

정책분석과 동향



장애아동과 그 가족을 위한 지역장애아동지원센터 설치 시 고려사항과 핵심 기능
황주희

장애아동과 그 가족을 위한 지역장애아동지원센터 설치 시 고려사항과 핵심 기능¹⁾

Core Functions and Considerations of Local Support Center for Children with Disabilities and Their Families

황주희 | 한국보건사회연구원 부연구위원

2011년 제정된 「장애아동복지지원법」은 장애아동이 안정된 가정생활 속에서 건강하게 성장하여 활발하게 사회에 참여하도록 하고 장애아동 가족의 부담을 완화하기 위하여 마련되었으나, 이를 실현할 지역 단위 전달체계를 구축하지 못한 채 현재에 이른다. 이에 2020년 12월 「장애아동복지지원법」이 개정되면서 지역 장애아동지원센터 시·도 설치의 근거를 마련한 바 있고, 현 정부의 국정과제에 ‘장애 조기 발견·개입을 위한 서비스체계 구축’이 포함되어 있어 장애아동과 그 가족을 위한 국가적 차원의 정책 실현이 필요한 상황이다.

이 글에서는 장애아동과 그 가족을 위한 지역장애아동지원센터를 설치할 때 우선적으로 고려해야 할 사항과 향후에 만들어질 지역장애아동지원센터가 수행해야 할 핵심적인 기능에 대해 논의하고자 한다.

1. 들어가며

장애아동은 장애인과 아동이라는 이중적인 한계를 지닌 대상으로, 성인 장애인과는 구별되는 복지 욕구와 특성이 있다. 이 때문에 장애아동과 그 가족을 대상으로 특별한 보호와 지원 체계를 마련해야 한다는 요구가 지속되어 왔다. 이에 장애아동이 안정된 가정생활 속에서 건강하게 성장

하여 활발하게 사회에 참여하도록 지원하고 그 가족의 부담을 완화하기 위한 목적으로 2011년 「장애아동복지지원법」(이하, 장애아동복지법)이 제정되었다. 당시는 「노인장기요양보험법」(2008) 및 「장애인활동지원에 관한 법률」(2011) 등이 도입되던 시기로 인구 고령화에 따른 돌봄의 사회화 및 신사회적 위기에 대응하는 보편적 돌봄 정책의 실현이 중앙정부 차원에서 활발히 시행되던

1) 이 글은 황주희 외. (2021). 지역장애아동지원센터 설치 및 운영을 위한 기초연구(세종: 한국보건사회연구원, 서울: 한국장애인개발원)의 일부를 활용하여 작성한 것이다.

때였다. 이에 이 법은 기존의 성인 장애인 중심의 정책에서 나아가 장애가 인지·발견되는 영유아 시기부터 공공이 개입함으로써 영유아 시기부터 전 생애주기별 장애인의 욕구에 대응하는 정책의 이행으로 장애영유아의 장애심화 예방과 그 가족이 처해 있는 어려움에 대한 공공의 지원을 위한 법적 기반을 마련하였다는 점에서 의의가 있다 (구교현, 2012).

그러나 이 법의 제정 이후 장애아동과 그 가족을 위한 지원 체계가 마련되지 못한 상태에서 2014년 「발달장애인 권리보장 및 지원에 관한 법률」(이하, 발달장애인법)이 제정되고 「장애아동복지법」에서 포함하지 못했던 ‘발달장애인 지원 체계 구축’을 법안 내용으로 포함함으로써 지역발달장애인 전달체계(광역 단위)가 먼저 전국에 설치되었다. 현재 「장애아동복지법」에 따른 전달체계로는 ‘중앙장애아동지원센터’가 한국장애인개발원 산하에 있으며, 2012년 10월 ‘중앙장애아동·발달장애인지원센터’로 시범 운영을 시작하여 현재에 이른다. 이름에서 알 수 있듯이 중앙장애아동지원센터는 현재 중앙발달장애인지원센터와 함께 운영되고 있다.

지역 단위 장애아동지원센터 부재와 관련하여 2019년 3월 보건복지부 종합감사, 2019년 11월 국정감사(오세재 의원 및 강병원 의원)에서 1) 지역장애아동지원센터 미설치 및 운영 2) 지역장

애아동지원센터 미설치에 따른 조기 설치 촉구 3) 지역장애아동지원센터 미설치, 발달장애인지원센터와 지역장애아동지원센터 통합 설치 운영 방안 마련 촉구 등이 지적되기도 하였다.

이에 2020년 12월에 장애아동복지법 및 시행령이 개정되면서 ‘지역장애아동지원센터 시·도 설치의 근거’가 마련²⁾되었고, 2021년 ‘장애아동 지원 종합대책’(2021. 5. 12.)에서도 1) 만 3세 미만 장애영유아를 대상으로 하는 장애 조기 발견-개입-치료 체계 마련 2) 장애아동 가족의 양육·돌봄 부담에 대한 대응 체계 마련 3) 장애아동에 대한 체계적이고 종합적인 지원 체계 마련이 계획되었다. 특히 현 정부의 국정과제에 ‘장애 조기 발견·개입을 위한 서비스체계 구축’이 포함되어 있어 장애아동과 그 가족을 위한 국가적 차원의 정책 실현이 필요한 상황이다.

이 글에서는 장애아동과 그 가족을 위한 지역 장애아동지원센터를 설치할 때 주요하게 고려해야 할 사항과 향후에 지역장애아동지원센터가 수행해야 할 핵심적인 기능에 대해 논의하고자 한다.

2. 지역장애아동지원센터 설치 시 고려 사항

가. 정책 대상인 장애아동의 발달기 특성 고려

만 18세 미만 장애아동 및 만 6세 미만 장애영

2) 제9조(지역장애아동지원센터)

① 특별시장·광역시장·특별자치시장·도지사·특별자치도지사(이하 “시·도지사”라 한다) 및 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 다음 각 호의 업무를 수행하기 위하여 특별시·광역시·특별자치시·도·특별자치도 및 시·군·구(자치구를 말한다. 이하 같다)에 지역장애아동지원센터(이하 “지역센터”라 한다)를 설치·운영할 수 있다. <개정 2020. 12. 29.>

유아의 규모는 점차 증가하는 추세이다. 2011년부터 2020년까지 연도별로 전체 아동 대비 장애 아동(등록 장애)과 전체 영유아 수 대비 장애영유아(등록 장애) 비율을 살펴보면, 전체 아동 및 전체 영유아 수 대비 장애아동 및 장애영유아 비율은 2011년 각각 0.79%, 0.29% 수준이었다가 2020년 0.98%, 0.46%로 증가하였다(박창현, 김근진, 김경희, 정유나, 2021). 이러한 증가는 결혼, 출산 연령 증가에 따른 고령 출산 증가로 인한 저체중아·조산아 출산율의 급격한 증가와 관련 있다(이재희, 이정림, 엄지원, 김희선, 2020). 저체중아 및 조산아는 발달 지연 등의 문제가 발생할 확률이 그렇지 않은 아이에 비해 높기 때문이다. 더불어 2007년부터 시작된 영유아건강검진제도에 따라 영유아 및 아동기의 발달 지연 문제 등 장애를 인지하고 발견하는 비율이 이전에 비해 높아진 것도 주요한 이유로 제기된다. 이에 장애아동

및 영유아기 장애의 증가는 앞으로도 지속될 것으로 전망된다.

〈표 1〉에서 제시하였듯이, 2020년 「장애아동 복지법」에 따른 만 18세 미만 장애아동의 수는 7만 5천 명 수준이다. 이는 장애 등록 규모만을 집계한 것으로, 아동의 경우 발달단계에 따라 언어발달, 운동발달 등에 차이가 있고, 발달 수준이 고정되어 있지 않기 때문에 성인기 장애인과 같은 장애 판정이 쉽지 않은 특성이 있다. 이는 발달기에 속한 아동기 특성이며, 이 시기 장애 정도와 수준, 여부 등을 판단하는 것은 쉽지 않다. 이에 따라 장애아동을 대상으로 언어치료, 인지치료, 감각치료 등을 지원하는 발달재활서비스는 아동기 특성을 고려하여 병원에서 발달재활서비스 의뢰서를 받거나 검사 자료를 제출하여 ‘장애 등록’을 대체할 수 있도록 하고 있다. 이러한 접근은 특수교육 영역에도 적용되며, 특정 장애명

표 1. 전체 아동·영유아 및 등록 장애아동·영유아 현황

(단위: 명, %)

구분	전체 아동 수	장애아동 수	비율	전체 영유아 수	장애영유아 수	비율
2011	9,921,012	78,186	0.79	2,777,209	7,933	0.29
2012	9,691,876	76,191	0.79	2,816,103	7,886	0.28
2013	9,431,699	74,617	0.79	2,769,255	7,442	0.27
2014	9,186,841	73,195	0.80	2,741,835	7,657	0.28
2015	8,961,805	72,583	0.81	2,739,901	8,122	0.30
2016	8,736,051	72,139	0.83	2,680,088	8,598	0.32
2017	8,480,447	72,260	0.85	2,568,516	8,983	0.35
2018	8,176,335	72,618	0.89	2,415,349	9,175	0.38
2019	7,928,907	74,362	0.94	2,285,605	9,679	0.42
2020	7,701,707	75,482	0.98	2,121,390	9,729	0.46

주: 장애아동은 만 18세 미만이며, 영유아는 만 6세 미만임.

자료: 박창현, 김근진, 김경희, 정유나. (2021). 장애아동 관련 실태조사 및 종합적 지원체계 구축방안 연구. p. 12.

을 진단받지 않아도 발달상의 어려움이 있는 아동으로 정책의 대상을 확대하여 지원하고 있다. 따라서 지역장애아동지원센터의 정책 대상은 장애 등록 여부보다는 발달재활서비스 이용자 기준 등 발달기 아동의 특성을 고려한 포괄적 접근이 필요하다.

나. 빠른 장애 진단 및 개입 시스템의 필요

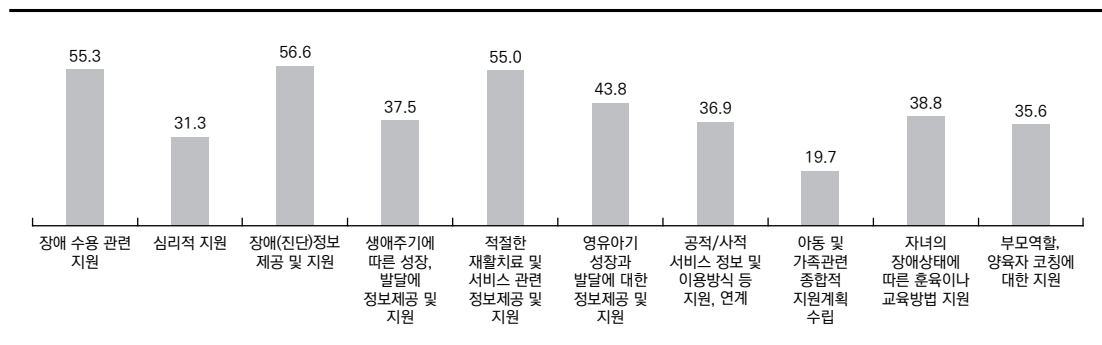
우리나라는 2007년부터 ‘영유아건강검진’ 제도를 시행하여 만 5세까지 다섯 차례에 걸쳐 아동의 성장·발달과 관련된 검진을 시행하고 있다. 그러나 영유아건강검진에서 ‘심화 평가 권고’ 또는 ‘추적 검사 요망’의 결과를 받는 경우, 이에 대한 후속 지원을 할 수 있는 연계 기관이 없는 상황이다. 영유아기에 발견되는 장애는 상당수가 어린이집에서 최초로 인지하는 경우가 많지만, 이를 인지하더라도 연계할 수 있는 공식적 지원

체계가 없다. 일부 장애인복지관에서 조기 개입 관련 서비스를 제공하고 있으나 이는 전체 254개 복지관 중 35곳 정도이며, 이마저도 적절한 조기 개입을 위한 서비스 제공보다는 장애 의심, 발달 지연을 위한 선별 검사 정도를 수행하고 있다. 이에 발달기 장애영유아의 장애 진단까지 빠르게 이루어지지 못하며, 이와 관련된 치료를 제때 받지 못해 장애의 증증화로 이어지기도 한다(박현옥, 2010; 조운경, 2013; 홍은숙, 2008). 최근에는 사설 치료기관이나 방문치료, 불법 홈티 등 영유아를 위한 재활서비스 제공 기관이 많아지고 상업화됨에 따라 불필요한 치료가 자행되거나 장애 진단을 미루고 치료 과정에 과몰입하는 등의 부작용이 발생하고 있다.

2021년 ‘지역장애아동지원센터 설치 및 운영을 위한 기초 연구’(황주희 외, 2021)에서 전국 300명의 장애아동 가족을 대상으로 시행한 설문에서 ‘장애 진단 및 등록 과정’에서 겪었던 어려

그림 1. 장애 진단과 등록 초기에 도움받은 경험

(단위: %)

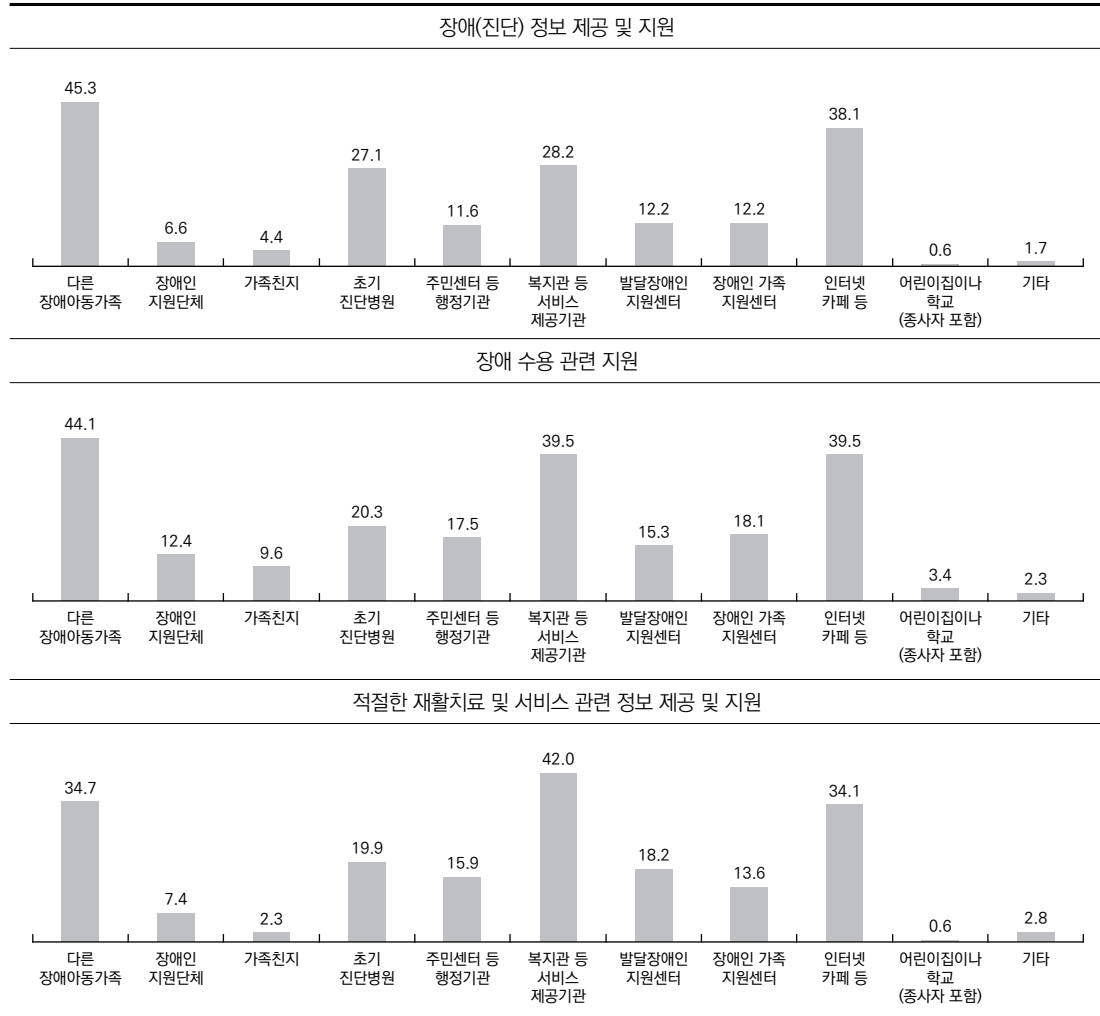


주: 도움받은 경우만 제시하였음.

자료: 황주희 외. (2021). 지역장애아동지원센터 설치 및 운영을 위한 기초연구. p. 119

그림 2. 장애 진단 및 등록 초기에 도움받은 경로

(단위: %)



자료: 황주희 외. (2021). 지역장애아동지원센터 설치 및 운영을 위한 기초연구. pp. 120-121.

움에 대한 외부의 지원 여부와 도움받은 경로를 질문하였는데, '장애(진단)에 대한 정보 제공 및 지원'을 받았다는 응답이 56.6%, '장애 수용 관련 지원'을 받았다는 응답이 55.3%, '적절한 재활치료 및 서비스 관련 정보 제공·지원'을 받았

다는 응답이 55% 순으로 나타났다. 그러나 누구로부터 지원을 받았는지 물어본 결과, 대부분 '다른 장애아동 가족' 및 '인터넷 카페'에서 도움을 받았다고 응답하였고, 다음으로 '복지관 등 서비스 제공 기관'으로 응답하여, 도움 경로가 대부분

사적인 통로로 이루어지고 있음을 알 수 있다³⁾ (이소현, 조윤경, 2004; 이소현 외, 2007; 조광순 외, 2004).

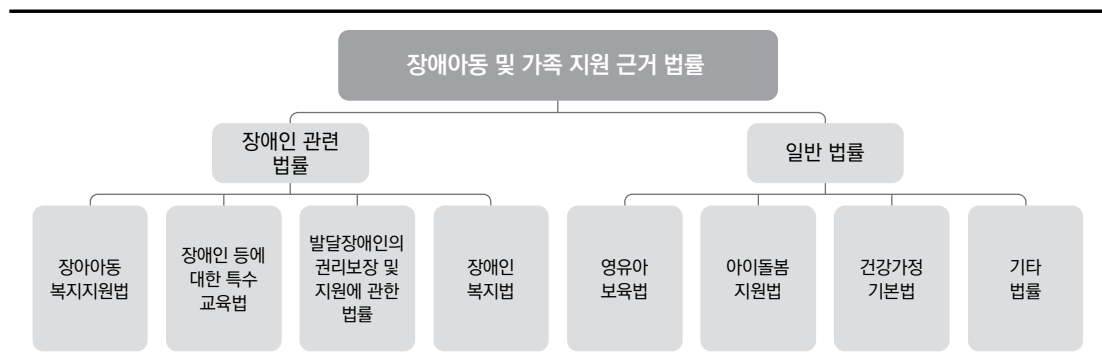
다. 종합적 지원 체계로서 가족 중심 접근 (family-centered approach) 강조

장애아동과 그 가족의 지원에 관한 직접적인 규정을 두고 있는 법률은 「장애아동복지법」, 「장애인 등에 대한 특수교육법」, 「발달장애인법」, 「장애인복지법」 등으로 다양하다. 이 외에도 장애아동 및 가족 지원에 관한 규정을 부분적으로 담고 있거나 장애아동을 포함한 아동 및 가족 지원에 관한 사항을 담고 있는 법률(일반 법률)로 「영유아보육법」, 「아이돌봄지원법」, 「건강가정기본법」 등이 있다. 서울시 등 지방자치단체에서

는 「장애인가족 지원에 관한 조례」를 제정하여 관련 사업을 추진하고 있다.

제시된 다양한 법률의 존재를 근거로 장애아동을 위한 지원 체계는 여러 법률에 따라 견고하게 운영되어야 하지만, 실질적으로는 분절, 파편화되어 있어 장애영유아 및 아동을 둔 가족은 어디에서 어떤 지원을 받을 수 있는지를 알기 어려우며 실제로 서비스를 받는 경우도 매우 드물다. 장애아동과 그 가족이 이용할 수 있는 서비스는 중앙부처로는 보건복지부, 여성가족부, 교육부 등에서 운영하는 것이 있으며, 각 부처의 서비스는 부처 내 개별적인 서비스 전달체계를 통해 제공되는 구조이다. 일례로 보건복지부 사업은 장애영유아 및 발달장애 정밀 검사를 담당하는 국민건강보험공단, 장애 판정을 담당하는 국민연금공단, 발달장애아동 관련 사업을 수행하는 중앙

그림 3. 장애아동 및 가족 관련 법률



자료: 황주희 외. (2021). 지역장애아동지원센터 설치 및 운영을 위한 기초연구. p. 66.

3) 2021년도 설문조사의 대상 선정은 「개인정보법」의 이유로 전국 발달장애인 가구를 대상으로 한 표본수집에 제한이 있었다. 이에 장애인복지관의 협조를 받아 설문에 참여하겠다는 부모를 대상으로 조사를 실시하였다. 조사 시점에 장애인복지관을 이용하고 있는 발달장애인 가구를 대상으로 조사를 진행했기 때문에 '장애(진단)에 대한 정보 제공 및 지원', '장애 수용 관련 지원', '적절한 재활치료 및 서비스 관련 정보 제공·지원'에서 복지관 이용 비율이 일반적인 발달장애인 가구의 응답 결과와 차이가 있을 수 있으므로 해석에 유의할 필요가 있다.

장애아동·발달장애인지원센터 및 지역발달장애
인지원센터에서 운영된다. 여성가족부는 중앙·
시도·시군구 건강가정지원센터를 주된 전달체계
로 하여 공동육아나눔터, 아이돌봄서비스 등의
서비스를 전달하고 있다. 교육부는 교육청 산하
특수교육지원센터를 통해 특수교육 대상 장애아
동에게 특수교육 대상자 진단 평가, 조기교육, 순
회 및 통합교육, 특수교육 치료 및 학습 지원 등
의 서비스를 전달하고 있다. 즉, 다양한 부처에
의해 다양한 지원이 이루어지고 있으나, 이는 이
용자를 중심으로 구축되어 있기보다는 서비스 제
공 기관을 중심으로 사업이 수행되는 구조이다.

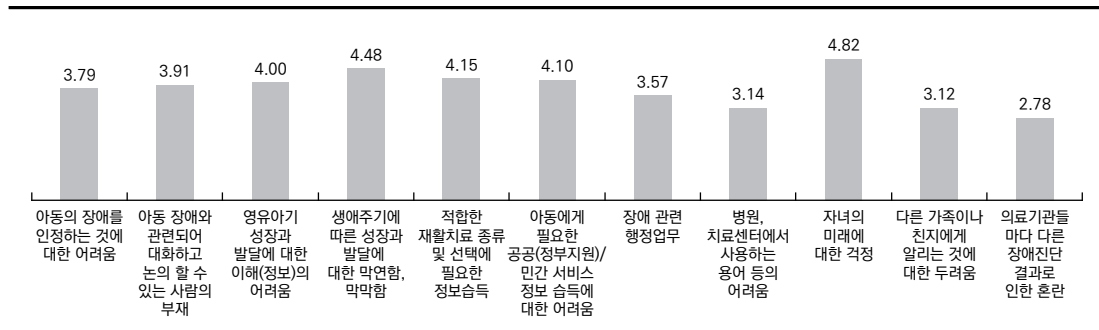
특히 장애영유아를 대상으로 하는 조기 개입
(Early Intervention)은 주로 교육부의 특수교
육지원센터, 지역사회 내 장애인복지관, 바우처
를 통한 치료센터, 그리고 물리치료를 담당하는
의료기관 등에서 다룬다(박영숙, 2011; 조운경,
2013; 조상미, 남성희, 2012). 실제 장애아동 및
그 가족은 관련된 모든 기관을 이용할 수 있으나

기관 간 연계나 조정 혹은 역할의 구분이 되어 있
지 않다. 또한 장애의 발견, 진단, 의료, 건강, 가
족 관계 등 다양한 영역의 지원이 필요하고, 영아
기·유아기·학령기 등 생애주기별(life span) 지
원이 필요하지만 이를 위한 종합적인 지원 체계
는 부재하다(백은령, 김기룡, 유영준, 이명희, 최
복천, 2010; 조운경, 2013).

또한 현재의 서비스 제공 체계에서는 장애아
동 및 그 가족의 욕구를 반영한 서비스가 절대적
으로 부족한 상황이다. 제공되는 서비스의 특성
도 협소하게 규정된 장애의 문제 혹은 표적적인
개입 등만을 다루는 것이다. 특히 정책의 대상으
로 '장애아동의 가족'을 고려하고 포함하는 지원
방식은 부족하다. 제공되는 서비스는 가족 중심
적이지 않으며 장애 관련 표적적 문제에만 개입
할 뿐이다(O'Looney, 1994, 양숙미, 2000에서
재인용). 장애아 가족들은 자신들의 독특한 욕구
를 반영한 개별화된 가족 중심 서비스를 원하며,
통합적이고 체계적인 서비스 제공을 원한다(박영

그림 4. 장애아동 돌봄 관련 어려움 경험 정도

(단위: 점/5점 기준)



자료: 황주희 외. (2021). 지역장애아동지원센터 설치 및 운영을 위한 기초연구. p. 111.

숙, 2011; 백은령 외, 2010; 양숙미, 2000; 조운경, 2013; 조상미, 남성희, 2012).

2021년 연구에서 장애 인지 이후 돌봄 과정에서 겪었던 어려움에 대해 질문한 결과, '자녀의 미래에 대한 걱정'이 4.82점(5점 만점)으로 가장 높았고, 다음으로 '생애주기에 따른 성장과 발달에 대한 막연함' 4.48점, '적합한 재활치료 종류 및 선택에 필요한 정보 습득' 4.15점 순으로 나타났다(황주희 외, 2021). 이는 장애아동을 둔 가족에게 지역사회 내 서비스 이용과 아동의 생애주기별 욕구에 대응하는 종합적 지원이 필요함을 나타내는 부분이라 할 수 있다.

라. 지역발달장애인지원센터와의 관계 고려

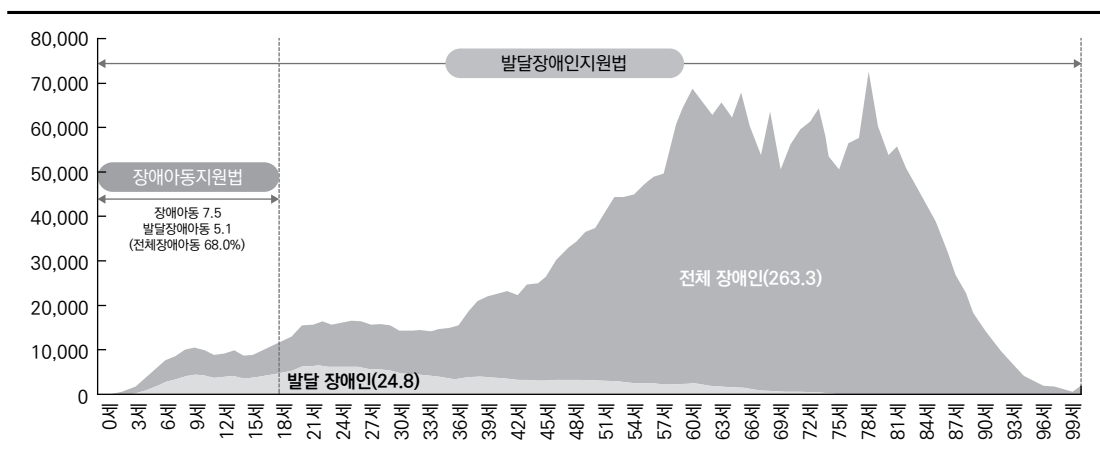
앞서 2019년 복건복지부 종합감사와 국정감사의 지적 사항에서 나타났듯이, 지역장애아동지

원센터를 설치할 때 고려해야 하는 사항은 이미 설치되어 있는 지역발달장애인지원센터와의 관계 설정이다. 우리나라의 등록 장애인은 2020년 12월 말 기준 263만 3천 명이며 자폐나 지적장애가 있는 발달장애인 규모는 24만 8천 명 수준이다. 발달장애인의 연령별 분포를 살펴보면, 만 18세 미만 아동이 전체 발달장애인의 20.6% 수준이며, 대부분의 발달장애인은 만18세 이상 성인기 장애인이다. [그림 5]는 전체 장애인 대비 발달장애인의 규모와 장애아동의 규모를 도식화한 것이다.

반면, 만 18세 미만 장애아동의 수는 7만 5천 명이며, 장애아동 중 발달장애아동의 수는 5만 1천 명으로 전체 장애아동의 68%를 차지한다. 이에 지역장애아동지원센터와 지역발달장애인지원센터의 이용자 중복 문제가 대두되고 있다. 발달장애인은 유아기 발달단계상에서 나타나기 시

그림 5. 장애아동 규모

(단위: 만 명)



자료: e-나라지표 장애인등록현황을 연구진이 수정함.

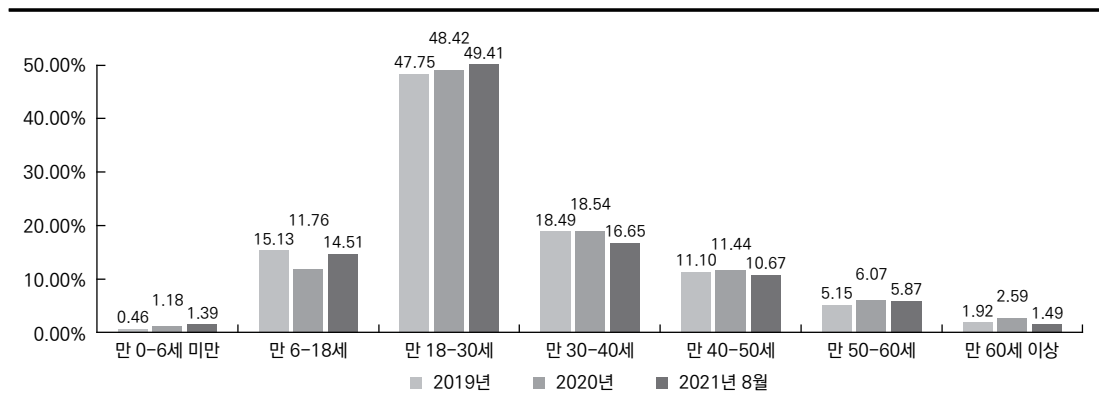
작하여 점차 장애로 발전하는 경향이 있으므로, 연령이 낮을 때 진단을 받거나 장애 등록을 하는 경우가 많다. 아동기 장애인의 상당수가 발달장애인인 이유가 여기에 있다.

이에 지역발달장애인지원센터와의 관계 설정을 위해 지역발달장애인지원센터에서의 연령별 서비스 제공 실태를 살펴보았다. 2019년부터 2021년 8월까지 전국의 지역발달장애인지원센터에서 수행한 개인별지원계획(Individualized Service Plan: ISP) 수립 건수를 분석한 결과, 만 6세 미만 장애아동에 대한 개입은 전체 지원 계획의 1% 수준으로 매우 적은 것을 알 수 있다. 만 6세 이상 18세 미만의 경우도 15% 내외 수준으로 적었다. 반면, 만 18세 이상 30세 미만 연령에 대한 지원은 50%를 차지하였고 대부분 그 이상 연령에 대한 지원이 이루어지고 있었다. 따라서 지역발달장애인지원센터에서는 현재 만 18세 미만 발달장애인에 대한 지원이 미비한 수준

임을 알 수 있으며, 특히 만 6세 미만 영유아기 시기에 필요한 지원 체계는 부재한 것을 알 수 있다.

지역발달장애인지원센터는 ‘주간활동서비스’ ‘청소년 방과후서비스’의 대상을 선정하는 역할을 담당하고 있고, 발달장애인의 권리보장의 부분을 담당하고 있어 대부분의 지원이 성인기 이후의 발달장애인 돌봄과 권익 옹호 등의 지원에 초점을 맞추고 있기 때문이다. 반면에 추후 설치될 지역장애아동지원센터는 앞서 제시하였듯이 장애영유아 및 아동의 발달기 특성에 따른 서비스와 가족을 중심으로 하는 서비스 개입 그리고 치료, 보육, 교육, 돌봄 등의 욕구가 있어 성인기 발달장애인의 욕구와 차별성을 띤다. 따라서 지역장애아동지원센터를 설치할 때 현 전달체계의 공백을 메울 수 있는 영유아기 중심의 조기 개입 지원 체계로서의 역할이 강조될 필요가 있다.

그림 6. 발달장애인지원센터의 개인별 지원 계획(ISP) 수립 건수에 대한 연령별 비율 비교



자료: 연령별 개인별지원계획 연령별 비율, 발달장애인지원센터 내부자료. (2021).

3. 해외 장애아동과 그 가족을 위한 지원 체계의 강조점

장애아동과 그 가족에 대한 서비스 제공의 필요성과 효과성에 대한 연구는 60년 이상의 기간 동안 연구되어 왔다(Hebbeler & Spiker, 2016; Trohanis, 2008). 최근 들어 아동기의 중요성에 대한 인식이 확대되면서 장애아동과 그 가족에 대한 지원의 필요성이 강조되고 있으며 사회적 관심도 확대되는 추세이다(Bruder, 2010). 특히 장애영유아기 조기 개입의 중요성은 이미 장애가 고착화되는 시기의 개입보다 더욱 효과가 크다는 연구들이 보고되고 있으며, 아동기 발달 지연 등 장애 예방적 관점에 대한 정책적 노력도 활발히 진행되고 있다. 해외 선진국의 연구에서 나타난 장애아동을 위한 효과적인 지원 체계 마련의 주요 강조점을 정리하면 다음과 같다.

가. 가능한 한 빠른 개입에 대한 강조

하버드대학교의 아동발달센터(The Center on the Developing Child at Harvard University)에 따르면, 학습과 행동, 건강에 기반이 되는 신경회로는 생후 3년 동안 가장 유연하며 이후에는 변화가 잘 일어나지 않는다고 한다. 또한 지속적인 빈곤과 방임 또는 어머니의 우울은 아동의 뇌 발달에 영향을 미칠 수 있으며, 삶 전체 과정에서 학습, 행동, 신체 및 정신건강에 문제를 일으킬 수 있다. 더불어 뇌는 긍정적인 경험, 특히 양육자와의 안정적인 관계, 안전하고 지지적인 환경,

적절한 영향을 통해 강화된다. 초기 사회·심리적 발달과 신체적 건강은 인지 발달과 언어 능력 발달의 기반이 되기 때문에 높은 품질의 개입 서비스는 아동의 발달 궤적뿐만 아니라 아동과 가족, 지역사회에 긍정적인 영향을 미친다. 이러한 점을 고려할 때, 아동에 대한 개입은 조기에 이뤄지는 것이 더욱더 효과적이고 경제적이다(Center on the Developing Child at Harvard University, 2007, 2010).

장애아동에 대한 조기 개입의 경제적 효과성을 분석한 일련의 연구들은 조기 개입을 위해 사용되는 비용이 뒤늦은 개입으로 인해 발생하는 비용보다 훨씬 적다는 결과를 보여 준다(Adams et al., 2013; Karoly, Kilburn, Bigelow, Caulkins, & Cannon, 2001; Karoly, Kilburn, & Cannon, 2006; Kilburn & Karoly, 2008; Reynolds, Temple, Robertson, & Mann, 2001). 아동의 발달 지연 및 장애를 빨리 발견하고 확인할수록 적절한 개입을 더 많이 할 수 있어 발달에 필요한 욕구를 충족시킬 수 있다(Guralnick, 2005). 특히 아동이 집에서 받는 돌봄에서 나아가 어린이집을 다니기 시작하고 상급 기관으로 이동할 때는 각 환경에 맞는 의사소통 능력, 행동 능력, 사회적 능력이 필요하므로 이러한 능력을 충분히 가질 수 있도록 지원할 필요가 있다(Hebbeler et al., 2007). 더불어 학교와 국가의 입장에서 장애아동이 교육에 더 준비된 상태로 입학함에 따라 관련 비용을 줄일 수 있다(Carta & Kong, 2007). 장애아동에게 언어교육을 하여 글을 읽고 쓸 줄 알도록 하는 것은

아동이 상급 교육기관에 진학하여 학습하는 데 기반이 되고, 또래와 어울리는 데 큰 효과가 있다는 연구도 있다(Wilcox et al., 2011).

나. 가족 중심 개입(family-centered service delivery) 및 가족 지원에 대한 강조

장애아동은 가족과 가장 많은 시간을 보낸다 는 점에서 아동에게 가족은 가장 중요한 단위이며, 이 점에서 장애아동에 대한 개입은 가족 중심으로 접근하는 것이 필요하다(Shelton, Jeppson, & Johnson, 1987). 미국 「특수교육법(IDEA: Individuals with Disabilities Education Act)」 체계하에서 가족은 조기 개입의 핵심이다. 더불어 이 법의 파트(Part) C는 아동 학습에서 가족의 특수한(unique) 역할을 인정하며, 이들의 욕구를 충족하기 위해 개별화된 가족서비스 계획(IFSP: Individualized Family Service Plan)을 기초로 하여 조기 개입 서비스가 이루어지도록 하고 있다. 독일과 영국, 호주도 조기 개입 체계를 갖추고 있다. 제공되는 서비스는 가족 훈련, 상담, 가정방문, 서비스 조정, 사회복지서비스, 특수교육 등이다. 더불어 학령전기 아동을 위한 개별화된 교육 프로그램(IEP: Individualized Education Program)은 가족에게 초점을 맞춘 아동 상담, 부모 상담 및 훈련, 학교 사회복지 등을 포함한다(Bruder, 2010).

모든 장애아동 조기 개입 서비스 전달의 효과성 검토에서 장애아동의 가족은 반드시 포함되어야 하며(Bruder, 2010; Scarborough et al.,

2004), 서비스의 개입에서 장애아동 당사자뿐만 아니라 가족에 대한 지원을 함께 해야 효과성이 증대된다는 보고도 있다(Dunst, 2007). 즉, 조기 개입 과정에서 가족의 참여와 이들을 위한 교육은 조기 개입 효과에 긍정적인 영향을 미친다고 알려져 있다(Bruder, 2003; McCart, Wolf, Sweeney, & Choi, 2009; Sallows & Graupner, 2005). 장애아동 가족에 대한 이 같은 지원은 가족의 자신감을 강화하는 것은 물론이고 아동의 현재와 미래의 학습·발달에 대한 자신감을 기르는 데에 필요하다(Bailey et al., 2006). 특히 부모 훈련은 아동의 의사소통 능력, 놀이, 행동을 개선하는 데 도움이 되며(Hume, Bellini, & Pratt, 2005), 일상생활에서 아동이 기술을 다양하게 사용하게 함으로써 개입의 효과를 지속시킬 수 있다(Schreibman & Koegel, 2005). 이러한 접근은 장애아동을 비롯한 가족 모두에게 개입에 대한 만족으로 이어지고 있으며(Bruder, 2003), 장애아동을 위한 치료적 개입 과정에서 아동의 개선(progress)과 관련된 장애아동 부모와의 정기적인 논의는 부모의 삶의 질을 높인다는 연구 결과도 있다(Hume et al., 2005).

다. 일상생활 환경에서의 통합적 개입에 대한 강조

장애아동을 대상으로 하는 개별화된 가족서비스 계획(IFSP)이나 개별화된 교육 프로그램(IEP)과 같은 개별적인 계획과 개입은 비장애아동과 같은 통합적이고 일상적인 현장에서 이루어져야

한다(Bruder, 2010; Kingsley & Mailloux, 2013). 아동은 집중력이 부족하고 활동적인 학습을 선호한다는 점을 고려할 때, 아동을 특수시설로 떼어내어 교육하기보다는 가정 내 일상적인 활동을 통해 효과성 높은 개입 방안을 고안하는 것이 바람직하다(Bruder, 2001; Dunst, 2007). Bierman, Nix, Greenberg, Blair, & Domitrovich(2008)와 Love et al.(2005)의 연구에서는 가정과 시설이 혼합된 프로그램은 시설에서만 이뤄지는 프로그램에 비해 아동에게 더 긍정적인 영향을 미친다고 보고하였다. 지난 30년 이상의 연구 결과들은 장애아동이 비장애아동 집단에 함께 참여할 때, 그리고 부모와 함께 생활하는 일상적이고 자연스러운 환경에서 가장 높은 개입 효과를 얻을 수 있다는 것을 확인하였다(Bruder & Staff, 1998; Bruder, 2001; Guralnick, 2001; Sallows & Graupner, 2005). 장애아동은 격리된 환경이 아니라 비장애아동과 함께하고 가족과 함께하는 일상적이고 자연스러운 환경에서의 상호작용을 통한 개입이 필요하고, 이러한 방식의 개입이 더 효과성이 높다는 연구 결과도 있다(Hebbeler & Spiker, 2016).

4. 지역장애아동지원센터 설치에 따른 핵심 기능

지역장애아동지원센터의 핵심적인 기능은 크게 만 6세 미만 영유아를 대상으로 하는 조기 개

입 체계로서의 역할과 만 18세 미만 장애아동에 대한 지원으로 구분할 수 있다. 이러한 구분을 토대로 지역장애아동지원센터의 핵심적인 기능을 정리하면 다음 네 가지 정도로 요약할 수 있다.

첫째, 장애 및 장애 위험군 아동을 조기에 발견하고 개입하는 조기 개입 지원 체계로서의 기능 정립이 필요하다. 무엇보다도 영유아 건강검진 및 발달장애 정밀 검사 시 '심화 평가 권고' 또는 '추적 검사 요망' 판정을 받은 아동 및 그 가족이 연계되어 지원을 받을 수 있는 대표적인 공공기관으로서의 위상이 필요하다. 이를 위해서는 조기 개입을 위한 정책 대상 설정에서 발달기 아동의 특성을 반영할 필요가 있다. 해외에서는 조기 개입의 대상을 만 3세(독일) 혹은 만 5세로 설정(미국)하기도 하며, 만 7세(호주)까지로 설정하기도 한다. 우리나라의 경우, 장애영유아 관련 서비스 부재, 교육부의 특수교육 대상 연령 등을 고려하면 만 6세로 설정하는 것이 바람직할 것으로 보이며, 만 6세 미만 영유아를 위한 조기 개입 기관으로서의 역할이 무엇보다 필요하다(백은령 외, 2010; 양숙미, 2000; 박영숙, 2011; 조윤경, 2013; 조상미, 남성희, 2012; Hebbeler et al., 2007).

둘째, 지역장애아동지원센터는 만 18세 미만 장애아동의 부모를 포함하는 가족 중심(family-centered service delivery) 개입 기관으로서 가족 중심 지원을 핵심 기능으로 설정할 필요가 있다(Bruder, 2010; McCart et al., 2009; Sallows & Graupner, 2005; Schreibman & Koegel,

2005). 아동이 가지고 있는 장애나 발달 지연 등에 대한 정보 제공, 상담(심리적 지원), 가족 훈련, 국가 및 지자체에서 지원 서비스 이용에 대한 지원 및 컨설팅을 제공하는 기관으로서의 기능이 필요하다. 앞서 장애아동 부모의 지원 필요 내용에서 알 수 있듯이 아동의 장애 발견 및 개입 과정에서 그리고 부모가 자녀의 장애를 수용하고 미래를 준비하는 과정에 이르기까지 장애아동의 가족을 지원하는 공적 기관의 기능이 요구된다(홍은숙, 2008; 박현옥, 2010; 조윤경, 2012). 이는 장애아동이 생활하는 일상의 공간에서 장애아동과 그 가족을 대상으로 하는 지원 방식을 강화하는 것과도 관련 있다(Bierman et al., 2008; Bruder, 2003; Guralnick, 2001; Love et al., 2005; Sallows & Graupner, 2005). 현재 일부 제도에 장애아동의 가족을 대상으로 하는 서비스가 마련되어 있으나(예: 장애아동 가족 휴식 지원 사업, 발달장애인 부모 상담 서비스 등), 이용자의 수가 적고 해당 서비스에 대해 알지 못하는 경우도 많아 가족에 대한 지원을 더 보편화할 수 있는 지원 체계로서의 기능이 필요하다.

셋째, 지역장애아동지원센터를 설치할 때 기존 발달장애인지원센터와의 관계를 고려한 설치 및 기능의 차별화가 필요하다. 장애아동 중 68%가 발달장애인이고 현재 운영 중인 지역발달장애인지원센터가 성인기 발달장애인의 지원에 집중하고 있는 만큼 지역장애아동지원센터에서는 장애영유아기에 대한 조기 개입 기능을 강조하고,

발달장애인의 연속적인 서비스 제공 측면을 고려하여 지역발달장애인지원센터와 통합하여 설치하는 방안이 현재로서는 현실적이다. 만 6세 이상 18세 미만 장애아동에게 지원되는 서비스에 대해서도 지역장애아동지원센터는 지역사회 내 병원, 보건소, 치료센터, 어린이집, 유치원, 학교 등 관련 기관들과의 연계·협력 네트워크를 활용한 총괄적 지원 체계로서의 기능을 담당하여 종합적 지원 체계로 기능할 필요가 있다(백은령 외, 2010; 조윤경, 2013). 유아기 조기 개입을 비롯하여 학령기 아동의 일상생활 및 지역사회에서의 완전한 참여를 지원하는 기능과 장애아동의 성인기로의 전환을 지원하는 기능도 필요하다. 어린이집에서 유치원, 유치원에서 학교로 전이하는 과정에서 장애아동 및 그 가족이 직면하는 다양한 어려움과 문제에 개입하고 이들을 지원하는 기관으로 역할을 하는 것을 생각해 볼 수 있다. 학령기 아동의 삶에서는 학교에서의 지원이 중심이 되므로 학교생활 밖에서의 지원에 초점을 두되, 학교생활에 어려움을 겪거나 성적인 문제 등 특수한 상황에 놓여 있어 공공의 개입이 필요한 사례에 대한 지원 기관으로서의 기능도 고려할 필요가 있다. 이러한 접근은 유사 기관과 분명한 차별성을 띠는 것이라 할 수 있다.

넷째, 현재 장애아동에 대한 지원은 교육 영역의 특수교육이 있고 복지 영역에서는 발달재활서비스가 핵심이다. 현재 발달재활서비스 이용을 위해 바우처를 받은 후 아동을 위한 언어, 놀이, 미술, 음악, 감각, 인지치료 등 서비스 이용에 대

한 결정은 보호자의 의지에 따른다. 이에 아동에게 적절한 치료 개입이 이루어지지 않으면 적절한 치료 시기를 놓치게 되어 아동의 발달을 위한 치료 기간 및 비용이 증가(가구의 경제적 부담 가중)하게 되고, 상업화된 치료센터에서 발생하는 과잉 치료, 치료에 대한 부모의 과몰입 등의 부작용이 야기되기도 한다. 따라서 아동의 발달 상황에 맞는 필요 서비스 선택을 지원하고 컨설팅, 심리적 어려움, 관련 정보 제공 등을 지원하는 기능이 필요하다. 또한 교육부 특수교육 대상자 선정은 특수교육지원센터의 진단 평가를 통해 이루어지고 특수교육 대상자에게만 아동과 가족의 지원이 이루어지는 특성이 있지만, 발달재활서비스는 아동에 대한 진단 평가 없이 소득 기준과 장애 유형만으로 서비스 지원 대상자가 선정되고 서비스 이용에서도 ‘보호자가 알아서’ 하고 있어 발달재활서비스의 품질 관리 영역이 부재한 상황이다. 현재 중앙장애아동지원센터가 설치되어 있는 장애인개발원에서 발달재활서비스 자격관리위원회를 운영하고 있으며, 신규 발달재활서비스 선정에 대한 심사와 서비스 제공 인력의 자격 관리 업무를 수행하고 있어 향후에 발달재활서비스 품질 관리 부분을 담당할 수 있다. 발달재활서비스의 효과성을 최대화하고 질 높은 서비스가 제공될 수 있는 공적 개입과 관리가 요구된다. 장애아동 및 그 가족을 위한 개별화된 지원 및 서비스 이후의 모니터링을 통한 증거 기반 개입(Individualized Evidence-Based Interventions)과 데이터 구축을 통한 근거 기

반 실천(Evidence-Based Practice)을 강조하고, 이를 통해 관련 서비스의 품질을 관리하도록 핵심 기능을 설정하는 방안을 고려해 볼 필요가 있다.

5. 나가며

장애아동과 이들 가족에 대한 조기 개입의 중요성과 지속적인 지원의 효과성에 대한 강조는 해외 선진국의 경험을 통해서 확인되고 있다. 우리나라에서도 영유아 시기의 조기 개입 및 서비스 개입과 같은 예방적 체계의 필요성에 대한 사회적 인식도 높아지고 있다. 대부분의 선진국에서는 영유아기부터 시작된 조기 개입을 통해 공공의 책무성(accountability)을 강화하고 있으며, 이를 위한 지원 체계를 마련하고 있다 (Bruder, 2010). 미국에서는 2004년 「특수교육법(IDEA)」 개정을 통해 이미 아동기 조기 개입의 성과와 결과를 강조하고 있고(Bradley et al., 2011), 독일이나 영국, 호주도 조기 개입 체계를 갖추고 있다. 향후 설치될 지역장애아동지원센터는 장애가 인지되고 발견되는 시기의 적절한 개입을 위한 지원체계로서 그리고 가족 중심의 접근을 통해 장애아동가족의 어려움에 대응하는 종합적인 지원 체계로서 기능하고 역할 하여야 할 것이다.

이 같은 지역장애아동지원센터의 핵심 기능의 수행은 장애아동에 대한 이해와 병리적·치료적 과정에서의 지원, 지역사회 내 장애아동 관련 지

원 체계 및 중앙·지방정부 차원의 다양한 정책 내용에 대한 이해 등 높은 수준의 전문성을 요구한다. 장애영유아 및 아동의 가족을 지원하는 것은 고도화된 전문성을 요구하는 영역이므로 지역장애아동지원센터 설치 시 전문인력 양성 방안이 함께 고려되어야 한다. 특히 장애아동에 대한 개입은 개별적인 학문을 기반으로 하는 전문성의 강조보다는 상호 지지적인 팀(mutually supportive teams)으로서 개입의 효과성을 증대시켜 나가는 접근이 중요하고, 이에 장애아동에 대한 팀 접근이 가능한 전문인력 양성 방안을 고민하여 공공의 책무성을 효율적으로 달성할 수 있도록 노력하여야 할 것이다. ㉮

참고문헌

구교현. (2012. 1. 2.). 장애아동복지지원법' 제정의 의의와 과제. **미디어생활**.
<http://www.imedialife.co.kr/news/articleView.html?idxno=6376>

박영숙. (2011). 장애아동복지지원법 실천을 위한 과제. **제3차 장애인정책토론회 자료집**, 15-35.

박창현, 김근진, 김경희, 정유나. (2021). **장애아동 관련 실태조사 및 종합적 지원체계 구축방안 연구**. 세종: 교육부·육아정책연구소.

박현옥(2010). 3세 미만 장애 영아 무상교육 실행 방안 마련을 위한 기초 연구: 보육시설 배치를 중심으로. **유아특수교육**, 10(4), pp.45-70.

백은령, 김기룡, 유영준, 이명희, 최복천. (2010). **장애인가족지원**. 서울: 양서원.

양숙미. (2000). 발달장애인의 보호제공자 (caregiver)를 위한 가족지지모델(family support modes) 고찰. **사회복지리뷰**, 5, 79-93.

이소현, 조윤경(2004). 0-2세 발달지체 영아들을 위한 조기 개입 서비스 현황 및 프로그램 운영을 위한 지원 욕구. **언어청각장애 연구**, 9(1), pp.130-151.

이소현, 최진희, 조윤경, 부인영, 이소영(2007). **장애 영아 진단 평가 기준 및 무상교육 지원 방안 개발 연구**. 서울: 교육인적자원부.

이재희, 이정림, 엄지원, 김희선. (2020). **산모 및 신생아 건강 지원 서비스 개선 방안 연구**. 서울: 육아정책연구소.

조광순(2004). 장애 영유아 조기 발견을 위한 협력적 추적 체계의 개발 방향. **특수교육학 연구**, 38(4), pp.145-175

조상미, 남성희. (2012). 장애영아 조기개입 서비스를 위한 통합적 전달체계 모형. **한국사회복지행정학**, 14(1), 277-304.

조윤경. (2013). 만 3세 미만 장애 영아 부모를 통해 본 장애 발견과 진단 및 조기개입 연계과정과 지원요구. **보건사회연구**, 33(1), 300-326.

홍은숙(2008). 장애 영아교육 및 조기 개입의 개선 방안에 대한 질적 연구. **특수교육학연구**, 43(2), pp.259-284.

황주희, 이한나, 김현승, 심석순, 최복천, 김용진, 김혜수, 김지민(2021). **지역장애아동지원센터 설치 및 운영을 위한 기초연구**. 한국장애인개발원·중앙장애아동·발달장애인지원센터.

e-나라지표(2021). 장애인등록현황. e-나라지

- 표 지표조회상세 (index.go.kr).
- Adams, R. C., Tapia, C., Murphy, N. A., Norwood, K. W., Burke, R. T., Friedman, S. L., . . . Wiley, S. E. (2013). Early intervention, IDEA Part C services, and the medical home: Collaboration for best practice and best outcomes. *Pediatrics, 132*(4), 1097-1088.
- Bailey, D. B., Bruder, M. B., Hebbeler, K., Carta, J., Defosset, M., Greenwood, C., . . . Barton, L. (2006). Recommended outcomes for families of young children with disabilities. *Journal of Early Intervention, 28*(4), 227-251.
- Bierman, K. L., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Blair, C., & Domitrovich, C. E. (2008). Executive functions and school readiness intervention: Impact, moderation, and mediation in the Head Start REDI program. *Development and psychopathology, 20*(3), 821-843.
- Bradley, M. C., Daley, T., Levin, M., O'Reilly, R., Parsad, A., Robertson, A., & Werner, A. (2011). *IDEA National Assessment Implementation Study(NCEE 2011-4027)*. Washington, DC: National Center for Education Evaluation and Regional Assistance.
- Bruder, M. B. (2001). Infants and toddlers: Outcomes and ecology. In M. J. Guralnick (Ed.), *Early childhood inclusion: Focus on change* (pp. 203-228). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Bruder, M. B. (2003). *An examination of an alternative early intervention service delivery model for Latino families whose children are English language learners*. Washington, DC: U.S. Department of Education Office of Educational Research and Improvement.
- Bruder, M. B. (2010). Early childhood intervention: A promise to children and families for their future. *Exceptional children, 76*(3), 339-355.
- Bruder, M. B., & Staff, L. (1998). A comparison of the effects of type of classroom and service characteristics on toddlers with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education, 18*(1), 26-37.
- Campbell, P. H. (2004). Participation-based services: Promoting children's participation in natural settings. *Young Exceptional Children, 8*(1), 20-29.
- Carta, J., & Driscoll, C. (2013). *Early literacy intervention for young children with special needs*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Carta, J. J., & Kong, N. Y. (2007). Trends and issues in interventions for preschoolers with developmental disabilities. In S. L. Odom, R. H.

- Horner, M. E. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 181-198). New York: Guilford Press.
- Center on the Developing Child at Harvard University. (2007). *The science of early childhood development* (InBrief). Retrieved from <https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2007/03/InBrief-The-Science-of-Early-Childhood-Development2.pdf> 2022. 10. 30.
- Center on the Developing Child at Harvard University. (2010). *The foundations of lifelong health are built in early childhood*. Retrieved from <https://46y5eh11fhgw3ve3ytpwxt9r-wpengine.netdna-ssl.com/wp-content/uploads/2010/05/Foundations-of-Lifelong-Health.pdf> 2021. 11. 30.
- Dunst, C. J. (2007). Early intervention for infants and toddlers with developmental disabilities. In S. L. Odom, R. H. Horner, M. Snell, & J. Blacher (Eds.), *Handbook of developmental disabilities* (pp. 161-180). New York: Guilford Press.
- Dunst, C. J., Trivette, C. M., Humphries, T., Raab, M., & Roper, N. (2001). Contrasting approaches to natural learning environment interventions. *Infants and Young Children, 14*(2), 48-63.
- Guralnick, M. J. (2001). *Early childhood inclusion: Focus on change*. Baltimore: Paul H. Brookes.
- Guralnick, M. J. (2005). An overview of the developmental systems model for early intervention. In M. J. Guralnick (Ed.), *The developmental systems approach to early intervention* (pp. 3-28). Baltimore: Paul H. Brookes.
- Hebbeler, K., Spiker, D., Bailey, D., Scarborough, A., Mallik, S., Simeonsson, R., & Nelson, L. (2007). *Early intervention for infants and toddlers with disabilities and their families: Participants, services, and outcomes*. Menlo Park: SRI International.
- Hebbeler, K., & Spiker, D. (2016). Supporting young children with disabilities. *The future of children, 26*(2), 185-205.
- Hume, K., Bellini, S., & Pratt, C. (2005). The usage and perceived outcomes of early intervention and early childhood programs for young children with autism spectrum disorder. *Topics in Early Childhood Special Education, 25*(4), 195-207.
- Kagan, S. L. (1991). *United we stand: Collaboration for child care and early education services*. New York: Teachers College Press.
- Karoly, L. A., Kilburn, M. R., Bigelow, J. H., Caulkins, J. P., & Cannon, J. S. (2001). *Assessing costs and benefits*

- of early childhood intervention programs: Overview and applications to the starting early starting smart program.* Santa Monica: RAND Corp.
- Karoly, L. A., Kilburn, M. R., & Cannon, J. S. (2006). *Early childhood interventions: Proven results, future promise.* Santa Monica: RAND Corp.
- Kilburn, M. R., & Karoly, L. A. (2008). *The Economics of Early Childhood Policy.* Santa Monica: RAND Corp.
- Kingsley, K., & Mailloux, Z. (2013). Evidence for the effectiveness of different service delivery models in early intervention services. *The American Journal of Occupational Therapy, 67*(4), 431-436.
- Love, J. M., Kisker, E. E., Ross, C., Raikes, H., Constantine, J., Boller, K., . . . Vogel, C. (2005). The effectiveness of Early Head Start for 3-year-old children and their parents: Lessons for policy and programs. *Developmental Psychology, 41*(6), 885-901.
- McCart, A., Wolf, N., Sweeney, H. M., & Choi, J. H. (2009). The application of a family-based multi-tiered system of support. *NHSA DIALOG, 12*(2), 122-132.
- O'Looney, J. (1994). Modeling collaboration and social services integration: A single state's experience with developmental and non-developmental models. *Administration in Social Work, 18*(1), 61-86.
- Reynolds, A. J., Temple, J. A., Robertson, D. L., & Mann, E. A. (2001). Long-term effects of an early childhood intervention on educational achievement and juvenile arrest: A 15-year follow-up of low-income children in public schools. *Jama, 285*(18), 2339-2346.
- Sallows, G. O., & Graupner, T. D. (2005). Intensive behavior treatment for children with autism: Four-year outcome and predictors. *American Journal of Mental Retardation, 110*(6), 417-438.
- Scarborough, A. A., Spiker, D., Mallik, S., Hebbeler, K. M., Bailey, D. B., & Simeonsson, R. J. (2004). A national look at children and families entering early intervention. *Exceptional Children, 70*(4), 469-483.
- Schreibman, L., & Koegel, R. L. (2005). Training for Parents of Children With Autism: Pivotal Responses, Generalization, and Individualization of Interventions. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatments for child and adolescent disorders: Empirically based strategies for clinical practice* (2nd ed., pp. 605-631). Washington, DC: American

- Psychological Association.
- Shelton, T., Jeppson, E., & Johnson, B. (1987). *Family-centered care for children with special health care needs(2nd ed.)*. Washington: Association for the Care of Children's Health.
- Trohanis, P. L. (2008). Progress in providing services to young children with special needs and their families: An overview to and update on the implementation of the Individuals with Disabilities Education Act (IDEA). *Journal of Early Intervention, 30*(2), 140-151.
- Wilcox, M. J., Gray, S. I., Guimond, A. B., & Lafferty, A. E. (2011). Efficacy of the TELL language and literacy curriculum for preschoolers with developmental speech and/or language impairment. *Early Childhood Research Quarterly, 26*(3), 278-294.
- Webster-Stratton, C., Reid, M. J., & Hammond, M. (2004). Treating children with early-onset conduct problems: Intervention outcomes for parent, child, and teacher training. *Journal of clinical child and adolescent psychology, 33*(1), 105-124.

Core Functions and Considerations of Local Support Center for Children with Disabilities and Their Families

Hwang, JuHee

(Korea Institute for Health and Social Affairs)

The 「Children with Disabilities Welfare Support Act」 was enacted in 2011 to help children with disabilities grow up healthy and actively participate in society in stable family life and to alleviate the burden on families of children with disabilities. However, there had been lack of regional-level service delivery to realize the goals of this Act. Accordingly, in December 2020, the 「Welfare Support Act for Disabled Children」 and its enforcement ordinance were amended, laying the groundwork for establishing local level child support centers for children with disabilities. This is a situation that requires the realization of national policies for children with disabilities and their families. This paper intends to discuss the considerations of establishing a local support center for children with disabilities and their families, and the core functions that the local support centers should be created in the future.