

가톨릭대학교 산학협력단

지적·자폐성, 정신 장애인의 탈시설과 고용을 위한 장애인 정책 연구

2012.8.30.



서울특별시의회

제 출 문

서울특별시의회 의장 귀하

귀 기관이 의뢰한 『서울특별시의회 지적·자폐성, 정신장애인의
탈시설과 고용을 위한 장애인정책연구』 용역의 최종보고서를 제출
합니다.

2012. 8

가톨릭대학교 산학협력단

참여연구진

책임연구원 : 이용표(가톨릭대 사회복지학전공 교수)

공동연구원 : 최영광(가톨릭대 사회복지학 박사)

연구원 : 김현민(가톨릭대 사회복지학전공 박사과정)

노수희(가톨릭대 사회복지학전공 박사과정)

이유경(가톨릭대 사회복지학전공 석사과정)

자문 : 이상호(서울시의회 의원)

박경수(한양사이버대 사회복지학과 교수)

김성천(중앙대 사회복지학과 교수)

이채식(우송정보대 사회복지학과 교수)

최성남(한울지역정신건강센터 관장)

문용훈(태화샘솟는집 관장)

목 차

I. 서 론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구목적 및 목표	2
3. 연구내용	3
4. 연구방법	4
5. 기대효과 및 활용방안	5
II. 지적·자폐성, 정신장애인 탈시설 및 고용정책 논의의 방향	7
1. 지적·자폐성, 정신장애인의 개념 및 정의	7
가. 지적·자폐성 장애의 개념과 정의	7
나. 정신장애의 개념과 정의	11
다. 지적·자폐성 및 정신장애인의 특성	17
라. 지적·자폐성 및 정신장애인의 사회적 차별 경험	20
마. 지적·자폐성 및 정신장애인의 현황	21
2. 지적·자폐성, 정신장애인의 탈시설정책	23
가. 탈시설화의 기원	23
나. 탈시설화의 개념	24
다. 탈시설화지향 거주서비스의 원칙	25
라. 불필요한 시설화의 통제	26
마. 탈시설화의 방향	27
3. 지적·자폐성, 정신장애인의 고용정책	27
4. 탈시설과 고용	31
III. 서울시 지적·자폐성, 정신장애인의 탈시설 및 고용정책 평가	34
1. 지적·자폐성, 정신장애인의 탈시설정책 평가	34
가. 서울시 지적·자폐성장래인 탈시설정책의 현황 및 평가	34
나. 서울시 정신장애인 탈시설정책의 현황 및 평가	59
2. 지적·자폐성, 정신장애인의 고용정책 평가	89
가. 서울시 장애인 및 고용 현황	89
나. 서울시 지적·자폐성 및 정신장애인의 고용정책 평가	123

IV. 지적·자폐성, 정신장애인의 탈시설과 고용정책관련 해외 및 타 시도 사례연구	142
1. 탈시설정책의 해외 및 주요 시·도 사례분석	142
2. 고용정책의 해외 및 주요 시·도 사례분석	148
V. FGI 및 심층면접 결과분석	159
1. 탈시설정책의 장애요인	159
2. 고용정책의 장애요인	182
VI. 서울시 지적·자폐성, 정신장애인 탈시설 및 고용정책의 방향 및 전략	208
1. 서울시 지적·자폐성장래인 탈시설정책의 방향 및 전략	208
가. 서울시 지적·자폐성장래인 탈시설정책의 방향	208
나. 서울시 지적·자폐성장래인정책의 세부 시행방안	210
2. 서울시 정신장애인 탈시설정책의 방향 및 전략	217
가. 서울시 정신장애인 탈시설정책의 과제	217
나. 서울시 정신장애인 탈시설정책의 방향	222
다. 서울시 정신장애인 탈시설정책의 세부 시행방안	232
3. 서울시 지적·자폐성, 정신장애인 고용정책의 방향 및 전략	247
가. 서울시 지적·자폐성, 정신장애인 고용정책의 과제	247
나. 서울시 지적·자폐성, 정신장애인 고용정책의 방향	251
다. 서울시 지적·자폐성, 정신장애인 고용정책의 세부 시행방안	252
VII. 결론	261

I. 서론

1. 연구의 필요성

우리나라에서는 1980년대부터 장애인인권옹호단체를 중심으로 탈시설화 및 정상화와 같은 선발국가의 장애인정책 이념을 적극적으로 수용하여 장애인복지서비스를 시설보호에서 지역사회중심으로 재편할 것을 요구하는 목소리가 점차 확대되었다. 이와 같은 정책적 환경에서 실제 장애인복지가 시설보호에서 지역사회중심으로 변화할 수 있는 단초를 마련해준 것은 1981년 심신장애자복지법의 제정이었다. 이 법 시행 이후 지역사회서비스 제공기관인 장애인종합복지관이 설립되기 시작하였으며, 시설보호중심 장애인복지서비스에서 지역사회기반의 전문화된 서비스가 체계적으로 형성될 수 있는 계기가 마련되었다.

1990년대 이후 장애인복지서비스의 추세는 다음의 세 가지로 정리해볼 수 있다(장기성, 2007). 첫째, 1990년 이후 장애인생활시설의 수는 큰 변화를 보이지 않는 반면 중증장애인 시설보호를 위한 요양시설의 수는 크게 증가하고 있다. 둘째, 장애인 지역사회보호의 중추적 역할을 수행하는 장애인복지관이 대폭 증가하였다. 셋째, 지역사회보호를 수행하는 기관은 재가장애인순회재활서비스센터, 장애인주간보호센터, 장애인공동생활가정, 장애인단기보호시설 등으로 매우 다양하게 분화되었다. 이러한 변화는 실제 지역사회생활이 어려운 중증장애인을 중심으로 시설보호를 수행하는 한편, 지역사회생활이 가능한 장애인들의 사회통합을 위한 지역사회서비스체계가 점차 발전하고 있다는 것을 보여주고 있다.

탈시설화 및 정상화와 같은 새로운 이념에 의한 장애인복지체계의 전반적인 발전에도 불구하고 시설보호 중심 서비스가 지속되고 있는 장애영역은 지적·자폐성장아인과 정신장애인이다. 보건복지통계연보(2011)에 따르면 2010년 12월말 현재 전체 장애인생활시설 거주자 24,395명 중 지적·자폐성장아인은 14,338명으로 58.8%에 달한다. 그리고 시각장애인 생활시설 거주자는 2001년부터 2010년까지 크게 변동이 없으며 청각장애인 생활시설 거주자수는 점차 감소하였다. 반면, 지체장애인 생활시설 거주자수는 2007년까지 감소하는 듯 보이다가 2010년에 들어 크게 증가하였으며 지적·자폐성장아인의 생활시설 거주인원 또한 점차 증가하였다. 한편 정신장애인의 경우 입원병상수가 2010년 연말 현재 80,245병상이며, 7만 여명이 입원상태에 있는 것으로 추정되고 있다. 이는 모든 장애인거주시설 이용자의 3배가 넘는 규모의 수용보호이며, 이들 대부분이 입원의료비에 대한 자기부담이 없는 의료급여수급자라는 측면에서 엄청난 공공재원이 정신장애인의 시설보호에 소모되고 있음을 알 수 있다. 의료급여백서(1997-2010)에 따르면 1997년 의료급여 수급자 중 정신질환으로 인한 입원자수가 26,467명에서 2010년에 이르러 92,089명으로 증가하였으며, 같은 기간에 입원비용에 대한 정부부담금도 1,171억원에서 7,826억원으로 급증하였다.

한편 장애인 고용과 관련된 다양한 지표들도 지적·자폐성장아인과 정신장애인들이 매우 불리

한 여건에 놓여있음을 보여준다. 2011년 장애인실태조사에 따르면 지난 1개월간 전체 장애인 평균 월근로소득이 47만원임에 비해 지적장애인 18만원, 자폐성장애인 12만원 그리고 정신장애인 17만원으로 나타났다. 2011년의 취업중 장애인 조사에서는 전체 취업장애인 평균 월근로소득(3개월 평균)이 142만원임에 비해 지적장애인 54만원, 자폐성장애인 38만원 그리고 정신장애인 53만원으로 나타났다. 이는 지적·자폐성, 정신장애인들이 다른 장애영역에 비해 훨씬 열악한 고용여건에 있음을 보여준다.

지적·자폐성장애인과 정신장애인의 시설보호 추이와 고용지표들은 이들에 대한 탈시설화와 고용 증진을 추진하기 위해 일반 장애인정책과는 다른 특별한 대책이 필요함을 알 수 있게 한다. 즉 여타 장애분야와는 달리 지적·자폐성장애인과 정신장애인들은 오히려 시설화의 경향을 보이고 있으며 지역사회에서의 고용지표가 매우 열악하다는 점에서 기존 장애정책의 사각지대가 형성되어있다고 볼 수 있다. 이러한 사실은 장애에 대한 일상생활수행능력 중심의 시각이 지적 기능을 포함한 정신기능의 문제를 가진 사람들을 장애인복지정책에서 소외시킨 결과로 추론할 수 있으며, 정신장애의 경우 질환과 장애의 동일시로 인하여 장애인정책보다는 의료정책에 의존함으로써 사각지대를 형성하였다고 볼 수 있다.

따라서 본 연구는 탈시설화 및 정상화를 이념으로 하는 장애인정책에서 지적·자폐성장애인과 정신장애인들에 관한 정책이 사각지대에 놓이게 된 원인을 검토함으로써 이들의 탈시설화와 고용 증진을 위한 정책방안을 모색하고자 하였다.

2. 연구목적 및 목표

본 연구의 목적은 장애인정책에서 소외되고 있는 지적·자폐성장애인과 정신장애인의 탈시설화와 지역사회에서의 고용확대를 위한 합리적인 정책방안을 모색함으로써, 지적·자폐성장애인과 정신장애인에게 보다 인간다운 삶의 기회를 보장하고 궁극적으로 사회의 통합적 발전에 기여하고자 하는 것이다.

이를 위하여 지적·자폐성장애인과 정신장애인의 탈시설화와 지역사회생활에서 충족되어야 할 가장 중요한 욕구인 직업활동 보장을 위한 정책방향 및 구체적 시행방안 도출에 초점을 두고 수행하였다. 이러한 목적 달성을 위하여 본 연구는 다음 5개 영역의 세부적 목표를 가지고 연구과제를 수행하였다.

첫째, 서울시 지적·자폐성장애인과 정신장애인의 탈시설 및 고용정책에 대하여 분석 및 평가한다.

둘째, 지적·자폐성장애인과 정신장애인의 탈시설 및 고용의 장애요인을 분석한다.

셋째, 장애인 탈시설 및 고용정책에 관한 해외 및 타 시·도의 사례를 분석한다.

넷째, 서울시 지적·자폐성장애인과 정신장애인의 탈시설 및 고용정책의 방향을 제시한다.

다섯째, 서울시 지적·자폐성장애인과 정신장애인의 탈시설 및 고용정책의 세부 시행방안을 도출한다.

3. 연구내용

본 연구는 다음과 같은 내용을 중심으로 진행되었다. 탈시설과 고용정책의 상황과 내용을 드러내고, 방향성을 제시하기에 적절한 지점을 설정하고자 하였다.

첫째, 서울시 지적·자폐성장애인 및 정신장애인 탈시설 및 고용정책에 대한 분석 및 평가는 다음과 같은 세부사항을 중심으로 진행되었다.

- 서울시의 장애인 탈시설 및 고용정책에 관한 사업추진내용
- 서울시 정책의 표적집단 설정의 합리성 검토
- 서울시 관련 서비스내용의 적절성 검토
- 서울시 관련 서비스전달체계의 적절성 검토
- 서울시 서비스관련 예산 수급의 적절성 검토
- 관련사업 운영상의 거버넌스 적절성 검토

둘째, 지적·자폐성장애인 및 정신장애인 탈시설 및 고용의 장애요인 분석은 다음과 같은 세부사항을 중심으로 진행되었다.

- 당사자의 취업욕구 및 탈시설 저항요인 분석 검토
- 관련 실무자 및 전문가 측면의 탈시설·고용 장애요인 분석 검토
- 장애인 고용 고용주 및 전문가 측면의 탈시설·고용 추진전략 분석 및 검토

셋째, 장애인 탈시설 및 고용정책에 관한 해외 및 타 시·도의 사례분석은 다음의 내용을 중심으로 살펴보았다.

- 탈시설 관련 외국의 서비스 공급 사례연구 검토
- 장애인 고용 증진관련 외국의 서비스프로그램 및 제도 연구 검토
- 타 시·도 사례연구 검토
- 외국 및 타 시·도 사례의 서울시 적용방안 제시

넷째, 서울시 지적·자폐성장애인 및 정신장애인 탈시설 및 고용정책의 방향 제시는 다음의 내용에 중점을 두었다.

- 탈시설 및 고용정책 추진의 당위성 검토

- 탈시설 및 고용정책 관련 제도의 개선방향 도출
- 탈시설 및 고용증진의 세부 시행방안 수립을 위하여 해외 및 타 시·도의 모범적 사례 수집

다섯째, 서울시 지적·자폐성장아인 및 정신장애인 탈시설 및 고용정책의 세부 시행방안은 다음의 내용에 중점을 두고 도출하였다.

- 탈시설 및 고용정책의 목표, 표적집단, 서비스내용, 자원조달 등 세부 시행방안 제시
- 새로운 탈시설 및 고용정책을 시행을 위한 서울시 조례제정 방안 제시

4. 연구방법

본 연구의 주요 연구 방법은 이차적 자료분석, 문헌연구, FGI(Focus Group Interviews)와 심층면접을 통한 질적연구이다.

이 모든 과정에서 협조적 연구체계 구축을 통하여 연구의 내용이 더욱 견고해질 수 있었으며 다양한 시각을 제공받았다. 연구진을 주축으로 서울시의회와 서울시가 연구를 지원하고, 연구성과에 대해 자문위원으로부터 지속적으로 피드백을 제공받는 방식을 통해 연구의 객관성과 전문성을 유지할 수 있었다.

가. 문헌연구

본 연구는 지적·자폐성, 정신 장애인의 탈시설과 고용에 관련하여 다른 장애유형과 구분되는 특성을 드러내기 위해 문헌들을 통해 다각도에서 접근할 필요가 있었다. 보건복지부 2011년 장애인실태조사, 서울시 2011년 서울통계연보, 서울시장애인복지계획 관련 자료 및 연구 보고서, 장애인 관련 법령 및 조례를 통하여 지적·자폐성, 정신장애인들이 처해있는 사회적경제적 상황들을 파악하고, 정책 현황들을 평가하였다.

또한 탈시설과 관련된 다양한 외국사례들은 서울시에 적용가능한 대안들을 모색하는데 도움이 되었다. 고용의 경우 장애인고용정책에 대한 전반적인 이해와 더불어 전국과 서울시의 상황들을 비교하여 서울시의 특징을 반영한 모델을 구축하는데 문헌연구가 적절하게 사용되었다.

나. FGI 및 심층면접을 통한 질적연구

서울시 지적·자폐성장아인 및 정신장애인 탈시설 및 고용정책에 대한 서울시의 현안들은 다양한 층위와 수준에서 살펴보아야 하는데, 이는 장애유형 중에서도 정신적장애인에 대한 특화된 접근이 탈시설과 고용에서 나타나는 다양한 단위들과의 관계, 지자체가 담당하는 전달체계의 특수성과 맞물리기 때문이다.

이처럼 다양한 수준과 단위에서 나타나는 탈시설과 고용에 관한 문제점과 대안들을 살펴보기 위해 자료수집의 절차와 내용이 엄밀하게 구조화되지 않기 때문에 보다 세부적이고 맥락적인 정보의 발견이 가능한 질적 면접의 한 방법인 FGI가 적절하다고 판단하였다. 이는 서울시 지적·자폐성장애인 및 정신장애인의 탈시설 및 고용정책에 현실적인 내용을 비롯하여 이와 관련된 다양한 단위들과의 관계를 보다 구체적으로 확인할 수 있게 한다. 이것은 FGI 면접과정에서, 실제로 서울시에서 이것들을 담당하고 진행하는 면접 참여자들간, 참여자와 연구자간의 상호작용과 즉각적인 비평을 통해 가능해진다.

고용의 경우, 심층면접을 통해 장애인 당사자의 취업 욕구와 경험담, 일반기업의 정신적장애인 경험을 함께 살펴봄으로서, 서비스 공급자의 측면에 머무르지 않고 정신적장애인 고용에 관련한 전반적인 사항을 조망해 볼 수 있도록 하였다.

녹음된 면접 내용을 녹취록으로 작성한 후 이를 분석자료로 이용하였다. 그리고 서술적이며 연속적인 형태로 기록된 응답내용을 의미단위에 따라 구분하고 그것을 개념화하고 범주화하는 방식으로 질적 분석을 수행하였다. 자료에서 나타나는 개념이나 현상에 이름을 붙이고 그것을 영역별로 분류하는 작업에서 개방코딩(open coding) 방법을 수행하였으며, 이를 통해 도출된 결과물을 본 면접의 주요 논점에 따라 정리하고 배열하였다.

다. 자문회의

연구주요 단계별로 자문회의를 3회를 개최하였다. 각 단계별 피드백을 통해 전 단계 결과의 적절성을 검토 받았다. 또한 모범적 해외 및 타 시·도 사례의 정보를 제공받음으로써 탈시설화 및 고용증진의 세부 시행방안 수립에 도움을 받았다. 이러한 과정들을 통하여 제시된 다양한 관점으로 탈시설 및 고용정책을 논의할 수 있었다.

5. 기대효과 및 활용방안

가. 기대효과

본 연구의 기대효과는 다음과 같다. 첫째, 기존 서울시 장애인 탈시설 및 고용정책의 분석을 통해 사각지대에 대한 진단과 분석을 제공할 수 있다. 둘째, 서울시의회 정책 의사결정자들에게 지적·자폐성, 정신장애인 영역의 탈시설화문제에 관한 객관적이고 정확한 정보제공을 제공할 수 있다. 본 연구는 전달체계의 중복과 같은 구조적인 문제로 인해 산발적으로 진행되고 있는 탈시설과 고용에 관하여 전반적인 흐름을 제시한다. 이로 인하여 정책적 시급성에 대해 적절성에 대해 논의할 수 있게 된다.

이러한 분석을 통하여 서울시 지적·자폐성, 정신장애인의 탈시설화 및 고용증진의 구체적 방안을 제시하고, 추진상의 재정효율화 방안에 대해서도 논의할 수 있다.

나. 활용방안

탈시설 추진에 있어 의료재정과 사회복지재정의 통합적 운영방안을 제시함으로써 추가적
재원부담이 없는 정책 추진의 모범적 사례로 활용 가능하다. 또한 탈시설 및 고용증진방안과
더불어 지역사회정신보건사업의 활성화방안을 제시함으로써 다차원적 정책발전모형으로도 활
용 가능하다.

Ⅱ. 지적·자폐성, 정신장애인 탈시설 및 고용정책 논의의 방향

1. 지적·자폐성, 정신장애의 개념 및 정의

가. 지적·자폐성 장애의 개념과 정의

지적장애는 그 개념자체가 갖는 복잡성으로 인해 각 시대, 국가, 학자별로 약간씩 다르게 정의되어 왔으며, 아직도 사회·문화적 영향에 따른 다양한 관점과 인식의 차이로 발생원인 및 정의와 개념을 정확히 규명하지 못하고 있다.

오늘날 가장 널리 받아들여지고 있는 지적장애의 정의와 분류는 미국지적장애학회(American Association on Mental Retardation)의 정의로, 지적 기능의 유의한 제한성, 적응행동의 유의한 제한성, 발달기간 동안 나타난다는 3가지 요소를 포함하여 지적장애를 정의하고 있다. 여기에서 말하는 '지적 기능'이란 일반적인 정신적 능력(mental capability)으로 추리, 계획, 문제해결, 추상적 사고, 복잡한 개념의 이해, 신속한 학습, 경험을 통한 학습 등의 능력을 말한다. 그리고 '적응행동'이란 일상생활에서 기능하기 위해 사람들이 학습해 온 개념적(인지, 의사소통 및 학습기술 등), 사회적(대인관계, 신변처리, 금전관리, 책임감, 자존감, 규칙준수 등), 실제적(작업기술, 직무능력, 직업적응, 안전한 환경 유지기술 등) 기술의 집합체를 말한다(이채식, 2004).

한편 우리나라는 지적장애를 1980년대까지는 심신장애자복지법에서 주로 정신박약(mental deficiency) 등으로 정의하여 오다가, 이 용어가 가지는 낙인적인 불리함으로 인해 1990년대 이후 개정된 장애인복지법에서 정신지체(mental retardation)라는 용어를 사용하였다. 이후 장애인복지법 전면개정을 통해 2007년 10월부터 지적장애로 명칭을 변경하며 그에 따른 기준을 마련하였다.

우리나라에서 지적장애에 대한 법적 정의와 개념을 규정해 주는 법령은 '장애인복지법', '장애인 등에 대한 특수교육법'이다. 이 두 법령을 통해 지적장애에 대한 법적 개념과 정의를 다음과 같이 규정할 수 있다.

먼저 장애인을 규정하는 기본법령인 장애인복지법은 지적장애를 '정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람'으로 정의하고 있다(장애인복지법 제2조).

<표 2-1> 지적장애 장애등급 판정

장애등급	장애상태
제1급	지능지수와 사회성숙지수가 34 이하인 사람으로서 일상생활과 사회생활에 적응하는 것이 현저하게 곤란하여 평생 동안 다른 사람의 보호가 필요한 사람
제2급	지능지수와 사회성숙지수가 35 이상 49 이하인 사람으로서 일상생활의 단순한 행동을 훈련시킬 수 있고, 어느 정도의 감독과 도움을 받으면 복잡하지 아니하고 특수기술이 필요하지 아니한 직업을 가질 수 있는 사람
제3급	지능지수와 사회성숙지수가 50 이상 70 이하인 사람으로 교육을 통한 사회적·직업적 재활이 가능한 사람

출처 : 장애인복지법 시행규칙 제2조

장애인복지법에 의한 지적장애의 장애등급 판정은 <표2-1>에서와 같이 IQ 테스트에 의한 지능지수와 사회성숙도검사(Social maturity Test)에 의한 사회성숙 지수를 기준으로 판별하고 있다.

1급의 지적장애인은 지능지수와 사회성숙지수가 34이하로, 일상생활과 사회생활에 적응하는 것이 현저하게 곤란하여 평생 동안 다른 사람의 보호가 필요한 사람이다. 2급의 지적장애인은 지능지수와 사회성숙지수가 35 이상 49 이하인 사람으로서 일상생활의 단순한 행동을 훈련을 통해 습득하는 것이 가능하고, 어느 정도의 감독과 도움을 통해 복잡하거나 특수기술이 필요하지 않은 직업을 가질 수 있는 사람이다. 3급의 지적장애인은 지능지수와 사회성숙지수가 50 이상 70 이하인 사람으로 교육을 통해 사회적·직업적 재활이 가능한 사람이다.

이와 같이 지적장애는 지적 기능은 물론 일상적이고 사회 및 실제적인 기술을 포함하는 적응 행동 모두에 심각한 제한을 보이는 특징이 있기 때문에 지능지수만으로 제한하여 진단하지 않고 사회성숙도검사에 따른 사회성숙지수까지 포함하여 진단하고 있다.

지적장애를 진단하는 사회성숙도검사는 자조, 이동, 작업, 의사소통, 자기관리, 사회화의 여섯 가지 변인으로 구성되는 사회적 능력, 즉 적응행동을 평가 혹은 측정하는 도구로서 1963년 미국의 E.Z.DOLL이 ‘바인랜드 사회성숙척도(Vineland Social Maturity Scale)’ 라는 이름의 사회성숙도검사를 모체로 하여 설계되었다. 국내에서는 1997년에 김승국, 김옥기가 우리나라 사정에 맞도록 수정하여 사용하고 있다. 사회성숙도검사의 대상자는 0세부터 30세까지로 총 117개의 문항이 난이도 순서로 배열되어 있으며 행동영역별 문항들의 내용은 다음의 <표2-2>와 같다.

<표 2-2> 사회성숙도검사의 하위요인과 내용

하위척도	문항수	내용
자조	39	① 자조일반 : 조작, 대소변, 이동, 자기관리, 의사소통능력 ② 자조식사 : 음료, 식사도구사용, 통제력과 판별력 유무, 전반적 종합력 ③ 자조용의 : 착탈의, 씻고 닦기, 몸단장
이동	10	기어다니는 능력부터 어디고 혼자 다닐 수 있는 능력까지
작업	22	단순한 놀이에서부터 고도의 전문성을 요하는 작업까지
의사소통	15	동작, 음성, 문자 등을 매체로 한 수용과 표현
자기관리	14	금전의 사용, 구매, 경제적 자립 준비와 지원, 기타 책임 있고 분별 있는 행동 등에 관한 것으로서 독립성과 책임감
사회화	17	사회적 활동, 사회적 책임, 현실적 사고

출처: 김현집(2009). 「지적장애아동의 통합성공가능성 예측정도와 사회성숙도와의 관계연구」

장애인 등에 대한 특수교육법은 지적장애를 지적 기능과 적응행동상의 어려움이 함께 존재하여 교육적 성취에 어려움이 있는 사람으로 규정하고 있다(제10조).

이러한 정의들을 종합하여 볼 때 지적장애는 발달기(18세 이전)에 발현되고 표준화된 지능검사의 소견에서 유의하게 표준 이하(IQ 70이하)의 지적기능과 그와 관련된 적응성의 영역(의사소

통, 자기관리, 가정생활, 사회성 기술, 지역사회활동, 자기지시, 건강과 안전, 기능적 학습효과, 여가, 직업기술의 영역 등)에서 두 가지 이상의 제한성을 보이는 것이라 할 수 있다.

한편 자폐성장애는 1943년 미국 Johns Hopkins 의과대학의 아동소아정신과 의사였던 Leo Kanner박사에 의해 처음 보고되었다. Kanner의 보고에 의하면, 이러한 아동은 태어날 때부터 사람과 주변 환경에 대하여 관계형성이 어렵고, 언어의 발달에 심각한 장애가 있으며, 여러 종류의 행동장애가 동반된다고 하였다.

그 이전의 법에서는 이를 '발달장애인'으로 표현하였다. 하지만 발달장애(Development Disabilities)라는 용어는 지적장애와 마찬가지로 국내외적으로 조작적이고 통합된 개념 정의가 부족하였으며 기존의 다른 장애들과 중복되는 부분이 많았다. 발달장애에 관한 정의는 미국의 1976년 발달장애지원및권리장전법(Development Disabilities Assistance and Bill of Rights Act)에서 처음으로 언급하고 있는데 동 법에서 발달장애를 '18세 이전에 발생하는 지적장애, 뇌성마비, 간질, 또는 자폐성 장애에 기인한 지속적이고 본질적인 장애'라고 정의하고 있다. 즉 발달장애는 어떤 특정 장애범주만을 국한하는 것이 아니라 지적장애나 뇌성마비, 간질, 자폐성장애, 학습장애 등 지적장애와 밀접하게 관련된 신경학적 조건을 가졌거나 지적장애인들에게 요구하는 것과 비슷한 처치를 요하는 문제를 가진 장애라고 말할 수 있다.

우리나라에서는 2000년부터 장애인복지법에 자폐성장애만을 한정시킨 '발달장애'로 표현하였다. 그 이유는 발달장애에 대한 정의가 국내에서 정립되지 않았고, 기존의 다른 장애들과 중복되는 부분이 많으며, 확보된 국가 복지예산 자원을 고려하여 특정 장애만을 발달장애로 한정시켰던 것으로 보인다(최선희, 2007). 이 후 2007년에 장애인복지법을 개정하면서 기존의 발달장애를 자폐성장애로 용어변경을 하게 되었다.

자폐성장애의 정의와 개념은 '장애인복지법' 과 '장애인 등에 대한 특수교육법' 에 규정되어 있으며, 그 내용은 다음과 같다.

장애인복지법에 따르면 자폐성장애인은 '소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체 표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람' 이다(장애인복지법 제2조).

장애인 등에 대한 특수교육법에서는 자폐성장애인을 '사회적 상호작용과 의사소통에 결함이 있고, 제한적이고 반복적인 관심과 활동을 보임으로써 교육적 성취 및 일상생활 적응에 도움이 필요한 사람' 으로 정의하고 있다.

장애인복지법에 명시된 공식적인 자폐성장애인 장애등급 판정은 <표2-3>에서와 같이 지능지수와 세계 보건 기구에서 질병과 증상 등을 분류해놓은 국제질병분류표 ICD-10(International Classification of Diseases, 10th Version)의 평가를 종합하여 최종 장애 진단을 내린다.

<표 2-3> 자폐성장애인 장애등급 판정

장애등급	장애상태
제1급	ICD-10의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 전적인 도움이 없이는 일상생활을 해나가는 것이 거의 불가능한 사람
제2급	ICD-10의 진단기준에 따른 전반성발달장애(자폐증)로 정상발달의 단계가 나타나지 아니하고, 지능지수가 70 이하이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 주위의 많은 도움이 없으면 일상생활을 해나가기 어려운 사람
제3급	제2급과 같은 특징을 가지고 있으나 지능지수가 71 이상이며, 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 해나가기 위하여 간헐적으로 도움이 필요한 사람

출처 : 장애인복지법 시행규칙 제2조

즉, 자폐성장애는 표준화된 지능검사의 소견에서 유의하게 표준 이하(IQ 70이하)의 지능지수를 가지며 아래 <표2-4>의 ICD-10 진단지침의 16개 항목 중 적어도 8개를 충족하여 F84전반성자폐성장애(자폐증)에 해당하는 경우이다.

<표 2-4> 자폐증의 ICD-10 진단지침

<p>A. 사회적 상호교류의 질적인 장애(qualitative impairments in reciprocal social interaction)가 다음의 5가지 중 3가지에 해당해야 한다.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 사회적 상호작용을 위한 눈 마주치기, 얼굴 표정, 행동을 표현 하는 데 현저한 장애 2. 친구 관계 발달의 실패 3. 긴장되거나 고민될 때 다른 사람에게서 위안과 호의를 구하거나, 다른 사람이 긴장되거나 고민될 때 위안과 호의를 보이는 것이 드물음 4. 타인의 행복에 대해 대신 기뻐하거나 자신의 즐거움을 타인과 자발적으로 나누는 것과 같은 즐거움 공유(shared enjoyment)의 결여 5. 사회적-감정적 상호 교류(socio-emotional reciprocity)의 결여
<p>B. 질적인 의사소통의 장애(qualitative impairments in communication):</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 언어의 발달이 있더라도 사회적 사용이 결여 2. 소꿉놀이나 사회적 모방놀이의 장애 3. 대화(conversational interchange)를 통한 상호성(reciprocity)과 동시성(synchrony)의 부족 4. 언어 표현의 유연성 부족과 사고 과정에서 창조성(creativity)과 상상력(fantasy)의 상대적 결여 5. 상대방의 언어적, 비언어적 표현에 대한 감정적 반응의 결여 6. 의사소통조절(communicative modulation)을 반영하는 억양의 변화나 강조의 사용 장애 7. 언어적 의사소통의 뜻 전달을 강조하거나 도와주는 몸짓(gesture)의 결여
<p>C. 제한적이고 반복적이며 상동증적인 행동, 관심, 활동(restricted, repetitive and stereotyped patterns of behaviour, interests and activities)이 적어도 다음의 6항목 중 2항목 이상:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 상동증적이고 제한적인 양상의 흥미(stereotyped and restricted patterns of interests)에 지나치게 집착(encompassing preoccupation) 2. 특이한 대상(unusual objects)에 대한 특별한 애착 3. 특이하고 비효율적인 일이나 의식(specific, non-functional routines or rituals)에 강박적으로 집착(compulsive adherence) 4. 상동증적이고 반복적인 동작성 매너리즘(stereotyped and repetitive motor mannerisms) 5. 장난감의 부분(part-objects)이나 비기능적 요소(non-functional elements)에 몰두(preoccupation) 6. 환경의 사소하고 비기능적인 부분의 변화에 지나친 고통(distress)
<p>D. 진단이 내려지기 위해서 발달의 이상(developmental abnormalities)이 생후 첫 3년 내에 있어야 한다.</p>

출처 : WHO 1992

나. 정신장애의 개념과 정의

정신장애와 관련된 정의들은 정신보건법, 장애인복지법, 장애인활동지원법 그리고 국민연금 등에서 규정하고 있으나, 각법에 나타나는 용어, 정의의 범위, 세부판정기준은 상이하다.

정신보건법은 정신장애인이란 용어대신 '정신질환자'라는 용어를 사용한다. 이 법에서 정신질환자라 함은 정신병(기질적 정신병 포함)·인격장애·알코올 및 약물중독기타 비정신병적 정신장애를 가진 자를 말한다(정신보건법 제3조 제1항). 이러한 분류기준은 WHO의 ICD-10에 근거한다.

장애인복지법에서 정신장애인은 '정신적장애'를 가진 사람이다. 정신적장애는 발달장애 또는 정신질환으로 인하여 발생하는 장애(장애인복지법 제2조)를 지칭하는 것이며, 다시 지적 장애, 자폐성 장애 그리고 정신장애로 구분된다. 그러므로 장애인복지법의 정의에 따르면 정신장애는 정신질환으로 인하여 오랫동안 일상생활이나 사회생활에서 상당한 제약을 받고 있는 자를 말한다.

<표 2-5> 장애인의 종류 및 기준

<p>1. 지체장애인(肢體障礙人)</p> <p>가. 한 팔, 한 다리 또는 몸통의 기능에 영속적인 장애가 있는 사람</p> <p>나. 한 손의 엄지손가락을 지골(指骨 : 손가락 뼈) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 두 개 이상의 손가락을 모두 제 1지골 관절 이상의 부위에서 잃은 사람</p> <p>다. 한 다리를 리스프랑(Lisfranc: 발등뼈와 발목을 이어주는) 관절 이상의 부위에서 잃은 사람</p> <p>라. 두 발의 발가락을 모두 잃은 사람</p> <p>마. 한 손의 엄지손가락 기능을 잃은 사람 또는 한 손의 둘째 손가락을 포함한 손가락 두 개 이상의 기능을 잃은 사람</p> <p>바. 왜소증으로 키가 심하게 작거나 척추에 현저한 변형 또는 기형이 있는 사람</p> <p>사. 지체(肢體)에 위 각 목의 어느 하나에 해당하는 장애정도 이상의 장애가 있다고 인정되는 사람</p>
<p>2. 뇌병변장애인(腦病變障礙人)</p> <p>뇌성마비, 외상성 뇌손상, 뇌졸중(腦卒中) 등 뇌의 기질적 병변으로 인하여 발생한 신체적 장애로 보행이나 일상생활의 동작 등에 상당한 제약을 받는 사람</p>
<p>3. 시각장애인(視覺障礙人)</p> <p>가. 나쁜 눈의 시력(만국식시력표에 따라 측정된 교정시력을 말한다. 이하 같다)이 0.02 이하인 사람</p> <p>나. 좋은 눈의 시력이 0.2 이하인 사람</p> <p>다. 두 눈의 시야가 각각 주시점에서 10도 이하로 남은 사람</p> <p>라. 두 눈의 시야 2분의 1 이상을 잃은 사람</p>
<p>4. 청각장애인(聽覺障礙人)</p> <p>가. 두 귀의 청력 손실이 각각 60데시벨(db) 이상인 사람</p> <p>나. 한 귀의 청력 손실이 80데시벨 이상, 다른 귀의 청력 손실이 40데시벨 이상인 사람</p> <p>다. 두 귀에 들리는 보통 말소리의 명료도가 50퍼센트 이하인 사람</p> <p>라. 평형 기능에 상당한 장애가 있는 사람</p>
<p>5. 언어장애인(言語障礙人)</p> <p>음성 기능이나 언어기능에 영속적으로 상당한 장애가 있는 사람</p>

<p>6. 지적장애인(知的障礙人) 정신 발육이 항구적으로 지체되어 지적 능력의 발달이 불충분하거나 불완전하고 자신의 일을 처리하는 것과 사회생활에 적응하는 것이 상당히 곤란한 사람</p>
<p>7. 자폐성장애인(自閉性障礙人) 소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 따른 언어·신체표현·자기조절·사회적응 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람</p>
<p>8. 정신장애인(精神障礙人) 지속적인 정신분열병, 분열형 정동장애(情動障礙 : 여러 현실 상황에서 부적절한 정서 반응을 보이는 장애), 양극성 정동장애 및 반복성 우울장애에 따른 감정조절·행동·사고 기능 및 능력의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람</p>
<p>9. 신장장애인(腎臟障礙人) 신장의 기능부전(機能不全)으로 인하여 혈액투석이나 복막투석을 지속적으로 받아야 하거나 신장기능의 영속적인 장애로 인하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람</p>
<p>10. 심장장애인(心臟障礙人) 심장의 기능부전으로 인한 호흡곤란 등의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람</p>
<p>11. 호흡기장애인(呼吸器障礙人) 폐나 기관지 등 호흡기관의 만성적 기능부전으로 인한 호흡기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람</p>
<p>12. 간장애인(肝障礙人) 간의 만성적 기능부전과 그에 따른 합병증 등으로 인한 간기능의 장애로 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람</p>
<p>13. 안면장애인(顔面障礙人) 안면 부위의 변형이나 기형으로 사회생활에 상당한 제약을 받는 사람</p>
<p>14. 장루·요루장애인(腸瘻·尿瘻障礙人) 배변기능이나 배뇨기능의 장애로 인하여 장루(腸瘻) 또는 요루(尿瘻)를 시술하여 일상생활에 상당한 제약을 받는 사람</p>
<p>15. 간질장애인(癇疾障礙人) 간질에 의한 뇌신경세포의 장애로 인하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받아 다른 사람의 도움이 필요한 사람</p>

출처 : 장애인복지법 시행규칙 별표 1

장애인등록을 위한 구체적인 판정기준은 장애유형별로 차이가 있다. 장애인복지법상 장애종류는 <표2-5>와 같이 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 지적, 정신, 자폐성, 신장, 심장, 호흡기, 간, 안면, 장루요루 그리고 간질의 15가지로 구분되는데 판정기준은 상이하다. 장애종류 중 지체, 시각, 청각, 언어장애 등은 신체적 손상만으로 장애판정을 하는 데에 반하여, 뇌병변, 신장, 심장, 호흡기, 간, 장루요루 장애는 일상생활에서 제약이 따라야 하며, 안면장애는 사회생활에서 제약이 따라야 한다. 그리고 간질, 지적, 자폐성, 정신 장애는 일상생활과 사회생활에서 모두 제약이 따라야 한다.

정신장애의 장애등급 판정은 현재 치료 중인 상태 확인, 정신질환의 진단명 및 최초 진단시기에 대한 확인, 정신질환의 상태(impairment) 확인, 정신질환으로 인한 정신적 능력장애(disability) 상태 확인, 정신장애 등급의 종합적인 판정의 순서에 따라 이루어진다. 이 과정에서 세부판정은 진단, 능력장애 판정기준 그리고 GAF척도의 점수를 종합한 정신장애 등급기준에 따라 결정한다.

먼저 정신장애로 인정되는 진단범주는 국제질병분류표 ICD-10에 의한 F20 정신분열병, F25 분열형 정동장애, F31 양극성 정동장애 그리고 F33 반복성 우울장애로 진단된 경우에 한한다. 능력장애의 상태는 정신질환에 의한 일상생활 혹은 사회생활의 제약의 정도 및 주위의 도움(간호, 지도) 정도에 따라 판단하며, 구체적인 능력장애 판정기준은 <표2-6>과 같이 ① 적절한 음식섭취 ② 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결유지 ③ 적절한 대화기술 및 협조적 대인관계 ④ 규칙적인 통원, 약물복용 ⑤ 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위 ⑥ 대중교통이나 일반공공시설 이용 등의 범주에서 이루어진다. GAF척도는 <표2-7>과 같이 정신질환의 증상 정도와 심리적, 사회적, 직업적 기능을 동시에 고려한 정신장애의 정도에 관한 평정척도로 0점에서 100점 사이에서 평정된다.

<표 2-6> 능력장애 측정 기준

<p>1) 적절한 음식섭취 - 영양의 균형을 생각하고, 스스로 준비해서 먹는 음식섭취의 판단 등에 관한 능력장애의 유무를 판단한다.</p>
<p>2) 대소변관리, 세면, 목욕, 청소 등의 청결 유지 - 세면, 세족, 배설후의 위생, 목욕 등 신체위생의 유지, 청소 등의 청결의 유지에 관한 판단 등에 관한 능력장애의 유무를 판단한다. 이들에 대해, 의지의 발동성이라는 관점에서부터, 자발적으로 적절하게 행하는 것이 가능한지 여부, 도움이 필요한지 여부를 판단한다.</p>
<p>3) 적절한 대화기술 및 협조적인 대인관계 - 타인의 말을 알아듣고, 자신의 의사를 상대방에게 전하는 의사소통의 능력, 타인과 적절하게 사귀는 능력에 주목한다.</p>
<p>4) 규칙적인 통원, 약물 복용 - 자발적, 규칙적으로 통원 및 복약을 하고, 병상이나 부작용 등에 관하여 주치의에게 잘 이야기하는 것이 가능한가, 도움이 필요한가 여부를 판단한다.</p>
<p>5) 소지품 및 금전관리나 적절한 구매행위 - 금전을 독립적으로 적절하게 관리하고, 자발적으로 적절하게 물건을 사는 것이 가능한가. 도움이 필요한가 여부를 판단한다(금전의 인지, 물건사기의 의욕, 물건사기에 동반되는 대인관계 처리능력에 주목한다).</p>
<p>6) 대중교통이나 일반공공시설의 이용 - 각종의 신청 등 사회적 수속을 행하거나, 은행이나 보건소 등의 공공시설을 적절하게 이용하는 것이 가능한지 여부를 판단한다.</p>

출처 : 보건복지부 고시 2011-91. 장애등급판정기준

<표 2-7> GAF 채점표

정신건강과 정신장애의 가설적인 연속선상에서 심리적, 사회적, 직업적 기능을 고려해 본다. 신체적(환경적) 제한으로 인한 기능손상은 포함되지 않는다.	
100-91	전반적인 활동에서 최우수 기능, 생활의 문제를 잘 통제하고 있고 개인의 많은 긍정적인 특질로 인하여 타인의 모범이 되고 있음. 증상 없음
90-81	증상이 없거나 약간의 증상(예: 시험 전 약간의 불안)이 있음. 모든 영역에서 잘 기능하고 다양한 활동을 하고 있고 흥미를 느끼고 있음. 사회적인 효율성이 있고, 대체로 생활에 만족, 일상의 문제나 관심사 이상의 심각한 문제는 없음(예: 가족과 가끔 말싸움)
80-71	만약 증상이 있다면, 일시적이거나 심리 사회적 스트레스에 대한 예상 가능한 반응임(예: 가족과의 논쟁 후 집중하기가 어려움). 사회적, 직업적, 학교 기능에서 약간의 손상 정도 이상은 아님(예: 일시적인 성적 저하)
70-61	가벼운 몇몇 증상(예: 우울한 정서와 가벼운 불면증)또는 사회적, 직업적, 학교기능에서 약간의 어려움이 있음(예: 일시적인 무단결석, 또는 가정 내에서 도벽). 그러나 일반적인 기능은 꽤 잘되는 편이며, 의미 있는 대인관계에서 약간의 문제가 있음
60-51	중간 정도의 증상(예: 무감동한 정서와 우회증적인 말, 일시적인 공황상태)또는 사회적, 직업적, 학교 기능에서 중간 정도의 어려움(예: 친구가 없거나 일정한 직업을 갖지 못함)이 있음
50-41	심각한 증상(예: 자살 생각, 심각한 강박적 의식, 빈번한 소매치기)또는 사회적, 직업적, 학교기능에서 심각한 손상(예: 친구가 없거나 일정하게 직업을 갖지 못함)이 있음
40-31	현실 검증력과 의사소통에서의 장애(예: 말이 비논리적이고, 모호하고, 부적절하다). 또는 일이나 학교, 가족관계, 판단, 사고, 정서 등 여러방면에서 주요 손상이 있음(예: 친구를 피하는 우울한 사람, 가족을 방치하고, 일을 할 수 없고, 나이든 아동이 나이 어린 아동을 빈번하게 때리고 집에서 반항하고, 학업에 실패함)
30-21	망상과 환각에 의해 심각하게 영향받는 행동, 또는 의사소통과 판단에 있어서 심각한 손상, 지리멸렬, 전반적으로 부적절하게 행동하기, 자살의 물입이 있거나, 또는 거의 전 영역에서 기능할 수 없음(예: 하루 종일 침대에 누워 있음, 직업과 가정과 친구가 없음).
20-11	자신이나 타인을 해칠 약간의 위험(예: 죽음에 대한 명확한 예견 없이 자살을 시도. 빈번하게 폭력적이고 조증의 흥분상태). 또는 최소한의 개인 위생을 유지하는데 실패(예: 대변을 묻힘), 또는 의사소통의 광범위한 손상(예: 대개 부적절하거나 말을 하지 않음)이 있음.
10-1	자신이나 타인을 심각하게 해칠 지속적인 위험(예: 재발성 폭력), 또는 최소한의 개인위생을 유지함에 있어서 지속적인 무능, 또는 죽음에 대해 명확한 기대없는 심각한 자살행동이 있음.
0	불충분한 정보
※ 필요한 경우는 중간점수도 사용된다. 예 : 45, 68, 72 등	

출처 : 보건복지부 고시 2011-91. 장애등급판정기준

정신장애의 종합판정은 정신질환의 상태 그리고 능력장애의 상태에 관한 판정을 종합하여 최종적으로 내린다. 이와 같은 정신장애의 판정기준을 <표2-8>과 같이 종합적으로 살펴보면, 정신질환의 증상에 따른 능력장애의 상태에 관한 평정을 통해 장애등급이 결정되도록 제도가 설계되어 있다. 즉, 능력장애는 정신질환의 증상에 의한 종속변수로 취급되며, 증상이 없거나 미약한 경우에는 능력장애가 발생하거나 존재할 수 없다는 논리로 구성되어 있다.

<표 2-8> 정신장애 등급기준

장애등급	장애 정도
1급1호	- 정신분열병으로서 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 또는 사회적 위축과 같은 음성증상이 심하고 현저한 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람(정신병을 진단받은지 1년 이상 경과한 사람에 한한다. 이하 같다.)
1급2호	- 양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 심한 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람
1급3호	- 반복성 우울장애로 정신병적 증상이 동반되고 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 심한 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 전적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 40이하인 사람
1급4호	- 분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람
2급1호	- 정신분열병으로 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상 및 사회적 위축 등의 음성증상이 있고 중등도의 인격변화가 있으며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람
2급2호	- 양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람
2급3호	- 만성적인 반복성 우울장애로 망상 등 정신병적 증상이 동반되고 기분, 의욕, 행동 등에 대한 우울증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되며, 기능 및 능력장애로 인하여 장애등급별 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 많은 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 41점 이상 50점 이하인 사람
2급4호	- 만성적인 분열형정동장애로 제1호 내지 제3호에 준하는 증상이 있는 사람
3급1호	- 정신분열병으로 인한 망상, 환청, 사고장애, 기괴한 행동 등의 양성증상이 있으나 인격변화가 퇴행은 심하지 아니한 경우로서, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람
3급2호	- 양극성 정동장애(조울병)로 기분, 의욕, 행동 및 사고장애 증상이 현저하지는 아니하지만 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람
3급3호	- 반복성 우울장애로 기분, 의욕, 행동 등에 우울증상이 있는 증상이 지속되거나 자주 반복되는 경우로서, 기능 및 능력장애로 인하여 능력장애 판정기준의 6항목 중 3항목 이상에서 간헐적인 도움이 필요하며, GAF척도 점수가 51점 이상 60점 이하인 사람
3급4호	- 분열형 정동장애로 제 1호 내지 제 3호에 준하는 증상이 있는 사람

출처 : 보건복지부 고시 2011-91. 장애등급판정기준

장애인활동지원법은 장애인복지법에 의한 장애인 중 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 중증장애인으로 대통령령에서 정하는 장애정도 이상인 사람에게 '활동지원급여'를 제공하도록 하고 있다(제5조 제1항). 활동지원급여의 내용은 활동보조, 방문목욕, 방문간호 등이다(제16조 제1항).

<표 2-9> 활동지원 인정조사표 조사항목 및 인정점수 산정방법

영역	조사항목	문항별 점수	산정방법
일상생활 동작영역	1. 옷 갈아입기	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 40	7개 항목의 문항별 점수를 합산한다.
	2. 목욕하기	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 30	
	3. 식사하기	① 0, ② 30, ③ 60, ④ 90	
	4. 잠자리에서 자세 바꾸기	① 0, ② 10, ③ 15, ④ 20	
	5. 옮겨 앉기	① 0, ② 10, ③ 15, ④ 20	
	6. 걷기	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 30	
	7. 화장실 사용하기	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 30	
	계	260점	
수단적 일상생활 수행능력 영역	1. 전화 사용하기	① 0, ② 5, ③ 10, ④ 15	8개 항목의 문항별 점수를 합산한다.
	2. 물건사기	① 0, ② 10, ③ 15	
	3. 식사준비	① 0, ② 10, ③ 20, ④ 30	
	4. 집안일	① 0, ② 5, ③ 10, ④ 15	
	5. 빨래하기	① 0, ② 5, ③ 10, ④ 15	
	6. 약 챙겨먹기	① 0, ② 10, ③ 15	
	7. 금전관리	① 0, ② 5, ③ 10	
	8. 대중교통수단 이용하기	① 0, ② 3, ③ 5, ④ 10	
	계	125점	
장애특성 고려영역	1. 휠체어 사용	① 0, ② 15, ③ 30	1개 항목의 점수만 산정한다.
	2. 청각기능	① 0, ② 20, ③ 40, ④ 60	
	3. 시각기능	① 0, ② 20, ③ 40, ④ 60	
	4. 인지기능	① 0, ② 30, ③ 60	
	5. 정신기능	① 0, ② 30, ③ 60	
	계	60점	
총 점		445점	3개 영역의 점수를 합산한다.

출처: 보건복지부 고시 2011-107호

활동지원급여에 관한 업무는 국민연금관리공단이 담당한다. 국민연금관리공단은 신청서접수지원, 방문조사 및 수급자격 심의, 모니터링 등 수급자관리를 담당하며, 의학적 장애 확인은 공단의 장애심사센터에서 장애등급심사로 실시한다. 자격심의는 방문조사(인정조사표 작성)와 조사자 사례회의, 수급자격심의위원회의 심의 및 평가로 이루어진다. 방문조사는 신체정신기능 평가, 생활환경 영역 및 서비스욕구 등을 조사한다. 조사자 사례회의는 서비스욕구평가, 표준급여이용계획서를 작성한다. 수급자격심의위원회는 시·군·구에서 9인 이내로 구성하며, 공단에서 안전상정 및 회의를 운영한다. 급여대상은 만 6세 이상에서 만 65세 미만의 장애인복지법상 1급 등록장애인으로서 수급자격심의위원회에서 심의의결 결과 인정점수가 220점 이상인 경우이다.

정신장애인이 활동지원급여를 수급하기 위해서는 <표2-9>와 같이 신체장애인과 동일한 활동지원 인정조사표에 의한 방문조사에서 220점 이상의 평정을 받아야 한다. 인정조사표는 일상생

활동작영역(260점), 수단적 일상생활 수행능력(125점), 장애특성 고려영역(60점)으로 구성되어 최고 445점까지 평정된다. 인정조사표상 가장 높은 비중을 차지하는 일상생활동작영역은 옷갈아 입기, 옮겨얹기, 걸기, 화장실 사용하기 등의 영역으로 구성되어 있어 중증의 정신장애만으로는 활동지원급여 대상이 되는 것이 불가능하다고 할 수 있다.

다. 지적·자폐성 및 정신장애인의 특성

앞서 설명한 지적·자폐성 및 정신장애인의 정의와 개념을 바탕으로 그 특성을 다음과 같이 정리할 수 있다.

지적·자폐성장아인은 지적발달이 불완전하거나 지체되어 사회적응행동이나 일상생활을 수행하는데 있어 어려움이 있으며 정신장애인은 정신질환을 갖고 있어 사회성이 부족하거나 일상 생활에 어려움이 있다.

대략적인 특성은 이와 같지만 좀 더 구체적으로 지적·자폐성 및 정신장애인의 특성을 살펴보기 위하여 활동보조지원제도의 수급자격심의에 바탕이 되는 기본적 일상생활동작(Activities of Daily Living; ADL)-목욕하기, 옷 입기, 침대나 의자에서 이동하기, 화장실 가기, 식사하기과 수단적 일상생활동작(Instrumental Activities of Dailey Livings; IADL)-약 먹기와 식품구입하기, 식사준비, 집안일 등 등의 신체유지와 지역사회 내에서의 생활에 전반적으로 필수적인 활동들과 관련하여 항목별로 기능자립정도(완전자립, 부분도움, 완전도움)를 중심으로 논의하고자 한다. 일상생활동작(ADL)이란 개인이 살아가는데 필수적으로 요구되는 활동을 할 수 있는 능력으로, 신체적 기능 정도와 생활 수단을 독립적으로 이용할 수 있는가에 대한 활용 능력이다(노유자, 1995; 주명환, 2001; 김진남, 2010).

지적·자폐성 및 정신장애인의 기본적 일상생활동작(ADL) 자립정도는 <표2-10>과 같다. 일상 생활동작 전반에서 정신장애인의 자립정도는 전체 장애인의 평균과 비슷하거나 평균보다 높았다. 이에 비해 지적·자폐성장아인의 일상생활자립정도는 항목별로 상이하게 나타났다. 그 중 ‘옷 입기(벗고 입기, 갈아입기), 세수하기, 양치질하기, 목욕하기, 식사하기’ 등의 개인위생관련 항목은 전체 장애인의 평균보다 낮았으며, 자폐성장아인이 지적장애인보다 더 낮은 수준의 자립 정도를 보였다. 반면 단순한 신체 움직임과 관련한 항목인 ‘체위변경, 일어나 앉기, 침실에서 이동하기, 옮겨얹기, 방 밖으로 나가기, 걸기’ 등에서는 높은 자립 정도를 보였다.

정신장애인은 지적·자폐성장아인보다 일상생활동작에서 완전하게 자립이 가능하며, 지적장애인과 자폐성장아인은 위생관련동작에서는 자립 수준이 낮지만 신체적 움직임에서는 자립 수준이 높게 나타났다.

<표 2-10> 기본적 일상생활동작(ADL)

(단위: %, 명)

구분	지적장애	자폐성장애	정신장애	전체
1) 옷 벗고 입기 완전자립	63.8	42.0	89.6	86.7
1-1) 옷 갈아 입기 도움필요없음	58.8	31.0	88.5	86.3
2) 세수하기 완전자립	77.7	48.1	91.8	92.0
3) 양치질하기 완전자립	75.0	55.2	91.8	92.2
4) 목욕하기 완전자립	58.0	24.6	86.5	83.2
4-1) 목욕하기 도움필요없음	54.5	23.0	86.1	82.6
5) 식사하기 완전자립	77.7	56.1	94.0	91.0
5-1) 식사하기 도움필요없음	73.1	49.0	94.0	90.1
6) 체위변경하기 완전자립	98.1	98.8	98.3	95.0
7) 일어나 앉기 완전자립	97.4	100.0	98.3	93.4
7-1) 침실에서 이동하기 도움필요없음	97.1	100.0	98.3	92.9
8) 옮겨 앉기 완전자립	98.6	100.0	98.3	93.
8-1) 옮겨 앉기 도움필요없음	98.3	100.0	98.3	93.0
9) 방밖으로 나가기 완전자립	96.6	95.9	98.3	90.5
9-1) 걷기 도움필요없음	95.0	100.0	97.5	80.0
10) 화장실 사용하기 완전자립	81.3	70.0	97.2	91.5
10-1) 용변 완전자립	80.5	76.7	97.2	91.5
11) 대변 조절하기 완전자립	87.1	74.7	96.7	94.2
12) 소변 조절하기 완전자립	90.3	83.9	96.4	93.9
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	53,332	16,238	103,894	2,611,126

출처 : 보건복지부(2011a). 장애인실태조사

수단적 일상생활동작은 기초적인 일상생활 유지능력보다 상위의 개념으로 사회에서 기능을 하기 위해 약간의 더 복잡한 일을 할 수 있는 능력을 말한다(Lawton & Brody, 1969).

지적·자폐성 및 정신장애인의 수단적 일상생활동작(IADL) 능력은 <표2-11>과 같다. 지적·자폐성, 정신장애인의 수단적 일상생활동작은 대부분의 항목에서 전체 평균보다 낮은 수준이었다. 그 중 정신장애인이 가장 높은 자립도를 보였고, 자폐성장애인의 자립도가 가장 낮았다.

구체적인 영역별로는 지적장애의 경우 '금전관리, 식사준비, 전화사용하기'에서 평균보다 낮은 수준을 보였으며, 자폐성장애의 경우 '약 챙겨먹기, 금전관리, 물건사기'에서 평균보다 낮은 수준을 보였다. 정신장애는 앞의 지적·자폐성장애에 비해 항목별로는 높게 나타났지만 전체 장애인의 평균보다는 낮았으며, 특히 '금전관리, 물건사기, 식사준비'에서 낮게 나타났다.

위와 같이 지적·자폐성장애인과 정신장애인은 신체 기능적으로 불편함이 없기 때문에 일상생활활동(ADL)에 있어서는 높은 수준의 자립정도를 보이고 있지만 지적능력이 필요한 수단적 일상생활동작(IADL)에 있어서는 자립정도가 낮게 나타났다. 특히 정신장애인에 비해 지적·자폐성장애인의 경우 대부분의 항목에서 어려움을 겪는 것으로 나타났다. 이러한 장애유형에 대한 활동지원제도의 서비스 내용의 개발과 지원방안을 마련하는 것이 필요하지만 실제적으로 활동지원제도의 심의 자격에 일상생활 동작영역이 260점, 수단적 일상생활 동작영역이 125점, 장애특성 고려영역이 60점으로 구성되어 있어 장애특성을 고려하는 부분이 매우 부족하다. 이러한 인정조사표상 가장 높은 비중을 차지하는 일상생활 동작영역은 옷갈이입기, 옮겨얹기, 걷기, 화장실 사용하기 등을 중심으로 평가하기 때문에 신체 기능상의 자립도가 상대적으로 높은 중증의 지적·자폐성 및 정신장애만으로는 급여 대상에 포함되기 어렵다.

<표 2-11> 수단적 일상생활동작(IADL)

(단위: %, 명)

구분	지적장애	자폐성장애	정신장애	전체
전화사용하기				
완전자립	27.2	13.0	68.0	80.5
물건사기(쇼핑)				
완전자립	16.8	3.2	55.5	77.2
식사준비				
완전자립	16.6	2.9	53.9	72.4
집안일				
완전자립	22.3	2.9	58.0	67.6
빨래하기				
완전자립	26.8	8.7	67.1	74.5
약 챙겨먹기				
완전자립	34.2	2.4	67.3	85.3
금전관리				
완전자립	10.2	2.4	43.1	76.8
교통수단이용하기				
완전자립	25.7	5.8	54.4	72.5
계	100.0	100.0	100.0	100.0
전국추정수	153,332	16,238	103,894	2,611,126

출처 : 보건복지부(2011a). 장애인실태조사

라. 지적·자폐성 및 정신장애인의 사회적 차별 경험

<표 2-12> 사회적 차별 경험

(단위: %)

구분		지적장애	자폐성장애	정신장애	전체
입학 · 전학	유치원(보육시설)	40.4	40.3	49.5	30.5
	초등학교	40.5	45.2	33.5	34.2
	중학교	35.9	47.8	46.8	29.8
	고등학교	39.7	27.5	57.6	29.3
	대학교	30.7	0.0	57.0	16.3
학교 생활	교사로부터	40.2	42.1	42.4	21.4
	또래학생으로부터	69.0	66.5	76.1	49.2
	학부모로부터	31.1	28.5	23.4	15.1
결혼		69.4	100.0	50.9	26.5
취업		62.8	5.5	59.5	34.0
직장 생활	소득	54.6	10.9	35.8	20.7
	동료와의 관계	43.4	10.9	44.8	16.9
	승진	36.8	10.9	25.2	14.2
운전면허취득시		76.0	-	31.1	14.3
보험제도계약시		78.5	74.1	60.3	53.7
의료기관이용시		7.2	19.4	5.2	3.7
정보통신이용시		2.0	11.3	1.1	2.0
지역사회생활		22.6	43.1	10.0	7.8

출처 : 보건복지부(2011a). 장애인실태조사

지적·자폐성 및 정신장애인이 입학·전학, 학교생활, 결혼, 취업, 직장생활, 운전면허취득, 보험 계약, 의료기관 이용, 정보통신 이용, 지역사회 생활 내에서 겪은 사회적인 차별에 대한 경험은 <표2-12>와 같다.

첫째, 입학과 전학에 있어 지적·자폐성, 정신장애인이 겪는 사회적인 차별은 대체적으로 전체 장애인의 평균보다 높게 나타났다. 그 중 초등학교와 중학교에서 겪는 사회적인 차별은 자폐성장애인이 가장 높았으며, 유치원(보육시설), 고등학교, 대학교에서 겪는 사회적인 차별은 정신장애인이 가장 높았다.

둘째, 학교생활에서 겪는 사회적인 차별은 전체 장애인의 평균보다 정신장애인과 지적·자폐 성장애인이 더 높게 나타났다. 교사와 또래로부터의 차별은 정신장애인이 가장 많이 경험하였으며, 학부모로부터의 차별은 지적장애인이 가장 많이 경험하였다.

셋째, 결혼에서의 차별 경험은 전체 장애인의 평균보다 정신장애인과 지적·자폐성장애인이 더 높게 나타났다. 지적장애인은 응답자 전원이 결혼에서 차별을 경험하였다고 응답하였으며, 정신장애인은 절반 정도인 50.9%가 차별을 경험한 것으로 나타났다.

넷째, 취업에서의 차별 경험은 지적장애인과 정신적장애인은 전체 장애인의 평균(34.0%)보다 높았던 반면, 자폐성장애인은 평균보다 매우 낮은 수준의 차별을 경험하였다(5.5%).

다섯째, 직장생활에 있어서는 취업과 마찬가지로 자폐성장애인이 전체 장애인보다 적은 사회적 차별을 경험하였으며, 지적장애인과 자폐성장애인은 소득, 동료와의 관계, 승진의 전 영역에서 전체 장애인보다 더 많은 차별을 경험하였다.

여섯째, 운전면허 취득, 보험제도 갱신, 의료기관 이용, 지역사회 생활에 있어서는 운전면허 취득 경험이 없는 자폐성장애인을 제외하고 지적장애인과 정신장애인, 자폐성장애인 모두 다른 장애인보다 더 많은 사회적 차별을 경험하였다. 그 중 보험제도계약에 있어서 가장 많은 수의 장애인이 차별을 경험하였으며, 정신장애인과 지적·자폐성장애인 역시 가장 많은 차별을 경험하였다.

일부의 영역을 제외하고는 전체적인 사회생활의 영역에서 지적장애인과 자폐성장애인, 정신장애인은 다른 장애인에 비해 보다 많은 사회적인 차별을 경험하고 있었다. 그 중 직장생활과 관련한 부분에서 자폐성장애인이 경험한 사회적 차별이 가장 적었고, 정보통신의 이용(방송포함)과 관련하여 지적장애인과 정신장애인이 경험한 사회적인 차별이 가장 적었다.

마. 지적·자폐성 및 정신장애인의 현황

2011년 장애인실태조사에 의하면, 우리나라의 지적·자폐성장애인과 정신장애인의 현황은 <표2-13>과 같다. 등록 장애인의 수는 전체 2,517,312명이며, 등록하지 않은 장애인까지 포함하는 추정 장애인은 2,683,477명이고, 재가장애인의 수는 총 2,611,126명이다.

이 중 지적장애인은 전체 등록 장애인의 6.41%인 161,249명이며, 자폐성장애인은 전체 장애인의 0.59%인 14,888명, 정신장애인은 3.81%인 95,821명이다. 등록 장애인의 수가 가장 많은 장애는 지체장애인으로 전체 등록 장애인의 53.14%를 차지하고 있다.

장애유형 중 재가장애인의 비율이 가장 적은 장애인은 지적장애인으로 전체 지적장애인의 87.07%이다. 다음으로 정신장애 90.22%, 뇌병변장애 94.76%, 자폐성장애 95.99%로 신체적인 장애를 가진 지체, 시각, 청각, 언어 장애인 등에 비해 정신적인 장애를 가진 지적장애, 정신장애, 자폐성장애인이 지역사회로 대표할 수 있는 가정에 거주하는 비율이 상대적으로 적었다.

<표 2-13> 장애유형별 추정, 등록, 재가장애인 수

장애유형	추정장애인	등록장애인	재가장애인
계	2,683,477 (100.00)	2,517,312 (93.81)	2,611,126 (97.30)
지체장애	1,338,554 (100.00)	1,337,722 (99.94)	1,325,877 (99.05)
뇌병변장애	333,798 (100.00)	261,746 (78.41)	316,309 (94.76)
시각장애	259,986 (100.00)	249,259 (95.87)	256,841 (98.79)
청각장애	281,878 (100.00)	260,403 (92.38)	278,337 (98.74)

장애유형	추정장애인	등록장애인	재가장애인
언어장애	21,277 (100.00)	17,207 (80.87)	21,049 (98.93)
지적장애	176,110 (100.00)	161,249 (91.56)	153,332 (87.07)
자폐성장애	16,916 (100.00)	14,888 (88.01)	16,238 (95.99)
정신장애	115,151 (100.00)	95,821 (83.21)	103,894 (90.22)
신장장애	58,702 (100.00)	57,142 (97.34)	58,500 (99.66)
심장장애	18,573 (100.00)	12,864 (69.26)	18,508 (99.65)
호흡기장애	19,316 (100.00)	15,551 (80.51)	19,249 (99.65)
간장애	9,292 (100.00)	7,920 (85.23)	9,289 (99.97)
안면장애	2,434 (100.00)	2,696 (110.76)	2,426 (99.67)
장루·요루장애	16,790 (100.00)	13,072 (77.86)	16,705 (99.49)
간질장애	14,701 (100.00)	9,772 (66.47)	14,572 (99.12)

출처 : 보건복지부(2011a). 장애인실태조사

서울지역 내의 지적·자폐성, 정신장애인을 살펴보면, 2005년부터 2010년까지 그 수가 점차 증가하였다(<표2-14>). 하지만 타 장애유형의 장애인 수도 증가하여 전체 장애인 중 지적·자폐성, 정신장애인이 차지하는 비율은 2005년 10.71%에서 2010년 9.83%로 감소하였다.

<표 2-14> 서울지역 등록장애 및 정신적장애 현황

(2010년/단위: 명)

구분	년도	전체등록 장애	정신적 장애	정신적장애군		
				지적장애	자폐성	정신장애
연도별	2005년	297,087	31,807	19,305	2,166	10,336
	2006년	324,560	33,992	19,852	2,482	11,658
	2007년	346,275	35,679	20,323	2,776	12,580
	2008년	368,955	37,630	21,011	3,025	13,594
	2009년	401,638	39,828	21,513	3,219	15,096
	2010년	414,522	40,766	22,041	3,433	15,292

출처 : 서울시(2011). 2011년 서울통계연보

2. 지적·자폐성, 정신장애인의 탈시설정책

가. 탈시설화의 기원

탈시설화(deinstitutionalization)는 1950년대 미국에서 정신장애인을 비인도적인 감금하였던 장소인 정신병원으로부터 지역사회로의 이동과 관련된 조치들을 지칭하는 데에서 기원하였다. 실제 정신장애인들에 대한 정신병원에서의 대규모 감금과 감금장소에서의 열악하고 비인도적인 처우는 20세기 초부터 시민운동가나 인권운동가들에 의해 사회적 이슈가 되었으며, 1940년대 후반에는 Life지의 기고문이나 Ward의 책 '뱀의 굴(snake pit)' 등이 공공 정신병원에 관한 사회적 관심을 불러 일으켰다(NASW, 1999). 즉 이러한 인권운동과 시설화에 대한 저작들은 대규모의 수용은 본질적으로 거주자에 대한 다양한 규제를 수반하기 때문에 몰개성화, 비인간화, 프라이버시의 침해 등 인간의 기본권 침해의 가능성이 높다는 것을 환기시킴으로써 사회적 반성을 가져오는 계기를 마련하였다.

탈시설화는 대규모 수용시설의 한계를 극복하려는 대안적 성격을 가진다. 즉 탈시설화는 가장 소외되고 빈곤한 사람들의 인간으로서 기본적인 권을 보장하기 위해서는 지역사회에서 격리되어 있는 폐쇄적이고 고립된 장소가 아니라 지역사회내의 개방적이고 통합적인 장소에서 함께 살 수 있도록 하자는 데에서 출발하였다고 볼 수 있다.

실제 미국에서 탈시설화의 영향을 가장 크게 받는 시설화의 형태는 주립정신병원이었으며, 1955년 입원자수 558,922명에서 1991년 88,571명으로 84%가 퇴원하게 되는 획기적인 감소가 나타났다. 이러한 탈시설화가 극적으로 나타난 요인은 다음과 같은 다섯 가지 요인들이 중요하게 작용하였다(NASW, 1999).

- 첫째, 언론과 사회과학자들이 보고한 시설화의 부정적 영향
- 둘째, 대안에 비하여 시설보호의 비용이 상대적으로 점차 증가하고 있다는 사실
- 셋째, 감금 및 격리라는 시설기능을 진부하게 만드는 사회, 심리 및 의료과학의 발달
- 넷째, 개인의 정당한 권리보호와 최소한의 규제를 통한 보호 및 치료의 필요성을 강조하는 시민권운동의 발전
- 다섯째, 시설의 유지를 위한 재정이 이용자의 바우처체제로 대체되도록 하는 광범위한 공적 부조체계의 발달 등이다.

미국에서 보수주의자들은 위의 다섯 가지 요인들 중 탈시설화로 인한 시설 내 수용자수의 감소가 가져오는 재정절감에 주목하였으며, 그들이 이 정책을 지지하는 가장 중요한 이유가 되었다(NASW, 1999). 즉 미국에서 탈시설화는 시설보호의 비인권적 측면에 관한 비판에서 출발하였지만 시설보호에 소요되는 비용측면을 보다 강조한 흐름으로서 시설유지에 따른 비합리적인 재정투입에 반대하는 경향을 가지고 있었다.

이에 비해 탈시설화의 유사개념으로 1960년대 북유럽에서 사용되기 시작한 정상화(Normalization)는 대규모시설에의 수용에 반대한다는 측면에서는 탈시설화와 동일하지만, 재정투입의 대폭적인 증대를 통한 서비스 질의 향상을 주장하며 근본적으로 정상화를 위해서는 시설수용의 경우보다 훨씬 많은 예산이 투입되어야 함을 강조하고 있다(한국보건사회연구원, 2008). 정상화는 장애인이 인간으로서 가지는 기본권, 평등권을 보장하기 위해 모든 생활영역에서 가능한 정상적인 생활조건하에 삶을 영위할 수 있도록 해야 한다는 데 초점을 두며, 지역사회로의 물리적 이동보다는 주거에서의 기본적인 인권 및 프라이버시 보장, 지역사회와 통합적인 생활의 유지 등을 강조한다.

나. 탈시설화의 개념

미국정부 일반회계국(General Accounting Office, GAO)의 보고서는 탈시설화를 다음과 같이 세 가지 측면에서 정의하고 있다(US GAO, 1977).

탈시설화란 (1) 시설에의 불필요한 수용이나 감금을 방지하는 과정, (2) 시설에 수용되어 있을 필요가 없는 이들을 위한 주거나 치료, 훈련, 교육 및 재활을 위하여 지역사회 내에서 적절한 대안을 마련하거나 발달시키는 과정, (3) 시설보호가 필요한 이들을 위한 생활조건, 보호 및 치료를 개선하는 과정이다.

이처럼 탈시설화의 개념은 단지 시설을 벗어나 지역사회에서 원가족과 함께 생활하거나 독립적인 생활을 영위하는 것을 넘어서는 복합적이고, 다차원적인 측면을 가지고 있다. 장애인 탈시설화는 불필요한 수용이나 감금을 방지하기 위한 정책적 전략에서부터 지역사회에서 원가족들과의 생활이나 독립적인 형태의 자립생활이 가능하도록 하는 다양한 지원체계의 수립은 물론, 기존의 시설을 개선하여 보다 나은 생활조건을 수립하는 역영을 포함하는 복합적이고 다차원적인 측면을 가진 개념이라고 하겠다.

따라서 탈시설화는 지역사회에서 원가족과의 생활이나 완전한 독립생활의 중간단계로서 새로운 주거시설의 개념을 모색할 필요가 있다는 것이 일반적으로 받아들여지고 있다. 이와 관련하여 손광훈(2004)은 탈시설화가 지향하는 구체적인 요건들을 다음과 같은 6가지로 나누어 제시하고 있다.

- ① 규제가 많은 생활에서 적은 생활로
- ② 큰 시설에서 작은 규모의 시설로
- ③ 큰 생활단위에서 작은 생활단위로
- ④ 집단활동에서 개인 생활로

- ⑤ 지역사회에서 격리된 생활에서 지역사회에 통합된 생활로
- ⑥ 의존적인 생활에서 자립적인 생활로

이와 같은 탈시설화 요건에 관한 논의는 탈시설화가 단지 시설에서 벗어나는 차원을 넘어 시설 내의 인권보장 강화, 소규모화, 자기결정권 강화, 지역사회 통합적 생활 그리고 자립지원 등의 다양한 스펙트럼을 가지고 있음을 나타낸다.

다. 탈시설화 지향 거주시설서비스의 원칙

현실적으로 완전히 시설을 벗어나 독립생활을 영위할 수 있는 장애인은 상당히 제한적인 것으로 추정된다. 장애인생활시설이나 정신의료기관 및 정신요양원 장기거주자가 대부분 기초생활보장 수급자인 현실에서 주거보장의 수준이 미비하고 지역사회생활지원제도의 발전이 초기 단계에 있기 때문에 탈시설화정책의 하나로서 거주시설서비스 개혁은 중요한 의미를 가진다. 즉 현단계에서 탈시설화정책은 탈시설 자체를 목표로 하기보다 장애인의 주거에 대한 선택권 보장에 초점을 두어 시설의 소규모화 및 다양화에 초점을 두는 것이 현실적인 대안일 것이다. 따라서 여기에서는 탈시설화지향의 거주시설서비스 수립의 원칙에 대해 논의하고자 한다.

김용득(2012a)은 탈시설화 지향의 거주시설서비스를 ① 지역사회생활중심 자립생활중심 ② 이용자의 자유와 자기결정 ③ 집과 같은 주거공간 ④ 필요에 부응하는 서비스 ⑤ 보편적인 접근성 ⑥ 아동과 성인의 차별적인 욕구 반영 등 여섯 가지로 제시하고 있다. 이를 좀 더 자세히 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 지역사회생활중심, 자립생활중심 거주서비스의 원칙은 거주서비스 제공결정 이전에 원가정에서 적절한 서비스를 지원받을 수 있도록 하는 조치가 우선적으로 고려되어야 하며, 거주시설 서비스는 원가정에 지원서비스가 제공되더라도 일상적인 생활을 영위하기 어려운 경우에 한하여 제공되어야 한다는 것이다. 이와 관련하여 김용득(2012)은 영국 보건부의 돌봄서비스 욕구사정에 관한 정책지침이 정하고 있는 서비스 우선순위를 다음과 같이 제시하고 있다.

- ① 자기 집에서 살 수 있도록 지원한다.
- ② 보다 적절한 주거 장소로 이사한다.
- ③ 다른 일반 가정집으로 이동한다.
- ④ 거주보호시설(residential care)로 이동한다.
- ⑤ 요양원(nursing home)으로 이동한다.
- ⑥ 장기병동에 입원한다.

둘째, 이용자의 자유와 자기결정의 원칙은 거주시설에서 일상의 기본적인 자유권 보장을 강조하며, 스스로 상해를 입힐 위험이 있거나 다른 사람에게 상해를 가할 위험이 확인된 경우에 기본적인 자유권이 제한될 수 있어야 한다는 것이다. 그리고 포괄적인 자유의 제한은 허용되어서

는 안되며 기본적인 자유가 제한될 수 있는 상황과 조건에 관해서는 상호합의에 의한 서비스이용 계약서에 기재된 경우에 한해서만 제한될 수 있다는 것이다.

셋째, 집과 같은 거주공간의 원칙은 거주시설을 통하여 제공되는 거주공간은 최대한 가정집과 같은 환경이어야 한다는 것이다.

넷째, 필요에 부응하는 서비스의 원칙은 이용자의 필요에 따라 서비스의 강도와 내용, 서비스의 기간과 목적에 따라 다양한 서비스의 종류가 구비되어야 한다는 것이다. 즉 이용자의 욕구와 상황에 따라 거주 장소만 제공할 수도 있고 시설관리, 식사, 개별지원 그리고 간호지원 등까지 지원할 수도 있다는 것이다. 그리고 거주시설을 단기간 혹은 장기간 이용할 수도 있으며 훈련목적으로 이용할 수도 있다는 것이다.

다섯째 보편적인 접근성의 원칙은 거주시설 이용자격은 소득기준이 아니라 장애기준에 따라 부여되어야 한다는 것이다. 다만 장애기준을 엄격하게 적용하여 불필요한 시설이용을 제한해야 한다는 것이다.

여섯째, 아동과 성인의 차별적인 욕구반영 원칙은 대상별 욕구를 반영하여 원가정에서 살기 어려운 장애아동의 경우에는 입양과 위탁보호가 우선적인 대안이 되어야 하며, 성인의 경우에는 주택임대, 공동주택, 거주시설서비스(그룹홈, 케어홈, 요양홈) 등 독립적인 성인으로서의 욕구를 충족할 수 있는 방안이 우선적인 대안으로 고려되어야 한다는 것이다.

라. 불필요한 시설화의 통제

미국에서 탈시설화의 논의는 불필요한 시설화에 의한 재정의 비효율성과 깊이 관련되어 있다. 즉 불필요한 시설화를 억제함으로써 공공재정의 효율성을 제고하려는 보수주의적 입장이 시설화에 의한 인권문제를 제기하는 자유주의자들과 정책방향에서 일치점을 형성함으로써 급속도로 탈시설화가 추진될 수 있었다.

일반 장애인영역에서 시설화의 억제기제는 경제적 기준에 따른 시설의 이용자격에 대한 제한이다. 우리나라의 경우 장애인생활시설 이용자격을 기초생활보장 수급자 또는 무연고자로 제한하고 있는데, 이는 차상위계층 이상의 자들이 시설을 이용하는 것을 억제하는 결과를 가져오고 있다. 그러나 이러한 규정은 다른 측면에서 불필요한 시설이용을 조장하고 있다. 즉 장애의 경중한 정도가 아니라 빈곤기준으로 시설입소자를 결정하게 됨으로써 실제 일정한 생활지원이 제공되는 경우 지역사회에서 생활하는 데에 별다른 어려움이 없는 장애인도 시설에 입소하게 되는 결과를 초래한다. 더불어 시설입소가 상당히 필요한 차상위계층의 장애인에게는 시설이용을 지나치게 억제하는 기제가 된다.

정신장애인의 경우에도 의료비용에 대한 자기부담이 없는 의료급여 1종 수급자들에게 정신의료기관은 치료의 장소이기보다 의식주문제를 한꺼번에 해결할 수 있는 장소가 됨으로써 시설화가 지속되고 있다.

불필요한 시설화의 통제는 지적·자폐성장애인이나 정신장애인 모두 기초생활수급권을 가진

장애인이 주 대상이 된다. 지적·자폐성장애인의 경우에는 현재 명목화되어 있는 지자체의 입소심사에 대한 구체적인 기준과 절차를 마련함과 더불어 입소에 대한 대안적 선택서비스를 제공할 수 있는 방안을 마련하는 것이 정책적 방안이 될 것이다. 그리고 정신장애인의 경우 정신요양시설 입소에 관련된 사항은 이와 같은 방법으로 억제될 수 있을 것이다.

그러나 빈곤 정신장애인의 정신의료기관 입원통제는 복잡한 측면을 가지고 있다. 약 80% 정도의 정신장애인은 정신보건법 제24조의 보호의무자에 의한 입원으로 정신의료기관에 입원한다. 즉 보호의무자의 동의와 당해 정신의료기관에 소속된 정신건강의학과전문의의 판단으로 입원한다. 이는 정신장애인 입원이 공적 기관의 통제가 미칠 수 없는 영역에 있음을 의미한다. 그리고 퇴원심사는 정신보건법 제31조에 의해 정신보건심판위원회에서 심사하도록 하고 있는데 퇴원결정이 내려지는 경우는 드물다. 현행 법제의 개혁 없이 입·퇴원 통제기능 작동을 위해서는 정신보건심판위원회에 당사자 대표 및 인권단체 인사들의 적극적인 참여가 필요할 것이다. 그리고 의료급여 수급자의 경우 입원 시 반드시 공공 응급병상에서 일정기간 안정화기간을 가지도록 하는 정책방안도 모색될 수 있다.

마. 탈시설화의 방향

현실적인 장애인 탈시설화정책의 추진방안은 크게 두가지 방향에서 추진될 수 있다. 첫째, 기존의 대규모 주거시설을 해체하여 소규모시설로 이전하고 거주자의 상태에 따른 다양한 욕구에 부응할 수 있도록 주거시설을 다양화하는 것이다. 둘째, 새로운 시설 진입자를 억제하기 위한 다양한 지역사회 생활지원프로그램을 설치하고 일시적 시설욕구에 대응할 수 있는 소규모의 단기 서비스프로그램을 확대하는 것이다.

이와 더불어 정신장애인의 경우에는 지방자치단체가 적어도 의료급여 수급자의 경우에는 입원통제기제를 마련하는 다양한 정책방안을 마련할 필요가 있어야만 탈시설화정책이 실효성을 가지게 될 것이다.

3. 지적 · 자폐성, 정신장애인의 고용정책

장애인에게 일이란 단순히 돈을 버는 일차적 차원뿐만이 아니라 치료인 동시에 사회통합을 위한 재활의 궁극적인 목표이기도 하다. 장애인에게 긍정적 영향을 미치는 가장 효과적인 재활수단이 직업재활이라는 사실은 일찍부터 인식되어 왔기 때문에 국가적인 정책도 직업재활에 많은 노력을 기울이고 있다(김용탁 외, 2007).

사회적 맥락 속에 존재하는 개인은 일을 통해 자신의 정체성을 확인받는다. 즉 일이라는 것은 생계의 보장이라는 기초적 생활수단임과 동시에 사회와 관계 맺는 방식이며 그를 통해 자신의 의미를 확인하는 과정이다. 이러한 일의 의미와 내용 때문에 장애인에게 직업재활은 가장 효과적인 재활로서 받아들여지는 것이다. 즉 일은 곧 장애인에게 질적인 사회통합의 가능성

을 여는 장으로 작용한다(이성규 외, 2002).

장애인들은 경제적, 사회적 그리고 문화적으로 소외되어 있기 때문에 장애인들이 차별과 소외의 현장에서 벗어나기 위해서는 장애인들도 사회적으로 가치를 인정받을 수 있는 역할을 수행하도록 해야 하며, 기술과 능력향상을 통해 당당한 직업인으로서 사회적 인정을 받는 것이 그 방법일 것이다(이성순, 2011). 즉, 장애인은 장애로 인한 불편보다 사회적 고립과 편견의 벽이 더 높으므로 일을 통해 경제적 이득을 얻고 사회활동에 참여한다는 직접적인 의미도 중요하지만, 일을 한다는 것은 장애인의 자신감을 높이고 심리적인 불안감을 감소시키며 사회에 융합되어 독립적인 사회인으로 살아갈 수 있는 원동력이 된다(김용탁 외, 2007).

이렇게 장애인의 취업과 삶의 질과 관련하여 볼 때에 장애인의 취업은 단순한 취업률의 증가가 아닌 장애인의 삶의 질을 보장해 줄 수 있는 것이어야 할 것이다. 장애인이 취업 되더라도 월급이 최저 생계비에 미달하거나, 승진이나 대인관계 측면에서 차별적인 대우를 받는다면, 취업이 반드시 삶의 질을 보장해 준다고 보기는 어렵다. 이제는 취업의 양적인 측면보다 질적인 측면에 대한 동시적인 고려가 이루어져야 할 것이다(진기남·엄승연, 1998).

위와 같은 장애인 고용의 의미들이 정책 가운데 어떻게 형상화 되고 있는지, 정책의 변화 과정을 통해 살펴보고자 한다. 이 쟁점을 쫓는 일은 전체 장애인 고용정책의 틀 속에서 진행되는 지적·자폐성, 정신장애인의 고용 상황을 이해하는 적절한 지점들을 제공할 것이다.

우리나라에서 장애인 고용정책을 제도적으로 추진할 수 있는 법적 기반은 1990년 「장애인고용촉진등에관한법률」의 제정·공포를 통해 처음으로 마련되었다. 기존의 정책이 무관심 또는 선언적 규정에 그친 소극적 정책이었다면 이 법은 할당고용제도(quota system)라는 실질적인 이행수단을 포함한다는 점에서 의미가 있다(류정진 외, 2010). 그러나 이 법률은 사회적 환경 변화와 정책수요에 적절하게 대응하기 어렵다는 한계로 인하여 2000년 「장애인고용촉진 및 직업재활법」으로 개정되었으며 그 후에도 수차례 법률을 개정하였다. 이런 과정 속에서 장애인 고용의무사업주의 범위 확대, 부담금·장려금 제도의 개선, 적용제외율의 점차적 축소를 통한 폐지 등의 제도개선이 이루어졌다. 2007년 「장애인차별금지및권리구제등에관한법률」이 공포되었는데 이것은 장애인에 대한 편견과 차별을 예방·제거 할 수 있는 제도적 장치가 마련되었다는 중요한 의미를 갖는다(남용현, 2012).

보통 영미(英美)국가에서는 주로 장애인차별금지법을 통해, 독일·일본 등 대륙법제 국가에서는 장애인의무고용제도와 불이행시 고용부담금을 납부하는 제도를 통해 정책목표를 달성하고자 한다. 현재 우리나라는 이 두 가지 제도 즉, '장애인의무고용제도'와 '고용에서의 차별금지제도'를 모두 시행하고 있다. 양 제도 모두 정부가 노동시장의 개입을 통하여 일정 수의 장애인을 의무적으로 고용토록하거나 고용에서의 차별을 금하도록 하고, 이를 위반하는 경우 고용부담금 등의 납부를 통해 재정적 의무를 부담토록 함과 아울러 또 한편으로는 이를 충실히 이행한 사업주에 대하여는 고용장려금 등을 지원토록 한다는 점에서 향하는 바는 같다고 볼 수 있다(이성순, 2011).

2007년에 장애인차별금지법이 제정되기는 했지만 우리나라의 장애인고용정책은 앞서 언급한대로 1990년에 제정한 「장애인고용촉진 등에 관한 법률」에서 주요 골자가 나왔다. 여기에는 장애인 고용촉진을 위한 여러 제도들에 관한 규정을 담고 있는데 그 중에서도 ‘할당고용제’와 ‘장려금제도’는 장애인고용에 대한 적극적인 의지가 담겨있는 중요한 중심축이라고 할 수 있다. 정부기관을 비롯하여 일정규모 이상의 민간사업주에게 일정비율의 장애인 고용을 의무화한 할당고용제는 장애인 고용 활성화를 위한 기본적인 제도이다. 동시에 고용의무를 이행하지 않은 사업주에 대해 미고용된 인원만큼 부담금을 부과하고 법정 의무고용율을 초과하는 사업주에 대해서는 초과인원 당 일정한 금액을 지원하는 장려금제도를 규정하였다. 장애인 고용정책의 주요한 두 축인 할당고용제도와 장려금제도의 구체적 내용은 다음과 같다.

먼저 할당고용제의 핵심은 장애인의 일자리를 만드는데 있다. 이러한 목적을 달성하기 위해 할당 적용대상과 장애인 기준 및 의무고용율을 정하게 된다. 할당고용 적용대상은 국가 및 지방자치단체와 월평균 상시 50인 이상의 상시근로자를 고용하는 민간부문의 사업주이다. 민간부문은 당초 월평균 상시 300인 이상 기업에 의무를 부과했으나 2004년부터 50인 이상으로 확대하였다.

법 제정 당시 의무고용율은 2%였으며 사업주의 부담을 고려하여 제도 도입 초기인 1991년에는 1%, 1992년에는 1.6%를 적용하였다. 정부부문의 경우 1991년에는 소속공무원 정원의 100분의 2이상 고용할 수 있도록 노력하도록 규정함으로써 강제규정이 아니었으나 2000년에 의무조항으로 개정하였고 2009년에 의무고용율을 2%에서 3%로 상향 조정하였다. 민간부문의 의무고용율은 2010년 2%에서 2.3%로 상향되었고, 2012년에 2.5%, 2014년에 2.7%로 단계적으로 올라간다.

장애인을 고용하지 아니할 경우 부담금을 납부해야 한다. 부담금은 벌금 성격보다 조정적 성격이 더 강하다. 다시 말하면 사회연대책임의 이념을 반영하여 장애인고용에 따르는 경제적 부담을 장애인을 고용하는 사업주와 고용하지 아니하는 사업주간에 평등하게 조정하고, 실업중인 장애인의 고용촉진을 위해 장애인을 새로 고용하는 사업주가 작업설비 등의 개선으로 갖게 될 부담을 줄이는 데 목적이 있다. 부담기초액은 장애인고용으로 인해 매달 소요되는 특별비용의 평균액을 기초로 하여 산정하되 최저임금의 60% 이상이어야 한다. 2010년 기준, 부담기초액은 530,000원이다. 장애인고용율 1% 미만 사업주에게 부담기초액의 50%를 가산 징수하는 반면 중증장애인을 고용한 경우 납부액의 2분의 1 범위 내에서 부담기초액의 50%를 감액한다.

두 번째는 장애인고용장려금이다. 이는 노동수요를 고려한 적극적 노동정책의 대표적인 수단이다. 이는 장애인을 고용한 사업주의 경제적 부담을 경감해주고 장애인고용을 장려하기 위한 것을 목적으로 한다. 2009년도까지는 의무고용율 2%를 초과하여 장애인을 고용한 사업주에게 장려금을 지원했으나 2010년부터는 의무고용율이 상향조정됨에 따라 월별 상시근로자의 2.7%를 초과하여 장애인을 고용한 사업주에게만 장려금을 지급한다. 아울러 2010년부터 공기업 및 준정부기관은 의무고용율 3%를 초과하여 장애인을 고용한 사업주에게만 장려금을 지원한다.

장애인고용정책으로 일자리가 늘어나고 취업률이 높아진 것에 대한 긍정적인 평가의 이면에는 경증 장애인에 대한 쏠림현상이나 자영업자의 비율이 높은 것, 소득격차 감소효과는 미미한

것 등이 한계로 지적되고 있다(류정진 외, 2010). 이 한계는 곧 지적·자폐성, 정신장애인의 상황을 반영하는 것이다. 장애등급 1-3급까지를 중증장애라고 본다. 그런데 지적·자폐성인과 정신장애인은 3급 이하의 등급은 없으므로 이 세 유형에 속한 장애인은 모두 중증장애인이다. 때문에 고용에 있어 경증장애인에 대한 쏠림현상은 중증의 정신적장애인에겐 여전히 충분한 일자리가 제공되지 않다는 뜻이기도 하다. 또한 2011년 장애인실태조사에서 장애인 근로소득을 보면 정신적장애인이 장애인들 중에서도 열악한 상황에 있다는 것을 알 수 있다. 전체 장애인 평균 월근로소득이 47만원인데 비해 지적장애인이 18만원, 자폐성장애인이 12만원 그리고 정신장애인이 17만원이었다.

이처럼 일반적인 임금근로일자리 창출만으로는 전체 장애인의 고용문제를 해결하는데 한계가 있음에 따라 중증장애인에게 초점을 맞춘 장애인 고용정책의 필요성이 대두된다. 2000년 「장애인고용촉진및직업재활법」의 개정내용에 포함된 생산적 복지이념을 배경으로 근로능력과 의욕이 있는 장애인의 일자리 제공을 목표로 중증장애인에게 보다 초점을 맞춘 종합적인 장애인 고용정책으로 전환이 그것이다. 이를 위해 개정법은 직업재활실시기관을 명문화하여 장애인에 대한 직업지도, 직업적응훈련, 직업능력개발훈련, 지원고용, 취업알선, 취업 후 적응지도 등 고용촉진 및 직업재활의 단계적인 사업내용과 지원근거를 마련하였다(유완식, 2010).

이 중 직업재활시설은 일반고용이 힘든 중증장애인에게 일 경험과 훈련의 과정을 제공할 수 있게 되었다. 직업재활시설은 '근로작업시설', '보호작업시설', '작업활동시설', '직업훈련시설'이라는 4가지 유형에 맞추어 조직되었다. 장애의 정도에 따라 과정의 내용을 달리함으로써 각기 상이한 상태에 놓여있는 장애인들에게 적절한 직업재활을 제공할 수 있도록 한 것이다. 현재 직업재활시설기관에서 보호고용 상태에 있는 80%가 정신적장애인으로 구성된 것은 상대적으로 더욱 고용이 어려운 중증장애인을 대상으로 한 직업재활시설의 기본 모토에 따른 결과라고 볼 수 있다. 또한 교육과 훈련이 용이할 수 있도록 단순한 작업의 임가공 형태의 생산품이 주를 이루는 것도 이러한 배경에 있다.

2007년에 발표된 <제2차 장애인지원 종합대책 주요관제>중에서 '직업재활시설의 보호고용 기능강화'를 살펴보면 '일반고용 전이를 높이기 위해 근로작업시설 지원강화'라고 설명하고 있다. 직업재활시설은 일 경험을 제공하는 것 이외에 더 나은 상태로의 발달을 추구하는 것이다. 따라서 바로 일반고용이 어려운 중증장애인에게 충분한 훈련의 시간을 제공한다는 점에서 보호고용은 의미가 있다.

이 구조가 7년 동안 진행되다가 유형개편의 필요성이 대두된다. 그 배경은 시설유형에 따라 역할이 미흡한 점, 유형간 전이 혹은 연계가 부족한 점, 중증장애인을 위한 보호고용의 역할로서의 기회제공이 미흡한 점, 중증장애인의 고용 창출과 소득증대를 위한 시설 기능강화 필요성이 변화의 이유였다(신직수, 2012). 4개의 유형이었던 직업재활시설기관이 '보호시설'과 '근로시설'의 2개로 변경된다. 이 개편과 개편이후에 변화들을 통하여 보호고용은 생산성이 더욱 강조되며, 보호고용에서의 임금기준이 권고사항에서 강제사항으로 변경이 된다. 보호작업장 재활프로그램

이 8시간 의무였던 것을 장애인복지법 시행규칙 개정으로 자율적으로 운영할 수 있게 되었다. 단순 임가공형태의 생산품과 시설의 인력부족으로 인하여 판로개척등과 같은 경영의 어려움을 겪으면서 보호고용의 임금 역시 매우 낮은 수준을 지속하고 있다. 이로 인해 교육과 훈련의 역할은 퇴보되고 생산성이 강조되는 구조가 된다.

살펴보았듯이 장애인고용 정책은 1990년부터 적극적이고 실제적인 영향력을 갖게 되었다. 20년이 지난 지금 할당고용제와 장려금제도를 통하여 장애인고용이 점차적으로 확대되고 있다. 하지만 경증장애인 풀림현상으로 인해 중증인 정신적장애인은 이러한 확대를 체감하기 어렵다. 이와 같은 배경으로 인해 정신적장애인에게 보호고용은 고용에 있어서 중요한 역할을 차지한다. 하지만 보호고용은 낮은 생산성과 임금의 문제를 겪고 있으며 또한 개편 이후의 구조적 변화는 보호고용에서 일반고용으로의 전이를 어렵게 만들고 있다.

따라서 정신적장애인의 고용정책은 전체 장애인고용정책의 큰 맥락 속에서 그 목적을 달성하기 위하여 정신적장애의 특성과 유형을 반영한 추가적인 접근이 필요할 것이다.

4. 탈시설과 고용

인권과 복지에 대한 관계는 여러 가지 수준과 차원에서 이야기될 수 있지만, 현대사회에서 사회권의 비중이 확대될수록 인권과 복지의 영역이 중첩되는 범위는 넓어지고 있다. 인권은 근대 자유권적 기본권에서 현대의 사회권적 기본권과 공동체 연대형 기본권으로까지 확대되고 있으며, 이 제와 함께 복지 역시 생존생계형 최소복지에서부터 주거·보육·교육·의료 등에 걸친 일반적보편적 제도복지를 거쳐 함께 하는 공동체적 나눔복지를 지향해 가고 있기 때문이다(조한진 외, 2012).

즉, 사회정의의 실현, 결핍으로부터의 자유, 사회, 경제, 문화생활에의 참여 등을 보장하는 것을 목표로 하는 '적극적 권리'(서미경, 2005)의 강조는 복지가 실제적인 형태로 구현될 수 있게 한다. 교육권, 노동권, 참정권, 청구권, 환경권, 건강권 등 헌법에서 보장된 권리는 장애를 가진 사람이든 아니든 대한민국의 국민이라면 누구나 누려야 하는 시민적 기본권으로 복지를 제공할 명분과 근거가 되어 제도 내에서 작동하기 때문이다.

하지만 기존에 정신장애인의 인권문제는 “개인의 자유를 박탈하는 어떠한 것으로부터의 자유”라는 소극적 권리로서의 의미에서 접근하였다¹⁾. 그들이 현재 머물러 있는 주거 형태의 틀 자체에 대한 문제제기 없이, 정신병원 진료환경개선의 시급성, 정신요양을 효율적으로 향상시키기 위한 재활관련프로그램과 전문 인력, 수시 진료 등의 개선(현명호 외, 2004)으로 그 방향성을 제시하였다. 이것은 정신장애인의 삶의 모양새가 타인에 의해 재단되는 폭력성을 포착하지 못한다.

이러한 흐름 속에서 탈시설에 대한 문제제기 역시, 인간의 기본권 침해의 가능성이 높다는

1) 사실 적극적 권리와 소극적 권리는 서로 불가분의 관계에 있다. 적극적 권리에 해당하는 교육이나 의료제도의 참여가 잘 이루어지지 않아 글을 모르거나 심한 질병에 시달리는 사람에게 결사의 자유나 문서화된 자유 등은 의미가 없기 때문이다. 인권의 개념은 억압에 저항한다는 소극적 단계에서 출발하여 인간의 물질적 비물질적 욕구가 충족될 권리와 자원의 생산과 분배에 있어서 평등하게 참여할 권리 등을 인정하는 적극적 단계로 발전되어 왔다(서미경, 2005).

측면에서 시작되었다는 점을 상기시켜 볼 필요가 있다. 정신장애인의 인권옹호가 시설에서만 필요한 것이 아니라 그들이 지역사회에 통합되는 전반적인 과정에서 이루어져야 한다는 전제하에 있다면 정신장애인을 둘러싼 정신과시설, 지역사회 가족체계에서의 인권문제(서미경, 2005)로 이해할 수 있다.

소극적 권리로서의 접근이 정신장애인의 삶의 한 단면에서, 단선적인 관계를 통해 경험하는 인권침해를 해결할 수 있다면, 적극적 인권의 개념을 통해서도 정신장애인을 둘러싼 체계들간의 상호관계를 분석하고 보다 포괄적인 대안을 제시할 수 있게 된다. 이러한 개인과 체계가 관계 맺고 있는 방식에 대한 접근은 장애인복지법에서도 밝히고 있는 평등한 인간으로서 완전한 ‘참여’를 이루는 ‘사회적 통합’에 대한 구체적인 대안을 제시할 수 있게 한다.

같은 맥락에서 고용 역시 이러한 적극적 인권의 개념으로 이해할 수 있다. 직업은 생계수단을 제공하고 일상생활을 규칙화하며 개인의 가치를 확인해 주고 사회활동의 기회를 제공하며 자아를 실현하는 수단이다. 따라서 장애인을 포함한 모든 사람에게 있어 노동은 생계수단 이상의 의미를 가지고 있으며, 자신의 존재에 대한 자긍심과 자아 성취를 위한 권리로 인정받고 있다(조한진 외, 2012).

탈시설과 고용정책은 사회권의 실현을 위한 내용적 측면에서도 공통점이 있을 뿐 아니라 정신장애인의 생활 속에 드러나는 구체적인 실행 과정을 통해 밀접하게 연결되어 있음을 알 수 있다. 탈시설은 시설에의 불필요한 수용이나 감금을 방지하는 과정과 함께 시설에 수용되어 있을 필요가 없는 이들을 위한 주거나 치료, 훈련, 교육 및 재활을 위하여 지역사회 내에서 적절한 대안을 마련하거나 발달시키는 과정이다. 그리고 지역사회 내 생활을 위한 적절한 대안의 궁극적 지점에는 고용정책이 필요하다. 다른 측면에서 고용은 장애인의 지역사회생활에 중요한 하나의 조건이라고 볼 수 있는 것이다. 정신장애인 클럽하우스가 이들의 지역사회생활을 위한 기본적인 세 가지 요소를 주거, 일, 친구로 선언하고 있는 것도 같은 맥락이라고 볼 수 있다.

지적·자폐성 및 정신장애인의 탈시설과 고용의 관계는 “지역사회”에서 구체적으로 드러난다. 여기서 말하는 지역사회는 닫힌 공간을 의미하는 시설과 상반되는 개념으로서 열린 물리적 공간을 포함한, 다양한 집단들과 상호작용을 강조하는 사회적 동질성의 개념으로서의 지역을 의미한다(최일섭, 1984; 한국정신건강복지연구소, 1994 재인용). 즉, 지적·자폐성 장애인과 정신장애인이 자신의 삶의 형태를 스스로 선택함으로써 그 삶이 뿌리내릴 공간에 수많은 작용들이 필연적으로 존재한다는 뜻이다. 그리고 이 작용들을 통하여 지역사회에의 심리적 소속감이나 사회적 응집성이 생겨난다. 이러한 심리적 소속감과 사회적 응집성은 “일”을 통해 구체화 된다. 이것은 일 과정에서 개인이 경험하는 일의 의미를 통해 가능해진다.

J.O’tool은 노동이 인간에 주는 의미를 세 가지로 설명하였다. 첫째, 자기존중(self-esteem)이다. 인간은 노동을 통해서 자기의 능력, 자신과 환경에 대한 지배의식을 배워서 얻는다. 노동한다는 것은 타인으로부터 필요되고 있다는 것, 자신의 가치를 인정받고 있다는 것을 의미한다. 둘째, 자기인식(identity)이다. 인간은 노동을 통해서 사회에 참여하고 자기 소속을 갖게 된다. 인간은 자기가 누구인가 또는 어떤 사람인가를 자신이 하는 일과 일치시키고 자신을 그렇게 인식한다.

셋째, 질서의식(a sense of order)이다. 인간은 노동을 통해서 생명력을 얻을 뿐 아니라 생활에서의 근본적 리듬, 규칙성을 갖게 된다는 것이다(이영희, 1992; 김종해, 우아영 재인용, 2003).

여기서 말하는 개인이 '참여'하고 자기 '소속'을 갖게 되는 범위는 곧 그 개인과 관계 맺고 있는 대상들과 영향력을 미칠 수 있는 '거리'를 의미한다. 즉 일을 통해서 그 공간에 참여할 수 있고 소속감을 느끼게 된다. 그것은 개인과 관계를 맺고 있어 영향력을 주고받는 거리에 존재하는 지역사회이다.

지적·자폐성 장애인, 정신장애인이 일을 유지한다는 것은 개인이 지역사회에 머무를 수 있는 능력의 주요 지표가 된다는 점에서 중요하다(한국정신건강복지연구소, 1994). 즉, 직업이란 그 개인이 지역사회에 기여할 수 있고 자립할 수 있는 생산적인 구성원임을 보여준다. 그러므로 시설에서 나온 장애인들이 일을 다시 시작하는 것은 지역사회에서 자신의 역할을 기꺼이 수행하는 실제적인 사회적응의 한 부분이다.

일은 장애인들에게 기존의 의존적이던 '자신의 역할'을 매우 극적으로 변화시킬 수 있다. 일에 대한 보상으로 주어지는 수입은 지역사회에서 생활하는데 필요한 비용을 충당할 수 있게 하고, 이것은 지역사회 내에서 자신의 지위를 종속적인 것에서 기여자의 것으로 바꾸게 하는 것이다. Puddifoot(1995)은 지역사회 정체성과 관련하여 6가지 구성요소-지역중심성, 지역특유성, 지역정체성, 지역성향, 지역 삶의 질 평가 및 지역기능 평가를 제시하였다(감정기 외, 2005에서 재인용). 그 중에 지역성향(orientation)은 지역사회에 기여정도, 지역사회에 대한 성향을 의미한다. 즉 이러한 역할의 변화를 통해 지적·자폐성 장애, 정신장애인이 갖는 기여의 가능성은 공동체의 한 구성원으로 느끼게 하는데 중요한 동력이 된다는 것을 알 수 있다.

또한 일은 그 자체로 지역사회에의 좀 더 나은 적응을 위한 훈련의 의미를 가진다. 일이 이루어지는 관계와 일의 수행과정은 생생한 현장에서의 적응훈련 기회를 제공한다. 실제 지역사회재활모델 중의 하나인 클럽하우스는 그 속에서 이루어지는 활동들이 이러한 관점하에 구조화되어 있다.

1944년 미국 뉴욕에서 10명의 정신장애인들의 자조모임(WANA : We Are Not Alone)으로 시작한 정신장애인의 지역사회재활모델 중 하나인 클럽하우스²⁾ 운영의 핵심적 구조는 '일 중심의 일과'이다. 회원과 직원은 클럽하우스 운영에 관계된 모든 일에 함께 참여한다. 회원들은 클럽하우스를 운영하는 '기능'과 '업무'로써 참여하게 되는 것이다. 이러한 일중심의 일과 중에는 약물 치료나 기타요법이나 치료프로그램을 진행하지 않는다. 때문에 그 활동들이 치료가 아니라 '일'로서 받아들여진다.

결국 고용과 적극적인 연결이 없는 탈시설은 지역사회에서 장애인에게 또 다른 분리된 삶을 가져다줄 수 있다. 탈시설정책은 그 자체 주거정책이면서 고용정책이라는 관점에서 추진되어야 함 소기의 성과가 있을 것이다.

2) 한국에서는 태화솟는집이 국내 최초의 클럽하우스로 1986년에 시작되었다. 클럽하우스 교육기관은 전 세계 11개소가 있으며, 그중 태화솟는집은 아시아지역을 담당하는 국제교육훈련기관이기도 하다. 현재는 전국에 15개의 클럽하우스가 운영 중에 있다.

Ⅲ. 서울시 지적·자폐성, 정신장애인의 탈시설 및 고용정책 평가

1. 지적·자폐성, 정신장애인의 탈시설정책 평가

가. 서울시 지적·자폐성장래인 탈시설정책의 현황 및 평가

1) 서울시 지적·자폐성장래인 탈시설정책의 현황

가) 서울시 지적·자폐성장래인의 장애인생활시설³⁾ 거주 현황

2010년 인구주택총조사 결과 우리나라의 전체 인구는 48,580,293명이었다. 그리고 그 이듬해에 조사된 장애인 실태조사에서 등록 장애인은 2,517,312명으로 전체 인구의 5.18% 였으며, 등록하지 않은 장애인까지 추정하였을 때에는 2,683,477명으로 전체인구의 5.52%였다. 이들 전체 장애인의 97.30%는 가정 내에서 거주하고 있었다.

다른 장애유형의 경우, 가정 내에서 거주하는 비율이 전체 장애인의 95% 이상으로 매우 높게 나타났으나 지적장애인은 87.07%, 자폐성장래인은 95.99%로 지적·자폐성장래인이 가정 내에서 거주하는 비율이 가장 낮았다(<표2-13>참조).

보건복지부(2011)에 의하면 2010년 우리나라에는 전국 452개소의 장애인생활시설이 있으며, 총 24,395명이 생활시설에 입소하여 있다. 생활시설 입소 장애인 중 서울시의 시설에 입소한 장애인은 총 3,174명으로, 전체의 13.01%이다.

이들이 입소하여 생활하는 장애인 생활시설은 장애유형별거주시설, 중증장애인거주시설, 장애인영유아거주시설, 장애인단기거주시설, 장애인공동생활가정의 크게 5가지 유형으로 나뉜다.

<표 3-1> 장애인생활시설의 종류별 입소대상 장애인 유형

대 상 시 설	시설별 대상 장애인(장애등급)
○ 장애유형별 거주시설	
- 지체장애인 및 뇌병변장애인을 위한 시설	지체·뇌병변장애인(중복장애 포함)
- 시각장애인을 위한 시설	시각장애인(중복장애 포함)
- 청각·언어장애인을 위한 시설	청각·언어장애인(중복장애 포함)
- 지적장애인·자폐성장래인을 위한 시설	지적·자폐성장래인(중복장애 포함)
○ 중증장애인 거주시설	1급 중증장애인 ⁴⁾
○ 장애인영유아 거주시설	6세 미만의 장애 영유아
○ 장애인단기거주시설	17개월 기준으로 보호자의 휴식 또는 일시적 피난 등이 필요한 장애인
○ 장애인공동생활가정	유형별 거주시설 입소대상자와 동일

출처 : 보건복지부(2012b). 2012년 장애인거주시설 사업안내

3) 2012년 장애인복지법의 표기에 따르면 장애인거주시설로 칭하고 있다. 거주라는 의미는 일정한 장소에서 머물러 사는 것만을 의미하고 있으며, 생활은 그 안에서의 삶을 일구며 살아가는 활동을 포함하고 있다. 본 연구에서 다루고자 하는 거주시설의 범위는 단순한 주거를 중심으로 하는 시설이 아닌, 먹고, 자고, 활동하는 전반에 걸친 삶으로서의 공간을 의미하는 것에 더 중점을 두고 있기 때문에 개정된 거주시설이라는 용어가 아닌 기존의 생활시설이라는 용어로 표기하였다.

4) 보건복지부에서 발간한 「2012년 장애인거주시설 사업안내」의 경우, 중증장애인거주시설의 입소 기준을 1급, 2급의 중증장애인⁴⁾으로 규정하고 있으며, 서울에서 발간한 「2012 장애인 복지사업 안내」에서는 중증장애인거주시설의 입소 기준을 1급의 중증장애인⁴⁾으로 하고 있다. 본 연구는 서울시를 대상으로 한 연구이므로, 보건복지부 지침이 아닌 서울시의 지침에 따라 1급의 중증장애인⁴⁾으로 표기하였다.

2012년 장애인복지법의 개정으로 인해, 기존의 장애인생활시설은 장애인거주시설로 그 명칭이 변하였으며, 기존의 지체장애인을 위한 시설은 지체장애인 및 뇌병변장애인을 위한 시설로, 지적장애인을 위한 시설은 지적장애인·자폐성장장애인을 위한 시설로 그 분류가 변화하였고, 입소 장애유형에 중복장애를 포함하는 것을 명시하였다. 또 지역사회재활시설로 분류되던 장애인단기거주시설과 장애인공동생활가정이 장애인거주시설로 분류되었다.5)

각 생활시설의 유형별 입소 인원은 지적·자폐성장장애인을 위한 시설에 입소한 장애인의 수가 전체의 58.8%로 가장 많았다. 이는 가장 적은 청각·언어장애인을 위한 시설 입소 장애인 수의 약18배에 달하는 숫자이자, 두 번째로 많은 수의 장애인이 입소한 지체·뇌병변장애인을 위한 시설의 약4배에 달하는 숫자이다.

<표 3-2> 2010년 장애인생활시설 입소 장애인 수

(2010년/명, %)

시설유형	지적·자폐성	지체	시각	청각·언어	기타	계
입소인원	14,338 (58.8%)	3,673 (15.1)	873 (3.6)	389 (1.6)	5,125 (21.0)	24,395 (100.0)

출처 : 보건복지부(2011). 보건복지통계연보

우리나라 전체 장애인의 수를 살펴보면(<표2-1>참조), 지적장애인과 자폐성장장애인은 지체장애인의 14.4%에 불과하다. 하지만 지적·자폐성장장애인을 위한 시설에 거주하는 장애인의 수는 지체장애인을 위한 시설에 거주하는 장애인의 약4배에 달하고 있다.

이러한 현상은 서울시에서도 마찬가지로 생활시설 입소 장애인의 50.4%가 지적·자폐성장장애인을 위한 시설에 입소하고 있다. 동일한 시기인 2010년 서울시 등록 장애인은 총 414,522명으로, 그 중 지체장애인이 214,979명, 지적장애인과 자폐성장장애인은 25,474명이었다.

<표 3-3> 2010년 서울시 장애인생활시설 입소 장애인 수

(2010년/명, %)

시설유형	지적·자폐성	지체	시각	청각·언어	기타	계
입소인원	1,600 (50.4)	582 (18.3)	319 (10.1)	50 (1.6)	623 (19.6)	3,174 (100.0)
등록 장애인	25,474 (6.15)	214,979 (51.86)	42,653 (10.29)	45,652 (11.01)	85,764 (20.69)	414,522 (100.0)

출처 : 보건복지부(2011). 보건복지통계연보, 서울특별시(2011). 서울통계. 재구성

- 5) 보고서가 작성되는 시점인 2012년의 장애인복지법 개정 사항에 맞추어 장애인거주시설에 장애인공동생활가정과 장애인단기거주시설을 포함하여야 한다. 하지만 본 연구에 활용하는 통계가 2011년까지를 기준으로 하여 생성되어 장애인공동생활가정과 장애인단기거주시설이 지역사회재활시설에 포함되어 있다는 점과, 본 연구에서 탈시설을 하는 기준으로 30인 이상이 대규모로 거주하며, 장기간 입소하여 생활하는 시설을 다루고자 하는 연구의 목적에 의하여 장애인공동생활가정과 장애인단기거주시설은 2011년 보건복지법 개정 이전의 기준에 맞추어 지역사회 재활시설로 다루어 2장의 대안적거주형태로 논의하고자 한다.
- 6) 통계상으로 드러난 지적·자폐성장장애인의 비율은 58.8%이지만, 생활시설 실무 담당자들의 말에 의하면, 중증장애인거주시설 및 장애영유아 시설에 입소한 장애인도 대부분 지적·자폐성장장애인이며, 중증장애까지 합할 경우 생활시설 거주 장애인의 약 70% 정도가 지적·자폐성장장애인일 것으로 추정되고 있다.

최근 5년간 장애인생활시설의 수와 입소인원의 수는 꾸준히 증가하여왔다. 하지만 생활시설의 수가 증가하는 만큼, 입소 인원의 수는 증가하지 않았고, 결과적으로 시설 당 평균 입소인원은 5년에 걸쳐 꾸준히 감소하였다. 2010년을 기준으로 전체 등록 장애인의 0.97%가 장애인 생활시설에 입소하였으며, 시설 당 평균 53.97명이 입소하고 있었다.

<표 3-4> 장애인생활시설의 변화 추이

(2010년/개소, 명, %)

	2006	2007	2008	2009	2010
장애인생활시설 수	288	314	347	397	452
입소 인원	20,598	21,709	22,250	23,243	24,395
시설 입소비율	1.05	1.03	0.99	0.96	0.97
시설당 평균 입소인원	71.52	69.14	64.12	58.55	53.97

출처 : 보건복지부(2011). 보건복지통계연보. 재구성

서울시는 전국적인 추세와는 약간 다른 경향을 보였다. 장애인생활시설의 수는 서울 시도 역시 증가하였고, 시설 당 평균 거주인원이 감소한 것은 동일하지만, 서울시는 생활시설에 입소한 전체 장애인의 수도 감소하여 전체적인 생활시설 거주 장애인의 감소 추세를 보여주었다.

<표 3-5> 서울시 장애인생활시설의 변화추이

(2010년/개소, 명, %)

	2006	2007	2008	2009	2010
장애인생활시설 수	34	36	39	41	43
입소 인원	3,222	3,218	3,269	3,208	3,174
시설 입소비율	0.99	0.93	0.89	0.80	0.77
시설당 평균 입소인원	94.76	89.39	83.82	78.24	73.81

출처 : 보건복지부. 보건복지통계연보 (2007~2011). 재구성

장애인생활시설의 입소 현황을 비교하여 보면, 등록 장애인의 시설 입소비율은 전국에 비해 서울시가 0.2% 낮은 반면, 생활시설 한 개소 당 평균 입소 인원은 서울시가 19.84명 더 많았다. 생활시설 한 개소 당 평균 거주인원은 대구(86.29명), 충북(73.86명) 다음인 세 번째로 서울이 많았다.

<표 3-6> 지역별 장애인생활시설 수용인원

(2010년/개소, 명)

지역명	시설수	생활시설 입소 장애인 수	평균 거주인원
강원	24	1,048	43.67
경기	106	4,924	46.45
경남	28	1,499	53.54
경북	35	1,747	49.91
광주	14	719	51.36
대구	17	1,467	86.29
대전	16	831	51.94
부산	24	1,401	58.38
서울	43	3,174	73.81
울산	7	491	70.14
인천	20	882	44.10
전남	19	930	48.95
전북	39	1,617	41.46
제주	12	465	38.75
충남	26	1,576	60.62
충북	22	1,625	73.86
계	452	24,395	53.97

출처 : 보건복지부(2011). 보건복지통계연보. 재구성

서울시에 있는 43개의 장애인생활시설 중 가장 많은 인원을 수용하는 시설은 지적·자폐성장애인을 위한 시설과 중증장애인생활시설이었다. 전체 지적·자폐성장애인 및 중증장애인생활시설의 26.5%인 9개소가 100인 이상을 수용할 수 있는 대규모의 시설이었다. 이는 서울시 내의 100인 이상 수용 가능한 생활시설 11개의 81.8%에 달하는 숫자이다.

<표 3-7> 규모별 시설 현황 - 서울시

(2010년/개소)

	30인 이하	31-50	51-100	101-150	151-200	200인 이상	계
지체·뇌병변장애인		1	1	1			3
시각장애인		2		1			3
청각·언어장애인			1				1
지적·자폐성장애인	1	1	8	3			13
중증장애인		5	10	2	2	2	21
장애 영유아	1		1				2
전체	2	9	21	7	2	2	43

출처 : 보건복지부(2011c). 장애인복지시설일람표. 재구성

서울시에 있는 장애인생활시설의 가장 많은 부분을 차지하는 것은 중증장애인생활시설과

지적·자폐성장장애인을 위한 시설이었다. 43개소 중 11개소(25.58%)는 지적·자폐성장장애인을 위한 시설이었고, 23개소(53.49%)는 중증장애인거주시설이었다. 시각장애인과 청각·언어장애인을 위한 시설은 각각 1개소와 2개소가 있었다.

<표 3-8> 서울시 권역별 장애인거주시설 현황

(2012년/개소)

권역	지역	합계	지체	지적	시각	청각	요양	영유아
도심권	종로							
	중구							
	용산						1	
	성동							
	광진							
	계	1						
동북권	동대문							
	종로							
	성북						1	
	강북							1
	도봉			1				
	계	3						
서북권	노원		1	1	1		3	
	은평			2			1	
	서대문							
	마포							
	양천							
	계	9						
서남권	강서			1				
	구로							
	금천							
	영등포							
	동작					1		
	계	2						
동남권	관악			1				
	서초			1	1			
	강남							
	송파			1			1	
	강동		1	1			2	
	계	9						
기타	경기도		1	1			12	1
	강원도						2	
	충청도			1				
	계	18						

출처 : 서울특별시 장애인복지(<http://disability.seoul.go.kr>). 재구성

장애인생활시설에 입소한 장애인의 43.37%가 15년 이상 거주하고 있었으며, 2년 미만 거주한 장애인은 3.21%였다. 장애유형별로는 뇌병변장애인의 입소기간이 가장 길었으며, 지적장애인이 두 번째로 오랜 기간 생활시설에 입소하고 있었다.

<표 3-9> 장애유형별 시설 입소기간

(2009년/%)

구분	2년 미만	2년~5년	5년~10년	10년~15년	15년 이상	계
지체	7.23	8.96	19.33	23.63	40.85	100.00
뇌병변	1.47	8.17	28.95	16.41	45.00	100.00
시각	6.873	19.94	19.10	18.97	35.16	100.00
지적	2.43	12.74	22.14	18.70	43.98	100.00
기타	0.00	10.24	28.76	14.19	46.81	100.00
계	3.21	11.81	22.54	19.07	43.37	100.00

출처 : 국토해양부(2010). 2009년 주거실태조사

한 실당 거주인원의 수는 지적장애인이 가장 많았으며, 시각장애인이 가장 적었다. 현재 장애인복지법에는 장애인거주시설의 1개 실 당 거주인원을 6세 미만인 경우 10명 이하, 6세 이상인 경우 8명 이하로 규정하고 있다(보건복지법 별표 5). 참고로 아동복지시설의 1개의 실 당 거주인원은 3세 이상인 경우 6인 이하로 정하고 있다(아동복지법 별표2).

<표 3-10> 장애인 생활시설 거주 장애인의 방당 거주인원

(2009년/명)

구분	지체	뇌병변	시각	지적	기타	계
거주인원	4.41	4.84	3.11	5.66	4.20	5.14

출처 : 국토해양부(2010). 2009년 주거실태조사

나) 대안적 주거서비스와 주간보호

장애인복지법상의 장애인복지시설을 나누어보면 세 가지로 분류할 수 있다. 우선, 앞서 살펴본 생활시설의 형태로 장기간, 대규모로 일상생활의 전반을 담당하는 시설이다. 두 번째는 이번에 살펴볼 대안적 주거의 형태로 '주거'라는 형태를 가지고는 있지만, 소규모화 되어 있으며, 때로는 이용 기간의 제한도 있어 장기간 이용할 수 없는 시설이다. 세 번째로 이용시설 형태의 지역사회 생활지원서비스로 지역 사회 내에 거주하는 장애인을 대상으로 서비스를 제공하며, 장애인은 본인에게 필요한, 혹은 원하는 서비스만을 이용할 수 있는 형태이다.

<표 3-11> 장애인복지시설의 분류

분류	특징	예
장애인생활시설	대규모화, 장기거주 주거제공 및 생활전반 담당	장애유형별 거주시설, 중증장애인 거주시설
대안적주거서비스	소규모화, 필요 시 이용기간 제한	공동생활가정, 단기거주시설
이용시설	지역사회 거주 장애인 대상 서비스 제공	장애인복지관, 활 동지원서비스

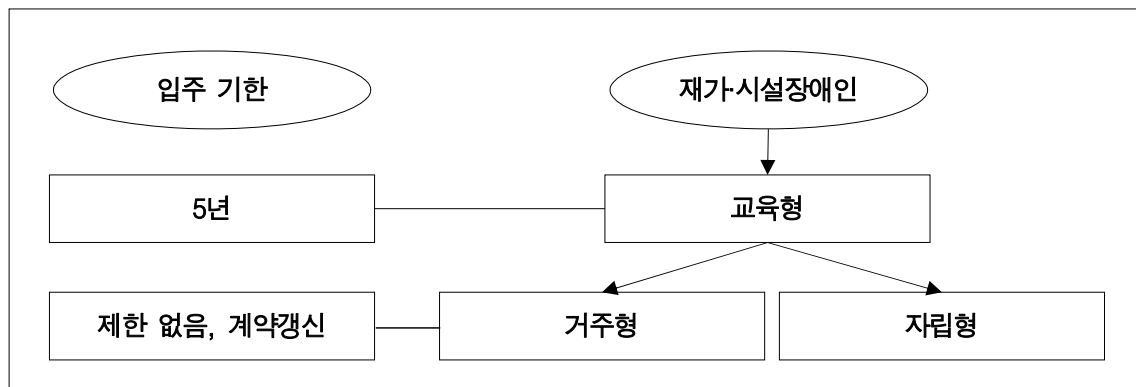
1장에서 논의한 장애인생활시설에서 퇴소하는 경우, 담당자는 시설서비스가 종료된 이후 지역사회에서 이용할 수 있는 서비스에 대한 정보를 제공해야 한다(서울특별시, 2012b). 탈시설은 장애인들이 생활시설에 격리되어 수용되는 것이 아니라 지역사회에서 함께 살아가는 것을 목적으로 하는 것이다. 하지만, 지적장애인과 자폐성장아인은, 일상생활에서의 적응능력에 있어 제한을 가지므로, 환경 변화에 따라 새로운 환경에 적응하기 위한 단계가 필요하다. 그러한 생활시설에서 지역사회로의 적응 단계로 제시할 수 있는 지역사회 대안적 주거서비스의 형태로 공동생활가정, 단기거주시설, 주간보호시설이 있다.

<표 3-12> 대안주거 및 주간보호의 형태 및 역할

기관명	역할
장애인 단기거주시설	보호자의 일시적 부재 등으로 도움이 필요한 장애인에게 단기간 주거서비스, 일상생활지원서비스, 지역사회생활서비스를 제공하는 시설
장애인 공동생활가정	장애인들이 스스로 사회에 적응하기 위하여 전문인력의 지도를 받으며 공동으로 생활하는 지역사회 내의 소규모 주거시설
장애인 주간보호시설	장애인을 주간에 일시 보호하여 장애인에게 필요한 재활서비스를 제공하는 시설

출처 : 장애인복지법 별표 4

장애인생활시설과 달리 장애인 대안주거서비스는 이용할 수 있는 기간을 제한하고 있다. 서울시에서는 단기거주시설의 경우 가급적 30일 이내로, 주간보호시설의 경우 오전 9시부터 저녁 6시까지, 토요일은 오전 9시부터 오후 12시까지로 운영 시간을 제한하고 있다. 공동생활가정의 경우 교육형, 거주형, 자립형의 3개 유형으로 나뉘며 거주형과 자립형의 경우 이용 기간에 제한이 없지만 1년 단위로 이용계약을 갱신하도록 규정하고 있으며, 교육형의 경우 5년 이내로 이용 기간을 제한하고 있다.



출처 : 서울특별시(2012b)

<그림 3-1> 장애인공동생활가정 이용기간 체계도

200인 이상의 시설도 운영되고 있던 장애인생활시설과 달리 대안적주거서비스 및 주간보호 시설은 모두 20인 이하의 소규모시설로 운영되고 있다. 주간보호 및 단기거주시설의 경우 10인 이상 30인 이하의 시설로 운영하도록 되어 있으며(서울특별시, 2012b), 공동생활가정의 경우 5인이하의 시설로 운영되고 있다. 2012년 현재 서울시의 대안적주거서비스 및 주간보호시설은 동남권에 가장 많이 있으며, 개별 구로는 노원구에 가장 많이 설치되어 있다(<표3-13>).

<표 3-13> 서울특별시 권역별 대안적주거서비스 및 주간보호시설 운영현황

(2010년/개소)

권역	지역	합계	공동생활가정	단기거주시설	주간보호시설
도심권	종 로		2	1	2
	종 구		1	0	4
	용 산		2	0	4
	성 동		4	0	3
	광 진		2	0	3
	계		11 / 1 / 16		
동북권	동대문		0	2	0
	중 랑		2	1	1
	성 북		2	0	0
	강 북		5	3	3
	도 봉		8	0	3
	계		17 / 6 / 7		
서북권	노 원		12	2	14
	은 평		9	2	6
	서대문		2	2	2
	마 포		1	2	2
	양 천		9	0	5
	계		33 / 8 / 29		
서남권	강 서		21	6	8
	구 로		7	1	5
	금 천		4	1	3
	영등포		5	0	4
	동 작		6	0	4
	계		42 / 8 / 24		
동남권	관 악		8	1	0
	서 초		5	3	7
	강 남		15	0	6
	송 파		13	3	6
	강 동		11	2	4
	계		52 / 9 / 23		

출처 : 서울특별시 장애인복지기) (<http://disability.seoul.go.kr>). 재구성

지적·자폐성장애편이 이용 가능한 대안적 주거서비스로의 단기거주시설 및 공동생활가정, 장애인주간보호시설은 최근 5년 동안 전국적으로 증가하였으며, 서울시 내에서도 대안적주거서비스와 주간보호시설의 수가 지속적으로 증가하였다. 현재 생활시설에 거주하지 않으며, 지역사

7) 홈페이지 상의 복지시설명단은 기관이 늘어남에 따라 지속적으로 업데이트 되고 있으며, 본 수치는 2012년 8월 기준임

회 어딘가에서 생활하고 있는 지적·자폐성장애큰은 전국에 약161,799명이며, 서울시에는 약 15,526명이 있다.8) 하지만 대안적주거서비스와 주간보호시설의 정원을 모두 10명으로 가정할 때에 이용할 수 있는 최대 인원은 전국적으로 10,850명, 서울시는 2,800명이 전부이다.

<표 3-14> 대안적주거서비스 및 주간보호시설의 변화 추이 (2010년/개소)

	장애인주간보호시설		장애인단기보호시설		장애인공동생활가정	
	전국	서울	전국	서울	전국	서울
2006	274	68	69	20	358	115
2007	321	72	76	22	400	128
2008	365	81	84	23	450	137
2009	395	90	91	26	531	152
2010	443	96	103	29	539	155

출처 : 보건복지부(2007~2011). 보건복지통계연보

다) 지역사회생활지원서비스

전체 장애인을 대상으로 하여 일상생활에서 어느 정도의 도움이 필요한지를 조사한 결과, 자폐성장애큰의 82.1%, 지적장애인의 46.1%, 뇌병변장애인의 43.6%가 일상생활의 대부분 혹은 모든 영역에서의 도움이 필요하다고 답하였다. 이와 같이 도움이 필요할 때에 지역사회 내에 거주하는 장애인들이 이용 할 수 있는 서비스로 지역사회생활지원서비스가 있다.

<표 3-15> 일상생활에서의 도움 필요 정도

(2010년/%)

	혼자 스스로	대부분 혼자	일부도움 필요	대부분 필요	거의 도움 필요	계	전국 추정수
지체	71.1	15.3	8.8	2.5	2.3	100.0	1,325,877
뇌병변	17.8	12.1	26.5	15.9	27.7	100.0	316,309
시각	67.3	12.2	10.3	7.1	3.1	100.0	256,841
청각	58.7	22.7	14.7	3.0	1.0	100.0	278,337
언어	66.3	9.0	10.2	7.7	6.7	100.0	21,049
지적	8.6	13.0	32.3	33.0	13.1	100.0	153,332
자폐성	0.0	0.4	17.4	58.1	24.0	100.0	16,238
정신	34.8	21.7	16.1	19.2	8.1	100.0	103,894
신장	67.8	15.9	12.0	2.0	2.2	100.0	58,500
심장	65.5	27.2	7.3	0.0	0.0	100.0	18,508
호흡기	35.6	26.2	25.3	3.9	9.1	100.0	19,249
간	82.5	10.6	1.7	0.0	5.3	100.0	9,289
안면	72.4	27.6	0.0	0.0	0.0	100.0	2,426
장루·요루	62.8	21.9	3.4	1.8	10.1	100.0	16,705
간질	63.5	15.6	13.6	7.5	6.4	100.0	14,572
전체	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	2,611,126

출처 : 보건복지부(2011a). 장애인실태조사

8) 보건복지통계연보(2011)의 자료 중 전체 장애인 수에서 생활시설 거주 장애인 수를 뺀 수치임

① 장애인 활동지원서비스

장애인활동지원서비스는 신체적·정신적장애 등을 사유로 혼자서 일상생활과 사회생활이 어려운 장애인에게 제공하는 활동지원급여에 관한 사항을 규정하여 장애인의 자립생활을 지원하고 그 가족의 부담을 줄임으로써 장애인의 삶의 질을 높이는 것을 목적으로 하고 있다(장애인활동지원에관한법률 제1조). 활동지원급여는 활동지원서비스 수급자에게 제공되는 활동보조, 방문목욕, 방문간호 및 기타 대통령령으로 정하는 서비스를 의미한다.

<표 3-16> 활동지원 급여의 종류

분류	내용
활동보조	활동지원인력이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동, 가사활동 및 이동보조 등을 지원하는 활동지원급여
방문목욕	활동지원인력이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 활동지원급여
방문간호	활동지원인력인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(방문간호지시서)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 활동지원급여
그 밖의 활동지원급여	야간보호 등 대통령령으로 정하는 활동지원급여

출처 : 장애인활동 지원에 관한 법률 제16조

장애인활동지원서비스는 만 6~65세의 1급 중증장애인을 대상으로 제공하는 서비스이다. 서비스 신청자들을 대상으로 인정조사를 실시하여 1~4등급의 활동지원등급을 부여하며, 등급에 따라 42~103시간의 서비스를 이용할 수 있다. 그 외에 별도로 추가급여사유를 인정받게 되면 최대 8시간까지 추가로 서비스 이용 시간이 주어진다. 2012년 현재 추가급여 사유는 학교생활이 가장 많았으며, 자립지원이 가장 적었다.

<표 3-17> 활동지원서비스 추가급여 사유

(2012년/명)

	전체	최중증 1인가구	중증 1인가구	중증장애인 가구	취약 가구	출산 가구	학교 생활	직장 생활	자립 지원
전국	18,785 /48,786	1,476	4,313	706	470	55	10,261	1,463	41
서울	4,385 /10,805	328	881	136	71	15	2,422	525	7

출처 : 보건복지부(2012) 내부자료

서울시에서는 별도로 활동지원서비스의 추가급여를 제공하고 있으며, 각 사유에 따라 40~180시간의 서비스를 추가적으로 이용할 수 있다.

<표 3-18> 서울시 장애인 활동지원서비스 추가급여

분류	국비1등급	400점 미만 1인가구	400점 이상 1인가구	국비지원 아동1급	장애인2급 (인정점수 220이상)
시간	100	120	180	80	40~60

출처 : 서울시 장애인복지(<http://disability.seoul.go.kr/>). 재구성

2012년 인정조사를 받은 13,895명의 장애인 중 활동지원 1급을 받은 장애인은 19.61%이며, 장애유형별로는 뇌병변장애가 64.45%로 가장 많았다. 지적·자폐성장장애인의 경우 대부분 2급과 3급을 받았다. 2급의 경우 매일 고른 시간을 이용할 경우 1일 2.8시간 이용 가능하며, 3급의 경우 2.1시간 이용 가능하다. 앞서 말했듯 자폐성장장애인의 82.1%, 지적장애인의 46.1% 일상생활의 대부분 혹은 모든 영역에서의 도움이 필요하다고 답하였으며, 뇌병변장애인의 43.6%가 일상생활의 대부분 혹은 모든 영역에서 도움이 필요하다고 답하였다.

<표 3-19> 인정조사 결과 서비스 등급

(2012년/명,%)

	1등급 (380~440)	2등급 (320~379)	3등급 (260~319)	4등급 (220~259)	등급외 (219 이하)	계
	103시간	83시간	62시간	42시간	0시간	
지체장애	683 (34.86)	593 (30.27)	364 (16.03)	291 (14.85)	28 (1.43)	1,959 (100.00)
시각장애	66 (3.26)	432 (21.32)	1058 (52.22)	434 (21.42)	36 (1.78)	2,026 (100.00)
청각장애	3 (1.51)	16 (8.04)	31 (15.58)	78 (39.20)	71 (35.68)	199 (100.00)
언어장애	1 (50.00)	0 (0.00)	1 (50.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (100.00)
지적장애	489 (8.94)	2,091 (38.23)	2,013 (36.80)	799 (14.61)	78 (1.43)	5,470 (100.00)
뇌병변장애	1,425 (64.45)	616 (27.86)	120 (5.43)	40 (1.81)	10 (0.45)	2,211 (100.00)
자폐성장장애	32 (2.37)	624 (46.12)	536 (39.62)	159 (11.75)	2 (0.15)	1,353 (100.00)
정신장애	9 (5.92)	38 (24.84)	54 (35.53)	42 (27.63)	11 (7.24)	154 (100.00)
신장장애	8 (2.88)	33 (11.87)	66 (23.74)	133 (47.84)	38 (13.67)	278 (100.00)
심장장애	0 (0.00)	2 (33.33)	0 (0.00)	3 (50.00)	1 (16.67)	6 (100.00)
호흡기장애	7 (3.45)	21 (10.34)	34 (16.75)	97 (47.78)	44 (21.67)	203 (100.00)

	1등급 (380~440)	2등급 (320~379)	3등급 (260~319)	4등급 (220~259)	등급외 (219 이하)	계
	103시간	83시간	62시간	42시간	0시간	
간장애	2 (13.33)	3 (20.00)	3 (20.00)	5 (33.33)	2 (13.33)	15 (100.00)
안면장애	0 (0.00)	0 (0.00)	2 (66.67)	1 (33.33)	0 (0.00)	3 (100.00)
장루요루장애	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)	0 (0.00)
간질장애	0 (0.00)	5 (27.78)	3 (16.67)	9 (50.00)	1 (5.56)	18 (100.00)
계	2,725 (19.61)	4,474 (32.19)	4,285 (30.85)	2,091 (15.05)	322 (2.32)	13,897 (100.0)

출처 : 보건복지부(2012). 내부자료

보건복지부에 의하면, 2012년 현재 바우처를 사용할 수 있도록 생성된 장애인은 우리나라에 등록된 1,2,3급의 중증 장애인 661,664명 중 5.81%인 38,463명이며, 그 중 37,284명(96.93%)이 바우처를 사용하고 있었다. 서울시는 등록 중증장애인 107,202명 중 8,736명(8.15%)이 바우처를 생성하였으며, 그 중 8,462명(96.86%)의 장애인이 바우처를 사용하고 있었다.

<표 3-20> 장애인 수 대비 바우처 생성자⁹⁾와 이용자 현황

(2012년/ 단위: 명)

구분	중증장애인	바우처 대상자	바우처 생성자	바우처 사용자
전국	661,664	48,786	38,463	37,284
서울	107,202	10,807	8,736	8,462

출처 : 보건복지부(2012) 내부자료

② 장애인복지관 서비스

장애인복지관은 장애인복지법 제41조에 규정된 장애인복지시설 중 장애인지역사회재활시설에 속한다. 장애인복지관은 장애인에 대한 각종 상담 및 사회 심리·교육·직업·의료재활 등 장애인의 지역사회생활에 필요한 종합적인 재활서비스를 제공하고 장애인에 대한 사회적 인식 개선사업을 수행하는 시설이다(장애인복지법 별표4). 우리나라에는 2011년까지 총 183개의 장애인복지관이 있으며, 그 중 종합복지관이 148개(80.87%)이며, 장애 유형에 따라 이용 가능한 단종복지관으로는 시각장애인복지관이 14개(7.65%)로 가장 많았다.

9) 바우처 대상자의 경우, 인정조사결과 1~4급을 받아 바우처 대상으로 선정된 장애인이며, 바우처 생성자는 본인부담금을 납부하여 바우처를 생성한 사람을 말한다.

<표 3-21> 장애인복지관현황

(2011년 말/개소)

지역명	복지관수	종합	지체/뇌병변	지적/발달	시각	청각/언어
강원	7	7	0	0	0	0
경기	24	24	0	0	0	0
경남	10	9	0	1	0	0
경북	12	11	0	0	1	0
광주	4	2	0	1	1	0
대구	6	3	1	0	1	1
대전	5	4	0	0	1	0
부산	14	11	1	1	1	0
서울	43	25	5	5	5	3
울산	3	2	0	0	1	0
인천	8	7	0	0	1	0
전남	11	10	0	1	0	0
전북	11	11	0	0	0	0
제주	5	3	0	0	1	1
충남	11	10	0	0	1	0
충북	9	9	0	0	0	0
계	183	148	7	9	14	5

출처 : 한국장애인복지관협회(2012). 2011년도 전국 장애인복지관 편람

그 중 서울시에는 전국 장애인복지관의 23.50%인 43개의 장애인복지관이 위치하고 있으며, 전체 장애인종합복지관의 58.14%인 25개의 장애인종합복지관이 운영 중이다. 권역별로는 동남권에 가장 많은 장애인복지관이 위치하고 있으며, 도심권에 가장 적게 위치하고 있다. 종로구, 중구, 도봉구의 3개 구에는 장애인복지관이 위치하고 있지 않았다.

<표 3-22> 서울시 권역별 장애인복지관

(2011년 / 단위: 개소)

권역	지역	합계	종합	지체/뇌병변	지적/발달	시각	청각/언어
도심권	종로						
	중구						
	용산		1				
	성동		1			1	
	광진				1		
계		4					
동북권	동대문		1				
	중랑		1				
	성북		1			1	
	강북		1				
	도봉						
계		5					

권역	지역	합계	종합	지체/뇌병변	지적/발달	시각	청각/언어
서북권	노원		2	2	1	1	
	은평		1				
	서대문		1				1
	마포		1				
	양천		1				
계	11						
서남권	강서		1	1	1		
	구로		2				
	금천		1				
	영등포		1				
	동작		1		1		1
계	10						
동남권	관악					1	
	서초				1		
	강남		3		1		1
	송파		1	1			1
	강동		1			1	
계	12						
기타	경기도		1				
	계		1				

출처 : 한국장애인복지관협회(2012). 2011년도 전국 장애인복지관 편람 재구성

장애인복지관에서 제공하는 서비스는 상담 및 사회 심리·교육·직업·의료재활 등 장애인의 지역사회생활에 필요한 종합적인 재활서비스로 크게 상담지도사업, 의료재활사업, 교육재활사업, 직업재활사업, 사회심리재활사업, 재가장애인복지사업, 여성장애인의 증진사업 등이 실시되고 있다(<표3-23> 참조).

<표 3-23> 장애인복지관 사업(예)

사업분류	주요내용	사업예시
상담지도사업	기초상담 및 각종검사 진단을 통한 판정 장애등록검진	자체 진단판정위원회 및 평가위원회 운영
의료재활사업	장애인의 신체기능 회복을 위한 의료재활서비스 제공	진료실 운영, 물리치료, 직업치료, 언어치료, 청능훈련, 재활 보조기구 사용자 착용훈련 등
교육재활사업	장애인에 대한 각종 교육재활서비스 제공	조기교육(영유아, 아동 등), 통합교육, 부모교육, 학습지도(취학아동교육, 문자교육, 검정고시 등), 컴퓨터교육, 각종 교구 대여, 시·청각장애인 기초재활 등
직업재활사업	장애인의 경제적 안정과 자립촉진을 도모하기 위한 직업재활서비스 제공	직업상담, 직업평가, 직업적응훈련, 직업훈련, 보호직업장 운영, 취업알선(지원고용 등), 현장훈련, 취업 후 지도
사회심리 재활사업	장애인의 사회참여 확대를 위한 각종 사회심리재활서비스 제공	재활상담(개별, 집단, 가족, 동료 등), 사회적응훈련(캠프, 방과 후 활동, 사회기술훈련 등), 심리치료(놀이치료, 심리운동치료, 음악치료, 미술치료, 치료레크레이션 등), 성교육,

사업분류	주요내용	사업예시
사회심리 재활사업	장애인의 사회참여 확대를 위한 각종 사회심리재활서비스 제공	장애가족지원(장애형제 기능강화, 부모 스트레스대처훈련, 장애인의 자녀 지원 등), 자조집단(동아리활동, 부모회 육성), 결혼상담, 공동생활가정, 주간보호센터, 단기보호센터 등
재가장애인 복지사업	지역사회장애인의 재가복지서비스 제공	재가복지서비스(상담, 의료, 목욕, 가사지원 등), 지역사회 자원 활용 및 연계망 구축, 이동목욕, 재가 자립 지원 등
여성장애인의 복지 증진사업	사회적 차별 및 부당한 대우를 받기 쉬운 여성장애인의 권익보호 및 임신·출산·양육, 가사지원 등 복지 증진	여성장애인 상담실 및 쉼터 운영, 여성장애인 임신·출산·양 육·가사보조 활동 지원, 여성장애인 결혼 주선 등

출처 : 한국장애인복지관협회(2012). 2011년도 전국 장애인복지관 편람

이러한 장애인복지관서비스를 이용하는 장애인은 2011년 기준 932,409명으로 전체 등록장애
인 2,517,312명의 37.04%였다. 주로 진단판정서비스와 재가복지서비스를 이용하고 있었으며,
교육재활이나 사회심리재활의 경우는 각각 복지관 이용자의 1.89%만이 이용하고 있었다.

<표 3-24> 복지관 서비스 별 이용 현황(실인원/지역별 합계)

(단위: 개소, 명)

지역명	복지관수	합계	진단 판정	의료 재활	교육 재활	직업 재활	사회심리 재활	재가 복지	여성 장애인
강원	7	68,245	5,546	5,792	158	922	3,405	51,979	443
경기	21	70,416	16,775	10,023	3,127	22,122	2,127	15,670	572
경남	10	14,555	2,375	1,366	123	2,120	332	8,239	-
경북	12	23,939	7,365	1,425	766	2,723	399	9,171	2,090
광주	4	22,548	3,738	854	434	4,497	626	2,515	9,884
대구	6	12,392	2,479	484	81	1,516	117	7,282	433
대전	5	13,436	2,606	579	557	1,185	254	7,828	427
부산	13	27,473	5,598	1,679	121	1,925	269	10,237	7,644
서울	43	226,755	76,921	15,545	5,998	36,645	4,975	83,382	3,289
울산	3	6,748	1,336	298	1,328	1,432	40	2,175	139
인천	8	26,349	7,958	2,143	410	3,671	616	11,497	54
전남	11	92,584	5,093	5,100	1,720	20,789	1,236	58,512	134
전북	11	235,374	216,691	1,158	782	2,656	556	13,083	448
제주	5	13,443	3,309	205	106	1,702	217	7,904	-
충남	11	40,575	8,971	2,502	1,370	8,435	1,265	16,387	1,645
충북	8	37,577	4,391	1,873	588	10,373	632	18,819	901
계	178	932,409	371,152	51,026	17,669	122,713	17,066	324,680	28,103

출처 : 한국장애인복지관협회(2012). 2011년도 전국 장애인복지관 편람

서울시의 장애인복지관은 재가복지서비스를 이용하는 이용자가 가장 36.77%로 가장 많았으며, 다음으로 진단판정(33.92%), 직업재활(16.16%)의 순으로 나타났다. 가장 적게 이용하는 서비스는 여성장애인 서비스로 복지관 전체 이용자의 1.45%만이 이용하고 있었다.

③ 중증장애인자립생활지원센터(IL)

장애인복지법 제54조에 '국가와 지방자치단체는 중증장애인의 자립생활을 실현하기 위하여 중증장애인자립생활지원센터를 통하여 필요한 각종 지원서비스를 제공한다'고 규정되어 있다. 그리고 동 법의 시행규칙 제39조의 2항에 의거, 중증장애인자립생활지원센터에서는 아래와 같이 장애인의 자립을 위한 서비스를 제공하고 있다.

<중증장애인자립생활지원센터의 업무>	
○	장애인의 자립생활 역량강화 및 동료상담 등 장애인 동료에 의한 서비스 지원
○	모든 유형의 장애인이 지역사회에서 참여적이고 통합적인 생활이 가능하도록 정보제공 및 의뢰 등 다양한 서비스 제공과 이를 실현할 수 있는 물리적·사회적 환경개선 사업
○	장애인이 지역사회에 참여하고 생활하는 데 있어서의 차별 해소 및 장애인 인권의 옹호·증진
○	중증장애인에게 적합한 서비스의 제공

한국장애인자립생활센터 총연합회에 의하면, 2012년 현재 전국적으로 총 79개의 중증장애인 자립생활지원센터가 있으며, 서울시에는 각 구별로 1개, 양천구에는 지적장애인자립생활센터까지 2개가 설치되어, 전국에서 가장 많은 중증장애인자립생활지원센터가 설치되어 있다.

<표 3-25> 중증장애인자립생활지원센터 현황

(2012년/단위: 개소)

지역	강원	경기	경남	경북	광주	대구	대전	부산
개수	2	14	3	1	5	2	6	7

지역	서울	울산	인천	전남	전북	제주	충남	충북	계
개수	26	1	3	4	1	2	1	1	79

출처: 한국장애인자립생활센터 총연합회(<http://www.koil.kr/>) 재구성

중증장애인자립생활지원센터는 장애인 당사자 참여, 장애 유형, 등급 등에 대한 포괄성, 비장애인의 참여를 허용하는 비배제성의 3가지를 원칙으로 하고 있다. 하지만 지적장애인자립생활지원센터와 같은 경우는 지적장애인만을 대상으로 하기 때문에 포괄성의 면에서 다른 중증장애인 자립생활지원센터와 차이를 가진다.

<표 3-26> 자립생활센터 이용 현황

	3대 주력사업		이용빈도(순위)	
	건수	이용률	빈도	순위
활동보조서비스	14	25.9	11	61.1
동료상담서비스	12	22.2	1	5.6
권익옹호활동	10	18.5	1	5.6
자립생활기술훈련	3	5.6	0	0.0
여가(문화)서비스	3	5.6	2	11.1
자립생활인식교육	2	3.7	0	0.0
교육서비스	2	3.7	2	11.1
체험홈	1	1.9	0	0.0
이동서비스	1	1.9	1	5.6
정보제공 및 의뢰	1	1.9	1	5.6
주택 개조·관리·소개	1	1.9	0	0.0
직업서비스	1	1.9	0	0.0
기타	3	5.6	0	0.0
계	54	100.0	18	100.0

출처: 성기원(2007). 「장애인 자립생활센터 실태조사 및 운영모델 개발」

서울시에 있는 18개의 중증장애인자립생활지원센터를 대상으로 한 성기원(2007)의 연구 결과를 보면, 서울시 내의 중증장애인자립생활지원센터가 가장 주력을 두는 사업은 활동보조서비스였으며, 이용빈도가 가장 높은 서비스 역시 활동보조서비스였다. 18개의 중증장애인자립생활센터에서 자립생활기술훈련, 자립생활인식교육, 체험홈, 주택 개조·관리·소개, 직업서비스 등은 이용빈도가 매우 낮은 것으로 나타났다.

④ 서울복지재단 장애인 전환서비스 지원센터

서울시는 서울특별시조례 제4913조에 서울특별시복지재단설립및운영에관한조례를 제정하였으며, 동법 제4조에 서울복지재단에서 수행하는 사업으로 장애인 전환서비스 지원 및 관련시설 운영을 제정함으로써 서울복지재단 내의 장애인 전환서비스 지원센터가 설립되었다.

장애인 전환서비스 지원센터는 거주시설에 입소한 장애인을 대상으로 퇴소준비에서 지역사회로의 자립까지의 전반적인 과정을 지원하는 기관으로, 2012년 7월 기준 자립생활체험홈 17개소와 자립생활가정 9개소를 운영 중이다.



출처 : 서울 장애인전환서비스지원센터 (<http://dfscenter.welfare.seoul.kr/>)

<그림 3-2> 서울시 장애인전환서비스지원센터 업무 흐름도

현재 장애인전환서비스지원센터에서 운영 중인 자립생활체험홈 17개는 권역별론로는 동북권에(5개), 개별 구로는 강북구에(3개) 가장 많이 설치되어 있다. 도심권에는 총 2개로 가장 적은 수의 자립생활체험홈이 있다.

<표 3-27> 권역별 자립생활체험홈 현황

(2012년/개소)

권역	지역	합계	체험홈
도심권	종로		
	중구		
	용산		1
	성동		1
	광진		
	계	2	
동북권	동대문		
	중랑		
	성북		2
	강북		3
	도봉		
	계	5	

권역	지역	합계	체험홈
서북권	노 원		2
	은 평		1
	서대문		
	마 포		
	양 천		1
	계	4	
서남권	강 서		1
	구 로		
	금 천		
	영등포		
	동 작		2
	계	3	
동남권	관 약		1
	서 초		
	강 남		1
	송 파		
	강 동		1
	계	3	

출처 : 서울시 장애인 전환서비스 지원센터(<http://dfscenter.welfare.seoul.kr/>) 재구성

자립생활체험홈은 입소 신청을 한 이후 평가를 통해 지역사회에서의 생활이 장애인 당사자에게 더 나은 여건을 제공할 수 있다고 판단되는 자에 한해 입소 자격을 부여한다. 입소를 위한 평가는 개인생활, 가정생활, 지역사회 이용 등 자립생활과 관련된 영역 전반에 대하여 이루어지고 있다(<표3-28> 참조).

<표 3-28> 자립생활체험홈 입주 심사 기준

영역	문항
개인 생활	1) 개인위생관리(세면, 면도, 샤워, 양치, 뒤처리 등)를 한다
	2) 날씨와 상황에 맞는 의복을 고르고 착용한다
가정 생활	1) 자신에게 주어진 가사활동(청소, 식사, 빨래, 쓰레기 분출 등)을 수행한다
	2) 규칙과 그것의 필요성에 대하여 안다
지역 사회 이용	1) 대중교통(버스, 택시, 지하철)을 이용한다
	2) 자기 집을 찾을 수 있다
	3) 편의시설(마트, 경찰서, 은행 등)을 이용할 수 있다
학습 능력	1) 학습(읽고 쓰기, 대중교통 이용방법, 전기제품 사용방법, 금전관리 등) 능력이 있다
의사 소통	1) 자신의 의견을 표현하고 다른 사람의 의사를 존중한다
	2) 가정 운영에 관한 의사결정에 관심을 가지며 참여한다
	3) 아픈 증상을 정확히 설명하고 도움을 요청한다

영역	문항
의사소통	4) 기타 필요 시 도움 요청을 할 수 있다(다른 사람에게 자신 알리기, 지원자의 이름·전화번호 알리기, 도움요청카드사용 등)
직업생활	1) 직장 생활의 중요성을 안다 2) 주어진 업무를 꾸준히 할 수 있다
의지	1) 생활 가운데 스스로 하고자 하는 의지를 보인다 2) 활동참여(직업생활, 여가활동 등)에 대한 의지가 있다
대인관계	1) 다른 사람과 원만하게 지낸다 2) 낯선 사람들과 적절하게 행동한다 3) 상황에 맞는 적절한 사회적 행동을 할 수 있다 4) 다른 사람의 소유물을 소중히 여긴다

출처 : 서울특별시(2012)

이와 같은 평가를 통해 자립생활체험홈에 입주하여도, 1개월 이상의 장기 치료를 요하거나, 체험홈 거주자가 장애인 생활시설로의 복귀를 당사자가 지속적으로 요구하거나, 체험홈 거주자 당사자에게 상당한 위해가 되는 등의 사유가 발생하면 체험홈운영위원회에서 다시 장애인생활시설로의 복귀를 결정할 수 있다.

⑤ 장애인가족지원센터

장애인가족지원센터는 장애인가족의 복합적이고 다양한 욕구를 해결할 수 있는 통합적 지원 체계를 마련하고 장애인가족의 사회적·심리적 부담 등 역기능을 해소하여 가족의 역량을 강화할 수 있는 가족지원서비스를 제공하고자 설립되었으며, 현재 서울복지재단에서 운영하고 있다(서울특별시, 2012b). 본 센터는 2011년 12월에 설립되었으며, 시범운영을 거쳐 2013년까지 권역별로 4개소를 설치·운영하고자 하는 계획을 가지고 있다.

현재 장애인가족지원센터는 체계적인 사례관리를 통한 장애인가족 통합서비스 지원, 장애인가족의 정서지원 및 역량강화, 장애인가족을 위한 전문상담과정 운영, 장애인가족 욕구조사 등의 서비스를 제공하며, 이에 대한 운영 결과가 제시된 바는 없다.

<장애인가족지원센터의 사업 내용>

- 체계적인 사례관리를 통한 장애인가족 통합서비스 지원
- 장애인가족 정서지원 및 역량강화 사업
- 장애인가족을 위한 전문상담과정 운영
- 장애인가족 욕구조사
- 가족관계 개선 및 가족역량강화 프로그램 개발
- 장애인가족 사례관리시스템 개발
- 장애인가족 지원을 위한 공공/민간자원 개발
- 장애인가족 정보시스템 구축
- 장애인가족 지원 광역네트워크 구축 등

자료 : 서울특별시(2012b). 2012장애인복지사업안내

2) 서울시 지적·자폐성장애인 탈시설정책관련 선행연구 검토

기존의 서울시 지적·자폐성장애인 탈시설정책에 대한 선행연구들을 검토하였다. 지적·자폐성장애인 탈시설관련 선행연구들은 본 연구의 또 다른 대상인 정신장애인의 탈시설에 관한 연구들과는 다른 경향을 띠고 있었다. 지적·자폐성장애인 영역의 선행연구들은 일반 장애인영역과 함께 현행 주거시설 정책의 문제점을 중심으로 탈시설화가 논의되어왔다. 반면, 정신장애인 영역의 탈시설화 관련 연구들은 장기감금에 관한 비인권적인 측면을 밝히고 장기감금의 구조적 요인들을 설명하는 데에 초점을 두고 있다. 즉, 지적·자폐성장애인 영역의 탈시설화 논의는 주거시설 개편을 통하여 탈시설화를 추진하는 구체적인 정책적 전략까지 논의되어 온 반면, 정신장애인 영역에서는 장기입원의 구조적 요인들을 분석하고 이를 극복하기 위한 전략을 제시하는 수준에서 이루어져 왔다.

탈시설화 논의에서 지적·자폐성장애인과 정신장애인영역의 상이성은 시설화가 이루어지는 물리적 공간의 차이에서 비롯된다. 즉 지적·자폐성장애인의 시설화는 장애인생활시설 중심인 반면, 정신장애인의 경우에는 정신의료기관을 중심으로 장애인생활시설보다 더 많은 통제가 주어진다. 이러한 차이는 입소와 퇴소과정에서의 자기결정권의 존중이라는 측면에서도 제도적 상이성이 주어진다. 그러나 이러한 차이에도 불구하고 현행의 생활시설 서비스라는 측면에서는 상당히 많은 공통적 요소가 존재한다. 생활시설서비스 공급량과 방식, 입소 및 퇴소에 관한 공공관리의 형식화 측면 등은 새로운 정책방향의 수립에서 공통적으로 다루어져야 할 과제들이다.

여기에서는 서울시 지적·자폐성장애인의 탈시설정책의 현실을 조명하기 위해 먼저 지적·자폐성장애인을 포함하는 일반 장애인영역의 주거시설서비스에 관한 문제점을 중심으로 정리해보겠다.

장기성(2007)은 기존의 논의들을 토대로 '장애인거주시설 서비스기능과 구조의 혁신방안' 공청회에서 장애인거주시설 서비스의 현실과 문제점을 다음과 같은 다섯가지 차원에서 정리하였다.

첫째, 생활시설 서비스의 개념 및 범위의 측면에서 장애인복지법 제48조는 장애인생활시설을 주거서비스와 함께 총체적인 재활치료서비스가 제공되는 시설로 인식함으로써, 장애인의 생활을 시설 내로 한정짓는 결과를 초래한다고 보았다. 즉 주거서비스와 생활 및 재활을 지원하는 서비스를 구분하지 않음으로써 시설과 지역사회의 분리를 조장한다는 것이다. 이와 같은 문제를 해결하기 위하여 주거서비스와 생활지원, 요양, 의료서비스들을 분리하고 각각의 주거서비스를 제공하는 시설유형이 어떻게 결합되는지 명확히 할 필요가 있다. 이와 관련하여 김용득 외(2009)는 생활시설의 개념 및 범위를 확장하여 단순거주, 거주와 요양 그리고 단기간의 휴식 및 피난 등의 목적으로 세분화하여 그룹홈, 케어홈, 요양케어홈 그리고 단기 및 일시케어홈 등으로 구분할 것을 제안하고 있다.

둘째, 생활시설서비스의 공급량과 공급방식의 측면에서 다양한 정책상의 문제를 제시하였다. 근본적으로 생활시설의 절대적인 공급량이 부족하다는 것이다. 우리나라의 경우 2008년 당시 전체 추정장애인의 1.17%가 거주시설을 이용하고 있고 전체인구 대비 시설이용 장애인은 약 0.05%인데 이는 영국 0.185% 일본 0.187% 그리고 미국 0.274%에 비하여 3~5배의 공급량이 부족하다는 것이다(김용득 외, 2009). 이에 따르면 우리나라의 경우 최소 7만5천자리에서 12만 5천자리까지의 생활시설이 확보되어야 한다는 것이다.

또한 생활시설이 공급되는 경우에도 대규모 시설을 중심으로 이루어져왔다. 그리고 시설배치의 지역적 불균형으로 인해 대규모 시설이 존재하는 지방자치단체에는 과중한 비용을 부담시켜 타 시도 이용자의 입소를 제한하거나 필요한 시설의 신규설립을 기피하게 만들어왔으며, 설치 및 설비기준이 획일화됨으로써 가정과 같은 주거를 제공하지 못하고 다양한 욕구에의 대응도 어렵게 되었다.

셋째, 생활시설서비스의 질과 과정의 측면은 탈시설정책의 핵심적 문제들이다.

장애인생활시설의 입소대상자는 기초생활보장 수급자인 법정 등록장애인, 수급자가 아닌 법정 등록장애인으로 부양의무자가 없거나 부양의무자가 있어도 부양능력이 없거나 부양을 받을 수 없는 자 그리고 입양기관 보호아동 등으로 제한되어 있다. 이는 생활시설서비스가 필요한 장애인들의 서비스 이용을 억제하고 오히려 서비스가 불필요한 빈곤 장애인을 격리시키는 결과를 초래하였다. 또한 이와 같은 이용제한을 유료시설 설치를 통해 해결하려하고 있으나 현재 실효성이 적은 것으로 나타나고 있으며, 차상위계층 이상의 사람들이 일정한 이용료를 부담하게 함으로써 소득이 적은 사람은 상대적으로 큰 부담이 되므로, 지불능력에 따라 차등이용료를 산정하는 방식을 도입하는 것이 필요하다(김용득 외, 2009).

또한 생활시설의 규모와 유형이 제한되어 이용자의 다양한 상황과 욕구에 대응하지 못하며 다양한 주거서비스 간의 연계가 발생하지 않는다. 즉 생활시설은 주로 대규모시설이거나 소규모 공동생활가정으로 공급되기 때문에 이용자의 상황과 욕구에 따라 다양한 서비스를 제공할 수 없고 생활시설 간 연계서비스 형성이 어렵다.

입소 및 퇴소와 관련된 공공관리가 명목화되어 있다. 입소를 필요로 하는 사람은 시·군·구에 신청하도록 규정하고 있으나 입소자격만 규정되어 있을 뿐 입소 및 퇴소 절차와 구체적인 판정기준과 같은 공적 차원의 관리가 미비하다.

넷째, 생활시설서비스의 예산지원방식은 시설의 대규모화를 유도한다. 생활시설에 대한 정부 예산지원방식은 인원비례방식을 채택함으로써 대규모화된 시설이 운영상 용이한 구조를 형성하고 있다는 것이다.

다섯째, 이용자권리보장의 측면에서는 생활시설 대규모화로 인한 인권침해의 불가피함, 안전을 이유로 한 과도한 통제, 전문가와의 관계에서 발생하는 억압 그리고 사생활보호의 미비 등의 문제가 나타나고 있다는 것이다.

3) 서울시 지적·자폐성장애인 탈시설정책의 평가

가) 지적·자폐성장애인의 생활시설 거주현황 평가

지적·자폐성장애인이 거주하는 생활시설은 대규모화 되어 있으며, 거주환경이 열악하다. 서울시는 전국에서 3번째로 시설당 입소 인원이 많으며, 100인 이상 생활시설 11개 중 9개가 지적·자폐성장애인을 위한 시설과 중증장애인요양시설로 타 장애유형보다 지적·자폐성장애인을 위한 시설이 특히 대규모화되어 있다. 한 실 당 거주인원 역시 지적·자폐성장애인이 5.66명으로 평균 거주인원인 5.14명보다 많았으며, 거주기간도 43.98%가 15년 이상 거주하고 있는 등 장기간 시설에 입소하여 생활하고 있었다. 이에 덧붙여 서울시 장애인 거주시설의 41.86%는 서울시가 아닌 강원도, 경기도, 충청도에 위치하고 있어 접근성이 떨어진다. 즉, 지역사회 내에 거주하는 것이 아닌 지역사회와 먼 곳에 격리되어 수용되는 형태를 띠고 있다는 것이다.

나) 대안주거 및 지역사회생활지원서비스 평가

2010년 기준, 서울시에 등록된 장애인은 414,522명이며(서울특별시, 2011), 그 중 25,474명이 지적·자폐성장애인이다. 이들을 대상으로 거주, 대안적 거주, 지역사회서비스를 제공하고 있는 기관은 서울시에 총 382개가 위치하고 있으며, 각 권역별·서비스별 현황은 <표3-29>와 같다.

<표 3-29> 서울시 권역별 서비스기관 현황

		도심권	동북권	서북권	서남권	동남권	기타	계
장애인 현황	등록장애인	49,391	90,490	97,256	89,511	87,874		414,522
	지적·자폐성장애인	2,703	4,986	6,258	5,275	6,252		25,474
거주 시설	거주시설	1	4	9	2	9	18	43
	계	1	4	9	2	9	18	43
대안적 주거 서비스	공동생활가정	11	19	33	43	54		160
	단기거주시설	1	6	8	8	9	1	33
	주간보호시설	16	8	29	24	23		100
	계	33	33	70	75	86	1	298
지역사회 서비스	복지관 ¹⁰⁾	2	4	7	8	7	1	29
	체험홈	2	5	4	3	3		17
	계	4	9	11	11	10	1	46
서비스 계		33	46	90	88	105	20	382

자료: 1) 서울특별시(2011). 서울통계

2) 서울시 장애인복지: <http://disability.seoul.go.kr>

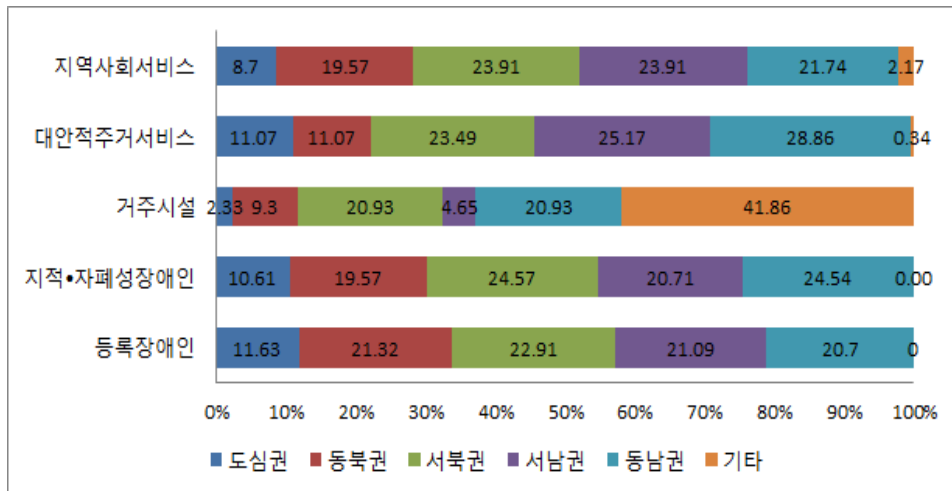
3) 한국장애인복지관협회(2012). 2011년도 전국장애인복지관 편람

4) 서울시 장애인 전환서비스 지원센터: <http://dfcenter.welfare.seoul.kr>

10) 본 연구의 정책대상은 지적·자폐성장애인이므로, 시각, 청각, 지체, 뇌병변장애의 단종복지관을 제외한 지적장애인복지관과 종합복지관의 수만 표기하였음

이와 같은 시설 및 서비스의 현황을 바탕으로 서울시 지적·자폐성장장애인의 대안주거 및 지역 사회생활지원서비스의 문제점을 정리하면 아래와 같다.

첫째, 권역에 편중된 서비스이다. 서울시에서 장애인 대안적주거·지역사회서비스가 가장 밀집된 지역은 동남권이며, 가장 적은 서비스제공기관이 위치한 권역은 도심권이다. 서북권의 경우, 등록장애인의 비율이나 거주시설, 대안적주거서비스, 지역사회서비스가 가장 높은 비율로 분포되어 있었다.



<그림 3-3> 권역별 서비스 현황

서비스가 일부 지역에 편중됨으로 인해 서비스기관이 적은 지역에 거주하는 장애인들은 서비스로부터 소외되거나, 한 개의 서비스제공기관에 많은 장애인이 이용을 희망함으로써 원활한 서비스 제공이 이루어지지 않는다는 문제점이 있다. 실제 도심권에 거주하는 지적·자폐성장장애인이 대안적주거서비스 및 지역사회서비스를 이용하고자 할 경우 기관당 약 84명의 서비스 대상자가 있는 반면, 동남권의 경우 65명으로 기관 당 서비스 대상자의 차이가 나타나고 있다.¹¹⁾

둘째, 대안주거의 형태가 ‘자립’을 기준으로 제한되어 있어 중증장애인은 결국 생활시설에 머물 수밖에 없다. 공동생활가정 및 체험홈의 중요한 입소 기준은 ‘자립’ 가능 여부이다. 공동생활가정에 입소할 수 있는 기준은 ‘낮 시간 동안 근로, 고용훈련, 교육 및 재활 등에 참여하고 있으며 이를 통해 일정 소득이 있는 자’로 되어 있다(서울특별시, 2012b). 즉, 무언가 일거리를 할 수 있는 사람이므로 스스로 자기관리가 어려운 중증장애인의 경우 공동생활가정의 입소기준에 부합하지 않는다. 자립생활체험홈 역시 자립을 기준으로 평가를 실시하여 대상자를 선정하기 때문에 중증장애인이 갈 수 있는 대안적 주거시설이 거의 전무하다.

11) 본 수치는 (권역 내 지적·자폐성장장애인의 수 ÷ 권역 내 대안적주거서비스 및 지역사회생활서비스)를 하여 구한 숫자로, 기관당 고르게 인원이 분포될 경우의 대안적주거서비스 및 지역사회생활서비스 이용자를 추정하여 본 수치임.

셋째, 장애인 단기거주시설의 운영 정상화가 필요하다. 장애인단기거주시설의 경우 최대 30일 이내로 입소 기간이 정해져 있지만, 실제 입소기간이 30일 이내가 아닌 장기 거주 형태로 변화하여 운영 되고 있다¹²⁾. 이러한 운영 형태의 변화로 인해 실제 단기간 입소가 필요한 장애인의 입소는 더욱 어려워지고 있다. 즉, 휴식이 필요하거나 일시적으로 보호를 의뢰할 수 있는 체계가 명목화되고 있다.

넷째, 장애인활동지원과 같은 중증장애인의 지역사회 내 자립을 돕기 위한 제도가 시행중이지만, 장애인활동지원의 대상자로 선정된 사람은 중증장애인의 10%도 채 되지 않는다. 지적·자폐성장애로 진단을 받았다는 것은, 일상생활에서의 어려움을 가진다는 것이며, 이들 역시 일상생활 대부분에서 도움이 필요하다고 응답하고 있다(자폐성장애인의 82.1%, 지적장애인의 46.1%). 하지만 실제 일상생활에서의 활동지원서비스를 이용할 수 있도록 선택된 사람은 소수에 불과하다. 서울시의 경우, 2급의 중증 장애인도 서비스를 이용할 수 있도록 추가급여를 제공하고 있지만 추가급여의 평가기준 역시 신체기능을 중심으로 한 인정조사결과이므로, 신체 기능에 큰 어려움이 없는 지적·자폐성장애인의 경우 여전히 서비스로부터 배제되고 있다.

다) 장애인복지전달체계 평가

첫째, 지역사회 내에서 지적·자폐성장애인을 대상으로 지속적인 사례관리를 제공해줄 수 있는 기관이 부재하다. 장애인 서비스 전달체계는 구체적으로 서비스를 조정하고 의뢰하는 사례관리에 의해 작동되므로, 지역사회에서 생활하는 지적·자폐성장애인에게 필요한 서비스가 효과적으로 전달되기 위해서는 합리적인 사례관리체계의 구축이 필수적이다. 지적·자폐성장애인의 경우 다른 장애와 비교하여 상대적으로 낮은 지적능력과 사회성 부족으로 인해 다양한 지원을 필요로 하는 중증장애인이라는 특수성이 있다. 하지만 우리나라의 관련 기관들은 장기적이고 복합적인 서비스보다 단편적이고 단기적인 서비스를 제공하는 데에 그치고 있다. 이러한 결과 기관 간 협력이 잘 이루어지지 않아 중복서비스를 받는 경우도 있으며, 최중증지적장애인의 경우 아무런 서비스도 받지 못한 채 방치되어 있는 경우도 있다(변경희 외, 2008).

둘째, 장애인전환서비스지원센터의 역할 강화가 필요하다. 장애인전환서비스지원센터는 거주시설에 입소한 장애인을 대상으로 퇴소준비에서 지역사회 내의 자립에 이르기까지 전반적인 과정을 지원하는 기관이다. 현재 장애인전환서비스지원센터에서의 주된 업무는 장애인 자립생활체험홈과 자립생활가정에 대한 지원업무이다. 센터의 기능이 효과적으로 수행되기 위하여 생활시설 내에 거주하고 있는 다른 장애인들의 탈시설 및 자립을 위한 역할을 강화할 필요가 있다.

12) 장애인 단기거주시설의 경우 입소 기간을 조사한 통계자료는 나타나지 않고 있지만, 실무자 및 전문가들의 의견에서 입소 형태가 단기거주가 아닌 거주시설의 형태로 운영되고 있음이 드러남

나. 서울시 정신장애인 탈시설정책의 현황 및 평가

1) 우리나라 정신장애인 탈시설정책의 현황

가) 우리나라 정신장애인 대규모 수용의 현황

우리나라 정신장애인의 대규모화된 수용상황을 이해하기 위해서는 먼저 정신보건시설 및 병상수 현황을 살펴볼 필요가 있다. 2010년말 현재 정신보건관련시설은 총 1,760개소이며, 이 중 정신의료기관이 1,273개소(72.3%)로 절대적으로 많은 수를 차지하고 있다. 한편 정신요양시설은 59개소, 사회복귀시설은 203개소 설치되어 있다.

<표 3-30> 정신병상수 현황

(단위: 개소)

구분	기관수	정원	기관당 입원 /입소정원(명)	정신의료기관 병상구성비	전체 병상구성비		
2010년 합계	1,760	89,559			100.0		
소 계	1,273	75,414	59.2	100.0	84.2		
정신 의료 기관	정신 병원	국 립	6	3,830	638.3	5.1	4.3
		공 립	12	4,148	345.6	5.5	4.6
		사 립	127	34,525	271.8	45.8	38.6
		소 계	145	42,503	293.1	56.4	47.5
정신 의료 기관	병·의원	종합병원정신과	165	5,470	33.1	7.3	6.1
		병원정신과	136	20,872	153.4	27.7	23.3
		정신과의원	827	6,569	7.9	8.7	7.3
		소 계	1,128	32,911	29.1	43.5	36.7
정신요양시설	59	14,145	239.7	-	15.8		
사회복귀시설	203	-	-	-	-		
표준형 정신보건센터	157	-	-	-	-		
알코올상담센터	41	-	-	-	-		

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2011). 2010중앙정신보건사업지원단 사업보고서 재구성

탈시설정책의 대상이 되고 있는 입원 및 입소서비스를 제공하는 정신의료기관과 정신요양시설의 정원수를 살펴보면, 전체 89,559명의 입원/입소 정원 중 정신의료기관이 75,414개 입원 정원으로 84.2%에 이르고 정신요양시설은 14,145명 입소 정원으로 15.8%를 점하고 있다.

정신의료기관에서는 정신병원이 42,503명 입원정원으로 병·의원의 32,911명 입원정원보다 높게 나타난다. 가장 높은 수치의 입원/입소 정원을 가지고 있는 기관은 사립정신병원으로 34,525명 입원 정원을 가지고 있어 정신의료기관병상의 45.8%에 달하고 있다.

탈시설정책의 초점이 되고 있는 기관당 입원/입소 정원을 살펴보면, 정신의료기관 전체의 평균 입원 정원은 59.2명으로 나타나지만, 정신병원의 입원 정원은 293.1명으로 엄청난 규모로 대형화 되어 있다. 병원 정신과의 경우에도 153.4명으로 대형화되어 있음을 알 수 있다.

그리고 정신요양시설의 경우에도 개소 당 입소정원 239.7명으로 대규모 시설이다.

<표 3-31> 1997-2010년 정신의료기관 병상수 추이

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
병상수	28,551	31,696	36,837	43,876	46,832	49,868	51,561
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
병상수	64,502	58,150	63,760	68,253	69,702	72,378	75,414

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2010). 2009 중앙정신보건사업지원단 보고서
보건복지부(2011) 2010 보건복지백서

정신보건법이 시행된 1997년부터 2010년까지 정신의료기관의 병상수는 22,513병상에서 75,414병상으로 매우 급격히 증가하였다.

<표 3-32> 정신보건시설 입원유형

	총입원환자수	자의입원	보호의무자에 의한 입원			시장·군수·구청장에 의한 입원	응급입원
			보호의무자가 가족	보호의무자가 시장·군수·구청장	기타입소 ³⁾		
2000 총계	59,032(100.0)	3,393(5.8)	36,945(62.6)	18,694(31.7)	-	-	-
2001 총계	60,079(100.0)	4,041(6.7)	39,167(65.2)	16,868(28.1)	-	-	-
2002 총계	61,066(100.0)	3,946(6.5)	40,263(65.9)	16,857(27.6)	-	-	-
2003 총계	64,083(100.0)	4,182(6.6)	41,853(65.9)	17,293(26.3)	755(1.2)	-	-
2004 총계	65,349(100.0)	5,042(7.7)	44,024(67.4)	15,618(23.9)	683(1.0)	-	-
2005 총계	67,895(100.0)	6,036(8.9)	45,958(67.7)	15,316(22.6)	585(0.9)	-	-
2006 총계	70,967(100.0)	6,534(9.2)	49,935(70.4)	13,917(19.6)	579(0.8)	-	-
2007 총계	70,516(100.0)	6,841(9.7)	51,028(72.4)	11,961(17.0)	686(0.9)	-	-
2008 총계	72,325(100.0)	9,387(13.0)	50,425(69.7)	11,580(16.0)	785(1.1)	112(0.2)	37(0.1)
2009 총계	74,919(100.0)	12,087(16.1)	50,575(67.5)	11,154(14.9)	851(1.1)	176(0.2)	76(0.1)
2010 총계 ²⁾	75,282(100.0)	15,271(20.3)	51,714(68.7)	7,027(9.3)	910(1.2)	251(0.3)	109(0.1)

주 1) 국립감호정신병원에 입원한 감호치료 대상자 등

주 2) 부랑인 시설 입소자 제외

주 3) 2008년부터 「시장·군수·구청장에 의한 입원」, 「응급입원」을 포함함.

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2011). 2010 중앙정신보건사업지원단 사업보고서

입원/입소자의 정신보건시설 입원유형을 살펴보면 2010년 현재 자의입원은 20.3%에 불과하며 약 80% 정도는 비자발적 혹은 강제적 입원의 형태로 입원/입소하고 있다. 이러한 사실은 장기입원의 대부분이 의료급여 대상자들에 의해 이루어지고 있다는 측면에서 본다면, 우리 사회가 최취약계층에 존재하는 정신장애인을 강제적으로 장기입원시키고 있는 인권적 문제를 확인할 수 있게 해준다. 다만 2000년에 5.8%에 불과하였던 자의입원이 일정 수준 개선되었다고 볼

수 있으나, 보호의무자의 동의와 해당 병원 전문의의 판단에 의하여 공적 판단이 배제된 상황에서 이루어지는 입원제도의 개정이 없는 한 인권문제는 상존할 수밖에 없을 것이다.

<표 3-33> 정신보건시설별 입원(입소)환자의 재원기간 변화 추이

(단위: 일)		2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
정신 의료 기관	국립정신병원	142	89	118	102	101	89	102	117	128	152	153
	공립정신병원	207	256	216	216	260	240	200	235	254	272	248
	사립정신병원	220	248	240	229	266	264	271	252	186	217	252
	종합병원정신과	80	69	67	65	69	75	65	61	61	50	71
	병원정신과	231	228	215	173	168	165	164	163	150	164	150
	정신과의원	75	61	74	60	77	74	73	75	88	93	99
정신요양시설		2,787	2,321	2,665	2,455	2,521	2,867	2,630	2,914	2,870	3,231	3,364

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2011). 2010중앙정신보건사업지원단 사업보고서

정신보건시설별 입원/입소자의 재원기간 간 변화추이를 보면, 1997년 이후 급속한 정신의료기관의 병상증가에도 불구하고 지속적으로 재원기간이 증가하고 있는 것으로 나타났다. 병상수의 증가에도 불구하고 입원기간이 상승하였다는 것은 기간의 증가가 정신의료기관의 치료환경 개선과 관련되기보다 장기입원 구조가 더욱 견고해지는 방향으로 변화하였음을 의미한다. 다른 관점에서 본다면 정신의료기관이 치료기능이 아니라 주거제공기능으로 점차 변화하는 양태를 보여주는 것이라고 해석된다. 그리고 이와 같은 장기재원은 공립정신병원과 사립정신병원에서 주로 발생하고 있음을 알 수 있다.

<표 3-34> 입원자의 의료보장 종류별 분포

(단위: 명, %)

		전체	건강보험	의료급여1종	의료급여2종	기타	
2010 총계		75,282(100.0)	23,740(31.5)	46,126(61.3)	3,149(4.2)	2,267(3.0)	
소 계		63,671(100.0)	22,194(34.9)	36,561(57.4)	2,877(4.5)	2,039(3.2)	
정신 의료 기관	정신 병원	국립	2,855(100.0)	907(31.8)	921(32.3)	102(3.6)	925(32.4)
		공립	3,487(100.0)	853(24.5)	2,422(69.5)	146(4.2)	66(1.9)
		사립	28,778(100.0)	8,647(30.0)	18,241(63.4)	1,308(4.5)	582(2.0)
	병의원	종합병원정신과	4,335(100.0)	2,007(46.3)	2,040(47.1)	139(3.2)	149(3.4)
		병원정신과	18,241(100.0)	6,860(37.6)	10,237(56.1)	867(4.8)	277(1.5)
		정신과의원	5,975(100.0)	2,920(48.9)	2,700(45.2)	315(5.3)	40(0.7)
정신요양시설		11,611(100.0)	1,546(13.3)	9,565(82.94)	272(2.3)	228(2.0)	
부랑인 시설		3,972(100.0)	-	3,972(100.0)	-	-	

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2011). 2010중앙정신보건사업지원단 사업보고서

정신보건시설 및 부랑인시설 입원/입소자의 의료보장 종류별 분포를 살펴보면, 전체의 75,282명 중 61.3%에 해당하는 46,126명이 의료급여 1종이었다. 정신요양시설과 부랑인시설을

제외하고 정신의료기관만 살펴볼 때도 그 비율은 57.4%로 크게 다르지 않다.

이는 실제로 빈곤하고 사회적 지지체계가 미약한 정신장애인들에 대하여 장기입원이 지속되고 있음을 알 수 있으며, 정신의료기관의 증가는 결국 이와 같은 계층에 대한 사회적 대책 미흡이 가장 중요한 원인이라 할 수 있다.

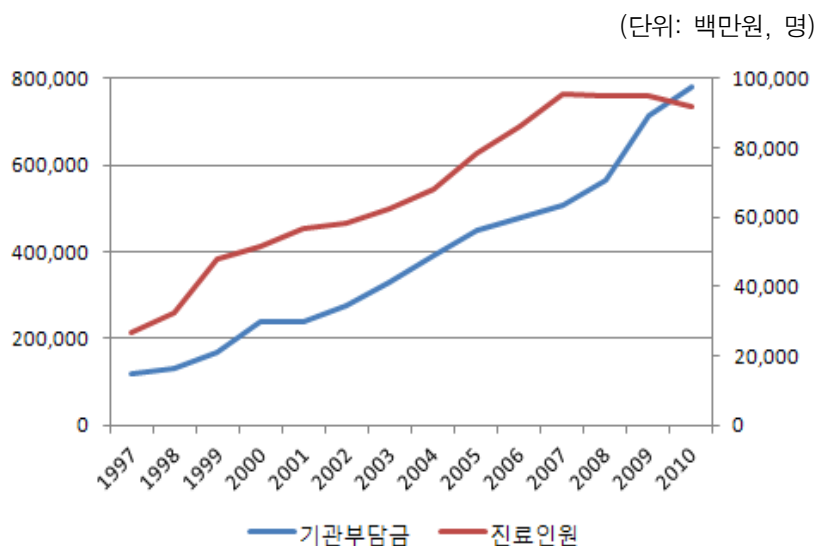
이와 같이 극빈곤계층인 의료급여 수급 정신장애인에 의해 이루어지는 장기 입원은 사회적 부담을 점점 증가시키고 있다. 1997년부터 2010년까지 정신질환상병 입원의료급여의 정부부담금은 1997년 약 1,171억원(진료인원 26,467명)에서 2010년 약 7,826억원(진료인원 92,089명)으로 급증하는 추세를 보여주었다.

<표 3-35> 1997-2010년 정신질환상병 의료급여(입원) 종별수진 현황

(단위: 백만원, 명)

	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003
기관부담금	117,140	132,513	166,251	238,172	236,446	276,948	330,023
진료인원	26,467	32,308	47,776	51,747	56,514	58,218	62,154
	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
기관부담금	390,826	447,988	480,140	508,672	567,002	714,895	782,618
진료인원	67,918	78,412	86,071	95,613	95,006	95,091	92,089

출처 : 보건복지부(1997-2011). 의료급여백서



<그림 3-4> 1997-2010년 정신질환상병 의료급여(입원) 종별수진 현황

특히 2007년 이후 입원의료급여이용자는 잠시 정체상태를 보이다가 감소하는 추세를 보이지만, 입원의료비는 지속적으로 증가하여 입원이 장기화되는 추세를 보여주고 있다.

나) 우리나라 주거제공 정신보건시설의 현황

주거서비스를 제공하는 정신보건시설 현황을 살펴보면, 정신의료기관이 전체 정원 89,559명 중 75,414명으로 84.2%를 점하고 있으며, 정신요양시설이 14,145명으로 15.7%를 차지하고 있다. 그리고 입소 사회복지시설이 1,082명(1.2%), 주거제공시설이 782명(0.8%)을 공급하고 있다.

탈시설화의 관점에서 보면 주거제공기능이 원칙적으로 부여되어 있지 않고 규제가 심한 정신의료기관과 대규모화된 정신요양시설이 98%의 주거를 제공하고 있는 것으로 나타난다. 즉 탈시설화의 관점에서 긍정적으로 평가될 수 있는 주거는 전체의 2% 정도 공급되고 있는 것이다.

그리고 탈의료의 관점에서 본다면, 84.2%가 정신의료기관에서 주거를 공급하고 있으며 기능상 주거서비스가 가능한 영역에서 제공하는 주거는 17.7%에 불과한 것이 현실이다.

<표 3-36> 주거제공 정신보건시설 비율

(단위: 병상, 명, %)

		병상(정원)수	입원(입소) 환자수	정원대비 비율
총 계		89,559	75,135	100
소 계		75,414	63,524	84.2
정신 의료 기관	국립정신병원	3,830	2,855	4.2
	공립정신병원	4,148	3,487	4.6
	사립정신병원	34,525	28,543	38.5
	종합병원정신과	5,470	4,359	6.1
	병원정신과	20,872	18,241	23.3
	정신과의원	6,569	6,039	7.3
	정신요양시설	14,145	11,611	15.7
사회 복귀 시설	입소시설	1,082	857	1.2
	주거제공시설	782	611	0.8

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2011). 2010중앙정신보건사업지원단 사업보고서 재구성

2) 서울시 정신장애인 탈시설정책의 현황

가) 서울시 정신장애인 대규모 수용의 현황

2010년말 서울시 정신의료기관 및 정신요양시설의 총수는 318개소이며, 입원/입소 정원은 7,773명이다. 국립정신병원은 1개소에 정원 960명, 시립정신병원은 평균 5개소에 337명, 사립정신병원은 7개소에 평균 237.4명 그리고 정신요양시설은 3개소에 346.6명 등으로 전체 입원/입소 시설 정원 7,773명 중 68.7%인 5,347명이 대규모 거주공간에서 생활하고 있다. 이러한 사실은 여타 장애인생활시설의 시설당 평균 입소인원이 53.9명이며, 신규 장애인생활시설은 30명이하로 제한하기로 한 장애인정책과 비교할 때도 탈시설화 문제의 심각성이 정신장애인영역에 있음을 알 수 있다.

<표 3-37> 서울시 정신의료기관 및 정신요양시설 입원/입소 정원

(2010년/단위: 개소, 명)

구분	국립 정신 병원	공립 정신 병원	사립 정신 병원	종합 병원 정신과	병원 정신과	정신과 의원	정신 요양 시설	계
시설수	1 (0.31)	5 (1.57)	7 (2.20)	39 (12.26)	7 (2.20)	256 (80.50)	3 (0.94)	318 (100.0)
병상수	960 (12.35)	1,685 (16.53)	1,662 (21.38)	882 (11.35)	242 (3.11)	1,302 (16.75)	1,040 (13.38)	7,773 (100.0)
평균 병상수	960.0	337.0	237.43	22.62	34.57	5.09	346.67	24.44

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2011). 2010중앙정신보건사업지원단 사업보고서

그런데 서울시 거주자의 정신의료기관 입원분포를 살펴보면, 탈서울현상이 두드러지게 나타난다. 2007년 서울시 거주자의 56.5%가 서울시 소재 정신의료기관에 입원하였으며, 2008년에는 54.1%가 서울지역에서 입원하였다. 2007년과 2008년 입원자에서 중복자를 제외하면 서울시소재 정신의료기관에 입원자는 57.8%로 42.2%의 서울시 거주자가 서울이 아닌 지역에서 입원하고 있었다. 이와 같은 사실은 실제 지역사회정신보건사업의 효율적 수행을 위해서는 입원상태를 즉시 파악할 수 있는 정보전달체계가 필요함을 시사한다.

<표 3-38> 서울시 정신장애인의 정신의료기관 입원분포

	2007년	2008년	*2007-8년
전국 정신의료기관	23,993명	26,171명	41,357명
서울시 소재 정신의료기관	13,561명 (56.5%)	14,181명 (54.1%)	23,921명 (57.8%)

* 중복인원 제외

출처 : 이명수 외(2009). 서울시립병원 운영개선방안에 관한 연구

이명수 외(2009)가 연인원으로 분석한 결과에 따르면, 서울시 소재 정신의료기관 입원자가 50.6%이며, 다음은 경기도가 26.5%, 충남이 2.9%로 나타났다.

<표 3-39> 서울시 거주 정신장애인의 광역자치단체별 정신의료기관 입원분포

	서울	강원	경기	경남	경북	광주	대구	대전	부산	울산	인천	전남	전북	제주	충남	충북
	50.6	1.2	26.5	1.8	1.8	1.5	0.8	1	1.2	0.3	3.1	2.2	2.3	0.1	2.9	2

출처 : 이명수 외(2009). 서울시립병원 운영개선방안에 관한 연구

시·도별 분석된 입원/입소자의 입원유형을 보면, 서울시의 경우 전국평균 자의입원을 20.3%보다 조금 높은 23.1%를 보여주고 있다. 그러나 광주광역시의 46.5%에는 훨씬 못 미치는 수준이다. 정신보건에 관한 인프라가 상대적으로 높은 서울시가 왜 낮은 자의입원율을 보이는지 인권적 차원에서 검토할 필요가 있다.

〈표 3-40〉 시도별 입원(입소)자 입원유형 현황

(2010년/단위: 명, %)

	총입원환자수	자의입원	보호의무자에 의한 입원			시장·군수·구청장에 의한 입원	응급입원
			보호의무자가 가족	보호의무자가 시장·군수·구청장	기타입소		
총계	75,282(100.0)	15,271(20.3)	51,714(68.7)	7,027(9.3)	910(1.2)	251(0.3)	109(0.1)
서울	5,314(100.0)	1,228(23.1)	3,230(60.8)	702(13.2)	6(0.1)	91(1.7)	57(1.1)
부산	5,545(100.0)	1,125(20.3)	3,780(68.2)	594(10.7)	1(0.1)	44(0.8)	1(0.1)
대구	3,579(100.0)	1,086(30.3)	2,145(59.9)	322(9.0)	-	-	26(0.7)
인천	2,771(100.0)	578(20.9)	2,024(73.0)	165(6.0)	-	3(0.1)	1(0.1)
광주	2,989(100.0)	1,391(46.5)	1,288(43.1)	303(10.1)	2(0.1)	4(0.1)	1(0.1)
대전	2,177(100.0)	242(11.1)	1,631(74.9)	293(13.5)	-	-	11(0.5)
울산	1,463(100.0)	271(18.5)	845(57.8)	273(18.7)	-	74(5.1)	-
경기	14,620(100.0)	2,459(16.8)	10,772(73.7)	1,362(9.3)	7(0.1)	14(0.1)	6(0.1)
강원	2,811(100.0)	672(23.9)	1,490(53.0)	644(22.9)	-	3(0.1)	2(0.1)
충북	4,465(100.0)	734(16.4)	3,407(76.3)	312(7.0)	-	11(0.2)	1(0.1)
충남	4,677(100.0)	413(8.8)	3,183(68.1)	193(4.1)	887(19.0)	1(0.1)	-
전북	3,468(100.0)	629(18.1)	2,348(67.7)	491(14.2)	-	-	-
전남	5,265(100.0)	1,251(23.8)	3,745(71.1)	266(5.1)	2(0.1)	-	1(0.1)
경북	7,265(100.0)	1,559(21.5)	5,357(73.7)	341(4.7)	2(0.1)	6(0.1)	-
경남	8,488(100.0)	1,540(18.1)	6,177(72.8)	766(9.0)	3(0.1)	-	2(0.1)
제주	385(100.0)	93(24.2)	292(75.8)	-	-	-	-

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2011). 2010중앙정신보건사업지원단 사업보고서

나) 서울시 정신장애인 지역사회서비스

① 입소생활시설 및 주거제공시설 현황

정신보건법은 지역사회에서 주거서비스를 제공하는 시설로 크게 정신요양시설, 정신질환자 생활시설, 정신질환자지역사회재활시설로 구분하고 있다. 그리고 정신질환자생활시설은 다시 입소생활시설과 주거제공시설로 나눈다. 입소생활시설은 50인 이하 규모로 설치하도록 하고 있으며, 주거제공시설은 10인 이하로 운영되도록 하고 있다. 공동생활가정은 정신질환자지역사회재활시설에 포함된다.

그러나 이러한 구분에도 불구하고 실제 이들 시설간 이용 대상자의 구분 기준이나 제공되는 서비스의 차이는 명확하지 않다. 즉 이용대상을 사정하는 일정한 기준이 없고 독립생활이 어렵다거나 가정에서 생활하기 어렵다는 다소 모호한 용어로 기술되어있으며, 서비스내용도 생활지도, 생활안내, 사회복귀 촉진, 보호 등의 용어로 구체적인 기준 없이 사용되고 있어 어떠한 전문인력

에 의해 어떠한 차별적인 서비스가 제공되는지 모호하다. 이는 단일화된 공적 의뢰체계에 의하여 일정한 기준에 따라 시설이용자격을 부여하는 제도가 부재하기 때문인 것으로 볼 수 있다. 또한 입소생활시설과 주거제공시설은 거주기간을 3년으로 제한하고 있다. 가정에서 생활하기 어렵거나 독립적인 생활이 어려운 정신장애인을 대상으로 제공하는 주거서비스에 이러한 제한을 두는 것은 이해하기 어렵다. 시설 이용이 끝난 다음에는 어디로 가야하는지에 대한 설명이 필요하다.

<표 3-41> 정신보건시설별 주거서비스 기능, 규모 및 거주기간

구분	정신요양시설	정신질환자생활시설		정신질환자 지역사회재활시설
		입소생활시설	주거제공시설	공동생활가정
이용대상	정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성 정신질환자	가정에서 생활하기 어려운 정신질환자	일정정도 자기관리능력을 가지고 있으나 가정에서 생활하기 어려운 정신질환자	독립적인 생활이 어려운 정신질환자
비용	· 수급자 시·군·구 지불 · 비수급자 월 25만원 내외	· 수급자 시·군·구 지불 · 비수급자 월20만원내외	· 수급자 월 20만원 이하 · 비수급자 월 26만원이하	-
기능	· 주거제공 · 요양(care) · 사회복귀촉진	· 주거제공 · 생활지도 · 교육 · 직업재활	· 주거제공 · 생활지도 · 교육	· 주거제공 · 심리적 안정 · 생활안내
허용규모	-	50인 이하	10인 이하	-
거주기간		3년 이내	3년 이내	

여기에서 서울시 정신질환자생활시설의 현황을 살펴보고자 한다. 먼저 입소생활시설은 전국적으로 40개소가 설치되어 있으며, 시설정원은 1,082명이다. 서울시의 경우 6개소에 정원 140명이며 2010년말 101명이 이용하고 있는 것으로 나타난다. 이는 전국적으로 인구 10만명당 2.2명이 입소할 수 있는 자리가 확보된 것에 비하여 1.4명에 불과한 수치이다. 또한 전체 6개소 중 2개소는 알코올문제를 가진 사람을 대상으로 하는 시설이어서 알코올문제가 없는 정신장애인을 기준으로 한다면 더욱 부족한 공급 수준이라고 할 수 있다. 그런데 서울시의 입소사회복지시설 6개소의 정원이 140명인데 입소자수는 101명에 불과하여 입소율이 72.1%에 불과하다. 즉, 지역사회 주거서비스의 부족에도 불구하고 약 30%에 달하는 입소 여석이 존재하고 있다.

<표 3-42> 입소생활시설 현황

(2010년/단위: 개소, 병상, %)

구분	시설수	정원	등록자수	무연고자수	병상이용률	인구10만명당 정원수	상대적 비율
총계	40	1,082	857	37	79.2	2.2	1.00
서울	6	140	101	8	72.1	1.4	0.63
부산	2	47	28	-	59.6	1.4	0.62
대구	1	50	39	-	78.0	2.1	0.93
인천	-	-	-	-	-	-	-
광주	1	20	13	-	65.0	1.4	0.62
대전	3	88	77	3	87.5	5.8	2.62
울산	-	-	-	-	-	-	-
경기	4	79	64	1	81.0	0.7	0.31
강원	1	24	21	-	87.5	1.7	0.75
충북	2	80	51	2	63.8	5.4	2.44
충남	5	149	133	13	89.3	7.6	3.44
전북	8	178	159	8	89.3	10.5	4.72
전남	1	10	9	-	90.0	0.6	0.26
경북	4	172	119	2	69.2	6.6	3.00
경남	2	45	43	-	95.6	1.4	0.65
제주	-	-	-	-	-	-	-

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2011). 2010중앙정신보건사업지원단 사업보고서

한편 2011년말 입·퇴소자 현황자료에 따르면, 2011년 입소자 145명 중 퇴소자는 85명(59%)으로 나타났으며, 2011년 이전 입소자를 포함할 경우 입소자는 총 220명이고 퇴소자는 이의 73%로 인 160명으로 나타났다. 그리고 평균입소기간은 2011년 입소자의 경우 3개월, 2011년 이전 입소자를 포함할 경우 5.22개월로 나타났다. 이는 실제 입소생활시설이 여타 장애인생활시설과는 달리 주거서비스를 제공하기보다는 일시적 훈련기능을 수행하는 것으로 이해할 수 있다. 그리고 145명의 입소자 중 위탁시립정신병원에서 의뢰된 사람은 26명에 불과하여 시립정신병원의 탈시설 추진의 의지가 의심스럽다. 또한 145명의 입소자 중 71명은 지역사회에서 가족들과 생활하고 있던 사람들이어서 입소생활시설의 기능에 대한 합의가 이루어지지 않았음을 추측케 한다.

<표 3-43> 입소생활시설의 입소자 및 퇴소자 현황

	2011년		2011년 이전 입소자 포함	
	입소자	퇴소자	총입소자	총퇴소자
인원수	145	85(59%)	220	160(73%)
평균 입소기간	3개월		5.22개월	

출처 : 서울시정신보건사업지원단(2012). Halfway House 사업현황자료

주거제공시설은 2010년말 현재 전국적으로 91개소가 설치되어 있으며 정원 782명에 611명이 생활하고 있다. 서울시는 총 43개소에 정원이 373명이고 이용자는 301명이다. 이러한 서울시의 주거제공시설 공급수준은 전국 평균의 23배로서 전국 최고 수준에 있다. 그리고 이용률은 80.7%로 약 20% 정도의 여석이 존재하고 있다.

<표 3-44> 주거제공시설 운영 현황

(2010년/단위: 개소, 병상, %)

구분	시설수	정원	등록자수	무연고자수	병상이용률	인구10만명당 정원수	상대적 비율
총계	91	782	611	57	78.1	1.6	1.00
서울	43	373	301	28	80.7	3.7	2.32
부산	1	10	7	3	70.0	0.3	0.18
대구	3	27	22	1	81.5	1.1	0.69
인천	5	47	37	-	78.7	1.8	1.10
광주	1	5	4	4	80.0	0.3	0.22
대전	5	50	34	1	68.0	3.3	2.06
울산	-	-	-	-	-	-	-
경기	10	77	58	2	75.3	0.7	0.41
강원	3	20	17	-	85.0	1.4	0.87
충북	5	46	31	10	67.4	3.1	1.94
충남	6	57	44	6	77.2	2.9	1.82
전북	3	28	25	1	89.3	1.6	1.03
전남	2	17	9	-	52.9	1.0	0.61
경북	4	25	22	1	88.0	1.0	0.60
경남	-	-	-	-	-	-	-
제주	-	-	-	-	-	-	-

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2011). 2010중앙정신보건사업지원단 사업보고서

서울시의 자치구별 입소생활시설 및 주거제공시설의 설치현황은 아래 <표3-45>와 같다. 성동구, 중구, 영등포구, 강남구, 동대문구, 서초구 등 6개구는 아직 정신장애인에게 주거서비스를 제공하는 입소생활시설이나 주거제공시설이 설치되어 있지 않다.

<표 3-45> 사회복귀시설 입소시설/주거시설 설치 자치구

입소시설 (4개소)	자치구별 주거시설(43개소)	시설이 없는 자치구(6개구)
도봉구, 광진구, 은평구, 강동구	강북구, 종로구(2), 용산구, 광진구(4), 성북구, 도봉구(2), 노원구(4), 은평구(2), 서대문구(3), 양천구(3), 강서구(5), 구로구(3), 금천구(2), 동작구(2), 관악구(5), 송파구, 마포구, 중랑구	성동구, 중구, 영등포구, 강남구, 동대문구, 서초구

주. 알코올 입소시설은 제외

② 주간재활프로그램 현황

정신장애인을 대상으로 하는 주간재활프로그램은 정신의료기관, 사회복지시설, 정신보건센터, 알코올상담센터 등 397개소에서 전국적으로 제공되고 있다. 서울시의 경우 정신의료기관 15개소, 사회복지시설 28개소, 정신보건센터 23개소, 알코올상담센터 4개소 등 모두 70개소의 기관에서 주간재활프로그램을 제공하고 있다.

<표 3-46> 시·도별 주간재활 프로그램 운영시설

(단위: 명, %)

	계	1개소당 담당 인구	국립 정신 병원	공립 정신 병원	사립 정신 병원	종합 병원 정신과	병원 정신과	정신과 의원	사회 복귀 시설	정신보건센터		알코올 상담 센터
										표준형	기본형	
2010총계	397	127,243	2	4	13	20	2	19	105	148	46	38
서울	70	147,322	1	1	1	6	-	6	28	23	-	4
부산	29	123,031	-	1	5	2	-	-	10	8	1	2
대구	25	100,467	-	-	1	2	2	-	10	8	-	2
인천	17	162,253	-	-	1	-	-	-	4	9	-	3
광주	19	76,560	-	1	2	-	-	2	6	5	-	3
대전	15	100,244	-	-	-	1	-	-	6	3	2	3
울산	6	187,716	-	-	-	-	-	-	2	3	-	1
경기	52	226,666	-	-	1	3	-	5	9	29	-	5
강원	25	61,193	-	-	-	2	-	1	2	5	13	2
충북	17	91,149	-	-	-	-	-	-	5	7	4	1
충남	18	115,306	-	-	-	1	-	1	-	9	5	2
전북	33	56,635	-	1	-	2	-	4	11	7	6	2
전남	22	87,204	1	-	-	-	-	-	1	10	8	2
경북	22	122,269	-	-	1	-	-	-	6	9	4	2
경남	21	156,692	-	-	1	-	-	-	3	11	3	3
제주	6	95,209	-	-	-	1	-	-	2	2	-	1

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2011). 2010중앙정신보건사업지원단 사업보고서

전국적으로 주간재활프로그램 이용자수는 13,640명으로 나타나며, 서울시의 경우 2,891명이 이 서비스를 이용하고 있다. 서울시의 경우 서비스이용자는 사회복지시설 1,057명, 정신보건센터 1,385명으로 대다수를 차지하고 있다. 사회복지시설은 대부분 주 5일 일일 8시간의 주간재활프로그램을 제공하고 있으며, 정신보건센터의 경우 주1회 2시간 내외의 프로그램을 제공하고 있다. 이와 같은 기관 간 서비스의 중복은 서비스자원의 낭비를 초래할 수 있다. 그리고 서비스조정 역할을 담당하는 정신보건센터가 민간기관과 중복적 서비스를 제공하는 것은 불필요한 갈등을 조장할 수 있으며 민간 자원조직들이 이 사업에 참여하는 것을 억제하는 결과를 초래하여 지역사회정신보건사업의 발전을 저해할 수 있으므로 면밀한 사업조정이 필요하다.

<표 3-47> 시도별 정신보건시설 주간재활 프로그램 이용환자수

(단위: 명, %)

	계	인구10만명당	국립정신병원	공립정신병원	사립정신병원	종합병원정신과	병원정신과	정신과의원	사회복귀시설	정신보건센터		알코올상담센터
										표준형	기본형	
2010 총계	13,640 (100.0)	27.0	98 (0.7)	44 (0.3)	345 (2.5)	225 (1.6)	246 (1.8)	589 (4.3)	3,543 (26.0)	6,041 (44.3)	1,102 (8.1)	1,407 (10.3)
서울	2,891	28.0	61	39	12	54	13	166	1,057	1,385	-	104
부산	843	23.6	-	3	158	64	-	79	350	152	13	24
대구	818	32.6	-	-	-	9	213	-	268	289	-	39
인천	604	21.9	-	-	7	-	-	-	124	360	-	113
광주	701	48.2	-	-	35	-	5	44	224	163	-	230
대전	740	49.2	-	-	-	8	-	-	368	125	55	184
울산	169	15.0	-	-	1	-	-	-	18	90	-	60
경기	2,052	17.4	-	-	12	38	-	146	385	1,164	-	307
강원	671	43.9	-	-	-	9	-	31	30	220	321	60
충북	522	33.7	-	-	75	-	15	49	130	147	67	39
충남	553	26.6	-	-	-	15	-	1	-	344	143	50
전북	762	40.8	-	2	-	22	-	73	280	241	92	52
전남	647	33.7	37	-	-	-	-	-	28	375	184	23
경북	662	24.6	-	-	14	-	-	-	122	334	151	41
경남	757	23.0	-	-	31	-	-	-	79	505	76	66
제주	248	43.4	-	-	-	6	-	-	80	147	-	15

출처 : 중앙정신보건사업지원단(2011). 2010중앙정신보건사업지원단 사업보고서

실제 정신장애인 주간재활의 거점기관이라고 볼 수 있는 서울시 주간재활시설 설치 현황을 살펴보면 종로구, 중구, 용산구, 양천구, 구로구, 금천구, 동작구 등 7개의 자치구에는 설치되지 않은 것으로 나타났다.

<표 3-48> 사회복귀시설 주간재활시설 설치 자치구

자치구별 주간재활시설(26개소)	시설이 없는 자치구(7개구)
성동구, 광진구(2), 동대문구, 중랑구, 성북구, 강북구(2), 도봉구(2), 노원구, 은평구, 서대문구(2), 마포구(2), 강서구(2), 영등포구(2), 관악구(2), 서초구, 강남구, 송파구, 강동구	종로구, 중구, 용산구, 양천구, 구로구, 금천구, 동작구

주: 한국사회복귀시설협회 회원시설 기준

③ 장애인 활동지원서비스

장애인활동지원법은 장애인복지법에 의한 장애인 중 일상생활과 사회생활을 하기 어려운 중증 장애인으로 대통령령에서 정하는 장애정도 이상인 사람에게 '활동지원급여'를 제공하도록 하고 있다(제5조 제1항). 활동지원급여의 내용은 활동보조, 방문목욕, 방문간호 등이다(제16조 제1항).

정신장애인이 활동지원급여를 수급하기 위해서는 신체장애인과 동일한 활동지원 인정조사 표에 의한 방문조사에서 220점 이상의 평정을 받아야 한다. 인정조사표는 일상생활동작영역(260점), 수단적 일상생활 수행능력(125점), 장애특성 고려영역(60점)으로 구성되어 최고 445점까지 평정된다. 인정조사표상 가장 높은 비중을 차지하는 일상생활동작영역은 옷갈아입기, 옮겨얹기, 걷기, 화장실 사용하기 등의 영역으로 구성되어 있어 중증의 정신장애만으로는 활동지원급여 대상이 되는 것이 불가능하다고 할 수 있다.

이러한 제도적 모순은 서울시 정신장애인 활동지원인정조사 결과에서 잘 나타나고 있다. 서울시 정신장애인 중 이 서비스신청자는 137명에 불과하면 그중 111명만 서비스를 이용자격이 인정되었는데, 이들은 중복장애인으로 추정된다.

<표 3-49> 서울시 정신장애인의 활동지원인정조사 결과

(2011년말 현재)

	1등급 (380~440)	2등급 (320~379)	3등급 (260~319)	4등급 (220~259)	등급외 (219 이하)	계
	103시간	83시간	62시간	42시간	0시간	
정신장애	12 (8.76)	27 (19.71)	47 (34.31)	25 (18.25)	26 (18.98)	137

출처 : 보건복지부(2011) 내부자료

④ 정신장애인 토탈케어서비스

사회서비스 정신질환자 토탈케어서비스는 정신장애인의 조기 발견과 개입(생활관리)을 통하여 입원을 예방하고 지역사회에 적응하여 취업 및 자립생활을 할 수 있도록 지원하는 서비스이다. 지원대상은 전국가구 평균소득 100%이하 (정신장애인 120%이하) 가정의 정신장애인 또는 정신과 치료가 필요하다는 정신과 의사의 소견서 및 진단서 발급이 가능한 자이다. 제공인력은 사회복지사, 임상심리사, 정신보건 전문요원, 사례관리자와 같은 자격증 보유자이다.

현재 10개 시도에서 16개 사업(3개 시도 개발, 1개 시·군·구 공동 개발사업)으로 진행되고 있으며, 25개 제공기관이 참여하고 있다. 서비스 가격은 월 20만원 내외(정부지원금 18만원, 본인부담금 2~4만원)이며, 정신질환자의 증상과 기능수준과 욕구에 따라 필요한 프로그램을 선별 또는 혼합하여 월 4회(회당 60분 내외)이상 제공토록 하고 있다.

<표 3-50> 정신장애인 토탈케어 서비스 이용현황

구분	2011년 (8개 자치구)		2012년 (9개 자치구)	
	월인원(명)	총계(천원)	월인원(명)	총계(천원)
총 계	250	495,000	208	450,120
동대문구	31	61,560	28	60,000
중랑구	31	61,560	26	56,000
도봉구	32	63,720	16	34,560

구분 시·군·구명	2011년 (8개 자치구)		2012년 (9개 자치구)	
	월인원(명)	총계(천원)	월인원(명)	총계(천원)
노원구	31	61,920	26	56,000
마포구		-	9	20,360
강서구	31	61,560	20	43,200
금천구	31	61,560	25	54,000
영등포구	31	61,560	32	70,000
관악구	32	61,560	26	56,000

출처 : 한울사회서비스사업단(2012). 서울시 정신장애인 토탈케어 현황

서울시의 서비스현황을 보면 2011년 250명, 2012년 208명이 이 서비스를 이용하고 있는 것으로 나타난다. 지역적으로 보면 25개 자치구 중 9개구만이 이 서비스를 이용하고 있다. 실제 토탈케어서비스는 지역사회에서 고립된 생활하는 정신장애인의 적응을 지원함으로써 불필요한 의료이용을 억제할 수 있는 장점을 가지고 있으며, 노숙상황이나 한계주거에서 생활하는 정신장애인을 지원하는 데에 매우 유용한 서비스라고 볼 수 있다.

미국의 경우에도 지역사회 정신장애인 서비스는 적극적인 접촉을 통한 생활지원과 자원의뢰를 도모하는 사례관리방식을 주로 활용한다는 측면에서 향후 탈시설정책의 핵심적 서비스로 발전시킬 필요가 있다.

⑤ 중증장애일자립생활지원센터(IL)

중증장애일자립생활지원센터는 장애 당사자를 중심으로 중증장애인에게 포괄적인 자립생활 정보제공, 권익옹호 활동, 동료상담, 자립생활기술훈련, 활동보조서비스 등을 제공하는 기관이다. 현재 서울시에는 55개의 장애인 자립생활센터가 운영중이나 서울시에서 예산을 지원하는 자립생활센터는 24개소이다. 이들 기관 중 18개를 대상으로 현황조사(성기원, 2007)에 의하면 가장 주력하고 있는 사업은 활동보조서비스와 동료상담서비스였다. 그리고 중증장애일자립생활지원센터를 이용하는 장애인은 대부분 활동보조서비스를 이용하는 뇌병변장애인(55.6%)과 지체장애인(33.3%)이며, 지적장애인과 자폐성장애인은 각 5.6%만이 이용하고 있었으며, 정신장애인은 전혀 이용하고 있지 않았다.

정신장애인 당사자들의 탈시설 역량을 강화하기 위해서는 정신장애인 스스로 자립생활지원센터를 설치하고 운영할 수 있는 역량개발을 지원할 필요가 있다. 즉 현재 정신장애인 관련 정책은 전문가와 가족들의 관점에 기초하여 수립되는 상황에서 당사자들의 주장과 의견을 형성하고 정책에 반영할 수 있도록 지원하는 것도 탈시설정책의 중요한 전략이 될 것이다.

⑥ 서울복지재단 장애인전환서비스지원센터

탈시설화를 위한 서울시의 대표적인 정책으로 서울복지재단에서 운영하는 장애인전환서비스지원센터를 꼽을 수 있다. 장애인전환서비스지원센터는 장애인의 특성에 맞는 생활시설 입소

와 지역 및 지역사회 자립생활을 위한 개별적 전환서비스의 체계적 연계 및 관리를 통해 장애인의 정상화와 삶의 질 향상을 도모하는 것을 목적으로 하여, 장애인의 생활시설 입·퇴소부터 지역사회 정착까지 체계적으로 지원하는 통합적 서비스 지원체계라 할 수 있다.

2009년 장애인 자립생활 체험홈 3개소를 처음 개소하였으며, 2010년 서울시 조례를 개정하여 전환서비스 지원 및 관련시설 운영을 추가하였고, 2010년 장애인 자립생활체험홈 법인 및 단체를 6개 선정하여 2012년 현재 자립생활체험홈 17소와 장애인 자립생활가정 9개소를 운영하고 있다.

그러나 서울복지재단 장애인전환서비스지원센터의 자립생활체험홈과 자립생활가정은 이용 대상에서 정신장애인을 제외하고 있다. 즉, 장애인 내에서도 정신장애인은 공적 서비스에서의 차별을 경험하고 있다.

3) 서울시 정신보건정책의 거버넌스 구조

거버넌스는 기존의 정부를 중심으로 하는 사회적 욕구에 대한 수직적 대응을 대체하면서 정부가 민간기업, NPO 등과 함께 정책과정을 이끌어나가는 통치과정의 재편성을 의미한다. 거버넌스는 통치과정의 참여자가 늘어나는 것을 넘어 다양한 이해당사자가 공공서비스를 제공하는 역할을 공유하며 정책과정에 참여하고 통치를 공유함으로써 공동의 목적을 달성할 수 있다는 것이다.

실제 대부분의 사업을 민간위탁 하고 있는 서울시 정신보건사업의 경우 이와 같은 거버넌스의 구조를 어떻게 형성하느냐 하는 것이 공공과 민간의 공동목적을 달성하는 데에 결정적인 문제가 될 수 있다. 즉, 정신장애인의 장기감금이 중요한 이슈가 되고 있는 상황에서 거버넌스에는 우선적으로 정신장애인 당사자, 가족, 인권옹호단체, 지역사회서비스제공기관, 주거정책 전문가, 치료전문가 등이 적절하게 참여하여야 한다.

서울시 정신보건정책의 거버넌스 구조를 탐색하기 위해 먼저 서울시 정신보건심의위원회 위원구성을 살펴보고자 한다.

<표 3-51> 서울시 정신보건심의위원회 위원 구성

연번	위원구분	현소속(직 위)	자격
1	위원장	서울시 보건정책담당관	
2	부위원장	00병원정신과 교수	의사
3	위원	00병원장	의사
4	위원	변호사	변호사
5	위원	00센터장,	의사
6	위원	00대학 간호대학교수	간호사
7	위원	시의원(보건복지위원회)	시의원
8	위원	00의료원 정신과장	의사
9	위원	00보건소장	의사
10	위원	00 초빙교수	
11	위원	00대학교 사회복지학과교수	사회복지사
12	위원	00신문 의학전문기자	
13	위원	00건강연구소 소장	
14	간사	서울시 보건정책과장	의사

출처 : 서울특별시(2012). 내부자료

전문직 순으로 볼 때 전체위원 14명 중 6명이 의사로 가장 많고, 변호사1명, 간호사 1명, 사회복지사 1명 등으로 구성되어 있다. 당사자, 가족, 인권옹호단체, 지역사회서비스제공기관, 주거정책 전문가 등의 참여는 확인하기 어렵다.

다음으로는 구체적으로 서울시 정신보건사업을 기획하고 실행하는 서울시 정신보건사업지원단의 구성을 살펴보고자 한다. 전체 위원 13명 중 9명이 의사로 구성되어있다. 그 이외에는 간호사 2명, 사회복지사 2명으로 구성되어 있을 뿐이다. 현재와 같은 서울시 정신보건사업지원단의 구성은 특정 전문직의 이해관계를 중심으로 움직임 수밖에 없는 구조에 놓여있다.

<표 3-52> 서울시 정신보건사업지원단 구성

연번	구분	소속	직 위	자격
1	단장	00대학교 의과대학	교수	의사
2	사무국장	00 정신보건센터	센터장	의사
3	단원	00대학교 사회복지학과	교수	사회복지
4	“	00간호대학	교수	간호사
5	“	00사회복지시설	시설장	의사
6	“	00사회복지시설	관장	사회복지
7	“	00정신보건센터	센터장	의사
8	“	00병원	정신과	의사
9	“	00 간호대학	교수	간호사
10	“	00보건소	보건소장	의사
11	“	00대학교 의과대학	교수	의사
12	“	00대학 중독재활복지학과	교수	의사
13	“	서울시 보건정책과	과장	의사

출처 : 서울특별시(2012). 내부자료

4) 서울시 정신보건정책관련 선행연구 검토

서울시 정신장애인의 탈시설정책을 평가하기 위해 최근 몇 년간 이루어진 서울시 정신보건사업에 관한 연구보고서를 분석하였다.

가) 박종익·장호석·이진석·이명수(2008)의 ‘장기입원의 구조적 요인과 지속요인’

박종익 외(2008)의 ‘장기입원의 구조적 요인과 지속요인’에 관한 연구는 국가인권위원회와 서울시광역정신보건센터의 협력을 통하여 정신보건시설 입소자와 지역사회정신보건서비스 이용자 조사 그리고 장기 입원자 가족 면접을 통하여 장기입원의 구조적 요인과 지속요인에 관하여 조사하였다. 이 연구에서는 2008년 재원기간의 중간값은 153일인데 반하여, 평균재원기간은 국립정신병원 121.83일, 공립정신병원 649.74일, 사립정신병원 523.44일, 종합병원정신과 738.57일,

병원정신과 301.41일, 정신과의원 305.85일 그리고 정신요양시설 3016.21일 등으로 조사되어 장기입원의 실태가 심각한 것으로 나타났다. 특히 6개월 이상 입원자가 46%인 것으로 나타났으나 2년간 입원기간을 합산하면 6개월 이상 입원자가 75.8%로 늘어나 반복적인 재입원과 횡수용화의 단면을 보여주었다.

위 연구는 장기입원의 구조적 요인들을 다음과 같이 제시하였다.

첫째, 재원기관의 유형, 의료보장의 형태, 보호자의 유형 및 태도, 진단명, 입원의 형태 등을 장기입원과 관련된 요인으로 제시하고 있으며, 강력한 지속요인은 의료급여 1종과 보호자 동의에 의한 입원으로 분석되었다. 한편 임상증상은 회기분석에서 장기입원에 영향을 미치는 영향이 없는 것으로 나타났는데 이는 장기입원이 증상에 의한 것이 아님을 보여주고 있다.

둘째, 정신보건법상의 계속입원심사청구에 관하여 정신장애인들이 인지하고 있는 비율이 절반에 미치지 못하였으며, 퇴원명령을 받더라도 대부분 같은 기관에 재입원하거나 횡수용화되는 비율이 상당히 높은 것으로 나타났다. 이는 현재의 정신보건법이 장기입원을 억제하는 장치로서의 역할을 하지 못하고 있음을 나타내는 것으로 해석할 수 있으며, 입원 정신장애인들이 자신의 권리에 관한 정보를 가지지 못하고 있을 뿐 아니라 계속입원심사 결정이 사실상 명목화되고 있음을 보여주었다. 즉 장기입원 억제와 관련하여 정신보건심판위원회는 기각률이 낮을 뿐만 아니라 계속입원심사제도 자체가 거의 효과가 없는 것으로 조사되었다.

셋째, 정신보건법상 6개월 이상 입원 시 계속입원연장심사를 받는 것을 명문화하고 있으나 전체 입원 중 반에 가까운 46%는 6개월 이상 입원하고 있었다. 재입원과 횡수용화를 고려하면 정신의료기관 재원일수는 현실을 왜곡하고 있으며, 통계보다 훨씬 높은 장기입원이 정신의료기관에서 이루어지고 있다는 것이다. 이와 같은 장기입원은 사립정신병원과 시립병원, 공립정신병원과 같은 정신병원에서 주로 발생하고 있었다. 그리고 2년 동안 입원기간이 1년 이상인 장기입원군은 주로 의료급여 1종이었으며, 결혼한 적이 없고, 조기에 정신장애를 가졌으며 유병기간이 긴 정신분열병일 가능성이 높은 것으로 나타났다. 반면 임상증상과 기능장애 수준이 조금 높았으나, 전반적 기능에서는 큰 차이를 보이지 않았다. 이러한 조사결과는 빈곤계층의 정신장애인들이 증상보다는 사회적인 이유로 장기재원하고 있음을 잘 보여주고 있다.

넷째, 정신보건심판위원회에 계속입원심사를 청구한 장기입원 정신장애인가의 보호자 조사 결과는 보호자가 장기입원에 매우 강력한 영향을 발휘하는 요인이라는 것을 보여주었다. 보호자가 부모인 경우에 비하여 형제, 자매인 경우 퇴원에 매우 부정적이었으며, 장기입원의 이유가 임상증상의 악화나 자해, 타해의 위험도 있었지만 실제로는 한·두 번의 증상의 악화를 이유로 퇴원을 거부하는 보호자의 태도가 장기입원 지속요인으로 작용하였다.

다섯째, 장기입원의 보호자들에게 거주시설이 가장 선호되었으며, 주간보호 사례관리에는 매우 부정적인 태도를 보이는 것으로 나타났다.

여섯째, 장기입원군과 지역사회생활군을 비교하였을 때 장기입원군은 알코올장애가 상당한

비율을 차지하고 있었다. 두 집단 간 기능의 차이는 존재하였지만 증상이 호전되어 퇴원하였거나 지역사회에 거주하면서 기능이 좋아졌을 가능성을 고려하면 큰 차이는 없었다. 즉, 일반적인 추정과는 달리 임상증상이 장기입원의 주요요인은 아니라는 것이다.

이러한 연구결과를 토대로 박종익 외(2008)는 정책적 대안으로 (1) 지역사회정신보건체계로의 적극적 전환 (2) 의료비지불제도의 개선 (3) 정신보건시설 서비스 평가제도 강화 (4) 정신보건심판위원회 기능전환 및 강화 등을 제시하였다. 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 정신보건센터 기능의 변환 및 강화, 정신병상에서 지역사회로의 정신보건예산 전환, 정신보건센터의 입퇴원 통제기능 수행 그리고 입원에서 퇴원까지 지역사회기관과의 의무적 연계 등을 통한 지역사회보건체계로의 전환이다.

둘째, 의료급여의 행위별수가제 전환, 입원기간에 따른 차등지불 그리고 예방 및 재활에의 의료급여 예산 활용 등의 의료비지불제도 개선이다.

셋째, 정신의료기관의 평가에 따른 차등수가체계 마련을 통한 정신보건시설 서비스평가의 실질화이다.

넷째, 입원심사기능 강화, 정신보건센터와의 연계 그리고 정신보건심판위원회 상설화 등을 통한 정신보건심판위원회 기능 전환 및 강화이다.

박종익 외(2008)의 연구는 장기 입원의 실태를 기존 연구보다 좀 더 구체적으로 드러내고, 장기입원자가 지역사회 거주자와 비교할 때 증상수준이나 기능상태에 별 차이가 없는 사회적 입원의 상태에 있다는 것을 밝혔다는 측면에서 기존 연구보다 진일보한 것이라고 볼 수 있다. 또한 장기입원의 해소방안으로 예방이나 재활영역에 의료급여 예산활용을 주장한 것도 의의가 있다. 그러나 탈시설화의 관점에서 이 연구를 분석한다면 다음과 같은 한계를 가지고 있다.

첫째, 장기재원에 영향을 미치는 가장 강력한 요인으로 의료급여 1종이라는 의료보장형태를 지목하면서 의료급여에 대한 포괄수가제가 지속되는 한 장기입원이 근절되기 어렵다는 결론은 탈시설화의 논의와 상반된 관점을 보여준다. 미국에서 출발한 정신장애인 탈시설화는 과도한 정신병원에의 입원과 그에 수반되는 공공 재정의 문제에서 출발하였다. 그러나 이 연구는 탈시설화를 위해서는 의료급여 입원자에 대한 포괄수가제를 폐지해야 한다는 주장으로 이미 과도한 수준에 있는 의료급여 수가의 인상을 주장하고 있다는 것이다. 이는 실제 정신의료기관에서 이루어지고 있는 장기 입원이 자본적 이득과 관련되어있다는 다수 연구자의 견해를 회피하면서 오히려 더 많은 의료비 지급이 탈시설화를 가져온다는 상반된 결론을 도출하고 있다.

둘째, 탈시설화에 관한 기본적인 관점이 불명확하다. 이 연구는 재원일수를 연구하는 대상으로 정신요양시설과 사회복지입소시설을 포함하고 있다. 즉 어떠한 시설이든 장기 재원은 문제라는 관점이다. 그러나 사회복지입소시설에서의 장기 재원은 정신의료기관에서 벗어나 지역사회에서 거주하는 것을 의미한다는 점에서 탈시설의 개념이 불분명한 연구라고 하겠다. 즉 이 연구는 정신질환을 가지고 있는 사람들이 사회생활상의 장애를 가지고 케어가 필요한 사람이라는

관점을 배제시킴으로써 지역사회에서 독립적인 생활을 하거나 가족과 동거하는 경우만을 탈시설화로 편협하게 이해하고 있다.

셋째, 장애인 탈시설화 논의에서 가장 중요한 논쟁이 되고 있는 대규모 시설 수용에서 파생되는 인권침해의 개연성에 관한 문제의식이 배제되어 있다. 즉 장기 입원만을 문제로 인식할 뿐 일반 장애인들에 비하여 훨씬 대규모로 이루어지고 있는 정신장애인 수용의 물리적인 공간이 어떠한 환경을 가지고 있는지에 관한 논의는 전혀 이루어지고 있지 않다.

넷째, 탈시설화와 관련하여 지역사회에서 직접적인 역할을 수행하고 있는 사회복지시설의 역할과 기능에 관해서는 어떠한 논의도 하지 않고 있다.

나) 이명수·고정아·오정하·박정숙·전영미·박지인(2009)의 ‘서울시립정신병원 운영개선방안에 관한 연구’

이명수 외(2009)의 ‘서울시립정신병원 운영개선방안에 관한 연구’는 서울시 정신장애인의 정신의료기관 이용현황을 조사하고 적정입원 및 퇴원, 지역연계 활성화를 위한 서울시 정신보건사업의 개선방안을 제시하고 있다.

먼저 서울시 정신장애인의 정신의료기관 이용관련 현황을 정리해보면 다음과 같다.

첫째, 서울시에 소재하고 있는 정신병상의 규모는 인구 10만명당 79.6병상으로 세계보건기구 권장기준인 100병상에 미치지 못하는 수준이며, 우리나라 전국평균인 168병상보다 낮다. 즉 연간 24,000명이 정신의료기관에 입원하고 있으나 서울시 소재의 정신병상은 경기도의 위탁시립병상을 포함하여 8,000병상 수준이다. 따라서 서울시립 정신병원은 현 상태로 유지되어야 한다.

둘째, 서울시민 중 43%는 서울 외 지역의 정신의료기관에 입원하고 있다. 이는 연령이 높을수록, 정신병적 장애일수록 두드러지게 나타난다.

셋째, 위탁시립병원의 입원환자 중 부랑인시설로부터 의뢰된 환자가 전체의 16.4% 수준에 이르고 있다.

이 연구는 위의 현황분석을 토대로 적정입원 및 퇴원, 지역연계 활성화를 위한 서울시 정신보건사업의 문제점을 다음과 같이 지적하고 있다.

첫째, 정신장애인의 탈서울 현상은 지역사회복귀를 어렵게 만들고 있다.

둘째, 장기재원은 경제적인 측면에서 서울시에 부담을 가중시킨다. 2009년 기준 서울시 의료급여 예산총액은 6,400억원에 이르는데, 정신질환의 입원치료에 1,200억원이 투입되며 이 예산의 50%를 서울시가 조달하고 있다.

셋째, 정신의료기관과 사회의 연계체계가 원활하지 않으며, 2008년 서울시 내의 20개 정신보건센터에 신규등록된 대상자 중 정신의료기관에서 연계한 대상자는 7%에 불과하다.

넷째, 공공 정신병상에서 양질의 정신의료서비스가 제공되고 있지 못하다.

이 연구는 이러한 서울시 정신장애인의 정신의료기관 이용현황과 문제점에 기초하여 다음과 같은 시립정신병원 운영개선방안을 제시하고 있다.

첫째, 직영병원인 은평병원은 초발 정신질환자에 대한 치료를 특화하고 위탁시립병원은 만성 정신질환자의 대한 치료와 재활에 집중하는 역할분담을 이루어나갈 수 있도록 한다.

둘째, 노인만성정신질환자 관리강화와 재원적절성 향상을 위해 위탁시립병원과 서울시 정신요양원의 의뢰연계 체계를 재점검해야 한다. 즉 위탁시립병원 재원환자 중 경증의 정신질환자이면서 기능이 저하된 대상자 비율이 약 30%이고, 정신요양원 입소대상자 중 증상이 심한 경우가 20%이므로, 공공병상과 요양원의 조정기전을 통해 재원 및 입소적절성을 확보하는 것이 필요하다.

셋째, 취약계층 중독정신질환자에 대한 치료시스템을 강화해야 한다.

넷째, 신체질환과 중복질환에 대한 합리적인 치료연계 시스템을 구현해야 한다.

이명수 외(2009)의 연구는 정신장애인 탈시설화에 관한 의료전문가 관점의 연구로서 적정입원 및 퇴원, 지역연계 활성화를 위한 서울시 정신보건사업의 문제점을 지적하고 있으나 구체적인 대안은 매우 미흡하다. 탈시설화의 관점에서 이 연구의 문제들을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 서울시에 소재하고 있는 정신병상의 규모는 인구 10만명당 79.6병상으로 세계보건기구 권장기준인 100병상의 규모에 미치지 못하는 수준이며, 우리나라 전국평균인 168병상보다 낮은 데에서 서울시립정신병원의 유지를 주장하고 있으나 서울시민 중 43%는 서울 외 지역의 정신의료기관에 입원하고 있다는 분석을 토대로 본다면 서울시의 정신병상은 세계보건기구의 권장기준을 50% 이상 초과하고 있는 것으로 볼 수 있다.

둘째, 정신의료기관과 지역사회의 연계체계가 원활하지 않으며, 2008년 서울시 20개 정신보건센터에 신규등록된 대상자 중 정신의료기관에서 연계한 대상자는 7%에 불과하다고 문제점을 제시하고 있으나 구체적인 연계방안은 매우 미흡하며, 오히려 의료체계들 간의 연계만을 개선책으로 제시하고 있어 탈시설화 정책과 역행하고 있다.

셋째, 서울시립정신병원이 탈시설화정책에서 어떠한 역할을 해야 하는지에 관한 논의가 결여되어 있다.

다) 양옥경·이기연·이은정·박향경(2010)의 '서울시 정신장애인사회복지서비스 정책 개선방안 연구'

양옥경 외(2010)의 '서울시 정신장애인사회복지서비스 정책개선방안 연구'에서 조사된 서울시 정신장애인 사회복지서비스현황을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 2009년말 사회복지시설의 정신장애인 사회복지서비스 이용자는 이용시설 895명, 주거시설 363명 그리고 입소시설 160명 등으로 약 1,500명이다.

둘째, 사회복지시설의 실인원비율은 이용시설 64.8%, 주거시설 31.2% 그리고 입소시설 3.9% 등으로 이용시설이 가장 높다.

셋째, 정신보건센터의 등록인원은 2009년 현재 15,073명이며, 이들은 연간 1인당 평균 상담(전화상담 포함) 9.12회, 대면상담 4.17회 그리고 사정평가 1.3회 서비스를 실시하고 있다.

넷째, 정신보건센터 등록자 중 주간재활 이용자는 2,585명이며, 연평균 1인당 3회 이용하고 있다. 직업재활서비스 이용자는 331명이며, 1인당 연평균 12회 서비스를 이용하고 있다.

다섯째, 서울시의 장애인보호작업시설 중 정신장애인을 대상하는 시설은 5개소이며, 총 143명이 이용하고 있다. 개소별로는 평균 28.6명이 이용하고 있다.

여섯째, 이러한 현황을 토대로 볼 때 서울시의 사회복지서비스 공급량은 최대 필요치의 39%에서 11% 사이에 있다.

이 연구에서 정신장애인 당사자와 가족들에 의해 제시된 서울시 정신장애인사회복지서비스의 문제점은 다음과 같다.

첫째, 서비스 및 프로그램 측면에서 전문성 및 책무성 미흡, 반복적이고 지루한 운영, 자조집단 및 소그룹활동의 소외 그리고 이용자의 개별적 욕구 미충족 등이다.

둘째, 직업재활프로그램 측면에서 현실과 유리된 프로그램내용과 기존 훈련, 알선, 배치의 답습 등이 지적되었다.

셋째, 정서적 지지 서비스의 측면에서 일상적인 면담 및 전문적 상담 욕구의 미충족 등이 나타났다.

넷째, 서비스제공자의 타성적 태도와 권위적 관계를 문제로 인식하고 있었다.

다섯째, 기타 지속성이 없는 지역사회와의 교류, 사회복지시설 이용료부담 및 이용시간의 비탄력성 등이 문제로 제시되었다.

서비스제공자들에 의해 제시된 서울시 정신장애인 사회복지서비스의 문제점은 다음과 같다.

첫째, 서울시 정책방향에서 정책적 원칙이나 장기적 전망이 부족하다고 인식하고 있었다.

둘째, 예산 및 재정적 측면에서 현원 중심에서 서비스 중심과 같은 예산지원방식의 변화나 예산부족 등이 중요한 문제로 인식되고 있었다.

셋째, 전달체계의 측면에서 서비스 조정기능 및 주체에 대한 합의의 부족, 사회복지시설 및 정신보건센터에서 행해지는 사회복지서비스에 대한 통합의 부족이 지적되었다.

넷째, 네트워크 수준에서는 기관 간 정보공유의 어려움, 정신보건센터와 사회복지시설과의 기능적 연결고리 부재, 역할분담을 위한 협의구조의 부재, 기관 간 서비스차별성 부족 그리고 통합적 사례관리의 비구조화 등이 지적되었다.

다섯째, 인프라 측면에서 사회복지시설의 물리적 환경 낙후, 주거서비스의 기능적 다각화 부족 등이 문제로 나타났다.

여섯째, 프로그램 측면에서 특화된 프로그램 개발 및 지원 부재, 특화된 사례관리시스템에의 바우처방식 도입, 독립주거 마련에의 지원 그리고 대상자 세분화 등의 필요성이 지적되었다.

일곱째, 평가측면에서는 산출목표보다 보다 성과지향적 평가체계 도입의 필요성이 지적되었다.

마지막으로 이 연구는 서울시사회복지서비스의 현황 및 문제점 분석을 토대로 다음과 같은 정책과제를 제시하고 있다.

첫째, 욕구에 기반한 수요자 중심 서비스확충이다. 정신장애인의 다양한 욕구에 따른 생활도우미 파견, 야간 및 주말주거서비스, 가족휴식을 위한 주거서비스 그리고 정신장애인종합복지관 등 서비스의 확충이다.

둘째, 재정적정화를 통한 서비스공급기관 및 공급방식의 확대이다. 성과연계 인센티브방식의 도입, 사회복지시설 인건비 및 사업비 증액 그리고 다양한 바우처방식의 지역사회 서비스프로그램 개발 및 보급 등을 통해 사회복지서비스를 확충한다.

셋째, 다기능화를 통한 연속적, 포괄적 서비스체계의 확충이다. 이를 위해 사례관리의 공공성을 확충하고 권역별 직업재활프로그램을 확충하며 기존 정신보건센터 사례관리의 한계를 극복하기 위해 전문화된 사례관리거점기관을 새롭게 설치한다는 것이다.

넷째, 성과관리를 통한 서비스질 향상이다. 사회복지서비스의 최소기준을 마련하고 성과관리 및 평가체계를 도입하여 서비스질 향상을 도모한다.

양옥경 외(2010)의 연구는 탈시설화와 관련하여 서울시 정신장애인 사회복지서비스의 현황 및 문제점을 광범위하게 드러내고 사회복지서비스의 확충을 위한 정책과제들을 도출하였다는 점에서 의의가 있다. 그러나 실제 탈시설화와 관련된 사회복지시설 서비스 및 프로그램에 관한 심층적인 분석과는 달리 탈시설화의 실제적인 거점역할을 하고 있는 정신보건센터의 문제점은 적절하게 분석되지 못함에 따라 정신보건센터 개선방안에 구체적이지 못한 한계를 가지고 있다.

라) 이용표·정현주·두진영(2007)의 ‘서울시 지역사회정신보건사업 운영체계 개선 방안 및 정책과제’

이용표·정현주·두진영(2007)의 ‘서울시 지역사회정신보건사업 운영체계 개선방안 및 정책과제’ 연구는 서울시 정신보건센터의 정신질환자 의뢰네트워크 분석과 관련 전문가들에 대한 심층면접을 통하여 서울시 지역사회정신보건사업의 문제점을 사업목표, 사업수행체계 그리고 재정체계 등 3가지로 나누어 제시하고 있다. 이를 구체적으로 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 서울시 지역사회정신보건사업의 사업목적에 관련된 측면들이다.

서울시 지역사회정신보건사업은 서비스 자원이 제한되어 있는 상태에서 급증하는 정신과 의료급여 및 건강보험 비용의 통제가 정신보건사업의 우선순위에서 제외되어 있으며, 오히려 정신질환자의 발굴 및 치료체계로의 연계가 우선순위가 되고 있다. 이는 정신보건사업 자체가 무엇을 목표로 하고 있는지를 불명확하게 하며 탈시설화에 역행하는 결과를 가져올 우려가 크다.

또한 사업목표에서 사업의 표적집단이 선명하지 않다. 즉 치료받지 않은 정신질환자의 발굴

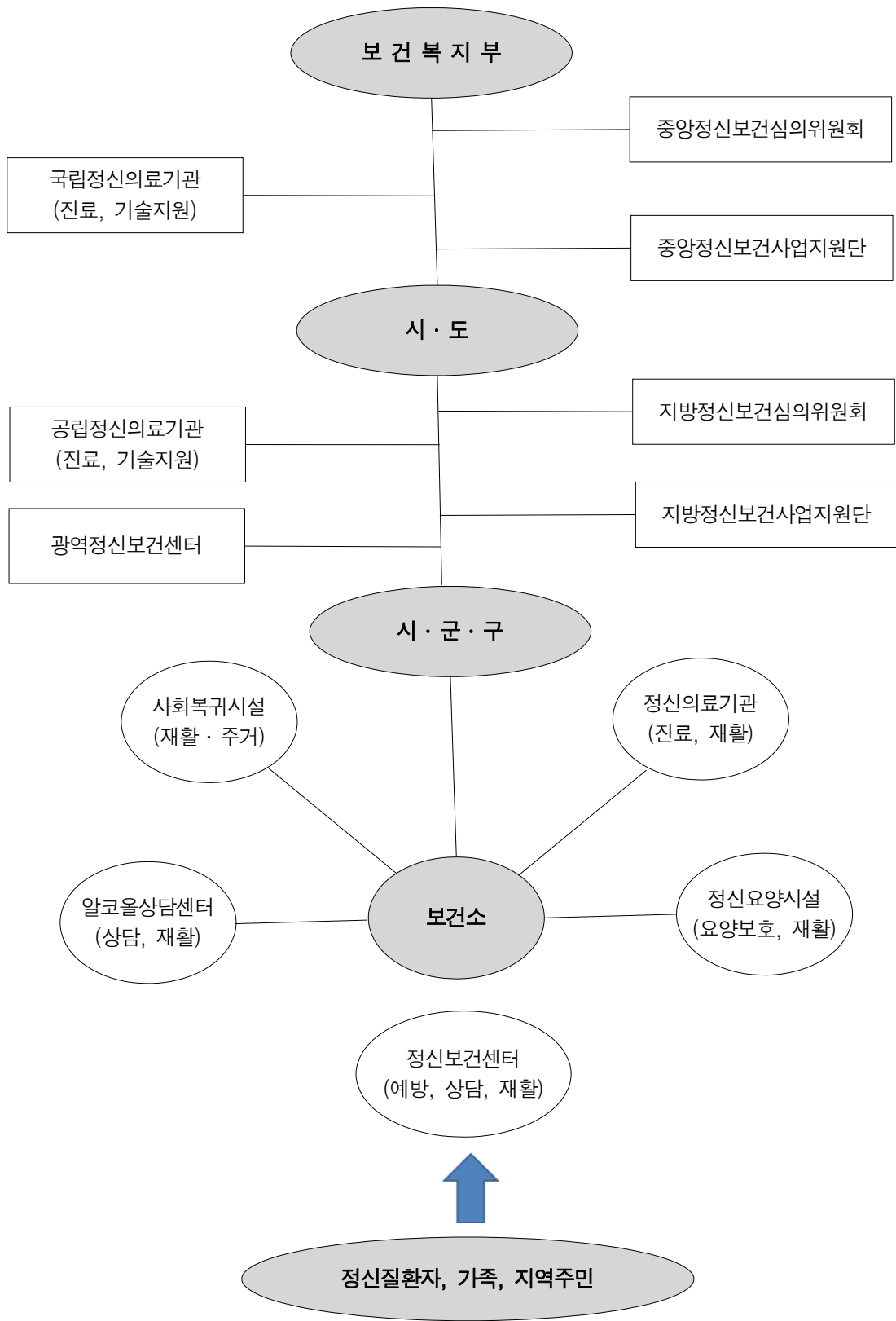
및 치료체계로 연계하고자 하는 표적집단이 누구인지 알 수 없기 때문에 사업평가가 불가능하다. 지역사회정신보건사업의 목표를 달성하기 위해서는 표적집단을 선명하게 하여 지역사회에서 발굴하여 외래치료로 연결할 대상과 사회복지서비스 연결대상, 그리고 양자 모두를 연결할 대상과 입원치료 할 대상이 명확하여야 할 필요가 있다.

둘째, 서울시 지역사회정신보건사업의 사업체계와 관련된 문제들이다.

서울시 정신보건센터의 정신병상 운영기관에 대한 민간위탁은 센터가 지역사회에서의 주도적 사업수행자 역할을 수행함에 근본적 장애요인이 되고 있다. 정신의료기관에 위탁된 정신보건센터는 지역의 사회복지시설은 물론 정신의료기관과도 협력 및 연계관계가 미약한 상황이라서 지역사회정신보건사업의 조정자 역할이 매우 미흡한 것으로 나타났다.

이러한 역할 미흡의 근거에는 지역사회 조정자역할 수행에 필요한 행정적 책임의 불분명, 행정권한위임 부재 등과 같은 심각한 장애요인이 존재하고 있었다. 관련자 심층면접을 통해 나타난 사실은 정신질환자의 입원은 보호자와 정신의료기관의 사적 계약형태로 이루어지며, 정신보건센터는 정신의료기관의 입원 및 관리감독에 어떠한 권한도 가지고 있지 못한 무력한 체계라는 것이다. 또한 정신질환자의 퇴원에 관하여 가족이 거부할 경우 공공관리체계로서 정신보건센터가 개입할 행정적 의무나 권한이 전혀 없는 체계가 형성되어 있었다.

서울시의 정신보건센터 민간위탁은 공공 재정의 비효율적 사용을 조장할 가능성을 야기하고 있었다. 정신보건센터는 정신의료기관과의 연계가 매우 미약할 뿐 아니라, 연계가 발생하는 유형이 주로 입원의퇴이기 때문에 센터사업이 의료비 억제효과를 가져오기 어려운 구조적 요인을 가지고 있다. 또한 사회복지시설과 중복적으로 제공되는 주간보호 프로그램은 재정적 비효율성 뿐 아니라, 사례관리사업의 역량을 약화시키며 불필요한 경쟁관계를 형성함으로써 연계관계가 전혀 형성되지 못하는 양상이 나타나기도 하였다.



<그림 3-5> 정신보건전달체계

정신보건전달체계는 <그림3-5>처럼 정신의료전문인력들이 다수를 차지하여 주도하고 있는 중앙정신보건사업지원단과 지방정신보건사업지원단이 정책결정에 큰 영향력을 가지고 있으며, 광역자치단체 수준에서는 정신의료기관 운영법인에 위탁된 광역정신보건센터가 R&D 기능과 사업계획 수립 및 평가기능을 수행하고 있다. 또한 기초지방자치단체의 정신보건센터도 대다수 정신의료기관 운영법인에 위탁되어 있고, 정신보건심판위원회도 정신과전문의가 다수를 차지하고 있다. 이러한 사실은 정신보건전달체계가 심각한 거버넌스의 불균형을 나타낼 수 있는 가능성을 시사한다.

셋째, 서울시 정신보건사업의 재정체계와 관련된 문제이다.

현재 서울시 정신보건 재정체계는 지역사회정신보건의 적극적 수행을 위한 어떠한 유인도 존재하지 않는 것으로 나타났다. 기초자치단체는 의료급여를 전혀 부담하지 않음으로 인해 행정적 책무만 있을 뿐 재정적 책무는 전혀 없는 구조이다. 또한 사회복지시설의 운영비도 서울시가 부담하고 있다. 이와 같은 상황에서 기초자치단체는 지역주민의 민원이 많은 정신장애인의 지역사회 거주를 위한 프로그램을 개발하고 굳이 실행할 유인이 존재하지 않는다.

지역사회에서 정신장애인의 사례관리를 담당하는 정신보건센터의 위탁운영자인 정신의료기관의 경우에도 장기입원이 기관 운영상의 재정운영을 유리하게 한다. 즉 정신의료기관의 입장에서 지역사회정신보건사업을 통해 입원환자를 적극적으로 지역사회에 복귀시킬 재정적 유인은 존재하지 않는다.

정신장애인 가족의 경우 정신장애가 있는 가족의 존재는 경제활동에 대한 기회비용을 부담해야 할 뿐만 아니라 커다란 케어부담을 가질 수밖에 없다. 장기입원은 오히려 케어부담으로부터의 해방과 다른 경제 및 사회활동의 기회를 가져다줌으로써 재정적 유인이 존재하지 않는다.

이용표 외(2007)의 연구는 정신장애인 장기입원의 근본적 요인을 정신의료기관의 경제적 이해라는 관점에 파악하여 사업의 운영주체가 재정적 유인을 가지는가하는 문제가 보건복지연계를 중심으로 하는 사례관리전략 사업 성과에 가장 큰 영향을 미친다고 보았다. 그리고 이와 같은 관점에서 사업의 운영주체와 재정전략에 따라 탈시설화를 위한 지역사회정신보건사업의 모형을 제시하였다.

사례관리의 운영주체는 지방자치단체의 직접운영과 민간위탁방식으로 분류하였으며, 재정전략은 보건 및 복지서비스에 대한 포괄적 계약방식, 인두제방식 그리고 현행의 확정예산방식으로 분류하고 운영주체와 재정전략의 매칭에 따라 공공운영형, 포괄민간위탁형, 사례계약민간위탁형, 전통적 민간위탁형 등을 제시하였다.

<표 3-53> 서울시 정신보건센터 운영모형

	포괄재정	인두제	확정예산
공공운영	×	×	공공운영형
민간위탁	포괄민간위탁형	사례계약민간위탁형	전통적 민간위탁형

출처 : 이용표 외(2007).서울시 지역사회정신보건사업 운영체계 개선방안 및 정책과제

지방정부에 의한 직접 사례관리는 사업의 공공성을 확보할 수 있는 장점이 있는 반면, 행정책임과 재정책임이 분리된 경우 도덕적 해이가 발생할 수 있다. 즉 서울시와 같은 기초자치단체가 의료급여비용에 대한 행정적 책임만 있고 재정적 책임이 전혀 없는 경우 장기입원 억제의 재정적 유인이 없기 때문에 사업 실행에서 도덕적 해이가 발생할 수 있다. 반면 민간위탁에서 정신병상 운영자를 사업주체로 선정하는 경우 확정예산방식은 재정적 유인이 전혀 없으며, 인두제 방식도 사례관리의 재정적 지원이 입원치료비에 비행 저가인 경우 유인이 되지 못하는 것으로 보았다.

또한 정신병상 운영자에 대한 사례관리 민간위탁은 자치구 단위로 일정 예산을 보건과 복지 서비스에 대해 포괄적으로 계약하여 재정위험의 부담을 이전하는 경우 비용 절감을 위해 사례관리를 적극적 실행할 것으로 기대할 수 있다고 보았다.

결론적으로 정신의료기관 운영주체에게 정신보건사업을 위탁하기 위해서는 포괄민간위탁형이 적절한 대안이며, 정신병상을 운영하지 않는 사회복지법인 등 민간주체에게 위탁하기 위해서는 사례계약민간위탁형이 합리적인 대안이라고 보았다.

마) 서울시 정신보건관련 선행연구 분석의 시사점

선행연구들이 제시하고 있는 정신장애인 탈시설화정책의 장애요인들을 비교분석하였다. <표3-54>에서 보는 것처럼 모든 선행연구들이 공통적으로 제시하는 정신장애인 탈시설화의 장애요인은 다음과 같다.

첫째, 사회복지서비스 및 주거서비스의 양적 부족과 다양성의 부족이다. 양옥경 외(2010)의 연구는 2009년말 서울시 사회복지시설 이용자는 약 1,500명, 장애인보호작업시설 이용 정신장애인은 143명인데, 전체적으로 서울시 정신장애인 사회복지서비스 공급량은 최대치의 11%에서 39% 사이에 머무르고 있다고 보았다. 그리고 생활도우미 파견, 야간 및 주말주거서비스, 가족휴식을 위한 주거서비스 등과 같은 서비스의 다양성이 매우 미흡하다고 하였다.

둘째, 서울시의 정신보건정책 방향이나 사업목표가 불분명하다고 보았다. 서울시 정신보건센터 의뢰네트워크분석에 따르면 정신의료기관에서 정신보건센터로의 의뢰는 미약한 반면, 정신보건센터에서 정신의료기관으로의 의뢰는 상대적으로 매우 큰 것으로 나타나 실제 서울시 정신보건 상황은 탈시설화에 역행하고 있었다. 그리고 정신보건센터는 매우 제한된 인력으로 사업을 수행하면서도 장기입원의 주요집단으로 확인된 의료급여 수급자에 사업에 초점을 두는 것이 아니라 일반인구를 대상으로 함으로써 방만한 사업형태를 유지하고 있다.

셋째, 정신보건심판위원회 퇴원심사는 탈시설화에 실효성이 제한적이다. 정신의료기관에서 퇴원하기를 원하는 정신장애인의 퇴원여부를 심사하는 정신보건심판위원회는 기능이 명목화되어 있고 퇴원결정을 내리는 경우는 매우 제한적이라는 것이다. 이는 정신보건심판위원회가 정신의료기관의 이해관계자나 정신의료전문가들의 압도적 영향 하에 있는 것도 주요 원인으로 보인다.

<표 3-54> 선행연구의 정신장애인 탈시설화정책의 장애요인 비교

	박종익외(2008)	이명수외(2009)	양옥경외(2010)	이용표외(2007)
대안주거 및 지역사회 서비스			-사회복지서비스의 양적 부족 -주거서비스의 기능적 다각화 미흡 -주거지원책 미흡 -특화된 지역사회서비스 부족	-사회복지시설 및 주거시설의 양적 부족
공공관리	-정신보건심판위원회 기능 명목화 -정신보건센터의 입·퇴원 통제기능 미흡 -입원심사기능 부재		-서울시의 정책방향 및 장기비전 부재 -사례관리의 공공성 확보 미흡	-서울시의 사업목표 및 대상 불분명 -정신보건센터의 정신의료기관 위탁에 의한 공공성 미흡 -공적 입·퇴원 통제기능 미흡
서비스 체계	-공·사립 정신병원과 정신보건센터의 입·퇴원 관련 의무적 연계 부재	-서울시민 입원기관의 탈서울 -정신보건센터와 정신의료기관 연계 미흡 -사립병원과 정신요양시설 조정기전 미흡	-정신보건센터의 조정기능 미흡 -정신보건센터와 사회복지시설 간 협의구조 부재 -통합적 사례관리 비구조화	-정신보건센터 조정자역할 부재
재정체계	-자기부담이 없는 의료급여 1종 -재활에 대한 의료급여 불인정		-예산지원방식의 문제	-의료급여비용의 기초자치단체 부담 면제 -의료재정과 복지 및 재활재정의 분리
사업관리			-성과관리 부재	-성과관리 부재

넷째, 정신보건센터 운영상의 공공성 미흡이다. 광역 및 기초단위 정신보건센터가 주로 정신의료기관 운영법인에 위탁됨으로써 탈시설화에 필수적인 공적 입·퇴원 통제기능은 위탁기관의 이해관계에 반하는 결과를 초래하여 공공성이 훼손되며, 지역사회 내의 사회복지시설이나 정신의료기관에 대한 조정자역할을 수행하기 어렵다.

다섯째, 지역사회의 정신보건시설 간 연계의 미흡이다. 정신보건센터의 사례관리를 통한 지역사회 자원연결에 필수적인 연계기능이 매우 부족하다.

여섯째, 재정체계가 시설화를 조장하고 있다. 의료급여 1종 수급자의 장기 입원은 입원의료비

용에 대한 자기부담이 없는 것이 주요인이 되고 있는데, 서울시의 경우 기초자치단체도 의료급여를 부담하지 않는다. 그리고 보건과 복지재정의 분리로 의료급여는 지역사회 생활지원서비스를 보상하지 않기 때문에 정신장애인 생활지원서비스가 매우 미흡한 것은 장기 입원의 주요원인이 된다.

일곱째, 정신보건센터 업무의 성과관리가 부재하다. 구체적인 의료급여비용의 완화, 지역사회 정신장애인의 재원일수 감소 등과 같은 주요 성과지표들이 관리되지 못하여 사업이 명목화되고 있다.

4) 서울시 정신장애인 탈시설정책의 평가

서울시 정신장애인 탈시설관련 현황자료와 선행연구를 기초로 탈시설정책을 평가하였다.

가) 정신장애인 수용의 현황 평가

서울시 정신장애인 수용현황자료를 토대로 현황을 평가해보면 다음과 같다.

첫째, 정신장애인 수용시설이 매우 대형화되어 있다. 2010년말 현재 서울시의 정신의료기관 및 정신요양시설의 총수는 318개소이며, 입원/입소 정원은 7,773명이다. 국립정신병원은 1개소에 정원 960명, 시립정신병원은 5개소에 평균 337명, 사립정신병원은 7개소에 평균 237.4명 그리고 정신요양시설은 3개소에 346.6명 등으로 전체 입원/입소시설 정원 7,773명 중 68.7%인 5,347명이 대규모 거주공간에서 생활하고 있다. 이러한 사실은 여타 장애인생활시설의 시설당 평균 입소인원이 53.9명이며, 신규 장애인생활시설은 30명이하로 제한하기로 한 장애인정책과 비교할 때도 탈시설화 문제의 심각성이 정신장애인영역에 있음을 알 수 있다.

둘째, 정신장애인의 정신의료기관 수용이 탈서울화되어 있다. 2007년과 2008년 입원자에서 중복자를 제외하면 서울시 소재 정신의료기관에 입원한 정신장애인은 57.8%로 42.2%의 서울시 거주자가 서울이 아닌 지역에 입원하고 있는 것으로 나타난다. 이와 같은 사실은 실제 지역사회 정신보건사업의 효율적 수행을 위해서는 입원상태를 즉시 파악할 수 있는 정보전달체계 수립이 필요함을 시사한다.

나) 서울시 정신보건전달체계 평가

서울시 정신장애인 정신보건 현황자료와 선행연구를 토대로 정신보건전달체계를 평가해보면 다음과 같다.

첫째, 서울시의 정신장애인 탈시설에 관한 정신보건정책 방향이나 사업목표가 불분명하다. 서울시 정신보건센터는 사례관리를 통하여 지역사회보호를 수행하고 있으나, 의뢰네트워크분석에 따르면 정신의료기관에서 정신보건센터로의 의뢰는 미약한 반면, 정신보건센터에서 정신의료기관으로의 의뢰는 상대적으로 매우 큰 것으로 나타났다. 그리고 정신보건센터에서 지역사회 사회복지시설로의 의뢰도 미약하다. 실제 정신보건센터 실무자들도 서울시 정신보건정책의 목표를 명확하게 인식하고 있지 못한 것으로 나타났다.

둘째, 지역사회의 정신보건시설 간 연계의 미흡이다. 정신보건센터의 지역사회 내 정신보건 관련시설 간 조정형 센터로의 역할은 매우 제한적이며, 자체 사업에 주력하는 사업형 센터모형으로 운영되고 있다. 이는 서울시 정신보건사업에서 조정 및 의뢰체계가 사실상 존재하지 않음을 의미한다.

셋째, 정신보건센터 업무의 성과관리가 부재하다. 사업평가의 요소들이 정신장애인의 면접, 전화 등 접촉에 관련된 투입의 양적인 측면을 중심으로 하며, 구체적인 의료급여비용의 완화, 지역사회 전체 정신장애인의 재원일수 감소 등과 같은 주요 성과지표들이 관리되지 못하여 사업이 방향성을 상실하고 명목화되고 있다.

다) 정신장애인 주거서비스체계 평가

서울시 정신장애인 정신보건 현황자료와 선행연구를 토대로 주거서비스체계를 평가하면 다음과 같다.

첫째, 주거서비스를 제공하는 시설 간 이용자기준과 서비스기준이 부재하다. 정신장애인에게 주거서비스를 제공하는 시설은 정신요양시설, 입소생활시설, 주거제공시설 그리고 공동생활가정 등이 있다. 이러한 시설상의 구분에도 불구하고 실제 이들 시설 간 이용자 대상자의 구분기준이나 제공되는 서비스의 차이는 명확하지 않다.

둘째, 주거서비스에 대한 이용기간 제한이 존재한다. 정신보건정책은 입소생활시설과 주거제공시설의 거주기간을 3년으로 제한하고 있다. 이는 입소생활시설과 주거제공시설의 기능을 교육 및 훈련으로 설정하였다는 것으로 이해할 수 있다. 그러나 탈시설정책 자체가 주거정책이라는 측면에서 볼 때 이는 탈시설화를 단지 가정복지나 독립생활로만 한정되어 이해하고 있는 것이며, 실제 시설이용이 끝난 다음에는 어디로 가야하는지와 같은 문제가 발생할 수 있다.

셋째, 서울시 정신장애인 입소생활시설의 공급량이 부족하며 운영의 활성화가 미흡하다. 서울시의 경우 정신장애인 입소생활시설은 6개소에 정원 140명이며 2010년말 101명이 이용하고 있는 것으로 나타났다. 이는 전국적으로 인구 10만명 당 2.2자리가 확보된 것에 비하여 1.4에 불과한 수치이다. 그러나 서울시의 입소사회복지시설 6개소의 입소율은 72.1%에 불과해 지역사회 주거서비스의 부족에도 불구하고 약 30%에 달하는 입소 여석이 존재하며, 정신의료기관으로부터의 퇴원을 위한 의뢰체계가 활성화되어 있지 못하였다.

라) 지역사회생활지원서비스 평가

서울시 정신장애인 정신보건 현황자료와 선행연구를 토대로 지역사회생활지원서비스를 평가하면 다음과 같다.

첫째, 장애인 활동지원급여에서 정신장애인은 배제되고 있다. 정신장애인이 활동지원급여를 수급하기 위해서는 신체장애인과 동일한 활동지원 인정조사표에 의한 방문조사에서 220점 이상의 평정을 받아야 한다. 그러나 정신장애인의 경우 인정조사표는 일상생활동작영역(260점), 수단

적 일상생활 수행능력(125점), 장애특성 고려영역(60점)으로 구성되어 있어 신체장애가 존재하지 않는다면 185점이 한계치가 된다.

둘째, 사회서비스로의 정신장애인 토달케어서비스 공급량이 부족하다. 현실적으로 장애인활동지원급여의 대안이 되고 있는 토달케어서비스의 서울시 서비스현황을 보면 2011년 250명, 2012년 208명으로 나타났다. 지역적으로 보면 25개 자치구 중 9개구만이 이 서비스를 이용하고 있었다.

셋째, 사회복지서비스 및 주거서비스의 양적 부족과 다양성의 부족이다. 양옥경 외(2010)의 연구는 2009년말 서울시 사회복지시설 이용자는 약 1,500명, 장애인보호작업시설 이용 정신장애인은 143명이며, 전체적으로 서울시 정신장애인 사회복지서비스 공급량은 최대치의 11%에서 39% 사이에 머무르고 있다고 보았다. 서울시의 정신보건체계상의 공백은 일시보호를 위한 주거 혹은 쉼터의 부재이다. 이러한 시설의 부재를 부적절한 입원을 양산하며, 가족들의 휴식 및 부담 완화를 위한 정책의 부재를 의미한다.

마) 서울시 정신보건체계의 거버넌스 평가

서울시 정신장애인 정신보건 현황자료와 선행연구를 토대로 정신보건체계의 거버넌스를 평가해보면 다음과 같다.

첫째, 정신보건센터 운영상의 공공성 미흡이다. 광역 및 기초단위 정신보건센터가 주로 정신의료기관 운영법인에 위탁되어 있다. 이와 같은 상황에서 대규모 정신의료기관에 위탁된 광역정신보건센터가 서울시 정신보건정책 기능에 미치는 영향력이 매우 큰 것으로 보이며, 공적 기능을 전제로 한 입·퇴원 통제기능을 수행하고 있지 못하는 결과를 가져왔다. 또한 지역사회 내의 사회복지시설이나 정신의료기관에 대한 조정자역할을 수행하기 어렵다. 이러한 구조는 공공 정신보건체계가 정신의료기관의 사적 이해에 의해 작동되는 것을 통제할 수 없는 결과를 가져올 수 있다.

둘째, 서울시 정신보건심의위원회, 서울시 정신보건사업지원단 등 정신보건사업의 의사결정에 결정적 영향을 미치는 조직들이 대다수 의사들로 구성되어 있다. 아무리 긍정적으로 평가한다 하더라도 현재의 거버넌스는 정부와 의사단체와의 거버넌스에 불과하다. 정신장애인의 장기입원, 인권문제에서 그 당사자, 가족, 인권옹호단체 등의 참여가 전혀 이루어지지 않고 있으며 지역사회서비스 제공자도 매우 제한적인 영향력을 가진 것으로 볼 수 있다.

바) 재정체계 평가

서울시 정신장애인 정신보건 현황자료와 선행연구를 토대로 정신보건 재정체계를 평가해보면 다음과 같다.

첫째, 재정체계가 장기입원과 시설화를 조장하고 있다. 의료급여 1종 수급자의 장기 입원은 입원의료비용에 대한 자기부담이 없는 것이 주요인이 되고 있는데, 서울시의 경우 기초자치단체도 의료급여를 부담하지 않기 때문에 탈시설정책의 유인이 작동하지 않는다.

둘째, 보건과 복지재정의 분리가 지역사회주거 및 생활지원서비스 확대에 장애요인이 된다. 의료급여의 경우 수급자의 의료비만 보상하며, 지역사회 생활지원서비스를 보상하지 않는다. 따라서 지역사회에 있는 정신장애인의 주거비용과 생활지원의 예산 확대가 서울시의 일반회계에 의존하는 결과로 이어진다. 지역사회 서비스는 매우 제한적으로 공급되며 이는 장기 입원의 주요원인이 된다.

2. 지적·자폐성 및 정신장애인 고용정책 평가

가. 서울시 장애인 고용 현황

1) 서울시 장애인과 정신적장애 현황

현재 장애인 등록현황을 파악할 수 있는 통계자료는 보건복지부의 등록장애인 현황과 한국보건사회연구원의 장애인 실태조사가 대표적이다. 현재 우리나라 장애인복지법상의 장애등록이 가능한 장애유형은 장애인복지법 시행령에 따라 신체적 장애(외부신체기능, 내부기관), 정신적 장애로 구분된 15종이 있으며, 각 나라의 장애범주는 정치적, 사회적, 경제적, 문화적 환경에 따라 법으로 정한 장애의 정의에 준한다. 우리나라의 경우, 1988년 11월 장애인 등록사업이 전국적으로 확대 실시되었고, 1989년 법적 등록장애인을 지체, 시각, 청각, 언어, 정신지체의 5가지 범주로 한정된 바 있다. 이후 다른 나라들에 비해 장애범주가 협소하다는 비판에 따라 2000년 장애인복지법 개정에 의해 지체, 뇌병변, 시각, 청각, 언어, 정신지체, 발달, 정신, 신장, 심장장애의 10가지 범주로 확대하였고, 2003년에는 2차 장애범주의 확대에 따라 안면, 장루요루, 간, 간질, 호흡기장애의 5가지 유형이 추가되어 현재의 15종에 이른다. 또한, 2007년 개정된 장애인복지법에 따라 정신지체는 지적장애로 발달장애는 자폐성장애로 개칭되었다.

한편, 유럽이나 미국 등 주요 서구선진국의 경우 일반적으로 장애범주를 포괄적으로 형성하고 있는 추세이다. 즉, 비교적 아시아 국가는 장애범주를 주로 의학적 모델에 한정하여 신체구조 및 기능상의 장애로 판정하는 것에 비해 서구 선진국은 신체 및 정신의 기능적 장애와 더불어 특정한 과업수행 능력, 개인적 요인과 환경적 요인에 의해 불이익을 받는 조건까지 포함하는 사회적 의미의 장애 등을 포괄하는 범주는 채택하고 있다. 이렇듯 장애범주의 확대는 등록장애인의 확대라는 의미와 더불어 그동안 복지서비스를 받지 못하고 있던 장애인이 복지혜택을 받을 수 있게 되었다는 점에서 의의를 가진다. 또한, 장애범주에 따른 장애인구의 증가는 복지서비스 수준의 향상, 재정투입의 근거 등과 관련되어 있기 때문에 중요한 의미를 가진다. 따라서 장애에 대한 국제적 기준과 개념의 도입, 장애인의 경제적 여건과 욕구의 수준 등을 고려할 때 향후 장애범주를 단계적으로 확대해 나아가야 할 것으로 판단된다.

현재 우리나라 등록장애인의 규모는 2011년 12월 기준 총 2,519,241명으로 나타났다(보건복지부, 2012). 이 수치는 2005년의 1,669,329명과 비교하여 849,912명이 증가한 것이며, 2008년의 2,137,226명과 비교하여 382,015명이 증가한 것이다. 장애인구의 증가추세는 장애범주의 지속적

인 확대, 새로운 장애정책과 제도 및 서비스의 시행에 따른 욕구의 증가, 사회적 인식개선 등에 기인한 것으로 향후에도 지속적으로 증가할 것으로 전망하고 있다.

한편 한국보건사회연구원이 최근 발표한 2011년 장애인 실태조사에 따르면 우리나라 추정 장애인 수는 268만명이고, 장애출연율은 5.61%로 인구 10,000명 중 561명이 장애인인 것으로 나타났다(보건복지부, 2012). 특히 장애출연율은 2005년의 4.59% 보다 1.02% 증가했으며, 장애등록률은 93.8%로 2005년의 77.7%에 비해 16.1% 증가하였다. 이중 65세 이상 인구는 38.8%를 차지하고 있어 장애의 고령화가 예상되며, 만 25세 이상 장애인이 대학이상의 학력을 가진 비율은 11.8%로 나타났다. 장애인의 기초수급자 비율은 17%로 나타나 전체 수급률 3.1%(2010.12월 기준)에 비해 약 5.5%로 높게 나타났다.

장애인 현황을 지역별로 살펴보면, 경기도에 등록된 장애인이 505,052명으로 2010년에 비해 4,348명이 늘어 가장 많았고, 서울시는 전년에 비해 2,952명 감소한 411,590명으로 뒤를 이었다(남용현, 2012). 2011년 장애인 실태조사 결과, 아래 <표3-55>와 같이 4개 권역별 재가장애인 출현율을 살펴보면 서울지역 재가장애인의 출현율은 4.58%로 전국지역 출현율 5.47%에 비해 0.89% 낮은 것으로 나타나 4개 지역단위에서 제일 낮았다.

연령별로 살펴보면, 18세 미만의 저연령대에서는 서울지역의 출현율이 1.01%로 중소도시 1.02%의 다음으로 높게 나타났으며, 65세 이상의 고연령대에서도 서울지역이 18.4%로 중소도시의 27.6% 다음으로 높다. 이를 바탕으로 서울지역의 장애인 출현율의 특성을 정리하면, 재가장애인의 출현율은 낮으나 타지역(중소도시 제외)에 비해 저연령대와 고연령대의 집단이 비교적 많이 분포되어 있다. 특히 낮은 연령대의 재가장애인의 출현율이 높은 이유는 지적장애와 자폐성 장애의 출현율이 비교적 저연령대에 분포된 경향을 반영하는 것이라 할 수 있다. 또한 중소도시에서의 장애인 출현율이 높게 나타난 것은 65세 이상 연령층에서 타지역에 비해 장애인 수가 많이 거주하고 있기 때문이라 할 수 있다.

<표 3-55> 지역별·연령별 재가장애인 출현율

(단위: 명, %)

구분	서울			광역시			중소도시			읍면지역			전체		
	추정수	구성비	출현율	추정수	구성비	출현율	추정수	구성비	출현율	추정수	구성비	출현율	추정수	구성비	출현율
0~17세	17,513	4.0	1.01	22,682	3.6	0.88	41,555	3.6	1.02	8,513	2.2	0.57	90,263	3.5	0.92
18~29세	20,428	4.6	1.11	28,875	4.5	1.34	46,770	4.1	1.58	12,501	3.3	1.71	108,574	4.2	1.41
30~39세	35,728	8.1	2.09	45,317	7.1	2.29	86,001	7.5	2.82	20,925	5.5	1.98	187,971	7.2	2.41
40~49세	50,193	11.4	3.17	95,561	15.0	4.34	184,266	16.0	5.69	41,289	10.8	3.50	371,309	14.2	4.53
50~64세	145,716	33.0	7.92	224,540	35.3	9.51	368,328	32.0	12.65	100,338	26.3	6.13	838,922	32.1	9.59
65세 이상	171,415	38.9	18.45	219,708	34.5	18.01	424,984	36.9	27.65	197,978	51.9	11.39	1,014,085	38.8	18.69
계	440,993	100.0	4.58	636,683	100.0	5.10	1,151,904	100.0	6.48	381,544	100.0	4.87	2,611,126	100.0	5.47

주 : 중소도시 : 도 단위의 동 / 읍·면지역 : 도 단위의 읍, 면
출처 : 보건복지부(2011a). 장애인 실태조사

아래 <표3-56>과 같이 서울지역 5개 권역별 정신적장애 인구분포를 살펴보면, 서북권(10,310명), 동남권(9,132명), 서남권(8,605명), 동북권(8,270명), 도심권(4,449명)의 순으로 많이 분포되어 있다.

서북권은 지적장애가 5,608명, 정신장애가 4,052명으로 가장 많았고, 자치구로는 노원구에 지적장애가 1,823명으로 가장 많았다. 동남권은 주로 자폐성장애 인구가 많이 분포되어 있다. 자치구로는 송파구가 389명으로 타자치구에 비해 가장 많이 나타났다. 아울러 정신장애는 서북권이 가장 많았으나 자치구로는 서남권의 강서구가 1,396명으로 가장 많이 분포되어 있었다.

<표 3-56> 서울지역 자치구별 정신적장애인 현황

(2010년/단위: 명)

권역별	지역	합계	정신적장애유형별		
			지적장애	자폐성	정신장애
도심권	종 로		307	66	278
	중 구		288	43	220
	용 산		409	63	322
	성 동		602	96	432
	광 진		726	103	494
	계	4,449	2,332	371	1,746
동북권	동대문		735	82	606
	중 랑		1,068	127	839
	성 북		923	112	655
	강 북		926	93	652
	도 봉		827	93	532
	계	8,270	4,479	507	3,284
서북권	노 원		1,823	233	1,306
	은 평		1,505	132	1,158
	서대문		622	75	506
	마 포		720	81	530
	양 천		938	129	552
	계	10,310	5,608	650	4,052
서남권	강 서		1,607	181	1,396
	구 로		952	163	548
	금 천		572	56	391
	영등포		757	99	486
	동 작		748	140	509
	계	8,605	4,636	639	3,330
동남권	관 악		1,050	138	792
	서 초		638	144	341
	강 남		853	330	634
	송 파		1,305	389	573
	강 동		1,140	265	540
	계	9,132	4,986	1,266	2,880

출처 : 서울시(2011). 서울통계

서울지역 정신적장애의 인구분포는 도심권을 제외한 나머지 권역에 고르게 분포되어 있었으나 지적장애와 정신장애는 주로 서북권에 밀집되어 있는 것으로 나타났고, 자폐성 장애는 동남권

에 밀집되어 있었다. 정신적장애군이 밀집되어 있는 자치구를 대상으로 고용대책을 수립하고자 한다면, 지적장애는 노원구에서, 자폐성장애는 송파구에서, 정신장애는 강서구에서 타자치구에 비해 더 많은 중증장애인 일자리 창출사업과 직업재활서비스 개발을 통하여 특별한 고용대책 프로그램을 도입할 필요성 있다.

결론적으로 서울시의 장애인과 정신적장애인의 현황을 통해 파악한 특성을 정리하면, 재가장애인의 출연율은 전국에 비해 낮게 나타났으나 타지역에 비해 저연령과 고연령 집단이 비교적 많이 분포하고 있는 특성을 보였다. 특히 서울지역의 정신적장애인은 4만명 정도로 전체 장애인의 9.8%를 차지하고 있었다. 지역별 분포는 서북권에 지적장애와 정신장애가 많았고, 자폐성장애는 동남권에 많이 밀집되어 있었다.

2) 서울시 장애인 고용현황과 추이

가) 전국 장애인 경제활동 특성

고용은 개인의 존엄을 높이고 사회에 대한 창조적 기여를 도울 뿐 아니라 장애인 빈곤을 해소할 수 있는 수단이 되기 때문에 장애인의 사회참여에 있어 가장 중요한 수단이 된다. 또한 고용은 장애인이 어떠한 사회적 편견이나 차별 없이 비장애인과 동일하게 사회일원으로서 권리와 의무를 행사하는 것으로 특별한 대우가 필요하지 않고, 사회에 완전히 통합하기 위한 기본전제가 된다(최영광·전동일, 2010). 그러나 장애인은 일반적으로 불안정한 노동시장에서 낮은 취업률과 높은 실업률을 보이며, 고용의 질적인 차원에서도 저임금으로 고용상태를 유지하고 있는 특징을 보인다(Berkowitz and Hill, 1989; Barnes, 1991; Kirnan and Schalock, 1989; Doyle, 1995). 우리나라는 1990년 ‘장애인고용촉진등에관한법률’ 제정 이후 장애인 고용활성화를 위해 다양한 정책·제도적 노력에도 불구하고 장애인의 고용현실은 여전히 밝지 않다.

<표3-57>과 같이 2011년 장애인 실태조사 결과에 따르면, 현재 장애인 경제활동참가율은 38.5%로 전체인구 경제활동참가율 62.1%에 비해 23.7%p 낮은 수준으로 나타났다. 특히, 경제활동참가율은 38.5%는 2008년 41%에 비해 2.5%p 낮아진 수치로 나타났다. 이는 15세 이상의 생산가능 장애 인구는 증가하였으나 경제활동참가율은 상대적으로 낮아진 것을 반영한다. 2011년 현재 15세 이상 인구대비 장애인 취업자 비율은 35.5%(15세 이상 인구대비 전국 취업자 비율 60.1%)이고, 장애인의 실업률은 7.8%로 2008년도 장애인 실업률 8.3%에 비해 다소 감소하였으나, 15세 이상 인구대비 전국 실업률 3.2%에 비해 높은 수준임을 알 수 있다(보건복지부, 2011a).

<표 3-57> 취업 인구 및 취업률

(단위: 명, %)

구분	15세 이상 인구	경제활동인구			비경제 활동인구	경제활동 참가율	취업률	실업률	인구대비 취업자 비율	
		계	취업	실업						
2011	장애인	2,540,285	977,588	901,505	76,083	1,562,697	38.48	92.22	7.78	35.49
	전국 ¹⁾	41,003,000	25,480,000	24,661,000	819,000	15,523,000	62.1	96.8	3.2	60.1
2008	장애인	2,071,600	850,840	780,055	70,785	1,220,760	41.07	91.68	8.32	37.65
	전국 ²⁾	39,804,000	24,032,000	23,245,000	787,000	15,772	60.4	96.7	3.3	58.40
2005	장애인	2,036,788	777,159	694,955	82,204	1,259,629	38.16	89.42	10.58	34.12
	전국 ³⁾	38,468,000	23,976,000	23,191,000	785,000	14,511	62.3	96.7	3.3	60.29

자료 : 1) 비장애 인원. 통계청(2011). 『한국통계월보(2011년 6월 기준)』
 2) 비장애 인원. 통계청(2008). 『한국통계월보(2008년 12월 기준)』
 3) 비장애 인원. 통계청(2005). 『한국통계월보(2005년 10월 기준)』

출처 : 보건복지부(2011a), 2011년 장애인실태조사

또한, 장애인은 비장애인에 비해 노동환경이 열악한 2차 노동시장에 주로 취업하고 있다(정기원 외, 21996; 이선우, 1997; Berkowitz and Hill, 1989; Barnes, 1991; Kirnan and Schalock, 1989; Doyle, 1995). 아래 <표3-58>과 같이 2011년 취업장애인의 직장에서의 지위는 자영업자가 30.5%, 상용근로자 25.9%, 일용 및 임시 근로자 39.4%로 나타났고, 2008년의 자영업자(40.4%), 상용근로자(24.7%), 일용 및 임시 근로자(28.3%)와 비교하여 일용 및 임시 근로자 비율이 큰 폭으로 증가한 것이며, 비장애인에 비해 자영업종사자나 일용직 노동자 비율이 월등히 높은 경향을 보인다.

<표 3-58> 취업장애인의 지난 주 일(직장)에서의 지위

(2011년/단위: %)

구분		2005년도	2008년도	2011년도
임금 근로자	상용 근로자	23.5	24.7	25.9
	임시 근로자	15.5	7.9	16.8
	일용 근로자	18.8	20.4	22.6
비임금 근로자	자영업자 (고용주, 노점 포함)	34.5	40.4	30.5
	무급가족종사자	7.7	6.6	4.2
계		100.0	100.0	100.0

출처 : 보건복지부(2011a). 장애인실태조사

특히, 2010년 경제활동실태조사의 취업자의 지위에 따르면, 지적장애의 50.9%, 정신장애의 70.4%가 임금근로자 중 임시·일용근로자의 상태로 남아있어 정신적장애인의 취업자의 지위가 장애인 중에서도 열악한 상황임을 알 수 있다.

장애인 경제활동 분야는 <표3-59>와 같이 단순노무직(30.1%), 기능원 및 기능종사자(12.5%), 장치기계조작·조립(12.4%), 농어업(12.2%), 판매종사자(8.2%)의 순이었다. 그 외 전문가 및 전문

직 관련 종사자(7.1%), 관리자(4.1%)로 나타나 비장애인의 전문직(19.6%)과 사무종사자(16.4%)와 대비된다. 즉, 장애인의 취업분야는 주로 단순노무 및 기능, 기계조립, 농어업 등으로 나타났다. 마찬가지로 2010년 경제활동실태조사에 따르면 지적장애인의 69.1%, 정신장애의 66.2%가 단순노무종사자로 근로하고 있어 단순노무직종의 대부분은 정신적장애로 구성됨을 예측할 수 있다.

<표 3-59> 장애인 경제활동 분야 (직무)

(2010년/단위: %)

구분	관리자	전문가 및 관련 종사자	사무 종사자	서비스 종사자	판매 종사자	농림어업 숙련 종사자	기능원 및 기능 종사자	장치기계 조작/조립	단순노무 종사자	계
2011년	4.1	7.1	6.5	6.8	8.2	12.2	12.5	12.4	30.1	100.0
(전국) 비율*	2.3	19.6	16.4	10.3	12.1	4.8	9.4	11.6	13.5	100.0

자료 : 통계청(2011). 2010 경제활동인구연보

출처 : 보건복지부(2011a). 장애인실태조사

취업장애인 월평균 소득은 <표3-60>과 같이 1,419천원으로 2008년 1,156천원에 비해 22.8% 포인트 증가하여, 전국 상용근로자 의월평균 임금이 2008년 2,801천원에서 2011년 3,108천원으로 11.0% 포인트 증가한 것에 비해 증가폭이 크게 나타났다. 하지만 취업장애인의 월평균 임금은 상용임금근로자 임금의 45.7% 수준이었다.

<표 3-60> 취업장애인의 임금 수준

(단위: 천원)

구분	2005년도		2008년도		2011년도	
	취업 장애인	전국상용 근로자임금1)	취업 장애인	전국상용 근로자임금2)	취업 장애인	전국상용 근로자임금3)
취업장애인 임금 (상용근로자 월평균 임금 대비율)	1,149	2,404 (47.8%)	1,156	2,801 (41.3%)	1,419	3,108 (45.7%)

자료 : 고용노동부(2005, 2008, 2011). 사업체 노동력 조사 연평균값

출처 : 보건복지부(2011a). 장애인실태조사

특히 2010년 경제활동실태조사 결과, 정신적장애인의 취업자 근속개월과 월평균임금 수준이 타장애 유형에 비해 2~3배 낮게 나타나 취업장애인 중에서 정신적장애인의 근로여건이 가장 열악함이 증명되었다. 즉, 전체 장애인 취업자의 평균 근속 개월이 112개월임에 반해 지적장애인 39개월, 자폐성장아인 43개월, 정신장애인 58개월로 나타났으며, 임금 또한 취업자 월평균임금은 134만원임에 비해, 지적장애인 69만원, 자폐성장아인 68만원, 정신장애인 69만원 수준으로 가장 낮게 나타났다.

또한, 장애인가구의 월평균소득은 <표3-61>과 같이 1,982천원으로 2008년 1,819천원에 비해 9.0% 증가하였으나 전국 가구 월평균소득이 10.1% 증가하여 보다 낮은 증가율을 나타냈다. 또한

장애인 가구의 월평균 지출도 1,618천원으로 2008년 1,555천원에 비해 4.1% 증가하였으나 전국 가구 월평균지출이 12.6% 증가한 것에 비해서 낮은 증가율을 보이고 있다. 따라서 장애인 가구의 월평균 소득, 지출 모두 전국 가구와 상대적 격차가 커지고 있음을 보여준다.

<표 3-61> 월 평균 가구 소득 및 지출액

(단위: 천원)

구분	2005년도		2008년도		2011년도	
	장애인가구	전국가구1)	장애인가구	전국가구2)	장애인가구	전국가구3)
가구소득액 (전국가구 대비율)	1,572	2,941 (53.5%)	1,819	3,371 (54.0%)	1,982	3,713 (53.4%)
가구지출액 (전국가구 대비율)	1,345	2,377 (56.6%)	1,555	2,668 (58.3%)	1,618	3,004 (53.9%)

자료 : 통계청(2005, 2008, 2011) 가계동향조사

출처 : 보건복지부(2011a). 장애인실태조사

결론적으로 장애인처럼 사회의 불리한 위치에 있는 집단은 사회적 편견이나 차별이 심하기 때문에 임금고용보다는 자영업에 종사할 가능성이 높고(이선우, 1997; 290) 근로조건이 좋지 않은 일용직과 같은 2차 노동시장에 종사할 가능성이 높은 것으로 나타났다(유동철, 2008; 6). 즉, 비장애인에 비해 낮은 고용율과 낮은 임금수준, 불안정한 고용상태 등으로 인해 고용의 양과 질적인 측면이 모두 낮은 편이었다. 특히, 장애인의 고용을 어렵게 하는 요인으로 장애인 개인의 능력부족도 작용하고 있지만 보다 근원적 요소는 분절된 노동시장 구조, 장애인 고용 지원제도의 취약성, 장애인에 대한 고용차별 및 편견이 사회구조적으로 편성된 결과로 보인다. 향후 장애인 실업률 감소를 위하여 장애특성을 고려한 직종 개발 및 장애인에 대한 인식개선 노력이 필요함을 보여준다.

특히 장애인 경제활동 특성에서 정신적장애인은 장애유형 중에서도 더욱 열악한 고용상태에 놓여있다. 대부분 정신적장애인은 고용현장에서 임금근로자 중 임시·일용근로자의 상태로 남아 있는 경우가 많았고, 취업분야도 단순노무직종으로 편중되어 있었다. 정신적장애인의 취업자 근속개월과 월평균임금 수준이 타장애 유형에 비해 2~3배 낮게 나타나 취업장애인 중에서 근로 여건이 가장 열악한 집단임이 증명되었다. 따라서 향후 정부나 지방자치단체 차원에서 중증장애인의 고용정책을 설계할 때 정신적장애인에 대한 특별고용 계획을 포함한 정책설계와 집행구조가 마련될 필요가 있다.

나) 서울시 장애인 경제활동 특성

<표3-62>와 같이 2010년 전국 장애인 경제활동 참가율 중 고용율은 중증장애인 17.8%, 여성장애인 22.7%, 고령장애인 27.2%의 수준으로 나타났으며, 실업률에서도 중증장애인 11.8%, 여성장애인 7.8%, 고령장애인 5.1%로 나타나 중증, 여성, 고령(55세 이상)의 장애인일수록 경제활동수준

이 더 나쁜 것으로 나타났다. 그중 중증장애인이 가장 취약한 계층으로 부각되고 있는 현실이다.

<표 3-62> 전국 장애인 경제활동 현황

(단위: 명, %)

구분	15세 이상	경제활동 참가율 (전국민)	실업률 (전국민)	고용율 (전국민)
장애인 전체	2,376,431	38.5 (61.9)	6.6 (3.2)	36.0 (60.0)
경증	1,578,901	47.8	5.4	45.2
중증	797,530	20.2	11.8	17.8
남성	1,391,839	48.4 (73.8)	6.1 (3.5)	45.4 (71.2)
여성	984,592	24.6 (50.5)	7.8 (2.6)	22.7 (49.2)
15-54세	950,438	55.3 (66.8)	7.7 (3.4)	49.2 (64.5)
55세 이상	1,425,993	28.6 (47.8)	5.1 (2.1)	27.2 (46.8)

출처 : 이성규(2011), 서울시 장애인 일자리정책의 성과와 과제

이러한 전국 장애인 경제활동 실태와 서울시 중심의 장애인의 경제활동 현황을 비교해보면 서울시가 더욱 열악한 상황이라는 것을 알 수 있다. 서울시 중심의 장애인 경제활동 현황을 다음의 <표3-63>와 같이 살펴보면, 2010년 기준 경제활동참가율은 31.8%로 장애인 전체 38.5%(2010년 장애인 경제활동실태조사)에 비해 6.7% 낮은 수준으로 나타난다. 고용율은 29%로 전체 장애인의 고용율 36%에 비해 7% 낮게 나타났고, 실업률은 8.8%로 전체 장애인 실업률 6.6%보다 2.2% 높게 나타났다. 또한, 서울지역의 장애정도별 경제활동 수준을 살펴보면, 경증장애인의 경우 전체 경증장애인 보다 경제활동참가율이 9.7% 낮고, 고용율은 9.7% 낮으며, 실업율은 1.3% 높게 나타났다. 중증장애인의 경우도 전체 중증장애인보다 경제활동참가율이 0.8% 낮고 고용율은 1.6% 낮은 반면, 실업률은 4.9%로 높게 나타났다. 이는 서울시의 경우, 경증장애인을 포함한 중증장애인의 노동시장 진입이 수월하지 못함을 반증하고 있는 것으로, 특히 중증장애인의 경우는 실업률이 높게 나타나 서울지역의 경제활동 인구 중 실업자로 남아있는 비율이 높음을 보여준다. 아울러, 서울지역의 장애인 경제활동 상황을 연령별로 살펴보면, 청년층(15-29세), 고령층(55세 이상), 장년층(30-54세)의 순으로 고용율이 낮아지고 있다. 특히 청년층의 실업률은 23.2%로 장애인 전체 13.0%보다 10.2% 높고, 서울시 내에서도 장년, 고령층에 비해 2-3배 높게 나타나고 있다. 따라서 서울지역에 거주하는 경제활동 가능한 장애인의 경우, 전체 청년장애인에 비해 경제활동참가율도 11% 낮고, 실업률도 10% 높으며, 고용율은 11.8% 낮게 나타나 노동시장에서 어렵게 구직활동을 펼치고 있음을 예측할 수 있다. 이는 대부분 청년층에서 차지하는 중증의 비율이 경증에 비해 2.5배 수준이며, 주로 정신적장애인가가 많아 직업활동을 영위하는데

상당한 제약을 받고 있음을 추측할 수 있다. 이러한 현상은 정신적장애인과 같이 직업적 중증장애인의 경우, 비교적 취업활동이 용이한 제조업을 희망하는 반면 주로 구인활동은 서비스업 위주의 단시간 근로가 대부분을 차지하고 있는 상황과도 일맥상통한 결과이다(이성규, 2011).

<표 3-63> 서울지역 장애인 경제활동 현황

(단위: 명, %)

구분	15세 이상	경활률(장애인 전체)	실업률(장애인 전체)	고용율(장애인 전체)
서울시 장애인	392,590	31.8(38.5)	8.8(6.6)	29.0(36.0)
경증	259,422	38.1(47.8)	6.7(5.4)	35.5(45.2)
중증	133,169	19.4(20.2)	16.7(11.8)	16.2(17.8)
남성	230,558	39.3(48.4)	9.6(6.1)	35.5(45.4)
여성	162,032	21.0(24.6)	6.5(7.8)	19.6(22.7)
15-29세(청년층)	21,248	22.0(33.0)	23.2(13.0)	16.9(28.7)
30-54세(장년층)	128,961	52.3(56.5)	9.3(7.2)	47.4(52.5)
55+세(고령층)	242,381	21.7(28.6)	6.8(5.1)	20.2(27.2)

주 1) 경활률(경제활동참가율) = (경제활동인구/15세 이상 생산가능 인구)×100

2) 실업률 = (실업자 수/경제활동인구)×100

3) 고용율 = (취업자 수/15세 이상 생산가능 인구)×100

출처 : 이성규(2011), 서울시 장애인 일자리 정책의 성과와 과제

서울시의회 자료에 따르면, 서울시 등록장애인 중 중증이면서 근로가능 연령대인 108천명 중 구직의사가 있는 잠정 수요장애인은 44천명으로 나타나 서울시 등록장애인구의 11.3%를 차지하고 있었다. 따라서 서울시 차원에서 중증장애인의 고용대책을 수립할 대상 집단은 대략 전체 등록장애 인구의 11%인 4만 4천명으로 추정할 수 있다.

한편, 장애인 경제활동 상태는 장애인의 장애정도와 마찬가지로 장애유형과 매우 밀접한 관련이 있다(한국보건사회연구원, 2011). 아래의 <표3-64>와 같이 2010년 장애인경제활동 실태 조사의 원자료 중에서 정신적장애의 경제활동 상태를 전체장애 유형과 비교하여 살펴보면 다음과 같다.

전반적으로 직업적 중증장애인에 속해있는 지적, 자폐성, 정신장애인 등 정신적장애로 구분되는 장애유형의 경우, 전체장애인의 고용율이 35.9%인데 비해 정신적장애는 19.3%로 약50% 수준으로 낮게 나타났다. 실업률도 전체장애인이 6.5%인데 비해 10.5%로 약 1.5배 높게 나타나 정신적장애인의 경제활동참가율이 낮게 나타나는 특징을 보여준다.

이러한 경향은 서울시에서도 마찬가지로 나타나는데 서울지역 전체 장애인의 고용율은 28.9%에 비해 정신적장애인은 15.0%로 낮게 나타났고, 정신적장애인 중에서는 정신장애인의 고용율이 8.5%로 가장 낮게 나타났다. 실업률에서도 마찬가지로 전체장애인의 실업률은 8.7%로 나타났으나 정신적장애인의 실업률은 25.1%로 거의 3배 수준으로 높게 나타났다. 따라서 서울지역의 정신적장애인에 대해 특별한 고용대책이 더욱 시급함을 보여준다.

<표 3-64> 정신적장애인의 경제활동 상태

(2010년/단위: 명, %)

구분	15세이상 인구	경제활동인구			비경제 활동인구	경활률	취업률	실업률	고용율	
		소계	취업자	실업자						
전 국	지적장애	135,528	34,773	31,648	3,125	100,755	25.66	91.01	8.99	23.35
	자폐성	4,533	1,679	948	731	2,854	37.04	56.46	43.54	20.91
	정신장애	94,514	11,736	10,517	1,219	82,778	12.42	89.61	10.39	11.13
	소계	234,575	48,188	43,113	5,075	186,387	20.54	89.47	10.53	19.38
	전체 장애	2,376,427	915,214	855,156	60,058	1,461,213	38.51	93.44	6.56	35.98

출처 : 한국장애인고용공단 고용개발원(2011) 장애인 경제활동 인구 원자료 재분석

주 1) 경활률(경제활동참가율) = (경제활동인구/15세 이상 생산가능 인구)×100

2) 취업률 = (취업자 수/경제활동인구)×100

3) 실업률 = (실업자 수/경제활동인구)×100

4) 고용율 = (취업자 수/15세 이상 생산가능 인구)×100

5) 자폐성장애는 허용오차 범위 밖에 있어 해석에 유의

아래 <표3-65>은 2010년 장애인 경제활동인구조사(장애인고용공단 고용개발원, 2011)를 활용하여 서울지역 정신적장애인의 경제활동 인구를 재분석한 결과이다. 분석결과, 15세 이상 정신적장애인은 전체 장애인구 392,592명 중 35,085명(8.9%)으로 나타났고, 경제활동참가율은 20.0%로 장애인 전체 31.7%보다 11.7% 낮게 나타났다. 서울지역 정신적장애인의 취업률은 74.8%로 장애인 전체 91.2%보다 16.4% 낮고, 실업률은 25.1%로 장애인 전체 8.7%보다 16.4% 높으며, 고용율은 15.0%로 장애인 전체 28.9%보다 13.9% 낮게 나타났다.

앞서 제시한 바와 같이 서울시 중증장애인의 고용관련 잠재적 수요자는 전체 등록장애 인구의 11%인 4만 4천명으로 나타났으며, 경제활동 인구의 통계분석을 통한 정신적장애인의 포괄적인 잠재적 수요자는 실업자 및 비경제활동 인구를 합산한 29천명 정도로 추정할 수 있다. 따라서 서울시 차원에서 4만 4천명의 중증장애인 잠재적 수요자 중 66%를 차지하는 29천명의 정신적장애인의 고용대책을 수립하기 위한 잠재적 집단군의 정밀수요와 욕구조사가 선행될 필요가 있다.

<표 3-65> 서울지역 정신적장애인의 경제활동 상태

(2010년/단위: 명, %)

구분	15세이상 인구	경제활동인구			비경제 활동인구	경활률	취업률	실업률	고용율	
		소계	취업자	실업자						
정신적 장애 (서울)	지적장애	17,879	4,824	3,608	1,216	13,055	26.98	74.79	25.21	20.18
	자폐성	1,191	287	287	-	904	24.10	-	-	24.10
	정신장애	16,015	1,921	1,371	550	14,094	12.00	71.37	28.63	8.56
	소계	35,085	7,032	5,266	1,766	28,053	20.04	74.89	25.11	15.01
전체 장애(서울)	392,592	124,650	113,711	10,939	267,942	31.75	91.22	8.78	28.96	

출처 : 장애인고용공단 고용개발원(2011) 장애인 경제활동 인구 원자료 재분석

주 1) 경활률(경제활동참가율) = (경제활동인구/15세 이상 생산가능 인구)×100

2) 취업률 = (취업자 수/경제활동인구)×100

3) 실업률 = (실업자 수/경제활동인구)×100

4) 고용율 = (취업자 수/15세 이상 생산가능 인구)×100

5) 자폐성장애는 허용오차 범위 밖에 있어 해석에 유의

현재 직업재활시설과 장애인복지관, 정신보건센터나 사회복지시설 등의 장애인고용 관련시설과 특수학교나 특수학급 등 교육기관에서 교육 및 훈련을 받고 있는 주된 장애유형은 지적, 자폐성, 정신장애 등 정신적장애가 대부분 차지하고 있다. 이들은 장애인 중에서도 열악한 직업적 상태와 현실에 처해 있으며, 고용상태도 일반고용이 아닌 보호고용 시장에 머무르는 경향이 많다. 이에 개별기관에서 장애인의 직업적 역량을 강화하고 직업적 기회를 높이는 고용지원 프로그램이 다수 존재하지만 이들을 대상으로 적용할 수 있는 고용지원 프로그램은 매우 부족한 현실이다(이효성 외, 2011). 따라서 정신적장애인의 고용지원을 위하여 서울시가 자체적으로 특별한 대책을 마련하는 것이 필요하다. 서울시 자체적으로 공공부문에 정신적장애인의 고용확대를 위한 고용모델개발과 예산의 제도화가 필요하며, 정신적장애인의 지속적 고용을 위한 고용인턴프로그램 등 정신적장애인의 고용촉진을 위한 제도가 마련될 필요가 있다.

따라서 장애인 고용현황 및 특성에 따른 정책적 시사점을 살펴보면 다음과 같다. 우선 장애인의 급격한 증가, 욕구의 다양성, 장애의 중증화와 고령화의 추세 등을 고려할 때 장애인의 고용정책에서 노동시장 유인정책이 필요하며, 특히 중증, 여성, 고령장애인 일수록 고용여건이 나쁘다는 것에 정책적 관심을 높일 필요가 있다. 즉, 중증장애인에게 더블카운트제도가 적용되는 것처럼 서울시 차원에서 중증, 여성, 고령장애인을 고용하는 사업장에 인센티브를 제공하는 방안 등을 마련하는 것도 필요하다. 예컨대 장애인과 기업에 대한 각종 지원제도를 마련하여 장애인의 근로를 지원하고 기업의 고용창출 및 고용유지를 유인하고 있으나 금융지원 위주의 획일적 지원으로 기업의 일자리 창출효과가 낮은 실정이다. 따라서 민간기업 내 보호작업장 모델을 개발하여 향후 사회적 기업이나 표준사업장으로 전환을 가능하도록 지원하는 방안을 고려해 볼 수 있다.

둘째, 직업적 중증장애인에 속하는 정신적장애인에 대한 고용율이 매우 저조하므로 정부 및 지자체 차원에서의 고용지원 프로그램의 개발 및 보급이 필요하다. 이를 위해 서울시 차원에서의 정신적장애인에 대한 직무조정과 탄력적 직업배치를 위한 별도의 중증장애인고용지원 프로젝트가 필요하다. 대표적으로 국회의 시험고용 사례와 일본의 챌린지 고용 사례의 경험을 참고하여 각 구청, 공공기관, 사업소 등에 시험고용을 적극적으로 추진할 필요가 있다.

셋째, 서울시의 정신적장애인의 고용관련 잠재적 수요자 집단은 서울시에서 조사된 4만 4천 명의 중증장애인 잠재적 수요자 중 66%를 차지하는 29천명으로 추정되는 바, 이에 대한 잠재적 수요자에 대한 정밀 욕구조사와 고용대책 프로그램의 개발이 필요하다.

3) 서울시 장애인 의무고용 현황과 추이

가) 전국 장애인 의무고용 현황 및 특성

정부는 장애인의 열악한 고용상황을 개선하기 위해 '장애인고용촉진및직업재활법'에 의해 의무고용제도를 실시하고 있다. 즉, 국가·자치단체 및 공기업·준정부기관은 3%, 상시근로자 50인 이상을 고용하고 있는 사업장에는 고용인원의 2.3%를 장애인으로 고용할 것을 의무화하고 있다. 이와 더불어 의무고용에 미달하는 인원수만큼 고용부담금을 납부하도록 하고 있다. 또한, 2010년

부터는 중증장애인 1명을 고용하면 2명으로 인정하는 중증장애인 2배수제도를 운영하고 있으며, 의무고용율 2.7%를 초과하면 장려금을 지급하고 있다.

한편, 정부는 장애인 고용장려금 외 장애인 고용사업주 지원제도를 시행하고 있다. 구체적으로는 장애인고용에 필요한 시설 및 장비의 무상지원 또는 저금리융자 혜택이 있으며, 직업생활에 어려움이 있는 장애인을 위한 작업용 보고공학기기를 지원하거나 임대해준다. 또한, 중증장애인의 훈련과 취업지원을 위해 현장훈련(3주-7주) 후 고용여부를 결정하는 지원고용과 청년장애인의 직장체험(최대 3개월) 후 고용여부를 결정하는 시험고용을 실시하고 있다. 중증장애인의 작업 현장 업무지원을 위해서는 근로지원인을 제공하고 있으며, 연계고용제도¹³⁾를 시행한다.

아래 <표3-66>와 같이 장애인 의무고용을 하고 있는 국가, 지방자치단체, 사업주를 포함한 장애인 고용비율은 지난 1991년 법제정후 0.43%에서 2010년 1.94%로 4배 이상 증가한 것으로 나타났다(한국장애인고용공단 고용개발원, 2011). 특히 더블카운트(중증장애인 2배수 제도)가 적용된 2010년에는 고용비율이 2.24%로 상승되었고, 지난 2006년 국가 및 지방자치단체의 장애인 의무고용 적용직종의 확대와 민간부문 업종별 적용제외율 폐지에 따라 장애인고용 비율이 다소 낮아진 것을 제외하고는 지속적으로 증가하고 있는 것을 알 수 있다. 이를 정부부문과 민간부문으로 나누어 살펴보면 다음과 같다.

우선, 정부부문의 장애인 고용확대를 위한 대표적인 정책은 장애인 공무원 특별전형, 장애인 공무원 의무고용율(정부 및 지방자치단체) 3% 상향조정, 일반 근로자에 대한 장애인 의무고용율 적용 등을 들 수 있다. 정부는 각 분야에 대한 장애인 고용을 선도한 결과, 2010년 12월 말 기준, 장애인공무원의 고용율이 전체고용을 2.24%보다 다소 높은 2.40%를 달성하였다. 하지만 헌법기관과 교육청의 고용율은 상대적으로 저조하게 나타나 여전히 장애인고용의 사각지대로 남아있다. 특히 2006년부터 교원, 판사, 군무원 등으로 정부의 의무고용 적용이 확대되었으나, 현재까지도 교육청의 경우는 장애인 고용의 사각지대로 남아있다.

13) 장애인표준사업장, 직업재활시설, 장애인자립작업장에 생산설비와 원료, 기술 등을 제공하고 생산관리 및 생산품의 판매를 전담하거나, 도급을 주어 생산품을 납품받는 경우, 장애인을 직접고용한 것으로 간주하여 부담금을 감면하는 제도임.

<표 3-66> 의무고용사업체 장애인 고용현황

(2010년/단위: 개소,명,%)

		구 분	기관수	적용대상	장애인수	고용율
전 체		총 계	23,249	6,511,624	126,416	2.24(1.94)
국 가 및 자 치 단 체	공 무 원	소 계	81	821,794	17,207	2.40(2.09)
		중앙행정기관	45	171,421	4,479	3.01(2.61)
		헌법기관	4	21,459	410	2.13(1.91)
		자치단체	16	244,563	7,860	3.68(3.21)
		교 육 청	16	384,351	4,458	1.33(1.16)
자 치 단 체	비 공 무 원	소 계	292	207,281	4,196	2.36(2.02)
		중앙행정기관	29	33,919	561	2.09(1.65)
		헌법기관	3	668	16	3.59(2.40)
		자치단체	244	71,963	3,297	5.26(4.58)
		교 육 청	16	100,731	322	0.38(0.32)
공 공 기 관		소 계	260	294,245	6,775	2.56(2.30)
		공 기 업	21	86,035	2,297	2.91(2.67)
		준정부기관	79	79,323	2,309	3.33(2.91)
		기타공공기관	160	128,887	2,169	1.86(1.68)
민 간 기 업		소 계	22,616	5,188,304	98,238	2.19(1.89)
		100명 미만	11,433	801,977	15,859	2.34(1.98)
		100~299명	8,431	1,378,450	30,878	2.60(2.24)
		300~499명	1,296	492,779	10,000	2.37(2.03)
		500~999명	882	607,424	11,638	2.22(1.92)
		1,000명 이상	574	1,907,674	29,863	1.78(1.57)

* ()는 중증장애인 더블카운트 미적용 시 현황

출처 : 고용노동부(2010). 의무고용사업체 장애인 고용 현황

민간부문의 장애인 고용율 역시 정부부문과 마찬가지로 지난 1991년 0.40%에서 2009년 1.86%로 4배 이상 증가하였고, 더블카운트제도(중증장애인 2배수제)가 적용된 2010년에는 2.19% 증가하여 장애인고용 비율이 증가추세를 알 수 있다. 하지만 장애인고용 비율의 지속적인 증가에도 불구하고 2010년 현재 정부와 민간부문의 고용비율은 각각 2.40%, 2.19%로 여전히 법적 기준인 3.0%와 2.3%에 미치지 못하고 있다. 특히 민간부문은 사업장 규모가 클수록 장애인고용 비율이 더 낮아지는 현상이 있는 것으로 나타났다(고용노동부 보도자료, 2011. 4.20).

특히 직업적 중증장애인의 경우, 근로능력에 대한 부정적 선입견 등의 영향으로 고용이 더욱 힘든 상황에 봉착하게 되어 정부의 중증장애인 공무원 특별채용제도 등 중증장애인의 고용확대를 위한 지속적인 노력에도 불구하고 여전히 중증장애인의 고용대책은 부진한 상태로 남아있다.

2010년 정부부문 장애인 공무원의 중증장애인 인원수를 비교하면, 아래 <표3-67>과 같이 전체 15% 수준으로 낮게 나타났고 특히 지방자치단체의 중증장애인 고용율이 14%로 가장 낮았다. 이는 앞서 정부부문에서 지방자치단체의 장애인 고용율이 높은 경향을 고려할 때 중증장애인

의 고용이 낮았다는 것은 향후 지자체의 공무원 임용에 중증장애인 고용을 위한 정책수단을 마련해야 함을 보여준다.

<표 3-67> 정부의 장애정도별 고용 현황

(2010년/단위 : 명, %)

구분	계	경증(%)	중증(%)
전체	16,232(100)	13,797(85.0)	2,435(15.0)
중앙행정기관	4,037(100)	3,405(84.3)	632(15.7)
헌법기관	364(100)	302(83.0)	62(17.0)
지방자치단체	7,581(100)	6,511(85.9)	1,070(14.1)
교육청	4,250(100)	3,579(84.2)	671(15.8)

출처 : 고용노동부(2010. 7). 장애인 고용실태 분석

아울러 민간기업의 장애정도별 고용현황은 <표3-68>과 같다. 즉 의무고용사업체에 근무하는 중증장애인의 비중은 17.9%로서 2005년 18.8%에 비해 감소하는 추세이며, 특히 300인 이상 사업체의 중증장애인 고용율이 더 낮은 경향이 뚜렷하다. 따라서 중증장애인의 고용율을 강화하기 위한 정부 및 지자체의 특별한 고용정책의 강화와 해당 민간기업체의 중증장애인 고용율 제고를 위한 방안이 모색되어야 한다.

<표 3-68> 민간기업의 장애정도별 고용 현황

(단위 : 명, %)

구분	계	경증	중증
계	97,821(100)	80,329(82.1)	17,492(17.9)
300인 미만	44,716(100)	35,178(78.7)	9,538(21.3)
300인 이상	53,105(100)	45,151(85.0)	7,954(15.0)

출처 : 고용노동부(2010. 7). 장애인 고용실태 분석

특히, 중증장애인의 낮은 고용율은 대표적인 직업적 중증장애인에 속하는 정신적장애인의 고용상태에 많은 영향을 미치고 있다. 이는 통계에서 알 수 있듯이 직업적 중증장애인으로서 대두되는 지적, 자폐성, 정신장애인은 일반시장의 고용환경의 여건 미비, 별도의 정신적장애인에 대한 고용프로그램이 활성화되지 못하여 정부 및 정부관련 기관 등에 취업하는 경우는 드문 것으로 나타난다. 즉, 아래 <표3-69>와 같이 전체 14,960명 중에서 정신장애 19명(0.12%), 지적장애 8명(0.05%), 자폐성장애는 전무한 것으로 나타나듯이 대부분의 정신적장애인들은 경제활동에 참여하는 비중도 낮지만, 경제활동에 참여하더라도 소규모 영세사업장, 보호작업장에서 근무하고 있는 것을 예측할 수 있다.

<표 3-69> 정부부분 장애유형별 고용 현황

(2010년/단위 : 명, %)

규모	계	등록 장애인															국가 유공	
		소계	간 장애	간질 장애	뇌병 변	시각 장애	신장 장애	심장 장애	안면 장애	언어 장애	자폐성	장루 요루	정신 장애	지적 장애	지체 장애	청각 장애		호흡기
계	16,232	14,960	79	12	488	1,910	468	66	34	105	0	40	19	8	11,090	607	36	1,272
중앙 행정 기관	4,037	3,506	19	1	93	413	87	15	7	25	0	8	3	0	2,711	115	9	531
헌법 기관	364	334	1	2	6	71	7	1	1	4	0	0	1	0	222	16	2	30
지방 자치 단체	7,581	7,263	38	6	243	835	245	34	16	58	0	15	11	7	5,430	312	15	318
교육청	4,250	3,857	21	3	146	591	129	16	10	18	0	17	4	1	2,727	164	10	393

출처 : 고용노동부(2010. 7). 장애인 고용실태 분석

이에 정부부분 정신적장애인의 고용창출을 위한 적합직종 개발과 시범사업의 전개, 포괄적인 고용창출을 위한 일자리 창출사업을 위해 각 부처별 고용연계 프로젝트의 추진이 필요하다. 즉 일본의 챌린지 고용제도¹⁴⁾의 사례처럼 일정기간 계약직 신분으로 공무원의 직무를 경험하는 시험고용을 적극적으로 검토할 필요가 있다. 특히 2010년 법률개정을 통해 국가 및 지자체에서 공무원이 아닌 근로자를 고용하는 경우에도 2.3%의 장애인 의무고용율을 적용하게 됨으로써 이 제도를 통해 직업적 중증장애인이 그동안 진입하기 어려웠던 국가 및 지자체에서 근무할 수 있는 여건이 마련되었다. 2009년 국회를 대상으로 도서관 사서보조, 식당보조, 체력단련실 정리 등 3개 직무에 지적 및 자폐성 장애인이 7명 고용시킨 사례와 같이 서울시 차원에서도 시험적 고용형태의 시도를 그대로 적극 추진할 필요가 있다.

이와 관련하여 김길태(2009)는 중증장애인의 맞춤형 일자리 추진전략을 4가지 차원으로 제시한 바 있다. 첫째, 공공기관 중심의 중증장애인 일자리 개발을 위한 적합직무 T/F팀(특수학교, 직업재활시설, 관련공무원, 공단, 학계, 산업체 등)을 구성하여 서울시 산하 공공기관 중심의 적합 직무를 개발하고 실제 고용을 전제로 적합 직무에 대한 배치 등 시범사업을 실시할 필요가 있다. 적합일자리 아이팀은 장애인복지일자리 아이팀(관공서 청소도우미, 보육시설 도우미, 도서관 사서보조, 우체국 우편분류, 홀몸어르신 안부지킴이 등)을 참고하여 공공기관에 우선적으로 적용하는 방법이 가장 적합하다.

둘째, 지역단위로 교육-복지-노동이 서로 연계된 직업재활 전달체계를 구축하기 위해 구별로 특수학교 담당자-직업재활수행기관-장애인고용공단 등이 연계된 협의체를 구성할 필요가 있다.

14) 일본은 정부부분의 지적, 정신장애인의 고용확대를 위해 2006년부터 시범사업을 추진하였고, 시범사업 성과를 바탕으로 2007년부터 챌린지고용제도를 시행함으로써 매년 100명 이상의 장애인 계약직 공무원 신분으로 고용하는 것을 목표로 함. 본 제도는 지적, 정신장애인이 정부기관에서 1-3년간 계약직 공무원으로 고용경험을 쌓은 후 일반사업체 및 다른 기관에 고용되는 제도이다.

즉, 학교는 장애유형별, 특성별 맞춤형 직업교육을 실시하고 직업교육 후 직업재활수행기관이나 공단 등에서 취업지도 및 사후지도를 담당하는 것이 바람직하다.

셋째, 지역단위로 통합일자리 지원협의체 등의 지원체계 구축이 필요하다. 즉, 현재 진행되는 장애인복지일자리사업, 교육-복지 연계형 일자리사업, 공단 및 직업재활수행기관의 지원고용서비스 등의 프로그램을 공동으로 계획하고 대상자를 분류하여 맞춤형 직업교육 및 취업지원 프로그램을 제공할 필요가 있다.

넷째, 민간기업과 연계한 보호고용 모델의 개발이 필요하다. 즉 민간기업 내 보호작업장 모델을 개발하여 일반화 전이능력이 제한되어 있는 중증장애인의 고용전이 가능성을 제고할 필요가 있다. 예컨대, 2001년 한국육영학교와 악기제도회사와 산학협력 체결후 자폐성 장애인 29명을 취업시킨 성공사례는 좋은 사례가 될 수 있다. 학교에서는 교사를 상시파견하여 현장지도를 담당하고, 기업체에서는 훈련공간의 제공을 통한 현장훈련 후 훈련한 회사로의 취업전이가 가능하도록 유도하는 것이 필요하다.

나) 서울시 장애인 의무고용 현황 및 특성

서울지역의 장애인 의무고용 현황을 공공부문과 민간부문으로 구분하여 보면 다음과 같다. 아래 <표3-70>와 같이 서울시는 의무고용 대상 전체직원 40,321명 중 1,368명을 공공부문에 고용하여 장애인 공무원을 법정 의무 3%를 초과한 3.95%(중증장애인 더블카운트 포함)고용하고 있다.

<표 3-70> 공무원 및 투자출연기관 장애인 고용율

(2011년 12월/단위: 명,%)

구 분	직원수	장애직원 고용			고용율		비 고
		소계	중증	경증	법정의무	실고용	
서울시	40,321명	1,368	224	1,144	3.0%	3.95%	※ 중증장애인 고용은 일반고용의 2배로 인정
투자·출연 기관	22,934명	577	43	534	2.3%	2.70%	

출처 : 서울특별시(2012). 장애인특별위원회 주요 업무계획 보고자료

김용탁 외(2007)의 구에서 제시한 바와 같이 서울시의 장애인 공무원 의무고용 비율이 2.8%(2003)→2.6%(2004)→1.75%(2005)→1.89%(2006)→1.99%(2007)로 변화되고 있는 것으로 나타났다. 즉, 2005년 정부부문 적용제외율이 66%에서 33%로 축소되어 장애인 고용율이 급격히 낮아지는 것을 제외하면 꾸준히 상승세를 이어가고 있다.

서울시 2012년 업무계획 자료에 의하면, 장애인 공무원 고용확대를 위해 신규 채용 시 장애인을 10% 모집하는 계획을 가지고 있으며, 이를 바탕으로 장애인공무원의 적합 직무를 발굴하고 인식개선 교육을 통해 2012년 4.0%에서 2014년 4.2%를 달성하기 위한 계획을 발표했다. 앞서 살펴보았듯이 서울시의 장애인 공무원의 중증장애인 비율은 16.3%로 전국 지방자치단체 정부부

문의 장애인 고용율 14.1%보다는 상위의 수준으로 나타났다. 하지만, 서울시 산하 투자·출연기관의 중증장애인의 비율은 7.4%의 수준으로 2배 수준 낮게 나타나고 있다. 또한, 정신적장애인의 고용비율은 더욱 심각하다. 앞서 살펴본 자료와 같이 정부부문에 고용된 사례는 0.18%로 극히 미약한 수준으로 나타났으며, 자폐성 장애인은 1명의 고용사례도 없다. 이러한 현상은 지방자치단체로 마찬가지로이기 때문에 서울시 차원에서 각 자치구와 함께 정신적장애인의 포괄적인 고용연계 방안을 마련하기 위해 시험적 고용프로그램을 진행할 필요가 있다. 이를 위해서는 정신적장애인의 적합직무를 개발하고, 시범사업을 전개하기 위한 계획이 마련되어야 한다.

아울러, 2007년 기준 서울시 투자기관의 장애인 의무고용 비율은 2.66%인 데에 반해 서울시 출연기관의 고용율은 1.58%로 매우 낮은 수준이었다. 하지만 2011년 기준 서울시 투자·출연기관의 고용율은 평균 2.70%로 향상되었다. 서울시는 투자·출연기관의 고용확대를 위해 2012년 업무보고 결과, 2.7%에서 2014년 2.8%로 향상시키기 위해 기관장 및 기관경영평가에 장애인 의무고용율을 반영할 계획을 가지고 있다. 또한 장애인을 고용 가능한 직무를 분석, 개발하고 맞춤형 일자리를 확보할 예정이다. 이를 위해 별도의 장애인고용촉진 조례를 마련하여 장애인 의무고용 미준수 기관을 대상으로 고용율 준수를 촉진시킬 계획을 가지고 있다. 하지만 서울시 투자·출연기관의 중증장애인 고용율 이행수단 확보를 위한 세부 추진일정 및 계획이 제시되어 있지 않은 상태이다. 따라서 현재까지 낮은 고용율을 보이고 있는 투자·출연기관의 중증장애인 고용계획에 대한 별도의 조치가 필요하다.

결론적으로 서울시 투자·출연기관의 장애인의 전반적인 고용율 향상도 중요하지만, 특히 중증장애인의 고용비율(7.4%)을 2배 이상 확대시킬 수 있도록 향후 고용계획에 이행을 강구하기 위한 수단을 마련할 필요가 있다. 이를 위해 장애인고용촉진 조례에 서울시와 투자·출연기관에 정신적장애인을 포함한 중증장애인의 시험고용 프로젝트를 운영하기 위한 기준을 마련하는 것도 좋은 대안이 될 수 있다.

아래 <표3-71>과 같이 지역별 민간부문(공공기관 및 민간기업)의 장애인 고용현황을 살펴보면 다음과 같다. 서울지역의 장애인 근로자수는 전국 지방자치단체의 장애인근로자 105,013명 중 45,189명(43.0%)으로 가장 많았으나 전체 장애인 고용율은 1.68%로 타 시·도에 비해 가장 낮게 나타났다. 따라서 서울시 민간사업체에 대한 장애인 의무고용 이행수단을 마련하기 위한 보다 체계적인 접근이 필요하다.

〈표 3-71〉 지역별 민간부문 장애인 의무고용 현황

(2011년/단위 : 개소, 명, %)

구분	대상사업체 수	상시근로자수	장애인근로자	고용율	
				중증2배수 적용미적용	중증2배수 적용
전체	22,876(100.0)	5,482,549	105,013(100.0)	1.92	2.21
강원	370(1.6)	55,146	1,293(1.2)	2.34	2.54
경기	4,307(18.8)	919,431	17,874(17.0)	1.94	2.23
경남	1,655(7.2)	248,903	4,985(4.7)	2.00	2.18
경북	1,153(5.0)	183,681	3,656(3.5)	1.99	2.34
광주	503(2.2)	89,132	2,177(2.1)	2.44	3.07
대구	865(3.8)	146,918	3,263(3.1)	2.22	2.63
대전	535(2.3)	162,434	3,720(3.5)	2.29	2.54
부산	1,366(6.0)	237,001	5,859(5.6)	2.47	2.81
서울	7,358(32.2)	2,686,474	45,189(43.0)	1.68	1.97
울산	690(3.0)	118,076	2,802(2.7)	2.37	2.57
인천	982(4.3)	184,286	4,826(4.6)	2.62	3.03
전남	624(2.7)	80,862	1,700(1.6)	2.10	2.35
전북	591(2.6)	84,299	2,047(1.9)	2.43	2.75
제주	170(0.7)	23,779	586(0.6)	2.46	2.81
충남	1,018(4.5)	154,616	2,827(2.7)	1.83	2.14
충북	689(3.0)	107,511	2,209(2.1)	2.05	2.56

출처 : 고용노동부(2011), 2010년 장애인 의무고용 현황

이에 장애인 의무고용 사업체에 대한 이행여부를 독려하고 지도감독 및 상시 모니터링 체계 운영을 위한 상설기구가 필요하며, 특히 중증장애인 고용확대를 위해서는 해당 지방자치단체와 연계한 다수고용사업장의 확대, 대기업의 사회사형 표준사업장 유치를 위한 세제혜택 및 판로지원 등의 인센티브 제도를 도입하는 것을 검토할 필요가 있다. 이러한 사업을 수행하기 위해 서울시 일자리통합지원센터의 기능재편을 통해 새로운 탈시설과 고용연계시스템을 마련하고, 이에 따른 역할과 기능을 부여할 필요가 있다. 또한, 통합적인 장애인 고용서비스 전달체계를 마련하는 것도 필요하다.

현재, 서울시 보고 자료에 의하면, 2013년까지 49억을 투자하여 장애인행복서비스센터의 건립을 추진하고 있다. 장애인행복서비스센터(구 장애인고용플라자)는 직업재활 관련 통합서비스를 제공하기 위한 기관으로, 현재의 장애인생산품판매시설, 경영지원센터, 장애인일자리, 직업체험교실 등을 총괄하여 운영할 예정이며, 주요시설로는 행복플러스가게(카페), 장애인생산품전시·판매장, 장애인일자리통합지원센터, 경영지원센터, 장애인직업체험장 등이 있다. 장애인행복서비스센터의 주요 핵심기능은 직업재활시설의 지원과 일자리 창출사업으로 볼 수 있다. 하지만, 정신적장애의 탈시설과 고용연계를 위해서는 서울시의 전환서비스지원센터와 일자리통합지원

센터의 기능을 통합한 새로운 모델이 필요하다. 즉, 현재의 일자리통합지원센터와 전환서비스지원센터의 직접서비스 기능(취업상담 및 알선, 체험홈 운영 등)은 서울시 산하 지역사회재활시설로 재위탁하고, 가칭 탈시설고용연계센터를 설립하여 장애인행복서비스센터의 조직과 통합하는 방안도 고려할 필요가 있다.

탈시설고용연계센터는 직접적인 직업재활서비스를 지양하고, 서울시 산하 정신적장애인의 서울시 출현기관, 대기업의 의무고용 달성을 위한 시험고용사업의 추진, 각종 장애인고용사업장(다수고용사업장, 표준사업장, 사회적기업 등) 지원, 정신적장애인의 통합고용연계시스템 구축, 고용영향평가 등의 성과관리 등의 역할을 하는 것이 필요하다.

4) 서울시 장애인 보호고용 현황과 추이

가) 전국 장애인직업재활시설의 현황 및 특성

정부는 중증장애인의 안정된 고용형태를 확보하고 유지하기 위해 직업재활서비스를 제공하고 있으며, 직업재활시설은 이러한 직업재활서비스를 전문적으로 제공하여 일반 경쟁고용에서 일하기 어려운 장애인에게 보호된 환경 하에 직업훈련과 직업생활을 유지할 수 있도록 지원하고 있다. 현재 직업재활시설은 장애인복지법 제58조 제1항 및 동법시행규칙 제41조에 의거하여 장애인보호작업장과 장애인근로사업장으로 구성되어 있다. 하지만 그동안 직업재활시설은 1989년 장애인복지법상의 2개 유형(보호작업장, 근로시설)에서 시작하여 2000년 시행규칙 개정으로 5개의 유형(작업활동, 직업훈련, 보호작업, 근로작업, 판매시설)으로 개편되었다가 2007년에 다시 현재의 2가지 유형으로 개편이 이루어져 2010년에 완료되었다. 직업재활시설의 유형개편으로 인한 주요변화는 보호작업장과 근로사업장 내에 훈련프로그램을 운영할 수 있도록 규정한 것과 보호작업장 내에 사무원이나 판매관리 기사가 배치되는 등 종사자의 배치기준이 보다 확대된 점을 들 수 있다(이혜경, 2012).

직업재활시설의 운영현황과 추이를 살펴보면, 아래 <표3-72>과 같이 지난 4년간 직업재활시설 수는 351개소에서 66개소 증가한 417개소로 나타났으며, 근로장애인 수도 10,026명에서 1,744명이 증가한 11,770명으로 나타났다.

이와 같이 직업재활시설 수와 근로장애인의 인원은 지속적으로 증가추세를 보이고 있으나 주로 서울과 경기지역에 집중되어 있어 지역 간 편차가 존재하고 있었다.

〈표 3-72〉 연도별 직업재활시설 현황

(단위: 개소, 명)

사·도	2007년		2008년		2009년		2010년	
	시설수	근로 장애인수	시설수	근로 장애인수	시설수	근로 장애인수	시설수	근로 장애인수
합계	351	10,026	364	10,422	386	11,048	417	11,770
서울	80	2,594	90	2,631	91	2,832	96	2,945
부산	16	506	16	510	18	557	19	581
대구	22	490	22	477	22	505	27	604
인천	18	560	18	568	21	617	23	663
광주	13	389	13	391	13	410	14	432
대전	9	313	10	324	10	332	12	370
울산	14	302	14	308	14	314	13	300
경기	55	1,693	55	1,722	62	1,930	64	2,041
강원	27	650	28	665	30	632	31	642
충북	13	437	13	431	13	438	15	504
충남	11	353	12	386	13	412	13	446
전북	12	308	12	330	13	345	15	405
전남	11	259	11	262	11	260	12	274
경북	25	684	25	685	25	674	27	731
경남	18	489	18	496	23	555	29	631
제주	7	233	7	236	7	235	7	201

출처 : 보건복지부(2011b). 2010년도 장애인직업재활시설 운영실적 보고서

또한 아래 <표3-73>와 같이 지역별 근로장애인 임금분포 현황을 살펴보면, 전체 근로장애인의 46.7%가 월평균임금이 10만원 이만의 보수를 받고 있으며, 근로장애인의 85.6%는 최저임금액 미만의 보수를 받으며 생산활동에 종사하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 근로장애인의 임금은 서울제도 마찬가지로 10만원 미만의 보수를 받는 집단이 41.9%로 전체평균 임금의 비율(46.7%)보다 적게 나타났다. 전체 평균과 서울시 근로장애인의 평균 임금을 비교하면, 10만원 초과~50만원 미만 집단이 전국평균보다 높게 나타난 것에 비해, 50만원 초과~최저임금 미만 집단은 전국평균보다 상대적으로 다소 낮게 나타나 서울시 근로장애인의 임금수준을 향상시킬 수 있는 방안과 근로여건의 개선노력이 필요함을 보여준다.

<표 3-73> 지역별 근로장애인 임금분포 현황

(2010년/단위 : 개소, %)

구분	근로 장애인 수	~10만원 미만	10만원 ~30만원 미만	30만원 ~50만원 미만	50만원 ~70만원 미만	70만원 ~최저 임금미만	최저임금 이상
계	11,770	5,497	2,877	955	518	233	1,690
비율	100.0%	46.7%	24.4%	8.1%	4.4%	2.0%	14.4%
서울	2,945 (100%)	1,236 (41.9%)	808 (27.4%)	303 (10.2%)	116 (3.9%)	51 (1.7%)	431 (14.6%)
부산	581	351	185	35	2	3	5
대구	604	324	162	25	17	20	56
인천	663	341	168	78	21	5	50
광주	432	127	130	30	34	13	98
대전	370	193	140	9	4	1	23
울산	300	116	26	46	45	15	52
경기	2,041	975	385	154	74	35	418
강원	642	367	60	19	28	18	150
충북	504	206	104	37	19	31	107
충남	446	232	163	39	9	2	1
전북	405	233	90	42	9	2	29
전남	274	176	64	10	9	1	14
경북	731	263	195	37	47	18	171
경남	631	293	184	49	66	16	23
제주	201	64	13	42	18	2	62

출처 : 보건복지부(2011b). 2010년도 장애인직업재활시설 운영실적 보고서 재구성

아울러 장애인직업재활시설 근로장애인의 유형을 <표3-74>와 같이 살펴보면, 2010년 기준 지적장애인이 8,434명(71.7%)으로 가장 많았고, 지체장애인 1,321명(11.2%)순으로 나타났다. 그 밖에 정신장애인 549명(4.7%), 시각장애인 434명(3.7%), 자폐성장애인 350명(3.0%), 뇌병변장애인 320명(2.7%), 청각장애인 258명(2.2%), 언어장애인 58명(0.5%), 기타장애인 40명(0.3%)으로 조사되었다. 기타 장애인은 간질장애인 28명, 신장장애인 6명, 심장장애인 5명, 호흡기장애인 3명, 안명장애인 2명, 장루·요루장애인 2명이었다. 이외 간장애인의 경우 한명도 없는 것으로 조사되었다.

<표 3-74> 장애유형별 근로장애인 수

(2010년/단위 : 명, %)

구분	합계	지적	지체	정신	시각	자폐성	뇌병변	청각	언어	기타	
2009	인원	11,048	7,855	1,352	477	425	316	283	251	50	39
	비율	100.0	71.1	12.2	4.3	3.9	2.9	2.6	2.3	0.5	0.2
2010	인원	11,770	8,434	1,321	549	434	350	320	258	58	46
	비율	100.0	71.7	11.2	4.7	3.7	3.0	2.7	2.2	0.5	0.3
증감	인원	722	579	△31	72	9	34	37	7	8	1

출처 : 보건복지부(2011b). 2010년도 장애인직업재활시설 운영실적 보고서

전체 직업재활시설에 종사하는 정신적장애인의 비율은 79.4%로 나타나 대부분 정신적장애인이 직업재활시설에 종사하고 있는 것으로 나타났으며 지속적인 증가추세에 있다. 즉 '09년도 대비 장애유형별 인원의 변화를 보면, 지적장애인이 579명 증가, 정신장애인 72명 증가, 뇌병변장애인 37명 증가 순으로 나타났으나 지체장애인은 31명이 감소한 것으로 나타났다.

하지만 현재 보호고용의 기회가 제공되고 있는 중증장애인의 비율은 전체 장애인구의 0.5%수준으로 미약하고, 앞서 살펴본 바와 같이 직업재활시설에서 근로하는 장애인의 임금수준은 여전히 낮은 수준으로 일관된다. 즉, 아래의 <표3-75>와 같이 2010년을 기준으로 직업재활시설의 근로장애인 월평균임금은 278천원으로 전년도 257천원 대비 21천원(8.2%)증가한 것으로 나타났다. 근로사업장의 근로장애인은 월평균 임금이 816천원으로 전년도 795천원 대비 21천원(2.6%) 증가하였고, 보호작업장 근로장애인의 월평균 임금은 181천원으로 전년 207천원 대비 26천원(△12.6%) 감소하였다. 보호작업장의 근로장애인이 감소한 이유는 장애인 평균임금이 낮은 작업활동시설과 직업훈련시설이 보호작업장으로의 유형개편이 이루어진 것으로 판단된다(보건복지부, 2011b).

현재 근로장애인의 임금수준은 근로계약을 통한 근로장애인의 임금과 보호고용 프로그램의 운영으로 인한 수익발생을 기초하여 지급되는 수당의 개념과 구분 없이 모두 합산하여 집계한다. 따라서 향후 임금과 수당의 개념을 구분하기 위해서는 기초지방자치단체에서 프로그램 운영에 필요한 수당개념의 예산지원이 마련될 필요가 있다. 아울러, 직업재활시설의 전체 근로장애인 11,770명중에서 최저임금 수준 이상으로 임금을 보존하고 있는 근로장애인은 1,690명으로 전체의 14.4%만이 최저임금 이상의 급여를 받고 있는 것으로 나타났다. 근로사업장의 경우 65.8%, 보호작업장은 5.3%만이 최저임금 이상으로 지급되고 있었으며, 월평균임금이 50만원 미만인 근로장애인의 비율도 근로사업장이 20.1%, 보호작업장이 89.5%를 차지하고 있어 단기적으로 직업재활시설의 근로장애인의 임금수준 향상을 위한 별도의 서울시 차원의 장애인근로수당 지급이 필요하며, 장기적으로는 정부차원에서 저소득 장애인의 근로유인정책의 일환으로 소득연계 근로지원제도의 도입을 요구할 필요가 있다.

<표 3-75> 근로장애인 월평균 임금 및 임금분포도

(2010년/단위 : 명, 천원, %)

구분	월평균 임금 (증감율)	인원 합계	10만원 미만	10~30만원 미만	30~50만원 미만	50~70만원 미만	70~최저임금 미만	최저임금 이상
전체	278천원 (8.2%)	11,770 (100)	5,497 (46.7)	2,877 (24.4)	955 (8.1)	518 (4.4)	233 (2.0)	1,690 (14.4)
근로	816천원 (2.6%)	1,761 (100)	46 (2.6)	129 (7.3)	181 (10.2)	158 (8.9)	88 (4.9)	1,159 (65.8)
보호	181천원 (△12.6%)	10,009 (100)	5,451 (54.4)	2,748 (27.4)	774 (7.7)	360 (3.5)	145 (1.4)	531 (5.3)

출처 : 보건복지부(2011b). 2010년도 장애인직업재활시설 운영실적 보고서 재구성

아울러 <표3-76>과 같이 직업재활시설이 지역적으로 서울이나 광역시 단위에 집중되어 있어 지역적 편차가 존재하고 있다. 즉, 직업재활시설은 2011년 12월 31일 기준으로 456개소가 설치·운영되고 있으며, 근로사업장은 53개소, 보호작업장은 403개소이다. 지역별로는 서울과 경기지역에 37.7%가 설치되어 있으며, 울산, 대전, 울산, 충남, 전라도, 제주 지역은 상대적으로 직업재활시설의 수가 적은 것을 알 수 있다.

<표3-76> 2011년도 지역별 직업재활시설 유형현황

(단위 : 개소, %)

구분	서울	부산	대구	인천	광주	대전	울산	경기	강원	충북	충남	전북	전남	경북	경남	제주	계
보호 작업장	96	21	26	23	11	12	11	54	29	15	14	14	15	27	29	6	403
근로 사업장	10	1	4	3	4	2	1	12	4	1	0	2	0	3	4	2	53
비율	23.2	4.8	6.6	5.7	3.3	3.1	2.6	14.5	7.2	3.5	3.1	3.5	3.3	6.6	7.2	1.8	100

출처 : 이해경(2012), 직업재활시설 유형개편에 따른 운영현황과 발전방안

또한, 직업재활시설은 1989년 장애인복지법 개정에 의해 보호작업장, 근로시설의 2가지 유형으로 시작하여 2000년에는 작업활동, 보호작업, 근로작업, 직업훈련, 생산품판매시설의 5가지 유형으로, 2007년에는 다시 보호작업장, 근로사업장으로 개편되었다. 하지만, 정부 및 지방자치단체에서 유형개편에 따른 기능보강의 확대나 지원예산의 확충이 미비하여 유형개편의 의미가 축소되었으며, 시설유형 개편은 지자체 로드맵이나 예산확보 및 추진계획 없이 일정에 밀려 재편되고 있는 실정이다(김성희 외, 2010).

결론적으로 중증장애인의 직업재활서비스는 양적으로 점차 증가하는 추세이나 전체 장애인 구 대비 보호고용의 비율이 0.5%수준으로 아직까지 미약하며, 장애유형도 지적·자폐성장애인이 대부분을 차지하고 있어 장애유형별 맞춤형 직업재활시설의 확대운영이 필요하다. 또한 지역적으로 서울과 수도권에 집중되어 있어 서비스 제공의 지역적 편차가 존재하므로 광역시 단위 외 시·도와 시·군·구 단위로 직업재활시설을 설치·운영하는 것이 필요함을 보여준다.

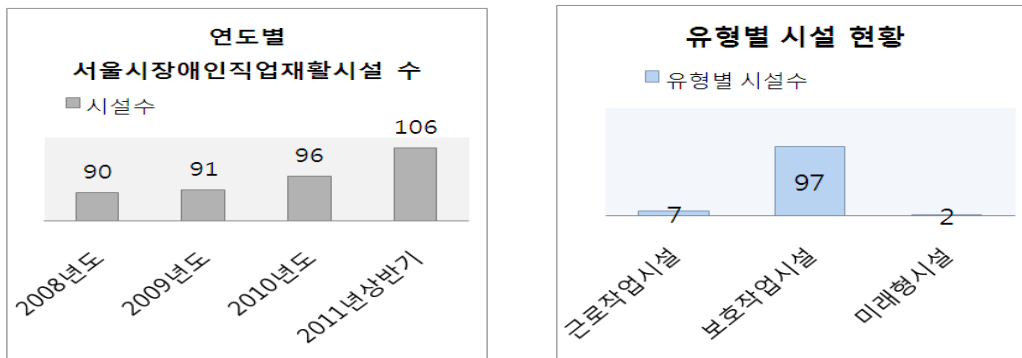
직업재활서비스의 질적인 문제로 전체 근로장애인의 14.3%만이 최저임금 이상의 급여를 받고 있는 것으로 나타났다. 이는 보호고용 후 장애인이 일반고용으로 전이되는 과정이 필요함을 시사한다. 따라서 일반고용으로의 전이를 위해 직업재활서비스와 일자리사업을 연계한 신규프로그램의 개발 및 보급이 필요하다. 또한 유형개편을 통한 중증장애인 고용기회의 확대를 위해서는 해당 시설의 기능보강과 판로개척 지원 등 지방자치단체의 적극적인 관심과 참여가 필요하다.

나) 서울시 장애인직업재활시설의 현황 및 특성

지적·자폐성·정신장애 등 정신적장애를 포함한 중증장애인 고용계획을 수립함에 있어 장기적으로는 일반고용을 지향하여야 하며, 단기적으로는 이를 위한 보호고용을 확충하여 일반고용

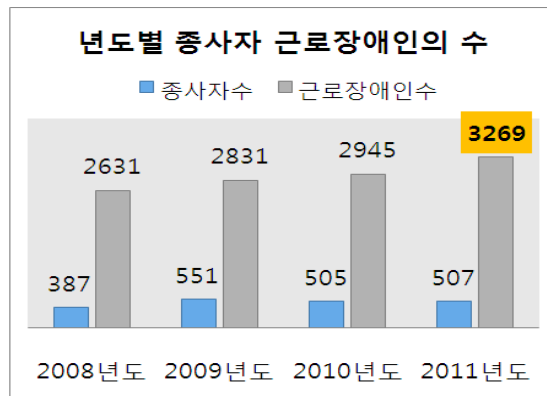
으로의 전환을 모색하는 방안이 무엇보다도 필요하다. 따라서 서울시에서 단기적인 계획으로 중증장애인의 보호고용을 주로 담당하고 있는 직업재활시설의 활성화 방안이 필요하다. 이에 서울시를 중심으로 한 직업재활시설의 현황과 개선방안을 살펴보면 다음과 같다.

2011년 기준, 서울지역의 장애인직업재활시설의 규모는 아래 <그림3-6>과 같이 106개소(서울시 미지원시설 13개소 포함)로 나타났다. 전국적으로는 직업재활시설 수 456개소 대비 23.2%를 차지한다. 직업재활시설의 유형으로는 근로직업시설(근로사업장)이 7개소(6.6%), 2011년에 새로 신설한 미래형직업시설이 2개소(1.8%)이며 나머지는 비교적 시설환경과 근로조건이 열악한 보호직업시설(보호직업장)으로 97개소(91.5%)가 설치, 운영중에 있다.



<그림 3-6> 서울지역 장애인 직업재활시설 현황

아울러 서울시 현황조사에 따르면 아래 <그림3-7>과 같이 직업재활시설 종사자는 507명으로 나타났으나 그 중 서울시에서 지원을 받고 있는 인력은 387명으로 76.3% 수준이었다. 근로장애인은 3,269명으로 전국적인 근로장애인의 수 12,870명의 25.4%를 차지하고 있었다.



<그림 3-7> 서울지역 종사자 및 근로장애인 수

아래 <표3-77>과 같이 직업재활시설의 근로장애인은 3,269명이었으며, 장애정도별로는 3급

이상의 중증장애인이 2,996명으로 91.6%를 차지하고 있다. 따라서 대부분의 중증장애인은 직업 재활시설에 보호고용 형태로 근로하고 있는 것을 추정할 수 있다. 이 중 정신적장애인에 속하는 지적장애인 2,086명(63.8%), 자폐성장애인 203명(6.2%), 정신장애인 233명(7.1%)으로, 총 2,522명이었다. 서울시 근로장애인 3,269명 중 정신적장애인이 차지하는 비율은 77.3%로 나타났다. 이는 전국규모에서 나타난 바와 같이 서울시 직업재활시설에 종사하는 장애인 중 정신적장애인이 차지하는 비율은 전국 79.4%에 비해 다소 낮은 수치이나 비슷한 비율을 차지하고 있다.

<표 3-77> 서울지역 장애유형별 근로장애인 수

(단위: 명, %)

장애유형	계	지적	뇌병변	시각	청각	언어	지체	자폐성	정신	기타
인원수	3,269	2,086	85	229	66	11	297	203	233	59
비율	100	64	2.6	7.0	2.0	0.3	9.0	6.2	7.1	1.8

지난 5년간 전체지역 대비 서울지역 직업재활시설과 근로장애인이 차지하는 비중의 증가추세를 살펴보면(<표3-78>참조), 2007년 80개소(22.8%)에서 26개소 증가하여 2011년 106개소(23.2%)로 꾸준히 증가추세를 보여주고 있다. 근로장애인의 비중도 2007년 2,594명(25.9%)에서 675명이 증가한 3,269명(25.4%)로 나타났다.

<표 3-78> 지난 5년간 서울시 직업재활시설 및 근로장애인 변화 추이

(단위 : 개소, 명, %)

구분	2007년		2008년		2009년		2010년		2011년	
	시설수	근로 장애인	시설수	근로 장애인	시설수	근로 장애인	시설수	근로 장애인	시설수	근로 장애인
전체	351	10,026	364	10,422	386	11,048	417	11,770	456	12,870
서울 (비중)	80 (22.8%)	2,594 (25.9%)	90 (24.7%)	2,631 (25.2%)	91 (23.6%)	2,832 (25.6%)	96 (23.0%)	2,945 (25.0%)	106 (23.2%)	3,269 (25.4%)

출처 : 보건복지부(2011b). 2010년도 장애인직업재활시설 운영실적 보고서 재구성

단, 2009년도에는 시설수가 1개소 밖에 증가하지 않았으나 근로장애인은 201명 증가한 것으로 조사되어 대규모 시설이 설치된 것으로 추측할 수 있다. 또한, 2010년도에는 5개소로 증가하였으나 상대적으로 근로장애인은 113명으로 소폭 증가하였다.

이를 바탕으로 서울시 기준 연도별 시설과 근로장애인의 증감을 비교하면 다음과 같다. 먼저 시설수는 2007년에 80개소 대비, 2008년 10개소(증가율: 12.5%), 2009년 1개소(증가율: 1.1%), 2010년 5개소(증가율: 5.5%), 2011년 10개소(증가율: 10.4%) 증가한 것으로 나타났으며, 근로장애인 수는 2007년 2,594명 대비, 2008년 37명(증가율: 1.4%), 2009년 201명(증가율: 7.6%), 2010년 113명(증가율: 4.0%), 2011년 324명(증가율: 11%) 증가한 것으로 나타났다. 즉 2008년에는 시설의

증가율이 12.5%로 가장 높았으나 근로장애인의 증가율은 1.4%로 가장 낮게 나타났고, 2009년도에는 시설의 증가율이 1.1%로 가장 낮았으나 근로장애인의 증가율은 7.6%로 차순으로 높게 나타났다. 이는 시설의 수와 근로장애인의 수가 정비례하여 증가하지 않음을 보여주는 결과로 시설의 규모가 클수록 근로장애인의 보호고용을 촉진하는 것으로 보여진다. 따라서 향후 서울시의 보호고용 정책에서 비교적 중증장애인의 고용을 촉진하는 근로사업장 위주의 시설설치가 필요하다.

아울러 <표3-79>와 같이 2009-2010년 기준 전체지역 대비 서울 지역의 시설수 및 근로장애인 수의 증감을 비교하면, 서울지역 시설수의 증감율은 전국 8.0%보다 낮은 5.5%였으며, 근로장애인 수의 비율도 6.5%보다 낮은 4.0%였다. 서울지역 직업재활시설의 규모는 점증적으로 증가추세에 있으나 대부분 정신적장애인 보호고용의 비중이 높은 것을 고려할 때 중증 근로장애인의 고용유인을 위해 정신적장애인의 전문적인 프로그램을 수행할 수 있는 직업재활시설의 확충이 더욱 필요하다.

또한, 비교적 규모가 크고 장애인의 보호고용을 확충할 수 있으며, 최저임금 수준을 보장하고 있는 근로사업장의 신규설치와 기존 보호작업장을 근로사업장으로 전환하기 위한 기능보강과 자원조달 방안이 마련되어야 한다.

<표 3-79> 전체지역 대비 서울시 장애인직업재활시설 증감률

(단위 : 개소, 명, %)

지역	2009년		2010년		전년 대비 증감				종사자	
	시설 수	근로 장애인 수	시설 수	근로 장애인 수	시설		근로장애인		인원	시설 평균
					수치	비율	인원	비율		
전체 지역	386	11,048	417	11,770	31	8.0%	722	6.5%	2,052	4.9
서울	91	2,832	96	2,945	5	5.5%	113	4.0%	505	5.3

출처 : 보건복지부(2011b). 2010년도 장애인직업재활시설 운영실적 보고서

아래 <표3-80>은 직업재활시설에서 근로하는 장애인의 임금수준을 2010년 기준 전국지역과 서울지역을 비교하여 제시하였다. 전국 직업재활시설 내 근로장애인의 임금수준은 10만 미만이 전체의 46.7%로 가장 높게 나타났으나 서울지역 직업재활시설 내 근로장애인의 임금수준은 한 단계 높은 10만-30만 미만이 27.4%로 가장 많은 것으로 나타났다. 하지만 아직까지 최저임금을 보장받지 못하는 근로장애인의 비율이 85.4%로 나타나 대부분의 근로장애인이 고용의 질적인 부분이 보장받지 못하고 있음을 반증한다. 이는 또한 전체 근로장애인의 77.1%를 차지하고 있는 정신적장애인의 경우, 보호고용으로 보장받을 수 있는 기회도 부족하지만, 고용의 질적인 차원에서 임금수준이 매우 열악한 상황임을 보여준다.

<표 3-80> 전체지역 대비 서울시 근로장애인 임금 분포 현황

(2010년/단위 : 개소, 명)

구분	전체		~10만원 미만		10만원~ 30만원 미만		30만원~ 50만원 미만		50만원~ 70만원 미만		70만원~ 최저임금미만		최저 임금이상	
	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율	빈도	비율
전체 지역	11,770	100.0	5,497	46.7	2,877	24.4	955	8.1	518	4.4	233	2.0	1,690	14.4
서울	2,945	100.0	1,236	42.0	808	27.4	303	10.3	116	3.9	51	1.7	431	14.6

출처 : 보건복지부(2011b). 2010년도 장애인직업재활시설 운영실적 보고서 재구성

아래의 <표3-81>과 같이 전체지역 대비 서울지역의 직업재활시설의 장애인생산품 판매실적과 이익금을 비교하면, 전체 장애인생산품 판매액에 있어 우선구매 물품이 차지하는 비중이 높은 것을 알 수 있다. 즉, 전국 직업재활시설은 우선구매품목이 60%, 서울지역은 54%로 과반수 이상 차지하고 있었다. 하지만, 서울지역이 전국과 비교하여 불 때 우선구매 이외품목의 판매실적이 6% 높게 나타났으며, 판매이익금 역시 10% 높게 나타났다. 따라서 서울지역의 직업재활시설은 우선구매품목 외 다양한 품목의 판로를 개척하고 있다고 추정할 수 있다.

<표 3-81> 전체지역 대비 서울시 직업재활시설 판매실적 현황

(2010년/단위 : 천원)

지역	판매액			이익금		
	계	우선구매품목	이외 품목	계	우선구매품목	이외 품목
전국	167,262,216 (100%)	100,927,859 (60%)	66,334,357 (40%)	48,623,306 (100%)	20,546,748 (42%)	28,076,558 (58%)
서울 (비율)	48,835,213 (100%)	26,390,406 (54%)	22,444,807 (46%)	10,183,400 (100%)	3,291,204 (32%)	6,892,196 (68%)

출처 : 보건복지부(2011b). 2010년도 장애인직업재활시설 운영실적 보고서 재구성

아울러 <표3-82>와 같이 장애인생산품 판매시설의 경우, 대부분의 판로개척 품목은 우선구매 품목으로 구성되어 있다. 즉, 전국판매시설의 95%, 서울판매시설은 93%가 우선구매품목으로 조달납품을 하고 있었다. 하지만, 서울지역의 경우, 우선구매품목 이외 품목의 실적이 다소 높게 나타났고 판매이익금 역시 높게 나타나는 특징을 보여주었다.

<표 3-82> 전체지역 대비 서울지역 장애인생산품 판매시설 실적 현황

(2010년/단위 : 천원)

지역	판매액			이익금		
	계	우선구매품목	이외 품목	계	우선구매품목	이외 품목
전국	36,964,002 (100)	35,121,697 (95%)	1,842,306 (5.0%)	3,099,638 (100%)	2,875,334 (93%)	224,303 (7.0%)
서울 (비율)	9,686,459 (100)	9,026,130 (93%)	660,329 (7.0%)	672,562 (100%)	617,173 (92%)	55,389 (8.0%)

출처 : 보건복지부(2011b). 2010년도 장애인직업재활시설 운영실적 보고서 재구성

2010년 기준으로 전체 지역 대비 서울지역 직업재활시설의 운영실적을 총괄적으로 비교해보면(<표3-83>참조), 서울지역의 운영 실적은 전체의 1/4정도인 23%를 차지하고 있었다. 하지만, 사업의 매출액과 비교할 때 상대적으로 이익금의 비율은 낮게 나타났다.

<표 3-83> 2010년 전체지역 대비 서울지역 장애인직업재활시설 운영실적

조사항목		전체지역	서울지역	서울시 비중	
직업재활시설실적	시설수	417개소	96개소	23.0%	
	근로장애인 수	11,770명	2,945명	25.0%	
	사업 실적	매출액	1,673억원	488억원	29.2%
		이익금	484억원	102억원	21.1%
장애인생산품판매시설 실적	매출액	369억원	97억원	26.3%	
	이익금	31억원	7억원	22.6%	

출처 : 보건복지부(2011b). 2010년도 장애인직업재활시설 운영실적 보고서 재구성

직업재활시설의 이익금은 곧 근로장애인의 임금수준을 결정하는 요인으로 작용하기 때문에 시설운영상 소요되는 제반경비에 대해 정책적인 지원방안을 마련할 필요가 있다. 즉, 직업재활시설에 대한 세제혜택이나 생산품 원료에 대한 공동구매, 장비나 설비에 대한 감가상각비를 절감할 수 있는 지속적인 기능보장 지원 대책이 마련될 필요가 있다.

결론적으로 서울지역 장애인직업재활시설의 규모는 시설 및 근로장애인 수에서 전국의 약 1/4을 차지하고 있었으며, 근로장애인 중 정신적장애인이 차지하는 비율도 77.3%로 수준으로 점차 증가추세에 있었다. 하지만, 시설 수와 근로장애인 수가 정비례하여 증가하지 않는 양상을 보여주고 있어 비교적 규모가 큰 근로사업장이 근로장애인의 보호고용을 촉진하고 있는 것으로 나타났다. 따라서 최저임금 수준을 보장하고 있는 근로사업장의 신규설치와 기존 보호작업장의 근로사업장으로의 전환이 필요하다. 아울러 보호고용의 질적인 부분에서도 최저임금을 보장하지 못하는 근로자의 비율이 85.4%로 나타나 근로장애인의 소득보장을 위한 대책이 필요하고, 서울지역의 직업재활시설은 우선구매품목 외 다양한 품목의 판로를 개척하고 있었으나 판매이익금이 적게 나타나 이에 대한 지원대책이 필요하다.

5) 서울시 장애인 일자리사업의 현황과 추이

우리나라 장애인일자리 정책은 보건복지부, 고용노동부, 교육과학기술부 등에서 계획을 수립하여 시행하고 있으며, 대표적인 중증장애인의 일자리사업은 보건복지부에서 2006년에 발표한 복지일자리사업¹⁵⁾을 꼽을 수 있다. 장애인일자리는 고용으로부터 사회적 배제를 경험하는 장애인에게 장애유형 및 정도를 배려한 복지적 접근으로 일자리 참여를 통한 직업적 장점을 향상시키고 사회통합을 촉진시키기 위한 일자리로 정의된다(김종인 외, 2011). 장애인일자리사업은 2007

15) 보건복지부에서 발표한 일자리사업은 'ABLE 2010 10만개 일자리 창출사업'으로 2007년 시범사업, 2008년 본격시행, 2009년 다양한 직종개발 2010년 일자리적합직종 도입 등 참여유형의 확대를 통해 지속적으로 발전하고 있는 정책임. 2010년까지 장애인행정도우미 6624명, 장애인복지일자리 10589명, 시각장애인안마사 236명 등 17449명의 일자리를 창출하였음.

년 장애인복지일자리사업과 행정도우미사업으로 시행하였고, 2010년부터는 시각장애인안마사 파견사업을 추가하여 현재 3가지 유형의 사업으로 진행하고 있다. 주로 정신적장애인이 배치 가능한 장애인복지일자리와 장애인행정도우미사업의 현황과 추이를 살펴보면 다음과 같다.

먼저, 장애인복지일자리는 사회참여형 공공일자리 성격의 일반형 복지일자리와 장애학생의 맞춤형 일자리를 제공하는 특수교육-복지연계형 일자리로 실시되고 있다. <표3-84>와 같이 장애인복지일자리의 연도별 사업 참여자 현황을 살펴보면 지난 3년간 장애인복지일자리에 참여한 장애인의 규모는 배정인원 11,172명 대비 10,589명으로 참여율 94.5%로 였으며, 점차 증가추세를 보이고 있다. 하지만 2008년 대비 2009년 참여인원이 1,117명 증가한 것에 비해 2010년에는 75명 증가로 그쳐 아쉬움이 남는다. 따라서 순수한 참여율의 증가를 직접적인 장애인 일자리창출의 증가로 평가하기에는 한계가 있다.

<표 3-84> 지난 3년간 장애인복지일자리 참여현황

(단위: 명)

구 분	배정인원	참여인원	참여율
2008년	3,000	2,760	92.0%
2009년	4,172	3,877	92.9%
2010년	4,000	3,952	98.8%
계	11,172	10,589	94.57%

출처 : 김종인 외(2011), 장애인일자리사업 종합평가연구

또한 장애인복지일자리의 시·도별 참여현황을 <표3-85>와 같이 살펴보면, 대부분의 시·도에 서 시간이 지날수록 복지일자리 참여인원과 참여율이 점차 증가하는 경향을 보여주고 있다. 특히, 2010년 기준 복지일자리의 성과적인 측면에서 참여율의 증가가 100% 이상 나타난 지역은 광주(209%), 대전(157%), 부산(118%), 제주(100%)순으로 나타났다. 참여인원의 규모는 2008년도 를 제외하고는 서울지역이 가장 많이 참여하고 있었다. 하지만 서울시의 경우, 참여인원이 규모 대비 복지일자리 참여비율이 전국 평균치에 비해 2008년 5.3% 부족, 2009년에 5% 부족, 2010년에 1.7% 부족으로 점차 그 격차가 줄어들고 있으나 아직 전국 규모에 비해 참여율이 낮으므로 일자리참여율을 높일 수 있는 홍보방안 모색이 필요하다.

<표3-85> 지난 3년간 시·도별 장애인복지일자리 참여현황

(단위: 명, %)

구분 시·도명	2008년			2009년			2010년		
	배정 인원(A)	참여 인원(B)	참여율 (B/A, %)	배정 인원(A)	참여 인원(B)	참여율 (B/A, %)	배정 인원(A)	참여 인원(B)	참여율 (B/A, %)
계(평균)	3,000	2,760	92.0	4,172	3,877	92.9	4,000	3,952	98.8
서울	510	442	86.7	576	506	87.9	530	515	97.1
부산	67	63	94.0	178	173	97.2	178	211	118.5
대구	100	97	97.0	120	113	94.2	120	119	99.1
인천	51	40	78.4	88	62	70.1	72	61	84.7
광주	40	40	100.0	70	64	91.4	54	113	209.2
대전	35	34	97.1	87	87	100.0	87	137	157.4
울산	90	82	91.1	115	98	85.2	102	93	91.1
경기	420	383	91.2	460	413	89.8	443	406	91.6
강원	60	52	86.7	108	104	96.3	108	107	99.0
충북	130	114	87.7	221	210	95.0	221	218	98.6
충남	176	118	67.0	246	198	89.5	230	218	94.7
전북	150	142	94.7	275	246	89.5	259	251	96.9
전남	388	388	100.0	542	519	95.8	542	520	95.9
경북	390	381	97.7	503	480	95.4	487	460	94.4
경남	245	238	97.1	291	288	99.0	291	247	84.8
제주	148	146	98.6	292	316	108.2	276	276	100.0

출처 : 김종인 외(2011), 장애인일자리사업 종합평가연구

또한 일자리의 배정인원이 2009년 66명 증가하였으나 2010년 오히려 46명 감소하였다. 따라서 순수한 참여인력은 2009년에 134명 증가한 반면에 2010년에는 9명 증가에 그친다. 향후 일자리 확충을 위한 배정인원의 확충이 필요함을 시사한다.

장애유형 및 정도별 복지일자리 참여현황을 살펴보면 아래 <표3-86>과 같다. 장애인복지일자리의 장애정도별 구분에서 대략 3급 이하를 중증장애인으로 갈음해 볼 때, 2009년도에는 전체인원 3,877명 중 2,497명이 중증장애인으로 전체의 64.4%를 차지했고, 2010년에는 전체인원 3,952명 중 2,642명인 66.8%로 다소 상향되었다. 또한 정신적장애군을 중심으로 살펴보면, 2009년도 정신적장애가 차지하는 비중은 전체장애인 3,877명 대비 834명으로 21.5%를 차지하고 있었다. 정신적장애군에서의 비율은 지적장애인이 609명(15.7%), 정신장애인이 179명(4.6%), 자폐성장애인이 46명(1.2%)으로 나타났다. 2010년도 전체장애인 3,952명 대비 정신적장애군은 970명으로 전년대비 3% 상승한 24.5%로 나타났다. 이중 지적장애인이 717명(18.1%), 정신장애인이 196명(4.9%), 자폐성장애인이 57명(1.5%)으로 나타났다.

<표 3-86> 장애유형 및 정도별 복지일자리 참여현황

구분	장애유형	계	1급	2급	3급	4급	5급	6급
2009년	전체장애	3,877	457	961	1,079	474	485	421
	지적장애	609	78	263	256	12	0	0
	정신장애	179	11	49	115	4	0	0
	자폐성장애	46	9	17	20	0	0	0
2010년	전체장애	3,952	488	1,060	1,094	454	455	401
	지적장애	717	102	313	283	16	3	0
	정신장애	196	11	77	107	0	0	1
	자폐성장애	57	16	24	16	1	0	0

출처 : 김종인 외(2011), 장애인일자리사업 종합평가연구 재구성

정신적장애군에서는 지적장애인의 참여율이 정신장애와 자폐성장애에 비해 상대적으로 많이 향상되었음을 알 수 있다. 하지만 전체 일자리 중 정신적장애군이 차지하는 비율은 1/4수준으로 아직까지 미약하다. 또한 상대적으로 참여율이 낮은 정신장애와 자폐성장애의 경우, 전체의 5~6% 수준으로 낮은 편이다. 서울시 차원에서 향후 복지일자리 배치에 상대적으로 참여비율이 낮은 정신장애와 자폐성장애의 추가 일자리창출을 위한 방안이 필요하며, 이에 대하여 정신적장애군에 대한 별도의 적합일자리 직무유형을 개발하고 지속적으로 배치할 필요가 있다.

김종인 외(2011)의 연구에서 2010년 기준, 장애인일자리 직무유형별 참여현황을 살펴보면, 관공서청소도우미(21.8%), 주차단속 보조요원(18.4%), 디앤디케어(10.4%) 순으로 나타났다. 하지만 정신적장애인이 일정기간 훈련 후 배치가 가능한 보육도우미, 우체국 우편분류, 도서관 사서 보조 등의 참여는 전체의 5.2%에 불과하다. 따라서 서울시 차원에서 정신적장애인의 일자리 배치가 가능한 유보직무를 개발, 적용시키기 위한 시범사업을 추진하는 것을 검토할 필요가 있다.

한편, 장애인복지일자리 관련 지역별 예산지원 현황을 살펴보면 다음의 <표3-87>과 같다. 복지일자리 전체 예산의 규모는 2008년 46억, 2009년 63억(추경 10억 포함), 2010년 63억 정도로 점차 증가추세를 보여준다. 하지만, 서울시의 경우 전체예산에서 차지하는 비중이 2008년에는 16.9%, 2009년 13.7%, 2010년 12.6%로 점차적으로 낮아지고 있었다. 특히 2010년에는 사업량이 전년도 576명 대비 530명으로 46명 감소했고, 예산의 규모도 전년도 871,950천원 대비 802,420천원으로 69,530천원 감소하였다. 따라서 앞서 제시한 정신적장애군의 복지일 자리를 통한 사회참여의 중요성을 고려할 때 예산의 추가배정을 통한 일자리사업의 활성화방안을 모색할 필요가 있다.

<표 3-87> 시·도별 복지일자리 예산지원 현황

(단위: 천원)

시·도명	2008년		2009년		2010년	
	사업량(명)	지원예산	사업량(명)	지원예산	사업량(명)	지원예산
계	3,000	4,605,000	4,172	6,316,580	4,000	6,316,506
서울	510	782,850	576	871,950	530	802,420
부산	67	102,845	178	269,492	178	345,192
대구	100	153,500	120	181,680	120	181,680
인천	51	78,285	88	133,232	72	109,008
광주	40	61,400	70	105,980	54	190,764
대전	35	53,725	87	131,604	87	207,418
울산	90	138,150	115	174,110	102	154,428
경기	420	644,700	460	696,440	443	670,702
강원	60	92,100	108	163,512	108	163,512
충북	130	199,550	221	334,366	221	334,594
충남	176	270,160	246	372,330	230	348,220
전북	150	230,250	275	416,060	259	392,126
전남	388	595,580	542	820,360	542	820,588
경북	390	598,650	503	761,314	487	737,318
경남	245	376,075	291	440,574	291	440,574
제주	148	227,180	292	441,860	276	417,864

*장애인복지일자리사업은 국고보조가 서울시의 경우 30%, 그 외 지역은 50%임.

출처 : 보건복지부 내부자료

장애인일자리사업의 또 다른 형태인 장애인행정도우미사업의 현황을 살펴보면 다음과 같다. 장애인행정도우미의 유형은 일반형 행정도우미와 전담보조형 행정도우미로 구분된다. 일반행정도우미는 전국 지방자치단체(시·도, 시·군·구, 읍면동, 주민센터), 보건소, 우체국 및 지방공기업, 지방공사, 지방공단 등에 배치되는 사업이고, 전담보조도우미는 행정능력이 있는 장애인을 특별히 선발하여 시·군·구청에 배치하고 장애인일자리사업의 업무를 지원하는 것을 의미한다.

아래 <표3-88>과 같이 지난 3년간 행정도우미 배정인원과 참여인원의 규모를 살펴보면, 전체 행정도우미의 일자리 참여 비율은 92.8%로 복지일자리의 전체 참여율 94.5%에 비해 다소 낮게 나타나고 있다. 2009년도에 행정도우미 배정인원이 500명 증가하였으나 참여율은 91%로 미흡하였고, 2010년에는 배정인원이 120명 증가하여 96.5%의 참여율을 보였다. 이와 반면, 행정도우미의 순수한 인원의 증가폭은 2009년에는 457명 증가하였고, 2010년에는 253명 증가하였다. 따라서 복지일자리와 마찬가지로, 행정도우미의 참여율을 제고하는 것도 중요하지만 배정인원이 일자리창출로 이어지는 경로임을 고려할 때 배정인원의 확충이 무엇보다도 중요하다.

<표 3-88> 지난 3년간 장애인행정도우미 참여현황

(단위: 명)

구분	배정인원	참여인원	참여율
2008년	2,000	1,819	91.0%
2009년	2,500	2,276	91.0%
2010년	2,620	2,529	96.5%
계	7,120	6,624	92.83%

출처 : 김종인 외(2011), 장애인일자리사업 종합평가연구

한편 아래 <표3-89>와 같이 지난 3년간 시·도별 장애인행정도우미 참여현황을 살펴보면, 복지일자리와 마찬가지로 참여인원과 참여율이 점차 증가하고 있는 것으로 나타났다. 서울시의 경우 행정도우미 참여율을 고려하면, 점차 성과가 높아지는 것을 알 수 있다. 하지만, 서울지역은 2009년도에 전년대비 15명 증가하였으나 2010년에 41명이 감소한 것으로 나타났다. 이러한 현상은 서울시의 행정도우미 배정인원을 보면 쉽게 파악할 수 있다. 서울시의 경우, 행정도우미 배정인원의 규모를 3년간 비교하면, 385명→370명→320명으로 나타나 배정 인원이 점차 줄어드는 것을 알 수 있다. 앞서 살펴본 바와 같이 전국 시·도의 행정도우미 일자리 배정인원이 점차 증가(2,000명→2,500명→2,620명)하는 것에 비해 서울시는 오히려 감소하는 추세를 보이고 있어 향후 행정도우미 배정인원을 확보할 수 있도록 정책적인 노력이 필요하다.

<표 3-89> 지난 3년간 시·도별 장애인행정도우미 참여현황

(단위: 명,%)

구분 시·도명	2008년			2009년			2010년		
	배정 인원(A)	참여 인원(B)	참여율 (B/A, %)	배정 인원(A)	참여 인원(B)	참여율 (B/A, %)	배정 인원(A)	참여 인원(B)	참여율 (B/A, %)
계(평균)	2,000	1,819	91.0	2,500	2,276	91.0	2,620	2,529	96.5
서울	385	340	88.3	370	355	95.9	320	314	98.1
부산	184	168	91.3	190	182	95.7	200	192	96.0
대구	135	125	92.6	146	145	99.3	151	146	96.6
인천	122	112	91.8	140	131	93.5	146	142	97.2
광주	90	88	97.8	90	90	100.0	98	95	96.9
대전	80	78	97.5	84	84	100.0	88	88	100.0
울산	50	45	90.0	56	52	92.8	60	61	101.6
경기	237	204	86.1	340	296	87.0	372	366	98.3
강원	30	28	93.3	100	56	56.0	84	75	89.2
충북	91	83	91.2	120	110	91.6	112	108	96.4
충남	115	94	81.7	135	110	81.4	131	120	91.6
전북	80	75	93.8	170	154	90.5	180	170	94.4
전남	158	143	90.5	224	197	87.9	206	202	98.0
경북	120	120	100.0	196	177	90.3	199	188	94.4
경남	83	76	91.6	92	93	101.0	226	215	95.1
제주	40	40	100.0	47	44	93.6	47	47	100.0

출처 : 김종인 외(2011), 장애인일자리사업 종합평가연구

아래 <표3-90>과 같이 장애유형 및 정도별 행정도우미 참여현황을 살펴보면, 3급 이하를 중증으로 갈음할 때 중증장애인이 참여하는 비중이 2009년 51.7%에서 2010년 47.2%로 감소하였다. 앞서 복지일자리의 중증장애인 참여비중이 2009년 64.4%에서 2010년 66.8%로 증가한 것에 비해, 행정도우미의 중증장애인 참여가 감소한 것으로 나타나 지방자치단체 차원에서 중증장애인의 일자리 우선배치를 위한 별도의 조치와 노력이 필요함을 보여준다. 또한 행정도우미에 정신적장애가 차지하는 비중은 2009년도에 전체장애인의 5.4%로 나타났으며, 정신적장애군에서는 지적장애인 70명(3.1%), 정신장애인 44명(1.9%), 자폐성장애인 10명(0.4%)으로 참여비중이 미약하였다. 2010년도에는 정신적장애가 차지하는 비율이 전체장애인의 6.5%로 나타나 전년 대비 1.1% 향상되었다. 하지만, 정신적장애에서 지적장애인 113명(4.5%), 정신장애인 46명(1.8%), 자폐성장애인 6명(0.2%)으로 나타나 정신장애인과 자폐성장애인은 오히려 전년 대비 감소한 것으로 나타났다. 따라서 행정도우미사업에 정신적장애군이 참여하는 비중이 전체장애의 5~6% 수준으로 매우 미약한 수준이며, 특히 자폐성장애인은 오히려 감소한 것으로 나타나 지방자치단체에서 일정부분 정신적장애인의 행정도우미 할당을 권고하는 방향으로 사업을 전개하는 것이 바람직하다.

<표 3-90> 장애유형 및 정도별 행정도우미 참여현황

(단위: 명)

구분	장애유형	계	1급	2급	3급	4급	5급	6급
2009년	전체장애	2,276	96	399	683	349	389	360
	지적장애	70	2	19	45	2	2	0
	정신장애	44	0	12	31	0	1	0
	자폐성장애	10	0	0	10	0	0	0
2010년	전체장애	2,529	94	399	703	383	417	455
	지적장애	113	3	35	70	1	2	2
	정신장애	46	0	9	37	0	0	0
	자폐성장애	6	0	1	5	0	0	0

출처 : 김종인 외(2011), 장애인일자리사업 종합평가연구

아래 <표3-91>과 같이 시·도별 행정도우미 예산지원 현황을 살펴보면, 전체 사업량과 예산이 점차로 증가추세를 알 수 있다. 즉, 행정도우미의 전체예산 규모는 2008년도 205억 정도였으며, 2009년도에는 256억 정도로 전년대비 51억 증가하였다. 2010년도는 305억으로 전년대비 49억 증가하였다.

하지만 서울시의 경우, 2010년에 사업량과 예산이 급격히 감소한 것으로 나타난다. 전체예산에서 서울시 예산이 차지하는 비중이 2008년 19.2%, 2009년 15.8%, 2010년 12.3%로 점차 낮아지는 추세를 보더라도 서울시의 행정도우미사업에 대한 예산 감소를 알 수 있다. 따라서 서울시 차원에서 예산조달 방안을 마련하여 행정도우미사업의 활성화를 위한 조치가 마련될 필요가 있다.

<표 3-92> 시·도별 행정도우미 예산지원 현황

(단위: 천원)

시·도명	2008년		2009년		2010년	
	사업량(명)	지원예산	사업량(명)	지원예산	사업량(명)	지원예산
계	2,000	20,520,000	2,500	25,650,000	2,620	30,533,760
서울	385	3,950,100	370	4,056,974	320	3,763,710
부산	184	1,887,840	190	2,038,320	200	2,335,860
대구	135	1,385,100	146	1,603,126	151	1,754,460
인천	122	1,251,720	140	1,472,310	146	1,703,160
광주	90	923,400	90	1,000,350	98	1,155,960
대전	80	820,800	84	930,240	88	1,043,100
울산	50	513,000	56	596,790	60	709,650
경기	237	2,431,620	340	3,280,634	372	4,314,330
강원	30	307,800	100	812,250	84	955,890
충북	91	933,660	120	1,206,406	112	1,314,990
충남	115	1,179,900	135	1,415,024	131	1,533,870
전북	80	820,800	170	1,573,200	180	2,077,650
전남	158	1,621,080	224	2,228,130	206	2,423,070
경북	120	1,231,200	196	1,904,940	199	2,310,210
경남	83	851,580	92	1,014,886	226	2,580,390
제주	40	410,400	47	516,420	47	557,460

* 장애인행정도우미사업은 2009년까지 국고보조 50%였으나, 2010년부터 서울시의 경우 30%, 그 외 지역은 50%임.

출처 : 보건복지부 내부자료

결론적으로 장애인일자리사업은 사업의 규모나 인원면에서 점차 증가추세에 있으나 서울시의 경우, 일자리 배정인원의 확충과 예산규모의 감소에 따른 추가 배정이 필요하며, 일자리 참여율을 높이기 위한 홍보방안이 모색될 필요가 있다. 정신적장애인의 일자리 참여비율도 전체의 1/4수준으로 나타났으나 정신장애와 자폐성장애는 전체의 5-6%수준으로 상대적으로 참여율이 미약하므로 정신적장애군의 적합 일자리 직무유형의 개발과 정신적장애군의 할당을 통한 추가 배치가 필요한 것으로 나타났다.

나. 서울시 지적·자폐성 및 정신 장애인의 고용정책 평가

1) 보건복지부 장애인 정책발전계획 평가

보건복지부의 장애인 고용관련 정책발전계획 중에서 대표적인 중증장애인 그룹에 속하는 지적·자폐성 및 정신장애인의 직업재활과 관련된 제3차 장애인정책발전 5개년 계획의 주요내용을 검토하면 다음과 같다. 중증장애인 직업재활 정책은 크게 두 가지로 구분된다. 첫째는 중증장애인 복지 일자리 확대이며, 둘째는 중증장애인직업재활서비스 확충으로 구분할 수 있다(김성희 외, 2010). 먼저, 중증장애인복지 일자리 확대를 위해 정부는 장애유형 및 정도에 적합한 일자리를 연차적으로 확대, 보급할 계획과 장애인 일자리사업 기간 확대 및 급여수준 현실화로 일자리의 질적 수준 제고를 위한 계획을 마련한 바 있다.

장애인복지 일자리 계획은 장애인 경제활동 실태와 관련되어 열악한 고용현실을 극복하고자 함에 있으며, 특히 직업적 중증장애인의 경제활동참여율을 높이기 위한 방안으로 추진되었다. 이에 장애인 경제활동 상태를 아래 <표3-92>와 같이 2005년과 2008년 실태조사에 의해 장애유형 별로 비교하면 다음과 같다. 경제활동참가율은 38.2%에서 41.1%로 2.9% 증가하였고, 실업률은 10.6%에서 8.3%로 2.3% 감소하였고, 고용율은 34.1%에서 37.7%로 3.6% 증가한 것으로 나타나 장애인의 경제활동은 시간이 지날수록 더욱 활성화된 것으로 나타났다. 하지만, 전체인구의 경제활동참가율인 62.0%, 61.5%와 비교하면 여전히 부족한 현실로 나타난다.

또한, 경제활동 상태는 장애인의 장애유형과 깊은 관련이 있는데, 2005년에 실업률이 높고 고용율이 낮은 장애유형은 뇌변병, 심장, 간질장애였으나 2008년의 경우에는 정신장애가 두드러졌다. 전반적으로 2005년에 비해 2008년도에 경제활동참가율과 고용율이 감소한 장애유형은 언어, 정신, 신장, 호흡기 장애로 나타났다(김성희 외, 2010).

특히 지적, 자폐성, 정신장애군의 경우, 2005년과 2008년 비교에서 경제활동참가율은 각각 24.0%, 5.8%, 17.5%에서 25.1%, 9.9%, 11.6%로, 실업률은 12.9%, 0.0%, 8.7%에서 10.5%, 11.5%, 14.6%로, 고용율은 20.9%, 5.8%, 15.9%에서 22.5%, 8.8%, 9.9%로 나타나 지적 및 자폐성 장애는 경제활동참가율과 고용율이 다소 상승하였으나 정신장애는 경제활동참가율, 고용율 모두 낮아지고 실업률은 높아져 정신장애인의 경제활동 수준이 매우 열악한 것으로 나타났다.

따라서 장애인의 경우, 아직 비경제활동인구가 많으며, 특히 지적·자폐성, 정신장애군에 속하는 직업적 중증장애인의 경우 실업률은 매우 심각한 수준인 것으로 나타나 정부의 복지일자리 확충을 위한 노력과 접근이 지속적으로 필요함을 보여준다. 정부의 장애인복지일자리 창출방안의 일환으로 추진 중인 장애인복지일자리사업¹⁶⁾은 일반노동시장에 취업이 어려운 중증장애인을 대상으로 장애유형별 일자리를 발굴, 보급하여 직업생활 및 사회참여 경험을 제공하고 있는 사업이다. 또한 장애인행정도우미사업¹⁷⁾은 전국 지방자치단체, 보건소 등 공공기관, 지방 공기업 및 지방공사 등에 장애인 1인의 행정도우미를 배치하는 사업으로 배치기관의 특성에 맞는 행정 보조 업무수행을 원칙으로 운영된다. 장애인복지일자리사업은 중증장애인 고용정책의 일환으로 추진되었으나 운영과 성과에 여러 가지 한계와 문제점을 가지고 있다. 예컨대 김성희 외(2010)는 장애인일자리사업의 문제점으로 일자리참여자에 대한 교육과 예산 및 인력 부족, 세밀한 직무분석과 직무조정에 따른 배치의 부조화, 일반노동시장으로의 전이시스템 결여, 일자리 급여수준의 문제, 한시적인 예산구조 등을 들고 있다.

16) 장애인복지 일자리사업은 주 12시간, 월 48시간을 원칙으로 운영하지만 격일제, 시간제 근무 등 탄력적 운영이 가능하고 장애인 1인당 월 20만원의 임금과 부대경비로 1인당 년 114,000원을 지원해 주고 있음.

17) 장애인행정도우미는 주민센터, 지자체 소속 공공기관, 사업소, 지자체 직영 지역사회재활시설 등에 배치가 가능하고, 매년 2000명의 인원이 배치되고 있으며 장애인 1인당 월 855,000원의 임금을 보조해줌.

〈표 3-92〉 장애유형별 경제활동 상태 비교

(단위 : 명, %)

연도	장애 유형	15세이상 인구	경제활동인구			비경제활동인구	경제활동참가율	취업률	실업률	고용율
			전체	취업자	실업자					
2005년	전체	2,036,788	777,159	694,955	82,204	1,259,629	38.2	89.4	10.6	34.1
	지체	991,111	489,160	437,419	51,741	501,951	49.4	89.4	10.6	44.1
	뇌병변	255,928	24,497	22,257	2,240	231,431	9.6	90.9	9.1	8.7
	시각	216,809	96,435	83,770	12,665	120,374	44.5	86.9	13.1	38.7
	청각	224,079	88,653	81,452	7,201	135,426	39.6	91.9	8.1	36.4
	언어	17,097	8,798	7,959	839	8,299	51.5	90.5	9.5	46.6
	지적	90,615	21,774	18,973	2,801	68,841	24.0	87.1	12.9	20.9
	자폐성	7,303	421	421	0	6,882	5.8	100.0	0.0	5.8
	정신	77,180	13,473	12,302	1,171	63,707	17.5	91.3	8.7	15.9
	신장	40,286	9,556	8,037	1,519	30,730	23.7	84.1	15.9	20.0
	심장	39,754	7,515	5,954	1,561	32,239	18.9	79.2	20.8	15.0
	호흡기	29,953	5,912	5,912	0	24,041	19.7	100.0	0.0	19.7
	간	13,069	1,525	1,525	0	11,544	11.7	100.0	0.0	11.7
	안면	3,987	1,757	1,757	0	2,230	44.1	100.0	0.0	44.1
장루·요루	15,466	5,146	5,146	0	10,320	33.3	100.0	0.0	33.3	
간질	14,151	2,537	2,071	466	11,614	17.9	81.6	18.4	14.6	
2008년	전체	2,071,597	850,838	780,055	70,783	1,220,759	41.1	91.7	8.3	37.7
	지체	1,124,524	569,516	525,629	43,887	555,008	50.7	92.3	7.7	46.7
	뇌병변	211,976	25,579	23,745	1,834	186,397	12.1	92.8	7.2	11.2
	시각	217,306	99,478	89,384	10,094	117,828	45.8	89.9	10.2	41.1
	청각	203,067	86,798	80,778	6,020	116,269	42.7	93.1	6.9	39.8
	언어	14,024	4,862	4,266	596	9,162	34.7	87.7	12.3	30.4
	지적	107,359	26,965	24,122	2,843	80,394	25.1	89.5	10.5	22.5
	자폐성	4,044	400	354	46	3,644	9.9	88.5	11.5	8.8
	정신	84,552	9,784	8,358	1,426	74,768	11.6	85.4	14.6	9.9
	신장	48,283	11,284	9,331	1,953	36,999	23.4	82.7	17.3	19.3
	심장	13,771	3,355	2,808	547	10,416	24.4	83.7	16.3	20.4
	호흡기	14,393	2,679	2,387	292	11,714	18.6	89.1	10.9	16.6
	간	6,249	2,109	1,871	238	4,140	33.8	88.7	11.3	29.9
	안면	2,071	1,356	1,171	185	715	65.5	86.4	13.6	56.5
장루·요루	11,280	3,748	3,490	258	7,532	33.2	93.1	6.9	30.9	
간질	8,698	2,925	2,361	564	5,773	33.6	80.7	19.3	27.1	

출처 : 김성희 외(2010), 장애인의 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구: 장애인정책발전 5개년계획 복지분야 중간점검

이에 이정주(2011)는 장애인일자리 정책의 한계와 대안을 다음과 같이 제시하였다. 첫째, 장애인일자리 정책의 한계로 제시된 장애인노동 시장의 흐름과 제도적 한계로 고용 없는 부담 (burden without employment)으로서의 의무고용제도의 작동 문제를 들 수 있다. 즉, 상위 3%에 해당하는 대기업이 납부하는 부담금 비중이 전체 금액의 35%를 차지하고 있어 실질적으로 고용 창출력이 큰 대기업이 장애인 고용보다 부담금을 선택하고 있는 경향이 많아 결국 의무고용제도를 통한 장애인 고용정책은 한계에 직면하고 있다는 것이다. 따라서 의무고용제도와 연계된 일자리 창출은 일부 장애인 고용율에 긍정적인 영향을 미치고 있으나 실질적인 장애인 고용율은

여전히 정체상태로 경증장애인 중심의 장애인 고용이 이루어지고 있음을 지적하였다.

아울러 장애인 일자리의 질적 수준도 미숙련 저임금의 2차 노동시장에 집중되어 있음을 상기시키며 장애인 직업훈련의 효과가 그리 높지 않음을 추론하였다. 따라서 장애인은 노동시장에 진입한다 하더라도 근본적으로 2차 노동시장의 열악한 한계를 극복하기에는 어려운 상황임을 알 수 있다. 이에 대한 대안으로 고용의무제와 병행하는 양질의 일자리 창출모델 개발을 위해 현재의 중증장애인 고용에 대한 부담금 감면외 대기업의 세제지원을 추가하여 실효성 있는 운영도모가 필요하고 중증장애인 할당정책을 도입하는 방안을 제시하였다. 또한 중증장애인 고용을 위한 새로운 고용모델로 일하면서 훈련하고 동시에 직업적 사회화를 충실히 수행할 수 있는 대기업과 연계한 사회적 기업의 활성화가 필요함을 제시하였다.

특히 사회적 기업의 모델을 개발하기 위하여 선진국 고용모델을 벤치마킹할 필요가 있다. 장애인 일자리는 크게 일반고용과 보호고용으로 나누어지며, 중증장애인을 대상으로 하는 보호고용은 국가별로 할당고용과 비할당고용 등 보호고용에 대한 이해가 다소 상이하게 나타난다. 즉 영국과 스웨덴 등 대표적인 비할당고용제도를 택하고 있는 국가는 사회적 기업을 보호고용의 한 형태로 구분하고 있으나 사회적 기업의 주된 이념은 일반고용으로의 전이(transition)를 강조한다. 즉, 보호고용과 일반고용의 중간단계의 역할을 담당하고 있다. 예컨대 영국의 램프로이는 40% 이상의 장애인을 일반고용 영역에서 근무할 수 있도록 장치를 마련하고 있으며, 스웨덴의 삼할도 상시근로장애인의 일정부분을 일반고용으로 전이시키는 성과를 달성하고 있다.

할당고용제도를 채택하고 있는 독일, 일본의 경우는 보호고용에서 일반고용으로의 전이는 사실상 불가능하다는 전제하에 사회적 기업을 운영하고 있다. 특히 이들 국가는 정부와 민간의 파트너십을 강조하는 것이 주된 특징인데 장애인 일자리 창출을 위해 정부와 지자체, 기업과 시민사회의 파트너십을 통해 사회적 기업을 제도적으로 운영하고 있다. 예컨대 일본은 특례자회사가 있으며 독일은 장애인작업장과 장애인통합회사가 대표적인 사회적 기업으로 들 수 있다. 따라서 할당고용제도를 택하고 있는 우리나라도 보호고용과 일반고용의 접이지대로 형성되는 사회적 기업의 모델의 개발이 필요하다.

결론적으로 정부는 2011년까지 장애인복지 일자리사업과 장애인행정도우미 등 장애인일자리 10,300명으로 확대할 계획을 가지고 있으나 장애인일자리사업은 일반노동시장으로의 전이를 위한 고용연계를 위한 교육과 훈련의 부족, 개인별 업무수행능력에 적합한 세밀한 직무분석과 직무조정 불일치, 낮은 임금수준, 한시적 예산의 운영 등의 문제점이 나타나고 있다. 따라서 장애인복지일자리와 행정도우미사업은 정책수혜자가 다르기 때문에 이에 구분된 단계별 추진계획과 정책시스템이 마련되어야 하며, 장애인 일반고용으로의 전이를 위한 인센티브 제도와 장애인 고용지도를 위한 직업재활서비스의 연계가 마련되어야 한다. 이를 위해서는 중증장애인의 고용을 위해서는 의무고용제도의 한계를 보완하기 위한 기업의 세제지원 확대와 중증장애인 할당정책 도입, 대기업과 연계한 보호고용과 일반고용의 중간단계로 사회적 기업의 모델개발과 적용이 필요하다.

한편, 제3차 장애인정책발전 5개년 계획은 중증장애인의 직업재활서비스의 내실화를 위해 직업재활시설 기능혁신 및 장애인 생산품 마케팅, 판로확대 관련 계획을 수립한 바 있다. 본 계획은 우선 장애인 직업재활시설의 기능혁신을 통한 보호고용기회 확대를 위해 추진되었으나 정책 추진과정에서 여러 가지 문제점을 보여주었다. 직업재활시설의 정책 평가에서 제시된 문제점은 시설유형 재편에 따른 기능보강 등 예산지원의 후속조치 미흡, 보호고용 장애인의 규모 미흡, 대도시 위주의 직업재활시설의 집중으로 인한 지역편차, 중앙부처 직업재활서비스 중복성 등으로 나타났다(김성희 외, 2010). 하지만, 지속적으로 보호고용의 대부분을 차지하고 있는 직업재활시설의 양적증가와 보호고용 인원의 확대, 근로장애인의 평균임금 향상 등은 긍정적으로 평가된다. 따라서 장애인직업재활시설의 기능혁신을 위한 유형개편과 고용의 확대가 이루어지고 있으나 아직 중증장애인직업재활사업은 장애인 고용의 기반확대 및 사회참여의 기능적인 측면에서 장애인고용 여건이 획기적인 수준으로 향상되었다고 볼 수 없으므로 신규프로그램의 개발 및 보급이 필요하다.

2) 노동부의 장애인 고용촉진 계획 평가

장애인 정책발전계획 중에서 노동부의 장애인 고용촉진 관련과 관련된 제3차 장애인정책발전 5개년 계획의 주요내용을 검토하면 다음과 같다. 노동부의 장애인고용촉진을 위한 제3차 5개년계획(2008-2012)은 장애인 일자리 확대, 인적자원 고도화, 사업주에 대한 지원강화, 고용의 무제도 개편, 고용서비스 선진화 기반구축 등의 5대 전략과제를 설정하였다(노동부, 2008). 먼저 일자리 확대를 위한 추진과제는 정부·공공기관의 선도적 역할강화, 장애인 다수고용모델 확산 및 지원, 장애인 인식개선 및 장애인 차별예방 등을 선정하였다. 인적자원 고도화를 위해서는 수요자 중심의 능력개발과 직업능력개발서비스 기반강화를, 사업주에 대한 지원강화를 위해서는 장애인 고용기업 지원 다양화 및 장애인 친화적 고용환경 조성을 중점 추진과제로 선정하였다. 또한 고용의무제도 개편과 관련 중증장애인 위주의 의무고용제도 개편, 의무고용제도 운영강화를 추진과제로 선정하였고 고용서비스 선진화 기반구축을 위해서는 장애특성별 서비스 제공을 위한 전달체계 구축과 장애인 고용정책 수행기반 강화를 주요 추진과제로 선정하였다. 2012년까지 일몰을 도래하는 제3차 5개년 계획은 현재까지 추진중이며, 지금까지 고용의무제도 개선, 정부기관 및 대기업의 고용확대, 장애유형별 특화훈련 및 맞춤형훈련 등을 통한 장애인 직업훈련 성과 제고, 장애인식 개선 및 사업주 지원을 통한 고용증대, 장애인고용패널조사 등 장애인 고용 관련 통계구축의 성과가 있는 것으로 평가된다(김성희 외, 2011; 전영환 외, 2012; 남용현, 2012).

김성희 외(2011)는 제3차 장애인 정책발전 5개년계획을 복지, 교육, 문화·체육, 경제활동, 사회참여분야 등 5개 영역을 나누어 평가하였다. 평가결과, 전체 평균은 79.1(보통)으로 나타났으며, 각 분야별 점수는 복지 73.5점(보통), 교육 79.2점(보통), 문화체육 88.3점(우수), 경제활동 80.7(우수), 사회참여 77.7점(보통) 등으로 나타났다. 여기에 경제활동분야가 타 영역에 비해 우수한 평점을 받은 것은 지난 2차 5개년 계획에서 제시된 문제점을 보완한 것으로 평가된다. 지난

2차 5개년 평가에서는 장애인구의 급격한 증가로 인한 장애근로자의 증가에도 불구하고 장애인 고용율의 정체, 저조한 대기업의 장애인 고용, 증증장애인 취업부진, 고용관련 통계부족, 장애인 창업인프라 부족 등의 문제가 제시된 바 있다(강동욱 외, 2006).

그러나 아직 목표달성이 미진한 사업을 살펴보면, 장애인 일자리 확대는 정부기관에 대한 부담금 등 제재조치 방안을 마련하는 것과 장애인 교원임용 확대, 장애인 인식개선을 위한 지역 유관기관 간 협의체 구성 및 운영, 고용노동부 지방관서를 활용한 사업장 내 차별예방활동 등이었다. 또한 인적자원 고도화는 기업참여 실무훈련, 직업재활시설과 특수교육기관에 대한 직업 훈련 및 직업교육 강화 등이 부족하고, 장애인근로자 고용을 보호하기 위한 경과 및 유예조치의 추진이 부족한 것으로 나타났다. 또한 보조공학 서비스 전달을 위한 유관기관 간 네트워크 구축이 부족하고, 노동·복지·교육을 연계한 사례관리 전산망 구축과 전문인력 인증화 등의 추진이 미흡한 것으로 나타났다(김성희 외, 2011; 전영환 외, 2012; 남용현, 2012).

3) 참여정부의 장애인종합대책 평가

지난 참여정부 시기에 장애인 정책발전계획 외 장애인종합대책이 정부차원에서 별도로 마련되어 발표한 바 있다. 정부차원에서 관계부처 합동으로 장애인을 위한 종합대책을 별도로 마련한 배경에는 그간 정부의 노력에도 불구하고 장애인의 낮은 체감도가 지속되었기 때문에 각종 서비스 요구에 대처하기 위함과 장애계의 이동권, 교육권, 차별금지법 제정 요구 등 강력한 요구 등에 따라 별도의 조치가 필요하였기 때문이다. 정부차원에서 수립한 종합대책은 2006년 6월 28일 제1차 장애인지원종합대책을 발표에 이어서 추진과제에 대한 해당부처의 조정과 수정보완을 통해 2007년 4월 4일 제2차 장애인지원종합대책이 발표되었다. 따라서 장애인 고용관련 종합대책의 주요추진 과제와 내용을 검토하면 다음과 같다(관계부처 합동, 2007a).

제1차 고용관련 장애인지원종합대책의 주요추진 과제는 의무고용제도 재편, 직업재활시설 재편, 직업교육체계의 개편, 재정역할 정상화, 장애유형별 고용지원 대책 추진 등의 과제가 선정되었다. 주요내용은 의무고용제도 재편을 위해 현행 의무고용제도를 직업적 장애인 대상으로 전환하는 것과 장애인고용촉진공단이 의무고용제도 운영과 직업적 장애인 대상 직업재활 및 고용분야의 사례관리지원체계(통합고용지원팀) 운영을 담당하는 것을 담고 있으며, 의무고용제 전환을 위한 인프라 구축작업을 추진하는 것을 계획한 바 있다. 직업재활시설 재편의 내용으로는 사실상 보호기능이 강한 직업재활시설은 보호시설로 재분류하고, 보호고용 기능을 수행할 수 있는 시설만 보호고용시설로 분류하는 것과 직업재활시설에 지급되던 고용장려금과 직업재활기금은 일반회계로 전환하되 연구검토를 거쳐 단계적으로 추진하는 것을 골자로 하고 있다. 직업교육체계의 개편은 통합고용지원팀 시범사업을 추진하면서 장애인고용촉진공단과 특수교육기관·복지관 등을 연계하여 지역별 직업교육네트워크 체계를 구축하는 것과 특수교육기관의 직업교육은 노동부로 이관하는 것을 내용으로 담고 있다. 재정역할의 정상화는 부담금 및 일반회계 등의 역할분담의 원칙을 확립하고 재정역할 구분의 구체적 방안은 보다 세부적인 검토를 거쳐

2007년에 결정하는 것으로 되어있다. 장애유형별 고용지원대책은 유형별로 세부 추진과제를 수립하고 시행하는 것을 제시하였다.

당시 노동부, 복지부, 교육부 3개 부처 합동회의를 진행하면서 각 부처별 이해가 상충되고 재정을 포함한 획기적인 전달체계의 개편방안이 포함되어 있어 2차 고용관련 종합대책에서 대부분 수정, 보완된 상충안이 제시되었다. 이에 제2차 고용관련 장애인지원종합대책에는 직업적 장애기준 마련 및 의무고용제도 개편, 복지와 고용이 통합되는 One Stop 서비스 체계 구축, 직업재활시설의 보호고용 기능강화, 중증장애인을 위한 해바라기 마을 설립 및 자회사형표준사업장 도입, 장애인일자리를 통한 소득보장 및 사회서비스 확대 등 5가지 주요 추진과제가 선정되었다(관계부처 합동, 2007b).

주요과제별 세부내용을 살펴보면, 직업적 장애기준 마련과 의무고용제도 개편을 위해서는 직업적 장애의 기준을 마련하는 것과 직업적 중증장애인 중심의 의무고용제도를 개편하는 것으로 되어있다. One-Stop 서비스 체계구축을 위해서는 사례관리지원체계(통합고용지원팀)를 구성하고 공단지사를 확대 설치하는 것과 직업능력평가사 양성 및 체계적 관리방안이 제시되었다. 보호고용의 기능강화를 위해서는 직업재활시설을 보호작업시설과 근로작업시설로 재분류하고 일반고용으로의 전이를 높이기 위한 근로작업시설의 지원을 강화하는 것과 직업재활시설의 재원지원을 위해 국가의 역할을 강화하여 재원을 안정화시키는 방안이 마련되었다. 그밖에 해바라기 마을과 자회사형 표준사업장 제도를 도입하고 장애인복지 일자리 확대를 위해 행정도우미 확충과 시각장애인 안마센터를 신규로 설치하여 지원하는 것을 다루고 있다.

참여정부의 종합대책은 기존 5개년 계획수립과 추진에 몇 가지 시사점을 제시한다(김진우, 2011). 우선 참여정부에서 기존 5개년 계획수립과 별도로 발표한 장애인지원종합대책은 기존의 5개년 계획이 장애인의 욕구와 흐름을 파악하고 정책추진의 사각지대를 해소하는 것이 만족스럽지 못했다는 것을 의미하며, 계획 수립과정도 장애인계가 요구하는 새로운 시대적 사명을 충실하게 담아내고 있는지에 대해 비판적 검토가 필요함을 암시한다. 또한, 참여정부의 종합대책은 그 성과적인 측면에서 장애인의 의무고용제도의 일부 개선, 직업재활실시기관 생산기반 확충 및 전문화 추진, 보호고용사업의 내실화 등이 긍정적으로 평가되고 있다. 그러나 이 대책에서 제시한 추진과제 가운데 직업적 장애기준의 마련, 복지와 고용이 통합되는 One-Stop 서비스 체계구축, 국가주도의 장애인사업장 설립, 재정정상화 및 유형별 고용지원 대책 추진 등의 과제가 제대로 실행되지 못하는 한계가 있다.

4) 서울시 장애인 고용정책 평가

가) 2008년 장애인행복도시 프로젝트

서울시는 장애인과 가족이 행복한 도시의 정책비전 아래 장애인행복도시 프로젝트를 2008년 11월에 발표하였다. 주요 정책목표는 무장벽 도시·생활환경 조성으로 균등한 기회제공, 주체적인 사회구성원으로 생활기반 마련, 장애인과 비장애인이 함께하는 사회통합 실천으로 구성하였고

4대 정책과제와 27개의 핵심사업으로 구성되었다. 이 중 장애인 고용에 대한 핵심사업 5가지를 살펴보면, 장애인 취업통합서비스제공, 시립직업전문학교 장애인 특화과정 신설, 장애인 창업지원, 직업재활시설 경영지원센터 설치, 기업연계 중대형 직업재활시설로 제시된 바 있다. 이에 서울시 장애인 고용정책의 대표적인 5가지 핵심 사업을 살펴보면 다음과 같다.

우선, 장애인 취업통합서비스 제공의 주요내용은 취업기관 간 연계관리, 일자리 개발, 취업알선, 구인기업·구직장애인 상시관리 등 장애인의 취업지원 사업을 통한 취업통합지원서비스를 제공하기 위해 별도의 통합지원센터를 설치하는 것을 제시하였다. 서울시는 장애인 취업알선 등 장애인의 취업지원 사업의 통합된 관리시스템을 마련하기 위해 2009년부터 장애인일자리통합지원센터를 위탁, 운영하고 있다. 장애인일자리통합지원센터는 장애인 취업의 확대와 내실화를 위하여 관련기관 간 연계 등 적극적인 지원체계를 마련하고, 취업지원 통합화로 효율적인 서비스 제공을 주 목적으로 한다. 따라서 센터의 핵심 사업은 일자리 연계(직업능력평가, 능력별 취업계획 수립, 취업지원 사례관리 등)와 일자리 개발(장애인 적합 민간 및 공공일자리 개발, 장애인 고용·훈련모델 제시 등), 일자리 지원(취업 중 장애인 직장적응지도, 장애학생 특별지원 등)으로 구성된다.

일자리통합지원센터의 주요성과를 살펴보면, 2007년 2월 장애인일자리정보센터 개소이후 2010년 12월까지 총 14,042건의 상담을 실시하였으며, 구인업체 개발 2,693건, 취업알선 13,030건, 취업확정 2,486건이 이루어졌다(이성규, 2011). 취업알선 성공률은 2007년 일자리정보센터 운영 시 12.6%에서 2010년 평균 26.8%로 증가하였고, 장애학생 직장체험·인턴쉽 및 구직장애인 직업 현장훈련 등 노동시장 진입을 위한 사전 적응훈련이 2010년 105명에서 2011년 120명으로 확대되었다. 또한 기존 경증장애인의 훈련기간을 단축하여 보다 많은 중증장애인에게 훈련기회를 제공하고 취업 전 직업현장훈련의 훈련기간의 조정과 대상인원의 확대가 이루어 졌다.

하지만 일자리통합지원센터의 주기능이 통합적인 고용서비스를 제공하기 위한 연계이므로, 취업알선 등 직접서비스를 제공하기보다 서울시의 고용관련 서비스 제공기관간의 연계사업을 중점적으로 추진할 필요가 있다. 현재 서울시 일자리통합지원센터의 기능강화를 위한 주요 업무 보고 내용을 살펴보면, 민·관 취업기관 연계로 구인기업의 발굴과 취업확대 및 사후지도 강화를 모색하는 것과 장애인 직장체험 훈련 등의 확대를 제시하였다(서울시의회, 2012). 하지만 그간 서울시 내 장애인 고용관련 기관은 보건복지부 소관의 장애인복지관, 장애인 단체, 장애인직업재활시설 등이 있으며, 고용노동부 소관의 장애인고용공단 서울지사, 고용지원센터가 교육부의 특수학교 등이 장애인 직업훈련 및 취업알선 등의 서비스를 제공하고 있으나 각 소관 부처에 따라 서비스 연계가 수월하지 않고 서비스의 내용 또한 중복, 누락되는 경우가 많아 고용관련 서비스 연계에 많은 문제점이 존재한다. 따라서 일자리통합지원센터의 주기능이 또 다른 서비스 제공기관으로서의 역할보다는 서울시 중심의 고용관련 네트워크를 형성하고 각 관련기관의 유기적인 연계체계를 형성하는 거점기관으로 역할을 보다 강화해야 할 것으로 평가된다. 서울시의 회 보고 자료에 의하면, 장애인 취업통합서비스 제공의 이행결과는 2009년 168%—2010년 89%→

2011년 70%로 점차 실적이 낮아지는 경향을 볼 수 있다. 따라서 통합서비스 지원을 위한 연계 및 조정의 역할이 지속적으로 필요함을 시사한다.

또한, 장애인행복도시 프로젝트는 장애인 고용관련 신규 사업으로 시립직업전문학교 장애인 특화과정의 신설과 장애인 기업의 육성과 장애인 창업지원, 직업재활시설의 경영지원센터 설치, 기업연계 중대형 직업시설을 운영 등을 제시하였다. 서울시의회 보고자료 결과, 시립전문학교의 장애인 특화과정은 2010년 직업전문학교에 장애인 특화과정을 신설하도록 되어 있으나 장애인 인력개발센터의 건립으로 사업을 대체하였고, 장애인 창업교육은 매년 130명을 교육하는 것으로 구성되었으나 하이서울 창업스쿨교육을 제외한 창업교육은 장애인 창업자신청 수요의 감소로 50%미만의 실적으로 나타났다. 또한, 창업장애인 기업 지원을 위한 창업보육센터와 여성창업보육센터 선정 시 장애인 기업에 가점 부여와 중소기업육성기금을 통한 장애인 다수고용기업의 융자혜택 제공할 계획은 장애인기업의 입주를 중심으로 성과가 도출되었다. 즉, 장애인 기업 입주는 2008년부터 20개 기업이 입주함으로써 목표치를 달성하였다. 하지만, 장애인다수고용기업을 대상으로 한 융자혜택의 실적은 전무한 것으로 나타났다.

직업재활시설의 경영지원센터는 시설이 생산에만 전념할 수 있도록 생산품 마케팅, 아이템 개발, 디자인 개발 등 시설의 경영을 지원할 수 있는 전담센터를 운영하는 것을 말하며, 센터의 설치로 인해 시설의 장애인 최저임금 수준을 70% 수준으로 향상시켜 근로장애인 소득증대를 도모하는 목표를 제시한 바 있다. 경영지원센터의 실적은 매년 목표치 이상으로 달성하여 직업재활시설의 매출 향상을 도모한 것으로 나타났으나 장애인 임금 수준은 현재도 최저임금을 보장하지 못하는 근로자의 비율이 85.4%로 나타나 미흡한 것으로 평가된다. 아울러, 기업연계 중대형 직업시설을 15개소 설치, 운영함으로써 1,000명의 장애인의 보호고용을 달성하는 것을 제시하였으나 서울시에서 3개소 설치한 것으로 보고되었다. 재정의 투입규모는 고용관련 핵심사업에 2008년부터 2012년 까지 5년 동안 맞춤형자리 사업에 50억 정도, 직업재활시설 경쟁력 강화에 50억 정도 등 100억을 투입하는 것으로 계획된 바 있다. 하지만 장애인 행복도시 프로젝트는 공식적인 중간, 최종평가보고서가 제시되지 않아 고용관련 핵심사업의 이행과 재정의 투입여부를 정확하게 파악하기 어렵다. 즉, 본 프로젝트를 통해 나타난 성과요소로 장애인 일자리 창출효과와 중증장애인의 고용증대에 대한 효과성과 재정투입의 적절성 등을 파악해야 함에도 불구하고, 공식적인 평가체계가 존재하지 않아 사업의 성과요소를 파악하기 어렵다.

또한, 대부분의 장애인 고용관련 사업이 센터의 확충 등 하드웨어 중심으로 편중되어 있고, 직접적인 장애인 일자리 창출의 가시적인 청사진이 제시되지 않아 계획의 구체성이 떨어지는 것을 알 수 있다. 따라서 향후에는 장애인 고용관련 정책이 계획에 충실하는 것도 중요하지만, 보다 실효성 있는 이행방안을 마련하고 상시적인 모니터링이 가능하도록 계획 수립 시 평가계획이 포함될 필요가 있다. 아울러, 서울시 고용정책에 대한 세부내용을 살펴보면, 직업적 중증장애인에 대한 별도의 계획 수립이 부족하다. 즉, 일자리 창출을 위한 의무고용사업장에 대한 중증장애인 고용지원 계획이 부족하고, 보호고용을 담당하는 직업재활시설의 경우, 일반고용으로서의

전을 위한 사업 추진이 필요하나 고용연계서비스에 대한 계획과 대책이 마련되지 못한 점과 직업재활시설에 대한 보호고용의 전문인력의 추가배치와 인프라 조성 등에 대한 계획이 포함되지 못한 한계가 있다.

나) 서울시 장애인복지·인권수준 비교

한편, 한국장애인단체총연맹에서는 지난 2005년부터 시·도별 장애인복지와 인권수준을 측정하기 위하여 장애인 복지·인권 비교연구를 매년 수행하고 있다. 본 연구의 목적은 2005년부터 시행된 지방분권화사업의 일환으로 진행된 장애인복지 업무가 지방으로 이양되면서 지역에 따른 복지수준의 격차를 해소하고, 장애인의 욕구와 수요에 민감하게 반응하기 위해서는 지역별 장애인복지 수준의 정확한 평가와 이행의 독려가 필요하였기 때문이다. 따라서 매년 지방자치단체의 장애인 복지·인권 수준을 비교, 평가하기 위해 해당 의원실의 협조 하에 장애인의 복지·인권의 지표를 개발하고, 각 지표별 16개 시·도의 복지·인권의 수준을 조사·평가하여 발표하고 있다.

서울시 중심의 장애인복지수준 중 장애인 고용부분에 해당되는 소득과 경제활동 지원수준을 중심으로 살펴보면 다음과 같다. 우선 2011년 16개시·도의 장애인복지와 인권수준의 비교연구를 위하여 구성된 평가지표의 구성은 아래 <표3-93>과 같이 2개 분야(교육, 복지) 6개 영역(교육, 소득 및 경제활동, 보건 및 자립, 복지서비스, 이동(편의)·문화여가·정보접근, 복지행정 및 예산)으로 나누어져 있으며, 총 63개의 세부지표로 구성되었다.

<표 3-93> 장애인 복지 및 인권지표 구성

장애인 복지·인권 지표 : 2개 분야 6개 영역 63개 지표				
분야 및 영역			지 표 수	
1	교육		13	
2	복지	1	소득 및 경제활동 지원	10
		2	보건 및 자립 지원	10
		3	복지서비스 지원	10
		4	이동(편의)·문화여가·정보접근	10
		5	복지행정 및 예산	10

출처 : 서동명 외(2011), 2011 16개시·도 장애인복지·인권비교 연구

이중 소득 및 경제활동 지원에 관련된 지표는 10개로 구성되어 있으며, 세부내용은 민간부문 의무고용율, 장애인 공무원고용 비율, 장애인생산품구매액, 장애아동수당 추가지급액, 차업자금 대여 비율, 매점자판기 우선배정 비율, 장애인일자리 참여비율, 직업재활시설 지원예산 비율, 직업재활시설의 장애인근로자 비율 등으로 구성되어 있다. 연구결과, 서울특별시는 아래 <표 3-94>와 같이 장애인복지 분야에서 5개 영역의 평균 56.24점을 획득하여 종합순위에서 전국 6위를 차지하여 비교적 상위권을 차지하였으나 장애인 교육수준은 전국에서 가장 낮은 순위를 기록하는 아쉬움이 있다.

< 표3-94> 서울특별시 장애인 복지·인권 수준 결과

장애인 교육수준 (순위)	장애인 복지수준 (순위)	장애인복지수준 세부영역(순위)				
		소득 및 경제활동지원	보건 및 자립지원	복지서비스 지원	이동(편의), 문화여가 및 정보접근	복지행정 및 예산
67.86(16)	56.24(6)	57.26(4)	43.19(8)	61.31(2)	63.76(5)	56.48(10)

출처 : 서동명 외(2011), 2011 16개시·도 장애인복지·인권비교 연구

서울시에서 소득 및 경제활동지원은 복지서비스 지원(종합 2위)에 이어 평균 57.26점을 받아 종합순위에서 4위를 차지하였다. 특히, 전체 10개 지표 중에서 장애인 고용에 관련된 8개 하위 지표별 전국 평균과 비교해 보면 다음과 같다. 우선, 시·도공무원 수 대비 장애인 생산품을 전국 평균값인 251,340원 보다 20,711원 많은 272,051원을 구매하였고, 직업재활시설의 장애인근로자 비율이 전국 평균비율 0.49% 보다 0.24% 높은 0.73%를 차지해 상위권을 차지하였다. 또한 장애인 공무원 고용율이 전국 평균 3.32% 보다 0.1% 높은 3.42%였고, 장애인 창업지원을 위해 매점 및 자판기의 우선배정 비율이 전국 평균 43.76% 보다 5.91% 높은 49.67%로 나타났으며, 직업재활 시설에 지원하는 예산의 비율이 전국 평균 3.42% 보다 0.46% 높은 3.88%로 차지해 비교적 중상위 권으로 나타났다. 하지만 민간부문 의무고용 비율은 중증장애인 2배수를 적용했음에도 불구하고 1.97%로 전국 최하위를 차지하고 있다. 또한 장애인 자립 및 창업자금 대여 비율이 0.022% 수준으로 낮게 나타났고, 장애인 일자리사업 참여비율이 0.21%로 매우 낮게 나타났다.

< 표 3-95> 전국평균 대비 서울시 장애인 고용관련 지표결과

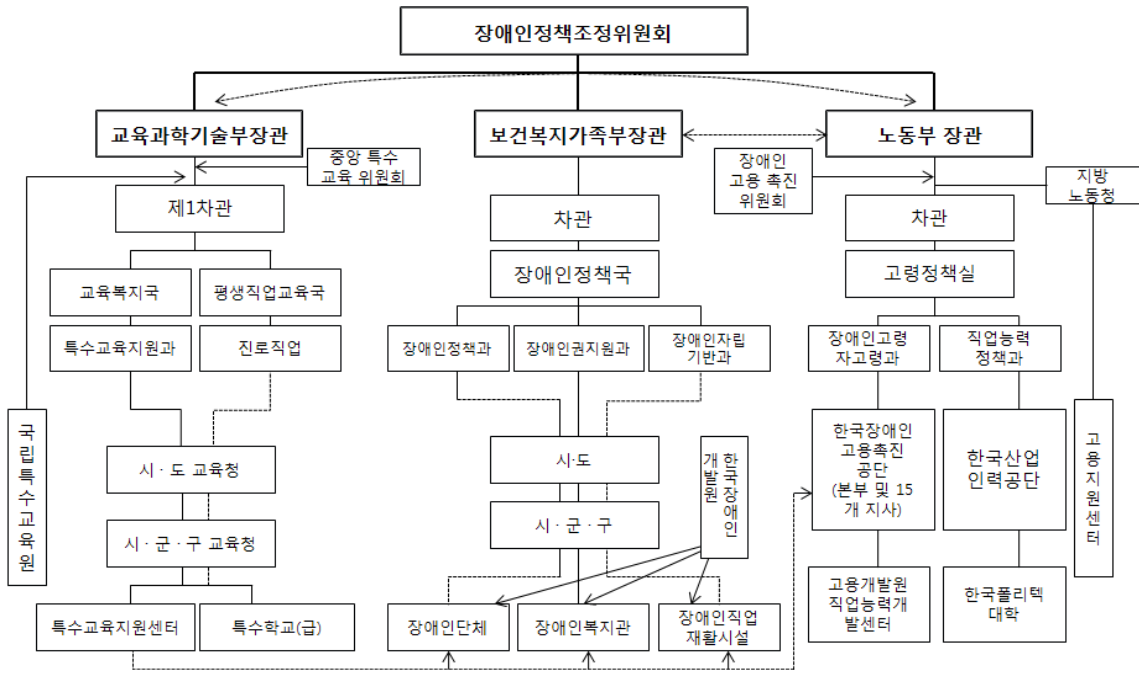
(단위: %, 원)

지역	의무 고용	공무원 고용	우선구매 물품액	창업 자금	매점 자판기	일자리 사업	직업시설 예산	직업시설 근로자
전국 평균	2.22	3.32	251,340	0.037	43.76	0.44	3.42	0.49
서울지역	1.97	3.42	272,051	0.022	49.67	0.21	3.88	0.73
순 위	16	5	3	15	6	15	6	3

결론적으로 서울시의 장애인 고용관련 평가결과, 직업재활시설을 통한 보호고용의 장애인근로자와 생산품 판로개척에 관련된 지원은 탁월한 수준으로 나타났으나 직업재활시설에 대한 예산지원과 장애인 창업지원을 위한 매점, 자판기의 우선배정, 장애인 공무원에 대한 추가고용 계획수립이 필요할 것으로 판단된다. 특히, 장애인 고용의 핵심적인 역할을 하는 민간기업의 의무고용을 확충할 수 있는 방안과 더불어 장애인 일자리사업, 창업자금 지원 등에 대한 계획은 보다 적극적인 이행계획이 필요한 것으로 나타났다.

다) 서울시 장애인 고용 전달체계 및 재정

서비스 전달체계란 서비스의 공급자와 소비자를 연결시키기 위한 조직적 장치라고 할 수 있으며(Gilbert & Specht, 1986), 장애인고용 서비스 전달체계는 이러한 장애인고용서비스가 장애인에게 잘 전달될 수 있도록 하는 장치를 말한다(이정주, 2009). 현재 우리나라의 대표적인 정부기관 장애인 고용 정책의 전달체계를 살펴보면 <그림3-8>과 같다.



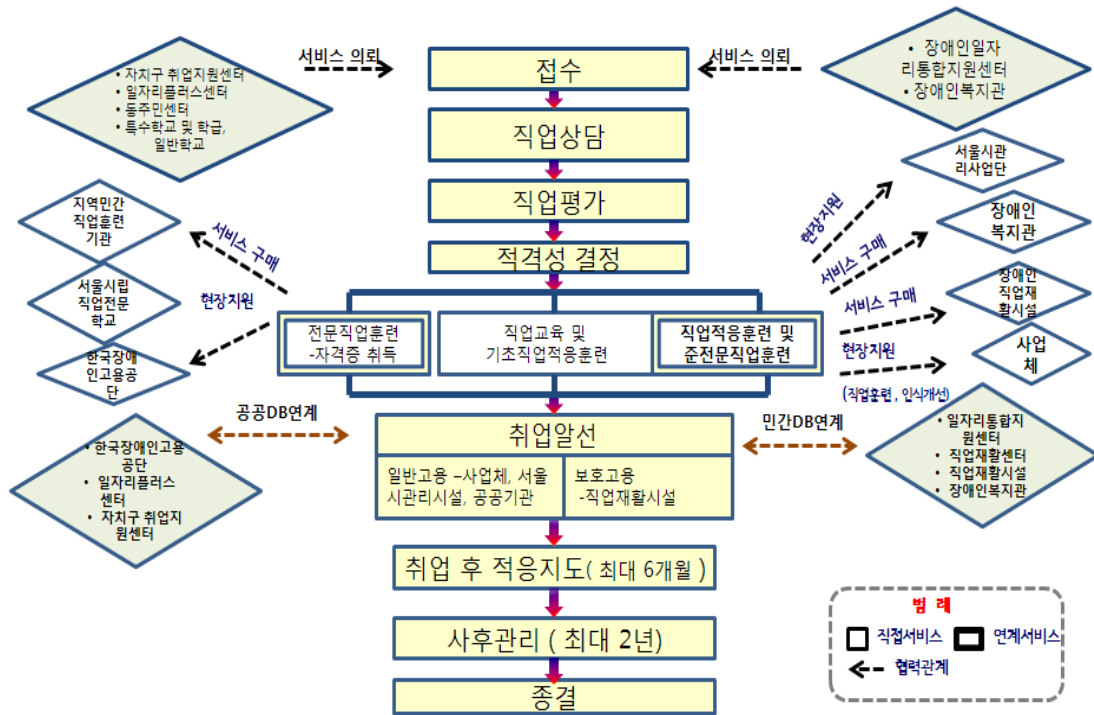
출처 : 서울시의회(2012), 장애인고용플라자 운영모델(안)

<그림 3-8> 우리나라 장애인 고용정책의 전달체계 구조

위의 그림에서 알 수 있듯이 현재 우리나라에서 장애인 고용서비스를 제공하고 있는 주요정부기관은 노동부 고용지원센터, 한국장애인공단과 보건복지부의 장애인개발원, 직업재활관련 수행기관(복지관, 단체, 시설), 교육부의 특수학교(학급)을 들 수 있으며, 서울시 차원에서는 장애인일자리통합지원센터가 지방자치단체를 중심으로 취업알선서비스를 제공하는 대표적인 기관이다. 따라서 우리나라 장애인 고용정책의 전달체계의 특징은 다수의 조직이 개별적인 서비스를 제공하기 때문에 서비스의 중복과 누락으로 인한 서비스의 통합성과 연속성 결여 등 서비스 전달체계에서의 효율성이 문제시되어 왔다.

한편, 장애인고용서비스의 전달체계에 있어서 서비스를 제공하는 행정체계와 서비스를 직접 전달하는 서비스체계를 구분하여 이해할 필요가 있다(이정주, 2009). 앞서 제시한 보건복지부장 장애인개발원-직업재활수행기관 등은 행정체계를 의미하며, 각 수행기관이 제공하는 구직상담, 취업알선, 직업평가, 직업훈련, 연계 등은 서비스체계를 지칭한다. 따라서 서울시 중심의 행정체

계는 복지건강실-복지정책관-장애인복지과로 이어지는 행정체계를 들 수 있고, 서비스체계는 향후 계획 중인 장애인행복서비스센터(구. 고용플러스)의 서비스 운영체계를 들 수 있다.



출처 : 서울시의회(2012), 장애인고용플러스 운영모델(안)

<그림 3-9> 장애인행복서비스센터(고용플러스) 서비스 운영체계

<그림3-9>과 같이 서울시 차원에서 향후 장애인 고용관련 서비스 운영체계는 통합적 서비스를 제공하기 위한 One-Stop Career Center의 역할을 수행하는 것을 골자로 하고 있다. 즉 중증장애인의 특성상 수반되는 여러 가지 복합적인 문제(가족상담, 의료, 재정, 법률 등)를 해결하기 위해 서울형그물망복지센터와 복지시설의 협력체계 하의 연계를 도모하고, 직업재활의 과정별 서비스(상담, 평가, 훈련, 취업, 사후관리 등)를 수행하되, 적응훈련만 직접사업으로 전개하고 그 외 훈련은 지역사회 내 관련기관과의 연계를 통한 협력을 추진할 계획을 가지고 있다. 이를 위해 기존 장애인일자리통합지원센터와의 기능중복을 고려하여 통폐합적인 운영모델을 제시하였고, 전문적인 사례관리 체계와 현장중심의 직업탐색 및 체험서비스 등 중증장애인을 대상으로 다양한 직업적응훈련 과정을 마련할 계획을 가지고 있다. 따라서 기존의 직업재활서비스의 연계 및 조정의 역할부재, 수행기관과 차별성이 없는 직접서비스의 제공문제, 직업훈련 후 취업과의 연계를 위한 통합서비스를 부재 등의 한계를 극복할 수 있을 것으로 전망된다.

또한, 재정적인 측면에서 장애인 희망도시프로젝트의 장애인 좋은 일자리 창출사업으로 2011년부터 2014년까지 1,157억(전체투입예산 13,062억의 8.8%)을 투입할 것으로 제시하고 있다. 2011년도는 192억, 2012년도 308억, 2013년 312억, 2014년 344억을 일자리 창출의 소요예산으로

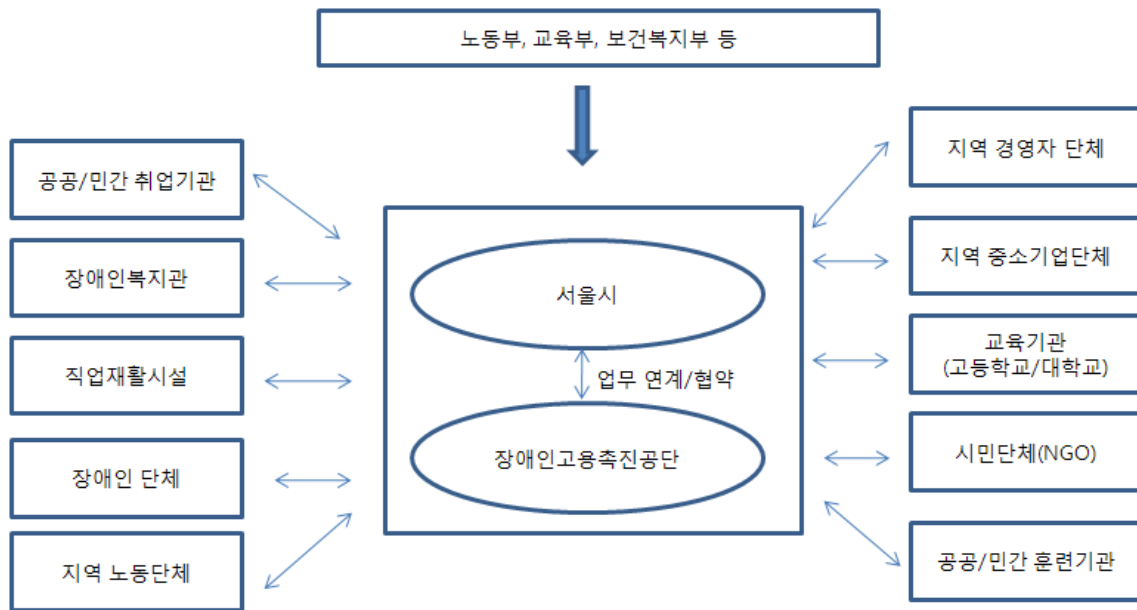
책정하고 있다. 현재 복지건강실의 2012년 전체 사업예산인 3조 367억원 중 장애인복지 예산은 4,424억원으로 전체사업 예산의 14.6%를 차지하고 있다. 이는 저소득시민복지 1조 5,947억 (52.5%), 노인복지 7,325억(24.1%)에 비해 상대적으로 낮은 비율이다. 아울러, 상대적으로 장애인 일자리의 여건 및 사업이 취약한 서울시의 경우, 보다 많은 재정 투입이 필요하나 사업예산 4,424억원 중 2012년 투입예정인 장애인일자리 사업예산(308억)의 비중은 전체예산 규모의 6.9%이므로, 사업의 기대효과나 영향을 고려할 때 미흡한 수준이므로 이에 대한 별도의 재정보호 방안이 마련될 필요가 있다.

향후 서울시 차원에서 재정보호를 위한 계획을 수립할 때 장애인지 예산제도를 도입할 필요가 있다. 장애인지예산이란 장애인과 비장애인에게 미치는 효과를 예산과정에서 고려하여 자원이 장애인과 비장애인에게 평등한 방식으로 사용될 수 있도록 예산의 배분구조와 규칙을 변화시키는 일련의 활동으로 볼 수 있다. 따라서 장애인지 예산을 도입할 경우, 예산분배의 불평등을 감소시켜 예산분배의 형평성을 향상시킬 수 있으며, 예산집행에 있어서도 효율성을 높일 수 있을 것으로 평가된다.

라) 서울시 고용정책 거버넌스 구조

거버넌스(Governance)는 정부 및 국가의 행정중심의 개념을 벗어나 다양하게 사용되고 있으며 상호관계성, 연계망, 네트워크, 파트너십 등과 같은 개념이 핵심요소이다(김용탁, 2009). 따라서 거버넌스는 다양한 주체간이 협력을 통해 정책을 형성하고 적절한 관계망을 구축함으로써 정책의 효과성과 실효성을 도모하는 의미가 내포된 개념으로 볼 수 있다. 현재 장애인 고용 거버넌스를 구축하기 위해서는 정부차원의 법제도적 개선과 더불어 지방자치단체의 장애인 고용관련 제도개선을 위한 로컬 거버넌스 구축이 요청되고 있는 추세이다. 즉, 사실상 장애인 고용에 관련된 지역 노동시장의 중요성과 지방자치단체의 역할이 강조되는 현 시점에서 지역의 고용의 주요당사자인 기업과 시민단체, 학교, 공단, 수행기관 등이 지방자치단체와 유기적인 관계망을 형성하는 것이 무엇보다도 중요하기 때문이다.

김용탁(2007)의 연구에 따르면, 서울시 차원에서도 장애인 고용 거버넌스의 구심점을 한국장애인고용공단과 지방자치단체의 네트워크 구조 속에서 이루어져야 함을 강조하고 있다. 아래 <그림3-10>과 같이 서울시 차원에서 한국장애인고용공단과의 업무협약을 통한 장애인 취업과 직업훈련 등의 정보교환과 공동사업 추진 등의 유기적인 관계망 형성이 필요함을 강조하였다.



출처 : 김용탁외(2007). 장애인 고용확대를 위한 지방자치단체의 역할 연구

<그림 3-10> 서울시 장애인 고용거버넌스 구조

서울시와 한국장애인고용공단의 유기적인 협력구조와 관련기관 간의 협력적 거버넌스가 구축된다면, 다양한 장애인 고용촉진을 위한 정책과 사업이 마련될 수 있을 것으로 평가된다. 예컨대, 장애인 우수고용사업체에 대한 각종 인센티브(공동인증제도, 세제혜택 등)의 제공, 미고용사업체에 대한 정보교환과 이행수단(미고용사업체 공공기관 발주 제한 등) 강구, 각종 고용촉진을 위한 인식개선사업(고용촉진캠페인 등), 공동고용촉진협의체 구성 등을 고려할 수 있다.

마) 서울시 장애인 고용정책 향후 계획

(1) 정부의 장애인 고용확충계획 검토

정부는 지난 2012년 4월 17일에 일하고 싶은 장애인의 좋은 일자리를 제공하고 일하는 데 어려움이 없는 환경을 마련하기 위해 장애인 고용확충을 위한 관계부처(고용노동부, 교육과학기술부, 행정안전부, 보건복지부, 국토해양부, 기획재정부, 조달청, 중소기업청)합동으로 종합대책을 수립하여 국무회의에 보고한 바 있다(고용노동부, 2012. 4.17 보도자료). 따라서 현 정부의 장애인 고용 확충을 위한 종합대책 중에서 직업적 중증장애인의 일자리 제공을 위한 정부의 계획을 검토해보면 다음과 같다.

우선, 장애인 고용여건을 개선하기 위한 방안으로 기초수급제도의 개선, 장애물 없는 환경(Barrier Free; BF) 조성, 장애인 근로자 교통편의 확대를 제시하였다. 이중 기초수급제도는 장애인의 근로소득으로 인한 탈수급문제로 가중되는 의료와 교육비 때문에 장애인 고용에 큰 장애인으로 대두되었던 내용이므로 향후 장애인 고용에 큰 탄력을 줄 것으로 예상된다. 기존에는

취업성공패키지(고용노동부), 희망리본사업(보건복지부) 등에 참여한 근로와 사업소득의 경우에만 2년 유예를 적용하였다. 향후에는 장애인이 근로, 사업소득으로 인해 기초수급자에서 벗어난 경우에도 의료·교육급여를 2년간 지급할 예정이다. 하지만 직업적 중증장애인의 경우, 근로에 참여하더라도 고용의 질적인 수준이 매우 불안정하며 근로의 유지기간이 짧아 생활전반에 필요한 소득이 보장되지 못하는 현실이다. 따라서 기존 중증장애인 수급권자의 경우, 생계급여까지 확대하여 유예를 적용하는 방안을 검토하는 것이 필요하다.

또한, 장애인 공무원에 대한 보조공학기기 지원에 대한 공통기준을 마련하고, 일반회계에서 지원하는 내용이 제시되었다. 장애인 작업보조기기는 장애인의 원활한 업무수행에 있어 중요한 수단과 도구가 되며, 특히 중증장애인 고용의 성패를 좌우할 정도로 매우 중요하다. 이처럼 장애인 작업보조기기가 중증장애인의 직업유지에 있어 필수적으로 요구되는 보조장비임에도 불구하고, 장애인공무원에 한정하여 제공하는 한계가 존재한다. 따라서 공무원 뿐만 아니라 공공기관과 기업체에 종사하는 중증장애인으로 확대되어야 한다.

장애인의 직업교육 및 훈련을 강화하여 취업 역량을 제고하기 위한 방안으로 지역별 수요조사를 바탕으로 농·축산 및 공업 등의 특성화고 특수학급을 증설하는 것을 제시하고 있다. 2012년 350개 학급을 필두로 2013년 380개 학급, 2014년 410개 학급으로 증설할 계획을 가지고 있다. 또한 일반학교의 장애학생 진로 및 직업교육 활성화를 위해 시·도별 1개 이상의 직업전환교육지원센터를 설치할 예정이다. 특히 지적, 자폐성, 정신장애 등 정신적장애의 경우, 학교-직장 연계를 위한 지역사회중심의 전환교육이 중요하므로, 직업전환교육지원센터의 설치를 통해 가정-학교-직장-지역사회로 고용유지를 위한 지원서비스가 마련되어야 한다.

대부분 정신적장애인의 대표적인 고용형태인 보호고용의 확충 및 지원계획을 살펴보면, 기능보강, 경영컨설팅, 1차 산업으로의 전환을 위한 지원 확대 등이 제시되었다. 따라서 기존 직업재활시설이 제조업 중심의 업종에서 서비스업과 1차 산업으로 개편될 경우, 보다 많은 정신적장애인의 보호고용이 활성화될 것으로 보인다. 단, 각 직종 개발과 전환도 중요하지만, 고용의 질적인 부분과 고용유지 수단을 마련하기 위해서는 해당 정부의 지원뿐만 아니라 서울시에서도 별도의 조례에 의한 직업재활시설의 지원 대책이 마련될 필요가 있다.

아울러, Work together 센터를 설치하여 고용·고용·복지서비스간의 연계강화를 통한 고용창출효과를 극대화 하기위해 학교교육, 복지일자리 등과 연계한 센터를 장애인고용공단에 설치하여 지역사회 장애인 고용의 구심체 역할을 수행할 계획을 가지고 있다. 이는 각 부처별 장애인 고용정책의 분절화를 예방하는 효과와 지방자치단체, 학교, 기업체, 직업재활시설, 장애인복지관 등 각 제공기관 간의 긴밀한 연계를 구축하여 원스톱서비스 체계를 마련함을 의미한다. 따라서 서울시에서도 별도의 고용연계를 위해 2007년에 설치한 장애인일자리통합지원센터의 기능재편을 통해 새로운 전달체계를 구성하여, 고용의 협의·조정·협력체계를 구성하는 것이 필요하다.

특히, 중증장애인 고용프로그램 확대를 위해 교육과 고용을 연계한 커리어점프 희망일자리 프로그램을 2013년까지 16개 시·도교육청에 점진적으로 확대하고, 특수학교 내 졸업예정자, 전공

과 재학생을 대상으로 지역사회 내 공공기관 간 연계형 일자리 개발을 추진할 예정이다. 따라서 서울시 차원에서도 관공서 청소도우미, 도서관 사서보조, 우체국 우편분류 등 정신적장애인의 공공부분 일자리 연계를 위한 사업을 추진할 필요가 있다. 아울러, 대표적인 중증장애인 고용형태인 지원고용과 시험고용은 중증장애인의 직무습득과 직장적응 향상을 위해 취업성고가 높은 고용프로그램으로 제시되고 있다. 따라서 서울시 차원에서 미취업중인 청장년층 정신적장애인의 고용확대를 위하여 적극적으로 추진할 필요가 있다.

기존 의무고용제도의 이행강화를 위한 조치로는 대기업의 차등화한 고용부담금 부과방식을 채택하는 것과 장애인 고용율이 상대적으로 낮은 대기업을 대상으로 자회사형 표준사업장¹⁸⁾ 설치 기준을 완화하여 적극적으로 설치를 유도하는 계획을 가지고 있다. 즉, 기존요건은 근로자 수가 10인 이상, 장애인 30%와 중증장애인 50% 이상 고용, 최저임금액 이상 임금지급, 편의시설 구비, 자회사의 출자 및 주식 50% 이상 소유(공동은 예외)가 되어야만 했다. 하지만 자회사형 표준사업장의 설립유도를 위해 설립요건인 장애인 고용비율을 자회사 규모에 적합하게 완화하는 것을 골자로 하고 있다. 예컨대 자회사 규모 200명 이상은 장애인 30%와 중증 40%을 기준 적용하거나 300명 이상은 장애인 30%, 중증 30% 적용 등 자회사 기업의 규모가 클수록 중증장애인의 비율을 낮게 책정하는 것을 계획 중이다. 대기업의 의무고용 이행강화를 위한 자회사를 양성하여 장애인의 고용율을 높이기 위한 조치이나 대기업의 중증장애인 고용비율을 낮추고 있다는 점에서 좀 더 신중한 검토가 필요하다.

장애인 표준사업장 활성화를 위한 방안으로는 표준사업장의 요건을 갖춘 경우, 인증을 받도록 하여 연계고용 인정, 세제상 지원 등의 혜택을 부여하는 방안이 모색되었다. 세제혜택으로는 소득세, 법인세 50% 감면 연장과 지방세 감면 도입을 검토하고 있다. 세제감면제도는 2013년 12월 31일이 일몰기한이므로 연장하는 방안을 검토중이며, 지방세는 사회적 기업에 취득세 50%, 등록면허세 50%, 재산세 25% 등을 감면하고 있어 동일한 요건인 장애인 표준사업장에 감면제도를 도입하는 것을 우선적으로 검토하겠다는 계획을 발표하였다. 또한 고용노동부에서 기업별 장애인 고용실적을 나라장터에 전송하는 시스템을 구축함으로써 공공조달 시 장애인 의무고용 실적을 평가함으로써 가점을 실효성 있게 도입할 예정이다. 아울러, 장애인 공무원 채용비율을 기존 3%에서 4%로 상향조정하고 중증장애인 채용요건을 완화하기 위해 해당 직위에 대한 직무 분석을 통해 현실적으로 배치가 가능한 직종을 개발할 계획을 가지고 있다. 공공부문에서 가장 낮은 장애인고용 비율을 보이고 있는 교육청의 장애인근로자 의무고용 비율을 높이기 위해 장애인 신규채용 시 장애인 채용장려금 지급 등의 인센티브를 확대하고, 공공기관의 장애인 채용확대를 위해 의무고용 달성방안에 대한 권고, 기관평가 등을 통해 관리해 나갈 것을 제시하고 있다.

18) 자회사형 표준사업장은 모회사가 지분 50% 이상을 보유하고, 종 근로자의 30% 이상을 장애인으로, 장애인 중 50% 이상을 중증장애인으로 고용하는 회사로 장애인 고용인원에 따라 최고 10억원까지 지원을 받을 수 있음.

(2) 서울시의 장애인 고용계획 (장애인 희망서울종합계획)

서울시 장애인행복도시 프로젝트는 공식적인 중간평가 없이 2012년 4월 18일에 발표한 장애인 희망서울종합계획으로 새롭게 수립되었다. 본 계획은 5개 분야 65개 중점사업(26개 신규사업 포함)으로 구성되었으며, 2014년까지 3개년간 총 1조 834억원을 투입할 예정으로 제시되었다. 이에 장애인 고용관련 사업으로 제시된 장애인 일자리 창출, 장애인 직업재활 지원 강화, 장애 청소년 일자리 확대, 장애인 생산품 판로지원 및 우선구매 정책을 살펴보면 다음과 같다.

우선, 적극적 일자리 확대정책으로는 서울시 및 산하기관의 일자리 확대, 장애인일자리통합 지원센터를 통한 신규일자리 개발, 민·관협력을 통한 신규일자리 개발을 제시하였고, 지원적 일자리 정책으로는 입찰시 장애인 고용기업우대 가산점 부여, 복지시설 등 민간위탁업체 선정시 장애인 고용을 반영, 장애인고용촉진및직업재활지원에관한 조례 제정을 들 수 있다. 장애인 직업재활지원강화로 장애인행복서비스센터(고용플러스자) 건립 및 운영, 장애인 여성인력개발센터 설치 및 운영, 장애유형별 맞춤형 직업재활프로그램 도입을 제시하였고, 장애청소년 일자리확대로 장애학생 희망일자리 사업과 특수학교 졸업생을 대상으로 직장인턴십 프로그램을 제시하였다. 마지막 장애인생산품 판로지원 및 우선구매정책으로 장애인생산품 우선구매촉진을 위한 조례제정과 행복플러스 가게 등 장애인 생산품판매장을 확충하는 계획을 가지고 있다. 장애인 일자리 사업에 투입되는 총예산의 규모는 2011년부터 2014년까지 1,157억(전체투입예산 13,062억의 8.8%)을 투입할 것으로 제시한 바 있다.

전반적으로 기존의 장애인행복도시 프로젝트에 비해 장애인 희망서울종합계획은 사업의 규모나 내용이 보완되어 체계적으로 제시되어 있고 예산의 추계도 정확한 산출기준이 제시된 것으로 평가된다. 하지만, 서울시 고용정책의 설계와 이행수단을 마련함에 있어 향후 고려되어야 할 사항을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 장애인 고용계획을 수립함에 있어 공식적인 평가체계의 일정과 계획이 포함되지 못한 한계가 있다. 앞서 제시한 바와 같이 장애인행복도시프로젝트에 대한 사업평가가 이루어지지 못한 점을 고려할 때 반드시 공식화된 모니터링 체계가 필요하다.

둘째, 서울시 장애인 고용정책의 계획 및 집행의 일관성이 부족하다. 장애인행복도시 프로젝트에 대한 성과분석 후 향후 희망서울종합계획에서 보완·수정될 부분에 대한 언급이 없고, 사업의 연계성에 대한 계획도 제시된 바 없다. 따라서 기존 정책에 대한 연계성을 가질 수 있도록 사업계획 단계에서 고려할 필요가 있다.

셋째, 서울시 민간기업체의 의무고용을 제고를 위한 구체적인 목표치가 제시되지 못하고 있으며, 서울시 산하기관에 대한 일자리 확대에 있어 구체적인 중증장애인 고용계획이 포함되어 있지 않다. 아울러, 서울시 산하기관에 대한 고용 미이행 조치가 마련되어 있지 못한 점이 아쉽다. 앞서 제시한 바와 같이 서울시 민간기업체 및 산하기관의 고용율이 저조하므로 이에 대한 조치가 마련될 필요가 있다.

마지막으로 정부의 고용정책과 연계한 서울시 고용계획의 반영이 미흡한 점을 들 수 있다.

예컨대, 정부는 중증장애인 다수고용사업장, 자회사형표준사업장 등을 집중적으로 육성할 계획을 가지고 있으며, 공공부문에서 가장 낮은 장애인고용 비율을 보이고 있는 교육청의 장애인 채용장려금 지급 등의 인센티브를 확대하고, 공공기관의 장애인 채용확대를 위해 의무고용 달성 방안에 대한 권고, 기관평가 등을 통해 관리해 나갈 것을 제시한 바 있다. 따라서 서울시 차원에서 정부의 고용정책과 연계성을 가질 수 있도록 계획을 검토하여 수립할 필요가 있다.

IV. 지적·자폐성, 정신 장애인의 탈시설과 고용정책관련 해외 및 타 시도 사례 연구

1. 탈시설정책의 해외 및 주요 시도 사례 분석

가. 탈시설정책의 해외 사례 분석

1) 정신병원이 사라진 이탈리아

1978년 제정된 이탈리아의 Law180은 정신장애인의 탈시설화의 세계적인 상징이 되고 있다. 이 법은 주요 내용은 다음과 같다(Girolamo & Cozza, 2000; 이영문, 2009에서 재인용).

- 모든 정신병원의 새로운 입원을 1980년 1월부터 금지하고 정신병원의 규모를 단계적으로 축소한다.
- 일반 종합병원 내 급성 정신과치료병상을 운영하며, 최대 15병상으로 제한한다.
- 강제입원은 엄격하게 제한한다.
- 정신과서비스가 제공되는 지역사회정신보건센터를 지리적 분포에 맞추어 개설한다.

이와 같은 획기적인 법안의 골자는 정신장애인의 입원치료를 급성적 위험상황에서만 정신병원이 아닌 일반병원에서 예외적으로 7일의 입원을 허용하며, 지역사회의 복지기관이나 사회서비스를 통해 보호한다는 것이다. 이탈리아 트리에스테 지역을 방문조사한 최준석(2008)에 의하면 지역에서는 정신질환으로 의심되는 사람이 발견되면 누구나 지역 정신보건센터로 연락하며, 정신보건센터에는 24시간 전문가들이 현장에서 정신장애가 있는 사람과 상담한다. 그리고 즉각적인 치료가 필요한지 아닌지를 판단하고, 즉각적인 치료가 필요하면 병원으로의 동행을 설득한다. 그렇게 정신보건센터에 입소한 정신장애인이라도 본인이 원하면 언제든지 나갈 수 있다. 만일 정신장애가 있는 사람이 입원을 강하게 거부한다면 강제입원 절차를 거치게 된다. 정신보건센터 입소를 위하여 의사 2명의 진단과 경찰의 간단한 조사, 그리고 시장의 승인이 있어야 하며, 강제입원한 경우라도 한번 입원에 7일, 한 차례 연장 가능하며, 그 이상은 법으로 금지되어 있다. 퇴원하더라도 지속적인 치료가 필요한 경우 외래 치료를 약속받고, 약속이 지켜지지 않으면 의사나 간호사, 상담사 등이 직접 환자를 방문하여 상담하고 진료하는 체계를 가지고 있다. 이러한 체계 속에서 정신질환을 조기에 발견하고 치료가 시작되면 꾸준한 사후관리가 이루어지는데, 최근 2년간 강제 입원은 단 한 건도 없었다.

2) 미국의 정신장애인 탈시설화전략

탈시설화의 역사에 있어 미국 정신장애인 탈시설정책은 매우 중요한 의미를 가진다. 실제 미국은 정신병원에 장기입원하고 있는 정신장애인의 탈시설화에 관한 정책적 이슈를 처음 제기하고 이를 구체화하는 정책수단을 통하여 상당한 성과를 거두었기 때문이다. 또한 이러한 정책을 계기로 북유럽에서의 노말리제이션 논의가 활성화되는 계기를 제공하여 세계적으로 탈시설을 확산시켰다고 볼 수 있다.

미국의 정신장애인 탈시설정책의 핵심전략은 Managed Care와 사례관리를 중심으로 한 재정 전략이었다고 할 수 있다. 이 두 가지를 중심으로 미국의 정신장애인 탈시설화전략을 살펴 보자 한다.

미국에서 탈시설전략이 공식화된 것은 1963년 지역사회정신보건센터법이 제정된 시점이라고 할 수 있다. 이전 시대에는 주립정신병원이 주된 치료 및 보호의 장소이었던 것이 이 법의 제정에 따라 빠르게 지역사회로 이동하였다. 이 시기를 지역사회정신보건시대라고도 하는데, 이때 지역사회 서비스의 성장 동력은 연방정부의 재정전략에 있었다. 즉 종래 주립 정신병원 운영에 재정적 어려움에 처해있던 지방정부에게 지역사회정신보건센터가 설치되며 서비스의 재원조달을 연방정부가 담당하는 것은 충분한 재정적 유인이 되었기 때문에 탈원화가 급속도로 이루어질 수 있었다.

이와 같은 미 연방정부의 정신장애인 입원의료비와 지역사회서비스 간 역할분담 조정은 이후 Managed Care 전략과 연결된다. 즉 1981년 The Omnibus Reconciliation Act를 통과시킨 레이건 정부가 주정부에 정액교부금을 지급하며, 정신보건서비스의 재정적 책임을 주정부로 이관하자 주정부가 재정을 부담하는 주립정신병원을 축소시키는 변화가 발생하였다. 이러한 변화는 다시 입원치료의 억제 기제를 형성하게 되는데 그 핵심이 사례관리이다.

Managed Care는 비용 통제와 서비스 질 향상이라는 목표를 달성하기 위한 주요전략으로 첫째, 예방 개입과 지역사회 서비스를 통한 입원치료의 예방, 둘째, 인두제 및 위험조정계약과 같은 새로운 계약방식의 도입, 셋째, 사례관리를 통한 이용적정성 관리와 서비스접근통제 등을 활용하였다(김연희, 2005).

예를 들어 주정부는 카운티정부와 인두제 및 위험조정계약에 의하여 일정액을 예산을 할당한다. 그리고 카운티정부는 이 계약에 의하여 사업을 직접 수행하거나 다시 A라는 보험회사 혹은 민간기업 등과의 계약을 통해 관할구역 내 1000명의 정신장애인에 대한 서비스비용을 50억 원에 계약 할 수 있다. 이때 카운티 혹은 A는 사례관리를 통한 입원의료 이용의 억제와 지역사회 복지서비스로의 연결을 주된 목표로 한다. 그런데 입원치료가 다수 발생하여 서비스비용이 50억 원을 초과하는 경우 위험조정계약을 통하여 카운티 혹은 A가 그 비용을 부담하게 되는 것이다.

주정부와 지방정부 혹은 지방정부와 민간서비스조직간의 위험조정계약에 의한 입원비용의 통제방식이 Managed Care의 요체라고 할 수 있다. 그리고 Managed Care가 수행되는 주요 방식이 적극적인 사례관리라는 것이다.

미국의 정신보건체계가 Managed Care 체계 하에서 구체적으로 어떻게 작동하는지를 이해하기 위해, 김연희(2005)가 소개한 알라메다 카운티의 서비스전달체계의 구조적 변화와 주요 운영 전략을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 지역사회에 취약한 응급센터와 응급 입원치료에 대한 서비스 인프라의 강화가 이루어졌으며, 입원서비스와 지역사회 서비스 간의 간격을 메우기 위해 입·퇴원 전후의 개입프로그램을 강화하였다. 그 하나의 형태는 위기안정화프로그램으로 정신과 응급실 이용자의 대부분이 정신 의료적인 필요보다 심리사회적 스트레스에 적절히 대처할 수 없어 정신과 응급실을 부적절하게 활용한다는 점에서 기인하였다. 본 프로그램은 최대 24시간 동안 신속한 위기개입 및 서비스자원의 연계와 같은 적절한 개입을 통해 환자를 안정시키고, 부적절한 응급서비스 이용을 예방하도록 하고 있다.

둘째, 이용 대상에 따라 적절한 수준의 서비스를 비용대비 효과적으로 제공하기 위하여 카운티는 Level I 과 Level II의 두 층으로 분리된 서비스체계를 조직하였다. Level I은 적극적인 사례관리를 중심으로 만성중증정신장애인의 입원/재입원을 예방하고 이들의 지역사회 적응과 통합을 돕는 매우 포괄적이고 강도 높은 서비스체계이다. Level II는 상대적으로 경증이거나 기능이 향상된 만성정신질환자들을 위해 개입 정신과 전문인들을 통해 제공하는 저강도/저비용의 서비스이다.

셋째, 탈시설화의 가장 큰 장애는 적절한 거주시설의 문제임이 지적되어 거주시설의 확대를 위한 다면적 노력이 있었다.

넷째, ACCESS라는 중앙사정기구 설립하고 서비스 이용적정성 심사체계를 개발하여 최우선 표적대상으로만 서비스를 한정하여 무분별한 접근을 통제하였고, 표적대상에 대하여는 신속하게 적절한 수준의 서비스에 연계하도록 하였다.

다섯째, 사례관리서비스와 다양한 서비스를 한 지붕 밑에서 제공하는 동일장소 배치전략을 활용하여 약물치료, 상담, 사례관리 등의 서비스가 직업재활, 주간보호, 사회적응프로그램 등과 같은 장소에서 제공될 수 있도록 하였다.

3) 시사점

이탈리아 정신보건개혁의 시사점을 살펴보겠다. 이 나라는 2006년 인구 5천8백여만명에 정신병상수는 8,975개이다. 이는 인구 4천5백 여만명에 7만개 이상의 정신병상을 가지고 있는 우리나라의 현실과 비교할 수 있다. 그렇다면 어떻게 이와 같은 정신보건체계를 유지할 수 있는지 이탈리아의 정신보건체계와 우리나라 체계와의 핵심적 차이를 만들어내는 특징을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 입원원충장치들이 공적으로 완비된 체계이다. 응급 상황에서 단기입원을 할 수 있는 종합병원 정신과체계가 수립되어 있으며, 24시간 운영되는 정신보건센터에 일시 및 단기보호시설이 설치되어 있다. 이러한 체계들은 정신장애인이 응급한 치료나 안정을 위한 상담을 받은

후 곧바로 지역사회로 복귀할 수 있도록 한다.

둘째, 정신의료기관의 대안으로서 주거시설들이 충분히 공급되고 있다. 2006년 이탈리아는 주거시설 1,370개소에 17,138명의 정신장애인이 생활하고 있으며, 개소당 평균 거주인원은 12.5명이다.

셋째, 정신보건센터의 공공성 확보이다. 이탈리아 정신보건센터는 지역사회에서 정신장애를 가진 사람들이 입원하지 않은 채 치료를받고 지역사회에 복귀할 수 있는 서비스를 공적 책임 하에 제공한다. 즉 이탈리아는 정신보건센터 자체가 치료기능, 위기보호기능을 가지고 지역사회에 거주하는 정신장애인에게 책임 있는 서비스를 제공하고 있다는 것이다. 이는 정신보건센터의 대부분이 정신의료기관 운영법인에 위탁되어 운영되고 있으며, 위기상황에 있는 정신장애인을 자체 체계 내에서 보호하거나 치료하지 못하고 정신의료기관으로 의뢰할 수밖에 없는 우리나라의 현실과 많은 차이가 있다.

미국 정신장애인 탈시설화에 대한 우리나라의 시사점을 정리하면 다음과 같다.

첫째, 탈시설화를 정책적으로 유도하기 위한 재정전략이 합리적으로 추진되었다. 즉 입원치료비용을 지방정부에 부담하게 하고 지역사회서비스 비용을 연방정부가 부담함으로써 지방정부에 대하여 탈시설화에 관한 충분한 재정적 유인을 제공하였다. 또한 의료급여(Medicaid) 예산을 의료비용과 지역사회서비스비용에 모두 사용할 수 있도록 함으로써 지역사회 서비스예산의 부족을 방지할 수 있는 재정체계를 구축하였다.

둘째, 탈시설화 추진에서 사례관리전략과 재정전략이 적절하게 연계되어 실행되었다. 미국 캘리포니아 사례관리 작동기제는 의료급여(Medicaid)예산과 자동차등록세 및 부가가치세 일부를 합친 비용을 카운티정부에 포괄보조하는 것이 요체이다. 즉 포괄보조금으로 정신질환자의 입원의료비용과 지역사회서비스비용의 경계를 제거한 후 잉여예산에 대한 자유로운 사용을 허용하는 한편 초과비용에 대하여 위험조정 의무를 부과함으로써 적극적인 사례관리를 통한 지역사회서비스 이용을 유도하고 있다. 반면 우리나라 정신보건센터 사례관리는 그것을 뒷받침할 재정전략이 부재한 상태로 볼 수 있다. 우리나라의 경우 의료급여에 대한 기초자치단체 부담률이 0~6%에 불과하여 기초자치단체의 의료급여 억제기제가 거의 작동하지 않고 있다. 이 뿐 아니라 사회복지시설 서비스와 같은 지역사회보호서비스는 지방자치단체가 전체비용을 부담하도록 하고 있어 사례관리 성과에 대한 지방자치단체의 관심이 미미하다. 따라서 정신보건센터 사업주체의 모순과 함께 중앙-지방간 재정분담구조에서 정신보건센터 사례관리는 작동하기 어려워 다른 전략을 모색할 필요가 있다. 즉 정신보건센터의 사례관리는 미국 캘리포니아 프로그램의 명목적 등가물에 불과하며 사례관리의 작동기제는 측면에서 서로 다른 서비스로 볼 수 있다는 것이다.

셋째, 부적절한 입원 완충장치로서 지방정부가 공공영역에서 24시간 안정화센터 및 응급치료 병상을 적절하게 공급하였다. 현재 우리나라 공공영역에서는 이 서비스가 결여되어 있다.

모범적인 정신장애인 탈시설화가 추진된 국가들의 공동분모는 첫째, 지역정신보건사업의 공공성 확보이다. 즉 탈시설 추진정책의 책임을 지방정부가 명확히 가지고 정책을 추진한다는 점이다. 서울시의 경우 4개 시립정신병원과 대부분의 정신보건센터를 위탁운영하고 있어 미흡한 탈시설 추진에 관한 책임주체가 부재하다. 서울시의 시립정신병원 및 정신보건센터 위탁정책에 관한 재검토가 반드시 필요하다. 둘째, 두 나라 정신보건체계가 우리나라 체계와 명확히 차이나는 지점은 지역사회 입원완충장치 존재여부이다. 탈시설정책의 추진을 위해서는 입원완충장치가 되는 일시보호시설 및 응급입원시설을 지역사회에서 확충하고 공공영역에서는 명확한 목표를 가지고 운영하는 것이 중요하다. 셋째, 현재 우리나라 정신보건센터의 사례관리는 미국이 시행하는 Managed Care의 재정방식과 연계 없이 수행되고 있어 탈시설 측면에서 아무런 효과 없으며, 입원병상은 운영자인 정신의료기관에 의해 위탁 운영되고 있어 사업주체의 이해관계가 탈시설화와 상반되는 상황에 놓여있다. 정신보건센터 재정지원방식과 사업주체에 관한 재검토가 필요하다. 넷째, 두 사례에서는 입원시설의 대안인 주거시설이 탈시설정책에 대응하여 적절히 공급되었다. 서울시에서도 탈시설정책은 장애인 주거정책이라는 관점을 가지고 주거시설 공급을 확장해야 한다.

나. 탈시설정책의 주요 시·도 사례 분석

1) 파주시 장애인자립지원지역사회조직화에관한조례

파주시에서는 2011년 12월 23일 파주시 장애인 모두가 성공적으로 자립할 수 있는 기반을 조성하고 민주시민으로서의 완전한 사회참여를 도모하기 위하여 지역사회가 협력할 수 있도록 하는 것을 목적으로 '파주시장애인자립지원지역사회조직화에관한조례'를 제정하였다. 이는 장애인 탈시설화를 넘어 지역사회 참여를 적극적으로 지원하는 내용을 담고 있어 큰 의미를 가진다고 할 수 있다.

조례 제3조는 시장이 장애인의 자립을 위하여 읍·면·동장에게 지원사업을 권장하고, 이를 위한 지역사회 조직화사업을 지원할 수 있다는 것과, 행정기관, 공공 및 민간단체 등에 대하여 장애인 자립추진에 참여할 수 있도록 적극 독려하도록 규정하고 있다.

시장의 지원 하에 장애인복지관장은 장애인 자립을 위한 지역사회 조직화에 관한 읍·면·동별 기본계획을 수립하며(제4조 제1항), 장애인복지관장은 우리나라 전통적 사랑방에서 자연스럽게 지역 주민들이 의견을 교환하고 서로 협력하며 지지하는 분위기가 형성되었던 사랑방 모형에 기초하여 전통적 사랑방 형태의 참여인별 열린 모임을 구성하도록 한다(제4조 제2항).

이러한 열린 모임은 참여인과 협력인으로 구성되는데, 참여인은 파주시 거주 장애인을 말하며(제2조 제2항), 협력인은 지역사회에서 자립을 이룰 수 있도록 자립의 길을 안내하고 돕는 사람을 말한다(제2조 제3항). 열린 모임은 장애인의 자립에 관한 문제를 토론하고 해결 방안을 제시하며, 참여인의 자립을 완성하여 사회참여를 이루도록 지속적으로 활동하는 모임(제2조

제4항)이다. 열린모임의 중심은 반드시 참여인이어야 하며, 협력인은 2명 이상으로 구성하여 참여인의 자립을 지원한다(제7조 제7조 제1항).

열린모임 외에 장애인복지관은 장애인자립촉진위원회를 두며(제8조 제1항), 구성원은 위원장 및 직능별 분과위원장과 간사 각 1명을 포함하여 5명 이상 20명 이내로 구성한다. 위원은 장애인지도자, 장애인 자립에 관하여 전문적인 지식과 경험이 풍부한 사람, 장애인자립을 위하여 헌신·봉사하는 주민, 각 직능단체 대표 또는 기업인, 관계 공무원 중에 선출하며(제8조 제2항), 이들은 심의·조정·홍보·확산·평가와 향후 발전방향을 협의하고, 지역사회와 협력하며, 지역사회 자원을 개발하고, 연계·조정하며, 열린모임의 활동을 지원·조정한다. 또, 복지관과 지역사회와의 협력체계를 마련하고 그 밖에 시장이 장애인자립에 필요하다고 인정하여 회의에 부치는 사항을 지역 내에서 직접 해결하는 것을 원칙으로 한다(제8조 제3항).

장애인복지관은 장애인 자립을 위한 지원사업의 총괄기관으로 참여인이 중심이 되는 개인별 맞춤형자립계획을 수립해야 하며(제11조), 지역사회가 적극적으로 지원할 수 있도록 하는 조정 역할을 담당한다. 복지관은 전반적인 자립의 계획수립·조정·평가 및 사례관리에 관한 기능을 지원하고, 위원회 구성·운영 및 교육지원, 지원사업 자문 및 홍보, 참여인과 동아리 및 열린모임 지원, 지역별 담당자 파견 등의 사업을 수행하며, 협력인과 공공기관 그 밖에 참여인 등에 관한 전반적 사항을 전산화하여 관리하며 인증, 포상, 각종 인센티브 등을 적극적으로 제공함으로써 서비스 협력체계의 활성화를 촉진한다.

이렇게 참여인 자립을 위하여 연계된 지역 내 시설(소방서, 병원, 관공서, 기업, 단체 등)을 포괄하여 구성한 협력체계를 행복한 울타리라 부르며, 이는 복지관, 위원회, 열린모임이 공동으로 개발 및 관리한다(제10조 제2항).

2) 시사점

과주시의 '과주시장애인자립지원지역사회조직화에관한조례'는 지역사회가 총체적으로 장애인의 지역사회 생활을 지원하기 위한 지지체계 구축하려는 노력을 조례를 통해 구체화하고 선언하였다는 점에서 큰 의미를 지닌다. 이 조례의 시사점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 지방정부, 장애인복지관 등의 직접적인 장애인복지서비스에 관한 책임주체 이외에 소방서, 병원, 관공서, 기업, 단체 등 광범위한 지역사회조직들을 장애인 자립을 위한 협력체제로 포괄하고 있다.

둘째, 장애인 자립과 관련한 지역사회 지지체계의 중요성을 인식하고 열린모임이라는 지지체계를 구체적으로 조직화하고 있다. 특히 이러한 지지체계를 지역 특성에 맞는 사랑방모임 형태로 조직화하고 있다.

셋째, 장애인복지관으로 하여금 개인별 맞춤형자립계획 수립의 의무를 부여하고 있다.

넷째, 자립을 위한 관련 복지관, 위원회, 열린모임 등 사업주체들간 역할분담을 명확히 하고 있다.

2. 고용정책의 해외 및 주요 시·도 사례 분석

가. 해외 사례 분석

1) 미국의 ‘정부 거래업체의 장애인 고용 의무 부과’

미국 노동부는 2011년 12월 8일 보도 자료를 통해 정부와 거래하는 업체에 대해 장애인 고용 의무를 부과하여 장애인 의무고용율을 7%를 달성하겠다고 발표하였다(세계장애동향, 2012a). 이 제안은 재활법 503항의 ‘장애인 채용의 차별 금지’를 실현할 수 있다는 측면에서 긍정적인 평가를 받고 있고 파급효과가 클 것으로 전망하고 있다.

서울시의 ‘장애인희망서울종합계획’에 따르면 입찰시 장애인 고용 민간기업 우대 가산점 제도와 복지시설 등 민간 위탁업체 선정 시 장애인 고용 가산점(2~5점/100점)을 운영할 계획을 가지고 있다. 하지만 미국의 이러한 조치는 서울시의 계획 보다 더 강한 것으로 평가할 수 있다. 서울시의 경우 입찰시 장애인 고용 민간기업 우대 가산점제도에 머무르는 반면, 미국의 경우 거래업체의 입찰 자격 요건으로 부여하는 것이다.

따라서 서울시에 일정 비율의 정신적장애인을 채용하는 업체와 거래하도록 의무규정을 마련한다면 정신적장애인의 고용에 획기적인 전환점이 될 수 있을 것이다. 서울시의 경우 장애인구의 규모를 고려하여 1%의 의무고용율을 규정하는 것이 적합하며, 일정 공시기간을 거친 후 입찰 자격 요건으로 부여하는 제도 도입이 필요하다.

2) 영국의 ‘직업선택(Work Choice) 프로그램’

영국은 잡센터플러스(Jobcentre Plus)에서 일반고용프로그램을 통해 취업이 어려운 중증장애인에게 고용기회를 제공하여 왔다. 2010년 10월에는 ‘취업준비 프로그램’, ‘취업단계프로그램’, ‘직업소개제도’를 통합하여 ‘직업선택프로그램’을 새롭게 도입하였다. 이 제도는 기존의 장애인 고용관리사(Disability Employment Advisor) 외에 직업선택관리사(Work Choice Provider)를 신설하여, 장애인고용관리사는 적격성 심사를 수행하고, 직업선택 관리사는 현장직무지도를 수행하며, 능력개발계획 및 교육훈련 등 지원은 장애인고용관리사와 직업선택관리사가 공동으로 수립하도록 하고 있다(세계장애동향, 2012b).

영국의 잡센터플러스는 서울시 차원에서 민원접수 기능을 수행하고 있는 ‘120 다산콜센터’와 기능이 유사하다. 즉, 장애인, 노인, 여성 등의 고용 관련 민원을 포괄적으로 접수하여 담당부서에 배분하는 기능을 강화한 형태라 할 수 있다. 잡센터플러스의 업무처리 절차를 간략하게 설명하면 다음과 같다. 장애인 당사자가 고용 관련 민원을 신청하면, 상담원은 즉시 ‘장애인고용관리사’에게 이관하여 장애인고용 업무를 처리하게 해준다. 또한, ‘장애인고용관리사’는 적합성 심사를 통해 적절한 서비스(취업준비, 취업단계, 직업소개 등)를 판정하여 서비스에 적합한 ‘직업선택관리사’를 지정하며, 지정된 직업선택관리사와 공동으로 계획 수립 및 진행과정을 모니터링하게 된다.

이러한 형태의 장애인 고용관련 민원처리시스템은 서비스의 중복이나 누락을 방지할 수 있을 뿐만 아니라 장애인이 하나의 창구를 통해 종합적인 직업재활서비스를 받을 수 있는 장점이 있다. 따라서 서울시에서 계획하고 있는 '장애인행복서비스센터'의 기능을 고려할 때 초기상담 및 적격성 심사의 기능을 센터 내의 직원이 수행하고 기존 지역사회 내의 직업재활수행기관에서 현장직무 지도를, 그리고 공동으로 능력개발계획을 수립하는 역할을 부여하는 것이 적합할 것이다.

3) 독일의 '자폐성 장애인만을 고용하는 사회적 기업 Auticon'

2011년 11월, 독일 최초로 자폐성장아인만을 고용하는 사회적 기업 Auticon이 설립되었다. Auticon기업은 기존 사회적 기업과는 다른 특징을 가지고 있는데, 이는 자폐성장아인 특히 아스퍼저증후군(asperger syndrome)이 가지는 특정 영역에서의 탁월한 능력을 IT 산업 영역에 접목하려고 시도하였다는 점이다. 즉, 컴퓨터 프로그램 기술에 관련한 부품 검사, 적합성 검사, 시스템 검사 및 제품 합격 검사와 관련된 직업을 창출하였다. 직원은 1차 서류심사, 2차 적성검사 및 전문가 조언에 의해 최종 선발하게 되며, 3개월간의 잡코치 지원에 의한 인턴과정, 전문가 교육과정을 거쳐 업무에 투입하게 된다(세계장애동향, 2012b).

다수의 중소기업은 채용인력을 즉각적인 생산인력으로 투입한다. 하지만 대부분의 정신적장애인은 생산라인에서 필요한 현장적응력과 상황대처능력이 떨어져 3개월 이상의 직장생활을 유지하기가 쉽지 않다. 그러므로 일부 정신적장애인이 사회적 기업 형태로 일정기간 동안의 직무적응 과정을 거치게 된다면, 정신적장애인 특히 자폐성 장애인이 가지는 암기력, 소리 식별, 퍼즐, 연산 등 한정된 분야에 탁월한 능력은 고도의 집중력이 필요한 직종으로의 취업으로 연결될 수 있을 것이다.

이러한 정신적장애인의 직업적 특성을 고려할 때 서울시는 현재 협소하게 이루어지는 직종개발 영역에서 포괄적인 적합 직종을 개발로 직종개발을 확대하고 사회적 기업을 유지하기 위한 제안을 통해 민간의 참여를 유도할 필요가 있다. 이는 일부 정신적장애인의 장애특성은 특화된 직종에서 고도의 기능을 발휘할 수 있기 때문이며, 직업스트레스가 높은 일부 직무에 대해 우수한 능력을 보여줄 수 있기 때문이다.

4) 이탈리아의 '지방정부 장애인 고용기금' 고용정책 사례

이탈리아는 우리나라와 같이 장애인 의무고용 제도를 채택하고 있으며, 장애인 고용이 증가하는 추세에 있다. 특히 장애인노동권보장법 제 68조에 근거하여 중증장애인을 영구 고용하는 기업에 대해 중증장애인 연봉의 일부를 보상해 주며 중증장애인 고용에 대한 적극적인 우대정책을 마련하고 있다. 즉, 노동능력 상실률이 80% 이상인 경우에는 연봉의 60%를 보상해주고 있으며, 노동능력 상실률이 67~79%인 경우에는 연봉의 25%를 보상해 준다.

특히 이탈리아의 중증장애인 고용정책은 주정부 산하의 도(Provincia)가 핵심 역할을 담당하고 있으며, 별도의 고용기금을 마련하고 있다는 특징이 있다. 지방정부 장애인 고용기금은 연방과 지방정부의 매칭펀드 방식으로 마련된다. 즉, 연방정부(중앙정부)의 '장애인고용국가기금(Fondo Nazionale)과 주정부(지방정부)의 '장애인고용기금(Fondo regionale per l'occupazione dei disabili)'으로 구성된다. 이러한 지방정부의 별도의 장애인 고용기금 운영방식에 대해 주목할 만한 특징은 세 가지이다(세계장애동향, 2012b).

첫째, 연방정부의 '장애인고용국가기금'은 각 주의 장애인 고용 실적을 평가하여 평가 점수에 비례하는 금액을 각 주정부에 배당한다. 둘째, 주정부의 '장애인고용기금'의 재원은 기업의 고용 부담금(93%), 장애인노동법 과태료(5%), 기부금(2%)으로 구성된다. 셋째, 주정부는 주정부 산하의 행정기관인 각 도(provincia)의 실적에 따라 고용기금을 배분하여 준다.

따라서 이탈리아 제도가 주는 시사점은 중증장애인 고용에 대해 행정기관의 실적에 따라 책임을 부담하고, 평가와 재정 지원을 연동하여 운영함으로써 중증장애인의 고용 증가를 가져오고 있다는 점이다. 또한 중증장애인의 고용 확대를 위해 우리나라의 시·도와 시·군·구와 같은 각 도에 역할을 부여하고 있으며, 이를 실현하기 위해 기업의 고용부담금을 시·도의 재원으로 하고 있다. 현재 우리나라의 중증장애인 고용정책은 중앙정부를 중심으로 이루어지고 있으며, 중증장애인과 정신적장애인의 고용은 크게 증가하지 않고 있다. 이를 개선하기 위하여 지방자치단체에 권한과 함께 재원을 법적으로 부여해야 할 것이다.

5) 일본의 '사회적 고용'

일본의 사회적 기업은 일반고용과 복지고용의 중간적 성격의 고용으로도 이해할 수 있다. 따라서 한국의 사회적 기업제도에 해당하는 제도가 일본의 사회적 고용으로 정의될 수 있다. 일본의 사회적 고용은 일부 지방정부의 지원에 의해 운영되어 오다가 2012년 중앙정부 차원에서 법률안이 마련되고 있다.

따라서 일본의 사회적 고용은 1982년 오사카(大阪)부 미노우(箕面)시의 '장애인노동센터'에서 시작되었다. 이후 오사카부는 1986년부터 '장애인고용조성제도'라는 이름으로 다음과 같은 지원을 하고 있다(세계장애동향, 2012a). ① 종업원 중 일반취업이 어려운 중증장애인의 비율이 30% 이상, ②장애인의 경영 참가, ③ 노동보험가입 등이며 이를 충족시키는 사업소에 대해 장애인 임금의 3/4과 시설 및 설비에 대한 지원금을 지급하는 것이다.

일본 사례가 주는 시사점은 사회적 기업 제도가 지방정부의 필요에 따라 활용될 수 있다는 점이다. 우리나라의 경우 사회적 기업이 중앙정부 사업으로 진행되고 있으며 일률적으로 적용되고 있다. 따라서 장애인 사회적 기업은 기존의 직업재활시설 운영사업과 차이 없이 운영되고 있으며 장애인 고용의 성과도 2년의 지원기간이 종료되면 실패하는 경우가 많다.

따라서 서울시 산하 사회적 기업에 한하여 일정기간 동안 정신적장애인 수에 따라 임금의 일정 부분을 보조해 주는 방안과 같이 중앙정부의 지원 외에 서울시가 정신적장애인을 추가

지원하는 방안을 검토할 수 있다.

6) 시사점

미국, 영국, 독일, 이탈리아 그리고 일본을 중심으로 주요 선진국의 장애인 고용정책 사례를 통한 시사점을 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 미국의 경우, 입찰 시에 장애인 고용 의무의 이행을 입찰 자격 요건으로 부여하고 있다. 이는 현재 서울시에서 추진예정인 장애인 고용 민간기업 우대 가산점제도보다 한층 강력한 조치이다. 따라서 서울시 차원에서 마련 중인 '장애인고용촉진및직업재활지원에 관한조례'에서 미국과 같이 입찰 자격 요건으로 부여하는 방안을 마련하는 것이 바람직하다. 이는 현재의 가산점 제도는 형식화될 여지가 있으며, 향후 입찰 자격요건으로 부과할 경우, 정신적장애인 고용율의 제고시킬 수 있기 때문이다.

둘째, 영국은 원스탑통합민원시스템인 잡센터플러스의 중증장애인 고용 프로그램을 개편하여 직업선택 프로그램으로 통합하고 직업선택관리사를 신설하였다. 이러한 조치는 서울시 차원에서 추진할 수 있는 정신적장애인의 고용 확대를 위한 전달체계에 시사점을 제공한다.

즉, 서울시의 경우 중증장애인 고용프로그램 활성화를 위하여 다산콜센터에서 장애인 고용 관련 민원접수하고, 서울시에서 기 계획하고 있는 '장애인 행복서비스센터'와 연계하는 방안이 모색될 필요가 있다. 또한 향후 설치할 예정인 '장애인 행복서비스센터'에서 초기상담 및 적격성 심사를 수행하고 기존 직업재활수행기관에서 현장직무지도를 담당하며, 공동으로 직업능력개발 계획을 수립하도록 하는 것이 바람직할 것으로 판단된다.

셋째, 독일의 '자폐성 장애인만을 고용하는 사회적 기업 Auticon' 고용정책 사례는 정신적장애인의 직종개발 관점에 대해 시사점을 제공해 준다. 독일은 집중력이 뛰어난 일부 정신적장애인의 특성을 고려하여 IT의 검사(test) 직무를 개발하여 운영하고 있다. 일부 정신적장애인은 직업스트레스가 높은 일부 직무에 대해 우수한 능력을 발휘될 수 있다는 점이 확인되었다. 따라서 서울시 차원에서 포괄적인 직종개발과 사회적기업의 적극적인 유치를 위한 제안을 통해 민간의 참여를 유도할 필요가 있다.

넷째, 이탈리아의 장애인 고용의무제도는 지방정부 산하의 도(우리나라의 시·군·구)가 핵심 역할을 담당하고 있는 특징을 보인다. 따라서 장애인 고용의 핵심적인 기제는 실적에 따른 예산 배분과 기업의 고용부담금을 재원으로 지방정부가 '장애인 고용기금'을 확보하고 추진하고 있다는 점이다.

현재 우리나라의 중증장애인 고용정책은 중앙정부를 중심으로 이루어지고 있으나 중증장애인 중 특히 정신적장애인의 고용율의 증가는 미미한 수준으로 나타나고 있다. 따라서 장애인 고용의 확대와 중증장애인을 위한 특별프로그램 진행을 위해 지방자치단체 차원의 서비스 권한과 함께 별도의 자원 마련을 위한 근거를 법적으로 마련하는 것이 바람직하다.

다섯째, 일본은 사회적 기업 제도를 지방정부의 필요에 따라 독자적으로 활용할 수 있도록

운영하여 왔다. 우리나라의 경우 사회적 기업이 중앙정부 사업으로 진행되고 있는데, 지방정부 차원에서 정신적장애인의 고용의 어려움을 고려하여 정신적장애인 수에 따라 임금의 일정 부분을 보조해 주는 방안도 검토해 볼 수 있다.

나. 주요 시·도 사례 분석

1) 경상남도의 중증장애인 다수고용사업장

경상남도에서 수행하고 있는 중증장애인 다수고용사업장은 보건복지부에서 시행하고 있는 중증장애인 다수고용사업장 지원 제도를 적극 활용하고 있는 사례이다. 중증장애인 다수고용사업장은 중소기업 규모의 시장경쟁력을 갖춘 직업재활시설로 이해할 수 있다. 다수고용사업장 지원제도는 보건복지부에서 공모사업 형식으로 2003년부터 지원하는 사업으로 전체 장애인근로자 100명의 고용을 목표로 추진하므로 근로자 100인 이상(장애인 70%)인 사업장을 대상으로 진행되고 있다. 재정의 지원규모는 시설당 30억을 1회 지원하며, 국비와 지방비가 일대일 매칭펀드로 이루어지는 사업이다.

2011년 현재, 전국에 다수고용사업장은 13개소가 개설, 운영 중에 있으며, 2011년 보건복지부 자체 심사에서는 서울과 경남 지역이 사업자로 선정된 바 있다. 이 중, 경상남도는 창원, 남해의 선정에 이어, 2011년도에는 양산이 선정되어 운영 중에 있다.

창원의 경우, 사회복지법인 나눔복지재단에서 수탁 받아 부산직업능력개발원에서 장애인 직원훈련을 실시하며 인쇄, 세탁, 전자제품 등을 생산하고 있다. 또한 남해는 사회복지법인 해인에서 수탁 받아 흑마늘을 생산하고 있다. 경상남도는 2014년까지 6개 권역에 1개소씩 연차적으로 다수고용사업장을 건립, 운영할 계획을 가지고 있다.

기존의 직업재활시설이 20명 내외의 소규모로 운영되는데 반해, 중증장애인 다수고용사업장은 70명 이상의 장애인을 고용함으로써 규모의 경제를 실현할 수 있는 요건을 갖추고 있다. 따라서 시·도 수준에서는 영국의 램플로이(Remploy)나 스웨덴의 삼할(Samhall) 모형의 축소판으로 이해할 수 있으므로 정신적장애인의 특성을 고려할 때 다수고용사업장은 적합 직종과 연결된다면 정신적장애인에게 성공적인 모델이 될 수 있다.

실제로 다수고용사업장은 1차 산업을 바탕으로 운영되는 경우가 많으며, 현재도 정신적장애인의 적합 직종으로 1차 산업이 대두되고 있는 추세이다. 예컨대, 경기도직업개발연구센터에서는 정신적장애인의 적합 직종으로 화훼, 토마토 등과 같은 작물재배를 바탕으로 한 1차 산업 중심의 직업모형을 제시하고 있다. 반면, 정신적장애인이 반복적으로 단순한 형태의 작업공정이 필요한 작업에 적합하다는 전제 하에 현재 활용되고 있는 직종에는 제지, 봉투, 전자제품 등의 2차 산업 중심의 업종도 있다.

그러나 이러한 직종은 판로 확보와 납기일 준수 등을 고려하면 대규모 고용이 어렵다는 단점이 있다. 따라서 100명 이상의 다수고용사업장의 특성을 고려한다면, 작물 재배와 같은 1차 산업

의 다수고용사업장이 적합할 것으로 보인다. 또한, 1차 산업은 시장경쟁력을 갖춘 산업이 아니므로 농업경제 규모에 큰 영향을 미치지 않아, 지역경제의 활성화에 기여한다고 볼 수 있다.

결론적으로, 다수고용사업장은 정신적장애인의 고용창출에 상당한 기여효과가 있는 고용지원 제도로 판단된다. 하지만, 중증장애인 다수고용사업장은 다음과 같은 한계가 있다. 첫째, 다수고용사업장은 장애인 고용의 기대효과가 있는 만큼 사업장이 일정규모 이상이어야 하며, 설비 및 장비 등을 갖추어야 하기 때문에 최초 설치에 고비용이 소요된다. 따라서 지방자치단체의 중증장애인의 고용계획과 투자비용의 확충이 전제되어야 한다. 둘째, 다수고용사업장은 하나의 사업장에 장애인이 중심이 된 고용형태를 가지고 있으므로 비장애인과 사회통합적인 노동환경 제공에 있어 적절성 논쟁이 있을 수 있다. 따라서 최대한 통합된 작업환경을 갖추는 것이 중요하다. 셋째, 현재 중증장애인 중심의 다수고용사업장은 2년차부터 정부지원이 중단되는 시장경쟁형 모형으로 사업의 이윤창출과 고용안정에 한계가 있을 수 있다. 따라서 사업초기에 안정적인 판로개척과 생산품의 품질을 유지하는 경영관리기법이 필요하다.

그러나 다수고용사업장의 이러한 한계에도 불구하고, 중증장애인의 고용정책이 뚜렷하게 제시되지 못한 현실에서 정부나 지방자치단체에서 선택할 수 있는 좋은 대안으로 대두되고 있다. 또한 자연친화적 생태 먹거리에 대한 사회적 분위기와 관심이 높아진 점을 고려할 때 정신적장애인의 고용증대를 위한 1차 산업 중심의 다수고용사업장은 유용한 장애인고용 정책 수단이 될 수 있다.

이에 경남의 다수고용사업장 운영 사례를 통한 시사점으로 서울시 차원에서 다수고용사업장 제도 도입을 위해서는 다음의 세 가지 전제조건을 고려할 필요가 있다.

첫째, 정신적장애인의 적합 직종으로 작물재배 등 1차 산업을 특화직종으로 개발할 필요가 있다. 둘째, 다수고용사업장의 특성상 초기사업의 정착이 중요하므로 생산품목을 우선구매 품목에 포함시켜 판로개척을 지원하는 것이 필요하다. 셋째, 서울시는 부동산 비용 등 지대가 높으므로 예산절감 방안으로 강원도, 경기도 등의 지역과 협력과 협약하는 방안이 필요하다. 즉, 운영비는 서울시가 제공하고 이용자는 일정비율로 배정하는 방안이 고려될 수 있다. 넷째, 시의회 차원에서는 별도의 조례로 비영리 특수법인을 만들고, 지자체 수준에서의 진행할 수 있는 영국이나 스웨덴 모델의 축소판을 만들어 추진할 것을 권장한다.

2) 경기도 직업개발연구센터의 사회적 기업

경기도 직업개발연구센터의 사회적 기업 운영 사례는 본격적인 정신적장애인 일자리 사업의 일환으로 추진된 사업이기 보다 정신적장애인의 적합 직종과 근로방식을 개발하는 목적으로 실시되었다. 즉, 대부분의 직업재활시설이 제지, 봉투, 전자제품 등 제2차 산업을 기반으로 적합 직종을 선정, 운영한 특성에 반해, 정신적장애인의 고용 적합 직종을 모색하고자 1차 산업을 중심으로 운영한 사례이다. 따라서 경기도는 직업적 중증장애인(지적·자폐성장아인)을 주된 대상으로 직종개발을 통해 독립생활을 보장하고, 삶의 질 향상에 기여할 목적으로 2004년 4월에

경기도직업개발연구센터를 설립하였다. 센터의 주요기능은 중증장애인 적합 직종에 대한 연구 개발과 정책제안, 컨설팅을 통한 모델개발이다. 이를 실현하기 위한 센터의 주요 4대 중점사업은 다음과 같다.

첫째, 예비사회적 기업과 관련한 해피투게더 농장 사업은 초화류 및 과채류의 모델화, 자연체험학습장 운영, 인터넷 쇼핑몰 운영을 하고 있다. 2008년 14명의 지적·자폐성장장애인이 참여하였으며, 참여자와 함께 직무분석에 따른 업무배치 및 훈련, 적합품종 재배 및 발굴 등을 실시하였다. 둘째, 직업적 중증장애인을 위한 1차 산업개발 사업은 적합품목 선정 및 재배, 적합품목 동물 사육, 장애인 재활 사업, 농업경영 기술 습득 및 활용을 하고 있다. 셋째, 사업의 활성화를 위하여 지역 네트워크 구축 및 관리, 사회공헌과 자문, 컨설팅, 인식개선 및 홍보사업을 병행하고 있다. 넷째, 신체적 중증장애인을 위한 직업개발 사업으로 전자상거래와 원격근무(telework) 모델을 개발하고 있으며, 발달장애인에게 적합한 품목으로 도로정비용 화훼, 친환경 채소류(토마토), 화훼 분화용 카네이션을 생산하여 지자체, 기업, 학교, 도매업자에게 판매하고 있다.

결론적으로 경기도 직업개발연구센터의 사회적 기업 운영 사례를 통한 시사점을 제시하면 다음과 같다. 우선, 경기도 직업개발연구센터와 같은 정신적장애인의 적합직종과 근로방식의 개발을 위한 별도의 연구센터가 설치될 필요가 있다. 즉 적합직종과 근로방식에 대한 연구개발과 시범적용, 컨설팅을 통한 모델개발이 먼저 선행되어 직업재활수행기관이나 사회적 기업과의 연계를 추진할 필요가 있다.

둘째, 서울시는 대부분 3차 산업을 중심으로 산업이 형성되고 있고, 지대가 높아 농업 지역이 사실상 존재하지 않는다. 따라서 1차 산업을 중심으로 서울시 내에서 실현하는 것은 현실적인 제약이 많다. 그러므로 경기도직업개발연구센터에서 제안한 1차 사업은 현실적으로 서울시에서 적용하기에 한계가 존재한다.

하지만 1차 산업이 정신적장애인에게 고용효과가 큰 산업임을 고려할 때 1차 산업은 타 시도와 협력사업을 통한 공동연계사업 형태의 사회적 기업 모델로 추진하고 3차 산업은 지역사회를 기반으로 개별 혹은 소기업모델을 중심으로 한 지원고용 모델의 추진을 고려해 볼 수 있다. 외국의 장애인지역사회재활 모형(CBR)은 고용 문제를 다룰 때 단순한 고용 자체가 아닌 지역사회 내에서의 생활 연계형 고용을 중심에 둔다. 예컨대, 햄버거 가게, 카페의 서빙, 우편물의 분류, 세탁과 같은 단순 업종에 대해 지역사회에서 고용하고 생활하도록 지원하는 모형을 말한다.

따라서 정신적장애인의 고용방향을 3차 산업중심의 직종개발을 통한 직업배치를 이루고자 한다면, 1기업 1인 중심의 개별배치나 소기업 모델의 집단고용 형태로 취업을 지원할 필요가 있다. 현재 이러한 취업 형태는 현재 발달장애인 부모의 노력에 의해 주로 이루어지고 있으며, 기관중심의 지원고용 사례가 있다.

셋째, 정신적장애인의 일반고용을 이루기 위해서는 서울시 산하 직업재활수행기관(복지관, 단체, 시설, 정신보건센터 등)의 유기적인 연계와 협력체계가 필요하며, 별도의 신규사업으로 고용을 창출하기 위해서는 중증장애인 고용바우처를 서울시 차원에서 개발하여 시범사업 평가

후 보급하는 것도 고려할 수 있다.

3) 경기도의 장애인생산품 우선구매

장애인생산품 우선구매는 '중증장애인생산품우선구매특별법'에 근거하여 정부정책으로 시행하고 있는 사업이다. 경기도의 우선구매 사례는 도차원의 장애인생산품 구매실적 향상을 위해 다른 시·도보다 다음과 같은 특별한 노력을 하고 있어 주목할 만 하다.

첫째, '1기업 1직업재활시설 맺기'로 생산 물량에 대한 안정적인 판로를 개척하기 위해 도차원에서 기업체와 직업재활시설과의 협약을 추진하고 있다. 2011년 기준 도 내 10개 기업체에서 직업재활시설과 업무협약을 맺고 있으며, 향후에도 지속적으로 추진할 예정이다. 둘째, 직업재활시설의 판로에 소요되는 비용부담을 줄이기 위해 장애인생산품판매시설인 굼두리 공판장의 판매 수수료를 기존 11%에서 7%로 인하하였으며, 인터넷 쇼핑몰(<http://eshop.gom.or.kr>)을 개설하였다. 셋째, 경기도 내 공공기관별 구매실적을 공개하고, 구매실적을 '부서 경쟁력 평가지표'에 반영하고 있다. 넷째, 국군장병 생일축하 쌀케익을 공급하고 있다. 2012년에 경기도 내 7개 직업재활시설이 참여하여 22,800개의 쌀케익을 공급할 계획을 갖고 있다. 이외에도 일자리 사업의 일환으로 보건소 건강도우미, 주단기 보호시설 케어도우미, 장애인 주차위반 단속 등의 신규 일자리 직종 개발을 추진하고 있다.

특히 경기도 장애인생산품 우선구매를 위한 노력 중 '1기업 1직업재활시설 맺기' 운동은 기업과 직업재활시설간의 관계를 경기도가 지원함으로써 중증장애인의 고용촉진을 돕는 좋은 지원 정책이다. 하지만, 장애인생산품의 품질 개선 등의 과제로 인해 기업체의 참여가 10개소에 그치고 있어 활성화까지 시간이 필요할 것으로 보인다.

또한, 공공기관별로 구매실적을 공개하고 '부서 경쟁력 평가지표'에 구매실적을 반영하는 것은 지방정부가 직접적으로 시행할 수 있는 좋은 정책 수단이다. 따라서 서울시 차원에서 공공기관의 우선구매 실적을 부서 경쟁력 평가지표에 반영하는 것을 적극 검토할 필요가 있다. 현재, 서울시 차원에서도 경기도 수준의 창업·경영 컨설팅을 포함한 자금 및 판로지원 등을 수행하고 있다. 서울시 산하기관 및 기초자치단체에 장애인기업 제품에 대한 우선구매를 홍보하고 있으며, 중소기업 전시장을 활용하여 장애인기업 전시를 지원하고 있으나 향후에는 보다 적극적인 이행을 위한 행정적인 조치(기관 평가 반영) 등의 적극적인 정책 수단을 마련하는 것이 필요하다.

다만, 장애인생산품 우선구매를 촉진하는 정책이 정신적장애인과 같은 중증장애인의 고용창출로 연결되지 않을 수도 있다. 왜냐하면 장애인생산품 판매 수입은 추가 고용 보다 열악한 근로장애인의 인건비를 향상시켜 주는 용도로 사용될 가능성이 높기 때문이다. 따라서 본 사례에서 제시한 장애인생산품우선구매 실적 향상을 위한 정책수단도 필요하지만 정책목표가 정신적장애인의 고용 향상을 위해 직접 고용을 유발할 수 있는 정책(예, 다수고용사업장, 적합 일자리 모델개발, 중증장애인 고용실적 2배수 인정 등)이 병행되어야 한다.

4) 대전광역시의 건강카페 운영을 통한 장애인 일자리 창출

대전광역시는 발달장애인 일자리사업의 일환으로 '건강카페'를 운영함으로써 다른 지방자치단체의 벤치마킹 대상이 되고 있다. 대전광역시가 역점사업으로 추진하고 있는 '건강카페' 사업은 대전광역시장이 일본의 삿포로시를 방문했을 때 청사 로비에서 장애인이 일하는 '건강카페'를 보고 얻은 아이디어에서 시작된 것으로, 장애인에게 일자리를 제공해주는 것 뿐 아니라 복지까지 두 개의 효과를 동시에 거두고 있는 사업이다. 현재 대전시청(1호점), 하나은행 본점(2호점), 평생교육문화센터(3호점) 등 3호점까지 개점한 '건강카페'는 발달장애인의 재활과 사회구성원으로서의 삶을 지원하기 위해 공공기관 내에서 사회적 기업이 직접 만든 빵과 커피를 판매할 수 있도록 지원하고 있다. 대전시의 '건강카페' 사업은 교육과학기술부 특수교육과에서 지방자치단체의 우수 협력모델로 평가받아 타 시·도로 확대될 가능성이 높아지고 있으며, 향후 '건강카페' 사업을 지속화하고 확산시키기 위해 브랜드 사업으로 추진하고 전국 지방자치단체 등 공공청사에 설치협조를 의뢰하는 등 안정적인 장애인 일자리사업으로 정착하기 위한 노력을 전개하고 있다.

현재 대전시와 비슷한 장애인이 일하는 카페를 설치하고 있는 지방자치단체는 경기도 평택시의 '위드커피'와 인천광역시 남동구청과 계양구청의 '위더스 카페'가 있으며, 사회공헌사업의 일환으로 인천대교(주)에서 추진한 2010년 인천대교 기념관 내의 '올 Coffee & Tea'가 있고 국민연금본부 마당에 'NPS cafe 36.5'가 운영 중에 있다. 또한, 광주시청의 '이름카페'는 북구 장애인직업재활센터에서 운영하고 있으며, 도시철도공사에서는 (사)실로암사람들이 인화학교 성폭력 사건의 피해자를 돕기 위해 '카페홀더'를 운영하고 있고 광주케이크노파크에 '테크테리아'는 광산구 지적장애인협회가 운영 중이다.

결론적으로 지방자치단체 및 공공기관, 대기업의 1층 로비에 설치, 운영 중인 장애인이 일하는 카페사업은 정신적장애인의 일자리 창출사업으로 가장 적합한 모형으로 제시된다. 따라서 서울시 차원에서 신청사와 서울시 산하 투자·출연기관에 카페사업을 의무적으로 설치, 운영할 수 있도록 정책적인 노력이 필요하다.

6) 시사점

앞서 제시한 5가지 타 시·도의 장애인 고용정책 사례는 각 시·도의 특성을 반영한 중증장애인 고용촉진을 위한 지원정책을 제시한 것이다. 따라서 타 시·도 사례가 서울시에 모두 적합하다고 볼 수 없지만, 서울시 차원에서 정신적장애인의 고용창출을 위한 정책으로 참고 할 수 있는 시·도 사례를 수집한 것이다. 이에, 타 시·도 사례분석을 통해 서울시의 특성을 고려한 중증장애인 고용정책으로 도입하거나 적용하기 위한 검토사항을 제시하면 다음과 같다.

첫째, 경남의 중증장애인 다수고용사업장 운영 사례는 작물재배와 같은 제1차 산업이 정신적 장애인에게 적합한 직종으로 추정되며, 다수고용 모형으로 유용한 접근방식으로 이해될 수 있다.

즉, 서울시와 같은 인구밀집 도시의 경우, 3차 산업이 더 적합한 형태의 모형으로 추정될 수 있으나, 단순 직종이면서 시장경기에 상대적인 영향력이 적고, 수요가 안정적인 대규모 노동집약적 직종은 작물재배 형태가 적합하다고 평가된다. 과거 전자제품 조립과 같은 업종은 사양화되고 있기 때문이다.

그러나 서울시 차원에서 작물재배 등 1차 산업을 통한 다수고용사업장 운영을 적극적으로 검토한다면, 경기도나 강원도 지역과의 협약을 통해 공동사업을 추진하는 것을 고려할 필요가 있다. 또한, 사업 안정화까지 우선구매 품목에 포함시켜 사업의 판로개척을 지원하고 초기자본 투자가 해결된다면, 자연친화적 생태 먹거리에 대한 관심이 높아진 사회적 여건을 고려할 때 실현가능한 모형으로 판단된다. 이를 위해 서울시의 경우 조례로 비영리 특수법인을 만들고, 지자체 수준에서의 영국의 램플로이(Remploy)나 스웨덴의 삼할(Samhall)모델의 축약모델인 서울형 램플로이 모형을 추진할 필요가 있다. 즉, 서울형 램플로이 모형이란 타 시·도와 협력 하에 이루어지는 중소기업형(100명 규모)의 1차 산업 다수고용사업장 모형을 의미한다.

둘째, 경기도직업개발연구센터의 사회적 기업모형 운영 사례는 정신적장애인의 고용모형을 개발하고, 시범사업을 추진하기 위한 별도의 연구센터가 필요함을 시사해주고 있으며, 중증장애인의 경우 1차 산업이 적합하다는 것을 보여준다. 그러나 서울시의 제반 여건을 고려할 때 적용하기에 어려움이 있다. 따라서 서울시에 적용하기 위한 장애인 사회적 기업 모형은 타 시·도와 협력을 통한 공동연계사업으로 추진하고, 3차 산업에 해당되는 햄버거 가게, 카페의 서빙, 우편물의 분류, 세탁과 같은 단순 업종에 대해서는 지역사회에서 고용하고 생활하도록 지원하는 생활연계형 고용방식으로 재구성할 필요가 있다. 즉, 서울시의 여건은 1인이 1사업체에 고용되는 개별 배치 모델이나 집단고용 형태로 배치되는 소기업모델의 지원고용 형태가 일반적인 접근방법으로 판단된다. 지금까지 이러한 취업 형태는 주로 발달장애인 부모의 개별적 노력과 기관중심의 지원고용 프로그램에 의해 이루어졌다. 하지만, 서울시차원에서 서울시 산하 직업재활수행기관과 유기적인 연계를 통한 고용배치나 중증장애인 고용바우처를 개발하고 보급하는 것도 고려해 볼 수 있다.

셋째, 장애인생산품 우선구매 촉진을 위하여 경기도차원에서 추진하는 전략을 살펴보면, '기업 1직업재활시설 맺기' 운동, 공판장 판매 수수료 인하, 공공기관별 구매실적의 경쟁력 평가지표 반영, 국군장병 생일축하 쌀케익 공급 등이 있다. 특히 공공기관별 구매실적을 경쟁력 평가지표에 반영하는 것은 지방정부가 직접적인 수요를 창출하는 유효한 수단으로 평가된다. 그러나 장애인생산품 우선구매의 확대가 정신적장애인의 고용 확대로 귀결되지 않을 수도 있으므로 정책목표가 지향하는 정신적장애인의 고용 향상을 위해서는 직접 고용을 유발할 수 있는 정책수단도 마련되어야 한다.

넷째, 대전시의 '건강카페' 사업은 발달장애인의 일자리 창출모델로 시작되었으나 정신적장애인의 고용창출을 위한 적합한 모델로 대두되고 있는 사업이다. 따라서 서울시에서 신청사나 산하 투자·출연기관에 카페사업을 의무적으로 설치하는 방안을 마련하고 이를 운영, 지원해 줄 사회적 기업의 육성을 고려할 수 있다. 또한 정신적장애인의 가족을 중심으로 바리스타 교육을 이수하여, 가족창업을 통한 간접고용 형태로 지원해주는 것도 고려할만 하다.

V. FGI 및 심층면접 결과분석

1. 탈시설화의 장애요인

가. 연구방법

1) 참여자 선정

정신장애인의 탈시설과 관련하여 각 기관의 담당자들이 인식하고 있는 문제제과, 그 해결 방안을 모색하기 위하여 전문가 간담회를 실시하였다. 전문가 간담회는 지역 정신보건센터와 광역 정신보건센터 근무자, 정신질환자 사회복귀시설의 근무자를 대상으로 7월 17일, 7월 18일, 8월 2일에 총3회 실시하였다.

전문가 간담회를 통해 얻은 내용을 바탕으로 미연고 정신장애인의 탈시설 과정에서의 문제점과 병원 환경에 대한 심층 조사를 위해 여성노숙인쉼터 시설장 1인과 시립정신병원 근무 사회복지사 1인을 대상으로 7월 25일 2회의 심층 인터뷰를 실시하였다.

본 연구의 간담회에 참석한 전문가는 총 11명으로, 아래 <표5-1>와 같다.

<표 5-1> FGI와 심층면접 참여자

참여자명	연령	직급	근무기관	연구방법
참여자1	30대	선임	정신보건센터	FGI
참여자2	30대	팀장	정신보건센터	
참여자3	30대	팀원	정신질환자 사회복귀시설	
참여자4	50대	시설장	정신질환자 사회복귀시설	
참여자5	50대	시설장	정신질환자 사회복귀시설	
참여자6	30대	팀장	정신질환자 사회복귀시설	
참여자7	50대	시설장	정신질환자 사회복귀시설	
참여자8	50대	원장	정신질환자 사회복귀시설	
참여자9	40대	임원	한국사회복귀시설협회	
참여자10	30대	사회복지사	시립정신병원	심층
참여자11	50대	소장	여성노숙인쉼터	

2) 질문내용

구체적인 구조화된 질문의 내용은 다음 <표5-2>와 같다.

<표 5-2> FGI 및 심층면접 질문 내용

	구조화된 질문내용
FGI	<ul style="list-style-type: none"> - 정신장애인들이 장기입원 하게 되는 이유는 무엇인가? - 정신장애인들이 지역사회에서 지속적으로 생활할 수 있도록 하는데 실효성 있는 정책방안은 무엇인가? - 정신장애인과 같이 사는 가족들을 실제로 지원할 수 있는 정책방안은 무엇인가? - 정신장애인 당사자의 관점에서 지역사회생활 유지에 가장 필요한 지원은 무엇인가?
심층면접	<ul style="list-style-type: none"> - 정신장애인들이 장기입원을 하게 되는 이유는 무엇인가? - 퇴원하는 정신장애인들을 효과적으로 지원하기 위한 정신의료기관과 지역사회서비스와의 연계체계는 어떻게 수립되어야 하는가? - 무연고 혹은 주가가 없는 정신장애인들이 지역사회에서 적응하고 살아가는 데에 필요한 지원책은 어떤 것들이 있는가?

나. 연구결과

1) 분석항목

분석결과는 총 6개의 범주와 20개의 하위범주로 정리되었다. 내용은 다음과 같다.

<표 5-3> 분석결과

범주	하위범주
가족, 지역사회, 전문가 그리고 국가에 의해 이루어지는 거부와 편견	지역사회와 전문가의 편견이라는 장벽
	가족들의 힘겨움과 부담으로 인한 거부
	교묘한 거부, 갈 곳이 없는 정신장애인들
다람쥐 쳇바퀴 돌 듯, 다시 병원으로	분절·단절된 지역사회 서비스
	지역사회에 살고 싶은 몸부림
	또 하나의 병원, 입소사회복지시설
자본에 의해 지배되는 정신보건체계	대안주거에 대한 차별
	복지도 없이 효율성만 남은 대규모 시설의 운영
정신장애인에 대한 복합서비스가 제공되지 않는 시립정신병원	이윤창출에 고려된 정신장애인의 인권
	내·외상의 치료를 서로 다른 병원에서 받아야 하는 환자들
서울시 공공 정신보건의 체계는 존재하는가?	재활과 복지서비스가 없는 시립병원
	정체성 혼란을 겪는 정신보건센터
	협력과 연계는 없고 경쟁만 남은 지역사회 정신보건체계
	체계성이 없는 주거서비스를 제공하는 정신보건시설
	미지의 섬, 정신요양시설
종사자와 정신장애인의 힘겨운 동행	정신장애인의 추적·관리가 불가능한 공공정신보건체계
	무연고자를 배제하는 정신보건센터
	정신보건 종사자들의 불안한 나날들
	정신보건 종사자들의 방전된 에너지, 쉽이 없는 무리한 레이스 사건사고, 피해자는 종사자

2) 결과분석

가) 가족, 지역사회, 전문가. 그리고 국가에 의해 이루어지는 거부와 편견

① 지역사회와 전문가의 편견이라는 장벽

“어떤 택시 기사가 그러세요 저 죽어야 된대요 그런 대우를 받는. 사람들 시선이. 세금만 줌 먹는 사람들. 이렇게 취급을 받으니까. (참여자 10)”

“주거 사회복지시설 네 군데 중 한 군데는 OO구에 할라고 했는데.. 못들어갔어요. 저 주민들 때문에...(참여자 4)”

지역사회에서 인식하고 있는 정신장애인은 ‘세금만 줌 먹는 사람들’이라는 이미지였다. 이는 비장애인들과 정신장애인과 의 경계를 분명히 하는 것이며, 결국 지역사회를 공유하고자 하는 의지가 없음을 의미한다. 이 경계를 유지하고자 하는 의지가 매우 폭력적으로 표현된다는 점에서 그 편견의 강도를 유추해볼 수 있다.

이러한 경계긋기에 대한 강력한 표시는 정신장애인의 대한 태도와 관련된 연구들을 통해서도 확인할 수 있었다. 배형일 외(2009)는 대학생들을 대상으로 장애인 주거의 공적 관리에 대한 입장을 연구하였다. HIV/AIDS와 정신분열병에 대한 주거 관리의 필요성에 찬성하였고, 공적 장소를 장애인들이 사용하는 것을 제한하는 것에 대해서도 긍정적이었다. 그 중에서도 정신분열증 환자의 공적장소 사용 제한을 가장 찬성하고 있었다.

조은영(2010)의 연구에서는 정신장애인이 경험한 낙인의 내용을 구체적으로 드러내고 있었는데, 한 정신장애인은 같은 단지 내의 이웃으로부터 “정신분열증 환자는 갑자기 뒤에서 사람을 칼로 찌를 수 있다. 그것도 모르냐?”라며 이사 갈 것을 종용받았다. 즉 정신장애인은 함께 살기에 ‘위험한 존재’로서의 이미지를 가지고 있었다. 안전의 위협은 경계긋기에 대한 정당성을 제공하고 있다. 이것은 곧 지역사회를 지키는 일이기 때문이다.

정신장애인에 대한 낙인은 지역사회에서 강력하게 작용하고 있으며, 동시에 사실에 근거한 내용이 아님에도 불구하고 ‘안전’이라는 명분이 그러한 폭력적인 태도를 정당화 시키고 있는 듯 보인다.

또한 이러한 거부가 지역 내에서만 이루어지고 있는 것이 아님도 확인하였다.

“한 달, 두 달 입원해서 좋아져 보낼 때가 되어서 다시 연락을 하면 막 화를 내시는 거예요. 정신보건센터에서. 왜 벌써 퇴원시키냐고. (참여자 10)”

지역 내 정신보건의 거점 역할을 하는 정신보건센터에서도 정신장애인이 퇴원 후 지역으로 돌아오는 것에 대해 반대하고 있었다. 정신과적 진료를 하고 증상을 완화시키는 데에 있어 한

달, 두 달 이라는 입원 기간이 너무 짧다는 것이 그 이유였다. 참고로 2010년 우리나라 정신의료기 관에서의 평균 입원기간은 5개월 16일(166일) 이었다(중앙정신보건사업지원단, 2010).

장시간동안 병원이라는 제한된 환경 내에서 살아온 정신장애인들에게 지역사회는 새롭게 '적응'해야 할 공간이다. 그러나 정작 적응해야 하는 것은 새롭게 주어지는 일상으로서의 지역사회가 아니라 그들을 감시하고 배척하는 지역사회 구성원과 전문가들의 시선이였다.

“사실은 이게 역으로 얘기하면, 너무 오랫동안 장기 입원하면요 지역사회에 나와서도 적응을 못해서 다시 돌아가시거든요. 지역사회에 나왔다 하더라도 본인들이 힘들어서 다시 자기는 병원으로 보내달라고 하거든요. 못 견디니까...(참여자5)”

'적응'을 해야 하는 정신장애인을 '보호'하지 못한 채 그들의 행동을 사사건건 감시하고 있는, 편견이라는 이름을 가진 사회의 장벽을 넘기에 장시간 병원에서 생활했던 정신장애인은 너무나 약해져 있었다. 다수에 맞설 어떠한 보호막을 가지지 못한 정신장애인은 결국 다시 병원으로 돌려보내 달라고 애원하고 있다.

② 가족들의 힘겨움과 부담으로 인한 거부

앞서 언급한 것처럼 지역사회 내에서 정신장애인과 의 경계긋기는 지역사회를 지키는 일과 연관되므로 매우 적극적인 형태로 나타난다. 예를 들어, 정신장애인과 그 가족들은 같은 지역 내의 주민들로부터 다른 곳으로 이사가라는 항의를 많이 받는다. 때문에 정신장애인의 가족들은 이러한 부정적 낙인으로 인하여 자신들의 익숙한 생활터전까지 변경해야 하는 부담을 갖게 되는 것이다. 그 부담을 감당하기 어려워 결국에는 정신장애인을 병원에 입원시키거나 시설에 입소시키는 방법을 택하곤 한다.

“사실은 그게 제일 크게, 가족들의 보호부담을 어떻게 할 수가, 보호거부 이런 이야기는 조금 그런데, 하여튼 다른 가족들이 너무 힘들니까 실제로, 이러한 것들 때문에 회피처럼 되어버린 건데... (참여자4)”

“한편으로는 보호자가 있어서 보호의무자에 의한 입원이거든요. 보호의무자가 여러 가지 이유로 같이 데리고 있지 못하기 때문에 병원에 보내는 경우가 더 많다고 생각되거든요 (참여자10)”

“가서 만약에 환자가 탈출 한다거나 하면 대책이 없잖아요 그러니까 불안한 거예요 차라리 개인 병원이라도 가둬두는 게. 죽지 않고 살아있는 거 눈으로 보니까 안심이 되는 거예요 보호자들 입장, 보호자들이 오히려 더 저희보고 왜 퇴원 시키냐고...(참여자10)”

지역사회의 시선이라는 부담과 함께 나타난 것은, 가두어 놓는 것은 안타깝지만, 그나마 살아 있는 것을 보고 안심하고 싶은 가족의 마음이었다. 24시간 가족들이 지켜줄 수 있는 환경이

아니기 때문에 오히려 24시간 가두어둘지라도 살아 있을 수 있는 환경으로의 병원을 선택하고 있었다.

③ 교묘한 거부... 갈 곳이 없는 정신장애인들

1990년 이후 공동생활가정 및 주간보호센터가 설치되었다(김용득, 2012). 이는 미약하지만, 기존의 생활시설만이 아닌 대안적인 주거 형태가 등장하였음을 의미한다. 하지만 대안적 주거가 나타나기 시작한 지 20여년이 지났지만, 아직도 정신장애인들은 병원 혹은 요양시설에서 생활하고 있다.

이러한 시설화가 지속되는 이유에 대해 참여자들은 무연고 정신장애인에 대한 문제를 우선으로 꼽았다.

“1종이기 때문에 의료비가 남발이 돼서 이 사람이 계속 입원해 있는 거다, 병원 쪽이 무한 이득을 착취하는 거다라고 하기에는 이분들이 정말 갈 데가 없는 경우가 많이 있거든요.(참여자2)”

“주거시설에서 계신 분들이 퇴소하셨을 때 독립하는 성공률을 보니까 대부분 가족지원이나 직업재활에서 돈을 좀 모아놓으신 분들 있잖아요 그런 분들이 독립생활에 거의 성공을 하구요 그렇지 않은 분들 있잖아요 직업도 없고 가족의 지원도 없는 사람들은 진짜 운이 좋아서 임대주택이나 공공임대 아파트에 당첨되지 않는 이상은 또 횡수용화가 계속 지속되더라구요 (참여자6)”

독립적으로 거주할 곳이 마땅치 않으며, 가족도 없는, 혹은 가족지원이 적절하게 이루어지지 못하는 경우 정신장애인은 독립에 성공하기보다는 다른 시설로 옮겨가는, 횡수용화 현상이 나타나고 있었다.

“3년이 지침이예요... 그래서 문제되는 것도 뭐냐면 우리가 고민하는 게.. 주거시설끼리 서로 맞교환하는...(참여자5)”

그리고, 그렇게 맞교환하여 갈 수 있는 시설이 마땅치 않은 경우, 지역사회에 임시로 거주할 수 있는 곳을 거쳐 다시 병원으로 들어가는 형태를 띠고 있었다.

“정신장애인의 어떤 디테일한 섬세한 그거에 맞는 정책이 독립주거에서 안 나오고 그냥 무작정 나가라고 하면 고시원 가면 바로... 발견해서 또 병원에 가고...(참여자5)”

“보호자가 할 수 있는 것들도, 그리고 결국 병원에서 이야기하는 것도 일단 퇴원시켜라 퇴원시켜서 하루 이틀 여관방에서 자고 거기서 생활하다가 알콜 중독자들은 술을 먹고, 아니면 더 안 좋아지고 폭력적이 되면 다시 입원시켜라, 뭐 이런 식으로 얘기가 되거든요 (참여자2)”

이와 같이, 탈시설 정책을 실시하고 있음에도 불구하고 정신장애인들이 병원 혹은 시설 밖으로 나가지 못하는 가장 큰 이유는 정신장애인의 수에 비해 부족한 지역사회 시설 때문이다.

“수요를 못 따라가죠. 내보내는 사람하고.. (참여자6)”

이는 곧 주거시설끼리의 맞교환 혹은 다른 곳에서 임시로 거주하다 다시 병원으로 들어오는 형태의 입원을 택하게끔 하는, 어쩔 수 없이 병원으로 돌아올 수밖에 없도록 만들어진 구조였다. 즉, 적절한 지역사회 주거 대안을 마련해 놓지 않은 채 ‘탈시설’만을 언급하는 정부차원에서의 정신장애인 지역사회 거주에 대한 교묘한 거부였다. 이는 정신장애인이 갈 곳을 잃도록 만들었고, 지속적으로 다른 곳을 거쳐서라도 다시 병원 등으로 입원하게 되는 구조를 만들고 있다.

나) 다람쥐 쳃바퀴 돌 듯, 다시 병원으로

① 지역사회에 살고 싶은 몸부림

정신장애인에 대한 지역사회, 전문가, 가족, 국가의 거부, 서비스의 단절로 인한 고립과 같은 요인에도 불구하고 정신장애인들은 지역사회에 살고 싶어 한다. 그들은 거주할 곳이 마땅치 않은 상황이어도, 처참한 생활을 해야 할 지라도 시설보다는 고시원이라는 지역사회와 보다 가까운 곳에 거주하기를 선택하고 있었다.

“3년 동안 임대주택을 준비하거나 아니면 고시원밖에 없는 거죠...(참여자4)”

“하여튼 40만원 되면 보통 20만원에서 고시원에 내면 기본적으로 자고 먹는 게 해결이 되죠 아주 처참한 상태이긴 하지만..(참여자4)”

그나마 고시원이라는, 주거가 갖추어진 형태로 갈 수 있으면 다행이다. 위의 참여자가 말한 바와 같이, 20만원 정도의 월수입이 보장된 사람이 선택할 수 있는 장소가 고시원이었다. 그들이 지역사회로 돌아가기 위해 주어지는 최상의 선택지가 되는 고시원이 한국사회에서 가지는 상징성은 ‘고립’이다. 외국인노동자나 극빈층이 선택하는 주거형태인 고시원은 한국 사회의 다양한 고립의 모습들을 담고 있다. 그런데 그곳이 정신장애인에게는 지역사회에 보다 가까이 다가가기 위한 소통의 통로라는 점은 그들에게 주어진 지역사회로의 ‘복귀’가 얼마나 험난한지를 예상할 수 있게 한다.

“그래도 여기서 퇴원해서 고시원으로 갈 수 있는 정도는 자기가 모아놓은 돈이 조금 있으신 분들이예요 주소만 옮기면 되니까. 근데 그것도 한 푼도 없으신 분들은 못가지죠(참여자10)”

선택받은 자들의 주거공간인 고시원. 그나마 그조차 선택을 받지 못한 사람들은 또 다른 시설, 혹은 병원이나 거리로 나아가고 있다. 정신장애인들이 지역사회에 거주하고 싶어 하는

만큼 아직 지역사회는 그들이 살아갈 수 있는 충분한 대안을 마련하지 못하고 있다.

② 분절·단절된 지역사회 서비스

사회는 끊임없이 변화하는 존재이다. 때문에 사회 속에서 살아가는 것은 끊임없는 적응을 필요로 한다. 적응은 변화의 내용과 속도에 익숙해지는 것이다. 장시간 병원 혹은 요양시설 등에서 외부와 교류하지 않은 채 살아온 정신장애인들은 시설 밖에 비해 매우 느린 속도로의 변화를 겪는다. 또한 사회가 변화하는 내용에 노출되지 않는다. 때문에 지역으로 나온 정신장애인에게 제공되는 서비스들은 정신장애인이 사회의 속도와 정보에 둔감할 수밖에 없다는 특징을 배경으로 해야 한다.

그런데 지역사회 내에 이용할 수 있는 시설이 어디에 어떠한 것이 있는지, 그리고 그 곳에서는 어떠한 서비스를 제공하는지 등에 대한 서비스 정보제공이 이들에게 충분히 이루어지지 않은 채 퇴원이라는 절차를 통해 지역사회에 발을 내딛고 있음을 확인할 수 있었다.

“그 병원 안에서 퇴원할 때에 이 사람들이 적절하게 갈 수 있는 곳을 제대로 설명해 주지 않고 있다고 하는 거예요. 이제 사회복지사들은 나름대로 조금씩은 교육을 해서 A지역에 가면 이런 시설이 있고, 센터가 있는데 이 쪽으로 가보십시오, 하는 부분도 있겠지만. 그렇지 않고 그냥 무작정 퇴원을 시키고 있는 부분도 있다는 거예요.(참여자11)”

이렇게 아무런 정보 없이 지역사회에 나온 정신장애인을 서비스 제공기관에서 알고 찾아가 서비스를 연계할 수 있는 방법은 없다. 결국, 정신장애인은 필요한 서비스를 받지 못한 채 고립되는 상황에 이르게 되며, 이러한 상황 속에서 재발이 이루어지고 있었다.

“인프라 서비스가 같이 들어가줘야 되는데.. 그게 없는 상태. 그렇다고 방문을 자주 가는 것도 아니고, 그렇다보니 이 사람이 심리적인 부재도 느끼고.. 재산도 없고.(참여자6)”

“연속된 서비스들이 안 이루어지는 거가.. 사회복지시설에서도 그걸 하는 것도 아니고.. 정신보건센터에야 그런 수준이고.. 이래가지고 그게 문제죠. 사실은 여기서 재발이 많죠.(참여자4)”

“지역사회에 유지할 수 있는 체계가 거의 없거든요. 지역사회에 나와 있으면 이 분들을 유지할 수 있는 이런 지원방안.(참여자9)”

단순히 서비스가 없다는 것이 재발의 결정적인 원인이지는 않았다. 서비스가 끊김으로 인해 찾아오는 사람이 없다는 것 만날 수 있는 사람이 없다는 것에 기인하는 외로움이 재발의 결정적인 원인이었고, 이러한 외로움은 투약을 함에도 불구하고 증상을 강화하는 요인이 되고 있었다. 증상의 강화, 그리고 외로움을 견디기 위한 방법으로의 알코올 섭취는 지역사회에 독립했던 정신장애인이 다시 병원으로 돌아갈 수밖에 없는, 순환 구조를 만들고 있었다.

“저한테 매일 매일 문자 보내는 분이 있어요 혼자 살아요 친구도 없어요 오로지 아는 사람은 OO에서 관계가 형성된 사회복지사하고 저밖에 없는 거예요 그러니까 이 외로움을 견딜 수 없고 주말만 되면 더 심해지고 새롭게 관계형성도 안 되고 그렇다고 자기가 이렇게 일을 해가지고 뭔가 막 할 수 있는 그것도 안 되고 그냥 수급자고 살아야 되는 정신질환 가지고 있는 분들. 그 외로운 분들. 특히 저희는 무연고가 많아가지고 나이가 이제 40, 50, 60 되면. 혼자 굉장히 외롭게 살아야 되거든요 그 외로운 상황에서는 아무리 투약을 해도 계속 그런 거지요 다른 자극이 있어야 망상적인 증상이 조금 가벼워지는데. 자극이 없으니까. 계속 증상은 강화되는 거고(참여자11)”

“동사무소에서 연락이 와요 사회복지과에서... 이분이 계속 술을 마시고 있는데 다시 주거로 들어가시면 안되냐는 얘기가...(참여자5)”

지역사회에 독립한 정신장애인이 서비스를 받고 있다 하여 외로움을 느끼지 못하고, 다시 병원으로 돌아가지 않는 것은 아니었다. 입소시설의 경우 3년, 토탈케어 서비스의 경우 2년으로 해당 기간만 서비스를 받을 수 있도록 이용 기간이 제한되어 있었다. 즉, 이용기간이 끝난 정신장애인은 또 다른 서비스를 찾아 돌고 돌 수밖에 없는 구조였다.

“토탈케어서비스를 2년 정도 하다가 지나고 나면 다시 센터로 보내는 이런 형태도 있었던 것 같아요. 제가 듣기로는. 그러니까 목적자체가 2년 정도 하고 나서, 장기적으로 관리하는 것이 아니라 2년 정도 하고 나서 서비스가 종결되거나. 목표가 다시 센터로 넘어가는 이런 형태..(참여자1)”

이것은 결국 정신장애인의 속도를 충분히 이해하지 못하는데 기인한다고 보인다. 분절되고 단절된 지역사회 서비스로 인해 정신장애인은 본인이 필요한 서비스를 지속적으로 받는 것이 아니었다. 필요하다 하더라도 기간이 만료된 경우, 서비스를 종결해야만 했고 또 다른 서비스를 찾아 기관마다 문을 두드리며 돌고 돌아야 했다.

운이 좋아 자신에게 맞는 서비스를 찾으면 다행이지만, 그러한 서비스를 찾지 못한 정신장애인은 서비스 제공을 받지 못한 채 고립되어 살아가야 했고, 외로움으로 인해 증상은 더욱 강화되어갔다. 지역사회로 독립은 하였으나 적절한 서비스를 이어받지 못한 정신장애인은 결국 병원으로 돌아가고 있었다.

③ 또 하나의 병원, 입소사회복지시설

병원에서 퇴원한 사람들이 이용할 수 있는 시설의 대표적인 형태는 사회복지시설이다. 사회복지시설은 크게 입소형, 주거형, 이용형의 세 가지로 나뉜다. 이 중 서울에 4개 있는 입소사회복지시설은 병원에서 지역사회로 이동하기 위해 ‘주거, 생활지도, 교육, 직업재활훈련 등을 통해 가정으로의 복귀, 재활, 자립 및 사회적응을 지원’한다는 목적에서 벗어나 병원과 다름없는 지역

사회 내의 병원이라는 새로운 형태를 만들어내고 있었다.

“입소시설이 시간은 잘 지키는데 문제는 내부적으로 철저하게 병원형이라, 병원형으로 운영 된다는 문제점이 있구요. 병원 위탁으로 하는데 입소사회복지시설의 전반적인 운영 자체가 워커들도 병원처럼 근무가 밤을 새더라도 꼬박 새야 되요. (참여자5)”

“병원에서 퇴원을 했다 뿐이지 그 시스템을 그대로 갖다 놓은 시스템이라고 봐야할 것 같아요. 지역에만 있다뿐이지 병원 생활이랑 똑같은 것 같아요. (참여자6)”

이와 같이 병원형으로 운영됨으로써 정신장애인은 입소형사회복지시설에 입소한 기간 동안 받을 수 있는 훈련의 기회를 빼앗는 것이 된다. 즉, 질환에 대한 치료는 받을 수 있을지 모르지만 사회에서 살아가는 데에 필요한 대인관계 훈련 등은 받을 수 없게 된다.

④ 대안주거에 대한 차별

입소형사회복지시설의 이러한 문제점을 극복하기 위해 개인 혹은 법인이 주거형사회복지시설을 설치하고자 하는 경우 제한이 따른다. 건물을 국가가 구입하여 직원들의 인건비까지 지원하는 입소형사회복지시설과 달리 주거형사회복지시설은 주택마련이 원천적으로 봉쇄되어 있고 임대료와 같은 사소한 부분도 터치하고 있다.

“사회복지시설은 주택마련이 있어야 하는데. 주택마련 자체가 원천적으로 좀 봉쇄 되었고, 서울시 4개 halfway라고, 서울시가 직접 지원하는 4개 입소시설은 건물도 지어주고, 인건비까지 다 모든 걸 지원해 주는데. 주거시설을 활성화 한다고 하면서 주거시설이 건물마련 하는 거, 그다음에 임대료부분같이 사소한 부분까지 터치를 하는데... (참여자8)”

이는 주거형사회복지시설뿐이 아니었다. 이용시설의 경우도 6개월에서 8개월, 혹은 1년 정도의 시설 인증을 받기까지 소요되는 기간 동안 사회복지시설을 설치하고자 하는 법인 혹은 개인이 소모하는 비용은 약 3억 정도에 달하고 있다. 이러한 배경 때문에 이용형, 주거형 사회복지시설은 설립의 제한을 받는다.

“저희가 이용시설을 오픈을 하면, 개인이나 법인이나 마찬가지겠지만. 투자를 해서 6개월이나 8개월, 1년을 조금 유지를 해야 시에서 지원을 하는 방식이거든요. 이러다 보니까 그 오픈이 안 되어요. 왜냐면, 서울시 같은 경우, 임대료, 보증금이 한 최하 1억. 그다음 매달 나가는 게 2~300. 보증 임대료로 2~300. 직원들에 대한 인건비를 줘야 되니까. 6개월 버티는데 한 3억 정도가 소요가 된다고 하더라고요. 그렇기 때문에. 이 유형의 균형이 깨지다 보니까 이용시설은 늘지 않고, 공동생활가정이 늘다 보니까 병원에서 낮병동이 늘어나고 있는 거지요. 이 분들을 흡수하려고 하는 그런 체계들이 오히려 병원에서 일어나고 있으니까. (참여자9)”

결국 퇴원하는 정신장애인의 수는 늘어나는 반면, 그들이 이용할 수 있는 서비스가 함께 증가하지 못하도록 하고 있다. 한편 낮병동의 수는 증가하고 있어 지역사회 내의 서비스를 이용할 수 없는 장애인들은 낮병동을 찾아갈 수밖에 없다. 결국 병원 안에서 살아갈 수밖에 없는 체계를 지속적으로 만들고 있는 것이다. '퇴원'이라는 단어는 형식적으로만 존재할 뿐 실질적인 퇴원이 이루어지지 않고 있다.

다) 자본에 의해 지배되는 정신보건체계

① 복지도 없이 효율성만 남은 대규모 시설의 운영

“요양시설이 존재하는 이유는, 정부에서 복지부에서 맨날 이런 저런 얘기하면서도 그걸 못 없애는 이유는, 돈이 지금 적게 들어가니까. 인건비 적게 주고 그런 전문 인력 안 쓰고 프로그램 같은 경우도 굉장히 수준 낮게 하고. 거의 가둬놓고 하는 이유는 순전히 돈이 낮게 들어서 그런 거죠. (참여자4)”

많은 수의 인원이 장기간 입원하고 있다. 이러한 입소 체계가 지속적으로 유지되는 예산이 적게 소요되기 때문이라는 점을 꼽았다.

중앙정신보건사업지원단(2011)의 발표에 따르면 2010년 기준, 정신의료기관의 평균 입원일은 5개월 16일이다. 그에 비해 정신요양시설은 9년 4개월 4일로 장기입소가 이루어지고 있다. 서울시 3개의 정신요양시설의 총 병상은 1,040개로 한 기관 당 약 318명이 생활하고 있는 것으로 추정할 수 있다.

결국 '복지'보다 예산의 효율성만 남았다. 양질의 프로그램을 위한 투자보다는 예산절감이 우선이다. 굳이 전문인력을 활용한 프로그램보다는 예산이 적게 드는 프로그램 운영이 우선이며, 정신장애인들을 장기간 한 시설 안에 수용하는 것이 전부이다.

② 이윤창출에 가려진 정신장애인의 인권

예산절감뿐 아니라 정신요양시설을 운영하는 법인의 입장에서 지속적으로 정신장애인의 장기입소를 지속하는 이유는 의료보험보다 더 많은 수익이 창출되는 의료급여 대상자들 때문이다. 이러한 이유로 인해 의료보험 환자들보다 1종 혹은 2종의 의료보호 혜택을 받는 정신장애인들이 보다 장기화된 입원의 대상으로 남아있었다.

“이해를 못했는데. 정액으로 나오잖아요. 약을 적게 쓰고도 그만큼 나오는데, 의료보험 같은 경우는 한 달치 가져가도 청구금액이 3만원 정도 밖에 안 나온다는 거예요. 본인 부담금도 그런데 약을 조금만 쓰고, 고가의 약을 안 써도 실제 청구 금액은 보호가 많아지는 경우가 있어요. 그래서 의료급여 환자가 돈이 되는 거예요. 그래서 보호 환자를 오래 데리고 있으면 일정 대의 금액이 확보되는 거니까... (참여자7)”

정신장애인은 정부와 요양시설 담당자들에게 이 시대를 함께 살아가는 인간이기보다는 그들에게 장기입원을 지속함으로써 예산을 절감해야 할 대상으로, 그리고 이익을 창출하는 대상으로 존재하고 있었다. 예산절감, 그리고 이익창출 하에 이루어지는 정신장애인의 장기입원 속에 정신장애인의 인권은 존재하지 않았다.

라) 정신장애인에 대한 복합서비스가 제공되지 않는 시립정신병원

① 내·외상의 치료를 서로 다른 병원에서 받아야 하는 환자들

시립정신병원은 정신과 병원으로 특화된 병원이다. 그렇기 때문에 외과라든지 산부인과 같은 전문의가 별도로 필요한 의료 서비스는 제공하지 않고 있다.

“지금 십 년째 계속 이렇게 되고 있거든요 저희 병원에 산부인과, 응급, 72시간 시·군·구청장 입원시키려 막 왔는데. 환자가 막 깨지고 찢어지고 했어요 그런데 우리 병원에서 안 되니까 저쪽 가서 하고 오라고 하면 기절 하는거죠. 여기까지 오는 것도 힘들었는데. 또 뭘 하고 오라고 하느냐. 난리가 나는 거예요. (참여자11)”

“산부인과. 임신을 한 엄마들 말이죠. 지금도 그런 케이스 있는데요. 임신을 했는데, 입원을 몇 달 하다 보면 출산이나 이런 문제가 산부인과 적인 문제를 같이 케어를 해 줘야 되는데 저희병원에 산부인과가 없어요 못 받는 거예요. 가정의학과나 다른 과들은, 치과나 이런 것들은 폐쇄병동에 있는 환자들이 문제가 생기면 선생님들이 올라가서 봐주시거든요. 그런데 산부인과나 외과 이런 게 없으니까. 그게 절대 안 되니까. 너무나 지역사회 선생님들이 힘들어 하시죠. 감정이 격해지고. (참여자11)”

“OOO선생님은 만나절은 운전했대요. 저희 병원에서 안 받아줘서. OOO 갔다 뭐 했다, 뭐 서울 계속 돌고. (참여자11)”

이러한 내·외상에 대한 종합적 서비스의 부족은 하나의 병원에서 종합적 치료를 받을 수 없기 때문에 해당 서비스가 제공되는 병원을 찾아 돌고 돌게 만들었고, 한 시가 급한 긴급입원을 하는 정신장애인들과 그들의 보호자들을 더욱 힘들게 만들었다. 그나마 가까운 병원에서 치료를 받을 수 있다면 다행이지만 그렇지 않아 만나절을 운전하며 서울을 돌고 돌아야만 하는 경우도 있었다.

② 재활과 복지 서비스가 없는 시립병원

병원은 의료적 서비스를 목적으로 하는 기관이지만 정신과병동의 경우, 입원해서 약을 먹고 좋아진 이후 심리사회 프로그램이 필요하다. 하지만 이런 프로그램을 실시할 수 있는 여건이 갖추어지지 않다.

“다 아시잖아요. 입원해서 약 드시면 어느 정도 좋아지시고, 그 다음부터는 정말로 심리 사회

적인 프로그램이 되게 중요하거든요 그래서 저희가 정말 이렇게 쓰고 있기는 한데 아직 부족한 게 너무 많아요 해야 될 것도 너무 많고 그런데 문제는 이런 것들을, 에비던스를 계속해서 구축하고자 하고 싶어도 연구비를 받을 수도 없고, 사업비를 받을 수도 없어요 그리고 이러한 노력들이 근무 시간에 할 수도 없어요. 매일 야근하면서 하는 거예요. (참여자11)”

병원 내의 예산뿐만 아니라 외부에서의 예산 지원도 충분치 않다. 사회복지 프로그램을 운영하는 것이 중요하다고 생각하지만 그 프로그램의 필요성을 외부에 인식시키기 위한 기반을 닦는 과정을 담당할 여건이 되지 않는다. 때문에 그 효과성을 산출할 기회조차 주어지지 않았다. 충분히 프로그램을 운영해본 기회조차 없었기 때문에 그 프로그램이 필요하다, 필요하지 않다는 논하는 것조차 무의미하다.

마) 서울시 공공 정신보건의 체계는 존재하는가?

① 정체성 혼란을 겪는 정신보건센터

정신보건법 제13조의 2에 의하면, 정신보건센터는 ‘지역사회정신보건사업의 실시를 위하여 시·군·구 단위로 정신질환자의 발견·상담·진료·사회복귀훈련 및 이에 관한 사례 관리 등을 실시하기 위하여’ 지역 내에 설치된 기관이라 나온다. 하지만, 실제 정신보건센터는 발견, 상담, 진료, 사회복귀훈련, 사례관리 등의 역할 사이에서 역할 혼란을 겪고 있었다.

“우리는 우리역할 하면 좋다고 생각하지만 관공서나 예산을 주는 그 주된 임무는 사례관리거든요. 한 번도 정신보건센터는 증진, 예방사업도 중요하고 너희의 아이덴티티라고 얘기를 들어본 적이 없어요. 항상 결국 사례관리에 대한 얘기뿐이고, 저희는 사례관리도 제대로 못하고 있는데 증진사업은 계속 많이 들어오고 우리는 지금 뭐하고 있지? 여기는 사례관리 제대로 하고 있다고 실적은 계속 내고 있고. 그걸 바라보면 마음은 복잡하죠. (참여자2)”

불확실한 역할 사이에서 정신보건센터는 정체성을 찾지 못하고 있다. 관공서에서 예산을 주는 주된 이유는 사례관리 때문이라고도 하지만 사례관리에 대한 역할을 정신보건센터가 맡는 것은 맞는지와 보건소, 광역정신보건센터, 지역정신보건센터 사이의 역할은 어떻게 규정되어야 하는지 등, 그 업무 내용과 역할 상의 위치에 대해서도 제대로 찾지 못한 채 혼란 속에 빠져 있었다.

“실제 25개 구의 영역이 있잖아요. 각 지역 센터가 있는데, 업무 조절 역할도 하고 해야 하는데, 그게 안 되는 것 같아요. 각 특성마다 예를 들어 A구는 A구, B는 B구, 그 특성에 맞는, 팀장이나 그 센터장의 특성에 맞는 그런 사업 보다는, 보건소 일을 해주는 경향이 많아요. 보건소 눈치를 보고, 뒤 보건소 지시를 따르기 때문에 실제적으로 광역센터에서 무슨 사업을 한다 하는 것은 제가 볼 때는 연결이, 지시가 아니면 협의가 안 되고 그냥 자기들이 무슨 사업 하나 내려오면

그런가보다, 이런 정도 마찬가지로 광역센터에 사회복지시설과 연관이나 소통이 잘 안 된다, 그쪽 정책이 무엇이 있는지도 모르는 것 같고. 광역 센터가 있지만 형식적인 거. (참여자8)”

“아쉬운 점이라고 하면 정신보건센터가 공공영역에 있어서 서비스를 제공하고 있기는 하지만 거기에 있어서 어떤 법적인 근거라든지, 그 클라이언트들이 너희들이 퇴원한 나에 대한 정보를 받아가는 이유가 뭐냐, 라고 물어봤을 때 거기에 대해 한계가 있는 거죠 공무원이라고 하면 뭐 OO구의 보건소를 통해서 OO구내에 있는 등록된 정신장애인에 대한 이 지역의 병원에서 퇴원한 환자에 대해 왔다고 하면 되지만 저희는 공공영역의 서비스를 제공하고 있음에도 불구하고 민간위탁이기 때문에 그 부분에 있어서 한계가 좀 있는 거죠 (참여자1)”

이와 같이 정신보건센터가 가지는 역할 혼란 중 가장 큰 부분은, 센터장이 대부분 비상근직이며, 직원들 역시 계약직으로 구성된 불안정한 조직이라는 데에서 기인한다고 할 수 있다.

“계속 의사가 상근하는 경우도 있지만 거의 대부분 비상근직으로 운영을 하는데 과연 지역사회 내에서 그런 센터 역할들을 할 수 있겠냐, 라는 그런 구조 체계. 그리고 아까 얘기했다시피 직원들이 다 계약직으로만 운영 되다 보니까 센터에서 많은 연구사업 이라든지 이런 사업들을 많이 하고 있는데, 계약직으로 있는 직원들이 얼마나 책임성을 가지고 그런 사업들을 해낼 수 있겠느냐.. (참여자8)”

그리고 스스로의 역할을 제대로 찾지 못한, 사례관리인지, 예방과 증진인지의 역할 사이에서 혼란을 가지던, 보건소의 지시를 따르기에 급급했던, 공공서비스를 제공하지만 민간위탁¹⁹⁾이라는 이중적인 지위를 가졌던, 비상근직 센터장과 계약직 직원으로 구성된 정신보건센터는 결국 제공할 수 있는 서비스가 없어 서비스 대상자를 퇴락시키기도 하였다.

“저희도 서비스를 줄 수 있는 사람을 대상으로 주는 게 맞다고 생각합니다. 그런데 병원에 장기적으로 입원해계시고 퇴원할 수 없는 분들을 어떻게든 퇴원하게 하도록 하는 게 맞기는 한데 그럴 상황이 안 되시고 보호자도 동의 안 하시고 하는 분들을 저희는 퇴락시킵니다. 드릴 서비스가 없고 그렇기 때문에 퇴락시켜요. (참여자2)”

병원에 장기 입원한 환자들은, 그 장기 입원이라는 것 자체가 서비스가 필요함을 의미함에도 불구하고, 공공의 체계인 정신보건센터에서도 외면당했다. 이는 정신보건센터가 장기입원 환자들을 대상으로 제공할 수 있는 서비스가 제한되어 제공되고 있음을 의미한다. 동시에 병원과 연계하여 프로그램을 진행할 수 있는 정신의료기관과 정신보건센터 간의 연계망이 구축되지 않았음을 의미하는 부분이기도 하다.

19) 정신보건센터의 경우 위탁과 직영의 두 가지 형태로 운영할 수 있으나, 서울시의 정신보건센터는 모두 위탁의 형태로 운영되고 있다.

② 협력과 연계는 없고 경쟁만 남은 지역사회 정신보건체계

보건소, 정신의료기관, 정신요양시설, 정신보건센터, 사회복지시설 등 정신보건체계 내에 속한 각각의 기관들이 있다. 그리고 각 기관마다 가지는 서로 다른 역할이 있다. 서로가 제공하는 서비스에 대한 협력이 이루어져야 하지만 실제 정신보건체계 내의 관계는 협력이 아닌 경쟁의 구도를 가지고 있었다.

“토탈케어도 사회복지 쪽에서 그런 일들을 사례관리를 화두로 내세우고 있고, 정신보건센터에서도 항상 목말라하는 것이 사례관리이거든요. 직원들도 사례관리에 대해 제대로 안 되고 있는 것에 대해 고민을 해요. 서울시에서 위탁을 받아 사례관리에 대한 의무감 책임감은 저희에게 주거든요. 이쪽에서 어찌 보면 토탈케어에서 같이 가려고 저희에게 손을 내밀고 함께하자고 하는데 제 느낌에는 못하고 있다는 자격지심 때문에 더 그 손을 못 잡지 않았나 생각이 들어요. 그럴 경우에 보건의료 쪽에 들어와 있어 의사가 맨 위에 있는 저희 집단 같은 곳에서 사회복지사들이 주로 활동하는 토탈케어와 이런 관계들이 어떻게 될지도 좀 많이 복잡한 것 같아요. (참여자2)”

“서울은 그나마 정신보건전문요원이 아닌 상황에서는 취업하기 어려운 상황이고, 될 수 있으면 정신보건전문요원이라는 구조를 만들어 부족하지만 진행하고 있었음에도 불구하고, 토탈케어서비스가 갑자기 나와서 전문요원보다 일반사회복지사나 거기에서 뽑은 인력들이 훨씬 더 잘하고 있다고 하는 것은 전문요원에 대한 폄하로 받아들일 수 있다는 거죠. 물론 정신보건센터에서 그 부분을 감당하지 못하는 부분들이 있기는 하지만 그 부분도 정신보건센터에서 인정할 부분은 인정하고, 일차예방, 이차예방, 삼차예방에 있어서 정신보건센터가 어떤 스펙트럼까지 해야 하는 지 고민을 해야 하는 게 맞죠. 근데 그 고민도 부족하지만 어쨌든 서로간의 입장에 대해서 서로의 우월성만 너무나 강조했다기 때문에 아마 통합이 되지 않았다는 생각이 들고요. (참여자1)”

연합되지 못한 채 경쟁하게 되는 주된 이유는 서로간의 전문성에 대한 주장 때문이었다. 정신보건전문요원이라는 우월감은 토탈케어서비스와 연계하면 사례관리를 보다 효과적으로 진행할 수 있음에도 불구하고 연합하지 못하게 하는 심리적 원인이 되었다. 이는 단지 사례관리에 서만 나타나고 있지는 않았다.

“정신보건센터에서 또 사회복지시설처럼 캠프도 가고, 외부활동도 가고, 지금 현재는 그래요. 과거처럼. 그런 거를 볼 때에 정신장애인들이 사회복지서비스, 훈련들을 많이 받기 위해서 시설들로 위탁을 하거나 연계를 한다면, 그런 서비스를 주지 않아서, 대국민서비스인 증진사업들을 활성화시킬 수 있는 방안들이 있는데. 그것도 못하고, 이것도 못하고 하는 거예요. 그러니까 두 세가지 업무를 같이 센터에 있는 사람들이 하고 있는 거지요. (참여자7)”

토탈케어서비스 외의 사회복지시설에서 실시하고 있는 서비스 역시 정신보건센터에서 함께

실시하고 있었다. 이러한 경쟁심리는 단지 정신보건센터에 국한되어 있지만은 않았다.

“센터, 공무원, 사회복지시설 이런 연계 체계가 되어 있냐, 라는 생각이 드는 거예요 그러니까 막 말들은 다 되어 있는 것처럼 얘기를 하지만 실질적으로 안에 들어가 보면 전혀 연계되어 있지 않고 서로간의 목소리만 내지, 뭐 센터에 뭐가 이렇게 진행되고 있는 걸 사회복지시설도 모르고, 보건소가 어떤 방향을 가지고 구에서 이런 방향으로 나가려고 하는데 이제 사회복지 시설의 시설장들은 그 내용들을 하나도 모르고, 시설에 이런 애로점이 있는 걸 구 공무원도 아무것도 모르고.. (참여자9)”

정신보건센터와 사회복지시설, 그리고 담당 공무원은 자신의 이야기를 하기 바빠 서로의 이야기를 듣지 않고 있었다. 다른 기관은 어떠한 상황에서 어떠한 사업을 하고 있는지, 어떠한 도움이 필요한지를 알고 도와주는 ‘협력’이라는 관계가 애초에 형성되지 않았기 때문이다. 그리고 이러한 협력을 방해하는 결정적인 원인은 경쟁을 조장하는 정신보건시스템 내에 있었다.

“아이들이 멘타하고 멘토로 연결할 수 있는 자원이 되듯이 토탈케어도 충분히 저희가 활용가능한 사례관리와 관련된 자원으로서 당신이 이런 것을 원한다면 토탈케어서비스가 있습니다, 라고 얘기를 해서 연결할 수 있겠죠 그런데 그렇게 되면 저희는 토탈케어 이용자를 등록하지 못해요 아시겠지만 사회복지시설에 등록이 되어있는 사람은요, 저희 센터에 등록 안하잖아요. 사회복지시설하고 우리하고는 등록 같이 안하니까.(참여자2)”

다른 기관에서 다른 서비스를 이용하는 사람은 정신보건센터에 등록을 할 수가 없도록 되어 있는 시스템 구조이다. 그리고 더 많은 서비스를 제공하였다는 실적을 올리기 위해서는 시스템 내에 더 많은 사례관리 대상자가 등록되어야 한다. 결국 한 명 이라도 우리 기관에 더 등록되도록 하는 경쟁구조가 자연스럽게 형성될 수밖에 없다. 그렇기 때문에 적절한 서비스가 있는 것을 앞에도 불구하고 소개하지 않거나, 서비스를 연계하기 위해 다른 기관에 대한 정보를 찾기 보다는 기관 내에서 동일한 서비스를 만들어 제공하는 서비스 중복이 나타나고 있었다.

③ 체계성이 없는 주거서비스를 제공하는 정신보건시설

병원에서 퇴원한 정신장애인을 대상으로 주거를 제공하는 사회복지시설은 입소생활시설과 주거제공시설로 나뉜다. 그리고 사회복지시설의 형태는 아니지만 주거를 제공하는 정신요양시설이 있다. 장애인복지법의 경우, 장애유형별 거주시설은 해당 기관의 장애 유형에 부합하는 사람이, 중증장애인요양시설은 1·2급의 중증장애인 등으로 입소자의 기준을 제시하고 있지만 사회복지시설 중 입소생활시설과 주거제공시설, 또 정신요양시설은 이와 같은 기준을 제시하지 못하고 있다.

“제가 보기에는 기능도 기능이지만 얼마나 머물러 있느냐에 따라 사실은 달라지는 게 아닌가요 싶기도 하거든요. 정신요양시설이나 입소사회복지시설이나 주거제공사회복지시설이나. 입소 사회복지시설은 6개월이 딱 최대고, 주거제공시설 같은 경우에는 3년. 요양시설은 그 이상. 저는 그냥 사실은 그렇게 보거든요. 내세우고 있는 프로그램이나 이런 것들은 거기서 거기인 거 같아요. 비슷비슷 한 것 같아요. 얼마만큼 머무르느냐에 따라 사실은 달라지는 것 같거든요. (참여자6)”

이러한 뚜렷하지 않은 시설 간의 기준은 정신병원에서 퇴원한 환자들로 하여금 자신에게 맞는 서비스를 제공할 수 있는 기관 보다는 당장 빈 자리가 있는 기관을 찾도록 만들고 있으며 각각의 기관에서 서비스 제공 기간이 만료되어 퇴원하는 정신장애인을 다른 기관으로 이전하는 결과를 낳고 있다. 체계가 사라진 정신장애인 주거제공시설에 남은 것은 혼란 이었다.

④ 미지의 섬, 정신요양시설

서울시에서 운영하는 정신요양시설은 총 3개가 있다. 한 개는 서울특별시 은평구에 위치하고 있으며, 한 개는 경기도 용인시에, 한 개는 경기도 양주시에 위치하고 있다. 서울에서 접근하기에 가까운 위치라고 할 수는 없다. 이렇게 접근하기에 가깝지 않은, 멀리 위치한 정신요양시설은 미지의 섬처럼 어느 곳과도 연계하지 않은 채 존재하고 있었다.

“저희 관할 구에는 요양시설이 없어요. 그 분들이 의뢰한 적도 의뢰를 드린 적도 없습니다. (참여자2)”

“정신요양시설에 대한 부분은 지금은 관여하고 있는 것이 없습니다. (참여자1)”

“사실 저희가 그 요양원을 방문해서 속속들이 보지는 못했기 때문에 선불리 보호자들에게 여기가 좋다, 저기가 좋다고는 절대 얘기 안 해요. 그러니까 보호자들에게 정보를 드리고, 다 가보고 난 다음에 결정을 하시라고 하죠. (참여자10)”

정신보건센터도, 시립정신병원도 정신요양시설과 연계하고 있지 않았다. 거리가 멀기 때문에 도 연계하지 않았으며, 정보가 없기 때문에도 연계하지 않았다. 이를 반대로 뒤집어보면, 정신요양시설은 정신보건센터나 시립정신병원에 기관에 대한 정보를 제공하지 않으며, 거리를 극복하고 퇴원하는 환자를 위한 연계를 시도하기 위한 접촉을 하지 않았다는 의미가 된다. 어느 곳과도 연계되지 않아 그 정체가 드러나지 않고 있는, 분명히 존재하고 있지만 정체가 드러나지 않은 정신요양시설이었다.

⑤ 정신장애인의 추적·관리가 불가능한 공공정신보건체계

“정신과 질환, 정신분열이나 조울증 같은 만성장애를 가진 분들은 입원을 하실 때 사실은 저희가 모르는 경우도 굉장히 많아요. 이미 가족 분들이 상태가 나빠졌다, 그러니까 입원시켜

야겠다고 하고, 나중에 ‘누구 입원 시켰어요. 지금 병원에 있어요.’ 라고 나중에 얘기하고
그래요 ‘병원에 계셨어요? 언제 얼마나 나빠지셨어요?’ 라고 물어봤을 때 애가 약을 띄엄띄엄
먹었는지 증상관리가 안되고 밤낮이 바뀌고 헛소리를 해서 입원시켰다고 증상을 다스리는
방법은 입원밖에 없다 라는 생각을 일단 보호자가 가지고 계신 것 같아요 그것을 정신보건선
생님하고 긴밀하게 터치해서 결정하고 함께 이야기하는 회원은 제가 백 명의 환자를 제 사례
관리자 밑에 두고 있다면 그렇게 터치가 되는 회원 분은 열다섯명에서 스무명이 아닐까 생각
이 들거든요 그 이외의 분들은 그냥 보호자가 아니면 본인이, 대부분 보호자가 입원 시키시
죠.(참여자2)”

입원은 대부분 가족에 의해 이루어지고 있었으며, 정신보건센터의 담당 사회복지사는 사후
통보를 받는 방식으로 이루어지고 있었다. 정신의료기관에 입원한 것을 정신보건센터에서도
알 수 있으면 좋겠지만, 그런 시스템이 아직 구축되지 않았기 때문에 사후에 입원했다라는 연락
을 받기 전까지는, 그리고 퇴원했다라는 연락을 받기 전까지는 정신장애인의 입·퇴원에 대해
정신보건센터에서 알지 못하고 있었다.

“자기가 퇴원하는 것을 지역정신보건센터에 알려줬다고 동의를 한 부분이기 때문에 그분들은
저희가 연락을 할 경우 시골에 가 있거나 재입원한 게 아니라면 만나 볼 수가 있고, 저희
센터에서 안내를 드리고 이용하도록 진행합니다. 문제는 그 퇴원동의를 안하는 분들에 대해서
는 보낼 수 없다는 거죠. 그게 얼마나 될지는 아무도 모르는 것 같아요 (참여자2)”

“저랑 상담하다가도 자의입원했기 때문에 자의퇴원을 할 수 있거든요 어느 순간 주말 지나고
왔는데 없다거나. 이런 경우도 가끔 있어요. (참여자10)”

“보건소에는 그냥 시·군·구에서는 구에서 그 지역에 있는 정신질환자를 등록, 파악하고 있는
부분이 있거든요 정신보건센터에는 나름대로 그 등록된 회원들의 관리를 하지요 해당되는
만큼에 대한 파일을. 그런데 사회복지시설에 있는 사람들은 보건소에는 빠져 있는 분들이
있단 거지요 실질적으로 구에서 파악하지 못하는 대상자. 질환자들이 있어요 그렇게 되었을
때에 이 사람들이 구에서 구로 이사를 간다거나 한다면 마찬가지로 되고 어떤 서비스를 받고
있는지에 대해 파악하지 못하는 부분이 있어서... (참여자7)”

병원, 정신보건센터, 사회복지시설 중에 그 어느 곳도 지역 내의 정신질환자가 얼마만큼 거주
하고 있으며, 어떻게 생활하고 있는지에 대한 윤곽을 그려내지 못했다. 정신보건센터는 지역
내에 전출·입 전하는 정신질환자의 규모를 파악하지 못했으며 정신의료기관 역시 본 기관에서
퇴원한 정신질환자가 어느 지역으로 갔는지에 대해 알지 못했다.

“보호자 연락 안 되고 본인 연락 안 되고 동사무소에 물어봐도 전출을 갔다 안 갔다 정도만
확인을 해주구요. (참여자2)”

“그건 주민센터에 가서 확인 해야 되죠. 자동적으로 알게 되는 시스템이 없죠.(참여자3)”

사례관리 대상자와 연락이 두절된 경우, 주민등록을 관리하는 주민센터에 대상자의 행방에 대해 의뢰하지만 확인할 수 있는 것은 전·출입의 여부뿐이다. 즉, 주거지는 그대로 둔 채 병원에 입원을 한 경우, 어느 병원에 입원을 했는지 등에 대해서는 사례관리 대상자와 직접 연결이 되지 않는 한 알 수 없는 부분이라는 것이다. 이렇게 사례관리 중간에 대상자가 유실되어버리는 것은 정신보건시스템에 기인하고 있었다.

“입소 입원 같은 경우 아예 다 못해요. 거기도 정신보건시스템을 같이 쓰고 있기 때문에 등록이 안 돼요.(참여자1)”

하나의 정신보건시스템을 사용하기 때문에 한 기관에서 사례관리 대상자로 등록하는 경우, 다른 기관에서는 동일한 대상자를 사례관리 대상자로 등록할 수 없다는 것이다. 정신보건센터에서 사례관리를 받던 대상자가 사회복지시설에 입소한 경우, 사회복지시설로 대상자가 옮겨지고 정신보건센터 내에서는 이를 확인할 수 없는 상황이 되어버리고 만다. 기존 서비스를 제공하던 시설에서 새로 이동하는 시설로 옮겨지는 사이 그동안의 사례관리를 비롯한 서비스를 제공한 기록에 대해 인계할 새도 없이 시스템에서 사라져버리고 마는 것이다.

⑥ 무연고자를 배제하는 정신보건센터

정신보건센터는 인구 20만 이상인 시·군·구에 한 개씩 설치하도록 되어 있으며, 서울시에는 총 25개의 정신보건센터가 운영 중이다. 정신보건센터에서 등록·관리하는 대상자는 관할 지역 내에 거주하는 정신질환자이며, 관할 지역 내에 머물러 있더라도 주소지가 관할 지역에 있지 않은 사람은 정신보건센터의 서비스 대상에 속하지 않으며, 이에 대한 문제가 심층 인터뷰에서 드러났다.

“노숙자들 주거지가 없잖아요. 주소지가 없잖아요. 각 구의 정신보건센터는 자기 관할 구역만 할 수 있어요. (참여자10)”

주거지가 없는 정신질환자들은 등록되어 관리 받을 수 있는 정신보건센터가 없다. 그렇기 때문에 병원 사회복지사가 취할 수 있는 대안이라는 것은, 어디든 자리를 잡으면 연락하라는 애원 섞인 말이 전부였다.

“주소지가 없으니까. 센터에서 환자를 받을 수가 없어요. 그래서 제가 항상 이야기하는 게 환자가 다시 나 고시원 갈 거다, 하면은 마지막으로 어느 구에 갈 거냐고 물어봐요. 그러면 모르겠어요, 뭐, OO구 갈 지도 몰라요, 그러면 정신보건 센터 등록이 안 되니까, 지금 현재 주소가 없어 등록이 안 되니까요. 그 정신보건센터 연락처 프린트해서 손에 쥐어주면서 고시원 주소 잡히면, 꼭 여기 전화 하라고 꼭 전화해서 주소지 좀 알려주라고 그냥 정보를 주는

거죠. 제가 사회복지사니까 저랑은 라포가 되어 있잖아요. 그럼 나 같은 사람이 거기에 15명 있다고 그러니까 너도 챙겨줄 수 있다고 그렇게 이야기 하면, 하는지 안 하는지는 추적조사를 할 수가 없어요. (참여자10)”

등록할 수 있는 주소지가 없는 정신장애인을 퇴원시키며 어떻게든 연락하라며 전화번호를 쥐어주긴 하지만 그들의 이후의 생활 혹은 관리에 대한 추적은 불가능하다. 그저 연락했기를, 적절한 서비스를 받고 있기를, 하고 바라는 것이 정신의료기관 담당자가 할 수 있는 전부이다.

바) 종사자와 정신장애인의 힘겨운 동행

① 정신보건 종사자들의 불안한 나날들

지역사회 정신보건종사자들은 하루하루가 불안하다. 지역사회에서 긴급입원을 하게 되는 경우, 그 개입과정은 정신장애인 종사자들에게 적지 않은 충격을 준다. 이러한 심리적 문제도 해결되지 않은 채로 일은 계속 진행되고, 이 문제에 대한 사회적 민감도가 높은 만큼 압력도 많이 받는다. 그리고 이 모든 것은 종사자들 스스로가 해결해야 하는 부담으로 남는다는 것이 문제이다.

“지역사회 센터 선생님들이 환자가 입원할 때 거기에 개입을 하면서 너무 놀란 거예요. 그 사람들도 2차 트라우마가 있는 거예요. 그런데 개입을 해주는 사람이 아무도 없는 거예요. 환자가 칼 들고 날뛰고, 경찰 동원되고, 막 구청에선 푸시하죠. 정신보건센터 뭐하나, 빨리 해결 해라, 막 푸시하고 이거를 잘 해결하지 못하면 자기가 정신보건 전문요원으로서 뭔가 자격이 없는 것 같고, 그 과정에서 역할을 수행하면서 병원까지 데리고 온 거죠. 그 과정에서 담당자들도 충격을 받은 게 있을 거 아니예요. 그 부분에 대해서 그 어떤 사람도 그 사람이 힘들었던 마음, 충격받았던 그 부분에 대해서 개입해 주는 사람이 아무도 없어요. 그 다음에 사회적으로 너무 압력을 가해요. 그리고 그 사람이 다시 퇴원을 했을 때 지역에 가서 또 만약에 그런 일이 생겼을 때, 모든 사람들이 다 정신보건센터에서 너희가 좀 어떻게 해 봐라. (참여자10)”

치료되지 않은 채로 늘 현장에 맞서야 하는 정신보건담당자들은 무언가 문제가 생기면 아무런 보호막도 가지지 못한 채 그 문제에 온몸으로 맞서야 한다. 그렇기에, 문제가 생기지 않기를 바라는 것 외에는 도리가 없다.

“우리 간호사들이 이렇게 보면, 환자들이 스테이션에 매달려서 끊임없이 이야기하고 끊임없이 컴플레인하고 또 밤에는 나이트 설 때 다 퇴근하고 몇 명만 있잖아요. 남자 병동에 액팅이 몇 명 나올까 간호사들이 항상 마음 졸이고, 오늘 하루가 조용히 지나가기를 기도한대요. 그러니까 그 에너지 소모가. 얼마나 많겠어요. 저희도 뭐, 맞으면 누가 뭐 해 주나요. 아직 저희가 맞은 적은 없지만, 항상 긴장해요. 병동 들어갈 때는, 액팅은 뭐 1초 사이에 일어나기도 하니까요. (참여자10)”

그리고 혹시나 문제가 생긴다면, 그리고 그 문제로 인해 누군가가 컴플레인을 하거나, 고소를 하게 된다면, 그 모든 것은 정신보건담당자의 몫이다. 이들이 보호받을 수 있는 방법은 아무것도 없다.

“내가 소를 당하지는 않았지만, 만약 그 보호자가 저한테 소를 걸었다 했을 때에 사회복지사 선생님들이 힘을 합쳐서 나를 보호해줄 것인가에 대한 신뢰가 저는 없어요. (참여자10)”

같은 사회복지사들도 정신보건담당자들에게는 든든한 버팀목이 되어주지 못한다. 혼자 싸워 살아남아야 하는 전쟁터이다. 사회복지사는 치료받지 못한 트라우마를 가진 채로, 외로운 싸움을 해야하는 상황이다. 이러한 부담감이 장기적으로 업무에 집중을 방해함으로 부정적 영향을 미치게 될 것이라 예상할 수 있다.

② 정신보건 종사자들의 방전된 에너지, 쉽이 없는 무리한 레이스

규모에 집중한다면 정신보건사회복지사의 수가 많아 보일 수도 있다. 혹은, 일반 사회복지사도 할 수 있는 것이 아닐까, 라는 시선을 보낼 수 있다. 하지만 무연고인, 호적조차 존재하지 않는 정신장애인을 퇴원시키기 위해서는 그저 ‘진료가 끝났습니다. 나가십시오.’가 전부가 될 수는 없다.

“노숙병동이 훨씬 챙길 게 많구요. 에너지가 제일 많이 들어가요. 왜냐, 가족도 없고, 집도 절도 없고, 주소도 없고. 그다음에 입원할 때 당시에 뭐 워낙 안 좋은 상황에서 입원을 하게 되니까 채무관계 신용불량 이런 것부터 시작해서 주소지가 어딘지, 또 가족을 찾고 싶어 하시는 분들도 계시구요. 아무것도 없어요. 딱 몸 하나 밖에 없기 때문에 사회복지사가 어느 선까지 챙겨줘야 될 지도 굉장히 에너지가 많이 들고, 주소지가 어디서부터 끊겼는지 그 동사무소랑 구청 연락해서 해야 하고, 경찰 통해서 가족 이제 알아 봐주고 할 때에 본인 동의 받아서 진행을 하기 때문에 에너지 굉장히 많이 들죠. 그때 전화로 잠깐 말씀 드렸듯이, 가을에 입원한 환자가 두 달 지나 겨울이 되었을 경우에 입고 나갈 옷이 마땅치가 않아요. 계절이 바뀌었으니까. 그리고 증상은 좋아져서 퇴원은 하지만, 저희 병원 위치 별로 안 좋잖아요. 여기에서 나갈 때 저 사람이 나가서 저기 가서 버스를 갈아 타고, 거기까지 찾아갈 수 있을 것인가. 가다가 중간에 또 누구를 만나서, 저기 술자리에 끼이진 않을 것인가. OO까지 도착할 것인가. 뭐 이런 것들까지 다 신경을 써야 되기 때문에. 에너지가 훨씬 많이 들죠. (참여자10)”

“환자들 퇴원했다가 다시 입원 하죠. 다른 병원은 퇴원 안 하는 환자만 데리고 사회복지사가 상담하고 프로그램만 하시잖아요. 그런데 저희는 아니예요. 저희는 여기에 있는 평균재원일 42일 되는 환자들 다 퇴원계획하고, 프로그램 돌리고, 또 시립병원이기 때문에 지역사회 기관 프로그램 세팅하고 직접 나가서 프로그램도 하고, 의원 요구자료, 감사자료, 무슨 평가, 평가, 평가는 다 하고. 그러니까 이런 부분에 대해서 실제로 저는 일한 지 오래 됐는데 그 나름 신입보다는 숙련됐다고 평가할 수 있죠. 그러면 저 같은 사람이 병동을 더 뛰어야 되거든요.

그렇잖아요. 그런데 행정 일이 점점 점점 많아지면서 병동에 갈 시간이 거의 없어요. 이게 과연 올바른 길일까. 그럼 수련생도 뽑아서 어떻게든 수련시켜놓으면 수련생들은 나가고 그러니까 숙련된 사람들이 오랫동안 일을 하면서 더 많은 프로그램들을, 그 노하우를 가지고 만들어내고 정책도 제안하고 이렇게 길이 열려야 하는데 그런 게 없어요. 이해를 못 하시는 거죠.(참여자10)“

담당자들의 에너지가 얼마만큼 소모되는지에 대해 사람들은 크게 관심을 기울이지 않는다. 전문가라는 이름 안에 그 만큼의 에너지 소모가 당연스레 받아들여진다. 그리고 그들이 숙련되었음에도 불구하고, 더 많은 환자들과 대면하지 못하는, 서류작업으로 하루를 보내야 하는 현실에 대해서도 사람들은 크게 관심을 기울이지 않는다. 숙련되었다는 것은 환자를 보는 것과, 서류작업을 동시에 할 수 있는 슈퍼맨이라 생각한다. 이것은 결국 사회복지사의 빠른 소진의 원인이 되고 일을 그만두게 되는 결과를 가져온다. 이로 인해 개인에게 축적된 노하우가 단절되는 것이다. 결국 실제 환자들을 마주하는 것은 숙련된 사회복지사가 아닌 파릇파릇한 아직은 미숙련된 사회복지사이다.

“나오면 사례관리를 바로 해야 되는 거잖아요 근데 대학교를 졸업하고 바로 정신보건 수련을 받아요. 사회복지 현장 경험이 전혀 없이 자격증만 가지고 처음 현장에 나오는 거예요. 그 사람들이 정신보건 사례관리 대상자를 사례관리 해야 되는 거잖아요 병원에서도 하고 그렇게 하죠 (참여자11)“

정신질환자의 58.7%는 40~59세이다(중앙정신보건사업지원단, 2010). 그리고 대학 졸업 후 수련을 받고 정신보건사회복지사가 된다면, 24살 혹은 25살이다. 24~5살의 사례관리자가 40~59세의 사례관리 대상자를 사례관리 해야 한다. 그들의 어떤 이야기에 공감하고 그들에게 어떤 서비스를 어떻게 제공해줄 수 있을까. 사회복지사를 수적으로 늘리는 것에 집중되어 있는 현재의 구조는 괜찮은 것인가에 대한 논의가 필요한 시점이다.

③ 사건사고, 피해자는 종사자

어떠한 체계 내에서 누군가 자살을 시도했다면, 그 책임은 개인에게 있는가, 혹은 그 체계의 담당자에게 있는가. 자해 혹은 자살은 순간적인 사건이다. 어느 누구도 예측할 수 없으며 장담할 수 없는 문제이다. 자식이 이러한 시도를 하면 부모들이 놀라듯, 체계 내의 담당자들도 놀란다. 그런데 담당자는 전문가이기 때문에 그 모든 사건을 막았어야 한다는 비난을 감당해야 한다.

“되게 충격이죠. 그런 것들이. 이런 거 생기면 소문 되게 안 좋게 나오. 마치 그 선생님이 환자 관리 잘못해서 그런 것처럼. 소문이 짝 나오. (참여자10)“

“그 전 해에 저희 병원이 26명 연계했어요. 이 병원 한 병원에서만 엄청난 숫자예요. 그런데

그 다음에 그 사건 딱 터지고 나서부터 일부러 막 적극적으로 환자들한테 설득을 한다거나 한 번 해보자고 변화 동기를 이렇게 막 한다거나 못하겠어요 음. 갔다가 또 터지면 그 다음엔 어떻게. (참여자10)“

그리고 그러한 비난을 감당해야 함을 알기에, 그리고 그 이후 정신보건 체계 내에서 평판이 안 좋아지고 관리를 잘 못한 것이 되는 것은 담당자가 된다는 것을 알기에, 무언가 사건이라 불릴만한 일이 생긴 이후에 기관 간의 연계는 이보다 더욱 조심스러워진다. 정신보건체계가 협력이 아닌 경쟁관계가 되고, 서로 간에 소통보다 단절되고 분절된 체계를 유지하고 있는 것은 이러한 서로간의 불편함이 쌓이고 쌓여 소통의 어려움을 가져옴에서 기인하였을 가능성도 무시할 수 없는 부분이다.

3) 분석결과 요약 및 제언

〈요 약〉

이 질적 연구가 주목한 것은 명목상 탈원화, 다시 말하면 지역사회정신보건을 주창하는 현재 정신보건체계가 어떻게 이전보다 더 많은 정신장애인을 더 오래 지속적으로 정신병원에 감금하는 체계로 작동하고 있는가하는 문제였다. 이를 위해 지역사회의 정신보건시설 이외 노숙인시설의 실무자에 대한 심층면접도 진행하였다. 왜냐하면 현재 가족으로부터 버림받은 채 끊임없는 입원생활을 지속하고 있는 사람들이 지역사회로 돌아왔을 때 어찌면 이들도 노숙인들과 별반 차이가 없는 상황에 놓여지게 될 것이라는 점에서 정신장애가 있는 노숙인서비스체계는 탈시설화 추진에서 핵심적인 이슈와 아이디어를 제공할 것이라고 보았기 때문이다. 질적 분석을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 정신장애인들은 처절함 속에서도 지역사회 내에서 살고자 희망하지만, 지역사회 구성원들은 정신장애에 대한 편견을 가진 채 그들을 거부하고 있었다. 정신장애인의 가족은 힘겨운 보호부담으로 병원 혹은 시설을 찾아 정신장애인을 입원/입소시키고 있었으며, 전문가들도 치료는 입원과 함께 이루어지는 것을 당연시여기고 있었다. 그리고 적절한 대안은 마련하지 않은 채 탈시설을 정책방향인 것처럼 언급하는 정부나 지자체는 정신장애인을 장기입원으로 몰아가는 교묘한 정책적 장치들을 통해 그들을 거부하고 있었다.

둘째, 정신장애인을 지원하는 정신보건기관 및 시설에는 협력과 연계가 아닌 이상한 경쟁과 단절만이 남아 있었다. 기관 간 역할의 모호함은 기관마다의 서비스가 중복되도록 하였고, 기관 담당자들은 서로의 전문성을 주장하며 경쟁하고 있었다. 여기에 이용자가 서비스 기관을 옮겨갈 경우 지속적인 추적이 어렵고 정보교환조차 이루어지지 않는 시스템도 경쟁을 가속화시켰다. 기관 및 시설들은 각자의 사업을 하고 있을 뿐이었고 공동의 목적이 있는지조차 모르고 있는 것으로 비추어졌다. 결과적으로 기관 및 시설은 서로 연계하여 탈시설화를 위한 공동의 목적을 향하여 나아가는 것이 아니라 각각 더 많은 이용자를 확보하기 위한 경쟁이었으며, 이 틈에서

정신장애인들은 점차 지역사회에서 더 많이 더 오래 사라져가는 구조가 형성되었다.

셋째, 정신장애인은 병원에서 나와 다시 병원으로 돌아갈 수밖에 없는 피비우스의 떠에서 허망한 싸움을 하고 있었으며, 지역사회 정신보건시설 실무자도 같은 떠에서 소진되고 있었다. 정신장애인들은 명목화된 탈시설 체계, 즉 존재하지 않는 탈시설체계 내에서 몸부림치고 있었으며, 정신보건시설 실무자들은 체계화되지 않은 시스템 속에서 자신의 역할을 찾아가기 위한 투쟁으로 소진되어 자기방어적으로 탈시설화가 불가능한 이유를 찾고 있었다.

넷째, 탈시설화에 반하는 지역사회정신보건체계의 근저에는 정신의료기관의 자본축적기제가 작동하고 있었다. 즉 대다수 정신병상 운영법인에 위탁된 시립정신병원과 정신보건센터는 그들의 자본적 이해관계에 반하는 적극적인 탈시설화를 추구할 이유가 없다. 위탁된 시립정신병원은 정신장애인이 지역사회로 돌아가도록 하는 사업을 적극적으로 추진할 이유가 없으며, 정신보건센터 실무자들도 서울시가 지불하는 의료급여 수급자의 입원비용 증가에는 무관심하다. 그리고 탈시설화를 추구하는 서울시의 다른 정신장애인서비스에는 적대적 자세가 되며, 이전에도 그랬던 것처럼 연계와 협력은 없다. 노숙상태의 정신장애인 문제는 사업대상에서 제외된다. 결국, 정신장애인 시스템 안에서 남은 것은 복지 보다는 정신의료기관 운영의 효율성뿐이며, 수익창출에 정신장애인의 인권은 가려졌다.

〈제 언〉

정신장애인 탈시설화에 관한 FGI 및 심층면접의 분석은 가족, 지역사회, 전문가 그리고 국가에 의해 이루어지는 정신장애인에 대한 거부와 편견이 잘 드러나고 있다. 이와 같은 현실에서 정신장애인들은 지역사회에 살고 싶어 몸부림치지만 그들의 희망을 지지하는 체계를 만나기는 어렵고, 끊임없이 정신병원 입원과 퇴원을 반복할 수밖에 없는 삶을 영위하고 있다. 그리고 그 근저에는 인권보다 자본적 이해에 지배되는 정신보건체계가 있다. 자본에 지배되는 정신보건체계는 시립정신병원과 정신보건센터와 같은 공공 정신보건체계를 무력화시키고 있는 것이다. 이러한 체계는 정신보건체계 종사자들 또한 무력하게 만든다.

이와 같은 분석결과가 탈시설정책에 주는 함의는 다음과 같다.

가) 서울시 정신보건체계의 공공성 확보는 탈시설정책의 전제조건이 된다.

정신의료기관 운영의 수익이 아니라 정신장애인의 인권을 중심으로 정신보건체계가 작동하기 위해서는 광역정신보건센터, 자치구 정신보건센터 그리고 시립정신병원이 정신장애인 인권을 중심으로 공공성의 기초위에서 운영되어야 한다. 시립정신병원 5개소 중 4개소와 정신보건센터 대부분을 정신의료기관 운영법인에 위탁한 구조에서는 탈시설정책은 엄연한 한계를 가질 수밖에 없다.

나) 서울시의 정신보건체계와 노숙인서비스 전체를 연결하는 새로운 탈시설정책추진기가 필요하다.

정신보건센터 중심 현행 체계는 분절성이 극대화되고 책임성은 부재한 형태로 조직화되었다. 의료서비스와 지역사회 복지서비스의 분절, 정신보건센터와 사회복지시설 간의 지역사회서비스의 분절, 정신요양시설과 주거제공시설 간 주거서비스 분절 그리고 정신장애노숙인과 정신보건체계 간의 분절 등 모든 서비스체계가 분절되어 있다. 그리고 이러한 분절적 운영에 대하여 아무도 책임성을 가지고 있지 않다.

다) 가장 큰 보호부담을 가지고 있는 가족들에 대한 지원책이 절실하다.

가족지원책이 아무것도 존재하지 않는 가운데, 빈곤 정신장애인들은 보호의무자에 의한 입원 형태로 장기입원의 길로 접어든다. 지역사회보호의 핵심은 일차적으로 가족들이 정신장애인들을 보호하도록 지원하는 것이다.

라) 입소생활시설에 관한 정책적 방향 수립이 필요하다.

입소생활시설이 지역사회적응을 위한 훈련장소라면 전체 시립정신병원은 단기병상으로 기능을 전환하고 입원의 일정기간이 지나면 의무적으로 입소생활시설로 이동하도록 하여야 한다. 또한 지역사회에서 일시적 휴식이나 보호가 필요한 정신장애인들의 쉼터기능을 수행하여 부적절한 입원이 발생하지 않도록 하는 기능을 수행하여야 한다. 물론 이러한 체계는 지역사회의 정신장애인 서비스조직과 긴밀한 연계 하에 작동되어야 한다. 그렇지 않으면 이 기능 또한 왜곡될 가능성이 있다.

마) 시립정신병원의 퇴원계획 수립과 지역사회연계기능이 강화되어야 한다.

이를 위해 퇴원자에 대한 훈련과 사전 지역사회적응프로그램이 활성화되어야 하며, 퇴원시 지역사회에서 보호역할을 할 주체를 명확히 하는 체계를 수립하여야 한다.

2. 고용정책의 장애요인

가. 연구방법

1) 참여자 선정

본 연구에서 정신적장애인의 고용의 욕구와 장애요인 등을 파악하고자 실시한 포커스그룹 인터뷰의 경우, 서울지역에서 소속된 직업재활 시설, 단체, 복지관, 고용지원기관 실무자 혹은 관리자로 구성하였으며, 총 5명이 참석하였다. 연구팀은 책임연구자, 공동연구자 각 1인이 참여하였고, 연구보조원 1명, 기록 1명 등 4명이 참석해 인터뷰가 진행되었다. 조사일정은 7월 18일(수)

16:00~18:00까지 가톨릭대학교 성의교정에서 총 2시간에 걸쳐 이루어졌다.

심층면접은 연구보조원 1인이 7월 20일(금) 16:00~18:00까지 정신적장애인 당사자와 개별적인 심층면접을 진행하였고, 23(월) 오전 10:00~12:00, 오후 14:00~16:00까지 정신적장애인을 고용한 경험이 있는 일반기업의 관리자와 심층면접 인터뷰를 진행하였다. 참여자의 특성을 정리하면 다음의 표와 같다.

<표 5-4> FGI와 심층면접 참여자

	나이	직급	근무기관	연구방법
참여자1	40대	원장	미래형 직업재활시설	FGI
참여자2	50대	센터장	일자리통합지원센터	
참여자3	40대	센터장	경영지원센터	
참여자4	40대	원장	보호고용시설	
참여자5	30대	팀장	장애인종합복지관	
참여자6	40대	사장	정신적장애인가용 기업	심층면접
참여자7	30대	과장	정신적장애인가용 기업	
참여자8	30대	지적장애3급	장애인 당사자	

2) 질문내용

가) 질문지 구성

본 연구에서 활용한 반구조화된(semi-structured) 질문지는 사전에 각 참여자에게 메일로 발송하여 질문지를 사전에 전달함으로써 연구참여자가 충분히 질문에 이해를 갖고 참여하도록 유도하였으며, 각 연구방법에 따른 질문내용은 아래의 표와 같다.

<표 5-5> FGI 및 심층면접 질문 내용

	구조화된 질문내용
FGI	<ul style="list-style-type: none"> - 도입 및 포괄질문 - 정신적장애인의 고용의 욕구 및 성과, 문제 및 장애요소 - 정신적장애인의 주요 실효성 있는 정책과제 및 방향 - 기타사항(해외타도시의 사례 및 성공적 취업 경험담 등)
심층면접 - 일반기업	<ul style="list-style-type: none"> - 고용 과정은 어떠하였는가 - 정신적장애인의 업무는 어떻게 개발되어지는가. - 근무능력, 비장애인 동료들의 반응은 어떠한가. - 정신적장애인의 일반고용 가능성과 보안되어야 할 지원은 무엇인가.
심층면접 - 장애인당사자	<ul style="list-style-type: none"> - 취업 과정은 어떠하였는가. - 취업과정에서 겪는 어려움은 무엇인가. - 어떠한 기준으로 일을 선택하는가.

나. 연구결과

1) 분석항목

본 FGI 및 심층면접 인터뷰를 통해 정신적장애인 고용 영역은 크게 보호고용 영역과 일반고용 영역 등 2개의 영역이 구분되었고, 7개의 범주(소주제)가 도출되었다. 첫 번째 영역은 직업재활시설에서 이루어지고 있는 '보호고용'이고, 이를 제외한 사기업, 공공기관에 취업되어 있는 '일반고용'이 두 번째 영역이다. 고용의 영역이 두 개의 영역으로 존재한다는 것은 전체 장애인의 고용 구조와 정신적장애인 고용이 구분되는 지점으로 볼 수 있다.

2000년 개정된 「장애인고용촉진 및 직업재활법」은 생산적 복지이념을 배경으로 근로능력과 의욕이 있는 장애인의 일자리 제공을 목표로 중증장애인에게 보다 초점을 맞춘 종합적인 장애인 고용정책으로 전환하였다. 이를 위해 개정법은 직업재활실시기관을 명문화하여 장애인에 대한 직업지도, 직업적응훈련, 직업능력개발훈련, 지원고용, 취업알선, 취업 후 적응지도 등 고용촉진 및 직업재활의 단계적인 사업내용과 지원근거를 마련하였다(유완식, 2010). 현재 보호고용의 대부분을 담당하는 직업재활시설의 근로장애인 80%는 정신적장애인으로, 직업적 중증장애인으로 구성되는 특징을 가지고 있다. 이러한 '쏟림현상'은 상대적으로 고용이 어려운 중증장애인을 대상으로 보호적인 환경 하에 고용의 기회를 제공하는 직업재활시설의 운영목적에 따른 결과라고 볼 수 있다. 또한 교육과 훈련이 쉽도록 단순한 작업의 임가공 형태의 작업이 직업재활시설의 생산품을 대부분 차지하고 있다는 것은 정신적장애인의 직업적 특성과 능력을 고려한 결과로 볼 수 있으나, 외국 사례를 비추어 볼 때 다양한 품목의 전환과 일자리 창출을 위한 노력은 필요한 부분이기도 하다.

따라서 본 연구의 목적을 달성하기 위해 정신적장애인의 고용특성과 장애요인으로 요약되는 각 영역별 범주와 하위범주의 내용은 다음과 같다.

<표 5-6> 정신적장애인의 고용특성 및 장애요인

영역	범주	하위범주
보호고용 영역	고용의 거대한 장벽에 부딪힘	장애인 고용 지원의 난맥
		불충분한 과정으로서 고용지원의 어려움
	시설운영 방식의 변화에 따른 혼란	직업재활 프로그램 운영의 혼란
		보호고용 영역간 전이활동 기피 현상
	시장경쟁력 확보가 절실한 시설의 문제와 선택	불안정한 일거리와 낮은 임금과정에서의 선택과 집중
		시설 수입구조의 체질개선을 위한 노력
		이원화된 구조로서의 시설의 경영지원 강화
	업무 조정 및 연계를 통한 통합된 고용시스템 마련	시장안에서의 새로운 보호고용 모델개발
		직업재활수행기관간 명확한 업무 조정과 연계체계 필요

영역	범주	하위범주
일반고용 영역	기업의 장애인 고용의 장애요소	장애인 고용의 불확실한 과정속에서의 도전
		불확실한 요소의 최소화를 위한 지원체계의 마련
		생산성과 사회적 기여를 창출하기 위한 노력
	일반고용 과정에서의 취약성 극복	준비된 구직자로서의 직업능력개발과 정보의 확대
		일반고용을 위한 인프라의 구축
	고용 지원의 활성화 요소	일상생활에서의 일로 자리매김 하기
새로운 고용차별의 현장을 극복하기		

2) 결과분석

가) 보호고용 영역

① 고용의 거대한 장벽에 부딪힘

○ 장애인 고용 지원의 난맥

직업재활시설 등 정신적장애인들의 과정별 서비스를 직접 제공하는 기관뿐만 아니라 일자리 개발, 경영지원과 같은 간접서비스를 제공 하는 기관들 모두 보호고용에서 일반고용으로 전이될 수 있는 가능성에 대해 회의적인 입장을 보여주었다. 이러한 현상은 일반고용 영역에 대한 충분한 신뢰관계가 형성되지 않은 것에 기인한다. 일반기업의 생리상 이윤추구를 목적으로 하기 때문에 장애인 고용을 이미지 마케팅으로 활용하거나, 싼 인건비나 해고의 자유로움의 이익을 누리는 그 이상의, ‘괜찮은’ 일자리를 만들기 위한 능동적인 행동을 취하지 않을 것이라고 보았다. 즉 장애인 고용에 대한 일반기업의 태도와 사회적 분위기가 여전히 미흡하다는 것이다. 그렇기 때문에 보호고용에 관련된 일련의 서비스를 제공하는 시설들은 일반고용으로 인한 전이가 직업 재활의 마지막 단계로서 적절한 지향점이 될 수 있을까에 대한 의문과 더불어, 명시화된 시설의 역할과 실제 역할의 정체성의 혼란에서 오는 괴리가 동시에 존재하게 된다. 따라서 보호고용 영역에 있는 기관 실무자의 인식은 정신적장애인에 대한 고용의 형태가 일반고용보다는 보호고용이 더 적절하다고 평가하고 있었다.

“기업은 곧 이윤추구예요, 기업에서 장애인들을 고용한다는 것은 장애인을 고용함으로써 어떤 부분이던지 이윤이 되기 때문에 고용을 합니다. 이윤이 없으면 절대 고용을 안 합니다—사회적 분위기가 고용해야 된다는 분위기에 의해서 고용이 된다면 몰라도 (장애인의 고용은) 아직은 나는 시기상조라고 봐요 기업에서 그 마인드가 중요해요 물론 다 그렇다는 건 아닌데, (장애인의 일반고용은) 시기상조라고 봐요. (참여자 1)”

“일반 대기업이 아니라 할지라도 기업체를 상대로 해서 내가 장애인의 고용을 위해 직업재활 시설의 생산품 판로개척을 할 때 던지는 미끼는 딱 하나예요. 당신들이 우리한테 물건을 주거나 당신들이 우리 물건을 판매해주면 기업의 위상이 올라간다는 논리죠. 그러니까 가치를 파는 것 밖에 없거든요. 직접적 고용은 어렵고, 판매로 인해 간접적으로 고용을 유도하는

것도 힘들어요. (참여자 3)”

“장애인공단에서 직업능력개발센터를 전국에 몇 개 운영을 하는데 서울권역은 일산밖에 없어요. 거기서는 교과목이 3-4개 밖에 없어서 저희에게 맞는 직업훈련 프로그램 대상자가 없는 거예요. 일반고용이라는 명목 하에 별다른 대책 없이 사회로 나가서 자립하는 것이 사회적응의 궁극적인 목적은 아니죠. (참여자 4)”

○ 불충분한 과정으로서 고용지원의 어려움

앞서 보호고용의 서비스를 담당하는 실무자들의 인식은 직무지도원 등 지원고용을 도와줄 인력의 부족, 불충분한 직업능력센터의 훈련 교과목, 구인에 관한 정보 부족 등은 일반고용으로의 전이를 어렵게 만드는 불충분한 서비스의 내용들로 꼽고 있다. 특히 보호고용 실무자의 “일반고용의 명목으로(해서) 사회에 던지는 게 사회적응이 아니라고 생각한다(참여자 4)”라는 표현에서 일반고용으로 가는 ‘과정으로서의 프로그램’에 대한 불안감이 드러난다. 특히, 일반고용의 취업과정에서 장애인들이 어떠한 안전망 없이 ‘던져진’ 상황에 놓인다는 것은 기관들의 근거 없는 걱정만은 아니다. 여러 차례 일반고용의 경험이 있는 장애인당사자(참여자 8)는 한 번을 제외하고 전단지나 인터넷을 통해 스스로 정보를 얻었다고 말했다.

“(취업정보는 어디에서 얻느냐는 질문에) 전단지요. 벼룩시장 같은 거... 말해줄 사람이 없어서.. 복지관 갔더니 며칠만 기다려라.. 짜증나서.. 시간 꽤 잡아먹고.....복지관에서 연결해준 곳은 집에서 한 시간 반이나 걸리고 힘들어요.. (참여자 8)”

이렇듯 장애인 고용에 대한 유익한 정보제공 없이 자가취업을 시도하는 경우, 고용주가 장애에 대한 이해가 없기 때문에 취업 과정 중에 차별적 언행을 듣거나 임금체불과 같은 어려움을 겪기도 하였다. 뿐만 아니라 정신적장애인에 대한 욕구와 이력사항들이 연속성 있게 축적되지 않고, 직업재활수행기관 간 정보가 공유되지 않기 때문에 훈련기회의 부족, 경력단절의 어려움 등이 지속적으로 나타나고 있었다. 이와 같이 일반고용 과정에서 축적되는 어려운 경험들은 장애인의 욕구와 서비스를 종합적으로 다루는 창구가 부족하기 때문이다. 즉, 일반고용으로의 전이가 가능하기 위해서 보호고용의 서비스 과정을 일반고용의 서비스 과정에 담아내는 직업재활서비스 긴밀한 체계가 필요하다.

② 시설 운영 방식의 변화에 따른 혼란

2000년 개정된 「장애인고용촉진 및 직업재활법」에 따라 직업재활실시기관을 명문화하여 장애인에 대한 직업지도, 직업적응훈련, 직업능력개발훈련, 지원고용, 취업알선, 취업 후 적응지도 등 고용촉진 및 직업재활의 단계적인 사업을 전개할 수 있는 근간이 마련된 바 있다. 당시 직업재활의 직접적인 서비스를 담당하였던 시설의 유형은 ‘근로작업시설’, ‘보호작업시설’, ‘작업활동시설’, ‘직업훈련시설’이라는 4가지 유형에 따라 서비스 전환과정과 재활의 단계에 맞추어

시설이 조직되었다. 각 단계마다 강조되는 지점에 차이를 둔다는 것은 직업재활의 과정적 측면을 반영한 설계라고 이해할 수 있다.

이러한 직업재활의 서비스 구조가 7년 동안 진행되다 유형개편의 필요성이 대두된 배경은 다음과 같다. 시설유형에 따른 역할이 미흡한 점, 유형간 전이 혹은 연계가 부족한 점, 중증장애인을 위한 보호고용 역할로서의 기회제공 미흡, 중증장애인의 고용 창출과 소득 증대를 위한 시설 기능 강화 필요성 등이 변화의 이유였다. 2007년 직업재활시설의 기능재정립을 위한 유형개편의 방향은 생산성을 강조한 직업재활시설로서의 보호고용의 기능강화로 볼 수 있다. 따라서 4개의 직업재활시설의 유형은 2개의 유형(보호작업장, 근로사업장)으로 축소되었다. 유형개편의 필요성을 보면 여전히 직업재활이 장애인의 생애 '과정' 속에서 점진적으로 일어날 수 있도록 과정의 연계에 대해 고민하고 있음이 묻어난다. 또한, 결과적으로 이 유형개편과 유형개편 이후의 대안들은 보호고용 영역이 소득 증대와 생산성 향상에 전력을 다하는 구조로의 체질변화를 가져온다.

○ 직업재활 프로그램 운영의 혼란

유형개편 이후의 대안들은 소득증대와 생산성 향상에 초점을 맞추게 되고, 그것은 '재활'의 의미를 새롭게 해석할 수 있는 공간을 만들어냈다. 그 구조적 변화는 직업재활시설이 임금에 대한 부담을 갖게 된 것에서부터 시작된다. 예컨대, 유형개편 후에 지침에 제시된 임금기준²⁰⁾이 강제사항으로 변하게 된 점과 이에 대한 직업재활시설의 경영지원의 내용을 살펴보면 쉽게 이해가 된다. 즉, '사업전환 및 생산을 위해 기능보강 지원 확대', '안정적인 판로 보장, 우선구매 확대', '경쟁력 강화를 위한 지원제도 마련'이다.

보호고용의 낮은 임금은 늘 쟁점이 된 중요한 사안이다. 정신적장애인 고용의 대부분이 직업재활시설의 보호고용형태라는 점을 상기해 보았을 때, 경영지원을 통해 임금과 안정적인 일자리를 제공하는 것은 중요한 일이다. 하지만 유형개편 당시 보호작업장 재활프로그램이 8시간 의무였던 것을 장애인복지법 시행규칙 개정에서 자율적으로 운영할 수 있게 하였다. 이는 보호고용의 영역이 일반고용으로서의 중간단계, 전이의 과정으로서의 역할로 축소됨을 의미하는 것이다. 이러한 형태의 시설 운영방식의 변화는 실무자로 하여금 프로그램 운영의 혼선이 예견된다.

“너무 일적인 부분만 가져가면 힘들다고 해서 프로그램도 하고 하는데 이게 일도 하고 프로그램도 같이 하니 생산을 해야 되는 건지 프로그램을 해야 되는 건지 잘 안 돼요. 예전에 (직업재활시설기관) 4개 유형 이었을 때는 딱 나뉘어서 거기에 맞춰서 일을 했는데 지금은 막 뒤죽박죽.... (참여자 4)”

이것은 보호고용에서의 직업재활의 목표를 한정적인 의미로 해석될 수 있다. 다양한 상태로의 변화 가능성을 내포하고 있는 재활프로그램에 자율적 운영은 생산성에 집중하고 있음을 명확

20) 근로사업장은 2/3인원 최저임금 지급, 월평균 80%이상, 보호작업장은 2/3인원 최저임금 40%, 월평균 30%이상으로 임금기준이 제시되었고 이것은 기존 권고사항에서 강제사항으로 변경되었다.

하게 보여주는 것이다. 보호고용을 통해 안정적 소득을 얻는 것이 직업재활의 최종적 목표가 될 수 있다는 것이다. 장애의 정도에 따라 일반고용 되기 어려운 장애인 또는 훈련의 과정으로서 보호고용 되어 있는 장애인에게도 일정 정도의 소득을 보장해야 하는 것은 중요한 문제이지만 소득보장이 직업재활의 전 과정에서 어떠한 형태와 무게로 있어야 할지는 여러 가지 측면에서 고려해보아야 할 것이다.

○ 보호고용 영역간 전이활동 기피 현상

유형개편 당시 '작업활동 프로그램, 보호작업장 프로그램 3년 운영 후 전이'는 초반 시행 후, 3년이라는 기간 한정을 폐지하고 시설에서 끝까지 책임지는 방식으로 전환하였다. 이것은 영역 간 이동을 더욱 어렵게 만드는 요소로 작용하고 있었다. 한편, 시설의 경쟁력 강화가 강조되고, 시설에 대한 기능보강 지원 등이 다방면에서 이루어지면서 시설들은 기존에 비해 임가공 형태의 불규칙한 일거리를 탈피함으로써 경쟁력 있는 아이템과 안정적 판로를 확보할 수 있게 되었다. 때문에 시설 차원에서도 숙련된 안정적 노동력을 지속적으로 원하게 된다.

“(직업재활시설) 시설에서 요새는 취업을 잘 안 시켜요 보호작업장에서 그냥 우리(시설) 인력으로 활용하죠. 현재의 생산인력으로 끌어안고 있다는 일이죠. 이만큼 잘 훈련시켜놨는데 내보내면 다른 사람을 또 대치(채용)해야 되죠.(중략). 그러다 보니 나갈 수 있는 인원이 보호작업장에 작업활동 하는 현상(역전이)가 발생하기도 하고, 한편으로는 보호고용 프로그램 활동이 더 필요하는 분들을 취업에 내보내는 그런. 기이현상도 발생하죠. 왜냐하면 취업에 대한 (시설)평가를 하니까. (참여자 4)”

참여자 4의 말처럼 시설에서 훈련된 노동력을 끌어안는 것이 시설의 생산성을 높이는데 도움이 된다. 이는 직업재활시설들이 인력이나 정보가 부족하여 일반고용으로 전이시키지 못하는 외부적 요인보다도 시설 자체가 노력을 다하지 않게 되는 구조적 원인이 크게 작용할 가능성이 높아진 것을 시사한다. 직업재활시설은 정신적장애인고용의 양 영역의 관계에서 다양한 역할을 담당하기 위해 시작되었다. 현재 보호고용 형태에 있는 정신적장애인들이 모두 일반고용 영역으로 전이될 수 없을지라도 장애인당사자의 선택의 가능성은 열려있어야 한다. 그 선택의 내용은 곧 재활의 목표와 닿아있어야 할 것이다.

③ 시장경쟁력 확보가 절실한 시설의 문제와 선택

현재 보호고용은 시장경쟁력을 높이기 위한 구조를 고민하고 있다. 그러한 체질의 변화는 곧 전이의 과정을 포기하게 만든 원인을 제공하기도 했다. 그렇다면 과연 무엇이 전이의 과정을 포기하게 했을까? 하는 의문이 동시에 존재한다. 앞서 살펴본 바와 같이 시설의 변화된 유형개편은 재활프로그램과 생산까지 시설에서 책임 있게 수행해야함을 의미한다. 이러한 이중적 잣대를 말아야 하는 직업재활시설의 상황에서는 가시적인 성과를 보여주기 어려운 구조를 가지

고 있다. 즉 대부분의 직업재활시설이 시장경쟁력을 갖추지 못하게 하는 원인인 임가공 형태의 불안정한 일자리, 인력부족으로 인한 판로 개발의 어려움, 최저임금 이하의 낮은 임금 등은 더욱 (시설입장에서) 시급성을 띤 문제로 받아들여지게 된다.

○ 불안정한 일거리와 낮은 임금과정에서의 선택과 집중

앞서 현황에서 살펴보았듯이 2010년 기준 직업재활시설의 근로장애인의 월평균 임금은 25만 7천원이다. 직접 자가생산하는 몇 개의 사업장(직업재활시설)은 상대적으로 나은 편이지만, 그러한 사업장 역시 따로 조립작업을 두고 있을 정도로 최저임금을 확보하는 일은 시설에게 어려운 과제로 남아있다. 일반고용으로 가는 전이의 과정도 충분히 제공되지 않는 상황에서 정신적장애인에게 주어지는 고용의 상황은 “지역사회에서 생활하기 어려운” 최저임금 이하의 보수를 제공하고 있다는 것이다. 이러한 맥락은 시장밖에서의 적절한 사회적 보호(적응)을 성취 하는데 있어 또 다른 실패를 의미한다. 또한 임가공 형태의 단순포장 조립 작업이 대부분인 직업재활시설의 현실을 고려할 때 각자의 시설차원에서 생산능력을 끌어올리는데 한계가 있다. 결국 생산적 일자리 확보를 위한 시설차원의 근로장애인을 더 확보하거나 일반고용으로의 전환을 위한 직업훈련의 확충 등의 노력에 있어 시설차원에서 구조적인 한계가 존재함을 보여준다.

“(최저임금 제외 대상자도 최소 30, 40을 주고 있다는 한 기관의 말에 대해) 굉장히 많이 주는 편이죠. 근로사업장이 106시설 중에 9개인가? 9개?? 대부분이 다 보호직업장인데, 지금 (시설의) 평균임금이 작년 데이터를 기준으로 30만원이 조금 넘는 걸로 나오거든요..(중략). 시설의 현재태를 고려할 때 최저임금 이상으로 지급할 수 있다는 것은 거의 저의 목표이지만 어려운 현실이죠.. (참여자 3).”

시설 입장에서는 ‘불안정한 일거리와 낮은 임금’의 과정을 유지하면서, 일반고용으로의 전이를 가능하게 하는 다른 여타의 직업재활 관련 업무들을 하기에는 어려움이 있게 된다. 지원의 한계를 안고서 직접서비스를 제공하는 시설의 입장에서는 ‘선택과 집중’이 일어날 수밖에 없는 것이다. 따라서 유형개편 후 현장에서의 요구가 생산능력 보강에 대한 쏠림현상을 보이는 것은 당연한 결과이다.

○ 시설 수입구조의 체질개선을 위한 노력

보호고용의 한계와 불충분한 과정으로서의 보호고용의 프로그램의 현상은 보호고용이 일반고용으로의 전이를 위해 필요한 과정으로서의 서비스가 충분하지 않다는 점에 그치지 않고, 시설로 하여금 이러한 전이는 적절인가, 필요한가라는 의문으로 이어지고 있었다. 이러한 현상은 곧 직업재활수행기관의 기능과 역할에 대한 혼란을 가져온다. 장애인복지관은 직업재활시설의 실무자의 관점과 약간 차이가 있지만, 데이케어 서비스를 받기에는 근로능력을 가지고 있는 중간계층의 노동능력이 있는 장애인의 직업재활 방향에 대해 어디에도 소속할 수 없는 애매한

상황을 ‘긴 집단’으로 표현하면서 고민하고 있었고, 직업재활시설에서는 생산과 고용프로그램 사이에서 어디에 초점을 맞추어야 할지 업무의 균형을 잡는데 어려움을 갖고 있다고 호소하였다. 하지만 현장에서는 이러한 어려움과 고민은 크게 혼란스러운 양상으로 나타나고 있지는 않다. 왜냐하면 2007년 직업재활시설기관의 유형개편은 보호고용이 시장에서 경쟁력을 확보하여 높은 임금을 받는 구조로 체질을 개선하도록 요구하고 있기 때문이다. 이는 일반기업에 대한 회의적인 시각과 맞물려 일반고용으로의 전이 과정의 축소라는 결과로 귀결된다.

“직업재활시설 입장에서 본다면 중증장애인들이 일반고용 시장에 막 나가서 한다는 것은 굉장히 힘든 일이라고 생각해요. 차라리 직업재활시설을 중견기업체 수준의 근로시설로 역량을 키워나갈 수 있는 일을 하는 것이 더 현실적이지 않을까. (참여자 4)”

“직업재활시설을 더 강화하고, 연계를 해가지고 안정적으로 수입구조를 창출할 수 있게 만들어 주는 게 더 중요한 부분이라고 생각해요. 제가 지금까지 취업시킨 인원 중에서 수많은 인원을 취업시켰지만 지적 자폐성 장애인들 5년 이상 근무하는 친구가 10명이 안될 것 같네요. 그 정도로 취업 유지하는 게 너무 힘이 드는 부분이에요.. (참여자 5)”

직업재활시설 기관들은 시설의 수익구조를 안정적으로 갖고자 노력한다. 이를 통해 최저임금에 크게 못 미치는 임금을 끌어올리고 더 많은 장애인들에게 안정적인 일자리를 주는 것이 현재 직업재활의 현실적이고 효과적인 목표라고 분석한다. 따라서 보호고용과 일반고용의 영역은 다른 지향점을 가지고 작동하게 된다는 배경적 맥락을 보여준다.

○ 이원화된 구조로서의 시설의 경영지원 강화

직업재활시설의 적은 인원으로 재활서비스와 같은 대면서비스를 비롯해 판로개척, 홍보 등과 같은 역할을 함께 수행하는 것이 현실적으로 어렵기 때문에 대부분의 시설의 요구들은 “경영지원의 강화”로 이어질 수밖에 없다. 서울시의 경우, 지방자치단체 중 유일하게 운영하고 있는 ‘경영지원센터’는 직업재활수행기관들에게 매우 긍정적인 평가를 받고 있었다. 경영지원센터는 판로개척, 아이템 개발 및 매칭, 품질개발과 같은 업무를 통하여 직업재활시설의 생산력을 높이는 업무를 하고 있다. 센터는 서울의 시설들을 다 감당하기에 적은 인원인 5명으로 운영되고 있음에도 불구하고 시설들은 센터가 많은 성과를 내고 있다고 평가했다.

현재 경영지원센터가 진행 중인 일들은 ‘직업재활시설의 공동브랜드 런칭’, ‘공동생산 연대’, ‘중소기업과의 연계를 통한 안정적 일거리 확보’, ‘디자인 업그레이드’ 이다. 센터는 직업재활시설 기관을 통해서 나온 물품들이 시장에서 일반기업과 함께 경쟁할 수 있을 수준으로 끌어올리는 것을 목표로 하고 있다. 따라서 직업재활시설은 생산과 케어를 맡고 경영지원센터가 경영관련 업무를 전담하는 이분화된 구조로 가는 것이 바람직하다. 즉 직업재활시설 지원 강화를 통해 안정적 수입구조를 가질 수 있도록 역량을 강화하도록 정신적장애인 고용에 관한 재원들을 집중

하는 것이 적절하다고 보고 있었다.

“보호작업장에서도 가장 필요한건 경영지원이 가장 필요하지 않나. 저도 그렇게 생각하거든요. 그래서 지금 현재 (시설의) 인력이 적은 데는 2명, 그 다음에 많은 데는 근로시설 같은 경우에는 10명이 넘는 인원이 있지만, 실제적으로 대부분의 시설들이 다 3명 이하 4명, 이렇게 근무를 하고 있는데.. (참여자 4)”

○ 시장안에서의 새로운 보호고용 모델개발

보호고용은 시장 ‘밖’에서 별도로 근무조건과 여건을 마련하여 일반경쟁의 문턱에서 보호된 환경에서의 고용을 의미한다. 이렇듯 보호고용은 일반적인 경쟁고용 보다 ‘직업재활’로서의 과정별 서비스의 의미가 더 강하게 존재한다. 때문에 시설의 목표는 시장의 경쟁구도 속에서 보호된 채로 장애인에게 일의 의미와 사회 구성원으로서의 역할을 경험할 수 있도록 하는 것이다. 하지만, 보호고용 영역안에서 상품개발을 포함한 생산성을 강조한 경영의 개념은 시장성을 강화함으로써 시장 ‘안’에서 경쟁력을 확보하고자 하는 노력으로 이어진다.

“제가 강조하고 싶은 것은 장애인 생산품을 강조하지 말고 장애인들이 일하는 곳인데 일반기업하고도 뒤지지 않을 정도의 실력을 갖출 수 있도록 만들어주는 역할을 정부에서 해야 된다는 거죠. 그 역할을 해서 고용을 거기로 늘릴 수 있도록 경쟁력을 살려서,, (참여자 3)”

참여자 3의 말처럼, 장애인 생산품이 시장 안에서 일반기업과 경쟁할 수 있을 정도로 실력을 끌어올릴 수 있도록 그 초점이 맞추어져 있다. 이것이 곧 더 안정된 임금과 많은 일자리로 이어질 수 있기 때문이다. 하지만 일반고용으로 전이될 수 있는 가능성이 배제된 채 상품의 시장성의 강화는 장애인당사자 입장에서는 자신의 욕구가 반영되지 않는 직업재활 과정이 될 수 있다.

따라서 해외사례에서 살펴보았듯이 고용에 있어서 장애인의 욕구를 더욱 반영하는 쪽으로 고용정책들이 새롭게 설계되고 추진되어야 할 것이다. 예컨대, 영국의 장애인고용관리사와 직업선택관리사를 통해 세밀한 계획 수립 및 진행이 가능하도록 한다거나, 일본처럼 장애인의 경영참가를 통해 적극적으로 욕구를 반영하기 위해 노력하는 점들을 들 수 있다. 이러한 세계적 추세에 반해, 한국의 경우는 보호고용 영역에서 담당해야 하는 역할을 ‘상품의 경쟁력 확보’로 일원화시킴으로서 장애인당사자의 욕구를 반영할 수 없는, 충족시키기 어려운 환경으로 이어질 위험이 있다. 즉, 보호고용 영역에서 일어나는 정신적장애인의 고용은 경영강화를 통한 상품성의 증진을 통한 안정된 임금을 제공하는 것으로 직업재활을 모양새 지음으로서 장애인의 욕구는 생략될 위험이 있다는 것이다. 따라서 시장안에서의 경쟁력을 확보하고 장애인의 욕구를 반영할 수 있는 새로운 보호고용의 모델이 마련될 필요가 있다.

④ 업무 조정 및 연계를 통한 통합된 고용시스템 마련

○ 직업재활수행기관간 명확한 업무 조정과 연계체계 필요

앞서 살펴보았듯이 보호고용에서 일반고용으로의 전환에 있어 구인에 맞는 구직자의 업무수행 능력의 부족에 따른 적응문제가 노동력 공급에서 가장 큰 문제로 지적되고 있다. 이것은 일반기업에서 필요로 하는 직업능력 기술에 대한 교육이 개인별 능력과 적성에 맞게 적절하게 이루어지고 있지 못하거나 교육프로그램 기관 자체가 적기 때문이라는 지적이 있다.

이러한 현실의 직면한 문제를 해결하고자 직업재활 프로그램을 수행하는 기관에서 직접 상담에서부터 교육과 훈련, 직업배치 등의 전반적인 직업재활 프로그램을 담당하게 된다. 이것은 결국 직업재활수행기관의 한정된 인원이 직업교육, 일자리카발, 취업알선, 고용지원 등의 전 과정의 업무들을 수행해야 하는 상황으로 이어진다. 특히 장애인종합복지관의 경우, 장애인들의 일상을 케어하는 것을 기본으로 사업체 개발과 동시에 취업지도 등의 과도한 업무로 쉽게 소진되는 현상이 일어나고 있었다.

“저희 같은 복지관인 경우, 중증장애인 직업재활사업을 위한 직업재활센터를 운영하고 있지는 않거든요. 그러다보니까 어떨 때는 교육훈련과 취업알선 사업까지 모든 과정을 우리가 담당해야 하는 건가? 하는 의문이 갑니다. 물론, 센터를 운영하는 복지관은 당연히 그걸(종합적인 서비스를) 의무시 해야 되는 거고. (중략), 따라서 어느 때는 중증장애인 직업재활 지원사업을 해야 되는 건가,하는 생각도 합니다. 뭐 이런 고충이 있기는 해서..지역사회 내 연계를 통해 일정부분 해소는 하지만, 모든 것이 완벽하지는 않죠..물론 평가지표에서 인원수 대비 연계실적을 잡고 있지만... 실질적으로 업무에 반영되는 것은 미흡한 수준입니다. 따라서 각 수행기관 간 명확한 업무정리가 조금은 필요하지 않겠나 생각해요. (참여자 5)

참여자 5의 말처럼, 단순히 업무가 많다는 것이 어려움이 아니라 중증장애인의 취업과정에서 각 수행기관간의 명확한 업무조율이 없이 중복적으로 이루어지거나 각 영역간의 역할이 명확하게 설정되지 않아 발생하는 정체성의 혼란을 느낀다는 점이 문제가 된다. 앞서 언급한 것처럼 보호고용 영역에서 훈련된 인력이 충분히 배출되지 않기 때문에 일반고용으로의 전환에 있어 새로운 교육훈련 과정에 다시 초점을 맞추어야 한다. 즉 보호고용 영역에서 감당할 것이라 예상되었던 부분들이 생략되었기 때문에 취업사업에서 교육훈련을 위한 또 다른 재활프로그램을 운영하거나 직업재활시설간의 연계의 영역이 다시 힘이 실리게 되는 것이다. 즉, 업무의 중복은 역할에 대한 혼란이며 이것은 정체성 혼란을 의미하게 된다.

이러한 관점은 보호고용 영역에서의 직업재활수행시설 간 상대적으로 비교되는 지점이 발견된다. 즉, 직업재활시설은 생산과 재활프로그램 사이에서 약간의 부담감을 느끼고 있기는 했지만, 그것이 혼란으로까지는 이어지지 않았다. 즉, 구조의 변화가 이미 생산 쪽으로 많이 기울어져 있었기 때문이다. 하지만, 장애인 취업을 담당하거나 연계를 담당하는 기관들은 일반기업에서 일자리를 개발하면서 동시에 장애인의 전반적인 생활을 케어하는 업무의 특성상 직업재활시설

기관과 관계를 맺기 때문에 직업재활시설의 영역과 긴밀한 관계형성이 필요하다. 따라서 일자리 통합지원센터나 장애인복지관은 직업재활 과정에서 분절된 지점들을 계속적으로 발견하게 될 것이고 그들이 담당하게 될 업무들은 더욱 늘어나게 된다.

○ 통합된 서비스체계를 마련하기 위한 기관의 역할변화 필요

직업재활은 통합된 과정으로의 서비스연계가 이루어져야 전이활동이 원활하게 이루어지는 특징을 가진다. 이를 위해서는 직업재활수행기관 간 명확한 업무분담이 필요하며, 업무분담이 전제되어야지만 그 기능을 할 수 있다. 대부분의 직업재활수행기관들은 각유형별 고유한 직업재활 영역이 존재하였다. 즉, 복지관은 취업알선을 위한 종합적인 서비스 제공을 담당하였고, 직업재활시설은 직업적응훈련과 보호고용 영역을, 장애인 단체와 유관센터는 취업알선과 지원영역을 담당하였다. 따라서 각 고유의 영역에 맞게 장애인들의 상태와 상황에 따라 유연하게 대처할 수 있었다. 하지만 보호고용 영역이 생산성에 초점을 맞추게 되면서 직업재활은 전이의 과정이 없이 영역 간 분절된 형태 속에서 각자의 논리로 진행되게 된다.

인터뷰에서도 나왔지만 문제는 분절된 형태의 직업재활은 분절된 지점마다 ‘낀 대상’을 만들어 낸다는 것이다. 붕 떠버린 장애인들을 직업재활의 어떠한 형태로 담아내야 하는 가에 대한 문제도 연계를 담당하는 기관들의 몫으로 남는다. 따라서 현재의 분절된 서비스 체계를 연결하기 위한 연결고리 역할을 담당할 별도의 조직이 필요하며, 통합된 서비스 체계를 마련하기 위한 기관의 역할변화가 모색되어야 한다.

“저희가 복지관이다 보니깐, 직업재활 전달체계에 대한 부분을 논의할 때 좀 안타까운 점은 공통적인 분모를 찾기 어렵다는 겁니다. 여기서도 이렇게 시설장님도 나와 계시고한테, 그런 부분들은 좀 안타까워요. 예전에 한번 시설하고 복지관하고 직업재활 유관기관들이 모여가지고 좀 이렇게 하려고 하는 부분들에 있어서 공감대 형성이 참 어렵더라구요. 완전 시스템 자체 축이 달리 가고 있어서, 시설은 마케팅과 이런 쪽으로 가고. 복지관에서는 재활 쪽 측면을 강조하다보니 그런거죠.. (참여자 5)”

“일반 취업이 안 되는 장애인의 경우, 보호고용으로 보내는데 저희가 좀 되게 힘든 거는 시설 운영이 재편되고 나서 시설이 보호작업장, 근로사업장으로 두개로 나누어지다 보니 작업활동이 없어졌잖아요..(중략). 그러다 보니 중간계층으로 구분되는 중증장애인의 붕 떠버린 거죠. 그래서 어디로 갈 데가 없어가지고 데이케어센터로 가야되는데 데이케어센터의 수용도 아닌 것 같고.. 그렇다고 근로능력이 전혀 없는 것도 아니고 해서 보호작업장으로 보내면.. 이런 쪽도 매출에 대한 어느 정도는 수행이 되는 능력을 강조하다 보니 들어가지 못하고.., 그런 부분들에 대해서 복지관이 어려움을 받고 있습니다(참여자 5)”

나) 일반고용 영역

일반고용의 영역은 중앙정부 차원의 법 제정과 그 내용의 변화 속에서 그 맥락을 이해할 수 있다. 우리나라가 장애인 고용정책을 제도적으로 추진할 수 있는 법적 기반은 1990년 「장애인고용촉진 등에 관한 법률」이 제정·공포를 통해 처음으로 마련되었다. 이 법률은 장애인 고용 촉진을 위한 여러 제도들에 관한 규정을 담고 있는데 특히 정부기관을 비롯하여 일정규모 이상의 민간사업주에게 일정비율의 장애인 고용을 의무화시키는 할당고용제를 장애인 고용 활성화를 위한 기본제도를 규정하였다. 동시에 고용의무를 이행하지 않은 사업주에 대해 미고용된 인원만큼 부담금을 부과하고 법정 의무고용율을 초과하는 사업주에 대해서는 초과인원 당 일정한 금액을 지원하는 장려금제도를 규정하였다.

그러나 이 법률은 사회적 환경 변화와 정책수요에 적절하게 대응하지 못한 한계로 2000년 「장애인고용촉진및직업재활법」으로 대대적 개정을 하였고 수차례 법률을 개정하였다. 이런 과정 속에서 장애인 고용의무사업주의 범위 확대, 부담금·장려금 제도의 개선, 적용제외율의 점차적 축소를 통한 폐지 등의 제도개선이 이루어졌다. 2007년 「장애인차별금지및권리구제 등에 관한 법률」이 공포되었는데 이것은 장애인에 대한 편견과 차별을 예방·제거 할 수 있는 제도적 장치가 마련되는 중요한 의미를 갖는다(남용현, 2012). 위의 내용은 장애인 고용에 대한 광범위한 사안을 다루고 있기 때문에 본 연구에서는 구체적인 사항을 쫓아가는 것이 아니라 이러한 일반고용에 대한 정책들이 실제 일반기업과 전달체계에서는 어떻게 체감되고 있는지를 그들의 고용 경험을 통해 살펴보고자 한다. 이는 두 가지 관점에서 정리될 수 있다. 하나는 정신적 장애인을 고용한 기업의 경험을 통해 그것이 노동력 수요의 차원에서 어떠한 의미를 갖는지 확인하는 것이다. 또 다른 하나는 정신적장애인에게 교육을 제공하고 일자리 개발 등과 같은 노동력 공급의 측면에서 이러한 서비스가 장애인 당사자에게 적절하고 충분하게 제공되는지 살펴보고자 한다.

① 기업의 장애인 고용의 장애요소

정신적장애인 고용은 기업의 차원에서 하나의 “도전”으로 받아들여지고 있었다. 그것이 개인적인 판단에 의한 것이던, 법 제재가 동기가 되는 것이던 일 현장에 장애인을 ‘노동력’으로서 활용한다는 것은 기존에 없던 새로운 상황에 직면하는 것이다. 이것은 단순히 정신적장애인에게 적합한 직무를 마련하는 것에 그치지 않고, 장애인과 ‘함께’ 일하는 것을 자신들의 기업문화로 만들어가는 과정을 포함한다.

○ 장애인 고용의 불확실한 과정속에서의 도전

‘도전’의 사전적 의미는 ‘정면으로 맞서 싸움을 꺾는다’라는 뜻이다(국립국어원, 2012.8.19). 정면으로 맞선다는 것에 매우 능동적인 행위이며, 싸움이라는 것은 실패할 수도 있는 불확실성이 존재함을 의미한다. 그 불확실성 속에서도 도전을 시도해보는 것은 가능성에 대한 기대이다.

현재 정신적장애인 고용을 하고 있는 기업주들의 경험은 불확실성에서 시작한다는 점에서 도전의 과정과 닮았다. 고용주들은 채용을 하는 과정에서 구인을 복지관 등을 통해 추천받은 것 이외에는 장애인고용 일련의 과정에서 기업은 스스로 나름의 방식을 찾아가고 있었다. 정신적 장애인에게 적합한 업무를 개발하는 것부터 장애인과 비장애인이 함께 일하는 데에 있어서 필요한 정보들도 고용이 된 이후의 과정을 통해 취해가고 있었다. 기업과 고용주 입장에서는 이 모든 것들이 불확실한 환경이다. 그럼에도 불구하고 이 도전을 시도하는 이유는 정신적장애인 고용에 대해 '가능하다', '해야 한다'라는 인식이 있기 때문이다.

“3주, 이 친구들 수습기간이 지나면 과연 이 친구가 이 직무를 수행할 수 있느냐를 평가합니다. 하면 이제 그 평가를 제가 제대로 내렸다고 보는데, 안 되는 친구들도 있었고 또 아닌데도 생각보다 잘하는 친구들도 있었고, 근데 모든 부분들은 사실 교육과 여러 가지 지도감독만 제대로 된다면 그 친구들도 사회구성원으로서 사회 일원으로서 충분히 일할 수 있는 그런 친구들입니다. 현재 저희가 4명이 있지만 전부다 아주 우수한 근무능력을 가지고 있습니다. (참여자 6)”

참여자 6은 6년 동안 꾸준히 장애인 고용을 해오고 있는 기업주이다. 처음에는 인력부족을 해결하기 위해 정신적장애인 고용에 관심을 가졌다. 이것이 고용한 경험과 기간이 더해지면서 비장애인과 장애인이 함께 일하는 것의 가능성을 확신하게 되었다. 정신적장애인 고용은 상대적으로 값싼 노동력이나 법의 강제라는 동기요인에 있었지만 경험해 본 후에는 정신적장애인들의 성실한 근무태도에 대해 만족을 나타냈다.

“처음에 저희가 장애인들, 비장애인들인지 고객들이 인지를 못하시더라고요. 그러니까 한 친구를 호명해서 불렀는데 이 친구들이 자꾸 손님이 오라 그런 거를 외면을 했습니다. 손님 부르는 걸 무시했다 이거예요. 항의하시는 분이 있습니다. 그래서 이제 장애인과 비장애인이 같이 근무를 하고 있어서 그런 부분이 있다고 말씀드리면 모든 고객 분들께서 굉장히 열린 마음으로 다 품어 주셨습니다. (참여자 6)”

일반고용에 들어오면 직장동료로서 혹은 고객으로서 비장애인들과 접촉하는 범위가 넓어진다. 따라서 참여자 6의 사례처럼 초기에는 이러한 어려움이 발생하기도 하였지만 결국에는 장애인 직원들 혹은 비장애인 고객에게 의미 있는 자극이 되어 장애에 대해 열린 마음을 갖게 되었다고 고용주들은 평가하고 있었다.

○ 불확실한 요소의 최소화를 위한 지원체계의 마련

현재 일반고용 영역에서 정신적장애인의 고용이 시도되는 것은 긍정적으로 볼 수 있지만 불확실성에 기반을 둔 도전의 영역으로 남겨두는 것은 좋지 않다. 그 도전의 과정을 통해서 일반기업에서 정신적장애인 고용이 리스크가 크다는 판단을 할 경우에는 벌금을 선택하는 등의

고용에 대한 소극적인 태도를 보일 수 있기 때문이다. 따라서 일반기업이 정신적장애인에 대해 어떠한 경험을 하느냐가 중요하다. 일반고용 영역에서 더 많은 장애인 고용에 대한 수요가 늘어나도록 하는 것은 일반기업들이 장애인 고용에 대해 느끼는 불확실한 요소들을 최소화시키는 것이다. 기업들이 이야기하는 정신적장애인의 일반고용의 장애요소들은 다음과 같다.

첫 번째는 정신적장애인에 대한 일상적인 생활케어를 지원하기 위한 노력이 필요하다. 아래의 참여자 6의 말처럼 식사를 거르면 예민해지고 그것이 업무에 지장을 미치는 경우, 옷을 깔끔히 챙겨 입지 못해 손님들에게 불쾌감을 주는 경우들이 있다고 한다. 업무 이외에 일상에 대한 케어가 필요하다고 보았다.

“저희 (고용 중인 4명 중) 2-3명은 아침을 못 먹고 다닙니다. 그래서 왜 못 먹고 다니느냐 면담을 했더니 어머니가 천원주고 이천 원 주고 빵 사먹어라 그런 식으로 한다고 하는데 사실 장애인들이 먹는 거에 대해서는 굉장히 예민한 부분들이거든요 부모님이 좀 더 관심을 가졌으면 좋겠습니다. 애들이 식사를 못하고 오면 표시가 납니다. 힘들어하고 배 만지고 먹고 싶어 하고 그러면 일 자체가 안 되기 때문에. (참여자 6)”

두 번째는 장애를 이해할 수 있도록 기본적인 교육과 지원이 필요하다. 채용하는 과정에서 기관과 정보를 교환하는 연락 이외에는 공식적이고 꾸준한 상호작용이 일어나고 있지 않았다. 대부분의 기관차원에서 하는 정보교환은 업무를 잘 수행하고 있는지 확인하는 차원이지만 기업이 장애인 고용에 대한 이해를 갖게 하는 공식적인 교육과정이나 지원은 없다는 것이다. 각 장애유형별로 어떠한 특성이 있고 응급상황에서 어떻게 대처해야 하는지를 포함하여 함께 일하는 것이 어떠한 의미인지에 대해 충분히 이해하는 과정이 있다면 불안한 요소들을 극복하는데 도움이 될 것이다. 실제로 한 고용주는 장애인이 발작으로 쓰러졌을 당시의 당혹감을 이야기하면서 채용당시 기관 측에서 병력과 같은 중요한 정보를 주지 않은 점, 그러한 상황에 어떻게 대처해야 할지 알려주지 않은 점에 대해 지적했다.

“장애인에 대한 특이사항이나 그 동안에 병력이나 이런 거 따로 (당사자에게) 요청할 수 없거든요. 그런 부분들을 사전에 같이 넘겨주시거나 공유해주시면 훨씬 더 관리하는 좋을 것 같고 고용주입장에서도 안정은 될 것 같아요. 왜냐하면 이러한 상황(고용된 장애인이 발작을 일으킨 상황)이 생기면 이렇게 까지는 우리가 해야 되는구나 하는걸 알고 있으니까. (정신적장애인의 고용이) 전혀 안된다고는 생각하지 않고 있고요. 어차피 해야 되니까. 저희 회사도 해야 되고 그로 인해서 크게 사업장에 악영향을 주는 것은 아니기 때문에 큰 무리는 없다고 보는데. 그런 부분이 보완되면 수월할 것 같아요 부담도 적고요. (참여자 7)”

마지막은 정신적장애인들 보호자들과의 관계이다. 정신적장애인들의 보호자들은 일반기업의 고용에 대해서 막연한 불안감을 갖고 있기 때문에 고용주나 담당팀장들에게 수시로 연락하거

나 회사에 찾아오는 경우가 종종 발생한다. 이것은 기업입장에서는 정신적장애인을 고용했기 때문에 겪는 추가업무이다. 보호자들은 일반고용과 보호고용의 차이를 충분히 이해하지 못하거나 이해하더라도 막연한 불안감이 있는 경향이 존재한다. 그것은 그러한 상황을 충분히 설명해줄 만한 중간과정이 없기 때문이다. 복지관을 비롯하여 장애인의 취업알선 등 연계를 담당하는 기관들은 단순한 매칭으로 업무를 끝내는 것이 아니라 일반고용 영역에서의 고용이 정신적장애인에게 '사건(event)'이 아닌 '일상'이 될 수 있도록 지원해야 할 필요가 있다.

“(보호자가) 사무실에서 일어나는 모든 것을 컨트롤(조정) 하려고 그러시더라고요. 그래서 여기서 일어나는 일은 여기서 끝나기 때문에 어머님께서도 관심 안가지셔도 괜찮습니다. 하고 말씀드리죠.(중략).. 고객과 트러블이 생기는 경우가 있는데 어머니한테 얘기하면 어머니는 내 새끼는 잘못된 게 있는데 왜 그랬냐? 어머니 아닙니다, 그런 게 아닙니다. 고객들하고 마찰이 있는 경우도 있는데 애들이 사실 잘못된건 없지만 잘못된 거 없어도 저희들이 사과하는 게 회사의 방침입니다. 그런 게 또 이해가 안 돼는 부분들이 있어서 그래서 자꾸 그런 일로 전화하시니까. (참여자 6)”

그 외에도 소규모 사업장일수록 장애인 고용에 따른 혜택 받는 절차를 간소화시키는 것, 직영점 사업이라도 본사의 장애인고용으로 집계되게 함으로써 업무개발의 다양성을 확보시켜 줄 수 있도록 해주는 것에 대해 건의가 있었다.

○ 생산성외의 사회적 기여를 창출하기 위한 노력

앞서 보호고용 관련 기관에서 말한 일반고용에 대한 인식에 대해 살펴보았다. 보호고용 영역에 있는 기관들은 정신적장애인들의 일반고용이 어려운 이유에 대해 일반기업의 인식부족을 지적했다. 그러한 인식부족은 장애인 고용의 경험부족에 기인하기보다는 이윤추구라는 기업생리에 있다고 보았다.

하지만 고용주인 참여자 7은 생산성을 강조한 기업의 실적으로만 정신적장애인들을 평가할 수 없다는 것에 대한 확신을 보여준다. 실적이 부족함에도 불구하고 새로운 업무를 개발하여 전환시키거나, 세차비를 높여서 고용을 유지하게 하는 기업주의 선택(참여자 8)들은 기업차원에서 합리적이지 않은 선택이다. 이는 바로 금전적 손해로 이어지지 않는다하더라도 인력관리 등의 부수적 업무를 감당해야 하기 때문이다. 그럼에도 불구하고 정신적장애인들의 고용을 유지한다는 것은 일반기업들이 장애인고용에 있어서 기업의 태생적 목적과 동기라는 이윤추구 원리에 의존하지 않는다는 것을 알 수 있다. 이것은 기업이 장애인과 비장애인이 함께 일하는 것이 양쪽 모두에게 의미 있고 필요한 일로서 받아들이고 있기 때문에 가능하다.

한편, 일반기업에서 정신적장애인이 최대한 생산성을 높일 수 있는 업무를 개발하는 것은 여전히 중요하다. 그것은 결국 얼마나 적절한 일자리를 만들어 내느냐로 이어진다. 하지만 이 '적절함'의 내용에는 생산성 이외에도 여러 가지 내용을 담는다. 이것은 정신적장애인에게 비장

애인과 똑같은 일 형태를 고집하지 않고 유연하게 상황에 맞춰 일자리를 제공하는 것으로 구체화 된다. 즉 정신적장애인에게 적합한 일자리라는 것은 업무나 기능뿐만 아니라 장애상태나 조건에 따라 조정되는 유연한 일의 형태와 개념을 포함하는 것이다. 기업의 담당자들은 기업이라는 배경과 장애인에게 적합한 일의 형태를 융합하여 받아들이고 있었다. 이것은 또한 그 조직의 특수한 문화로 자리 잡고 있었다.

“(지속적인 고용의 기준은 무엇이냐는 질문에) 실적이죠. 실적을 무시할 수는 없거든요. 그렇다고 실적만 100%적용하면 이분들은 안 되실 것이 뻔해요. 특히 자폐우 분은 안 되실 것이 뻔하기 때문에..(중략). 근데 첫 사회생활이더라구요, 저희 회사. 처음 사회활동 하는 거라 만약에 여기서 좌절을 시키면 다른 일을 못 할 수도 있지 않을까라는 생각 때문에 사실 고민이 많아요. 다른 방향으로 혹시 전환시켜줄 수 없을지 지금 고민 중이구요. 회사에 다른 프로젝트를 찾아보고 있구요. 전환시킬 곳이 있는지.. (참여자 7)”

“장애인의 생산성만 강조하는 것은 무의미하죠. 실적이 부족함에도 불구하고 새로운 업무를 개발하여 전환시키거나, 세차비를 높여서 고용을 유지하게 하는 것은 기업의 사회적 기여의 노력이기도 합니다.. (참여자 8)”

② 일반고용 과정에서의 취약성 극복

정신적장애인의 고용에서의 노동력 공급은 재활의 과정과 밀접하게 닿아있다. 직업교육, 일반고용이 가능한지에 대한 평가, 취업이후 적응지도라는 일련의 과정은 곧 직업재활이다. 하지만 현재 노동력 수요와 장애인의 상황과 욕구에 맞는 매칭이 어려운 것은 이 과정들이 연속적인 형태로 이루어지지 않고 각기 단절되어 있거나 여러 단위가 중복되어 진행되기 때문이다.

노동력 공급의 과정이 재활의 과정과 닿아있다고 이해한다면, 고용을 “돕는” 기관의 역할과 기능도 노동력 공급의 한 요소로서 이해할 수 있다. 때문에 일반기업에 노동력 공급을 지원하는 장애인복지관이나 서울시일자리통합지원센터가 이와 관련하여 역할을 하는지를 살펴보는 것이 중요하다.

일반고용 영역에서 노동력 공급은 부족하다고 인식된다. 즉, 일반기업에서 필요한 노동력이 충분히 공급되고 있지 않다고 보는 것이다. 이것은 두 가지 지점에서 이야기된다. 첫 번째는 일반기업에서 필요로 하는 기술을 가진 정신적장애인이 없다는 것, 두 번째는 구인과 구직에 대한 정보가 부족해서 적절한 연계 서비스가 이루어지 않는다는 것이다. 이 두 가지 사안이 어떠한 구조적 원인에 기인하는지를 알기 위해서 노동력 공급을 돕거나 관리하는 기관들 그리고 장애인당사자가 무엇을 경험하는지를 살펴보고자 한다.

○ 준비된 구직자로서의 직업능력개발과 정보의 확대

연계의 역할을 담당하는 기관들은 참여자 5와 1의 말처럼 구인에 맞는 구직자의 부재 문제가

노동력 공급에 관련된 가장 큰 문제로 보고 있었다. 의무고용과 같은 법적인 조치들로 인해 일반기업에서 장애인 노동력을 필요로 하지만 일반고용이 가능한 장애인이 없다는 것이다. 이것은 보호고용과 일반고용 사이에서 전이의 과정이 축소되었기 때문에 보호고용에서 훈련된 노동력이 배출되지 않게 된 구조적 변화에 그 이유가 있다.

“일자리통합지원센터에서도 그렇고 장애인공단에서도 그렇고 실질적으로 직업적 중증하고 직업적 경증하고 나눠서 봤을 때 지적, 자폐성, 정신장애 등 이분들이 취업으로 연계해서 할 수 있을 만한 사업은 굉장히 제한적일 수 밖에 없거든요 저희가 사업체에서 전화가 와가지고 취업을 시켜달라고 해서 오면 취업을 시킬 사람이 없어요.(중략).. 그러면 저희가 일자리지원센터에다가 전화를 하죠. 일자리지원센터에다가 구인 요청서를 보내가지고 그리고 공단에다가도 보내요. 그래도 취업을 시킬만한 대상이 없어요(중략). 저희도 마찬가지로. 그리고 또 일자리 지원센터에서도 전화가 와요. 사업체가 이렇게 개발이 됐는데 복지관에 혹시 사람 있나? 공단에서도 마찬가지로 근데 일자리지원센터나 공단이나 이런 곳들은 장애인전문기관이잖아요. 그렇게 많은 상담 인원들을 보유하고 있음에도 불구하고 실질적으로 그 사업체에 맞는 장애인을 취업시키려고 하면 대상이 없는 거죠 (참여자 5)”

“기업체에서는 대부분 이런 사람(장애인)을 좀 우리한테 보내주십시오. 라고 해요 그런데 문제는 기업에서 요구하는 장애인과 매칭이 잘 안 된다는 거죠. 또한, 현재 인프라 자체가 보호작업장에서 있다 보니까..더욱 일반취업을 경계합니다. (참여자 2)”

“직업재활시설도 참 어렵겠다는 생각이 듭니다..차라리 내가 시설장이면 그 친구 취업 안 시키고 일 더 시켜가지고 차라리 매출 올려가지고 돈 더 주지 뭐 이런 생각도 할 수 있을 겁니다. (참여자 5)”

더 이상 보호고용의 과정은 더욱 숙련된 수준으로의 발전을 통한 일반고용으로의 전이로서 이해되고 있지 않기 때문에 일반고용으로의 고용이 직업재활의 목표가 되지 않는다. 그럼에도 직업재활시설에서 취업에 대한 평가가 이루어지기 때문에 상대적으로 덜 숙련된, ‘프로그램 활동 대상자’가 일반고용으로의 취업으로의 연계 대상자가 된다. 결국 연계의 역할을 하는 기관들은 일반고용으로 이어질만한 준비된 인력을 확보하지 못하게 되는 것이다. 때문에 이 노동력공급의 역할을 담당하는 기관들은 또다시 일반고용에서 필요로 하는 직업교육 및 훈련 등을 제공해야 한다.

이러한 배경으로 인해 취업알선 등의 역할을 담당하는 수행기관들은 현재의 문제에 대한 대안으로 직업교육 및 훈련에 초점을 맞추고 있다. 따라서 직업교육, 훈련 등의 전문훈련기관의 수를 늘리고 노동력 수요에 기반을 둔 적절한 직업훈련프로그램 개발이 시급하다는 것이다. 이러한 현상은 훈련된 인력이 배출되지 않는 구조적 문제로 인해 결국 취업 연계기관들은 ‘과정으로서의’ 직업훈련프로그램까지 감당해야 하는 상황과 관련이 된다.

“현재 저희 OO구의 등록장애인이 9천800명 정도 되는데 어디서 어떻게 뭘 하고 사시는 데에 대한 정보가 장애인복지관임에도 불구하고 복지관을 찾아오는 사람 이외에는 아무런 정보가 없어요.. 그러니까 실질적으로 복지관 차원에서 실무자가 장애인 욕구과약을 위해 돌아다니면서 다 해야 되는 상황입니다. 어떤 사람이 어떤 취업을 원하는지 뭘 하는 지에 대한 정보가 공유를 전혀 안하고 있어서.. (중략). 따라서 일정부분 직업재활 관련 기관의 경우에는 조금 그런 부분들에(기초정보) 대해서는 서비스 지원이 가능하도록 만들어 줘야 되지 않나 생각해요..(참여자 5)”

연계의 역할을 담당하는 기관들이 취업시킬 장애인을 충분히 확보하지 못하는 또 다른 이유는 충분한 정보공유가 이루어지지 않는다는 것이다. 기관이 위치한 지역구에 거주하고 있는 장애인에 대한 정보가 제공되지 않기 때문에 필요한 순간에 적절한 서비스가 제공되지 못한다고 보았다. 이것은 장애인 당사자의 고용에 관련해서도 문제로 드러났다. 일반고용만을 해 온 장애인은 고용하고 나서 임금체불문제 등에 대해 상담할 창구를 알지 못했으며, 취업정보는 구인신문 혹은 포털사이트에 의존하고 있었다. 이러한 고용 사이클은 장애인 당사자의 직업경력 등의 서비스 이력 정보에 대한 단절을 의미한다.

○ 일반고용을 위한 인프라의 구축

앞서 살펴본 바와 같이 현실의 직면한 문제를 해결하고자 취업알선 등의 연계 프로그램을 수행하는 수행기관에서 직접 직업전교육 및 훈련 프로그램을 동시에 진행해야 하는 상황에 봉착되어 있다. 이것은 결국 기관의 한정된 전문인력이 직업재활의 과정별 서비스에서 필요로 하는 직무의 전 과정을 수행해야 하는 상황으로 이어진다.

“제가 예전에 장애인 고용을 하다보면 주말에도 막 불러나가요. 사업주가 막 전화가 와서 아 애가 이러는데 지금 와서 좀 해줘야겠는데. (중략) ... 근데 복지관 같은 경우도 (전문)인력 자체가 없기 때문에 어렵고. (중략). 사업체는 계속적으로 점차적으로 확대되고, 취업을 하고 있는 사람들은 많고, 곳곳에서 문제는 계속적으로 터지고, 근데 사업하는 사람은 그 업무만 하는 게 아니라 평가도 해야 되고, 뭐 팀장회의도 해야 되고, 기획안도 써야 되고, 뭐 하다보면 전화가 와서 주말에도 나가야되고, 이런 상황들이 계속적으로 반복되면 소진될 수 밖에 없거든요 (참여자 5)”

이러한 현상은 정신적장애인을 고용한 일반기업의 불만과 연결 지어 생각해 볼 수 있다. 앞서 기업주의 입장에서는 복지관에서 추천받아 취업한 장애인에 대한 건강상의 문제를 비롯한 특이사항에 대해 문의하였을 때, 명확한 정보를 받지 못했다. 이러한 현상은 복지관에서 장애인에 대해 제대로 파악하지 못했다는 인상을 주었고, 이것은 복지관의 고용 매칭에 대한 불신으로 이어졌다. 장애인들이 일을 할 수 있는 상황과 여건을 만들어주는 것은 취업연계 사업에 있어

핵심적인 내용이다. 동시에 이러한 일련의 활동은 직업재활의 주요내용이기도 하다.

하지만 현재 복지관이 한정된 인원으로 교육훈련과 사업체 개발이라는 업무를 함께 하고 있기 때문에 에너지가 분산되게 되고 이로 인해 소통이 원활하게 이루어지지 않는 점도 간과하기 어렵다. 따라서 취업연계 기관들이 기업들의 고용이 지속적으로 이루어질 수 있도록 노동력 공급을 잘 관리 하는 역할에 집중할 수 있도록 해야 한다. 이는 기업차원에서 원활하지 않은 소통은 곧 불확실한 장애인 고용의 요소가 되기 때문이다. 장애인고용의 불확실한 요소들은 기업자체적으로 파생되거나 책임질 사항은 아니므로, 기업과 함께 장애인의 직업재활의 과정을 함께 관리할 수 있는 고용인력의 지원 등 고용인프라의 지원체계가 마련되는 것이 필요하다.

③ 고용지원의 활성화 요소

○ 일상생활에서의 일로 자리매김 하기

정신적장애인에게 있어서 생활에 대한 전반적인 케어는 직업재활의 과정으로서 받아들일 수 있다. 그것은 정신적장애인들이 일을 할 수 있는 상태와 환경을 만들어주는 것이기 때문이다. 이러한 상황 속에서 장애인복지관은 상대적은 정신적장애인의 고용을 유지하도록 돕는 일상에 대한 케어를 놓치고 있는 것으로 나타났다. 정신적장애인을 고용한 일반기업들이 공통적으로 지적하는 부분들은 바로 이러한 생활에 대한 케어 부분이다. 즉, 아침식사를 챙겨먹거나 깔끔하게 옷을 입는 것, 건강관리와 같은 일상관리, 정신적장애인의 보호자와 기업 간의 의사소통의 어려움 등이 그것이다.

“(인사관리)팀장도 자폐성 장애를 가진 친구의 어머니와 아침, 점심, 저녁으로 통화를 하세요 팀장한테 ‘우리 애 출근했습니다’ 전화하시고, 점심때 ‘출근 잘했나요?’ 물어보시고, 저녁에 잘하고 있는지 확인 전화하시고.. 처음에 팀장이 놀랐거든요 회사에 어머니가 와보고 싶으시다고 해서, 어떻게 일하는지 보고 싶고.. v(중략). 그래서 팀장한테 오고 싶으시면 오시라고 했죠. 대신에 아이가 모르게.. 한 바퀴 둘러보시고 가시는 것까지는 괜찮다 이야긴 했는데.. 요즘엔 오시겠다 이야기는 안 하시나봐요. 근데 어쨌든 아침점심저녁 통화나 문자는 하고 있어요-궁금하시니까, 불안안하시기도 하고, 충분히 이해는 되요 아예 나 몰라라 하시는 것보다 낫다고는 생각하는데. 글썄 과연 자녀분한테 좋은 건지는 잘 모르겠어요 어차피 (고용현장으로) 내놓기로 한 거면 믿어주시면 좋겠는데 잘 안되시나 봐요. (참여자 7)”

특히 보호자들은 일반고용된 정신적장애인의 상태의 궁금증과 염려를 동시에 가지고 있었다. 이러한 상황들을 충분히 설명해주고 기업과의 보호자 사이에서 생기는 문제점들과 어려움들을 해결하는 의사소통의 창구로서의 역할도 매우 필요한 것으로 보인다. 고객에게 사과를 시킨 것에 대해서 불쾌해하는 보호자, 담당 팀장에게 하루 세 번 연락하는 보호자, 혹은 장애인인 경우는 일반기업이 다루기 어려운 또 다른 현실의 고용장벽으로 다가온다. 따라서 정신적장애인이 일을 할 수 있도록 보호자 및 가족들이 그 상황을 충분히 이해할 수 있도록 하는 것 역시

생활케어의 일부이다. 정신적장애인이 일을 할 수 있도록 그 생활을 돌보는 다양한 차원의 노력이 곧 '일상생활로서의 일'로 자리 잡을 수 있는 중요한 직업재활의 영역이자 취업연계를 담당하는 기관의 또 다른 역할이다.

○ 새로운 고용차별의 현장을 극복하기

일반기업들의 일자리 개발을 중점으로 하는 실무자는 일반고용의 도덕적 해이 문제에 대해 지적하고 있었다. 일반기업 고용에 관련된 또 다른 문제는 당사자 인터뷰에서도 나타난다. 즉, 비장애인보다 적은임금을 주거나 차별적인 언행 등 고용현장에서의 차별적 대우를 제기하였다. 차별당사자는 그때마다 스스로 일을 그만두는 것으로 상황을 정리하였고, 차별에 관련하여 어떠한 도움을 받지 못했다고 한다.

“사회적 기업의 문제점은 1년, 2년 예비 사회적 기업으로 예산 다 소진한 이후에는 부도내 버려요 이익창출 되면 다른 법인을 만들어가지고 운영해버리는 처사죠. 거래처는 확보되어 있으니깐. 그럼 (기존에 고용된)그 사람들은 고용을 안 한단 얘기죠 그러니까 사업주는 일단 돈을 벌 수 있고, 물론 이제 뭐 다 그러진 않겠지만.. (중략)시에서도 문제점은 뭐냐.하고 질문하죠.그 사람들을 예산 집행하고 할 때는 좋았는데 결국, 실업자가 되어버린다는 얘기죠 부도내버리고 다른 뭐 갈아타는... (참여자 2)”

“가끔 비장애인보다 적은임금을 주거나 차별적인 언행 등 고용현장에서의 차별적 대우를 받을 때가 많습니다..그때마다 제가 감당해야 할 문제지만, 정말 장애인 고용의 장벽을 새롭게 실감하죠..어디에다 하소연 할 때도 없고..(참여자 8)”

따라서 서울시에서 운영하고 있는 일자리통합지원센터에서 서울시 산하 고용차별에 대한 모니터링을 담당하는 것도 적절하다고 판단된다. 일반고용 관련 일자리 개발을 집중적으로 노력하고 있는 일자리통합지원센터는 직접서비스보다는 이처럼 연계의 역할, 조정의 역할을 하기에 적합한 위치에 있다. 따라서 일반기업 장애관련 교육, 임금체불 등 노동문제 창구, 구인-구직에 대한 정보 전달의 기능을 담당할 수 있을 것이라 생각된다.

3) 분석결과 요약 및 제언

〈요 약〉

정신적장애인의 직업재활은 신체적 장애와는 달리 고용에 관련된 기능적인 훈련에 더하여 지적능력에 맞춘 직무개발과 사회생활 적응을 위한 훈련이 필수적으로 동반된다. 따라서 정신적장애인의 직업재활 과정은 신체장애인에 비해 상대적으로 다양하고 장기적인 훈련과 지원을 필요로 한다. 이러한 배경에 기초해 정신적장애인의 직업재활은 두 개의 영역에서 진행되도록

설계 되었다. 분석결과는 이 구조를 중심으로 두고 실제 직업재활의 과정이 어떻게 일어나고 있는지 요약정리하고자 한다.

첫 번째 영역인 보호고용 영역에서는 일반고용 되기 전 직업기술을 익히고 직업재활프로그램을 통해서 사회적응 훈련 등을 받는다. 때문에 보호고용은 반복적인 훈련과 사회적응이 필요한 정신적장애인의 특성에 따라 '과정적 프로그램'의 특징을 갖는다. 보호고용이 여러 개의 유형으로 나누어 진행되는 이유도 이러한 직업재활적 측면에서 더 나은 상태로의 발달의 '과정'을 담기 위한 방법이라고 이해될 수 있다. 이러한 과정을 통해 일반고용으로 '전이'될 수 있는 상태가 가능하게 되는 것이다.

그런데 연구결과, 현재 보호고용은 전이의 역할을 포기하고 '안정적 임금과 많은 일자리'로 직업재활의 목표를 두고 있었다. 즉, 시설의 상품 경쟁력을 강화시켜 임금을 강화시키는 형태로 직업재활의 목표를 설정하고 있다. 이로 인해 직업재활시설 역시 숙련된 노동력을 갖추고 생산력을 높이는데 주력하게 되는 배경적 맥락을 제공하게 된다. 이것은 정신적장애인을 보호고용에 머무르게 하고 일반고용에 적합한 훈련된 인력이 배출되지 않게 되는 현상을 가져온다. 때문에 보호고용 영역에서 제안하는 정신적장애인 고용에 관한 내용은 경영지원의 강화로 초점이 맞추어진다.

한편, 적은 인력으로 재활프로그램과 생산을 맡아야 하는 보호고용 기관들은 여러 가지 문제를 가지고 있었다. 상품개발, 판로개척, 홍보 등의 역할과 더불어 일반고용으로의 취업을 위한 지원까지 하기에는 그 역할에 비해 인력이나 예산이 부족했다. 이것은 낮은 생산성과 함께 유형간 전이 혹은 연계가 원활히 이루어지지 않는 결과로 이어진다. 이러한 문제를 해결하고자 2007년 유형개편이 되었지만 그 이후에 이루어진 개편에 대한 대안들은 결국 보호고용 시설의 경영강화에 초점이 맞추어진다. 이것은 보호고용의 임금기준이 강제사항으로 변하고 재활프로그램의 자율화가 이루어지면서 보호고용은 시장성 강화로 '선택과 집중'이 이루어질 수밖에 없는 상황으로 귀결된다.

직업재활의 과정에서 더 나은 상태로의 전이가 이루어지는 것이 중요하다. 일반고용이 정신적장애인 고용의 유일한 지향점이 될 수는 없으나 장애인당사자의 선택의 가능성은 열려 있어야 한다. 그리고 선택의 내용은 곧 재활의 목표와 닿아있어야 할 것이다. 하지만 보호고용 영역의 '안정적 임금을 제공하기 위한' 생산성 강화라는 작동기제는 재활의 과정에 정신적장애인의 욕구를 반영해야할 필요성을 느끼지 못하게 한다. 직업재활의 과정을 쪼갬다는 것은 그만큼 다양성을 담아내도록 자원을 분산시키는 것이기 때문에, 생산성이 강조될수록 이러한 세분화는 일어나지 않을 것이다. 따라서 시장안에서의 경쟁력 확보를 위한, 장애인의 고용창출과 세분화된 욕구의 반영을 위한, 직업재활 서비스를 개발하고 제공하기 위한 새로운 보호고용의 모델이 마련될 필요가 있다.

아울러, 보호고용에서 일반고용으로 전이를 위한 서비스의 연속적인 체계가 구축되지 않아 서비스 이력관리의 허점이 존재하고 있었다. 이러한 수행기관 간의 역할정립의 정체성 문제는

명확한 업무조정과 연계체계가 마련될 필요성이 제기되었고, 통합된 서비스 체계를 마련하기 위한 기관 간의 역할변화가 선행되어야 함을 발견될 수 있었다.

두 번째 영역인 일반고용은 경쟁적인 상황에서 일반기업에 취업하여 비장애인들과 함께 차별 없이 일하는 것이다. 정신적장애인의 일반고용 영역에서 중요한 것은 정신적장애인이 일반고용 될 수 있는 적절한 일자리를 발견하고 만들어내는 것이다. 또한 정신적장애인들이 고용상태를 유지하기 위한 생활 전반에 관한 일상적인 케어관리가 필요하다는 것이다. 이것이 정신적장애인 일반고용에 있어 살펴볼 지점들이다.

이러한 정신적장애인의 일반고용의 흐름을 보기 위해서 일반기업에 관한 노동력의 수요와 공급을 중심으로 이해할 필요가 있다. 즉, 시장 '밖'에서 이루어지던 정신적장애인의 노동이 시장'안'에서는 하나의 상품가치를 가지는 노동력으로 이해되어지는 것이 일반고용 영역이기 때문에 노동력의 수요와 공급으로 그 흐름을 파악하는 것이 적절하다. 노동력 수요의 측면에서 보면 정신적장애인을 고용한 고용주들은 비장애인과 함께 일하는 것에 대해 결과에 대해 긍정적으로 평가하고 있었다. 정신적장애인들의 성실성과 부지런함을 강점으로 꼽았는데 이것을 적절한 직무에 연결하면 일반기업에서 일하는 것이 가능하다는 것이다. 무엇보다도 고용주들은 장애인고용을 생산성에만 초점을 맞추는 것이 아니라 '함께 일하는 것'의 의미를 두고 있었다. 그럼에도 불구하고 보호자와의 소통이나 장애에 따른 특이사항을 돌보는 일과 같은 생활 상의 케어에 대해서 불편함과 불안감을 나타냈다. 이에 대한 취업관련 연계기관의 도움이나 후속조치는 이루어지고 있지 않았다.

따라서 정신적장애인을 고용하는 것은 하나의 '도전'의 과정이었다. 불확실한 요소 속에서 정신적장애인을 고용하고 그들을 받아들이는 과정을 스스로 만들어가고 있었다. 때문에 연계기관에서는 일상생활 케어를 위한 관리, 장애를 이해하는 기본적인 교육과 지원, 보호자들의 원활한 소통을 연결하는 역할들을 통해 불확실한 요소들을 최소화 시켜주어야 할 것으로 판단된다.

현재 일반고용 영역에서 드러나는 어려움은 부족한 노동력 수요가 아닌 노동력 공급이었다. 즉 일반기업에서는 정신적장애인을 고용하기 원하지만 그만큼 준비된 정신적장애인이 부재하다는 것이다. 그 부재의 이유는 세 가지로 정리될 수 있다. 첫 번째는 직업재활 프로그램을 수행하는 기관이 적다는 것이다. 기관수가 절대적으로 부족할 뿐만 아니라 그 내용도 한정적이어서 시장의 변화를 적절하게 반영하지 못한다는 지적이다. 두 번째는 앞서 살펴본 것처럼 보호고용에서의 노동력 머뭇 현상이 일어나 훈련된 인력이 일반고용으로 전이되지 않는다는 것이다. 세 번째는 지역의 장애인에 대한 정보가 공개되지 않아 장애인의 욕구나 상황이 파악되지 않고 있기 때문이었다.

취업관련 연계의 역할을 하는 직업재활수행기관들은 정신적장애인의 재활 전 과정에서 소통과 조절의 역할을 해야 한다. 그런데 이러한 연계의 역할을 감당해야 할 기관인 장애인복지관, 일자리통합지원센터 등은 기능적인 측면에서 한계를 보이고 있었다. 그 이유는 보호고용에서 충분한 훈련과정과 일반고용으로의 전이가 활발히 이루어지지 않기 때문에 연계의 기능을 담당

하는 기관에서 장애인 수요자를 확보하지 못할뿐더러, 추가 인력의 배치 없이 다양한 직업재활 과정별 서비스를 제공해야 하는 추가업무가 발생하기 때문이다. 취업 이후에 일어나는 일들에 대해 충분히 돌보지 못하는 이유도 같은 맥락에서 파악되었다.

서울시에서 정신적장애인 고용에 관련하여 중점을 두는 부분은 역시 이러한 취업관련 기관간의 연계의 역할이 중요함을 강조한다. 이에, 서울시일자리통합지원센터를 통하여 통합서비스센터로서 중증장애인 고용의 과정을 조정하고 연계하는 역할을 하고자 하였다. 그러나 이 기관 역시 충분한 인력을 확보하지 못하고 앞서 살펴본 동일한 구조적 상황으로 인해 교육을 직접 담당하고 있었다. 하지만 이 기관의 위치상 직접교육보다는 교육들을 연계하고 기업의 일자리개발에 초점을 맞추는 것이 효과적이겠지만 이 역시 일반기업이 필요로 하는 훈련된 장애인을 확보하지 못한 점을 지적하였다.

한편, 정신적장애인의 일반고용 현장에서 발생하는 고용차별의 문제는 또 다른 고용의 장애요인으로 부각되고 있었다. 따라서 서울시에서 운영하고 있는 일자리통합지원센터에서 고용차별에 대한 모니터링과, 구인-구직에 대한 정보제공의 역할을 담당하는 것이 바람직할 것으로 평가된다.

〈제 언〉

정신적장애인 고용의 두 개의 고용영역에서 파생되는 정신적장애인의 고용의 장애요인과 특성은 각 영역별로 차별화된 문제점을 도출하였다. 이 영역의 관계를 재설정하는 것은 장애인 당사자의 욕구, 제공기관간의 역할정립, 사회적 인식의 변화 등 보다 큰 제도적인 바탕에서 재구조화 할 부분으로 남는다.

그럼에도 불구하고 현재 연계기관이 겪는 업무의 중복과 정체성 혼란을 해결하는 것은 시급한 문제로 지적된다. 적어도 연계기관을 통하여 일반기업과의 소통, 당사자와의 소통이 원활하게 이루어지도록 애쓰는 것이 필요하다. 일반기업과 당사자의 욕구가 무엇인지 파악하는 것이 일반 고용 영역에서 노동자 수요와 공급에 대해 예민할 수 있게 하기 때문이다. 또한 일반기업들이 정신적장애인에 대한 고용에 대해 긍정적인 경험들을 하고 불확실한 요소들을 극복할 수 있도록 돕는 것은 서울시차원에서 적극적으로 해결할 수 있는 내용이다. 따라서 정신적장애인의 고용의 장애요소와 문제점을 통한 분석결과를 바탕으로 이에 대한 몇 가지 함의를 정리해보면 다음과 같다.

가) 기업들의 장애인고용 경험은 장기고용으로 이어진다.

고용주들과의 인터뷰에서 살펴보았듯이 정신적장애인에 대한 고용에 대해 긍정적 평가를 하고 있었고, 또한 장기적인 고용의 가능성도 확인하였다. 하지만 이들이 처음부터 확신을 가지고 정신적장애인을 고용한 것은 아니다. 한 번의 시도를 통한 정신적장애인 고용의 '경험'이

그러한 평가를 이끌어 낸 것이다. 정신적장애에 대한 생소함과 막연한 걱정이 직접경험을 통해 해소된 것이다. 특히 고용주들은 정신적장애인의 성실함에 대해 높은 점수를 주었다. 이러한 경험을 통해 기업이 적절한 업무를 개발하는데 도움이 될 것이다. 따라서 이러한 정신적장애인의 특별고용을 위한 지원사업은(예. 시험고용) 정부 및 민간 영역을 통틀어서 적극적으로 추진할 필요가 있다.

또한 기업이 적극적으로 정신적장애인에게 적합한 일자리를 개발하도록 하는 유인책으로 직영점 사업이라도 본사의 장애인고용으로 집계되게 하는 등의 방법을 통해 일반기업이 정신적장애인을 경험할 수 있는 상황을 확보하는 것이 필요하다.

나) 기업과 소통할 창구가 필요하다.

현재 일반고용에 관련하여 일반기업의 욕구에 대해 파악하고 있는 창구가 없다. 일반기업은 정신적장애인 고용 이후에 케어 등 일상생활 관리가 제대로 이어지지 않는 것에 대해 불만을 나타냈다. 따라서 일상생활 관리와 같은 부분에 대해 적극적인 케어를 담당하는 기관과 긴밀한 협조가 필요하다. 이것을 집중적으로 감당할 수 있도록 연계의 역할을 담당하는 기관에게 업무를 명확하게 부여하는 것이 적절하다고 생각된다. 아울러, 정신적장애인의 일반고용의 안정적인 고용유지를 위해 일정기간 지원해 줄 수 있는 '직장내후견인제도'를 마련하여 지원하는 것도 바람직한 대안으로 판단된다.

또한 일반기업의 비장애인 직원에게 장애교육을 통한 준비기간이 필요하다. 비장애인 직원에게도 장애인과 함께 일하는 것은 낯선 일이기 때문에 적응의 기간이 필요하다. 또한 장애인과 함께 일하는 것이 어떠한 의미인지를 이해하고, 유의하고 있어야 하는 장애의 특성을 숙지하고 있어야 한다. 그것은 장애인과 비장애인직원 모두에게 필요한 일이며 이것은 결국 장애인들이 업무를 시작할 때, 회사에 쉽게 적응할 수 있도록 도울 것이다. 이것은 장애인복지관, 일자리통합지원센터와 같은 연계를 담당하는 기관을 통하여 전체적으로 관리될 수 있도록 하는 것이 필요하다.

다) 지역사회 고용지원센터의 연계 역할 강화가 필요하다.

보호고용과 일반고용으로의 경로를 탐색할 때 장애요소로 확연하게 나타나는 것은 직업재활수행기관간의 정체성 혼란으로 인한 업무의 중복, 누락을 들 수 있다. 지역사회 내에서의 수행기관간의 혼선은 즉, 장애인 고용의 전달체계에 있어 누수를 보여준다. 따라서 별도의 수행기관 간의 연계와 조정업무를 중심으로 전개하기 위한 구조적 틀이 마련될 필요가 있다. 그동안 장애인복지관의 직업재활센터, 서울시의 일자리통합지원센터 등은 이러한 역할을 수행하기에 적합한 기관으로 평가된다. 아울러, 직업재활수행기관 간 연계강화를 위한 인센티브 제도가 마련될 필요가 있다. 개별 기관 입장에서는 연계는 실적의 저하 문제를 발생시킨다. 개별 기관에서 1개의 취업 실적으로 카운팅할 수 있는 것을 다른 기관으로 연계함으로써 실적으로 잡을 수 없게 된다. 이러한 문제점을 해결하기 위해 기관 평가에서 연계 실적으로 별도로 산출하게 하고, 배점을

크게 부여함으로써 연계사업의 동기를 부여해야 한다. 이를 위해서는 적극적으로 개별 실적에 대한 질적 평가를 위해 세밀한 성과지표가 개발될 필요가 있다.

한편, 장애인 고용에 필요한 이력정보는 개별적인 고용관련 기관, 센터에서 관리되어져 왔다. 따라서 해당기관만 통상되는 정보를 가지고 있기 때문에 장애인에게 적절한 직업매칭이 어렵게 되고 있다는 사실이 확인되었다. 이에 지역사회 수준에서 고용서비스를 제공하는 기관간의 통합 연계정보시스템을 구축하여 정보의 교환이 수시로 이루어질 수 있는 장치가 마련되어야 한다.

라) 경영지원센터 강화가 필요하다.

일반고용으로의 전이에 대한 직업재활의 목표에 대해서는 전체적인 맥락에서 이야기되어야 하는 것일지라도 직업재활시설의 낮은 임금문제는 시급한 문제이므로 그 부분이 해결될 수 있도록 경영지원시스템을 갖추는 것이 우선적으로 필요하다. 생산력이 안정될 때 보호고용을 통해 더욱 적절한 직업훈련을 받을 수 있으며, 적절한 임금을 받고 지역사회에서 생활 할 수 있도록 기반을 만들어 주는 일은 직업재활적인 측면에서도 의미를 갖기 때문이다. 현재 경영지원센터의 역할에 대해서는 높은 만족도를 보이고 있었지만 센터의 규모가 작다는 점을 문제로 지적하고 있었다. 인력의 보강이 필요하다.

마) 장애인 고용차별의 현장을 모니터링할 수 있는 기구가 마련되어야 한다.

일부 기업이 사회적 기업을 창설하고, 사회적 기업의 이윤이 실현되면, 장애인을 해고하는 사례가 보고되고 있다. 사회적 지원금으로 초기 투자비용을 해결하지만 사회적 공헌을 회피하는 수단으로 이용되는 또 다른 고용차별의 현상이다. 따라서 이를 방어하기 위해서는 사회적 기업을 창설한 임원은 부도가 발생하면 일정기간(예를 들어, 1년) 동안 부도난 사회적 기업과 동종의 사업을 수행하지 못하도록 공시하는 제도를 조례를 통해 방어해 볼 수 있다. 즉, 가칭 '나쁜기업공시제도'를 통해 기업의 도덕적 해이를 방지하는 수단을 마련하는 것도 생각해볼만 하다.

이러한 일련의 고용현장에서 나타나는 차별적인 요소를 사전에 파악하고 적극적으로 권리를 구제해 줄 수 있는 상담창구의 마련을 위해 장애인 고용차별의 모니터링 기구가 마련될 필요가 있다.

VI. 서울시 지적·자폐성, 정신장애인 탈시설 및 고용정책의 방향 및 전략

1. 서울시 지적·자폐성장래인 탈시설정책의 방향 및 전략

가. 서울시 지적·자폐성장래인 탈시설정책의 방향

1) 탈시설 추진의 기본적 방향

지적·자폐성장래인의 탈시설은 다음과 같은 세 가지 방향에서 추진될 필요가 있다.

첫째, 시설에의 불필요한 수용이나 감금을 방지하는 과정이다.

둘째, 시설에 수용되어 있을 필요가 없는 이들을 위한 주거나 치료, 훈련, 교육 및 재활을 위하여 지역사회 내에서 적절한 대안을 마련하거나 발달시키는 과정이다.

셋째, 시설보호가 필요한 이들을 위한 생활조건, 보호 및 치료를 개선하는 과정이다.

2) 서울시 지적·자폐성장래인 탈시설 추진의 원칙

본 연구에서 서울시 지적·자폐성장래인 탈시설 현황 및 조사분석을 통하여 다음과 같이 서울시의 지적·자폐성장래인 탈시설 추진 원칙을 제안한다.

① 지적·자폐성장래인을 위한 관련조직 및 서비스의 상호연계과정이 명확히 제시되어야 한다.

지적·자폐성장래인의 탈시설 및 지역사회 자립을 위한 장애인전환서비스지원센터를 설립하는 등 서울시 내에서 장애인의 탈시설을 위한 움직임이 보이고 있다. 하지만, 시설에서 퇴소한 장애인을 다른 지역사회 기관과 연계하여 서비스를 제공하는 과정은 아직 이루어지고 있지 않다. 생활시설에서 퇴소한 장애인이 지역사회 내에서 아무런 서비스를 받지 못한 채 고립되지 않도록 기관 간 상호연계를 통해 서비스가 중단되지 않고 제공할 수 있는 방안이 강구되어야 한다.

② 지적·자폐성장래인의 탈시설은 지역사회 내에 주거와 밀접한 관련을 가지므로 주거대책을 동시에 추진하여야 한다.

생활시설이라는 공간에서 지역사회로 나오기 위해서는 지역사회 내에 살 수 있는 공간이 필요하다. 그러므로 지역사회 내의 공동생활가정, 자립생활 체험홈과 같은 소규모 주거의 제공, 공공임대주택의 우선권, 단기거주시설, 주간보호시설과 같은 일시적인 보호가 필요한 장애인을 위한 지원책이 함께 마련되어야 한다.

③ 지적·자폐성장래인이 지역사회 내에서 생활하며 이용할 수 있는 서비스를 체계화하고, 이들을 위한 사례관리 시스템을 구축하여야 한다.

지적·자폐성장애인의 경우, 그들이 가지는 일상생활 수행 능력의 제한으로 인해 자립 이후에도 지속적인 들여다봄과 생활 속에서 가지는 문제에 대한 서비스 제공이 필요하다. 하지만 지적·자폐성장애인을 위한 사례관리는 서비스 제공 기관에서 서비스를 제공받는 일시적인 기간에 한정되어 있어 지적장애인을 위한 체계적인 사례관리가 이루어지지 않아 사실상 방임의 상태에 놓여 있다. 이들을 체계적으로 지원할 수 있는 사례관리 시스템이 구축되어야 한다.

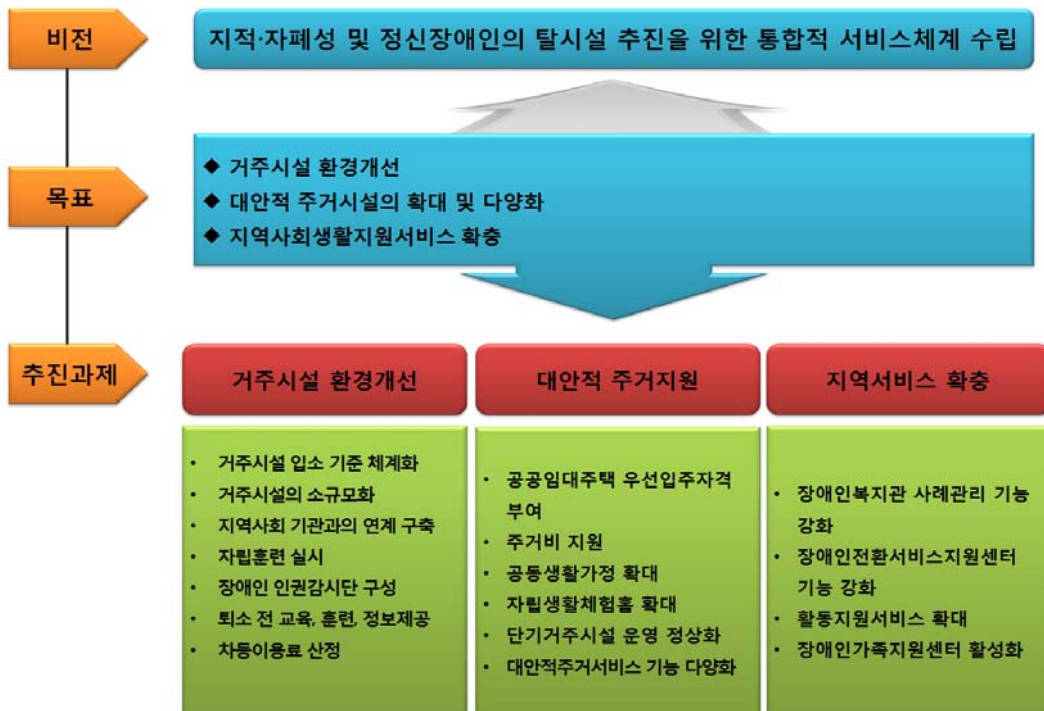
④ 지적·자폐성장애인의 보호자인 가족을 위한 가족지원서비스가 체계적으로 이루어져야 한다.

서울시 장애인가족지원센터가 2011년 개소하여 운영 중이며, 현재까지 서비스 제공에 대한 평가가 이루어지지 않은 실정이다. 장애인가족지원센터는 앞으로 지적·자폐성장애인의 가족들이 가지는 부담감을 덜고 지역사회 내에서 이들과 함께 살아갈 수 있도록 하는 방안을 마련할 수 있는 지원을 체계적으로 실시해야 할 것이다.

⑤ 생활시설의 소규모화 정책을 추진하여야 한다.

현재까지의 100인 이상의, 대규모화된 시설이라는 낙인이 아닌 지역사회 내에서 비장애인들이 생활하는 것과 같은 소규모화된 주거형태로의 전환이 이루어져야 한다. 가족으로 구성된 가정은 아니지만, 서로 협력하여 살아가는 새로운 가정의 형태로서 자립을 도와야 하며, 시설의 개념이 아닌 다양한 형태의 주거로의 대안을 제시할 수 있도록 하는 정책이 추진되어야 한다.

3) 서울시 지적·자폐성장애인 탈시설화 추진과제 도출



<그림 6-1> 지적·자폐성장애인 탈시설 추진을 위한 통합적 서비스체계 수립

본 연구를 종합하여 '지적·자폐성장애인 탈시설 추진을 위한 통합적 서비스체계 수립'을 위하여 정책추진목표를 (1) 거주시설 환경개선, (2) 대안적 주거지원의 확대 및 다양화, (3) 지역사회생활지원서비스의 확충 등 세 가지 정책목표를 <그림6-1>과 같이 정립하였다.

그리고 (1) 거주시설 환경개선, (2) 대안적 주거지원의 확대 및 다양화, (3) 지역사회생활지원서비스의 확충 등 세 가지 정책목표를 달성하기 위한 세부정책과제를 <표6-1>와 같이 도출하여 그 역할주체를 제시하고, 기간적 전략에 따라 단기 및 중장기 과제로 구분하였다.

<표 6-1> 세부정책과제

	과제	역할 주체	과제유형		요건
			단기	중장기	
거주시설 환경 개선	거주시설 입소 기준의 체계화	정부		0	
	장애인 거주시설의 소규모화	정부, 지자체		0	
	지역사회 기관과의 연계 구축	지자체		0	
	자립생활 훈련 실시	지자체		0	
	장애인 인권감시단 구성	정부/지자체	0		
	퇴소 전 지역사회에 대한 교육, 훈련, 정보제공	정부/지자체	0		
	차등 이용료 산정	정부		0	
대안적 주거지원	공공임대주택 우선 입주자격 부여	정부		0	
	주거비 지원	정부		0	
	공동생활가정 확대	지자체	0		
	자립생활 체험홈 확대	지자체	0		
	장애인단기거주시설 운영 정상화	지자체	0		
	대안적주거지원서비스의 기능 다양화	지자체		0	
지역서비스 확충	장애인복지관 사례관리 기능 강화	지자체	0		
	장애인전환서비스지원센터의 기능강화	지자체		0	
	활동지원서비스의 확대	정부		0	
	장애인가족지원센터의 활성화	지자체		0	

나. 서울시 지적·자폐성장애인정책의 세부 시행방안

1) 거주시설 환경개선

가) 거주시설 입소 기준의 체계화

○ 필요성

- 장애인거주시설은 장애유형별거주시설, 중증장애인거주시설, 장애영유아거주시설, 장애인공동생활가정, 장애인단기거주시설 등으로 분류되어 있다. 그러나 각각의 시설의 입소에 있어 입소 과정 등을 명확히 분류한 기준이 없으며, 장애 종류와 입소 기간만을 기준으로 나누어지고 있다.
- 서울시는 생활시설이나 공동생활가정의 입소기준을 명확히 하여 거주서비스를 체계화함으로써 탈시설이 합리적으로 추진될 수 있도록 하여야 한다.

○ 추진방안

- 장애인의 입소를 일원화된 창구에서 사정하고, 사정결과에 맞는 시설에 의뢰하는 체계 수립이 필요하다. 즉 통합된 입소창구의 심사를 통하여 케어요구도, 가족지지 수준 등에 따라 입소할 수 있도록 거주시설 입소 기준을 마련하며, 평가 등급별로 적합한 장애인거주시설을 배정한다.
- (가칭)입소심사위원회를 열어 평가 결과를 바탕으로 장애인거주시설에 적합한 장애인이 입소할 수 있도록 한다. 입소심사 뿐 아니라 중간평가를 함께 실시하여 다른 시설로의 전이 혹은 지속적인 거주를 결정할 수 있도록 한다.

나) 장애인 거주시설의 소규모화²¹⁾

○ 필요성

- 서울시 100인 이상 규모의 장애인생활시설 11개 중 9개가 지적·자폐성장애태인을 위한 시설과 중증장애인거주시설이다. 장애인생활시설의 1실당 거주인원은 지적·자폐성장애태인이 5.44명으로 가장 많았으며, 서울시의 자료에 의하면 1실당 18명이 거주하고 있다(서울특별시b, 2012)
- 대규모화된 생활시설의 형태는 장애인 개인이 필요한 서비스를 개별적으로 받기 어려운 구조를 가지고 있어, 장애인 재활에 부적합한 구조이다. 장애인 개인에게 맞는 보다 질 높은 복지서비스 제공을 위해, 소규모화된 시설로의 전환이 필요하다

○ 추진방안

- 대형 생활시설에 일정한 인센티브를 부여하여 자산대체 방법을 통해 자원에 의해 다수의 소규모시설로 전환하도록 유도한다.
- 생활시설장애인의 기능 평가를 통해 일정 수준 이상의 장애인을 지역사회 내의 대안주거시설 등으로 연계함으로써 생활시설 장애인을 지역사회로 전이시키는 방안을 마련한다.
- 연 1~2회 평가를 실시하여 해마다 일정 기능수준에 도달한 장애인에 대해 지역사회로의 자립을 지원할 수 있는 제도를 마련한다.

다) 지역사회 기관과의 연계 구축

○ 필요성

- 장애인 생활시설이 단순히 주거만 제공하는 것이 아니라 생활의 전반을 담당함으로써 다른 지역사회 기관과 교류하지 않은 채 고립된 시설이 되어가고 있다.

21) 서울특별시(2012)의 장애인 희망서울 종합계획에서도 거주시설 장애인의 생활수준 제고를 목표로 하여 2014년까지 거주시설 장애인의 1실 당 거주인원 5인 이하를 추진하고 있다.

- 주거와 훈련, 생활, 요양, 의료서비스 등을 제공하는 기관을 분리하여 지역사회 전문 기관과의 연계가 필요하다.

○ 추진방안

- 서비스별 지역 내 전문기관과의 연계를 위한 간담회를 실시하고 주거 이외의 서비스에 대하여 지역사회 기관과의 연계체계를 구축한다.

라) 자립생활 훈련 실시

○ 필요성

- 장애인 생활시설에서 자립을 위해 퇴소하는 인원은 매년 퇴소 인원의 10% 미만에 불과하다.
- 자립을 위한 기반을 닦을 수 있는 훈련이 제공되지 않고 있으며, 훈련 보다는 치료 중심의 서비스가 이루어지고 있다.

○ 추진방안

- 장애인 생활시설 내의 프로그램 중 자립훈련 프로그램을 필수적으로 운영하도록 규정하여 자립생활을 위한 기반을 마련한다.

마) 장애인 인권감시단 운영

○ 필요성

- 대규모화된 시설 내에서 안전을 이유로 한 과도한 침해, 전문가와의 관계에서의 억압, 사생활보호의 미비 등의 인권 문제가 발생할 수 있다.

○ 추진방안

- 생활시설 내에서 이루어지는 장애인의 인권침해 문제를 적발하고, 이를 개선하여 나갈 수 있도록 조치하는 장애인 생활시설 인권감시단을 구성·운영한다.

바) 퇴소 전 지역사회에 대한 교육, 훈련, 정보제공

○ 필요성

- 장기간 생활시설이라는 제한된 공간에서 지낸 지적장애인은 지역사회에 대한 정보가 없다.
- 지적·자폐성장장애인은 환경 변화에 대한 일반화가 어려우므로 본인이 거주할 환경 내에서 살아가기 위해 필요한 마트, 관공서 등을 이용하는 방법 등에 대한 교육이 필요하다.

○ 추진방안

- 퇴소 계획이 잡힌 지적·자폐성장장애인을 대상으로 퇴소 이후 살아갈 지역사회에 대한 기본적인 교육과 훈련을 일정기간 실시하여 지역사회에 대한 두려움을 줄일 수 있도록 한다.
- 퇴소 이후 살아갈 지역사회 내의 기관과 연계하여 교육과 훈련을 실시하여 퇴소 이후의 서비스 연결망을 조직한다.

사) 차등이용료 산정

○ 필요성

- 현재 생활시설 실비 입소의 경우 실효성이 적으며 차상위계층 이상의 사람들에게 일정 이용료를 납부하게 함으로써 상대적으로 소득이 적은 사람들에게 부담을 주고 있다.

○ 추진방안

- 장애인생활시설 입소비용 및 서비스 이용 요금을 소득분위별로 차등하여 구성함으로써, 차상위계층 장애인의 부담을 완화하고, 서비스로부터의 고립을 방지한다.

2) 대안적 주거서비스의 확대 및 다양화

가) 공공임대주택 우선입주자격 부여²²⁾

○ 필요성

- 탈시설정책은 사실상 주거정책의 성격을 강하게 내포하고 있다. 주거정책과 적절하게 결합하지 못한 탈시설정책은 생활시설 퇴소 장애인이 돌아갈 곳이 없어 결국 다시 시설로 돌아오게 되는 결과를 가져올 수밖에 없다.
- 현재 지역사회에 거주하고 있는 가족 지지체계가 안정된 지적·자폐성장장애인에게 보호의 무자가 노령화되기 전에 안정된 주거가 확보될 수 있도록 지원하는 것은 탈시설정책의 중요한 요소가 될 것이다.

○ 추진방향

- 장애인 공공임대주택 입주자격 부여에서 중증 장애인에 대한 쿼터를 확대할 필요가 있다.
- 지적·자폐성장장애인에게 주거제공서비스를 제공하는 법인의 경우 이용자의 수만큼 가산점을 부여하여 공공주택 입주자격의 우선권을 부여하는 것이 필요하다.

22) 서울특별시(2012a)의 장애인 희망서울 종합계획은 주택임대와 분양에서 장애인 가점 할당제 운영을 내실화하겠다고 발표하였다. 가점 할당제가 일부 장애인에게 유리하지 않도록 체계적인 제도가 마련되어야 할 것이다.

나) 주거비지원

○ 필요성

- 지적·자폐성장장애인의 경우 취업 시 낮은 임금으로 인해 기초생활수급 장애인이 아닌 경우 생계의 어려움을 겪는다.

○ 개선방안

- 지역사회에 자립하여 살아가는 지적·자폐성장장애인을 대상으로 일정 금액의 주거비를 지원함으로써 안정적인 주거 유지를 도모한다.

다) 공동생활가정 확대

○ 필요성

- 공동생활가정의 경우 지역사회 내에 돌아갈 곳이 마땅치 않은 지적·자폐성장장애인들에게 제공되는 대표적인 대안적 주거의 형태로, 탈시설을 위한 중요한 지원책이다.
- 하지만 현재 서울시 내에 운영 중인 공동생활가정은 160개로, 최대 5인이라는 입소 기준을 볼 때에 지적·자폐성장장애인 중 800명만이 입소할 수 있다.

○ 추진방안

- 공동생활가정을 확대하여 탈시설 지적·자폐성장장애인을 위한 대안적주거를 마련하여 탈시설 지적·자폐성장장애인이 지역사회 내에 자립할 수 있도록 하는 대안적주거서비스를 마련한다.

라) 자립생활체험홈 확대²³⁾

○ 필요성

- 자립생활체험홈은 일정 기간 자립생활을 경험함으로써 시설 내에 거주하던 지적·자폐성장장애인이 탈시설을 위한 중간 단계로의 역할을 하고 있다.
- 자립생활체험 공간이 충분히 마련되지 않은 경우, 탈시설을 원함에도 불구하고 체험홈 입주까지 생활시설 내에서 대기하는 시간이 연장되어 결국, 생활시설 거주 기간이 연장되는 결과를 가져온다.
- 대기기간이 길어짐으로 인해 탈시설에 대한 욕구와 훈련에 대한 의지가 꺾여 효과적인 자립생활 훈련 기회를 놓칠 수 있다.

23) 서울특별시(2012a)는 장애인 희망서울 종합계획에서 자립생활체험홈을 2014년까지 25개소로 확대하는 것을 목표로 하고 있다.

○ 추진방안

- 탈시설을 원하는 장애인이 대기기간을 거쳐 입주하는 것이 아니라, 체험홈 입주 허가를 받은 시점에 입주하여 훈련을 받을 수 있도록 자립생활 체험홈을 점차적으로 확대한다.

마) 장애인단기거주시설 운영 정상화

○ 필요성

- 장애인단기거주시설의 경우 30일 이내로 입소 기간을 제한하고 있지만 30일 이후에도 퇴소하지 않은 사람들이 있어 장기 시설로 운영되고 있다.
- 단기적인 입소가 필요한 사람들이 입소하지 못하고 있어 단기거주시설의 서비스 제공이 정상적으로 이루어지지 않고 있다.

○ 추진방안

- 단기거주시설에 대한 관리·감독을 강화하여 30일 이내의 입소기간을 지키도록 한다.
- 30일 이상 입소한 대상자들이 이동할 수 있는 다른 형태로의 대안적주거를 마련하여 단기거주시설로의 역할을 수행함에 있어 어려움이 없도록 한다.

바) 대안적주거지원서비스의 기능 다양화

○ 필요성

- 현재 대안적주거의 형태로 제시되는 것은 공동생활가정, 단기거주시설, 주간보호시설의 3가지 형태로 장애인의 선택권이 제한된다. 대안적주거의 형태가 대부분 자립을 중심으로 구성되어 있어 자립이 어려운 중증장애인은 결국 생활시설에 머물 수밖에 없는 구조이다.
- 주거공간과 함께 제공되는 지원 및 관리가 필요한 정도에 따라 대안적주거시설의 형태를 달리함으로써 장애인이 자신에게 맞는 시설을 찾아갈 수 있도록 하는 것이 필요하다.

○ 추진방안

- 주택임대(거주장소만 제공), 공동주택(거주장소와 관리서비스 제공), 체험홈(거주장소, 관리, 약한 수준의 개별지원 제공), 가정하숙(거주장소, 관리, 식사, 약한 수준의 개별지원 제공), 그룹홈(거주장소, 관리, 식사, 개별지원 제공), 요양홈(거주장소, 관리, 식사, 개별지원, 간호지원) 등²⁴⁾의 다양한 대안적주거의 형태를 마련함으로써 개별 장애인이 필요한 지원의 정도에 따라 선택할 수 있도록 한다.

24) 김용득(2012b). 탈시설과 장애인 거주시설 정책의 동향과 과제에서의 대안적 주거 형태를 발췌함

3) 지역사회생활지원서비스의 확충

가) 장애인복지관 사례관리 기능 강화

○ 필요성

- 지적·자폐성장장애인은 일상생활능력의 제한으로 인해 지역사회 내에서 살아가는 데 있어 지속적인 서비스 연계와 관리가 이루어져야 한다. 그러나 현재 시설에서 퇴소한 지적·자폐성장장애인을 체계적으로 관리하는 시스템이 마련되어 있지 않으며, 장애인이 스스로 기관을 찾아가야 서비스를 제공받을 수 있다.
- 사례관리서비스의 경우, 해당 기관에서 일정 서비스를 이용하는 동안에만 제공되며 서비스를 이용하지 않는 장애인에게는 충분한 사례관리가 제공되지 않고 있다.

○ 추진방안

- 지역사회 내에서 장애인복지의 중심적 역할을 하는 장애인복지관이 지역사회 내에 거주하는 지적·자폐성장장애인에 대한 체계적 사례관리를 담당함으로써 지속적인 사례관리서비스가 이루어지도록 한다.

나) 장애인전환서비스지원센터의 기능 강화

○ 필요성

- 장애인전환서비스지원센터는 장애인의 탈시설부터 자립까지 전반적인 과정을 지원하는 기관이다.
- 현재 장애인전환서비스지원센터의 자립생활체험홈과 자립생활가정 관리라는 한정된 사업만으로 소기의 성과를 달성하는 데에는 한계가 있다. 대규모 생활시설에 대한 지도력을 가질 수 있을 때 보다 효과적인 탈시설화가 가능할 것이다.

○ 추진방안

- 자립생활체험홈과 자립생활가정 지원업무 외에 생활시설의 탈시설 프로그램을 지원하는 역할 강화가 필요하다.

다) 활동지원서비스의 확대

○ 필요성

- 현행의 장애인활동지원급여는 중복장애인의 경우를 제외하고는 제도적으로 지적·자폐성장장애인의 서비스 이용을 배제하고 있다. 즉, 장애인활동지원급여는 신체동작상의 장애를 중심으로 고안된 제도의 한계를 벗어나지 못하고 있기 때문에 수단적 일상생활능력에 장애가 있는 지적·자폐성장장애인의 서비스이용은 원천적으로 차단된 상태이다.

- 현실적으로 장기간 생활시설에 입소해 있던 지적·자폐성장애티인들의 지역사회 적응 및 활동을 돕기 위해 활동지원서비스가 신체수발이 아닌 지적·자폐성장애티인의 욕구에 맞게 재편되어 제공할 필요가 있다.

○ 추진방안

- 장애인활동지원법령 개정을 통해 일상생활능력의 장애를 포함하도록 확대하여야 하며, 서비스의 내용도 장애인 개인의 욕구에 맞도록 수정되어야 한다.

라) 장애인가족지원센터 활성화

○ 필요성

- 2011년 서울시 장애인가족지원센터가 설립되어 운영되고 있으며, 현재 그 역할을 찾고 자리매김하는 과정에 있다.

○ 추진방안

- 장애인가족의 사후에 대한 혹은 형제·자매 관계에 대한 부담감 등으로 인해 장애인을 생활시설에 수용하는 과정을 방지하고자 전문적 서비스 제공 기관으로의 장애인가족지원센터 역할의 활성화가 필요하다.

2. 서울시 정신장애인 탈시설정책의 방향 및 전략의 개념

가. 서울시 정신장애인 탈시설정책의 과제

서울시 정신장애인 탈시설정책의 추진 방향을 제시하기 위하여 서울시 정신장애인탈시설정책에 관한 평가와 초점집단 및 심층면접의 분석자료를 통합하여 서울시 정책의 문제점을 정리하였다. 그리고 초점집단 및 심층면접의 분석자료와 해외 및 주요 시·도 사례조사 결과를 통합하여 서울시 정신장애인 탈시설정책 추진의 기본적 방향을 설정하였다.

서울시 정신장애인 탈시설정책의 문제점들은 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 서울시 정신장애인정책의 목표 및 장기비전이 불명확하다. 현재 장애인분야에서 중요한 이념으로 인식되고 있는 탈시설화가 서울시 정신장애인 정책에서는 추진의지를 찾아보기 어렵다. 이는 선행연구들과 초점집단 인터뷰에서 공통적으로 드러나고 있다. 사실상 서울시가 정신장애인들의 정신의료기관 장기입원상황이나 지나치게 대형화된 정신요양시설 거주자들의 생활실태에 관한 개선의지가 있다고 보기 어려운 정책이 지속되고 있다는 것이다. 이와 같은 정책목표와 장기비전의 불명확함은 지역사회정신보건사업 수행에서 그대로 투영되고 있다. 즉,

광역정신보건센터의 설치와 자치구별 정신보건센터의 확대가 장기입원의 감소에 기여했다는 어떠한 증거도 존재하지 않으며 오히려 입원자가 증가되고 입원기간이 장기화되었을 것으로 추정되는 근거들은 상당히 존재한다. 정신장애인영역에서 탈시설화를 추진하기 위한 우선적 과제는 정신의료기관 퇴원자를 정신보건센터에 연계하여 적절한 지역사회자원에 연결하는 것이지만, 2008년 서울시 20개 정신보건센터 신규등록자 중 정신의료기관에서 연계된 대상은 7%에 불과하며(이명수 외, 2009), 연계사업은 오히려 훨씬 많은 수의 지역사회 거주 정신장애인을 정신의료기관으로 연계하는 방향으로 왜곡되어 나타나고 있다(이용표 외, 2007). 그리고 시립은 평병원을 제외한 위탁 서울시립정신병원들은 탈시설화라는 관점에서 사립정신병원과 운영상의 차별성이 존재하지 않아 시립정신병원의 운영을 통하여 달성하고자 하는 서울시 정신보건정책의 목표와 장기비전이 부재함을 보여준다.

<표 6-2>서울시 3개 신보건센터와 정신의료기관 간의 정신질환자 6개월간 의뢰실적

	정신보건센터 → 정신의료기관	정신의료기관 → 정신보건센터
A	6	-
B	12	-
C	31	2
합계	49	2

출처 : 이용표 외(2007). 서울시 지역사회정신보건사업 운영체계 개선방안 및 정책과제

둘째, 서울시 지역사회정신보건체계는 정신장애인 탈시설화와 관련된 조직들, 지역사회의 정신보건시설들 간의 연계가 단절된 체계이다. 퇴원하거나 퇴원명령을 받은 정신장애인을 통합적으로 사정하고, 필요한 서비스에 연계하는 체계가 존재하지 않는다. 퇴원 정신장애인에 대한 시립정신병원과 지역 정신보건센터 간 공식적인 연계체계조차 존재하지 않으며, 본인 및 가족들의 동의가 있는 경우에 한해 정신보건센터에 퇴원 사실을 통보하는 수준에 머물고 있다. 정신보건센터와 사회복지시설 및 사회서비스 간에도 연계활동이 거의 발생하지 않으며, 불합리한 정신보건센터의 평가방식에 의해 연계활동이 존재하는 경우 정신보건센터는 사업평가에서 불리한 상황에 직면한다. 그리고 탈시설정책의 중요한 대상 중 하나인 무연고 정신장애인에 관한 업무는 정신보건센터의 업무영역 밖에 존재하며, 노숙사업 내에서만 이루어진다. 더욱이 정신의료기관 입원자의 43%는 서울 외 지역에 입원하고 있지만 본인이 이를 고지하지 않는 경우 서울시 지역사회정신보건사업의 관리체계에서 완전히 벗어나게 되며, 서울시는 수급자인 경우 입원의료급여 비용만 지불하고 있다. 이와 같은 분절된 체계를 극복할 새로운 조정기구의 수립이 시급히 요청된다.

<표 6-3> 정신보건서비스 이용자자격기준 및 자격결정주체

	서비스이용자격기준	자격결정주체
정신의료기관	정신질환의 존재	해당기관
정신보건센터	정신질환의 존재	해당기관
사회복지시설	정신질환의 존재	해당기관
정신요양시설	정신질환의 존재	해당기관
토털케어서비스	정신장애등록, 전문의 소견	지방자치단체
활동지원서비스	1급 정신장애	국민연금관리공단

셋째, 서울시 정신보건체계에는 탈시설 추진의 핵심적 기능을 수행하는 입원완충기구가 부재하다. 현행 지역사회정신보건체계의 핵심조직인 사회복지시설, 정신보건센터 모두 위기 혹은 스트레스상황에 처한 정신장애인을 일시적으로 24시간 입소 보호하면서 안정시킬 수 있는 체계를 가지고 있지 않다. 이는 미국 지역사회정신보건체계의 안정화센터나 우리나라 노숙인서비스 체계의 상담보호센터와 비교할 때 지역사회정신보건체계의 커다란 공백이라고 볼 수 있다. 이러한 체계의 미비는 일시적 위기나 휴식의 욕구를 해결하기 위해 정신의료기관으로 입원해야하는 체계의 문제점을 양산한다. 또한 정신보건심판위원회의 퇴원결정이 공적 실효성을 회복하기 위해서도 가족들의 인도거부 시 일시적으로 보호할 수 있는 지역사회의 보호시설이 필요하다. 퇴원결정 시 해당지역의 정신보건센터가 퇴원명령을 수행하여 보호자들의 회피가 발생한 경우 일시보호시설에서 보호하며 지역사회생활계획을 작성할 수 있을 것이다. 따라서 지역사회정신보건체계 내에서 정신의료기관의 기능과는 차별적인 일시보호 쉼터의 공급이 시급히 요청된다.

넷째, 서울시 정신장애인의 주거제공서비스조직의 공급량이 극히 부족할 뿐만 아니라 다양화 및 체계화가 미흡하다. 실제 서울시의 정신장애인 주거공급량은 정신요양시설에 약1,040자리, 입소사회복지시설에 최대 200자리, 주거제공시설에 최대 500자리 등으로 약 1,700 자리가 최대치이다. 이는 서울시 정신의료기관의 병상 수 약 6,700병상의 1/3에도 미치지 못하며 약 43%의 서울시민 정신장애인이 서울 이외 지역에 입원해있다는 사실을 감안하면 절대적 공급량의 부족이라고 할 수 있다. 그리고 공동생활가정 등의 이용대상이나 기능적 차별성이 모호하고, 기능에 따라 이용자를 의뢰하는 체계조차 수립되어 있지 않다. 그리고 일시적으로 주거 및 보호를 제공하는 체계는 부재하다. 실제 선행연구들이 지역사회거주 정신장애인과 정신의료기관 및 정신요양시설 거주자가 기능이나 임상적 증상에서 별반 차이가 없는 집단이라고 밝히고 있음에도 불구하고 현재 서울시립정신병원에 위탁운영되고 있는 입소사회복지시설은 시립병원으로부터의 활발한 의뢰와 사회복지라는 성과가 매우 미흡한 것이 현실이다.

<표 6-4> 정신보건시설별 주거서비스 기능, 규모 및 거주기간

구분	정신요양시설	정신질환자생활시설		정신질환자 지역사회재활시설
		입소생활시설	주거제공시설	공동생활가정
이용 대상	정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성 정신질환자	가정에서 생활하기 어려운 정신질환자	일정정도 자기관리능력을 가지고 있으나 가정에서 생활하기 어려운 정신질환자	독립적인 생활이 어려운 정신질환자
비용	· 수급자 시·군·구 지불 · 비수급자 월 25만원 내외	· 수급자 시·군·구 지불 · 비수급자 월20만원 내외	· 수급자 월 20만원 이하 · 비수급자 월 26만원 이하	-
기능	· 주거제공 · 요양(care) · 사회복귀촉진	· 주거제공 · 생활지도 · 교육 · 직업재활	· 주거제공 · 생활지도 · 교육	· 주거제공 · 심리적 안정 · 생활안내
허용 규모	-	50인 이하	10인 이하	-
거주 기간		3년 이내	3년 이내	

다섯째, 사회복귀시설의 균형적 공급 및 양적 확대가 필요하다. 사회복귀시설 이용시설의 경우 전혀 설치되지 못한 자치구가 있어 주간재활서비스의 지역별 거점의 공백이 우려되고 있다. 주거서비스를 제공하는 시설의 경우 주거제공시설(10인 이하)이 주로 공급되고 있으며, 입소사회복귀시설은 공급이 매우 제한적이어서 현재 상태로는 정신요양시설의 대안이 되지 못하고 있다.

여섯째, 무연고 정신장애인을 위한 사회서비스 확충이 필요하다. 무연고 정신장애인은 거리, 한계주거, 일시보호시설, 재활쉼터 그리고 정신의료기관 등을 끊임없이 배회하며 삶의 유지해가고 있었다. 주거가 불안정한 무연고 정신장애인들에게는 적극적인 보호와 지원을 통한 재활 및 자활 지원체계 구축이 필요하며, 우선적으로 정신장애인 토탈케어서비스와 같은 적극적인 사례관리형식의 사회서비스 지원이 요청되고 있다.

일곱째, 가족지원서비스가 부재하다. 기초생활수급 가정은 정신장애인이 입원하는 경우 경제적 부담은 물론 케어의 부담에서 완전히 벗어난다. 그러나 가정내에서 보호하는 경우 일정한 생계급여 외의 경제적 부담과 보호부담을 동시에 가지게 된다. 특히 노령화된 부모의 경우 본인들이 보호할 수 없게 되는 상황에 대한 불안이 가중되면서 장기적 보호시설에 대한 욕구가 가중될 수 밖에 없다. 이러한 상황에서 특별한 검증이나 심사절차 없이 가장 쉽게 접근할 수 있는 곳은 정신의료기관이다. 탈시설화에서 가장 먼저 고려해야할 대상은 현재 지역사회에서 가족들

과 거주하는 정신장애인들의 시설에 관한 욕구를 억제시키는 것이며, 탈시설을 위해 중요한 서비스 중 하나는 가족지원서비스가 된다.

여덟째, 정신장애인 탈시설을 위해서는 정신장애인 당사자들의 적극적인 옹호체계 및 지지체계의 개발이 필요하다. 선발국가들에서 정신장애인 당사자단체의 옹호활동이 활발하게 전개되고 있는 데에 반해 우리나라의 경우 이제 태동단계에 있다. 특히 장애인 당사자들이 중심이 된 자립지원센터의 경우에도 정신장애인이 참여하거나 서비스 대상이 되고 있는 경우가 현재까지 존재하지 않는다. 탈시설화를 위한 당사자단체 활동을 적극 지원하고 개발할 필요가 있다.

아홉째, 정신장애인과 관련된 의료 및 사회서비스재원조달구조가 정신의료기관에의 장기입원을 조장하고 있다. 우리나라 정신의료기관의 서비스는 사회보장급여인 건강보험과 의료급여를 재원으로 대부분 민간 영리조직의 특성이 강한 경제적 시장에서 제공하고 있는 반면, 사회복지시설과 정신요양시설은 지방자치단체의 일반조세의 폐쇄형 재원조달체계를 기반으로 서비스를 제공하고 있다. 그리고 지방자치단체의 재원으로 운영되는 사회복지시설과 정신요양시설은 일반 장애인서비스전달체계와는 분리된 보건의료전달체계가 행정을 담당하고 있다. 즉 정신장애인의 지역사회생활지원을 위한 서비스는 의료서비스와 달리 욕구에 따라 서비스를 이용할 수 있는 사회보장급여에서 제외되고 있으며, 일반 장애인 지역사회서비스와도 분리되는 이중 분리구조 하에 위치하게 됨으로써 지역사회 서비스의 사각지대에 놓이게 되었다. 왜냐하면, 서울시의 경우 자체 재원에 의한 사회복지시설 운영 등과 같은 지역사회생활지원 프로그램보다 중앙정부의 분담률이 매우 높은 의료급여에 의한 입원치료의 활용이 오히려 재정 통제의 수단됨으로써 지역사회 서비스 확충의 장애물이 되고 있다. 특히 서울시 자치구의 경우 재정적 책무성이 면제된 의료급여를 정신장애인 서비스에 활용함으로써 장기입원을 방임하는 구조가 형성되고 있는 것이다.

현재 급증하고 있는 정신장애인 입원의료급여비용은 의료체계와 달리 기관별 정액보조방식으로 형성된 사회복지서비스 공급체계에 기인하는 바가 크다. 즉 사회보장급여인 의료급여는 서비스제공자가 수익이 있으면 언제든지 서비스를 제공하고, 이용자는 부담이 거의 없기 때문에 상시적으로 과다이용의 문제에 노출되어 있다. 반면 지역사회의 서비스에 대해서는 바우처에 의한 사회보장급여방식을 적용하지 않고 기관별 정액보조에 의한 폐쇄형 재정으로 인해 항상 서비스공급이 부족한 상태에 있기 때문에, 지역사회의 복지서비스에 대한 수요는 도리어 진입이 통제되지 않는 고비용의 의료수요로 전환되어 공공재정이 고갈되는 위험을 초래할 수 있다. 미국의 경우 레이건정부에서 사회복지서비스에 Medicaid 재정을 사용토록 하는 개혁을 단행하였다. 사회복지서비스의 Medicaid 재정 사용은 보건의료서비스와 사회복지서비스의 관계에서 발생할 수 있는 풍선효과를 제거할 수 있는 정책수단을 마련해주었으며, 이는 Managed Care라는 관리방식으로 구체화되었다.

나. 서울시 정신장애인 탈시설정책의 방향 및 추진원칙

1) 탈시설화 추진의 기본적 방향

탈시설화는 다음과 같은 세 가지 방향에서 추진될 필요가 있다.

첫째, 시설에의 불필요한 수용이나 감금을 방지하는 과정이다.

이를 위해 ① 전체 시립정신병원의 단기병상 전환 ② 시립정신병원 및 정신요양시설의 의무적인 지역사회 연계제도 시행, ③ 정신의료기관 및 정신요양시설 입·퇴원관리제도 개선 등을 추진한다.

둘째, 시설에 수용되어있을 필요가 없는 이들을 위한 주거나 치료, 훈련, 교육 및 재활을 위하여 지역사회 내에서 적절한 대안을 마련하거나 발달시키는 과정이다.

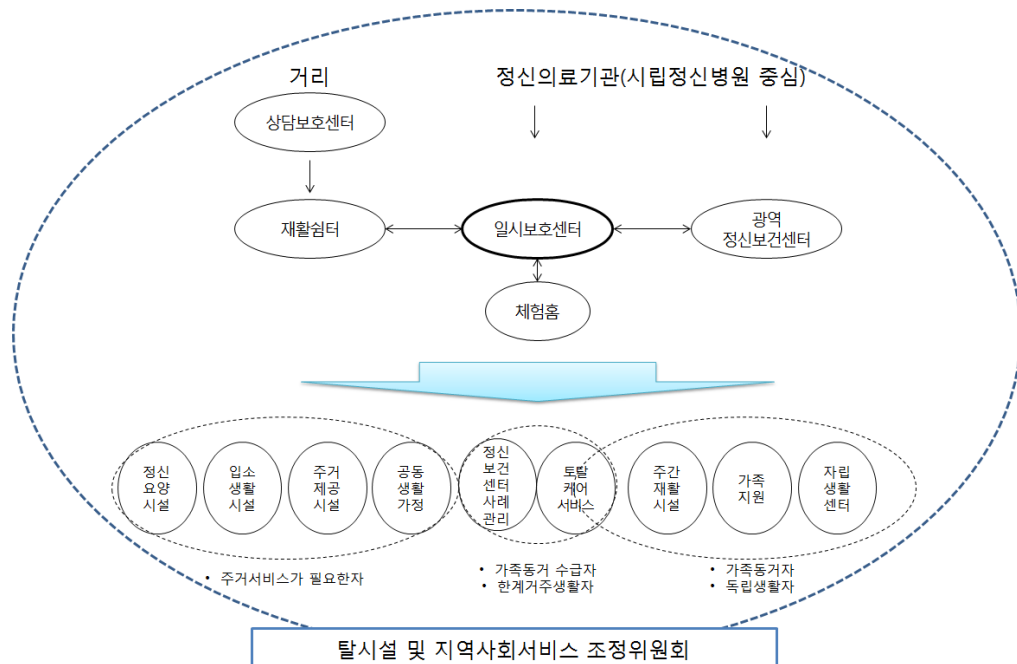
이를 위해 ① 탈시설 및 지역사회서비스조정기구 신설, ② 대안적 주거 확대, ③ 지역사회 생활지원서비스 확충, ④ 의료 및 지역사회 서비스 재원조달체계 개선 등을 추진한다.

셋째, 시설보호가 필요한 이들을 위한 생활조건, 보호 및 치료를 개선하는 과정이다.

이를 위해 ① 정신의료기관 및 정신요양시설 거주자 인권보호장치 마련, ② 시립정신병원 및 정신요양시설 운영개선 등을 추진한다.

2) 서울시 정신장애인 탈시설정책 추진체계와 운영 원칙

본 연구에서 서울시 정신장애인 탈시설 현황 및 조사분석을 통하여 다음과 같이 서울시 정신장애인 탈시설 추진체계와 운영원칙을 제안한다.



<그림 6-2> 서울시 정신장애인 탈시설정책 추진체계

- ① 정신장애인 탈시설화 추진을 위해 공적 대표성과 민주성을 담보한 공식적 추진기구인 '(가칭)정신장애인탈시설및지역사회서비스조정위원회와 그 사무국을 설치한다.

정신장애인 탈시설화는 주거, 보건 및 복지, 교육, 고용 등의 복합적인 정책과제를 가지고 있으며, 특히 정신장애를 가진 노숙인문제와 통합적으로 접근해야한다. 왜냐하면 현재 정신의료기관 장기입원자들도 노숙상태에 있는 정신장애인과 사회·경제적으로 유사한 상황에 있기 때문에 두 가지 문제에 대한 분리된 정책은 탈시설정책으로서의 의미를 가지지 못한다. 따라서 서울시장 직속의 탈시설 추진기구가 설치되어야 한다.

- ② 탈시설 추진의 핵심조직인 탈시설추진기구 산하에 일시보호센터를 설치·운영한다.

서울시 정신보건체계는 정신장애인의 입·퇴원 완충장치의 역할을 하는 일시(주거)보호시설이 미비한 체계이다. 이러한 체계는 일시적인 생활상의 위기에도 정신의료기관을 이용해야하는 체계로 비효율을 조장하며, 보호자가 거부하는 정신보건심판위원회 퇴원결정을 행정적으로 실행할 수 없는 한계를 노정한다. 따라서 정신의료기관 퇴원자 중 무연고 및 가족지지체계 미약자 등을 일시보호하면서 지역사회생활계획을 수립하고 의뢰하는 업무를 수행한다. 그리고 일시적인 스트레스로 보호가 필요한 정신장애인을 입소 보호하는 기능을 수행한다.

- ③ 일시보호센터는 자립생활이나 주거서비스 이용자의 성공적인 적응을 위하여 체험홈을 운영한다.

무연고 혹은 가족지지체계가 미약한 정신장애인의 지역사회 적응을 지원하기 위해 체험홈 서비스를 제공하며 적절한 지역사회서비스를 연계한다.

- ④ 정신장애인의 지역사회 유입체계를 적절하게 관리하기 위하여 일시보호센터, 광역정신보건센터 그리고 재활쉼터 간의 역할분담을 명확히 하며, 일시보호센터는 지속적인 업무조정역할을 수행한다.

정신의료기관 퇴원자 중 무연고 및 가족지지체계 미약자, 정신보건심판위원회 퇴원결정자 중 가족거부자, 지역사회 거주자 중 일시적 보호가 필요한 자는 일시보호센터가 상담, 보호, 의뢰 등의 역할을 수행하며, 광역정신보건센터는 정신의료기관 퇴원자 중 가족동거자(특히 의료급여 수급자)를 관장한다. 그리고 노숙상태의 정신장애인은 재활쉼터가 상담, 보호, 의뢰 등의 역할을 관장한다.

- ⑤ 주거서비스가 필요한 자에 대하여 정신요양시설, 입소생활시설 그리고 주거제공시설 등으로 연계한다. 그리고 탈시설을 효율적으로 추진하기 위해서는 관련조직 및 서비스의 상호연계를 비롯한 운영원칙이 명확히 제시되어야 한다.

현재 정신장애인에게 주거서비스를 제공하는 정신요양시설, 입소사회복지시설, 주거제공시설 그리고 공동생활가정 등의 이용대상 및 서비스내용에 관한 명확한 규정이 미비하다. 또한 주거서비스제공시설은 체계로서의 관계가 설정되어있지 않으며 의뢰의 원칙도 부재하다. 일원화된 사정원칙과 기구를 설치하여 체계의 합리적 운영을 도모할 필요가 있다.

⑥ 기초생활수급자와 고시원, 쪽방 등 한계주거에서 생활하는 정신장애인은 정신보건센터 사례관리서비스와 사회서비스 중 정신장애인 토탈케어서비스를 통하여 지역사회생활을 지원하고 필요한 서비스를 의뢰한다.

⑦ 비교적 안정적인 가족동거자, 독립생활자는 주간재활시설, 사회서비스 중 정신장애인 토탈케어서비스를 통하여 지역사회생활을 지원하고 필요한 서비스를 의뢰한다. 그리고 이들에 대한 지원체계를 보완하기 위하여 가족지원서비스를 신설하고 정신장애인지립생활지원센터를 설치한다.

⑧ 정신장애인 당사자단체를 활성화하여야 한다.

현재 정신보건정책에서 정신장애인은 장기화되고 대형화된 격리, 수용의 대상이 되고 있다. 그러나 정신보건정책과 관련하여 직접 이해당사자인 정신장애인이 정책과정에 참여하여 의견을 개진할 수 있는 기회는 거의 보장되지 않고 있다. 그 주된 원인은 정신장애인들은 스스로 어려움에 대하여 이야기할 수 있는 사람이 아니라는 사회적 편견으로 말미암은 것이다. 실제 정신장애인들의 인간다운 삶을 보장하기 위해서는 당사자 관점이 적절하게 정책에 반영될 수 있는 구조가 형성되어야 한다. 이를 위하여 우선적으로 정신장애인 당사자단체들이 성장할 수 있도록 지원할 필요가 있다. 당사자단체는 정신장애인에 대한 편견에서 자유롭고 그들에게 쉽게 공감을 얻을 수 있기 때문에 탈시설정책의 시행에서 전문가들이 제공할 수 없는 서비스를 제공하는 주체가 될 수 있다.

⑨ 정신장애인 탈시설정책에서 지역사회 생활의 주된 보호부담자인 가족에 대한 지원서비스는 필수적 요소가 된다.

정신장애인 장기입원의 주된 요인 중 하나는 정신장애인 가족들의 보호부담 회피라고 할 수 있다. 특히 취약계층인 가족들의 경우 보호부담이 가중될 수밖에 없다. 이는 가족들의 도덕적인 문제이기보다 정신의료기관 입원 시 의·식·주와 보호서비스가 모두 제공되는 것에 비하여 형편없는 지역사회서비스로 인한 입원자와 비입원자 보호의 정책상 형평성 문제가 될 수 있다.

⑩ 불필요한 장기재원을 억제하기 위해 입·퇴원 제도를 개선하고 탈시설 추진과 병행되는 시립정신병원의 역할 및 기능을 정립하여야 한다.

현행의 입·퇴원제도는 불비한 정신보건법에 의해 운영되고 있어 많은 비자발적 입원과 장기 입원으로 인한 인권문제를 양산하고 있다. 중장기적으로 법개정이 추진되어야 하겠지만, 현재의 상황에서 장기 입원의 주요대상인 의료급여 수급자의 입·퇴원에 대한 시립정신병원과 자치구 간의 긴밀한 관리체계를 구축할 필요가 있다. 즉 전체 시립정신병원을 단기 병상으로 운영하면서 입·퇴원 및 지역사회생활에 관한 전반적인 보호체계가 형성될 수 있도록 체계기능을 정립하여야 한다.

- ⑪ 정신장애인 탈시설 추진의 공공성을 담보하기 위하여 중장기적으로 광역정신보건센터 및 시립정신병원을 서울시 직영체제로 전환하여야 한다.

서울시 정신보건체계는 광역을 포함한 자치구 정신보건센터와 시립정신병원 5개소 중 4개소를 정신의료기관 운영법인에 위탁하여 운영하고 있다. 이와 같은 정신보건체계는 기본적으로 정신의료기관들의 주 수입원이 입원병동 운영에 있다는 점에서 공공성을 저해할 소지가 다분하다고 볼 수 있다. 즉 정신보건체계가 지향하는 탈시설화는 시립정신병원이나 정신보건센터 운영법인의 이해와 상반될 수 있다. 정신장애인 탈시설 추진을 위하여 정신보건센터와 시립정신병원을 직영체제로 전환하는 것이 필요하다.

- ⑫ 정신의료기관, 정신요양시설 등 다수생활자 시설의 인권감독을 위한 다양한 조치를 강구하여야 한다.

일반적 장애인생활시설에 비해 정신의료기관이나 정신요양시설의 경우 훨씬 대규모화 되어 있지만 탈시설정책의 대상으로 다루어지지 않고 있었다. 즉 정신장애인의 대규모 거주시설에 대한 생활조건, 보호 및 치료의 적절성들은 관심의 바깥에 있었다. 그러므로 인권옴부즈만에 상시 감독기능 부여하고, 입원적정성에 관한 수시적 관리체계 등을 형성하는 것이 필요하다.

- ⑬ 정신요양시설의 소규모화를 위한 정책을 추진하여야 한다.

일반 장애인분야에서 신규 공급되는 생활시설은 30인 이하로 제한한다는 규정에도 불구하고 정신요양시설의 소규모화에 관한 정책들은 형성되지 못하고 있다. 정신요양시설의 소규모화를 포함하여 입소사회복지시설로의 대체에 관한 정책형성이 필요하다.

- ⑭ 정신장애인 탈시설정책에서 자원조달체계의 개선은 필수불가결적 요소이다.

정신장애인 장기입원과 관련된 자원조달 혹은 지불방법의 문제는 이제 정책적 문제로 이슈화되기 시작하고 있다. 의료비용의 자기부담이 없는 의료급여 수급자의 경우 의료이용의 도덕적 해이가 발생할 수밖에 없으며, 서울시 기초자치단체의 경우 이 비용에 대한 부담의무가 없으므로 관리체계는 허술할 수밖에 없다. 또한 의료급여의 경우 사회보장급여로서 기초 지방자치단체의 부담 없이 무한정 이용이 가능하지만, 지역사회 보호 및 서비스비용은 지자체가 부담해야 하므로

지역사회 서비스체계 수립에 대한 의지가 약한 것은 체제상의 당연한 귀결이다. 이러한 자원체계의 개선이 동시에 이루어지지 않는다면 탈시설의 문제해결은 제한적일 수밖에 없다.

3) 서울시 정신장애인 탈시설화 추진과제 도출



<그림 6-3> 서울시 정신장애인 탈시설정책 추진과제

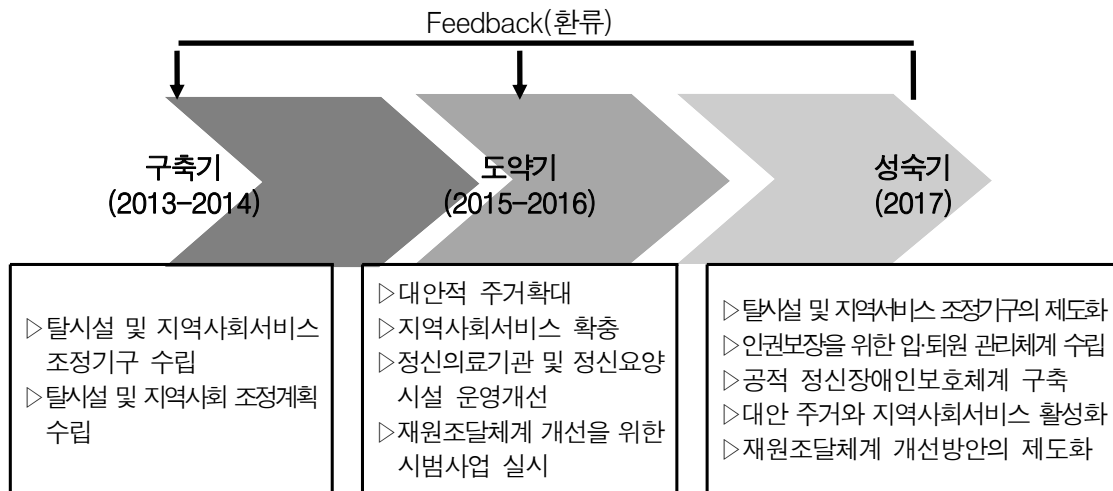
본 연구를 종합하여 '정신장애인의 탈시설 추진을 위한 통합적 서비스체계 수립'을 위한 정책추진 목표를 (1) 탈시설 추진을 위한 공적 책무성 강화 (2) 대안적 주거지원의 확대 및 다양화 (3) 지역사회생활지원서비스 확충 (4) 정신의료기관 및 정신요양시설 개선 (5) 서비스자원 조달방법 및 체계의 개혁 등 다섯 가지 정책목표를 <그림6-3>과 같이 정립하였다.

그리고 (1) 탈시설 추진을 위한 공적 책무성 강화 (2) 대안적 주거지원의 확대 및 다양화 (3) 지역사회생활지원서비스 확충 (4) 정신의료기관 및 정신요양시설 개선 (5) 서비스자원 조달방법 및 체계의 개혁 등 다섯 가지 정책목표를 달성하기 위한 세부정책과제를 <표6-5>과 같이 도출하고 그 역할주체를 제시하고, 기간적 전략에 따라 단기 및 중장기 과제로 구분하였다.

<표 6-5> 서울시 정신장애인 탈시설정책 장단기 추진과제

	과제	역할 주체	과제 유형		비고
			단기	중장기	
탈시설 추진의 공공체계 수립	정신보건사업의 탈시설 목표 명확화	지자체	○		
	정신장애인탈원화추진기구 신설	지자체	○		
	정신장애인인권옴부즈만 실시	지자체	○		
	노숙인서비스체계와의 연계체계 수립	지자체		○	
	지역정신보건사업 성과관리 강화	지자체	○		
대안적 주거지원	공공임대주택 우선 입주자격 부여	정부·지자체		○	
	공동생활가정 확대	지자체	○		
	주거제공시설 확대	지자체	○		
	주거제공시설 다양화	정부·지자체		○	
	체험주거 신설	지자체	○		
	입소생활시설 확대	지자체		○	
	일시보호센터 신설	지자체	○		
일시주거 지원	정부·지자체		○		
지역서비스 확충	사회복귀시설(주간재활시설) 확대	지자체	○		
	사회서비스(정신장애인토탈케어) 확대	지자체	○		
	활동지원서비스 활성화	정부·지자체		○	
	정신장애인지립생활센터 신설	지자체	○		
	가족지원서비스 신설	정부·지자체	○		
	정신장애인 종합복지관 신설	정부·지자체		○	
정신의료기관 및 정신 요양시설 개선	시립정신병원 사례관리 강화	지자체	○		
	정신장애인 입원관리체계 구축	정부·지자체	○		
재원조달체계 개혁	정신요양시설 소규모화	정부·지자체		○	
	의료급여를 통한 지역사회서비스 공급	정부·지자체		○	
	재원조달체계의 개선	정부·지자체		○	

4) 서울시 정신장애인 탈시설화 단계별 추진과제



<그림 6-4> 정신장애인 탈시설정책의 단계별 주요과제

가) 구축기(2013-2014년) 주요과제

- 탈시설 및 지역사회서비스조정기구 수립
 - (가칭)정신장애인 탈시설 및 지역사회서비스조정위원회와 사무국을 설치한다.
 - 조정기구에서 대형 정신병원과 정신요양시설의 인권상황을 감독하기 위한 인권옴부즈만 제도를 운영한다.
- 탈시설 및 지역서비스조정계획 수립
 - 정신보건사업의 성과관리방안에 관한 연구용역을 실시한다.
 - 정신장애 노숙인서비스와 정신보건체계 통합을 위한 연구용역을 실시한다.
 - 시립정신병원과 정신요양시설의 탈시설기능 강화방안에 관한 연구용역을 실시한다.

나) 도약기(2015-2016년) 주요과제

- 대안적 주거확대
 - 탈시설 모범국가인 이탈리아의 정신장애인 주거시설 공급량을 기준으로 할 때 서울시의 경우 약 3,000명의 주거서비스 자리가 필요한 것으로 추정된다.
 - 2010년말 서울시의 정신장애인 주거서비스 공급량은 주거제공시설 373자리, 입소생활시설 140자리, 정신요양시설 1,040자리로 모두 1,553자리로 1,500자리의 주거서비스 공급이 추가적으로 필요하다.
 - 정신요양시설은 탈시설정책의 이념에 부합하지 않아 입소생활시설로 신설을 통하여 50인 이하 규모로 축소하는 것을 목표로 한다.
 - 대안적 주거 확보를 위한 10년 추진계획은 다음과 같다.

<표 6-6> 서울시 정신장애인 대안주거시설 증설계획(2013-2022)

	2010년	2017년	2022년	2022년 총공급량
주거제공시설	373(43개소)	300(30개소)	300(30개소)	973(103개소)
공동생활가정		200(40개소)	200(40개소)	400(80개소)
입소생활시설	140(6개소)	500(10개소)	650(13개소)	1,290(29개소)
정신요양시설	1,040(3개소)	△500(3개소)	△ 200(3개소)	300(3개소)*
계	1,553(52개소)	500(80개소)	950(87개소)	3,003(215개소)

* 정신요양시설은 입소생활시설로의 전원을 통하여 점차 소규모화하여 2022년에 1개소당 100인 이하로 함

- 지역사회서비스 확충
 - 서울시 등록 정신장애인은 15,292명이며, 추정 정신장애인수는 18,379명(등록율 83.2%)이다(보건복지부, 2011a).
 - 전체 정신장애인 18,379명 중 기초생활보장 수급자수는 12,663명으로 추정되어 서울시

정신장애인의 68.9%(보건복지부, 2008)이다.

- 전체 정신장애인 18,379명 중 타인의 도움이 필요한 사람은 7,976명(43.4%, 2011년 장애인 실태조사)이며, 대부분 타인의 도움이 필요한 사람은 5,017명(27.3%, 2011년 장애인실태 조사)이다. 즉 지역사회에서 케어가 필요한 사람은 약 5,000명에서 8,000명이라는 것이다.

<표 6-7> 서울시 정신장애인 지역사회서비스 확대계획(2013-2022)

	2010년	2017년	2022년	2022년 총공급량
주거서비스시설	1,553	500	950	3,003
정신보건센터 주간재활	1,385	-	115	1,500
사회복지시설 주간재활	1,057	350	-	1,407
사회서비스(토탈케어서비스)	250	400	350	1,000
장애인활동지원서비스	111	500	500	1,111
계	4,356	1,750	1,915	8,021

* 정신요양시설은 입소생활시설로의 전원을 통하여 점차 소규모화하여 2022년에 1개소당 100인으로 함

○ 정신의료기관 및 정신요양시설 운영개선

- 모든 서울시립정신병원은 3개월 이내의 단기병상으로 전환하는 계획을 수립한다.
- 정신요양시설의 입소자는 입소생활시설의 증설에 따라 전원하며, 정신요양시설은 정원을 100명까지로 축소한다.

○ 재원조달체계개선을 위한 시범사업 실시

- 2010년말 현재 12,663명으로 추정되는 서울시 의료급여 수급 정신장애인의 입원 의료급여는 1,244억원 정도(전국 782,618백만원× 15.9%(서울시거주 정신장애인비율))로 추정되고 있다. 그리고 서울시는 이 비용의 50%인 622억원 정도를 부담하고 있는 것으로 추정할 수 있으며, 그 비용은 1인당 연간 1천만원 정도이다.
- 이는 주거제공시설의 거주자의 1인당 주거비용과 유사한 수준의 비용이다. 즉 비용상으로는 정신의료시설에 입원 중인 의료급여 수급 정신장애인을 모두 지역사회의 주거제공시설로 이동시킬 수 있다.
- 또한 사회서비스 정신장애인 토탈케어서비스 1인당 중앙정부와 지방정부가 부담하는 비용이 216만원(18만원×12월)이라는 측면에서 본다면 입원의료비용은 45배 정도 높은 비용을 소모한다.
- 이러한 비용이 격리감금비용으로 소모될 수 있는 이유는 첫째 의료급여 수급자는 입원비용을 부담하지 않는다는 것이며, 둘째 서울시의 경우 기초자치단체에서 이 비용을 전혀 부담하지 않아 자치구의 탈시설정책 의지가 없다는 것이다.
- 이를 개선하기 위해 서울시와 중앙정부 간의 계약을 통하여 그 전년도에 정신장애인

입원의료급여를 기준으로 정신장애인 입원 의료급여비용을 포괄보조받고, 이를 다시 자치구에 등록된 정신장애인 인원에 따라 포괄보조할 수 있다. 다만 이때 지역사회서비스 확충을 통하여 잉여비용은 자치구가 자율적으로 사용할 수 있도록 보장하며 동시에 초과 비용에 대한 부담의무를 지우는 방식이어야 한다.

다) 성숙기(2017년) 주요과제

- 탈시설 및 지역서비스조정기구의 제도화
 - (가칭)정신장애인 탈시설 및 지역사회서비스조정위원회의 활동에 대한 성과를 평가한다.
 - (가칭)정신장애인 탈시설 및 지역사회서비스조정위원회의 지속적인 활동과 정신장애인 인권옴부즈만제도 정착을 위한 조례 제정과 상위법 개정을 추진하여 기구를 제도화한다.
- 인권보장을 위한 입·퇴원관리체계 수립
 - 입·퇴원 관리체계에 관한 상위법 개정을 통하여 정신장애인의 인권이 보장되는 체계를 공고히 구축한다.
- 공적 정신장애인보호체계 구축
 - 5년간 사업에 대한 면밀한 평가를 통하여 서울시 정신장애인관련 서비스체계의 공공성을 담보할 수 있도록 조례를 정비한다. 이때 100 병상 이상의 정신병상을 운영하고 있는 정신의료기관 운영법인은 서울시의 공공 정신보건사업 위탁대상에서 제외하도록 한다.
- 대안 주거와 지역사회서비스 활성화
 - 정신장애인 주거서비스와 지역사회생활지원서비스에 대한 성과평가를 실시하여 지속적인 발전방안을 구축한다.
- 재원조달체계 개선방안의 제도화
 - 재원조달체계 개선을 위한 시범사업의 평가를 통하여 재원조달체계 개선방안을 제도화한다.

라) 서울시 단계별 정신장애인 탈시설 추진과제 요약

<표 6-8> 서울시 단계별 정신장애인 탈시설 추진과제(2013-2017)

	과제	구축기		도약기		성숙기
		2013	2014	2015	2016	2017
탈시설 추진의 공공체계 수립	탈시설 추진기구 설치 및 운영	기구 및 사무국 설치	운영	운영	평가	제도화
	정신장애인 인권옹부즈만 운영	운영방안 연구용역	운영	운영	평가	제도화
	노숙인서비스와 연계체계 수립	구축방안 연구용역	시범사업 실시	시범사업 계속	시범사업 평가	통합서비스 체계 운영
	정신보건사업 성과관리 강화	성과관리방 안연구용역	성과관리 실시	성과관리 실시	성과관리 실시	성과관리 실시
대안적 주거지원	공동생활가정 확대	계획수립	10개소 신설	10개소 신설	10개소 신설	10개소 신설
	주거제공시설 확대	5개소 신설	5개소 신설	5개소 신설	5개소 신설	5개소 신설
	체험주거 신설	5개소 신설	5개소 신설			
	입소 사회복귀시설 확대	2개소 신설	2개소 신설	2개소 신설	2개소 신설	2개소 신설
	일시보호시설 신설	1개소 신설	4개소 신설	-	-	-
	일시주거 지원	방안 수립	시범사업	시범사업	사업평가	제도화
지역서비스 확충	사회복귀이용시설 확대	3개소 신설	4개소 신설	-	-	-
	사회서비스(정신장애인에탈케어)확대	100명 확대	100명 확대	100명 확대	100명 확대	-
	정신장애인 자립생활센터 신설	1개소 신설	5개소 신설	5개소 신설	5개소 신설	5개소 신설
	가족지원서비스	방안연구	100가정	100가정	100가정	100가정
	정신장애인 종합복지관 신설	설립계획 수립	1개소	1개소	1개소	1개소
	시립정신병원 사례관리 강화	연구용역 실시	사업운영	사업운영 및 평가	사업운영	사업운영
정신의료 기관 및 정신요양시설 개선	정신장애인 입원관리체계 구축	연구용역 실시	사업운영	사업운영	사업운영	사업운영 및 평가
	정신요양시설 소규모화	정책 수립	1개소당 300인 이하	1개소당 260인 이하	1개소당 230인 이하	1개소당 200인 이하
	시립병원 및 정신요양시설기능 강화	연구용역 실시	사업운영	사업운영 및 평가	사업운영	사업운영 및 평가
재원조달 체계 개혁	의료급여를 통한 지역사회서비스	연구용역	중앙정부와 사업 협의	시범사업	시범사업	제도화
	재원조달체계 개선	연구용역	중앙정부와 사업 협의	시범사업	시범사업	제도화

다. 서울시 정신장애인 탈시설정책의 세부 시행방안

1) 탈시설 추진의 공공체계 수립

가) 정신보건사업의 탈시설 추진목표 정립

○ 필요성

- 서울시는 시립정신병원 5개소, 광역정신보건센터 1개소, 정신보건센터 25개소를 운영하고 있다. 그러나 이와 같은 서울시의 정신의료기관 및 정신보건센터 운영이 어떠한 정책 목표를 가지고 유기적으로 작동하고 있는가에 대하여는 매우 불명확하게 평가되고 있다.
- 시립정신병원 5개소의 개소별 평균 병상수는 340병상을 넘는 대규모 시설이며, 정신요양 시설 3개소의 개소당 생활자수도 300명이 넘어 장애인생활시설의 시설당 평균 입소인원 53.9명(2010년말)의 6배가 넘는 대형화 상태에 놓여 있다.
- 또한 지역사회정신보건사업의 거점으로 정신보건센터가 자치구별로 설치되어 있고 광역정신보건센터도 설치되어 있으나 지역사회에 거주하는 정신장애인은 오히려 감소하고 있다. 이 과정에서 서울시의 의료급여에 대한 재정적 부담은 지속적으로 가중되고 있다.
- 서울시는 이와 같은 정신장애인 대규모시설에의 수용과 지역사회정신보건사업의 역기능에 대한 대책마련이 시급한 상황이라고 할 수 있다.

○ 추진방안

- 정신장애를 입원치료의 대상으로만 인식하는 보건의료정책의 틀에서 정신장애인 탈시설화를 논의하는 데에는 많은 한계가 존재할 수밖에 없다. 정신장애인은 정신장애를 가지고 있지만 일정한 지원 및 보호가 주어진다면 지역사회에서 자립적인 생활을 추구할 수 있는 사람이라고 인식하는 새로운 관점을 견지할 수 있는 추진기구가 구축되는 것이 탈시설정책을 출발점일 것이다.
- 이와 같은 추진기구에서 서울시의 지역사회정신보건정책, 사회복지시설정책, 노숙인복지정책 그리고 장애인주거 및 고용정책이 통합적으로 실행될 수 있도록 하는 정책기반을 형성하여야 한다.
- 특히 지역사회정신보건사업 추진상의 성과에 대한 전반적인 재검토가 필요하며, 사업의 추진체계 및 방법을 탈시설정책에 맞게 재편할 필요가 있다.

나) 정신장애인 탈시설추진기구 설치 및 인권옴부즈만 운영

○ 필요성

- 정신장애인의 정신의료기관 수용상황은 생활시설에서 거주하는 여타 모든 장애인의 34배에 이르고 있으며, 지속적으로 비자발적 감금에 의한 인권문제를 야기하고 있다.
- 정신의료기관에의 대규모 수용은 주로 의료급여수급자인 빈곤 정신장애인이 주 대상이

며, 이는 서울시에 막대한 재정적 부담을 야기하고 있다.

- 이와 같은 정신장애인 탈시설의 문제는 사회복지, 보건의료, 고용, 주거보장 그리고 문화 및 여가 등의 다양한 측면을 복합적으로 가지고 있어 서울시 보건정책과 혹은 광역정신보건센터가 추진하는 데에는 한계가 있다.

○ 추진기구 설치방안

- 서울시장직속의 추진기구로 정책실행력 담보
- 의사결정기구에 인권운동가, 당사자단체 대표, 노숙인복지단체 대표, 사회복지시설 대표 등으로 의료전문가 중심 거버넌스 탈피

○ 관장업무

- 탈원화 관련 조사연구, 정책 및 프로그램 개발
- 탈원화 추진을 위한 협의체 구성 및 운영
- 탈원화업무 추진 지도감독
- 정신장애인인권옴부즈만 운영(부당한 입원에 대한 감시 및 입원시설 개선 감독)

○ 소요인력

- 행정인력: 1인
- 연구조사인력: 2인
- 인권옴부즈만(비상임): 10인

○ 소요예산: 5억원

- 인건비: 1억원
- 연구 및 조사활동비: 3억원
- 인권옴부즈만 운영비: 1억원

다) 정신보건체계와 노숙인서비스체계의 연계체계 수립

○ 필요성

- 정신장애가 있는 노숙인은 20%가 넘는 것으로 알려져 있다. 이들은 노숙인복지체계와 정신보건체계를 넘나들며 한계인으로 존재하고 있다. 때로는 무연고 정신장애인으로 정신의료기관에 머물고, 때로는 부랑인시설, 노숙인상담보호센터, 재활쉼터 등을 전전하거나 거리와 쪽방에서 생활한다.
- 현재 지역사회정신보건사업에서 정신장애가 있는 노숙인들은 사업대상에서 배제되고 있다. 즉 이들에 대한 적절한 정신건강관리가 이루어지지 못하고 있다. 이는 공공 정신보

건사업의 대상집단이 정신장애로 인하여 가장 고통받는 집단이어야 하는 기본적인 원칙과 상치되는 상황에 있다는 것이다.

- 또한 현재의 장기입원상태에 있는 정신장애인들도 빈곤상태며 자립능력이 약하고 가족지지체계가 약화되어 있다는 관점에서 본다면 노숙상태의 정신장애인과 큰 차이가 존재하지 않는다. 그렇다면 정신장애가 있는 노숙인서비스를 어떻게 조직화하고 관리할 것인가의 문제는 바로 향후 지역사회정신보건사업이 탈시설을 추구하기 위하여 무엇을 해야 하는가 하는 문제의 바로미터가 된다고 할 수 있다.
- 지역사회정신보건사업에서 정신장애가 있는 노숙인을 배제하는 체계는 대규모 수용을 지속하는 체계로 귀결된다. 노숙인서비스체계와 정신보건서비스체계의 상호보완과 궁극적인 통합은 탈시설화를 추진하는 미래 정신보건복지서비스체계를 수립하는 중요한 정책적 근거를 제공할 것이다.

○ 추진방안

- 노숙인서비스의 지역사회보호역량과 지역사회정신보건체계의 전문적 역량을 통합하여 시너지효과를 가져오는 체계를 구축하기 위해서는 두체계의 상위구조에서 '탈시설 및 지역사회보호'를 관장하는 조직의 설치가 필요하다. 이 기구는 탈시설추진기구와 통합적으로 운영됨으로써 하위조직에서의 불필요한 조직 및 서비스의 분리를 예방할 수 있을 것이다.
- 노숙인복지체계와 지역사회정신보건체계의 상호협력과 보완을 위해서는 우선적으로 지역사회정신보건체계 내에서 주거서비스를 제공하는 시설을 확장할 필요가 있다. 이는 노숙인서비스의 기본적인 근거로서 필수적인 요소일 뿐만 아니라 지역사회정신보건영역에서 일시적 위기에 의한 입원을 완충할 수 있는 효과를 가져올 수 있다.
- 특히 지역사회정신보건체계에 형성되지 않은 일시주거보호는 양쪽 서비스체계의 지역사회보호역량을 강화시켜줄 수 있는 중요한 인프라가 될 것이다.

라) 지역사회정신보건사업의 성과관리 강화

○ 필요성

- 명목적으로 탈시설화를 추구하는 지역사회정신보건사업은 지속적인 의료급여 수급자인 정신장애인 입원인구의 증가와 정부 및 지자체 부담 입원의료급여의 급증에도 불구하고 적절한 성과관리가 매우 미흡한 것이 현실이다. 즉 기초자치단체 단위의 의료급여 정신장애인의 입원일수 증가, 입원 의료급여의 상승은 전혀 관리되고 있지 못하고 있는 실정이다.
- 이와 같이 부실한 성과관리는 지역사회정신보건사업의 사례관리 및 연계와 같은 영역에서 왜곡된 사업성과를 보여준다. 즉 탈시설을 위한 사업관리는 정신의료기관에서 정신보건센터로의 연계 그리고 정신보건센터에서 사회복지시설, 직업재활시설 등으로의 연계로

이루어져야 하지만 현실은 지역사회에서 정신의료기관으로의 연계라는 왜곡된 결과를 드러내고 있다. 사업관리가 연계 및 의뢰와 같은 투입측면의 양적 관리에 국한되고 투입의 결과가 어떠한 성과를 가져오는지에 대해서는 관리되고 있지 못한 것이 현실이다.

- 결국 탈시설화라는 정책목표를 추구하기 위해서는 명확한 성과관리체계의 구축이 필요하다.

○ 추진방안

- 지역사회정신보건사업의 성과지표에 기초자치단체 단위의 의료급여 대상 정신장애인의 입원일수 증감, 입원 의료급여 증감 등에 가장 높은 가중치를 부여하여 관리하여야 한다.
- 또한 현재와 같이 지역사회정신보건사업의 성과에 관한 책임이 있는 광역정신보건센터와 정신보건사업지원단에 의한 평가는 지양되어야 하며, 객관적이고 다양한 관점을 가진 외부기관에 의한 성과평가가 수행되어야 한다.

2) 대안적 주거지원

가) 공공임대주택의 우선 입주자격 부여

○ 필요성

- 탈시설정책은 사실상 주거정책의 성격을 강하게 내포하고 있다. 주거정책과 적절하게 결합되지 못한 탈시설정책은 노숙의 확대라는 새로운 정책상의 문제를 가져올 수 있다.
- 현재 지역사회에 거주하고 가족 지지체계가 안정된 정신장애인에겐 보호의무자가 노령화되기 전에 안정된 주거를 확보할 수 있도록 지원하는 것은 탈시설정책의 중요한 요소가 될 것이다.
- 지역사회에서 주거와 케어가 동시에 필요한 정신장애인들에게 일정한 기준으로 공공임대주택 입주의 우선 입주자격을 부여하는 것은 시급한 과제이다.

○ 추진방향

- 장애인 공공임대주택 입주자격 부여에서 중증 장애인에 대한 쿼터를 확대할 필요가 있다.
- 정신장애인에게 주거제공서비스를 제공하는 법인의 경우 이용자의 수만큼 가산점을 부여하여 우선권을 부여하는 것이 필요하다.

나) 공동생활가정 확대

○ 필요성

- 현재 정신장애인에게 주거서비스를 주로 제공하는 정신장애인 공동생활가정은 서울시에만 1개소 공급되고 있을 뿐이다. 자립생활의 의지가 높고 취업에 성공할 가능성이 높은 정신장애인들에게는 공동생활가정의 공급이 탈시설에서 가장 중요한 지원책이 된다.

- 추진방향
 - 정신장애인의 시설화는 다른 장애인에 비하여 상대적으로 심각한 수준에 있다. 이러한 문제의 심각성을 고려하여 공동생활가정 확대정책이 입안되고 실행되어야 한다.
- 소요예산: 임대보증금 20억원(10개소), 운영비 연간 10억(10개소)
 - 임대보증금: 개소당 2억원
 - 운영비: 개소당 연1억원

다) 정신장애인 주거제공시설 확충

- 필요성
 - 현재 서울시에는 정신장애인 주거제공시설이 50개소 공급되고 있다. 이러한 규모는 일반 장애인공동생활가정 115개소에 비하여 절반 수준이며, 장애인분야의 단기보호시설이 정신장애인에게는 제공되지 않는다는 측면에서는 공급량이 절대적인 의미뿐만 아니라 상대적으로도 부족함을 나타낸다.
- 추진방향
 - 정신장애인의 시설화는 다른 장애인에 비하여 상대적으로 심각한 수준에 있다. 이러한 문제의 심각성을 고려하여 공동생활가정 확대정책이 입안되고 실행되어야 한다.
- 소요예산: 임대보증금 10억원(5개소), 운영비 연간 5억(5개소)
 - 임대보증금: 개소당 2억원
 - 운영비: 개소당 연1억원

라) 체험주거 신설

- 필요성
 - 탈시설 추진과정에서 정신장애인들의 자립생활역량을 구축하기 위하여 사전에 유사 자립생활을 체험할 수 있는 서비스 제공이 필요하다. 특히 정신의료기관 및 정신요양시설에서 장기간 생활하여 독립 생활의 경험이 적은 사람들에게는 탈시설화를 위한 중요한 경험을 제공할 것이다.
 - 현재 서울시에서 추진하고 있는 집으로 캠프는 가족동거자들을 대상으로 50인 규모의 입소 사회복지시설에서의 자립생활을 제공하고 있다. 이는 최대한 가정과 같은 분위기에서 자립생활을 도모한다는 탈시설의 취지와 상충되는 것이라고 할 수 있다.

○ 추진방향

- 노령의 보호의무자와 지역사회에서 거주하는 정신장애인들에게는 5인 이하로 공동가정 형식의 체험그룹홈을 운영할 수 있도록 한다. 그리고 체험홈 자체가 지역사회의 거주상황과 최대한 유사하여야만 프로그램의 성과도 높을 것이다.
- 정신요양시설과 시립정신병원은 1차적으로 시설 내 일정공간에 체험그룹홈을 적극적으로 운영할 수 있도록 한다. 그리고 과정을 마친 체험자가 지역사회의 체험홈이나 주거제 공시설로 이동할 수 있도록 지원한다.

○ 소요예산: 임대보증금 10억원(5개소), 운영비 연간 5억(5개소)

- 임대보증금: 개소당 2억원
- 운영비: 개소당 연1억원

마) 입소생활시설 확대 및 기능강화

○ 필요성

- 입소사회복지시설은 50인 이하의 시설로, 정신장애인들에게 주거서비스와 더불어 사회복지를 돕는 서비스를 제공하고 있다. 서울시에는 현재 4개소 설치되어 있을 뿐이다.
- 입소 사회복지시설은 정신요양시설을 소규모로 재편하기 위한 대안적 주거서비스로서의 성격도 가지고 있다. 현재 대형화된 정신요양시설을 소규모화시키기 위한 중간단계로 입소사회복지시설의 설치를 서울시가 적극적으로 설치를 추진할 필요가 있다.
- 현재 설치된 4개소는 시립정신병원 운영법인에 위탁되어 있는 상황이다. 이는 정신의료기관 장기입원자를 지역사회로 복귀하려는 정책취지에 미치지 못하고 있다. 정신의료기관 입원병상 운영자에게 지역사회 주거서비스 운영을 이중적으로 위탁하는 것은 두가지 사업의 성격상 성과를 가지고 오기 어려운 정책적 선택이라고 볼 수 있다. 이와 같은 시설은 사회복지사업이 주요사업으로 설치된 운영주체에 의해 운영되어야 소기의 성과를 가지고 올 것이다.

○ 추진방향

- 현재와 같은 대형화된 정신요양시설의 소규모화를 유도하기 위해서는 서울시에 적어도 20개소 이상의 입소 사회복지시설의 설치가 필요하다.
- 일본의 정신보건역사에서 탈시설화 실패의 주된 요인은 정신의료기관에 사회복지시설 운영을 허용함으로써 나타난 횡수용화로 분석되고 있다. 이러한 정신보건복지서비스체계의 왜곡을 방지하기 위해 입소 사회복지시설의 운영자는 정신의료기관이나 정신의료기관 운영법인을 제외해야 한다.

- 소요예산: 임대보증금 20억원(2개소), 운영비 연간 10억(2개소)
 - 임대보증금: 개소당 10억원
 - 운영비: 개소당 연5억원

바) 정신장애인 쉼터(일시보호) 설치

- 필요성
 - 서울시 정신보건체계는 정신장애인의 입·퇴원 원충장치의 역할을 하는 일시(주거)보호시설이 미비한 체계이다. 이러한 체계는 생활상의 일시적인 위기에 도 정신의료기관을 이용해야 하는 체계로 비효율을 조장하며, 보호자가 거부하는 정신보건심판위원회 퇴원결정을 행정적으로 실행할 수 없는 한계를 노정한다.
 - 따라서 정신의료기관 퇴원자 중 무연고 및 가족지지체계 미약자 등을 일시보호하면서 지역사회생활계획을 수립하고 의뢰하는 업무를 수행한다.
 - 정신장애인이 일시적 스트레스로 인하여 가족들로부터 분리가 필요하거나 정서적 안정을 회복할 수 있는 도움을 제공할 수 있는 공간이 필요하다. 다른 선진국의 지역사회정신보건체계는 35일간 이러한 휴식 및 안정을 제공할 수 있는 일시보호시설을 설치하여 불요불급한 정신의료기관에의 입원을 조정함으로써 입원의료비를 절감하는 성과를 얻고 있다.
 - 이러한 쉼터의 설치는 위기상황에서 정신장애인 가족들의 돌봄 부담을 감소시키고 휴식을 제공하는 기능을 수행함으로써 가족 지지체계를 더욱 공공히 하는 결과를 가져올 수 있다.
 - 또한 탈시설화체계의 허브역할을 수행하며 자립생활을 도모하는 사람들에게는 자립생활을 미리 준비할 수 있도록 하는 체험홈의 운영도 동시에 수행한다.
- 사업내용
 - 일시적 정신장애인 기숙보호
 - 정서적 안정을 도모하기 위한 상담
 - 정신장애인의 회복 및 취업·여가활동을 위한 정보제공 및 의뢰
 - 체험홈 운영
- 소요예산: 임대보증금 20억원(2개소), 운영비 연간 20억(2개소)
 - 임대보증금: 개소당 10억원
 - 운영비: 개소당 연10억원

사) 정신장애인 일시주거 지원

○ 필요성

- 정신장애가 있는 노숙인 그리고 가족 지지체계에서 단절된 정신장애인의 경우 정신의료 기관, 부랑인시설, 노숙인상담보호센터, 재활쉼터 등을 전전하거나 거리와 쪽방에서 생활 하는 것이 현실이다.
- 이들 중 쪽방, 고시원 등에서 어렵게 자립생활을 유지하는 사람들은 상대적으로 자립의지가 높은 집단으로 볼 수 있다. 하지만 이들이 다시 정신의료기관이나 노숙인복지시설로 편입되는 원인 중 가장 큰 것은 한계주거상황을 유지하는 데에 소요되는 경제적 부담이라고 볼 수 있다.
- 이들의 한계주거에 대한 일정한 지원과 지속적인 케어서비스가 수립된다면 불필요한 시설화를 일정 정도 완화시킬 수 있을 것으로 기대할 수 있다.

○ 추진방안

- 서울시의 정신장애인토탈케어서비스와 정신보건센터의 사례관리 대상자 중 한계주거상황에서 독립적 생활을 영위하고 자활할 수 있는 의지가 있는 사람들에게 일정한 주거비용을 지급하는 방안을 적극적으로 검토할 필요가 있다.
- 토탈케어서비스 및 사례관리 서비스 제공자들은 자활 및 재활계획을 수립하여 주1회 이상의 대면서비스를 제공한다.

3) 지역사회서비스 확충

가) 사회복지시설(주간재활시설) 확충

○ 필요성

- 사회복지시설(이용시설)은 지역별 만성 정신장애인 회복서비스 추진의 기본적 인프라로서의 기능을 수행하다. 즉, 이용시설은 정신장애인의 교육, 훈련, 취업지원, 정서안정, 자조집단 활동, 가족서비스 제공 등의 기능을 수행할 뿐만 아니라 주거제공시설의 운영을 지원하기 때문에 탈시설정책 추진의 핵심적 조직으로서의 역할을 기대할 수 있다.
- 서울시에서 사회복지시설(이용시설)이 설치되지 못한 4개구에 사회복지시설의 우선적인 설치가 필요하다. 이와 같이 서울시 탈시설화정책의 지역적 거점이 미비한 상황이 유지되는 경우, 정책 추진 상의 한계에 봉착할 수 있다.

○ 사업내용

- 사회기술훈련
- 취업 지원
- 정서안정서비스

- 자조집단활동
- 가족서비스

- 소요예산: 9억원(3억원×3개소)
- 운영비: 개소당 연3억원

나) 정신장애인 사회서비스(토탈케어서비스)의 획기적 확충

- 필요성
 - 무연고 임시주거(쭉방, 고시원 등) 정신장애인은 공식적 서비스권역에서 벗어나 정신의료 기관의 입·퇴원을 반복하고 있어 다양한 사회문제를 야기하고 있으며, 가족지지체계와 단절된 정신장애인의 경우도 주거문제 해결을 위해 불필요하게 정신의료기관이나 시설로 회귀할 가능성이 있다.
 - 그럼에도 불구하고 기존 정신보건센터 사례관리는 과도한 업무부담으로 인하여 무연고 정신장애인을 서비스대상에서 제외하고 있어 서비스의 사각지대가 형성되고 있다. 보다 강화된 사례관리를 제공하는 정신장애인 토탈케어서비스를 확충하여 무연고 정신장애인을 서비스체제로 포섭하여 자활을 지원할 필요가 있다.

- 대상 : 무연고 정신장애인, 입원 횟수가 많은 빈곤 정신장애인 중심

- 사업내용
 - 무연고 정신장애인의 지역사회 정착지원
 - 지역사회자원 연결
 - 취업 및 여가활동 지원
 - 정서적 안정과 증상관리 도모

- 소요예산: 15억원(시비 5억원 증액)
 - 현재 약 250명 5억원(시비 2억 5천만원, 국·시비 각각50%)
 - 내년 100명 2억원 증액(시비 1억원, 국·시비 각각50%)

다) 장애인활동지원서비스 활성화

- 필요성
 - 현행의 장애인활동지원급여는 중복장애를 가진 경우를 제외하고는 제도적으로 정신장애인의 서비스 이용을 배제하고 있다. 즉 장애인활동지원급여는 기본적 신체동작상의 장애를 중심으로 고안된 제도적 한계를 벗어나지 못하고 있기 때문에 수단적 일상생활능력에

장애가 있는 정신장애인의 서비스이용은 원천적으로 차단된 상태이다.

- 현실적으로 장기입원을 경험한 정신장애인들의 지역사회 적응 및 활동을 돕기 위해 활동 지원서비스가 신체수발이 아닌 정신장애인의 욕구에 맞게 재편되어 제공할 필요가 있다.

○ 추진방법

- 장애인활동지원법령의 개정을 통하여 서비스 대상을 정신장애인으로 확대하도록 하며, 서비스의 내용도 정신장애인의 욕구에 맞도록 수정하여야 한다.

라) 정신장애인자립생활지원센터 신설

○ 필요성

- 정신장애인 탈시설에 대한 사회적 관심에도 불구하고, 정신장애인을 위한 지역 인프라는 매우 부족하며 정신장애인은 장애인복지에서 소외되어 왔다. 왜냐하면 기존 장애인자립 생활지원센터는 신체 및 감각장애인 위주로 운영되어 왔기 때문이다.
- 결과적으로 정신장애인은 자신의 욕구에 맞는 권익옹호와 자립정책을 스스로 주장할 기회를 상실하고 있다.
- 이에 정신장애인자립생활지원센터의 설립지원을 통해 정신장애인 자조단체의 활성화와 함께 정신장애인들이 자조적으로 탈시설과 회복을 추진할 수 있는 역량을 강화하기 위해 이를 지원할 필요가 있다.

○ 사업내용

- 정신장애인 인식개선과 권익옹호를 위한 강의 및 상담
- 정신장애인 역량강화를 위한 정보제공 및 자립생활 지원
- 정신장애인 회복을 위한 동료상담
- 정신장애인 당사자 프로그램 운영
- 정신장애인 욕구 파악 및 실태 조사

○ 소요예산: 1개소 9천만원

마) 가족지원서비스: 노령·수급 정신장애인의 가족을 위한 가사도우미 파견

○ 필요성

- 정신의료기관 입원 정신장애인의 약 80%가 보호의무자의 동의에 의한 입원을 통하여 강제입원되고 있다. 이러한 사실은 빈곤 정신장애인의 장기입원의 주된 원인은 가족들의 보호부담 회피임을 나타낸다.
- 기초수급가정 정신장애인의 장기입원을 완화시키기 위해 정신장애인 가족지지체계 강화

가 시급히 요청된다.

- 특히 보호의무자가 노령인 정신장애인가족을 위한 지원책이 시급하며, 지원책이 미흡한 경우 노령의 보호의무자들은 장기적 보호가 가능한 정신의료기관을 대안으로 선택하게 됨으로써 탈시설정책의 추진은 더욱 큰 난관에 봉착할 가능성이 높다.

○ 대상 : 정신장애인과 65세 이상 기초생활수급자 가족만으로 구성된 가구

○ 사업내용

- 정신장애인 가정의 가사 및 수발 지원
- 정서적 지원

○ 소요예산: 7억 2천만원

- 월 30만원(월 30시간) × 200가구 × 12월

바) 정신장애인종합복지관 설립

- 사회복지시설(이용시설)은 주로 30-50인 정원으로 사회적응 및 취업에 관한 훈련을 실시하는 주간재활시설이다. 이는 자치구별로 평균 약 600명 정도의 등록 정신장애인이 거주하고 있고 대부분 실업상태에 있다는 측면에서 본다면 다른 장애인영역에서 서비스를 제공하는 장애인복지관에 비하여 사회복지시설(이용시설)은 지나치게 소규모화되어 있음을 알 수 있다.

- 이와 같은 이용시설의 소규모화는 정신장애인 및 그 가족들을 대상으로 한 서비스 다양화의 장애요인에 되고 있을 뿐 아니라, 서비스기관이 소수 이용자들의 재활훈련에서 벗어나 지역사회를 대상으로 하는 정신건강서비스를 기획하고 제공하는 체계로 발전하는 데에도 제한점을 가져다주고 있다.

- 실제 정신장애인 가족들에 대한 교육 및 다양한 지원, 정신장애인의 퇴원에서 지역사회 자립까지의 일련의 서비스 체계화, 자살예방, 청소년 정신건강 증진 등의 사업을 통합적으로 기획하고 제공하기 위해서는 통합적 서비스거점이 필수부가결적 요소가 될 것이다.

○ 사업내용

- 정신장애인의 퇴원에서 지역사회 자립까지의 일련의 서비스 체계적 제공
- 정신장애인 가족들에 대한 교육 및 다양한 지원
- 취업 지원
- 위기 안정서비스
- 자조집단활동

- 자살예방사업
- 청소년 정신건강 증진

○ 소요예산 : 30억원 (1개소)

사) 시립정신병원 사례관리 강화

○ 필요성

- 서울시 시립정신병원 5개소 중 은평병원을 제외한 나머지 4개소는 일반 사립정신병원과 운영상의 차별성이 미흡하다. 즉 위탁운영되고 있는 시립정신병원들의 입원자들의 입원은 장기화되어 있다.
- 그리고 퇴원과정에서도 서울시의 정신보건센터 및 사회복귀시설과의 의무적 연계체계가 불비한 상황이며, 연계사업은 자발성에 의존하고 있다. 이와 같은 상황은 기본적으로 서울시 정책목표의 불명확과도 직접적으로 관련되며, 어떠한 정책목표를 달성하기 위해 시립정신병원이 존재해야하는지에 관한 정책적 과제를 제시하고 있다.
- 공공 시립정신병원으로 존재하기 위해서는 서울시의 탈시설이라는 정책목표에 합당한 역할과 기능이 부여되어야 한다.
- 서울시는 전체 시립정신병원의 입원기간을 3개월 이내로 억제하면서, 지역사회 정신보건센터 및 사회복귀시설, 노숙인복지시설과 의무적 연계 하에 퇴원계획을 수립하여 집행하는 사례관리체계를 수립할 필요가 있다.

○ 추진방안

- 시립정신병원, 해당지역의 정신보건센터 및 사회복귀시설은 정신장애인 가족들과의 대면적 접촉을 통해 지역사회에서의 이용 가능한 서비스에 관한 정보를 제공하고 퇴원계획을 수립하도록 한다.
- 가족 지지체계가 없지만 지역사회에 거주지가 있는 경우 퇴원 후 이용할 수 있는 서비스제 공기관과 미리 접촉하여 퇴원 이후 즉시 서비스가 제공될 수 있도록 하거나 해당지역의 사회복귀시설(이용시설)을 통해 서비스를 제공받을 수 있도록 지원한다.
- 가족 지지체계도 없고 거주지도 없는 경우 일시보호쉼터 혹은 노숙인재활쉼터에서 일정 기간 거주하면서 재활계획을 수립하거나 필요한 서비스에 의뢰한다.

4) 정신의료기관 및 요양시설 개선

가) 정신장애인 입원관리체계 구축

○ 필요성

- 우리나라 정신장애인의 정신의료기관 입원 중 약 80% 정도는 보호의무자에 의한 입원이

라는 형태의 비자발적 혹은 강제입원이다. 이는 보호의무자 2인의 동의(보호의무자가 1인인 경우에는 1인)가 있고 정신건강의학과전문의가 입원이 필요하다고 판단한 경우 입원시킬 수 있도록 함으로써 입원과정에서의 공적 판단이 배제된 형태이다. 즉 가족들과 의료진의 동의만으로 신체적 구금이 가능한 형태이다.

- 이와 같이 느슨한 입원관리체계는 빈곤 정신장애인의 장기 입원이라는 결과로 나타나고 있다. 즉 정신보건법 제정 이후 지속적으로 의료급여 수급자인 정신장애인 입원인구는 증가하고 있으며, 이에 따라 정부 및 지자체가 부담해야하는 입원의료급여 역시 급증하고 있다.
- 인권적 차원에서도 현재와 같은 입원관리제도는 입원과정에서의 자해 및 타해의 위험성에 관한 공적 판단을 배제하고 있어 논란의 대상이 되고 있다.
- 현행의 정신보건법 내에서 입원관리체계를 정비하는 방안은 대상이나 관할 정신의료기관이 제한적일 수밖에 없는 한계를 가진다. 그러나 서울시가 선도적으로 정신장애인 인권보장을 위한 새로운 체계를 구축한다면 높게 평가받을 수 있을 것이다.

○ 추진방안

- 현재 입원관리체계를 구축하여 선도적으로 적용해볼 수 있는 대상으로 정부 및 지자체에서 입원비용을 전액부담하며 적절히 관리하지 않는 경우 장기입원으로 쉽게 연결되는 의료급여 수급자를 들 수 있다.
- 또한 관할기관의 측면에서는 서울시가 운영하는 시립정신병원 5개소를 대상으로 하면 실제적 실행력을 높일 수 있다.
- 구체적인 실행방안은 위기상황에 있는 정신장애인을 대상으로 지역사회에 주거를 제공하는 일시보호센터를 설치하여 안정화를 지원한다. 3일 정도의 안정화에도 불구하고 자해 및 타해의 위험성이 명백히 존재하는 경우에 시립정신병원에 입원을 의뢰한다.
- 시립정신병원에 '입원및재원적절성사정센터'를 설치하여 '자해 및 타해의 위험'이 명백하지 않은 경우 입원을 중복적으로 억제하도록 한다. 그리고 기입원자의 경우에도 지속적인 재원적절성평가를 통하여 단기 퇴원을 조장하는 체계를 마련한다.
- 이러한 과정에서 퇴원을 하여 지역사회로 복귀하는 경우 일시보호센터 및 시립정신병원은 정신보건센터 사례관리팀이나 사회서비스영역의 정신장애인 토달케어서비스팀과 적극적으로 연계하여 지역사회적응을 지원하도록 한다.

나) 정신요양시설 소규모화

○ 필요성

- 서울시의 정신요양시설 개소당 생활자수는 300명이상으로 장애인생활시설의 시설당 평균 입소인원 53.9명(2010년말)의 6배가 넘는 대형화 상태에 놓여 있다.

- 중앙정부 차원에서 신규로 설치하는 장애인생활시설의 규모는 30인 이하로 공급함으로써 장애인거주시설의 소규모화에 관한 정책적 지향점이 설정되었다. 그러나 정신장애인 영역에서는 정신보건법 시행 이후 정신요양시설의 신규 설치를 억제하고 있지만 소규모화를 위한 대안은 마련하지 못한 상태가 지속되고 있다.

○ 추진방안

- 정신요양시설을 소규모화하기 위해서는 거주자의 욕구에 따라 주거서비스와 보호를 동시에 제공하거나 주거서비스와 생활지원 혹은 주거서비스만을 제공하는 대안적 서비스에 관한 정책비전의 설정이 필요하다. 즉 입소 사회복지시설, 주거제공시설, 공동생활가정 등에 관한 기능정립이 필요하며, 생활자의 욕구에 기반하여 필요량만큼 공급할 수 있는 정책적 방안의 마련이 필요하다.
- 현재 장애인영역에서 추진되고 있는 시설운영법인의 재산대체의 방법도 고려할 수 있다. 즉 법인의 대규모시설을 매각한 비용으로 아파트, 연립 등 공동주택을 구매하여 대규모화된 시설을 소규모화하는 방법이다.

다) 시립정신병원 및 정신요양시설 기능 강화

○ 필요성

- 탈시설화 추진정책이 실효성을 가지기 위해서는 우선적으로 현재 장기 입원 및 입소자가 생활하고 있는 시설이 정책적 기초에 부합하는 운영방안을 정립할 필요가 있을 것이다. 즉 현재 장기입원 정신장애인들이 대규모로 생활하고 있는 정신의료기관과 정신요양시설의 운영을 어떻게 재편하는가 하는 점이 정책성과를 가져오는 데에서 가장 중요한 요인이 된다는 것이다.
- 우선적으로 대규모 시설들이 경주하여야할 노력은 시설의 개방화이다. 개방화를 통하여 생활자들이 지역사회와 접촉할 수 있는 기회를 확대하며, 주간프로그램을 통하여 지역사회를 직접 생활하는 경험을 제공해야할 것이다.
- 더 나아가 시설의 일정 공간을 활용하여 지역사회에서의 공동생활가정을 체험할 수 있는 프로그램이 제공될 수 있도록 한다.

○ 추진방안

- 정신의료기관 및 정신요양시설의 지역사회개방프로그램 실시
- 지역사회체험을 통한 자립생활프로그램 실시
- 시설 내 체험 공동가정생활 프로그램 실시

5) 재원조달체계 개혁

가) 의료급여를 통한 지역사회서비스개선

○ 필요성

정신장애인과 관련된 의료 및 사회서비스 재원조달구조가 정신의료기관에의 장기입원에 커다란 영향을 미치고 있다. 우리나라 정신의료기관의 서비스는 사회보장급여인 건강보험과 의료급여를 재원으로 대부분 민간 영리조직의 특성이 강한 경제적 시장에서 제공하고 있는 반면, 사회복지시설과 정신요양시설은 지방자치단체의 일반조세의 폐쇄형 재원조달체계를 기반으로 서비스를 제공하고 있다. 그리고 지방자치단체의 재원으로 운영되는 사회복지시설과 정신요양시설은 일반 장애인서비스전달체계와는 별도로 보건의료전달체계가 행정을 담당하고 있다. 즉 정신장애인의 지역사회생활지원을 위한 서비스는 의료서비스와는 달리 욕구가 입증되면 서비스 수혜자격을 가지는 사회보장급여에서 제외되고 있으며, 일반 장애인을 대상으로 하는 지역사회 장애인서비스와도 분리되는 이중 분리구조 하에 위치하게 됨으로써 정책적 사각지대에 놓이게 되었다. 탈시설화를 위해하여 장기 입원의료급여의 주된 이용자인 의료급여 수급자에 대한 지역사회 생활지원서비스를 의료서비스와 같이 사회보장급여화하여 충분히 지역사회에서의 재활 및 활동을 지원할 수 있는 재원구조를 우선적으로 형성하여야 한다.

○ 추진방법

- 현재 정신장애인의 지역사회 생활을 지원하는 사회복지시설 및 정신요양시설 운영예산, 정신장애인 토탈케어서비스 등은 매년 서비스 공급계획에 따라 예산이 제한되는 폐쇄형 재정으로 지원되고 있다. 이와 같은 상황에서는 지역사회생활지원서비스에 관한 획기적인 예산증액에 관한 정치적 동의과정이 용이하지 않아 지역사회 서비스의 발전 속도가 매우 더딜 수밖에 없을 것이다.
- 획기적인 지역사회생활지원서비스의 발전을 위해 장기입원의 위험에 처해있는 의료급여 수급자에 대한 주간재활서비스, 주거제공서비스 등 사회복지시설 이용에 관련된 재정, 정신요양시설 이용비, 토탈케어서비스 등을 의료급여비용에서 지원할 수 있도록 의료급여제도를 우선적으로 개혁할 필요가 있다.
- 이러한 개혁은 장기입원자의 지역사회 이동으로 인하여 실제 재정상의 추가부담이 발생하지 않으면서 지역사회 서비스를 획기적으로 확대시킬 수 있는 방안이 된다. 실제 미국의 지역사회정신보건정책에서 Managed Care가 이러한 방식으로 운영되고 있다.

나) 재정조달체계 개선

- 의료서비스와 사회서비스 간의 사회보장수준의 차이와 의료서비스에 대한 자기부담이 없는 의료급여 수급자의 존재 이외에도 장기입원을 조장하는 재정조달방식에서 중앙 및 지방정부 간 불균형구조가 내재해있다. 즉 의료비용의 자기부담이 없는 의료급여 수급

자의 도덕적 해이의 배후에는 의료급여비용에 대한 분담의무가 없는 서울시 기초자치단체가 존재한다는 것이다.

- 현행 의료급여비용의 조달체계는 서울시의 경우 중앙정부와 50%씩 분담하지만 서울시의 기초 지방자치단체는 전혀 부담하지 않는다. 반면 지역사회 보호 및 서비스비용의 경우에는 일정부분 기초 지자체가 부담하는 경우가 많다. 이와 같이 기초 지방자치단체의 재정적 책무가 면제된 사업체제로 인한 도덕적 해이의 발생은 당연한 귀결이며, 이러한 체계를 유지하는 책임에서 서울시가 자유로울 수 없을 것이다.

○ 추진방법

- 미국 정신보건복지체계에서 이와 같은 문제를 개선하는 정책방법은 지역사회의 빈곤 정신장애인 케어를 위한 의료비용과 사회서비스비용을 통합하여 지방자치단체와 계약하는 방식이다. 즉 지방자치단체에 빈곤 정신장애인의 케어를 위한 전체비용을 할당하여 입원의료와 지역사회 서비스 운영에 관한 재량권을 부여한 후 초과 비용은 지방자치단체가 부담토록 하는 것이다.
- 이러한 방식은 장기입원으로 인한 재정소요에 대한 지방자치단체의 자기관리역량을 증진시키면서 지역사회서비스를 확장하는 결과를 가져온다.

3. 서울시 지적·자폐성, 정신장애인 고용정책의 방향 및 전략

가. 서울시 지적·자폐성, 정신장애인 고용정책의 과제

서울시 정신적장애인의 고용정책에 관한 과제와 방향을 모색하기 위해 먼저 장애인의 고용현황과 추이를 통한 경제활동 상태를 파악함으로써 정신적장애인의 고용의 현주소를 살펴보고, 일자리사업 등 고용에 관련된 사업 및 전반적인 서울시의 고용정책을 평가함으로써 고용정책의 문제점에 따른 향후 방향성을 도출하였다. 또한 포커스그룹 인터뷰와 심층면접을 통해 서울시 정신적장애인의 고용정책의 욕구와 장애요인을 도출하였으며, 해외 및 타 시·도의 고용정책에 관한 사례조사 결과를 통합하여 서울시 정신적장애인의 고용정책 추진의 과제와 기본방향을 설정하였다. 이에 서울시 정신적장애인의 고용정책의 과제 및 향후 방향은 다음과 같이 정리할 수 있다.

첫째, 서울시 정신적장애인의 증가추세와 열악한 고용상태에 따른 특별고용 계획이 마련되어야 한다. 서울지역은 타지역에 비해 저연령과 고연령이 많이 분포되어 있었으며, 특히 저연령대 장애출연율의 대부분을 차지하고 있는 정신적장애인이 증가추세를 보이고 있다. 또한 정신적장애인의 경제활동 상황을 살펴보면, 실업률은 높고 고용율은 저조하게 나타나고 있었으며, 고용의 질적인 부문에서도 임시·일용근로자의 신분, 단순노무 직종 편중, 근속개월과 임금수준이 태

장애인에 비해 2~3배 열악한 고용상태를 보여주었다. 따라서 서울시 차원에서 향후 성인기에 도래할 정신적장애인의 특별 고용계획을 포함한 고용대책을 중장기적으로 마련될 필요가 있다. 이를 위한 선행작업으로 현재 정신적장애인의 잠재적 고용수요자 집단인 29천명에 대한 정밀수요 및 욕구조사가 선행될 필요가 있다.

둘째, 정신적장애인의 특별고용 계획을 포함한 정책설계와 집행구조가 마련되어야 한다. 정신적장애인의 고용지원 프로젝트 추진, 고용사업장 인센티브 제공, 민간기업 내 보호고용 모델 개발 등의 정신적장애인의 특별고용을 위한 정책설계와 이에 대한 모니터링의 역할을 수행하기 위해서는 별도의 집행구조가 마련될 필요가 있다. 즉, 일련의 정신적장애인의 특별고용 계획을 이행의 관리감독의 역할을 위해 서울시 산하 별도의 장애인고용촉진위원회 조직이 마련될 필요가 있으며, 집행단위에서는 기존 서울시에서 운영하고 있는 각종 고용센터의 기능을 재정립하여 통합하는 방향으로 재설계하는 것이 바람직하다.

셋째, 정신적장애인의 의무고용 비율이 정부 및 민간부문 모두 낮아 중증장애인의 고용을 제고를 위한 별도의 노력이 필요하다. 우선, 정부부문의 고용대책으로 정신적장애인의 의무고용 이행을 위한 부처별 고용연계 프로젝트(예. 시험적 고용)의 추진이 필요하다. 특히, 서울시는 투자·출연기관의 중증장애인 고용율이 저조하므로 서울시 산하기관을 대상으로 중증장애인 시험고용 프로젝트 운영, 기관장 및 기관평가의 반영 등의 조치를 마련할 필요가 있다. 또한 민간부문의 고용대책으로 의무고용을 제고를 위한 상설 모니터링 체계를 구축할 필요가 있으며, 상설기구로는 장애인 단체에 민간위탁으로 사업을 운영할 수 있도록 지원하는 방안이 바람직하다.

아울러, 미국의 사례처럼 입찰 시에 장애인 고용의무의 이행을 입찰자격 조건으로 부여하는 방안도 검토할 가치가 있다. 현재 서울시에서 추진예정인 장애인 고용 민간기업의 우대정책은 가산점제도에 한정되어 있으므로 고용가산제도 보다 한층 강력한 조치인 자격조건을 부여하는 것을 조례에서 별도로 정하는 방안도 필요하다.

넷째, 서울시 중증장애인 고용서비스 확대를 위한 직업재활 서비스 전달체계의 개편이 필요하다. 서울시 차원에서 추진해야 하는 중증장애인의 고용서비스의 집행과 관리를 위해 별도의 전달체계가 마련되어야 한다. 이를 위해서는 현재 일자리통합지원센터와 전환서비스지원센터의 역할재정립을 통한 탈시설고용연계센터로 통합하는 방안과 향후 신설되는 장애인행복서비스센터의 조직과 통합하는 방안이 마련될 수 있다. 탈시설고용연계센터의 기능으로는 직접적인 서비스 제공을 지양하고 중증장애인의 고용프로젝트나 고용모델의 개발, 통합고용연계시스템 구축, 지역단위 직업재활전달체계 구축(예. 협의체), 고용영향 평가 등의 성과관리의 역할이 부여되는 것이 바람직하다. 전반적으로 고용전달체계의 개편방안은 신규조직을 신설하되, 직접서비스를 지향하고 고용관련 서비스의 연계 및 조정의 역할을 수행하는 방향으로 전개되어야 한다.

아울러, 고용전달체계의 개편에서 영국의 사례처럼 원스탑통합민원시스템(잡센터플러스)을 마련하는 방안도 고려되어야 할 것이다. 즉, 서울시 차원에서 다산콜센터에서 통합민원의 창구역할을 수행하고 장애인행복서비스센터에서 고용에 관한 민원을 연계하여 초기상담 및 적합성 심사를 거친 후 현장의 직업재활수행기관으로의 배치와 서비스 모니터링의 역할을 부여하는 것도 고려해볼 수 있다.

다섯째, 보호고용의 낮은 임금과 열악한 근로조건 등을 개선하기 위한 조치가 마련되어야 한다. 근로장애인의 85.6%가 최저임금 이하의 수준으로 생산활동에 종사하고 있으며, 46.7%가 월평균 10만원 미만의 보수를 받고 있는 수준을 감안할 때 근로장애인의 임금보조를 위한 근로수당의 지급, 보호고용에서 일반고용으로의 전이를 위한 취업알선 사업의 활성화, 우선구매 이외 품목의 판로지원 등이 마련되어야 한다. 장기적인 차원에서는 소득연계 근로지원 제도의 도입이 필요하다.

여섯째, 직업재활시설의 지원강화를 통한 보호고용의 활성화 방안을 마련해야 한다. 전체 장애인구의 0.5%만이 보호고용의 혜택을 받고 있으며, 근로장애인의 80%는 정신적장애인으로 대부분을 차지하고 있었다. 따라서 보호고용의 대부분을 차지하는 정신적장애인의 고용확대를 위해서는 대규모의 근로사업장의 확대와 기존 소규모 보호작업장에 대한 지원대책이 마련되어야 한다. 이를 위해서는 장애유형별 맞춤형 직업재활시설의 확대설치, 대기업과 연계된 대규모근로사업장의 유치를 위한 지자체 차원의 노력, 시설의 기능보강, 판로개척, 공동원료구매 등의 지원이 필요하다.

대규모근로사업장을 유치하기 위해서는 경남의 다수고용사업장의 운영사례와 일본의 지방정부차원에서 추진하고 있는 사회적 기업모델을 참고할 필요가 있으며, 판로개척을 위해서는 경기도의 사례처럼 '1기업 1직업재활시설 맺기 운동' '부서경쟁력 평가지표 반영' '군장병생일쌀 케익공급' 등을 고려할 필요가 있다.

일곱째, 서울시 정신적장애인의 일자리사업 참여율을 높이기 위한 대책이 필요하다. 서울시 일자리 배정인원과 예산의 확충이 필요하고, 참여율을 높이기 위한 별도의 홍보노력이 모색되어야 한다. 특히 상대적으로 참여율이 낮은 정신장애와 자폐성 장애인에 대한 추가 적합일자리 직무유형 개발, 일자리 유보직종 확보, 할당권고 등의 노력이 필요하다. 특히 장애인의 예산확보를 위한 접근에는 서울시 차원에서 재정확보를 위한 계획을 수립할 때 장애인지예산제도(장애와 비장애에 미치는 영향평가를 예산과정에 반영)를 도입할 필요가 있다.

아울러, 대전광역시 사례처럼 정신적장애인의 일자리사업의 일환으로 지방자치단체, 공공기관 등에 건강카페를 운영함으로써 정신적장애인의 일자리 창출을 유도하는 것도 고려할 필요가 있다. 이를 위해 서울시 신청사와 서울시 산하 투자·출연기관에 카페사업을 의무적으로 설치,

운영하는 방안도 필요하다.

여덟째, 장애인 고용의 유기적인 관계망을 구축하기 위한 근거를 마련해야 한다. 장애인 고용 정책을 추진함에 있어 지역단위 로컬거버넌스를 구축하는 것이 무엇보다도 중요하다. 이에 지자체에서 기업, 단체, 학교, 공단, 수행기관 등의 협력적 거버넌스 구축을 위한 협약체결, 별도의 조례제정 등의 노력이 필요하다. 지방자치단체 조례를 통한 로컬거버넌스 구축사례는 경기도 파주시처럼 지역사회조직화 모델개발을 조례에 담아 장애인자립촉진위원회를 지역의 장애인복지관에서 운영하게 하는 것도 고려할 필요가 있다.

아홉째, 장애인 고용의 기업과 소통할 창구와 인식전환을 위한 교육지원 방안이 마련될 필요가 있다. 현재 정신적장애인의 일반고용을 위한 사업주에 대한 지원창구가 전무한 실정이다. 따라서 정신적장애인의 고용유지를 위한 노력의 일환으로 일상생활 관리를 위한 적극적인 케어를 담당하는 지정기관이 마련되어야 하며, 직장내후견인제도를 마련하여 지원하는 것도 바람직한 대안으로 평가된다. 또한 정신적장애인의 특성과 이해를 도모하기 위한 장애인 고용기업에 대한 파견을 통한 직원교육의 지원체계가 마련될 필요가 있다.

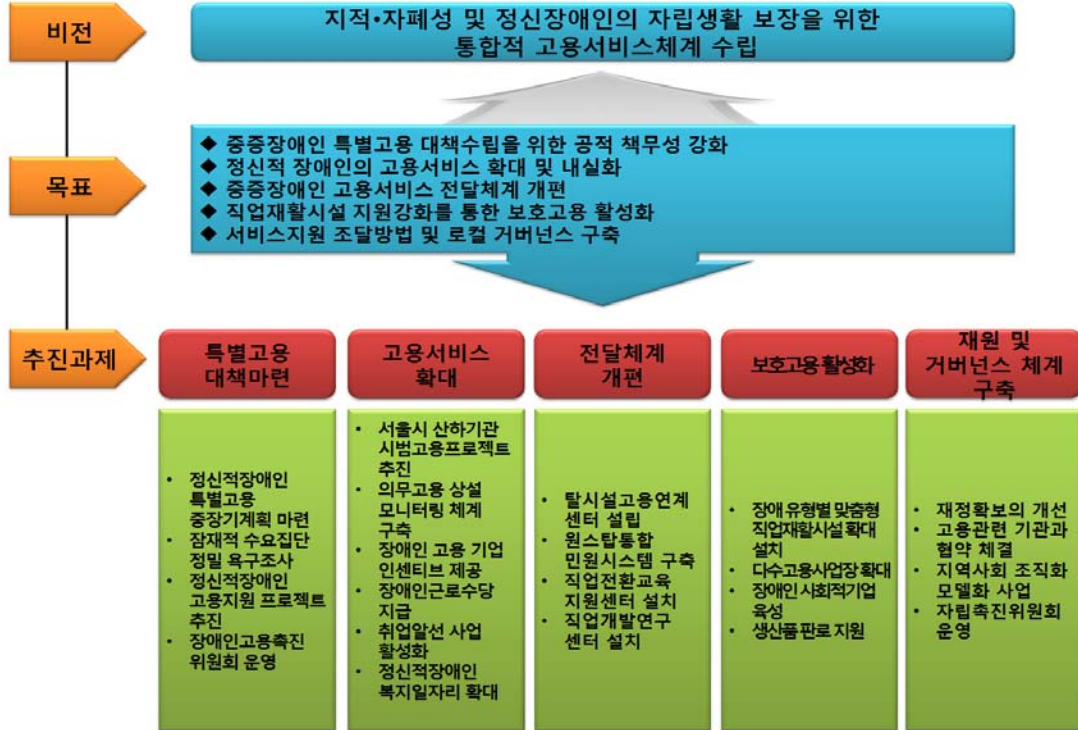
열 번째, 지역사회 고용지원센터의 연계 역할 강화가 필요하다. 보호고용과 일반고용의 전환을 위한 경로에서 직업재활수행기관간의 연계의 부족은 또 다른 직업재활 서비스의 누수현상으로 나타나고 있었다. 따라서 지역사회 내의 장애인복지관의 직업재활센터와 고용지원센터를 중심으로 수행기관간의 연계를 위한 구조적 틀의 개편이 마련되어야 하며, 별도의 연계실적을 평가하기 위한 성과평가 지표가 개발되어야 한다. 아울러, 고용에 관련된 서비스 이력정보의 연계를 위해 통합연계정보시스템의 개발과 구축이 필요하다.

열 한번째, 경영지원센터의 강화가 필요하다. 직업재활시설의 고용전이를 역할을 수행하기 위해서는 현재 이루어지고 있는 생산성에 기반한 경영이 확고하게 이루어질 수 있도록 제반 지원이 강화되어야 한다. 따라서 현재 서울시에서 진행하고 있는 경영지원센터의 확충이 필요하다.

열 두번째, 장애인 고용차별의 현장을 모니터링 할 수 있는 기구가 마련되어야 한다. 장애인 고용현장에서 차별을 방지하기 위해 차별을 제공하는 기업에 대해 일정기간 동종의 사업을 수행하지 못하도록 공시하는 제도(가칭, 나쁜기업공시제도)를 활용해볼 가치가 있다. 아울러, 고용의 차별적인 요소를 사전에 예방하고, 적극적으로 권리구제를 해줄 수 있는 상담창구로서 장애인 고용차별 모니터링 기구가 별도로 마련될 필요가 있다.

나. 서울시 지적·자폐성, 정신장애인 고용정책의 방향

<그림 6-5> 지적·자폐성 및 정신장애인 고용정책의 방향



<표 6-9> 지적·자폐성 및 정신장애인 고용정책의 세부정책방향

추진과제	세부사업	역할 주체	과제 유형		요건
			단기	중장기	
특별고용 대책마련	정신적장애인 특별고용 중장기 계획 마련	서울시	○	○	
	잠재적 수요집단에 대한 정밀육구조사	서울시	○		
	정신적장애인 고용지원 프로젝트 추진	서울시	○		
	장애인가용촉진위원회 운영	서울시의회	○		
고용 서비스 확대	서울시 산하기관 시험고용 프로젝트 추진	서울시	○		
	의무고용 상설 모니터링 체계 구축 (고용차별 모니터링 포함)	서울시	○		
	장애인 고용기업의 인센티브 제공 (직장내후견인제도, 교육과건제도 등)	서울시		○	
	장애인 근로수당 지급	서울시		○	
	취업알선 사업의 활성화	직업재활수행기관	○		
전달체계 개편	정신적장애인 복지일자리 확대	서울시	○		
	탈시설고용연계센터 설치, 운영	서울시	○		
	원스탑통합민원시스템 구축(통합연계정보시스템 등)	서울시	○		
보호고용 활성화	직업전환교육지원센터 설치	서울시	○		
	직업개발연구센터 설치	서울시	○		
	장애유형별 맞춤형 직업재활시설 확대 설치	서울시	○		
	다수고용사업장 확대 설치	서울시	○		
자원 및 거버넌스 체계구축	장애인 사회적 기업 육성	서울시	○		
	생산물 판로지원(경영지원센터 등)	서울시	○		
	재정확보 방식의 개선	서울시		○	
추진과제	고용관련 기관과의 협약 체결	서울시	○		
	지역사회조직화 모델사업 전개	서울시		○	
	자립촉진위원회 운영	장애인복지관	○		

다. 서울시 지적·자폐성, 정신장애인 고용정책의 세부 시행방안

1) 중증장애인 특별고용 대책수립을 위한 공적 책무성 강화

가) 정신적장애인의 특별고용을 위한 중장기계획 마련

○ 필요성

- 서울시 정신적장애인의 증가추세와 열악한 고용상태에 따른 정신적장애인에 대한 특별고용을 위한 중장기 마스터플랜이 마련될 필요가 있음.
- 서울지역은 타지역에 비해 저연령과 고연령집단군이 많이 분포되어 있으며, 특히 저연령대의 정신적장애인의 출연률이 증가추세에 있으므로 성인기에 도래하는 정신적장애인에 대한 특별 고용계획을 포함한 고용대책이 중장기적으로 설정되어야 함.
- 정신적장애인에 대한 특별고용 대책에 위해 별도의 정신적장애인 고용전담반(자문위원회)을 구성하고 정책연구로 중장기 고용계획을 수립하는 방향으로 진행하는 것이 바람직함.

○ 소요예산: 6천만원

- 정책연구비: 5천만원
- 전담반 운영(자문위원회): 1천만원

나) 정신적장애인의 고용대책 수립을 위한 잠재적 집단 수요 및 욕구조사

○ 필요성

- 서울지역의 정신적장애의 특성은 취업률과 고용율이 낮고 실업률이 높은 계층으로 나타나 서울시 장애청소년층의 실업자의 대부분을 차지하고 있음. 즉, 전체장애 대비 고용율은 2배정도 낮고, 실업률은 3배 높게 나타나 정신적장애인의 특별고용대책이 시급한 실정임.
- 서울시 중증장애인의 고용관련 잠재적 수요자는 전체 등록장애 인구의 11%(4만 4천명)으로 나타났으나 정신적장애인의 잠재적 수요자(실업자 및 비경제활동 인구)는 29천명으로 추정됨.
- 따라서 서울시 차원에서 4만 4천명의 중증장애인 잠재적 수요자 중 66%를 차지하는 29천명의 정신적장애인의 고용대책을 수립하기 위한 잠재적 집단군의 정밀 수요 및 욕구 조사가 필요.

○ 소요예산: 5천만원

- 정책연구비: 5천만원

다) 정신적장애인의 고용지원 프로젝트 추진

○ 필요성

- 정신적장애인의 특별고용 지원계획의 일환으로 우선 정신적장애인의 고용지원프로젝트

를 추진하는 것을 골자로 함.

- 정신적장애인의 고용지원 프로젝트는 정신적장애인의 고용하는 기업에 대한 인센티브 제공, 직업재활수행기관에 대한 고용바우처 지급, 민간기업내 사회적기업 모델개발, 다수 고용사업장 모델개발 등 다양한 형태의 시범사업을 추진하는 것을 의미함.

- 소요예산: 10억원
 - 모델개발비: 1억원
 - 시범사업비: 9억원

라) 장애인고용촉진위원회 운영

- 필요성
 - 서울시 산하 중증장애인 특별고용 계획과 시범사업의 프로젝트 진행에 대한 이행여부를 점검하고, 실효성 있는 정책집행을 위한 관리감독의 역할을 위해 서울시 산하 별도의 고용촉진위원회 구성, 운영이 필요함.

2) 정신적장애인의 고용서비스 확대 및 내실화 방안

가) 정부부문의 정신적장애인 고용창출을 위한 시험고용프로젝트 추진

- 필요성
 - 정부부문 정신적장애인의 고용창출을 위한 적합직종의 개발과 시범사업의 전개, 포괄적인 고용창출을 위한 일자리 창출사업을 위한 각 부처별 고용연계 프로젝트의 추진이 필요함.
 - 즉, 일본의 챌린지 고용제도(정신장애인의 계약직 공무원 채용 등)의 사례처럼 일정기간 계약직 신분으로 공무원의 직무를 경험하는 시험고용을 적극적 검토 필요
 - 특히 서울시의 투자·출연기관의 중증장애인 고용율 이행수단의 확보가 마련되어 있지 못하므로 현재까지 낮은 고용율을 보이고 있는 투자·출연기관의 정신적장애인의 시험고용 프로젝트를 운영하기 위한 조례기준과 시범사업이 필요

- 소요예산: 5억원
 - 적합직종 개발비: 1억원
 - 시범사업비: 4억원

나) 의무고용 상설 모니터링 체계 구축

○ 필요성

- 서울시의 정신적장애인을 포함한 중증장애인의 민간부문의 의무고용 이행이 낮아 민간부문의 중증장애인 의무고용 제고를 위한 상설 모니터링 기구가 필요함.
- 민간기업의 의무고용을 이행을 위한 홍보 및 인식개선, 의무고용 실적 공표, 의무고용기업체 인센티브 제공 등의 역할을 담당할 상설기구는 서울시 산하 장애인 단체에 민간위탁으로 운영하는 것이 바람직 함.
- 아울러, 장애인 고용차별의 현장을 모니터링할 수 있는 특별 기구가 함께 마련될 필요가 있음. 이를 위해 고용차별 기업주를 대상으로 일정기간 동종의 사업을 수행하지 못하게 하는 기업공시제도나 고용차별의 요소를 사전에 예방할 수 있는 상담창구의 개설이 필요함.

○ 소요예산: 1억원

- 상설기구 민간위탁비: 1억원

다) 장애인 고용기업의 인센티브 제공

○ 필요성

- 서울시의 민간부문의 의무고용 이행이 낮아 민간기업체에서 장애인을 고용할 경우, 서울시 차원에서 별도의 인센티브나 우대정책을 제공할 필요성이 있음.
- 기업체의 인센티브 정책의 내용은 공공기관 입찰시 우대가산점 제공하거나 입찰자격조건으로 부여하는 방식과 대기업 등 자회사형 표준사업장을 유치하는 기업에 대한 세제혜택과 판로지원 등의 인센티브를 제공하는 방식이 고려될 수 있음.
- 아울러, 정신적장애인의 고용기업에 한해, 직장내후견인제도나 기업내 장애인 고용의 인식개선을 위해 기업과견 교육제도를 운영하는 것이 바람직 함.

라) 장애인 근로수당 지급

○ 필요성

- 직업재활시설에서 근로장애인의 85.6%가 최저임금 미만의 수준에서 생산활동에 종사하고 있으며, 46.7%가 10만원 미만의 보수를 받고 있는 실정을 감안해 장애인직업재활시설에서 보호고용 근로장애인의 임금의 부족분을 보충해줄 수 있는 보충소득보장 정책의 일환으로 근로수당의 개념을 도입할 필요성이 있음.
- 서울시 차원에서 제공하는 근로수당은 단기적으로 직업재활시설에 근로하는 장애인을 대상으로 우선 지급하고 장기적으로 일반고용에 있는 중증장애인에게 확대 지급하는 것을 골자로 함.

- 소요예산: 3억원
- 근로수당: 3,000명×10만원 = 3억원

마) 취업알선 사업의 활성화

- 필요성
- 직업재활시설에서 고용된 근로장애인의 일반고용으로의 전이를 위해 지역사회 직업재활 시설, 장애인복지관, 단체간의 취업연계 활동을 통한 취업알선의 활성화 도모 필요.
- 보호고용에서 일반고용으로 전환하는 장애인에 대한 연계사업을 평가실적으로 반영하거나 별도의 고용바우처를 제공하여 취업알선사업에 지원할 수 있는 근거를 마련하는 방식이 바람직함.

바) 정신적장애인 복지일자리 확대 방안

- 필요성
- 서울시 정신적장애인의 일자리 사업의 배정인원과 예산이 상대적으로 취약하므로 배정인원과 예산의 확충이 필요하고 참여율을 높이기 위한 별도의 홍보노력이 필요함.
- 아울러, 상대적으로 참여율이 저조한 정신장애와 자폐성 장애인을 위한 추가 적합일자리 직무유형 개발, 일자리 유보직종 확보, 할당권고 등의 노력이 필요하고, 일자리 창출사업의 일환으로 서울신청사나 공공기관에 카페사업을 의무적으로 설치하는 것도 고려해볼 가치가 있음.

- 소요예산: 8억 5천만원
- 일자리 예산: 3억원
- 적합직종 개발: 5천만원
- 카페사업: 5억원

3) 중증장애인 고용서비스 전달체계 개편

가) 중증장애인 고용서비스 연계조정을 위한 탈시설고용연계센터 설치

- 필요성
- 서울시 차원에서 추진하는 중증장애인의 특별고용 계획에 의거, 정신적장애인 등 중증장애인의 고용정책의 이행수단과 연계조정의 기능을 강화하기 위해 고용 전달체계의 개편이 필요함.
- 이를 위해 현재의 일자리통합지원센터와 전환서비스지원센터의 역할재정립을 통한 탈시설과고용연계센터로 통폐합하거나 장애인행복서비스센터의 산하기구로의 편성함으로써

써 통합적인 장애인 고용서비스의 전달체계를 마련할 필요가 있음.

- 아울러, 고용지원센터의 연계역할 강화를 위해 장애인복지관 직업재활센터나 고용지원센터를 중심으로 직업재활수행기관간 연계를 위한 구조적 틀을 개편할 필요가 있고, 연계에 따른 별도의 실적을 강화하기 위한 성과평가 지표 개발이 필요함.

○ 추진기구 설치방안

- 서울시 전환서비스지원센터와 일자리통합지원센터의 기능을 통합한 새로운 모델 마련하는 방안
 - ※ 별도의 탈시설고용연계센터 설치(센터는 직접적인 직업재활서비스 사업 지양)
- 2013년 설치예정인 장애인행복서비스센터의 산하 기구로 편성하는 방안

○ 관장업무

- 중증장애인 고용프로젝트나 고용모델의 개발
- 지역단위 고용전달체계 구축(예. 협의체)
- 서울시 산하 장애인고용사업장(다수고용사업장, 표준사업장, 사회적 기업, 직업재활시설 등) 지원
- 장애인의 통합고용연계시스템 마련
- 고용영향평가 등 성과관리

나) 원스탑통합민원시스템 구축

○ 필요성

- 서울시 차원에서 향후 추진예정인 장애인행복서비스센터의 기능을 살펴보면, 통합적 서비스를 제공하기 위한 one-stop career center의 역할을 제시하였다. 따라서 영국의 사례처럼 센터의 기능을 강화하여 원스탑통합민원시스템을 구축하는 것이 필요함.
- 서울시 차원에서 다산콜센터에서 통합민원의 창구역할을 수행하고, 장애인행복서비스센터에서 고용에 관한 민원을 연계하여 초기상담 및 적합성 심사를 거친 후 현장의 직업재활수행기관으로의 배치와 서비스 모니터링의 역할을 부여하는 것도 고려해 볼 수 있음.
- 아울러, 고용에 관한 별도의 서비스 이력정보의 연계를 위해 통합연계정보시스템의 개발과 구축이 필요하다.

○ 소요예산: 10억원

- 통합연계정보시스템 개발: 10억원

다) 직업전환교육지원센터 설치

○ 필요성

- 지적, 자폐성, 정신장애 등 정신적장애인의 경우, 학교-직장 연계를 위한 지역사회중심의 전환교육이 중요하므로 직업전환교육지원센터의 설치를 통해 가정-학교-직장-지역사회로 고용유지를 위한 지원서비스가 마련될 필요가 있음

○ 소요예산: 3억원

- 센터운영비: 3억원

라) 정신적장애인의 직업개발을 위한 직업개발연구센터 설치

○ 필요성

- 정신적장애인은 대부분 직업적 중증장애인의 특성을 가지고 있으므로, 정신적장애인의 고용창출 및 유지를 위해서는 장애에 대한 직업평가와 함께 적합직종 개발과 적절한 근로방식의 도입을 위한 연구개발이 필수적으로 선행될 필요가 있음.
- 현재 경기도에서 직업개발연구센터가 운영중에 있으며 주요기능은 중증장애인 적합직종 연구와 정책제안, 컨설팅을 통한 모델개발을 실시하고 있으므로 서울시 차원에서도 정신적장애인의 직업개발을 위한 별도의 센터를 설치할 필요가 있음.

○ 추진기구 설치방안

- 센터는 직접적인 장애인 고용보다 정신적장애인의 적합직종과 근로방식의 모델을 개발
- 예비사회적 기업으로 등록하여 1차산업의 농장, 체험학습장, 쇼핑몰 등을 운영

○ 관장업무

- 정신적장애인 적합직종과 근로방식의 개발
- 정신적장애인의 농장 및 농업기술 교육
- 전자상거래와 원격근무 모델 개발
- 컨설팅, 지역네트워크 구축, 인식개선과 홍보 등

○ 소요예산: 5억원

- 센터운영비 : 5억원

4) 직업재활시설 지원강화를 통한 보호고용 활성화 방안

가) 정신적장애유형별 맞춤형 직업재활시설 확대 설치

○ 필요성

- 직업재활시설 등을 통한 보호고용의 혜택을 받고 있는 중증장애인은 전체 장애인구의 0.5%에 불과하고 있으며, 근로장애인의 80%이상은 정신적장애인으로 구성되어 있으므로 정신적장애유형에 적합한 별도의 직업재활시설의 확대 설치가 필요함.

○ 소요인력 및 예산 : 30억

- 각 유형별 시설설치비 : 3개유형×10억 = 30억

나) 다수고용사업장 확대

○ 필요성

- 보호고용의 대부분을 차지하고 있는 정신적장애인의 고용확대를 위해서는 대규모 다수고용사업장을 유치하여 추가 설치할 필요가 있음.

○ 소요인력 및 예산 : 30억

- 다수고용사업장 시설설치비 : 3개×10억 = 30억

다) 장애인 사회적 기업 육성

○ 필요성

- 보호고용의 대부분을 차지하고 있는 정신적장애인의 고용확대를 위해서는 장애인 사회적 기업을 유치하되, 대기업과 연계된 적합품목을 개발하고 지자체의 추가 지원대책이 마련될 필요가 있음

○ 소요예산: 30억원

- 사회적 기업 지원비 : 3개×10억 = 30억원

라) 장애인 생산품 판로지원

○ 필요성

- 보호고용의 안정적인 수입구조를 마련하기 위해서는 우선구매 품목 외 모든 생산품에 대한 판로지원과 생산품에 대한 품질강화를 위한 컨설팅, 브랜드 가치를 상승시킬 수 있도록 홍보 및 경영지원 방안이 모색될 필요가 있음.
- 이를 위해 경기도 사례처럼 서울시 산하 기업과 1:1연계하기 위한 판로지원과 부서 경쟁력

- 평가지표에 판매실적 반영, 군장병쌀케익공급 등을 고려할 수 있음.
- 아울러, 직업재활시설의 생산성에 기반한 경영모델의 확고한 운영체계를 위해 현재 서울시에서 운영 중인 경영지원센터의 확충이 필요함.

- 소요예산 : 10억원
- 경영지원센터 확충 : 2억 × 5개소 = 10억원

5) 서비스 자원 조달방법 및 로컬 거버넌스 체계 구축방안

가) 재정확보 방식의 개선

- 필요성
 - 장애인지예산이란 장애인과 비장애인에게 미치는 효과를 예산과정에서 고려하여 하여 예산의 확보, 배분 등에 장애인과 비장애인에게 평등한 방식으로 사용될 수 있도록 예산의 배분구조와 규칙을 변화시키는 예산제도라 볼 수 있음.
 - 따라서 서울시 차원에서 재정확보를 위한 계획을 수립할 때 장애인지예산제도를 도입함으로써 장애인에 자립생활을 위한 재정확보에 불이익이 없도록 조정해야 함.

나) 고용관련 기관과의 협약 체결

- 필요성
 - 장애인 고용정책을 추진함에 있어 지역단위 로컬거버넌스를 구축하는 것이 무엇보다 중요하므로 지역단위의 학교, 공단, 단체, 수행기관 등의 협력적 거버넌스 구축을 위한 협약체결이 필요함.

다) 지역사회 조직화 모델화 사업

- 필요성
 - 지역사회 내 장애인의 자립생활 및 고용촉진을 위해 민관조직체의 융합이 무엇보다도 중요하므로 별도의 조례제정을 통해 정신적장애인의 탈시설과 고용연계를 위한 지역사회 조직화 사업을 추진할 필요가 있음
 - 현재 파주시가 장애인 자립지원 지역사회 조직화에 관한 조례를 운영하고 있으며, 지역사회의 자립 및 고용촉진을 위한 민간협력기구의 정기적인 모임을 통해 지원하고 있음.

라) 지역사회 자립촉진위원회 운영

- 필요성
 - 지역사회의 자립생활 및 고용촉진을 위해 민관조직체의 융합이 무엇보다도 중요하므로

별도의 조례제정을 통해 정신적장애인의 탈시설과 고용연계를 위한 지역사회 조직화 사업을 추진할 필요가 있음

- 지역사회 자립추진위원회는 지역의 장애인복지관의 인프라를 활용하여 운영하는 파주시의 모델을 적극 활용할 가치가 있음.

Ⅶ. 결 론

본 연구는 장애인정책에서 소외되고 있는 지적·자폐성장장애인과 정신장애인의 탈시설과 지역사회에서의 고용확대를 위한 합리적인 정책방안을 모색함으로써, 지적·자폐성장장애인과 정신장애인에게 보다 인간다운 삶의 기회를 보장하고 궁극적으로 사회의 통합적 발전에 기여하고자 하는 목적으로 수행되었다.

이러한 목적을 달성하기 위하여 본 연구는 먼저 대규모 다수거주자시설에서 생활하고 있는 장애인 대부분이 지적·자폐성장장애인과 정신장애인임을 밝혔다. 특히 정신장애인들의 경우 다른 장애를 가진 인구에 비하여 훨씬 높은 비율로 정신의료기관에서 장기입원상태에 있음을 보여주었다. 그리고 취업상태에 있어서도 취업률, 임금 등에서 다른 장애를 가진 사람에 비하여 지적·자폐성장장애인과 정신장애인은 열악한 상태에 있었다.

서울시의 지적·자폐성장장애인과 정신장애인 수용시설은 대규모화된 상태였으며, 대안거주서비스나 지역사회 생활을 지원하기 위한 서비스는 미약한 상태로 나타났다. 고용정책에 있어서도 지적·자폐성장장애인과 정신장애인은 소외를 경험하고 있었으며 서울시의 새로운 계획들도 이들의 고용에 실효성이 있을까하는 의문스러운 상황이 지속되고 있다.

질적 연구는 기존의 정신장애인 서비스체계들이 분절되고 무기력화된 형태를 적절하게 탐색함으로써 탈시설정책이 명목화되는 메커니즘을 잘 보여주었다. 메커니즘의 근저에는 정신보건사업의 과도한 민간위탁으로 폐해가 고스란히 드러나고 있었으며 전달체계 재구조화의 필요성이 도출되었다. 고용정책에서는 보호고용과 일반고용이 분절되고 연계되기 어려운 구조가 잘 나타나고 있다.

탈시설화는 시설에서 지역사회로의 단순한 물리적 이동의 차원을 넘는 정책적 복잡성을 가지고 있었다. 탈시설화와 고용정책의 정책과제와 대안도출에서는 시설보호를 통해 하나의 물리적 공간에서 기본적인 의식주를 해결하는 데에 초점을 두는 서비스환경에서는 노출되기 어려웠던 장애인의 다양한 욕구가 적절하게 다루어야 한다. 지적·자폐성장장애인과 정신장애인의 탈시설과 고용에는 다양한 정책과제들이 나타나며 더 나은 사회로 가기 위해서는 다양한 정책대안들이 유기적으로 그리고 체계적으로 수립되어야한다. 본 연구는 이러한 정책과제들을 정리하여 제시하였다.

전통적으로 탈시설의 중요한 반론 중 하나는 지역사회생활에 필요한 인프라 서비스체계가 미비한 가운데 추진되는 탈시설은 오히려 장애인들을 불행하게 만들 수 있다는 것이었다. 그러나 정책의 패러다임이 변화하는 시기에 나타나는 혼란스러운 양태는 발전을 위한 도전이라는 시각에서 조명될 필요가 있으며, 지역사회 인프라는 사전에 완비한 후에 추진된 탈시설은 세계 어느 곳에서도 존재하지 않았다고 할 수 있다. 오히려 탈시설정책이 가지는 어려움을 예견하고 이에 대응하려는 정책적 노력이 얼마나 다차원적이고 단계적으로 수행되었는가 하는 점이 중요할 것이다.

서울시가 지적·자폐성장애큤와 정신장애큤의 탈시설과 그에 따른 고용정책에 관한 정책적 결단을 내리고 적극적인 추진의지를 가질 수 있기를 기대한다. 이러한 결단이야말로 서울시가 진정한 선진도시로 나아가는 길이라고 믿는다.

참고문헌

- 김정기·백종판·김찬우(2005). 지역사회복지론. 나남출판.
- 김길태(2009). 장애인 맞춤형 일자리 개발 및 연계방안. 한국육영학교, 한국장애인개발원.
- 김성희 외(2010). 장애인 통합사회 구현을 위한 복지정책 연구, 장애인정책발전 5개년 계획 복지 분야 중간점검. 한국보건사회연구원.
- 김성희 외(2011). 장애인 복지지표를 통해 살펴본 OECD 국가의 장애인 정책 비교연구. 한국보건사회연구원.
- 김연희 (2005). 미국 공적 정신보건서비스 관리의료체계가 한국 정신보건서비스 전달체계 개선에 갖는 함의. 사회복지연구 vol. 28, 2005년 가을
- 김용득·변경희·임성만(2009). 장애인거주시설정책의 이해: 우리나라의 정책과제와 외국의 동향. 도서출판 EM커뮤니티: 서울
- 김용득(2012a). 장애와 사회복지. 도서출판 EM커뮤니티, 서울.
- 김용득(2012b). 탈시설과 장애인 거주시설 정책의 동향과 과제. 제1차 장애인정책포럼 탈시설과 장애인 거주시설 정책의 동향과 과제 자료집. 한국보건사회연구원.
- 김용탁(2009). 지역고용 거버넌스 연구, 서울지역 장애인 고용네트워크 사업을 중심으로, 한국장애인고용공단 고용개발원.
- 김용탁 외(2007). 장애인 고용확대를 위한 지방자치단체의 역할 연구-서울특별시를 중심으로-. 한국장애인고용촉진공단 고용개발원.
- 김종인 외(2011). 장애인일자리사업 종합평가 연구. 한국장애인개발원.
- 김중해·우아영(2003). 사회복지사업에 있어서 노동의식에 관한 연구-자활사업을 중심으로 사회복지리뷰.
- 김진남(2010). 노인부양부담에 영향을 미치는 관련요인. 중앙대학교 대학원 석사학위논문.
- 김진우(2011). 김대중·노무현 정부 장애인정책에 대한 비판적 고찰. 한국장애인복지학. Vol 16. P25-45.
- 김현집(2009). 지적장애아동의 통합성공 가능성 예측 정도와 사회성숙도와의 관계 연구. 단국대학교 석사학위논문.
- 김혜연 외(2009). 장애인 일자리 확대를 위한 직업재활시설 운영 활성화 방안 연구. 서울특별시·서울시복지재단.
- 김호진(2011). 장애유형별 고용대책. 한국장애인고용공단 고용개발원.
- 남용현(2012). 우리나라 장애인 고용정책의 현재와 미래. 2012 한국장애인복지학회 춘계학술대회 자료집.
- 류정진·전영환·남용현·박창수(2010). 장애인고용정책 20년, 성과와 과제. 한국직업재활학회 Vol.20 pp. 35-53.

- 박경수(2011). 중증장애인 자립생활 정착을 위한 고용지원방안 연구. 한국장애인고용공단 고용개발원.
- 박은영·강석구(2005). 자폐성 장애인 고용 동향. 자폐성장애연구 7(1): 21-36.
- 박종익·장홍석·이진석·이명수(2008). 장기입원의 구조적 요인과 지속요인. 국가인권위원회
- 변경희·이용표·이미정·두진영(2008). 지적장애인 사례관리 조사연구보고서. 한국지적장애인복지협회.
- 변민수·류정진·김호진·김성대(2011). 2010년 기업체 장애인 고용 실태조사. 한국장애인고용공단 고용개발원.
- 배형일·오원석·이윤미(2009). 장애 유형에 따른 장애 인식 연구. 한국초등특수교육학회 초등특수교육연구. 11(1). P. 83-104.
- 서동명·조윤희(2011). 2011년 16개 시도 장애인복지·인권 비교연구, 한국장애인단체총연맹.
- 서미경(2005). 정신보건환경과 정신장애인의 인권. 상황과 복지. 20 : 89-117.
- 성기원(2007). 장애인 자립생활센터 실태조사 및 운영모델 개발. 서울복지재단.
- 손광훈(2004). 장애인복지론. 현학사.
- 신은감(2011). 중증장애인활동보조서비스가 장애인의 생활만족도에 미치는 영향. 대구대학교 사회복지대학원 석사학위논문.
- 신직수(2012). 장애인직업재활시설의 정책방향 및 제언, 2012 장애인직업재활시설 종사자 워크숍 자료집.
- 양옥경·이기연·이은정·박향경(2010). 서울시 정신장애인사회복지서비스 정책개선방안 연구. 서울특별시.
- 오수경(2003). 한국과 미국의 장애인 근로연계방안 연구-공공부조제도를 중심으로-. 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문.
- 유동철(2008). 장애인취업알선서비스가 고용의 질에 미치는 영향. 장애와 고용. 18(1). 5-25.
- 이규식(2002). 의료보장과 의료체계. 계축문화사.
- 이명수·고정아·오정하·박정숙·전영미·박지인(2009). 서울시립정신병원 운영개선방안에 관한 연구. 서울특별시.
- 이상수(2005). 장애인고용촉진 및 직업재활법제에 관한 연구.
- 이성규(2011). 서울시 장애인 일자리 정책의 성과와 과제. 서울복지재단 일자리 창출 대토론회 자료집.
- 이성규·양숙미·조미경·심진례·전혜연(2002). 장애인직업문제 대응을 위한 노동·교육·복지의 관계에 관한 연구. 한국장애인고용촉진공단.
- 이성순(2011). 결정과정-집행성과의 연계에 근거한 장애인 고용정책의 개선방안. 부산대학교 박사논문.
- 이용표·정현주·두진영(2007). 서울시 지역사회정신보건사업 운영체계 개선방안 및 정책과제. 서

울시정개발연구원.

- 전영환 외(2012). 2011년 장애인고용기업의 추가비용 조사. 한국장애인고용공단 고용개발원.
- 이은애(2009). 지적·자폐성 장애자녀의 평생계획과 자기결정에 관한 연구 : 청소년 및 성인초기 자녀를 중심으로. 동덕여대 대학원 석사학위논문.
- 이정주(2011). 장애인 일자리 정책의 한계와 대안. 서울복지재단 일자리 창출 대토론회 자료집.
- 이정주(2009). 장애인고용서비스 전달체계 분석 및 개편방안. 장애인고용촉진공단 고용개발원.
- 이주열·이용표·김찬우·변경희·한익희(2005). 지역사회 보건복지연계사업 방안개발. 보건복지부.
- 이혜경(2012). 직업재활시설 유형개편에 따른 운영개선 방안. 2012년 한국직업재활학회 연차학술대회 자료집.
- 이효성(2012). 발달장애인 고용활성화 방안. 2012 한국장애인복지학회 춘계학술대회 자료집.
- 이효성 외(2011). 커리어점프 희망일자리 만들기 프로젝트-서울특별시교육청 사례를 중심으로. 한국장애인고용공단 고용개발원.
- 장기성(2007). 장애인거주시설 서비스의 현재와 진단. 장애인거주시설 서비스기능과 구조의 혁신방안 공청회 자료집. 보건복지부
- 장창엽·육주혜·최진·이계준(2002). 장애인 고용촉진 및 직업재활에 대한 한국·미국·일본·호주 비교. 한국장애인고용촉진공단 고용개발원.
- 진기남·엄승연(1998). 장애인 취업과 삶의 질 연구. 한국장애인고용촉진공단.
- 정덕진(2010). 활동보조서비스가 중증장애인의 자립생활에 미치는 영향 : 서울장애인종합복지관 이용자 중심. 2010 성지재활연구지 제 18호.
- 조성열(2011). 장애인 맞춤형 일자리 개발 및 연계방안. 서울복지재단 일자리 창출 대토론회 자료집.
- 조은영(2010). 정신장애인을 대하는 사회의 현실. 참여연대사회복지위원회 월간복지동향. 138호. P53-56.
- 조한진 외(2012). 장애인인권증진 기본계획 수립연구. 서울시·서울복지재단 연구용역보고서.
- 조흥식 외(2011). 발달장애인 활동지원 등을 위한 욕구조사 및 정책과제 수립연구. 서울대학교 사회복지연구소.
- 주명환(2001). 기능적 생활중심 전환교육 프로그램이 발달지체아의 사회적응력에 미치는 효과. 대구대학교 대학원 석사학위논문.
- 최선희 (2007). 장애 및 가족요인이 발달장애아 부모의 지원서비스 요구와 삶의 질에 미치는 영향. 고신대학교 대학원 석사학위논문.
- 최영광·전동일(2010). 장애인의 경제활동 특성과 영향요인-장애유형별 비교를 중심으로. 직업재활학회 20(2):121.
- 최일섭(1984). 교육목적에 관한 분석철학적 접근방법에 대한 연구 -R.S. Perters의 교육목적 분석을 중심으로. 한양대학교 대학원 석사학위 논문.

최준석(2008). 정신병원이 사라진 이탈리아. 국가인권위원회 발행 웹진 [인권] 2008년 3·4월호

한국정신건강복지연구소(1994). 만성정신장애와 사회복지서비스. 인간과 복지.

현명호 외(2004). 정신과 관련시설 인권상황 실태조사. 국가인권위원회 연구용역보고서.

홍선미·박숙경·신영전·염형국·윤탁·이영문·이용표·홍진표(2009). 정신장애인 인권개선을 위한
각국의 사례연구와 선진모델 구축. 국가인권위원회

홍자영(2011). 정부부문 정신적 장애인 고용창출 프로젝트-고용노동부·문화체육관광부·보건복지부를 중심으로-. 한국장애인고용공단 고용개발원.

홍주희 외(2011). 2011년 서울복지통계, 서울복지재단.

NASW(1999). 사회복지대백과사전. 이문국·이용표외 역. 도서출판 나눔의집: 서울.

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

de Girolamo G, Cozza M,(2000).The Italian psychiatric reform: A 20-year perspective. Int J Law Psychiatry 23:197-214.

Lawton, M.P., and Brody, E.M. "Assessment of older people: Self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist 9:179-186, (1969).

기타자료

고용부(2005). 사업체 노동력 조사자료.

고용노동부(2008). 사업체 노동력 조사자료.

고용노동부 보도자료(2012). 장애인 고용확충을 위한 종합대책 발표(2012.4.17. 석간).

고용노동부 보도자료(2011). 장애인 고용, 공공부문이 선도(2011. 4. 19. 석간).

고용노동부 보도자료(2010). 장애인 의무고용 현황발표(2010.7. 7. 조간).

고용노동부(2011). 2011년 장애인 통계, 한국장애인고용공단 고용개발원.

고용노동부·한국장애인고용공단(2011). 2010년 장애인 의무고용 현황.

노동부(2008). 장애인고용촉진 제3차 5개년 계획 발표자료

관계부처합동(2007a). 제1차 장애인지원종합대책.

관계부처합동(2007b). 제2차장애인지원종합대책.

국토해양부·국토연구원(2010). 2009년 주거실태조사: 장애인.

보건복지부(2012a). 장애인거주시설 사업안내.

보건복지부(2012b). 정신보건사업안내.

보건복지부 보도자료(2012c). 2011년 장애인실태조사 결과 요약발표(2012.4).

보건복지부 보도자료(2012d). 발달장애인 맞춤형 서비스 지원계획발표(2012.7.6.).

보건복지부(2011a). 장애인실태조사.
 보건복지부(2011b). 2010년도 장애인직업재활시설 운영실적 보고서.
 보건복지부(2011c). 장애인복지시설일람표.
 보건복지부(1997-2011). 의료급여백서.
 보건복지부(1964-1981). 보건사회통계연보.
 보건복지부(2008-2011). 보건복지통계연보.
 보건복지부(2008). 장애인실태조사.
 보건복지부(2005). 장애인실태조사.
 서울특별시(2012a). 장애인 희망서울 종합계획.
 서울특별시(2012b). 2012 장애인복지사업안내.
 서울특별시(2012c). 2012 장애인분야 주요업무 계획(2012.2.23.). 장애인특별위원회 회의자료.
 서울특별시(2012d). 2012년 복지건강실 주요업무보고 자료(2012.2.16.). 보건복지위원회 회의자료.
 서울특별시(2012e). 2012년 복지건강실 주요업무보고 자료(2012.4.24.). 보건복지위원회 회의자료.
 서울특별시(2011). 서울통계.
 서울시의회(2012). 이상호 의원실 협조자료.
 서울시의회(2012). 장애인고용플라자 운영모델(안).
 세계장애동향(2012a). Global Disability Issues. 제1호(통권4호). 한국장애인고용공단 고용개발원.
 세계장애동향(2012b). Global Disability Issues. 제3호(통권6호). 한국장애인고용공단 고용개발원.
 서울특별시(2008). 장애인행복도시프로젝트 주요사업 세부 설명서(2008.11).
 중앙정신보건사업지원단(2011). 2010년 중앙정신보건사업지원단 결과보고서.
 중앙정신보건사업지원단(2010). 2009년 중앙정신보건사업지원단 결과보고서.
 통계청(2005). 가계동향조사 4/4분기 자료.
 통계청(2008). 가계동향조사 4/4분기 자료.
 통계청(2011). 가계동향조사 2/4분기 자료.
 통계청(2011). 2010년 경제활동인구연보.
 한국보건사회연구원(2008). 보건복지예산 현황과 전망.
 한국장애인고용공단 고용개발원(2011). 2010년 장애인 경제활동 인구.
 한국장애인복지관협회(2012). 2011년도 전국 장애인복지관 편람.
 한울사회서비스사업단(2012). 서울시 정신장애인 토탈케어서비스 현황.

국립국어원. www.korean.go.kr.

독일 사회적 기업. www.auticon.de/index.php

미국 노동부. www.dol.gov/opa/media/press/ofccp/OFCCP20111614.htm

서울특별시 장애인복지. <http://disability.seoul.go.kr>

서울시 장애인 전환서비스 지원센터. <http://dfscenter.welfare.seoul.kr/>
영국노동연금부. www.dwp.gov.uk
오사카부미노우시. www.city.minoh.lg.jp/syogaifukushi/houdou/documents/sankoushiryou1.pdf
요미우리신문. www.yomiuri.co.jp/job/news/20111018-OYT8T00879.htm
이탈리아 장애인고용기금 현황. www.handylex.org ; <http://www.disabilitaincifre.it>
태화샘솟는집. www.fountainhouse.or.kr
한국장애인자립생활센터 총연합회. <http://www.koil.kr/>