

참여정부의 사회복지시설정책, 이대로 좋은가?

- 개혁적 방향으로의 시설정책 전환을 바라며 -

- 일시 : 2005년 5월 27일(금요일) 늦은 2시 ~ 5시
- 장소 : 국회도서관 지하 소회의실
- 주관 : 조건부신고복지시설 생활자 인권확보를 위한 공동대책위원회(준)
사회복지시설 민주화와 공공성 쟁취를 위한 전국연대회의
- 주최 : 국회 인권정책연구회

**참여정부의 사회복지시설정책,
이대로 좋은가?**

- 개혁적 방향으로의 시설정책 전환을 바라며 -

- 일시 : 2005년 5월 27일(금요일) 늦은 2시 ~ 5시
- 장소 : 국회도서관 지하 소회의실
- 주관 : 조건부신고복지시설 생활자 인권확보를 위한 공동대책위원회(준)
사회복지시설 민주화와 공공성 쟁취를 위한 전국연대회의
- 주최 : 국회 인권정책연구회

토론회 순서

- **제목** : 참여정부의 사회복지시설정책, 이대로 좋은가?
- 개혁적 방향으로의 시설정책 전환을 바라며 -
- **일시** : 2005년 5월 27일(금요일) 늦은 2시 ~ 5시
- **장소** : 국회도서관 지하 소회의실
- **주관** : 조건부신고복지시설 생활자 인권확보를 위한 공동대책위원회(준)
사회복지시설 민주화와 공공성 쟁취를 위한 전국연대회의
- **주최** : 국회 인권정책연구회
- **일정** (주제발제 각 30분, 토론 각10분, 총3시간 소요예정)

시간	내용
2:00 ~	인사말 : 장향숙 의원(인권정책연구회 회장) <사회> 이영문 (아주대 정신과 교수)
2:10 ~ 3:10 (약 60분)	<주제발제> ①참여정부 사회복지시설정책 평가 : 이태수(현도사회복지대학 교수, 한국보건복지인력개발원 원장) ②외국사례를 통해 바라본 우리나라 사회복지시설 체계의 개편 방향 : 임성만(장봉혜림원원장, 성공회대 강사)
3:10 ~ 4:10 (각 10분씩)	<토론> 시설생활자 : 박정혁(피노키오 자립생활센터 활동가) 사회복지노조 : 유원근(사회복지노조 산별추진위원회 위원장) 사회복지시설협회 : 한용구(한국사회복지시설협회 복지사업부장) 보건복지부 : 조귀훈(보건복지부 복지자원정책과 사무관) 인권단체 : 김정하(조건부신고복지시설 생활자 인권확보를 위한 공동대책위원회) 법률가 : 임성택(변호사, 법무법인 지평)
4:10 ~ 4:40	질의응답 및 자유토론

차례

[발제문]

참여정부 사회복지시설정책 평가_ 이태수	5
외국사례를 통해 바라본 우리나라 사회복지시설 체계의 개편방향_ 임성만	34

[토론문]

장애인 생활시설에 대한 장애인 당사자의 경험_ 박정혁	79
시설, 이권이 아닌 인권의 관점에서_ 김정하	86
참여정부와 복지시설 인권문제의 개선_ 임성택	93

<주제발제>

- ① 참여정부 사회복지시설정책 평가
: 이태수(현도사회복지대학 교수, 한국보건복지인력개발원 원장)
- ② 외국사례를 통해 바라본 우리나라 사회복지시설 체계의 개편방향
: 임성만(장봉혜림원원장, 성공회대 강사)

참여정부의 사회복지시설정책 평가

이태수
(재) 한국보건복지인력개발원 원장
꽃동네현도사회대학교 교수

1. 서론

한국사회복지의 중핵은 여전히 복지시설(welfare institution)이다. 사회복지시설은 전통적으로 사회복지를 대변하는 상징적인 실체였으며, 또한 사회복지서비스의 기반이자 기점이었던 점을 부정할 수 없다.

그러나 이러한 사회복지시설은 지금까지 많은 변천과정을 거칠 수밖에 없었다. 서구에서는 이 시설이 애초에 징벌적 성격으로부터 출발하였으며, 이후 사회방위적인 차원에서 사회적 실패자들을 격리시키는 역할에 충실하기도 하였다. 그러나 20세기 들어 T.H.Marshall이 말한 바와 같이 사회권이 확대되면서 사회복지시설은 인권의 보루이자 후천적인 가정(家庭)이었으며, 사회구성원들의 사회적 봉사의 장소로도 발전하기에 이르렀다.

우리나라에서는 근대적 의미의 사회복지시설이 도입된 것은 그 역사가 짧지만 사회복지부문에서 차지하는 비중은 역시 작지 않다. 하지만 우리나라의 사회복지시설은 이런 비중과는 다르게 그간 매우 열악한 환경에 놓여 저열한 발전수준을 보여왔다. 시설에 대한 뚜렷한 정책적 비전없이 임기웅변식의 정부정책이 지속되면서 시설 내의 운영조건 열악, 보호수준의 저급성, 종사자의 소진, 시설의 지역사회내 기반 취약 등 본질적인 문제는 오랜 동안 개선되어오지 못했던 것이 사실이다. 따라서 참여정부에 의해 그간 복지부문의 상대적인 발전 속에서 이러한 시설의 열악함과 저수준이 얼마나 극복되었는가를 점검하는 것이 본 글의 목적이다.

2. 참여정부 이전의 사회복지시설 정책의 일반적 전개과정

(1) 구한말 - 일제강점기 : 근대시설 태동기

한국에서 서구적 의미의 복지시설은 구한말 가톨릭의 영해원을 시작으로 비롯되었다고 할 수 있다. 그 이전까지만 하더라도 겨우 절대군주의 애민정신(愛民精神)의 발로로서 가난한 백성들에게 발창(發倉)제도를 통한 구휼미(救恤米)의 제공 정도에 이른 것이 고작이었고 기민(饑民)이나 유민(流民)에 대한 보호로서 불교 사원에서

행하는 행려자보호사업이나 급식소 경영 등이 있었다. 이조시대에 와서는 자휼전칙(字恤典則)이란 법령을 통해 부랑아를 관에서 보호하는 책임을 천명하고 이를 위해 진휼청(賑恤廳) 유접소(留接所)가 건립되기도 하였다.¹⁾

구한말 서양신부에 의해 설립된 고아원 외에 1906년은 독지가 이필화가 경성고아원을 세운 것으로 명맥이 이어졌으며, 1919년에는 청주양로원이, 그리고 1921년에는 우리나라 지역복지의 원조인 태화기독교사회관이 설치되기에 이르른다. 이와 같이 일제하에서도 꾸준히 시설의 숫자와 종류는 늘어나고 있었다.

(2) 해방후 - 1950년대 : 구호시설 폭증기

그러나 결국 사회복지시설의 본격적 등장은 해방이후 급격한 사회변동과 한국전쟁으로 인한 전쟁고아나 미망인의 존재가 급격히 늘어나면서 이들에 대한 응급구호의 필요성이 인지되면서 생성되었다. 그런 가운데에서 시설이 우후죽순격으로 생겨나게 되고 적산자산의 불하나 구호물자의 배분을 둘러싸고 이러한 경향은 더욱 드세어져 급기야 이를 통제·관리하기 위하여 미군정하 1947년 “후생시설의 운영강화에 관한 건”을 통해 증가하는 후생시설의 민간자원 조달 장려를 유도하기에 이르른다. 건국후인 1950년 「후생시설 설치기준」이 공포되면서 모든 시설에 대해 설비의 강화 및 기준의 준수를 요구하게 되었고, 이로 인해 사회복지시설에 관한 관련 개입의 역사가 시작되기도 하였다.

이러한 시설의 역사에 한국전쟁은 엄청난 충격적 요인으로 기능하기는 마찬가지였다. 1950년 초 153개소에 10,469명에 달했던 사회복지시설수와 그 수용인원은 전쟁직후인 1953년 440개, 53,964명으로 각기 폭증하였던 것이다. 특히 이들 시설들은 부족한 국가재정에 의해 제대로 지원받지 못하는 상태에서 의원단체에 의존도가 극심하였고 미군부대의 먹거리를 조달받아가며 연명되는 경향도 보였다.

이런 열악한 재정 가운데에서도 사회적 수요의 폭증과 시설운영을 통한 원조물자 확보라는 유인에 힘입어 시설수는 계속 증가하여 1960년대 말에는 육아원 430여 개소, 모자원 63개소, 양로원 39개소 등 사회복지시설수는 636개소로 늘어나게 되었다. 따라서 10년간 시설수가 4배로 증가하는 가히 ‘폭증기’라 명할 수 있으며 주로 응급구호시설이었다는 점이 특징이 될 것이다.

(3) 1960년대 : 시설 공식화기

5.16 이후 정권의 비정통성을 민생문제의 해결로 만회하려는 군사정권은 자연히 생활보호제도를 위시한 사회복지제도의 시행을 표방하였고 이는 우리나라 역사상 최초의 공식적이고 법률에 기초된 사회복지제도가 실시되는 의미를 배태하기도 하였지만, 이러한 정권의 안보유지라는 차원에서 사회복지제도를 이용하는 추세는 고착되었고, 이후 산업화의 부작용을 해소하기 위한 수단으로서 사회복지제도를 도입하는 것과 함께 한국에서 사회복지제도가 그나마 도입, 발전되는 두가지 동인으로 남

1) 구자현, 『한국사회복지사』, 한국사회복지연구소, 1970, pp. 90 - 121.

게 된다.

불행하게도 우리나라의 사회복지제도는 민간의 자생적이고 자발적인 욕구와 그에 대한 부응으로서의 국가복지영역 확대라는 수순이 아닌, 국가주도에 의한 일방적이고 하향적인 복지제도가 유입되고 다시 이의 시행이 경직적으로 고수되는 경향성을 고착시킴으로써 자연스럽게 사회복지계에는 민주적이고 자치적인 운용이란 본연의 특성이 요원한 것이 되어버렸다.

이런 가운데 5·16 구테타세력에 의해 주도된 1961년 생활보호법은 나름대로 시설의 법정화라는 의미를 남게 된다. 생활보호법 제25조에 의하면 “보호사업을 목적으로 하는” 사회복지시설로서, 양로시설, 양육시설, (장애인)보호시설, 재활시설, 의료시설 등을 열거하고 있어 나름대로 사회복지시설이란 용어를 법정개념으로 정립하게 되었으며 또한 시설의 체계적 분류에 대한 시도라 평가될 수 있다.

이외에 아동복지법과 윤락행위등방지법에 의해서도 관련시설들이 규정되고 있는 가운데 1969년 말 현재 744개소로 아동관련시설은 점차 그 수가 줄어들면서 여타시설은 현상을 유지하는 추세를 보이고 있었다.

(4) 1970년대 : 전문성지향기

이미 1952년 발표된 “후생시설 운영요령”에 의거하여 재단법인을 필한 후 사회복지시설을 설치·운영하도록 하면서 허가제를 도입하였던 적이 있었지만, 1971년 공포된 사회복지사업법은 시설운영에 있어 큰 획을 긋는 의미를 남겼다. 즉, 이 법에 의하면 이제 사회복지시설은 사회복지사업을 위하여 설립된 사회복지법인에 의하여 운영되고 또한 사회복지전문인력인 사회복지사가 종사자의 5분의 2를 차지하도록 규정됨으로써 적어도 법규상으로는 사회복지의 전문성을 인정하고 이를 지향하는 형태를 띄게 되었다.

1970년대 말 영·육아시설은 감소경향이 뚜렷해지는 가운데 탁아시설은 뚜렷한 증가세를 보이면서 820여개소의 사회복지시설이 존재하게 된다.

(5) 1980년대 : 기능분화기

1980년대는 또 다른 군사정권이 등장하면서 역시 사회복지제도를 통한 민심 안정을 꾀하려는 전형적 통치방식을 보인다. 더군다나 국정지표로서 허구적인 의미이지만 ‘복지사회건설’을 표방할 정도로 당시 정권의 복지정책은 애절한 면을 갖고 있었다.

1981년도에 제정된 심신장애인복지법과 노인복지법, 그리고 1982년도에 전문개정된 생활보호법을 통해 사회복지시설이 좀더 공식적으로 자리매김하게 되었으며 아울러 기능별로 분화되는 계기를 맞는다. 더군다나 1989년에 모자복지법이 제정되고 아울러 장애인복지법과 노인복지법의 전문개정을 통해 각기 전문화된 시설들을 규정하게 되었다. 예를 들어 장애인복지법에 의하면 장애인재활시설, 장애인요양시설, 장애인유료복지시설, 장애인이용시설, 장애인직업재활시설, 점자도서관, 점서 및

녹음서 출판시설 등이 규정되었고, 노인복지법에 의하면 종래의 양로시설, 노인요양 시설에 각기 실비 및 유료시설들을 추가하고 노인복지사회관과 노인복지주택등을 규정하게 되었다.

한편 1983년 사회복지사업법의 개정을 통해 사회복지시설의 종별기준에서 사회복지관을 규정하는 것을 계기로 이 시기에 지역사회주민을 위한 이용시설로서의 사회복지관이 등장하게 되었으며 1989년말에는 61개소에 이르게 되었다. 이밖에 아동복지시설은 334개소로 완만한 감소현상을 보이는 한편 장애인시설은 비약적으로 증대하여 138개소까지 되었으며 노인시설은 87개소로 증가추세를 보였다.

(6) 1990년대 DJ정부 출범 전까지 : 시설의 전문화·개방화 확립기

1990년대는 사회복지시설에 있어 상대적으로 많은 발전이 있게 된다. 우선 사회복지시설생활자의 보호수준이 크게 개선되는 가운데, 복지관을 비롯하여 재가봉사센터 등 이용시설이 급증하였게 된다. 그러나 무엇보다도 중요한 변화는 1997년 공포된 전문개정 사회복지법에 의한 사회복지시설의 규제완화 조치일 것이다.

이 개정법은 '사회복지사업을 종래의 7개법률에서 13개법률에 의해 규정된 사업으로 정의내리고 있으므로 그 영역을 확대시켰다는 의의와 함께 사회복지시설의 운영주체를 전 사회구성원으로 개방함과 동시에 시설 운영에 있어서도 투명성과 개방성을 제고시키는 방향으로 크게 방향전환을 하게 되었다.

그러나 다른 한편으로는 시설평가제의 도입과 사회복지사의 국가고시제 도입을 통한 전문성 제고를 지향하고 있다.

또한 장애인복지법, 노인복지법, 아동복지법 등의 각종 법률이 개정되고 정부시책을 통해 사회복지시설이 더 한층 분화되었으며 아울러 전문적인 기능을 수행하는 것으로 가닥을 잡아가고 있다.

(7) DJ 정부의 시설정책 : 신고제 하의 시설정비기

DJ 정부의 출범에 앞서 가장 커다란 시설여건의 변화를 초래한 것으로 1997년 전문개정된 사회복지사업법을 들 수 있을 것이다. 이 개정법은 국민의 정부 임기인 1998. 7. 1.자로 발효되었지만 1997. 8. 22.에 공포되었다는 점에서 김영삼정부 아래에서 탄생한 법률이라 하겠다. 그러나 이 법의 입안과정에 당시 야당인 국민회의의원들이 적극 추진하였던 법률이라는 점에서 그리고 이 기조는 김대중정부 등장시 변하지않는 골격이 되었다는 점에서 그 의의가 인정된다.

주지하다시피 1998년 발효된 전문개정안에서는 시설에 관한 몇가지 중대한 변화를 선언하고 있는데 그 핵심은 사회복지시설의 신고제로의 전환과 투명성 강화, 그리고 전문성의 향상으로 요약할 수 있을 것이다. 결국 이러한 개정은, 당시의 김영삼 정부가 자신들의 정책기조였던 '복지다원주의'와 '탈규제'라는 관점에서 사회복지시설의 제도적 변화를 꾀했다는 측면과 당시 야당으로서는 무허가시설의 양성화를 통해 미신고시설의 사각지대화를 청산하려고 시도하였다는 측면이 맞아 떨어져 나온

결과라고 평가된다. <표 1>은 전문 개정된 사회복지사업법 상의 시설과 관련된 주요사항들을 제시하고 있다.

나아가 DJ 정부의 임기내에는 두 번의 개정이 이루어졌는데, 1999.4.30 개정의 경우는 당시 에바다사건등 끊임없이 계속되는 사회복지법인 및 시설내의 비리를 척결하고자 법인 및 시설의 강력한 행정부 개입 조항들이 들어선 것을 잘 보여주고 있다.

<표 1> 사회복지사업법 개정과정에서의 시설관련 내용

개정시기	전문개정 1997. 8.22 법률 제5358호	일부개정 1999. 4.30 법률 제5979호	일부개정 2000. 1.12 법률 제6160호
주요 개정 내용	○시설설치방해행위 금지 [6조] ○1급자격 국가시험 도입 [12조] ○사회복지사 채용 [13조] ○사회복지법인 설치 및 운영의 투명성 강화 ·22조: 임원 겸직 금지 ·23조: 임원 승인취소 ·25조: 재산취득 보고 ·31조: 수익사업 정지가능 ·32조: 시정명령 ○시설의 신고제 및 운영 투명성 강화 ·37조: 시설의 신고제 및 비법인 운영 가능 ·39조: 시설장 상근 ·40조: 운영위원회 설치 ·41,42,43조: 신고에 대한 규정 ·44조: 시설에 대한 명령 ·45조: 수용인원 제한 ·47조: 시설 평가제 실시 ·49조: 후원회 관리	○시설종사자 교육훈련 규정완화 [10조1항] ○보건복지부에 의한 법인 운영 감독권 강화 ·법인의 설립시 보건복지부 허가 [16조1항] ·법인 정관변경시 보건복지부 인가 [17조2항] ·보건복지부 법인임원 해임 명령 [22조] ·보건복지부 법인설립 취소권 [26조1항] ·법인수익사업 조건 강화 [28조2항, 29조] ·합병시 이전법인 승계권 명시 [30조2항] ○시설설립의 제한 [32조2항] ○시설설치 및 운영의 공통기준 규정 개별법에 이관 [32조4항] ○법인에 의한 제한적 시설운영 삭제 [32조 3항] ○사회복지관·부랑인시설 법적 근거 제시 [32조4항] ○시설감독기능의 강화 ·시설의 휴지·폐지 조건 강화 [38조2,3항] ·신고제한사유 삭제 [39조] ·시설의 폐쇄조건 강화 [40조] ·시설평가 결과의 적용 강화 [43조]	○시설의 보험가입 의무화 [32조의1] ○시설의 안전점검등 [32조의2]

아울러 DJ 정부는 사회복지사업법을 비롯하여 장애인복지법, 노인복지법, 아동복지법 등의 주요법안은 물론 모자복지법 등의 개정을 통해 1997년 사회복지사업법 전문개정에서 보여준 시설의 신고제와 개방화 그리고 전문화 추세를 이어갔다고 할

수 있다.

그럼에도 불구하고 각 종별시설들 간의 산적한 문제를 적극적으로 풀어냈다고 보기 어려운 것이 사실이다. 사회복지시설과 관련하여 가장 현실적인 문제인 전문프로그램의 강화와 종사자의 확대, 예산의 안정적 지원 등과 관련하여 법규상 또는 예산상, 그리고 정책상으로 그다지 진전된 모습을 보이지 않았던 것이다. 다만 생활시설의 2교대제 도입은 나름대로 평가할만한 가치가 있는 의미있는 진전이라 하겠다.

3. 미신고시설을 통해 본 사회복지시설정책

1) 미신고시설정책의 전개과정

(1) 제1기 : 허가제도 하 무대응의 시기(1998년 7월 이전)

1998년 이전까지는 1961년에 제정된 생활보호법, 1971년에 제정된 사회복지사업법에 의거, 사회복지시설에 대해 허가제가 적용되었으나 허가를 받지 않은 시설은 모두 무허가시설로 분류되면서 특별한 대응이 부재하였던 시기이다.

당시의 사회복지사업법에 의하면 무허가시설에 대해 “1년이하의 징역 또는 3백만원 이하의 벌금” 형을 적용할 수 있었음에도 불구하고 대부분의 무허가시설에 대해 특별한 사회적 물의를 일으키지 않는 선에서 관용하여왔다.

특히 이때는 허가시설이란 기본적으로

- ▷ 비영리법인이 운영
- ▷ 30인이상의 수용규모
- ▷ 까다로운 설치기준과 종사자 기준 충족

등의 조건을 갖추어야 함으로써 대부분의 개인이나 단체가 운영하는 무허가시설들은 허가시설로 전화하기가 현실적으로 불가능하였다. 또한 당시 정부 입장에서는 부족한 예산과 행정력 하에서 하에서 이러한 무허가시설의 보완적 역할을 암묵적으로 인정하고 이를 현실적으로 활용한 측면이 있었다고 보아야 한다.

그러나 YS 정권 내내 강조한 ‘규제완화’와 ‘복지의 다원주의’ 원칙에 입각하여 1997년 사회복지사업법에서 민간에게 시설 운영의 진입장벽을 없앤다는 취지의 파격적인 조항이 삽입됨으로써 허가제의 골격이 바뀌게 된다.

(2) 제2기 : 신고제로의 대응 시기(1998년 7월부터 2002년 5월 이전)

1997년 전문개정되어 1998년 7월에 발효된 사회복지사업법의 시설에 관한 핵심 개정 내용은 다음과 같다.

- 첫째, 시설운영을 허가제에서 신고제로 변경
- 둘째, 시설운영권이 국가와 지

등이 그것이다.

이로써 법적으로는 법인이 운영하지 않았던 30인 이하의 대부분 무허가시설도 신고시설로 편입될 수 있는 토대가 마련되었다. 그러나 이러한 개정 법의 취지에도 불구하고 무허가시설의 양성화라는 실제적 성과는 거의 달성되지 못하게 되었다.

왜냐하면, 법적으로는 개인에게도 문호를 개방하였으나 이어 제정된 사회복지법의 시행령과 시행규칙 상의 시설설치기준과 종사자 배치기준에서는 종래의 시설설치기준 및 종사자 배치 기준은 고수하였기 때문이다. 즉, 비록 '30인 이상의 수용규모'에 대한 조항은 삭제되었으나, 실질적으로 복지부의 소규모시설에 대한 정책의지가 박약하여 30인 이상의 중대규모시설에 대한 기준과 30인 미만 시설의 기준에 대한 차별성을 전혀 인정하지 않고 중대규모 시설에의 적용기준을 그대로 고수함으로써 대다수의 무허가시설이 미신고시설로만 지위가 변경된 채 여전히 비공식부문에 남게 되는 결과가 빚어졌다.

예를 들면, 사회복지생활시설로 등록되기 위해서는 거실은 물론, 사무실, 상담실, 양호실, 화장실, 목욕실, 세탁실, 건조실, 운동장 등의 시설을 모두 구비해야 한다는 조항을 유지하였던 것이다. 특히 그룹홈이라는 공동가정시설에 대해서도 장애인복지법을 제외하고는 어떤 개별법에서도 법정시설로 인정하지 않는 상태가 한동안 지속된다.

(3) 제3기 : 조건부시설로의 대응 시기(2002년 5월 이후)

2002년 당시 복지부 장관이었던 이태복은 미신고시설의 화재참사 사건을 계기로 미신고시설 양성화 대책 수립을 부내에 지시하였고 이로써 5. 22자로 「미신고 복지시설 관리종합대책」을 발표하게 된다. 이 대책의 핵심은 신고시설의 기준을 완화하고 이에 대한 지원 확대를 전제로 미신고시설의 신고시설로의 전환을 유도하되, 잠정적인 조치로서 2005년 7월까지 신고하는 것을 조건으로 하는 일명 '조건부 시설'제를 도입한 점이다.

그 구체적인 정책 내용을 요약하면 다음과 같다.

① 조건부 신고제도 도입

- 최소한의 요건을 갖춘 미신고시설에 대해 3년간의 유예기간을 허용하고 개보수 비용 및 인력지원을 통해 양성화 적극 유도.

- 이때 조건부신고시의 기준을 현행기준과 상관없이 제시함.

- 이들 조건부 신고시설에 대해서는 일정한 지원

(10인이상)

· 시설장 사회복지사 자격 획득 지원

· 개보수 지원

· 인건비 지원

(10인미만)

· 공공근로 인력 지원

- 지역내 복지기관의 인력 순회지도
- 개보수 지원

② 신고기준의 완화

- 신고기준 현실화 차원에서 30인 이상 시설, 30-10인 시설 및 10인 미만 시설에 대한 각각의 신고기준을 해당법령 규정의 신설 및 개정을 통해 변경 신고기준 규정의 경우 소

③ 개인운영시설의 신고 후 지원책 마련

- 화재보험료 등 일부 공공요금 지원
- 개보수비 선별 지원
- 자원봉사자, 공공근로 등 간접지원

④ 비닐하우스, 가건물 등 취약시설 이전

- 92개 무허가시설(가건물 등 30개소 포함)에 대한 개보수비 지원 및 시설 임차료 지원 등이었다.

그리고 그해 하반기에 아동복지법, 노인복지법, 장애인복지법, 모자복지법, 정신보건법 등의 시행령과 시행규칙을 개정하여 시설설치기준 및 종사자배치기준을 완화, 현실화해 됨으로써 미신고시설의 양성화에 대한 중요한 걸림돌의 하나를 제거하게 된다.

일례로, 아동복지법 상의 아동복지시설의 기준완화를 예로 들면,

▷ 설비시설 완화

구 분	거실	사무실	양호실	상담실	조리실	목욕실	화장실	세탁장	건조장	오락실	도서실	놀이터	급배수	비상재해대비시설
30인이상	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
29~10인	○		○		○		○			×	×	×	○	○
10인미만			○		○		○			×	×	×	○	○

▷ 설비시설 기준 완화

; 아동 1인당 거실면적을 3세 미만의 경우 2.5㎡, 3세 이상의 경우 3.3㎡ 이상 → 30인 미만 시설의 경우 연령 구분 없이 2.5㎡로 완화, 10인 미만 시설은 규정하지 않음.

▷ 종사자 배치기준 완화

구분	시설장	보육사	총무	의사	간호사	사무원	영양사	생활지도원	임상심리상담	취사원	세탁원
30인이상	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
29~10인	○	○	×	×	×	×	×	×	×	○	
10인미만	○		×	×	×	×	×	×	×	×	×

※ 10인미만 시설은 시설장 또는 보육사 1인을 배치·운영
 ※ 종사자 명칭 변경 : 보육사→생활지도원, 생활지도원→생활복지사, 취사원→조리원, 세탁원→위생원

▷ 자격기준 완화

- 30인 이상 시설장 : 사회복지사 2급 이상, 사회복지사업에 3년 이상 종사한 자와 유사 경력자 → 사회복지사 3급 이상, 경력 3년 이상 및 유사 경력자로 완화
- 30인 이상 시설 생활지도원 : 2급 이상 → 3급 이상으로 완화
- 30인 미만 시설의 시설장 : 사회복지사 3급 이상 및 유사 경력자
- 30인 미만 시설의 여타 직종 : 별도의 자격없음.

등으로 정리할 수 있다.

이후 2004년 6월 복지부는 보완지침을 마련하고 신고예정시설에 대한 재정적 지원과 함께 단계적인 전환대책을 발표한다. 우선 조건부시설의 제도권 진입을 위해 국무총리실 산하 복권위원회로부터 '04년 510억, '05년 339억을 확보하게 되며, 민간 재원으로는 삼성그룹으로부터 조건부시설에 대한 재정적 지원을 확보한다.

또한 미신고시설 및 조건부시설의 단계적인 전환대책을 다음과 같이 시행한다.

▶ 1단계 : 시설설비요건

생활자의 안전에 직결되는 시설·설비요건에 대해서는 2005년 7월 31일까지 법적요건을 완비토록 하되 신축, 증·개축 등 기능전환에 부족한 재원은 우리부에서 지원할 예정

▶ 2단계 : 시설장자격요건

2005년 12월 31일까지 갖추도록 하되, 사회복지사 양성과정을 탄력적으로 운영하여 자격증취득을 원하는 시설장은 전원 입소시켜 자격증을 발부할 예정

▶ 3단계 : 종사자요건

생활자의 보다 나은 복지를 위한 종사자요건은 시간을 가지고 접근해야 함.

이로써 2002년은 미신고시설 정책에 있어서 의미있는 정책변화가 있었던 해임에 틀림없다. 특히 사회복지계의 오랜 숙원인 미신고시설의 양성화를 실현하기 위하여 조건부시설의 개념을 도입하여 신고시설로 유도하는 한편, 일부 비현실적인 시설설치기준 및 종사자배치기준을 현실화하는 한편, 재정적 지원을 도모하는 등 그동안의 소극적인 문제인식에서 적극적인 해결을 위한 정책의지를 드러내는 등 일단 긍정적인

평가를 내릴 수 있는 부분이 존재한다.

2) 미신고시설의 등장 배경과 문제점

그동안 사회복지계에 이렇게 대규모로 미신고시설이 존재하여왔다는 것은 다음과 같은 문제를 내포하고 있는 것이다.

첫째, 이들 미신고시설에서 생활하고 있는 이들이 대다수 공식적인 수급권자이거나 아니면 실질적으로 사회적으로 보호를 받아야 하는 자들임에도 불구하고 '국가책임' 하에 생활이 보장되기 보다는 민간의 자발적인 자선과 봉사에 의지해 생활하고 있다는 점을 말해준다.

둘째, 이렇게 국가책임이 방기되어짐으로써 이들의 생활수준과 인권이 엄정한 기준과 관리에 의하여 보장되지 않을 가능성이 있다는 점도 지적되지 않을 수 없다.

셋째, 사회복지제도의 주요한 축 중의 하나인 사회복지시설 정책 측면에서 공식적인 시설보다 비공식적인 시설이 많다는 것은 정책의 왜곡을 야기할 수밖에 없으며, 더 나아가 '시설정책의 실패'라고까지 규정할 수 있는 것이다.

특히 이 가운데 미신고시설에서 생활하고 있는 자들의 보호수준이 국가책임 하에 일정한 수준이상으로 보장되지 못할 개연성이 농후하다는 점은 그곳에서 생활하는 이들의 인권이란 측면에서 볼 때 가장 심각한 점으로서, 이는 여러 측면에서 이미 사실로 드러나고 있다. 특히 02. 5. 22에 발표한 정부의 종합대책 내용에 의하면 다음과 같은 문제가 존재한다고 보고되고 있다.

첫째, 시설의 영세성으로 안전관리가 미흡하여 화재 등 사고발생에 대단히 취약한데, 구체적으로 보면 당시 미신고 복지시설 1,044개소 중 92개소가 무허가 건물이며, 이중 30개소는 비닐하우스, 가건물 상태로 조속한 정비가 필요하다.

둘째, 재정, 전문인력 미흡으로 보호수준이 열악하고, 전문 복지프로그램의 실행이 곤란하다.

셋째, 행정관청의 관리감독 사각지대에 놓여있어 인권문제 소지가 있으며, 시설운영도 불투명하게 될 개연성이 있다.

넷째, 미아·노인·정신질환자 등이 수용되어 있을 경우 보호자 확인이 불가하다.

이외에도 인권단체들과 방송매체들에 의해 발견된 사례들에 의하면 소수임에도 불구하고 '인권의 사각지대'로서 인식될 수 있는 현상들이 존재하고 있다고 보아야 한다.

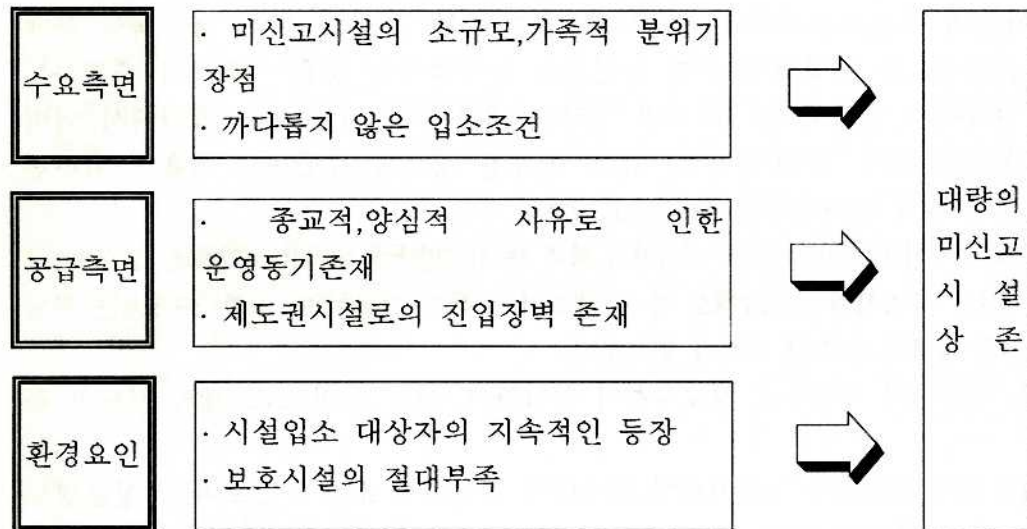
그러나 이러한 미신고시설의 존재는 분명히 그간 부실한 우리나라의 사회복지 현실 속에서 매우 중요한 기여도를 낳고 있었던 것도 사실이다. 특히 다음의 긍정적인 측면은 매우 돋보이는 점이지 않을 수 없다.

첫째, 이들 미신고시설은 대부분이 소규모시설로서 공식적인 부문의 시설이 중·대규

모호되어 있는 것에 비하여 매우 선진적인 양태를 보이고 있다는 점,
 둘째, 이들 시설에 종사하는 이들이 지니고 있는 헌신성은 공식적인 시설에 종사하는 이들의 자세에 비하면 절대 뒤지지 않음으로써 우리사회 및 복지현장에 매우 중요한 귀감이 된다는 점,
 셋째, 이로부터 자연스럽게 도출되는 장점으로서 대부분의 미신고시설이 가족적 분위기를 형성하고 있어 '시설병'이나 형식적인 보호와는 거리가 멀어, 비록 의식주의 수준이나 전문성의 측면에 있어서는 부족한 점이 있다고 하더라도 여타 보호의 질적인 측면에서 결코 경시할 수 없는 우수성을 지니고 있다는 점 등이 그것이다.

이렇듯 대량의 미신고시설이 존재하는 이유는 현상적으로는 신고시설로 등록할 여건이 갖추지 못한 시설이 많다는 것이지만, 좀더 내면적인 원인을 살펴보면 다음과 같은 <그림 1>로 정리된다.

<그림 1> 미신고시설 발생의 원인



즉 수요측면에서는 미신고시설의 소규모 가족적 분위기가 돋보이고 입소조건이 현실적이며 또한 공식시설에 대한 정보의 미흡등으로 미신고시설을 찾게 되며, 공급측면에서는 종교적 또는 양심적 이유로 인해 비공식적이지만 소외된 이들과 함께 생활하고자하는 운영동기가 항상 존재하며 제도권 시설로 편입되는 데 있어서 진입장벽이 존재함은 물론 제도권으로의 편입에 대한 유인체계가 부실하여 대량의 미신고시설이 상존하는 상황이 유발된다.

그러나 무엇보다도 궁극적으로는 사회적 보호가 요구되는 시설입소 대상자가 끊임 없이 유발되는 데에 비해 이들을 보호할 시설이나 기관의 수는 절대적으로 적다는 점이 이러한 근본적인 구조상의 불균형이 존재하는 한 미신고시설의 존재는 근본적

으로 해소하기 어려울 것이다.

2002년 정부가 수립한 미신고시설 관리대책 및 시설기준완화책은 현재 미신고시설이 존재할 수밖에 없는 진정한 원인과악이 무엇인지에 대해 정확히 초점이 맞추어졌다고 보기 어려우며, 그로 인해 미신고시설 문제해결의 대응책으로서 미흡하거나 부적절한 수단들이 제시된 것으로 파악된다. 특히 다음의 세가지 측면에서 발생하는 문제가 핵심이다.

첫째, 시설입소자에 대한 국가책임 의무의 강화라는 측면에서 보았을 때 개인운영 시설과 소규모시설에 대한 재정 지원과 행정관리책임부분이 소홀히 취급된 점,
 둘째, 조건부시설 또는 신고시설로 새로이 편입되는 소규모시설의 설치기준과 종사자기준이 하향적으로 규정되어 이들 시설의 양성화라는 정책목적은 달성되었을 지라도 입소자들에 대한 보호서비스의 질적 수준을 적정하게 확보하는 부분을 포기한 점,
 셋째, 우리나라 사회복지시설에 대해 탈시설화(de-institutionalization)의 정책적 전망이 추구될 때가 되었다는 점에서 볼 때 이러한 양성화대책은 이러한 추세에 별 도움이 되지 않거나 아니면 그에 역행하는 부정적인 단면이 있다는 점 등이다.

4. 인권의 측면에서 본 사회복지시설정책

(1) 인권침해에 대한 행정적 요인

사회복지행정분야에 잔존하는 인권침해 등 부조리는 크게 두가지로 나눌 수 있다. 하나는 '적극적인 부조리'로서 금품의 수수나 향응을 제공받고 부정을 자행하거나 인권침해 사례를 인정해 주는 것이며 다른 하나는 '소극적인 부조리'로서 인권침해가 일어날 수 있는 개연적 상황을 인지하지 못하거나 인지한다하여도 적절한 보호 조치나 지원을 행하지 않는 직무태만이 그것이다.

그렇다면 이러한 현상은 왜 일어나는 것일까를 자문하지 않을 수 없다. 물론 이러한 부조리는 유독 사회복지행정분야에만 발생하는 것은 아니다. 현재 한국사회내에 문제되고 있듯이 모든 행정분야에 이러한 부조리가 발생할 개연성은 만연하다. 그러나 사회복지분야란 우선 우리 사회에서 가장 보호받아야만 될 사회적 또는 신체적 약자에 대한 최소한의 공공으로부터의 지원이 이루어지는 곳이라고 할 때 이 분야에서 자행되는 행정적 부조리는 다른 부조리에 비하여 좀더 비인간적이며 저열하고 나아가 국민기만적인 성격을 지니고 있다. 그러므로 사회복지행정분야에서 일어나는 자그마한 부정 또는 눈에 잘 띄지 않는 직무태만행위라도 그것을 바로 반드시 바로잡아야만 정부의 가장 기본적인 덕목이 수행되는 것이다.

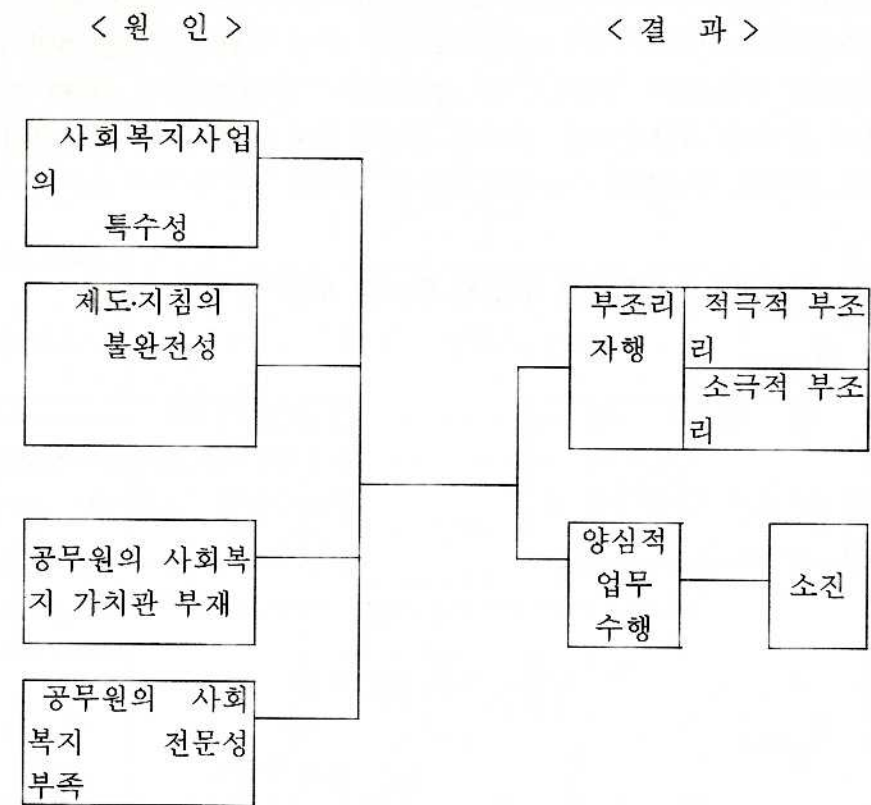
사회복지행정분야에서 인권침해에 대한 묵인 등의 부조리가 잔존하는 원인은 매우

복합적이다. 그것은 단순히 극히 일부의 비양심적인 공무원들 개개인의 존재 자체로만 탓할 수 있는 문제는 아니다. 현재 사회복지계가 안고 있는 많은 미비점이 부조리의 근본적인 원인으로 보아야 한다. 그것을 간단히 정리하여 보면 <그림 2>와 같다. 그림에서는 사회복지행정담당자의 대응양식을 극단적으로 두가지로 나누어 나타내었다. 즉, 적극적이든 아니면 소극적이든 부조리를 행하는 집단이 한 부류이며, 자신의 양심을 고수하지만 결국 소진(burn-out)되어 무감각하게 업무를 처리해 나가는 유형이 다른 부류이다.

그러한 두 부류로 귀결되는 이유를 정리하자면 아래의 몇가지로 압축된다.

- (1) 담당자의 사회복지에 필요한 가치관 부재
- (2) 사회복지담당자의 전문성 부족
- (3) 사회복지전달체계의 비효율성 및 부적절성
- (4) 사회복지지침의 애매모호성
- (5) 지나친 지도감독권 : 민간 자율성의 불인정

<그림 2> 사회복지행정분야의 부조리 유발 원인



주 : 여기서 적극적 부조리란 인권침해나 부정에 대해 시설운영자와 직접 결탁 또는 사후 묵인 등의 부조리를 저지른 경우이며, 소극적 부조리란 인권침해나 부정 발생에 대해 사전 감독및관리사무를 소홀히함으로써 결과적으로는 이러한 사태가 현장에서 일어나게 하는 데에 일조한 경우를 말함.

(2) 민간시설운영의 측면

그러나 다른 한편 민간사회복지시설 운영의 측면에서 보면 분명 아직도 사회복지사업을 개인의 사유재산 유지의 일환으로 인식하는 가운데 전통적인 우리나라의 부정 부패 문화에 동화된 채 용납할 수 없는 부조리를 행하는(진성부조리) 경우가 있다. 반면에 지침상의 비현실성이나 제도의 미비로 인해 부조리아닌 부조리(가성부조리)가 존재하는 것도 사실이다.

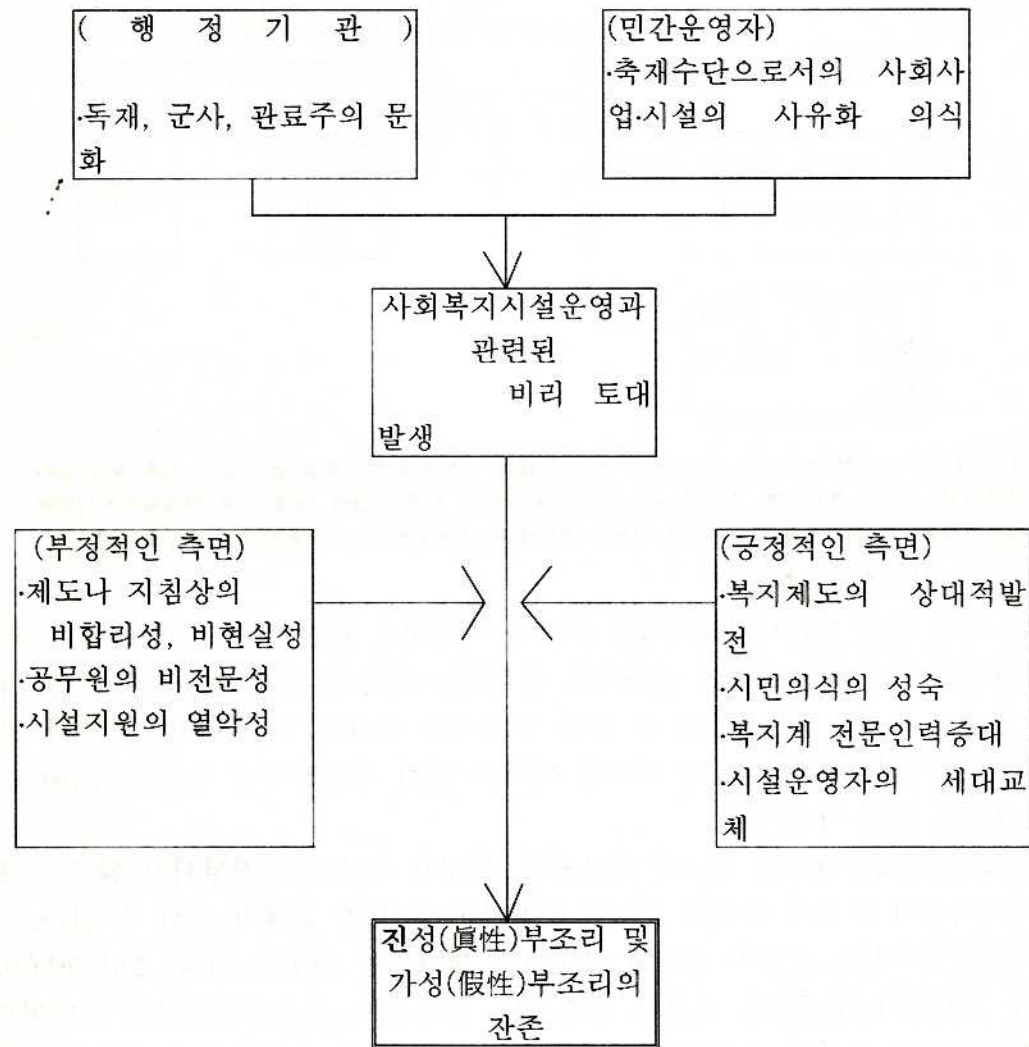
불행히도 일반대중에게는 이러한 부조리의 형태가 구분되어 전달되지 않고 무조건 사회복지시설이 부정의 온상인 것으로 알려지는 점 또한 문제가 아닐 수 없다.

민간사회복지시설의 운영과 관련된 부조리가 발생하는 원인은 멀리 보면 50,60,70년대를 거치면서 행정문화 자체가 독재문화, 군사문화, 관료주의문화에 젖어있었고 사회복지계에도 축재의 수단으로 사회사업을 하는 자가 유입되거나 아니면 사회복지시설을 개인의 사유물로 생각하는 의식의 소유자가 팽배한 데에서 비롯된 것으로 볼 수 있다.

그러나 80,90년대를 거치면서 복지제도 자체가 발달하고 사회전반적으로 시민의식

이 점차 성숙됨에 따라, 또한 무엇보다도 사회복지사업에 대한 철학과 가치관을 지닌 자가 시설내에 많이 존재하면서 시설 운영과 관련된 비리는 일부시설에만 국한되어 비공개로 잠복되기에 이르렀다. 오히려 사회복지계의 대다수 운영자나 종사자가 문제시하는 것은 이러한 일부 진정부조리가 마치 사회복지시설 전반의 문제인양 사회구성원들이 바라보는 시각이며 또 한편으론 “달리면 과속, 서면 정차위반”의 경우와 같이 현재의 비합리적인 제도의 운영지침에 의하여 누구나 부정한 운영을 자행한 자로 규정될 수 있다는 점이다.

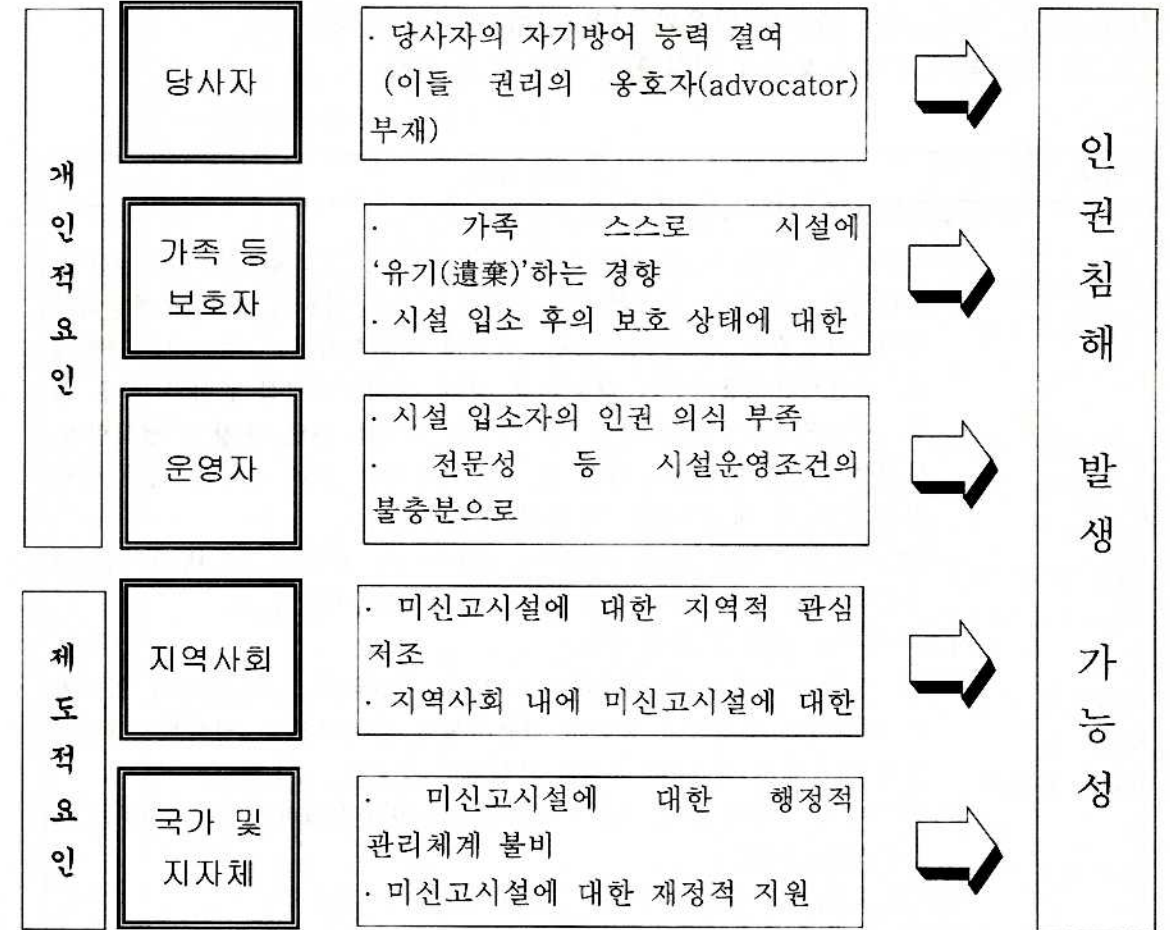
<그림 3> 민간복지시설운영과 관련된 부조리 발생의 원인



(3) 미신고시설에서의 인권침해 발생 원인

그러나 현재 사회복지시설에 대한 후진적 정책으로 인해 수많은 미신고시설이 존재하고 이들이 최소한의 행정적 감독과 지원의 대상이 되지 못하고 있는 상태에서 이곳에서의 인권침해 가능성이 무엇보다도 높고 실제로 이러한 사례가 간간히 드러나고 있다는 점에 주목하지 않을 수 없는 데, 이는 다음과 같은 여러 측면에서의 원인들이 작용한 결과이다.

<그림4> 미신고시설의 인권침해 발생의 원인들



그림에서처럼 제도적으로 인권침해 가능성을 유발하고 있는 점은 결국 이들 시설에서의 인권침해 또는 보호기능 저하의 책임이 국가 및 지방자치단체 등에 있음을 보여주고 있는 것이다. 따라서 인권 침해 그 자체는 어떤 경우라도 용납할 수 없는 것이지만, 초기의 선량한 시설 운영자들이 소진감에 젖거나 열악한 조건을 타개하기 위하여 편이한 수단들을 동원함으로써 의도하지는 않았지만 인권을 침해하는 결과는 낳는 구도에 주목할 필요가 있다. 이는 '미신고시설의 인권 시각지대화'의 원인이 운영자 개인의 비양심이나 제도적 감시의 미비 등에서 찾아지기 보다는 훨씬 더 근본적인 곳에서 찾아

저야 함을 의미한다.

5. 참여정부의 사회복지시설정책 현황과 평가

참여정부가 사회복지시설정책에 있어 과연 어떤 변화를 모색하고 있는냐에 대하여 정확한 판단을 내릴만큼 아직 충분한 시간이 확보된 것은 아니다. 또한 시설정책과 관련된 가시적 성과가 있다고 단언내릴 수도 없다. 그러나 참여정부에서 복지시설 정책에 대한 정책 방향을 제시한 것으로는 2004. 2. 에 발표된 참여복지 5개년 계획을 들 수 있다. 이에 따르면 다음과 같은 것이 핵심적인 내용이다.

<표 2> 참여복지 5개년 계획의 시설관련 정책 추진 사항

항목	구체적 내용
사회복지시설 인프라 확충	<ul style="list-style-type: none"> - 사회복지시설 기능 개선 및 지역별 균형 확충 <ul style="list-style-type: none"> · 사회복지시설 발전위원회 설치·운영: 보건복지부, 기획예산처, 학계전문가, 관련시설협회 등이 참여하도록 구성하고, 자문위원회 및 전문위원회를 두며, 시설종별 기능·역할 정립, 지역별 사회복지시설 수요 및 균형배치, 생활시설·이용시설의 확충·기능 강화, 사회복지시설 종사자 처우 개선, 사회복지시설 관리·운영 개선, 미신고시설 관련 중장기 정책방향, 사회복지시설 평가제도 개선 등 사회복지시설 관련 정책에 대한 종합적인 검토 및 대안제시를 그 역할로 설정함. · 사회복지시설의 역할 정립: 사회복지생활시설의 지역별, 종 내의 시설간 과부족 현황 파악, 기능 전환 필요 시설을 점검하도록 함. - 사회복지시설 관리 및 운영 개선 <ul style="list-style-type: none"> · 후원금 수입·사용내역 및 회계내역 투명화: 후원금의 50% 이상이 입소자의 직접적인 후생복지 증진에 사용되도록 의무화하고, 사회복지생활시설에 예산·회계 전산프로그램을 개발하여 보급함. · 표준운영비 및 체감예산제도 도입: 시설 규모에 따라 운영비를 차등지원하는 방안 도입을 추진함 · 미신고(개인운영) 사회복지시설 중장기 발전방안 마련 - 사회복지시설 평가제도 개선 <ul style="list-style-type: none"> · 사회복지시설의 질적 발전을 도모할 평가 전담기구를 민간위탁 설치하도록 함. · 우수시설 인센티브 부여: 우수시설 종사자의 해외 사회복지시설 견학, 우수시설에 대한 감사횟수 감면 및 면제, 우수시설 보건복지부장관 표창 및 우수시설 종사자 성과금 지급 등이 추진되도록 함. - 사회복지관 운영여건 조성 <ul style="list-style-type: none"> · 사회복지관의 역할 재정립 · 사회복지관의 정부지원 확대 · 인력배치 기준의 설정 및 운영위탁제도의 정비

사회복지인력의 운영제도 정비	<ul style="list-style-type: none"> - 사회복지사 자격제도 내실화 <ul style="list-style-type: none"> · 사회복지사제도 발전위원회 운영: 사회복지사 제도를 중심으로 사회복지분야 종사자의 활용정책을 논의하는 정책협의기구로서, 정부, 사회복지사협회, 학계, 사회복지종사자가 참여하여 전문사회복지사제도 도입 등 사회복지사 자격제도에 관련 현안, 교육·훈련제도 개선, 인력활용실태 점검, 수요·공급 분석 및 예측에 대한 검토가 지속적으로 이루어지도록 함. · 사회복지사 국가시험 운영제도 정비: 시험과목 축소조정과 유사과목 통폐합 등을 검토하고, 문제은행방식으로 출제방식의 전환을 추진함. · 사회복지인력의 전반적 활용실태 파악: 사회복지사제도 및 인력활용과 관련된 문제 해결을 위해서 사회복지사, 사회복지시설종사자, 사회복지전담공무원 등에 대한 수급 및 업무현황 정기 실태조사를 실시함. - 사회복지인력 훈련체계 정비 <ul style="list-style-type: none"> · 보건복지 교육기능 확대: 공적노인요양보장제도 도입, 신종전염병 관리 등 향후 보건·복지 관련 공무원 및 종사자의 신규 교육수요가 증가할 것에 대비하여 교육훈련 기능 확대 · '한국보건복지교육원' 설립 및 관련기관간 역할분담체계 마련: 보건·복지부 문 공공·민간 종사자의 교육을 담당할 중추기관으로 「한국보건복지교육원」을 설립을 추진하고 관련기관간 역할 조정 체계를 마련 · 지역별, 교육수준별 계속교육 과정 개발: 사회복지분야 행정기관, 민간시설의 사회복지사 자격 소지자와 소지하지 않고 사회복지업무를 담당하는 경우, 관련 전문자격 소지자에 대한 관련 교육과정을 개발함. · 사회복지 평생교육 과정 마련: 인력 공급이 용이하지 않은 생활지도원(생활보조원, 보육사)의 경우 탄력적 근무제도를 마련하고 사회복지사 자격을 소지한 전업 주부 등이 취업할 기회를 개방하도록 함. · 사회복지 종사자·사회복지전담공무원 등 성인지력 향상 교육 실시 - 사회복지종사자 처우 개선 <ul style="list-style-type: none"> · 사회복지시설 종사자 처우 개선: 임금수준을 단계적으로 공무원수준으로 인상하고, 야간·휴일근무 및 시간외근무수당 등 지급예산 지원 · 시설 근무 여건 개선: 사회복지시설의 복무 및 인사관리 규정 준수 방안을 마련하고, 사회복지시설 평가과정에서 이행상황이 반영되도록 함.
-----------------	--

이에 대한 연차별 추진계획 또한 다음과 같이 제시되어있으며 이에 대한 이행 여부를 표시하면 아래와 같다. 이 표에서 알 수 있듯이 사회복지시설발전위원회의 구성, 사회복지시설 운영위원회 설치, 신용카드 사용 강화, 우수시설 인센티브강화, 사회복지사 시험과목 조정, 보건복지인력개발원 발족을 통한 보건복지교육 기능 확대 등이 애초 5개년 계획에서 제시한 내용 가운데 이행된 예에 해당한다.

반면, 예산·회계프로그램 개발 보급, 사회복지시설 평가 전담기구 설치, 우수시설 자율성 확대, 사회복지관에 대한 개선사항, 사회복지사제도 발전위원회 설치, 시설종사자 계속교육 이수 의무화 지침, 사회복지시설 종사자 임금 수준 개선 등은 실현되

지 않은 것으로 평가된다.

이중 시설발전위원회의 구성이 가장 의미있는 이행사항이라 할 것이다. 여기에서 나올 결론이 무엇인지는 아직 짐작키 어려우며 그 활동 역시 왕성하지 않지만 이곳에서 매우 전향적인 정책의지가 구현된다면 매우 큰 진전이 아닐 수 없다.

<표 3> 참여복지 5개년 계획에 의한 추진일정 및 이행 여부

주요과제	추진계획	일정					이행 여부		
		2004	2005	2006	2007	2008			
		상	하	상	하	상	하		
사회복지시설 인프라 확충	시설기능 개선·지역별 균형 확충	- 사회복지시설발전위원회 설치							○
		- 사회복지시설 지역별, 종별 기능·역할 정립							△
	사회복지시설 관리 및 운영 개선	- 사회복지시설 운영위원회 설치							○
		- 시설운영비·생계비 집행 신용카드사용 강화							○
		- 예산·회계프로그램 개발 및 보급							×
		- 표준운영비 및 체감예산제도 도입							-
		- 미신고(개인운영) 복지시설 발전방안 마련							△
	사회복지시설 평가제도 개선	- 사회복지시설 평가전담 기구 설치							×
		- 우수시설 인센티브·자율성 확대방안 마련							×
		- 우수시설에 대한 인센티브 예산 지급							○
		- 이용시설 평가제도의 합리화(범률개정 등)							△
	사회복지관 운영여건 개선	- 사회복지관 운영규정 개정							×
		- 합리적 운영비 추계 및 인력배치기준 재설정							-
		- 운영위탁기준과 절차에 대한 기본지침 마련							×
	사회복지사 자격제도 개선	- 사회복지사제도 발전위원회 설치							×
- 사회복지인력 활용현황 실태조사 실시								×	
- 사회복지사 자격제도 개선방안 검토								×	
- 사회복지사 1급 국가시험의 보완									
• 시험과목 축소조정·문제은행방식 전환준비								○	
• 문제은행방식으로 전환								-	
사회복지인력 운영 개선		- 보건복지교육 기능 확대							○
		- 시설종사자 계속교육이수의무화지침 마련·적용							×
		- 계속교육 교과과정 개발							
		• 지역별, 교육수준별 계속교육 과정 개발							×
	• 평생교육 과정 개발							-	
사회복지시설 종사자 처우 개선	- 사회복지시설 복무·인사관리규정준수방안 마련							△	
	• 사회복지종사자 초과근무수당·휴일수당 지급							×	
	• 사회복지시설 종사자 임금 수준 향상							×	

주 : ○ ; 이행, × ; 미이행, △ ; 이행여부 아직 불명확, - ; 이행시기 미도래.

그러나 이러한 참여복지 5개년계획에 의거한 각종 청사진의 의미가 무력화되는 데 반전(?)이 참여정부의 시설정책과 관련하여 발생하게 되었는데, 그것은 다름아닌 사회복지시설운영비의 지방정부 이양이다.

아래 표에서 보는 바와 같이 보건복지부의 국고보조사업 가운데 67개 사업, 6,589 억원이 지방이양된 가운데 특히 장애인복지관 운영을 비롯하여 32개 기관 및 시설 운영사업이 지방정부사업으로 이양됨으로써 향후 시설운영과 관련된 복지부의 역할이 거의 상실되어 버렸다.

<표 4> '05년도 지방이양사업 예산 현황

(백만원)

사업명	04예산	05예산안
계(67개 사업)	598,844	658,947
□ 기초생활보장	82,104	84,409
○ 지역봉사사업	1,167	1,044
○ 사회복지전담공무원 인건비	80,937	83,365
□ 취약계층지원	475,902	534,857
○ 장애인복지관 운영	31,041	34,825
○ 장애인재가복지센터 운영	2,089	2,194
○ 장애인주간보호시설 운영	1,901	2,195
○ 장애인단기보호시설 운영	759	797
○ 공동생활가정 운영	1,405	1,816
○ 의료재활시설 운영	1,829	1,829
○ 장애인체육관 운영	365	434
○ 시각장애인심부름센터 운영	2,035	1,885
○ 시각장애인재활지원센터 운영	569	586
○ 청각장애인 지원(수화통역센터 운영)	954	1,134
○ 정신지체인 지원(자립지원센터 운영)	378	355
○ 장애인해피콜봉사센터 운영	130	134
○ 장애인 특별운송사업	374	446
○ 편의시설설치시민축진단 지원	354	354
○ 청각장애아동달팽이관수술 지원	750	773
○ 여성장애인가사도우미	224	280
○ 장애인생활시설 운영	107,204	124,053

사 업 명	04예산	05예산안
○장애인직업재활시설 운영	14,786	15,842
○장애인복지관 기능보강	5,171	7,026
○장애인체육관 기능보강	2,500	1,000
○장애인지역사회재활시설 차량지원	328	353
○장애인생활시설 치과유니트	240	240
○지체장애인편의시설센터 운영	360	360
○장애인정보화지원센터 운영	304	304
○경로당 운영	25,448	28,224
○경로당활성화사업	440	440
○경로식당 무료급식	7,672	7,672
○저소득재가노인 식사배달	5,854	6,030
○노인건강진단	514	514
○치매상담센터 운영	292	292
○노인일거리마련사업	759	759
○노인인력지원기관 운영	3,060	3,060
○재가노인복지시설 운영	11,735	12,359
○노인복지시설 운영	100,614	132,019
○노인복지회관 운영	3,709	3,709
○노인복지회관 신축	3,687	2,948
○재가노인복지시설 개보수	189	189
○아동시설 운영	65,291	69,533
○결연기관 운영	1,448	1,480
○결연기관PC 구입비	10	10
○입양기관 운영	143	148
○아동보호전문기관 운영	1,682	2,269
○가정위탁지원센터 운영	717	924
○소년소녀가정 지원	3,952	3,558
○가정위탁양육 지원	5,376	6,275
○퇴소아동자립정착금	600	600
○결식아동 급식지원	12,074	13,669
○아동보호전문기관(장비구입)	100	100
○모자복지시설 운영	6,004	6,405
○모자복지시설퇴소자 자립정착금	335	352
○미혼모중간의집 운영	279	288

사 업 명	04예산	05예산안
○사회복지관 운영	14,886	15,199
○사회복지관 기능보강	5,000	완료
○재가복지봉사센터 운영	3,596	3,596
○사회복지시설 공익근무요원 인건비	1,756	1,925
○전담공무원 업무보조공익요원 인건비	2,609	2,023
○푸드뱅크 운영 장비 지원	357	270
○노숙자보호	9,276	8,415
○족방생활자 지원	388	388
□ 보건의료	40,838	39,681
○정신요양시설 운영	30,186	32,865
○사회복지시설 운영	6,189	6,816
○공공보건인력개발	663	-
○공공보건사업	800	-
○중소도시보건소 신축	2,000	-
○대도시 방문보건사업	1,000	-

이는 보건복지부의 참여복지 5개년계획에서 제시한 많은 사업들이 사실상 공약(空約)이 됨을 의미하는 것이기도 하다. 따라서 이제 시설 운영에 관한 중앙정부의 일원적인 방침과 대책에 의하여 진전이 되는 시대는 지나갔다는 점에서 참여정부의 시설정책의 가장 큰 특징으로 '시설정책에서의 지방자치단체 자결권 강화 및 중앙정부 통제력 상실'이란 표현을 쓰지 않을 수 없다.

이러한 시설운영의 지방자치단체 자결권 강화와 중앙정부 통제력 상실의 결과는 적어도 단·중기적으로 매우 부정적이다.

우선, 지방자치단체의 평균적인 인식과 전문성의 수준을 생각할 때 시설에 대한 전문행정을 펼치기 어려울 뿐 아니라 시설에 대한 관료적 통제까지도 우려된다. 탈시설화에 대한 기조도 전국적인 추이를 지니고 가기 어려울 것이다. 그러나 무엇보다도 적절한 시설규모의 확보와 시설운영을 위한 안정적 재원 확보에 있어 상당한 어려움을 겪게 될 것이며 이점이 가장 치명적인 영향력이라 할 수 있을 것이다.

당장 지방이양 사업의 05년도 집행과 관련하여 지방정부의 재원 확보가 되지 않는다는 문제점이 드러나고 있으며, 미신고시설의 신고를 받아주지 않는 상황 등은 매우 심각한 지경이 아닐 수 없다.

6. 결론 : 사회복지시설의 발전을 위한 제언

1) 지방정부에 이양된 시설운영예산문제의 해결 방안

앞장에서 설명한 바와 같이 만일 지방정부에 이양된 시설운영예산의 문제가 근본적으로 변화되지 않는다면 시설발전을 위한 개선방안을 논한다는 것 자체가 상당한 제약을 받을 것임에 틀림없다.

따라서 시설과 관련된 중앙정부 차원의 통일적 정책발동의 필요성이 있음을 전제로 할 때 지방정부 이양사업에 대한 개선 조치는 필수불가결한 사항이 될 것이다.

구체적으로는 현재의 분권교부세를 복지교부세로 하여 시설에 대한 청사진이 마무리되는 시점까지 한시적인 재원 운영을 하는 방법과 균형발전특별회계 안에 복지시설건축 및 운영항목을 삽입하는 방안, 아니면 시설운영에 대한 특정 사업용 일반예산을 확보하여 인센티브제를 활용하여 지출하는 방안 등이 가능할 것이다.

2) 미신고시설의 문제 해결방안

▷ 개인운영시설에 대한 법인전환의 적극 유도

: 현재 사회복지법인의 인가조건이 형식적으로는 완화되어있으나 실제적으로는 매우 까다롭게 운영되고 있으므로 이 부분에 대한 절차를 대폭 완화하는 것이 요구됨. 이는 민간복지자원의 공적 자원화를 시도한다는 점에서 소극적일 이유가 없음. 만일 정부가 이에 대해 소극적 견지를 갖는다면 이는 오로지 시설 지원 예산의 증대를 우려하는 것에 있을 것임. 그러나 현재의 시설 예산을 고수한다는 발상에 머무는 한 미신고시설 문제의 해결은 궁극적으로 기대하기 어렵다는 점을 인식해야 함.

▷ 개인운영시설에 대한 인건비 등 지원 단행

: 개인운영시설이 비록 개인에 의해 운영된다고 하여도, 이 시설에 공공의 책무를 수행할 수 있는 전문인력이 배치되어있고 정부가 보호책임을 다해야 할 수급권자 등이 생활하고 있다면 당연히 재정적 지원이 뒤따라야 함. 이러한 국가의 책임을 회피하고 공공요금 일부에 대한 감면이나 자원봉사인력 지원 등을 거론하는 것은 그 실효성이 매우 의문시되는 바임.

▷ 시설의 인권침해 가능성에 대비한 철저한 관리감독 방안 수립

: 시설의 운영과정에서 의도적이든 비의도적이든 발생하게 되는 인권의 침해와 부조리 및 비리에 대한 관리감독 등의 대책을 수립해야 함. 다만 이는 선의의 양심적 운영자를 모두 범법자 취급하는 방법으로 전개되어서는 안되며 불필요한 행정보고업무를 가중시키는 형태로 되어서도 안됨. 그리고 무엇보다도 현재의 지방자치단체 시설감독 업무를 맡고 있는 일반행정직의 숫자나 인식수준, 전문성 수준 등이 계속되는 한 근본적으로 해결될 수 없음에 주목해야 함.

▷ 10인 미만 시설(공동생활가정시설)의 설치기준 강화 및 센터형 운영방식 유도

: 10미만의 공동생활가정은 단순히 소규모라는 점만이 인정되는 곳이 아니라 충분히 전문적인 서비스제공이 동시에 보장되는 곳이어야 비로서 그룹홈의 의의를 달성하는 것이므로 현재와 같은 비전문적 성격을 조장하는 조항은 과감히 삭제되고 그룹홈에 걸맞는 전문성이 보장되는 설비 및 종사자 자격기준이 마련되어야 함.

특히 소규모시설의 경우 개인운영자 단독적인 시설운영은 여러 가지 제한점이 많으므로 가능한 한 모(母) 법인이 여러 개의 소규모시설들을 운영하면서 관리주체로서 전문적인 상담, 후원, 교육 등의 지원기능을 행하는 형태를 권고하며 그렇지 않은 경우 지역 내의 전담공무원 및 지역사회복지기관과 의무적으로 연계체계를 갖도록 하여야 함.

▷ 30인 이상의 사회복지시설 중 신고조건을 갖추지 못한 곳은 30인 미만의 시설로 신고하도록 유도. 이때 시설의 개보수 및 교육지원 등을 우선적으로 하도록 함.

▷ 10인 미만 시설에 대한 지원책 강화

: 현재처럼 10인 미만의 경우 별다른 지원책이 없는 대책이 아니라 오히려 앞에서 제시한 바와 같이 10인 미만시설에 대해 적극적인 지원대책을 강구하는 것이 탈시설화방향을 유도하는 것이 될 것임.

▷ 지역사회 내의 미신고시설 지원 및 선의의 감시 네트워크 구성

: 향후 지역사회복지협의체 등이 지역사회 내에 설치되면 이들 가운데에 미신고시설 또는 소규모시설 운영자도 참여해야 하며 지역사회 내의 네트워크를 통해 지역사회 주민들에 의해 이들 시설에 대한 지원 및 선량한 감시의무도 행할 수 있어야 함.

▷ '준시설'제도에 대한 적극적 검토

: 현재의 정부정책인 모든시설의 신고를 통한 양성화는 시설에 있어 '신고시설' 아니면 '폐쇄'라는 이분법적 접근을 행하는 것으로서, 실제 종교적 목적, 새로운 대상자를 위한 보호양식의 개발 등을 이유로 신고시설이 되기 어려운 경우 '운영불가'라는 상황을 맞게 됨. 따라서 일정정도의 공개 및 투명성 확보라는 전제를 인정하고 국가로부터 지원을 받지 않는다는 조건을 인정하면서 일종의 '준시설' 영역이 생겨야 할 것임.

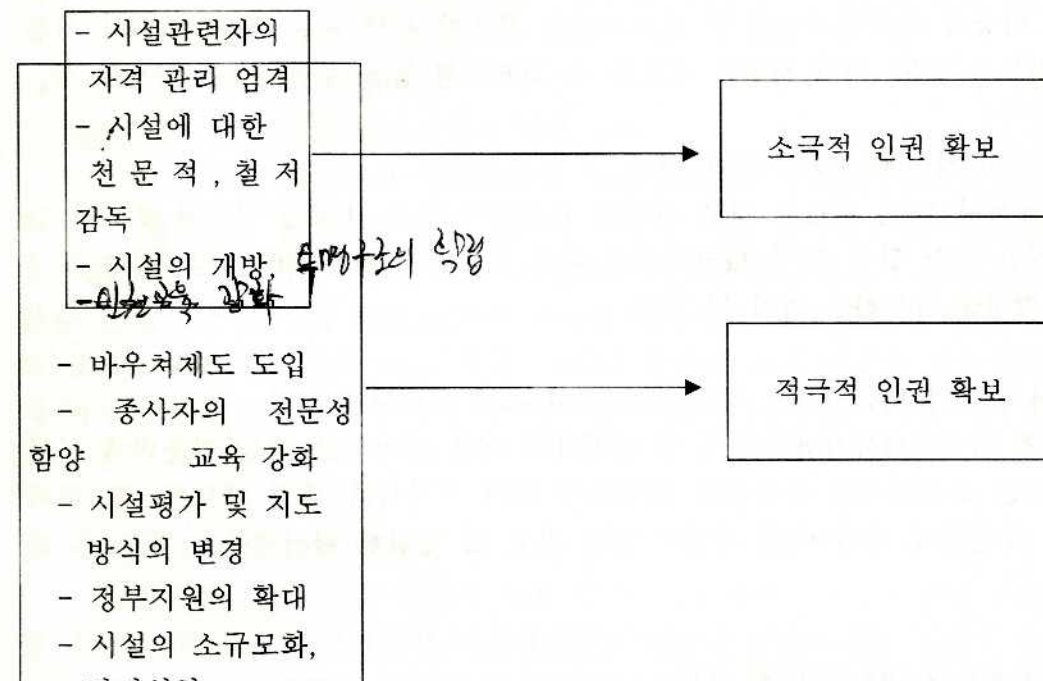
3) 시설인권문제의 해결 방안

지금 현재 문제되는 인권은 두가지로 구분할 수 있다. 즉, 기본적인 자유권을 침해 당하고 최소한의 생존권마저 박탈당하는 '소극적 인권 확보'라는 차원의 것과 시

설생활자의 자립과 재활, 치료를 위한 전문적 서비스와 급여지급이라는 '적극적 인권 확보'라는 차원의 것이 그것이다.

이러한 두가지 차원의 인권이 반드시 구분되어 접근되어야 한다는 것은 아니지만 현재 우리 사회의 수준과 사회복지정책 및 제도의 수준을 보았을 때 이제는 적어도 전자의 문제는 완전히 해결되고 후자의 문제로 초점이 맞추어지는 것이 사회의 성숙에 부응하는 일이라고 보여진다. 그렇지만 불행히도 현재 전자의 문제가 완전히 해결되는 것조차도 쉽지 않은 상태임을 자각하는 것도 매우 중요한 현실인식이다. 따라서 양자를 구분하여 접근해 보고자 한다.

<그림 5> 사회복지시설에서의 인권확보를 위한 방안



4) 시설 종사자의 전문성 함양

현재 사회복지시설 종사자들의 전문성의 유지 및 함양에 필요한 보수교육은 대단히 미미한 실정이다. 아래표에서 보듯이 '05년 현재 보건복지부는 보건복지인력개발원을 통해 보건복지부 직원들에 대해서는 16년당 1회, 지방공무원들은 5.2년당 1회, 민간복지시설종사자는 21.6년당 1회 교육훈련 기회를 제공하고 있다. 민간복지시설 종사자의 경우 여타 기관에서 행하는 교육훈련 기회를 단일한 기준으로 환산한 경우 7.6년에 한번 교육을 받는 꼴이 된다.

이는 급변하는 사회환경과 보건복지제도를 고려할 때 제도의 변화를 보건복지인력들

이 제대로 따라가지 못하는 '인력의 지체현상'을 유발하지 않을 수 없다. 그 결과 제도의 의미가 충실히 이행되지 않아 국민의 복지욕구가 충분히 충족되지 않을 것이며 예산이 비효율적으로 집행되는 문제점을 안게 될 것이다. 또한 인력의 소진을 통해 사회복지계 전체 인력의 유실을 초래하게 될 것이다.

따라서 인력에 대한 적극적인 교육체계를 갖추고 이에 대한 재원 배정을 행하여 전문성 및 인권의식을 충분히 발휘할 수 있도록 인력에 대한 개발에 강조점을 두어야 할 것이다.

<표 5> 사회복지관련 인력의 교육주기

관	교육대상	교육기		여타교육기관(C)	계(D)=(B)+(C)	교육주기(단위:년)	
		교육대상인원(A)	개발원(B)			개발원(A)/(B)	전체(A)/(D)
공무원	중앙	4,000	250	200 ¹⁾	450	16.0	8.9
	지방	24,400	4,700 ²⁾	3,700 ³⁾	8,400	5.2	2.9
	(전담공무원)	(8,000)	(900)	-	-	(8.9)	-
	(보건 및 일반행정직)	(16,400)	(3,600)	-	-	(4.5)	-
	민간복지시설	35,000 ⁴⁾	1,620	2,963 ⁵⁾	4,583	21.6	7.6
	총 계	63,400	6,570	6,863	13,433	9.5	4.7

주 : 1) 중앙공무원 교육원 등.

2) 2005년도 '지방분권과 사회복지 연찬회'로 인한 1,000명 제외

3) 각 지방공무원교육원 등.

4) 사회복지기관/단체 가운데 정부의 지원을 받는 곳으로 국한함.

5) 사회복지사협회 및 사회복지협의회, 각 분야별 시설연합회 등에서 행한 교육인원을 개발원의 평균교육일수 4.5일로 조정함.

5) 기타

이외에도 다음과 같은 주요한 개선방안이 있을 수 있다.

- ▷ 사회복지시설의 조직운영의 혁신 방안 제시
- ▷ 사회복지시설의 분야별 적정 규모 및 지역별 적정 배치 제시
- ▷ 사회복지시설 근무교대 방식을 통한 주 7일 근무체제 확보
- ▷ 탈시설화에 대한 중장기 단계별 추진방안 제시 등등.

외국사례를 통해 바라 본 우리나라 사회복지시설 체계의 개편 방향

- 장애인 주거서비스를 중심으로 -

임성만 원장 (장봉혜림재활원)

I. 서론

최근 사회복지시설의 동향은 정상화(normalization)의 원리에 입각한 지역사회 중심의 주거시설로의 전환이 각광(脚光)을 받고 있는 추세이고, 탈시설화(Deinstitutionalization)의 사고로부터 기인된 기존의 수용시설에 대한 부정적 인식과 더불어 최근 장애인 시설에서의 인권유린 사례들이 대중매체에 잇따라 보도되는 등, 사회복지시설들은 그 어느 때보다 부정적인 낙인에 봉착해 있다.

역사적으로 주거배치 서비스는 오갈 데 없는 사람을 보호하는 최후의 수단으로 사용되어 왔고, 사회적 일탈자들에 대한 대응책으로 설계되고 운영되었기 때문에, 사실 이로 인해 나타나는 부정적 결과들은 우리나라뿐만 아니라 서구사회에서도 공통적으로 확인되고 있는 사실이다.

우리나라에서도 이러한 문제들에 대응할 수 있는 변화의 필요성이 제기되고 있지만, 아직 긍정적인 변화를 위한 이렇다할 정책적 대안은 마련되지 못하고 있는 것으로 보인다. 도리어 우리나라의 주거서비스 정책은 긍정적, 발전적 방안으로서의 대안 보다는 부정적, 방어적 대안들이 주도하고 있는 것으로 여겨진다.

- 인권 침해를 어떻게 막을 것인가?
- 어떻게 제도권의 시설로 전환 시킬 수 있을까?
- 투입된 비용의 투명성을 어떤 방법으로 확보할 것인가?
- 시설의 사적 소유 구조를 어떻게 바꿀 것인가?

위와 같은 내용들이 정책의 목표가 되고 있고, 주거서비스의 화두를 접하고 있다.

그러나 불행히도 지난 50여 년 동안의 의식구조와 관행을 대체할 수 있는 적절한 방법을 찾아내지 못했다. 보다 엄밀히 말하면 찾아내지 못했던 것이 아니라 찾지 않았다는 것이 더 적합한 표현일 것이다. 정부의 입장에서 보면 아래와 같은 부담스러운 요소들이 적극적인 개입을 주저하게 만든 배경으로 작용한 것으로 여겨진다.

- 이미 서비스 제공 주체들은 이익집단으로서의 영향력을 확보한 상태이다.
- 정서적으로는 지난 반세기 동안 헌신적으로 자신의 재산을 쏟아 부으면서 열정적으로

장애인을 돌보아 왔던 헌신적인 사람들이 실제로 존재하고 있다.

- 시설의 형성과 변천 역사를 볼 때, 운영법인의 운영시설에 대한 소유권한을 완전히 부정하는 일은 실질적으로 어려운 일이다.
- 근본적인 변화를 기할 수 있는 국가의 재정이 빈약하다.
- 이용자나 이용자 가족의 권리주장은 취약상태이다.

최근 10년 동안에 우리나라에서도 지역사회 중심의 그룹홈 서비스, 사회복지시설 평가 등의 도입으로 변화와 발전을 유도하기 위한 개입이 있었지만, 그러나 이런 방법의 효과는 한계에 이른 것 같다.

- 적극적 열성과 능력을 가지고 있는 상당수의 시설들의 경우에는 현재의 제도적 여건 하에서 발전할 수 있는 최대지점에 이미 도달했고,
- 열성이나 능력이 떨어지는 시설들의 경우에는 그룹홈 서비스나 시설평가, 프로그램 지원사업 등의 우회적 조치에 대해서는 반응하지 않아도 별 문제가 없다고 생각하고 있다.

따라서 이제는 부정적, 방어적 문제제기들을 포함하면서, 근본적이고 장기적인, 그리고 긍정적이고 발전적 차원의 대안 마련이 필요한 시점에 와 있다고 할 수 있다. 특히, 최근에 미신고 시설에 대한 점검과 지원의 필요성이 제기되고 있는 데, 이 문제는 단기적으로 미신고 시설을 지원하는 것으로는 문제 해결이 불가능할 것이며, 근본적으로 다음과 같은 내용의 종합적인 검토가 필요한 시점이라는 판단이다.

- 사회복지서비스 전체와 주거서비스와의 관련성,
- 주거서비스의 기능, 서비스 이용자격과 절차,
- 서비스 질 관리 체계 등

그리고 대안 모색은 세계적이고 보편적인 장애인 주거보호의 변화와 추세를 참고하면서 우리의 현재 조건을 충분히 반영할 수 있어야 할 것이다. 비교적 북유럽 국가들과 미국 등은 주거보호의 변화 추세에서 한발 앞서 있는 편이고, 일본의 경우는 최근 들어 획기적인 전환을 모색하고 있는 중이다.

따라서 본 고에서는 유럽 전반의 변화 추세를 이끌어 가고 있는 영국의 주거보호 서비스와 미국, 일본의 최근 동향을 알아봄으로써, 우리나라의 장애인 주거서비스에 대한 함의를 도출해 보고자 한다.

II. 영국의 경험과 사례

1. 영국 장애인 서비스의 변화과정

1945년 이후에 영국의 장애인을 위한 사회적 서비스를 제공하는 조직과 전달은 불충분한 재원과 장애인은 '보호를 받아야 하는 사람'이라는 전통적인 가정에 의하여 근거하고 있었다(Morris, 1993). 이러한 배경과 더불어 장애인의 주거 배치는 1948년에 제정된 National Assistance Act를 근거로 이루어져 왔는데, 이 법에는 장애나 기타 이유로 대처가 어려운 사람들에게 필요한 지역사회와 거주시설 케어를 제공해야 하는 지방정부의 핵심적인 의무를 규정하고 있다.

그리고 1970년에 Chronically Sick and Disabled Persons (CSDP) Act이 제정되었고, 이 법이 장애인 서비스의 확대와 서비스 전달 과정에서 장애인의 참여를 강조함으로써 영국의 사회정책이 획기적으로 발전할 수 있는 계기를 마련하였다.(Barnes, Mercer & Shakespeare, 2003). 그러나 이 법(CSDPA)에 대한 평가는 아주 상반된 견해로 나타났다. Topliss와 Gould(1981)는 이 법이 장애인의 사회적 권리에 대한 중대한 인식변화가 이루어지는 계기가 된 것으로 평가한 반면, 반대로 Shearer(1981)는 이 법이 실제로는 장애인들은 「무기력하며, 자신들이 필요로 하는 도움이 무엇인지 스스로 결정할 수 없는 사람들」이라는 견해를 강화시켰다고 주장하였다. 그리고 이 법은 장애인들의 문제 해결에 있어 서비스 제공자들의 견해에 의존하도록 하였으며, 따라서 서비스 선택을 위한 장애인들의 역할이 확대되기 보다는 오히려 축소되었다고 주장하였다.

이러한 비판들은 도리어 시설 보호에 대한 대대적인 공격으로 확산되었으며, 이러한 분위기에서 장애 당사자들도 대규모 시설 생활에 대하여 비판하는 분위기가 높아져 장애인들도 일반적인 지역사회 생활로의 재배치를 요구하게 되었다.

또한 이 시기에 장기거주 대형 시설의 해로운 결과를 입증하는 연구들이 쏟아져 나오기 시작하였으며, 대규모 시설에서의 생활은 거주자들에게 비인간적인 경험을 강요한다는 비판이 제기되었다. 그리고 대형시설 중심의 서비스가 지역사회에서의 지원을 통한 서비스 보다 비용이 더 많이 소요된다는 주장이 제기되면서 정책결정자들은 지역사회보호로 정책 방향을 본격적으로 전환하게 되었다. 이러한 사회적 분위기는 결국 장기 병동이나 대형시설에 거주하는 사람들의 수를 획기적으로 감소시키기 위한 그랜드 플랜(Grand Plan)으로 이어지게 되었다.(Barnes, Mercer & Shakespeare, 2003).

장애인에 대한 지역사회보호를 요구하는 주장은 1970년대와 1980년대 초반에 걸쳐서 집중적으로 제기되었다.

지역사회보호(Community Care)는

- 정치가들에게는 유익한 정치적 수사(rhetoric)가 되었으며,
- 학자들에게는 시설보호를 공격하는 무기가 되었으며,
- 공무원들에게는 시설보호에 대한 저렴한 비용의 대안이 되었다.

그러나 사회서비스국의 입장에서는 고조된 대중적 기대와 기대를 충족시키는데 턱 없이 부족한 재정으로 인해 지역사회보호는 악몽과 같은 존재가 되었다(Jones, Brown & Bradshaw, 1978).

그러나 지역사회보호를 통하여 어떤 서비스가 전달되어야 하는지, 그리고 누가 서비스를 전달하여야 하는지에 대해서는 여전히 불분명한 상태에 있었으며, 지역사회 보호를 위한 가시적인 서비스들은 제시되지 못한 상태에서 실제로는 많은 경우에 가족과 친척들에 의한 보호를 요구하는 압력으로 작용하였다.

더구나 1980년대 중반 이후에 시설보호 노인들의 보호에 소요되는 경비를 중앙정부의 사회보장예산에서 지급하는 보충급여제도로 인하여 민간거주시설로 옮기는 노인의 수가 급증하였다. 물론 이 시기 동안에 비 노인 장애인들이 지역사회로 이동할 수 있도록 하는 소규모 시설들이 많이 만들어지기는 했지만, 많은 사람들은 시설에 입소하는 방법 이외에는 별다른 대안이 없는 상태가 지속되었고, 장애인이나 일반노인들의 경우에는 여전히 전통적인 시설에 의존할 수밖에 없었다.

이런 문제점들이 감독기관에 의해서 제기되었고(Audit Commission, 1986), 이 문제에 대한 대안을 마련하기 위하여 Griffiths Report(1988)가 발간되었고, 이를 토대로 정부는 1990년에 National Health Service and Community Care Act(NHSCCA)을 제정하게 된다. 이 법은 3년 동안 정부의 입법의도를 지방정부에 전달하기 위한 수많은 지침들을 마련하는 과정을 통해 1993년부터 실행되었는데, 이 법에서는 공공, 민간, 봉사 조직들을 서비스 공급 시장으로 흡수하는 시장 접근을 채택하고, 시설보호를 증가시키는 요인이 되었던 시설보호에 대한 보충급여를 폐지하고, 서비스 이용자의 선택권을 증진시키고 서비스의 책임성을 높이기 위한 방안들을 채택하고 있다(Barnes, Mercer & Shakespeare, 2003).

이 법에 의해서 사회서비스의 핵심적인 책임은 이제 지방정부의 사회서비스국에 부여되었으며, 서비스 실행은 Care Management 체계에 의하도록 하였다. 이 체계에 의해서 서비스가 필요한 장애인들은 누구나 지방정부 사회서비스국에서 지명한 Care Manager에 의한 사정을 거쳐야 하며, 사정 결과에 따라 지역사회 서비스나 거주보호서비스를 받게 되는 체계로 전환되었다(Payne, 1995).

2. 지역사회보호와 주거보호

1) 지역사회 보호의 구조

1990년 National Health Service and Community Care Act(NHSCCA)의에 의한 영국 지역사회보호의 핵심적인 특징은 다음과 같다.

첫째, 서비스 이용자가 자신들의 서비스에 대한 통제권을 행사할 수 있도록 하기 위한 소비자주의 접근에 기초하고 있다는 점이다. 이용자가 적극적인 선택자로서의 소비자주의 접근을 실현하기 위하여 유사시장(quasi-market)이라고 불리는 새로운 서비스 제공

체계를 도입하였으며, 그리고 실제로 경쟁을 유도하기 위하여 민간 영리조직이 사회적 보호시장에 참여할 수 있도록 지원하였다.

즉, 서비스의 폭을 확대하면서 소비자 선택을 넓히는 것이 사회서비스국의 책임이 되었으며, 사회서비스국은 직접 서비스도 제공해 왔던 과거의 방식을 탈피하여 서비스를 관리하는 역할에 집중적인 비중을 두도록 하였다.

둘째, 서비스 전달에 관련된 책임과 권한을 대대적으로 지방정부에 이양하였다. 그리고 이에 따라 지방정부는 명료한 지역사회보호 서비스 발전계획을 만들고 발표해야 하는 책임을 가지게 되었다.

셋째, 사정받을 권리에 대한 인정과 양질의 서비스를 제공하기 위한 케어-매니지먼트 체계를 도입하였다. 이용자들은 보건기관이나 기타 기관들과의 협조를 통하여 자신들의 서비스를 계획하고, 이런 서비스들에 대한 개인들의 욕구를 사회서비스국에 의뢰하는 과정을 거치게 되는데, 사회서비스국은 서비스가 필요한 모든 사람들을 케어매니지먼트 체계에 의해 사정함으로써 지역사회서비스를 선택할 수 있도록 돕는 책무를 부과 받게 되었다. (※영국의 경우 지역사회보호 체계에는 주거시설 케어도 포함하고 있다.)

넷째, 최근에 시행되기 시작한 직접 지불(direct payment)에 관한 것인데, 이용자나 보호자에게 서비스가 아닌 돈이 지급될 수 있도록 하였다.

2) 지역사회보호 서비스 내용

1990년 NHSCCA의 s.46(3)에 근거한 관련 입법들의 내용을 통해 지역사회보호의 내용을 살펴보면 다음의 것들을 제공하거나, 지불하거나, 조정하는 일로 요약된다.

- (a) 노인, 약자, 장애인, 빈곤자 등을 위한 거주시설 배치
- (b) 장애인을 위한 케어 서비스와 고용 지원 서비스
- (c) 정신병원에서 퇴원한 사람들을 위한 케어 서비스
- (d) 노인을 위한 복지서비스
- (e) 어린 아동의 어머니를 위한 서비스

3) 지역사회보호 서비스의 과정

(가) 지역사회 차원에서의 계획수립

NHSCCA의 s. 46은 모든 지방정부는 자기 지역에서 지역사회보호 계획을 발표하고, 정기적으로 이를 보완하도록 하고 있다²⁾. 관계 부처 장관은 최소한 연 1회 이상 이 계획이 이루어지도록 지도할 의무가 있다. 이 계획은 지역보건기관(예를 들어 병원 서비스), 가족보건 서비스 기관, 관계된 민간 조직, 주택국, 주택협회, 기타 관련 기관들과의 자문

2) NHSCCA의 s. 46에서 s.는 section을 의미하며, 우리 법체계와 비교해서 보면 46 조라고 할 수 있다. 이 조항에서는 지역사회보호 서비스와 관련된 지방정부의 핵심적인 의무, 관련기관과의 협력, 지방정부와 지역사회보호서비스에 대한 법적 정의 등을 규정하고 있다. 따라서 이 조항은 영국의 지역사회보호에서 가장 자주 언급되는 규정이다.

과 조정을 거쳐야 한다.

이런 계획을 수립하게 하는 이유는 지방정부가 계획을 먼저 세우고, 그 계획에 원하는 사람을 배치하고자 하는 것이 아니라, 지역의 소수 사람들이 특정 서비스에 대한 특별한 욕구를 가지고 있는 경우에도 그 내용이 계획에 포함될 수 있도록 하기 위함이다. 다양한 욕구를 충족시키는데 필요한 융통성의 문제는 국의 조정 기능과 함께 다양한 서비스 제공자들을 활용하여 해결하도록 하고 있다.

(나) 개별 서비스 이용자에 대한 사정

사회서비스국은 관련된 조직의 지원을 받아서 지역의 모든 취약한 사람들의 욕구를 사정해야 한다. 장애인의 경우를 제외하면(Chronically Sick and Disabled Persons Act(CSDPA) 1970, S. 1), 사정 받은 사람들이 모두 등록되는 것은 아니다. 그러나 사정 관련 전체 기록을 보관하는 것은 권장하는 일이다.

아직도 유효하게 적용되고 있는 Circular³⁾ LAC(92)12의 Housing and Community Care에서는 사정은 개인이 직면하고 있는 어려움들에 초점을 맞추어야 하며, 다음의 요소들을 고려할 것을 요구하고 있다.

- (a) 할 수 있는 것/ 할 수 없는 것
- (b) 선호와 열망
- (c) 현재의 생활 상태
- (d) 친척이나 친구로부터의 지지
- (e) 기타 도움의 원천들

사정은 사회서비스국의 전문 사정자에 의해서 수행된다. 여기서는 욕구 중심의 접근이 이루어져야 하며, 실제로 어떤 서비스를 받을 수 있는가의 문제에 제한되어서는 안 된다. 사정에 대한 보다 최근의 지침은 LAC (2002)13의 Fair Access to Care Services에 포함되어 있다. 이 지침에 의해서 카운슬은 사회적 보호를 원하는 모든 성인들에 대하여 딱 한 가지의 적격성 결정 기준을 사용해야 하는데, 이는 사람들이 도움을 받아야 하는지 아닌지에 대한 것이다.

각 카운슬은 적격성 기준을 확립해야 한다. 중앙정부의 Circular에서는 적격성 기준들은 카운슬에 따라 다를 수 있으며, 적격성 기준을 결정하는 데 카운슬의 자원이 고려되어야 한다는 점을 인정하고 있다. 사정은 특히 서비스 이용자의 자율성, 건강과 안전, 일상적인 일을 처리하는 능력, 가족생활, 지역사회에 참여하는 능력 등을 고려해야 한다.

3) Circular는 '회람'한다는 의미로, 우리말로 하면 '공문' 정도로 번역하면 될 것이다. 중앙정부가 정책의 구체적인 집행 방법과 관련된 쟁점들을 공문의 형식으로 관계 기관에 송부하는 데, 각 공문에는 업무영역(예를 들어 LAC: Local Authority Circular)과 발행연도, 일련번호가 부여된다. Circular는 보건부의 홈페이지에서 구체적인 내용을 열람할 수 있도록 되어 있다. 정부에서 공식적으로 발행하는 다른 형식의 문서는 Guidance라는 것이 있는데, 이것은 우리말로 '지침' 정도로 이해하면 되지만, 우리나라의 중앙정부에서 매년 1회 발행하는 지침에 해당하는 '장애인복지사업 안내'와는 아주 다른 것이다. 이것은 예를 들면 사회서비스국에 소속한 사회복지사가 사정을 수행할 때 어떤 기준과 절차를 가지고 해야 하는지에 대하여 별도의 매뉴얼을 제공하고, 이 매뉴얼을 Guidance라는 이름으로 지방정부에 배포한다.

서비스에 대한 욕구는 다음 네 가지 종류 중에 하나로 범주화 되어야 한다. 이 범주들은 아주 중요(critical), 중요(substantial), 보통 수준(moderate), 낮은 수준(low) 등이다. 그 후에 서비스가 제공되어야 하는가에 대한 결정은 카운슬에서 한다. 어떤 카운슬은 욕구가 중요한(substantial) 것일 경우에 서비스를 제공하고, 또 어떤 카운슬은 아주 중요한(critical) 것일 경우에만 서비스를 제공한다(Brayne & Carr, 2003). 정부의 Circular에서는 이런 방식을 인정하고 있다.

(다) 서비스 제공

사정은 NHSCCA의 s. 47의 규정에 의해서 피해갈 수 없는 필수적인 일이다. 그러나 어느 정도까지 욕구가 충족되어야 하는가는 지방정부가 그 욕구를 충족시키는 권한과 의무를 가졌는가에 달려있다. 만약에 권한이 있다면 지방정부는 재량권을 가지게 된다. 이 재량권은 인권을 침해했거나, 정부의 정책방향을 무시했거나, 서비스 제공 결정이 사정된 욕구를 충족할 수 없는 경우 등의 문제가 발생하지 않는 한 폭넓게 존중될 수 있다. 그러나 사회서비스국에 사정된 욕구를 충족시켜야 하는 법령상의 의무가 있는 경우에는 재량권의 여지가 없으며 욕구는 충족되어야 한다(Brayne & Carr, 2003).

그래서 사정 결과에 따라서 잠재적인 서비스 이용자들에게 제공될 수 있는 서비스와 제공되어야 하는 것이 어떤 것인지 확인하는 것이 필요하다. 법과 정부지침에서는 여기에 관련된 보다 구체적인 내용들이 제시되어 있다. 지역사회보호체계에 포함되는 서비스에 대한 설명은 NHSCCA의 s. 46(3)에 제시되어 있다. 아래에 제시되어 있는 지역사회보호의 각 서비스에 관련된 권한과 의무는 NHSCCA가 아닌 관련 법률에 각각 규정되어 있다.

- (a) 신체적 혹은 정신적 장애를 가진 사람들에 대한 지원 서비스(NAA)
- (b) 노인을 위한 지원 서비스(HSPHA)
- (c) 임산부와 양육모를 위한 지원 서비스(NHSA)
- (d) 질병 예방과 질병을 앓은 후의 후속 케어를 위한 지원 서비스(특히 정신질환, 약물 중독, 알코올 중독) (NHSA and MHA)
- (e) 필요한 사람들에 대한 가정 지원(home help)과 세탁 서비스 (NHSA)
- (f) 연령, 질병, 장애, 또는 기타 환경으로 인하여 주거배치가 필요한 사람들에 대한 주거배치서비스 (NAA)
- (g) s. 46에 나열되어 있지는 않지만, 16세나 그 이상의 보호자의 욕구로 인정될 수 있는 서비스 (CDCA)

지역사회보호는 대체로 서비스 그 자체에 의해서가 아니라, 서비스를 필요로 하는 사람들의 유형에 의해 정의된다. 위의 항목들에서 보면 지역사회보호를 필요로 하는 사람들에 대한 정의는 광범위한 것으로 보인다. 그러나 모든 취약한 사람들을 포괄하고 있는 것은 아니다. 특히, 아동의 욕구의 경우에는 5세 이하 아동의 어머니에게 제공되는 간접적인 서비스와 16세 이상의 보호자에게 직접 제공되는 서비스를 제외하면 지역사회보

호 입법에 포함되는 서비스가 아니다. 아동의 욕구는 아동법에 의해서 충족되도록 되어 있다. 그런데 1989년 아동법 S. 17에 의해서 욕구를 가진 아동이면서 동시에 사회적 서비스의 대상이 되는 보호자인 경우는 중복적으로 적용된다(Brayne & Carr, 2003).

4) 서비스 전달체계: 사회서비스국과 NHS

사회적 서비스 제공을 책임지는 중앙부처는 보건부이다. 그리고 국가서비스 틀(The National Service Framework)⁴⁾에 의하면, 지방정부의 사회적서비스와 NHS의 보건서비스에 있어서 법령상의 의무를 가진 집단은 사회서비스국과 NHS로 정하고 있다. NHS는 직접적인 중앙정부의 책임에 속하는 반면에 지역사회보호는 선거에 의해서 구성되는 지방정부에 의해서 제공된다.

개인의 케어 욕구는 사회적 보호나 건강보호의 어느 한 범주에 항상 들어맞는 것은 아니다. 이런 경우에 누가 서비스를 제공해야 하는가? 그리고 누가 비용을 지불해야 하는가? 1977년의 National Health Service Act(NHSA)의 s. 1(1)에 의해서 NHS는 '사람들의 신체적, 정신적 건강을 개선하고 질병의 예방, 진단, 치료를 위한 포괄적인 건강서비스'에 대하여 비용을 부담하는 것으로 되어 있다. 구체적인 의무는 의료, 치과, 간호, 응급이송 서비스, 어머니와 아동을 위한 케어, 예방적 및 사후 케어 서비스, 병원의 제공 등이다. 보건기관과 지방정부는 보건과 복지를 증진시키고(NHSA, s. 22), 퇴원한 정신장애인들의 사후 케어를 제공하기 위하여(Mental Health Act, s117) 협력하여야 하는 법적인 의무를 가지고 있다.

NHSA의 Schedule 8⁵⁾에서는 어머니와 어린아동, 질병의 예방, 케어, 사후 케어 등에 관련하여 지방정부에 광범위한 권한을 부여하고 있다. 이런 서비스들은 또한 보건서비스의 법령상의 의무에도 포함되어 있다. 이 점 때문에 노인이나 허약자들이 병원에서 거주시설보호로 옮기는 경우에 이를 둘러싼 쟁점이 제기된다. 누가 책임을 져야 하는가? Circular 99 (30)에서는 NHS는 장기적인 건강보호욕구에 대한 책임을 계속 가지며, 어떤 환자도 사회적 서비스와 NHS 서비스 사이의 사각지대에 빠져서는 안 된다는 점을 분명히 하고 있다. 2003년의 The Community Care(Delayed Discharge) Act에서는 병원에서 환자들이 안전하게 퇴원할 수 있도록 하고, NHS와 지방정부가 공동으로 보호자와 함께 욕구를 사정하기 위하여 보건기관은 지역사회보호가 필요할 것으로 보이는 사람들에 대해서 사회서비스 부서에 고지하도록 하고 있다. 환자의 퇴원을 지연시키

4) 이것은 법률은 아니고 보건부의 지침에 해당하는 것인데, 서비스의 핵심적인 기준들을 설명하는 문서들이다. 지금까지 노인, 정신장애 등의 영역에 대하여 발행된 바가 있으며, 이 지침들은 지방정부와 NHS에 공히 적용된다. 예를 들어 노인 서비스에 대한 Framework에서는 서비스 수행의 8가지 핵심기준을 제시하고 여기에 대한 세부 내용은 www.dh.gov.uk/PolicyAndGuidance/HealthAndSocialCareTopics/OlderPeoplesServices/fs/en에서 확인할 수 있다.

5) 법의 본문에서 기술하기 어려운 구체적인 내용들을 법령의 말미에 별도로 제시한 것들을 지칭하는 것으로 우리나라 법의 '부칙' 정도에 해당하는 것이다. NHSA의 Schedule 8에서는 국민보건서비스와 깊은 관련이 있는 어린이와 그 어머니의 모성보호, 예방과 케어 및 사후 케어, 가정방문 지원 및 세탁 서비스 등에 관한 Local Social Services Authorities의 역할에 대하여 규정하고 있다.

는 요인이 되는 적절한 서비스 제공의 실패는 NHS가 사회서비스 부서에 돈을 넘겨주는 것과 같은 결과가 될 수 있다⁶⁾. 이 점은 협력을 유도하는 동인이며, 또한 다른 사람들보다 퇴원한 환자들에게 우선순위를 두게 하는 유인책이 되기도 한다.

중요한 문제들은 서비스 이용자들이 NHS와 지방정부 사이의 공백지대에 빠지게 될 때와 누가 비용을 지불해야 하는가에 대하여 합의가 이루어지지 않을 때 발생하는 것 같다. 건강보호 욕구와 사회적 보호 욕구 사이의 구분선을 긋기 어렵기 때문에 이런 이의 제기는 불가피한 일이다. 그러나 보다 중대한 쟁점은 공동으로 계획하는 일과 관련된 것이다. 1999년 Health Act의 ss. 28-31은 지방정부는 지역의 건강증진프로그램(Health Improvement Programmes)을 위하여 지역 보건기관과 협력하도록 하고 있다. 이 법은 공동의 목표를 달성하기 위하여 자원을 공유하는 것이 가능하도록 하며, 더 나아가 이를 권장하고 있다. 이렇게 해서 케어 서비스는 공동으로 비용조달이나 서비스 제공이 이루어지거나 혹은 어느 한쪽에 의해서 서비스가 제공되고 다른 쪽에서 비용을 조달하는 것이 가능하다. 이러한 협력에 관한 조정의 구체적인 지침은 Implementation of Health Act Partnership Arrangements, LAC (2000) 9에 포함되어 있다.

5) 직접 지불(Direct payments)

2001년 HSCA의 s. 57과 함께, 1996년 Community Care (Direct Payment) Act와 2003년 Community Care, Services for Carers and Children's Services (Direct Payments) (England) Regulations의 No 762는 지방정부가 지역사회보호 서비스를 구입하는 비용의 전부 또는 일부를 장애인 또는 그의 배우자, 동거자, 같이 사는 친척에게 직접 지불할 수 있도록 하였다. 그러나 현금을 지불할 수 있는 이런 권한은 일시보호와 같이 기간이 4주 이하가 아니면 거주배치의 경우에는 적용되지 않는다.

정부 지침(Community Care (Direct Payment) Act 1996 Policy and Practice Guidance, introduction, paragraph 2)에 제시되어 있는 철학은 다음과 같다.

『돈과 케어 패키지에 관련된 일상적인 통제권은 필요한 서비스에 적절하게 돈을 사용하는데 가장 큰 동기를 지닌 당사자들에게 넘겨주는 것을 원칙으로 하며, 이 당사자들은 사용 가능한 자원을 욕구에 어떻게 조화시킬 것인가를 판단하는데 가장 적절한 위치에 있다고 전제한다.

직접 지불 기제를 새로 시작할 때, 지방정부는 다른 종류의 장애를 가진 사람들, 다른 민족적 배경을 가진 사람들, 다른 연령의 사람들을 어떻게 포함할 것인지를 생각해야 한다. 그들은 높은 강도와 낮은 수준의 서비스, 장기적인 것과 단기적인 서비스 제공 모

6) 여기서 보건기관과 사회서비스기관 사이의 재정관계에 관련된 세부적인 서비스들을 설명하기는 어렵다. 여기에 대한 개괄적인 내용을 살펴보는 데는 세 개의 circular가 유익하게 참고가 될 수 있다. 이것들은 LAC 95(5), NHS Responsibilities for Meeting Continuing Health Care Needs, HSG (95)45, Arrangements between Health Authorities and NHS Trusts와 LAC 99(30) 등이다. 추가적으로 2001년의 Health and Social Care Act에 의해서 NHS는 간호서비스를 포함하여 서비스를 제공하도록 되어 있으며, 이는 사회적 서비스 영역의 책임이 아니다.

두에서 직접 지불에 의한 서비스 제공이 원활하게 이루어질 수 있도록 하는 방안과 어떻게 하면 직접 지불이 예방적이면서 재할적인 전략으로 통합될 수 있는지에 대하여 다양하게 생각해 보아야 한다. 정부는 지방정부들이 직접 지불을 보다 광범위하게 사용하기를 원한다.』

그러나 이 법은 개인들이 서비스 대신에 돈을 받도록 강요하지는 않으며, 또한 지방정부가 모든 요구에 대해서 직접 지불하도록 강요하지도 않는다⁷⁾. 직접 지불은 서비스 이용자가 MHA상의 보호를 받고 있거나 지역사회 재활 명령과 같이 범죄 재판에 따라서 서비스 제공이 이루어지는 경우에는 적용될 수 없다. 서비스 이용자가 지역사회보호나 보호자를 위한 서비스를 필요로 하는 것으로 사정되고, 직접 지불에 동의하며, 혼자서 또는 다른 사람의 도움을 받아서 직접 지불을 관리할 수 있는 경우에 지방정부는 직접 지불을 하여야 한다. 여기서 '다른 사람'에는 직접 지불을 다루는 특수한 목적으로 설립된 혼자 사는 이용자 위탁 단체(independent user trust)도 포함될 수 있다(Brayne & Carr, 2003). 그리고 지침에서는 직접 제공과 직접 지불을 혼합해서 사용할 수 있도록 규정하고 있다.

6) 지역사회 보호와 주거보호와의 관계

욕구사정에 관한 보건부의 정책지침(The Department of Health's Policy Guidance on Assessing Need)의 3.24에서는 '서비스 제공은 가능한 수준까지 일반적인 생활을 유지하거나 회복하도록 해야 한다.'고 하고 있으며, 개인을 돕는 서비스의 우선순위의 순서는 다음과 같이 제시되어 있다.

- (a) 기본적으로 클라이언트가 자기 집(원래의 가정)에서 살 수 있도록 지원한다.
- (b) 보다 적절한 주거 장소로 이동한다.
- (c) 다른 일반 가정집으로 이동한다.
- (d) 거주보호시설(residential care)로 이동한다.
- (e) 요양원(nursing home)으로 이동한다.
- (f) 장기병동에 입원한다.

3. 주거보호 서비스

1) 주거보호 근거 법령

거주 배치는 1948년에 제정된 National Assistance Act에서 거주배치서비스 제공에 대한 지방정부의 의무(Duty of local authorities to provide accommodation)를 규정하고 있는 s. 21에 의해서 이루어지며, 이 규정은 이 법의 Part III에 포함되어 있다고 해

7) 이 제도에 대한 이용자를 위한 안내는 www.doh.gov.uk/directp.htm에서 확인할 수 있다.

서 흔히 Part III로 언급된다.⁸⁾

s. 21이 적용되는 요구조건은 주거배치가 제공되지 않는 경우에 서비스 이용자가 생활하기 어려운 경우이다. s. 21이외에 주거배치를 제공할 수 있는 다른 두개의 근거법령이 있는데, 여기서는 서비스 이용자가 생활하기 어려운 경우라는 조건을 요구하지 않는 데, 이를 살펴보면 다음과 같다(Brayne & Carr, 2003).

첫째는 NAA, s. 29상의 장애인 클라이언트에 관한 내용인데, 이 규정에 의하여 지역사회에서의 지원 서비스 외에도 사람들을 보호, 훈련, 고용할 수 있도록 하는 숙박시설 배치 서비스와 휴일 거주보호 시설을 제공할 수 있다.

둘째는 정신질환자나 신체질환 클라이언트의 경우인데, 이 경우에 사회서비스국은 질병의 예방이나 질환자의 보호나 사후보호를 위하여 거주배치 서비스를 제공할 수 있다 (NHS, Schedule 8; DoH Circular LAC (93) 10).

Part III상의 거주배치 서비스를 제공할 의무에 대해서 NAA s. 21은 다음과 같이 규정하고 있다.

『지방정부는 중앙정부 장관의 동의하는 경우에, 그리고 일정 수준까지는 독립적으로 다음의 서비스를 제공하기 위한 조치를 할 수 있다』

·연령, 질환, 장애 또는 기타 상황에 의하여 케어와 시중이 필요하고, 다른 방법으로는 케어와 시중을 받을 수 없는 18세 이상의 사람에 대한 거주 배치 서비스

·케어와 시중이 필요하고, 다른 방법으로는 케어와 시중을 받을 수 없는 임신부와 신생아의 어머니에 대한 거주배치 서비스'

Part III 거주배치 서비스는 병원에서 퇴원한 사람들과 특히 관련이 높는데, 주로 퇴원한 이들이 아직 지역사회에서 살 준비는 되어 있지 않지만, 그들의 욕구가 더 이상 일차적인 의료서비스를 필요로 하지 않는 경우를 말한다.

또한 s. 21은 연령, 정신적 또는 신체적 무능력 등의 이유로 집에서 생활하기 어려운 사람들도 포괄하고 있다. 여기서 □□집에서 생활하기 어렵다.□□라고 말하는 경우는, 도움

8) 사정을 통하여 주거서비스가 필요한 것으로 판단된 사람들이 실제로 서비스를 받을 수 있게 되는 조건들을 순서에 따라 따져보면 다음과 같다(Clements, 2004: Diagram 5 - Care home entitlement).

1. 최근에 MHA의 규정에 의해서 강제 수용된 적이 있는가? 아니오.
(예인 경우는 MHA상의 무료 거주 서비스 대상이 됨)
2. NHS로부터 보호를 받을 만큼 심각한 질환을 갖고 있는가? 아니오.
(예인 경우에는 NHS상의 무료 병원 입원 대상이 됨)
3. 18세 이하인가? 아니오.
(18세 이하인 경우에는 Children Act에 의한 시설보호가 이루어짐)
4. 집과 개인저축을 합한 금액이 2만 파운드 이상인가? 아니오.
(2만 파운드 이상의 재산을 가지고 있고, 이 사람을 대신해서 적절한 거주지를 찾아 줄 수 있는 사람이 있는 경우에는 사회서비스국은 조연만을 제공할 의무가 있으며, 그런 사람이 없는 경우에는 사회서비스국이 적절한 거주할 시설을 찾아주어야 함)
5. 개인의 전체 소득에서 필수적인 개인 지출 비용을 제한 금액이 거주보호 비용보다 높은가? 아니오.
(거주보호 비용보다 높은 경우에는 재산 기준의 경우와 동일하게 보호자의 존재 여부에 따라 서비스 대상 여부가 판단됨)
6. 사회서비스국은 위와 같은 조건에 따라 거주 장소를 선택할 수 있도록 하는 조치를 취하여야 함.

을 받는 경우에도 대처하기 어려운 경우를 말한다. 만약에 가족, 친구, 사회적 서비스 또는 민간 기관으로부터 대처할 수 있을 만큼의 충분한 도움을 받고 있는 경우에는 이 정의는 적용되지 않는다. 주거보호는 가정이나 다른 가구에서의 지지가 불가능한 경우에만 사용될 수 있다.

따라서 Part III의 주거배치 서비스는 지역사회에서 생활을 유지할 수 있는 다른 대안이 있는 경우에는 제공될 수 없다. 그렇다고 이것이 가족은 어떤 희생을 치르더라도 어려운 친척을 지원해야 함을 의미하는 것은 아니다. 이 법은 단지 케어를 받고 있지 않고 있다는 점을 서술하고 있을 뿐이다. 만약에 보호자의 위치에 있는 사람이 케어의 제공을 거부하는 경우에 케어를 강요할 수는 없도록 되어 있다(Brayne & Carr, 2003). 그러나 경제적 능력에 대한 사정을 통하여 비용의 일부 또는 전부에 해당하는 비용을 부과할 수 있다.

2) 주거배치 서비스의 내용

보건부의 Circular LAC (93) 10에서는 s. 21의 기준을 만족하고 이 욕구를 가진 사람이 지방정부의 행정구역 내에 거주하는 경우에 사회적 서비스 부서에서는 주거배치 서비스를 제공해야 한다고 하고 있다. 그리고 만약에 욕구가 급한 경우에는 그 사람이 보통 때는 다른 지역에 사는 사람이라 하더라도 주거배치 서비스를 제공해야 한다. 보통 때 다른 지역에 사는 사람의 욕구가 급한 것이 아닐 경우에는 지방정부는 재량에 의해서 주거배치 서비스를 제공할 수 있다.

Part III에 의해서 주거배치가 이루어진 경우에, Circular에 의해서 필요한 복지서비스가 지원되어야 한다. 복지서비스에는 위생에 대한 적절한 지도, 의료적 돌봄, 아픈 동안의 간호 등이 있다. 그리고 지방정부가 필요할 것으로 생각하는 기호 활동과 필수 활동에 관련된 서비스도 지원되어야 하는데, 여기에는 음식제공, 청소, 레크리에이션 등이 있다. 그리고 이 외에도 필요한 것으로 판단된 것은 무엇이든 제공되어야 한다.

지방정부는 직접 주거서비스를 제공할 수도 있고, 아니면 지방정부가 주거서비스를 제공하기 위해 상업조직이나 민간조직을 활용할 수도 있다.

보건부의 LAC (92) 27: National Assistance Act 1948 (Choice of Accommodation) Directions 1992에서는 'NHSCCA의 s. 47에 의한 사정을 실시한 결과 NAA s. 21에 근거해서 주거배치 서비스가 필요한 것으로 판단한 경우에 지방정부는 당사자가 선호하는 거주 장소(preferred accommodation)에 배치될 수 있도록 하여야 한다.'고 규정하였다. 즉, 지방정부는 아래의 기준에 부합하는 경우에만 당사자가 선호하는 주거장소에 배치하여야 한다.

- 당사자가 선택한 주거지가 사정된 욕구에 부합하고,
- 소요비용이 사정된 욕구의 충족에 통상 예측되는 수준보다 높지 않고,

·원하는 곳에 배치될 수 있는 빈 자리가 있고,
·NAA의 Part III에 정한 기준에 부합하는 경우
그리고 거주자나 가족이 사회서비스국이 표준으로 정한 것 보다 높은 수준의 거주 장소에 배치되기를 원하는 경우에는 지방정부에 추가 비용을 지불해야 한다.

3) 주거 서비스 시설의 등록과 감시

질병, 정신장애, 장애, 알코올과 약물의존 등에 대한 주거시설 보호를 제공하는 시설을 만드는 경우에는 반드시 등록을 해야 한다. 이 점은 사립의 민간 거주 홈 뿐 아니라 지방정부가 운영하는 거주 홈도 마찬가지로 적용된다. 등록은 National Care Standards Commission에서 관장한다. 케어 홈으로 등록하지 않은 경우에는 범죄가 성립된다(Brayne & Carr, 2003).

등록은 신청 시설이 2000년의 Care Standard Act(CSA)의, s. 22에 있는 기준을 충족하는 경우에 받아들여져야 하며, 기준들은 관리, 직원채용, 시설, 기록 유지, 훈련, 재정 등의 내용을 포함하고 있다.

담당위원회는(Commission)은 관리자가 등록에 관계되어 있는 일을 위반하여 유죄판결을 받은 경우나, 또는 거주 홈이 필수적인 요구조건을 준수하지 못한 경우에는 등록을 취소할 수 있다. 이 법률의 s. 20에서는 행정법원(local magistrates' court)이 응급하다고 판단한 경우에는 즉각적으로 등록의 취소를 명할 수 있도록 하고 있다. 그리고 위원회(Commission)는 건물과 기록을 조사할 수 있는 권한을 가지고 있다.

4. 서비스 비용

1) 지역사회보호 서비스 비용

NHS에 의해 제공된 서비스는 무료이다. 그러나 사회서비스국은 두 가지 경우를 제외하고는 1983년의 Health and Social Services and Social Security Adjudications Act 의, s. 17에 관계된 서비스의 전부 또는 일부에 대하여 요금을 부과할 수 있다(Brayne & Carr, 2003). 두 가지 예외는 감금시설에서의 퇴원한 정신질환자의 사후보호와 지역 사회보호에 대한 상담과 욕구사정이다.

비용에 대한 국가적으로 통일된 비율은 정해진 것이 없다. 요금은 합리적이어야 하며, 서비스를 제공하기 전에 서비스 이용자들에게 얼마의 비용이 부과될 것인지를 알려주고, 그리고 자산조사를 포함하여 요금 정책에 대한 모든 정보를 제공하는 것이 권장된다. 그리고 서비스 이용자 집의 부분적 개조, 장비의 지급은 Community Care (Delayed Discharges etc.) Act (Qualifying Services) (England) Regulation 2003에 의하여 무료로 제공되어서는 안 된다.

서비스는 비용을 지불하지 않는다는 이유로 철회되어서는 안 되며, 그 채무는 별도의 문제로 법원을 통하여 해결해야 한다. 서비스가 민간이나 상업적 기관에 의해서 제공된 경우에, 그 개인이 부담할 수 있는 것으로 사정된 액수만큼은 개인이 부담하고, 지방정부가 그 부족분을 부담한다. 요금에 대한 구체적인 지침은 보건부의 Circular 2001 (32), Fairer charging policies for home care and other non-residential social services-guidance for councils with social services responsibilities에 제시되어 있다.

2) 주거배치 서비스 비용

주거배치 서비스의 제공은 욕구가 인정된 경우에는 강제사항이다. 따라서 이 서비스에 대한 개인의 권리는 비용을 부담시키려는 지방정부의 어떤 결정에 의해서도 제한되지 않는다. 지역사회보호 서비스와 마찬가지로 이용자가 비용을 지불하지 않는 경우는 별도의 채무를 이행시키는 문제이다.

원칙적으로 체계는 아주 간단하다. 요금체계는 개정된 NAA s. 21에 의한다. 만약에 어떤 사람이 거주보호가 필요한 것으로 사정되지 않았다면, 이 사람에 대한 모든 서비스는 개인적으로 지불해야 한다. 사회서비스국이 주거서비스가 필요한 것으로 개인을 사정했다면, 지방정부는 직접 서비스를 제공하거나 사립이나 민간 기관으로 등록된 거주 홈에 전체 비용을 먼저 지불한다. 그러나 그 비용은 s. 22에 의해서 개인이 부담할 수 있는 것으로 사정된 액수만큼을 서비스 이용자로부터 받아야 한다. 사정을 통하여 전체 비용을 이용자에게 부담시킬 수도 있으며, 요금을 매기는 것은 지방정부의 권한과 책임에 속한다(Brayne & Carr, 2003)9).

의료나 간호 케어와 관계된 케어의 모든 요소들은 NHS에 의해서 무료로 제공되어야 한다. 따라서 여기에는 비용이 부과될 수 없다. 여기에 더하여 Community Care (Delayed Discharges etc.) Act (Qualifying Services) (England) Regulation 2003에서는 서비스 이용자가 집으로 돌아갈 수 있도록 하기 위하여 제공되는 6주 이하의 거주

9) 거주서비스에 대한 비용을 산정하는 과정을 순서에 따라 간단히 따져보면 다음과 같다(Clements, 2004: Diagram 8 - Charging for care home accommodation).

1. NHS 또는 MHA에 의한 거주보호의 대상인가? 아니오.
(어느 하나의 대상이면 무료 거주서비스를 받게 됨)
2. 18세 이하인가? 아니오.
(18세 이하인 경우는 Children Act에 의해서 요금이 산정됨)
3. 현재 자신의 집에 거주하고 있는가? 아니오.
(예인 경우에는 일시적으로 주거배치를 필요로 하는 경우 또는 현재의 집을 65세 이상의 배우자 또는 16세 이하의 아동이 살고 있는 경우에는 자신의 집이 없는 경우와 동일하게 처리된다. 그리고 자신의 집에 거주하면서 이 조건에 해당하지 않는 경우에는 집의 재산 가치를 따져서 재산이 2만 파운드 이상이고 거주서비스를 대신해서 물색해 줄 사람이 있는 경우에는 서비스 대상이 되지 않고, 대신해 줄 사람이 없는 경우에는 서비스 대상이 된다. 재산 가치가 2만 파운드 이하인 경우에는 서비스의 대상이 된다. 그러나 요금액을 산정하는 과정에서 실제 재산가치가 고려된다)
4. 저축과 재산을 합한 금액이 2만 파운드를 초과하는가? 아니오.
(2만 파운드를 초과하는 경우에는 서비스의 대상이 되긴 하지만, 보호 비용 전부를 본인이 부담해야 함)
5. 사회서비스국은 서비스를 제공하고, 개인의 비용부담 능력을 사정하여 요금을 부과함.

보호에 대해서는 무료로 제공하도록 하고 있다.

실제 계산은 간단하지 않다. 지불능력에 대한 사정은 해마다 보완되는 국가적인 척도에 의해서 수행된다. 이 책의 최근 버전은 Circular 2003(8)로 작성되었으며, 그 제목은 Charging for Residential Accommodation Guide이다.

수입이 어떻게 사정되는지에 대하여 간단히 설명해 보면 다음과 같다. 거주자의 모든 수입(배우자의 수입은 제외)이 포함된다. 거주자의 수입이 사회보장급여에서 발생하는 아니면 개인적인 수단을 통해서 발생하는, 전체 수입이 보호비용보다 적거나 같은 경우에는 NAA에 의해서 이 소득은 개인적인 필수 지출에 해당하는 액수¹⁰⁾만 남기고 전부 지불되어야 한다. 개인적인 필수 지출에 해당하는 액수는 거주자가 부양가족을 가지고 있는 경우에는 증액될 수 있다. 거주자는 재산이 12,000파운드(60세 이하의 경우는 8,000파운드)를 초과하는 경우에는 이 재산에서 비용의 일부를 지불하여야 하며, 재산이 19,500파운드를 초과하는 경우에는 전체 비용을 지불하여야 한다. 지불능력으로 계산되지 않도록 하기 위하여 양도(처분)한 재산은 서비스 이용자가 이런 의도로 처분한 경우에도 Human Right Act의 Article 6에 규정되어 있는 공평하고 독립적인 의사결정에 대한 인간의 권리에 부합하는 방식으로 공평하고 독립적으로 처리되어야 한다 (Secretary of State for Health v Personal Representative of Christopher Beeson (2002) EWCA Civ 1812). 집을 팔려고 내 놓았거나, 나중에 돌아가서 살 집으로 판단되거나, 배우자나 친척 또는 편부모인 제 3자가 살고 있는 경우에는 거주자의 집의 가치는 고려되지 않는다(National Assistance (Assessment of Resources) Regulation 1992). 집의 가치가 고려되는 경우에 집을 매각할 필요는 없지만, 대신에 요금은 거주자가 사망할 경우에 필요하면 지불될 수 있도록 하는 대출금의 방식으로 부과된다.

3) 배우자의 부양능력

가족이 부양하지 않기 때문에 Part III의 거주배치 서비스가 제공되어야 하는 경우에는 어떻게 되는가? 또는 Part III의 거주배치 서비스가 제공되었음에도 불구하고 전혀 비용을 부담하지 않는 경우에는 어떻게 되는가? 이와 관련된 원칙은 NAA s. 42에 제시되어 있다. 배우자를 부양할 책임이 있는 사람이 그렇게 하지 않으면 이는 사실상 범죄가 된다. 이런 부양 회피가 Part III의 거주배치 서비스를 받는 것으로 귀착되는 경우에, 이는 s. 51을 위반하는 것이 된다. 이 때 다른 대안을 찾을 수 없다고 판단한 경우에 사회적 서비스는 위반자로 간주된 사람을 고소할 수 있는 권한을 가진다.

Part III의 주거배치서비스가 필요하게 된 경우에는 거주자를 부양할 책임이 있는 배우자에게 주거배치의 비용에 재정적인 기여를 하겠다는 동의를 요구할 수 있다. 동의를 이루어지지 않는 경우에는 서비스국은 s. 43에 의해서 행정법원(magistrates' court)에 배우자가 지불해야 할 금액을 산정하고 지불을 명해 줄 것을 요청할 수 있다(Brayne &

10) 이 액수는 2003년 기준으로 주당 17.50 파운드이다. 식료품, 의복 구입과 같은 비용은 케어의 일부로 이미 포함된 것이고, 이 비용은 순수하게 개인 지출에 필요한 비용이다.

Carr, 2003).

III. 미국의 경험과 사례 - 정신지체장애인을 중심으로

1. 미국 장애인 서비스의 변화과정

20세기에 들어서서 미국의 주립시설들은 장애인들을 보호하고, 사회에서 살아갈 수 있도록 훈련을 받을 수 있는 혁신적인 시도로 환영을 받았으며, 그 철학적 바탕은 당시에는 인도주의적이고 혁신적인 것으로 여겨졌다.

그러나 미국의 이런 시설들의 역사는 인도주의에 바탕을 두고 있었음에도 불구하고 그 철학은 간데없고, 1960대 까지 인권을 빼앗긴 사람들에 대한 예들로 점철되었다. 유럽의 경우보다도 더욱 더 심한 폐해의 온상이라 해도 지나치지 않았다.

60년대의 미국의 시설은 다음과 같은 상황으로 설명될 수 있다.

·사회로부터 외면당한 사람들은 시설이라는 병실 속에서 외부세계와도 대부분 단절되었다.

·시설 병동은 전형적으로 남, 여로 구분되었다.

·이런 시설들은 대부분 형편없는 예산으로 운영되었으며, 시설 거주자들과 그들의 부모들의 이해를 대변하는 사람들도 거의 없었고 대부분의 사람들은 시설의 빈약한 예산과 주거여건에 대해 관심이 없었다.

·시설 거주자들은 훈련을 거의 받지 못했고, 직업선택의 자유가 없었으며, 일을 하더라도 임금을 거의 받지 못했다.

·개인적인 소유물과 사생활이 보호되지 않았고, 시설 거주자들은 개인적인 권리가 거의 없었다고 해도 과언이 아니다.

·외부로부터 단절된 채 거주자들은 내부로부터 보호받지 못했으며, 그들은 기상신호에 맞춰 일어나고 같은 시간에 잠을 자러 가고, 줄을 맞춰 구내식당을 가는 등 일과표에 의한 생활을 스태프(staff)들에 의해 강요받았다.

·정신지체를 가진 사람들에게는 항정신성 의약품의 사용이 일반화되어 자기 파괴적이거나 반사회적인 행동을 통제하는데 사용되기도 했다.

·심지어는 시설 안에 있는 '불임수술 위원회(sterilization boards)'의 결정에 의해 본인의 동의 없이 불임수술을 당하기도 했다.(※1928년부터 1930년까지 28개 주에서 특정 전과가 있는 사회복귀 부적합자, 정신 및 신체장애인들을 강제 불임을 지시할 수 있도록 하는 법률을 통과시키기도 하였다.)

결국 시설 거주자들은 '학습된 무기력(learned helplessness)' 상태가 되었으며 (Seligman, 1975), '무엇이 소비자들에게 최선인가'가 아니라 '무엇이 가장 효율적인가'

에 기초해서 시설이 운영되었다.

이렇게 미국의 대규모 수용시설의 폐해는 1960년과 1963년 '아동 및 청소년에 관한 백악관 회의(The White House Conference on Children and Youth)'가 발간한 '정신지체에 대한 대통령 패널의 법률 전담팀의 보고서(Report of the Task Force on Law of the President's Panel on Mental Retardation)'가 발표되기 전까지 지속되어왔다.

1) 획기적인 판례 및 입법

미국은 1960년대 이후에 들어서야 시설에서 생활하고 있는 사람들의 인간적, 도덕적 권리에 대해 인식하기 시작했고, UN총회에서 '정신지체인의 권리 선언(Declaration of the Rights of Mentally Retarded Persons)'이 발표되었고, 1968년에 정신지체인을 위한 국제 연맹(International League of Societies for the Mentally Retarded)이 '정신지체인에 대한 일반·특별 권리에 관한 선언(Declaration of General Special Rights of the Mentally Retarded)'을 발표하는 등의 전 세계에 걸쳐 나타난 다양한 변화추세에 맞춰 새로운 시도들을 모색하게 되는데, 그럼에도 불구하고 다음과 같은 미국사회의 여건들은 시설 거주자들을 지역사회로 이전하지 못하게 하는 요인으로 작용하였다.

·시설은 장애인들이 지역사회에서 생활할 수 있도록 제대로 준비시켜 주지 못했다.

·지역사회는 장애인들이 지역사회에서 살아갈 수 있는 서비스와 지원을 갖추고 있지 못했다.

·장애인이라는 끊임없는 낙인(stigma)이 많은 시민들로 하여금 시설화를 부추기고 심지어 더 많은 시설을 건축하도록 만들었다.

이렇게 1960년대 중·후반까지 미국의 시설들은 발전하고 유지되어 왔다.

그러나 새로운 법률제정과 이어 나타난 법원의 획기적인 판례들은 정신지체인들의 지역사회 복귀와 지역생활을 이끄는 주된 계기가 되었다.

획기적인 판례들의 시작은 1950년대의 기념비적 판결인 브라운(Brown) 대(對) '토페카 교육위원회(Topeka Board of Education)'의 소송에 대한 법원의 판결이라고 할 수 있다. 이 판결에서 법원은 □□모든 사람들이 평등하게 교육받을 권리가 있다.□□고 선언했다. 그리고 이어서 나타난 평등권 소송 등에서 승소한 판례들과 아프리카계 미국인에 대한 차별대우와 정신지체인들에 대한 차별대우 사이에서 형성된 공감대는 시설 거주자들을 위한 집단 소송운동에 불을 붙였다.

1971년, 엘라베마 주법원은 공립시설인 브라이스 병원에 있는 '비자발성 환자(involuntary patients)'에 관한 획기적 판결을 내렸는데, 리키 와이엇(Ricky Wyatt)을 대표로 진행 된 와이엇(Wyatt) 대 스틱니(Stickney)의 재판에서 법원은 시설 거주자들이 '치료와 향상'을 위한 실질적 케어를 받아야 할 의심할 바 없는 헌법적 권리를 갖고 있다는 판결을 내렸다. 이후 원고인단은 '파트로우 주립학교·병원(Partlow State School

and Hospital)'까지 확대하여, 1972년 법원은 학습기술의 습득은 인간의 권리이며 제한된 범위에서라도 기술습득과 향상을 위한 기회가 제공되어야 한다고 판결했다.

또 다른 집단소송 사례로 '펜실베이니아의 펜허스트 주립학교·병원(Pennhurst State School and Hospital)'을 대표로 한 소송이었는데, 이 소송의 의도는 지역사회가 시설을 폐쇄할 수 있는 결정권을 확보하기 위한 것이었다. 새로운 접근법이 이 소송에서 사용되었다. 주정부뿐만 아니라, 정신지체인 관련 프로그램에 책임이 있는 시설의 장, 주정부 및 군(county) 관료들까지 재판에서 개별적으로 실명거론 되었다. 법원은 펜허스트 학교·병원같이 분리되고 불평등한 환경에서는 삶의 향상을 돕는 기술 제공이 불가능함을 확인했다. 왜냐하면, 그런 열악한 환경은 정상화(normalization)를 촉진할 수 없기 때문이었다. 주정부는 서비스 계획에 명시된 대로 적합한 지역사회 서비스를 제공하도록 명령받았다.

이후 미국 사회는 이러한 집단소송의 판결의 영향과 '장애인 지원 및 권리에 관한 연방법(Federal Disability Assistance and Bill of Rights Act: DD Act)'의 제정 등을 통해 지역사회 서비스의 토대를 제공하고 탈시설화와 정상화를 돕는 지역위원회가 설립되게 되는 계기를 마련하게 된다. 이 법을 근거로 시설의 수용인원을 축소하려는 시도가 이루어졌고, 몇몇 시설들은 지역사회로 이전하였으며, 교육 및 직업 훈련과 여가 및 사회 활동 기회가 증가하기 시작하였다.

시설에는 더 많은 스텝들이 고용되었고, 환자 대 스텝 비율이 감소하였다. 그리고 단순한 병원모델에서 '병원 및 훈련모델(hospital-and-training model)'로 강조점이 옮겨졌으며, 상당한 정도로 시설 거주자의 시민권은 향상되어 갔고, 연방정부는 시설의 구조개혁을 위해 병원 개량과 훈련 프로그램에 재정을 지원하기 시작했다.

새로운 개혁의 결과, 상당수의 시설 거주자들이 지역사회에서의 생활과 지역사회로의 통합(integration)을 준비할 수 있는 길이 열리게 되었고, 경도(mild) 및 경계성(borderline) 정신지체인들이 지역사회로 복귀할 수 있도록 집중적인 노력이 기울여졌다.

2) 새로운 지역사회 서비스 네트워크

1970년대 초반에 지역사회 및 시설 거주자들을 돕기 위해 '지역사회 정신지체 센터(community mental retardation centers: CMRCs)¹¹⁾'들이 설립되었다. 정상화, 발달모델(developmental model) 그리고 통합과 같은 새로운 철학들이 CMRC의 지도이념이 되었다. 정신지체인 시설 및 '발달장애인 평의회(developmental disabilities council: DD council)'들에서는 새로운 지도자들이 새로운 철학을 실천에 옮겼다. 발달장애인법(Developmental Disability Act)은 발달장애인 평의회가 광범위하게 설치되는 계기가 되었으며, 낙인감 유발을 최소화하고 정신지체 그 이상으로 장애의 개념을 확장시키는

11) 역주, 이후 원문에 따라 CMRC로 표기한다.