

장애개념의 변화와 사회복지실천 현장 합의*

김 용 득**

[요 약]

본 연구는 세계적으로 변화해 가고 있는 장애에 대한 사회적 인식을 검토하고, 이러한 사회적 인식의 변화가 우리나라에서 장애인을 위한 사회복지실천 현장에 어떤 과제들을 요구하고 있는가를 제시하고자 한다. 이러한 연구 목적을 달성하기 위해서는 먼저, 보편적인 차원에서 장애에 대한 사회적 반응의 변화, 장애를 설명하는 개념적 모델의 추이, 장애 정의의 변화 등을 고찰한다. 그리고 이러한 변화에 따라 장애인에 대한 서비스 패러다임이 어떤 방향으로 변화하고 있는지를 살펴본다. 이러한 논의를 바탕으로 장애에 대한 사회적 반응 및 서비스 패러다임의 변화가 우리나라의 실천현장에 요구하고 있는 함의들을 모색한다.

장애인에 대한 20세기 이전의 사회적 반응은 사회적으로 부적합하며, 장애는 개인의 책임으로 생각하였다. 그러다가 20세기 중반기와 후반기를 거치면서 장애에 대한 사회적 책임이 중요하게 제기되었다. 이러한 장애에 대한 사회적 반응의 변화는 장애를 설명하는 개념적 모델에서도 변화를 초래하였는데, 이른바 개별적 모델에서 사회적 모델로의 변화이다. 또한 사회적 반응 및 개념적 모델의 변화는 세계보건기구의 장애정의 및 분류에 영향을 미쳐서 1980년, 1997년, 2001년에 걸쳐서 새로운 정의와 분류체계들이 제시되었다. 이러한 변화들은 장애인에 대한 사회복지서비스 패러다임의 변화와 관련이 있으며, 이러한 흐름은 강점중심의 접근, 능력강화접근법, 사례관리, 자립생활모델 등을 통해서 설명된다.

장애에 대한 사회적 반응, 장애 개념, 서비스 패러다임의 변화는 동일한 방향으로 일관되게 전개되고 있다. 이러한 일관된 변화에 대한 논의를 통해서 본 연구에서 제기하는 실천현장에서의 합의는 사정과정에서 장애 당사자의 참여 강화, 사회·환경적 관점을 강조하는 방향으로의 사정 도구의 재검토, 장애당사자의 자기결정능력을 극대화하기 위한 정보제공 기능의 강화, 장애 당사자의 공식적 및 비공

* 이 논문은 한국학술진흥재단 중점연구소(성공회대학교 사회문화연구소; 2001-005-C20013) 지원 연구비에 의하여 연구되었음.

** 성공회대학교 사회복지학과 조교수

식적 원조망에 대한 지원 강화, 자조집단 프로그램의 강화, 배치모델에서 지원모델로의 전환 등으로 요약될 수 있다.

주제어 : 장애개념, 사회적 모델, ICF(international classification of functioning, disability and health), 사회복지실천, 참여, 지원모델

1. 서 론

서구사회에서 장애인에 대한 사회복지 서비스의 본격적인 발전은 2차 세계대전 이후 장애인에 대한 사회적 인식 변화와 함께 시작되었다. 동시에, 전쟁으로 인한 장애인에 대한 사회적 인식의 변화는 장애인 자신들의 권리에 대한 자각과 기대에서도 큰 변화를 가져오는 요인이 되었다. 1945년 이후 장애인을 위한 서비스의 성격은 세 가지의 단계를 거치면서 발전하였다(김용득, 2001).

첫 번째 단계는 보호차원의 배려에 중점을 두는 서비스로서, 이 단계에서는 장애인을 방치의 대상이나, 노동 가치를 상실한 무가치한 존재로 파악하던 이전의 방식에서는 진일보 한 것으로서, 장애에 대한 사회적 책임을 인정하면서, 일정한 수준 이상의 치료와 보호를 받으면서 살아가야 하는 존재로 인식하였다.

두 번째 단계는 훈련과 교육에 중점을 두는 서비스이다. 이 단계는 장애인의 기능적, 직업적 재활을 위한 기능훈련에 중점을 두는 서비스들이 집중적으로 개발된 시기라고 할 수 있다. 이 단계는 장애인의 기능훈련을 통한 능력향상의 잠재력을 인정했다는 면에서 이전의 단계에서 진일보한 것이며, 이 단계에서는 장애인에 대한 교육과 훈련이 강조되는 특징을 가진다고 할 수 있다.

세 번째 단계는 지역사회에서의 통합된 생활에, 즉 지역사회생활(community living)에 초점을 두는 서비스이다. 이 단계에서는 장애인의 기능회복과 교육훈련의 성과는 일정한 한계가 있을 수밖에 없으며, 이러한 한계의 근본적인 원인은 사회적인 장애요소에 기인하기 때문에 사회에 내재해 있는 물리적, 심리적 장애요소들을 제거하여야 하며, 동시에 지역사회에서 독립적으로 생존할 수 있도록 하는 재정적, 전문적 서비스들이 강조된다고 할 수 있다.

이러한 세 단계의 발전을 거칠 때마다 장애에 대한 상이한 패러다임이 제시되었다. 이는 장애인들과 관련된 이전과는 다른 전제, 신념, 가치, 서비스 모델, 실천모델들이 도입되는 것을 말한다. 이상의 각 단계에서는 장애를 파악하는 시기가 달랐으며, 따라서 장애인을 위한 서비스 프로그램의 방향도 완전히 다른 것이었다고 할 수 있다. 이러한 각 단계로의 변천은 차례로 나타났지만 중복해서 일어나기도 하여 최근에는 세 가지 단계에 해당하는 서비스가 공존하기도 한다.

우리나라의 경우에는 본격적인 장애인복지의 역사가 1970년대 말에서 1980년대 초반에 시작하여 이러한 세 가지 단계의 순차적 출현을 설명하기는 쉽지 않다. 우리나라의 경우 이러한 각 단계의 특징들이 시간적 격차 없이 외국의 선진 모델이라는 이름으로 다양한 형태들이 도입되었다. 장애인 주거시설의 경우 주류를 이루고 있는 서비스는 100명 이상 단위의 대규모 시설들이 반면, 정책적으로는

소규모의 가정 형태 주거 방식인 공동생활가정이 대폭 강조되고 있는 추세이다. 지역사회서비스 기관들의 경우에도 장애인복지관들은 대부분 치료, 교육, 훈련의 초점을 유지하고 있는 반면에, 다른 한편에서는 지역사회 자립을 지원하는 패러다임이 새로이 강조되고 있는 실정이다.

이러한 서비스 패러다임의 변화는 장애인에 대한 인식, 장애인 자조 운동의 흐름 등을 반영하는 장애개념의 변화와 맥락을 같이하고 있다. 세계적으로 통용되는 장애개념은 세계보건기구(WHO)를 통하여 수정·재안되고 있다. 장애개념은 의료·개별적 접근에서 사회·환경적 접근을 강조하는 방향으로 변화하고 있다.

사회복지실천의 특징은 개인과 환경간의 균형에 대한 강조, 클라이언트의 자기결정의 존중, 권익옹호자로서의 역할의 강조, 클라이언트의 능력강화(empowerment)에 대한 강조 등으로 묘사될 수 있다. 이러한 특징은 장애인에 대한 서비스가 장애에서의 사회적 측면의 강조, 자립생활의 강조, 현존 지역사회에서의 다양한 지원의 확보와 유지 등을 강조하는 장애인복지의 새로운 패러다임에 부합하는 것이라고 할 수 있다. 이러한 점에서 장애인 서비스 영역에 종사하는 사회복지사들은 최근의 장애인 서비스의 패러다임의 변화를 주목할 필요가 있으며, 적극적으로 주거시설이나 지역사회재활서비스 기관에서의 중심적인 역할을 수행할 수 있는 전문적으로 자리 매김 할 수 있는 자극으로 인식할 필요가 있을 것이다.

이러한 장애인 서비스 패러다임의 변화와 관련한 적극적인 대처 노력은 두 가지 측면에서 이루어질 필요가 있다. 첫째는 장애인 서비스 패러다임의 변화를 주도하고 있는 장애에 대한 인식, 모델, 정의 등에 대한 심도 있는 논의와 이러한 논의들이 함축하고 있는 사회복지 실천에서의 함의들을 확인하는 일이다. 이 논의는 사회복지 전문직이 장애의 기본적인 개념에 충실한 서비스 실천에서 주도적인 역할을 수행할 수 있음을 입증하는 일이라고 할 수 있다. 두 번째는 사회복지실천의 지식과 기술들을 장애인복지에 적용하려는 노력이다. 이는 사회복지 실천이론 및 실천 기술, 사회복지조사기술 및 지역사회 실천 기술, 조직을 다루는 행정 기술, 국가 및 지방자치단체의 정책을 이해하고 접근하는 기술 등의 보편적인 사회복지실천 지식 및 기술을 장애라는 특수한 상황에 접근하여 적용하는 노력을 통하여 장애인복지 영역에서의 사회복지실천 지식과 기술의 유효성을 확고히 하는 과정이라고 할 수 있을 것이다.

본 고에서는 장애인 서비스 패러다임의 변화와 이에 부합하는 사회복지실천의 개발 노력의 첫 번째 영역에 해당하는 논의를 다루고자 한다. 장애에 대한 인식의 변화는 어느 사회를 막론하고 징벌과 분리 단계, 격리와 보호 단계, 치료와 교육 단계, 지역사회 현존에 대한 지원 단계 등을 거치면서 변화되어 왔다. 그리고 장애를 설명하는 주요 모델은 개별적 모델 중심에서 점차 사회적 모델 중심으로 변화해 오고 있다. 이러한 추세들은 체계적으로 장애에 대한 사회적, 법적 정의(definition)에 영향을 미치고 있다. 이러한 영향들은 대표적으로 세계보건기구가 장애에 대한 개념과 정의를 계속적으로 수정해 가고 있는 점들에서 확인된다. 따라서 본 고에서는 이러한 변화들을 조망해 보고, 이러한 변화들이 장애인 서비스 패러다임에서 어떻게 나타나고 있으며, 이러한 전반적인 변화들은 우리나라 사회복지실천에 어떤 함의를 제시하는지를 알아보고자 한다.

2. 장애 개념의 변화

장애라는 용어는 일상에서 매우 폭넓고 빈번하게 사용되는 용어이지만, 이 개념은 매우 모호하고, 논쟁의 여지가 많은 용어라고 할 수 있다. 장애에 대한 공식적인 정의는 1980년 세계보건기구에서 채택한 바 있다(WHO, 1980). 1980년 세계보건기구에서 제시하는 설명에 의하면 장애(disability)는 의학적 손상(impairment)의 직접적인 결과로서 발생하는 것을 의미하며, 손상된 능력이 장애를 구성한다고 하였다(Chubon & Bowe, 1994). 장애는 신체 및 환경 측면과의 상호작용에 의하여 사회생활에의 참여를 제한하는 방식으로 표현된다고 할 수 있다.

우리나라 장애인복지법에서는 '장애인은 신체적·정신적 장애로 인하여 장기간에 걸쳐 일상생활 또는 사회생활에 상당한 제약을 받는 자'로 정의하고 있다. 따라서 장애의 정의에는 신체적 또는 정신적 장애라는 의학적 원인이 존재하며, 이러한 원인에 의하여 일상생활이나 사회생활에 상당한 제약을 받고 있는 상태라는 두 가지의 조건에 의하여 규정된다고 할 수 있다.

장애를 정의하는 시도는 그 사회가 어느 정도의 범위에 속하는 사람들에게 사회정책에 의하여 어떤 내용의 서비스를 제공할 것인가에 대한 주관적인 사회적 합의에 기반을 둘 수밖에 없다. 사회적 약자에 대한 적극적인 옹호와 보호를 강조하는 사회에서는 광범위한 영역을 장애로 인정할 것이고, 사회적 약자에 대한 보호에 소극적인 사회에서는 최소한의 사람들만을 장애로 규정하고, 이들에 대한 최소한의 정책 수단들을 강구하게 될 것이다.

장애 개념에 대한 탐색과 장애에 대한 표준적인 정의를 시도하려는 노력은 장애인이라는 사회적 소수자에 대하여 국가나 사회가 어떠한 관점에서 인식할 것인가, 그리고 사회적 소수자로서의 장애인에 대하여 국가와 사회는 어떤 정책적 수단을 강구할 것인가, 그리고 장애인에게 제공되는 서비스의 맥락은 어떠해야 하는가에 대한 방향을 모색하는 차원에서 그 의미가 인정될 수 있을 것이다.

따라서 장애 개념에 대한 논의는 사회적 소수자로서의 장애인에 대하여 국가나 사회가 가지고 있는 기본적인 관점을 알아보는 일이며, 동시에 어떤 방향에 중점을 둔 정책내용들이 중요한 것인가에 대한 사회적 합의의 결과를 검토하는 일이라고 할 수 있다. 따라서, 이러한 사회적 합의는 장애인복지 서비스의 제공 상황에서 중요한 준거가 된다고 할 수 있을 것이다.

1) 장애에 대한 사회적 반응

(1) 장애에 대한 사회적 반응의 맥락

장애에 대한 사회의 반응은 장애의 원인 및 장애와 관련이 있는 것으로 인식되는 위험요소들에 대한 사회적 인식에 의하여 결정된다고 할 수 있다. 장애의 원인에 대한 인식은 역사적으로 괄목할 만한 변화를 겪어 왔다. 장애 원인에 대한 초기 인식은 영적 및 종교적 차원에 집중되어 있었다. 정신적,

신체적 장애는 신의 징벌의 결과이며, 장애를 가진 사람들은 접촉을 기피하는 대상으로 인식하였다. 18세기 후반에는 정신적 결함의 원인을 유전적인 요소로 보았으며, 이 당시에는 정신적 또는 정서적 장애를 가진 사람들에게 결혼을 금지하거나, 불임시술을 하도록 하는 법이 전 세계의 절반의 국가들에서 입법되었다(Williamson, 2001). 19세기를 거치면서 장애는 의학적 원인에 기인한다는 인식이 일반화되기 시작하였으며, 따라서 의학적 개입이 일반적으로 선호되었다.

20세기를 거치는 동안에 장애의 원인을 사회적인 측면에서 파악하게 되면서, 장애 문제에 대하여 사회가 그 해결책을 제시하여야 한다는 압력이 강하게 인기 시작하였다. 역사적으로 볼 때, 장애에 대한 사회적 서비스는 전쟁 부상 군인들을 대상으로 시작되었으며, 이는 전쟁 부상 장애인들에 대한 사회적 책임을 명확히 설명할 수 있었기 때문이다.

장애에 대한 사회적 책임론이 발전해 가는 과정에서도 구체적인 장애 내용에 따라 사회적 인식과 대처는 상이하게 나타났다. 정신지체장애와 같이 대체로 출생과 동시에 시작되는 장애에 대해서는 장애인 본인의 책임을 강조하지 않았으며, 이들에 대한 사회적 서비스의 제공 의사도 높았다고 볼 수 있다. 반면에 정신질환이나 약물중독과 같은 장애는 여전히 많은 사람들로 부터 당사자의 인격적 결함이 원인으로 인식되었으며, 따라서 사회적인 서비스의 관심 대상에서 배제되어 왔다(Williamson, 2001).

(2) 장애에 대한 사회적 반응의 변천

장애에 대한 사회적 인식은 사회적 맥락을 통해서 설명되어야 한다. 예를 들어 공업생산이 주도하는 초기 산업사회에서는 자본과 임금노동의 관계가 사회경제적 주요 특징이며, 따라서 개인들은 노동 능력이라는 가치에 의해서 규정되며, 상대적으로 노동 능력이 취약한 장애인의 경우에는 사회에 아무런 기여를 할 수 없는 무가치한 존재로 인식되고, 이들에 대해서는 사회적 격리가 일반화되는 경향이 있으며, 장애인들은 스스로를 타인에게 의존하는 존재로 인식하게 된다.

19세기에 유럽과 북미에서 일어난 변화들은 산업화로 표현될 수 있을 것이다. 이 충격의 결과로 사회는 안정적인 농촌공동체로부터 크고 불안정한 도시공동체로 전환되었다. 사회구조의 이러한 변화는 작은 공동체들을 함께 묶어 주었던 가치체계를 파괴하고, 전혀 다른 사회생활관을 강조하는 새로운 가치로 대체하였다. 이러한 가치관에 따라 개인의 사회적 적합성은 부에 의해 측정되었으며, 적합하지 않은 사람들은 자신의 탓으로 돌려졌고, 그 결과를 개인들이 감수하도록 하였다. 봉건사회와 초기산업 사회의 주요 특성들을 보면 <표 1>과 같다.

<표 1> 사회 변화와 장애에 대한 사회적 대응

구 분	봉건사회	초기 산업사회
사회의 경제적 주요 특징	생존을 위한 농업과 가내수공업	자유방임 자본주의, 소규모 제조공업, 전문화된 생산, 대규모 상품 생산과 수출, 임금노동
사회 생활의 구조와 성격	가부장적 귀족정치와 교회에 의한 엄격한 계급체제, 안정된 농촌공동체, 교구와 확대가족에 의한 지원적인 사회망	권위주의, 급속한 산업화와 도시화에 따른 불안정한 사회질서, 개인적인 노력과 생존경쟁에 대한 강조, 개인의 노력 여하에 따른 불평등과 계급체제, 지원망 부재, 핵가족에의 의존, 피구호민의 대량 창출
순응시키려는 개인에 대한 기대들	주거이동의 제한, 공동체에 대한 공헌과 타인에 대한 원조의 의무, 가난한 이웃을 도와야 한다는 기독교의 가르침에 입각한 사회적 상호부조	자기 책임성, 노동의 의무화, 지배적인 사회적 가치에 대한 순응, 타인의 눈에 의해서 자신과 부양가족을 위한 물자 조달의 관점에서 평가되는 개인
정상적인 기대에서 벗어나 있는 사람들에게 대한 신념들	타인에게 위협하지 않는 한 일탈자들에 대한 수용과 관용, 빈민·병자·장애인을 타인으로부터 도움을 받아야 하는 불행한 사람으로 보는 시각	다양한 일탈자 집단 사이의 차이 무시, 사회적 위협으로 간주, 자기 책임, 사회적 무용론, 사회적인 부담이며 사회로부터 제거되어야 한다는 사고방식
문제 있는 사람들에 대한 대응들	공동체가 능력이 있는 한 확대가족·교구·빈민법을 통한 원조, 심리적·육체적으로 사회 구성원으로 존속, 열등함으로 판단하지 않음	사람들로 하여금 더욱 책임감을 가지도록 하기 위한 차별적인 접근, 일탈자로 남는 사람은 사회적·정서적으로 고립되고, 기각되며, 필요하다면 사회로부터 제거됨
문제 있는 사람들을 다루는 태도와 행동	특별한 도우미 집단이 없음, 따라서 특별한 태도와 행동도 없음	대상자들에 대해 비판적이며 적대적임, 시설에서의 보호적이며 통제적인 역할
문제 있는 사람들의 경험들	일부는 추방되지만 대부분은 수용됨	비인간적인 방식으로 열등한 존재로 취급됨, 다른 사람들이 자신을 보는 시각으로 자신을 보려는 경향

자료: Tully, K. 1986. *Improving residential life for disabled people*, South Melbourne: Churchill Livingstone.

오늘날의 접근은 장애인이 사회의 다른 구성원들과 전혀 차이가 없다는 신념에 기초하고 있다. 이것은 장애인들이 생활 패턴과 다른 사람들이 누리는 권리와 자유를 가질 자격이 있다는 것을 의미한다. 그러나 이러한 신념들은 완성된 결과라기보다는 과거의 부정적 대응의 극단에서 참여와 평등으로의 전환과정에서 이해되어야 할 것이다. 이러한 경향은 <표 2>에 잘 나타나고 있다.

<표 2> 20세기 후반 사회와 장애에 대한 사회적 대응

사회의 경제적 주요 특징	혼합경제, 복지국가, 대규모 공공·산업조직에 대부분 고용
사회 생활의 구조와 성격	민주적이고 다원적, 안정된 사회생활, 삶의 질에 대한 가치 부여와 소수집단에 대한 관용, 교육·주거·건강·복지의 개선 증진
순응시키려는 개인에 대한 기대들	모든 시민이 가치 있고 의미 있는 삶을 누릴 수 있게 해야 함, 상당한 정도의 도덕적 관용과 함께 자신에게 어울린다고 생각하는 생활을 할 수 있는 개인의 자유
정상적인 기대에서 벗어나 문제가 있는 사람으로 정의된 사람들에 대한 신념들	자신의 행동으로 인해 일탈하는 사람들에 대한 판단적 신념들, 자신의 잘못이 아닌 다른 원인으로 일탈된 사람들에게서 정당한 원조를 받을 자격 인정
문제 있는 사람들에 대한 대응들	위반자에 대한 계속적인 부정적 대응, 자신의 잘못이 아닌 다른 원인으로 순응하지 못하는 사람들에 대한 긍정적 원조의 증대, 그들도 다른 사람들처럼 살 수 있어야 한다는 인식, 즉 독립적이며 정상적인 방식으로, 기본적으로 다른 모든 사람들과 마찬가지로
문제 있는 사람들을 다루는 태도와 행동	잘못한 사람들에 대한 통제, 그들의 조건에 대해 책임이 없는 사람들의 욕구 충족
문제 있는 사람들의 경험들	보다 더 넓은 관용과 수용, 장애인 사회통합 확대

자료: Tully, K. 1986. *Improving residential life for disabled people*, South Melbourne: Churchill Livingstone.

대부분의 장애인들에게 있어서 개인적·사회적 능력의 발달은 얼마만큼 그들에게 직접적으로 혹은 그들을 돌보는 다른 사람들에게 필요한 지원이 제공되느냐의 여부에 달려 있다. 이러한 관점에서 보면, 장애인에 대한 원조는 자선과 같은 방식에 의존해서는 안 된다. 참여와 완전한 통합의 추구는 여전히 발전시켜야 하는 사회적 반응의 과제로 남아 있다고 볼 수 있을 것이다.

2) 장애의 개념적 모델

장애의 개념적 모델은 크게 개별적 모델과 사회적 모델로 구분될 수 있다. 개별적 모델은 장애를 개인이 가진 의학적, 기능적 문제라고 보는 시각이며, 치료모델 또는 개인중심의 모델이라고 할 수 있다. 반면에 사회적 모델은 장애인이 살고 있는 사회환경의 문제를 중요하게 인식하는 시각이며, 사회행동모델 또는 환경중심의 모델이라고 할 수 있다(권유경, 2001).

(1) 개별적 모델

장애라는 현상을 질병, 종양 및 건강 조건 등에 의해서 직접적으로 야기된 '개인'의 문제로 간주하는 개별적 모델에는 근본적으로 다음의 두 가지가 강조된다. 첫째는 개인의 장애 '문제'에 그 핵심을 둔다는 점이다. 둘째는 이러한 문제의 원인이 장애가 발생시키는 근본적인 제한 혹은 심리적인 상실

에 기인된다고 보는 점이다. 이러한 관점은 장애의 개인적 비극이론을 구성하는 것으로서 장애는 불행한 개인에게 발생하는 끔찍한 사건이라는 것이다(Oliver, 1996).

본 관점은 '의료전문가에 의한 개별적 치료'라는 형태의 의료 보호를 해결책으로 제시하며 장애 관리의 초점을 개인의 보다 나은 적응과 행위의 변화에 둔다. 이에 따라 주된 이슈는 건강보호이며, 이에 장애를 완화시킬 수 있는 건강보호정책을 강조한다. 일명 기능계약모델(이익섭, 1993)이라고 하기도 하며 기존의 의학적 정의와 경제학적 정의가 여기에 포함된다.

<표 3> 장애의 개념적 모델 비교

개별적 모델(the individual theory)	사회적 모델(the social model)
개인적 비극 이론(personal tragedy theory)	사회억압이론(social oppression theory)
개인적 문제(personal problem)	사회적 문제(social problem)
개별적 치료(individual treatment)	사회적 행동(social action)
의료화(medicalisation)	자조(self-help)
전문적 권위(professional dominance)	개별적, 집합적 책임(individual and collective responsibility)
숙련가(expertise)	경험(experience)
조절(adjustment)	긍정(affirmation)
개별적인 정체성(individual identity)	집합적 정체성(collective identity)
편견(prejudice)	차별(discrimination)
태도(attitudes)	행위(behaviour)
보호(care)	권리(rights)
통제(control)	선택(choice)
정책(policy)	정치(politics)
개별적인 적응(individual adaptation)	사회변화(social changes)

자료: Oliver, M. 1996. *Understanding disability: from theory to practice*, NewYork: St. Martin's Press.

(2) 사회적 모델

장애라는 현상을 장애를 가진 사람의 사회통합이라는 관점에서 '사회적인' 문제로 간주하는 사회적 모델은 개별적 모델에서 전제하고 있는 두 가지 강조 점을 완전히 무시하는 것에서 시작된다. 즉 장애는 개인에게 귀속된 것이 아니고 사회적 환경에 의해 창조된 조건들의 복잡한 집합체로 보는 것이다. 즉 장애란 장애인에 대한 제한을 함축하는 모든 것으로서 편견에서 제도적인 차별까지, 접근 불가능한 공공건물에서 사용 불가능한 교통체계까지, 분리교육에서 노동에서의 배제까지를 의미하는 것이다. 장애는 사회 내에 존재하는 것이며 장애인 개인에게 있는 개별적인 제한이 아니고 장애인의 욕구를 사회 내에서 수용하고 이에 적합한 서비스를 제공하는 데 대한 사회의 실패를 의미하는 것이다. 이러한 사회의 실패의 결과는 단순하고 무작위로 개인에게 주어지는 것이 아니고 이러한 실패를 경험한 집단으로서의 장애인들에게 제도화된 차별을 통하여 전달되는 것이다.

장애 문제를 관리, 해결하기 위해서는 '사회행동'을 필요로 한다. 그리고 장애인이 전 영역의 사회

생활에 완전히 참여할 수 있도록 하기 위한 환경의 개조를 필수 요건으로 삼으며 이를 실천하는 것은 사회의 집합적인 책임으로 본다. 이 모델은 사회적 변화를 요구하는 이데올로기적인 것이며 정치적으로는 인권과 관련된 것이다. 따라서 장애 문제 해결을 위한 모든 의도와 목적은 매우 정치적이어야 하며, 장애인과 관련된 주요과제는 장애인들이 직면하고 있는 편견과 차별의 해결에 있다고 한다. 일명 소수집단모델이라고(이익십, 1993) 일컬어지기도 하며 장애에 대한 사회학적, 정치학적 정의가 이에 해당된다.

3) 세계보건기구의 장애 개념

사회복지의 시작과 함께 우선적인 정책 대상이었던 장애인은 매우 단편적인 의미에서 규정되었다. 시대의 변천, 사회복지의 발전과 아울러 장애인에 대한 인식은 개인적인 비극으로 보는 시각에서 사회적인 문제로 보는 시각으로 무게 중심이 점차 옮겨지고 있다. 육체적, 신체적 불편함은 의학과 기술의 발전으로 점점 보완되고 있으며, 신체적 손상을 강조하는 관점에서 벗어나 사회의 한 개인으로서 역할을 수행하는 데 지속적인 문제를 갖고 있는 사람을 장애인으로 파악하는 경향이 강해지고 있다.

이러한 경향은 세계보건기구(WHO)의 장애에 대한 정의에 반영되어 1980년에 ICIDH(international classification of impairments, disabilities, and handicaps) 분류체계가 만들어지게 되었다. 이어서 1997년에는 ICIDH-2가 제안되었는데, 여기서 제시한 손상·활동·참여의 3대 축은 사실상 모든 개인에게 적용이 가능한 것으로, 장애 개념을 크게 확장하게 되었다. 2001년 세계보건기구에서 승인된 바 있는 ICF(International classification of functioning, disability and health)의 경우도 장애에 대한 역동적 설명과 긍정적 용어의 사용을 위한 세계적 노력의 결과라고 할 수 있다.

(1) ICIDH

장애에 대한 가장 일반적인 개념은 세계보건기구에 의해 제시되고 있다. 세계보건기구에서는 ICD(international classification of diseases)를 근간으로 하여 1980년에 장애를 이해하는 새로운 접근으로 ICIDH를 제시하였다. 이 내용은 아래 <표 4>와 같다.

여기서 세계보건기구가 장애의 개념에 대하여 새로운 접근 방법을 채택하는 이유는 손상, 기능제약(disabilities), 사회적 불리(handicaps) 등의 개념 구분을 통하여 장애를 설명함으로써 손상이나 기능제약의 측면보다는 사회적으로 불이익을 받는 상황을 강조하기 위한 것이었다. 이러한 장애 개념을 따르게 되는 경우에는 원인에 관계없이 사회적 불이익을 받는다는 결과를 중심으로 장애를 설명하기 때문에 장애에 대한 사회적 책임론이 확장될 가능성이 높아졌다고 볼 수 있다.

<표 4> ICIDH에 의한 장애의 개념

개 념	의 미	차 원
건강상태	병리학적인 변화로서의 증상이 있다. 즉, 개인적인 차원에서 어떤 '비정상성'이 발생했다.	-
손상	임상적인 질병을 다른 사람이 인식할 수 있게 되었다. 즉, 일반 타인이 개인의 어떤 "비정상성"을 인식하였다.	신체적 차원
기능제한	활동상의 능력 제한이 발생했다. 즉, 개인적인 차원에서 활동 수행 능력이 감소되었다.	개인적 차원
사회적 불리	개인의 활동상의 능력 제한에 대하여 사회적 참여의 제한이라는 사회적 반응이 발생했다. 즉, 개인은 다른 사람에 비해 불리한 상황에 처해졌다.	사회적 차원

자료: WHO, 1980. ICIDH: *International classification of impairments, disabilities, and handicaps*, Geneva: Author.

(2) ICIDH-2

1997년 세계보건기구가 장애의 개념, 범주 등에 대하여 새로이 제안하고 있는 ICIDH-2는 위에서 언급한 개별적 모델과 사회적 모델의 개념적 차이를 한 체계 안에서 설명하려는 노력의 결과이다. 한 개인이 접하게 되는 장애를 3차원의 축(손상, 활동, 참여)으로 설명하면서 손상과 활동(activity)은 개별적 모델의 개념을, 상황요인(contextual factors)과 참여(participation)는 사회적 모델에서의 환경을 제시하고 있다. 그 내용을 보면 다음과 같다.

<표 5> ICIDH-2에 의한 장애 개념

구분	손상유형	활 동	참 여	상황 요인
기능의 수준	신체 (신체의 부분)	개인 (전체로서의 개인)	사회 (사회와의 관계)	환경적 요인(기능상의 외부적 영향) 개인적 요인(기능상의 내부적 영향)
특징	신체 기능 신체 구조	개인의 일상활동	상황에서의 관련	신체적, 사회적, 태도적 세계의 형태
긍정적 측면	기능적, 구조적 통합	활동	참여	촉진자
부정적 측면	손상	활동 제한	참여제한	장벽, 어려움

자료: WHO, 1997. ICIDH-2: *International classification of impairments, activities, and participation. A manual of dimensions of disablement and functioning. Beta-1 draft for field trials*, Geneva: Author.

손상은 신체 구조나 물리적, 심리적 기능상의 상실이나 비정상성을 의미한다. 손상의 차원은 신체 기

능 혹은 신체 구조와 관련된 것으로서 이러한 기능상의 제한, 신체 혹은 신체의 부분의 기본적인 기능을 수행하는데 따르는 불능을 손상이라고 한다. 이에 해당하는 세부 분류는 기능¹⁾과 구조²⁾로 구분하여 제시하고 있다.

활동 및 활동제한(activity limitation)은 일상의 과업에서 기대되는 개인의 통합된 활동으로서 단순하게는 걷기에서부터 쇼핑, 직부 원수 등의 복합적인 활동을 포함하는 용어이다. 따라서, 활동은 행위(action)의 차원을 넘어서는 것이다. 행위는 인간수행(performance)의 기본 단위이며, 장애는 순수하게 생물학적이고 의학적인 현상인 손상과 구별되는 행위 이상의 것과 관련된다고 본다. ICDH-2에서 제시된 활동영역의 분류체계는 보기·듣기·인지하기, 학습·지식적용·과업완수, 의사소통, 운동, 이동, 일상생활, 대인간의 활동, 특정상황에 대한 반응과 처리, 보조적 도구·기술적 원조와 다른 관계된 활동의 사용 등을 포함한다.

참여 및 참여제한(participation restriction)은 손상, 활동, 건강조건, 상황요인과 관련한 생활 상황에서의 개인의 연관성 정도로 정의된다. 따라서 참여의 차원은 사회적 현상을 다루며 개인의 참여의 정도, 참여를 촉진하거나 방해하는 사회적 반응을 의미한다. 다양한 영역에서의 참여는 사회적으로 건강하다는 것을 말하는 것이며, 이는 물리적, 사회적, 환경적 요인을 포함하는 것이다. 다른 환경은 한 장애인에게 다른 영향을 준다. 따라서 참여는 환경과 장애를 가진 사람간의 복잡한 상호작용으로 규정될 수 있다. 참여는 따라서 생태학적이고 환경적인 모델에 의한 것이다. 이에 해당하는 분류는 개인적인 유지와 보호에의 참여, 이동성의 참여, 정보교환의 참여, 사회적 관계의 참여, 교육·노동·레저와 정신적 영역의 참여, 경제생활의 참여, 도시 및 지역사회 생활의 참여 등이다.

(3) ICF

세계보건기구는 장애에 관하여 1980년 ICDH를 국제적 통용안으로 의결하고, 이의 보완을 위하여 1997년 ICDH-2를 제안하였다. 1997년에 제안된 ICDH-2를 근간으로 5년 동안의 현장검증과 국제회의를 거쳐서 2001년 5월에 세계보건위원회(World Health Assembly)는 ICF를 세계적으로 통용될 수 있도록 승인하였다. ICF는 ICDH-2에서 제시되고 있는 대부분의 내용을 계승하면서, 분류체계와 언어사용을 보다 긍정적이며, 환경지향적인 맥락에서 수정한 결과라고 할 수 있다.

ICF는 장애에 대한 개별적 모델과 사회적 모델의 통합을 위한 노력의 결과라고 할 수 있으며, 국제질병분류 체계인 ICD-10과 병행해서 상호 보완적으로 사용하도록 만들어졌다. ICD-10은 질병의 진단에 초점을 두고 있다면, ICF는 기능(function)에 대한 풍부한 정보를 제공하도록 되어 있다.

ICF는 다양한 전문영역과 실천현장에서 기여하기 위한 복합적인 목적을 가지고 있으며, 다음의 몇 가지로 요약될 수 있을 것이다. 첫째, 건강 및 건강과 관련된 상태, 건강관련 성과, 건강관련 결정요소

- 1) 기능의 손상은 정신적 기능, 목소리·말하기·듣기·전정기관과 관련된 기능, 보기능, 다른 감각기능, 심근계 기능과 순환계 기능, 소화·영양 그리고 신진대사 기능, 면역과 내분비 기능, 비뇨생식 기능, 신경근골과 운동관련 기능, 피부와 관계된 구조의 기능 등에서의 손상을 지칭한다.
- 2) 구조의 손상은 뇌, 척추와 관계된 구조, 목소리·말하기와 관계된 구조, 귀·전정기관 구조, 눈과 관계된 구조, 순환계와 호흡계, 소화계와 신진대사계, 면역과 내분비계, 비뇨생식계, 운동과 관계된 구조, 피부와 관계된 구조 등에서의 손상을 지칭한다.

등을 이해하기 위한 과학적 기초를 제공하는 목적이다. 둘째, 건강보호전문가, 연구자, 정책입안자, 장애인을 포함한 일반 대중 등의 서로 다른 집단들의 의사소통을 증진하기 위하여 공통의 언어를 제공하는 목적이다. 셋째, 국가간, 건강보호 전문분야간, 서비스간, 시간간의 자료의 비교가 가능할 수 있도록 하는 목적이다. 넷째, 건강정보 체계에 대한 체계적인 기록 수단을 제공하기 위한 목적이다.

ICF는 장애를 가지고 있는 사람들에게 제한되어 적용될 수 있는 것이 아니라, 모든 사람의 건강에 관련된 요소들을 설명해 줄 수 있는 보편적인 적용이 가능한 틀이라고 할 수 있다. ICF는 인간의 기능과 기능의 제한 요소들의 연관된 상황을 묘사할 수 있도록 해 준다. 이 체계는 정보를 조직화하기 위한 틀로서, 제 1영역에서는 기능과 장애를 다루며, 제 2영역에서는 상황요인들을 다룬다. 이러한 요인들을 설명하면 다음의 표와 같다.

<표 6> ICF에 의한 장애 개념

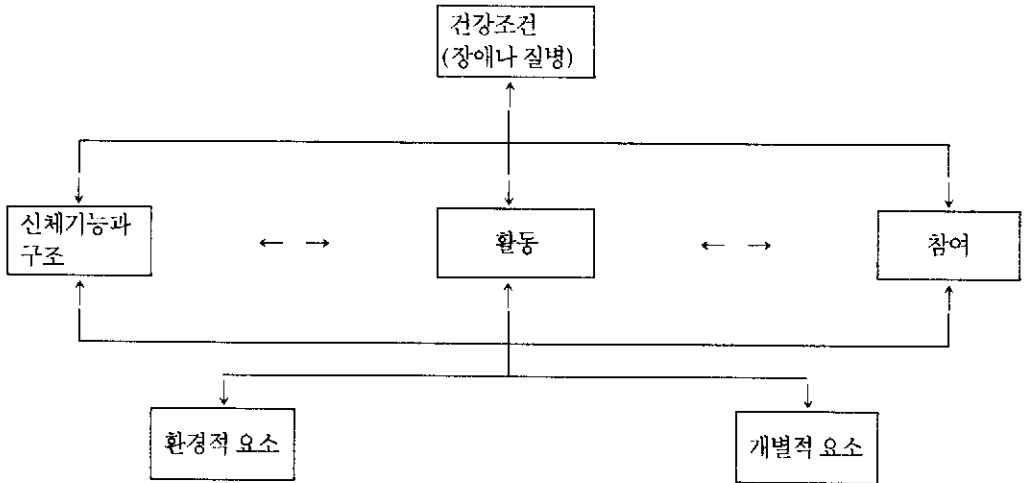
구 분	영역1: 기능과 장애		영역 2: 상황적 요소들	
	구성요소들	신체기능 및 구조	활동과 참여	환경적 요소들
영역	신체 기능 신체 구조	생활영역(과업, 행동 등)	기능과 장애에 영향을 미치는 외적 영향력들	기능과 장애에 영향을 미치는 내적 영향력들
구성물	신체기능의 변화 (생리학) 신체구조의 변화 (해부학)	표준환경에서의 과제수행 능력 현재 환경에서의 과제수행 정도	물리적, 사회적, 인식적 측면에서 촉진 또는 방해하는 힘	개별 특성에 의한 영향
긍정적 측면	기능적, 구조적 통합성	활동과 참여	촉진요소들	해당 없음
부정적 측면	손상	활동제한 및 참여 제한	장벽/방해물들	해당 없음
	장애			

자료: WHO. 2001. *ICF: International classification of functioning, disability and health*. Geneva: Author.

ICF에 의한 장애의 설명은 1980년에 제안된 ICIDH와 기능과 장애의 상호작용에 대한 설명에서 근본적으로 차이가 난다. ICIDH에서는 손상, 능력장애, 사회적 장애의 일방향적인 관계를 전제로 손상의 전제 위에 능력장애가 논의되고, 능력장애의 전제 위에 사회적 장애의 여부를 판단하는 체계였다고 할 수 있다. 그러나 ICF에서는 개인적인 장애나 질병과 상황적 맥락(환경적 요소와 개별적 요소)과의 상호작용에 의하여 기능과 장애를 설명한다. 즉, 특정 영역에서의 개인들의 기능 수준은 건강상태와 상황적 맥락의 상호작용의 결과라고 본다.

다음의 그림은 이러한 특징을 설명하고 있다. 개인의 기능은 신체의 기능과 구조, 활동, 참여 등으로 표현된다. 이러한 세 가지 차원의 기능들은 건강조건과 상황적 맥락에 속하는 환경 요소(사회의

인식, 건축물의 장애요소 정도 등)와 개인적 요소(성, 연령, 인종, 습관, 대처양식 등)의 양 측면에서 영향을 받는다. 예를 들어 호흡기 질환으로 인하여 호흡기능에 문제가 있는 상황을 묘사해 보면 다음과 같다. 호흡기능과 호흡기의 구조, 호흡기능의 제한으로 인한 활동제약의 정도, 이로 인한 사회적 참여 제한의 정도는 상호작용 하면서 기능을 표현한다. 이러한 각 기능은 호흡기 질환의 정도라는 건강조건과 대기의 청정 정도라는 환경 요소, 당사자의 연령이나 문제에 대한 대처 양식이라는 개별적 요소들의 상호작용에 의해 규정된다는 것이다.



자료: WHO. 2001. *ICF: International classification of functioning, disability and health*

<그림 1> ICF 구성요소들간의 상호작용 관계

3. 서비스 패러다임의 변화

1) 장애 개념 및 서비스 시각의 변화

장애에 대한 지배적인 담론이라는 차원에서 보면, 장애를 설명하는 언어들은 개별 및 의료 모델에서 사회적 및 환경중심 모델로 전환되어 가고 있다고 할 수 있다. 이러한 장애 개념 및 정의에서 발견되는 변화는 장애를 지배하는 담론의 변화로 묘사될 수 있을 것이다. 장애담론의 변화는 장애인에게 서비스를 제공하는 주요한 준거가 되는 서비스 패러다임에서의 변화를 요구하고 있다. 이러한 서비스 패러다임의 변화 요구는 다양한 형태로 표현되고 있다. 지역사회서비스 모델, 생애주기, 장애인의 선택, 장애인의 자립생활 등이 새로운 패러다임의 형태들이라고 할 수 있다(김동호, 2000; 김용득, 2000). 새로운 패러다임을 요구하는 장애 개념 및 정의의 변화는 다음의 몇 가지로 요약될 수 있을 것이다.

첫째, 장애의 개념과 정의의 가장 뚜렷한 변화 추세는 장애 당사자의 자기결정과 선택에 대한 강조이다. 장애의 사회적 모델로의 점차적인 전환은 환경의 중요성을 강조함과 동시에 근본적으로는 장애 당사자의 적합한 환경에 대한 자기결정과 선택을 강조하고 있다. 이는 세계보건기구의 최근의 장애 정의에서 환경 요소와 개별적 요소를 동시에 강조하고 있는 점과도 부합하는 것이라고 할 수 있다.

둘째, 장애를 규정하는 개념이 단순모델에서 복합모델로 전환하고 있다는 점이다. 초기의 장애를 규정하는 모델은 개별적 손상이나 능력의 장애를 강조하는 개별적 모델에 기반한 것이었으나, 사회적 모델이 그 설득력을 확장하게 됨에 따라 사회적 모델의 요소를 통합하여 개별적 모델과 사회적 모델을 동시에 설명하려는 시도들이 이루어지고 있으며, 따라서 개념을 설명하는 모델들도 복합적인 내용을 포함하는 추세로 변화하고 있다.

셋째, 장애의 개념 규정에서 환경 요인들을 점차 강조하는 추세에 있다. 환경 요인을 강조하는 추세는 복합적인 모델로 변화하는 추세와 깊은 관련성이 있다고 볼 수 있다. 환경 요인에 대한 강조는 장애에 대한 국가와 사회의 적극적인 역할을 강조하는 관점과 일치하는 것이라고 할 수 있다.

넷째, 장애의 개념 규정에서 긍정적인 용어사용을 강조하는 추세에 있다. 세계보건기구의 장애에 대한 정의를 보면 손상, 기능제약, 사회적 불리 등의 용어를 사용하지 않고 신체구조와 기능, 활동과 참여, 환경 요인, 개별 요인 등을 주요 구성요소로 변경하고 있는 점이 대표적이라 할 수 있을 것이다.

2) 장애인복지서비스의 최근 실천모델

장애담론의 변화는 서비스 실천 현장을 주도하는 실천 모델에 강력한 영향을 미친다. 장애를 개념 정의함에 있어 개별적 모델의 요소들에 대한 강조에서 점차 사회적 모델의 요소를 강조하는 경향은 서비스를 주도하는 실천 모델이 어떤 것이 될 것인가에 영향을 미친다고 할 수 있을 것이다.

사회적 모델 및 환경을 강조하는 개념적 접근은 지역사회에 관련된 접근방법을 강조하는 실천 모델과 연결된다. 본 고에서는 최근의 실천모델들 가운데 장애인 서비스에서 특별히 강조되고 있는 방법으로 네 가지 모델에 대해 논의할 것이다. 첫 번째와 두 번째는 강점중심과 능력강화 접근으로 잠재력과 능력에 대한 개념적 준거 틀을 제공할 것이다. 세 번째는 사례관리로 이는 최근 들어 사용되는 대표적인 사회복지 전문 실천모델이라고 볼 수 있다. 마지막으로 자립생활모델은 장애인을 중심으로 개발되고 발전되어 온 것으로 장애인의 자기결정권과 시민권에 기초한 것이다(Mackelprang & Salsgiver, 1999). 이러한 각 접근법은 장애에 대한 인식과 개념의 변천에 따라, 전통적인 대인 서비스 기관의 역할에 대한 새로운 대안들로 제시되고 있다는 점에서 사회복지실천에서의 함의를 도출하는데 유용할 것이다.

(1) 강점(strength) 중심의 접근

전문가들이 장애인을 시민으로 보지 못하고 그들의 장애를 먼저 본다는 것은 대단히 위험하다. 지금까지 서비스 실천가들은 사람들을 결핍, 병리학에 근거한 시각에서 바라보는 것이 보편적이었다. 이와는 대조적으로 강점 관점에서 접근할 경우 전문가들은 제한보다는 능력, 수용 그리고 기회에 초점

을 맞추게 된다.

강점 관점을 사용하는 실천가는 그들이 함께 일하는 사람들의 수행능력과 잠재력에 초점을 맞추는 것은 물론 개인문제 보다는 환경적인 문제 해결에 노력한다. 그들은 지역사회, 사회구조 그리고 제도의 영향을 강조하며, 실천의 목표는 개인적 삶의 향상을 넘어서 클라이언트의 역량 발전과 사회적 자원의 평등한 분배에까지 이른다. 이 모델에 의한 실천가는 개인의 능력을 강화하고 삶을 스스로 조절할 수 있도록 북돋아 주고 추진의 동력을 줄 수 있다. 장애인 이용자와 관련해 그들은 장애인이 모든 사람과 동등하게 의사소통을 할 수 있도록 도와주는 역할을 수행하게 된다. 실천은 소비자 중심의 협력관계에서 시작되며 개입은 거시적, 중간적, 미시적 수준의 모든 차원에서 가능하다.

(2) 능력강화(empowerment) 접근

능력강화접근법은 사람들에게 그들의 삶을 지배하도록 조장할 것을 요구하는데, '개인이나 대인관계 또는 정치적인 능력을 증가시킴으로써, 각 개인들이 그들이 처한 상황들을 개선할 수 있는 행동을 취할 수 있도록 하는 과정'으로 정의한다.

능력강화 개입은 클라이언트의 강점, 클라이언트의 이웃과 지역사회 자원들, 그리고 해결이 가능하다는 전망에 초점을 맞추고 있다. 능력강화의 결과는 사회적, 조직적 환경에 대한 클라이언트의 증가된 능력이다. 능력강화 개입은 다른 사람으로부터 지혜와 통찰력을 얻은 경험이 있는 클라이언트로부터 도움을 받고 있는 방법도 포함한다. 이것은 자립생활모델에서는 또래상담(peer counseling)으로 알려져 있다.

(3) 사례관리(case management)

지난 20년 동안 서비스 실천에 있어 사례관리 방법은 사회복지 서비스를 제공하는데 있어 뛰어난 방법론으로 발전해왔다. 사례관리는 사회사업의 실천모델에 있어 케이스워크 실천과 유사하다. 그렇지만, 사례관리는 미시적 체계에 초점을 두고 우선적으로 개입하기보다는, 클라이언트에게 영향을 주는 체계들과의 전문적인 개입을 강조한다.

사례관리는 두 개의 기능들을 동시에 포함하고 있다. 첫째, 지역사회내의 클라이언트에게 개별화된 조언, 상담, 치료를 제공하는 기능이다. 둘째, 지역사회 기관과 비공식적인 원조망들에 의해서 제공될 수 있는 자원들과 필요한 서비스들을 클라이언트에게 연결시키는 기능이다. 이러한 점에서 사례관리는 거시적이고 미시적이다. 그것은 개인적 실천과 지역사회의 실천에 있어 통합된 형식을 필요로 한다.

게다가, 사례관리는 지역사회로부터 넓은 범위의 조정과 함께 장기 케어관리를 가능하게 한다. 중증장애를 가진 사람들에게 사례관리 기법을 사용하는데 있어, 사례관리자들은 사정을 하고, 개인에게 필요한 서비스들을 찾는다. 이 서비스들에는 주거, 건강, 정신건강, 사회화, 여가생활, 그리고 교육 등이 포함될 수 있다. 필수적인 서비스들이 달성된 후에는 사례관리자가 이 서비스들이 유지되고 있는지 지속적으로 각 사례들을 점검한다. 그들은 상담자, 대변자, 교육자, 그들의 클라이언트나 환자들을 대신하는 중개자 등 다양한 역할과 기능들을 수행한다.

(4) 자립생활모델(independent living model)

최근 들어 우리나라에서도 소개되기 시작한 자립생활모델은 진보적인 개입모델로 분류될 수 있다.³⁾ 이 모델은 소비자들이 자신의 삶을 관리하는 자립생활을 강조한다. 사례관리의 근간이 전문적 실천에 기반하고 있는 반면, 자립생활모델은 장애에 대한 사회적 모델과 소수자 관점에서 출발하고 있다. 소수자 관점은 장애인은 소수이며, 장애를 가지지 않은 사람들에게는 당연하게 주어지는 기회가 박탈된 사람이라고 여긴다. 사회적 모델은 가치하락, 기회 부족 그리고 억압이 장애인을 가로막는 가장 큰 장애물이라고 여긴다.

이 접근들은 개인적 결핍 때문에 서비스를 찾는다는 가정에서부터 장애에 대한 전통적인 접근법과 구별된다. 문제를 정의하는데 있어, 자립생활모델에서는 장애를 가진 사람의 사회적, 환경적 결핍을 가장 먼저 찾는다. 자립생활모델은 문제는 개인에 의해서 생기는 것이 아니라 부적응적이고 적대적인 환경에서 생겨난다고 여긴다. 장애인이 가진 가장 큰 문제는 그들의 개인적인 한계가 아니라 그들을 사회와 분리하고 기회를 제한하는 제도인 것이다. 즉 장애인들의 가장 큰 문제는 능력부족이 아니라 기회의 부족이라고 본다.

자립생활모델은 장애를 가진 사람들에 대한 기대라는 면에서 다른 실천모델들과는 다르다. 이 모델에서는 장애를 가진 사람들은 능력 있는 사람으로서 인식된다. 장애인들이 무능력하다고 가정하는 전통모델들은 장애인들이 그들을 통제하고 결정하는 다른 사람들, 대개 전문가들을 필요로 한다고 가정한다. 자립생활모델은 장애를 가진 사람도 충분히 기능을 할 수 있다고 전제한다.

장애를 가진 사람을 위한 자립의 전반적인 목적을 성취하기 위해, 자립생활모델 개입은 다음의 다섯 가지 목표에 초점을 둔다. 첫째, 소비자들에게 지역적인, 종교적인 자원들에 대한 정보를 제공하고 소비자들이 이 자원들과 서비스들에 접근할 수 있도록 하는 일이다. 둘째, 서비스가 필요한 사람들을 위한 보조자에 의한 케어(attendant care)를 촉진하는 일이다. 셋째, 동료상담을 제공하는 일이다. 넷째, 자신에게 경제적으로 알맞고 이용하기 쉬운 주택을 얻을 수 있도록 개인들과 함께 노력하는 일이다. 다섯째, 개별적이고 정치적인 옹호 방법을 교육하는 일이다.

3) 김동호(2000)는 자립생활모델에 입각하여 우리 나라 장애인복지관을 분석하였다. 그의 연구에서는, '우리 나라에서 재가장애인서비스의 핵심적인 역할을 수행하는 장애인복지관이 특수한 기능의 향상을 목표로 하는 재할프로그램을 제공하는데 그치고 있고 전문가 중심으로 운영되고 있어 장애인 당사자의 자기결정과 선택을 통해 역량강화를 이끌어 내는 방식의 서비스는 제공하고 있지 못하며, 또한 지역사회에서의 통합된 생활을 가능하게 하고 유지하는 데 유용한 지원서비스를 제공하는 데까지는 이르지 못하고 있음을 보여주고 있다고 주장하고 있다.

4. 사회복지실천에서의 함의

1) 장애와 우리나라 사회복지실천 현장

산업사회 초기에 장애인은 '노동생산에 기여할 수 없는 사회적으로 무가치한 존재'로 낙인화 되었다. 이러한 전통은 의료적 모델로 이어져, 장애인은 '장기간의 능력 개발을 위한 재활과정에 배치되는 것이 필요한 사람'으로 인식되었다. 그러다가, 전쟁과 산업재해 등의 사회적 원인에 기인하는 장애인의 증가, 장애인의 인권에 대한 강조, 장애인의 시민적 권리에 대한 강조 등의 영향을 받아서, 장애 문제를 능력의 관점에서 차별의 관점으로 전환하게 되었다. 이러한 경향이 세계보건기구의 장애개념에 영향을 미쳐서, ICDH, ICDH-2, ICF 등의 개념 분류체계를 만들어 내도록 하였다.

이러한 전반적인 개념의 변화는 장애인에게 제공되는 서비스의 실천 맥락에도 영향을 미쳐서 강점 중심의 접근, 능력강화접근, 개인의 지원체계를 강조하는 사례관리, 장애인의 주체적 권리와 행동을 강조하는 자립생활모델 등이 주요한 실천모델로 등장하기에 이르렀다. 이러한 흐름은 장애개념의 변화와 함께, 세계적으로 장애인 서비스를 주도하는 흐름으로 자리하고 있다.

이러한 시점에서 우리나라 장애인복지 실천현장에서 이러한 개념 변화와 주도하는 실천모델의 흐름에 부합하는 실천적 함의들을 모색하는 것은 시급하고도 중요한 일이라고 할 수 있다. 우리나라에서 사회복지사들이 활동하고 있는 대표적인 장애인복지 실천현장은 장애인생활시설, 지역사회재활시설, 직업재활시설 등이라고 할 수 있다(보건복지부, 2002).

장애인생활시설은 입소장애인의 지역사회복귀를 목표로 하는 생활시설, 중증장애인의 시설 보호를 목적으로 하는 요양시설, 만 7세 이하의 아동에 대한 주거 및 전문적 재활서비스 제공을 목적으로 하는 영유아시설 등이 있다. 우리나라의 장애인 생활시설은 대규모 형태로 인한 개별성 존중의 미흡, 지역사회와 분리된 시설운영 등으로 인하여 많은 비판을 받아오고 있다. 그러나 최근에는 선도적인 시설들에서부터 장애인의 개별성을 존중하기 위한 환경의 변화와 서비스 체계의 변동을 위한 움직임이 활발히 일어나고 있다. 이들 시설들에서는 소규모 운영을 지향하면서, 지역사회 중심으로의 삶과 프로그램의 이전을 강조하고 있다.

지역사회재활시설은 장애인복지관, 주간보호센터, 단기보호센터, 공동생활가정, 재활병(의)원, 장애인체육관 등이다. 이 가운데 가장 대표적인 기구는 장애인복지관이며, 최근 들어 해마다 급격히 증가하여 현재 80여 개소에 이르고 있다. 장애인복지관은 앞으로도 계속 확대 설치될 것으로 보인다. 장애인복지관은 지역사회에 거주하는 장애인의 재활을 위해 교육, 의료, 직업 등의 사회적 서비스를 제공하고 있다. 장애인복지관의 운영 모델을 주도하는 흐름은 서비스의 종류, 전문영역의 구성, 장애인의 사정방식, 프로그램으로의 배치, 프로그램의 구성 등에서 개별적 및 의료적 모델에 입각한 요소들이 주도적이라고 볼 수 있다. 그러나 최근 들어서 장애인복지관의 기능에 대한 새로운 패러다임의 필요성을 강조하는 논의가 활발히 이루어지고 있으며, 이러한 패러다임에 입각한 시험적인 시도들이 이루

어지고 있다.

직업재활시설은 장애인에게 최저임금 수준 이상의 근로기회를 제공하기 위한 근로시설, 지역사회에서 경쟁고용이 어려운 중증장애인의 노동참여 기회를 보장하기 위한 보호작업시설, 일정한 훈련과정을 거쳐서 경쟁고용에 진입할 수 있도록 지원하기 위한 직업훈련시설, 직업적으로 최중증의 장애인에게 근로기회를 부여하기 위한 작업활동 시설 등이 있다. 직업재활시설은 장애인의 자립에 있어서 직업이 차지하는 중요성에 입각하여, 활발히 확대 설치되고 있으며, 최근 들어서는 훈련 후 배치에서 배치 후 훈련을 강조하는 지원고용 모델이 직업재활서비스의 주도적인 흐름으로 등장하고 있다.

우리 나라 장애인서비스 실천 현장은 영역과 운영 주체에 따라 다소간의 차이가 있긴 하지만, 대체로 개별적 및 의료적 모델의 요소들에 입각해 있다고 할 수 있다. 그리고 실천 현장 전반에서 새로운 실천 모델에 대한 요구가 나타나고 있으며, 새로운 패러다임에 입각한 실천 방법의 개발이 공통적인 과제로 설정되어 있다고 할 수 있다(김용득, 2000).

2) 실천 현장 합의

장애인서비스 실천 현장을 개별적 모델의 주도에서 환경 요소를 강조하는 사회적 모델의 주도로 바꾸어 나가야 한다는 데는 대체적인 합의가 있는 것으로 보인다. 그러나 이러한 합의에도 불구하고, 우리나라에서 실천 현장의 변화가 제대로 진행되지 못하고 있는 이유는 개념적 모델의 설정, 실천모델의 채택과 같은 추상적인 수준에서는 논의들이 이루어지지만, 이러한 논의들을 실천 가능한 구체적인 대안으로 발전시키지 못하고 있기 때문인 것으로 보인다. 이러한 점에서 실천모델의 수준에서 더 나아가 구체적인 실천현장에서의 합의가 모색될 필요가 있다. 여기서 제시되는 우리나라 실천 현장의 합의는 장애의 개념적 준거로서 사회적 모델을 강조하는 흐름과, 이와 관련한 새로운 실천모델에 입각한 것들이다.

(1) 사정 과정의 당사자 참여

당사자 주도의 서비스 흐름은 변화하는 장애의 개념적 모델에도 부합하는 것이며, 능력강화와 강점 중심의 접근 및 사례관리 접근과 일치한다. 그리고 자립생활모델에서도 당사자 주도를 강조하고 있다. 사정 과정에서 당사자의 참여는 실질적이고 구체적이어야 한다. 이러한 방안으로 사정결과를 논의하는 절차인 사례회의 과정에서 장애인 본인이나 보호자의 참여를 권리로 인정하고, 이를 적극적으로 격려하여야 한다.

사례회의 과정에서 본인이나 보호자는 질문을 제기할 권리가 있으며, 본인의 의사와 일치되지 않는 정보에 대해서는 수정을 요구할 수 있어야 한다. 그리고 사례회의를 거쳐 개별서비스 계획이 확정되는 과정에서 본인이나 보호자가 서비스 계획에 동의하는 서명을 서비스가 시작되는 전제조건으로 제도화하여야 한다.

(2) 사정에 사용되고 있는 도구들의 재검토

현재 사용되고 있는 도구들은 능력평가, 심리평가 등의 개념이 주도하고 있다(김용득·이지수, 2001). 사회적 진단이라는 이름으로 환경 정보들이 수집되는 경우도 있지만, 이러한 정보들이 서비스 계획의 중심에 서지 못하고 있다. 장애인 서비스에서 사회적 요소에 대한 강조는 최소한 개별적 요소와 사회적 요소의 균형을 요구한다. 이러한 전체가 성립되기 위해서는 새로운 사정도구가 도입되어야 한다.

새로운 사정도구는 개별적 요소와 환경 요소들의 균형을 이루어 있어야 하는데, 지금까지 개발된 도구들 중에 이러한 요구를 충족시키는 것으로는 세계보건기구에서 제시하고 있는 ICF 체크리스트⁴⁾가 추천될 수 있을 것이다(WHO, 2001). 그리고 특별히, 정신지체에 대한 사정을 위해서는 1992년에 AAMR(American association of mental retardation)에서 제안한 진단 및 분류체계⁵⁾가 활용될 수 있을 것이다(AAMR, 1997). 구체적인 사정 도구의 선택은 개별 서비스 기관 단위에서 판단되어야 할 것이지만, 사정도구가 개별적 요소와 환경적 요소의 균형에 입각해 있어야 한다는 점과, 이러한 사정 도구가 서비스 계획 수립과정에서 주도적인 역할을 수행하도록 하여야 한다는 점이 강조되어야 할 것이다.

4) ICF 체크리스트의 개괄적인 구성은 다음과 같다.

첫 번째 영역은 장애인의 개인적인 정보를 기술하는 영역이다. 두 번째 영역은 신체 구조와 기능에 관한 것으로서, 신체기능에 관한 내용은 8개의 하위영역에 33개의 구체적인 질문 영역을 포함하고 있으며, 손상의 정도를 9점 척도로 표기하도록 되어 있다. 그리고 신체 구조에 관한 내용은 8개의 하위영역에 17개의 질문 영역을 포함하고 있으며, 각 영역에 대하여 손상의 정도 9점 척도, 구조 변화의 양상 9점 척도, 손상부위 7점 척도로 표기하도록 되어 있다. 세 번째 영역은 활동 제약과 참여 제한에 관한 것으로 10개의 하위영역에 49개의 구체적인 질문으로 구성되어 있다. 그리고 각각의 하위영역에 대하여 참여제한의 정도와 활동 제약의 정도를 각각 9점 척도로 표시하도록 되어 있다. 네 번째 영역은 환경 요소들에 관한 것으로, 6개의 하위영역에 33개의 구체적인 질문으로 구성되어 있다. 그리고 각각의 하위 영역에 대하여 환경의 제약정도와 환경의 촉진정도를 각각 4점 척도로 표시하도록 되어 있다. 다섯 번째 영역은 기타 맥락에 관한 것으로, 이 영역은 문장으로 서술하도록 되어 있다. 개인의 장애와 환경을 포괄적으로 묘사하도록 하는 질문과 기능수행에 영향을 미치는 개인적 요소(습관, 생활양식 등)들을 묘사하도록 되어 있다.

5) AAMR에서 1992년에 제안한 새로운 정신지체에 대한 진단, 분류, 지원의 체계의 특징은 다음과 같다.

첫째, 장애의 진단에서 다 차원적인 접근을 강조하고 있다는 점이다. 즉, 정신지체의 진단을 위해서는 유의한 수준 이하의 지능과 10가지 적응기술 영역에서 2가지 이상의 영역에서의 제한성이 존재하며, 18세 이하에서 시작되는 것을 조건으로 한다. 둘째, 정신지체의 접근에 있어서 3가지 단계를 설정하고 있다. 단계 1은 정신지체의 진단이며, 단계 2는 분류와 묘사이며, 단계 3은 필요한 지원의 윤곽과 강도이다. 셋째, 개인적 요소와 환경 요소간의 균형을 강조하고 있으며, 서비스 지원에서는 환경주도의 접근을 강조하고 있다고 볼 수 있다. 이를 위하여 단계 2와 단계 3에서는 네 가지 차원을 도입하고 있는데, 이는 지적기능과 적응기술(차원 1), 심리적/정서적 고려(차원 2), 신체적/건강/원인의 고려(차원 3), 환경적 고려(차원 4) 등이다. 넷째, 배치가 아닌 지원을 강조하고 있다. 배치 과정은 일정한 서비스 프로그램 메뉴를 두고 여기에 정신지체에 대한 사정 결과를 바탕으로 배치하는 방식을 말하여, 지원이란 개인별로 필요한 지원의 종류와 강도가 결정되고, 개인에 대한 서비스는 개인별로 필요한 지원에 의해 이루어지는 것을 말한다.

(3) 당사자의 자기결정을 지원하는 정보제공 및 안내기능 강화

장애인의 국가 및 민간 서비스 이용과 미래 계획의 수립을 위해서는 적절한 정보의 제공이 필수적이다. 자립생활모델에 입각하여 영국의 SIA(Spinal injury association)에서 제공하는 복지서비스의 대표적인 것이 정보제공 및 상담기능이다. 이 상담기능을 통해서 척수장애인에게 제공된 정보제공 서비스는 경제적 이슈, 요실금, 다른 정보 제공 기관으로의 연결, 독립생활, 주택, 의료, 보조장구 및 장비, 통증, 우울증, 성문제, 아이양육, 여성자조집단, 고용, 연구, 이동, 법, 주거보호, 여가, 도우미, 교육, 접근권, 기타 등의 24개 범주로 나타나고 있다(d' Aboville, 1991).

우리 나라의 장애인복지 서비스 기관에서 제공하는 정보제공 기능은 기관의 서비스 종류와 중앙정부 및 지방정부에서 제공하는 공공복지서비스 영역에 국한되어 있는 것으로 보인다. 따라서 정보제공 기능이 취약하기 때문에 정보제공 상담은 중요한 프로그램으로 부각되지 못하고 있는 실정이다. 정보제공 및 상담기능이 구체적으로 도움이 되기 위해서는 서비스 기관의 정체성과 관련이 있는 몇 가지 장애영역들을 특화시키고, 정보제공의 종류도 공공서비스, 의료, 직업, 교육, 민간 서비스 정보, 법률, 주택, 재활 보조기기 등의 광범위한 분야를 포함하도록 하는 것이 필요할 것이다.

(4) 자연적·비공식적 원조망에 대한 접근 강화

장애인이 지역사회에서 최대한의 독립적인 생활을 영위할 수 있도록 하기 위해서는 장애인복지서비스 기관에서 제공하는 서비스만으로는 충분하지 않으며, 또한 장애인이 공식적인 체계에 완전히 의존하는 상태는 바람직하지 않을 수도 있다. 가장 바람직한 지역사회에서의 생활은 가족이나 이웃 또는 자생단체들에 합류하여 자연스러운 통합을 유지하고 있는 상태라고 할 수 있다. 장애인서비스 기관은 이러한 바람직한 상태를 만들고, 그러한 상태가 유지될 수 있도록 돕는 것이 일차적인 기능이라고 할 수 있다.

이를 위해서 개인별 서비스 계획을 수립할 때 장애인 당사자와 그 가족 및 지역사회 민간 지원 기능들이 공식적인 서비스 제공기관과 같이 회합에 참여하도록 해서, 장애인 서비스 제공기관의 전문가로부터 수집된 정보를 공유하고, 개인의 지역사회 생활을 위해서 지원할 수 있는 최대의 요소들을 조직화하는 과정을 거칠 필요가 있다. 이러한 프로그램은 가족 네트워크 회합(communitary network meeting), 지역사회 네트워크 회합(communitary network meeting), 생애양식 계획(life style planning) 등의 명칭으로 알려져 있다(AAMR, 1997; Farrel & Hutter, 1984; O'Brien, 1987).

이 네트워킹 프로그램은 공식적인 장애인복지 서비스 기관의 키 워커(key worker)가 장애인으로부터 입수된 개인 및 환경 정보를 종합하고, 당사자나 부모로부터 자연적 원조 망에 속할 수 있는 사람들의 리스트를 제공받아 회합에 초청하게 된다. 이 과정에서 키 워커는 공식적 원조 망의 주요 담당자들이 같이 참여하도록 해서, 한 회합에 10명 내지 20명의 사람들이 초청된다. 회합의 진행에서 키 워커는 사정과정에서 수집된 정보를 체계화하여 제공하며, 장애인의 최적 환경의 상태를 묘사하게 된다. 이러한 정보공유의 과정이 있은 후에 참석한 사람들은 장애인의 최적 환경의 구성과 유지에 기여할 수 있는 요소들을 토론하며, 각 자의 기여할 수 있는 역할을 제안한다.

이러한 토론 과정을 통해서 합의된 개인에 대한 다양한 지원 계획을 키 워커는 일괄하여 정리하여, 회합에 참여한 개인에게 통지한다. 회합 이후의 키 워커의 역할은 각 자원 망들이 적절하게 역할을 수행하고 있는가에 대한 점검과 새로운 문제 상황이 발생했을 때 필요한 조정의 역할을 수행하게 된다. 이러한 프로그램이 지향하는 바는 장애인에 대한 서비스 제공에 있어 배치가 아닌 개별적 지원을 강조하는 새로운 경향과 부합하는 형태로 서비스 제공기능을 변화시키고자 하는 것이다.

(5) 자조집단(self-help group) 프로그램 강화

장애개념의 변화 및 장애인복지서비스의 새로운 패러다임은 장애 당사자의 주체적인 참여와 자기 결정 및 선택권을 강조하고 있다. 이러한 경향은 환경 측면에서 볼 때, 장애인 당사자들의 환경의 통제능력을 강화시킴으로써, 주체적으로 환경을 활용할 수 있도록 한다는 점에서 환경의 중요성을 강조하는 흐름과도 부합된다.

우리나라 장애인생활시설, 장애인복지관, 직업재활시설 등은 대체로 전문가 주도의 프로그램 형태가 일반적이다. 자조집단이 활성화되기 위해서는 전문가의 자조집단에 대한 지원 의지 이전에 장애인의 지역사회생활에 기초적인 경제, 교육, 직업 등의 영역에서의 일정 수준 이상의 지원이 전제되어야 한다. 우리나라의 경우는 아직, 지역사회의 재할기반이 취약하기 때문에 당사자 주도의 다양한 자조집단의 형성에 좋은 조건을 갖추고 있다고 보기는 어려우며, 이러한 점이 현재 우리나라에서 이러한 경향의 프로그램이 활성화되지 못하고 있는 맥락이라고 볼 수 있을 것이다. 우리나라에서의 이러한 현실적 어려움에도 불구하고, 장애인의 자기결정권을 존중하고, 자기결정에 기초한 선택이 이루어지도록 하는 방식이 다양하게 모색될 수 있는 현실적인 가능성도 인정되어야 한다(김용득, 1998(a)).

우리나라의 실천현장에서 자조 성격의 프로그램들이 잘 발전되지 못하고 있는 이유는 환경 취약성의 문제 이외에도, 관료적 조직형태로 운영되는 장애인서비스 조직상의 문제, 개별적 모델에 입각한 훈련을 받아온 전문가들의 지향성의 문제, 공공 서비스에 대하여 권리로 인식하는 경험이 빈약하여 서비스에 의존적인 경향을 가진 클라이언트의 문제 등으로 설명될 수 있을 것이다.

이러한 문제점들을 점차적으로 개선하면서, 장애개념의 변화와 서비스 패러다임에 부합하는 실천이 이루어지기 위해서는 현재의 프로그램 과정에 자조적인 요소들이 대폭 강조되는 것이 필요할 것이다. 예를 들어 장애청소년의 방과후 프로그램에서 지역사회 체험 중심의 10주간의 프로그램이 구성된다고 할 때, 어디를 어떤 교통수단을 통해서 갈 것인가 등의 문제는 먼저 결정되어 있어야 할 영역이 아니라, 초기의 프로그램 과정에서 프로그램 참여자들이 참여해서 결정하는 방식들이 일반화되어야 한다. 그리고 지체장애인의 컴퓨터를 이용한 직업재활 프로그램에서 미리 결정된 일련의 훈련 프로그램만으로는 적합성과 효율성이 낮을 가능성이 높을 것이다. 직업훈련 프로그램의 자조적인 운영은 관련 업종의 취업환경의 탐색, 적합한 세부 훈련 영역 등의 결정과정에 당사자의 주도적인 참여가 최대화 될 수 있도록 하는 실질적인 자조성의 확보가 중요할 것이다.

(6) 배치모델에서 지원모델로 전환

우리나라 대부분의 장애인복지서비스 기관의 서비스 제공 내용은 '프로그램'이라는 명칭으로 묘사

된다. 그리고 이러한 프로그램은 대상기준, 실시시간, 담당자, 활동 내용 등이 미리 구조화되어 있는 상태에서, 장애인을 배치하는 방식으로 운영되고 있다. 이러한 이유로 인하여, 장애인에 대한 초기 사정 과정은 재활서비스 계획에 필요한 정보를 수집하는 과정으로서의 의미보다는 제공기관의 프로그램 대상으로 적절한가 그리고 적절하다면 어떤 프로그램에 투입되는 것이 바람직한가를 결정하는 과정으로서의 의미가 더 강하다고 할 수 있다. 그리고 서비스 제공 기관의 대부분의 전문 인력들은 각 프로그램 담당자로 배정되어 있어, 다른 형태의 융통성 있는 서비스 제공은 불가능한 구조를 가지고 있다.

이러한 경직된 서비스 제공 방식에 벗어나기 위해서는 서비스의 제공 모델이 배치모델에서 지원모델로 전환될 필요가 있을 것이다. 지원모델에 의한 서비스는 개인의 사정 과정에서는 능력과 환경의 양 측면에서 다양한 정보가 수집될 것이며, 이 정보에 의하여 개인에게 적합하다고 생각되는 다양한 서비스 대안이 논의될 것이다(AAMR, 1997). 그리고 서비스 제공 전문가는 키 워커로서 개인 중심의 융통성과 창의성에 입각한 지원 방안을 논의하고, 모색하게 될 것이다.

5. 결 론

본 고에서는 세계적인 범위에서 장애 개념 및 정의의 변화 추세를 고찰하고, 이러한 변화 추세에 영향을 받아서 제기되고 있는 새로운 패러다임의 실천 모델들을 살펴보았다. 그리고 이러한 장애 개념 및 정의의 변화와, 이에 입각한 새로운 패러다임의 등장이 요구하는 실천적인 함의들을 제시하였다.

우리나라에서도 장애 개념 및 정의의 변화 방향과 이에 따른 새로운 실천 모델의 등장은 바람직한 발전이라는 데에는 별다른 이의가 없는 것으로 보인다. 다만, 문제가 되는 것은 현재의 서비스 실천 방식에서 새로운 패러다임에 입각한 실천 방식으로 변화하기 위해서는 구체적으로 어떤 점들에서 변화의 출발을 삼아야 할 것인가에 대한 대안제시가 빈약하였다는 점이라고 할 수 있다.

이러한 시점에서 본 고는 장애 개념 및 서비스 패러다임의 요구에 부합하기 위하여 장애인서비스 기관에 종사하고 있는 사회복지 실천가들이 수행해야 할 것으로 보이는 몇 가지 실천 현장 차원에서 언급될 수 있는 함의들을 제시하였다. 이는 사정과정에서 장애 당사자의 참여, 개인과 환경을 균형 있게 보는 사정 도구의 도입, 자기결정을 극대화하기 위한 정보제공 기능의 강화, 지역사회 자립을 지원하는 비공식 원조 망의 강조, 자기결정의 원리에 입각한 자조형태의 프로그램 강화, 배치모델에서 지원모델로의 변화 등이다.

이러한 실천 함의들은 장애개념 및 서비스 패러다임의 변화에 부응하는 서비스 실천을 만들어 내기 위한 출발점이라는 관점에서 설명된 것들이다. 장애인 서비스 기관의 사회복지 실천가들이 이러한 변화의 요구들을 성공적으로 수행하기 위해서는 신중한 준비와 계획이 필요하다. 일반적으로 서비스 기관에서의 변화는 변화의 이유가 합당하다는 사실만으로 충분하지는 않다. 성공적으로 변화하기 위해서는 변화 이유와 방향에 대한 조직 구성원들의 전반적인 합의가 마련되어야 한다. 사회복지조직 뿐만 아니라 일반적으로 조직은 변화에 대하여 저항하는 속성이 있다. 이러한 저항을 최소화하기 위

해서는 조직의 전체 구성원들이 변화에 적극적으로 참여할 수 있도록 유도하는 과정을 거쳐야 한다 (김용득, 1998(b)).

조직이 어떤 변화를 이끌어 내는데 관련되는 가장 중요한 문제들은 변화에 대한 구성원들의 저항과 새로운 서비스 형태에 구성원들이 적응하는 과정에서 생기는 시간의 손실이다(Arnold, 1992). 먼저 변화에 대한 저항은 과거의 형태에 구성원들이 익숙해 있고, 서비스 절차에 대하여도 이전의 절차를 심리적으로 보다 편하게 생각하기 때문에 새로운 상황으로의 변화에 저항하는 경향이 있다. 그리고 이전의 상황에서 차지하고 있던 지위나 역할이 변화로 인하여 상실될 수도 있다는 불안감 역시 변화에 저항하는 요인이다. 두 번째는 변화로 인한 시간의 손실이 문제로 지적될 수 있다. 서비스의 내용이 달라지면 새로운 서비스에 적응하고, 이전의 활동 수준으로 조직의 효율성을 회복하는 데 일정한 시간이 소요될 수 있다. 변화의 초기에는 변화된 체계에 적응하는 과정에서 이전의 형태에서 보다 서비스를 제공하는 데 더 많은 시간이 걸릴 수 있기 때문에 시간의 문제는 변화에 대한 저항을 커지게 하는 요인이 되기도 한다.

이러한 점들 때문에 변화를 수행하기 전에 충분한 교육과 토론의 과정이 필수적으로 선행되어야 한다. 이 교육과정에서는 장애 개념 및 정의의 변화 추세, 이에 따른 새로운 서비스 실천 패러다임의 내용들, 구체적으로 모색되어야 하는 변화 출발점 등의 일관된 맥락이 제공되어야 할 것이다.

장애인복지 서비스 조직에서의 이러한 변화의 시작은 장애인서비스의 과제라는 측면과 사회복지실천의 과제라는 측면을 결합시키는 일이라고 할 수 있다. 장애인 서비스를 자기결정과 선택에 기초하여 환경적 지원을 강조하는 방향으로 변화하는 것은 세계적인 장애 담론의 요구라고 할 수 있으며, 이는 동시에 장애인복지 영역에서의 사회복지사의 실천 여지를 강화시키는 것이라고 할 수 있을 것이다.

참 고 문 헌

- 권유경. 2001. "장애개념과 등급." 김용득·유동철 편, 『한국장애인복지의 이해』, 인간과 복지, pp. 89-130.
- 김동호. 2000. "자립생활페러다임에서 본 한국 장애인복지관 연구", 석사학위논문. 연세대학교 행정대학원.
- 김용득. 2000. "장애인종합복지관 재구조화 방안: 생애주기, 팀워크, 지역사회서비스 모델을 중심으로", 『한국사회복지행정학』, 제3호 pp. 65-93.
- _____. 2001. "장애인복지 이념의 동향", 김용득·유동철 편, 『한국장애인복지의 이해』, 인간과 복지, pp. 19-62.
- _____. 1998(a). "장애인 자조집단." 장애인복지시설협회, 『장애인복지 프로그램 운영방법』, pp. 693-703.
- _____. 1998(b). "장애인재활시설에서의 팀 협력 향상을 위한 전문 분야간 상호이해훈련 프로그램의 효과성 연구", 박사학위논문, 서울대학교 대학원.
- 김용득·이지수. 2001. "장애인종합복지관의 사정과 서비스", 김용득·유동철 편, 『한국장애인복지의 이해』, 인간과 복지, pp. 311-325.
- 보건복지부. 2002. 『장애인복지사업 안내』.
- AAMR. 1997. 『정신지체: 진단, 분류, 지원의 체계』, 박승희 역, 교육과학사.
- 오혜경. 1997. 『장애인복지학입문』, 아시아미디어리서치.
- 이성규. 2000. 『사회통합과 장애인복지정책』, 나남.
- 이익섭. 1993. "한국장애인복지정책의 이념정립을 위한 고찰", 『한국사회복지학회 '93추계세미나자료집』.
- Arnold, E. 1992. "First steps toward an interdisciplinary approach to rehabilitation", *Clinical Rehabilitation*, 6.
- Brown, R. I. 1997. *Quality of life for people with disabilities*. UK: Stanley Thomes.
- Chubon, R. E. & Bowe, F. G. 1994. *Social and psychological foundations of rehabilitation*. Illinois: Charles C Thomas
- d'Aboville, E. 1991. "Social work in an organization of disabled people", In *Social work: disabled people and disabling environments*. edited by Oliver, M. & Clark, T. London: Jessica Kingsley Publishers. pp. 64-85.
- Eisenberg, M. G., Sutkin, L. C., & Jansen, M. A. 1984. *Chronic illness and disability through the life span*. NewYork: Springer.
- Farrel, F. Z. & Hutter, J. J. 1984. "The family of the adolescent: a time of challenge", In *Chronic illness and disability through the life span*. edited by Eisenberg, M. G., Sutkin, L. C., & Jansen, M. A. NewYork: Springer. pp. 150-163.
- Gardner, J. F. 1995. "Maintaining quality and managing change: administration in transition", In *Community rehabilitation services for people with disabilities*. edited by Karan, O. C. & Greenspan, S. 1995. MA: Butterworth-Heinemann. pp. 113-133.
- Lewis, J. A. & Lewis, M. D. 1989. *Community counseling*. California: Brooks/ Cole Publishing.
- Mackelprang, R. W. & Salsgiver, R. O. 1999. *Disability: a diversity model approach in human service*

- practice*. Brooks/Cole Publishing.
- O'Brien, J. 1987. "A guide to life-style planning: using the activities catalog to integrate services and natural support system", In *A comprehensive guide to the activities catalog: An alternative curriculum for youth and adults with severe disabilities*. by Wilcox, B. & Bellamy, G. T. Baltimore: Paul H. Brookes. pp. 175-189
- Oliver, M. 1996. *Understanding disability: from theory to practice*. NewYork: St. Martin's Press.
- Oliver, M. 1990. *The politics of disablement: A sociological approach*. NewYork: St. Martin's Press.
- Richard, L. & Samuel, H. 1999. "Self-determination and consumer control: guiding principles in the empowerment model as utilized by the disability rights movement", In *Empowerment practice in social work*. edited by Shera, W. & Wells, L. M. Toronto: Canadian Scholars' Press. pp. 159-177.
- Tully, K. 1986. *Improving residential life for disabled people*. South Melbourne: Churchill Livingstone.
- Williamson, C. 2001. "Social work practice with people with disabilities", In *Social work: A profession of many faces*. edited by Morales, A. T. & Sheafor, B. W. (19 Eds.). MA: Allyn & Bacon. pp. 345-368.
- Wolfensberger. 1983. *Passing: Normalization criteria and ratings manual (2nd Ed.)*. NY: Community Newset.
- WHO. 1980. *ICIDH: International classification of impairments, disabilities and handicaps: A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva: Author.
- WHO. 1997. *ICIDH-2: International classification of impairments, activities, and participation. A manual of dimensions of disablement and functioning. Beta-1 draft for field trials*. Geneva: Author.
- WHO. 2001. *ICF: International classification of functioning, disability and health*. Geneva: Author.

Changes in the Concept of Disability and its Implications for Social Work Practice

Kim, Yong-Deug

(Assistant Professor, SungKongHoe University)

This study attempts to identify the changes in social reactions to disabilities in general, and to research the contextual implication of these changes in social work practice in Korea.

In the early years after the Industrial Revolution, disability was conceived as social unfitness and it was assumed that the cause and responsibility could be attributed to people with disabilities. But, in the midst and late 20th century, social responsibility for people with disabilities was argued and generally accepted.

As the results of these changes, conceptual models explaining disabilities have changed gradually; there has been a transition, so called, from individual model to social model. In a similar vein, WHO has refined the definition and classification of disability. Related to these changes, social welfare service paradigm for people with disabilities has shifted. This paradigm shift can be explained with the perspective of strength approach, empowerment approach, case management and independent living model.

In Korea, 1998 Act on welfare for people with disabilities meant that social service for the disabled were categorized with, namely, residential service, community rehabilitation service and vocational rehabilitation service. Recently, the extent of these services has been rapidly broadened.

In these situation, this study researched to identify the implications on social work practice in the context of changes in social response, conceptual model, definition and also service paradigm. Such as the followings are enumerated for the implications: disabled person's participation in assessment process, development of assessment tools focusing on social and environmental perspectives, reinforcement of information service helping self-determination, supporting on formal and informal helping network, expanding self-help programs and, finally, a shift from displacement model to support model.

Key words : concept of disability, social model, ICF(international classification of functioning, disability and health), social work practice, participation, support model.

[접수일 2002.8.7 게재확정일 2002.10.2]