

碩士學位論文

指導教授 李廷鶴

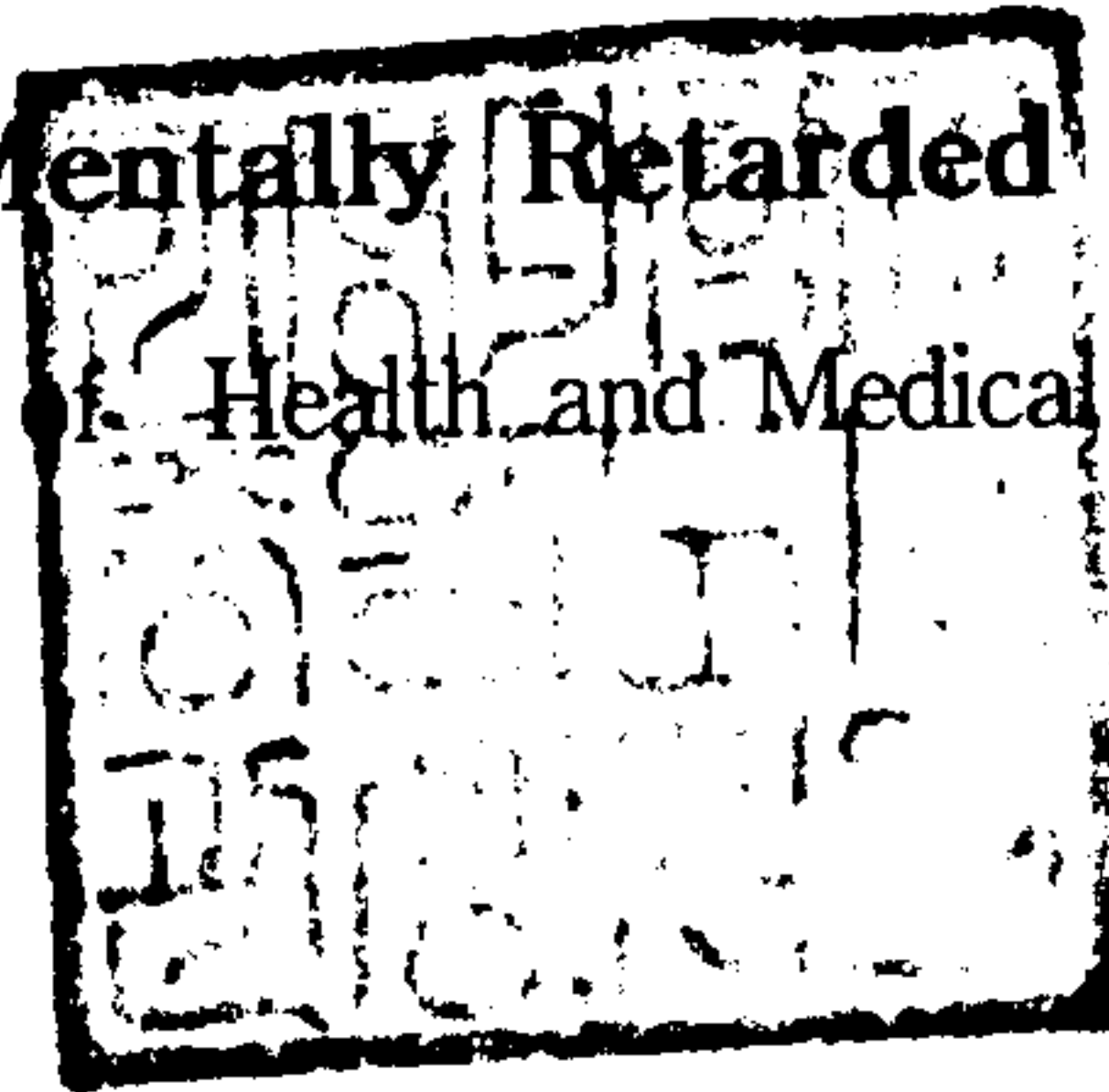
精神遲滯障礙人 그룹홈의 改善方案

-保健·醫療·福祉서비스의 統合을 中心으로-

A Study on the Improvement Strategy on the Group Home

for Mentally Retarded

-Focusing on the Service Union of Health and Medical Treatment and Welfare-



2000年 8月 日

漢城大學校 行政大學院

福祉行政學科

社會福祉專攻

田 今 淑

碩士學位論文

指導教授 李廷鶴

精神遲滯障礙人 그룹홈의 改善方案

-保健·醫療·福祉서비스의 統合을 中心으로-

**A Study on the Improvement Strategy on the Group Home
for Mentally Retarded**

-Focusing on the Service Union of Health and Medical Treatment and Welfare-

이 論文을 行政學 碩士學位 論文으로 提出함

2000年 8月 日

漢城大學校 行政大學院

福祉行政學科

社會福祉專攻

田 今 淑

田 今 淑의 行政學 碩士學位論文을 認定함.

2000年 8月 日

審査委員長 (印)

審査委員 (印)

審査委員 (印)

목 차

제 1 장 서 론	1
1. 연구의 목적	1
2. 연구의 방법	4
3. 연구의 제한점	5
제 2 장 이론적 배경	6
제 1 절 그룹홈의 의의	6
1. 그룹홈의 개념 및 특성	6
2. 그룹홈의 설립배경	9
3. 그룹홈의 유형	12
4. 그룹홈의 운영	14
5. 그룹홈의 입주자와 상주직원에 관련된 사항	22
제 2 절 외국의 그룹홈 서비스 사례	24
1. 미국의 사례	24
2. 일본의 사례	27
제 3 절 그룹홈의 보건·의료·복지의 개별적 서비스정책	29
1. 보건·의료·복지의 개별적 서비스 내용	29
2. 보건·의료·복지의 개별적 서비스정책의 문제점	31
3. 보건·의료·복지 서비스 통합의 내용 및 필요성	33
제 3 장 조사결과 및 분석	42
제 1 절 조사개요	42
제 2 절 조사방법	42
1. 조사대상자	42
2. 조사도구	43
제 3 절 자료수집 및 처리	43
제 4 절 조사결과	44

1. 정신지체장애인을 둔 부모에 관한 사항	44
2. 정신지체장애인에 관한 사항	50
제 4 장 그룹홈의 보건·의료·복지 서비스의 문제점 및 개선방안	59
제 1 절 보건·의료·복지 서비스의 문제점	59
1. 보건 서비스	59
2. 의료 서비스	59
3. 복지 서비스	60
4. 통합적 서비스의 문제점	60
제 2 절 보건·의료·복지 서비스의 개선방안	63
1. 의료서비스의 내용과 타 분야와 조정해야 할 내용	64
2. 복지서비스의 내용과 타 분야와 조정해야 할 내용	65
제 5 장 결론	69
참고문헌	72
부록-1	76
부록-2	80
부록-3 전국 그룹홈 주소록	84
ABSTRACT	89

표목차

<표 2-1> 한국의 그룹홈 개발유형	14
<표 2-2> 사회통합의 지원요소와 저해요소	16
<표 2-3> 주일단위의 진행시간표	18
<표 2-4> 입주자 대상 프로그램	19
<표 2-5> 그룹홈 1일 생활 계획표	21
<표 2-6> 월, 년간 생활계획표	22
<표 3-1> 응답자의 일반적 사항	44
<표 3-2> 보건적 욕구	45
<표 3-3> 의료적 욕구	46
<표 3-4> 복지적 욕구	47
<표 3-5> 보건·의료·복지의 통합모형	48
<표 3-6> 정신지체장애인에 일반적인 사항	50
<표 3-7> 주요 문제 및 욕구 서비스내용-1	52
<표 3-8> 보건의료 복지통합 욕구와 서비스 내용-1	52
<표 3-9> 주요 문제 및 욕구 서비스내용-2	53
<표 3-10> 보건의료 복지통합 욕구와 서비스 내용-2	54
<표 3-11> 주요 문제 및 욕구 서비스내용-3	54
<표 3-12> 보건의료 복지통합 욕구와 서비스 내용-3	55
<표 3-13> 주요 문제 및 욕구 서비스내용-4	56
<표 3-14> 보건의료 복지통합 욕구와 서비스 내용-4	57
<표 3-15> 주요 문제 및 욕구 서비스내용-5	57
<표 3-16> 보건의료 복지통합 욕구와 서비스 내용-5	58

그림목차

<그림 2-1> 연락·연계·통합의 발전단계	33
-------------------------------	----

제 1 장 서 론

1. 연구의 목적

우리나라 헌법 제 34조에는 “모든 국민이 인간다운 생활을 할 권리를 가지고 생활능력이 없는 국민은 국가의 보호를 받아야 한다.” 라고 명시되어 있다. 따라서 단지 장애를 가졌다는 이유만으로 생활의 불편함과 여러 가지 위험에 방치되고 있는 장애인들도 반드시 인간다운 생활을 할 권리를 가지고 있다.

장애인의 수는 WHO에서는 인구의 10%라고 발표하였으며 계속 증가하고 있는 추세이다. 또한 장애의 원인이 후천적 장애가 88%에 이르고 선천적 장애 중에서도 사회구조적인 문제로 인한 장애가 점차 증가하고 있는 것을 보면 우리 모두는 언제, 어느 곳에서, 어떻게 장애를 입을지 모르는 예비 장애인이라고 할 수 있으며 장애는 단지 개인의 문제가 아닌 사회의 문제이며 사회가 책임져야 할 문제라고 할 수 있다.

장애인은 정상인이 장애인에 대해 갖고 있는 편견으로 인해 대인관계에 어려움이 발생할 수 있으며 자신의 장애에 대한 지나친 집착으로 사회생활에 부적응을 초래하는 심리적인 문제에 직면하게 되고 또한 정상인위주의 사회 속에서 각종 시설, 교통, 문화적 접근을 어렵게 하는 물리적 사회의 불이익을 감수해야 한다. 이와 더불어 장애인은 교육의 기회가 제한되어 있다. 따라서 지식과 경험이 부족하게 되어 취업이 곤란하게 되고, 취업의 곤란은 경제적인 문제까지 유발시키고 있다. 이처럼 장애는 다양한 문제를 안고 있으며 의료적, 교육적, 사회적, 심리적, 직업적 측면에 이르는 다양한 방법의 서비스를 필요로 한다.

장애인은 다차원적인 욕구를 가지고 있으나 이들이 필요로 하는 서비스에

대한 정보와 인식이 부족한 경우가 많다. 더욱이 우리나라의 서비스 전달체계는 복잡하며 서비스가 다양하지 못하고 자원이 부족하여 결과적으로 장애인에게 그들이 필요로 하는 서비스를 적절히 연결시키지 못하는 경우가 종종 발생하고 있다.1) 재활은 인적·물적인 사회의 제자원을 활용하여 장애인의 사회적 불리를 경감, 해소시키고, 다른 사람들과 동등한 생활조건과 생활안정을 확보케 하는 것이며 또한 장애인의 사회적 불리로 유발되는 사회적, 심리적, 제도적, 물리적 장애를 극복하고 지역사회 내에 주민들이 장애인에 대해 갖는 편견을 개선하는 것이라 할 수 있다.

정신보건정책의 세계적 추세는 60년대 이후에 와서야 격리와 수용에서 탈피하여 정신장애인의 인권보호와 삶의 질 향상을 위한 지역정신보건사업으로 전환되었다. 이에 따라 보다 폭넓은 예방과 치료 그리고 재활을 통해 사회적 기능을 회복시켜 이들도 인간으로서 건강한 생활을 할 수 있는 권리를 향유하도록 돕는데까지 이르렀다. 그러나 우리의 경우 최근까지도 정신지체장애인에 대한 공공 및 민간 복지서비스는 극히 제한적이었다. 퇴원하는 많은 정신지체장애인들은 만성적 질환으로 인해 치료와 재활과정에서 가정과 사회의 개입을 필요로 하며 대부분 일할 수 있는 연령층임에도 불구하고 적절한 치료와 서비스를 받지 못하고 시설에 수용되거나 지역사회에 방치되는 경우가 많았다. 정신장애인의 재활을 더욱 방해하는 요인은 무엇보다 이들은 위험하며 재활이 어렵다는 이유로, 기피하고 혐오시키는 부정적 인식과 사회적 낙인이 일반화되어 있다. 이에 더하여 정신지체장애인보다는 사회보호에 치중해 온 정신보건 정책방향과 취약한 제도적 기반도 큰 요인으로 작용하였다.

따라서 장애인 문제를 심층 분석함으로써 사회적 변화에 따른 다양한 장애인의 복지욕구를 예측·분석하는 것은 사회문제로서 장애인문제에 대한 의미 있는 접근방법이라 할 수 있다. 장애인문제에 대한 개입은 다각적인

1) 이윤로, 성규탁, “사례관리 : 효과적인 서비스 전달을 위한 방법”, 「사회복지」, 1993.

관점을 요구하는데, 즉 장애인들은 보건·의료·복지의 복합적인 사회서비스 욕구를 가지고 있고 또한 필요하기 때문에 장애인문제에 대한 대응은 종합적이고 구체화된 통합서비스가 요구된다.

현재 우리나라의 보건·의료는 민간부문에 의해 주도되는 현상이 계속되고 있다. 이렇게 된다면 보건정책의 파행을 빚으며 의료의 상품화를 부추기고 양질의 보건의료서비스 제공에 장애요인으로 작용하게 될 것은 명확하다. 또한 현 사회복지는 보편성, 지역사회위주, 수혜자중심, 지방분권, 수혜자참여, 복지서비스 공급영역의 다원화, 종합복지정책²⁾으로 변하고 있다. 그리고 복지의 개념자체가 확대되면서 사회복지제도는 개인적인 차원에서 사회적인 차원으로 양적인 차원에서 질적인 차원으로 확대되어 왔다³⁾고 할 수 있다. 결국 복지는 무한한 영역이 된다고 볼 수 있을 것이다.⁴⁾

즉, 노인, 장애인 등 사회취약계층의 대다수는 사회복지욕구와 보건·의료욕구를 동시에 가지고 있고 이것은 그동안 정부가 사회복지욕구와 보건·의료욕구를 별개로 인식하고 있던 것에서 큰 변화를 보이고 있는 것이며, 매우 바람직한 시각의 변화라고 할 수 있다.

위의 사실을 토대로 본 논문은 장애인들의 보건의료복지 욕구에 기초한 서비스 통합방안으로 그룹홈에서의 통합화 방안에 대해 연구를 하였다.

본 연구의 목적은 다음과 같다.

첫째, 이론적인 고찰을 통해 그룹홈의 운영실태를 살펴본다.

둘째, 정신지체장애인의 장래에 대한 대책으로 그룹홈의 보건·의료·복지 서비스의 통합의 필요성을 규명한다.

2) 이정학, "사회복지공급체계의 변화와 사회복지관의 역할", 제1회 전국사회복지관 직원교육, 「사회복지관 사업의 전문화방안」, 한국사회복지관협회, 1992, 11, pp.173~175.

3) 정경배 외, 「사회복지장기발전계획」, 한국보건사회연구원, 1992, 4, p.1.

4) 김이열, "복지행정과 사회균등", 「논문집-인문사회과학편-」, 제 23집, 중앙대, 1979.

셋째, 정신지체장애인의 면담사례를 통해 그룹홈에서 보건의료와 복지서비스에 대한 실태와 욕구를 파악한다.

넷째, 이를 토대로 정신지체장애인의 보건의료와 복지서비스에 대한 인식재고와 재활 프로그램을 활성화하는데 기초자료를 제시하고자 한다.

2. 연구의 방법

본 연구는 문헌과 자료를 검토하여 문제점을 파악하고, 이에 대한 해결책을 모색하는 문헌연구와 사례연구의 방식을 취하였다.

1) 문헌연구

연구문헌은 본 연구목적 성취에 합당한 항목(보건, 의료, 복지)을 다루고 있는 자료로서 연구방법과 대상집단 등이 대표성을 지닌 논문을 선정하였다.

2) 사례연구

사례연구는 서울시 성북구, 강동구, 노원구에 거주하고 있는 그룹홈을 대상으로 선정하여 정신지체장애인들에게 보건의료와 복지서비스의 실태를 알아보기 위해 3월 2일부터 4월 4일까지 면담조사를 하였다.

직접 면접상담에 대한 구성내용은

- ① 조사대상자의 일반적인 사항
- ② 보건의료와 복지적인 측면별 주요문제 및 욕구와 서비스실태

③ 보건의료복지 통합의 욕구와 서비스 내용의 형태로 구성하였다.

3) 조사연구

조사연구는 서울시 송가원 성북·강북 그룹홈과 서울시립 정신지체장애인에호협회 중계동 그룹홈 1·2호, 원광 복지회 정신지체장애인 부모회를 중심으로 정신지체장애인 부모님들에게 보건, 의료, 복지 서비스욕구에 대한 인식도를 살펴보기 위해서 3월 28일부터 4월 4일까지 설문조사를 하였다.

3. 연구의 제한점

본 연구의 조사에 있어서 방법론적인 문제와 제한점은 다음과 같다.

첫째, 면접대상자 선정에 있어서 비확률적인 임의표집을 하였기 때문에 제한된 연구결과를 전역에 일반화하는 데에는 한계점이 있을 수 있다.

둘째, 정신지체장애인에 대한 보건의료와 복지 통합화에 대한 기존연구의 부족으로 체계적인 선행연구가 충분치 못한 한계점이 있다.

셋째, 면접조사 과정에서 정신지체 장애인들이 이해하지 못하는 부분은 생활지도교사가 설명해 주도록 했다.

넷째, 면접대상이 된 결과치는 응답자의 지각에 따라 작성되었기 때문에 응답자의 주관에서 왜곡되어 나타날 수 있다.

제 2 장 이론적 배경

제 1 절 그룹홈의 의의

1. 그룹홈의 개념 및 특성

지역사회내의 소규모 주거 시설을 지칭하는 용어는 통일되어 있지 않지만⁵⁾ 영어 문화권 나라의 경우 그룹홈이라는 용어가 대부분 사용되고 있고, UN, WHO 등의 문서 등에서도 사용되고 있는 점으로 미루어 국제적인 공통어라고 볼 수 있겠다. 그룹홈의 직접적인 정의는 “몇 사람으로 이루어지는 집단이 함께 살고 있는 일반적인 가정”이다. 서울장애인종합복지관의 재활용어 사전(1995)에서는 “그룹홈은 대규모 수용시설을 중심으로 실시되었던 기존의 장애인 거주 프로그램에 대한 비판으로 정상화(normalization)원리에 입각하여 새롭게 형성된 장애인 거주 프로그램이며, 장애인의 가치 회복과 이탈 방지를 위하여 보다 쉽게 지역사회에 통합할 수 있도록 물리적 환경을 제공하는 프로그램”이라고 정의하고 있다.

또한 황의경·배광웅에 따르면 “그룹홈은 지역사회 내에 있는 보통 사람들이 살고 있는 지역의 주택에서 소수의 장애인들이 고용된 직원들의 보호와 관리를 받으며 공동생활하는 곳”이라 정의하고 있으며, 일본아동복지협회에서는 그룹홈을 “장애인이 일반 사회 속에서 생활하면서 사회적 자립을 촉진하는 것을 가능케 하는 시스템을 겸비한 주택형태”라고 정의하

5) 미국, 영국, 캐나다 등에서는 group home, hostel 등의 용어를 사용하고, 스웨덴의 경우에는 groupphen, grouppbostad, inackorderingshem, elevhm 등의 용어를 사용한다. 일본의 경우 그룹홈, 공동주택, 생활료, 통근료, 미니복지홈, 케어가 따르는 주택, 공동주거 등의 용어를 사용한다. 특히 신체장애인의 경우에는 케어가 따르는 주택이라는 용어를 사용하고 있다.

고 있다. 황의경·배광웅의 정의는 그룹홈의 대상을 정신지체장애인으로 제한하고 있다는 점에서 장애인 그룹홈에 대한 개념이라고 보다는 정신지체장애인 그룹홈에 대한 개념이라고 정의하고 있다.⁶⁾

따라서 그룹홈은 지역사회 내에 있는 보통 주택에서 소수의 정신지체장애인들이 공동으로 생활하고, 그들이 능숙치 못한 일(금전관리, 대인관계 등)을 전문직원(동거)에 의하여 원조 받는 생활형태로 사회적 자립을 목적으로 한다. 정신지체장애인들도 일반의 장소에서 일상생활을 하는 것이 당연하다는 생각에서 나온 것으로, 인간으로서의 사회적 지위는 장애유무에 관계없이 동일한 것이며, 정신지체장애인들도 그들의 선택에 의한 삶을 영위할 수 있다는 것이다. 그룹홈은 자택이나 수용시설에서 생활을 부정하는 것이 아니며, 정신지체장애인의 보다 희망적인 생활방식의 하나이다. 그룹홈에서는 일상생활(화장실 사용, 의·식생활, 청소, 세탁 등), 지역사회 적응훈련(질서생활, 교통수단의 이용, 예절 및 대인관계 등), 개인생활(친교, 오락, 취미생활 등) 등을 통해 기술습득과 문제행동 수정 등을 할 수 있다.

그룹홈은 결코 또 하나의 영구적인 보호형태를 의미하는 것이 아니라, 시설의 장애인들을 가정으로 돌려보내기 위한 하나의 과정적 준비단계의 형태라고 할 수 있으며 그룹홈의 궁극적인 목적은 가정을 떠났거나 가정을 상실하였던 시설 장애인들을 가정으로 재복귀시키는 것이므로 이들로 하여금 오랜 집단 수용보호로 인하여 발생된 모든 부적응 요인을 제거하여 가정생활의 경험을 갖게 하고 장차 이들이 가정생활에 원만하게 적응할 수 있도록 재활을 통한 훈련 및 지도를 해 주는데 있다. 오늘날 대부분의 시설들은 인력, 설비 등의 부족으로 인해 시설 수용 장애인에게 가정에 가까운 생활환경을 만들어 주지 못하므로 장애인 시설에 있어서 정서적, 사회적으로 정상인과 통합되기 위해서는 서구에서 널리 실시되고 있는 그룹홈이 한국에서도 필요하다고 본다.

6) 황의경, 배광웅, “심신장애자복지론”, 서울 : 신아출판사, 1991, pp.30~35.

그룹홈은 기관 참여의 특성을 가지고 있다. 즉, 그룹 홈은 개별적으로 설립운영하는 것이 아니라 서비스의 전문화 및 예산을 고려하여 하나의 기관이 최소한 4~5개 이상의 그룹홈을 동일한 지역 내(시·군)에 병설 운영한다. 그룹홈은 가족에 의해서라기 보다 오히려 기관에 의해 운영되며, 지역사회내 비영리기관의 협조하에 관리된다. 따라서 그룹홈의 직원도 그룹홈 내의 보호지(houseparents)와 기관에 소속되어 각 그룹홈을 순회하는 사회사업가, 물리치료사, 간호사 등으로 구성된다. 또한 그룹홈은 개개인의 자율성의 범위와 지역사회의 참여도가 다른 어떤 주거보호 프로그램 보다 높다는 특성을 가지고 있다.

그룹홈은 정신지체장애인 개개인의 능력에 적합한 프로그램을 그들의 입장에서 정상인들의 표준에 접근시켜 통합과 개인의 중요성을 강조하며 사회의 일원으로서 책임을 다하며 살아갈 수 있도록 한 것으로 그 특성은 다음과 같다.⁷⁾

첫째, 훈령과 교육의 장이 아닌 생활의 장이므로 가정적 분위기가 필요하며 또한 건물의 원조보다 생활 서비스 측면의 원조가 중요시되는 사업이다.

둘째, 기본적으로 장애인이 성인이 되어도 가능하면 부모와 함께 살아야 한다는 생각을 전제로 하지 않는다.

셋째, 그룹홈은 지역사회 내에서 선택적으로 살아가는 장애인들의 생활거점이다. 주거의 형태는 단일 주거 단위를 말하며 일차적 기능은 소그룹 집단을 위한 가정과 같은 주거 환경을 제공하는 것이며, 원칙적으로 일반 주택지 내에 위치하고, 그 외관은 일반 주택과 다른 것이 없도록 배려되어야 한다. 또한 주택에 특별히 눈에 띄는 간판이나 표찰 등을 붙이는 것은 좋지 않고, 그룹홈이 한 지역에 모이는 것을 피해야 한다.

넷째, 그룹홈이 단순히 시설을 소규모로 한 것이 아니어야 한다.

다섯째, 그룹홈의 입주 및 서비스는 입주 장애인과 운영 주체와의 계약에

7) 강석동, “정신지체장애인을 위한 집단가정 서비스가 정신지체장애인과 그의 어머니에게 미치는 영향에 관한 연구”, 1993 pp.11~23

있어 강제적이 아니어야 한다.

여섯째, 그룹홈 구성원의 일상 생활에서 지도 또는 훈련은 최소한의 것이어야 하며, 가급적 관리성이 배제되어야 한다.

일곱째, 그룹홈 구성원의 생활은 기본적으로 개인 생활이어야 하며, 본인의 희망에 의한 계약이 계속되는 한 그룹홈 생활은 계속된다. 즉, 일반시민으로서 지역사회 생활을 하는데 합당한 개인 생활이 확보되고 모든 권리가 보장될 수 있는 최대한의 배려가 있어야 한다.

여덟째, 그룹홈의 보호자가 항상 있어야 하는데, 이것은 단순히 그룹홈이 주택시설이 아니고 복지시설이란 점을 강조하는 것이다. 그 자격은 그들을 위해 사명의식을 가져야 하며, 훌륭한 조력자여야 할 뿐만 아니라 전반적으로 가사일에 정통하고, 이웃, 정부기관간 및 거주자들과 쉽게 의사소통이 될 수 있는 사람이어야 한다.

2. 그룹홈의 설립배경

1960년대 후반부터 1970년대 초반에 사회적, 이념적 법적인 영향들이 서로 상호작용하는 과정속에서 정신지체장애인들을 수용하고 있었던 대형의 수용시설들이 외면당하고 지역사회중심의 대안적인 주거시설들이 각광받게 되었다. 그룹홈과 같은 지역사회 중심의 주거시설 설립에 영향을 미쳤던 제요인들 중에서 가장 핵심이 되는 탈시설수용화(deinstitutionalization), 최소제한적 환경(least restrictive environment), 그리고 정상화(normalization principle)에 대해 살펴보겠다.

1) 탈시설수용화

정신지체 분야에서 계속 제기되고 있는 문제들 중 하나는 그들이 어디서

어떻게 살아야하는가에 대한 것이다. 19세기말과 20세기초반에 만연하였던 우생학적 관점과 지능검사 도구의 개발로 인하여 정신지체장애인들은 지능이 결손된 무능력한 자들로 낙인되고 사회의 기피대상이 되었다. Fernald는 자신의 글에서 정신지체장애인들은 기생적이며 범죄의 잠재가능성이 높고, 자립하거나 자신의 일을 처리해 나갈 능력이 없어 궁극적으로는 일반시민들의 책임으로 부담되어 질 것이라고 하였다. 이러한 견해들은 정신지체장애인에 대한 당시에 전형적인 태도와 생각을 반영하는 것이었다.

이를 반영하여 19세기 중반에 설립되었던 훈련 목적의 기숙학교들은 장기간의 보호시설로 전환되고 수용시설은 더 대형화되었으며, 일탈된 정신지체장애인들로부터 사회를 보호한다는 명목하에서 지역사회에서 격리된 지역에 세워지게 되었다. 이에 따라 1960년대~1870년대에 10개 이상이던 수용시설의 숫자는 1940년대까지 거의 9개정도의 현격한 증가를 하였다.⁸⁾

그러나 대형수용시설의 물리적, 정서적, 사회적 환경의 비인간적인 여건, 개인 존엄성의 부재,⁹⁾ 그리고 교육의 부재로 인해 시민들의 대형시설에 대한 부정적 시각을 갖게 되었고, 차츰 보다 작은 규모의 지역사회중심의 주거시설 설립에 대한 필요성을 인식하게 되었다. 그리하여 대형시설에 격리되어 보호받아 오던 이들을 탈시설시켜 지역사회 속에 통합시키게 되는 계기가 마련되었다. 이러한 사회적 인식 외에 모든 정신지체장애인들에게 최소 제한적인 환경속에서 서비스를 제공해야 한다는 법칙 판결과 탈시설 및 통합의 철학적 중추가 되는 정상화 이념이 수용시설에서 지역사회 중심의 주거지로 변화시키는 자극의 근원이 되었다.

2) 최소제한적 성격

‘최소한의 제한된 환경’이라는 의미는 대규모에서 소규모의 환경, 더 구조

8) Zigler, E., & Hodapp, R., “Understanding mental retardation”, New York : Cambridge University Press, 1986, pp.27~30

9) 박승희, “탈시설수용화와 시설수용화”, 서울 : 단국대학교 특수교육연구소, 「정신지체장애인의 교육과 복지」, 1994, pp.295~330.

화된 생활에서 덜 구조화된 생활, 격리에서 통합, 의존적 생활에서 독립적 생활의 연속체 의미에서 해석된다. 이 개념은 정신지체장애인들의 욕구에 맞는 보호와 지도를 하며 최대한의 사회통합이 이루어지는 환경에서 서비스를 제공해야 한다는 목적에 대한 지침이 되기도 한다. 그러나 환경의 제한성은 지역사회 활동과 일반 시민으로부터 격리되는 정도에 의해서만 반영되는 것은 아니며, 일 개인의 성장과 발달을 촉진시키지 못하는 환경이라면 그 또한 제한적이라 할 수 있는 것이다. 따라서 최소 제한적 환경이란 획일적인 것이 아니고 개별성이 근거하는 것이라 하겠다.

정신지체장애인들이 보다 제한적인 환경에서 덜 제한적인 환경으로 이주한 결과 적응기능에서 발전이 있었다는 것은 여러 연구자들에 의하여 밝혀졌다. 식사하기, 청결함, 외관, 사회화, 부엌일, 의복관리, 언어와 의사소통 발달, 대인관계, 시간관리 기술, 지역사회 서비스에 대한 지식, 그리고 오락 및 여러 자원을 사용할 수 있는 능력과 같은 다양한 측면에서의 진보가 있었음이 밝혀졌다.¹⁰⁾

3) 정상화원칙

정상화의 이념은 정신지체장애인들의 주거환경 및 삶의 질에 영향을 미치고 변화를 초래하였다. 정상화는 대형시설에 격리, 수용, 보호되었던 정신지체장애인들을 다양한 지역사회 중심의 주거시설로 배치시킴으로써 이들을 사회의 주류속에서 통합되도록 하여 지역사회에서 살 고유한 권리를 회복시켜 주는 개혁을 유도하였다. 천노엘은 정상화원칙은 일반 사회가 정신지체장애인을 어떻게 보고, 어떻게 대우하고, 그리고 어떠한 서비스를 제공해 줄 것인지에 대하여 방향을 제시해 주었다고 지적하였다.¹¹⁾

정상화이론은 정신지체장애인들에게 가능한 정상에 가까운 생활을, 혹은

10) Aanes & Moen, "Adaptive behavior change of group home residents, Mental Retardation, 1980 pp.36~40

11) 천노엘, "미국에서의 대규모 수용시설로부터 지역사회 거주시설로의 변화경향 연구", 「정신지체연구」, 1990, 창간호.

지역사회 주류의 기준과 양상에 가능한 가까운 생활양식을 제공하는 것이다. 또한 문화적으로 정상적인 행동 및 특성을 확립하고 유지하기 위하여 문화적으로 정상적인 또는 가치 있는 노력을 사용하는 의미로 발전하고 정교화 되면서 정신지체장애인들을 위한 서비스의 하나의 목표로서 그리고 과정으로서 인식되었다.¹²⁾

이러한 정상화 원칙의 개념을 실제적 측면에서 보면, 정신지체장애인이 문화적으로 전형적인 가정에서 생활하고, 비장애인과 함께 생산적인 활동을 하는 것뿐만 아니라 전형적인 여가활동에 참여하고, 문화적 경제적 및 기타 관련되는 역할을 수행함으로써 정상적인 지역사회에 물리적, 사회적으로 통합되는 것을 의미한다. 가치적인 측면에서는 정신지체장애인은 존엄과 존경으로 대우받아야 하고, 지역사회에서 살아갈 수 있는 권리를 인정하고, 긍정적인 사회적 역할을 기대하는 것과 관련되는 것이다.¹³⁾

3. 그룹홈의 유형

그룹홈은 거주자의 수, 연령, 거주기간, 성별 역사적 발달과정 등에 따라 다양하게 분류된다. 에반스(Evans)는 그룹홈의 형태를 그 크기에 따라 3가지로 나누고 있다. 종합수용 시설처럼 보이지만 상당한 자율성을 가지는 지역사회에 기반을 둔 주거시설(large community residential facility)인 대집단 가정, 7~8명의 구성원을 가지며 가정보다는 가정적인 분위기를 많이 가지고 있는 소집단 가정, 그리고 주로 아동을 대상으로 위탁부모를 부모로 생각하고 다른 동료를 형제로 생각하면서 생활하는 집단위탁 가정(group foster home)등이다.¹⁴⁾

이배근은 연령 및 장애정도에 따라 한국의 그룹홈 개발유형을 다음과 같

12) Wolfensberg, W., "Twenty predictions about the future of residential services in mental retardation", *Mental Retardation*, 1972, pp.51-54

13) Levy, J., & Levy, P., "Normalization : Challenges 7 dilemmas", 1983, pp.245~443.

14) 전개서, 강석동, p.18.

이 분류하고 있다.¹⁵⁾ 정신지체장애인을 위한 그룹홈은 남녀별 구분과 함께 무엇보다 중요한 것이 연령별 구별이라 할 수 있는데, 대부분 18세를 기준으로하여 18세 이하를 아동 그룹홈으로, 18세 이상을 성인 그룹홈으로 분류하였다.

아동을 위한 그룹홈은 재택 정신지체아를 대상으로 하는 CF(Child Family)형, 정신지체장애인 시설아동을 대상으로 하는 CI(Child Institution)형으로 구분할 수 있을 것이다. 성인을 위한 그룹홈도 재택 성인지체인을 위한 그룹홈을 AF(Adult Family)형, 성인정신지체 시설수용자를 대상으로 하는 그룹홈을 AI형으로 구분한다. 그룹홈의 전문적 서비스 개입을 위해서는 장애의 정도에 따라 대상이 구별되어야 할 것이다. 정신지체아의 경우, 특수 학급에서 교육의 대상이 되는 경도 정신지체아 및 특수 학교 교육의 대상이 되는 중도 정신지체아는 교육적 측면의 서비스를 위주로 하여야 하며, 중도 및 최중도 정신지체아는 행동수정, 생활훈련 및 치료적 서비스가 강화되어야 한다. 따라서 CF형 중에서도 경도 및 중도 재택 정신지체장애인을 대상으로 하는 그룹홈은 CFM(M=Mildly and moderate)형으로, 중도재택 정신지체장애인을 대상으로 하는 그룹홈은 CFS(S=severely)형으로 한다. 이와 마찬가지로 경도 및 중도 시설 정신지체아를 대상으로 하는 그룹홈을 CIM형, 중도 시설 정신지체아를 대상으로 하는 그룹홈을 CIS형으로 다시 구분할 수 있을 것이다.

성인정신지체장애인의 경우에는 경도 및 중도 정신지체장애인은 직업교육이나 기술습득을 위한 교육 위주로 자립생활의 기반을 마련하게 해야 할 것이며, 중도정신지체장애인의 경우에는 치료적 서비스가 강화되어야 할 것이다. 따라서 경도 및 중도 재택 정신지체장애인을 그룹홈은 AFM형으로, 중도 재택 정신지체장애인을 위한 그룹홈은 AFS형으로 경도 및 중도 시설 정신지체장애인을 위한 AIM형, 중도 시설 정신지체장애인을 위한 AIS형

15) 이배근, “장애자를 위한 Group Home의 모형개발”, 「사회복지」, 1987, pp.92~93.

그룹홈으로 각각 구분할 수 있을 것이다.

이를 표로 나타내면 다음과 같다.

<표 2-1> 한국의 그룹홈 개발유형

그룹홈 모형	대상	연령	장애의 정도	전문적 서비스 개입
CFM형	재택	18세이하 아동	경도, 중도	학교 및 사회교육, 직업 및 생활훈련
CFS형	재택	18세이하 아동	중도	행동수정, 치료, 생활훈련
CIM형	시설	18세이하 아동	경도, 중도	학교 및 사회교육, 직업 및 생활훈련
CIS형	시설	18세이하 아동	중도	행동수정, 치료, 생활훈련
AFM형	재택	18세이상 성인	경도, 중도	직업 및 사회교육, 가정생활 지도
AFS형	재택	18세이상 성인	중도	행동수정, 치료, 생활훈련
AIM형	시설	18세이상 성인	경도, 중도	직업 및 사회교육, 가정생활 지도
AIS형	시설	18세이상 성인	중도	행동수정, 치료, 생활훈련

4. 그룹홈의 운영

1) 그룹홈의 위치

그룹홈 장소와 관련하여 그룹홈이 어디에 위치해 있느냐 하는 것은 그룹홈의 성공여부와 깊은 연관이 있다. 특히 도시에 위치하느냐, 지방에 위치하느냐에 따라 주요 서비스와 지역사회 자원의 가능성의 차이, 지방자치단체의 서비스의 질과 재정의 차이 등으로 통합정도에 차이가 나타날 수 있으므로 위치의 선택은 그룹홈의 성공여부에 중요한 영향을 끼친다.

2) 그룹홈의 외부환경

주거시설의 건축적 구조는 정상화 목표를 성취하는데 있어서 중요한 요인이 된다. 주거환경의 물리적 특성은 그곳을 더 가정적인 곳으로 또는 더 시설적인 곳으로 판단할 수 있게 하는 직접적인 요소이다. 그룹홈의 생활보조원, 이웃, 또는 다른 방문객들은 정신지체장애인이 거주하는 곳의 건축상의 특성이 지니는 물리적 조건에 의해 정신지체장애인에 대한 태도를 결정할 수 있다. 입주자에 대한 생활보조원의 행동은 주거시설의 특성(시설환경)에 따라 다양하게 변화할 수 있으며, 이는 서비스의 질에도 영향을 미칠 수 있다.

3) 그룹홈의 내부환경

주거환경은 입주자가 경험하는 실제적인 사회적 상호관계를 규정하는 변인들중의 하나이기 때문에 장애인들을 위한 주거환경은 연령에 따라 적절하게 마련되어야 한다. 흔히 성인정신지체장애인들은 “영원한 아동”으로 취급되는데 그들이 생활하는 환경에 의해 더욱 강화받기 때문이다. 환경적 측면에서의 정상화원리의 고려는 사회적 적응능력과 개인적 능력의 발달을 촉진한다. 그리고 어떤 설비를 하는가는 입주자의 적응행동 및 능력 또는 파괴적 행동에 영향을 미치며 입주자 뿐만 아니라 상주직원이 가지게 되는 입주자에 대한 지각, 행동에도 영향을 미치게 된다.

일본아동복지협회의 그룹홈의 설치 운영 지침서에 의하면, 건물의 넓이, 설비, 방의 수 등에 관한 표준적 기준과 관련하여, 방은 1인 1실을 원칙으로 하고 2평정도로 할 것과 방외에 현관 부엌, 화장실, 세면실, 욕실, 거실(식당), 세탁장, 빨래 너는 장소 등이 원칙적으로 있어야 되며, 긴급시 대응을 위한 전화 및 소화기 설치 등 재해 대책이나 비상시 피난 등이 미리 충분히

고려되어야 한다고 지적하고 있다.¹⁶⁾

4) 그룹홈의 운영원칙

그룹홈은 장애인의 사회 참여의 기회를 극대화하고, 사회통합이라는 장애인복지의 목적을 달성하기 위하여 발전된 것이기 때문에 일반적으로 장애인복지 영역에서 다루어지는 사회통합의 지원요소와 저해요소들을 참고함으로써 운영의 원칙을 삼을 수 있다. 아래의 <표 2-2>는 사회통합의 지원요인과 저해요인을 서비스와 관련된 전반적인 측면에서 제시하고 있다.

그룹홈의 운영원칙은 사회통합을 지원하는 요소를 강조하고, 사회통합을 저해하는 요소를 제거하는 것을 운영의 원칙으로 삼을 수 있을 것이다.

<표 2-2> 사회통합의 지원요소와 저해요소

서비스의 차원	통합을 지원하는 요소	통합을 저해하는 요소
이데올로기/가치정책	운영자와 운영진의 사회통합에 대한 이해와 확신	운영자와 운영진에 대한 무지 또는 적의
자원	능력 있는 워커, 충분한 자원, 충분한 공간, 적절한 외부지원에 의한 지지	중요한 필요자원에 대한 불충분한 지원
클라이언트의 수 또는 서비스의 수	세팅, 지역사회 등에서 소규모의 집단 수와 흩어진 집단 형태의 유지	대규모의 밀집된 집단화
클라이언트의 외모	지위나 이미지는 높이는 외모	지위나 이미지는 떨어뜨리는 외모
클라이언트의 행동 또는 활동	적절하고, 적응적이며, 품위를 높여주며, 매너 있는 행동	부적절하고, 이미지 손상을 야기하는 거부를 일으키게 하는 행동
호칭의 형태 또는 내용	지위를 높여주는 호칭	지위를 낮추는 호칭
워커에 의해 투사되는 이미지	능력 있는 깔끔한 이미지	졸리고 게으르고, 불결한 이미지

16) 일본아동복지협의회, 「Group Home 설치·운영 지침서」, 서울정신박약자 복지관, 1991.

프로그램 활동, 일상적인 활동, 리듬	연령에 부합하며, 가치를 인정받는 활동	연령에 부합하지 못하며, 가치를 절하받는 활동
생활기능의 분리(주거지, 병원, 교회, 일터, 학교 등)	일반인들의 분리와 동일하게 정상적으로 생활기능의 분리	비정상적으로 모여있는 생활기능
클라이언트에 대한 역할, 기대, 요구, 도전 등	긍정적이며 역할을 향상시키는 역할기대	부정적이며 역할을 저하시키는 역할기대

자료 : 장통모, “장애인복지의 새로운 경향”, 「상황과 복지」, 제2호, 1997

그룹홈 운영의 사례를 자세히 알아보기 위하여 본 연구에서 실시한 면담 조사를 한 그룹홈을 선정하였다.

· 서울장애인 종합복지관의 예

(1) 운영주체 및 시설소개

설립주체 : 서울장애인 종합복지관(영원한 도움의 성모 수녀회)

설립년도 : 1995. 4

그룹홈의 위치 및 형태 : 주택가에 위치하여 연립주택의 형태

운영 그룹홈의 수 : 3 그룹홈 (2인 1실)

(2) 거주자에 관한 정보

입주관련서류 : 입주신청서, 주민등록등본, 건강진단서, 계약서, 장애인수첩사본, 사진, 재직증명서

입주절차 : 입주신청서 접수 - 입주자관찰평가 - 장애인공동생활가정 운영위원회 결정 - 통보 - 입주

거주인원 : 1가정당 4인 입주

{남 : 2가정(8명) + 여 : 1가정(4명) = 총12명(1명 결원 상태)}

거주기간 : 영구

연 령 : 24 - 37세 (평균 29세)

수 준 : M.R (I.Q) 46-80) : 2급=2명, 3급=9명

동반장애 = 언어장애 3명, 자폐성향, 간질 진행중, 뇌성마비 각 1명

현재 대부분 신변자립, 일상생활 가능, 단독 통원 가능(1명 제외)

취업상황 : 장애인 공동자립작업장(성지산업) - 5명

성지제과 (복지관 자체 제과공장) - 3명

복지관 자립작업장 - 3명

수입정도 : 월 3 - 5 만원

가족과의 교류 : 1달중 2회 즉 1, 3번째 주말은 그룹홈에서 생활을 하고

나머지 주말 본집귀가(1달에 약 1-2회 부모 내방, 전화상담 수시)

(3) 진행 시간표

① 일일 시간표

② 주일단위의 진행시간표

- 주중 개별화 교육 계속 실시

<표 2-3> 주일단위의 진행시간표

	월	화	수	목	금	토	일
저녁 시간 활동	거울, 먼지 닦기 옷장정리	야채다듬기 개인용품구입 앨범보기	빨래개기, 농구하기 (공원이용)	화초가꾸기 피클만들기	뮤지컬 단체관람, 셀프음식 점 이용	야채다듬기 대중목욕탕 이용 쇼핑(피클, 잡지구입) 분식점이용 비디오시청	종교활동 (성당, 교회 이용) 수영장 이용 라면끓이 기 실습
비고	낮: 병원 이용 순회교사 방문	자원봉사자 부모전화상담 (입주자 K씨 피부질환문제)	입주자 K씨 외박 (피부과 문제)			1시 퇴근 자원봉사자	개별지도 주간 계속 진행

(4) 제공하는 프로그램

- ① 부모대상 프로그램 : 부모초대, 부모회의 (3개월중 1회), 가정방문, 전화상담
- ② 입주자 대상 프로그램 : 슬라이드 자료 참고

<표 2-4> 입주자 대상 프로그램

개별 지도	<p>입주자의 활동을 신변자립, 가사생활, 사회생활, 대인관계 및 여가의 4가지 영역으로 나누어, 입주자에게 가장 먼저 필요하다고 생각되는 것을 선택하여 개별지도계획표를 작성한 후 실시한다.</p> <ul style="list-style-type: none"> - 입주자의 특성에 따라 개별지도계획표 없이 개별지도를 하기도 한다. 	
정기 적 활동	<ul style="list-style-type: none"> · 주변활동(매주 초 가족회의를 통해 주변결정) - 설거지, 식사준비보조, 상처림, 거실청소등 · 밥하기, 국끓이기, 세탁기를 이용한 빨래 · 가정용품사용 및 집관리(문단속, 가스점검 등) · 세면 및 샤워, 자기방 청소 · 일기쓰기, 용돈기입장 정리, 취침전 기도 	
비정 기적 활동	<ul style="list-style-type: none"> · 지역사회시설 이용(일부 입주자 단독이용가능) - 슈퍼마켓, 비디오대여점, 약국, 병원, 공원, 약수터, 은행, 관공서(교사와 함께 가능), 인근 상점 등. · 여가활동 : 자유놀이 (농구, 퍼즐, 장기, 트럼프, 노래방, 볼링장, 노래, 춤, 비디오보기, 야외현장학습, 편지쓰기, 친구초대 등) 	<p>교사 : 업무일지 및 입주자 관찰기록지 작성</p>
주말 의 활동	<ul style="list-style-type: none"> · 종교활동(교회, 성당 이용) · 대중목욕탕 이용 · 요리실습 · 야외현장학습(월중 약2-3회) - 평일 저녁 또는 주말이용 · 음악회, 영화관, 고궁, 놀이공원, 야구장, 서울근교 유원지, 지역내 구민행사, 쇼핑, 음식점(페스트푸드점 포함) 	<p>자원봉사자 활용하나 담당교사가 함께 하는 경우가 많음. 차후 자원봉사자 활용 확대 계획</p>

· 승가원 강북그룹홈의 사례

정신지체장애인 재활시설인 승가원 강북그룹홈은 서울시 강북구 미아동 190-22번지(02-987-7233)에 위치한 정신지체장애인 재활시설로서 정신지체 장애인에게 사회생활에 필요한 기본적인 능력과 장애극복의 의지를 길러주고, 직업적 기능습득을 통하여 성실한 자활인으로 육성시키는데 그 목적을 두고 자조생활지원 (청소, 빨래, 식사준비 등), 여가생활지원(직장이나 교육을 마치고 돌아와서 남는 시간을 이용하는 방법), 사회적응프로그램(대중교통이용, 공공장소 이용, 야영 및 캠프, 놀이동산 이용 등), 직업생활지원(현재 다니고 있는 직장이나 교육장소를 정기적으로 방문하고 있으며 98년 1월 13일날 개원이래 현재에 이르고 있다.

<표 2-5> 그룹홈 1일 생활 계획표

시간 \ 요일	평일	토요일	일요일	일요일 및 공휴일
06 : 00	기상, 운동, 청소	기상, 운동, 청소	기상, 운동, 청소	기상, 운동, 청소
07 : 00	출근준비, 식사	출근준비, 식사	아침식사	아침식사
08 : 00	작업장 및 학원	작업장 및 학원	대청소	체육 및 문화 종교활동
09 : 00			친지방문	
10 : 00				
11 : 00				
12 : 00		퇴근, 귀가		점심시간
13 : 00		친구교제(1,3,5주) 현장학습(2,4주)		자유시간
14 : 00				
15 : 00				
16 : 00				
17 : 00				
18 : 00	퇴근, 세탁, 목욕		귀가	대청소, 세탁
19 : 00	저녁식사	청소, 목욕	저녁식사	저녁식사
20 : 00	월, 수 : 자유시간 화, 목, 명상 및 독서 금 : 그룹토의	자유시간	좌담회	자유시간
21 : 00	취침	취침	취침	취침
22 : 00				
23 : 00				
24 : 00				

<표 2-6> 월, 연간 생활계획표

구분	지도목표	지도내용	평가	비고
1월	건강증진	건강을 위해 규칙적인 생활을 하도록 한다	TV시청에 대한 집착때문인지 자는 것이 불규칙하다	
2월		복용하는 약, 건강체크를 하도록 한다		
3월		자기몸에 맞는 음식이 무엇인지 관심갖도록 한다		
4월	감사의 마음갖기	봉사자들에게 감사의 인사를 하도록한다		
5월		부모님께 감사의 전화를 하게 한다		
6월		관리실,슈퍼 등 이웃들에게 친절한 미소를 짓게 한다		
7월	협동심 훈련	캠프 준비 등 가족이 함께 나들이 준비를 한다		
8월		물놀이 등을 통하여 남을 배려하는 습관을 쌓게 한다		
9월		가까운 산에 가족끼리 등산을 한다		
10월	자립심 훈련	목욕탕 등 공공장소에 혼자서 가는 습관을 길러준다		
11월		가족들에게 맛있는 음식을 만들어 주도록 한다		
12월		한해를 마무리하고 새로운 해를 맞이하는 심정을 글로 쓰게 한다		

5. 그룹홈의 입주자와 상주직원에 관련된 사항

1) 취업프로그램

지역사회를 기반으로 하는 소규모 그룹홈 프로그램에서 절대적으로 필요한 역할을 하는 프로그램 중의 하나는 입주자의 근로환경을 위한 잠재력을 일깨우고 자립능력을 증대시키는 취업프로그램이다.

미국의 경우, 1970년대는 입주자들을 위한 종합적인 직업훈련 프로그램이

절대 부족한 상태로, 남가주에서 실시된 한 설문조사에 의하면 18세이상을 위한 160개의 그룹홈 중 1/3의 입주자들만이 작업현장에서 취업이 가능하였다. 그러나 1987년에 행해진 설문조사에서는 6명미만의 그룹홈의 경우 입주자들의 52.4%, 그리고 7-15명의 그룹홈의 경우에는 입주자들의 64.7%가 임금을 받고 취업에 임하는 것으로 나타났으며 6명 미만의 그룹홈 입주자의 44.8%가 그리고 7-15명의 그룹홈 입주자의 52.5%가 보호작업장에서 임금을 받고 직업적으로 경험을 쌓고 있는 것으로 나타났다.¹⁷⁾

2) 입주자의 가사 및 지역사회 활동

입주자의 가사활동과 관련하여 그룹홈에 사는 정신지체장애인이 수용시설에 사는 정신지체장애인들 보다 그들이 가정환경을 유지하는데 더 적극적으로 참여하였음을 알 수 있다.

지역사회 활동은 앞에서 언급한 바와 같이 정상화 원칙이 고려되어야 한다. 정상화 원칙이란 정신지체장애인이 문화적으로 전형적인 가정에서 생활하고 비장애인과 같이 생산적인 활동을 하는 것뿐만이 아니라 전형적인 여가활동에 참여하고 사회적, 문화적, 경제적 및 기타 관련되는 역할을 수행함으로써 정상적인 지역사회에 통합되는 것을 의미한다.

3) 입주자의 여가활동

여가(recreation, leisure)경험은 우리 사회의 모든 사람들에게 있어 삶의 중요한 측면의 하나이다. 또한 장애인들의 여가경험은 신체적 건강의 촉진, 사회화의 증가, 만족스러운 사회적 관계, 새로운 기술의 개발과 같은 장기적으로 단기적인 잇점을 제공할 수 있다. 덧붙여 여가활동들은 자아 개념이

17) 임성만역, “집단가정 서비스에 관한 연구”, 장봉혜림재활원, 1994, p. 30.

강화, 시민에 대한 의식, 환경과의 상호작용, 자기 표현의 방법, 더 만족스러운 개인적 생활양식 등을 위한 기회를 제공해주므로 그룹홈에 거주하는 정신지체장애인들도 TV시청과 같은 수동적 여가활동 방법 외에 다양하고 수준 높은 여가 활동방법이 제시되어야 한다. 그렇지 않으면 정신지체장애인들은 여가로 인한 재충전 효과를 제대로 누릴 수 없게 되는 것이다.

4) 입주자와 문제행동

현재 수천만 정신지체장애인의 지역사회 배치를 저해하는 결정적이고 미해결된 문제로 부적응 행동을 들 수 있다. 좋은 행동평가는 어떻게 부적응 행동을 막고 개선시키고 제거할 수 있는지에 관한 정보를 제공하며, 이는 전반적인 전이 가능성을 높이는 데 기여한다. 부적응 행동은 관찰자, 상황, 관찰 및 평정기술, 사회적 관점 즉, 낙인에 위한 선입견이나 대상자의 연령, 문화적 기준에 따라 다른 평가 결과가 나타날 수 있다. 따라서 불충분한 평가에 기초한 배치계획은 정신지체장애인의 지역사회로의 전이 가능성을 약화시킨다.

제 2 절 외국의 그룹홈 서비스 사례

1. 미국의 사례

1) 미시간주 그룹홈

1969년 미시간주에서는 발달장애 자폐 및 정신지체장애인 12,000명 이상이 지역사회 서비스를 이용할 수 없는 주립 수용시설에서 살았으나, 1986년에는 2,000명 이하의 장애인이, 그리고 현재는 불과 50여명만이 주립시설에

서 수용생활을 하고 있다. 이는 장애인들이 지역사회 서비스를 이용할 수 있게 되었고, 지역사회 거주 프로그램이 성공하게 되어 7개의 주립시설이 폐쇄되었기 때문이다.¹⁸⁾

1976년 미시간주 입법부는 정신지체장애인을 위한 소규모 그룹홈의 설립을 위한 법령을 통과시켰다. 이러한 법령은 1977년부터 영향을 끼쳐 6명 또는 그 이하의 장애인을 위한 그룹홈 서비스가 전개되었다. 미시간주에 있는 대부분의 그룹홈의 설립은 지역 조직체와 지지집단의 지원으로 이루어졌으며, 미시간주의 정신보건법령(공법 제 258호)은 보건기관들이 거주자들을, 첫째, 대규모 시설로부터 소규모 시설로 둘째, 보다 더 체계화된 환경으로부터 덜 체계화된 환경으로 셋째, 지역사회와 분리된 환경으로 이동시켜야 한다고 요구한다. 또한 그룹홈을 위한 허가법률도 제정하였는데(공법 제 218호) 그 내용은 첫째, 그룹홈의 거주자들을 위한 보호와 기준을 세워야 한다. 둘째, 그룹홈의 적절한 운영과 유지를 보장해야 한다는 것이다.

그룹홈으로 사용되는 주택은 주(州)의 소유가 아니며 개인 소유로부터 임대 기간은 새로건축된 주택은 20년, 그리고 기존의 주택에 대해서는 10년이다. 그룹홈에 대한 지도 감독은 지방정부에 소속된 사회사업가, 심리학자, 특수교사, 언어치료사, 부모가 한 팀이 되어 주거환경, 교통편의, 의료, 교육, 직업훈련, 인격성장, 협동성, 안전고에 대한 위험, 여가선용, 응급시 지원체계 등의 사항에 대해 실시하는데, 그 기간과 횟수는 1년에 3회이다. 특히, 부모회는 매월 그룹홈 직원과의 모임을 통해 그룹홈의 운영에 공동으로 노력하고 있다.¹⁹⁾

그룹홈의 거주자들은 배치되기 이전에 능력을 정확히 판별하고, 배치된 이후에 6개월에 한번씩 사회사업가와 그룹홈의 직원이 상의하여 장애인의 능력향상 여부를 판별하고 변화가 생기면 좀더 독립이 가능한 그룹홈으로 옮기고 좀 더 향상되면 장애인 스스로 공동생활을 하는 아파트로 옮기게 된

18) 김용은, “그룹홈 서비스에 관한 연구”, 인하대학교 석사학위논문, 1999, p.42.

19) 임성만, 전게서, p.17.

다.

2) 매콤 오클랜드 지역센터의 그룹홈

이번에는 미시간(Michigan) 주정부기관인 매콤 오클랜드 지역센터(Macomb Oakland Regional Center ; M.O.R.C)가 실시하고 있는 그룹홈 서비스에 대하여 살펴보겠다.

M.O.R.C는 매콤과 오클랜드(Oakland)지역에 거주하는 발달장애-자폐 및 정신지체장애인들을 위해 모든 서비스를 제공하는 기관으로, 1972년 주정부에 의해 750명의 수용규모로 설립되었다. 1976년까지 통원치료자에게 서비스를 제공하기도 했던 M.O.R.C는 현재 원래 계획했던 750명 규모의 시설을 폐쇄하고 시설에 대안적인 다양한 주거시설을 개발, 지역사회 중심의 사회 통합 프로그램을 제시해 상당한 성과를 거두고 있다.

M.O.R.C는 Michigan주 내에 190개의 소규모 그룹홈을 운영하고 있는데, 한 그룹홈 당 최대인원을 6명으로 규정, 4-6명의 정신지체장애인이 공동생활하고 있다. 소규모 그룹홈은 각 가정마다 일정한 간격을 유지하고 있고, 상주하는 직원 1명을 포함하여 2-3명이 직원으로 구성되어 M.O.R.C가 제공하는 160시간의 훈련을 받아야 한다. 직원의 훈련 프로그램은 의학적 치료와 약물처방 프로그램, 정상화원리, 거주자의 보호 등과 같은 영역으로 이루어진다.

1986년 M.O.R.C의 직원 229명을 조사한 결과에 의하면 직원의 80%는 정신지체장애인의 재활분야에서 1년 이상 일해본 경험을 가지고 있었고, 55%의 직원은 이전에 인간서비스 분야와 관련된 경험을 가지고 있었다고 보고되었는데, 이는 그룹홈에서 성인 정신지체장애인들에게 직접 서비스를 제공하는 직원이 준전문가적인 자격을 소유하고 있음을 증명하는 자료라고 볼 수 있다.

그룹홈은 M.O.R.C로부터 직원을 지원받게 되는데, 여기에는 사회사업가, 심리학자, 간호사, 언어치료사, 작업치료사 등이 포함되며 그룹홈의 직원들은 사회서비스부(Department of Social Service)에 의해서 주어지는 자격기준을 갖추어야 한다.

장애인들은 대부분 오전에 학교 및 일터에 생활하고 오후 3~4시경 가정으로 돌아와 각자의 욕구에 맞는 프로그램에 참여하는데, 이러한 프로그램은 M.O.R.C의 관리자 또는 실무책임자에 의해 관리된다. 관리자는 사회사업, 심리학과 같은 인간서비스 분야의 자격을 갖추어야 한다. 이들은 가정과 프로그램의 운영에 대해 책임을 져야 하며, M.O.R.C의 관리자와 그룹홈의 직원이 항상 의사소통을 할 수 있어야 한다는 사실은 매우 중요한 것이다.

그룹홈의 전문화된 프로그램은 전적으로 거주자들의 욕구에 의해 결정되는데, 이러한 프로그램의 목표에는 자조기술(Self-help skill), 사회화(Socialization), 그리고 읽기, 쓰기 등과 같은 전문적 지도(Special tutorial) 등이 해당되며, 매달의 진행사항은 그룹홈의 직원에 의해 기록되어 M.O.R.C 소속의 사회사업가에게 제출되며, 매일의 사건 역시 서류화되어 교체직원에게 중요한 정보를 전달되어지게 된다.

2. 일본의 사례

일본의 그룹홈의 경우, 민간 사회복지법인이나 장애인 부모, 개인의 선구적으로 운영하여 왔으나, 1979년 정부가 정신지체장애인 복지홈(일본의 용어)의 설치를 규정한 것을 전후하여, 지방자체단체가 여러 가지 그룹홈의 설치를 제도화하면서, 1980년을 경계로 많은 증가를 보이게 되었다.

1988년 전국적으로 346개의 그룹홈이 있는 것으로 나타났다. 이것은 1987년과 비교하여 64개가 늘어난 것이다. 이러한 그룹홈은 15세 이상의 정신지체장애인 4~5명이 식사 및 일상생활에 필요한 서비스를 받는 곳으로, 거주

기간은 영구적일 수도 있으며, 최소한의 관리, 감독을 받으면서 지역사회생활을 하는 곳이다.

그룹홈으로 사용되는 주택은 원칙적으로 일반주택과 비슷하며 주택에 특별히 눈에 띄는 간판이나 표찰 등을 붙이는 것은 좋지 않다. 더욱이 몇 개의 그룹홈이 한 곳에 모이는 것 등을 피해야 한다. 주택의 준비는 원칙적으로 운영주체가 하게 되는데, 일반인 또는 입주자 부모 등으로부터 임대하거나 상주직원의 자택을 사용하는 경우도 있다. 방은 1인 1실을 원칙적으로 하고 2명 정도로 하며, 부득이한 경우 2인 1실일 때는 3평 정도로 한다. 방에 필요한 모든 비품은 입주자가 공동으로 부담한다.

입주자는 15세 이상의 정신지체장애인이며, 일상생활의 원조를 받지 않고는 생활할 수 없거나 독립적으로 생활하기에 어려운 대상, 또는 소수의 공동생활에 지장이 없을 정도로 신변 자립이 되어 있을 것, 취로(보호 작업장 포함)하고 있을 것, 입주시에 정신지체장애인 원호시설 입소 및 정신지체장애인 통근료(이용시설) 등 시설의 조치가 해제되어 있을 것, 집단 생활이 갖는 의미를 충분히 이해하고 계속해서 입주할 것을 원하고, 그것이 가능하다고 인정될 것 등의 조건을 모두 충족시켜야 한다. 거주자의 수는 4~5명을 표준으로 하며, 상주 직원 1명을 두어야 한다.

상주직원이 항상 있어야 하는 것이 그룹홈의 큰 특색이라고 할 수 있으며 이러한 사실로 그룹홈이 단순히 주택시설이 아니라 복지시설의 하나라는 것을 알 수 있다. 상주직원은 거주자의 생활전반에 대해 원조를 해야함으로 강한 윤리감을 가지고 있어야 하며, 정신지체장애인과 생활해 본 경험을 통해 정신지체장애인의 지역 생활에 대해 이해하고 지속적으로 그룹홈을 맡을 수 있어야 한다.

상주직원의 대다수가 장애인 재활기관에서 일해 본 경험을 가진 사람이며, 장애인의 부모나 가족 등도 많은 수를 차지하고 있다.

이러한 상주 직원의 업무는 생활전반에 관한 사항으로 고민거리를 듣는

등의 일상의 상담, 금전(용돈, 저축)의 관리·지도, 건강·위생관리의 조언과 도움, 식사를 위한 쇼핑과 준비, 그리고 여가활동 계획과 실행 등이 포함된다.

상주직원의 업무와 관련시켜 그룹홈을 운영하는 주체의 역할을 살펴보면, 야간, 휴일, 긴급시 등 적절히 그룹홈을 지원할 수 있어야 하며, 상주직원에게 대한 지도인수를 담당하고 업무지도를 할 수 있어야 한다.

또한 그룹홈에 대한 지역주민의 이해를 돕기 위한 다양한 계획을 시행하며 행정기관의 연락 및 유대강화를 위한 업무를 담당한다.

그룹홈의 운영비는 크게 나누어 주거에 드는 비용, 상주 직원의 인건비, 생활비(식비, 전기세, 수도세 등)등이다. 그룹홈의 거주자는 생활비 전액과 주거비의 일부를 부담하며, 지방자체단체는 주거비의 전액 또는 일부는 보조하고 직원의 인건비는 전액 부담하는 것이 일반적이다. 거주자가 부담하는 정도는 약 3만~5만 5천엔 정도인데, 이는 취업하고 있는 장애인은 물론, 장애연금을 받고 있는 사람도 충분히 부담할 수 있는 금액이다.

제 3 절 그룹홈의 보건·의료·복지의 개별적 서비스정책

1. 보건·의료·복지의 개별적 서비스 내용

1) 보건학적 관점

건강이란 무엇인가에 대해 세계보건기구(WHO)의 정의가 광범위하게 사용되고 있다. 즉, “건강이란 완전한 신체적, 정신적 및 사회적으로 안녕한 상태로 단지 질병 또는 병약함이 없는 것이 아니다”라고 되어 있다. 그러나 이미 장애를 갖고 있는 사람에게 건강이란 것은 가지고 있는 능력을 충분히 발휘할 수 있는 상태가 되는 것이라고 생각할 수 있을 것이다.

보건이란 것은 건강의 상태를 유지하는 것만이 아니고 더 나아가 증진시키는 것이라고 말하고, 보건학이란 그것을 위한 학문체계를 말한다. 보건을 위한 임상의학뿐만 아니고, 기초의학을 시초로 하는 자연의학, 심리학, 사회학으로부터 경제학 등에 이르는 인문과학 등의 제과학의 지식을 동원해서 이용하는 것이 필요하고 이를 위한 보건학은 응용과학·통합과학이다. 또 보건학은 실천을 수반하지 않으면 안되는 실천과학이다.

이와 같은 보건학은 폭넓은 제 과학을 응용하는 콘닥터적 역할을 갖지만, 당면하는 예방의학의 관점이다.

정신과 질환환자를 장기에 걸쳐서 병원이나 수용시설에 수용하는 방법을 개선할 필요가 있다. 정신장애를 갖고 있는 자도 재가에서 보호를 하는 것이 바람직하므로, 지역보건 등에서 정신보건의 중요성은 증가하고 있다. 또한 정신보건은 높은 전문성이 필요한 것이기 때문에 병원, 보건소와 관계가 크다. 이 분야는 지역내에서의 노말리제이션(normalization)의 전형적인 활동의 예로도 말할 수 있고, 특히 보건과 복지의 협력이 필요로 하는 분야의 하나이다.

2) 사회복지학적 관점

사회복지와 보건서비스의 관계는 복지시설서비스에 전형적으로 나타난다. 예컨대, 요양원에서 사회복지사 등의 복지 직종을 담당하는 사람 외에 의사, 간호사, 물리치료사, 영양사, 조리사 등의 의료와 보건, 기타 전문직종이 배치되어 있고 그들간의 팀작업으로 전체의 생활원조가 구성되고 있다. 이 경우 복지와 기타 전문직종의 관계는 다음과 같이 정리될 수 있다. 즉, 요양원은 중증의 수발이 필요한 상태가 되어 가정에서 일상생활을 수행할 수 없거나 혹은 요양원의 전문적인 케어가 필요하게 된 가정을 대신하여 생활의 장을 제공함으로써 일상생활을 수행할 수 없거나 혹은 요양원의 전문적인 케어가 필요하게 된 가정을 대신하여 생활의 장을 제공하면서 일상생활의 유

지·자립을 목표로 하고 상담원조와 일상생활을 원조하는 것이다. 병원이 치료를 목적으로 하고 있는 반면에 시설은 생활의 장을 제공하는 것을 기본으로 하고 각종의 전문직의 팀 플레이에 의해 일상생활을 유지·자립시키려는 노력을 한다.

이와 같이 복지시설에 있어서 복지와 의료·보건서비스의 관계는 복지시설의 종류에 따라서 상당한 차이가 있는 것은 말할 것도 없겠다.

- ① 정신지체장애인 시설과 같이 대상자에게 의료·보건서비스가 일상적으로 불가결한 시설에서는 의료와 복지가 조합된 형태의 서비스를 시설 자체가 제공할 수 있다.
- ② 요양원이나 신체장애자요양시설 등 의료·보건서비스가 중요한 요소를 점하는 시설에 있어서는 위의 ①과 같지 않지만 복지를 기본으로 해서 전임의사라든가 촉탁의사라든가 간호사가 배치되어 있다.
- ③ 한편 아동양호시설과 같은 일반적인 “생활원조형 시설”에서는 직접적으로 의료나 보건시스템이 배치되어 있지 않는 등 시설대상자의 상태에 따라서 상호관계를 설정하고 있다.

2. 보건·의료·복지의 개별적 서비스정책의 문제점

그룹홈은 탈시설화, 최소제한의 원칙, 정상화 원리와 같은 철학의 영향을 받아 정신지체장애인을 대형 시설이 아니라 지역사회에 통합하여 사회의 주류를 이루는 삶의 원형과 가까운 생활을 하도록 재활시키기 위한 지역중심의 거주모형들 중의 하나로 정신지체장애인과 연대성에 대한 자신감 및 보다 나은 사회적응행동, 개별적응능력의 향상 등 많은 측면에서 진전되었음을 많은 연구결과들이 보여주고 있다.

그룹홈은 장애정도에 따라 영구적 혹은 과도기적 주거형태로서 소수의 정

신지체장애인들이 보통사람들이 살고 있는 동네주택에서 고용된 직원의 보호와 관리를 받으며 공동으로 생활하는 곳이다. 그룹홈은 학교를 졸업한 이후에도 계속되는 훈련기관의 한 형태로서 혹은 시설장애인의 사회통합을 위하여 보다 정상적이며 가정적인 환경속에서 지역사회에 적응할 수 있는 자립기술을 가르키고자 하는데 근본 목적이 있다. 그리하여 그룹홈의 프로그램은 지역사회 내에서 일하고 살면서 어떻게 잘 적응하느냐에 초점을 두고 있다. 대부분의 그룹홈은 직접 경험을 통해 일상생활 기술과 지역사회 적응력을 기르기 위한 훈련을 제공하며 자조, 자립, 가정관리, 교통수단 이용과 사회성, 오락활동 및 기술습득 등을 강조한다.

그러나 그룹홈이 우리나라에 도입되어 정착된지 얼마 안되는 시기여서 운영상의 많은 문제점들이 지적되고 있다. 첫째, 정부차원의 제도적 장치가 부족하다. 2000년 현재, 주택임차료 지원비율은 국고지원이 30%, 지방비율은 70%이고 운영비부분의 지원을 살펴보면 국고지원은 40%, 지방비는 60%로 나타났다. 그러나 그룹홈 제도를 법적으로 제도화되지 않은 상태에서 정부의 재정적인 지원만으로는 충분한 재활을 기대할 수 없어 부모의 경제적 부담과 운영기관의 재정적 부담이 가중되고 있다.

둘째로 운영기관의 전문적인 지원체계가 미흡하다는 것이다. 그룹홈 담당 직원의 업무의 과중함과 전문성의 부족, 그로 인해 비롯되는 지원프로그램의 질 저하가 우려되며 입주자 관련 프로그램이 제한적이고 전문적이지 못하다.

셋째, 부모 및 지역사회차원의 이해부족을 들 수 있다. 그룹홈 운영과 입주자의 사회적 재활을 위해서 적극적인 지지와 관심을 보여야 할 경우 그룹홈에 대한 지역주민들의 이해가 부족하여 운영기관 및 입주자 관련 프로그램의 시행에 있어 마찰을 빚는 경우가 발생하며 운영기관 차원의 여러 행사 및 교육 등에 참여도가 부족하다. 또한 지역사회 주민들의 정신지체장애인에 대한 부정적인 시각으로 인하여 프로그램의 시행 및 지역사회자원의 활

용에 있어 문제점이 되고 있다.

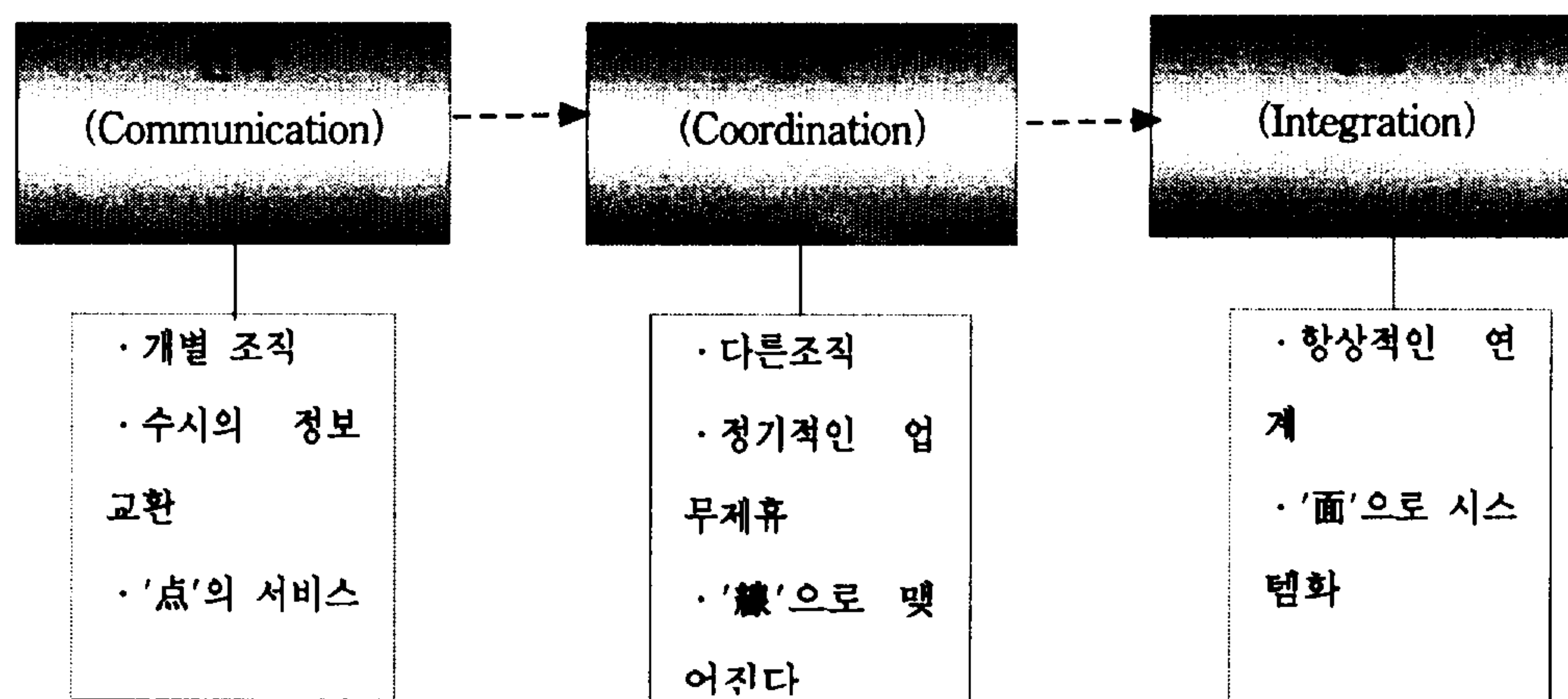
3. 보건·의료·복지 서비스 통합의 내용 및 필요성

1) 통합의 내용

연계(coordination)라는 것은 서로 다른 분야가 하나의 목적을 향해서 함께 일을 하는 것이다. 별개의 조직에 속하면서 서로 다른 조직간에 정기적인 협력관계를 말한다. 때에 따라 몇몇 조직간에 간단한 연락으로부터 업무상 확립된 협력관계를 말할 수 있다.

이와 같은 연계가 강화되고 발전되어 가면, 업무일체화에 더해서, 다른 조직·분야의 일체화가 된다. 이와 같은 상태를 통합이라고 할 수 있고, 연락, 연계, 통합이라고 하는 3개의 상태를 발전 단계적으로 이해할 수 있다. 그 발전의 모형을 나타내보면 다음과 같다.

<그림 2-1> 연락·연계·통합의 발전단계



보건·의료·복지 통합적 접근은 근원적으로 사회복지 조직간 연계라는 측면에서 설명될 수 있다. 사회복지조직간의 연계는 조직체간의 교환행위로

보는 데, 이것은 Homans의 교환모델의 틀 안에서 이론적으로 설명할 수 있다.²⁰⁾ 즉, 조직체 상호간의 교환이란 조직체의 목표실현을 위해 두 기관 사이에 이루어지는 자발적인 행동으로서 일종의 "trade-off" 메카니즘의 원리에 따라 진행된다고 볼 수 있다. 조직체 상호간의 교환은 조직체들의 망 network 외부에서 필요한 자원을 얼마나 도입할 수 있는가. 조직체가 통제할 수 있는 자원을 어떤 목적과 기능에 따라 분배하고 있는가. 그리고 조직체간에 영역에 대해 어느 정도 합의가 이루어지고 있는가에 따라 영향을 받는다. 또한 연계는 조직이 환경에 반응해서 변화하고, 생존하고, 성장하려는 욕구에 의해서 생성된다. 환경의 변화는, 사회복지기관들의 세분화와 전문화, 수적 증가에 따른 기관간의 경쟁, 그리고 사회복지기관의 부족한 자원이 될 것이다. 이러한 요인들 때문에 사회복지조직간의 연계가 필요하다고 할 수 있다.

그런데, Litwak에 의하면 연계는 또한 조직의 속성에 영향을 받는다. 비슷한 목적, 가치, 크기, 기능을 가지고 있는 조직은 연계를 이루기 쉽다. 조직간 협정에 대한 선행의 긍정적 경험, 좋은 후원자로부터의 지원, 협정에 가입하기 위한 자발적 기초가 있으면, 연계가 촉진된다. 커다란 자원을 가지고 있고, 그 자원을 통제할 수 있는 조직은 그렇지 않은 조직과 연계가 이루어지기가 어렵다.²¹⁾

조직체들간의 서비스를 연결함으로써 공동계획, 공동평가, 공동프로그램개발, 공동의 정책입안 및 로비활동 공동자원조달 등이 이루어질 수 있으며, 의뢰절차의 공식화, 장비 시설과 직원의 공동이용 방안 및 지역사회문제들에 대한 공동대처방안의 모색, 클라이언트를 위한 치료계획에 공동참여, 정보교환에 의한 정보체계의 공동개발 등 프로그램의 효과성을 향상시킬 수 있는 일련의 조치를 취할 수가 있는 것이다.

20) 변창남, "한국의 사회복지 서비스 체계고찰과 서비스의 활성화 방안연구", 사회복지 통권 88호, 한국사회복지협의회, 1988.

21) 상계서, 1988.

보건조직, 의료조직, 복지조직은 같은 지역 사회내에 있으며, 서비스 대상자가 상당 부분은 같으므로 3 조직간 연계서비스를 제공할 필요가 있고, 제공한 서비스의 효과성을 높힐 수 있다. 보건의료복지 연계서비스에 대한 관습적 표현이 보건의료복지의 통합인데, 이에 대해 좀더 자세히 살펴보고자 한다.

2) 통합의 필요성

Bayley는 서비스의 연계를 협력(partnership)이라는 용어로 표현하고 있다. 지역사회보호(community care)에서 보건의료서비스와 사회복지서비스의 협력관계는 3단계의 발전과정을 거치는데, 첫째, 단계가 '지역사회 외부에서(outside the community)', 둘째 단계가 '지역사회와 함께(along the community)', 셋째 단계가 '지역사회 내부에서(with the community)'협력하는 단계라고 분류하고 있다.²²⁾ 첫째 단계에서는 복지서비스가 집중화된 큰 규모의 사무소에서 전통적인 개인사례의 사업위주로 제공되는 단계로서 지역사회보호라는 개념이 별로 필요 없으므로 두 서비스간의 협력은 특정한 경우에 일시적으로 발생한다. 둘째 단계에서는 복지서비스가 첫째 단계보다 좀 더 분산된 상태로 적은 규모의 기관에서 주어지면, 지역사회 개념이 중요시되기는 하지만 개별사회사업에 더하여 주어지는 과외의 부담으로 인식되며, 서비스간의 협력은 지역에 있는 여러 분야 직원들간에 정기적인 연결을 취하는 형태로 유지된다. 셋째 단계에서는 둘째 단계와 달리 지역사회보호가 평상업무에 통합된 것으로 인식된다는 것이다. 서비스간 협력은 지역에 있는 여러 분야의 직원들이 하나의 지역 팀을 만들어 함께 서비스를 제공하는 형태를 취한다. 이 세 번째 단계와 비슷하지만 양 조직이 하나로 물리적 통합을 하는 것이 아니라 부서 또는 직원의 일부만을 통합하는 것이

22) Bayley, M., R. Seyd, and A. Tennant, Local Health and Welfare : Is Partnership Possible? - A Study of the Dinnington Project.

다르다.

Tenhor도 연계의 형태에는 서비스 제공지역의 일치, 한 건물·조직내에서 서비스 제공, 공동 핵심서비스, 사례계획, 사례관리, 공동 서비스관리, 서비스대상자 자격요건의 일치 등이 있다는 것을 지적하여 연계의 의미가 상당히 포괄적이며 상황에 따라서 다르게 쓰일 수 있다는 것을 지적하고 있다.²³⁾

Hokenstad는 보건의료서비스와 사회서비스의 연계가 이루어지지 않을 때에는 부적합한 서비스(inadequate services), 접근 불가능한 서비스(inaccessible services), 불충분하게 이용되는 서비스(underutilized services), 파편화된 서비스(fragmented services), 그리고 불연속적 서비스(discontinuous services)가 된다고 하고 있다. 그는 또한 다른 연구에서 연계의 필요성을 다음과 같이 기술하고 있다.²⁴⁾ 즉, "보편적 보건의료서비스와 사회복지서비스는 현대복지국가를 건설하는 근본적 기초이다. 그것은 정부 구조내에서 항상 분리된 조직체계와 분리된 프로그램체계로 존재해 왔다. 행정적 기준으로부터는 그것이 합리적이고 효율적이다. 그렇지만, 서비스의 소비자를 위해서 이러한 제도는 부정적 결과를 가져올 수 있다. 특히 두 체계사이의 연계와 협동이 거의 없는 서비스 공급이 그러하다. 보건의료와 정신건강, 사회적 안녕(well-being)의 상호관계는 잘 기록되어 있다. 감정적 문제는 종종 보건의료문제로 전화되고, 사회적 지지의 부족은 때때로 보건의료부문에서 분명한 문제가 된다. 또 다음 영역에서 상호관계도 있다. 예를 들면, 심리학적이고 사회적 상호관계를 가지고 있는 신체적 문제가 많다. 그러므로 보건의료와 사회서비스 전달체계의 통합적 접근이 필요하다. 심각한 부상이나, 질병에 대한 사후관리로서 개인이나 가족은 재활프로그램을 기획

23) 강성룡, "한국 심신장애자 복지정책의 개선방안에 관한 연구-이념, 전달체계, 재활 사업을 중심으로-", 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1990, pp.23-40.

24) Hokenstad, M.C. and Ritvo R.A., Linking Health Care and Social Services : International Perspectives, SAGE, London, 1982 ; Hokenstad, M. C., R.A. Ritvo, and M. Rosenberg, "International perspectives on linking health and social services." International Social Work, Vol.22, No.4, 1979. pp.13-21.

조직하는 도움이 필요하다. 임종을 앞둔 환자에게 감정적이고 사회적인 요소가 치료계획에 통합되는 부분이어야 한다. 신체적 지원과 사회적 지원이 필요한 노인에게는 연속적인 보호(a continuum of care)가 필요하다”.

또한 Katan은 연계의 필요성을 다음과 같이 설명하고 있다. “원칙적으로 보건의료서비스와 사회서비스는 양체계사이의 지속적인 연계를 만들어내야 하는 중요성과 필요성을 인정하고 있다.²⁵⁾ 이러한 확신은 3가지의 주요한 가정에 근거하고 있다. 첫째, 개인의 신체적, 심리적, 사회적 문제는 상호관련되어 있고, 분리될 수 없다. 그러므로 이러한 문제들 사이의 상호작용은 보건의료서비스와 사회서비스 조직사이의 그리고 조직의 종사자사이의 협동을 필요로 한다. 둘째, 의료조직은 사람들마다 서로 다른 생활 단계에서 서로 다른 사람들을 접촉하기 때문에 생겨나는 심리적 사회적 문제를 탐지할 수 있지만, 사회서비스기관은 개개인들의 의료적 문제를 탐지할 수 있다. 따라서 양체계 기관상호간의 연계에 의해서 이러한 개인들을 적절한 서비스를 받을 수 있는 기관으로 이송할 수 있고, 거기에서 개인들의 문제는 적절하게 치료될 수 있다. 마지막으로 양 체계간의 협동은 시설과 인력과 같은 자원을 더 잘 이용할 수 있게 하며, 이중서비스, 중복서비스, 그에 따른 자원의 낭비를 예방할 수 있다. 그러나 상호의존성, 이용할 수 있는 제한된 자원을 효과적이고 효율적으로 이용해야 할 필요성, 그리고 양 체계의 서비스가 서로에서 도움이 될 수 있는 가능성 때문에 보건의료서비스와 사회서비스의 협력관계 (cooperative relationship)를 개발할 필요가 있는 것이다”.

Hill은 양 부문의 연계 필요성을 다음과 같이 설명하고 있다. 즉, “의료서비스 부서의 관심영역과 사회서비스 부서의 관심영역은 많은 면에서 중복된다. 다음은 주요한 예이다.²⁶⁾

정신지체장애인을 위한 서비스를 기획하는데 있어서, 이들은 의료서비스와 사회서비스의 혼합물이 필요할 것이라는 데 관심을 기울여야만 한다. 이

25) 성규탁역, “사회사업가의 역할형성과 과업분석”, 사회복지 78 1983.9 pp. 140-156.

26) Hill, M., Understanding Social Policy(2nd), Basil Blackwell, Oxford, 1986.

러한 예에서, 시설내부에서보다 지역사회 내에서 보호 케어를 극대화하는데 관심을 가지는 것이 적절하다. 이러한 것, 한편에서는 의사와 지역사회의 간호사(community-based nursing staff)로부터의 의료서비스와 다른 한편에서는 사회사업가, 홈헬퍼, 등으로부터의 사회서비스를 조합하는 것을 의미한다. 한쪽에서의 부족한 부분은 다른 한쪽의 서비스가 보충해 줄 수 있어야만 한다”.

보건·의료·복지 통합적 접근에서 복지욕구를 충족시키기 위한 서비스로는, 소득적 의미의 물질적 서비스와 신변적 자립을 위한 대인적 서비스가 포함되지만, 보건 의료서비스는 제외된다고 하겠다. 학문적으로는 욕구를 소득의 욕구, 의료욕구로 분석하지만, 대상으로 볼 때 인간의 욕구는 통합적인 것이다. 보건 의료 복지 통합적 접근의 필요성이 여러 측면에서 제기될 수 있지만, 가장 근원적인 것은 인간 욕구의 통합성이라고 할 수 있다. 박경숙은 연계서비스의 배경을 두 가지로 나누어, 하나는 위로부터의 압력 ; 복지재정의 축소, 다른 하나는 아래로부터의 변화 ; 지역사회보호의 확대로 나누어 언급하고 있다. 필자는 보건·의료·복지 통합의 필요성을 지역사회 보호의 확대라는 측면에서 부연하고자 한다.²⁷⁾ 요컨대, 보건·의료·복지 통합은 지역사회보호의 생성발달에 필연적이라고 본다. 그 이유는 재가복지와 대별되는 시설복지라는 현상을 보면 분명하다. 우리나라 시설복지에 있어서, 특히 노인 장애인시설에서 보건·의료·복지 연계는 항상 이루어지고 있었다고 볼 수 있다. 즉 시설에 사회복지사는 3분의 1이상 두어야 하고, 간호사는 필수요원으로 배치되어 있으며, 촉탁의사가 정기적으로 시설 클라이언트에게 서비스를 해주고 있다. 이들은 하나의 조직속에 항상적 연계를 이루고 있었다고 볼 수 있을 것이다. 이렇게 볼 때, 시설에서 보건·의료·복지 통합은 당연한 것으로 받아들여지고 있다고 보아야 할 것이다. 그런데 요즈음에 새로이 보건 의료 복지 통합이 강조되는 이유는 우리나라에서 재가복

27) 박경숙, 제 5분과 : 장애인, 「한국사회학회」, 전기 사회학 발표논문집, 1998.

지가 등장해서 발달해오고 있기 때문이라고 할 수 있다.

장애인 복지 시스템은 다양한 종류의 재활서비스와 재활전문가의 질적 서비스, 그리고 재활기관의 유기적 관계와 조정의 기능을 효과적으로 발휘할 때 사회통합이 가능하다. 또한 공공기관이나 정부차원의 제도와 관련법 그리고 정책 등이 장애인의 욕구와 당면과제를 중심으로 제정되고 집행되어야 한다.²⁸⁾

특히 정신지체장애인은 욕구와 당면과제가 다양하고 복잡하므로 각 전문가의 통합적인 서비스가 요청된다. 그러므로 전통적인 임상적 사회사업의 기법 적용도 중요하지만 사회체계이론에 기초한 통합적 접근 방법의 가능성을 적극 모색하여야 할 것이다.

사회사업 통합방법의 대표적인 학자인 A. Pincus와 A. Minahan(1973)은 사회사업의 본질에서 사회상황과 자원체계를 특히 강조했다.²⁹⁾ 자원체계로는 비공식 자원체계와 공식적 자원체계, 그리고 사회자원체계의 부적성을 지적하고 있으며, 대부분의사회복지 수혜 대상자에게 자원체계의 서비스망에 문제가 있는 것으로 지적하고 있다. 이에 대한 대응책으로 사회사업의 주된 목적을 자원의 발견과 자원이 적절한 분배, 자원의 적절한 연결에 관심을 가지고 수혜자의 사회적 기능을 치료하고 예방하며 보다 높은 수준의 사회적 기능을 강화하는데 목적을 두고 있다. 이러한 자원체계의 강조성은 특히 장애인의 전인적 재활과 사회재활에서 요구되고 있어 이 이론을 인용하게 되었다.

재활사업의 주요역할은 장애인과 지역사회의 자원을 활용하여 의료비 등의 실제적인 문제해결을 도와주며, 특히 팀구성원 사이의 관계를 조성하고 통합하는 역할을 수행하여 협동적 관계형성에 기여한다.

28) 구종희, “장애인 복지와 재활”, 1997, p.95

29) 문인숙역, “사회사업방법론 : 통합적접근”, 서울 : 보진제, 1992.

임상적인 역할로서는 첫째, 장애인의 사회환경조사를 통해 장애인의 가족 배경이나 현재의 상태에 대한 올바른 정보수집자의 역할을 하며 둘째, 치료 시설에서의 치료계획에 대한 장애인의 의사소통을 돕는 지지자의 역할을 한다. 셋째, 장애인의 신체적 상태에 대해 본인과 가족과의 의사소통을 위한 중재자의 역할을 한다. 넷째, 치료시설에서 퇴원 계획준비와 적절한 상담자의 역할을 한다. 다섯째, 장애인에 대한 지속적인 상담활동을 한다. 여섯째, 장애인과 사회복지사간의 조정자의 역할을 한다. 일곱째, 장애인의 재활을 위해 지역사회자원을 이용할 수 있도록 개발하고 연결시키는 역할을 마련해 준다.

특히 장애인의 전인적 재활에 관한 영역 중 임상적인 서비스 영역은 장애인을 위한 상담자의 역할과 조정 역할, 그리고 지역사회 자원을 활용할 수 있는 중재자의 역할을 강조하고 있다.

그러므로 통합방법론에서 사회사업가는 장애인의 당면과제를 중재하고 조정할 수 있는 변화매개인(change agent)역할이 요망되고 있다. 기본체계에 서 강조해야 할 변화매개인은 ‘사람들’을 변화시키려고 노력하는 것이지, 막연히 ‘지역사회’나 ‘조직’ 또는 ‘제도’같은 추상적인 것을 다루는 것이 아니다.

장애인의 전인적 재활을 위해서는 재활사회복지전문가는 의료재활전문가 교육재활전문가, 직업재활전문가와 유기적 관계와 팀웍 서비스는 필연적이거나 사회재활의 개념을 규정하고 사회재활 프로그램을 개발하고 실천하는 책임은 재활사회복지전문가의 영역이다. 또한 사회재활은 모든 재활전문가의 역할을 조정하고 보완하는 기능을 하여야 하며 장애인의 완전한 참여와 사회통합을 목적으로 있다는 것을 다시금 인식해야 할 것이다. 그리고 재활의 중요영역인 사회재활은 의료, 교육, 직업 등의 전문적 재활을 포괄적으로 수용하는 광의의 개념으로 일반인과 장애인에게 인식시키는 노력을 경주해야 된다. 이러한 의미에서 사회사업통합방법의 기본개념과 과정의 도입과 적용

은 장애인의 사회재활 프로그램 개발에 적절할 것으로 평가된다.

제 3 장 조사결과 및 분석

본 장에서는 정신지체장애인의 부모들을 대상으로 부모들이 가지는 장애 자녀의 보건·의료·복지욕구에 대해 설문조사를 한 결과의 내용을 분석하였다. 분석의 내용으로는 조사대상자의 일반적인 사항, 장애자녀에 대한 사항, 장애 자녀의 보건·의료·복지 영역별 서비스 욕구에 관한 사항을 중심으로 하였으며 백분율에 의한 단순 통계에 입각하여 분석내용의 분포 경향과 특성을 고찰하고자 한다.

제 1 절 조사개요

자신의 욕구표현을 명확히 할 수 없는 정신지체장애인의 특성을 감안하여 정신지체장애인에 대한 조사는 미리 예시안을 마련하여 질문의 정확한 응답을 얻고자 하였다.

제 2 절 조사방법

1. 조사대상자

본 조사의 대상자는 그룹홈에 거주하는 정신지체장애인 자녀를 둔 부모님과 그룹홈에 거주하는 정신지체 장애인을 대상으로 하였다. 조사대상은 서울시 성북구와 강북구에 있는 그룹홈과 중계동에 있는 장애인복지관내의 그룹홈을 대상으로 하여, 무작위 선정하여 설문조사를 하였다.

2. 조사도구

조사도구는 정신지체장애인에게 그들이 요구하는 보건·의료·복지 서비스 측면에 대해 살펴보고자 면접을 통한 조사방법을 사용하였으며 정신지체 부모들에게는 가정의 일반적인 사항과 부모들이 요구하는 보건·의료·복지 서비스를 살펴보기 위해 질문지를 이용한 설문지를 작성하였다.

아직 우리나라에서는 그룹홈에 관한 조사연구가 미흡하여 그룹홈에 거주하는 정신지체장애인이 요구하는 서비스에 대한 설문조사가 이루어지지 않았다.

제 3 절 자료수집 및 처리

자료수집은 2000년 3월 2일부터 4월 4일까지 약 1달여 기간동안 연구자가 그룹홈을 방문하면서 면접조사를 하였다. 70부를 배포하여 면접을 거부한 장애인을 제외하고 60부를 회수하였으며 이중에서 불성실한 응답자 11부를 제외한 49부가 응답지를 분석 처리하였다.

정신지체장애인의 일반적인 사항과 보건·의료·복지 서비스에 대한 욕구와 보건·의료·복지 통합서비스에 대한 욕구에 대한 실태를 빈도와 백분율로 산출하였다.

정신지체부모를 대상으로 한 경우에는 그룹홈에 자녀를 맡긴 부모들이 1달에 한번씩 모이는 「원광복지관 정신지체장애인 부모회」를 방문하여 가정환경과 자녀의 장애발생시기, 장애정도 등을 살펴보고 부모들이 요구하는 보건·의료·복지 서비스에 대한 욕구와 보건·의료·복지 통합서비스에 대한 욕구에 대한 실태를 빈도와 백분율로 산출하였다. 본 연구의 자료처리를 위해 SPSSWIN9.0을 이용하였다.

제 4 절 조사결과

1. 정신지체장애인을 둔 부모에 관한 사항

1) 일반적 사항

<표 3-1> 응답자의 일반적 사항

(N=49)

구 분		빈도	%
성별	남	8	16.0
	여	41	82.0
연령	30대이하	4	8.0
	40대	21	42.0
	50대이상	24	48.0
장애 발생	1살이하	10	20.0
	1~3살	21	42.0
	4~6살	13	26.0
	6살이상	4	8.0
장애인 등록	예	49	98.0
장애등급	1등급	4	8.0
	2등급	11	22.0
	3등급	34	68.0
최종학력	초졸	8	16.0
	중졸	17	34.0
	고졸	19	38.0
	대졸이상	5	10.0
월수입	50만원미만	17	34.0
	50~100만원	15	30.0
	100~150만원	8	16.0
	150만원 이상	6	12.0

응답자의 일반적 사항을 살펴보면 우선 성별로 여자가 82.0%로 남자의 16.0%보다 훨씬 많았으며, 연령별로 살펴보면 50대 이상이 48.0%로 가장 많고 40대가 42.0%, 30대 이하가 8.0%로 나타났다. 장애 발생 연령에 대해서는 1~3살이 42.0%가 가장 많았고 4~6살이 26.0%, 1살 이하가 20.0%로 나타났다.

장애인 등록은 98%가 하였고 장애 등급은 3등급이 68.0%로 가장 많았고 2등급이 22.0%, 1등급이 8.0%로 나타났다. 최종학력에 대해 살펴보면 고졸이 38.0%로 가장 많고 중졸이 34.0%, 초등졸이 16.0%로 나타났다. 월수입은 50만원 미만이 34.0%, 50~100만원이 30.0%, 100~150만원이 16.0%로 나타나 저소득층이 주류를 이루고 있는 것으로 나타났다.

2) 보건적 욕구에 관한 실태

부모들이 인식하는 보건·의료·복지 서비스에 대한 욕구를 파악하였다.

<표 3-2> 보건적 욕구

	매우그렇지 않다		별로 그렇지 않다		그저그렇다		약간그렇다		매우그렇다		(표준편차)
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	
방문간호서비스로 건강상태를 확인 받고 싶다	1	2.0	1	2.0	2	4.0	4	8.0	40	80.0	(.83)
약품제공 서비스를 받고 싶다	1	2.0	2	4.0	1	2.0	5	10.0	39	78.0	(.89)
건강교육·건강상담 서비스를 받고 싶다			1	2.0			7	14.0	40	80.0	(.54)
정기적 예방접종이나 건강관리서비스를 받고 싶다	1	2.0	1	2.0			2	4.0	44	88.0	(.73)

보건적 욕구에 대한 질문에 대해 살펴보면 방문간호서비스로 건강상태를 확인 받고 싶다는 질문에 대해 가장 많은 80.0%가 매우 그렇다라고 응답하였고 약품제공 서비스를 받고 싶다는 질문에 대해 78.0%가 매우 그렇다라고 가장 많이 응답하였으며 그 다음으로 10.0%가 약간 그렇다라고 응답하였다. 건강교육·건강상담 서비스를 받고 싶다는 질문에 대해 가장 많은 80.0%가 매우 그렇다라고 응답하였으며 정기적 예방접종이나 건강관리서비스를 받고 싶다는 질문에 대해 88.0%가 매우 그렇다라고 가장 많은 응답을 보였다. 즉, 정신지체 장애인 부모가 느끼는 보건 서비스는 그 욕구가 매우 크다는 것을 알 수 있었다.

3) 의료적 욕구

<표 3-3> 의료적 욕구

	매우그렇지 않다		별로그렇지 않다		그저그렇다		약간그렇다		매우그렇다		(표준편차)
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	
전문병원이 있으면 좋겠다	3	6.0	-	-	-	-	5	10.0	42	84.0	(.98)
전문 요양소가 있으면 좋겠다	2	4.0	2	4.0	3	6.0	14	28.0	29	58.0	(1.04)
집과 가까운 병원에서 치료를 받았으면 좋겠다	2	4.0	-	-	1	2.0	12	24.0	35	70.0	(.88)
치료비나 의료보험에 관계된 정보를 알려주면 좋겠다	-	-	1	2.0	2	4.0	8	16.0	39	78.0	(.65)
병과 관계되는 정보를 알려주면 좋겠다	1	2.0	1	2.0	1	2.0	5	10.0	42	84.0	(.78)

의료적 욕구에 대해 살펴보면 우선 전문병원이 있었으면 좋겠다라는 질문에 84%가 매우 그렇다라고 가장 많이 응답하였으며 그 다음으로 10%가 약간 그렇다라고 응답하였으며 전문 요양소가 있었으면 좋겠다라는 질문에

58%가 매우 그렇다라고 응답하였으며 28%가 약간 그렇다라고 응답하였다.

집과 가까운 병원에서 치료를 받았으면 좋겠다라는 질문에 가장 많은 70%가 매우 그렇다라고 응답하였으며 24%는 약간 그렇다라고 응답하였다

치료비나 의료 보험에 관계된 정보를 알려주면 좋겠다라는 질문에 78%가 매우 그렇다라고 가장 많이 응답하였고 그 다음으로 16%가 약간 그렇다라고 응답하였으며 병과 관계되는 정보를 알려주면 좋겠다라는 질문에 가장 많은 84%가 매우 그렇다라고 응답하였다

즉, 정신지체장애인을 둔 부모의 의료적 욕구는 전문병원, 집과 가까운 거리에서의 치료, 병과 의료보험에 관련된 정보제공에 대해 그 필요성을 절실하게 느끼는 것으로 나타났다.

4) 복지적 욕구

<표 3-4> 복지적 욕구

	매우그렇지 않다		별로 그렇지 않다		그저그렇다		약간그렇다		매우그렇다		(표준 편차)
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	
생계비를 보조해 주거나 빌려주면 좋겠다	1	2.0	2	4.0	4	8.0	21	42.0	21	42.0	(.91)
장애인 편의시설이 있었으면 좋겠다	1	2.0	2	4.0	13	26.0	33	66.0	49	98.0	(.76)
장애인 입소시설에 운영을 개선했으면 좋겠다	1	2.0	1	2.0	5	10.0	20	40.0	22	44.0	(.88)
장애아동 부양수당을 받았으면 좋겠다	1	2.0	1	2.0	4	8.0	4	8.0	39	78.0	(.89)
장애인에 대한 사회의 인식이 변했으면 좋겠다	1	2.0			1	2.0	2	4.0	45	90.0	(.66)
재활치료를 받는 항목에 의료보험이 적용되었으면 좋겠다	1	2.0					2	4.0	46	92.0	(.60)
이·미용서비스, 목욕서비스, 여행서비스를 받았으면 좋겠다	1	2.0					10	20.0	39	78.0	(.67)
물품제공 서비스를 받고 싶다	1	2.0	1	2.0	3	6.0	6	12.0	39	78.0	(.87)

복지적 욕구에 대한 질문에 대해 살펴보면 생계비를 보조해 주거나 빌려주면 좋겠다라는 질문에 약간 그렇다와 매우 그렇다가 각각 42.0%로 응답하였으며 장애인 편의시설이 있었으면 좋겠다라는 질문에 대해 가장 많은 98.0%가 매우 그렇다라고 응답하여 장애인 편의시설에 대한 욕구가 큰 것으로 나타났다. 장애인 입소시설에 운영을 개선했으면 좋겠다라는 질문에 대해 44%가 매우 그렇다라고 응답하였으며 40%는 약간 그렇다라고 응답하였고 장애아동 부양 수당을 받았으면 좋겠다라는 질문에 대해서는 78.0%가 매우 그렇다라고 가장 많이 응답하였다. 장애인에 대한 사회의 인식이 변했으면 좋겠다라는 질문에 대해 가장 많은 90.0%가 매우 그렇다라고 응답하였고 재활치료를 받는 항목에 의료보험이 적용되었으면 좋겠다라는 질문에 대해 92.0%가 매우 그렇다라고 가장 많이 응답하여 재활치료 비용에 대해 크게 부담을 느끼고 있는 것으로 나타났다. 이·미용서비스, 목욕서비스, 여행서비스를 받았으면 좋겠다라는 질문에 대해 78.0%가 매우 그렇다라고 가장 많이 응답하였으며 20.0%는 약간 그렇다라고 응답하였으며 물품제공서비스를 받고 싶다는 질문에 대해 12.0%가 약간 그렇다라고 응답하였고 6.0%는 그저 그렇다라고 응답하였다.

4) 보건·의료·복지의 통합에 관한 욕구

<표 3-5> 보건·의료·복지의 통합모형

	매우그렇지 않다		별로그렇지 않다		그저그렇다		약간그렇다		매우그렇다		(표준편차)
	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	빈도	%	
지역보건 의료 및 간호정보가 필요하다			1	2.0	3	6.0	8	16.0	36	72.0	(.70)
방문간호나 재활활동과의 연결, 조정했으면 좋겠다					2	4.0	2	4.0	43	86.0	(.45)

약사나 영양사들의 지역 참가서비스를 받고 싶다					3	6.0	3	6.0	42	84.0	(.53)
가정 간호사가 있어 의사나 환자의 매개체 역할을 했으면 좋겠다			1	2.0	3	6.0	4	8.0	41	82.0	(.67)
가정 봉사원과의 연결기능을 받고 싶다			1	2.0	4	8.0	6	12.0	37	74.0	(.73)
복지관의 차량지원서비스로 의료기관을 이용하고 싶다	3	6.0	2	4.0	2	4.0	6	12.0	35	70.0	(.71)
복지관에서 보건소의 협조로 무료 의료서비스를 받고 싶다	1	2.0	4	8.0	2	4.0	5	10.0	36	72.0	(1.05)
복지관과 의료기관이 연계한 사회복지 프로그램이 필요하다			2	4.0	1	2.0	3	6.0	42	84.0	(.61)

보건·의료·복지의 통합모형에 대하여 살펴보면 지역보건 의료 및 간호 정보가 필요하다라는 질문에 대해 72.0%가 매우 그렇다라고 가장 많이 응답하였으며 16.0%는 약간 그렇다라고 응답하였고 방문간호나 재활활동과의 연결, 조정했으면 좋겠다라는 질문에 대해 86.0%가 매우 그렇다라고 가장 많이 응답을 하였다.

약사나 영양사들의 지역 참가서비스를 받고 싶다라는 질문에 대해서는 가장 많은 84.0%가 매우 그렇다라고 응답하였고 가정 간호사가 있어 의사나 환자의 매개체 역할을 했으면 좋겠다라는 질문에 대해서는 82.0%가 매우 그렇다라고 가장 많이 응답하였다

가정 봉사원과의 연결기능을 받고 싶다라는 질문에 대해 74.0%가 매우 그렇다라고 응답하였고 12.0%는 약간 그렇다라고 응답하였으며 복지관의 차량 지원서비스로 의료기관을 이용하고 싶다라는 질문에 대해 70.0%가 매우 그렇다라고 응답하였고 12.0%는 약간 그렇다라고 응답하였다.

복지관에서 보건소의 협조로 무료 의료서비스를 받고 싶다라는 질문에 대해 가장 많은 72.0%가 매우 그렇다라고 응답하였고 10.0%는 약간 그렇다라고 응답하였으며 복지관과 의료기관이 연계한 사회복지 프로그램이 필요하다라는 질문에 대해 84.0%가 매우 그렇다라고 가장 많은 응답을 하였고

6.0%는 약간 그렇다라고 응답하였다.

2. 정신지체장애인에 관한 사항

1) 면접상담 조사결과

정신지체장애인의 보건의료복지 서비스의 필요성을 살펴보고, 당면과제를 해결하기 위해서 면접상담 대상자를 다음과 같이 선정하여 사례를 소개하고자 한다.

사례 1 : 승가원 성북 그룹홈 1,2호와 강북 그룹홈에 거주하는 정신지체장애인

사례 2 : 서울시립 정신지체장애인 애호협회 중계동 그룹홈 1,2호

분석틀은 장애인의 보건·의료·복지 서비스의 문제 및 욕구를 파악하는데 초점을 두었다.

<표 3-6> 정신지체장애인에 일반적인 사항

(N=25)

		빈도(명)	백분율(%)
성별	남자	21	84.0
	여자	4	16.0
나이	10대	4	16.0
	20대	6	24.0
	30대	15	60.0
등급	1등급	1	4.0
	2등급	7	28.0
	3등급	17	68.0
발생시기	선천적	18	72.0
	후천적	4	16.0
	무응답	3	12.0

<표 3-6>에서 정신지체장애인에 관한 사항에 대해 살펴보면 응답자의 84%가 남자였으며 여자는 16%로 나타났다. 연령별로는 30대가 60%로 가장 많이 응답하였고, 20대는 24%, 10대는 16%로 나타났다.

장애등급에 관한 질문에 3등급은 68%로 가장 많이 응답하였으며 그 다음으로 2등급이 28%, 1등급은 4%로 나타나 그룹홈에 거주하고 있는 정신지체장애인은 3등급 판정을 받은 경우가 많은 것으로 보인다. 장애발생시기별로는 선천적으로 발생했다고 응답한 경우가 72%, 후천적이 16%로 선천적으로 발생한 비율이 상대적으로 높게 나타났음을 알 수 있었다.

2) 사례연구

(1) 사례 1

항 목	내 용
연령	만 30세
성별	남
장애발생유형	선천적
장애등급	정신지체2급

<표 3-7> 주요 문제 및 욕구 서비스내용-1

서비스내용	주요 문제 및 욕구	서비스의 내용
① 주기적인 소득원이 있습니까?	남동생에게서 받는다	
② 고용·직업을 가지고 있습니까?	직업을 갖고 싶다	복지관에서 취업준비를 한다
③ 건강상태 및 의료상태는 양호합니까?	신경이상으로 손떨림이 있다	약을 복용하면 좋아진다고 했으나 약의 내성을 생각해서 망설이고 있다
④ 심리·정서적인 측면은 안정합니까?	긴장하면 손이 심하게 떨린다	복지관에서 명상수업을 받는다
⑤ 사회적·인간관계 측면은 어떠한가?	친구들이 많다	
⑥ 일상생활의 활동이 자유스럽습니까?	심하게 긴장하면 수저를 떨어뜨린다. 글씨를 모른다	그룹홈에서 지도를 받는다
⑦ 외부로의 이동수단은 어떠한가?	버스, 지하철, 도보...	
⑧ 학교교육에 대해 어려움은 없습니까?		

<표 3-8> 보건의료 복지통합 욕구와 서비스 내용-1

서비스내용	주요 문제 및 욕구	서비스의 내용
① 지역보건 의료 및 간호정보가 있습니까?	없다, 보건소나 지역의 읍기관에서 서비스가 연결되었으면 좋겠다	
② 방문간호나 재활활동과의 연결, 조정하는 것이 어떻다고 생각하십니까?	좋다고 생각한다	
③ 귀 그룹에서는 가정 간호사가 있습니까?	없다	필요시 의뢰기관을 찾아간다
④ 가정 봉사원과의 연결기능이 되고 있습니까?	없다	
⑤ 그룹홈의 차량지원서비스로 의료기관 이용하고 있습니까?	이용한다	

2) 사례 2

항 목	내 용
연령	만 22세
성별	남
장애발생유형	후천적
장애등급	정신지체3급

<표 3-9> 주요 문제 및 욕구 서비스내용-2

서비스내용	주요 문제 및 욕구	서비스의 내용
① 주기적인 소득원이 있습니까?	소득원이 있다	생활비나 용돈은 내가 해결한다
② 고용·직업을 가지고 있습니까?	직업이 있다	"
③ 건강상태 및 의료상태는 양호합니까?	간질환을 복용하지만 건강한 편이다	정기적인 의료검진을 받는다
④ 심리·정서적인 측면은 안정합니까?	안정적인 편이다	공동생활이 큰 도움이 되었다
⑤ 사회적·인간관계 측면은 어떠한가?	원만하다	
⑥ 일상생활의 활동이 자유스럽습니까?	자유스럽다	지도를 통해 습득이 가능해졌다
⑦ 외부로의 이동수단은 어떠한가?	"	
⑧ 학교교육에 대해 어려움은 없습니까?	일반고등학교를 졸업했다	

<표 3-10> 보건의료 복지통합 욕구와 서비스 내용-2

서비스내용	주요 문제 및 욕구	서비스의 내용
① 지역보건 의료 및 간호정보가 있습니까?	없다	
② 방문간호나 재활활동과의 연결, 조정하는 것이 어떻다고 생각하십니까?	찬성한다	
③ 귀 그룹에서는 가정 간호사가 있습니까?	없다	
④ 가정 봉사원과의 연결기능이 되고 있습니까?	없다	
⑤ 그룹홈의 차량지원서비스로 의료기관 이용하고 있습니까?	개인차량을 활용하거나 119, 택시를 이용한다	

3) 사례 3

항 목	내 용
연령	만 38세
성별	여
장애발생유형	선천적
장애등급	정신지체3급

<표 3-11> 주요 문제 및 욕구 서비스내용-3

서비스내용	주요 문제 및 욕구	서비스의 내용
① 주기적인 소득원이 있습니까?		오빠가 해결해 준다
② 고용·직업을 가지고 있습니까?	없다	

③ 건강상태 및 의료상태는 양호합니까?	많이 피로감을 느낀다	그룹내에서 비상약을 배치하고, 119, 의료기관과 연결망이 되었으면 한다
④ 심리·정서적인 측면은 안정합니까?	예민하고 많이 많다	수시로 상담을 받는다
⑤ 사회적·인간관계 측면은 어떠한가?	성당에 갔다	
⑥ 일상생활의 활동이 자유스럽습니까?	문제없다	
⑦ 외부로의 이동수단은 어떠한가?	버스나 차석버스로 이동	어려움이 없다
⑧ 학교교육에 대해 어려움은 없습니까?	일반중학교를 졸업했다	

<표 3-12> 보건의료 복지통합 욕구와 서비스 내용-3

서비스내용	주요 문제 및 욕구	서비스의 내용
① 지역보건 의료 및 간호정보가 있습니까?	없다	
② 방문간호나 재활활동과의 연결, 조정하는 것이 어떻다고 생각하십니까?	찬성한다	
③ 귀 그룹에서는 가정 간호사가 있습니까?	있다	
④ 가정 봉사원과의 연결기능이 되고 있습니까?	없다	
⑤ 그룹홈의 차량지원서비스로 의료기관 이용하고 있습니까?	119, 택시를 이용한다	

4) 사례 4

항 목	내 용
연령	만 32세
성별	여
장애발생유형	선천적
장애등급	정신지체3급

<표 3-13> 주요 문제 및 욕구 서비스내용-4

서비스내용	주요 문제 및 욕구	서비스의 내용
① 주기적인 소득원이 있습니까?	소득원이 있다	
② 고용·직업을 가지고 있습니까?	직업이 없다	
③ 건강상태 및 의료상태는 양호합니까?	건강한 편이다	정기적인 의료진진을 받는다 독감예방 년1회, 치과 진료 년2회, 건강검진 년 1회
④ 심리·정서적인 측면은 안정합니까?	약간 상쾌하지만 안정적인 편이다	공동생활이 큰 도움이 되었다
⑤ 사회적·인간관계 측면은 어떠한가?	봉사자와 지역주민과의 사이가 원만하다	
⑥ 일상생활의 활동이 자유스럽습니까?	자유스럽다	지도를 통해 습득이 가능해졌다
⑦ 외부로의 이동수단은 어떠한가?	대중교통을 이용한다	
⑧ 학교교육에 대해 어려움은 없습니까?	일반고등학교를 졸업했다	

<표 3-14> 보건의료 복지통합 욕구와 서비스 내용-4

서비스내용	주요 문제 및 욕구	서비스의 내용
① 지역보건 의료 및 간호정보가 있습니까?	없다	
② 방문간호나 재활활동과의 연결, 조정하는 것이 어떻다고 생각하십니까?	찬성한다	
③ 귀 그룹에서는 가정 간호사가 있습니까?	있다	
④ 가정 봉사원과의 연결기능이 되고 있습니까?	있다	
⑤ 그룹홈의 차량지원서비스로 의료기관 이용하고 있습니까?	대중교통을 이용한다	

5) 사례 5

항 목	내 용
연령	만 32세
성별	여
장애발생유형	선천적
장애등급	정신지체2급

<표 3-15> 주요 문제 및 욕구 서비스내용-5

서비스내용	주요 문제 및 욕구	서비스의 내용
① 주기적인 소득원이 있습니까?	소득원이 있다	
② 고용·직업을 가지고 있습니까?	직업이 없다	

③ 건강상태 및 의료상태는 양호합니까?	건강한 편이다	정기적인 의료검진을 받는다 독감예방 년1회, 치과 진료 년2회, 건강검진 년 1회
④ 심리·정서적인 측면은 안정합니까?	약간 산만하지만 안정적인 편이다	공동생활이 큰 도움이 되었다
⑤ 사회적·인간관계 측면은 어떠한가?	봉사자와 지역주민과의 사이가 원만하다	
⑥ 일상생활의 활동이 자유스럽습니까?	자유스럽다	지도를 통해 습득이 가능해졌다
⑦ 외부로의 이동수단은 어떠한가?	대중교통을 이용한다	
⑧ 학교교육에 대해 어려움은 없습니까?		금자를 모른다

<표 3-16> 보건의료 복지통합 욕구와 서비스 내용-5

서비스내용	주요 문제 및 욕구	서비스의 내용
① 지역보건 의료 및 간호정보가 있습니까?	없다	
② 방문간호나 재활활동과의 연결, 조정하는 것이 어떻다고 생각하십니까?	찬성한다	
③ 귀 그룹에서는 가정 간호사가 있습니까?	없다	
④ 가정 봉사원과의 연결기능이 되고 있습니까?	있다	
⑤ 그룹홈의 차량지원서비스로 의료기관 이용하고 있습니까?	대중교통을 이용한다	

제 4 장 그룹홈의 보건·의료·복지 서비스의 문제점 및 개선방안

제 1 절 보건·의료·복지 서비스의 문제점

1. 보건 서비스

보건적 욕구에 대한 질문에 대해 살펴보면 정기적 예방접종이나 건강관리 서비스를 받고 싶다(88.0%), 방문간호서비스로 건강상태를 확인 받고 싶다(80%), 건강교육·건강상담 서비스를 받고 싶다(80.0%), 약품제공 서비스를 받고 싶다(78.0%)가 매우 그렇다라고 응답을 보여 보건 서비스에 대한 욕구 정도는 과반수 이상의 높은 비율을 보여 정신지체 장애인 부모가 느끼는 보건 서비스는 그 욕구가 매우 크다는 것을 알 수 있었다.

반면에 정신지체장애인들을 대상으로 한 면접조사에서 지역보건 의료 및 간호정보가 있습니까?에 대한 질문에 전원이 모두 없다라고 응답하여 욕구 정도는 크지만 현실은 미흡한 실정인 것으로 알 수 있었다.

2. 의료 서비스

의료적 욕구에 대해 살펴보면 전문병원이 있었으면 좋겠다(84%), 질병과 관계되는 정보를 알려주면 좋겠다(84%), 치료비나 의료 보험에 관계된 정보를 알려주면 좋겠다(78%), 집과 가까운 병원에서 치료를 받았으면 좋겠다(70%), 전문 요양소가 있었으면 좋겠다(58%)가 매우 그렇다라고 응답하였다.

반면에 정신지체장애인들을 대상으로 한 면접조사에서 귀하의 그룹홈에

가정간호사가 있습니까?에 대한 질문에 있다와 없과의 비율이 반반정도로 나타나 질병에 대한 면역성이 적고 건강하지 못한 장애인들에 대한 관리가 부족한 것으로 나타났다.

따라서 병원은 거리나 비용에 있어 장애인들이 쉽게 이용할 수 있어야 하며 다양한 물리치료 요법도 개발되어야 하는 문제점이 있다.

3. 복지 서비스

복지 욕구에 대한 질문에 대해 살펴보면 장애인 편의시설이 있었으면 좋겠다(98.0%), 재활치료를 받는 항목에 의료보험이 적용되었으면 좋겠다(92.0%)로 재활치료 비용에 대해 크게 부담을 느끼고 있으며 장애인에 대한 사회의 인식이 변했으면 좋겠다(90.0%), 장애아동 부양 수당을 받았으면 좋겠다(78.0%), 이·미용서비스, 목욕서비스, 여행서비스를 받았으면 좋겠다(78.0%), 물품제공서비스를 받고 싶다(78%)장애인 입소시설에 운영을 개선했으면 좋겠다(44%), 생계비를 보조해 주거나 빌려주면 좋겠다(42.0%)가 매우 그렇다라고 응답하여 장애인 편의시설에 대한 욕구가 큰 것으로 나타났다.

반면에 정신지체 장애인을 대상으로 한 면접조사 결과 외부로의 이동수단은 어떠합니까?에 대한 질문에는 그룹홈 자체에서 이용할 수 있는 이동수단이 아니라 대중교통수단, 119, 택시 등을 이용한다라고 하여 그룹홈내에서 장애인들을 위한 편의시설면에서 부족하다는 것을 알 수 있었다.

4. 통합적 서비스의 문제점

보건·의료·복지의 통합모형에 대하여 살펴보면 지역보건 의료 및 간호 정보가 필요하다(72.0%), 방문간호나 재활활동과의 연결, 조정했으면 좋겠다

(86.0%), 약사나 영양사들의 지역 참가서비스를 받고 싶다(84.0%), 복지관과 의료기관이 연계한 사회복지 프로그램이 필요하다(84.0%), 가정 간호사가 있어 의사나 환자의 매개체 역할을 했으면 좋겠다(82.0%), 가정 봉사원과의 연결기능을 받고 싶다(74.0%), 복지관의 차량 지원서비스로 의료기관을 이용하고 싶다(70.0%), 복지관에서 보건소의 협조로 무료 의료서비스를 받고 싶다(72.0%)에 매우 그렇다라고 응답하였다.

정신지체 장애인을 대상으로 한 면접조사결과에서도 방문간호나 재활활동과의 연결, 조정하는 것이 어떻다고 생각하십니까?에 대해 대부분이 찬성한다라는 입장을 가지고 있었지만 현 실태는 가정 봉사원과의 연결기능이 미흡하다는 것을 알 수 있었다.

이를 좀더 체계적이고 전반적으로 살펴보면 다음과 같다.

(1) 조직구조간 유기적 관계형성의 미흡

보건의료복지행정체계의 기본원칙으로는 지역특성의 원칙, 접근용이성의 원칙, 통합성의 원칙, 서비스 전문화의 원칙, 주민참여의 원칙 등이 있다. 정신지체장애인에게 양질의 보건의료복지서비스를 제공하고 보건의료복지서비스를 통합적으로 제공하기 위해서는 보건복지행정 조직구조간에 상호 유기적인 연계와 협조체제가 이루어져야 한다.

보건복지서비스는 통합적으로 제공되어야 한다는 원칙과 조직구조간 유기적 관계형성의 원칙에 비추어 보면 현재의 행정 조직구조에 있어서의 관련부서들이 각각 분리 설치되어 있음으로 인하여 통합성은 대단히 낮다고 할 수 있다. 이와 같은 서비스의 단편성은 클라이언트의 문제를 통합적으로 해결하지 못하므로 서비스의 효율성을 약화시키게 될 것이다. 다시 말해 보건복지와 관련된 정부부서가 난립되어 있어 실무파악, 대상자의 파악, 복지정책 및 계획의 수립이 구심점을 잃고 있고, 부서간의 업무협조가 잘 이루어지지 않고 있다.

예를 들면 보건소는 보건복지부와 내무부의 이원적 지휘체계 하에 있다. 다시 말하면 보건소는 행정·인사·감독 측면에서는 내무부의 지시를 받고 있고, 재정·업무·기술면에서는 보건복지부의 지원을 받고 있다.

즉, 만성질환의 증가로 예방·치료·재활·건강증진을 포함하는 포괄적 서비스 제공의 필요성이 증대되고 있으나 현재의 이러한 조직형태로는 그러한 요구에 도저히 대응할 수 없다.

(2) 전문성의 결여

보건의료복지행정의 효율성을 높이기 위해서는 보건의료복지에 해당하는 인력이 업무를 수행하는데 필요한 전문지식과 경험을 가지고 있어야 한다. 그런데 우리나라의 행정 조직구조는 전문지식을 지닌 인력을 충분히 확보하지 못하고 있다. 보건의료복지행정 조직구조의 성공여부는 조직이 제공하는 서비스의 질에 달려 있으며 서비스의 질은 전문화의 정도와 정비례한다. 이러한 맥락에서 보건의료복지행정조직은 반드시 서비스의 전문화가 제고되는 방향으로 구성되어야 한다. 그러나 현행 보건의료복지행정은 서비스의 전문화를 지향함에 있어 적지 않은 문제점으로 지적되고 있으며, 이것은 보건의료복지 행정조직의 분리와 직결되는 것이다. 보건의료복지행정 조직구조의 경우 전문인력의 부족으로 인해서 수혜대상자들에게 개별화된 전문적인 서비스를 제공하지 못하고 있다.

또한 앞으로 보건소의 기능으로 시급히 보강되어야 할 것이 영양이나 운동과 같은 건강증진사업인데 이를 담당할 영양사, 물리치료사, 운동처방사 등의 새로운 직종에 대한 인적자원개발이 시급하다. 이러한 인적자원들에 대한 효율적인 관리를 위해서는 보건소장의 인사권 확보가 필수적인데 현재는 그렇지 못하다.

이러한 문제점은 보건소 인적자원 관리의 허점에서 비롯되는데 이는 전문 인적자원의 의사, 약사 및 간호사 등의 경력발전체계가 효과적으로 구축되어 있지 않을 뿐만 아니라 민간부문과의 현저한 보수 차이로 우수 인적자원의 충원이

어렵고 근무의욕과 작업능률이 낮다는 점이다.

(3) 정신지체장애인의 욕구 파악의 미흡과 주민참여의 미흡

보건의료복지서비스는 대민서비스의 일종으로 그 결정 및 집행과정에 주민참여가 보장될 때 제대로 이루어질 수 있는 것이다. 그리고 보다 정확한 보건의료욕구의 파악은 적절한 보건의료복지정책의 수립 및 집행을 가능케 해주며, 나아가서 보건의료서비스의 효과성과 책임성을 증대시키는 데에도 기여하게 된다는 것이다. 이에 상응하여 보건행정체계는 주민참여를 도모하는 방향으로 구성되어야 한다.

제 2 절 보건·의료·복지 서비스의 개선방안

지역사회에 적용하기 위한 정신지체장애인을 위한 보건의료복지 서비스가 필요한데 이를 위해서는 다양한 재활전문가들이 요구된다. 즉, 의료전문가로부터 비의료전문가들인 심리학자, 간호사, 특수교사, 언어치료사, 직업치료사, 교정치료사, 음악치료사 등이 있다.

그룹홈의 보건의료복지 서비스로는 개인위생, 자조관리, 대인관계, 사회적응, 직업활동의 프로그램 등이 있으며 이를 중심으로 생활지도원, 의사, 간호사, 심리학자, 언어치료사, 직업훈련사와 같은 전문가들이 필요하다. 그룹홈의 서비스 제공을 위해서는 이들의 개별적인 서비스보다 이런 전문가들로 구성된 팀웍 작업이 필요하다. 팀웍 작업을 통해서만 정신지체장애인의 전인적인 재활이 이루어진다. 그러므로 의료, 교육, 직업, 심리, 사회에 걸친 전인적 재활 서비스를 제공하기 전에 각 영역에 필요한 전문가들을 구성하고 연결하여 주며 서로 협동하여 팀웍 작업이 가능하도록 해야 한다. 이를

위해서는 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째, 보건의료복지 서비스의 통합을 이루기 위해서는 지역사회에 있는 정신지체장애인의 수와 실태, 욕구를 조사하여 그들에게 필요한 자원을 개발·동원·연계하여 줄뿐만 아니라 그룹홈을 홍보하여 정신지체장애인들이 방치되지 않도록 전국적으로 활동해야 한다.

둘째, 그룹홈에 거주하고 있는 장애인들이 필요로 하고 있는 보건·의료·복지의 각 분야전문가들을 연결하고 조정하며, 서로 협동하도록 하는 역할을 해야 한다. 이에 대해서 의료와 복지서비스와 타분야와의 연계방안을 자세히 살펴보면 다음과 같다.

1. 의료서비스의 내용과 타 분야와 조정해야 할 내용

의료의 내용도 지금까지의 진료소나 병원중심형으로부터 재가나 중간시설 등, 일상생활과 의료의 장이 결합되는 방향으로 크게 시각이 바뀌고 있다. 일상생활을 하면서 그 자리에서 필요한 의료서비스를 받을 수 있도록 하는 방향이 의료중에 상당히 큰 부분을 차지하고 있는 것이다.

지금까지의 입원은 의료 우선으로, 생활을 희생시키면서 하루라도 빨리 회복하는 것이 목적이고, 퇴원 후에는 의료와 관계를 끊고 생활로 되돌아오는 패턴이다. 그러한 것으로는 정신지체장애인들에게 많은 어려움에 대응할 수 없다. 정신지체장애인의 경우에는 만성적인 질병의 치료 외에, 정상적인 생활을 회복해야 한다고 하는 큰 과제가 있고, 요양생활을 하게 하는 방법도 중요하다. 따라서 생활과 의료의 결합으로, 자신의 생활 터에서 필요한 의료를 받을 수 있게 하는 시스템을 만드는 것이 바람직하다.

(1) 보건분야와 결합할 수 있는 의료의 기능 강화

① 지역보건분야에 의료 및 간호정보 제공기능 강화

- ② 의사의 지시와 지도기능 강화
- ③ 방문간호나 재활활동과의 연결, 조정기능 강화
- ④ 간호처치 등의 기술지도 기능 강화
- ⑤ 약사나 영양사의 지역참가 기능 강화

(2) 의료서비스와 복지서비스의 연계

- ① 복지서비스 이용의 정보제공 기능 강화
- ② 가정봉사원과의 연결기능 강화

2. 복지서비스의 내용과 타 분야와의 조정해야 할 내용

일반적으로 복지서비스는 시설에 조치입소를 중심으로 전개되어 왔는데, 이 분야에서도 정상화(normalization)라는 이념으로부터, 누구든지 지역에서 스스로가 원하는 스타일의 생활을 할 수 있도록 한다는 재가복지서비스를 제공하도록 정비하여 왔다. 주지하다시피 재가복지서비스는 수용시설을 이용하는 것, 이용시설을 이용하는 것, 방문서비스 등이 있다. 수용시설을 이용하는 서비스로는 단기보호서비스, 야간보호서비스 등이 있다. 방문서비스에는 가정봉사원 파견사업, 입욕서비스, 급식서비스, 방문세탁서비스 등이 있다. 이상과 같은 서비스에 필요한 스텝은 각각 사회복지사, 간호부, 개호자 및 영양사 등의 전문직이 배치된다. 그러나 이러한 복지서비스가 정비되는 것만으로는 다양화, 복잡화하고 있는 욕구에 충분한 대응책이 되지 못한다.

따라서, 전술한 복지서비스 뿐만 아니라 보건 의료서비스에 대해서도 커다란 관심을 가져야 하고, 주요한 환경과 자립을 위한 자조도구, 보장구 등에도 커다란 관심을 가져야 한다. 한사람의 정신지체장애인에게 필요한 서비스는 한 분야의 서비스만으로는 부족함이 많다.

이렇게 볼 때 보건·의료·복지의 전문직인 의사, 간호사, 사회복지사, 개호복지사, 영양사 등의 평등하게 연계를 하여 충분한 서비스가 베풀어 주어 야 한다.

구체적으로, 그룹홈에 거주하고 있는 정신지체장애인은 준 가정의 의료서비스를 받게 되는 것이고, 방문간호와 방문재활을 받고 있는 것이다. 예를 들면, 방문목욕서비스를 받고 있는 경우 가정의와 방문사업의 스텝이 미리 서로 연락해서, 본인의 장애상황, 질병에 대응하고 있는 상태, 욕구, 사회적 조건 등에 공통인식을 갖고 서비스를 제공할 수 있다면, 안심할 수 있는 서비스를 제공받을 수 있는 것이다.

셋째, 그룹홈의 서비스 만족도는 직원에게 달려있으므로 정기적으로 직원 교육을 실시해야 한다.

넷째, 부모교육프로그램을 실시하여 부모들이 자녀에 대해 긍정적 인식을 가짐으로서 관계를 회복하도록 도와주고 더 나아가 부모회를 조직하여 서로 어려움을 나누며 자녀를 위해 활동하도록 한다.

다섯째, 지역사회에 정신지체장애인에 대해 지역주민들이 올바르게 이해하도록 홍보하고 교육하도록 해야 하며 더 나아가 지역사회에 산재되어 있는 자원을 적극 개발하고, 활용할 수 있도록 지역사회 자원연결망을 확충하여야 한다.

여섯째, 다른 기관의 그룹홈끼리 모임을 결성하여 서로 필요한 정보와 자원을 교화할 뿐만 아니라 그룹홈에 대한 법적 제도를 마련하도록 할 것이다.

보건의료복지의 통합적 추진을 위해서는 정보의 공유화가 중요한 과제로 된다. 관계기관이 각기 다른 상담창구를 설치하고 있다고 하여도 각 상담창구에 전산망을 연계하여 각 분야가 상호정보를 활용, 서비스에 임할 수 있게 통합 상담센터의 설치가 요구되고 있다. 예를 들면 보건소에서 정신지체

장애인이 상담창구에서 상담을 하여도 의료서비스가 필요한 경우에는 의사 회나 병원에 설치된 상담창구의 전산망을 연결되어 의료서비스를 받을 수 있고, 간병서비스가 필요한 경우는 사회복지관 상담창구의 전산망에 연결되어 간병서비스를 받을 수 있는 상담창구의 통합화 내지 일원화가 되어야 한다. 이를 통하여 지역 내에 있는 보건의료복지분야의 관계기관이 상담창구의 전산망을 통하여 상호정보를 교환하고 대상자의 문제를 각 분야가 개별적으로 접근하는 것이 아니라 관계기관의 전문가 등이 연계서비스를 함으로써 보다 효과적이고 효율적으로 전개 할 수 있을 것이다.

일곱째 정부의 제도적인 정책지원이 필요하다.

보건의료복지의 통합적 추진을 위해서는 여러 가지의 과제들이 제기되고 있는데 특히 중요시되고 있는 과제는 서비스 기관의 수익성 문제와 서비스를 받는 대상자의 비용문제라 할 수 있다. 의료기관이 운영상의 적자를 감수하면서 복지분야와 연계나 통합적 추진을 한다는 것은 어려운 일이며 반면에 대상자 입장에서조차 개별적 기관에 의한 서비스를 받는 것 보다 보건·의료·복지의 통합적 추진에 소요되는 비용부담이 많다면 통합적 추진에는 한계가 있을 수 있다

이를 통하여 그룹홈에 거주하고 있는 정신지체장애인이 자립을 통해서 사회통합이 가능하도록 될 것이며 그룹홈은 지역사회내의 거주모형으로 앞으로 각광받게 될 것이다. 그러나 현재의 예산상의 문제로 다양한 전문인력을 조직한다는 것은 불가능한 일이며 그룹홈은 또 하나의 작은 수용시설에 그칠 위험이 있다. 이러한 위험에 빠지지 않기 위하여 다음과 같이 제안한다.

첫째, 그룹홈 전문기관을 중심으로 하여 동일 시, 군지역에 4개정도의 그룹홈을 운영하는 것이 효과적이다. 그리하여 각 전문가들이 순회하며 서비스를 제공한다면 예산상에 많은 절감을 가져올 뿐 아니라 조직, 프로그램, 서비스 상에 효율을 기할 수 있다.

둘째, 같은 지역사회 내에 있는 다른 기관이 운영하는 그룹홈들과 연합하여 전문가들을 서로 같이 고용하여 활용하는 방안이 있다. 아직 우리나라에서는 이런 기관끼리의 유대관계가 적어 인적, 물적 자원 등이 낭비되는 현상을 흔히 볼 수 있다. 그러므로 서로 필요성을 인식하여 유관기관끼리 모임 형성을 하고 서로 정보를 교환하는 등 여러 가지 자원을 상호교환 해야 할 것이다.

셋째, 지역사회내의 전문가들을 자원봉사자로 발굴하여 활용하는 방안이다. 지역사회내의 필요한 전문가들에게 그룹홈에 대해 충분히 홍보하고 섭외한다면 충분히 이들을 자원봉사자로 활용할 수 있을 것이며 상당한 예산을 절감하면서도 전문적인 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 그러기 위해서는 지역사회에 산재해 있는 인적, 물적 자원에 대한 네트워크를 형성하는 것이 시급한 일이다.

제 5 장 결론

인간이 어떠한 사유에 의하여 육체적, 정신적, 사회적으로 사람다운 생활이 계속될 수 없는 상황에 처하게 되었다고 한다면 우리들은 이 생활구조에 어딘가에 이상이 있다고 생각하게 되며, 이 이상을 유발하게 된 원인을 탐구하지 않으면 안될 것이다. 특히 심신의 장애를 갖은 사람에게 인간의 존엄성과 그 권리를 회복시키고 그 발달과 사회적 생존을 보장하는 것은 사회복지적인 관점에서 중요한 일이다. 이러한 목적을 달성하기 위해서 보건과 의료적인 측면은 장애인의 장애부위의 경감, 제거와 예방을 위해 공헌해 왔으며 복지적인 측면은 장애를 갖고 있는 사람들의 삶의 질을 높이기 위해서 사회적응 훈련, 교육을 시키는 일을 지속하여 왔고, 직업에서는 장애인에게 지속적인 소득원을 보장함으로써 신분보장과 더불어 안정적인 생활을 위해 노력해 왔다.

또한 정신지체장애인과 그 가족들의 당면과제와 욕구를 중심으로 사회의 한 구성원으로 적응할 수 있는 보건·의료·복지 서비스에 대한 사회통합적 프로그램과 대책 등을 강구해 왔다.

본 연구에서는 정신지체장애인의 보건의료복지 서비스의 통합의 필요성을 절감하게 되었고, 특히 정신지체장애인 부모의 보건의료복지 통합 서비스에 대한 인식도와 욕구를 측정하여 정신지체장애인의 재활에 필요한 프로그램을 계획하고 실천하고자 하는 데에 본 연구의 목적을 두었다.

본 연구에서 얻어진 결론은 다음과 같다.

첫째, 정신지체장애인 자녀를 둔 부모들을 대상으로 한 설문조사에서 보건·의료·복지서비스에 대한 욕구가 과반수 이상을 차지하였으며 각 분야별로 서비스를 통합한 보건·의료·복지 서비스방안에 대해서도 긍정적인 반응을 보였다.

둘째, 그룹홈에 거주하는 정신지체장애인들과의 면담사례를 살펴보면 정신지체장애인들은 총체적이고 다양한 욕구를 가지고 있는 것으로 나타났다. 정신지체장애를 가졌기 때문에 소득이 없는 경우도 있고, 이를 부모나 형제에게 의존하는 경우도 있었으며, 정상적인 학교교육을 받지 못해 일상생활을 하는데 불편한 경우, 자기 스스로를 비하하며 대인관계가 원만하지 못한 경우도 있었다. 물론 기본적으로 질병에 대한 두려움은 조금만 아파도 참지 못하는 경향이 많았다. 장애인들이 소외받은 계층이라는 인식을 없애고 그것을 장애인들이 느끼지 않도록 하며, 그들의 삶의 질을 높여 정상적인 생활까지 끌어올릴 수 있게 하기 위해서 그들의 다양한 욕구와 인식 상태에 귀를 기울여야 할 것이다.

그룹홈에서의 모든 기능이 활성화되기 위해서는 첫째, 그룹홈 전문기관을 중심으로 하여 동일 시, 군지역에 4개정도의 그룹홈을 운영함으로써 각 전문가들이 순회하며 서비스를 제공한다면 예산상에 많은 절감을 가져올 뿐 아니라 조직, 프로그램, 서비스 상에 효율을 기할 수 있다.

둘째, 같은 지역사회 내에 있는 다른 기관이 운영하는 그룹홈들과 연합하여 전문가들을 서로 같이 고용하여 활용함으로써 기관끼리 모임을 형성하고 서로 정보를 교환하는 등 여러 가지 자원을 상호교환 해야 할 것이다.

셋째, 지역사회내의 전문가들을 자원봉사자로 발굴하여 활용하는 방안이다. 지역사회내의 필요한 전문가들에게 그룹홈에 대해 충분히 홍보하고 섭외함으로써 예산을 절감하면서도 전문적인 서비스를 제공할 수 있을 것이다. 그러기 위해서는 지역사회에 산재해 있는 인적, 물적 자원에 대한 연결망을 형성하는 것이 시급한 일이다.

오늘날은 시설이나 병원에서의 원조보다는 가정이나 지역사회를 기반으로 한 복지나 의료의 중요성이 평가되고 있다. 입소자만을 대상으로 한 시설이나 입원환자, 통원환자만을 대상으로 한 병원이 아니라 시설의 급식, 목욕, 재활훈련 등의 설비나 기능이 그룹홈에 거주하고 있는 정신지체장애인에게도

개방되어야 하며 병원의 기능도 재가의료나 방문간호, 또는 건강증진교실 재활교실 등으로 지역주민에게 개방되는 방향으로 확대되어야 할 필요가 있다.

그룹홈내의 보건의료복지 서비스는 국가의 복지서비스의 비용 절감뿐 아니라, 정신지체장애인 개인의 삶의 질의 향상과 사회적응행동능력의 향상을 위해서 꼭 필요한 서비스이므로 우리나라에서도 제도적인 도입을 통하여 지역사회에서의 통합서비스를 강화시켜야 하며 그 형태와 운영방법을 다양화하기 위한 많은 연구도 지속되어야 할 것이다.

참고문헌

【국내문헌】

- 강석동, “정신지체장애인을 위한 집단가정 서비스가 정신지체장애인과 그의 어머니에게 미치는 영향에 관한 연구”, 1993.
- 강성룡, “한국 심신장애자 복지정책의 개선방안에 관한 연구”, 서울대학교 보건대학원 석사학위논문, 1990.
- 구종희, “장애인 복지와 재활”, 동일문화사, 1997.
- 권도용, “장애인복지의 사회재활에 관한 분석과 통합체계”, 「한국사회복지」 제 4집, 1999.
- 김광일, “노인보건의료와 복지통합 서비스 방안에 관한 연구”, 강남대학교 사회복지대학원 석사학위논문, 1997.
- 김동임, “한국사회의 고령화와 의료복지 서비스에 관한 연구”, 원광대학교 행정대학원 석사학위논문, 1998.
- 김순양, {지방정부의 바람직한 사회복지행정체계 구축방안 - 노인복지행정분야를 중심으로-}, 한국사회복지학, 통권 31호, 한국사회복지학회, 1997년 4월.
- 김용욱, 김용진, “장애인종합서비스 시스템 모형에 대한 연구”, 「재활복지」, 1998, 7.
- 김용은, “그룹홈 서비스에 관한 연구”, 인하대학교 석사학위논문, 1999.
- 김용득, “장애인 그룹홈의 이론과 과제”, 「사회복지 그룹홈 세미나」, 1998. 5.
- 김이열, “복지행정과 사회균등”, 「논문집-인문사회과학편-」, 제 23집, 중앙대, 1979.

- 김정우외 2인, “보건복지서비스 전달체계의 효율적 운영방안에 관한 연구 I”, 「한국사회복지학」, 제 35호 1998 8.
- 김중대, “지역사회 장애인 복지를 위한 재활”, 「사회과학연구」, 1995, 5.
- 문인숙역, “사회사업방법론 : 통합적접근”, 서울 : 보진제, 1992.
- 박경숙, “사회복지전문요원과 복지관, 보건소의 서비스연계에 영향을 미치는 요인들 - 중 소도시, 농촌의 사회복지 전문요원을 중심으로 -”, {한국사회복지학}, 통권 제 30호, 한국사회복지학회, 1996.
- 박경숙, “도시저소득층을 위한 사회복지서비스와 보건의료서비스간 사회복지서비스내 서비스 연계실태”, 「성곡논총」, 1996, 8.
- 박승희, “탈시설수용화와 시설수용화”, 서울 : 단국대학교 특수교육연구소, 「정신지체장애인의 교육과 복지」, 1994.
- 변창남, “한국의 사회복지 서비스 체계고찰과 서비스의 활성화 방안연구”, 사회복지 통권 88호, 한국사회복지협의회, 1988.
- 성규탁, “장애인의 욕구측정과 재활프로그램 평가”, 「장애인 고용」, 1996, 봄호.
- 성규탁역, “사회사업가의 역할형성과 과업분석”, 사회복지 78 1983.9.
- 아산사회복지사업재단, 「장애자 복지편감」, 서울 : 아산사회복지사업재단, 1981.
- 안여규, “일본의 노인 보건·의료·복지 종합화에 관한 연구”, 동아대학교 박사학위논문, 1999.6.
- 양숙자, “보건소방을 통한 지역사회중심 재활서비스를 위한 재가 장애인의 요구사정에 관한 연구”, 「보건과학회」, 1998, 제 19호.
- 윤 환, “보건의료서비스 전달체계에 관한 연구“, 서울시립대학교 도시행정대학원 석사학위논문, 1991.
- 이배근, “장애자를 위한 Group Home의 모형개발”, 「사회복지」, 1987.

- 이상인, “장애인복지정책에 관한 연구”, 고려대학교 정책대학원 석사학위 논문, 1992.
- 이성기외, {보건복지사무소 모형개발 및 1차년도 운영평가}, 한국보건사회연구원, 1995.
- 이연주, “한국 보건의료와 사회복지전달체계의 통합에 관한 연구 : 보건소와 사회복지사무소를 중심으로”, {사회복지}, 통권 제 122호, 한국사회복지협의회, 1994.
- 이연주, “공공 보건의료전달과 사회복지전달체계 통합에 관한 연구”, 중앙대학교 사회복지대학원 석사학위논문, 1994.
- 이윤로, 성규탁, “사례관리 : 효과적 서비스 전달을 위한 방법”, 「사회복지」, 1993.
- 이정학, “사회복지공급체계의 변화와 사회복지관의 역할”, 제1회 전국사회복지관 직원교육, 「사회복지관 사업의 전문화방안」, 한국사회복지관협회, 1992, 11.
- 이정호외, {보건 의료 복지의 통합적 접근방안 연구}, 국립사회복지연수원, 1996.
- 일본아동복지협의회, 「Group Home 설치·운영 지침서」, 서울정신박약자 복지관, 1991.
- 임성만역, “집단가정 서비스에 관한 연구”, 장봉혜림재활원, 1994.
- 정경배 외, 「사회복지장기발전계획」, 한국보건사회연구원, 1992, 4.
- 정순돌, “오스틴 노인그룹 서비스 기관들의 관계에 관한 연구”, {한국사회복지학}, 통권 31호, 한국사회복지학회, 1997년 4월.
- 조추용, “노인복지의 연계 통합에 관한 고찰 - 일본 재가케어지원센터를 중심으로 -”, {한국노년학}, 제 17권 1호, 한국노년학회, 1997.
- 천노엘, “미국에서의 대규모 수용시설로부터 지역사회 거주시설로의 변화경향 연구”, 「정신지체연구」, 1990, 창간호.

황의경, 배광웅, “심신장애자복지론”, 서울 : 신아출판사, 1991.

【외국문헌】

Aanes & Moen, “Adaptive behavior change of group home residents, Mental Retardation”, 1980 pp.36~40

Bayley, M., R. Seyd, and A. Tennant, Local Health and Welfare : Is Partnership Possible? - A Study of the Dinnington Project.

Hill, M., Understanding Social Policy(2nd), Basil Blackwell, Oxford, 1986.

Hokenstad, M.C. and Ritvo R.A., Linking Health Care and Social Services : International Perspectives, SAGE, London, 1982

Hokenstad, M. C., R.A. Ritvo, and M. Rosenberg, “International perspectives on linking health and social services.” *International Social Work*, Vol.22, No.4, 1979. pp.13-21.

Levy, J., & Levy, P., “Normalization : Challenges 7 dilemmas”, 1983, pp.245~443.

Wolfensberg, W., “Twenty predictions about the future of residential services in mental retardation”, *Mental Retardation*, 1972, pp.51-54

Zigler, E., & Hodapp, R., “Understanding mental retardation”, New York : Cambridge University Press, 1986, pp.27~30

면담자료

♣ 주의사항 ♣

처음에 분위기를 유도하기 위해서 날씨라든가, 가족관계, 하루일과 등을 물어 거부감이 없도록 한다.

장애인에게 직접 기입하는 방법을 지양하고, 연구자가 직접 설명하면서 작성하는 것을 원칙으로 하되 필요시에는 그룹홈을 관리하는 분의 도움을 얻어 작성한다

한성대 행정대학원

복지행정학과 전금숙

※ 정신지체장애인의 일반적 사항

1. 연 령 : 만 _____ 세

2. 성 별 : ① 남 ② 여

3. 장애발생유형 : ① 선천적 ② 후천적

4. 장애 등급 : ① 정신지체1급 ② 정신지체2급 ③ 정신
지체3급

※ 귀하의 주요 문제 및 욕구와 서비스 내용을 구체적으로 서술하여 주십시오.

-예시안-

서비스내용	주요 문제 및 욕구	서비스의 내용
① 주기적인 소득원이 있습니까?	부모님이 제공해주신다	매월마다 일정액의 후원금을 지급
② 고용·직업을 가지고 있습니까?	직업이 없다	
③ 건강상태 및 의료상태는 양호합니까?	보행이 불편	방문간호나 재활활동과의 연결, 조정했으면 좋겠다
④ 심리·정서적인 측면은 안정합니까?	의사소통이 불가능	
⑤ 사회적·인간관계 측면은 어떠한가?	가족이나 친지 등 연고자가 없음	가정 봉사원과의 연결 기능을 받고 싶다
⑥ 일상생활의 활동이 자유스럽습니까?	앉아있는 상태에서 30-40m 이동은 가능	
⑦ 외부로의 이동수단은 어떠한가?	보행불가능	휠체어지급, 복지관의 차량지원버스로 의료기관을 이용하고 싶다
⑧ 학교교육에 대해 어려움은 없습니까?	한글 및 수리능력이 없다	

※보건의료 복지통합 욕구와 서비스 내용

서비스내용	주요 문제 및 욕구	서비스의 내용
① 지역보건 의료 및 간호정보가 있습니까?	보건소에서 예방접종을 무료로 받는다	
② 방문간호나 재활활동과의 연결, 조정하는 것이 어떻다고 생각하십니까?	거동이 불편한 관계로 방문간호 서비스를 받고 싶다	
③ 귀 그룹에서는 가정간호사가 있습니까?	가정간호사가 없다	
④ 가정 봉사원과의 연결 기능이 되고 있습니까?		
⑤ 그룹홈의 차량지원서비스로 의료기관 이용하고 있습니까?		

설문지

안녕하십니까?

본 설문조사는 “정신지체장애인의 의료·보건·복지 서비스에 대한 욕구 및 실태”를 조사하고 문제점을 개선하고자 여러분의 의견을 알아보고자 합니다 .

본 조사결과는 장애인의 서비스 증진을 위한 매우 귀중한 자료가 될 것이며, 귀하의 응답은 통계처리 되어 연구목적에만 이용될 것이므로 귀하의 설문내용에 대한 완전한 비밀이 보장됨을 약속드립니다.

바쁘시더라도 모든 질문에 빠짐없이 정확하고 솔직한 답변을 해주실 것을 기대합니다. 귀중한 시간을 내 주셔서 감사합니다.

2000. 2. .
한성대학교 행정대학원
전 금 숙

㉔ 다음은 귀하의 의료적 욕구에 대한 질문입니다. 해당되는 번호에 V표시를 해주십시오.

항 목	매우 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	그저 그렇다	약간 그렇다	매우 그렇다
전문병원이 있었으면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
전문 요양소가 있었으면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
집과 가까운 병원에서 치료를 받았으면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
치료비나 의료보험에 관계된 정보를 알려주면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
병과 관계되는 정보를 알려주면 좋겠다	①	②	③	④	⑤

㉕ 다음은 귀하의 복지적 욕구에 대한 질문입니다. 해당되는 번호에 V표시를 해주십시오.

항 목	매우 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	그저 그렇다	약간 그렇다	매우 그렇다
생계비를 보조해 주거나 빌려주면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
장애인 편의시설이 있었으면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
장애인 입소시설에 운영을 개선했으면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
장애아동 부양수당을 받았으면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
장애인에 대한 사회의 인식이 변했으면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
재활치료를 받는 항목에 의료보험이 적용되었으면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
이·미용서비스, 목욕서비스, 여행서비스를 받았으면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
물품제공 서비스를 받고 싶다	①	②	③	④	⑤

㉔ 다음은 귀하의 보건적 욕구에 대한 질문입니다. 해당되는 번호에 V 표시를 해주십시오.

항 목	매우 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	그저 그렇다	약간 그렇다	매우 그렇다
방문간호서비스로 건강상태를 확인 받고 싶다	①	②	③	④	⑤
약품제공 서비스를 받고 싶다	①	②	③	④	⑤
건강교육·건강상담 서비스를 받고 싶다	①	②	③	④	⑤
정기적 예방접종이나 건강관리서비스를 받고 싶다	①	②	③	④	⑤

㉕ 다음은 의료·보건·복지의 통합모형에 대한 질문입니다. 해당되는 번호에 V 표시를 해주십시오.

항 목	매우 그렇지 않다	별로 그렇지 않다	그저 그렇다	약간 그렇다	매우 그렇다
지역보건 의료 및 간호정보가 필요하다	①	②	③	④	⑤
방문간호나 재활활동과의 연결, 조정 했으면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
약사나 영양사들의 지역 참가서비스를 받고 싶다	①	②	③	④	⑤
가정 간호사가 있어 의사나 환자의 매개체 역할을 했으면 좋겠다	①	②	③	④	⑤
가정 봉사원과의 연결기능을 받고 싶다	①	②	③	④	⑤
복지관의 차량지원서비스로 의료기관을 이용하고 싶다	①	②	③	④	⑤
복지관에서 보건소의 협조로 무료 의료 서비스(예방접종, 검사비용)를 받고 싶다	①	②	③	④	⑤
복지관과 의료기관이 연계한 사회복지 프로그램이 필요하다	①	②	③	④	⑤

㉔ 귀하의 일반적인 사항에 관한 질문입니다.

1. 귀하의 성별은?

① 남자

② 여자

2. 귀하의 연령은? (만____세)

3. 귀하의 자녀는 언제쯤 장애가 발생하였습니까? (만____세 때)

4. 현재 귀하의 자녀는 장애인 등록을 하셨습니까?

① 예

② 아니오

5. 자녀의 장애등급은 어디에 해당됩니까?

① 1등급

② 2등급

③ 3등급

④ 4등급

⑤ 5등급

⑥ 6등급

⑦ 기타 _____

6. 귀하의 최종학력은 어떻게 됩니까?

① 미취학

② 초졸

③ 중졸

④ 고졸

⑤ 대졸이상

⑥ 무학

7. 월수입은 어느 정도입니까?

① 50만원 이하

② 51-100만원

③ 101-150만원

④ 151-200만원

⑤ 기타 _____

부록-3 전국 그룹홈 주소록

시·도	연번	공동생활 가정운영 복지과 또는 시설명	소재지	전화번호	장애유형					입주자(명)			비고
					계	지체	시각	청각	정신 지체	계	남	여	
서울	1	사)한국 정신 지체인 애호협회	강서구가양동임대 A801-103	668-6335	4				4	4		4	
	2		강서구가양동임대 A801-103	668-6334	4				4	4	4		
	3		노원구중계동목화 A410-108	974-0185	4				4	4	4		
	4		노원구중계동목화 A410-108	973-0185	4				4	4	4		
	5		도봉구창동45번지 삼성A108-605	903-7562	4				4	4	4		
	6		동작구신대방동470 한성A103-1204	841-2396	4				4	4		4	
	7	사)한국 장애인 재활협회	영등포구신길동389 7-13	845-4134	4				4	4		4	
	8		영등포구신길동441 4	847-8173	4				4	4	4		
	9	재)영원한 도움의 성모 수녀회	강동구고덕동509-6 (2층)	441-3472	4				4	4		4	
	10		강동구고덕동509-6 (3층)	442-8666	4				4	4	4		
	11		강동구고덕동642-4 연립101호	441-3473	4				4	4	4		
	12	사)은평 천사원	마포구서교동344-1 서교405	335-6682	4				4	4	4		
	13		강동구암사동104-2 (1층)	429-4548	4				4	4	4		
	14		강동구암사동104-2 (2층)	472-8411	4				4	4		4	
	15		강동구암사동104-2 (3층)	472-8411	4				4	4	4		
	16	사)충현 복지재단	강남구역삼동655-7 (401)	565-7512	4				4	4	4		
	17		강남구역삼동699-9 (4층)	565-7566	4				4	4		4	
	18		강남구역삼동699-9 (301)	565-7508	4				4	4		4	
	19		강남구역삼동782-2 5(202)	565-7510	4				4	4	4		
	20		강남구역삼동792-5 0	565-7507	4				4	4		4	

시·도	연도	공동생활 가정운영 복지과 또는 시설명	소재지	전화번호	장애유형					입주자(명)			비고	
					계	지체	시각	청각	정신 지체	계	남	여		
서울	21	사)밀알 복지재단	송파구문정동145 문정A9-105	3401-1084	3				3	3		3		
	22		송파구문정동145 문정A9-106	449-3478	3				3	3		3		
	23		송파구가락동199 프라자10-1005	408-7406	4	4				4			4	
	24		송파구가락동199 프라자10-1206	443-6091	4				4	4	4			
	25	사)동천 학원	송파구문정동 주공25-512	402-6584	4				4	4		4		
	26		노원구하계동270 현대A104-102	974-7405	4				4	4		4		
	27	사)평화 복지재단	노원구상계5동157 -1거성빌라B동1	3392-1484	4				4	4	4			
	28		노원구공릉동788 우성102-1802	976-5594	3				3	3		3		
	29	사)승가 원	종로구 필운동 142번지 3층202호	720-6663	5		5			5	5			
	30		성북구 삼선동 3가 29-62번지	764-9791	4				4	4	4			
	31		성북구 삼선동 3가 29-62번지	764-9792	4				4	4	4			
	32		강북구미아동190- 2현대A102-705	987-7233	4				4	4	4			
	33	사)한국 정신 지체인 애호협회 서울시 지회	강남구삼성동7번 지혜청가동502호	546-9495	4				4	4	4			
	34		증구신당동 현대9동302호	235-5128	4				4	4		4		
	35		증구장충동44-21	271-3991	4				4	4	4			
	36		증구장충동44-21	291-3992	4				4					
	37		증구장충동44-21	271-3990	4				4					

시·도	연번	공동생활 가정운영 복지과 또는 시설명	소재지	전화번호	장애유형					입주자(명)			비고
					계	지체	시각	청각	정신 지체	계	남	여	
서울	38	재)성모 성심 수도회	성동구하왕십리동25 8 청계벽산103-101	291-0414	5				5	5	5		
	39		성동구하왕십리동25 8 청계벽산106-206	292-2031	4				4	4	4		
	40		성동구하왕십리동25 8 청계벽산107-908	296-5965	4				4	4		4	
	41	사)한국 장애인 부모회 서울지회	도봉구방학동650-2 2층	9492-0941	4				4	4	4		
	42		은평구역촌동65-12	354-6102	2				2	2	2		
	43	사)한국 재활재단	서대문구북가좌동44 9 삼호A103-203	303-0867	5				5	5	3	2	
	44		서초구방배동797-21	3477-0862	3				3	3	3		
	45	사)사랑의 교회	서초구서초동1350-3	523-7726	4				4	4	4		
	46	사)하상 복지회	강남구개포동12 대청A305-804	451-0874	4		4			4		4	
	47		종로구관훈동84-16		4		4			4	4		
	48		종로구 평동13-27	722-0988	4		4			4	4		
	49	사)교남 재단	강서구화곡6동955-7 우성가107	608-9045	4				4	4	4		
	50	사)다니엘	강남구수서동707 삼익A401-104	451-5987	4				4	4	4		
	51		강남구수서동708 삼익A401-110	459-9907	4				4	4		4	
	52	사단법인 믿음회	송파구신천동11 장미A25-107	419-0275	3				3	3	3		
	53	사)다산 복지회	송파구풍납동408-20 다세대1층3호	470-1389	4				4	4		4	
	54		송파구신천동20-4A 11-805	425-4229									

시·도	연번	공동생활 가정운영 복지과 또는 시설명	소재지	전화번호	장애유형					입주자(명)			비고
					계	지체	시각	청각	정신 지체	계	남	여	
부산	55	한국정신지 체인애호협 회부산지부	동래구명문동64 4-1	553-5569	12				12	12	6	6	
	56	부산장애인 선교회	남구대연6동177 6-2	634-6141	6				6	6	3	3	
대구	57	남구공동 생활가정	남구대명3동253 8-27	628-0986	5	5				5	5		
	58	천주교작은 예수회재단	남구대명9동 856-10	652-6740	12	3			9	12		12	
인천	59	장봉혜림 재활원	옹진 북도 장봉리 105	886-8061	98				98	5	3	2	
	60		"	"	98				98	5	3	2	
	61		"	"	98				98	5	5		
	62	예림원	부평 부평동 633	503-8516	131				131	4	4		
	63	노들담 복지관	계양구	542-3711						4	4		
광주	64	엠마우스 복지관	북구 운암동 480-22	512-7416	6				6	6	3	3	
	65		북구 운암동 중흥A101-103	525-2903	6				6	6	5	1	
	66		북구 운암동 금호A103-302	528-8196	6				6	6		6	
	67		광산구 월곡동 581-9	951-5009	4				4	4	4		
	68		광산구 월곡동 581-9	956-2466	3				3	3	3		
	69		광산구우산동 산A101-208	951-9332	4				4	4		4	
	70		남구 주월동992-10	363-6334	4				4	4	4		
	대전		71	한우리쉼터	동구 신상동292-10	273-6490	7	3	2	1	1	7	2
72		밀알의 집	동구용전동신동 아A5-1202	622-1763	6	1			5	7	2	5	
경기	73	부천장애인 종합복지관	원미구 중동 711-12	032- 675-9901	5				5	5	2	3	
	74		원미구 중동 1172	"	5				5	5	3	2	

시·도	연번	공동생활 가정운영 복지과 또는 시설명	소재지	전화번호	장애유형					입주자(명)			비고
					계	지체	시각	청각	정신 지체	계	남	여	
경기	75	명휘원 공동생활가정	안산시1505 본오A202-105	0345- 406-5952	6	6				6	6		
	76	신망애 복지재단	성남시중원구 상대원2동64-2	0342- 733-0082	8				8	8	4	4	
	77	한국발달장애 인복지센터	성남시수정구 태평4동7329-5	0342- 755-1811	6				6	6	3	3	
충북	78	요셉의집(남)	청주시		6				6	6	6		
	79	요셉의집(여)	청주시		4				4	4		4	
	80	요셉의집	청원군		8				8	8	8		
	81	혜원장애인복 지관(2개반)	청주시		9				9	9	6	3	
	82	성제노의집	괴산군		5				5	5	5		
전북	83	한마음장애인 자립장	전주시완산구상 천동2가223-2	0652- 224-6679	4				4	4	4		
전남	84	명도복지관	목포시산정동 225-6동 4개소	0631- 7-6004	24				24	24	8	16	
경북	85	경북장애인 종합복지관	경주시 외동읍 죽동리571-1	0561- 776-1053	7				7	7	4	3	

ABSTRACT

A Study on the Improvement Strategy on the Group Home for Mentally Retarded

-Focusing on the Service Union of Health and Medical Treatment and Welfare-

Jeon, Geum Suk

Major in Social Welfare

Dept. of Welfare Administration

Graduate School of Public Administration

Hansung University

The handicapped have various desires but they don't have enough information and recognition about the service which they need. Moreover, Korean service delivery system is complicated and the service is not various and resources are also lack so that it often happens that the handicapped aren't given the service which they need.

Private organizations continue to lead Korean health medical care and welfare at present. It will obviously make a health policy limp, incite to produce medical care on a commercial scale, and function as an obstacle of giving health medical service. Besides, present social welfare changes into universality, stress on local communities, stress on beneficiaries, decentralization, participation of beneficiaries, diversification of the field to give welfare service, overall welfare policies. In addition, as the conception of welfare expands, social welfare system has expanded from a quantitative field to qualitative field and from personal field to social

field. So, we can see that the field of welfare is infinite.

Based on this facts, we studied a unification plan in the group home as the plan for unification of service founded on the desire for health medical welfare of the handicapped through this study.

The following are the purposes of this study.

First, we see the actual state of operating the group home through theoretical consideration.

Second, we prove the necessity of unifying health medical care and welfare services of group home as a counter plan of mentally retarded person's future.

Third, we grasp the desire as well as the actual state of health medical care and welfare service in the group home through the interview case of the mentally retarded.

Fourth, based on this, we intend to present the basic data which are necessary for the activation of revitalization programs as well as reconsideration of recognition for health medical care and welfare service of the mentally retarded.

We used the methods of literature research and questionnaire research whose subjects are mentally retarded person's parents, and interview research with the mentally retarded who live in the group home.

The following are the results of this study.

First, according to the questionnaire research, the majority of mentally retarded person's parents showed the desire for health, medical care, welfare service, and they were positive for the service plan of health medical welfare which unify service in each field.

Second, considering the interview case with the mentally retarded who

live in the group home, we could see that they have whole and various desires. There are many cases which they have no income because they are the mentally retarded, which they depend on their parents or siblings, which they feel uncomfortable as they couldn't take normal education in a school, and which they abase themselves and personal relations are not harmonious. Of course, they usually didn't endure small pain because of the fear of disease. We must pay attention to their various desires and the state of recognition in order that we remove both the thought and the feeling which they are shunned from them, and improve the quality of their lives.

We need the following so as to activate all the functions in the group home.

First, if we operate about 4 group homes in the same city and county centering on the professional organ of group home and each expert circulates and gives service, a budget will reduce a lot as well as organization, programs, and service will be more efficient.

Second, we must make assembly by hiring and using experts together in combination with the group home which other organs operate in the same local community, and exchange information and various resources one another.

Third, we must find and use experts in local communities as volunteers. We sufficiently inform the experts in local communities of group home and interest them so that we will give special service as well as reduce the budget. For this, we must immediately make network about human and material resources being scattered in local communities.

The following are the methodological problems and limits to the investigation of this study.

First, there will be the critical point on generalizing restricted results of the study because we used the random sampling method when we choose the subjects of an interview.

Second, systematic precedent studies are not enough for the lack of existing studies about the health medical care of the mentally retarded and the unification of welfare.

Third, the distortion can emerge in respondents' subjectivity because the results came from respondents' perception.

Finally, the service of health medical welfare in the group home is necessary not only to reduce the cost of government's welfare service but also to improve the personal life quality of the mentally retarded and the ability of society adaptation behavior so that we must intensify the unification service in the group home through systematic introduction and continue many studies to diversify the form and method of operation.