ☐ ② 통합보육시설
☐ ③ 장애전담보육시설 ☐ ④ 일반유치원
☐ ⑤ 일반유치원내 특수학급 ☐ ⑥ 특수학교 유치부
☐ ⑦ 다니지 않음
34. 재학 중인 학교는? (초등학교 이상만 응답)
- ☐ ① 특수학교 초등부 ☐ ② 특수학교 중등부 ☐ ③ 특수학교 고등부

☐ ④ 일반초등학교 ☐ ⑤ 일반중학교 ☐ ⑥ 일반고등학교

35. 월 평균 가구소득은?

☐ ① 100만원 미만 ☐ ② 100-150만원 미만 ☐ ③ 150-200만원 미만
☐ ④ 200-250만원 미만 ☐ ⑤ 250-300만원 미만 ☐ ⑥ 300-400만원 미만
☐ ⑦ 400-500만원 미만 ☐ ⑧ 500만원 이상

36. 국민기초생활보장 수급권자로 등록되어 있습니까?

☐ ① 비수급가구(해당없음) ☐ ② 수급가구(조건부 수급, 자활특례 포함)

37. 부모님의 직업을 해당하는 칸에 각각 $\sqrt{\quad}$ 표시해 주세요.

구분	① 자영자	② 고용주	③ 상용 근로자 (전일제)	④ 상용 근로자 (시간제)	⑤ 임시직 /계약 직	⑥ 일용직	⑦ 무직 (전업 주부)	⑧ 기타
부								
모								

* 마지막까지 응답해 주셔서 감사합니다.

<부록 2>

초점집단 인터뷰 질문지(전문가용)

인터뷰 진행순서: 인터뷰는 우선 장애아동·청소년 재활서비스 기관의 관련 아래 항목에 대해 각각 현재의 치료기관이나 가정에서 진행되고 있는 실태를 파악한 후, 다음으로 향후 재활서비스가 활성화/제도화되기 위해서 나아가야 할 방향성에 대한 의견을 듣는 순서로 진행됩니다.

1. 서비스 대상자 선정기준과 관련된 질문

1-1-1. 귀하의 재활서비스 센터(치료실 또는 특수교실)는 현재 어떤 유형의 장애인 몇 명에게 서비스를 제공하고 있습니까?

1-1-2. 재활치료서비스가 국내에서 활성화/제도화되기 위해서 서비스를 제공 받는 장애아동·청소년이 제한되어야 한다고 생각하십니까? 제한된다면, 어떤 유형의 장애아동들에게만 제공되어야 하며, 그 근거 또는 이유는 무엇이라고 생각하십니까?

1-2-1. 귀하의 치료센터는 서비스 대상자 선정기준관련 지침 또는 기준을 가지고 있습니까? 만약 있다면, 구체적으로 어떤 지침 또는 기준입니까?

1-2-2. 재활치료서비스가 국내에서 활성화/제도화되기 위해서 서비스 대상자 선정기준은 향후 어떻게 마련되어야한다고 생각하십니까?

1-2-3. 재활서비스를 필요로 하는 대상자를 파악하고 확보하기 위해 구체적으로 어떤 활동을 합니까?(재활서비스 대상 장애아동 모집방법)

2. 서비스 자원 및 유형과 관련된 질문

2-1-1. 귀하의 센터는 현재 재활치료 서비스의 자원을 어떻게 마련하고 계십니까?

2-1-2. 재활치료 서비스가 국내에서 활성화/제도화되기 위해서 자원은 향후 어떻게 확보되어야 한다고 생각하십니까?

2-2-1. 귀하의 치료센터는 현재 재활치료서비스 단가가 얼마입니까? 그리고, 비용 산정기준 또는 원칙이 무엇입니까? (바우처 적용, 바우처 미적용 구분)

2-2-2. 재활치료 서비스가 국내에서 활성화/제도화되기 위해서 재활치료 서비스 단가가 시급으로 어느 정도면 적당하다고 생각하십니까? 그리고 그 이유는 무엇입니까?

2-3-1. 귀하의 센터는 재활치료 서비스를 통해 현재 어떤 종류(유형)의 서비스를 제공하고 있습니까?

2-3-2. 재활치료 서비스가 국내에서 활성화/제도화되기 위해서 재활치료 서비스의 영역이 어떤 방향(확대, 축소)으로 나가야 한다고 생각하십니까?

3. 재활치료 전문가 인력수급과 관련된 질문

3-1-1. 귀하의 센터는 재활치료 전문가 자격기준이 있습니까? 자격기준이 있다면, 그 구체적인 내용은 무엇입니까?

3-1-2. 재활치료 서비스가 국내에서 활성화/제도화되기 위해서 재활치료 전문가 자격기준이 어떻게 마련되어야 한다고 생각하십니까?

3-2-1. 귀하의 센터는 재활치료 전문가 교육 및 훈련을 하고 있습니까? 하고 있다면, 그 구체적인 내용과 방법은 무엇입니까?

3-2-2. 재활치료 서비스가 국내에서 활성화/제도화되기 위해서 재활치료 전문가 교육과 훈련은 어떤 방식으로 이루어져야 한다고 생각하십니까?

3-3-1. 귀하의 센터는 재활치료 전문가 처우(임금수준, 4대 보험 가입여부)가 어떻습니까?

3-3-2. 재활치료 서비스가 국내에서 활성화/제도화되기 위해서 재활치료 전문가 처우가 어떻게 개선되어야 한다고 생각하십니까?

3-4-1. 귀하의 센터는 재활치료 전문가를 어떻게 확보하고 있습니까?

3-4-2. 재활치료 서비스가 국내에서 활성화/제도화되기 위해서 재활치료 전문가 인력확보 방안이 어떻게 마련되어야 한다고 생각하십니까?

3-4-3. 재활치료 서비스 인력을 양성하고 자격을 관리하는 별도의 기구(협회)가 필요하다고 생각하십니까?

4. 서비스 수요 및 전달체계와 관련된 질문

4-1. 재활치료와 관련하여 우리나라 장애아동·청소년이 겪고 있는 가장 어려운 점은 무엇이라 생각하십니까?(치료받을 기회, 경제적 문제 등)

4-2. 귀하가 보시기에 재활치료를 필요로 하는 장애아동·청소년 수요가 공급(치료시설)에 비해 많다고 생각하십니까?

- 4-3. 재활치료 서비스가 국내에서 활성화/제도화되기 위해서 재활치료 서비스 전달체계가 어떻게 구축되어야 한다고 생각하십니까?(예를 들면, 공공립기관의 확충, 민간기관의 확충, 바우처 확대 등)

5. 재활치료 서비스 활성화 방안관련 질문

- 5-1. 귀하는 현재 우리나라 장애아동·청소년을 위한 재활치료서비스를 제공하는데 있어 가장 어려운 문제점은 무엇이라고 생각하십니까?
- 5-2. 그렇다면 재활치료 서비스가 국내에서 활성화/제도화되기 위해서 가장 시급한 과제(개선방안)는 무엇이라고 생각하십니까?
- 5-3. 현재 다양한 재활치료서비스의 기준이 되는 지침이나 매뉴얼이 필요한지, 필요하다면 어떻게 만들어져야 한다고 생각하십니까?

인터뷰 질문지(부모용)

1. 재활치료서비스 실태와 관련된 질문

1-1. 귀하의 자녀가 현재 재활서비스를 받고 있다면, 어떤 치료서비스를 받고 있습니까?(치료의 종류, 기관, 기간에 대해 모두 응답)

① 치료 받는 종류:

② 치료받는 곳:

③ 치료기간:

1-2. 현재 받고 있는 치료는 어떤 경로를 통해 알게 되었습니까? 또한 재활 치료 기관이나 바우처 제도 등에 대한 정보는 어디에서 얻습니까?

1-3. 재활치료를 받기 전에 필요한 전문적인 검사나 진단을 받으셨습니까? (병원, 복지관 등 구체적으로)

1-4. 현재 치료에 대해 자녀의 상태는 이전에 비해 좋아졌습니까? 치료 이후 변화된 것이 있습니까?

1-5. 받고 있는 치료서비스에 대해 만족하십니까, 만족하지 않습니까? 만일 불만족스런 사항이 있다면 구체적으로 말씀해 주세요.(대기시간, 치료시간, 치료시설환경, 교구, 비용 등에 대해 구체적으로 질문)

1-6. 현재 치료를 담당하고 있는 치료사 선생님이나 치료기관(센터)에 대해 바램이 있다면 어떤 것이 있습니까?

2. 자녀의 진로와 장래에 관한 질문

- 2-1. 현재 치료받고 있는 자녀를 키우면서 가장 힘든 점은 무엇입니까?
- 2-2. 자녀의 장래에 있어 가장 큰 걱정거리는 무엇입니까? 구체적으로 말씀해 주세요.
- 2-3. 부모님이 나이가 많아 자녀를 지금처럼 돌봐주기 어려울 때를 대비하여 자녀를 위해 특별히 준비하거나 생각하고 계신 것이 있습니까?
- 2-4. 자녀가 장래 어떤 사람이 되었으면 좋겠습니까?
- 2-5. 자녀가 동등한 구성원으로 성장해 가기 위해서 사회가 해야 할 일은 무엇이라고 생각하십니까?

3. 재활치료 서비스 활성화/제도화 방안 관련 질문

- 3-1. 현재 우리나라 장애아동·청소년의 ‘삶의 질’을 높이기 위해 재활치료와 관련하여 겪고 있는 그 가족들이 겪는 가장 어려운 점은 무엇이라 생각하십니까?(치료기회, 경제적 문제 등)
- 3-2. 부모님이 보시기에 재활치료를 필요로 하는 장애아동·청소년 수에 비해 치료기관(센터)과 전문치료사 수가 적절하다고 생각하십니까?
- 3-3. 그렇다면 장애아동·청소년을 위한 재활치료 서비스가 국내에서 활성화/제도화되기 위해서 가장 시급한 과제는 무엇이라고 생각하십니까?

3-4. 중증장애인을 둔 가족의 부담을 경감하기 위해 필요한 국가의 정책은 무엇이라 생각하십니까?

- ① 가족에 대한 경제적, 사회적 지원 측면
- ② 장애아동복지지원법 제정의 필요성 등

연구에 도움을 주신 분들

◆ 자 문 진 ◆

아오키토모코 일본분쿄대학교 · 교수

조원일 경기대학교 · 교수

김민수 에바다장애인복지관 · 관장

김소영 우리아이언어치료교육센터 · 소장

박영균 한국청소년정책연구원 · 수석연구위원

2009년 한국청소년정책연구원 간행물 안내

■ 기관고유과제

- 09-R01 한국 청소년 패널조사(KYPS) VII : 1-6차년도 조사개요 보고서/ 이경상 · 안선영
- 09-R01-1 한국 청소년 패널조사(KYPS) VII : 생활긴장과 청소년 비행과의 관계에 관한 연구
/ 이경상 · 이순래
- 09-R01-2 한국 청소년 패널조사(KYPS) VII : 고등학교 졸업 후 진로유형에 영향을 미치는 요인
/ 안선영 · 장원섭
- 09-R01-3 한국 청소년 패널조사(KYPS) VII : 아동 · 청소년패널조사 2010 기초연구
/ 김지경 · 안선영 · 이계오 · 이미리 · 김성식 · 김명희 · 박일혁
- 09-R02 아동 · 청소년 정책평가모형 개발 연구 : 고객지향 평가모형을 중심으로
/ 김형주 · 김영애 · 조선희
- 09-R03 비행청소년 멘토링 운영을 위한 다기관 협력체제 구축방안 연구 / 김지연 · 김성연
- 09-R03-1 비행청소년 멘토링 운영을 위한 다기관 협력체제 구축방안 연구 : 비행청소년 멘토링
운영지침 개발 / 김지연
- 09-R04 지역사회 아동 · 청소년인프라 활용방안 연구 : 학교와의 연계를 중심으로
/ 최창욱 · 송병국 · 김혁진
- 09-R05 여성청소년의 인터넷성매매 실태와 대응방안 연구 / 성운숙 · 박병식
- 09-R06 아동청소년안전실태와 대응방안 연구 : 물리적 위해를 중심으로 / 김영한 · 최은실
- 09-R07 위기가정 아동 · 청소년의 문제와 복지지원방안 연구 : 빈곤한 한부모 · 조손가정
아동 · 청소년을 중심으로 / 이해연 · 이용교 · 이향란
- 09-R08 청소년 가출 현황과 문제점 및 대책 연구 / 백혜정 · 방은령
- 09-R09 세대간 의식구조 비교를 통한 미래사회변동 전망II / 이종원 · 김영인
- 09-R10 아동 · 청소년 비만 실태 및 정책방안 연구 / 임희진 · 박형란
- 09-R11 청소년의 게임중독 예방을 위한 가족단위 여가프로그램 활성화 방안
/ 이기봉 · 설수영 · 원형중 · 설민신
- 09-R12 한국 청소년 지표조사Ⅳ : 청소년 진로 · 직업 지표 / 최인재 · 김봉환 · 황매향 · 허은영
- 09-R12-1 한국 청소년 지표조사Ⅳ : 아동 · 청소년 활동 · 문화 지표
/ 임지연 · 김정주 · 김신영 · 김민
- 09-R13 국제기준 대비 한국아동청소년 인권수준 연구Ⅳ : 생존 · 보호권 인권실태조사
/ 모상현 · 김희진
- 09-R13-1 국제기준 대비 한국아동청소년 인권수준 연구Ⅳ : 생존 · 보호권 정량지표
/ 모상현 · 천정웅 · 신승배 · 이중섭
- 09-R14 미래 한국사회 다문화 역량강화를 위한 아동 · 청소년 중장기 정책방안 연구 I
/ 양계민 · 조혜영 · 이수정

- 09-R15-1 조기유학청소년의 심리사회적 발달과 정책방안 연구 I : 귀국 청소년의 정체성에 대한
질적 연구 / 문경숙·윤철경·임재훈
- 09-R15-2 조기유학청소년의 심리사회적 발달과 정책방안 연구 I : 청소년 조기유학의 결과와
정책방안 / 윤철경·문경숙·송민경
- 09-R16 아동·청소년 역량개발을 위한 능동적 복지정책 추진방안 : 총괄보고서
/ 황진구·김진호·임성택·주동범
- 09-R16-1 아동·청소년 역량개발을 위한 능동적 복지정책 추진방안 : 저소득가정 아동·청소년의
역량개발 / 문성호·임영식·문호영·김남정·한지연
- 09-R16-2 아동·청소년 역량개발을 위한 능동적 복지정책 추진방안 : 장애아동·청소년의 역량개발
/ 박영균·김동일·김성희
- 09-R16-3 아동·청소년 역량개발을 위한 능동적 복지정책 추진방안 : 청소년기관 위탁 대안학교
청소년의 역량개발 / 이민희·강병로
- 09-R16-4 아동·청소년의 역량개발을 위한 능동적 복지정책 추진방안 연구 : 범죄청소년의
자립지원 방안 / 최순종·윤옥경·조남익
- 09-R17 글로벌 환경변화에 대비한 청소년인재개발전략에 관한 국제학술회의 / 이창호·오해섭

■ 협동연구과제

- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 **09-31-01** 장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안
연구 I : 총괄보고서 / 박영균·박은혜·이상훈·최은영·Elmar Lange (자체번호 09-R18)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 **09-31-02** 장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안
연구 I : 장애아동·청소년 가족 지원방안 / 서정아·조흥식·김진우 (자체번호 09-R18-1)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 **09-31-03** 장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안
연구 I : 교수·학습활동 지원정책 / 박재국·정대영·황순영·김영미·김혜리 (자체번호
09-R18-2)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 **09-31-04** 장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안
연구 I : 장애아동·청소년의 심리사회, 정서, 신체적 발달 지원방안
/ 현주·박현옥·이경숙·김민 (자체번호 09-R18-3)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 **09-31-05** 장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안
연구 I : 문화예술·체육활동 지원방안 / 김종인·김원경·고정욱·오이표
(자체번호 09-R18-4)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 **09-31-06** 장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한 지원방안
연구 I : 재활복지서비스 제고방안 / 권선진·이근매·조용태 (자체번호 09-R18-5)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 **09-32-01** 청소년 생애핵심역량 개발 및 추진방안 연구 II :
총괄보고서 / 김기현·맹영임·장근영·구정화·강영배·조문흠 (자체번호 09-R19)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 **09-32-02** 청소년 생애핵심역량 개발 및 추진방안 연구 II : 지적
도구 활용 영역 / 최동선·김나라·김성남 (자체번호 09-R19-1)

- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 **09-32-03** 청소년 생애핵심역량 개발 및 추진방안 연구Ⅱ : 사회적 상호작용 영역 / 김태준·김남향 (자체번호 09-R19-2)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 **09-32-04** 청소년 생애핵심역량 개발 및 추진방안 연구Ⅱ : 자율적 행동 영역 / 김기현·맹영임·장근영·구정화·강영배·조문흠 (자체번호 09-R19-3)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 **09-32-05** 청소년 생애핵심역량 개발 및 추진방안 연구Ⅱ : 사고력 영역 / 조아미·김정희·설현수·정재천 (자체번호 09-R19-4)
- 경제·인문사회연구회 협동연구총서 **09-32-06** 청소년 생애핵심역량 개발 및 추진방안 연구Ⅱ : 총괄보고서 부록 / 김기현·맹영임·장근영·구정화·강영배·조문흠 (자체번호 09-R19-5)

■ 수시과제

- 09-R20 경제 위기에서 빈곤 아동·청소년의 생활실태 / 모상현·김영지·김희진·정익중
- 09-R21 한국 청소년정책 20년사 : 한국 청소년정책의 성과와 전망
/ 김광웅·이종원·천정웅·이용교·길은배·전명기·정효진
- 09-R22 청소년지도 전문인력 국가자격검정 제도 개선에 관한 연구 / 한상철·서정아·길은배·김진호·김혜원·문성호·박철웅·방은령·송민경·송병국·오승근·유진이·조아미
- 09-R23 아동청소년 국가기초통계생성을 위한 기초 연구 / 김기현·홍세희·설현수·유성렬·정익중
- 09-R24 청소년쉼터 운영 모형개발을 위한 연구 / 백혜정·정익중·박현선·천창암·박현동
- 09-R25 녹색성장정책에 대한 청소년의 인지도 조사 / 김승경·김지경·성윤숙
- 09-R26 한·중·일 고교생의 학습환경 및 학업태도에 관한 국제비교조사 / 김진숙·임희진·김현철 (2010년 발간)
- 09-R27 서머타임제 시행에 따른 아동·청소년 생활시간 연구 / 김희진·진미정 (2010년 발간)
- 09-R28 교육봉사를 통한 저소득층 아동·청소년 정책 시범연구 / 모상현·김성희·박영숙·이명균 (2010년 발간)

■ 용역과제

- 09-R29 2009 취약위기 아동청소년 보호자립 실태조사 / 이경상·임희진·안선영·김지연·강현철·김광혁·김기남·박창남
- 09-R30 2009 소외계층 아동·청소년 문화예술교육 지원사업 만족도조사 / 백혜정
- 09-R31 2009년 아동보호전문기관 평가 결과보고서 / 김영지·성윤숙
- 09-R32 2009 청소년 방과 후 아카데미 효과·만족도 조사연구 / 양계민·조혜영
- 09-R33 청소년 양성평등 의식조사 / 장근영·이종원
- 09-R34 대중매체를 통한 다문화사회 시민교육 활성화 방안 / 이창호
- 09-R35 청소년수련활동인증제도 중장기발전방안 연구 / 오해섭·박진규·박정배

- 09-R36 2009년 지역아동센터 평가편람 개발연구 / 황진구 · 김미숙
- 09-R37 아동청소년의 생활패턴에 관한 국제비교연구 / 김기현 · 안선영 · 장상수 · 김미란 · 최동선
- 09-R38 통합 아동 · 청소년정책 추진전략연구 / 윤철경 · 박영균 · 성운숙 · 문경숙 · 국립중앙청소년
수련원 등 30개 기관
- 09-R39 형사조정실무가 교육 및 훈련프로그램 개발 / 최창욱 · 박수선
- 09-R40 2009 아동 · 청소년백서 / 김기현 · 김지경 · 임희진
- 09-R41 열린장학금 효과성 및 발전방안 연구 / 최창욱 · 이기봉 · 최인재
- 09-R42 청소년관련학과 현장실습 교육과정 표준 매뉴얼 개발 / 맹영임 · 전명기
- 09-R43 2009 서울시 청소년 문화 · 수련활동 프로그램 운영평가 / 임지연 · 김형주 (2010년 발간)
- 09-R44 시립청소년수련관 운영체계 효율적 개선 방안 연구 / 김영한 · 이혜연 · 서정아 · 홍연균 ·
유진이 · 김영호 · 김광남 · 황성수(2010년 발간)
- 09-R45 청소년 사이버멘토링 효과성 연구 / 조혜영 · 양계민 (2010년 발간)
- 09-R46 공공-민간협력 비행청소년 멘토링 시범사업 / 김지연 (2010년 발간)

■ 세미나 및 워크숍 자료집

- 09-s01 지역아동청소년권리센터 시범사업지원단 4차 워크숍 (1/21)
- 09-s02 경제위기가 아동과 청소년에게 주는 고통 (2/27)
- 09-s03 청소년 지도 인력의 전문성 강화 방안 (3/12)
- 09-s04 아동 · 청소년 권리지표 및 지수개발을 위한 워크숍 (4/11)
- 09-s05 녹색성장 강화와 글로벌 인재개발 전략 (4/16)
- 09-s06 독일의 장애아동 · 청소년 지원 정책 (5/25)
- 09-s07 글로벌 환경변화에 대비한 청소년 인재발전전략 (6/25)
- 09-s08 2009년 한국청소년패널 콜로키움 자료집 (7/8)
- 09-s09 비행청소년 멘토링 운영지침 및 운영체계 개발 (6/26)
- 09-s10 한국의 다문화주의와 아시안 아메리칸의 인종적 경험 (7/14)
- 09-s11 2009 서울시 청소년활동 프로그램 평가위원 워크숍 (7/20)
- 09-s12 아동청소년조기 유학 적응과 글로벌 역량개발 (7/21)
- 09-s13 아동청소년 생활 패턴과 역량강화 세미나 (7/22)
- 09-s14 선진국의 장애아동 · 청소년 지원정책 국제세미나 (8/28)
- 09-s15 2009년 한국청소년 패널 데이터 분석 방법론세미나 자료집 (8/26)
- 09-s16 다문화 청소년 역량강화 프로그램 개발을 위한 국제 심포지엄 (8/25)
- 09-s17 청소년의 게임중독 예방을 위한 가족단위 여가프로그램 활성화 방안 워크숍 (9/18)
- 09-s18 형사화해 조중실무가(조정위원)연수 자료집 (10/7)
- 09-s19 아동 · 청소년 활동문화 현황 과제 (10/15)
- 09-s20 한 · 일 청소년 연구포럼: 노동·교육 그리고 가족에 대한 한일 비교 (10/27)
- 09-s21 아동 · 청소년 인권실태 현황과 정책방향성 제고를 위한 전문가 워크숍 (10/29)

- 09-s22 한국 청소년 진로·직업 실태 및 향후 전망과 정책적 과제 (11/6)
- 09-s23 여성 청소년의 인터넷 성매매 방지를 위한 정책 방안 (11/10)
- 09-s24 2009년 한국청소년패널 제2차 콜로키움 자료집 (11/18)
- 09-s25 청소년 관련학과 현장실습 매뉴얼(안) 개발 및 효율성 제고 방안 (11/18)
- 09-s26 청소년 가출 예방 및 지원방향과 과제 (11/19)
- 09-s27 제6회 한국청소년패널 학술 대회 (11/27)
- 09-s28 2009년 한국청소년패널 제3차 콜로키움 자료집 (11/22)

■ 학술지

- 「한국청소년연구」 제20권 제1호(통권 제52호)
- 「한국청소년연구」 제20권 제2호(통권 제53호)
- 「한국청소년연구」 제20권 제3호(통권 제54호)
- 「한국청소년연구」 제20권 제4호(통권 제55호)

■ 청소년지도총서

- 청소년지도총서① 「청소년정책론」, 교육과학사
- 청소년지도총서② 「청소년수련활동론」, 교육과학사
- 청소년지도총서③ 「청소년지도방법론」, 교육과학사
- 청소년지도총서④ 「청소년문제론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑤ 「청소년교류론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑥ 「청소년환경론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑦ 「청소년심리학」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑧ 「청소년인권론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑨ 「청소년상담론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑩ 「청소년복지론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑪ 「청소년문화론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑫ 「청소년 프로그램개발 및 평가론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑬ 「청소년 자원봉사 및 동아리활동론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑭ 「청소년기관운영론」, 교육과학사
- 청소년지도총서⑮ 「청소년육성제도론」, 교육과학사
- 청소년지도총서 「청소년학 연구방법론」, 교육과학사
- 청소년지도총서 「청소년학 개론」, 교육과학사

■ 한국청소년정책연구원 문고

- 한국청소년정책연구원 문고 01 「좋은교사와 제자의 만남」, 교육과학사
한국청소년정책연구원 문고 02 「행복한 십대 만들기 10가지」, 교육과학사
한국청소년정책연구원 문고 03 「집나간 아이들 - 독일 청소년 중심」, 교육과학사
한국청소년정책연구원 문고 04 「청소년학 용어집」, 교육과학사

■ 기타 발간물

- 한국청소년정책연구원 기타 발간물 01 「자녀의 성공을 위해 부모가 함께 읽어야 할 73가지 이야기」, 다솔
NYPI YOUTH REPORT 창간호 : 경제위기와 빈곤 (4월)
NYPI YOUTH REPORT 2호 : 다문화와 탈북청소년 (6월)
NYPI YOUTH REPORT 3호 : 글로벌 환경변화 청소년 (8월)
NYPI YOUTH REPORT 4호 : 글로벌 인재와 청소년 (10월)
NYPI YOUTH REPORT 5호 : 청소년 인권 (11월)
NYPI YOUTH REPORT 6호 : 청소년들의 정보이용 현황 (12월)

연구보고 09-R18-5

**장애아동·청소년의 삶의 질 향상을 위한
지원방안 연구 I : 재활복지서비스 제고방안**

인 쇄 2009년 12월 22일

발 행 2009년 12월 28일

발행처 **한국청소년정책연구원**

서울특별시 서초구 태봉로 114

발행인 이 명 숙

등 록 1993. 10. 23 제 21-500호

인쇄처 (주)계문사 전화 (02)725-5216

사전 승인없이 보고서 내용의 무단전제·복제를 금함.

구독문의 : (02) 2188-8877(연구기획팀)

ISBN 978-89-7816-795-6(93330)

ISBN 978-89-7816-789-5(93330)(세트)