

• • • • •
정 책 토 론 회

장애인 자립생활센터 운영기반 조성방안

일시 • 2004년 10월 18일 (월) 15:00
장소 • 서울시정개발연구원 대회의실
주최 • 서울시정개발연구원

토론회 일정

15:00 ~ 15:10	인사말 백용호 서울시정개발연구원장
15:10 ~ 15:40	주제발표 주제 장애인 자립생활센터 운영기반 조성방안 발표 김경혜 서울시정개발연구원 선임연구위원
15:40 ~ 15:50	휴 식
15:50 ~ 16:40	지정토론 사회 이성규 서울시립대학교 사회복지학과 교수 토론 권선진 평택대학교 재활복지학과 교수 김경미 한국여성개발원 연구위원 선현규 서울시 장애인복지과 장애인지원팀장 정진모 양천장애인종합복지관장 최용기 한국장애인II단체협의회 상임대표
16:40 ~ 17:00	종합토론 및 폐회

장애인 자립생활센터 운영 기반 조성방안

김경혜 (서울시정개발연구원 선임연구위원)

■ 목 차

- I. 연구개요
 - II. 자립생활 이념 개요
 - III. 자립생활센터 운영현황과 성과
 - IV. 자립생활센터 운영모형 구상
 - V. 장애인복지관과 자립생활센터의 관계 설정
 - VI. 자립생활센터 활성화를 위한 기반조성
-

I. 연구개요

1. 연구배경

1) 장애 패러다임 변화

그동안 장애인 복지의 패러다임은 수용·보호를 위한 시설화의 개념에서 치료와 재활을 강조하는 지역사회 재활 개념으로 발전하였다가, 최근에는 장애인 본인이 주체적으로 자신의 삶을 계획하고 선택하는 자립생활(Independent Living) 이념으로 변화하는 것이 세계적인 추세이다.

우리나라에는 1997년 자립생활 이념이 소개되었으며, 2004년 현재 전국에 15개 자립생활센터가 운영중이다. 특히 서울시는 2002년부터 자립생활센터 운영비를 지원하고 있

으며 지원범위를 더욱 확대할 예정이기 때문에, 서울시 장애인 복지정책에서 자립생활 이념이 더욱 강조될 전망이다.

2) 자립생활센터 기초자료 미비

자립생활 이념을 실천하기 위한 거점으로 자립생활센터가 운영되고 있다. 자립생활 센터는 장애인의 권익옹호와 대변자 역할을 담당하는 권익옹호 기관임과 동시에 자립생활에 필요한 지원서비스를 제공하는 복지기관 역할을 수행한다.

우리나라는 2000년 최초의 자립생활센터 설치 운영되었고, 2004년 현재 전국에 15개의 자립생활센터가 운영중이나 아직 자립생활센터의 실태에 대한 기초자료도 파악된 바가 없다. 또한 새로운 장애운동의 일환으로 자립생활센터가 점차 확대되고 있는 실정이지만, 실제로 자립생활센터가 장애인들의 삶의 질 향상에 어느 정도 기여하고 있는지조차도 연구된 바가 없다.

3) 자립생활센터 관련 제도의 미비

우리나라는 자립생활센터가 도입된 지 얼마 되지 않기 때문에, 자립생활 개념 및 센터 운영을 활성화하기 위한 기본적인 여건도 마련되어 있지 않다. 우선 자립생활센터의 성격이나 기능, 운영방식에 대한 기준이나 원칙이 없이 운영되고 있는 실정이다. 예를 들어 서울시는 2002년부터 5개의 자립생활센터와 1개 정신지체인 자립지원센터에 운영비를 지원하고 있지만, 지원대상 자립생활센터의 선정기준이나 평가방법조차 마련되어 있지 않다.

또한 자립생활이 장애인 복지의 기본이념으로 확산되는 추세이지만, 자립생활 개념 및 센터운영을 활성화하기 위한 법적·제도적 근거가 마련되어 있지 않다. 미국이나 일본에서 자립생활이 안정적으로 정착한 것은 정부에서 지원하는 장애수당 및 기타 의료제도, 연금제도 등의 밑바탕이 있었기 때문이다. 이제 우리나라도 장애인 자립생활 활성화를 위한 제도적 지원방안 모색이 필요한 시점이다.

4) 우리나라 장애인 복지 환경

우리나라에서 자립생활 개념(또는 운동)은 미국처럼 장애인 스스로의 요구에 의해 자생적으로 확산된 것이라기보다는 선진국의 이념 및 실천방법을 배우고 보급하는 과정을 통해 소개되었고, 자립생활 개념의 실천방법으로 미국·일본의 자립생활센터 운영 모형을 수용하고 있다.

그러나 우리나라의 장애인 복지 현황은 미국이나 일본과는 많은 차이가 있다. 아직 사회 전체는 물론 장애인들조차도 자립생활에 대한 인지도 및 요구에 차이가 있다. 더구나 우리나라는 이미 장애인복지관을 중심으로 장애인복지서비스 전달체계가 구축되어 있다. 물론 현재의 장애인복지관은 당사자주의를 강조하는 자립생활센터의 기본이념에 부합하지는 않지만, 기존의 전달체계는 그대로 둔 채 또 다른 시설을 건립하는 것이 바람직한 것인가는 검토되어야 할 과제이다. 따라서 우리의 여건에 맞는 자립생활 실천모델 개발이 필요하다.

2. 연구목적 및 범위

이상에서 논의한 것과 같은 배경에서 본 연구는 장애인 복지현황 및 장애인들의 복지욕구를 토대로 우리의 여건에 맞는 장애인 자립생활센터 운영모델을 제안하고, 자립생활센터를 통한 장애인 복지향상을 위한 기반 조성방안을 모색하는 데 연구목적이 있다. 이러한 목적에 따라 본 연구에서 다루어질 주요 연구내용은 다음과 같다.

- 자립생활센터의 운영실태와 효과성 검토
- 바람직한 자립생활센터 운영모델(운영지침) 구상
- 기존의 장애인 복지시설과 자립생활센터간의 관계 설정
- 자립생활센터 운영 활성화를 위한 기반조성 방안 연구

II. 자립생활 이념의 개요

1. 장애인 자립생활의 개념

1) 장애 패러다임의 변화

장애인에게 사회적 서비스를 제공하기 시작한 초기단계는 주로 장애인들을 사회로부터 격리·보호하는 시설수용을 중심으로 장애인 복지사업이 이루어졌다. 그러나 장애인을 사회로부터 격리하여 수용하는 것은 장애인 인권을 무시한 비인도적 접근이라는 지적이 시작되면서 탈시설화, 지역사회보호 필요성이 제시되었다. 동시에 서비스 내용에 있어서는 보호차원의 배려에 중점을 두는 서비스에서 훈련과 교육에 중점을 두는 재활 서비스 개발에 역점을 두기 시작하였다.

지역사회 재활적 접근은 장애인들이 격리시설로부터 벗어나 지역사회에 참여하는 기회를 제공했다는 점에서 긍정적인 발전이라고 볼 수 있지만, 여전히 장애는 장애인 개인의 문제이고 장애인을 변화의 대상으로 본다는 점은 한계로 지적되었다. 이 접근방식은 재활에 목표를 두고 있기 때문에 치료·교육·훈련을 통해 손상된 기능을 회복하고 잔존 능력을 발굴하는데 초점이 주어진다. 그러나 장애인은 원천적으로 “장애를 평생 지속적으로 가지고 살아갈 수밖에 없는” 존재이기 때문에, 교육을 통해 기능을 회복한다는 것은 그 자체로서 모순이라는 반론이 제기되었다.

이에 따라 장애는 장애인 본인의 개인적 문제가 아니라 그를 둘러싼 사회 및 환경과의 역동적인 과정에서 발생하는 문제이며, 따라서 목표는 훈련을 통해 장애인의 기능을 회복하는 것이 아니라 장애인의 사회적 참여를 방해하는 환경요인들을 변화시키는 것으로 보는 새로운 관점이 제기되었다. 이 새로운 패러다임은 장애인의 자조·자립 및 역량강화를 강조함으로써 장애인 스스로의 역할을 강조하며, 장애인의 인권신장을 위한 시민권 개념을 바탕으로 궁극적으로는 사회통합과 정상화를 목표로 한다.

2) 자립생활 개념의 특징

자립생활 이념은 이러한 장애인 인권신장을 위한 시민권 개념을 바탕으로 하고 있

다. 자립생활은 1970년대 미국의 중증장애인인 Ed Roberts와 장애인 자조그룹에 의해 시민운동 차원에서 시작된 이념이자 사회운동이다. 이들은 개인능력 및 직업능력 개발을 위한 재활서비스가 효과가 없는 중증장애인이 일정한 도움을 받으면서 성공적으로 자립생활을 하는 것을 목격하면서 자립생활을 새로운 장애복지 패러다임으로 찾기 시작하였다.

여기서의 “자립”이란 장애인이 아무런 도움없이 모든 일을 스스로 할 수 있게 되는 것을 의미하는 것이 아니라, 필요한 원조와 지원을 받으면서 자신의 생활 전반을 조정하고 관리하는 주체가 되는 것을 의미한다. 즉, 치료나 훈련으로 손상된 기능이 회복되기 어려운 중증장애인의 경우, 2시간 걸려 혼자 옷을 입고 집에 있는 것보다는 다른 사람의 도움을 받아 15분만에 옷입기를 끝내고 나머지 시간에 자신이 선택한 일을 하는 것이 진정한 자립생활이라는 것이다.

자립생활을 정책 분석의 패러다임으로 최초로 연구한 Dejong은 자립생활의 개념을 기존의 재활모델과 비교하여 <표 2-1>과 같이 제시하였다. 재활패러다임에서는 모든 문제를 개인적인 것이며 따라서 변화가 필요한 것도 장애인 개인으로 보며, 장애인은 환자 또는 클라이언트이기 때문에 전문가인 의사, 물리치료사 등이 장애인 문제를 해결하는 데 중심적 역할을 담당하도록 되어 있다. 이와 달리 자립생활 패러다임에서는 문제는 장애인이 아니라 그들을 둘러싼 환경과 재활과정이며 따라서 개선되어야 할 대상도 장애인 본인이 아니라 환경 및 사회라는 시각이다. 또한 장애인은 환자가 아니라 소비자로서 자신의 삶을 스스로 통제하는 주체로 인식되어야 한다.

자립생활 개념은 정상화, 사회통합, 역량강화모델 등 다양한 이념들을 기반으로 하고 있지만, 지향하는 핵심적 이념은 소비자 주권주의 또는 장애인 당사자주의이다. 장애인 당사자주의에 의하면 장애인의 문제와 욕구는 장애인 본인이 가장 잘 알고, 장애인 문제에 관한 한 전문가는 의사나 사회복지사가 아니라 장애인 당사자이기 때문에 장애인들은 수동적인 대상이 아니라 본인의 삶을 계획하고 선택하는 능동적인 주체라는 점이 강조된다. 따라서 장애인은 소비자로서 자신의 삶에 직·간접적인 영향을 미칠 수 있는 서비스를 선택하고 결정할 권리를 갖고 있다는 것이다.

<표 2-1> 재활모델과 자립생활모델의 비교

항목	재활(Rehabilitation) 모델	자립생활(Independent Living) 모델
문제의 정의	신체적 손상/직업기술의 결여/심리적 부적응/동기, 협력 부족	전문가, 친척에의 의존/부적절한 지원서비스/환경의 장애/경제적 장애
문제의 위치	개인	환경, 재활과정
장애인의 역할	환자/클라이언트	소비자
통제·조정자	전문가	소비자
문제해결 방법	의사, 물리치료사, 작업치료사, 직업재활상담원 등에 의한 전문적 개입	동료상담/옹호/자조/소비자주권/ 사회적 장애의 제거
접근방법의 특징	<ul style="list-style-type: none"> - 개인의 바깥이론에 기초 - 개인적 문제, 개인적 치료에 의존한 재활 - 의료적 접근, 전문집단(정신의학, 의사, 간호사, 심리학자, 각종 치료사 등)에 의한 조정,관리 	<ul style="list-style-type: none"> - 사회적 억압이론, 정상화이론, 통합화이론 - 사회적 문제, 사회적 행동 및 조치 필요 - 자조활동적 접근 - 개인·집단적 책임
추구하는 결과/목표	최대한의 ADL/유급취업/심리적 적응/ 동기의 증대/신변처리	자기관리/최소한의 제한된 환경/ 생산성(사회적, 경제적)
장애연구 변수	<ul style="list-style-type: none"> - 개인변수: 다양한 습관들, 인성유형, 스트레스 대처방안, 자아상, 창의성, 개인의 심리적 기질 - 유기적 변수: 연령, 장애정도, 합병증, 능력, 인내심 	<ul style="list-style-type: none"> - 환경적 변수: 주위환경의 장애인식, 재정적 안정, 사회적 안정, 거주지역 특성 및 시설 거주여부, 사회경제적 지위, 법률·문화적·인종적 영향력, 편의시설, 의료·교육·여가에의 접근성
중요 변수	일상생활가능정도, 실내에서의 이동가능정도, 분리고용, 작업장애의 취업, 전문가에 의한 치료 및 개입, 특수교육, 분리교육	생활여건조성, 소비자주권, 옥외활동, 통합교육 및 고용, 지원고용, 사회제도·정책 등 환경적 특성

자료: Dejong, G.(1981), 오해경(1998)에서 재구성.

2. 자립생활센터

자립생활운동은 자립생활센터를 중심으로 실천되고 있다. 현재 운영중인 자립생활센터들은 자립생활 운동 창시자인 Ed Roberts가 처음 설립한 버클리 자립생활센터를 원형

으로 한다. Ed Roberts와 동료들은 자립생활 운동의 일환으로 중증장애인의 자기결정권을 신장하고 타인에 대한 의존을 최소화하기 위한 직접서비스 및 의뢰·조정서비스를 제공하는 자립생활센터를 처음 설립 운영하였다. 자립생활센터는 장애인의 권익을 옹호하고 대변자 역할을 담당하는 권익옹호 기관임과 동시에 자립생활에 필요한 지원서비스를 제공하는 복지기관 역할을 수행한다.

자립생활센터에서 제공되는 서비스는 크게 장애인 권익옹호 및 의식개선을 위한 사업과 자립생활에 필요한 지원서비스 성격으로 구분할 수 있다. 장애인의 권익옹호와 관련된 서비스로는 동료상담, 정보제공 및 의뢰, 자립생활 기술훈련, 자립생활에 대한 교육·홍보사업, 대변자 역할 및 활동 등이 포함되며, 자립생활에 필요한 지원서비스로 활동보조서비스, 교통편의 제공, 주택서비스, 장비관리·수리·임대, 복지혜택에 대한 상담 등이 제공되고 있다.

자립생활센터의 원형을 제시한 미국의 경우, 2000년 현재 400개 이상의 자립생활센터가 있으며(ILRU, 2000), 미국 재활법에서는 자립생활센터가 제공해야 할 핵심서비스로 정보제공과 의뢰, 자립생활 기술훈련, 동료상담, 개별적·조직적 권익옹호를 규정하고 있다. 한편, 자립생활센터가 갖추어야 할 기본 요건으로 다음과 같은 내용이 제시되고 있다(Nosek, 1988).

- ① 소비자주도(consumer control) : 의사결정, 서비스 제공, 센터의 설립·운영·정책방향 결정 등에 장애인 본인이 참여해야 한다.
- ② 지역사회중심(community based) 기관이어야 한다.
- ③ 비수용(non-residential) 시설이어야 한다.
- ④ 전 장애영역포괄(cross-disability) : 모든 장애종류를 대상으로 서비스를 제공해야 한다.
- ⑤ 민간 비영리(non-profit) 기관이어야 한다.
- ⑥ 자립생활서비스를 제공해야 한다.

3. 우리나라의 자립생활 운동

1) 도입과정 및 특징

우리나라에 자립생활 개념이 처음 소개된 것은 1997년 '서울 국제장애인 학술대회'에서 일본의 자립생활 운동가인 나까니시가 일본의 자립생활 운동을 소개하면서 부터이다. 그 후 1998년부터 2000년까지 3년간 정립회관이 일본의 휴먼케어협회와 함께 한국과 일본에서 직원연수, 강연회, 세미나, 동료상담교실, 중증장애인 자립생활 체험 프로그램 등을 실시하면서 자립생활 개념이 전국적으로 확산되었다. 2000년 가을에는 일본자립생활센터협회의 후원으로 한국자립생활지원기금이 조직되었으며, 이 기금으로 우리나라 최초의 자립생활센터인 '동대문 피노키오자립생활센터'와 '광주 우리이웃자립생활센터'가 지원되었다.

우리나라의 자립생활 이념의 도입 및 자립생활센터의 발전 과정은 선진국의 이념 및 실천방법의 보급을 통해서 이루어졌다는 점에서, 장애인운동 과정을 오랜 시간 거친 후 자립생활센터가 생겨나기 시작한 미국 및 일본과 차이가 있다. 미국이나 일본에서 자립생활이 안정적으로 정착한 것은 정부에서 지원하는 장애수당 및 기타 의료제도, 연금제도 등의 밑바탕이 있었기 때문이다. 그러나 우리나라의 경우, 장애인의 교육권, 노동권, 이동권 확보 등을 위한 운동들이 있어 왔으나, 사회적 공감을 기반으로 정책화 되기에 부족하다는 지적이다(변경희, 2002). 또한 국민기초생활보장법이 기본적인 사회보장 제도로 존재하나 현실적으로 지원수준이 최저생계비에도 못 미치고 있으며, 장애수당, 장애아보육수당, 중증장애인 보호수당 등은 생색내기에 불과하거나 아직 지급조차 안되고 있는 실정이기 때문에 소비자 주권주의를 강조하는 자립생활 이념을 실천하기 위한 여건이 마련되어 있지 않다.

2) 관련 시설 및 단체

자립생활 이념을 실천하는 자립생활센터 및 관련단체 현황은 <표 2-2>와 같다. 2004년 현재 전국에 15개의 자립생활센터가 운영중이며, 정신지체인을 대상으로 자립생활을 지원하는 정신지체인 자립지원센터 7개소가 있다.

<표 2-2> 자립생활관련 기관 및 단체

구분	소재지	명칭	재정지원
자립생활 센터	서울 (9)	서울 자립생활센터 피노키오 자립생활센터 Will 자립생활센터 프렌드케어 자립생활센터 발달장애인 자립생활센터 노들 장애인자립생활센터 양천 장애인자립생활센터 중증장애인 독립생활연대 독립생활비전 21	시비 지원 시비 지원 시비 지원 시비 지원 시비 지원 - - - -
	지방 (6)	부산 상화장애인자립생활센터 전주 손수레장애인자립생활센터 전주 작은자립생활센터 광주 우리이웃자립생활센터 대구 밝은내일자립생활센터 제주 장애인자립생활센터	- 지자체 지원 - - - -
정신지체인 지원센터	서울 (1)	서울 정신지체인 지원센터	시비 70%, 국비 30%
	지방 (6)	부산 정신지체인 지원센터 경기 정신지체인 지원센터 인천 정신지체인 지원센터 대전 정신지체인 지원센터 경북 정신지체인 지원센터 전남 정신지체인 지원센터	지자체 70%, 국비 30%
관련단체	협의회	한국장애인단체협의회	
	기타	한국자립생활네트워크 한국장애인자립생활연구회 전국장애인자립생활연구회	

우리나라 자립생활센터는 일본을 통해 소개되었고 일본 및 미국모델을 대체로 따르고 있기 때문에, 제공되는 서비스 내용도 일본 및 미국과 유사하여, 활동보조서비스, 동료상담, 정보제공, 권익옹호, 교통편의 자립생활기술 훈련 등이 제공되고 있다.

서울시에는 9개의 자립생활센터와 1개 정신지체인 지원센터가 있으며, 성격상 관련 단체로 분류된 한국자립생활네트워크에서도 자립생활센터가 실시하는 사업을 일부 실시하고 있다. 서울시는 2002년 3억원의 예산을 확보하여 처음으로 자립생활센터 5개소를 지원하기 시작하였고, 2004년 현재 자립생활센터 5개소와 정신지체인 지원센터 1개소 등 6개소를 지원하고 있다.

한편, 자립생활 관련 장애인 자조단체 활동이 민간조직을 중심으로 점차 확대되어 가고 있다. 자립생활센터의 공식적인 협의회로는 한국장애인IL단체협의회가 있다. 이는 전국의 자립생활센터 11곳이 2003년 10월 '장애인 당사자 중심의 자립생활 실현을 위한 도전'이라는 목표를 가지고 결성한 조직체로, 자립생활센터 지원을 위한 장애인복지법 개정, 유료활동보조인제도 도입, 전동휠체어 무상지급, 장애인 연금제 도입, 보건복지 장관과의 면담 등을 요구하며 장애인 운동의 힘을 키우기 위해 노력하고 있다.

기타 장애인 자립생활 관련 단체로는 한국자립생활네트워크, 한국장애인자립생활연구회, 전국장애인자립생활연구회 등이 있으나 현재 한국장애인IL단체협의회를 제외하고는 활동이 활발하지 못한 편이다.

III. 자립생활센터 운영 현황과 성과

1. 운영현황 및 문제점¹⁾

1) 조직 및 운영

우리나라의 자립생활센터도 대체로 외국과 같이 장애인이 주체가 되어 설립·운영하는 독립형태가 일반적이며, 운영에 있어 장애인 본인의 참여가 활발하다. 자립생활센터의 운영주체는 장애인 단체, 장애인 권익단체, 자조단체 등 장애인 단체가 가장 많았으며, 설립형태도 기존의 복지시설이나 협회 부설보다는 독립적으로 설립된 형태가 약간 많다. 조사대상 자립생활센터 15곳 모두 운영위원회가 구성되어 있었다. 위원수는 평균 13명이며, 구성원으로는 장애인 본인, 장애인단체 인사, 장애인복지 실무전문가, 학계 전문가 등이 많이 포함되어 있다.

한편, 전체 센터의 1/3인 5개소는 여전히 미등록 시설로 남아 있으며, 평균적인 설립·운영기간은 약 2년 2개월에 불과하다.

<표 3-1> 운영주체 및 설립형태

구분		개소(%)
운영주체	사회복지법인	2(13.3)
	사단법인	2(13.3)
	종교법인	1(6.7)
	장애인 단체*	10(69.6)
설립형태	복지시설부설	4(26.9)
	협회부설	3(20.2)
	독립형태	8(53.3)
등록여부	등록	10(66.7)
	미등록	5(33.3)
계		15(100.0)
평균 설립 운영 기간		약 2년 2개월

* 법인이나 협회 등에 소속되지 않은 단체, 장애인 권익단체, 자조단체 등

1) 전국의 15개 자립생활센터에 대한 운영실태조사 결과임.

2) 기초 자원

① 인력

자립생활센터는 평균적으로 직원 7명과 소장 1명을 포함하여 8명의 인력이 활동하는 소규모 기관이다. 센터 소장의 92.8%가 장애인이며, 주로 지체 및 뇌병변 장애로 84.6%가 1급 장애인이다. 일반직원도 72.4%가 장애인으로 구성되어 있다.

우리나라 자립생활센터는 운영위원회 및 센터 인력에 있어서 장애인 당사자 주의를 철저히 실천하고 있다는 것이 특징이다. 자립생활 개념이 앞서 발달한 미국의 경우 '당사자 주의'라는 원칙은 없으며, '소비자 중심주의'를 강조한다. 소비자 중심주의는 소비 주체로서의 선택의 자율성을 강조하는 개념이다. 반면에 장애인 당사자 주의를 특히 자립생활센터 운영에 있어서 장애인 참여를 강조하는 것으로 일본을 거쳐 우리나라에서 더 강조되고 있다.

<표 3-2> 직원현황

구 분			소장	직원	
				장애인 직원	비장애인 직원
직원수		평균인원(명) 구성비(%)	1 -	5.1 72.4	1.9 27.6
개인특성별 구성비 (%)	장애유무	장애	92.8	100.0	-
		비장애	7.2	-	100.0
	학력	고졸 미만	33.3	35.5	13.9
		고졸	20.0	39.4	10.4
		전문대졸	6.7	11.8	17.1
		4년대 졸	20.0	11.8	48.2
		대학원 이상	20.0	1.4	10.4
	자격증	없음	33.3	84.1	48.3
		사회복지사	33.3	9.3	37.2
		특수교사	-	1.3	7.2
		기타 자격증	13.4	5.3	7.2
	급여	유급	40.0	68.7	75.8
		무급	60.0	31.3	24.2
	근무형태	상근	66.7	62.6	79.2
		비상근	33.3	37.4	20.8

장애인 직원의 학력은 고졸 이하가 대부분이며, 84.1%가 사회복지 관련 전문자격증을 가지고 있지 않다. 반면에 비장애인 직원들은 학력이나 전문자격증 소지 면에서 장애인 직원에 비해 상대적으로 높은 것으로 나타났다. 근무조건은 대체로 열악하다. 소장이 상근하는 경우는 전체의 66.7%이지만, 급여를 받는 경우는 40%에 불과하다. 직원의 경우는 상근 활동가가 장애인 직원의 62.6%, 비장애인 직원의 79.2%로 비장애인 직원의 경우 상근하는 비율이 더 높다.

② 재정

자립생활센터에 대한 국비 지원은 전혀 없으며, 15개 센터 중 서울 5개소, 지방 1개소 등 6개소가 자자체로부터 지원을 받고 있다. 전체 세입 중 재원별로는 정보보조금이 24.6%를 차지하며, 공동모금회 지원 및 기부금·후원금 등 외부 후원금이 전체의 53.5%로 가장 큰 부분을 차지한다. 이용자들로부터 받는 서비스 이용료는 전체 0.8%에 불과하다. 재정규모는 지방에 있는 센터들이 평균 8천만원이 넘어 서울의 6천만원보다 많다. 지역별로는 서울소재 센터들이 지방에 있는 센터들에 비해 정부보조금 의존도가 37%로 높은 편인 반면, 외부 지원금이나 법인 전입금 등의 기여도는 상대적으로 낮다.

<표 3-3> 세입현황(2003)

단위: 천원(%)

구분	계	정부보조금		외부지원금			자체부담				
		국비	지방비	공동 모금회	기부금 후원금	기타 지원금	법인 전입금	회원 회비	서비스 이용료	이월금	기타
전체(n=15)	67,105 (100.0)	0	17,150 (25.6)	14,341 (21.4)	14,137 (21.1)	7,399 (11.0)	5,402 (8.1)	1,947 (2.9)	569 (0.8)	2,881 (4.3)	3,209 (4.8)
소재지	서울 (n=10)	0	22,510 (37.0)	12,112 (19.9)	10,189 (16.7)	4,148 (6.8)	2,301 (3.8)	1,804 (3.0)	418 (0.7)	3,728 (6.1)	3,682 (6.0)
	지방 (n=4)	0	3,750 (4.5)	19,913 (24.1)	24,009 (29.1)	15,526 (18.8)	13,153 (15.9)	2,306 (2.8)	945 (1.1)	765 (0.9)	2,028 (2.5)

* 무응답(지방) 1개소 제외하고 분석함.

한편, 세출현황을 보면 41.5%가 인건비로 가장 큰 비중을 차지한다. 기존 복지시설이나 협회의 부설형태로 운영중인 센터의 경우 인건비 지출이 전체의 절반 이상을 차지

하여 인건비 비중이 높은 반면, 관리운영비가 9.5%에 불과하다. 이는 이들 센터는 기존시설에 소속되어 있기 때문에 관리운영비가 별도로 들지 않기 때문으로 추측된다. 반대로 독립형태로 운영되는 센터는 관리운영비와 사업비에 대한 투자가 인건비에 비해 더 많은 것으로 조사되었다.

<표 3-4> 세출현황(2003)

단위: 천원(%)

구분		계	인건비	관리운영비	사업비
전체		64,592 (100.0)	26,821 (41.5)	14,892 (23.1)	22,027 (34.1)
설립 형태별	부설형태 (n=7)	54,530 (100.0)	30,925 (56.7)	5,164 (9.5)	16,736 (30.7)
	독립형태 (n=7)	74,655 (100.0)	22,717 (30.4)	24,619 (33.0)	27,318 (36.6)

* 무응답(지방) 1개소 제외하고 분석함.

③ 시설

열악한 재정 상태는 기초 자원인 시설 현황에도 그대로 반영되고 있다. 자립생활센터의 시설 현황은 1개소를 제외하고는 사무실을 가지고 있었지만, 전용사무실을 가진 경우는 10개소 67%이다. 그 외 프로그램실, 교육실 등의 시설은 없는 경우가 많았으며, 특히 전용으로 사용하는 공간이 있는 경우는 적었다.

<표 3-5> 시설현황

단위: 개소(%)

	전용있음	겸용있음	없음
사무실	10(66.7)	4(26.7)	1(6.7)
프로그램실	4(26.7)	3(20.0)	8(53.3)
교육실	5(33.3)	4(26.7)	6(46.7)
주거실	5(33.3)	-	10(66.7)

3) 서비스 공급 및 이용

① 서비스 공급

우리나라의 자립생활센터에 가장 많이 제공되는 서비스 종류는 자립생활 인식교육, 자립생활 관련자료 제작 등 자립생활 홍보 및 교육 사업이었고, 그 다음으로 활동보조인 교육 및 파견서비스, 동료상담 교육 및 상담실시 등도 많이 제공되고 있다. 그 외에 정보제공 및 의뢰, 자립생활 기술훈련, 교통편의 제공도 많은 자립생활센터에서 제공하고 있다. 연간 이용자수를 기준으로 하면, 교통편의 제공, 자립생활 인식교육, 활동보조인 파견서비스 이용자가 많은 편이다.

<표 3-6> 공급 서비스 현황

서비스 종류	제공하는 센터 비율(%)	기관별 평균 이용자수 (2003년 연인원 기준)
자립생활 인식교육	92.9	166
자립생활 자료 제작	92.9	49(건수)
활동보조인교육	92.9	68
활동보조서비스	85.7	138
동료상담서비스	85.7	52
동료상담 교육	78.6	27
정보제공/의뢰	78.6	55
자립생활 기술훈련	71.4	32
교통편의제공	71.4	369
체험홈	35.7	10
재활보조 기구관리	35.7	10
주택수리/관리	28.6	2
직업교육	14.2	11
취업알선	14.2	15
성폭력상담	14.2	1
법률지원	14.2	2
총이용자수	-	1,008

대부분의 서비스들이 무료로 제공되고 있으며, 다만 대표적인 직접서비스인 활동보조인 파견을 유료로 하는 경우가 15개 조사대상 가운데 7개소로 많은 편이었다. 그러나 유료사업을 하더라도 모든 이용자가 요금을 지불하는 것은 아니다. 외국의 경우 소비자 중심주의에 입각한 서비스 선택권을 보장하기 위해서 활동보조인 서비스를 비롯한 직접 서비스는 유료서비스를 전제로 하고 있지만, 우리의 경우 대부분이 무료 서비스이다. 이는 우리나라는 아직 장애인의 소득보장이 제대로 되지 않고 있으며, 자립생활 서비스 이용을 위한 현금지원 제도가 없기 때문이다. 이처럼 무료서비스 중심으로 운영되기 때문에 우리나라 자립생활센터는 서비스 이용료가 전체 세입에서 차지하는 비율이 매우 낮다.

한편, 서비스의 제공방식은 전체적으로 센터 자체적으로 공급하는 경우(42.2%)와 센터 내부와 외부 자원을 모두 활용하는 경우(42.7%)가 많았다. 센터가 독립적으로 설립 운영된다 하더라도 기존의 시설이나 외부 자원과의 협력이 필요하다는 것을 보여주는 결과이다.

② 서비스 이용

자립생활센터를 이용하는 이용자는 연인원 기준 평균 1,008명이며, 각 센터별로 등록된 실인원은 평균 105명이다. 이 가운데 중증장애인이 67.1%로 자립생활센터는 주로 중증장애인을 대상으로 사업을 하고 있음을 알 수 있다. 이용자 가운데 수급자 장애인이 52%이고, 이용자의 86.5%가 무료로 서비스를 이용하고 있다.

한편 대부분의 센터에서 지체 및 뇌병변 장애를 대상으로 서비스를 제공하고 있지만 그 외 장애종류에 대한 서비스 제공은 상대적으로 낮아, 자립생활센터 운영원칙 중 하나인 전 장애종류를 대상으로 서비스를 제공하는 포괄성 측면에서는 다소 미흡한 것으로 평가된다.

서비스 대상자 선정방법은 센터에서 발굴하는 경우가 가장 일반적이다. 그러나 기존 복지시설이나 협회 등의 부설형태인 경우 다른 기관에서 의뢰하는 경우도 많은데 이는 부설형태인 경우, 기존 복지시설과의 연계 협조가 보다 용이하기 때문으로 해석된다.

<표 3-7> 이용자 특성

		평균 이용자수(명)	%
실인원 기준	총인원	105	100.0
	중증장애인	71	67.1
	수급자 장애인	55	52.0
	무료이용 장애인	91	86.5
장애종류 *	지체	-	93.3
	뇌병변		93.3
	시각		40.0
	청각		20.0
	언어		60.0
	정신지체		53.3
	발달		46.7
	정신		20.0
	신장		13.3
	심장		13.3
	호흡기		20.0
	간		-
	안면		-
	장루 요루		-
	간질		20.0

* 해당 장애종류를 대상으로 서비스를 제공하는 센터의 비율임.

2. 성과와 과제

자립생활 이념이 장애인 복지가 지향해야 할 바람직한 방향이라는 점에는 동의하면서도 자립생활 이념의 실천이 실제로 장애인들에게 어떠한 영향을 미치는지에 대하여는 확인된 바가 없다. 아직 우리나라에 자립생활센터가 시작된 지 얼마 되지 않기 때문에 효과성을 평가하기에는 한계가 있지만, 제한적이나마 자립생활센터의 운영성과에 대해 검토하였다.

자립생활이란 장애인이 자신의 삶을 통제하고 운영함으로써 보다 의미있는 삶을 사는 것이기 때문에 계량적으로 측정하는 것은 한계가 있다. 따라서 본 연구에서는 질적 연구방법을 통해 자립생활센터의 기여도 및 효과를 평가하였다.

1) 자립생활센터 실무자 평가²⁾

자립생활센터 실무자들은 자립생활센터가 장애인들의 실질적인 자립에 도움을 주었다기보다는 아직은 자립 또는 장애인 권익이라는 개념을 확산시키고 장애인들의 의식을 변화시키는 데 더 많이 기여한 것으로 평가하고 있다. 이는 아직 자립생활 개념 및 센터가 우리사회에 소개된 지 오래되지 않았기 때문으로 해석된다.

한편, 장애인들에게 실질적으로 가장 도움을 준 서비스 종류로는 활동보조서비스, 동료상담, 자립생활 인식교육, 그리고 장애인 권익옹호를 위한 활동들을 우선적으로 꼽았다.

<표 3-8> 자립생활센터가 기여한 점

단위: 명(%)

구 분		자립생활에 실질적 도움	장애인의 자립에 대한 인식개선	장애인에 대한 인식개선	개
전체		10(21.3)	35(74.5)	2(4.3)	47(100.0)
장애여부	장애인	7(24.1)	20(69.0)	2(6.9)	29(100.0)
	비장애인	3(17.6)	14(82.4)	-	17(100.0)
직급	소장	1(16.7)	5(83.3)	-	6(100.0)
	실무스태프	5(15.6)	25(78.1)	4(6.3)	32(100.0)
	지원인력	4(50.0)	4(50.0)	-	8(100.0)

2) 장애인 의식변화 및 평가³⁾

자립생활센터 이용경험이 있는 장애인과 그렇지 않은 장애인을 비교한 결과, 자립생활센터를 이용해 본 경험이 있는 경우 자립생활 의식수준 점수가 4점을 넘는 반면, 자립생활센터 이용경험이 없는 집단은 2.93점으로 크게 차이를 보여, 자립생활센터 이용이 장애인들의 의식변화에 기여한 것으로 평가된다.

2) 서울소재 11개 자립생활센터 실무자 대상 설문조사 결과로 47명이 조사에 응답하였음.

3) 장애인들의 자립생활에 대한 의식 및 욕구조사에서 나타난 결과임. 조사대상은 총 204명이며, 이 중 자립생활센터를 이용하고 있거나 이용경험이 있는 장애인은 113명임.

<표 3-9> 자립생활 의식수준

구 분		자립생활 센터 이용자 (27)	복지관 이용자 (80)	두 기관 모두 경험자 (85)	전체 평균 (204)
문제의 소재	생활하기 어려운(또는 불편한) 것은 내 장애 때문이 아니라, 주변환경이 장애인이 생활하기 불편하게 되어 있기 때문이다	4.11	2.89	4.15	3.59
자립의 의미	옷입기, 식사하기 등은 다른 사람의 도움을 받고, 그 시간에 나의 발전에 필요한 일을 하는 게 더 의미있다	3.85	2.15	3.33	2.89
전문가	장애인의 문제에 있어서는 사회복지사나 의사 등 전문가보다 장애인 본인이 가장 잘 이해한다	4.33	3.50	4.40	4.04
자기 결정권	무엇을 하고 어떻게 살지는 내 문제이므로 사회복지사 등 전문가가 아니라 나 스스로 결정해야 한다	4.52	3.38	4.42	4.02
당사자 주의	장애인 복지시설은 장애인이 중심이 되어 운영해야 한다	4.15	2.83	4.14	3.58
총계		4.19	2.93	4.09	3.62

* 자립생활 의식수준을 1~5까지 5점 만점으로 조사하여 평균점수를 계산한 것임

한편, 자립생활센터를 이용해 본 경험이 있는 응답자 113명을 대상으로 조사한 결과, 센터 이용이 본인의 자립에 매우(64.2%) 또는 약간(28.4%) 도움을 주었다는 응답이 많아 90% 이상이 센터 이용의 효과를 긍정적으로 평가하였다.

자립생활센터를 이용한 후 개인생활에 나타난 변화로는 응답자의 절반 이상이 장애인 권리에 대한 이해증진, 자신감이 생김, 외출빈도가 늘어남, 친구가 생김, 장애인복지 관련 정보를 얻게 됨 등을 지적하였고, 취업기회를 갖게 되었다는 경우도 21.2%이다. 성별로는 모든 항목에서 남성에 비해 여성들이 더욱 긍정적인 변화를 많이 경험한 것으로 나타났으며, 여성들은 특히 외출빈도가 늘어나거나 친구가 생기는 등 사회적인 교류가 활발해진 것으로 보인다. 학력별로는 학력이 낮은 집단에서 건강이 좋아졌다는 응답이 통계적으로 유의한 수준으로 높게 나타났으며, 장애인의 신체적 의존정도가 높은 집단일수록 대체로 긍정적인 영향을 많이 받은 것으로 응답하였다.

<표 3-10> 자립생활센터 이용 후 개인생활의 변화

단위: %

구 분		장애인권리 이해증진	자신감 생김	외출빈도 증가	친구·동료 생김	장애인복지 정보인지	취업	건강 좋아짐
전체(n=113)		69.0	61.1	59.3	54.9	53.1	21.2	16.8
성별	남	67.2	55.2-	49.3**	47.8*	44.8*	19.4	16.4
	여	73.3	71.1-	75.6**	64.4*	64.4*	24.4	17.8
학력	초졸이하	78.9	68.4	73.7	68.4	52.6	31.6	42.1*
	중졸	73.7	36.8	63.2	47.4	63.2	15.8	10.5*
	고졸	72.3	68.1	59.6	53.2	55.3	19.1	17.0*
	대졸이상	60.0	60.0	55.0	65.0	50.0	25.0	5.0*
의존 정도	완전 의존	63.6**	81.8	63.6+	72.7+	72.7	18.2	36.4
	상당히 의존	84.3**	56.9	70.6+	60.8+	52.9	21.6	17.6
	일부 의존	56.8**	62.2	45.9+	54.1+	48.6	21.6	8.1
	스스로 가능	46.2**	53.8	46.2+	23.1+	46.2	23.1	23.1

복수응답으로 백분율의 합이 100을 넘을 수 있음

+p<.1, *p<.05, **p<.01

3) 자립생활센터 이용자 심층면접조사⁴⁾

자립생활센터는 궁극적으로 장애인의 삶을 변화시키는데 목적이 있기 때문에 센터 활동의 효과를 양적으로 평가하는 데는 한계가 있다. 따라서 이용 효과를 질적으로 파악하기 위하여 자립생활센터 이용자 몇 명을 사례로 심층면접조사를 실시하였다.

자립생활센터 이용은 사회심리적인 측면에 가장 큰 영향을 미치는 것으로 보인다. 모든 사례에서 자립생활센터 이용 후 삶의 의욕과 활력이 높아지고, 삶에 대한 자신감이나 긍정적인 사고가 제고된 것으로 조사되었다. 특히 기존의 복지서비스와는 달리 본인이 스스로 선택하고 결정하는 과정을 경험하면서 스스로가 삶의 주체가 되는 느낌을 갖게되고 서비스 자원을 받아 외출빈도가 늘어나 일상생활 및 사회생활이 더욱 많아졌다고 응답하고 있다.

실질적인 측면에서도 긍정적인 효과를 보이고 있는데, 면접자 중 한명은 가족들로부터

4) 조사대상은 자립생활센터를 1년 이상 이용하였으며 자립생활에 대한 이해도가 높은 남녀 중증장애인을 대상으로 하였고, 서울에 소재한 자립생활센터 3개소로부터 위의 조건을 만족시키는 중증장애인 5명을 소개받아 심층면접조사를 실시하였음.

터 독립하여 혼자 살 수 있게 되었으며, 면접자 중 3명은 자립생활센터 이용 후 동료상담가로 활동함으로써 취업기회도 제공한 것으로 평가된다. 우리나라의 경우 동료상담가로 활동함으로써 경제적으로 자립할 정도의 대우를 받는 것은 아니지만, 스스로 장애인 복지의 전문가로 활동하는 기회를 제공한다는 점에서 긍정적으로 평가된다.

자립생활센터를 이용하면서 활동가들의 의욕적인 태도에 감명을 받고 스스로도 참여하고 싶다는 자극을 받았다는 의견도 있었지만, 반대로 개선되어야 할 점도 지적되었다. 특히 자립생활센터가 절대적으로 부족하고 소규모로 운영되어 서비스 공급이 제한적이라는 점과 이를 위해서는 자립생활센터의 제도화 및 정부의 재정지원이 필요하다는 의견이 많았다. 한편, 자립생활센터가 활동보조인 서비스 제공 중심으로 가면 재활을 중심으로 하는 기존 시설과의 차별성이 없어 질 수 있으므로 센터를 차별화 할 수 있는 장애운동 등 권익옹호 활동이 이루어져야 한다는 지적도 있었다.

IV. 자립생활센터 운영모형 구상

1. 수요 및 여건분석

우리나라 자립생활센터들은 대체로 미국 및 일본의 모델을 수용하고 있다. 그러나 우리나라의 상황은 자립생활운동이 앞서 발전한 미국이나 일본과는 많이 다르기 때문에, 우리에게 맞는 운영방안을 모색할 필요가 있다. 따라서 우선 장애인 욕구조사 및 실무자 의견조사 등을 통해 수요를 분석하였다.

1) 장애인 자립생활 의식 및 욕구⁵⁾

자립생활 개념에 대해서 알고 있는 비율은 전체 응답자의 87.7%, 자립생활센터에 대해서도 응답자의 77.9%가 알고 있어 인지도가 높은 편이다. 자립생활의 기본이념과 관련된 5가지 질문을 한 결과, 5가지 문항 전체 평균은 5점 만점에 3.62로 장애인들의 평균적인 자립생활 의식은 중간 이상인 것으로 나타났다(표 4-1).

특히 학력이 높고 연령이 낮을수록 그리고 소득수준이 높을수록 자립생활 의식수준이 높았고 자립생활센터 이용경험자들이 그렇지 않은 집단에 비해 통계적으로 유의한 수준으로 높게 나타났다. 문항별로는 장애인 본인이 장애인 문제에 있어서는 가장 전문가이며 따라서 본인의 삶을 결정하는 주체는 장애인 본인이 되어야 한다는 자기결정권에 대한 의식이 가장 높은 것으로 나타났다.

현재 생활하면서 가장 어려움을 느끼는 부분은 경제적 어려움이었으나(38.2%), 조사대상이 중증장애인들이기 때문에 경제적인 어려움을 제외하고는 이동이나 외출, 가사 등 일상생활의 불편함이 가장 큰 것으로 지적되었다. 같은 맥락에서 이용의향이 있는 서비스로 자립생활 이념이나 권익옹호 등 이념적인 활동보다는 일상생활 지원서비스에 대한 요구가 높다(표 4-2). 특히 활동보조인 서비스나 이동서비스에 대한 요구가 가장 높는데, 이는 조사대상 중 지체 및 뇌병변 장애인이 많기 때문이다.

5) 서울소재 자립생활센터 7개소와 장애인복지관 8개소에서 각각 15명씩 중증장애인을 섭외하여 조사하였으며, 최종적으로 204명이 조사를 완료하였음.

<표 4-1> 자립생활 의식수준

		전체 평균	문제의 소재 ¹⁾	자립의 의미 ²⁾	전문가 ³⁾	자기 결정권 ⁴⁾	당사자 주의 ⁵⁾
전체		3.62	3.59	2.89	4.04	4.02	3.58
연령**	20-30대	4.03	4.05	3.32	4.38	4.37	4.04
	40-50대	3.18	3.07	2.42	3.85	3.58	3.03
	60대이상	2.82	2.78	2.07	3.00	3.50	2.77
학력*	초졸이하	3.33	3.56	2.78	3.62	3.64	3.07
	중졸	3.52	3.73	2.67	3.94	3.88	3.47
	고졸	3.68	3.51	2.85	4.20	4.08	3.76
	대졸이상	4.01	3.83	3.43	4.33	4.60	3.87
기초보장	수급자	3.38	3.39	2.58	3.95	3.83	3.20
여부*	일반	3.79	3.70	3.15	4.10	4.16	3.83
자립생활	경험자	4.13	4.15	3.49	4.39	4.44	4.16
센터**	무경험자	2.99	2.91	2.15	3.58	3.48	2.88

*p<.05, **p<.01

5점 만점 기준으로 점수가 높을수록 자립생활 의식이 높은 것임.

- 1) 문제의 소재: 장애인이 생활하기 어려운(불편한) 것은 내 장애 때문이 아니라, 주변환경이 장애인이 생활하기 불편하게 되어 있기 때문이다
- 2) 자립의 의미: 옷입기, 식사하기 등을 훈련하기보다 그런 것은 다른 사람의 도움을 받고, 그 시간에 나의 발전에 필요한 일을 하는게 더 의미있다
- 3) 전문가: 장애인 문제는 사회복지사나 의사 등 전문가보다 장애인이 가장 잘 이해한다
- 4) 자기결정권: 무엇을 하고 어떻게 살지는 내 문제이므로 사회복지사 등 전문가가 아니라 나 스스로 결정해야 한다
- 5) 당사자주의: 장애인 복지시설은 장애인이 중심이 되어 운영해야 한다

<표 4-2> 이용의향이 있는 서비스 우선순위

희망 서비스	우선순위(%)	희망 서비스	우선순위(%)
활동보조서비스	16.6	자립생활기술훈련	7.1
이동서비스	12.0	재활보조기구 관리	6.0
동료상담	10.7	자립생활 인식교육	5.5
권익옹호	8.0	채형홈	5.3
주택수리·관리	7.7	직업서비스	5.0
정보제공·의뢰	7.4	법률지원서비스	4.9
여가서비스	7.2	일반 상담	1.4

* 희망하는 순서대로 2개까지 선택한 응답에 대해 우선순위별로 가중치를 주어 합산한 결과임.

활동보조인 파견 등 자립생활에 필요한 지원서비스 제공기관으로 자립생활센터를 선호하는 집단이 44.4%로 가장 많았지만, 장애인복지관을 선호하는 비율 24.2%, 그리고 어느 곳이라도 상관없다는 응답 29.3%를 포함하면 전체의 절반 이상이 반드시 자립생활센터가 자립생활 지원서비스의 공급주체가 되어야 하는 것은 아니라고 생각하고 있다. 특히 자립생활센터 이용 경험이 있는 집단에서도 장애인복지관을 더 선호하거나(11.8%) 어디라도 상관없다(23.6%)는 의견을 보이고 있다. 이는 서비스를 이용할 수 있기만 하다면 어느 시설에서 제공하느냐는 중요하지 않다는 생각을 나타내는 것이다. 이용자 측면에서는 필요한 서비스가 다양한 곳에서 또는 이용하기 편리한 곳에서 제공되는 것이 더 중요한 요건임을 시사한다.

<표 4-3> 선호하는 자립생활서비스 공급기관

단위: %

구분	전체	연령**			자립생활센터 이용경험**	
		20-30대	40-50대	60세이상	있음	없음
자립생활센터	44.4	59.1	29.8	11.5	64.5	15.6
장애인복지관	24.2	13.9	29.8	57.7	11.8	40.3
어디라도 상관없음	29.3	25.2	36.8	30.8	23.6	40.3
기타	2.0	1.7	3.5	-	-	3.9

*** p<.01

자립생활센터가 역점을 두어야 할 사업으로 장애인 대상 자립생활에 대한 교육 및 홍보사업에 역점을 두어야 한다는 의견이 가장 많았는데, 특히 센터를 이용한 경험이 있는 장애인 집단에서 이런 의견이 더욱 많았다.

실제로 자립생활센터를 이용하는 장애인 집단에서 자립생활센터와 기존의 복지시설의 차별성을 요구하는 경우가 더 많다. 자립생활센터 이용자 심층인터뷰에서 자립생활센터의 문제점으로 지적된 것 가운데 하나로 센터가 활동보조인 서비스 제공 중심으로 나가게 되면, 재활을 중심으로 하는 기존 시설과의 차별성이 없어 질 수 있으며, 따라서 센터의 차별성을 높이기 위해서는 장애운동 등 권익옹호 활동이 중심이 되어야 한다는 의견이 있었다. 즉, 자립생활센터가 기존 복지시설과 차별성을 유지하고 사업의

효과성을 극대화하기 위해서는 직접서비스보다는 권익옹호나 교육 등의 사업에 역점을 두는 것이 바람직함을 시사하는 결과이다.

<표 4-4> 자립생활센터가 역점을 두어야 할 역할

단위: %

역할	센터 실무자 (47)	센터이용 장애인 (113)
장애인대상 IL교육/홍보	28.4	35.9
활동보조인 지원 등 직접 서비스제공	24.5	19.0
활동보조인 양성	16.7	15.5
장애인 권익신장을 위한 행사, 운동	18.8	12.9
장애인에게 필요한 정보수집 및 제공	5.7	7.8
비장애인대상 IL교육/홍보	5.3	8.9

중요한 순서대로 3개까지 선택한 응답에 대해 우선순위별로 가중치를 주어 합산한 결과임.
()는 응답사례수임.

2) 자립생활센터 실무자 의견⁶⁾

① 센터의 역할

자립생활센터가 역점을 두어야 할 사업으로 실무자 집단에서도 교육·홍보사업이 가장 강조되고 있다. 그러나 장애인 집단에 비해서 상대적으로 직접서비스 제공기능에 역점을 두어야 한다는 의견도 많은 편이다(표 4-4).

② 설립형태

자립생활센터 설립형태와 관련하여 기존복지시설 부설형태에 대해서는 반대의견(70.2%)이 찬성(29.8%)보다 많았다. 반대하는 이유로는 복지관 프로그램의 하나로 전락될 수 있다는 점, 당사자 주의의 적용이 어렵다는 점, 복지관 실무자들의 자의성이 개입되어 실질적인 자립생활이 어렵다는 점, 그리고 예산 및 인사, 운영 등에서 독립성

6) 자립생활센터의 바람직한 운영방향에 대하여 서울소재 11개 자립생활센터 실무자 의견조사를 실시하였음. 최종적으로 총 47명이 조사를 완료하였음.

을 확보하기 어렵다는 점들이 지적되었다. 부설형태에 대한 부정적인 태도는 응답자가 장애인이며, 전문자격증을 가지고 있는 집단일수록 더 높았다.

그러나 다른 한편으로 복지관 부설로 운영되면 기존의 지역사회 자원과 인력의 활용이 용이하기 때문에 자립생활의 기본원칙만 지켜진다면 오히려 효율적인 운영이 가능할 것이라는 의견도 있었다. 이는 실제로 자립생활센터 운영실태에서 부설형태의 경우 관리운영비가 독립형태에 비해 적게 들고, 이용자 발굴에 있어서도 지역사회 다른 기관과의 연계가 더 잘되는 것으로 나타나, 긍정적인 측면도 있는 것으로 평가된다.

<표 4-5> 부설형태에 대한 실무자 의견

단위: %

		적극찬성	약간찬성	약간반대	적극반대
전체		4.3	25.5	25.5	44.7
장애여부	장애인	6.9	24.1	20.7	48.3
	비장애인	0.0	29.4	35.3	35.3
전문성*	자격증 유	0.0	28.6	0.0	71.4
	자격증 무	6.3	25.0	37.5	31.3

* p<.05

③ 운영원칙

자립생활센터가 지켜야 할 운영원칙으로 운영위원회 구성원 중 과반수 이상이 장애인이어야 한다는 것을 가장 강조하였고, 다음으로 센터의 책임자가 장애인이어야 한다는 것과 자립생활 목표 및 계획을 이용하는 장애인 본인이 세워야 한다는 점이 지적되어 장애인 당사자 주의를 가장 중요하게 생각하는 것으로 보인다.

같은 맥락에서 운영위원회 구성원으로 센터를 이용하는 장애인이 반드시 포함되어야 한다는 의견이 가장 많았고, 다음으로 장애관련 실무전문가, 관련 공무원, 학계 전문가 순으로 나타났다. 이는 현재의 위원회 구성원과 유사한 형태이다. 다만 현재는 관련 공무원이 참여한 경우가 6.7%에 불과하지만, 참여가 필요하다는 의견은 48.9%로 많다는 것이 특징이다. 이는 공공부문의 관심과 지원을 확대할 필요가 있기 때문으로 추측된다.

<표 4-6> 포함되어야 할 운영위원회 구성원

단위: %

	센터이용 장애인	장애관련 실무전문가	관련 공무원	학계 전문가	시민단체 인사	센터이용 장애인가족	장애인단체 인사	정치인
참여 필요성	85.1	68.1	48.9	40.4	38.3	36.2	36.2	27.7
현재 참여정도	86.7	73.3	6.7	53.3	26.7	20.0	73.3	6.7

④ 필요인력

자립생활센터를 운영하기 위해 필요한 인력은 평균적으로 센터장 1명에 코디네이터 및 스태프 등 실무활동가 3~4명(평균 3.3명), 그리고 행정 및 사무업무를 지원할 인력 2~3명(평균 2.6명) 등 총 6~8명(평균 7명) 정도의 인력이 필요하다는 의견이다. 이는 현재의 인력규모와 유사한 수준이다. 이처럼 소규모 형태를 선호하는 것은 자립생활센터가 자조그룹 형태로 운영되는 경향이 있기 때문이다.

장애인복지 전문인력의 필요성에 대해서는 비장애인 실무자 집단에서 전문인력의 필요성을 더 강조하는 것으로 나타났다. 다만, 사회복지사에 대해서는 장애인 및 비장애인 실무자 집단 모두에서 3점 만점에 2점 이상을 주어서 자립생활센터 운영에 필수인력으로 간주되어야 할 것으로 예상된다.

<표 4-7> 전문인력 필요정도 인식

구분	전체(47)	장애인 실무자(29)	비장애인 실무자(17)
사회복지사*	2.2	2.1	2.5
직업재활사+	1.6	1.5	1.9
특수교사	1.4	1.3	1.6
재활치료사	1.7	1.6	1.8

1=필요치 않음, 2=약간필요, 3=매우필요. 평균이 높을수록 필요도가 높은 것임.

+p<.1, *p<.05 ()는 응답사례수임

⑤ 재원 확보방법

자립생활센터의 운영비는 정부가 지원해야 한다는 의견이 95.7%로 지배적이다. 특

히 응답자가 장애인이고 전문자격증을 가지고 있는 실무자 집단에서 정부지원의 필요성을 더욱 강조하였다. 미국의 경우 재활법에서 자립생활센터에 대한 정부지원에 대한 기준들을 제시하고, 센터로부터 계획서를 접수 심사하여 운영비를 지원하고 있다. 특히 우리나라는 미국이나 일본과 같이 장애수당이나 연금제도가 제대로 확립되지 않아 유료 서비스 방식이 불가능한 상황이며, 사회적으로 기부문화도 일반화되지 않아 정부지원이 필요할 것으로 판단된다.

⑥ 서비스 제공방식

서비스 제공방식은 센터 자체적으로 공급하는 방식과 외부 자원을 활용하는 방식을 병행하는 것이 바람직하다는 의견이 가장 많았으며, 모든 서비스를 자체적으로 공급해야 한다는 의견은 19%에 불과하다. 이는 필요에 따라서는 다른 복지시설 및 이용 가능한 지역사회 자원을 적극 활용할 필요가 있음을 시사한다.

<표 4-8> 바람직한 서비스 제공방식

단위: %

구분	전체 (47)	장애여부		전문자격증	
		장애인 (29)	비장애인 (17)	있음 (14)	없음 (32)
모든 서비스를 자체적으로 공급하는 방식	19.1	20.7	11.8	28.6	12.5
센터는 코디네이터 역할만 하고, 외부자원을 연계	12.8	17.2	5.9	14.3	12.5
두 가지 방식을 병행	68.1	62.1	82.4	57.1	75.0

한편, 자립생활센터는 기본적으로 비주거시설을 원칙으로 하지만 자립생활 훈련을 목적으로 하는 단기 체험홈에 대해서는 대체로 필요성을 인정하고 있으며, 정신지체인 지원센터와 같이 특수 장애유형만을 대상으로 하는 서비스 공급방식에 대해서는 필요성을 인정하기는 하지만, 궁극적으로는 전 장애종류를 대상으로 하는 서비스 포괄성을 지향해야 한다는 의견이 많았다.

2. 외국사례

외국사례가 주는 가장 큰 시사점은 주어진 여건과 수요를 우선 고려해야 하고, 각각의 상황에 맞는 토착적인 모델의 개발이 필요하다는 것이다. 외국 사례를 분석한 결과 자립생활 이념은 동일하다 하더라도 자립생활센터의 역할이나 운영방식은 각 나라별로 차이가 있음을 알 수 있다. 이는 각 나라별로 여건과 자원이 다르기 때문에 각 나라의 상황에 맞게 적응해나간 결과이다.

1) 미국

미국은 자립생활 운동이 처음 시작된 곳으로 2000년 현재 미국에는 400개 이상의 자립생활센터가 있고(ILRU, 2000), 권익옹호, 동료상담, 자립생활기술훈련, 주택서비스, 활동보조서비스, 이동서비스, 보장구, 여가서비스 등을 지역욕구에 따라 선택적으로 실시하고 있다.

1973년 재활법을 제정하여 자립생활 운동의 제도적 기반을 마련하였고, 그 결과 주 정부는 자립생활 프로그램 및 자립생활센터에 보조금을 지원하고 있으며, 중증장애인들의 권리를 보호해 줄 수 있는 권리 옹호 프로그램을 실시하기 시작하였다. 현재는 재활법에서 장애인 자립생활과 관련된 정부의 역할, 재정지원 기준 및 방법 등이 상세히 제시되어 있으며 자립생활센터에 대한 체계적인 운영지침도 재활법에 제시되어 있다.

미국 재활법에 명시된 자립생활센터의 운영기준(Standards) 가운데 먼저 자립생활센터의 기본철학으로 소비자 중심주의, 자조 및 자기옹호, 동료관계 및 동료역할모델 개발, 동등한 접근권을 제시하고 있으며, 서비스 제공에 있어서 중증장애인을 대상으로 서비스를 제공해야 하며, 모든 장애유형을 포함하는 포괄성 원칙이 강조된다. 또한 자립생활센터의 핵심서비스로 정보제공 및 의뢰, 자립생활기술훈련, 동료상담, 권익옹호 및 대변자 역할을 포함하며, 자립생활센터는 장애인의 역량강화 및 지역사회 자원개발 활동을 해야 함도 명시되어 있다.

이처럼 미국의 자립생활은 장애인 운동, 시민권 운동에서 시작했다는 배경에서 알 수 있듯이 자립생활의 기본철학을 확산하고 장애인의 인권을 신장하는 운동 차원의 활

동이 중심이 되며, 따라서 지원서비스 제공에 대해서는 비교적 유연한 형태를 취하는 것이 특징이다.

2) 일본

일본은 1970년대 초반 뇌성마비 장애인들을 중심으로 장애인 인권운동이 발발한 상황에서 1981년 세계장애인의 해를 맞이하여 미국의 자립생활 운동가를 통해 자립생활 개념이 본격적으로 확산되었다. 1970년대 생활시설에 수용된 여성장애인에 대한 자궁적 출수술과 낙태, 남녀혼숙 문제로 중증장애인 개호문제가 사회문제로 대두되었고, 이 과정에 자립생활센터에서 개호서비스(활동보조인) 시범사업을 실시함으로써 서비스 중심의 일본식 자립생활센터 모형이 발전하게 되었다. 미국의 자립생활 운동이 이념과 철학을 강조하면서 장애인 권익옹호를 위한 사회적 문화 형성에 주안점을 두는 반면, 일본의 자립생활센터는 활동보조인 파견과 같이 서비스 제공을 중심으로 운영되고 있다는 점에서 미국 모델과 차이가 있다.

일본에는 미국과 같이 법적 또는 행정적으로 자립생활센터의 운영기준에 대하여 명시된 내용은 없으며, 다만 일본자립생활협의회에서 협의회 회원으로 등록할 수 있는 자립생활센터의 자격을 제시한 것이 있다. 협의회에서 제시한 정회원 자격 기준으로는 ① 운영책임자와 실시책임자가 모두 장애인일 것, ② 운영위원의 과반수가 장애인일 것, ③ 기본서비스로 권리옹호와 정보제공서비스를 제공하고, 또한 개호서비스(활동보조인), 주택서비스, 동료상담, 자립생활기능 프로그램 중 2개 이상의 서비스를 제공할 것, ④ 모든 장애유형을 대상으로 서비스를 제공할 것 등을 제시하고 있다.

일본 자립생활센터는 다양한 방법으로 재원을 확보하고 있다. 기본적으로 자립생활센터는 지자체로부터 보조금을 지원받을 수 있으며, 수익사업인 홈헬퍼 사업을 하거나 지자체나 국가로부터 복지사업을 위탁받아 운영하기도 한다.

3) 캐나다

캐나다 자립생활센터는 미국에 인접하여 미국 모델과 유사하지만, 주로 공공부문의 사업을 위탁받아 운영하는 형태라는 것이 가장 큰 특징이다. 캐나다 전지역의 자립생활

센터로 구성된 캐나다 자립생활센터협의회가 조직되어 있다. 온타리오주의 경우 8개의 자립생활센터가 있고, 온타리오 자립생활센터 협의회가 운영 중이다.

토론토 자립생활센터의 경우, 온타리오 주정부로부터 중증장애인의 자립생활지원 프로그램을 위탁받아 수행하고 있는데, 그 중 대표적인 사업으로 장애인 자립생활을 위한 현금지급 지원사업(Direct Funding, DF)이 있다. 이는 종래의 현물제공 시스템을 현금 지급형으로 바꿈으로써 장애인들의 자기결정권과 서비스의 선택권을 보장하는 것을 목적으로 한다. 이처럼 캐나다의 자립생활센터들은 정부의 장애인 자립생활관련 시책 및 프로그램을 위탁받아 대행하는 기관의 성격이 강하다.

4) 스웨덴

스웨덴에는 미국이나 일본과 같은 형태의 자립생활센터는 존재하지 않으나 자립생활을 하고 있는 당사자 그룹으로 구성된 협동조합이 있다. 대표적인 협동조합으로 STIL(스톡홀름 자립생활협동조합)이 있다. 이 조합은 LSS법(기능장애를 가진 사람들을 위한 원조 및 서비스에 관한 법)의 제정에 간접적으로 관여하였고, LASS(중증기능장애인 생활보조원 파견법) 제정에 있어서는 직접적으로 관여하여 주도권을 가졌던 단체이다.

STIL은 LASS법에 근거한 각종 서비스들이 제대로 공급되고 활용될 수 있도록 하기 위하여 다양한 역할을 수행하고 있다. 우선 현금지급 시스템(Direct Payment System) 지원센터 역할을 담당하는데, 각종 서류의 작성과 보고서 작성, 신청서 작성, 유료도우미의 발굴 등 사무적인 일과 리더육성 프로그램 및 교육을 이곳에서 담당하고 있다. 특히 사무적인 서비스로 케어서비스 요금에 대한 세금의 원천징수와 연말 정산 등의 일들을 처리한다.

미국이나 일본의 자립생활센터와 마찬가지로 동료상담이나 케어서비스에 관련된 각종 상담도 실시하며, 사례관리나 상담기법에 관한 연구, 동료상담, 역할극(role play), 자립생활프로그램 등도 종합적으로 실시한다. 그러나 스웨덴의 자립생활 협동조합들은 서비스 제공기관이라기 보다는 장애인들의 자립생활에 필요한 각종 지원제도가 원활하게 운영되고 장애인들이 제공되는 혜택을 충분히 활용할 수 있도록 도와주는 역할이 더 크다는 것이 특징이다.

3. 주요 쟁점 및 기본방향

1) 당사자 주의와 조직구성

자립생활 개념이 처음 시작된 미국에서 자립생활의 기본철학 또는 기본 요건으로 소비자 주도(consumer control)를 특히 강조하고 있다. 여기서 소비자 중심주의는 장애인이 선택의 주체임을 강조하는 개념이다. 그러나 이 개념이 일본을 통해 우리나라로 전파되면서 소비자 중심주의보다는 '당사자 주의'라는 개념이 일반화되었다. 당사자 주의 개념에는 소비자 주도 개념을 바탕으로 하면서 자립생활센터 운영 자체를 장애인이 주도해야 함을 특히 강조한다.

자립생활센터 운영에 장애인 본인이 참여해야 한다는 당사자 주의는 우리나라에서 더욱 강조되는 것으로 보인다. <표 4-9>는 우리나라 및 일본의 자립생활협의회에서 제시하는 회원 자격기준, 그리고 미국 재활법에 제시되어 있는 관련 기준들을 비교한 것이다. 운영위원회 구성원 중 과반수 이상이 장애인 본인이어야 한다는 것은 미국이나 일본도 마찬가지이지만, 직원 중 과반수 이상, 회원 중 과반수 이상이 장애인이어야 하는 한다는 기준은 우리나라에서만 적용하고 있어 미국이나 일본보다도 당사자 주의를 더욱 강조하는 경향을 보이고 있다.

<표 4-9> 주요 역할주체에 대한 기준

		우리나라 협의회 회원 기준	일본 협의회 정회원 기준	미국 재활법 CIL 기준
운영위원회 (의사결정기구)	구성	과반수가 장애인	과반수 이상 장애인	과반수 이상 장애인
	대표	-	장애인	-
직원 (활동가)	구성	과반수가 장애인	-	적어도 한명 이상 장애인
	대표	장애인	장애인	manager 중 한명 이상 장애인
회원	구성	과반수가 장애인	-	-

우리나라에서 장애인 당사자주의를 특히 강조하는 것은 미국이나 일본에 비해 우리나라 장애인들의 사회참여 기회가 극히 제한적이었기 때문에 그 반작용으로 장애인의 참여를 더욱 강조하고 있는 것으로 해석된다. 또한 장애인 운동의 결과로 자립생활센터가 설립된 것이 아니라, 우리나라에서는 자립생활 이념의 보급과 센터운동을 계기로 장애인 인권운동이 확산되는 경향을 보이고 있기 때문이다. 따라서 우리나라 자립생활센터 운영에 있어서 당사자 주의가 강조될 필요가 있다.

그러나 반대로 당사자 주의를 너무 강조하여 장애인들끼리 센터를 운영하면 오히려 장애인을 비장애인들과 분리함으로써 그들만의 운동으로 축소될 가능성이 있다는 의견도 있다. 장애인 인권운동은 장애인 집단만의 노력으로 실현되기 어렵고, 실질적으로 장애인 자립생활이 가능하려면 비장애인을 포함한 전사회적인 공감대가 형성되어야만 자립생활이 가능한 기반이 마련될 수 있기 때문이다.

따라서 센터의 의사결정 기구인 운영위원회와 센터 운영에 실질적인 영향을 미치는 센터 소장은 장애인 당사자 참여가 반드시 필요하다고 판단된다. 반면에 소장 이외의 활동가(직원) 가운데 장애인을 반드시 포함하되, 직원의 과반수 이상이 장애인이어야 한다는 기준은 명시하지 않는 것이 바람직하다고 판단된다.

2) 자립생활센터의 성격과 사업구성

① 자립생활센터의 성격과 사업구성

자립생활센터는 장애인의 권익대변 활동을 하는 장애인 운동단체로서의 성격과 함께 자립생활에 필요한 직접서비스를 제공하는 장애인 복지사업 기관으로서의 성격을 모두 가지고 있다. 미국은 전자의 역할을 더욱 강조하는 경향이 있으며, 따라서 자립생활센터의 핵심서비스로 정보제공 및 의뢰, 권익옹호 등을 강조한다. 반면에 일본의 자립생활센터는 활동보조인을 비롯한 서비스 기관 성격이 강하다.

자립생활센터가 장애인 운동단체 또는 서비스 기관 가운데 어느 한가지 성격을 선택해야 하는 것은 아니지만, 어떤 기능에 역점을 두느냐에 따라 자립생활센터의 사업내용이 결정된다. <표 4-10>에 따르면 미국은 장애인 권익신장에 더 역점을 두고 있는 것을 확인할 수 있다. 그러나 일본의 경우 서비스 기관으로서의 성격이 강함에도 불구하고

자립생활협회의 기준에 의하면 자립생활센터의 핵심사업으로 권익옹호와 정보제공을 제시하고 있다는 점이 시사하는 바가 크다. 이는 일본 자립생활센터의 발전과정에 개호 서비스 제공이 크게 기여하였음에도 불구하고 자립생활센터는 서비스 공급보다는 권익 옹호 기관으로서의 역할이 더 핵심적이라는 시각을 반영하는 것이다.

<표 4-10> 사업내용 비교

	우리나라 협의회	일본 협의회 정회원 기준	미국 재활법 QIL 기준
핵심(기본) 사업	동료상담 정보제공 및 의뢰 자립생활 기술교육 권익옹호 및 지역사회운동 활동보조서비스 중 2가지 이상	권익옹호 정보제공	정보제공 및 의뢰 자립생활 기술훈련 동료상담 권익옹호 및 대변
기타		개호(활동보조)서비스 주택서비스 동료상담 자립생활기능 프로그램 중 2개 이상	상담 주택관련 재활기술 이동훈련 개인보조서비스 지역사회 참여 교육 및 훈련 신체적 재활 처치 장비제공 사회, 여가서비스 등

현재 우리나라 자립생활센터는 서비스 제공에 더 비중을 두는 일본모델에 가까운 것으로 평가된다. 자립생활센터에서 실시하는 사업으로 자립생활 인식교육 이외에 활동보조인 교육 및 파견사업, 동료상담 등이 가장 일반적으로 제공되는 서비스이다. 그러나 서비스 중심의 일본에서조차 권익옹호 기능을 더 핵심적인 영역으로 분류하고 있고, 특히 자립생활센터가 서비스 중심으로 가면 기존의 재활중심의 복지시설과 차별성이 없어진다는 지적도 있었다. 따라서 우리나라의 자립생활센터도 장애인 권익운동 및 서비스 기관으로서의 역할을 모두 수행하되, 기존의 복지시설과의 차별성을 가지면서 모든 장애인에게 도움이 될 수 있도록 사업을 구성하는 것이 바람직하다고 판단된다.

② 포괄성과 활동보조인 서비스

미국 및 일본은 물론 우리나라 II단체협의회에서도 자립생활센터 운영원칙의 하나로 특정 장애유형에 제한하지 말고 모든 장애인을 대상으로 서비스를 제공해야 함을 명시하고 있다. 그러나 미국이나 일본의 자립생활운동은 거동이 불편한 지체장애인들이 중심으로 시작되었고, 현재 자립생활센터의 이용자도 지체 및 뇌병변 장애인이 대부분이다. 이러한 이유에서 우리나라도 주로 지체 및 뇌병변 장애인이 자립생활센터의 주요 대상이 되고 있다.

가장 논란이 되는 것은 활동보조서비스이다. 자립생활센터의 운영실태에서도 나타났듯이 활동보조 서비스는 현재 대부분 센터에서 제공하고 있고, 장애인 대상 욕구조사에서도 우선순위가 가장 높았다. 그러나 이는 현재 자립생활센터들이 주로 중증의 지체 및 뇌병변 장애인을 대상으로 사업을 전개하기 때문이다. 실질적으로 중증 지체 및 뇌병변 장애인에게 활동보조서비스는 자립생활을 실현하는데 필수적 부분이다. 그러나 자립생활 이념이 모든 장애유형을 대상으로 한다는 포괄성을 강조한다면 활동보조인 사업을 필수사업으로 분류하는 것은 모순이 있다.

실제로 자립생활에 필요한 필수서비스 종류는 장애유형에 따라 다르기 때문이다. 활동보조인 서비스가 지체장애인의 자립생활에 필수적이라면 청각·언어 장애인의 자립생활을 위한 필수서비스는 활동보조인이 아니라 수화통역사이다. 따라서 포괄성의 원칙을 준수하기 위해서는 장애유형과 관계없이 공통적으로 적용 가능한 사업을 기본(또는 공통)사업으로 제시하고, 각 장애유형별로 필요정도가 다른 사업은 필요에 따라서 선택적으로 제공할 수 있도록 사업영역을 구성하는 것이 바람직하다고 판단된다.

③ 자립생활센터의 사업구성

이상의 논의를 토대로 자립생활센터에서 기본적으로 해야 하는 사업은 다음과 같이 3가지 조건을 충족하는 것이어야 한다: 1) 기존의 복지시설과 차별성이 있는 사업; 2) 장애인 당사자의 참여가 필수적인 사업; 3) 장애유형에 관계없이 공통적으로 적용 가능한 사업. 자립생활센터에서 하는 사업들을 위의 3가지 기준에 의해 평가한 결과는 <표 4-11>과 같다.

이에 따르면 자립생활센터가 기본적으로 해야 하는 사업은 권익옹호 및 대변자 역할, 자립생활 이념의 교육·홍보, 동료상담 이다. 이들 사업영역은 기존의 복지시설들의 사업과 구분되는 특성이 있으며, 사업의 수행 주체로서 장애인 당사자의 참여를 필요로 하는 사업들이다.

<표 4-11> 사업별 특성비교

	차별성	당사자 참여	포괄성
권익옹호 및 대변	○	○	○
자립생활 교육·홍보	○	○	○
동료상담	○	○	○
자립생활 기술훈련	○	△	○
정보제공 및 의뢰	△	△	○
활동보조서비스	△	△	×
교통편의	△	△	×
주택관련	△	△	○
장비 자원	△	△	○
복지혜택 상담	△	△	○

주: ○높음 △보통 ×낮음

권익옹호 및 대변은 장애인의 인권신장 차원에서 시작된 자립생활 이념의 핵심적인 부분이기 때문에 기본사업으로 포함되어야 한다. 여기에는 장애인들이 스스로 자기옹호 능력을 강화시키는 방법에 대한 교육, 장애인 대변자 역할 등을 포함한다.

두 번째, 자립생활 이념의 교육·홍보사업은 일본이나 미국에서는 별도의 사업영역으로 구분하지 않았다. 이는 광범위하게 보면 권익옹호 사업에 포함될 수도 있다. 그러나 우리나라 자립생활운동의 장애인의 자발적 권익운동에서 시작된 것이 아니라 미국이나 일본으로부터 전파된 개념이고, 아직 자립생활에 대한 인식조차 확산되지 못한 것이 현실이기 때문에 자립생활 이념을 전파하기 위한 교육 및 홍보사업이 강조되어야 할 것으로 보인다. 자립생활에 대한 교육홍보 사업은 이미 현재 자립생활센터에서 가장 많이 하고 있는 사업이고, 센터 실무자 및 장애인들 대상 설문조사에서도 가장 역점을 두어야 할 역할이라는 지적이었다.

마지막으로 동료상담은 장애인 당사자가 상담주체가 되기 때문에 자립생활 이념에 가장 부합되는 서비스 영역이며, 장애종류에 구분없이 제공되어야 할 사업이기 때문에 기본사업으로 적절하다.

반대로 자립생활센터는 모든 장애유형을 대상으로 포괄적인 서비스를 제공해야 하기 때문에 직접서비스 종류는 각 센터의 필요에 따라 선택적으로 제공하도록 하는 것이 현실적이라고 판단된다. 이들 서비스가 선택적이라는 것이 불필요하거나 덜 중요하다는 것을 의미하는 것은 아니며, 단지 보편성·포괄성 측면에서 모든 센터에서 할 필요는 없다는 것을 의미한다.

3) 독립성과 연계 운영체계

한국장애인II단체협의회는 기존 복지시설이나 기관에 부설형태로 운영 중인 센터는 자립생활센터로 인정하지 않고 있으며, 자립생활센터 실무자들의 70.2%가 부설형태를 반대하고 있다. 그러나 자립생활센터의 독립적인 운영, 당사자 주의 원칙만 지켜진다면 부설형태 센터 운영의 장점을 최대한 활용할 수 있을 것으로 판단된다.

복지기관 부설 형태로 운영하면 연계시설의 인적·물적 자원의 활용이 가능하고 기존의 지역사회 자원활용도 용이하다는 장점이 있다. 실제로 자립생활센터 실태조사에 의하면 자립생활센터 운영세출에 있어 부설형태인 센터들의 관리운영비는 독립형태보다 1/5 정도밖에 소요되지 않았다. 이는 기존 시설의 자원을 활용하기 때문에 별도의 관리운영비가 필요하지 않기 때문으로 추측된다. 또한 복지관과 같은 기존의 복지시설은 지역사회 자원발굴이나 타기관과의 연계 면에서 오랜 경험을 갖고 있기 때문에, 부설형태의 경우 지역자원 활용이나 다른 기관과의 연계사업 추진이 보다 용이할 것으로 예상된다. 실제 자립생활센터 이용자 발굴에 있어 부설형태인 자립생활센터의 85.7%가 다른 기관으로부터 의뢰를 받고 있지만, 독립형태인 경우 37.5%만이 다른 기관에서 의뢰를 받고 있어 다른 지역사회 기관과의 연계 협조에 차이가 있음을 알 수 있다.

한편, 자립생활센터도 지역사회를 중심으로 장애인 복지사업을 실시하는 기관이기 때문에 독립된 형태로 운영된다 하더라도 다른 지역사회 자원과의 연계·협조가 필요하다. 우리나라는 자립생활센터가 운영되기 이전부터 장애인복지관을 비롯한 많은 복지시

설 및 기관들이 장애인 복지 전달체계에서 중요한 역할을 담당하고 있다. 이들 기존 복지시설의 자원과 정보를 활용한다면 자립생활 운동의 사업영역을 더 확대하고 서비스 효과성을 극대화할 수 있을 것으로 예상된다.

우선 지역자원 발굴, 지역역량 강화사업, 그리고 서비스 공급과정에서도 다른 기관과의 연계 협조가 효과적이다. 현재도 자립생활센터의 서비스 제공과정에 외부 자원의 도움을 받는 경우가 58%로 많은 편이다. 특히 자립생활에 필요한 활동보조인·교통편의·주택수리·장비대여 등 지원서비스들은 자립생활센터에서 직접 제공하는 방법도 있지만, 필요에 따라서 다른 기관의 도움을 받아 제공하는 것도 효율적인 운영방식이라고 판단된다. 실제로 자립생활센터 활동가들의 주요한 역할은 코디네이터 역할이다. 각 장애인들이 자립생활을 할 수 있도록 필요한 교육, 서비스, 자원, 정보 등을 연계·조정해주는 것이 자립생활센터 활동가들의 주요 역할이다.

4. 자립생활센터 운영지침

앞서 분석한 자립생활센터 운영실태, 장애인 욕구조사 결과, 자립생활센터 실무자의견조사, 외국사례, 그리고 주요 쟁점들을 중심으로 논의한 기본방향 등을 토대로 자립생활센터 운영지침을 제시하였다. 본 연구는 자립생활센터 운영의 가이드라인을 제시하는 것을 목적으로 하기 때문에 세부적인 내용은 포함하지 않았다. 현 단계에서 운영지침을 세부적으로 확정하는 것은 오히려 센터 운영의 자율성을 저해할 가능성이 있으며, 세부적인 운영지침은 자립생활센터의 기반이 다져진 후에 자립생활센터 운영에 참여한 장애인 및 활동가 당사자들이 중심이 되어 결정하는 것이 바람직하다.

그러나 본 연구에서 세부적인 내용을 제외한 가이드라인 수준의 지침을 제시하고 있음에도 불구하고 현재 우리나라 자립생활센터들이 당장 이 기준을 충족하기에는 어려움이 있다. 본 연구에서 제시한 운영지침은 장기적으로 자립생활센터가 나아가 할 방향성을 제시하는 것으로 이해하는 것이 바람직하다.

A) 자립생활센터의 성격

A-1) 자립생활센터의 정의 및 역할

- 자립생활센터는 장애인이 지역사회 내에서 자신의 선택에 따라 자립생활을 하는데 필요한 각종 사업을 수행하는 기관이다.
- 자립생활센터가 담당해야 할 주요 역할은 ① 장애인 권익옹호 및 대변자로서의 역할을 담당하고, ② 자립생활에 필요한 각종 지원서비스를 제공해야 하며, ③ 장애인 자립생활 활성화를 위해 지역사회를 변화시키는 노력을 해야 한다.

A-2) 센터의 성격

- 자립생활센터는 장애인 권익을 대변하는 장애인 운동단체이다.
- 자립생활센터는 장애인 자립생활에 필요한 서비스를 제공하는 복지시설이다.
- 자립생활센터는 지역사회 중심의 비거주시설이다.
- 자립생활센터는 민간 비영리 조직이다.

A-3) 운영원칙

- 자립생활센터를 운영함에 있어 다음과 같은 기본원칙을 준수한다.
 - i. 장애인 당사자 참여 : 의사결정, 서비스 제공, 센터의 설립·운영·정책 방향 결정 등에 장애인 당사자가 주체적으로 참여한다.
 - ii. 포괄성 : 장애유형, 장애등급, 기타 개인적 특성과 관계없이 모든 장애인이 자립생활센터에 동등하게 접근할 수 있도록 해야 한다.
 - iii. 비배제성 : 자립생활센터 운영에 장애인 참여가 필수적이지만, 동시에 비장애인의 참여를 제한해서도 안된다.

A-4) 운영형태

- 자립생활센터는 독립된 형태로 운영되거나 기존 복지시설이나 기관 부설형태로 운영할 수 있다.
- 단, 기존 복지시설이나 기관의 부설형태로 운영되는 경우에도 별도의 센터 소장을 두어야 하고, 독립채산제로 운영되어야 한다.

B) 조직 및 인력

B-1) 운영위원회

B-1-1) 운영위원회 구성

- 센터운영의 최고결정기구로 운영위원회를 둔다. 운영위원회 구성 및 선출과정에 대해서는 자체 규정으로 정한다.
- 운영위원회에는 장애인 당사자, 센터소속 활동가, 장애관련 학계 및 실무전문가 등이 포함되어야 하며, 기타 시민단체 활동가, 지역사회 인사, 장애인단체 인사, 관련 공무원 등이 포함될 수 있다.
- 운영위원회 구성원의 과반수 이상이 장애인이어야 한다.

B-1-2) 운영위원회의 기능

- 운영위원회는 자립생활센터의 운영에 관한 모든 사항을 심의 결정하는 최고 의사 결정 기구로서, 다음과 같은 기능을 담당한다.
 - 센터의 운영규칙 준수 여부에 대한 감독·심의·관리
 - 센터 운영규정 등 각종 내부규정의 제정 및 수정
 - 사업의 계획 및 평가
 - 센터 소장의 선발 및 해고
 - 센터운영에 필요한 인적·물적 자원발굴
 - 기타 자립생활센터 운영에 필요한 사항

B-1-3) 운영위원회 교육

- 운영위원회 위원들을 대상으로 자립생활 이념에 대한 교육을 실시한다.

B-2) 직원

B-2-1) 직원구성

- 자립생활센터의 직원은 대표(소장), 실무활동가, 행정 지원인력으로 구성한다.

- 센터 대표(소장)는 장애인이어야 하며, 동료상담 교육과정을 이수했거나 장애인 복지 또는 관련 사회복지분야에서 3년 이상 활동실적이 있어야 한다.
- 소장을 제외한 직원 가운데 장애인이 반드시 포함되어야 하며, 직원 중 1명 이상의 사회복지사를 두도록 한다.

B-2-2) 직원의 역할

- 소장은 자립생활센터 운영의 실질적인 책임자로서, 센터 운영에 필요한 사업 및 재정계획, 직원관리, 시설관리 등의 책임을 진다.
- 실무활동가는 자립생활센터를 이용하는 장애인들의 개인별 요구에 따른 자립생활 계획 수립을 도와주고, 필요한 자원 및 서비스 공급원을 연계·조정해주는 코디네이터 역할을 담당한다.

B-2-3) 복무기준

- 센터 직원은 유급을 원칙으로 한다.
- 보수기준은 개인의 학력 및 경력을 기준으로 기존 사회복지시설 임금 기준을 따른다.
- 유급휴가와 퇴직금 등 4대 보험을 보장한다.
- 운영위원회는 센터 소장의 복무에 대해서 정기적으로 평가하며, 소장은 정기적으로 직원에 대한 평가와 슈퍼비전을 실시해야 한다.

B-2-4) 직원교육

- 모든 직원에게 자기개발 및 훈련·교육 기회를 제공해야 한다.
- 신규 채용직원에게는 자립생활 이념에 대한 교육, 장애인복지 사업 및 정책에 관한 교육을 실시하고, 장애인인 경우에는 동료상담 기술교육을 받도록 한다.
- 소장을 포함한 직원을 대상으로 연 1회 이상 정기적인 보수교육을 실시한다.

C) 사업

C-1) 사업 대상

- 자립생활센터는 장애인을 주 사업대상으로 한다. 단, 자립생활 이념 교육, 활동보조인 교육, 지역사회 역량강화를 위한 사업 등은 장애인 및 비장애인을 대상으로 한다.
- 자립생활센터의 사업대상은 특정 장애종류에 한정되지 않고, 모든 장애종류를 대상으로 해야 한다.
- 기존 서비스 체계로부터 소외된 장애인을 위한 서비스 공급에 노력해야 한다.

C-2) 사업 영역

- 자립생활센터는 장애인 권익옹호 사업 및 자립생활에 필요한 지원서비스 제공사업을 동시에 실시한다.
- 단, 모든 자립생활센터의 공통사업으로 ① 장애인 권익옹호 및 대변활동, ② 자립생활 이념의 교육·홍보, ③ 동료상담을 실시해야 한다.
- 그 외에 자립생활센터에서 수행 가능한 사업영역은 ① 자립생활 기술훈련(인지훈련, 일상생활훈련, 대인관계 훈련 등), ② 자립생활에 필요한 지원서비스 제공(활동보조서비스, 주택개조, 이동서비스, 보장구 지원 등), ③ 정보제공 및 의뢰(복지혜택 정보, 이용가능한 서비스 정보, 소비자 정보 등 정보제공 및 관계기관 의뢰) 등이 포함된다.
- 모든 자립생활센터에서 공통사업은 반드시 실시해야 하고, 기타 사업영역에 대해서는 각 센터별로 수요에 따라 제공하되, 제시된 세부사업 가운데 2가지 이상을 수행해야 한다.

구분		사업내용
공통사업	① 권익옹호 관련 활동	<ul style="list-style-type: none"> · 자아옹호 훈련 · 역량강화 훈련 · 대변자 역할 · 장애인 운동 등
	② 자립생활 이념의 교육·홍보	<ul style="list-style-type: none"> · 자립생활 인식개선 교육 · 자료제작 및 홍보사업
	③ 동료상담	<ul style="list-style-type: none"> · 동료상담 교육 및 양성 · 동료상담 실시
선택사업 (2가지 이상 수행)	① 자립생활 기술훈련	<ul style="list-style-type: none"> · 대인관계 훈련 · 금전관리, 시간관리, 건강관리 등 개인생활 유지 훈련 · 이동 및 신변처리 훈련 · 인지훈련 등
	② 자립생활 지원서비스	<ul style="list-style-type: none"> · 활동보조서비스 · 주택서비스 · 이동서비스 · 보장구 지원 등
	③ 정보제공 및 의뢰	<ul style="list-style-type: none"> · 복지혜택 정보제공 및 상담 · 서비스 정보 · 관련기관에 의뢰 및 연계 등

C-3) 위탁사업 실시

- 자립생활센터는 정부의 복지사업을 위탁받아 수행할 수 있다.
- 단, 위탁사업의 내용은 자립생활센터의 기본취지에 부합하는 것이어야 한다.

C-4) 서비스 제공방법

- 서비스는 자립생활센터 내부 자원을 동원하여 직접 제공할 수도 있고, 다른 기관과 연계하여 제공할 수도 있다.
- 특히 활동보조서비스, 주택개조, 이동서비스, 보장구 지원 등 자립생활을 지원하기 위한 직접서비스는 지역사회내 다른 복지시설의 자원을 활용할 수 있다.
- 단, 다른 기관에 연계하여 서비스를 제공하는 경우에도 서비스 계획 및 선택에 있

어 장애인 이용자 본인의 의사가 반영되어야 하며 서비스 제공기관은 장애인 당사자 및 센터의 자립생활계획에 따라 서비스를 공급해야 한다. 이 과정에 자립생활센터는 장애인 이용자와 서비스 제공기관간의 코디네이터 역할을 담당한다.

C-5) 개인별 자립생활계획 수립

- 자립생활센터를 이용하는 장애인 개인별로 자립생활계획을 수립해야 한다.
- 자립생활 계획은 장애인 당사자가 선택하되, 자립생활센터는 장애인의 자립생활 계획수립 및 달성을 위해 필요한 도움을 주어야 한다.
- 자립생활센터는 개별 장애인의 자립생활계획에 따른 서비스 이용기록표를 작성해야 하며, 계획의 성취정도를 영역별로 기록해야 한다.
- 자립생활센터는 개인별 자립생활계획의 목표달성 정도를 분기별로 검토하고, 문제 및 개선방안을 모색해야 한다.

D) 운영

D-1) 계획

- 센터 운영에 대한 장기 및 연간계획을 수립해야 한다.
- 계획 내용에는 센터의 목표와 미션, 목표를 달성하기 위한 사업계획 및 세부활동 계획, 재정계획이 포함되어야 한다.
- 사업계획에는 제공되는 서비스 유형, 우선순위, 전달방법 등의 내용이 포함되어야 한다.
- 또한 사업계획 수행을 위한 재원확보계획 및 인력배치 계획도 포함한다.

D-2) 기록 및 자료관리

- 센터 운영 및 사업과 관련된 기록 및 자료를 정리하여 보관해야 한다.
- 포함되어야 할 자료로는 이용자 실태(규모, 이용자 특성, 개인별 서비스 이용실태 등), 직원 및 자원봉사 등 인력자료, 재정운영 관련 자료, 운영위원회 및 기타 센터 의사결정과정 관련 자료 등이 포함되어야 한다.

- 각 장애인별로 서비스 이용자 기록을 작성해야 한다. 포함되어야 할 내용은 이용자 현황기록, 초기면접 자료, 개인별 자립생활계획의 수립 및 중단, 서비스 이용 및 공급관련 기록, 자립생활계획의 성과기록, 운영 프로그램의 적합성 평가 등이 포함되어야 한다.
- 모든 개인 정보는 비밀을 원칙으로 한다.

D-3) 재정운용

- 자립생활센터는 독립채산제로 운영한다.
- 매년 센터운동을 위한 예산계획 및 재원확보 계획서를 작성해야 한다.
- 연간 재원별 세입 및 결산자료를 작성해야 하고, 결산자료에 대한 회계감사를 해야 한다.
- 자립생활센터는 다양한 재원확보를 위한 노력을 해야 한다.
- 자립생활센터는 중앙정부 및 지방자치단체로부터 운영비를 보조받을 수 있다. 정부보조금을 지원받는 경우에는 지원기관에서 정한 기준에 따라 평가 및 감사를 받는다.

D-4) 평가 및 지도

- 매년 자립생활센터 운영 사업계획의 달성정도를 자체 평가한다.
- 직원에 대한 평가를 실시하고 적절한 지도(수퍼바이저)를 주어야 한다.

E) 지역사회 관계

E-1) 지역사회 역량강화

- 자립생활센터는 장애인의 자립생활 의식 뿐 아니라 비장애인 대상 자립생활 의식 개선 사업도 전개해야 한다.
- 장애인 자립생활을 위해 이용 가능한 지역사회 자원을 확대하기 위한 노력을 해야 한다.

- 지역사회 역량강화를 위해 자립생활센터가 해야 할 활동은 다음과 같다.
 - 지역사회 비장애인 대상 인식개선 사업
 - 지역사회의 자립생활서비스에 대한 욕구파악
 - 서비스 이용자 및 제공자의 적극적 발굴
 - 지역사회내 이용 가능한 프로그램 개발 및 질적 향상
 - 중증장애인의 물리적, 사회적 접근성을 높이기 위한 기술적 지원
 - 지역사회 내 편의시설 설치시 자문
 - 중증장애인의 선택권을 높일 수 있는 서비스 제공자, 기관, 조직과의 협력을 위한 활동 및 노력
 - 지역사회 변화과정 및 성취도 평가 : 물리적 환경, 정보접근권, 교육, 직업, 협조, 자원발굴, 협조 및 네트워크 등

E-2) 지역자원 개발

- 자립생활센터에서 활동할 자원봉사 인력을 발굴, 교육, 관리한다.
- 자립생활센터 운영재원 확보를 위한 지역사회 자원을 발굴한다.

E-3) 타기관과의 연계

- 자립생활센터간에는 정보 교류 및 연계활동이 이루어지도록 한다.
- 자립생활센터 이외의 지역사회 복지시설 및 단체 등과 네트워크를 구축하고 연계·협조를 활성화해야 한다.
- 다른 기관과의 연계·협조가 가능한 내용으로는 ① 대상자 의뢰, ② 정보공유, ③ 서비스 연계, ④ 지역자원 발굴, ⑤ 공동사업 등이 있다.

V. 장애인복지관과 자립생활센터의 관계 설정

1. 문제제기

자립생활센터는 자립생활 이념의 실천을 목적으로 하는 새로운 형태의 장애인 복지 기관이다. 그러나 우리나라는 이미 장애인복지관을 비롯한 지역사회 복지시설을 중심으로 장애인복지서비스 전달체계가 구축되어 있다. 특히 대표적인 장애인 복지시설인 장애인복지관은 장애인의 지역사회생활에 필요한 각종 상담 및 사회심리·교육·직업·의료재활 등의 사업을 종합적으로 실시하고 있다.

실제 본 연구에서 논의하는 것과 같은 자립생활 이념이 일반화되기 이전에도 “자립”은 장애인 복지의 기본적인 목표의 하나로 간주되어 왔으며, 장애인복지관에서도 이와 관련된 프로그램을 제공하고 있다. 그렇다면, 자립생활 이념을 실천하기 위해서 기존의 전달체계는 그대로 둔 채 또 다른 시설을 건립하는 것이 바람직한 것인지 또는 자립생활 운동을 확산하기 위하여 기존의 전달체계를 활용할 가능성은 없는지에 대한 검토가 필요하다.

물론 현재의 장애인 복지시설들은 당사자 주의를 강조하는 자립생활 기본이념에 부합하지는 않다. 그러나 복지사업을 수행함에 있어 자원, 특히 재정 문제를 고려하지 않을 수 없다. 복지재정은 한계가 있기 때문에 공공재원을 효율적으로 이용할 방안을 모색해야 한다. 기존의 복지시설에서 유사한 형태의 서비스를 제공하고 있다면 새로운 시설을 추가 설립하는 것보다는 기존시설을 활용하는 것이 비용 면에서 효율적이다. 더구나 현재 사회복지 전달체계상 문제로 지적되는 것 가운데 하나가 유사 시설 및 서비스의 중복성 문제이다. 만일 장애인복지관과 자립생활센터의 역할 및 사업내용간 연계 및 조정이 이루어지지 않는다면 또다시 중복성 문제가 제기될 염려가 있다.

자립생활 활성화를 위한 수단으로 기존 전달체계를 활용하는 것이 필요하다는 의견도 있다. 자립생활 이념은 장애인 당사자나 자립생활센터를 중심으로 하는 것이 필요하지만, 비장애인 중심의 복지정책과 서비스가 제공되는 우리나라 현실상 일본처럼 소수 장애인 리더들의 장애인 인권운동이나 대정부 교섭을 통해 자립생활 정책을 추진하기에

는 아직 역량이 부족하고, 따라서 한국적 자립생활 정착을 위해서는 기존 기관이나 시설들과의 협력과 이들의 역할 및 기존 전달체계의 변화를 모색할 필요가 있다는 지적도 있다(윤정아, 2003, 연수보고서). 더구나 자립생활센터를 이용해본 장애인 가운데도 자립생활센터보다 복지관을 더 선호하는 경우도 있기 때문에 이들 상호간의 역할 및 관계를 어떻게 정리할 것인지에 대한 논의가 필요하다. 모든 복지시책은 수요자 중심으로 결정되어야 하기 때문이다.

2. 장애인복지관의 한계와 가능성

1) 장애인복지관의 활용가능성

① 서비스 접근성

장애인복지관은 우선 양적으로 이미 많이 확보되어 있어 장애인들의 인지도 및 접근성이 높다는 점에서 자립생활 활성화의 거점으로 활용가능성이 높다. 서울에는 2004년 현재 장애인종합복지관 16개소와 단종복지관 16개소 등 총 32개의 장애인복지관이 있다.

② 사업현황

사업내용이 다양하고 자립생활 관련내용이 많다는 측면에서도 장애인복지관은 자립생활 관련서비스 제공기관으로서의 역할을 수행할 수는 잠재력을 가지고 있다. 장애인복지관 사업 가운데 재활서비스가 가장 큰 비중을 차지하고 있지만, 대표적인 자립생활 관련 서비스인 동료상담 및 자조집단 활동이 제공되고 있으며, 자립생활을 지원하는 서비스로 가사지원·외출지원·정서지원·목욕지원·교육지원 등의 서비스, 심부름, 재활용품대여, 차량무료점검, 주택개조지원, 차량운행서비스 등의 사업도 하고 있다.

또한 지역사회와의 연계강화 측면에서도 복지관의 활용도는 매우 높다. 장애인복지관은 이미 지역사회 장애인 복지사업의 거점 역할을 하고 있기 때문에 다른 관련기관과의 연계·협조가 용이하고, 지역사회 인적·물적 자원의 개발에서도 자립생활센터 보다 활발하기 때문에 이러한 부분에서 장애인복지관의 자원 활용이 가능할 것으로 평가된다.

③ 장애인 인식

장애인 욕구조사에서 자립생활 서비스 제공기관으로 전체적으로는 자립생활센터를 선호하는 집단이 44.4%로 가장 많았지만 장애인복지관을 선호하는 비율 24.2%, 그리고 어느 곳이라도 상관없다는 응답 29.3%를 포함하면 전체의 절반 이상이 반드시 자립생활센터가 자립생활 지원서비스의 공급주체가 되어야 하는 것은 아니라고 생각하고 있다 (표 4-3).

장애인들은 장애인복지관의 장점으로 서비스가 다양하고 필요할 때 언제든지 이용할 수 있다는 점과 다른 기관이나 시설과의 연계성이 좋다는 점, 그리고 집에서 가깝다는 점 등을 많이 지적하였다. 이러한 장점들 때문에 장애인복지관을 통해서 서비스를 제공 받는 것을 희망하는 비율도 높게 나온 것으로 추측된다. 특히 연령이 높은 집단에서 자립생활센터보다는 장애인복지관을 더 선호하는 경향을 보이고 있다. 따라서 장애인복지관은 자립생활센터에 익숙하지 않은 중고령층을 대상으로 자립생활 사업을 전개하기에 유리한 위치에 있다고 평가된다.

<표 5-1> 장애인복지관의 좋은 점

단위: %

구분	전체	연령별		
		20-30대	40-50대	60세이상
서비스가 다양함	45.2	37.2*	59.3*	42.3*
필요할 때 언제든지 도움을 받을 수 있음	34.9	20.9**	53.7**	42.3**
필요에 따라서 타기관이나 시설로 연결해줌	34.3	33.7	40.7	23.1
집에서 가까움	34.3	31.4	35.2	42.3
복지사나 자원봉사자가 집까지 찾아와 줌	30.1	20.9*	37.0*	46.2*
타시설에 비해 복지관 수가 많아 쉽게 이용할 수 있음	23.5	19.8	27.8	26.9
복지사들이 내 문제를 해결해줌	19.9	9.3**	35.2**	23.1**

주1) 장애인복지관 이용경험이 있는 166명을 대상으로 조사함.

주2) 복수응답으로, 백분율의 합이 100을 넘을 수 있음.

*p<.1, *p<.05, **p<.01

2) 장애인복지관의 한계

그러나 장애인복지관은 비장애인 중심으로 운영되기 때문에 당사자 주의 원칙을 충족하지 못하고 있다는 점에서 한계가 있다. 장애인 당사자의 참여와 선택권은 자립생활 이념의 기본철학이기 때문에 이 조건을 충족하지 못하는 기관이 자립생활 사업기관이 될 수는 없다. 특히 근본적으로 장애인의 참여를 전제로 하는 사업들, 예를 들어 장애인 권익옹호 및 대변자 활동, 동료상담 등은 자립생활 운동의 핵심적인 사업이면서 장애인 당사자의 참여를 반드시 필요로 한다. 이러한 이유에서 자립생활 운동가들은 자립생활센터는 장애인복지관이나 기타 다른 복지시설로 대체 가능한 시설이 아니며 자립생활센터만을 중심으로 자립생활 실천이 가능하다는 의견이다.

장애인 욕구조사에서도 장애인복지관의 단점으로 전체적으로 이용대기자가 많아 이용하려면 오래 기다려야 한다는 점이 가장 불만스러운 점으로 지적되었고, 그 다음으로 동료상담, 자립생활기술훈련 등 자립생활 관련서비스가 부족하고 직원들이 대부분 비장애인이라는 점을 많이 지적하고 있어 자립생활 이념에 부합하지 못하는 운영방식에 대한 불만이 많았다.

<표 5-2> 장애인복지관의 불만스러운 점

단위: %

구분	전체	연령		
		20-30대	40-50대	60대이상
이용 희망자가 많아 이용하기 위해 오래 기다림	47.9	47.1	48.1	50.0
동료상담, 자립생활기술훈련 등 새로운 서비스 부재	44.3	42.5*	57.4*	23.1*
직원이 대부분 비장애인이어서 장애인 이해에 한계	42.5	46.0*	48.1*	19.2*
필요할 때 언제든지 도움을 받을 수는 없음	41.9	43.7	46.3	26.9
받고 싶은 서비스나 프로그램을 내가 선택할 수 없음	30.5	29.9	33.3	26.9
집에서 멀어서 이용하기 힘들	21.6	25.3	20.4	11.5
내 의견과 상관없이 복지사가 모든 것을 결정함	17.4	25.3*	11.1*	3.8*

주1) 장애인복지관 이용경험이 있는 166명을 대상으로 조사함.

주2) 복수응답으로, 백분율의 합이 100을 넘을 수 있음.

+p<.1, *p<.05, **p<.01

3. 자립생활센터의 위상

자립생활센터와 장애인복지관과의 역할분담이나 관계설정 여부를 결정하기 위해서 고려해보아야 할 또 다른 변수는 자립생활 운동 및 센터의 현재 위상이다. 본 연구에서 자립생활센터의 실태 및 성과를 분석한 결과, 장애인의 자립생활 및 삶의 질 향상에 긍정적인 영향을 미치고 있으며 따라서 앞으로 장애인 복지증진에 기여도가 높을 것으로 예상된다.

그러나 자립생활 이념이 소개된 지 얼마되지 않아 아직 초보수준이며 센터의 역량 또한 부족한 것으로 나타났다. 따라서 이제 걸음마 단계에 불과한 자립생활센터와 비장애인 중심의 장애인복지관의 역할분담이나 관계설정 등을 논의하는 것은 시기상조이며, 당사자 주의를 강조하는 자립생활 운동이 제대로 자리잡지 못하고 기존의 복지전달 체계의 한 부분으로 전락할 가능성이 크다는 의견이다.

더구나 일부 사업내용이 장애인복지관과 유사하기는 하지만, 유사한 서비스가 제공된다 하더라도 비장애인 중심으로 운영되는 복지관 서비스는 장애인 당사자가 주체가 되어 제공되는 자립생활센터의 서비스와 근본적으로 차이가 있다는 지적이다. 또한 자립생활 관련 서비스는 수요에 비해 공급이 크게 부족하기 때문에 서비스 중복에 따른 자원낭비를 논하기에는 이른다.

따라서 장기적으로는 전체 장애인복지 전달체계 틀 속에서 자립생활센터와 장애인복지관을 비롯한 다른 복지시설과의 관계설정이 필요하지만, 자립생활 이념 및 자립생활센터 운영이 어느 정도 자리잡을 때까지 우선은 자립생활센터의 자체 역량을 키워야 할 필요가 있다는 것이 자립생활 전문가들의 의견이다.

4. 자립생활센터 발전방향

1) 단기적 과제 : 자립생활센터 활성화

이상의 주요 변수들을 종합적으로 고려할 때, 우선적으로는 자립생활센터를 중심으로 자립생활 운동이 활성화되도록 지원하는 것이 필요하다고 판단된다. 따라서 자립생

활 운동 및 센터의 활동이 장애인 복지전달체계 내에서 확고한 위치를 점유할 때까지 약 3~5년 정도는 자립생활센터의 양적 확대 및 역량강화를 위한 노력이 우선될 필요가 있다.

① 자립생활센터 공급확대 및 지역적 안배

실태조사에 따르면 자립생활센터 이용자는 실인원 기준으로는 센터별로 평균 105명이고, 현재 서울시에서 자립생활 관련사업을 하고 있는 기관은 총 11개소이다.⁷⁾ 자립생활센터를 이용하는 장애인이 여러 개의 센터를 중복하여 이용하지 않는다고 가정할 때, 서울시에서 자립생활센터를 이용하는 장애인은 총 1,155명으로 추정된다. 이를 서울시 등록장애인수와 비교하면, 전체 등록장애인 247천명(2004년 1분기 기준)의 약 0.5%가 자립생활센터를 이용한 것이다. 자립생활센터가 중증장애인을 주요 대상으로 하고 있다고 가정하면 1~2급 중증장애인의 1.6%가 이용한 것이고, 이를 지체 및 뇌병변 장애로 범위를 한정하더라도 이용률은 3.5%에 불과하다.

<표 5-3> 서울시 자립생활센터 이용률

	자립생활센터 추정 이용자	서울시 등록장애인	1-2급 중증장애인	지체·뇌병변 장애인	1-2급 지체·뇌병변
인원수(명)	1,155	247,153	73,492	154,119	33,352
이용률(%)	-	0.5	1.6	0.7	3.5

등록장애인수는 2004년 1/4분기 기준임(서울시 내부자료)

이처럼 자립생활센터 이용률이 낮은 것은 자립생활센터가 절대적으로 부족할 뿐 아니라, 그나마 지역적으로 편중되어 있기 때문이다. 전체 25개 자치구 가운데 자립생활센터가 1개소 있는 곳이 5개구(종로, 동대문, 서초, 송파, 강동), 2개소가 있는 곳이 3개구(용산, 광진, 양천)이며, 나머지 17개 자치구에는 자립생활센터가 없다.

따라서 자립생활센터의 활성화를 위해 우선 자립생활센터의 추가 설립이 필요하며, 자립생활센터 추가 건립 시에는 지역적 안배가 고려되어야 한다. 미국의 경우, 2000년 현재 400개 이상의 자립생활센터가 운영중이고, 일본은 2004년 현재 197개 지역에서 자

7) 9개 자립생활센터에 정신지체인 지원센터, 한국자립생활네트워크를 포함한 것임.

립생활센터가 활동을 하고 있다. 미국이나 일본의 수준에는 이르지 못하더라도 최소한 자치구별로 1개소 정도의 자립생활센터 운영이 필요할 것으로 판단된다.

② 자립생활센터 운영 지원

자립생활 운동을 활성화하기 위해서는 자립생활센터에 대한 정부의 지원이 절실하다. 자립생활센터 실무자 의견조사에서 센터를 운영하면서 가장 어려운 점으로 운영비 조달의 어려움이 가장 많이 지적되었고, 그 다음으로 많이 지적된 애로사항은 활동보조인 인력확보, 시설 및 공간부족 등의 순으로 나타났다.

첫째, 우리나라는 장애인들의 소득보장이 이루어지지 않아 자립생활센터는 대부분 무료사업을 하고 있으며 아직 기부문화도 성숙되지 않아 재원확보에 어려움이 있기 때문에 정부의 재정지원이 필요하다.

외국의 경우 자립생활센터는 여러 가지 방법으로 재정지원을 받고 있다. 미국이나 일본에서는 자립생활센터 운영비를 직접 지원하는데, 특히 미국의 경우, 재활법에서 정부의 지원을 받기 위해 충족해야 할 조건들을 제시하고, 신청을 통해 이 기준을 충족하는 센터들에게 재정지원을 하고 있다. 한편, 재정지원을 하는 만큼 엄격한 평가 및 서비스 질에 대한 점검이 정기적으로 이루어지고 있다. 직접 지원방식 이외에도 정부의 복지사업을 위탁운영하도록 하는 방법으로 지원하는 경우도 있다. 캐나다의 자립생활센터는 대부분 자립생활 관련사업을 위탁받아 운영함으로써 센터 운영비를 충당하고 있다. 또한 일본 자립생활센터도 홈헬퍼 사업을 위탁받아 운영하기도 한다.

둘째, 현재 자립생활센터의 서비스 공급능력을 늘리기 위해 인력지원이 필요하다. 현재 센터의 공급능력을 늘임으로서 추가적인 센터 건립없이 서비스 접근성을 확대하는 효과를 기대할 수 있다.

현재 자립생활센터 운영상 애로사항으로 활동보조인을 구하기 어렵다는 것이 두 번째 문제로 지적되었다. 중증장애인을 대상으로 하는 활동보조인은 노동강도가 높음에도 불구하고 시간당 3~4천원 정도밖에 받지 못한다. 따라서 장애인복지에 관심이 많은 자원봉사자 활동가들을 제외하고 활동보조인으로 참여할 인력을 구하는 것이 어려운 상황이다. 자립생활 실천에 필수적인 활동보조인 인력을 안정적으로 확보하기 위해서 공공

근로나 사회복지도우미를 지원하는 방안도 공공에서 지원할 수 있는 현실적인 대안이다. 공공근로·자활근로의 일환으로 사회복지도우미, 케어도우미 등이 파견되고 있으나 주로 노인이나 저소득층 대상으로 활동하고 있다. 이들 인력을 중증장애인 활동보조인력으로 활용하는 방안을 모색할 필요가 있다.

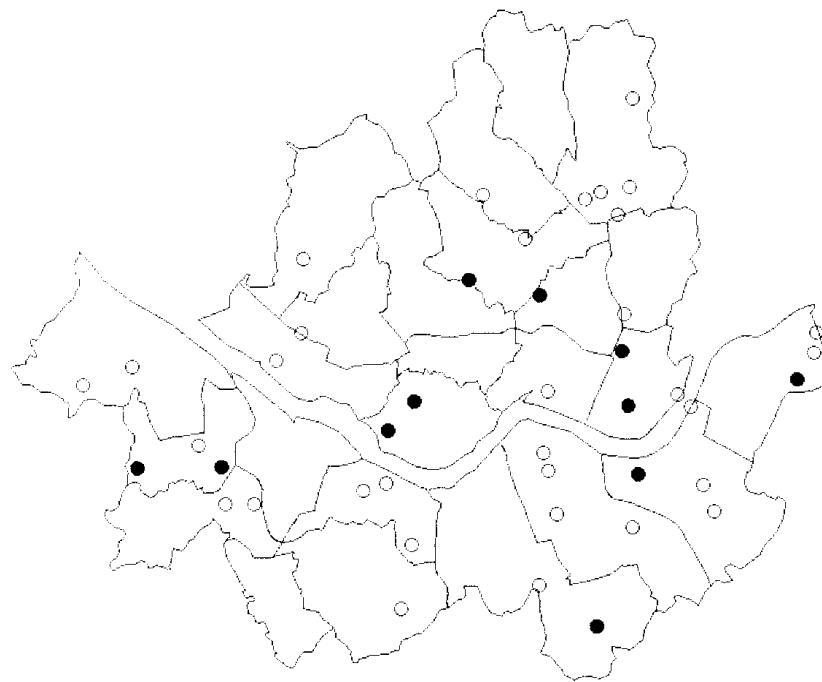
셋째, 현재 자립생활센터는 대부분 인력 및 시설면에서 소규모로 운영되고 있다. 더구나 실태조사에 의하면 전체 자립생활센터의 26.7%는 전용사무실이 없이 다른 기관과 겸용으로 사용하고 있고, 6.7%는 겸용사무실 조차도 없는 것으로 조사되었다. 재정적으로 열악한 자립생활센터에게 주민자치센터나 구민회관 등 공공기관의 공간을 이용할 수 있도록 지원하는 방안도 자립생활센터 활성화 방안의 하나가 될 수 있다.

③ 장애인복지관 서비스 활용

자립생활센터가 일시에 확충되기에는 어렵기 때문에 기존 자원인 장애인복지관을 활용할 필요가 있다. 장애인복지관은 서울시내 32개소가 있기 때문에 접근성이 양호하다. <그림 5-1>에 따르면 자립생활센터가 없는 자치구는 17개구에 이르지만, 장애인복지관까지 포함하면 자립생활센터와 복지관이 모두 없는 구는 중구, 도봉, 금천, 영등포 등 4개구에 불과하다.

현재도 자립생활센터의 서비스 공급방식에서 외부자원을 활용하는 경우가 57.8%에 이른다. 특히 활동보조인, 교통편의, 보장구 지원 등 자립생활에 필요한 지원서비스의 경우 장애인복지관과 연계하여 제공하면 추가적인 자립생활센터 공급 없이도 서비스 공급을 늘리는 효과를 볼 수 있다.

장애인복지관의 서비스를 활용하는 것이 장애인복지관을 자립생활센터로 간주하는 것이 아니라 다만 서비스 공급원으로 활용하는 것이다. 즉, 자립생활계획 및 그에 따른 서비스 구매는 장애인 당사자와 자립생활센터에서 주체적으로 결정하고, 장애인복지관은 자립생활센터를 통해 장애인에게 해당 서비스를 공급하는 서비스 공급원이 된다. 장애인 의식조사 결과, 특히 중고령자 계층은 장애인복지관을 통해 서비스 이용을 더 선호하고 있다. 따라서 이들 계층은 장애인복지관을 통한 서비스를 이용하도록 코디네이트 해주는 것도 효과적일 것으로 판단된다.



● 자립생활센터 ○ 장애인복지관

<그림 5-1> 자립생활센터 및 복지관 분포 현황

2) 장기과제 : 장애인복지관의 개편

자립생활센터와 관련하여서는 특히 장애인복지관에 대한 논의가 필요하다. 앞서 논의한 바와 같이 단기적으로는 자립생활센터 중심으로 자립생활 운동을 진행하고, 장애인복지관은 다만 일부 서비스 공급원으로서 활용이 가능하다. 그러나 궁극적으로 지향해야 할 방향은 장애인 참여를 전제로 한 자립생활 이념이 사회 전체적으로 수용되고, 그 결과 기존의 비장애인·재활중심의 장애인 복지정책 및 전달체계를 장애인·자립생활 중심으로 바꾸는 것이 궁극적으로 지향해야 할 목표이다.

장애인복지관은 자립생활 지원을 위해 활용가능성이 높은 기관임에도 불구하고 비장애인 중심으로 운영되는 한계가 있다. 또한 사회복지시설이 전문화·세분화되는 경향을 보이면서 장애인복지관의 정체성 문제, 기능 재정립 문제가 논의되기 시작하고 있다.

현재 장애인복지관 사업 가운데 재활서비스가 가장 큰 비중을 차지하지만, 최근들어 재가복지사업을 포함한 지역복지사업이 장애인복지관의 주요 사업영역으로 부각되기 시작했으며 이에 따라 자립생활 관련 서비스들이 제공되고 있다. 자립생활 이념이 재활적 접근에 대한 반론으로 시작되기는 했지만, 여전히 장애인을 위한 재활서비스는 필요하며 장애인복지관은 재활서비스 공급에 중요한 역할을 담당하고 있다. 따라서 이러한 장애인복지관의 특성을 살리면서 자립생활 이념을 실현하기 위하여 장애인복지관의 기능 및 구조를 다음과 같이 단계별로 개편하도록 한다.

① 재활영역과 자립생활영역의 이원체계 운영

우선 장애인복지관 서비스 영역을 재활서비스 영역과 자립생활서비스 영역으로 이원화하고 재활서비스 영역은 현재와 같은 운영형태를 유지하되, 자립생활서비스 영역은 장애인 당사자 주의를 적용하여 장애인 주도로 운영한다.

② 재활영역과 자립생활영역의 분리

몇 개의 복지관을 대상으로 시범사업을 실시하고 이원체계의 가능성과 효과를 검증한 후 그 효과성이 인정되면, 재활서비스 영역과 자립생활 영역을 완전 분리하여 자립생활서비스 영역을 별도의 자립생활센터로 전환시킨다. 결과적으로 복지관은 재활서비스 중심으로 특성화하고, 자립생활사업은 자립생활센터 중심으로 독립하는 형태이다. IL 단체협의회에서는 기존 시설이나 단체 부설인 자립생활센터를 인정하지 않지만, 우리의 복지환경을 고려할 때, 복지시설이나 단체 부설형태를 모두 자립생활 기관으로 인정해야 한다.

한편, 자립생활 영역에 복지관으로부터 분리되었다 하더라도, 자립생활 이념이 장애인 복지의 패러다임으로 변화해 가는 추세이므로 장기적으로 장애인복지관 자체도 장애인 이용자의 참여, 직원중 장애인 직원 확대 등 당사자 주위에 입각한 운영방식으로 변화하는 노력이 필요하다.

VI. 자립생활센터 활성화를 위한 기반조성

1. 제도적 기반조성

장애인들이 주체적인 소비자로서 자립생활을 실현하기 위해서는 경제적인 자립, 주거보장, 이동권 보장 등 사회적 여건조성이 필요하다. 미국이나 일본에서 자립생활이 안정적으로 정착한 것은 정부에서 지원하는 장애수당 및 기타 의료제도, 연금제도 등의 밑바탕이 있었기 때문이다. 따라서 우리나라에서도 자립생활 운동이 확산되기 위해서는 제도적 기반조성이 우선되어야 한다.

1) 기초 소득보장 강화

장애인의 자립생활을 위해서는 일차적으로 경제적 자립이 필요하다. 우리나라에도 장애연금, 장애수당 등 장애인 소득보장을 위한 제도는 마련되어 있다. 그러나 국민연금법상의 장애연금은 평균소득 및 고용·기여기간이 상대적으로 짧은 장애인의 경우 급여액이 낮으며, 연금가입 기간 중 장애가 발생하였을 때에만 지급하는 것이기 때문에 사회보험을 통해서 소득보장을 받는 장애인은 극소수에 불과하다. 장애수당도 지급액이 매우 낮고 수급대상 자격요건이 한정적이어서 장애인의 경제적 자립에 기여하지 못하고 있다.

우리나라 장애인들은 특히 경제적으로 매우 열악한 상황이기 때문에 소득보장의 현실화가 필요하다. 2004년 서울시에서 실시한 장애인 실태조사에 따르면, 경제활동 참여율이 18.9%에 불과하며 장애인 가구의 가구소득이 월평균 132만원으로 도시근로자 평균소득의 45.1%에 불과하다.

미국은 1956년 장애연금을 법제화하고 1958년부터는 부양가족과 유족을 위한 급여까지 추가하였다. 또한 저소득층을 위한 기초소득보장에 추가하여 저소득 노인 및 장애인을 위한 보충급여제도로 적용하고 있다. 영국은 기여급여 형태인 장애연금과 무기여급여인 장애수당 제도를 운영하는데, 장애수당의 종류가 장애인 생활수당, 장애인 근로수당, 개호수당, 장애인 간병수당, 중증 장애수당, 산업재해 장애급여 등으로 다양하다.

2) 현금지원제도 도입

복지선진국에서는 장애연금, 장애수당 등 기초소득보장제도가 있음에도 불구하고 자립생활에 필요한 서비스 구매를 목적으로 하는 현금지원제도를 추가로 실시하는 경우가 많다. 우리나라의 복지정책은 현물지원, 공급자 지원 형태이다. 이러한 전달방식에 의하면 서비스 이용자의 자유로운 선택권을 보장하지 못한다. 자립생활 이념에서 가장 중요한 것이 소비자 주권에 의한 선택권인데, 현재와 같은 지원체계로는 원천적으로 불가능하다.

외국의 자립생활 운동이 발전하는 과정을 보면 현물지원제도로부터 현금지원제도로의 전환이 자립생활 활성화에 기여하는 것으로 나타났다. 일본은 2003년부터 지원비 제도가 도입되었다. 장애인 지원비제도는 장애인 등 이용자가 자기에게 서비스를 제공해주는 단체에 필요한 서비스를 요청하고 서비스를 받은 후에 그 이용료를 정부가 지급하는 제도이다.

캐나다는 1996년 실시한 현금지원(Direct Funding) 모델사업의 평가결과 기존의 현물지원 형태나 입소시설보다도 비용이 50% 정도 절감되고 당사자의 사회참여도가 급격히 증가했으며 많은 부분에 있어서 장애인의 역량이 강화되었다는 결론에 도달하였다. 이에 따라 종래의 현물서비스 시스템을 현금지급형으로 바꾸어 개인계약형 자립생활 관리 프로그램을 도입하므로 자기결정권과 서비스의 선택권을 보장하도록 개선하였다. 캐나다의 현금지원사업은 자립생활센터에서 위탁받아 실시하고 있다.

스웨덴에서도 중증장애인에 대한 자립생활 지원방법으로 현금 지급제도가 1994년부터 실시되고 있다. 이 법의 적용을 받는 대상은 일주일에 20시간 이상 Body Care가 필요한 중증의 기능 장애인이며, 재원은 정부의 사회보험기금에서 충당하고 있다. 케어 서비스에 필요한 요금은 1시간당 150크로네 정도로 이 금액에는 사회보험비와 세금 등이 포함되어 있다. 우리나라와 같이 공적인 자금에 대하여 세금을 면제하는 것과는 대조적이다.

3) 활동보조인 서비스 제도화

활동보조인 서비스는 모든 장애유형에 필요한 서비스는 아니다. 그러나 여전히 전체

장애인의 절반 이상이 지체 및 뇌병변 장애인이고, 이들이 자립생활센터의 주이용자이다. 이들 지체 및 뇌병변 중증장애인들이 자립생활을 하기 위해서 필수적인 지원서비스가 바로 활동보조인 서비스이다.

노인들을 대상으로 하는 가정봉사원 파견사업이 장애인으로까지 확대되었지만, 가정봉사원 파견사업은 신체수발보다는 말벗이나 가사지원이 중심이 되고 서비스 제공시간도 제한적이다. 그러나 장애인 대상 활동보조인은 신체수발 및 일상생활 지원이 중심이 되고, 특히 중증장애인의 경우 24시간 개인수발이 필요하기 때문에 노인대상 가정봉사원 파견사업과는 별도의 활동보조인 사업을 제도화할 필요가 있다.

일본의 장애인은 홈헬프서비스사업, 생활보호대상자의 생활부조에 의한 개호, 전신성장해자 개호인파견사업(全身性障害者介護人派遣事業) 등 다양한 개호(활동보조인) 제도가 운영되고 있다. 이에 따라 특히 중증장애인의 경우 24시간 개호체계 속에서 일상생활을 영위하고 있다.

4) 자립생활센터의 제도화

① 자립생활센터의 법적 근거 마련

자립생활 운동은 민간부문에서 먼저 주체적으로 연구·보급해왔기 때문에 자립생활 운동 또는 자립생활센터에 대한 법적 근거가 없다. 이러한 이유에서 자립생활센터에 대한 지원도 미미하고, 관련 규정 및 감독체계도 갖추어져 있지 않다. 따라서 우선 자립생활센터의 법적 근거를 마련할 필요가 있다.

서울시의 경우 장애인복지법 제6조 및 제9조에 근거하여 2001년 시의회에서 국비 확보 조건으로 3억원을 편성하여 2002년부터 자립생활센터 5개소를 지원하기 시작하였다. 그러나 장애인복지법 제6조 “국가와 지방자치단체는 장애의 정도가 심하여 자립하기가 현저하게 곤란한 장애인에 대하여 평생 필요한 보호 등을 행하도록 적절한 시책을 강구하여야 한다”는 내용과, 제9조 “① 국가와 지방자치단체는 장애의 발생을 예방하고, 장애의 조기발견에 대한 국민의 관심을 높이고 자립을 지원하며 필요한 보호를 실시하여 장애인의 복지를 증진할 책임을 진다”는 내용을 자립생활센터 지원에 대한 법적 근거로 보기에는 미흡하다.

미국의 경우 1973년 재활법을 제정하여 자립생활 운동의 제도적 기반을 마련하였고, 1978년에는 기존의 재활법을 전문 개정하여 공법 95-602호로 '자립생활을 위한 종합시책 (Comprehensive Services for Independent Living)'을 마련하였다. 그 결과 주정부는 자립생활 프로그램을 지원하고 자립생활센터에 보조금을 지급하고, 중증장애인들의 권리를 보호해 줄 수 있는 권리 옹호 프로그램을 실시하기 시작하였다.

② 운영지침 및 지원기준 마련

법적 근거가 없기 때문에 전국에 15개의 자립생활센터가 운영 중임에도 불구하고 자립생활센터의 성격이나 기능, 운영방식에 대한 기준이나 원칙이 없이 운영되고 있는 실정이다. 또한 자립생활센터는 인력 및 재정 면에서 매우 영세함에도 불구하고 정부지원을 받지 못하고 있다. 특히 앞서 실태조사에서도 나타난 바와 같이 중앙정부의 지원은 전무하고 일부 지방자치단체만이 재정지원을 하고 있다.

미국은 재활법 (725조)에서 자립생활센터에 대한 체계적인 운영지침을 제시하고 있으며, 자립생활과 관련된 정부의 역할, 재정지원 기준 및 방법 등이 상세하게 제시되어 있다. 이러한 점에서 본 연구에서 제안한 자립생활센터 운영지침은 앞으로 자립생활센터 운영을 위한 가이드라인이 될 뿐 아니라 정부의 지원기준으로도 활용 가능할 것으로 예상된다.

③ 감독체계 구축

자립생활센터에 대한 정부지원을 제도화하기 위해서는 지원대상의 선정기준 및 철저한 지도·감독이 수반되어야 한다. 지금까지 자립생활센터의 운영원칙이나 기준이 없어 서울시에서 지원대상 선정기준도 미비하였고 사후 감독도 제대로 되지 못하였다. 이러한 이유에서 자립생활센터의 기본취지에 대해서는 긍정적으로 평가하면서도 운영실태에 대해서는 문제가 많다는 지적이 있다. 따라서 운영지침을 마련하여 이를 지원대상 자립생활센터 선정기준에 반영하고, 재정지원을 한 기관에 대해서는 정기적인 감독과 평가가 동반되도록 해야 한다. 무차별적 지원보다는 적절한 기준을 제시함으로써 센터 운영의 질적 향상을 기대할 수 있다.

미국은 자립생활센터에 대한 정부지원을 제도화함과 동시에 정부로부터 예산지원을 받을 수 있는 자립생활센터의 기준 또한 재활법에서 상세하게 제시하고 있다. 또한 정부의 재정지원을 받은 기관들의 서비스 수준을 관리하기 위하여 정기적으로 기관 평가를 실시하는데, 기관 평가시 충족되어야 할 요건 또한 구체적으로 명시하고 있다.

5) 동료상담의 제도화

자립생활센터의 핵심사업의 하나가 동료상담이다. 또한 자립생활센터 운영지침에서 소장의 자격요건으로 동료상담 교육 이수 여부가 요인으로 제시되었으며, 장애인 직원의 경우 동료상담 교육을 받도록 명시하였다.

그러나 현재 동료상담 교육이 일부 민간 복지기관에서 실시하고 있을 뿐 공신력 있는 교육기관이 없고 동료상담가 자격증 제도도 마련되어 있지 않다. 따라서 정부차원에서 동료상담 교육기구 및 자격증 제도를 확립해야 한다. 교육기관은 전담기구를 신설할 수도 있고 적절한 기관에 위탁 운영도 가능하다.

2. 장애인계의 노력

1) 시범사업 개발

자립생활센터 활성화를 위해서는 정부의 지원이 필요하지만 보다 중요한 것은 정부와 관련기관, 장애인 당사자 모두 자립생활 패러다임을 장애인복지의 새로운 대안으로 수용하고 이를 제도적으로 추진하려는 노력이 중요하다. 이를 위해서는 장애인계의 자발적인 참여와 노력이 필요하다. 무조건 정부에게 어떤 제도를 만들라고 하기보다는 예산이 적게 들고 현실적인 자립생활 성공사례를 제시하고 시범사업을 실시함으로써 자립생활에 대한 공감대 형성과 제도적 정착을 기대할 수 있다.

외국사례를 보면 장애인 스스로 자립생활 관련 시범사업을 실시하고 그 성과를 보여줌으로써 정부가 이를 제도화한 경우가 많다. 예를 들어, 일본에서 활동보조인 서비스가 제도화 되는 과정에는 휴먼케어 자립생활센터가 스스로 활동보조인을 모집하고 파견

사업을 시작하면서 정부로부터 점진적으로 예산지원을 받을 수 있게 되었다. 스웨덴과 캐나다의 현금자금제도도 장애인 단체에서 먼저 모델사업을 실시하고 모델사업의 평가 결과 비용 면에서도 시설이나 그룹홈보다 효율적이라는 결론을 얻게 됨에 따라 제도화된 것이다.

외국사례에서 볼 수 있듯이 자립생활 이념을 확산시키고 이를 제도화하기 위해서는 자립생활 운동을 집회나 시위의 형태가 아니라 시범사업을 통해 효과성을 증명해 보이고, 이를 근거로 정부와 교섭하는 것이 가장 효율적인 접근방법이다.

2) 장애인 리더 양성

외국의 사례에 의하면 자립생활 관련정책이 제도화 되기까지 투철한 사명감을 가진 중증장애인 당사자의 끊임없는 노력과 계속되는 운동이 중요한 요인으로 작용하고 있다. 예를 들어 일본에서 장애인 자립생활을 위한 활동보조인, 현금지원이 제도화 되기까지 장애인 리더의 활동이 중요하였다. 일본 정부는 당초 지원비 제도를 도입할 의지가 없었으나 장애인 단체들이 연계해서 투쟁을 시작하였고 수차례의 협의과정을 통해 장애인들의 요구가 받아들여지게 되었다. 특히 나까니시가 DPI 회장이 되면서 장애인 권익옹호 활동을 활발하게 전개하였다.

이처럼 장애인 운동을 전개함에 있어서는 헌신적이고 역량을 갖춘 장애인 리더의 양성이 필요하다. 특히 자립생활 관련 시범사업을 기획하고 대정부 교섭을 하기 위해서는 무엇보다 역량을 갖춘 장애인 리더의 양성이 필요하다. 장애인 리더의 양성, 시범사업을 통한 논리적 접근은 앞으로 자립생활 이념을 확산시키기 위해 장애인계 스스로 노력이 필요한 부분이다.

3) 장애인 인식개선

마지막으로 자립생활 운동의 확산을 위해서는 우선적으로 인식개선이 우선되어야 한다. 인식개선은 장애인들 스스로의 자립생활에 대한 인식을 높이는 교육과 함께, 비장애인을 포함하여 사회 전체적으로 장애인의 인권 및 자립에 대한 인식개선이 필요하다. 이러한 사업은 개별 자립생활센터에서 실시해야 할 필수적인 사업이기도 하지만, 그 파

급효과에 한계가 있다. 따라서 정부차원에서 일반 사회 대상 인식개선 사업을 전개해야 한다. 학교 교육과정에 장애인 관련 교과목을 추가한 것, 공익광고 및 정기적인 캠페인 등이 가능한 방법들이다.

참고문헌

- 김동호, 2000, “자립생활패러다임에서 본 한국 장애인복지관 연구”, 연세대학교 행정대학원 석사학위논문.
- _____, 2001, “장애패러다임의 전환과 자립생활”, 『장애인고용』, 42, 한국장애인고용촉진공단, pp. 68-93.
- _____, 2001, “미국 자립생활운동의 역사”, 『VOICE』, 2, pp. 12-17.
- 김미경, 2002, “국립재활원 자립생활 프로그램 평가”, 『재활의 샘』, 15, 국립재활원, pp. 101-127.
- 김용득·유동철, 2001, 「한국장애인복지의 이해」, 인간과 복지
- 김원경·정대영, 1994, “중증장애인 재활시설에서의 독립생활 서비스를 위한 지침탐색”, 『직업재활연구』, 4, 한국직업재활학회
- 박찬오, 2001, “일본 소장세미나에 다녀와서-자립생활 들여다보기”, 『VOICE』, 1, pp. 70-75.
- 변경희, 2002, “자립생활 모델의 우리나라 적용방안 모색”, 『국립재활원 세미나자료』, 국립재활원
- 변소현, 1998, “장애인의 사회통합에 영향을 미치는 요인 연구 -지체장애인을 중심으로”, 이화여자대학교 대학원 석사학위논문
- 변용찬 외, 2002, 「장애인자립을 위한 장애인복지정책의 현황과 중·장기 발전방안」, 한국보건사회연구원
- 손호준, 2001, “장애인 자립생활지원 시책과 전망”, 2001 국제 장애인 복지 실천 세미나 발표자료
- 양숙미, 2001, “장애인의 자립생활 패러다임과 장애인복지 서비스의 실천전략”, 『인문사회연구』, 4(1), 남서울대학교 인문사회연구센터
- 오혜경, 1998, “장애인 자립생활 실천에 관한 연구”, 『사회복지리뷰』, 3(1), 카톨릭대학교 사회복지연구소, pp. 39-63.

- _____, 2001, “장애인 자립생활의 기초”, 『VOICE』, 2, pp.6-11.
- 오혜경·백은령·엄미선, 2000, “정신지체인 자립생활실천모델 개발을 위한 기초연구”, 『재활재단논문집』, 9, 재활재단, pp.3-78.
- 이성규, 2000, 「사회통합과 장애인복지정치」, 나남
- 이윤화, 2000, “역량강화적 실천의 자립생활패러다임 적용에 관한 연구”, 『목원대학교 논문집』, 39, 목원대학교, pp.113-125.
- 이은경, 1996, “미국 장애인 자립생활운동의 교훈”, 『장애인고용 21』, 한국장애인고용촉진공단, pp.49-55.
- 이채식, 2002, “일본의 장애인 자립생활패러다임의 실천동향과 향후 한국의 과제”, 『한국사회복지논집』, 6, 경기대 사회과학연구소, pp.267-291.
- 장애인자립생활문제연구소, 1986, 「자립생활의 도전」, 변충근(역), 정립회관, 미간행자료
- 정인육복지재단, 2004, 「2003 정인육복지재단 특별연수 보고서 : 일본 장애인 자립생활」
- 정일교, 2000, “장애인 자립생활센터 활동에 관한 연구 - 일본자립지원센터 오사카의 사례를 중심으로”, 『사회복지연구』, 7., 협성대학교 사회복지연구소
- 정종화, 2001, “선진국의 중증장애인 자립생활 현황과 과제 - 스웨덴, 캐나다, 일본의 CIL모델을 중심으로”, 『VOICE』, 2., pp.18-29.
- 한국보건사회연구원, 2000, 「2000년도 장애인실태조사」
- Batavia, D., 1998, “Independent Living Centers and Managed Care: Results of an ILRU Study on the Current Level of Direct Involvement”, <http://www.ilru.org>.
- Brown, S., 2002, “Center for Independent Living of South Florida is on a Roll”, <http://www.ilru.org>.
- Carter, T. D., 1999, “Peer Counseling: Roles, Functions, Boundaries”, <http://www.ilru.org>
- CESSI, RSA., 2003, “Evaluation of the Centers for Independent Living Program”

- Crewe, N. & Zola, I., 2001, *Independent Living for physically disabled people*. People with Disability Press.
- Dejong, G., 1979, "The movement for Independent Living: Origins, Ideology and Implications for Disability Research", East Lansing, MI. Michigan State University.
- _____, 1981, "Environmental Accessibility and Independent Living - Directions for Disability Policy and Research", University Center for International Rehabilitation, Michigan State University.
- _____, 1988, "The Challenge of middle age for the Independent Living Movement", *Disability Studies Quarterly*, Summer 1988.
- ILRU, 2000, *Directory of Independent Living Programs*, Houston: Author.
- Budde, J. F., Lachat, M. A., Lattimore, J., Jones, M. & Stolzman, L., 1987, "Standards for Independent Living Centers, Research & Training Center on Independent Living", The University of Kansas.
- Kathy Martinez & Barbara Duncan, 2003, "The Road to Independent Living in the USA: an historical perspective and contemporary challenges", <http://www.independentliving.org>.
- Martinez, K. & Duncan, B., 2003, "The Road to Independent Living in the USA: an historical perspective and contemporary challenges", Reprinted from *Disability World*, 20, <http://www.independentliving.org>
- McDonald, G. & Oxford, M., 2004, "History of Independent Living", <http://www.acils.com>
- Myers, L., 1999, "People with Disabilities and Abuse: Implications for Centers for Independent Living", <http://www.ilru.org>
- Nosek, M. A., 1988, "Independent Living and Rehabilitation Counseling", Rubin, Stanford E. & Rubin, Nancy M. (ed), *Contemporary challenges to the Rehabilitation Counseling Profession*, Paul H. Brookes Publishing Co.

- Nosek, M. A., Zhu, Y. & Howland, C. A., 1992, "The Evolution of Independent Living Programs", *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 35 (3), pp.174-189.
- O'Day, B., 1998, "A Preview of Independence & Transition to Community Living: The Role of Independent Living Centers", <http://www.ilru.org>
- Oliver, M., 1990. *The Politics of Disablement*, London, The Macmillan Press.
- Puckett, P. L., 2000, "Independent Living Challenges the Blues", <http://www.ilru.org>
- Ratzka, A., 1986, "Independent Living and Attendant Care in Sweden: A Consumer Perspective", World Rehabilitation Fund: Monograph, 34, New York.
- _____, 2003a, "What is Independent Living-A Personal Definition", <http://www.independentliving.org>
- _____, 2003b, "From patient to customer: Direct payments for assistive technology for disabled people's self determination", <http://www.independentliving.org>
- RSA, 2000, "RSA 704 Report for Independent Living Centers."
- Ryan, M., 2001, "Quality Indicators for Independent Living Services: Quality Improvement Based on IL principles", <http://www.ilru.org>
- Sisco, P., 1989, *Peer Counseling: an overview*; COPOH,
- Tate, D. & Linda, C., 1982, "Independent Living: An overview of Efforts in Five Counties", University Center for International Rehabilitation Publications
- _____, 1983, "International Perspectives about Independent Living", University Center for International Rehabilitation Publications
- The Rehabilitation Act, 1998, www.nationalrehab.org/website/history/98amendments.html
- <http://www.knil.org>
- <http://www.cilberkeley.org/services.htm>