

복지국가와 장애인 복지정책의 발전 - 노인장기요양보험제도를 통한 방문재활서비스 도입방안 -

윤태형*, 김태훈**

*동서대학교 작업치료학과

**가야대학교 작업치료학과

국문초록

목적 : 본 연구는 복지국가의 개념과 사회복지영역을 살펴보고, 우리나라 장애인복지정책의 발전을 비교·분석해 보기 위함이다.

연구방법 : 문헌고찰을 통하여 복지국가의 개념과 사회복지의 영역을 기술하였고, 우리나라의 사회복지정책과 장애인정책을 각 정부별로 비교·분석하였으며 마지막으로 노무현 정부의 장애인정책을 분석하였다.

결과 : 경제성장과 더불어 복지정책과 장애인복지정책은 '선택적 복지'에서 '보편적 복지'의 형태로 발전하였다. 사회복지정책의 영역에 있어서도 과거 이승만 정부시절의 '최소한의 보장'에서 노무현 정부의 '참여복지'에 이르기까지 영역의 확대가 이루어지고 있으며 이러한 현상은 장애인 복지정책에서도 나타나는 현상이다.

결론 : 지역사회 작업치료사는 오늘날 '보편적 사회복지'의 큰 틀에서 등록 장애인 뿐 만 아니라 지역사회의 드러나지 않는 장애를 지닌 일반인과 노인을 위한 방문재활서비스와 같은 미충족 작업치료서비스를 발견하고 제공해야 할 것이다.

주제어 : 방문재활 서비스, 사회복지, 장애인복지, 지역사회 작업치료

1. 서론

얼마 전 '도가니'라는 영화는 장애인에 대한 우리 사회의 일그러진 일면을 보여주면서 큰 파장을 일으켰다. 장애인을 치료하는 작업치료사의 입장에서, 더구나 지역사회에서 활동하는 지역사회작업치료사의 입장에서 안타까움을 금할 수

없었으며 한편으로는 우리나라의 장애인에 대한 인식 및 환경과 여건에서는 언젠가 한번쯤 드러날 법한 일이었다는 의견이 분분하였다. 이러한 일이 발생할 수밖에 없었던 이유는 무엇일까? 여러 가지 이유가 있을 수 있겠지만, 사회복지정책의 실패였다고 감히 말할 수 있겠다.

그렇다면 사회복지정책은 무엇일까? 사회복지

정책의 개념은 사회복지란 무엇인가와, 정책이란 무엇인가라는 두 가지 하위 질문들의 해답에 따라 결정되는 것이다. 이 가운데 특히 사회복지란 무엇인가라는 질문이 중요하기 때문에 사회복지의 개념을 보다 자세히 논의할 필요가 있다. 물론 정책이란 무엇인가라는 질문에 대한 대답도 중요하며, 정책 개념의 다양한 관점에 대한 이해 또한 중요하다(김용득과 유동철, 1999). 그러나 일단 정책을 ‘특정한 목적을 이루기 위해 필요한 행동들에 관한 원칙’, 지침(guide), 일정한 계획(standing plan), 혹은 조직화된 노력 등으로 정의하고 정책의 개념에 관한 논의는 줄이고자 한다. 왜냐하면 사회복지정책의 개념정의와 관련된 대부분의 쟁점들은 ‘정책’의 본질과 개념정의보다는 ‘사회복지’의 개념정의에서 비롯되는 것이기 때문에, ‘정책’의 개념을 둘러싼 더 이상의 논의 전개가 실질적으로 사회복지정책의 개념에 관한 논의전개에 도움을 주지 못하며 오히려 혼란을 초래할 수 있다. 따라서 사회복지정책은 ‘사회복지의 목표를 이루기 위하여 필요한 행동들에 관한 원칙’ 등으로 일단 정의를 내릴 수 있는데 이때 중요한 것은 ‘사회복지’가 무엇이나이다. 여기에서는 복지국가의 개념을 통해 사회복지의 개념을 살펴보기로 하자.

일반적으로 ‘복지’라는 말의 사전적 의미는 ‘만족스런 상태, 건강, 번영, 안녕’등이다. 그러므로 복지는 더할 나위 없이 좋고 만족스런 삶이 영위되며 건강과 행복의 조건들이 충족되는 상태를 말한다고 할 수 있다. 그러면, 이러한 복지와 반대되는 ‘비 복지’(diswelfare)의 상태는 무엇인가? 복지의 사전적 의미와 대비시키면 비복지란 ‘만족스럽지 못한 상태, 질병, 빈곤, 불안, 불행한 상태’를 뜻한다고 할 수 있다. 이렇게 복지-비복지를 대비시킬 때 가장 단순한 수준에서 복지국가는 ‘국민들의 비복지를 제거하고 복지를 향상시키기 위해 노력하는 국가’ 혹은 ‘국민들의 복지향상을 가장 중요한 책임과 의무로 삼는 국가’로 정의될 수 있다. 그러나 이 정의는 국가가 국민들의 복지향상을 위해 개입한다고 할 때 어느 정도까지, 또 무엇을 목표로 복지를 제공할 것인가에 대한 논

의를 전혀 포함하고 있지 않다. 따라서 복지국가에 대한 보다 정교한 개념정의는 이러한 요소들을 포함할 수 있어야만 한다.

따라서 본 연구에서는 복지국가의 개념을 서술하고, 사회복지의 영역, 우리나라의 사회복지정책의 역사와 노무현 행정부의 사회복지정책에 대해서 다루어 보고자 한다.

II. 연구방법

본 연구는 복지국가의 개념을 서술하고, 사회복지의 영역과, 우리나라의 장애인 복지의 연사와 노무현 행정부의 장애인 복지정책에 대해서 다루어 보았다.

1. 복지국가의 개념과 사회복지의 영역을 위해서는 문헌고찰을 하였다. 국내·외의 논문을 통하여 복지국가의 개념을 정리하였으며 사회복지영역을 기술하였다.
2. 또한 지역사회 작업치료사가 관심을 가져야 할 장애인 복지정책에 대하여 이승만 정부부터 노무현 정부까지의 정책을 비교하였다.
3. 마지막으로 노무현 행정부의 장애인 복지정책을 통하여 지역사회 작업치료사가 지역사회 내에서 해야 할 역할에 대하여 논하였다.

III. 연구결과

1. 복지국가의 정의

1) 웰렌스키의 정의

“복지국가의 핵심은 국가가 모든 국민에게 최소한의 수입, 영양, 건강, 주택, 그리고 교육을 보장하는 것이다. 국가에 의한 이러한 복지제공은 자선이 아니라 모든 국민이 누리는 정치적 권리에 대응하여 주어지는 것이다. 최소한의 수준을 보장하기 위해 국가가 시행하는 제반 프로그램들은 비록 그 결과에 있어서 재분배를 통해 평등을 증진시킬 수 있다고 하더라도 그 목적에서는 평등과 아무런 관계가 없다.”

2) 헉서의 정의

“복지국가란 자국 내에 거주하는 국민들의(그리고 아마 시민권을 갖고 있지 않은 거주자들을 포함하여) 삶에 대해 집합적 책임을 지는 국가이다. 따라서 복지국가는 빈곤을 제거하기 위해 노력하고 국민들이 빈곤상태에 빠지는 경우 그들을 위해 적절한 사회보장을 제공한다. 또한 복지국가는 기회의 평등을 촉진하여 국민들의 삶을 향상시키기 위해 노력한다.”

3) 미쉬라의 정의(정영평, 1998)

“복지국가란 국민들의 삶과 관련된 ‘최소한의 전국적 기준’(national minimum standards)을 유지하기 위해 국가의 책임을 제도화 하는 것이다. 특히 2차 대전 이후의 이 같은 최소한의 전국적 기준을 보장하기 위해 완전고용의 실현, 국민의 기본 욕구를 충족시키기 위한 보편적 서비스의 제공, 그리고 빈곤의 해소와 예방에 정책의 초점을 둔다.”

4) 코르피의 정의

“복지국가의 발전 정도는 정치적 민주주의와 국민들에 대한 최소한의 사회보장을 전제조건으로 하여 상대적 빈곤이 어느 정도 감소되는가 혹은 결과의 평등이 어느 정도 실현되는가에 의해 결정된다.”

5) 에스핑-안데르센의 정의

“복지국가에는 다양한 형태(즉 자유주의적, 조합주의적, 사회민주적 등)의 복지체제가 존재한다... 그러나, 복지국가 발전의 정도는 국가에 의해 부여되는 사회권이 국민들의 시장에 대한 의존성을 얼마나 줄이느냐, 즉 탈상품화(decommodification)의 정도가 어느 정도인가에 달려 있다.”

2. 사회복지정책의 분야(영역)

사회복지정책의 주요 분야를 소득보장(income maintenance), 건강, 교육, 주택 그리고 개별 사회적 서비스 등 다섯 가지로 구성된 것으로 본다. 한편 사회복지정책의 개념을 보다 넓게 생각

하는 사람들은 경제정책의 영역이라 할 수 있는 조세정책이나, 노동시장정책(고용정책)을 사회복지정책의 영역에 포함시키기도 한다(신혜정, 1999). 그 이유는 조세정책의 경우 비록 소득보장정책과 같이 직접적인 급여를 통하여 소득을 보장시키지는 않더라도 간접적으로 소득의 재분배에 크게 기여하기 때문에 실질적으로는 소득보장의 기능을 하기 때문이다. 또한 노동시장정책의 경우에도 이들 정책들이 저소득계층이 시장에서 얻는 일차소득을 높이는데 크게 기여하기 때문에 전체적인 소득보장이라는 차원에서 본다면 이차 소득과 관련된 소득보장정책과 더불어 필요한 것이다. 즉 노동시장정책과 소득보장정책은 밀접한 관계를 갖고 있기 때문에 소득보장정책이 성공하기 위해서는 노동시장정책의 성공이 필수적인 것이다(International Labour Organization, 1995).

이상의 논의를 정리하여 본다면, 사회복지정책은 소득보장, 건강, 교육, 주택 그리고 개별적 사회서비스의 5대 영역에 조세정책과 노동시장정책을 포함한 7대 영역으로 구성할 수 있을 것이다(송근원과 김태성, 1997).

3. 우리나라의 복지정책의 역사

구체적으로 한국에서의 국가형성은 어떻게 이루어졌는가? 먼저 해방 직후의 상황을 살펴보면(그림 1), 이 시기는 강압력을 독점한 일본의 식민국가가 한반도로부터 퇴장함으로써 일시에 정



그림 1. 한국의 복지국가형성 과정

치권력의 진공상태, 즉 '무국가'(no state)상태가 초래되었다고 할 수 있다. 이런 상황은 강압력의 축적 수준이 낮고 또한 강압력이 다양한 정치집단에게 광범위하게 분산되어 있던 상황이라고 볼 수 있다. 이 시기에 우파, 중도파, 좌파 간에 독점적으로 국가를 형성하기 위한 치열한 투쟁(무력충돌 포함)이 끊임없이 발생한 것만 보아도 이 당시의 무정부적 상황이 얼마나 심각했는가를 짐작할 수 있다.

이러한 상황에서 이승만을 중심으로 하는 우파 세력은 미군정이라는 '외인국가'로부터 군사력과 경찰력 등의 지원을 받아 드디어 1948년에 강압력을 독점한 정복국가/약탈국가를 수립하였다. 이승만 정권의 1공화국은 강압력을 축적·집중하여 사회에 대한 지배력을 극대화하는 데 초점을 둔 정복국가/약탈국가였기 때문에 국민의 복지를 증진하는 데에는 전혀 국가 정책의 우선순위를 부여하지 않았다고 할 수 있다.

그리하여 이 시기에는 오직 국가와 특수한 관계를 갖는 집단(군인, 경찰, 공무원)들의 충성심을 확보하기 위해 국가가 이들 집단에게만 특수주의적 복지혜택을 제공하였다고 할 수 있다. 이 시기에 제정된 군사원호법(1950), 경찰원호법(1951), 공무원연금법(1960) 등은 모두 국민을 위한 복지가 아니라, 정복국가/약탈국가의 내부 구성원을 위해 국민들로부터 추출한 자원을 바탕으로 약탈적 복지를 제공하기 위한 제도였다고 할 수 있다. 1955~1959년 사이에 방대한 규모의 국방비를 지출하는 외에 정부예산의 5.9%~3.8%를 요보호대상자를 위한 구호비로 지출하였다. 종합적으로 볼 때 이승만 정권의 1공화국은 본질적으로 강압력을 독점하여 사회에 대한 통치를 확고히 하고자 한 정복국가/약탈국가였고, 국민의 복지에 대해서는 극소한의 구호활동만 수행한 '복지 빈곤국'의 전형이었다고 할 수 있다.

이런 가운데 1961년 박정희를 중심으로 하는 군부세력이 쿠데타를 일으켜 선거를 통해 정당성을 부여받은 2공화국을 불법적으로 붕괴시키고 1공화국보다 더욱 강력한 정복국가/약탈국가를 수립하였다. 쿠데타와 남북간 군사적 대치 상황 속

에서 정치체제의 공고화와 정당성 획득을 위해 국가개입과 시장 기제를 적절히 조화시키는 수출 주도형 산업화 전략을 채택하게 된다. 정책적 반대세력과 노동계급을 효과적으로 통제하는 것은 성공적 산업화의 필수적 전제조건이었으므로 반공법(1961), 집회 및 시위에 관한 법률(1962), 국가보위법(1971) 등의 각종 반민주 악법을 통하여, 그리고 1963년, 1969년 1973년의 주요 노동법 개정을 통해 정치적 반대세력과 노동계급을 체계적으로 억압하는 조치를 취했다.

이러한 정치적 작업을 토대로 3~5공화국에 이르는 기간 동안 한국의 발전국가는 연 평균 10%대의 높은 경제성장을 지속할 수 있었다. 1공화국이 복지 빈곤국의 전형이었다면, 이러한 전형은 3~5공화국의 기간 동안에도 그대로 지속되었다고 할 수 있다. 그러면 왜 이러한 전형이 근본적 변화 없이 그 이후에도 유지되었는가? 박정희 정권하의 발전 국가가 국가주도의 산업화를 시도하던 당시의 경제적 조건은 1961년의 경우 1인당 국민 소득이 약 80달러 정도로 극심한 빈곤이 만연되어 있는 상태였다.

따라서 이러한 상태에서는 산업화를 통해 취업 기회가 보장되기만 하면 따로 복지혜택을 제공하지 않더라도 값싼 노동력이 거의 무제한적으로 공급될 수 있었다. 국가가 수출 주도형 산업화를 위해 반복적 전략을 채택했다면 복지는 구체적으로 어떻게 구현되었는가? 국가는 1961년 '보호할 가치 있는 빈민'을 위해 생활보호법을 제정하였는데, 이 법의 주 내용은 자유 자본주의의 사장 메커니즘을 효율적으로 작동시키기 위해 수혜자의 '자립정신'을 강조하고 '자활' 조성을 그 원칙으로 천명하였으며, 보편주의가 아니라 철저한 선별주의의 원칙에 입각하였고, 열등수급의 기준에 따라 공적 부조를 제공한다는 것이었다.

그리하여 억압적 발전국가에 의해 제정된 생활보호법은 마치 빈민 부랑자들의 소요를 방지하고 노동의 강요를 통해 자본주의적 산업화를 촉진하여 했던 영국의 구빈법(poor law)처럼 두 가지의 중요한 정치경제적 기능을 수행하게 되었다. 첫째, 생활보호법은 빈민의 생활 안정보다는 빈민

들로부터 초래될 잠재적·현재적 불안정을 예방하는 데 중점을 두었다. 둘째, 이 법은 빈민들을 쥐어짜서 노동시장으로 몰아내는 기능, 즉 노동의 상품화(commodification of labour)를 촉진하여 궁극적으로 수출 주도형 산업화를 위해 값싼 노동력을 공급하는 기능을 수행하였다. 생활보호법과 동일한 맥락에서 1962년에 제정된 재해구호법은 국가가 각종 재해발생으로 피해를 입은 이재민을 위해 임시적 구호를 제공하도록 했고, 1968년에 제정된 자활지도사업에 관한 임시조치법은 자립능력이 있는 실업자와 영세민을 위해 자조근로사업을 실시하여 생계비를 보충할 수 있도록 하였다.

이상이 빈민통제와 구제를 위한 국가의 조치였다면, 노동계급에 대한 국가의 복지개입은 어떤 제도를 통해 어떤 방식으로 이루어졌는가? 1963년 민정으로 이양한 박정희 정권의 억압적 발전국가는 의료보험법과 산업재해보상보험법을 제정하여 산업화 과정에서 취약한 위치에 놓일 수밖에 없는 노동계급을 보호하는 듯한, 일견 진취적인 사회정책 노선을 취했다. 그러나 1963년의 의료보험법은 강제보험이 아니라 임의 보험의 성격을 지니고 있었기 때문에 상징적 의미 이외의 다른 아무런 실질적 효과를 갖지 못했다(김창엽, 이진석, 강길원과 김용익, 1999).

한편 1963년부터 본격적으로 시작된 산업화가 10년이 경과한 1973년에 국가는 노동계급의 노후생활을 안정시킨다는 취지로 국민복지연금법을 제정했다. 1980년 초반 서울의 봄을 무력으로 정복한 전두환 정권의 정복국가/약탈국가는 곧 정당성 확보를 위해 발전국가로 전환하였다. 1987년의 민주화대투쟁 이후 억압적 발전국가는 여러 정당의 참여하에 민주국가로 이행하기 위한 준비 작업을 진행하여, 1988년 6공화국의 출범과 함께 민주국가가 탄생하게 되었다. 이런 상황에서 1986년에 제정된 국민연금법과 최저임금법의 시행령 및 시행규칙이 1987년 후반기에 제정되고 또 의료보험법의 개정이 이 시기에 이루어짐으로써, 한국 역사상 최초로 복지국가가 태동하는 기틀이 마련되었다(김태성과 성경룡,

1993). 이러한 제 법률을 복지국가의 기초로 보는 이유는 국민연금법과 개정된 의료보험법이 모두 보편주의를 지향하는 제도였고, 최저임금법은 1963년에 제정된 산업재해보상보험법과 함께 노동계급의 노동조건을 보호하는 가장 중요한 제도였기 때문이다.

이렇게 볼 때 한국에서는 정복국가/약탈국가와 억압적 발전국가에 의한 오랜 기간의 통치가 끝나면서 민주국가와 복지국가가 거의 동시에 출현하게 되었음을 알 수 있다. 그러면 어떤 근거로 1987년 후반 이후 한국에서도 복지국가가 태동하게 되었다고 규정할 수 있는가? 1986~1992년 기간, 즉 민주화 운동이 본격화되던 시기부터 6공화국의 전 기간 동안 국가가 어떤 복지제도를 수립·시행 했는지 주요 내용을 요약하면 다음과 같다.

첫째, 1986년에 제정된 최저임금법과 국민연금법의 시행령 및 시행규칙이 1987년에 제정되어 두 법이 모두 1988년 1월 1일부터 실시할 수 있게 되었다.

둘째, 1987년에 의료보험법이 확대 개정되었다.

셋째, 1989년에 산업재해보상보험법이 확대 개정되었다.

넷째, 1990년에 장애인의 고용을 촉진하기 위한장애인고용촉진에 관한 법률이 제정되었다(권선진, 2001).

다섯째, 1991년 노동자에 대한 기업의 복지지출을 촉진하기 위해 사내 복지기금법이 제정되었다.

4. 장애인 복지정책

1) 우리나라 장애인의 현황

우리나라 장애인의 규모는 1988년 11월부터 시작한 장애인등록사업으로 등록된 장애인의 수와 매 5년마다 실시하는 장애인실태조사 결과를 통해서 추정할 수 있다. 2000년 장애인 조사에서 인구의 3.09%(약 145만 명)인 것으로 보고되었다. 이는 1995년 조사의 105만 명보다 38% 증가한 수치이다. 그러나 호주 18.0%(1993년), 미국 17.2%(1991년), 영국 14.2%(1987년), 독일 8.4%(1991년), 일본

4.8%(1995년)에 비해, 우리나라의 장애인 출현률은 외국에 비해 현저히 낮은 것으로 나타나고 있다(김형식, 1997; 서광윤과 김용성, 1998; 박석돈, 2003). 이러한 차이는 우리나라에서 인정하는 장애의 범주와 WHO나 선진국 등의 범주가 다르기 때문이고, 가족 중 장애인의 존재를 숨기려는 사회적 인식에 기인한다고 보아진다(World Health Organization, 2001).

한편, 등록 장애인 수는 1989년에 18만 여명에 불과하였으나 장애인 복지정책의 확대 등으로 매년 빠르게 늘어나서 2002년 9월말에는 125만 명에 달하고 있다(표 1, 2). 2000년도 장애인 실태 조사에 따르면 장애의 발생 원인으로 대부분 예방이 가능한 각종 질환 및 사고, 재해 등 후천적 원인에 의한 것으로 나타나고 있다(윤상용, 2002).

표 1. 연도별 등록 장애인 수

(단위 : 명)

| 연 도 | 시·군·구에 등록된 장애인수 | | | | | 보훈대상 장애인 |
|------|-----------------|---------|--------|--------|---------|----------|
| | 계 | 지 체 | 시 각 | 청각·언어 | 정신지체등 | |
| 1989 | 176,687 | 108,923 | 13,467 | 26,884 | 27,413 | 41,914 |
| 1990 | 200,372 | 125,267 | 14,698 | 28,721 | 31,686 | 48,075 |
| 1991 | 224,025 | 144,080 | 15,720 | 30,373 | 33,852 | 48,516 |
| 1993 | 265,442 | 176,015 | 17,977 | 33,190 | 38,260 | 52,497 |
| 1994 | 294,246 | 197,628 | 19,876 | 35,098 | 41,644 | 53,029 |
| 1995 | 324,860 | 220,723 | 21,488 | 36,655 | 45,994 | 53,463 |
| 1996 | 362,475 | 248,690 | 23,507 | 38,465 | 51,813 | 54,414 |
| 1997 | 425,064 | 294,419 | 27,211 | 43,875 | 59,559 | 55,124 |
| 1998 | 527,250 | 371,328 | 34,548 | 52,501 | 68,873 | 55,663 |
| 1999 | 597,513 | 502,647 | 46,957 | 67,890 | 80,019 | 55,938 |
| 2000 | 958,196 | 606,422 | 90,997 | 87,387 | 173,390 | 66,155 |

표 2. 2002년 등록장애인 수

(단위 : 명)

| 장애 유형 | 전체 | | 1급 | | 2급 | | 3급 | | 4급 | | 5급 | | 6급 | | |
|-------|--------|--------|--------|-------|-------|-------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|--------|-------|
| | 계 | 남 | 여 | 남 | 여 | 남 | 여 | 남 | 여 | 남 | 여 | 남 | 여 | 남 | 여 |
| 지체 | 736702 | 527178 | 209524 | 28407 | 14297 | 59074 | 29729 | 107783 | 41151 | 100784 | 40941 | 117046 | 49927 | 114084 | 33479 |
| 뇌병변 | 85657 | 51926 | 33731 | 11814 | 9883 | 16489 | 12194 | 12956 | 7248 | 5216 | 2359 | 3210 | 1311 | 2241 | 736 |
| 시각 | 130693 | 86884 | 43809 | 13818 | 11718 | 3293 | 2513 | 3559 | 2411 | 4059 | 2530 | 7544 | 4060 | 54611 | 20577 |
| 청각언어 | 119271 | 73259 | 46012 | 1132 | 854 | 23058 | 17786 | 15301 | 8331 | 14616 | 8315 | 6317 | 3989 | 12835 | 6737 |
| 정신지체 | 101872 | 63133 | 38739 | 19085 | 12890 | 25330 | 15931 | 18718 | 9918 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 발달 | 3505 | 2887 | 618 | 847 | 216 | 1433 | 305 | 607 | 97 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 정신 | 38583 | 22464 | 16119 | 4375 | 3086 | 11326 | 8039 | 6763 | 4994 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 신장 | 31191 | 17499 | 13692 | 411 | 260 | 13256 | 11137 | 0 | 0 | 89 | 38 | 3743 | 2257 | 0 | 0 |
| 심장 | 8411 | 5149 | 3262 | 256 | 186 | 1209 | 887 | 3634 | 2174 | 1 | 2 | 49 | 13 | 0 | 0 |

특히 정부에 등록된 장애인 중에서 가장 많은 부분을 차지하는 지체장애(전체 등록자의 약 64.5%)는 96.0%가 후천적 원인에 의한 장애이고, 후천적 원인 중에서도 교통사고 및 산업재해(34.8%), 가정 내 사고(8.0%), 기타 사고(26.8%) 등 지체장애인의 약 70%가 각종 사고에 의한 것으로 충분히 예방 가능한 것이다(한국보건사회연구원, 1995). 결국, 장애 발생의 절대 다수는 예방 가능하다는 것을 알 수 있고, 이는 우리나라의 장애 발생 예방이 절대적으로 실패하고 있다는 의미이기도 하다(표 3).

2) 장애인 관련법의 흐름(박옥희, 1999)

정부는 UN이 '세계 장애인의 해'로 정한 1981년 심신장애자복지법을 제정하고 정부조직에 장애인 복지 전담 부서(당시의 보건사회부 재할과)를 설치한 이래 서울 장애인올림픽 개최(1988), 장애인 의무고용제 도입(1990), 특수교육진흥법 전면 개정(1994), 장애인·노인·임산부 등의 편의증진에 관한 법률제정(1977), 장애인 복지발전 5개년 계획(1998-2002)수립·시행(1998년 12월), 1999년 장애인 복지법 개정, 2000년 장애인 고용촉진 및 직업재활법 개정 등 법령의 정비와 장애

인에 대한 각종 정책의 시행 등을 통하여 장애인 복지 증진을 위해 노력해오고 있다(김용득과 김진우, 1999). 여기에서는 장애인 복지발전 5개년 계획을 중심으로 살펴보고자 한다.

3) 장애인 복지발전 5개년 계획

정부는 보건복지부 및 노동부, 교육부에 산재되어 있는 각종 장애인 복지정책을 총괄하고 심의·조정 하고자 1996년 8월 국무총리 훈령에 의거하여 총리를 위원장으로 하는 '장애인복지대책위원회'를 설치하였다(김성희, 2002). 동년 12월에 소집된 제 1차 장애인복지대책위원회에서는 그동안 산발적으로 발표되어 온 각종 장애인복지시책 등을 기본으로 복지·교육·고용부문 등을 연계시킨 중·장기종합 계획으로서 '장애인복지발전 5개년 계획'을 수립할 것을 결정하였다(남상만, 나운환과 유명화, 1998). 이에 따라 1997년 3월, 각 계의 장애인관련 전문가들로 구성된 민·관 실무 작업단이 결성되어 이후 약 6개월간의 조사·연구 및 토론을 거쳐 계획안을 마련하였으며, 관계부처의 협의를 거친 후 동년 12월 9일에 개최된 제 2차 장애인복지대책위원회에 상정되어 확정되기에 이르렀다(변용찬, 2002). 장애

표 3. 주된 장애유형별·성별 장애원인(발당장애, 정신장애 제외) (단위: %, 명)

| 장애 원인 | 성별 | 장애 종류 | | | | | | | |
|-------|----|-------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | 지체 | 뇌병변 | 시각 | 청각 | 언어 | 정신지체 | 신장 | 심장 |
| 선천적 | 여자 | 2.5 | 2.3 | | 4.4 | 11.1 | 19.2 | 1.9 | 1.6 |
| | 남자 | 1.5 | 3.1 | | 5.5 | 12.6 | 21.7 | 5.9 | 7.4 |
| | 계 | 1.8 | 2.8 | 3.4 | 5.0 | 12.1 | 20.7 | 4.0 | 4.3 |
| 출산시 | 여자 | 0.9 | 3.8 | | 1.6 | 8.1 | 11.1 | - | 1.2 |
| | 남자 | 0.6 | 5.9 | | 1.2 | 6.4 | 15.1 | - | - |
| | 계 | 0.7 | 5.0 | 1.1 | 1.4 | 7.0 | 13.7 | - | 0.6 |
| 후천적 | 여자 | 95.6 | 92.1 | 82.1 | 85.7 | 68.1 | 44.6 | 98.1 | 95.7 |
| | 남자 | 96.2 | 88.4 | 86.1 | 87.0 | 71.7 | 47.8 | 90.3 | 92.4 |
| | 계 | 96.0 | 90.0 | 84.5 | 86.4 | 70.4 | 46.8 | 94.0 | 94.2 |
| 미상 | 여자 | 1.0 | 1.8 | 14.6 | 8.3 | 12.6 | 25.1 | 21.3 | 1.6 |
| | 남자 | 1.7 | 2.5 | 10.6 | 6.2 | 9.3 | 15.3 | 15.7 | - |
| | 계 | 1.5 | 2.2 | 12.2 | 7.2 | 10.5 | 18.9 | 18.3 | 0.9 |

인복지발전 5개년 계획은 장애인의 완전한 사회 참여와 평등 보장이라는 장애인복지시책의 기본 방향에 맞추어 우리나라 장애인복지의 수준을 한 차원 높일 수 있는 계기를 마련한 것으로서 그동안 보건복지부, 교육부, 노동부에서 개별적으로 추진해 온 장애인의 복지, 교육, 고용 분야를 유기적으로 통합하여 3개 부처가 합동으로 마련한 최초의 장애인복지 중장기 계획이라는 데 그 의의가 있으며(이선우, 2002), 각 부처는 계획의 내실 있는 추진을 위하여 매년 추진실적을 평가하여 장애인 복지 대책 위원회에 보고할 것을 계획 안에 명시하였다.

김대중 정부가 주도한 제1차 장애인복지발전 5개년 계획에서는 보건복지부, 교육부, 노동부 3개 부처가 참여하여 각각 장애인복지 확대, 특수교육 강화, 고용촉진이라는 내용으로 3대 사업을 펼쳤다. 이에 노무현 정부는 주관부서를 3개 부처(보건복지부, 교육부, 노동부)에서 1실 5개 부처(국무조정실, 보건복지부, 교육인적자원부, 노동부, 정보통신부, 건설교통부)로 늘려 장애인 복지향상과 사회적 인식개선은 복지부에서, 특수교육강화는 교육인적자원부에서, 고용 확대는 노동부에서, 정보화 증진은 정보통신부에서, 이동편의의 확충은 건설교통부에서 주로 담당하기로 하고 6대 사업안을 내 놓았다(표 4).

여기에서는 복지, 교육, 고용 3개 부분의 발전

계획 중 복지부분에 있어서 살펴보도록 하겠다. 장애인복지발전 5개년 계획 중 복지 부분의 주요 목표들은 (1) 장애발생의 예방, (2) 장애인의 생활안정지원강화, (3) 장애인의 사회참여 확대, (4) 장애인의 재활서비스 강화, (5) 장애인복지시설 운영개선, (6) 장애범주 확대의 6가지로 이루어져 있다. 장애인 복지부문 5개년 계획의 주요 내용과 추진실적을 보면 다음과 같다.

(1) 장애발생의 예방

장애발생 예방은 모자보건 강화, 산모·태아 및 신생아 관리체계 확립, 영·유아의 예방접종 및 정기검진 제도화, 학교보건 강화, 성인병·노인성 질환의 철저한 관리, 교통사고 안전대책 및 응급구조 체계의 개선, 마지막으로 산업재해 예방대책 강화 등의 하위목표 구성되어 있다. 추진실적을 살펴보면 유전성 질병검사 등 산전관리 의료보험 급여 실시가 2000년 7월부터 이루어졌고(김용익, 2003), 선천성 대사이상검사도 지속적인 홍보의 결과로 1998년부터 2000년까지 3년간 115만 9천 명에게 실시되었으며, 응급의료체계 개선을 위한 종합대책이 수립·시행되고 있다. 산업재해 예방사업의 강화로 산업재해로 인한 장애 발생 건수도 1997년 28,854명에서 1999년 19,591명으로 감소하였다.

표 4. 제1차 및 제2차 장애인복지발전 5개년 계획 비교

| | 기간 | 주관부서 | 주요 내용 | 비고 |
|--------------------------|-----------|--|--|--------------------|
| 제1차 장애인복지발전 5개년 계획 | 1998-2002 | 보건복지부, 교육부, 노동부 | - 장애인복지 확대 - 특수교육 강화 - 고용촉진 | 3개 부처, 3대 사업 |
| 제2차 장애인복지발전 5개년 계획 | 2003-2007 | 국무조정실, 보건복지부, 교육인적자원부, 노동부, 정보통신부, 건설교통부 | - 장애인 복지 향상 - 특수교육 강화 - 고용 확대 - 정보화 증진 - 이동편의 확충 - 사회적 인식개선 | 1실 5개 부처, 6대 사업 |

(2) 장애인의 생활안정지원강화

장애인의 생활안정 지원 강화를 위한 구체적인 하위목표로는 우선 저소득 장애인에 대한 생계비 지원 확대 및 장애수당 등 각종 수당제도의 도입이 명시되어 있고, 근로 능력이 있는 장애인에 대한 자립기반의 확충을 위해서 자립자금 용자 대상의 확대, 자녀교육비 지원 확대 및 급여내용의 보완, 종합적 자활지원체계 수립 등이 세부 목표로 설정되어 있다(변용찬, 1999). 이 외에도 세계 감면을 통한 경제적 부담 경감, 장애인 주택 특별공급 대상 확대 등이 장애인 생활 안정지원강화 영역에 포함되어 있다.

추진실적을 보면 저소득 장애인에 대한 지원책으로서 장애로 인한 추가비용을 보전하는 성격인 장애수당의 지급대상자가 1997년 3만 3천명에서 2001년 9만 1천명으로 확대되었으며, 의료비 및 교육비 지원 대상도 1997년 4만 3천명에서 2001년 12만 6천명으로 확대되었다. 자립자금용자 대상 가구의 규모도 1997년 700가구에서 2001년 1,333가구로 커졌으며, 공공시설 내 매점·자판기 설치 시 장애인 우선 허가제 확대 조치로 인해 장애인이 운영하는 업소의 수가 1998년 980개소에서 2001년 3,594개소로 증가하였다. 그리고 세계 감면 등을 통한 경제적 부담 경감 시책으로서 장애인이 차량 구입 시 특별소비세 면세의 범위가 배기량에 관계없이 전 차종으로 확대되었고, 의·수족 등 91개 장애인용 물품 수입 시 관세가 감면되고 있으며, 전화요금 감면 대상도 20세 이상 세대주 장애인에서 전체 장애인으로 확대되었다. 또한 주택공급규칙에 관한 규칙 개정으로 인해 저장애인 주택 특별공급대상에 가구주가 될 수 없는 정신지체장애인의 배우자가 포함되었다.

(3) 장애인의 사회참여 확대

장애인의 사회참여 확대를 위한 세부추진계획은 크게 사회참여의 가장 기본적인 인프라라고 할 수 있는 장애인 편의시설 설치 활성화와 사회인식 개선 등의 기타 사회참여 추진계획으로 나누어진다. 우선 장애인 편의시설 설치 활성화를 위한 구체적인 하위목표로는 보행환경(보도)정비,

출입구 장애턱 제거 및 안내표시 완비, 공공기관 적정 배치 및 장애인이 살기 좋은 지역사회 조성을 내용으로 하는 장애인과 더불어 사는 생활환경의 조성 및 편의시설 설치 국가종합계획 수립·시행, 편의시설 설치 지원을 내용으로 하는 건축물 및 설비에 대한 편의시설 확충이 있으며, 대중교통 이용편의 증진, 장애인 자가운전자 지원 강화, 특별수송서비스 도입을 세부 목표로 하는 장애인에 대한 교통서비스 증진 및 복지교통 구현, 마지막으로 편의시설에 대한 교육·홍보 강화, 편의시설 연구지원센터 설치, 공익근무요원 배치·활용, 통신·이동 및 시설 이용상 편의 제공, 주택 개조비용 보조를 세부 목표로 하는 다각적 장애인 편의증진 방안 강구 등이 명시되어 있다. 기타 장애인 사회참여 확대를 위한 추진계획에는 먼저 대중매체 홍보, 교육계몽 등을 통한 사회 인식 개선과 TV 자막 방송확대, 수화통역센터 설치·확대, 시각장애인 심부름센터 이용 차량 확대 등을 통한 시·청각 장애인의 의사소통을 위한 서비스 확대가 명시되어 있으며 문화공간의 확충, 문예활동 지원, 문예프로그램 개발·보급을 통한 여가 및 문화 환경 조성 등이 포함되어 있다. 그리고 체육활동 활성화를 위한 추진계획으로서 전국장애인 체육대회 순회 개최, 생활체육 활성화, 주요 국제대회 파견 강화 등의 세부 목표가 설정되어 있고, 마지막으로 장애인 관련 각종 국가행사에의 적극적인 참여를 위한 구체적인 추진 방안으로서 ESCAP, RICAP 등의 국제회의에 정부 대표 파견 추진, RI, RNN에의 적극적인 참여를 통한 민간차원의 교류 확대, 장애인 분야별 각종 국제행사의 유치 등이 명시되어 있다(김성희, 2001). 장애인 편의시설을 확충할 수 있는 법률적 근거로서 [장애인·노인·임산부등의 편의 증진보장에 관한 법률]이 1998년 4월부터 시행되어 오고 있으며, 정부는 이 같은 제도적 근거 위에서 편의시설 확충을 위한 구체적인 추진 계획으로서 '편의시설 확충 국가종합 5개년 계획(2000~2001)'을 2000년 1월에 수립하여 시행하고 있다(변용찬 등, 2001). 2001년 4월 현재, 횡단보도 및 주요 공공시설 등 우선정비대상 시설

27만 개소 중 26만 개소에 편의시설이 설치되었고, 철도·지하철 역사는 2005년 4월 10일까지 의무적으로 편의시설을 설치하도록 규정하였으며, 또한 2001년부터는 편의시설 미정비 시설 주에 대한 이행 강제금을 부과하고 있다. 장애인에 대한 사회적 인식 개선을 위해 ‘장애인 인권헌장’이 1998년 12월에 제정·선포되었고, 초등학교 1,4학년 교과과정(실험본 2권)에 장애인 인식 개선 내용이 수록되었으며, 장애인 관련 공익광고 및 특집 방송이 매년 2편씩 제작·방영되고 있다. 또한 시각·청각 장애인의 의사소통 서비스 확대를 위한 조치로서 저소득 장애인에게 음성손목시계, TV 자막수신기가 교부되고 있고, 수화통역센터 및 장애인심부름센터가 2001년 각각 24개소와 26개소가 설치·운영되고 있으며, 시각장애인용 Window 프로그램이 2000년에 개발·보급되었다. 정보화 시대에서 소외되기 쉬운 장애인들을 대상으로 장애인단체 등 42개 기관에서 11,800명의 장애인에게 정보화 교육을 실시하였으며, 장애인이 PC통신에 가입한 경우 가입비 면제와 함께 기본 이용료의 50%를 감면해 주고 있다(변용찬, 2001).

(4) 장애인의 재활서비스 강화

장애인의 재활서비스 강화를 위한 추진계획은 크게 장애인 재활지원 체계 확립과 재활보조기구 품질 개선·보급 및 관련 기술 개발 강화로 나누어서 추진되는데, 우선 장애인 재활지원체계 확립에는 전문 인력의 양성 및 배치·활용, 국가자격제도 도입, 근무여건 개선 등을 내용으로 하는 재활전문인력 관리와 재활프로그램 개발 기반 구축, 재활프로그램의 보급·시행을 통한 재활프로그램 개발 및 시행이 명시되어 있으며 마지막으로 의료재활서비스 담당기관의 확충, 의료보험수가 현실화를 통한 서비스 개선을 통한 의료재활서비스의 지원 강화가 하위 목표로 설정되어 있다(백선희, 1995). 재활보조기구 품질 개선·보급 및 관련 기술 개발 강화를 위해서는 재활보조기구 관련 기반 정비 및 업체 지원·육성, 재활보조기구 연구개발 촉진, 재활보조기구 보급의 활

성화, 재활 관련 인력의 전문성 강화 등이 구체적인 목표로 명시되어 있다(고경희, 1996).

의료재활 서비스에 대한 장애인의 접근성을 제고하기 위한 조치로서 재활의학과가 설치된 병원 및 종합병원의 수가 1997년 160개소에서 2000년 171개소로 증가하였으며, 장애인의료재활시설의 수도 1997년 13개소에서 2000년 15개소로 증가하였다. 휠체어, 보청기 등 11종의 재활보조기구가 의료보험(보호) 적용을 받게 되었으며, 2000년 ‘의지·보조기 기사 국가자격제도’의 시행으로 의지·보조기 기사의 전문성을 제고하였다.

(5) 장애인복지시설 운영개선

장애인 복지시설 운영 개선을 위한 추진계획은 크게 이용 및 수용시설 운영의 개선과 중증장애인 보호 작업장 운영 활성화로 나누어서 추진되는데, 우선 이용 및 수용시설 운영 개선을 위한 세부 목표에는 지역별 균형배치, 수용시설의 증설 및 이용시설의 확충을 내용으로 한 시설에 대한 장애인의 접근성 제고와 시설운영 평가 기준 작성 및 활용, 시설 종사자의 근무여건 개선을 통한 운영의 효율성 제고가 명시되어 있으며 시설입소제도의 합리적 개선, 시설 개방화, 공동생활가정 설치 확대 등을 통한 수용시설의 운영 개선이 포함되어 있다. 마지막으로 재활서비스 전달체계 구축, 유형별 기능과 역할 재정립 및 재활 프로그램의 표준화 등을 골자로 하는 이용시설 운영 개선 등이 세부 추진계획에 포함되어 있다(이익섭, 1991). 중증장애인 보호 작업장 운영 활성화를 위해서는 보호 작업장 개념 정립 및 연차적 지원 확대, 생산품 개발 등 생산성 제고를 위한 지원, 전문 인력 배치를 통한 장애인 고용, 훈련 내실화, 생산품 판매전략 개선 등의 세부 계획이 명시되어 있다. 지역사회 내에서 장애인의 재활과 사회 통합을 돕는 지역사회 재활시설의 수도 1997년 109개소에서 2001년 227개소로 대폭 늘어났으며, 특히 장애인의 지역사회통합의 바람직한 모델이라 할 수 있는 공동생활가정(group home)의 수가 1997년 5개소에서 2001년에는 42개소로 8배 이상 증가하였다. 또한 국민

건강증진기금의 지원으로 1차 의료기관인 보건소를 중심으로 지역사회 인적·물적 자원을 최대한 활용하여 장애인이 필요한 다양한 재활서비스를 통합적으로 제공하는 지역사회중심 재활 시범사업을 2000년부터 2002년까지 3년에 걸쳐 시행해 오고 있다.

2002년의 경우 전국에 93개소이던 장애인복지관이 16개 지역에 새로 문을 열어 109개소가 되며, 장애인공동생활가정 100개소(종전 63개소), 주간보호시설 90개소(종전 60개소) 및 단기보호시설 25개소(종전 15개소, 종사자 3→4인)로 대폭 확충되어 재가 장애인 약 5만 명에 대한 재활서비스 기회를 제공하게 된다. 또한 정신지체인 자립지원센터가 전국 7개 시·도 지역에 신규로 설치되어, 정신 지체인에 대한 상담지원, 재활 프로그램 등을 제공하게 된다(표 5).

(6) 장애범주 확대

장애 범주의 확대는 총 3단계로 나뉘어 연차적으로 확대되는데, 우선 1단계 확대 범위에는 만성 신장·심장질환, 만성 중증 정신질환, 발달장애 중 자폐장애가 포함되어 있고 2단계 확대 범위에는 만성 간 질환, 만성 알코올·약물중독, 기질성 뇌증후군 및 발달장애가 포함되어 있으며 마지막 3단계 확대 범위에는 안면기형, 치매, 비뇨기계 및 피부질환 등이 포함되어 있다. 이 외에도 장애 분류 및 등급 기준 마련, 장애검진비용 의료보험·의료보호 적용 및 등록률 제고를 통한 장애 분류 및 등급의 재조정과 중앙장애판

정위원회의 활성화 등이 구체적 추진 목표로 설정되어 있다. 2000년 장애인복지법이 개정·시행되면서 장애범주가 종전 5종(지체, 시각, 청각, 언어 정신지체)에서 만성신장·심장질환, 중증정신질환, 자폐증, 뇌병변을 추가한 10종으로 확대되었다(이준근, 2002).

장애범주와 복지서비스는 직접적인 상관관계를 가지므로 확대되면 그에 수반되는 여러 가지 기술적 문제점들과 서비스급여내용에 대한 충분한 검토가 필요하다. 곧 서비스 수급자의 확대를 의미하므로 그 인구규모나 서비스, 복지재정 등과 직접적인 관련이 있기 때문에 장애인에 대한 복지혜택의 많고 적음을 떠나서 매우 핵심적인 사안이다. 따라서 범주 확대에 따라 파생될 수 있는 문제점들을 충분히 검토하고 예상되는 변화에 대응할 수 있는 방안을 강구할 필요가 있다. 예를 들어 스웨덴의 경우 장애의 범위를 ①신체적 결손+선천적 결손+사회적 장애(알코올중독, 약물중독, 언어장애가 있는 외국인민자)로 인하여 취업이나 직장유지가 곤란한 자 ②장애종류: 폐질환, 심장질환, 알레르기, 당뇨, 이동장애, 시각장애, 청각장애, 노동력 감소, 타인의존, 중복장애로 나누고 있어 우리나라에 비해 더 많은 부분을 포함하고 있다. 스웨덴의 장애범주와 비교해 보면 개정 후 장애범주가 확대되었다고는 하지만 아직도 선진복지국가 수준에는 미치지 못하고 있다. 장애에 대한 범위는 그 나라의 정치, 경제, 사회적 제 조건과 복지수준에 따라 각기 다르게 정하고 있다. 구미선진국은 대체로 범위가 넓고, 동남아 지역은 그 범위가 좁게 나타나고 있음을 알 수 있다.

표 5. 장애인 지역사회 재활시설 확충

| | ~2002년 | 2003년 | 증가분 |
|--------|--------|-------|-----|
| 장애인복지관 | 93 | 109 | 16 |
| 공동생활가정 | 63 | 100 | 37 |
| 단기보호시설 | 15 | 25 | 10 |
| 주간보호시설 | 60 | 90 | 30 |
| 자립지원센터 | 0 | 7 | 7 |

IV. 결론 및 제언

1. 노무현 정부의 장애복지정책

이상과 같이 장애인 복지정책에 관해 살펴보았다. 하지만 교육과 고용정책은 배제 하여 완전한 장애인 복지의 영역을 포함하지 못하였다. 따라서 노무현 정부의 '참여복지'에서 말하는 교육과

고용정책을 포함한 장애인 정책을 간단히 살펴보고
 도록 하겠다(표 6).

참여복지란 국가의 책임을 기본으로 하되 온
 국민이 참여를 통하여 ‘더불어 사는 사회’를 만들

표 6. 참여복지 3대 정책 방향

| 분 야 | 공 약 내 용 |
|-----------|--|
| 소득 보장 | <ul style="list-style-type: none"> · 장애수당, 아동부양수당 현실화 · 장애연금 도입 |
| 노동권 확보 | <ul style="list-style-type: none"> · 3년 이내 의무 고용률 2% 달성 · 장애유형에 맞는 직업훈련, 생산적 자활지원책 마련 · 장애인고용 인센티브제 도입 · 의무고용을 100인 이상 사업장으로 확대 (고용부담금은 차등 적용) · 우선 구매제 확대 · 창업 자금지원 대상과 범위 확대 |
| 사회 참여 | <ul style="list-style-type: none"> · 장애인차별금지법 제정 · 장애인차별시정을 위한 상설기구 운영 |
| 교육권 확보 | <ul style="list-style-type: none"> · 2003년부터 취학전 모든 장애아동에 대한 무상보육 실시 · 특수교육에 관한 장애범주 및 기준 재조정 · 특수학교와 학급에 보조교사/도우미 확대 배치 · 특수교육 학급당 인원 축소 · 통합보육시설 확대 · 대학평가제에 장애인교육시설 접근항목 신설 |
| 의료 지원 | <ul style="list-style-type: none"> · 공공병원과 보건소 등에 장애인진료 및 재활을 위한 인력 확보 · 치료 및 보호시설 확대를 통한 장애아동의 조기진단과 치료 강화 |
| 장애인 이동권 | <ul style="list-style-type: none"> · 장애인의 이동권 확보를 위한 종합계획 수립 · 연차적인 저상버스 도입 · ‘장애인 등의 편의증진법’ 개정 · 장애인 콜택시, 장애인 이동센터 등 특별교통수단 확대 · 저소득 장애인 전동휠체어 구입비 일부 지원 |
| 정보 접근 | <ul style="list-style-type: none"> · ‘편의증진법’ 개정을 통한 점자·음성 안내, 캡션방송, 수화통역사 배치 · 청각장애인을 위한 전화중계서비스, 재활보조기구 개발, 자막지원센터 설립 · 장애인정보화교육 확대 |
| 여성장애인 지원 | <ul style="list-style-type: none"> · 여성장애인의 출산과 육아를 위한 도우미 지원 · 여성장애인에 대한 폭력근절대책 및 고용확대방안 마련 · 여성장애인 쉼터 등 여성장애인을 위한 지원확대 |
| 복지서비스 | <ul style="list-style-type: none"> · 공동생활가정의 입소기준을 차상위 계층까지 확대 · 생활시설을 공동생활가정 형태로 전환 · 장애인복지관, 주 단기 보호시설, 장애인체육관, 재활병원 등의 확대 |
| 장애인 체육 | <ul style="list-style-type: none"> · 장애인생활체육시설 확대 |
| 장애인 단체 육성 | <ul style="list-style-type: none"> · 참여복지 실현 · 장애인단체종합회관 건립 |

어 가는 것을 의미하며, 이를 위하여 사회보장비 지출 예산을 현재 국내총생산(Gross Domestic Product; GDP) 대비 10%에서 14~15%까지 늘릴 예정이다. 참여정부에서는 참여의 개념을 '참여를 통한 삶의 질 향상'으로 정의하고 있으며, 대상 영역은 복지, 여성, 환경, 주택, 문화 등 5개 영역을 포함한다.

1) 참여복지 3대 정책 방향

- 첫째, 분배를 통한 성장 잠재력의 극대화
- 둘째, 저소득층 위주의 복지에서 전 국민을 위한 보편적 복지로의 전환
- 셋째, 국가의 책임 강화와 민간의 참여 확대

2) 정책목표

- 첫째, 국민과 정부가 함께 만드는 참여복지국가 실현
- 둘째, 모든 국민의 평생건강 보장
- 셋째, 노인, 장애인, 여성, 아동, 청소년의 행복한 삶 보장
- 넷째, 저소득 국민의 인간적 활동 보장

노무현 행정부는 표 6에 제시된 것과 같이 장애인복지와 관련하여 전체 11개 분야 (소득보장, 노동권 확보, 사회참여, 교육권 확보, 의료지원, 장애인 이동권 보장, 정보접근, 여성장애인 지원, 복지서비스 확충, 장애인체육, 장애인단체 육성)에 걸쳐 35개의 세부내용을 주요 공약으로 제시하였다.

지금까지 우리나라 사회복지정책과 장애인정책의 역사를 통하여 그 발전상을 비교하여 보고, 노무현 정부의 장애인 복지정책에 대하여 분석해 보았다. 사회복지정책은 한 국가의 경제정책과 맞물려 상호 발전하여 왔으며 오늘날의 사회복지 는 더 이상 특정집단을 위한 '선택적 복지'가 아닌 '보편적 복지'를 지향하고 있음을 알 수 있다. 예를 들어 비교적 성공적이라고 평가 받고 있는 건강보험의 경우, 국가보건의료체계에서는 조세 방식이 아닌 사회보험이라는 방법을 취하고 있지만, 건강보험공단이라는 단일 보험자를 두어 보편적 의료보장을 실현한 결과라 할 수 있다. 마

찬가지 맥락에서 국가경제가 발전할수록 장애인에 대한 정책도 등록 장애인만을 위한 선별적 수혜가 아닌, 지역사회에서 드러나지 않는 장애인에 대한 미 충족 의료 및 사회복지수요를 발견하고 보편적 정책을 세워야 할 것이다. 특히, 지역사회 작업치료사는 보편적 사회복지정책의 큰 틀에서 등록 장애인뿐만 아니라 장애를 지닌 일반인과 노인들을 위한 방문 재활치료 서비스의 저변확대에 노력해야 할 것이다.

참 고 문 헌

고경희. (1996). **한국 장애인 의료재활서비스의 활성화 방안에 관한 연구**, 석사학위논문, 단국대학교, 서울.

권선진. (2001). 2000년도 장애인 실태조사 결과: 장애인의 보장구 활용 실태와 정책과제, **보건복지포럼**, 55(5), 27-38.

김성희. (2002). 장애인 교육부문의 성과와 추진 방향, **보건복지포럼**, 65(3), 2-95.

김성희. (2001). 2000년도 장애인 실태조사 결과: 장애인의 사회활동실태와 개선방안, **보건복지포럼**, 55(5), 14-26.

김용득, 유동철. (1999). **한국 장애인복지의 이해**, 서울: 한울.

김용득, 김진우. (1999). 장애복지의 변천과 전망, **사회복지연구**, 14(4), 71-101.

김용익. (2003). **장애인 보건의료의 과제와 대안**. 서울: 장애우 권익문제연구소.

김창엽, 이진석, 강길원, 김용익. (1999). 의료보험 환자가 병원 진료 시 부담하는 본인부담 크기, **보건행정학회지**, 9(4), 1-14.

김태성, 성경룡. (1993). **복지국가론**, 서울: 나남출판.

김형식. (1997). **호주의 장애 최근 장애 정책**, 서울: 한국아태장애인 10년 연구모임.

남상만, 나운환, 유명화. (1998). **장애인복지개론**, 서울: 홍익제.

박석돈. (2003). 독일의 장애인 고용촉진 및 직업재활 체계, **한국지체부자유교육학회지**, 36(1), 5-28.

박옥희. (1999). **장애인복지의 이론과 실제**, 서울: 학문사.

백선희. (1995). **의료보장제도와 장애인의 의료재활**, 서울: 장애인 고용.

변용찬.(1999). **2000년 장애인 실태조사를 위한 기초연구**, 서울: 한국보건사회연구원.

변용찬, 서동우, 이선우, 김성희, 황주희, 권선진 등. (2001). **2000년도 장애인 실태조사**, 서울: 한국보건사회연구원.

변용찬. (2001). 2000년도 장애인실태조사 결과: 장애인 정보격차 현황과 해소방안, **보건복지포럼**, 55(5), 39-50.

변용찬. (2002). 장애인 복지정책의 평가 및 향후 정책방향, **보건복지포럼**, 74(12), 66-75.

서광윤, 김용성. (1998). **호주연방정부 장애전략**, 서울: 한국아태장애인 10년 연구모임.

송근원, 김태성. (1997). **사회복지정책론**, 서울: 나남출판.

신혜정. (1999). **미국과 한국의 장애인 고용정책에 관한 연구**, 석사학위 논문, 이화여자대학교, 서울.

윤상용. (2002). 장애인 복지부문의 성과와 추진 방향, **보건복지포럼**, 65(3), 14-28.

이선우. (2002). 장애인 고용부문의 성과와 추진 방향, **보건복지포럼**, 65(3), 29-40.

이익섭. (1991). **장애인복지론**, 서울: 한국장애인고용촉진공단.

이준근. (2002). 장애인 복지발전 5개년 계획의 평가와 향후 추진과제, **보건복지포럼**, 65(3), 6-13.

정영평. (1998). 장애인 고용 정책의 변화와 그 수용에 관한 비교 연구: 미국과 한국의 사례, **한국정책학회보**, 7(2), 115-138.

한국보건사회연구원. (1995). **1995년도 장애인 실태조사**, 서울: 한국보건사회연구원.

International Labour Organization. (1995). *Recommendation Concerning Vocational Rehabilitation of the disabled*, Geneva: Author.

World Health Organization. (2001). *The UN Standard Rules on the Equalization of*

Opportunities for Persons with Disabilities: Government responses to the implementation of the Rules on medical care, rehabilitation, support services and personnel training, Geneva: Author.

Abstract

Welfare State and Development of the Welfare Policy for the Disabled - Inclusion of Home-based Rehabilitation Services in the Long Term Care Insurance -

Yoon, Tae-Hyung*, Kim, Tae-Hoon**, M.P.H., O.T.

*Dept. of Occupational Therapy, Dongseo University

**Dept. of Occupational Therapy, Kaya University

Objective : The aim of this study is to describe on the definition of the welfare state and scope of the social welfare and to analyze the development of the social welfare policy for the disabled in South Korea.

Methods : We described on the definition of the welfare state and scope of the social welfare and analyzed the social welfare policy and welfare policy for the disabled among Korean Government through literature review. Finally, We also analyzed the welfare policy for the disabled in the Roh Moo-hyun Administration.

Results : Welfare policy or welfare policy for the disabled was developed as economic growth from 'selective welfare' to 'universal welfare'. Scope of the social welfare was expanded from 'minimum guarantee' of the Lee seong-man administration to 'participatory welfare' of the Roh moo-hyun administration and that was similar to the welfare policy of administration for the disabled.

Conclusion : We suggest that occupational therapist based community should find unmet health need and provide home-based rehabilitation services to the disabled and the elderly.

Key words : Community based occupational therapy, Home-based rehabilitation service, Social welfare, Welfare for the disabled