

발달장애인의 커뮤니티 케어 실현방안에 대한 연구

신준옥

성결대학교 사회복지학과 조교수

Research on Ways to Promote Community Care for People with Developmental Disability

Jun-Ok Shin

Assistant Professor, Department of Social Welfare, Sungkyul University

요 약 본 연구의 목적은 최근 정부에서 취약계층의 돌봄 체계를 시설보호(Institution Care) 중심에서 커뮤니티 케어 체계로의 전환을 목표로 추진하고 있는 발달장애인의 탈시설화를 위한 커뮤니티 케어의 성공적인 정착을 위한 방안과 대안을 제시하는데 있다. 연구방법으로 커뮤니티 케어의 궁극적 목적인 일상적 삶에 있어서 주도적이고 참여적인 삶을 실현하기 위해 외국의 발달장애인 커뮤니티 케어 정책들을 알아보고 추진 과정상의 주요 쟁점과 문제점을 탐색하고자 하였다. 연구결과, 탈시설화와 커뮤니티 케어 관련법의 정비·제정, 정책 시행상의 주체와 수행 과제, 소요재정 추계와 조달계획 및 예산확보 방안 등을 구체화 시켜야 할 것이다. 또한, 발달장애인의 주거공간 형태와 서비스 이용의 주체성을 명확하게 하는 것, 발달장애인의 특성과 장애정도에 대한 신뢰성 있는 통계 마련, 탈시설화 후 커뮤니티 케어에서 발생할 수 있는 인권유린 요인에 대한 고민, 지역사회의 공감대 형성 등 다양한 과제를 동시다발적으로 진행해 나가는 것, 커뮤니티 케어 정책의 성공을 담보하는 데 있어서 핵심요소 등이 필요하다는 것을 정책적 차원에서 제안하였다.

주제어 : 발달장애인, 커뮤니티 케어, 탈시설화, 사회통합

Abstract The purpose of this study was to present ways and tasks for the successful settlement of community care that the Korea government recently aimed to convert the care system of the vulnerable from the center of institutional care to the community-based care system. As a research method, we tried to find out the community care policies for foreign developmental disabilities and explore major issues and problems in the process. As a result of the study, de-institutionalization and maintenance and enactment of laws related to community-based care systems, the division of subjects and tasks in policy implementation, and above all, it is necessary to specify necessary financial estimation, procurement plan, and budget securing method. In addition, sincere deliberation on the form of living space for people with developmental disabilities after de-institution and clarification of the subjectivity of using the services provided. Establish reliable statistics on the characteristics and degree of disability of people with developmental disabilities, worry about human rights violation factors that can occur in community residential facilities that will be provided after de-facility, and create consensus in the community was also analyzed as an important factor. I think it is a key factor to secure the success of the community care policy by carrying out the above multiple tasks simultaneously.

Key Words : People with developmental disabilities, community care, deinstitutionalization, social integration

*Corresponding Author : Jun-Ok Shin(sjuno686@hanmail.net)

Received April 29, 2020

Accepted June 20, 2020

Revised June 12, 2020

Published June 28, 2020

1. 서론

2018년 3월, 우리정부는 노인·장애인·정신질환자 등에 대한 돌봄 체계를 종래의 시설보호(Institution care) 중심에서 커뮤니티 케어(Community Care) 중심으로 전환한다고 정책을 발표하고, 커뮤니티 케어를 “돌봄을 필요로 하는 이가 자택이나 지역-홈 등 지역사회에 거주하면서 개인의 특성과 욕구에 부합하는 복지급여와 서비스를 받고, 지역사회와 함께 더불어 살아가면서 자아실현과 스스로 사회활동을 할 수 있도록 하려는 사회서비스체계”라고 정의했다. 2019년 1월 시범사업으로 지역사회 통합 돌봄 사업을 발표하고 12개 시·군·구에서 노인(4곳), 장애인(4곳), 정신질환(2곳), 노숙인(2곳) 등을 대상으로 ‘커뮤니티 케어 추진본부’가 구성되어 운영하고 있으며, 정신질환자의 경우 병원에서 퇴원한 후 지역사회에서 생활이 가능한 ‘독립생활 체험홈’으로 주거를 옮겨 지역사회 내의 복귀를 준비하고 있다[1].

커뮤니티 케어는 단지 지역사회에서 살 수 있도록 하는 것에 그치는 것이 아니라 수용시설이 아니라 지역사회 내에서 사회참여를 통하여 인간다운 삶을 보장받는 것이다. 대표적으로 영국은 1990년에 「국민보건서비스와 커뮤니티 케어 법(National Health Service and Community Care Act, NHSCCA)」을 제정해 돌봄체계를 시설의존도에서 지역사회 중심으로 재편하였다. 미국은 취약계층이 자신의 집에 거주할 권리를 인정한 1999년 연방정부 대법원 판결 이후 주정부가 시설입소 대신에 지역사회기반서비스(Home and Community Based Services, HCBS)를 우선적으로 제공하도록 하는 다양한 조치들을 시행하였다. 일본은 2005년 시설급여를 축소하고 지역사회 내에 재가급여를 강화하는 개혁을 추진하였다[1].

이와 같이 선진국에서는 이미 탈시설화를 통하여 커뮤니티 케어 정책을 적극적으로 시행하므로 시설보호에서 생기는 문제점들이 감소하고 있다고 할 수 있다.

탈시설화와 커뮤니티 케어는 동전의 양면과 같은 관계로, 삶의 터전을 지역사회로 이전하여 가정과 같은 보편적인 거주서비스를 제공하고, 제약을 최소화하여 자율성과 사생활, 소유권을 보장하며 사회적 관계와 심리적 회복을 통해 지역의 일원으로서 인간답게 살아갈 수 있도록 지원하는 정책이라고 할 수 있다.

한국의 장애인 복지에 대한 인식은 대부분 생활시설에서 수용·보호하는 차원이었으며, 또한 장애인은 사회의 소외계층으로 낙인과 차별의 대상이 되어 대부분 가

족들의 전적인 책임으로 부양이 전가되었다. 지금까지는 장애인의 자립문제를 한 개인과 가족의 문제라고 치부하였다면 앞으로는 국가적인 사회문제로 인식해야 한다고 본다.

발달장애인도 독립된 인격체로서 사회로부터 필요한 지원을 받으며 자신의 삶을 능동적으로 선택하고 주체적으로 살아갈 수 있어야 한다. 그러기 위해서는 발달장애인의 커뮤니티 케어는 서비스 전달체계의 변동이 아니라 한 사람의 삶의 변화로 이해할 필요가 있으며, 공간의 변화뿐만 아니라 스스로 주도적인 삶을 살아가기 위한 지속적인 과정으로 인식해야 한다[2].

이에 본 연구에서는 발달장애인의 커뮤니티 케어의 궁극적 목표인 일상적 삶에 있어서 주도적이고 참여적인 삶을 실현하기 위한 방안을 모색하기 위해 한국과 외국의 커뮤니티 케어 정책들을 비교해 보고, 한국의 발달장애인이 한 사회의 시민으로서 사회의 범주 내에서 주체성을 가지고 일상적인 삶을 영위할 수 있도록 커뮤니티 케어의 실현방안을 제안하고자 한다.

2. 이론적 배경

2.1 발달장애인의 개념

발달장애인의 정의는 사회복지학을 비롯하여 특수교육학이나 의학, 심리학 등 여러 학계에서 사용되고 있으나 일치된 견해는 없다. 우리나라 장애인과 관련된 대표적인 법률인 「장애인복지법」에서는 발달장애를 정의하고 있지 않으나 「장애인복지법시행령」에서는 ‘발달장애인은 소아기 자폐증, 비전형적 자폐증에 의한 기능 및 능력 장애로 인하여 일상생활 혹은 사회생활을 영위하기 위한 기능 수행에 제한을 받아 도움이 필요한 사람’이라고 정의하고 있다.

우리나라는 통상적으로 발달장애를 지적장애와 자폐성장애를 포괄하는 중분류의 개념으로 정리하고 있으며, 사회복지학과에서 사용하는 교재에서도 장애인복지법상의 지적장애인과 자폐성 장애인을 포괄하는 개념으로 사용하고 있다[3].

2.2 발달장애인 현황

우리나라의 등록 장애인 수는 국가통계포털(2018년 말 기준)에 따르면, 258만 6천여 명(전체인구 대비 5.0%)으로 장애인등록률 94.1%를 보이고 있다.

연령대별로는 70대(57.3만 명, 22%)와 60대(57.1만 명, 22.1%)에서 가장 많으며, 9세 이하(2.9만 명, 1.1%),

10대(6.1만 명, 2.3%)에서 가장 적은 것으로 나타나 장애인 인구도 고령화가 상당한 수준으로 진행된 것으로 보인다.

Table 1. Registered Disabled(2016~2018)

| year | 2018 | 2017 | 2016 |
|--|-----------|-----------|-----------|
| Registered persons with disabilities (persons) | 2,585,876 | 2,545,637 | 2,511,051 |
| Prevalence(%) | 5.39 | 5.59 | 5.61 |

Source: National Statistics Portal(KISIS), 2019, 3

Table 2. Developmental Disability Registration Ltatus

| division | sum | Intellectual disabilities | Autism disorder |
|------------------|---------|---------------------------|-----------------|
| Number of people | 233,620 | 206,917 | 26,703 |

Source: National Statistics Portal(KISIS), 2019, 3

장애 유형별로는 15개 장애유형 중 지체장애 비율이 높으나(47.9%) 지속적으로 감소하는 반면, 발달장애인(지적·자폐)은 증가추세('09년 6.9%→'15년 8.2%→'18년 9.0%)에 있는 것으로 나타났다.

Table 3. Development Disability (Intellectual, Autistic) Home and Facilities Disabled(2017)

| year | 2017 | 2014 | 2011 |
|------------------|---------|---------|---------|
| Total | 232,162 | 213,419 | 180,358 |
| Home welfare | 220,154 | 201,283 | 169,570 |
| Facility welfare | 12,008 | 12,136 | 10,788 |

Source: List of Ministry of Health and Welfare, welfare facilities for the disabled

2017년 기준 전국의 장애인 거주시설 수는 1,517개 소로 입소 인원은 30,693명으로 전체 등록 장애인의 약 1.2%에 해당하며, 입소 10년 이상인 경우가 58%를 넘는 것으로 나타났다. 또한 입소자(30,693명) 중 발달장애인(12,008)이 39.1% 비율을 차지하였다[4].

발달장애인들의 거주시설 입소 경위는 비자발적으로 입소한 비율이 67.9%, 자발적으로 입소한 비율이 14.3%로 나타났으며, 비자발적 입소 사유로 '가족들이 돌 볼 여력이 없어서'라는 응답 44.4%, '잘 모르겠다'는 응답 21.5%, '다른 시설에서 이 시설로 보내서'라는 응답이 12.9%로 나타났다[4].

이는 시설입소 장애인들의 자발적인 의지로 주체성과 인권을 주장하기 어렵다는 것을 의미하며, 시설에서 거주하는 장애인의 많은 부분을 차지하고 있는 발달장애인에 대한 커뮤니티 케어 시스템 도입이 얼마나 절실한 것인가를 보여주고 있다고 하겠다.

2.3 탈시설화

2.3.1 탈시설화 개념

시설화는 지역사회로부터 분리된 대규모 시설에서 단체생활과 기관의 규율 및 의료전문가와 돌봄 제공자와의 위계적 관계에 의한 통제를 받으며 생활한다[5]. 우리나라에서 시설입소가 급증한 것은 8.15해방과 6.25 전쟁 이후 외국 민간원조에 의해서라고 할 수 있다. 사회복지 시설사업은 「생활보호법」과 「아동복지법」의 제정 이후 다양한 사회복지에 대한 욕구가 표출되어 서비스 분야도 다양하게 되었다. 즉, 장애인, 아동, 영유아, 노인, 여성, 모자, 부랑인 등 대상자별 특성에 따라 다양한 복지시설이 증가 되어 왔다[6].

시설화는 헌법(제34조 제 1·5항)에서 '인간다운 생활을 할 권리'를 규정하고 '신체장애자 및 질병·노령 기타 사유로 생활능력이 없는 국민은 법률이 정하는 바에 의하여 국가의 보호를 받을 권리'를 규정하고 있어 생활능력이 없는 장애인을 시설에 수용하면서 입·퇴소와 자기문제에 관한 자기결정권(Self-determination)을 박탈당하는 경우가 지속적으로 발생 되어 왔다[7].

탈시설화는 대형시설에 의존적인 지위로 살아가던 상태에서 지역사회에서 자립적이고 의미 있는 삶으로의 변화를 의미한다[8][9]. 또한, 입소 또는 배치의 형식으로 통제받으며 거주하는 공간에서 자가, 매입, 임대 등을 통해서 점유권을 가지며 출입에 제한 없이 자유롭게 하루의 일과를 보내고 직원과의 관계에서 평등이 보장되는 생활을 하는 상태를 말한다[9].

탈시설 정책 시행 방법도 거주시설이라는 공간을 떠나서 자신의 공간으로 이주하는 탈시설 정책과 시설의 규모, 환경, 서비스 내용과 방법 등을 변경하여 기존 시설을 개혁하는 탈시설 정책으로 구분할 수 있다. 발달장애인의 탈시설을 위해서는 임대주택 공급, 자립정착금 지원, 생활 지원서비스, 탈시설 지원센터 운영 등이 필요하고, 자립적인 공간, 개별적인 재정, 적정한 지원 등이 시설 개혁의 핵심요소임을 인지하여야 한다. 탈시설화는 장애인 복지가 추구하는 궁극적 이념을 포괄하는 개념으로 정상화(Normalization) 개념과 밀접한 관련이 있다[10].

정상화는 단순한 탈시설을 넘어 비장애인과 함께 지역사회에 거주하고 지역사회에서 사회의 구성원으로 차별 받지 않고 평등하게 삶의 질을 향상시켜 나간다는데 궁극적인 의미가 있다.

2.3.2 탈시설화의 등장 배경

제2차 세계대전 종전 이후 생활기준의 향상과 진보적

인 사회정책적 접근, 그리고 인권에 대한 강조는 대규모 시설 중심의 발달장애인, 정신장애인 및 노인 관련 서비스 및 서비스 질에 대한 문제제기의 배경으로 작용해 왔으며, 커뮤니티 케어를 추진할 수 있는 여건이 탈시설화를 촉진할 수 있는 요인으로 작용하였다[11].

탈시설화는 시설보호에서 지역사회 내 거주하며 지역사회 기반의 서비스를 지원받으며 생활하는 삶으로의 전환을 의미하며, 장애인이 자신의 욕구를 확인하고 이를 충족할 수 있는 방법을 찾도록 지원하는 것이다. 이를 통해 장애인은 지역사회에서 일상적인 삶을 영위하게 된다고 할 수 있다[12].

따라서 장애인이 지역사회에서 통합된 삶을 살 수 있는 기회와 지원체계를 마련하는 것은 매우 중요한 사항이다. 기존의 탈시설화 정책의 경우 대규모 시설의 소규모화를 중심으로 이루어졌으나 향후 장애인 탈시설화 지원정책의 경우 장애인 당사자가 자신의 삶에 대한 주도권과 권리를 보장받아야 함에 중점을 두어야 한다.

3. 국가별 탈시설화

3.1 영국

3.1.1 추진배경

1959년 「정신보건법(The Mental Health Act)」의 제정으로 정신적 장애를 한 묶음으로 간주하던 개념에서 탈피하여 발달장애인을 별도로 고려할 수 있는 정책적 기반을 조성하고 정신장애와 달리 발달장애인이 지역사회 내에서 거주할 수 있는 가능성을 열어두었다. 그러나 정신장애인의 장애를 고착화시킨다는 사회적 담론을 촉발시킨 Goffman 연구[13] 병원에서 장기간 생활한 정신장애인의 삶에 대한 시설의 파괴적 효과를 드러낸 분석을 통하여 병원에서 억압적인 모습이 세상 밖으로 알려지게 되면서 1962년부터 1975년까지 정신병동¹⁾의 절반을 폐쇄하기로 하는 결정으로 이어졌다[14].

1981년 'Care in the Community' Green Paper에서 재정과 돌봄의 책임을 NHS를 담당하는 보건당국에서

지방정부와 민간조직으로 이관하는 방안을 제안하면서 기존 대규모 정신병원의 공간적 비효율성과 막대한 비용 부담을 적시하고, 장기적인 의료 및 사회서비스가 필요한 사람의 대부분은 지역사회 기반 돌봄 모델을 적용해야 한다는 점을 강조하였다[15].

영국에서 탈시설화가 촉발된 배경은 대규모 정신병원에서 생활하는 장애인들의 인권침해 및 침해 가능성이 지속하여서는 안 된다는 사회적 관심, 신자유주의 정책에 따른 공공부문의 축소와 민간주도 서비스 공급으로의 정책 중심 이동, 대규모 정신병동 운영의 비효율성과 예산의 낭비가 요인이라고 할 수 있다.

3.1.2 탈시설화 추진과정

3.1.2.1 지역사회 내 거주

영국의 탈시설화는 국영 대형병원을 폐쇄하는 것과 새로운 거주공간을 마련하는 것으로 대변될 수 있다. 1970년대 이후 국가보건 서비스(NHS) 산하에 있던 많은 병원들을 폐쇄하기 시작하였으나, 폐쇄 결정 이후 지역사회 내 거주공간으로 이동하는 데 시간이 걸리고 일부는 퇴소를 거부하는 경우도 있어 폐쇄 결정과 실제적인 폐쇄 사이에는 시간적 간극이 적지 않게 발생하였다. 최근까지도 언론에서 대형병원에서의 인권침해 사례와 그에 따른 병원폐쇄를 다루고 있는 점을 보아 탈시설화는 현재진행형으로 볼 수 있다[13].

새로운 주거 공간은 민간자본으로 단기간 내에 많은 수가 신축됨에 따라 공공부문에서 민간부문으로 서비스 제공의 중심축이 이동하게 되었다. 거주공간의 이동이 비교적 순조로웠던 것은 정부가 사회복지 급여를 통해 민간운영 거주시설로의 입주를 지원하고, 지역사회 내에 거주하고 있던 장애인들에게도 동일한 기준을 적용하여 민간 거주시설 이용 수요가 커졌기 때문이다. 그러나 중앙정부에서 지급하는 사회보장급여 예산의 급격한 증가(1979년 천만 파운드, 1986년 4억 5천 9백만 파운드, 1991년 18억 7천 2백만 파운드)는 시스템 변화의 필요성을 고민하게 만들었고, 대형병원이나 가정에서 거주하는 대신 민간에서 설치·운영하는 시설로의 수평적 이동에 불과하다는 지적과 비판이 있었다[16].

3.1.2.2 서비스 이용의 주체성

1990년에는 탈시설화를 넘어 커뮤니티 케어 정책 전반의 획기적 전환을 가져오는 「NHS 및 커뮤니티 케어법」이 제정되어 서비스 이용의 체계성을 담보하기 위한 종합적인 욕구평가 체계를 갖추고 지방정부의 사회서비스

1) 정신병동이라 하더라도 모두 정신질환자만 입원했던 것은 아니다. 1959년 Mental Health Act 제정을 통해 정신질환과 발달장애를 구분할 만큼 혼란스러운 것이다. 발달장애인에 대한 탈시설화 또한 대형병원에서의 인권침해가 문제되기도 했지만 발달장애가 정신질환과 다르다면 왜 발달장애인이 병원에 있어야 하는가? 라는 질문을 던지기 시작하면서 촉발된 점이다(Brend, 2008: 23-24)

국(Social Service Department)의 총괄책임 하에 민간에서 제공되는 서비스가 활성화되도록 서비스 구매자와 조정자의 역할을 수행하게 되었다. 즉, 서비스의 직접제공에서 서비스가 제공되도록 기획·조정하며 민간서비스를 구매하는 역할로 전환한 것이다. 그러나 서비스의 양과 이용방법을 공급자 중심으로 결정하는 문제가 발생되어, 「직접 지불법(Direct payment), 1996」을 제정하기에 이르렀다. 즉, 지방정부가 서비스를 설계해 주는 것이 아니라, 당사자에게 현금을 지급하여 당사자 주도하에 자기 삶에 맞는 서비스 구매계획을 실현할 수 있도록 지원하는 역할이 변화되었다. 이후, 이 제도는 「Care Act, 2014」를 통해 법제화하여 자신의 선호에 따라 거주 및 돌봄서비스 이용 형태를 선택할 수 있게 된 것이다[17].

3.2 미국

3.2.1 미국의 탈시설화 흐름

1980년대 미국에서는 권리옹호운동으로 장애인 탈시설화가 전개되었으며 「발달장애인의 지원 및 권리장전에 관한 법률(The Development Disability Assistance and Bill of Right Act)」에서 가장 제한요소가 없는 환경에서 적절한 도움을 받을 발달장애인의 권리를 규정하였다. 특히 ‘팬허스트 중단연구’ 결과는 지역에 기반한 돌봄 서비스가 시설보호보다 장애인에게 더 큰 사회적 평등과 삶의 질을 보장하며, 비용측면에서도 경제적인’을 입증하였다[5].

1990년에는 시설화를 장애인에 대한 심각한 차별로 규정한 「장애인법(The Americans with Disabled Act of 1990)」이 제정되기에 이르렀다[18]. 또한 1970년대 오클라호마주는 연방법원의 시설폐쇄 명령 이후 중간단계인 소규모 시설이나 그룹홈을 생략하고 한 번에 한 명씩 자립생활을 지원한 결과 비용은 가장 적게 들고 성과는 가장 높은 의미 있는 결과를 도출해 내었는데, 이는 시설 소규모화, 그룹홈의 과정을 거치지 않고 처음부터 개인별로 지역사회 자립을 직접 지원하는 프로세스가 더 효율적이라고 하였다[5].

3.2.2 미국의 활동지원제도

미국의 장애인활동지원은 주별로 지역사회기반 서비스 프로그램(HCBS²⁾)이 상이 하지만 대체로 장애인 활동

보조제도(Persons Assistance Service, PAS)와 장애인 케어서비스(Persons Care Assistance Program, PCA)로 구분되어 제공된다[19].

장애인활동보조서비스(PAS)는 소득수준에 관계없이 제공되는 서비스로 지역사회 내에서 자립하여 활동하고 있는 장애인들에게 ‘활동’을 지원하는 것이다. PAS는 사회활동에 참여하고 있는 장애인들을 주요 대상으로 하고 있으며, 대상 장애인은 스스로 어떤 서비스와 지원이 필요한지 조정하고 관리할 수 있는 능력이 있어야 한다. PAS 대상 장애인은 직접 서비스 내용을 관리하며, 현금으로 지급된 자신의 계좌에서 정해진 범주 내에서의 서비스와 물품을 구입할 수 있으며 자신의 수요에 근거하여 주당 최대 40시간의 활동보조인 서비스를 받을 수 있다. 재원은 주정부와 지방정부의 조세, 본인부담금 등으로 마련되며, 본인부담 비율은 소득수준에 따라 나뉜다.

장애인케어서비스(Personal Care Assistance Service, PCA)는 저소득 재가 장애인을 대상으로 하는 돌봄서비스로 요양에 초점을 두고 있다. 시설보호에 따른 비용부담을 줄이고자 지역의 저소득 장애인에게 재가 서비스를 제공하는데, PAS는 인지능력과 사회생활을 강조한다면 PCA는 소득기준을 강조하며, 의사의 소견서도 필요하다. PCA의 모든 서비스는 메디케이드에 등록된 전문 간호사의 관리감독 하에 진행되며, 주당 40시간까지 서비스가 제공된다. 재원은 전액 메디케이드에서 지원되며, 메디케이드와 계약한 지역사회 재가 보건 서비스 제공기관 또는 정신건강서비스 부서와 계약한 독립적 클리닉에 의해 제공되며, 반드시 장애인 서비스 관련 부서에 사전 허가를 받아야 한다[4].

3.3 일본

3.3.1 발달장애인 지원과 지역포괄 케어

2000년에 ‘사회복지기초 구조개혁’이 실시되면서 사회복지서비스는 ‘조치제도’³⁾에서 ‘계약제도’로 바뀌게 되었으며, 24시간 활동보조서비스를 하는 ‘지원비제도’는 장기불황과 재정부담의 영향으로 폐지되었다.

2012년 장애인종합지원법(Disability Comprehensive Support Act)이 통과되었는데 제공받는 복지서비스 중 자기부담금을 10% 범위에서 수익에 따라 차등적용하게 하였으며, 소득이 없는 경우에는 자기부담금을 내지 않도록 하였다[20].

2) Home and Community Based Service Program. 이 제도는 장애인에 대한 불필요한 시설화를 막기 위하여 시작된 것으로 장기보호 서비스, 사례관리, 주간보호, 단기보호 등의 영역까지 확대하여 장애인의 지역사회 내 실질적 자립을 돕고 있다.

3) 행정기관(지방자치단체)이 조차권자로서 서비스 필요의 유무와 내용을 일방적으로 결정하여 개인에게 통지하는 제도로 이용할 시설이나 서비스 제공기관 또한 지정해 주는 제도이다.

발달장애인은 장애등급 판정을 받게 되면 장애등급에 따라 장애연금(1급 월 81,925엔, 2급 65,925엔 등)을 받게 되며 생활보호 대상자가 되면 매월 생활급여와 주택급여를 지급받고 장애연금 및 생활보호대상자가 되어 지역에서 자립생활을 하게 된다[20].

일본은 2009년부터 커뮤니티 케어를 본격화하였는데 ‘지역포괄 케어시스템4)’ 개념을 도입하여 지역의 다양한 자원을 최대한 활용하여 의료·복지 서비스를 제공하고 있다. 이 시스템의 핵심은 주로 위탁받은 공익법인에서 운영하고 있는 ‘지역포괄지원센터’로 일본의 커뮤니티 케어는 지역포괄지원센터를 중심으로 이루어지며, 지역의 의료자원 및 주민 조직과5)의 연계를 통해 케어서비스를 제공한다.

3.3.2 발달장애인 지원센터

‘발달장애인 지원센터’는 전국의 현과 시에 64개가 운영되고 있으며 발달장애인과 가족이 생활할 수 있도록 보건, 의료, 복지, 교육, 노동 등의 관계기관과 연대하여 네트워크를 구축하고 상담에 응하며 지도나 조언을 하고 있다. 또한, 지역사회의 특성을 살려 크게 4가지 분야에서 지원을 하고 있다[20].

첫째, 발달장애인과 가족에게 복지제도 이용방법, 보건, 의료, 교육, 노동 등에 관한 상담과 관계기관을 소개하고 있다. 둘째, 발달장애인이나 가족, 주위 사람의 발달지원과 가정에서의 양육방법 등에 관한 상담 및 조언, 지적발달에 관한 발달검사, 발달장애인의 보육, 교육, 지원 방법에 대한 계획의 작성 및 조언을 실시한다. 셋째, 발달장애인에게 취업에 관한 상담을 실시하고, 공공직업안정소, 장애인직업센터, 장애인 취업생활지원센터 등과 연대하여 정보를 제공한다. 넷째, 발달장애인을 보다 많은 사람들이 이해할 수 있도록 지역주민을 위한 강연회, 발달장애인의 대응방법 등에 대하여 홍보 진단지를 작성하여 보건, 의료, 복지, 교육, 노동, 교통, 소방, 경찰 등의 공공기관이나 일반기업 등에 배포한다.

3.3.3 발달장애인 복지서비스

발달장애인을 위한 서비스로는 상담지원사업, 단기입소사업, 주간활동지원서비스6), 이동지원, 공동생활원조

- 4) 지역주민 전체를 대상으로 하는 서비스로 지역사회의 자치회와 주민조직, NPO(비영리단체) 등에게 개호보험 대상자에 대한 서비스를 제공하도록 유도하는 것이다.
- 5) 지역주민 조직이란 자치회, 마을만들기 조직, 봉사활동 조직 등 지역주민으로 구성된 공동체 조직을 의미한다.
- 6) 주간활동지원사업으로는 장애정도가 심한 지적장애인 또는 정신장애인을 대상으로 행동원호와 이동지원, 자립훈련, 가족지원, 원거주지원, 취업지원 등을 서비스 하고 있다.

(그룹홈) 등이 있다[20].

첫째, 상담지원사업은 복지서비스에 대한 정보제공과 상담, 사회자원 활용을 위한 지원, 사회참가지원, 동료상담, 권리옹호 지원, 전문기관과의 연대, 지역자립지원협의회의 운영 등이다. 둘째, 단기 입소사업은 장애인과 함께 살고 있는 가족들이 휴양, 관혼상제, 건강문제 등 부득이하게 장애인을 케어할 수 없을 때 일시적으로 시설에서 생활할 수 있게 하는 서비스이다.

3.4 스웨덴

3.4.1 탈시설화 과정

1943년 장애위원회(Committee for the Partially Ablebodied)를 설립하고 ‘사회가 장애인들을 위한 서비스 제공에 대한 책임을 부담해야 하며, 장애가 심한 장애인들의 경우 여전히 거주시설에 의해 서비스가 제공되어야 한다’고 권고하였다[21].

1946년 장애인들의 삶과 복지, 사회경제적 동기를 주된 목표로 채택한 ‘정상화원칙(Normalization principle)7)’으로 부터 탈시설화가 시작되었는데, 정상화 원칙에는 장애인들의 시민으로서의 역할과 사회참여는 민주적 권리로 간주되었고, 많은 비용이 드는 특별 거주시설이 아닌 지역사회에서 일반인들과 함께 살아가야 한다는 지극히 현실적이고 경제적인 배경도 내포되어 있다[21].

이러한 정상화 원칙은 여러 차례 중요한 입법을 통하여 보완되었는데 1993년 장애인이 지역사회에서 자립적인 생활을 영위하는 것이 가능한 지원을 국가의 의무로 규정하는 「장애인지원 및 서비스법(On for certain disabled people, 1993)」이 제정되었다. 이러한 입법 과정에 근거하여 스웨덴의 탈시설화 과정은 3단계로 진행되었다. 1단계에서 경증장애인은 지역사회서비스, 중증장애인은 시설서비스로 이원화하였으며, 2단계에서는 가정에서 생활하던 중증장애인들이 시설생활을 거부하면서 이들에게도 지역사회서비스 제공을 시작하였으며, 1970년대 후반 대규모 거주시설 폐쇄를 결정하면서 장애인들의 완전한 탈시설화가 원칙적으로 확립되었다. 3단계에서는 장애인들이 시설에 거주하지 않는 상황에서

- 7) 1950년대 전반 덴마크 정신장애인의 부모모임에서 출발한 사회운동으로, 1960년대 후반 스칸디나비아반도에서 정신지체인에 대한 서비스실천의 원칙으로 제기된 이론으로 시설보호에 반대하며 일상적인 생활형태와 리듬을 강조하는 개념이다. 정상화이념은 장애인을 특별히 대우하는 것이 아니라 지역사회에서 비장애인들과 동등하게 대우하고, 당연한 생활을 영위할 수 있도록 사회적 조건을 정비하는 것을 말한다.

자신의 생활에 대한 자기결정권을 갖도록 법적인 뒷받침을 통해 자기결정권을 보장하였다.

3.4.2 특수병원 및 요양시설 폐쇄법

장애인들이 지역사회에서 완전히 통합하여 사는 것을 가능하게 한 「장애인지원 및 서비스법」이 제정된 4년 후 「특수병원 및 요양시설 폐쇄법⁸⁾(On the closure of special hospitals and nursing homes)」이 제정되어 장애인 수용을 위한 특수병원 및 요양시설을 1999년까지 폐쇄하기로 결정하였다. 이러한 입법결과 지적장애인들에게 제공되는 모든 지원은 지역사회에 기반한 서비스를 통해 이루어지게 하는 커뮤니티 케어 시스템이 형성되어 진 것이다[21].

3.5 국가별 탈시설화가 주는 시사점

영국에서 탈시설화는 대규모 시설에서 집단으로 생활하는 발달장애인들의 인권침해 및 침해 가능성에 대한 사회적 관심, 공공부문의 축소와 민간서비스 공급으로의 정부 정책 무게중심 이동, 대규모 정신병동 운영의 비효율성과 예산의 낭비적 요소에 대한 반성 등 주로 인권과 예산의 효율성 요인에서 출발하였다. 탈시설화를 넘어 지방정부가 총괄하여 서비스가 제공되도록 기획·조정하는

「NHS 및 커뮤니티 케어법」의 제정 「직접지불법(Community Care (Direct Payment) Act)」의 제정을 통하여 지급된 현금으로 당사자 주도하에 자기 삶에 맞는 서비스 구매계획을 실현할 수 있도록 지원하는 역할로 변화되었다. 즉, 장애인은 자신의 선호에 따라 거주 및 돌봄서비스 이용 형태를 선택할 수 있게 된 것이다. 한국 역시 현재 운영 중인 대형시설의 설립과 운영 주체는 민간이나 운영자금은 상당 부분 정부의 보조금에 의존하는 실정으로, 영국의 커뮤니티 케어 총괄책임 주체 및 서비스 공급방식, 당사자들에게 예산을 직접지원 하는 방식은 한국의 정책 방향에 적지 않은 시사점을 주고 있다.

미국은 거주지 지원정책에 있어서 장애인 당사자의 지역사회 정착을 정당한 권리로 인식하며 지원해 왔다[5]. 오클라호마주의 중간단계(소규모 시설, 그룹홈)를 생략하고 개인별로 지역사회 자립을 직접지원 하는 저비용 고효율의 정책은 우리에게도 시사하는 바가 크다.

일본은 2009년 부터 ‘지역포괄 케어시스템’ 개념을 도

입하여 지역의 다양한 자원을 활용하여 의료·복지 서비스를 제공하고 있으며, 지역의 의료자원 및 주민 조직과의 연계를 통해 케어 서비스를 제공하고 있다는 점은 의미가 있다 하겠다.

스웨덴은 장애위원회(Committee for the Partially Ablebodied)를 설립하고, ‘정상화원칙(Normalization principle)’하에 장애인들이 시민으로서의 역할과 사회 참여는 민주적 권리로 간주하고, 장애인들에 대한 지원을 국가의 의무로 규정하는 「장애인지원 및 서비스법(On for certain disabled people, 1993)」을 제정하였다. 3 단계로 진행된 스웨덴의 탈시설화 과정은 지역사회에 기반한 커뮤니티 케어 시스템이 형성되는데 정책 시행상의 인내와 지역사회의 수용, 법적 지원 등이 중요한 요소로 작용한다는 점을 시사하고 있다.

4. 발달장애인의 커뮤니티 케어 정책방안

4.1 한국의 탈시설화와 커뮤니티 케어

2018년 3월 정부는 취약계층(노인, 장애인, 정신질환자)에 대한 돌봄체계를 ‘시설보호’에서 ‘커뮤니티 케어’로 전환하겠다고 발표하였으며, 추진 방향과 핵심과제를 아래와 같이 제시하였다. 첫째, 인권과 삶의 질, 둘째, 지방분권과 책임성 강화, 셋째, 포용적 복지의 지속가능성 확보와 일자리 창출, 넷째, 지역사회 연결망 복원을 추진 방향으로 설정하고, 돌봄·복지 등 사회서비스 확충, 지역사회 중심 건강관리체계 강화, 돌봄이 필요한 사람의 지역사회 정착 지원, 병원·시설의 합리적 이용 유도, 지역사회 커뮤니티 케어 인프라 강화 및 책임성 제고를 핵심과제로 제시하였다.

현재 정부가 추진 중인 커뮤니티 케어 정책의 핵심은 다양한 분야의 사회서비스를 ‘탈시설화 및 지역사회 중심의 사회서비스’로 재구조화하는 것으로 주거지원 인프라, 찾아가는 방문서비스, 재가장기요양 서비스 등 세 가지 영역으로 통합·압축하고 있다. 이를 위하여 읍·면·동에 ‘케어 안내 창구’를 설치하여 서비스 연계 및 통합을 지원하고, 시·군·구에는 정책 수립·운영을 위한 ‘커뮤니티 케어 추진단’을 설치하는 것과 아울러 민·관·협치 조직인 ‘지역케어회의’를 구성·운영토록 하고 있다.

한국의 커뮤니티 케어 정책은 기존의 서비스들을 재조직화 하는 성격이 강하며, 공급자 중심으로 개별화되어 있던 서비스들을 연계하는 것으로 지역사회의 주체적 참여를 강조하는 것이 핵심이다. 하지만 케어 시스템의 재

8) 시설폐쇄법 제 1조에는 “정신장애인들의 돌봄을 위해 설립된 특수 병원들은 늦어도 1997년 12월 31일까지 폐쇄해야 한다. 정신 장애인들을 위해 동법에 의해 설립된 요양시설들은 1999년 12월 31일까지 폐쇄해야 한다” 라고 규정하고 있다.

구조화는 지역사회의 행위주체들이 얼마나 존재하고, 얼마나 적극적인 역할을 수행하는 지가 대단히 중요하다.

보건복지부 「통계로 보는 사회보장(2018)」에 따르면 한국에는 현재 약 1,500개의 장애인 거주시설과 약 30,000명의 장애인이 시설에 거주하고 있다. 그중 지적·자폐성 장애인 생활시설의 거주인은 9,192명(2008)에서 12,369명(2015)으로, 중증장애인 거주시설의 거주인은 8,981명(2008)에서 11,314명(2015)으로 발달장애인(지적·자폐성)의 숫자는 지속적으로 증가하였다. 지방정부에서는 이미 탈시설 방법들이 다각도로 모색되고 있는데, 일례로 서울시는 지난 2009년 ‘장애인 전환서비스지원센터’를 설립하고, 2013년 장·단기 계획인 ‘장애인거주시설 탈시설화 5개년 계획⁹⁾’을 발표하고 탈시설화를 준비할 수 있는 체험-홈, 자립생활주택, 자립생활가정 등 주거를 제공하고 탈시설이 안착될 수 있도록 정착금을 지급하고 있다[22].

국가적으로는 2010년 장애인연금제도, 2011년 활동보조지원제도 도입을 통해 탈시설과 지역사회 자립생활을 지원할 수 있는 예산상의 정책적 토대는 미흡하지만 부단한 노력 끝에 갖추어 왔다고 생각된다. 본인이 살던 지역사회에서 일반인들과 어울려서 자기주체적인 생활을 영위하고 인간다운 삶의 질을 향상시켜 인권을 신장시킨다는 정상화 과정상에 더 이상 장애인들의 희생이 강요되어서는 안될 것이다.

정책을 시행하는 데 있어서 가장 중요한 동력은 이러한 변화의 흐름을 뒷받침할 수 있는 관련법의 정비와 제정, 시행 주체의 명확성, 예산과 속도, 지역사회의 수용 등이 관건이라 할 수 있다. 정부가 ‘탈시설화’와 ‘사회통합’ 정책을 국가의 책임으로 인식하고 시급하고 치밀하게 추진해 나가야만 하는 이유다.

4.2 커뮤니티 케어 활성화를 위한 과제

4.2.1 관련법의 정비와 제정으로 정책 뒷받침

정부의 정책의지를 실현하기 위해서는 국회가 행정부와 협의하여 관련되는 법률의 개정과 제정을 통하여 그 내용을 충실히 담아냄으로써 기초와 기둥을 튼튼하게 설

정하여 정책을 뒷받침하는 것이 무엇보다도 중요하다.

「장애인복지법」 개정, 시설폐쇄와 탈시설 내용을 담은 「시설폐쇄법」 또는 「탈시설지원법」 제정, 「장애인권리보장법」 제정 등 다양한 양상으로 장애인들의 탈시설화와 사회통합을 지원하기 위한 법적 뒷받침이 요구된다. 단순히 특정 법에 탈시설화 개념을 정의하고 탈시설 지원기구를 만드는 조항의 개정만으로 실효적인 시행을 담보하기는 어렵다고 본다. 온전한 자기결정권 행사를 위한 정보접근 방식의 개선, 수용자 입장의 탈시설 절차, 탈시설화 전문인력의 양성, 탈시설 지원전달체계의 구축, 탈시설 이후 재입소·범법행위 등으로 이어지지 않기 위한 심리상담·사회적 관계망 형성, 모니터링과 추적조사 등 많은 과제가 동시다발적으로 다뤄져야 한다[22].

4.2.2 정책시행상의 주체

커뮤니티 케어 정책은 중앙정부로부터 지방정부까지 어느 특정부처(서)의 정책범주를 넘어서는 것이 자명하다. 중앙정부에서는 보건복지부가 주무부처가 될 수 있겠으나 거주공간, 취업, 사회서비스, 예산 등 복합적인 요소로 인하여 국토교통부, 고용노동부, 기획재정부, 행정안전부 등의 관계부처 모두가 참여해야 한다. 따라서 이러한 부처를 모두 총괄하여 정책을 기획·집행하고 조정할 수 있는 컨트롤 타워(노인, 발달, 정신 구분)를 구성하여야 한다. 지방정부(광역시, 지방자치단체)에서도 관련되는 부서를 총괄할 수 있는 조직을 구성하여 중앙정부와 연계성 있는 정책을 추진하여야 할 것이다. 여기서 중앙정부와 지방정부의 역할을 명확하게 구분하는 것 또한 정책 집행상의 아주 중요한 요소가 될 것이다. 예컨대 중앙정부는 정책 기획의 주체, 지방정부는 시행의 주체로서의 역할론을 분명히 하여야 한다는 것이다.

4.2.3 정책 재정조달과 예산의 확보

커뮤니티 케어 정책의 지속성을 위해 가장 중요한 분야가 지속가능한 재정을 어떻게 조달하느냐의 문제다. 정부가 추진하고 있는 선도사업 예산으로 2019년도에는 64억이 편성되어 집행되었으나, 기본계획에는 이후 재정 추계나 재정조달 방안이 보이지 않는다. 정부는 커뮤니티 케어 정책을 초고령화 사회로 진입하는 2025년까지 완성하고 2026년부터는 전국적으로 확대한다는 목표다. 우리나라의 건강보험과 장기요양보험 재정건전성이 악화되고 있는 상황에서 재원확보 방안 마련이 절실하게 요구되고 있다. 증세 없는 복지는 결과적으로 협소한 보장 범위, 낮은 급여 수준 등으로 광범위한 복지 사각지대를

9) 서울시는 장애인 탈시설의 중요성을 인식하고 2013년에는 2017년까지 600명의 장애인이 시설에서 나오는 것을 목표로 설정한 탈시설화 5개년 추진계획을 수립하고 시행하였다. 이 계획은 인권을 바탕으로 장애인 탈시설을 추진하였고, 이를 통해 탈시설 패러다임으로 주류적인 것으로 만들었을 뿐만 아니라 초기에 설정하였던 목표도 초과달성할 것으로 예상되는 등 적지 않은 성과를 낳았다.

나는 문제가 발생할 수 있다. 커뮤니티 케어의 핵심은 지속성과 협업이다. 지역사회 통합 돌봄 정책이 실패하지 않으려면 우선적으로 장기적인 관점에서 재정추계를 실시하여야 하며, 그를 바탕으로 재정조달방안을 마련해야 할 것이다.

일본의 경우 「지역포괄케어시스템」 운영을 위한 재원으로 '지역의료 개호종합 확보기금', '개호보험', '국가보조금'과 '지자체 사업'등으로 운영되며 지속가능한 자원마련을 위한 소비세를 인상하여 재원을 마련하고 있다[23].

4.2.4 사회통합을 위한 주거 공간 마련

시설에 거주하고 있는 발달장애인들이 지역사회와 통합하기 위해서는 주거 공간 마련이 그 첫걸음이라 하겠다. 지역사회에서 활용할 주거공간으로 지역 내의 자가, 케어홈(Care Home)¹⁰⁾과 너싱홈(Nursing home)¹¹⁾, 임대주택, 지역사회 내 실제 가정에 거주 등 다양한 보편적 주거공간을 제공하여 시민으로서의 폭넓은 삶을 영위한다는 점에서는 긍정적이나 재정적 부담이 클 수 있다는 문제점을 내포하고 있다. 그러나 중간단계(소규모 시설, 그룹홈)를 생략하고 개인별로 지역사회 자립을 직접 지원하여 비용이 적게 들고 최고의 효율성을 끌어냈던 미국 오클라호마 주의 사례를 분석하여 최소의 비용으로 거주공간을 마련하는 방안을 찾아야 할 것이다.

4.2.5 서비스 이용의 주체성

발달장애인들의 사회적 무관심과 차별 속에서 자기주도성을 보장받는 정책적 배려를 받아오지 못했다. 커뮤니티 케어 정책의 중요한 부분 중 하나는 서비스사용자의 자기결정권을 보장함으로써 이들이 지역사회의 일원으로서 자존감을 회복하고 지역사회의 일원으로서 역할을 할 수 있도록 환경을 조성하는 것이다. 발달장애인이 서비스 이용과정에서 자신의 의사가 최대한 관철되도록 정보를 제공하고, 욕구파악을 위한 의사소통을 하며 금전관리 등 지원을 통하여 자기결정권을 보장하여야 한다. 이를 위해, 사회적 서비스가 공급자 중심이 아닌 수요자 중심으로 구매가 될 수 있도록 서비스 공급방식을 구축해야 할 것이다. 시행착오를 거쳐 정착된 영국의 직접지불제도가 발달장애인의 주체성 회복을 통한 삶의 질을 향상한다는 본래의 취지에 맞게 정착되도록 방안이 모색되길 기대해 본다.

5. 결론 및 제언

서구 선진국들은 이미 1970년대부터 발달장애인을 포함한 사회적 약자의 탈시설화를 통한 지역기반 돌봄서비스(커뮤니티 케어)를 추진하여 거의 정착단계에 와 있다. 이들 선진국들의 정책의 발단은 대부분이 탈시설화를 통하여 시설에 집단으로 거주 시에 환경적이고 시스템적으로 발생했던 사회적 약자의 인권침해 내지는 유린 환경을 개선하고 더 큰 사회적 평등, 삶의 주체성과 자기결정권을 보장하며 비용의 측면에서도 효율적이라는 관점에서 출발하였다. 우리나라도 이제 막 지역기반 돌봄서비스(커뮤니티 케어) 정책의 걸음마를 시작하였으나 '지역기반 돌봄서비스를 통하여 사회적 통합으로 사회적 약자의 삶의 질 향상'이라는 목표를 달성하기 위하여 관련 주체와 요소들이 통합된 노력을 집중한다면 반드시 성공할 수 있으리라 생각한다. 자칫 이러한 정책적 노력이 정치적 포퓰리즘이나 국민적 요구의 일시적 반응, 선진국 정책의 모방 시행 등 부정적인 의도가 내포되지 않고, 사회적 약자의 인권을 보장하고 삶의 질을 향상하는 것이 국가의 기본적인 책무임을 인식할 때 정책 시행의 진정성과 성과를 끌어낼 수 있으리라 본다.

특히, 발달장애인의 탈시설화를 구체적으로 준비하는 우리나라는 발달장애인의 특성과 장애 정도에 대한 신뢰성 있는 통계를 마련하고 이들에게 어떤 방법으로 어떤 형태의 거주공간을 제공해야 하는지, 외국사례에서 아직도 시설에 남아있는 발달장애인들이 의미하는 것은 무엇인지, 탈시설화 이후 제공될 지역사회 거주시설(케어홈, 너싱홈, 임대주택 등)에서 발생할 수 있는 인권유린 요인은 없는지 등을 꼼꼼히 짚어보아야 할 것이다. 아울러, 정책을 가장 힘 있게 뒷받침해주는 버팀의 요소로 관련 법안의 정비·개정·제정과 서비스 이용의 주체와 지역사회의 공감대를 형성해 나가는 과제들을 동시다발적으로 진행해 나가는 것이 커뮤니티 케어 정책의 성공을 담보하는데 핵심요소라고 본다.

끝으로 본고를 통해서 사회적 약자(노인, 장애인, 정신, 노숙자 등) 전체를 포괄하는 커뮤니티 케어 정책 속에서도 일부분인 발달장애인에 대한 정책적 제언을 제시하는 데에는 많은 제약이 있었다. 그러나 이후 정책수립 및 집행 간에 발달장애인의 지역사회기반 돌봄 정책이 다른 여타의 요소보다 복잡하고 세밀하게 고려해야 할 부분들이 많이 있다고 보고 개괄적이거나 실현 방향을 제시하였다. 이후 정책 기획·계획수립·집행 간에 발달장애인의 지역사회기반 돌봄 정책을 실현하기 위한 분야

10) 5~7인으로 구성되면서 의료적 서비스가 포함되지 않은 소규모 거주시설

11) 15인 내외로 구성되면서 의료적 서비스가 포함되는 거주시설

별 세부적인 방안들이 연구되어 정책에 반영함으로써 성공적으로 지역사회기반 돌봄(커뮤니티 케어)시스템이 우리 사회에 정착되어 발달장애인과 더불어 살게 되는 우리 사회를 기대해 본다.

REFERENCES

- [1] H. S. Cho. (2018). Tasks for Activating Community Care monthly public policy, 157, 62-65.
- [2] M. J. Sung. (2019). *De-institutionalization process for the developmentally disabled*, Master's thesis, Graduate School of Civil and Social Welfare.
- [3] Y. D. Kim. (2012). Disability and Social Welfare, Seoul: EM.
- [4] H. W. Choi. (2020). Master's thesis, research on the realization of deinstitutionalization for the severely disabled (focused on the disabled).
- [5] S. K. Park. (2017). The Actual Condition for the Preparation of the Deconstruction Plan for the Disabled, National Human Rights Commission of Korea.
- [6] J. I. Jeon. (2000). Practical Implications of De-institutionalization of Community Welfare, *Research on Social Welfare*, 6(2).
- [7] J0 An. (2006). Measures to improve the legal system for the protection of human rights of people living in social welfare facilities: Focused on social welfare facilities, *Law and Social Theory Society*.
- [8] Seattle Regional Office of United States General Accounting Office Deinstitutionalization of the mentally disabled in Oregon. 1976.
- [9] Y. D. Kim. (2018). Deinstitutionalization and Building Community-Based Personal Special Services: Community Care that Comments Independence and Interdependence. *Health and Social Welfare Review*, 38(3), 492-520.
- [10] Korea Institute for Health and Social Affairs, 2018.
- [11] Emerson, Deinstitutionalization Tizard Learning Disability Review, 2005.
- [12] Collins, J. From hospital to home: the drive to support people with intellectual disabilities in the community. *International Journal of Developmental Disabilities*, 2015.
- [13] Asylum Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmate, Harmonds worth: penfuin Books, 1961.
- [14] Institutional Neuroses, Bristol: Wright, 1959.
- [15] Bradley, Creating Individual Supports for People with Developmental Disabled, Baltimore: MD Brooks, 1994.
- [16] Mean and Smith, Community Care: Policy and Practice(4 Edition), 1998.
- [17] J. W. Kim. (2012). Focusing on the implications of de-institutionalization of people with disabilities in the UK and the promotion of residence and subjectivity in the community, *Korean Journal of Social Welfare*,
- [18] M. Y. Kim. (2016). Dignity deprivation policy for the disabled with dignified life, *Korean Society of Public Engineers*, Vol.44 (3), 61-101.
- [19] J. H. Jeon. (2015). A study on how to improve the support system for people with disabilities in Korea, focusing on the Assistance System for Persons with Disabilities (PAS) and the Care for the Disabled (PCA), *Korean Community Welfare* 52.
- [20] S. H. Kim. (2013). Supporting Plan for Independent Living for the Disabled: Focusing on the Disabled, Korea Institute for Health and Social Affairs.
- [21] Ericsson, Deinstitutionalization and community living for persons with an intellectual disability in sweden, 2000.
- [22] D, H, Kim. (2018). Deinstitutionalization and Community Care, *Monthly Welfare Trend (236)*, 52-56.
- [23] Y. I. OH. (2018). A critical perspective for the correct direction of Korean community integrated care.

신 준 옥(Jun-Ok Shin)

[정회원]



- 2011년 3월 ~ 현재 : 성결대학교 사회복지학과 조교수
- 2020년 1월 ~ 현재 : 과천시여성비전센터 센터장
- 관심분야 : 여성복지, 장애인복지, 사회복지
- E-Mail : sjuno686@hanmail.net