

광역지방자치단체의 재활수준에 관한 연구

나 운 환*

대구대학교 직업재활학과 교수

류 정 진

대구대학교 대학원 박사과정

이 혜 경

대구대학교 대학원 박사과정

《요 약》

본 연구는 우리나라 16개 지역의 전환교육 및 장애인재활의 수준을 측정하고 방향성을 제시해 줄 수 있는 지수를 이론적 토대에 기초해 개발하고 개발된 지수를 활용하여 지역간 장애인 전환교육 및 재활수준을 분석하며, 이것을 토대로 지역간 장애인복지격차를 해소하고 수준을 향상 시킬 수 있는 방향성을 제시하고자 하는 연구이다. 먼저, 본 연구에서 도출된 16개 지역의 장애인 전환교육 및 재활수준을 측정할 수 있는 지수는 전환교육 9개, 재활수준 영역 70개(전환교육 포함) 지수이며, 복지여건을 고려하기 위하여 등록장애인 인구비와 재정 자립도 등이 선정되었다. 둘째, 지역의 전환교육수준이 격차가 크게 벌어져 있으며 전환교육의 기반이라 볼 수 있는 치료교육여건은 격차가 크지 않은데 비해 직업교사배치나 자격증소지자 배치, 전공과 설치 등은 전반적으로 문제가 있는 것으로 확인되었다. 셋째, 장애인재활수준이 서울과 다른 지역간의 격차가 심각한 수준인 것으로 나타났는데 이것은 복지여건을 감안하면 나타난 지수보다 실제의 격차가 더욱 크게 벌어져 있다. 넷째, 10개의 영역 중 지역간의 격차가 크지 않는 영역은 교육, 소득 및 경제활동영역이며 격차가 크게 나타나는 영역은 재활서비스와 보건 및 의료, 복지행정영역으로 분석되었다. 이러한 결과를 개선하기 위한 정책적 개입방안은 첫째, 중등교육이후의 전환교육이 원활하게 이루어지기 위해 직업담당교사배치율의 확대와 직업담당교사 자격증 소지자가 배치될 수 있도록 제도가 개선되어야 할 것이다. 둘째, 서울과 다른 지역간의 장애인재활 수준의 격차를 해소하기 위하여 지역의 적극적 우대조치(affirmative action)가 도입되어야 한다. 셋째, 복지여건이 좋음에도 불구하고 장애인재활 수준이 낮게 나타나는 광역시에 대한 책임성을 보다 분명히 하는 방안이 고려되어야 한다. 넷째, 장애인재활 수준을 전반적으로 향상시키기 위해서는 재활서비스, 보건 및 의료, 복지행정영역 등에 대한 우선적인 개선이 필요하다.

주제어 : 전환교육, 재활수준비교, 재활행정

* 교신저자(whna@daegu.ac.kr)

I. 서론

1. 연구의 필요성 및 목적

세계보건기구(WHO)는 1997년 새로운 장애분류표(ICIDH-2)에서 장애 개념을 손상(impairment), 활동(activity), 참여(participation)로 정의하면서, 장애는 개인의 질환과 정서상태인 보건상태(health condition)와 사회·환경적 요인이 복합적으로 상호작용되어 나타나는 가변적인 개념임을 전제하였다. 이와 같은 장애개념의 변화에 따라 우리 정부도 지난 1999년과 2002년 장애인복지법을 개정하여 장애범주를 활동과 참여의 제한을 받는 내부장애까지 단계적으로 확대하면서 장애인 수가 급증하고 있다(나운환, 2003). 실제 1988년 시범사업과 1989년 장애인등록사업을 시행한 후 1999년까지 장애인 등록수는 서서히 증가하는 추세였으나 2000년부터는 급격히 증가하여 2005년 6월 말 현재 169만 9,329명으로 국가유공장애인과 산재장애인을 포함하면 180만명이며 지금과 같은 추세라면 2006년 200만명 이상의 장애인이 등록할 것으로 예상된다. 이와 같은 장애인구의 증가는 기본적으로 우리나라 인구구성의 변화를 의미하지만 이들의 사회참여에 따라서는 사회적으로 많은 영향을 미치게 된다. 장애인들이 재활을 통해 생산 인력화되거나 사회주류화 되면 국민 생산력 증대로 국민총생산이 증가되는 결과를 나타낼 것이나, 그 반대가 되면 국민총생산의 둔화는 물론이고 장애인들은 사회보장의 급여계층이 되고 결국 사회보장비의 증대로 연결되게 된다.

따라서 장애인들을 교육과정과 사회참여 가운데 어떻게 직업재활을 시키느냐는 중요한 과제로 등장하고 있으며 이는 교육과정에서의 전환교육과 재활의 전반적인 수준과 밀접하게 관련된다. 1981년 장애인복지법이 제정된 후 우리나라 장애인복지는 중앙집권 중심의 획일적이고 집단적인 정책적서비스로 일관해 왔다. 지방화 이후에도 많은 정책들이 지방정부로 이관되었지만 장애인들의 재활행정은 최근까지 중앙중심으로 이루어지고 있는 것이 현실이다. 물론 미국과 같은 사회복지가 발달된 나라의 경우도 예산의 분담은 중앙이 80%이상을 부담하나 실제 정책의 집행은 지방에서 담당하는 형식을 띠면서 장애인들의 다양한 욕구를 해결해 나가고 있다.

참여정부는 균형 있는 국가발전을 정책의 기조로 삼으면서 선 지역개발 후, 국가경쟁력강화라는 목표를 달성하기 위해 중앙집권적인 정책의 상당부분을 지역에 이관하는 작업을 시작하여 2005년 중앙장애인재활사업의 63.2%, 예산의 62.1%가 지방자치단체로 이관되어 전환교육과 장애인재활사업의 지방화가 시작되었다.

그러나 재활수준을 결정할 수 있는 지방의 재정자립도나 장애인 재활에 대한 이해, 담당공무원의 전문성에 차이가 있는 상황에서 장애인 전환교육이나 재활업무가 지방으로 이관됨으로써, 전반적인 장애인 재활수준이 후퇴되거나 지역에 따른 격차문제가 발

생될 소지도 있어, 이를 사전에 조율하고 모니터할 수 있는 역할은 대단히 시급한 상황이다.

따라서 전환교육이나 장애인 재활업무의 지방이양과 함께 전환교육이나 장애인재활정책이 질적 향상을 이루고 지역이 균등하게 발전을 이루기 위해서는 장애인들의 재활욕구와 공급에 대한 정확한 수준이 산출되어야 하며 이를 근거로 정책의 우선순위가 부여되고 지역간의 격차를 해소하는 노력이 있어야 한다. 장애인들의 전환교육을 포함한 재활수준을 측정하기 위한 수단은 욕구나 실태조사 같은 직접적인 조사나 계량적인 접근방법을 통해서도 알아 볼 수 있으나 광범위하게 활용될 수 있는 방법은 지표개발을 통한 접근방법이다.

그러나 장애인 재활수준을 측정할 수 있는 기존의 지표는 없으며 통계청이 발표하는 한국 사회지표에서 유추하는 방법을 활용해야 하는데 이 방법으로 장애인재활수준을 이해하는데 한계를 가지며 특히, 지역간의 장애인 재활수준을 비교하는데 무리가 따른다. 따라서 장애인 재활수준을 측정할 수 있는 지표의 개발과 수준비교는 필요한 시점이다.

따라서 본 연구는 상기의 필요성을 전제로 전환교육과 재활수준을 측정할 수 있는 지표를 개발하고 이 개발된 지표에 근거하여 16개 광역지방자치단체의 전환교육 및 재활의 수준을 측정해 보고 자 하였다.

2. 연구의 방법

본 연구는 전환교육 및 장애인 재활수준을 측정할 수 있는 지수를 개발하고 이를 측정한다는 연구목적을 달성하기 위해 먼저, 지수개발에 대한 이론적 토대를 마련하기 위한 문헌연구와 기 발표된 각종 사회지수의 척도를 비교·분석하여 평가지수를 개발하였다. 또한 동 척도개발의 신뢰도와 타당도를 확보하기 위하여 한국특수교육협회가 포함된 (사)한국장애인단체총연맹의 회원단체 전문가와 관련 교수가 참여하는 2차례의 워크숍을 통해 보완, 확정하였다. 이 지표에 적용할 수 있는 자료는 가능한 가용통계를 활용하고 가용통계가 없는 경우에는 국회를 통해 통계자료를 수집, 분석하여 최종보고서를 작성하고자 하였다. 지표의 개발은 사회지표나 관련 선행연구를 토대로 장애인구 및 안전영역 2개, 보건 및 의료영역 4개, 전환 및 특수교육영역 9개, 소득 및 경제활동영역 8개, 재활서비스영역 10개, 교통 및 주택편의시설 영역 8개, 권익보호영역 3개, 문화·여가영역 3개, 정보접근영역 9개, 복지행정영역 14개 등 10개 영역의 70개 지수로 구성하였으나 실제 분석에서는 지역별 통계의 부재와 신뢰도에 문제가 되는 15개 지수는 제외하고 전환교육 5개, 장애인재활 9개 영역 50개 지수만 분석에 활용되었다. 또한 지역에 따라 기본적인 복지여건에 차이가 있을 것이라 보고 장애인재활에 가장 영향을 줄 수 있는 장애인인구비와 재정자립도를 재활여건대비 수준을 분석하기 위한 방법으로 활용하였다.

가용통계가 없는 지수는 국회 열린우리당 장애특별위원회를 통해 2005년 4월 11일에서 5월 13일 E-mail을 통해 이루어졌으며 조사대상기관은 16개 지방자치단체(지방공동모금회 및 대한주택공사 포함), 교육청, 지방 및 중앙노동위원회, 국가인권위원회, 한국장애인고용촉진공단 등 40개 기관이었으며 분석 및 배점방식은 UNDP(United Nations Development Program) 인간개발지수(HDI)방식을 활용하였다면저, 지역의 전환교육 및 재활영역 지수별 배점을 가장 높은 지역을 1로 보고 나머지 지역은 1이하의 배점에 위치하도록 하여 지방자치단체별 배점을 실시하였으며, 둘째, 전환교육 및 재활영역 지수별 배점을 합산하여 지수별 배점과 같은 방식으로 지역 재활수준을 산출, 절대지수와 지역별 순위를 산정하였다. 이때 지방 복지여건을 감안한 전환교육과 장애인 재활지수도 산정하여 장애인재활에 관심과 행정노력을 하는 지역을 제시하였다.

II. 전환교육과 장애인 재활수준을 측정하기 위한 지수개발에 관한 선행연구

전환교육이나 장애인 재활수준을 측정하기 위한 지수개발은 궁극적으로 장애인의 재활수준을 향상시키기 위한 방안으로 장애인의 욕구충족정도를 파악하고 필요한 정책적 지원과 자원분배의 우선순위를 결정하기 위한 것이지만 본 연구의 경우, 이 목적 외에 지역간의 장애인 재활수준의 차이를 진단하고 줄여보고자 하는 목적을 가지고 있다.

전환교육이나 장애인 재활지수 개발과 관련된 선행연구는 거의 전무하며, 특히 전환교육만을 대상으로 수준을 비교하기 위한 지수개발에 대한 선행연구는 없고 대부분 장애인 재활수준을 측정하는 지수안에 포함된 경우이다. 이런 측면에서 체계적인 척도개발을 위한 연구는 아니지만 단편적인 지수를 통해 지역간의 장애인 복지수준을 비교하기 위한 연구는 지난 1995년 지방자치단체장 선거시 장애인공동대책위원회와 2004년 장항숙의원에 의해 시도된 적이 있으나 이것은 단순히 3개 지수를 가지고 분석한 것이기 때문에 지수개발이라고 보기에는 무리가 있다. 다른 나라의 경우도 장애인 재활수준을 측정하기 위한 지수개발이 체계적으로 이루어진 흔적을 찾을 수 없으나 장애인 혹은 장애영역에 따른 삶의 질 지수개발에 관한 연구는 광범위하게 이루어져 왔다(Brown & Brown, 2003; Brown, Raphael & Renwick, 1998; Cummins 1993; Goode, 1994). 또한 사회복지부분을 대상으로 한 지표의 개발도 간헐적으로 이루어져 왔는데 사회복지지표의 체계개발에 관한 연구(윤혜미외, 1990)를 시작으로 사회복지지표(이상연, 1998), 한국의 청소년지표(한국청소년개발원, 1997), 여성사회지표(김양희외, 1996), 노인복지지표(한국보건사회연구원, 2002), 지방행정 서비스의 성과측정을 위한 지표(2002), 사회복지정책의 평가지표체계에 관한 연구(박광덕, 2003) 등이 있다. 이와 같은 기존의 지표개발은

장애인 재활이라는 특정영역을 대상으로 한 지수개발이 아니기 때문에 단순한 영역의 측정이나 비교는 가능하지만 장애인 재활수준을 비교하는 지수로서는 바람직하지 않으나 참조가 될 수 있다.

Secal & Aviram(1978)은 장애인의 지역사회통합 측정지수를 개발하면서 통합지수로 출현성, 접근성, 참여성, 생산성, 소비성을 제시하였고, Willer et al.(1994)은 지역사회 통합의 측정지표로 가정의 통합, 사회의 통합, 생산적인 활동을 제시하였다. 또한 Brown, Raphael & Renwick(1997)은 장애인의 삶의 질 측정지수로 신체 및 보건, 사고와 감정, 신념과 가치, 삶과 고용환경, 환경적 자원, 일상생활, 여가활동, 자기개발노력 등의 지표를 제시하였고, Cummins(1997)는 삶의 질 지수로 개인적, 사회적, 환경적 요소를 제시하면서 개인적 요소는 행복감, 보건, 심리적 건강, 사회적 질, 자기 이미지, 자기결정권을, 사회적 요소는 일, 여가, 자기개발, 대인관계, 교육을, 환경적 요소는 사회통합, 권리, 안전, 사회적 행복감, 가정생활, 주택, 지역사회 자원 등으로 제시하였다. OECD(2004)의 각국의 사회보장을 측정하기 위한 사회비용지수에서는 연금, 장애급여, 보건, 고용 및 실업률, 주택, 기타 사회정책 영역이며 한국의 사회지수(2004)는 인구, 가족, 소득과 소비, 노동, 교육, 보건, 주거와 교통, 정보와 통신, 환경, 복지, 문화와 여가, 안전, 사회참여 등이다. 소진광(2004)은 사회적 자본의 측정지표개발에 관한 연구에서 측정지표로 지역사회 참여, 사회에서의 활동력, 신뢰와 안전, 지역사회 관계, 가족 및 친구관계, 포용력, 삶의 가치, 작업연계를 제시하였으며, 박광덕(2000)은 사회복지정책의 평가지표체계에 관한 연구에서 생활환경지표로 소득, 소비, 노동, 보건, 문화 및 여가, 사회참여를 제안하고 있다. 김호섭 등(2002)은 지방행정 서비스의 성과측정을 위한 지표에서 복지행정 서비스의 성과측정 지표로 대상자 1인당 지방예산 규모, 수혜대상자 전담팀 존속여부, 수혜대상자 관련 조례제정 실적, 복지담당 공무원 당 수혜대상자 수, 자격증 보유 준수율, 1인당 예산규모, 복지자금 대여실적, 자원금 수혜자 수, 시설의 확충 실적, 보호시설의 수, 시설이용자 또는 수용인원, 시설종사자 수, 시설이용자 만족도를 제시하면서 장애인복지와 관련하여서는 장애인 등록율, 홍보실적, 장애인 우선허가 사업허가율, 장애인 생상품구매율, 장애인 공무원 고용율, 기능보강 사업비, 시설이용 증가율, 편의시설 설치율을 지표로 제시하였다. 한국보건사회연구원(2002)은 한국의 노인복지지표 개발에 관한 연구에서 23개영역 53개 하위영역과 120개 개별지표를 개발하였는데 23개영역은 인구·가족, 교육, 정부 및 민간예산, 주거, 부양, 소득 및 고용, 보건 및 의료, 안전, 여가 및 사회활동, 서비스 현황, 고용서비스, 주거만족도, 안전만족도, 여가 및 사회활동 만족도, 삶의 만족도, 주거만족도, 부양만족도, 소득 및 고용만족도, 건강만족도, 고용서비스 만족도, 의료만족도, 여가, 복지서비스 만족도, 재가복지 서비스만족도, 시설서비스 만족도 등이다. 이와 같은 장애인재활수준을 측정하기 위해 참고할 만한 지수개발에 관한 선행연구 결과를 요약하면 <표 1>과 같다.

<표 1> 관련연구에서의 측정지표 요약

연구자	내용	측정지표
Secal & Aviram(1978)	지역사회통합	출현성, 접근성, 참여성, 생산성, 소비성
Willer et al. (1994)	사회통합	가정의 통합, 사회의 통합, 생산적인 활동
Brown, Raphael & Renwick(1997)	삶의 질	신체 및 보건, 사고와 감정, 신념과 가치, 삶과 고용환경, 환경적 자원, 일상생활, 여가활동, 자기개발노력
Cummins(1997)	삶의 질	개인적 요소 : 행복감, 보건, 심리적 건강, 사회적 질, 자기이미지, 자기결정권 사회적 요소 : 일, 여가, 자기개발, 대인관계, 교육 환경적 요소 : 사회통합, 권리, 안전, 사회적 행복감, 가정생활, 주택, 지역사회 자원
OECD(2004)	사회비용	연금, 장애급여, 보건, 고용 및 실업률, 주택, 기타 사회정책영역
소진광(2004)	사회적 자본	지역사회 참여, 사회에서의 활동력, 신뢰와 안전, 지역사회 관계, 가족 및 친구관계, 포용력, 삶의 가치, 작업연계
김호섭 등(2002)	복지행정 성과	1인당 지방예산 규모, 수혜대상자 전달팀 존속여부, 수혜대상자 관련 조례제정 실적, 복지담당 공무원 당 수혜대상자 수, 자격증 보유 준수율, 1인당 예산규모, 복지자금 대역실적, 자원금 수혜자 수, 시설의 확충 실적, 보호시설의 수, 시설이용자 또는 수용인원, 시설 종사자 수, 시설이용자 만족도 장애인복지 : 장애인 등록율, 홍보실적, 장애인 우선허가 사업 허가율, 장애인 생산품 구매율, 장애인 공무원 고용율, 기능보강 사업비, 시설이용 증가율, 편의시설 설치율
박광덕(2000)	사회복지정책	소득, 소비, 노동, 보건, 문화 및 여가, 사회참여
한국보건사회연구원 (2002)	노인복지	인구·가족, 교육, 정부 및 민간예산, 주거, 부양, 소득 및 고용, 보건 및 의료, 안전, 여가 및 사회활동, 서비스 현황, 고용서비스, 주거만족도, 안전만족도, 여가 및 사회활동 만족도, 삶의 만족도, 부양만족도, 소득 및 고용만족도, 건강만족도, 고용서비스 만족도, 의료만족도, 여가, 복지서비스 만족도, 재가복지 서비스만족도, 시설서비스 만족도

따라서 상기의 지수에서 공통적으로 사용한 영역을 전제하고 또한 새로운 통계의 생성보다는 현재 사용가능한 통계를 활용하여 측정한다는 것을 고려하면 전환교육 수준을 측정하기 위한 지수는 치료교육과 직업교육영역, 장애인 재활수준을 측정하기 위한 지표영역은 장애인구 및 안전, 보건 및 의료, 교육, 소득 및 경제활동, 재활서비스, 교통 및 주택편의시설, 권익보호, 문화 및 여가, 정보접근, 복지행정영역으로 요약되었다.

III. 연구 결과분석

1. 지역의 전환교육수준

본 연구에서의 전환교육은 중등학교이후의 장애인의 직업과 관련된 치료나 직업에 한정된 의미로 사용하였으며, 지역의 전환교육수준을 측정하기 위한 영역은 학교에서의 치료교육과 직업교육을 의미한다. 따라서 전환교육의 수준은 학령기 장애인 수 대비 치료교사 배치율, 치료교사 자격증 소지율, 직업담당교사 배치율, 직업담당교사 자격증 소지율, 전공과 설치율 지표로 분석하였다. 전환교육 수준은 <표 2>와 같이 충남이 1로 1위였으며 광주가 0.99로 2위, 3위 전남(0.86), 4위 서울(0.82), 5위 부산(0.81), 6위 경북(0.79), 7위 경남(0.76), 8위 강원(0.75)은 전국 평균보다 높게 나타났으며, 인천(0.51)과 경기(0.54) 지역이 최하위인 것으로 나타났다.

<표 2> 전환교육의 장애인복지수준 지수

서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기
0.82 (4)	0.81 (5)	0.66 (13)	0.99 (2)	0.68 (12)	0.51 (16)	0.59 (14)	0.54 (15)
강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
0.75 (8)	0.7 (11)	1 (1)	0.79 (6)	0.76 (7)	0.71 (1)	0.86 (3)	0.72 (9)

<표 3> 전환교육영역의 지표별 수준지수

구 분		서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기	강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
①	치료교사 배치율 치료교사 배치수 / 학령기 장애인 수	0.73	0.9	0.94	0.9	0.6	0.6	0.9	0.64	0.7	0.52	0.69	0.7	0.7	0.5	1.13	0.8
②	치료교사 자격증소지율 치료교사자격증소지교사수 / 치료교사 전체수 × 100	100	100	77.8	100	100	94	100	100	100	100	100	100	100	100	100	80
③	직업담당교사 배치율 직업담당교사 수 / 중·고등부 장애인 수	18.4	2.3	3.79	2.2	4.9	3.3	3.3	0.52	7.8	7.3	9	8.5	0.9	4.5	9.9	1.5
④	직업담당교사 자격증 소지율 직업담당교사자격증 소지 교사수 / 직업담당전체교사 수 × 100	1.3	64.7	25.6	81.25	4.9	21	15.4	3.9	20.4	45.8	53	8.5	100	39	25.6	100
⑤	전공과 설치율 전공과정원 / 고등부 졸업생 수 × 100	31.8	36.6	30	85.7	27.8	0	0	29.9	47.6	22.8	102	68.4	7.5	49.4	30	0

전환교육영역의 치료교사 배치율은 전남지역이 학령기 장애인 수의 1.13%로 가장 높고 대구 0.94%, 부산, 광주, 울산지역이 0.9%로 나타나고 있다. 그러나 전북지역은 0.50%로 가장 낮고, 충북지역이 0.52%, 대전, 인천지역이 0.6%이다. 치료교사자격증 소지율은 대구(77.8%), 제주(80%), 인천(94%)을 제외하고 모든 지역이 100% 치료교사자격증 소지자가 배치되어있는 것으로 분석되었다. 직업담당교사 배치율은 중·고등부 장애인 수의 서울지역이 18.4%로 가장 높고 전남지역이 9.9%, 경북 8.5%순으로 나타났으나 경기지역은 0.52%로 가장 낮게 나타났으며 제주(1.5%), 광주(2.2%), 부산(2.3%)지역도 낮게 나타나고 있다. 직업담당교사 자격증 소지율은 경남과 제주지역은 100% 자격증소지자를 배치하고 있으나 광주지역이 81.25%, 부산 64.7%, 충남 53%를 제외하면 나머지 지역은 50%이하이고 서울지역은 1.3%, 경기지역은 3.9%로 나타나 학교에서의 직업교육이나 진로지도가 자리 잡지 못하는 것으로 분석되었다. 전공과 설치율은 고등부졸업생 수의 충남지역이 102%로 가장 높게 나타나며 광주 85.7%, 경북 68.4%를 나타내고 있으나 인천, 울산, 제주지역은 전공과가 없는 것으로 나타나 지역간의 격차가 심한 것으로 분석되었다.

2. 지역의 재활수준

10개영역 55지표로 구성된 우리나라 지역의 재활수준을 측정한 결과 <표 4>와 같이 서울의 재활수준이 1로 가장 높은 것으로 나타났으며 충남이 0.73으로 2위, 전북이 0.68로 3위, 울산과 전남이 0.51로 최하위를 나타내고 있는 것으로 분석되었다. 서울은 10개 영역 중에 장애인구 및 안전, 재활서비스, 복지행정 영역에서 1위를 나타냈고 충남은 교육, 교통주택, 권익보호영역에서 1위를 나타냈으며, 전북지역은 소득 및 경제활동영역에서 제주지역은 보건 및 의료영역에서, 경남지역은 문화·여가 및 정보접근영역에서, 충북지역은 권익보호영역에서 전라남도 지역은 권익보호영역에서 1위를 나타내고 있다. 1위인 서울과 2위인 충남이 무려 0.27의 차이가 나타나고 있으나 2위인 충남과 최하위인 울산이나 전남지역간은 0.22밖에 차이가 나타나지 않아 서울을 제외한 지역간의 격차는 크지 않으나 서울과 타 지역간의 격차는 우려할 만한 수준이라는 것이다. 우리나라 장애인재활지수의 최고를 1로 보았을 때 우리나라 전체수준은 0.61로 나타나고 있고 서울, 충남, 전북, 강원, 제주, 경남은 평균이상으로 나타났으나 다른 지역은 평균에도 미치지 못하는 것으로 나타나 서울을 제외한 지방의 장애인 재활수준은 전체적으로 낮은 것으로 분석되며, 이런 상황에서 장애인재활의 지방분권화가 정착하기 위해서는 행정과 재원 등에서 많은 지원과 노력이 필요할 것으로 분석되었다.

<표 4> 지역의 장애인 재활수준(전체)

서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기
1 (1)	0.54 (12)	0.58 (9)	0.57 (10)	0.52 (14)	0.53 (13)	0.51 (15)	0.59 (7)
강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
0.64 (4)	0.59 (7)	0.73 (2)	0.56 (11)	0.62 (6)	0.68 (3)	0.51 (15)	0.64 (4)

M: .6131, SD: .1206

그러나 지역의 재활여건을 고려해 보면 <표 5>와 같이 등록장애인 수는 전국평균 3.61이상이면서 상대적으로 재정자립도는 전국평균 53%미만인 전북, 충남, 강원, 제주, 경남은 오히려 1위인 서울보다 장애인 재활에 대한 노력을 더욱 평가할만하다. 일반적으로 장애인 재활은 예산이 많이 들기 때문에 재정자립도가 낮은 지역은 장애인 재활수준이 더욱 열악한 것으로 알고 있었다. 그러나 이번 조사에서 일반적으로 재정자립도가 전국 평균이상인 지역에서 서울만이 상위권을 유지하고 있을 뿐이고 울산, 부산, 대구, 대전, 인천광역시 지역은 모두 장애인 재활수준이 평균이하인 하위수준으로 나타고 있는 것으로 분석되었다. 따라서 장애인 등록 수나 재정자립도 등의 기본여건을 감안할 때 장애인재활수준이 좋다고 분석되는 지역은 서울, 전북, 충남, 제주, 강원지역이며 상대적으로 아주 열악하다고 분석되는 지역은 울산, 부산, 대전, 인천, 대구광역시인 것으로 분석된다. 장애인재활 수준이 열악한 이들 지역은 장애인 등록인구 수도 전국 평균 이하이고 재정자립도가 70%대인 점을 감안할 때 이를 해결하기 위한 특별한 조치들이 검토되어야 할 것으로 분석된다.

<표 5> 지역의 등록장애인 인구 및 재정자립도

시도별	서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기
등록장애인 인구비	2.59	3.07	3.08	3.1	3.11	3.25	2.85	2.9
재정자립도	95.5	75.6	73.2	59.8	74.2	75.8	69.6	78.7
장애인복지수준순위	1	12	9	10	14	13	15	7
시도별	강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
등록장애인 인구비	4.39	4	4.3	4	3.64	6	4.8	3.6
재정자립도	28.0	31.3	30.4	29.4	37.7	25.9	20.8	33.9
장애인복지수준순위	4	7	2	11	6	3	15	4

등록장애인인구비 M: 3.605, SD: .897, 재정자립도 M: 52.5563, SD: 24.8821

3. 재활영역별 지역수준

10개 영역별 장애인 재활수준은 장애인구 및 안전, 재활서비스, 복지행정영역은 서울이 1위를 나타냈으며 충남은 교육, 교통 및 주택편의시설, 권익보호에서 1위를, 경남은 문화·여가영역과 정보접근 영역에서 1위, 충북은 권익보호에서 충남과 함께 1위, 전북은 소득 및 경제활동영역에서, 전남은 충남, 충북과 함께 권익보호에서 1위, 제주는 보건 및 의료 영역에서 1위를 나타냈으나 부산, 대구, 광주, 대전, 인천, 울산, 경기, 강원, 경북은 한 영역에서도 1위를 나타내지 못하였다.

1) 장애인 재활행정영역

장애인 재활행정영역은 당초에는 행정의 전담부서 위치, 위원회 수 및 개최 횟수, 담당공무원 비율, 담당공무원 자격증 소지율, 담당공무원 이직율, 등록장애인 1인당 장애인복지비 지출, 총지출대비 장애인복지비, 장애인복지비 증가율, 장애인복지예산의 확정 시기, 장애인복지예산의 지방 대 중앙비율, 공동모금회 배분액의 장애인비율, 장애인관련 조례제정건수, 연구용역의뢰 건수 등 14개 지표로 구성되었으나 조사 후에 장애인복지 담당공무원 비율, 자격증 소지자비율, 장애인복지 담당공무원의 이직율 지표는 지방자치단체별 산정기준과 통계의 부족으로 제외되어 11개 지표로 분석하였다.

장애인 재활행정 수준은 <표 6>과 같이 서울이 1로 가장 높았으며 제주가 0.63으로 2위, 경기 0.62로 3위, 전북 0.6로 4위, 충북은 0.52로 5위로 평균이상이며 나머지 지역은 전체 장애인재활행정수준 평균인 0.51에도 미치지 못하는 것으로 나타났으며 전남, 경북 지역은 최하위를 나타내고 있다.

<표 6> 복지행정영역의 장애인재활수준

서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기
1 (1)	0.46 (9)	0.38 (14)	0.43 (13)	0.46 (9)	0.48 (8)	0.45 (11)	0.62 (3)
강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
0.5 (6)	0.52 (5)	0.44 (12)	0.37 (15)	0.49 (7)	0.6 (4)	0.35 (16)	0.63 (2)

M: .5113, SD: .1545

장애인재활행정영역의 수준도 장애인재활 전체지수와 마찬가지로 1위인 서울과 2위인 제주지역의 차이가 0.37로 나타나는데 2위인 제주와 16위인 전남지역은 0.28의 차이가 나타나 장애인 재활행정영역도 서울과 다른 지역간의 격차가 크게 벌어져 있는 것으로

나타나고 있다.

세부지표를 보면 장애인재활행정을 다루는 광역단위의 전달체계는 서울과 경기도가 과에서 나머지 지역은 팀이나 계, 담당, 체계에서 장애인재활행정이 이루어지는 것으로 분석되었다. 그러나 과로 볼 수는 없지만 대전광역시나 경상남도도 각각 노인장애인복지과, 사회장애인복지과로 장애인재활행정을 위한 전담 팀을 가지는 지역으로 노력을 평가할 만하다. 장애인재활행정을 심의·조정하는 위원회 수는 서울과 경기도가 3개로 가장 많았으며, 서울은 10회, 경기도는 2회 회의가 개최되었다. 그리고 부산, 강원, 충남, 경북, 경남, 제주도가 1개의 위원회가 있으며 경남은 3회, 부산, 강원은 2회, 충남, 경북, 제주도는 각 1회 개최된 것으로 나타났으며 나머지 지역은 아직 위원회가 없는 것으로 분석되었다. 등록장애인 1인당 장애인복지예산 지출은 서울이 84만원으로 가장 많고 제주도가 80만원, 울산과 충북이 49만원, 대전이 42만원, 대구 41만원, 광주 40만원에 비해 전남은 9만원인 것으로 나타나 물론 단순한 비교는 무리가 있다할지라도 서울과 전라남도도 무려 75만원의 차이가 있는 것으로 나타나 지역간 격차가 큰 것으로 분석되었다. 총 예산 중 장애인 복지예산의 비율은 충북이 2.1%로 가장 높았고 서울 2%, 전북 1.75%, 제주 1.6%, 대전 1.52% 순이었으나 전남은 0.3%, 부산 0.75%수준으로 지역간 편차가 큰 것으로 분석되었다. 2005년 장애인복지예산의 증가율은 경남이 63.27% 증가하여 가장 높았고 대전 28.87%, 전북 15.9%, 전남 13.2, 경기 0.9% 증가하였으나 다른 지역들은 모두 감소하였고, 특히 경북은 무려 58.3% 감소하였다. 지방자치단체의 자체 예산중에 지방자체 장애인복지비율은 충북이 84%로 가장 많았고, 서울 80%, 광주 79.7%, 경기 75%등이었으며 대전이 20.4%로 가장 낮았다. 지방공동모금회 배분액에서 장애인복지가 차지하는 비율은 울산이 37%로 가장 많았고 경기 27.4%, 강원 25%순이었으며 낮은 곳은 서울 4.8%, 부산 6.4%, 충북 7% 순이었다. 장애인복지관련 조례제정은 서울이 21건으로 가장 많았고 경기 6건, 전북 5건, 강원 4건 순이었으며 부산, 인천광역시도 조례제정이 없는 것으로 나타났다. 연구용역 의뢰건수는 경기도가 2건, 서울, 부산, 광주, 대전, 인천, 강원, 전북, 제주도가 각 1건인 것으로 나타났다.

2) 정보접근영역

정보접근영역은 광역단위 지방자치단체 홈페이지의 장애인 접근성 4개 지표, 시각장애인을 위한 점역소식지 발간, 지역방송 수화통역, 장애인 정보화교육장 수, 장애인용 안내지도 혹은 책자 등 8개 지표로 구성되었으나 지역방송 수화통역실태, 장애인 정보화교육장 지표는 지방자치단체별로 통계확인이 되지 않아 6개 지표로 분석되었다.

정보접근수준은 <표 7>과 같이 경남이 1로 가장 높았으며 전북이 0.95로 2위, 대구 0.86으로 3위, 경기 4위 (0.81), 울산 5위(0.74), 서울 6위(0.71), 광주 7위(0.67)로 전체 평균 0.66보다 높게 나타났고, 나머지 지역은 정보접근수준이 평균 이하인 것으로 나타났으며, 최하위는 부산 0.38, 충북 0.40, 제주 0.44 순으로 나타났다.

<표 7> 정보접근영역의 장애인재활수준

서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기
0.71 (6)	0.38 (16)	0.86 (3)	0.67 (7)	0.58 (11)	0.65 (8)	0.74 (5)	0.81 (4)
강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
0.58 (11)	0.40 (15)	0.55 (13)	0.65 (8)	1 (1)	0.95 (2)	0.6 (10)	0.44 (14)

M: .6606, SD: .1815

세부지표를 보면 광역단위 지방자치단체 홈페이지 접근성은 정보격차해소에 관한 법률에 의한 정보접근성 권장지침의 웹접근성인 시각장애인용 TEXT화면, 청각장애인용 문자해설, 장애인용 홈페이지 구축 및 정보갱신주기, 글자크기 확대정도로 평가하였다. 홈페이지 접근성은 대전, 경북, 경남, 전남, 강원도청 홈페이지가 비교적 접근성이 좋은 홈페이지로 TEXT화면이나 장애인을 위한 독자메뉴, 자료갱신주기가 양호한 홈페이지이다. 상대적으로 광주광역시 홈페이지는 가장 장애인을 위한 접근성을 배려하지 못하는 홈페이지로 분석되었다. 점역소식지 발간은 경기가 28회로 가장 많고 대구가 15회, 서울, 인천, 울산 12회, 충남 8회이나 부산, 광주, 충북은 1회도 발간하지 않은 것으로 나타났다. 장애인용 안내지도 혹은 책자발간은 광주가 29회로 가장 많고 전북 24회, 경남 21회였으나 서울, 경기, 충북은 1회도 발간하지 않은 것으로 나타났다.

3) 문화·여가영역

문화·여가영역은 지역의 공공문화시설의 편의시설 설치율과 수화통역율, 장애인 스포츠센터 수로 구성되었으나 수화통역율은 지역별로 실태파악이 되지 않아 제외하고 2개 지표로 분석하였다. 문화·여가수준은 <표 8>과 같이 경남이 1로 가장 높았으며 대전이 0.65로 2위, 경기 3위(0.63), 대구 4위(0.55)로 전국평균 0.55보다 높게 나타났으며 다른 지역은 평균에도 미치지 못하는 것으로 나타나 문화·여가에 대한 지역의 수준은 낮은 것으로 분석되었다.

<표 8> 문화·여가영역의 장애인 재활수준

서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기
0.53 (5)	0.52 (7)	0.55 (4)	0.53 (5)	0.65 (2)	0.52 (7)	0.5 (10)	0.63 (3)
강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
0.5 (10)	0.51 (9)	0.48 (15)	0.5 (10)	1 (1)	0.5 (10)	0.5 (10)	0.48 (15)

M: .5562, SD: .1277

지역 공공문화시설(시·도·구의 공공문화 회관등)의 장애인 편의시설 설치율은 대부분의 지역이 편의증진보장법에서 규정하는 편의시설을 100%설치하고 있는 것으로 나타났으나 전남 82%, 충남 92%, 경남지역이 97%인 것으로 나타났다. 또한 지역의 장애인 스포츠 활동을 위한 스포츠센터는 경남지역이 등록 장애인수에 비해 가장 여건이 좋은 것으로 나타났으나 강원, 경북, 전남, 울산지역은 장애인 스포츠센터가 없는 것으로 나타났다.

4) 권익보호영역

권익보호영역은 국가인권위원회에 진정된 사건현황과 노동부 지방 및 중앙노동위원회에 진정된 노동차별현황, 그리고 지역의 장애인인권단체 실태를 중심으로 구성하였으나 노동부의 노동차별현황은 지역별로 파악이 불가능하였고, 지역의 인권단체 수는 신뢰할 만한 자료가 나오지 않아 국가인권위원회의 설립초기인 2001년 11월부터 2004년 12월 말까지 국가인권위원회에 진정된 장애관련 차별행위 사건지표를 가지고 분석하였다. 권익보호수준은 <표 9>와 같이 충북, 충남, 전남지역이 1로 공동 1위였으며, 이 지역은 차별이 다른 지역보다 적게 나타나는 것으로 나타났고, 부산, 광주, 강원, 경북, 경남, 전북, 제주지역은 전국평균 0.67보다 높게 나타나고 있으나 가장 차별진정이 상대적으로 많았던 지역은 대전(0.06), 서울(0.13), 울산(0.19)으로 나타났다.

<표 9> 권익보호영역의 장애인재활수준

서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기
0.13 (15)	0.88 (4)	0.44 (11)	0.88 (4)	0.06 (16)	0.44 (11)	0.19 (14)	0.31 (13)
강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
0.88 (4)	1 (1)	1 (1)	0.88 (4)	0.88 (4)	0.88 (4)	1 (1)	0.88 (4)

M: .6706, SD: .3430

5) 교통 및 주택편의시설 영역

교통 및 편의시설영역은 등록장애인대비 자동차표지 발급비율, LPG연료 사용자 비율, 장애인 특별 운송비율, 공영주차장 주차요금 감면이용율, 공공주택 특별분양 비율, 공공기관 편의시설 설치율, 이행강제금 부과건수, 주차위반 범칙금 부과율 등의 지표로 구성하였으나 공영주차장 주차요금 감면이용율, 주차위반 범칙금 부과율은 지역마다 통계를 갖추고 있지 않은 곳이 많아 제외하고 6개 지표로 분석하였다. 교통 및 주택편의시설 수준은 <표 10>과 같이 충남지역이 1로 가장 높은 것으로 나타났으며 서울이 0.88로 2위, 강원 3위(0.75), 대전 4위(0.58), 전북 5위(0.57)로 전체평균 0.56보다 높은 것으로 나

타났으며 교통 및 주택편의시설이 상대적으로 가장 낮은 지역은 전남(0.37), 충북(0.43), 부산, 광주, 제주지역이 각 0.44로 나타났다.

<표 10> 교통 및 주택편의시설의 장애인재활수준

서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기
0.88 (2)	0.44 (12)	0.53 (8)	0.44 (12)	0.58 (4)	0.54 (6)	0.49 (11)	0.54 (6)
강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
0.75 (3)	0.43 (15)	1 (1)	0.5 (10)	0.51 (9)	0.57 (5)	0.37 (16)	0.44 (12)

M: .5631, SD: .1715

장애인 자동차 표지발급비율이 가장 높은 지역은 전북이 80.6%였으며 강원 61.2%, 대전 51%, 인천 48.2% 순이었으나 대구는 13.2%, 전남은 22.8%로 상대적으로 낮게 나타나고 있다. LPG연료사용자 비율은 강원도가 81%로 가장 높고 경기 35.9%, 인천 35%, 제주는 17.6%인 것으로 나타났다. 장애인 특별운송비율은 서울이 등록 장애인 대비 481.5%로 가장 비율이 높게 나타났으며 제주가 201%, 전북이 107%로 나타났으나 경북 지역은 장애인 특별운송제도가 아예 없고 부산 11.4%를 나타내고 있다.

공동주택 특별분양비율은 강원도가 총 분양수의 5.18%로 가장 높고 대전 3.15%, 부산 2.45%, 경남 2.33%이나 광주, 울산, 충북, 전북, 전남지역은 2004년에 특별분양이 없는 것으로 나타났다. 공공기관 편의시설 설치율은 서울, 대구, 대전, 울산, 경기, 충남, 경북, 경남, 전남지역이 100%를 나타내고 있으며 편의증진보장법에 의한 이행강제금 부과는 서울 3건, 충남 2건 외에는 없는 것으로 나타났다.

6) 재활서비스영역

재활서비스영역은 등록장애인 대비장애인복지관 비율, 생활시설비율, 요양시설 비율, 주·단기보호시설 비율, 그룹홈 비율, IL센터비율, 심부름센터 비율, 수화통역센터 비율, 재활지원센터 비율, 여성장애인가사도우미 파견비율지표로 구성하였으나 재활지원 센터의 경우 지역별로 센터의 해석이 확대되어 일관성이 없어서 이 부분은 제외하고 분석하였다. 재활서비스 영역의 수준은 <표 11>과 같이 단연 서울이 1로 1위였으며 충남과 강원이 0.29로 2위, 제주가 0.25로 4위였다. 나머지 지역은 재활서비스 영역 평균 0.1963에도 미치지 못하였으며 가장 수준이 낮은 지역은 부산이 0.07로 가장 낮았으며, 인천과 전남이 0.08, 울산이 0.1 순이었다. 재활서비스영역은 다른 영역에 비해 지역별 편차가 특히 크게 나타났는데 1위인 서울과 2위인 충남, 강원이 0.71의 편차인데 충남, 강원과

최하위인 부산은 0.22의 편차가 나타나 서울과 다른 지역의 편차가 심각한 수준인 것으로 분석되었다.

<표 11> 재활서비스영역의 장애인재활수준

서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기
1 (1)	0.07 (16)	0.09 (13)	0.11 (10)	0.11 (10)	0.08 (14)	0.1 (12)	0.12 (9)
강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
0.29 (2)	0.13 (6)	0.29 (2)	0.16 (5)	0.13 (6)	0.13 (6)	0.08 (14)	0.25 (4)

M: .1963, SD: .2259

재활서비스영역의 세부지표를 보면 지역의 등록장애인대비 장애인복지관 비율은 제주가 0.025로 가장 높고 서울과 강원이 0.012로 다음으로 높다. 반면에 가장 낮은 지역은 부산이 0.004로 가장 낮게 나타나 등록장애인 대비 장애인복지관이 가장 적은 지역인 것으로 분석되었다. 생활시설비율은 충남이 1.57로 가장 높고 서울이 0.52 순으로 나타났다. 요양시설은 서울이 0.56으로 가장 높게 나타났으며 광주, 인천, 충북, 충남, 울산, 전남지역은 아예 없는 것으로 나타났으며 주·단기 보호시설은 서울이 0.41로 가장 높고, 제주가 0.035, 울산이 0.03 순으로 나타났으나 대전, 충북, 경북, 경남지역은 0.01로 상대적으로 적은 지역으로 분석되고 있다. 그룹홈, II센터, 심부름센터, 수화통역센터, 여성장애가사도우미 파견비율도 단연 서울이 가장 높게 나타났으며 다른 지역은 비슷한 수준이었으나 II센터는 대전, 인천, 울산, 경기, 강원, 충북, 경남, 전남지역은 없는 것으로 분석되고 있다.

7) 소득 및 경제활동영역

소득 및 경제활동영역은 민간부문의 의무고용 이행률, 공공부문의 의무고용 이행률(지자체 및 교육청 합산), 장애인복지법에 의한 지방자치단체의 우선구매 비율, 매점·자판기 우선배정 비율, 창업자금 융자금액 비율, 직업재활시설 보호고용비율, 장애수당 및 장애아동 수당의 지역부담비율 지표로 구성되었으나 창업자금 융자금액 비율은 지역에서 제대로 파악이 되지 않아 이 부분은 제외하고 민간부문의 의무고용 이행률도 2004년 통계가 생성되지 않아 2003년 12월 30일 현재 통계로 분석하였다. 소득 및 경제활동영역의 수준은 <표 12>와 같이 전북이 1로 가장 높았으며 서울이 0.99로 2위, 대구 3위(0.98), 충남 4위(0.96), 광주 5위(0.94), 충북 6위(0.9), 인천, 경남 7위(0.87), 경기 8위(0.86)로 전국 평균이상인 지역이고 대전(0.65), 전남(0.74)이 하위수준인 것으로 나타났다.

다. 그리고 소득 및 경제활동영역은 10개영역 중에서 가장 지역적 수준이 비슷하게 나타나고 있는 것으로 분석되었다.

<표 12> 소득 및 경제활동영역의 장애인재활수준

서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기
0.99 (2)	0.8 (12)	0.98 (3)	0.94 (5)	0.65 (16)	0.87 (7)	0.83 (10)	0.86 (9)
강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
0.76 (14)	0.9 (6)	0.96 (4)	0.82 (11)	0.87 (7)	1 (1)	0.74 (15)	0.78 (13)

M: .8594, SD: .1000

소득 및 경제활동영역의 세부지표를 보면 민간부분 의무고용 이행율은 인천광역시 1.82로 가장 높게 나타나고 있으며, 제주 1.76, 울산, 경남 1.67순으로 나타났으나 전남, 광주지역은 0.82, 서울은 0.94로 최하위인 것으로 분석되었다. 공공부문 의무고용이행율은 전남지역이 2.58로 가장 높게 나타났으며, 충북 2.5, 경남 2.46, 광주 2.44 등 대부분의 지역이 의무고용 이행율 2%를 초과하고 있으나 서울(1.67)과 경기(1.78), 인천(1.92)지역은 2%를 달성하지 못하고 있는 것으로 분석되었다. 지방자치단체의 장애인복지법 우선구매품목 우선구매비율은 경북이 94.5%로 가장 높았으며 전북 77%, 경남 76.81%, 충북 76.6%였으나 대전은 14%, 전남 20.4%, 부산 20.93%로 상대적으로 낮았다. 매점·자판기 장애인배정수는 광주가 58.3%로 가장 높았고, 전북 57%, 경기, 충남이 46%였으나 경남은 4.5%, 울산 4.7%, 대전 11%, 대구 13%로 우선배정비율이 낮은 것으로 분석되었다. 직업재활시설의 보호고용비율은 대구가 3.8%로 가장 높게 나타났으며 제주가 1.2%이고 다른 지역은 1%이하이며, 전남지역이 0.03%로 가장 낮은 지역으로 나타나 이 지역의 중증장애인의 고용이 상대적으로 어려울 것으로 예상되었다. 장애 및 장애아동 부양수당 비율은 서울 50%를 제외하고 다른 지역은 모두 30%였으며 장애수당은 서울 66.7%, 울산 62.4%, 대구 54%, 부산 51%이며 대전, 강원, 충북, 경북, 경남, 전북, 전남지역이 30%인 것으로 나타났다.

8) 교육영역

장애인복지수준을 측정하기 위한 교육영역은 학령기 장애인 수 대비 특수교육 유치부, 초·중·고 비율, 치료교사 배치율, 치료교사 자격증 소지율, 직업담당교사 배치율, 직업담당교사 자격증 소지율, 전공과 설치율 지표로 구성되었으나 특수교육 유치부, 초·중·고 비율은 동일 연령대의 등록 장애인수가 지역별로 통계가 부족하여 제외되고

나머지 5개 지표로 분석하였으며 이것은 전환교육 수준에서 이미 제시하였다.

9) 보건 및 의료영역

보건 및 의료영역의 장애인복지수준은 재활병동의 병상수 대비 등록장애인수, 등록장애인대비 의료비 지원비율, 등록진단비지원 비율, 재활보조기 무료보급비율로 측정하였다. 보건 및 의료영역의 장애인복지수준은 <표 13>과 같이 제주가 1로 가장 높았으며 대구가 0.93으로 2위, 경북이 0.65로 3위, 충북 4위(0.53), 전북, 강원 5위(0.48), 서울 7위(0.44)로 전국 평균보다 높게 나타났으며 상대적으로 울산지역이 0.08로 최하위를 나타냈으며 경기 0.1, 인천 0.11, 대전 0.13으로 낮게 나타나고 있다.

<표 13> 보건 및 의료영역의 장애인재활수준

서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기
0.44 (8)	0.6 (4)	0.93 (2)	0.15 (12)	0.13 (13)	0.11 (14)	0.08 (16)	0.1 (15)
강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
0.48 (6)	0.53 (5)	0.38 (9)	0.65 (3)	0.29 (11)	0.48 (6)	0.31 (10)	1 (1)

M: 4162, SD: .2832

재활병동 병상수 대비 등록장애인 수는 경북지역이 268명으로 가장 좋았으며 부산이 384명, 제주 660명, 서울 1,028명, 강원 1,337명, 충남 1,441명, 대구 2,597명, 경남 3,088명이었으며 다른 지역은 재활병동의 병상수가 없는 것으로 나타났다. 장애인의료비 지급 비율은 충북이 89%로 가장 높고 제주 20.2%, 전북 20%순이었으며 상대적으로 울산은 5.6로 가장 낮게 나타났다. 장애등록 진단비 지급비율은 등록장애인 대비 제주지역이 10%로 가장 높았고, 대구 4.5%, 전남 4%순이었으나 경기지역이 상대적으로 0.3%로 가장 낮은 것으로 분석되었다. 재활보조기구 무료보급비율은 등록장애인 대비 대구가 5%로 가장 높게 나타났으며 울산이 0.4%로 가장 낮은 것으로 분석되었다.

10) 장애인구 및 안전영역

장애인구 및 안전영역은 장애인등록이 홍보나 전달체계 형태에 따라 다를 것이라는 전제하에 지난 5년 동안의 등록장애인 증가율과 장애인의 안전을 위한 119콜서비스 시행 유무를 가지고 측정하였다. 장애인구 및 안전영역의 장애인재활수준은 <표 14>와 같이 서울이 1로 가장 좋은 것으로 나타났으며 충남이 0.97로 2위, 전북 3위(0.95), 충북 4위(0.90), 경기 5위(0.89), 전남, 인천 6위(0.85), 대전 8위(0.83)로 전국 평균이상인 지역

으로 나타났으며 부산, 경북(0.45), 대구(0.43) 지역이 최하위인 것으로 분석되었다.

<표 14> 장애인구 및 안전영역의 장애인재활수준

서울	부산	대구	광주	대전	인천	울산	경기
1 (1)	0.45 (14)	0.43 (16)	0.47 (12)	0.83 (8)	0.85 (6)	0.66 (9)	0.89 (5)
강원	충북	충남	경북	경남	전북	전남	제주
0.51 (10)	0.9 (4)	0.97 (2)	0.45 (14)	0.51 (10)	0.95 (3)	0.85 (6)	0.47 (12)

M: .6994, SD: .2222

장애인등록 증가율은 울산이 22.6%로 가장 높았고, 서울 18.4%, 충남지역이 17.3%의 증가율을 보였고 대전지역 11.2%, 전남지역은 12.15%로 낮은 증가율을 보이는 것으로 분석되었다. 장애인의 안전을 위한 119콜서비스는 서울, 대전, 인천, 경기, 충북, 충남, 전북, 전남지역이 시행하고 있으나 다른 지역은 시행되지 않는 것으로 분석되었다.

결과적으로 10개 영역의 장애인복지수준은 장애인구 및 안전, 재활서비스, 복지행정영역은 서울이 1위를 나타냈으며 충청남도는 교육, 교통 및 주택편의시설, 권익보호에서 1위를, 경남은 문화·여가영역과 정보접근 영역에서 1위, 충북은 권익보호에서 충남과 함께 1위, 전북은 소득 및 경제활동영역에서, 전남은 충남, 충북과 함께 권익보호에서 1위, 제주는 보건 및 의료 영역에서 1위를 나타냈으나 부산, 대구, 광주, 대전, 인천, 울산, 경기, 강원, 경북은 한 영역에서도 1위를 나타내지 못하였다.

IV. 결론 및 제언

본 연구는 우리나라 16개 지역의 전환교육 및 장애인재활의 수준을 측정하고 방향성을 제시해 줄 수 있는 지수를 이론적 토대에 기초해 개발하고 개발된 지수를 활용하여 지역간 장애인 전환교육 및 재활수준을 분석하며, 이것을 토대로 지역간 장애인복지격차를 해소하고 수준을 향상시킬 수 있는 방향성을 제시하고자 하는 연구이다.

본 연구에서 도출된 결론은 먼저, 16개 지역의 장애인 전환교육 및 재활수준을 측정할 수 있는 지표는 전환교육 9개 지수, 재활수준 영역 70개(전환교육 포함) 지수로 개발하고 복지여건을 고려하기 위하여 등록장애인의 인구비와 재정자립도 등이 선정되었다. 둘째, 지역의 전환교육수준이 격차가 크게 벌어져 있으며 전환교육의 기반이라 볼 수

있는 치료교육여건은 격차가 크지 않은데 비해 직업교사배치나 자격증소지자 배치, 전공과 설치 등은 전반적으로 문제가 있는 것으로 확인되었다. 셋째, 장애인재활 수준이 서울과 다른 지역간의 격차가 심각한 수준인 것으로 나타났는데 이것은 복지여건을 감안하면 나타난 지수보다 실제의 격차가 더욱 크게 벌어져 있다. 즉, 울산, 전남과 서울의 장애인재활수준은 2배 이상 나타날 정도로 격차가 크다는 것이 확인되었다. 넷째, 10개의 영역 중 지역간의 격차가 크지 않는 영역은 교육, 소득 및 경제활동영역이며 격차가 크게 나타나는 영역은 재활서비스와 보건 및 의료, 복지행정영역으로 분석되어 장애인재활수준을 전반적으로 개선하기 위해서는 우선적으로 재활서비스, 보건 및 의료, 복지행정영역의 개선이 우선되어야 할 것으로 나타났다.

본 연구의 결과를 중심으로 정책적 개입방안을 제안하면 다음과 같다.

첫째, 중등교육이후의 전환교육이 원활하게 이루어지기 위해 직업담당교사 배치율의 확대와 직업담당교사 자격증 소지자가 배치될 수 있도록 제도가 개선되어야 할 것이다.

둘째, 서울과 다른 지역간의 장애인재활 수준의 격차를 해소하기 위하여 지역의 적극적 우대조치(affirmative action)가 도입되어야 한다. 장애인재활의 서울과 지역간의 격차는 분석결과를 놓고 보면 2:1이나 복지여건, 즉, 등록장애인 인구비나 재정자립도를 감안하면 3~4:1의 격차가 벌어져 있는 상황이다. 따라서 이것을 해결하기 위해서는 현행 정책의 유지나 지방분권화로서는 해결되지 않고 단기간 격차를 해소하기 위한 지역장애인복지의 적극적 우대조치들이 고려되어야 할 것이다.

셋째, 복지여건이 좋음에도 불구하고 장애인재활 수준이 낮게 나타나는 광역시에 대한 책임성을 보다 분명히 하는 방안이 고려되어야 한다. 장애인 등록인구비가 전국 평균이하이며 상대적으로 재정자립도는 전국 평균이상으로 나타나는 광역시들이 최하위 수준으로 나타나는 것은 장애인재활에 대한 의지가 부족한 것으로 밖에 분석이 되지 않는다. 따라서 중앙정부는 지역행정의 평가척도에서 장애인재활수준의 가중치를 높이고 장애인재활에 대한 정책의 개발을 적극적으로 할 수 있도록 장애인복지법 개정시 지방자치단체의 역할을 보다 명확히 규정하여 지도, 감독 할 필요가 있으며 장애인과 장애인복지단체는 광역시에 대한 지속적인 정책요구를 통해 수준을 높일 수 있도록 하는 방안들이 검토될 필요가 있다.

넷째, 장애인재활 수준을 전반적으로 향상시키기 위해서는 재활서비스, 보건 및 의료, 복지행정영역 등에 대한 우선적인 개선이 필요하다. 서울과 지역간의 격차가 크게 벌어지고 장애인복지 수준에 가장 영향을 미치는 영역들은 재활서비스, 보건 및 의료, 복지행정영역으로 이 부분이 개선이 이루어지면 장애인복지 수준이 전반적 향상될 것으로 기대된다. 특히 재활서비스는 서울과 지역간의 격차가 최대 15:1이기 때문에 이 부분의 개선이 시급하게 이루어져야 할 것이며 보건 및 의료나 장애인복지행정영역도 다음과 같은 정책적 개입이 필요하다.

① 장애인재활행정을 심의·조정하는 위원회가 모든 지역에 설치되어야 하고 이 위원

회의 활동이 형식적이지 않도록 회의가 정례화 되도록 해야 한다.

② 장애인복지예산의 지역간 격차를 해소하기 위하여 중앙정부 지원의 차등, 특정 지역의 복지세 도입과 같은 방안들이 마련되어야 한다.

③ 장애인복지관련 조례들이 제정될 수 있도록 정보제공과 모니터 하는 역할들을 장애인단체가 수행해야 한다.

참고문헌

- 김양희, 윤혜미(1996). 여성사회지표 개발. 한국여성개발원.
- 김호섭, 박병식, 박영미, 김재훈(2002). 지방행정 서비스의 성과측정을 위한 지표. **한국사회와 행정연구 제12권 제4호**: 3-26.
- 나운환(2003). 통합재활론. 서울: 홍익제.
- 소진광(2004). 사회적 자본의 측정지표에 관한 연구. **한국지역개발학회지, 제16권 제1호 3/16(10)**: 89-118.
- 이상연, 박종태(1998). 복지수준의 측정에 관한 연구. **평택대학교 논문집 제10권 제2호** 257-286.
- 윤혜미, 김환준, 강혜규(1990). 사회복지지표의 체계 개발에 관한 기초연구. 한국보건사회연구원.
- 통계청(2004). 한국의 사회지표. 통계청.
- 한국보건사회연구원(2002). 한국의 노인복지지표개발에 관한 연구. 한국보건사회연구원.
- 한국청소년개발원(1997). 한국의 청소년지표. 한국청소년개발원.
- Brown, I.(2003). Abuse and neglect of disabled and non-disabled children: establishing a place in quality of life study. In M.J. Sirgy, D. Rahtz and A.C. Samli(eds) *Advances in Quality of Life Theory and Research*, Vol 4. Dordrecht, The Netherlands: Kluwer Academic.
- Brown, I., & Brown, R. I.(2003). *Quality of life and disability*. Jessica Kingsley Publishers Ltd.
- Brown, I., Raphael, D., & Renwick, R.(1998). *Quality of life instrument package for adults with developmental disabilities. Full version*. Toronto: Centre for Health Promotion, University of Toronto. www.utoronto.ca/qol.
- Cummins, R.(1997). Assessing quality of life. In R. I. Brown(ed) *Quality of life for people with disabilities: Models, research and practice, 2nd edition*. Cheltenham, UK: Stanley Thornes.
- Goode, D.(1994). *Quality of life for people with disabilities: International perspectives and issues*. Cambridge, MA: Brookline Books.
- OECD(2004). Social expenditure database, 1980-2001.
- Segal, S. P., & Aviram, U.(1978). *The mentally ill in community-based sheltered care: A study of community care and social integration*. NY: Springer Publishing Company.
- Willer, B., Ottenbacher, K. J., & Coad, M. L.(1994). The community integration questionnaire: A comparative examination. *Amerian journal of Physical Medicine and Rehabilitation, Vol. 73*. 103-111.
- www.oecd.org/els/social/expenditure.

A Comparative Study on the Rehabilitation level for Persons with Disabilities in Local Government

Na, Woon hwan

Daegu University

Ryu, Jeong jin

Daegu University

Lee, Hye kyeong

Daegu University

<Abstract>

This study attempts to estimate and develop transitional education and rehabilitation level indicators for persons with disabilities in local government. It then drives rehabilitation level indicators of ten indicators, such as safety, health, education, income and economic activities, rehabilitation services, accommodation, human rights, culture and leisure, digital divide, and welfare administration, seventy indicators criteria. Also, it is based on the alleged notion that available indicators currently may not be described adequately the rehabilitation level of local development. The result of this study can be summarized as follows:

First, the highest local government with welfare level indicators were Seoul Metropolitan government, respectively, which were double level of the other local government. Also, the lowest local government were Ulsan metropolitan city and Jeolla Namdo Provincial government. Second, the lowest local metropolitan with welfare level indicators in spite of higher self-supporting finance and the number of disabled persons registered lower than the other local government.

Therefore, to improve this appearance, we should introduce the affirmative action policy and strengthen the social image improvement program of persons with disabilities for the local government leaders.

Key Words: transitional education, rehabilitation administration, comparison of rehabilitation level

논문 접수: 2005. 10. 20

심사 시작: 2005. 10. 19

게재 확정: 2006. 3. 23