creative commons

COMMONS DEED

저작자표시-비영리-변경금지 2.0 대한민국

이용자는 아래의 조건을 따르는 경우에 한하여 자유롭게

- 이 저작물을 복제, 배포, 전송, 전시, 공연 및 방송할 수 있습니다.

다음과 같은 조건을 따라야 합니다:

저작자표시. 귀하는 원저작자를 표시하여야 합니다.

비영리. 귀하는 이 저작물을 영리 목적으로 이용할 수 없습니다.

변경금지. 귀하는 이 저작물을 개작, 변형 또는 가공할 수 없습니다.

- 귀하는, 이 저작물의 재이용이나 배포의 경우, 이 저작물에 적용된 이용허락조건을 명확하게 나타내어야 합니다.
- 저작권자로부터 별도의 허가를 받으면 이러한 조건들은 적용되지 않습니다.

저작권법에 따른 이용자의 권리는 위의 내용에 의하여 영향을 받지 않습니다.

이것은 이용허락규약(Legal Code)을 이해하기 쉽게 요약한 것입니다.

Disclaimer

dCollection

[UCI]I804:24011-200000256980

2012년 2월

박사학위논문

특수교육대상자 치료지원에 대한 부모 인식 연구

조 선 대 학 교 대 학 원

특 수 교 육 학 과

강 경 희

특수교육대상자 치료지원에 대한 부모 인식 연구

A Study on Parents' Perception of Therapeutic Support for Students with Special Education Needs

2012년 2월 24일

조 선 대 학 교 대 학 원

특 수 교 육 학 과

강 경 희

특수교육대상자 치료지원에 대한 부모 인식 연구

지도교수 김 남 순

이 논문을 교육학박사 학위신청 논문으로 제출함

2011년 10월

조 선 대 학 교 대 학 원

특 수 교 육 학 과

강 경 희

강경희의 박사학위논문을 인준함

위 원 장	대구대학교 교수	조 인 수	(인)
위 원	전남대학교 교수	고 은	(인)
위 원	조선대학교 교수	정 은 희	(인)
위 원	조선대학교 교수	허 유 성	(인)
위 원	조선대학교 교수	김 남 순	(인)

2011년 12 월

조선대학교 대학원

목 차

ABSTRACT ····· v

Ⅰ. 서 론 ····· 1
1. 연구의 의의 ····· 1
2. 연구의 목적 ····· 4
3. 용어의 정의 ····· 5

Ⅱ. 이론적 배경 ····· 7
1. 특수교육대상학생에 대한 치료지원 체제 ····· 7
2. 치료지원 현황 ····· 25
3. 선진 외국의 치료지원 실태 ····· 47
4. 선행연구 ····· 60

Ⅲ. 연구 방법 ····· 63
1. 연구 대상 ····· 63
2. 연구 도구 ····· 68
3. 연구 절차 ····· 71
4. 자료 분석 ····· 73

Ⅳ. 연구 결과 ····· 74
1. 치료지원 제도 및 정책 구조 ····· 74
2. 치료지원 시행과정과 방법 및 내용 ····· 95
3. 치료지원의 문제점과 개선방안 ····· 102
4. 특수교육대상자의 치료지원에 대한 부모 인식 ····· 115

Ⅴ. 논 의 ····· 128
1. 방법의 논의 ····· 128
2. 결과의 논의 ····· 129

Ⅵ. 결론 및 제언 ····· 138
1. 결 론 ····· 138
2. 제 언 ····· 141

참고문헌 ····· 142

부 록 ····· 148

표 목 차

<표 Ⅱ-1> 각 나라별 특수교육대상자의 범주 ····· 12
<표 Ⅱ-2> 장애인 등에 대한 특수교육법의 특수교육 관련서비스 정의 ····· 16
<표 Ⅱ-3> 특수교육진흥법과 특수교육법상의 치료교육관련 조항비교 ····· 18
<표 Ⅱ-4> 치료지원 적용학년 ····· 19
<표 Ⅱ-5> 사회사업법상 장애아동 재활치료 관련조항과 내용 ····· 20
<표 Ⅱ-6> 제정 교육과정 시기의 치료교육 활동 ····· 24
<표 Ⅱ-7> 개정 교육과정 시기의 치료교육 활동 ····· 24
<표 Ⅱ-8> 장애아동 재활바우처 소득수준에 따른 지원 범위 ····· 31
<표 Ⅱ-9> 장애아동 재활치료서비스 절차와 내용 ····· 33
<표 Ⅱ-10> 교과부 치료지원과 보건복지부 장애아동 재활치료서비스 비교 ····· 35
<표 Ⅱ-11> 연도별 특수교육 대상학생 배치 현황 ····· 36
<표 Ⅱ-12> 최근 5년간 장애영역별 학생수 ····· 37
<표 Ⅱ-13> 최근 치료지원 현황 ····· 38
<표 Ⅱ-14> 시도별 특수교육 학생수 ····· 39
<표 Ⅱ-15> 지역별 치료지원 현황 ····· 40
<표 Ⅱ-16> 장애아동 재활치료서비스 대상자 수와 예산 ····· 41
<표 Ⅱ-17> 2010년 전국인구수와 지역별 장애아동 재활치료 현황 ····· 42
<표 Ⅱ-18> 미국 IDEA의 관련서비스의 각 유형과 정의 ····· 50
<표 Ⅱ-19> 일본 관련서비스 미취학 학생을 위한 제도적 차원 ····· 55
<표 Ⅲ-1> 연구대상자의 특성 ····· 64
<표 Ⅲ-2> 소득 수준에 따른 추가 경비 지출 ····· 65
<표 Ⅲ-3> 응답자의 일반적 특성 빈도 및 비율 ····· 67
<표 Ⅲ-4> 면담 질문지 구성영역과 내용 ····· 69
<표 Ⅲ-5> 설문지의 구성 영역 및 내용 ····· 70
<표 Ⅲ-6> 치료지원 인식 및 만족도 요인분석 ····· 71
<표 Ⅳ-1> 치료지원 인식, 만족도, 프로그램 내용 인식 비교 ····· 115
<표 Ⅳ-2> 치료지원 인식, 만족도, 프로그램 내용 간의 상관관계 ····· 117
<표 Ⅳ-3> 치료지원 인식 ····· 118
<표 Ⅳ-4> 치료지원의 인식과 만족에 인구통계적 변인에 따른 평균 ····· 119
<표 Ⅳ-5> 치료지원의 프로그램 내용 ····· 120

<표 Ⅳ-6> 치료지원 시행과정 ····· 122
<표 Ⅳ-7> 정책수립의 주체 ····· 123
<표 Ⅳ-8> 치료지원의 개발방향 ····· 123
<표 Ⅳ-9> 치료지원의 의견 중심 ····· 123
<표 Ⅳ-10> 치료지원의 횟수 ····· 124
<표 Ⅳ-11> 치료지원의 치료사와 관련된 문제점 ····· 124
<표 Ⅳ-12> 치료지원의 내용 편성 ····· 124
<표 Ⅳ-13> 치료지원의 활성화 ····· 125
<표 Ⅳ-14> 치료지원의 선택기준 ····· 125
<표 Ⅳ-15> 치료지원의 문제점 ····· 126
<표 Ⅳ-16> 치료지원의 개선방안 ····· 126

ABSTRACT

A Study on Parents' Perception of Therapeutic Support for Students with Special Education Needs

Kang Kyeong-Hee
Advisor : Prof. Kim Nam-Soon, Ph.D.
Department of Special Education,
Graduate School of Chosun University

This study is purposed to examine the current institution, system, and constitution on therapeutic support by the Ministry of Education, Science and Technology and rehabilitation service for children with disabilities supported by the Ministry of Health and Welfare. Then, this study is intended to investigate parents' perception about it, whether therapeutic support is provided for individual child's individual needs and desires, and its problems through an in-depth interview. In order to achieve this purpose, parents' perception levels on therapeutic support and improvement methods are established by grasping essential problems through literature review on previous researches and organizing interview questionnaires.

The subjects of this study were parents who resided in Gwangju, had children receiving therapeutic support, and gave their consents to an interview through direct visit to each institution-hospital, private and nonprofit groups, welfare therapy center, etc.-or by telephone and finally 20 qualified subjects were selected.

The subjects of this study were 195 parents who resided in Gwangju and had children with disabilities receiving therapeutic support.

This study is conducted to examine the perception of therapeutic support in parents of students with special education needs. Finally the following conclusion was drawn.

First, as regards the system and policy structure of therapeutic support, parents' perception related to the understanding of therapeutic support was to have more meaning in the reduction of economic burden by economic support. There was an opinion that parents of children with disabilities, a state, and related groups all should become the subjects of therapeutic support policy to establish a rational policy. On the other hand, most parents did not know about individualized education plan. Although some parents knew about that, they responded negatively to executive parts. For the cooperation and need of an individualized support team, the understanding level of organizing an individualized education support team was slightly low.

Second, as regards the executive process, methods, and contents of therapeutic support, for satisfaction at the procedure of therapeutic support, most parents obtained information from other parents rather than asked administrative organs. For satisfaction at educational expenses support, many parents expected more support and a realistic level of self-burden which was expended with therapeutic support. For provision institutes, rehabilitation service for children with disabilities by the Ministry of Health and Welfare could be received only in two selected places in each district and it was narrow to select institutes. For satisfaction at the time and frequency of operating therapeutic support, many parents were satisfied at 40-minute class, but felt that frequency was not enough. For satisfaction at the quality and diversification of therapeutic support program, many parents hoped ongoing educational support in the field beyond the therapeutic area. Many parents considered that therapist's professionalism and quality was important and mentioned

the importance of correction understanding of children with disabilities and their suitable education intervention. Satisfaction at the contents of therapeutic support program was high. Satisfaction at a program place was average, satisfaction at provision institutes and operation time was average, and satisfaction at program quality was high.

Third, as regards problems and improvement methods for therapeutic support, it was difficult for parents to take a class in the place appointed only by each district. Many parents said that it was difficult to receive a proper help by administrative organs. In other words, organs providing therapeutic support should be expanded. Also, most parents pointed out the diversification of provision frequency and therapeutic support, the reduction of their self-burden, and the lack of publicity by administrative organs.

Finally, as regards perception satisfaction levels associated with therapeutic support factors, males had higher perception than females, subjects with high school certificate had higher perception than those with college education, and therapeutic support on children under 10 was higher than that those over 10. For extra expenses on therapeutic support, less than 100,000 won was the highest. For the contents of therapeutic support programs, subjects in their thirties had higher perception than those in their forties and subjects with high school certificate had high perception. For extra expenses, less than 100,000 won was perceived positive. For the correlation among perception, satisfaction, and contents of therapeutic support, high satisfaction was associated with high perception and high knowledge on therapeutic support program was associated with high satisfaction. For the results of perception on therapeutic support, most parents' understanding of the objectives and subjects of therapeutic support was high, their perception on executive methods and budget and application ways was average, most of them

responded yes to the selection of provision institute, and their perception on therapeutic area was average. For the contents of therapeutic support programs, service preparation, initial assessment, plan, process, and assessment showed relatively high perception, suggesting good assessment for the contents of therapeutic support.

For the executive process and contents of therapeutic support, parents' perception on rational and proper establishment of government's therapeutic support was average and most parents felt policy related to therapeutic support was not enough. The direction of developing therapeutic support was the highest in children's rehabilitation and the organization of opinions on therapeutic support was the highest in parents. The frequency of therapeutic support was the commonest in three times per week, the highest problem related with therapists was found in their professionalism, the commonest content organization of therapeutic support was found in language therapy, and the activation of therapeutic support asked government's expansion of financial support.

The standard of selecting a therapeutic support institute was high in therapist's qualification or major. For improvement methods of therapeutic support, the highest problem was found in economic burden of therapeutic expenses, followed by the lack of diverse therapeutic programs. The first improvement method was pointed out in complicated procedures and the lack of administrative guidelines, and the secondary one was the narrow width of selecting service programs.

Ⅰ. 서 론

1. 연구의 의의

“인간은 교육을 통해서 궁극적으로 무엇을 추구하는가”에 따라서 각기 교육의 목적이 다르게 기술될 수 있고 단순히 개개인이 왜 교육활동을 하는가의 문제에 있어서는 더욱 쉽게 교육의 목적을 설정할 수 있다. 하지만 국가단위 혹은 학교단위나 일정한 발달단계에 도달한 아동들 수준에서의 목적 설정은 교육대상의 다양성 때문에 매우 어려운 일이다. 이는 각자 다른 잠재 능력으로부터 흥미의 차이, 삶의 방식과 목표의 차이, 환경의 차이들이 존재하기 때문이다(김남순, 2010).

특수교육의 목적은 개인적·정서적 안정을 통한 사회적 적응과 경제적·직업적 안정을 통한 자아실현에 있다. 특히 장애학생은 각 개인이 갖고 있는 잠재 능력이 모두 다르기 때문에 각자의 장애학생 요구에 맞는 교수적 수정과 그들의 능력을 향상시킬 수 있는 다차원적인 접근이 필요하다.

오늘날 특수교육은 사회화과정, 조성작용으로서의 큰 의미를 갖는다. 특별한 교육적 요구를 가진 경험의 재구성을 통한 사회화과정과 개체와 환경과의 조화를 통한 적응체계를 극복해 나가는데 생태학적 관점에 초점이 두어지고 있다.

장애학생의 장애영역과 장애정도에 따른 개개인 독특한 요구에 맞는 차별화된 지원이 이루어질 때 특수교육의 효과는 극대화 된다. 장애유형이 동일하다고 할지라도 그 장애학생 개개인마다 지닌 능력과 또 다른 능력간의 차이 즉 개인 내의 차이(intra-individual difference)까지 매우 크고 다양한 특성이 고려되어야 한다(김정권·한현민, 2001).

학생들 개개인의 차이성, 특수성에 맞는 의료, 교육, 심리, 사회적인 재활서비스가 제공되어야 하며, 장애아동의 자립생활을 기초로 실질적인 지역사회 통합을 위한 결과중심 전환 교육활동이 전개되어야 한다. 자립을 하기 위한 전제 조건으로는 살아가는데 필요한 다양한 지식과 일상생활 활동을 수반할 수 있는 자기결정 능력이 배양되어야 하며 이는 장애학생들에게 적절한 교육적 접근을 필요로 하고 있다. 학생의 독특한 교육적 욕구에 부응하는 가장 적절한 교육이 이루어지기 위해서는 학생의 특성과 능력 정도에 적합한 교육으로서 다양한 교육 방법과 개별화 교육,

개성과 능력에 알맞은 선택이 보장되는 교육 체제가 갖추어졌을 때 가능하다(김남순, 2010).

장애 학생 개개인의 능력에 맞는 교육을 통해서 그들의 능력을 최대한 발휘하고 장차 사회 구성원으로서 살아갈 수 있도록 일차적으로 취해야할 조치는 의료적 측면의 지원과 교육적 지원이다. 장애 아동을 위한 특수교육이 보다 효율적으로 이루어지기 위해서는 장애를 극복하고 보상해 줄 수 있는 일련의 관련서비스가 필수적이다. 특수교육 관련서비스는 특수교육이 일반교육과는 다른 특수성을 잘 나타나게 하는 특별 지원 활동이며 특수교육 대상 학생들의 장애 조건을 보상· 교정· 개선하게 하는데 필요한 일련의 서비스 활동이다(이필상, 2007). 즉 관련서비스는 장애를 가진 특수교육대상자가 자신의 독특한 개별적 요구에 적절한 교육을 받을 수 있도록 이를 보장하기 위한 하나의 조치이다(Turnbull, 2002, 함미나, 2010).

「장애인 등에 대한 특수교육법」에서는 특수교육대상자의 요구를 충족시키기 위하여 특성에 적합한 교육과정과 특수교육 관련서비스 제공을 통하여 이루어지는 교육활동을 특수교육으로 정의하고 있다. 특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위하여 필요한 인적· 물적 자원을 제공하는 서비스로서 관련서비스를 제공하도록 규정하고 있다. 그 이면에는 장애학생을 위한 교육적 재활 활동은 아동 개개인의 필요와 개별 요구를 특수교사에게만 의존하는 교과 및 발달 학습만으로는 충족시킬 수 없다. 따라서 아동의 장애영역, 장애정도, 특성 등 아동 개개인의 필요와 개별 욕구에 맞는 의료적, 심리적, 사회적, 지원 활동이 바로 특수교육 관련서비스이다. 이렇듯 특수교육은 장애아동의 요구를 수용하기 위하여 직접 서비스와 간접 및 자문 서비스, 그리고 관련서비스 등으로 대별되는 지원서비스를 제공하고 있다(Hallahan & Kauffman, 2000). 보편적으로 관련서비스는 특수하게 훈련된 전문가에 의해서 제공되는 직접 또는 간접 서비스를 총칭한다(황복선, 김수진, 2002).

미국의 경우 모든 장애학생에게 무상의 적절한 공교육(A free approprite public education)을 실시하도록 연방법률 하에서 개별화교육 계획팀이 관련서비스 지원을 결정하면 해당 학생에게는 무상으로 필요한 서비스가 제공된다(Gary. M. Clark, 2000). 이때 서비스 제공 범위는 학생 개개인의 욕구에 얼마나 기반하고 있는지 여부에 의해 판단된다(Edward. L.Mayen, 1995). 관련서비스를 제공하는 것은 학교의 책임으로 개별화교육계획에 명시되어 있다. 장애학생에게 필요한 치료서비스 전문가들은 특수학교 또는 지역 교육청에 고용되어 전담 또는 순회교사로 관련서비스

를 제공하는 경우가 많다(Rainforth, York, & McDoland, 1993, 송영준 외, 2007).

일본의 경우도 특수교육 관련 서비스는 교육과 복지 부분에서 공동으로 이루어지고 있다. 교육 분야에 있어서 우리나라와 매우 유사한 제도로 지원이 이루어지있으나, 각 지원 제도마다 그에 따른 예산이 명확히 규정되어 있는 점이 다르다. 학교에서 이루어지는 관련서비스는 작업치료, 물리치료, 언어치료, 부모교육, 이동서비스 등에 관한 지원제도 뿐만 아니라 의료적 차원의 지원이 명확하게 실천되고 있다. 후생 복지성(보건복지부)에 따르면 장애학생의 의료비 부담은 전혀 없으며, 특수교육 분야와 연계한 다양한 지원이 실질적으로 이루어지고 있다(국립특수교육원, 2008).

우리나라의 특수교육 관련서비스는 상담지원·가족지원·치료지원·보조 인력지원 · 보조 공학기기지원·학습보조기기지원·통학지원·및 정보접근지원 등을 제공한다. 학부모를 대상으로 장애영역별 특수교육 관련서비스 요구 우선순위를 설문조사한 결과 가장 높은 비율은 치료지원으로 나타났다(송영준 외, 2007).

교육과학기술부(2009)에서 특수교육대상자에게 연차적으로 치료지원을 제공해 오고 있고 점차적으로 확대하여 2013년까지는 고등학교 3학년까지 제공할 것을 공표한 바 있다. 또한 현재 교육과학기술부에서 지원하는 치료지원은 특수교육대상자에게 학교에서 실시하지 못하는 의료적 지원과 특수교육을 보다 효과적으로 실시하기 위한 목적을 가지고 시행되고 있다(교육과학기술부, 2011). 하지만 실제 부모들이 겪는 치료지원에 대한 경제적 부담과 강한 욕구는 정부에서 장애아동 복지정책의 일환으로 장애아동 재활치료서비스를 실시하기에 이르렀다.

장애아동 재활치료 서비스의 목적은 성장기의 정신적·감각적 장애아동의 기능향상과 행동 발달을 위한 적절한 재활치료 서비스 지원 및 정보를 제공하는 것이다. 장애아동 재활치료 서비스는 장애아동 부모의 치료서비스에 대한 경제적 지원과 재활을 향상시키기 위한 목적의 일환으로 실시하게 되었으며 2009년부터 시행하게 된 보건복지부에서 지원하는 장애아동 재활치료서비스는 만18세 미만의 장애학생에게 치료지원을 제공하고 있다(보건복지부, 2011).

특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위한 목적인 치료지원은 장애아동에게 상황에 따라서 받아도 되고 받지 않아도 되는 과외적인 서비스가 아니다. 아동에 따라서는 고통을 최소화하면서 최소한의 삶을 유지하게 하는 필수불가결의 서비스이다. 이런 점이 바로 재활치료 서비스가 공공의 서비스가 되어야 하는 이유

이다(김수진, 2008).

2011년 현재 특수교육대상자 82,665명 중에서 27,671명이 진단 평가를 통해서 각 지역과 연계한 치료지원을 받고 있으며, 37,000명의 장애학생들이 보건복지부의 장애아동 재활치료서비스를 지원받고 있다. 지원받는 학생 중에는 교육과학기술부의 치료지원과 보건복지부의 장애아동 재활치료서비스를 중복해서 치료지원을 받고 있는 학생도 포함된다.

교육과학기술부와 보건복지부에서 지원하는 치료지원의 목적과 대상, 지원방법과 절차, 제공기관의 선택, 지원 횟수 등 서로 형태가 다른 경우도 많지만 모두 치료지원 개념으로 지원을 받고 있다. 이렇듯 많은 특수교육 대상자가 치료지원을 받고 있으나 치료지원 체제와 제도 및 실행실태에 대한 단편적인 연구 몇 편을 제외하고 체계적이고 종합적인 분석연구는 거의 찾아보기 힘들다. 현재 대부분의 연구들은 교육과학기술부의 치료지원과 보건복지부의 장애아동 재활치료서비스를 구별하여 실태와 부모인식에 대해서 연구되었다(김수진, 2008; 김영태 외, 2008; 표윤희, 박은혜, 2008; 보건복지부, 2009; 함미나, 2010; 이수경, 2010; 윤새나, 2011; 윤혁진, 2011).

본 연구자는 교육과학기술부에서 지원하는 치료지원과 보건복지부에서 지원하는 장애아동 재활치료 서비스에 대해 현행 제도와 체제 및 구성에 대해 구체적으로 살펴보고자 한다. 그리고 그에 대한 학부모의 인식과 아동 개개인의 필요와 개별 욕구에 맞는 치료지원이 이루어지고 있는지, 문제점은 무엇인지를 심층면담을 통해서 알아보고자 한다. 이러한 연구목적을 달성하기 위하여 선행연구들에 대한 문헌연구를 통해 본질적인 문제를 파악하고 면담을 위한 질문지를 구성하여 심층 면담과 설문조사를 실시함으로써 부모의 치료지원에 대한 인식 수준을 알아보고 개선방안을 구축해 내고자 한다.

2. 연구의 목적

특수교육대상학생의 삶의 질을 향상시키는데 중요한 요소는 특수교육과 재활서비스이다. 효과적인 재활서비스의 제공은 특수교육대상자의 필요를 산정하고, 지원요구에 따른 정부의 체계적인 지원이나 더욱 중요한 것은 수혜대상자들의 제도에 대한 인식이다. 예컨데 아무리 좋은 제도와 정책이 계획되고 시행된다 하더라도 그

에 대한 수혜자들이 만족하지 못한다면 이는 매우 낮은 수준의 의미와 가치를 가지게 되며, 다소 문제가 있더라도 직접 수혜자들이 만족 해 한다면 이는 지속적으로 수행해야 하는 정책이며 제도가 되는 것이다. 다시 말해 제도나 정책의 가치를 결정하는 것은 수혜 당사자들의 인식에 있다는 것이다.

이러한 입장에서 현행 우리나라의 재활서비스 제도는 치료지원의 경우 직접 수혜대상자들이 어떻게 이를 인식하고 있는가의 문제는 곧 성패를 좌우할 뿐 아니라 직접 수혜대상자인 특수교육대상자들의 삶의 질을 향상시키는 관건이 된다는 입장에서 그 핵심이 될 것이다. 따라서 본 연구는 특수교육법과 사회복지 사업법, 장애인 복지법 등에 근거한 장애인 재활 서비스 특히 치료지원에 대한 수혜자들의 인식과 만족의 정도 등을 살펴보고, 그에 따른 문제점과 개선 방향을 찾아 내 향후 제도 및 내용의 개선은 물론 정책 당사자들의 정책 방향을 제시하고자 한다.

본 연구의 구체적인 내용은 특수교육법(제 28조 등)과 사회복지 사업법(제 33조 등) 그리고 장애인 복지법(제 18조 등) 등, 현행 재활서비스의 치료지원과 관련하여

첫째, 현행 치료지원 체제와 제도 및 구성에 대한 인식은 어떠한가?

둘째, 현행 치료지원 체제와 제도 및 실행 실태는 어떠하며,

셋째, 현행 치료지원 체제와 제도의 개선방향은 무엇인가를 밝히고자 한다.

3. 용어 정의

1) 특수교육 관련서비스

관련서비스(related service)란 특수교육이 일반교육과는 다른 특수성을 잘 드러나게 하는 특별 지원 활동임과 동시에 특수교육대상학생들의 장애 조건을 보상, 교정, 개선하게 하는데 필요한 서비스 활동이다(국립특수교육원, 2007).

특수교육 관련서비스는 「장애인 등에 대한 특수교육법」 제 28조에 명시된 특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위하여 필요한 인적· 물적 자원을 제공하는 서비스로서 상담지원·가족지원·치료지원·보조 인력지원·보조 공학기기지원·학습보조기기지원·통학지원·및 정보접근지원 등을 말한다.

2) 치료지원

치료지원은「장애인 등에 대한 특수교육법」제 28조와 제24조 시행령과 사회복지 사업법(제 33조 등) 그리고 장애인 복지법(제 18조 등) 등에 근거한 특수교육대상자들에게 서비스되는 물리치료, 작업치료, 언어치료, 청능치료, 심리·행동치료 등을 총칭한다. 본 연구에서 사용되는 치료지원은 특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시할 목적으로 인적·물적 자원을 제공하는 서비스로 교육과학기술부와 보건복지부에서 제공하는 재활치료서비스를 총칭한다.

Ⅱ. 이론적 배경

이 장은 특수교육대상학생에게 지원되는 각 부처에서 시행하는 치료지원 체제, 치료지원의 현황, 선진 외국의 치료지원 실태, 선행연구 고찰을 중심으로 살펴보고자 한다.

1. 특수교육대상학생에 대한 치료지원 체제

치료지원의 개념과 범주, 법적·제도적 구조와 내용, 치료지원의 변천과정을 탐색한다.

1) 치료지원의 개념 및 범주

치료지원과 관련된 용어 즉, 관련서비스, 치료교육, 치료서비스 등의 개념적·조작적 정의를 살펴보았다.

(1) 특수교육 관련서비스 치료지원

특수교육은 개별화된 교육 프로그램의 개발을 통해 특별히 구안된 수업체계를 운영하며 이러한 교육을 행하는 대안적 교육 배치는 특수교육 대상아동의 장애특성에 따라 적절히 선택이 가능하도록 하는 “연속적 과정”으로 되어있다. 이 연속적 과정의 교육배치에서 가장 효율적으로 특수교육을 받을 수 있도록 개개 장애아동을 지원해 주는 일련의 보조 활동들이 관련서비스이다. 개념적으로 관련 서비스는 특수교육 대상아동의 장애를 보상하거나 극복하는데 도움이 되는 일체의 지원활동을 지칭한다(김병하, 1991).

특수교육은 장애아동을 통합시키는 것을 원칙으로 하며 확장된 사회범위 내에서 그들이 통합된 삶을 성취할 수 있도록 다양한 관련서비스를 각 아동의 요구에 따라 가정, 학교, 직업 및 지역사회 환경 내에서 각각의 전문성을 살려 적용하고 있다(황복선·김수진, 2002). 특수교육 관련서비스는 아동의 장애영역, 장애 정도, 특성 등 아동 개개인의 필요와 개별 욕구에 맞는 의료적, 심리적, 사회적 지원 활동을 말한다.

관련서비스(related service)란 장애아동이 장애특성에 따라 제공되는 연속적과정

의 교육배치 속에서 가장 효율적으로 특수교육을 받을 수 있도록 개개아동을 지원해주는 일련의 보조 활동을 말한다(Ysseldyke & Algozzine, 1990).

관련서비스(related service)의 개념은 미국이나 영국 등 선진국에서 특수교육으로 충족되지 못하는 개별아동에게 필요한 영역의 전문적 서비스를 제공한다는 의미로 사용되고 있다(국립특수교육원, 2005).

미국은 2004년 장애인교육법(Individuals with Disabilities Education Improvement Act : IDEA 2004, PL 108-446 이하 IDEA 2004)에서는 "특수교육 관련서비스는 장애학생이 특수교육의 효과를 누리기 위해 필요한 발달 단계적, 치료적, 그리고 기타 지원적 서비스"라고 정의하고 있다. 관련된 서비스의 내용에는 교통, 언어치료와 청능학 서비스, 통역서비스, 심리학 서비스, 물리 및 작업치료, 치료 레크레이션을 포함하는 레크리에이션, 사회사업서비스, 학교 간호 서비스, 재활상담, 방향정위와 보행서비스, 의료적 서비스 등이 있으며 아동기 장애의 조기판별과 사정을 포함하고 있다(한경근, 2006). 또한 특수교육관련서비스는 무료로 지원된다.

일본의 경우 학교에서 이루어지는 관련서비스는 작업치료, 물리치료, 언어치료, 부모교육, 이동서비스 등에 관한 지원제도 뿐만 아니라 의료적 차원의 지원이 명확하게 실천되고 있다. 후생 복지성(보건복지부)에 따르면 장애학생의 의료비 부담은 전혀 없으며, 특수교육 분야와 연계한 다양한 지원이 실질적으로 이루어지고 있다(국립특수교육원, 2008). 그 외 장애학생을 위한 일본의 관련서비스는 공교육 차원의 서비스에 병행하여 복지 차원서비스가 이루어지는데, 이는 신체장애학생과 지적장애학생을 위한 것으로 크게 분류될 수 있다.

스웨덴은 학생 개개인의 장애 특성에 적합한 교육 환경 개선, 교육 자료 또는 보조기기의 지원을 들 수 있다. 지원의 종류에는 중복장애학생을 위한 의사소통보조기기의 지급, 지체장애 학생을 위한 휠체어 보급 등 학생의 장애를 보상해 줄 수 있는 다양한 물적 지원이 있고 이에 필요한 비용은 교육부에 의해 지급되며 이에는 등하교 과정 및 학교생활에서 장애학생의 안전한 생활을 보장하는 건물의 신축 및 변경도 포함하고 있다(국립특수교육원, 2008).

국내의 경우 특수교육관련서비스의 개념을「장애인 등에 대한 특수교육법」에서 정의 하고 있다. 이 법에서 특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위하여 필요한 인적· 물적 자원을 제공하는 서비스로서 상담지원·가족지원·치료지원·보조인력지원·보조 공학기기지원·학습보조기기지원·통학지원·및 정보접근지원 등을 특

수교육 관련서비스라고 말한다. 관련서비스의 여러 제공 서비스 중에서 아동에게 지원되는 대표적인 치료지원은 물리치료·작업치료·언어치료이다.

치료지원은 치료지원의 접수가 이루어지면 진단・평가팀으로부터 진단평가를 실시하고 대상 선정 및 지원영역이 결정되며 특수교육지원센터로부터 치료지원을 받게 된다. 즉 대상으로 선정이 되면 부모가 치료기관과 치료영역을 선택하게 된다.

특수교육 관련서비스에 '치료지원'을 두면서 제 28조 제2항에서 "교육감은 특수교육대상자가 필요로 하는 경우에는 물리치료, 작업치료 등 치료지원을 제공하여야 한다"라고 명시하고 있다. 동법 시행령 제24조에서는 치료지원에 필요한 인력은 의료기사 등에 관한 법률 제4조에 따른 면허 또는 자격기본법 제19조 제1항에 따라 주무부 장관이 공인한 민간 자격을 소지한 사람으로 한하도록 하였다. 교육감 또는 특수학교의 장은 특수교육지원센터 또는 특수학교에 치료실을 설치·운영할 수 있도록 하고, 교육감은 공공보건의료에 관한 법률 제2조에 따른 공공보건의료기관 및 장애인 복지법 제57조에 따른 장애인 복지시설 등과 연계하여 치료지원을 할 수 있다고 하였다.

치료지원은 특수교육대상자 장애특성에 적절한 치료지원으로 장애경감 및 2차적 장애 예방 목적이며 장애학생의 장애정도와 지역 실정에 따라 지원 방법이 다양하고 의료기관과 연계하여 운영하는 방침을 가지고 있다(최기상 외, 2009). 특수교육대상학생들은 특수학교에서 특수교육 뿐만 아니라 다양한 개별요구에 맞는 활동이 필요하였는데 이를 학교에서는 치료교육이라는 명칭으로 실시하였다.

Hanselman(1966)은 치료교육은 소질적 또는 환경적 요인에 따라 신체와 정신의 발달 장애를 나타내는 모든 아동의 교육이며 치료는 의사가 할 일이며 교육은 교육자가 할 일이나 사실상 의학과 교육학과의 연계에 따른 교육목적을 달성하는 것이 치료교육이라고 하였다. Asperger(1965)는 치료교육은 생물학적 지식에 따라 교육적인 방법으로 청소년의 정신신경학적 장애의 치료를 하는 과학이다라고 정의하였다.

이규식(1996)은 치료교육에 대해 "장애아의 무한한 생명력(entelechy)을 유지 발전시키고 생리적 자기조절 기능(homeostasis)의 평형상태를 회복시켜 이들의 전인적 발달을 도모하는 교육활동이다" 라고 규정하였다.

특수교육진흥법에서는 치료교육을 장애로 인하여 발생한 결함을 보충함과 동시에 생활기능을 회복시켜 주는 심리치료·언어치료·물리치료·작업치료·보행훈련·청능

훈련 및 생활적응훈련 등의 교육활동이다고 하였다.

남정걸(1996)은 특수교육진흥법 개정 직후 치료교육에 대하여 '치료'를 의학적 개념으로 규정하였다. 즉 치료는 어디까지나 의료행위이지 교육은 아니며, 훈련은 특별히 고안된 수업으로 지도한다면 차라리 특수교육이 되지만 치료교육은 아닐 것이다. 치료교육은 치료사나 치료를 직업으로 하는 의료요원을 대상으로 하는 교육이고, 치료교육을 받은 전문인사가 특수교육요구아동의 심신의 장애에 적절한 서비스를 제공할 따름이다라고 하였다.

이렇듯 치료지원은 특수교육진흥법에서는 치료교육이라는 명칭으로 특수학교에서 실시하는 교과과정의 한 영역으로 청각장애, 정신지체, 지체장애학생에게 언어치료를 실시하였다. 청능훈련은 청각장애, 물리치료와 작업치료는 지체장애학생에게 감각·운동·지각훈련은 시각장애, 지체장애, 정신지체학생들에게 제공 되었다. 심리·행동적응훈련은 지체장애, 정신지체 학생에게, 보행훈련과 일상생활훈련은 시각장애학생을 위해 실시되었다(한경근, 2007).

이와 같은 교육 과정을 운영하는데 특수학교는 치료교육 담당교사의 부족 현상과 교재・교구・설비의 부족 등 열악한 교육 환경 등으로 인해 체계적인 교육활동을 하는데 어려움을 겪고 있었다.

김주영(2007)은 학교는 병원이나 치료센터가 아니므로 학생들에게 필요한 각자의 치료서비스를 자체 제공하는데 한계가 있다. 따라서 지역사회의 치료인프라를 학교 안으로 끌어들이거나, 학교가 지역사회로 나가 치료서비스를 해결하여야 한다고 제안 하였다. '치료교육'을 '치료서비스'로 대치하여 정의하고 치료서비스의 전달체계를 다음과 같이 설명하였다. 특수학교에는 반드시 필요한 치료실을 설치하여 치료사를 두도록 하고 병원학급에서는 병원 내 서비스를 활용하며, 일반학교(특수학급 포함)에서는 특수학교의 치료실, 특수교육지원센터, 장애인복지관, 교육청이 지정한 병원 내 치료실이나 사설특수교육실 등과 연계하여 학생들의 치료서비스를 지원해야 한다고 하였다(국립특수교육원, 2007).

(2) 치료지원의 범주

여기서는 먼저 특수교육대상자의 범주를 살펴보고 특수교육대상자에 따른 치료지원 영역과 내용을 언급하고자 한다. 우리나라의 「장애인 등에 대한 특수교육법」제15조에 의한 특수교육대상자의 범주를 살펴보면 제 1항에 교육장 또는 교육

감은 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 사람 중 특수교육을 필요로 하는 사람으로 진단·평가된 사람을 특수교육대상자로 선정한다. 제 2항은 교육장 또는 교육감이 제1항에 따라 특수교육대상자를 선정 할 때에는 제16조제1항에 따른 진단· 평가 결과를 기초로 하여 고등학교 과정은 교육감이 시·도 특수교육운영위원회의 심사를 거쳐, 중학교 과정 이하의 각급 학교는 교육장이 시·군·구 특수교육운영위원회의 심사를 거쳐 이를 결정한다.

그리고 제 16조에 의거 특수교육대상자의 선정절차 및 교육지원 내용의 결정에 따르면 특수교육지원센터는 진단 ·평가가 회부된 후 30일 이내에 진단·평가를 시행하여야 한다. 특수교육지원센터는 제1항에 따른 진단 ·평가를 통하여 특수교육대상자로의 선정 여부 및 필요한 교육지원 내용에 대한 최종의견을 작성하여 교육장 또는 교육감에게 보고하여야 한다. 교육장 또는 교육감은 특수교육지원센터로부터 최종의견을 통지 받은 때부터 2주일 이내에 특수교육대상자로의 선정 여부 및 제공할 교육지원 내용을 결정하여 부모 등 보호자에게 서면으로 통지하여야 한다.

교육지원 내용에는 특수교육, 진로 및 직업교육, 특수교육 관련서비스 등 구체적인 내용이 포함되어야 한다. 그리고 제1항에 따른 진단· 평가의 과정에서는 부모 등 보호자의 의견진술의 기회가 충분히 보장되어야 한다.

1994년 특수교육진흥법상 특수교육대상자의 정의를 보면 '제10조의 특수교육을 필요로 하는 사람으로 선정된 사람'이라고 정의하였고 「장애인 등에 대한 특수교육법」에서는 '제15조에 따라 특수교육을 필요로 하는 사람'으로 선정 기준과 범위가 확대 되었다. 즉 특수교육진흥법은 시각장애, 청각장애, 정신지체, 지체부자유, 정서장애(자폐성을 포함한다), 언어장애, 학습장애, 심장장애, 신장장애·간 장애 등 만성질환으로 인한 건강장애, 기타 교육과학기술부령이 정하는 장애를 지칭하였다. 반면「장애인등에 대한 특수교육법」은 시각장애, 청각장애, 정신지체, 지체장애, 정서·행동장애, 자폐성장애, 의사소통장애, 학습장애, 건강장애, 발달지체 그 밖의 대통령령으로 정하는 장애이며 자폐성장애를 분리하고 의사소통장애, 지체장애로 개칭하고 발달지체를 추가하였다.

「장애인 등에 대한 특수교육법」에서 특수교육은 「교육기본법」제18조에 따라 국가 및 지방자치단체가 장애인 및 특별한 교육적 요구가 있는 사람에게 통합된 교육환경을 제공하고 생애주기에 따라 장애유형, 장애정도의 특성을 고려한 교육을 실시하여 이들이 자아실현과 사회통합을 하는데 기여함을 목적으로 한다. 다음은

각 나라별 특수교육대상자의 범주를 설펴보면 아래<표Ⅱ-1>와 같다.

<표Ⅱ-1> 각 나라별 특수교육대상자의 범주

한국	미국	일본	독일	스웨덴
시각장애, 청각장애, 정신지체, 지체장애, 정서·행동장애, 자폐성장애, 의사소통장애, 학습장애, 건강장애, 발달지체 그 밖의 대통령령으로 정하는 장애	정신지체, 청각장애(농포함), 말 및 언어손상, 시각손상(맹포함) 정서 장애, 정형 외과적 손상, 자폐증 외상성 뇌손상, 기타 건강손상, 특정 학습장애, 중복장애,3세~9세까지의 발달지체	시각장애, 청각장애, 지적장애, 지체부자유, 병허약・신체허약, 자폐증, 정서장애, 학습장애, 주의력결핍 및 과잉행동장애	지체장애, 만성질병(건강장애), 청각장애와 약청(난청)장애, 시각장애와 약시장애, 정신지체, 학습장애, 언어장애, 정서(행동)장애	특정장애범주로 분류하기보다는 학생의 필요한 지원의 종류에 집중한 특수교육을 실시

출처: 국립특수교육원(2008), 특수교육 국제동향 분석

미국의 경우는 특수교육대상자의 범주를 IDEA(2004)를 근간으로 하여 정신지체, 청각장애(농 포함), 말 및 언어손상, 시각 손상(맹 포함), 심각한 정서 장애, 정형외과적 손상, 자폐증, 외상성 뇌손상, 기타 건강 손상, 특정 학습 장애, 중복장애, 3세~9세까지의 발달지체로 구분하고 있다.

일본은 학교교육법 시행령 제22조 3에 명시된 특수교육 범주별 정의 및 분류기준에 따라 시각장애, 청각장애, 지적장애, 지체부자유, 병허약・신체허약, 자폐증, 정서장애, 학습장애, 주의력결핍 및 과잉행동장애로 구분하고 있다.

독일의 경우는 지체장애, 만성질병(건강장애), 청각장애와 약청(난청)장애, 시각장애와 약시장애, 정신지체, 학습장애, 언어장애, 정서(행동)장애로 구분되어 있다.

스웨덴의 경우는 특수교육을 지원하기 위하여 학생을 특정장애 범주로 분류하기보다는 학생의 필요한 지원의 종류에 집중한 특수교육을 실시하고 있다(국립특수교육원, 2008).

이렇듯 특수교육대상자에게 실시하는 치료지원의 영역에 대한 규정은「장애인등에 대한 특수교육법」제28조(특수교육관련서비스)제2항에 교육감은 특수교육대상자가 필요로 하는 경우에는 물리치료, 작업치료 등 치료지원을 제공하여야 한다로 명시하였다.

특수교육대상자 학생에게 지원하는 치료지원 영역을 물리치료, 작업치료, 언어치

료, 기타 영역(보행훈련, 심리・행동 적응훈련, 청능훈련)은 관련서비스로 규정하여 지원하며 그 영역과 내용은 다음과 같다(조인수, 2005)

물리치료는 자립 보행을 위하여 신체의 기본 동작을 훈련시켜 반사와 반응 양식의 적절한 촉진 및 억제, 올바른 자세의 형성 및 신체 동작의 개선과 향상이 이루어지게 한다. 이는 일상생활의 기능적 활동수행력에 제한을 주는 의료적 문제, 또는 그 외 모든 신체적 상태를 진단 및 치료를 통하여 운동능력의 증진, 통증의 감소, 신체적 기능의 회복을 목적으로 한다. 또한 1차적 장애로 인해 발생하기 쉬운 2차적 후유장애의 예방과 교정으로 학생 개개인이 자신의 기능을 최대한 신장 및 향상시켜 전인적 성장 발달을 도모하게 하는 치료영역이다.

작업치료는 장애 학생의 일상생활에 필요한 기본 동작의 원활한 수행을 위하여 놀이, 운동 및 작업 동작을 통한 전신의 종합 치료를 실시함으로써 사회적 자립이 기초를 이루는 활동 능력의 향상과 작업적 가능성의 확장을 위한 사지의 기능을 최대한 신장시키는데 주안점을 둔다. 또 신체적, 정신적 질환으로 인한 기능장애를 원활하게 회복시키기 위하여 장애가 있는 신체부분을 습관적으로 계속 동작시켜 독립적으로 일상생활을 수행하고 능동적으로 사회생활에 참여하여 행복한 삶을 영위하게 하는 치료영역이다.

언어치료는 장애학생들에게 의사소통능력을 기르게 하는 영역으로 말-언어-의사소통 장애가 단독으로, 혹은 다른 장애와 중복되어 나타나 의사소통이 어려운 특수교육대상자의 언어 발달 상태 및 현재 언어능력을 먼저 평가한다. 이후 언어발달을 촉진하고 언어수행을 위한 언어의 제반 특징들을 이해하게 하고, 이를 상황과 장소에 맞게 사용할 수 있는 의사소통 능력을 기르게 하며 학습 도구로서의 기능을 적절히 수행할 수 있도록 하는 영역이다.

보행훈련은 시각을 이용한 이동에 제약이 있는 시각장애학생들에게 잔존 감각을 활용하여 주위 환경과 자신과의 관계를 이해하고 긍정적인 자아개념을 형성하며 독립보행에 필요한 능력을 습득시키고자 하는 영역이다. 따라서 학생들의 독립생활 능력을 극대화시키고 긍정적인 생활 태도를 가지게 하여 생산적인 삶을 영위할 수 있도록 한다.

심리·행동 적응훈련은 심리·행동 적응상의 문제로 인한 대인관계의 실패와 이에 따른 자아상실감등의 문제에 대처하기 위해 사전 예방 훈련과 부적응 행동의 교정 및 환경 적응력을 강화시킨다. 그로인해 사회가 규정하고 있는 사회적, 문화적 행

동규범을 지키면서 사회생활을 하는데 필요한 기초능력을 갖추고 장애극복의지를 향상시키며 개인적 부적응 행동과 사회적 부적응 행동의 교정을 통하여 사회적응력을 향상시키는 영역이다. 심리・행동 적응 훈련의 영역에서 파생되는 치료영역으로는 행동치료, 심리치료, 음악치료, 미술치료 등 많은 치료영역이 여기에 해당된다.

청능훈련은 음 및 말소리를 수용하는 능력을 신장시켜서 원활한 의사소통을 촉진하는 훈련으로 청각적 활용을 최대화 시키는데 주안점을 둔다. 음의 지각과 변별, 단어 및 문장의 변별 훈련을 통하여 들을 수 있는 기능(hearing)의 신장에서 듣기기능(listening)의 신장으로 전반적인 학습의 기초 기능을 신장할 수 있는 듣기능력을 향상시키는 영역이다.

치료지원의 여러 영역을 볼 수 있듯이 특수교육대상학생에게 적절한 치료지원 영역의 선택은 매우 중요하다고 할 수 있다. Snell과 Brown(2006)은 '학생에게 어떤 관련 서비스가 도움이 되겠는가? 의 차원보다는 '만약 그 서비스를 받지 않는다면 적절한 교육을 받을 수 없다고 믿을 이유가 있는가?' 라는 차원에서 결정해야 한다고 제안하였다. 즉 학생에게 도움이 되는 모든 치료지원을 관련서비스로 하기보다는 학생의 교육적 프로그램에 중요한 공헌을 하는 것만이 포함되어야 한다는 것이다. 다시 말하면 '어떤 관련서비스가 도움이 되겠는가'는 장애인으로서의 판단이라는 입장에서 사회적 복지 서비스를 받는 것이고 '그 서비스를 받지 않는다면 적절한 교육을 받을 수 없다고 믿을 이유가 있는가'는 특수교육대상자의 측면에서 바라보는 것이다. 특수교육대상자로서 특수교육과 연관된 서비스를 받는 것을 구분할 필요가 있는 것을 분명히 하는 것이다.

즉 미국의 경우 장애를 가진 사람이 IDEA에 근거하여 특수교육대상자로 선정이 되면 IEP를 통해 관련 서비스의 제공 여부를 판단한다. 장애를 가지고 있지만 IDEA에 의한 특수교육대상자로 판명되지 않는 사람이 (즉 특수교육이 필요하지 않다고 판단된 사람) 일반교육에서의 이점을 얻는데 관련된 서비스가 필요하다고 판단이 되면 재활법 제504조(section 504)에 의하여 일반학교에서 일반교육과정을 배우는데 필요한 서비스를 제공 받을 수 있다. 특수교육적인 필요에 의한 치료지원 여부를 결정하는 것이야말로 치료지원 제공의 여부와 제공할 치료영역의 판단까지 가능하게 하는 것이라 할 수 있다. 특수교육대상자의 요구에 대한 정확한 판단(장애 여부를 위한 진단·평가의 차원이 아닌)이 결정적인 요소이다(한경근, 2007).

김영태 등(2007)은 특수교육 관련서비스 요구조사 및 지원방안에서 치료지원의 내용 및 범주에서 우선 대상 장애학생의 요구를 고려하여 개별화교육지원팀에서 결정해야 한다는 것이 설문 및 면담조사 모두에서 공통된 의견으로 나타났고 누가 어떤 지원을 누구에게서 어떻게 받아야 하는지가 중요한 사안이라고 하였다. 그 방안을 다음과 같이 제안하였다.

첫째, 치료지원의 내용은 해당 장애학생의 장애유형을 고려하여 결정되어야 하는 필수적인 치료지원의 범위를 제한하는데 필요하다는 제안과 범위에 대해서는 다소 차이가 있지만 물리치료, 작업치료, 언어치료를 필수 치료서비스라고 응답하였다. 청각장애학생에게는 청능훈련이, 시각장애학생에게는 보행훈련이 제공되어야 한다고 보았다. 그러나 필수치료 서비스에 대하여서는 장애영역을 고려한 세밀한 요구조사를 통하여 그 범위를 결정하는 것이 필요하다고 하였다.

둘째, 치료지원의 내용은 장애학생의 개별적인 평가 결과 및 요구에 따라 결정되어야 한다. 학생의 치료지원과 관련된 평가는 일반 또는 특수교사와 협력할 수 있는 치료지원 전문요원이 실시하고 그 결과를 바탕으로 개별화교육지원팀에서 세부적인 치료지원의 범위 및 우선순위 등이 결정되어야 한다. 다양한 치료관련 자원 중 어디까지를 치료지원의 범위에 포함 시킬 것인가에 있어서 '치료지원의 범위는 개별화교육계획에 따라 결정되어야 한다'는 의견에 대부분의 연구자들이 동의한다(한경근 2007, 김영태 2007).

셋째, 장애영역별로 최우선적인 요구가 있는 치료지원들에 대해서는 학교 또는 특수교육지원센터에 배치된 치료지원 전문요원에게 서비스를 받고 그 외 추가로 필요한 서비스에 대해서는 바우처 제도나 방과 후 교육활동을 활용하도록 하여야 한다.

넷째, 질적인 치료지원 서비스를 위해서는 담당 인력의 자격기준을 강화할 필요가 있다고 했다. 현재 치료지원 담당 인력의 자격기준이 「의료기사 등에 관한 법률」제4조에 따른 면허 또는「자격기본법」제19조제1항에 따라 주무부장관이 공인한 민간자격을 소지한 사람으로 한다와 제3항에 교육감은 「공공보건의료에 관한 법률」제2조에 따른 공공보건의료기관 및「장애인복지법」제58조에 따른 장애인복지시설 등과 연계하여 치료지원을 할 수 있다라는 규정에 의거하여 실시하고 있다.

요약하면 특수교육관련서비스는 특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위하여 필요한 인적·물적 자원을 제공하는 서비스로서 그 서비스 중 하나인 치료지

원에 대한 개념과 치료지원 대상에 대한 범주를 알아보았고 각 치료영역과 내용을 살펴보았다.

2) 치료지원에 대한 법적·제도적 구조와 내용

2008년 5월 26일에「장애인 등에 대한 특수교육법」 시행령이 공포 되었다. 장애인 등에 대한 특수교육법은 특수교육진흥법의 “치료교육(제2조 제7호)을 삭제하고 이를 대신하여 ”치료지원“이 포함된 ”특수교육 관련서비스“를 법정용어로 신설하였다. 이 점이 장애인 등에 대한 특수교육법의 내용에서 찾을 수 있는 대표적인 특징 중의 하나이다.

<표Ⅱ-2> 장애인 등에 대한 특수교육법의 특수교육 관련서비스 정의

용어	장애인 등에 대한 특수교육법(2007.5.26)	특수교육 진흥법 (2005.3.24)	비고
특수교육 관련서비스	특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위하여 필요한 인적·물적 자원을 제공하는 서비스로서 상담지원·가족지원·치료지원·보조인력지원·보조공학기기지원·학습보조기기지원·통학지원 및 정보접근지원 등을 말한다.	치료교육: 장애로 인하여 발생한 결함을 보충함과 동시에 생활기능을 회복시켜 주는 심리치료·언어치료·물리치료·작업치료·보행훈련·청능훈련 및 생활적응훈련 등의 교육활동을 말한다.	1.“치료교육”이 “치료지원”으로 대체 2.“특수교육관련 서비스” 범위 대폭 확대

출처 : 한현민(2008), 장애인 등에 대한 특수교육법의 제명, 목적과 법정용어에 대한 해석

표의 정의는 두 용어 간에 상당히 큰 의미의 차이가 있음을 보여준다. 특수교육진흥법은 “치료교육”의 목적과 성격이 “장애로 인한 결함이 보충과 생활기능의 회복”에 있는 “교육활동”이며, 범위는 “심리치료·언어치료·물리치료·작업치료·보행훈련·청능 훈련 및 생활적응훈련”으로 한정하였다.

반면, 「장애인 등에 대한 특수교육법」은 “특수교육 관련서비스”의 제공이 “특수교육대상자의 교육(즉, ”특수교육“)의 효율적 실시”에 목적을 둔 “인적·물적 자원을 제공하는 서비스”라 규정하며, “상담지원·가족지원·치료지원·보조인력지원·보조공학기기지원·학습보조기기지원·통학지원 및 정보접근 지원 등” 이 그 범위에 포함된다고 밝히고 있다(한현민, 2008). 즉 「장애인 등에 대한 특수교육법」이 특수

교육이 필요한 대상자를 '장애인을 포함한' 다른 장애를 갖지 않은 사람들까지도 법률이 적용될 수 있다는 취지가 법명에 제시된 것을 바탕으로 하고, 제공하는 특수 교육적 서비스의 수준이 넓혀졌다는 의미이다(한경근, 2007).

교육인적자원부(2007)는 "치료교육" 관련 조항의 개정 사유를 다음과 같이 설명하고 있다. 한 명의 치료교육 교사가 8개 영역을 모두 담당해야 하는 어려움으로 인해 각 영역별 전문성 및 지도 시간 등의 문제가 제기 되어 그동안 장애인단체, 학부모, 특수교육학계, 국회 등에서 치료교육 폐지를 주장해 옴에 따라 법 개정을 통해 삭제 및 그 지원 방법을 변경하게 되었다는 것이다. 특수교육진흥법에서는 특수교육의 정의에 치료교육이 포함됨으로써 "치료교육 실시", "치료교육 교육교원 배치" 등 치료교육 관련 조항이 별도로 규정되어 있었으나, 「장애인 등에 대한 특수교육법」에서는 특수교육 정의를 "교육과정과 특수교육 관련 서비스 제공을 통한 교육"으로 정의함으로써 치료교육 관련 규정이 삭제되고 치료교육 대신 특수교육관련서비스의 일부인 치료지원(물리치료, 작업치료)으로 규정하고 있다는 것이다. 관련서비스는 특수교육이 제대로 실시되고 특수교육 대상자가 특수교육을 통해 이점을 얻기 위해 필요한 것이며 장애인이 장애로 인한 기능상의 장애나 손상의 특성 등에 의해 필요한 모든 서비스를 의미하지는 않는 것이다(한경근, 2007)

관련서비스의 하나로 치료지원이 도입되면서 달라진 점은 아동들이 자신에게 필요한 치료를 받을 수 있게 되었다는 점이며 그동안 학교에서 실시된 '치료'는 교육과정 상의 치료교육활동으로, 개인의 요구와 상관없이 국가나 학교가 결정한 시간과 시수에 따라 일방적으로 주어졌다. 이는 아동이나 부모가 학교에 기대해온 것과는 차이가 있었으며 부모는 아동에게 적합한 치료를 요구하였다. 즉 아동은 자신의 치료 요구에 맞는 전문 치료사의 서비스를 받아야 한다는 것이다. 언어치료가 필요한 아동은 언어치료사에게, 물리치료가 필요한 아동은 물리치료사에게 각각 치료를 받을 수 있어야 한다(김주영, 2011). 특수교육진흥법과 장애인 등에 대한 특수교육법 상의 치료교육 관련조항을 비교한 표는 아래<표Ⅱ-3>와 같다.

<표Ⅱ-3> 특수교육진흥법과 특수교육법상의 치료교육 관련조항비교

구 분	관련 조항 및 내용	비 고
특수교육 진흥법	제2조(정의) “특수교육”이라 함은 특수교육대상자의 특성에 적합한 교육과정· 교육방법 및 교육매체 등을 통하여 교과교육· 치료교육 및 직업교육 등을 실시하는 것이다.	-개정법에서는 치료교육 관련 규정 모두 삭제
	제2조 7.“치료교육”이라 함은 장애로 인하여 발생한 결함을 보충함과 동시에 생활기능을 회복시켜 주는 심리치료· 언어치료· 물리치료· 작업치료· 보행훈련· 청능훈련 및 생활적응훈련 등의 교육활동을 말한다.	
	제18조(치료교육 등) ①특수교육기관의 장은 특수교육대상자에 대한 건강진단 및 생활기능의 회복정도의 판정을 정기적으로 실시하여야 한다. ②특수교육기관의 장은 제1항의 규정에 의한 건강진단 및 생활기능의 회복정도를 판정한 결과 치료교육이 필요한 특수교육 대상자가 있는 경우에는 이에 필요한 조치를 취하여야 한다.	
	제19조(치료교육담당교원의 배치) ①특수교육기관에는 치료교육을 담당하는 교원을 두어야 한다. ②특수학급에서는 치료교육을 담당하는 교원을 두거나 「교육공무원법」 제22조의 2의 규정에 따라 치료교육을 담당하는 순회교사를 두어야 한다. ③제1항 및 제2항의 규정에 따라 치료교육을 담당하는 교원의 자격· 정원 및 배치기준 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.	
장애인 등에 대한 특수교육법	제2조(정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다. 1. “특수교육”이란 특수교육대상자의 교육적 요구를 충족시키기 위하여 특성에 적합한 교육과정 및 제2호에 따른 특수교육 관련서비스 제공을 통하여 이루어지는 교육을 말한다. 2. “특수교육 관련서비스”란 특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위하여 필요한 인적· 물적 자원을 제공하는 서비스로서 상담지원· 가족지원· 치료지원· 보조인력지원· 학습보조기기지원· 통학지원 및 정보접근지원 등을 말한다.	-치료교육 대신 특수교육 관련서비스의 일부인 “치료지원”으로 규정
	제28조(특수교육서비스) ②교육감은 특수교육대상자가 필요로 하는 경우에는 물리치료· 작업치료 등 치료지원을 제공하여야 한다.	

출처: 김종대(2008), 특수학교 교육과정 전문가과정. 2008 개정 특수학교 교육과정의 이해와 적용

교육과학기술부의 관련서비스 치료지원은 「장애인 등에 대한 특수교육법」 제2조 2항(정의)과 제11조(특수교육지원센터의 설치·운영)에 관련해서 교육감은 특수교육대상자의 조기발견, 특수교육대상자의 진단·평가, 정보관리, 특수교육 연수, 교수· 학습활동의 지원, 특수교육 관련서비스 지원, 순회교육 등을 담당하는 특수교육지원센터를 하급교육행정기관별로 설치·운영하여야 한다.

제1항에 따르면 특수교육지원센터는 하급교육행정기관이나 특수학교, 특수학급이 설치된 일반 초·중·고등학교 또는 관할 지역 관공서(장애인복지관을 포함한다)등 특수교육대상자를 비롯한 지역주민의 접근이 편리한 곳에 설치하여야 한다고 명시되어 있다. 또한 제28조(특수교육관련서비스)제2항에 교육감은 특수교육대상자가 필요로 하는 경우에는 물리치료, 작업치료 등 치료지원을 제공하여야 한다는 규정이다. 시행령 제7조(특수교육지원센터의 설치·운영)제2항 교육감은 특수교육지원센터가 그 업무를 효율적으로 수행할 수 있도록, 담당 업무를 전담하는 특수교육 분야의 전문 인력을 배치하여야 한다와 제4항 특수교육지원센터는 담당 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 관련 기관과의 연계체제를 구축하고 협력하여 업무를 수행할 수 있다는 규정에 의거하여 실시한다.

자격 기준은 제24조(치료지원)제1항에 법 제28조제2항에 필요한 인력은「의료기사 등에 관한 법률」제4조에 따른 면허 또는「자격기본법」제19조제1항에 따라 주무부장관이 공인한 민간자격을 소지한 사람으로 한다와 제3항에 교육감은「공공보건의료에 관한 법률」제2조에 따른 공공보건의료기관 및「장애인복지법」제58조에 따른 장애인복지시설 등과 연계하여 치료지원을 할 수 있다라는 규정에 의거하여 실시하고 있다.

개정 특수학교 교육과정에 의거 치료지원 대상으로는 아래 <표Ⅱ-4>와 같이 2008년 개정 특수학교교육과정의 연차적 적용을 받는다.

<표 Ⅱ-4> 치료지원 적용학년

연도	2009	2010	2011	2012	2013
적용학년	유, 초1,2	초 3,4	초 5,6		
		중 1	중 2	중 3	
			고 1	고 2	고 3

출처 : 국립특수교육원(2009), 특수교육지원센터 운영자료

2009년에는 유치원과 초등 1학년과 2학년에 해당하며 2010년에는 유치원, 초1학년부터 초등4학년까지 그리고 중학교1학년에 해당, 2011년에는 유치원과 초등학교, 중학교 1학년과 2학년, 고등학교 1학년에 적용이 되며, 2012년에는 유치원과 초등학교, 중학교, 고등학교 1학년부터 2학년에 적용이 되며 2013년에는 유치원과 초등학교, 중학교, 고등학교에 모두 적용이 된다. 장애학생의 장애정도와 지역 실정에

따라 지원 방법이 다양화되어 있으며 의료기관과 연계하여 운영한다.

보건복지부의 장애아동 재활치료 바우처는 사회복지사업법에 의거 장애아동 재활치료서비스를 제공하고 있으며 관련조항과 내용에 대해서는 아래<표Ⅱ-5>와 같다(www.socialservice.or.kr).

<표Ⅱ-5> 사회사업법상 장애아동 재활치료 관련조항과 내용

구 분	관련 조항 및 내용
사회복지사업법 제33조의 7항 (보호의 방법)	①보호대상자에 대한 보호는 현물로 제공함을 원칙으로 한다. ②시장·군수·구청장은 국가 또는 지방자치단체 외의 자로 하여금 제1항의 보호를 실시하게 하는 경우에는 보호 대상자에게 사회복지서비스이용권을 지급하여 국가 또는 지방자치단체 외의 자로부터 그 이용권으로 보호를 받게 할 수 있다.
사회복지사업법 시행규칙 제19조의 5항 (사회복지서비스 이용권)	①법 제33조7제3항에 따라 보건복지부장관은 보호대상자의 복지요구, 소득·재산 상태 등을 고려하여 사회복지서비스 이용권의 지급대상에 대한 기준을 정하고 시장·군수·구청장은 보건복지부장관이 정한 기준에 따라 예산의 범위 내에서 이용권 지급대상자를 결정한다. ②제1항에 따른 이용권으로 이용할 수 있는 사회복지서비스의 유형은 개인과 가정의 돌봄, 지원, 활동의 보조, 가사 또는 간병서비스, 신체적·정신적 건강의 향상을 목적으로 하는 사회복지서비스와 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 사회복지서비스로 한다. ③보건복지부장관, 시·도지사, 시장·군수·구청장은 사회복지서비스를 제공하는 기관 또는 단체 중 보건복지부장관이 정하는 기준을 갖춘 자를 이용권을 받고 보호를 실시하는 기관 또는 단체(이하 “보호실시기관”이라 한다)로 선정하고 이를 공고하여야 한다. ④시장 ·군수·구청장은 보호대상자 중 보호실시기관을 이용하게 하는 것이 적합하다고 인정되는 자에게 이용권을 지급하고 이용권의 가격, 사용기한, 이용이 가능한 보호실시기관 등에 관한 정보를 제공하여야 한다. 보호실시기관의 운영자는 이용권을 제출한 보호대상자에 대하여 이용권의 범위에서 보호를 실시하고 이에 따른 비용을 시장·군수·구청장에게 청구하여야 한다. ⑤시장·군수·구청장은 제5항에 따른 보호실시비용의 지급과 정산 등에 관한 업무를 보건복지부장관이 정하는 전문기관이나 단체로 하여금 수행하게 할 수 있다. 이 경우 시장·군수·구청장은 당해 전문기관이나 단체에 미리 보호실시비용을 예탁하여야 한다.

3) 치료지원의 변화 과정

(1) 한일합방 이전

1882년 미국과 정식으로 수호통상 조약을 맺으면서 기독교 신교의 선교사들이 파견됨으로써 근대적 의료사업과 교육 사업이 크게 보급되기에 이르렀다. 장애아동을 위한 교육사업도 결국 이 같은 역사적 상황에서 시작되었다. 유길준(1895)의 서유견문에 치아원, 맹인원, 아인원 소개되었는데 아인원에 소개된 내용은 농교육의 대상과 학교에서 배우는 교과과정등이다. 교육방법 면에 있어 수지어와 말 읽기에 의한 커뮤니케이션의 가능성을 시사하고 농과 아의 개념을 구별하고 청각장애의 원인에 대한 의학적 견해를 밝혔다.

서유견문의 내용의 일부를 소개하면 치아원은 정신지체아 특수학교를 말하는데 교과목은 일반학교와 크게 다르지 않으나, 그 가르치는 방법은 다를 수밖에 없다는 것이다. 문자 교육에서는 글의 뜻을 전하는 그림을 가지고 풀이해 주되 그 뜻을 알 때까지 반복하여 학습하여야 하고 유희, 음악, 체육 등도 가르치며 학습과정에서 강화자극을 많이 활용한다고 하였다.

또 맹인원은 맹아동을 위한 특수교육기관으로서 그 교육의 모습은 점자와 물체의 형상을 나타내는 특수교구를 많이 활용한다는 것이고 직업교육을 통해 생산활동에 종사하게 하며 경문을 외거나 점술을 익히는 따위는 가르치지 않는다고 하였다. 교육비 부담은 원칙적으로 정부가 부담하지만 부잣집 자녀들에게는 학비를 부담하게 하고 직업교육을 받은 맹인들은 성공적인 직업재활이 가능하다는 것 등의 내용이 소개 되었다.

이후 우리나라의 특수교육이 발달하게 된 계기는 선교사에 의해서였다. 선교사 로제타 홀여사가 1894년 평양에서 오복녀라는 맹소녀를 데려다가 가르친 것이 한국에서 최초의 특수교육 기원이 되었고 역사적 계기가 되었다. 1896년에는 뉴욕 맹학교에서 사용해 온 점자 시스템을 활용하여 뉴욕식 한글 점자를 창안하여 체계적 교육을 실시하였다. 1909년에 홀부인은 동료 선교사들 그리고 한국인 이익민 등과의 협동적인 노력으로 농교육 사업을 착수함으로써 최초의 농교육의 시작이 되었고 독립된 특수학교 형태로 평양맹아학교 교육이 실시되기에 이른다.

선교사들이 한국인들을 전도하는데 있어 의료사업과 겸하여 교육을 통해 접근하고 이해의 길을 열려고 한 것이다(한국맹인복지연합회, 1993).

(2) 일제 강점기

1910년 일본이 우리나라를 강점하게 되자 교육면에서도 여러모로 불리한 전환이 이루어졌다. 일본은 조선총독부 산하에 일종의 사회복지기관으로 1911년 6월에 부령 제 77호로 제생원을 설치하였다. 당시 제생원 맹아부는 근대적 특수교육기관이라기 보다 맹·농아자를 고아와 함께 구분 보호하는데 일차적 목적이 있었음을 알 수 있다.

맹아부는 맹 및 농아자에게 보통 교육을 실시하고 생활에 적당한 기능을 가르치는 것을 목적으로 하여 생도는 급비생과 자비생으로 나눠 급비생은 모두 기숙시켰다. 수업 연한은 맹생과 3년 아생과 5년, 맹생의 속성과는 1년, 그 교과목은 수신, 일본어, 조선어, 산술, 수예 및 체조 등으로 했다. 제생원 맹아부의 특색은 한국 최초의 과립 특수교육 기관으로서 조선총독부에 속했으며 고아의 양육과 맹농아의 교육을 같은 기관에서 맡았다는 것이다. 또 상반되는 교육대상인 맹과 농아를 같이 교육했다는 것과 일본과 비교했을 때 한국은 그들의 식민지로서 특수교육도 차별적이였다. 초등과 3년(농아는 5년), 속성과 1년의 단기교육을 목표로 했으며 교육내용은 일본어를 겨우 해독할 정도의 초등보통 교육에다 직업교육을 겸한데 불과했다. 학생모집은 총독부에서 지시하여 학생들을 색출해서 입학시켰고 동시에 기숙사에 수용하여 의식주 일절을 국민 부담으로 돌보아 주었다. 당시의 사회에서는 특수교육에 대한 이해가 부족하여 무관심하였고 사회복지 사업적인 입장에서 교육이 실시되었으며 매우 보수적이였다(김병하, 2003).

(3) 일제시대 이후

우리나라에서 작업치료가 처음 행해진 것은 한국전쟁이 일어난 1950년 이후이다. 전쟁터에서 다친 군인들의 치료를 위해 미군의 보호 아래 작업치료사 양성 기관이 설치되었다. William Rush Dunton이 작업치료의 원리(Principles of occupational therapy)을 처음 언급하였다. 작업치료가 한국에 소개된 것은 전쟁 이후 1952년 부산 동래에 전상자를 치료하기 위해 설립되었던 '정양원'이 1953년 '국립재활원'으로 변경되면서부터이다.

물리치료는 한국에 처음 서구식 물리치료가 소개되기는 1945년 APTA 회원의 미국 군인 물리치료사 Maji Gerldine Lindberg였다는 기록이 있다. 그는 미군 제29병

원이 서울 근교에 있을 때 내한하여 그해 12월에 물리치료과를 설치하였으며 그후 Lindberg 등 여러 명의 물리치료사가 내한하기는 하였으나 당시 미군철수와 함께 1949년을 기해 모두 한국을 떠났다. 민간인으로는 1948년 미국 감리교 선교사인 Thelma B. Maw이다. 그는 당시 서울 역전에 위치한 세브란스 병원에 물리치료과를 설치하였다(정재권외, 2007)

특수학교 교육과정은 1967년 맹학교와 농학교 교육 과정이 제정되었고, 1974년 정신지체 학교 초등부 교육 과정이 제정되었으며, 1977년에 맹학교와 농학교 교육 과정 개정에 이어 1980년 7월 30일 교육 개혁 조치에 따라 1983년 12월 31일 특수학교 4개 장애영역의 교육 과정을 전면 개정· 제정 고시하였다. 치료교육 활동의 변화 과정은 특수학교 교육과정의 제정 및 개정 고시와 맥락을 함께 하고 있다고 할 수 있다. 치료 교육 활동의 변화와 발전의 시기를 4기로 나누어 보면 ① 준 교육과정 시기(1945~1984년), ② 제정 교육과정 시기(1985~1992년), ③ 개정 교육 과정 시기(1993~1999년), ④ 통합 교육 과정 시기(2000년 이후)로 구분할 수 있다. 특수학교 치료 교육 활동 교육과정의 변천은 준·제정·개정·통합 교육과정의 네 가지 시기로 구분할 수 있다(전헌선, 1999).

준 교육 과정 시기(1945~1984년)

이 시기는 서울 맹아 학교가 해방 직후 개교하면서 1967년 맹· 농학교 교육 과정이 제정되었고, 1974년 정신 지체 초등부 교육 과정이 제정되었으며, 1983년 지체부자유 학교 교육 과정 제정된 시기이다. 이 시기의 치료 교육 활동의 명칭은 양호 훈련, 요육 활동, 재활 훈련 등으로 불리면서 지도 내용과 방법 면에서 장애 영역에 따라 다양성을 보였다.

제정 교육 과정 시기 (1985년 ~ 1992년)

특수학교 교육과정 전면 개정, 제정 고시(1983년 12월 31일)된 후 1985년부터 시행된 시기이다. 이 시기의 교육 과정은 '장애학생은 개인의 특성면에서 편차가 크고, 개인차가 심하기 때문에 장애를 극복하는 능력을 길러야 할 특수성'이 있음을 인정하고 맹학교는 '생활적응 활동', 농·정신지체 학교는 '요육 활동', 지체부자유학교는 '재활 훈련 활동' 영역을 설정하였는데 주요 내용은 <표Ⅱ-6>와 같다.

<표Ⅱ-6> 제정 교육 과정 시기의 치료 교육 활동

장애 영역	명 칭	주 요 내 용
맹학교 (시각 장애)	생활 적응 활동	- 일상생활 훈련, 환경 적응 훈련
농학교 (청각 장애)	요육 활동	- 언어 수용·표현 활동 - 생활 적응 활동
정신 지체	요육 활동	- 학습 준비 기능, 감각 운동 기능 - 언어 훈련, 부적응 행동의 교정
지체부자유	재활훈련활동	- 기능 훈련(물리적 훈련, 직업훈련, 언어교정 훈련, 감각·지각 기능의 훈련) - 사회 · 심리적 훈련(심신의 적응, 사회 · 정서적 적응, 긍정적 행동)

개정 교육 과정 시기(1993년 ~ 1999년)

이 시기는 특수학교 교육과정이 전면 개정 고시(1989년 12월 29일)된 이후 1993년부터 시행된 현행 교육과정의 시기이다. 이 교육 과정에서도 장애 영역별 치료 교육 활동의 명칭을 다르게 하면서 내용면에서 질적 향상을 보인 기간이고 교육부 지정, 도교육청 지정 연구·시범학교가 운영되면서 현장에 뿌리내리는 시기라고 할 수 있다. 개정된 치료 교육 활동의 내용은 <표Ⅱ-7> 와 같다.

<표Ⅱ-7> 개정 교육 과정 시기의 치료 교육 활동

장애 영역	명 칭	주 요 내 용
시각 장애 학교	생활 적응 활동	- 생활 훈련, 이동 훈련
청각 장애 학교	요육 활동	- 언어 수용·표현 활동
정신 지체 학교	요육 활동	- 감각 운동 기능 훈련 - 언어 훈련, 행동 적응 훈련
지체부자유 학교	재활 훈련 활동	- 감각· 지각 훈련, 언어 훈련 - 직업훈련, 물리적, 신체 활동 훈련 - 사회 · 심리적 훈련

이상의 현행(1993년 3월 1일~ 2000년 2월 28일까지 시행) 교육 과정에서 나타난 문제점은 장애 영역 중심의 획일적 치료 교육 활동이 수행된다는 점이다. 따라서 장애 정도와 특성에 따른 탄력적 운영의 필요성과 중도·중복 장애아의 다양한 치료 교육 욕구를 충족시킬 수 없음이 지적되고 있다. 또한 장애 영역별로 내용 선정이 제한적이어서 특정 장애 영역은 교육 과정에 제시된 내용만 지도되는 것이 치료 교육인 것처럼 해석하여 융통성을 발휘하지 못하였다. 그리고 교육부는 교사용

지도서를 개발하면서 특수학교(지체부자유)공통 교사용 지도서임을 명시하였는데 일반화에는 많은 시간이 필요한 실정이었다.

통합 교육 과정 시기(2000년 이후)

교육부는 현행 특수학교 교육과정을 개정하였는데 총론 개정안(1997년 6월)의 치료교육 활동 주요 개정 내용은 다음과 같다. 개별 학생의 장애 특성에 따른 치료교육 활동을 강화하기 위하여 ① 장애 영역 중심의 획일적 치료 교육 활동 지양 ② 장애 정도와 특성에 따른 치료 교육 활동의 탄력적 운영을 개정의 기본 방향으로 하였다. 명칭을 '치료 교육 활동'으로 통일하고 장애 영역 공통 치료 교육 활동으로 언어치료, 청능 훈련, 물리치료, 작업치료, 감각・운동・지각 훈련, 심리・행동 적응 훈련, 보행 훈련, 일상생활 훈련의 8가지 영역을 확정하였다. 또한 이상의 8가지 훈련 영역의 목표와 내용 선정은 각론 작업이 완료된 1998년 6월30일 에 확정 고시되어 2000년 3월 1일부터 유치원과 초등부 1·2학년부터 시행하게 되었다.

2. 치료지원 현황

현재 교육과학기술부와 보건복지부에서 실시하는 치료지원에 대한 구조와 실태는 어떠한지, 치료지원 대상에 대한 현황은 어떠한지를 알아본다. 그리고 교육과정 제정시기에 따른 치료지원 문제에 대해서 알아보고자 한다.

1) 교육과학기술부와 보건복지부 치료지원 구조와 실태

교육과학기술부의 치료지원 구조는 어떻게 구성되어 있으며 보건복지부 장애아동 재활치료 서비스의 구조와 실태는 어떠한지, 그리고 교육과학부와 보건복지부의 치료지원을 서로 비교하기로 한다.

(1) 교육과학기술부의 치료지원 구조

교육과학기술부의 관련서비스 치료지원은 장애인 등에 대한 특수교육법 제2조 2항(정의)과 제11조(특수교육지원센터의 설치·운영)에 명시되어있다. 교육감은 특수교육대상자의 조기발견, 특수교육대상자의 진단·평가, 정보관리, 특수교육 연수, 교수· 학습활동의 지원, 특수교육 관련서비스 지원, 순회교육 등을 담당하는 특수교육

지원센터를 하급교육행정기관별로 설치·운영하도록 규정되어있다. 그리고 동법 제1항에 따른 특수교육지원센터는 하급교육행정기관이나 특수학교, 특수학급이 설치된 일반 초·중·고등학교 또는 관할 지역 관공서(장애인복지관을 포함한다)등 특수교육대상자를 비롯한 지역주민의 접근이 편리한 곳에 설치하도록 하고 있다. 동법 제28조(특수교육관련서비스)제2항에서 교육감은 특수교육대상자가 필요로 하는 경우에는 물리치료, 작업치료 등 치료지원을 제공하여야 한다고 규정되어있다. 동법 시행령 제7조(특수교육지원센터의 설치·운영)제2항과 4항은 인력배치와 타기관의 연계체제 내용을, 교육감은 특수교육지원센터가 그 업무를 효율적으로 수행할 수 있도록, 담당 업무를 전담하는 특수교육 분야의 전문 인력을 배치하여야 한다(제 2항), 그리고 특수교육지원센터는 담당 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 관련 기관과의 연계체제를 구축하고 협력하여 업무를 수행할 수 있다(제 4항)고 명시되었다. 또한 최소한 치료지원 센터에는 치료지원을 전담하는 치료지원 전문요원과 유관된 여타의 기관들과 협력관계를 구축하여 실행하도록 되어있다. 그리고 동법 시행령 제29조(기타관련서비스의 제공) 교육과학기술부장관 또는 교육감은 제23조부터 제28조까지의 규정에서 정한 특수교육관련서비스 외에 보행훈련, 심리・행동 적응훈련 등 특정한 장애유형의 특수교육대상자에게 필요한 특수교육 관련 서비스를 제공하여야 한다(제1항)고 명시되어 있다.

시행령 제7조(특수교육지원센터의 설치·운영)제2항을 보면 교육감은 특수교육지원센터가 그 업무를 효율적으로 수행할 수 있도록, 담당 업무를 전담하는 특수교육 분야의 전문 인력을 배치하여야 한다. 제4항 특수교육지원센터는 담당 업무를 효율적으로 수행하기 위하여 관련 기관과의 연계체제를 구축하고 협력하여 업무를 수행할 수 있다.

자격 기준은 제24조(치료지원)제1항에 법 제28조제2항에 필요한 인력은 「의료기사 등에 관한 법률」제4조에 따른 면허 또는 「자격기본법」제19조제1항에 따라 주무부장관이 공인한 민간자격을 소지한 사람으로 한다와 제3항에 교육감은 「공공보건의료에 관한 법률」제2조에 따른 공공보건의료기관 및 「장애인복지법」제58조에 따른 장애인복지시설 등과 연계하여 치료지원을 할 수 있다라는 규정에 의거하여 실시하고 있다.

치료지원의 영역은 물리치료, 작업치료, 언어치료이며 기타 영역(보행훈련, 심리・행동적응 훈련, 청능훈련)은 관련서비스로 규정하고 지원하고 있으며 개정 특

수학교 교육과정에 의거 단계적으로 적용한다. 장애학생의 장애정도와 지역 실정에 따라 지원 방법이 다양화되어 있으며 의료기관과 연계하여 운영한다. 2011년 4월 기준으로 전국의 모든 교육청에 187개의 특수교육지원센터를 설치·운영하고 있으며 전담인력으로는 특수교사 561명, 재활복지· 치료교육교사 140명, 기타 교사 8명으로 전체 709명의 교사, 일반직 21명, 치료사와 보조원을 포함한 기타인력 702명으로 모두 1,432명이 있으며 2007년도에 공포된 「장애인 등에 대한 특수교육법」에 특수교육지원센터의 설치 운영에 대한 법적 근거가 운영에 대한 제도적인 보완을 마련하였다(교육과학기술부, 2011).

특수교육지원센터에서는 진단・평가를 통한 특수교육대상자 선정 여부 및 특수교육지원, 특수교육 관련서비스 지원 등 적절한 교육배치를 통한 학습권을 보장하고 있다. 일반학교에 배치된 장애학생의 효율적인 치료지원을 하고 있고 각 급 학교의 치료실과 비교하여 모델 역할을 할 수 있도록 강화된 기준의 시설・설비와 치료사를 배치하여 각 학교를 순회하며 치료지원을 한다(교육과학기술부, 2011)

특수교육지원센터에서 진단·평가의 결과를 토대로 개별화교육지원팀에서 치료지원의 내용과 방법이 결정된다. 치료지원 영역은 언어치료, 청능훈련, 감각운동지각훈련, 심리행동적응훈련 등이며 지원 방법으로는 바우처 제도에 의한 치료지원, 치료교육교사(재활복지교사), 치료사, 특수교육지원센터 전담인력 등으로 지원 받을 수 있다. 기본교육과정 전면 시행에 따른 중학교 3학년, 고등학교 2학년 학생에게는 재량활동 시간을 활용해 치료지원을 제공한다. 특수교육지원센터를 통한 치료지원이 이루어지는데 각 치료지원 유형을 살펴보면 다음과 같다.

일반학교에서 치료지원 유형 : 기본 교육과정 전면 시행에 따른 중학교 3학년, 고등학교 2학년 이상의 학생에게 치료지원을 제공한다. 재량활동 시간 또는 방과후에 치료사 또는 치료교사가 담당한다.

특수학교를 통한 치료지원 유형 : 개별학교의 요구에 따라 수용에 맞추어 전문치료사가 배치되어 있고 치료사가 학교에 배치될 경우 재량활동 시간이나 방과 후 프로그램으로 제공된다.

유관기관과의 연계를 통한 치료지원 유형 : 특수교육지원센터는 공공보건의료기관 및 장애인복지시설 등과 연계하고 치료지원 제공 장소를 결정하는 업무를 한다. 그리고 전문성 등이 인증된 외부의 치료기관을 확보하여 긴밀한 연계체제를 구축한다. 치료지원 관련기관(병의원, 복지관, 사설치료실 등)에서 특수교육대상 학생들

이 수강을 하고 월 10만원을 지원하고 있다.
외부치료기관과 연계가 어려운 중, 소도시 지역의 학생과 이동이 어려운 학생들의 경우 치료사가 각 학교로 방문하여 치료하며 통합적으로 접근하여 통합학급교사와 특수교사의 연계를 통해서 이루어진다. 재택순회교육대상인 중증장애학생은 가정으로 방문하여 치료를 한다.

치료지원 제공 인력의 자격국가면허 소지자 또는 국가 공인 민간자격증 소지자이며 치료지원 제공인력의 인프라가 미약한 점을 고려하여 국가 면허 소지자 또는 국가 공인 민간자격증 소지자가 양성될 때까지 대학 또는 대학원을 졸업한 치료지원 관련 학과 졸업자를 활용(단, 해당영역)한다.

지원방법으로는 학생이 의료기관을 방문하여 치료실시하며 치료지원관련영수증 또는 의료비 지급명세서를 첨부한 치료지원비 지급 신청서를 매월 청구 받은 후 해당기관에 지급한다.

언어치료의 지원내용은 장애유형 및 특성에 따른 언어치료를 하며 지원방법은 특수교육지원센터의 언어치료사가 해당학생의 학교를 순회하거나 센터 내에서 치료지원 실시한다. 그리고 유관기관 연계를 실시하며 학생의 장애상태와 특성에 따라 개별 또는 소그룹치료를 한다.

청능 훈련은 음 및 말소리를 수용하는 능력을 신장시켜서 원활한 의사소통을 촉진하는 훈련으로 청각적 활용을 최대화시키고 시각적 통제한 청력을 체계적이고 개별적으로 개발하며, 어음의 지각, 변별, 그리고 파지의 개선을 보도하고 자연스러운 음 및 말소리의 습득을 촉진시키며 아울러 발음 훈련의 기초가 되는 훈련이다.

치료지원의 신청 대상은 “2008년 개정 특수학교교육과정”의 연차적으로 적용한다. 2009년에는 유치원과 초등 1학년과 2학년에 해당하며 2010년에는 유치원, 초1학년부터 초등4학년까지 그리고 중학교1학년에 해당, 2011년에는 유치원과 초등학교, 중학교 1학년과 2학년, 고등학교 1학년에 적용이 되며, 2012년에는 유치원과 초등학교, 중학교, 고등학교 1학년, 고등 2학년에 적용이 되며 2013년에는 유치원과 초등학교, 중학교, 고등학교에 적용이 된다.

신청 방법은 보호자의 동의하에 학교장이 특수교육지원센터로 제출을 한다. 지원대상 선정 및 지원 영역 결정은 물리치료, 작업치료는 진단·평가위원회의 심의결과와 의사진단서(소견서)를 참고하여 결정하며 언어치료는 진단·평가위원의 면담 및 진단·평가 결과 언어적인 문제가 배치된 교육현장에서의 교육이나 일상적인

의사소통에 심각한 영향을 미치는 경우를 말한다. 학생 개인의 장애유형에 따른 진단·평가 결과를 바탕으로 치료지원 내용 및 방법을 결정하고 교육적 진단 없이 학부모의 희망조사만을 근거로 치료지원의 종류 및 내용 결정을 지양한다.

(2) 보건복지부 장애아동 재활치료서비스 구조와 실태

뇌병변, 지적장애, 자폐증 등의 장애아동의 수가 증가하면서 재활치료에 대한 수요가 증가하고 있다. 국가 인권위원회(2004)에 의하면 장애아동의 치료지원에 관한 요구는 증대되고 있으나, 국가 및 지자체의 무상 공적 치료서비스 지원 체계는 아직 미비한 실정이다. 이로 인한 대부분의 장애아동 치료서비스 비용은 장애아동 가족의 부담이 되고 있으며 이로 인한 경제적 문제가 심각한 수준에 이르게 되었다.

이러한 상황을 인식한 정부는 '뉴 스타트 2008'을 시작하였으며 그해 5월 국정과제 핵심 사업으로 저소득층 자녀지원을 위한 사업을 시행하였다. 그 이후 9월에 생활공감정책 67개 주요 과제 중 '장애아동 재활치료 바우처 사업'이 채택되었다. 장애인 복지법 제16조, 장애인 복지법 6조 및 72조의 법적 근거로 2009년 2월 장애아동 재활치료 서비스 사업'이 시행되게 되었다(윤혁진, 2011).

장애아동 재활치료서비스는 수요자 중심의 복지사회 구현과 장애자녀의 재활치료로 인한 장애아동 가정의 경제적 부담을 감소시키고 자율경쟁을 통한 서비스의 질을 높이기 위해 바우처 형태로 전환되어 전국적으로 확대 실시되고 있다(한국장애인개발원, 2010). 이는 장애 아동에게 1인당 월 20만원의 치료비를 지원하는 우리나라 최초의 무상의 공적 치료지원시스템이다. 서비스 내용은 장애아동 부모의 사교육비 부담을 가져온 영역으로 언어치료, 행동치료, 음악치료, 미술치료, 심리운동 등이다. 장애아동 재활치료 바우처 사업은 저소득층 장애아동에게 바우처 방식의 재활치료비를 지원하고 있으며 만18세 미만 장애아동 중 욕구가 높은 장애아동에게 우선 지원되고 있다. 보건복지부는 2008년 3월 25일 뇌병변·언어·청각·정신지체 등 욕구가 높은 아동 6천명을 1만 7천명으로 확대 지원하기로 발표하였으며 총 150억 규모의 사업이 시행되었다(보건복지부, 2010).

장애아동 재활치료서비스의 목적은 성장기의 정신적·감각적 장애아동의 기능향상과 행동 발달을 위한 적절한 재활치료 서비스 지원 및 정보를 제공하고 있다. 사회복지사업법 제33조의 7항과 동법 시행규칙 제19조의 5항에 근거를 두고 있다. 제33조의 7항(보호의 방법) 보호대상자에 대한 보호는 현물로 제공함을 원칙으로 한다.

시장·군수·구청장은 국가 또는 지방자치단체 외의 자로 하여금 제1항의 보호를 실시하게 하는 경우에는 보호 대상자에게 사회복지서비스이용권을 지급하여 국가 또는 지방자치단체 외의 자로부터 그 이용권으로 보호를 받게 할 수 있다. 그리고 제19조5항(사회복지서비스 이용권) 법 제33조7제3항에 따라 보건복지부장관은 보호대상자의 복지요구, 소득·재산 상태 등을 고려하여 사회복지서비스 이용권의 지급대상에 대한 기준을 정하고 시장·군수·구청장은 보건복지부장관이 정한 기준에 따라 예산의 범위 내에서 이용권 지급대상자를 결정한다. 제1항에 따른 이용권으로 이용할 수 있는 사회복지서비스의 유형은 개인과 가정의 돌봄, 지원, 활동의 보조, 가사 또는 간병서비스, 신체적·정신적 건강의 향상을 목적으로 하는 사회복지서비스와 그 밖에 보건복지부장관이 정하는 사회복지서비스로 한다.

이와 같이 장애아동 재활치료 바우처는 사회복지사업법에 의거 서비스를 제공하고 있다(www.socialservice.or.kr). 장애아동 재활치료 사업 지원체계와 현황에 대해서 보건복지부(2011)에서 발간한 장애아동 재활치료 사업 안내 지침과 관련 통계자료를 토대로 서비스의 내용, 서비스 이용 실태, 서비스 제공기관 및 인력, 서비스 전달체계의 4가지로 나누어 살펴보고자 한다.

첫 번째, 서비스 내용은 장애아동 재활치료서비스는 장애아동을 대상으로 한 재활치료서비스와 장애 조기 발견 및 중재를 위한 부모 상담 서비스로 나뉘어져 있다. 장애아동을 대상으로 한 재활치료서비스 내용은 언어· 청능치료, 미술· 음악치료, 행동· 놀이· 심리운동치료 등으로 장애아동 재활치료 서비스를 제공하는 기관이 장애아동 및 부모들의 수요욕구에 따라 자율적으로 결정하여 제공하고 있다. 그리고 물리치료와 작업치료는 의료 행위의 일환으로 장애아동 재활치료서비스에서 제외되고 있는 상태다. 장애아동의 부모를 대상으로 하는 상담 서비스는 사회적으로 고립될 수 있는 장애아동 가족을 위한 정서적 지원은 물론 장애아동의 재활치료 효과를 극대화시키기 위해 제공되고 있는 서비스이다. 장애아동을 위해 재활치료서비스를 제공하는 방식은 기관 방문형과 재가 방문형 2가지로 구분된다. 기관 방문을 기본으로 하되 인근에 제공기관이 없을 경우, 도서· 벽지 지역 거주 장애아동의 경우, 이동불편 및 보호자가 없어 기관 방문이 어려운 장애아동의 경우, 서비스 이용자가 희망하는 경우에는 재가방문을 통해 서비스를 지원하고 있다.

두 번째, 바우처 지원액 및 본인 부담금은 장애아동 부모의 경제적 부담을 경감시키고 장애아동의 특성과 욕구에 맞춘 재활치료 서비스 제공을 위해 서비스 이용

금액에 대한 지원과 이용하고 싶은 서비스를 선택 가능하도록 바우처로 운영하고 있다. 장애아동 소득수준에 따른 재활바우처 지원의 범위는 아래 <표Ⅱ-8>과 같다.

<표Ⅱ-8> 장애아동 재활바우처 소득수준에 따른 지원 범위

소득수준	등급	총 구매력	바우처 지원액	본인부담금
기초생활수급자	다형	월 22만원	월 22만원	면제
차상위계층	가형		월 20만원	2만원
차상위계층 초과~ 전국가구 평균소득 50% 이하	나형		월 18만원	4만원
전국가구평균소득 50% 초과~ 100%	라형		월 16만원	6만원

출처 : 보건복지부(2011), 장애아동 가족지원 사업 안내

서비스 이용 금액에 대해서는 이용자의 소득수준에 따라 지원액을 바우처로 지원되는 금액과 본인부담금을 차등화하고 있다. 소득수준은 장애아동수당 수령 여부, 수급자 및 차상위계층 여부, 건강보험료(차상위계층 초과 전국가구 평균소득 100% 이하)등을 토대로 기초생활수급자, 차상위계층, 전국가구 평균소득 50% 이하, 전국민가구 평균 소득 50~100% 이하의 4가지 등급으로 구분하여 결정한다.
표에서 보는 바와 같이 총 구매력은 동일하게 월 22만원이며, 소득수준의 등급에 따라 바우처 지원액과 본인부담금이 차등화되어 있어 이용자는 전액 지원 받거나 최대 월 6만원의 이용료를 선납하고 재활치료 서비스를 이용할 수 있다.

세 번째, 서비스 이용 단가는 장애아동 재활치료 서비스를 이용하는 1회당 서비스 단가는 월 지원횟수에 따라 1만8천원(월 12회), 2만원(월 11회), 2만2천원(월 10회), 2만4천(월9회) 등으로 다양하게 결정될 수 있으며 1회당 치료 서비스 제공시간은 50분이 기본으로 정해져 있다. 서비스는 1:1 개별서비스 제공이 원칙이나 치료 목적상 집단치료가 필요한 경우 또는 부모의 동의를 받은 경우에 한하여 집단 치료 서비스를 제공하고 서비스 단가를 별도로 적용하고 있다.

네 번째, 서비스 이용대상은 장애아동 재활치료 서비스는 만 18세 미만의 장애아동이며 초·중·고등학교 또는 이에 준하는 특수학교 및 각종 학교에 재학 중인 경우에는 만 20세 이하까지 지원 대상에 포함이 된다. 단 5세 미만의 영· 유아의 경우

장애등록을 하지 않았어도 뇌병변, 지적, 자폐성, 청각, 언어, 시각 장애가 예견되어 재활치료가 필요하다고 인정되는 경우 의사진단서를 첨부하면 서비스 이용이 가능하다. 장애유형으로는 뇌병변, 지적, 자폐성, 청각, 언어, 시각 장애아동이며 소득기준은 전국 가구 평균소득의 100% 이하여야 한다. 단 소득기준이 전국 가구 평균소득 100%초과 150% 이하인 장애아 2명이상 가구, 부모 중 1명 이상이 중증장애인(1,2급 및 3급 중복장애)인 가정에 대하여 시·군·구청장이 인정하는 경우에는 예산범위 내에서 지원 할 수 있다.

서비스 영역으로는 언어·청능치료, 미술·음악치료, 행동·놀이·심리운동 치료 등 재활치료서비스를 제공(장애아동 및 부모의 수요에 따라 사업 실시 기관이 자율적으로 결정)한다. 장애아동 재활치료 서비스 사업에 있어서 시군구의 예탁금을 관리하고 바우처 비용의 지급 및 정산, 모니터링 실시 및 통계를 관리하는 한국사회서비스관리원이 2011년 기준으로 서비스 대상자 현황과 이용실적을 제시한 결과에 따르면 서비스 이용 대상자는 37,000명으로 나타났다. 이는 현재 특수교육대상 학생 2011년 기준 82,665명을 기준으로 본다면 상당히 많은 수의 학생들이 이 서비스를 이용하고 있는 것을 알 수 있다.

다섯 번째, 서비스 제공기관 및 인력은 장애아동 재활치료 바우처 서비스 제공기관은 국가(중앙부처) 또는 지자체의 허가, 등록 또는 지정을 받은 비영리단체· 법인, 개인사업자, 상업상 법인 등으로서 재활치료서비스 수행능력과 경험이 있는 기관이 선정기준이 된다. 서비스 제공기관의 선정으로는 국가(중앙부처) 또는 지자체의 허가를 받아야 하며, 비영리 기관의 참여를 적극 권장하며 지자체별 사업대상 인원을 고려하여 수요에 맞게 적정 제공기관 수를 판단하여 지정된다. 서비스 제공기관의 인력은 자격기본법에 근거한 민간자격 발급기관에서 발급한 자격증을 소지하고 있는 치료사를 채용해야 한다. 또한 2년 이상 관련 자격증을 발급하고 전문학사 이상의 학력을 지원 조건으로 하는 관련 학회 및 단체에서 소정의 절차를 거쳐 발급 받은 치료사 자격증을 소지하여야 한다. 자격증이 없이 관련 치료 분야의 관련 학과 전공자의 경우 석사학위 이상 소지자는 임상 경력 1년 이상이여야 하며, 학사 학위 이상 소지자는 임상 경력 3년 이상, 전문 학사 이상 소지자는 임상 경력 5년 이상이어야 한다.

여섯 번째, 서비스 전달체계는 서비스 제공기관의 이용 절차는 <표Ⅱ-8>과 같이 서비스 대상자가 서비스 제공기관에 연락하여 이용신청 접수를 한 후 대상자 상담

을 실시한다. 대상자 상담을 실시하며 서비스 제공 계획서를 작성하며 이용자와 제공기관간의 계약을 통해 서비스를 제공받을 수 있다. 이때 장애아동 재활치료 바우처의 본인 부담금을 제공기관 계좌에 납부하고, 매 회 서비스를 받았을 때마다 바우처 카드로 결제하는 시스템으로 운영되고 있다. 또한 서비스의 효율적인 운영을 위하여 대상자 및 가족을 대상으로 서비스 실시상황을 사회 서비스 관리센터 및 서비스 제공기관에서 모니터링을 실시하게 된다.

<표Ⅱ-9> 장애아동 재활치료서비스 절차와 내용

절 차	내 용
서비스 이용 신청 접수	- 서비스 대상자가 제공기관에 연락
서비스 제공 (이용)계획 수립	- 서비스 제공기관과 서비스 대상자 상담 실시 - 서비스 제공(이용)계획서 작성
서비스 이용 계약	- 서비스 제공기관과 이용자간 계약서 작성
본인부담금 납부	- 서비스 대상자, 제공기관 계좌에 직접 납부
서비스 실시	- 서비스 제공 전 바우처 잔량 조회, 서비스 제공 후 바우처 결제, 서비스 제공 계획에 의해 서비스 제공
모니터링	- 사회서비스관리센터, 서비스 제공기관이 대상자 및 가족을 대상으로 서비스 실시 상황 확인
서비스 결제	- 은행 영업일 기준으로 결제후 3일 이내 입금

자료 : 보건복지부(2011). 장애아동 가족지원사업 안내

재활치료는 신체적 또는 정신적 질환에 대한 의학적인 치료와 심리적, 사회적, 직업적인 면에서 치료를 포함시켜 사회적 인간으로의 복귀를 위해 환자를 신체적, 정신적, 사회적 또는 직업적인면의 치료를 통해 최대한의 기능적인 회복을 도모하고 사회에서 정상에 가까운 생활이 가능하도록 치료하는 것을 말한다. 이에 재활치료적 관점에서의 주요 목적은 육체적, 정신적, 심리적, 정서적, 가정적, 사회적 또는 직업적으로 당사자가 성취할 수 있는 최고의 수준에까지 도달할 수 있도록 치료와 훈련, 그리고 교육을 통하여 그들을 관리해주는 것이라 할 수 있다.

재활치료의 성공적 조건으로서는 환자의 회복잠재력을 정확히 평가하여 올바른 치료방향을 설정하는 것과 환자의 긍정적 참여의지, 사회와 가족의지 그리고 각자의 전문성을 타 분야 전문치료요원과 조화롭게 맞출 수 있는 협력적 팀접근이 높게 요구된다(전세일, 2005). 재활치료에 주로 활용되는 치료방법은 언어치료, 청능치료, 미술치료, 음악치료, 놀이치료, 행동치료, 인지치료, 심리운동치료 등이다.

미술치료는 미술 재료를 제공 및 이용하여 표현의 자유를 주고 또한 내담자가 자신을 신뢰하고 스스로를 통제하여 상담자와의 관계를 형성하는데 도움이 되는 외적 구조와 조직을 제공하는 치료이다. 미술치료는 비언어적인 수단을 이용하여 자신을 표현하거나 창작활동의 과정에서 치료의 매개체로 미술을 사용하는 치료기법으로서 장애인의 정서적, 사회적, 정신적 부적응 문제를 치료하고자 하는 심리상담 또는 심리치료의 한 분야로 인정된다.

음악치료는 내담자에게 음악을 듣게 하거나 적절한 연주행동을 하게 함으로써 개인의 신체적, 심리적, 정서적 통합과 바람직한 행동변화를 가져오게 하는 등의 치료적 효과를 보게 하는 특수한 심리치료법이다.

놀이치료는 아동의 성격연구와 행동문제의 치료를 위해 사용되는 기법으로서 아동이 놀이하는 가운데 자신의 갈등을 표현하도록 하는 것이다. 내면적인 부적응을 일으키게 하는 감정과 정서를 표현할 수 있도록 놀이를 심리적 정화의 도구로 이용하는 것을 포함하며 아동의 적응문제를 진단하는 기법으로도 유용하게 사용된다.

행동치료는 현재의 문제행동에 대한 부정적 영향을 어떻게 수정하는가에 관심을 두는 행동수정 기법으로서 현재 일어나고 있는 표출문제를 해결하고자 하며 어떤 형태의 부정적 행동 형태이든 이를 긍정적 행동 형태로 전환시키는 강력한 해결기능을 갖는다.

인지치료는 개인의 의지가 근본적으로 그 개인의 행동을 결정한다는 전제에서 출발하여 개인의 문제는 잘못된 가정과 추측에서 오는 현실왜곡 때문에 생기며, 이러한 부정확한 개념은 인지발달 과정에서 잘못된 학습에서 시작된다고 보는 것이다. 그러므로 잘못된 개념을 교정, 제거하고 현실적 사고를 증진시키는 것이 치료의 기본이 되며 치료자는 내담자의 현실적 사고를 증진시켜 현재의 인지가 왜곡되었다는 것을 깨닫게 해주는 역할을 한다.

심리운동은 운동치료와 심리치료의 중간적 위치로 볼 수 있다. 즉 신체를 매개로 신체기능개선에 일차적 목적이 있는 운동치료와 주로 인간의 감성이나 인지 등 정신적, 심리적 건강개선에 우선적 목적을 두고 있는 심리치료이다.

요약컨대 교육과학기술부의 치료지원은 장애인 등에 대한 특수교육법에 의거하여 실시되고 있으며 보건복지부의 장애아동 재활치료는 사회복지 사업법에 의거하여 지원 실시되고 있음을 알 수 있다.

(3) 교육과학기술부와 보건복지부 치료지원의 비교

교육과학기술부에서 지원하는 관련서비스 치료지원과 보건복지부에서 지원하는 장애아동 재활치료서비스는 약간의 차이가 있다. 2009년도부터 시행되었던 교육과학기술부의 치료지원과 보건복지부의 장애아동 재활치료서비스는 서로 중복허용이 되지 않았다. 즉 교육과학기술부의 치료지원을 받고 있다면 보건복지부의 장애아동 재활서비스를 부분적으로 받을 수 없었다. 그러나 2011년부터 교육과학기술부와 보건복지부에서 지원하는 서비스의 치료영역이 다르면 2가지 모두 지원을 받을 수 있게 중복을 허용하게 되었다.

교육과학기술부의 치료지원과 보건복지부의 장애아동 재활치료서비스의 내용을 아래 <표Ⅱ-10>와 같이 비교하였다.

<표Ⅱ-10> 교육과학기술부 치료지원과 보건복지부 장애아동 재활치료서비스 비교

구분	교육과학기술부 치료지원	보건복지부 장애아동 재활치료서비스
서비스 대 상	치료지원이 필요한 것으로 진단·평가된 특수교육 대상자	「장애인복지법」상 등록장애아동,만18세미만,전국가구평균소득 100%이하(단, 5세 이하는 뇌병변, 지적, 자폐성, 청각, 언어, 시각 장애가 예견되어 재활치료가 필요하다고 인정한 의사의 진단서로 서비스 가능)
장애 유형	특수교육대상자	뇌병변, 지적, 자폐성, 청각, 언어, 시각 장애아동(중복장애 인정)
서비스 영 역	물리치료, 작업치료, 언어치료, 청능치료, 보행훈련, 심리·행동치료, 음악치료, 미술치료	언어치료, 청능치료, 음악치료, 미술치료, 행동·놀이·심리운동치료(장애아동 및 부모의 수요에 따라 사업 실시 기관이 자율적으로 결정), 장애조기 발견 및 발달진단서비스, 중재를 위한 부모 상담서비스
신 청	특수교육지원센터의 장애유형에 따른 진단·평가 결과를 바탕으로 치료지원 내용 및 방법을 결정함	장애인 복지카드가 있는 서비스 대상자의 가족이 동사무소에 신청
제공기관	공공보건의료기관 및 장애인복지시설 등과 연계, 특수교육대상자의 보호자가 기관을 선택	시·군·구의 지정을 받은 제공기관
제공인력	자격기본법에 등록된 민간자격발급기관에서 발급한 자격증 인정	자격기본법에 등록된 민간자격 발급기관에서 발급한 자격증 인정
소요예산 지원	교육청에서 약 월 10만원 지원	대상자의 소득수준에 따라 지원액과 본인부담금 차등지원, 월22만원부터 월16만원까지 지원
법 조항	장애인 등에 대한 특수교육법 조항에 근거	사회복지사업법의 조항에 근거한 복지차원의 지원

서비스 대상에서 교육과학기술부는 특수교육 대상자를 의미하며 보건복지부는 장애아동을 대상으로 하고 있으며 만 5세 이하의 경우는 의사 진단서로 서비스를 받을 수 있도록 하였다. 장애유형에서는 교육과학기술부는 전 장애유형과 장애등록

을 하지 않는 경우학생도 포함하여 특수교육의 효율적 의미를 부여했다면 보건복지부는 시·청각, 언어, 지적, 자폐, 뇌병변 아동을 대상으로 하였으며 기타 다른 장애영역은 포함하지 않았다. 서비스 영역에서의 경우도 교육과학기술부는 진단・평가 결과를 바탕으로 치료지원 내용 및 방법을 결정한다면 보건복지부는 장애아동 및 부모의 수요에 따라 사업 실시 기관이 자율적으로 결정하는 것으로 되어 있다. 치료지원 예산도 교육과학기술부는 약 10만원 정도를 지원하는데 비해 보건복지부는 22만원에서 16만원까지 차등 지원을 한다.

2) 치료지원 대상에 대한 현황

(1) 교육과학기술부 치료지원 대상 예산과 규모

연도별 특수교육대상 학생수

특수학교 및 특수교육지원센터와 일반 학교에 등록되어 있는 특수교육대상학생의 최근 5년간 현황을 살펴보면 아래 <표Ⅱ-11>와 같다.

<표Ⅱ-11> 연도별 특수교육 대상학생 배치 현황 (단위 : 명, %)

연도	특수학교 및 특수교육지원센터	일반 학교	전 체
2007	22,963(34.8)	42.977(65.2)	65.940(100)
2008	23,400(32.7)	48,084(67.3)	71,484(100)
2009	23.801(31.7)	51,386(68.3)	75,187(100)
2010	23.944(30.0)	55,767(70.0)	79,711(100)
2011	24.741(29.9)	56,924(70.1)	82,665(100)

출처 : 교육과학기술부(2011), 특수교육통계

특수교육대상 학생수의 증가추세를 보면 2007년 65,940명에서 2008년에는 71,484명으로 5,544명이 증가, 2009년에는 75,187명, 2010년에는 79,711명으로 증가하였으며 2011년에는 82,665명으로 2007년에 비해 16,725명이 증가하였다.

연도별로 장애영역을 살펴보면 2008년까지는 특수교육진흥법의 적용을 받아 8개의 영역으로 조사가 되었다가 2009년부터는 장애인등에 대한 특수교육법의 장애영역의 확대로 세분화 되었다. 장애영역별 학생수의 현황을 살펴보면 아래 <표Ⅱ

-12>와 같다.

<표Ⅱ-12> 최근 5년간 장애영역별 학생수 (단위: 명, %)

연도	시각 장애	청각 장애	정신 지체	지체 장애	정서 행동 장애	자폐 성장 애	의사 소통 장애	학습 장애	건강 장애	발달 지체	전체
2007	2,292 (3.5)	2,864 (4.3)	36,041 (54.7)	7,739 (11.7)	7,695 (11.6)		1,185 (1.8)	6,982 (10.6)	1,142 (1.7)	-	65,940 (100)
2008	2,103 (3.0)	3,073 (4.3)	40,222 (56.3)	8,788 (12.3)	7,681 (10.7)		1,226 (1.7)	6,754 (9.4)	1,637 (2.3)	-	71,484 (100)
2009	2,113 (2.8)	3,385 (4.5)	40,601 (54.0)	9,659 (12.8)	3,537 (4.7)	4,647 (6.2)	1,324 (1.8)	6,526 (8.7)	1,945 (2.6)	1,450(1.9)	75,187 (100)
2010	2,398 (3.0)	3,726 (4.7)	42,690 (53.6)	10,367 (13.0)	3,588 (4.5)	5,463 (6.9)	1,591 (2.0)	6,320 (7.9)	2,174 (2.7)	1,394 (1.7)	79,711 (100)
2011	2,315 (2.8)	3,676 (4.4)	45,132 (54.6)	10,727 (13.0)	2,817 (3.4)	6,809 (8.2)	1,631 (2.0)	5,606 (6.8)	2,229 (2.7)	1,723 (2.1)	82,665 (100)

출처 : 교육과학기술부(2011), 특수교육통계

장애영역별 학생수는 2008년까지는 정서행동장애가 자폐장애를 포함하여 7,681명의 학생수의 통계가 산출되었다면 2009년부터는 정서행동장애와 자폐장애가 분리되어 정서행동장애 학생수는 3,537명(4.7%), 자폐장애는 4,647명(6.2%)으로 조사 되었으며 발달지체 영역이 추가되어 1,450명(1.9%)으로 조사되기 시작하였다. 2011년 현재 시각장애 2,315명으로 2.8%를 나타내고 청각장애는 3,676명으로 4.4%이며 정신지체는 45,132명으로 54.6%로 가장 많은 장애영역 학생수로 나타났으며 지체장애가 10,727명으로 13%를 나타내 두 번째로 많은 장애영역 학생수로 나타났다. 그러나 학습장애의 경우는 5,606명으로 2009년도 6,320명보다 714명이 줄어든 것으로 나타났다.

「2008년 개정 특수학교 교육과정(교육인적자원부 고시 제2008-3호)」이 2009년부터 연차적 적용됨에 따라, 교육과정에서 치료교육이 점차 축소되고 대신 치료지원이 확대 제공되고 있다(교육과학기술부, 2011).

최근 치료지원 현황을 살펴보면 아래 <표Ⅱ-13>와 같다.

<표Ⅱ-13> 최근 치료지원 현황 (단위 : 명, 천원)

연도	특수교육대상 학생	치료지원대상학생수	예 산
2009	유, 초 1~2	유, 초 1~2	14,054,000
	10,227	5,905	
2010	영, 유아, 초1~4, 중1	영, 유아, 초1~4, 중1	18,114,605
	29,625	13,768	
2011	영, 유아, 초, 중1~2, 고1	영, 유아, 초, 중1~2, 고1	48,465,492
	59,901	25,839	

출처 : 교육과학기술부(2011), 특수교육연차보고서

2009년도 특수교육대상 학생 중 유치원 · 초등 1~2학년 대상 학생은 10,227명 중에서 치료지원 대상학생은 5,905명이며 예산은 141억원이다. 그리고 2010년도에는 특수교육대상 학생 중 영·유아, 초등 1~4학년, 중1학년 대상 학생은 29,625명 중에서 치료지원 대상학생은 13,768명이며 예산은 181억원이다. 2011년 특수교육대상학생 중 장애영아, 유· 초 전과정, 중1~2학년 및 고등학교 1학년 학생 59,901명 중 치료지원 대상학생은 25,839명이며 치료지원 비율은 43.2%이다. 일부 시·도는 치료지원 제공 대상 학년이 아닌 중학교 3학년 및 고등학교 2~3학년 학생 1,835명에게 추가로 치료지원을 제공하고 있으며 2011년 치료지원 대상학생을 위한 시·도교육청의 총 예산은 약 485억원이다(교육과학기술부, 2011). 이렇듯 2010년과 2011년도의 치료지원 예산이 현격히 증가한 이유는 보건복지부에서 지원하는 장애아동 재활치료서비스와의 중복 지원이 허용되면서 나타나는 현상이라고 볼 수 있다.

교육과학기술부에서 실시하는 치료지원과 보건복지부의 장애아동 재활치료서비스의 시작 시기가 같으며 처음 시행 했을 때는 두 부처 중에서 부분적으로 한 부처만 지원이 허용이 되었다. 교육과학기술부의 치료지원이 보건복지부의 지원액보다 적었고 이러한 이유로 보건복지부에서 지원하는 재활서비스를 더 많이 신청하게 되었다. 이후 2011년부터는 교육과학기술부와 보건복지부의 치료지원에 대해 중복이 허용되었다. 제공 받는 치료영역이 같지 않다면 두 가지 모두 지원을 받을 수 있게 되었다. 즉 교육과학기술부에서 언어치료를 받고 보건복지부에서는 음악치료나 미술치료를 받는 경우는 허용이 된다는 의미라고 할 수 있다.

교육과학기술부 시도별 특수교육 학생수와 치료지원 현황

특수교육대상자 현황을 살펴보면 아래 <표Ⅱ-14>와 같다.

<표Ⅱ-14> 시도별 특수교육 학생수 (단위 : 명)

시도	특수학교			특수학급			일반학급			학생계
	학교수	학급수	학생수	학교수	학급수	학생수	학교수	학급수	학생수	
계	155	3,842	24,580	6,080	8,415	43,183	6,598	13,679	14,741	82,665
서울	29	732	4,869	636	1,094	6,071	890	1,838	1,960	12,900
부산	13	294	1,697	445	519	2,728	483	989	1,052	5,477
대구	8	220	1,489	251	354	1,901	397	779	812	4,215
인천	7	185	1,277	338	458	2,693	295	563	615	4,618
광주	5	162	1,001	182	246	1,221	187	324	343	2,565
대전	4	112	838	220	263	1,478	276	663	712	3,030
울산	3	93	573	135	191	968	184	680	718	2,284
경기	28	648	3,853	1,413	2,114	11,053	1,175	2,549	2,724	17,685
강원	7	169	1,040	303	315	1,449	241	433	511	3,000
충북	9	226	1,336	253	286	1,563	341	718	807	3,718
충남	6	164	1,035	436	552	2,554	266	457	500	4,094
전북	11	179	1,289	287	309	1,439	392	760	832	3,560
전남	7	112	891	220	451	2,359	184	417	420	3,672
경북	7	231	1,476	382	485	2,112	481	862	932	4,526
경남	8	231	1,447	499	626	3,135	634	1,285	1,415	6,000
제주	3	84	469	80	152	459	172	362	388	1,321

출처 : 교육과학기술부(2011), 특수교육통계

교육과학기술부 2011년 특수교육통계에 보면 특수교육대상 학생 수는 총 82,665명으로 경기도가 17,685명으로 가장 많고 제주도가 1,321명으로 가장 적은 수로 나타났다. 지역별 치료지원 현황을 살펴보면 특수교육 대상학생은 모두 치료지원을 받는 것은 아니며 진단·평가가 실시되고 그 판단에 따라 치료지원을 받을 수 있게 된다.

치료지원을 받고 있는 학생의 분포와 예산을 시도별로 나타내면 아래 <표Ⅱ-15>와 같다.

<표Ⅱ-15> 지역별 치료지원 현황 (단위: 명, %, 천원)

시도	특수교육대상학생			치료지원 대상학생			치료지원 비율			예산
	영유아초중1,2, 고1	중3 고2,3 전공과	소계	영유아초중1,2, 고1	중3 고2,3 전공과	소계	영유아초중1,2, 고1	중3 고2,3 전공과	소계	
서울	8,934	3,410	12,344	5,055	934	5,989	56.6	27.4	48.5	9,406,680
부산	4,180	1,297	5,477	1,979	108	2,087	47.3	8.3	38.1	2,536,800
대구	2,977	1,238	4,215	1,530	-	1,530	51.4	-	36.6	1,635,600
인천	3,384	1,234	4,618	1,175	135	1,310	34.7	10.9	28.4	996,090
광주	1,827	738	2,565	971	-	971	53.1	-	37.9	1,138,800
대전	2,154	876	3,030	805	15	820	37.4	1.7	27.1	1,172,736
울산	1,619	665	2,284	702	-	702	43.4	-	30.7	1,732,178
경기	12,740	4,555	17,295	4,008	112	4,120	31.5	2.5	23.8	2,918,484
강원	2,131	869	3,000	1,072	47	1,119	50.3	5.4	37.3	1,318,000
충북	2,560	1,158	3,718	1,482	-	1,482	57.9	-	39.9	1,874,749
충남	2,909	1,185	4,094	985	-	985	33.9	-	24.1	998.760
전북	2,622	938	3,560	1,384	137	1,521	52.8	14.6	42.7	1,283,500
전남	2,758	914	3,672	613	70	683	22.2	7.7	18.6	336,308
경북	3,175	1,351	4,526	1,293	38	1,331	40.7	2.8	29.4	16,689,600
경남	4,462	1,538	6,000	2,002	132	2,134	44.9	8.6	35.6	3,221,620
제주	927	394	1,321	322	61	383	34.7	15.5	29.0	559,427
국립특수학교	542	404	946	461	43	504	85.1	10.6	53.3	646,160
합계	59,901	22,764	82,665	25,839	1,832	27,671	43.2	8	33.5	48,465,492

출처 : 교육과학기술부(2011), 특수교육통계

전국의 특수교육대상학생수는 82,665명 중 치료지원을 받고 있는 학생수는 27,671명으로 나타났으며 예산은 총 484억원으로 나타났다. 지역별로 치료지원을 받고 있는 학생 중에서 경기지역의 학생수가 4,120명으로 가장 많은 수를 나타내며 예산은 29억원이며 제주도가 383명으로 제일 적은 수의 학생수를 나타내며 예산은 5억 5천만원 정도이다. 강원도는 학생수가 1,119명에 예산은 13억이며 광주는 971명이며 예산은 11억원, 울산은 702명이지만 예산은 17억원으로 나타난 것을 보면 자치단체마다 지원하는 예산이 다르다는 것을 알 수 있다.

(2) 보건복지부 장애아동 재활치료 대상자와 예산

장애아동 재활치료 연도별 대상자를 살펴보면 2009년부터 보건복지부에서 장애아동 부모의 경제적 경감과 재활 목적으로 지원하는 장애아동 재활치료서비스의 대상자 수와 예산은 아래 <표Ⅱ-16>와 같다.

<표Ⅱ-16> 장애아동 재활치료서비스 대상자 수와 예산 (단위: 명, 천원)

구분	2009		2010		2011	
	대상자수	예산	대상자수	예산	대상자수	예산
서울	2,623	3,147,600	6,124	5,934,136	5,550	5,377,950
부산	1,069	1,795,920	2,225	3,018,435	2,264	3,071,342
대구	1,143	1,920,240	2,300	3,120,180	2,316	3,141,886
인천	981	1,648,080	2,175	2,950,605	2,211	2,999,443
광주	701	1,177,680	1,310	1,777,146	1,333	1,808,348
대전	762	1,280,160	1,460	1,980,636	1,484	2,013,194
울산	283	475,440	813	1,102,916	776	1,052,722
경기	3,237	5,438,160	8,200	11,124,120	8,347	11,323,540
강원	701	1,177,680	1,180	1,600,788	1,198	1,625,207
충북	673	1,130,640	1,385	1,878,891	1,405	1,906,023
충남	812	1,364,160	1,555	2,109,513	1,582	2,146,141
전북	1,169	1,963,920	1,670	2,265,522	1,695	2,299,437
전남	1,123	1,886,640	1,570	2,129,862	1,589	2,155,637
경북	1,141	1,916,880	2,055	2,787,813	2,090	2,835,294
경남	1,291	2,168,880	2,550	3,459,330	2,557	3,468,826
제주	269	451,920	592	803,107	603	818,030
합 계	17,978	28,944,000	37,164	48,043,000	37,000	48,043,020

출처 : 보건복지부(2011) (예산은 국비지원액임)

2009년도에 장애아동재활 치료서비스의 대상자 수는 17,978명에 불과했지만 2010년에는 2배가 넘는 37,164명이 서비스를 받았으며 2011년 현재 37,000명이 서비스를 받고 있는 것으로 나타났다. 경기도의 경우가 8,347명으로 가장 많았으며, 서울은 5,550명, 부산이 2,264명, 광주는 1,333명으로 나타났으며 제주의 경우는 603명으로 가장 적은 수를 기록하였다. 장애아동 재활치료서비스를 실시하는데 소요되는 예산은 국고보조율이 서울의 경우 50%이며, 지방의 경우는 70%를 기준 보조율로 정하고 있으며 나머지는 지방의 재정으로 충당하고 있는 실정이다. 이는 재정자립도가 낮은 지방의 경우일수록 장애아동 재활치료서비스를 지원하는 예산의 어려움으로 그 혜택이 고루 미칠 수 없을 것임을 알 수 있다. 2010년 장애아동 재활치료 바우처 사업 예산 내역은 다음 <표Ⅱ-17>와 같다.

<표Ⅱ-17>　　2010년 전국 인구수와 지역별 장애아동 재활치료 현황

시도별	인구수 (단위: 천명)	대상아동수 (명, %)	계 (천원)	국고보조금 (천원)	순지방비 (천원)
서울	9,794	6,124(0.063)	11,868,272	5,934,136	5,934,136
부산	3,415	2,225(0.065)	4,312,050	3,018,435	1,293,615
대구	2,446	2,300(0.094)	4,457,400	3,120,180	1,337,220
인천	2,663	2,175(0.082)	4,215,150	2,950,605	1,264,545
광주	1,476	1,310(0.089)	2,538,780	1,777,146	761,634
대전	1,502	1,460(0.097)	2,829,480	1,980,636	848,844
울산	1,083	813(0.075)	1,575,594	1,102,916	472,678
경기	11,379	8,200(0.072)	15,891,600	11,124,120	4,767,480
강원	1,472	1,180(0.080)	2,286,840	1,600,788	686,052
충북	1,512	1,385(0.092)	2,684,130	1,878,891	805,239
충남	2,028	1,555(0.077)	3,013,590	2,109,513	904,077
전북	1,777	1,670(0.094)	3,236,460	2,265,522	970,938
전남	1,741	1,570(0.091)	3,042,660	2,129,862	912,798
경북	2,600	2,055(0.080)	3,982,590	2,787,813	1,194,777
경남	3,160	2,550(0.081)	4,941,900	3,459,330	1,482,570
제주	532	592(0.111)	1,147,296	803,107	344,189
합 계	**48,580**	**37,164(0.077)**	**72,023,792**	**48,043,000**	**23,980,792**

출처 : 보건복지부(2011), 2010년 국비지원액을 바탕으로 연구자가 재구성함

2010년 장애아동 재활치료서비스를 실시하는데 소요된 예산은 총 720억여원이 집행되었으며 이중 국고보조금은 480억원, 순지방비는 240억원이 집행되었다. 경기도의 경우가 가장 많은 대상자로 인해서 158억원으로 가장 높았으며 서울은 118억이 집행되었으며 부산은 43억, 광주는 25억, 전남의 경우는 30억원이 집행되었다.

그밖에 대기업들이 새로운 단체를 구성하거나 기존의 복지단체에 기부하고 후원하는 지원이 꾸준히 늘고 있다. 현대자동차의 경우는 장애아동·이동권 증진·예능특기·생활 복지 등 장애인 복지 분야에 사용될 기금을 지원하기도 하고 전국 사회복지관 12곳에도 장애아동 놀이터를 설치 지원하였다(경향신문, 2011). 그리고 KT의 경우도 서울 농학교의 청각장애아동 야구단을 후원하며 지속적인 후원을 하는 등 대기업들의 이러한 기부와 후원을 통해서 사회적 취약계층의 복지증진을 민간이 앞장서는 본보기가 되어 가고 있다. 또 대기업들은 많은 경우 사내에 근무하고 있는 직원을 대상으로 그 가족 중에 장애아동의 치료지원비를 지원해주는 복지 시

스템도 운영하고 있다.

3) 교육과정제정 시기에 따른 치료지원 문제

(1) 개정 교육 과정 시기(1993년 ~ 1999년)

이 시기는 특수학교 교육과정이 전면 개정 고시(1989년 12월 29일)된 이후 1993년부터 시행된 현행 교육과정의 시기이다. 이 교육 과정에서도 장애 영역별 치료 교육 활동의 명칭을 다르게 하면서 내용면에서 질적 향상을 보인 기간이고 교육부 지정, 도교육청 지정 연구·시범학교가 운영되면서 현장에 뿌리내리는 시기라고 할 수 있다. 교육 과정에서 나타난 문제점은 장애 영역 중심의 획일적 치료 교육 활동이 수행된다는 점이다. 따라서 장애 정도와 특성에 따른 탄력적 운영의 필요성과 중도·중복 장애아의 다양한 치료 교육 욕구를 충족시킬 수 없음이 지적되고 있다. 또한 장애 영역별로 내용 선정이 제한적이어서 특정 장애 영역은 교육 과정에 제시된 내용만 지도되는 것이 치료 교육인 것처럼 해석하여 융통성을 발휘하지 못하였다. 그리고 교육부는 교사용 지도서를 개발하면서 특수학교(지체부자유)공통 교사용 지도서임을 명시하였는데 일반화하는 데는 많은 시간이 필요한 실정이었다(전헌선 외, 2002).

(2) 통합 교육 과정 시기(2000년~ 2008년)

2005년 특수교육진흥법의 일부 개정을 통하여 특수학교 치료교육교사의 확대 배치 및 일반학교 특수학급에의 치료교육 담당교원 배치 등 치료교육 분야에 새로운 발전이 시작되었다.

교육부는 현행 특수학교 교육과정을 개정하면서 총론 개정안(1997년 6월)의 치료 교육 활동 주요 개정 내용으로는 개별 학생의 장애 특성에 따른 치료 교육 활동을 강화하기 위하여 ① 장애 영역 중심의 획일적 치료 교육 활동 지양 ② 장애 정도와 특성에 따른 치료 교육 활동의 탄력적 운영을 개정의 기본 방향으로 하면서, 명칭을 '치료 교육 활동'으로 통일하였다. 장애 영역 공통 치료 교육 활동으로 언어치료, 청능 훈련, 물리치료, 작업치료, 감각・운동・지각 훈련, 심리・행동 적응 훈련, 보행 훈련, 일상생활 훈련의 8가지 영역을 확정하였다. 또한 이상의 8가지 훈련 영역의 목표와 내용 선정은 각론 작업이 완료된 1998년 6월30일에 확정 고시되어

2000년 3월 1일부터 유치원과 초등부 1·2학년부터 시행하게 되었다. 그리고 장애 영역 중심이 아닌 개별 학생의 장애 특성에 따른 치료 교육 활동의 운영 체제를 구축하기 위하여 각 훈련 영역은 수행 능력 중심의 선택적 치료 교육 활동이 가능하도록 하면서 그 내용, 목표를 단계형 수준별로 제시 하였다(전헌선 외, 2002).

특수학교 치료 교육 활동의 체제와 구조의 변화는 지금까지 장애 영역별로 운영되고 있는 교육 활동의 재구조화를 전제로 한 것으로서 새로운 운영 방안과 체제를 요구하게 되었다. 특수학교는 이러한 교육과정으로 치료 교육 담당 교사의 부족 현상과 교재・교구・설비의 부족 등 열악한 교육 환경 등으로 인해 체계적인 교육 활동을 하는데 어려움을 겪고 있다. 그러나 학교에 따라서는 효율적인 운영 방안을 모색하기 위하여 실험・연구학교를 운영하거나 자체 연구로서 교직원을 조직화하고 현직 연수를 통해 운영의 효율성을 높이고 있는 실정이였다.

치료교육이 학교 교육과정 내에서 시행되었을 때 특수학교 학생의 92%, 특수학급 학생의 80% 정도가 치료교육 대상자였으며 이중 특수학교 학생의 80% 정도만이 치료교육을 받고 있었다. 특수학교 학생들은 치료교육 중 감각운동훈련과 언어치료가 가장 많이 요구되며, 특수학급 학생들은 언어치료와 행동훈련 및 일상생활훈련이 가장 요구된다고 보고되었다. 물리치료와 작업치료는 그 다음으로 많이 요구되었다. 또한 사교육기관에서 치료교육을 받는 경우가 특수학교 학생은 30%, 특수학급 학생은 34%에 달하였는데, 그들 대부분은 복지관이나 사설기관에서 치료교육을 받고 있는 것으로 보고되었다. 이는 치료교육의 수혜욕구가 많음에도 아직 그에 크게 못 미치고 있는 우리나라 치료교육의 양적인 문제점을 보여주고 있다(김영태, 국립특수교육원, 2005). 그래서 학교에서 치료교육을 받지 못하는 학생은 장애인 복지관, 병원 치료실, 또는 사설 치료실 등에서 사교육비를 들여 치료교육을 받고 있었다(김수진 외, 2005).

2005년 치료교육활동을 일반학교까지 확대하기 위해 특수교육진흥법이 개정되었다. 개정된 법 제19조는 치료교육 담당 교원의 배치에 관한 규정으로 특수학교에는 치료교육을 담당하는 교원을 두어야 하고, 특수학급에는 치료교육을 담당하는 순회교사를 두도록 해서 일반 학교에서도 순회교사를 통해 치료교육을 받을 수 있게 되었다(안수경, 김영태, 전헌선, 정동일, 한현민, 2005, 김주영, 2011).

그러나 치료의 특성상 특별한 관련 기자재와 공간의 확보가 이루어져야 하는데 치료교사가 학교를 순회하며 치료교육 활동을 한다는 것은 쉽지 않았다. 법 개정

이후 치료교육 교사가 늘어나고 치료교육관련 학과도 신설 되었지만 치료지원은 여전히 특수학교 교육과정을 운영하고 있는 특수학교 중심으로 이루어질 수밖에 없었던 것이다. 2008년 이전까지만 하더라도 치료지원은 특수학교 교육과정 상의 치료교육활동으로 편성되어 있어서 일반학교에서 교육받고 있던 특수교육대상 학생들은 대부분 치료교육을 받을 수가 없었다. 그 이유는 특수학급의 교육과정은 기본적으로 일반교육과정이 중심이었기 때문이다(김주영, 2011)

(3) 개정된 교육과정시기(2008년 이후)

「장애인 등에 대한 특수교육법」에서 치료교육이 아닌 특수교육 관련서비스로 치료지원을 적극적으로 도입한 것은 특수교육과의 개념적 혼란을 발생시켰던 치료교육보다는 의료· 재활적 성격을 분명히 가진 치료서비스에 대한 교육수요자의 호응도가 높았던 것을 고려한 결과이다.

「장애인 등에 대한 특수교육법」에서는 특수교육이란 '특수교육대상자의 교육적 요구를 충족시키기 위하여 특성에 적합한 교육과정에 맞춰 특수교육 관련서비스 제공을 통하여 이루어지는 교육'이라고 정의하고 특수교육관련서비스를 '특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위하여 필요한 인적·물적 자원을 제공하는 서비스로 상담지원·가족지원·치료지원·보조인력지원·보조공학기기지원·학습보조기기지원·통학지원 및 정보접근지원 등' 으로 정의하고 있다. 제28조에 교육감은 특수교육대상자가 필요로 하는 경우에는 물리치료, 작업치료 등 치료지원을 제공하여야 한다와 시행령 29조에 기타 특수교육관련서비스의 제공은 규정에서 정한 특수교육관련서비스 외에 보행훈련, 심리·행동 적응훈련 등 특정한 장애유형의 특수교육대상자에게 필요한 특수교육관련서비스를 제공하여야 한다라고 규정하고 있다. 이렇듯 특수교육관련서비스에 대한 구체적인 내용이나 방법이 제시되지 않아서 지원업무를 시행하는데 문제가 있다.

「장애인 등에 대한 특수교육법」에서는 특수교육 관련서비스의 지원에 관하여 특수교육지원센터의 역할을 강조하고 있다(제11조). 특히 특수교육대상자 또는 학부모의 수용에 의해 치료지원의 여부가 결정되는 것이 아닌 특수교육지원센터의 진단·평가체계를 통해 특수교육관련서비스의 지원 내용이 결정되도록 하였다(제16조). 그러나 2010년 현재 전국 시·도교육청의 약19%, 교육지원청의 12%, 특수학교의 약 23%가 진단·평가 없이 치료지원 대상자를 선정하고 치료지원 내용을 결정하

고 있다. 즉 학부모의 요구와 희망에만 의존하여 치료지원을 결정하는 것인데, 그만큼 치료지원에 대한 학부모의 요구가 높다는 반증이다(김주영, 2011).

국립특수교육원(2010)의 조사에 의하면, 특수교육대상 학생들의 부모들은 특수교육지원센터로부터 치료지원을 가장 많이 받고 있으며 치료지원 활성화에 대한 기대 또한 가장 높은 것으로 파악되었다. 그러나 치료지원이 객관적인 진단·평가와 그에 따른 결정이 이루어지지 못하는 것은 어떤 이유에서든 특수교육지원센터가 제 자리를 잡지 못한데 그 원인이 있다고 하겠다. 그 이유가 바로 과도한 업무와 인력부족이라는 데는 이견이 없다. 그리고 물리치료와 작업치료를 비롯하여 보행훈련이나 심리·행동 적응훈련 등 기타 관련서비스를 제공할 수 있는 전문 치료지원 인력이 많이 부족하다. 물리치료나 작업치료의 경우 자격 있는 치료사의 확보가 어렵고 특정한 장애유형의 특수교육대상자들에게 필요한 치료지원(기타 관련서비스)의 경우 치료제공자들은 많으나 자격제도가 제대로 갖추어져 있지 않아 객관적인 전문성을 확인할 수 없다는 것이다(김주영, 2011). 현재 치료지원 영역 중 가장 많은 비중을 차지하고 있는 언어치료가 2011년에 장애인복지법에 신설이 되었고 2012년 8월부터 언어재활사라는 국가공인 자격으로 시행하게 될 것이다.

교육과학기술부(2010)에서 치료지원 운영 개선 방안으로 제시한 내용을 살펴보면 다음과 같다(김주영, 2011).

첫째, 업무 담당자의 책임의식 부족으로 치료지원이 교육감의 법적 의무이나 업무담당자의 상당수가 보건복지부로 이관되기를 희망하고 있으며 이들은 업무 담당자의 대부분이 치료지원과 재활치료의 일원화를 주장하며 업무를 다른 부처로 이관하기를 희망한다.

둘째, 치료지원 절차에 대한 이해 부족의 문제로 치료지원 대상자 선정을 위한 특수교육지원센터의 진단·평가, 치료지원 내용의 개별화교육 계획서 작성 등 치료지원 제공 절차에 대해 잘 모르고 있다. 그리고 진단 평가를 실시하지 않고 치료지원을 결정하는 사례가 있고 개별화교육계획에도 포함시키지 않는다고 한다.

셋째, 치료지원 운영 시스템의 비활성화의 문제인데 치료지원은 요구조사, 진단 · 평가 등 다양한 절차와 진행이 필요하나 인력 부족으로 업무 과중 및 비효율성을 초래하고 있다.

넷째, 치료지원 단가의 비적정성의 문제로 지역 실정과 여건을 고려한 치료지원 비용의 적정단가가 미 책정되고 비현실적인 비용 지원으로 우수한 치료사 확보 및

고품질 치료지원이 곤란하다.

다섯째, 치료지원과 재활치료의 차이 이해 부족의 문제로 치료지원과 재활치료의 차이에 대한 기본적인 이해 부족으로 효과적인 치료지원 운영이 곤란하다.

여섯째, 치료지원 인프라의 부족으로 국가 면허 소지자, 국가공인민간자격증 소지자 등 치료지원을 제공할 수 있는 인적 인프라가 부족하다는 것이다.

3. 선진 외국의 치료지원 실태

미국과 일본, 스웨덴에서 시행되고 있는 치료지원의 유형에 대해서 알아본다.

1) 미국의 치료지원 유형

미국의 경우 모든 장애 학생에게 무상의 적절한 공교육(A free approprite public education)을 실시하도록 한 연방법률 하에서 개별화교육 계획팀이 관련 서비스 지원을 결정하면 해당 학생에게는 무상으로 필요한 서비스가 제공된다(Gary. M. Clark, 2000). 무상의 적절한 공교육이란 장애 아동의 교육을 위한 모든 서비스와 요건을 포함하는 개념으로 IDEA에 의하면 공적 감독과 지도를 받아, 비용을 부담시키지 않고 공적 비용으로 그리고 IEP에 일치하게 제공되는 '특수교육'과 '관련서비스'를 말한다. 그러나 법에서 보장되고 있는 이러한 '무상의 적절한 공교육' 서비스가 아동의 요구에 맞지 않아 적절하지 않은 것으로 나타날 경우에는 사립특수교육기관에서의 서비스 지원 또한 포함시켜야 한다는 미국 부모들의 요구는 계속 증가하고 있다.

이 법안에는 교육청의 비의료적 서비스를 제공하고 있는 기숙제 사설 특수교육기관에서도 아동의 IEP에 계획된 특수교육 및 관련 서비스를 무상으로 제공할 수 있도록 하되, 반드시 개별화교육위원회의 결정에 따라 교육청에 의해 배치를 해야 하며, IEP에 계획한 대로 서비스가 제공되도록 사립교육 기관에서의 서비스는 철저히 관리 감독되어야 한다는 것을 규정하고 있다(조광순, 2005).

개별화된 교육 프로그램의 개발을 통해 특별히 구안된 수업체계를 운용하는 특수교육이며 이런 교육을 행하는 대안적 교육 배치는 특수교육 대상아동의 장애특

성에 따라 적절히 선택이 가능하도록 하는 “연속적 과정”으로 되어있다. 이 연속적 과정의 교육배치에서 가장 효율적으로 특수교육을 받을 수 있도록 개개 장애아동을 지원해 주는 일련의 보조 활동들이 관련서비스이다. 개념적으로 관련 서비스는 특수교육 대상아동의 장애(diagnosed disability)를 보상하거나 극복하는데 도움이 되는 일체의 지원활동을 지칭한다(김병하, 1991). 관련서비스(related service)의 개념은 미국이나 영국 등 선진국에서 특수교육으로 충족되지 못하는 개별아동에게 필요한 영역의 전문적 서비스를 제공한다는 의미로 사용되고 있다(국립특수교육원, 2005).

미국의 2004년 장애인교육법(Individuals with Disabilities Education Improvement Act : IDEA2004, PL 108-446 이하 IDEA 2004)에서는 관련서비스를 발달적, 교정적, 또는 여타의 지원적인 서비스들로서 장애학생이 특수교육에서의 이점을 얻도록 도움을 주는데 필요한 것이라고 정의하고 있다. 관련서비스의 내용에는 교통, 언어치료와 청능학 서비스, 통역서비스, 심리학 서비스, 물리 및 작업치료, 치료 레크레이션을 포함하는 레크레이션, 사회사업서비스, 학교 간호 서비스, 재활상담, 방향정위와 보행 서비스, 의료적 서비스 등이 있으며 아동기 장애 조기판별과 사정을 포함하고 있다(한경근, 2006).

미국의 특수교육및 재활서비스국(Office of Special Education and Rehabilitative Services: OSERS) 은 신체 부자유자 및 정신지체아 등을 돕기 위하여 연방 교육부의 탄생과 함께 서비스를 제공해 오고 있는 중요한 부서 중의 하나이다. 특히 NCLB법이 통과된 이후 그 기능이 강화되었다. 즉, OSERS의 지원 프로그램과 활동은 학생들 뿐만 아니라 특수교육을 필요로 하는 모든 연령층을 대상으로 한다. 모든 시민들이 교육을 통한 성공적인 삶을 영위할 수 있도록 해당 학생과 부모, 학교 및 학교 관련기관, 주정부 교육 담당 기관 등을 대상으로 각종 지원 프로그램 등을 운영한다. 이러한 프로그램들에는 특수교육, 재활교육, 직업교육을 위한 광범위한 연구· 개발· 평가 지원 프로그램들이 포함된다.

이부서의 목적은 유아에서 성인에 이르기 까지 신체 부자유나 정신지체 때문에 학교, 직장, 그리고 사회에서 뒤처지는 일이 없도록 해당 단체나 기관들로 하여금 이들에게 적절한 정보 제공은 물론 교육, 훈련 및 기술적 도움을 제공하도록 하는 것이다. 그리고 OSERS는 효과적인 특수교육 및 재활 훈련 방법, 특수교육 대상자 조기 진단 프로그램 등을 운영하고 있다. 특수교육 대상자들이 사회에 진출하여 성

공적인 직장 생활을 할 수 있도록 정책을 연구하고 정책 입안을 위한 정보나 자료를 제공하는 역할도 한다. 또한 보건 후생부, 노동부 등 이들의 복지와 직접적인 관계가 있는 연방정부의 다른 부서는 물론 공· 사립 단체들과 각종 협력 프로그램들을 개발하여 지원하기도 한다(Ibid). 개별화교육계획(IEP)에 명시된 관련서비스를 제공하는 것은 학교의 책임이다. 장애학생에게 필요한 치료 서비스 전문가들은 특수학교 또는 지역 교육청에 고용되어 전담 또는 순회교사로 관련서비스를 제공하는 경우가 많다(Reinforth, York, & McDoland, 1993, 송영준 외, 2007).

언어치료사의 경우 1910년 시카고 공립학교들이 언어 교정교사라는 이름으로 언어치료사를 고용하여 언어치료 서비스를 시작한 이후, 현재는 유, 초, 중, 고등 모든 연령대의 학생들을 대상으로 치료실 뿐 아니라 특수학급, 원적학급 등 다양한 형태로 언어치료가 이루어지고 있다. 특히 미국 장애인교육법의 변화에 따라 이제는 직접치료뿐 아니라 개별화교육계획 구성원인 교사나 부모, 가족을 통한 간접치료도 이루어지고 있다. 학교에 고용되어 있는 언어치료사는 전체 언어치료사의 약 70% 정도이며, 주당 25~40명 정도의 장애학생을 개별 또는 소그룹으로 훈련시키고 있다(국립특수교육원, 2007). 미국 IDEA '97에 언급된 관련서비스의 영역을 총괄적으로 정리하여 관련서비스의 각 영역의 유형과 정의를 정리하면 다음<표Ⅱ-18>과 같다.

<표Ⅱ-18> 미국 IDEA의 관련서비스의 각 유형과 정의

유 형	정 의
방향정위	맹아동 또는 저시력 아동이 자신의 학교 또는 학교 환경 주변을 다니는 것을 지원하기 위해 제공하는 서비스
보조공학 서비스	장애를 지닌 아동의 기능적 역량을 증가하거나, 유지시키거나 향상시키는 장비 및 이와 관련된 서비스
부모상담 및 훈련	부모가 자신의 자녀가 지닌 특별한 요구를 이해할 수 있도록 지원하고 부모들에게 아동발달에 관한 정보를 제공하기 (1) 장애학생의 특수요구에 대한 이해 증진, (2) 아동발달에 대한 정보 제공,(3) 아동의 개별화 교육 계획이나 IFSP의 성취를 위해 부모에게 필요한 기술 습득에 도움을 제공
사회사업 서비스	학생이 교육활동으로부터 유익을 얻도록 돕는데 필요한 서비스 (1) 장애를 지닌 아동의 사회사 또는 발달사를 준비하기, (2)아동 및 가족과의 집단 및 개별하여 부모 및 다른 사람들과의 집단 및 개별 상담,(3) 아동의 학교 적응에 영향을 끼치는 생활환경(가정, 학교, 지역사회)에 대한 문제에 다여 부모 및 다른 사람들과의 협력, (4) 학생의 학습에 영향을 미치고, 학습을 가능하게 학교와 지역사회 자원을 동원, (5) 긍정적 행동 중재 전략의 지원
물리치료	자격 있는 물리치료사가 제공하는 서비스 (1)관절 기능, 근력, 이동, 지구력을 증진시키는 치료제공,(2) 신체적 이동과 큰 움직임에서 신체의 큰 근육에 의존하는 대근육 운동의 향상, (3) 아동의 자세, 중심잡기, 신체자각 향상에 대한 도움, (4) 신체기능의 검사, 교정, 적절한 보조기구의 사용
레크레이션	장애학생이 그들의 레크레이션과 여가 시간을 사용하는 방법을 배우게 하는 서비스(1) 여가기능의 사정 (2)치료 레크레이션 서비스 (3) 학교 및 지역사회 기관에서의 레크레이션 프로그램(4) 여가 교육
상담 서비스	장애학생이 그들의 레크레이션과 여가시간을 사용하는 방법을 배우게 하는 서비스(1) 자아에 대한 이해증진 (2) 효과적인 의사결정, (3) 건강을 위한 선택, (4) 책임감 향상,(5) 학업 목표 설정 및 성취와 관련한 지도 및 상담제공
심리학 서비스	장애학생에게 그들에 제공되는 특수교육이 보다 긍정적인 효과를 거둘수 있도록 도움을 주는 관련서비스(1) 심리적 및 교육적 검사와 기타 사정의 절차를 실시(2) 사정의 결과 해석하기(3)학생의 행동 및 학습에 관련된 조건에 관한 정보를 획득하고 통합하며 해석하기(4) 심리적 검사, 면담, 행동적 평가에 의한 학생의 특별한 요구를 충족시키기 위한 학교 프로그램 계획 및 관계자와의 자문하기,(5) 학생과 부모를 위한 심리상담을 포함하는 사회적 서비스 프로그램의 계획과 관리(6) 긍정적인 행동 중재 전략을 발달시키기 위한 협조
언어병리 서비스	언어병리 전문가와 언어치료사에 의해 제공되며 언어 및 의사소통 장애가 있는 학생의 요구에 초점을 맞춘 서비스 (1)언어 및 의사소통 장애학생의 선별(2)장애의 진단과 평가,(3) 의학적 지원이나 언어장애의 재활에 필요한 전문적 지원(4) 의사소통 문제의 재활과 예방을 위한 언어 병리 서비스의 준비(5) 언어 및 의사소통 장애에 관한 부모, 학생, 교사의 상담과 지침 제공
예술/문화프로그램	특수교육대상 아동을 예술, 음악, 춤(동작)과 같은 예술적이고 문화적인 프로그램 등을 통해 발달 시키거나, 교정하거나, 지원하는 서비스
의학적 서비스	의학적인 장애를 가지고 있는 아동에게 특수교육이나 관련서비스를 지원하기 위하여 자격 있는 전문의사로부터 제공되는 서비스
이동 서비스	장애학생에게 다음과 같은 이동수단을 제공하는 서비스 (1)학교에서 가정으로 및 학교간의 이동, (2)교사 내 및 주변에서의 이동,(3) 장애학생에게 특별한 이동수단이 요구되는 경우 특별한 장치의 제공(예:개조된 버스 리프트, 램프(경사로/진입로))
작업치료	교육 프로그램에서 학생의 기능적인 능력을 확장시키는 서비스로 자격이 있는 작업 치료사에 의해 제공(1)질병, 상해 또는 결손 등을 통해 손상 또는 상실된 기능의 향상, 개발 회복, (2)기능이 손상 또는 상실된 경우 기능의 자립적 수행을 위한 과업을 수행하는 능력 향상(3) 조기 중재를 통하여, 기능의 최초 또는

	후속되는 손상이나 상실을 예방
재활상담 서비스	개인별· 집단별로 직업 발달, 고용 준비, 독립심의 성취, 일터와 지역사회에서의 통합 등의 부문에 초점을 맞추어 자격증을 소지한 전문가에 의해 제공되는 서비스
조기판별· 사정	가능한 한 어린 시기에 장애를 판별하기 위하여 공식적 계획을 실시하기
청각학 서비스	청각장애학생을 위한 의사소통 프로그램이나, 청력손실을 검사하는 진단(1) 청력손실을 지닌 아동을 판별하기(2) 청력손실의 범위, 성격 및 정도를 결정하기,(3)청능훈련, 독화, 청력평가 및 구어대화 등과 같은 재활활동을 제공하기(4) 청력손실 예방 프로그램을 개발하고 실시하기(5) 청력 손실에 관한 학생, 부모 및 교사와의 상담과 안내,(6)집단 및 개인적 증폭에 대한 아동의 요구를 결정하고, 적합한 보청기를 선택하고 적합화하며, 증폭의 효과를 결정하기
학교건강 서비스	자격 있는 학교 간호사 또는 기타 유자격자가 제공하는 서비스

2004년도 미국 장애인교육법에 의한 특수교육과 관련서비스의 필요와 결정 절차는 다음과 같다(Gril R. Houle, 2007)

1단계: 특수교육과 관련서비스의 필요여부 결정: 특수교육과 관련서비스가 필요한 모든 장애아동을 발견하고, 배치하고, 평가해야 한다. 학교 전문가는 아동이 장애를 가지고 있는지를 알기 위해서 평가를 요청할 것이다. 부모들은 그들 자녀의 평가를 요청하기 위해서 담임선생님, 혹은 학교 전문가에게 연락을 할 수 있다. 이러한 요청은 구두나 혹은 문서로 이루어질 것이며 아동이 평가 받기 전에 부모 동의서가 필요하다. 부모 동의서를 받은 후 60일 안에 평가가 이루어져야 한다.

2단계: 아동 평가: 평가는 아동에게서 의심이 되는 장애와 관련된 모든 영역에서 이루어져야 한다. 평가 결과는 특수교육 및 관련서비스를 위한 아동의 적격성 여부와 그리고 적절한 교육 프로그램을 결정하는데 사용될 것이다. 부모가 평가에 동의하지 않으면, 부모는 아이가 독립 교육 평가(Independent Education Evaluation, IEE)를 받도록 할 권리가 있다.

3단계: 적격성 결정: 자격을 갖춘 전문가들과 부모로 구성된 집단은 아동의 평가 결과를 본다. 그들은 함께 아동이 IDEA가 정의하는 장애를 가지고 있는지를 결정한다.

4단계: 서비스 적격성 판명: 만일 아동이 IDEA가 정의하는 장애를 가지고 있다

고 판명되면, 아동은 특수교육과 관련서비스를 받기에 적격하다는 것이다. 아동이 적격하다고 결정된 후 30일 이내에 IEP 팀은 아동을 위한 IEP 작성을 위해 만나야 한다.

5단계: IEP모임 계획: 학교는 IEP 모임을 계획하고 진행한다.

6단계: IEP 모임개최, IEP 문서화: IEP 팀은 아동에게 필요한 도움에 대해 이야기하고 IEP를 작성하기 위해 모인다. 부모와 학생들은 팀의 구성원이 된다. 아동의 배치가 다른 그룹에 의해서 결정이 된다면 부모 또한 그 그룹에 소속되어야 한다.

7단계: 서비스 제공: 학교는 아동의 IEP가 문서화되었기 때문에 이것이 수행되는지를 명확히 해야 한다.

8단계: 발달상황 평가 부모에게 보고: IEP에 작성된 대로, 연간 목표들을 성취하기 위한 아동의 발달사항을 평가한다.

9단계: IEP 검토: 부모 혹은 학교가 검토를 요청한다면, 아동의 IEP는 최소 일년에 한번 혹은 더 자주 IEP팀이 검토한다.

10단계: 아동 재평가: 부모와 학교가 재평가의 불필요에 동의하지 않는 한, 최소한 매 3년마다 아동은 재평가가 되어야 한다. 이것의 목적은 학생이 계속적으로 IDEA가 정의하는 장애를 가지고 있는지, 학생의 교육적 요구가 무엇인지를 발견하고자 하는 것이다.

물리치료사 자격 및 역할을 알아보면 공인된 물리치료사가 되려면 미국 내의 대학 또는 대학교에 개설된 학력인정 물리치료사 전문교육프로그램을 졸업해야 한다. 석사과정에 입학하기 위해서는 대부분의 일반 석사과정을 졸업하고 관련 필수과목을 이수해야 한다. 미국 50개의 모든 주에서 물리치료사는 면허가 필수사항이다.

학력인정 교육프로그램을 마친 후 자기가 일하고자 하는 주 정부에 면허증을 신청할 수 있다. 모든 주에서 국가 면허증을 신청할 수 있다. 모든 주에서 시험을 치

러야 하지만 합격 점수나 기타요건은 각 주마다 다르다. 주에 따라서는 물리치료보조사도 면허를 요구하고 있다. 물리치료사는 사고, 질병, 출생결함 등에 의해 상해를 입었거나 장애를 입은 사람들을 치료하고 평가하는 의료팀의 주요 구성원이다.

치료 유형으로는 운동치료, 마사지, 저온치료, 전기치료, 초음파치료 등이며 아울러 물리치료사는 재활서비스를 기획하고 관리 평가하여 자문과 교육 등의 서비스도 제공한다. 병원이나 학교를 통해 물리치료는 전통적으로 병원 환경에서 이루어져 왔고 학교에서 물리치료를 받을 경우 물리치료사는 인간발달, 신경운동발달, 치료테크닉, 보조 기구 디자인 및 사용, 교사·부모팀 훈련, 특수교육법, IEP 작성에 대한 배경이 있어야 한다.

작업치료사 자격 및 역할은 공인 작업치료사가 되기 위해서는 대학 및 대학교의 작업치료교육 프로그램을 졸업해야 한다. 대부분의 프로그램은 학사학위를 수여한다. 그러나 이미 관련 분야의 학사학위를 소지하고 있으면 관련 석사학위과정이나 자격증 수여과정에 입학할 수 있는 자격을 지닌다. 작업치료사나 작업치료보조사가 되기 위한 소정의 교육프로그램을 마친 사람은 국립작업치료자격심의기구에 의해 관리되는 국가자격시험을 칠 수 있다(국립특수교육원, 2008). 미국 작업치료사 협회(AOTA)는 학교 작업치료사의 수행 영역을 학교 시스템 안에서의 임상영역으로 언급하면서 일상생활활동과 일, 생산적인 활동, 놀이 여가활동에 관한 내용들을 포함하고 있다. 손상된 기능을 개발, 발달, 복구 독립적으로 기능하도록 도움, 장애가 심화되지 않도록 조기 중재를 통해 예방한다.

작업치료사는 개별화교육계획 팀 구성원으로서 교육목표, 횟수, 서비스의 지속, 등급, 관찰 등에 관련된 개별화교육계획 개발 및 결정 과정에 반드시 참여해야 한다. 제공방법은 최소제한환경에서 하고 병원이나 작업치료실과 같은 독립된 환경에서 할 수도 있고, 학교와 같은 자연적 환경에서 할 수도 있다. 직접적인 중재 뿐 아닌라 전화, 편지, 보고서 등 모든 가능한 방법을 이용할 수 있다. 작업치료에서 컨설팅은 필수 요소이다(국립특수교육원, 2008)

언어치료사의 자격 및 역할은 미국의 언어치료사는 CCC-SLP(Centificate of Clinical Competence-Speech Language Pathologist)라는 명칭으로 불린다. 자격의 관리 및 운영은 ASHA(American Speech-Language and Hearing Association, http://www.asha.org)에 의하여 이루어지나, 검정시험은 TOEFL 등의 시험 전문기관인 ETC(Educational Testing Service)에서 주관하는 공인 시험의 형식을 지닌다.

CCC-SLP 자격을 취득하기 위해서는 다음에 기술된 절차를 밟아야 한다. 첫째, ASHA의 CAA(Council on Academic Accreditation in Audiology and Speech-Language Pathology)에서 인증하는 교육기관에서 적어도 총75전공학점(이중 적어도 36학점은 석사과정에서 요함)을 이수하고, 400시간의 임상실습(이 중 적어도 375시간은 치료실습이어야 함; 또한 적어도 325시간은 석사과정에서 이수해야 함)을 거친 후에 석사학위를 받는다. 둘째, ETC에서 주관하는 국가시험을 치른다. 응시자는 석사학위 취득 후 늦어도 2년 이내에 국가시험 통과해야하는데 국가시험은 매년 적어도 다섯 차례 시행된다. 셋째, 국가시험 통과 후에 임상수련(Chinical Fellowship)을 거치게 되는데, 36주의 전일제나 그에 상응하는 시간제로 근무할 수 있다. 넷째, 임상수련 후에 ASHA에 보고서를 제출하여 승인을 거쳐 자격을 취득한다. 자격을 취득한 후에도 자격유지를 위하여 보수교육을 통해 매 3년마다 30 CMH(Certification Maintenance Hours)를 획득하여야 하는데, dlsms 3.0 ASHA CEU(Continuing Education Units)나 교육기관의 2교과목 (1학점=15 CMHs)으로도 대체 가능하다. 말/언어 장애 학생판별, 장애 종류 진단, 의학적 혹은 기타 전문적 필요를 진단하여 연결시켜주고 의사소통장애의 악화를 예방한다. 직접적, 통합적, 혹은 컨설팅 서비스, 언어치료실, 교실, 가정, 혹은 지역사회를 통해 제공하고 모든 공립학교를 통해 공공 교통 서비스와 사설 서비스를 모두 이용한다.

2) 일본의 치료지원 유형

일본의 장애 아동들은 공식적으로 특수학교나 특수학급에 배치되어 교육을 받고 있으나 경도장애를 가진 아동들은 일반학급에 배치된 아동의 수가 더 많은 것으로 보고되고 있다. 일반 학급에 배치된 아동들은 공식적으로 특수교육대상자로 판정받아 배치된 아동들이 아니기에 적절한 특수교육서비스가 지원되지 못하고 있다는 문제점으로 인해 1993년도부터는 경도장애 학생들을 위한 리소스룸 프로그램이 제공되고 있다(ADE, 1998, 조광순, 2005). 그러나 리소스룸 서비스는 주로 언어장애와 정서장애, 청각장애 아동들 위주로 제공되면서, 특수교육 대상자에 포함되어 있지 않은 학습장애아동과 장애의 진단이 어려운 경도의 정신지체 아동의 경우에는 그동안 제대로 교육지원의 혜택을 받지 못한 것으로 나타나고 있다(이민혜, 2008).

일본의 특수교육 관련 서비스는 교육과 복지 부분에서 그 역할을 담당하고 있다.

교육 분야에 있어서 특수교육 관련서비스는 우리나라와 매우 유사한 제도로 그 지원이 이루어지고 있지만, 각 지원 제도마다 그에 따른 예산이 명확히 규정되어 있는 점이 다르다. 법에 의하면 특수교육은 교과교육과 도덕교육, 특별활동, 보호적 보육 및 훈련으로 구성되어 있다. 언어치료와 같은 특수치료 서비스는 학교교육법에서 보장하고 있지 않아 학교에서 제공하지 않고, 대신 '신체장애인복지법'과 '정신장애인복지법', '아동복지법'과 같은 타 법령에 의해 제공되고 있다. 신체장애가 있는 아동은 '신체장애인 수첩'을 또한 정신지체 아동은 '치료/교육수첩' 기타 정신장애아동은 '정신장애인 보건복지수첩'을 받게 되며, 장애의 등급에 따라 필요로 하는 무상의 다양한 서비스는 '아동가정지원센터', '보건소', '복지사무소', '아동시설' 등과 같은 지역 센터에서 받을 수 있다(백종인, 2007).

학교에서 이루어지는 관련서비스는 작업치료, 물리치료, 언어치료, 부모교육, 이동서비스 등에 관한 지원제도 뿐만 아니라 의료적 차원의 지원이 명확하게 실천되고 있다. 후생 복지성(보건복지부)에 따르면 장애학생의 의료비 부담은 전혀 없으며, 특수교육 분야와 연계한 다양한 지원이 실질적으로 이루어지고 있다(국립특수교육원, 2008).

그 외 장애학생을 위한 일본의 관련서비스는 공교육 차원의 서비스에 병행하여 복지 차원서비스가 충실하다. 복지차원의 서비스는 신체장애학생과 지적장애학생을 위한 것으로 크게 분류될 수 있는데, 이를 미취학 학생을 위한 제도적 차원에서 보면 표와 같은 비율(%)로 서비스를 받고 있다(국립특수교육원, 2008).

<표Ⅱ-19> 일본 관련서비스 미취학 학생을 위한 제도적 차원 (%)

구분	유치원	아동집 (보육소)	통원시설	장애학생을 위한 통원사업	자택	기타
신체장애학생	28.5	17.6	15.0	6.2	39.9	2.6
지적장애학생	7.7	16.0	29.8	2.2	35.9	8.3
계	18.1	16.8	20.4	4.1	27.9	5.5

출처: 국립특수교육원(2008), 특수교육국제동향 분석

특별지원교육 체제에서는 교육적 측면 뿐만 아니라 복지적 측면에서 생애주기별로 다양한 지원을 제공하고 있으며 재택 장애아동의 지원을 위해 장애아동 지역치료/교육 등의 지원 사업을 실시하고 있다. 인구 30만명 정도(장애보건복지지역권)에

2개소 정도의 실시 시설을 지정하여 재택장애아동등의 상담, 지도, 각종 서비스 이용 지원 등을 실시하고 있으며 2000년 6월 사회복지사업 등의 일부 개정으로 아동복지법에 '장애아동 상담지원 사업'으로 규정되었다(아동복지법 제6장 제2조-102조, 이민혜, 2008).

작업치료사 자격제도는 우리나라와 마찬가지로 국가 자격시험에 의한 면허제도로 매년 한 번씩 국가시험이 시행되고 있다. 단기대학이나 양성시설에서는 대부분 3년제를 취하고 있으나 대학이나 일부 양성시설에서는 일반교양도 중시하여 4년제를 채택하고 있는 곳도 있다. 업무기능은 의사의 지시에 따라 신체장애가 있는 사람에 대하여 기본적 동작 능력의 회복을 도모하기 위하여 마시지, 치료체조, 온열 · 광선 · 전기요법, 스포츠 등의 물리적 치료를 행하는 업무를 담당하고 있다.

일본의 언어치료사국가자격증 제도는 1997년에 만들어졌으며, 1999년에 처음으로 국가자격증 시험이 실시되었다. 일본의 일본언어청능사협회(Japanese Association of Speech-Language-Hearing Therapists, JAS; http://WWW.jaslht.gr.jp)는 자격증을 소지한 약 5,100명 가량의 '언어청능사' 회원으로 구성되어 있다. 언어청능사가 되기 위해서는 년 1회 실시되는 국가시험에 합격해야 한다.

3) 스웨덴의 치료지원 유형

스웨덴의 특수교육대상학생의 교육은 국가 교육 이념에 따라 통합교육을 지향하는 가운데 이루어지고 있으며 법률과 국가 행정 체제에 근거한 특별한 교육이 필요한 학생들의 경우에는 특수학교, 지원센터(resource center) 등에서 교육과 이와 관련된 각종 서비스가 제공되고 있다(최기상 외, 2009). 모든 학교가 그 위치나 특수성에 관계없이, 국가가 정한 교육법, 교육시행령법, 교육과정(Curriculum) 그리고 수업계획서(Syllabus)를 따라야 한다.

스웨덴의 특수교육대상학생에 대한 교육적 지원은 통합 환경 내에서 중증 정신지체학생 교육, 특수학교, 청각장애학생을 위한 고등학교, 중증 지체장애학생을 위한 고등학교, 중증 정신지체 성인교육을 중심으로 이루어진다고 볼 수 있다. 즉 스웨덴에서는 중도·중복 특수교육대상학생에게 교육적인 지원을 총괄하고 있는 기관은 특수교육청(National Agency for Special Needs Education and Schools)으로써 정부의 특수교육정책을 지원하는데 그 목적을 두고 있다.

장애가 있는 아동이나 청소년, 성인들에게 지역사회에서의 평등성과 참여, 시설 접근성이나 친구 교제 등에 기초한 교육을 시켜 발전시키는데 있다. 특수교육에 관한 주요 사안에 관리, 교육 자료에 대한 정보 지원, 특별 요구 학교의 운영, 장애학생 교육과 교육 지원자에 대한 재정의 배분 등에 대한 기능을 수행하고 있다. 스웨덴의 교육에 관한 법률은 다른 국가와 마찬가지로 국회에서 제정을 하며, 정부는 학교에 필요한 규정을 결정하고 있는데 교육법에서 정하고 있는 교육목표와 학습의 성과에 근거하여 교육을 실천하고 있다.

정신지체 학생에 대하여 교육적 지원을 특별히 보장하도록 규정하고 있지는 않은데 이는 통합교육을 통하여 모든 학생이 교육 전반에 관한 서비스를 받기 때문이다. 특수교육대상학생에 대한 교육은 학교뿐만 아니라 그 외의 모든 환경에서도 교육적 지원이 가능하도록 보장하고 있다. 또한 제 3조에서는 시각손상이나 언어장애가 있는 학생들을 위해 특수지원센터에서 교육을 지원하고 있으며 이와 관련된 비용은 지방자체단체에서 부담하도록 명시하고 있다.

지원센터에서는 주로 청소년의 진단·평가와 교사 및 학부모 교육 프로그램을 운영하고 있다. 스웨덴의 경우 1988년 이후부터 전맹과 시각손상이 있는 학생들이 다른 장애가 중복되어 있지 않을 경우에 일반학급에서 교육을 받도록 하고 있다. 이들에 대한 지원은 지원센터를 통하여 이루어지고 있으며, 관련 교수-학습 자료는 특수교육청에서 제공해주고 있다. 스웨덴은 지원센터가 각각의 유형별로 다음과 같이 운영되고 있다.

첫 번째, 시각지원센터(Resurscenter syn)는 시각손상 아동과 청소년, 시각손상과 중복장애가 있는 아동을 위한 국립지원센터로서 시각손상 아동과 청소년을 중심으로 교육적 지원이 이루어지고 있는 Stockholm 시각지원센터와 시각손상과 중복장애가 있는 아동 및 청소년을 위한 Orebro 시각지원센터로 세분화되어 있다. 이 센터에서는 시각손상학생이나 시각손상과 더불어 다른 장애가 있는 학생들과 청소년을 위한 교육뿐만 아니라 교사나 학생 보호자 등 모든 관련인들을 대상으로 학생 교육과 생활에 필요한 각종 정보나 서비스를 지원해주는 역할을 수행한다. 이곳에는 특수교육 전문가, 간호사, 물리치료사, 교육통계전문가, 관리인, 생활적응 교사, 작업치료사, 심리학자, 특수교사, 본부장등이 근무하고 있다.

두 번째, 청각지원센터와 청각-시각지원센터(Resurscenter dov -horsel/dovblind)는 청각장애 아동과 정신지체 또는 자폐증을 수반한 청각장애 학생과 성인을 지원

하는데 그 목적이 있으며 청각-시각지원센터는 청각장애와 시각장애가 중복되어 있는 아동과 성인의 교육과 복지를 지원하기 위해 국가 차원에서 설립되었다.

언어지원센터(speech and language resource center)는 중증 언어장애가 있는 아도와 성인의 복지를 위한 국립지원센터이다. 언어지원센터는 지방자치단체 전문가 중심의 특수교육 연구, 학교의 교직원에게 언어장애와 이와 관련된 제반 사항들의 개선에 관한 정보를 제공하고 교육이나 훈련 등에 관해 조언하고 지원하는 활동을 하고 있다. 설립 목적은 언어장애가 있는 학생들이 모든 학생들과 같이 통합되어 동등하게 교육을 받을 기회를 제공하는데 있다. 최근 2006년 입법된 학교의 "차별과 따돌림을 금지하는 법"도 특수교육에 관련된 문제에 있어 큰 역할을 하고 있다. 이러한 국가차원에서의 법령뿐만 아니라 각 콤뮨(지방자치단체)이 정한 자체 규정도 학교에서의 활동에 크게 영향을 미친다.

다음은 Danderyd 콤뮨(지방자치단체)의 Morby 중학교에서의 학교단위에서 이루어지는 관련서비스를 설명한다. Morby 중학교는 특별한 지원을 필요로 하는 학생들을 찾아내고 도와주는 업무와 방법을 논하고 특별지원필요학생의 진단과 기관들과 협력하여 전문적인 서비스를 제공한다. 이중 치료지원과 관련한 부서는 기초팀과 청소년 재활팀이 해당된다. 그리고 BUS(Children and Youth Support) 협조기관과 재무에 대해서 알아보면 다음과 같다.

기초팀은 콤뮨을 활동영역으로 하는 의사, 심리학자(학교 심리학자와 BUS 심리학자), 언어치료사, 물리치료사, 작업치료사, 특수교사로 구성되어 있다. 이들은 여러 기관에 소속해 있으나 일부의 시간을 할애해 이 팀에서 일하며 청소년들을 돌본다. 이 기초팀이 있는 이유는 각각의 기관들이 혼자서는 할 수 없는 일들을 공동으로 하는데 있다. 예를 들어 학교는 자체로 학생들의 문제를 조사할 수 있다. 교사는 교육과 지식차원에서 조사를 하고 학교 심리학자는 학생들의 발달상황에 대해 조사를 한다. 그러나 좀 더 복잡한 문제, 예를 들어 지능발달, 집중력, 여러 형태의 자폐증과 같은 복잡한 문제는 넓고 깊이 있는 조사를 해야 하고 이를 학교가 요청할 때 기초팀에서 실시한다.

위 기초팀에 속하는 요원들 중에 작업치료사는 한국의 도립병원 차원의 재활원에 속하나 약 자신의 5% 정도의 업무시간을 이 기초팀에서 사용하고 있다. 작업치료사는 신체발달상황에 대해 조사를 한다. 특수교사는 학교에 속해 있지만 한 달에 약 10시간은 이 기초팀에서 일하며 특수교육을 필요로 하는 학생과 접하는 교사들

을 지원하고 지도하고 있다. 언어치료사도 위의 작업치료사와 마찬가지로 도립병원 차원에 속해 있지만 이 기초팀에서 언어장애를 전문영역으로 하고 있다.

기초팀은 한 달에 한 번씩 만나, 의뢰된 업무들에 대한 조사를 시작하고 조사가 어느정도 끝나갈 때 팀 전체가 조사의 결과에 대해 토론하고 결론을 내리고 그 결과를 학교에 통보한다. 이 조사 결과를 기초로 특수교사는 해당 학생과 일을 한다.

청소년 재활팀은 한국의 도차원의 병원에 속하며 16세까지 청소년의 발달장애, 자폐, 신체부자유, 농, 맹 및 시청각 장애들과 같은 지속적 기능 장애인을 위한 기관이다. 이 재활팀에서 근무하는 사람들은 작업치료사(Occupation therapist), 상담전문가(Kurator),언어치료사(Speechtherapist),심리학자,심리치료사(Physiotherapist), 특수교사로 구성되어 있다. 재활원은 사회의 모든 사람을 대상으로 여러 기능장애에 대한 정보를 제공하고 그에 관련된 서비스 - 사회서비스, 물리치료, 상담지원, 특수교육적 상담, 보조기구에 대한 정보, 언어장애치료- 에 대해 정보를 제공한다. 그래서 어느 학생이 이 재활팀에서 치료를 받으면 학교는 이곳으로부터 그 학생의 필요에 대해 정보와 지원을 받는다.

세 번째, BUS(Children and Youth Support) 협조기관은 청소년들의 문제의 유형과 정도에 따라 콤뮨차원과 도차원(Landsting)에서 동시에 관여한다. 특수분야에서의 사회적, 심리적, 정신적 문제나 기능장애를 가지고 있는 청소년들은 콤뮨과 도차원에서 기초팀과 재활팀이 모두 지원을 하고 있다. 콤뮨과 Landsting은 자신들의 책임분야를 분명히 정하고 있다. 그러나 여러 기관이 협조해서 조사하고 서비스를 제공해야 하는 복잡하고 전체적인 판단을 요구하는 문제들을 원활히 하기 위해 콤뮨과 Landsting은 BUS라고 하는 하나의 협조기관을 두고 있다.

여러 형태로 콤뮨과 Landsting이 협력을 함에도 불구하고 가끔 두 기관이 서로 책임을 떠미는 경우가 있다. 이를 방지하기 위해 두 기관 사이에 문서로 된 합의가 있다. 이 합의에 의하면 만약 두 기관이 책임을 서로 전가하고 치료나 적절한 서비스를 주지 않을 때 BUS라는 협조기관에 상정하여 해결한다고 되어 있다. 이 BUS 협조기관은 한 달에 한 번씩 회의를 연다. 이 회의에 두 기관의 책임자들이 참석해서 누가 책임을 지고 비용을 댈 것인가, 아니면 공동으로 책임을 지고 비용을 댈 것인가를 결정한다. 콤뮨차원에서도 BUS협조기관과 비슷한 것이 있어 콤뮨 내에서 일어나는 경계선 문제를 결정한다. 교육이나 사회부분의 대표자들이 만나 어느 청소년이 문제가 있을 때 어느 기관이 책임과 비용을 질 것인가를 결정한다.

네 번째, 재정은 Danderyd 콤뮨의 경우 소위 “특별지원필요학생”이 있으면 장애 정도와 그것에 필요한 비용에 따라 학교가 콤뮨으로부터 추가비용을 신청한다. 이는 교장이 콤뮨에 서면으로 장애의 유형과 정도, 이에 대해 학교가 어떤 지원을 할 것인가를 명시하여 콤뮨에 보낸다. 이 때 학교에서 결정한 대책프로그램도 함께 보낸다. 장애가 사회적 문제일 경우에는 콤뮨의 사회국과 비용을 나눈다. 이때 학교와 사회국이 무엇을 어떻게 협조할 것인가를 결정한다. 유사한 형식으로 위에서 언급한 다른 기관들과도 협조하고 비용을 나눈다(Lena Hwang, 2007)

4. 선행 연구

교육과학기술부에서 시행하는 치료지원과 보건복지부에서 시행하는 장애아동 재활치료 서비스는 많은 특수교육대상학생에게 부모의 경제적 부담감도 경감하고 재활의 목적으로 진행되고 있다. 이에 각 치료지원에 대한 선행관련 연구를 살펴보고자 한다.

김영태 등(2008)은 특수교육과 관련된 치료서비스에 대한 질적연구에서 치료지원 전달체계에 대해서는 지원센터의 설치, 전문요원 배치, 지역사회 유관시설 활용, 체계적 관리 및 유관부서와의 협력이 고려되어야 한다. 치료지원 내용에 대해 전문요원의 자격기준, 전문요원 확보 및 고용안정 대책, 필수치료 서비스 범위, 선별·진단검사의 필요성이 고려되어야 한다고 했다. 그리고 치료지원의 방법에서는 교육과정과의 융합, 전문가간 협력, 치료서비스의 범위 그리고 제한적 바우처 제도의 활용이 고려되어야 함을 강조했다.

한국장애인개발원(2010)의 장애아동 재활치료사업 개선방안 연구에서의 포커스 집단의 인터뷰의 결과를 보면, 바우처 서비스 이용자를 선정하는 기준이 일괄적인 소득수준에 따른 서비스 이용제한 규정이 정비되어야 한다고 보고하고 있다. 바우처 관련 사업에 있어서의 전문성과 합리성 제고를 위한 전달체계의 보완이 필요하는 의미와 제공기관의 선정기준 및 선택에 있어서의 자율성 확보가 또한 중요한 문제라는 지적이였다.

국립특수교육원의 연구(송영준 외, 2007)에서 치료지원의 결정은 개별화교육 회의를 활성화 하여 치료지원 여부를 결정한다가 가장 높은 의견이 나왔으며 치료지원 제공형태의 결정은 부모와 개별화교육 회의에서 결정하여야 한다가 학부모

(58.8%)와 특수학교 교사(35.9%), 특수학급 교사(41.6%)로 나타났다. 그리고 치료지원 유관기관과의 전달체계 구축의 적절성은 90%정도가 바람직하다고 했으며 치료지원 전문요원의 자질에서는 주요 치료 전문요원에 대해서는 학교(물리, 작업, 언어, 청능 등) 치료사 국가자격제도를 두어 전문요원의 자질을 통제해야 한다는 의견이 많았다.

표윤희, 박은혜(2008)의 연구에서 실제와 현실을 고려한 지원이 필요하다는 의견과 치료지원의 범위를 특수교육지원 센터 내의 진단 평가 위원회가 결정해야 한다. 학교의 IEP위원회가 치료지원의 제공 여부를 결정해야 한다는 의견이 제시되었다.

김수진(2008)의 연구에서는 치료지원 바우처 사업에서 이용할 수 있는 프로그램의 종류가 다양한 것은 선택의 폭을 넓힐 수 있다는 점에서 바람직해 보이지만, 치료사의 관리나 질적인 서비스 제공 등을 관리하기에는 너무 방만하게 운영되고 있음이 제기되었다. 너무 많은 분야를 포함하게 되면 서비스의 공시적이고 질적인 관리가 불가능해지며 필수적인 서비스를 제공할 수 없는 경우 대안적인 서비스가 임시방편으로 제공될 수 있기 때문이다. 따라서 추후로는 프로그램에 대한 질적인 측면을 평가하면서 치료지원 바우처 사업에서 집중적으로 육성하고 지원할 프로그램을 선별하는 과정이 필요하다고 하였다.

함미나(2010)는 서울지역의 치료지원 대상학생으로 초등 71명의 부모를 대상으로 설문을 실시했는데 바우처를 활용한 치료지원의 이용실태는 특수교사를 통하여 대부분 정보를 제공받았다고 했다. 바우처 기관의 서비스 이용을 위한 대기기간과 치료사의수에 대한 만족도는 평균 미만의 점수를 보였다. 바우처 제도의 만족도는 치료지원에 대한 정보제공, 치료지원 신청, 접수절차, 치료지원 비용에 대한 만족도가 평균 미만으로 나타났다. 그리고 바우처 기관의 수를 늘려서 다양한 치료기관을 선택할 수 있도록 해야 한다는 의견이 45%이상이다.

전귀옥(2011)의 연구에서 치료지원 서비스 제공 기관에 대한 정보습득 경로는 지인의 소개가 가장 많고 한 달에 소요되는 치료비용은 20만원에서 30만원 미만 사이가 가장 많았다. 치료지원 서비스에 대해서는 전반적으로 만족하고 있으나 치료비용면에서는 경제적 부담감을 나타내었다. 개선사항으로 치료비용 지원금 확대와 치료기관의 증대, 특수교육지원센터의 활성화가 필요하다고 지적하고 있다.

윤새나(2011)는 치료지원 서비스를 받고 있는 장애학생의 부모를 통한 조사에서 장애아동 치료지원 서비스 내용을 결정하는 과정은 부모가 결정하거나 치료지원

관련 전문가와의 협의를 통해 결정하는 경우가 대부분이였다. 치료지원 정책의 만족도는 보통정도로 나타났다. 치료지원 서비스 기관별 제공되는 서비스 종류와 만족도에서는 사설기관에서 제공하는 치료지원 서비스의 종류는 언어치료가 가장 많았다. 감각·운동·지각훈련, 심리·행동적응훈련 등이 다음으로 많이 제공되고 있으며 학부모의 만족도는 대체로 만족하거나 보통정도이다. 마찬가지로 특수교육지원센터의 경우는 언어치료가 가장 많고 감각·운동·지각훈련, 심리·행동적응훈련 등을 많이 제공하고 있으며 학부모의 만족도는 대체로 만족하거나 보통정도이다.

요약컨대 특수교육관련서비스의 치료지원에 관한 선행연구들에서 보면 전달체계와 내용, 방법들에 대한 부분적이고 단편적인 연구들이 수행되어 왔다. 보다 전반적인 치료지원 실태를 구조화해서 탐색해 볼 필요가 있다.

Ⅲ. 연구방법

특수교육대상자 치료지원에 대한 부모인식 수준을 밝혀 체제 및 제도적 개선을 도모하고자 하는 내용으로 치료지원의 직접적인 수혜자인 장애학생들의 학부모 면담 및 설문조사를 실시하였다. 연구대상, 연구도구, 연구절차 및 자료처리의 구체적인 방법은 다음과 같다.

1. 연구대상

1) 면담 대상자의 특성

(1) 대상의 선정 방법

본 연구의 목적- 치료지원에 대한 수혜자들의 인식-에 적합한 조건을 갖춘자를 선정하는 일은 매우 신중을 기하는 과정이다. 그 이유는 그 대상이 매우 광범위 할 뿐 아니라 어떤 유형과 수준의 장애이며, 또는 수혜정도가 각기 다르며, 그에 따른 인식 또한 매우 다르기 때문이다. 따라서 본 연구는 지역적 특수성과 대상자들 부모의 일상생활에서의 관심 등을 고려하여 교육과학기술부 혹은 보건복지부에서 지원하는 장애아동 재활치료서비스의 바우처 치료지원을 받고 있는 자녀를 둔 부모들 중 일대일 면담이 가능한 자로써 연구의 특성상 다음과 같은 절차를 거처 선정하였다.

면담 대상자 선정은 5월 1일부터 15일까지 광주지역에 거주하는 치료지원 대상의 자녀를 둔 부모들을 재활관련 병원, 사설 치료실, 비영리 재활치료단체, 복지관 치료실 등을 직접 방문하거나 전화를 통하여 연구의 취지를 설명하여 1차로 50명을 선정하였다.

대상자 최종 선정은 5월 16일부터 20일까지 50명의 1차 연구 대상자들 중에서 연구 취지에 적합한 교육과학기술부 혹은 보건복지부에서 지원하는 장애아동 재활치료서비스의 바우처 치료지원을 받고 있는 자녀를 둔 부모들로써 일대일 면담이 가능한 20명을 최종 대상자로 결정 하였다.

대상자 면담 실시는 6월 1일부터 7월 30일까지 면담 대상자들을 대상으로 연구자

는 현행 특수교육 대상자, 재활서비스 및 치료지원 체제와 특수성 등을 구체적으로 설명하면서 면담을 실시하였다.

(2) 대상자별 특성

연구 대상자들의 구체적인 특성은 다음<표Ⅲ-1 >과 같다.

<표Ⅲ-1 > 연구대상자의 특성

구분	부 모							학 생			
	나이 (세)	학력	직장	치료 지원 형태	소득 수준 (만원)	추가비용 (만원)	치료지원 이용기간	나이 (세)	성별	장애 등급	학교
A	46	대졸	유	교과부	400이상	10이상~30미만	1년미만	12	남	지적 3급	특수학급
B	38	대졸	무	교과부 보건	400이상	30이상	1년이상~2년미만	12	여	지적 1급	특수학급
C	47	대졸	무	교과부 보건	200-300	10이상~30미만	1년미만	15	남	시각 1급	특수학교
D	50	초졸	무	교과부 보건	100미만	30이상	2년이상	16	남	발달 1급	특수학급
E	46	고졸	무	교과부 보건	200-300	30이상	1년이상~2년미만	13	남	발달 1급	특수학급
F	39	대졸	무	교과부 보건	300-400	10이상~30미만	2년이상	10	남	발달 1급	특수학교
G	37	대졸	유	교과부	400이상	30이상	1년이상~2년미만	12	여	지적 1급	특수학급
H	45	고졸	유	교과부 보건	200-300	10미만	2년이상	17	남	발달 1급	특수학교
I	42	대졸	무	교과부 보건	200-300	30이상	2년이상	12	여	발달 2급	특수학급
J	40	대졸	유	교과부 보건	300-400	10이상~30미만	1년이상~2년미만	15	남	발달 2급	특수학급
K	41	대졸	무	교과부	300-400	10이상~ 30미만	2년이상	11	남	지적 3급	특수학급
L	43	대졸	무	교과부 보건	100-200	30이상	1년이상~2년미만	12	남	지적 3급	특수학급
M	44	고졸	무	보건	100-200	30이상	1년이상~2년미만	15	여	발달 2급	일반학급
N	37	고졸	무	교과부 보건	100	10미만	2년이상	12	여	지적 3급	특수학급
O	45	대졸	무	교과부 보건	200-300	10이상~30미만	2년이상	15	여	청각 1급	특수학급
P	46	대졸	무	교과부	300-400	10미만	1년미만	19	남	발달 1급	특수학교
Q	42	대졸	무	보건	100-200	10미만	1년미만	17	여	지적 2급	특수학교
R	45	고졸	무	교과부	200-300	10미만	1년이상~2년미만	17	남	발달 1급	특수학교
S	47	대졸	무	교과부 보건	400이상	10이상~ 30미만	1년이상~2년미만	12	남	지적 2급	특수학급
T	41	대졸	무	보건 교과부	200-300	30이상	2년이상	12	여	지적 2급	특수학급

위 표에 나타난 연구대상자들을 구체적으로 살펴보면 연령대에서는 30대가 5명, 40대가 14명, 50대가 1명이며, 성별로는 남자 1명, 여자 19명이고, 학력별로는 대졸의 경우 14명, 고졸의 경우는 5명이며 초졸의 경우가 1명이다. 자녀들의 특성은 성별구분에서 남학생은 12명, 여학생은 8명이며, 학년별로는 초등은 12명 , 중등은 4명, 고등은 4명이다. 장애유형별로는 지적장애 9명중 1급이 2명, 2급이 3명, 3급이 4명이며, 발달장애 9명중에서 1급은 6명이고 2급은 3명이며, 시각장애 1명, 청각장애 1명이다.

연구대상자의 아동이 치료지원을 받는 형태는 교육과학기술부와 보건복지부의 지원 모두 받는 경우가 13명이며, 한 가지만 받는 경우가 7명이였다.

치료지원 외에 개인적으로 추가로 부담하는 비용은 30만원 이상이 8명, 10만원에서 30만원 미만이 7명, 10만원 미만이 5명이였으며, 이용기간은 2년 이상의 경우는 8명, 1년에서 2년 미만의 경우는 8명이며, 1년 미만의 경우는 4명이다.

대상자들의 직장별 특성은 전업주부가 16명, 직장이 있는 경우가 4명이고, 직업에서 전업주부가 많은 이유는 장애아동을 양육과 치료·교육을 전담하는 역할을 장애아동 어머니가 담당하기 때문인 것으로 예측된다.

일반적인 특성에서 장애아동에 대한 치료지원을 받고 있는 경우는 어머니가 아동을 이해하고 교육적 부분을 양육하고 있기에 남자보다 여자가 대부분이고 학력은 학령기 아동을 대상로 했기에 30대 4명보다 40대가 15명으로 월등이 많다. 학력은 30~40대의 부모의 학력이 대졸이 많다. 그리고 아동을 양육하기 때문에 직장을 갖지 않는 경우가 대부분이였다.

연구대상자들의 추가경비 지출을 소득 수준별, 학년 단계별로 살펴보면 아래 <표Ⅲ-2>와 같다.

<표Ⅲ-2> 소득 수준에 따른 추가 경비 지출

월 소득(수준)	추가경비(만원)		
	10만원 미만	10만원-30만원	30만원이상
월 400만원이상		2명(초등)	2명(초등)
월300만원-400만원	1명(고등)	3명(초등3,중등1)	
월200만원-300만원	2명(고등, 중등)	2명(중등)	2명(초등)
월100만원-200만원	1명(고등)		2명(초등)
월100만원 미만	1명(초등)		1명(초등)

위 표에 나타나 있는 바와 같이 연구 대상자들의 소득이 월 400만원 이상인 경우 30만원 이상, 10만원에서 30만원 미만인 경우 모두 초등 2명이었다. 그리고 월 300만원~400만원의 경우 추가비용이 10만원~30만원인 경우는 초등이 3명, 10만원 미만인 경우는 고등이 1명이며, 월200만원~300만원은 30만원 이상은 초등이 2명, 10만원~30만원은 중등이 2명이고 10만원 미만은 고등과 중등이 2명, 월 100만원~200만원은 30만원 이상이 초등 2명, 10만원 미만은 고등이 1명으로 나타났다. 월 100만원 미만의 경우는 30만원 이상이 초등1명이며, 10만원 미만은 초등이 1명이다. 위 내용에서 보는 것처럼 자녀들의 추가비용 규모는 월 소득 수준보다는 자년들의 학교등급수준에 따라 다르며 특히 초·중·고등학교 순으로 높았으며, 이는 아동이 어리면 어릴수록 장애정도의 예후가 진전 될 수 있을 것이라는 교육 가능성을 믿기 때문에 자녀들의 교육력 향상을 위해 추가경비를 지원하는 이유로 추정된다.

2) 설문 대상자의 특성

광주지역에 거주하면서 각 기관에서 치료지원을 제공받고 있는 장애 아동 부모 195명을 대상으로 설문조사를 실시하였다.

(1) 대상자 선정과정과 응답자의 일반적 특성

본 연구의 목적을 달성하기위하여 설문대상자는 다음과 같은 과정을 거쳐 선발하였다.

설문조사 대상자 선정은 7월 20일부터 25일까지 연구의 일관성을 유지하기 위하여 동일지역 즉 광주광역시에 주소를 둔 특수교육 대상아동이면서 치료지원의 수혜대상 자녀를 둔 부모들을 재활관련 병원, 사설 치료실, 비영리 재활치료단체, 복지관 치료실 등을 직접 방문하여 설문가능대상자 300명에 대한 소재를 파악하였다.
설문대상자 선정은 8월 10일부터 20일까지 300명에게 설문지 발송하였으며,
설문지 회수는 9월 2일까지 248부의 설문지가 회수 되었으며, 그중 내용의 불충실 등을 고려하여 195부가 실제 분석 되었다.

설문 응답자의 성, 연령, 장애여부 등에 대한 구체적인 내용은 <표Ⅲ-3>과 같다.

<표Ⅲ-3> 응답자의 일반적 특성 빈도 및 비율 (단위: 명, %)

구 분		빈도	비율
성별	남성	16	8.2
	여성	179	91.8
연령	30대	68	34.9
	40대	127	65.1
학력	고졸 이하	103	52.8
	대졸 이상	92	47.2
장애 여부	지적장애	76	39.0
	시각장애	2	1.0
	언어장애	16	8.2
	청각장애	10	5.1
	뇌병변장애	15	7.7
	지체장애	2	1.0
	발달장애	43	22.1
	중복장애	17	8.7
	기타	14	7.2
월평균소득 (만원)	200만원 미만	77	39.5
	200만원 이상	118	60.5
아동 연령	10세 미만	47	24.1
	10세 이상	148	75.9
치료지원예산지원	교육과학기술부	47	24.1
	보건복지부	84	43.1
	2가지 모두 지원	64	32.8
치료지원 이용기간	1년 미만	56	28.7
	1년이상~2년 미만	57	29.2
	2년 이상	82	42.1
치료지원이외의 추가 지출비용	10만원 미만	75	38.5
	10만원이상~ 30만원미만	85	43.6
	30만원 이상	35	17.9

위의 <표Ⅲ-3>에서 보는 바와 같이 설문에 응답한 부모들의 특성을 보면, 성별로는 남자가 16명(8.2%), 여자179명(91.8%)이다. 연령대별로는 30대가 68명(34.9%), 40대가 127명(65.1%)이며, 학력별로는 고졸이하가 103명(52.8%), 대졸이상이 92명(47.2%)이다. 장애여부는 지적장애가 76명(39%), 시각장애는 2명(1%), 언어장애는 16명(8.2%), 청각장애는 10명(5.1%), 뇌병변장애는 15명(7.7%)이며, 지체장애가 2명(1%)이며 발달장애가 43명(22.1%)이며 중복장애가 17명(8.7%)이며, 기타가 14명(7.2%)이다.

평균소득은 월200만원 미만이 77명(39.5%)이며, 월200만원 이상이 118명(60.5%)이다. 아동의 연령은 10세 미만이 47명(24.1%)이며, 10세 이상이 148명(75.9%)이다.

치료지원 예산지원은 교육과학기술부 지원이 47명(24.1%)이며, 보건복지부가 84명(43.1%)이며, 2가지 모두 지원이 64명(32.8%)이며, 치료지원 이용기간은 1년 미만이 56명(28.7%), 1년 이상~2년 미만이 57명(29.2%)이며, 2년 이상이 82명(42.1%)이다. 치료지원의 추가지출 비용은 10만원 미만이 75명(38.5%), 10만원이상~30만원 미만이 85명(43.6%)이며, 30만원 이상이 35명(17.9%)이다.

2. 연구 도구

연구에 사용된 도구는 치료지원에 대한 부모인식에 관한 면담 질문지와 설문지인데 구체적으로 아래와 같다.

1) 면담 질문지

면담지는 김영태 외(2008) 특수교육과 관련된 치료서비스에 대한 질적 연구와 김수진, 유영준, 윤철수(2008)의 치료지원 바우처 사업에 참여한 치료사 특성 만족도 조사에서 사용된 설문지와 기타 선행연구물과 관련 문헌들을 참고하여 예비 면담지를 개발하였으며 이를 특수교육학과 교수 2인 및 관련분야 박사학위 소지자 3명에게 검토를 의뢰한 후 수정 보완절차를 거쳤다.

최종적으로 연구문제와 관련된 치료지원에 대한 제도 및 정책 구조에 대한 인식, 내용 및 시행과정, 문제점과 개선방안을 중심으로 면담 질문지를 구성하였으며, 사전검사를 위하여 연구대상자들과 유사한 조건의 장애 자녀를 둔 어머니들과 예비 면담, 재활치료 전문가들과의 논의, 기타 전문가들과의 검토절차를 거쳐 최종적으로 3개 대영역, 5개의 소영역과 11개의 질문내용으로 구성하였으며 각 영역별 질문내용은 아래 <표Ⅲ-4>와 같다.

<표Ⅲ-4> 면담 질문지 구성영역과 내용

영 역		질 문 내 용
1. 치료지원 제도 및 정책 구조	1)치료지원 제도	(1)치료지원의 개념, 목적 (2)개별화교육계획의 적합성과 인식 수준 (3)개별화지원팀의 구성 및 조직
	2)치료지원 정책 구조	(1)치료지원 정책, 정책 수립의 주체 (2)치료지원 대상과 범위, 영역
2. 치료지원 시행과정과 방법 및 내용	1)치료지원 프로그램의 질과 내용에 대한 만족도	(1) 프로그램의 질과 상담 (2)치료지원에 대한 내용의 인식
	2)치료지원 제공기관	(1)제공기관 선정 (2)치료지원 제공기관에 대한 만족도 (3)운영시간과 횟수에 대한 만족도
3. 치료지원의 문제점 과 개선방안		치료지원의 문제점 및 바람직한 개선방안

2) 설문지

(1) 설문지 구성

치료지원 부모인식 설문지 구성은 송영준 외(2007), 조충영(2009), 표윤희·박은혜(2008), 이수경(2010), 변애심(2006), 한국장애인 개발원(2010), 전병운(1999), 김영태 외5인(2008), 함미나(2010), 등의 연구에서 사용한 자료를 기초로 하여, 관련문헌을 참고로 구성한 다음 지도교수의 자문을 받아 재구성하였다. 1차 완성된 설문지를 내용타당도와 신뢰도 검증을 거쳐 조사도구로 사용하였다. 설문지 구성영역과 내용은 <표Ⅲ-5>와 같고 구체적인 내용은 〔부록 2, 4〕 와 같다.

설문구성내용은 일반적인 특성, 치료지원 인식, 치료지원 프로그램 내용, 치료지원시행과정, 개선방안 총 5개 영역으로 구성되었다. 일반적인 특성으로는 성별, 연령, 학력, 장애여부, 소득, 아동연령, 예산지원, 이용기간, 추가비용 등 총 9문항이 포함되었다. 치료지원 구성으로는 치료지원의 목적, 집행방법, 대상, 예산, 지원 신청과정, 제공기관 선택, 치료영역 치료지원 실시장소, 제공기관, 운영시간, 프로그램의 질 만족도 등 총 11문항으로 구성하였다.

또한 치료지원 프로그램 내용으로 치료지원 기관의 서비스 준비 과정에 대한 이해, 치료지원 기관의 초기평가, 계획, 치료과정, 평가 등 총 9문항, 치료지원 시행과정은 개별화 교육계획(IEP)내에 치료지원 내용, 치료지원의 계획수립 주체, 횟수, 프로그램 개발, 프로그램 내용 편성 등 16문항, 개선방안으로 치료지원의 문제점과

개선방안 1문항으로 구성되어 총 46문항을 설문으로 구성하였다.

<표Ⅲ-5> 설문지의 구성 영역 및 내용

구성 영역	하 위 내 용	문항수
1) 일반적인 특성	성별, 연령, 학력, 장애여부, 소득, 아동연령, 예산지원, 이용기간, 추가비용	9
2) 치료지원 인식	치료지원의 목적, 집행방법, 대상, 예산, 지원 신청과정, 제공기관 선택, 치료영역, 치료지원 실시장소, 제공기관, 운영시간, 프로그램의 질 만족도	11
3) 치료지원 프로그램 내용	치료지원 기관의 서비스 준비 과정에 대한 이해 치료지원 기관의 초기평가, 계획, 치료과정, 평가	9
4) 치료지원 시행과정 및 내용	개별화 교육계획(IEP)내에 치료지원 내용 치료지원의 계획수립, 주체, 횟수, 프로그램 개발, 프로그램 내용 편성	16
5) 개선방안	치료지원의 문제점과 개선방안	1
전 체		46

(2) 설문지의 타당도와 신뢰도

설문지의 타당도는 치료지원을 받고 있는 부모의 인식도와 만족도를 알아보기 위해 사용한 설문지는 크게 일반적 특성, 치료지원의 인식, 치료지원 프로그램 내용, 치료지원의 시행과정, 문제점 및 개선방안으로 구성되었다. 본 연구를 위해 사용한 설문지는 관련 선행연구와 참고문헌을 토대로 구성하였으며 타당도 검증을 위해 내용타당도(Content validity) 방법을 이용하였다.

제작된 설문문항의 내용타당도 검증을 위하여 특수교육학과 교수 2인, 관련분야 박사학위 소지자 3명, 치료지원을 받고 있는 학부모 2인(석사학위 소지자)에게 검증을 받아 15문항으로 수정하였다. 이를 바탕으로 치료지원을 받고 있는 학부모 10인에게 예비조사를 실시하여 문항이 어렵거나 이해가 되지 않은 부분은 수정하여 최종적인 설문지를 작성하였으며, 총 11문항(치료지원 인식 7문항, 치료지원 만족도 4문항)이 제작되었다.

또한 본 연구에서 치료지원 인식과 만족도 측정척도의 타당도 검증을 위해 탐색적 요인분석방법을 사용하였으며, 요인의 추출은 고유값(eigen value) 1.0 이상을 기준으로 주성분 분석과 직교회전 방식(varimax)을 이용하였다. 또한 각각의 요인부하량은 0.4이상의 것만을 추출하여 요인해석을 실시하였기 때문에 분석에서 제외되는 문항이 존재하였다. 요인구조를 중심으로 신뢰도 분석(reliability analysis)을 실시하여 타당성과 신뢰성을 검증하였다.

먼저 치료지원 인식 및 만족도에 해당하는 총 11개 설문 문항의 문항별 요인분석 결과<표 Ⅲ-6>에서 보는 바와 같이 1요인에 해당하는 7개 문항 치료지원 인식, 2요인에 해당하는 4개 문항은 치료지원 만족도에 해당하였다.

이들 각 요인에 해당하는 분산 설명력은 치료지원 인식(45.0%), 치료지원 만족도(15.0%)의 분산 설명력을 가지고 있는 것으로 나타났다. 치료지원 프로그램 내용은 한국장애인개발원(2010)의 장애아동 재활치료사업 개선방안 연구에서 분류한 하위요인을 그대로 사용하였다.

<표Ⅲ-6> 치료지원 인식 및 만족도 요인분석

구분	내용	요인적재치	아이겐 값(총 분산)
치료 인식	치료지원 집행방법	.825	4.954 (45.037)
	치료지원 치료영역	.773	
	치료지원 대상	.760	
	치료지원 예산	.757	
	치료지원 목적	.697	
	치료지원 신청과정	.692	
	치료지원 제공기관 선택	.602	
치료 만족도	치료지원 프로그램 질	.834	1.652 (15.020)
	치료지원 운영시간	.771	
	치료지원 실시장소	.751	
	치료지원 제공기관	.726	

설문지의 신뢰도: 설문지의 신뢰도 검사를 위하여 각 문항을 독립된 별개 검사로 간주하여 검사 문항간의 동질성 정도에 의한 신뢰도 추정치인 문항 내적 합치도를 (Cronbach α) 측정하였다. 치료지원의 인식, 만족도, 프로그램 내용에 대한 설문 문항의 신뢰도 분석결과는 치료인식 문항의 신뢰도(α) 계수는 .954로 높게 나타났고, 치료 만족도의 신뢰도(α) 계수는 .806, 치료지원 프로그램 내용의 신뢰도(α)계수는 .905로 매우 높게 나타났다.

3. 연구 절차

1) 면담 조사

면담조사는 2011년 6월부터 7월 2개월 동안 이루어졌으며, 대화를 보다 친밀하게 하기 위하여 가능하면 연구자가 직접 참여자인 부모들의 자녀가 교육받고 있는 사설 치료실, 병원, 복지관, 비영리단체 기관을 방문하여 실시하였으며, 그렇지 못한 경우는 연구자와 약속한 별도의 조용한 장소를 선택해서 개별 면담의 형식으로 이루어졌다. 참여자와의 면담 시간은 대상자의 편의를 고려하여 사전에 약속된 시간에 30분~ 60분정도에 걸쳐 이루어졌다.

본 연구는 심층 면담에 대한 내용을 충분히 설명하고 연구 동의서 [부록3] 에 본인이 직접 승낙 사인을 함으로써 본인이 허락하지 않으면 언제든지 철회할 수 있다는 것을 알렸다. 연구자의 책임, 연구의 사실성, 연구대상자와 지속적 관계형성 등의 권리를 존중하였고 연구의 엄격성을 높이고 윤리적인 면을 고려하였다. 또한 연구자는 연구대상자에게 연구의 목적과 개요에 대해 설명을 하고 면담 내용을 녹취할 수 있도록 허락을 득한 후 진행되었다. 특히 면담 일정, 면담장소 등은 면담 대상자들이 의견을 최대한 존중하였고, 면담 시간에는 제한을 두지 않았으며, 동의를 받아 MP3에 녹취하였고 연구 분석을 위하여 녹음된 내용을 반복 청취하고 PC에 전사하였다. 녹음된 내용은 전사하여 줄 단위 분석으로 심층 분석하였으며, 면담이 진행되면서 면담자의 반응 정도에 따라 질문 순서를 수정하거나 보완하였으며 질문의 내용에 포함되지 않은 내용일지라도 충분히 의견을 말할 수 있도록 하였다. 면담자료의 정확한 전사를 위하여 1차 전사이후에 면담을 실시한 연구자가 녹음 내용을 들으며 전사하였다.

특히 전사내용을 반복하여 읽으며 의문이 생기는 경우 혹은 보충을 요하는 내용에 대해서는 추가 질문지를 작성하고 추가로 대상자에게 통지 한 후 허락을 얻어 추가 면담을 하였으며 추가 면담은 전화나 혹은 면전면담을 통하여 실시하였다.

2) 설문지 조사

본 연구의 조사대상은 광주지역을 중심으로 교육과학기술부 치료지원과 보건복지부 장애아동 재활치료서비스를 이용하는 아동의 부모들을 모집단으로 설정하였다. 조사 시기는 면담이 종료 된 이후에 실시되었으며 2011년 8월부터 9월까지이고, 광주광역시 소재 병원, 사설치료실, 종합사회복지관 치료실, 비영리 재활치료단체 등 치료지원 기관을 통해 파악한 대상자들에게 설문지를 배부 하였다. 설문지는

총 300부가 배부되어 248부가 회수되었으며 응답이 성실하지 않는 설문지와 연구 대상에서 제외되는 경우의 53부를 제외한 195부의 자료를 분석하여 사용하였다.

4. 자료 분석

1) 면담 자료

면담 자료는 연구자와 전문가 2명을 포함한 3인이 중요한 내용을 주제별로 요약 정리해서 주제별로 분류하고 특수성을 파악하는 과정을 거쳤다.
전사된 면담 자료를 읽으며 면담 자료 분석표를 사용하여 면담 자료를 치료지원 제도 및 정책 구조에 대한 이해, 치료지원의 시행과정과 방법 및 내용, 치료지원의 문제점 및 개선방안 등 3개 영역으로 구조화하여 분류했다. 주제별로 묶은 자료는 반복적으로 읽고 내용을 확인하여 주제 목록을 수정·보완하여 정리했다. 이 과정에서 내용 확인이 필요한 경우는 다시 전화를 통해서 면담 대상자의 견해를 확인하여 오류를 최소화하고자 하였다.

2) 설문 자료

본 연구의 모든 통계적 처리는 SPSS 18.0을 이용하였다. 구체적인 분석방법은 다음과 같다.

첫째, 연구 도구의 신뢰도 분석을 위해 Cronbach's α 검증을 실시하였다.

둘째, 연구 대상인 부모의 일반적인 특성 분포를 알아보기 위하여 빈도와 백분율을 산출하였다.

셋째, 부모들의 배경변인에 따른 치료지원의 인식과 만족도의 차이를 알아보기 위해 t. F 검증을 실시하였다.

넷째, 치료지원의 인식과 만족도, 치료지원 프로그램 내용 그리고 시행과정에 대한 정도을 알아보기 위해 평균과 표준편차를 구하였다.

다섯째, 치료지원의 인식과 만족도, 치료지원프로그램 내용간의 관계를 알아 보기 위해 상관관계 분석을 하였다.

Ⅳ.연구 결과

면담조사 및 설문조사 결과에 나타난 치료지원과 관련된 제도와 정책 구조, 치료지원의 시행과정과 방법 및 내용과 치료지원에 대한 인식과 문제점 및 개선방향은 다음과 같다.

1. 치료지원 제도 및 정책 구조

면담대상자들에게 설명된 현행 치료지원제도와 정책 구조는 아래 내용과 같다.

구 성	내 용
교육과학기술부의 관련서비스 치료지원	-특수교육법 제28조(특수교육관련서비스)제2항 교육감은 특수교육대상자가 필요로 하는 경우에는 물리치료, 작업치료 등 치료지원을 제공하여야 한다. -특수교육법 시행령 제29조(기타관련서비스의 제공) 교육과학기술부장관 또는 교육감은 제23조부터 제28조까지의 규정에서 정한 특수교육관련서비스 외에 보행훈련, 심리・행동 적응훈련 등 특정한 장애유형의 특수교육대상자에게 필요한 특수교육 관련 서비스를 제공하여야 한다. -공공보건의료기관 및 「장애인복지법」제58조. 관련서비스 치료지원의 영역은 물리치료, 작업치료, 언어치료이며 기타 영역(보행훈련, 심리・행동적응 훈련, 청능훈련) 치료지원의 유형 ①특수교육지원센터 치료지원 영역은 언어치료, 청능훈련, 감각운동지각훈련, 심리행동적응훈련 등 ②특수학교를 통한 치료지원 유형 배치된 전문치료사에 의해 재량활동 시간이나 방과 후 프로그램으로 제공 ③유관기관과의 연계를 통한 치료지원 유형 치료지원 관련기관(병의원, 복지관, 사설치료실 등)을 통해 수강료 월 10만원 지원. 외부치료기관과 연계가 어려운 중, 소도시 지역의 학생과 이동이 어려운 학생들의 경우 치료사가 각 학교로 방문하여 치료하며 통합적으로 접근하여 통합학급교사와 특수교사의 연계를 통해서 이루어진다. 재택순회교육대상인 중증장애학생은 가정으로 방문하여 치료 함.
보건복지부 재활치료 서비스 치료지원 내용	- 서비스 내용 언어치료, 청능치료, 음악치료, 미술치료, 행동·놀이·심리운동치료(장애아동 및 부모의 수요에 따라 사업 실시 기관이 자율적으로 결정), 장애조기 발견 및 발달진단서비스, 중재를 위한 부모 상담서비스 제33조의 7항(보호의 방법) 보호대상자에 대한 보호는 현물로 제공함을 원칙. 제19조5항(사회복지서비스 이용권) 제1항에 따른 이용권으로 이용할 수 있는 사회복지서비스의 유형은 개인과 가정의 돌봄, 지원, 활동의 보조, 가사 또는 간병서비스, 신체적·정신적 건강의 향상을 목적 장애인 복지카드가 있는 서비스 대상자의 가족이 동사무소에 신청.

1) 치료지원의 제도

치료지원의 개념과 목적의 이해, 개별화교육에 대한 적합성의 인식을 알아보았다.

(1) 치료지원의 개념과 목적의 이해

제도란 일정한 구성원과 범위를 가진 조직에서 구성원들이 보다 만족할 수 있는 생활에 필요한 일정한 방식이나 기준 따위를 법률이나 제도로 규정하는 것을 의미한다(네이버 백과사전, 2011). 때문에 현행 치료지원제도에 대해서 특수교육대상자들은 어떻게 인식하고, 얼마나 만족하고 있는가에 대한 수준은 현 제도에 대한 가치와 향후 발전 방향에 대해서 중요한 의미를 가지게 된다.

치료지원제도는 복지사회를 추구하는 대부분의 국가들이 중요시하는 제도이며, 각종 장애인을 포함하여 심리적·정신적·육체적으로 정상을 벗어난 모든 대상들에게 보다 바람직한 생활, 행복한 삶을 유지하도록 하기 위한 방법의 하나로 활용된다. 한국의 경우 치료지원제도는 교육과학기술부(2011)에서 제정한 특수교육대상자들에게 적용되는 특수교육관련서비스 치료지원과 보건복지부(2011)에서 시행하는 장애아동 재활치료서비스로 크게 구분되어 있다.

교육과학기술부에서의 치료지원은「장애인 등에 대한 특수교육법」에 명시된바와 같이 특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위하여 필요한 인적・물적 지원을 제공하는 서비스 중의 하나이다.

보건복지부(2011)의 사회복지 사업법은 사회복지사업에 관한 기본적 사항을 규정하여 사회복지를 필요로 하는 사람의 인간다운 생활을 할 권리를 보장하고 사회복지의 전문성을 높이며, 사회복지사업의 공정·투명·적정을 도모하고, 지역사회복지의 체계를 구축함으로써 사회복지의 증진에 이바지함을 목적으로 하고 있다. 이를 기초로 장애아동 재활치료서비스는 성장기의 정신적·감각적 장애아동의 기능향상과 행동 발달을 위한 적절한 재활치료 서비스 지원 및 정보를 제공하는 것이다.

위 내용에서 보는 바와 같이 교육과학기술부의 내용은 교육을 위해 필요한 서비스를 제공하는 것이고, 보건복지부의 내용은 인간다운 삶을 유지하는데 필요한 기능향상, 재활치료 서비스의 지원이다. 결국 두 기관의 내용을 종합하면 학령기 대상 아동들에게 중요한 교육관련 서비스 지원과, 교육활동을 포함한 생애 전반에서

필요로 하는 기능향상을 특수교육대상아동에게 협력적으로 지원함으로써 미래생활을 준비하는 것이 곧 본 제도의 중요한 가치이고 내용이라고 이해 할 수 있을 것이다.

이와 같은 기본 취지의 본 제도에 대한 질문은 크게 2개로 구성 되었다. 하나는 치료지원이란 무엇인가? 이고, 다른 하나는 치료지원의 목적은 무엇이라고 생각하느냐? 인데 그에 대한 구체적인 응답은 다음과 같았다.

☞ 치료지원이란 기본적으로 무엇이라고 생각 합니까?

B: 아이에게 부족한 것을 정부에서 지원하는 것이며, 장애아동을 위한 배려이다

E: 치료지원은 우리 아이의 치료를 예전에는 가정에서 부담을 했는데 이것을 국가에서 지원해주는 것이다.

C: 아이가 가진 장애에 대해서 그 부분을 우리는 구체적으로 잘 모르잖아요. 무엇이 장애인지도 잘 모르잖아요 그래서 그런 부분을 잡아주고 치료를 해주시는 것이라고 생각한다. 치료를 받기 쉽게 솔직히 사사로 받으려면 돈이 많이 드는데 그런 부분을 지원해주는 것이다

N: 장애아동을 갖고 있는 장기적인 치료를 요하거나 혹은 장기적인 치료를 한다 해도 크게 진전이 불가능한 장애아동들에 대해서 언어치료나 다른 상담치료 혹은 평생 이 학습을 필요로 하는 아동들에게 치료와 교육을 위해 경제적으로 국가에서 지원해 주는 것을 말하며, 그러기 때문에 이러한 혜택이 너무너무 좋은 거 같아요.

S: 장애아들이 자기의 수준을 업그래드하기 위해 치료를 받는 것이잖아요. 나라에서 시행하는 봉사서비스이다. 복지차원인데 솔직히 잘 모르겠다. 선진국에서 생각하는 차원과 우리나라에서 정책차원이 우리 엄마들은 우리아이들을 이해하는 것 진정한 이해를 하고 거기에 기반이 되어야 하는데 그냥 보이기 위한 것, 제가 장애가 아니라면 그런 치료지원이 간다면 그것은 세금 나가는 것이잖아요. 제 아들이 아니었다면 불평 쪽으로 생각했을 것 같아요.

F: 그동안의 장애 아이들이 치료가 필요한데 그것들을 부모가 부담 지었던 부분들을 경제적인 부분들을 해소시켜 주는 차원이라고 생각을 하고요. 그로인해서 경제적인 지원뿐만이 아니라 이게 꾸준히 아이가 치료를 받을 수 있도록 정책적으로 지원해주는 이런 거라고 생각합니다.

K: 장애우 친구들 보면 수업이나 해 줄 것이 너무 많은데 학교 공교육하고는 연계가 안되잖아요 그래서 사교육비를 많이 해서 하다보니까 그런 것을 교육부에서 지원해주는 것이라고 생각해요.

H: 옛날에는 이런 제도들이 없어서 사설기관에 사비를 들여 다니고 했는데 그것이 경제적 능력이 되는 가정에서는 큰 문제가 안되지만 조금 소득이 낮은 가정일수록 굉장히 그런 것이 부담이였고 어렸을 때는 어떻게든 다녔지만 다른 형제도 있어서 부담이 되는데 이런 국가차원에서 해주면 훨씬 아이를 키우는데 도움이 많이 된다 그런 뜻으로 생각한다.

G: 부모님에 대한 부담 즉 경제적인 부분을 덜어주는 것이 가장 크다. 도움이 된다.

돈이 많아도 정말 아이에게 많이 들어가서. 소득에 따라 차등 지원하는 것에 대해 속여서 재산을 빼돌려서 지원을 받기도 하는데 그런 부분에서 불합리하다. 장애등급에 상관없이 똑같이 지원이 되었으면 좋겠다. 사업자들은 매출액에 따라 소득세가 다르기에 실제보다 훨씬 높게 되는 경우

가 많다. 우리의 경우도 800만원의 소득에서 아이에 100만원 이상이 들어간다. 기본적으로 언어, 물리 같은 것은 제도적으로 기본적으로 제공해주었으면 좋겠다. 10만원으로는 턱없이 부족하고 다른 치료도 많이 필요하기 때문에 현실감이 없다.

위의 응답 내용에서 나타난 몇 가지 인식의 차이들을 살펴보면 우선 B 응답자의 경우 매우 막연한 지원으로 이해하고 있으며, 특히 교육과 재활서비스에 대한 개념이 부족한 수준이다. 그러나 E의 경우는 단지 치료지원을 가정에서 부담하는 추가비용을 국가가부담해 주는 것으로 이해하는 반면 C의 경우는 한걸음 더 나아가 아이가 가진 장애의 특성이나 수준을 진단하고 그리고 그에 따라 적절한 치료를 지원해 주는 것으로 이해하고 있어 퍽 대조를 이루고 있다.

이들의 응답 내용을 볼 때, 최소한 교육적 차원에서 아동에게 필요한 교육적 지원과 기능적 수준에서 혹은 재활서비스와 관련하여 역할 수행에 필요한 지원을 구분하여 효과적으로 지원되는 이해가 요구된다.

N의 경우는 응답자의 학력은 고졸이고 월 수입정도도 매우 낮은 수준이고 2년 이상의 치료지원 혜택을 수혜받은 경우이다. 본인의 입장에서 언어치료, 상담치료 등의 경험을 가지고 있으며, 이러한 치료혜택으로 학습효과에 향상을 가져온 경우이다. 때문에 아이의 치료혜택은 물론 경제적인 혜택으로 매우 만족해 하는 응답을 하고 있다. S의 경우는 국가에서 시행하는 봉사서비스이나 직접 수혜자가 아닌 상대방(세금을 납부하며, 장애아동을 지원해 주는 단순한 납세 부담자)의 입장에서 미안해 하는 입장을 표하고 있다. 이러한 경우 매우 의미 있는 응답으로 결국 본인이 수혜자가 아니라면 장애자들에 대한 치료지원을 공공재원의 낭비라고 생각하는 그릇된 이해자들의 표본이 될 수 있다는 것이다.

F의 경우는 장애자 본인이 부담하던 경제적 부담에 대한 국가부담으로의 전이를, K의 경우는 학교외의 사교육비용을 정부가 부담해 주는 것으로 그리고 H의 경우도 사교육에 대한 정부 부담으로 종래에는 일부 부유층에게만 해당되던 사교육기회를 국가가 부담하여 그 기회를 장애아동들에게 주는 것으로 이해하고 있다. G의 경우는 경제적 혜택의 구체적인 방법과 관련하여 정의롭게 지원해 주는 절차와 방식에 대해서 주장하는 경우이다.

이상 몇몇 응답자들이 제시한 치료지원에 대한 기본 개념들을 살펴보면 가장 낮은 수준의 치료지원에 대한 기본 개념의 몰이해로부터 교육적 차원에서 학교 내의 교육비 지원, 학교 밖의 사교육비 지원 그리고 더 나아가 장애의 유형과 정도에 따

라서 필요한 기능을 향상시키기 위해 이루어지는 제반 기능향상의 재정지원 그리고 보다 적절한 정의적 지원의 방안에 이르기까지 다양한 이해 수준을 볼 수있다. 그러나 이러한 응답자들의 특수성을 보면 대체로 응답자들의 학력수준이나 지원의 형태, 성별에 따라 다르게 응답하지 않고, 자녀들의 치료지원 수혜기간, 현재의 수혜종류 그리고 소득수준에 따라 약간의 차이를 보여 주고 있음을 알 수 있다.

결국 치료지원에 대한 기본 인식의 차이는 현재 부모가 처한 입장이나 자녀의 치료지원 수혜기간과 정도에 따라서 약간의 인식차이가 있으며, 따라서 이러한 치료지원의 효과를 높이기 위해서는 지속적으로 그리고 지원 규모를 확대하여 실시하는 것이 바람직 할 것으로 판단된다.

특히 형식에 구애 받거나 일시적인 혜택이나 수혜제도가 아닌 지속적이면서 수혜가 절실한 정도에 따라 수혜 되는 복지제도로 이해되도록 하는 노력이 필요하다.

요약 하면 치료지원의 개념에서 제시한 것처럼 특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위하여 필요한 인적·물적 지원을 제공하는 서비스이며 적절한 재활치료 서비스 지원 및 정보를 제공하고 높은 재활치료 비용으로 인한 장애아동 양육가족의 경제적 부담을 경감하는 것이라는 정의를 바탕으로 할 때, 응답자들의 인식수준은 단순한 사교육비 지원이라는 응답자들로부터 필요에 터한 정의로운 지원 방법을 제시하는 수준에 이르기까지 매우 다양함을 볼 수 있으며, 이러한 응답내용을 근거로 할 때, 향후 제도의 효율화를 위해서는 다양한 방법으로 인식제고를 위한 노력이 필요함을 알 수 있다.

다음은 치료지원의 목적에 대한 이해 수준이다.

☞ 치료지원의 목적을 무엇이라고 생각하십니까?

P : 치료지원은 단순하게 내가 부담해야 하는 부분을 복지정책의 부분에서 치료비를 지원해주는 것이다.

D: 경제적인 것을 많이 해주는 것이다. 치료지원은 우리 아이의 치료를 예전에는 가정에서 부담을 했는데 이것을 국가에서 지원해주는 것이라고 생각한다.

C: 그동안의 장애 아이들이 음... 치료가 필요한데 그것들을 부모가 부담 지었던 부분들을 경제적인 부분들을 해소시켜 주는 차원이라고 생각을 하고요. 그로인해서 경제적인 지원뿐만이 아니라 이게 꾸준히 아이가 치료를 받을 수 있도록 정책적으로 지원해주는 이런 거라고 생각합니다.

L: 먼저 치료지원은 저희 그 장애아동이나 좀 비장애아동이어도 그 장애에 가까운 애들 있죠. 뭐 지금은 도움실에 꼭 입급한 애들만 상대로 하는데 그래도 일단 병원에서 그 좀 재활치료가 필요

하다라는 애들을 상대로 좀 교육이 좀 확대가 됐으면 좋겠어요. 실은 저희 둘째 아들 같은 경우는 ADHD이다. 그래도 좀 뭐라 그럴까? 장애아동과 비장애아동의 그 경계선 상에 걸쳐있거든요. 그래서 도움실이 입급을 해가지고 지금 혜택을 보고는 있는데 그 혜택 과정이 굉장히 어렵더라구요. 힘들었구요. 꼭 장애증이 있어야 이 치료를 받을수 있다라는 좀 거기에 많이 포커스가 맞춰져 가지고 실은 약간 경계 선상에 있는 애들은 뭐라 그럴까? 이런 재활치료가 뭐 좀 안 좋은 얘기로 장애아동 1, 2급에 비해서는 훨씬 더 효과도 좋고 또 일반 아이에 더 가깝게 가장 재활치료에 효과를 많이 볼 수 있는 아동에 들어가는데도 불구하고 실은 치료 지원에서 빠진다는 거 좀 그게 좀 안타깝기는 하죠.

A: 치료지원은 국가도 국가지만 우리 주변의 가정과 삼위일체가 되어야만 치료지원이 되어야 한다. 아이에 대해서 모든 사람들이 잘 융합이 되어 이루어져야 한다. 재활치료, 관심, 아직은 장애자에 대한 편견을 우리나라는 가지고 있다. 모든 사람들이 장애인에 대한 편견이 없어야 한다. 아내와도 우리 아이 때문에 행복하다고 생각하지 않는다. 그런 가정에 아픔이 있다. 대인기피증이 있다. 아내는 집에 있었는데 우울증이 와서 힘들어 했다. 회사에서 치료지원과 관련해서 지원금이 나와도 받고 싶지 않았는데 최근에야 이런 지원금을 신청해서 받게 되었다.

위의 응답에서 P, D, C 의 응답을 보면 단순히 재정능력이 부족한 특수교육지원 대상자들의 가족에게 치료비용을 지원해주거나(P), 한걸음 더 나아가 장애를 경감시켜 기능향상, 행동발달을 위한 정보제공 등 정책적 지원(C)을 해 주는 것을 그 목적으로 이해하고 있다.

그러나 이러한 차이는 부모 소득의 높음과 낮음에 따라 이해 정도 간 다소 차이를 보였고, 소득이 높은 경우, 소득이 낮은 경우 보다 더 많은 이해를 보여 주었다.

특히 이와 같은 치료 지원정책이 마련되기 이전의 경우 치료비용의 부담이 장애아동 부모의 몫이므로 경제적 고통을 감수할 수밖에 없었으나 현재 시행중인 치료지원 정책으로 경제적 도움을 주는 것은 치료지원 정책의 중요한 목적의 하나라는 믿음을 가지고 있으며, 좀 더 이해 수준이 높은 응답자들은 단순한 치료지원을 위한 재정적 지원의 수준을 넘어 장애아동들이 필요로 하는 혹은 흥미를 가지는 학습활동에 참여 할 수 있거나 재량을 개발하고 신장 시킬 수 있는 기회를 제공하는 것이라고 믿고 있음을 볼 수 있었다.

이상에서 논의된 치료지원에 대한 개념과 목적에 대한 이해 수준은 다음과 같다. 우선 치료지원이란 “특수교육대상자의 교육을 효율적으로 실시하기 위하여 필요한 인적·물적 지원을 제공하는 서비스 중의 하나이며 장애특성에 적절하게 치료를 지원하고 장애경감 및 2차적 장애 예방” 혹은 “ 성장기의 정신적·감각적 장애아동의 기능향상과 행동 발달을 위한 적절한 재활치료 서비스 지원 및 정보를 제공하

는 것”으로 규정 할 수 있다.
이에 대한 응답자들의 이해수준은 그동안 치료지원을 개별적으로 받기 위해서는 100% 자부담이었던 형태에서 벗어나 아동의 교육 혹은 재활치료와 관련한 비용의 일부를 국가 혹은 공공비용으로 부담해 주는 것으로 이해하는 경우로부터 장애아동의 장애 유형이나 특수성, 정도 등을 진단하고 그에 적절한 재정적 지원은 물론 인적, 시설과 환경적 지원을 포함하는 지속적인 지원으로 이해하는 수준에 이르기까지 매우 다양하였다.

다음은 치료지원의 목적에 대해서인데, 치료지원의 목적은 교육과학기술부의 치료지원은 장애특성에 적절한 치료지원으로 장애경감 및 2차적 장애 예방을 하고자 하는 것, 즉 교육을 효율적으로 실시하기 위한 지원과 장애에 대한 예방이 주목적이다. 반면 보건복지부의 장애아동 재활치료서비스는 높은 재활치료 비용으로 인한 장애아동 양육가족의 경제적 부담을 경감하는 것을 주목적으로 하고 있다.
이에 대한 응답 내용들은 위에서 보는 바와 같이 단순히 복지 정책의 일환으로 이루어지는 치료비 지원이라는 생각으로부터 꾸준히 아동이 독립적으로 생활할 수 있도록 재정적 지원은 물론 재활능력을 가지도록 하는 등 다양한 인식을 하고 있음을 볼 수 있다.

설문조사에 의하면 부모들이 치료지원에 대한 전반적인 인식에 대해서 ‘치료지원의 목적’에 대한 인식 정도는 매우 그렇다가 41명(21%)이며, 그렇다가 112명(57.4%)로 나타났고 보통이 34명(17.4%)로 나타났다. 많은 부모들이 치료지원의 목적을 이해하고 있는 것을 알 수 있으며 평균(M=3.95)은 높은 수준으로 나타났다.

(2) 개별화교육계획의 적합성과 인식 수준

☞ 귀하는 개별화 교육계획에 대해서 들어본 일이 있습니까?
☞ 귀하의 자녀들에게 현재 개별화교육개획이 어느 정도 실행되고 있습니까?
☞ 지원팀의 활용수준은 어느 정도인지요?

개별화교육계획의 적합성과 인식 수준을 알아보기 위하여 연구자는 위와 같은 3가지 내용을 질문하였으며, 개별화교육계획의 의미와 지원팀 등에 대해서 다음 내용들을 설명을 해 주었다.

개별화교육계획(individualized education program : IEP)이란 「장애인 등에 대한 특수교육법」제 2조 7항에 명시된바와 같이 특수교육대상자 개인의 능력을 계발하기 위하여 장애유형 및 장애특성에 적합한 교육목표・교육방법・교육내용・특수교육 관련서비스 등이 포함된 계획을 수립하여 실시하는 교육을 말한다.

다시 말해 특수교육대상학생인 귀하의 자녀에게 알맞은 지도와 필요로 하는 적절한 교육과 관련서비스를 받도록 하는 관리 도구의 역할을 하는 것이며 개별화교육지원팀이 협력하여 특수교육대상자의 교육적 요구에 적합한 교육과정 및 특수교육 관련서비스에 대하여 기록한 법적인 문서이며 교육 설계도입니다.

이러한 귀하의 자녀를 위한 개별화교육계획은 자녀들의 특수성으로 개인차를 고려한 가장 적절한 교수・학습 조건을 제공해 줌으로써 교육권과 학습권을 최대한 보장해 주고 학습효과를 극대화하기 위한 과정이라고 이해하시면 될 것입니다.

위와 같은 보충 설명을 한 후 응답자들이 질문에 응답한 내용을 간단히 정리하면 다음과 같다.

T: 개별화는 잘 모른다. 학교에서 하는 것이면 이번에 들어보았다. 학교마다 있고 없고가 있는 것 같다. 엄마와 교장, 교감 선생님, 학부모, 도움실 선생님이 모여서 아동에 대해서 파악하고 아이에 맞추어 수업방향을 만드는 것이라고 다른 엄마들에게 들어보았지만 우리학교에는 없다.

D: 개별화 학교에서는 받아 보지 않았다

O: 개별화는 애가 개개인 하는 아직 교육을 안 받아보아서 잘 모르겠다.

G: 개별화는 들어보지 않았다. 우리 학교에서는 실행하지 않는다 아동의 변화, 계획에 대한 진척을 말해주지도 않는다.

F: 개별화는 잘 모른다. (간단한 설명을 해주자 이해) 학교에서 했는데 교장선생님이랑 모여서 학교에서 했다.

학교에서 보면은 학기 초에 이렇게 한 번씩 학부모들이 참여할 수 있게끔 그런 제도는 만들어 놨더라고요. 근데 너무 현실과 동 떨어지는 거예요. 어떤 부분들이 그러냐면 시간적인 부분들 엄마들이 모일 수 있는 부분들 그니깐 선생님도 물론 수업이 끝나고 그 시간에 이렇게 그 시간을 만들어야 되겠지만 아이를 학교에 맡겨놔야지 움직일 수 있는 부모님들이 계시잖아요.

아이가 혼자서 스스로는 아무 돌봐줄 수 있는 상황이 안 되기 때문에 그런데 아이가 하교돼서 하교할 딱 시간에 만약에 아이는 두시에 집에 와서 그 하교를 해야 되는데 그 '두시로 시간을 정해 놨다.' 하면 엄마는 뭐 누구한테 아이를 맡겨야 하는데 그 상황이 여의치 않으면 참석을 못하겠더라고요. 그렇게 되어 있더라고요. 참석하고 싶은 마음은 있지만 그 시간적인 제약이 있고...

H: 개별화교육계획은 모순된 점도 많은 것 같다. 개별화교육계획을 세워서 부모, 선생님, 학교장이 만남의 자리를 갖는데 참여는 안하고 체크정도만 했는데 교육만 세우고 나머지 결과가 없다. 1년 후에도 똑같이 처음 시작처럼 주체들이 모여서 결과에 대해서 이런 점은 한계가 있어서 이 정도 밖에 못하고 이정도 밖에 못했다라는 것이 있어야 하는데 서류상 있는지는 몰라도 1년 후에도 결과에 대한 이야기가 되어야 하는데 아쉽다. 참여한 엄마들의 이야기가 참여도가 매우 낮다고 한

다. 귀찮기도 해서지만 계획만 세우면 뭐하냐 결과가 없는데 결과물이 희지부지 된다는 점이 아쉽고 발전이 있든 없든 결과물이 있어야 한다.

...(중략)

현재 특수학교에서 이런 모임이 있어서 가보았더니 규모가 굉장히 크고 많은 인력들이 모였지만 진정 아동에 대한 이해를 하는 사람들이 모두 모여 있는지는 의구심을 가졌으며 그냥 우리 아동에 대한 브리핑을 하는 정도로 밖에 인식하지 못하고 왔다.

개별화교육계획을 세워서 부모, 선생님, 학교장이 만남의 자리를 갖는데 참여는 안하고 체크정도만 했는데 교육계획만 세우고 나머지 결과가 없다. 1년 후에도 똑같이 처음 시작처럼 주체들이 모여서 결과에 대한 이야기가 되어야 하는데 아쉽다.

I: 학교나 법적으로 꼭 시행해야 하기 때문에 하는 서류과정이거든요 실제로 그렇게 해놓고 그거에 대해서 맞춰서 교육을 시킬 수 없다는 건 엄마도 알죠. 근데 우리도 선생님의 권위가 있고 교권이 있기 때문에 거기다 말을 못한거에요 우리 아이한테 서운하게 할까봐.

J: 개별화교육계획은 학교에서 특수교사가 개별화교육계획을 아동에 대해 작성하여 부모에게 아이들의 교육은 교장선생님, 학부모가 모여서 반 선생님과 특수교사가 설명해 주는 것이다.

P: 개별화교육계획은 학교에서 하는 것으로 알고 있다. 참여도 해보았다.

R: 개별화는 학교에서 많이 들어보기는 했다. 개인의 수준 정도에 맞추어 하는 것으로 알고 있다. 애들이 상태가 나은 아이, 저의 아이는 조금 낮은데 특성에 맞게 수업을 해주신다.

S: 개별화교육은 들어는 보았다. 그냥 수업을 할 때 그애에 대해 먼저 이해를 하고 그아이에 맞는 진도를 빼고 단기목표와 장기목표를 세워서 나가고 써서 해 나가는 것이다.

T: 개별화는 잘 모른다. 학교에서 하는 것이면 이번에 들어보았다.

위 응답에 나타나 있는바와 같이 전반적으로 개별화교육계획에 대해서 대부분 이해하지 못하고 있는 실정이며, 인식하고 있는 부모들의 경우도 단지 명칭정도의 수준에 머무르고 있거나 단순히 특수교육을 보다 효과적으로 하기위한 수단이라는 정도에 마무르고 있었다. 그러나 개별화교육계획에 대한 학부모의 인식에 대한 수준을 묻는 설문조사 결과에서는 상당한 차이를 보여주고 있는데, 개별화 교육계획에 대한 이해의 질문에 어느 정도 이해하고 있다가 91명(46.7%)이며, 그저 그렇다가 48명(24.6%)로 나타났으며 잘 이해하고 있지 못하다는 23명(11.8%)로 나타났다. 이러한 차이는 아마도 직접 면대면의 질문과 익명성을 가지고 이루어지는 설문상의 질문에 대한 부담감의 차이라고 볼 수 있을 것 같다.

다시 말해 응답자 T, D, G, O, R 등의 경우 전혀 들어보지 못했다는 응답을 보여주고 있으며, 이들의 경우 최소한 D를 제외한 나머지 모두는 대졸의 학력을 가지고 있으며, T를 제외한 나머지 아동들은 모두 1급에 중증 장애를 가진 경우이어서 개별화교육계획의 수립을 당연히 필요로 하며, 특수학교나 특수학급에 재학중임을 고려할 때 학부모들의 교육에 대한 무관심의 정도를 쉽게 알 수 있는 부분이다.

다음으로 약간의 이해를 하고 있는 F, J, P 등의 경우 단지 학교당국에 의해서 일방적으로 이루어지는 과정이거나 행사 수준으로 이해하는 경우들이다.
이들 대부분의 경우 학부모로서 학교에서 실시하는 모임에 참석은 했지만 개별화교육계획이였는지에 대한 인식이 부족하여 하지 않는다는 의견을 나타내는 부모도 있고(H), 현실적으로 그러한 모임이 방과 후에 이루어지는 경우에는 아동과 함께 참석이 되어야 하는 문제가 있어서 참여는 하고 싶지만 상황이 어렵다는 의견도 있었다(I).
보다 진정된 응답으로 H의 경우 개별화교육계획이 때때로 설문지 정도로 작성되고 계획되어지며, 그 계획과 결과물에 대한 어떤 내용이 있는지에 대해서 알 수 없어서 아쉽다는 부모도 있었다.
I의 경우는 개별화교육계획에 알고는 있지만 실행하고 있는 부분에서는 부정적인 반응을 보이는데, 개별화교육계획을 계획하고 작성한 대로 실시하려고 노력하고 있지만 특수교육 대상학생의 특성에 따라 진전이 느린 경우에는 계획대로 실시되지 못하고, 교육과정과 개별 학생의 행동특성의 차이에서 오는 교육계획의 연계가 되지 않아 개별화교육계획을 작성하고 지도하는 교사들의 대다수가 개별화교육계획에 대하여 긍정적임에도 불구하고 개별화교육계획의 실행에 대해서는 잘 이루어지지 않는다고 지적하고 있다.
위의 내용을 요약 하면 개별화교육계획에 대한 인식을 하고 있는 부모도 있고 그렇지 않은 경우도 있다. 설문조사에 의하면 개별화교육계획에 대한 부모들의 인식은 50%를 넘어서고 있는 것으로 나타났으며 개별화교육계획의 의미는 알지만 개별화교육계획이 잘 이행되고 있는가에 대해서는 부정적인 인식을 하고 있다.
위와 같은 결과는 태원섭(2007)의 특수학급 교사를 대상으로 실시한 연구의 개별화교육계획 작성의 필요성에 대한 인식에서 장애학생들은 개인별로 학습 수준 차이가 많이 나기 때문에 아동들에게 적합한 지도를 위해 개별화교육계획의 작성이 필요하다는 입장과 단순히 행정적인 측면에서 필요하다고 보거나 실제로 특수학급 교사 혼자서 형식적으로 작성해 놓고 제대로 활용도 하지 않는 문서이기 때문에 개별화교육계획은 없어도 좋다는 견해를 보이는 경우도 있다.
그리고 개별화교육운영위원회의 구성과 운영에 대해서는 개별화교육운영위원회가 형식적으로 구성하고 있지만 이름만 있는 형식적인 위원회인 경우가 대부분이었으며 개별화교육계획의 작성은 특수학급 담당 교사가 개별적으로 의견을 물어보

고 그 의견을 참고하여 작성하고 있는 것으로 나타났다. 이러한 실정은 개별화교육위원회의 구성원들이 장애아동에 대하여 이해가 부족하기 때문에 개별화교육계획 작성과 운영에 별 도움이 되지 않는다고 교사들이 인식하고 있기 때문이라고 했다. 결과적으로 개별화교육계획의 작성은 특수학급 교사가 책임자인 것으로 인식되고 있었으며 부담을 느끼고 있다고 하였다.

미국의 경우는 개별화교육계획은 해당 학생의 특수교육 적격성 여부와 배치 결정, 필요한 특수교육과 관련서비스의 유형, 수업전략, 분리교육의 정도와 이유, 교육과정과 표준성취도 평가의 수정 및 대안적 평가, 전환교육 등과 같은 종합적인 계획을 기록한 문서로 인식하고 있다. 영국 또한 개별화교육계획은 학교 교육과정의 교과 내용에 한정하지 않고 치료적 접근, 교육과정 간의 핵심 기술 개발, 개인적·사회적 성장 등을 포함하여 아동의 요구와 직접적으로 관련되는 폭 넓은 문제들을 관리하고 적용하고 있음을 강조하고 있다(윤광보 2008, Byers, 2004).

우리나라의 경우 개별화 교육계획이 지나치게 교과 및 영역별 지도 내용이 중심이 되고 있는 실정이다. '특별한 교육적 지원'이 필요한 영역을 좀 더 구체적으로 안내하여 특정 교과나 영역의 일반적인 지도내용을 중심으로 작성되고 있는 수업계획과 같은 개별화교육계획이 아니라 특수교육대상자에게 제공되는 교육이 해당 학생에게 적합한 교육이 될 수 있도록 관리하고 경영하는 종합적인 교육계획으로서의 기능을 할 수 있어야 할 것이다(윤광보, 2008).

(3) 개별화교육지원팀의 구성 및 조직

장애인 등에 대한 특수교육법에서 시행규칙(제정 2008. 6. 12 교육과학기술부령 제5호)은 제4조(개별화교육지원팀의 구성 등)① 각급 학교장은 법 제22조제1항에 따라 매 학년의 시작일로부터 2주 이내에 각각의 특수교육대상자에 각각의 특수교육대상자에 대한 개별화교육지원팀을 구성하여야 한다. ②개별화교육지원팀은 매학기 시작일로부터 30일 이내에 개별화교육계획을 작성하여야 한다.

미국 장애인교육법(IDEA)에선 개별화교육팀에 아동이 관련서비스를 요청하기로 결정하면 관련서비스 직원이 IEP회의에 참석하고 IEP 작성에 포함되는 것이 적절하다. 만일 관련서비스 직원이 IEP 회의에 참석하지 못한다면, 그들은 아동에게 제공될 관련서비스의 특성, 빈도, 정도에 관한 문서 조언을 IEP팀에 제공해야 한다(Appendix C:23). 특별히 의회는 가능하면 언제나 등록된 학교 간호사가 아동이 교

육 관련 건강 요구에 대한 결정을 하고 정의하는 것을 돕는 IEP팀의 일원이 되어야 한다고 요청했다(김윤실·김남순 2008, Senate Report, 1997). 이와 같이 미국에서는 관련서비스의 전문가는 아동의 개별화교육계획을 수립할 때 함께 팀 구성원이 되어서 아동에게 필요한 치료적 접근을 실시한다. 한국과 미국의 특수교육전달체계가 갖는 특성 뿐만 아니라 의료관계법의 차이(미국의 물리치료사는 독립적으로 클리닉을 개설하여 독자적 활동을 할 수 있다)가 있으며, 기본적으로 개별화교육계획에 따라 '특수교육을 지원하기 위해 필요하다고 판단되는' 여러 영역의 관련 서비스를 정할 수 있는 구조가 되어 있는 등 한국과 미국과의 특수교육 발전 상태의 간격이 존재하므로 IDEA와 같은 방식을 그대로 따르기에는 어려움이 있다(한경근, 2007).

도경만(2009)의 연구에서 개별화교육지원팀의 구성 비율에서 조사된 시도 중 상당수가 10~30%대에 머물고 있다는 것은 심각한 문제로 불 수 밖에 없으며, 이에 팀 구성을 촉진하기 위한 다양한 매뉴얼 개발, 관리자・교원・학부모연수 등의 단기 대책을 비롯해 장기적으로 특수교육교원 확대 등 근본적인 대책이 필요할 것이라고 하였다.

☞ 개별화교육지원팀에 대해서 들어보았는지?

☞ 개별화교육지원팀간의 전문가들과의 협조는 어떠하다고 생각하는지?

G: 개별화지원팀은 한번도 해본 적이 없어서 모르겠다. 하지만 현재 하지 않아서.

H: 전문가 협조는 잘 안되고 있다 지원팀보다 담임선생님과 학년 샘들이 모여서 아이들에 맞게 교육을 정책적으로 거창하게 세울 것이 아니라 그 문제가 있는 아이들을 어떻게 잘 보듬어 가르치고 이끌어 가는 것이 더 중요하다.

S: 개별화지원팀은 전혀 되지 않는다. 학기 초는 모든 것이 새로운데 내 아이만 그런 것이 아니고 시기를 앞당겨야 한다. 반이 편성이 된 다음에 교장선생님이 학기가 시작하기 전에 특수반 선생님과 일반반 선생님이 함께 먼저 아이와 선생님을 만나게 하고...(중략)

D: 원반 교사와 특수교사도 안된다. 우리아이들이 심하니까 거부를 한다. 아이가 심하니까 요구할 수도 없다.

B: 개별화 지원팀은 그때 학교에서 모였을 때 좋았다. 앞으로 잘 이끌어 주신다고 해주셔서 믿음이 가서 좋았다. 협조를 해주신다고 해서...

R: 개별화지원팀 협조는 잘 모르겠다 선생님이 학기초에 하는데 엄마 설문을 해서 써서 내면 선생님이 알아서 하시는 것 같다, 통보식으로 오기도 하고 그런 실정이다.

개별화교육지원팀의 구성이라는 법적 조항이 있음에도 개별화교육지원팀의 구성

자체도 이해하기 어려워했다. 개별화교육지원팀에 대한 설문을 해서 가정으로 보내는 경우 부모가 써준 내용에 교사가 참고하여 작성하고 통보를 하는 경우도 있었고, 또는 지원팀 모임이 이루어져서 만족스럽다는 의견도 있었다.

설문조사에 의하면 개별화교육 지원팀에 대한 운영 실태에 대한 인식에는 간혹 기능함에 52명(26.7%)이며, 개별화교육위원회가 무엇인지 모름에 50명(25.6%)으로 나타났으며, 구성되어 있지 않음에 24명(12.3%)로 나타났다. 개별화 교육지원팀간의 관련 전문가들과의 협조에 대한 인식에는 이루어지지 않음이 63명(32.3%)이며, 간혹 협조함이 60명(30.8%)로 나타났으며 잘 이루어짐에는 34명(17.4%)이며, 기타 의견이 38명(19.5%)으로 나타났다.

표윤희, 박은혜(2008)의 연구에서 협력적 팀 접근에 대한 인식조사에서 특수학교나 특수학급 등 교육 체계 내에 치료사가 상주하거나 파견되어 나오면 원활한 협력이 이루어질 수 있는 기회가 제공되지만, 바우처나 지역사회 의료기관 등 교육상황 밖에서 치료지원이 이루어진다면 협력은 더욱 어려울 것이라는 의견이 제시되었다. 그리고 개별화교육위원회를 구성하고 실행하고는 있으나 IEP 본연의 취지에 맞는 절차와 계획에 따라서 수행되지 못하고 있음을 밝히고 있다. 이는 개개 학생의 필요와 요구를 조사하여 관련서비스를 개별화교육계획 중심으로 제공하고 있지 않기 때문이라는 연구(박은혜, 2000)에서 밝혔듯이 이미 마련되어 있는 IEP라는 통로를 적극 활용하여 교육 내용을 계획하고 실행해 나가면서 협조하는 것이 필요하다고 하였다.

요약하면 아동의 교육 혹은 재활치료와 관련한 비용의 일부를 국가 혹은 공공비용으로 부담해 주는 것으로 이해하는 경우로부터 장애아동의 장애 유형이나 특수성, 정도 등을 진단하고 그에 적절한 재정적 지원은 물론 인적, 시설과 환경적 지원을 포함하는 지속적인 지원으로 이해하는 수준에 이르기 까지 매우 다양하였다. 재정적 지원은 물론 재활능력을 가지도록 하는 등 다양한 인식을 하고 개별화교육지원팀의 법적인 조항은 존재하지만 미국과 달리 학교에서 치료지원이 모두 이루어지고 있는 실정이 아니며 그로인해서 장애아동이 치료지원을 받고 있는 기관도 모두 다르고 몇 가지의 지원을 받게 되는 상황에서 개별화교육지원팀이 모여서 아동에 맞는 개별화교육계획이 수립되는 자체가 현실적으로 이루어지기 어려운 것으로 나타났다.

2)치료지원 정책 구조

치료지원의 정책수립의 절차와 주체의 적합성에 대한 이해는 어떠한지, 치료지원의 대상과 범위, 영역은 어떠한지 부모들의 인식을 알아보았다.

(1) 치료지원 정책수립의 절차 및 주체의 적합성

정책은 일반적으로 '바람직한 사회 상태를 이룩하려는 정책목표와 이를 달성하기 위하여 필요한 정책수단에 대하여 권위 있는 정부기관이 공식적으로 결정한 기본 방침'이라고 볼 수 있다(정정길, 2003). Lasswell(1970)은 "정책은 목적 가치와 실행을 투사한 계획"이라고 부르고 이때의 계획은 일련의 행동경로(course of action)를 의미하는 뜻으로 쓰고 있다.

특히, Dror(1983)가 주장하는 정책은 "주로 정부기관에 의하여 결정이 되는 미래를 지향하는 행동의 주요 지침이며, 이 지침은 최선의 수단에 의하여 공익을 달성할 것을 공식적인 목표로 삼는다"고 보고 있다. 이러한 입장에서「장애인 복지법」제18조(의료와 재활치료)는 "국가와 지방자치단체는 장애인이 생활기능을 익히거나 되찾을 수 있도록 필요한 기능치료와 심리치료 등 재활의료를 제공하고 장애인의 장애를 보완할 수 있는 장애인보조기구를 제공하는 등 필요한 정책을 강구하여야 한다"로 규정하고 있다.

2008년 이전까지만 하더라도 이와 같은 장애인 복지와 관련된 정책은 특수학교 교육과정 상의 치료교육활동으로 편성되어 있어서 일반학교에서 교육받고 있던 특수교육대상 학생들은 대부분 치료교육을 받을 수가 없었다.

새로 개정된「장애인 등에 대한 특수교육법」제19조는 장애인복지와 관련된 보다 확대된 정책으로 치료교육 담당교원을 특수학교에 두어야 하고 특수학급에는 치료교육을 담당 교원 혹은 치료교육을 담당하는 순회교사를 두도록 함으로써 일반학교에서도 순회교사를 통해 치료교육을 받을 수 있게 되었다(안수경, 김영태, 전헌선, 정동일, 한현민, 2005, 김주영, 2011)

치료지원은 특수교육대상자가 필요로 하는 물리치료, 작업치료 등 치료지원을 제공하는 것으로 관련 기관들이 상호 연계체제를 구축하고 협력하여 제공한다. 보건복지부의 국가 인권위원회 국가 및 지자체들이 무상 공적 치료서비스 지원 체계를 구축하고 있지만 아직 미비한 실정이다. 성장기의 정신적·감각적 장애아동의 기능

향상과 행동 발달을 위한 적절한 재활치료 서비스 지원 및 정보 제공을 목적으로 실시하고 있다. 치료지원 정책 수립은 어떠하다고 생각하는지에 대한 의견에는 장애인과 관련한 이러한 정책을 형성하고 집행하는 부처가 따로 운영되어야 보다 계획적으로 운영될 것이라는 의견이 있었고 장애인과 직접적인 관련 있는 국회의원이 이러한 정책을 추진해 나간다면 훨씬 현실성 있는 정책구성이 될 것이라는 의견도 있었다.

☞ 현행 치료지원의 정책은 어떻게 생각하고 있습니까?
☞ 그러한 정책수립의 주체는 누가 되어야 한다고 믿습니까?
☞ 현행 정책에 대한 만족의 정도는 어느 정도입니까?
위의 3가지 질문에 대한 응답은 아래와 같다.

A: ...장애인들의 치료지원과 관련하여 책임 있는 부서가 여성복지부에 설치 운영되어야 한다. 관련 부서가 있다면 보다 계획적이고 합리적인 일반인들의 장애인에 대한 인식 개선이 이뤄질 것으로 본다. (...후략)

S: 정책은 나경원의원의 경우 딸이 아이가 다운인데 잘 키웠더라구요. 그분이 커지면 복지 정책이 장애에 대한 인식이 달라질까요. 장애는 개인이 원해서 되는 것은 아닌데 저의 경우도 돌연변이가 그것까지 나라에서 지원해 달라는 것은 아닌데 국가가 생성이 되고 번영과 발전이 되려면 국민을 보호해야 하는데 장애는 국민의 한사람이기 때문에 일반인을 보호하는 것과 같아야 한다. 그런 기초위에 정책이 되어야 하는데 올바른 것인데 불쌍하니까 도와줘야 하니까 라는 정책의 인식이 잘못 되었다고 생각한다. 우리 아들이 남에게 피해를 받지 않고 그냥 살았으면 하는데 들어내지 않고 진보적이지 않아서 창피하기는 하다. 함께 운동을 하고 요구해야 하는데 그렇지 못해서 창피하다.

I: ...(전략) 정책이 선심성공약이라는 의미로 필요할 때는 그게 들어가지만 정책에 필요 없다고 그러면은 어느 순간에 쑥 빠지고 없어요.

M: 정책 결정의 주체는 학부모들이어야 한다 이를 위해 장애아동 부모들의 토론 문화도 필요하다. 현재로는 전혀 그렇지 않다 많은 정책들이 아동에 대해서 포인트가 맞추어지지 않고 기관에 쫓아가서 수업을 받아야하고 교통편도 불편하고 생활여건이 되지 않다면 가기가 힘들다.

P: 장애인 대표들도 자신이나 자기가 혜택을 받아야 하고 장애 대표도 정치적인 면이 있는 것 같다. 충분히 부모의 생각을 대변하지 못한다. 여러 사람 위 지도층, 장애 단체 대표뿐만 아니라 직접적 혜택을 받는 사람에게도 묻는 것이 중요하다. 구체적인 요구 사항이 보편적 이런 식으로 말하면 반영이 되지 않고 시행되는 것 같다. 부모들의 참여가 더 많이 이루어져야 한다.

A: 우리나라의 수장이 되어야 한다. 우리나라 대통령이 대통령령으로 되어야, 국회를 통과해서 정부가 나서고 법으로 되어야 한다. 주체는 나라의 대통령이지만 거기에 연관된 사람은 부모가 참여가 되어야 한다. 대통령이 주관을 가지면 힘이 있기 때문에 효과가 클 것으로 생각한다.

F: 정책을 만들 때는 가장 우선시 되어야 될 주체는 아이들이 되어야 하고 아이들한테 어떤 그

런 지원들을 해줄 것이며 또 어떤 효과가 나타나는지를 이런 것들을 아이들을 기준으로 제일 우선으로 해야 한다 정부가 가장 우선으로 나서야 되고, 그다음에 수립의 주제는 아이들이 되어야 하고 또 학부모나 치료기관교사들이나 관계단체들 이런 것들이 융합이 돼서 (후략..)

H: 정책을 시행하려고 하는 어떤 구체적인 여러 방면들에 적절해야 한다. 전체적으로 아우르는 것이 중요하다. 부모님하고 도움실 선생님하고 그 다음에 이렇게 국가기관에서 이렇게 같이 이렇게 세 단체가 협의가 되어야 된다고 생각을 해요

C: 정책은 아직은 너무 깊게 정확히 되는 것 보다 보여주기 위한 것이라고 생각한다. 아이에 대해서 정확히 파악하기 부족하고 아이에게 맞는 치료선생님들의 분야도 부족하고 경제적인 부분도 정부에서는 많은 수가 되다보니 고액이겠지만 경제적인 부분도 아직은 작은 것 같다.

L: 도움 받을 수 있는 바우처가 굉장히 많은 걸로 알고 있는데 그 바우처 홍보도 안되고 시행기관에서도 그 부서가 다 갈리기 때문에 자기들도 정확하게 모르더라구요.

K: 정책은 개인적으로 많이 부족하다고 생각해요 교육부 등 국가에서 지원해서 일정 금액을 받는데 다 다르잖아요. 기초수급자도 다르고 아직도 사교육비가 많이 나가고 치료비 지원도 있지만 국가에서 꾸준히 우리아이들을 초등학교, 중학교, 고등학교 밟아갈 수 있는 수준의 교육이 체계적으로 잡혔으면 좋겠어요. 지금은 저희가 따라다니면서 아이 수업을 해주고 있는데 학교 끝나고 사교육 받을 수 있는 여건이 안되기 때문에 치료실을 다니게 되고 이런 프로그램을 하는 곳을 다니는 어떤 면에서는 우리 아이가 제대로 못 받는 경우도 있고 주변에 보면 아이를 데리고 다니지 못해서 부모 여건이 안되면 치료 교육을 못 받는 분도 계시더라구요. 그래서 차라리 아이들만 모아서 오후 수업을 이용해서 어떤 기관이나 학교가 있다면 그 시간에 수업을 해주는 기관이 있다면 이용하고 싶다는 생각을 한다.

L: 현실성에 많이 떨어지거든요. 치료비 자체가 고가의 치료들도 많고 국가에서 경제적으로 다른 정책을 수립하는데 하다 보니까 복지지원이 실은 많이 누락이 돼요. 정책을 수립할 때 우선순위가 항시 밀려나요 그러기 때문에 그 적은금액에서 이런 아동들한테 혜택을 주다 보니까 교육과정이 좀 더 많이 들어갔으면 하는데 국가에서 해줘도 이렇게 자비로 부담해야 되는 부분이 굉장히 많거든요.

만족도는 보다는 더 많이 필요하나 그 외로 할 것들이 더욱 많은데 골고루 영역을 발달 시켜주어야 하니까 ...(후략)

S: 시행의 만족은 바우처도 작년에 다른 엄마들에게 처음 들어서 신청해서 받으니까 저는 개인적으로 경제적으로 엄청 만족을 하는 것이고 도움이 되어서 좋다. 그전에는 사비로 지출이 되었는데 그런 부분 조금은 지원이 되니까 좋기도 하고 올해는 학교에서 10만원이 지원이 되니 또 다른 것을 한번을 더 받을 수 있어서 좋은 것 같고 시행은 만족은 하지만 끝이 없으니까 지금은 만족한다고 해야겠죠.

B: 시행만족은 만족하고 있다. 아이들이 특히 난 다른 학원에 다닐 수 없었는데 일반 시설에 갈 수 없는 상황에서 이런 것을 지원해주니까 다닐 수 있는 것 같아 좋다.

사회문제가 사회쟁점화 되고 이것이 일반 대중에 확산되어 정부의제로 채택되는 것은 일반국민이 정치체제에 요구를 투입하고 이에 따라 정책이 결정되는 민주적 의제설정과정을 나타내는 것이다. 의제 설정의 주도 집단이 정부 내의 세력인가 외

부의 세력인가에 따라서 의제설정과정만이 아니라 정책과정 전반에 차이가 있다. 정책의제설정과정에서 외부주도형은 정부바깥에 있는 집단이 자신들에게 피해를 주고 있는 사회문제를 정부가 해결해 줄 것을 요구하야 이를 사회쟁점화하고 공중의제로 전환시켜 결국 정부의제를 채택하도록 하는 의제설정과정이다(정정길외, 2004). 사회문제에 의하여 피해를 입고 있는 집단은 정부에게 충분한 압력을 가하기 위해 사회문제의 심각성에 대해서 대중의 관심을 환기시키고 여론을 유도하려고 노력을 기울인다. 이렇게 하여 그 문제가 정부에 의하여 해결되어야 한다고 상당한 숫자의 일반대중이 믿게 되면 즉 공중의제가 되면 다음 단계로 후술하는 여러 가지 전략을 이용하여 정부로 하여금 정책의제로 받아들이도록 하는 것이다.

「장애인 복지법」제5조(장애인 및 보호자 등에 대한 의견수렴과 참여) 국가 및 지방차지단체는 장애인 정책의 결정과 그 실시에 있어서 장애인 및 장애인의 부모, 배우자, 그 밖에 장애인을 보호하는 자의 의견을 수렴하여야 한다. 이 경우 당사자의 의견 수렴을 위한 참여를 보장하여야 한다로 되어 있다.

위와 같은 전제위에서 우선 정책 결정의 주체는 누가 되어야 하는지에 대해서 질문 한 결과는 다음과 같았다.

응답자 M과 P의 경우 정책의 주체는 장애당사자의 부모가 되어야 한다는 의견이며, 이유는 아이에 대해 가장 잘 알고 있기에 현실성 있는 정책으로 실효성을 가질 것이라는 생각이었다. 이러한 의견들은 대부분의 응답자들이 유사하게 나타났으며, 특히 설문조사에서도 치료지원의 정책수립의 주체에 대한 질문에는 장애아동 부모단체가 되어야 한다가 147명(75.4%)로 나타나 가장 높은 비율을 차지하고 있다. 다음으로 교육부 관계자가 26명(13.3%)이며, 특수교사가 12명(6.2%) 순으로 나타났다.

이와는 다르게 A의 경우는 매우 흥미로운 응답을 보여 주었는데, 힘이 있는 국가기관이 주체가 되어 법적· 제도적으로 강압된 체제를 만들어야 한다는 의견도 있었다. 그래야 실효성도 유지되고 더 발전적으로 변화해 갈 것으로 보기 때문이라는 지적인데, A 자녀의 경우 지적장애 3급으로 비교적 정도가 약한 수준이고, 대졸 학력수준에 경제 수준은 상대적으로 매우 높은 수준이다. 특히 자녀의 생활연령이 12세로 향후 치료지원의 수혜를 장기간 요하는 대상이라는 점에서 부모가 보이는 응답은 매우 국가 지향적이고 실리적인 태도를 보여 주고 있음을 볼 수있다.

이와는 달리 F 와 H의 의견은 장애아동에 대한 치료지원은 국가와 부모와 관련단체들이 모두 주체가 되어 합리적인 정책이 수립되어야 한다는 의견도 있었다.

정책이 바람직하고 정책목표 및 정책수단 등의 정책내용이 명확하며, 정책집행에 필요한 인적·물적 자원과 강제력을 발동시킬 수 있는 권한 등이 마련되어 있으면 정책의 집행은 그만큼 성공을 보장받을 수 있다. 정책이 중요하면 정책결정자나 또는 강력한 정치적 지도자의 주목을 끌기가 쉽고, 이들의 강력한 지지를 얻게 되면 집행은 보다 쉽게 추진될 것이다.

정책결정자 못지않게 중요한 것은 대중 및 대중매체의 지지와 협조이다. 집행과정이 까다롭고 전문적인 문제가 등장하지 않을 때에는 일반대중들도 집행과정에서 쉽게 의견을 제시할 수 있고, 이러한 대중의 의견은 특수이익이 집행과정에 가하는 압력을 극복하는데 매우 유리하다(정정길, 2004).

정책목적이 올바른 것인지를 판단하고 그 목적을 위한 경우라도 그 정책수단의 선택을 위한 분석과정에서 여러 가지 가치판단을 하는데 가치판단은 가치가 있다거나 또는 바람직스럽다고 판단하는 행동을 의미한다. 정책 속에 내재된 가치는 정책을 구성하는 정책목표와 정책수단이 있는데 정책목표는 정책을 통해서 달성하고자 하는 바람직한 상태를 의미하기 때문에 그 자체가 정책을 통해서 획득하고자 하는 가치이다. 그리고 정책수단은 정책목적을 달성하는 도구이기 때문에 그 자체로 가치가 내재될 것 같지는 않지만 자세히 검토하면 정책목적의 경우에 못지않게 많은 가치들이 얽혀있다.

C 의 경우 매우 부정적인 입장을 취하고 있는데, 현행 정책은 매우 형식적인 “보여주기 위한 것”이라고 생각하며 이를 입증할 만한 내용으로 아이들의 장애에 대한 정확한 이해 부족, 치료교사의 부족, 재정 규모의 부족 등을 들고 있다.

L 응답자의 경우는 실제 시행중인 바우처와 관련된 문제점으로 바우처 홍보부족, 시행기관 및 부성의 다양성문제와 이해부족 등을 지적하고 있다.

치료지원정책의 수립과 주체 등에 관련된 다른 나라의 경우, 국가가 중심이 되어 장애학생에게 지원하는 서비스제공의 주체로 자리하고 있는 것을 알 수 있다.

일본의 경우는 학교에서 이루어지는 관련서비스는 작업치료, 물리치료, 언어치료, 부모교육, 이동서비스 등에 관한 지원제도 뿐만 아니라 의료적 차원의 지원이 명확하게 실천되고 있다. 후생 복지성(보건복지부)에 따르면 장애학생의 의료비 부담은 전혀 없으며, 특수교육 분야와 연계한 다양한 지원이 실질적으로 이루어지고 있다(국립특수교육원, 2008).

미국의 경우 1910년 시카고 공립학교들이 언어치료 서비스를 시작한 이후, 현재

는 유, 초, 중, 고등 모든 연령대의 학생들을 대상으로 치료실 뿐 아니라 특수학급, 원적학급 등 다양한 형태로 언어치료가 이루어지고 있다. 특히 미국 장애인교육법의 변화에 따라 이제는 직접치료 뿐 아니라 개별화교육계획 구성원인 교사나 부모, 가족을 통한 간접치료도 이루어지고 있다(국립특수교육원, 2007).

물리치료는 병원이나 학교를 통해 물리치료는 전통적으로 병원 환경에서 이루어져 왔고 학교에서 물리치료를 받을 경우 물리치료사는 인간발달, 신경운동발달, 치료테크닉, 보조 기구 디자인 및 사용, 교사·부모팀 훈련, 특수교육법, IEP 작성에 대한 배경이 있어야 한다. 작업치료사는 개별화교육계획 팀 구성원으로서 교육목표, 횟수, 서비스의 지속, 등급, 관찰 등에 관련된 개별화교육계획 개발 및 결정 과정에 반드시 참여해야 한다. 제공방법은 최소제한환경에서 하고 병원이나 작업치료실과 같은 독립된 환경에서 할 수도 있고, 학교와 같은 자연적 환경에서 할 수도 있다(국립특수교육원, 2008).

스웨덴의 작업치료사는 신체발달상황에 대해 조사를 한다. 특수교사는 학교에 속해 있지만 한 달에 약 10시간은 기초팀에서 일하며 특수교육을 필요로 하는 학생과 접하는 교사들을 지원하고 지도하고 있다. 언어치료사도 위의 작업치료사와 마찬가지로 도립병원 차원에 속해 있지만 기초팀에서 언어장애를 전문영역으로 하고 있다. 기초팀은 한 달에 한 번씩 만나, 의뢰된 업무들에 대한 조사를 시작하고 조사가 어느 정도 끝나갈 때 팀 전체가 조사의 결과에 대해 토론하고 결론을 내리고 그 결과를 학교에 통보한다. 이 조사 결과를 기초로 특수교사는 해당 학생과 일을 한다.

이렇듯 다른 복지 선진국에서는 장애아동과 관련한 치료지원을 학교에서 의무적으로 실시하고 있는 것을 알 수 있다. 교육과학기술부에서 법 개정으로 치료지원이 연차적으로 실시되기 시작하였고 보건복지부에서도 2009년부터 장애아동 재활치료 바우처 서비스를 통해서 소득기준에 따라 차등 지원하게 되었다. 처음 시행되는 2009년의 경우는 교육과학기술부나 보건복지부의 서비스 중에 한 가지만 지원을 받을 수 있도록 규정을 하였지만 2011년부터는 교육과학기술부와 보건복지부에서 실시하는 서비스를 정한 기준에 부합하면 모두 받을 수 있도록 수정・보완하였다. 지원정책에 대한 만족 수준은 매우 다양하다. 특히 대부분의 응답자들은 각 기관에서 지원하는 지원금만으로는 치료를 받을 수 없기에 지원금 이외의 자기부담금을 추가로 지불해야 하는 문제로 만족 수준이 그다지 높지 않음을 알 수있다. 특히 K

의 경우 “현행 치료지원정책이 많이 부족하다고 생각하며, 국가지원의 대상별 지원 규모가 일정하지 못한 점을 지적한다. L의 경우도 마찬가지로 현실성이 많이 떨어진다는 점을 지적하면서 치료비 자체가 고가인 경우를 선별적으로 지원하지 못하고 있음을 지적한다.

S와 B 의 경우는 바우처제도에 대한 만족을 토로하는데, 처음 신청해서 받은 혜택으로 경제적 도움에 대해 크게 만족하고 있으며 특히 학교에서 10만원이 지원되고, 이와는 별개로 바우처를 받을 수 있음에 대해서 만족해 하고 있다.

이상에서 나타난 반응들을 요약하면, 선진 외국에서는 국가에서 모든 치료지원과 관련해서는 국가가 책임을 지고 있으며 교육과 복지가 서로 소통을 하며 연결된 체제에서 특수교육대상자에게 지원이 이루어지고 있는 실정과 비교한다면 우리나라의 경우는 부분적인 혜택을 주는 정도라고 이해할 수 있다.

(2) 치료지원 대상과 범위, 영역

교육과학기술부의 치료지원을 받기 위해서는「2008년 개정 특수학교 교육과정」의 연차적 적용에 따라 2011년은 유· 초 전학년, 중1~2학년 및 고1학년 학생 중 교육적 진단을 통해 특수교육 대상자 선정이 되며 교육적 진단을 통해 치료지원의 제공 여부, 치료지원 대상학생에 대한 치료 지원의 종류 및 내용 결정이 된다. 하지만 특수학교의 경우 22.9%가 진단 평가를 실시하지 않고 치료지원을 결정하는 사례가 있다고 한다(김주영, 2011). 교육적 진단 과정에서 학부모의 의견 수렴을 하고 기본 교육과정 전면 시행에 따른 중3학년, 고2~3학년 학생에게는 재량활동 시간 등을 활용해 치료지원 제공 가능하다(교육과학기술부, 2011).

보건복지부 장애아동 재활치료 서비스는 만 18세미만 정신적·감각적 장애아동 중 장애유형 및 소득기준 등 고려하여 선정(단, 당해 장애아동이 초중등교육법에 의한 초·중·고등학교 또는 이에 준하는 특수학교 및 각종학교에 재학 중인 경우에는 만 20세 이하까지 지원 대상에 포함한다)하고 뇌병변, 지적, 자폐성, 청각, 언어, 시각 장애아동 등의 장애유형에 해당되는 경우 전국가구평균 소득 100% 이하(소득별 차등 지원)의 기준에 준하여 지원을 받을 수 있다. 치료영역으로는 언어치료를 비롯해서 미술치료, 음악치료, 행동치료, 놀이・심리운동치료 등 재활치료서비스를 제공받게 된다. 단 의료 행위인 물리치료와 작업치료는 보건복지부에서 지원하는 장애

아동 재활치료서비스로는 제공 받을 수 없다.

신청절차는 읍·면·동사무소에 본인이나 부모 또는 가구원 등, 담당공무원에게 신청서를 내고 상담 및 조사를 읍·면·동사무소 담당자가 가구원수와 소득조사를 하여 시·군·구 담당자가 대상자로 선정을 하면 관리원에 선정 결과를 전송한다. 그리고 시·군·구 담당자는 신청자에게 선정결과를 통지하게 된다(보건복지부, 2011). 이렇듯 치료지원 각 대상과 범위와 영역에 대해서 이해 어떠한지 알아보았다.

위의 내용을 알아보기 위한 질문은 다음과 같다.

☞ 귀하는 치료지원의 대상과 지원범위 및 영역에 대해서 알고 있습니까?

구체적인 응답 내용은 아래와 같았다.

> B: 바우처 제공받는 기관이 몇 군데 없어서 주위사람들에게 물어보고 동사무소는 전혀 모르더라. 주변 엄마들에게 물어서 알게 되었다.
>
> L: 저희가 흔히 얘기하는 입소문이라고 이야기하죠. 그렇게 입을 타고 알아가는 과정에서 내가 선택을 하고 그 어떤 다른 정보가 있어서 선택이 되지는 않더라구요 이런 치료도 이렇게 더 복합적으로 다른 치료도 받을 수 있다라는 걸 알기가 굉장히 힘들어요. 부모들도 잘못 아는 부분들도 있고요.
>
> K: 홍보를 많이 해주면 좋겠다. 장애인 바우처들이 있다는 것을 학교, 구청에서도 되어야 한다. 바빠서 이런 경우를 못하는 것을 알 수 있다. 맞벌이 혼자 조부모, 양육에 관심 없는 분들은 알지 못한다. 할머니께 이야기를 하면 아이에게 피해가 되지 않느냐 하는 반문으로 어렵다, 홍보를 더욱 강화해야 한다.

각 동사무소나 구청에서 치료지원과 관련한 정보를 얻기 어려워서 부모들끼리 정보를 공유하고 치료지원을 받는 과정과 기관을 선택하는 것으로 나타났다. B의 경우는 바우처 제공받는 기관을 주위사람들에게 물어보고 주변 엄마들에게 물어서 알게 되었으며, L의 경우는 주변 부모들의 입소문을 통해서 알아가는 과정에서 선택을 하고 때때로 그런 과정에서 부모들도 잘못 아는 부분들도 있다고 하였다. K의 경우 학교, 구청에서도 홍보를 많이 해주면 맞벌이 혼자 조부모, 양육에 관심 없는 분들은 이러한 제도를 알게 된다고 하였다. 홍보를 더욱 강화해서 정확한 정보를 알 수 있도록 행정당국에서는 더 많은 홍보와 각 기관에 대한 정확한 자료 등을 조사하여 부모들에게 제시할 필요가 있는 것으로 나타났다.

설문조사에 의하면 '치료지원의 대상'에 대한 인식은 그렇다가 91명(46.7%)이며, 보통이다가 60명(30.8%)이며, 그렇지 않다는 7명(3.6%)로 나타났으며, '치료영역에

대한 인식'에는 보통이다가 75명(38.5%)이며, 그렇다가 72명(36.9%)이며, 그렇지 않다가 24명(12.3%)로 나타났으며 평균(M=3.78)으로 높게 나타났다.

2. 치료지원 시행과정과 방법 및 내용

치료지원프로그램 질과 내용에 대한 만족도, 치료지원 제공기관, 개별화교육지원팀의 구성 및 조직에 대해서 살펴본다.

1) 치료지원 프로그램 질과 내용에 대한 만족도

(1) 치료지원 프로그램의 질과 상담

우리나라의 경우 프로그램의 질에 대한 평가가 따로 이루어지지 않고 있으며 부모들이 선택을 한다. 아동과 맞지 않거나 프로그램이 만족스럽지 않으면 다른 기관으로 옮기는 것으로 문제를 해결하고 있다. 상담에 있어서도 법적으로 평가를 어떻게 하고 그에 대한 상담은 어떻게 유지 되어야 한다는 조항은 없기에 기관마다 운영하는 방식에 따라 상담이 이루어진다. 수업 프로그램의 질에 대한 의견 평가는 많은 부모들이 치료기관과 치료영역을 선택하고 있기에 대체적으로 만족하는 부분으로 나타났다.

☞ 현행 치료지원 프로그램의 질적 수준은 어떻게 생각하십니까? 그리고 상담에 대해서는 어떠하다고 생각합니까?

E: 프로그램 질은 제가 받고 있는 것은 아직은 만족한다. 선생님이 열심히 하고 아이 수준에 맞게 다양하게 무조건 공부만 시키지 않고 행동 수정과 아울러 잘하고 있다. 질적 문제에 있어서는 선생님이 아이에게 대하는 것을 보면 알수 있고 그런 모습에서 만족을 한다(E).

S: 프로그램 질은 일주일에 2시간을 하고 총 4시간을 하는데 장애 아이들은 반복적으로 해야 하는데 항상 똑같은 것을 3만원짜리가 계속 반복적인데 이것을 일반아이들은 새로운 것을 또 배우는데 우리 아이들은 한 것을 또 반복이 이루어져야 하는데 이것을 개선을 해야 하는데 저는 만족하니까 다니는 것이잖아요.

A: 수업에 대한 상담은 좋다. 시간이 된다고 하면 일주일에 한번씩이라도 상담을 하고 싶다. 장기적인 상담은 장애를 가진 부모님들은 저의 경우는 관심 상황이 오늘은 1인데 내일은 2가 되는데 점점 더 좋아지고 있는지, 그런 것을 알고 싶은데 잘 이루어지지 않는다. 사회에서 살아갈 수

있도록 하는 것이 더 중요할 것 같다. 상담은 분기별로 이루어져야 한다고 생각한다.

G: 상담에 대해서는 수업 끝나면 면담하고 수업하고 행동이나 전반적인 이야기는 잠깐, 각 기관마다 조금씩 차이가 있는 것 같다.

J: 상담을 했을 때 이 부분이 부족하다고 요구를 하면 참고해서 다음 수업에서 해주니까 만족한다.

R: 상담은 선생님이 수업 내용에 대해 설명을 해주고 그래서 만족한다.

K: 상담은 아이에게 맞는 것도 있고 맞지 않는 것도 있고 전문가 입장에서 보기 때문에. 믿는 편이다. 지금 치료수업에 대해서는 단기적으로 수업에 대한 상담만 받는다. 아이들에 대한 어려움을 해결하기 위해 책을 보고 주변 엄마들에게 도움을 받고 아이들에 대한 미래에 대한 이야기 정보는 어디서도 받기가 어렵다고 생각한다. 실질적으로 도움이 되었으면 좋겠는데 이론적인 이야기만 하는 경우도 강연회에서 많이 보게 된다.

M: 상담은 일반적인 수업에 대한 이야기와 현재 수업 받고 있는 선생님과 자주 한다. 병원샘은 이론적인 경우만 상담을 해준다 그러나 현재 선생님은 여러 아동을 보기 때문에 더 정확하게 아동에 대해서 설명을 해준다.

P: 상담에 있어서 아동의 문제에 대한 것은 다른 엄마들에게 질문하고 답을 구하고 힌트를 얻어서 방법을 찾는다 엄마들끼리 공유하는 방법을 택하고 있다.

O: 장기적으로 어떤 문제가 생기면 혼자서 고민하고 한계가 있으면 그냥 현실에 충실해야 되겠다 하고 여기저기 사람들에게 이야기를 들어보고 도움을 받는다

D: 엄마들에게 잘 아니까 엄마들에게 물어본다. 학교 선생님들은 수준이 말이 안통할때가 있다 융통성이 좀 없는 경우도 있다 듣고 싶은 이야기를 못 들을 때가 많다.

B: 상담은 물론 수업이 계속 연결되어 시간이 없어서... 장기상담에 대해서는 그런 상담은 병원은 못하고 따로 다니는 선생님께 하는데 5분단위로 다음 아이가 오기 때문에 잘 못하는 경우가 많았다.

H: 상담은 선생님들과 우리아이만이 아니고 다음 수업이 아이가 기다리고 있어서 구체적 상담까지는 어렵다. 시간을 내서 하기는 어렵지만 1년에 한학기에 1번씩 나누어 최소한 2번 정도는 구체적인 상담이 이루어 졌으면 좋겠다.

K: 다양하다고는 생각하지 않는다. 실내에서만 하는 일대일이나 그룹이기에 일반아동과 함께하는 체험프로그램, 사회기술 프로그램들이 만들어졌으면 좋겠다. 학교에서는 여건이 안되기 때문에 구청이나 시청, 교육청등에서 많이 만들었으면 좋겠다. 외국의 경우는 센터 건물이나 이런 곳에서 여러 정보를 알 수 있는데 우리의 경우는 구청에 가도 알 수 없고 엄마들끼리 어울려서 하나씩 얻는 경우가 많다.

M: 치료영역은 다양화되어야 한다. 지금은 언어, 미술, 음악치료를 사설에도 조금씩 있지만 전문성을 띈 것은 없다. 음악치료도 좋은데 아직은 많지 않다.

P: 프로그램이 다양하지 못해서 언어치료도 있고 몸으로 하는 것 체험을 하는 것에 대해서는 효과는 없지만 아동이 잠재적으로 받아들이는 것이 있어서 뭔가 다양하게 경험할 수 있도록 해주는 것이 좋겠다.

치료지원이 공교육 현장과 다른 점이 바로 교육 후에 바로 상담이 이루어진다는 점이다. 장애아동들은 대부분 보호자와 함께 내원하여 수업을 받기 때문에 그날 있

었던 수업 내용과 행동 양상, 심리적 태도에 대해서 부모와 상담을 하고 가정에서 반복해서 지도해야 하는 내용에 대해서 이야기를 나누며 의견을 교환하기도 한다.

A, H 의 경우는 수업에 대한 상담은 좋아서 일주일에 한번씩이라도 상담을 원하고 있었다. 장기적인 상담은 잘 이루어지지 않아서 상담은 분기별로 이루어져야 한다고 생각하였다. 아동에 대한 수업 프로그램에 대한 내용과 관련한 상담과 아동의 변화과정에 대한 장기적인 상담 또한 바라고 있는 것으로 나타났다. J의 경우 수업에 대한 상담뿐만 아니라 아동이 보이는 행동문제, 심리적 특성에 대한 깊이 있는 상담을 바라기도 하였다. 의견과 D, P, O의 경우 상담에 있어서 아동의 문제에 대한 것은 다른 엄마들에게 질문하고 답을 구하고 힌트를 얻어서 방법을 찾는다. 현재 아동과 비슷한 장애영역의 아동의 부모에게 도움을 구하기도 하고 조언을 듣고 해결방법을 찾는 경우도 있었다. 그 이유는 가장 아동에 대해서 이해하고 또 중요한 것은 경험을 했다는 이유이기 때문이다.

치료영역의 다양성에 대해서는 K와 P 의 경우 일반아동과 함께하는 체험프로그램, 사회기술 프로그램들, 구청이나 시청, 교육청등에서 많이 만들었으면 좋겠다. M의 경우 언어, 미술, 음악치료를 사설에도 조금씩 있지만 전문성을 띈 것은 없다. 현재 시행되고 있는 치료영역은 재활과 관련한 수업이 주를 이루고 있는데 부모들의 입장에서는 치료영역 이상의 분야에서 교육적 지원이 이루어지기를 희망하는 것으로 나타났다.

요약하면 치료지원의 프로그램의 질에 대한 내용과 상담은 부모들이 기관을 선택하고 치료영역을 선택하기에 대체적으로 만족스럽고 상담에 있어서 수업에 대한 짧은 내용의 상담보다는 정기적으로 아동에 대한 양육과 관련한 문제를 해결하기 위한 상담과 치료교육에 대한 전반적인 상담이 이루어지기를 기대하고 있었다.

(2)치료지원의 내용에 대한 인식

교육과학기술부에서의 치료지원 영역을 물리치료, 작업치료로 하고 기타 영역(언어치료, 보행훈련, 심리・행동 적응훈련, 청능훈련)은 관련서비스로 규정하여 지원하며 보건복지부에서의 서비스 내용은 장애아동 부모의 사교육비 부담을 가져온 영역으로 재활치료에 주로 활용되는 치료방법은 언어치료, 청능치료, 미술치료, 음악치료, 놀이치료, 행동치료, 인지치료, 심리운동치료 등이다. 각 치료영역은 운영하

는 시간이나 방식은 크게 다르지 않지만 그 내용면에서는 각 치료영역의 목적에 따라 목표하는 내용은 다를 수 있다. 각 치료영역에서 이루어지는 수업내용에 대해서 전반적인 서비스의 준비와 초기 평가, 계획, 과정, 평가는 잘 이루어지고 있는지를 알아보았는데 서비스 준비에는 '세부적인 프로그램과 서비스 시간을 이용자가 선택할 수 있다'에서 매우 그렇다가 30명(15.4%)이며, 그렇다가 74명(37.9%), 보통이다가 66명(33.8%)로 나타났다. '이용자에게 치료사에 대한 설명과 치료 프로그램에 대한 소개한다'에는 그렇다에 95명(48.7%)이며, 보통이다가 44명(22.6%)이며 그렇지 않다에 20명(10.3%)로 나타났다. '초기 평가에서 평가 환경에 대한 인식'은 그렇다가 65명(33.3%)이며, 보통이다가 59명(30.3%)이며, 그렇지 않다에 38명(19.5%)로 나타났다.

'이용자의 관심과 우선순위 결정에 대해서'는 그렇다가 72명(36.9%)이며, 보통이다가 67명(34.4%)이며, 그렇지 않다에는 18명(6.2%)으로 나타났다. 계획에서 '치료목표를 세울 때 보호자의 욕구 반영에 대해서'는 매우 그렇다가 45명(23.1%)이며, 그렇다가 84명(43.1%)이며, 보통이다가 51명(26.2%)이며, '치료계획을 세우기 전 관련 정보에 대해 충분히 설명한다'는 매우 그렇다가 39명(20.2%)이며, 그렇다가 85명(43.6%)이며, 보통이다가 58명(29.7%)로 나타났다.

과정에 '이용자의 관심 흥미 고려에 대해서'는 매우 그렇다가 41명(21.0%)이며, 그렇다가 93명(47.7%)이며, 보통이다가 49명(25.1%)이며, '평가에 대한 효과성과 변화정도에 따른 치료계획 수정에 대해서'는 90(46.2%)이며, 보통이다가 48명(24.6%)로 나타났다. 마지막으로 '평가 결과 보호자의 이의나 수정보완을 요구 할 때 반영에 대해서'는 85명(43.5%)이며, 보통이다가 57명(29.2%)로 나타났다.

요약하면 치료지원으로 실시되는 각 영역에 대한 부모들의 인식은 서비스 준비부분은 보통이상(M=3.5)을 나타냈고, 초기 평가에서는 평균(M=3.6)정도를 나타냈으며 프로그램 계획단계에서의 인식 정도(M=3.7)는 비교적 높게 평가되었으며, 과정부분에서는(M=3.8) 인식정도보다 더 높다. 그리고 마지막으로 평가부분에서의 인식(M=3.8)은 평균보다 약간 높고 전반적인 프로그램의 내용부분에 대한 인식은 높다.

2) 치료지원 제공기관

(1) 제공기관 선정

현재 교육과학기술부에서 지원하는 치료지원을 받기 위해서는 부모님들이 기관을 선택하면 교육청에서 그 기관이 치료지원을 받을 수 있는 범위에 있다면 간단한 서류 심사와 실사가 이루어지고 아동들은 치료지원을 받을 수 있게 된다. 그리고 보건복지부 장애아동 치료지원은 각 구에서 선정된 2곳에서만 교육을 받을 수 있고 이 2곳 중에서 컨소시엄을 함께 수행하는 기관을 포함하면 그 수가 조금 더 늘어나기는 하지만 기관을 선택할 수 있는 폭이 상대적으로 좁을 수밖에 없는 실정이다. 이에 자신이 거주하는 구를 벗어나서는 가능하지만 바우처로 등록된 기관이 아닌 곳에서는 수업이 어렵기 때문에 해당되는 기관을 알아보고 선택하게 되어 있다. 치료지원 제공기관의 선택은 어떠한지를 알아보았다.

> O: 치료기관 선택은 너무 적으니까 폭이 좁다. 좀 많이 여기저기 구별로 몇 군데 밖에 없어서 많이 했으면 좋겠다.
> B: 바우처가 되는 데가 몇 군데가 없어서 주위사람들에게 물어보고 그렇게 알아 보았다. 동사무소는 전혀 모르더라.
> C: 치료실 선택은 지정된 곳이 5개 있었고 교육과학기술부도 지정된 곳이 있었지만 학교에서 지정된 곳이 있었는데 자리가 없었다. 프로그램도 없고 선택의 폭이 너무 적었다.
> I: 지금 교육과학부에서 하는 것은 내가 원하는 곳을 이렇게 받을 수 있잖아요 보건 복지부도 조금 더 쉽게 만들어주시면 좋겠어요. 자격만 확실하게 보장받을 수 있다면 누구라도 치료사가 될 수 있게 해주면 진짜 좋겠어요. 왜냐하면 선생님을 선택하는 것은 곧 기관을 선택해야 하니까 기관에 대한 신뢰도도 문제가 되는거에요. 선생님에 대한 신뢰도도 문제가 되지만 그 기관이 믿을만 한가가 문제가 되는거에요. 사실 제일 처음에 시행하겠다고 서류를 받았을 때 모르는 기관이니까...

이렇게 서비스를 받을 수 있는 제공기관이 각 구마다 2곳 정도로 한정되어 있어서 많은 부모들은 제공기관 확대되기를 바라고 있었다. 자신이 거주하는 근거리에서 아동이 교육을 받을 수 있고 아동에게 맞는 기관을 선택할 수 있도록 정부기관을 희망하고 있었다.

(2) 치료지원 제공기관에 대한 만족도

☞ 현행 치료지원 제공기관에 대한 만족은 어떻게 생각하십니까?

제공기관에 대해서는 각 구청과 동사무소를 통해서 알아보는 경우보다는 부모들끼리 서로 정보를 공유하고 아이에게 맞는 치료영역을 선택하고 기관을 찾게 된다. 인접한 기관을 찾기도 하지만 아동에게 맞는 치료영역과 치료사를 선택해서 좀 먼 거리의 기관을 선택하기도 한다. 기관의 크기나 기관장의 전문성, 환경적인 문제보다 치료사와 아동과의 관계를 가장 중시한다는 의견이 많았다.

> T: 기관은 성향마다 다르겠지만 아이와의 교류가 가장 중요하다. 아이에 대해 성향 파악을 해서 적절히 아동에게 맞는 교육이 이루어져야 중요할 것 이라고 생각한다. 아동의 눈높이에 맞추는 것이 중요하다.
> O: 기관은 영리 목적도 있지만 아이들을 생각했으면 한다. 심리 파악도 특성별로 알아서 해주어야 한다. 아이가 치료실에 갈래해서 간다고 하면 만족하니까 가나보다 하고 생각하고 그러면 좋다.
> P: 운영기관은 프로그램은 짜기는 쉽지만 치료사가 문제인 것 같다. 학력보다는 어떤 마음으로 아동들을 만나는가하는 마인드가 더욱 중요한 것 같다.
> I: 전문가가 해야지 기본적으로 특수교육에 관해서 한가지 정도는 전문성을 띤 사람이 해야된다고 생각하고 특수아동이기 때문에 그 아동들의 그 생활 특성 성격특성 그리고 미래에 대한 생각들 그런게 다 성립이 되어 있으신 분이면 더욱 좋죠. 일반인이 자격만 가지고 운영하는 것은 굉장히 위험하다고 생각해요.

설문조사에 의하면 치료지원 제공기관에 대한 만족으로는 매우 그렇다가 15.9%, 그렇다가 43.6%, 그리고 보통이다가 31.3%로 나타났으며 평균 3.63으로 비교적 높은 수준으로 나타났다.

요약하면 치료지원 제공기관은 운영자의 장애아동에 대한 이해와 전문성을 갖추고 영리목적으로 기관을 운영하기 보다는 장애아동의 입장에서 아동에게 더욱 적절한 교육적 효과를 위해서 노력해줄 것을 바라고 있다.

(3) 치료지원 운영시간과 횟수에 대한 만족도

☞ 현행 치료지원 운영시간과 횟수에 대해서는 어떻게 생각하십니까?

교육과학기술부의 치료지원 시간은 별도로 지정되어 있지 않고 교외 운영의 경우는 사설이나 기타 복지관, 병원에서의 시간은 40분 수업에 나머지 부모 상담으로

이루어져 있으며 보건복지부 치료서비스의 경우는 1회당 치료 서비스 제공시간은 50분이 기본으로 정해져 있다. 40분 수업에 10분 부모 상담이며 부모가 함께 내원하지 않는 경우는 수업을 50분으로 하는 것을 원칙으로 하고 있다. 1:1 개별서비스 제공이 원칙이나 치료목적상 집단치료가 필요한 경우 또는 부모의 동의를 받은 경우에 한하여 집단 치료 서비스를 제공하고 서비스 단가를 별도로 적용하고 있다.

B: 치료지원 시간은 적절하기는 하나 시간은 좋은데 횟수가 늘어났으면 좋겠다. 주5회 정도 늘어났으면 좋겠다.

C: 아이들에게는 더 많이 받았으면 좋은데 부족하고 40분 수업은 괜찮고 단지 횟수를 여러번 했으면 자주 했으면 좋겠다. 기억력 같은 것이 약한데 연속적이 되지 못해서 우리 아이들은 반복적으로 들어가 줘야 되니까 많이 받으면 훨씬 나은 것 같다.

H: 운영시간은 적절하고 횟수가 주에 1번이나 2번인데 얘들은 바로 돌아서면 잊어버리는데 일주일에 1번해가지고 효과가 없고 주 3회 정도가 되어야 발전하게 된다.

Q: 시간 횟수도 많이 부족한 것 같다. 일주일에 두 번 정도라 부족한 것 같다. 일주일에 3번 정도는 했으면 좋겠다. 일주일에 2회를 하더라도 다른 프로그램도 2회 정도씩 해줄 수 있었으면 좋겠다. 음악치료, 미술 치료 등을 하고 싶지만 또 자부담을 해야 하는 상황이라 그런 것도 아쉽다.

아이들이 집중시간이 짧기 때문에 40분 수업에 대해서는 만족을 하는 부분이지만 제공 횟수에 대해서는 많은 부모들이 부족하다고 응답하였다. 잦은 반복을 통해서 교육적 효과를 이룰 수 있고 한 영역에서만의 수업이 아닌 다양한 영역에서 아동에게 접근이 이루어지기를 바라지만 현재 선택의 폭도 좁고 지원액이 정해져 있기에 어려움이 있다고 했다.

설문조사에 의하면, 치료지원의 횟수에 대해서는 주3회가 적당하다는 의견이 93명(47.7%)이며, 주2회가 적당하다가 57명(29.2%)이며, 주5회가 적당하다는 의견은 24명(12.3%)으로 나타났다.

요약하면 부모들은 치료 운영시간에 대해서는 만족하고 있었지만 횟수에 대해서는 주 3회 정도 받을 수 있기를 희망하고 있었다. 한번 수업을 통해서 모두를 이해할 수 없고 잦은 반복을 통해서 교육적 효과를 이루어야 하는 부분에서 주 1회나 2회의 수업으로는 효과적이지 않으며 한 영역에서만의 수업이 아닌 다양한 영역에서 아동에게 치료적 접근이 이루어지기를 바라고 있다.

3. 치료지원의 문제점과 개선방안

치료지원의 문제점, 치료지원의 개선방안에 대하여 살펴본다.

1) 치료지원의 문제점

제도·내용상의 문제, 운영상의 문제를 살펴본다.

(1)제도・내용상의 문제

☞ 귀하는 현행 치료지원과 관련하여 전반적인 문제가 무엇이라고 보나요?

정책집행에서 집행활동을 담당하는 조직이나 기관들은 무수하게 많다. 집행체제가 복잡할수록 집행은 어려움에 부딪치게 되는데 이것은 두 가지 측면에서 검토될 수 있다. 첫째, 수평적 측면에서 조직들 간에 협조와 조정이 어려워서 집행이 어려움에 봉착하는 것이고 둘째, 수직적으로 보아 집행 조직들 간의 생명체제가 약하고 느슨하게 연계되어 있기 때문에 집행이 지연되고 정책내용이 집행과정에서 변질되는 문제이다. 이 문제들을 검토하면 다음과 같다.

먼저 부처할거주의(parochialism)는 권한과 지위 면에서 수평적인 관계에 있는 여러 조직들이 하나의 정책을 분담하여 집행할 때 발생한다. 사법부와 행정부의 관계, 행정부 내에서도 동일한 지위에 있는 부처들간의 관계에서 흔히 볼 수 있다.

첫 번째 문제점은 협조와 조정이 어려워서 집행이 중단되거나 지연된다는 점이다. 청소년 문제를 공식적으로 담당하고 있는 부처는 노동부, 보건복지부, 교육과학기술부 등으로 10여개 이상이 된다. 이런 경우 청소년선도 대책을 집행하려면 서로 협조하고 구체적인 정책수단 등에 대해서는 공통적인 보조를 취해야 하는데 이것이 무척 어렵다.

두 번째 문제점은 책임 분산으로 인해 정책내용 중 집행되지 않는 부분이 생기고 따라서 전체적인 성공을 기대하기 힘들다는 점이다. 각자가 자기소관의 업무만을 추진하되 소관이 애매한 부분은 어느 조직도 책임지려 하지 않기 때문이다. 세 번째 문제점은 부처간 업무의 중복이나 모순· 갈등이 발생한다는 점이다(정정길, 2004)

김주영(2011)은 현재 시행하고 있는 치료지원에서 발생하는 문제점들 중에서 부처 간 유사지원에 대한 업무 담당자의 책임감 부족과 이용자의 혼란을 제기하였다.

교육과학기술부의 치료지원 신청 자격의 경우 「장애인 등에 대한 특수교육법」 특수교육대상자로 선정된 자로 특수교육기관에 배치받기를 희망하는 자(상급학교 진학, 전학 희망자) 선정배치 절차에 의거 특수교육지원센터에서 진단 ·평가를 실시하고 그 결과에 따라서 치료지원을 받게 된다. 특수교육대상자로 선정이 되어 치료지원을 받게 되면 부모들은 아동에게 맞는 치료영역과 기관을 선정하여 치료교육을 받을 수 있게 된다.

보건복지부의 경우는 만 18세 미만 장애아동(재가장애아동, 시설입소아동)으로 「장애인복지법」상 등록 장애아동에 해당된다. 지자체에서는 소득조사를 거쳐 서비스 대상자 여부 및 등급 결정되며 소득의 기준에 4등급으로 구분(수급자 및 차상위 계층)하고 있으며 타 복지급여 수령 여부 등에 의해 판단(증명서 등을 통해 파악)하여 차상위 초과 전국가구평균소득 100% 이하의 경우는 신청이 가능하다(보건복지부, 2011).

S: 홍보부분은 개별적으로 오지는 않고 찾아오지도 않고 유인물이 오지는 않기에 학교에 엄마들 모임이 있어서 학교에서는 받았지만 바우처는 잘 모르고 있었다.

J: 기관이 한정이 되어있는데 좁다. 선생님들이 선택을 하는 것이 구에서 선정이 2,3곳 밖에 되지 않아서 서비스를 받지 못하는 점이 문제이다. 방향 어디서나 받을 수 있도록 해주면 좋겠다.

L: 어디서 어떤 프로그램을 제공하고 있으니까 의향이 있으시면 거기서 신청을 하세요라는 그런 안내장을 받아본 적이 없어요. 보건복지부에서 지원하는 장애지원같은경우에는 지정되어 있는 각 구의 두 곳 만이 선택되어 있는 곳에 가서 또 수업을 해야 하는 이런 것도 또 다른 점도 없지 않아 있어요.

Q: 좀 더 지원이 늘어서 다양한 서비스를 받고 제한의 폭을 넓게 해주고 기관에 대한 정보도 부족했는데 그런 것도 좀더 홍보가 되어야 한다. 저의 경우는 인터넷으로 정보를 알고 그 이상은 구청이나 동사무소에서도 알려주지는 못한 것 같다.

T: 선택할 수 있는 기관이 더 많이 늘어나야 한다. 너무 제공기관이 한정적이라 선택의 폭이 좁고 학교에서의 홍보부족으로 몇 개 기관만 선정해서 선택하라고 하는 경우도 있다.

참여기관으로 선정이 되지 않는 기관은 참여가 어렵기 때문에 부모들은 각 구에서 지정한 곳에서만 수업을 받게 되는 어려움을 가지고 있다. 부모들은 이러한 절차 과정을 알 수 있는 행정기관에서의 적절한 도움을 받기가 어렵다는 의견이 많다.

현재 시행하고 있는 교육과학기술부의 경우는 학교 특수교사가 수업의 진행정도를 파악하고 때때로 서로 연계해서 아동의 교육 방향을 모색하는 경우가 종종 있다. 하지만 보건복지부의 경우는 각 관공서 담당 부서의 행정가가 정기적으로 바우

처 이용금액의 사용과 바우처 카드 사용에 따른 불법적인 도용을 하지 않는지, 수업은 잘 이루어지고 있는지의 정도, 부모 모니터링을 실시하는 등의 관리 감독, 지도를 하고 있다. 하지만 정작 아동에 대한 재활 교육적 측면에서 얼마나 적절히 잘 이루어지고 있는지의 평가는 어려운 것이 현실이다.

재정적인 부분에서 현재 교육과학기술부는 치료지원으로 10만원을 타 기관에 지원이 되며 보건복지부는 소득조사를 거쳐 서비스 대상자 여부 및 등급 결정된다. 소득기준을 4등급으로 구분(수급자 및 차상위 계층)하고 있으며 부모들은 교육과학기술부에서 지원하는 치료지원으로 주1회의 교육을 기관에서 받게 되고 보건복지부에서는 22만원부터 16만원까지 지원을 받으며 주 2회의 교육적 중재를 받게 되는데 그 이외의 부족부분에 대해서는 자기부담금을 내고 있다. 치료지원이 되어 지원을 받는 것은 좋지만 자기부담금이 부담이 된다는 의견도 있었다.

G: 10만원 지원 받지만 언어치료가 16만원이라 100% 자부담 없이 지원 되었으면 한다. 왜 소득기준으로 넣어야 하는지 알수 없고 부모입장에서 나은 방향으로 개선되었으면 한다.

K: 우리 수급자들 일반인에게 실질적 조사가 없어서 혜택이 필요 없는 사람이 받을 수도 있고 혜택을 받을 사람이 못 받는 경우도 있다. 소득수준보다 아동의 상태 중산층 일반 서민들은 부담이 되는 비용, 선택의 폭, 소득 수준보다 선택할 수 있는 기관도 부족하고 실질적인 조사가 이루어졌으면 좋겠다. 구체적 선별을 해서 제대로 치료비를 받을수 있었으면 좋겠다.

Q: 다양한 치료지원을 받을 수 있게 경제적인 것을 좀더 지원을 해주었으면 좋겠고 경제적으로 어려우면 하고 싶어도 어렵다. 자부담도 조금은 부담이 될 수 있다.

T: 자부담을 없이 교육을 받도록 해주었으면 현실적인 관점에서 조정이 되어 자부담제를 없애주었으면 한다. 그렇다면 더 많은 교육적 기회를 제공해줄 것 같다.

A: 장애자 부모가 금전적으로 경제적으로 넉넉한 사람도 있고 최하위 사람도 있는데 경제적 여유가 있는 사람은 모르지만 낮은 사람은 서민층은 반드시 지원이 되어야 한다. 그들은 금전적인 것도 중요하고 정서적인 부분도 있는데 금전적인 것도 해결이 되지 않으면 굉장히 힘들어요. 포기상태가 되면 나라에서도 부담이 되기 때문에 사전에 치료할 수 있고 신체적, 정신적 치료를 해주어야 사회생활을 하는데 반드시 필요하다.

G: 만족도는 별로 경제적 지원이 매우 약하기 때문에

S: 저는 개인적으로 경제적으로 엄청 만족을 하는 것이고 도움이 되어서 좋다. 그전에는 사비로 지출이 되었는데 그런 부분 조금은 지원이 되니까 좋기도 하고 올해는 학교에서 10만원이 지원이 되니 또 다른 것을 한번을 더 받을 수 있어서 좋은 것 같지만 경제적으로 만족하지 않을 수도 있어요. 왜냐면 바우처에서 모든 것이 해결되지는 않고 자기 부담금을 내야 하니까 이런 시설자체가 광범위하지 않고 선생님들 경력도 아직은 애매하고 장애에 대한 이해가 좀. 그래서 교육의 질적인 것을 찾아다니는 것도 끝도 없고 시행은 만족 하지만 끝이 없으니까 지금은 만족한다고 해야겠죠.

N: 이제 치료지원이 이렇게 장애학생들이 있는 집에 치료도 그렇고 하여튼 일단 경제적으로 저희가 돈으로 해야 할 것을 이제 나라에서 복지를 이렇게 해주는 거니깐 그건 너무너무 좋은 거

같아요

현재 시행하고 있는 치료지원에 대해서 부모들은 예전보다는 좋아져서 만족하지만 아직도 더 많은 지원을 해주었으면 하는 생각과 현재 치료지원을 받고 있으면서 지출되는 자기부담금이 현실적 수준으로 조정이 되어 추가 부담 교육비가 지출되지 않았으면 하는 생각들을 갖고 있다.

특히 소득이 낮은 경우는 시행에 있어서 치료지원을 받을 시 현실적으로 지원되는 치료지원비가 현실에 맞지 않아서 추가로 자기 부담금을 내야하는 상황에 부담을 느끼고 있었다.

> L: 만족스럽지는 않아요. 왜냐하면 교육과정이 좀 더 많이 들어갔으면 하고 하는데 실은 경제적 인부분에서 왜냐면 국가에서 해줘도 제가 이렇게 자비로 부담해야 되는 부분이 굉장히 많거든요. 이 치료비 자체가 실은 좀 고가의 치료들도 많구요(후략..)
>
> T: 특수쪽으로 금액이 비싸다 보니 부담이 줄어들어 좋고 올바른 방향이라고 생각한다.
>
> 하지만 자부담금이 약간 부담이다. 있는 엄마들은 자부담이 괜찮지만 차상위계층의 경우는 자부담이 많이 부담되는 것이 사실이다. 전체적으로 소득기준이 아닌 일반적인 서비스를 실시하는 것이 중요하다. 자부담이 6만원이고 활동보조인은 8만원이고 또 다른 바우처를 지원받으면 또 자부담이 있고 이런 것들이 모이면 상당히 큰 액수가 되고 이런 것이 부담으로 작용하게 된다.

소득이 높고 낮음에 따라 만족도는 차이가 있었다. 소득이 높은 경우는 다소 만족한다 정도이지만 소득이 낮은 경우는 부족하고 더 많은 지원이 따라야 한다고 하였다.

요약하면 치료지원의 제도 내용상의 문제에서는 치료지원 제공기관의 확대와 치료지원금의 확대를 요구하고 있다. 예전에 비하여 치료지원의 실시로 경제적 도움이 되기는 하지만 좀 더 확대되기를 희망하고 있다.

(2) 운영상의 문제

현재 시행하고 있는 교육과학기술부의 치료지원과 보건복지부의 치료서비스 운영에 대한 문제점을 부모들은 다음과 같이 제시하였다.

첫 번째는 제공 횟수가 확대되어야 한다. 장애아동의 경우 많은 반복을 통해서 수업이 이루어져야 하고 여러 영역에서 아동에게 수업이 이루어져야 하는데 현재

의 경우는 이를 충족하기가 많이 부족하다는 의견이였다.

B: 치료지원 시간은 적절하기는 하나 시간은 좋은데 횟수가 늘어났으면 좋겠다. 주5회 정도 늘어났으면 좋겠다.

C: 운영시간은 바우처 카드로 받을 수 있는 것, 아이들에게는 더 많이 받았으면 좋은데 부족하고 40분 수업은 괜찮고 단지 횟수를 여러 번 했으면 자주 했으면 좋겠다. 기억력 같은 것이 약한데 연속적이 되지 못해서 우리 아이들은 반복적으로 들어가 줘야 되니까 많이 받으면 훨씬 나은 것 같다.

E: 횟수는 적절하다고 생각하는데 제 개인의 총 횟수로 보면 지원이 더 많이 되었으면 좋겠는데 주에 3회 정도는 되어야한다. 바우처등은 3회, 교육과학기술부는 일주일에 2번 정도.

T: 운영시간은 40분이 적당선이라고 생각하고 횟수에 대해서는 많이 부족하다. 일주일에 3번 정도는 지원이 되어야 한다고 생각한다.

두 번째는 치료지원 제공기관이 확대되어야 한다. 제공기관의 선정기준 및 선택에 있어서의 자율성 확보에 있어서 지역별로 차이가 존재하고 있지만 지역상황과 이용자 분포 및 지리적 여건 등을 충분히 고려하지 못한 제공기관 선정에 문제가 있는 것으로 보이며, 또한 제공기관의 수를 행정 편의적 관점에서 소수로 제한하여 선정함으로써 이용자들의 기관선택권을 보장하고 있지 못하고 있다. 따라서 지역여건과 이용자층에 대한 분석을 철저히 하여 제공기관 선정의 합리성을 도모할 필요와 일정수준에서의 시장기제를 적용함으로써 자유로운 경쟁과 서비스를 이용할 수 있도록 하는 방안이 고려되어야 한다(한국장애인개발원, 2010).

A: 주위에 더 많이 생겼으면 좋겠다. 기관이 한정이 되어있는데 좁다. 선생님들이 선택을 하는 것이 구에서 선정이 2,3곳 밖에 되지 않아서 서비스를 받지 못하는 점이 문제이다.

K: 기관의 선택은 부모입장에서 선택할 수 있는 기관이 많지는 않는 것 같다. 부모입장에서 선택을 해야 하는데 그런 부분에서 부족하고 기관도 많아져야 하고 전문적인 특징이 있어야 하고 점더 다양하게 전문적으로 하는 것이 좋을 것 같은데 모든 아이들이 섞여서 수업을 받고 전문화되는 기관들이 필요한 것 같다. 선택할 수 있는 기관도 적고 여기가 얼만큼 아이에게 맞는지 알 수 없고 새로운 정보를 알고 가도 여기가 우리아이하고 맞을까 하는 두려움도 있죠.

T: 선택할 수 있는 기관이 더 많이 늘어나야 한다. 너무 제공기관이 한정적이라 선택의 폭이 좁고 학교에서의 홍보부족으로 몇 개 기관만 선정해서 선택하라고 하는 경우도 있다.

교육과학기술부의 경우는 부모가 선택한 기관에서 수업을 받을 수 있지만 몇몇 학교에서는 지정된 곳에서 수업을 받도록 하고 있으며 보건복지부의 경우는 각 구에 2곳을 선정하여 지정된 기관에서만 수업이 진행되어야 하기 때문에 기존에 다

녔던 곳이 기관으로 선정되지 않으면 다른 선정된 기관으로 옮겨야 하는 상황이다. 그래서 교육과학기술부처럼 자신이 원하는 기관에서 수업을 받을 수 있도록 기관 선택의 폭을 넓혀줄 것을 말하였다.

참여기관에 선정이 되지 않은 기관은 참여가 어렵기 때문에 부모들은 각 구에서 지정한 곳에서만 수업을 받게 되는 어려움을 가지고 있다. 부모들은 이러한 절차 과정을 알 수 있는 행정기관에서의 적절한 도움을 받기가 어렵다는 의견이 많았다.

본 연구자의 설문에서는 제공기관 선택이 자유롭다에 대한 인식에는 그렇다가 64명(32.8%)이며, 보통이다가 61명(31.3%)이며, 그렇지 않다가 38명(19.5%)로 나타났다.

세 번째 치료지원 영역의 다양화 요구이다. 현재 시행하고 있는 치료영역은 언어치료, 인지행동치료, 미술치료, 음악치료, 놀이치료, 운동치료 등등 여러 영역이 있지만 부모들은 더 다양한 영역에서의 치료지원을 받고 싶어 하고 있으며 각 기관마다 치료사들이 수업을 하지만 기관마다의 한가지의 전문성을 가지고 치료적 접근이 이루어졌으면 하였다. 어느 기관에 가도 비슷비슷하다는 의견이였다.

> M: 치료영역은 다양화되어야 한다. 지금은 언어, 미술, 음악치료를 사설에도 조금씩 있다. 하지만 전문성을 띈 것은 없다. 음악치료도 좋은데 아직은 많지 않다.
>
> O: 너무 범위가 좁고 구별로 아직은 하고 있으니까 폭이 넓고 전문적으로 청각, 자폐, 시각이라는 영역별로 전문가적인 기관이 있었으면 좋겠다. 엄마들을 만날 때 청각장애 엄마들은 알게되고 지적장애 아동은 지적아동에 대해서는 이야기를 하기에 나는 답답한데 부러워한다. 치료실도 청각, 시각 이렇게 영역별로 있었으면 좋겠다. 장애영역별로 전문치료진이 전문가들이 자주 모여서 교육도 하고 시구청에서 부모들 교육과 치료사 교육을 많이 해주면 좋겠다.

네 번째 자기부담금의 완화이다. 교육과학기술부의 경우 아동이 수업을 받게 되면 교육청에서 지원해주는 10만원 이외에 자기부담금을 기관에 내야 한다. 즉 회당 약 3만원에서 4만원의 교육비를 계산할 때 차액이 발생하고 이를 부모들이 자기부담금으로 치료기관에 납부를 한다. 그리고 보건복지부의 경우는 기초생활수급자의 경우는 22만원 전액을 지원받기에 따로 자기 부담금을 기관에 납부를 하지 않고 차상위계층은 2만원, 소득 기준의 50%인 경우는 4만원, 소득기준 100%에 해당되는 수급자의 경우는 6만원을 치료기관에 납부를 하는 경우인데 이런 자기부담금이 납부하는데 부담으로 작용한다고 하였다. 보통 장애아동이 한 영역에서만 교육을 받기보다 2~3개의 영역에서 수업을 받기에 이런 자기부담금과 추가로 내는 교육비

가 생활에 어려움을 준다고 하였다.

H: 자부담에 대해서는 정책이 없었을때보다 사비가 많이 줄어들어 좋다 하지만 활동보조가 소득 수준에 따라 부담이 되는데다는 점이 부담이 되어 조금 낮추어 주었으면 좋겠다 치료는 평생 동안 자극을 주어야 하니까.

Q: 다양한 치료지원을 받을 수 있게 경제적인 것을 좀더 지원을 해주었으면 좋겠고 경제적으로 어려우면 하고 싶어도 어렵다. 자부담도 조금은 부담이 될 수 있다.

T: 자부담을 없이 교육을 받도록 해주었으면 현실적인 관점에서 조정이 되어 자부담제를 없애주었으면 한다. 그렇다면 더 많은 교육적 기회를 제공해줄 것 같다.

G: 10만원 지원 받지만 언어치료가 16만원이라 100% 자부담 없이 지원 되었으면 한다. 왜 소득 기준으로 넣어야 하는지 알수 없고 부모입장에서 나은 방향으로 개선되었으면 한다.

다섯 번째는 행정기관의 홍보 부족이다. 서비스 제공기관에 대한 정보가 없는 상태로 특수교육대상자에게 가장 시급하게 필요한 재활치료가 무엇인지에 대한 정확한 진단 없이 부모들의 판단에 의존하고 있으며 서비스 제공기관을 선택하는데 있어서도 '입소문'에 의해 좌우되고 있는 실정이다(한국 장애인개발원, 2010).

보건복지부 장애아동 재활치료의 경우 각 구청과 동사무소에서 신청과 등록을 하는데 부서의 공무원들이 이런 바우처에 대해서 자세한 내용을 모르는 경우가 많고 질문에 적절히 답변이 어려운 경우가 많아서 다른 부모들에게 정보를 알아보아 기관을 선택하게 된다고 하였다. 홍보자료나 직접적인 내용을 알 수 있도록 관련 자료가 비치가 되어야 하고 담당 공무원은 대상, 치료영역, 기관 등등 자세한 내용을 파악하여 도움을 주었으면 하였다.

K: 장애아동은 교육부에 등록이 되었을 것인데 집으로 오는 우편물도 없고 사설에서 말해주면 이용하고 어떤 경우는 선생님들도 교육청에서 오는 공문만 보고 아는 경우이기에 있다. 방학 때도 이용할 수 있는 프로그램이 있지만 이용하는 수가 너무 작아서 한정적이다. 방학때 그런 프로그램을 이용할 수 있도록 짜임새 있게 운영을 해주시면 좋겠다. 교육청, 구청에서 이용되는 프로그램의 정보를 더 많이 홍보를 해주었으면 좋겠다.

L: 문서상으로도 충분히 공지를 해줄 수 있는 부분인데도 실은 그 부분에 대해서는 전혀 안 이루어지더라구요. 문서상으로 한번도 그런 안내장을 받아본 적이 없어요 북구청에서라든지 그런데서 어디서 제공한다 라는 어디서 어떤 프로그램을 제공하고 있으니까 의향이 있으시면 거기서 신청을 하세요라는 그런 안내장을 받아본 적이 없어요.

설문조사에 의하면 치료지원의 제공기관의 선택기준은 치료사의 자격이나 전공이 가장 높았으며, 교육프로그램, 거리 순으로 나타났으며, 치료지원의 운영의 문제

는 제공 횟수가 확대되어야 하고, 치료지원의 횟수에 대해서는 주3회가 적당하다는 의견이 가장 많았으며, 주2회가 적당하다, 주5회가 적당하다는 의견 순으로 나타났다. 치료지원 제공기관의 확대와 치료지원의 활성화를 묻는 질문에는 정부의 재정지원 확대가 가장 높았으며, 전문 치료사의 확보, 새로운 프로그램의 개발 및 실시, 치료지원 제공기관의 확대 순으로 나타났다.

교육과학기술부의 치료지원 제공인력의 자격은 국가면허 또는 국가공인 민간자격을 소지한 사람으로 규정하고 있으며 국가면허 소지자 또는 국가 공인 민간자격증 소지자이며 치료지원 제공인력의 인프라가 미약한 점을 고려하여 국가 면허 소지자 또는 국가 공인 민간자격증 소지자가 양성될 때까지 대학 또는 대학원에서 치료지원 관련 학과 졸업자를 활용(단, 해당영역)한다. 민간자격 소지자로 규정하고 있다(교육과학기술부, 2011).

보건복지부에서는 자격기본법에 등록된 민간자격 발급기관에서 발급한 자격증 소지자이고 2년 이상 관련 자격증을 발급하고 전문학사 이상의 학력을 지원 조건으로 하는 재활치료 관련 학회· 협회 및 단체에서 소정의 절차를 거쳐 발급받은 치료사 자격증 소지자로 규정하고 있다.

그 자격 분야는 언어, 미술, 음악, 행동, 놀이, 심리운동 등의 영역으로 나누고 각 자격분야마다 해당되는 자격검정기관에서 자격을 부여받는 치료사들이 치료사로 채용이 된다(보건복지부, 2011).

재활치료를 담당하고 있는 치료사들의 자격은 주로 학회나 학교 등에서 발급한 형태로 자격 관리체계가 미흡한 실정이며 경력에 있어서도 별도로 증명할 방법이 없는 실정이다. 안정적이고 체계적인 재활치료 전문 인력에 관한 자격기준 마련과 더불어 현재 활동하고 있는 재활치료 전문 인력에 관한 통합 관리망을 구축하여 체계화하고 향후 요구되는 재활치료 분야의 전문 인력에 대한 수요와 공급을 파악하는 과정이 필요한 것으로 보인다. 특히 전문 인력의 자질 향상을 위한 중앙행정부처 지차원의 교육과 연구가 이루어질 필요가 있다(한국장애인 개발원, 2010)

김윤겸(2010)은 장애아동 재활치료 서비스 바우처 사업 내 음악치료 현황에서 음악치료 비전공자들과 음악치료 서비스 경력 3년 미만의 치료 경력이나 임상이 부족한 치료사들의 서비스 제공이 이루어지고 있음을 알 수 있었다. 이는 치료경력이나 임상의 부족한 면에서 서비스의 질에 대한 보장이 다소 부족한 편이라고 볼 수 있다. 그리고 음악치료사 자격증 미소지자의 서비스 제공과 음악치료 자격 기준의

비일관성으로 인한 자격증 명칭의 문제점이 나타났는데 89.1%가 음악치료 관련 자격증을 소지하고 있었으나 그 외 10.9%의 음악치료 자격증을 소지하지 않은 채 자격증을 소지한 음악치료사들과 동일하게 음악치료 서비스를 제공하고 있다.

현재 국가 제도 안에 시행하는 서비스의 전문성과 비례하여 검증되지 않는 치료사들에 의해 서비스가 제공되고 있으며 이는 서비스 관리 책임자의 음악치료에 관한 자격증을 검증하고 판단할 수 있는 인식의 부족으로 나타나는 현상이라고 했다. 각 민간 및 학회에서 발급한 음악치료 자격증의 명칭과 규정이 동일하지 않아, 음악치료 자격조건이 다른 석사 정규과정 졸업자들과 단기과정을 이수한 자들이 동일한 명칭의 자격증을 소지하고 있음이 조사되었다.

김주영(2011)은 치료지원의 문제점 중의 하나로 전문 치료지원 인력 수급의 어려움이 있다고 하였다. 그 이유로는 치료지원 단가의 비 적정성으로 지역 실정과 여건을 고려한 치료지원 비용의 적정단가 미 책정과 비현실적인 비용 지원으로 우수한 치료사 확보 및 고품질 치료지원이 곤란하다는 점이다(교육과학기술부, 2010). 전문가로서 자격 규준을 더욱 엄격히 함으로서 치료지원의 질적 서비스를 강화할 수 있을 것이다.

> M: 교사의 질이 가장 중요하다 영역의 확대와 경제력에 돈이 많이 들어간다. 다양한 영역과 여러번의 기회를 제공해주면 좋겠다. 그래서 교사교육과 연수를 더 많이 해야 하고 많은 아동들을 보아야 한다. 전문성을 띄는 것이 매우 중요하다(M)
>
> P: 아동에 대해서 지치기도 하지만 끈기를 갖고 느긋하게 장기간에 가서 삶이다라는 생각으로 아동을 지도하는 것이 필요하며 학력보다는 어떤 마음으로 아동들을 만나는가하는 마인드가 더욱 중요한 것 같다.(P)
>
> T: 아이와의 교류가 가장 중요하다. 아이에 대해 성향 파악을 해서 적절히 아동에게 맞는 교육이 이루어져야 중요할 것 이라고 생각한다.(T)

설문에 의하면 치료지원의 문제점으로 치료사의 전문성이 93명(47.7%)이며, 치료시간은 31명(15.9%)이며 상담의 부족은 22명(11.3%)이며 기타 의견도 20명(10.3%)로 나타났다.

요약하면 운영의 문제점으로는 제공 횟수를 현재보다 늘리고 치료지원 제공기관이 확대되어야 하고 치료 영역의 다양화를 요구하였으며 자기부담금의 완화를 희망하고 있었다. 그리고 행정기관의 홍보가 많이 부족해 정확한 정보를 얻기 어려워 다

른 장애 부모들에게 물어서 입소문에 의지할 수 밖에 없다는 의견이였다. 치료사의 자질과 전문성을 향상시켜야 하는데 현재 많은 공인되지 않는 자격을 소지하고 있는 경우가 있다. 그 이유로는 치료지원 단가가 현실적으로 적절하지 않고 지역 실정과 여건을 고려한 치료지원 비용의 비현실적인 비용 지원으로 우수한 치료사를 확보하기 어렵고 고품질의 치료지원이 현실적으로 어렵다는 것이다.

2) 치료지원의 개선방안

☞ 귀하는 현행 치료지원이 보다 효과적이기 위해서 무엇을 어떻게 개선해야한다고 보나요?

개선방안을 요약하여 제시하면 다음과 같다.

첫째, 제공 횟수를 지금보다 늘려 주어서 반복적으로 교육이 유지될 수 있도록 해주었으면 하는 점이다. 장애아동은 한 번의 교육으로는 부족하고 계속적으로 반복을 해야 만이 그 효과성을 극대화하기에 지금보다 더욱 많은 횟수가 제공되어야 한다.

> G: 횟수를 늘려주고 집 가까운 곳에 치료기관들이 많이 있었으면 좋겠다는 생각과 작은 기관들처럼 언어, 미술, 음악 등이 많아졌으면 좋겠다.
> R: 횟수 증가, 별로 없고 원하지 않으면 한번만 다니고 원한면 더 많이 해주었으면 좋겠다.
> S: 수업을 더 많이 해주었으면 좋겠다. 그렇다고 공부를 많이 하는 것은 아니지만... 치료지원을 다 돌리는데 저는 집에서 많이 놀리는데 그래서 우리아이가 멍청한지는 모르겠지만 일반아이들이 학원에 가지 않으니까 좋겠다고 했을 때 너희들 수학영어 배울 때 우리아이는 말을 배워라고 한다. 개선방향 금액을 나주고 너무 비싸서 부담스럽고 큰 금액 때문에 많은 횟수가 어렵다.

둘째, 치료지원을 제공하는 기관의 확대해야 한다.

현재 시행하고 있는 보건복지부의 재활치료 서비스 제공기관은 각 구에 2곳으로 선정된 기관 이외에는 수업을 받을 수 없기에 그 수가 너무나 부족하고 선정 기관을 찾아서 수업이 이루어져야 하기에 부모들은 많은 불편과 부족함을 느끼고 있었다.

> T: 선택할 수 있는 기관이 더 많이 늘어나야 한다. 너무 제공기관이 한정적이라 선택의 폭이 좁고 학교에서의 홍보부족으로 몇 개 기관만 선정해서 선택하라고 하는 경우도 있다.

O: 너무 범위가 좁고 구별로 아직은 하고 있으니까 폭이 넓고 전문적으로 청각, 자폐, 시각이라는 영역별로 전문가적인 기관이 있었으면 좋겠다. 엄마들을 만날 때 청각장애 엄마들은 알게되고 지적장애 아동은 지적아에 대해서는 이야기를 하기에 나는 답답한데 부러워한다. 치료실도 청각, 시각 이렇게 영역별로 있었으면 좋겠다. 장애영역별로 전문치료진이 전문가들이 자주 모여서 교육도 하고 시구청에서 부모들 교육과 치료사 교육을 많이 해주면 좋겠다.

N: 어떤 센터에 대한 선택의 폭이나 또 그 치료를 이제 학원바우처하고, 재활바우처, 장애재활바우처를 그냥 정해놓고 여기는 이만큼 여기는 이만큼 아니고 그러한 센터에 대한 선택권도 필요하지만 그 교육받는 학습 받는 것에 대한 선택도 이제 저희한테 선택할 수 있게끔 해줬으면...

셋째, 이러한 치료지원을 학교 밖이 아닌 학교 안에서도 치료지원이 이루어져야 한다. 편부모나 조부모 가정의 아동, 생계를 위해서 아동을 데리고 다닐 수 없는 가정의 아동들은 이러한 서비스를 받기 어려운 상황이여서 이들을 위한 학교에서의 방과 후에 이루어지는 치료지원이 되었으면 좋겠다는 의견도 있었다.

S: 학교에서 따로 오후에 방과 후에 할 수 있었으면 좋겠다. 따로 가지 않고 학교에서 방과후수업을 5명이 모아져야 수업이 이루어져야 하는데 모아지는 것은 어렵다. 언어치료선생님이 시간을 나누어 이학교, 저학교를 나누어 하면 좋을 것 같다. 다른 아이들이 방과후 수업을 하는 것처럼.

G: 학교에 도움실이 있는 것처럼 언어치료사가 학교에 상주해서 학급내에서 이루어졌으면 좋겠다. 언어치료는 반드시 필요하기에.

넷째, 프로그램의 다양해져야 한다. 장애아동 부모들은 현재 실시되고 있는 언어치료, 음악치료, 미술치료, 놀이치료 등등의 치료영역에 부족함을 느끼고 있었으며 더 많은 치료영역이 만들어져서 아이들이 다양한 활동과 프로그램을 접할 수 있기를 희망하고 있었다. 하지만 프로그램의 다양성은 너무 많은 분야를 포함하게 되면 서비스의 공시적이고 질적인 관리가 불가능해지기 때문에 프로그램을 선별하는 과정이 필요할 것이다(김수진, 2008)

K: 우리 아이가 다양한 프로그램을 이용할 수 있는 누구나 이용할 수 있고 정보가 너무나 부족하고 정보의 공유는 엄마들을 통해서만 알 수 있기에 체험활동, 야외활동, 감각활동 등 이런 프로그램을 더 많이 만들어졌으면 좋겠다. 별 큰 폭인 것 같지만 않다. 영역에 대한 비슷비슷하기 때문에 그렇다. 기관이 병원의 과를 골라서 가는 것처럼 하는 프로그램이 정해져 있어서 어디서 이용하나 프로그램은 별 차이가 없어서 비슷하다고 생각된다. 뚜렷한 특징이 없어서 그렇게 보인다. 다양한 영역에서 치료를 받을 수 있도록 하는 것이 중요하다.

다섯째, 홍보가 더 많이 되어야 한다. 많은 장애아동 부모들은 각 구에서 또는 동사무소, 학교에서 이러한 치료지원에 대한 정보를 얻기 보다는 주변의 다른 부모

들로부터 정보를 듣게 되고 알게 되는 경우가 많았다. 그리고 각 구에서 실시하는 기관에 대한 자세한 정보가 없어서 그 기관에 대한 정보를 알기 어렵다고 하였다.

P: 현재 시행하고 있는 교육청과 보건복지부의 절차가 너무 복잡하다 여기 저기 어디 한곳에 통합이 되어 보건복지부 , 교육부가 서로 통합이 되어 일원화해서 관리해지고 홍보가되면 좋겠다. 서로 업무협조를 받아서 공무원들은 자신들이 무언가를 해주고 서비스를 받는 아동의 입장보다는 시행해주는 기관의 입장에서 내가 이것을 해주는 것에 대해서 권위적인 입장을 가지고 있다. 우리의 세금으로 이루어지고 우리도 많은 세금을 내고 있는데도.

K: 장애아동은 교육부에 등록이 되었을 것인데 집으로 오는 우편물도 없고 사설에서 말해주면 이용하고 어떤 경우는 선생님들도 교육청에서 오는 공문만 보고 아는 경우이기에 있다. 방학때도 이용할 수 있는 프로그램이 있지만 이용하는 수가 너무 작아서 한정적이다. 방학때 그런 프로그램을 이용할 수 있도록 짜임새 있게 운영을 해주시면 좋겠다. 교육청, 구청에서 이용되는 프로그램의 정보를 더 많이 홍보를 해주었으면 좋겠다.

지원하는 부처 교육부, 부모와 협의할 수 있는 토론장소, 이런 기회가, 아니면 교육부에서 이런 사업을 시행하려고 한다고 알려주고 학부모에게 협의할 수 있는 통할 수 기회가 있었으면 좋겠다. 교육부에서 해의 기초예산안에서 짜기 때문에 정해진 그 해의 예산에서 지원이 되고 일반 부모들이 알 수 있는 공개될 수 있는 기회가 있었으면 좋겠다.

J: 홍보를 많이 해주면 좋겠다. 장애인 바우처들이 있다는 것을 학교, 구청에서도 되어야 한다 바빠서 이런 경우를 못하는 것을 알 수 있다.

맞벌이 혼자 조부모, 양육에 관심 없는 분들은 알지 못한다. 할머니께 이야기를 하면 아이에게 피해가 되지 않느냐하는 반문으로 어렵다, 홍보를 더욱 강화해야 한다.

Q: 많이 발전해야 되는데 구체적인 지원금이라던가 이런 것이 늘어서 한 군데만 다니게 되는데 주 5회가 되면 심리도 언어도 필요하니까 사비를 들일 수도 없고 주 3회는 언어하고 주2회는 심리하고 그런 기회가 제공된다고 생각 한다 다양한 접근이 이루어지면 좋겠다.

R: 개선 횟수를 늘리는 방향으로 자부담에 대해서는 정책이 없었을 때보다 사비가 많이 줄어들어 좋다 하지만 활동보조가 소득 수준에 따라 부담이 된다는 점이 부담이 되어 조금 낮추어 주었으면 좋겠다 치료는 평생 동안 자극을 주어야 하니까 바우처도 금액이 3번 받도록 금액이 상향되었으면 좋겠다.

여섯째, 지원금의 확대이다. 교육과학기술부에서 지원하는 치료지원비는 약 10만원정도이며, 보건복지부에서 지원하는 지원금은 소득수준에 따라 차등으로 자부담금을 내게 되어 있다. 즉 교육과학기술부에서 10만원을 지원하면 각 기관마다 조금씩 다르지만 약 2만원에서 6만원 정도를 추가로 지불해야 하며, 보건복지부의 경우도 최대 6만원 정도를 더 지불해야 한다. 또 활동보조인 서비스를 받는 경우는 여기에 더 추가비용이 지출되기 때문에 많은 부모들은 이러한 자기부담금을 내야하는 상황이 부담된다는 의견도 많았다.

요약하면 부모들은 제공 횟수를 지금보다 더 많이 제공해 주었으면 하는 의견과 제공기관의 확대, 학교 안에서도 치료지원이 이루어지기를 말하였다. 그리고 프로그램이 지금보다 다양해지고 홍보가 더 많이 되어야 하며 지원금이 더욱 확대되기를 말하였다.

4. 특수교육대상자의 치료지원에 대한 부모인식

치료지원에 관한 문제는 좋은 제도나 정책이 존재 한다 하더라도 실제 수혜자인 장애학생과 그들의 보호자들이 어떻게 인식하느냐에 따라 그 가치가 결정된다. 본 내용은 앞서 이루어진 소수의 면담조사 결과를 중심으로 일반 수혜자들이 치료지원에 대해서 어떻게 인식하고 있는가를 설문을 통해 조사 한 결과이다.

본 내용은 면담 내용을 중심으로 보다 일반적인 수혜자들의 인식을 조사 한 내용이기 때문에 앞서 이루어진 면담 내용과 절충하여 보완적으로 활용되도록 구성하였으며, 치료지원의 인식과 관련된 7개의 문항과 만족과 관련된 4개의 문항 그리고 치료지원 프로그램과 관련된 9개 문항, 치료지원의 정책 수립의 주체, 치료지원의 문제점과 개선을 묻는 내용들이다.

설문 결과에 나타난 내용을 간단히 살펴보면 아래와 같다.

1) 치료지원의 인식, 만족도, 프로그램 내용 인식 비교

(1) 배경변인에 따른 치료지원 인식, 만족도, 프로그램 내용 인식

학부모들의 치료지원에 관한 인식에 있어 배경 변인특성에 따라 치료지원 인식을 분석한 결과는 <표Ⅳ-1>와 같다.

<표Ⅳ-1> 치료지원 인식, 만족도, 프로그램 내용 인식 비교

구 분		대상자수	치료지원 인식	치료지원 만족도	치료지원 프로그램 내용
		N	M(SD)	M(SD)	M(SD)
성별	남	16	3.80(.70)	3.82(.78)	3.89(.79)
	여	179	3.43(.69)	3.61(.71)	3.65(.68)
연령	30대	68	3.41(.72)	3.67(.71)	3.81(.64)
	40대	127	3.49(.68)	3.61(.71)	3.59(.71)
학력	고졸	103	3.56(.67)	3.76(.71)	3.84(.65)
	대졸	92	3.34(.71)	3.48(.69)	3.47(.69)
소득	200만원미만	77	3.56(.71)	3.73(.65)	3.74(.64)
	200만원이상	118	3.39(.68)	3.57(.75)	3.62(.72)
아동 연령	10세미만	47	3.21(.72)	3.57(.69)	3.65(.64)
	10세이상	148	3.54(.67)	3.65(.72)	3.68(.71)
치료지원	교육과학기술부	47	3.31(.73)	3.54(.70)	3.54(.72)

예산지원	보건복지부	84	3.49(.67)	3.76(.64)	3.76(.61)
	2가지 모두지원	64	3.52(.68)	3.53(.79)	3.64(.76)
치료지원 이용기간	1년미만	56	3.56(.73)	3.73(.79)	3.70(.75)
	1년 이상~2년미만	57	3.40(.68)	3.62(.62)	3.63(.68)
	2년이상	82	3.43(.68)	3.57(.72)	3.67(.66)
치료지원 추가비용	10만원 미만	75	3.65(.67)	3.82(.68)	3.87(.62)
	10만원 이상 ~30만원 미만	85	3.37(.63)	3.60(.66)	3.61(.72)
	30만원 이상	35	3.46(.69)	3.29(.77)	3.40(.68)
전 체		195	3.46(.92)	3.61(.95)	3.70(.91)

위 표에 나타나 있는 바와 같이 치료지원에 대한 인식은 3.46, 만족도는 3.61 이었으며, 치료지원 프로그램 운용에 대한 적절성 수준은 3.70으로 비교적 높은 수준을 보여 주고 있다. 특히 치료지원에 대한 인식 수준을 성별로 보면 남성이(M=3.80) 여성(M=3.43)보다 높게, 학력 수준별로는 고졸이(M=3.56) 대졸(M=3.34)보다 높게 나타나 있다. 아동연령에 있어서도 10세미만보다 10세이상이 그리고 추가비용 부담 규모에 따라서는 10만원 미만(M=3.65), 30만원 이상(M=3.46), 10만원 이상~30만원 미만(M=3.37) 순으로 나타났다.

치료지원에 대한 만족도는 학력수준으로는 고졸이(M=3.76)이 대졸(M=3.48)보다 높고, 추가비용에 따라서는 10만원 미만(M=3.82), 10만원 이상~30만원 미만(M=3.60), 30만원 이상 (M=3.29) 순으로 나타났으며 학부모들의 연령으로는 30대가 (M=3.81) 40대(M=3.59)보다 높게 나타나 있다.

프로그램의 운영면에서도 이와 유사하게 나타나 성별로는 남자가, 연령별로는 30대가 그리고 학력별로는 고졸이, 학부모들의 치료지원에 추가비용 규모에 따라서는 10만원 미만(M=3.87), 10만원 이상~30만원 미만(M=3.61), 30만원 이상(M=3.40) 순으로 나타났다. 이상의 내용들을 고려 할 때 전반적으로 이해 수준과 만족도 그리고 프로그램 운영에 대한 이해정도는 평균 이상의 높은 수준을 나타내고 있지만 앞서 살펴 본 면담 내용에서 나타난 B, E, C,N 등 대부분의 부모들이 잘 모르고 있다는 응답과는 대조를 이루고 있다. 또한 만족의 수준에서도 일단 재정적 지원을 한다는 점에서는 만족을 표시하기 때문에 일반 설문에서는 만족도다 평균을 상화하지만 면담에서와 같이 구체적인 항목들에서 만족도는 낮은 결과를 보여 주고 있다.

(2) 치료지원 인식, 만족도, 프로그램 내용 간의 상관관계

본 연구에서는 치료지원 만족도와 치료지원 인식, 치료지원 프로그램 내용 간의 관계에 대한 유의성 검증을 위해 상관관계 분석을 실시하였다.

치료지원 인식, 민족도, 치료지원 프로그램 내용 간의 상관계수는 <표Ⅳ-2>와 같다.

<표Ⅳ-2> 치료지원 인식, 만족도, 프로그램 내용 간의 상관관계

영 역	치료지원인식	치료지원만족도	치료지원프로그램내용
치료지원인식	1		
치료지원만족도	.513**	1	
치료지원 프로그램 내용	.414**	.700**	1

**p＜.01

치료지원 만족도와 인식 간에는 유의한 상관관계가(r =.513, p<.01) 있으며, 치료지원 프로그램 내용과 치료지원 만족도 간에도 유의한 상관관계가(r =.700, p<.01) 있었다. 또한 치료지원 프로그램 내용과 치료지원 인식 간에도 유의한 상관관계가(r =.414, p<.01)가 발견되었다. 즉 치료지원 만족도가 높을수록 치료지원 인식도 높았으며, 치료지원 프로그램 내용을 많이 알고 있을수록 치료지원 만족도도 높은 것으로 조사되었다. 결과적으로 이해 수준이 높은 수혜대상자들은 만족의 정도도 높다는 입장에서 본 치료지원 정책과 제도가 성공적이기 위해서는 수혜자들에게 제도와 정책에 대한 이해를 높이기 위하여 다양한 노력들이 요구됨을 알 수 있다.

2) 치료지원의 인식

(1) 치료지원 인식과 만족도

치료지원 인식에는 치료지원의 목적, 집행방법, 대상, 예산, 신청과정, 제공기관 선택, 치료영역, 실시장소, 제공기관, 운영시간, 프로그램 질에 대해서 분석결과를 제시하면 아래 <표Ⅳ-3>와 같다.

<표Ⅳ-3> 치료지원 인식

항 목		M	SD
인 식	① 치료지원의 목적	3.95	.74
	② 치료지원의 집행 방법	3.37	.98
	③ 치료지원의 대상	3.78	.80
	④ 치료지원의 예산	2.90	1.08
	⑤ 치료지원의 지원 신청과정	3.45	.95
	⑥ 치료지원의 제공기관 자유로운 선택	3.27	1.06
	⑦ 치료지원의 치료 영역	3.49	.86
만 족	⑧ 치료지원의 실시 장소	3.64	.98
	⑨ 치료지원의 제공기관	3.63	.90
	⑩ 치료지원의 운영시간	3.49	1.04
	⑪ 치료지원 프로그램의 질 만족	3.66	.87

앞에서 제시된 <표Ⅳ-1> 의 경우 전반적인 인식도는 3.46이었다. 그러나 <표Ⅳ-3>에서 보는바와 같이 각각의 세분된 항목들을 중심으로 인식도를 살펴 본 결과 '치료지원의 목적'에 대한 인식 정도, 치료지원 대상에 대한 인식, 치료지원의 영역에 대해서는 평균 이상의 인식도를 보여주었고 나머지는 상대적으로 낮은 인식도를 나타내고 있다.

만족도에서도 전체적으로는 3.61의 수준으로 비교적 높지만 치료지원 운영시간에 있어서는 만족도가 낮게 나타나 있어 향후 정책적 조정이 요구되고 있음을 알 수 있다. 그럼에도 불구하고 면담 조사에서 면담 대상자들은 치료지원의 운영시간에 대해서 만족한다는 응답을 하고 있어 대조를 보여주고 있다.

위 표에 나타난 몇 가지 내용들을 보면 우선 치료지원 목적에 대한 이해수준을 질문한 내용에 대해서 매우 잘 알고 있다는 사람이 41명(21%)이며, 알고있다가 112명(57.4%)로 나타났고 보통이 34명(17.4%)로 나타났다.

'집행방법'에 대한 인식에서는 보통이다가 76명(39%)로 가장 높았고, 그렇다가 60명(30.8%)으로 나타났고 그렇지 않다가 27명(13.8%)로 나타났다. '치료지원의 대상'에 대한 인식은 그렇다가 91명(46.7%)이며, 보통이다가 60명(30.8%)이며, 그렇지 않다는 7명(3.6%)로 나타났으며, '예산에 대한 인식'에는 보통이다가 76명(39%)이며, 그렇지 않다가 55명(28.2%)이며, 그렇다가 32명(16.4%)로 나타났다. '신청과정에 대한 인식'에는 보통이다가 74명(37.9%)이며, 그렇다가 72명(36.9%)이며, 그렇지 않다

는 20명(103%)로 나타났고 '제공기관 선택에 대한 인식'에는 그렇다가 64명(32.8%)이며, 보통이다가 61명(31.3%)이며, 그렇지 않다가 38명(19.5%)로 나타났으며 '치료영역에 대한 인식'에는 보통이다가 75명(38.5%)이며, 그렇다가 72명(36.9%)이며, 그렇지 않다가 24명(12.3%)로 나타났다.

치료지원의 만족도를 살펴보면 '실시장소에 대한 만족'은 그렇다가 78명(40%)이며, 보통이다가 60명(30.8%)으로 나타났고, '제공기관에 대한 만족'은 그렇다가 85명(43.6%)이며, 보통이다가 61명(31.3%)이며, '운영시간에 대한 만족'은 71명(36.4%)이며 보통이다가 57명(29.2%)이며, '치료지원 프로그램 질에 대한 만족'은 그렇다가 80명(41.1%)이며, 보통이다가 70명(35.9%)이며 그렇지 않다가 8명(4.1%)로 나타났다.

위에 나타난 치료지원의 인식과 만족수준에 대하여 인구통계적 특성에 따른 차이를 살펴보면 아래 <표Ⅳ-4>와 같다.

<표Ⅳ-4> 치료지원의 인식과 만족에 인구통계적 변인에 따른 평균

구 분	성별(n)		연령(n)		학력(n)		소득(n)	
	남(15)	여(178)	30세(69)	40대(126)	고졸(25)	대졸(170)	200만원미만(77)	200만원이상(118)
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)
①치료지원의 목적	4.26(.70)	3.92(.74)	3.85(.77)	4.00(.72)	4.08(.75)	3.93(.73)	3.96(.76)	3.94(.72)
②치료지원의 집행방법	3.73(1.09)	3.34(.97)	3.39(.98)	3.36(.98)	3.52(1.00)	3.35(.98)	3.49(1.03)	3.29(.94)
③치료지원의 대상	4.06(.70)	3.76(.80)	3.81(.82)	3.77(.78)	3.92(.86)	3.77(.79)	3.85(.83)	3.74(.77)
④치료지원의 예산	3.33(1.23)	2.86(1.07)	2.85(1.11)	2.93(1.07)	2.80(1.15)	2.92(1.07)	3.00(1.16)	2.84(1.02)
⑤치료지원의 신청과정	3.93(1.03)	3.41(.94)	3.26(.94)	3.55(.95)	3.40(1.22)	3.45(.91)	3.57(1.00)	3.37(.92)
⑥치료지원 제공기관 선택	3.73(.88)	3.23(1.07)	3.17(1.02)	3.32(1.08)	3.60(.95)	3.22(1.07)	3.42(1.06)	3.16(1.05)
⑦치원지원의 치료영역	3.8(1.01)	3.46(.85)	3.42(.82)	3.53(.88)	3.72(.84)	3.45(.86)	3.63(.79)	3.39(.89)
치료지원 인식의 총 평균	**3.83(.95)**	**3.43(.92)**	**3.39(.92)**	**3.49(.92)**	**3.58(.97)**	**3.44(.92)**	**3.56(.95)**	**3.39(.90)**
⑧치료지원의 실시장소	3.73(1.03)	3.62(.99)	3.66(1.02)	3.62(.96)	3.52(1.08)	3.65(.97)	3.72(.95)	3.58(1.00)
⑨치료지원의 제공기관	3.73(.88)	3.62(.90)	3.63(.93)	3.62(.88)	3.68(.80)	3.62(.91)	3.75(.81)	3.55(.94)
⑩치료지원의 운영시간	4.0(.92)	3.46(1.04)	3.68(1.09)	3.38(1.01)	3.76(.87)	3.45(1.06)	3.55(1.01)	3.44(1.06)
⑪치료지원 프로그램의 질	4.00(.92)	3.64(.87)	3.78(.90)	3.60(.85)	3.84(.80)	3.64(.88)	3.66(.83)	3.66(.90)
치료지원 만족도 총 평균	**3.87(.94)**	**3.59(.95)**	**3.69(.99)**	**3.56(.96)**	**3.70(.89)**	**3.59(..96)**	**3.67(.90)**	**3.56(.98)**

구 분	아동연령(n)		예산지원(n)			이용기간(n)			추가비용(n)		
	10세미만(47)	10세이상(148)	교과부(50)	보건부(84)	2가지모두(61)	1년미만(56)	1~2년미만(57)	2년이상(82)	10만원미만(75)	10~30만원미만(85)	30만원이상(35)
	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)	M(SD)

①치료지원의 목적	3.70(.80)	4.03(.70)	3.87(.71)	3.94(.75)	4.04(.76)	4.03(.63)	3.92(.77)	3.91(.78)	4.04(.64)	3.91(.71)	3.85(.97)
②치료지원의 집행방법	3.02(1.01)	3.48(.95)	3.14(1.10)	3.36(.91)	3.54(.97)	3.50(.95)	3.33(.96)	3.31(1.01)	3.48(.99)	3.30(.91)	3.31(1.13)
③치료지원의 대상	3.53(.88)	3.87(.75)	3.61(.89)	3.82(.77)	3.88(.75)	3.87(.74)	3.70(.84)	3.79(.81)	3.94(.78)	3.68(.77)	3.71(.85)
④치료지원의 예산	2.63(1.05)	2.99(1.08)	2.72(1.07)	2.92(1.09)	3.04(1.08)	3.00(1.19)	2.84(1.01)	2.89(1.06)	3.01(1.08)	2.82(1.10)	2.88(1.05)
⑤치료지원의 신청과정	3.19(1.09)	3.53(.89)	3.29(.88)	3.58(.86)	3.39(1.12)	3.58(.92)	3.35(1.00)	3.42(.94)	3.74(.85)	3.31(.88)	3.14(1.16)
⑥치료지원 제공기관 선택	3.06(.96)	3.33(1.09)	3.21(1.04)	3.29(1.03)	3.26(1.15)	3.41(1.02)	3.19(1.04)	3.23(1.11)	3.65(.99)	3.16(1.04)	2.71(.98)
⑦지원지원의 치료영역	3.36(.87)	3.53(.86)	3.36(.87)	3.51(.85)	3.55(.88)	3.51(.93)	3.49(.86)	3.47(.81)	3.69(.90)	3.44(.76)	3.17(.92)
치료지원 인식의 총평균	**3.21(.95)**	**3.54(.90)**	**3.31(.94)**	**3.49(.89)**	**3.53(.96)**	**3.56(.91)**	**3.40(.93)**	**3.43(.95)**	**3.65(.89)**	**3.37(.88)**	**3.25(1.02)**
⑧치료지원의 실시장소	3.53(1.04)	3.67(.97)	3.53(1.06)	3.84(.84)	3.45(1.08)	3.80(1.10)	3.68(.78)	3.50(1.02)	3.94(.91)	3.56(.90)	3.17(1.12)
⑨치료지원의 제공기관	3.55(.99)	3.65(.87)	3.44(1.05)	3.78(.74)	3.57(.95)	3.71(1.03)	3.75(0.76)	3.48(.87)	3.84(.88)	3.55(.85)	3.37(.97)
⑩치료지원의 운영시간	3.51(1.06)	3.48(1.04)	3.38(1.11)	3.64(.84)	3.36(1.21)	3.55(1.14)	3.52(.98)	3.42(1.03)	3.62(1.03)	3.49(1.00)	3.20(1.13)
⑪치료지원 프로그램의 질	3.70(.80)	3.65(.90)	3.57(.92)	3.71(.81)	3.68(.90)	3.75(.99)	3.64(.76)	3.62(.87)	3.85(.72)	3.64(.92)	3.31(.96)
치료지원 만족도 총 평균	**3.57(.97)**	**3.61(.95)**	**3.48(1.04)**	**3.74(.80)**	**3.52(1.01)**	**3.70(1.07)**	**3.60(.82)**	**3.51(.95)**	**3.81(.89)**	**3.56(.92)**	**3.26(1.04)**

3) 치료지원 프로그램 내용에 대한 인식

치료지원 프로그램 내용에 대한 인식과 관련하여 서비스 준비, 초기 평가, 계획, 과정, 평가로 나누어 인식수준을 살펴보면 아래 <표Ⅳ-5>와 같다.

<표Ⅳ-5> 치료지원의 프로그램 내용

구분	내용	M	SD
서비스 준비	세부적인 프로그램과 서비스 시간을 이용자가 선택할 수 있다.	3.53	.96
	이용자에게 치료사에 대한 설명과 치료 프로그램에 대해 소개한다.	3.64	.97
초기 평가	평가의 환경은 이용자가 집중할 수 있고, 안정된 환경에서 실시한다.	3.64	.84
	이용자의 관심, 흥미활동, 필요와 요구에 대해 함께 이야기하고 같이 우선순위를 결정한다.	3.57	.94
계획	치료목표를 세울 때 이용자(보호자)의 욕구를 반영한다.	3.79	.93
	치료계획을 세우기 전 이용자가 인지하고 결정할 수 있도록 평가 내용이나 관련정보에 대해 충분히 설명한다	3.74	.90
과정	이용자의 관심이나 흥미를 고려하여 치료를 제공한다	3.83	.84
평가	치료서비스를 정기적으로 평가하여 치료의 효과성과 변화정도를 반영해서 치료계획을 수정하거나 추가해야 한다.	3.86	.87
	평가결과, 평가계획서의 내용은 이용자(보호자)가 확인하고 있으며 이의나 수정, 보완을 요구할 경우 이를 반영한다	3.73	.90

위 표에서 보는 바와 같이 서비스 준비에는 '세부적인 프로그램과 서비스 시간을

이용자가 선택할 수 있다'에서 매우 그렇다가 30명(15.4%)이며, 그렇다가 74명(37.9%)이며, 보통이다가 66명(33.8%)로 나타났다. '이용자에게 치료사에 대한 설명과 치료 프로그램에 대해 소개한다'에는 그렇다에 95명(48.7%)이며, 보통이다가 44명(22.6%)이며 그렇지 않다에 20명(10.3%)으로 나타났다. 그리고 프로그램의 선택(M=3.53)보다는 치료 프로그램에 대한 소개(M=3.64)에 대해서가 더 높이 나타났다.

초기 평가에서 '평가 환경에 대한 인식'은 그렇다가 65명(33.3%)이며, 보통이다가 59명(30.3%)이며, 그렇지 않다에 38명(19.5%)로 나타났다. '이용자의 관심과 우선순위 결정에 대해서'는 그렇다가 72명(36.9%)이며, 보통이다가 67명(34.4%)이며, 그렇지 않다에는 18명(6.2%)로 나타났다. 그리고 환경에 대한 평가(M=3.64)가 흥미활동, 필요 요구에 대한 우선순위(M=3.57)보다 높은 것으로 나타났다.

계획에서 '치료목표를 세울 때 보호자의 욕구 반영에 대해서'는 매우 그렇다가 45명(23.1%)이며, 그렇다가 84명(43.1%)이며, 보통이다가 51명(26.2%)이며, '치료계획을 세우기 전 관련정보에 대해 충분히 설명한다'는 매우 그렇다가 39명(20.2%)이며, 그렇다가 85명(43.6%)이며, 보통이다가 58명(29.7%)로 나타났다. 그리고 이용자의 욕구에 반영(M=3.79)가 평가 내용이나 관련정보를 설명(M=3.74)보다 더 높게 나타났다.

과정에 '이용자의 관심 흥미 고려에 대해서'는 매우 그렇다가 41명(21.0%)이며, 그렇다가 93명(47.7%)이며, 보통이다가 49명(25.1%)이며, '평가에 대한 효과성과 변화정도에 따른 치료계획 수정에 대해서'는 90(46.2%)이며, 보통이다가 48명(24.6%)로 나타났다. 그리고 과정에 대해서는 만족은 평균 3.83으로 높게 나타났다.

마지막으로 '평가 결과 보호자의 이의나 수정보완을 요구 할 때 반영에 대해서'는 85명(43.5%)이며, 보통이다가 57명(29.2%)로 나타났다. 그리고 치료계획의 수정이나 추가부분(M=3.86)이 결과에 대한 이의나 수정 보완을 요구를 반영(M=3.73)보다 높은 것으로 나타났다.

4) 치료지원 시행과정 및 내용에 대한 인식

치료지원 시행과정에 대한 부모들의 인식과 지원 내용에 대한 인식의 설문조사 결과는 다음과 같다.

(1) 치료지원 시행과정

치료지원의 시행과정에 대한 전반적인 사항에 대한 부모 인식을 알아보았다. 치료지원 계획 수립의 절차, 치료지원과 관련한 정책, 교육비 지원의 부족, 절차상의 편리성, 개별화교육계획의 이행정도, 개별화지원팀의 실태인식, 개별화교육전문가의 협조 등에 대한 인식을 알아본 결과 아래 <표Ⅳ-6> 와 같다.

<표Ⅳ-6> 치료지원 시행과정

내 용	시행과정(n=195)	
	M	SD
치료지원 계획수립의 절차의 적절성	3.01	.89
치료지원 관련정책 부족	4.00	.93
치료지원 교육비 지원 부족	4.10	.99
절차상 편리성	3.15	.92
개별화교육계획의 이행정도	2.57	1.04
개별화지원팀의 실태 인식	3.15	1.35
개별화교육계획 전문가 협조	2.23	1.11

치료지원 계획 수립의 적절성에 대한 인식에는 평균(M=3.01)정도로 나타났다. 그리고 치료지원 관련정책의 부족에 대한 인식에서는 평균(M=4.0)보다 높게 나타나 부모들이 치료지원 정책의 부족을 많은 부분 인식하고 있다. 그리고 치료지원 교육비 지원 부족에는 평균(M=4.10)보다 높게 나타나서 부족하다고 생각하고 있다. 치료지원 절차상 편리성에 대해서는 평균(M=3.15)정도를 나타내고 있고, 개별화교육계획의 이행정도에서는 평균(M=2.57)보다 낮다. 그리고 개별화교육지원팀의 실태를 인식하고 있는가에 대해서는 평균(M=3.15)정도고 개별화교육계획 전문가의 협조에 대한 인식에서는 평균(M=2.23)보다 낮게 나타나서 부정적으로 생각하고 있는 것을 알수 있었다.

(2) 치료지원의 정책수립의 주체

치료지원의 정책 수립의 주체에 대한 인식은 아래 <표Ⅳ-7>와 같다.

<표Ⅳ-7> 정책수립의 주체

구분	정부관료	교육부관계자	장애아동부모단체	특수교사
빈도(%)	10(5.1)	26(13.3)	147(75.4)	12(6.2)

치료지원의 정책수립의 주체에 대한 질문에는 장애아동 부모단체가 되어야 한다는 의견이 가장 높게 나타났다.

(3) 치료지원의 개발 방향

치료지원의 개발 방향에 대한 부모들의 인식은 아래 <표Ⅳ-8>와 같다.

<표Ⅳ-8> 치료지원의 개발 방향

구분	아동의 재활중심	학부모의 경제적 부담경감	부모교육 강화	치료지원의 프로그램이 학교와 연계해서 진행	기타
빈도(%)	84(43)	42(21.5)	5(2.6)	61(31.3)	3(1.5)

치료지원의 개발방향으로는 아동의 재활중심으로 이루어져야 한다는 의견이 가장 많았다.

(4) 치료지원의 의견 중심

치료지원의 의견 중심에 대한 부모의 인식은 아래 <표Ⅳ-9>와 같다.

<표Ⅳ-9> 치료지원의 의견 중심

구분	학부모	특수교사	치료사	기타
빈도(%)	144(73.8)	18(9.2)	29(14.9)	4(2.0)

치료지원의 의견 편성은 학부모 중심으로 의견이 반영되어야 한다는 의견이 많았다.

(5) 치료지원의 횟수

치료지원의 횟수에 대한 부모의 생각은 아래 <표Ⅳ-10>와 같다.

<표Ⅳ-10> 치료지원의 횟수

구분	주1회	주2회	주3회	주4회	주5회
빈도(%)	8(4.1)	57(29.2)	93(47.7)	13(6.7)	24(12.3)

치료지원의 횟수에 대해서는 주3회가 적당하다는 가장 많았다.

(6) 치료지원의 치료사와 관련된 문제점

치료지원의 치료사와 관련된 문제점으로 어떠한지에 대한 결과는 아래 <표Ⅳ-11>와 같다.

<표Ⅳ-11> 치료사의 문제점

구분	상담의 부족	치료사의 전문성	중재방법	치료시간	주변환경	기타
빈도(%)	22(11.3)	93(47.7)	18(9.2)	31(15.9)	11(5.6)	20(10.3)

치료지원의 문제점으로 치료사의 전문성이 93명(47.7%)이며, 치료시간은 31명(15.9%)이며 상담의 부족은 22명(11.3%)이며 기타 의견도 20명(10.3%)로 나타났다.

(7) 치료지원의 내용 편성

치료지원의 내용 편성에 대해서는 아래 <표Ⅳ-12>와 같다.

<표Ⅳ-12> 치료지원의 내용 편성

구분	언어	심리	행동	학습	음악	미술	작업	물리	일상생활	기타
n	95	36	9	6	1	1	1	6	39	1
%	48.7	18.5	4.6	3.1	0.5	0.5	0.5	3.1	20.0	0.5

치료지원의 내용 편성 분야에 대한 질문에는 언어치료가 95명(48.7%)이며, 일상생활훈련은 39명(20%)이며, 심리치료는 36명(18.5%)로 나타났다.

(8) 치료지원의 활성화

치료지원의 활성화를 위한 내용으로는 아래 <표Ⅳ-13>와 같다.

<표Ⅳ-13> 치료지원의 활성화

항목	n	%
정부의 재정지원 확대	93	47.7
전문 치료사의 확보	52	26.7
새로운 프로그램의 개발 및 실시	27	13.8
센터 내 편의시설의 확충	5	2.6
치료지원 제공기관 확대	18	9.2
기타	0	0.0

치료지원의 활성화를 묻는 질문에는 정부의 재정지원 확대가 93명(47.7%)로 가장 높았으며, 전문 치료사의 확보가 52명(26.7%)이며, 새로운 프로그램의 개발 및 실시가 27명(13.8%)로 나타났으며 치료지원 제공기관의 확대는 18명(9.2%)로 나타났다.

(9) 치료기관의 선택기준

치료지원의 선택기준에 대한 내용으로는 아래 <표Ⅳ-14>와 같다.

<표Ⅳ-14> 치료기관의 선택기준

항목	n	%
거리	32	16.4
시설	13	6.7
치료사의 자격이나 전공	48	24.6
교육비	31	15.9
교육 프로그램	47	24.1
차량 운행 여부	8	4.1
주변 평판	6	3.1
교사가 집으로 방문	3	1.6
기타	7	3.5

치료지원의 제공기관의 선택기준은 치료사의 자격이나 전공이 48명(24.6%)이며, 교육프로그램이 47명(24.1%)이며, 거리가 32명(16.4%)으로 나타났으며. 교육비도 31명(15.9%)으로 나타났다.

5) 치료지원의 문제점과 개선방안

(1) 치료지원의 문제점

치료지원의 문제점에 대해서는 아래 <표Ⅳ-15>와 같다.

<표Ⅳ-15> 치료지원의 문제점

항목	n	%
치료프로그램의 다양성 부족	58	29.7
치료비용의 경제적 부담	70	35.9
담당치료사의 전문성 및 자질 부족	12	6.2
부모교육 프로그램의 부족	15	7.6
시설 및 기자재의 미흡	6	3.1
편의 시설 부족	4	2.1
신청 절차의 복잡함	6	3.1
치료지원 선택의 자율성	6	3.1
치료지원의 법적 권한 강화	2	1.0
치료지원의 서비스 절차의 간편성	3	1.5
기타	13	6.7

치료지원의 문제점으로는 치료비용의 경제적 부담이 가장 높았으며, 치료프로그램의 다양성 부족, 부모교육 프로그램의 부족 순으로 나타났다.

(2) 치료지원의 개선방안

치료지원의 개선방안으로는 아래 <표Ⅳ-16>와 같다.

<표Ⅳ-16> 치료지원의 개선방안

항목	순위															
	1		2		3		4		5		6		7		8	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
복잡한 절차와 행정지침의 부족	49	25.1	15	7.7	27	13.8	28	14.3	27	13.8	16	8.2	18	9.2	27	13.8
프로그램의 질을 담보하기 어렵다	26	13.3	26	13.3	30	15.4	27	13.8	16	8.2	21	10.8	27	13.8	20	10.3
프로그램에 대한 부모 상담의 부족	6	3.1	20	10.3	27	13.8	27	13.8	27	13.8	22	11.3	40	20.5	25	12.8
서비스 프로그램 선택의 폭이 좁다	39	20.0	42	21.5	29	14.9	24	12.3	21	10.8	23	11.8	5	2.6	8	4.1
서비스 제공 시설이 열악하다	5	2.6	13	6.7	17	8.7	17	8.7	32	16.4	38	19.5	31	15.9	41	21.0
치료나 교육이 유관기관과 협력이 부족	11	5.6	24	12.3	31	15.9	39	20.0	32	16.4	29	14.9	18	9.2	9	4.6
서비스 제공 시간이 부족하다	33	16.9	29	14.9	18	9.2	22	11.3	18	9.2	21	10.8	35	17.9	18	9.2
치료바우처 이용료가 적절하지 않다	26	13.3	26	13.3	16	8.2	11	5.6	22	11.3	25	12.8	21	10.8	47	24.1

향후 바람직한 치료지원이 이루어지기 위하여 필요한 “치료지원의 개선방안”을 8가지 항목으로 나누어 제시 한 후 선택하도록 한 결과 ‘복잡한 절차와 행정지침의 부족’을 학부모 49명(25.1%)이 개선되어야 1순위로 선정하였다. 2순위는 ‘서비스 프로그램 선택의 폭이 좁다’가 42명(21.5%), 3순위는 ‘치료나 교육이 유관기관과 협력이 부족하다’가 31명(15.9%), 4순위는 ‘치료나 교육이 유관기관과 협력이 부족하다’가 39명(20.0%), 5순위는 ‘서비스 제공 시설이 열악하다‘가 32명(16.4%), 6순위는 ‘서비스 제공 시설이 열악하다‘가 38명(19.5%), 7순위는 ’프로그램에 대한 부모 상담의 부족‘이 40명(20.5%), 8순위는 치료바우처 이용료가 적절하지 않다’가 47명(24.1%)로 나타났다.

Ⅴ. 논 의

1. 방법의 논의

본 연구는 면담 연구대상자와 설문조사 대상자로 구분하여 선정하였다.

면담 연구대상자는 다음과 같은 방법으로 선정하였다. 광주지역에 거주하는 치료지원 대상의 자녀를 둔 부모, 각 기관-병원, 사설, 비영리단체, 복지관치료실 등-을 직접 방문하거나 전화를 통하여 면담에 응해 주겠다고 승낙한 부모를 대상으로 본 연구의 목적에 적합한 조건을 갖춘 자로써 20명을 연구대상자로 선정하였다. 설문조사 대상자는 광주지역에 거주하고 장애자녀를 둔 학부모를 대상으로 하였으며 치료지원을 받고 있는 총 195명의 아동 부모에게 설문을 실시하였다. 설문 및 면담 대상자를 고루 분포시켜 응답과 설문결과를 수집하여 활용 하였다.

본 연구의 면담 및 설문조사 대상자를 광주광역시에 거주하는 학부모만을 대상으로 실시하였다는 제한점이 있으므로 후속연구에서는 전국단위로 설문을 확대실시할 필요성이 있다고 사료된다.

연구에 사용된 도구는 치료지원 부모인식에 관한 면담질문지와 설문지이다. 면담질문지는 본 연구와 관련된 선행연구물들과 문헌연구를 통하여 면담 질문지의 틀을 마련하고 치료서비스에 대한 연구(김영태 외2008, 김수진, 유영준, 윤철수, 2008)에서 사용된 설문지를 참고하여 예비 면담 질문지를 개발하였다. 특수교육학과 교수 2인 및 관련분야 박사학위 소지자 3명에게 이에 대한 내용타당도 검토를 거쳐 수정 보완하였다. 면담 질문지를 작성한 후 연구 참여자들과 유사한 조건의 장애자녀를 둔 어머니 1명과 예비 면담을 실시하였다.

설문지는 선행연구와 참고문헌을 토대로 질문지를 개발하였고, 일반적인 특성과 치료지원의 인식, 치료지원 프로그램 내용과 치료지원의 시행과정, 문제점 및 개선방안으로 구성하였다. 내용타당도(Content validity) 검증을 위해 특수교육학과 교수 2인, 관련분야 박사학위 소지자 3명, 치료지원을 받고 있는 학부모 2인(석사학위 소지자)에게 검증을 받았다.

바우처 관련된 논문은 아직 활발하지 못한 실정이나 연구되어진 선행연구들 대부분이 학부모를 대상으로 치료지원의 만족도(함미나, 2010), 요구조사(윤새나, 2011) 등과 같은 내용이었다. 또한 선행연구의 대부분이 연구도구를 만들어 사용하

는 경우가 대부분이여서 앞으로 치료지원의 정확한 요구파악을 위해서 전문가에 의해 타당도나 신뢰도를 검증받은 연구도구가 나와야 한다.

연구절차는 심층 면담 대상자에 대해서는 내용을 충분히 설명하고 연구 동의서에 본인이 직접 승낙 사인을 함으로써 본인이 허락하지 않으면 언제든지 철회할 수 있다는 것을 알렸다. 또한 연구자는 연구 대상자에게 연구의 목적과 개요에 대해 설명을 하였다. 면담 내용을 녹취할 것 등을 설명하고 연구 참여 동의서를 받았다.

설문조사는 광주지역을 중심으로 교육과학기술부 치료지원과 보건복지부 장애아동 재활치료서비스를 이용하는 아동의 부모를 모집단으로 선정하였다. 교육과학기술부와 보건복지부의 치료지원을 모두 제공하는 약 20개 기관 중 15개 기관에 승낙을 얻어 설문지를 배부 하였다. 응답이 성실하지 않는 설문지와 연구 대상에서 제외되는 경우를 제외한 195부를 분석하여 사용하였다.

기존 치료지원 연구들은 양적 연구나 질적 연구를 각각 연구했으나 본 연구는 양적 연구를 통해서 객관적인 지표를 얻었고 또한 설문을 통해 조사되기 어려운 내용을 질적연구방법을 사용하여 직접적으로 면담함으로써 부모들의 심층적인 의견을 조사하고자 하였다.

2. 결과의 논의

치료지원을 받고 있는 특수교육대상자 부모를 대상으로 치료지원 제도 및 정책구조, 시행과정과 방법 및 내용, 치료지원의 문제점과 개선방안에 대한 분석 결과를 논의하면 다음과 같다.

1) 치료지원 제도 및 정책구조

치료지원에 대한 인식을 알아보기 위해 치료지원의 이해, 치료지원의 정책과 주체, 개별화교육의 이해와 참여도, 개별화지원팀의 협조와 필요성에 대하여 면담과 설문조사를 한 결과에 대하여 논의하면 다음과 같다.

첫째, 부모들이 느끼는 치료지원의 인식은 치료지원이 실질적인 경제적 부담을 경감시킨다고 하였다. 그래서 현재 지원되는 정책 덕분에 얼마간에 경제적 도움이

된다고 하였다. 장애 학부모를 대상으로 치료지원인식을 조사한 전귀옥(2011)의 연구에서도 치료지원 서비스로 인해 치료비용이 절감된다고 말하였다. 또한 이수경(2009)의 연구에서도 경제적인 부담을 경감시킨다는 연구결과를 나타내 본 연구의 결과와 일치한다. 더불어 치료지원이 부수적으로 해주는 교육적 지원이 아닌 반드시 아동들의 삶에 필요한 교육적 지원이 되어야 한다고 사료된다.

둘째, 치료지원의 정책 주체에 대해서는 장애당사자 부모가 되어야 한다는 의견이 가장 많다. 선행연구가 미비하여 본 연구의 결과를 비교하여 해석하는 데 어려움이 있으나 정책 주체에 장애부모 당사자의 의견을 반영함으로 더욱 현실적인 내용이 반영된다고 생각하는 것으로 사료된다. 이 외에도 일부의 학부모의 의견 중에서 정책 주체로 국가기관 혹은 국가와 부모 모두 주체가 되어 합리적인 정책이 수립되어야 한다는 의견이 있었다. 본 연구결과와 관련하여 이러한 정책이 만들어지는 과정에서 장애아동 부모들의 참여와 정부 당국자, 특수교육관련자, 기타 장애단체들이 모두 참여한 가운데 이러한 정책이 수립되어야 현실적인 문제나 어려움이 더욱 잘 반영될 것이라 사료된다.

치료지원의 정책 목표와 정책수단과 관련하여 면담한 결과 부모들 대부분이 합리적으로 적절하게 수립되어 시행되지 않고 있다고 하였다. 또한 치료지원의 시행과정에 대한 부분에서도 치료지원 정책이 많이 부족하며 특히 경제적인 부분에서 현실성이 부족하다는 의견이 많다. 설문조사에 있어서 치료지원 정책의 만족도는 장애아동 교육 및 치료지원 관련 정책의 부족하다고 하여 면담결과와 일치하였으며, 치료지원의 경제적 혜택과 관련하여 경감되는 부분도 있으나 대부부의 학부모가 현실적인 면에서 일치하지 않는다고 하여 이 또한 면담조사 결과와 일치한다. 윤새나(2011)의 연구에서도 치료지원 서비스 정책에 대한 만족도를 조사한 결과 부모들이 인식하는 정책 만족도가 그리 높지 않음으로 나타나 본 연구 결과와도 일치한다.

셋째, 개별화교육의 이해와 참여도에서는 현재 학교에서 실시하는 개별화교육계획에 대한 학부모의 인식에 대해서는 많은 부모들이 개별화교육계획에 대해서 잘 모르고 있다. 또 개별화교육계획을 알고 있는 부모들은 실행 여부에 대해서는 부정적인 반응이다. 이는 치료지원을 받고 있는 대상자가 참여한 연령이 낮아 부모들이 교육현장에 참여한 적이 없기 때문인 것 같다. Ford, Davern, & Schnorr(1992)는 개별화교육계획에 의한 장애학생의 수업이 학급의 수업 실제와 괴리가 발생하는

것은 급우들의 교육 내용과 공통성이 너무 적어서 그것을 교사가 효과적으로 운영하기에는 너무나 큰 다양성이 존재하기 때문이라고 하였다. 윤광보(2008)는 개별화교육계획이 학급의 교육과정과의 차이성이 크지 않아야 하며, 수업에서 직면하게 될 차이성뿐만 아니라 유사성들이 쉽게 확인될 수 있도록 작성되어야 한다고 하였다.

넷째, 개별화지원팀의 협조와 필요성에 있어서 학부모의 대다수가 개별화교육지원팀과 관련된 법적 조항 및 지원팀 구성에 대해 모른다고 응답하였다. 이와 관련하여 태원섭(2007)의 연구에서는 효율적인 개별화교육실행을 위해서 개별화위원회를 활성화 할 수 있는 현실적인 방안과 적절한 행·재정적 지원이 필요하다고 하였다. 또한 선진국과 같이 다원적인 치료접근법을 통해서 교육목표 달성이 이루어져야 할 것으로 사료된다.

2) 치료지원 시행과정과 방법 및 내용

치료지원 시행과정과 방법 및 내용에 대해서는 절차상, 교육비, 실시장소, 제공기관, 운영시간과 횟수, 프로그램의 질과 다양화 등에 대한 만족도를 알아보았다.

첫째, 치료지원 절차상의 만족도에 있어서 부모들은 제공기관을 행정기관에 알아보기보다는 주위의 다른 부모에게서 정보를 얻는 것이 더 신뢰롭다고 생각하였다. 각 행정당국은 그 지역에서 치료지원 서비스를 제공하는 기관에 대한 정확한 정보와 치료영역에 대한 이해를 도울 수 있도록 관련 자료를 비치하여 부모들로부터 이러한 불편 사항이 개선될 수 있도록 더욱 실증적인 노력을 해야 할 것으로 사료된다.

둘째, 교육비 지원의 만족도는 부모들은 더 많은 지원을 해주었으면 하는 생각과 자기부담금을 현실적 수준으로 맞추어져 추가 부담 교육비가 지출되지 않았으면 하는 생각이다. 미국이나 다른 선진국처럼 장애아동에 대한 치료지원은 국가 단위에서 이루어지는 무상의 교육 서비스가 되는 방안을 모색할 필요가 있을 것이다.

셋째, 제공기관에 대해서는 기관을 선택할 수 있는 폭이 좁아서 원하는 기관을 선택할 수 없는 실정이다. 기관의 크기나 기관장의 전문성, 환경적인 문제보다 치료사와 아동과의 관계를 가장 중시한다는 의견이 많았다. 치료지원의 만족도를 살펴보면 대부분의 학부모가 실시장소에 대한 만족도는 높은 것으로 나타났다. 연구결과와 관련하여 치료기관을 이용하는 학부모 대부분이 기관이 불만족스럽거나 장

소나 시간 프로그램의 질에 만족을 못하는 경우, 다른 치료기관으로 옮겨서 그 문제를 해결하려고 한다라고 하였다.

넷째, 치료지원 운영시간과 횟수에 대한 만족도와 관련하여 수업 시간에 대해서는 만족을 하였지만 제공 횟수에 대해서는 많은 부모들이 부족하다고 하였다. 그리고 한 영역에서만의 수업이 아닌 다양한 영역에서 아동에게 접근이 이루어지기를 바라고 있었으며, 현재 선택의 폭도 좁고 지원액이 정해져 있기에 어려움이 있다고 하였다. 이와 관련하여 치료지원의 횟수는 주3회가 적당하다는 의견이 가장 높게 나타났다. 그러나 함미나(2010)의 연구에서는 바우처 기관의 소요시간과 주당 이용횟수에 대한 만족도 모두 높은 것으로 나타났으며, 전귀옥(2011)년의 연구에서는 소요시간에 대해서는 본 연구결과와 일치하며, 치료횟수도 주 1,2회 보다 더 많이 받기를 원한다.

다섯째, 치료지원프로그램 질과 다양성에 대한 만족도는 낮다.

면담결과 현재 시행되고 있는 치료영역은 재활과 관련한 수업이 주를 이루고 있는데 부모들의 입장에서는 치료영역과 다른 분야에서도 교육적 지원이 이루어지기를 희망한다고 하였다. 치료영역의 선택은 부모가 선택을 하는 경우가 대부분인데, 선택의 기준이 검사와 평가를 근거로 하는 것이 아니라 주위 부모들의 의견이나 평가에 의해 치료영역을 선택한다고 볼 수 있다. 본 연구결과와 유사하게 윤새나(2011) 연구에서도 치료지원 선택에 있어서 부모가 결정한다는 의견이 높게 나타나 부모의 의견중심으로 치료영역과 기관이 선택되어진다는 것을 알 수 있었다. 한국장애인개발원(2010)의 연구에서는 서비스를 제공하고 있는 기관들 또한 장애아동에 대한 종합적인 평가를 통해서 가장 필요한 우선순위를 결정해야 한다고 하였다. 이와 같이 치료지원은 장애아동이 재활을 통해 좀 더 호전되고 정상적인 생활을 영위해 나갈 수 있도록 하는데 목적이 있다고 할 수 있으므로 다양성 보다는 전문성에 초점이 맞춰져야 할 것으로 사료된다.

3) 치료지원의 문제점과 개선방안

치료지원의 문제점 및 개선방안에 대한 결과를 논의하면 다음과 같다.

첫째, 치료지원 치료사의 전문성과 질에 대해서 많은 부모들이 중요하다고 생각하고 있고 장애아동에 대한 이해와 그 아동에 맞는 교육적 중재의 중요성을 언급

하였다. 전문 치료사들의 양성에 대해 많은 각 기관에서 공인된 자격을 갖추고 또는 규정에 준하는 민간자격을 갖춘 치료사들이 장애아동을 만나서 치료지원을 실시하고 있다. 그러나 자격 기준을 더욱 강화 시켜 좀 더 질 높은 치료사들이 배출이 되어 장애아동들을 만나고 그들에게 치료적 중재를 실시하여야 한다. 각 대학에서 실시하는 평생교육원의 단기과정 치료사 과정을 이수하여 아이들을 만난다거나 공인되지 않는 어떤 자격을 가지고 치료영역으로 합류하여 아이들을 만나는 일은 없어져야 할 것이다. 이는 아이들에게도 치료지원을 담당하는 일선 치료사들에게 매우 위험한 일이며 치료사의 질 저하를 양산하기 때문에 견제 할 필요가 있다고 사료된다. 그리고 현재 운영되는 사설 치료실과 병원, 복지관의 치료영역의 다양화보다는 각 기관별로 전문성을 갖는 치료기관으로 탈바꿈해야 한다고 생각한다. 부모들이 요구하고 이것도 저것도 필요하니 만들어 시행하기 보다는 언어치료 전문기관, 미술치료 전문기관, 음악치료 전문기관 등의 전문성을 갖는 것이 무엇보다 중요하리라고 생각한다. 그러기 위해서는 운영자의 장애아동에 대한 정확한 이해와 지식이 중요하며 아동을 만나는 치료사들의 전문적인 지식과 많은 노력으로 자신이 맡고 있는 영역의 질을 높이기 위해 최선을 다해야 한다고 사료된다.

김수진(2008)의 연구에서 치료지원 바우처 사업에서 이용할 수 있는 프로그램의 종류가 다양한 것은 선택의 폭을 넓힐 수 있다는 점에서 바람직해 보이지만 치료사의 관리나 질적인 서비스의 제공 등을 관리하기에는 너무 방만하게 운영되고 있음을 반영하는 것이라고 하였다.

둘째, 행· 재정적인 지원의 문제는 선정이 되지 않는 기관은 참여가 어렵기 때문에 부모들은 각 구에서 지정한 곳에서만 수업을 받게 되는 어려움을 가지고 있다. 부모들은 이러한 절차 과정을 알 수 있는 행정기관에서의 적절한 도움을 받기가 어렵다는 의견이 많다. 이수경(2010)의 연구에서 장애아동 재활치료서비스를 신청하는 기관인 동사무소에서 바우처 서비스의 업무처리 및 신청절차에 대한 만족도 질문에 보통이라고 응답한 경우가 가장 많다.

재정적인 부분에서의 경우는 치료지원이 되어 지원을 받는 것은 좋지만 자기부담금이 부담이 된다는 의견도 있었다. 윤새나(2011)의 연구에서 치료지원 서비스에 소요되는 비용이 30만원 이상이 가장 높게 나타났다. 본 연구자의 결과에서도 소득수준과는 상관없이 30만원 이상의 비용을 지불하는 경우가 가장 높은 것으로 나타난 것으로 보았을 때 치료지원을 받는 부모들에게는 큰 부담으로 작용한다.

셋째, 치료지원을 제공하는 기관의 확대에 대한 문제이다. 현재 각 구에 지정된 2곳에서 또는 컨소시엄을 포함하여도 그리 많지 않은 치료지원 기관의 수를 본다면 좀더 확대 되어 많은 장애아동들이 근접한 거리에서 다양한 서비스를 받을 수 있어야 할 것이다. 함미나(2010)의 연구에서도 바우처 기관의 수를 늘려 다양한 치료기관을 선택할 수 있도록 한다는 의견이 높다.

넷째, 진단 평가에 의한 확실한 근거를 부모에게 전달하고 그 평가에 준해서 우선순위가 무엇인지를 반드시 부모에게 알려야 한다. 기관 사정에 의한 아동을 프로그램에 배치하는 일은 없어져야 한다. 그리고 아동이 기관을 이동하게 되는 경우 다른 기관과의 연계는 반드시 필요하다. 이는 같은 영역을 중복하는 것도 막을 수 있고 다른 영역에서 아동의 수행 정도나 이해의 정도를 파악하는 데는 반드시 필요하기 때문이다. 영리 목적으로 부모의 요구에 의해 이끌리는 기관이 되기보다는 아동의 재활을 중심으로 그 아동에게 가장 필요한 치료영역의 확립은 반드시 이루어져야 한다. 부모들은 아동에 대해서 가장 잘 안다고 생각하지만 교육적 부분에서 때론 부모가 아동에 대한 이해의 부분과 치료실에서 보여 지는 아동의 수행 수준은 다를 경우가 많다. 이런 경우 부모 교육·상담은 치료기관이 이행하여야 할 과제라고 생각한다. 부모들의 정보 공유가 때로는 아동에게 맞지 않는 프로그램의 합류로 이어질 수 있다. 그러한 결과가 아동에게 효과적이지 못하며 시간만 허비하게 되는 경우가 될 수도 있으며 또 다른 비용을 추가하는 부담을 안게 되는 것이다. 이러한 것을 막기 위해 공인된 기관에서 진단과 평가가 이루어져야 함은 그 무엇보다 중요하다고 생각한다. 아동에 대한 체계적인 진단 평가가 이루어지고 그 평가에 의한 아동의 우선순위에 따라 치료영역이 선택되어져서 수업이 진행된다면 지금보다 훨씬 효과적인 치료지원의 목표를 이룰 수 있으리라 사료된다.

다섯째, 치료영역의 문제로는 현재 실시하는 치료영역 이외의 야외에서 이루어지는 프로그램, 체험활동 프로그램, 등 치료적인 접근보다는 학교 현장에서 실시해야 하는 프로그램의 경우도 부모들은 치료지원의 의미에 접목하기를 원하고 있다.

무엇보다 중요한 것은 현재 진행하고 있는 프로그램들의 효과성을 검증할 필요가 있다. 부모들이 바우처를 들고 각 기관 치료실을 내원하면 평가를 실시하고 자체적으로 구성되어 있는 치료영역으로 아동은 배치되어 수업이 이루어진다. 때때로 아동에게 맞는 치료영역의 치료사와 시간이 맞지 않는 경우나 기관의 여러 사정으로 우선순위에서 벗어난 치료영역에서 수업을 받는 경우도 있다.

여섯째, 치료영역이 더욱 다양화되어야 하는 문제가 아닌 무분별한 치료영역의 생성이라고 생각한다. 부모가 선택한 치료영역이 진정 아동에게 적합한 치료영역인가의 적절성을 검증 받을 수도 없으며 그 치료영역으로 아동의 발달 정도를 파악하기도 어렵다고 생각한다. 이를 위해서는 아동과 치료영역의 적절성에 대한 판별을 요한다고 할 수 있다. 사설 치료실의 무분별한 생성의 문제보다는 치료영역의 무분별한 생성이 오히려 치료지원이 갖는 원래의 목적에 잘 부합하고 있는지를 살펴보아야 할 때라고 생각한다.

일곱째, 방과 후 특기적성과 관련한 교육기관 연계에 대해 장애아동들은 비장애아동들이 배우는 일반적인 특기적성과 관련한 교육기관을 이용하기가 쉽지 않다. 교육기관장의 마인드나 담당 교사의 장애아동에 대한 이해의 부족과 경영상 별 도움이 되지 않는다는 생각 등의 여러 요인으로 장애아동이 일반 예체능 교육기관에 다니는 것이 쉽지 않은 상황이다. 이런 점을 개선한다면 많은 장애아동들은 다양한 분야에서 보고 듣고 느끼는 것만으로도 얻는 것이 많을 것이다. 방과 후 특기적성과 관련해서 학교와 각 교육기관이 인프라가 갖추어진다면 치료지원의 의미가 아닌 음악이나 미술을 보다 쉽게 접할 수 있는 기회를 제공해줄 수 있고 치료지원에서 제공하는 음악치료나 미술치료와도 구별이 될 것이다.

여덟째, 특수교육대상자 수가 82,665명인데 치료지원을 받고 있는 아동수는 27,671명이다. 그리고 장애아동 재활치료서비스를 받고 있는 아동수는 37,000명이라면 모든 특수교육대상자가 치료지원을 필요로 하는 경우는 아니지만 그래도 많은 수의 아동들이 이러한 교육적 혜택을 받지 못하는 사각지대에 놓여있다는 것을 알 수 있다. 부모가 직업을 갖고 있는 경우, 편부나 편모, 조부모에게 양육되는 장애아동의 경우 아동을 데리고 기관에 방문이 어렵기 때문에 이러한 서비스가 있다는 것을 알면서도 쉽게 접근하지 못하는 경우가 있다. 이러한 점을 해소하기 위해 보건복지부의 장애아동 재활치료서비스는 방문형 치료서비스를 실시하고는 있지만 효과성을 비교했을 때 기관에 비치되어 있는 자료와 기자제를 이용하여 수업을 활용하는 부분에서 분명 차이는 있다. 이러한 점을 보완하기 위해 학교 내에서 치료지원이 이루어질 수 있는 방안이 모색되어야 할 것이다.

이는 함미나(2010)의 연구에서도 수업이 끝난 방과 후에 치료사를 통한 학교 안에서 치료지원을 희망하고 있고, 학교는 학생의 개별화된 치료서비스를 제공하는데 한계를 가지므로 지역사회의 치료 인프라를 학교 안으로 끌어들이는 것이 바람직

하다는 원칙을 제시한 김주영의 연구와 같다.

4) 특수교육대상자의 치료지원에 대한 부모인식

설문조사에 의한 치료지원에 대한 인식과 프로그램 내용, 시행과정 그리고 개선방안에 대한 결과를 바탕으로 논의하면 다음과 같다.

첫째, 치료지원에 대한 학부모의 인식수준으로는 남성이 여성보다, 고졸이 대졸보다, 10세 미만보다 10세 이상이, 치료지원 추가비용에 따라서는 10만원 미만의 경우가 가장 높다. 치료지원의 만족 수준으로는 고졸이 대졸보다, 치료지원 추가비용이 10만원 미만의 경우가 가장 긍정적으로 나타났다. 치료지원 프로그램 내용은 30대가 40대보다, 고졸이 대졸보다, 추가비용에 대해서 10만원 미만이 긍정적으로 나타났다. 즉 인식, 만족, 내용 부분에서 고졸이 대졸보다 더 치료지원에 대해서 긍정적으로 나타났으며 추가비용에서 10만원 미만의 경우 더 긍정적으로 나타났다. 경제적인 부담이 줄어들수록 치료지원에 대해 긍정적인 것을 알 수 있다. 치료지원의 인식과 만족도, 내용간의 상관관계를 알아본 결과 치료지원 만족도가 높을수록 치료지원 인식도 높으며, 치료지원 프로그램 내용을 많이 알고 있을수록 치료지원 만족도도 높다.

둘째, 치료지원 인식의 결과에서는 치료지원의 목적과 대상에 대해서는 이해하고 있다가 가장 높고 집행방법과 예산, 신청과정에 대한 인식은 보통이다. 제공기관 선택에 대해서는 인식은 높고, 치료영역에 대해서는 보통이다가 높다. 이는 부모들이 국가에서 실시하는 교육과학기술부나 보건복지부의 치료지원에 대한 이해가 높은 것을 알 수 있듯이 장애를 가진 부모라면 누구라도 치료지원의 필요성을 인식하고 있다.

셋째, 치료지원 내용에 있어서 서비스 준비와 초기 평가, 계획, 과정, 평가에 대한 인식과 치료지원의 내용에 대해서는 좋은 평가를 하고 있다. 즉, 부모가 치료영역을 선택하고 그에 따른 수업이 이루어지기에 큰 불만은 없는 것으로 사료된다.

정부의 치료지원 정책의 합리적이고 적절한 수립에 대해서는 보통으로 인식하고 치료지원 관련 정책이 부족하다고 인식하고 있다. 이는 아직 많은 부모들이 치료지원과 관련한 더 많은 정책이 나와서 장애아동에게 필요한 치료지원을 더욱 많이 시행하였으면 하는 의견을 나타낸 것이라 할 수 있다. 시행과정에서 개별화교육계

획에 대한 인식은 어느 정도는 알고는 있다가 높았지만 개별화지원팀의 실태에 대해서는 지원팀이 무엇인지도 모르고 있다. 이는 법적으로는 구성이 되어야 함을 원칙으로 하고 있지만 현실적으로 이루어지지 못함을 의미한다. 그리고 정책 수립의 주체는 장애아동부모단체가 되어야 한다는 의견이 가장 많고 교육비지원의 부족에 대한 질문에는 매우 부족하다고 지적하고 부모들은 치료지원에 대한 경제적인 지원이 더욱 많이 이루어지기를 바라고 있다.

Ⅵ. 결론 및 제언

1. 결 론

본 연구는 특수교육대상자의 부모를 대상으로 치료지원에 대한 부모의 인식을 알아보고자 하였다. 연구의 결과 및 논의를 통해 얻어진 결론은 다음과 같다.

첫째, **치료지원의 제도 및 정책구조**에서는 치료지원의 이해와 관련하여 부모들이 느끼는 치료지원의 인식은 경제적인 지원이 되어 좋고 치료지원이 장애학생들이 가진 장애의 경감이나 기능향상, 행동 발달을 위한 정보제공보다는 실질적인 경제적 부담을 경감하는데 더 큰 의미를 두고 있다. 그러나 현재 지원되는 정책효과로 얼마간에 경제적 도움이 된다는 점으로 이해하고 있다. 치료지원의 정책의 주체에 대해서는 장애당사자 부모가 되어야 한다는 의견이 대부분이고, 힘이 있는 국가기관이 주체가 되어 법적· 제도적으로 강압된 체제를 만들어야 한다는 의견도 많다. 그리고 장애아동이 중심이 되어 아동을 위한 국가와 부모와 관련단체들이 모두 주체가 되어 합리적인 정책이 수립되어야 한다는 의견도 있다. 개별화교육계획에 대한 학부모의 인식에 대해서는 많은 부모들이 개별화교육계획에 대해서 잘 모르고 있다. 또 개별화교육계획에 알고 있는 부모들은 개별화교육계획에 대한 인식에 있어서 알고는 있지만 실행하고 있는 부분에서는 부정적인 반응이다. 개별화지원팀의 협조와 필요성에서는 개별화교육지원팀의 구성이라는 법적 조항이 있음에도 많은 부모님들은 개별화교육계획에 대한 인식도 부족하고 개별화교육지원팀의 구성 자체에 대한 이해수준도 다소 낮은 수준이다. 이는 치료지원대상자 연령이 낮은 부모들이 조사에 많이 응답한 결과 때문이라고 생각된다.

둘째, **치료지원 시행과정과 방법 및 내용**에 대해서는 절차상 만족도와 교육비 만족도, 실시장소에 대한 만족도, 제공기관, 운영시간과 횟수, 프로그램의 질과 다양화에 대한 만족도는 크게 높지 않다.

치료지원 절차상의 만족도는 부모들은 제공기관을 행정기관에 알아보기보다는 주위의 다른 부모에게서 정보를 얻거나 이러한 정보를 알지 못하는 경우도 많다. 교육비 지원의 만족도는 현재 시행하고 있는 치료지원에 대해서 부모들은 예전보

다는 좋아져서 만족하지만 아직도 더 많은 지원을 해주었으면 하는 생각과 현재 치료지원을 받고 있으면서 지출되는 자기부담금을 현실적 수준으로 맞추어져 추가 부담 교육비가 지출되지 않았으면 한다. 제공기관에 대해서는 보건복지부 장애아동 재활치료서비스는 각 구에서 선정된 2곳에서만 교육을 받을 수 있고 이 2곳 중에서 컨소시엄을 함께 수행하는 기관을 포함하면 그 수가 조금 더 늘어나기는 하지만 기관을 선택할 수 있는 폭이 상대적으로 좁을 수밖에 없는 실정이다. 치료지원 운영시간과 횟수에 대한 만족도는 아이들이 집중시간이 짧기 때문에 40분 수업에 대해서는 만족을 하는 부분이지만 제공 횟수에 대해서는 많은 부모들이 부족하다고 인식하고 있다. 치료지원 프로그램 질과 다양화에 대한 만족도는 현재 시행되고 있는 치료영역은 재활과 관련한 수업이 주를 이루고 있는데 부모들의 입장에서는 치료영역이상의 분야에서 교육적 지원이 이어지기를 희망하는 것을 알 수 있다. 치료지원 담당 치료사의 전문성은 치료사의 전문성과 질에 대해서는 많은 부모들이 중요하다고 생각하고 있고 장애아동에 대한 바른 이해와 그 아동에 맞는 교육적 중재의 중요성을 언급 한다. 치료지원 시행과정에 있어서 기관이 마음에 들지 않는다면, 아동이 치료사와 맞지 않는다면 기관을 옮기는 방법으로 문제를 해결하기 때문에 프로그램의 내용에 대한 만족도는 높다. 만족도에 대해서는 실시장소에 대한 만족에는 보통이고, 제공기관과 운영시간에 대해서는 보통수준이며, 프로그램의 질에 대한 만족도는 높다. 현재 치료지원을 실시하는 기관에 대한 평가는 어느 정도 만족을 한다.

셋째, **치료지원의 문제점과 개선방안**에서 문제점으로는 참여기관에 선정이 되지 않는 기관은 참여가 어렵기 때문에 부모들은 각 구에서 지정한 곳에서만 수업을 받게 되는 어려움을 가지고 있다. 이러한 과정에서 부모들은 이러한 절차 과정을 알 수 있는 행정기관에서의 적절한 도움을 받기가 어렵다는 의견이 많다. 치료지원을 제공하는 기관의 확대에 대한 문제이다. 부모들은 교육과학기술부에서 지원하는 치료지원으로 주1회의 교육을 기관에서 받게 되고 보건복지부에서는 22만원부터 16만원까지 지원을 받으며 주 2회의 교육적 중재를 받게 되는데 그 이외의 부족부분에 대해서는 자기부담금을 내고 있다. 치료지원이 되어 지원을 받는 것은 좋지만 자기부담금이 부담이 된다는 의견이 많다. 운영상 문제는 제공 횟수와 제공기관의 확대되어야 하며, 치료지원의 다양화와 자기 부담금의 완화를 원하고 있다. 그리고 행정기관의 홍보가 부족한 실정을 지적한다.

넷째, **치료지원에 대한 배경변인에 따른 인식**수준으로는 남성이 여성보다 치료지원에 대한 인식이 더 높고 고졸이 대졸보다 인식이 더 높으며 10세 미만보다 10세 이상 부모가 치료지원에 대한 이식이 더 높다. 치료지원 추가비용에 따라서는 10만원 미만의 경우가 가장 높다. 치료지원의 만족 수준으로는 고졸이 대졸보다 만족도가 높고 추가비용이 10만원 미만의 경우가 가장 긍정적으로 인식한다.
치료지원 프로그램 내용은 30대가 40대보다 치료지원에 대한 내용에 관한 인식이 높고 고졸이 치료지원 내용에 대한 인식이 더 높다. 추가비용에 대해서 10만원 미만이 긍정적으로 인식한다. 치료지원의 인식과 만족도, 내용간의 상관관계를 알아본 결과 치료지원 만족도가 높을수록 치료지원 인식도 높으며, 치료지원 프로그램 내용을 많이 알고 있을수록 치료지원 만족도도 높다.

치료지원의 인식에 대한 결과에는 치료지원에 대한 학부모의 인식에서 치료지원의 목적과 대상에 대해서는 대체적으로 이해하고 있다. 집행방법과 예산, 신청과정과 제공기관 선택, 치료영역에 대해서는 인식수준이 보통이다.

치료지원 프로그램 내용에 있어서 서비스 준비와 초기 평가, 계획, 과정, 평가에 대한 인식이 비교적 높고, 치료지원의 내용에 대해서는 좋은 평가를 하고 있다.

치료지원 시행과정 및 내용에서 정부 치료지원 정책의 합리적이고 적절한 수립에 대해서는 보통으로 인식하고 있고 치료지원 관련 정책이 부족하다는 의견이 가장 높다. 개별화교육계획에 대해서는 어느 정도 알고 있지만, 개별화지원팀의 실태에 대해서는 지원팀이 무엇인지도 모르고 있다. 그리고 교육비지원이 매우 부족하며 정책 수립의 주체는 장애아동부모단체가 되어야 한다는 의견이 가장 많다. 치료지원의 개발방향은 아동의 재활 중심이 가장 높고 치료지원의 의견편성은 학부모가 가장 높다. 그리고 치료지원 횟수는 주 3회가 가장 많으며 치료사와 관련한 문제점으로는 치료사의 전문성이 가장 높고, 치료지원의 내용편성은 언어치료가 가장 많으며, 치료지원의 활성화는 정부의 재정지원의 확대를 요구하고 있다. 치료지원의 제공기관의 선택기준은 치료사의 자격이나 전공을 중요시 한다.

치료지원의 개선방안에서 치료지원의 문제점은 치료비용의 경제적 부담, 치료프로그램의 다양성 부족을 가장 많이 지적한다. 개선방안의 1순위로 복잡한 절차와 행정지침의 부족을 지적하고, 2순위로는 서비스 프로그램 선택의 폭이 좁으며, 3순위로는 치료나 교육이 유관기관과 협력이 부족함을 지적하고 있다.

2. 제 언

이 연구의 논의와 결론을 바탕으로 본 연구의 한계를 보완하는 보다 후속 연구를 위해 몇 가지 제언을 하면 다음과 같다.

첫째, 본 연구의 조사대상은 광주광역시에서 치료지원을 받고 있는 특수교육대상자의 부모를 대상으로 하였기에 일반화시키기에는 한계가 있다. 따라서 전국적인 범위로 조사가 이루어져서 그 결과가 보다 일반화 될 수 있도록 후속연구에서는 인식에 영향을 주는 여러 변인들을 고려하여 분석해 보는 연구가 이루어져야 할 것이다.

둘째, 치료지원이 많은 예산이 소모되고 계속 늘어날 것으로 예측되는 상황에서 치료지원이 더욱 효과적으로 운영될 수 있는 방법을 모색하고 국가차원에서의 계속적인 연구가 필요하다.

셋째, 치료지원에 대한 정확한 요구파악을 위해서 실정에 맞는 연구도구가 나와야 할 것이다.

넷째, 치료지원에 대한 부모 요구에 따른 개선방향에 대한 지원 대책이 더욱 강구 될 필요가 있다.

다섯째, 특수교육대상자 부모들이 요구하는 치료유형이 무엇인지를 파악하고 치료지원을 효과적으로 운영하기 위한 치료프로그램 마련과 이에 대한 구체적이고 다양한 분석적 연구가 필요하다.

여섯째, 치료지원을 담당하는 치료사의 자격 실태를 조사하여 문제점을 파악하고 전문적인 인력수급을 위한 방안이 무엇인지 상세한 연구가 이루어질 필요가 있다.

참 고 문 헌

교육과학기술부 (2010). **2011년도 특수교육운영계획.**

교육과학기술부 (2010). **치료지원 운영 개선 방안.**

교육과학기술부 (2011). **2011년 특수교육교육과정 편람.**

교육과학기술부 (2011). **특수교육연차보고서.**

교육과학기술부 (2011). **특수교육통계.**

곽승철 외 6인 (1995). **지체부자유아 교육,** 대구대학교 출판부.

국가인권위원회(2004). 경제・사회・문화적 권리 국가인권정책 기본계획 수립을 위한 건강권 기초현황자료, 국가 인권위원회

국립특수교육원. 제7회 국제세미나: 장애학생의 학교에서 사회로의 전환 방향, 3-78, 안산: 국립특수교육원.

국립특수교육원 (2008). 특수교육 국제동향 분석, 안산.

김낙운 (1986). **현행교육법해설.** 서울: 하서출판사.

김남순 (2010). **정신지체아동 교육의 이론과 실제.** 서울 교육과학사.

김병하 (1991). **특수교육의 역사와 철학.** 대구: 대구대학교출판부.

김선현 (2006). **마음을 읽는 미술치료.** 서울: 넥서스.

김수진, 김정미, 윤미선, 김정연, 도연지, 이수향, 최은아 (2005). 특수교육 관련서비스의 복지관 제공 실태 및 장애아 부모욕구 분석을 위한 기초연구. **언어청각장애연구, 10(1),** 153-170

김수진 (2008). 치료지원 바우처사업 대상아동의 장애유형과 연령에 따른 재활치료 실태 및 부모욕구조사, **언어청각장애연구 Vol. 13 No.4** 691-706

김수진, 유영준, 윤철수 (2008). 치료지원 바우처 사업에 참여한 치료사 특성 및 만족도. **언어치료연구** Vol. 17 No.4 167-182

김영태 (2007). 특수교육 관련서비스를 위한 전문 인력 양성 배치 지원방안에 대한 토론: 청각장애 및 의사소통장애 중심으로. **특수교육정책토론회 자료집,** 65-76, 한국특수교육총연합회.

김영태 외 5인 (2008). 특수교육과 관련된 치료서비스에 대한 질적 연구, **한국임상학회.**

김원경, 최평임 (2011). 특수교육 대상학생 개별화교육계획 작성과 운영의 개선

방안 연구, **지적장애연구 제 13집 2호** 79~96

김윤겸 (2010). 장애아동 재활치료 서비스 바우처 사업 내 음악치료현황, 명지대 사회교육대학원, 석사학위논문.

김윤수 (2007). 바우처 제도의 이해와 현황: 복지와 선택을 중심으로. **사회서비스 관리 기관의 중장기 발전을 위한 비전과 전략**, 제3호 **한국정책학회.**

김윤실, 김남순 (2008). 미국 장애인 교육법과 우리나라 특수교육법에서 개별화교육 프로그램(IEP) 고찰, **특수교육학연구 제43권 제2호** 47~69.

김은미 (2010). 특수학급 아동의 방과 후 언어치료 실태와 문제점, 단국대 특수교육대학원, 석사학위논문.

김은주 (2007). 장애인등에 대한 특수교육법의 이해. **현장특수교육. 5-6월호,** 게재번호 10.

김주영 (2011). 특수교육 정책의 현재와 미래, **한국지적장애교육학회: 2011년 한국지적 장애교육학회 학술발표대회 논문집.**

노선옥, 김현진, 신재훈, 정우식, 황선준, 박재국 (2008). **특수교육 국제동향 분석**, 안산 : 국립특수교육원.

네이버 백과사전 http://100.naver.com

도경만 (2009). 장애인 교육권 현황 및 향후 과제 -장애인 교육권 보장방안 토론회 국가인권위원회.

박창언·강영심 (2009). 특수교육에 대한 법적 접근의 과제. **특수교육학연구, 44(1),** 1-21.

박현옥, 이정은 (2007). 일반학급의 의뢰 전 중재 적용 실태 및 요구에 관한 질적 연구, **유아특수교육연구. Vol 7, No 2** 83-109.

백유순 (2009). 유아특수교사의 개별화교육계획 수립 및 실행과정에의 부모참여 실태, **유아특수교육연구 제9권 4호** 181~204.

백종인 (2007). **장애인과 법**. 서울: 도서출판.

변애심 (2006). 장애아 부모의 언어치료실에 대한 이용실태 만족도 및 개선방안에 관한 연구. 용인대학교 재활보건대학원 석사학위논문.

보건복지가족부 (2011). 2011년 장애아동 가족지원 사업 안내.

송영준· 김영태· 육주혜· 이병인 (2007). **특수교육 관련서비스 요구조사 및 지원방안**, 안산 : 국립특수교육원.

안수경, 김영태, 전헌선, 정동일, 한현민 (2005). **치료교육의 실태 및 개선방안 연구**, 안산 : 국립특수교육원.

윤광보 (2008). 개별화교육계획에 의한 교육과정 개별화 방안 연구, **특수교육저널 : 이론과 실천, 제9권 3호** 387~408

윤새나 (2011). 장애학생 치료지원 서비스의 실태 및 부모의 만족도. 공주대학교 교육대학원 석사학위논문.

윤혁진 (2011). 장애아동 재활치료서비스 바우처 이용자 만족에 영향을 미치는 요인에 대한 연구, 대구대학교 석사학위논문.

이규식외 6인 (1996). **특수아 치료교육원론.** 대구대학교 출판부.

이민혜 (2008). 장애 영·유아를 위한 특수교육 제도 고찰, 세종대학교 교육대학원 석사학위논문.

이석진, 김삼섭 (2004). 한국특수교육 입법정책의 변천에 관한 연구. **특수교육학연구. 제39권 제3호.** 25-53

이수경 (2010). 장애아동재활치료 바우처 서비스 만족에 관한 연구: 경기도 지역 이용자를 중심으로, 석사학위논문 강남대학교 사회복지전문대학원.

이은주 (2004). 취학전 말더듬 아동의 기질과 어머니의 기질 및 양육행동 연구, 이화여대 박사학위논문.

이필상 (2007). 특수교육에서 치료교육과 관련서비스. **중복·지체부자유아교육, 49(1)**, 419-437.

임진아 (1998). 장애아 음악치료교육의 실태 연구, 단국대학교 교육대학원 석사학위논문.

장애인 등에 대한 교육법 (개정 2007.5.25. 법률 제8483호)

전귀옥 (2011). 장애아동 치료지원 서비스 이용 실태 및 부모인식 : 부산지역 중심으로 부산대학교 석사학위논문.

전병운 (1999). 개별화교육프로그램 작성 및 운영의 현실화 방안 연구: IEP 작성자의 의견을 중심으로. **재활복지 Vol.3. No.1** 108-129.

전세일 (2005). **재활치료학.** 계축문화사.

전헌선 (1997). 치료특수교육과와 관련된 법적, 제도적 문제점과 개선방안, **특수교육연구, 제16집,** 대구대학교 장애인종합연구소.

전헌선 (2000). 선택적 치료교육 활동의 실행방안, **특수교육연구 23권 제1호.**

137-151.
전헌선, 이규식 (2002). **치료특수교육의 이해.** 배영사.
정광호 (2008). **바우처 연구.** 법문사.
정정길 (2003). **정책학원론.** 대명출판사.
정재권, 오명화 (2007). **뇌성마비아 작업치료의 이해와 실제,** 시그마 프레스.
조광순 (2005). **사설특수교육실의 설립 운영 기준안 개발 및 관련 법령 개정 방안.** 교육인적자원부.
조인수 (2005). **정신지체아 교육.** 대구대출판부.
차미주 (2007). 특수학교 개별화교육계획 운영 실태 분석과 개선방안. 석사학위논문 창원대학교 교육대학원.
최기상, 김계옥, 박성우, 박재국, 백옥희, 정동영, 최승권 (2009). **특수교육지원센터 운영 효율화를 위한 현장 요구 조사.** 안산: 국립특수교육원.
최경애 (2006). 장애아동 음악치료의 효과성 제고를 위한 장애아동 부모의 만족도, 석사학위논문 한세대학교.
태원섭, 박남수 (2007). 초등학교 특수학급의 개별화교육계획의 작성과 운영에 관한 질적 사례연구, **특수교육저널 ; 이론과 실제 제8권 3호** 261~281.
특수교육재활연구소 (2003). **청각장애아 교육.** 대구대학교 출판부.
특수교육진흥법 개정법률 (1994. 1.7 법률 제4716호)
표윤희, 박은혜 (2008). 지체장애 학생의 특수교육 관련서비스 지원체계 수립을 위한 질적 연구 : 치료지원을 중심으로, **한국지체부자유아교육학회지 중복・지체부자유연구 제51권 제2호** 117~140.
한국맹인복지연합회 (1993). **맹인의 교육과 복지.** 도서출판 특수교육.
한국장애인개발원 (2010). 장애아동 재활치료사업 개선방안 연구: 서비스 제공기관의 최저 운영기준을 중심으로. 연구 10-24.
한경근 (2006). 관련서비스의 관계 속에서 살펴본 특수교육에 대한 소고. **한국특수교육학회지, 2(1),** 1-15.
한경근 (2007). 특수교육 관련서비스의 '치료지원' 방안, 치료교육지원정책 **한국교육개발.**
한경근 (2007). 특수교육 관련서비스를 위한 전문 인력 양성 배치 지원방안에 대한 토론: 중증 중복장애영역. **특수교육정책토론회 자료집(96-110),** 한국특수

교육총연합회.

한현민 (2008). 개별화교육계획 시행의 근거법령에 대한 한·미간 비교연구 : 과제와 개선의 대안, **특수교육연구 제15권 제2호.** 57~99.

한현민, 김의정 (2008). 장애인 등에 대한 특수교육법의 제명, 목적과 법정 용어에 대한 해석, **특수교육학연구 제43권 제2호.** 1-46.

함미나 (2010). 바우처 활용 방식의 치료지원 실태연구: 서울지역을 중심으로, 단국대학교 특수교육대학원 석사학위논문.

황복선, 김수진 (2002). 장애아동을 위한 관련서비스 전달체계의 이론적 기초 정립. **언어청각장애연구. 제7권(3).** 233-251.

Bayer, R(2004). Developing an inclusive curriculum in england : *Differential planning teaching and assesment for pupils with severe and profound and multiple learning difficulties.* 국립특수교육원, 제11회 국제세미나 자료, 장애학생 통합교육을 위한 교육과정 운영. pp. 3~31.

Daniel Callahan & Bruce Jennings(eds)(1983), *Ethics, The Social Sciences, and Policy Analysis*(Plenum Press), pp.xv-xix.

Ford A. Davern, L. & Schnorr, R(1992). Inclusive Education : "Making Sense" of the Curriculum, In S. Stainback & W. Stainback(Eds.), *Curriculum Considerations in Inclusive Classrooms : Facilitating Learning for all Students, Baltimore* : Paul H. Brookes Publishing Co

Gary. M. Clark(2000). "*Transition Education service for youth with disabilities*",

Hallahan, D, P. & Kauffman. J. M.(2000). *Exceptional Learners: Introduction to special education* (6th ed). Boston: Allyn & Bacon.

Hanselman, Heinlich(1966). *Einfuehrung in die Heilpaedagogik*. Potafel-Verlag Zuerich und Stuttgatt.

Harold D. Lasswell and Abraham Kaplan(1970), *Power and Society* New Haven: Yale University Press,

Lena Hwang(2007). 스웨덴 Morby 중학교의 특수교육 관련서비스 제공의 실제. **제14회 국제세미나,** 국립특수교육원

Rainforth, B, York, J., & MacDonald, C. (1992). *Collaborative teams for students with severe disabilities: Integrating therapy and educational services.*

Baltimore: Paul H. Btookes.

Turnbull, R., Turnbull, A., Shank, M., Smith, S., & Leal, D.(2002). *Expectional lives; special education in today's schools(3re ed.).* Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.

Snell, M.E., & Brown, F. (2006). *Instruction of students with severe disabilities*(6th ed.) pp. 20-23. New Jersey: Prentice Hall.

Ysseldyke, J. E & Algozzine, B.(1990). Introduction to special education(2nd ed). Boston, MA: Houghton Mifflin.

Y.Dror(1983), *Public Policymaking Re-Examined .New Brunswick: Transaction Inc.*,, 12, 14-17.

〔부록 1〕

특수교육대상학생에 대한 치료지원 인식에 관한 의견 조사

안녕하십니까?
저는 조선대학교 대학원에서 지적장애를 전공하고 있는 박사과정 학생입니다.
먼저 치료지원을 받고 계신 특수교육대상학생 부모님의 노고에 경의를 표합니다. 본 질문지는 광주지역의 치료지원 운영과 관련한 학부모님의 인식을 조사하여 치료지원의 문제점과 개선방향을 제시하기 위한 것입니다.

질문 내용의 응답에 대해서는 비밀이 보장됩니다. 따라서 학부모님께서는 본인의 의견을 솔직하고 성의 있게 답해주시면 고맙겠습니다.
수집된 자료는 연구 목적 이외의 다른 용도로는 사용하지 않을 것을 약속드립니다. 바쁘신 시간을 내어 이렇게 질문에 응해 주심을 진심으로 감사드리며, 항상 행복과 건강이 함께 하시길 기원합니다.

2011년 7월

조선대학교 일반대학원
지적장애 박사과정 강경희
지도 교수 김 남 순 드림

♧면담조사에 관한 의문사항이나 의견은 E-mail: kang0619@hanmail.net로 문의하여 주시기 바랍니다.

〔부록 2〕

치료지원에 대한 인식 질문지

1. 치료지원에 대한 제도 및 정책구조
1-1 치료지원이 무엇이라고 생각하십니까?(개념, 목적) 1-2 개별화교육계획에 대한 이해정도는 어떠하십니까? 1-3 개별화교육지원팀간의 관련 전문가들과의 협조는 어떠하다고 생각하십니까? 1-4 치료지원과 관련한 정책은 어떠하다고 생각하십니까? 1-5 치료지원에 대한 정책 수립의 주체는 누가되어야 한다고 생각하십니까? 1-6 치료지원의 대상, 범위, 영역에 대해 어느 정도 알고 계십니까?
2. 치료지원에 대한 시행과정 및 내용
2-1 치료지원의 프로그램 질과 상담은 어떠하다고 생각하십니까? 2-2 치료지원에 대한 프로그램 내용에 대해서는 어떻게 생각하십니까? 2-3 치료지원의 제공기관의 선정은 어떠하다고 생각하십니까? 2-4 치료지원의 제공기관의 만족도는 어떠하십니까? 2-5 치료지원의 운영 시간과 횟수에 대해서는 적절하다고 생각하십니까?
3. 치료지원에 대한 문제점과 개선방안
3-1 치료지원의 문제점은 무엇이라고 생각하십니까? 3-2 치료지원은 어떤 방향으로 개발되는 것이 바람직하다고 생각하십니까? 3-3 치료지원의 활성화를 위해 개선방안은 무엇이라고 생각하십니까?

[부록 3]

연구 참여 동의서

- 연구주제 : 특수교육대상학생의 치료지원에 대한 부모 인식에 관한 연구

- 연구자 : 강 경 희(조선대학교 대학원 지적장애전공)

본 연구의 목적은 특수교육대상학생의 교육과학기술부의 치료지원과 보건복지가족부의 장애아동 재활치료서비스의 치료지원을 받고 있는 특수교육대상학생 부모님의 치료지원에 대한 인식에 대해 연구하여 치료지원의 발전방안을 마련하고자 하는데 있습니다.

연구자는 참여자가 지금까지 치료지원을 받는 과정에서의 인식에 대한 질문을 할 것이며 각 면담시간에 소요되는 시간은 약 30분에서 60분 정도가 걸릴 것입니다. 면담 내용은 녹취되며, 녹취된 내용은 본 연구의 목적 이외에는 사용하지 않고 나중에 익명으로 인용될 것입니다.
본 연구는 치료지원이 이루어지고 있는 상황에서 더 나은 방향으로 개발하는데 기여할 것입니다.

본인은 면담에 자의로 응하고 면담 내용을 테이프로 녹음하고 기록하는 것을 허락합니다. 이 연구에 참여하는 동안 본인에게 어떠한 비용이나 위험이 따르지 않는다는 것을 설명을 통해 알고 있으며 이 연구에 관한 모든 궁금한 점에 대해 질문하고 대답을 들을 수 있다는 것에 대해 설명을 들었습니다. 또한 연구자로부터 본인의 익명을 보장하고 연구도중 원하지 않을 경우 언제든지 참여를 철회할 수 있음을 이해합니다.

2011년 월 일

참 여 자 :
연 구 자 : 강 경 희

[부록 4]

특수교육대상학생에 대한 치료지원 운영에 관한 의견 조사

안녕하십니까?
저는 조선대학교 대학원에서 지적장애를 전공하고 있는 박사과정 학생입니다.
먼저 치료지원을 받고 계신 특수교육대상학생 부모님의 노고에 경의를 표합니다.
본 질문지는 광주지역의 치료지원 운영과 관련한 현장 실태 및 학부모님의 의견과 요구를 알기 위한 것입니다. 설문 내용의 응답에 대해서는 비밀이 보장됩니다. 따라서 학부모님께서는 본인의 의견을 솔직하고 성의 있게 답해주시면 고맙겠습니다.
수집된 자료는 연구 목적 이외의 다른 용도로는 사용하지 않을 것을 약속드립니다.
바쁘신 시간을 내어 이렇게 설문에 응해 주심을 진심으로 감사드리며, 항상 행복과 건강이 함께 하시길 기원합니다.

2011년 8월

조선대학교 일반대학원
지적장애 박사과정 강경희
지도 교수 김 남 순 드림

♧설문조사에 관한 의문 사항이나 의견은 E-mail: kang0619@hanmail.net로 문의하여 주시기 바랍니다.

■ 조사대상자의 일반적 특성

해당되는 곳에 ∨표시하십시오.

학부모 (아동)	성 별	① 남자 ② 여자
	연 령	① 30대 ② 40대 이상
	학 력	① 고졸이하 ② 대졸이상
	장애 여부	①지적장애 ②시각장애 ③언어장애 ④청각장애 ⑤뇌병변장애 ⑥지체장애 ⑦발달장애 ⑧기타 ⑨중복

	월평균소득 (가족 모든 소득 포함)	①월200만원미만 ②월200만원이상
	아동의 연령	① 10세 미만 ② 10세 이상
치료지원 예산지원		①교육과학기술부 ②보건복지부 ③ 2가지 모두 지원
치료지원 이용기간		① 1년 미만 ② 1년이상~2년 미만 ③ 2년이상
치료지원이외로 추가 지출 비용		①10만원미만 ②10만원이상 ~30만원 미만 ③30만원이상

■ 치료지원 인식

치료지원의 인식에 대한 항목입니다. 해당항목에 체크해주시기 바랍니다.

(5: 매우 그렇다, 4:그렇다, 3:보통이다. 2:그렇지 않다. 1: 전혀 그렇지 않다.)

항 목	매우 그렇다	그렇다	보통이다	그렇지않다	전혀 그렇지 않다
① 치료지원의 목적에 대해 이해하고 있다.	5	4	3	2	1
② 치료지원의 집행 방법에 대해 알고 있다.	5	4	3	2	1
③ 치료지원의 대상에 대해 알고 있다.	5	4	3	2	1
④ 치료지원의 예산에 대해 알고 있다.	5	4	3	2	1
⑤ 치료지원의 지원 신청과정에 대해 알고 있다.	5	4	3	2	1
⑥ 치료지원의 제공기관 선택에 대해 자유롭다.	5	4	3	2	1
⑦ 치료지원의 치료 영역에 대해 알고 있다.	5	4	3	2	1
⑧ 치료지원의 실시 장소에 대해 만족한다.	5	4	3	2	1
⑨ 치료지원의 제공기관에 대해 만족한다.	5	4	3	2	1
⑩ 치료지원의 운영시간에 대해 만족한다.	5	4	3	2	1
⑪ 프로그램의 질에 대해서는 만족한다.	5	4	3	2	1

■ 치료지원 프로그램 내용

1. 치료지원의 내용에 대한 항목입니다. 해당항목에 체크해주시기 바랍니다.
(5: 매우 그렇다, 4:그렇다, 3:보통이다. 2:그렇지 않다. 1: 전혀 그렇지 않다.)

구분	내용	5	4	3	2	1
서비스 준비	세부적인 프로그램과 서비스 시간을 이용자가 선택할 수 있다	5	4	3	2	1
	이용자에게 치료사에 대한 설명과 치료 프로그램에 대해 소개한다.	5	4	3	2	1
초기 평가	평가의 환경은 이용자가 집중할 수 있고, 안정된 환경에서 실시한다.	5	4	3	2	1
	이용자의 관심, 흥미활동, 필요와 요구에 대해 함께 이야기하고 같이 우선순위를 결정한다.	5	4	3	2	1
계획	치료목표를 세울 때 이용자(보호자)의 욕구를 반영한다.	5	4	3	2	1
	치료계획을 세우기 전 이용자가 인지하고 결정할 수 있도록 평가 내용이나 관련정보에 대해 충분히 설명한다	5	4	3	2	1
과정	이용자의 관심이나 흥미를 고려하여 치료를 제공한다	5	4	3	2	1
평가	치료서비스를 정기적으로 평가하여 치료의 효과성과 변화정도를 반영해서 치료계획을 수정하거나 추가해야 한다.	5	4	3	2	1
	평가결과, 평가계획서의 내용은 이용자(보호자)가 확인하고 있으며 이의나 수정, 보완을 요구할 경우 이를 반영한다	5	4	3	2	1

■ 치료지원 시행과정

다음은 치료지원의 시행과정에 대한 항목입니다. 해당항목에 체크해주시기 바랍니다.

1-1. 정부의 치료지원에 대한 계획 수립이 적절하게 이루어지고 있다고 생각하십니까?
① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통이다.
④ 그렇다 ⑤ 매우 그렇다

1-2. 장애아동 교육 및 치료지원 관련 정책이 부족하다고 생각하십니까?
① 전혀 부족하지 않다. ② 부족하지 않다. ③ 보통이다.
④ 부족하다 ⑤ 매우 부족하다

1-3. 치료지원의 교육비 지원이 부족하다고 생각하십니까?
① 전혀 부족하지 않다. ② 부족하지 않다. ③ 보통이다.
④ 부족하다 ⑤ 매우 부족하다

1-4 치료지원의 절차상 편리하다고 생각하십니까?
① 전혀 그렇지 않다. ② 그렇지 않다. ③ 보통이다.
④ 그렇다 ⑤ 매우 그렇다

2. 다음은 학교에서 실시하는 개별화 교육계획에 치료지원 관련 내용입니다.

2-1. 개별화교육계획(IEP)에 대한 개념 이해 정도는 어떠하십니까?
① 잘 이해하고 있다. ② 어느 정도 이해하고 있다. ③ 그저 그렇다.
④ 잘 이해하고 있지 못하다 ⑤ 전혀 이해하고 있지 못하다.

2-2. 개별화교육지원팀 실태는 어떠하다고 생각하십니까?
① 기능을 하지 않음 ② 간혹 기능함 ③ 실제적 기능함
④ 구성되어 있지 않음 ⑤ 개별화교육운영위원회가 무엇인지 모름

2-3. 개별화교육지원팀간의 관련 전문가들과의 협조는 이루어지고 있다고 생각하십니까? ① 이루어지지 않음 ② 간혹 협조 ③ 잘 이루어짐 ④ 기타

3. 치료지원에 대한 정책 수립의 주체가 누가 되어야 한다고 생각하십니까?
① 정부관료 ② 교육부관계자 ③ 장애아동부모단체 ④ 특수교사

4. 치료지원이 어떤 방향으로 개발되는 것이 가장 바람직하다고 생각하십니까?
① 아동의 재활 중심 ② 학부모의 경제적 부담 경감 ③ 부모교육 강화
④ 치료지원의 프로그램이 학교와 연계해서 진행 ⑤ 기타

5. 치료지원 내용은 어느 분야에 중점을 두고 편성하는 것이 가장 바람직하다고 생각하십니까? (3가지를 고르시오)
① 언어치료( ) ② 심리치료( ) ③ 행동치료( ) ④ 학습치료( ) ⑤ 음악치료( )
⑥ 미술치료( ) ⑦ 작업치료( ) ⑧ 물리치료( ) ⑨ 일상생활훈련( ) ⑩ 기타( )

6. 치료지원은 누구의 의견을 중심으로 편성하는 것이 가장 바람직하다고 생각하십니까? ① 학부모님 ② 특수교사 ③ 치료사 ④ 기타

7. 치료지원은 1주에 몇 번을 이용하는 것이 바람직하십니까?
① 주 1회 ② 주 2회 ③ 주 3회 ④ 주 4회 ⑤ 주 5회

8. 치료지원을 담당하는 치료사와 관련된 가장 큰 문제점이 무엇이라고 생각하십니까?
① 상담의 부족 ② 치료사의 전문성 ③ 중재 방법 ④ 치료시간 ⑤ 주변 환경 ⑥ 기타

9. 치료지원의 활성화를 위해 가장 필요하다고 생각하는 것은 무엇입니까?(3가지만 고르시오)
① 정부의 재정지원 확대 ( ) ② 전문 치료사의 확보 ( )
③ 새로운 프로그램의 개발 및 실시 ( ) ④ 센터 내 편의시설의 확충 ( )
⑤ 치료지원 제공 기관 확대 ( ) ⑥ 기타 ( )

10. 치료기관을 선택할 때 가장 중요했던 선택기준은 무엇입니까? (3가지만 고르시오.)
① 거리 ( ) ② 시설 ( ) ③ 치료사의 자격이나 전공( ) ④ 교육비( )
⑤ 교육프로그램 ( ) ⑥ 차량운행여부 ( ) ⑦ 주변의 평판 ( )
⑧ 교사가 집으로 방문 ( ) ⑨ 기타 ( )

■ 치료지원 개선방안

1. 치료지원의 문제점은 무엇이라고 생각합니까? (중복체크 가능)
_____치료프로그램의 다양성 부족
_____치료비용의 경제적 부담
_____담당 치료사의 전문성 및 자질 부족
_____부모교육 프로그램의 부족
_____시설 및 기자재의 미흡
_____편의시설 부족
_____신청절차의 복잡함
_____치료지원 기관선택의 자율성
_____치료지원의 법적 권한 강화

_____치료지원의 서비스 절차의 간편성

_____기타(　　)

2. 치료지원이 개선되었으면 하는 부분부터 1-8까지 차례대로 등위를 매기시오.

① 복잡한 절차와 행정지침 부족(　　)

② 프로그램의 질을 담보하기 어렵다.(　　)

③ 프로그램에 대한 부모 상담의 부족(　　)

④ 서비스 프로그램 선택의 폭이 좁다.(　　)

⑤ 서비스 제공 시설이 열악하다.(　　)

⑥ 치료나 교육이 유관기관과 협력의 부족 (　　)

⑦ 서비스 제공 시간이 부족하다.(　　)

⑧ 치료 바우처 이용료가 적절하지 않다.(　　)

3. 기타 의견