

정책보고서 2008-

## 장애인 장기요양보장 실시 모형개발 및 모의적용 연구

변용찬 김성희 윤상용 강민희 최미영 이송희  
선우덕 이수형 조홍식 김찬우 김용득 정종화

보 건 복 지 가 족 부  
한국보건사회연구원



## 머리말

장기요양보호(long-term care)는 신체적 및 정신적 장애로 인하여 장기간 일상생활에 필요한 기능을 스스로 수행할 수 없는 개인에게 보건·복지서비스를 제공하는 것을 의미한다. 따라서 장기요양 대상자는 청소나 세탁, 식사준비 등 일상생활 지원에서부터 각종 질환에 따른 전문적인 간호서비스나 개인과 가족의 심리적, 사회적 적응 및 지역사회 자원의 연계에 이르기까지 매우 다양한 서비스가 필요하다고 하겠다. 이러한 장기요양서비스에 대한 욕구는 특정계층을 대상으로 발생하는 것이 아니라 사회경제적, 인구학적 특성에 상관없이 모든 계층에서 발생하는 보편적인 욕구라고 할 수 있다.

장기요양서비스는 노인뿐만 아니라 장애인 등 모든 연령 계층에서 발생하는 보편적인 욕구임에도 불구하고, 2007년 4월 통과된 노인장기요양보험법에서 장애인이 제외됨에 따라, 이에 대한 대책으로서 2009년 7월부터 1년간 장애인 장기요양보장에 관한 시범사업을 실시하고, 2010년 6월 30일까지 장기요양보장제도를 포함하는 장애인종합복지대책을 국회에 보고토록 부대의견이 동시에 의결되었다. 이러한 국회의 부대결의에 따라 2009년도 시범사업과 2010년 장애인장기요양보장제도 도입방식에 대한 사회적 합의 도출과 실시모형 개발 및 모의적용이 필요하게 되었다.

본 연구는 이러한 국회의 부대결의를 존중하고 이와 함께 장애인의 장기요양 욕구에 대한 보장을 위한 보다 구체적인 대안을 검토하기 위해 수행되었다. 연구의 범위가 매우 광범위하였기 때문에 보다 효율적인 연구 수행을 위해 학계의 전문가와 장애인 단체, 공무원 등으로 장애인장기요양보장추진단을 구성하고 그 산하에 제도총괄 분과, 평가판정분과, 수가급여분과, 시설인력분과로 구분하여 보다 다양한 의견을 수렴하고 보다 구체적인 연구가 될 수 있도록 하였다. 서울대학교 사회복지학과 조홍식 교수와 보건복지부 이동욱 장애인정책국장이 추진단의 공동단장을 맡아 주었다. 추진단에서는 수 차례 걸친 총괄회의와 분과회의를 거쳐 장애인장기요양의 개

넘 정리부터 대상자의 평가판정, 수가 및 급여의 개발, 시설 및 인력 인프라 구축 등 다양한 영역에서 장애인장기요양보장제도 실시 모형 개발까지 많은 논의를 하였고, 보다 다양한 의견 수렴을 위해 장애인에 대한 연론조사와 공청회, 정책토론회 등을 개최하였다.

본 보고서는 이러한 다양한 노력의 결과물로서 변용찬 선임연구위원의 책임 하에 김성희 부연구위원, 윤상용 부연구위원, 강민희 부연구위원, 최미영 연구원, 이송희 연구원, 선우덕 연구위원, 이수형 선임연구위원, 조홍식 서울대학교 교수, 김찬우 가톨릭대학교 교수, 김용득 성공회대학교 교수, 정종화 삼육대학교 교수에 의하여 완성되었다. 연구진은 본 보고서를 작성함에 있어 그 동안 많은 조언과 협조를 해주신 보건복지가족부 이동욱 장애인정책국장, 김동호 재활지원과 과장, 박민정 사무관, 임미숙 주무관에게 감사를 표하고 있다. 또한 본 보고서를 읽고 유익한 조언을 해주신 우리 원의 강혜규 연구위원과 이소정 부연구위원에게 사의를 표하고 있다.

끝으로 본 보고서가 우리나라 장애인 장기요양보장제도의 성공적인 도입과 정착에 일익을 담당하고, 아울러 장애인이 더불어 함께 살 수 있는 환경 조성에 기여하기를 바란다.

2008년 12월  
한국보건사회연구원  
원장 김 용 하

## 목 차

<b>제1장 서론</b> .....	<b>15</b>
제1절 연구의 필요성 및 목적 .....	15
제2절 연구 내용 및 방법 .....	16
제3절 보고서의 구성 .....	25
<b>제2장 장애인 장기요양의 기본적 개념</b> .....	<b>27</b>
제1절 장애인 장기요양보장제도의 필요성 .....	27
제2절 장애인 장기요양의 개념 및 범주 .....	32
<b>제3장 평가판정체계 개발</b> .....	<b>43</b>
제1절 장애인 장기요양 평가판정도구 개발의 전제 및 쟁점 .....	43
제2절 기존 장애인 판정도구, 요양욕구 판정도구 및 장애인 평가판정도구 대안들에 대한 검토 .....	50
제3절 기능상태 평가 항목 개발 및 서비스 코드 개발 .....	65
제4절 장애인 장기요양 도구 개발연구 .....	77
제5절 장애인장기요양 최종 평가판정체계안 .....	144
<b>제4장 추가급여체계 개발</b> .....	<b>155</b>
제1절 장애인 장기요양급여의 범위 및 수준 .....	155
제2절 장애인장기요양급여의 이용자본인부담방식 .....	203
제3절 장애인장기요양(재가서비스) 급여 추가 책정안 .....	208
<b>제5장 장기요양서비스 인프라 및 인력</b> .....	<b>219</b>
제1절 장애인 장기요양서비스 도입과 장애인복지서비스 체계화 .....	219

제2절 장애인복지시설 기능 및 인력 현황 .....	223
제3절 장기요양서비스 관련 인력 양성 및 고용 현황 .....	230
제4절 장애인 장기요양서비스 전문인력 양성·제도화 방안 .....	264
제5절 장기요양서비스의 장애인생활시설 적용(시설급여 도입)을 위한 검토 .....	268
<b>제6장 자립생활관점에서의 외국의 장애인장기요양보장제도 유형비교 .....</b>	<b>287</b>
제1절 서론 .....	287
제2절 활동보조서비스(PAS)의 개념 .....	288
제3절 선진국의 장애인활동보조서비스 제도 .....	290
제4절 향후 과제와 전망 .....	313
<b>제7장 장애인 장기요양보장제도의 기본체계 모형개발 .....</b>	<b>315</b>
제1절 장애인장기요양보장제도 시안 .....	315
제2절 모의적용 사례검토 .....	350
제3절 장애인 장기요양보장제도와 장애인복지서비스제도와와의 관련성 검토 .....	358
제4절 재정소요추계 .....	377
제5절 장애인 장기요양보장제도 관련 법령(안) 검토 .....	392
<b>제8장 결론 및 제언 .....</b>	<b>411</b>
제1절 결론 .....	411
제2절 정책 제언 .....	412
<b>참고문헌 .....</b>	<b>421</b>
<b>부    록 .....</b>	<b>427</b>

## 표 목 차

<표 2-1-1> 재활패러다임과 IL패러다임의 비교 .....	31
<표 3-1-1> 욕구사정도구의 생점별 평가판정체계 비교 .....	49
<표 3-2-1> 현재 논의되고 있는 DSC 장애판정 관련 평가도구 .....	52
<표 3-2-2> 인정조사표 항목 .....	53
<표 3-2-3> 인정시간별 등급 기준 (2008년 기준) .....	53
<표 3-2-4> 노인장기요양대상 등급판정기준 .....	57
<표 3-2-5> 노인장기요양대상 인정시간도출 관련 서비스 목록 .....	59
<표 3-2-6> 노인요양보험제도와 활동보조인 제도의 평가판정 체제 비교 .....	60
<표 3-2-7> 장애인 장기요양 평가판정도구 대안별 비교 .....	61
<표 3-3-1> 한국형 노인기능 평가도구의 비교 .....	68
<표 3-3-2> 판정 항목(총 80문항) .....	73
<표 3-4-1> 시설유형별 조사기관 .....	87
<표 3-4-2> (타임스터디 조사 참여한) 생활지도원(사회복지사) 및 활동보조인 수 .....	88
<표 3-4-3> 재가 및 시설에서 조사된 장애인 수 .....	89
<표 3-4-4> 생활시설 및 자립생활센터별 이용자 현황 .....	93
<표 3-4-5> 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 주요 장애유형 .....	95
<표 3-4-6> 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 2차 장애유형 .....	96
<표 3-4-7> 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 기본적 일상생활 수행능력 상태 .....	97
<표 3-4-8> 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 수단적 일상생활 수행능력 상태 .....	99
<표 3-4-9> 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 인지기능 상태 .....	101
<표 3-4-10> 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 행동변화 상태 .....	102
<표 3-4-11> 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 간호처치 상태 .....	105
<표 3-4-12> 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 재활 상태 .....	106

<표 3-4-13> 시설별 대분류별 서비스 제공시간(1일) .....	104110
<표 3-4-14> 지체장애인시설 장애등급별 서비스 제공시간 .....	111
<표 3-4-15> 시각장애인시설 장애등급별 서비스 제공시간 .....	112
<표 3-4-16> 청각장애인시설 장애등급별 서비스 제공시간 .....	113
<표 3-4-17> 정신지체인시설 장애등급별 서비스 제공시간 .....	114
<표 3-4-18> 중증요양시설 장애등급별 서비스 제공시간 .....	115
<표 3-4-19> 장애영·유아시설 장애등급별 서비스 제공시간 .....	116
<표 3-4-20> 장애인자립생활센터 장애등급별 서비스 제공시간 .....	117
<표 3-4-21> 지체장애인시설 중분류별 서비스 제공시간 .....	118
<표 3-4-22> 시각장애인시설 중분류별 서비스 제공시간 .....	120
<표 3-4-23> 청각장애인시설 중분류별 서비스 제공시간 .....	122
<표 3-4-24> 정신지체장애인시설 중분류별 서비스 제공시간 .....	125
<표 3-4-25> 중증요양시설 중분류별 서비스 제공시간 .....	127
<표 3-4-26> 장애영·유아시설 중분류별 서비스 제공시간 .....	129
<표 3-4-27> 자립생활센터 중분류별 서비스 제공시간 .....	131
<표 3-4-28> 등급판정과정(노인장기요양보험등급) .....	134
<표 3-4-29> 신체기능 영역 득점 환산표 (Score = 개별 항목 답변의 총합) .....	136
<표 3-4-30> 인지기능 영역 득점 환산표 .....	137
<표 3-4-31> 문제행동 영역 득점 환산표 .....	137
<표 3-4-32> 간호욕구 영역 득점 환산표 .....	138
<표 3-4-33> 재활욕구 영역 득점 환산표 .....	139
<표 3-4-34> 시설유형별 노인요양등급분포 .....	140
<표 3-4-35> 소득수준별 요양등급분포 .....	140
<표 3-4-36> 대표장애유형별 요양등급분포 .....	141
<표 3-4-37> 장애등급별 요양등급분포 .....	142
<표 3-4-38> 활동보조등급별 요양등급분포 .....	142
<표 3-5-1> 장애인 장기요양 평가판정기준 및 평가도구 최종안 .....	144



<표 3-5-2> 장애인장기요양보장제도 인정조사표 (총 65문항) .....	147
<표 3-5-3> 대상자 평가 절차 1) .....	152
<표 3-5-4> 대상자 평가 절차도(안) .....	153
<표 4-1-1> 현행 장애인복지 서비스 시책 분류 .....	152
<표 4-1-2> 신체수발 서비스 내용 .....	158
<표 4-1-3> 간호관련 서비스 내용 .....	167
<표 4-1-4> 재활기능훈련 서비스 내용 .....	172
<표 4-1-5> 복지상담 서비스 내용 .....	174
<표 4-1-6> 장애인 장기요양보장 급여범위 및 내용(안) .....	171
<표 4-1-7> 신규체계의 장애복지서비스관련 재분류 .....	197
<표 4-3-1> 활동보조 및 방문간호 서비스제공시간의 비를 활용한 수가 1안 .....	210
<표 4-3-2> 수가 1안을 적용한 급여비 한도액 .....	211
<표 4-3-3> 신변처리지원욕구 요양시간 산출과정 .....	212
<표 4-3-4> 방문간호욕구 요양시간 산출과정 .....	213
<표 4-3-5> 노인장기요양보험 3차 시범사업 월한도액 산출을 위한 등급별 서비스 이용량 ·	213
<표 4-3-6> 신변처리지원욕구 및 방문간호 욕구를 반영한 수가 2안 .....	214
<표 4-3-7> 수가 2안을 적용한 급여비 한도액 .....	215
<표 4-3-8> 시설운영 실태를 반영한 수가 3안 .....	216
<표 4-3-9> 수가 3안을 적용한 급여비 한도액 .....	218
<표 5-1-1> 우리나라의 장애인복지서비스 제공 체계 .....	221
<표 5-2-1> 장애인 생활시설 현황 .....	224
<표 5-2-2> 장애인지역사회재활시설 현황 .....	226
<표 5-2-3> 자립생활센터 현황 .....	228
<표 5-2-4> 사회복지시설 현황 .....	229
<표 5-2-5> 사회복지시설 상임인력 현황(2006.6.30 기준) .....	229
<표 5-2-6> 정신요양시설 현황 .....	230
<표 5-2-7> 정신요양시설 상임인력 현황(2006.6.30 기준) .....	230

<표 5-3-1> 한국표준직업분류와 한국고용직업분류의 돌봄서비스 관련 직업 .....	231
<표 5-3-2> 간병인력 자격 및 양성 현황 .....	232
<표 5-3-3> 요양보호사 1급 기본교육과정 .....	233
<표 5-3-5> 요양보호사 경력자 및 승급교육과정 .....	234
<표 5-3-6> 돌봄서비스 인력별 교육훈련 현황 .....	236
<표 5-3-7> 중개기관별 평균 장애인 활동보조인 현황 .....	237
<표 5-3-8> 기관별 활동보조인 개인속성별 인원 현황('08. 4월말 기준) .....	238
<표 5-3-9> 활동보조인 근속기간별 현황('08. 4월말 기준) .....	239
<표 5-3-10> 활동보조인 월평균 근로일수 현황 .....	240
<표 5-3-11> 활동보조인 주평균 근로시간 현황 .....	241
<표 5-3-12> 활동보조인 서비스제공 시간 현황 .....	242
<표 5-3-13> 활동보조인 임금수준 현황('08. 4월말 기준) .....	243
<표 5-3-14> 월평균 임금수준별 활동보조인 현황('08. 4월말 기준) .....	243
<표 5-3-15> 활동보조인 보험가입 현황 .....	244
<표 5-3-16> 활동보조인 부가급여 지급 현황 .....	244
<표 5-3-17> 활동보조인 주된 구직경로 .....	245
<표 5-3-18> 활동보조인 근로조건 관련 의견 .....	246
<표 5-3-19> 활동보조인 충원·고용 개선 사항 .....	247
<표 5-3-20> 활동보조인 모니터링·수퍼비전·고충상담·멘토링 실시 현황 .....	247
<표 5-3-21> 활동보조인 전문성 향상 장애요인 .....	248
<표 5-3-22> 활동보조인 충족 정도에 대한 의견 .....	249
<표 5-3-23> 일본의 재가복지서비스 사업소 개호직원 추이(2000~2005) .....	252
<표 5-3-24> 일본의 시설 및 재가서비스 사업소 개호직원 특성(2004) .....	253
<표 5-3-25> 일본 재가복지서비스 사업소 개호직원의 상근 및 비상근 분포 .....	254
<표 5-3-26> 일본 개호직원 실노동시간별 종사자 분포(2004) .....	255
<표 5-3-27> 일본 개호직원 근무형태별 종사자 분포(2004) .....	256
<표 5-3-28> 일본 개호직원 진입율과 이직율(2006) .....	257

<표 5-3-29> 일본 개호직원 및 홈헬퍼의 월평균 급여액 추이(2001~2005)	258
<표 5-3-30> 일본 대학(2년제 양성기관 기준)의 개호복지사 교육과정	260
<표 5-3-31> 일본의 개호복지사 등록자 현황	261
<표 5-3-32> 일본의 개호직원 중 개호복지사 자격증 소지 현황	261
<표 5-3-33> 일본 홈헬퍼 1급 양성과정의 주요 교육내용	263
<표 5-3-34> 일본의 홈헬퍼 양성과정 체계	263
<표 5-4-1> 장애인 장기요양서비스 도입에 따른 제공 인력 및 역할	266
<표 5-5-1> 장애인 거주시설의 구성	267
<표 6-3-1> PAS관련 법률의 제정	291
<표 6-3-2> PAS의 기본이념	293
<표 6-3-3> PAS의 주요재원 및 지원방식	294
<표 6-3-4> PAS의 지원 대상	296
<표 6-3-5> PAS의 장애등급 판정체계	298
<표 6-3-6> PAS의 전달체계	299
<표 6-3-7> PAS의 서비스 상한기준	305
<표 6-3-8> PAS의 비용지급방식	306
<표 6-3-9> PAS의 활동보조인 확보방법	308
<표 6-3-10> 제도의 장단점 비교	309
<표 6-3-11> PAS 제도운영의 정책과제	311
<표 7-1-1> 장애인타임스터디 결과에 따른 등급별 서비스 제공량(안)	323
<표 7-1-2> 장애인장기요양보장제도 서비스에 따른 제공 인력	325
<표 7-1-3> 장애인장기요양보장제도 인정조사표 (총 65문항)	328
<표 7-1-4> 대상자 평가 절차 1)	332
<표 7-1-5> 대상자 평가 절차도(안)	333
<표 7-1-6> 요양등급별 방문간호시간	335
<표 7-1-7> 활동보조등급별 활동보조시간	335
<표 7-1-8> 활동보조와 요양등급별 한도액 및 대상자수별 장애인장기요양 총 추정 소요액	336

<표 7-1-9>	장애인장기요양보장제도 대상자(안) .....	341
<표 7-2-1>	기존 활동보조등급별 장애인장기요양인정조사표에 따른 활동보조등급분포 ...	351
<표 7-2-2>	주된장애유형별 요양등급분포 .....	352
<표 7-2-3>	기존 활동보조등급별 요양등급분포 .....	353
<표 7-2-4>	장애인 장기요양인정조사표 결과 분석된 활동보조등급별 요양등급분포 ..	353
<표 7-2-5>	장애인 장기요양인정조사표 결과 산출된 활동보조점수별 요양등급분포 ·	354
<표 7-3-1>	장애인장기요양서비스제도의 세 가지 대안의 비교 .....	373
<표 7-4-1>	재정운영방식의 평가 .....	380
<표 7-4-2>	장기요양보장제도의 재정운영방식 유형 .....	382
<표 7-4-3>	OECD 국가의 장기요양제도(노인 및 장애인 대상) 비교 .....	384
<표 7-4-4>	장애인 타임스터디를 이용한 요양등급별 방문간호시간 .....	388
<표 7-4-5>	장애인타임스터디를 이용한 활동보조등급별 활동보조시간 .....	388
<표 7-4-6>	장애인타임스터디 이용한 활동보조와 요양등급별 한도액 .....	390
<표 7-4-7>	장애인 타임스터디 이용한 대상자수별 장애인장기요양 총 추정 소요액 ...	391

## 그 립 목 차

[그림 1-2-1] 장애인장기요양보장추진단 구성 .....	22
[그림 1-2-2] 연구의 흐름도 .....	24
[그림 2-2-1] 미국 장기요양 서비스의 범위 .....	37
[그림 2-2-2] 일본 자립지원법의 체계 .....	42
[그림 3-1-1] 장애인 장기요양 평가판정도구 개발 연구 과정 .....	44
[그림 3-2-1] 장애인 판정체계 .....	51
[그림 3-2-2] 노인장기요양제도 1차 평가판정과정 .....	54
[그림 3-2-3] 노인장기요양대상 등급판정 조사내용 .....	57
[그림 3-5-1] 장애인장기요양보장제도 평가판정항목 구성 .....	146
[그림 3-5-2] 서비스 대상자 선정절차(안) .....	151
[그림 4-1-1] 현행 장애인복지서비스의 개관 .....	157
[그림 4-1-2] 장애인자립지원제도의 구성 .....	192
[그림 4-1-3] 장애복지서비스관련 자립지원급부 및 지역생활지원체계 .....	194
[그림 4-1-4] 신규체계의 장애복지서비스관련 자립지원급부 및 지역생활지원사업 내용 .....	196
[그림 4-1-5] 장애자립지원제도의 서비스사업 분류 (변천과정) .....	198
[그림 4-1-6] 장애인 장기요양서비스체계 내용(1안) .....	200
[그림 4-1-7] 장애인 장기요양서비스체계 내용(2안) .....	202
[그림 5-3-1] 일본 개호직원 중 개호복지사와 홈헬퍼가 차지하는 비율추이 .....	251
[그림 5-3-2] 일본 개호직원과 홈헬퍼의 월 평균 급여추이(2001~2005) .....	258
[그림 5-3-3] 일본 개호복지사 자격취득 과정 .....	260
[그림 6-3-1] 일본의 활동보조서비스 전달체계 .....	301
[그림 7-1-1] 장애인장기요양보장제도 서비스 내용 .....	322
[그림 7-1-2] 장애인장기요양보장제도 평가판정항목 구성 .....	327

[그림 7-1-3] 서비스 대상자 선정절차(안) .....	331
[그림 7-3-1] 장애인복지서비스 체계도 .....	372
[그림 7-4-1] 현재의 요양비용의 구조 .....	380

## 제1장 서론

### 제1절 연구의 필요성 및 목적

최근 고령화율이 급격하게 상승하고 있는 가운데 노인에 대한 가족부양기능이 약화되고 노인의료비가 급격하게 증가하는 등 사회적 노인부양체계 확립에 대한 요구가 높아진 결과, 우리나라에서는 2007년 4월 노인장기요양보험법안이 국회를 통과하여 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도가 실시되고 있다. 장기요양보호(long-term care)는 신체적 및 정신적 장애로 인하여 장기간 일상생활에 필요한 기능을 스스로 수행할 수 없는 개인에게 보건·복지서비스를 제공하는 것을 의미한다. 따라서 장기요양 대상자는 청소나 세탁, 식사준비 등 일상생활 지원에서부터 각종 질환에 따른 전문적인 간호서비스나 개인과 가족의 심리적, 사회적 적응 및 지역사회 자원의 연계에 이르기까지 매우 다양한 서비스가 필요하다고 하겠다. 이러한 장기요양서비스에 대한 욕구는 특정계층을 대상으로 발생하는 것이 아니라 사회경제적, 인구학적 특성에 상관없이 모든 계층에서 발생하는 보편적인 욕구라고 할 수 있다.

이처럼 장기요양서비스는 노인 뿐만 아니라 장애인 등 모든 연령 계층에서 발생하는 보편적인 욕구임에도 불구하고, 노인장기요양보험법('07.4.2 국회통과) 제정시 장애인이 제외됨에 따라, 이에 대한 대책으로서 노인장기요양보험법안 통과시 '09년 7월부터 1년간 장애인 장기요양보장에 관한 시범사업을 실시하고, '10.6.30까지 장기요양보장제도를 포함하는 장애인종합복지대책을 국회에 보고토록 부대의견이 동시에 의결되었다. 한편, 장애인의 장애요양 욕구에 대한 보장을 주제로 2007년 '장애인 장기요양보장을 위한 정책 연구'를 수행한 결과를 보면, 해외사례, 현행 장애인복지서비스, 노인장기요양보험제도와의 비교 검토 등을 통해 장애인 장기요양제도 도입 방안(3가지)을 도출한 바 있다.

여기서 제시한 안은 크게 3가지로 구분할 수 있다. 제1안은 활동보조 서비스 등

현행 장애인 복지서비스를 확대 시행함으로써 장애인의 장기요양욕구를 충족시키자는 안이며, 제2안은 장애인의 장기요양욕구의 충족을 위해서는 별도의 장애인장기요양보장제도의 도입이 필요하다는 안이다. 그리고 제3안은 이미 도입된 바 있는 노인 장기요양보험제도에 통합하자는 것이다. 이러한 선행연구 결과를 바탕으로 국회의 부대결의에 따라 2009년도 시범사업과 2010년 장애인장기요양보장제도 도입방식에 대한 사회적 합의 도출과 실시모형 개발 및 모의적용이 필요하게 되었다.

따라서 본 연구에서는 노인장기요양보험법의 부대결의에 따라 2009년 7월부터 1년간 장애인 장기요양보장에 관한 시범사업을 실시할 수 있는 모형 개발 및 2010년 6월 30일까지 장기요양보장제도를 포함하는 장애인종합복지대책을 국회에 보고할 수 있도록 기초자료를 제시하는데 그 목적이 있다. 이를 위해 본 고에서는 장애인복지를 둘러싼 패러다임의 변화, 장애와 장기요양의 개념, 그리고 장기요양 대상 장애인 수의 추계, 그리고 이에 따른 장애인 장기요양제도의 바람직한 모습 등에 대해 고찰하였다.

## 제2절 연구 내용 및 방법

### 1. 연구 내용

본 연구는 장애인 장기요양 욕구에 부응할 수 있는 대안을 모색하기 위해 추진되었다. 이에 따라 선행연구결과 나타난 3가지 대안에 대한 검토와 함께 장애인의 장기요양 욕구에 대한 보장을 위한 보다 구체적인 대안을 검토하기 위해 수행되었으며, 연구의 효율적인 수행을 위해 제도총괄 분과, 평가판정분과, 수가급여분과, 시설인력분과로 구분하여 연구를 수행하였다. 구체적인 연구내용을 제시하면 다음과 같다.

#### 가. 제도총괄분과

제도총괄분과에서는 먼저 장애인장기요양서비스 수요에 대한 추계 작업을 하였다.



장애인장기요양보장 서비스와 장애인활동보조서비스의 개념 정의, 장기요양서비스 최소 제공 시간을 결정해 각 서비스에 대한 수요를 추계하였다. 그리고 시설입소 장애인, 활동보조서비스 이용 장애인, 재가장애인 등 장애인생활유형 분석 및 각 유형 별로 수요를 추계하였다. 그리고 시각, 청각·언어 장애 등 감각장애인의 장기요양에 대한 수요 추계와 별도의 대책수립 필요성에 대해 검토하였다. 그리고 정신장애인의 경우 일반적 기준에 의한 수요추계가 타당한지 살펴보고, 장기요양수요를 추계하였다. 특히, 정신장애인의 경우, ①장기요양수요 ②정신보건시설의 정신장애인 입소현황 ③정신장애인의 장애등록율 ④장기요양서비스 제공시 정신장애인 등록률 증가 전망 ⑤정신장애인 판정체계의 특수성 여부 등에 대한 심층 연구가 필요하다. 그리고 장기요양서비스의 연령 기준 설정 및 연령 기준별(예: 6세 이상 또는 19세 이상 등) 수요를 추계하였다.

두 번째로 장애인장기요양제도와 기존 장애인복지서비스와의 관계 설정에 대해 검토하였다. 기존 장애인 복지제도(예를 들면, 장애인 시설, 건강보험·의료급여, 활동보조서비스, 노인장기요양보험제도 등)의 장애인 장기요양 욕구 충족 방식에 대한 검토를 하였으며, 기존 장애인 복지제도와 별개의 ‘장애인장기요양보장제도’의 필요성을 검토하였다. 이러한 검토에서는 복지비용 부담, 수요자 편리성, 행정관리 등 여러 관점에서 분석하였다. 또한 65세 이상 노인장애인의 경우 장애인장기요양제도와 노인장기요양제도를 모두 이용할 수 있으므로 ①선택권 부여 ②노인장기요양보장제도 이용 ③장애인장기요양보장제도를 이용하는 방식 등 이상의 세 가지 방안 중 선택할 필요가 있으며, 장애인장기요양보장제도 이용에 있어서 연령 하한선의 합리적 설정에 대해서도 검토하였다. 아울러 장애인 장기요양보장제도와 타 제도와의 관계를 검토하여 관련제도와의 관계 재정립에 대해서도 검토하였다. 특히, 건강보험제도, 의료급여 제도, 복지서비스(활동보조서비스 등) 제도, 현행 민간보험과의 관련성에 대해 검토하였다.

세 번째로 장애인장기요양보장제도 실시 모형을 개발하였다. 장애인장기요양보장제도의 기본이념과 발전방향을 설정하고, 사업체계의 구축, 노인장기요양보장제도·기존의 장애인복지서비스와의 관계를 설정하였으며, 제도 도입에 따른 재원조달 방안

검토와 소요재원을 추정하였다. 그리고 장애인장기요양급여(서비스)를 결정하기 위해 수급권자 선정기준(판정체계), 요양등급을 마련하고, 선행연구를 통해 요양급여 범위 및 종류에 대하여 검토하였다. 이때, 수발과 활동보조 서비스 시간 측정을 통해 수집한 데이터로 요양인정시간을 산정하였다. 그리고 장애인장기요양서비스 전달체계(관리운영)를 마련하기 위하여, 선행연구를 바탕으로 서비스 제공시설·인프라 확충, 전문인력 양성·제도화, 재정관리 방식 등에 대해 검토하였다. 또한 장애인장기요양보장제도에 대해 법제화하기 위한 방안을 마련하기 위해 법령에 대해 검토를 하였다. 구체적으로는 장애인장기요양보장제도 도입 방안관련 정책 대안에 대하여 법제화 방안을 제시하였다. 가칭 ‘장애인장기요양보장법안’의 제정을 목표로 현행 노인복지법, 장애인복지법, 의료법, 건강보험법, 의료급여법, 지역보건법, 건강증진법 등과의 관계에 대해 검토하였다.

네 번째로 장애인장기요양보장제도 실시 모형의 모의적용 사례분석을 실시하여 내년도 장애인 판정체계 모의적용과 연계해 개발된 모형의 타당성을 검토하였다. 이를 통해 장애인장기요양보장 시범사업 추진 방안을 마련하고, 이때 대상지역, 대상자 뿐 아니라 시범사업 내용 등에 대한 기본방향을 제시하고, 이를 토대로 구체적인 실시 방안에 대한 세부지침(메뉴얼)을 제시하였다. 이때 시범사업 지역의 선정은 지역별 보건의료 및 복지서비스 자원의 분포, 지방재정자립도, 지역별 대상자 특성 등을 고려할 필요가 있으며, 시범사업의 재원, 인력, 시설, 운영방식 모형 등에 대해서도 검토하였고, 이때 다른 분과 전문위원회와 함께 시범사업 모형을 협의하였다.

다섯 번째로, 재정운영방식 및 관리운영체계에 대해 검토하였다. 먼저, 재정운영방식의 선택에서는 재원의 조달방식 유형에 따른 재정운영방식의 장단점을 검토하고 우리 실정에 적합한 방식을 선택하기 위해 기존 사회보험제도의 재정운영방식, 장기요양공급 시장의 상황, 그리고 선진국들의 경험을 참고하되, 사회보험방식, 조세방식, 또는 혼합 방식에 의한 서비스를 검토하였다. 그리고 장애인 장기요양 수요추계 및 급여수준을 바탕으로 제도 도입시 소요 비용을 추계하였으며, 재정소요 규모 산정시 타 사회보장제도(예: 건강보험, 의료급여, 복지서비스 등)의 재정소요와의 관련성을 검토하였다. 이때 대상자의 범위 선정, 수급자격의 심사, 급여범위 등에 검토하였

으며, 지불제도로서 비용의 청구와 심사, 지불보상방식, 급여사후관리 등에 대하여 검토하였다.

#### 나. 평가판정 분과

평가판정분과에서는 선진국의 평가판정 도구를 검토하고, 이를 통한 기능평가 및 서비스 욕구측정도구를 개발(time study 결과 활용)하였다. 특히 신체적 기능(ADL, IADL), 정신적·인지적 기능, 간호·재활처치 욕구 등에 대한 평가 판정 영역 및 항목, 평가 판정 항목별 점수 체계, 장기요양서비스 인정 대상자 선정기준 및 등급간 분류를 검토하였으며, 독일, 일본 등 선진국의 평가 판정 도구의 비교 분석 및 이를 통한 시사점을 도출하였다. 특별히 정신장애인, 감각장애인의 경우 신체적 기능(ADL, IADL) 위주의 평가를 통한 평가판정체계의 적합성을 검토하고, 장애유형별 평가판정체계의 마련에 대해서도 논의하였다.

아울러 현재 연구가 진행 중인 장애평가판정체계 개편과 연계하여 장기요양서비스 대상자 판정 체계에 대한 검토가 이루어졌다. 신체적·정신적 의존도 기준 (기능측면), 간병수발 소요시간 기준 (서비스측면), 가족 상태, 소득 상태 등을 종합적으로 고려한 기능평가도구를 개발하고, 이를 통해 기능장애에 대해 중증도 구분의 기준을 제시하였다. 그리고 대상 장애인의 선정절차방식과 기능평가자(팀) 선정 (사회복지사, 간호사, 의사 등)에 대해서도 검토하였다.

#### 다. 수가급여 분과

수가급여분과에서는 급여유형, 수가체계, 현금급여 및 현물급여, 이용자 부담 수준, 급여관리체계 등에 대해 독일, 일본 등 선진국의 장기요양서비스 수가 급여체계에 대해 고찰하였다. 또한 time study를 통한 장애인들의 기능상태 및 서비스 제공시간을 조사하여 중증장애인요양시설 입소자들의 기능상태 및 서비스 제공 실태를 분석하였다. 이때, 장애유형별 장애인 1인당 서비스 유형별 서비스 제공시간, 장애정도별 장애인 1인당 서비스 유형별 서비스 제공시간, 그리고 직종별 1일 근무시간 및 서비

스 영역별 제공 시간 등에 대해 분석하였다.

그리고, 재가서비스(방문간병·수발서비스, 주간보호서비스, 단기보호서비스, 방문간호서비스, 케어플랜서비스 등) 및 시설서비스 등 급여유형 및 시설 수가 및 재가 수가 등 수가체계에 대해서도 검토하였다. 다만, 연구가 진행되면서 시설 급여는 제외하도록 결정되었기 때문에 재가급여에 대해서만 수가를 개발하였다. 또한 장애인의 선택권 보장, 인프라, 재정, 서비스 질 등 종합적인 측면에서 현금 급여 실시의 타당성을 검토하였으나, 현금급여는 실시하지 않는 것으로 결정되었다. 한편, 국민부담 가능 수준, 이용자의 비용의식 제고, 재가서비스로의 유도 및 비용효과성 등을 고려하여 서비스에 대해 본인부담 차등 적용 또는 적절한 부담 수준을 마련하기 위해 본인부담 부분에 대해 검토하였다. 그리고 급여기관, 급여청구 및 지급절차 체계 등 장애인 장기요양수가체계에 적합한 급여관리체계에 대해서도 검토하였다.

#### 라. 시설·인력분과

시설인력분과에서는 독일, 일본 등 선진국의 장기요양서비스 제공 시설 및 서비스 제공 인력 등 인프라에 대해 고찰하였으며, 장애인 장기요양서비스 제도 도입에 따른 장애인복지시설 및 인력에 대한 영향을 분석하였다. 아울러 장애인 시설 유형별 기능과 역할 정립을 위해 시설 기능분류별 인력 및 시설장비 기준을 정립하고, 장애인 장기요양서비스 도입시, 현행 장애인복지법 체계하의 지역사회재활시설(장애인복지관, 주간보호시설, 단기보호시설 등) 및 생활시설(장애유형별 생활시설, 중증장애인요양시설 등)의 기능 재편, 인력 재배치 및 시설 장비 기준에 대해서도 검토하였다. 특히, 장애인복지시설개편방안과 관련하여 검토하였으며, 장애인생활시설, 이용시설 등 개편방안과 정신보건시설과 관련하여 중점검토하였다.

그리고 장애인 시설 및 인력의 중장기 수요 및 공급 추계를 실시하였으며, 시설 기능분류별 수요에 대한 중장기 예측, 장기요양서비스 필요 정도에 따른 재가시설에 대한 수요 예측을 실시하였다. 또한 요양관리사(케어매니저), 요양보호사, 재활간호사, 재활의학전문의, 사회복지사, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사 등 장기요양보

장 전문 인력 수급 및 양성 제도화 방안에 대해서도 검토하였다.

### 3. 연구 방법

#### 가. 문헌분석

본 연구에서는 국내 장애인요양보장, 방문간호서비스 관련 선행연구를 분석하고, 선진국의 장기요양제도 운영체제와 관련 서비스 비교분석, 관련법령 등의 검토로 시사점을 도출하는 등 문헌 분석을 하였다.

#### 나. 「장애인장기요양보장 추진단」 구성·운영

장기요양보호 욕구가 있는 모든 장애인이 필요한 요양보호서비스를 이용할 수 있도록 우리나라 실정에 적합한 장애인장기요양보장제도의 실행모형 개발하고, 재원조달방안, 관리운영체제, 대상 장애인 판정기준, 급여범위 및 수가, 공급시설 및 인력 등 기본적인 논점을 다각적으로 분석하여 구체적인 정책대안을 제시하기 위해 장애인장기요양보장추진단을 구성 운영하였다. 이것은 장애인장기요양보장제도 기본모형 설계에 일선 민관 실무자들의 의견을 폭넓게 반영하여 현실성 있는 제도도입방안을 마련하기 위한 것이다.

이러한 장애인장기요양보장추진단의 운영체제는 추진단의 원활한 운영을 위해 산하에 「제도·총괄」, 「평가·판정」, 「수가·급여」, 「시설·인력」 등 4개 분과 위원회를 설치하고, 추진단의 운영에 필요한 제반 행정업무 등의 지원을 위해 사무국을 한국보건사회연구원에 설치·운영하였다.

[그림 1-2-1] 장애인장기요양보장추진단 구성



이러한 장애인장기요양보장추진단의 기능과 구성을 보면, 앞서 제시한 장애인장기요양보장제도 3가지 도입방안에 대한 검토, 장애인장기요양보장체계 실행모형 개발 전반에 대한 심의 및 자문, 분과위원회에서 수행하는 연구내용, 연구방향, 연구결과 등 지도 및 자문, 그리고 추진단 운영관련 의사일정 등 심의가 주요기능이라고 할 수 있다. 이러한 추진단에는 위원장을 포함하여 45인 내외의 위원으로 구성하되, 신축적으로 운영할 수 있도록 하였으며, 추진단 위원으로서는 보건·의료·사회복지 분야 전문가, 장애인 단체·학회·시설 등의 대표자, 언론계, 정부 위원으로 구성하였다.

한편, 장애인장기요양보장제도 실행모형을 개발하기 위하여 4개 분과위원회를 설치하였으며, 각각 위원장 1인 및 간사위원 1인을 두었다. 분과위원장은 민간전문가 중에서 선정하였으며, 분과위원은 5인 내외가 되도록 하였다. 한국보건사회연구원에 사무국을 설치하여 추진단의 운영, 연구과제 수행 등 관련사항 지원하였다.

#### 다. 기본체계에 대한 모의적용 사례검토

기본모형의 모의적용을 통해 타당성을 검증하고 환류를 통하여 제도를 보완하였

으며, 현재 진행 중인 ‘장애인 복지 인프라 개선방안’ 연구용역의 모의적용 대상자에게 기본모형의 모의적용 및 환류를 위해 모의적용 사례를 검토하였다. 이때 기존 연구결과 정리와 쟁점 사항을 도출하고, 기존에 이루어진 각종 연구보고서와 공청회 내용을 종합적으로 정리하여 쟁점 사항별로 토의하고 합의를 도출하였다. 필요할 경우 관련 전문가 및 이해당사자들을 분과위원회에 초청하여 토의하였다.

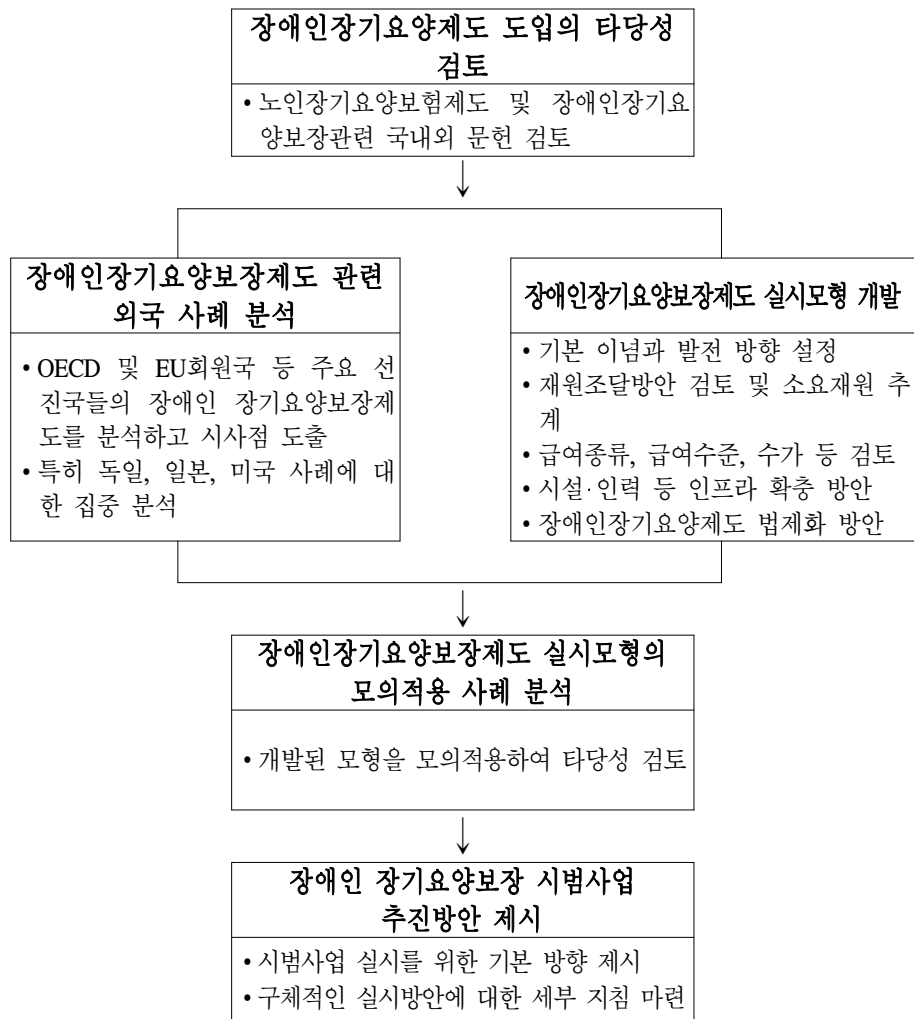
#### 라. 장애인 장기요양보장제도 도입에 대한 여론 수렴

장애인 장기요양보장제도의 도입에 대한 여론을 수렴하기 위하여 자문회의 및 정책 간담회, 공청회를 개최하였으며, 장애인을 대상으로 여론조사를 실시하였다.

#### 마. 시설 장애인을 대상으로 수가 및 급여 체계 산정을 위한 장애 유형별 time study 실시

그리고 시설 장애인을 대상으로 수가 및 급여 체계 산정을 위한 장애 유형별 time study를 실시하였으며, 이때 15개 시설 약 1000명을 대상으로 하였다. 다만, 추진단의 논의결과 활동보조서비스의 확대안이 채택되었기 때문에 활동보조서비스를 받고 있는 장애인에 대해서도 Time Study 조사를 실시하였다.

[그림 1-2-2] 연구의 흐름도





### 제3절 보고서의 구성

본 보고서는 모두 8장으로 구성되어 있다. 제1장에서는 연구의 필요성과 목적, 연구방법 등에 대하여 기술하고 있으며, 제2장에서는 이론적인 배경으로서 장애인 장기요양의 기본적 개념에 대하여 고찰하였다. 여기서는 먼저 장애인 장기요양보장제도의 필요성에 대해 검토하였으며, 장애인복지정책의 패러다임 변화 등에 대해서도 논의하였다. 아울러 장애인 장기요양의 개념 및 범주에 대해서도 논의하였다. 제3장에서는 장애인 장기요양 대상자를 선정하기 위한 평가판정체계에 대해 논의하였다. 이때 장애인 장기요양 평가판정도구 개발의 전제 및 쟁점에 대한 검토와 함께 기존 장애인 판정도구, 요양욕구 판정도구 및 장애인 평가판정도구 대안들에 대해서도 검토하였다. 아울러 기능상태 평가 항목 개발 및 서비스 코드를 개발하였다. 그리고 장애인 장기요양 평가판정 도구를 개발하였다.

제4장에서는 수가급여체계를 개발하기 위해 장애인 장기요양급여의 범위 및 수준에 대한 검토와 함께 장애인장기요양급여의 이용자본인부담방식에 대해 검토하였다. 특히 본인부담적용의 기본개념, 이용자 부담의 형태에 대해 논의하였으며, 장애인장기요양(재가서비스) 급여 수가 책정안에 대해 검토하였다. 제5장에서는 장애인장기요양보장제도 시설 인프라에 대해 검토하였으며, 제6장에서는 자립생활관점에서의 외국의 장애인장기요양보장제도의 유형비교를 하였다. 주요 검토 내용으로서는 장애인 활동보조서비스 관련 법률, 활동보조서비스의 기본 이념, 지원방식 및 주요재원, 서비스의 주요대상, 장애등급 판정체계, 전달체계, 서비스 상한의 설정 등에 대해 검토하였다.

제7장에서는 장애인 장기요양보장제도의 기본체계 모형개발을 위해 장애인장기요양보장제도의 시안을 검토하였다. 이때 장애인장기요양보장제도 기본목표 및 방향을 검토한 후 장애인장기요양보장제도 시안을 제시하였다. 그리고 이러한 시안에 대해 모의적용 사례를 검토하였다. 그리고 장애인 장기요양보장제도와 장애인복지서비스 제도와의 관련성을 검토하였으며, 재정소요, 법령(안) 검토도 하였다. 마지막으로 제8장에서는 결론 및 제언을 제시하였다.



## 제2장 장애인 장기요양의 기본적 개념

### 제1절 장애인 장기요양보장제도의 필요성

#### 1. 장애인복지정책의 패러다임 변화

우리나라의 장애인구는 장애범주의 확대, 인구의 노령화, 산업재해, 교통사고 외 각종 사고, 약물 남용 등 다양한 장애원인의 증가에 따라 지속적인 증가추세를 보이고 있다. 실제 장애인실태조사 결과에 의하면, 2000년도에 약 145만 명이던 장애인수가 2005년에는 약 215만 명으로 128만 명 정도가 증가한 것으로 나타났다. 이러한 장애인들은 교육, 경제적, 사회적 측면 등 다양한 영역에서 비장애인에 비해 상대적으로 낮은 처우를 받아왔고, 주로 가족이나 지역을 통해 보호가 이루어져 왔다.

그러나 최근 장애인구의 증가와 더불어 장애인의 정책적 욕구가 다양해지면서 장애인에 대한 문제는 개인이나 가정에서 해결해야 할 일부 계층의 문제가 아니라 사회 문제로 보고 장애인 자신이 정책에 직접 참여하는 것을 권리로서 인정하는 시각으로 변화되고 있다. 이와 동시에 장애인들의 정책적 욕구가 다양해지면서, 다양한 영역에서의 장애인의 사회권적 기본권을 확보하고자 하는 노력이 이어지고 있다.

이는 장애인복지 패러다임의 변화를 요구하는 것으로 나타나고 있는데, 구체적으로 장애의 개념이 의료적 모델에서 사회적 모델로 변화되고, 개입의 패러다임 또한 재활패러다임에서 자립생활패러다임으로 변화되는 등 복지환경의 변화가 일어나고 있기 때문이다. 이처럼 최근 30년간 장애인복지의 패러다임은 분리와 보호, 재활 패러다임으로부터 사회통합을 지향하는 방향으로 발전해 오고 있으며, 여기에서는 장애인의 욕구 충족을 위한 일련의 제도화된 사회적 노력이라고 규정할 수 있는 장애인복지서비스 실천에 영향을 주었던 다양한 패러다임 중 탈시설화, 정상화, 사회통

합, 자립생활 패러다임의 철학과 실천적 의미를 간략히 제시하고자 한다.

첫째, 탈시설화란 사회복지시설 내 장애인의 재활, 사회복귀, 자립생활을 위하여 적절한 사회복지서비스를 시설과 지역사회에서 제공하기 위한 방안으로 대두된 이념이다. 시설 유형별로 대상자를 입소시키는 시설 중심의 획일적인 ‘수용’개념이 아니라 다양한 욕구를 가진 복지 수요자들에게 ‘서비스 선택권’을 주는 것으로서 예컨대 주거환경의 경우 시설 위주만이 아니라 그룹홈(group home: 생활자들이 소규모로 지역사회에서 거주하는 공동생활가정) 등 다양한 주거기능을 확충, 생활자들이 각자에 맞는 환경을 찾도록 하자는 것이다.

이와 관련하여 외국의 사례를 살펴보면 다음과 같다. 먼저 미국의 경우, 1940년대 후반부터 언론과 사회과학문헌을 통해 수용시설 내 열악한 상황이 알려지기 시작하면서 대규모 수용시설에 대한 사회적인 비판이 증대됨에 따라 1950년대부터 점차적으로 사회문제를 해결하고 시설 내에서의 생활조건을 개선하기 위해 탈시설화 정책으로 선회하였다. 1970년대 이후 장기간의 시설보호로 인한 시설병의 예방과 시설거주자의 삶의 질 향상, 대규모 수용시설에 부적절하게 수용된 시설거주자를 시설이 아닌 지역사회에서 보호하고 서비스를 제공하기 위한 목적으로 탈시설화 정책이 본격적으로 추진되었으며, 또한 지역사회보호는 시설보호에 비해 국가지출을 감소시킬 수 있을 것이라는 정치적인 목적도 탈시설화 정책을 촉진하는 요인이라 할 수 있다. 이러한 탈시설화 정책의 영향으로 시설중심의 보호는 일대 전환을 가져와 낮병원, 자조집단, 중간 거주지시설, 재활프로그램 등 지역사회에 기반을 둔 다양한 형태의 서비스 프로그램이 등장하게 되었다.

영국은 1950년대부터 시작된 ‘시설로부터 지역사회’라는 새로운 접근방법의 개발과 실천을 통해 지역사회를 중심으로 노인 인구나 정신장애인의 보호를 위한 프로그램이 점차 확대되었으며, 치료방법이 발전되고 새로운 치료제가 도입되면서 환자의 조기 퇴원과 정신병원의 폐쇄가 촉진되었다. 1988년 ‘그리피스 보고서(Griffiths Report)’에서 지방정부는 지역사회보호의 일차적인 책임을 가지고, 대인사회서비스의 직접적인 제공자가 아닌 계획, 조정, 구매자로서 역할을 수행하고, 주거보호에 대한 욕구를 사정해야 된다는 점을 강조하였다.

이러한 탈시설화의 가장 큰 장점은 대규모 시설에서 제공되는 보호에 비해 보다 더 인간적이고 효과적인 지역사회에 기초를 둔 보호라는 점이다. 또한 이외에도 입원환자의 감소, 입원기간의 단축, 시설의 소규모화, 다양한 서비스 프로그램의 등장, 시설 의존으로부터 탈피 등을 들 수 있다. 그러나 시설거주자의 거주지 강제 이전 문제, 퇴원 후의 지속적인 서비스의 미흡, 퇴원한 환자를 돌보아야 하는 보호자의 보호부담 증대와 재입원화, 지방재정부담의 가중, 부랑인의 증가 등의 문제점을 초래한다는 점을 제시할 수 있다.

둘째, 정상화 이론이다. 이는 1950년대 후반 북구 유럽에서 시설 내 처우 장애인들의 시설중심의 장애인복지 접근을 비판하면서 출발된 이론으로 시설보호에 반대하면서 장애인도 비장애인과 마찬가지로 동일한 생활환경, 생활패턴, 생활형태와 리듬이 존중되어야 한다는 데 강조점을 두고 있다. 즉, 장애를 가진 사람도 개인의 성장이나 발달과정에서의 경험에 존중되어야 하며, 인생주기에서 누려야 하는 선택의 자유가 보장되어야 한다는 것이다. 이러한 이론적 지향은 비슷한 시기에 북미에서 유행하여 울펜스버거(Wolfensberger) 등에 의해 1970년대와 1980년대 초반을 거치면서 장애인 재활, 교육 그리고 복지측면 등에서 그 중요성이 더욱 강조되었다. 이러한 이론적 기초 하에 장애인복지는 정상적인 가정에서의 삶, 지역사회에 통합되어 있는 삶이 강조되기 시작하였으며, 시설복지서비스가 아닌 지역사회복지서비스가 강화되기 시작하는 배경이 되었다. 이것은 장애인들의 사회적 역할강화를 통해 모든 일상생활, 사회·문화적인 권리를 동등하게 누리고 완전한 사회참여를 이루어내는 것을 말하는 것이다.

탈시설화는 시설수용의 비인도주의적인 측면에서 출발하였지만 시설의 비용측면을 보다 강조한 흐름으로서 시설유지에 따른 비합리적인 재정투입에 반대하여 복지예산 삭감의 정치적 이유를 제공하는 기능을 한 반면, 정상화는 시설수용에 반대한다는 측면에서는 탈시설화와 동일하지만 재정투입의 대폭적인 증대를 통한 서비스 질의 향상을 주장하며 근본적으로 정상화를 위해서는 시설수용의 경우보다 훨씬 많은 예산이 투입되어야 함을 강조하고 있다.

셋째, 사회통합이다. 사회통합의 기본적인 이념은 장애인을 비장애인과 함께 사회

속에서 삶을 살아갈 수 있도록 하는 일련의 과정으로서, 장애인을 사회에서 비장애인과 특별히 구분하지 않고 동등한 삶의 모습을 갖게 되는 권리를 보장해야 한다는 것이다. 따라서 장애인 개인을 비롯한 장애인 주변의 사회·환경적 요인들이 장애인들의 사회통합 과정에 많은 영향을 미칠 수 있기 때문에 통합을 지원하는 충분하고 다양한 서비스들이 제공되어야 함을 강조하고 있다. 장애인의 지역사회통합은 삶의 다양성과 선택의 권리를 보장해 줄 수 있으며 이것의 궁극적인 목적은 장애인들의 삶의 질 향상에 있다. 사회통합의 개념은 1960년대를 거치면서 특히 정신지체장애인들을 위한 서비스 개발과 법규의 신설에 많은 영향을 미쳤으며, 사회통합의 정의는 주로 인간의 기본사회 보장에 초점을 맞추고 있고, 장애인들도 다른 비장애인들이 누리고 있는 기본권들은 당연히 장애인에게도 보장되어야 한다는 논리에 근거하고 있다.

넷째, 자립생활이다. 자립생활은 장애인들이 자신의 삶을 스스로 선택하고 조정하고, 자신의 삶의 전부를 관리하는 일로서 장애인들이 언제 어디서나 자신들이 영위할 수 있는 자유를 가질 수 있음을 뜻하며, 이러한 자립생활 이념은 시설 수용으로부터의 탈시설화 요구와 정상화 이념 그리고 장애인 재활과 관련한 지역사회 내에서의 재가서비스에 대한 욕구에 기초하고 있다. 장애인 스스로의 선택과 판단에 의해 의사결정과정에 참여하는 활동까지 포함한 모든 생활이 가능할 때 진정한 자립생활이라고 할 수 있다.

이와 같이 정상화 이념을 바탕으로 탈의료화, 탈시설화의 등장이 이루어졌고, 장애인 본인의 삶에 대한 자기의사결정권과 사회통합 이념의 두각으로 자립생활에 대한 중요성이 근래 들어 더욱 부각되고 있다. 장애의 의료모델에 의하면, 장애인은 의료전문가에 의해 의학적인 차원에서 치료와 재활서비스를 제공받는 환자의 위치이며, 시설 수용 중심의 장애인 치료 혹은 보호의 개념이 강조되는 반면, 이에 대한 반발로서 자립생활 모델은 자립생활의 실천으로 자기관리와 사회적 가치의 향상을 가져오며 궁극적으로는 사회개혁과 주민의 의식이 변화된다고 주장하며, 권리옹호 차원에서의 접근과 소비자의 주권회복을 목표로 한다. 장애인 자신이 가지고 있는 능력을 최대한 활용하여 직업적, 경제적으로 자립적인 생활을 영위할 때 그 의미가

더욱 강화될 수 있다.

[표 2-1-1] 재활패러다임과 IL패러다임의 비교

항목	재활 패러다임	자립생활 패러다임
문제의 정의	신체적 손상, 직업기술의 부족, 심리적 부적응, 동기 및 협력부족,	전문가, 친척 등에의 의존, 부적절한 지원서비스, 건축/경제적 장벽
문제의 위치	개인	환경, 재활과정
문제의 해결	의사, 물리치료사, 직업재활상담원 등의 전문적 개입	동료상담, 옹호, 자조, 소비자 주권, 장애제거
사회적 역할	환자/클라이언트	소비자
통제 주체	전문가	소비자
원하는 결과	최대한의 ADL(일상생활활동), 유급취업	자립생활

출처: DeJong, Gerben(2001), "Defining and Implementing Independent Living," in Independent Living for Physically Disabled People, Nancy M Crewe and Irving Kenneth Zola & Ass, Inc: San Jose.

이처럼 자립생활이란 자신의 모든 영역에서 가능한 한 자심의 선택권과 결정권에 의해서 자신의 생각과 행동을 결정하고 일상생활을 영위하고 지역사회활동에 참여하여 역할을 수행하고 국가의 당당한 시민으로서 행복을 추구할 수 있도록 하는 것으로, 자립생활은 장애를 가진 사람들이 정신적, 신체적인 타인에의 의존을 최소한으로 하며, 그럼에도 불구하고 그들이 가족, 가정, 그리고 지역사회 속에서 생활하여 자기의 역할을 유지할 능력을 최대한으로 하는데 도움을 줄 수 있도록 모든 면에서 빈틈이 없는 일련의 서비스를 받을 권리를 누리는 것이다. 여기에 자립생활지원서비스가 있으며 그 서비스의 중심에 활동보조서비스가 있다.

활동보조서비스는 장애인이 독립적으로 생활하고 사회에 참여하는데 아무런 장애를 느끼지 않도록 장애인의 일상적인 활동을 매일 보조하는 서비스로서 활동보조인이 장애인의 목욕, 옷입기, 외출, 교육, 용변 등 전반적인 일상생활에 필요한 활동을 보조해 주는 서비스로 활동보조서비스제도는 자립생활서비스 중의 하나로서 장애인의 일상생활에 대한 선택권과 자기결정권을 보장함으로써 중증장애인의 지역사회

내 통합과 사회참여를 목적으로 하고 있다.

이처럼 장애인복지의 패러다임은 분리와 보호, 재활 패러다임으로부터 사회통합을 지향하는 방향으로 발전해 오고 있다. 따라서 장애인 장기요양보장제도를 설계하는 현 단계에서는 장애인복지 패러다임의 변화에 부응하는 방향으로 정책이 결정되어야 할 것이다. 이러한 측면에서 보면, 장애인 장기요양제도의 도입은 시설보호보다는 지역사회가 중심이 되어야 하며, 장애인의 선택권과 자립생활을 지원하는 사회통합적인 방향으로 제도가 설계되어야 할 것이다. 서구 선진국의 경우 재활패러다임에 의한 장기요양제도가 먼저 도입되고 이에 대한 반응으로 자립생활 패러다임에 의한 활동보조서비스가 도입된데 비해 우리나라에서는 자립생활 패러다임이 먼저 도입되고 난 후 장기요양제도의 도입이 검토되고 있다. 또한 선구선진국에서도 장기요양제도가 수요자의 선택권을 강화하는 방향으로 개편되고 있으므로, 우리나라의 장기요양제도 도입 시에도 이러한 방향이 강조되어야 할 것이다.

## 제2절 장애인 장기요양의 개념 및 범주

### 1. 장기요양의 개념

#### 가. 장기요양(Long-term Care)의 개념

장기요양보호의 서비스의 범위와 관련하여 국가들마다 명칭이나 프로그램 운용의 차이는 있다. 각각의 정의들에 대하여 살펴보면 다음과 같다.

장기요양보호에 대하여 OECD(2005)는 “기본적인 일상생활동작(basic ADL) 수행에 의존적인 대상자에게 필요한 일련의 신체적 수발 등 개인위생관련 케어(personal care) 서비스”로서 자주 기본적인 의료 서비스와 함께 제공하는 것으로 정의하였고, US Congressional Budget Office(1999)는 “만성질환이나 상태로 인하여 자신의 신체보호(self-care)의 일부기능을 상실한 자에게 필요한 의학적, 사회적 및 대인적 서비스



(personal care) 및 지원서비스”로 정의하였으며, Kane & Kane(1987)는 “선천적·후천적으로 상당한 정도의 기능적 활동능력(functional capacity)을 상실한 사람에게 지속적인 기간에 걸쳐 제공되는 일련의 건강보호 서비스와 대인적 보호서비스 및 사회서비스”로, 일본개호보험에서는 “신체상 또는 정신상의 장애가 있어 입욕, 배설, 식사 등의 일상생활 기본동작에 대해 후생성령으로 정한 기간동안에 상시 수발보호가 필요하다고 인정되는 자에게 제공되는 서비스”로 정의하였다. 또한 독일장기요양보험에서는 “신체적 또는 인지적, 정신적인 질병이나 장애로 일상생활 과정 중에서 보통 정기적으로 반복되는 동작 수행에서 수발이 필요하다고 인정되는 대상에게 지원되는 서비스”로 정의하였으며 차홍봉(1993)은 “노쇠, 허약, 질병 또는 장애로 일정한 정도의 기능적 활동능력을 상실해 스스로 돌보기가 어려운 사람에게 장기간을 통해 지속적으로 제공되는 건강 보호, 대인적 보호와 사회적 지원 서비스”라 정의하였다.

현재 우리나라 노인장기요양보험법에서는 “고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원”하는 것으로 정의하고 있다. 이와 더불어 현재 시행되고 있는 장애인 활동보조 지원사업의 정의 또한 함께 검토해야 할 필요성이 있으며 2008년 장애인 활동보조 지원사업에 따르면 “활동보조서비스란, 신체적 정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에게 제공되는 (활동보조) 서비스”라고 정의되어 있다.

따라서, 장기요양보호(long-term care)는 이론적으로는, ①일상생활기능에 장애를 지녀야 하고, ②그러한 대상자가 필요로 하는 모든 보건의료 및 복지서비스로 정리할 수 있을 것 같다. 다만, 활동보조서비스는 일상생활 동작뿐만 아니라 사회활동의 어려움에 대해서도 서비스가 제공되므로 장기요양보다는 보다 넓은 의미로 해석되고 할 수 있겠다. 이와 관련하여 장애인 장기요양보장추진단에서는 “장애인 장기요양이란, 신체적, 정신적 장애로 인해 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에게 제공되는 복지서비스(활동보조) 및 건강서비스(간병 및 방문간호)”라고 정의하였다.

## 나. 장기요양의 기본 철학과 주요 원칙

장애인 장기요양보장제도를 설계함에 있어 장기요양의 기본 철학과 주요 원칙에 대하여 검토할 필요성이 있으며 장기요양의 기본철학에 대하여 다음과 같이 제시할 수 있다.

첫째, 개인의 필요에 부합하는 서비스 제공 (meeting the individual needs)이다. 장기요양 서비스는 생산적이고 자립적이며 욕구에 부합하는 삶을 살 수 있도록 도움을 제공함으로써, 삶을 유지·향상시키며 삶의 질이 떨어지지 않게 하기 위해 실시하는 것이다. 이때, 장기요양 서비스는, 모든 종류와 서비스 제공형식에 있어 끊어짐 없이 제공되어 삶의 질을 향상시킴을 목적으로 하며, 서비스를 제공받는 이들의 존엄성과 인간성, 또한 그들만의 특유한 문화와 개인적 특성을 존중하는 방식으로 제공되어야 한다. 또한, 시설에서 뿐만 아니라 지역사회 안에서 다른 사람들과 같은 방식과 형식의 삶을 살아가는데 필요한 서비스를 제공하는 것이 목적임. 실제로 많은 사람들이 시설입소보다 개인케어수행인(personal care attendants) 제공을 선호하며 이는 활동보조 서비스의 형태로 제공되어질 수 있다.

둘째, 서비스를 받는 이들의 자치권 확보 (Autonomy)이다. 장기요양서비스 제공은 삶의 질 향상 뿐 아니라 삶의 영위에 필요한 권리와도 밀접한 관련이 있음. 즉, 장기요양서비스는 개인의 건강과 실용적 측면, 그리고 서비스를 받는 이들의 선택권의 문제이기도 하다. 개개인은 서비스제공자들에게 그들이 원하는 서비스의 형태와 용도에 대해 요구할 권리가 있으며 그 서비스들을 선택할 권리가 있다. 많은 사람들이 자신들의 가정과 지역사회에서 생활하고 싶어 하므로 자립생활을 도울 수 있는 방식의 가정·지역사회기반서비스를 제공해야 할 필요성이 크며, 가정·지역사회기반의 삶을 유지하기 위해서는 가족들의 도움이 필수적인 이유로 이들의 부담을 덜 수 있는 형식의 서비스를 제공해야 한다.

셋째, 형평에 맞는 서비스 제공 (Equity)이다. 장기요양서비스제공과 관련하여 개인에게만 지워진 서비스비용부담을 서비스를 받은 개인과 그 가족, 그리고 사회가 함

게 분담해야할 필요가 있다. 서비스혜택을 받기위해서 개인과 그 가족이 재정난에 처해질 수밖에 없는 상황에 놓이게 됨. 이를 위해 비공식적 케어를 수행하는 가족들이 적절한 지원을 받을 수 있도록 하는 것도 장기요양서비스의 한 부분이 되어야 할 것이다.

#### 다. 장기요양 서비스

다음과 같이 장기요양 서비스는 서비스 성격, 서비스 제공장소, 서비스 형태, 서비스 제공자의 전문성에 따른 유형으로 분류할 수 있다.

첫째, 서비스의 성격에 따른 유형으로 보건의료서비스와 복지서비스로 분류할 수 있다. 이때 보건의료서비스의 범주는 의사, 간호사, 재활치료사등의 의료 인력에 의해 제공되는 의료·간호·재활서비스 뿐 아니라 보건교육, 건강증진프로그램까지를 포괄, 단, 급성기나 단기간의 의료서비스는 제외되고, 일상적이고 장기간에 걸쳐서 제공되는 보건의료서비스에 한정되는 경향이 있다. 독일의 경우 치료기간과 상관없이 장기요양보장제도에서 모든 보건의료서비스를 제외하고 있으며, 일본은 방문형 의료서비스(재택방문의료, 방문간호, 방문재활 등) 제공, 네덜란드는 치료기간을 기준으로 1년 이상의 모든 보건의료서비스 제공하고 있다. 또한 복지서비스는 서비스 제공 뿐 아니라 욕구의 사정, 상담, 평가 및 계획에 이르는 모든 행위를 포괄하며, 신체적 간병수발 및 가사지원서비스가 중심이며, 이는 신체적 간병수발서비스는 신체적 접촉을 통한 일상생활동작의 지원하고 가사지원서비스는 집안일 청소, 식사준비, 빨래, 세탁, 물건구입 등 가사활동에 필요한 서비스를 의미한다.

둘째, 서비스 제공 장소에 따른 유형으로 시설에서 이루어지는 요양서비스와 재가에서 이루어지는 요양서비스로 분류할 수 있다. 시설에서 이루어지는 서비스는 일반가정이 아닌 복지시설에서 제공되는 서비스로서 노인홈 등의 복지시설뿐 아니라 장기요양병원 등의 의료시설을 포함하는 개념으로 활용될 수 있다. 그리고 재가에서 이루어지는 서비스는 일반주택에서 살면서 필요한 장기요양서비스를 제공받는 방법으로 이는 다시 일반주택과 통원시설간 이루어지는 이용서비스와 장기요양대상자의

일반주택에 방문하여 제공되는 서비스라 할 수 있다. 이는 방문서비스와 이용서비스라고 분류할 수 있으며, 방문 서비스는 방문의료, 방문간호, 방문재활, 방문영양지도, 방문보건교육, 방문식사배달, 방문간병수발, 방문가사지원 등 보건의료·복지서비스가 혼합이라 할 수 있다. 그리고 이용 서비스는 낮 동안, 야간 또는 단기간 동안에만 체류하면서 서비스를 제공하는 주간보호센터, 야간보호센터, 단기보호센터 등이 있고, 이러한 기관에서 제공되는 이동, 영양 및 급식서비스, 여가서비스, 재활이나 간호 등 의료서비스가 포함하는 것이다.

셋째, 서비스 형태에 따른 유형의 분류로 이는 현물서비스와 현금서비스로 구분할 수 있다. 현물방식은 해당하는 서비스 욕구 충족을 필요한 서비스가 제공되므로, 다른 형태의 서비스가 제공될 우려가 없는 장점이 있으나, 이미 정해진 서비스 이외의 욕구에 대해서는 임의적으로 제공받을 수 없다는 단점이 있다. 현금 방식은 장기요양서비스욕구의 충족을 금전을 통해 해결하고자 하는 방식으로 이 방식의 장점은 장애인 당사자의 선택권을 보장하는 것이고, 단점은 지급된 현금으로 욕구충족에 필요한 재화를 지급하지 않고, 다른 용도로 유용할 가능성이 있다. 그러나 현금방식은 필요한 만큼의 재원확보가 관건이며, 현물방식은 필요한 양 만큼의 시설이나 인력의 인프라 구축, 인프라에의 접근성 등의 확보가 중요하다고 할 수 있다.

넷째, 서비스 제공자의 전문성에 따른 유형에 따라 공식적 서비스와 비공식적 서비스로 분류할 수 있다. 공식적 서비스는 직업적인 전문인력(의사, 간호사, 재활치료사, 사회복지사, 직업간병인, 가정봉사원 등)에 의해 제공되는 서비스를 말하며, 비공식적 서비스는 무급의 가족, 친구, 이웃에 의한 서비스를 의미한다. 비공식서비스의 이용가능성 정도는 생활시설 입소를 예방할 뿐 아니라 재가에서 장기요양서비스 욕구의 해결을 좌우하는데도 매우 중요하다고 할 수 있다.

## 2. 장기요양 서비스 범위

### 가. 미국 장기요양 서비스의 범위

장기요양서비스에 대하여 국가들마다 명칭이나 프로그램 운용의 차이가 있다. 미국의 장기요양서비스는 의료보장 프로그램인 Medicare 와 Medicaid 프로그램의 각종 급여로 제공되고 있으며, 일상생활을 하는 데 있어서 여러 가지 어려움이 있는 노인과 장애인을 주 서비스 대상으로 하고 있다. 미국의 장기요양 서비스를 시설과 의료적 성향의 재가요양, 사회적 성향의 재가요양 및 기타 서비스로 구분하면, 시설요양과 의료적성향의 요양서비스들의 비용이 주로 Medicaid와 Medicare의 수가에 의해 상환되고 있으며 Medicaid는 시설요양에만 지원 하였으나 최근 의료적 성향의 재가요양 서비스에도 점차 많은 상환을 해나가고 있는 실정이다.

[그림 2-2-] 미국 장기요양 서비스의 범위



출처: National Institute for Health and Aging, US, 2005; 김찬우 외, 2008. 1에서 재인용

\* [그림 1]에서 제시되고 있는 서비스는 한국에 없는 서비스들이 많아 영어 명칭을 그대로 사용하였으나 몇 가지 주요한 서비스들을 번역해보면

- 1) skilled nursing facility - 전문요양시설, intermediate nursing facility -요양시설
- 2) adult day health care- 주간요양보호, 보다 더 의료적 서비스를 강화하고 Medicaid에서 재정지원을 받는 다는 측면에서 사회적 케어 특성의 senior day care와는 다름. 한국의 “주간보호센터”는 미국의 adult day health care와 senior day care의 중간적 형태를 취하고 있음
- 3) Preventive medical service - 예방보건서비스
- 4) Home health care aides - 방문간호(보조)서비스
- 5) Homemaker service - 가사지원서비스

#### 나. 노인장기요양보험제도의 서비스 범위

현행 노인장기요양보험제도의 서비스 범위는 재가급여, 시설급여 및 특별현금급여 세 가지로 구분하고 있다.

첫째, 재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 기타 재가급여가 포함된다. 이때, 방문요양이란 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 것이며, 방문목욕은 장기요양요원이 목욕 설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하며 방문간호란 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호 지시에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 것을 의미한다. 또한 주·야간보호란, 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 의미한다. 그리고 단기보호란 수급자를 보건복지부령이 정하는 범위 안에서 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 뜻하며 끝으로 기타재가급여란, 수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공한다.

둘째, 시설급여는 장기요양기관이 운영하는 「노인복지법」 제34조의 규정에 따른 노인의료복지시설(노인전문병원은 제외한다) 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동

지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 것으로 정의하고 있다.

셋째, 특별현금급여는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비로 구성되며, 이때 가족요양비란, 제24조의 규정에 따라 지급하는 가족장기요양급여를 의미하며 특례요양비란 제25조의 규정에 따라 지급하는 특례장기요양급여를 의미하며 요양병원간병비란, 제26조의 규정에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여로 정의된다.

#### 다. 장애인 활동보조서비스의 범위

현재 정부는 신체적·정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에게 활동보조서비스를 제공하고 있으며 다음과 같은 서비스를 제공하고 있다.

첫째, 신변처리 지원으로 목욕, 대소변, 옷 갈아입기, 세면, 식사보조 등을 제공한다.

둘째, 가사지원 지원으로 쇼핑, 청소, 식사 준비, 양육 보조 등이 포함된다.

셋째, 일상생활 지원으로 금전관리, 시간관리, 일정관리 등을 제공한다.

넷째, 커뮤니케이션 보조로 낭독보조, 대필 보조 등을 제공한다.

다섯째, 이동의 보조: 안내도우미·대리운전지원(시각장애인), 학교 등·하교 지원, 직장 출·퇴근 지원, 야외·문화활동 지원 등이 포함된다.

#### 라. 장기요양 관련 기타 주요 장애인복지 서비스

장애인 장기요양보장제도를 검토함에 있어 현재 우리나라의 장애인복지사업을 검토할 수 있다.

첫째, 장애인 생활안정지원과 관련하여 장애인 의료비 지원은 생활이 어려운 저소득 장애인에게 의료비를 지원하여 생활안정 및 의료보장 도모하는 것으로 의료급여법에 의한 의료급여 2종 수급권자인 장애인(차상위계층 의료급여 2종 수급권자의 경우에도 지원)을 대상으로 한다. 이와 더불어 장애인 재활보조기구 교부가 있다. 이는 생활이 어려운 저소득 장애인에게 재활보조기구를 교부함으로써 생활능력 향상 및 복지증진 도모하는 것으로 국민기초생활보장법상 수급자 및 차상위 계층을 대상으

로 욕창 방지용 매트 등 5종 교부하는 것이다.

둘째, 지역사회중심재활(CBR) 사업 운영과 관련하여 보건소를 중심으로 지역사회의 인적·물적 자원을 최대한 개발, 활용하여 재활서비스를 체계적으로 구축, 제공함으로써 장애인의 재활촉진 및 사회참여 증진 도모하는 것으로 45개 거점 보건소를 중심으로 재가장애인 중 건강관리, 재활훈련 등의 서비스를 지속적으로 필요로 하는 자에게 보건의료재활 서비스 제공한다. 이때 주요 서비스로는 연하장애 관리, 욕창, 체위변경, 관절운동, 일상생활동작 지도 등이다.

셋째, 보건복지가족부 이외 기관 사업과 관련하여 보장구 건강보험(의료급여) 급여 실시되고 있다. 이는 보험급여대상 품목의 급여기준액 이내는 실구입가의 80%, 기준액 초과시는 기준액의 80%에 해당하는 금액 지원 및 의지·보조기, 휠체어 등을 지원하는 것이다.

넷째, 지방 이양사업과 관련하여 다음과 같은 서비스를 제시할 수 있다. 즉, 장애인 재가복지봉사센터 운영으로 이는 가정에서 생활하는 장애인을 순회 방문하여 상담, 훈련, 교육, 치료 등의 종합적인 재활서비스 제공하고 있다. 또한 장애인복지관 중심으로 운영되며, 물리치료 등 의료재활사업과 사회심리재활 사업, 가사·외출 지원 등 제공한다. 또한 다른 사람의 도움 없이는 일상생활을 영위하기 어려운 장애인을 주간 또는 단기기간동안 보호하여 장애인 가족의 항시 보호부담을 경감하는 장애인 주간·단기보호시설의 운영도 포함될 수 있다. 아울러 장애인 공동생활가정 운영으로 이는 장애인이 지역사회 안에서 가정과 같은 주거환경에 거주하면서 독립적인 생활에 필요한 각종 서비스와 지원을 받으며, 사회구성원으로서 존엄한 삶을 영위할 수 있도록 공동생활가정을 설치 운영하는 것이다. 장애인 의료재활시설은 장애인을 위한 의료재활사업을 효율적으로 수행하기 위하여 사회복지법인 등 비영리법인 부설 의료재활시설(재활병의원)을 설치 운영하는 것이며, 장애인 생활시설은 장애인이 필요한 기간동안 생활하면서 재활에 필요한 상담·치료·훈련 등의 서비스를 받아 사회복귀를 준비하거나 장기간 요양할 수 있도록 생활시설을 설치·운영하는 것이다.

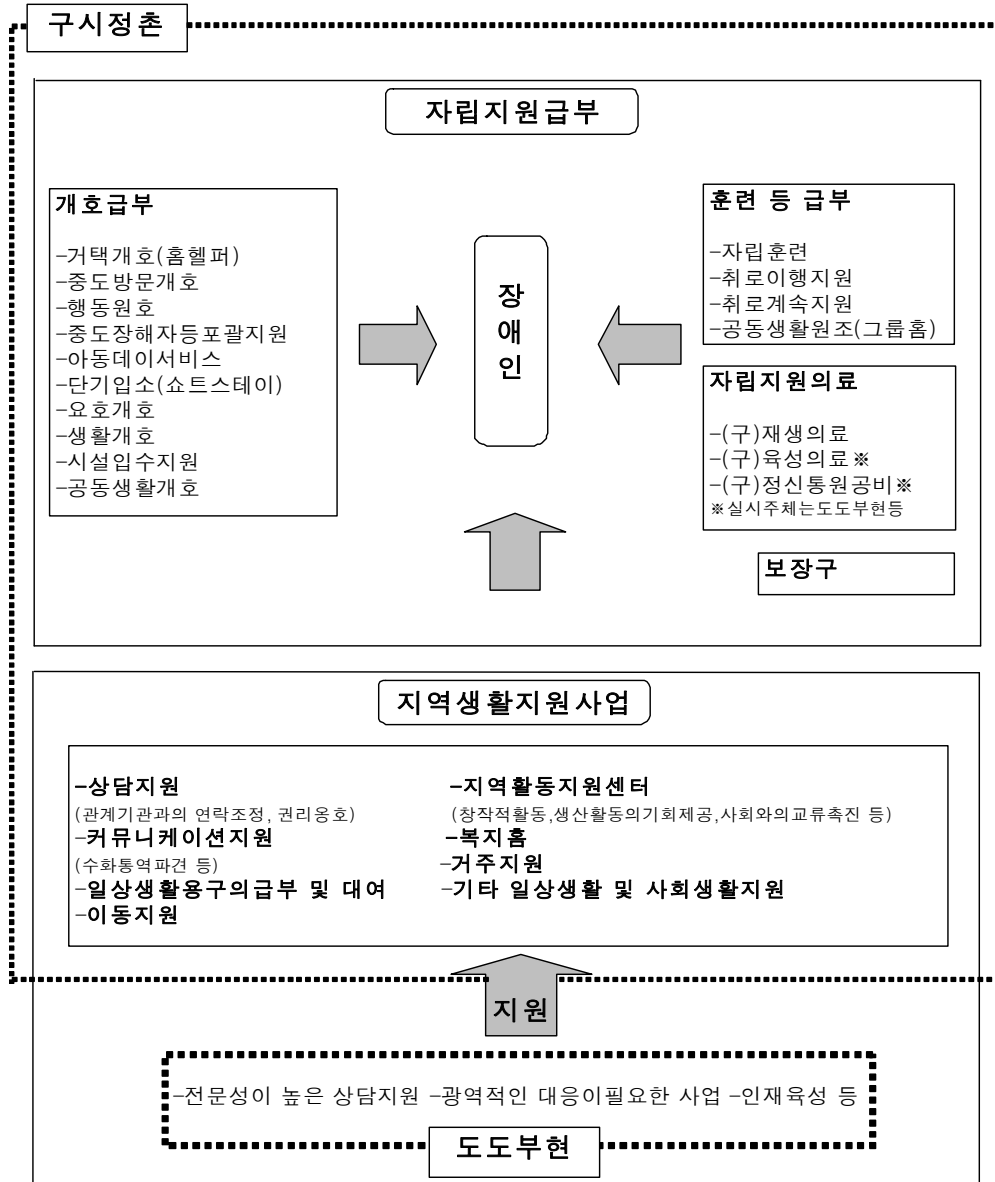


### 마. 시사점

노인장기요양보험제도에서 제공되는 서비스는 앞에서 언급된 바와 같이 크게 시설서비스와 재가서비스로 구분되며, 재가서비스에서는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 보장구 지급 등 기타 재가급여로 나눌 수 있다. 이에 비해 장애인복지 분야에서는 먼저 활동보조사업의 경우 신체수발서비스, 가사지원서비스, 외출지원 서비스가 제공되고 있고, 별도로 시설서비스와 보장구 제공서비스가 제공되고 있으며, 지역사회재활사업(CBR)을 통해 방문 간호도 이루어지고 있어서 다양한 제도는 도입되어 있는 실정이다. 다만, 이러한 사업들이 주로 저소득 장애인 중심으로 서비스가 제공되거나 또는 제공되는 지역이 한정되어 있으며, 제공되고 있는 서비스가 분절적이어서 타 제도에서 제공하는 서비스와의 연계가 미흡한 실정임에 따라서 장애인 장기요양제도에서 제공할 서비스는 전체 장애인복지서비스 제공 체계 내에서 검토가 이루어져야 할 것이다.

이와 더불어 장애인요양서비스는 장애인복지제도에 있어 그 나름의 위치를 확보해야 할 것이다. 또한 [그림 2-2-2]와 같이 일본의 경우처럼 개호 급부, 훈련 급부, 지역생활지원사업 등으로 구분하여 장애인의 욕구에 맞는 서비스가 제공될 수 있도록 서비스를 다양화할 필요가 있으며 이때 서비스의 목표와 대상별로 구분하여 적절한 서비스 기능을 연계시킬 수 있도록 해야 하며, 이를 위해서는 서비스 이용대상 선정기준이 명확해야 하며 욕구에 적절한 서비스를 제공할 적합한 방식을 설정해야 할 것이다. 그리고 장애유형별 특징을 고려하여 요양서비스의 욕구를 파악하여 제공해야 하며, 서비스가 필요한 연령대가 다양하다는 점을 고려하여 개개인의 자립생활을 위한 서비스가 될 수 있도록 요양과 활동지원을 동시에 적절히 제공해야 할 필요가 있다.

[그림 2-2-2] 일본 자립지원법의 체계



## 제3장 평가판정체계 개발

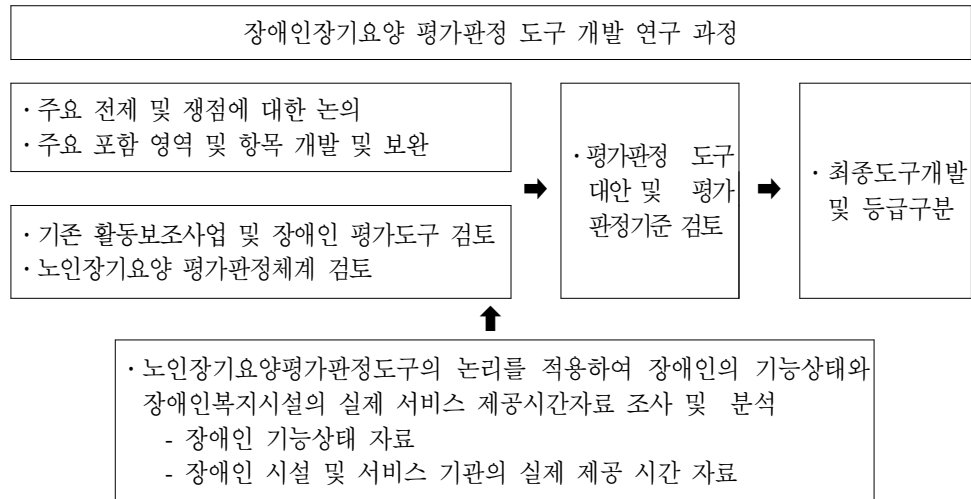
### 제1절 장애인 장기요양 평가판정도구 개발의 전제 및 쟁점

#### 1. 평가판정도구 개발 연구 개요

##### 가. 평가판정도구 개발과정

2008년도 장애인장기요양추진단(이하 추진단)의 평가판정분과에서는 장애인의 장기요양욕구의 객관적 평가와 이에 따른 체계적인 등급판정체계를 개발하기 위해 본격적인 평가판정도구 개발에 착수하였다. 2007년도 장애인 장기요양보장 정책 개발 연구 보고서(김찬우 외, 2008)에서는 노인장기요양평가판정도구의 기본 개념들과 기존 장애인 활동보조사업 및 기타 도구에 대한 비교를 실시하였으나, 실제 도구 개발은 이루어지지 않았다. 장애인의 장기요양욕구가 노인의 장기요양욕구와는 차이가 있으나 도구개발이라는 측면에서 기존의 노인장기요양도구 개발과정상의 논리를 적용하되 장애인복지 현장의 자료에 기반을 둔 장애인장기요양 도구개발이 필요하다는 합의는 대체로 이루어져있었다.

[그림 3-1-1] 장애인 장기요양 평가판정도구 개발 연구 과정



#### 나. 평가판정도구 개발 전제 도출

도구개발사전에 평가판정분과의 전문가들과 연구진은 전반적인 쟁점들을 점검하며 도구개발의 전제를 도출하기 위한 논의를 하였다. 실제로 장애인의 욕구평가는 다양한 도구들을 통해 이루어지고 있으나 요양욕구의 평가판정도구는 최초로 시도되는 연구이다. 따라서 본 보고서에는 전제도출을 위한 초기 회의자료를 바탕으로 제기된 다양한 논의들을 담아보았다.

장애의 개념과 요양욕구 영역 및 조사항목에 관련된 주요 논의는 다음과 같다.

첫째, 다양한 장애인 및 타 복지관련 법령 등에서 ‘장애’개념에 대한 검토가 전반적으로 필요하다는 의견이 있었다.

둘째, 생활 및 요양시설에 있는 장애인들이라도 ‘능력위주’의 검토가 필요하다는 의견이다. 활동보조사업의 경우는 재가장애인에게 우선 실시되고 있으나 장애인 요양제도의 경우는 장애인시설까지 서비스 급여에 넣을 경우 이에 대한 검토가 필요하다.

셋째, 간호욕구 영역의 포함을 검토해야 하는데, 현행 활동보조서비스 항목에는 이 부분이 포함되어있지 않으나 간병이나 간호처치가 필요한 장애인들에 대한 간호욕구 영역이 포함되어야 장기요양제도의 의의가 있다고 할 수 있다.

넷째, 노인장기요양의 경우는 ADL영역만 포함되어 있으나 장애인의 경우에는 재가에 거주하는 장애인의 자립생활에 제도의 목적이 있으므로 IADL영역이 포함되어야 한다는 의견이 있었다.

다섯째, 재활욕구영역은 장애인에게 필수적인 영역으로 포함되어야 하며 재활욕구 영역 10개 항목(노인장기요양욕구 평가도구 포함)과 더불어 장애유형과 재활욕구를 고려하여 추가적 항목이 필요하다.

여섯째, 지적장애인에 대한 평가영역으로 발달장애, 정신지체 관련 영역과 항목들이 추가되어야 한다는 지적이 있었다.

마지막으로, 조사항목에 있어 장애인요양서비스와 관련된 항목들이 충분히 포함되어 서비스와 연동될 수 있는 욕구평가의 기능을 적절히 수행할 수 있는 도구가 필요하다는 의견이 있었다.

이러한 추진단위원들의 논의 결과를 기초로 장애인 장기요양평가판정도구 개발에 대한 기본전제는 다음과 같이 정리될 수 있다.

첫째, 장애인의 장애유형은 다양하나 각 유형별 도구 개발 및 적용은 유형간 형평성 문제가 제기 될 수 있고, 동시에 특정 유형은 제외될 소지가 있으므로 도구가 장애유형에 상관없이 적용될 수 있도록 포괄적으로 개발되어야 한다. 지체장애인과 지적장애인들에 대한 공통적인 적용이 가능한 도구가 개발되어야 한다.

둘째, 현재 장애인의 경우 장애인등록을 위한 의료진의 평가와 기타 복지서비스별 도구들이 개발 중에 있으므로 타 장애인복지관련 도구들과 연계할 수 있도록 평가판정체계가 구성되어야 한다.

셋째, 장애인장기요양 평가판정도구 적용이후 대상자로 확정된 이후에도 본 도구가 그 대상자에 대한 케어 플랜 작성 및 서비스 급여 제공계획 수립에 연동하여 작동할 수 있도록 도구가 개발되어야 되겠다. 평가판정만으로 그치는 것이 아니라 장애인의 욕구를 전반적으로 포함할 수 있는 도구의 개발이 필요하다.

넷째, 생활시설 및 요양시설 입소자나 지역사회에 거주하는 장애인 모두에게 공통으로 적용될 수 있는 평가판정도구가 개발되어야 한다. 장애인복지의 중요 목표는 중증장애인일지라도 가급적 지역사회 및 당사자의 가정에서 자립생활이 가능하도록 환경을 만드는데 있다. 그러나 가정에서 수발이 힘든 장애인이나 비공식 수발자가 부재한 경우에는 시설에서의 케어 역시 필수적이다. 장애인 장기요양제도가 실행되면 시설과 재가간의 빈번한 이동이 불가피하리라 본다. 따라서 장애인의 장기요양제도 실행에 있어서는 시설 입소 또는 재가 장애인에게 동시에 적용되어야 할 도구가 필요하다.

다섯째, 노인장기요양제도의 경험을 바탕으로 장애인의 특성을 평가하는 도구로 개발되어야 한다. 이 전제는 장애인복지의 이념과 목표를 충분히 반영하는 장애인 장기요양 제도 개발이지만, 노인장기요양제도 개발 경험과 특징 중 장애인 장기요양 제도에 적용가능한 것은 충분히 활용되어야 한다는 접근으로 볼 수 있다. 실제 장애인과 노인의 차이는 분명히 존재하지만, 장기요양이라는 점에서 공통 부분이 존재하는 것도 사실이다. 따라서 평가판정도구가 수년간 검증을 거쳐 만들어진 노인장기요양제도의 경험을 접목하여 장애인 장기요양제도 개발에 필요하다면 활용할 수 있다고 볼 수 있겠다.

## 2. 장기요양 욕구사정도구의 이론적 쟁점

다음으로 논의되는 내용은 공적 서비스제도의 평가판정도구가 갖는 일반적인 쟁점들에 대해 장애인장기요양제도가 어떠한 관련이 있는가를 기본요소별로 살펴보았다.

### 가. 장애인 요양제도의 평가판정체계 기본요소별 쟁점

#### 1) 장기요양제도 욕구사정(평가)체계의 기본요소

일반적으로 욕구사정은 다음과 같은 기본요소를 고려해야 한다. 각국의 사회 서비

스 제도의 등급판정체계는 아래 기본 요소별로 주요 쟁점들을 갖고 있다.

- 욕구사정의 목적(Why)
- 욕구사정내용(What)
- 욕구사정시기(When)
- 욕구사정자(Who)

#### (1) 욕구사정의 목적

욕구사정의 목적은 그 제도나 서비스의 목적에 따라 다양하다. 공적체계의 장기요양 평가판정도구는 assessment(욕구사정)보다는 screening(대상자 선정)의 특징을 갖고 있어 제도의 대상집단을 결정하는 데 활용된다. 즉, 정확한 욕구사정도 중요하지만 한정된 자원의 배분(allocation)의 중요한 우선순위로 도구가 작동된다는 점을 간과하지 않을 수 없다. 등급판정체계는 국가별 재정부담과도 관련이 높은 정책적 이슈라고 볼 수 있다. 우리나라 노인장기요양제도의 경우 먼저 등급구분을 위한 1차 욕구평가를 하고 대상자의 경우 세부적인 욕구사정을 실시하는 절차를 가진다. 장애인장기요양제도에서도 등급의 결정을 위한 도구로 활용되는 것이 일차목표라고 하겠다.

#### (2) 욕구사정의 내용

내용과 관련하여 두 가지 차원에서 살펴볼 수 있는 데, 하나는 평가영역을 결정하는 것이며, 다른 하나는 한 영역 안에서의 세부 항목들을 결정하는 것이다. 노인 장기요양의 영역으로는 의료적인부분과 신체수발, 재활 및 치매관련내용을 주로 살펴볼 수 있다. 한 영역의 세부항목은 전문가들의 고려영역이나 종합적인 도구를 위해 영역별 조화가 필요하다. 장애인 장기요양에서도 ADL중심의 신체기능상태와 수발부담과 관련이 높은 인지장애나 문제행동관련 영역이 필수적이다. 동시에 장애인의 경우는 장애유형별 항목들을 추가 개발하여 전체 영역과 항목들을 구성할 필요가 있겠다.

### (3) 욕구사정시기

공적서비스의 경우는 신청이후에 하는 것이 원칙, 최근에는 예방을 위해 특정 나이가 되면 포괄적 사정(comprehensive assessment)을 받는 경우도 있다. 공적제도의 경우 중간사정, 재사정의 기한은 법적으로 명시되어 있다. 이러한 기간은 서비스 이용체제와 맞물려 등급변경 기준등과 함께 고려해야 한다. 장애인의 경우 한번 요양 관련 등급이 판정되었다하더라도 여러 가지 개인의 상태가 변화될 소지가 높다. 따라서 1-2년마다 재사정을 통해 등급변화를 가질 수 있도록 제도가 설계되어야 한다.

### (4) 욕구사정자(평가자)

전문적 훈련을 받은 조사자나 조사팀이 수행하는 것이 가장 적절하나 포괄적인 도구의 경우 영역별 전문가가 다르고, 팀의 경우 비용과 시간이 많이 필요하다. 독일의 경우(ADL 중심)는 전문가가 평가하고 일본은(포괄적 영역) 케어매니저를 활용하고 있다. 일반적으로 초기판정보다 케어매니지먼트 사정에 전문적 인력이 투입되는 경우가 많다고 할 수 있으나 재정과 관련하여 등급판정초기에 전문적 인력의 투입이 강조되고 있다.

이 부분은 장애인 장기요양제도의 관리 및 운영 주체가 최종 확정되면 보다 구체적인 논의가 가능할 수 있겠다. 현재 노인장기요양보험제도의 경우에는 국민건강보험관리공단에 고용된 장기요양관리요원이 평가업무를 담당하고 있다. 노인과 달리 장애인은 실제 여러 가지 도구에 의해 평가가 이루어진다. 등록장애 등급의 경우는 의료진에 의한 평가가 이루어지며, 현재 논의되고 있는 DSC(Disability Service Center)내에서 다양한 평가가 실행될 예정이다. 따라서 본 제도가 실행될 시점의 정확한 운영주체가 결정되면 본 도구를 담당할 인력도 확정되리라 본다.

## 나. 주요 평가판정영역의 쟁점별 노인장기요양보험제도와 장애인장기요양제도 비교

위에 논의된 사항을 중심으로 영역별로 현 노인장기요양보험제도와 비교를 해



보면 <표 3-1-1>과 같다. 기본목적은 장애인 장기요양서비스의 할당기준으로 평가판정도구를 활용해야한다는 점이다. 둘째 평가의 내용과 관련 세 가지 안을 중심으로 결정하되 항목의 수를 적정한 규모에서 결정하고 장애인의 특성을 고려한 항목을 반드시 포함하여야겠다. 세 가지 안으로는 1) 노인장기요양제도 항목 + 장애인 추가 항목 하거나 2) 완전히 새로운 항목을 개발 3) 현행 활동보조서비스 기준 활용 이 될 수 있다. 평가시기와 평가자의 경우는 추후 논의를 지속적으로 하여 최종 확정되어질 필요가 있겠다.

<표 3-1-1> 욕구사정도구의 쟁점별 평가판정체계 비교

쟁점영역	노인장기요양제도	장애인 장기요양제도
목적	· 노인요양욕구 평가 및 판정 - 요양서비스 할당기준	· 장애인 요양욕구 평가 및 판정 - 장애인 요양서비스 할당 기준
내용	· 5개 영역, 52항목	· 아래의 안을 중심으로 결정하되 항목의 수를 적정한 규모에서 결정하고 장애인의 특성을 고려한 항목을 반드시 포함 - 노인장기요양제도항목 + 장애인 추가 항목 - 새로운 도구를 개발 - 기존 활동보조서비스 기준 활용
시기	· 최초 신청시 · 1년마다 갱신	· 현재 검토 우선순위는 아니나 아래의 세 가지 경우를 고려해볼 수 있음 - 요양서비스 신청시 - 등록장애인 판정시 - 1~2년마다 갱신
평가자	· 1차: 평가판정도구 (건보공단 소속 방문조사자) · 2차: 평가판정위원회	· 1차: 평가판정도구 (운영주체 소속 방문조사자 - 검토중) · 2차: 평가판정위원회
기타		· 연령대별 도구의 차이 (장애아동) · 장애유형 및 등록장애 등급 가중치 문제

## 제2절 기존 장애인 판정도구, 요양욕구 판정도구 및 장애인 평가 판정도구 대안들에 대한 검토

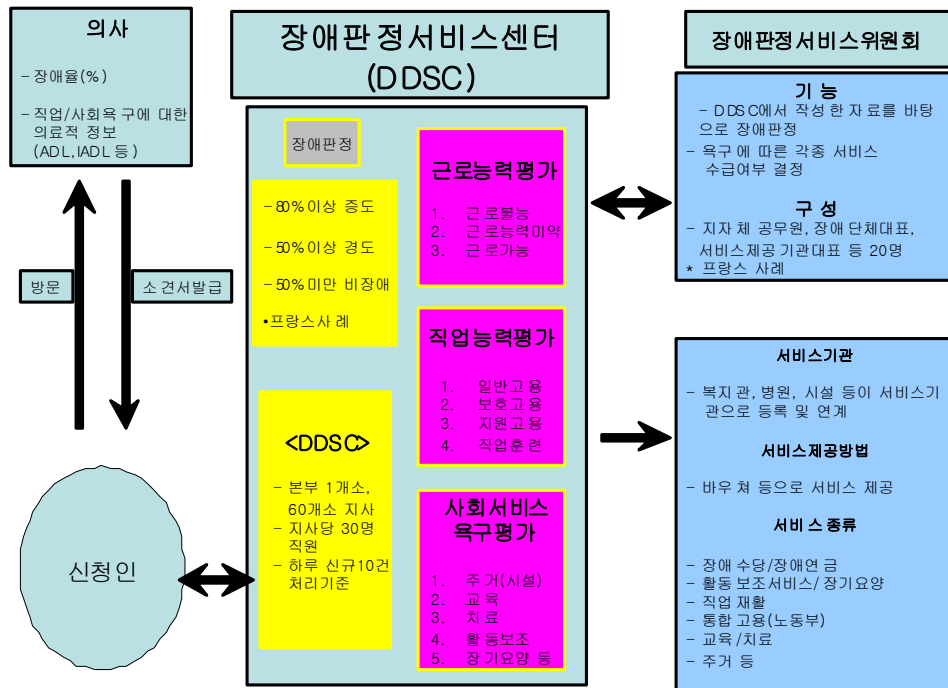
본 절에서는 장애인복지와 관련된 기존의 평가도구와 장기요양욕구의 평가판정과 관련된 국내도구들로 장애인활동보조사업 평가도구와 노인장기요양제도의 평가도구에 대해 세부적으로 논의 해보기로 하겠다. 마지막으로 장애인장기요양 평가판정도구의 대안들을 비교 검토해 보겠다.

### 1. 장애인복지 서비스 평가판정체계

#### 가. 장애 판정체계 및 도구

현재 장애복지서비스와 관련하여 장애판정절차는 의료기관에서 발급하는 장애등급과 2007년 4월부터 시행하고 있는 중증장애인활동보조서비스 판정절차가 있다. 정부는 2007년 장애인복지 판정절차를 개선하고자 하는 노력으로 장애판정도구 및 서비스 판정 도구 등을 개발하고 있는 실정이다.

[그림 3-2-1] 장애인 판정체계



자료: 한국보건사회연구원, 장애인복지 인프라 개선 방안 연구, 2007.

[그림 3-2-1]에서 제시된 장애인판정서비스 센터는 현재 시범사업으로 3곳에서 실시되고 있으며 조만간 전국적으로 실시될 예정이다. 이 절차를 보면 장애인판정을 장애율로 실시하는 것과 동시에 장애인들에게 근로능력평가, 직업능력평가 및 사회서비스 욕구평가를 해당 신청자에게 실시하도록 되어있다. <표 3-2-1>에서는 이들 평가와 활용도구를 세부적으로 제시하였다. 현재 장애인 장기요양평가는 사회서비스욕구평가의 한 요소로 구성되어 실시할 예정이다.

[표 3-2-1] 현재 논의되고 있는 DSC 장애판정 관련 평가도구

구분	기능	활용 도구
장애판정	장애 판정(장애여부 및 정도) 결정	<u>신체장애율 판정 도구</u> (대한의학회 개발) 의학적 소견서
근로능력평가	장애수당 지급 여부 및 지급 수준 결정	<u>근로능력평가도구</u> (보사연 개발) 의학적 소견서(ADL/IADL 등) 신체장애율 판정 결과
직업능력평가	고용 및 직업재활서비스 대상 여부 및 서비스 종류 결정	<u>직업능력평가도구</u> (보사연 개발) 고용관련 심층 면접 의학적 소견서
사회서비스욕구 평가	주거서비스, 활동보조서비스, 치료서비스 등의 수급 여부 및 서비스 수준 결정	<u>사회서비스욕구 평가 도구</u> (보사연 개발) 심층면접(가구방문) 의학적 소견서

#### 나. 중증장애인활동보조 평가판정항목

현재 장애인복지 서비스 제도 중 가장 장애인요양서비스와 가장 관련이 깊은 제도는 중증장애인활동보조사업이다. 활동보조사업의 평가체계 및 평가판정항목에 대해 살펴보면서 장기요양 제도와 연관성에 대해 논의해보겠다. 2007년부터 실시되는 활동보조사업의 평가항목과 기준은 아래와 같다. 그 절차를 살펴보면 다음과 같다.

첫째, 보건소는 조사원이 신청자 가정을 방문하여 작성한 “인정조사표”에 의거하여 판정 프로그램에 따라 점수를 환산하여 시·군·구로 송부한다.

둘째, 시·군·구는 점수에 따라 등급기준의 인정시간을 4등급으로 구분하여 월 30~90시간 제공한다.

셋째, 만 6세 이상 18세 미만의 장애아동이나 독거장애인의 경우는 별도의 시간을 제공함한다.

<표 3-2-2>은 현재 활동보조사업의 등급평가에 사용되는 20개 항목들이다. 주요 영역으로는 기본일상생활동작(Activities of Daily Livings: ADLs)관련 영역과 재가장애인의 생활과 관련된 IADL 영역과 추가적으로 지체 및 지적 장애인 관련 영역으로 구성되어 있다.

<표 3-2-2> 인정조사표 항목

영역	항목	
	일상생활동작(7항목)	수단적일상생활수행능력(8항목)
기능평가(15)	옷갈아입기 목욕하기 식사하기 침실에서 이동하기 옮겨얹기 걷기 용변보기	전화사용하기 물건사기(쇼핑) 식사준비 집안일 빨래하기 약챙겨먹기 금전관리 교통수단이용하기
추가항목(5)	휠체어타기 듣기 보기	지각 행동

<표 3-2-3> 인정시간별 등급 기준 (2008년 기준)

등급	등급별 점수대(점)	월 인정시간(성인)	월 인정시간(아동)
등급 1	380~445	90시간	50시간
등급 2	346~379	70시간	
등급 3	281~345	50시간	30시간
등급 4	220~280	30시간	

## 2. 노인장기요양보험제도 평가판정체계

## 가. 평가판정체계 개요

노인장기요양보험제도의 평가판정체계는 2003년 공적노인장기요양기획단의 평가판정분과에서 개발되어 지금까지 5년간 3차례의 시범사업과 5차례의 개발 및 평가 연구를 통해 최종적으로 2008년 4월 본 사업에 적용되었다. 노인장기요양 평가판정 도구개발이 노인의 장기요양욕구평가에 초점을 두었으기는 하나 실제 노인층 중에서도 장기요양욕구를 가진대상의 선별에 목표를 두었다는 점은 장애인 장기요양제도 개발에서 활용될 소지가 있다. 즉, 외국의 제도를 보더라도 장애인과 노인의 차이는 인정하되 장기요양이라는 공통적인 욕구에 대해서는 비슷한 도구를 적용하여 제도를 운영하는 곳이 많다. 특히 일본과 독일<sup>1)</sup>의 경우는 장기요양제도를 실행함에 있어 장애인과 노인에게 비슷한 도구를 적용하는 대표적인 국가이다.

노인장기요양보험제도 하에서 등급판정 체계는 다음과 같다. 먼저 우리나라 노인 장기요양보험 등급판정체계는 방문조사요원의 평가결과에 따라 요양필요도가 컴퓨터 의해 추계되는 1차 판정과 보건, 복지, 의료 등 관련전문가에 의해 조사결과와 모순점 및 등급의 타당성 등을 검증하는 2차 판정체제로 이루어진다. 이는 등급판정이 방문조사요원의 평가에 전적으로 의존하는 것을 보완하고, 평균적 상황을 추계한 통계적 모형이 가지는 제한점을 극복하고자 하는 것으로 대상자의 심신상태에 적합한 등급을 판정하고자 하는 목적을 가진다.

[그림 3-2-2]은 1차 평가판정절차를 보여준다. 먼저, 보험 가입자가 장기요양인정을 신청하면,공단 소속 장기요양관리요원이 방문조사를 한다. 이때 등급판정과 관련한 기능상태 조사(5개 영역 52항목)와 그 외 서비스 이용과 관련한 욕구조사 항목(IADL 등 37개 항목)을 조사한다. 방문조사의 내용을 컴퓨터에 입력하여 사전적으로 내장되어 있는 등급결정프로그램에 의해서 1차적인 등급에 대한 평가가 이루어

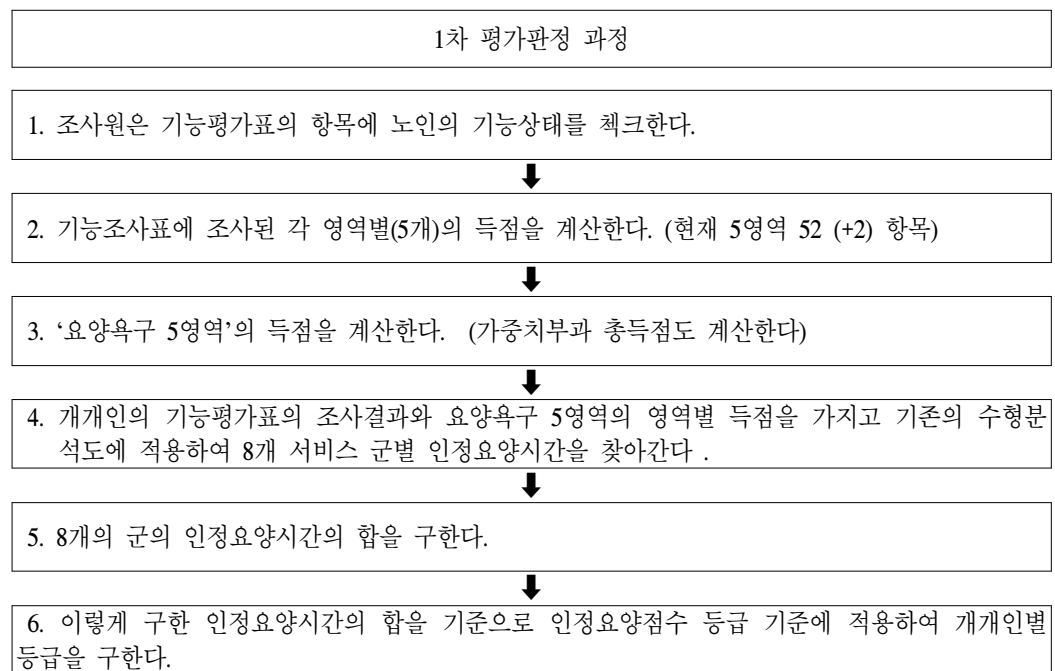
1) 일본은 2006년 장애인자립지원법에 개호서비스를 받는 대상자의 기준 선정에는 일본 개호보험과 동일한 평가판정기준을 적용하여 등급을 동일하게 적용하고 추가적으로 지자체가 장애인관련 항목들을 조사하고 있다. 추가항목이 개호등급에는 크게 영향을 끼치지 않으며 케어 플랜작성시 영향을 끼친다. 독일의 경우는 수발보험법아래에서 장애인과 노인이 동시에 포함됨으로 동일한 평가기준에 의해 평가하여 수발시간을 통보받는다.

지게 된다.

5개영역의 조사 항목들로 대상자의 기능상태를 조사하면, 개개인의 장기요양필요도 즉, 「요양인정점수」가 추계되는데, 이것이 1차 판정 결과이다. 요양인정점수란 기능상태에 따라 요양을 받는 시간을 추계하는 것으로, 그 결과는 2003년에서 2006년까지 요양서비스를 제공받는 우리나라 노인 약 2,200명의 실태조사를 기초로 하고 있다. 현재 각 개별 대상자의 기능상태에 따른 요양점수는 이러한 실태조사에 근거하여 수형분석을 통해 컴퓨터로 추계된다.

요양인정점수는 신체수발 서비스, 행동변화 대응 서비스, 간호처치 서비스, 재활훈련 서비스 시간의 합계에 의해 추계된다. 이 때, 신체수발 서비스에 대해서는 청결, 배설, 식사, 신체기능증진 보조훈련, 행정 등 간접시간으로 나누어 추계된다.

[그림 3-2-2] 노인장기요양제도 1차 평가판정과정



1차 등급판정 결과가 이루어지면 의사소견서 미제출 대상자를 제외하고는 모두 의사소견서를 2차 등급판정위원회가 개최되기 이전에 제출하도록 되어 있다. 다음, 시군구 단위로 설치되어 있는 장기요양등급판정위원회에서 최종적으로 등급을 확정하게 되는데 이것이 2차 등급판정체계이다. 장기요양등급판정 위원회는 시군구 단위의 각 지역 전문가로 구성되어 있으며, 1차 판정내용(판정결과, 경고코드, 수발욕구5영역별 득점 및 분포도, 서비스이용현황), 특기사항, 의사소견서 등을 참고하여 최종 등급을 결정한다. 이 때 1차 판정 결과 및 특기사항, 의사소견서로서도 정확한 판정을 하기 힘든 경우에는 재조사를 요청할 수 있다.

#### 나. 평가판정항목

현재 등급판정과 관련한 조사항목은 신체기능영역 12항목, 인지기능영역 7항목, 행동변화영역 14항목, 간호욕구영역 9항목, 재활욕구영역 10항목으로 총 52항목이다 (그림 3-2-3 참조).



[그림 3-2-3] 노인장기요양대상 등급판정 조사내용



#### 다. 등급판정 기준

노인장기요양보험법 제15조제2항의 “대통령령으로 정하는 등급판정기준”이란 함은 다음과 같다.

[표 3-2-4] 노인장기요양대상 등급판정기준

장기요양 1등급	장기요양인정점수가 95점 이상인 자
장기요양 2등급	장기요양인정점수가 75점 이상 95점 미만인 자
장기요양 3등급	장기요양인정점수가 55점 이상 75점 미만인 자

요양등급 판정은 요양서비스가 어느정도 필요한가, 즉 요양서비스 필요도를 객관적으로 판단하는 것이다. 따라서 질병의 중증도나 “요양이 힘들겠다” 등과 같이 주관적 판단으로 결정하는 것이 아니다. 여기서 요양서비스 필요도는 「요양서비스를 제공하는 시간」으로 나타낸다. 이는 보험제도 내에서 전국 공통의 객관적 잣대가 필요하고, 「요양서비스 제공 시간」이 가장 객관적으로 요양 욕구를 측정하는 것이라고 판단하였기 때문이다. 요양 욕구를 서비스 필요시간으로 측정하는 것은 일본, 독일, 호주, 미국 등 많은 나라에서 채택하고 있는 것이다.

질병의 중증도를 직접적으로 요양대상 인정기준으로 삼지 않는 이유는 질병이 중증이라고 해서 실제 서비스를 필요로 하는 시간이 비례한다고만은 볼 수 없기 때문이다. 예를 들어, 와상노인에게 서비스를 제공하는 시간보다 신체활동이 왕성한 치매노인에게 서비스를 제공하는 시간이 길 수 있다. 또한 경관영양을 하는 노인이 숟가락을 사용하여 식사를 하는 노인보다 중증도가 높다고 할 수 있으나 실제 요양시간은 숟가락을 사용하여 식사를 하는 노인이 길게 나타날 수 있다.

요양서비스를 제공하는 시간은 실제 요양 서비스를 제공하는 있는 현장의 요양 서비스 시간을 조사한 연구 결과(1분 타임 스터디 조사 결과)를 기초로 하여 크게 4개의 분야 (「신체수발」(간접지원포함), 「행동변화대응」, 「간호처치」, 「재활훈련」)를 합계한 「요양인정시간」을 기준으로 하고 있다. 이 내용은 장기요양보험제도 시행 이전의 데이터를 활용해 전국 공통의 기준에 의하여 컴퓨터에 의해 추계된다. 이 때 요양인정시간은 통계적으로 추계된 이론적 시간으로 나타나기 때문에, 실제 제공되는 서비스 시간을 의미하는 것은 아니다. 우리나라 노인장기요양보험 제도에서 사용하는 등급판정 기준의 점수가 바로 이론적으로 추계된 요양인정시간이다.

따라서, 「요양 인정과 관련된 심사 판정」을 정신적 부담감이나 수발자 유무 등 「요양에 걸리는 시간」 이외의 상황으로 심사 판정을 실시하는 것은, 동일하게 보험료를 납부하는 대상자에게 공정하지 않을 뿐 아니라, 적정 급여의 면에서도 적당하지 않다고 보는 것이다.

[표 3-2-5] 노인장기요양대상 인정시간도출 관련 서비스 목록

신체수발 서비스	청 결, 배설, 식사, 기능보조, 간접지원 등의 요양서비스
행동변화 대응 서비스	배회에 대한 탐색, 불결한 행위에 대한 뒤처리등 치매로 인한 문제행동에 대응하기 위한 요양서비스
간호처치 서비스	경관영양, 욕창의 처치 등의 간호 처치 서비스
재활훈련 서비스	보행 훈련, 일상생활 훈련등의 기능 훈련

### 3. 노인요양제도와 활동보조사업 평가판정체계 비교

장애인 장기요양제도의 평가판정체계개발을 위해서는 기존의 제도들과 상충하지 않은 범위에서 장애인의 요양욕구를 정확히 평가하고 적절한 기준으로 등급을 구분하는 도구가 필요하다. 따라서 장기요양제도의 평가판정 체계를 검토하기 위하여서는 노인요양보험제도와 활동보조인 제도의 평가 판정 체계에 대한 검토를 필요로 한다.

현행 활동보조인 제도의 서비스 내용에는 이동 보조, 커뮤니케이션 보조 등 활동보조인 제도의 고유한 서비스 영역 이외에도 신변처리 지원, 가사지원, 일상생활 지원 등 요양 서비스의 내용도 포함하고 있어 활동보조인 제도의 평가 판정에도 요양서비스 급여를 위한 평가를 시행하고 있는 상태이다. 따라서 노인요양보험제도의 요양서비스 요구도 조사와 활동보조인 제도의 서비스 요구도 평가 중 요양 부분에 대한 비교는 약간의 제약이 있으나 가능하다. <표 3-2-6>은 현 노인요양보험제도와 활동보조사업의 평가판정도구를 비교한 것이다.

평가판정도구는 전체적인 장기요양제도의 방향아래에서 결정되어야하기 때문에 현재 활동보조사업의 도구를 전적으로 무시하고 새로운 제도를 개발하기는 쉽지 않다. 그러나 동시에 제도자체의 방향이 활동보조사업의 확대나 노인장기요양제도와의 통합 어느쪽으로 가더라도 가능하면 공통으로 적용되는 도구를 갖는 것은 이 평가판정도구개발에 중요한 과제라고 할 수있다. 따라서 노인장기요양도구의 항목들 역

시 장애인에게 적용되어 장기요양욕구를 살펴보는 작업도 필요하다고 본다.

<표 3-2-6> 노인요양보험제도와 활동보조인 제도의 평가판정 체제 비교

	노인요양보험제도 요양인정 평가 판정	활동보조인 제도 중 기능 평가 판정 (욕구조사 제외)
평가 범주 및 항목	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 신체기능 (12항목)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 옷벗고 입기</li> <li>- 세수하기</li> <li>- 양치질하기</li> <li>- 목욕하기</li> <li>- 식사하기</li> <li>- 체위변경하기</li> <li>- 일어나 앉기</li> <li>- 옮겨 앉기</li> <li>- 보행</li> <li>- 화장실 사용하기</li> <li>- 대변 조절하기</li> <li>- 소변 조절하기</li> </ul> </li> <li>· 인지기능               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 단기 기억력 외 7항목</li> </ul> </li> <li>· 행동변화부문               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 망상 외 14 항목</li> </ul> </li> <li>· 간호처치               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 기관지 절개 간호 외 9항목</li> </ul> </li> <li>· 재활 10항목               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 관절의 제한</li> <li>- 근력의 약화</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 일상생활동작(ADL)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 옷갈아입기</li> <li>- 목욕하기</li> <li>- 식사하기</li> <li>- 침실에서 이동하기</li> <li>- 옮겨 앉기</li> <li>- 걷기</li> <li>- 용변</li> </ul> </li> <li>· 수단적 일상생활동작 능력(IADL)               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 전화사용하기</li> <li>- 물건사기</li> <li>- 식사준비</li> <li>- 집안일</li> <li>- 빨래하기</li> <li>- 약 챙겨 먹기</li> <li>- 금전관리</li> <li>- 교통수단 이용하기</li> </ul> </li> </ul>
등급판정	<인정점수에 의한 구분> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 요양등급 1 : 1일 인정점수 95점 이상</li> <li>· 요양등급 2 : 1일 인정점수 75점 -95점 미만</li> <li>· 요양등급 3 : 1일 인정시간이 55점 -75점 미만</li> </ul>	<제공시간: 판정기준이 아니라 실제 제공시간임> <ul style="list-style-type: none"> <li>· 등급 1: 월 인정시간 90시간</li> <li>· 등급 2: 월 인정시간 70시간</li> <li>· 등급 3: 월 인정시간 50시간</li> <li>· 등급 4: 월 인정시간 30시간 (독거의 경우 추가시간이 있음)</li> </ul>
평가대상자	· 65세 이상의 일반 노인 및 64세 이하 4대노인성 질환을 가진자	· 장애 1급에 해당하는 만 6세 이상 65세 미만 중증 장애인

	노인요양보험제도 요양인정 평가 판정	활동보조인 제도 중 기능 평가 판정 (욕구조사 제외)
		· 모든 장애 종별을 포함함
대상자 특성에 따른 추가 항목	· 등급판정에는 별도로 없음	· 시각, 청각 장애, 인지 장애가 있 는 경우 별도 항목을 추가함
조사 방식	· 조사원 직접 방문 조사	· 조사원 직접 방문 조사
의사 소견서	· 필요함	· 필요 없음
평가 단계	· 2단계 · 방문조사에 의한 1차 판정 · 등급판정위원회에서의 2차 판정	· 1단계: 방문조사에 의한 판정
이의 신청	· 별도의 위원회에서 재심사	· 재방문 현장조사

#### 4. 장애인 장기요양도구 평가판정도구 대안 검토

##### 가. 장애인 장기요양 평가판정도구 대안별 비교

<표 3-2-7> 장애인 장기요양 평가판정도구 대안별 비교

	1안 (노인장기요양과 유사)	2안 (독립적 도구개발)	3안 (활동보조도구 수정)
기본 구성논리	· 노인체계를 주로사용하되 장애인 추가항목을 활용	· 장애인도구 별도 개발하 되 노인도구의 논리 적용	기능상태로만 등급을 정함 (현 활동보조사업)
항목 구성	· 54 + 추가항목(현재 80개)	· 현 80개 항목중 일부	· 현 80개항목중 일부
판정기준 도출 자료	· 요양시설 타임스터디자 료	· 장애인 타임스터디자료 (시설 + 재가)	· 현 기능상태 자료 및 활 동보조사업자료
장점	· 노인요양판정도구의 장점 - 장기간 검증됨 - 지속적으로 모니터링되	· 본 연구에서 조사된 타임 스터디 자료활용 · 장애인의 현 실증자료를	· 기능상태의 응답으로만 구성되어 간결하고 적용 이 용이함

	1안 (노인장기요양과 유사)	2안 (독립적 도구개발)	3안 (활동보조도구 수정)
	<ul style="list-style-type: none"> <li>고 있음</li> <li>- 기본적으로 노인등급을 1차적으로 활용하고 장애인의 추가 항목을 활용하여 보완</li> <li>- 현재 일본 장애인자립지원법의 개호등급방식과 유사</li> <li>- 노인장기요양과 통합시 유리</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>분석하여 현 서비스 제공 기준을 반영</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 현 활동보조서비스와의 연관성이 높아 적용에 상충성이 약함</li> </ul>
단점	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 장애인 요양평가에 적합한가</li> <li>· 현장장애인 서비스 제공시간과는 차이가 있음</li> <li>· 활동보조의 욕구로 보는 데는 한계</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 현재 장애인 자료의 활용이 어려움(자료의 문제보다 장애인 서비스제공 현실상 어려운 문제로 보임)</li> <li>· 수행분석의 기본전제가 되는 기능상태와 제공시간과의 관계 도출이 어려움</li> <li>· 현 장애인 서비스제공시간의 표준성이나 규칙성이 부재함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 기능상태의 응답에만 의존하면 응답에 대한 정확성 확보가 중요함</li> <li>· 조사원의 교육이나 전문성이 중요함</li> </ul>
쟁점	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 노인과 장애인의 요양욕구가 동일하게 볼 수 있나</li> <li>· 장애인 중 선택한 사람에게만 적용(요양서비스)</li> <li>· 장애인 추가항목 활용문제(등급 변경에 사용할 것인가 서비스 플랜에만 사용할 것인가)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 현 자료에 대한 활용이 등급구분도구개발에 사용될 수 있나</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 노인장기요양제도와는 추후에도 완전히 별도로 같 것인가</li> <li>· 누가 조사할 것인가.</li> </ul>

기본적으로 위에서 살펴본 장애인 복지 및 장기요양 서비스 관련 여러 가지 판정 도구에 대한 검토 후 연구진은 장애인 장기요양도구에 대한 몇 가지 대안들을 설정하고 비교 검토해 보았다. 앞서도 언급되었듯이 기존의 장애인 도구들과의 큰 상충 없이 장기요양 서비스의 수준과 유형에 맞게 도구를 개발해야 한다는 전제하에 크

게 세 가지 안을 설정할 수 있었다.

세 안에 대한 특징에 대해서는 아래에서 자세히 논의해 보았다. 결과적으로 이러한 대안 중 2안에 기초하여 3,4절에서는 본격적인 연구가 진행되었다.

## 나. 각 안별 특징

### 1) 1안: 노인장기요양 평가판정도구와 유사안

제1안에 해당되는 안은 현재 다년간에 걸쳐 연구되어 온 노인장기요양제도의 평가판정도구를 기초로 하여 장애인의 욕구에 맞게 수정보완하는 안이다. 구체적으로 살펴보면 평가판정 항목에 있어 현 노인장기요양의 54개 항목에 장애인 장기요양관련 추가항목을 구성하여 항목을 설정하여 조사한다는 것이다. 또 평가판정의 기준은 노인장기요양제도와 같이 ‘요양인정점수’로 정하고 그 기준을 동일하게 가져가 등급을 결정하는 방안이다.

이 접근의 장점은 노인요양판정도구는 장기간 개발되고 검증되어 본 사업에서 활용되고 있고, 본 사업이후에도 지속적으로 모니터링이 되고 있어 장애인장기요양사업 실시준비기간이 짧은 점을 보완할 수 있다. 이런 방안은 현재 일본 장애인자립지원법의 장애인에 대한 개호등급방식과 유사하다. 일본에서도 장애인자립지원제도를 장애인에게 별도로 실시하였지만 개호서비스(장기요양서비스와 유사)의 대상자 구분에서는 노인개호보험 방식을 적용하였다. 이것은 장애인의 경우 다양한 장애유형이 있어 요양제도의 등급판정기준을 별도로 마련하기 어려운 점이 크게 작용하였다. 동시에 장기요양이라는 측면에서 노인과 장애인의 공통점이 존재하였기 때문이라고 볼 수 있다. 또 이러한 방식은 장기적으로 노인장기요양제도와 통합시 유리하여 추후 노인장기요양제도의 대상자를 장년층까지 확대할 경우 즉각 시행에 무리가 없다는 점이 큰 장점으로 볼 수 있다.

이러한 장점에도 불구하고 1안은 장애인의 장기요양평가에 적합한가하는 질문에 대해 여전히 한계를 보인다. 즉, 노인장기요양제도의 평가기준을 도출한 자료가 노

인요양시설에 근거했다는 점과 평가항목에서 노인과 장애인의 차이를 극복할 수 있는가하는 부분이 문제가 될 수 있다.

이러한 장단점에 근거하여 이 안의 주요 쟁점으로는 노인과 장애인의 장기요양욕구라는 측면에서 공통점을 어느 정도 까지 인정할 수 있는가 하는 점과 장애인에게 장기요양의 선택권을 주어 노인장기요양 서비스에 준하는 서비스를 받는 장애인은 이 제도의 평가판정을 받을 수 있도록 하는점, 추가항목을 활용하여 장애인 장기요양욕구를 적절히 평가할 수 있는 가하는 점이 되겠다. 추가항목이 등급의 변경에만 사용될지 등급판정 이후 케어 플랜 작성시에 중점적으로 사용될지도 주요한 쟁점으로 볼 수 있다.

## 2) 2안 장애인 요양도구 독립적 개발안

2안의 기본 논리는 장애인장기요양 평가판정도구를 독립적으로 개발하는 안으로 장애인의 실태 자료를 중심으로 개발하는 접근이다. 다만 평가판정의 기준은 노인장기요양 평가판정의 개발논리를 적용하되, 장애인의 현재 서비스 제공시간과 그 서비스를 받는 대상자의 기능상태를 접목하여 개발의 기초자료로 활용한다는 점에서 1안과 차이가 있다.

실제 본 보고서 다음 절에 나오는 연구는 이 안을 기초로 이루어졌다. 장애인의 현재 서비스의 실증적 자료를 분석해서 그 결과를 기초로 기준을 설정하고 장애인 장기요양 등급을 구분해보는 것이 이 접근의 가장 큰 장점으로 볼 수 있다. 주요 항목은 현재 전문가들이 제시한 총 80개의 항목을 중심으로 조사하여 최종 결과를 도출해 보는 것이 가장 큰 특징이라고 하겠다.

그러나 제한점으로는 현재 장애인의 요양시설은 노인과 달리 생활시설에 가깝고 장애유형에 따라 구분이 되어 있으며, 장애인 활동보조사업 역시 실행된 기간이 짧아 표준적인 서비스가 제공되고 있는가에 대한 의문이 제기 될 수 있다. 즉, 현행 서비스의 실증 자료를 분석하여 도출된 기준이 등급구분의 도구로 까지 적용하는데는 상당한 제약이 있을 수 있다는 점이 가장 큰 쟁점이 될 수 있다. 따라서 연구



를 진행하여 자료를 분석한 후 검토를 해야 할 필요가 있겠다. 2안에 대해서는 다음 절에서 본격적으로 논의되겠다.

### 3) 3안: 현 활동보조사업 도구 활용안

3안은 1안과 2안은 평가판정도구 개발에서 요양서비스 제공시간을 근거하여 도출한데 반해 장애인의 기능상태로만 등급을 정한다는데서 가장 큰 차이를 보인다. 이러한 기능상태에만 의존할 경우는 객관적 지표가 부족해 현재의 활동보조사업에 사용되는 도구를 활용할 수 밖에 없다. 물론 다른 지표를 활용해 등급구분의 기준을 정할 수 있으나 이럴 경우 상당히 많은 자료수집과 장기간의 연구기간이 소요된다.

2절에서 언급된 현재의 활동보조사업의 평가판정도구를 수정보완하여 적용하는 3안은 기능상태의 응답으로만 구성되어 간결하고 적용이 용이하다는 장점과 동시에 현재의 현 활동보조서비스 대상자의 등급과 연동됨으로 인해 기존 제도와의 상충되는 면이 적다는 점은 가장 큰 장점이라 하겠다.

그러나 이 도구를 적용할 경우 기능상태의 단순 응답에만 의존하여 응답의 진실성에 문제가 될 수 있으며, 조사원의 교육이나 전문성이 중요한 쟁점이 된다. 즉, 현재의 활동보조사업에서도 나타나듯이 등급판정의 구분에 대한 객관성 및 전문성에 대한 보완없이 적용된다면 평가판정에대한 불만이 여전히 해결되지 않은 채 사업이 진행될 수 밖에 없다는 점이다. 3안의 경우는 현재 장애인 장기요양제도의 방향성과 관련이 높다. 제도 자체가 노인장기요양보험과 완전히 분리되어 현재의 활동보조사업의 확대방향으로 논의된다면 제도 적용성 면에서는 가능한 안이라 하겠다. 또 조사자의 재량과 전문성 등이 중요한 쟁점이 되어 이 부분의 보완이 얼마나 이루어지는가가 평가판정체계의 핵심 요소가 될 수 있겠다.

## 제3절 기능상태 평가 항목 개발 및 서비스 코드 개발

### 1. 기능상태 평가 조사항목

## 가. 각 영역별 항목

본 절의 항목선정은 장애인 장기요양욕구 조사에 필요한 항목들의 선정과정과 관련된 것이다. 본 연구의 조사에 앞서 항목을 선정하기 위해 장애인 복지 전문가들의 자문과 노인장기요양제도 항목 개발<sup>2)</sup>상의 논의과정을 중심으로 항목들이 제안되었다. 기본적으로 노인장기요양의 5대 영역 (신체기능, 인지장애, 문제행동, 간호처치 및 재활욕구)을 중심으로 항목에 대한 논의가 이루어졌다. 이러한 영역들을 장애인 복지 전문가들사이에서도 다양한 장애 유형을 포함하는 것으로 의견이 개진되어 이 영역별 항목들이 최종적으로 선정되어 조사에 사용되었다.

### 1) 일상생활동작관련 영역 (ADL 및 IADL)

장기요양의 신체적 기능을 판정·평가하는 항목을 선정함에 있어서 가장 중요한 것은 그 항목들이 장애인의 신체적 장애를 제대로 대변할 수 있어야 하며, 타당성과 신뢰성을 갖춰야 한다는 점이다. 실제 평가방법으로 의사나 전문가가 직접 진찰이나 테스트를 통해 신체적 기능을 평가하는 것이 더 좋겠지만, 향후에 장애인 장기요양 보장제도의 시행 후 조사는 별도의 교육을 통한 준전문가에 의해 행해질 가능성이 높아 이를 고려하여 항목이 결정될 필요가 있다. 따라서 설문조사형식의 항목을 선정하고 구체적인 지침을 확정지어 전문성을 보완할 필요가 있다. 외국의 경우 타당도와 신뢰도가 검증된, 신체기능 평가설문지가 많이 개발되어 있다. 대표적인 것이 Katz의 ADL(activities of daily living) index, Lawton의 IADL(instrumental activities of daily living) index 등이다. 우리나라의 경우는 원장원 등이 개발한 한국형 K-ADL이 중심이 되어 노인장기요양보험제도에서 사용되었다.

기능 평가는 흔히 기본적인 일상생활활동(ADL: activities of daily living)과 도구적 일상생활활동(IADL: instrumental activities of daily living)을 평가하여 다른 사람의 도

2) 본문과 관련해 노인장기요양보험제도와 공통항목의 경우에는 “공적노인요양보장추진단·보건복지부 (2004)의 공적노인요양보장체계 개발연구 보고서. 한국보건사회연구원”의 논의를 참조하였다.

움이 필요한지를 판단하고 기능상태를 평가하게 된다. 이러한 기능평가의 목적은 장애 정도를 명확히 하고 돌봄 서비스가 필요한 정도를 판정하기 위해서, 필요한 도움의 종류(예를 들면, 보조기사용, 시설환경 변경 등)를 정하기 위해서, 그리고 치료나 돌봄 서비스의 효과를 판정하기 위한 것으로 나눠 생각할 수 있다.

일상생활 활동(ADL) 지표는 Dressing(옷입기), Eating(식사하기), Ambulating(움직이기), Toileting(화장실 사용), Bathing(목욕하기) 등과 같이 가장 기본적인 기능을 평가하는 것으로 1963년에 Katz가 가장 처음 개발하여 사용하였으며 현재 노인의 기능평가로 가장 많이 사용되는 도구이다. Katz ADL은 만성질환의 경과에 대한 객관적인 지표로서, 노화과정의 평가에 대한 도구로서, 그리고 재활교육의 보조도구로서 주로 입원환자처럼 기능이 많이 떨어진 노인의 평가에 많이 사용되어 왔다.

일상생활 활동(ADL)을 평가하는 방법으로는 Barthel ADL도 많이 사용되는데 이는 볼티모어의 만성 병원에서 반신불수 환자들의 장애의 중증도를 평가하고 재활의 경과를 평가하는 도구이며, 너싱홈(요양시설)이나 재활센터에 유용한 평가도구이다. 이는 재활훈련의 결과에 관심을 두고 “가능하다”, “가능하지 않다”처럼 능력의 평가에 중점을 둔 지표로 10개 항목으로 구성되어 있다.

도구적 일상생활 활동(IADL; instrumental activities of daily living)은 독립적인 생활을 하는데 필요한 보다 높은 차원의 기능을 말한다. 이는 1969년에 Lawton과 Brody에 의해 너싱홈 입주자, 정신과 평가병동 입원자, 재택서비스 수여자, 홈 헬퍼 파견 대상자 중 60세 이상의 노인을 대상으로 개발되었으며 급성기 입원자는 포함되지 않았다. 그 후 1978년 듀크대학에서 Older Americans Resources and Services(OARS) Multidimensional Functional Assessment Questionnaire에서 이를 수정하여 개발되었으며 여성에 특이적인 활동에 대한 질문이 많다는 단점을 갖고 있다. IADL 평가는 주로 지역사회 거주 노인의 기능상태를 평가하는데 많이 사용되며 입원 후 퇴원하려는 환자의 사회복귀 가능성을 확인하는데 사용될 수 있다.

최근까지의 연구에서 한국에 적용된 기능상태평가도구를 비교해보면 다음과 같다.

&lt;표 3-3-1&gt; 한국형 노인기능 평가도구의 비교

	K-ADL,K-IADL (원장원 등)	Barthel ADL (박종한 등)	K-IADL (강수진 등)	노인장기요양보험제도 (한국보건사회연구원)
주관 부서	대한노인병학회 (보건복지부 용역)		치매연구회	보건복지부 건강보험공단
형태	면접 설문지	평가서	자가기입 설문지	면접 설문
기입자	일반 면접가	간병인, 가족	환자를 잘 아는 사람	건강보험공단의 장기요양관리요원
문화적 차이 고려	예	-	-	예
타당도조사	예	아니오	예	-
신뢰도조사	예	예*	예*	-
목적	노인의 기능평가	노인의 기능평가	치매환자의 기능평가	장기요양보험 등급결정
응답항목	쉽고 자세한 편임	쉬운 편임	판단하기 애매할 수 있음	쉽고 자세한편임 K-ADL 활용

## 2 장애인 장기요양 조사 설문 항목

### 가. K-ADL/K-IADL 영역

앞에서 제시한 내용을 근거로 장애인장기요양제도 추진단의 평가판정분과 위원회에서는 장애인의 신체적 기능 평가에 K-ADL/K-IADL을 이용하기로 하였다. 동시에 노인에 초점을 둔 도구를 장애인에 맞게 지침을 일부 수정하였다. 2002년도 보건사회연구원에서 실시한 공적 노인요양보호체계 발전방안 연구과정(선우 덕 외, 2003)에서 K-ADL은 노인의 일상생활활동 기능평가를 위한 것으로, 실제 요양시설에서 이루어지는 간병수발 내용을 일부 반영하지 못할 가능성이 있다는 지적이 시설종사자들을 포함한 포커스그룹회의(focus group discussion)에서 제기되어 그 내용을 조정

한 바가 있는데 본 연구에서도 조정된 내용으로 실시하기로 하였다. 조정된 내용은 아래와 같다.

첫째, ‘세수하기’ 항목을 ‘얼굴을 씻기는 동작(세수하기)’과 ‘양치질하기’ 동작으로 구분하였다.

둘째, ‘방밖으로 나오기’는 침상(침대)에서의 이동동작, 침상에서 의자 또는 휠체어의 이동동작, 그리고 방문 밖으로의 이동동작으로 구분하기로 하였음. 이에 따라 ‘체위 변경하기’, ‘일어나 앉기’, ‘움거타기’, ‘방밖으로 나오기’로 세분하였다. 특히 장애인의 경우는 시설내의 이동과 집안의 이동에 대한 부분을 보완하였다.

셋째, ‘대소변조절하기’ 동작은 시설에서 실금노인에 대한 위생처리수발이 빈번하고 중요하게 이루어지고 있었기 때문에 ‘대변가리기’와 ‘소변가리기’로 구분하였다.

넷째, ‘휠체어타기’를 추가하여 지체장애인의 경우 많이 소모되는 일상생활동작에 대한 추가적 항목을 포함시켰다.

다섯째, 노인장기요양에서는 제외되었으나 장애인의 경우는 재가생활이 다수를 차지하여 K-IADL을 중심으로 10개의 사회생활기능(수단적 일상생활동작)항목을 추가하였다. 이 항목으로는 “집안일하기, 식사준비, 빨래하기, 금전관리, 물건사기, 전화 사용하기, 교통수단이용하기, 근거리 외출하기, 몸단장하기 및 약 챙겨먹기”가 되겠다.

## 나. 인지기능 및 문제행동 영역

인지기능 및 문제행동영역은 지적장애, 정신지체 및 정신장애의 일부에 해당될 수 있는 중요한 항목이다. 특히 장애의 유형이 다양한 점을 고려할 때 이 부분의 항목들은 현 활동보조사업의 지체장애인 중심의 단점을 극복할 수 있다. 그러나 이 영역에 대해 전문가가 아닌 조사자가 설문형태로만 평가하는 것은 상당히 어려운 과제이다. 따라서 이 항목들을 결정하기 위해 다음과 같은 사항이 고려되었다.

### 1) 항목 선정의 고려 사항

평가 항목을 선정할 때 다음 사항을 고려하였다.

첫째, 인지 장애와 문제행동을 함께 선별할 수 있어야 한다.

둘째, 복지 서비스(재가 포함)와 수발이 필요한 항목을 선정한다.

셋째, 검사자나 피검자(수발자)가 충분히 이해하고 평가할 수 있는 쉽고 설명력이 있는 항목이어야 한다.

넷째, 각 항목은 가중치를 두어 제공 서비스의 등급을 결정할 수 있도록 한다.

다섯째, 인지 장애에서 보일 수 있는 인지 장애와 문제 행동을 가능한 한 모두 포함하며 연구 조사 후 불필요 항목을 제외시킨다.

## 2) 항목의 선정

항목 선정의 원칙은 가능하면 많은 항목을 포함시키고 조사 분석이 끝난 후 불필요한 항목은 제외시키도록 하였다. 노인장기요양보험제도와외의 공통항목들은 일본을 비롯한 외국의 기존에 개발된 항목과 국내에서 개발한 치매 선별 설문지, Behave-AD, NPI 등의 항목을 참고하였으며 관련 학회의 의견을 조회하여 그 결과를 반영하였고 정신과 전문의 30인과 신경과 전문의 10인에게 의뢰하여 자문을 구하고 수정하였다. 최종적으로 노인장기요양에서는 인지기능 7문항, 문제행동관련 13항목으로 결정되었다.

장애인의 경우는 이 항목에 추가하여 인지기능에 “계산을 하지 못한다, 하루일과를 이해하지 못한다, 가족이나 친지를 알아보지 못한다”의 3 항목을 추가조사해보기로 결정했다. 동시에 문제행동관련 항목에서는 “대소변불결행위, 화기조절, 혼자있는 것을 두려워함, ‘지능이나 사고의 혼란, 기억력등으로 인한 의사소통문제’, 자살충동, 성적욕구표출이상”의 6개 항목을 추가했다.

## 다. 간호처치영역

장기요양보호의 주 대상인 장애인 및 만성질환자들은 특성상 의료서비스의 강도

가 높은 급성전문치료보다는 장기적이고 반복적이며 강도가 낮은 요양서비스가 요구된다. 간호처치항목이란 간호사에 의해서 혹은 간호사의 감독 하에 이루어질 수 있는 전문적인 기술적 처치를 의미한다. 이지전(1999)의 연구에 의하면 현재 우리나라 장기요양시설에서 간호사가 제공하는 간호서비스로서 직접서비스는 ‘간호계획 및 순회’, ‘투약’, ‘식사간호’, ‘환자관찰 및 측정’, ‘처치 및 치료’, ‘의료진료협조’, ‘교육 및 상담’, ‘검사서비스’등이 포함되었으며, 간접서비스로는 ‘보고서 및 서류작성’, ‘보고 및 회의’, ‘직원교육’, ‘환경관리’, ‘기타 개인활동’ 등으로 보고하였다.

노인장기요양평가판정도구 개발 연구에서 장애인기능평가도구의 간호처치영역을 개발하기 위하여 다음과 같은 단계를 거쳤다. 첫 단계로써, 기존의 국내외 문헌 및 기능평가도구 비교·검토, 두 번째 단계에는 각 기능평가도구에 공통적으로 포함되어 있는 간호처치영역 항목 추출, 세 번째 단계에서는 추출한 간호처치영역 공통항목을 우리나라 실정을 고려하여 수정보완하여 초안개발, 네 번째 단계로서 개발된 초안에 대한 노인간호학 전공교수들의 의견수렴하여 최종안 마련의 단계를 거쳤다.

노인장기요양제도에서 다년간 개발되어 최종 결정된 간호처치영역항목은 총 10개로 기관지 절개관 간호, 흡인, 산소요법, 욕창간호, 경관영양, (암성)통증간호, 도뇨관리, 장루간호(인공항문간호), 당뇨발간호, 투석간호였다. 이에 장애인 도구개발에서는 추가로 “절단지관리”를 포함하여 11개 항목으로 구성되었다.

#### 라. 재활영역

재활영역은 장애인에게 상당히 필요한 부분으로 조사에 꼭 포함되는 영역이다. 재활서비스 자체를 장애인 장기요양 서비스에 포함시킬지는 여전히 논의 중에 있으나 평가판정영역으로 포함시켜야 하며 그 구체적 항목은 크게 운동장애(마비)와 관절제한(구축)으로 볼 수 있다. 운동장애는 보행, 식사 동작 등의 일상 생활 동작 수행 능력에 직접적인 영향을 준다. 운동장애 재활치료를 통해 일부 근력이 회복될 수는 있으나 한 번 발생한 운동장애는 드문 질병(Guillain Barre 증후군 등)을 제외하고는 회복될 가능성은 매우 낮다. 그러나 운동장애 재활치료를 시행하지 않으면 사용하지

않는 근육에 위축 및 퇴행성 변화가 발생하기 때문에 운동장애는 계속 진행하게 된다. 따라서 운동장애 재활치료를 시행하지 않으면 기능의 감소가 점차로 심해지며 이차적인 합병증 즉, 관절의 구축, 골다공증, 골절, 당뇨 등이 병발할 가능성이 높아진다.

관절제한은 뇌졸중 등의 질병이 없이도 3일 이상의 단순한 장기 침상 안정만으로도 쉽게 발생할 수 있다. 특히 주요 관절(고관절, 무릎 관절, 족관절, 어깨 관절, 팔꿈치 관절, 손목 관절)제한은 보행, 옷 입기 등의 일상 생활 동작 기능의 감소에 직접적인 영향을 준다. 관절제한 판정은 어깨관절, 팔꿈치 관절, 손목 및 수지 관절, 고관절, 무릎관절, 발목관절 등 인체의 주요 관절의 관절 가동역(Range of Motion) 평가를 통하여 판정한다. 그러나 관절 가동역의 제한이 일상 생활 동작 기능의 제한과 직접적으로 연결이 되지 않을 수 있다. 예를 들어 팔꿈치 관절의 경미한 굴곡 구축은 기능에 거의 영향을 주지 않으며 장애인에 있어서 어깨관절의 관절 가동역은 기능적인 손실이 없으면서도 중등도로 제한이 되어 있을 수 있다.

장애인의 경우 노인의 10개항목에 추가하여 보다 구체적인 장애 및 관절제한을 파악하려고 하였다. “앉은 자세에서 균형잡기, 앉은자세에서 일어나기, 선자세에서 균형잡기, 미세한 손동작, 보행능력, 계단오르내리기”의 항목을 추가하여 최종적으로 16개 항목으로 조사를 해보기로 하였다.

## 2. 최종 선정된 조사항목

지금까지 항목선정논의를 통해 최종적으로 5개 영역의 80개 문항으로 조사를하기로 결정했다. 조사결과 분석 후 최종적인 항목을 효율적으로 선정하기로 결정하였다. 최종항목은 다음표와 같다.



[표 3-3-2] 판정 항목(총 80문항)

평가영역	질문내용	노인장기요양제도 포함	활동보조사업포함	신규추가
신체기능 영역 (기본적 일상생활기능) (총 14개 문항)	1. 옷 벗고 입기 (갈아입기)	○	○	
	2. 세수하기	○		
	3. 양치질하기	○		
	4. 목욕하기	○	○	
	5. 식사하기	○	○	
	6. 체위변경하기	○		
	7. 일어나 앉기	○	○(침실에서 이동하기)	
	8. 옮겨 앉기	○	○	
	9. 방밖으로 나가기	○		
	10. 화장실 사용하기	○	○	
	11. 대변 조절하기	○		
	12. 소변 조절하기	○		
	13. 머리감기	○		
	14. 휠체어타기			○
사회생활기능 영역 (수단적 일상생활수행능력) (총 10개 문항)	1. 집안일 하기		○	
	2. 식사 준비하기		○	
	3. 빨래하기		○	
	4. 금전관리		○	
	5. 물건 사기(쇼핑)		○	
	6. 전화 사용하기		○	
	7. 교통수단 이용하기		○	
	8. 근거리 외출하기		○	
	9. 몸 단장하기		○	
	10. 약 챙겨먹기		○	
인지기능 영역 (총 10개 문항)	1. 방금 전에 들었던 이야기 나 일을 잊는다	○		
	2. 오늘이 몇 월 며칠인지 모른다	○		
	3. 자신이 있는 장소를 알지 못한다	○		
	4. 자신의 나이나 생년월일을 모른다	○		
	5. 지시를 이해하지 못한다	○		

평가영역	질문내용	노인장기요양제도 포함	활동보조사업포함	신규추가
	6.주어진 상황에 대한 판단력이 떨어져 있다	○		
	7.의사소통이나 전달에 장애가 있다	○		
	8.계산을 하지 못한다			○
	9.하루 일과를 이해하지 못한다			○
	10.가족이나 친척을 알아보지 못한다			○
행동변화 영역 (총 19개 문항)	1.사람들이 무엇을 흠꼈다고 믿거나 자기를 해하려 한다고 잘못 믿고 있다	○		
	2.헛것을 보거나 듣는다	○		
	3.슬퍼 보이거나 기분이 쳐져 있으며 때로 울기도 한다	○		
	4.밤에 자다가 주위사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어난다. 낮에 지나치게 잠을 자고 밤에는 잠을 설친다	○		
	5.주위사람들이 도와주려 할 때 도와주는 것에 저항한다	○		
	6.한군데 가만히 있지 못하고 서성거리거나 왔다갔다 하며 안절부절 못한다	○		
	7.길을 잃거나 헤맨 적이 있다. 외출하면 집이나 병원, 시설로 혼자 들어올 수 없다	○		
	8.화를 내며 폭언이나 폭행을 하는 등 위협적인 행동을 한다	○		
	9.혼자 밖으로 나가려고 해서 눈을 뗄 수가 없다	○		

평가영역	질문내용	노인장기요양제도 포함	활동보조사업포함	신규추가
	10.물건이나 옷을 망가뜨리거나 부순다	○		
	11.의미 없는 행동을 반복하거나 부적절한 행동을 한다	○		
	12.돈이나 물건을 장롱같이 찾기 어려운 곳에 감춘다	○		
	13.옷을 부적절하게 입는다	○		
	14.대소변을 벽이나 옷에 바르는 등 불결한 행위를 한다	○		
	15.가스불이나 담뱃불, 연탄불과 같은 화기를 관리할 수 없다			○
	16.혼자 있는 것을 두려워하여 누군가 옆에 있어야 한다			○
	17.지능이나 사고의 혼란(망상), 지각(환각), 기억력 등의 장애로 인해 의사소통에 문제가 있다			○
	18.우울증상이나 환각(환청이나 환시), 망상 등으로 인해 자살충동을 느낀다			○
	19.옷 벗기, 껴안기, 신체접촉 혹은 성기노출이나 자위행위 등의 행동을 한다			○
간호 영역 (총 11개 문항)	1.기관지(숨관) 절개관 간호	○		
	2.흡인(가래 빨아내기)	○		
	3.산소요법	○		
	4.욕창간호	○		
	5.경관영양(튜브급식)	○		
	6.암성통증간호	○		
	7.도뇨관리	○		
	8.장루간호(인공항문 간호)	○		
	9.복막투석	○		

평가영역	질문내용	노인장기요양제도 포함	활동보조사업포함	신규추가
재활영역 (총 16개 문항)	10.당뇨발간호	○		
	11.절단지 관리			○
	1.우측상지	○		
	2.좌측상지	○		
	3.우측하지	○		
	4.좌측하지	○		
	5.어깨관절	○		
	6.팔꿈치관절	○		
	7.손목 및 수지관절	○		
	8.고관절	○		
	9.무릎관절	○		
	10.발목관절	○		
	11.앉은 자세에서 균형잡기			○
	12.앉은 자세에서 일어나기			○
	13.선 자세에서 균형 잡기			○
	14.미세한 손동작			○
	15.보행능력			○
	16.계단오르내리기			○

### 3. 서비스 코드 개발

앞서서 기술한 바와 같이, 우리나라 장애인요양 평가판정도구의 등급구분기준을 요양서비스의 필요도를 측정하는 것이다. 장기요양욕구를 가진 장애인의 서비스 필요도를 측정하기 위해서는 어떤 기능수준의 장애인에게 어떤 서비스가 어느 정도 제공되는지에 대한 실증적 근거자료가 뒷받침되어야 하며, 장애인의 기능수준과 서비스 제공 양과의 관계가 분석되어야 한다. 노인장기요양보험제도에서도 2003년도부터 판정도구 개발을 위해 상대적으로 우수한 서비스를 제공하는 요양시설을 대상으로 입소자들에게 제공되는 요양서비스 제공시간을 조사하였다. 대체적으로 300종류의 요양시설 서비스를 실시하는 것으로 나타났는데, 이를 TCC(total care code)라고 하였다.

장애인의 경우에도 평가판정도구 개발을 위하여 현재 제공되고 있는 서비스를 망라할 수 있는 내용이 조사되어야 한다. 그러나, 현 장애인의 경우에는 시간과 비용의 문제로 서비스 내용을 조사하는 것은 한계가 있으며, 장애인 장기요양시설 인프라의 수도 제한적이다. 따라서 노인장기요양 서비스 코드를 바탕으로 수정정보만을 거쳐 조사에 이용하였다.

우선 장애인 서비스 코드는 전문가 자문회의를 거쳐, 노인장기요양과 비교하여 삭제·추가하여 개발되었다. 또한 시범조사를 통해 실제 시설 및 활동보조서비스에서 행하고 있는 서비스를 추가하였으며, 본 조사 후 서비스 코드에 나타나 있지 않은 서비스를 다시 추가하여 최종적으로 개발할 예정이다. 본 종합서비스 코드(Total Service Codes)는 한국적 특징을 감안한 요양서비스 내용을 포함하고 있으며, 신체수발 항목, 간호처치 항목, 기능재활 항목, 기타 상담 및 프로그램 실시, 회의 및 행정적 활동 항목으로 총 323항목으로 구성되었다(부록 참조). 그러나, 이 중 장애인 복지 상황에서 거의 나타나지 않는 서비스도 포함되어 있어 실제적인 서비스 수는 보다 낮게 나타날 가능성이 있다.

## 제4절 장애인 장기요양 도구 개발연구

### 1. 장애인 기능평가 및 서비스 실태 조사 개요

다음은 장기요양 대상 장애인을 선정하기 위한 평가·판정도구를 개발하기 위한 조사개요이다. 본 조사는 요양 필요도의 기준이 될 평가·판정도구의 개발을 위한 현장의 실증적 자료를 수집하여 분석해보는 조사로서, 현재 시설서비스를 받고 있는 대상자들과 활동보조서비스를 받는 장애인의 신체적·정신적 기능상태와 그 대상자에게 제공되는 서비스 유형을 시간별로 파악해 기능상태와 서비스 종류 및 시간과의 관계를 연구하기 위해 실시되었다.

#### 가. 조사의 내용과 방법

본 조사에서는 두 가지 조사가 실시되었다. 서울과 경기지역의 생활시설과 활동보조서비스를 제공하고 있는 자립생활센터 및 장애인종합복지관에서 제공되는 간호·재활·간병·방문요양·목욕·복지욕구대여 등의 서비스과목 목적으로 1분 단위로 제공되는 서비스를 측정하는 1분간 타임 스터디 조사가 이루어졌다. 동시에 생활시설에 거주하는 장애인과 활동보조서비스를 이용하는 장애인을 대상으로 장애인의 장기요양보호 욕구와 기능상태를 측정하는 기능상태 조사가 이루어졌다. 각 조사의 구체적인 내용과 방법을 살펴보면 다음과 같다.

### 1) 기능평가 조사

기능평가 조사는 서비스를 받고 있는 거주자들을 대상으로 제4절에서 논의된 항목들을 중심으로 개발된 “장애인기능평가 조사표”를 조사 도구로 하여 시설 및 재가 장애인들의 장기요양 욕구를 측정하는 조사이다.

기능평가 조사표는 “2006년도 노인기능상태 조사표”와 “2008년 노인장기요양인정 조사표<sup>3)</sup>”, “2008년 활동보조서비스관정표” 그리고 장애인장기요양보장추진단 평가·판정분과에서 논의된 항목을 추가하여 조사도구로 활용하였다. 조사대상은 시설거주 장애인과 활동보조서비스를 이용하는 장애인으로써 지역별(서울, 경기) 및 6개 유형의 장애인 생활시설(지체장애인시설, 시각장애인시설, 청각장애인시설, 정신지체인시설, 중증요양시설, 장애영·유아시설)과 활동보조서비스를 제공하는 장애인자립생활센터 및 장애인종합복지관으로 구분된다. 이 조사는 서비스를 받는 장애인의 기능평가에 관한 것으로 “장애인기능상태 조사표”의 항목들을 구체적으로 살펴보면 다음과 같다. 장애인의 신체기능상태(기본적 일상생활기능) 부문(14문항), 사회생활기능(수단적 일상생활수행능력) 부문(10문항), 인지기능 부문(10문항), 행동변화 부문(19문항), 간호 부문(11문항), 재활 부문(16문항)으로 총 80문항으로 구성되어 다양한 신체적·정신적 수발욕구 측정을 가능케 하였다.

3) 노인장기요양보험법 시행규칙 [별지 제5호 서식] 장기요양인정조사표 참조, 2008.3.3

## 2) 1분간 타임 스터디 조사

1분간 타임 스터디 조사는 시설 및 재가에서 직원 또는 활동보조인이 어떠한 서비스를 어느 정도 제공하고 있는가를 1분 단위로 측정하는 조사 방법이다. 본 조사는 생활시설의 직원들 중 장애인에게 직접적인 수발 업무를 주로 담당하는 생활지도원(사회복지사 또는 생활재활교사로 호칭되기도 함)과 활동보조서비스를 제공하는 자립생활센터 및 장애인종합복지관의 활동보조인을 대상으로 실시하여 한 시설 및 재가에서 24시간 파악되는 모든 케어서비스를 파악하도록 고안되었다. 단, 활동보조서비스의 경우 ‘활동보조사업 지침’에 따라 하루 최대 8시간까지 서비스를 제공할 수 있음에 24시간 내 이루어지는 활동보조서비스 제공시간동안의 모든 케어서비스를 파악하도록 하였다.

1분간 타임 스터디 기록 방식은 구체적인 업무 내용을 전임 조사자가 기록하여 조사하는 방법(타계식)과 업무수행자가 업무내용을 업무 종료 후에 상기해서 기록하는 방법(자계식)이 있으며 본 조사에서는 조사 대상 직원 및 활동보조인이 서비스 제공 또는 종료 시 기록하는 자계식 방법을 사용하였다. 타계식은 조사 대상 직원들이 기록의 부담 없이 일상 서비스를 제공할 수 있으나 장애인 시설 및 활동보조서비스의 특성상 이용자의 부담이 가중될 것으로 판단되어 본 조사에서는 평소 서비스를 제공하는 직원 및 활동보조인들을 조사원으로 활용하는 자계식 방법을 사용하였다.

생활시설의 경우 직접적인 케어를 제공하는 생활지도원이 24시간동안 시설에 상주하며 제공하는 서비스를 기록하였으며, 교대 시 다음 생활지도원이 제공하는 서비스를 이어서 기록하였다. 재가시설의 경우 활동보조인의 하루 근무시간에 맞추어 서비스를 기록하였다. 생활지도원 및 활동보조인(이하 조사원)은 1분안에 제공되는 서비스 및 그 대상자를 타임스터디 조사표의 해당시간에 순서대로 기록하였다. 이후 각각의 서비스에 대하여 서비스를 코드화 하였다. 서비스 코드는 신체수발, 전문간호처치, 기능훈련 및 평가, 복지지원 서비스 등으로 분류된 TSC(Total Service Code)

표에서 찾아 볼 수 있도록 하며, 이 TSC 코드표는 노인장기요양보험제도 관련 연구 및 시범사업시기인 2003년부터 2005년에 걸쳐 개발된 서비스 항목을 수정보완하여 총 323개로 사용하였다<sup>4)</sup>.

타임 스터디 조사표는 제공되는 서비스와 서비스를 제공 받는 시설거주 장애인과 재가 장애인들의 id도 함께 기록하여 추후 제공되는 서비스와 거주자 및 활동보조서비스 이용자들의 기능간의 관계를 살펴 볼 수 있도록 고안되었다. 수발 서비스의 특성상 한 직원이 복수의 장애인들에게 동시에 동일 서비스를 제공할 경우가 많으므로, 1분에 6명까지 장애인의 id를 기록하도록 되어있고 6명 초과인 경우나 전체 거주자들에 대한 프로그램 및 서비스가 제공되는 경우 별도로 표시하도록 하였다.

## 나. 현지 조사 준비

본 조사는 장애인의 시설에는 최초로 적용하는 조사로서 여러 가지 조사 준비 활동 중 조사원 교육과 예비 시범 조사는 향후 계속될 장기 요양 후속 연구를 위해 구체적으로 살펴볼 필요가 있겠다.

### 1) 현지 조사원 교육

본 조사는 생활시설의 직원들 중 장애인에게 직접적인 수발 업무를 주로 담당하는 생활지도원과 자립생활센터 및 장애인종합복지관의 활동보조인이 서비스 제공 또는 종료 시 24시간 파악되는 모든 케어서비스를 기록하는 자계식 방법을 사용함에 따라 조사대상기관의 생활지도원 및 활동보조인을 대상으로 본 연구팀이 직접 현장을 방문하여 조사원 교육을 실시하였다<sup>5)</sup>.

생활시설의 경우 기관의 시설장 및 담당자를 통하여 직접 수발 업무를 주로 담당하는 생활지도원의 조회시간 통하여 조사원교육을 실시하였으며, 주야교대근무로 인

4) 자세한 코드별 서비스 내용은 부록을 참조하기 바람.

5) 이는 현지 조사에서 나타나는 타임스터디상의 문제점 및 각각의 장애유형별 특성에 따른 기능상태 조사의 문제점을 비롯하여 현장의 장기요양요구에 대한 의견수렴을 위한 것임.



하여 일괄적으로 생활지도원에게 조사원교육을 실시할 수 없는 경우 중간관리자급(조사지도원으로 활용)을 통하여 교육 실시 후 이들이 해당팀의 생활지도원에게 조사원교육을 실시할 수 있도록 하였다.

재가의 경우 자립생활센터, 장애인종합복지관 등의 시설장(관장) 및 코디네이터(활동보조서비스 담당자)를 통하여 활동보조인들이 일괄적으로 기관을 방문하는 시기(예. 활동보조인 신규 및 보수 교육, 활동보조인 간담회, 활동보조인 단말기 결제 시기 등)에 활동보조인들을 대상으로 조사원교육을 실시하려고 하였으나 활동보조서비스의 특성상(참고로, 활동보조서비스 단말기 결제일이 기관별로 수시로 한번씩 결제, 매월 둘째주, 넷째주 결제, 매월 마지막주일동안 결제, 단말기 소지 이용자의 경우 활동보조인이 센터에 들어오지 않는 경우 등) 활동보조인을 일괄적으로 만나는데 어려움이 있어 해당 기관의 담당 사회복지사 또는 코디네이터를 조사지도원으로 활용하여 교육 실시 후 이들이 활동보조인에게 전달하는 방법으로 진행되었으며<sup>6)</sup>, 조사지도원은 총 명과 조사원 총 명으로 구성되었다. 조사원 교육은 2008년 5월 28일~7월까지 생활시설 및 자립생활센터, 장애인복지관에서 실시되었다. 조사원 교육을 위하여 조사지침서(생활시설용과 활동보조서비스 제공기관용으로 분류), 조사표(장애인기능상태조사표 1부, 24시간용 1분 타임스터디 조사표), 조사원 및 조사지도원 영수증(타임스터디 조사 시간 및 장애인기능상태조사표 부수 기입)이 사용되었다.

## 2) 예비 시범 조사

현지 조사에 앞서 예비 조사는 1개 생활시설을 대상으로 이루어 졌다. 이러한 예비 조사는 본 조사에 앞서 조사에 관련된 문제점을 미리 파악하여 보다 효과적이고 효율적인 현지 조사를 실시하기 위해 시행되었다. 또 예비 조사를 통해 조사표의 타당성, 실제 제공되는 서비스의 현황, 직종별 조사원들의 업무 부담, 구체적인 조사

6) 활동보조서비스의 경우 서비스 대상자는 서비스 이용시마다 바우처 카드로 결제하도록 되어 있으나 카드분실, 활동보조인의 근무형태 등으로 서비스 이용시마다 결제가 어려운 경우 예외적으로 일괄결제 인정(2008 장애인 활동보조지원사업 안내), 2007.12, 보건복지부

지침 등 미리 파악하고자 하였다.

예비 조사 후 조사원과 연구진들의 회의 통하여 몇 가지 조사 지침, 방법상의 수정이 있었다. 주요 사항으로는 생활시설에서 직접 서비스를 제공하는 생활지도원(사회복지사) 명단과 대상자 명단이 조사 당일 약간 씩 차이가 있을 수 있다는 점과, 시설이나 직원, 대상자들이 조사에 대해 갖는 태도, 조사 기록 시 유의 사항, 케어 코드와 실제 서비스간의 차이점등이 논의되었다. 구체적인 조사 방식과 관련하여서는, 타임 스터디 조사 때 서비스와 대상자의 id를 신속히 기록하는 방법과 조사 당일 현장에서 발생할 상황들에 대처하는 방안들이 논의되었다. 또 기능평가가 타임스터디 조사와 동시에 실시 될 경우 일상 서비스에 미칠 영향을 고려하여 기능평가는 타임 스터디 조사 익일이나 전일에 실시 또는 타임스터디 조사에 참여하지 않는 다른 직원이 실시하기로 하였다.

#### 다. 현지 자료 수집

##### 1) 조사팀의 구성과 배치

이번 생활시설과 재가시설의 1분 타임스터디 조사는 시설별로 생활지도원(사회복지사) 또는 활동보조인이 조사원이 되어 조사를 실시하였다.

조사지도원(사회재활팀장, 생활재활팀장, 사무국장, 코디네이터 등)과 조사원(생활지도원 또는 활동보조인)으로 구성된 조사팀은 각 팀별로 담당 기관의 조사 일정에 맞춰 조사가 이루어졌다. 재가시설의 경우 코디네이터(사회복지사)가 활동보조인이 해당 기관의 장애인(이용자)들에게 제공하는 활동보조서비스시간과 서비스 종류가 1분 타임스터디에 파악될 수 있도록 일정기간(2주~한달)동안 해당 시설을 조사하였다. 이때 생활시설의 경우 조사 소요 일수는 조사대상 기관 내에서의 조사 준비 업무(조사지도원 교육 및 조사 실시 배경 설명 등) 및 조사원 교육, 조사 실시 기간 및 실제조사업무 배정, 조사 관련 서류 준비, 회수까지 2주~3주가 소요되었다.

재가조사의 경우 자립생활센터 및 활동보조서비스 제공하는 장애인종합복지관을

기본으로 활동보조서비스 이용자에 대한 조사를 실시하는 것으로 진행되었다. 재가 조사의 경우 자립생활센터와 장애인종합복지관 내 활동보조사업 담당 부서에서 활동보조인들이 일괄적으로 센터에 모이는 날 또는 단말기 결제하는 날을 중심으로 조사가 실시되었으며 조사원의 경우 타임스터디 기록 및 기능상태 조사를 이해하고 기입할 수 있는 이들을 조사원으로 선별하여 조사가 이루어졌다. 이때 재가조사의 경우 조사 소요 일수는 조사대상 기관 내에서의 조사 준비 업무(조사지도원 교육 및 조사 실시 배경 설명 등) 및 조사원 교육 또는 코디네이터가 활동보조인에게 조사 교육 후 조사 실시, 회수까지 1개월~2개월 정도 소요되었다. 이는 기관내에서 실시하는 간담회, 교육 등이 정기적으로 이루어지지 않고 있으며 활동보조 서비스 대상자가 서비스 이용시마다 바우처 카드로 결제할 수 있도록 되어 있으나 단말기가 부족하여 1주일에 한번 또는 2주, 한달에 한번 결제하는 등 불규칙적으로 바우처 카드 결제가 이루어지고 있는 상황으로 활동보조인들에 대한 조사교육 및 조사표 배부 그리고 회수까지 걸리는 데 소요된 시간이다. 현지조사 세부일정을 보면, 시설조사의 경우 2008년 5월 28일~ 7월 초까지 실시하였고, 재가조사의 경우 2008년 6월 일~8월 초까지 진행되었다.

## 2) 조사 대상

생활시설 및 재가의 서비스를 제공받고 있는 장애인의 기능상태 조사 및 서비스량의 측정은 향후 실시될 시범사업 수가 및 평가판정도구의 검증을 위한 기초자료를 마련하고자 이루어졌다. 이에 따라 서울·경기지역에서 시설조사의 경우 2008년 5월 28일~ 7월 초까지 각각의 장애유형별 생활시설을 대상으로 실시하였고, 재가조사의 경우 2008년 6월 일~8월 초까지 서울지역의 활동보조서비스 제공기관인 장애인자립생활센터 및 장애인종합복지관을 대상으로 진행되었다.

생활시설의 경우 지체장애인지원시설, 시각장애인지원시설, 청각장애인지원시설, 정신지체인시설, 중증요양시설, 장애영·유아시설 등 각각의 장애유형별 입소자들의 기능상태 및 서비스 제공 실태를 분석하고자 이를 고려하였으며, 재가의 경우 한국장애인자립생

활센터협의회와 한국장애인자립생활총연합회 소속 기관을 중심으로 조사협조가 가능한 기관을 선정하였으며 추가적으로 활동보조서비스를 제공하고 있는 장애인복지관을 포함시켰다.

조사는 크게 다음의 두 가지 목적을 갖고 이루어졌다.

첫째, 시설 거주 장애인 및 활동보조서비스를 이용하고 있는 장애인들의 기능상태를 파악하고자 하기 위함이다. 이에 따라 생활시설의 경우 시설 거주 장애인 전수조사를 원칙으로 하였고, 불가피하게 조사가 불가능한 경우<sup>7)</sup> 조사대상에서 제외되었다. 또한 재가의 경우 활동보조인이 조사에 대한 이해 및 작성을 할 수 있으며 이와 더불어 이용자가 조사에 동의할 경우에 한하여 조사가 이루어졌다.

둘째, 장애유형별 장애인에게 직접 서비스를 제공하는 생활지도원 및 활동보조인을 대상으로 하는 서비스량 측정 조사가 이루어졌다. 직명별 24시간 서비스 제공 시간의 측정을 원칙으로 하여 시설에 근무하는 생활지도원은 24시간동안 조사가 이루어졌으며, 시설별 근무시간에 따라 24시간, 12시간(2교대), 8시간(3교대) 동안 조사가 이루어졌다. 재가의 경우 활동보조인의 1일근무시간이 각각의 활동보조인마다 차이가 나기 때문에 하루 30분에서 최대 8시간까지 조사를 하였다.

먼저, 생활시설의 경우 각각의 장애유형별로 7개소를 대상으로 직접서비스 제공 직원 및 장애인을 대상으로 실시하였으며, 재가의 경우 9개소의 활동보조인과 이용자를 대상으로 조사하였다. 재가의 경우 활동보조서비스를 이용하고있는 장애인에게 하루 중 서비스 제공시간동안 활동보조인 1인이 이용자 1인에게 서비스 제공한 서비스를 기록하였다. 활동보조서비스의 경우 활동보조인 1인이 하루 동안 2명 또는 3명의 장애인의 가정에 방문하여 서비스를 제공할 경우 각각의 서비스에 대하여 기록할 수 있도록 하였으며 이때 서비스 이용 장애인에 대한 기능상태 조사를 실시하도록 하였다.

### 3) 조사 방법

---

7) 취업, 휴가, 병원에 입원 등

본 조사는 본원의 연구진 및 장애인장기요양보장추진단 평가·판정분과 위원들의 의견을 수렴하여 설계한 조사표를 기초로 하여 생활시설내 생활지도원 및 재가의 경우 자립생활센터 및 장애인종합복지관 활동보조인에 의해 1분 타임스터디와 장애인기능상태조사가 실시되었다.

조사의 원칙은 생활시설에 거주하는 1등급~6등급의 장애인과 활동보조서비스를 이용하는 1등급 장애인을 중심으로 타임스터디와 장애인기능상태조사를 실시하는 것으로 하였다. 생활시설에서 장애인에게 직접적인 장기요양서비스를 제공하는 생활지도원(사회복지사)은 그들의 근무시간동안 1분 타임스터디를 작성한 후, 1분 타임스터디상에서 서비스를 받은 장애인을 대상으로 기능상태조사를 실시하였다. 조사원들은 1분 타임스터디상에서 서비스를 받은 대상자로부터 직접 응답을 받는 것을 원칙으로 하였지만, 신체적·정신적인 이유로 응답이 불가능한 장애인의 경우 담당 생활지도원 및 직원들에 의한 대리응답이 이루어졌다. 재가의 경우 활동보조인들은 자신의 하루 근무시간동안 1분 타임스터디를 작성한 후, 서비스를 받은 이용자에 대하여 기능상태조사를 실시하였다.

앞서 언급했듯이 기능평가 조사는 1분간 타임 스터디 조사와 겹치지 않도록 익일이나 전일시행될 수 있도록 하였으며 대부분의 조사원들은 1분간 타임스터디 조사가 완료된 후 기능상태조사에 착수하였다. 생활시설 또는 재가의 경우 기능평가 조사 시 조사원이 직접 조사대상자에게 묻는 것을 원칙으로 하며, 의사소통 장애 등으로 인해 직접 조사가 불가능한 경우 시설 직원 및 코디네이터들의 도움을 받아 작성되었다.

1분간 타임 스터디 조사는 당일 조사 시작 전에 시설장 및 사무국장이나 사회재활팀장, 생활재활팀장, 코디네이터 등과 조사 실시 및 지침 관련 회의를 가진 후, 조사원들이 시간효율적으로 배치될 수 있도록 전반적인 계획을 마련해주었다. 이 조사는 그 특성상 조사원들이 직종 별로 시간 효율적으로 배치될 수 있도록 조사 전반적인 계획 마련해주었다. 생활시설의 경우 조사원들은 직접적인 케어 제공뿐만 아니라 직원회의, 종교 및 행사활동 등에 같이 참여하여 1분 단위로 조사원들의 모든 행동을 기록해 나갈 수 있도록 하였다.

#### 4) 조사지도·감독

조사의 원활한 진행과 당일 발생하는 현지 상황에 능동적 대처를 위해 연구진은 조사지도원과의 의사소통이 철저히 신속히 이루어질 수 있도록 하였다. 특별한 상황 발생시 1차적으로 조사 지도원이 상황을 점검하여 한국보건사회연구원내의 연구진에게 보고하고 주요 사안인 경우 전문위원들과의 상의하여 조사의 의도에 최대한 부합되게 조사를 진행시켰다. 업무 감독은 전화통화를 통하여 이루어졌다.

조사의 성공적 추진을 위해 가장 중요한 점 중 한 가지는 타임스터디의 경우 24시간의 업무를 정확히 기록하기 위해서는 직원의 업무시간에 따라 자신이 제공한 서비스를 기록할 수 있도록 한다는 점이다. 조사원을 비롯한 시설간의 상호 협조 및 활동보조서비스의 경우 이용자에 대한 조사 협조 및 동의도 조사 추진에 주요 관건이었다. 1분간 타임스터디 조사의 경우 참여해본 경험이 있는 시설이 없어 사전에 연구진과 시설장 및 실무진과의 조사 협조를 논의하였으나 일부 시설 및 활동보조 서비스 제공기관의 경우 실제 조사가 수행되는 과정에서 조사에 따른 시설의 부담을 호소하는 경우가 발생하였다.

#### 5) 조사결과

##### (1) 전체 조사기관 및 직원현황 파악

전체 조사대상은 총 16개소로 재가시설 9개 기관, 생활시설 7개 기관을 조사하였다. 생활시설의 경우 각각의 장애유형별(지체장애인시설, 시각장애인시설, 청각장애인시설, 정신지체인시설, 중증요양시설, 장애영·유아시설 등)로 7개소를 대상으로 실시하였으며, 재가의 경우 자립생활센터 6개소 장애인종합복지관 3개소를 조사하였다. 그러나 조사실시의 어려움으로 재가시설 1개 기관이 조사 도중 탈락되었다. 이에 따라 생활시설 총 7개 기관, 재가시설 총 8개 기관에서 조사가 완료되었다.

&lt;표 3-4-1&gt; 시설유형별 조사기관

(단위 : 개소)

구분	기관수
지체장애인시설	1
시각장애인시설	1
청각장애인시설	1
정신지체인시설	2
중증요양시설	1
장애영·유아시설	1
자립생활센터(장애인종합복지관 포함)	8
계	15

## (2) 직원조사사항

본 조사는 위의 기관별로 고용된 직간접 인력 중 24시간동안 직접적인 서비스를 제공하는 직원을 대상으로 실시하였다. 직접인력의 현황을 살펴보면, 생활시설의 경우 생활지도원(사회복지사) 총 120명, 재가의 경우 총 242명이 제공한 직접 서비스 시간을 조사하였다. 생활시설의 경우 직원들이 제공하는 직접서비스 조사의 타당도 확보를 위해 시설 내 직원들이 제공하는 서비스 중심의 직명구분을 통한 조사가 이루어졌다. 이에 따라 생활시설의 경우 생활지도원(사회복지사)를 재가의 경우 파악된 활동보조인수로 이들에 의하여 각각의 서비스 시간이 측정된 결과로 다음의 <표>에서 제시하고 있다.

<표 3-4-2> (타임스터디 조사 참여한) 생활지도원(사회복지사) 및 활동보조인 수  
(단위 : 명)

구분	생활지도원	활동보조인
지체장애인시설	11	-
시각장애인시설	20	-
청각장애인시설	5	-
정신지체인시설	42	-
중증요양시설	30	-
장애영·유아시설	12	-
자립생활센터(장애인종합복지관 포함)	-	242
계	120	242

### (3) 장애인 조사현황

장애인조사는 크게 세 개의 범주에서 설명할 수 있다. 타임스터디 과정에서 조사된 장애인, 기능상태조사과정에서 완료된 장애인, 그리고 기능조사와 타임스터디 조사과정에 동시에 포함된 장애인으로 구분할 수 있다. 타임스터디 조사는 생활지도원 활동보조인이 조사원이 되어 시설 및 재가에서 서비스를 받는 장애인을 중심으로 자신이 제공한 서비스 종류와 양을 기록하였으며 이 타임스터디 기록안에 포함된 장애인의 명단을 중심으로 기능상태조사를 실시하였다. 이러한 이유로 타임스터디, 기능상태조사, 그리고 서비스시간의 계량화 과정에서 누락되는 장애인들이 발생한 결과<sup>8)</sup>인 기능·타임의 대상이 되는 장애인으로 조사대상을 다음의 <표 >과 같이 구분하였다. 타임스터디와 기능상태조사에 공통으로 포함된 장애인은 총 858명으로 나타났다.

8) 장애인의 기능상태 조사는 타임스터디에 포함된 장애인을 대상으로 이루어지고, 타임스터디는 1일 생활지도원 및 활동보조인이 서비스를 제공하는 과정에서 서비스를 받는 장애인이 기록되었음.



&lt;표 3-4-3&gt; 재가 및 시설에서 조사된 장애인 수

(단위 : 명)

구분	기능·타임에 모두 포함된 장애인
지체장애인시설	130
시각장애인시설	76
청각장애인시설	54
정신지체인시설	160
중증요양시설	129
장애영·유아시설	41
자립생활센터(장애인종합복지관 포함)	268
계	858

#### 라. 자료 코드화 과정

자료 수집이 완료된 기능평가 자료는 일차적으로 조사지도원에 의해 현지 오류 수정을 거쳐 본 연구원에 제출하였으며 조사지도원과의 전화연락 및 조사원, 대상자와의 직접 통화를 통하여 자료정리원에 의해 마지막으로 오류 수정작업을 진행하였다. 이후 본 연구진 및 자료정리원에 의하여 자료 전산화가 완료되었으며, 자료의 정확도 점검이 이루어진 상태로 자료 분석을 위해 전산 자료 관리가 진행되었다.

1분간 타임 스터디의 경우 자료 전산화를 위하여 조사원들이 기입한 서비스내용에 따라 서비스 코드를 기입하고, 직원 id 및 대상자 id 기입한 후 전산화 작업이 이루어졌다. 주로 24시간 업무를 수행하는 생활지도원의 경우 타임스터디 조사표는 1분 단위로 했을 때 1440분으로 이루어지는 데 실제 1분 안에 2가지 이상의 서비스가 진행되는 경우가 많으므로 평균 1,500개의 코드가 서비스 대상자의 명단과 함께 기록되었다. 그러나 재가의 경우는 편차가 심하고 서비스 내용 기록 또한 검토에 있어 많은 시간이 소요되었다. 이와 동시에 조사 전에 작성된 종합 케어 코드(TCC)와 조사 후 파악된 실제 서비스 분류상의 차이가 발생하여 이를 검토해 코드표를 수정해 나가는 작업 시간 많이 소요되었다. 이 일은 장애인장기요양보장추진단 수가·급여 분과에서 검토된 서비스 내용<sup>9)</sup>과 노인장기요양보험제도 연구 시 사용하였

던 케어 코드를 바탕으로 진행되었다.

이러한 코드화 작업 후, 전산자료처리 과정이 이루어지며, 각 조사의 자료 수집은 자료수집단위가 달라 실제로 다른 방법에 의해 진행되었다. 이후 두 조사는 개인별 분석단위(unit of analysis)로 합쳐졌다. 각 조사의 구체적인 자료처리 내용은 다음과 같다.

### 1) 기능평가 조사

기능평가 조사에 사용된 “장애인기능상태 조사표”의 항목들을 구체적으로 살펴보면, 전체 장애인의 신체기능상태(기본적 일상생활기능) 부문(14문항), 사회생활기능(수단적 일상생활수행능력) 부문(10문항), 인지기능 부문(10문항), 행동변화 부문(19문항), 간호 부문(11문항), 재활 부문(16문항)으로 총 80문항으로 구성되어 다양한 신체적·정신적 수발육구 측정을 가능케 하였다. 자료는 SPSS 통계패키지 및 STATA 등을 활용하여 분석되었으며, 분석단위는 조사대상자인 수발인정자 개인이 된다.

### 2) 1분간 타임 스터디 조사

1분간 타임 스터디 조사는 생활시설의 생활지도원 및 활동보조서비스 제공기관(장애인자립생활센터, 장애인종합복지관 등)의 활동보조인이 어떠한 서비스를 어느 정도 제공하고 있는 가를 1분 단위로 측정하는 조사방법으로 생활시설의 경우 직접적인 케어 업무를 담당하는 생활지도원(사회복지사)과 활동보조인을 대상으로 실시되어 한 시설 및 재가에서 24시간 파악되는 모든 케어서비스를 파악하도록 고안되었다.

타임스터디 조사표는 제공되는 서비스와 서비스 제공을 받는 시설 거주자 및 활동보조서비스 이용자들의 id도 함께 기록, 추후 제공되는 서비스와 거주자 및 이용자들의 기능간의 관계를 살펴 볼 수 있도록 고안되었다. 시설 서비스의 특성상 한 직원이 복수의 장애인에게 동시에 동일 서비스를 제공할 경우가 많으므로, 1분에 6

---

9) ICF ‘활동과 참여’부분, 활동보조서비스, 등등

명까지 장애인의 이름을 기록하도록 되어있고 6명 초과인 경우나 전체 거주자들에 대한 프로그램이 제공되는 경우에는 888로 표시하도록 하였다.

자료입력은 Excel Sheet에서 이루어졌으며, 1분안에 여러 명에게 여러 가지 서비스 제공되는 경우가 많아 각 분당 2개까지의 서비스 코드와 6인까지의 서비스 대상자가 기록되어 졌다.

예) 타임스터디 조사 자료 수집표(엑셀 파일 양식)

지역 번호	시설 종류	시설 번호	직명 번호	직원 번호	시 분	서비스 코드1	서비스 코드2	장애인 1	장애인 2	장애인 3	장애인 4	장애인 5	장애인 6	기타 인력 유무
01	01	02	01	005	901	103		002	003	005				무
01	01	02	01	005	902	2202	1004	002						무

위의 예를 기준으로 살펴보면 9시1분에는 1분안에 1개(서비스 코드 : 0103)의 서비스가 서로 다른 3명(장애인 id : 002, 003, 005)의 장애인에게 한꺼번에 제공되었고, 9시2분 2개(서비스 코드 : 2202, 1004)의 서비스가 장애인 1명(장애인 id: 002)에게 제공되었으며 장애인 002는 9:01분에 이어 지속적으로 서비스가 제공되었음을 살펴볼 수 있다. 이러한 서비스의 예로는 인사하기, 세면도움 등으로 매우 짧은 시간에 여러 명에게 제공되는 서비스들이다. 시간이 많이 소요되는 서비스의 경우 수 분 동안 1명에게 제공되기도 한다. 생활시설의 경우 24시간동안 담당 생활지도원이 여러명의 장애인에게 서비스를 제공하는 경우가 많으며, 활동보조인의 경우 최소 30분~최대 8시간까지 주로 1인의 이용자를 대상으로 서비스를 제공하게 되므로 주로 1인에 대한 타임스터디가 완성되었다.

### 3) 병합된 자료(Merged Data)

서비스 제공시간과 기능상태 관계 파악하는 것이 목적인 본 조사에서 두 자료가

병합된 data set이 필요하다. 즉, 대상장애인을 주요 분석단위로 하여 그 개인의 상태와 제공된 서비스의 종류 및 시간을 파악할 수 있는 data set이 완성되어야 한다는 점이다. 이를 위해 본 연구원의 전산전문가(조사분석·DB관리팀의 통계전문가)에게 의뢰해 Excel sheet에 있는 대상자id별로 제공시간을 구해 SPSS sheet에 연결하는 작업이 필요했다. 이러한 과정을 거쳐 형성된 병합된 자료는 SPSS sheet에 다음과 같이 구성된다. 이 경우 전반부에는 각 개인별 기능상태 평가가 입력되고 후반부에는 각 서비스별 제공받은 시간이 입력되어 있다.

## 2. 기능상태 및 서비스 제공 시간 조사(타임스터디) 자료 분석 결과

### 가. 조사 장애인의 기능상태

#### 1) 생활시설 및 자립생활센터 이용자 현황

장애유형별 생활시설 및 자립생활센터의 장애인 기능상태 및 서비스 제공 시간 조사에서 나타난 이용자 현황은 다음과 같다.

먼저 성별을 살펴보면, 중증요양시설을 제외하고 모두 남성의 비율이 높게 나타났다. 평균 연령을 살펴보면, 지체 장애인시설은 15.47세, 시각장애인시설은 16.56세, 청각장애인시설은 11.67세, 중증요양시설은 18.98세로 나타났으며, 정신지체장애인시설과 자립생활센터는 각각 24.86세와 28.36세로 나타났다. 그리고 장애영유아시설의 경우 5.61세로 나타났다.

소득수준별로는 장애인 생활시설 및 자립생활센터에서 국민기초생활보장대상이 가장 높은 비율을 차지한 것으로 나타났다. 그러나 자립생활센터의 경우 차상위 200%이상이 24.37%, 차상위 120%이상~200%미만이 28.43%로 나타났다.

건강보험과 관련하여 장애인 생활시설의 경우 1종 의료급여 및 2종 의료급여의 비중이 높았으나 자립생활센터의 경우 지역건강보험이 37.97%, 직장건강보험이

33.33%로 나타났다.

〈표 3-4-4〉 생활시설 및 자립생활센터별 이용자 현황

(단위: 세, %)

특성	지체 장애인시설	시각 장애인시설	청각 장애인시설	정신지체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영유아시설	자립 생활센터
성별							
남자	60.77	51.32	51.85	85.00	48.84	73.17	60.92
여자	39.23	48.68	48.15	15.00	51.16	26.83	39.08
합계	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
평균연령(세)	15.47	16.56	11.67	24.86	18.98	5.61	28.36
장애등급							
1등급	53.60	88.16	24.07	64.38	100.00	82.93	100.00
2등급	20.80	2.63	61.11	32.50	-	14.63	-
3등급	8.80	7.89	9.26	3.31	-	2.44	-
4등급	6.40	-	1.85	-	-	-	-
5등급	3.20	1.32	3.70	-	-	-	-
6등급	7.20	-	-	-	-	-	-
합계	100.00(125)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
소득수준							
국민기초생활보장대상	74.19	44.83	62.96	100.00	98.85	100.00	34.52
차상위 120%미만	12.90	10.34	-	-	1.15	-	12.69
차상위 120%이상 200%미만	-	17.24	37.04	-	-	-	28.43
차상위 200%이상	12.90	27.59	-	-	-	-	24.37
기타	-	-	-	-	-	-	-
합계	100.00(31)	100.00(29)	100.00(54)	100.00(46)	100.00(87)	100.00(34)	100.00(197)
건강보험							
미가입	-	2.56	-	-	0.78	-	0.84
직장건강보험	9.23	25.64	-	7.41	13.28	5.13	33.33
지역건강보험	10.77	28.21	37.04	-	18.75	7.69	37.97
1종의료급여	73.85	38.46	62.96	90.74	67.19	87.18	21.52
2종의료급여	6.15	5.13	-	1.85	-	-	6.33

특성	지체 장애인시설	시각 장애인시설	청각 장애인시설	정신지체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영유아시설	자립 생활센터
합계	100.00(65)	100.00(39)	100.00(54)	100.00(54)	100.00(128)	100.00(39)	100.00(237)

## 2) 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 장애유형

조사 응답자의 장애유형은 생활시설별로 주된 장애유형이 다음과 같이 나타났으며, 자립생활센터의 경우 지체장애가 39.85%, 뇌병변 장애가 21.07%, 지적장애가 13.79%로 나타나 장애인 활동보조사업의 주된 대상자가 지체장애, 뇌병변장애, 지적장애가 주를 이루는 것으로 알 수 있다. 그러나 정신장애의 경우 1.15%, 청각장애 1.15% 등으로 나타났다.

&lt;표 3-4-5&gt; 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 주요 장애유형

(단위: %)

	지체 장애인시설	시각 장애인시설	청각 장애인시설	정신지체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영유아시설	자립 생활센터
지체장애	63.08	6.58	-	5.63	55.04	2.44	39.85
뇌병변장애	35.38	1.32	-	13.75	30.23	70.73	21.07
시각장애	-	86.84	-	-	-	-	9.58
청각장애	-	-	100.00	2.50	-	-	1.15
언어장애	-	-	-	1.88	0.78	21.95	3.45
지적장애	-	5.26	-	75.00	13.18	4.88	13.79
자폐성장애	-	-	-	0.63	-	-	8.81
정신장애	-	-	-	-	0.78	-	1.15
신장장애	-	-	-	0.63	-	-	0.38
심장장애	-	-	-	-	-	-	0.38
호흡기장애	-	-	-	-	-	-	0.38
간장애	-	-	-	-	-	-	-
안면장애	1.54	-	-	-	-	-	-
장루·요루장애	-	-	-	-	-	-	-
간질장애	-	-	-	-	-	-	-
총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)

2차 장애유형은 지체장애인 시설에서는 뇌병변장애가 42.86%로 가장 높은 비율로 나타났으며, 장애영유아시설에서는 시각장애 42.11%, 언어장애 23.68%, 지적장애 21.05%의 순으로 나타났다. 그리고 자립생활센터의 경우 언어장애 31.34%, 지적장애 19.40%, 뇌병변장애 16.42%의 순으로 나타났다.

〈표 3-4-6〉 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 2차 장애유형

(단위: %)

	지체 장애인시설	시각 장애인시설	청각 장애인시설	정신지체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영유아시설	자립 생활센터
지체장애	-	3.85	-	-	39.06	-	-
뇌병변장애	42.86	-	-	-	49.22	2.63	16.42
시각장애	-	26.92	-	-	0.78	42.11	7.46
청각장애	-	3.85	-	-	-	5.26	1.49
언어장애	-	11.54	-	-	4.69	23.68	31.34
지적장애	21.43	42.31	-	85.19	5.47	21.05	19.40
자폐성장애	-	-	-	3.70	-	5.26	7.46
정신장애	35.71	-	-	-	0.7	-	7.46
신장장애	-	3.85	-	-	-	-	2.99
심장장애	-	-	-	-	-	-	1.49
호흡기장애	-	-	-	-	-	-	1.49
간장애	-	-	-	3.70	-	-	-
안면장애	-	-	-	-	-	-	-
장루·요루장애	-	-	-	-	-	-	-
간질장애	-	7.69	-	7.41	-	-	2.99
총 합	100.00(14)	100.00(26)	-	100.00(27)	100(128)	100.00(38)	100.00(67)

## 3) 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 기본적 일상생활 수행능력 상태

이용자의 기본적 일상생활 수행능력에 대한 결과는 다음과 같다. 지체장애인 시설과 시각장애인시설, 청각장애인시설, 정신지체장애인시설의 경우 기본적 일상생활 수행능력과 관련하여 완전 자립의 비율이 가장 높게 나타났다. 그러나 중증요양시설의 경우 완전도움이 가장 높은 비율로 나타났다. 장애영유아시설에서는 체위변경하기와 일어나 앉기를 제외하고 기본적 일상생활 수행능력에서 완전도움이 가장 높은 비율로 나타났다. 자립생활센터의 경우 체위변경하기 50.19%, 일어나 앉기 52.87%,



옮겨앉기 47.89%, 대변조절하기 49.43%, 소변 조절하기 52.49%, 휠체어 타기 39.85%로 완전자립 및 도움필요없음이 가장 높게 나타났으며 이를 제외한 기본적인 일상생활수행능력은 완전도움이 가장 높은 비율로 나타났다.

<표 3-4-7> 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 기본적 일상생활 수행능력 상태  
(단위: %)

항목	자립 기능정도	지체 장애인시설	시각 장애인시설	청각 장애인시설	정신지체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영유아시설	자립 생활센터
옷벗고 입기	완전자립	67.69	65.79	85.19	53.75	0.78	-	10.73
	부분도움	20.77	26.32	12.96	32.50	13.18	17.07	40.61
	완전도움	11.54	7.89	1.85	13.75	86.05	82.93	48.66
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
세수하기	완전자립	67.69	73.68	98.15	59.38	1.55	-	15.33
	부분도움	26.15	13.16	-	23.13	9.30	19.51	39.46
	완전도움	6.15	13.16	1.85	17.50	89.15	80.49	45.21
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
양치질 하기	완전자립	72.31	75.00	98.15	48.75	3.10	-	18.39
	부분도움	23.08	10.53	-	28.75	11.63	14.63	38.31
	완전도움	4.62	14.47	1.85	22.50	85.27	85.37	43.30
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
목욕 하기	완전자립	49.23	63.16	81.48	41.88	0.78	-	10.73
	부분도움	32.31	21.05	14.81	31.25	8.53	9.76	31.03
	완전도움	18.46	15.79	3.70	26.88	90.70	90.24	58.24
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
식사하기	완전자립	81.54	57.89	96.30	81.25	14.73	24.39	29.50
	부분도움	18.46	35.53	3.70	11.25	13.95	2.44	34.48
	완전도움	-	6.58	-	7.50	71.32	73.17	36.02
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
체위변경 하기	완전자립	86.15	94.74	100.00	91.88	49.61	41.46	50.19
	부분도움	9.23	2.63	-	8.13	23.26	19.51	27.20
	완전도움	4.62	2.63	-	-	27.13	39.02	22.61
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
일어나 앉기	완전자립	88.46	96.05	100.00	93.75	34.11	39.02	52.87
	부분도움	5.38	2.63	-	3.13	8.53	4.88	16.48
	완전도움	6.15	1.32	-	3.13	57.36	56.10	30.65
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)

움켜 잡기	완전자립	83.85	94.74	100.00	93.75	18.60	34.15	47.89
	부분도움	10.00	3.95	-	4.38	22.48	12.20	22.99
	완전도움	6.15	1.32	-	1.88	58.91	53.66	29.12
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
방밖으로 나가기	완전자립	75.38	72.37	98.15	85.63	6.98	24.39	29.50
	부분도움	20.77	23.68	1.85	11.25	30.23	14.63	31.42
	완전도움	3.85	3.95	-	3.13	62.79	60.98	39.08
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
화장실 사용하기	완전자립	73.85	80.26	98.15	76.88	0.78	-	22.99
	부분도움	15.38	11.84	-	11.88	14.73	9.76	36.02
	완전도움	10.77	7.89	1.85	11.25	84.50	90.24	41.00
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
대변 조절하기	완전자립	80.77	90.79	98.15	85.63	10.08	2.44	49.43
	부분도움	13.08	2.63	-	10.00	13.18	4.88	26.05
	완전도움	6.15	6.58	1.85	4.38	76.74	92.68	24.52
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
소변 조절하기	완전자립	73.85	89.47	98.15	86.88	14.73	2.44	52.49
	부분도움	17.69	3.95	-	8.75	12.40	4.88	22.61
	완전도움	8.46	6.58	1.85	4.38	72.87	92.68	24.90
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
머리감기	완전자립	55.38	68.42	81.48	45.00	0.78	-	16.09
	부분도움	27.69	14.47	14.81	30.63	7.75	-	25.67
	완전도움	16.92	17.11	3.70	24.38	91.47	100.00	58.24
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
휠체어 타기	도움필요없음	63.85	98.68	100.00	89.38	2.33	29.27	39.85
	약간도움필요	26.15	1.32	-	5.00	14.73	-	20.69
	전적도움필요	10.00	-	-	5.63	82.95	70.73	39.46
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)

#### 4) 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 수단적 일상생활 수행능력 상태

이용자의 수단적 일상생활 수행능력상태와 관련하여 장애유형별 생활시설 및 자립생활센터가 각각 상이한 결과를 나타냈다. 지체장애인시설의 경우 식사 준비하기 34.62%, 교통수단 이용하기 41.54%, 근거리 외출하기 40.77%로 완전도움이 필요한 것으로 나타났으며 그 밖의 수단적 일상생활 수행능력에서는 완전자립 및 부분도움

정도가 필요한 것으로 나타났다. 시각장애인시설의 경우 빨래하기 28.95%, 금전관리 36.84%, 물건사기 30.26%, 교통수단 이용하기 35.53%, 근거리 외출하기 42.11%가 가장 높은 비율로 나타났으며 특히, 교통수단과 근거리 외출과 관련하여 많은 도움이 요구되어질 것으로 여겨진다. 청각장애인시설의 경우 식사 준비하기 55.56%, 빨래하기 50.00%, 물건사기 42.59%에서 완전도움이 필요한 것으로 나타났으며 특히 전화 사용하기의 경우 88.89%가 완전도움으로 나타났다. 정신지체인시설의 경우 집안일하기를 제외한 모든 영역에서 완전도움이 가장 높은 비율로 나타났으며 중증요양시설의 경우도 모든 영역에서 완전도움이 가장 높은 비율로 나타났다. 장애영유아시설의 경우 이용자 평균연령이 낮아 모든 영역에서 완전도움 및 수행하지 않음이 가장 높은 비율로 나타났다. 자립생활센터의 경우 또한 모든 영역에서 완전도움이 가장 높은 비율로 나타났다.

〈표 3-4-8〉 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 수단적 일상생활 수행능력 상태  
(단위: %)

항목	자립 기능정도	지체 장애인시설	시각 장애인시설	청각 장애인시설	정신지체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영유아시설	자립 생활센터
집안일 하기	완전자립	32.31	18.42	37.04	16.88	-	-	1.53
	부분도움	32.31	26.32	35.19	44.38	6.20	-	18.39
	완전도움	20.77	14.47	27.78	34.38	91.47	46.34	51.34
	수행하지않음	14.62	40.79	-	4.38	2.33	53.66	28.74
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
식사 준비하기	완전자립	6.92	5.26	16.67	3.75	-	-	1.53
	부분도움	24.62	7.89	27.78	32.50	2.33	-	12.26
	완전도움	33.85	30.26	55.56	55.63	93.80	46.34	55.94
	수행하지않음	34.62	56.58	-	8.13	3.88	53.66	30.27
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
빨래하기	완전자립	35.38	21.05	27.78	11.88	0.78	-	3.07
	부분도움	20.77	28.95	22.22	39.38	1.55	-	9.96
	완전도움	26.92	22.37	50.00	43.13	95.35	46.34	53.64
	수행하지않음	16.92	27.63	-	5.63	2.33	53.66	33.33
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
금전관리	완전자립	20.77	19.74	1.85	1.88	0.78	-	16.09

항목	자립 기능정도	지체 장애인시설	시각 장애인시설	청각 장애인시설	정신지체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영유아시설	자립 생활센터
	부분도움	30.77	36.84	46.30	24.38	6.98	-	18.01
	완전도움	33.85	23.68	51.85	70.00	89.92	46.34	39.85
	수행하지않음	14.62	19.74	-	3.75	2.33	53.66	26.05
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
물건사기 (쇼핑)	완전자립	34.62	19.74	29.63	11.25	-	-	7.66
	적은부분도움	26.15	30.26	11.11	25.63	5.43	-	18.77
	많은부분도움	18.46	19.74	16.67	24.38	17.83	-	23.75
	완전도움	20.77	30.26	42.59	38.75	76.74	100.00	49.81
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
전화 사용하기	완전자립	52.31	55.26	-	26.63	1.55	-	16.48
	적은부분도움	19.23	19.74	3.70	12.50	6.98	-	17.24
	많은부분도움	15.38	6.58	7.41	18.13	6.98	2.44	18.01
	완전도움	13.08	18.42	88.89	48.75	84.50	97.56	48.28
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
교통수단 이용하기	완전자립	15.38	25.00	48.15	8.75	-	-	5.75
	적은부분도움	27.69	28.95	7.41	34.38	1.55	-	12.64
	많은부분도움	15.38	10.53	7.41	12.50	4.65	-	11.49
	완전도움	41.54	35.53	37.04	44.38	93.80	100.00	70.11
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
근거리 외출하기	완전자립	30.77	30.26	83.33	25.63	0.78	-	7.28
	부분도움	28.46	27.63	12.96	28.13	6.20	-	21.84
	완전도움	40.77	42.11	3.70	46.25	93.02	100.00	70.88
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
몸 단장하기	완전자립	37.69	39.47	57.41	23.75	-	-	9.58
	부분도움	43.08	31.58	33.33	35.63	3.88	-	23.37
	완전도움	19.23	28.95	9.26	40.63	96.12	100.00	67.05
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
약 챙겨먹기	완전자립	44.62	48.68	35.19	15.63	0.78	-	13.03
	부분도움	37.69	26.32	61.11	40.63	8.53	-	22.61
	완전도움	17.69	25.00	3.70	43.75	90.70	100.00	64.37
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)

## 5) 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 인지기능 상태

이용자의 인지기능 상태와 관련하여 정신지체장애인시설, 중증요양시설, 장애영유

아시설의 경우 인지기능과 관련하여 거의 모든 영역에서 인지기능 상태에 장애가 있는 것으로 나타났으며 자립생활센터의 경우는 의사소통이나 전달에 장애가 있다라는 영역의 경우에서 장애가 있다고 응답한 비율이 53.64%로 높게 나타났다.

<표 3-4-9> 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 인지기능 상태

(단위: %)

항목	자립 가능정도	자체 장애인시설	사각 장애인시설	청각 장애인시설	정신지체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영유아시설	자립 생활센터
방금 전 이야기나 일 أت는다	예	25.38	17.11	-	40.00	80.62	75.61	38.70
	아니오	74.62	82.89	100.00	60.00	19.38	24.39	61.30
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
오늘이 몇 월 며칠 인지 모른다	예	36.92	18.42	-	61.25	82.95	97.56	42.15
	아니오	63.08	81.58	100.00	38.75	17.05	2.44	57.85
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
자신이 있는 장소를 알지 못한다	예	13.85	13.16	-	24.38	70.54	80.49	31.42
	아니오	86.15	86.84	100.00	75.63	29.46	19.51	68.58
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
자신 나이나 생년월일을 모른다	예	30.77	23.68	-	63.75	82.95	92.68	38.31
	아니오	69.23	76.32	100.00	36.25	17.05	7.32	61.69
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
지시를 이해하지 못한다	예	19.23	19.74	-	32.50	75.19	80.49	35.25
	아니오	80.77	80.26	100.00	67.50	24.81	19.51	64.75
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
주어진 상황에 대한 판단력 떨어져 있다	예	33.08	23.68	-	71.25	88.37	95.12	45.53
	아니오	66.92	76.32	100.00	28.75	11.63	4.88	57.47
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
의사소통이나 전달에 장애가 있다	예	27.69	23.68	98.15	72.50	94.57	100.00	53.64
	아니오	72.31	76.32	1.85	27.50	5.43	-	46.36
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
계산을 하지 못한다	예	41.54	31.58	1.85	79.38	95.35	100.00	47.51
	아니오	58.46	68.42	98.15	20.63	4.65	-	52.49
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
하루 일과를 이해하지	예	26.15	22.37	-	42.50	74.42	97.56	38.70
	아니오	73.85	77.63	100.00	57.50	25.58	2.44	61.30

못한다	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
가족 또는 친척을 알아보지 못한다	예	10.77	6.58	-	14.38	58.14	63.41	18.39
	아니오	89.23	93.42	100.00	85.63	41.86	36.59	81.61
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)

#### 6) 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 행동변화 상태

행동변화 상태에 대한 문항은 문제행동에 대한 파악을 위한 문항으로 중증요양시설에서 길을 잃거나 헤맸에 예라고 응답한 비율이 56.59%로 높게 나타났으며 이를 제외하고 장애유형별 생활시설, 자립생활센터 모두 이용자의 문제행동이 없다는 비율이 높게 나타났다.

〈표 3-4-10〉 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 행동변화 상태

(단위: %)

항목	자립 가능정도	자체 장애인시설	사각 장애인시설	창각 장애인시설	정신자체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영양시설	자립 생활센터
망상(자기를 해치려함)	예	0.77	1.32	-	0.63	0.78	2.44	7.28
	아니오	99.23	98.68	100.00	99.38	99.22	97.56	92.72
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
환각, 환청	예	0.77	-	-	0.63	2.33	-	7.28
	아니오	99.23	100.00	100.00	99.38	97.67	100.00	92.72
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
슬프거나 울기도 함	예	16.15	18.42	-	6.25	21.71	4.88	29.50
	아니오	83.85	81.58	100.00	93.75	78.29	95.12	70.50
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
낮과 밤 뒤바뀜	예	2.31	9.21	-	6.88	13.18	12.20	19.92
	아니오	97.69	90.79	100.00	93.13	86.82	87.80	80.08
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)

항목	자립 가능정도	자체 장애인시설	사각 장애인시설	창각 장애인시설	정신자체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영유아시설	자립 생활센터
도와주는 것에 저항	예	3.08	5.26	-	6.25	3.10	2.44	12.26
	아니오	96.92	94.74	100.00	93.75	96.90	97.56	87.74
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
안전부절 못함	예	16.15	10.53	-	8.75	4.65	9.76	23.75
	아니오	83.85	89.47	100.00	91.25	95.35	90.24	76.25
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
길을 잃거나 헤맸	예	26.92	35.53	-	34.38	56.59	26.83	37.93
	아니오	73.08	64.47	100.00	65.63	43.41	73.17	62.07
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
폭언, 폭행, 위협적 행동	예	10.00	7.89	-	10.63	7.75	2.54	16.48
	아니오	90.00	92.11	100.00	89.38	92.25	97.56	83.52
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
혼자서 밖으로 나가려함	예	4.62	2.63	-	8.75	15.50	7.32	15.71
	아니오	95.38	97.37	100.00	91.25	84.50	92.68	84.29
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
물건, 옷을 망가트리고 부숨	예	3.08	5.26	-	7.50	8.53	2.44	14.18
	아니오	96.92	94.74	100.00	92.50	91.47	97.56	85.82
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
의미없는 행동반복 부적절한 행동을 함	예	4.62	10.53	-	15.00	10.08	9.76	23.75
	아니오	95.38	89.47	100.00	85.00	89.92	90.24	76.25
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
돈이나 물건을 장롱같이 찾기 어려운 곳에 감춤	예	5.38	-	-	3.13	-	2.44	6.90
	아니오	94.62	100.00	100.00	96.88	100.00	97.56	93.10
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
옷을 부적절하게 입음	예	10.00	6.58	-	16.25	3.10	14.63	19.16
	아니오	90.00	93.42	100.00	83.75	96.90	85.37	80.84
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
대소변을 벽이나 옷에 바름	예	-	-	-	1.25	6.20	2.44	5.75

항목	자립 가능정도	자체 장애인시설	사각 장애인시설	창각 장애인시설	정신자체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영유아시설	자립 생활센터
	아니오	100.00	100.00	100.00	98.75	93.80	97.56	94.25
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
회기를 관리할 수 없음	예	39.23	40.79	-	55.00	91.47	82.93	46.36
	아니오	60.77	59.21	100.00	45.00	8.53	17.07	53.64
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
혼자있는 것을 두려워함	예	8.46	15.79	-	1.25	7.75	7.32	39.46
	아니오	91.54	84.21	100.00	98.75	92.25	92.68	60.54
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
자능이나 사고, 기억력 등의 장애로 의사소통에 문제	예	13.85	13.16	-	27.50	77.52	17.07	33.33
	아니오	86.15	86.84	100.00	72.50	22.48	82.93	66.67
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
우울증상이나 환각, 망상, 자살충동을 느낌	예	0.77	2.63	-	1.25	0.78	2.44	4.98
	아니오	99.23	97.37	100.00	98.75	99.22	97.56	95.02
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
신체접촉 혹은 성기노출이나 자위행동을 함	예	3.85	5.26	-	8.75	8.53	-	9.20
	아니오	96.15	94.74	100.00	91.25	91.47	100.00	90.80
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)

## 7) 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 간호처치 상태

이용자의 간호처치 상태에 관련된 항목을 측정함에 있어 예라고 응답한 비율을 중심으로 살펴보고자 한다. 지체장애인 시설은 욕창간호가 14.62%, 도뇨관리 1.54%, 절단지 관리 0.77%로 나타났으며, 중증요양시설의 경우 흡인 3.10%, 산소요법 2.33%, 욕창간호 20.16%, 경관영양 6.98%, 도뇨관리 0.78%, 장루간호 0.78%로 나타났다. 자립생활센터의 경우 욕창 간호 11.49%로 예라고 응답한 비율 중 가장 높게 나타났으며, 도뇨관리 6.90%, 기관지 간호가 6.13%의 순으로 나타났다.



〈표 3-4-11〉 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 간호처치 상태

(단위: %)

[illegible]

	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
당뇨발간호	예	-	-	-	-	-	-	2.30
	아니오	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	100.00	97.70
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
절단지 관리	예	0.77	-	-	0.63	-	-	2.30
	아니오	99.23	100.00	100.00	99.38	100.00	100.00	97.70
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)

## 8) 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 재활 상태

이용자의 재활 상태와 관련하여 시각장애인시설, 청각장애인시설, 정신지체장애인 시설의 경우 운동장애없음의 비율이 모든 영역에서 가장 높은 것으로 나타났으며, 자립생활센터의 경우 좌측하지 40.61%, 앉은 자세에서 일어나기 44.83%, 선 자세에서 균형잡기 50.57%, 보행능력 47.51%, 계단오르기 50.19%로 해당 영역에서 완전제한의 비율이 가장 높은 것으로 나타났다.

〈표 3-4-12〉 생활시설 및 자립생활센터 이용자의 재활 상태

(단위: %)

항목	자립 가능정도	자체 장애인시설	시각 장애인시설	청각 장애인시설	정신지체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영양아시설	자립 생활센터
우측상지	운동장애없음	82.31	93.42	100.00	71.88	13.95	24.39	41.38
	불완전운동장애	16.15	3.95	-	20.00	59.69	48.78	28.74
	완전운동장애	1.54	2.63	-	8.13	26.36	26.83	29.89
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
좌측상지	운동장애없음	79.23	93.42	100.00	72.50	15.50	24.39	43.30
	불완전운동장애	20.00	3.95	-	20.00	55.81	43.90	26.82
	완전운동장애	0.77	2.63	-	7.50	28.68	31.71	29.89
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)

항목	지립 가능정도	자체 장애인시설	사각 장애인시설	창각 장애인시설	정산자체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영유아시설	지립 생활센터
우측하지	운동장애없음	52.31	89.47	100.00	66.88	10.08	26.83	35.25
	불완전운동장애	40.00	7.89	-	22.50	50.39	36.59	24.14
	완전운동장애	7.69	2.63	-	10.63	39.53	36.59	40.61
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
좌측하지	운동장애없음	51.54	90.79	100.00	66.88	10.08	26.83	35.63
	불완전운동장애	39.23	6.58	-	23.75	49.61	36.59	23.75
	완전운동장애	9.23	2.63	-	9.38	40.31	36.59	40.61
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
어깨관절	제한없음	80.00	94.74	100.00	73.75	32.56	46.34	49.81
	좌우관절제한	13.85	1.32	-	11.25	18.60	17.07	23.37
	양관절제한	6.15	3.95	-	15.00	48.84	36.59	26.82
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
팔꿈치관절	제한없음	76.15	94.74	100.00	79.38	40.31	48.78	54.79
	좌우관절제한	17.69	1.32	-	10.00	21.71	14.63	20.31
	양관절제한	6.15	3.95	-	10.63	37.98	36.59	24.90
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
손목 및 수지관절	제한없음	61.54	94.74	100.00	74.38	41.09	46.34	48.28
	좌우관절제한	19.23	1.32	-	10.63	20.16	17.07	22.99
	양관절제한	19.23	3.95	-	15.00	38.76	36.59	28.74
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
고관절	제한없음	46.15	88.16	100.00	57.50	24.03	41.46	42.15
	좌우관절제한	10.00	2.63	-	16.25	19.38	12.20	16.09
	양관절제한	43.85	9.21	-	26.25	56.59	46.34	41.76
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
무릎관절	제한없음	63.08	94.74	100.00	81.25	33.33	46.34	45.21
	좌우관절제한	6.92	1.32	-	7.50	17.05	9.76	15.71
	양관절제한	30.00	3.95	-	11.25	49.61	43.90	39.08
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
발목관절	제한없음	32.31	86.84	100.00	75.63	26.36	46.34	42.15

항목	지립 가능정도	자체 장애인시설	사각 장애인시설	창각 장애인시설	정산자체 장애인시설	중증 요양시설	장애 영유아시설	지립 생활센터
	좌우관절제한	16.92	3.95	-	10.00	17.05	9.76	17.62
	양관절제한	50.77	9.21	-	14.38	56.59	43.90	40.23
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
앉은 자세에서 균형잡기	제한없음	72.31	89.47	100.00	78.75	11.63	26.83	41.00
	일부제한	25.38	6.58	-	14.38	22.48	19.51	24.90
	완전제한	2.31	3.95	-	6.88	65.89	53.66	34.10
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
앉은 자세에서 일어나기	제한없음	50.00	92.11	100.00	78.13	4.65	19.51	39.08
	일부제한	22.31	5.26	-	11.25	5.54	9.76	16.09
	완전제한	27.69	2.63	-	10.63	89.92	70.73	44.83
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
선 자세에서 균형잡기	제한없음	23.08	84.21	100.00	61.25	-	4.88	33.72
	일부제한	39.23	6.58	-	25.00	7.75	24.39	15.71
	완전제한	37.69	9.21	-	13.75	92.25	70.73	50.57
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
미세한 손동작	제한없음	56.92	86.84	100.00	56.88	10.08	26.83	36.40
	일부제한	40.77	6.58	-	29.38	55.04	29.27	32.57
	완전제한	2.31	6.58	-	13.75	34.88	43.90	31.03
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
보행능력	제한없음	46.92	90.79	100.00	83.75	3.88	24.39	37.93
	일부제한	25.38	6.58	-	7.50	5.43	4.88	14.56
	완전제한	27.69	2.63	-	8.75	90.70	70.73	47.51
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)
계단오르기	제한없음	36.15	92.11	100.00	83.75	1.55	14.63	38.31
	일부제한	32.31	6.58	-	8.13	6.20	9.76	11.49
	완전제한	31.54	1.32	-	8.13	92.25	75.61	50.19
	총 합	100.00(130)	100.00(76)	100.00(54)	100.00(160)	100.00(129)	100.00(41)	100.00(261)

## 나. 서비스 제공시간 분석

### 1) 시설별 대분류별 서비스 제공시간

각 시설별로 실시한 타임스터디 조사를 바탕으로 본 연구진에 의하여 수정보완된 타임스터디 코드표를 활동보조서비스 유형별로 코드를 분류한 후 각각의 서비스 제공시간을 다음 <표 4-3-13>과 같이 제시하였다. 생활시설의 경우 24시간동안 이루어지는 서비스이며, 자립생활센터의 경우 1일 동안 활동보조인 1명이 이용자에게 제공한 서비스 제공시간임을 염두하여 살펴보아야 할 것이다. 생활시설 및 자립생활센터별 서비스 제공시간을 활동보조서비스 분류와 추가적인 서비스로 구분하여 대분류별로 제시한 것이다.

시설별 대분류별 서비스 제공시간을 살펴보면, 지적장애인지역의 경우 신변처리지원이 21.72분으로 가장 많은 서비스 제공시간으로 나타났으며, 이후 복지지원 서비스가 19.28분으로 나타났다. 시각장애인지역의 경우 방문간호서비스 영역(타임스터디 서비스 코드표 부록 참조)에서 132.61분으로 나타났으며 신변처리지원이 93.26분으로 나타났다. 이와 관련하여 타임스터디 조사 실시 기간상 시설의 경우 규정된 프로그램에 따라 한주가 진행되어짐에 따라 방문간호 또는 간호관련 서비스 및 프로그램이 실시되는 날 타임스터디 조사가 실시됨에 따라 간호관련 서비스 제공시간이 많은 비중을 차지한 것으로 이해할 수 있을 것 같다. 청각장애인지역의 경우 가사지원, 신변처리지원, 커뮤니케이션보조, 복지지원 서비스가 20분 이상으로 나타났으며 정신지체장애인지역의 경우 가사지원이 67.84분으로 가장 많은 서비스 제공시간을 필요로 하는 것으로 나타났으며 이어 신변처리지원이 64.96분 순으로 나타났다. 중증요양시설의 경우 신변처리지원이 79.74분으로 가장 많은 서비스 제공이 이루어지는 것으로 나타났으며, 장애영유아시설의 경우 신변처리지원이 89.44분, 방문간호 서비스가 48.46분으로 나타났다. 그리고 자립생활센터의 경우 신변처리 지원이 77.77분, 이동의 보조 60.85분, 재활이 61.08분의 순으로 서비스가 이루어지는 것으로 나

타났다.

<표 3-4-13> 시설별 대분류별 서비스 제공시간(1일)

구분	신변처리 지원		가사지원		일상생활 지원		커뮤니케이션 보조		이동의 보조	
	분	N	분	N	분	N	분	N	분	N
지체장애인시설	21.72	130	17.88	130	10.45	130	4.38	130	1.22	130
시각장애인시설	93.26	76	73.93	76	40.66	76	21.72	76	7.11	76
청각장애인시설	25.78	54	27.76	54	13.31	54	24.96	54	9.41	54
정신지체장애인 시설	64.96	160	67.84	160	52.81	160	11.14	160	10.97	160
중증요양시설	79.74	129	42.35	129	18.88	129	4.52	129	3.06	129
장애영·유아시설	89.44	41	51.78	41	24.68	41	3.95	41	4.44	41
자립생활센터	77.77	268	58.37	268	12.57	268	29.23	268	60.85	268
합계	65.84	858	50.73	858	23.82	858	16.24	858	23.13	858

구분	복지지원 서비스		재활		방문간호 서비스		총 요양서비스	
	분	N	분	N	분	N	분	N
지체장애인시설	19.28	130	3.85	130	8.99	130	87.76	130
시각장애인시설	54.39	76	14.45	76	132.61	76	438.13	76
청각장애인시설	22.91	54	17.48	54	17.22	54	158.83	54
정신지체장애인 시설	40.37	160	10.82	160	25.04	160	283.95	160
중증요양시설	12.73	129	8.17	129	21.30	129	190.75	129
장애영·유아시설	21.44	41	3.63	41	48.46	41	247.83	41
자립생활센터	17.43	268	61.08	268	21.19	268	338.49	268
합계	25.09	858	25.46	858	31.00	858	261.30	858

시설별 장애등급별로 대분류별 서비스 제공시간 비교하면 다음과 같다. 지체장애인시설의 경우 신변처리지원은 장애등급 1등급이 23.21분, 2등급이 21.04분, 3등급이 25.36분으로 서비스 제공시간이 높은 것으로 나타났으며, 가사지원의 경우 6등급이 34.00분으로 가장 높게 나타났다. 또한 일상생활 지원의 경우도 6등급이 32.00분, 커

뮤니케이션 보조도 9.00분으로 가장 높게 나타났다.

<표 3-4-14> 지체장애인시설 장애등급별 서비스 제공시간

구분	신변처리 지원		가사지원		일상생활 지원		커뮤니케이션 보조		이동의 보조	
	분	N	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	23.21	67	14.94	67	7.51	67	3.25	67	1.42	67
2등급	21.04	26	20.19	26	11.88	26	5.31	26	0.54	26
3등급	25.36	11	22.36	11	12.64	11	7.55	11	0.73	11
4등급	14.25	8	16.00	8	10.25	8	4.63	8	2.00	8
5등급	9.25	4	7.00	4	4.00	4	0.75	4	0.25	4
6등급	28.78	9	34.00	9	32.00	9	9.00	9	1.11	9
합계	22.33	125	17.87	125	10.70	125	4.48	125	1.15	125

구분	복지지원 서비스		재활		방문간호 서비스		총 요양서비스	
	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	16.45	67	3.85	67	7.28	67	77.91	67
2등급	19.50	26	0.04	26	11.50	26	90.00	26
3등급	29.64	11	0.00	11	8.82	11	107.09	11
4등급	21.88	8	0.00	8	6.50	8	75.50	8
5등급	11.50	4	0.00	4	4.00	4	36.75	4
6등급	33.22	9	26.78	9	21.78	9	186.67	9
합계	19.64	125	4.00	125	9.18	125	89.35	125

시각장애인시설의 경우 모든 영역에서 1등급이 가장 많은 서비스를 제공받는 것으로 나타났다.

&lt;표 3-4-15&gt; 시각장애인시설 장애등급별 서비스 제공시간

구분	신변처리 지원		가사지원		일상생활 지원		커뮤니케이션 보조		이동의 보조	
	분	N	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	102.04	67	77.16	67	44.45	67	22.51	67	7.58	67
2등급	18.50	2	45.50	2	23.50	2	19.00	2	1.00	2
3등급	32.33	6	45.83	6	7.83	6	16.50	6	4.83	6
4등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5등급	20.00	1	83.00	1	18.00	1	6.00	1	1.00	1
6등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	93.26	76	73.93	76	40.66	76	21.72	76	7.11	76

구분	복지지원 서비스		재활		방문간호 서비스		총 요양서비스	
	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	58.34	67	15.95	67	141.48	67	469.52	67
2등급	22.00	2	-	2	33.00	2	162.50	2
3등급	24.17	6	4.83	6	58.67	6	195.00	6
4등급	-	-	-	-	-	-	-	-
5등급	36.00	1	0.00	1	181.00	1	345.00	1
6등급	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	54.39	76	14.45	76	132.61	76	438.13	76

청각장애인시설의 경우 신변처리지원의 경우 1등급이 43.54분으로 가장 높게 나타났으며, 가사지원의 경우는 5등급이 43.00분, 일상생활지원은 4등급이 17.00분, 커뮤니케이션 보조의 경우 3등급이 29.20분으로 나타났으며 그리고 이동의 보조는 1등급이 17.23분으로 가장 높게 나타났다.



&lt;표 3-4-16&gt; 청각장애인시설 장애등급별 서비스 제공시간

구분	신변처리 지원		가사지원		일상생활 지원		커뮤니케이션 보조		이동의 보조	
	분	N	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	43.54	13	29.31	13	15.23	13	38.15	13	17.23	13
2등급	18.93	33	27.39	33	13.79	33	19.85	33	7.61	33
3등급	19.40	5	22.20	5	6.40	5	29.20	5	3.60	5
4등급	25.00	1	16.00	1	17.00	1	3.00	1	7.00	1
5등급	39.50	2	43.50	2	8.50	2	24.00	2	4.00	2
6등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	25.78	54	27.76	54	13.31	54	24.96	54	9.41	54

구분	복지지원 서비스		재활		방문간호 서비스		총 요양서비스	
	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	22.38	13	32.08	13	21.77	13	219.69	13
2등급	23.52	33	10.12	33	15.09	33	136.30	33
3등급	17.80	5	19.60	5	16.80	5	135.00	5
4등급	20.00	1	4.00	1	10.00	1	102.00	1
5등급	30.50	2	45.50	2	27.50	2	223.00	2
6등급	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	22.91	54	17.48	54	17.22	54	158.83	54

정신지체인시설의 경우 신변처리 지원은 1등급이 71.28분으로 가장 높게 나타났으며, 가사지원은 3등급이 80.40분, 일상생활 지원은 1등급이 48.59분, 커뮤니케이션 보조는 3등급이 32.40분, 이동의 보조는 3등급이 28.20분으로 가장 높게 나타났다.

&lt;표 3-4-17&gt; 정신지체인시설 장애등급별 서비스 제공시간

구분	신변처리 지원		가사지원		일상생활 지원		커뮤니케이션 보조		이동의 보조	
	분	N	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	71.28	103	61.62	103	48.59	103	8.27	103	8.52	103
2등급	54.73	52	78.96	52	61.60	52	14.79	52	14.15	52
3등급	41.20	5	80.40	5	48.20	5	32.40	5	28.20	5
4등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	64.96	160	67.84	160	52.80	160	11.14	160	10.97	160

구분	복지지원 서비스		재활		방문간호 서비스		총 요양서비스	
	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	36.73	103	10.16	103	24.43	103	269.60	103
2등급	45.87	52	10.69	52	26.77	52	307.56	52
3등급	58.20	5	25.80	5	19.60	5	334.00	5
4등급	-	-	-	-	-	-	-	-
5등급	-	-	-	-	-	-	-	-
6등급	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	40.37	160	10.82	160	25.04	160	283.95	160

중중요양시설의 경우 입소 대상자가 1등급인 관계로 1등급에 해당되는 서비스 제공시간만 제시되었으며 신변처리 지원이 79.74분으로 가장 많은 서비스 제공시간이 이루어진 것으로 나타났다.

&lt;표 3-4-18&gt; 중증요양시설 장애등급별 서비스 제공시간

구분	신변처리 지원		가사지원		일상생활 지원		커뮤니케이션 보조		이동의 보조	
	분	N	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	79.74	129	42.35	129	18.88	129	4.52	129	3.06	129
2등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
3등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	79.74	129	42.35	129	18.88	129	4.52	129	3.06	129

구분	복지지원 서비스		재활		방문간호 서비스		총 요양서비스	
	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	12.73	129	8.17	129	21.30	129	190.75	129
2등급	-	-	-	-	-	-	-	-
3등급	-	-	-	-	-	-	-	-
4등급	-	-	-	-	-	-	-	-
5등급	-	-	-	-	-	-	-	-
6등급	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	12.73	129	8.17	129	21.30	129	190.75	129

장애영·유아시설에서는 1등급이 신변처리지원에서 91.44분, 가사지원에서 52.74분, 일상생활 지원에서 26.06분, 이동이 보조에서 5.32분으로 나타났으며 커뮤니케이션 보조의 경우 2등급이 4.50분으로 가장 많은 서비스 제공이 이루어진 것으로 나타났다.

&lt;표 3-4-19&gt; 장애영·유아시설 장애등급별 서비스 제공시간

구분	신변처리 지원		가사지원		일상생활 지원		커뮤니케이션 보조		이동의 보조	
	분	N	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	91.44	34	52.74	34	26.06	34	3.91	34	5.32	34
2등급	85.67	6	46.67	6	20.00	6	4.50	6	0.17	6
3등급	44.00	1	50.00	1	6.00	1	2.00	1	0.00	1
4등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	89.44	41	51.78	41	24.68	41	3.95	41	4.44	41

구분	복지지원 서비스		재활		방문간호 서비스		총 요양서비스	
	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	19.85	34	4.18	34	49.44	34	252.84	34
2등급	32.67	6	1.67	6	45.33	6	236.17	6
3등급	8.00	1	0.00	1	34.00	1	144.00	1
4등급	-	-	-	-	-	-	-	-
5등급	-	-	-	-	-	-	-	-
6등급	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	21.44	41	3.63	41	48.46	41	247.83	41

장애인자립생활센터의 경우 현행 활동보조서비스 이용 대상자가 1급이며 지역에 따라 2급의 경우도 서비스 신청 및 이용의 대상자가 됨에 따라 다음과 같은 결과로 나타났다. 가장 많은 서비스가 이루어진 것은 신변처리 지원이 78.79분으로 나타났으며 이어 이동의 보조가 60.57분으로 나타났다.

&lt;표 3-4-20&gt; 장애인자립생활센터 장애등급별 서비스 제공시간

구분	신변처리 지원		가사지원		일상생활 지원		커뮤니케이션 보조		이동의 보조	
	분	N	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	78.79	261	59.13	261	12.80	261	28.95	261	60.57	261
2등급	39.71	7	29.86	7	4.29	7	39.96	7	71.29	7
3등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
4등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
6등급	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	77.77	268	58.37	268	12.57	268	29.23	268	60.85	268

구분	복지지원 서비스		재활		방문간호 서비스		총 요양서비스	
	분	N	분	N	분	N	분	N
1등급	17.31	261	61.70	261	21.62	261	340.87	261
2등급	21.86	7	38.00	7	5.00	7	249.86	7
3등급	-	-	-	-	-	-	-	-
4등급	-	-	-	-	-	-	-	-
5등급	-	-	-	-	-	-	-	-
6등급	-	-	-	-	-	-	-	-
합계	17.43	268	61.08	268	21.19	268	338.49	268

## 2) 시설별 중분류별 서비스 제공시간

신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션보조, 이동의 보조, 복지지원서비스, 재활, 간호서비스 등 대분류를 타임스터디 상의 중분류별 서비스 제공시간을 시설별로 분류하면 아래와 같다. 먼저 지체장애인시설에서는 청소가 12.29분으로 평균 서비스 제공시간이 가장 높은 것으로 나타났으며 이어 식사보조가 평균 10.72분으로 나타났다.

&lt;표 3-4-21&gt; 지체장애인시설 중분류별 서비스 제공시간

(단위: 분)

대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
신변처리 지원	목욕	130	2.17	0.00	4.81	0.00	33.00
	대소변	130	2.12	0.00	5.14	0.00	24.00
	옷 갈아입기	130	1.22	0.00	2.55	0.00	15.00
	세면	130	3.81	1.00	5.36	0.00	20.00
	식사보조	130	10.72	3.00	19.17	0.00	75.00
	체위변경	130	0.93	0.00	3.15	0.00	14.00
	옮겨타기	130	0.75	0.00	2.04	0.00	13.00
가사지원	쇼핑	130	0.73	0.00	3.09	0.00	26.00
	청소	130	12.29	7.00	14.40	0.00	59.00
	세탁	130	4.24	2.00	5.79	0.00	50.00
	식사준비	130	0.62	0.00	1.15	0.00	6.00
	양육보조	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
일상생활 지원	금전관리	130	7.92	0.00	20.18	0.00	63.00
	문제행동	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	관찰 및 측정	130	0.78	0.00	0.46	0.00	4.00
	일상생활 동작	130	2.45	1.00	2.53	0.00	9.00
	사회참여지원	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
커뮤니케이션 보조	낭독보조/대필보조	130	4.38	1.00	6.78	0.00	23.00
이동의 보조	외출보조	130	1.22	0.00	3.27	0.00	18.00
복지지원 서비스	상담	130	1.89	0.00	4.32	0.00	26.00
	교육	130	2.89	1.00	4.01	0.00	19.00
	프로그램	130	1.55	0.00	3.21	0.00	14.00
	행사·활동	130	0.82	0.00	1.37	0.00	8.00
	사례관리회의	130	0.61	0.00	2.07	0.00	20.00
	서비스 연계	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	기록 및 정리	130	6.08	3.00	7.77	0.00	36.00
	입퇴소 및	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	자원봉사관리	130	0.83	0.00	2.43	0.00	14.00
	출장업무	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	기타 행정서비스	130	4.36	2.50	4.60	0.00	27.00
	기타서비스	130	0.23	0.00	1.96	0.00	20.00
재활	신체기능의 유지·증진	130	0.92	0.00	7.17	0.00	58.00
	기능훈련을 위한 이동 및 지켜보기	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	신체적 평가	-	-	-	-	-	-
	신체기능의 훈련	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	기본동작	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	물리치료	130	0.05	0.00	0.53	0.00	6.00
	인지 및 정신교육	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	언어치료	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	작업치료	130	2.86	0.00	22.98	0.00	189.00
	기타 재활 관련	130	0.01	0.00	0.09	0.00	1.00
	재활기록	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
방문간호	기타	130	4.91	1.00	9.16	0.00	36.00
	간호계획 및 순회	130	1.81	1.00	2.41	0.00	18.00

대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
	투약 및 주사	130	1.18	0.00	3.13	0.00	22.00
	감염 및 예방	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	치료 및 처치	130	1.07	0.00	5.73	0.00	58.00
	검사	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	협조 및 자문	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	응급상황 대처	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	사후처치	130	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	간호기록	130	0.02	0.00	0.20	0.00	2.00
합계		130	87.77	49.00	98.39	4.00	458.00

시각장애인시설의 경우, 식사보조가 평균 47.33분, 그리고 청소가 41.43분으로 가장 높은 서비스 평균 제공시간을 나타냈다.

<표 3-4-22> 시각장애인시설 중분류별 서비스 제공시간

(단위: 분)

대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
신변처리 지원	목욕	76	8.20	0.00	13.93	0.00	72.00
	대소변	76	6.88	1.00	15.58	0.00	81.00
	옷 갈아입기	76	7.24	5.00	8.84	0.00	39.00
	세면	76	21.49	8.50	30.47	0.00	148.00
	식사보조	76	47.33	33.50	41.22	0.00	155.00
	체위변경	76	1.20	0.00	3.17	0.00	21.00
	옮겨타기	76	0.93	0.00	2.28	0.00	12.00
가사지원	쇼핑	76	12.71	9.00	11.44	0.00	58.00
	청소	76	41.43	34.50	31.31	2.00	146.00
	세탁	76	12.74	9.00	11.95	0.00	64.00
	식사준비	76	7.05	5.50	6.74	0.00	28.00
	양육보조	76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00



대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
일상생활 지원	금전관리	76	2.49	1.00	3.84	0.00	18.00
	문제행동	76	6.84	1.00	20.48	0.00	134.00
	관찰 및 측정	76	1.71	0.00	2.66	0.00	13.00
	일상생활 동작	76	29.62	14.00	47.87	0.00	231.00
	사회참여지원	76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
커뮤니케 이션 보조	낭독보조/대필보조	76	21.72	15.50	22.16	0.00	105.00
이동의 보조	외출보조	76	7.11	4.00	10.29	0.00	55.00
복지지원 서비스	상담	76	2.46	0.00	8.68	0.00	71.00
	교육	76	3.09	0.00	6.59	0.00	36.00
	프로그램	76	3.63	0.00	16.77	0.00	142.00
	행사·활동	76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	사례관리회의	76	11.16	4.50	15.44	0.00	74.00
	서비스 연계	76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	기록 및 정리	76	24.99	19.00	19.60	0.00	71.00
	입퇴소 및	76	2.01	0.00	3.55	0.00	21.00
	자원봉사관리	76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	출장업무	76	0.96	0.00	4.23	0.00	25.00
	기타 행정서비스	76	4.91	4.00	5.22	0.00	22.00
	기타서비스	76	0.86	0.00	2.53	0.00	15.00
재활	신체기능의 유지·증진	76	0.08	0.00	0.69	0.00	6.00
	기능훈련을 위한 이동 및 지켜보기	76	1.88	0.00	6.20	0.00	33.00
	신체적 평가	-	-	-	-	-	-
	신체기능의 훈련	76	3.00	0.00	12.62	0.00	102.00
	기본동작	76	2.51	0.00	6.43	0.00	35.00
	물리치료	76	1.30	0.00	8.32	0.00	64.00
	인지 및 정신교육	76	0.08	0.00	0.58	0.00	5.00
	언어치료	76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
	작업치료	76	4.68	0.00	10.11	0.00	44.00
	기타 재활 관련	76	0.91	0.00	5.48	0.00	34.00
	재활기록	76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
방문간호	기타	76	118.07	85.00	98.47	1.00	462.00
	간호계획 및 순회	76	9.45	4.00	12.34	0.00	64.00
	투약 및 주사	76	3.00	0.00	4.70	0.00	20.00
	감염 및 예방	76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	치료 및 처치	76	0.70	0.00	3.56	0.00	30.00
	검사	76	0.17	0.00	1.05	0.00	7.00
	협조 및 자문	76	0.87	0.00	6.51	0.00	56.00
	응급상황 대처	76	0.36	0.00	3.10	0.00	27.00
	사후처치	76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	간호기록	76	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	합계	76	438.13	311.50	358.42	17.00	1688.00

청각장애인시설의 경우 낭독 및 대필보조의 평균 서비스 제공시간이 24.96분으로 가장 높게 나타났다.

<표 3-4-23> 청각장애인시설 중분류별 서비스 제공시간

(단위: 분)

대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
신변처리 지원	목욕	54	3.91	0.00	6.28	0.00	22.00
	대소변	54	0.69	0.00	3.86	0.00	28.00
	옷 갈아입기	54	2.24	0.00	3.68	0.00	12.00
	세면	54	4.94	0.00	10.70	0.00	38.00
	식사보조	54	11.20	7.00	11.01	1.00	46.00
	체위변경	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	옮겨타기	54	2.80	1.00	4.52	0.00	28.00

대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
가사지원	쇼핑	54	2.67	2.00	2.82	0.00	10.00
	청소	54	13.30	13.00	7.45	3.00	35.00
	세탁	54	8.50	5.00	8.23	2.00	31.00
	식사준비	54	3.30	2.00	3.20	0.00	13.00
	양육보조	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
일상생활 지원	금전관리	54	1.24	1.00	1.65	0.00	6.00
	문제행동	54	1.52	0.00	6.94	0.00	49.00
	관찰 및 측정	54	1.20	0.00	3.80	0.00	13.00
	일상생활 동작	54	9.35	6.50	9.66	0.00	57.00
	사회참여지원	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
커뮤니케 이션 보조	낭독보조/대필보조	54	24.96	20.00	25.17	0.00	107.00
이동의 보조	외출보조	54	9.41	2.50	18.39	0.00	123.00
복지지원 서비스	상담	54	1.83	0.00	3.77	0.00	16.00
	교육	54	2.48	0.00	4.35	0.00	11.00
	프로그램	54	2.50	0.00	5.09	0.00	17.00
	행사·활동	54	0.78	0.00	2.03	0.00	14.00
	사례관리회의	54	6.28	2.50	10.66	0.00	60.00
	서비스 연계	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	기록 및 정리	54	3.67	3.00	1.90	1.00	8.00
	입퇴소 및	54	0.22	0.00	0.69	0.00	4.00
	자원봉사관리	54	0.13	0.00	0.34	0.00	1.00
	출장업무	54	2.37	0.00	3.92	0.00	11.00
	기타 행정서비스	54	2.48	2.00	2.60	0.00	16.00
	기타서비스	54	0.17	0.00	1.22	0.00	9.00
재활	신체기능의 유지·증진	54	1.93	1.00	2.55	0.00	9.00
	기능훈련을 위한 이동 및 지켜보기	54	1.70	0.00	5.02	0.00	35.00
	신체적 평가	-	-	-	-	-	-

대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
	신체기능의 훈련	54	2.04	0.00	5.76	0.00	22.00
	기본동작	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	물리치료	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	인지 및 정신교육	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	언어치료	54	0.69	0.00	4.64	0.00	34.00
	작업치료	54	8.20	0.00	19.61	0.00	72.00
	기타 재활 관련	54	2.93	2.00	3.14	0.00	11.00
	재활기록	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
방문간호	기타	54	16.37	13.00	9.61	5.00	42.00
	간호계획 및 순회	54	0.04	0.00	0.19	0.00	1.00
	투약 및 주사	54	0.63	0.00	1.17	0.00	5.00
	감염 및 예방	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	치료 및 처치	54	0.19	0.00	1.12	0.00	8.00
	검사	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	협조 및 자문	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	응급상황 대처	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	사후처치	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	간호기록	54	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
합계		54	158.83	119.50	92.52	59.00	448.00

정신지체장애인시설의 경우 일상생활 지원 중 일상생활 동작과 관련된 평균 서비스 제공시간이 45.52분으로 가장 높게 나타났다.

&lt;표 3-4-24&gt; 정신지체장애인시설 중분류별 서비스 제공시간

(단위: 분)

대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
신변처리 지원	목욕	160	5.83	2.50	8.64	0.00	47.00
	대소변	160	7.51	0.00	17.05	0.00	95.00
	옷 갈아입기	160	5.97	5.50	5.67	0.00	25.00
	세면	160	13.56	10.00	10.77	0.00	47.00
	식사보조	160	28.94	24.50	24.02	1.00	149.00
	체위변경	160	0.92	0.00	4.00	0.00	32.00
	옮겨타기	160	2.24	0.00	5.86	0.00	41.00
가사지원	쇼핑	160	6.22	4.00	7.74	0.00	57.00
	청소	160	25.68	22.00	16.87	2.00	92.00
	세탁	160	15.63	12.00	17.59	2.00	109.00
	식사준비	160	20.33	13.00	20.52	0.00	112.00
	양육보조	160	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
일상생활 지원	금전관리	160	3.46	1.00	5.45	0.00	27.00
	문제행동	160	3.44	0.00	6.39	0.00	31.00
	관찰 및 측정	160	0.29	0.00	1.43	0.00	11.00
	일상생활 동작	160	45.52	38.00	39.44	1.00	202.00
	사회참여지원	160	0.11	0.00	0.53	0.00	6.00
커뮤니케 이션 보조	낭독보조/대필보조	160	11.14	5.50	15.27	0.00	71.00
이동의 보조	외출보조	160	10.97	8.00	11.40	0.00	77.00
복지지원 서비스	상담	160	2.56	0.00	6.65	0.00	52.00
	교육	160	0.90	0.00	3.73	0.00	19.00
	프로그램	160	6.96	2.00	12.43	0.00	90.00
	행사·활동	160	1.72	1.00	2.63	0.00	23.00
	사례관리회의	160	8.84	5.50	10.43	0.00	51.00

	서비스 연계	160	0.01	0.00	0.16	0.00	2.00
	기록 및 정리	160	10.85	8.00	10.10	1.00	46.00
	입퇴소 및	160	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	자원봉사관리	160	0.99	0.00	1.96	0.00	11.00
	출장업무	160	0.68	0.00	2.96	0.00	21.00
	기타 행정서비스	160	6.81	4.00	7.18	0.00	29.00
	기타서비스	160	0.07	0.00	0.79	0.00	10.00
재활	신체기능의 유지·증진	160	0.47	0.00	2.78	0.00	23.00
	기능훈련을 위한 이동 및 지켜보기	160	1.53	0.00	3.78	0.00	30.00
	신체적 평가	-	-	-	-	-	-
	신체기능의 훈련	160	2.50	0.00	7.45	0.00	44.00
	기본동작	160	0.09	0.00	0.55	0.00	5.00
	물리치료	160	0.34	0.00	1.71	0.00	11.00
	인지 및 정신교육	160	0.08	0.00	0.67	0.00	6.00
	언어치료	160	0.16	0.00	1.12	0.00	11.00
	작업치료	160	4.01	0.00	11.67	0.00	124.00
	기타 재활 관련	160	1.64	0.00	3.48	0.00	15.00
	재활기록	160	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	기타	160	15.43	12.00	11.60	2.00	48.00
방문간호	간호계획 및 순회	160	4.28	1.00	6.67	0.00	28.00
	투약 및 주사	160	3.19	2.00	4.11	0.00	19.00
	감염 및 예방	160	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	치료 및 처치	160	1.48	0.00	5.28	0.00	44.00
	검사	160	0.02	0.00	0.14	0.00	1.00
	협조 및 자문	160	0.56	0.00	3.40	0.00	27.00
	응급상황 대처	160	0.04	0.00	0.55	0.00	7.00
	사후처치	160	0.03	0.00	0.40	0.00	5.00
	간호기록	160	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	합계	160	283.10	270.50	139.65	60.00	759.00

중증요양시설의 경우 식사보조에서 평균 28.57분으로 나타났으며, 세면 12.78분,

대소변 13.41분으로 신변처리 지원의 평균시간이 다른 영역에 비해 평균 서비스 제공시간이 높은 것으로 나타났다.

<표 3-4-25> 중증요양시설 중분류별 서비스 제공시간

(단위: 분)

대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
신변처리 지원	목욕	129	10.66	11.00	7.13	0.00	38.00
	대소변	129	13.41	12.00	8.40	1.00	53.00
	옷 갈아입기	129	2.16	2.00	2.13	0.00	10.00
	세면	129	12.78	12.00	9.54	0.00	58.00
	식사보조	129	28.57	25.00	19.89	8.00	158.00
	체위변경	129	4.56	2.00	5.92	0.00	32.00
	옮겨타기	129	7.60	6.00	5.53	0.00	35.00
가사지원	쇼핑	129	10.85	7.00	12.76	0.00	103.00
	청소	129	14.77	14.00	5.76	5.00	30.00
	세탁	129	11.86	11.00	4.66	3.00	28.00
	식사준비	129	4.88	5.00	2.29	1.00	13.00
	양육보조	129	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
일상생활 지원	금전관리	129	3.45	3.00	2.87	0.00	11.00
	문제행동	129	4.28	0.00	9.66	0.00	62.00
	관찰 및 측정	129	1.26	0.00	2.78	0.00	18.00
	일상생활 동작	129	8.00	4.00	9.52	0.00	53.00
	사회참여지원	129	1.89	0.00	5.47	0.00	35.00
커뮤니케이션 보조	낭독보조/대필보조	129	4.52	1.00	8.21	0.00	48.00
이동의 보조	외출보조	129	3.06	1.00	4.39	0.00	20.00
복지지원 서비스	상담	129	0.46	0.00	2.35	0.00	20.00
	교육	129	0.29	0.00	1.11	0.00	9.00
	프로그램	129	0.28	0.00	1.82	0.00	12.00

	행사·활동	129	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	사례관리회의	129	2.50	2.00	2.31	0.00	15.00
	서비스 연계	129	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	기록 및 정리	129	5.95	4.00	6.74	0.00	41.00
	입퇴소 및	129	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	자원봉사관리	129	1.08	0.00	1.92	0.00	10.00
	출장업무	129	0.06	0.00	0.27	0.00	2.00
	기타 행정서비스	129	1.70	0.00	4.27	0.00	29.00
	기타서비스	129	0.42	0.00	1.91	0.00	14.00
재활	신체기능의 유지·증진	129	2.57	0.00	5.10	0.00	33.00
	기능훈련을 위한 이동 및 지켜보기	129	0.08	0.00	0.41	0.00	3.00
	신체적 평가	-	-	-	-	-	-
	신체기능의 훈련	129	0.27	0.00	1.23	0.00	7.00
	기본동작	129	0.06	0.00	0.50	0.00	4.00
	물리치료	129	0.36	0.00	3.02	0.00	33.00
	인지 및 정신교육	129	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	언어치료	129	0.01	0.00	0.09	0.00	1.00
	작업치료	129	2.09	0.00	5.46	0.00	35.00
	기타 재활 관련	129	2.73	0.00	5.81	0.00	30.00
	재활기록	129	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
방문간호	기타	129	17.26	16.00	10.40	3.00	53.00
	간호계획 및 순회	129	0.78	0.00	1.32	0.00	6.00
	투약 및 주사	129	1.92	1.00	3.00	0.00	15.00
	감염 및 예방	129	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	치료 및 처치	129	0.85	0.00	0.77	0.00	24.00
	검사	129	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	협조 및 자문	129	0.47	0.00	2.26	0.00	18.00
	응급상황 대처	129	0.02	0.00	0.12	0.00	1.00
	사후처치	129	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	간호기록	129	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
합계		129	188.86	187.00	37.97	111.00	320.00



장애영·유아시설의 경우 식사보조 41.95분, 세탁 22.76분으로 평균 서비스 제공시간이 가장 높은 것으로 나타났다.

<표 3-4-26> 장애영·유아시설 중분류별 서비스 제공시간

(단위: 분)

대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
신변처리 지원	목욕	41	5.93	6.00	4.23	0.00	19.00
	대소변	41	13.07	12.00	7.54	2.00	33.00
	옷 갈아입기	41	6.90	7.00	3.29	1.00	18.00
	세면	41	8.10	6.00	7.15	0.00	42.00
	식사보조	41	41.95	42.00	17.62	7.00	81.00
	체위변경	41	6.20	2.00	17.35	0.00	111.00
	옮겨타기	41	7.29	6.00	6.57	0.00	26.00
가사지원	쇼핑	41	5.76	4.00	5.13	0.00	23.00
	청소	41	14.78	15.00	5.26	5.00	25.00
	세탁	41	22.76	16.00	16.79	8.00	83.00
	식사준비	41	8.49	8.00	4.79	1.00	28.00
	양육보조	41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
일상생활 지원	금전관리	41	4.46	4.00	3.07	0.00	15.00
	문제행동	41	10.66	3.00	29.34	0.00	183.00
	관찰 및 측정	41	2.29	0.00	5.75	0.00	34.00
	일상생활 동작	41	7.27	2.00	17.42	0.00	94.00
커뮤니케 이션 보조	사회참여지원	41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	난독보조/대필보조	41	3.95	2.00	5.56	0.00	28.00
	이동의 보조	41	4.44	0.00	6.60	0.00	20.00
복지지원 서비스	상담	41	0.02	0.00	0.16	0.00	1.00

	교육	41	0.02	0.00	0.16	0.00	1.00
	프로그램	41	0.12	0.00	0.51	0.00	3.00
	행사·활동	41	0.51	0.00	1.43	0.00	7.00
	사례관리회의	41	7.02	5.00	5.32	1.00	20.00
	서비스 연계	41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	기록 및 정리	41	5.61	5.00	4.22	0.00	17.00
	입퇴소 및	41	0.07	0.00	0.47	0.00	3.00
	자원봉사관리	41	0.51	0.00	1.16	0.00	6.00
	출장업무	41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	기타 행정서비스	41	0.41	0.00	0.77	0.00	3.00
	기타서비스	41	7.12	0.00	17.35	0.00	84.00
재활	신체기능의 유지·증진	41	1.95	0.00	3.10	0.00	12.00
	기능훈련을 위한 이동 및 지켜보기	41	0.10	0.00	0.62	0.00	4.00
	신체적 평가	41	-	-	-	-	-
	신체기능의 훈련	41	0.56	0.00	2.70	0.00	16.00
	기본동작	41	0.44	0.00	1.03	0.00	4.00
	물리치료	41	0.34	0.00	1.02	0.00	5.00
	인지 및 정신교육	41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	언어치료	41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	작업치료	41	0.02	0.00	0.16	0.00	1.00
	기타 재활 관련	41	0.12	0.00	0.56	0.00	3.00
방문간호	재활기록	41	0.10	0.00	0.62	0.00	4.00
	기타	41	37.83	40.00	19.53	8.00	75.00
	간호계획 및 순회	41	0.49	0.00	1.19	0.00	5.00
	투약 및 주사	41	7.85	7.00	5.19	0.00	23.00
	감염 및 예방	41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	치료 및 처치	41	1.39	0.00	3.49	0.00	19.00
	검사	41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	협조 및 자문	41	0.78	0.00	1.73	0.00	7.00
	응급상황 대처	41	0.12	0.00	0.46	0.00	2.00
	사후처치	41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00

	간호기록	41	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
합계		41	247.83	246.00	74.25	57.00	414.00

자립생활센터의 경우 식사보조 33.56분으로 평균 서비스 제공시간이 가장 높은 것으로 나타났으며 낭독보조 및 대필보조가 29.23분으로, 식사준비가 22.07분으로 순으로 나타났다.

<표 3-4-27> 자립생활센터 중분류별 서비스 제공시간

(단위: 분)

대분류	중분류	빈도	평균	중앙값	표준 편차	최소값	최대값
신변처리 지원	목욕	268	9.32	0.00	23.03	0.00	200.00
	대소변	268	8.46	1.00	14.66	0.00	96.00
	옷 갈아입기	268	5.37	0.00	9.31	0.00	51.00
	세면	268	10.77	3.00	17.82	0.00	123.00
	식사보조	268	33.56	26.00	34.61	0.00	290.00
	체위변경	268	2.09	0.00	7.47	0.00	64.00
	옻겨타기	268	8.20	1.00	16.06	0.00	103.00
가사지원	쇼핑	268	1.92	0.00	5.90	0.00	40.00
	청소	268	23.78	1.00	40.84	0.00	311.00
	세탁	268	9.80	0.00	21.00	0.00	160.00
	식사준비	268	22.07	0.00	42.66	0.00	239.00
	양육보조	268	0.80	0.00	7.68	0.00	91.00
일상생활 지원	금전관리	268	1.32	0.00	5.07	0.00	43.00
	문제행동	268	2.22	0.00	14.63	0.00	182.00
	관찰 및 측정	268	0.18	0.00	1.57	0.00	19.00
	일상생활 동작	268	3.26	0.00	24.75	0.00	354.00
	사회참여지원	268	5.59	0.00	36.60	0.00	410.00
커뮤니케 이션 보조	낭독보조/대필보조	268	29.23	10.00	46.07	0.00	288.00

이동의 보조	외출보조	268	60.85	37.00	75.11	0.00	538.00
복지지원 서비스	상담	268	1.29	0.00	10.18	0.00	155.00
	교육	268	1.30	0.00	11.26	0.00	155.00
	프로그램	268	3.54	0.00	15.88	0.00	137.00
	행사·활동	268	0.02	0.00	0.31	0.00	5.00
	사례관리회의	268	0.49	0.00	3.06	0.00	4.00
	서비스 연계	268	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	기록 및 정리	268	0.35	0.00	2.60	0.00	30.00
	입퇴소 및	268	0.08	0.00	1.22	0.00	20.00
	자원봉사관리	268	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
	출장업무	268	4.50	0.00	21.45	0.00	189.00
	기타 행정서비스	268	1.19	0.00	6.04	0.00	61.00
	기타서비스	268	4.66	0.00	15.15	0.00	160.00
재활	신체기능의 유지·증진	268	8.06	0.00	22.51	0.00	192.00
	기능훈련을 위한 이동 및 지켜보기	268	1.81	0.00	11.04	0.00	107.00
	신체적 평가	-	-	-	-	-	-
	신체기능의 훈련	268	2.31	0.00	10.76	0.00	96.00
	기본동작	268	1.54	0.00	11.68	0.00	139.00
	물리치료	268	3.78	0.00	16.46	0.00	151.00
	인지 및 정신교육	268	0.12	0.00	1.09	0.00	11.00
	언어치료	268	2.41	0.00	14.91	0.00	178.00
	작업치료	268	20.85	0.00	45.50	0.00	349.00
	기타 재활 관련	268	20.20	0.00	52.48	0.00	410.00
	재활기록	268	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
방문간호	기타	268	12.91	0.00	42.34	0.00	374.00
	간호계획 및 순회	268	0.06	0.00	0.64	0.00	9.00
	투약 및 주사	268	0.93	0.00	2.98	0.00	21.00
	감염 및 예방	268	0.19	0.00	1.41	0.00	15.00
	치료 및 처치	268	4.96	0.00	24.81	0.00	312.00
	검사	268	0.28	0.00	2.62	0.00	35.00

	협조 및 자문	268	1.18	0.00	6.01	0.00	52.00
	응급상황 대처	268	0.05	0.00	0.79	0.00	13.00
	사후처치	268	0.59	0.00	2.33	0.00	20.00
	간호기록	268	0.03	0.00	0.43	0.00	7.00
합계		268	332.90	300.00	180.71	30.00	1440.00

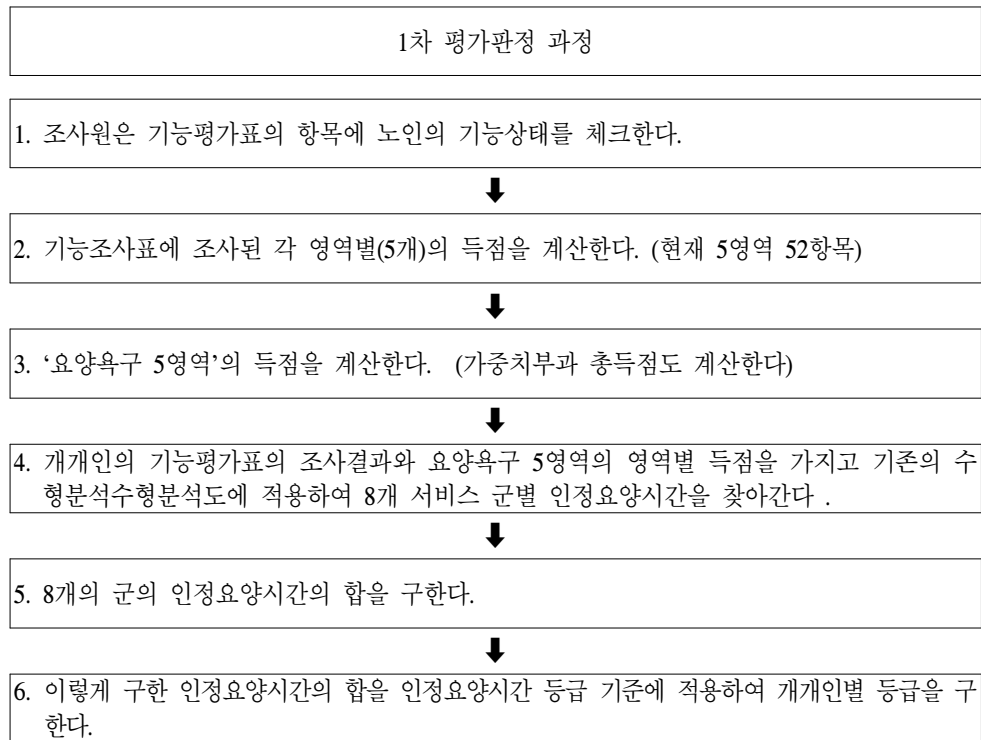
## 다. 노인장기요양등급도출

### 1) 등급판정과정

본 연구진은 조사한 장애인의 기능상태자료 중 노인장기요양보험제도와 동일한 52<sup>10)</sup>개의 항목을 가지고 아래와 같은 절차를 통해 노인장기요양보험 등급을 도출하였다. 노인장기요양의 등급을 도출하는 목적은 현 노인장기요양의 등급으로 구해진 장애인 상태를 파악할 수 있고, 수가개발에서 노인장기요양제도의 경험을 통해 실질적으로 장애인 장기요양제도의 서비스 향상을 제고하기 위한 것이다. 기본적으로 다음과 같은 과정을 통해서 노인장기요양등급을 구할 수 있다.

10) 현재 노인장기요양의 최종 항목수는 54개이나 이 중 52개가 평가판정에 사용되고 있다.

[표 3-4-28] 등급판정과정(노인장기요양보험등급)



## 2) 각 영역별 100점 분포

위에 표에 제시한 과정에서 영역별 득점을 구하는 방법에 대해서는 추가설명이 필요하다. 기본적으로 서열치 척도로 구성된 설문에 의한 영역별 응답은 그 총합 자체의 의미가 완벽한 척도로 기능하기가 어렵다. 이를 보완하기 위해 노인장기요양제도에서는 Rasch 모형이라는 통계적 기법을 적용하였다. Rasch 모형은 ‘적합도’를 고려한 항목 선정뿐 아니라 이산치 및 서열치로 측정된 변수를 등간척도의 연속치 점수로 환산시킬 수 있는 장점이 있다(Hong, & Wong, 2005). 두 득점의 차이가 동일한 (예, 10~20점 사이와 50~60점사이) 등간 척도로 개개별 응답을 변환시키면 개념이

서로 다른 여러 영역의 기능상태를 쉽게 파악할 수 있게 된다.

노인장기요양보험제도에서는 이러한 방식으로 요양욕구 5영역(신체기능, 인지기능, 문제행동 영역, 간호처치욕구, 재활욕구)에 대한 0~100점으로 된 득점체계를 ‘요양욕구 5영역 득점’으로 지칭하게 된다.

‘요양욕구 5영역’의 필요성은 세 가지 차원에서 제기된다.

첫째, 이산치나 서열치로 구성된 반응의 단순 합으로는 영역별 단순 비교가 어려우나 영역별 득점 기준을 통해서는 쉽게 비교가 된다. 이러한 비교는 각 개인별 기능 상태나 요양욕구를 상대적으로 평가할 때 용이하여 동 등급을 받은 대상이라 할 지라도, 영역별 점수를 근거로 케어 매니저가 요양계획서(plan of care)를 작성할 때 차별화된 세부 계획을 작성할 수 있다는 점이다.

둘째, 이 요양욕구 영역별 득점을 근거로 영역별 가중치 점수를 구할 수 있다. 영역을 묶은 단일화된 기능상태의 총합 득점을 구성할 때는 영역별 가중치가 필요한데 이 득점이 가중치 부과의 기본 정보가 될 수 있다. 이에 관해서는 다음 부분에 언급이 되겠다.

셋째, 각 영역별 0~100점이라는 연속치 변수를 확보함으로써 다음 절에 소개될 ‘인정요양시간’을 구하기 위한 수형분석(Tree Regression Analysis)에 안정성을 높일 수 있다.

‘요양욕구 5영역’ 득점을 이해할 때 한 가지 중요하게 고려해야 할 상황은 이 영역득점들에 의해서 등급이 결정 나는 점이 아니라는 것이다. 이 득점은 전체 등급판정에 고려될 몇 가지 조건에 불과하다. 연구 전제에서도 밝혔듯이 우리나라 평가판정도구에서는 기능상태가 고려된 요양서비스의 시간을 중요 기준으로 삼는다.

각 영역별 0~100점 환산 결과를 살펴보면 다음과 같다.

#### (1) 신체기능(ADL) 영역

<표 3-4-29>은 신체기능 영역 응답을 0~100점으로 변환시킬 때 사용한 표이다. 각 항목은 완전자립 (1), 부분도움(2), 완전도움(3)으로 구성되어 있다. 따라서 Score (원점수) 12점은 전 영역에서 완전 자립을 의미하며 Score 36점은 전 영역에서 완

전도움을 의미한다. 이런 경우 Score 12점은 0~100점 변환표에 의해 0점이 되고 Score 36점은 100점이 된다. 그 사이의 점수 분포는 logit변화 후 생긴 표준점수에 의해 변환되었다.

본 분석의 장점은 등간척도(차이가 동일한 정도를 나타내는 경우)로 측정된 원점수(Score)를 먼저 등간척도로 전환시켜 주고 난 후 0~100점으로 변환시킨 데 있다. 즉, Score 21과 23의 차이를 등간척도로 환산하면 46.52과 53.06의 득점이 된다. 원점수(Score)의 차이로는 ‘원점수의 합이 23점을 받은 사람이 21점보다 신체기능상태가 더 중증이다(부분도움 2개 또는 완전도움 1개의 차이)’라는 정도의 정보에서 요양욕구 득점을 부과하면 두 개인의 차이가 6.54라는 정보를 갖게 된다. 이 정보는 앞으로 논의될 등급판정 기준의 ‘요양인정시간’을 구할 때 중요한 정보가 된다.

〈표 3-4-29〉 신체기능 영역 득점 환산표 (Score = 개별 항목 답변의 총합)

SCORE	변환점수	SCORE	변환점수	SCORE	변환점수
12	.00	21	46.52	30	66.59
13	13.19	22	48.76	31	69.36
14	22.24	23	50.93	32	72.50
15	28.04	24	53.06	33	76.22
16	32.38	25	55.17	34	81.02
17	35.92	26	57.30	35	88.40
18	38.96	27	59.46	36	100.00
19	41.68	28	61.71		
20	44.18	29	64.06		

## (2) 인지기능 영역

〈표 3-4-30〉은 인지기능 영역 응답을 0~100점으로 변환시킬 때 사용한 표이다. 인지기능의 각 항목은 장애 무 (0)와 장애 유 (1)의 이분치로 구성되어 있어 상대적으로 이해가 쉽다. Score(원점수) 7점은 전 영역에서 장애가 있음을 의미하며, 0~100점 득점 기준에 의해 100점이 된다.



〈표 3-4-30〉 인지기능 영역 득점 환산표

SCORE	변환점수	SCORE	변환점수	SCORE	변환점수
0	.00	3	44.61	6	80.06
1	19.71	4	54.78	7	100.00
2	33.81	5	65.71		

## (3) 문제행동 영역

<표 3-4-31>는 문제행동 영역 응답을 0~100점으로 변환시킬 때 사용한 표이다. 문제행동 역시 각 항목은 장애 무 (0)와 장애 유 (1)의 이분치로 구성되어 있어 상대적으로 이해가 쉽다. 따라서 Score(원점수) 10점은 전 영역에서 증상이 있음을 의미하며, 0~100점 기준에 의해 100점이 된다.

이 표에 대한 이해를 개인의 사례를 통해 살펴보면, 총 문제행동 영역 평가항목에서 한 개인이 증상 없음(7), 있음(7)으로 평가되었을 경우 총 Score는 7점이 된다. <표 6-20>을 적용하면 이 개인의 문제행동 영역득점은 49.94가 된다.

〈표 3-4-31〉 문제행동 영역 득점 환산표

SCORE	변환점수	SCORE	변환점수	SCORE	변환점수
0	.00	5	41.80	10	62.59
1	15.58	6	45.95	11	67.80
2	25.55	7	49.94	12	74.37
3	32.10	8	53.93	13	84.37
4	37.29	9	58.08	14	100.00

## (4) 간호육구 영역

<표 3-4-32>은 간호처치 영역 응답을 0~100점으로 변환시킬 때 사용한 표이다. 간호처치 영역 각 항목은 장애 무 (0)와 장애 유 (1)의 이분치로 구성되어 있다. 따라서 Score(원점수) 9점은 전 영역에서 필요도가 있음을 의미하며, 0~100점 기준에 의해 100점이 된다.

이 표에 대한 이해를 개인의 사례를 통해 살펴보면, 총 간호처치 영역 평가항목에

서 한 개인이 필요도 없음(4), 있음(5)으로 평가되었을 경우가 총 Score는 5점이 된다. <표 6-23>을 적용하면 이 개인의 간호처치 영역득점은 62.53 이된다.

〈표 3-4-32〉 간호욕구 영역 득점 환산표

SCORE	변환점수	SCORE	변환점수	SCORE	변환점수
0	.00	4	55.81	8	85.86
1	19.84	5	62.53	9	100.00
2	36.90	6	68.98		
3	47.84	7	76.11		

#### (5) 재활욕구 영역

<표 3-4-33>는 재활욕구 영역 응답을 0~100점으로 변환시킬 때 사용한 표이다. 운동장애관련항목 응답은 운동장애없음(1), 불완전운동장애(2), 완전운동장애(3)으로 구성되어있고 구축관련항목은 구축없음(1), 한쪽 구축(2), 양쪽 구축(3)으로 구성되어 있었지만, 본 분석에서는 두 가지재활관련 항목들을 합쳐 사용하였다. 답변 내용은 차이가 있거나 서열치로 측정된 속성은 그대로 가져왔다. 따라서 Score (원점수) 10 점은 전 영역에서 운동장애/구축이 없음을 의미하며 Score 30점은 전 영역에서 완전운동장애 또는 양쪽 구축을 의미한다.

이 표에 대한 이해를 개인의 사례를 통해 살펴보면, 총 재활욕구 10항목에서 한 개인이 운동장애/구축없음 4(Score 4점), 불완전운동장애/한쪽구축 2(Score 4점), 완전운동장애/양쪽 구축 4(Score 12점)로 평가되었을 경우 총 Score는 20점이 된다. 그 개인의 재활 요양욕구 득점은 50.72이 된다.

〈표 3-4-33〉 재활욕구 영역 득점 환산표

SCORE	변환점수	SCORE	변환점수	SCORE	변환점수
10	.00	17	39.46	24	66.93
11	11.51	18	42.96	25	70.53
12	19.43	19	46.69	26	74.16
13	24.72	20	50.72	27	78.07
14	28.93	21	54.97	28	82.75
15	32.62	22	59.20	29	89.57
16	36.06	23	63.19	30	100.00

#### 4) 최종요양인정점수 및 등급 결정

현재 노인장기요양제도에서는 각 항목의 응답과 100점 득점 정보를 서비스 타임 조사에서 구축된 수형분석결과에 대입시켜 각 개인별 요양인정점수를 구한다. “요양 인정점수”란 “대상자가 요양시설에 입소를 가정하여 자신의 기능상태에 따라 24시간 받을 수 있는 직접케어와 관련된 시간”으로 정의된다(김찬우, 2007). 이 점수를 등급구분기준 구간에 대입하면 자신의 등급을 최종적으로 알 수 있게 되어있다. 이러한 원리를 적용하여 조사자의 노인장기요양등급을 구할 수 있었다. 다음으로 이번 조사대상자의 노인장기요양 등급별 중요정보의 분포를 살펴보면 다음과 같다.

&lt;표 3-4-34&gt; 시설유형별 노인요양등급분포

구 분		노인요양제도 적용등급						Total
		1	2	3	4	5	6	
시설 유형	장애인생활시설	160	40	96	87	34	173	590
		27.1%	6.8%	16.3%	14.7%	5.8%	29.3%	100.0%
	장애인자립생활센터	53	22	43	15	2	8	143
		37.1%	15.4%	30.1%	10.5%	1.4%	5.6%	100.0%
	장애인종합복지관	51	15	50	5	1	3	125
		40.8%	12.0%	40.0%	4.0%	.8%	2.4%	100.0%
	Total	264	77	189	107	37	184	858
		30.8%	9.0%	22.0%	12.5%	4.3%	21.4%	100.0%

&lt;표 3-4-35&gt; 소득수준별 요양등급분포

구 분		노인요양제도 적용등급						Total
		1	2	3	4	5	6	
소득 수준	국민기초생활보장대상	128	22	52	31	8	65	306
		41.8%	7.2%	17.0%	10.1%	2.6%	21.2%	100.0%
	차상위 120%미만	10	4	15	1	1	2	33
		30.3%	12.1%	45.5%	3.0%	3.0%	6.1%	100.0%
	차상위 120%이상~200%미만	21	9	25	4	3	21	83
		25.3%	10.8%	30.1%	4.8%	3.6%	25.3%	100.0%
	차상위 200%이상	13	13	25	4	2	4	61
		21.3%	21.3%	41.0%	6.6%	3.3%	6.6%	100.0%
	기타	50	7	9	6	3	7	82
		61.0%	8.5%	11.0%	7.3%	3.7%	8.5%	100.0%
	Total	222	55	126	46	17	99	565
		39.3%	9.7%	22.3%	8.1%	3.0%	17.5%	100.0%

&lt;표 3-4-36&gt; 대표장애유형별 요양등급분포

구분		노인요양제도 적용등급						
		1	2	3	4	5	6	Total
장애 유형 1	지체장애	117	25	61	23	9	38	273
		42.9%	9.2%	22.3%	8.4%	3.3%	13.9%	100.0%
	뇌병변장애	92	19	37	20	6	19	193
		47.7%	9.8%	19.2%	10.4%	3.1%	9.8%	100.0%
	시각장애	5	2	16	18	11	39	91
		5.5%	2.2%	17.6%	19.8%	12.1%	42.9%	100.0%
	청각장애	1	1	2	7	4	46	61
		1.6%	1.6%	3.3%	11.5%	6.6%	75.4%	100.0%
	언어장애	7	4	8	1	0	2	22
		31.8%	18.2%	36.4%	4.5%	.0%	9.1%	100.0%
	지적장애	35	19	48	34	7	38	181
		19.3%	10.5%	26.5%	18.8%	3.9%	21.0%	100.0%
	자폐성장애	3	6	15	2	0	1	27
		11.1%	22.2%	55.6%	7.4%	.0%	3.7%	100.0%
	정신장애	2	0	2	0	0	0	4
		50.0%	.0%	50.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	신장장애	1	1	0	0	0	0	2
		50.0%	50.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	심장장애	1	0	0	0	0	0	1
		100.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	.0%	100.0%
	호흡기장애	0	0	0	1	0	0	1
		.0%	.0%	.0%	100.0%	.0%	.0%	100.0%
	안면장애	0	0	0	1	0	1	2
		.0%	.0%	.0%	50.0%	.0%	50.0%	100.0%
	Total	264	77	189	107	37	184	858
		30.8%	9.0%	22.0%	12.5%	4.3%	21.4%	100.0%

&lt;표 3-4-37&gt; 장애등급별 요양등급분포

구분		노인요양제도 적용등급						
		1	2	3	4	5	6	Total
장애 등급	1급	259	74	168	70	17	86	674
		38.4%	11.0%	24.9%	10.4%	2.5%	12.8%	100.0%
	2급	5	3	18	27	13	60	126
		4.0%	2.4%	14.3%	21.4%	10.3%	47.6%	100.0%
	3급	0	0	2	3	3	20	28
		.0%	.0%	7.1%	10.7%	10.7%	71.4%	100.0%
	4급	0	0	0	2	2	5	9
		.0%	.0%	.0%	22.2%	22.2%	55.6%	100.0%
	5급	0	0	0	2	1	4	7
		.0%	.0%	.0%	28.6%	14.3%	57.1%	100.0%
	6급	0	0	1	2	1	5	9
		.0%	.0%	11.1%	22.2%	11.1%	55.6%	100.0%
	Total	264	77	189	106	37	180	853
		30.9%	9.0%	22.2%	12.4%	4.3%	21.1%	100.0%

&lt;표 3-4-38&gt; 활동보조등급별 요양등급분포

구분		노인요양제도 적용등급						
		1	2	3	4	5	6	Total
활동 보조 등급	1	62	15	30	8	0	4	119
		52.1%	12.6%	25.2%	6.7%	.0%	3.4%	100.0%
	2	7	5	20	7	3	6	48
		14.6%	10.4%	41.7%	14.6%	6.2%	12.5%	100.0%
	3	34	16	38	4	0	0	92
		37.0%	17.4%	41.3%	4.3%	.0%	.0%	100.0%
	4	1	0	4	1	0	1	7
		14.3%	.0%	57.1%	14.3%	.0%	14.3%	100.0%
	Total	104	36	92	20	3	11	266
		39.1%	13.5%	34.6%	7.5%	1.1%	4.1%	100.0%

## 라. 전반적인 결과 분석

연구진은 장애인에 대한 기능상태자료와 타임스터디에 의한 자료를 통해 노인장기요양보험제도와 동일한 논리를 적용하여 장애인에 대한 독립적인 도구를 개발하려고 하였으나 다음과 같은 문제점으로 인해 독립적인 도구의 개발에는 한계가 발생하였다. 즉, 노인제도와 같은 논리로 장애인의 실증적 자료에 기반한 등급기준과 도구를 개발하는데 있어 몇 가지 제약을 발견하였다.

### 1) 현 기능상태와 타임스터디 자료의 제한점

첫째, 항목선정을 위한 객관적 기준이 새로운 추가항목에서 결정이 어려웠다. 즉, 노인장기요양항목에 장애인 관련 추가항목들을 넣었으나 이들 항목이 포함될 경우 추가된 항목들로 타임스터디에 대입시켜 결과를 도출하기가 어려웠다.

둘째, 개발의 주요 근거가 되는 수형분석자체에 제한이 있었다. 이것은 우선 조사대상자 전체 규모가 너무 작아 신뢰있는 수형분석을 하기가 어려웠다. 즉, 수형분석은 특성을 동일하게 갖는 집단이 구분되어야 하는데 전체 대상수가 너무 작은 경우 분할에 한계가 있다. 또, 시설과 재가가 함께 조사되어 있어<sup>11)</sup> 서비스 시간의 편차가 보인다. 시설의 1분과 재가의 1분이 동일하게 처리되어 이에 대한 구분을 통해 수형분석이 될 경우 더 작은 규모의 대상자만 포함된다.

셋째, 시설별 또는 재가기관별 편차가 크다는 점이다. 장애인의 요양 및 생활시설은 유형별로 다양하고 요양서비스라고 하기에는 표준화가 미약한 점이 많다. 동시에 활동보조사업도 제공기관에 따라 아직까지 동일한 수준의 서비스가 실행되고 있다

11) 타임스터디의 목적은 평가판정도구개발과 수가개발 및 서비스 질 평가에 걸쳐 다양하다. 따라서 활동보조사업의 확대에 최종방향이 결정될 경우 활동보조사업은 재가장애인에게 현재 이루어짐으로 재가에 대한 타임스터디는 필수적이다. 그러나 평가판정기준의 도출을 위해서는 시설이라는 제한되고 표준화된 서비스 제공의 장이 필요했다. 독자적 장애인 장기요양도구 개발을 위해서는 추가적으로 보완해야할 부분이라 하겠다.

고 보기 어려웠다.

마지막으로 장애인의 타임스터디 자료는 기능상태에 따른 서비스 제공의 일정한 패턴 발견이 어려웠다. 이 부분이 일본에서도 장애인에 대한 별도의 요양평가판정 도구 개발에 딜레마를 준 부분이라 생각된다. 장애인의 경우는 워낙 다양한 특성과 유형이 있어서 입소자의 기능상태에 따른 서비스 제공시간의 차이가 일정한 패턴을 보여야 ‘요양인정점수’를 장애인 별도로 구할 수 있는데, 어떤 장애유형 시설 입소자인가가 기능상태보다 더 큰 영향을 끼치면 도구의 객관적 설득력이 저하된다. 결론적으로 이러한 결과는 2절에서 논의한 여러 대안들 중 새로운 대안을 필요로 하게 되었다. 2안을 중심으로 실행한 접근에 한계가 있어 기본적으로 1안과 3안을 절충하는 새로운 대안을 모색하게 되었다.

## 제5절 장애인장기요양 최종 평가판정체계 안

### 1. 최종평가판정안 : 1안과 3안의 접목

지금까지 평가판정도구의 논의와 더불어 장애인장기요양제도의 방향도 구체화되어나갔다. 따라서 분석결과를 기초로 최종적으로 활동보조평가판정도구와 노인장기요양보장도구를 합쳐 새로운 도구를 개발하였다.

도구의 기본사항은 다음과 같다.

#### 〈표 3-5-1〉 장애인 장기요양 평가판정기준 및 평가도구 최종안

□ 평가판정기준 및 평가 도구 : 총 65문항

○ 요양제공시간(노인장기요양등급)+활동보조시간(활동보조인정조사표) = 총제공시간

－ 노인장기요양보험제도 평가 판정 항목(52문항)

－ 활동보조인정조사항목(20문항)

－ 신체기능 영역 중복문항 체크(7문항)

※ 이는 두 가지 도구를 하나의 체계로 사용하는 것임.



이 안의 가장 큰 특징은 현재 활용되는 두 가지 도구 (현 노인요양도구 + 활동보조 도구)의 장점을 동시에 사용하여 장애인 장기요양 평가판정의 제한점을 극복하는데 있다.

현재 활동보조사업 평가판정도는 IADL과 장애인의 특성을 포함한 항목을 갖고 있어 노인요양도구의 장애인 적용 문제점을 보완할 수 있다. 즉 노인장기요양 평가판정도구의 경우 IADL은 케어플랜 작성시 활용되고 등급판정에는 영향을 끼치지 않으나 장애인의 경우는 재가장애인이 많아 IADL이 포함되어야 한다는 지적이 있었다.

또 일부 항목들이 노인요양도구의 항목이라 할지라도 조사지침을 장애인에 맞게 적용한다면 요양등급으로 자원을 분배하는 데 큰 문제점이 없다는 연구진 및 추진단 위원의 견해가 있었다. 따라서 두 가지 도구로 이원화한다기보다는 서로의 단점을 보완하는 도구로 볼 수 있다.

이러한 혼합형 방식은 지금까지 장애인 장기요양제도의 몇 가지 쟁점들을 해결해 줄 수 있는 다음과 같은 장점을 갖고 있다.

첫째, 서비스 급여의 중복에 대한 해결책을 제시해 준다. 지금까지 쟁점이 되어온 요양급여와 활동보조급여의 중복을 피하면서도 본인의 선택을 존중할 수 있다라는 점이다. 즉 현재 활동보조사업의 주요 제한점인 간호 및 간병관련 서비스 급여를 선택한 경우에는 요양등급에 정해진 서비스를 제공받을 수 있게된다.

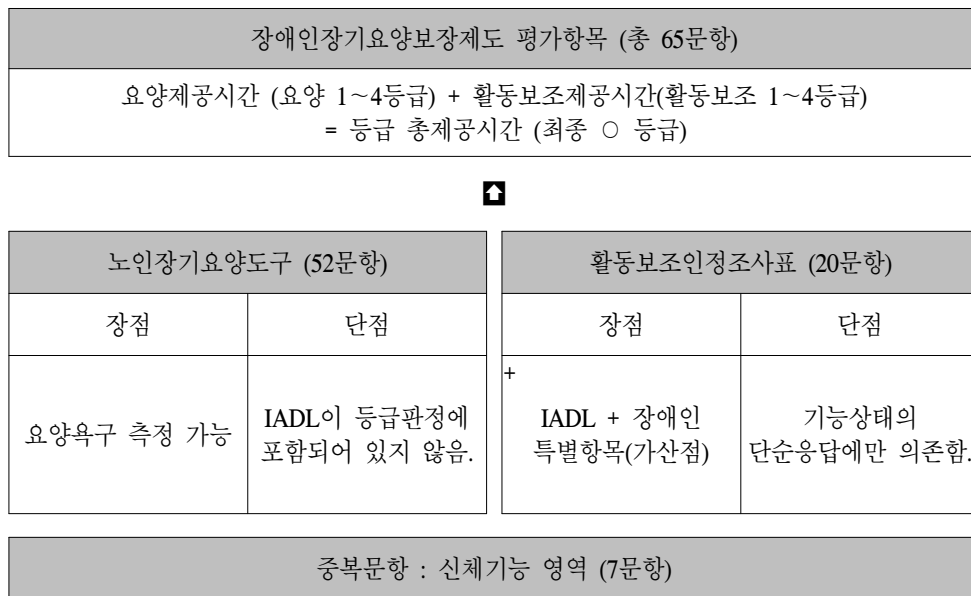
둘째, 이 방식은 현재 활동보조체계를 유지한 채 장기요양 급여를 부과하여 현재 장기요양추진단의 전반적인 논리에 맞는 평가판정체계를 갖는다. 따라서 새로운 평가판정도구의 도입에 대한 정책적 혼란보다 기존 제도를 자연스럽게 활용하며 추가되는 요양급여에 대한 객관적 기준을 갖게 된다.

셋째 다음 장에서 언급될 서비스 수가(급여 제공시간)의 결정에도 쉽게 적용할 수 있다. 현재 장애인 활동보조사업에 추가되는 장기요양 서비스의 수가에 근거가 될 요양등급의 기준을 객관적으로 제시하여 주요 기준으로 삼고 노인장기요양서비스 수준의 질적 제고를 도모할 수 있게 되었다.

마지막으로 이 방식은 지속적으로 쟁점이 되어온 장애유형별 서비스 제공시간

구분도 선택적으로 결정 할 수 있다. 물론 선택에 대한 서비스 폭은 추후 확정되어야 하는 부분이지만 지체장애인과 지적장애인 등이 활동보조서비스의 확대나 요양서비스로의 대체를 내부/외부 주 활동 선호에 따라 본인이 선택을 가능하게 함으로써 장애인 당사자주권에 대한 해결책을 어느정도 제시하고 있다고 볼 수 있다.

[그림 3-5-1] 장애인장기요양보장제도 평가판정항목 구성



이때, 측정수준 차이로 인한 중복문항 활용에 대한 것으로, 노인장기요양도구의 신체기능영역은 3점 척도이며 활동보조인정조사표의 신체기능영역은 5점/6점 척도로 구성되어 있음. 이에 따라 현재는 각각 등급 산출을 위하여 중복문항을 각각 체크하되 시범사업 이후 통합 적용하는 방안 검토 필요하다.

#### 가. 평가항목

평가항목은 장애서비스센터(DSC)와 장애서비스센터 내 장애서비스위원회 활용할 것이며, 추후 장애서비스센터(DSC) 판정도구(의료평가도구, 근로활동능력평가도구,

복지욕구 사정)와의 검토 및 연계 방안 고려되어야 할 것이다.

[표 3-5-2] 장애인장기요양보장제도 인정조사표 (총 65문항)

평가영역	질문내용	
신체기능 영역 (기본적 일상생활기능)  (총 12개 문항)	1-1.옷 벗고 입기	1-2.옷 갈아입기
	2.세수하기	
	3.양치질하기	
	4-1.목욕하기	4-2.목욕하기
	5-1.식사하기	5-2.식사하기
	6.체위변경하기	
	7-1.일어나 앉기	7-2.침실에서 이동하기
	8-1.움거 앉기	8-2.움거 앉기
	9-1.방밖으로 나가기	9-2.걷기
	10-1.화장실 사용하기	10-2.용변
	11.대변 조절하기	
	12.소변 조절하기	
사회생활기능 영역 (수단적 일상생활수행능력)  (총 8개 문항)	1.전화 사용하기	
	2.물건 사기(쇼핑)	
	3.식사 준비하기	
	4.집안일 하기	
	5.빨래하기	
	6.약 챙겨먹기	
	7.금전관리	
	8.교통수단 이용하기	
인지기능 영역  (총 7개 문항)	1.방금 전에 들었던 이야기나 일을 잊는다	
	2.오늘이 몇 월 며칠인지 모른다	
	3.자신이 있는 장소를 알지 못한다	
	4.자신의 나이나 생년월일을 모른다	
	5.지시를 이해하지 못한다	
	6.주어진 상황에 대한 판단력이 떨어져 있다	
	7.의사소통이나 전달에 장애가 있다	

평가영역	질문내용
행동변화 영역 (총 14개 문항)	1.사람들이 무엇을 흠꼈다고 믿거나 자기를 해하려 한다고 잘 못 믿고 있다
	2.헛것을 보거나 듣는다
	3.슬퍼 보이거나 기분이 처져 있으며 때로 울기도 한다
	4.밤에 자다가 주위사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어난다. 낮에 지나치게 잠을 자고 밤에는 잠을 설친다
	5.주위사람들이 도와주려 할 때 도와주는 것에 저항한다
	6.한군데 가만히 있지 못하고 서성거리거나 왔다갔다 하며 안절부절 못한다
	7.길을 잃거나 헤맨 적이 있다. 외출하면 집이나 병원, 시설로 혼자 들어올 수 없다
	8.화를 내며 폭언이나 폭행을 하는 등 위협적인 행동을 한다
	9.혼자 밖으로 나가려고 해서 눈을 땔 수가 없다
	10.물건이나 옷을 망가뜨리거나 부순다
	11.의미 없는 행동을 반복하거나 부적절한 행동을 한다
	12.돈이나 물건을 장롱같이 찾기 어려운 곳에 감춘다
	13.옷을 부적절하게 입는다
	14.대소변을 벽이나 옷에 바르는 등 불결한 행위를 한다
간호 영역 (총 9개 문항)	1.기관지(숨관) 절개관 간호
	2.흡인(가래 빨아내기)
	3.산소요법
	4.욕창간호
	5.경관영양(튜브급식)
	6.암성통증간호
	7.도뇨관리
	8.장루간호(인공항문 간호)
	9.복막투석
재활영역 (총 10개 문항)	1.우측상지
	2.좌측상지
	3.우측하지

평가영역	질문내용
	4.좌측하지
	5.어깨관절
	6.팔꿈치관절
	7.손목 및 수지관절
	8.고관절
	9.무릎관절
	10.발목관절
추가항목 (총 5개 문항)	1.휠체어타기
	2.듣기
	3.보기
	4.지각(장애)
	5.정신(장애)

이와 같이 평가판정도구의 경우 추후 시범사업을 통하여 이를 보완해 나아갈 수 있도록 하며, 현 65개 항목에 대한 평가를 통하여 항목수 또한 줄여나갈 수 있도록 함. 추후 장애서비스센터(DSC)의 판정도구(의료평가도구, 근로활동능력평가도구, 복지욕구 사정)와의 향후 연계 방안 고려할 수 있도록 할 것이다. 아울러, 신체손상을 1차 판정 적용에 대한 검토도 요구되어진다.

#### 나. 평가절차

평가절차는 다음과 같다.

첫째, 장애인 본인 및 가족 등이 해당 지역 내 장애서비스센터(DSC)에 접수한다.

둘째, 장애서비스센터(DSC)에서 ‘의학적평가도구’, ‘근로활동능력 평가도구’, ‘복지욕구사정도구’, ‘장애인장기요양인정조사표’의 평가가 이루어진다.

셋째, 평가 점수를 환산하고 결과를 통보한다.

넷째, 케어플랜 작성한다.

다섯째, 서비스제공주체와 계약한 후, 이용자가 서비스를 이용할 수 있도록 한다.

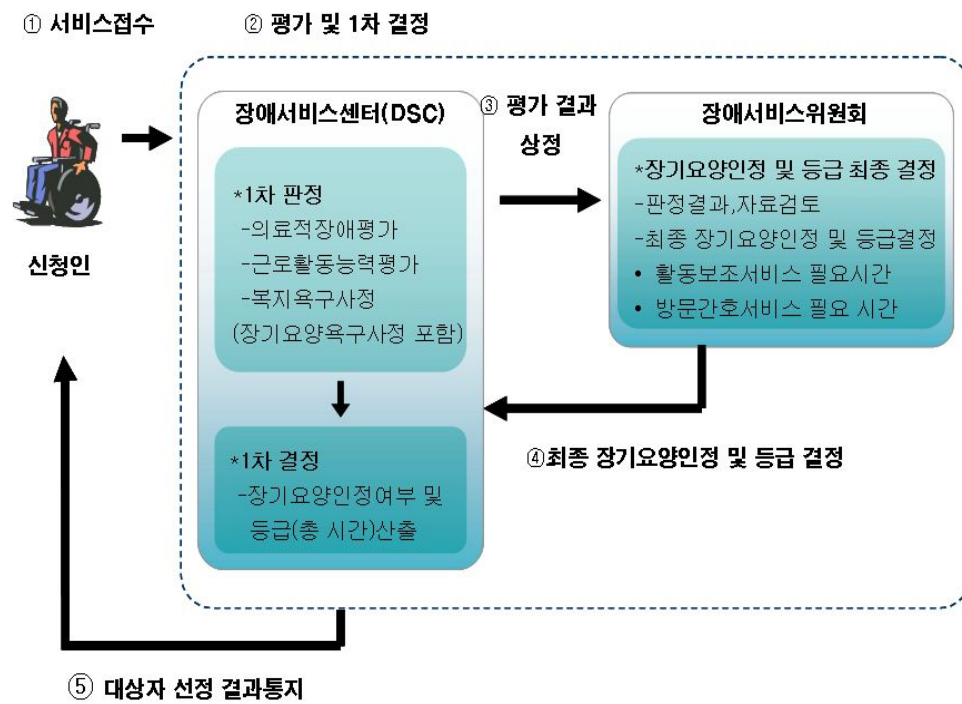
이때, 장애서비스센터(DSC)에서 장애인장기요양인정조사표 65개 항목에 기초하여 판정프로그램에 따라 장기요양인정등급(활동보조등급+요양등급) 도출하며, 등급은 기존 활동보조 등급(1~4등급) × 요양등급(1~4등급)으로 총16 등급으로 구분된다. 이때, 활동보조등급은 활동보조 항목에 기초하여 판정도구에 의거 판정프로그램 이용하여 조사표에 체크한 항목을 입력하면 자동으로 총점 및 이에 따른 등급(1-4등급)이 산출될 수 있도록 한다.

또한 요양등급은 요양욕구 5영역 52개 항목 조사결과와 영역별 100점 득점 변환점수를 8개 서비스 군별 수형분석도에 적용하여 요양인정점수를 구한다음, 요양인정점수의 합을 요양인정 등급기준에 적용하여 장기요양 인정여부 및 요양등급(1-4등급)을 제시한다.

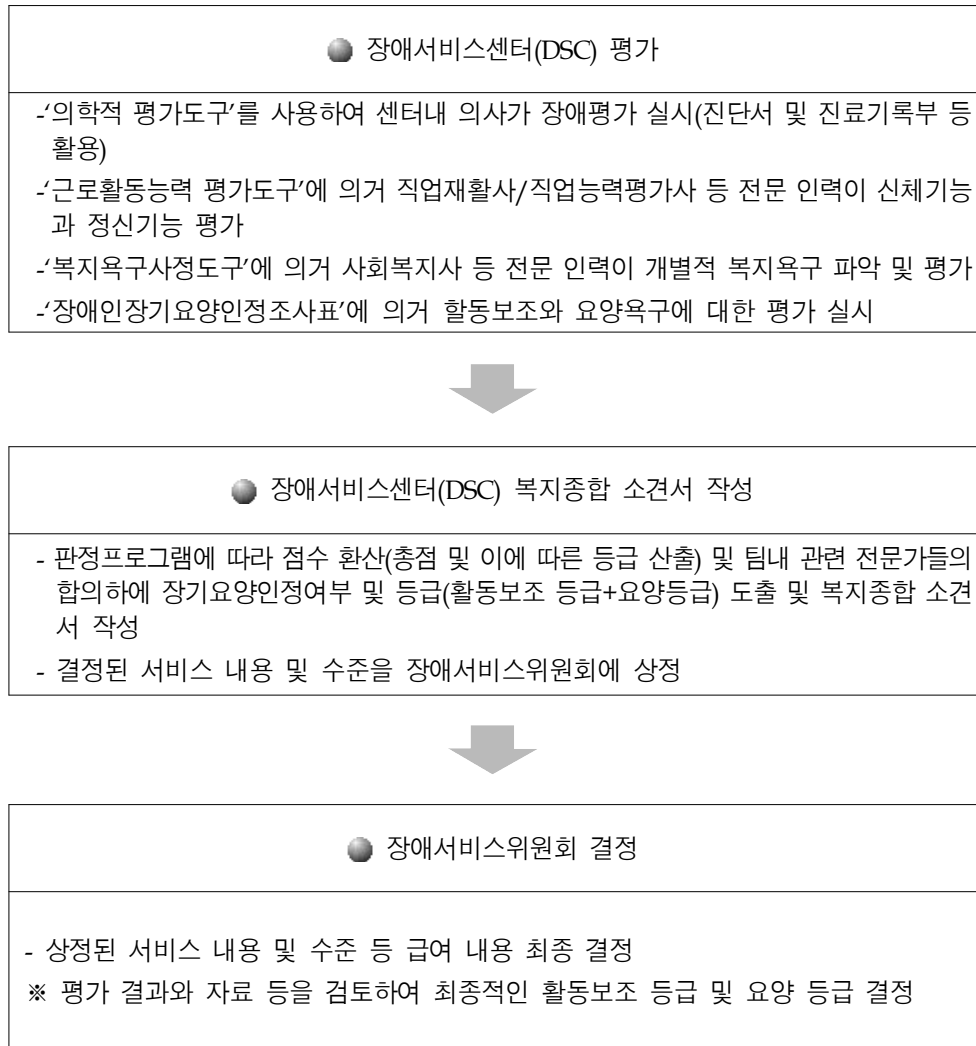
이와 더불어, 등급에 대한 이의신청제도 운용에 대한 검토가 이루어졌다. 명칭은 구체적으로 검토되지 않았으나 Special Unit(가칭)으로 시·도에 1개 정도 설치 검토하고 있으며, 서비스제공계획 작성(케어플랜)은 장애서비스센터(DSC) 내 사례관리자(사회복지사 등 서비스 이용계획 수립할 수 있도록 할 예정이다. 이때 서비스 이용계획은 6개월 또는 1년마다 수립할 것으로 검토되었다.

장애인 장기요양서비스 신청 및 서비스 절차는 다음 [그림 3-5-2]과 같다. 평가 절차는 [그림 3-5-2]과 같다.

[그림 3-5-2] 서비스 대상자 선정절차(안)



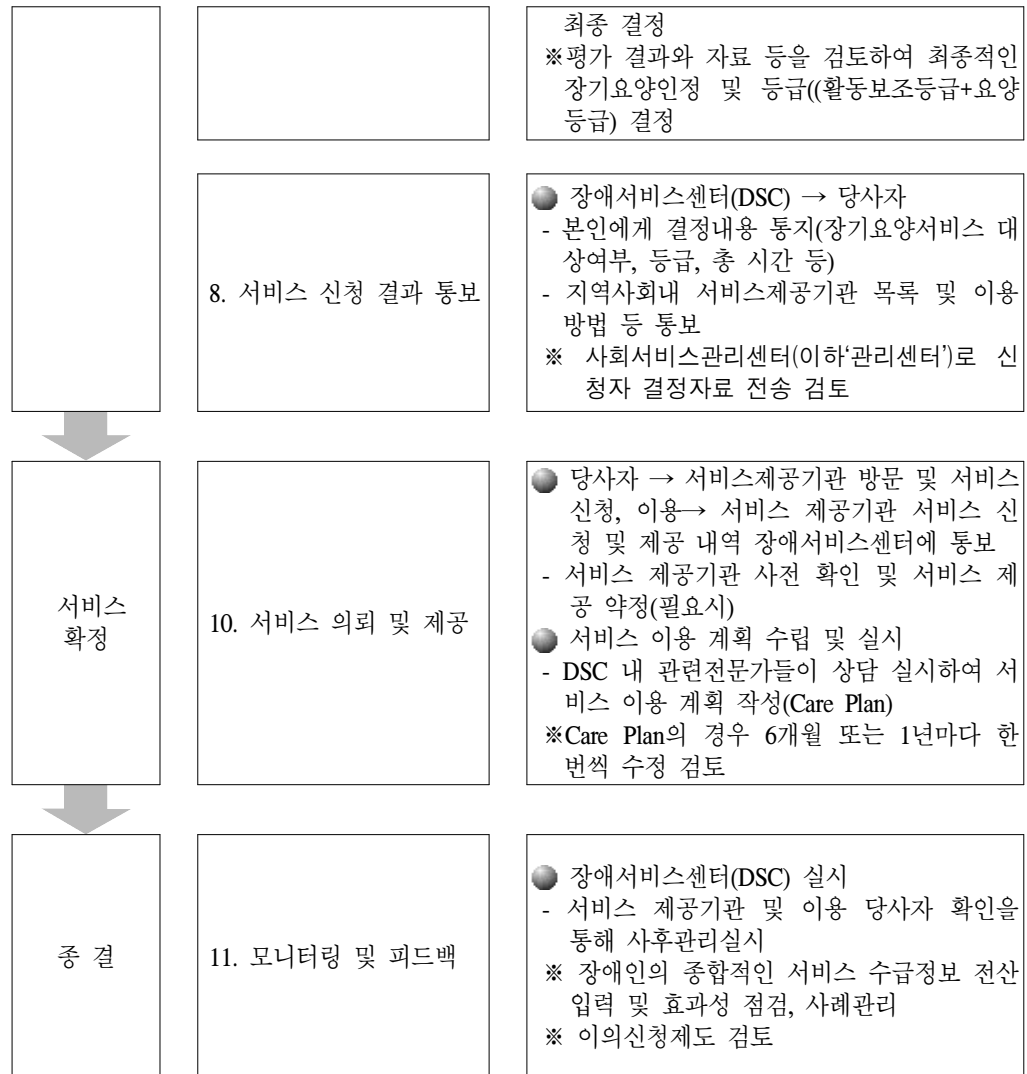
[표 3-5-3] 대상자 평가 절차 1)





[표 3-5-4] 대상자 평가 절차도(안)

절 차		내 용
접 수	1. 구비서류 확인 2. 장애서비스수급신청서 접수	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 본인 및 가족 등이 장애서비스센터(DSC)에 접수</li> <li>● 장애인 장애서비스 수급신청서 제출(소견서(장애진단서) 및 진료기록부 등 포함)</li> </ul>
사정 (조 사)	3. 의학적 장애평가 4. 근로활동능력 평가 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 신체기능(총 19개 문항)</li> <li>- 정신기능(총 23개 문항)</li> </ul> 5. 복지 욕구 사정(6개영역) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 소득지원</li> <li>- 주거 및 시설</li> <li>- 지역사회서비스</li> <li>- 장애인(재활)보조기구</li> <li>- 보육/교육</li> <li>- 직업</li> </ul> 6. 장애인장기요양욕구사정 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 신체기능(총 12개 문항)</li> <li>- 사회생활기능(총 8개 문항)</li> <li>- 인지기능(총 7개 문항)</li> <li>- 행동변화(총 14개 문항)</li> <li>- 간호영역(총 9개 문항)</li> <li>- 재활영역(총 10개 문항)</li> <li>- 추가항목(총 5개 문항)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 장애서비스센터(DSC) 평가               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ‘의학적 평가도구’를 사용하여 센터내 의사가 장애평가 실시(진단서 및 진료기록부 등 활용)</li> <li>- ‘근로활동능력 평가도구’에 의거 직업재활사/직업능력평가사 등 전문 인력이 신체기능과 정신기능 평가</li> <li>- ‘복지욕구사정도구’에 의거 사회복지사 등 전문 인력이 개별적 복지욕구 파악 및 평가</li> <li>- ‘장애인장기요양인정조사표’에 의거 활동보조와 요양욕구에 대한 평가 실시</li> </ul> </li> </ul>
계획	6. 서비스 계획 및 수준 결정	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 장애서비스센터(DSC) 결정               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 팀내 관련 전문가들의 합의하에 장기요양 인정여부 및 등급(총 시간) 도출</li> <li>※ 판정프로그램에 따라 점수 환산(총점 및 이에 따른 등급 산출)</li> <li>- 1차 결정된 서비스 내용 및 수준을 장애서비스위원회에 상정</li> </ul> </li> </ul>
수립	7. 서비스 목록 및 수준 최종 결정	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 장애서비스위원회 결정               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 상정된 서비스 내용 및 수준 등 급여 내용</li> </ul> </li> </ul>



## 제4장 추가급여체계 개발

### 제1절 장애인 장기요양급여의 범위 및 수준

#### 1. 기존 급여내용 및 수준

##### 가. 활동보조서비스의 급여내용 및 수준

2008년 「장애인 활동보조지원사업 안내」에 따르면 정부는 만 6세 이상~만 65세 미만 최중증장애인(장애등급 1급) 중 신체적·정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에게 활동보조서비스를 제공하고 있다.

활동보조는 지원 대상자 본인에 대한 서비스에 한정되며, 신변처리 지원, 가사지원, 일상생활 지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조로 구분된다. 각각의 세부적인 내용은 다음과 같다.

첫째, 신변처리 지원으로 목욕, 대소변, 옷 갈아입기, 세면, 식사보조 등이 포함된다.

둘째, 가사지원 지원으로 쇼핑, 청소, 식사 준비, 양육 보조 등이 포함된다.

셋째, 일상생활 지원으로 금전관리, 시간관리, 일정관리 등이 포함된다.

넷째, 커뮤니케이션 보조: 낭독보조, 대필 보조 등이 포함된다.

다섯째, 이동의 보조: 안내도우미·대리운전지원(시각장애인), 학교 등·하교 지원, 직장 출·퇴근 지원, 야외·문화활동 지원 등이 포함된다.

##### 나. 현행 장애인복지서비스와의 검토

장애인 장기요양보장제도의 급여범위 및 내용 설정을 위하여 「장애인복지법」 상 장애인복지시설의 종류 즉, 장애인 생활시설, 장애인 지역사회 재활시설, 장애인 직

업재활시설, 장애인 유료복지시설, 장애인 생산품 판매시설을 재가에서 이루어지는 서비스와 시설에서 이루어지는 서비스로 분류하여 제시하였다. 또한 현행 장애인복지서비스 중 지방이양사업에 있어서도 이와 같은 분류체계로 나누어 살펴보았으며 이는 [그림 4-1-1]과 같다.

[그림 4-1-1] 현행 장애인복지서비스의 개관

[현행 장애인복지시설]			[현행 서비스체계-지방이양사업(2008)]		
재 가 형 서 비 스	장애인 지역사회 재활시설	장애인복지관	장애인복지관 운영	재 가 형 서 비 스	
		장애인주간보호시설	장애인재가복지봉사센터 운영		
		장애인단기보호시설	장애인주간보호시설 운영		
		장애인체육시설	장애인단기보호시설 운영		
		장애인수련시설	장애인체육시설 운영		
		장애인심부름센터	(시각)장애인심부름센터 운영		
		수화통역센터	수화통역센터 운영		
		점자도서관	지적장애인 자립지원센터 운영		
		점서 및 녹음서 출판시설	장애인해피콜봉사센터 운영		
	장애인직업 재활시설	장애인 보호작업장	장애인특별운송 사업		
		장애인 근로작업장	편의시설 설치시민축진단 운영		
	장애인생산품 판매시설	장애인 생산품 판매시설	청각장애아동 달팽이관수술		
			여성장애인 가사도우미 사업		
			장애인직업재활시설 운영		
			장애인복지시설 치과유니트 지원		
시 설 형 서 비 스	장애인 생활시설	장애유형별 생활시설	장애인공동생활가정 운영	시 설 형 서 비 스	
		중증장애인요양시설	장애인생활시설 운영		
		장애영유아생활시설	재활병의원 운영		
	장애인지역 사회재활시설	장애인의료재활시설			
		장애인공동생활가정			
	장애인유로 복지시설	장애인 유료복지시설			

또한 보건복지가족부 「2008년도 장애인복지사업안내」의 장애인 지역사회 복지사업, 장애인복지시설 운영, 장애인직업재활시설 운영, 장애인지역사회재활시설운영 등을 참조하여 재가에서 이루어지는 서비스와 시설에서 이루어지는 서비스로 구분하고 대상자와 서비스 내용, 서비스 제공시간, 이용시간, 예산 등을 분류하여 검토하였으며 이는 [표 4-1-1]과 같다.

[표 4-1-1] 현행 장애인복지 서비스 시책 분류

구분	사업명	대 상	내 용	비고
재가	장애인 재활보조기구 무료 교부	○장애인복지법 제32조 규정에 의거 등록된 지체,뇌병변, 시각, 청각, 심장장애인 ○국민기초생활보장법상의 수급자 및 차상위계층으로서 등록 장애인 중 교부품목자	○ 품 목 - 욕창방지용 매트 : 1~2급 지체·뇌병변·심장장애인 - 음향신호기의 리모콘과 음성탐상시계 : 시각장애인 - 휴대용 무선신호기 과진동시계 : 청각장애인 - 자세보조용구, 워커, 식사보조기구와 기립보조기구 : 뇌병변장애인, 근육병 등 지체장애인1,2급	지방자치단체 예산편성지침
재가	지역사회중심 재활(CBR)사업	○중점관리 대상자 -재가장애인 중 건강관리, 재활훈련 등의 서비스를 지속적으로 필요로 하는 자 -재가 장애인 중 2차 장애예방 및 안전관리가 필요한 자 ○재활교육 대상자 -만성 신체질환이 장애로 진전되지 않도록 관리가 필요한자,교통사고, 산업재해 등의 사고로 인한 장애발생 위험이 높은 사람, 재활서비스 제공자, 장애인, 가족, 주민 중에서 장애인식 개선, 재활에의 참여활동을 위해 교육이 필요한 자	○중증 재가장애인 및 이동 가능 장애인 대상으로 보건의료재활 서비스 제공 -장애인 건강증진 프로그램, 장애인 가족지지 프로그램, 장애인 지역사회 참여 프로그램	(주) 국민건강증진기금, 지방비
재	중증장애인자	○중증장애인 대상	○정보제공과 의뢰	국비 + 지방

구분	사업명	대 상	내 용	비고
가	립생활(IL)지원 시범사업 운영		<ul style="list-style-type: none"> <li>○권익옹호</li> <li>○동료상담</li> <li>○자립생활기술훈련               <ul style="list-style-type: none"> <li>-스스로의 의사결정의 중요성, 활동보조 서비스 이용방법, 신변처리 및 일상생활 관리, 개인 재정관리, 지역사회 자원 활용 등 교육프로그램 운영 또는 동료지원</li> </ul> </li> <li>○활동보조서비스               <ul style="list-style-type: none"> <li>-신변활동, 가사 및 일상생활 보조, 이동 등 활동보조 서비스 지원</li> </ul> </li> <li>○주택서비스               <ul style="list-style-type: none"> <li>-주택개조, 소개, 주택비용 조성, 지원제도 활용 서비스 등</li> </ul> </li> <li>○이동서비스               <ul style="list-style-type: none"> <li>-리프트 차량 등 활용한 이동</li> </ul> </li> <li>○장비관리,수리, 임대               <ul style="list-style-type: none"> <li>-각종 장애인보조기구,관련 장비와 유지, 관리 및 지원</li> </ul> </li> </ul>	비
재가	농어촌장애인주택개조지원사업	○기초생활보장수급자 및 차상위계층 중 등록장애인으로 자가소유자 및 임대주택 거주자(생활이 어려운 농어촌 저소득 재가 장애인의 주택 개보수비 지원 통해 가정 내 생활 및 이동에 불편이 없도록 주거용 편의시설을 조성함으로써 장애인 일상생활 편의증진 도모)	<ul style="list-style-type: none"> <li>○가구당 3,800천원 (1,000가구)</li> <li>○화장실 개조, 보조손잡이 설치, 문턱 낮추기, 싱크대 높이조절, 주출입구 접근로, 경사로 설치, 지붕개량 및 주택 개조시 파손된 도배, 장판 등</li> <li>○상기 장애인들의 주택내 편의시설·안전 장치 설치 또는 이동편의를 위한 시설의 설치 및 제거 등</li> </ul>	
재가	(지)장애인직업재활시설	○ <u>등록장애인</u>	○일반사업장 취업이 어려운 저소득 중증장애인에게 자신의 능력과 적성에 맞는 직업생활을 할 수 있도록 보호고용 실시	
	-장애인보호작업장	○ <u>직업능력이 낮은 장애인</u> (다음 장애인이 우선시 됨 -일반사업장에서 취업이 곤란한 재가장애인으로 근로가 가능한 자	○ <u>직업능력이 낮은 장애인</u> 에게 직업적응 능력 및 직무기능 향상훈련 등 직업재활훈련 프로그램을 제공, 보호가 가능한 조건에서 근로의 기회를 제공하며	

구분	사업명	대 상	내 용	비고
		-장애인생활시설과 인접하여 설치된 경우 입소장애인 중 근로가 가능한 자)	이에 상응하는 노동의 대가로 임금을 지급하며, 장애인 근로사업장이나 그 밖의 경쟁적인 고용시장에서 옮겨갈 수 있도록 돕는 역할을 하는 시설	
	-장애인근로사업장	○ <u>직업능력이 있으나 이동 및 접근성이나 사회적 제약등으로 취업이 어려운 장애인</u> (총인원 중 장애인이 70%이상이어야 하며 작업공정 등 고려하여 중경증 장애인을 배치, 근로장애인 중 60% 이상을 장애등급 3급 이상인 장애인으로 고용)	○직업능력이 있으나 이동 및 접근성이 나 사회적 제약등으로 취업이 어려운 장애인에게 근로의 기회를 제공하고, 최저임금 이상의 임금을 지급하며, 경쟁적인 고용시장으로 옮겨갈 수 있도록 돕는 역할을 하는 시설 -보호작업장 -직업활동 프로그램	
재가	장애인체육시설	○지역내 시설(특수학교 포함) 및 <u>재가장애인</u> 의 이용을 우선으로 함	○장애인의 체육활동을 통하여 신체적인 기능회복과 재활을 목적으로 설치된 장애인 체육관의 관리	
재가	(지)여성장애인 가사도우미	○등록장애인을 원칙, 특히 저소득 가정의 등록 여성장애인, 가족 등의 지원체계가 없는 중증 여성장애인, 임신 및 출산예정 또는 영유아 자녀를 둔 여성장애인, 중증 및 고령의 독거 여성장애인 등을 우선 대상자로 함	○여성장애인의 임신출산육아 및 가사활동 지원과 관련한 종합적인 서비스를 제공함으로써 여성장애인들의 일상생활 지원 및 사회참여 증진을 위한 여성장애인 가사도우미 사업 수행에 필요한 사항 -여성장애인의 임신출산 및 산후조리를 위한 도우미 파견 -자녀양육 및 가사활동 지원 -산전산후 관리 등 건강관리 -가사도우미 양성교육 및 홍보사업 등	
재가	청각장애인 인공달팽이관 수술지원	○국민기초생활보장수급자 및 차상위계층으로서 시설·재가 청각장애인 중 수술적격자	○저소득 청각장애인에게 인공달팽이관 이식 수술비 등의 지원을 통해 정상적인 언어생활 및 장애인 가정의 의료비 부담 경감을 통해 장애인의 안정적인 생활도모 -수술에 소요되는 비용, 맵핑(mapping) 치료비 ※언어·청능훈련 등 재활치료비 지원가능	
	-(지)청각장	○인공달팽이관 수술로 청력회복이	○인공달팽이관 수술비 지원	



구분	사업명	대 상	내 용	비고
	애 아 동 인 공 달팽이관 수 술비 지원	가능한 저소득 청각장애 아동		
재 가	(지)장애인복지관	○등록장애인 및 가족	○장애인에 대한 상담, 의료재활, 직업재활, 사회생활 적응지도, 사회교육 및 계몽사업	지방비
재 가	(지)장애인 재가복지봉사 센터	○등록장애인 ○가정에서 생활하는 장애인을 순회 방문하여 상담, 훈련, 교육, 치료 등의 종합적인 재활서비스를 제공, 재가장애인의 재활과 자립을 도와 주고 지역사회조직 등을 통한 지역사회 중심재활의 사회적 분위기 유도 및 해결을 통해 전 장애인의 사회통합을 이루는 데 있음	○장애인복지관에 재가복지봉사센터를 부설하여 운영 -재가장애인을 방문, 상담, 의료·교육·재활, 직업재활 등의 서비스 제공 ○상담·진료 -상담, 진료 통하여 의료적, 교육적, 사회적, 심리적, 직업적 측면에서의 장애의 원인·유형·정도, 잠지능력을 판단하고 이를 토대로 재활방향 제시 ○의료재활 -장애의 최소화 및 신체적 기능회복, 유지개발 -물리치료, 작업치료, 보장구 처방 및 장착 훈련, 투약 등 간단한 치료 ○사회심리재활 -상담 및 교육, 사회 적응 훈련, 사회심리치료, 재활캠프 등 ○지역사회 개발 및 자원의 효율적 사용 ○사회적응 유도 -사회생활 참여 유도 등 정서적 서비스 (여가생활 지도, 말벗 등)	
재 가	(지)장애인주간 단기보호시설(주간보호)	○다른 사람의 도움 없이는 일상생활을 영위하기 어려운 장애인을 주간 또는 단기간동안 보호하여 장애인가족의 항시 보호부담을 경감시켜 줌으로써 가족구성원이 안심하고 사회·경제활동을 영위할 수 있도록 장애인주간단기보호시설의 운영에 필요한 사항을 정함	○차량운행 ○재활치료사업 -물리치료, 작업치료 및 일상동작훈련 등을 통해 독립생활능력 배양 ○여행, 견학 및 취미생활 지원 ○교육지도 ○기타	평일8시-오후7시 토요일:오전8시-오후2시 지방비보조금+운영주체의 전입금+이용료, 민간후원금 등

구분	사업명	대 상	내 용	비고
제 가	(지)장애인주 간단기보호시 설(단기보호)	○등록장애인 ○다른 사람의 도움 없이는 일상생 활을 영위하기 어려운 장애인을 주간 또는 단기간동안 보호하여 장애인가족의 항시 보호부담을 경 감시켜 줌으로써 가족구성원이 안 심하고 사회경제활동을 영위할 수 있도록 장애인주간단기보호시설의 운영에 필요한 사항을 정함	○제가장애인 낮동안 보호 또는 장애인 보호자가 출장, 여행 등의 경우 일시적 으로 보호	30일 이내 기본, 필요 에 따라 변 경 시행 할 수 있음
제 가	(지)장애인심 부름센터	○등록장애인을 우선, 인근 지역 장 애인의 요청이 있는 경우 센터 업 무의 특별한 사정이 없는 한 이용 할 수 있도록 지원	○이동에 제약이 있는 장애인에게 차량 운행을 통하여 민원업무 보조, 직장 출퇴근, 시장보기, 외출보조 및 병원 이용보조 등 각종 이동서비스 및 안내 보조 ○사업 주체:한국시각장애인연합회	지 방 비 + 자 체수입 등 추가 가능
제 가	시 각 장 애 인 재활지원센터	○등록 시각장애인	○시각장애인의 재활 상담 지원 ○재활정보 제공 ○정보화장비 지원 ○저시력 평가, 저시력 보조기구 보급 및 활용방법 교육 등 시각장애인의 의료 재활 ○시각장애인의 재활을 위한 조사연구 및 홍보활동 ○약시인의 실명 예방 대비훈련 및 확대 도서 제작 등 ○기타 시각장애인의 위한 재활지원을 위한 사업	
제 가	청 각 장 애 인 (지)수화통역 센터	○의사소통에 지장이 있는 청각언어 장애인에 대한 수화통역 및 상담 서비스를 제공함으로써 원활한 일 상생활 및 사회생활을 도모하기 위함 ○센터가 소재한 지역의 장애인복지 법에 의거 의사소통에 지장이 있 는 등록 청각언어장애인을 우선으 로 함	○출장수화통역 -관공서·법률관련 기관 방문, 의료기고나 진료 등의 경우에 수화통역 필요시 출 장통역 실시 ○일반인에 대한 수화교육 ○청각언어장애인에 대한 고충상담 ○청각언어장애인 상담지도 -개별상담(접수, 의료, 직업, 일반상담) 및 사후 관리 ○출장 수화통역서비스 제공	지 방 비 + 자 체수입 추가 할 수 있음

구분	사업명	대 상	내 용	비고
			<ul style="list-style-type: none"> <li>-각종 민원해결, 가족문제 상담, 심리적 부적응에대한 출장 서비스</li> <li>○기타</li> </ul>	
재가	(지)지적장애인 자립지원센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>○지적장애인과 그 가족을 대상으로 고충상담, 도우미 파견 및 지적장애인의 자립생활능력향상과 사회참여 확대 지원 등을 수행</li> <li>○센터가 소재한 지역의 등록 지적장애인과 그 가족을 우선으로 하되, 기타 지적장애인의 자립에 필요한 경우 일반 개인 등으로 함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○지적장애인에 대한 상담지원</li> <li>○지적장애인의 사회활동 수행보호를 위한 도우미서비스 제공</li> <li>○지적장애인 자립지원 프로그램 개발·보급 등</li> <li>○상담지원사업 <ul style="list-style-type: none"> <li>-복지서비스 정보제공, 부모가족상담, 주택 및 직업알선</li> </ul> </li> <li>○도우미파견사업 <ul style="list-style-type: none"> <li>-지적장애인의 사회활동 지원을 위한 도우미서비스 등</li> </ul> </li> <li>○권익옹호사업 <ul style="list-style-type: none"> <li>-성폭력, 자기권리주장, 인권옹호, 자조집단운영 등 지적장애인의 권익옹호활동지원</li> </ul> </li> <li>○교육 및 홍보사업 <ul style="list-style-type: none"> <li>-도우미 양성, 지도자 양성, 장애예방, 부모교육</li> </ul> </li> <li>○지역자원개발 및 연계 <ul style="list-style-type: none"> <li>-후원자 발굴, 자원봉사자 교육, 지역복지서비스 연계</li> </ul> </li> <li>○문화체육 활동지원사업 <ul style="list-style-type: none"> <li>-생활체육, 문화참여활동</li> </ul> </li> </ul>	
재가	장애인 해피콜봉사센터	<ul style="list-style-type: none"> <li>○아동과 보행이 어려운 장애인의 이동권 확보를 위해 콜택시와 연계하여 장애인의 원활한 교통이용상의 편의를 제공</li> <li>○등록장애인을 원칙으로 함</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○장애인의 이동 편의 제공 <ul style="list-style-type: none"> <li>-장애인의 콜택시를 연계</li> </ul> </li> <li>○센터 가입자(봉사대원) 모집</li> </ul>	지방비(서울시보조금)
재가	(지)장애인특별운송사업	<ul style="list-style-type: none"> <li>○이동에 장애를 가진자(보호자 포함) <ul style="list-style-type: none"> <li>-장애인, 노인, 임산부 등 이동에 장애를 가진 자</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○리프트가 장착된 특장차운영 <ul style="list-style-type: none"> <li>-셔틀운행과 콜운행을 병행</li> </ul> </li> <li>○장애인·노인 등이 많이 이용할 수 있도록 특별운송사업의 활성화 추진</li> <li>○자동차 운행 중 안전사고 예방을 위한</li> </ul>	원칙적으로 기금+

구분	사업명	대 상	내 용	비고
			조치 강구	
재가	(지)장애인 재활지원센터	○등록장애인 및 가족 ○지역사회 장애인의 재활과 사회통합을 위하여 장애인과 가족을 대상으로 정보격차 해소 지원, 인권·교육 지원, 생활문화지원의 사업 수행, 전문가와 지역사회를 대상으로 교육지원 및 지역사회통합 지원의 사업수행	G장애인에게 재활정보 제공으로 사회참여 확대 및 복지 증진 ○사업내용 -정부사업, 서비스 등 재활 전문 데이터베이스 운영 -온라인 상담 및 정보 제공 등 재활지원 -장애인복지 정책개발을 위한 조사연구 ○장애인과 가족 지원 -정보격차 해소 지원 -인권·교육 지원 -생활문화지원 ○전문가와 지역사회 지원 -전문가와 종사자 교육 지원 -지역사회 통합 지원	지방비 및 자체부담금
시설	(지)공동생활 가정(그룹홈)	○등록장애인 ○시설 및 재가장애인으로서 그룹홈에서 생활하는 것이 재활 및 자립에 더 효과적이라고 인정되는 자 ○낮시간 동안 근로, 고용훈련, 교육 및 재활훈련 등에 참여하고 있는 자 ○사회재활교사의 도움을 받아 공동생활을 하는 데 큰 지장이 없는 자	○장애인이 지역사회 안에서 가정과 같은 주거환경에 거주하면서 독립적인 생활에 필요한 각종 서비스와 지원	지방비보조금 + 운영주체의 전입금 +이용료+민간후원금
시설	(지)장애인의료재활시설	○등록장애인 ○장애인을 우선으로 하며 진료상 여유가 있을 경우 지역주민을 대상으로 일반인에 대한 진료 행할 수 있음	○장애의 진단 및 치료, 보장구 제작 및 수리, 장애인 심리검사 및 평가 ○장애인을 위한 의료재활사업을 효율적으로 수행하기 위하여 사회복지법이 s 등 비영리법인 부설 의료재활시설(이하“재활병의원”)의 운영에 필요한 사항 -입원 및 통원, 낮병원을 통한 장애인 진료 -장애의 진단 및 포괄적이고 전문적인 재활치료 -장애인에 대한 의료재활상담	입원진료 기간은 6개월 미만으로 하되, 치료의 경과상 연장진료가 필요한 경우 주치의 소견서에 따라 진료기간 연장 가능

구분	사업명	대 상	내 용	비고
			<ul style="list-style-type: none"> <li>-장애인의 기타 질환에 대한 진단 및 치료</li> <li>-재활보조기구의 제작 및 수리</li> <li>-장애인 재활에 관한 교육</li> <li>-장애인 등록을 위한 진단 등</li> </ul>	
시설	(지)장애인생활시설	<ul style="list-style-type: none"> <li>○<u>등록장애인</u></li> <li>-국민기초생활보장법상의 수급자 우선 입소</li> <li>○<u>장애유형별 생활시설</u></li> <li>-<u>지체장애인 및 뇌병변장애인을 위한 시설</u>(중복장애 포함)</li> <li>-<u>시각장애인을 위한 시설</u></li> <li>-<u>청각언어장애인을 위한 시설</u></li> <li>-<u>지적장애인·자폐성장애인을 위한 시설</u>(지적지체인, 중복장애 포함)</li> <li>○<u>중증장애인요양시설(1·2급 중증장애인)</u></li> <li>○<u>장애인영유아시설(6세미만의 장애영유아)</u></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○생활시설 입소 보호</li> <li>-의식주 제공</li> <li>-재활서비스 제공(사회심리 재활, 교육 재활, 직업재활, 의료재활)</li> <li>○<u>장애인생활시설에서 필요한 기간동안 생활하면서 재활에 필요한 상담·치료·훈련 등의 서비스를 받아 사회복귀를 준비하거나 장기간 요양</u></li> </ul>	
시설	장애인 개인영양시설	○ <u>법정 등록장애인</u>		

#### 다. 노인장기요양서비스의 급여범위

현행 노인장기요양보험제도에서 ‘장기요양급여’란 6개월 이상 동안 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정되는 자에게 신체활동·가사활동의 지원 또는 간병 등의 서비스나 이에 갈음하여 지급하는 현금 등을 말하는 것으로 장기요양급여의 종류는 크게 재가급여, 시설급여 및 특별현금급여 세 가지로 구분하고 있다.

##### 1) 재가급여

재가급여에는 방문요양, 방문목욕, 방문간호, 주·야간보호, 단기보호, 기타 재가급여가 포함된다.

첫째, 방문요양이란 장기요양요원이 수급자의 가정 등을 방문하여 신체활동 및 가사활동 등을 지원하는 장기요양급여로 정의된다. 둘째, 방문목욕이란 : 장기요양요원이 목욕설비를 갖춘 장비를 이용하여 수급자의 가정 등을 방문하여 목욕을 제공하는 장기요양급여로 정의하며, 셋째, 방문간호란 장기요양요원인 간호사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 방문간호 지시에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생 등을 제공하는 장기요양급여를 의미한다. 넷째, 주·야간보호란, 수급자를 하루 중 일정한 시간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 의미하며 다섯째, 단기보호란, 수급자를 보건복지부령이 정하는 범위 안에서 일정기간 동안 장기요양기관에 보호하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여를 뜻한다. 끝으로 기타 재가급여란, 수급자의 일상생활·신체활동 지원에 필요한 용구를 제공하거나 가정을 방문하여 재활에 관한 지원 등을 제공하는 장기요양급여로서 대통령령이 정하는 것이라 정의한다.

## 2) 시설급여

시설급여는 장기요양기관이 운영하는 「노인복지법」 제34조의 규정에 따른 노인의료복지시설(노인전문병원은 제외한다) 등에 장기간 동안 입소하여 신체활동 지원 및 심신기능의 유지·향상을 위한 교육·훈련 등을 제공하는 장기요양급여로 정의하고 있다.

## 3) 특별현금급여

특별현금급여는 가족요양비, 특례요양비, 요양병원간병비로 구성된다. 첫째, 가족요양비란, 제24조의 규정에 따라 지급하는 가족장기요양급여를 의미하며, 둘째, 특례

요양비란, 제25조의 규정에 따라 지급하는 특례장기요양급여를 의미한다. 셋째, 요양병원간병비란, 제26조의 규정에 따라 지급하는 요양병원장기요양급여이다.

#### 4) 노인장기요양보험에 포함되는 서비스 내용

노인장기요양보험에 포함되는 서비스 내용을 세부적으로 살펴보면 다음과 같이 신체수발서비스, 간호관련서비스, 재활기능훈련서비스, 복지상담서비스로 분류할 수 있다. 각각의 구체적인 내용을 살펴보면 다음과 같다.

##### (1) 신체수발서비스

신체수발서비스에는 개인위생, 옷갈아입기, 목욕, 배설, 식사 영양 외 다음과 같은 서비스 내용이 포함된다.

[표 4-1-2] 신체수발 서비스 내용

중분류	소분류	서비스 내용
01. 개인위생	세면도움	세면장까지 이동보조(세면장까지 가는 모든 이동모두포함)
		세면 동작의 지도 및 지켜보기
		세면도움
	구강관리	구강청결 도움(가글,양치질 등)
		틀니 손질
	몸 청결	손발 닦기
		몸 청결 도움(물수건 이용)
		회음부세척
	머리감기	머리감기 전반과정의 도움
	몸단장	머리단장(준비·정리 포함)
손·발톱 깎기(준비·정리 포함)		
면도(준비·정리 포함)		
화장하기(준비·정리 포함)/로션 바르기 등		
02. 옷 갈아입기	옷 갈아입기 (양말/구두포함)	옷 갈아입기 지켜보기, 지도
		옷 갈아입기 도움(양말, 구두포함)
		의복 준비(양말, 구두 포함) 및 의복 정리
03. 목욕	입욕 준비	욕실 준비(더운물 준비, 목욕용품 준비 등)/이동수단 준비
		욕조, 리프트로 이동보조(목욕을 위한 이동 보조)

중분류	소분류	서비스 내용
		옷 벗기고 입히기 도움
	입욕시 이동	휠체어, 환자운반카부터 욕조 내 리프트로/욕조 내 리프트에서 휠체어, 환자운반카로 욕조 밖(안)에서 욕조 안(밖)으로 이동 도움
	몸 씻기	몸에 비누칠을 하고 씻기는 과정 전반
	기계조작	리프트 조작
	욕실정리 및 기타	목욕 종료 후 욕실 청소/사용용품의 정리 기타 목욕관련 서비스
04. 배설	이동보조	화장실까지 이동보조(이동식 변기 포함) 휠체어에서 변기로 이동 도움/변기에서 휠체어로 이동 도움
	배뇨 도움	배뇨 동작 도움(옷 벗고 입는 것, 수압배뇨 등 포함)/지켜보기 배뇨 후 정리(닦아주기, 뒤처리: 물수건, 기저귀로 닦아줌, 정리) 소변통 (이동식변기포함) 정리 및 배뇨량 체크하기
	배변 도움	배변 동작 도움(옷 입고 벗는 것/복부 마사지 포함)/지켜보기 배변의 정리 (물내려주기, 닦아주기, 뒤처리) 이동식 변기 정리 및 배변량 체크하기
	기저귀 및 기타	기저귀교환준비작업(장갑 끼기, 물·대야준비, 손소독, 장갑 소독) 기저귀 점검 /기저귀 교환 기타 배설 관련 서비스
05. 식사·영양	식사보조 (아침·점심·저녁, 간식 포함)	식사 중 지켜보기/ 삼키기 곤란 도움 (등 두드려주기 등) 식사 도움(식사하기 좋게 자르고 으갠)(먹여주기 포함) 식사량 및 칼로리 체크하기
	음료수	음료수 섭취 도움
	경관 영양	경관 영양 준비 경관 영양 실시 경관 영양 정리
	구토	구토물 정리
06. 체위변경	체위 변경	체위 변경 (뒤집기 등)도움
	일어나 앉기	몸을 일으키고 받쳐 줌/앉아있는 상태에서 눕히기 도움
	기타	침대 조작(올리기/내리기), 사이드 바 올리고 내림 포함등
07. 이동	이동도움 ( 옮겨 타기)	침대에서 휠체어로/휠체어에서 침대로 침대에서 환자 이동카로/환자 이동카에서 침대로 휠체어 준비 및 정리/휠체어에서 안전띠 묶기, 휠체어 발판 정리



중분류	소분류	서비스 내용
08. 신체기능의 유지·증진 (운동 및 일상생활을 위한 훈련 보조)	이동도움 (시설 및 실내)	보행 도움 보행도구에 의한 이동 도움 (휠체어, 워커, 이동카 등 포함)
	훈련 등의 보조	일상생활동작 훈련보조 (일어나 앉기, 보행, 서 있기 연습 보조/지켜보기포함)
		기구 사용하여 운동 보조 (보장구 장치 도움/ 지켜보기 포함) 주물러주기, 팔다리(스킨십)/ 기타 연습 보조하기
	기타	신체기능의 유지·증진 관련 서비스(산책 포함)
09. 문제행동	문 제 행 동 에 대한 대처	문제 행동(배회, 불결행위, 폭력등)에 대응(설명, 설득, 안심시키기, 관심 돌리기, 격리등)
10. 의사소통	의사소통 도움	책 읽기, 편지 대독/성경 읽어주기 포함 편지 대필 의사전달 대행(욕구, 호소하는 것 알리기) 일상회화, 말 걸기 전화 이용하기 도움
		물품조달 (신문, 편지, 잡지 등 배포) 콜벨 대처 (이동이나 응답 포함)
	산책	산책준비(보장구 준비 등) 산책동행 산책 후 물품 정리
		격려, 위로, 카운슬링, 전화말벗 및 종교상담
	조언 및 지도	식사, 복약, 요로감염, 욕창 예방 등 조언 및 지도 기타 의사소통 관련 서비스
11. 침구·린넨	침구·린넨 교 환	침구 준비 정리 침구, 린넨 교환 기타 침구·린넨 관련 서비스
		침대 주위정리정돈(빛자루질 하기/ 걸레질 하기/ 청소기 조작)
		환기, 온도조절, 냉난방, 창문 개폐, 가습기 등의 조정
12. 환경관리	침실 및 병실 내	채광·방음 조정, 블라인드와 커튼 개폐, 전등과 텔레비전 켜고 끄기 침실 및 병실 내 청소, 침실 쓰레기 버리기, 쓰레기분류 (노인 소유의) 꽃꽂이, 화분 물 갈기·손질
		기타 환경관리 관련 서비스
	기타	의복, 일용품 정리, 교체, 불필요 물품 정리, 라커 정돈 일용품, 의복의 이름 붙이기 의복 수선 생활필수품 구입, 구매전달, 요금납부
13. 이용자의 물품관리	물품관리	

중분류	소분류	서비스 내용
		환자용 보조기구의 관리
	금전관리 및 기타	이용자의 용돈관리 기타 물품관리 관련 서비스
14. 세탁 및 세척	세탁	세탁물 모으기, 세탁실로 가져가기, 빨래감분류 포함
		세탁기 준비, 조작, 손질
		세탁물 손빨래하기/대걸레 빨기 포함
		(옥외에)세탁물 널기
		세탁물 개키기, 정리/건기
		다림질하기
		세탁물 배포
	기타	사용 물품의 소독, 오줌통·변기·이동식 변기 소독 기타 세탁 및 세척 관련 서비스
16. 외출동행	외출 동행하기	외출준비(외출물품 및 보장구 정리 포함)
		외출 후 이용물품 정리
		근거리 이동 도움 및 동행(도보이동 보조하기)
		장거리 이동 도움 및 동행(교통수단 이용 보조하기)
	이동업무지원	시장보기(생필품 등 구매)
		행정업무대행(동사무소 관련 업무, 생활시설 신청 등) 은행업무대행 기타 업무대행
17.기타	간병기록	간병일지 기록
	환자 모니터링	환자에 대한 모니터링 (야간 근무시 대기등 포함)
	이동	시설내에서의 이동
	지켜보기	기타 지켜보기
	준비 및 물품 정리	업무를 위한 준비/물품정리

## (2) 간호관련서비스

간호관련서비스는 관찰 및 측정, 간호계획 및 순회, 투약 및 주사 외 다음과 같은 서비스가 포함되어 제공된다.

[표 4-1-3] 간호관련 서비스 내용

중분류	소분류	서비스 내용
18. 관찰 및 측정	활력증후	활력증후 (혈압·체온·맥박·호흡) 측정

중분류	소분류	서비스 내용
	신장체중	신장·체중·흉위 측정
	섭취 및 배설량	수분섭취량/배설량 측정
	기타	기타 관찰 및 측정 관련 서비스
19. 간호계획 및 순회	신체기능평가	이용자 현 병력 등 기초자료 수집, 신체사정, 간호계획
	통증사정	통증사정
	순회	순회, 이용자 상태 관찰
	기타	기타 간호계획 및 순회 관련 서비스
20. 투약 및 주사	경구약	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드 처방전과 처방약 조회, 약 구분, 투약 준비(먹기 쉽게 구분) 약을 환자에게 배포, 경구투약 실시 및 도움·확인
	주사	피내·피하·근육주사 등의 준비·실시·정리 정맥주사 준비·실시·정리 / 링겔주사
	기타 투약	*점안약·안연고, *점비약, 귀외용약 준비·실시 정리 좌약(해열제, 완화제), 등 기타 투약
	약품관리	약품 서랍, 투약차 관리, 상비약 관리, 보관 냉장고 관리
21. 감염 및 예방	예방 카운셀링	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드 욕창 등 방지를 위한 카운셀링
	처치	감염 및 예방 주사 접종/욕창 분리간격 케어
	기타	기타 감염 및 예방 관련 서비스
22. 치료 및 처치	호흡기 간호	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드 기관 절개구의 간호 (캐놀라 교환·준비·정리) 흡인(吸引) 흡입(吸入) 가습기·네브라이저 준비·실시·정리 객담 배출(테핑, 체위 배액법 등) 산소 흡입 준비·실시·정리: 경비(Nasotracheal) 카테타법·마스크법
	피부간호	피부 케어 (입술건조방지 등), 파우더 바르기, 로션포함 외상의 처치·붕대 교환, 연고 바르기 욕창간호 준비 실시 정리 *약욕(藥浴)
	영양 간호	*중심정맥 영양 준비 중심정맥 영양 실시 중심정맥 영양 관찰, 정맥압 측정, 지켜보기, 교환 수액중 고정, 상하지 억제 중심정맥 영양 정리
	온·냉요법	냉·온 습포, 얼음주머니, 얼음 베개 준비·실시·정리
	배설간호	방광훈련의 준비·실시, 정리 단순 도뇨 및 정제도뇨 카테타 교환 준비, 실시, 정리 유치(삽입) 카테타의 관찰, 소변량 체크·측정 소변주머니 교환

중분류	소분류	서비스 내용
		방광세척의 준비·실시·정리 배뇨 빈도, 양, 간격 체크 관장 준비 실시 정리 손가락 관장(finger evacuation) 준비 실시 정리 *장루간호
	기타 처치	복막투석 기브스 감기 준비·정리 인공호흡기 사용 중 관찰 수혈준비(크로스매칭 포함), 수혈실시, 점적 조절, 관찰, 교환, 수혈제거, 뒤처리 민간요법/ 대체보완요법 필요시 처치 중의 고정, 상하지 억제 기타 치료 및 처치 관련 서비스 간호사의 신체증진을 위한 활동(운동)
23. 검사	검사	검체 채취(혈액, 변, 뇨, 담, 위액 등) 등 관련서비스 검사 시 환자도움
24. 협조 및 자문	진료협조	진찰 도움 통원·입원·진찰 도움
	관련기관 의뢰	후원기관 연계 및 사회복지사 알선 기타 협조 및 자문 관련 서비스
25. 응급상황대처	응급처치	구토/설사/간질 발작/실신 등 응급처치 의료기관 및 복지관 연락
	특수처치	기타 특수처치
26. 사후처치	사후처치	사후처치(사망후처리)
	기타	기타 사후 처치 관련 서비스 (가족 및 친인척 연락등)
27. 간호기록	간호기록	카덱스, 간호기록, 입퇴원(소)기록, 입원·입소대장기록, 진단서 작성 보조 등 기타 간호관련 서비스

## (3) 재활기능훈련서비스

재활기능훈련서비스에는 기능훈련을 위한 이동 및 지켜 보기, 신체기능의 훈련 외 다음과 같은 서비스가 포함된다.

[표 4-1-4] 재활기능훈련 서비스 내용

중분류	소분류	서비스 내용
28. 기능훈련을 위	이동	기능훈련 및 치료를 위한 이동

중분류	소분류	서비스 내용
한 이동 및 지켜보기	지켜보기	기타 기능훈련에 대한 지켜보기
29. 신체적 평가	관절운동범위	관절운동범위 평가
	근력	근력 평가
	균형	균형평가
	기타	근긴장 평가·반사, 감각검사·통증평가·편마비 기능평가
30. 신체기능의 훈련	훈련	관절운동범위 운동
		근력 증강 운동
		연하 운동
		상지기능·손가락 정교성 운동
		조화운동훈련
		지구력훈련
	기타	기타 신체기능의 훈련 관련 서비스
31. 기본동작	기본동작 운동 설명 및 시범	기본동작의 내용·목적·순서 설명 및 시범(뒤집기, 일어나기, 앉아 있기, 일어서기, 서 있기, 이동 동작, 휠체어 조작·구동, 보행동작 등 동작을 해서 보여줌)
	기본동작 평가	뒤집기, 일어나기, 앉아 있기, 일어서기, 서 있기, 이동동작능력 평가, 휠체어 조작·구동 평가, 보행·보행능력 평가 등
	기본동작 운동	기본동작 운동도움
	평가	식사, 배설, 옷 갈아입기, 입욕, 몸단장, 조리 등 일상생활 동작 평가
32. 일상생활동작	일상생활동작 설명 및 시범	일상생활동작을 설명하고 시범보여줌
	일상생활동작 운동	일상생활동작 훈련시키고 보조함
	재활치료실에 서의 견인	설명·준비·실시·확인 결과 확인·정리
33. 물리치료	온열치료	설명·준비·실시·확인 결과 확인·정리
	전기치료	설명·준비·실시·확인 결과 확인·정리
	수치료	*수치료, 파라핀 치료 포함, 족욕 포함
	기타	기타 물리치료 관련 서비스
		이완치료(맛사지 및 압박공기치료)
		물리치료사 운동치료
34. 인지 및 정신	고위 기능 평가	인지 및 정신기능 평가

중분류	소분류	서비스 내용
기능	고위 기능 훈련	인지 및 정신기능 훈련
	기타	기타 인지 및 정신기능 관련 서비스
35. 언어치료	평가	의사소통, 실어증 평가, 구음장애 검사,
	운동	발성·발어기관의 운동을 시킴, 발성연습을 시킴, 구음연습을 시킴
	기타	기타 언어치료 관련 서비스
36. 작업치료	작업치료 측면 기능	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드 연하, 상지기능·손가락의 정교성, 조화운동능력, 지구력 평가, 작업능력 평가
	놀이	수동적 놀이, 운동 놀이, 시각, 청각, 촉각, 전정각, 구성, 미술활동, 지적 그룹 놀이 지도를 실시
	목공·수공예 등	가죽·대나무·등세공, 편물, 수예, 도예, 조립 모델, 판화, 습자, 바느질, 조각, 금공, 꽃꽂이, 원예, 간이 작업 등
	도구적 일상생활수행동작 훈련	금전관리, 장보기 등
	직업훈련	타이핑, 컴퓨터 사용 등
	기타	기타 작업치료 관련 서비스
	기타 서비스	운동용구 준비·치우기 운동교재, 프린트 작성, 작품의 완성과 수정 보장구·치료기구 선정 및 체크아웃 채침하기(수지침 등)/뿔기포함
37. 기타 재활 관련	기타	기타 재활관련 서비스
38. 재활기록	재활기록	ADL 평가등 재활기록 전반

## (4) 복지상담서비스

복지상담서비스에는 상담, 교육, 프로그램 외 다음과 같은 서비스가 포함된다.

[표 4-1-5] 복지상담 서비스 내용

중분류	소분류	서비스 내용
39. 상담	전화상담	이용자 기초 자료 수집(전화상담, 내방상담)
	가정방문상담	이용자 기초 자료 수집 및 이용자 거주 환경 사정(방문상담)
	가족면담 및 상담	시설내에서 가족 면담 및 상담

중분류	소분류	서비스 내용
40. 교육	수시면담	이용자 수시 면담 및 상담
	사회복지사 기록	사례기록 입퇴원(소)기록, 입원·입소대장기록, 프로그램기록, 일지점검
	교육준비	교육준비(교재 및 자료준비, 강사섭외, 장소 등)
	가족/어르신 교육	가족(수발자) 및 어르신 교육
	직원교육	신입직원 오리엔테이션, 원내 직원 보수교육(연수 등 포함)
	실습생교육	원내·시설 내 학생교육
	자원봉사자 교육	자원봉사자 오리엔테이션, 보수교육 등
41. 프로그램	기타 교육	기타 교육관련 서비스
	레크리에이션, 운동, 종교활동 등	프로그램 계획, 준비 프로그램 실행/예배(기도포함),체조(시범),노래 부르기 프로그램 정리, 평가
42. 행사·활동	행사 활동	행사 계획·준비
		행사실시, 생일잔치
		행사 정리
43. 사례관리회의	환경미화	홍보계획·자료 제작 및 배포, 인터넷 관리, 기타매체를 통한 홍보
	사례회의	각방·복도 장식, 전시물 진열
	각종회의	공식적 케어에 관한 계획, 개별 케어 방침 등(판정회의)
	기타	비공식적으로 노인에 대한 케어 논의등 각종회의
		업무관련 논의, 지시, 연락(전화연락 포함)
44. 서비스 연계	전화업무대화	전화업무대화
	업무상대화	업무상대화
45. 기록 및 정리	사회복지기관 연계	사회복지 기관 연계(후원 서비스 등)
	공공기관 연계	공공기관연계(구청, 소방소 긴급전화설치 의뢰 등)
46. 입퇴원, 등록	기타기록	기타 기록관련서비스
	정리	입원차트·방사선 필름·전표류·파일 정리, 목록자명단체크
47. 자원봉사관리	수속	병실 및 기관 시설안내, 동실자 및 이용자 소개
	기타	기타 입퇴원 및 등록 관련 서비스
48. 자원봉사관리	자원봉사자 모집	자원봉사 모집 계획, 홍보 등
	모집	자원봉사활동 문의에 대한 응대, 신청접수

중분류	소분류	서비스 내용
	자 원 봉 사 자 관리 활동	자원봉사자 배치, 활동내용 점검 간담회 및 송년모임 준비, 진행
	기타	기타 자원봉사 관련 서비스
48. 출장업무	방문간호사	업무상 이동(방문간호사의 환자 방문 및 재가서비스를 위한 방문)
	가정봉사원	업무상 이동(유급봉사자의 재가서비스를 위한 방문)
	차 량 지 원 서 비스	재가노인의 차량지원서비스 (주간보호등) 병문안 환자동행 없는 간호사 출장
	식사·휴식	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드 직원 자신의 식사, 휴식, 화장실 등/출퇴근시 행동, 손씻기
49.기타 행정서비스	직원간 연락	전화, 외출, 업무와 관련된 연락전화
	외부·타기관 과의 연락	의료, 행정담당자, 자원봉사자와의 연락·정보수집
	비용정산 및 수납	비용정산 및 수납업무, 영수증 정리(비용정산)
	사무관리	기타행정 및 사무도움, 기관 물품 구입 및 관리 후원관리, 손님접대 및 시설 견학 사망 및 기관 이송시 행정처리
	설비·기기의 보수	시설 설비나 기기의 보수, 점검, 수리, 교환, 연락, (심전도 모니터, 인공호흡기, 휠체어, 침대 등 포함) 물품이송

## 라. 장애인 장기요양보장제도 급여 범위 및 내용(안)

장애인 장기요양보장제도의 급여 범위 설정을 위하여 노인장기요양보험에 포함되는 서비스 내용 대분류 기준을 참조하여 신체수발, 가사지원, 행동변화대처, 사회활동지원, 복지서비스지원, 의료지원서비스 등 총 여섯 가지 대분류를 장애인 장기요양보장의 급여범위 및 내용의 기본원칙으로 설정하여 이에 따라 노인장기요양보험제도, 현행 활동보조서비스, 국제 기능·장애·건강 분류(International Classification of Functioning, Disability and Health, 이하 ICF)체계의 구성요소 중 기능과 장애의 ‘활동과 참여’부분 그리고 한국장애인복지시설협회로부터 장애인 생활시설서비스(지적장



애인 생활시설 중심)의 내용을 검토 요청하여 이를 바탕으로 새로운 분류체계에 따라 검토하였다.

대분류 기준에 따라 신체수발에는 개인위생, 식사영양, 실내이동 등이 포함되었으며 가사지원에는 실내 가사지원과 실외 가사지원 그리고 양육지원을 포함시켰다. 행동변화대처에는 정신질환 관련부분과 지적장애 관련 부분을 포함되었으며, 사회활동 지원에는 단순 외출활동 지원, 직업활동지원, 교육활동 및 기타 활동 지원등이 포함되었다. 그리고 복지서비스지원에는 일정관리, 커뮤니케이션 지원, 복지상담 및 보장구 등 복지기기 지원, 정보지원, 기타 장기요양관련이 포함되었다. 끝으로 의료지원 서비스에는 간호서비스, 의료재활서비스, 의사방문지원 서비스, 기타 지원 서비스가 포함되었다. 이에 따른 세부적인 내용은 다음의 [표 4-1-6]에 제시하고 있다.

[표 4-1-6] 장애인 장기요양보장 급여범위 및 내용(안)

대분류	중분류	소분류			
		노인장기요양보험	활동보조서비스	ICF(활동과 참여 부문 기준)	시설협회 (장애인 생활시설의 서비스)
1. 신체수발 (ADL 지원)	1-1. 개인위생 (self-care)	1-1-1. 목욕 지원	· 신변처리 지원(목욕)	· d510 씻기 · d520 신체 일부 관리	· 목욕(샤워) 지원
		1-1-2. 세면도움	· 신변처리 지원(세면)		· 세면 지원
		1-1-3. 머리감기 지원			· 머리감기와 말리기, 빗기 지원
		1-1-4. 양치질(구강청결) 지원			· 양치질(구강청결) 지원
		1-1-5. 몸단장(화장, 명 도 등) 지원		· d540 몸단장	· 면도 지원 · 귀지 제거 지원 · 손·발톱 정리 지원 · 화장하기 · 미용 지원
		1-1-6. 옷 갈아입기 지원	· 신변처리 지원(옷 갈아입기)		· 의복(신발) 착탈의 지원
		1-1-7. 배설지원(대소변 처리)	· 신변처리 지원(대 소변)	· d530 대소변 처리	· 배설 지원(대소변 처리)
				· d570 자신의 건강 돌보기 · d598 기타 특이적 인 자기관리	· 기상지원 · 생리대 사용(착용과 교체) 지원 · 성생활 지원

대분류	중분류	소분류			
		노인장기요양보험	활동보조서비스	ICF(활동과 참여 부문 기준)	시설협회 (장애인 생활시설의 서비스)
	1-2. 식사영양 (nutrition)			· d599 상세불명의 자기관리	· 수면 지원
		1-2-1. 식사도움	· 식사보조	· d550 먹기	· 식사 보조 · 영양식(특별식) 지원 · 식습관 개선 지원
		1-2-2. 경관영양섭취 지원			· 경관영양섭취 지원
		1-2-3. 음료수섭취 지원		· d560 마시기	· 음료수 섭취 지원
	1-3. 실내이동 (mobility)	1-3-1. 체위변경		· d410 기본적인 자세 변화 · d415 자세유지(예. 눕기, 쪼그리고 앉기, 무릎 꿇기, 안치, 기립 자세 등) · d429 기타 특이적인 또는 상세불명의 자세 변화·유지	· 체위 변경 지원(욕창 예방)
		1-3-2. 자리에서 일어나거나 눕기 지원			· 자리에서 일어나거나 눕기 지원
		1-3-3. 옮겨타기(침상↔휠체어 등)		· d420 자리 이동	· 옮겨 타기(침상↔휠체어 등)
		1-3-4. 실내걷기이동 등 지원		· d450 보행 · d455 이동	· 지팡이 혹은 위커 사용하기 · 실내걷기이동 등 지원
2. 가사지원 (IADL 지원)	2-1. 실내 가사지원	2-1-1. 방 거실 청소하기 지원	· 가사지원(청소)		· 청소하기(방 거실 욕실 계절별 대청소) 지원 · 개인 수납장(옷장 사물함 등) 정리 지원 · 개인 앨범 정리 지원
		2-1-2. 세탁(빨래) 하기 지원			· 세탁(의류, 침구, 신발) 및 정리 지원
		2-1-3. 식사준비(조리) 지원	· 가사지원(식사준비)	· d630 식사 준비	· 식사준비(조리) 지원 · 다과(치류 준비, 과일 깎기 등) 지원
		2-1-4. 설거지하기 지원			· 설거지하기 지원

대분류	중분류	소분류			
		노인장기요양보험	활동보조서비스	ICF(활동과 참여 부문 기준)	시설협회 (장애인 생활시설의 서비스)
					<ul style="list-style-type: none"> <li>·잔반 처리 지원</li> <li>·주방용품(도마, 행주 등) 소독 지원</li> </ul>
		2-1-5. 약복용 지원			·약복용 지원
		2-1-6. 전화통화 지원			·전화통화 지원
		2-1-7 기타 지원		<ul style="list-style-type: none"> <li>·d430 물건 들어올려 나르기</li> <li>·d435 하지로 대상 옮기기</li> <li>·d440 미세한 손동작 (예. 집어올리기, 잡기, 다루기, 풀어 놓기 등)</li> <li>·d445 손과 팔 이용 (예. 당기기, 밀기, 뺀기, 팔이나 손으로 돌리거나 뒤틀기, 던지기, 붙잡기 등)</li> <li>·d449 기타 특이적인 또는 상세불명의 물건 나르기, 옮기기, 조종하기</li> </ul>	·전자제품(전자렌지, 전기포트, 세탁기, 다림질 등) 사용 지원
	2-2. 실외 가사지원	2-2-1. 물건구입 지원	·가사지원(쇼핑)	<ul style="list-style-type: none"> <li>·d649 기타 특이적인 또는 상세불명의 가사</li> <li>·d650 가족 물건 관리(예. 의복 만들기, 수선, 주거지·가구·가정용구 관리, 차량관리, 보조기구 관리, 식물과 동물 보살피기 등)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·계절별 의복 교체 및 수선 지원</li> <li>·개별 금전 관리 지원</li> <li>·급여 소득 관리 지원</li> </ul>
		2-2-2. 병원, 관공서, 금융기관 방문 지원	·일상생활지원(금전 관리)	<ul style="list-style-type: none"> <li>·d460 상이한 장소로의 이동</li> <li>·d860 기본적인 경제 거래(예. 돈으로 음식 구입 등</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·지역사회 내 병원, 관공서, 금융기관 방문 지원</li> <li>·병원 진료 서비스 지원</li> </ul>

대분류	중분류	소분류			
		노인장기요양보험	활동보조서비스	ICF(활동과 참여 부문 기준)	시설협회 (장애인 생활시설의 서비스)
				경제적 거래 참여, 저축하기 등) · d865 복잡한 경제적 거래(예. 자본이나 재산 교환, 이익 또는 경제적 가치 창출 등을 포함해 복잡한 경제적 거래 참여 즉, 사업체, 공장 또는 설비 인수, 은행계좌 개설, 재화 매매 등) · d879 기타 특이적인 또는 상세불명의 경제 생활 · d898 기타 특이적인 주요 생활 영역 · d899 상세불명의 주요 생활 영역	· 입원 서비스 지원 · 예방 접종 지원
				· d465 장비를 이용한 이동(예. 휠체어, 보행기 등) · d469 기타 특이적인 또는 상세불명의 보행 그리고 이동 · d610 주거지 구하기	
				· d629 기타 특이적인 또는 상세불명의 필수품 획득	
	23 (양육 자원)		· 가사지원(양육보조)	· d640 가사 돌보기 · d660 가족 구성원 돌보기(예. 자기관리, 이동, 의사소통, 대인관계, 영양 및 건강관리 측면에서 가족 구성원 및 다른 사람 돕기) · <del>d669</del> 기타 특이적인 또는 상세불명의 가	

대분류	중분류	소분류			
		노인장기요양보험	활동보조서비스	ICF(활동과 참여 부문 기준)	시설협회 (장애인 생활시설의 서비스)
				<ul style="list-style-type: none"> <li>· 족 물건 관리 및 가족 구성원 돕기</li> <li>· d698 기타 특이적인 가정생활</li> <li>· d699 상세불명의 가정생활</li> </ul>	
3. 행동변화 대처	3-1. 정신질환 관련				
	3-2. 지적장애 관련				
	3-3. 기타 장애 관련				<ul style="list-style-type: none"> <li>· 잦은 감정 기복에 따른 지원</li> <li>· 과대망상에 따른 지원</li> <li>· 특정 물건의 집착에 따른 지원</li> <li>· 자해에 따른 지원</li> <li>· 타인에 대한 폭력 시 지원</li> <li>· 도벽에 따른 지원</li> <li>· 올바르게 못한 성인 식에 따른 지원</li> </ul>
4. 사회활동 지원	4-1. 단순 외출 활동 지원	4-1-1. 야외산책 동행			<ul style="list-style-type: none"> <li>· 야외 산책 지원</li> </ul>
		4-1-2. 문화 관람 동행	· 야외 · 문화활동		<ul style="list-style-type: none"> <li>· 외식 지원</li> <li>· 프로그램 및 행사 참여하기(기관 이용 시)</li> <li>· 교육 및 특별 모임 참여 지원</li> <li>· 문화 관람 지원(영화, 연극, 콘서트 등)</li> </ul>
			<ul style="list-style-type: none"> <li>· 이동의 보조(안내도우미)</li> <li>· 이동의 보조(대리운전자-시각장애인)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· d470 운송수단 이용</li> <li>· d475 운전</li> <li>· d489 기타 특이적인 또는 상세불명의 운송</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 귀가 지원</li> <li>· 대중교통 이용 지원</li> <li>· 여행 지원</li> </ul>

대분류	중분류	소분류			
		노인장기요양보험	활동보조서비스	ICF(활동과 참여 부문 기준)	시설협회 (장애인 생활시설의 서비스)
				수단을 이용한 이동 · d499 상세불명의 이동 · d480 운송수단으로 서 동물 등에 타기	
				· d210 단일한 임무 수행(예. 간단한 또 는 복잡한 임무수 행, 집단으로 또는 단독으로 단일한 임무수행) · d220 복합적 임무 수행	
				· d920 레크리에이션과 여가	
	4-2. 직업활동 지원 (직업재활 지 원 포함)	4-2-1. 학교, 일반직장 이동 지원	· 학교 등· 학교지원 · 직장 출·퇴근 지원		· 출퇴근 지원 · 학교, 일반직장 이동 지원 · 직업 활동 참여 지원
		4-2-2. 장애인직업장 등 이동지원			· 장애인직업장 등 이동 지원
				· d850 유급 고용(예. 구직, 취업, 임무 수행, 정시 출근, 근무 지도 받기, 임시직 근무, 정규 직 근무 포함) · d855 무급 고용 · d859 기타 특이적 인 또는 상세불명 의 일과 고용	
		4-2-4.(직업재활 관련 지원)		· d845 구직·근속· 퇴직	· 직업능력평가 · 직업상담 · 직업훈련 · 취업준비 훈련 및 구직 훈련 · 취업알선·의뢰 · 보호작업훈련 · 사업장 방문 상담

대분류	중분류	소분류			
		노인장기요양보험	활동보조서비스	ICF(활동과 참여 부문 기준)	시설협회 (장애인 생활시설의 서비스)
					<ul style="list-style-type: none"> <li>· 사후지도</li> <li>· 보행훈련</li> <li>· 직업재활견학체험</li> </ul>
				· d840 견습생활(취업 준비)	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 타기관 방문 지원</li> <li>· 직장내 다양한 활동 참여 지원</li> <li>· 성교육</li> <li>· 특수교육</li> <li>· 점자교육</li> <li>· 방과 후 학습지도</li> </ul>
					· 직장에서의 자리 관리(직장 예절) 지원
	43 (교육활동 지원)			<ul style="list-style-type: none"> <li>· d110 보기</li> <li>· d115 듣기</li> <li>· d120 여타 의도적인 지각</li> <li>· d129 기타 특이적인 또는 상세불명의 의도적 감각 경험</li> <li>· d130 모방</li> <li>· d135 반복</li> <li>· d140 읽기학습</li> <li>· d145 쓰기학습</li> <li>· d150 연산학습</li> <li>· d155 기술습득</li> <li>· d159 기타 특이적인 또는 상세불명의 기본적인 학습</li> <li>· d160 주의집중</li> <li>· d163 사고</li> <li>· d166 읽기</li> <li>· d170 쓰기</li> <li>· d172 연산</li> <li>· d175 문제해결</li> <li>· d177 판단</li> <li>· d179 기타 특이적인 또는 상세불명의 지식 적용</li> <li>· d198 기타 특이적인 지식 학습과 적용</li> </ul>	

대분류	중분류	소분류			
		노인장기요양보험	활동보조서비스	ICF(활동과 참여 부문 기준)	시설협회 (장애인 생활시설의 서비스)
				<ul style="list-style-type: none"> <li>·d199 상체불명의 지식 학습과 적용</li> <li>·d810 비공식적인 교육</li> <li>·d815 유치원 교육</li> <li>·d820 학교 교육</li> <li>·d825 직업 교육</li> <li>·d830 고등 교육</li> <li>·d839 기타 특이적인 또는 상체불명의 교육</li> </ul>	
	44 (기타 활동 지원)			<ul style="list-style-type: none"> <li>·d910 공동체생활</li> <li>·d930 종교 활동 및 영적 활동</li> <li>·d998 기타 특이적인 공동체 생활, 사회 생활, 시민 생활</li> <li>·d999 상체불명의 공동체 생활, 사회 생활, 시민 생활</li> <li>·d940 인권</li> <li>·d950 정치 생활 및 시민권 행사</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·위험 상황(예. 가출, 화재 등) 대한 대처 및 지원</li> <li>·자원과 후원자 개발 및 확보에 대한 지원</li> </ul>
5.복지서비스지원	5-1. 일정관리		<ul style="list-style-type: none"> <li>·가사지원(시간관리)</li> <li>·가사지원(일정관리)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·d230 일상생활 이행 (예. 일상생활 관리·완수, 자기 자신의 활동 단계 관리 등)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·일 주간 월 년간 개인 일과 구성 지원</li> <li>·개인 일상의 history (예. 일기, 시설 내에서 쓰는 과정기록지 등 포함) 만들기 지원</li> </ul>
	52 커뮤니케이션 지원		<ul style="list-style-type: none"> <li>·커뮤니케이션 보조 (낭독보조)</li> <li>·커뮤니케이션 보조 (대필보조 등)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>·d310 구두로 전달받은 메시지로 의사소통</li> <li>·d315 비언어적 전달 메시지로 의사소통</li> <li>·d320 공식적인 ‘수화’로 전달받은 메시지로 의사소통</li> <li>·d325 문어로 전달받은 메시지로 의사소통</li> <li>·d329 기타 특이적인 또는 상체불명의 의사소통 전달받기</li> </ul>	



대분류	중분류	소분류			
		노인장기요양보험	활동보조서비스	ICF(활동과 참여 부문 기준)	시설협회 (장애인 생활시설의 서비스)
				<ul style="list-style-type: none"> <li>· d330 말하기</li> <li>· d335 비언어적 메시지 전달</li> <li>· d340 공식적인 수화로 메시지 전달</li> <li>· d345 메시지 작성</li> <li>· d349 기타 특이적인 또는 상세불명의 의사소통 전달하기</li> <li>· d350 대화</li> <li>· d355 논의</li> <li>· d360 의사소통 장비 및 기술의 이용</li> <li>· d369 기타 특이적인 또는 상세불명의 대화, 그리고 의사소통 장비 및 기술의 이용</li> <li>· d398 기타 특이적인 의사소통</li> <li>· d399 상세불명의 의사소통</li> </ul>	
				<ul style="list-style-type: none"> <li>· d710 기본적인 대인 관계</li> <li>· d720 복잡한 대인 관계</li> <li>· d729 기타 특이적인 또는 상세불명의 일반적인 대인관계</li> <li>· d730 낯선 사람과의 관계(예. 길을 묻거나 물건을 구입할 때처럼 특정한 목적 때문에 낯선 사람과 일시적인 관계 형성)</li> <li>· d740 공식적인 관계</li> <li>· d750 비공식적인 사회 관계</li> </ul>	

대분류	중분류	소분류			
		노인장기요양보험	활동보조서비스	ICF(활동과 참여 부문 기준)	시설협회 (장애인 생활시설의 서비스)
				<ul style="list-style-type: none"> <li>· d760 가족 관계</li> <li>· d770 친밀한관계</li> <li>· d779 기타 특이적인 또는 상세불명의 구체적인 대인관계</li> <li>· d798 기타 특이적인 대인관계</li> <li>· d799 상세불명의 대인관계</li> </ul>	
	5-3. 복지상담 지원				<ul style="list-style-type: none"> <li>· 개인의 고충 접수 지원</li> </ul>
	5-4. 보장구 등 복지기기 지원				<ul style="list-style-type: none"> <li>· 필요한 보장구 신청 지원</li> <li>· 보장구 구입 지원</li> <li>· 보장구 사용 지원</li> <li>· 보장구 수리 지원</li> </ul>
	5-5. 정보지원				<ul style="list-style-type: none"> <li>· 컴퓨터(인터넷 정보 활용) 사용하기 지원</li> <li>· 자신의 권리에 해당하는 법률 정보 지원</li> </ul>
	5-6. 기타 장기 요양관련			<ul style="list-style-type: none"> <li>· d240 스트레스 및 여타 심리적 요구에의 대응</li> <li>· d870 경제적 자립</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>· 선거 참여 지원</li> <li>· 동아리 활동 지원</li> <li>· 데이트 지원(이성 및 원가족간의 교류 포함)</li> <li>· 개인 경조사 지원</li> <li>· 종교 활동 지원</li> </ul>
6. 의료지원 서비스	6-1 간호서비스	6-1-1. 기관절개관 간호			
		6-1-2. 흡인간호			
		6-1-3. 산소요법간호			
		6-1-4. 욕창간호			
		6-1-5. 경관영양간호			
		6-1-6. 암성통증간호			
		6-1-7. 도뇨관리간호			
		6-1-8. 장루(인공항문) 간호			
		6-1-9. 투석간호			

대분류	중분류	소분류			
		노인장기요양보험	활동보조서비스	ICF(활동과 참여 부문 기준)	시설협회 (장애인 생활시설의 서비스)
		6-1-10. 당뇨발간호			· 바이탈 체크 지원 · 정기적인 체중 측정 지원
	62 의료재활서비스	6-2-1 물리치료(온열치료)			· 온열치료
		6-2-2 물리치료(전기치료)			· 전기치료
		6-2-3 물리치료(수치료)			· 수치료
		6-2-4. 기타 물리치료			· 기타 물리치료
		6-2-5. 작업치료(목공, 수공예치료)			· 목공, 수공예 치료
		6-2-6 작업치료(원예치료)			· 원예 치료
		6-2-7. 기타 작업치료			· 기타 작업치료
		6-2-8. 언어치료			
		6-2-8. 기타 의료재활치료			· 운동치료 · 성장교실(성장체조, 생활습관 교육)
	63 의사전문지원 서비스	6-3-1. 일반의사 진료			· 진료 상담 지원 · 치료 시 보조적 지원 (필요시) · 약 처방 및 복용 지원
		6-3-2. 한의사 진료			· 진료 상담 지원 · 치료 시 보조적 지원 (필요시) · 약 처방 및 복용 지원
		6-3-3. 치과 의사 진료			· 진료 상담 지원 · 치료 시 보조적 지원 (필요시) · 약 처방 및 복용 지원
		6-3-4. 약사 방문 지도			
	64. 기타 지원 서비스				· 시설 내 응급상황에 대한 서비스(예 지혈,

대분류	중분류	소분류			
		노인장기요양보험	활동보조서비스	ICF(활동과 참여 부문 기준)	시설협회 (장애인 생활시설의 서비스)
					소득 등 지원 · 혈액 검사(간염, 간질 등의 약복용 대상자) 지원 · 정기적인 라운딩을 통한 건강 상태 관찰에 따른 지원 · 정기적인 건강검진 지원

#### 마. 장기요양서비스의 급여범위 사례

##### 1) 외국의 장기요양보호

장기요양 서비스의 범위와 관련하여 앞에서 제시한 바와 같이 국가들마다 명칭이나 프로그램 운용의 차이는 있으나 미국의 경우 장기요양 서비스의 범위를 크게 네 가지로 분류하여 제시할 수 있다.

첫째, 요양 및 양로시설(Institutional Services)이며, 둘째, 의료적 특성의 재가요양(Medically Oriented Community-Based Services)이며 셋째, 사회적 특성의 재가 요양(Socially Oriented Community-Based Services), 넷째, 기타 의료 및 복지서비스로 분류할 수 있다.

그러나, 실제적으로는 장기요양보험제도를 실시하고 있거나, 조세방식의 장기요양 서비스제도 실시국가들에 있어서는 신체수발(personal care)과 가사지원(domestic services) 등 복지서비스에 국한시키고 있고, 그러한 대상자가 필요로 하는 보건의료 서비스(의사진료, 간호, 재활 등)는 장기요양보장제도가 아닌 보건의료제도(건강보험제도)에서 제공하고 있는 것이 보편적이다. 참고로, 독일 장기요양보험제도에서는 방문의사진료, 방문간호, 방문재활 등의 서비스는 건강보험제도에서 그 비용지불을 담당하고, 장기요양보험제도에서는 간병수발 등의 신체수발 및 가사활동지원의 급여비

용을 담당하고 있다. 영국의 경우, 보건의료서비스는 NHS제도에서 담당하고, 지방자치단체의 사회서비스관련부서에서 간병수발 등의 신체수발 및 가사활동지원의 급여비용을 담당하고 있으며, 다만, 일본 개호보험제도에서는 방문의사진료, 방문간호, 방문재활 등의 서비스도 제공하고 있다.

결국, 장애인 장기요양서비스 급여내용을 설정하는 경우에도 일상생활동작 수행상의 기능장애를 지닌 법정 등록장애인에게 제공가능한 서비스범위를 구분하여 정리하는 것이 필요하겠다. 예를 들면, 보건의료서비스(간호, 재활 등)도 장애인장기요양보장제도에서 담당할 수 있는 서비스 범위로 포함시킬지에 대한 여부에 대한 검토가 필요하며 이때 재정부담주체에 대한 고려가 필요할 것이다.

## 2) 일본의 장애인자립지원제도

장애인 장기요양보장제도를 논의함에 있어 우리와 가장 유사한 장애인복지환경을 가지고 있는 일본의 장애인장기요양서비스 제공현황을 파악하는 것은 본 연구에 풍부한 시사점을 제공해 줄 수 있을 것으로 여겨진다.

일본의 경우 2000년 개호보험 실시와 관련하여 장애인 포함여부가 정책적으로 논의 되었으나 포함되지 못한 채 개호보험제도가 실시되었다. 이후 장애인자립생활운동이 시작되고 활동보조인서비스 제도 또한 확장되어 갔다. 이러한 과정속에서 활동보조인제도는 여러 제도가 혼합되어 지원되는 방식을 취해왔다. 활동보조인(개호인) 관련 제도들은 국가나 지방자치단체의 현물급여 중심의 복지조치에 의해서 제공되는 것으로 ‘조치제도’라 하였으며 이후 2003년부터 관련 비용을 장애인에게 통일적으로 직접 지급하는 ‘지원비제도’로 전환되어 시행하게 되었다. 2006년 장애인자립지원법이 일본 국회를 통과하여 4월 1일부터 시행되면서 다시한번 변화를 겪게 된다.

우선, 장애인지원비제도(2001년)의 문제점은 다음과 같다.

첫째, 신체장애, 지적장애, 정신장애 등 장애유형별로 서비스가 제공되고 있어 시설, 사업체계가 알기 어렵고, 이용하기 어렵다는 점이다.

둘째, 서비스 제공체계가 불충분한 지자체가 많고 필요한 모든 자에게 서비스가

전달되지 못하고 있다는 점 (지자체간 격차가 크다는 점)이다.

셋째, 지원비제도에 대한 국가 및 지자체의 비용부담방식에서는 지속적으로 증가하는 서비스비용을 위한 재원확보가 곤란하다는 점이다.

이와 같은 문제점을 해결하고자 2006년 4월부터 장애인자립지원제도가 수립되었으며 핵심적인 요소는 다음과 같다.

첫째, 65세 이상의 장애인은 개호보험에서 65세 이하의 장애인은 자립지원법에서 서비스를 제공하며 65세 이상 개호보험적용 장애인에게 필요한 장애관련 특수서비스를 장애인자립지원법을 통하여 제공한다.

둘째, 장애유형(신체장애, 지적장애, 정신장애)과 상관없이 모든 장애인이 필요로 하는 서비스를 이용할 수 있도록 하고 서비스 이용구조를 일원화하여 시설과 관련 사업을 재편한다.

셋째, 모든 장애인에게 거주지역 시정촌의 책임아래 일원적으로 서비스를 제공한다.

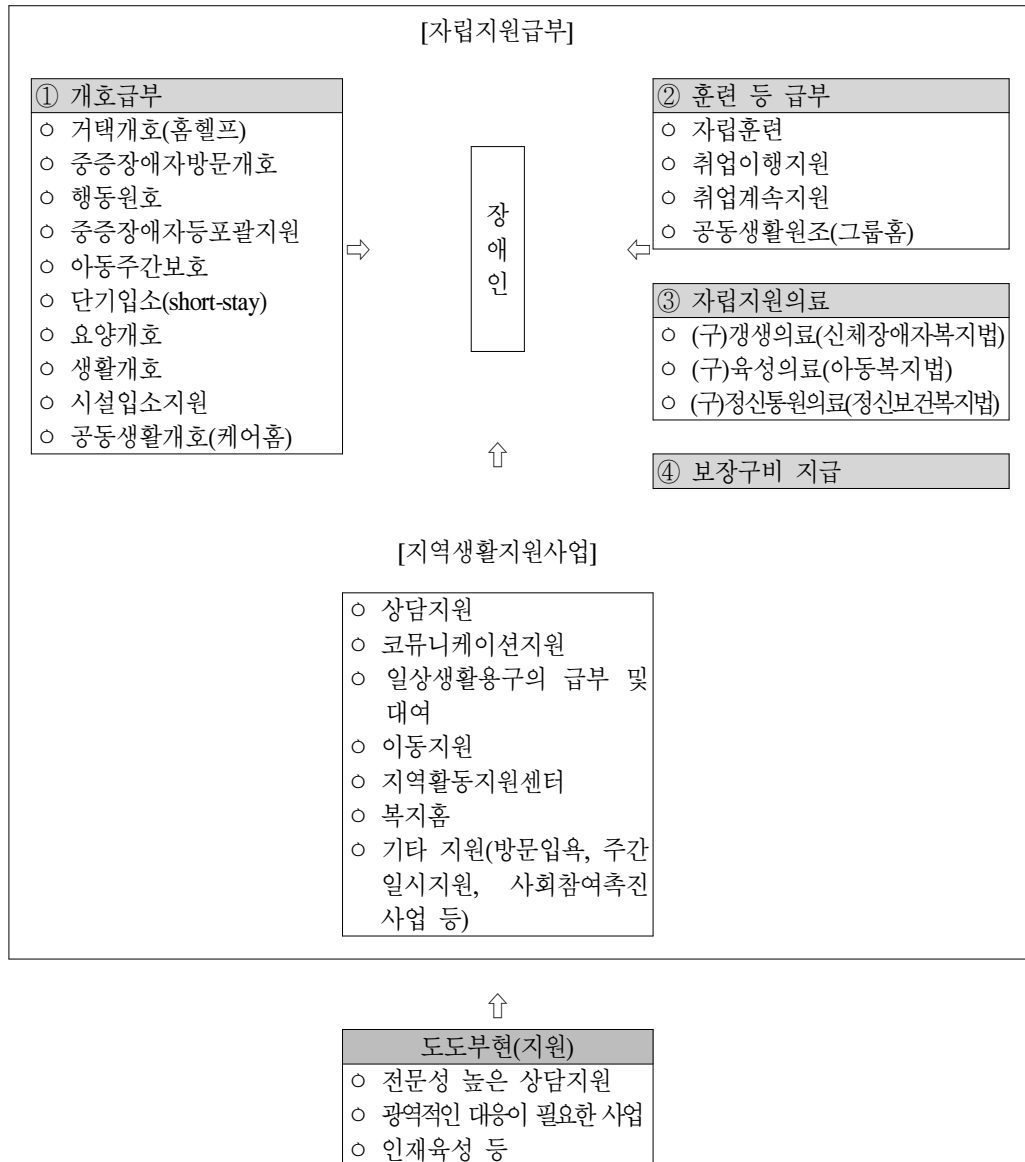
넷째, 서비스 이용 장애인은 서비스의 이용량과 소득에 따라 비용을 부담하는 동시에 국가와 지자체가 책임을 지고 비용을 부담하는 것을 정례화하여 재원을 확보하고 필요한 서비스를 충실히 제공한다.

다섯째, 취업지원을 근본적으로 강화한다. 이에 지자체는 후생성의 역할을 분담하여 서비스를 제공하며 개호보험에 적용되지 않는 서비스 예를들면, 정서안정을 위한 서비스, 외출지원, 일상생활훈련 등을 자립지원법에서 제공하며, 1급(최경증)에서 6급(최중증)까지 분류하여 필요하다고 판단되는 서비스를 제공한다.

이러한 장애인자립지원제도의 전반적인 체계는 시정촌이 책임을 지고 있는 자립지원급부와 지역생활지원사업으로 구성되어 있다. 서비스는 장애인 개개인의 장애정도 및 고려사항(사회활동이나 개호자, 거주 등의 상태)을 기반으로 하여 개별적으로 지급이 결정되는 장애복지서비스와 시정촌의 실정에 따라서 실시되는 지역생활지원사업으로 대별하며, 장애복지서비스는 개호지원을 받는 경우에는 개호급부, 훈련 등의 지원을 받는 경우는 훈련등급부로 나누어지고, 이용절차도 다르다. 기존의 재가서비스와 시설서비스로 구분되어 있는 체계를 개호급부, 훈련등급부, 지역생활지원사업으로 분류. 이는 장애인의 장기입소시설에서 개호, 복지, 간호 등 서비스를 통합

적으로 제공하던 방식에서 벗어나, 장기입소시설은 단지 거주장소의 역할만 지니고 필요한 서비스만을 개인별로 제공받는 방식으로 전환한다는 것이다. 즉, 기존의 입소시설서비스는 日中활동사업과 거주서비스로 구분하고, 재가서비스는 개호급부, 훈련등급부/자립지원의료/보장구, 지역생활지원사업으로 구분하는 것으로 예를 들면, 신체장애자요호시설을 이용하고 있는 상시개호필요한 자는 주간서비스(日中활동사업)의 생활개호서비스와 시설입소지원서비스(야간케어)를 이용한다는 것이다. 자립지원제도의 구성은 [그림 4-1-2]와 같다.

[그림 4-1-2] 장애인자립지원제도의 구성





(참고)

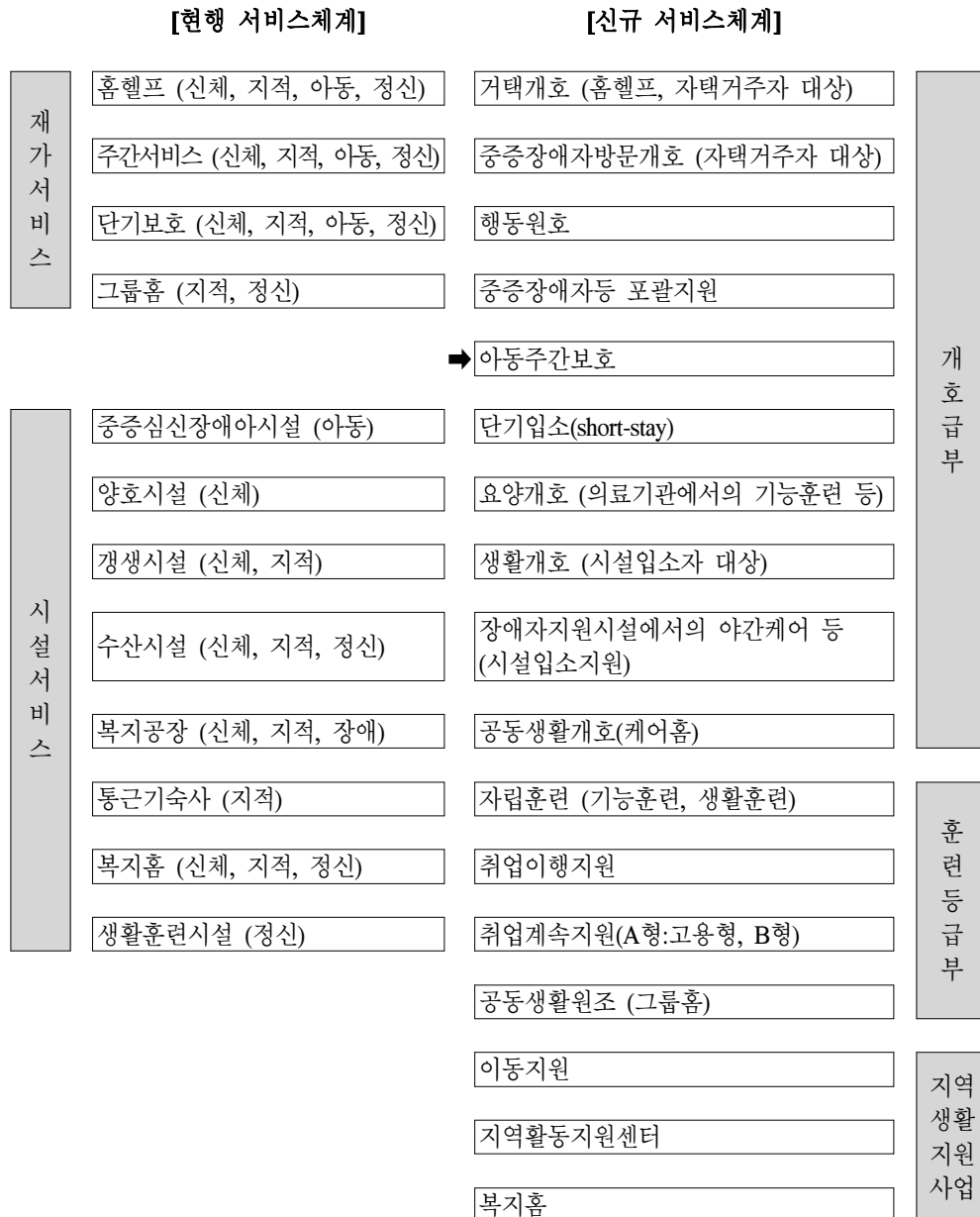
육성의료: 18세미만 신체장애아의 의료지원

갱생의료: 18세이상 신체장애자의 의료지원

의료내용: 관절형수술, 신장이식술, 인공투석요법, 페이스메이커이식술, 인공변설치  
수술, 관동맥바이패스조성수술, 각막이식술 등

또한 장애인복지서비스관련 자립지원급부 및 지역생활지원체계를 살펴보면 [그림 ]와 같다.

[그림 4-1-3] 장애복지서비스관련 자립지원급부 및 지역생활지원체계



(참고)

- 이동지원: 해당 지자체에 거주하는 자로 신체장애자수첩, 요육수첩, 정신장애자보건 복지수첩을 소지하고 외출시(병원통원 제외)에 이동지원이 필요한 자 (신체장애자중 시각장애, 휠체어이용자가 대상)  
 실외에서의 이동이 어려운 자의 사회생활상 필요불가피한 외출이나 여가 활동 등 사회참여를 위한 외출(사회통념상 적당하다고 인정된 경우)시에 이동지원을 제공. 또한, 도보 또는 전철, 버스, 택시 등 공공교통기관 이용)  
 원칙적으로 하루내에 용무를 끝낼 수 있는 외출에 한정

신규체계의 장애인복지서비스관련 자립지원급부 및 지역생활지원사업의 내용은 [그림 4-1-4]와 같다.

[그림 4-1-4] 신규체계의 장애복지서비스관련 자립지원급부 및 지역생활지원사업 내용

개 호 급 부	거택개호 (홈헬프서비스)	홈헬퍼가 방문하여 <u>자택</u> 에서 입욕, 배설, 식사개호 등을 제공
	중증장애자방문개호	중증 <u>지체부자유자</u> 로 항상 개호를 필요로 하는 자에게 <u>자택</u> 에서 입욕, 배설, 식사개호, <u>외출시 이동지원</u> 을 종합적으로 제공
	행동원호	자기판단능력이 <u>제한되어</u> 있는 자가 행동할 때 위험을 피하기 위해서 필요한 지원, <u>외출지원</u> 을 제공
	중증장애자등 포괄지원	개호 필요성이 매우 높은 자에게 거택개호 등 복수의 서비스를 포괄적으로 제공(예: 통소서비스, 방문서비스, 케어홈 이용)
	아동주간보호	장애아에게 일상생활상 기본적 동작의 지도, 집단생활의 적응 훈련 등을 제공
	단기입소(short-stay)	자택에서 개호하는 자가 질병 등으로 단기간(야간 포함) 시설에서 입욕, 배설, 식사개호 등을 제공
	요양개호 (의료형 주간서비스)	의료와 상시개호를 필요로 하는 자에게 <u>주간에 병원, 시설</u> 에서 기능훈련, 영양상 관리, 간호, 개호 및 일상생활의 돌봄을 제공
	생활개호 (복지형 주간서비스)	상시개호가 필요한 자에게 <u>시설에서 주간에</u> , 입욕, 배설, 식사개호를 제공하고, 창작적 활동 또는 생산활동의 기회를 제공
	장애자지원시설에서의 야간케어 등(시설입소지원)	<u>시설 입소자</u> 에게 <u>야간이나 휴일</u> 에 입욕, 배설, 식사개호 제공
훈 련 등 급 부	공동생활개호(케어홈)	지적, 정신장애자에게 주로 야간이나 휴일에 공동생활을 하는 <u>주거(케어홈)</u> 에서 입욕, 배설, 식사개호를 제공
	자립훈련 (기능훈련, 생활훈련)	자립된 일상생활 또는 사회생활을 할 수 있도록 <u>일정기간</u> 신체기능 또는 생산능력의 향상을 위해서 필요한 훈련을 실시
	취로(취업)이행지원	<u>일반기업 취업</u> 을 희망하는 자에게 일정기간 취업에 필요한 지식 및 능력향상을 위해서 필요한 훈련을 실시
	취로(취업)계속지원 (A형:고용형, B형)	<u>일반기업 취업</u> 이 곤란한 자에게 근로장소를 제공하고, 지식 및 능력향상을 위해서 필요한 훈련을 실시

	공동생활원조 (그룹홈)	지적, 정신장애자에게 주로 야간이나 휴일에 공동생활을 하는 주거에서 상담 및 일상생활상의 원조를 제공
지역 생활 지원 사업	이동지원	원활한 외출을 할 수 있도록 이동을 지원
	지역활동지원센터	창작적 활동 또는 생산활동의 기회제공, 사회와의 교류 등을 제공하는 시설
	복지홈	주거를 필요로 하는 자에게 저렴한 비용으로 거실 등을 제공하고 일상생활에 필요한 지원을 제공

(참고)

복지홈 (지역생활지원)	주거장소를 제공 (일종의 원룸아파트로 비유 가능)
그룹홈 (훈련등 급부)	복지홈의 기능을 하는 장소에서 복지적 서비스를 야간, 휴일에만 제공
케어홈 (개호급부)	복지홈의 기능을 하는 장소에서 개호서비스를 야간, 휴일에만 제공

주: 기본적으로 주간(낮)에는 복지, 개호서비스를 제공하지 않는 것을 원칙

이를 방문 통소계 서비스와 일중활동서비스, 거주지원서비스로 재분류하면 [표 4-1-7]와 같이 제시할 수 있다.

[표 4-1-7] 신규체계의 장애복지서비스관련 재분류

	방문·통소계 서비스	日中활동서비스	거주지원서비스
개호급부	(1) 거택개호 (홈헬프서비스)	(1) 요양개호	(1) 시설입소지원
	(2) 중증자방문개호	(2) 생활개호	(2) 공동생활개호(케어홈)
	(3) 행동원호	※ 주간(낮)에 장애자지원 시설에서 서비스를 이용하는 경우(일종의 주간보호 성격)	※ 야간(휴일 포함)에 시 설입소자에게 신체수발서 비스를 이용하는 경우
	(4) 중증자 등 포괄지원		
	(5) 아동주간서비스		
	(6) 단기입소		
훈련등급부		(1) 자립훈련(참고)	(1) 공동생활원조(그룹홈)
		(2) 취업이행지원	
		(3) 취업계속지원	

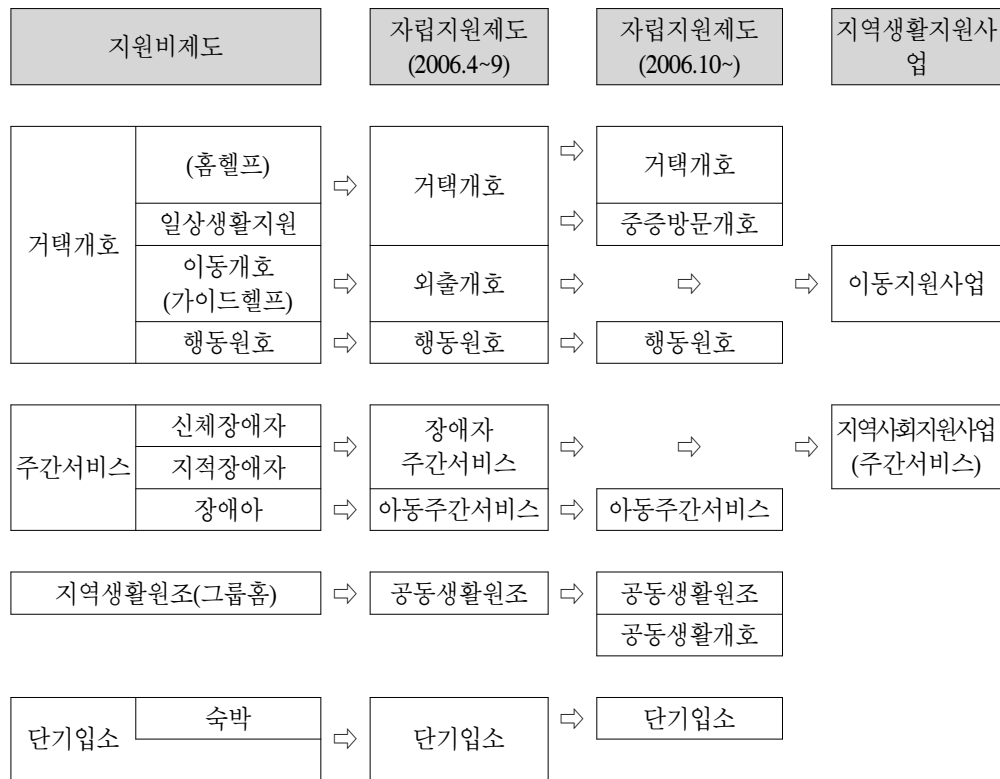
(참고) 자립훈련(기능훈련): 시설이나 사업소에서 또는 이용자의 자택을 방문해서 물리치료, 작업치료,

기타 필요한 재활, 생활 등에 관한 상담 및 조언 등을 실시 (대상은 신체 장애인, 기간은 원칙적으로 1년6개월)

자립훈련(생활훈련): 시설이나 사업소에서 또는 이용자의 자택을 방문해서 입욕, 배설 및 식사 등에 관한 자립된 일상생활을 영위하기 위해서 필요한 훈련, 생활 등에 대한 상담 및 조언 등을 실시 (대상은 지적, 정신장애인, 기간은 원칙적으로 2년)

장애인자립지원제도의 서비스사업 분류의 변천과정을 살펴보면 [그림 4-1-5]과 같다.

[그림 4-1-5] 장애인자립지원제도의 서비스사업 분류 (변천과정)



## 2. 대안별 급여범위 및 수준

### 가. 1안 : 현행 활동보조서비스+방문요양(간병)서비스+방문간호서비스(Ⅰ)

#### 장애인장기요양서비스체계(1안)

현행 활동보조서비스에 간병 및 방문간호서비스를 포함하는 방식으로, 이때 방문간호서비스에서 물리치료 및 구강관리 서비스는 제외

기존의 활동보조서비스는 외출활동을 지원하는 데에 주로 시간을 활용하고 있는 것으로 나타나고 있다. 그러나, 장애인의 장애정도나 상태, 요구도에 따라서 외출지원 이외의 가정내에서 이루어질 수 있는 간병수발이나 가사활동에 대한 지원을 더 크게 요구할 수 있다는 점을 염두에 둘 필요가 있다.

따라서, 제1안은 활동보조서비스제도내에서의 신변처리수준이 아닌 보다 전문성을 지니고 있는 간병전문인력에 의한 간병수발을 추가적으로 포함시키고, 간호사 등의 간호전문인력에 의한 방문간호서비스를 제공하여 의료기관의 접근이 용이하지 않은 장애인으로 하여금 방문에 의한 가정내에서의 간호서비스를 받을 수 있도록 한 방안이다.

제1안의 장점은 현행 노인장기요양보험제도에서 제공하고 있는 방문요양 및 방문간호서비스에 준하는 서비스를 상정하고 있기 때문에 “동일한 사고에 대한 동일한 취급”원칙이 적용되어 일반 노인과 장애인간의 차별을 제거할 수 있다는 점이다. 또한, 현재 추진 중에 있는 장애인장기요양보험제도에서 서비스를 받다가 고령자가 된 이후 노인장기요양보험제도로 편입된다고 하더라도 서비스의 차이에 따른 불편을 해소할 수 있다는 것이다.

다만, 방문간호서비스의 경우, 의료기관내에서 의사의 진찰에 의한 간호서비스가 장애인의 상태에 즉시적으로 대처가능하다는 것과는 다르게, 가정방문을 통해서 이루어지는 것인 만큼 수급자의 안정적이지 못한 상태가 발생한 경우에는 제대로 대

처하기 어려울 가능성이 있다는 단점을 지니고 있다.

따라서, 방문간호를 통하여 장애인의 상태를 체크하여 불안정한 상태에 빠질 위험성에 노출된 경우에는 즉시로 의료기관으로 연계, 치료받을 수 있도록 유도하는 기능을 지니게 할 필요가 있다.

[그림 4-1-6] 장애인 장기요양서비스체계 내용(1안)

신변처리지원	장애인에게 목욕, 대소변, 옷갈아입기, 세면, 식사보조 등을 제공
가사지원	장애인의 가정 등을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 실내·외 쇼핑, 청소, 식사 준비, 양육 보조 등을 제공
일상생활지원	장애인의 가정 등을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 금전관리, 시간관리, 일정관리 등을 제공
커뮤니케이션 보조	장애인의 가정 등을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 낭독보조, 대필보조 등을 제공
이동의 보조	장애인의 가정 등을 방문하여 안내도우미·대리운전지원(시각장애인), 학교 등·하교 지원, 직장 출·퇴근 지원, 야외·문화 활동 지원 등을 제공
간병지원	장애환자의 가정을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 목욕, 대소변, 옷갈아입기, 세면, 식사보조, 간병서비스 등을 제공
방문간호(I)	간호사 등이 의사·한의사의 지시서에 따라 장애인의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 등을 제공



## 나. 2안 : 현행 활동보조서비스+방문요양(간병)서비스+방문간호서비스(II)

### 장애인장기요양서비스체계(2안)

현행 활동보조서비스에 간병 및 방문간호서비스를 포함하는 방식으로, 이때 방문간호서비스는 물리치료를 포함한 노인장기요양보험제도 준하는 서비스임.

제2안의 서비스내용은 동일하나, 방문간호서비스의 내용에 물리치료 및 구강치료 서비스를 포함시키고 있다. 즉, 방문간호서비스를 취급하는 장기요양기관(보건소 및 병의원 등)의 경우, 간호 이외의 물리치료나 구강치료를 취급하고자 하는 경우에는 물리치료사 또는 치과위생사를 고용하여 서비스를 제공하는 것으로 하고 있다.

제2안도 의료기관의 접근이 용이하지 않은 장애인으로 하여금 방문에 의한 가정내에서의 물리치료나 구강치료를 받을 수 있도록 한 방안이다.

제2안의 장점은 현행 노인장기요양보험제도에서도 제공되고 있지 못한 방문에 의한 물리치료서비스를 포함하고 있다는 것으로 재활의 중요성을 포함하고 있다. 다만, 의료기관내에서의 재활서비스만큼 각종 재활기구를 통한 양질의 서비스를 기대하기 어렵기 때문에 장애인의 장애상태를 감안하여 가정내에서의 재활을 받도록 유도하는 것이 바람직할 것이다.

[그림 4-1-7] 장애인 장기요양서비스체계 내용(2안)

신변처리지원	장애인에게 목욕, 대소변, 옷갈아입기, 세면, 식사보조 등을 제공
가사지원	장애인의 가정 등을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 실내·외 쇼핑, 청소, 식사 준비, 양육 보조 등을 제공
일상생활지원	장애인의 가정 등을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 금전관리, 시간관리, 일정관리 등을 제공
커뮤니케이션 보조	장애인의 가정 등을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 낭독보조, 대필보조 등을 제공
이동의 보조	장애인의 가정 등을 방문하여 안내도우미·대리운전지원(시각장애인), 학교 등·하교 지원, 직장 출·퇴근 지원, 야외·문화 활동 지원 등을 제공
간병지원	장애환자의 가정을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 목욕, 대소변, 옷갈아입기, 세면, 식사보조, 간병서비스 등을 제공
방문간호(I) <sup>12)</sup>	간호사, 물리치료사, 치과위생사 등이 의사·한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 장애인의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생, 물리치료 등을 제공

12) 간호사정 및 진단 등 기본간호, 욕창치료 및 단순 상처치료 등 간호, 검사관련 사항, 투약관련지도, 환자·가족 대상 건강관리에 필요한 식이요법 등 교육훈련, 상담 등(노인장기요양보험제도)

## 제2절 장애인장기요양급여의 이용자본인부담방식

### 1. 본인부담적용의 기본개념

#### 가. 이론적 접근

비용분담(cost sharing)이란 일반적으로 고객에게 상품이나 서비스제공의 비용을 부과하는 것을 말하며, 서비스 가격에 무감각한 소비자에게 서비스이용의 일부를 부담하게 함으로써 불필요한 서비스의 이용을 줄이고 비용증가를 막기 위한 노력의 일환이라 볼 수 있다.

Fine and Charners(2000)는 이용자부담의 철학이 그 것 자체가 목적이 아니라 만족할만한 결과를 보고자 함이라 밝히고 있다. 이들은 이용자 부담의 역할을 보조금의 중첩을 막을 수 있고, 무료서비스를 무료가 아닌 다른 서비스보다 더 많이 쓰는 경향을 없앨 수 있으며 해당 서비스의 적합한 가격대가 어느 정도인지 공급자가 미리 인지할 수 있도록 하여 경제적 효과성을 높일 수 있다는 데서 찾는다.

Krashinsky(1981)와 Bird and Slack(1983) 또한 사회서비스의 이용자 부담의 의미를 경제적 효과측면에서 분석하며 이용자 부담이 제공 서비스의 정확한 한계비용의 오차를 계산할 수 있게 한다는 점을 강조한다. 이들은 최소한의 웰빙을 위해 개인이 필요로 하는 재원이 어느 정도 되는지에 대한 정보를 서비스 제공자가 가지고 있지 않을 때 이용자 부담이 이를 가늠할 수 있게 하는 메커니즘의 역할을 하며 수요에 대해 정확성이 떨어지는 정보는 생산비용의 차이를 이용자부담으로 충당하게 된다고 주장한다.

그러나 이용자 부담의 의미는 이러한 서비스 제공의 효과측면에서보다 서비스제공에 필요한 비용부담의 측면에서 더 중요하게 다루어진다. 장기요양을 실시하는 많은 국가들이 이용자 부담을 선택하는 이유는 서비스 제공을 국가나 보험사가 전적으로 그 비용을 충당하기 어렵다는 문제에 직면하기 때문이며 이의 해결을 위해 다

양한 방법의 이용자 부담방식을 개발·선택하게 된다.

## 나. 이용자 부담의 형태

### 1) 일정액 공제제(정액제)

일정액 공제제는 정액제라고 불리기도 하며 일정한도까지의 비용을 본인이 부담하게 하고 그 이상에 해당하는 비용만 국가나 보험사가 부담하는 방식이다. 이 부담 방식은 서비스 공급자가 보험자에게 청구하는 비용청구서에 소액청구서의 수가 너무 많아 심사 및 지불을 위한 막대한 행정비용이 초래되는 이유로 선택되어진다. 이 방식의 기대효과로는 소액의 비용부담으로 불필요한 서비스 이용을 억제시킬 수 있다는 점이다. 반대로 이 방식의 문제점은 아무리 소액이라 할지라도 꼭 필요한 서비스를 비용부담으로 인해 이용할 수 없는 경우가 생긴다는 것이다. 비용부담 자체가 서비스에 대한 자유로운 접근을 막을 수 있다는 뜻이다. 또한 소득수준과 무관하게 일정액 수준으로 부담액이 정해져 있을 때 고소득층보다 저소득층에게 더 큰 경제적 부담을 줄 수 있어 공평한 접근기회를 주지 못하게 되는 형평성의 문제가 제기될 수 있다.

### 2) 정률제

정률제는 일부부담제라고도 하며 서비스 보험자나 국가가 비용의 일정비율만 지불하고 나머지 부분은 본인이 부담하는 방법을 말한다. 이는 서비스이용에 대한 비용전체를 보험의 적용을 받거나 국가부담으로 이루어지기 때문에 발생할 수 있는 도덕적 해이를 막기 위해 주로 선택되어지는 방법이다. 정률제의 기대효과는 불필요한 비용의 억제를 들 수 있는데, 이는 일정율의 본인부담방식은 그 것이 없을 때보다 비용에 대한 본인부담이 커지게 되므로 서비스 이용량도 줄어든다는데 기인한다. 이 부담방식의 문제점은 서비스 비용의 일정비율을 본인이 부담해야 하는 이유로

필요한 서비스마저 이용하지 못하게 하는 효과를 가져올 수 있다는 점이다. 또한 본인부담율이 너무 높아서 부담을 느끼는 수요자들이 보험자나 국가에 의해 지불되지 않는 본인부담분에 대해 다시 추가적인 보험 등을 구입하게 하려는 유인책 등이 생겨날 수 있어 이용자들이 이중적인 부담을 질 수 있다는 문제점도 있다.

### 3) 급여상한제

급여상한제 역시 서비스 이용을 줄이기 위한 또 다른 방법이라 할 수 있는데, 이는 보험에서 지불하는 보험급여의 최고액을 정하여 그 이하의 서비스비용에 대해서는 보험의 혜택을 받도록 하고 그 이상의 비용에 대해서는 서비스 이용자가 부담하게 하는 방법이다. 급여상한제의 기대효과는 고액의 비용을 요하는 서비스를 보험급여대상에서 제외하고 전액을 본인이 부담하게 함으로써 비용의 증가를 억제시킬 수 있다는 점이다. 그러나 고액의 비용을 발생시키는 서비스 이용이 사치성이 아닌 경우라면 급여상한의 설정으로 서비스 이용이 심각하게 제약받을 수 있는 문제점도 동시에 가지고 있다.

### 4) 정액부담제

정액부담제는 서비스 이용의 내용이 어떠하든 간에 이용하는 서비스 건당 일정액만 소비자가 부담하고 나머지는 보험자나 국가가 지불하는 방식이다. 정액부담제의 기대효과는 불필요한 경우라 할지라도 서비스의 비용이 낮다는 이유로 서비스를 무절제하게 이용하는 것을 억제하는 경제적인 효과를 갖는다는 점이다. 이 부담 방식이 갖는 기대효과는 앞서 소개한 바와 같이 이용자부담이 수요에 대한 정보를 제공하는 역할을 한다는 것이다. 즉 얼마만큼의 서비스를 효과적인 양으로 생산해내야 하는 것인가에 대한 합리적인 답을 창출해 낼 수 있게 한다는 것이다. 흔히 이용자 부담은 서비스제공의 한계비용과 같다고 고려된다.

### 5) 정액수혜제

정액수혜제는 정액부담제와는 반대로 이용하는 서비스의 건당 일정액만을 보험자나 국가가 부담하고 나머지는 서비스 이용자가 부담하는 방법인데 이는 서비스 이용자에게 상당한 부담이 되는 비용분담제도일 수 있다. 이 방식의 기대효과는 서비스이용자로 하여금 값싼 서비스제공자를 찾게 하는 경제적 동기를 부여하며 추가적으로는 서비스의 가격과 질에서 공급자간의 경쟁을 유도하는 효과를 갖게 한다는 측면이 있다.

#### 다. 한국의 활동보조서비스의 이용자 부담

한국의 활동보조제도는 인정등급과 무관하게 소득수준에 따라 정액의 본인부담금 부과하는 방식을 택하고 있다. 구체적으로 수급자 계층은 서비스 이용에 대한 비용 지불을 면제받도록 하고 있고 차상위 계층은 2만원, 차상위 초과계층은 4만원을 지급하도록 하고 있으며 또한 독거장애인 추가지원의 경우에도 동일한 본인부담금을 적용하고 있다. 이에 따라 시·군·구는 대상자를 점수에 따라 네 등급으로 구분하여 월 30시간에서 90시간을 제공하고 있으며 만 6세 이상에서 만18세 미만의 장애아동의 경우 3, 4등급만 부여하여 월 30에서 50시간 제공하고 있다. 또한 독거인과 특례지원 대상자의 경우 2, 3, 4등급은 20시간, 1등급은 30시간 추가지원을 실시하고 있다. 이러한 한국의 활동보조 서비스는 소득수준을 고려한 차등부담방식이며 정액 부담제의 한 형태라 할 수 있다.

#### 라. 외국의 장기요양제도의 이용자부담

##### 1) 미국

미국의 장기요양제도에서 이용자부담은 시설의 경우 본인부담 후 서비스 이용자

의 소득이 감소한 경우에 한해 메디케이드 대상자로 정해져 지원을 받도록 한다. 이 또한 소득수준을 감안한 차등부담방식의 한 예라 할 수 있다.

## 2) 영국

영국의 장기요양제도에서 이용자부담은 저소득자인 경우 공공시설에서는 무료로, 민간시설에서는 정부로부터 입소수당 등을 지급받아 운영하고 있어 개개인은 상당 부분의 서비스를 실질적으로 무료로 제공받는다고 볼 수 있다.

## 3) 독일

미국의 장기요양제도에서 이용자부담은 재가서비스의 경우 130시간을 기준으로 그 이상의 경우 일부를 부담하도록 하고 있으며 시설서비스의 경우 식비와 주거의 일부를 부담하도록 하고 있다.

## 4) 스웨덴

일본의 장기요양제도에서 이용자부담은 기초자치단체의 일률적인 비용적용을 위해 일곱 그룹으로 세분화하여 적용하고 있으며 사용설정은 최대 상한선이 규정되어 있어 급여상한제의 방식으로 비용을 부담하고 있다. 조세방식으로 재정을 충당하고 있는 스웨덴은 노인보호에 있어 주역할을 담당하는 자치단체의 지방세와 정부보조금, 그리고 일부의 이용자부담금으로 제도를 운영하고 있다.

## 5) 일본

일본의 장기요양제도에서 이용자부담은 모든 수급자가 서비스 비용의 10%를 지불하도록 되어있고 나머지 비용은 보험자인 지방정부가 부담한다. 지방정부의 전체소득은 다양한 소득원으로부터 충당되는데 1종 보험가입자로부터 18%, 2종 보험가입자로부터 32%, 중앙정부로부터 보조금의 형태로 25%, 도도부현 정부로부터 12.5%를

지원받고 지자체 자체예산에서 12.5%를 충당한다. 일본의 비용부담방식은 전형적인 정률제 방식이라 할 수 있다.

### 제3절 장애인장기요양(재가서비스) 급여 수가 책정안

#### 1. 수가개발 개요

본 장애인장기요양급여의 비용단가 책정은 재가서비스에 한하며 기존 활동보조와 노인요양등급을 혼용한 새로운 장애인장기요양 평가판정도구에 근거하여 등급별 활동보조서비스 단가와 노인요양서비스 단가로 구분하여 산출한다. 따라서 장애인장기요양 재가서비스에서는 16개 등급(기존 활동보조 등급(1~4등급) × 요양등급(1~4등급) = 16등급. 단, 요양등급 4등급은 기존 활동보조시간만 제공)의 수가가 산출된다.

신규 장애인장기요양 평가판정도구를 근거로 장애인재가서비스 수가를 산출할 경우 요양시간을 어떻게 평가할 것인가에 따라 3가지 방법이 가능하다.

첫 번째는 장애인타임스터디에서 파악된 활동보조 및 방문간호 서비스제공시간의 비를 활용하여 요양시간을 산출하는 경우이다(1안). 즉, 등급별 활동보조 월 서비스 이용시간을 기준으로 활동보조서비스<sup>13)</sup> 제공시간과 방문간호 서비스 제공시간의 비를 활용하여 요양시간을 산출한다.

두 번째는 신변처리지원서비스시간과 방문간호서비스시간 중 순수한 의미의 노인요양서비스 시간만을 뽑아 요양시간을 산출하는 방법이다(2안). 즉, 장애인타임스터디에서 파악된 신변처리지원서비스시간 및 방문간호서비스 전부를 요양시간으로 인정하는 것이 아니라 활동보조 환산비용과 노인장기요양보험 수가의 차이를 이용하여 노인요양보험서비스에서 말하는 순수한 요양시간만을 요양시간으로 간주한다.

세 번째는 시설운영 실태를 반영한 경우로 조작적 정의없이 장애인타임스터디에서 파악된 방문간호 서비스시간을 요양시간으로 보고 요양시간을 산출하는 방법이

13) 장애인타임스터디에서의 활동보조서비스란 현행 활동보조사업에서 제공하는 주요 서비스인 신변처리지원(간병), 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조 서비스를 말함.



다(3안). 3안에서는 활동보조시간도 장애인타임스터디에서 파악된 활동보조서비스시간을 그대로 적용한다.

앞서 언급한 수가산출을 위한 요양시간(또는 활동보조시간)은 전국 8개 재가시설 운영실태 조사결과를 바탕으로 결정한 것이다. 이는 현 실태를 기준으로 삼았기 때문에 1인당 사회적 서비스비용에 있어 커다란 추가비용 없이 재정을 확보하는데 용이하나 현 실태의 평균을 표준으로 가정하는 것이므로 현상유지적인 접근방식이라 할 수 있다. 즉, 서비스 비용의 평준화시키는 효과 이상은 기대하기 어렵다. 게다가 본 조사는 제한된 표본시설수를 대상으로, 그리고 24시간이라는 제한된 시간동안 제공된 서비스만을 파악하였기 때문에 타임스터디 결과의 정확성이 떨어진다. 따라서 수가 사용시 주의가 필요하다.

## 2. 수가 산출과정 및 결과

### 가. 1안: 활동보조 및 방문간호 서비스제공시간의 비를 활용한 경우

등급별 활동보조 월 서비스 이용시간을 기준으로 활동보조 서비스제공시간과 방문간호 서비스제공시간의 비를 활용하여 요양시간을 산출하는 1안에서는 활동보조 서비스시간은 현행 활동보조 등급을 적용한 서비스시간을, 방문간호 서비스시간은 현행 노인장기요양보험 등급을 적용한 서비스시간을 이용하였다. 이때 활동보조 서비스는 장애인타임스터디에서 파악된 현행 활동보조사업의 주요 서비스인 신변처리 지원(간병포함), 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조 서비스를 의미하며 방문간호 서비스는 실제 활동보조인이 장애인에게 제공한 간호서비스를 말한다.

분석결과 요양시간은 1등급은 9시간, 2등급은 7시간, 3등급은 4시간이었다.

&lt;표 4-3-1&gt; 활동보조 및 방문간호 서비스제공시간의 비를 활용한 수가 1안

(단위: 분, 시간)

등급	활보등급별 활동보조 서비스시간		요양등급별 방문간호 서비스시간		활동보조 시간 (A)	요양 시간 (B)	총서비스 시간 (A+B)
	N	평균(분)	N	평균(분)			
1	119	291.19	104	29.79	90	9	99
2	48	229.79	37	21.59	70	7	77
3	92	184.29	93	15.85	50	4	54
4	7	114.43	20	9.45	30	0	30

주: 요양등급 4등급은 기존 활동보조시간만 제공

<표 4-3-2>는 위의 분석결과를 토대로 등급별 급여비 한도액을 산출한 결과이다. 산출결과 활보등급 1등급을 받고 요양등급 1등급을 받은 대상자는 활동보조서비스는 월 90시간까지, 요양시간은 월 9시간까지 사용할 수 있는 반면 활보등급 4등급을 받고 요양등급 4등급을 받은 대상자는 활동보조서비스만 월 30시간까지 사용할 수 있다. 따라서 1안의 경우 월 최대 99시간에서 최소 30시간까지 장애인장기요양 서비스를 이용할 수 있다.

&lt;표 4-3-2&gt; 수가 1안을 적용한 급여비 한도액

(단위: 시간, 원)

활동보조 등급	요양등급	서비스제공시간(1안)		활동보조액 (A)	요양액 (B)	월 금액 (A+B)
		활동보조시간	요양시간			
1	1	90	9	720,000	389,340	1,109,340
1	2	90	7	720,000	302,820	1,022,820
1	3	90	4	720,000	173,040	893,040
1	4	90	0	720,000	0	720,000
2	1	70	9	560,000	389,340	949,340
2	2	70	7	560,000	302,820	862,820
2	3	70	4	560,000	173,040	733,040
2	4	70	0	560,000	0	560,000
3	1	50	9	400,000	389,340	789,340
3	2	50	7	400,000	302,820	702,820
3	3	50	4	400,000	173,040	573,040
3	4	50	0	400,000	0	400,000
4	1	30	9	240,000	389,340	629,340
4	2	30	7	240,000	302,820	542,820
4	3	30	4	240,000	173,040	413,040
4	4	30	0	240,000	0	240,000

주1) 활보액 : 현 활동보조서비스 단가 8,000원 적용

주2) 요양액 : 노인장기요양보험제도 방문간호서비스 60분이상 금액 43,260원 적용

## 나. 2안: 신변처리지원욕구 및 방문간호 욕구를 반영한 경우

신변처리지원서비스시간과 방문간호서비스시간 중 순수한 의미의 노인요양서비스 시간만을 뽑아 요양시간을 산출하는 2안의 기본원칙은 장애인타임스터디에서 파악된 신변처리지원서비스시간 및 방문간호서비스 전부를 요양시간으로 인정하는 것이 아니라 활동보조 환산비용과 노인장기요양보험 수가(신변처리지원욕구의 경우 노인 장기요양보험 방문요양서비스수가를, 방문간호욕구는 노인장기요양보험 방문간호서

비스 수가를 이용함.)의 차이를 이용하여 노인요양보험서비스에서 말하는 순수한 요양시간만을 요양시간으로 간주하는 것이다.

신변처리지원 및 방문간호 서비스시간은 노인장기요양보험 등급을 적용한 서비스 제공시간을 이용하였고 방문요양수가는 요양 1등급은 60분이상~90분미만 금액 16,120원을, 3등급은 30분이상~60분미만 금액 10,680을, 2등급은 1, 3등급 방문요양수가 평균값을 적용하였다. 방문간호수가는 노인장기요양보험제도 방문간호서비스 60분이상 금액 43,260원을 모든 등급에 적용하였으며 단위시간 산출에는 현행 활동보조서비스 단가 8,000원을 적용하였다. 월방문 횟수는 노인장기요양보험 3차 시범사업 월한도액 산출을 위해 사용된 방문요양 월 횟수와 방문간호 월 횟수를 이용하였다(<표4-3-2> 참고).

구체적인 신변처리지원욕구 요양시간 산출과정은 <표4-3-3>과 같으며 방문간호욕구 요양시간 산출과정은 <표 4-3-4 >와 같다.

<표 4-3-3> 신변처리지원욕구 요양시간 산출과정

(단위: 분, 원, 시간)

요양 등급	N	신변처리 서비스시간 (분)	환산비용 (활보비용) (A)	방문요양 수가(B) <sup>1)</sup>	차액 (C=B-A)	단위시간 (D=C/8,000)	월방문 횟수 <sup>2)</sup> (E)	신변처리 요양시간 (F=D*E)
1등급	104	108.19	14,425	16,120	1,695	0.21	12.5	2.65
2등급	37	73.70	9,827	13,400	3,573	0.45	9.0	4.02
3등급	93	64.27	8,571	10,680	2,109	0.26	5.5	1.42

주1) 방문요양수가 : 노인장기요양보험제도 방문요양서비스 30분이상-60분미만 금액: 10,680원과 60분이상-90분미만 금액: 16,120원 적용

주2) 월방문 횟수 : 노인장기요양보험 월한도액 산출을 위한 방문요양 월 횟수 적용

&lt;표 4-3-4&gt; 방문간호육구 요양시간 산출과정

(단위: 분, 원, 시간)

요양 등급	N	방문간호 서비스시간 (분)	환산비용 (활보비용) (A)	방문간호 수가(B) <sup>1)</sup>	차액 (C=B-A)	단위시간 (D=C/8,000)	월방문 횟수 <sup>2)</sup> (E)	방문간호 요양시간 (F=D*E)
1등급	104	29.59	3,972	43,260	39,288	4.91	4	19.64
2등급	37	21.59	2,879	43,260	40,381	5.05	3	15.14
3등급	93	15.85	2,113	43,260	41,147	5.14	2	10.29

주1) 방문간호수가 : 노인장기요양보험제도 방문간호서비스 60분이상 금액 43,260원 적용

주2) 월방문 횟수 : 노인장기요양보험 월한도액 산출을 위한 방문간호 월 횟수 적용

분석결과 신변처리지원육구 요양시간은 요양등급 1등급의 경우 2.65시간, 2등급은 2.65시간, 3등급은 1.42시간이었으며 방문간호육구 요양시간은 요양등급 1등급의 경우 19.64시간, 2등급은 15.14시간, 3등급은 10.29시간이었다.

&lt;표 4-3-5&gt; 노인장기요양보험 3차 시범사업 월한도액 산출을 위한 등급별 서비스 이용량

등급	1등급	2등급	3등급
방문요양	210분*2회 120분*2회 90분*1회	210분*1회 120분*2회 90분*1회	120분*2회 90분*1회
주간보호	주2회	주2회	주3회
방문목욕	월2회	월1.5회	월1회
방문간호	월4회	월3회	월2회

주 1) 방문간호: 30분이상-60분미만 금액 적용

자료: 노인장기요양보험 3차 시범사업 수가(안), 보건복지부, 2007

산출결과 요양시간 1등급은 22시간, 2등급은 19시간, 3등급은 12시간이었다. 이렇게 산출된 요양시간은 2차례의 전문가 회의(수가 연구팀 및 실무자)를 통해 1등급은 20시간으로, 2등급은 15시간으로, 3등급은 10시간으로 조정하였다.

&lt;표 4-3-6&gt; 신변처리지원욕구 및 방문간호 욕구를 반영한 수가 2안

(단위: 분, 시간)

등급	신변처리 서비스시간		방문간호 서비스시간		활동보조 시간 (A)	요양시간			조정 요양시간 (B)	총서비스 시간 (A+B)
	N	평균(분)	N	평균(분)		신변처리	방문간호	합		
1	104	108.19	104	29.79	90	3	20	22	20	110
2	37	73.7	37	21.59	70	4	15	19	15	85
3	93	64.28	93	15.85	50	1	10	12	10	60
4	20	33.6	20	9.45	30	0	0	0	0	0

<표 4-3-7>는 위에서 산출된 요양시간을 토대로 등급별 급여비 한도액을 산출한 결과이다. 산출결과 활보등급 1등급을 받고 요양등급 1등급을 받은 대상자는 활동보조서비스는 월 90시간까지, 요양시간은 월 20시간까지 사용할 수 있는 반면 활보등급 4등급을 받고 요양등급 4등급을 받은 대상자는 활동보조서비스만 월 30시간까지 사용할 수 있다. 따라서 2안의 경우 월 최대 110시간에서 최소 30시간까지 장애인장기요양 서비스를 이용할 수 있다.

&lt;표 4-3-7&gt; 수가 2안을 적용한 급여비 한도액

(단위: 시간, 원)

활동보조 등급	요양등급	서비스제공시간(2안)		활동보조액 (A)	요양액 (B)	월 금액 (A+B)
		활보시간	요양시간			
1	1	90	20	720,000	865,200	1,585,200
1	2	90	15	720,000	648,900	1,368,900
1	3	90	10	720,000	432,600	1,152,600
1	4	90	0	720,000	0	720,000
2	1	70	20	560,000	865,200	1,425,200
2	2	70	15	560,000	648,900	1,208,900
2	3	70	10	560,000	432,600	992,600
2	4	70	0	560,000	0	560,000
3	1	50	20	400,000	865,200	1,265,200
3	2	50	15	400,000	648,900	1,048,900
3	3	50	10	400,000	432,600	832,600
3	4	50	0	400,000	0	400,000
4	1	30	20	240,000	865,200	1,105,200
4	2	30	15	240,000	648,900	888,900
4	3	30	10	240,000	432,600	672,600
4	4	30	0	240,000	0	240,000

주1) 활보액 : 현 활동보조서비스 단가 8,000원 적용

주2) 요양액 : 노인장기요양보험제도 방문간호서비스 60분이상 금액 43,260원 적용

## 다. 3안: 시설운영 실태를 반영한 경우

조작적 정의없이 장애인타임스터디에서 파악된 방문간호 서비스시간을 그대로 요양시간으로 보는 3안에서는 요양시간은 30일기준, 22일기준, 11.25일기준으로 구분하여 산출하였다. 즉, 하루동안 파악된 방문간호 서비스시간은 한달 30일 동안 제공하는 경우와 공·휴일을 제외한 나머지 22일 동안 제공하는 경우, 한달 11.25일(1등급 활동보조 대상자에게 제공되는 월 90시간을 일당 시간으로 환산하여 얻은 일수) 동

안 제공하는 경우로 나누어 산출하였다.

활보시간은 현행 등급별 활동보조 월 서비스시간을 활용한 1, 2안과는 달리 장애인타임스터디에서 파악된 활동보조 서비스 제공시간을 이용하였으며 요양시간과 동일한 방법으로 산출하였다. 이때 활동보조 서비스시간은 활보등급을 적용한 서비스시간을, 요양시간 산출을 위한 방문간호 서비스시간은 노인장기요양보험 등급을 적용한 서비스시간을 이용하였다.

분석결과 30일 기준 활보시간은 1등급 146시간, 2등급 115시간, 3등급 92시간, 4등급 57시간이었으며 22일 기준 활보시간은 1등급 107시간, 2등급 84시간, 3등급 68시간, 4등급 42시간이었다. 11.25일 기준 활보시간은 1등급 55시간, 2등급 43시간, 3등급 35시간, 4등급 21시간인 것으로 나타났다.

반면 30일 기준 요양시간은 1등급 15시간, 2등급 11시간, 3등급 8시간이었으며 22일 기준 요양시간은 1등급 11시간, 2등급 8시간, 3등급 6시간이었다. 11.25일 기준 요양시간은 1등급 6시간, 2등급 4시간, 3등급 3시간인 것으로 나타났다.

<표 4-3-8> 시설운영 실태를 반영한 수가 3안

(단위: 분, 시간)

등급	활보등급별 활동보조		요양등급별 방문간호		활동보조시간(A)			요양시간(B)			총서비스시간 (A+B)		
	N	평균시간 (분)	N	평균시간 (분)	30일 기준	22일 기준	11.25일 기준	30일 기준	22일 기준	11.25일 기준	30일 기준	22일 기준	11.25일 기준
1등급	119	291.19	104	29.79	146	107	55	15	11	6	161	118	61
2등급	48	229.79	37	21.59	115	84	43	11	8	4	126	92	47
3등급	92	184.29	93	15.85	92	68	35	8	6	3	100	74	38
4등급	7	114.43	20	9.45	57	42	21	0	0	0	57	42	21

주 1) 11.25일 산출근거(활동보조 1등급 월 이용시간 기준): 11.25일=월90시간/하루8시간

<표 4-3-9>는 <표 4-3-8>의 산출결과 중 22일 기준 활보시간 및 요양시간을 적용하여 등급별 급여비 한도액을 산출한 표이다. 이때 22일 기준 활보시간 및 요양시간을 이용한 이유는 다음과 같다. 11.25일을 이용할 경우 11.25일은 1등급 활동보조 서



비스 대상자에게 제공되는 월 90시간을 일당(하루 8시간 기준) 시간으로 환산한 값이다. 그런데 문제는 재가서비스인 활동보조서비스는 시설서비스와 달리 매일 제공되는 서비스가 아니기 때문에 장애인타임스터디에서 파악된 하루동안의 활동보조 및 방문간호 서비스시간을 단순히 하루 비용으로 간주하기 어렵다. 따라서 11.25일을 기준으로 확보시간 및 요양시간을 산출하는 것은 무리가 있다. 반면 30일 기준을 이용할 경우 공·휴일을 무시한채 지나치게 많은 일수를 고려할 수 있기 때문에 22일을 기준으로 한 확보시간 및 요양시간을 이용하였다.

산출결과 확보등급 1등급을 받고 요양등급 1등급은 받은 대상자는 활동보조서비스는 월 107시간까지, 요양시간은 월 11시간까지 사용할 수 있는 반면 확보등급 4등급을 받고 요양등급 4등급을 받은 대상자는 활동보조서비스만 월 42시간까지 사용할 수 있다. 따라서 3안의 경우 월 최대 107시간에서 최소 42시간까지 장애인장기요양 서비스를 이용할 수 있다.

&lt;표 4-3-9&gt; 수가 3안을 적용한 급여비 한도액

(단위: 시간, 원)

활동보조 등급	요양 등급	서비스제공시간 (3안: 22일기준)		활동보조액 (A)	요양액 (B)	월 금액 (A+B)
		활동보조시간	요양시간			
1	1	107	11	856,000	475,860	1,331,860
1	2	107	8	856,000	346,080	1,202,080
1	3	107	6	856,000	259,560	1,115,560
1	4	107	0	856,000	0	856,000
2	1	84	11	672,000	475,860	1,147,860
2	2	84	8	672,000	346,080	1,018,080
2	3	84	6	672,000	259,560	931,560
2	4	84	0	672,000	0	672,000
3	1	68	11	544,000	475,860	1,019,860
3	2	68	8	544,000	346,080	890,080
3	3	68	6	544,000	259,560	803,560
3	4	68	0	544,000	0	544,000
4	1	42	11	336,000	475,860	811,860
4	2	42	8	336,000	346,080	682,080
4	3	42	6	336,000	259,560	595,560
4	4	42	0	336,000	0	336,000

주1) 활보액 : 현 활동보조서비스 단가 8,000원 적용

주2) 요양액 : 노인장기요양보험제도 방문간호서비스 60분이상 금액 43,260원 적용

## 제5장 장기요양서비스 인프라 및 인력

### 제1절 장애인 장기요양서비스 도입과 장애인복지서비스 체계화

#### 1. 장애인 장기요양서비스와 장애인복지서비스

우리나라의 장애인복지서비스는 주로 장애인복지법에 근거하여 기초적인 수준의 다양한 서비스가 제공되고 있다. 그러나 장애인복지서비스에 대한 명확한 개념 정립의 미비 및 다양한 영역의 서비스를 포괄하는 독자적인 제도의 부재로 인해 각각의 서비스가 상호 연계 없이 개별적 또는 산발적으로 제공되어 있는 체계라고 할 수 있다.<sup>14)</sup>

장기요양서비스를 광의의 측면에서 해석할 때, 〈표 5-1-1〉에서 구분하고 있는 서비스 영역은 모두 장기요양서비스의 하위서비스에 포함될 수 있다. 따라서 장기요양서비스 도입은 기존에 존재하지 않았던 서비스를 제도화하는 것이 아니며, 각기 다른 이름하에 제공되던 분절적 서비스를 체계화 및 선진화하는 작업으로 이해하는 것이 바람직하다.

---

14) 반면에 주요 외국의 경우 사회서비스의 명확한 개념 정립에 근거하여 다양한 장애 관련 서비스들이 단일한 서비스 제공 체계에서 제공되고 있음을 확인할 수 있다. 즉, 이들 국가에서 사회서비스는 소득보장, 고용서비스 등 장애 관련 타 핵심 서비스와 개념 및 제도 구축에서 비교적 명확히 구분되고 있다. 스웨덴의 경우 노인, 장애인, 아동 등을 대상으로 하는 일반법 성격의 사회서비스법(SoL)과 특별법 성격의 장애인 사회서비스법(LSS)을 제정하여 장애인을 대상으로 다양한 사회서비스를 제공하고 있다. 또한 영국의 경우에는 성인과 아동을 구분하여 각각 ‘국민보건의료서비스 및 지역사회보호법’과 ‘아동법’이라는 독자적인 사회서비스 법률에 근거하여 관련 서비스를 제공하고 있는데, 이에 따라 장애인도 연령에 따라 성인장애인과 장애아동으로 구분되어 각기 다른 법률 및 서비스 제공 체계에서 관련 서비스를 제공받고 있다. 미국과 호주의 경우에는 노인과 장애인을 주 대상으로 하는 ‘재가 및 지역사회서비스’라는 단일한 제도에서 다양한 서비스가 제공되고 있으며, 일본의 경우에는 ‘장애인자립지원법’이라는 장애인만을 대상으로 하는 독자적인 사회서비스 제공 체계가 구축되어 있다.

광의의 장기요양서비스 개념에 근거하여 서비스를 유형화한 후, 현재의 서비스 공급 현황을 살펴보면, 활동보조사업 및 기타 사업을 통해 신체수발서비스, 가사지원 서비스, 외출지원 서비스가 제공되고 있으며, 시설 운영을 통해 주거서비스가 제공되고 있다. 또한 보건소의 지역사회중심재활(Community Based Rehabilitation)을 통해 방문간호도 이루어지고 있어서 장기요양서비스와 관련한 다양한 제도는 도입되어 있다고 할 수 있다.

특히 2007년 4월에 제도화되어 시행되고 있는 활동보조서비스는 서비스 내용의 측면에서 볼 때 사실상 장기요양서비스와 동일한 개념의 서비스라고 할 수 있다. 즉 활동보조서비스에서 제공하고 있는 신체수발서비스, 가사지원서비스, 이동지원서비스, 의사소통지원서비스 등은 전통적으로 장기요양서비스체계에서 제공하는 핵심적인 서비스이다. 따라서 장기요양서비스 도입시 활동보조서비스와의 관계를 어떻게 정립할 것인지는 매우 중요하다. 사실 활동보조서비스의 경우에도 제도 도입 과정에서 기존에 제공되던 서비스와의 관계 정립을 명확히 설정하지 못한 채 도입되어 여전히 재가복지서비스 등 기존 서비스와 중복되고 있다. 이러한 현실을 감안할 때, 결국 활동보조서비스는 기존에 없던 새로운 서비스를 제공하는 제도로서의 의의를 갖는 것은 아니며, 다만 서비스 제공 방식을 공급자 중심에서 수요자 중심으로, 서비스(급여) 유형을 직접 서비스에서 바우처로 변경한 최초의 장애인복지서비스라는 의의를 부여하는 것이 타당하다. 활동보조서비스 도입 이후, 가사간병방문 바우처, 장애아동재활치료 바우처 등 서비스 수급권을 바우처로 하는 제도가 계속 확대되고 있는데, 이는 한정된 장애인복지서비스 자원의 총량을 확대하고 기존 서비스의 사각지대를 일정 부분 해소할 수 있다는 점에서 긍정적이라고 할 수 있으나, 이로 인해 우리나라의 장애인복지서비스 체계는 오히려 더욱 혼란스러워진 측면도 있다.

〈표 5-1-1〉 우리나라의 장애인복지서비스 제공 체계

서비스영역	제공 서비스(시설)		서비스 욕구 사정 체계 <sup>1)</sup>	서비스 제공 방식 (급여 형태)
	시설 장애인	재가 장애인		
요양서비스 (간병·간호서비스)	중증장애인요양시설 장애영유아생활시설	보건소 지역사회 중심재활 사업(45 개 시군구)	시군구 및 해당시설에서 입 소자격 심사	직접 서비스
보호서비스 (신체수발·가사지원 서비스)	중증장애인요양시설 장애유형별생활시설 장애영유아생활시설	활동보조서비스 재가복지봉사센터	시군구 및 해당시설에서 입 소자격 심사	직접 서비스
주간보호서비스		주간보호시설	해당 시설에서 입소자격 심사	직접 서비스
단기보호서비스		주간보호시설	해당 시설에서 입소자격 심사	직접 서비스
재활서비스 (기능훈련서비스)	중증장애인요양시설 장애유형별생활시설 장애영유아생활시설	주간보호시설 단기보호시설 장애인복지관 장애인재활지원센터	해당 기관에서 서비스 욕구 사정 (장애아동 재활치료 바우처 사업의 경우에는 시군구에서 서비스 욕구 사정)	직접 서비스 장애아동 재활치료 바우처(지역사회혁신 서비스)
직업재활서비스		직업재활시설 장애인복지관 장애인고용촉진공단	해당 기관에서 서비스 욕구 사정	직접 서비스
의사소통지원서비스		수화통역센터 활동보조서비스	해당 기관에서 서비스 욕구 사정	직접 서비스 바우처
이동지원서비스	중증장애인요양시설 장애유형별생활시설 장애영유아생활시설	장애인심부름센터 재가복지봉사센터 주간보호시설 단기보호시설 활동보조서비스	해당 기관에서 서비스 욕구 사정	직접 서비스 바우처
자립생활훈련		자립생활센터 활동보조서비스	해당 기관에서 서비스 욕구 사정	직접 서비스 바우처
주거서비스	장애인생활시설 중증장애인요양시설 장애영유아생활시설 공동생활가정		시군구 및 해당시설에서 입 소자격 심사	직접 서비스

주: 1) 활동보조서비스의 경우에는 장애인의 기능상태(ADL, IADL)에 대한 표준화된 평가를 통해 서비스 대상 여부 및 서비스 제공 시간을 결정하며, 서비스 대상자는 본인의 욕구에 따라 신체수발, 가사지원, 의사소통지원, 이동지원, 자립생활훈련서비스 등을 제공받을 수 있음.

## 2. 장애인 장기요양서비스 제도화에 따른 장애인복지서비스 체계 개편 필요성

제도 도입 시 고려해야 할 사항으로서 기존 제도와 중복을 방지하고 제도의 연착륙을 우선시해야 하는 정책적 관점에서 장애인 장기요양서비스 제도화는 활동보조사업을 확대 개편하는 -즉, 서비스 대상자를 확대하고 서비스 유형을 다양화하며, 서비스 대상자를 결정하는 방식을 과학화 및 표준화하는 - 방향으로 진행되는 것이 바람직하다. 아울러 장애인 장기요양제도와 전체 장애인복지서비스 제공 체계와의 관계 정립, 즉 장애인 장기요양제도를 전체 장애인복지서비스 체계에서 어느 위치에 둘 것인지에 대한 검토가 반드시 이루어져야 한다.

장애인복지서비스 체계 내에서 장애인 장기요양서비스의 위치 정립은 두 가지 접근이 있을 수 있다. 첫 번째 접근은 장기요양서비스를 광의적 측면에서 해석하여 전체 장애인복지서비스를 포괄하는 것이며, 또 다른 접근은 장기요양서비스의 개념을 좁게 설정하여 전체 장애인복지서비스의 한 요소로서만 자리매김하게 하는 것이다.

노인장기요양보험(개호보험)이 시행된 이후에 장애인 장기요양서비스 도입 논의를 거쳐 독자적인 장애인 장기요양제도(장애인 자립지원법)를 구축한 일본의 경우, 장애인 자립지원법 시행 이후, 장애인복지서비스 체계가 완전히 개편되었다. 즉 자립지원법 시행 이전에는 재가서비스와 시설 서비스로 구분되던 것이 자립지원법 시행 이후에는 요양서비스(개호급부), 취업지원서비스 및 지역생활지원서비스로 새롭게 개편되었으며, 이로 인해 장애인 자립지원서비스는 전체 장애인복지서비스를 의미하게 되었다.

장애인복지서비스에 대한 명확한 개념 정립과 유형화 논의를 거치지 않은 채 각각의 사업이 그 때 그 때 필요에 따라 계속 추가되어 현재의 장애인복지서비스 체계를 구성하고 있음을 볼 때, 기존의 활동보조서비스를 골격으로 하여 이를 확대 개편하는 내용으로 제도화되는 장애인 장기요양서비스가 시행 될 경우, 장기요양서비스와 기존 장애인복지서비스와의 관계 정립은 장애인복지서비스 체계화를 전제로

한다. 장애인복지서비스의 명확한 개념 정립과 세부 서비스의 유형화를 목표로 하는 장애인복지서비스 체계 개편이 이루어지기 위해서는 이론적 토대 위에 각 제도의 심층 분석과 전문가를 비롯한 이해 당사자간 충분한 논의와 합의를 필요로 한다는 점에서 이는 장기요양서비스 모형 개발을 목표로 하는 본 연구의 한계를 뛰어넘는 과업이라고 할 수 있다.<sup>15)</sup> 따라서 모형 개발과 시범 사업을 거쳐 장애인 장기요양 서비스가 시행되기까지 장애인복지서비스 체계 개편이 동시에 진행되어 장기요양서비스와 타 장애인복지서비스와의 명확한 관계 정립과 제도간 연계가 이루어져야 한다.

## 제2절 장애인복지시설 기능 및 인력 현황

본 절에서는 장기요양서비스를 광의의 개념으로 해석할 경우, 장기요양 관련 서비스를 제공하고 있는 장애인복지시설의 종류와 기능 및 주요 인력의 현황을 살펴보고자 한다.

### 1. 장애인 생활시설

현행 장애인복지법에 명시되어 있는 장애인 생활시설의 종류 및 기능을 살펴보면, 우선 장애유형별 생활시설은 장애유형이 같거나 유사한 장애를 가진 사람들을 입소 또는 통원하게 하여 그들의 장애유형에 적합한 의료·교육·직업·심리·사회 등 재활서비스와 주거서비스를 제공하는 시설로 규정되어 있으며, 중증장애인 요양시설은 장애의 정도가 심하여 항상 도움이 필요한 사람을 입소하게 하여 상담·치료 또는 요양서비스를 제공하는 시설로 규정되어 있다. 또한 장애영유아 생활시설은 6세 미만의 장애영유아를 입소 또는 통원하게 하여 보호함과 동시에 그 재활에 필요한

15) 한편 노인장기요양보험의 경우에는 결과적으로 장기요양서비스와 기존 노인복지서비스간의 명확한 관계 정립을 명시하지 못한 채 제도가 도입되었고 제도 도입 이후 단계적으로 서비스 조정 등이 이루어지고 있다.

의료·교육·심리·사회 등 재활서비스를 제공하는 시설로 규정되어 있다. 그러나 장애유형별 시설과 중증장애인 요양시설의 입소 대상이 명확히 구분되어 있지 않고 그 기능 또한 구체적이지 않아 각 시설에서 제공하는 서비스의 종류와 수준이 시설별로 차이가 크다.<sup>16)</sup>

2006년말 현재 장애인 생활시설 수는 288개소이며, 총 20,598명의 장애인이 입소해 있다. 이는 2006년말 등록장애인구 196만 7,326명의 1.05% 수준에 불과하다. 생활시설 입소 정원 규모는 20~300명까지 다양하게 분포(1개소 평균 74명)해 있으며, 이 중 100명 이상의 대규모시설이 29.9%(86개소)에 이르고 있다. 한편 장애인 생활시설 직원 수는 2006년말 현재 9,684명(1개소 평균 34명)이며, 직종별 비중을 살펴보면 생활지도원 70.8%, 조리원 5.1%, 간호사 3.0%, 시설장 2.9%, 위생원 2.8%, 사회재활교사 2.7%로 나타났다. 전제 직원 중 사회복지사 자격증을 소지한 비율은 43.8%에 이르렀다.

〈표 5-2-1〉 장애인 생활시설 현황

구분	제공 서비스(재활사업)	전문 인력	현황		
			시설 수	입소자 수	1개소 평균
지체장애인·뇌병변장애인 생활시설	의학적 진단·재활치료 심리사회적 재활 직업재활 교육재활	물리치료사 작업치료사 사회복지사	30개소	2,281명	76명
시각장애인 생활시설	의학적 진단·재활 심리사회적 재활 직업재활 · 생활훈련 · 보행훈련 · 의사소통훈련 · CCTV 사용훈련	사회복지사 보행훈련사	15개소	824명	55명
청각장애인·언어장애인 생활시설	의학적 진단·치료 청력검사 및 어음명료도 검사 청각훈련 · 보청기사용훈련	사회복지사 청능치료사 언어치료사	12개소	728명	61명

16) 현재 장애인 생활시설을 주거 서비스 중심으로 새롭게 재편하고 각 시설에서 기본적으로 제공해야 하는 최소 서비스 기준을 제시하는 것을 목표로 하는 연구가 진행 중에 있다.



구분	제공 서비스(재활사업)	전문 인력	현황		
			시설 수	입소자 수	1개소 평균
	· 청능훈련 · 독화훈련 · 운동기능훈련 음성·언어기능 재활훈련 심리사회적 재활 직업재활				
지적장애인·자폐 성장애인 생활시설	생활지도 작업지도 심리사회적 재활 의료재활	물리치료사 작업치료사 사회복지사 언어치료사	122개소	8,408명	69명
중증장애인 요양시설	보호조치 의료재활 생활지도 특수교육	물리치료사 작업치료사 사회복지사 언어치료사	102개소	8,038명	79명
장애영유아 생활시설	보호조치 의료재활 생활지도 조기 특수교육	물리치료사 작업치료사 사회복지사 언어치료사	7개소	319명	46명

## 2. 장애인 지역사회재활시설

현행 장애인복지법에 명시되어 있는 장애인 지역사회재활시설의 종류 및 기능을 살펴보면, 우선 장애인복지관은 장애인에 대한 각종 상담 및 사회심리·교육·직업·의료재활 등 장애인의 지역사회생활에 필요한 종합적인 재활서비스를 제공하고 장애인에 대한 사회적 인식 개선사업을 수행하는 시설로 규정되어 있으며, 장애인 재가복지봉사센터: 가정에서 생활하는 장애인을 순회 방문하여 상담, 훈련, 교육, 치료 등의 종합적인 재활서비스를 제공함으로써 재가장애인의 재활과 자립을 도와주고 지역사회조직 등을 통한 지역사회 중심재활의 사회적 분위기 유도 및 해결을 통해 장애인의 사회통합을 도모하는 시설로 규정되어 있다. 또한 장애인 의료재활시설은 장애인을 입원 또는 통원하게 하여 상담, 진단·판정, 치료 등 의료재활서비스를 제공하는 시설로, 장애인 주간보호시설은 장애인을 주간에 일시 보호하여 장애인에

게 필요한 재활서비스를 제공하는 시설로, 장애인 단기보호시설: 장애인을 일정기간 보호하여 장애인에게 필요한 재활서비스를 제공하는 시설로 규정되어 있다. 한편, 장애인 공동생활가정은 스스로 사회에 적응하기 곤란한 장애인들이 장애인복지 전문인력에 의한 지도와 보호를 받으며 공동으로 생활하는 지역사회 내의 소규모 주거시설로, 장애인 심부름센터: 이동에 상당한 제약이 있는 장애인에게 차량운행을 통한 직장 출·퇴근 및 외출보조 기타 이동서비스를 제공함으로써 장애인의 사회활동 기회를 확대하기 위한 시설로 청각장애인 수화통역센터는 의사소통에 지장이 있는 청각·언어장애인에 대한 수화통역 및 상담서비스를 제공함으로써 원활한 일상생활 및 사회생활을 도모하는 시설로 규정되어 있다.

2006년말 현재 장애인 지역사회재활시설 수는 1,125개소이며, 총 7,461명이 고용되어 있다. 장애인 지역사회재활시설 이용률은 대체적으로 매우 낮은 편으로서, 장애인복지관 13.7%, 공동생활가정 0.8%, 주간·단기보호시설 3.5%, 의료재활시설 7.9%로 나타났다(변용찬 외, 2006).

〈표 5-2-2〉 장애인지역사회재활시설 현황

구분	제공 서비스	전문 인력		시설 수	기타
		직종	1개소 당 인력 수		
장애인복지관 (재가복지봉사센터)	상담·진료 의료재활 심리사회재활 교육재활 가사지원 등	사회복지사 물리치료사 언어치료사 작업치료사	29명	156개소(49개소)	
주간보호시설	이동지원 의료재활 일상생활훈련 심리사회재활 등	사회복지사	3명	288개소	-보호인원: 최소 10인
단기보호시설	이동지원 의료재활 일상생활훈련 심리사회재활 등	사회복지사	4명	73개소	-입소기간: 30일 이내 -평균 입소인원: 30인 (2006. 12월 기준)
공동생활가정	자립생활훈련 사회적응훈련	사회복지사	1명	342개소	-평균 입소인원: 4인 (2006. 12월 기준)

구분	제공 서비스	전문 인력		시설 수	기타
		직종	1개소 당 인력 수		
	심리사회재활 직업생활지원 등				
의료재활시설	진료 재활치료 재활보조기구 제작·수리	의사	19명	26개소	
심부름센터	이동지원 등	사회복지사	5명	129개소	-평균 입소인원: 4인 (2006. 12월 기준)
수화통역센터	상담·지도 수화통역서비스 등	수화통역사	19명	107개소	

### 3. 자립생활센터

현행 장애인복지법에 명시되어 있는 자립생활센터의 종류 및 기능을 살펴보면, 중증장애인 자립생활지원센터는 중증장애인을 대상으로 장애동료간 상담 및 정보제공 등 중증장애인의 자립생활 실현과 장애인의 지역사회 내 문화 및 직업 활동 등 다양한 사회참여 활동을 돕기 위한 시설로 규정되어 있으며, 지적장애인 자립지원센터는 지적장애인과 그 가족을 대상으로 고충상담, 도우미파견 및 지적장애인의 자립생활능력 향상과 사회참여 확대 지원 등을 수행하는 시설로 규정되어 있다.

2006년말 현재 중증장애인 자립생활지원센터는 45개소, 지적장애인 자립지원센터는 14개소가 설치되어 있다.

〈표 5-2-3〉 자립생활센터 현황

구분	제공 서비스	전문 인력		시설 수	기타
		직종	1개소 당 인력 수		
중증장애인자립생활지원센터	상담·정보제공 자립생활훈련 활동보조서비스 주택서비스 등	사회복지사 등	최소 4명	45개소	'08년 중증장애인 자립생활지원 시 범사업 지정센터 20개소
지적장애인자립지원센터	상담 도우미서비스 권익옹호 등	사회복지사 등	4명	16개소	

#### 4. 정신보건시설<sup>17)</sup>

정신질환자사회복귀시설(이하 "사회복귀시설")은 정신질환자를 정신의료기관에 입원시키거나 정신요양시설에 입소시키지 아니하고 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설로서 생활훈련시설, 작업훈련시설 및 기타 훈련시설로 구분되어 있다.

정신질환자생활훈련시설은 정신질환 때문에 가정에서 일상생활을 영위하는데 지장이 있는 정신질환자를 위하여 일상생활에 적응할 수 있도록 저렴한 요금으로 거실 기타 시설을 이용하게 하고 필요한 훈련 및 지도를 함으로써 정신질환자의 사회복귀를 촉진할 것을 목적으로 하는 시설로 규정되어 있으며, 정신질환자작업훈련시설은 고용되기 곤란한 정신질환자가 자활할 수 있도록 저렴한 요금으로 거실 기타 시설을 이용하게 하고 필요한 훈련을 하며 직업을 알선함으로써 사회복귀 촉진을 도모하는 것을 목적으로 하는 시설로 규정되어 있다. 또한 기타 훈련시설에는 정신질환으로 가정에서 생활하기 어려운 자에 대하여 저렴한 비용으로 주거를 제공하는

17) 정신장애인의 치료, 재활 및 사회복귀를 위한 각종의 지원 서비스는 장애인복지법이 아닌 정신보건법에 근거하여 시행되고 있다. 따라서 정신보건시설의 유형 및 기능도 정신보건법에 명시되어 있으며, 현재 정신의료기관, 지역사회정신보건센터, 정신질환자사회복귀시설 및 정신요양시설로 구분되어 있다. 본 고에서는 이 중 만성 중증 정신질환자라고 할 수 있는 정신장애인이 주로 이용하는 사회복귀시설과 정신요양시설의 기능 및 인력 현황을 살펴보고자 한다.

것을 목적으로 하는 정신질환자주거훈련시설과 정신질환자에 대하여 저렴한 비용으로 생활훈련과 작업훈련등을 실시하는 것을 목적으로 하는 정신질환자종합훈련시설이 있다.

2006년 현재 사회복귀시설 수는 151개소로서 이는 2000년에 49개소에 비해 308.2%가 증가하였으며, 이용자 정원은 1,075천명이다.

〈표 5-2-4〉 사회복귀시설 현황

제공 서비스(사회복귀훈련)	전문 인력	현황	
		시설 수	정원수
생활훈련(일상생활기술훈련, 약물관리교육, 긴장이완훈련, 여가활동훈련, 사회기술훈련 포함) 작업훈련	정신과전문의 정신보건전문요원	151개소	1,075천명

2006년 6월말 현재 151개 사회복귀시설에 근무하는 직원은 523명이며, 이 중 정신보건전문요원으로서 관련 자격증을 취득한 인력은 간호사 77명, 사회복지사 180명, 임상심리사 26명이다.

〈표 5-2-5〉 사회복귀시설 상임인력 현황(2006.6.30 기준)

(단위 : 명)

계	정신과 전문의	정신과 전공의	정신보건전문요원			간호사	사회 복지사	임상 심리사	간호 조무사
			간호사	사회 복지사	임상 심리사				
523	0	0	77	180	26	15	221	4	0

한편 정신요양시설은 정신의료기관에서 의뢰된 정신질환자와 만성정신질환자를 입소시켜 요양과 사회복귀촉진을 위한 훈련을 행하는 시설로서, 2006년 현재 57개소가 설치되어 있으며, 입소 정원은 14,296천명이다.

〈표 5-2-6〉 정신요양시설 현황

제공 서비스	전문 인력	현황	
		시설 수	정원수
요양보호 작업치료 및 사회복귀훈련	정신과전문의 정신보건전문요원 간호사 작업지도원 보조원(생활지도원)	57개소	14,296천명

2006년 6월말 현재 57개 정신요양시설에 근무하는 직원은 869명이며, 이 중 정신보건전문요원으로서 관련 자격증을 취득한 인력은 간호사 67명, 사회복지사 21명이다.

〈표 5-2-7〉 정신요양시설 상임인력 현황(2006.6.30 기준)

(단위 : 명)

계	정신과 전문의	정신과 전공의	정신보건전문요원			간호사	사회 복지사	임상 심리사	간호 조무사
			간호사	사회 복지사	임상 심리사				
869	1	0	67	21	0	173	457	0	150

### 제3절 장기요양서비스 관련 인력 양성 및 고용 현황

본 절에서는 장애인 활동보조인을 중심으로 우리나라에서 직접적인 장기요양서비스를 제공하는 돌봄서비스(care service) 인력의 양성 및 고용 현황을 파악한 후, 주요 외국의 사례로서 일본의 장기요양서비스 인력 양성 실태를 살펴보고자 한다.

#### 1. 우리나라 돌봄서비스 제공 직종 및 교육훈련 현황<sup>18)</sup>

18) 김형용 외, 사회복지서비스 산업의 인력 및 훈련 수요 연구: 사회적 돌봄서비스를 중심으로, 한국보건사회연구원, 2007

한국표준직업분류와 한국고용직업분류에서는 돌봄서비스 관련 직업을 다음의 <표>와 같이 구분하고 있다. 즉 한국표준직업분류에서는 시설 개인보호 종사자, 가정 개인간호 종사자, 기타 개인 보호 및 관련 종사자로 구분하고 있으며, 한국고용직업분류에서는 간병인과 기타 의료관련 서비스직으로 구분하고 있다.

<표 5-3-1> 한국표준직업분류와 한국고용직업분류의 돌봄서비스 관련 직업

구분	한국표준직업분류	한국고용직업분류
서비스 종사자	4112 시설 개인보호 종사자 - 간병인, 산후조리종사원, 치료사보조원, 환자운반원 등	0678 간병인 - 간병인, 산후조리종사원
	4113 가정 개인간호 종사자	0679 기타 의료관련 서비스직
	4119 기타 개인 보호 및 관련 종사자	

주요 돌봄서비스 직종의 직무와 교육 훈련 과정을 구체적으로 살펴보기 위해, 간병인, 노인돌보미, 요양보호사 및 장애인 활동보조인의 사례를 각각 살펴보고자 한다.

#### 가. 간병인력

간병인력은 노인복지법, 국민기초생활보장법, 산재보험법등에 따라 양성되는 간병인력, 이와 유사한 업무내용을 갖는 간병인, 케어복지사등 민간인력등 민간자격제도로 양성되는 인력으로 다원화된 실정이다. 민간 간병인력 양성 또는 알선단체는 전국에 약 5,000개 수준으로 추정되고 있다. 현재 간병 및 요양보호인력 양성·관리체계의 미비로 민간기관에서 전문성이 부족한 인력이 양산됨에 따라 서비스 질의 저하가 초래되고 있다. 간병인력의 업무범위와 역할이 정립되어 있지 않고, 표준화된 커리큘럼이 부재한 실정이다(황나미, 2006).<sup>19)</sup>

19) 의료 관련법에서의 간병(인)에 대한 명칭이 부재하고 현 의료체계에서 간호 및 간호보조행위의 개

민간 간병인력은 보통 간병인으로 불리우며, 의료관련 법령에는 그 역할이나 임무가 규정되어 있지 않고 신분보장이 되어있지 못한 상태에서 환자의 보호자 역할을 하면서 환자를 돕고 보수를 받는 사람이다. 이들 간병인은 국가의 면허를 취득했거나 자격을 인정받은 사람이 아니면 의료기관에서 서비스를 제공할 수 없도록 법적으로 제한되어 있음에도 불구하고, 현재 환자 개개인의 일시적·임시적 고용계약이나 약속에 의해 환자에게 간병 또는 일상생활에 관련된 제반 서비스를 제공하고 있다.

한편 대표적인 공공 간병인력에는 가정봉사원이 있으며, 가정봉사원은 노인복지법에서 '보건복지부장관이 정한 기관에서 일정한 교육을 받은 자'로 규정하고 있다.

〈표 5-3-2〉 간병인력 자격 및 양성 현황

구 분	간병인	가정봉사원	간병도우미	케어복지사	전문간병인
법적 근거	없음(민간)	노인복지법	국민기초생활보장법(차상위계층)	없음(민간)	산재보험법
서비스 제공 장소	가정, 시설, 의료기관	가정	가정, 시설, 의료기관	가정, 시설	산재의료원 등 요양급여지정기관, 가정
교육 기관 (기간)	민간단체, 대한적십자사 (다양한 형태)	복지부 지정기관 (유급 40, 무급 20시간)	복지부 지정기관 (이론 50, 실기 30시간, 실습 40시간)	1급: 대학, 전문대학 2급: 200~300시간	노동부 지정기관 총 40시간(실습16시간)

#### 나. 요양보호사

노인장기요양보험의 도입에 따라 기존의 가정봉사원 자격이 폐지되고 요양보호사

님이 정립되지 않아서, 간병서비스의 실체가 모호하고 간호사의 역할 및 책임소재에 대한 법적 근거가 부족한 점, 현 건강보험수가에서의 간호사 행위에 대한 낮은 지불보상체제로 인해 병상 대 낮은 간호사 인력투입으로 간호·간병서비스 공급이 충분하지 못한 점, 이로 인한 입원환자의 간병수요 증가로 환자의 간병비용 부담이 크며 7,500여개 단체에서 간병인력이 알선, 파견되어 활동하고 있으나 간병인 양성 교육 프로그램이 부재하고 간병인에 대한 관리감독이 미흡한 점, 24시간의 열악한 근무조건과 비공식적·사적 관계에서 환자간호와 연계된 행위를 간병인이 수행하고 있다는 점 등이 문제로 파악되고 있다.



국가자격제도를 신설하여 종전의 가정봉사원, 시설의 생활지도원을 대체하는 노인간병인력 양성을 위한 근거 규정이 마련되었다.

노인장기요양보험법 시행령·시행규칙에 따르면 ‘방문요양 및 방문목욕 급여를 제공할 수 있는 장기요양요원은 요양보호사 1급으로, 방문간호 급여를 제공할 수 있는 장기요양요원은 최근 5년 이내 임상경험 2년 이상인 간호사, 최근 10년 이내 임상경험 3년 이상인 간호조무사로서 소정의 교육을 이수한 자 또는 치과위생사로 정하고’있으며, 새로운 개편에 따른 시행상의 혼란을 줄이고자 요양보호사에 대한 경과조치로서, 노인복지법상의 노인복지시설이 장기요양기관으로 지정되거나 재가장기요양기관으로 신고·설치되는 경우 당해 노인복지시설의 생활지도원 또는 가정봉사원은 노인복지법 개정법률 시행일로부터 2년까지 이 규칙상의 요양보호사 1급 업무를 수행할 수 있도록 하고 있다.

이러한 요양보호인력 신설에 따라 기존 가정봉사원교육훈련기관 설치에 대한 규정을 요양보호인력 교육훈련기관 설치에 대한 규정으로 개정하고, 요양보호인력의 교육훈련기관은 광역단위로 설치할 계획에 있다. 요양보호인력에 대한 교육과정은 다음과 같은 방안이 제시되고 있다(오은진·박세경, 2006: 26~30)

〈표 5-3-3〉 요양보호사 1급 기본교육과정

구분	과목명	시간	교육과목
이론	사회복지론	44	사회복지개론, 노인복지개론, 보건복지제도 및 서비스 연계
	요양 및 가사지원		신체요양, 가사지원
	의학기초		가정간호, 재활훈련, 노인 및 장애인의 질병·호스피스·감염관리 이해, 의료 및 간호 관련법규 ※노인성질환(치매·중풍)별도 과정마련 필요
	소양교육	6	직업윤리, 의사소통술, 노인 및 장애인의 심리상태
연습	요양방법	20	요양실시 자세·동작훈련, 신체요양기술
	요양계획		요양계획(사례검토, 요양계획수립 등)
현장실습	노인복지 시설	50	노인요양시설 등 노인복지시설 실습

자료: 공적노인요양보장제도실행위원회(2005). 공적노인요양보장제도 실시모형 개발연구

요양보호사의 교육과정은 신규자 대상 기본교육 과정과 경력자·승급희망자 대상 경력자·승급교육과정, 그리고 보수교육과정으로 구분된다. 1급 요양보호사는 가정 또는 노인복지시설에서 요양상담, 신체요양 등의 요양서비스를 제공할 수 있으며, 노인수발 보험법상 수발요원으로 활동이 가능하며, 실습 50시간을 포함하여 총 120시간에 걸쳐 교육을 받게 된다. 2급 요양보호사는 가정 또는 노인복지시설에서 일상가사지원 등 단순 요양서비스를 제공할 수 있으며, 총 40시간의 교육을 이수해야 한다.

〈표 5-3-4〉 요양보호사 2급 기본교육과정

구분	과목명	시간	교육과목
이론	사회복지론	8	요양보호사 서비스입문, 노인복지론, 대인원조기술, 장애인복지론
	요양방법 및 기타	8	가사원조입문, 요양개론, 노인의 심리, 재가간호방법론
	소양교육	6	직업윤리, 의사소통술, 노인 및 장애인의 심리상태
연습	요양방법	10	노인·장애인에 대한 가사원조 등 기초기술 습득 및 요양에 대한 기초원리 및 기술 습득
현장 실습	노인복지 시설	8	노인복지시설, 노인요양시설 등 노인복지시설 실습

자료: 보건복지부. 2006년 노인보건복지사업안내. 유급가정봉사원 양성교과과정

〈표 5-3-5〉 요양보호사 경력자 및 승급교육과정

구분	과목명	시간	교육과목
이론	사회복지론	3	사회복지개론, 노인복지개론, 보건복지제도 및 서비스 연계
	의학기초	13	가정간호, 재활훈련, 노인 및 장애인의 질병·장애·심리 상태, 호스피스, 감염관리 이해, 의료 및 간호관련법규 ※노인성질환(치매,중풍)별도 과정마련
	소양교육	6	직업윤리, 의사소통술, 노인 및 장애인의 심리상태
연습	요양방법	8	요양실시 자세·동작 훈련, 신체요양기술
	요양계획		요양계획(사례검토, 요양계획수립 등)

자료: 공적노인요양보장제도실행위원회(2005). 공적노인요양보장제도 실시모형 개발연구

경력자 및 승급교육과정은 30시간으로서, 경력인정기관에서 노인복지법 개정(안) 시행일 기준 최근 3년 이내에 신체 및 가사활동 지원업무에 1,000시간 이상의 근무경력이 있으면(단, 재가노인복지시설의 무급가정봉사원 경력은 제외), 1급을 부여하는 경력자교육과정에 참여할 수 있다. 또한 요양보호사 2급 교육과정 이수 후 1년이 경과한 자는 승급자교육과정을 이수함으로써 1급 자격증을 획득할 수 있다.

#### 다. 노인돌보미

노인돌보미 서비스 제공인력 자격은 신체 건강하고 정신상태 양호한 자(건강진단서를 통해 판별)로서 소정의 교육과정 이수 후 서비스 제공이 가능한 자로 규정되어 있다. 현재 노인돌보미 교육기관에서 소정의 교육과정(120시간)을 이수한 자 또는 노인복지법령에 의한 요양보호사 2급(신규자 120시간 / 경력자 80시간) 이상의 자격을 소지한 자가 노인돌보미로 활동할 수 있으나, 2009년도부터는 요양보호사 2급 이상 자격 소지자로만 한정된다.

#### 라. 장애인 활동보조인

활동보조인은 학력 제한 없이 만 18세 이상의 자 중에서 소정의 연수를 거치고 신체적·정신적으로 활동보조가 가능한 자로 하며 활동보조인 신청자는 신청서와 공공 및 민간 의료기관에서 발행한 최근 3개월 이내의 건강진단서를 제출하여야 한다. 활동보조인이 되고자 하는 자는 시·도 교육기관에 교육을 신청하여 교육과정을 이수하여야 하며, 신규 활동보조인의 경우에는 기본교육 60시간을 이수해야 하며, 기존 활동보조인 보수교육 20시간만 이수하면 된다.

자료: 1) 정길홍(2006). 노인수발보협제도에서의 수발서비스 전문 인력방안. pp. 66-68

2) 한국사회복지사협회(2006). 노인수발보협법 관리운영주체와 수발인력 방안 공청회 중 수정, 보완.

3) 사회서비스관리센터 홈페이지.

〈표 5-3-6〉 돌봄서비스 인력별 교육훈련 현황

	산모신생아 돌보미	노인 돌보미			중증장애인 돌보미	
		가정봉사원	간병도우미	간병인	장애통합교육 보조원	중증장애인 활동보조인
법적 근거	(관련 지침)	노인복지법 제 38조	국민기초생활보장법	-	-	-
교육수행주체		가정봉사원 교육센터	가사간병교육센터	대한적십자사 YWCA 대한간병진흥원	한국자활후견기관 협회	활동보조인 교육기관(시·도 지정)
주요 활동인력	일반	기초생활수급자	조건부수급자 차상위 150%	일반	기초생활보장수급자, 차상위계층	일반
교육시간	기본 교육: 2주30시간	유급과정 40시간 자원봉사과정 20시간	120시간	수행기관에 따라 다양 대한적십자사: 60시간 YWCA: 120시간 (실제로 다양) 대한간병진흥원: 100시간	90시간	80시간 (기본: 60시간/보수: 20시간)
교육과정	교육훈련과정과 일정은 보건복지부의 사전승인 보수교육: 1일 7시간	유급과정: 강의 16시간, 실기 16시간, 실습 8시간 자원봉사과정: 강의 8시간, 실기 8시간, 실습 4시간	이론, 실습, 실기	수행기관에 따라 다양 대한적십자사: 이론 36시간, 실기 8시간, 실습 16시간 YWCA: 강의 50시간, 실기 20시간, 실습 50시간 대한간병진흥원: 이론 32시간, 실기 12시간, 실습 56시간	강의 60시간, 실습 30시간. (특수교육, 직업/인성 교육, 행정 교육)	이론: 40시간 실기: 20시간
교육시설 및 장비		강의실, 실습실 및 교구 태 열악	적절	대체로 적절	교육강사는 특수교육 전공 박사과정, 교사, 재활, 교육, 물리치료전문인	
자격제도	교육이수 후 수료증 발급 타 기관 이수자는료증명서출로 대체	유급과정은 필기시험 후 과목당 40점 이상, 평균 60점 이상에만 수료증 교부	교육이수자 인증서 발급	대한적십자사: 교육평가 결과 60점 이상만 이수증 발급 YWCA 대한간병진흥원: 자격시험 통과한 경우 자격증 부여. 자격증 유효기간 3년	교육이수 후 수료증 발급	교육이수 후 이수증 발급

2. 장애인 활동보조인의 고용 실태<sup>20)</sup>

## 가. 고용 규모 변화

먼저 2008년 4월 기준으로 1개 기관 당 활동하고 있는 평균 인력을 파악한 결과 29.1명으로 나타났다. 기관유형별로 보면 장애인복지관 34.5명, 장애인자립생활센터 40.0명, 자활지원센터 17.3명, 기타 사회복지관 등 14.7명으로서, 기관별 인력 규모에 있어 다소 큰 차이를 보이고 있다.

〈표 5-3-7〉 중개기관별 평균 장애인 활동보조인 현황

(단위: 명, 응답기관 수)

구분		기관당 인력 수			
		07년 7월	07년 10월	08년 1월	08년 4월
장애인복지관	평균	11.4 (59)	19.3 (64)	26.7 (64)	34.5 (69)
	표준편차	8.4	14.5	19.4	27.2
	최대값	45	79	115	181
자립생활센터	평균	18.5 (52)	27.1 (55)	34.7 (57)	40.0 (67)
	표준편차	21.0	27.0	31.4	36.6
	최대값	93	123	133	162
자활센터	평균	4.8 (33)	7.6 (37)	12.7 (39)	17.3 (46)
	표준편차	3.3	6.0	8.3	14.4
	최대값	13	25	31	70
기타복지관 등	평균	6.7 (28)	10.5 (30)	12.0 (34)	14.7 (39)
	표준편차	6.3	10.4	14.1	19.0
	최대값	28	45	62	95
계	평균	11.5 (172)	17.8 (186)	23.7 (194)	29.1 (221)
	표준편차	13.8	19.1	23.3	29.1
	최대값	93	123	133	181

이와 같은 결과를 적용할 때, 전국 405개 장애인활동보조기관의 돌봄인력은 약

20) 사회서비스관리센터, 사회서비스 활성화를 위한 품질 및 성과관리체계 구축 방안 I, 2008.

11,786명으로 추정할 수 있다.

바우처사업이 개시된 2007년 7월부터 3개월 간격으로 인력 규모의 변화를 파악한 결과, 초기 장애인활동보조인력은 11.5명에서 3배 가량 증가한 것으로 나타났다. 사업 시행 초기 보다 기관간 편차가 조금씩 줄어들고 있으나 여전히 큰 편이라고 할 수 있다. 특히 자립생활센터의 기관간 인력규모의 편차가 큰 것으로 나타났다. 최대인원을 보유한 기관의 경우 장애인복지관은 181명이 활동하는 기관이 있었고, 자립생활센터 162명, 자활지원센터 70명, 기타 사회복지관 등에서 95명이 고용된 경우가 확인되었다.

#### 나. 고용 구성

다음은 각 기관에 소속된 돌봄인력의 개인 속성별 현황을 파악하였다. 먼저 성별 인력을 보면, 기관당 28.6명의 인력 가운데 88.6%가 여성으로 나타나 전체 구성원 중 10% 정도가 남성인력의 일자리로 확인되었다. 기관유형별로 보면, 자립생활센터의 경우 전체 일자리의 18.8%가 남성으로 나타났다.

〈표 5-3-8〉 기관별 활동보조인 개인속성별 인원 현황('08. 4월말 기준)

(단위: 명, %)

구분	성별		연령별				학력별		
	남성	여성	30세 미만	30~39세	40~49세	50세 이상	중졸 이하	고졸	대졸 이상
장애인복지관	3.9 (10.6)	30.1 (89.4)	3.3 (6.8)	5.8 (16.6)	13.4 (40.9)	11.2 (35.7)	5.8 (22.5)	22.2 (62.4)	6.0 (15.1)
자립생활센터	8.4 (18.8)	31.0 (81.2)	5.8 (10.5)	7.4 (16.2)	15.7 (42.5)	9.8 (30.8)	4.5 (20.8)	21.3 (58.5)	9.0 (20.8)
자활센터	1.1 (5.2)	16.1 (94.8)	0.9 (4.4)	2.5 (15.5)	7.5 (42.8)	6.2 (37.2)	5.2 (30.5)	10.2 (61.2)	2.0 (8.3)
기타복지관 등	1.7 (8.2)	13.3 (91.8)	1.3 (6.3)	2.9 (17.2)	6.4 (41.8)	4.4 (34.8)	2.5 (18.3)	10.8 (70.7)	2.2 (11.0)
계	4.2 (11.4)	24.4 (88.6)	3.1 (7.3)	5.0 (16.4)	11.5 (41.9)	8.5 (34.5)	4.7 (23.0)	17.1 (62.6)	5.2 (14.4)

인력의 연령대별 현황을 살펴보면, 40대가 41.9%로서 가장 많은 것으로 나타났는데, 전체 인력 중 76.4%가 40대 이상이었다. 자립생활센터의 경우는 30대미만의 인력이 26.7%를 차지하고 있어, 다른 기관유형과 차별성을 보이고 있다.

학력수준별 인력 구성을 살펴보면, 고졸이 다수를 차지하여 62.6%였으며, 이어서 중졸이하 23.0%, 대졸 이상 14.4%로 나타났다. 기관유형별로 보면, 자립생활센터는 대졸 이상 인력이 20.8%로 상대적으로 그 비율이 높았으며, 자활지원센터의 경우 중졸 이하 인력의 비율이 30.5%로 비교적 높게 나타났다.

#### 다. 고용 안정

다음은 활동보조인의 근속기간을 분석하여 고용 안정 실태를 파악하고자 하였다. 2008년 4월 현재 활동하고 있는 인력의 근속기간을 보면, 9개월 이상 26.6%, 6~8개월 21.3%, 3~5개월 24.0%, 3개월 미만 28.2%로 나타났다. 이는 활동보조인의 입직과 퇴직이 빈번하며, 고용 안정성도 상대적으로 낮을 수 있음을 시사한다. 기관간 차이는 그리 크지 않았다.

〈표 5-3-9〉 활동보조인 근속기간별 현황('08. 4월말 기준)

(단위: 명, %)

구분	기관당 근속기간별 인력 현황			
	3개월미만	6개월미만	9개월미만	9개월이상
장애인복지관	9.3 (28.7)	8.4 (22.5)	8.7 (24.5)	7.6 (24.3)
자립생활센터	10.2 (28.6)	10.0 (23.6)	8.7 (19.9)	10.8 (27.9)
자활센터	5.3 (30.2)	3.8 (23.0)	4.1 (20.9)	4.0 (26.0)
기타복지관 등	3.1 (24.1)	3.9 (28.5)	3.6 (18.0)	4.1 (29.5)
계	7.7 (28.2)	7.1 (24.0)	6.9 (21.3)	7.2 (26.6)

#### 라. 근로 시간

고용 여건을 파악할 수 있는 핵심적인 지표로서 근로 시간의 실태를 파악하였다. 다음 <표5-3-10>은 각 기관에 소속된 활동보조인이 평균적으로 근로하는 월평균 근로일수와 주평균 근로시간에 대하여 분석한 결과이다. 1인당 월평균 근로일수는 17.5일이었으며, 20일 이상 근로하는 활동보조인 비율은 43.0%로 나타났다.

기관유형별로 비교하여 보면, 자립생활센터와 자활지원센터가 각각 18.1일로 상대적으로 근로일수가 많았다.

<표 5-3-10> 활동보조인 월평균 근로일수 현황

(단위: %)

구분	월평균 근로일수	월평균 근로일수별 인력 분포			
		5일 미만	5~10일	10~20일	20일 이상
장애인복지관	17.2	3.6	12.9	43.1	40.4
자립생활센터	18.1	3.2	13.7	41.4	41.7
자활센터	18.1	2.3	12.6	36.2	48.9
기타복지관 등	16.5	2.8	15.1	39.1	43.0
계	17.5	3.1	13.5	40.5	43.0

주평균 근로시간은 22.6시간으로 나타났으며, 주 50시간 이상 일하는 비율이 19.0%, 주 10~30시간 일하는 비율이 41.9%를 차지하였다. 기관유형별로 비교해보면, 자립생활센터 인력의 근로시간이 19.2시간, 자활지원센터와 기타 복지관 등이 25.6시간, 24.5시간 등으로 차이를 보였다.



〈표 5-3-11〉 활동보조인 주평균 근로시간 현황

(단위: %)

	주평균 근로시간	주평균 근로시간별 인력 분포			
		10시간 미만	10~30시간	30~50시간	50시간 이상
장애인복지관	22.6	9.5	47.6	27.7	15.2
자립생활센터	19.2	10.3	49.8	22.9	17.0
자활센터	25.6	8.2	21.2	35.3	35.3
기타복지관 등	24.5	16.0	43.3	32.1	8.6
계	22.6	10.6	41.9	28.6	19.0

다음은 각 기관, 인력들의 근로시간으로서 서비스 제공시간을 분석하였다. 〈표 5-3-12〉은 사업 착수 이후 3개월 구간으로 해당 월에 각 기관별 인력 전체가 제공한 서비스제공시간의 총 합계와 이를 기관별 인력의 수로 나누어 1인당 월 서비스제공시간을 제시한 것이다.

인력 규모를 통제하고 실제 1인당 업무량을 가늠할 수 있는 돌봄인력 1인당 각 시기별 서비스제공 시간을 보면, 서비스 시간이 사업시행 초기보다 1.6배 가량 증가했음을 알 수 있다. 올해 4월 현재 월 106.4시간 근로하고 있는 것으로 나타났는데, 이는 일반 정규직의 법정근로시간에 크게 못 미치는 주당 “24.6시간”에 불과한 수준이다.

이는 기관유형별로 다소 차이를 보였다. 장애인복지관 104.5시간, 자립생활센터 99.5시간, 자활지원센터 105.3시간, 사회복지관 등 기타기관 123.7시간으로 기타 사회복지관 등의 인력이 담당하는 서비스 제공 시간이 상대적으로 크게 나타났다.

〈표 5-3-12〉 활동보조인 서비스제공 시간 현황

(단위: 시간, 응답기관 수)

구분	07년 7월	07년 10월	08년 1월	08년 4월
	기관당 월별 총 서비스제공 시간			
장애인복지관	710.4 (59)	1592.3 (63)	2393.0 (63)	3613.4 (68)
자립생활센터	1217.8 (53)	2113.4 (56)	2872.7 (58)	3731.2 (66)
자활센터	357.7 (35)	753.9 (38)	1151.3 (40)	1749.5 (44)
기타복지관 등	426.4 (28)	955.4 (30)	1231.9 (33)	1864.1 (36)
계	748.1 (175)	1475.8(187)	2082.9(194)	2972.2(214)
	1인당 월별 서비스제공 시간			
장애인복지관	62.8 (58)	81.7 (63)	88.6 (63)	104.5 (68)
자립생활센터	71.6 (51)	84.0 (54)	90.9 (57)	99.5 (66)
자활센터	67.0 (31)	130.0 (34)	94.2 (38)	105.3 (44)
기타복지관 등	61.6 (24)	82.8 (27)	113.4 (31)	123.7 (36)
계	66.2 (164)	91.8 (178)	94.5 (189)	106.4 (214)

#### 마. 임금 수준

사업수행기관에서 응답한 지급임금수준은 기관 수수료가 1,862원, 시간당 평균임금이 6,119원이었으며, 1인 월평균 임금수준은 631천원이었다.

2008년 정부 고시 최저임금은 시간급 3,770원으로서, 주 40시간 근로할 경우 월 653,466원이 된다. 본 조사에서 파악된 활동보조인 1인당 근로시간이 주 24.6시간으로서, 시간당 평균임금은 최저임금수준보다 훨씬 높은 임금수준이 유지된 것으로 확인되었다.

1인당 월평균 임금의 최고 수준과 최저 수준을 파악했는데, 최고(1,218천원)와 최저(253천원)의 차이가 매우 크게 나타났다. 월 평균 60만원 이상의 임금을 받는 경우는 46.0%, 80만원 이상 임금을 받는 인력은 28.1%로 나타났다.

〈표 5-3-13〉 활동보조인 임금수준 현황('08. 4월말 기준)

구분	기관별 지급임금수준(원)		1인 월평균 임금(천원)		
	기관 수수료	시간당 평균 임금	월평균 임금	최고	최저
장애인복지관	1845 (67)	6128 (69)	585 (61)	1260 (66)	215 (66)
자립생활센터	1968 (64)	6078 (66)	644 (57)	1236 (64)	219 (64)
자활센터	1883 (42)	5988 (44)	663 (36)	1171 (42)	293 (42)
기타복지관 등	1679 (35)	6331 (37)	657 (33)	1162 (36)	333 (36)
계	1862 (208)	6119 (216)	631 (187)	1218 (208)	253 (208)

〈표 5-3-14〉 월평균 임금수준별 활동보조인 현황('08. 4월말 기준)

(단위: %)

구분	월 평균 임금수준별 돌보미 수				
	20만원 미만	20~40만원미만	40~60만원미만	60~80만원미만	80만원 이상
장애인복지관	9.5	22.0	25.0	18.2	25.3
자립생활센터	10.0	21.7	28.3	16.3	23.8
자활센터	5.7	17.0	24.2	18.4	34.7
기타복지관 등	8.9	14.2	24.1	19.5	33.3
계	8.8	19.6	25.7	17.9	28.1

## 바. 복리 후생

다음은 중개기관에서 활동보조인에 대한 사회보험 및 민간보험을 가입하고 있는가를 파악하였다. 아래 〈표 5-3-15〉에 제시된 조사결과는 기관별 보험가입율이 상당히 높은 것으로 보고되고 있다. 그러나 이는 활동보조인 개개인에 대한 보험 가입 현황이 아니므로 해석해 유의할 필요가 있다. 상해보험을 가입하고 있는 경우도, 전체 조사 응답기관인 222개소 중 142개소로 나타났으며, 배상책임보험을 가입하고 있는 경우가 184개소로 나타났다.

〈표 5-3-16〉는 기관별로 활동보조인에게 제공되고 있는 부가급여를 파악한 결과이

다. 먼저 퇴직금이 지급된다고 응답한 기관은 56.0%였으며, 기관유형별로 보면 자활지원센터의 지급율이 매우 높게 나타난 반면, 장애인자립생활센터는 동 비율이 상대적으로 낮았다. 별도 교통비를 지급하고 있다고 응답한 기관은 22.8%였으며, 상여금지급, 유급휴일사용, 식비지급 등을 시행하는 기관은 매우 적었다. 흥미로운 결과는 지역자활센터의 경우 부가급여 시행기관의 비율이 두드러지게 높게 나타났는데, 이는 활동보조인의 처우에 대한 인식이 높고 실제 사업운영에 반영되고 있음을 시사하는 것이다.

〈표 5-3-15〉 활동보조인 보험가입 현황

(단위: %, 응답기관 수)

구분	보험가입 시행기관 비율					
	산재보험	고용보험	건강보험	국민연금	상해보험	배상책임보험
장애인복지관	84.0(50)	82.0(50)	79.6(49)	80.0(50)	66.0(47)	98.1(54)
자립생활센터	79.2(48)	79.2(48)	76.1(46)	76.1(46)	80.0(45)	92.3(52)
자활센터	97.5(40)	97.5(40)	97.5(40)	97.5(40)	30.0(20)	97.5(40)
기타복지관 등	66.7(39)	66.7(39)	57.9(38)	57.9(38)	66.7(30)	86.8(38)
계	81.9(177)	81.4(177)	78.0(173)	78.2(174)	65.5(142)	94.0(184)

〈표 5-3-16〉 활동보조인 부가급여 지급 현황

(단위: %)

구분	부가급여 시행기관 비율						
	퇴직금	상여금	유급 휴일	휴일 근로할증	야간 근로할증	식비	별도 교통비
장애인복지관	58.3	2.3	0.0	0.0	0.0	2.4	7.0
자립생활센터	32.7	2.3	4.5	4.5	2.3	10.9	20.8
자활센터	94.7	19.2	12.0	8.7	8.7	12.0	44.4
기타복지관 등	42.4	3.7	0.0	0.0	3.7	14.8	29.0
계	56.0	5.8	3.6	2.9	2.9	9.3	22.8

## 사. 고용 관리

다음은 활동보조인의 구직 경로를 파악하기 위하여, '각 기관에 취업하고자 찾아오는 활동보조인의 주된 구직경로'를 분석한 결과이다.

다수의 기관에서 응답한 사항은 구인광고 26.7%, 개인적 인맥 46.2%, 동사무소를 비롯한 지방자치단체의 소개 9.5%를 차지하였으며, 자활지원센터의 경우는 '지역자활센터의 소개로' 구직한 경우가 25.5%로 가장 큰 비율로 나타났다. 한편 민간 직업소개소를 통한 경우는 한 사례도 없었으며, 직업훈련기관이나 교육기관을 통해 취업한 경우는 전체 중개기관의 5.0%가 해당되었다.

〈표 5-3-17〉 활동보조인 주된 구직경로

(단위: %)

구분	구인 광고	직업훈련 교육기관	자활센 터 소개	지자체 소개	민간직업 소개소	개인 인맥	잘 모름	기타	계
장애인복지관	36.2	1.4	0.0	10.1	0.0	46.4	1.4	4.3	100.0
자립생활센터	28.4	3.0	1.5	10.4	0.0	52.2	0.0	4.5	100.0
자활센터	23.4	6.4	25.5	10.6	0.0	25.5	2.1	6.4	100.0
기타복지관 등	10.5	13.2	0.0	5.3	0.0	60.5	5.3	5.3	100.0
계	26.7	5.0	5.9	9.5	0.0	46.2	1.8	5.0	100.0

활동보조인의 근로조건과 관련하여, 각 기관에서 가장 심각한 문제라고 여기는 사항을 지적하도록 한 결과는 다음 〈표 5-3-18〉과 같다. 낮은 임금수준을 지적한 경우가 36.8%로 가장 높았으며, 고용 불안정을 지적한 경우도 20.0%, 돌보미 일에 대한 사회적 편견 또는 이용자의 무시를 문제로 지적한 경우도 11.8%였다. 특이한 점은 근무시간을 활동보조인이 원하는 대로 맞추기 어렵다는 비율도 10.5%에 달했으며, 또한 낮은 직업 장래성의 문제도 10.0%가 가장 심각한 문제로 지적하였다.

〈표 5-3-18〉 활동보조인 근로조건 관련 의견

(단위: %)

	낮은 임금 수준	불안정 고용 상태	장시간 노동· 노동 강도	근무시간 이 맞지 않아서	보험가입 및 복리 후생	사회적편 견· 이용자 무시	낮은 직업 장래성	기타	계
장애인복지관	27.9	23.5	2.9	19.1	4.4	11.8	10.3	0.0	100.0
자립생활센터	43.3	17.9	0.0	7.5	4.5	10.4	10.4	6.0	100.0
자활센터	42.6	23.4	2.1	8.5	0.0	8.5	4.3	10.6	100.0
기타복지관 등	34.2	13.2	7.9	2.6	7.9	18.4	15.8	0.0	100.0
계	36.8	20.0	2.7	10.5	4.1	11.8	10.0	4.1	100.0

또한 각 기관에서 부족한 활동보조인을 충원하거나, 계속 근무하도록 유지하는데 가장 필요한 것은 무엇이라고 생각하는지를 질문하여, 사업운영에 있어서 개선이 필요한 사항에 대한 의견을 파악한 결과, 급여수준의 향상을 지적한 경우가 44.3%로 가장 많았다. 이어서 활동보조인의 복리후생 제도(4대보험 및 각종 보험 혜택 등), 근로시간 조정 보다 기본적인 사업예산 확보(바우처사업 확대), 급여수준에 대한 문제의식이 높았으며, 활동보조인의 전문성을 높이기 위한 직업훈련을 지적한 비율 7.7%에 불과했는데, 이는 특히 장애인복지관(13.0%), 자립생활센터(9.0%) 등에서 상대적으로 많이 지적하였다.

〈표 5-3-19〉 활동보조인 총원·고용 개선 사항

(단위: %)

	급여수준 향상	바우처 사업 확대	전문성을 높일 직업훈련	돌보미 복리후생 제도	근로시간 조정	기타	계
장애인복지관	46.4	23.2	13.0	5.8	5.8	5.8	100.0
자립생활센터	40.3	35.8	9.0	4.5	6.0	4.5	100.0
자활센터	53.2	34.0	2.1	4.3	2.1	4.3	100.0
기타복지관 등	36.8	42.1	2.6	5.3	2.6	10.5	100.0
계	44.3	32.6	7.7	5.0	4.5	2.9	100.0

활동보조인에 대한 관리 현황을 파악할 수 있는 하나의 지표로서, 활동보조인의 업무수행에 대한 모니터링 또는 슈퍼비전, 고충상담, 멘토링 등을 어떻게 실시하고 있는지 파악하였다. 전체 중개기관 중 모든 활동보조인에 대해 정기적으로 실시하거나, 비정기적으로 실시하고 있다고 응답한 비율이 각각 32.7%로 나타났으며, 필요한 활동보조인에 대해 비정기적으로 실시한다고 응답한 경우는 24.5%였다.

〈표 5-3-20〉 활동보조인 모니터링·슈퍼비전·고충상담·멘토링 실시 현황

(단위: %)

	모든 활동보조인/ 정기적	모든 활동보조인/ 비정기적	필요한 활동보조인/ 정기적	필요한 활동보조인/ 비정기적	실시 하지 않음	기타	계
장애인복지관	29.4	32.4	7.4	27.9	1.5	1.5	100.0
자립생활센터	34.3	28.4	9.0	26.9	0.0	1.5	100.0
자활센터	25.5	44.7	4.3	23.4	0.0	2.2	100.0
기타복지관 등	44.7	26.3	5.3	15.8	0.0	7.9	100.0
계	32.7	32.7	6.8	24.5	0.5	2.7	100.0

다음은 활동보조인의 전문성을 향상 시키는데 있어 가장 큰 어려움을 파악하고자 하였다. 교육·훈련과정이 충분히 개발되어 있지 않은 문제(32.4%), 자체 교육 또는 교육위탁 여건이 안 된다는 문제(22.4%)의 문제가 지적되었다. 돌보인력들의 참여의식이 낮고 필요성을 인식 못한다는 문제도 전체 기관 평균 18.3%가 지적했으며, 자립생활센터의 경우 22.4%가 이를 주요한 문제로 지적하였다. 지역자활센터의 경우 교육기간 중의 임금지급을 문제로 지적한 비율이 40.4%로서, 상대적으로 이 문제가 큰 장애요인이 되고 있는 것으로 파악된다.

〈표 5-3-21〉 활동보조인 전문성 향상 장애요인

(단위: %)

	자체교육 교육위탁 여건	개발된 교육 훈련과정	교육기간임금 지급	활동보조인 참여 의식	현장실습 실시 관련	기타	계
장애인복지관	19.1	41.2	8.8	20.6	2.9	7.4	100.0
자립생활센터	28.4	23.9	13.4	22.4	6.0	6.0	100.0
자활센터	17.0	29.8	40.4	10.6	0.0	2.1	100.0
기타복지관 등	24.3	32.4	13.5	16.2	2.7	10.8	100.0
계	22.4	32.0	17.8	18.3	3.2	6.4	100.0

현재 활동하고 있는 활동보조인 수는 각 기관에서 필요로 하는 활동보조인 수와 비교하여 얼마나 충족되었다고 생각하는가를 통해 인력에 대한 수요를 가늠하고자 하였다. 100% 충족이 20.8%, 90% 충족이 19.0%로서 전체 기관 중 2/5가량이 이에 해당되었으며, 충족정도를 50% 이하라고 응답한 비율은 전체의 13%였다.



〈표 5-3-22〉 활동보조인 충족 정도에 대한 의견

(단위: %)

	30%미만	40%	50%	60%	70%	80%	90%	100%	계
장애인복지관	2.8	5.8	5.8	4.3	20.3	18.8	21.7	20.3	100.0(69)
자립생활센터	6.4	6.3	7.9	12.7	12.7	27.0	9.5	17.5	100.0(63)
자활센터	2.2	2.2	4.3	2.2	19.6	23.9	30.4	15.2	100.0(46)
기타복지관 등	0.0	0.0	2.6	5.3	21.1	21.1	15.8	34.2	100.0(38)
계	3.2	4.2	5.6	6.5	18.1	22.7	19.0	20.8	100.0(216)

### 3. 일본의 돌봄서비스 제공 인력 양성 및 고용 현황<sup>21)</sup>

본 고에서는 일본의 돌봄서비스 제공 인력의 양성 및 고용 현황은 개호복지사와 홈헬퍼를 중심으로 살펴보고자 한다. 우선 재가서비스 사업소 및 개호보험시설에 종사하고 있는 사람들의 직종별 분포를 살펴보면 의사, 치과의사, 약제사, 간호사, 간호조무사, 보건사, 조산사, 기능훈련지도원, 물리치료사, 작업치료사, 언어치료사, 개호지원전문원, 생활상담원, 개호직원, 복지용구전문상담원, 영양사, 조리원 등이 있다. 2005년 10월 현재 재가서비스 사업소의 상근환산종사자 수는 방문개호 184,858명, 방문입욕개호 11,004명, 방문간호스테이션 26,502명, 통소개호 169,502명이 있다. 또한 개호보험시설의 상근환산 종사자 수는 개호노인복지시설이 229,389명, 개호노인보건시설 169,244명, 개호요양형 의료시설이 99,955명이다. 본 절에서는 이들 종사자 중에서 개호복지사와 홈헬퍼로 구분되는 개호직원을 중심으로 가사·간병서비스 인력의 현황과 고용구조를 살펴보고자 한다.

#### 가. 개호 직원 규모

개호보험제도에 의한 재가서비스에는 방문개호, 방문입욕개호, 통소재활, 단기입소

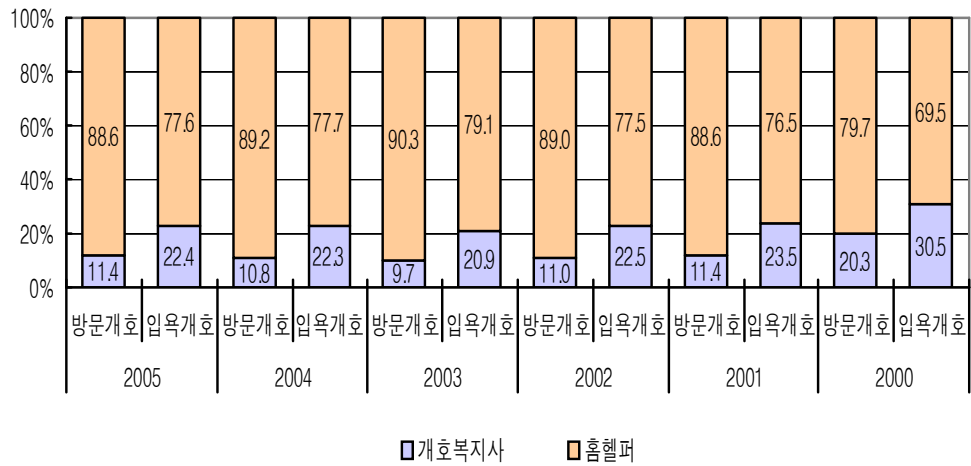
21) 박세경 외, 사회서비스 분야 여성일자리 창출을 위한 제도 환경 연구: 주요국가 사례를 중심으로, 한국보건사회연구원·한국여성정책연구원, 2007.

생활개호, 인지증대응형공동생활개호, 특정시설입소자생활개호 등이 있다. 그리고 시설서비스에는 개호노인복지시설, 개호노인보건시설, 개호요양형의료시설이 있다.

이러한 서비스 제공하는 시설 및 사업소에서 종사하고 있는 개호직원의 수와 그 추이를 살펴보면, 재가개호복지서비스에 해당하는 방문개호의 경우 2000년에 개호직원의 수가 72,178명에서 2005년에 400,284명으로 5년 사이에 거의 6배 가량 증가하였다. 그리고 입욕개호는 6,025명에서 13,058명으로 2배 이상 증가하였으며, 통소개호는 37,273명에서 111,256명으로 거의 3배 가량 증가하였다. 또한 통소재활은 노인보건시설의 경우 2003년에 14,461명에서 2005년에 20,462명으로, 의료시설은 2003년에 17,745명에서 2005년에 24,625명으로, 단기입소생활개호는 2000년에 62,425명에서 122,399명으로 증가하였다. 치매노인들을 위한 그룹 홈(group home)인 인지증대응형공동생활개호는 2000년에 5,144명에서 2005년에 86,898명으로, 유료노인복지시설인 특정시설입소자생활개호는 2004년에 18,346명에서 2005년에 26,157명으로 증가하였다. 시설의 경우 개호노인복지시설은 2000년에는 111,904명에서 2005년에 171,800명으로, 개호노인복지시설은 2000년에 75,793명에서 2005년에 94,353명으로 증가하였으며, 개호요양형의료시설은 2000년에 48,516명에서 2005년에 46,216명으로 약간 감소하였다(표 참조).

한편, 방문개호와 방문입욕개호의 경우 개호직원에서 개호복지사와 홈헬퍼가 차지하는 비율을 살펴보면, 2000년에 방문개호의 경우 개호직원에서 개호복지사의 비율이 20.3%였으나, 2001년에 11.4%로 감소하여 2005년 현재 11.4%를 유지하고 있으며, 방문입욕개호의 경우는 2000년에 개호직원에서 개호복지사의 비율이 30.5%였으나, 2005년에 22.4%로 감소하였다.

[그림 5-3-1] 일본 개호직원 중 개호복지사와 홈헬퍼가 차지하는 비율추이



자료: 總務省統計局. 『平成16年サービス業基本調査(全國編)』.

〈표 5-3-23〉 일본의 재가복지서비스 사업소 개호직원 추이(2000~2005)

(단위: 명)

구분		방문 개호	방문 입욕 개호	통소 개호	통소 재활	단기 입소 생활 개호	인지증 대응형 공동생활 개호	특정시설 입소자 생활개호
2005	개호직원	400,284	13,058	121,156	42,370	122,399	86,898	26,157
	개호복지사	41,990	2,302	21,722	11,224	47,760	14,646	4,474
	홈헬퍼 1급	32,812	652	-	-	-	-	-
	홈헬퍼 2급	289,034	7,226	-	-	-	-	-
	홈헬퍼 3급	2,926	119	-	-	-	-	-
2004	개호직원	354,634	13,296	103,990	38,593	109,238	65,906	18,346
	개호복지사	35,398	2,351	18,790	9,779	42,515	-	-
	홈헬퍼 1급	28,450	665	-	-	-	-	-
	홈헬퍼 2급	260,203	7,357	-	-	-	-	-
	홈헬퍼 3급	3,555	176	-	-	-	-	-
2003	개호직원	328,659	13,770	88,352	34,923	97,335	40,464	-
	개호복지사	30,204	2,180	14,995	8,324	37,452	-	-
	홈헬퍼 1급	24,146	699	-	-	-	-	-
	홈헬퍼 2급	251,132	7,422	-	-	-	-	-
	홈헬퍼 3급	4,592	154	-	-	-	-	-
2002	개호직원	263,781	13,419	72,790	30,593	88,071	21,596	-
	개호복지사	26,208	2,105	12,627	7,068	34,676	-	-
	홈헬퍼 1급	17,885	690	-	-	-	-	-
	홈헬퍼 2급	187,109	6,205	-	-	-	-	-
	홈헬퍼 3급	6,552	371	-	-	-	-	-
2001	개호직원	224,317	12,574	59,086	26,751	73,707	11,202	-
	개호복지사	23,156	2,151	10,709	6,105	27,541	-	-
	홈헬퍼 1급	13,433	780	-	-	-	-	-
	홈헬퍼 2급	158,545	5,912	-	-	-	-	-
	홈헬퍼 3급	7,885	312	-	-	-	-	-
2000	개호직원	72,178	6,025	37,273	-	62,425	5,144	-
	개호복지사	13,990	1,116	7,752	-	23,891	-	-
	홈헬퍼 1급	7,955	394	-	-	-	-	-
	홈헬퍼 2급	42,874	1,960	-	-	-	-	-
	홈헬퍼 3급	3,983	188	-	-	-	-	-

자료: 社會保障審議會 會議資料(2007. 5. 30)

#### 나. 개호 직원의 특성

개호직원의 연령 및 성별 분포를 시설유형별로 살펴보면, 방문개호의 경우 40대와 50대의 비율이 다른 시설의 개호직원과 비교하여 높게 나타났다. 평균 연령에도 44.5세로 다른 시설과 비교해서 높다. 성별로는 방문개호의 경우 여성의 비율이 91.8%로 전체 평균 77.8% 보다 높다.

〈표 5-3-24〉 일본의 시설 및 재가서비스 사업소 개호직원 특성(2004)

(단위: %)

구분	전체	연령별							성별	
		평균 연령	29세 이하	30~ 39세	40~ 49세	50~ 59세	60세 이상	미상	남	여
방문개호	100.0	44.5	12.3	17.7	33.2	30.9	5.6	0.3	8.2	91.8
인지증대응형 공동생활개호	100.0	38.3	34.6	18.9	21.3	20.5	4.2	0.4	16.7	83.3
개호노인복지 시설	100.0	34.7	44.9	23.7	16.5	14.1	0.6	0.3	26.5	73.5
개호노인보건 시설	100.0	33.0	51.4	23.3	14.7	9.8	0.5	0.3	28.9	71.1
개호요양형의 료시설	100.0	39.0	34.5	15.8	21.2	25.2	2.9	0.4	16.2	83.8
전체	100.0	39.0	39.6	21.3	19.5	17.3	2.0	0.3	22.2	77.8

자료: 社會保障審議會 會議資料(2007. 5. 30)

#### 다. 개호 직원의 근로 형태

개호직원의 근로형태를 상근 및 비상근 비율 추이를 통해 살펴보면, 상근직의 비율이 다소 감소하는 경향이 있다. 시설서비스의 경우 전체 평균 2000년에 65.1%에서 2005년에 58.4%로 감소하였다. 재가서비스의 경우 서비스 종류별로 살펴보면, 방문개호의 경우 2000년에 23.9%에서 2005년에 23.0%로 큰 차이를 보이지 않았다. 그러나 방

문입욕개호는 60.3%에서 54.8%로, 통소개호의 경우에는 2000년에 59.7%에서 2005년에 57.5%로, 통소재활은 2001년에 79.2%에서 2005년에 74.3%로, 단기입소생활개호는 2000년에 84.8%에서 2005년에 83.0%로 다소 감소하였다.

〈표 5-3-25〉 일본 재가복지서비스 사업소 개호직원의 상근 및 비상근 분포  
(단위: 명)

구 분		2000년	2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
개호노인 복지시설	상 근	95,178	103,064	111,945	121,172	130,767	141,165
	비상근	16,726	19,681	22,781	24,478	27,061	30,635
개호노인 보건시설	상 근	70,458	76,895	71,866	76,444	80,915	85,099
	비상근	5,335	7,571	6,157	7,285	7,935	9,254
개호요양형 의료시설	상 근	45,134	43,616	48,961	47,689	46,895	42,213
	비상근	3,382	3,124	3,850	4,412	4,568	4,003
방문개호	상 근	40,477	52,424	56,833	75,625	84,096	96,234
	비상근	129,119	171,893	206,948	253,034	270,538	304,050
방문입욕개호	상 근	6,177	7,317	7,153	7,586	7,107	7,159
	비상근	4,072	5,257	6,266	6,184	6,189	5,899
통소개호	상 근	28,589	33,731	40,840	50,615	60,739	69,621
	비상근	19,261	25,355	31,950	37,737	43,251	51,535
통소재활	상 근	-	21,178	23,543	26,266	29,003	31,490
	비상근	-	5,573	7,050	8,657	9,590	10,880
단기생활개호	상 근	67,708	62,961	73,868	82,501	91,544	101,531
	비상근	12,164	10,746	14,203	14,834	17,694	20,868
인지증대응형 공동생활개호	상 근	3,562	8,108	15,260	29,349	48,201	63,029
	비상근	1,582	3,094	6,336	11,115	17,705	23,869
특정시설입소 자생활개호	상 근	-	-	-	-	13,399	19,333
	비상근	-	-	-	-	4,947	6,824

자료: 社會保障審議會 會議資料(2007. 5. 30)

개호직원의 평균노동시간은 37.6시간으로 나타났으며, 서비스 유형별로 살펴보면,

인지증대응형 공동생활개호와 개호노인복지시설 종사자가 38.2시간으로 가장 길고, 다음으로 개호노인보건시설은 37.9시간, 방문개호 종사자는 35.8시간으로 나타났다. 이는 의료·복지산업과 서비스업 분야 종사자의 평균 노동시간인 33.3시간과 35.1시간보다 길다(표 5-3-26 참조). 한편, 개호직원의 근무형태별 종사자 수 구성비율을 살펴보면, 낮 근무를 하는 경우가 38.7%로 가장 높다. 서비스 유형별로 살펴보면, 방문개호 종사자의 91.4%가 낮 근무인 것과 비교하여 시설서비스는 개호요양형의료시설은 26.5~31.3%로 차이를 보인다. 시설 중 개호요양형 의료시설 종사자는 2교대제가 40.6%로 가장 많다(표 5-3-26참조).

〈표 5-3-26〉 일본 개호직원 실노동시간별 종사자 분포(2004)

(단위: %)

구 분	전체	25 시간미만	25~30 시간미만	30~35 시간미만	35~40 시간미만	40~45 시간미만	45~50 시간미만	50 시간이상	모름	평균노동시간
전 체	100.0	8.2	4.3	14.8	19.2	33.4	11.0	5.4	3.8	37.6
방문개호	100.0	17.3	5.7	9.8	13.3	31.5	10.2	7.9	4.4	35.8
인지증대응형 공동생활개호	100.0	8.3	3.5	13.5	14.9	35.4	12.7	6.6	5.0	38.2
개호노인복지시설	100.0	5.5	3.1	15.8	19.3	36.7	10.8	4.9	3.8	38.2
개호노인보건시설	100.0	6.6	4.3	16.2	21.3	31.4	11.6	5.3	3.4	37.9
개호요양형의료시설	100.0	7.4	6.7	15.8	24.7	30.1	9.6	3.0	2.7	36.8

자료: 社會保障審議會 會議資料(2007. 5. 30)

〈표 5-3-27〉 일본 개호직원 근무형태별 종사자 분포(2004)

(단위: %)

구 분	전체	낮근무	3교대제	2교대제	야간	숙직	기타
전 체	100.0	38.7	15.2	23.6	13.4	1.7	7.3
방문개호	100.0	91.4	1.0	1.2	1.3	0.6	4.5
인지증대응형 공동생활개호	100.0	29.7	20.3	19.8	13.4	6.0	10.9
개호노인복지시설	100.0	27.9	22.8	22.4	15.6	1.6	9.7
개호노인보건시설	100.0	31.4	12.3	31.4	17.5	1.0	6.3
개호요양형의료시설	100.0	26.5	15.0	40.6	12.7	1.5	3.7

자료: 社會保障審議會 會議資料(2007. 5. 30).

## 라. 개호 직원의 직업 이동 및 급여 수준

개호직원의 진입율과 이직율을 채용자 수와 이직자 수를 전체 사업소로 나누어 산정한 결과를 살펴보면, 서비스 유형별로 단기입소생활개호 종사자의 진입율이 60%로 가장 높고, 이직률은 특정시설입소자생활개호가 38.4%로 가장 높다. 사업소규모별로는 종사자의 수가 10~19명인 사업소의 진입율이 44.7%로 가장 높고, 이직률은 20~29명인 사업소가 27.6%로 가장 높고 규모가 클수록 점차 낮아지는 것을 알 수 있다. 시설연수별로 살펴보면, 1~2년 미만인 시설의 진입율과 이직률이 각각 51.7%와 35.0%로 가장 높고, 오래된 시설일수록 그 비율이 낮아지는 것으로 나타났다(표 참조).

한편, 일본 노동자의 월평균 급여액은 2001년과 비교하여 2005년에 전반적으로 감소하는 경향을 보인다. 복지시설 개호원과 홈헬퍼의 월평균 급여는 전체 노동자 평균과 비교할 때 낮은 수준이다. 구체적으로 2001년에 전체 노동자의 평균 월급여액은 333.3천엔인 것과 비교하여 복지시설의 개호원은 105.6천엔 적은 227.7천엔 홈헬퍼는 125.1천엔 적은 208.2천엔으로 차이를 보인다. 이러한 차이는 2005년에서 더욱 크게 나타나는데, 전체 노동자의 평균 월급여액이 330.8천엔인 것과 비교하여 복지시설의 개호원은 119.5천엔 적은 211.3천엔, 홈헬퍼는 132.2천엔 적은 198.6천엔으로 나타났다.



한편, 성별에 따른 차이를 살펴보면, 전체 노동자를 대상으로 할 경우 남성노동자는 2001년에 373.5천에 여성은 136.4천엔이 적은 237.1천엔이다. 이러한 차이는 2005년에 감소하여 홈헬퍼의 경우 남성이 197.2천엔, 여성이 198.8천엔으로 더 많다.

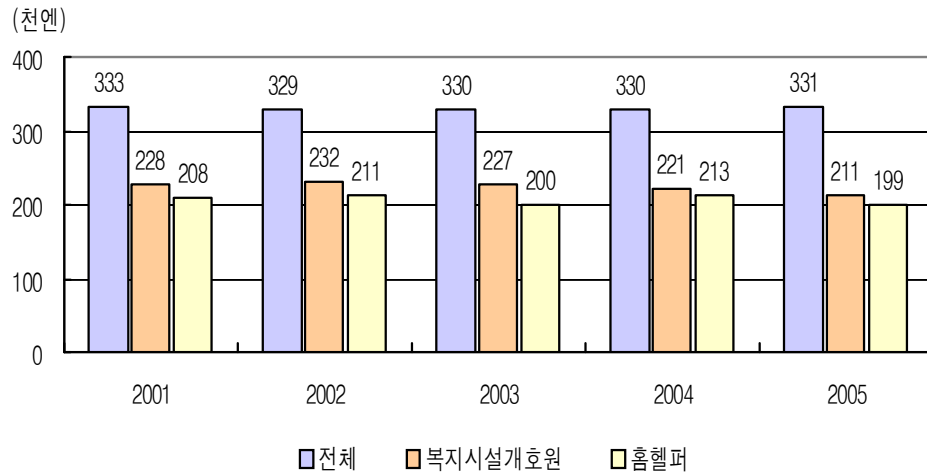
〈표 5-3-28〉 일본 개호직원 진입율과 이직율(2006)

(단위: %)

구분		입직률	이직률
서비스 종류별	방문개호	27.4	20.5
	방문입욕개호	15.5	6.9
	방문간호	34.9	16.6
	통소개호	43.3	26.1
	통소재활	47.3	27.0
	단기입소생활개호	60.0	10.0
	인지증대응형공동생활개호	42.7	32.1
	특정시설입소자생활개호	48.1	38.4
	개호노인복지시설	32.4	22.8
	개호노인보건시설	32.9	22.7
	개호요양형의료시설	27.0	21.0
사업소 규모별	9인 이하	43.0	23.5
	10~19인 이하	44.7	26.7
	20~29인 이하	40.7	27.6
	30~99인 이하	31.9	21.7
	100~299인 이하	29.6	21.9
	300~499인 이하	20.4	15.5
	500인 이상	-	-
시설 연수별	1년 미만	180.9	30.0
	1~2년 미만	51.7	35.0
	2~3년 미만	47.8	37.4
	3~4년 미만	36.2	25.5
	4~5년 미만	28.7	25.0
	5~10년 미만	28.2	21.4
	10년 이상	23.8	17.4

자료: 社會保障審議會 會議資料(2007. 5. 30).

[그림 5-3-2] 일본 개호직원과 홈헬퍼의 월 평균 급여추이(2001~2005)



자료: 社社會保障審議會 會議資料(2007. 5. 30)

〈표 5-3-29〉 일본 개호직원 및 홈헬퍼의 월평균 급여액 추이(2001~2005)

(단위: 천엔)

구분		2001년	2002년	2003년	2004년	2005년
전체 노동자	전체	333.3	329.2	329.8	330.2	330.8
	남성	373.5	367.7	368.6	267.7	372.1
	여성	237.1	238.8	239.4	241.7	239.0
복지시설 개호원	전체	227.7	232.2	226.8	221.4	211.3
	남성	244.3	252.7	244.2	238.1	227.9
	여성	222.1	224.4	219.9	214.1	204.3
홈헬퍼	전체	208.2	211.1	200.1	212.6	198.6
	남성	224.1	226.2	213.1	248.5	197.2
	여성	206.6	209.5	199.0	207.5	198.8

자료: 社社會保障審議會 會議資料(2007. 5. 30)

## 마. 개호 직원의 자격 기준 및 교육 체계

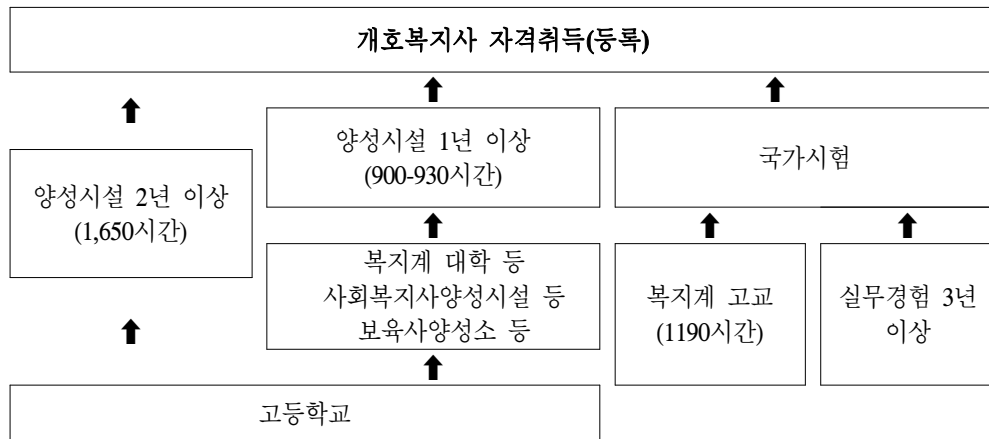
### 1) 개호복지사

개호복지사는 1987년 5월에 국회를 통과하여 1988년 4월에 시행된 ‘사회복지사 및 개호복지사법’에 의한 국가자격증이다. 법에 의하면 개호복지사는 ‘전문적 지식 및 기술을 갖고 신체상, 정신상의 장애로 일상생활을 영위하기 어려운 자에 대해 입욕, 배설, 식사 기타 개호를 행하고 대상자와 개호자에 대해 개호에 관한 지도를 행하는(법 제2조 2항)’ 자로 규정되어 있다. 현재 주로 2년제 단기대학을 중심으로 배출되고 있으며, 개호복지사의 자격취득자는 제도 도입 이래 계속 증가하고 있는데, 최근엔 연간 5~6만 명 정도가 증가하고 있다.

개호복지사 자격을 취득할 수 있는 과정은 크게 두 가지로 나눌 수 있다(그림 VII-20 참조). 하나는 양성시설코스로 후생노동성이 지정한 대학을 졸업한 경우(현재 2년제를 중심으로 하고 있으며, 4년제에서도 교육을 실시하고 있는 경우가 증가하고 있다) 등록하여 자격을 취득할 수 있다. 또 하나는 3년간 개호현장실무자나 복지계 고등학교 졸업자가 국가시험을 통해 자격을 취득할 수 있다. 2006년 4월 현재 약 54만 명에 이르지만 그 중 양성시설출신이 40%, 실무경험출신과 복지계 고교출신의 국가시험합격자가 60%가 되고 있다. 아울러 현재 양성시설(대학)의 총교육시간은 2년 과정을 기본으로 하여 총 1,650시간이며, 개호전문과목은 510시간(31%), 개호연습(실습)이 570시간(33%)이며, 현장실습이 450시간이 되고 있으며 교과목 내용은 <표>과 같다.

현재 등록된 개호복지사는 538,892명(2006년 현재)이 되고 있으며, 이중 양성대학출신이 205,225명으로 38.1%가 되고 있으며, 경력자 등을 대상으로 한 국가시험출신이 60%이상이 되고 있다. 개호보험의 적용을 받는 시설에서 근무하고 있는 개호직원 중 개호복지사는 총 29.6%이며 이들 중 시설이 38.7%, 재가가 21.9%로 주로 시설 쪽에서 많이 근무하고 있으며, 개호보험 이외의 시설에서도 34.4%가 근무하고 있다(표 참조).

[그림 5-3-3] 일본 개호복지사 자격취득 과정



〈표 5-3-30〉 일본 대학(2년제 양성기관 기준)의 개호복지사 교육과정

분야	구분	교과목	시간
기초분야	이론(강의)	인간과 생활의 이해(120시간)	총120시간
전문분야	이론(강의)	사회복지개론(60) 노인복지론(60) 장애자복지론(30) 재활론강의(30) 가정학개론(60) 의학일반(90) 정신보건(30) 개호개론(60) 사회복지원조기술(30) 노인장애자의 심리(60)	총510시간
	실기(연습)	사회복지원조기술연습(30) 레크레이션활동지도법(60) 가정학실습(90) 개호기술(150) 장애별개호기술(150) 개호실습지도(90)	총 570시간
	현장실습	개호실습(450)	총 450시간
총 시간 수			총 1650 시간

〈표 5-3-31〉 일본의 개호복지사 등록자 현황

연도	등록자수(누계)	구분	
		양성시설	국가시험
1993	34,547	12,762	21,785
1998	131,636	58,731	72,905
2003	351,267	147,557	203,710
2004	409,369	165,924	243,445
2005	467,701	185,703	281,998
2006	538,892	205,225	333,667

자료: 厚生労働省 社会保障審議會資料(2006.4)

〈표 5-3-32〉 일본의 개호직원 중 개호복지사 자격증 소지 현황

구 분			개호 직원수	직원중 개호복지사수	비율(%)
개호보험 사업시설	시설 서비스	개호노인복지시설	136,960	57,346	41.9
		개호노인보건시설	85,151	37,834	44.4
		개호요양형의료시설	45,925	8,674	18.9
		계	268,040	103,854	38.7
	재택 서비스	방문개호	153,232	25,523	16.7
		방문입욕개호	6,858	1,306	19.0
		통소개호	79,190	16,034	20.2
		통소재활	33,015	8,937	27.1
		단기입소생활개호	46,047	17,970	39.0
		계	318,342	69,770	21.9
	합계		586,382	173,624	29.6
개호보험 이외시설	시설계(각종 보호시설 등)		53,001	15,342	28.9
	재택계(장애인개호사업 등)		53,497	10,082	18.8
	합계		106,498	25,424	23.9
전 체			692,880	199,048	28.7

자료: 厚生労働省 社会保障審議會資料(2006.4)

## 2) 홈헬퍼

개호를 담당하고 있는 주요 인력으로 과거의 가정봉사원에서부터 시작된 ‘홈헬퍼’는 가정의 수발을 담당하고 있는 인력으로 우리나라에서 현재 실시되고 있는 가정봉사원 제도와 유사하다고 할 수 있으며, 개호보험사업의 방문개호를 주로 담당하고 있다.

개호시설에서는 홈헬퍼의 자격이 없어도 일할 수 있지만 개호보험제도의 적용을 받는 시설의 경우는 자격이 있어야 근무할 수 있으며, 현실적으로도 자격이 없으면 취업이 어렵다. 홈헬퍼의 자격에는 1, 2, 3급이 있으며, 3급은 생활원조를 기초로 한 서비스, 2급은 이에 더하여 신체개호전반을 다루고, 1급은 2급과 3급 업무에 관한 지식 이외에 헬퍼들을 관리하는 리더 역할을 한다. 헬퍼의 자격취득은 각 도도부현(都道府縣)에서 실시하고 있는 홈헬퍼 양성강좌를 수강해야 하며 구체적인 교육내용은 다음과 같다.

일본의 홈헬퍼(개호직원)양성의 교육은, 1급은 230시간, 2급은 130시간, 3급은 50시간의 교육을 받는다. 1급은 2급 자격자만이 수강할 수 있으며, 2급 과정에서 습득한 지식 및 기술을 강화함과 동시에 주임 헬퍼로서의 업무에 필요한 지식과 기술을 습득하여 선임자로서 활동할 수 있는 능력을 배양한다. 2급은 전문적인 방문수발 서비스를 할 수 있는 교육이며, 3급은 시간제 근무 등 기초적인 홈헬퍼 기술을 습득하기 위한 교육이다.

&lt;표 5-3-33&gt; 일본 홈헬퍼 1급 양성과정의 주요 교육내용

구분	과 목 내 용	시간수
강의	- 노인보건복지의 제도 및 서비스내용	10
	- 장애인복지의 제도 및 서비스내용	7
	- 사회보장제도	3
	- 개호기술(사례검토 내용으로 4시간 이상 포함)	28
	- 주임헬퍼가 수행하는 기타 보건의료서비스 또는 복지서비스를 제공하는 자와의 연계내용	20
	- 의학관련 영역의 기초지식	16
연습	- 거택개호지원	6
	- 개호기술	30
	- 수발이 어려운 사례 내용	20
	- 복지용구 조작법	6
실습	- 개호실습 (치매노인 개호실습, 주임헬퍼의 보건복지서비스 연계실습, 노인주간서비스센터 업무실습, 실습종류 후 사례보고 검토)	76
	- 복지사무소, 보건 등의 노인보건복지 관련 공적기관 견학	8
전 체		230시간

&lt;표 5-3-34&gt; 일본의 홈헬퍼 양성과정 체계

구분	주요 교육내용	교육시간				수강 조건
		강의	연습	실습	소 계	
1급	주임 개호직원이 실시하는 업무에 관한 지식 및 기술	84	62	84	230시간 (1년 이내)	2급수료 후 실무경험 1년 이상
2급	개호직원이 실시하는 업무에 관한 지식 및 기술	58	84	30	130시간 (8개월 이내)	방문개호사업 종사자 또는 예정자
3급	개호직원이 실시하는 업무에 관한 기초적인 지식 및 기술	25	17	8	50시간 (4개월 이내)	비상근, 등록 개호직원으로서 방문개호사업 종사자 또는 예정자

## 제4절 장애인 장기요양서비스 전문인력 양성·제도화 방안

### 1. 기본 방향

장애인 장기요양서비스 전문인력 양성과 제도화를 위한 기본 방향은 다음과 같다 (공적노인요양보장실행위원회, 2005).

첫째, 전문인력의 조기확보, 비용효과 등을 고려, 기존 전문인력의 최대 활용을 원칙으로 하고, 신규인력의 양성은 최소화한다.

둘째, 서비스의 질 보장, 효과성 제고를 위해 보건·의료·복지의 팀 접근법(team approach)을 중시한다.

셋째, 전문인력의 명칭은 역할의 상징성, 직업적 자긍심, 유사인력과의 차별성 확보를 위해 적정 명칭을 부여한다.

### 2. 케어매니지먼트(사례관리) 체계의 도입

영국 장기요양 정책에 명시된 케어 매니지먼트의 개념을 정리하면 다음과 같다 (Challis, 1995 재인용).

- 기능: 케어 서비스들의 연계 및 조정
- 목적: 지속적이고 통합적인 케어 제공; 재가요양 기회의 증가; 클라이언트의 복지증진 자원의 효율적 활용
- 핵심업무: 사례 발굴 및 검토, 사정, 케어 계획 작성, 모니터링 및 평가, 사례 종결
- 주 대상: 의료·복지 서비스 및 장기요양 욕구를 가진 클라이언트
- 주요 특성: 집중적인 개입; 서비스 폭의 확장; 장기간에 걸친 개입; 실천수준의 개입과 기관수준의 접근을 연계

일본 개호보험의 경우 케어 매니지먼트를 중심으로 통합적 케어를 강조하고 있으나 우리나라의 노인장기요양보험제도에서는 현재 재정악화를 지나치게 염려하여 제



도초기에 단일화된 케어 매니지먼트가 부재한 현실이다. 따라서 이원화된 케어 매니지먼트 체계로 제도를 시작하여 전반적인 관리 및 조정자가 부재하다는 점은 통합적 케어 체계 구축의 큰 장애요인이다. 초기에는 케어 매니지먼트관련 행정비용을 절약할 수 있으나 추후 서비스의 오남용과 비용통제 기제를 충분히 작동시킬 수 없는 제한점이 있을 수 있다.

일원화된 케어 매니지먼트의 부재로 나타나는 세부적 문제점으로는 재가요양 급여 경우 표준장기요양이용계획서 관련 서비스 연계의 문제이다. 재가요양의 경우 표준장기요양계획서대로 서비스를 받을 것인지 아니면 새로 서비스를 설계할 것인지를 판단 및 참조해줄 위커가 없다는 점이다. 따라서 서비스별 개인의 자유 선택권이 제한될 수 있고 서비스에 대한 정보가 미흡하여 원하는 서비스 수급이 지연되거나 수급이 원활하지 못할 수 있다. 따라서 우선 케어 매니저의 활용이 어렵다면 건강보험공단의 장기요양관리요원의 역할에 이러한 연계 및 조정기능이 필수 역할로 규정되어야 한다. 장기적으로 서비스 만족도 조사를 통해 어떤 유형의 케어 매니지먼트를 도입할 것인가에 대한 구체적 논의가 필요하다(김찬우, 2008).

이렇듯 노인장기요양보험에서 향후 통합적 케어를 위한 케어 매니지먼트 체계를 도입을 모색하고 있음을 고려할 때, 장애인 장기요양서비스에 있어서도 서비스의 효과성과 효율성을 제고할 수 있는 기제라고 할 수 있는 케어 매니지먼트 체계가 제도 설계 과정에 반드시 반영되어 제도 시행과 더불어 작동하도록 할 필요가 있다.

다행스럽게도, 현재 보건복지가족부에서는 장기요양서비스 사례관리뿐만 아니라 공공 및 민간기관에서 제공하는 모든 장애서비스에 대해 종합적인 사례관리를 수행하는 기능을 갖는 '(가칭)장애서비스센터' 모형을 개발하는 '장애인복지 인프라 개편 사업'이 진행 중에 있다.

장애인복지 인프라 개편 사업은 현행 공공 장애서비스 전달체계에서 발생하는 다음의 세 가지 핵심적인 문제점을 근본적으로 해결하기 위한 방안을 마련하는 것을 목적으로 하고 있다.

첫째, 장애 판정의 엄격성 및 객관성 결여

둘째, 서비스(급여) 대상자 선정 기준 및 과정의 부적합성

## 셋째, 통합적 사례관리 기능의 부재

이 중, 통합적 사례 관리 시스템 구축을 통한 이용자 만족도 및 정책 효율성 제고를 달성하기 위해서는 장애서비스 신청인에 대한 종합적인 서비스 욕구 사정을 실시하여 서비스 수급권을 부여하고 서비스 제공 기관에 의뢰하며, 이후의 서비스 수급 과정을 모니터링하여 적절한 조치(follow up)를 취하는 사례관리 시스템 구축이 필수적이라고 판단하고 있다. 사례관리 시스템을 어디에 구축하고 누가 주체가 되어야 하는 것과 관련하여, 현행 지방자치단체(시군구 및 읍면동)의 조직 구조와 인력의 규모 및 전문성 등을 고려할 때 지자체에서 이를 수행하기는 어려우며, 따라서 장애서비스센터에서 이를 수행하는 것이 가장 바람직하다고 판단하고 있다.

## 3. 전문 인력 양성 및 제도화 방안

장애인 장기요양서비스 도입에 따른 직종별 전문인력과 이들의 역할은 다음과 같다.

〈표 5-4-1〉 장애인 장기요양서비스 도입에 따른 제공 인력 및 역할

담당 서비스	인력
장기요양서비스 대상자 기능상태 조사 및 욕구사정, 케어플랜 작성, 서비스 연결 및 조정, 지속적 관리 및 재평가	사례관리자
신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조, 간병	활동보조인 (간병서비스 및 구강관리 교육 포함 실시)
방문간호(노인장기요양보험제도에 준함)	간호사, 간호조무사, 치과위생사, 물리치료사

## 가. 사례관리자(케어 매니저)

사례관리자의 역할은 다음과 같다.

첫째, 장기요양서비스 대상자의 상태 조사 및 욕구 사정(assessment)을 실시한다. 구체적인 업무로서 지역의 요양보호 대상자 및 가족 등과의 상담 및 조언을 제공하고,

장기요양서비스 욕구 평가·판정 도구를 활용한 방문조사 실시, 서비스 수급자의 신체적·정신적 상태에 의거 요양서비스 필요 여부 및 수준을 사정한다.

둘째, 장기요양서비스 욕구에 따른 요양서비스 계획(care plan)을 작성한다. 구체적인 업무로서 전문가 케어 컨퍼런스 실시, 지역사회 서비스 제공 자원을 활용하여 수급자의 욕구에 맞는 효율적이고 적합한 요양서비스 계획 작성 등을 수행한다.

셋째, 장기요양서비스 계획에 따른 서비스 연결 및 조정을 한다. 구체적인 업무로서 서비스 제공 사업자 선정 및 조정, 지역사회의 유용한 지지적 자원과의 연결 등을 수행한다.

넷째, 장기요양서비스의 지속적 관리 및 재평가를 실시한다. 구체적인 업무로서 정기적 요양서비스 계획의 실시 상황 점검 및 평가, care plan 변경 등을 수행한다.

사례관리자 양성을 위한 기본 방향은 다음과 같다.

우선적으로 사회복지사 및 간호사 등 복지·보건의료분야의 면허(자격)자를 대상으로 일정수준의 교육 이수 후, 국가 공인 자격을 부여하되, 중·장기적으로는 보건의료 및 복지의 통합적 교육 이수자를 대상으로 신규자격 부여로 전문 인력의 질적 수준을 제고한다(공적요양보장제도실행위원회, 2005).

#### 나. 활동보조인

현행 활동보조서비스가 장애인 장기요양서비스로 확대되는 경우, 현재의 활동보조인 자격 요건을 토대로 교육 커리큘럼을 강화하여 양성하는 것이 바람직하다. 즉, 현 활동보조인 교육 커리큘럼에 간병교육 및 구강관리 교육 포함하고 이를 이수한 자로 하여금 장기요양서비스를 제공하도록 한다.

#### 다. 방문간호사

노인장기요양보험제도의 방문간호 서비스 제공 인력이 동일하게 장애인 장기요양 서비스의 방문간호서비스를 제공하도록 한다.<sup>22)</sup> 따라서 방문간호사 자격요건도 동일

22) 노인장기요양보험제도의 방문간호 인력기준

하게 규정되어야 한다. 즉, 간호업무경력이 2년 이상인 간호사 또는 간호보조업무 경력이 3년 이상인 간호조무사로서 방문간호 간호조무사 교육(700시간)을 이수한 자로 하여금 간호사정 및 진단 등 기본간호, 욕창치료 및 단순 상처치료 등 간호, 검사관련 사항, 투약관련지도, 환자·가족 대상 건강관리에 필요한 식이요법 등 교육 훈련, 상담 등의 서비스를 제공하도록 한다.

한편, 구강위생(치과서비스) 및 재활서비스를 제공하고자 하는 경우 방문간호센터 내에 치과위생사와 물리치료사 1명 이상 배치하도록 한다.

## 제5절 장기요양서비스의 장애인생활시설 적용(시설급여 도입)을 위한 검토<sup>23)</sup>

### 1. 서론

보건복지가족부는 2008년 4월 11일 ‘2008 장애인 불편해소 대책’을 발표하였다. 여기에 포함된 장애인 거주시설 관련 핵심 내용은 다음과 같다. 첫째, 2009년 12월 까지 기존의 장애인 생활시설, 공동생활가정, 단기보호시설을 장애인 거주시설로 재

- 의료기관이 방문간호를 하는 경우 관리책임자는 의사, 한의사 또는 치과의사 중에서 상근하는 자
- 의료기관이 아닌 재가장기요양기관이 방문간호를 하는 경우 관리책임자는 간호업무경력이 2년 이상인 간호사로서 상근하는 자
- ※ 보건소, 보건지소, 보건의료원에서 방문간호를 병설하는 경우에는 관리책임자가 의사, 한의사 또는 치과의사여야 하나, 보건진료소에서 방문간호를 병설하는 경우에는 간호업무경력이 2년 이상인 간호사가 관리책임자가 됨
- 직접서비스 제공인력은 간호업무경력이 2년 이상인 간호사 또는 간호보조업무경력이 3년 이상인 간호조무사로서 방문간호 간호조무사 교육(700시간)을 이수한 자 1명 이상 배치
- ※ 구강위생을 제공하고자 하는 경우 치과위생사 1명 이상 배치

관리책임자	간호사 또는 간호조무사	치과위생사
1명	1명 이상	1명이상 (구강위생 제공하는 경우)

23) 본 절은 성공회대 사회복지학과 김용득 교수가 작성하였음.

편성하여 장애인거주시설의 유형을 다양화시키고, 거주시설의 지역사회 친화성을 높인다는 것이다. 둘째, 2009년 12월까지 장애인 거주시설 서비스의 최소한의 서비스 기준을 도입하고, 이를 관리할 수 있는 질 관리 체계를 구축한다는 것이다. 셋째, 시설의 소규모화를 위하여 2009년부터 신축시설의 규모를 30인 이하로 제한하고, 기존 대규모 시설들은 2013년까지 30인 이내의 소규모 시설로 전환한다는 것이다. 이런 방안들은 장애인시설의 대규모 격리보호 기능에 대하여 지속적으로 제기되어 온 비판에 대한 정책적 대응이라는 면에서 긍정적으로 평가할 수 있을 것이며, 특히 과거의 장애인 거주시설에 대한 정책이 일정 규모 이상의 시설을 증축한다는 입장에서 소규모의 지역사회 친화적인 시설을 다양화시킴으로써 장애인의 지역사회와의 통합적인 삶을 지원한다는 입장으로 선회한 것이어서 정책의 근본적인 변화라고 평가할 수 있을 것이다.

한편, 우리나라에서 노인 부양에 대한 사회적 책임을 인정하고, 이를 실행하기 위한 새로운 제도인 노인요양보험제도의 도입을 국회에서 결정하여, 현재 시행중에 있다. 이제도의 도입을 국회에서 의결하면서 노인부양의 공적 이행의 취지에 맞는 방식으로 장애인에 대한 공적요양제도의 도입을 검토하는 것을 조건으로 하였다. 이에 따라 장애인공적요양제도가 본격적으로 검토되기 시작하여, 현재는 시범사업 실시를 앞두고 있다. 노인요양보험은 사회보험 재정이 주요 재원이 되고, 장애인요양제도는 조세 수입이 주요 재원이 된다는 점에서는 차이가 있다. 하지만, 국가적인 기준에 의해서 요양대상자를 결정하고, 결정된 요양대상자는 서비스 공급기관을 선택할 수 있으며, 서비스 이용에 대하여 요양제도 주관기관이 공급자에게 비용을 지불하는 개인별 서비스 계약방식을 취하고 있다는 점에서는 동일하다.

이런 시점에서 장애인 주거서비스 개편이라는 과제와 장애인공적요양제도의 도입이라는 계획이 어떤 관계에 있는지를 검토할 필요가 있다. 보다 구체적으로 보면, 장애인공적요양보장제도의 도입 단계부터 거주시설 서비스가 편입되어, 요양보장제도의 틀 안에서 거주시설 개편의 과제가 용해되어 추진되어야 하는지, 아니면 일정 정도 거주시설 개편이 성숙한 단계로 이루어지고 난 후에 단계적으로 요양보장제도에 편입되어야 하는지에 대한 검토가 필요하다. 공적요양제도는 일반적으로 거주서비

스 기능을 포함하여 제공된다. 그러나 우리나라 장애인 거주시설은 대규모 시설이 중심을 이루고 있으며, 개인의 선택과 자율성이 보장될 수 있는 구조에 있지 못하기 때문에 현재의 조건에서 요양보장제도로 곧바로 편입되는 경우에 시설 개편의 과제가 희석될 수 있는 위험도 있다. 본고에서는 이런 문제들을 구체적으로 검토해 보기로 한다.

## 2. 노인장기요양보험과 장애인 장기요양보장 제도

### 가. 노인장기요양보험 제도의 구조와 특징

올해 7월 1일부터 시행된 노인요양보험제도는 제도시행 후 일부지역에서 요양시설부족과 요양시설의 횡포, 요양보호사의 교육부실의 등의 문제점이 지적됐지만, 노인요양보험은 비교적 성공적으로 뿌리내리고 있는 것으로 평가되고 있으며, 무엇보다도 가족 책임이었던 노인부양 문제를 사회적 책임으로 ‘공론화’ 시켰다는 데 큰 의미가 있다(경향신문, 2008. 9. 17)

노인요양보험제도의 실시는 노인부양에 대한 사회적 책임을 공론화하고, 공식적으로 인정했다는 점에서 중요한 진전이라고 할 수 있다. 이러한 사회적 책임을 이행하는 체계도 과거와는 근본적으로 다른 접근을 하고 있다. 노인요양보험제도의 도입으로 노인복지서비스에서 크게 달라진 점을 제시하면 다음과 같이 요약될 수 있을 것이다.

첫째, 서비스 수급 자격과 양을 결정하는 엄격한 체계의 구축을 표방하고 있다는 점이다. 이 제도 이전의 노인을 위한 시설서비스와 재가서비스에서는 서비스의 필요성을 판단하는 표준화된 도구는 사용되지 않았다. 그러나 새로 실시된 노인요양보험 제도에서는 서비스 수급자격을 판단하기 위한 표준화된 기준을 마련하고, 이에 따라 서비스 제공 필요도를 등급으로 표시하는 체계를 도입하였다. 이런 변화는 노인부양에 대한 공적 책임을 국가적인 틀에 의해서 시행한다는 정책목표와 부합된다고 할 수 있다.

둘째, 서비스의 제공방식에서 이용자의 선택과 공급자의 경쟁을 표방하는 시장원리를 채택하고 있다. 과거의 노인서비스는 국민기초생활수급자 등의 취약계층을 주로 보호하는 무료 노인요양시설 및 전문요양시설의 경우 국고지원방식에 의하여 인건비와 관리운영비와 시설보호노인의 생계비 등의 항목으로 국고 및 지방비에 의한 재정지원이 이루어져왔으며, 이를 통해 대부분의 기관 운영비가 국고지원금에 의해 충당됨으로써 정부의 취약계층에 대한 서비스 제공책임 역할을 대행하는 역할을 위탁받은 노인수발서비스 기관은 정부 대행의 독점적인 서비스 제공자로서의 역할을 수행함으로써 안정적 운영이 보장되어 왔다(석재은, 2008). 그러나 노인요양보험제도에서는 기관에 대한 재정지원방식이 이전과는 크게 달라졌다. 재정 조달이 원천이 정부지원금에서 사회보험 재정으로 달라졌으며, 기관에 대한 재정지원 방식도 기관 운영비에 대한 포괄보조금 방식에서 개인별 서비스 제공에 대한 수가 지불방식으로 달라졌다. 따라서 서비스 이용자로부터 선택받지 못하면 기관의 안정적인 운영은 어렵게 되며, 따라서 기관의 입장은 과거의 제공자 주도의 위치에서 이용자로부터 선택을 받아야 하는 위치로 달라졌다. 이러한 체제에서 의도하는 이용자의 선택이 제대로 이행되기 위해서는 유의미한 선택을 가능하게 하는 서비스 제공 양의 확보도 필요하지만 이와 함께 이용자에게 서비스 제공기관에 대한 충분한 정보를 제공하는 체계의 확보 등의 이용자 선택을 지원하는 방안의 확보도 중요한 요소가 될 수 있을 것이다.

셋째, 새로운 서비스 제공기관의 진입을 적극적으로 권장하고 있다는 점이다. 노인요양보험제도의 도입 과정에서 전국적으로 필요한 정도의 서비스 제공 양을 확보하는 것이 중대한 관건으로 다루어져 왔다. 따라서 많은 주체들이 서비스 제공자로 진입할 수 있도록 허용하고 권장하는 것이 정부의 기본적인 입장이라고 할 수 있다. 그리고 노인요양보험제도는 이용자 선택과 제공자들 사이의 경쟁을 핵심적인 제도 운영원리로 채택하고 있기 때문에, 정부의 사전 허가나 보조금 지원 약속과 관계없이 서비스 제공기관에 필요한 요건을 충족하고, 이에 대하여 지정신청만 하면 되기 때문에 공급자의 신규진입이 이전 제도보다는 훨씬 용이하다고 할 수 있다. 이는 서비스 제공기관의 체계적인 관리 방안이 수립되어야 함을 시사한다.

넷째, 서비스 제공인력의 진입을 적극적으로 권장하고 있다는 점이다. 과거의 노인복지서비스에서 대부분의 제공인력은 기관에 취업한 직원 신분이었으며, 직원들은 직무에 따라 사회복지사, 간호사, 물리치료사 등의 자격을 갖추었거나 자격을 갖추기를 권장하였다고 할 수 있다. 그러나 노인요양보험제도를 시행하면서 요양보호사라는 자격을 새로이 만들었고, 이 자격은 일정 시간의 교육 이수를 통하여 취득할 수 있도록 하였다. 요양보호사 양성을 위한 교육 대상은 학력이나 연령에 제한을 두지 않고 있으며, 요양보호사 1급의 경우 240시간, 2급의 경우 120시간의 교육을 받으면 자격을 취득할 수 있다. 이렇게 되면서 노인요양서비스 제공인력의 신규 진입이 제도적으로 허용 또는 권장되게 되었으며, 이는 향후의 체계적인 인력관리의 필요성을 예고하는 것이라고 할 수 있을 것이다.

다섯째, 노인복지서비스 실시 주체가 과거의 지방정부에서 건강보험공단으로 변화되었다는 점이다. 전통적으로 사회복지서비스 제공의 일차적인 책임은 정부(중앙정부와 지방정부)에 있다. 그러나 노인요양보험제도는 노인에 대한 돌봄 서비스의 대부분을 포괄하도록 설계되어 있기 때문에 정부의 역할을 명확히 설정하지 못하는 경우 복지서비스의 제공 책임에서 벗어날 수 있는 위험도 있다. 이런 점에서 보면 노인요양서비스의 공급주체가 건강보험공단으로 설정되어 있지만, 공급기관의 품질보장과 감독의 책임이 적정 수준에서 정부에 의해서 이행하도록 하는 고려도 필요하다.

이러 변화들은 엄정하고, 중립적인 서비스 관리체계의 필요성을 제기하고 있다. 과거에 비해서 서비스 제공기관의 진입이 용이하게 되었으며, 서비스 자격을 부여받은 사람들이 자신들의 의사에 따라서 서비스를 선택하게 되었으며, 서비스를 공급하는 기관의 수가 크게 증가하고 있으며, 서비스에 종사하는 인력의 규모가 크게 증가하였으며, 서비스 종사자로의 진입이 쉽게 이루어지게 되었다는 점 등은 모두 제공되는 서비스와 서비스 제공인력에 대한 일정 수준의 관리와 규제 장치의 필요성을 제기하는 요소들이라고 할 수 있을 것이다. 이런 기본적인 특성과 과제들은 장애인 요양보장제도의 도입과정에서도 그대로 제기될 것으로 보인다.

노인요양보험제도나 장애인공적요양보장제도는 공통적으로 시장과 경쟁을 통한 효



율성 확보와 서비스 이용자의 선택을 중요한 정책목표로 하고 있으며, 이를 위하여 서비스 전달체계를 전면적으로 개편하는 전략을 채택하고 있다. 이러한 전략이 성공적으로 실행되기 위해서는 서비스 공급환경이 합리적인 수준에 있다는 점이 전제되어야 한다. 현재의 노인요양보험제도에서 시행하고 있는 시장과 경쟁방식은 개인당 부여받은 수가가 결정되고, 이 수가를 부여받은 개인이 서비스 공급기관을 선택하고, 공급기관은 개인들의 수가를 합산해서 시설 운영비를 조달하는 방식을 취한다. 따라서 공급자의 입장에서 보면 시설이 대형화 될수록 규모의 경제 논리에 의해서 시설 운영이 더 유리해진다. 이런 현상을 장애인거주시설에 적용해서 보면 정부는 신규진입 시설을 30인 이하로 제한하고, 기존의 대형시설은 단계적으로 소규모로 전환하도록 유도한다는 정책방향과 정면으로 충돌할 수 있을 것이다. 이런 맥락에서 노인요양보험제도의 골격을 장애인거주시설에 그대로 적용하는 것은 정책방향간의 모순이라는 문제를 야기할 수 있다.

#### 나. 장애인 장기요양서비스 도입에서 고려해야 할 요소들

현재까지 논의된 장애인공적요양제도 도입의 기본 구조는 노인요양보험제도의 설계와 기본적으로 유사하다. 장애인요양 서비스를 신청 한 사람에 대하여 객관화된 지표를 적용하여 요양보장 대상자를 결정하고, 서비스를 제공받을 자격이 부여된 사람은 서비스 공급기관을 선택하고, 서비스를 제공한 기관은 요양제도 주관기관(지방정부)으로부터 서비스 제공 비용을 수령하는 방식을 기본 구조로 하고 있다. 다만, 다른 점은 요양서비스의 재원을 노인요양보험과는 달리 조세재원에서 충당하도록 하고 있으며, 따라서 서비스 주관기관도 건강보험공단이 아닌 지방정부로 하고 있다는 점이다.

따라서 장애인요양제도의 경우도 과거의 활동보조서비스, 재가복지서비스, 거주시설 서비스 등을 포괄하여 제도를 설계할 경우 노인요양보험제도의 도입 초기에 나타났던 정책적 입장이 그대로 재현될 것으로 예상된다. 이용자의 선택이 가능한 수준의 공급을 확보하기 위하여 서비스 공급량을 단기간에 대대적으로 확대하는 제반

조치가 취해질 것이며, 이와 함께 서비스 제공 인력의 진입도 적극적으로 권장하는 방향의 조치들이 수반될 것이다. 노인요양보험제도의 경우 이런 조치들을 통하여 빠른 시간에 제도가 안착되어 가고 있다는 평가가 가능하다고 보면, 장애인요양서비스의 경우에도 동일하게 요양제도 도입단계부터 재가와 시설 서비스를 모두 포괄하는 방향으로 가는데 문제가 없다고 주장할 수 있을 것이다.

그러나 장애인요양서비스 제도의 구축에서는 노인요양보험제도에서의 서비스와는 다른 몇 가지 특징들이 구체적으로 검토될 필요가 있다.

첫째, 서비스의 일반적인 목표와 관련된 차별성이다. 일반적으로 사회적 돌봄 서비스의 기본적인 목표는 개인과 가족에게 맡겨져 있는 돌봄 부담을 사회적으로 전환시켜서 본인과 가족의 부담을 경감하면서, 동시에 서비스를 받는 개인이 신체적, 정신적 능력이나 생활의 환경이 개선되기를 기대하는 것이다. 하지만 이런 일반적인 목표는 구체적인 서비스 표적 인구 층의 특성에 따라 다소 달라진다. 노인의 경우는 '돌봄 부담에 대한 사회적 책임 이행'이라는 성격이 강조되는 경향이 있다. 노인의 경우에도 신체적, 정신적 능력의 개선에 중요한 의미를 두어야 하는 것은 사실이지만, 정책의 일차적 목표는 노인의 현재의 신체적, 정신적 조건에서 사회로부터 편안한 돌봄 서비스를 제공받는 일에 두고 있는 것 같다. 반면에 장애인의 경우는 자립과 지역사회와의 통합이 노인의 경우보다 훨씬 더 강조된다. 장애인 서비스의 경우 자립생활, 서비스의 자기결정, 당사자주의, 개인 중심의 서비스 계획, 삶의 조건과 서비스의 정상화, 지역사회로의 통합 등이 서비스의 핵심적인 이념과 목표로 설정되어 있다. 이런 특징들은 서비스의 내용에도 영향을 미치게 된다. 장애인에 대한 요양서비스는 노인서비스의 경우보다 보다 적극적이고, 역동적인 발달모델을 추구하는데 필요한 신변자립훈련, 자립생활훈련, 자기주장훈련, 취업준비 훈련, 직업생활에 대한 지원 등이 강조된다. 따라서 장애인 요양 서비스의 경우 노인요양보험과는 달리 서비스 제공의 스펙트럼이 훨씬 더 다양하고, 개별적이어야 함을 시사한다.

둘째, 서비스 대상의 특성과 관련된 차별성이다. 장애인요양서비스의 핵심적인 대상은 중증의 신체장애인, 중증의 감각장애인, 대부분의 발달장애인으로 구성될 것이다. 노인요양서비스의 경우 신체수발과 관련된 서비스가 핵심이 되기 때문에 중증의

신체장애를 가진 사람들의 경우가 노인요양서비스와 유사한 특성을 지닌다고 할 수 있을 것이며, 노인요양서비스의 요양등급 산정과 서비스 단가 산정과 같은 방식으로 서비스가 제공될 수 있을 것이다. 그러나 각 인구집단에 대한 서비스의 목표와 관련해서는 차별성은 매우 크게 존재한다. 감각장애의 경우, 요양서비스를 통해서 지원되어야 하는 활동은 단순한 신체수발의 경우보다 훨씬 더 개별적이고 활동지향적인 서비스가 제공되어야 한다. 시각장애인을 위해서는 보행훈련, 점자훈련, 음성인식 장치, 컴퓨터의 사용 지원 등이 필요할 것이며, 청각장애인의 경우 시각매체를 통한 의사전달 장치가 지원되어야 할 것이다. 지적장애나 자폐장애 등을 포괄하는 의미의 발달장애인의 경우 신변자립, 의사소통, 자기결정, 재정관리, 직업준비, 직업생활 등의 삶의 전 영역에 걸쳐서 포괄적인 지원이 요구된다. 이런 인구대상에 필요한 서비스 내용의 차별성은 단순한 신체수발의 개념을 중심에 두는 서비스 체계와는 근본적으로 다른 접근 방식을 요구하며, 따라서 장애인을 위한 공적요양의 제도설계는 훨씬 더 구체적이고 다양한 요소들을 고려하는 것이 필요하다고 볼 수 있을 것이다.

셋째, 서비스를 주도하는 담론에 따른 차별성이다. 장애인 시설은 전통적으로 시설 서비스가 주류를 이루어 왔다. 시설의 발생사에서 보더라도 장애인 시설은 1970년대의 대형 분리 모델에서 출발하였다. 그러나 장애인에 대한 서비스의 목표는 이와는 정면으로 대치되는 지역사회 통합이라는 목표로 전환되었다. 이런 부조화의 문제를 장애인단체나 시민사회단체에서 집요하게 제기하고 있다. 과거의 시설에 대한 비판은 단순히 공급 횡령, 인권 유린과 같은 특수한 사건들에 초점을 맞추었지만, 현재는 시설의 존재 자체를 반인권적인 것으로 보고, 시설이라는 실체 자체의 폐지를 주장하고 있다. 따라서 장애인요양제도의 도입과 관계없이 시설 문제는 소규모로의 전환과 지역사회통합이라는 정책목표가 매우 분명하게 설정되어야 한다. 이런 취지에서 최근에 정부는 장애인 거주시설의 신규 진입을 30인 이하로 제한하고, 기존의 대형시설을 소규모로 전환하는 방안을 공식적으로 발표한 바 있다. 현재의 노인요양보험제도는 시설 운영비는 개인들에게 제공된 서비스에 수가를 합산한 금액이 된다. 따라서 시설의 규모가 커질수록 운영에 유리하게 되는 현상이 발생하고 있으며, 실제로 그런 현상이 발생하고 있는 것으로 보고되고 있다. 장애인공적요양제도

의 경우는 개별화와 사회통합을 핵심적인 서비스 가치로 설정하고 있기 때문에 노인요양보험제도와는 차별적인 접근이 필요하다. 이와 함께 지역사회 보호를 강조하는 정책방향과도 갈등이 발생할 수 있다.

다른 한편으로, 노인요양서비스와의 비교와의 비교가 아닌 다른 차원에서 보면, 장애의 다양성을 고려한 합리적인 서비스 자격 심사 기준 마련의 어려움, 기존에 존재하는 각종 서비스 프로그램들 가운데 어느 정도 범위까지 제도가 포괄하도록 할 것인가의 문제, 서비스의 최소 또는 표준 기준의 부재, 복합적인 서비스에 대한 비용 산정의 문제, 기존 입소자 가운데 지역사회로의 이주가 필요한 사람들에 대한 선택 대안의 부재 등의 문제들도 검토될 필요가 있을 것이다. 이후에서는 장애인거주시설 개편의 과제와 공적요양체제와의 관련성을 중심으로 이런 쟁점들을 검토해 보기로 한다.

### 3. 장애인 거주시설 개편 세부 과제의 검토

보건복지가족부가 2008년 4월에 발표한 장애인 거주시설개편 과제는 2008년 8월에 발표된 ‘장애인정책발전 5개년 계획’에서도 일관성 있게 반영되어 있다. 이 계획에서는 장애인거주시설 개편과 관련하여 ‘장애인 생활시설의 기능과 역할 분류체계의 정립(2008년)’, ‘이용자 권리보장 지침 마련(2008년)’, 소규모 생활시설 확충 및 대규모 시설 개편(2009년~2012년)’, ‘서비스 표준화 및 서비스 질 관리 시스템 구축(2009년)’, ‘서비스 이용자 진단판정 기준 마련(2009년)’, ‘케어매니지먼트 체계 구축 및 서비스 이용 계약 방식 도입(1010년)’ 등이 제시되어 있다. 그리고 ‘장애인정책발전 5개년 계획’ 마련을 위하여 연구된 중·장기장애인복발전방안 연구(변용찬 외, 2008)에서는 장애인거주서비스 개편과 관련하여 개념과 범위의 변경, 적정 공급량 산출과 적합한 공급확대 방안, 시설을 소규모로 유도할 수 있는 예산지원방식, 입소 자격완화를 전제로 하는 이용자 부담방식의 도입, 지방정부와 공급시설의 역할과 관련한 서비스 과정 개편, 서비스 질 확보를 위한 최소기준제도 도입, 이용자 권리보장 제도화 등에 대하여 보다 구체적으로 제시하고 있다. 본고에서는 이 내용을 장애

인 거주시설 개편의 구체적인 과제로 설정하고, 이들 과제들이 장기요양보장제도의 도입과 관련하여 어떻게 관계설정이 될 수 있는지를 검토하기로 한다.

#### 가. 장애인 거주시설의 개념과 범위 변경

장애인거주시설의 개념과 범위의 변경은 크게 세 가지로 구성된다. 첫째, 장애인복지법 제58조를 개정하여 장애인생활시설, 장애인공동생활가정, 장애인단기보호시설을 ‘장애인 거주시설’이라는 하나의 개념으로 통합한다는 것이다. 둘째, 장애인 거주시설에 대한 정의는 ‘연령과 관계없이 원가정에서 생활할 수 없는 장애인들이 장애를 이유로 개별적 보호를 필요로 하거나, 장애를 이유로 개인적으로 거주지를 획득하지 못하는 경우에 숙박시설 또는 개별적 보호와 숙박시설을 동시에 제공하는 곳’으로 정의한다는 것이다. 셋째, 거주시설은 실제로 거주하는 거주홈과 거주홈을 지원하는 ‘장애인거주생활지원센터(가칭)’로 구성하며, ‘장애인거주생활지원센터(가칭)’는 개개의 주거홈이 아닌, 일정한 단위의 개소수를 포괄하여 관리하고 지원하도록 한다는 것이다. 이와 관련된 내용을 표로 제시하면 다음과 같다.

〈표 5-5-1〉 장애인 거주시설의 구성

구분	거주생활지원센터	거 주 홈			
		그룹홈 (Group Home)	케어홈 (Care Home)	집중케어홈 (Intensive Care Home)	단기·일시케어홈 (Respite Care Home)
이용 대상	거주홈 이용 장애인 전체	<ul style="list-style-type: none"> <li>일상생활 기능 장애인 중 지역 생활지원 필요</li> <li>정신지체인 중심</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>일상생활지원 필요 장애인</li> <li>정신지체인 중심</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>와상, 의료지원 필요 장애인</li> <li>정신지체인과 중증 신체장애인</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>단기간의 휴식 또는 일시적인 파란을 필요로 하는 장애인</li> <li>장애유형 전체</li> </ul>
기능	<ul style="list-style-type: none"> <li>주간활동 지원</li> <li>거주 지원</li> <li>야간지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>거주목적</li> <li>지역생활지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>거주목적</li> <li>일상생활지원</li> <li>지역생활지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>거주목적</li> <li>일상생활지원</li> <li>지역생활지원</li> <li>의료요양지원</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>단기간의 거주</li> <li>일상생활지원</li> <li>지역생활지원</li> <li>의료요양지원</li> </ul>

장애인 거주시설의 개념과 범위의 변경은 생활시설(수용시설)과 지역사회재활시설(이용시설)이라는 전통적인 분리된 접근 방식이 아니라 거주지원서비스와 재택지원서비스가 연속선상에 위치하도록 변경하고자 하는 것이며, 이에 따라 과거에는 지역사회재활시설에 포함되어 있었던 공동생활가정과 단기보호 서비스를 거주 장소를 제공한다는 동질성에 입각하여 ‘장애인 거주시설’로 포괄하여, 입주를 희망하는 장애인은 개인의 상황에 따라 다양한 유형의 거주시설을 선택할 수 있도록 한다는 방향이다. 개념과 범위의 변경에 관련된 과제는 장애인공적요양보장 체계로 변화하여도 크게 모순되는 요소는 없을 것이다.

#### 나. 적정 공급량의 산출과 적합한 공급 확대 방식

##### 1) 적정 공급량 추정

본 과제에 대해서는 2007년에 보고된 ‘장애인 거주시설 서비스 기능과 구조의 혁신 방안’에서 제안된 적정 공급량을 채택하고 있다. 추정된 적정 공급량은 65,000 자리로 설정하고 있으며, 2007년 현재 공급된 장애인거주시설 자리 수 24,100개에서 40,900개자리가 추가로 공급되어야 한다. 공급 자리 수 확충은 공적요양보장제도가 실시되는 경우에도 여전히 유효하다고 할 수 있을 것이다.

##### 2) 공급확대 방안

본 과제에서는 필요공급량과 함께 공급량의 확대 방식에 대해서도 제시하고 있다. 구체적으로 보면, 대규모시설의 소규모로의 전환을 위해 거주시설의 규모를 이용 정원 50인 이하로 제한하고, Group Home은 일반가정 유사규모(2-10인)로만 제한하고, Care Home은 일반가정 유사규모와 소규모(11-30인)로만 제한하고, Intensive Care Home은 일반가정유사규모, 소규모, 중간규모(31-50인)가 가능하다고 제시되어 있다. 그리고 단기·일시 케어홈은 일반가정유사규모와 소규모만 허용하도록 하고 있다.

본 내용은 확정된 5개년 계획에서는 시설의 종류에 관계없이 30인 이하로 제한하였기 때문에, 30인 이하의 시설을 중심으로 자리 수 공급확대가 이루어지도록 되어 있다.

공적요양보장제도 도입과 관련해서 볼 때 공급확대의 과제는 민감하게 검토될 필요가 있다. 노인요양보험과 같은 방식으로 수가가 지급되는 경우 시설은 소규모로 재편되기 보다는 오히려 대형화를 조장하게 될 수 있을 것이다. 공급 확대 방식과 관련하여 공적요양보장제도의 도입이 거주서비스 개편과 모순되지 않기 위해서는 대규모화를 제어하는 장치의 도입이 병행되어야 한다. 예를 들면, 정부가 천명한 30인 이하라는 행정적 기준은 시장화 된 상황에서는 설득력이나 추진력이 상실되기 쉽다. 공적요양체제는 이용자의 선택을 중심 개념으로 설정하기 때문에 어떤 규모의 시설을 선택할 것인가의 문제도 이용자의 판단에 맡겨두면 된다고 주장할 수 있다. 그러나 소규모 시설이 일반화되어 있는 상황에서는 이런 주장도 가능하리라고 본다. 그러나 현재와 같이 100인 이상의 대규모 시설이 상당 수 존재하고, 개소 당 평균 정원이 74명에 이르고 있는 상황에서는 소규모 시설의 선택 자체가 제한될 수밖에 없을 것이다. 따라서 공적요양체제의 도입은 일정정도의 소규모 시설을 확대한 후에 검토하는 것이 타당할 것이다.

#### 다. 시설을 소규모로 유도할 수 있는 예산 지원 방식

본 과제에서는 크게 두 가지 내용을 제시하고 있다. 첫째, 거주시설의 규모 및 목적에 따른 서비스 표준화를 바탕으로 서비스 표준비용(수가 환산)을 산정하고, 개별 이용자에게 제공되어야 하는 서비스의 강도와 내용에 따라 개인단위의 서비스 비용 산정방식의 필요성을 제기하고 있다. 둘째, 예산 지급 흐름이 변화되어야 함을 제기하고 있다. 현재 지방정부 대 서비스 제공자 또는 서비스 이용자 대 서비스 제공자라는 2자 관계에 의한 예산지급 흐름을 이용자는 지방정부에 서비스를 신청하고, 지방정부는 신청 이용자에 대해서 서비스 받을 자격과 개인별 서비스 공급 단가를 결정하고, 자격이 인정된 이용자는 서비스 공급자들로부터 필요한 서비스를 선택하여

제공받고, 공급자는 소요된 비용을 지방정부로부터 지급받는 3자 관계로 전환해야 함을 제기하고 있다.

이런 방식으로의 변경은 공적요양 체제가 지향하는 바와 동일하다고 할 수 있을 것이다. 그러나 시설의 소규모화 정책을 유지하기 위해서는 공적요양체제를 도입한다 하더라도 시설 당 이용인원 30인까지는 액면 수가를 적용하고, 31인 이후부터는 할인된 비율(예를 들어, 31-40인: 95%, 41-50: 90% 등)을 적용하는 등의 방안이 마련되어야 할 것이다.

#### 라. 입소 자격 완화를 전제로 하는 이용자 부담 방식 도입

입소자격에 관해서는 기존의 국민기초생활 수급자 또는 무연고자로 제한하였던 것을 소득과 자산수준과 상관없이 장애상태나 거주환경에 따라 거주시설 서비스를 필요로 하는 사람들의 경우 누구나 이용 가능하도록 해야 하며, 이를 현실적으로 실행하기 위해서는 소득과 자산에 따른 본인부담방식의 도입이 필요함을 제안하고 있다.

이 방안은 공적요양체제와 부합하기는 하지만, 노인요양서비스와는 다른 장애인서비스의 성격을 고려하면 좀 더 세밀한 검토가 필요할 것이다. 이를 위해서는 전국적인 거주서비스의 표준이 설정되어야 하고, 이 표준 서비스에 대한 비용의 산정되어야 하며, 산정된 비용에 대하여 이용자의 자기부담 금액을 결정하는 과정을 거쳐야 할 것이다.

#### 마. 지방정부와 서비스 공급 시설의 역할과 관련된 서비스 과정 개편

서비스 과정 개편에서는 크게 두 가지를 다루고 있다. 첫째, 지방정부는 서비스 신청자의 욕구와 문제를 사정하여, 서비스 제공원칙에 따라 서비스지원계획을 세우며, 서비스 공급자와 신청자(이용자)에게 연결해 주는 일련의 입소계약제도의 공식화가 필요하다는 점이다. 계약의 내용에는 시설에서 받게 될 서비스 내용, 서비스 비용에 대한 이용자 부담액, 시설 이용 기간, 시설 내 생활 중 이용자가 선택할 수



있는 것과 선택할 수 없는 항목에 대한 결정(식사시간, 식사종류, 외출, 전화사용, 복장, 금전관리 등), 이용자 권리보장에 대한 계약, 퇴소의 기준, 계약 위반 시의 처분 사항 등이 포함되어야 할 것이다. 둘째, 시설 내 서비스 과정에 대한 표준체계가 제시되어야 한다는 점이다. 시설내의 서비스 진행과정은 입소 여부의 적합성을 이용자와 시설이 판단하는 시험거주 과정, 거주를 확정하고 필요한 거주서비스 내용에 대하여 계약을 체결하는 과정, 구체적인 개별 서비스 계획을 수립하는 과정, 서비스를 실행하는 과정, 서비스에 대한 만족 정도나 퇴소의 필요성 등에 대한 주기적인 서비스 평가 검토 과정이 필수적으로 포함되어야 하며, 각 단계별로 이루어져야 하는 구체적인 내용들과 관련 양식들이 공식적인 지침 수준에서 확립되는 것이 필요할 것이다.

이런 방향으로의 개편은 공적요양체제에서도 동일하게 필요할 것이다. 다만, 현재의 노인요양보험은 건강보험공단에서 이런 체계를 관리하고 있지만, 장애인요양체제는 조세 재원에 의해서 집행될 것이기 때문에 지방정부의 서비스 과정을 새로이 확립해야 하는 문제가 있다.

#### 바. 서비스 질 확보를 위한 최소 기준제도 도입

서비스 질 확보와 관련된 과제는 크게 두 가지로 나눌 수 있다. 첫째, 중앙정부 차원에서 전국적으로 통용 가능한 장애인 거주시설 서비스 최소 기준(minimum standards)을 마련하여야 한다는 점이다. 여기에는 필수적으로 제공되어야 하는 서비스의 목록, 시설 내에서의 생활방식, 개별적 지원의 기준과 체계, 서비스에 대한 이의신청과 처리, 직원의 요건, 시설 관리 운영 등에 대한 구체적인 기준이 제시되어야 한다. 둘째, 시설에 대한 등록과 등록을 취소하는 강력한 체계가 도입되어야 한다는 점이다. 이를 위해서는 전문적인 감독기구가 설립되어 시설 서비스 기준에 부합하는 경우에 서비스의 제공자격을 부여하는 등록을 하고, 부적합한 경우 등록 취소함으로써, 서비스 질 보장을 위한 문지기 역할을 수행할 수 있어야 한다. 이러한 감독기구는 전국적으로 통용되는 서비스 최소 표준기준에 근거해서 신규공급자를

인증(서비스 등록)하고, 정기적이며 상시적인 서비스 평가를 통해 서비스공급 자격을 재심사하는 기능을 수행하는 것이 필요할 것이다<sup>24)</sup>.

이런 방향은 공적요양체제의 구축에서도 동일하게 필요한 내용이라고 할 수 있을 것이다. 그러나 다양한 장애종류와 복합적인 서비스 욕구를 고려해 볼 때, 최소서비스 기준 마련에는 일정기간 집중적인 연구가 필요하며, 동시에 최소기준에 따라 공급자를 관리하는 체계의 구축도 여러 가지 대안들을 종합적으로 검토하면서 결정되어야 할 문제일 것이다.

#### 사. 이용자의 권리보장 제도화

이용자의 권리보장과 관련해서는 세 가지 과제가 제시되어 있다. 첫째, 정부 관계자, 이용자 또는 가족, 대변자, 변호사 등으로 구성된 위원회를 가동하여 거주시설에서 반드시 보장되어야 할 이용자의 구체적인 권리를 문서로 발행하여 공식화할 필요가 있다는 점이다. 권리보장 문서의 내용에는 권리보장의 일반적 원칙과 지침, 스스로 권익을 주장할 수 없는 사람의 경우에 권익옹호자를 지정할 수 있는 권리, 시설 외부의 사람들과 제약 없이 접촉할 수 있는 권리, 개인 소유물에 대한 권리 등이 포함되어야 할 것이다. 둘째, 서비스 제공자 차원에서 이용자 권리보장을 위한 윤리강령 제정이 필요하다는 점이다. 이용자 권리보장을 위해 시설 내 서비스 제공자들이 지켜야 할 윤리강령을 제정하여 실천하도록 해야 이용자의 권리보장 선언이 현실화될 수 있을 것이다. 셋째, 이용자의 권리가 보장되지 않을 때, 이용자들이 쉽고 간편하게 언제든지 제기할 수 있는 이의제기 절차를 공식화할 필요 있다는 점이다. 이의제기의 공식적 체계는 지방정부의 책임 하에 설정하고, 중앙정부의 지도감독이 가능도록 해야 할 것이다. 이의제기를 신청할 수 있는 사람은 이용자 본인뿐만 아니라, 그 가족 또는 대변인도 할 수 있도록 하고, 다만 가족 또는 대변인의 경우 이용자의 동의를 거치도록 할 수 있을 것이다. 이러한 이의제기 체계는 시설에서 제공되

24) 이런 기구의 사례는 대표적으로 영국의 CSCI(Commission for Social Care Inspection)을 들 수 있을 것이다. 여기에 대한 자세한 내용은 <http://www.csci.org.uk>를 참조할 수 있음.

는 서비스에 대하여 시설 책임자를 상대로 하는 이의제기 단계, 시설 책임자에게 제기한 내용이 만족스럽게 처리되지 못한 경우 지방정부를 상대로 하는 이의제기 단계, 지방정부에 만족하지 못하는 경우에 중앙정부를 상대로 하는 이의제기 단계, 여기에서도 만족하지 못하는 경우에 법원에 제기하는 단계 등으로 구조화 될 수 있을 것이다.

이런 방향으로의 개편은 장기요양체제에서도 동일하게 필요할 것이며, 장기요양체제의 구축과정과 동시에 진행할 수 있을 것이다.

#### 4. 결론

장애인서비스의 제공방법을 기존의 일괄보조금 지급방식에서 개인별 평가를 통한 개인별 지원방식으로서의 변화는 개인의 선택과 개별성의 존중이라는 측면에서 긍정적인 방향이라고 할 수 있을 것이다. 장애인공적요양보장제도의 도입은 이런 측면에서 긍정적으로 평가할 수 있을 것이다. 그리고 이 제도에는 거주지원서비스와 재택지원서비스가 단일한 체계에 의해서 포괄되도록 하는 것이 일반적이고 바람직하다고 할 수 있을 것이다. 그러나 이를 위해서는 구체적으로 검토되어야 하는 과제들도 있다. 이런 과제들에 대한 검토를 토대로 공적요양체제를 출발시점에서 어떤 서비스를 포함시킬 것인지, 어떤 조건이 갖추어졌을 때 도입에서 제외되었던 서비스 분야를 편입해야 하는지 등에 대한 전략적 구상이 마련되어야 한다. 이런 점에서 대규모 격리보호와 획일적 보호라는 특성을 지니고 있는 기존의 생활시설 서비스를 소규모의 지역사회 친화적이면서, 개인의 선택과 자율성을 지원할 수 있는 방식으로의 변화를 표방하고 있는 장애인거주시설 개편의 과제는 어느 시점에서 어떤 조건을 갖추었을 때 공적요양체제에 편입할 수 있는지를 검토해 볼 필요가 있다. 이와 관련하여 본고에서 검토한 내용을 종합해 보면 다음과 같다.

첫째, 거시적인 측면에서 노인요양서비스와 장애인서비스의 실재하는 차별성을 고려하는 것이 필요하다. 이러한 차별성은 일반적인 서비스 목표의 차별성, 서비스 대상의 특성과 관련된 차별성, 서비스를 주도하는 담론의 차별성 등이 종합적으로 고

려되어야 한다.

둘째, 구체적인 측면에서 장애인거주시설 서비스의 개편 과제가 제기하고 있는 과제들을 장기요양체제 도입과의 부합성이라는 측면에서 검토하는 것이 필요하다. 대규모 시설이 주류인 현재 시점에서는 개인별 수가 지급 방식의 공적요양체제는 대형시설을 유지하거나 유도할 수 있는 위험이 있다는 점에 주목할 필요가 있다. 그리고 소규모 시설이 상당히 확대된 이후에도 시설의 소규모화 정책을 실현하기 위해서는 30인 이상의 인원부터는 수가 할인방식의 마련 등이 필요하다. 그리고 거주서비스의 최소기준 마련, 다양한 서비스를 포괄할 수 있는 수가 기준 마련, 시설 서비스 이용자격 완화에 따른 자기부담 방식 개발의 문제 등이 고려되어야 한다. 그리고 장애인공적요양제도는 노인요양보험과는 달리 지방정부의 주도하에 이루어질 것이기 때문에 공적 전달체계의 개편과도 보조를 맞추는 것이 필요하다.

이런 측면들과 아울러 현실적인 문제점들도 세밀하게 고려되어야 한다. 예를 들면, 현재 시설에서 생활하고 있는 무연고자에게 어떤 방법으로 서비스를 제공할 것인가에 대한 대안이 마련되어야 한다. 현재 시설에서 생활하고 있는 무연고자의 경우 장애상태에 따른 입소라기보다는 적절한 지역사회 보호체계의 부재에 따른 입소라고 볼 수 있다. 최근 3년(2005년-2007년)간의 생활시설 신규입소자의 통계를 보면 총 신규입소자는 4,140명이고, 이중 무연고자는 802명으로 전체 신규 입소자의 19%에 이르고 있다(보건복지가족부, 2008). 더구나 오래 전에 입소한 경우는 무연고자의 비율이 더 높았던 점을 고려하면, 전체 생활시설 거주 장애인 가운데 무연고자의 비율은 이 보다 상당히 높을 것으로 추정된다. 이들 무연고자의 경우 장애상태보다는 보호체계 부존재로 인하여 입소한 경우이기 때문에 공적요양체제에 의해 등급 판정을 할 경우 소위 ‘등급 외 자’로 평가될 수 있을 가능성이 높다. 이들은 직원의 관여도가 아주 낮은 자립홈이나 공동주택과 같은 환경에서 거주하는 것이 더 바람직할 수 있을 것이다. 따라서 공적요양체제를 도입하기 전에 이들에 대한 거주 대안이 먼저 마련되는 것도 중요하게 고려되어야 할 요소라고 할 수 있다.

이런 전반적인 상황을 고려해 볼 때, 거주시설 서비스 영역은 2010년에 장애인장기요양보장제도에 편입하기에는 많은 부작용이 우려된다. 향후 장애인거주시설 개편

과 장애인공적요양제도의 동행은 일정한 유예를 두는 것이 바람직할 것으로 보인다. 향후 자연스러운 동행을 위해서는 거주시설 개편을 일정에 따라 충실히 수행하는 것이 우선적으로 중요하며, 이와 함께 장애인요양서비스의 특수성을 반영하는 최소 서비스 기준개발, 거주서비스 수가체계 개발, 소규모화를 격려할 수 있는 규모별 할 인방식의 개발 등이 동시에 진행되어, 장기요양체제로의 편입에 필요한 조건을 마련하는 것이 필요할 것이다.



## 제6장 자립생활관점에서의 외국의 장애인장기요양보장제도 유형비교

### 제1절 서론

장애인은 선천적이든 후천적이든 사회 환경의 다양한 제한과 억압 속에서 살아갈 수밖에 없는 것이 우리사회의 현실이다. 특히, 이러한 제한된 환경은 장애인의 삶을 한정시키고, 사회적 차별을 가중시키는 결과를 가져온 것도 사실이다. 장애인의 삶은 어쩌면 비장애인과의 의지와 협력에서 살아가야 하고, 그러한 가운데 무엇보다 필요한 서비스가 활동보조서비스(PAS : Personal Assistance Service)인 것이다.

전통적인 사회에서의 장애인활동보조는 가족의 몫이었고, 부모의 역할이었다. 그렇기 때문에 가족의 부담은 증가되었고, 그 부담이 커지면서 생활시설이 등장하였다. 생활시설의 이점은 가족의 수발문제를 집단적으로 해결해 줄 수 있다는 측면에서 정책적인 선택이었고, 장애인자신의 의지와는 상관없이 집단요양을 강요받을 수밖에 없었다.

그러나 현대사회에 들어오면서 장애인의 인권의식의 향상과 자기선택의 권리가 증가하면서 자립생활(IL: Independent Living)의 이념이 확산되었고, 시설생활에서 지역생활로 발전하게 되었다. 또한, 지역생활에서 다양한 장애인의 욕구와 특수성 때문에 제공자 중심의 장기요양서비스를 수요자 중심의 활동보조서비스로 전화하고자 하는 노력이 지속적으로 확대되어 왔다. 기존의 선행연구로서 김경미(2005)와 이익섭(2007) 등의 선행연구가 있으나 이들의 선행연구들은 미국의 제도를 중심으로 고찰했으며, 장애인활동보조서비스와 선행 이론들에 대한 모델을 소개하고 있다.

본 장에서는 자립생활(IL)의 관점에서 외국의 장애인 장기요양서비스는 어떤 모델로 제공되고 있는지에 대하여 유형별로 정리해 보고자 한다. 특히, 장기요양서비스

(Long Term Care Service)라 함은 기존의 노인 장기요양서비스에서 제공되어 왔던 서비스 유형을 총칭하는 용어로 발전하여 왔으며, 장애인 케어 서비스 영역에서는 Attendant Care 서비스나 활동보조서비스(PAS) 또는 개별지원제도(Individual budget support), 직접지급제도(Direct Payments) 등으로 장기요양서비스 관점과는 다른 측면에서 발전해 왔다고 볼 수 있다(Ratzka, 1986).

따라서 본 장에서는 장애인 활동보조서비스를 자립생활의 관점에서 제도화하여 서비스를 제공하고 있는 모델을 중심으로 미국, 일본, 영국, 캐나다, 스웨덴의 5개국을 대상으로 제도의 유형을 비교하였으며, 이 제도가 주는 시사점에 대하여 고찰하고 한국의 장기요양서비스 모델 구축을 위한 시사점을 찾고자 한다.

## 제2절 활동보조서비스(PAS)의 개념

PAS개념과 관련하여 일반적으로 아래의 개념을 사용하며, 여러 학자들의 견해는 기본적으로 ADL의 기능보조와 사회참여에 관한 지원 부분을 PAS지원 대상으로 규정하고 있다. 세계장애연구소(WID)가 조사한 자료에 근거하여 제시한 PAS의 정의는 다음과 같다.

“PAS란 한 가지 또는 복수의 일상생활에 있어서, 장애로 인한 지역사회생활을 하는데 있어, 본인 스스로 신변처리가 불가능한 장애인을 대상으로 서비스를 제공하고, 최대한의 자기관리권을 부여하여, 장애인의 자립생활을 통한 자기실현을 추구하기 위한 서비스이다. 또한 장애인의 장애정도에 따라 직접지원 또는 간접지원을 병행하는 서비스”(Simi Litvak et al. 1987 : 10-12)이며, 그 대표적 항목은 다음과 같다.

- 일상생활행위에 관한 항목 : 목욕, 배설, 옷 갈아입기, 세면, 식사보조 등의 신변처리를 포함함
- 가사지원에 관한 사항 : 장보기, 청소, 요리보조 등
- 장애인 부부의 양육 보조 : 아동 돌보기, 아동의 배설, 목욕, 보육보조 등
- 일상생활에 관한 조언 : 금전관리, 시간관리, 일정관리 등의 보조
- 커뮤니케이션 보조 : 수화통역, 점자통역, 낭독보조, 대필보조



- 긴급지원서비스 : 긴급연락, 복지긴급 콜, 우애방문
- 이동의 활동보조 : 안내보조(가이드 헬퍼), 대리운전(시각장애인) 등

한편 Verbrugge, L. M, and P. Sevak(2002)는 활동보조서비스의 범위를“목욕하기, 옷 입기, 침대나 의자에서 이동하기, 화장실가기 등의 일상생활기술(ADLs : Activities of Daily Livings), 식사하기, 약 먹기와 식품 구입하기, 식사준비, 집안일 등과 같은 수단적 일상생활기술(IADLs : Instrumental Activities of Daily Living) 등, 신체유지와 지역사회 내에서의 생활에 전반적으로 필수적인 특정 활동과 관련하여 개인에게 제공되는 도움을 말함”이라고 기술하고 있다.

한편 PAS를 신체 기능적 측면보다 사회관계적 측면에서 정의하고 있는 학자도 있는데 그 대표적인 학자가 스웨덴의 Adolf D. Ratzka이다. Ratzka(1993)는 “PAS란, 장애인 당사자가 활동보조인에게 일상생활의 보조를 받음으로써 신체적, 심리적으로 역량이 강화되는 행위이며, 장애인 본인이 할 수 없는 일상생활활동의 도움(보조행위)을 통하여 자립을 성취하는 서비스 행위를 말한다. 인간은 장애를 갖지 않았다면, 누구든 노력하면 원하는 행위를 할 수 있지만 장애로 인하여 그 행위가 제한된다면, 그것은 사회적 평등에서 벗어난 것이며, 사회적 평등을 회복하기 위하여 활동보조서비스(PAS)가 필요한 것이다. PAS는 신체적·정신적·사회적 관계를 지원하는 중요한 서비스로서 규정”된다고 제시하고 있으며, 사회관계적 측면이 이 제도에서 중요하다는 의미를 내포하고 있다.

鄭鍾和(2005 : 123-124)는 이러한 선행연구를 바탕으로 PAS를 다음과 같이 정의하고 있다. 즉, “장애인에게 활동보조서비스란, 장애가 없었다면 당연히 행할 수 있었던 일상생활상의 행위가 장애로 인하여 할 수 없게 되었을 때, 그 신체적 케어와 심리적·사회적 생활을 보조하기 위하여 동반되는 인적 지원서비스로서, 자립생활의 철학에 근거하여 출발한 개념이며, 기존의 홈헬퍼서비스나 자원봉사와는 차별성 있는 사회적 시스템에 의한 서비스”라고 전제하고 있으며, PAS의 기본철학은“자기선택과 결정에 근거한 참여가 원칙이 되어야 하며, 공적 서비스 원칙, 활동보조인과의 대등한 관계구축, 직접급여에 의한 당사자의 권한강화, 소비자로서의 서비스 구매력 강화”등을 들고 있다(Ratzka, 2004).

이처럼 장애인의 활동보조서비스는 이념은 장애인자립생활의 철학을 배경으로 하고 있으며, 서비스의 본인선택권과 결정권을 중시하고 있다는 이념적 성향을 파악할 수 있다.

### 제3절 선진국의 장애인활동보조서비스 제도

본 장에서는 위에서도 언급한 바와 같이 선진국의 활동보조서비스로서 미국, 일본, 영국, 캐나다, 스웨덴의 5개국을 고찰<sup>25)</sup>하였다. 이들 국가는 중증장애인의 활동보조서비스가 매우 발달된 국가이며, 자립생활의 역사 또한 오래된 선진국으로 기존의 노인요양서비스의 틀을 벗어나 장애인의 독자적인 활동보조서비스 모델을 구축한 나라이기 때문에 자립생활의 관점에서 제시하는 바가 크다고 하겠다.

#### 1. 장애인 활동보조서비스 관련 법률

미국의 경우는 법의 기본이념이 자립과 사회참여를 축으로 하는 차별금지 및 평등이기 때문에 자립생활은 장애인의 당연한 생활권으로 인정하고 있는 것이 특징이다. ADA법이 그것을 규정하고 있고, 재활법(Rehabilitation Act) 제501~508조에서 구체적으로 규정하고 있다. 영국이나 스웨덴, 캐나다, 일본 등의 국가에서도 기존의 노인요양서비스와는 별도로 장애인 케어 서비스의 욕구를 반영한 독자적인 법률을 가지고 있으며, 이 제도의 틀은 기존의 장기요양서비스의 틀 위에 구축된 서비스 모형이라고 볼 수 있다.

25) 본고에서 기술하고 있는 5개국에 대한 논문의 기술내용은 일본의 사회복지학회 및 한국의 사회복지학회 등에서 몇 차례 발표했으며, 참고문헌에서 제시하고 있는 논문을 통하여 발표하였다.

&lt;표 6-3-1&gt; PAS관련 법률의 제정

구 분	장애인 PAS 관련 법률(중앙정부 및 지방정부 관련 근거 법률)
미 국	-Social security Act(1965) -Medicare(Title 제5장 1~2항) -Medicaid(title 제19장), Rehabilitation Act 1978(제501~508조) -Home and Community Based Services(HCBS) Waivers 1981 -ADA법(1990) 등
영 국	-National Health Service and Community Care Act 1990 -Community Care(Direct Payment) Act 1996
캐나다	-Ontario Disability Support Program(ODSP,1993-2007) -Direct Funding Program(DF, 1997) Ministry of Community and Social Service, Ontario Government, Canada
스웨덴	-Lagen om stod och service for vissa funktionshindrade(LSS, 1993.5.27, No.387) -Lagen om assistansersattning(LASS, 1994, No.389)
일 본	-장애인자립지원법(2005년 10월 제정, 2006년 4월 시행)

<표 6-3-1>에서 보는 바와 같이 활동보조서비스는 어느 특정 법률만으로 지정되어 있는 나라도 있으나 대부분 노인과 장애인의 케어서비스를 종합적으로 다루고 있고, 장애인활동보조서비스는 특별한 니즈(needs)로 구분된 서비스로 규정되기도 한다. 이 법률의 특징은 제도를 지원하고 장애인의 특수성을 고려한 정책결정이 특징이다.

미국의 경우는 사회보장법(1965) 제18장에서 재가건강치료서비스를 받는 사람에 대하여 활동보조서비스가 제공되고 있으며, Medicare(노인의료보험제도)의 대상자가 서비스 대상으로 지정된다.

사회보장법 제19장에서는 Medicaid서비스를 규정하고 있는데, 이 기금을 통하여 소득이 낮은 사람인 경우, 병원·요양원·시설 보호에 필요한 조치와 비용이 지급된다. 또한 Medicaid 기금은 Medicaid PC-Option과 Medicaid Waiver를 통하여 활동보조 서비스를 제공하는데 이것은 각 주정부의 선택적 결정에 의하여 지원되고 있다.

또한 재활법에서도 활동보조서비스를 규정하고 있고, 이 서비스를 장애인자립생활 센터를 통하여 또는 직접지급(Direct Payments) 형태로 지원되고 있다.

영국의 경우, National Health Service and Community Care Act 1990에 의하여 1990년에 시작된 지역사회 생활에 대한 홈 헬퍼 서비스가 지원되었고, 개별지원 프로그램으로 1996년에는 Community Care(Direct Payment) Act 1996가 제정되어 실시되고 있다. 이 두 법률은 서비스 지원형태에 따라 차이가 있으나 전자는 지역사회의 노인, 장애인을 위한 포괄적인 서비스를 규정하고 있는 반면에 후자는 장애인의 특수성을 인정하여 직접지급 형태로 제3자 기관을 통한 Direct Payments 형태로 운영되고 있으며, 최근 중증장애인의 서비스 욕구가 증가되고 있는 추세에 따라 욕구가 다양화되고 있는 양상을 보이고 있다.

캐나다의 경우는 연방정부가 사회보장에 관한 근거법률을 가지고 있지만 장애인이나 노인에 대한 장기요양서비스에 대하여는 주정부가 독자적인 프로그램에 의하여 지원하고 있기 때문에 필자가 조사한 Ontario Disability Support Program (ODSP, 1993-2007)의 프로그램의 경우는 장애인의 장기요양서비스를 자립생활의 철학에 기반 한 자립생활 직접급여기금(Direct Funding)에 의하여 운용되고 있다.

스웨덴의 경우는 사회서비스법(LOS)과 기능장애인 지원서비스법(LSS, 1993) 및 중증장애인개별지원서비스(LASS, 1994)법이 있는데, LOS의 경우는 노인 및 장애인의 전체적인 사회서비스의 장기요양서비스(Home Help Service 포함)에 대하여 규정하고 있으며, LASS의 경우는 신체 장애인을 대상으로 하는 장기요양서비스를 제공하고 있다. 특히, LASS는 장애인의 특수한 욕구를 지원하기 위한 법률로 현금급여를 통한 직접지급 방식을 취하고 있다.

일본의 경우는 기존에 시·정·촌 홈 헬퍼 서비스가 197년대 후반부터 도입되어 운영되어 왔으나 이에 대한 재원이 지방자치단체에 의존하고 있고, 서비스 대상 영역이 제한적이어서 1980년 후반부터 국고보조에 의한 시·정·촌 홈 헬퍼 서비스로 확대되었다. 특히, 1997년 노인개호보험법이 제정되면서 사회보험에 의한 서비스로의 전환을 가져왔으며 2000년부터 노인개호보험법이 전면 시행되면서 노인을 대상으로 하는 홈 헬퍼 서비스가 사회보험에 의한 서비스로 확대되었다.

이와 때를 같이하여 2003년에는 장애인도 사회보험 형식을 따른 지원비제도가 시행되었으나 증가하는 비용과 세 장애인(신체, 지적, 정신)의 장기요양서비스 모델의

통합적지원의 필요성으로 인하여 2005년에 장애인자립지원법이 제정되었고, 2006년 4월부터 이 법이 시행되었다. 이 법에서는 장애인의 장기요양서비스를 시설 및 재가를 포함하고 있으며, 등급판정을 5등급으로 판정하여 지원되고 있어서 폭이 넓고 세 장애영역을 모두 포함하고 있다는 측면이 있다.

## 2. 활동보조서비스의 기본 이념

<표 6-3-2>에서 보는 바와 같이 제도의 기본이념은 크게 차별금지과 자립생활의 생활권 보장으로 요약할 수 있는데, 스웨덴이나 캐나다의 경우 자립생활의 이념(자기선택과결정)을 구체적으로 명시하고 있는 것이 특징이라고 볼 수 있다.

<표 6-3-2> PAS의 기본이념

구분	기본이념(관련법 및 제도운영의 지침에서 규정하고 있는 기본이념)
미 국	장애인의 사회참여를 기본적 권리로 인정, 참정권(선거권), 이동권(PAS지원, 무장벽화, 공공건물의 접근성 보장), 생활권(연금 및 수당지급, 지역생활권 인정), 고용, 자립생활(IL)은 장애인의 자기선택과 결정에 의한 권리의 행사라는 기본이념을 법률에 명시하고 있음, 특히 재활법 제501~508조 및 ADA법 등에 명시
영 국	1990년의 지역보호법(Community Care Act)제정으로 지역자립생활을 정책의 기본으로 함, 지역생활권과 수준 높은 케어서비스의 제공, 사회적 책임에 의한 서비스의 지원, 이용자 주체를 기본이념으로 하고 있으며, 1996년 제정의 현금지급법(Direct Payment Act)을 통하여 장애인의 자기결정과 선택의 자유를 권리로 인정, 장애인의 사회통합과 차별금지를 기본이념으로 규정
캐나다	자립생활의 기본이념인 본인선택, 본인결정을 케어의 PAS의 기본이념으로 규정, 자기관리의 원칙적용
스웨덴	자기관리를 법의 기본이념으로 규정, 지역자립생활은 장애인의 당연한 권리로 규정, PAS는 권리를 수반하는 제도로서 규정하고 있음
일 본	장애인기본법 및 장애인자립지원법에서 정상화(normalization)를 장애인정책의 기본이념으로 하고 있음, 사회연대를 통한 장애인의 사회통합 및 자립지원을 법의 기본이념으로 규정, 자립적 일상생활 및 사회생활이 가능하도록 지원, 안심하고 살 수 있는 사회구축을 법의 기본이념으로 규정하고 있음

위의 표에서 보는바와 같이 장애인 장기요양서비스의 모델이 가지는 이념은 각 국가마다 차이를 보이고 있으나 공통적인 이념은 지역사회 생활의 지원과 자기선택권과 결정권의 존중이라고 볼 수 있으며, 이러한 이념적 성향은 자립생활의 철학을 기반으로 하고 있다고 볼 수 있다.

즉, 사회서비스의 방식을 선택하면서 서비스의 선택권을 강화하고 장애인 개인에 맞는 맞춤형 서비스로서 지원방식을 선택하고 있다는 특징이 있다.

### 3. 지원방식 및 주요재원

<표6-3-3>에서 보는 바와 같이 PAS의 주요재원은 일본을 제외한 대부분의 국가에서 자기부담을 부여하고 있지 않으며, 조세지원방식을 기본으로 하고 있다.

<표 6-3-3> PAS의 주요재원 및 지원방식

구 분	지원방식 및 주요재원, 본인비용부담
미 국	연방정부의 보조금+주정부의 자체재원(일반재원) 조세방식이 기본, 수입에 따른 본인부담 발생, 공공부조대상자는 케어비용과 의료비용 무료, PAS수급자의 60%가 중증장애인으로서 공공부조대상자
영 국	중앙정부 및 지방정부의 책임 하에 Direct Payment Act의 PAS는 일반조세방식으로 지원, 본인부담 없음, 제3자 기관을 통한 PAS비용지급을 현금으로 지급
캐나다	주정부에 의한 일반재원 편성 및 자립생활기금법에서 지원(기본적으로 조세방식), 본인부담 없음, 상한선은 있으나 상한선을 초과할 경우 시·군·구의 소지역 자치단체가 추가비용지원
스웨덴	조세방식(사회보험청에서 재원 편성), 노동으로 인한 수입이나 PAS 상한선 규정 없음, 본인비용부담 없음, 본인의 노동수입과는 무관하며, 사회보험사무소에서 판정하고 급여는 현금으로 본인에게 지급
일 본	조세방식(국가 50%, 도·도·부·현25%, 시·정·촌25%),+본인부담 10%, 혼합방식 채택, 본인부담은 10%가 법률로 정해져 있으나 개인비용부담의 상한선이 있어, 그 이상은 지방정부가 보조하며, 지자체 격차 발생

미국의 경우는 위에서 기술한 대로 연방정부의 Medicare대상자 또는 Medicaid 대

상자인 경우는 서비스의 대상이 되며, 공공부조대상자는 서비스 비용이 전액 무료이며, 연방정부 지원금+주정부 사업예산에 따라 재원이 편성된다. 또한 저소득자의 경우는 평균소득의 125%이상인 장애 대하여 본인부담이 추가되며, 그 이하의 대상자에게는 본인부담이 추가되지 않는다.

영국의 경우는 장애인 Direct Payments(1996)의 경우는 본인부담이 없고, 활동보조인을 개인 고용한 경우는 엄격한 신고를 의무화하고 있다(小川喜道, 2005). 그러나 경증의 장애인으로서 지역사회 홈 헬퍼 서비스를 이용할 경우, Direct Payments의 대상자가 되지 못함으로 이 경우는 소득비례 개인의 서비스 이용에 따른 비용부담이 발생한다.

캐나다의 경우는 연방정부의 기금으로 운용되기 때문에 월 180시간까지는 개인의 비용부담이 없고, 이 시간을 초과할 경우에 한하여 지역 건강보험조합에서 초과한 활동보조서비스 비용을 지원하도록 하고 있으며, 개인소득이 평균소득의 140%를 넘지 않으면 개인부담은 발생하지 않는다(CILT, 1997).

스웨덴의 경우는 사회서비스의 비용을 기본적으로 조세부담으로 하고 있기 때문에 개인비용은 발생하지 않는다. 단, LASS의 대상자는 주당 20시간 활동보조서비스가 필요한 중증이기 때문에 그 이하의 경증장애인이 이용할 수 있는 LOS의 서비스 대상자인 경우는 소득비례부담이 있다(Beatty, 1998).

일본의 경우는 사·정·촌이 기본적으로 서비스 제공 주체가 되기 때문에 재원은 국가50%, 도·도·부·현 25%, 사·정·촌25%의 기준 틀을 가지고 있으며, 이용자의 비용 부담은 공공부조 대상자를 제외한 모든 서비스 이용자가 10%의 본인부담금을 지급하도록 규정하고 있다( ).

서비스 이용료의 10%이기 때문에 중증장애인일 경우 그 비용부담이 커지고 있으며, 저소득층의 경우는 비용부담 상한선을 정해놓고 그 차액을 지자체에서 지원해주고 있다. 이 때문에 지자체 별로 격차가 발생하고 있다.

#### 4. 서비스의 주요대상

아래의 <표 6-3-4>에서 보는 바와 같이 PAS의 주요대상은 대부분의 국가에서 16세 이상 65세미만의 대상자를 지원 대상으로 하고 있다. 이는 16세(또는 18세) 이하의 경우 아동복지법 등에서 별도의 활동보조 프로그램을 가지고 있고, PAS 제도가 대부분 장애인 당사자가 관리하는 원칙이어서 아동에 대한 권리를 부모에게 위임하는 경우가 대부분이므로 16세 이상의 연령 규정을 두고 있다고 판단된다. 또한 65세 이상의 경우 노인복지법 등 의 장기요양보호의 대상인 경우 별도의 개호보험법이나 노인요양보호에 관한 법률이 있어서 제도운영상의 연령규정을 두고 있는 것이 현실이다. 이 경우 연령의 차이에 따른 서비스의 차등이 발생할 수 있는데 영국이나 스웨덴의 경우 이 문제로 인하여 당사자 집단과의 의견대립이 있는 것도 사실이며, 일본의 경우 관련 제도 우선의 법칙을 적용, 65세 이상의 노인 장애인인 경우 개호보험법에서 우선적으로 지원한다는 타제도 지원우선의 규정을 적용하고 있다.

<표 6-3-4> PAS의 지원 대상

구 분	서비스의 주요대상
미 국	16~18세 이상 65세 미만의 장애인(주로 신체장애인 대상)으로서 PAS의 자기관리가 가능한 장애인, 주에 따라 연령규정이 다소 차이 있음, 재가생활자 중에서 중증장애인(주당 18시간 이상 PAS 필요성이 있는 자), 지적 장애인의 경우 일부 주에서 가족급여실시, 기본적 대상규정은 Medicare 대상자이어야 함
영 국	16세 이상 65세 미만의 중증신체장애인으로서 지역에서 자립생활을 하는 장애인, 서비스의 자기관리능력이 인정되어야 함, 지적 장애인이나 정신장애인은 대상에서 제외(별도 프로그램으로 지원)
캐나다	16세 이상 65세 미만의 중증신체장애인으로서 지역에서 자립생활을 하고 있는 자, 월 180시간 PAS가 필요한 장애인이 서비스의 대상, 입소 시설 장애인은 대상에서 제외되나 SSLU(그룹홈이나 케어하우스에 해당)에 살고 있는 장애인은 지원 대상이 됨



구 분	서비스의 주요대상
스웨덴	PAS의 자기관리능력이 있는 신체장애인으로 지역에서 자립생활을 하고 있을 것, 주당 20시간 이상의 PAS서비스가 필요하다고 인정되는 자
일본	18세 이상 65세 미만의 전체 장애인(신체, 지적 장애, 정신장애 등), 지역생활자 및 시설생활자도 대상, 일본 국내에 거주등록을 하고 있는 모든 장애인(외국인도 포함됨, 이 경우 장애판정을 새로 받아야 함)

결국 연령규정은 예산의 효율적 적용과 함께 타 제도 우선의 원칙이 적용되면서 장애인 고령자의 경우, 서비스의 등급격차가 발생하고, 이 등급격차가 단순히 연령대로 차등지원 되는 것에 대하여 다양한 의견이 대립하고 있다.

스웨덴이나 영국, 일본의 경우는 65세 이상 된 장애인의 경우, 타제도로 이행하되 기존의 제도에서 타 제도로 이행될 경우에 부족한 비용을 기존의 제도에서 보완 지원하도록 하고 있다.

## 5. 장애등급 판정체계

<표 6-3-5>에서 보는 바와 같이 PAS의 신청은 본인이나 권리대변인이 행하는 것이 통상적 절차이며, 유럽의 경우는 본인신청에 의한 유연한 신청 및 판정체계를 가지고 있는 것이 특징이고, 일본의 경우 장애인복지법에서 장애인 판정이 그러하듯이 객관적이고 의학적인 기준을 적용하고 있는 것이 비교되는 특징이다.

특히 스웨덴의 경우, 자기관리원칙에 의하여 본인이 PAS의 필요성을 기술하고 그것을 사회복지사가 판단하는 과정을 거치고 있는데, 이는 영국의 경우도 사회복지사 등의 전문가가 판정에 직접적으로 관여하고 있는 데서 그 특징을 찾아볼 수 있다. 이 경우, 의사의 진단서가 동반되나 이는 참고 정도이고 일본의 경우처럼 판정에 직접적으로 관여하는 중요한 결정요인이 되지는 않는다. 일본의 경우, 1차 컴퓨터 판정 및 2차 시·정·촌심사회에서 최종 판정하는데 객관적이고 과학적인 판정체계를 운영함으로써 국민적 합의를 얻을 수 있다는 정책적 함의도 포함되어 있다.

&lt;표 6-3-5&gt; PAS의 장애등급 판정체계

구 분	PAS신청 및 등급판정
미 국	지방정부(주정부)에 본인이나 가족이 신청, 병원의 진단서 및 자기평가서 제출, 상담, 현장방문, 지원계획수립, PAS지원확정 및 전달, PAS 등급판정에 불만이 있을 경우, 이의를 제기할 수 있도록 제도화 되어 있음.
영 국	본인이 중개기관에게 상담 및 신청, PAS 필요성의 자기평가보고서(ADL 및 사회참여활동 전반, 수입, 직업, 동거가족 등을 기록), 행정공무원인 케어매니저와 상담, 케어 매니지먼트 및 케어지원계획서 작성, 등급판정(지자체의 케어매니지먼트 평가회의에서 판정), 제3자 기관을 통한 서비스 제공 및 계약서 체결, 3개월 단위 갱신
캐나다	본인의 PAS신청 리포트 제출(ADL 및 사회활동 필요성 등) 및 피어판정위원회(장애인으로 구성되어 있음)에서 심사, 판정결과와 주정부 보고 및 본인에게 통지, 서비스 구입 이용, 중개기관인 CILT을 통해 지원요청
스웨덴	본인신청, 사회보험청 지방사무소의 사회복지사에게 제출 및 상담, 판정회의, 결과통보 및 급여지급, 3개월 단위로 신청하고 있으니 변동사항 없으면 갱신, 잔여일수 및 금액은 연도 말 이월은 불가, 잔액은 전부 반환
일 본	본인 또는 가족신청, 공무원의 가정방문(1차 평가), PAS 판정회의(5인으로 구성, 2차 판정), 최종결정 및 판정통보, 106개 항목(가사, 시력 및 청력, 신변처리, ADL, 의료의 필요성, 일상생활, 개호인 확보상황, 거주환경, 타 기관 및 서비스 상황, 이동 관련 기자재의 보유 유무 등)으로 판정기준 구성, 1차 컴퓨터 판정, 2차는 시·정·촌심사회 판정 및 의사진단서 및 위원의견 판정, 판정에 이의가 있을 경우, 이의신청 가능, 장애판정 등급을 5등급화(노인개호보험과 판정등급체계(ADL79개 항목)를 일원화 했으며, 장애인 특성을 감안한 항목을 27개 항목 추가하여 106개 항목으로 판정표 구성)

## 6. 전달체계

<표 6-3-6>에서 나타나는 바와 같이 전달체계에서 크게 두 가지로 요약할 수 있는데 조세방식을 기본으로 하는 경우, 국가와 지방자치단체의 역할분담(비용의 지불)이 있고, 급여지급시스템에서는 직접지급과 간접급여지원으로 크게 나뉜다.

&lt;표 6-3-6&gt; PAS의 전달체계

구 분	전달체계 <sup>26)</sup>
미 국	본인신청→상담→지방정부 결정→본인통지→활동보조인과 계약→서비스 이용→3개월 1회 결산보고서 제출
영 국	본인 및 가족신청→제3자 중개기관과의 상담→PAS판정→판정결과의 통보(시·군·구 및 본인) →케어 매니지먼트 실시→서비스 이용계약체결→PAS지원계획서 작성 제출(PAS파견사업자 및 본인) →회계보고→연도말 결산보고 실시
캐나다	본인신청→중개기관(CILT)에 신청→피어판정위원회 판정→결과통보(본인 및 중개기관과 주정부)→사업자 계약 및 활동보조인과의 개별계약서 체결→1기에 1회씩 회계보고서 제출(중개기관 대리수행, 수수료 비용 징수 5%있음)
스웨덴	본인신청(서비스 필요성 및 운영계획) →커뮤니 및 사회보험사무소 사회복지사 상담 및 판정→PAS지원결정→본인통지→본인이 활동보조인 구인하여 개인 계약→3개월에 1회씩 사용현황보고→연도말 회계보고(정산보고)
일 본	본인이 시·정·촌에 신청→1차 방문조사(공무원-106개 항목 판정) →2차 평가회의(의사진단서 및 방문 공무원의 방문의견서 참조) →시·정·촌심사회 판정→판정결과(5등급)의 통보→서비스 사업자와의 계약(개별 지원계획 작성-케어플랜 작성)→서비스 이용(대리수령) →사업자 또는 본인이 활동보조인 등록 가능(추천 헬퍼 제도 가능-유자격자만 가능) →서비스이용확인(이용자와 활동보조인의 양자 확인) →사업자는 서비스 지원급여를 시·정·촌에 신청→시·정·촌은 사업자에게 비용지급(장애인 이용권리만 인정하고 현금지원이 아닌 현물지원방식)

직접지급의 캐나다 DF(Direct Funding)방식이나 스웨덴의 경우는 본인 통장으로 활동보조비용이 직접 입금되고 있으며, 영국의 경우는 제3자 기관을 통하여 활동보조비용이 지급되고 있다. 또한 일본과 같이 간접급여방식을 채택하는 경우, 대리수령방식을 채택하여, 본인이 아닌 사업자에게 비용이 지급되고 있고, 본인은 서비스 권

26) 5개국에서 일본만이 현물급여(대리수령방식)를 실시, 4개국은 현금급여로 대처, 영국과 캐나다는 제3자 기관을 통한 현금지원방식 채택하고 있다.

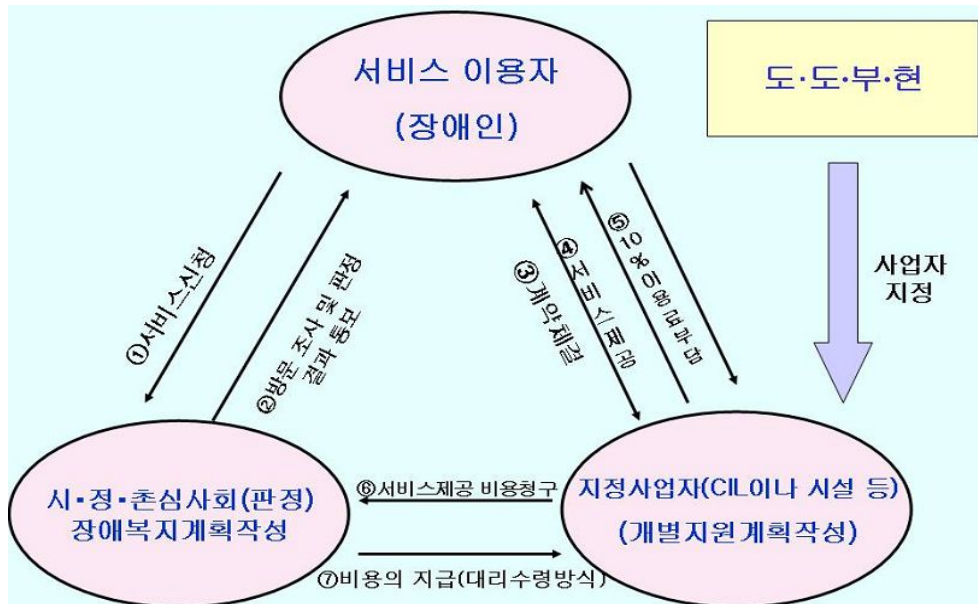
리만을 가지게 된다. 미국의 경우 자기관리가 가능한 경우, 직접지급방식으로 하고 있고, 본인관리가 불가능한 지적 장애인의 경우(캘리포니아 주 등) 대리인(부모나 권리 대변인)을 통하여 급여가 지급되고 있고, 이 경우 가족이나 친족이 활동보조인으로 등록되는 경우가 허락되는 주가 있다. 또한 대부분의 국가에서 운영주체를 시·군·구 등의 기초자치단체에게 위임하고 있는 것이 특징이고 이 경우 지자체의 비용부담이 향후 증가될 것이 예상된다. 전달체계에서 주목할 것은, 중개기관을 통하여 사무 관리를 위임하고, 중개수수료를 지급하는 경우와 본인이 직접급여를 수령하고 활동보조인을 고용하는 방식의 두 가지가 특징으로 보이는데 사무관리비용을 전체 서비스 비용의 5~10%로 정하고 있는 것도 시사점으로 기록된다.

한편 본인관리를 하고, 고용주가 되는 방식이 직접지급의 경우, 본인이 활동보조인의 4대 보험에 대한 책임을 져야 하고, 활동보조인의 인력관리 자체를 책임져야 하기 때문에 충실한 자금관리 능력이 필요한데, 이를 위한 연수도 받아야 한다.

유럽의 경우, 현금을 통한 직접지급방식의 경우, 중증장애인은 회계 관리 등의 정산보고로 인하여 소진되는 경우도 보고되고 있는데, 이의 해결을 위하여 민간기관 CIL(자립생활센터)이나 STIL(스톡홀름 자립생활협동조합) 등이 회계업무만을 위임하여 행하고 있으며, 영국처럼 중개기관에게 비용을 지불하고 위임하여 시행하는 경우도 있다. 부정사용이나 서비스의 투명성을 확보하기 위하여 일본처럼 k업자를 통한 대리수령방식을 선택할 경우, 바우처 지급방식이 용이한데, 바우처 지급방식의 경우, 시장원리를 따르기 때문에 서비스의 질 관리가 용이하지 않을 수 있다는 단점이 있다.

그러나 일본처럼 대리수령 방식의 현물서비스 지원방식의 경우, 현금지급 방식의 단점을 보완할 수 있고, 사업자가 활동보조인을 관리할 수 있어서 4대 보험 등의 활동보조인 관리가 용이한데 이 경우는 보험료까지 고려한 활동보조서비스 단가가 책정되어야 서비스의 질 관리가 가능할 것으로 판단된다.

[그림 6-3-1] 일본의 활동보조서비스 전달체계



일본의 자립지원제도에서는 그림-1에서 보는바와 같이 전달체계가 구체화 되어 있으며, 서비스 지원사업체와 행정기관의 역할분담이 체계화되어 있다.

일본의 장애인 자립지원제도의 전달체계에 대하여 좀 더 구체적으로 설명하면 다음과 같다(정종화, 2008.10.24).

첫째, 서비스 이용자의 권리와 관련하여, 자립지원제도의 대상자는 신체장애, 지적장애, 정신장애 등의 3영역을 모두 포함하고 있으며, 서비스 신청의 권리가 주어진 다. 또한 중증의 난병으로 인한 신체기능상의 문제로 인하여 요양서비스가 필요한 장애인도 시정촌심사회에서 인정을 받아 서비스를 제공받을 수 있다.

둘째, 서비스 제공기관과 관련하여, 지방자치단체로부터 사업자 지정을 받아야만 서비스 인정기관으로 등록되어 서비스를 제공할 수 있다. 개호서비스 제공기관의 책임자는 개호복지사 또는 홈 헬퍼 1-2급 자격증 소지자로서 실무경력 3년 이상인자라

고 규정되어있다. 제공기관의 직원은 상근직 1인 이상을 두도록 규정하고 있다.

셋째, 시정촌심사회와 관련하여, 시정촌심사회는 제1차 컴퓨터 판정(106항목)을 근거로 제2차 판정을 통하여 장애등급을 최종결정하는 심사위원회의 성격을 가지며, 장애등급은 1-6등급까지 결정된다. 판정은 장애정도 판정 항목으로 요리, 청소, 세탁, 쇼핑, 교통수단의 이용, 커뮤니케이션, 신변자립도, 이동 동작, 신체마비정도, 의료관련 항목 등을 중심으로 장애정도 판정을 하고, 이 외에 지역사회생활 관련, 취업관련, 일상생활, 수발자의 유무, 거주환경, 타 제도의 서비스 이용 유무 등을 종합적으로 판정한다.

넷째, 케어매니지먼트의 도입과 관련하여, 장애인 자립지원제도에서는 케어매니지먼트 제도를 도입하고 있는데, 노인 개호보험제도와는 달리, 본인이 케어계획을 작성할 수 있고, 지적장애인이거나 정신장애인 등의 경우에는 케어계획을 케어매니저에게 의뢰하여 작성할 수 있는데, 이 경우에 필요한 비용을 자립지원제도에서 지원해주고 있다. 장애인의 경우, 복합적인 욕구와 전문적인 사정이 필요한 부분이 있기 때문에 케어매니지먼트는 필요에 따라 다양한 욕구사정에 필수적인 요소로 등장하고 있다.

다섯째, 비용의 청구와 지급과 관련하여, 일본의 경우, 대리수령방식을 선택하고 있는데, 이는 현물서비스로서 서비스를 이용하고, 이용료의 본인 부담 분 10%를 서비스 제공사업소에 지불하면, 나머지 90%를 서비스 제공기관에서 시·정·촌에 비용을 청구하는 방식으로 진행된다.

여섯째, 활동보조인의 자격과 연수제도와 관련하여, 일본의 경우, 장애인활동보조인으로 일할 수 있는 자격기준을 정하고 있는데, 개호복지사와 같은 국가자격증, 시도지사체장이 발급하는 연수증명서 및 지정기관의 연수자격증(홈 헬퍼 1-3급)이 있고, 지방자치단체의 독자적인 프로그램에 의한 연수 수료자(50시간이수)이면 활동보조인으로 일 할 수 있다. 홈 헬퍼는 1-3급의 자격이 있고, 지방자치단체장 또는 지방자치단체장이 위임한 기관에서 연수교육을 이수한 사람에게 자격을 부여하고 있다. 개호복지사는 국가 자격이고 전문학교(2년제) 또는 후생노동성 장관이 인정한 교육기관에서 1500시간(2년 과정) 이상을 교육받은 자 또는 개호복지사 국가시험에 합격

한 자에게 개호복지사 자격증을 부여하고 있다. 홈 헬퍼의 1-3급을 취득한 자는 개호서비스 종사자로서 일할 수 있으나 질적 관리를 위하여 시급의 차등을 두고 있는데, 개호복지사나 1-2급의 홈 헬퍼 자격을 가진 자는 신체개호 외의 모든 개호서비스에 종사할 수 있으나 3급 자격증 소지자는 신체개호의 경우 30%, 그 외의 개호서비스에 종사할 경우 10%의 시급 감산을 당한다.

장애인 요양시설의 경우, 홈 헬퍼 2급 자격 이상의 자격증 소지를 원칙으로 하고 있다. 또한 정신장애인이거나 지적장애인 개호서비스에 개호서비스 종사자로 일하는 자는 근무경력이 필수 사항이며, 근무경력이 없을 경우, 자격증이 있어도 30%의 시급 감산을 당한다.

이 외에 중증장애인 포괄지원으로 자격증이 없어도 근무경력(개호시설 등)이 3-10년 이상일 경우, 개호서비스 인력으로 인정하고 있으며, 이 경우는 개호 서비스 대상자가 신체장애인 중에서 전신성장애인(전면수발대상 장애인)인 경우만 인정하고 있다.

홈 헬퍼 자격증 취득을 위한 연수시간은 3급의 경우, 50시간이고 이론 25시간, 실습17시간, 현장견학 8시간이다. 2급 취득을 위한 연수시간은 전체 130시간이고, 이론 58시간, 개호실기42시간, 실습30시간을 이수해야 한다. 1급은 전체 230시간을 이수해야 하며, 이론84시간, 개호실기62시간, 실습84시간을 이수해야 하며, 1급은 주임 헬퍼로서 일할 수 있는 권한이 부여된다.

개호복지사 국가시험은 시험에 합격하면 누구나 개호복지사가 될 수 있고, 시험은 이론과 실기를 실시한다. 또는 연수교육기관에서 1500시간을 이수 하고 수료하면 개호복지사 국가자격이 주어진다.

특이한 사항은 우리나라의 제도에서는 인정하고 있지 않은 부분으로 본인이 추천한 활동보조인을 등록하고, 그 활동보조인을 이용할 수 있는 자천등록 헬퍼 제도인데, 이는 중증장애인의 복합적인 욕구 대응에 매우 효과적이라는 평가를 받고 있다.

특히, 언어장애가 심한 뇌성마비 장애인이나, 자폐장애인의 경우, 본인 또는 권리대변인이 추천한 등록 활동보조인이나 가족이 추천한 활동보조인을 이용함으로써 능률적이고 효율적이라는 평가를 받고 있다.

일급제, 운영재원(조세지원방식)와 관련하여, 자립지원제도에서는 국고 50%의 재원과 도·도·부·현 25% 및 시·정·촌 25%의 재원으로 운영되고 있다.

노인을 대상으로 하는 개호보험제도와 근본적으로 다른 것은, 개호보험제도는 사회보험방식인데 비하여, 장애인자립지원제도는 조세방식을 취하고 있다는 것이다.

2008년도 일본후생노동성이 발표한 장애보건복지 전체예산은 9,532억엔 인데, 이 중에서 자립지원제도의 시행에 필요한 국고부담 분은 4,482억엔으로 발표하였다(후생노동성, 2008년도예산).

자립지원제도의 운영에 필요한 재원은 매년 증가되고 있는 추세에 있으며, 비용효율화를 위한 논의와 함께, 사회복지서비스에 있어서의 비용정산제도를 도입하여 시행하고 있다.

## 7. 서비스 상한의 설정

<표-7>에서 보는 바와 같이 서비스의 상한선은 기본적으로 설정하고 있지 않은 것은 중증장애인의 서비스 욕구가 예산에 따라 욕구가 결정되어질 수 없기 때문이다.

이는 그 대상자가 24시간 PAS가 필요한 점을 감안한 특징에서 찾아볼 수 있다. 특히 대상자의 선정에서 주당 지원시간이 20~40시간 이상인 자가 그 대상으로 선정되고 있는데, 이는 중증장애인을 위한 제도이기 때문에 최소 필요시간이 주당 20시간 이상인 자를 그 대상으로 하고 있다는 것이다. 또한 서비스의 상한선을 두지 않는 것은 24시간 케어가 필요한 중증장애인의 경우, 서비스 상한선을 둘 경우, 여러 문제를 야기할 수 있기 때문에 상한선을 두고 있지 않은 것으로 판단된다. 캐나다의 경우, 월 180시간의 상한선을 두고 있지만 이를 초과할 경우, 시·군·구의 건강보험 재정에서 재원을 지원하고 있고, 이 경우 지자체의 제정부담의 요인이 되고 있는 것은 사실이다.



&lt;표 6-3-7&gt; PAS의 서비스 상한기준

구 분	서비스의 상한
미 국	미국은 주정부에 따라 상한선이 다르나 평균적으로 주당 40시간을 상한선으로 설정하고 있음, 이 기준이 초과되면 초과분은 모두 지자체의 부담이 되고, 수입(평균소득의 140% 상한)에 따른 개인부담이 적용됨, 또한 빈곤선의 74% 수준에서 그 대상의 상한선이 결정되고 있는 것이 평균적 통계임 <sup>27)</sup> , 주에 따라서는 노동의욕이 높은 사람일수록 지원이 많음
영 국	서비스의 상한은 기본적으로 설정하고 있지 않으나, 케어 매니지먼트의 실시를 통하여 적정 필요도를 엄격히 체크하고 있음, 또한 취업을 목적으로 훈련을 받고 있는 경우 등의 경제적 자립을 위한 PAS서비스가 별도로 지원되고 있음
캐나다	월 180시간 이내에서는 개인부담 없음, 상한을 초과할 경우 지자체 부담 또는 개인수입에 따른 비율부담 적용, 수입의 상한선이 평균임금의 200%까지이므로 개인이용료를 부담하는 경우는 매우 적음, DF(Direct Funding) 프로그램의 상한은 기본적으로 180시간이며, 이를 초과할 경우, 지자체의 건강보험서비스에서 홈헬퍼 서비스 이용으로 보충
스웨덴	노동수입이나 서비스의 상한선은 없음, 개인재산이나 수입과도 무관, 주당 20시간 이상 필요한 자가 대상
일 본	서비스의 상한선은 설정하고 있지 않기 때문에 24시간 PAS서비스 이용 가능, 10%의 개인부담이 존재함, 향후 10%의 개인부담문제로 부족분을 지자체에서 부담하고 있으니 이 문제로 상한선이 발생할 가능성 높음

미국의 경우, 빈곤선의 74% 수준에서 그 상한선이 결정되고 있으나 PAS 지원대상자의 60%가 공적 급여 대상자인 점을 감안한다면, 그 대상자가 중증장애인으로 소득수준이 낮은 장애인이 주요대상자라는 것을 알 수 있다(Kristofer, 2004).

일본의 경우, 서비스 남용을 위한 방편으로 10%의 본인부담을 두고 있고, 케어 매니지먼트를 시행함으로써 영국과 같이 서비스 남용을 방지하는 기능도 함께 가지고

27) 미국의 주정부별 지원규정은 鄭鍾和(2005 : 135-142)에 자세하게 기록되어 있으니 참고하기 바란다.

있다. 그러나 스웨덴의 경우처럼, 근로수입 등과 무관하게 PAS의 상한선을 두지 않고 있는 것은 다른 국가들과 비교해 볼 때 복지국가 스웨덴의 위상을 재차 확인하게 된다. 스웨덴의 특징 중의 하나는 장애인 개인에게 부여된 모든 수입(그것이 연금이나 PAS비용일지라도)에서 세금을 정부에 내고 있다는 것이다. 이는 장애인이 서비스 대상자로서 한정되는 것이 아니라 소비자로서의 위치를 보장받고 있다는 증거이다. 즉, 활동보조서비스에서 직접급여대상자는 활동보조인을 고용하는 고용주가 되고, 활동보조비용은 운영자금이 되어, 이 자금의 사용에서 세금을 국가에 내고 있고, 소비자로서의 권리를 인정받고 있다는 것이다.

#### 8. 활동보조서비스의 비용지급방식

<표 6-3-8>에서 보는 바와 같이 PAS의 비용지급방식은 중개기관을 통하는 경우와 본인이 직접 수령하는 방식이 있다. 중개기관을 통하는 경우, 수수료를 지급하고 있고, 본인이 직접 수령하는 경우, 사무대행업무도 본인이 행하여야 하는 어려움이 있다.

<표 6-3-8> PAS의 비용지급방식

구 분	PAS비용지급방식
미 국	현금 및 현물지원 혼합방식으로 하고 있으나 자기관리가 가능한 경우는 대부분 현금급여가 원칙, 일부 주에서는 지적장애인이나 정신장애인의 경우는 서비스 지정기관 계약제로 운영하고 있으며, 이 경우는 비용을 사업기관에 주정부에서 지급하고 있음
영 국	현금지원방식(직접지급방식, 본인이 수급), 활동보조인 고용비용, 사회보험비용 포함한 포괄지급, Community Care Act에서는 서비스 수급이나 현금수령을 선택할 수 있도록 하고 있으며, Direct Payments의 경우는 제3자 기관을 통하여 활동보조 운영 자금이 개인에게 지급되고 있다.
스웨덴	현금지원방식(직접지급방식, 본인이 수급), 활동보조비 및 사회보험비용 모두 본인에게 포괄지급, 중개기관을 이용할 경우 수수료 7% 지급, 2003년 기준으로 지급단가는 시급 23,000~27,000원(인건비+사회보험료 포함)
일 본	현물지원방식(대리수령방식, 사업자가 수급), 사업비 단가에서 사업소별 지급단가 차이 있음, 시급제로 활동보조인에게 사업자가 지급, 장애인 본인의 지급권한은 없음, 단가는 평균시급 1,200~1,700엔 정도(활동보조 시급을 기준으로 산정)

미국, 캐나다, 영국, 스웨덴, 일본을 비교해 보면 직접지급방식을 채택한 나라들과 간접지급 방식을 채택한 나라들 간의 차이를 볼 수 있는데, 활동보조서비스의 지급 단가에서 차이를 보이고 있으며, 대리수령 방식을 채택하고 있는 일본의 경우, 사업자가 활동보조인을 고용하고 시급을 지불하고 있기 때문에 비교적 안정적으로 운영을 할 수 있지만 사업비 단가가 비교적 높지 않기 때문에 활동보조인의 평균임금에서 낮은 수준을 보이고 있다.

#### 9. 활동보조인 확보방법

<표 6-3-9>에서 보는 바와 같이 활동보조인의 모집에는 국가마다 다양한 방법이 동원되고 있으나 자기관리원칙을 적용하고 있는 경우는 본인이 모집, 면접, 채용하는 과정이 일반적이며, 기관에 의뢰하는 경우도, 모집은 기관에서 하고, 기관으로부터 소개를 받아 면접하고 채용하는 경우가 일반적이다. 이 경우, 소속을 기관에 둘 것인지 본인에게 둘 것인지는 지급방식에 따라 달라지며, 지급방식이 직접지급일 경우는 본인에게 주게 되지만 간접급여방식일 경우는 기관에서 관리하고 소속도 기관에 속하게 된다.

&lt;표 6-3-9&gt; PAS의 활동보조인 확보방법

구 분	PAS의 활동보조인 확보방법
미 국	본인이 모집 및 고용, CIL 등에 의뢰하여 모집하고 면접을 통하여 채용하는 경우도 많음, CIL이 활동보조서비스를 직접 지원하는 곳(사업하는 곳)은 사회보험 방식을 채택하고 있는 나라에 비하여 매우 적은 편임, 타인케어 원칙으로 함
영 국	본인이 고용하고 계약하는 것이 원칙, 중개기관의 소개로 면접채용도 증가하고 있음, 일반사업자로부터의 채용도 많음, 노인케어서비스 사업자로부터 하는 경우도 많음, 지적 장애인의 경우 가족 인정
캐나다	중개기관이 모집하여 소개, 본인이 면접채용, 중개기관을 통할 경우 수수료 및 알선료 지급, 광고료지급, 가족은 활동보조인이 될 수 없음
스웨덴	STIL(스톡홀름 자립생활협동조합)의 중개기관을 통하여 활동보조인 확보, 소개만 하고, PA의 조정이나 일정관리 등은 본인이 관리, STIL은 사무비용의 중개 수수료 10%(PAS계획서 작성 등)를 받음, 회계비용은 별도 징수
일 본	CIL이나 본인이 추천한 사람을 등록하여 파견, 홈헬퍼 2급 이상 자격필요, 또는 지자체의 50시간 연수 프로그램 수료자, CIL의 활동보조인 60%가 학생 및 직장인, 주부 30%, 일반사업자(개호보험사업자) 파견의 경우 주부 60%(파트), 모집은 사업자를 통하여 하고 면접 후에 채용, 계약서 체결, 전업 활동보조인이 매우 적은 편임, 저단가가 원인, 24시간 활동보조가 필요한 중증장애인의 경우 월 평균 12명의 활동보조인을 투입(2005년 지원비 제도 분석)

활동보조인 인력양성에서 제도가 가지는 공통점은 타인보조를 원칙으로 규정하고 있다는 것이다. 가족이나 친족이 케어할 경우는 예외규정으로 정하고 있지만, 이 경우에는 본인추천 활동보조인 제도를 운영하고 있는 것이 특징이다. 특히, 지적장애인이거나 자폐, 정신장애인 등의 특수한 장애상태에 있는 경우는 가족이 활동보조인이 될 수도 있는데, 이는 특수한 상황에서 예외적으로 인정하고 있는 규정이다.

특히, 언어적 문제나 신체적 문제로 인하여 활동보조인이 쉽게 교체되는 문제로 어려움이 예상되는 경우, 뇌병변장애나 ALS(Amyotrophic Lateral Sclerosis, 근위축성 측삭경화증) 등의 중증장애인에는 본인이 추천 등록한 활동보조인을 기관에 등록하고 그 사람을 파견 의뢰 하는 경우가 보편적이다. 물론 활동보조인의 신분보장(4대 보험 등)은 국가에 따라 다르지만 사회보험방식에 비하여, 활동보조인의 노동조건이

비교적 안정적이지 못한 것은 공통적 요소이다. 즉, 이직률이 높고, 급여가 저임금이고, 인간관계가 어렵다는 등의 이유에서 활동보조인에 대한 신분안정은 정책적 과제로 남아 있다.

## 10. 제도의 이점과 단점

지금까지 활동보조서비스의 5개국 비교를 통하여 제도의 여러 측면들을 조사해 보았다.

장애인의 케어 문제는 각 국가의 생활방식이나 제도에 대한 철학적 접근이 다르기 때문에 유럽의 국가들과 아시아의 국가들이 서로 다른 양상을 보이고 있는 측면이 있다. 특히, 가족주의적인 성향이 강한 아시아의 경우, 이용요금의 본인부담에 대해서도 유럽과는 다른 양상을 보이고 있는 특징이 있다. 각 나라의 제도의 장단점을 표로 정리해 보면 다음과 같다.

<표6-3-10> 제도의 장단점 비교

구 분	제도의 이점	제도의 단점
미 국	자립생활의 철학을 바탕으로 하는 제도시행, 장애인의 역량강화, 사업자를 통하는 것보다 비용절감, 효율성 높음, 만족도 높음, 본인이 원하는 활동보조인 모집 및 관리가 용이, 장애인 당사자의 권한 극대화(고용 및 해고의 자율성), 당사자 주체의 당위성 확보	중증신체장애인이 주요대상으로 자기 관리능력이 없는 사람은 대상에서 제외되고 있음, 사회적 서비스로서의 체계 미흡, 보편적 서비스로서의 국가책임 미흡, 주정부 비용부담 증가(Medicare와 Medicaid의 지방정부 부담 증가), 주정부에 따라서 지방격차 많음
영 국	중개기관을 통한 사회적 합의 도출, 평가 및 책임성 강화, 중증장애인의 사회 참여 극대화, 비용절감, 효율성 극대화, 활동보조인의 신분보장(중개기관이용의 경우)	궁극적으로는 현금지급이나 당사자의 통장에 입금되는 주체가 정부가 아닌 제3자 기관이므로 권리에 기반을 둔 제도운영의 과제가 남아 있음, 활동보조인의 개별관리와 회계 관리를 본인이 할 경우, 비용은 절약되나 이것으로 소진되는 경우가 많음, 자기관리의 대안모색 필요

구 분	제도의 이점	제도의 단점
캐나다	자립생활의 철학에 기초한 제도의 설계, 셀프 매니저로서의 위상확립, 자기선택의 기회확대, 사회참여기회의 확대, 자기결정의 기회증대로 역량강화 증대	시설입소자에게는 기본적으로 자격이 주어지지 않음, 지역생활자에게 자격 부여, 상한선을 초과할 경우 결국 지자체에 따른 격차발생, 노동법 적용이 까다로워 활동보조인의 해고가 어려움, 문제발생 시의 대처 시스템 미흡
스웨덴	자립생활의 철학에 기반을 둔 제도의 설계, 중증장애인의 사회참여확대, 활동보조인의 신분보장, 최중증장애인도 지역사회에서 자립생활가능, 장애인의 역량강화 입증	연도 말 이월제도, 상한선이 없으므로 서비스 비용의 남용 예상, 자기관리능력이 없는 지적 장애인 등의 대책이 미흡, 사무적 절차가 복잡하여 본인관리보다는 STIL(중개기관)에게 위임하는 경우가 많음
일 본	전체 장애인을 대상으로 제도설계, 보편적 사회보험방식에 가까운 공적 사회보험+조세방식의 복합방식 채용, 서비스 판정의 공정성(객관적 기준 적용) 확보, 전국 균일적 서비스 시스템 구축	본인부담(10%)으로 생계압박, 전임활동보조인 확보곤란(저비용), 활동보조인의 고용환경 열악함, 장애인 당사자의 자기관리능력 부족, CIL의 사업모형전환으로 상담이나 자립생활 프로그램 시행이 미흡, 시장경제원리가 PAS에 침투하여, 질적 저하초래(저단가원인)

## 11. 향후 정책과제

<표 6-3-11>에서 나타낸 바와 같이 정책과제로서의 공통적 문제는 제도를 별도로 운영하는 데서 오는 예산확보의 문제이다. 그러나 PAS가 기존의 홈헬퍼제나 장기요양보호와 의료모델에서 탈피하여, 생활모델로의 전환을 제시하고 있다는 데서 패러다임의 전환이라는 성과를 가져왔으며, 장애인의 사회참여에 PAS가 크나큰 효과를 가져왔음에 대하여는 재론할 여지가 없다.

&lt;표 6-3-11&gt; PAS 제도운영의 정책과제

구 분	향후 정책과제
미 국	장애종별 및 지역격차 문제, 지자체의 재원확보의 곤란, 경제요인으로 인한 연방정부의 보조금 저하
영 국	노인과 장애인의 케어문제의 통합문제, 사회보장 문제(각종수당문제)와 PAS 문제의 구분에 관한 정책과제, 사회보험방식 도입, 현재 PAS수급자는 5만 명이나 향후 증가할 것이 예상됨, 그에 따른 예산확보가 과제
캐나다	자립생활기금에서 일반재원으로 전화해 가는 과정, 영구적이고 안정적으로 운영하기 위한 방법, 재원문제
스웨덴	1998~2002년까지 경제요인으로 PAS가 축소되는 움직임이 있었으나 현재는 안정적으로 운영, 이용자 증가
일 본	본인 10% 부담으로 가계경제의 압박요인 발생, 사회참여의 저해요인, 지자체 간의 격차 증가, PAS의 재원확보

지금까지의 조사내용을 정리하고 5개국의 PAS제도에 따른 특징을 정리하면 다음과 같이 요약할 수 있다.

첫째, PAS의 대상자가 대부분 중증장애인이며, PAS는 기존의 가정봉사원 제도나 노인요양서비스와는 달리, 사회참여와 활동을 지원하는 측면에서 제도가 설계되었다는 특징을 가지고 있다. 즉, 장애인 자립생활의 철학을 담고 있다는 특징이 내포되어 있으며, 제도의 구성에서 자기관리와 선택에 근거한 제도운영이 요구되고 있다.

셀프 매니지먼트(자기관리)가 기본이 되고 있다는 것이다. 이러한 셀프 매니지먼트의 방법은 활동보조비용의 관리는 물론 활동보조인의 선정과 훈련 및 관리가 장애인 당사자에 의하여 이루어지고 있다는 특징이 있다.

둘째, PAS의 비용지급에 있어서 대부분 직접지급방식을 채택하고 있는 것이 특징이다. 일본의 경우는 간접지원방식이지만, 대부분의 국가에서 직접지급방식을 채택하고 있는 것이 큰 특징이다. 회계 관리 등의 본인이 관리하기 어려운 부분은 중개기관이나 자립생활센터에 의뢰하여 운영하는 것이 사실이며, 자립생활센터의 역할은

활동보조인을 모집하여, 소개하고 사무 관리를 대변해 주는 역할, 상담지원역할 등을 주로 하고 있으며, 권리대변이나 자립생활 프로그램 지원 등을 통하여 측면에서 장애인을 지원하고 있는 것이 공통적 특징이다. 그러나 일본의 경우는 기존의 자립생활센터의 역할보다는 사업모형에 치중하여 운영하고 있으며, 개호보험제도가 장애인자립지원제도에서 활동보조사업 파견기관으로 지정받아 사업을 수행하는 것이 일반적이다. 미국이나 서구의 자립생활센터의 역할과는 다소 상이한 모형으로 전개되고 있으나 서구의 자립생활센터가 재정자립에 궁핍하다는 비판인데 일본에서는 사업모형으로 전개함으로써 어느 정도 한계를 극복했다고 평가되고 있는 것도 사실이다. 기존의 자립생활센터가 사업모형에 치중하면, 현재의 한국 복지관이 직면하고 있는 프로그램 중시형, 사회교육 중시형 복지관으로 변형되고, 장애인의 대변자로서의 권리옹호기관의 역할은 미약해질 수밖에 없다.

셋째, 대부분의 PAS제도의 구축이 자립생활운동을 기초로 제도가 설계되었고, 구축되었다. 법률의 제정에는 반드시 장애인자립생활운동이 있었고, 그 결과로 특별법이 제정되었다.

넷째, 대부분의 국가에서 독립된 재정구조를 가지고 있었고, 사회보험방식이 아닌 조세방식으로 운영되고 있었다. 이는 장애인활동보조서비스가 공적 서비스 지원 측면이 강하다는 것을 입증하는 것이다. 일본의 경우, 10%의 비용부담을 제도에서 규정하고 있는 문제로 많은 비판이 쏟아지고 있는 것이 사실이다. 연금이나 수당, 생활보장이 충분하지 않은 데서 비용부담 문제는 자립생활지원이 아니라 자립생활억제의 요인이 되기도 한다는 결과를 보여주는 사례이기도 하다.

다섯째, 대상자에 있어서 서구 대부분의 국가는 자기관리가 가능한 지적 장애인이 주요대상자이나 일본의 경우는 모든 장애인 영역을 포함하여 서비스를 지원하고 있으며, 자립지원제도가 PAS만이 아니라 모든 장애인복지서비스에 적용하고 있다는 점에서 그 특징을 찾아볼 수 있다.

마지막으로 활동보조인의 신분보장 문제는 향후 해결하여야 할 과제이다. 조사대상 국가에서도 3D업종의 하나로 주목되고 있으며, 신분이 보장되지 못하여 파트나 비정규직의 양산을 돕는다는 비판이 일고 있다. 일본의 경우도, 정규직은 40%에 불



과하고 60%가 비정규직 근로자임을 감안할 때, 전임 활동보조인 제도를 구축하지 않는 한 활동보조인에 대한 신분 문제는 향후 지속되는 과제로 남아 있을 것이다. 활동보조인의 질이 낮을수록 서비스의 질이 낮아지고, 장애인 당사자의 만족도도 낮아질 것이 예상된다.

#### 제4절 향후 과제와 전망

한국의 활동보조서비스는 시작단계에 있으며, 활성화에 이르기까지는 많은 시간이 필요하다. 따라서 위에서 기술한 선진국의 활동보조서비스를 참고하여 향후 한국에 맞는 활동보조서비스 체계를 구축하여야 한다. 특히 대상에 있어서 한국의 경우, 중증 1급만을 대상으로 하고 있어 매우 협소한 서비스에 그치고 있으며, 판정체계 또한 미비한 수준에 이르고 있다. 특히 몇 가지 문제점도 가지고 있는 것이 사실이다. 그 문제점의 하나가 서비스 이용자는 증가하고 있는데 충분한 활동보조 인력의 수요가 따라가지 못하는 것이 문제로 지적되고 있다. 따라서 향후 한국의 경우, 자기추천등록제를 원칙으로 하는 방향으로 추진하여 이용자 스스로도 활동보조인을 확보하는 노력이 동시에 진행되어야 한다.

또한 서비스 상한시간의 문제인데, 현재의 상한선은 큰 문제가 아닐 수 없다. 필자가 2006년도 조사한 바에 따르면 활동보조서비스사업 중증장애인의 최소 필요시간은 월평균 206시간인데 이에 비하면 현재의 상한선 규정은 턱없이 부족한 것이 현실이다. 특히 중증장애인의 경우 매일 10시간 정도를 최소 필요시간으로 답하고 있는 점을 감안한다면 상한선의 문제는 시급히 해결하여야 할 문제로 지적되고 있다.

마지막으로 외국의 활동보조서비스 제도의 유형을 비교하면서 공통적으로 제기되고 있는 것은 기존의 장기요양서비스 위에 장애인 활동보조서비스가 구축되고 있다는 것이며, 활동보조서비스는 장기요양서비스에서 제외되고 있는 특수한 욕구나 사회참여 욕구를 보충해주는 역할을 추가하고 있다는 시사점을 제시하고 있다.



## 제7장 장애인 장기요양보장제도의 기본체계 모형개발

### 제1절 장애인장기요양보장제도 시안

#### 1. 장애인장기요양보장제도 추진 배경 및 경과

##### 가. 추진배경

###### ☐ 장애인장기요양(Long-term Care for Persons with Disabilities)의 개념

- 신체적, 정신적 장애로 인해 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에게 제공되는 복지서비스(활동보조) 및 건강서비스(간병 및 방문간호)라고 정의할 수 있음.
  - 신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조, 간병지원, 방문간호 등의 서비스

###### ☐ 장애인장기요양제도의 필요성

- 등록장애인의 연평균 증가율 8%, 등록장애인 200만명 시대에 급격히 증가하는 장애인의 요양보호 문제는 장애당사자, 가족, 사회전체에 큰 영향을 미치는 중요한 과제
- 최근 고령화율이 급격하게 상승하고 있는 가운데 노인에 대한 가족부양기능이 약화되고 노인의료비가 급격하게 증가하는 등 사회적 노인부양체계 확립에 대한 요구가 높아진 결과, 우리나라에서는 2007년 4월 노인장기요양보험법안이 국회를 통과하여 2008년 7월부터 노인장기요양보험제도가 실시됨.

- 장기요양보호(long-term care)는 신체적 및 정신적 장애로 인하여 장기간 일상생활에 필요한 기능을 스스로 수행할 수 없는 개인에게 보건·복지서비스를 제공하는 것을 의미
  - 따라서 장기요양 대상자는 청소나 세탁, 식사준비 등 일상생활 지원에서부터 각종 질환에 따른 전문적인 간호서비스나 개인과 가족의 심리적, 사회적 적응 및 지역사회 자원의 연계에 이르기까지 매우 다양한 서비스가 필요
  - 이러한 장기요양서비스에 대한 욕구는 특정계층을 대상으로 발생하는 것이 아니라 사회경제적, 인구학적 특성에 상관없이 모든 계층에서 발생하는 보편적인 욕구
- 이처럼 장기요양서비스는 노인 뿐만 아니라 장애인 등 모든 연령 계층에서 발생하는 보편적인 욕구임에도 불구하고, 노인장기요양보험법('07.4.2 국회통과) 제정시 장애인이 제외됨에 따라,
  - 이에 대한 대책으로서 노인장기요양보험법안 통과 시 '09년 7월부터 1년간 장애인 장기요양보장에 관한 시범사업을 실시하고, '10.6.30까지 장기요양보장제도를 포함하는 장애인종합복지대책을 국회에 보고토록 부대의견이 동시에 의결되었음.
- 2007년 '장애인장기요양보장을 위한 정책 연구'를 수행한 결과
  - 해외사례, 현행 장애인복지서비스, 노인장기요양보험제도와와의 비교 검토 등을 통해 장애인 장기요양제도 도입방안(3가지) 도출
    - (제1안) 활동보조 서비스 등 현행 장애인 복지서비스 확대시행으로 장기요양 욕구 충족
    - (제2안) 별도의 장애인장기요양보장제도 도입
    - (제3안) 노인장기요양보험제도와 통합 실시
  - 이러한 선행연구 결과를 바탕으로 '09년도 시범사업과 '10년 장애인장기요양보장제도 도입방식에 대한 사회적 합의 도출과 실시모형 개발 및 모의적용 필요
- 따라서 노인장기요양보험법의 부대결의에 따라 '09년 7월부터 1년간 장애인 장기요양보장에 관한 시범사업을 실시할 수 있는 모형 개발 및 '10.6.30까지 장기요양보장제도를 포함하는 장애인종합복지대책을 국회에 보고할 수 있도록 기초자료를 제시하여야 함.

## 나. 추진경과

### □ 노인장기요양보험법안 부대결의('07.4)

- '09년 시범사업을 거쳐 '10년까지 장기요양인정의 신청자격에 장애인을 포함할지 여부를 담은 장애인복지대책을 국회에 보고토록 함
- 다만, 각종 장애인 시책이 장애인의 요구수준에 미흡한 점을 감안할 때,
  - 정부는 장애인의 특성에 적합하도록 장애인에 대하여 활동보조인 지원 등 각종 복지서비스를 제공

### □ 장애인장기요양보장을 위한 정책연구 착수('07.5)

### □ 장애인장기요양보장 실시모형 개발 및 모의적용을 위한 정책연구 착수('08.1~'08.12)

- 「장애인장기요양보장추진단」 설치·운영('08.2~'08.12)
  - 실행모형 개발을 위해 각계 전문가·대표·정부위원으로 추진단 구성  
(단장 보건복지가족부 장애인정책국장, 조홍식 서울대 사회복지학과 교수 및 45인 이내의 위원으로 구성)
  - 산하에 4개 분과 설치 「제도·총괄」, 「평가·판정」, 「수가·급여」, 「시설·인력」
  - 한국보건사회연구원에 사무국을 설치
- 「장애인장기요양보장추진단」 현판식 및 제1차 총괄회의 실시('08.2.1)
- 「장애인장기요양보장추진단」 제2차 총괄회의 실시('08.3.14)
- 「장애인장기요양보장추진단」 제3차 총괄회의 실시('08.4.11)
- 「장애인장기요양보장추진단」 제4차 총괄회의 실시('08.5.9)
- 「장애인장기요양보장추진단」 제5차 총괄회의 실시('08.6.13)
- 「장애인장기요양보장제도」 관련 정책토론회 개최('08.6.20)
- \* (제1안) 활동보조서비스 확대시행(안)으로 잠정 의결

- 「장애인장기요양보장추진단」 제6차 총괄회의 실시('08.9.18)
- 「장애인장기요양보장추진단」 제7차 총괄회의 실시('08.10.17)
- 「장애인장기요양보장추진단」 제8차 총괄회의 실시('08.11.6)
- 「장애인장기요양보장추진단」 제9차 총괄회의 실시('08.11.21)
  - ※ 현재까지 분과 회의(총 10회) 및 분과장 회의(총 11회) 실시
- 장애인장기요양보장제도 도입에 대한 여론조사 실시('08.11.27)
- 「장애인장기요양보장제도」 관련 공청회 개최('08.11.28)

□ 향후 추진일정

- 시범사업 실시('09~'10년)
  - 시범사업과 사례관리를 통한 제도 보완
  - 법령제정, 급여범위 및 수가산정 등 시행준비
- 장애인 장기요양보장제도 등 장애인 복지대책 국회 보고('10년)
- 장애인장기요양보장제도 사업 본격 추진 ('11년)

## 2. 장애인장기요양보장제도 기본목표 및 방향

### 가. 기본목표

- 요양보호가 필요한 모든 장애인을 포괄할 수 있는 「보편적인 체계」
- 서비스의 권리성·선택성이 보장되는 「이용자 중심」의 서비스체계
- 욕구에 맞는 서비스 제공, 보건의료(건강) 및 복지서비스의 효율적인 제공을 위한 「케어매니지먼트」 체계
- 국가책임에 의한 장애인장기요양서비스제공

## 나. 추진방향

- 장애인들의 자립생활을 보장하고 사회참여를 위한 사회적 지원시스템 확립
- 정부·지자체·장애서비스센터·서비스제공기관이 각각 역할을 분담하여 중층적으로 지원하는 시스템 구축
- 활동보조와 요양욕구가 있는 장애인이 서비스를 선택·이용할 수 있도록 시설·인력의 계획적·균형적 확충 및 서비스제공기관의 역량강화

## 3. 장애인장기요양보장제도 시안 개요

### 가. 제도명칭

#### 1) 명칭제명 방향

- 장애인에게 있어 ‘요양’이라는 개념은 현 패러다임에 부적합함. 즉, 장애의 개념이 의료적 모델에서 사회적 모델로 변화되고, 개입의 패러다임 또한 재활패러다임에서 자립생활패러다임으로 변화되는 등 복지환경의 변화가 일어나고 있음. 따라서 장애인은 ‘요양’의 대상이 아닌 자립과 사회참여를 위한 활동보조 중심이어야 한다는 개념을 충실히 반영할 수 있는 명칭.

#### 2) 명칭 : 검토안

<제1안> 장애인(자립)생활보조서비스

<제2안> 장애인개별지원서비스

<제3안> 활동보조서비스

<제4안> 장애인개별자립지원서비스

<제5안> 기타

## 나. 제도 운영 방식

- 현 「장애인 활동보조지원사업」 확대

## 다. 대상자

- 대상자 선정 기준
  - 신청자격이 있는 자로서 ‘인정조사표’에 의해 일정 점수 이상인 자
- 대상자 신청자격
  - 「장애인복지법」 상 등록 1급 장애인(15종 전체)
    - ※ 현 단계에서는 1등급만을 고려하도록 함. 이때 동일한 1등급이라도 판정체계를 통하여 여러 등급으로 나누어져 등급에 따라 시간의 차이를 주는 것임.
  - 소득기준과 무관하게 신청가능
  - 연령 : 만 65세 미만
    - ※ 만 65세 미만 활동보조서비스 이용자의 경우 65세 이상이 되면 노인장기요양보험제도에 편입되기까지의 유예기간동안 특별대책 필요

## 라. 급여의 범위 및 종류

### 1) 급여의 범위

- 현물급여 제공(현금급여는 제외)

### 2) 급여의 종류

- 재가서비스
  - 신변처리지원



- 가사지원
- 일상생활지원
- 커뮤니케이션 보조
- 이동의 보조
- 간병
- 방문간호(노인장기요양보험제도에 준함)

○ 시설서비스

- 시설급여 포함여부는 현재 시설의 거주기능 중심, 소규모화, 탈시설화의 흐름속에 시설운영에 대한 개편 및 정비작업 등을 종합적으로 고려 추후 시설급여 포함여부를 검토하도록 함.
  - ※ 장애인복지 인프라 개편에 따라 종합적 고려 검토

[그림 7-1-1] 장애인장기요양보장제도 서비스 내용

신변처리지원	장애인에게 목욕, 대소변, 옷갈아입기, 세면, 식사보조 등을 제공
가사지원	장애인의 가정 등을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 실내·외 쇼핑, 청소, 식사 준비, 양육 보조 등을 제공
일상생활지원	장애인의 가정 등을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 금전관리, 시간관리, 일정관리 등을 제공
커뮤니케이션 보조	장애인의 가정 등을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 낭독보조, 대필보조 등을 제공
이동의 보조	장애인의 가정 등을 방문하여 안내도우미·대리운전지원(시각장애인), 학교 등·하교 지원, 직장 출·퇴근 지원, 야외·문화 활동 지원 등을 제공
간병지원	장애환자의 가정을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 목욕, 대소변, 옷갈아입기, 세면, 식사보조, 간병서비스 등을 제공
방문간호 <sup>28)</sup>	간호사, 물리치료사, 치과위생사 등이 의사·한의사 또는 치과의사의 지시서에 따라 장애인의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생, 물리치료 등을 제공

### 3) 급여비 한도액(안)

- 본 연구의 급여비 한도액(안)을 설정하기 위한 장애인타임스터디 결과에 따른 등급별 서비스 제공량은 다음과 같음.

28) 간호사정 및 진단 등 기본간호, 욕창치료 및 단순 상처치료 등 간호, 검사관련 사항, 투약관련지도, 환자·가족 대상 건강관리에 필요한 식이요법 등 교육훈련, 상담 등(노인장기요양보험제도)

[표 7-1-1] 장애인타임스터디 결과에 따른 등급별 서비스 제공량(안)

활동보조등급	요양등급	서비스 제공량(안)		
		활동보조시간	요양시간	월 금액 <sup>1)</sup>
1	1	146	15	<b>1,809,118</b>
1	2	146	11	<b>1,631,752</b>
1	3	146	8	<b>1,507,596</b>
1	4	146	0	<b>1,164,760</b>
2	1	115	15	<b>1,563,518</b>
2	2	115	11	<b>1,386,152</b>
2	3	115	8	<b>1,261,996</b>
2	4	115	0	<b>919,160</b>
3	1	92	15	<b>1,381,518</b>
3	2	92	11	<b>1,204,152</b>
3	3	92	8	<b>1,079,996</b>
3	4	92	0	<b>737,160</b>
4	1	57	15	<b>1,102,078</b>
4	2	57	11	<b>924,712</b>
4	3	57	8	<b>800,556</b>
4	4	57	0	<b>457,720</b>

주1) 장애인타임스터디 조사 결과 파악된 ‘평균 요구된 시간’의 개념임

## 4) 서비스 단가

## (1) 서비스 단가 책정

## ○ 재가서비스

- 신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조, 간병  
: 시간당 단일 수가 적용

※ 야간·휴일에 대한 단가 별도 검토 필요

(현 활동보조지원사업 시간당 수가 8,000원 적용)

- 방문간호 : 노인장기요양보험제도에 준함

※ 방문간호 수가는 수급자의 질병명, 요양등급과 방문지역 등을 불문하고 1회 방문당 제공시간을 기준으로 산정

## (2) 서비스 비용 및 지급

○ 사회서비스관리센터에서 바우처에 의한 서비스 제공 비용의 지급 및 정산

- 서비스 대상자가 제공기관을 선택하여 접수, 코디네이터 또는 동료상담가에 의하여 서비스 이용계획을 수립하고 서비스 제공기관과 이용자간 서비스 이용 계약 체결, 서비스 제공 후 단말기 결재를 통해 비용 수령함.

○ 장기요양서비스의 품질 관리

- 장애서비스센터(DSC)에서 서비스 제공기관 및 이용 당사자 확인을 통해 사후 관리 실시(모니터링 및 피드백)

※ 서비스 제공기관은 서비스 질 관리 및 평가를 위해 독립적인 감독기구 설립 필요  
예. 영국 CSCI(Commission for Social Care Inspection) 참조

## 마. 서비스 전달 및 실시 체계

### 1) 서비스 제공 기관

○ 현행 장애인 활동보조지원사업 제공 기관(장애인자립생활센터, 장애인복지관 및 자활후견기관)으로 하며, 방문간호서비스 제공기관(보건소, 병·의원 방문간호센터)의 경우 노인장기요양보험제도<sup>29)</sup>에 준함

29) 방문간호서비스를 제공하는 기관은 노인복지법에 의한 노인복지시설은 아니며 노인장기요양보험법에 의한 장기요양급여 수급에게 방문간호서비스를 제공하기 위하여 노인장기요양보험법에 따라 설치 신고된 재가장기요양기관임(2008년 노인보건복지사업안내).

## 2) 서비스 제공 인력

[표 7-1-2] 장애인장기요양보장제도 서비스에 따른 제공 인력

담당 서비스	인력
신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조, 간병	<b>활동보조인</b> (간병서비스 및 구강관리 교육 포함 실시)
방문간호(노인장기요양보험제도에 준함)	<b>간호사, 간호조무사, 치과위생사, 물리치료사</b>

## ○ 활동보조인

- 현 활동보조인 교육 커리큘럼에 간병교육 및 구강관리 교육 포함하여 서비스 제공

## ○ 방문간호사

- 간호업무경력이 2년 이상인 간호사 또는 간호보조업무경력이 3년 이상인 간호조무사로서 방문간호 간호조무사 교육(700시간)을 이수한 자 (※노인장기요양보험제도의 방문간호 서비스 제공 인력과 동일함.)

※ 담당 서비스 내용 : 간호사정 및 진단 등 기본간호, 욕창치료 및 단순 상처치료 등 간호, 검사관련 사항, 투약관련지도, 환자 · 가족 대상 건강관리에 필요한 식이요법 등 교육훈련, 상담 등

## ○ 구강위생(치과서비스) 및 재활서비스를 제공하고자 하는 경우 치과위생사, 물리치료사 1명 이상 배치

※ 이때 치과서비스와 재활서비스란, 치과위생사와 물리치료사가 제공하는 서비스이며 방문간호센터 내 치과위생사 또는 물리치료사가 제공한 서비스 비용은 장애

인장기요양보장제도에서 지불함.

□ 노인장기요양보험제도의 방문간호 인력기준

- 의료기관이 방문간호를 하는 경우 관리책임자는 의사, 한의사 또는 치과의사 중에서 상근하는 자
- 의료기관이 아닌 재가장기요양기관이 방문간호를 하는 경우 관리책임자는 간호업무경력이 2년 이상인 간호사로서 상근하는 자
  - ※ 보건소, 보건지소, 보건의료원에서 방문간호를 병설하는 경우에는 관리책임자가 의사, 한의사 또는 치과의사여야 하나, 보건진료소에서 방문간호를 병설하는 경우에는 간호업무경력이 2년 이상인 간호사가 관리책임자가 됨
- 직접서비스 제공인력은 간호업무경력이 2년 이상인 간호사 또는 간호보조업무경력이 3년 이상인 간호조무사로서 방문간호 간호조무사 교육(700시간)을 이수한 자 1명 이상 배치
  - ※ 구강위생을 제공하고자 하는 경우 치과위생사 1명 이상 배치

관리책임자	간호사 또는 간호조무사	치과위생사
1명	1명 이상	1명이상 (구강위생 제공하는 경우)

### 3) 운영 주체

- 보건복지가족부, 시·군·구, 장애서비스센터(DSC)
  - 장애서비스센터(DSC) 설치 시 평가 및 서비스 이용계획(케어플랜, 사례관리) 작성 담당
  - ※ 장애인복지 인프라 개편에 따라 검토

### 4) 평가항목 및 평가 절차

#### (1) 평가항목

- 평가관정기준 및 평가 도구 : 총 65문항
  - 요양제공시간(노인장기요양등급) + 활동보조시간(활동보조인정조사표)
  - = 총제공시간

- 노인장기요양보험제도 평가 판정 항목(52문항)
- 활동보조인정조사항목(20문항)
- 신체기능 영역 중복문항 체크(7문항)
  - ※ 이는 두 가지 도구를 하나의 체계로 사용하는 것임.
- 장애서비스센터(DSC), 장애서비스위원회 활용
- 추후 장애서비스센터(DSC) 판정도구(의료평가도구, 근로활동능력평가도구, 복지욕구 사정)와의 검토 및 연계 방안 고려

[그림 7-1-2] 장애인장기요양보장제도 평가판정항목 구성

장애인장기요양보장제도 평가항목 (총 65문항)			
요양제공시간 (요양 1~4등급) + 활동보조제공시간(활동보조 1~4등급) = 등급 총제공시간 (최종 ○ 등급)			
노인장기요양도구 (52문항)		활동보조인정조사표 (20문항)	
장점	단점	장점	단점
요양욕구 측정 가능	IADL이 등급판정에 포함되어 있지 않음.	+ IADL + 장애인 특별항목(가산점)	기능상태의 단순응답에만 의존함.
중복문항 : 신체기능 영역 (7문항)			

- ※ 측정수준 차이로 인한 중복문항 활용
- 노인장기요양도구의 신체기능영역은 3점 척도이며 활동보조인정조사표의 신체기능 영역은 5점/6점 척도로 구성되어 있음. 이에 따라 현재는 각각 등급 산출을 위하여 중복문항을 각각 체크하되 시범사업 이후 통합 적용하는 방안 검토 필요

[표 7-1-3] 장애인장기요양보장제도 인정조사표 (총 65문항)

평가영역	질문내용	
신체기능 영역 (기본적 일상생활기능)  (총 12개 문항)	1-1.옷 벗고 입기	1-2.옷 갈아입기
	2.세수하기	
	3.양치질하기	
	4-1.목욕하기	4-2.목욕하기
	5-1.식사하기	5-2.식사하기
	6.체위변경하기	
	7-1.일어나 앉기	7-2.침실에서 이동하기
	8-1.움겨 앉기	8-2.움겨 앉기
	9-1.방밖으로 나가기	9-2.걷기
	10-1.화장실 사용하기	10-2.용변
	11.대변 조절하기	
	12.소변 조절하기	
사회생활기능 영역 (수단적 일상생활수행능력)  (총 8개 문항)	1.전화 사용하기	
	2.물건 사기(쇼핑)	
	3.식사 준비하기	
	4.집안일 하기	
	5.빨래하기	
	6.약 챙겨먹기	
	7.금전관리	
	8.교통수단 이용하기	
인지기능 영역  (총 7개 문항)	1.방금 전에 들었던 이야기나 일을 잊는다	
	2.오늘이 몇 월 며칠인지 모른다	
	3.자신이 있는 장소를 알지 못한다	
	4.자신의 나이나 생년월일을 모른다	
	5.지시를 이해하지 못한다	
	6.주어진 상황에 대한 판단력이 떨어져 있다	
	7.의사소통이나 전달에 장애가 있다	
행동변화 영역	1.사람들이 무엇을 흠뻏다고 믿거나 자기를 해하려 한다고 잘못 믿고 있다	



평가영역	질문내용
(총 14개 문항)	2.헛것을 보거나 듣는다
	3.슬퍼 보이거나 기분이 쳐져 있으며 때로 울기도 한다
	4.밤에 자다가 주위사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어난다. 낮에 지나치게 잠을 자고 밤에는 잠을 설친다
	5.주위사람들이 도와주려 할 때 도와주는 것에 저항한다
	6.한군데 가만히 있지 못하고 서성거리거나 왔다갔다 하며 안절부절 못한다
	7.길을 잃거나 헤맨 적이 있다. 외출하면 집이나 병원, 시설로 혼자 들어올 수 없다
	8.화를 내며 폭언이나 폭행을 하는 등 위협적인 행동을 한다
	9.혼자 밖으로 나가려고 해서 눈을 땔 수가 없다
	10.물건이나 옷을 망가뜨리거나 부순다
	11.의미 없는 행동을 반복하거나 부적절한 행동을 한다
	12.돈이나 물건을 장롱같이 찾기 어려운 곳에 감춘다
	13.옷을 부적절하게 입는다
	14.대소변을 벽이나 옷에 바르는 등 불결한 행위를 한다
간호 영역 (총 9개 문항)	1.기관지(숨관) 절개관 간호
	2.흡인(가래 빨아내기)
	3.산소요법
	4.욕창간호
	5.경관영양(튜브급식)
	6.암성통증간호
	7.도뇨관리
	8.장루간호(인공항문 간호)
	9.복막투석
재활영역 (총 10개 문항)	1.우측상지
	2.좌측상지
	3.우측하지
	4.좌측하지
	5.어깨관절

평가영역	질문내용
	6.팔꿈치관절
	7.손목 및 수지관절
	8.고관절
	9.무릎관절
	10.발목관절
추가항목 (총 5개 문항)	1.휠체어타기
	2.듣기
	3.보기
	4.지각(장애)
	5.정신(장애)

- 평가판정도구의 경우 추후 시범사업을 통하여 이를 보완해 나아갈 수 있도록 하며, 현 65개 항목에 대한 평가를 통하여 항목수 또한 줄여나갈 수 있도록 함. 추후 장애서비스센터(DSC)의 판정도구(의료평가도구, 근로활동능력평가도구, 복지욕구 사정)와의 향후 연계 방안 고려할 수 있도록 함(신체손상을 1차 판정 적용 검토).

## (2) 평가절차

- 장애인 본인 및 가족 등이 해당 지역 내 장애서비스센터(DSC)에 접수 → 장애서비스센터(DSC)에서 ‘의학적평가도구’, ‘근로활동능력 평가도구’, ‘복지욕구사정도구’, ‘장애인장기요양인정조사표 평가’ → 점수 환산 및 송부(결과통보) →케어플랜 작성 → 서비스제공주체와 계약 → 서비스 이용
- 장애서비스센터(DSC)에서 장애인장기요양인정조사표 65개 항목에 기초하여 판정프로그램에 따라 장기요양인정등급(활동보조등급+요양등급) 도출
- 등급 : 기존 활동보조 등급(1~4등급) × 요양등급(1~4등급) = 16 등급으로 구분
  - 활동보조등급 : 활동보조 항목에 기초하여 판정도구에 의거 판정프로그램 이용하여 조사표에 체크한 항목을 입력하면 자동으로 총점 및 이에 따른 등급

(1·4등급)이 산출될 수 있도록 함

- 요양등급 : 요양욕구 5영역 52개 항목 조사결과와 영역별 100점 득점 변환점수를 8개 서비스 군별 수형분석도에 적용하여 요양인정점수를 구한다음, 요양인정점수의 합을 요양인정 등급기준에 적용하여 장기요양 인정여부 및 요양등급(1·4등급)을 제시

○ 이의신청제도 운용

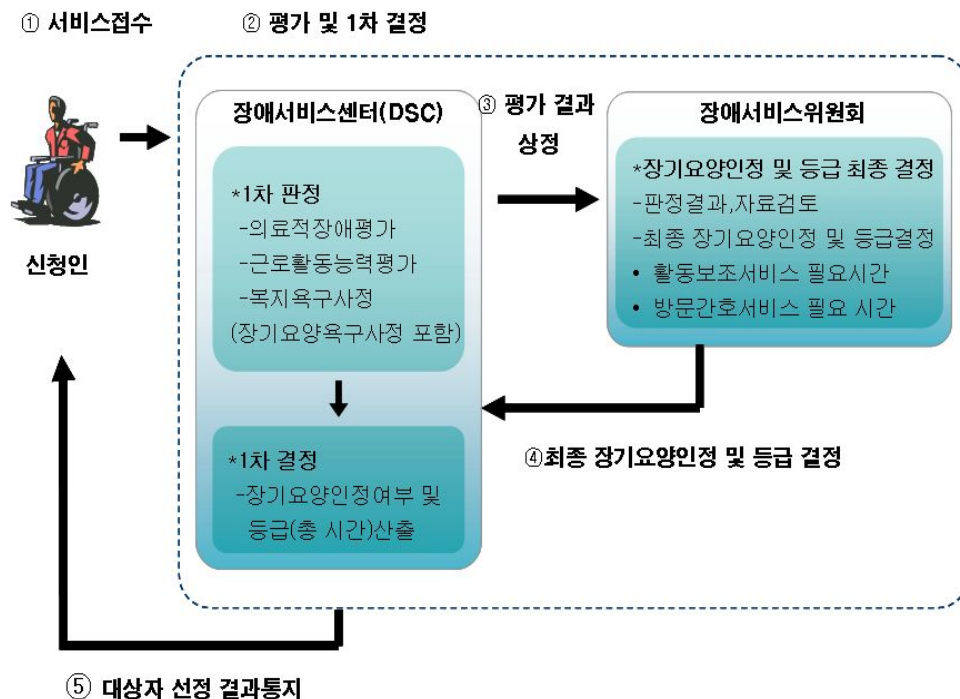
※ Special Unit(가칭) 으로 시·도에 1개 정도 설치 검토

○ 서비스제공계획 작성(케어플랜)

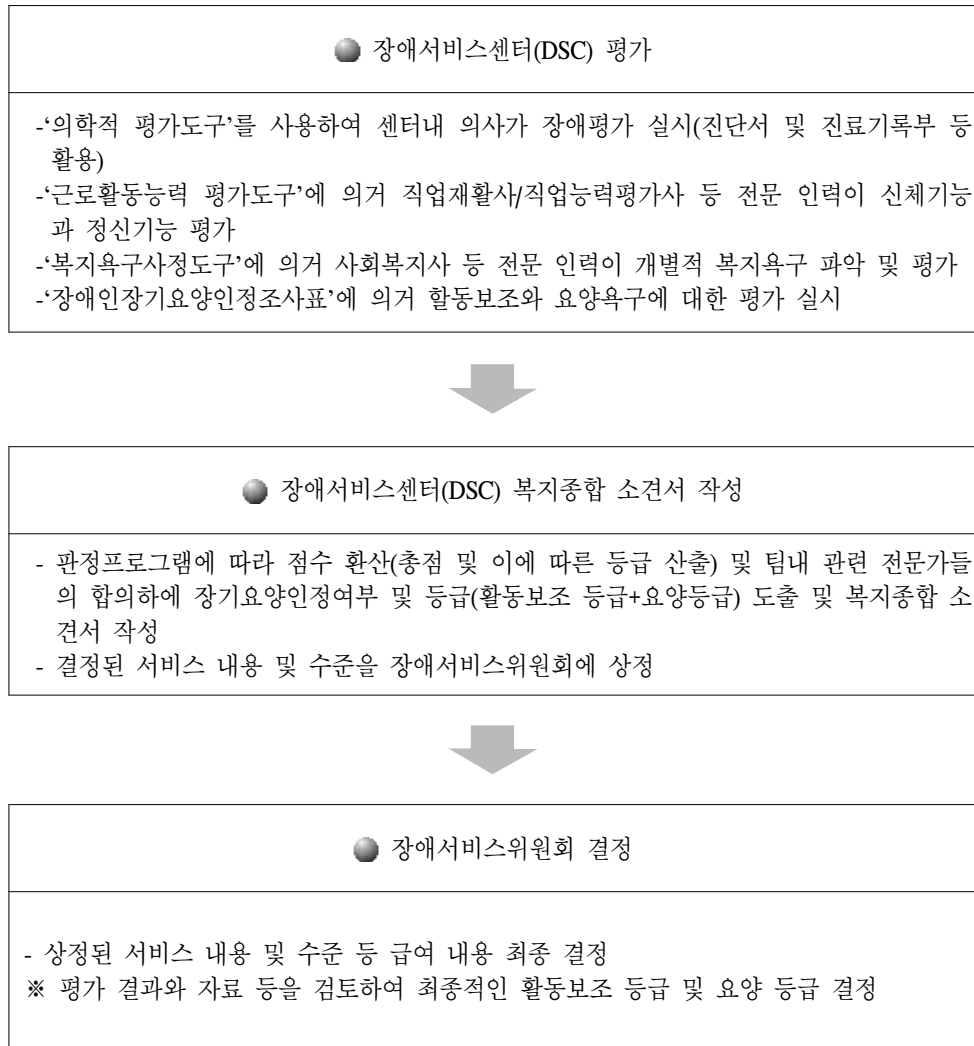
- 장애서비스센터(DSC) 내 사례관리자(사회복지사 등 서비스 이용계획 수립

※ 서비스 이용계획은 6개월 또는 1년마다 수립

[그림 7-1-3] 서비스 대상자 선정절차(안)

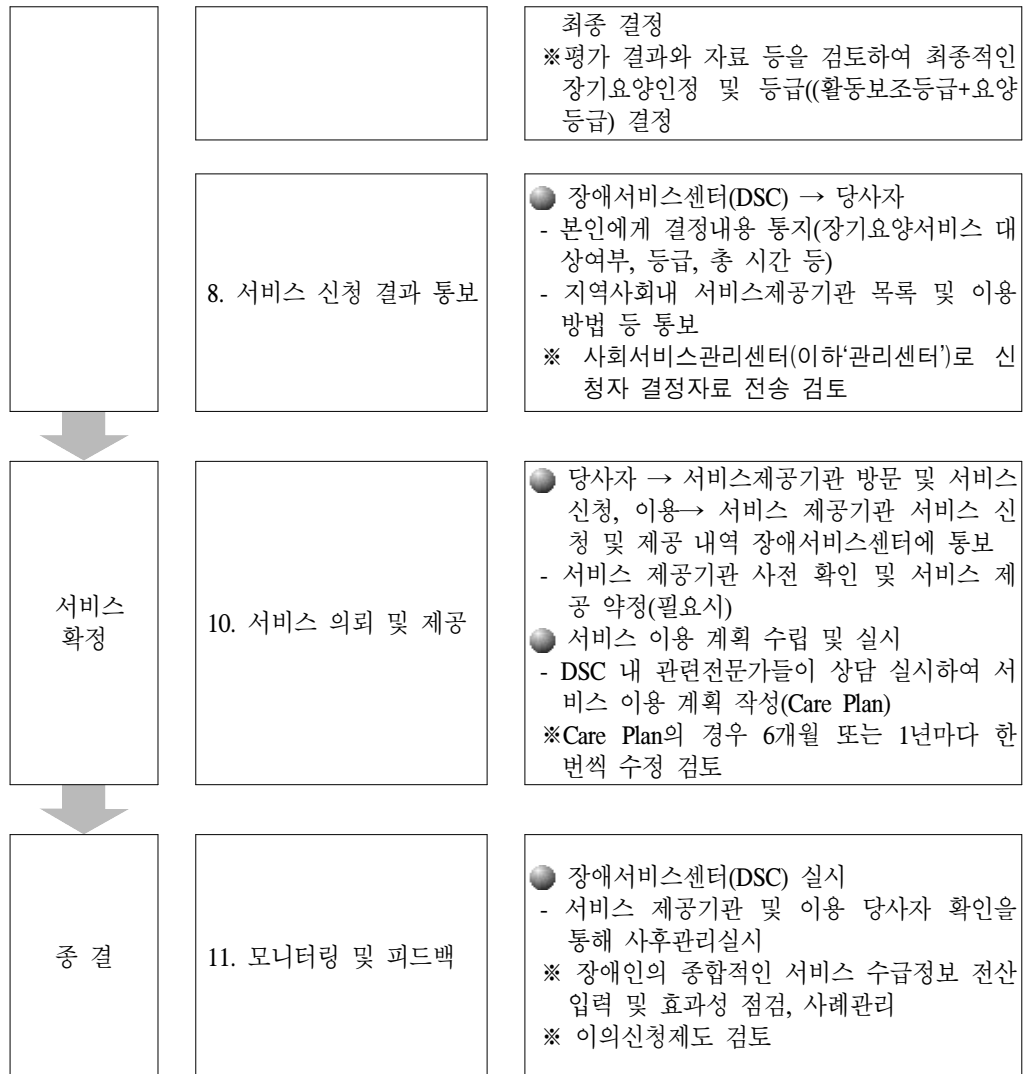


[표 7-1-4] 대상자 평가 절차 1)



[표 7-1-5] 대상자 평가 절차도(안)

절 차		내 용
접 수	1. 구비서류 확인 2. 장애서비스수급신청서 접수	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 본인 및 가족 등이 장애서비스센터(DSC)에 접수</li> <li>● 장애인 장애서비스 수급신청서 제출(소견서(장애진단서) 및 진료기록부 등 포함)</li> </ul>
사정 (조 사)	3. 의학적 장애평가 4. 근로활동능력 평가 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 신체기능(총 19개 문항)</li> <li>- 정신기능(총 23개 문항)</li> </ul> 5. 복지 욕구 사정(6개영역) <ul style="list-style-type: none"> <li>- 소득지원</li> <li>- 주거 및 시설</li> <li>- 지역사회서비스</li> <li>- 장애인(재활)보조기구</li> <li>- 보육/교육</li> <li>- 직업</li> </ul> 6. 장애인장기요양욕구사정 <ul style="list-style-type: none"> <li>- 신체기능(총 12개 문항)</li> <li>- 사회생활기능(총 8개 문항)</li> <li>- 인지기능(총 7개 문항)</li> <li>- 행동변화(총 14개 문항)</li> <li>- 간호영역(총 9개 문항)</li> <li>- 재활영역(총 10개 문항)</li> <li>- 추가항목(총 5개 문항)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 장애서비스센터(DSC) 평가               <ul style="list-style-type: none"> <li>- ‘의학적 평가도구’를 사용하여 센터내 의사가 장애평가 실시(진단서 및 진료기록부 등 활용)</li> <li>- ‘근로활동능력 평가도구’에 의거 직업재활사/직업능력평가사 등 전문 인력이 신체기능과 정신기능 평가</li> <li>- ‘복지욕구사정도구’에 의거 사회복지사 등 전문 인력이 개별적 복지욕구 파악 및 평가</li> <li>- ‘장애인장기요양인정조사표’에 의거 활동보조와 요양욕구에 대한 평가 실시</li> </ul> </li> </ul>
계획	6. 서비스 계획 및 수준 결정	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 장애서비스센터(DSC) 결정               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 팀내 관련 전문가들의 합의하에 장기요양 인정여부 및 등급(총 시간) 도출</li> <li>※ 판정프로그램에 따라 점수 환산(총점 및 이에 따른 등급 산출)</li> <li>- 1차 결정된 서비스 내용 및 수준을 장애서비스위원회에 상정</li> </ul> </li> </ul>
수립	7. 서비스 목록 및 수준 최종 결정	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 장애서비스위원회 결정               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 상정된 서비스 내용 및 수준 등 급여 내용</li> </ul> </li> </ul>



## 바. 재원확보 방안 및 비용 부담

1) 재원 총당 : 정부지원(조세 : 국고+지방비) + 이용자 부담<sup>30)</sup>

## 사. 예산소요액

[표 7-1-6] 요양등급별 방문간호시간

(단위: 분)

요양등급	n	평균시간	표준편차	최소값	중앙값	최대값
1	104	29.79	64.31	0.00	3.00	374.00
2	37	21.59	42.47	0.00	6.00	205.00
3	93	15.85	46.06	0.00	1.00	322.00
4	20	9.45	14.66	0.00	0.00	53.00
5	3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
6	11	10.73	27.50	0.00	0.00	90.00
합계	268	21.19	51.69	0.00	1.00	374.00

[표 7-1-7] 활동보조등급별 활동보조시간

(단위: 분)

활동보조등급	n	평균시간	표준편차	최소값	중앙값	최대값
1	119	291.19	171.31	28.00	261.00	1099.00
2	48	229.79	133.85	4.00	183.00	530.00
3	92	184.29	110.49	36.00	157.00	555.00
4	7	114.43	88.93	12.00	76.00	260.00
합계	266	238.49	152.65	4.00	201.50	1099.00

30) 이용자 부담에 대한 많은 논란이 있었으며, 이에 추후 검토 필요

[표 7-1-8] 활동보조와 요양등급별 한도액 및 대상자수별 장애인장기요양 총 추정 소요액

활동보조와 요양등급별 한도액							대상자 수별 총 추정 소요액 (단위 : 백만원)				
활보 등급	요양 등급	활보 시간	요양 시간	활보액	요양액	합계	10,000명	20,000명	30,000명	40,000명	50,000명
1	1	146	15	1,164,760	644,358	1,809,118	29,294	58,589	87,883	117,178	146,472
1	2	146	11	1,164,760	466,992	1,631,752	6,390	12,780	19,170	25,560	31,950
1	3	146	8	1,164,760	342,836	1,507,596	11,808	23,615	35,423	47,231	59,039
1	4	146	0	1,164,760	0	1,164,760	3,656	7,313	10,969	14,625	18,281
2	1	115	15	919,160	644,358	1,563,518	4,246	8,492	12,738	16,984	21,229
2	2	115	11	919,160	466,992	1,386,152	2,681	5,363	8,044	10,725	13,407
2	3	115	8	919,160	342,836	1,261,996	9,788	19,577	29,365	39,153	48,941
2	4	115	0	919,160	0	919,160	5,693	11,386	17,079	22,772	28,465
3	1	92	15	737,160	644,358	1,381,518	25,210	50,421	75,631	100,842	126,052
3	2	92	11	737,160	466,992	1,204,152	10,334	20,667	31,001	41,335	51,668
3	3	92	8	737,160	342,836	1,079,996	21,999	43,997	65,996	87,994	109,993
3	4	92	0	737,160	0	737,160	1,563	3,127	4,690	6,253	7,817
4	1	57	15	457,720	644,358	1,102,078	3,310	6,619	9,929	13,238	16,548
4	2	57	11	457,720	466,992	924,712	5,554	11,108	16,661	22,215	27,769
4	3	57	8	457,720	342,836	800,556	4,791	9,583	14,374	19,165	23,957
4	4	57	0	457,720	0	457,720	2,749	5,498	8,247	10,996	13,745
							149,067	298,134	447,201	596,268	745,335

주1) 활보액 : 현 활동보조서비스 단가 8,000원 적용

주2) 요양액 : 방문간호서비스 60분 이상 금액 43,260원 적용

(노인장기요양보험제도 장기요양급여 수가 제가급여)

※ 특례조항 - 추후 별도 제시



## 아. 장애인 장기요양보장제도의 주요 쟁점 및 고려사항

장애인 장기요양보장제도 기본체계 모형을 설계함에 있어 본 연구진과 장애인장기요양보장추진단에서는 많은 논의가 진행되었으며 쟁점별로 논의사항을 검토하고 제시하고자 한다.

각각의 쟁점에 대하여 논하기에 앞서 장애인복지에 대한 국가의 책임은 어디까지로 볼 것인지의 문제를 고민하지 않을 수 없다. 또한 장애인과 노인의 욕구의 차이를 어떻게 반영할 것인가의 문제로 이는 노인요양과 장애인복지는 일부 유사한 부분이 있으나, 근본적으로 필요한 서비스에 대한 욕구가 상이하며, 노인 요양이 간병, 수발서비스가 주를 이루는 반면, 장애인복지는 교육, 의료재활, 직업재활 및 소득보장, 활동보조 등을 통한 자립을 목표로 하기 때문이다. 그리고 사회보험원리에의 부합 여부(장애의 보편적 위험 여부)에 대한 고민이 필요하다. 즉, 사회보험의 기본 원리는 risk pooling 이라고 할 수 있다. 고령에 의한 장기요양은 일반적인 위험으로 국민이 수급하고 있으나, 장애라는 위험에는 실제 후천적 장애율이 매우 높은 현실임에도 여전히 보편적인 위험으로 받아들이지 못하고 있는 실정이다. 끝으로, 장애이념 문제이다. 사회적 모델과 자립생활 패러다임의 영향으로 장애인의 경우 선택권과 자기결정권에 대한 의식이 강하나, 전문가 개입에 의한 장기요양제도는 이러한 패러다임에 부합되지 않는다는 점 고려 필요가 있으며, 따라서 아무리 중증 장애인이라 할지라도 장기요양 서비스 선택권, 사회활동 참여 및 이동권에 대한 욕구가 있으므로 함께 고려되어야 할 것이다.

이와 연관지어 본 고에서 제시한 장애인장기요양보장제도 기본체계 모형안에 대한 구체적인 쟁점사항을 살펴보고자 한다.

### 1) 제도명칭

#### (1) 명칭제명 방향

장애인장기요양보장제도와 관련하여 명칭 제명에 대한 필요성이 강력히 제기되었

다. 즉, 장애인에게 있어 ‘요양’이라는 개념은 장애인을 환자로 간주하는 듯 하며, 장애의 개념이 사회적 모델로 변화되고, 개입의 패러다임 또한 자립생활패러다임으로 변화되는 등 복지환경의 변화가 일어나고 있음에 이와 같은 ‘요양’의 대상이 아닌 자립과 사회참여를 위한 활동보조 중심이어야 한다는 개념을 충실히 반영할 수 있는 명칭으로 제명되어야 한다는 것이다.

## 2) 명칭

명칭 제명 방향에 따라 제1안 장애인(자립)생활보조서비스, 제2안 장애인개별지원서비스, 제3안 활동보조서비스, 제4안 장애인개별자립지원서비스 등이 제시되었다. 명칭 제명과 관련하여 장애인 장기요양보장제도 도입에 대한 여론조사 및 공청회 시 의견수렴의 과정을 거쳤다.

먼저 여론조사의 경우, 장애유형을 외부장애, 내부장애, 정신장애 세 유형으로 분류하여 분석한 결과, 외부장애의 경우 ‘활동보조서비스(44.8%)’, ‘장애인자립생활보조서비스(22.7%)’, ‘장애인개별지원서비스(16.0%)’, ‘장애인개별자립지원서비스(15.1%)’의 순이었으며, 내부장애의 경우 ‘활동보조서비스(100%)’이었으며, 정신장애의 경우 ‘활동보조서비스(33.1%)’, ‘장애인자립생활보조서비스(24.7%)’, ‘장애인개별자립지원서비스(21.3%)’, ‘장애인개별지원서비스(19.1%)’의 순이었다.

또한 장애인 장기요양보장제도에 관한 공청회 시 장애인 장기요양보장제도 도입 시 제도 명칭으로 적합하다고 생각하는 것과 관련하여 설문조사를 실시하였으며 분석 결과, ‘장애인자립생활보조서비스’ 24명(35.3%) 응답이 가장 높았으며, 기타 13명(19.1%), ‘장애인개별자립지원서비스’ 12명(17.6%), ‘장애인개별지원서비스’ 10명(14.7%), ‘활동보조서비스’ 9명(13.2%)의 순으로 나타났다. 기타 의견으로 자립생활보조서비스, 자립지원서비스, 장기요양보험제도, 장애인독립생활지원서비스, 장애인복지지원서비스, 장애인생활보조서비스, 장애인자립생활서비스, 장애인자립생활지원서비스, 장애인자립재활지원서비스, 장애인자립지원서비스, 장애인자립지원제도, 장애인지원서비스로 나타났다.

## 2) 제도 운영방식

### (1) 활동보조서비스 확대(명칭변경 필요)

2007년 4월부터 노인장기요양보험 서비스와 유사한 장애인 활동보조서비스가 실시되고 있으며, 현재 초기 단계에 있다. 또한 활동보조서비스에서 제공하는 서비스는 노인장기요양보험제도에서 실시하고 있는 간병서비스를 제외한 가사서비스, 일상생활 지원서비스뿐만 아니라 장애인의 외출, 직업, 학교 등 사회참여 서비스 등도 포함하고 있으므로 오히려 더 광범위한 서비스를 제공하고 있는 것으로 해석될 수 있다.

다만, 현재는 1급에 한정하고 있고, 일상생활동작이 극히 어려운 장애인만을 대상으로 간병서비스를 제외한 활동보조서비스가 제공되고 있으므로, 만약 활동보조서비스를 확대하여 장애인의 장기요양문제를 해결하려 할 경우에는 등급 제한 없이 일상생활동작 수행에 어려움이 있는 경우 가사·일상생활 서비스를 제공하고, 간병욕구가 있는 경우 간병서비스도 포함되어야 하며, 사회활동 참여 욕구가 있는 장애인에 대해서는 사회참여 지원을 위한 서비스도 제공되어야 할 것이다.

### (2) 노인장기요양보험제도에 통합

노인장기요양보험제도에서 제공하고 있는 서비스는 현재도 장애인을 대상으로 제공되고 있는 가정방문, 돌보미 서비스, 시설서비스, 주단기보호서비스, 활동보조서비스 등의 서비스와 서로 유사한 점이 많이 있으므로, 장애인이 노인장기요양보험제도 대상자에 포함될 경우 현재 제공되고 있는 유사 서비스는 장기요양제도에서 담당하고, 활동보조서비스 가운데 외출지원 서비스, 학교 및 직업 지원 서비스 등만 특화하여 서비스를 제공하게 되므로 보다 많은 장애인에게 특화된 서비스를 제공할 수 있다는 장점이 있다.

다만, 장애인이 노인장기요양보험대상자로 편입되기 위해서는 서비스 판정체계, 인력, 시설 등의 인프라가 필요하며, 또한 수가 문제에 대한 검토 필요하다.

또한, 노인장기요양보험제도에서는 보험료는 건강보험가입자가 부담하고 노인 또는 노인성 질환자만 급여를 받게 되는 것으로 설계되어 있기 때문에, 보험료를 내는 사람의 입장에서는 중도에 사고나 질병 등의 요인으로 장기요양 급여를 받을 필요성이 제기될 경우에도 65세까지 기다려야 하는 불합리한 점이 있는데, 이를 해소할 수 있을 것이다. 다만, 장애인을 노인장기요양보험제도에 포함할 경우 장애인복지서비스를 국가책임이 아닌 보험으로 이전한다는 비난의 우려가 있고, 선천적 장애 등으로 영아 등 장애인에게 보험기여가 거의 없이 평생 보험급여를 제공해야 하므로 국민적 합의가 어렵다는 점이 제기되고 있다.

### (3) 대상자

장애인장기요양보장제도의 대상자와 관련하여 연령과 등급에 따른 부분이 논의되었으며 연령은 18세 이하 장애인 포함여부와 65세 이상 장애인 포함여부를 중심으로 연령에 따른 대상자 선정이 검토되었다.

첫째, 제1안의 경우는 만 19세 이상 ~ 만 65세 미만을 대상으로 한다. 이때, 시설 거주장애인, 주간기보호시설에서 서비스를 제공받는 장애인 포함시키는 것으로 이 경우 만 18세 이하의 ‘장애아동특별대책 등(가칭)’ 별도의 대책 마련 검토할 것이며 65세 이상인 노인장기요양보험제도에서 서비스 받을 수 있도록 하는 방안이 검토되어야 할 것이다.

둘째, 제2안의 경우는 만 18세 이하 포함한 만 65세 미만을 대상으로 한다는 것으로 이 경우 65세 이상 장애인 노인장기요양보험제도에 편입되는 것이다. 또한 만 18세 이하 장애인들도 활동보조서비스 교육받으면서 자립가능성 성장시킬 수 있도록 하는 방안으로서 이 경우 아동과 성인에 따른 서비스 지원체계 및 각각의 내용 및 초점이 검토되어야 할 필요성이 제기되었다.

셋째, 제3안의 경우는 전체 장애인을 대상으로 한다. 이는 각각 장애유형별 전체 연령의 장애인 중 요양서비스가 필요한 대상자 서비스 받을 수 있도록 제도 설계하는 방안이다.

넷째, 제4안의 경우는 만 19세 이상으로 이는 만 65세 이상도 포함하는 것이다.

이 경우 65세 이상 노인장애인의 경우 장애인장기요양제도와 노인장기요양보험제도 중 택일하는 것으로 65세 이전에 장애인장기요양제도 서비스 이용자는 65세 이후 노인장기요양보험제도와 장애인장기요양제도 중 본인이 택할 수 있도록 하는 방안이다.

다만, 이때 건강보험공단과 지자체와의 서비스 연계 시 다음 사항 검토가 필요할 것으로 여겨졌다. 즉, ①연령에 따라 기존에 제공받던 서비스를 제공받지 못하는 경우가 발생하는 문제와, ②제도의 근간이 다른 장애인장기요양제도와 노인장기요양제도가 함께 갈 수 있는지 고려(차별성 여부 즉, 제도의 대상이 되는 집단의 욕구 차이 있음.) ③연령에 대한 차별 부분으로 노인장기요양보험제도 관련 법 수정 또는 장애인 장기요양서비스 연장 가능 필요하다는 부분이 문제점으로 제기되었다.

다섯째, 제5안은 만 65세 미만이 대상으로 이 경우, 활동보조서비스 이용자의 경우 65세 이상이 되면 노인장기요양보험제도에 편입되기까지의 유예기간동안 특별대책 필요하다는 것이다. 65세 이상 대상자 포함여부와 관련하여 ‘조세방식 vs 사회보험방식’에 따른 제도 간 형평성 문제 발생할 수 있다는 점이 지적되었으며 즉, 65세 이전의 조세방식(활동보조서비스) 서비스 이용자는 65세 이상이 되면 사회보험방식(노인장기요양보험제도)에서 서비스를 제공받도록 하며 편입되는 이 시점을 유예기간(3-5년 정도)으로 두어 이때 발생할 수 있는 다양한 문제들에 대하여 지방정부가 별도의 서비스를 제공할 수 있도록 하는 방식 등 다양한 ‘슬라이딩 방식’의 해결 방안 검토가 필요할 것이다. 각각의 안을 그림으로 살펴보면 다음과 같다.

&lt;표 7-1-9&gt; 장애인장기요양보장제도 대상자(안)

1안	※장애아동특별대책(가칭) 등에서 서비스 제공 방안 고려			※노인장기요양보험제도에서 서비스 제공받음.	
2안					
3안					
4안		장애인장기요양제도 노인장기요양보험제도 중 택일			
5안	3-5년 유예기간			→ 노인장기요양보험 제도로 편입됨.	
구분	만 18세 이하	만 19세 이상	만 65세 미만	65세 이상	

기타사항으로 정신장애인이 급격히 증가하는 상황에서 이미 만성화되어 비인가 요양시설에서 거주하고 있는 정신장애인의 경우 장애인장기요양보장제도가 실시될 시 어떻게 해야 할 것인지에 대한 고려도 요구되어졌다.

#### (4) 급여의 범위 및 종류

먼저 급여의 범위 및 종류를 검토함에 있어 노인에 비하여 장애인의 경우 장애 유형이 매우 다양하므로 어떠한 서비스가 각각의 장애 유형별로 제공할 것이며 현행 인프라가 어느정도인지를 함께 검토되어야 할 필요성이 제기되었다. 이와 관련하여 수가급여분과에서는 장기요양의 틀 안에서 제공되는 서비스의 범위와 함께 원가를 계산할 수 있는 충분한 자료의 준비 및 검토가 요구되어졌다. 즉, 현재 시설수가, 재가수가와 관련하여 각각의 시설에서 어떠한 서비스가 제공되고 있으며 소요시간이 어느정도 인지 충분한 뒷받침 자료가 요구되어졌다. 분과회의 초반에는 급여의 표준화와 시설의 표준화에 대한 논의를 제기하였다. 이와 함께 장애인장기요양보장 추진단에서 논의된 급여의 범위에 대한 쟁점사항은 다음과 같다.

## 가) 의료서비스 포함 여부 및 지원 범위 문제

의료서비스 포함여부와 관련하여 다음과 같은 사항이 논의되었다.

첫째, 장애인장기요양보장제도에서의 의료서비스의 포함여부이다. 이는 장애인장기요양보장제도의 개념과 연관지어 함께 검토되었다. 즉, 의료서비스는 장애인 장기요양보장제도에서 제공할 것이 아니라, 건강보험을 비롯한 현 의료 시스템에서 이를 제공함을 원칙으로 하고 장애인 장기요양보장제도는 복지서비스 부문에 대한 서비스를 중심으로 제공되어야 한다는 것이다.

둘째, 의료서비스를 ①의사 진료(왕진 서비스), ②의료 재활, ③ 방문간호로 구분하고 어디까지 포함할지 여부 검토되었다. 즉, 현재 건강보험의 비급여부문 중 장애인 장기요양보장제도의 개념과 목적에 부합함에 따라 반드시 장애인장기요양보장제도에 포함시켜 제공되어야 할 필요성이 있는 의료서비스에 대한 부문을 검토하게 되었다. 이러한 논의과정에 있어 구강관리에 대한 부문과 의료재활에 대한 부문이 검토되었다. 의료재활과 관련하여 급성기, 회복기의 경우 건강보험에서 다루어지며, 방문형 유지기 재활의 경우만 장애인장기요양보장제도에서 서비스를 제공하는 방식에 대한 검토가 필요하다고 여겨졌다. 또한 노인장기요양보험제도에서 실행되고 있는 방문간호서비스와 관련하여 관장, 욕창관리, suction 등 기본적인 서비스 정도만 포함할지 또는 노인장기요양보험제도와 같이 의사, 한의사, 치과의사 등의 지시를 받아 보다 높은 수준의 간호 서비스를 제공할지 여부 검토되었다.

논의 결과, 장애인장기요양보장제도에서는 현재 노인장기요양보험제도에 준하는 방문간호서비스를 포함시키는 것으로 논의가 진행되었으며 이때 노인장기요양보험제도에 준하는 구강관리서비스와 방문재활(물리치료)서비스를 포함시켜 제공할 수 있도록 설계되었다.

## 나) 이동지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조 등의 활동보조제도에서 제공하고 있는 서비스 포함 여부

장애인 장기요양보장제도를 설계함에 있어 현재 활동보조서비스에서 제공하고 있는 서비스의 포함 여부 또한 핵심적인 고려사항이 되었다. 이는 장애인 장기요양의

개념 및 급여 범위와 관련된 것으로 신체수발 즉, 신변처리 지원에 해당하는 부분을 방문간호서비스와 함께 요양서비스로 분류하여 관련 서비스만을 장애인 장기요양보장제도에서 제공할 지 또는 현 활동보조서비스에 간병 및 방문간호서비스를 포함시켜 함께 제공할 지 여부에 대하여 많은 논의가 있었다. 만약, 현 활동보조서비스에서 요양서비스를 장애인 장기요양보장제도에서 제공하게 되면, 현 활동보조서비스는 외출 이동중심으로 서비스를 제공하여야 할 필요성이 제기되기 때문이다.

#### 다) 장애인 시설급여 포함 여부

장애인 시설급여를 현재와 같은 시스템으로 지원(장기요양서비스에서 제외)할 것인지 아니면 노인장기요양보험제도(장기요양서비스에 포함)와 같이 지원의 틀을 변경할 것인지 검토가 요구되었다. 이와 관련하여 추진단에서는 논의가 진행되었다.

첫째, 활동보조서비스 확대 방향으로 진행되어도 시설거주 장애인이 서비스 필요대상에서 제외 되는 것은 아니며 시설 거주 장애인도 활동보조서비스가 필요하며 이를 반드시 못받게 하는 법적인 내용과 근거가 없다는 의견이 제시되었다. 즉, 기존에 제공하고 있는 서비스와 재가에서 줄 수 있는 것이 무엇인지를 고민하면 시설에서 요양서비스 대상자 구분이 명확히 될 것이며, 시설과 재가의 서비스 구분도 명확하게 작업이 가능할 것으로 여겨진다는 것이었다. 따라서 점차적으로 시설은 주거지원으로 정착되어감에 따라 재가와 시설을 구분하지 않고 지역사회 서비스로 간주하여 이를 나열하여 몇 개의 서비스를 줄 수 있는지 리스트를 만들고 이를 결정하는 방향으로 추진하여 정리하고자 하는 것이다.

둘째, 시설이 주거의 개념으로 바뀐다면, 현재 시설에서 제공하고 있는 모든 서비스를 포함하여 예산 또한 장애인 장기요양보장제도로 편입되어야 한다는 것이다.

셋째, 시설 거주자들도 장기요양 서비스를 받을 수 있도록 할 경우 활동보조라는 용어 대신 예를 들어 ‘장애인자립지원제도’와 같은 용어로 변경되어 추진되어야 할 것임이 제안되었다.

결론적으로, 현실적 중복급여의 문제가 발생할 수 있고, 현재 장애인 복지 시설 개편방안에 대한 연구가 진행중임에 따라 현재 시설급여를 포함시켜 장애인장기요



양보장제도를 설계하기 보다 추후 시설개편 방향에 따라 시설급여 포함여부에 대하여 검토하도록 하고 현재는 장애인 장기요양보장제도에서는 장기요양급여로 재가급여 부문만 포함하여 제공하는 것으로 논의가 진행되었다.

#### 라) 현금급여 포함 여부

현재 노인장기요양보험제도에서는 보완적으로 특별현금급여를 인정하고 있으나 장애인 장기요양보장제도에서는 특별현금급여의 필요성도 제기되었으나 악용될 우려가 있는 관계로 현 단계에서는 제외하는 것으로 논의되었다.

#### 마) 기타 재활 관련

직업재활, 교육재활, 사회재활이 활동보조서비스 또는 장애인장기요양섭스에 포함여부와 관련하여, 직업재활 부문의 경우 고용을 목표로 한다면 노동부의 고용정책차원에서 검토되어야 할 것으로 논의되었다.

#### <참고>

- 노인장기요양보험제도: 가사, 신체수발, 방문간호, 시설급여, 현금급여
- 활동보조서비스: 가사, 신체수발, 이동지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조

### 5) 서비스 전달 및 실시체계

#### (1) 서비스 제공 기관

서비스 제공 기관의 현 활동보조서비스 제공기관과 노인장기요양보험제도에 준하는 방문간호센터가 서비스 제공 기관으로 결정되었다.

#### (2) 서비스 제공 인력

서비스 제공 인력과 관련하여 첫째, 활동보조인에 대해서는 먼저 활동보조인과 요양보호사의 관계 및 활동보조인의 자격여부 와 교육여부에 따른 등급 구분 논의 필요함이 제기되었다. 이 결과 제1안은 활동보조인을 1,2급 구분하지 않고 기존 활동보조인 교육+간병교육 포함시키며 제2안은 활동보조인을 1,2급 구분하는 것(간병서비스 제공 교육 이수자 구분 필요)이었다. 또한 장애유형별 서비스 제공인력의 차등화 방안도 검토 요구되어졌다. 결론적으로 활동보조인의 겨우 1,2급을 구분하지 않고 기존 활동보조인 교육에 간병 및 구강관리교육을 포함시키는 것으로 결정되었다.

둘째, 방문간호 서비스 제공인력에 대한 부분으로 방문간호와 관련하여 업무 및 수가 차등화 방안 검토 필요함이 제기되었다. 즉, 현재 방문간호서비스 제공인력 부분과 관련하여 간호사, 간호조무사의 교육 기간에 따른 차이 및 비용의 효율성 측면에서 업무 및 수가를 차등화시키는 방안에 대한 검토가 요청되었다.

### (3) 운영 주체

현 활동보조서비스 확대방안과 장애인복지 인프라 개편방안에 따른 검토가 이루어질 것이며 현재는 보건복지가족부와 시·군·구 그리고 장애서비스센터(DSC)에서 평가 및 서비스 이용계획 작성을 담당하는 것으로 검토되어졌다. 기타 사항으로 서비스 전달 기관과 관련하여 장애서비스센터가 실질적 서비스 전달기관으로서 서비스 제공기관을 감독하겠다는 부문 외 관리 감독 역할 및 공공 부문에서 서비스 전달의 일정부분을 담당하겠다는 계획 및 공급부문에 대한 계획 수립 및 준비 작업에 대한 내용이 함께 포함되어 검토 제시 요구되었다.

### (4) 평가항목 및 평가 절차

이와 관련하여 앞에서 언급한 바와 같이 노인의 경우 치매, 노쇠, 중풍 등 일정한 패턴이 있으나 장애인의 경우 장애유형별로 검토되어야 하는 부분이 매우 많고 각각의 장애 성격에 따라 특징이 다양하므로 일반적인 판정체계를 만드는 데 있어 추진단 회의 초반에 심도있는 논의가 요구되어졌으며 다음과 같은 고려사항이 제시되었다.

첫째, 평가판정항목의 목적과 관련하여 스크리닝의 의미인지 대상자 욕구파악을 위한 것인지 명확하지 않으며 욕구에 초점을 두면, 급여내용 및 급여 범위에서 제시한 욕구를 포괄적으로 담아내는 것이 필요할 것이다.

둘째, 변하지 않는 부분(impairment scale)과 가변적인 부분(functional disability scale)의 측정 혼용에 따른 문제이다. 평가와 관련하여 노인의 경우와 달리 장애인의 경우 재활이 전제되지 않은 상태에서 기능을 평가하는 굉장히 가변적인 것이라는 부분이라는 것이다. 즉, 기능적인 부분을 가지고 평가를 하게되면, 기능을 못할 수록 보상이 된다는 논리로 이는 재활에 역행하는 결과를 초래할 수 있다는 것이다. 이와 관련하여 일본의 경우 기능중심으로 스크리닝 한 후, ‘인센티브 급여방식’을 통하여 어떠한 부분이 달라지면 특별급여를 줌으로서 이와 같은 문제를 해결한다고 하였다.

셋째, 평가항목 문항 수에 따른 문제이다. 평가판정항목의 경우 기본적으로 현 활동보조서비스 항목과 노인장기요양보험제도항목을 기반으로 고려되어졌으나 전반적으로 문항수가 너무 많다는 지적이다. 이는 평가판정항목 개발 초기 65개 항목 중 의미있는 항목을 선별하려 하였으나 선별하기에는 장애인타임스터디 케이스 수가 적고 따라서 이는 시범사업을 하면서 문항 수를 줄여나아가야 할 것으로 논의되었다. 또한 각각의 항목들과 서비스가 반드시 연계되어야 하기 보다는 넓은 범위에서 검토되어야 함이 제시되었다. 이와 관련하여 추후 장애서비스센터(DSC)에서 실시되는 의료평가도구, 근로활동능력평가도구, 복지욕구사정도구와의 향후 연계 방안을 고려하면서 문항 수를 줄이는 작업이 필요할 것이다.

넷째, 등급체계 조정에 따른 문제이다. 즉, 평가판정 기준 및 평가 도구와 관련하여 장애인 타임스터디 분석 결과, 장애인의 경우 ‘서비스 시간과 중증도’가 불일치하는 측면이 많은 것으로 나타났다. 이는 활동성이 있는 사람들이 서비스 시간을 보다 많이 필요로 할 수 있기 때문이었다. 이러한 상황에서 실제로 한정된 자원 내에서 실질적으로 많은 서비스를 필요로 하는 장애인에게 더 많은 시간이 제공되어야 한다는 부분에 대한 논의가 진행되었으며 현재 최종 제시된 16개 등급에 대한 등급체계간 조정이 검토되어야 한다는 것이었다.

다섯째, 실질적인 운영방식에 따른 문제이다. 즉, 요양급여와 활동보조급여 차이로

인한 중계기관의 운영상 혼란 우려이 있을 수 있다는 것이다. 요양급여과 활동보조 급여가 다르면 단가가 높은 것만 하려는 사람이 생길 것이며, 실제 서비스를 제공함에 있어 현장에서의 차이가 생겨(예. 외출하려는 사람이 갑자기 간병이 필요한 경우 발생하는 등) 중계기관의 어려움이 예상된다는 것이었다. 따라서 판정은 ‘요양등급+활동보조등급’으로 받되 실제 총액안에서 자신의 선택권 부여하는 방안 검토 요구되어짐이 강조되었다.

여섯째, 평가자 관련 문제로 장기요양의 필요여부 및 판정과 관련하여 객관적 평가가 가능하기 위해서는 전문가가 평가자로 활용되어져 한다는 것이다. 현재 활동보조서비스의 경우 지역사회 보건소 방문간호사가 평가를 실시하고 있으나, 추후 장애인 서비스센터의 전문가(사회복지사, 간호사 등)가 평가를 실시할 수 있도록 할 것으로 검토되었다.

##### (5) 재원 확보 방안 및 비용 부담

재원 확보 방안과 관련하여 정부지원과 이용자 부담에 대한 논의가 주를 이루었으나 이에 앞서 사회보험방식인 노인장기요양보험제도에의 통합과 조세방식인 활동보조서비스 제도 확대 방안에서의 재원 확보 방안 및 비용 부담이 검토 고려되어져야 할 필요성이 제기되었다.

첫째, 노인장기요양보험제도에의 통합(사회보험 방식)의 경우다. 기존 노인장기요양보험에 통합할 경우 국민장기요양보험이라는 제도의 틀 완성되며 가입자와 수급권자 일치시키는 것으로서 국민 연대감을 높이고 보험료 부담에 대한 저항을 최소화할 수 있다. 또한, 재원조달 및 제도시행이 용이한 장점으로 민간의 참여 확대로 인프라 구축이 용이하나 다만 본격적인 실시를 위해서는 노인장기요양보험법을 국민장기요양보험법으로 개정 필요할 것으로 여겨진다. 그러나 추가 보험료에 대한 저항이 클 것으로 예상되며 즉, 대다수의 국민이 장애인 요양관련 요구를 사회적 위협으로 인식할 수 있는가에 대한 사회적 합의가 필수적이라는 것이다. 따라서 장애인을 위한 추가보험료부담에 대한 국민의식조사 실시 필요할 것으로 여겨진다.

이와 관련하여 체납자에 대한 급여제한 등 사각지대문제 발생할 수 있으며, 정부

의 책임을 보험에 넘긴다는 문제와 관련하여 장애인을 노인장기요양보험제도에 포함할 경우 사회복지 서비스의 대부분을 국가책임이 아닌 보험방식으로 제공한다는 정부의 책임 문제가 발생할 수 있다. 또한 장애인의 다양한 욕구 반영 어렵고, 장애의 이념에 부합되지 않아 장애계 반발 가능성이 있을 수 있다는 단점을 지적할 수 있다.

둘째, 활동보조서비스제도(명칭 변경 필요) 확대 (조세방식)이다. 조세방식은 국가의 책임 하에 장애인의 권리성을 담보할 수 있고, 재원부담의 형평성 제고 가능하다. 선진국의 예에서도 장애인에 대한 복지정책은 대부분 조세에 의해 지원하고 있으며, 다만, 조세방식을 채택하더라도 본인부담금 등에 대한 고려가 필요하다는 것이다. 이때 소득수준별 차등하는 방안 검토되어야 한다.

조세방식 채택시 현행 활동보조사업의 대상자를 확대하고 장기요양 서비스까지 포함할 수 있도록 질을 높이는 방향으로 할 경우 제도의 확대가 용이하다는 장점이 있으며, 적용의 시기가 빠르고, 기존 인력 및 인프라를 활용할 수 있으며, 장애인 자립생활모델의 이념에 적합하다는 장점이 있다.

그러나, 장애인 욕구에 부응하는 수준의 지속적인 재원 확보 곤란 가능성이 있으며, 새로운 재원확보를 통한 장애인 복지 제도의 지원 증가보다 기존의 활동보조사업 예산의 증가분에만 의존하게 될 경우 근본적인 장애인의 요양욕구 해결에 재정적 한계 가능성이 있으며, 부족한 재원으로 제도를 운영할 경우 서비스 질 담보에 어려움이 있다는 단점을 지적할 수 있다.

#### 6) 예산 소요액

예산 소요액 추정을 위하여 현 활동보조서비스 시간당 수가 8,000원을 적용하였으며 요양의 경우 노인장기요양보험제도의 재가급여 중 방문간호 서비스 60분 이상의 금액인 43,260원이 적용되었다. 그러나 요양시간을 산출함에 본 장애인 타임스터디 조사 결과를 분석 활용함으로써 타임스터디 서비스 코드와 실제 활동보조서비스와 비교 시 용어는 동일하나 실제 개념상의 차이가 있을 수 있다.

## 제2절 모의적용 사례검토

### 1. 모의적용 사례검토의 배경 및 목적

장애인 장기요양보장제도 기본모형의 모의적용을 통해 타당성을 검증하고 환류를 통하여 제도를 보완하고자 현재 진행 중인 ‘장애인 복지 인프라 개선방안’ 연구용역의 모의적용 대상자에게 기본모형의 모의적용 및 환류를 위해 모의적용 사례를 검토하였다.

모의적용 사례 검토는 다음 내용에 초점을 맞추어 진행되었다.

첫째, 개발된 평가판정 도구 즉, 장애인 장기요양인정조사표(가칭)에 대한 타당도를 검증하는 것이다. 즉, 현 활동보조 등급 및 총 이용시간 그리고 실제 지난달 이용시간 비교 및 평가 결과 산출된 활동보조 점수 및 실제 등급을 비교해 보고 이를 노인요양등급과 비교분석하여 동일 장애인에 대한 평가 도구별 평가 결과를 비교하는 것이다.

둘째, 모의적용을 통하여 장애인 장기요양서비스가 필요한 장애인의 상태 및 수준을 파악하는 것이다.

셋째, 장애인장기요양보장제도 모형시안과 관련하여 현재 활동보조서비스 총 이용시간의 활용을 비롯하여 장애인 장기요양보장제도 도입 시 이용하게 될 서비스 및 수준을 파악하는 것이다.

### 2. 모의적용 사례 조사 결과

#### 가. 활동보조 등급과 요양등급 비교

먼저 모의적용 대상자들의 기존 활동보조등급과 장애인장기요양인정조사표에 따라 평가된 활동보조등급을 비교하였으며 이는 아래 [표 ]과 같다.

모의적용 대상자의 기존 활동보조등급과 장애인장기요양인정조사표에 따라 새롭게 산출된 활동보조등급분포를 살펴보면 다음과 같다.

<표 7-2-1> 기존 활동보조등급별 장애인장기요양인정조사표에 따른 활동보조등급분포

구분		장애인장기요양인정조사표 적용 활동보조등급				
		1	2	3	4	Total
기존 활동 보조 등급	1	4	5	4	2	15
		26.7%	33.3%	26.7%	13.3%	100.0%
	2	-	-	1	1	2
		-	-	50.0%	50.0%	100.0%
	3	-	-	11	10	21
				52.4%	47.6%	100.0%
	4				2	2
					100.0%	100.0%
	Total	4	5	16	15	40
		10.0%	12.5%	40.0%	37.5%	100.0%

노인요양제도 등급 적용 시 1등급이 41.7%로 가장 높은 비율로 나타났으며 3등급이 21.7%, 2등급이 15.0%의 순으로 나타났다. 모의적용 대상자의 주된 장애유형에 따른 노인장기요양 등급별 중요정보의 분포를 살펴보면 다음과 같다. 지체장애의 경우 63.2%, 뇌병변장애의 경우 53.8%가 노인요양제도 적용등급 1등급에 해당되며 가장 많은 비율을 차지하는 것으로 나타났다. 반면, 시각장애의 경우 노인요양제도 적용시 4등급과 5등급의 비율이 각 40.0%로 높게 나타났다.

&lt;표 7-2-2&gt; 주된장애유형별 요양등급분포

구분		노인요양제도 적용등급						
		1	2	3	4	5	6	Total
주된 장애 유형	지체장애	12	-	6	1	-	-	19
		63.2%	-	31.6%	5.3%	-	-	100.0%
	뇌병변장애	7	2	3	1	-	-	13
		53.8%	15.4%	23.1%	7.7%	-	-	100.0%
	시각장애	-	1	1	4	4	-	10
		-	10.0%	10.0%	40.0%	40.0%	-	100.0%
	청각장애	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-
	언어장애	1	1	-	-	-	-	2
		50.0%	50.0%	-	-	-	-	100.0%
	지적장애	3	4	1	-	-	-	9
		33.3%	44.4%	11.1%	-	-	-	100.0%
	자폐성장애	2	1	2	1	-	-	6
		33.3%	16.7%	33.3%	16.7%	-	-	100.0%
	정신장애	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-
	신장장애	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-
	심장장애	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-
	호흡기장애	-	-	-	1	-	-	1
		-	-	-	100.0%	-	-	100.0%
	안면장애	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-
	Total	25	9	13	8	4	1	60
		41.7%	15.0%	21.7%	13.3%	6.7%	1.7%	100.0%

모의적용 대상자의 기존 활동보조서비스 등급과 노인장기요양 등급별 중요정보의 분포를 살펴보면 다음과 같다. 노인요양제도 적용등급이 1등급이며 기존 활동보조등급이 1등급인 경우 52.6%로 가장 높게 나타났다. 그러나 기존 활동보조 1등급인 경우도 노인요양제도 등급 적용시 5등급인 경우도 10.5%인 것으로 나타났으며 기존



활동보조등급이 2등급인 경우도 노인요양제도 등급 적용시 3,4,5등급인 것으로 나타나 각각의 등급에 따른 차이를 검토해야 할 필요성이 제기되었다. 기존 활동보조등급별 비롯하여 장애인장기요양인정조사표 결과 분석된 활동보조등급과 요양등급분포 및 활동보조점수별 요양등급분포를 아래 표에서 제시되어있다.

<표 7-2-3> 기존 활동보조등급별 요양등급분포

구분		노인요양제도 적용등급						Total
		1	2	3	4	5	6	
기존 활동 보조 등급	1	10	2	4	1	2	-	19
		52.6%	10.5%	21.1%	5.3%	10.5%	-	100.0%
	2	-	-	3	3	1	-	7
		-	-	42.9%	42.9%	14.3%	-	100.0%
	3	14	6	6	3	-	-	29
		48.3%	20.7%	20.7%	10.3%	-	-	100.0%
	4	1	1	-	-	-	-	2
		50.0%	50.0%	-	-	-	-	100.0%
	Total	25	9	13	7	-	-	57
		43.9%	15.8%	22.8%	12.3%	-	-	100.0%

<표 7-2-4> 장애인 장기요양인정조사표 결과 분석된 활동보조등급별 요양등급분포

구분		노인요양제도 적용등급						Total
		1	2	3	4	5	6	
활동 보조 등급	1	4	-	-	-	-	-	4
		100.0%	-	-	-	-	-	100.0%
	2	3	1	1	-	-	-	5
		60.0%	20.0%	20.0%	-	-	-	100.0%
	3	13	2	1	-	-	-	16
		81.3%	12.5%	6.3%	-	-	-	100.0%
	4	5	5	5	-	-	-	15
		33.3%	33.3%	33.3%	-	-	-	100.0%
	Total	25	9	13	8	4	1	60
		41.7%	15.0%	21.7%	13.3%	6.7%	1.7	100.0%

&lt;표 7-2-5&gt; 장애인 장기요양인정조사표 결과 산출된 활동보조점수별 요양등급분포

구분		노인요양제도 적용등급						
		1	2	3	4	5	6	Total
활동 보조 점수	30~90점	-	-	-	3	1	1	5
		-	-	-	60.0%	20.0%	20.0%	100.0%
	91~180점	-	-	6	5	3	-	14
		-	-	42.9%	35.7%	21.4%	-	100.0%
	181점~219점	-	1	-	-	-	-	1
		-	100.0%	-	-	-	-	100.0%
	220점~280점	2	3	3	-	-	-	8
		25.0%	37.5%	37.5%	-	-	-	100.0%
	281점~345점	5	3	3	-	-	-	11
		45.5%	27.3%	27.3%	-	-	-	100.0%
	346점~379점	6	2	1	-	-	-	9
		66.7%	22.2%	11.1%	-	-	-	100.0%
	380점~445점	12	-	-	-	-	-	12
		100.0%	-	-	-	-	-	100.0%
	446점이상	25	9	13	8	4	-	60
		41.7%	15.0%	21.7%	13.3%	6.7%	-	100.0%

#### 나. 모의적용 사례 분석

실제 활동보조 등급과 노인요양 등급 적용에 따른 차이를 살펴보고자 모의적용 사업장의 전문가들에게 다음과 같은 사항에 대한 기술을 요청하였다. 활동보조와 노인요양 등급에 따라 각 사례별로 외견상 특징과 현 활동보조서비스의 주된 이용 및 장애인장기요양보장제도 도입 시 요구되는 서비스에 대한 기술은 다음과 같다.

##### 1) 활동보조 1등급 노인요양 1등급 사례

첫째, 외견상 다음과 같은 특징이 나타났다.

- 사례1(지체장애) : 언어소통이 불편하고, 팔·다리 모두 자유롭게 움직일 수 없으

며 신체의 왼편은 전혀 움직일 수 없다.

- 사례2(지체장애) : 휠체어를 타고 있으며 턱으로 휠체어를 조종하고 팔·다리는 전혀 사용할 수 없다.
- 사례3(지체장애) : 상반신은 조금 움직일 수 있으나 팔은 자유자재로 움직일 수 없다. 또한 하반신의 경우 오른쪽 다리만 움직임이 가능하다.
- 사례4(지체장애) : 상반신의 경우 팔은 움직일 수 있으나 손가락은 움직일 수 없으며, 하반신은 전혀 움직일 수 없다.
- 사례5(지체장애) : 편마비(우측)가 있어 혼자 앉거나 일어나는 등의 움직임은 거의 불가능하다. 또한 지적 장애가 동반되어 의사소통이 거의 어려우며 ‘네’, ‘아니오’ 등의 기본적 의사 표현만이 가능하다.
- 사례6(지체장애) : 하반신은 전혀 움직일 수 없으나(하지 절단) 상반신은 부분적으로 움직임이 가능하다.
- 사례7(지체장애) : 전신마비로 근이영증이 있기 때문에 간단한 대답만 가능하고 항상 호흡기를 착용하고 있다.
- 사례8(시각장애) : 앞을 전혀 볼 수 없다.
- 사례9(지체장애) : 현재 휠체어를 타고 다니며, 손과 팔이 꺾여 퍼지지 않아 식사할 때 어려움이 많다.
- 사례10(지체장애) : 현재 침대에 누워 있으면 다리를 사용하지 못 하며 손을 이용하여 젓가락질을 부자연스럽게 움직일 수 있다. 그러나 운동을 할 수 없어 팔의 사용이 적어 스트레칭을 부인이 계속 해주고 있는 상황이다.

둘째, 동일한 모의적용 조사 대상자의 현 활동보조서비스 이용에 대한 특징이다.

- 사례1 : 외출, 산책, 병원 등 이동에 주로 이용한다.
- 사례2 : 외출, 가사지원, 신체수발 등 모든 영역에서 이용한다.
- 사례3 : 외출 시 또는 종교활동을 비롯한 일상생활 모든 부분에서 이용한다.
- 사례4 : 출근 및 출근 준비, 세면, 옷 갈아입기, 휠체어 태우기, 식사 준비 및 보조, 사무 보조, 이동보조, 대·소변 처리 지원 등 서비스를 이용한다.

- 사례5 : 신변처리 지원 예를들어, 목욕, 세면, 식사, 옷 갈이입기등에 주로 이용하며 운동이나 산책 시에도 이용한다.
- 사례6 : 인근 지역사회 시설로의 이동 및 식사지원, 목욕 및 신변처리 지원을 주로 이용한다. 특히 목욕을 포함한 일상생활 지원과 물리치료(전신마사지) 지원 받을 시 이용한다.
- 사례7 : 대소변시 타인의 지원이 전적으로 필요하다.
- 사례8 : 길 안내 및 이동 시, 책 읽어주기, 쇼핑 시 이용한다.
- 사례9 : 주로 가사 지원과 주2회 병원 동행에 이용하며, 이외 목욕 서비스 및 일상생활 지원을 받고 있다.
- 사례10 : 주로 일상생활에 대한 지원을 받고 있다.  
셋째, 장애인장기요양서비스 도입 시 활용부분에 대한 특징이다.
- 사례3: 매일 일상생활의 모든 영역에 대한 지원이 필요하다.
- 사례4: 서비스 이용시간의 확대가 절대적으로 필요하며, 전동침대와 같은 지원도 요구된다.
- 사례5 : 대변관리와 관련하여 관장 서비스가 필요하며, 방문 간호와 같은 의료적 지원 및 물리치료가 필요하다. 이와 더불어 기저귀, 매트 등의 지원도 필요하다.
- 사례7 : 물리치료 서비스가 절실히 필요하다.
- 사례9 : 혼자 할 수 있는 것이 전혀 없으며, 욕창에 대한 주기적 관리가 필요하다. 집에만 있고 이동을 잘 할 수 없어 구강 관리 및 물리 치료를 집에서 받는 것을 원한다.
- 사례10 : 목욕을 자주 하지 못하여 정기적 목욕 서비스가 필요하며, 자세 변경을 하지 못하여 욕창관리르르 비롯하여 구강관리 서비스가 필요하다. 팔을 자주 사용하지 않아 근육이 점점 감소 추세에 있으며 굳어가고 항상 누워있어 물리치료, 작업치료가 절실히 필요하다.

## 2) 활동보조 3등급 노인요양 1등급 사례

첫째, 외견상 다음과 같은 특징이 나타났다.

- 사례1(지체장애) : 집안에서 조차 휠체어에 앉아 있으며 목을 가누지 못해 외출 시 주의요망된다. 상/하지 부분 완전 의지하며 인지능력은 정상이다.
- 사례2(지체장애) : 흉추장애로 가슴 아래 부분 부터는 신경이 손상되어 감각이 없으며 몸을 이동할 때 팔의 힘이 많이 필요하여 낙상하는 경우가 종종 있다.
- 사례3(지체장애): 선천성 장애로 인해 스스로 움직일 수 가 없으며 누워 있거나 타인의 도움 필요하다.
- 사례4(지체장애) : 현재 거동, 혼자 앉는 것을 전혀 못 하며 식사 시 벽에 기대고 앉아 식사를 한다. 근육병으로 인해 몸 상태가 등 뒤로 활처럼 휘 상태이다.
- 사례5(뇌병변 장애) : 신체는 비교적 움직임이 많으나 불수의적 움직임이 많고 의욕만 앞서 강직이 심하고 보고, 듣고, 생각하는 능력은 좋으나 언어가 되지 않는다.

둘째, 현 활동보조서비스 이용에 대한 특징이다.

- 사례1 : 통학보조와 민원업무 이용 시 활용한다.
- 사례2 : 가사 및 이동지원시 주로 활용한다.
- 사례3 : 학교 등학교 시 주로 활용한다.
- 사례4 : 자세 변경이 되지 않아 자세 변경을 수시로 변경해주어야 하고, 근육병으로 인해 몸의 변형과 굳는 것을 지연시키기 위해 마사지 실시되고 있다. 주로 누워있어 신체 수발 지원이 가장 필요하다.
- 사례5 : 현 서비스 수준은 상당히 만족하고 있으나 시간이 너무 부족한 관계로 제대로 지원 서비스(시간)를 받을 수 없다. 시간을 늘려서 충분히 받고 싶다.

셋째, 장애인장기요양서비스 도입 시 활용부분에 대한 특징이다.

- 사례1 : 통학, 학습 활동 지속적 필요하며 민원 업무 및 가사 생활 활동 지속적 서비스가 필요하다.

- 사례2 : 욕창관리가 필요하다.
- 사례3 : 주기적인 간병서비스가 필요하다.
- 사례4 : 전문적인 치료를 받지 못하여 물리치료, 작업치료가 정기적으로 필요하며 이는 몸의 변형, 굳는 것을 지연시킬 수 있기 때문이다. 아우러, 간병 및 간호서비스를 비롯하여 가정 방문하여 건강 체크를 해주었으면 한다. 진행성인 근육병으로 인해 정기적 건강 체크와 전문가의 손길 필요하기 때문이다. 구강위생과 관련하여 현재 음식물 섭취 후 혼자 칫솔질을 하지 못하고 모의 도움의 받지만 칫솔질을 잘 하지 못하여 구강위생 검진이 필요하다.
- 사례5: 하루 종일 가족이 돌보아야 하는 힘든 시간을 다소나마 활동보조서비스를 이용하면서 조금이라도 덜 수 있었으며, 앞으로도 더 많은 시간을 지원 받고 싶다.

### 제3절 장애인 장기요양보장제도와 장애인복지서비스제도와와의 관련성 검토

#### 1. 장애인장기요양보장제도의 필요성 검토

장기요양(long-term care)서비스는 신체적·정신적 장애로 인하여 장기간 일상생활에 필요한 기능을 스스로 수행할 수 없는 개인에게 보건·복지서비스를 제공하는 것을 의미한다. 그러므로 장기요양보호 대상자는 청소나 세탁, 식사준비 등 일상생활 지원에서부터 각종 질환에 따른 전문적인 간호서비스나 개인과 가족의 심리적, 사회적 적응 및 지역사회 자원의 연계에 이르기까지 매우 다양한 서비스를 필요로 한다. 그리고 이러한 장기요양서비스에 대한 욕구는 특정계층을 대상으로 하여 발생하는 것이 아니라 사회경제적, 인구학적 특성에 상관없이 모든 계층에서 발생하는 보편적인 욕구이다.

이처럼 장기요양서비스는 노인뿐만 아니라 장애인 등 모든 연령 계층에서 발생하

는 보편적인 욕구임에도 불구하고, 노인장기요양보험법('07.4.2 국회통과) 제정 시 장애인이 제외되는 문제가 발생했다. 즉 2007년 4월 2일 노인장기요양보험법은 그 대상을 65세 이상 노인 및 65세 미만 노인성 질환을 가진 자로 한정함으로써, 장애인이 수급대상에서 제외되는 결과를 가져왔던 것이다. 당시 장애인을 노인장기요양보험법에 포함시켜야 한다는 의견이 있었으나 주무 부처였던 보건복지부는 노인장기요양보험법에 장애인을 포함시킬 수 없다는 입장을 고수하고 있었다. 왜냐하면, 노인장기요양보험법을 준비하면서 장애인을 포함하는 것에 대해 심각하게 고려하고 있지 않은 상태에서 노인장기요양보험법에 장애인이 포함될 경우 법의 체계를 전반적으로 다시 손을 봐야 했고, 이는 사실상 노인장기요양보험법 시행을 또다시 미룰 수밖에 없는 처지에 직면했기 때문이다.

이와 같은 상황에서, 국회는 장애인이 포함되어야 한다는 쪽과 그렇지 않은 쪽의 의견을 절충하여 부대의견을 채택하였다. 즉, 노인장기요양보험법의 대상에서 장애인을 제외하는 것으로 하되, 2009년에 장애인장기요양과 관련한 시범사업을 실시하고 2010년까지 장기요양인정의 신청자격에 장애인을 포함할지 여부를 정부에서 검토하도록 제시하였던 것이다. 이러한 부대의견에 따라 정부는 당장 2009년부터 장애인장기요양과 관련한 시범사업을 실시해야 하므로, 장애인장기요양보장제도를 노인장기요양보험법과 어떻게 설정할 것인지를 포함하여 관련 쟁점들을 빠른 시일 내에 정리하고 대안을 마련할 필요가 있게 되었다.

이러한 법적 의무를 차치하고라도 장애인장기요양보장제도가 구축되어야 할 구체적인 이유들은 다음과 같다.

첫째, 장기요양보장이 필요한 장애인 수가 증가하기 때문이다. 우리나라의 장애인구는 장애범주의 확대, 인구의 노령화, 산업재해, 교통사고 및 각종 사고, 약물 남용 등 다양한 장애원인의 증가에 따라 지속적인 증가추세를 보이고 있다. 2005년 전국의 장애인은 2,148.7천명으로 추정('06년 현재 2,325천명)되고, 2000년의 1,449.5천명에 비해 699.2천명이 증가한 것이다. 2005년 전국장애인실태조사에 의하면, 이 중 일상생활 수행에 도움이 필요한 경우는 35.4%를 차지(거의 남의 도움필요 7.4%, 대부분 필요 9.2%, 일부도움 필요 18.8%)하였다. 그리고 도움이 필요한 재가 장애인에게

도움을 주는 계층은 배우자, 부모, 자녀, 형제·자매 등 가족이 90.9%를 차지하였다. 둘째, 노인장기요양보험제도에서 64세 이하 장애인은 대상에서 제외되었기 때문이다. 장기요양보호의 대상을 많은 국가에서는 “만성질환이나 장애로 인해 일정한 기간동안 일상적 활동에 제한을 갖는 자”로 간주하고 있음에도 우리나라의 노인장기요양보험제도에서는 64세 이하의 장애인은 대상에서 제외되었다.

셋째, 기존 장애인복지서비스의 한계가 분명히 있기 때문이다. 신체 수발, 가사 및 사회활동 등 서비스를 제공하는 활동보조사업의 경우 최중증장애인만 대상이 되고 있으며, 또한 현 시설보호서비스는 약 1%의 장애인을 보호하고 있는 반면, 시설욕구가 있다고 추정되는 장애인은 24.3%로 수요와 공급의 불일치가 심각하다고 할 수 있다. 그리고 서비스 전달체계상의 서비스 간 통합노력이 부족하여 장애유형과 해당 서비스, 자원 등이 각각 단편화, 분절화 되어 있어 비효율적인 복지제도가 되고 있는 것이다.

넷째, 재활중심에서 자립생활중심으로 장애인복지 패러다임이 전환되기 때문이다. 장애인복지의 패러다임은 분리와 보호, 재활 패러다임으로부터 사회통합을 지향하는 방향으로 발전해 오고 있다. 따라서 장애인 장기요양보장제도를 설계하는 현 단계에서는 장애인복지 패러다임의 변화에 부응하는 방향으로 정책을 결정해야 할 것이다. 즉, 장애인 장기요양보장제도의 도입은 시설보호보다는 지역사회가 중심이 되어야 하며, 장애인의 선택권과 자립생활을 지원하는 사회통합적인 방향으로 제도가 설계되어야 할 것이다. 서구 선진국의 경우 재활 패러다임에 의한 장기요양제도가 먼저 도입되고 이에 대한 반응으로 자립생활 패러다임에 의한 활동보조서비스가 도입된 데 비해, 우리나라에서는 자립생활 패러다임이 먼저 도입되고 난 후 장기요양제도의 도입이 검토되고 있음을 고려해야 할 것이다.

다섯째, 현 장애인복지에 대한 정부예산 지출의 한계로 인하여 새로운 자원 마련이 필요하기 때문이다. 1990년부터 2001년까지 11년간의 주요국가 GDP 대비 장애인복지 예산비율을 보면 우리나라의 장애인분야 지출 비율은 OECD국가에 비해 크게 낮기 때문에 현재의 재정 구조로 볼 때 서비스 확대에 대한 새로운 자원 조달 방식, 즉 조세 방식을 강구하지 않으면 안 되게 되어 있다.



## 2. 장기요양서비스의 원칙과 유형

### 가. 장기요양서비스의 개념

일반적으로 장기요양서비스는 선천적·후천적으로 상당한 정도의 기능적 활동능력(functional capacity)을 상실한 사람에게 지속적인 기간에 걸쳐 제공되는 일련의 건강보호서비스와 사회복지서비스를 말한다. 즉, 기능적 제약이나 만성적 건강의 조건을 가진 사람과 지속적인 건강보호나 정상적인 일상생활 활동에 대한 도움을 필요로 하는 사람에 대한 여러 가지 재활, 의료, 사회적 지원서비스를 말한다.

그리고 일본 개호보험에서는 장기요양서비스를 신체상 또는 정신상의 장애가 있어 입욕, 배설, 식사 등의 일상생활 기본동작에 대해 후생성령으로 정한 기간동안에 상시 수발보호가 필요하다고 인정되는 자에게 제공되는 서비스라고 정의하고 있다. 독일 수발보험에서는 신체적 또는 인지적, 정신적인 질병이나 장애로 일상생활 과정에서 보통 정기적으로 반복되는 동작 수행에서 수발이 필요하다고 인정되는 대상에게 지원되는 서비스라고 지적하고 있다. 또한 OECD(2005)는 기본적인 일상생활활동(ADL) 수행에 의존적인 대상자에게 필요한 일련의 개별 서비스로서 자주 기본적인 의료 서비스와 함께 제공하는 것으로 정의내리고 있다.

한편, 우리나라 노인장기요양보험법에서는 고령이나 노인성 질병 등의 사유로 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 노인 등에게 제공하는 신체활동 또는 가사활동 지원으로 정의하고 있다. 그리고 현재 장애인에게 제공되고 있는 활동보조서비스의 정의를 신체적, 정신적 이유로 원활한 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에게 제공되는 서비스로 하고 있다.

이렇게 볼 때, 장기요양서비스는 신체적, 인지적, 정신적 질병이나 장애로 인해 일상생활활동을 혼자서 수행하기 어려운 대상에 대해 지원되는 보건의료 및 사회복지 서비스라고 정의할 수 있다. 다만, 활동보조서비스는 일상생활동작뿐만 아니라 사회

활동의 어려움에 대해서도 서비스가 제공되므로 장기요양서비스보다는 보다 넓은 의미로 해석할 수 있다.

#### 나. 장기요양서비스의 원칙 및 유형

장기요양서비스의 주요 원칙을 살펴보면 다음과 같다(Van de Water, 2005). 첫째, 개인의 욕구에 부합하는 서비스를 제공해야 한다는 것이며, 둘째, 서비스를 받는 이들의 자치권이 존중되어야 한다는 것이다. 그리고 셋째, 형평(equity)에 맞는 서비스를 제공해야 한다는 것이다. 이와 관련하여 장애인 장기요양서비스의 유형을 보면 다음과 같다.(김찬우 외, 2008). 첫째, 서비스 성격에 따른 유형으로 보건의료서비스와 사회복지서비스로 구분할 수 있다. 둘째, 서비스 제공 장소에 따른 유형으로 시설요양서비스와 재가요양서비스로 구분할 수 있다. 셋째, 서비스 형태에 따른 유형으로는 현물서비스와 현금서비스로 구분할 수 있다. 넷째, 서비스 제공자의 전문성에 따른 유형으로 공식적 서비스와 비공식적 서비스로 구분할 수 있다.

### 3. 장애인복지서비스제도에서의 장기요양서비스의 위치 설정

전체 장애인복지서비스 욕구에 대응하는 서비스제도와 그 제도 내의 장기요양서비스의 위치를 파악하려면 다음 몇 가지 요소들을 반드시 감안해야 한다.

#### 가. 장애인복지서비스를 둘러싼 패러다임의 변화

현재 국제적인 추세는 장애의 개념이 의료적 모델에서 사회적 모델로 변화되고, 개입의 패러다임 또한 재활 패러다임에서 자립생활(IL) 패러다임으로 변화되는 등 복지환경의 변화가 일어나고 있다. 정상화 이념을 바탕으로 탈시설화가 이루어져 오고 있고, 장애인 본인의 삶에 대한 자기결정권과 사회통합 이념의 두각으로 자립생활에 대한 중요성이 더욱 부각되고 있다. 장애의 의료모델에 의하면, 장애인은 의료 전문가에 의해 의학적인 차원에서 치료와 재활서비스를 제공받는 환자의 위치이며,

시설 수용 중심의 장애인 치료 혹은 보호의 개념이 강조되는 반면에, 이에 대한 대응으로서 자립생활 모델은 자립생활의 실천으로 자기관리와 사회적 가치의 향상을 가져오며 궁극적으로는 사회개혁과 주민의식의 변화를 주장하며, 권리옹호 차원에서 접근과 소비자의 주권회복을 목표로 하고 있다. 특히 장애인 자신의 능력을 최대한 활용하여 직업적, 경제적으로 자립적인 생활을 영위할 때 그 의미는 더욱 강화될 수 있다.

이러한 자립생활 패러다임에 입각한 서비스로는 자립생활지원서비스가 있으며, 그 서비스의 중심에 활동보조서비스가 있다. 활동보조서비스는 장애인이 독립적으로 생활하고 사회에 참여하는데 아무런 장애를 느끼지 않도록 장애인의 일상적인 활동을 매일 보조하는 서비스로서 활동보조인이 장애인의 목욕, 옷 입기, 외출, 교육, 용변 등 전반적인 일상생활에 필요한 활동을 보조해 주는 서비스이다. 즉, 활동보조서비스제도는 자립생활서비스 중의 하나로서 장애인의 일상생활에 대한 선택권과 자기 결정권을 보장함으로써 중증장애인의 지역사회 내 통합과 사회참여를 목적으로 한다고 할 수 있다.

따라서 장애인장기요양보장제도를 설계하는 현 단계에서는 장애인복지서비스 패러다임의 변화에 부응하는 방향으로 정책이 결정되어야 할 것이다. 이러한 측면에서 보면, 장애인장기요양제도의 도입은 시설보호보다는 지역사회가 중심이 되어야 하며, 장애인의 선택권과 자립생활을 지원하는 사회통합적인 방향으로 제도가 설계되어야 할 것으로 본다.

#### 나. 기존 장애인복지서비스제도의 내용

현 정부는 신체수발, 가사 및 사회활동 등 서비스를 제공하는 활동보조사업을 실시하고 있으나, 동 사업의 경우 최중증장애인(장애등급 1급)에 국한하는 등 제도의 포괄범위가 매우 제한적이며, 여성장애인가사도우미, 시각장애인심부름센터, 장애인 재가복지센터 등 재가서비스를 제공하고 있으나, 이 역시 매우 제한적으로 실시되고 있는 형편이다. 대표적인 활동보조서비스에서는 신변처리 지원, 가사지원 지원, 일상

생활 지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조 등이 이루어지고 있다.

### 3) 장기요양 관련 기타 주요 장애인복지서비스

첫째, 장애인 생활안정지원과 관련하여 장애인 의료비 지원, 장애인 재활보조기구 교부 등이 있다. 둘째, 지역사회복지사업과 관련하여 지역사회중심재활 사업 운영이 있으며 보건복지가족부 이외 기관사업으로는 보장구 건강보험 급여 실시가 있다. 이외 지방 이양사업으로서 장애인 재가복지봉사센터 운영, 장애인 주간·단기보호시설의 운영, 장애인 공동생활가정, 장애인 의료재활시설, 장애인 생활시설 등의 운영이 있다. 이와 같이 기존 장애인복지서비스제도의 내용을 보면 다양한 것을 알 수 있다. 다만, 이러한 제도들이 주로 저소득 장애인 중심으로 서비스가 제공되거나 또는 제공되는 지역이 한정되어 있으며, 제공되고 있는 서비스가 분절적이어서 타 제도에서 제공하는 서비스와의 연계가 미흡한 실정이다. 따라서 장애인장기요양제도에서 제공할 서비스는 전체 장애인복지서비스 제도라는 큰 틀에서 검토가 이루어져야 할 것이다. 특히 장애인장기요양서비스는 장애인복지서비스제도 내에서 그 나름의 위치를 확보해야 할 것이다.

### 다. 장기요양서비스 시장의 형성과 국가의 개입 정도

장기요양서비스 시장은 순수한 시장으로 이해될 수 없는 독특한 특성을 갖는다. 소비자(수요자)와 공급자(공급자)의 단선적인 차원에 의해 구축되는 것이 아니라, 국가의 규제정책에 의해 국가, 소비자, 공급자간의 삼각관계로 작동한다(Evers, 1994). 따라서 장기요양시장에 대한 국가 개입 정도를 살펴보는 것은 매우 중요하다. 장기요양 시장에 대한 국가 개입은 크게 수요측면의 개입과 공급측면의 개입으로 구분할 수 있다(석재은, 2008). 먼저, 수요측면의 개입은 수요를 현실화하기 위한 지원으로 이루어진다. 장기요양서비스는 제도적 지원이 뒷받침되지 않으면 수요가 활성화되기 어렵다. 따라서 서비스 수요를 결정하는 공급자의 규모 및 급여수준에 대한 정책이 결국 장기요양서비스 시장의 크기를 결정하게 된다.

다음으로, 공급측면의 개입은 장기요양시장의 형성 및 서비스 질 통제와 관련된다. 첫째, 거시적 측면에서 공급측면의 개입은 시장참여자의 선별 및 시장규모의 통제와 관련된다. 국가는 서비스제공자 선별 메커니즘에 따라 시장 참여자를 걸러내는 역할을 수행한다. 또한 서비스 제공자의 양적 통제를 통하여 서비스 공급자간 경쟁의 정도에 영향을 미칠 수 있다. 따라서 서비스의 공공성 확보라는 측면에서 서비스 제공의 공공성 확보가 반드시 필요한지, 필요하다면 어떻게 공공성 확보가 가능한지를 모색해 보아야 한다.

둘째, 시장가격을 통제하는 것이다. 서비스 단가의 설정은 서비스 질의 유지와 민간서비스 제공자의 시장참여 결정에 중요한 영향을 미칠 뿐만 아니라 사회적 비용 부담과도 연관된다. 따라서 사회적으로 기꺼이 수용할만한 비용부담 수준이면서 동시에 민간서비스 제공자의 참여를 유도하고 적절한 서비스 수준을 유지할 수 있는 합리적인 서비스 가격의 설정이 매우 중요하다. 또한 서비스 가격규제와 관련하여 사회적으로 결정된 급여범위 및 수준 외에 추가서비스에 대한 허용 여부와 가격수준, 그리고 서비스 가격상한 설정 여부가 시장의 작동에서 매우 중요하다.

셋째, 서비스 인력의 자격관리도 국가개입의 중요한 내용이다. 서비스 노동시장에 국가가 개입하는 것은 서비스 인력에 대한 임금, 근로조건, 사회보장 적용 등의 노동권 보호차원의 규제뿐만 아니라 서비스 인력의 교육, 훈련 및 자격관리에 대한 적극적 노동시장 정책을 포함한다.

넷째, 공급관리 측면에서 서비스 질 모니터링 및 평가체계의 구축이 필요하다. 이를 위해 투입 측면에서 서비스 표준화 기준이 마련되어야 하며, 산출 측면에서도 서비스 질 측면에 대한 평가지표가 개발되어 상시적인 서비스 질 모니터링 및 평가체계가 구축되어야 한다. 또한 이와 같은 서비스 질 모니터링 및 평가체계에 대한 결과가 서비스이용자에게 완전 공개되어야만 정보의 비대칭으로 인한 시장실패를 최소화하고 서비스 이용자 주도의 서비스 선택권을 확보할 수 있다.

이상과 같은 장기요양서비스 시장에 대한 국가개입과 관련하여, 어떤 국가는 수요측면에만 개입하여 시장의 논리에 내맡겨 두며, 또 다른 국가는 수요지원 뿐만 아니라 공급측면에 적극 개입하여 서비스제공자 선별, 서비스 가격 설정, 서비스노동자

자격관리 및 사회적 보호를 강제한다. 전자는 공급 측에 개입하지 않음으로써 매우 값비싼 서비스가 한편에 존재하는 한편 매우 값싼 노동력에 의해 제공되는 서비스가 공존할 수 있다. 후자의 경우에는 가격, 서비스 질의 엄격한 통제로 서비스 시장의 자율적 작동을 거의 허용하지 않아 소비자의 실질적 선택의 폭을 제한할 수도 있다. 따라서 우리 사회의 맥락에 적합한 서비스 공급체계에 대한 검토가 매우 필요하다고 하겠다.

#### 4. 장애인장기요양보장제도와 장애인복지서비스제도와의 관련성 검토

##### 가. 관련성 검토의 필요성

장애인장기요양보장제도의 목표는 의료대체 모델이 아니라 사회서비스모델이다. 즉 가족이 담당하던 수발부담을 덜어줌으로써 장애인의 삶의 질이 향상되는 것을 기본적 목표로 하는 것이다. 이 때 간호 등 보건서비스와 사회복지서비스의 통합적 접근을 위한 역할모형에 대한 면밀한 검토가 필요하다.

우리나라에서 장애인장기요양제도를 도입할 때, 우선적으로 고려해야 하는 것은 장기요양서비스의 개념 정립과 관련된 이슈이다. 특히 우리나라는 장애인장기요양서비스 개념과 모델이 도입되기 이전에 활동보조사업이 전개되어 활동보조서비스의 개념이나 사업을 매우 포괄적으로 정리하여, 제도에 적용하고 있기 때문이다. 공적 장기요양서비스제도가 없는 상황에서 활동보조사업의 개념을 포괄적으로 규정하고 관련서비스를 제공하는 것은 중증장애인에게 기존에 없었던 서비스를 제공하는 측면에서 매우 효과적이나 장기요양서비스정책과 개념상 혼동을 줄 수 있다.

따라서 개념을 어디까지 어떻게 정의하느냐에 따라 제공될 수 있는 서비스의 범위와 재정이 결정될 수 있기 때문에 장애인복지서비스제도 내에서의 장기요양서비스는 그 나름의 위치를 가지고 있어야 할 것이며, 서비스 재정비를 통해 장애인복지서비스 내에서 통합되어 제공되어 질 수 있는 체제를 마련해야 할 것이다. 이를 위해서는 기존 장애인복지서비스제도내의 장애인복지서비스와 최근 활발히 확대되고

있는 활동보조서비스 등을 재정비 하는 방안이 필요하다. 장애인복지서비스의 내용을 일본과 같이 요양서비스, 취업서비스, 지역사회재활서비스 등으로 구분하여 장애인 욕구에 맞는 서비스가 연결될 수 있도록 함도 하나의 방안이 될 수 있다.

아무튼 기존 장애인복지서비스제도 내 요양서비스 욕구를 충족하기 위한 서비스를 마련하기 위해서는 현재의 장애인복지서비스를 장기요양서비스 목표와 대상별로 구분하여 정비하고 적절한 욕구와 적절한 기능을 연계시킬 수 있도록 해야 할 것이다.

따라서 이러한 장애인장기요양서비스에 대한 수요에 부응할 수 있는 제도 설계를 위해서는 다음과 같은 방향 하에서 검토할 필요가 있다.

첫째, 장애인의 개별적 장애유형, 서비스 욕구 및 소득 등을 종합적으로 검토하여 맞춤형 서비스 공급이 될 수 있는 수요자 중심의 서비스 체계가 되어야 한다.

둘째, 장애인들이 필요한 서비스를 이용할 수 있도록 시설, 인력 등 인프라 확충에 대한 고려가 필요하다.

셋째, 현재 실시 중인 활동보조서비스, 가사간병도우미 등과 같은 기존 제도와의 연계성 검토가 필요하다.

마지막으로 지속가능한 제도가 되기 위해서는 재원조달에 대한 검토가 이루어져야 한다.

#### 나. 관련성 검토의 접근 방법

장애인장기요양보장제도와 장애인복지서비스제도와의 관련성 검토에 바탕이 되는 접근 방법의 하나로 서비스의 연속망(continuum of service)의 개념을 도입할 수 있다. 서비스의 연속망은 서비스 대상에게 서비스를 전달할 때 모든 수준의 종합적 건강 및 사회복지서비스를 연속적으로 안내하고 제공하는 클라이언트 지향의 서비스와 서비스 통합체계를 의미한다. 이 서비스의 연속망은 (1) 클라이언트 중심 서비스 (2) 모든 수준의 연속적 서비스 제공 (3) 서비스의 통합을 중요 요소로 하고 있다.

그리고 서비스의 연속망 구축을 위해 필요한 서비스로는 (1) 장애인친화 독립주거 서비스 : 이용편리(barrier-free) 주거/보편설계(universal design)주거 등의 주거 서비스

(2) 건강증진 서비스: 교육, 체육, 레크리에이션, 자원봉사, 집단급식 서비스 (3) 아웃리치(out-reach) 서비스: 안내, 전화방문, 응급처치, 교통편의 제공, 식사배달 등 (4) 재가보호(home care) 서비스: 의사왕진, 방문간호, 하이테크 재가 요법, 가정봉사원, 보호자 교대, 호스피스, 목욕, 의료/치료 장비 대여 등 (5) 통원 서비스: 병원 외래 치료, 낮 병원(day hospital), 주간보호 센터, 단기보호서비스 등 (6) 보호주택(sheltered housing): 보호 관리자 근무 집합주택 (7) 의존주거 서비스(assisted living facility): IADL 및 ADL 일부에 문제가 있는 장애인을 위한 집합주거 서비스 (8) 중간보호 서비스(intermediary care): 재가/지역사회보호에서 시설보호로 가는 중간과정에서 지역사회에서의 생활을 최대한 연장 또는 시설조기입주 예방을 위한 통합적 서비스 (9) 그룹홈: 시설보호 정도는 못되나 가족이 보호하기 어려운 상태의 장애인들을 5, 6인 이하 정도 일반주택에서 보호하는 서비스 (10) 요양병원시설: 요양병원, 재활병원 등 (11) 요양시설(nursing care facility): 중증장애인 요양시설, 지적장애인 생활시설 등을 들 수 있다.

OECD의 어느 국가를 막론하고 가장 주류를 이루는 노인과 장애인장기요양서비스에 관한 정책문제는 장기요양서비스의 형태, 즉 재가보호, 시설보호 간에 어떻게 균형을 잡을 것인가 하는 문제이다. 장기요양서비스 정책방향의 결정에서 시설보호냐, 혹은 재가보호냐의 구분이 중요한 것은 제한된 자원의 효율적 배분과 욕구에 따른 적절한 공급을 유도할 수 있기 위해서이다. 그렇지만 장기요양서비스 욕구에 대한 대응이 보다 정교하게 이루어지는 북구 유럽의 경우, 욕구의 다양한 수준과 내용에 따른 서비스의 연속망의 확보라는 측면에서, 이제 시설보호와 재가보호라는 이분법적 구분이 점점 약해져가고 있다. 지역사회에 집단주택, 중간시설, 이용시설 등의 형태가 많이 생겨나면서 시설과 재가라는 개념의 구분이 점차 모호해지고 의미가 퇴색되고 있다.

그럼에도 불구하고 대부분의 국가에서는 아직 시설보호와 재가보호의 균형 확보가 주된 관심사 중 하나이다. 시설보호에 지나치게 편중된 장기요양서비스 지출 흐름을 재가서비스로 돌림으로써 서비스 형태의 균형을 시도하고 있다. 각 국가별 서비스 수준에 차이가 있지만 OECD의 대부분의 국가들이 스스로 시설서비스에 너



무 많은 것을 지출하는 반면, 재가서비스와 거주지역 중심 장기요양서비스에는 불충분한 지출을 하고 있다고 믿고 있기 때문이다.

이와 같이 국가정책적으로 시설서비스에서 재가서비스로의 중심이동이 강조되고 있지만 서비스 대상자의 상황에 따라서는 재가서비스보다 시설서비스가 보다 유리한 경우가 있다. 실제로 서구 선진국의 재가서비스 강화정책의 이후에도 시설서비스는 크게 줄지 않고 있다. 즉 서비스 대상자의 상태나 욕구에 따라 시설서비스가 더 적합한 경우가 있다. 고령일수록, 증상이 중증일수록 시설서비스가 더 적합한 것으로 보고되고 있다. 이러한 맥락에서 지역사회서비스의 한 유형으로 서비스 대상자 본인이 살던 집은 아니지만 그 지역사회 내에 동질의 서비스 대상자 소수가 모여 서비스를 받을 수 있도록 한 집단 주거보호 형태가 기존의 시설서비스와 재가서비스의 단점을 보완한 대안적 서비스 형태로 주목을 받고 있다.

그리고 서구 선진국에서는 사회복지서비스와 관련하여 국가는 직접적인 서비스 제공자(provider) 역할에서 간접적인 환경조성자(enabler)로서의 역할로 변모하고 있다. 즉, 국가는 민간에 서비스 제공자의 역할을 이양하고, 민간의 서비스 제공자로서의 참여를 촉진하기 위하여 제반 세제 혜택 및 규제 완화 등의 조치를 취하고 있는 것이다.

#### 다. 장애인장기요양보장제도와 장애인복지서비스제도의 연계

장애인장기요양보장제도는 앞서서도 언급했듯이 국가 전반적인 장애인복지서비스 제도의 틀 내에서 이루어져야 하고, 활동보조서비스 등 기존 제도와의 관련 속에서 파악해야 한다. 이렇게 본다면, 장애인장기요양보장제도는 다음과 같이 (1) 활동보조서비스 등 기존 복지서비스제도의 확대 (2) 독자적인 장애인장기요양서비스제도 구축 (3) 노인장기요양보장제도와의 통합(편입) 등 세 가지 대안으로 압축할 수 있다.

##### 1) 제1안 : 활동보조서비스 등 기존 복지서비스제도의 확대

2007년 4월부터 노인장기요양보험 서비스와 유사한 장애인 활동보조서비스가 실

시되고 있으며, 현재 초기 단계에 있다. 활동보조서비스에서 제공하는 서비스는 노인장기요양보험제도에서 실시하고 있는 간병서비스를 제외한 가사서비스, 일상생활 지원서비스뿐만 아니라 장애인의 외출, 직업, 학교 등 사회참여 서비스 등도 포함하고 있으므로 오히려 더 광범위한 서비스를 제공하고 있는 것으로 보인다. 다만, 현재는 1급에 한정하고 있고, 일상생활활동이 극히 어려운 장애인만을 대상으로 간병서비스를 제외한 활동보조서비스가 제공되고 있으므로, 만약 활동보조서비스를 확대하여 장애인의 장기요양문제를 해결하려 할 경우에는 등급 제한 없이 일상생활활동 수행에 어려움이 있는 경우 가사·일상생활 서비스를 제공하고, 간병욕구가 있는 경우 간병서비스도 포함해야 하며, 사회활동 참여 욕구가 있는 장애인에 대해서는 사회참여 지원을 위한 서비스도 제공해야 할 것이다.

이를 위해서는 새로운 서비스 판정체계의 개발과 함께 서비스 연계체계의 개발이 필요하다고 하겠으며, 활동보조서비스 제공 추이를 모니터링하고, 노인장기요양보험에서 제공하고 있는 서비스의 유사성과 차이점을 고려하여 종합적으로 판단할 필요가 있다. 기존 서비스를 확대하는 방안은 운영주체가 현재의 중앙정부 및 지방자치단체가 되어야 하므로 지역특성에 적합한 서비스 제공이 이루어질 수 있으나, 재원 조달의 측면에서는 지역간 재정자립도의 차이에 따른 형평성 문제가 계속 나타날 소지가 있으며, 특히 재정자립도가 낮은 지역의 경우 장애인 장기요양의 수요에 부응할 수 있는 수준만큼 재원조달이 급격히 이루어질 수 있을까라는 점이 관건이 된다고 하겠다.

## 2) 제2안 : 독자적인 장애인장기요양서비스제도 구축

독자적인 장애인장기요양서비스제도를 구축하면, 장애인과 노인의 욕구 차이를 보완할 수 있는 장점이 있다. 즉, 노인의 경우 장기요양 대상은 일상생활 동작 수행이 어려운 노인에게 서비스를 제공하는 것이지만, 장기요양 대상 장애인의 경우 이러한 서비스에 더하여 사회참여의 욕구가 있는 등 더 다양한 현실을 반영할 수 있다. 또한 장애인은 노인과 달리 일상생활활동의 수행에 어려움을 겪고 있는 이유가 단순

히 신체적인 어려움뿐만 아니라 시각, 청각, 언어 등 감각적인 장애에 기인하는 경우가 있고, 지적 장애, 정신 장애 등 다양한 유형에 대한 서비스를 고려할 수 있다는 점에서 수요자의 욕구에 부합되는 정책을 추진할 수 있는 장점이 있다.

그러나 독자적인 장애인장기요양서비스제도를 구축하기 위해서는 서비스 제공을 위한 절대적인 인프라의 구축이 필요하다. 즉, 노인과는 달리 서비스 제공 인력 역시 다양하므로, 이러한 점을 포괄할 수 있는 독자적인 전달체계의 구축이 요구되어지며, 장애인을 이해할 수 있는 독자적인 운영주체의 필요성이 제기된다고 하겠다. 실제로 장애인장기요양서비스제도에서 제공되는 서비스 영역은 노인에게 제공하는 영역보다 유형이 훨씬 다양할 뿐만 아니라 관리운영체계가 복잡하기 때문에 노인장기요양보험제도에 편입되는 것보다는 독자적인 제도 구축이 오히려 용이해 질 수도 있을 것이다. 그러나 이럴 경우 막대한 예산을 어떻게 확보할 것인가 하는 문제와, 지역간 형평성 문제 등이 정책과제로 대두된다.

### 3) 제3안 : 노인장기요양보장제도에의 통합(편입)

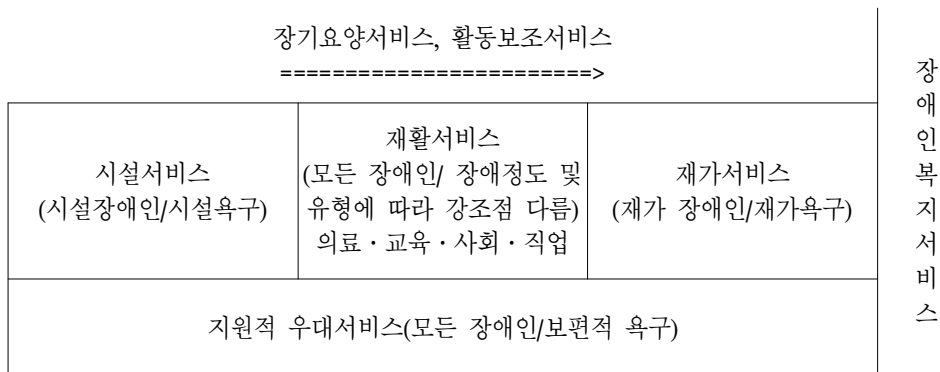
노인장기요양보험제도에서 제공하고 있는 서비스는 현재도 장애인을 대상으로 제공되고 있는 가정방문, 돌보미 서비스, 시설서비스, 주단기보호서비스, 활동보조서비스 등의 서비스와 서로 유사한 점이 많이 있으므로 장애인이 노인장기요양보험제도 대상자에 포함될 경우 현재 제공되고 있는 유사 서비스는 장기요양제도에서 담당하고, 활동보조서비스 가운데 외출지원 서비스, 학교 및 직업 지원 서비스 등만 특화하여 서비스를 제공하게 되므로 보다 많은 장애인에게 특화된 서비스를 제공할 수 있다는 장점이 있다. 다만, 장애인이 노인장기요양보험대상자로 편입되기 위해서는 서비스 판정체계, 인력, 시설 등의 인프라가 필요하며, 또한 수가 문제에 대한 검토가 필요하다.

노인장기요양보험제도에서는 보험료는 건강보험가입자가 부담하고 노인 또는 노인성 질환자만 급여를 받게 되는 것으로 설계되어 있기 때문에 보험료를 내는 사람의 입장에서는 중도에 사고나 질병 등의 요인으로 장기요양 급여를 받을 필요성이

제기될 경우에도 65세까지 기다려야 하는 불합리한 점이 있는데, 이를 해소할 수 있는 장점이 있다. 다만, 장애인을 노인장기요양보험제도에 포함할 경우 장애인복지서비스를 국가책임이 아닌 보험으로 이전한다는 비난의 우려가 있고, 선천적 장애 등으로 영아 등 장애인에게 보험 기여가 거의 없이 평생 보험급여를 제공해야 하므로 국민적 합의가 어렵다는 점이 제기되고 있다.

위의 3가지 방안을 장기요양서비스의 개념, 서비스의 범위, 서비스의 내용 등을 중심으로 종합하여 비교해 보면 다음 <표 2>와 같다. 따라서 현 시점에서 중요한 것은 이러한 3가지 방안의 선택과 관련하여 다음과 같은 몇 가지 중요한 쟁점들을 고려해야 한다(김찬우, 2008)는 것이다. 첫째 장기요양서비스는 장애인복지서비스 체계 내에서 그 위치가 결정되어야 할 것이다. 다음 <그림>에서 보는 바와 같이 장애인장기요양서비스는 크게 장애인복지서비스를 기본 축으로 해야 할 것이며, 또한 활동보조서비스와의 관계 정립도 필요하다.

[그림 7-3-1] 장애인복지서비스 체계도



둘째, 활동보조서비스의 개념에 대한 재정리가 필요하다. 현재 한국에서 널리 인용되는 활동보조서비스는 단지 내용상으로는 장기요양서비스와 매우 흡사하면서 용어를 활동보조서비스라고 함으로써 마치 장기요양서비스와 별도의 서비스로 오인되고 있다. 따라서 이 두 가지 서비스를 무조건적으로 구분, 이원화하기 보다는 전면

재검토를 통한 장애인복지서비스 전체의 그림을 다시 그려보는 것이 필요할 것이다.

셋째, 장기요양서비스가 결정될 경우, 일부 재가기관에서 목욕서비스 등의 요양관련 서비스는 강화되어지는 한편 이에서 제외된 경증장애인 혹은 사회통합 서비스 등이 위축될 가능성이 있어서 매우 신중한 접근이 요망된다.

넷째, 노인장기요양제도 시행을 통한 지역사회체계 개편과정을 검토하면서 동일한 위험을 갖지 않도록 장애인 분야는 단계적 접근이 필요하다.

다섯째, 장기요양서비스가 도입되면 새로운 욕구가 표출될 가능성이 높으므로 현재의 가시화된 수요예측보다 더 욕구 표출이 높을 가능성이 큼을 염두에 두어야 한다.

여섯째, 장기요양제도 도입 시 19세 미만이 포함되는 것을 고려해야 하며, 이 경우 가족수발부담 감소 측면에서 장기요양서비스에 포함되어야 할 급여내용을 특별히 고려해야 한다.

일곱째, 현재의 활동보조인의 양성체계가 전면 재검토되고, 장기요양 인력체계에 대한 논의가 반드시 있어야 할 것이다.

마지막으로, 새로운 욕구에 대응하는 서비스기관의 신설은 불가피할 것이다.

<표 7-3-1> 장애인장기요양서비스제도의 세 가지 대안의 비교

구분	1안	2안	3안
	활동보조사업확대 (사회서비스)	독자적 장기요양제도 (활동보조사업 범위축소·병행)	노인요양과 통합
장기 요양 개념	좁은 의미의 소극적 정의 채택	넓은 의미의 포괄적 정의 채택	넓은 의미의 포괄적 정의 채택
	요양에 초점	지역사회에 초점	지역사회에 초점
	일상생활을 수행하는데 필 요한 신체적 수발이나 가사 활동 지원서비스	일상생활을 수행하는데 기 본적으로 필요한 동작(일반 적으로 이를 ADL 및 IADL 로 명명함)에 제한이나 장애 로 인하여 타인의 도움이나 지원이 필요할 때 제공되는 모든 서비스	일상생활을 수행하는데 기본적으로 필요한 동작 (일반적으로 이를 ADL 및 IADL로 명명함)에 제 한이나 장애로 인하여 타 인의 도움이나 지원이 필 요할 때 제공되는 모든 서비스

구분		1안	2안	3안
		활동보조사업확대 (사회서비스)	독자적 장기요양제도 (활동보조사업 범위축소·병행)	노인요양과 통합
장기요양서비스범위	장기요양	간병 및 가사지원서비스 중 심	①일상생활활동지원(목욕하기, 옷입고 벗기, 집안내에서 이동하기, 식사하기, 취침 중 체위변환 등) ②도구적 일상생활활동지원(쇼핑하기, 식사준비, 집안일 등) ③건강관리활동(약먹기, 대소변관리 등)	①일상생활활동지원(목욕하기, 옷입고 벗기, 집안내에서 이동하기, 식사하기, 취침 중 체위변환 등) ②도구적 일상생활활동지원(쇼핑하기, 식사준비, 집안일 등) ③건강관리활동(약먹기, 대소변관리 등)
	활동보조	나머지 모든 서비스	④사회참여활동(직업보조, 이동 및 외출 지원 등)	④사회참여활동(직업보조, 이동 및 외출 지원 등)
장기요양서비스내용	재가	방문간병서비스 방문가사지원서비스 방문목욕서비스 주야간보호서비스 단기보호 요양용구대여	방문간병서비스 방문가사지원서비스 방문목욕서비스 주야간보호서비스 단기보호 요양용구대여 방문재활서비스(물리,작업치료) 방문간호서비스 건강유지서비스 그룹홈보호 사례관리서비스 ※이동관련서비스는 활동보조서비스에서 지원되므로 제외	방문요양서비스(대인수발+가사지원) 방문목욕서비스 방문간호서비스, 주야간보호 단기보호 요양용구대여  ※노인장기요양제도 기준
장기요양서비스	시설	중증장애시설 및 요양시설의 수발 및 간병관련 서비스	중증장애시설 및 요양시설의 수발 및 간병관련 서비스 생활시설의 수발 및 간병관련 서비스	중증요양시설 및 요양시설의 수발 및 간병관련 서비스 급여
	현금	요양특별급여 ※ 일부지원	요양특별급여 장애아동가족수발급여 검토	요양특별급여

구분	1안		2안	3안
	활동보조사업확대 (사회서비스)		독자적 장기요양제도 (활동보조사업 범위축소·병행)	노인요양과 통합
내용	급여		※ 일부지원	

출처: 김찬우(2008), “장애인 장기요양 정책 대안과 쟁점”, [2008년도 사회복지연구소 춘계 학술 심포지엄 자료집], 가톨릭대학교 사회복지연구소·한국장애인복지관협회.

이상의 3가지 안 가운데, 위의 여러 쟁점을 토대로 하여 하나씩 검토해 보면 다음과 같다. 먼저 기존의 활동보조서비스의 위상을 어떻게 가져가느냐가 선택의 매우 중요한 관건이 될 것이다. 활동보조서비스가 장애인장기요양제도에서 제공하는 서비스와는 별개의 서비스로 가져간다면, 제1안보다는 제2안이나 제3안이 보다 바람직하다고 생각한다.

그리고 새로운 제도 구축에 대한 저항은 있을 수 있지만 장애인에 대한 독자적인 서비스를 고려하고 제도 활용의 탄력성 부여를 중시한다면 제2안이 보다 바람직할 것이다. 독자적인 장애인장기요양보장제도를 추구하는 제2안을 살펴보면, 노인과 장애인을 단일 제도에 통합했다는 점을 제외한다면 제2안은 제3안과 사실상 동일한 안이라고 볼 수 있다. 즉, 제2안과 제3안의 구분은 결국 한 제도 안에 노인과 장애인을 통합하느냐 아니면 분리하여 각기 독자적으로 운영하느냐 하는 차이밖에는 없다.

따라서 대상으로서 노인과 장애인, 서비스의 내용으로서 장기요양서비스는 사실상 모두 동일하나, 재원조달만이 달라서 제도를 나누는 것이 바람직하냐(제2안), 아니면 제도를 통합하는 것이 바람직하냐(제3안)의 문제로 귀결할 수 있다. 제3안이 정책적으로 가능한 안일지라도 바람직한 안은 아니라는 입장을 취한다면, 오히려 제2안이 제3안보다는 우수해 보인다. 제2안의 경우 조직의 증설 등 일부 저항의 문제가 있기는 하지만 이를 극복만 한다면 장애인을 대상으로만 하는 특화된 서비스를 제공할 수 있는 탄력성 등의 부분에서 제3안에 비하여 우월하다고 할 수 있어 장애인의 입장에서 본다면 제3안보다는 제2안이 장점이 많은 안이라고 할 수 있다.

그러나 향후 장애인, 노인을 포함하는 전체적인 국민장기요양보장제도를 염두에 두고 제도를 시작한다면 제3안이 보다 바람직할 것이다. 물론 이 경우 제3안은 조세방식이 아닌 사회보험방식으로 운영하는 방안이 되어야 한다. 왜냐하면, 재원조달방식을 현재 시행하고 있는 노인장기요양보험제도의 사회보험방식으로 통일하는 것이 보다 적절하고, 국민의 이해를 보장받기가 용이할 수 있기 때문이다. 이러한 점 때문에 제도의 조기 도입이나 통합에 의한 행정비용의 감소 등의 장점이 있음에도 불구하고 제3안의 채택은 다소 문제가 있다고 본다.

그럼에도 불구하고, 활동보조서비스를 장애인장기요양보장제도에서 제공하는 서비스와 큰 차이점이 없는 것으로 본다면 제2안과 제3안보다는 제1안이 보다 적합할 것이다. 굳이 서비스 내용이 커다란 차이가 없는데 제2안처럼 독자적인 장애인장기요양제도를 운영하면서 또 다시 별도의 활동보조사업을 운영하는 것은 사실상 어려울 것이다. 이러한 측면은 제3안을 선택하더라도 마찬가지이다. 왜냐하면, 제3안은 활동보조서비스를 실제로 포함하는 장애인장기요양보장제도가 노인장기요양보험제도와 통합되는 것으로 가게 되는데, 이러한 방안은 장애인계가 분명히 수용하지 않을 것이기 때문이다. 따라서 당연히 제3안은 실현가능성이 매우 낮다고 할 수 있다. 특히 제3안의 경우, 노인과 장애인을 하나의 단일한 장기요양보장제도 안에 통합하면서 재원조달을 노인은 사회보험으로, 장애인은 조세(특별기금)로 이원화하는 방안이 바람직한지 의문이다. 왜냐하면, 재원조달 방식은 같은 제도 안에서는 동일한 것이 자연스럽기 때문이다.

그리고 제2안이나 제3안처럼, 장애인장기요양서비스와 활동보조서비스를 분리하는 안은 이론적으로 가능할지 몰라도 현실적으로 주장하기가 매우 어려운 안이라고 할 수 있다. 현재의 활동보조서비스의 내용을 대부분 포함하는 장애인장기요양보장제도를 만들면서 다시 활동보조서비스를 유지한다는 것이 바람직하지 않다고 보여 지기 때문이다. 제2안의 경우 활동보조서비스를 축소하면서 병행한다고 하지만, 장애인장기요양보장제도가 도입되면 현재의 활동보조서비스는 사실상 거의 의미가 없게 되어 독립적인 제도로서의 기능을 유지하기가 쉽지 않다. 따라서 이러한 경우 제1안이 유력하게 검토될 수 있다. 즉, 장애인장기요양보장제도와 활동보조서비스를 분리하



지 않고 이를 통합하여 운영하는 것이다. 장애인계에서는 장애인장기요양보장제도가 도입되면서 활동보조서비스의 축소를 가장 염려하고 있으므로 이러한 우려를 감안한다면 대안은 현재로서는 제1안이 제일 유력하다고 할 수 있다. 물론 이 경우에 장애인장기요양보장제도의 명칭을 다시 만들어야 할 필요가 있을 것이다.

결론적으로 말해서, 활동보조서비스의 내용을 장애인장기요양보장제도와 차별화하는 제도로 발전시키지 않는 한, 현재의 수준에서는 제1안이 가장 현실적인 안이라고 할 수 있다.

#### 제4절 재정소요추계

현재, 늘어나고 있는 장애인 장기요양욕구에 부응하기 위한 장애인 장기요양 서비스를 제공하기 위해서는 정확한 수요의 추정과 함께 소요비용에 대한 고려가 필요하며, 이때 어떤 방식으로 재원을 조달할 것인가가 주요 쟁점이 된다. 노인장기요양의 경우 보험방식으로 하기로 결정되었으며, 외국의 경우에도 이러한 보험방식을 채용한 국가와 조세방식을 채용한 국가로 나뉘어 있다. 따라서 본 고에서는 이러한 측면에서 우리나라의 장애인 장기요양보장을 위한 재원조달방식을 결정하기 위하여 먼저 재정운영방식별 장단점을 검토하고, 외국의 사례를 살펴보았으며, 이를 토대로 현재의 여건에서 장애인 장기요양보장을 위한 재정운영방식에 대해 검토해 보기로 한다.

##### 1. 재정운영방식별 장단점 검토

##### 가. 요양비용의 부담구조

요양비용은 명확하게 구분되어 있지 못하고 여러 분야에 산재되어 있으며, 다음 네가지 부문에 걸쳐 있다.

첫째, 건강보험·의료급여제도에서 공적으로 부담하고 있는 요양 비용 (소위 ‘사

회적 입원'비용을 포함)이며, 둘째, 건강보험이나 의료급여의 범위밖에 있는 비보험·비급여 부문에서의 요양비용이다.. 셋째, 복지서비스로써 시설수용이나 재택서비스로 제공하는 공적인 요양비용 부담이다. 넷째, 가정에서 간병·수발하거나 유료·실비 시설에서 본인이 부담하는 요양비용이다.

[그림 7-4-1] 현재의 요양비용의 구조

	제도권(공공부담)		비제도권(민간부담)	
의료서비스 부문	건강보험, 의료급여		비보험·비급여(본인부담)	
		장기요양	장기요양	
복지서비스 부문	시설수용	장기요양	장기요양	가족수발
	재택서비스 (활동보조서비스, 가정봉사원, 단기보호, 주간보호)		유료·실비요양시설(본인부담)	

자료: 공적노인요양보장추진기획단, 공적노인요양보장제도 도입의 필요성과 재정운영방식의 선택에 관한 공청회, 2003년 7월 2일.

장기요양제도가 독립된 제도로 시행된다면, 제도권에서의 공공 요양부담은 새로운 장기요양제도로 이전함으로써 감소될 것이며 반면 비제도권에서 민간이 부담하고 있는 직접비용, 즉 비보험 노인요양비용(간병인 비용 등)과 요양시설의 본인부담 비용은 장기요양제도로 이전함으로써 본인부담이 감소할 것이다. 또한 가족이 부담하지만 직접적인 비용에서 제외되어 있던 간병·수발 서비스는 새로이 공적인 제도 비용으로 현실화될 것이다. 장기요양비용의 부담구조는 노인에만 한정되지 않고 장애인에게도 적용되며, 문제는 장기요양보장을 기존의 분립된 제도에서 각각 대처해 나가느냐 혹은 새로운 제도적 영역으로 독립시키느냐에 있다. 이때에 어떤 접근방식이 사회적 요양 위험에 적절하게 대처하고, 효율과 형평의 측면에서 우월한가를 판

단하여야 한다.

## 나. 재정운영방식의 장단점

### 1) 사회보험방식

사회보험방식의 경우 조세방식에 비해 재원조달이 용이하며(조세저항, 예산확보 투쟁 등 회피 가능), 기여와 급여가 연계되며 기존 건강보험체계와 유사하여 시행이 용이하다는 장점이 있는 반면, 건강보험료 이외의 추가적인 보험료에 대한 저항과 조세방식에 비해 요양비용이 과다해 질 가능성이 있으며, 요양대상자의 도덕적 해이 가능성이 있다는 단점이 있다.

### 2) 조세방식 (선별적 사회서비스 방식: Social Service)

선별적 사회서비스 방식으로서 조세방식의 경우자산과 니드에 근거한 요보호 대상집단 선정으로 자원이용의 효율성 제고 ('target efficiency') 하고 자치단체의 특성에 맞는 지역보건자원을 연계한 효과적인 서비스를 제공할 수 있으며, 자치단체의 재정한계를 감안한 비용의 통제 용이하고 자치단체내 민간자원의 활용 노력 제고할 수 있다는 장점이 있다.

반면, 보편적인 위험분산 기능 취약, 차상위계층의 문제 발생 할 수 있으며, 한정된 예산 제약 때문에 서비스 질이 낮을 가능성이 있고, 자치단체간 재정력 차이에 따른 서비스 질의 격차로 인하여 중앙정부의 지원에 의존할 가능성이 있다. 또한, 요양서비스 공급에 따른 이윤이 적어 질 좋은 민간사업자의 참여 부족하며 따라서 공공요양시설 공급을 위한 정부 재원이 필요 할 것이다. 그리고 자치단체내 요양대상 환자의 유입(지역내 요양시설 건립)에 저항이 예상되는 단점이 있다.

### 3) 조세방식 (보편적 사회서비스 방식: National Long-term Care Service)

보편적 사회서비스 방식의 조세방식은 전국적인 위험 분산과 사회적 연대가 형성되며, 요양비용 총액의 통제에 효과적이라는 장점을 제시할 수 있다. 그러나 조세 저항과 더불어 국가예산 중 요양부문 예산 확보의 우선순위 설득이 어려움과 예산 제약으로 서비스내용의 제한성이 있으며, 예산 통제로 민간사업자 참여하지 않을 시, 공공시설 구축 예산 과다되며 요양서비스 행정조직의 신설 비용이 필요한 단점이 있을 수 있다.

#### 다. 재정운영방식의 선택기준과 평가

상기 재정운영방식의 장단점을 토대로 효율성, 형평성 및 서비스의 질 측면에서 평가지표를 구성하고, 각 지표별로 재정방식의 특성을 검토해야 할 것이다. 즉, 효율성의 지표들으로써는 비용의 적절한 통제, 소비자 서비스 선택의 존중, 재원조달이나 인프라 구축의 용이성, 관리운영의 효율성 등을 선정해야 하며, 형평성의 지표들으로써는 사회적 연대에 기초한 보편적인 서비스의 혜택, 권리로서의 서비스 수혜, 그리고 재원의 형평한 부담, 서비스 이용시의 본인부담의 형평성 등을 선정해야 한다. 또한 효과성의 측면에서는 서비스의 질적인 측면에서는 얼마나 서비스 혜택이 효과적으로 전달이 될 것인가로 평가해야 하고, 마지막으로, 도입가능성의 측면에서는 기존 사회보장 제도와와의 정합성을 검토해야 할 것이다.

[표 7-4-1] 재정운영방식의 평가

평가 분야	사회보험 방식	조세방식	
		선별적 사회서비스	보편적 사회서비스
효율성	비용통제	△	○
	소비자 선택	△	×
	재원조달 용이성	△	×
	인프라 구축 용이성	○	×
	관리효율	○	△
형평성	사회적 연대(보편성)	○	△
	권리성	○	△
	재원부담 형평	△	○
	이용자부담 형평	○	△
효과성	서비스의 질	○	×
도입 가능성	기존 제도와 정합성	○	△

자료: 공적노인요양보장추진기획단, 공적노인요양보장제도 도입의 필요성과 재정운영방식의 선택에 관한 공청회, 2003년 7월 2일.

## 2. 장애인 장기요양제도의 재정운영방식에 대한 외국 사례

### 가. 재정운영방식

#### 1) 사회보험방식 국가

공적의료보험에서 병원이나 노인요양시설 내 장기요양서비스를 상당부분 급여하거나 장기요양보험을 신설하여 재원을 조달하는 방식으로 장기요양보험을 사회보험 방식으로 신설한 대표적 국가는 독일과 일본이 있다. 독일은 1995년부터 장기요양보험제도를 도입하였는데 1995년 4월 재가요양부문, 1996년 7월에 시설요양부문에 제도를 도입하였으며 일본은 2000년 4월부터 공적개호보험을 도입하였다.

#### 2) 조세방식 국가

서비스 비용을 주로 지방정부가 부담하고 있지만 이용자도 연금액 수준의 상승으로 소득수준에 따라 차등적으로 부담한다. 해당국가로는 덴마크, 핀란드, 이탈리아, 뉴질랜드, 노르웨이, 스페인, 스웨덴 및 영국 등이 있다. 조세방식으로 운영하는 국가들의 개혁방향은 지방정부에 지원하는 시설 및 재가 장기요양보호서비스의 비용을 축소시키고 사전적으로 책정된 예산 내에서 지출을 통제할 수 있으며, 이에 따라 저렴한 서비스로 대체하거나 효율적인 제공방법을 활용하도록 유도할 수 있다. 즉, 노후된 노인요양시설서비스를 재가보호서비스로 대체시켜 상당한 효과를 거둔 것으로 분석된다.

[표 7-4-2] 장기요양보장제도의 재정운영방식 유형

	사회보험방식	조세방식	
		선별적 사회서비스방식	보편적 사회서비스방식
재원	보험료 (일부 국고보조)	지방세 중심 (국고보조)	국세중심 (지방세보조)
적용	전국민가입 (일부제한가능)	취약계층	전국민 (일부 제한가능)
서비스 공급	민간공급자+ 공공투자	지자체(중앙정부)공공투자 +민간사업자	중앙정부(지자체)공공투자 +민간사업자
관리	보험공단 (지자체연계)	지방자치단체	지방자치단체
국가 사례	독일, 일본 네덜란드	덴마크,핀란드,이태리,뉴질랜드,노르웨이,스페인,스웨덴 및 영국	

자료 : 공적장기요양기획단, 2004

## 나. 개별국가의 재정운영방식

### 1) 독일

독일은 노령과 장애연금, 단기간의 건강관리에 관한 욕구에 부응하는 사회건강보험을 갖추고 있는 상태에서 1995년부터는 장기요양보호를 포괄하는 사회보험제도인 수발보험(Pflegeversicherung)을 시행하였다. 독일의 수발보험은 사회보험방식으로 보험료에 의해 운영 보험료를 당사자에게도 기여 받고 있으며, 노인의 경우는 사망 전 까지 연금소득의 일정부분을, 장애인의 경우에도 소득기준에 따라 소득의 일부분을 보험료로 기여하게 되어있다.

### 2) 일본

일본의 경우 수급자는 서비스 비용의 10%를 지불하며, 비용의 나머지는 보험자, 예를 들어 지방정부에 의해서 부담하든 방식을 취하고 있다.

### 3) 스웨덴

대부분의 장기요양서비스는 조세로부터 재정 충당되고 공공 부문에 의해서 공급하며, 지방자치단체는 지방세를 부과할 권한이 주어졌기 때문에 지방세를 비롯한 정부 보조금과 사용자 부담금으로 재정을 충당하고 있다.

### 4) 영국

영국에서는 국가보건서비스(NHS: National Health Services)하에서 조세에 의한 의료 및 요양체계가 오랫동안 유지되어왔으나 장기요양 대상자의 급속한 증가로 인해 1993년 Community Care Act를 제정해 장기요양이 필요한 장애인, 아동 및 노인에 대해서는 별도로 제도를 시행하고 있다. 서비스 유형별로 재원조달 방식에 차이가 있지만 대체로 공공재원만으로 제공되는 서비스, 공공재원으로 제공되지만 일부 본인 부담이 있는 서비스, 이용자가 민간공급자에게 비용을 직접 지불하고 제공받는 서비스로 구분된다. 병원 내 장기입원병동을 축소시키고 민간요양시설을 확대하여 장기요양보호서비스를 제공한다.

### 5) 미국

재원조달방식은 저소득층을 제외한 대부분의 경우 민간 장기요양보험 등을 통하여 부담하거나 본인 부담하는 형태로 연방 메디케어(Medicare) 프로그램에서는 주로 간병서비스를 제공하여 주정부의 메디케이드(Medicaid) 프로그램에서 장기요양서비스를 제공하고 있다.

[표 7-4-3] OECD 국가의 장기요양제도(노인 및 장애인 대상) 비교

국가명 기준	독일	일본	스웨덴	스페인
사회보장 원리 (법)	수발보험(1995) (Pflegeversicherung) + 사회부조법	개호보험	보편주의방식 Social service Act (2002.1) Public LTC	사회복지법 장애인복지법
재원	사회보험+조세 (사회부조)	사회보험	조세	조세
대상	신체적·정신적 장애로 인해 일상활동 상에 제한을 받는자	- 40~64세: 15개 노인성 질환에 의한 장애상태 - 65세 이상: 욕구판정 에서 인정된 자	보편적	저소득층
국가명 기준	영국	호주	미국	오스트리아
사회보장 원리 (법)	- Social Security Contribution & Benefit Act(1992) - NHS(의료) - Community Care Act (social service)	- 별도법 존재하지 않음 · 대상은 ACAT에서 단일사정후 서비스연결 · CACP (Community Aged care package)	-Medicare(단기병상 +의료+가정간호) - Medicaid (시설요양 +일부재가요양) - Older American Act(재가복지)	Long-term care allowance
재원	조세	조세	조세+노인건강보험 (Medicare)	조세
대상	노인 + 장애인 특별최중증자	- 전 연령 (지불능력에 따른 책임) - CACP	- Medicare : 전체노인 - Medicaid :저소득층+장애인	보편적

자료: 김찬우 외, 장애인 장기요양보장을 위한 정책연구, 보건복지부·가톨릭대학교, 2008.



#### 다. 장애인 포함여부 검토

장애인 장기요양보장제도의 재정운영방식 및 재정소요액을 추정함에 있어 노인장기요양보험제도 설계시 논의된 장애인 포함여부에 대한 내용은 다음과 같다. 노인장기요양보험제도에 장애인 포함여부에 대하여 노인과 장애인의 경우 ADL, IADL 등 일상생활 수행에 장애를 가지는 경우가 많으며 서비스 이용 패턴 및 욕구도 요양대상 노인과 유사하다는 것이다. 또한, 노령 장애인의 경우 노인요양보험 도입시 급여 대상자가 될 수 있으나 전체 장애인 중 노인의 비율은 낮은 편이며, 요양보험 도입시 보험료는 전국민이 부담하고 노인만 급여를 받을 경우 장애계의 반발 가능성이 있다는 것이었다. 수가와 관련해서도 노인장기요양보험제도의 특성은 장애인의 특성을 고려한 수가체계가 아니며, 장애인의 재활, 자립 등을 위한 프로그램 등 장애인에 특수한 서비스 내용과 이에 따른 시설 및 인력기준의 차이도 반영하지 못하고 있다는 것이었다. 따라서 새로운 기준으로 수가체계를 만들어내야 할 것이며, 이들 시설에서 이러한 수가방식을 수용할 것인지 여부도 의문이라는 내용이었다.

또한 실행위원회에서는 재정소요액 추정과 관련하여, 단계별 확대계획에 따라 최소 3,928억원, 최대 5,778억원 추가 소요 발생(2007) 것이며 이는 13,928억원→17,856억원(정부5,425억원→6,955억원, 보험료6,436억원→8,251억원), 20,487억원→26,265억원(정부6,589억원→8,447억원, 보험료10,518억원→13,485억원)이 될 것이라 추정하였으며 이는 독일 수발보험의 경우 전체 수발보험 대상 중 65세 미만이 22%를 차지하고 있으므로, 이를 근거로 할 때 장애인을 추가로 포함할 경우 재정은 노인만을 대상으로 한 경우에 비해 28.2%(100/78) 정도 추가적으로 소요될 것으로 판단되었으며 이때 장애인 중 저소득이 많다는 점을 감안할 때 정부부담과 보험료 비중은 달라질 수 있다는 것이었다.

## 라. 장애인 장기요양제도 재정운영방식에 대한 검토의견

### 1) 주요 쟁점

장애인 장기요양보장제도의 재정운영방식과 관련하여 다음과 같은 쟁점사항들을 제시할 수 있다.

첫째, 장애인복지에 대한 국가의 책임으로 지금까지 장애인복지는 국가 재정으로 다양한 제도를 실시해 오고 있으나, 장애인을 노인장기요양보험제도에 포함할 경우 사회복지 서비스의 대부분을 국가책임이 아닌 보험방식으로 제공한다는 책임 문제 제기할 수 있다.

둘째, 장애인과 노인의 욕구의 차이로 노인요양과 장애인복지는 일부 유사한 부분이 있으나, 근본적으로 필요한 서비스에 대한 욕구가 상이하며, 노인 요양이 간병, 수발서비스가 주를 이루는 반면, 장애인복지는 교육, 의료재활, 직업재활 및 소득보장, 활동보조 등을 통한 자립을 목표로 한다는 것이다.

셋째, 사회보험원리에의 부합 여부로 사회보험의 기본 원리는 *risk pooling* 이라고 할 수 있으며, 고령에 의한 장기요양은 일반적인 위험으로 국민이 수긍하고 있으나, 장애라는 위험에는 실제 후천적 장애율이 매우 높은 현실임에도 여전히 보편적인 위험으로 받아들이지 못하고 있는 실정이다.

넷째, 장애이념 문제로 사회적 모델과 자립생활 패러다임의 영향으로 장애인의 경우 선택권과 자기결정권에 대한 의식이 강하나, 전문가 개입에 의한 장기요양제도는 이러한 패러다임에 부합되지 않는다는 점 고려 필요하다는 것이다.

### 2) 노인장기요양보험제도와의 통합(사회보험 방식)

기존 노인장기요양보험에 통합할 경우 국민장기요양보험이라는 제도의 틀 완성되며, 가입자와 수급권자 일치: 국민 연대감을 높이고 보험료 부담에 대한 저항을 최소화

화할 수 있다. 이에 따라 재원조달 및 제도시행이 용이한 장점이 있으나 다만, 추가 보험료에 대한 저항이 클 것으로 예상된다. 또한, 체납자에 대한 급여제한 등 사각지대 문제 발생할 수 있으며, 정부의 책임을 보험에 넘긴다는 문제가 제기될 수 있다.

### 3) 활동보조서비스제도 확대 또는 별도의 장애인장기요양제도 창설(조세방식)

조세방식은 국가의 책임 하에 장애인의 권리성을 담보할 수 있고, 재원부담의 형평성 제고 가능하며 이는 선진국의 예에서도 장애인에 대한 복지정책은 대부분 조세에 의해 지원하고 있다는 점에서 살펴볼 수 있다. 다만, 조세방식을 채택하더라도 본인부담금 등에 대한 고려가 필요; 이때 소득수준별 차등하는 방안 검토가 필요하며 조세방식 채택시 현행 활동보조사업의 대상자를 확대하고 장기요양 서비스까지 포함할 수 있도록 질을 높이는 방향으로 할 경우 제도의 확대가 용이하다는 장점이 있다. 반면, 장애인 욕구에 부응하는 수준의 지속적인 재원 확보 곤란 가능성이 있으며 이는 새로운 재원확보를 통한 장애인 복지 제도의 지원 증가보다 기존의 활동보조사업 예산의 증가분에만 의존하게 될 경우 근본적인 장애인의 요양욕구 해결에 재정적 한계 가능성 부족한 재원으로 제도를 운영할 경우 서비스 질 담보에 어려울 것이라는 단점을 제기할 수 있다.

## 3. 장애인 장기요양제도의 재정소요액

### 가. 예산소요액

활동보조서비스 확대 방향으로 제도 운영방식에 본 추진단에서 의결되어 장애인 타임스터디 결과 중 활동보조서비스 이용자에 한하여 요양등급별 방문간호시간을 아래와 같이 산출하였다. 방문간호시간에 포함된 서비스의 구체적인 내용에 대해서는 부록의 장애인 장기요양 재가 및 시설 타임스터디 코드표를 참조하기 바란다.

먼저 요양등급별 방문간호시간은 아래 [표 ]과 같다.

[표 7-4-4] 장애인 타임스터디를 이용한 요양등급별 방문간호시간

(단위: 분)

요양등급	n	평균시간	표준편차	최소값	중앙값	최대값
1	104	29.79	64.31	0.00	3.00	374.00
2	37	21.59	42.47	0.00	6.00	205.00
3	93	15.85	46.06	0.00	1.00	322.00
4	20	9.45	14.66	0.00	0.00	53.00
5	3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
6	11	10.73	27.50	0.00	0.00	90.00
합계	268	21.19	51.69	0.00	1.00	374.00

장애인타임스터디를 이용한 활동보조등급에 따른 활동보조평균시간은 아래 [표 ]  
과 같다.

[표 7-4-5] 장애인타임스터디를 이용한 활동보조등급별 활동보조시간

(단위: 분)

활동보조등급	n	평균시간	표준편차	최소값	중앙값	최대값
1	119	291.19	171.31	28.00	261.00	1099.00
2	48	229.79	133.85	4.00	183.00	530.00
3	92	184.29	110.49	36.00	157.00	555.00
4	7	114.43	88.93	12.00	76.00	260.00
합계	266	238.49	152.65	4.00	201.50	1099.00

이를 바탕으로 재정소요액을 추정하기 위하여 활동보조 4등급과 요양4등급을 총 16등급으로 분류한 후, 장애인 타임스터디 결과에서 도출된 활동보조시간과 요양시간을 각각의 등급별로 적용하여 월 한도액(총 이용시간)을 제시하였다. 활동보조금액의 경우 현 시간당 단가 8,000원을 적용하였으며, 요양금액의 경우 노인장기요양보험제도의 재가급여부분 중 방문간호서비스 60분 이상 금액인 43,260원을 적용하였다. 이때 활동보조등급이 1등급이고 요양등급이 1등급인 경우 월 한도액(총 이용시간)은 1,809,118원 정도이며, 활동보조등급이 4등급이고 요양등급이 4등급인 경우 총 457,720원으로 추정되었다.

월 한도액(총 이용시간)과 관련하여 현재 두 가지 방안에 대한 검토가 추가적으로 요구되어진다. 첫째, 노인장기요양보험제도와 같이 월 한도액 범위내에서 이용자가 자유롭게 선택하여 활용할 수 있는 방안과 둘째, 활동보조금액과 요양금액을 이원화하여 각각의 범위안에서 이용자가 서비스를 이용할 수 있도록 하는 방안이다.

[표 7-4-6] 장애인타임스터디 이용한 활동보조와 요양등급별 한도액

활동보조등급	요양등급	활동보조시간	요양시간	활동보조액	요양액	합계
1	1	146	15	1,164,760	644,358	1,809,118
1	2	146	11	1,164,760	466,992	1,631,752
1	3	146	8	1,164,760	342,836	1,507,596
1	4	146	0	1,164,760	0	1,164,760
2	1	115	15	919,160	644,358	1,563,518
2	2	115	11	919,160	466,992	1,386,152
2	3	115	8	919,160	342,836	1,261,996
2	4	115	0	919,160	0	919,160
3	1	92	15	737,160	644,358	1,381,518
3	2	92	11	737,160	466,992	1,204,152
3	3	92	8	737,160	342,836	1,079,996
3	4	92	0	737,160	0	737,160
4	1	57	15	457,720	644,358	1,102,078
4	2	57	11	457,720	466,992	924,712
4	3	57	8	457,720	342,836	800,556
4	4	57	0	457,720	0	457,720

주1) 활동보조액 : 현 활동보조서비스 단가 8,000원 적용

주2) 요양액 : 방문간호서비스 60분 이상 금액 43,260원 적용

(노인장기요양보험제도 장기요양급여 수가 재가급여)

※ 특례조항 - 추후 별도 제시

장애인타임스터디 이용한 활동보조와 요양등급별 한도액을 대상자수별 총 추정 소요액을 추정하면 다음과 같다. 대상자가 3만명일 경우 총 추정 소요액은 40,000명 일때는 447,201백만원 정도 예상되며 대상자수가 4만명일 경우 596,268백만원 정도 예상된다. 그러나 각각의 등급별 인원 분포와 증가 추세를 반영하게 되면 추정 소요액보다 다소 낮아질 가능성도 있을 것이므로 이에 대한 추가적인 검토가 요구된다.

[표 7-4-기] 장애인 타임스터디 이용한 대상자수별 장애인장기요양 총 추정 소요액  
(단위 : 백만원)

활동보조등급	요양등급	10,000명	20,000명	30,000명	40,000명	50,000명
1	1	29,294	58,589	87,883	117,178	146,472
1	2	6,390	12,780	19,170	25,560	31,950
1	3	11,808	23,615	35,423	47,231	59,039
1	4	3,656	7,313	10,969	14,625	18,281
2	1	4,246	8,492	12,738	16,984	21,229
2	2	2,681	5,363	8,044	10,725	13,407
2	3	9,788	19,577	29,365	39,153	48,941
2	4	5,693	11,386	17,079	22,772	28,465
3	1	25,210	50,421	75,631	100,842	126,052
3	2	10,334	20,667	31,001	41,335	51,668
3	3	21,999	43,997	65,996	87,994	109,993
3	4	1,563	3,127	4,690	6,253	7,817
4	1	3,310	6,619	9,929	13,238	16,548
4	2	5,554	11,108	16,661	22,215	27,769
4	3	4,791	9,583	14,374	19,165	23,957
4	4	2,749	5,498	8,247	10,996	13,745
		149,067	298,134	447,201	596,268	745,335

주1) 활보액 : 현 활동보조서비스 단가 8,000원 적용

주2) 요양액 : 방문간호서비스 60분 이상 금액 43,260원 적용

(노인장기요양보험제도 장기요양급여 수가 재가급여)

## 제5절 장애인 장기요양보장제도 관련 법령(안) 검토

### 1. 제정방향

장애인 장기요양보장제도는 신체적, 정신적 장애로 인해 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에 대한 복지(활동보조) 및 건강(간병 및 간호) 등의 문제를 조세방식으로 해결함으로써 장애인 가정의 부담을 경감하고, 장애인의 자립생활을 보장 및 사회참여를 통하여 삶의 질을 향상시키고 나아가 국가책임에 의한 사회적 지원 시스템을 확립하는데 있다. 이를 바탕으로 본 고에서는 2007년 4월 27일에 제정된 「노인장기요양보험법」을 기준으로 장애인 장기요양보장제도 모형시안에 따라 「장애인 장기요양보장법(가칭)」 제정 시 포함되어야 할 내용에 대하여 각 조항별로 다음과 같이 제안하고자 한다.

### 2. 장애인 장기요양보장법(가칭)의 주요내용

#### 제1장 총칙

제1조 (목적) 이 법은 신체적, 정신적 장애로 인해 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에게 제공하는 복지서비스(활동보조) 및 건강서비스(간병 및 방문간호) 등의 장기요양급여에 관한 사항을 규정하여 장애인의 자립생활 및 사회참여를 도모하고 그 가족의 부담을 덜어줌으로써 장애인의 삶의 질을 향상하도록 함을 목적으로 한다.

장애인장기요양보장추진단에서 장애인 장기요양보장제도란, 신체적, 정신적 장애로 인해 일상생활과 사회활동이 어려운 장애인에 대한 복지서비스(활동보조) 및 건강서비스(간병 및 간호)로 정의하고, 신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니



케이션 보조, 이동의 보조, 간병 지원, 방문간호 등의 서비스를 포함하는 것을 그 내용으로 하고 있다. 특히, 장애인의 요양보호 문제를 장애당사자, 가족, 사회전체에 큰 영향을 미치는 것으로 판단하여 그 문제를 조세방식으로 해결함으로써 장애인 가정의 부담을 경감하고, 장애인의 자립생활을 보장하며 사회참여를 통하여 삶의 질을 향상시키고 나아가 국가책임에 의한 사회적 지원 시스템을 확립하는데 그 필요성이 있다.

제2조 (정의) 이 법에서 사용하는 용어의 정의는 다음과 같다.

1. "장애인"이란 장애인복지법상의 장애인을 말한다.
2. "장기요양급여"란 제10조 2항에 따라 신청자격이 있는 자로서 '장애인장기요양 인정조사표'에 의해 일정 점수 이상인 자에게 신변처리지원, 가사지원, 일상생활 지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조, 간병, 간호 등의 서비스를 지급하는 현물등을 말한다.
3. "장기요양사업"이란 국가 및 지방자치단체의 부담금 등을 재원으로 하여 서비스 대상 장애인에게 장기요양급여를 제공하는 사업을 말한다.
4. "장기요양기관"이란 제22조에 따라 지정을 받은 기관 또는 제23조에 따라 지정의제된 재가장기요양기관으로서 장기요양급여를 제공하는 기관을 말한다. 본 조항과 관련하여 현 장애인 활동보조지원사업의 확대에 의결된 바, 서비스 제공기관을 현행 장애인 활동보조지원사업 제공 기관 즉, 장애인자립생활센터, 장애인복지관, 자활후견기관 등으로 하며 방문간호서비스 제공기관은 노인장기요양보험제도에 준한 장기요양기관을 말한다.
5. "장기요양요원"이란 장기요양기관에 소속되어 장애인등의 신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조, 간병 및 간호 등의 업무를 수행하는 자를 말한다.

제3조 (장기요양급여 제공의 기본원칙) ①장기요양급여는 요양보호가 필요한 모든 장애인을 포괄할 수 있는 보편적인 체계로 제공하여야 한다.

②서비스의 권리성·선택성이 보장되는 이용자 중심의 서비스 체계로 제공하여야 한다.

③욕구에 맞는 서비스 제공, 건강 및 복지서비스의 효율적인 제공을 위한 케어매니지먼트 체계로 제공하여야 한다.

제4조 (국가 및 지방자치단체의 책무 등) ①국가와 지방자치단체는 장애인의 자립생활을 지원하고 일상생활과 사회참여를 확대하기 위하여 필요한 장기요양사업을 실시하여야 한다.

②국가와 지방자치단체는 장기요양사업을 수행하는 장기요양기관을 통하여 필요한 각종 장기요양급여를 제공한다.

③국가 및 지방자치단체는 장애인구 및 지역특성 등을 고려하여 장기요양급여가 원활하게 제공될 수 있도록 충분한 수의 장기요양기관을 확충하고 장기요양기관의 설립을 지원하여야 한다.

④국가 및 지방자치단체는 장기요양급여가 원활히 제공될 수 있도록 장애서비스 센터에 필요한 행정적 또는 재정적 지원을 할 수 있다.

이와 관련하여 현재 노인장기요양보험법에서는 국고지원과 보험료 그리고 이용자 부담을 재원으로 하며 국민건강보험공단에서 등급판정, 보험료 부과 징수, 급여비용의 심사 및 지급등을 수행하는 노인장기요양보험제도와 달리 장애인 장기요양보장 제도의 경우 그 재원을 정부지원 즉, 국고와 지방비 일부 이용자 부담금을 통하여 이루어지는 것으로 계획되어 있다. 동 조항과 관련하여 장애인복지법을 살펴보면, 장애인복지법 제4장 제53조에서는 “국가와 지방자치단체는 중증장애인의 자기결정에 의한 자립생활을 위하여 활동보조인의 파견 등 활동보조서비스 또는 장애인보조기구의 제공, 그 밖의 각종 편의 및 정보제공 등 필요한 시책을 강구하여야 한다.”라고 제시하고 있다. 또한 제54조에서는 중증장애인자립생활지원센터와 관련하여 “국가와 지방자치단체는 중증장애인의 자립생활을 실현하기 위하여 중증장애인자립생활지원센터를 통하여 필요한 각종 지원서비스를 제공한다”라고 정의하고 있으며

이와 관련하여 추후 검토가 요구되어진다.

제5조 (장기요양급여에 관한 국가정책방향) 국가는 제6조의 장기요양기본계획을 수립·시행함에 있어서 일상생활을 혼자서 수행하기 어려운 장애인이 장기요양급여를 제공받을 수 있도록 노력하고 나아가 이들의 생활안정과 자립을 지원할 수 있는 정책을 강구하여야 한다.

제6조 (장기요양기본계획) ①보건복지가족부장관은 장애인등에 대한 장기요양급여를 원활하게 제공하기 위하여 5년 단위로 다음 각 호의 사항이 포함된 장기요양기본계획을 수립·시행하여야 한다.

1. 연도별 장기요양급여 대상인원 및 재원조달 계획
  2. 연도별 장기요양기관 및 장기요양전문인력 확충 방안
  3. 그 밖에 장애인등의 장기요양에 관한 사항으로서 대통령령으로 정하는 사항
- ②지방자치단체의 장은 제1항에 따른 장기요양기본계획에 따라 세부시행계획을 수립·시행하여야 한다.

## 제2장 장기요양인정

제7조 (장기요양인정의 신청자격) 장기요양인정을 신청할 수 있는 자는 장애인복지법상 등록 장애인으로 하되 구체적인 것은 시행령으로 정한다.

제8조 (장기요양인정의 신청) ①장기요양인정을 신청하는 자(이하 "신청인"이라 한다)는 보건복지가족부령으로 정하는 바에 따라 장기요양인정신청서(이하 "신청서"라 한다)에 의사가 발급하는 소견서(이하 "의사소견서"라 한다)를 첨부하여 시·군·구청장에게 제출하여야 한다.

②제1항에도 불구하고 거동이 현저하게 불편하거나 도서·벽지 지역에 거주하여 의료기관을 방문하기 어려운 자 등 대통령령으로 정하는 자는 의사소견서를 제출하

지 아니할 수 있다.

③의사소견서의 발급비용·비용부담방법·발급자의 범위, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.”라고 제시할 수 있을 것이다.

제9조 (장기요양인정 신청의 조사) ①시·군·구청장은 제8조제1항에 따라 신청서를 접수한 때 보건복지가족부령으로 정하는 바에 따라 장애서비스센터 직원으로 하여금 다음 각 호의 사항을 조사하게 하여야 한다. 다만, 지리적 사정 등으로 직접 장애서비스센터에 내원하기 어려운 경우 또는 조사에 필요하다고 인정하는 경우 시·군·구청장은 장애서비스센터 직원이 방문하여 조사하여야 한다.

1. 신청인의 심신상태
2. 신청인에게 필요한 장기요양급여의 종류 및 내용
3. 그 밖에 장기요양에 관하여 필요한 사항으로서 보건복지가족부령으로 정하는 사항

②제1항에 따라 조사를 하는 자는 조사일시, 장소 및 조사를 담당하는 자의 인적 사항 등을 미리 신청인에게 통보하여야 한다.

③시·군·구청장 또는 장애서비스센터의 장은 조사를 완료한 때 조사결과서를 작성하여야 한다. 조사를 의뢰받은 장애서비스센터 직원은 지체 없이 시·군·구청장에게 조사결과서를 송부하여야 한다.

제10조 (등급판정) ①장애서비스센터는 제9조에 따른 조사가 완료된 때 조사결과서, 신청서, 의사소견서, 그 밖에 심의에 필요한 자료를 장애서비스위원회에 제출하여야 한다.

②장애서비스위원회는 신청인이 제7조의 신청자격요건을 충족하고 혼자서 일상생활을 수행하기 어렵다고 인정하는 경우 심신상태 및 장기요양이 필요한 정도 등 대통령령으로 정하는 등급판정기준에 따라 장기요양급여를 받을 자(이하 “수급자”라 한다)로 판정한다.

③장애서비스위원회에서는 제2항에 따라 심의·판정을 하는 때 신청인과 그 가족,

의사소견서를 발급한 의사 등 관계인의 의견을 들을 수 있다.

제11조 (장기요양등급판정기간) ①장애서비스위원회는 신청인이 신청서를 제출한 날부터 30일 이내에 제10조에 따른 장기요양등급판정을 완료하여야 한다. 다만, 신청인에 대한 정밀조사가 필요한 경우 등 기간 이내에 등급판정을 완료할 수 없는 부득이한 사유가 있는 경우 30일 이내의 범위에서 이를 연장할 수 있다.

②장애서비스센터는 장애서비스위원회가 제1항 단서에 따라 장기요양인정심의 및 등급판정기간을 연장하고자 하는 경우 신청인 및 대리인에게 그 내용·사유 및 기간을 통보하여야 한다.

제12조 장기요양인정서 ①장애서비스센터는 장애서비스위원회가 장기요양인정 및 등급판정의 심의를 완료한 경우 지체 없이 다음 각 호의 사항이 포함된 장기요양인정서를 작성하여 수급자에게 송부하여야 한다.

1. 장기요양등급
2. 장기요양급여의 종류 및 내용
3. 그 밖에 장기요양급여에 관한 사항으로서 보건복지가족부령으로 정하는 사항

②장애서비스센터는 장애서비스위원회가 장기요양인정 및 등급판정의 심의를 완료한 경우 수급자로 판정받지 못한 신청인에게 그 내용 및 사유를 통보하여야 한다. 이 경우 시장·군수·구청장(자치구의 구청장을 말한다. 이하 같다)은 장애서비스센터에 대하여 이를 통보하도록 요청할 수 있고, 요청을 받은 장애서비스센터는 이에 응하여야 한다.

③장애서비스센터는 제1항에 따라 장기요양인정서를 송부하는 때 장기요양급여를 원활히 이용할 수 있도록 제20조에 따른 월 한도액 또는 월 총 이용시간 범위 안에서 표준장기요양이용계획서를 작성하여 이를 함께 송부하여야 한다.

④제1항 및 제3항에 따른 장기요양인정서 및 표준장기요양이용계획서의 작성방법에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제13조 (장기요양인정서를 작성할 경우 고려사항) 장애서비스센터는 장기요양인정서를 작성할 경우 제12조제1항제2호에 따른 장기요양급여의 종류 및 내용을 정하는 때 다음 각 호의 사항을 고려하여 정하여야 한다.

1. 수급자의 장기요양등급 및 생활환경
2. 수급자와 그 가족의 욕구 및 선택
3. 기타 보건복지가족부령으로 정하는 사항

제14조 (장기요양인정의 유효기간) ①제10조에 따른 장기요양인정의 유효기간은 최소1년이상으로 하되 구체적인 사항은 대통령령으로 정한다.

②제1항의 유효기간의 산정방법 그 밖에 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제15조 (장기요양인정의 갱신) ①수급자는 제14조에 따른 장기요양인정의 유효기간이 만료된 후 장기요양급여를 계속하여 받고자 하는 경우 장애서비스센터에 장기요양인정의 갱신을 신청하여야 한다.

②제1항에 따른 장기요양인정의 갱신 신청은 유효기간이 만료되기 전 30일까지 이를 완료하여야 한다.

③상기 제7조부터 제14조까지의 규정은 장기요양인정의 갱신절차에 관하여 이를 준용한다.

제16조 (장기요양등급 등의 변경) ①장기요양급여를 받고 있는 수급자는 장기요양등급, 장기요양급여의 종류 또는 내용을 변경하여 장기요양급여를 받고자 하는 경우 시·군·구청장 또는 장애서비스센터에 변경신청을 하여야 한다.

②상기 제7조부터 제14조까지의 규정은 장기요양등급의 변경절차에 관하여 준용한다.

제17조 (장기요양인정 신청 등에 대한 대리) ①장기요양급여를 받고자 하는 자 또는

수급자가 신체적·정신적인 사유로 이 법에 따른 장기요양인정의 신청, 장기요양인정의 갱신신청 또는 장기요양등급의 변경신청 등을 직접 수행할 수 없을 때 본인의 가족이나 친족, 그 밖의 이해관계인은 이를 대리할 수 있다.

② 「사회복지사업법」에 따른 사회복지전담공무원은 관할 지역 안에 거주하는 자에 대한 제1항에 따른 장기요양인정신청 등을 본인 또는 가족의 동의를 받아 대리할 수 있다.

③ 제1항 및 제2항에도 불구하고 장기요양급여를 받고자 하는 자 또는 수급자가 제1항에 따른 장기요양인정신청 등을 할 수 없는 경우 시장·군수·구청장이 지정하는 자는 이를 대리할 수 있다.

④ 제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 장기요양인정신청 등의 방법 및 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

### 제3장 장기요양급여의 종류

제18조 (장기요양급여의 종류) ① 이 법에 따른 장기요양급여의 종류는 다음 각 호와 같다.

#### 1. 재가급여

가. 신변처리지원 : 장애인에게 목욕, 대소변, 옷갈아입기, 세면, 식사보조 등을 지원하는 장기요양급여

나. 가사지원 : 장애인의 가정 등을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 실내·외 소평, 청소, 식사 준비, 양육 보조 등을 제공하는 장기요양급여

다. 일상생활지원 : 장애인의 가정 등을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 금전관리, 시간관리, 일정관리 등을 제공하는 장기요양급여

라. 커뮤니케이션 보조 : 장애인의 가정 등을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 낭독보조, 대필보조 등을 제공

마. 이동의 보조 : 장애인의 가정 등을 방문하여 안내도우미·대리운전지원(시각 장애인), 학교 등·하교 지원, 직장 출·퇴근 지원, 야외·문화 활동 지원 등을 제공

하는 장기요양급여

바. 간병지원 : 장애환자의 가정을 방문하여 주·야간 또는 휴일에 목욕, 대소변, 옷갈아입기, 세면, 식사보조, 간병서비스 등을 제공하는 장기요양급여

사. 방문간호 : 간호사, 물리치료사, 치과위생사 등이 의사, 한의사 또는 치과의사의 지시서(이하 "방문간호지시서"라 한다)에 따라 수급자의 가정 등을 방문하여 간호, 진료의 보조, 요양에 관한 상담 또는 구강위생, 물리치료 등을 제공하는 장기요양급여

②제1항제1호에 따라 장기요양급여를 제공할 수 있는 장기요양기관의 종류 및 기준과 장기요양급여 종류별 장기요양요원의 범위·업무·보수교육 등에 관하여 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

③장기요양급여의 제공 기준·절차·방법·범위, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

#### 제4장 장기요양급여의 제공

제19조 (장기요양급여의 제공시기) ①수급자는 제12조제1항에 따른 장기요양인정서가 도달한 날부터 장기요양급여를 받을 수 있다.

②제1항에도 불구하고 수급자는 돌볼 가족이 없는 경우 등 대통령령으로 정하는 사유가 있는 경우 신청서를 제출한 날부터 장기요양인정서가 도달되는 날까지의 기간 중에도 장기요양급여를 받을 수 있다.

③장기요양급여가 인정되는 범위와 절차 등은 대통령령으로 정한다.

제20조 (장기요양급여의 월 한도액 또는 총 이용시간) ①장기요양급여는 월 한도액 또는 총 이용시간 범위 안에서 제공한다. 이 경우 월 한도액 또는 총 이용시간은 장기요양등급 및 장기요양급여의 종류 등을 고려하여 산정한다.

②월 한도액 또는 총 이용시간의 산정기준 및 방법, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.



제21조 (장기요양급여의 제한) ①시·군·구청장 또는 장애서비스센터는 장기요양급여를 받고 있거나 받을 수 있는 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 장기요양급여를 중단하거나 제공하지 아니하게 하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양인정을 받은 경우
2. 고의로 사고를 발생하도록 하거나 본인의 위법행위에 기인하여 장기요양인정을 받은 경우

②장애서비스센터는 장기요양급여를 받고 있는 자가 정당한 사유 없이 제○○조(자료의 제출 등)또는 제○○조(보고 및 검사)에 따른 요구에 응하지 아니하거나 답변을 거절한 경우 장기요양급여의 전부 또는 일부를 제공하지 아니하게 할 수 있다.

## 제5장 장기요양기관

제22조 (장기요양기관의 지정) ①장기요양기관을 설치·운영하고자 하는 자는 소재지를 관할 구역으로 하는 시장·군수·구청장으로부터 지정을 받아야 한다.

②제1항에 따라 장기요양기관으로 지정받고자 하는 자는 보건복지가족부령으로 정하는 장기요양에 필요한 시설 및 인력을 갖추어야 한다.

③시장·군수·구청장은 제1항에 따라 장기요양기관을 지정한 때 지체 없이 지정 명세를 장애서비스센터에 통보하여야 한다.

④장기요양기관의 지정절차와 그 밖에 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제23조 (재가장기요양기관의 설치) ①제18조제1항제1호의 재가급여 중 어느 하나 이상에 해당하는 장기요양급여를 제공하고자 하는 자는 시설 및 인력을 갖추어 재가장기요양기관을 설치하고 시장·군수·구청장에게 이를 신고하여야 한다. 신고를 받은 시장·군수·구청장은 신고 명세를 장애서비스센터에 통보하여야 한다.

②제1항 전단에 따라 설치의 신고를 한 재가장기요양기관은 장기요양기관으로 본다.

③의료기관이 아닌 자가 설치·운영하는 재가장기요양기관은 방문간호를 제공하는

경우 방문간호의 관리책임자로서 간호사를 둔다.

④제1항에 따른 시설 및 인력기준, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제24조 (장기요양기관의 시설·인력에 관한 변경) 장기요양기관은 시설 및 인력 중 보건복지가족부령이 정하는 중요한 사항을 변경하는 경우 보건복지가족부령으로 정하는 바에 따라 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 신고를 받은 시장·군수·구청장은 지체 없이 변경 명세를 장애서비스센터에 통보하여야 한다.

제25조 (장기요양기관 정보의 안내 등) ①장기요양기관은 수급자가 장기요양급여를 쉽게 선택하도록 하고 장기요양기관이 제공하는 급여의 질을 보장하기 위하여 장기요양기관별 급여의 내용, 시설·인력 등 현황자료 등을 장애서비스센터가 운영하는 인터넷 홈페이지에 게시하여야 한다.

②제1항에 따른 게시 내용, 방법, 절차, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제26조 (장기요양기관의 의무) ①장기요양기관은 수급자로부터 장기요양급여신청을 받은 때 장기요양급여의 제공을 거부하여서는 아니 된다. 다만, 입소정원에 여유가 없는 경우 등 정당한 사유가 있는 경우는 그러하지 아니하다.

②장기요양기관은 제18조제3항에 따른 장기요양급여의 제공 기준·절차 및 방법 등에 따라 장기요양급여를 제공하여야 한다.

③장기요양기관의 장은 장기요양급여를 제공한 수급자에게 장기요양급여비용에 대한 명세서를 교부하여야 한다.

④제3항에 따른 장기요양급여비용의 명세서와 그 밖에 필요한 서식 등은 보건복지가족부령으로 정한다.

제27조 (장기요양기관의 폐업 등 신고) ①장기요양기관은 폐업하거나 휴업하고자 하

는 경우 폐업이나 휴업 예정일 전 30일까지 시장·군수·구청장에게 신고하여야 한다. 신고를 받은 시장·군수·구청장은 지체 없이 신고 명세를 장애서비스센터에 통보하여야 한다.

②시장·군수·구청장은 제1항에 따라 폐업 또는 휴업신고를 접수한 경우 인근지역에 대체 장기요양기관이 없는 경우 등 장기요양급여에 중대한 차질이 우려되는 때 장기요양기관의 폐업 또는 휴업 철회를 권고하거나 그 밖의 다른 조치를 강구하여야 한다.

③재가장기요양기관의 장은 재가장기요양기관의 폐업 또는 휴업을 하고자 하는 때 시장·군수·구청장에게 이를 신고하여야 한다. 신고를 받은 시장·군수·구청장은 신고 명세를 지체 없이 장애서비스센터에 통보하여야 한다.

제28조 (장기요양기관 지정의 취소 등) ①시장·군수·구청장은 장기요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 그 지정을 취소할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우 지정을 취소하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 지정을 받은 경우
2. 제22조제2항에 따른 지정기준에 적합하지 아니한 경우
3. 제26조제1항을 위반하여 장기요양급여를 거부한 경우
4. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 재가 급여비용을 청구한 경우
5. 제○○조(자료의 제출 등) 및 제○○조(보고 및 검사)에 따른 질문·검사 및 자료의 제출 요구를 거부·방해하거나 거짓으로 보고하거나 거짓 자료를 제출한 경우
6. 장기요양기관의 종사자 등이 다음 각 목의 어느 하나에 해당하는 행위를 한 경우
  - 가. 수급자의 신체에 폭행을 가하거나 상해를 입히는 행위
  - 나. 수급자에게 성적 수치심을 주는 성폭행, 성희롱 등의 행위
  - 다. 자신의 보호·감독을 받는 수급자를 유기하거나 의식주를 포함한 기본적 보호 및 치료를 소홀히 하는 방임행위

②시장·군수·구청장은 제1항에 따라 지정을 취소한 경우 지체 없이 장애서비스센터에 지정취소의 명세를 통보하여야 한다.

③시장·군수·구청장은 재가장기요양기관이 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 6개월의 범위 내에서 영업정지를 명하거나 폐쇄명령을 할 수 있다. 다만, 제1호에 해당하는 경우 폐쇄명령을 하여야 한다.

1. 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 신고한 경우
2. 제23조제1항에 따라 갖추어야 하는 시설 및 인력을 갖추지 아니한 경우
3. 제1항제3호부터 제6호까지의 규정 중 어느 하나에 해당하는 경우

④시장·군수·구청장은 제3항에 따라 재가장기요양기관에 대하여 영업정지 또는 폐쇄명령을 한 경우 지체 없이 장애서비스센터에 그 내용을 통보하여야 한다. 폐쇄명령을 받은 재가장기요양기관은 제1항에 따라 장기요양기관의 지정이 취소된 것으로 본다.

⑤제1항 및 제3항에 따라 지정취소 또는 폐쇄명령을 받은 자는 그 처분을 받은 날부터 대통령령으로 정하는 기간 동안에는 장기요양기관 또는 재가장기요양기관으로 다시 지정받거나 신고할 수 없다.

⑥제1항 및 제3항에 따른 지정취소의 절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

## 제6장 재가 급여비용 등

제29조 (재가급여비용의 청구 및 지급) ①장기요양기관은 수급자에게 제18조에 따른 재가급여를 제공한 경우 시·군·구청장에게 장기요양급여비용을 청구하여야 한다.

②시·군·구청장은 제1항에 따라 장기요양기관으로부터 재가급여비용의 청구를 받은 경우 이를 심사하여 장기요양에 사용된 비용 중 본인부담금을 공제한 금액을 당해 장기요양기관에 지급하여야 한다.

③시·군·구청장은 제39조제2항에 따른 장기요양기관의 장기요양급여평가 결과에 따라 장기요양급여비용을 가산 또는 감액조정하여 지급할 수 있다.

④제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 재가급여비용의 심사기준, 장기요양급여비용의 가감지급의 기준, 청구절차 및 지급방법 등에 관한 사항은 보건복지가족부령으

로 정한다.

제30조 (재가 및 시설 급여비용의 산정) ①재가 급여비용은 급여종류 및 장기요양등급 등에 따라 제34조에 따른 장애인장기요양위원회의 심의를 거쳐 보건복지가족부장관이 정하여 고시한다.

②보건복지가족부장관은 제1항에 따라 재가 급여비용을 정할 때 대통령령으로 정하는 바에 따라 국가 및 지방자치단체로부터 장기요양기관의 설립비용을 지원받았는지 여부 등을 고려할 수 있다.

③제1항에 따른 재가 급여비용의 구체적인 산정방법 및 항목 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제31조 (본인일부부담금) ①재가 급여비용은 다음 각 호와 같이 수급자가 부담한다. 다만, 수급자 중 「국민기초생활 보장법」에 따른 수급권자는 그러하지 아니하다.

1. 재가급여 : 당해 장기요양급여비용의 100분의 ○○

②다음 각 호의 장기요양급여에 대한 비용은 수급자 본인이 전부 부담한다.

1. 이 법의 규정에 따른 급여의 범위 및 대상에 포함되지 아니하는 장기요양급여
2. 수급자가 제12조제1항제2호에 따른 장기요양인정서에 기재된 장기요양급여의 종류 및 내용과 다르게 선택하여 장기요양급여를 받은 경우 그 차액
3. 제20조에 따른 장기요양급여의 월 한도액 또는 총 이용시간을 초과하는 장기요양급여

③다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 자에 대하여는 본인일부부담금의 100분의 ○○을 감경한다.

1. 의료급여수급권자
2. 소득·재산 등이 보건복지가족부장관이 정하여 고시하는 일정 금액 이하인 자
3. 천재지변 등 보건복지부령으로 정하는 사유로 인하여 생계가 곤란한 자

④제1항부터 제3항까지의 규정에 따른 본인일부부담금의 산정방법, 감경절차 및 감경방법 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제32조 (방문간호지시서 발급비용의 산정 등) 제18조제1항제1호다목에 따라 방문간호지시서를 발급하는데 사용되는 비용, 비용부담방법 및 비용 청구·지급절차 등에 관하여 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

제33조 (부당이득의 징수) ①시·군·구청장은 장기요양급여를 받은 자 또는 장기요양급여비용을 받은 자가 다음 각 호의 어느 하나에 해당하는 경우 그 장기요양급여 또는 장기요양급여비용에 상당하는 금액을 징수한다.

1. 제20조의 월 한도액 범위를 초과하여 장기요양급여를 받은 경우
2. 제21조 따라 장기요양급여의 제한 등을 받을 자가 장기요양급여를 받은 경우
3. 제28조제1항제4호·제3항제3호에 따른 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 재가 및 시설 급여비용을 청구하여 이를 지급받은 경우
4. 그 밖에 이 법상의 원인 없이 시·군·구청장으로부터 장기요양급여를 받거나 장기요양급여비용을 지급받은 경우

②시·군·구청장은 제1항의 경우 거짓 보고 또는 증명에 의하거나 거짓 진단에 따라 장기요양급여가 제공된 때 거짓의 행위에 관여한 자에 대하여 장기요양급여를 받은 자와 연대하여 제1항에 따른 징수금을 납부하게 할 수 있다.

③시·군·구청장은 제1항의 경우 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여를 받은 자와 같은 세대에 속한 자(장기요양급여를 받은 자를 부양하고 있거나 다른 법령에 따라 장기요양급여를 받은 자를 부양할 의무가 있는 자를 말한다)에 대하여 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여를 받은 자와 연대하여 제1항에 따른 징수금을 납부하게 할 수 있다.

④시·군·구청장은 제1항의 경우 장기요양기관이 수급자로부터 거짓이나 그 밖의 부정한 방법으로 장기요양급여비용을 받은 때 당해 장기요양기관으로부터 이를 징수하여 수급자에게 지체 없이 지급하여야 한다.

## 제7장 장기요양위원회

제34조 (장애인 장기요양위원회의 설치 및 기능) 다음 각 호의 사항을 심의하기 위하여 보건복지가족부장관 소속으로 장기요양위원회를 둔다.

1. 장기요양 본인부담금
2. 제30조에 따른 재가 급여비용
3. 그 밖에 대통령령으로 정하는 주요 사항

제35조 (장애인 장기요양위원회의 구성) ①장애인 장기요양위원회는 위원장 1인, 부위원장 1인을 포함한 16인 이상 22인 이하의 위원으로 구성한다.

②위원장이 아닌 위원은 다음 각 호의 자 중에서 보건복지가족부장관이 임명 또는 위촉한 자로 하고, 각 호에 해당하는 자를 각각 동수로 구성하여야 한다.

1. 장애인단체를 대표하는 자
  2. 장기요양기관 또는 의료계를 대표하는 자
  3. 대통령령으로 정하는 관계 중앙행정기관의 고위공무원단 소속 공무원, 장기요양에 관한 학계 또는 연구계를 대표하는 자
  4. 기타 보건복지가족부 차관이 추천하는 자
- ③위원장은 보건복지가족부차관이 되고, 부위원장은 위원 중에서 위원장이 지명한다.
- ④장기요양위원회 위원의 임기는 3년으로 한다. 다만, 공무원인 위원의 임기는 재임기간으로 한다.

제36조 (장기요양위원회의 운영) ①장기요양위원회 회의는 구성원 과반수의 출석으로 개의하고 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.

②장기요양위원회의 효율적 운영을 위하여 분야별로 실무위원회를 둘 수 있다.

③이 법에서 정한 것 외에 장기요양위원회의 구성·운영, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

## 제8장 관리운영기관

제37조 (관리운영기관 등) ①장기요양사업의 관리운영기관은 보건복지가족부 및 지방자치단체로 한다.

②보건복지가족부 및 지방자치단체는 다음 각 호의 업무를 관장한다.

1. 신청인에 대한 조사,
2. 장애서비스센터 및 장애서비스위원회의 운영 및 장기요양등급 판정,
5. 장기요양인정서의 작성 및 표준장기요양이용계획서의 제공,
6. 장기요양급여의 관리 및 평가,
7. 수급자에 대한 정보제공·안내·상담 등 장기요양급여 관련 이용지원에 관한 사항,
8. 재가 급여비용의 심사 및 지급
9. 장기요양급여 제공내용 확인
10. 장기요양사업에 관한 조사·연구 및 홍보
11. 이 법에 따른 부당이득금의 부과·징수 등,
12. 그 밖에 장기요양사업과 관련하여 보건복지가족부장관이 위탁한 업무

제38조 (장애서비스위원회 설치) ①장기요양인정 및 장기요양등급 판정 등을 심의하기 위하여 장애서비스센터에 장애서비스위원회를 둔다.

②장애서비스위원회는 시·군·구 단위로 설치한다. 다만, 인구 수 등을 고려하여 하나의 시·군·구에 2 이상의 장애서비스위원회를 설치하거나 2 이상의 시·군·구를 통합하여 하나의 장애서비스위원회를 설치할 수 있다.

③장애서비스위원회는 위원장 1인을 포함하여 15인의 위원으로 구성한다. 위원장은 위원 중 호선하여 정한다.

④장애서비스위원회 위원은 다음 각 호의 자 중에서 시·군·구청장이 위촉한다.

1. 장애서비스센터 소장(당연직) 포함하여,
2. 의사(한 의사, 치과 의사)
3. 사회복지사
4. 직업능력평가사



5. 장애계대표
6. 장애인시설대표
7. 공무원
8. 관련전문가(직업재활사, 상담치료사, 언어치료사 등)
9. 전문가(시민대표, 학계) 등

제39조 (장기요양급여의 관리·평가) ①장애서비스센터는 장기요양기관이 제공하는 장기요양급여 내용을 지속적으로 관리·평가하여 장기요양급여의 수준이 향상되도록 노력하여야 한다.

②장애서비스센터는 장기요양기관이 제18조제3항에 따른 장기요양급여의 제공 기준·절차·방법 등에 따라 적정하게 장기요양급여를 제공하였는지를 평가한 후 그 결과를 공개하는 등 필요한 조치를 할 수 있다.

③제2항에 따른 장기요양급여 제공내용의 평가 방법 및 평가 결과의 공개 방법, 그 밖에 필요한 사항은 보건복지가족부령으로 정한다.

## 제9장 이의신청 및 심사청구

제40조 (이의신청) ①장기요양인정·장기요양등급·장기요양급여·부당이득·장기요양급여비용 등에 관한 시·군·구청장의 처분에 이의가 있는 자는 시·군·구청장에게 이의신청을 할 수 있다.

②제1항에 따른 이의신청은 처분이 있는 날부터 90일 이내에 문서로 하여야 한다. 다만, 정당한 사유로 본문의 기간 이내에 이의신청을 할 수 없었음을 소명한 때는 그러하지 아니하다.

③시·군·구청장은 장애서비스특별위원회에게 제1항에 따른 이의신청사건을 심의하게 하여야 한다.

④제3항에 따른 장애서비스특별위원회의 구성·운영 및 위원의 임기, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

제41조 (심사청구) ①제40조에 따른 이의신청에 대한 결정에 불복하는 자는 결정처분을 받은 날부터 90일 이내에 장애서비스중앙위원회(이하 "중앙위원회"라 한다)에 심사청구를 할 수 있다.

②중앙위원회는 보건복지가족부장관 소속으로 두고, 위원장 1인을 포함한 20인 이내의 위원으로 구성한다.

③중앙위원회의 위원은 관계 공무원, 법학, 그 밖에 장기요양사업 분야의 학식과 경험이 풍부한 자 중에서 보건복지가족부장관이 임명 또는 위촉한다.

④중앙위원회의 구성·운영 및 위원의 임기, 그 밖에 필요한 사항은 대통령령으로 정한다.

## 제8장 결론 및 제언

### 제1절 결론

본 연구는 노인장기요양보험법의 부대결의에 따라 2009년 7월부터 1년간 장애인 장기요양보장제에 관한 시범사업을 실시할 수 있는 모형 개발 및 2010년 6월 30일까지 장기요양보장제도를 포함하는 장애인종합복지대책을 국회에 보고할 수 있도록 기초자료를 제시하는데 그 목적이 있다.

이러한 목적을 달성하기 위하여 본 연구에서는 장애인장기요양보장추진단을 구성 운영하였으며, 보다 구체적인 연구를 위해 그 산하 조직으로 제도총괄분과, 평가관정분과, 수가급여분과, 그리고 시설인력분과를 운영하였다. 그 결과 평가판정도구의 개발, 수가의 산정, 시설 및 인력에 대한 고찰, 그리고 모의적용사업과 시범사업 실시를 위한 모형개발이 이루어졌다.

장기요양보호(long-term care)는 신체적 및 정신적 장애로 인하여 장기간 일상생활에 필요한 기능을 스스로 수행할 수 없는 개인에게 보건·복지서비스를 제공하는 것을 의미한다. 따라서 장기요양 대상자는 청소나 세탁, 식사준비 등 일상생활 지원에서부터 각종 질환에 따른 전문적인 간호서비스나 개인과 가족의 심리적, 사회적 적응 및 지역사회 자원의 연계에 이르기까지 매우 다양한 서비스가 필요하다고 하겠다. 이러한 장기요양서비스에 대한 욕구는 특정계층을 대상으로 발생하는 것이 아니라 사회경제적, 인구학적 특성에 상관없이 모든 계층에서 발생하는 보편적인 욕구라고 할 수 있다.

이처럼 장기요양서비스는 노인 뿐만 아니라 장애인 등 모든 연령 계층에서 발생하는 보편적인 욕구이므로, 장애인에 대해서도 장기요양서비스가 제공되어야 한다는 데에는 이견이 없었다. 다만, 어떠한 방식으로 이러한 서비스를 제공할 것인가에 대해 많은 논의가 있었으며, 결국 현재의 활동보조서비스를 확대함으로써 장애인의 장

기요양욕구에 대응하자는 방향으로 의견이 모아졌다. 이러한 방향은 장애인정책의 패러다임 변화에서 제시한 장애인의 자립생활 이념을 기초로 하는 것으로, 우리나라에서도 자립생활 이념을 받아들인 것으로 해석할 수 있다. 그러나 큰 방향에서는 모두 동의하고 있다고 하더라도 세부 항목에서는 여전히 이견이 있었다. 가장 이견이 큰 부분은 서비스 이용에 따른 자부담을 어느 정도로 할 것인가, 그리고 서비스 급여의 범위를 어디까지로 할 것인가, 수가는 적정한가, 평가판정모델은 장기요양서비스 대상자를 제대로 가려낼 것인가 등이라고 할 수 있다.

또한, 장애인복지에 대한 국가의 책임은 어디까지인가, 장애인의 장기요양문제를 사회보험의 원리에 부합하는가, 사회적 모델과 자립생활 패러다임의 영향으로 장애인의 경우 선택권과 자기결정권에 대한 의식이 강하나, 전문가 개입에 의한 장기요양제도는 이러한 패러다임에 부합되지 않는다는 점도 앞으로 계속 논의가 이루어져야 할 분야로 생각된다.

이번에 제시한 장애인 장기요양보장제도의 모델이 부족한 점이 있다고 하더라도 앞으로의 시범사업을 통해 계속 수정 보완될 것이며, 현재 나타나고 있는 다양한 의견을 계속 수렴하여 국회에 보고할 2010년에는 보다 완성된 형태가 되기를 기대한다. 궁극적으로는 이러한 장애인 장기요양보장제도가 장애인의 삶의 질 향상에 기여할 수 있는 제도가 되도록 지속적인 노력과 관심이 필요하다고 할 것이다.

## 제2절 정책 제언

### 1. 기본목표

장애인 장기요양보장제도의 기본 목표는 요양보호가 필요한 모든 장애인을 포괄할 수 있는 「보편적인 체계」, 서비스의 권리성·선택성이 보장되는 「이용자 중심」의 서비스체계, 욕구에 맞는 서비스 제공, 보건의료(건강) 및 복지서비스의 효율적인 제공을 위한 「케어매니지먼트」 체계, 그리고 국가책임에 의한 장애인장기요양

서비스제공을 목표로 하고 있다. 이러한 기본목표는 우리나라 장애인 장기요양보장 제도가 나아가야 할 목표로서 적절하다고 사료된다. 그러나 현실적으로는 예산의 제약 때문에 중증 장애인 중심으로 제도가 설계되고 있으므로 향후 보편적인 체계가 될 수 있도록 이용대상자의 장애등급을 현행 1급에서 욕구가 있는 모든 장애인이 서비스를 받을 수 있도록 하여야 하겠다.

## 2. 추진방향

본 시안에서 제시한 추진 방향은 장애인들의 자립생활을 보장하고 사회참여를 위한 사회적 지원시스템 확립, 정부·지자체·장애서비스센터·서비스제공기관이 각각 역할을 분담하여 중층적으로 지원하는 시스템 구축, 활동보조와 요양욕구가 있는 장애인이 서비스를 선택·이용할 수 있도록 시설·인력의 계획적·균형적 확충 및 서비스제공기관의 역량강화를 제시하고 있다. 이러한 추진 방향 하에서 향후 장애인 장기요양보장제도가 정착될 수 있도록 사회적 지원 시스템이 확립되어야 할 것이며, 지속적인 시설과 인력의 인프라 확충이 모색되어야 할 것이다. 특히 장애인 자립생활센터는 서비스 제공기관의 하나이지만, 장애인복지관이나 자활후견기관에 비해 열의는 매우 높으나, 인력이나 시설 인프라가 매우 열악한 실정에 있기 때문에 정부의 지원을 검토할 필요가 있으며, 센터 직원의 역량 강화에도 정부의 정책방향이 주어 져야 할 것이다.

## 3. 제도명칭

장애인에게 있어 ‘요양’이라는 개념은 현 패러다임에 부적합하다고 할 수 있다. 즉, 장애의 개념이 의료적 모델에서 사회적 모델로 변화되고, 개입의 패러다임 또한 재활패러다임에서 자립생활패러다임으로 변화되는 등 복지환경의 변화가 일어나고 있는 현실을 반영하여야 할 것이다. 따라서 장애인은 ‘요양’의 대상이 아닌 자립과 사회참여를 위한 활동보조 중심이어야 한다는 개념을 충실히 반영할 수 있는 명칭이 되어야 할 것이다. 현재 검토되고 있는 여러 명칭 중에서 아직 확정되지는 않았

지만, 자립생활의 이념이 반영될 수 있는 명칭이 되었으면 한다. 다만, 어떤 명칭이 확정되더라도 영어 명칭에서는 Long-term Care가 계속 사용되는 것이 바람직하다고 생각된다. 이는 이러한 명칭을 통해 국제비교를 할 수 있고, 또한 앞으로의 제도 발전에 중요한 영향을 미치리라고 생각되기 때문이다.

#### 4. 제도 운영 방식

시안에서는 현 「장애인 활동보조지원사업」을 확대하는 것으로 제안되어 있다. 다만, 일본의 예에서 보는 바와 같이 재원조달의 요잉성을 위해 노인장기요양보험제도에 통합되는 문제를 신중히 검토할 필요가 있다. 다만, 장애인의 욕구와 노인의 욕구가 서로 다르다는 점을 감안해 볼 때 독자적인 제도로의 발전이 모색될 필요는 있다. 이럴 때 가장 중요한 것은 지속적인 재원확보방안이라고 할 수 있다.

#### 5. 대상자

시안에서 제시하고 있는 대상자 선정 기준은 신청자격이 있는 자로서 ‘인정조사표’에 의해 일정 점수 이상인 자로 되어 있다. 대상자 신청자격은 「장애인복지법」상 등록 1급 장애인(15종 전체)으로 한정되어 있는데 이것은 현 단계에서는 1등급만을 고려하도록 하되, 이때 동일한 1등급이라도 판정체계를 통하여 여러 등급으로 나누어져 등급에 따라 이용 시간의 차이를 주기 위한 것이며, 장애등급이 1급 내에서 가장 먼저 서비스를 이용할 수 있도록 하자는 것이다. 다만, 앞으로는 1급에 한정하는 것보다는 보편적인 제도가 되기 위해서는 등급과 무관하게 인정조사표에 의한 일정 점수이상인자로 하는 것이 바람직할 것으로 사료된다.

그리고 연령은 만 65세 미만으로 한정되어 있는데, 다만 만 65세 미만 활동보조서비스 이용자의 경우 65세 이상이 되면 노인장기요양보험제도에 편입되기까지의 유예기간을 두어 장애인 장기요양서비스를 계속 받을 수 있도록 제도적인 장치 마련 하자는 의견이 있었다. 그러나 장애인의 욕구는 노인과 차이가 있기 때문에 장애인 장기요양보장제도의 도입이 검토되고 있는 점을 고려하면, 또한 같은 재원을 효율적

으로 배분하는 문제를 고려해 보면 65세 미만의 장애인에게 보다 많은 혜택이 주어질 수 있도록 하는 방향이 바람직할 것으로 사료된다.

## 6. 급여의 범위 및 종류

시안의 내용을 보면, 급여의 범위에 현물급여만 제공하고, 현금급여는 제외되어 있는데, 장애유형별로, 예를 들면 정신장애, 현금급여의 도입을 검토할 필요가 있다고 생각된다. 현재의 단계에서는 현물급여를 통해 제도의 정착이 이루어진 후 장애유형별 특성을 고려하여 현금급여 가능성에 대해서도 신중한 검토가 필요하다고 생각된다.

급여의 종류에는 신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조, 간병, 방문간호(노인장기요양보험제도에 준함) 등의 재가서비스에 한정되어 있고, 생활시설 뿐만 아니라 주간기보호시설 등 시설서비스는 급여에서 제외되어 있다. 이것은 현재의 정부의 재정지원방식에 따른 것으로 이중 급여의 우려 때문에 이러한 제도를 선택하게 되었다고 할 수 있다. 향후 시설급여 포함여부는 현재 시설의 거주기능 중심, 소규모화, 탈시설화의 흐름속에 시설운영에 대한 개편 및 정비작업 등을 종합적으로 고려 추후 검토하도록 하고 있다. 다만, 생활시설은 별개로 하더라도 주간기보호시설의 경우 조속한 시행을 검토할 필요가 있다.

## 7. 급여의 한도

시안에서는 장애인 장기요양 급여비 한도액(안)을 설정하기 위하여 장애인 타임스터디 결과에 따라 등급별 서비스 제공량을 제시하고 있다. 다만, 이번 연구에서 제시한 time study는 조사 대상 수가 많지 않은 문제점이 있다. 따라서 이번에 제시한 급여의 한도는 시안의 성격을 가진다고 보아야 할 것이다. 향후 보다 정확한 급여비 한도액을 산출하기 위해서는 조사대상 수를 늘려 time study를 실시함으로써 보다 신뢰성 높은 데이터를 확보하기 위해 노력하여야 할 것이다. 또한 이러한 급여비의 한도액 설정에는 장애유형별 차이점이 특별히 고려되고 있지 않으나, 앞으로 본 제

도의 발전을 위해서는 지적장애인이거나 자폐성 장애, 정신장애, 시가 및 청각 장애 등 장애유형에 대한 특별 고려가 필요하다고 사료된다. 이를 위해서도 time study 대상자 수의 확대를 통해서만 이러한 장애유형별 분석이 가능하므로 향후 조사 대상이 확대되어야 할 것이다. 그리고, 일부 시설이나 기관에서 이러한 time study에 비협조적인 성향을 보이고 있는데, 앞으로는 이들 기관이나 시설이 장애인복지의 발전을 위하여 보다 적극적인 협조가 될 수 있어야 할 것이다.

그리고 방문간호와 신변처리 등의 서비스 이용시간이 이원화되어 있는데, 한도액 설정시 통합하는 것이 바람직할 것인지, 이원화하는 것이 바람직한지에 대해 검토할 필요가 있다. 즉, 요양서비스에서 나타나는 시간은 요양에만 사용하고, 간호서비스에서의 시간은 간호서비스만을 사용하게 하자는 안이다. 통합하여 한도액을 설정할 경우 이용자인 장애인이 자신의 특성에 맞게 선택하여 사용할 수 있다는 장점이 있으나, 요양이나 간호가 필요함에도 이를 모두 활용하지 못하고 하나만 활용하는 단점도 있을 수 있기 때문이다.

## 8. 서비스 단가

시안에서는 신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조, 간병의 경우 시간당 단일 수가를 적용하고, 방문간호 수가는 수급자의 질병명, 요양등급과 방문지역 등을 불문하고 1회 방문 당 제공시간을 기준으로 산정서비스 단가를 책정하되 노인장기요양보험제도에 준하는 것으로 설계되어 있다. 다만, 이러한 단일 수가는 야간이나 휴일 서비스를 위축시킬 우려가 있기 때문에, 야간이나 휴일에 제공되는 서비스에 대해서는 별도의 단가를 검토할 필요가 있다. 또한 노인장기요양보험제도에서와 같이 이용시간이 증가함에 따라 체감할 수 있는 단가의 산출도 검토할 필요가 있다.

## 9. 서비스 비용 및 지급



시안에서는 사회서비스관리센터에서 바우처에 의한 서비스 제공 비용의 지급 및 정산을 하도록 하고 있으며, 서비스 대상자가 제공기관을 선택하여 접수, 코디네이터 또는 동료상담가에 의하여 서비스 이용계획을 수립하고 서비스 제공기관과 이용자간 서비스 이용 계약 체결, 서비스 제공 후 단말기 결제를 통해 비용을 수령하는 것으로 설계되어 있다. 다만, 이러한 바우처 시스템이 시장화를 야기하여 영리시설의 출현을 초래할 것이라는 의견도 일부 있으나, 장애인 장기요양보장제도는 조세로 운영되고 있고, 정부의 인정을 받은 시설이나 기관만 참여할 수 있다는 측면에서 이러한 우려는 기우라고 생각된다. 다만, 바우처 관리가 제대로 되지 않으면 국민의 불신을 초래할 가능성이 높기 때문에, 바우처의 지급과 비용의 지급 등은 향후 보다 철저히 관리되어야 할 것이며, 이를 통해 제도의 발전을 도모할 수 있을 것이다.

장애서비스센터(DSC)에서 서비스 제공기관 및 이용 당사자 확인을 통해 사후관리를 하는 모니터링 및 피드백이 매우 중요하다. 이를 통해 장기요양서비스의 품질 관리가 이루어 져야 한다. 서비스 제공기관은 영국 CSCI(Commission for Social Care Inspection)와 같이 서비스 질 관리 및 평가를 위해 독립적인 감독기구의 설립이 필요하다.

## 10. 서비스 전달 및 실시 체계

서비스 제공기관은 현행 장애인 활동보조지원사업 제공 기관(장애인자립생활센터, 장애인복지관 및 자활후견기관)으로 하며, 방문간호서비스 제공기관(보건소, 병·의원 방문간호센터)의 경우 노인장기요양보험제도에 준하도록 되어 있다. 다만, 장애인 자립생활센터의 경우 열의는 매우 높으나 시설이나 재정이 열악하기 때문에 정부에서 별도로 지원하는 방안에 대한 검토가 필요하다고 하겠다.

또한 서비스 제공인력은 활동보조인으로 하되, 현 활동보조인 교육 커리큘럼에 간병교육 및 구강관리 교육 포함하여 서비스를 제공할 수 있도록 한다. 이는 자립생활이념에 따라 활동보조인은 이용자인 장애인에게 고용되어 있다는 점을 강조하고, 장애인의 지시에 의해 각종 서비스가 제공될 수 있는 시스템을 갖추는 필요가 있기 때

문이다. 이를 통해 서비스의 결정권이 장애인에게 주어지게 된다.

그리고 시안에서는 운영 주체로서 보건복지가족부, 시·군·구, 장애서비스센터(DSC)를 제시하고 있다. 특히 장애서비스센터(DSC)를 설치하고 여기서 평가 및 서비스 이용계획(케어플랜, 사례관리) 작성을 담당하게 되는데, 이러한 장애서비스센터의 기능과 역할에 대해서는 장애인복지 인프라 개편 정책에 따라 계속 검토되어야 할 것이다. 다만, 이러한 장애서비스센터는 장애인의 이용을 위해 평가판정과 함께 사례관리를 제공하는 것을 주요 기능으로 하므로 맞춤형 서비스를 제공할 수 있어 장애인의 만족도를 제고할 수 있을 것이다.

## 11. 평가항목 및 평가 절차

평가항목으로서 평가판정기준 및 평가 도구는 총 65문항으로서 노인장기요양보험제도 평가 판정 항목(52문항)과 활동보조인정조사항목(20문항), 그리고 신체기능 영역 중복문항 체크(7문항)으로 되어 있다. 이러한 평가판정도구의 경우 추후 시범사업을 통하여 이를 보완해 나아갈 수 있도록 하며, 현 65개 항목에 대한 평가를 통하여 항목수 또한 줄여나갈 수 있도록 하여야 할 것이다. 신체손상을 1차 판정을 적용하는 등 추후 장애서비스센터(DSC)의 판정도구(의료평가도구, 근로활동능력평가도구, 복지욕구 사정)와의 향후 연계 방안을 적극 모색하여야 할 것이다. 이를 통해 평가판정의 대상이 되는 장애인의 응답부담을 줄여줄 수 있어야 할 것이다.

이러한 평가에 이의가 있는 경우 이의신청제도를 운용하는데, 이의를 받는 기관은 기존의 장애서비스센터와는 별도의 기관이 되어야 한다. 해외 사례의 하나로서 노르웨이에서는 이의가 들어오면, Special Unit(가칭)에서 이러한 이의신청을 처리하도록 하고 있는데, 우리나라의 경우 시·도 단위에 1개 정도 설치하는 방안에 대해 검토가 필요하다.

## 12. 재원확보 방안 및 비용 부담

시안에서는 장애인장기요양보장제도의 재원 충당을 조세로 하되, 일부 이용자 부

담을 주는 것이 바람직하다고 건의하고 있다. 조세방식은 국가의 책임 하에 장애인의 권리성을 담보할 수 있고, 재원부담의 형평성 제고가 가능하기 때문이며, 선진국의 예에서도 장애인에 대한 복지정책은 대부분 조세에 의해 지원되고 있다. 조세방식을 채택하게 되면, 현행 활동보조사업의 대상자를 확대하고 장기요양 서비스까지 포함할 수 있도록 질을 높이는 방향으로 할 경우 제도의 확대가 용이하다는 장점이 있으며, 적용의 시기가 빠르고, 기존 인력 및 인프라를 활용할 수 있으며, 장애인 자립생활모델의 이념에 적합하다는 점도 장점이 된다고 하겠다. 다만, 장애인 욕구에 부응하는 수준의 지속적인 재원 확보가 어려울 가능성이 있으며, 새로운 재원확보를 통한 장애인 복지 제도의 지원 증가보다 기존의 활동보조사업 예산의 증가분에만 의존하게 될 경우 근본적인 장애인의 요양욕구 해결에 재정적 한계 가능성도 있다. 또한 부족한 재원으로 제도를 운영할 경우 서비스 질 담보에 어려움도 나타날 수 있다.

조세방식을 채택하더라도 본인부담금 등에 대한 고려가 필요하며, 이때 소득수준별 차등하는 방안에 대한 검토가 필요하다. 이용자의 부담이 노인장기요양보험제도와 같이 15~20% 정도의 고율이어서는 안된다고 사료된다. 이는 장애인의 경우 경제적인 상태가 열악하여, 자부담 능력이 부족할 경우 이러한 서비스가 필요한데도 이용하지 못하는 사태가 발생할 수 있기 때문이다. 그러나 일부 의견과 같이 자부담을 완전 면제하게 되면 서비스 이용이 불필요한데도 이용하는 서비스의 남용우려가 있다고 하겠다. 따라서 적정선을 찾는 것이 중요하다고 사료된다. 이를 위해 한도를 둔 자부담이 가장 바람직할 것으로 사료되며, 특히 차상위 이하계층에 대해서는 무료로 하는 안을 검토할 필요가 있다.

### 13. 소요예산의 확보

시안에서는 이러한 장애인 장기요양보장을 위하여 장애인 서비스 대상자가 4만명일 경우 약 6000억원이 소요될 것으로 전망하고 있다. 여기에는 최중증 장애라든가 독거와 같은 특례사항이 고려되어 있지 않으며, 향후 제도 실시 단계에서는 이러한

특례 조항을 포함하여야 할 것이다. 대상자의 수 4만명은 현재의 활동보조서비스 이용자의 약 2배에 해당하는 수이며, 중증장애인의 장기요양욕구를 완전히 충족하기에는 부족한 수준이라고 판단되지만, 장애인 장기요양보장제도의 도입 정착 초기의 단계에서는 이 정도를 목표로 추진하는 것이 바람직할 것으로 전망된다. 다만, 장애인 장기요양보장제도는 조세로 이루어지는 것이기 때문에 이 정도의 재원을 마련하기 위해서는 국민의 동의를 얻는 사회적 합의 과정이 중요한 과제가 될 것으로 전망되므로 장애인 단체와 정부의 적극적인 노력이 있어야 할 것으로 사료된다.

## 참고문헌

- 관계부처합동, 『장애인 정책발전 5개년 계획』, 2008.
- 경향신문. 노인부양 ‘사회책임’ 공론화... ‘서비스 질’ 숙제. 11면. 2008.
- 교육과학기술부, 행정안전부, 문화체육관광부, 보건복지가족부, 노동부, 여성부, 국토  
국회 보건복지위원회(2007), [장기요양보험(가칭) 관련 법률안 자료집].
- 김경미, 활동보조서비스의 제도화방안:미국의 활동보조서비스와 한국에서의 제도화  
모색, 사회복지정책29권4호, p.195-216, 한국사회복지정책학회.2007.
- 김찬우, “장애인 장기요양 정책 대안과 쟁점”, [2008년도 사회복지연구소 춘계, 2008.  
학술 심포지엄 자료집], 가톨릭대학교 사회복지연구소·한국장애인복지관협회.
- 김찬우 외, [장애인 장기요양보장을 위한 정책 연구], 한국보건사회연구원, 2008.
- 변용찬·김성희·윤상용·최미영·계훈방·권선진·이선우, 「2005년도 장애인 실태조사」,  
한국보건사회연구원, 2006.
- 보건복지가족부, 『2007년 장애인 활동보조지원사업 안내』, 보건복지부, 2007.
- 석재은, “노인장기요양보험제도의 현황과 쟁점”, [2008년도 사회복지연구소 춘계학술  
심포지엄 자료집], 가톨릭대학교 사회복지연구소·한국장애인복지관협회. 2008.
- 이익섭, 김경미, 김동기, 활동보조서비스 성과 및 영향요인에 관한 연구, 한국사회복  
지학59권1호, p.117-143, 한국사회복지학회. 2007.
- 정종화, “장애인 PAS제도 구축을 위한 모델연구”, 『한국 장애인자립생활의 정착을  
위한 정책과제와 방향』 p.15-27, 삼육대학교. 2003.
- \_\_\_\_\_, 한국의 장애인활동보조서비스 제도화 방안 연구, 한국사회복지학회 추계학  
술대회(청주, 2006.11.3)발표논문집, p.167-170. 2006.
- \_\_\_\_\_, 자립생활과 활동보조서비스, 양서원. 2008.

- \_\_\_\_\_, 장애인장기요양보장제도의 외국사례연구 -일본의 장애인자립지원제도를 중심으로-, 2008추계 사회복지학회 학술대회 발표논문, 2008.
- 박태정. ‘장기요양보험 시행 후 1개월, 현황과 쟁점.’ 『G-Welfare Focus』, 경기복지미래재단.2008.
- 변용찬 외., 중·장기 장애인복지 발전방안 연구. 2008
- 보건복지부·성공회대학교 사회복지연구소. 장애인 거주시설 서비스 기능과 구조의 혁신 방안. 2007.
- 보건복지가족부. 보건복지통계연보. 2008.
- 석재은, ‘노인장기요양보험제도의 도입에 따른 재정방식 및 서비스 전달체계의 변화: 서비스 시장의 형성과 정책과제.’ 『노인장기요양세미나 발표자료』, 보건복지가족부 노인장기요양보험 대외협력 T/F, 2008
- 해양부, 국가보훈처, 방송통신위원회 관계부처 합동. 장애인정책발전 5개년 계획안: 분야별 세부추진과제 주요내용.2008.
- Adolf D. Ratzka, “1994年のスウェーデン・パーソナル・アシスタンス法” 벤치レーター國際シンポジウム in 東京”, 基調講演資料集, 벤치レーター使用者ネットワーク.2004.
- \_\_\_\_\_, Independent Living and our Organizations, Institute on Independent Living, Stockholm Sweden. 1993.
- \_\_\_\_\_.The Swedish Personal Assistance Act of 1994, independent living Institute of Swedish, p.1-7. 2004.6.23  
(<http://www.independentliving.org/docs6/ratzka20040623.html>)
- \_\_\_\_\_, Independent living and Attendant Care in Sweden: a consumer perspective, Institute on Independent living: Stockholm, 1986  
(<http://www.independentliving.org/docs/wrfmono.pdf>)
- \_\_\_\_\_, Independent Living and our Organizations, Institute on Independent Living, Stockholm Sweden.(<http://www.independentliving.org>). 1993.
- Beatty, P., Adams, M., & O'Day, B. Virginia's consumer-directed personal assistance

- services program: A history and evaluation. *American Rehabilitation*, 24(3), p.31-35. 1998.
- Benjamin, A., R. Matthias, and T. Franke, Comparing Consumer-directed and agency Models for Providing Supportive Services at Home, *Health Services Research* 35(1), p.351-366. 2000.
- Berg, Susanne. Personal Assistance in Sweden, A Conference Organized by the Swiss Association for Social Policy, p.1-14.2003.5.20  
(<http://www.independentliving.org/docs6/berg20030520.html>)
- CILT(1997 March) FINAL EVALUATION REPORT Self-Managed Attendant Services in Ontario: Direct Funding Pilot Project, Center for Independent Living in Toronto, p.4-12, p.21-81, p.66.
- Paul N. Van de Water et al. Developing a Better Long-Term Care Policy: A Vision and Strategy for America's Future - Report of the Long-Term Care Study Panel, National Academy of Social Insurance. 2005.
- DeJong, Gerben, "Defining and Implementing Independent Living," in Nancy M Crewe and Irving Kenneth Zola & Ass, *Independent Living for Physically Disabled People*, Inc: San Jose.2001.
- Jon Glasby and Rosemary Little child, *Social Work and Direct Payments*, The Policy Press., 2002.
- Kristofer J. Hagglund mary J. clark, janet E. farmer and ashley K. sherman. 「A comparison of consumer-directed and agency directed personal assistance services programs」 *Disability and Rehabilitation*.; vol.26, No. p.518-527.2004
- LaPlante, M. Harrington, C. & Kang, T. Estimating the amount and cost of the unmet need for personal assistance services at home, San Francisco, CA: Disability Statistics Center.2002
- Litvak, S., Personal assistance service policy: Where we have been and where we are going. *American Rehabilitation*, 24(4), 9-14.1998.

- Mandelstam, M., Community Care Practice and the Law(2ed edition), London; 1999
- OECD, Long-term Care for Older People.2005.
- Paterson, Judith, Disability Rights Handbook, 22nd Edition April 1997-1998 April, Disability Alliance ERA, p.280.1997.
- Susan Flanagan, "Consumer-Directed Attendant Services: How; States Address Tax, Legal and Quality Assurance Issues" p.5-11, 12-17. 2004.
- Simi Litvak, Ph. D., Judy Heumann, Hale Zukas, "Attending to America" Personal Assistance for Independent Living: A report of the national survey of attendant service program in the USA, World Institute on Disability, p.10. 1987.  
(<http://www.wid.org>).
- Van de Water, Paul. N. et al. "Developing a Better Long-Term Care Policy: A Vision and Strategy for America's Future", Report of the Long-Term Care Study Panel, National Academy of Social Insurance.2005.
- Verbrugge, L. M, and P. Sevak, "Use, Type, and Efficacy of Assistance for Disability." Journal of Gerontology : Social Sciences 57B(6) : S306-S379.2002.
- Yoshida Karen., A Case Study Analysis of the Ontario Self-managed Attendant Services Direct Funding Attendant Service Pilot: Independent Living in Action. The Social Science Humanities Research Council and Human Resource Development Canada.2000.
- アドルフ D. ラシカ, 「ノーマライゼーションの現在-当事者決定の倫理」河東田 博、古關ダーレ 瑞穂 共譯、現代書館.1993.
- アドルフ D. ラシカ, 「1994年のスウェーデン・パーソナル・アシスタンス法」ベンチレーター国際シンポジウム in 東京、基調講演資料集、ベンチレーター使用者ネットワーク主催。2004. 6. 23
- アドルフ D. ラツカ, 「スウェーデンにおける自立生活とパーソナル・アシスタンス-当事者管理の倫理 改訂版」現代書館、p.77-85、p.113-114.1997.
- 厚生省社会・援護局企画課監修, 『社会福祉基礎構造改革の實現に向けて』中央法規、p.23-30.1998.



厚生労働省, 「障害保健福祉関係主管課長會議グループ討議資料」 2004年3月, 厚生労働省ホームページ, 2004

([http://www.mhw.go.jp/search/docj/houdou/1104/h0415-2\\_16.html](http://www.mhw.go.jp/search/docj/houdou/1104/h0415-2_16.html))

厚生労働省公開資料(<http://www.mhlw.go.jp/>)

勝又幸子, 「障害者の所得保障と自立支援施策に関する調査研究」 厚生労働科学研究費補助金障害保健福祉総合研究事業報告書(H17-障害-003), p.134-135. 2007.

小川喜道, 「障害者の自立生活とパーソナル・アシスタンス、ダイレクト・ペイメント-英國障害者福祉の変革-」、p.20, p.15-21. 2005.

定藤丈弘 「自立生活の思想と展望」 ミネルヴァ書房, p.8-9, 59. 1996

定藤丈弘 「スウェーデンの身体障害者の自立と介助」 ノーマライゼーション, p.38-41. 1997

鄭鍾和, 「韓国における重度障害者介助サービス制度化の必要性と推進方向 —先進5カ国における障害者介助サービスモデル比較を通して—」 社会事業研究所年報, 第41号, p.121-172. 2005

鄭鍾和, 「韓国における重度障害者介助サービス提供方法に関する研究-自立生活支援介助サービスの実態調査を中心に-、日本社会福祉学会第54回全国大会発表資料集, p.230、立教大学にて。2006.10.8

鄭鍾和, 「障害者の自立生活における介助サービス提供方法に関する研究-PASのダイレクト・ペイメント制度の考察を中心に-、社会事業研究, 第46号, p.183-189、日本社会事業大学社会福祉学会。2007

田丸 あき子・山本 誠, 「カナダ・オンタリオ州の介助システム (ダイレクトファンド方式) の現状と今後の展望」 第四回障害学会研究発表資料, 立命館大学, 2007.9.16-17。  
「資料掲載サイトアドレス: <http://www.arsvi.com/ds/jsds2007.htm#p>」

田中恵美子, 「重度身体障害者の「自立生活」を支えるシステム-地域における障害者介護サービスの現状と課題-、社会福祉第41号、日本女子大学社会福祉学科研究室, p. 179-192. 2001.

馬場實, シャシティーン馬場譯(1997) 「スウェーデン社会サービス法・LSS法」 樹芸書房, LSS(1993):機能障害の援助とサービスに関する法律, LASS(1994)



---

---

## 부 록

---

---

〈부록 1〉 「장애인 장기요양보장추진단」 활동현황 .....	429
〈부록 2〉 「장애인 장기요양보장추진단」 위원 명단 .....	433
〈부록 3〉 장애인장기요양보장추진단 운영규정 및 운영세칙 .....	439
〈부록 4〉 「장애인 장기요양보장추진단」 총괄회의 결과 .....	448
〈부록 5〉 장애인장기요양인정조사표(안) .....	464
〈부록 6〉 장애인타임스터디 조사표 .....	495
〈부록 7〉 장애인 장기요양 관련 시설 및 재가 타임스터디 서비스 코드표 .....	502
〈부록 8〉 장애인장기요양보장제도 도입에 따른 여론조사 결과 총괄 분석표 ..	521
〈부록 9〉 통계표 .....	535



## 〈부록 1〉 「장애인 장기요양보장추진단」 활동현황

### 제1절 장애인장기요양보장추진단 운영현황

#### 1. 설치목적

장기요양보호 욕구가 있는 모든 장애인이 필요한 요양보호서비스를 이용할 수 있도록 우리나라 실정에 적합한 장애인장기요양보장제도의 실행모형 개발하고, 재원조달방안, 관리운영체계, 대상 장애인 판정기준, 급여범위 및 수가, 공급시설 및 인력 등 기본적인 논점을 다각적으로 분석하여 구체적인 정책대안을 제시하기 위해 장애인장기요양보장추진단을 구성 운영하고, 장애인장기요양보장제도 기본모형 설계에 일선 민관 실무자들의 의견을 폭넓게 반영하여 현실성 있는 제도도입방안을 마련하기 위한 것이다.

#### 2. 주요기능

장애인장기요양보장제도 3가지 도입방안에 대한 검토, 장애인장기요양보장체계 실행모형 개발 전반에 대한 심의 및 자문, 분과위원회에서 수행하는 연구내용, 연구방향, 연구결과 등 지도 및 자문, 그리고 추진단 운영관련 의사일정 등 심의가 주요기능이라고 할 수 있다.

#### 3. 구성

위원장을 포함하여 45인 내외의 위원으로 구성하되, 신축적으로 운영할 수 있도록 하였으며, 추진단 위원으로서는 보건·의료·사회복지 분야 전문가, 장애인 단체·학회·시설 등의 대표자, 언론계, 정부 위원으로 구성하였다.

한편, 장애인장기요양보장제도 실행모형을 개발하기 위하여 4개 분과위원회를 설치하였으며, 각각 위원장 1인 및 간사위원 1인을 두었다. 분과위원장은 민간전문가 중에서 선정하였으며, 분과위원은 5인 내외가 되도록 하였다. 한국보건사회연구원에 사무국을 설치하여 추진단의 운영, 연구과제 수행 등 관련사항 지원하였다.

#### 4. 운영현황

장애인 장기요양보장추진단 2008년 2월 1일 장애인장기요양보장추진단 현판식을 시작으로 추진단 위원의 위촉기간은 2008년 2월 1일부터 2008년 12월 31일까지이며 장애인장기요양보장추진단은 월 1회정도 총괄회의를 개최할 수 있도록 하였다. 장애인장기요양보장추진단 총괄회는 총 9회 개최되었으며 수시로 분과회의가 개최되었다. 추진단 운영에 대한 세부적인 내용은 아래와 같다.

회의차수	회의일시 및 장소	주요내용
1 (현판식)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008.2.1 (14:00~16:00)</li> <li>• 한국보건사회연구원 대회의실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 보건복지가족부 차관 인사말씀</li> <li>• 장애인장기요양보장추진단 위원 위촉장 전달</li> <li>• 장애인장기요양보장제도 정책개발 및 도입방안에 대한 총체적 논의</li> <li>• 분과구성 및 향후 일정 논의</li> </ul>
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008.3.14 (14:00~16:00)</li> <li>• 한국보건사회연구원 대회의실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인장기요양보장추진단 분과위원 구성 심의·의결</li> <li>• 장애인장기요양보장추진단 운영규정 및 운영세칙(안) 심의·의결</li> <li>• 장애인장기요양보장추진단 연차계획 심의·의결</li> <li>• 장애인장기요양보장제도의 도입 타당성 논의</li> <li>• 장애인장기요양보장제도 대상자 수요추계 및 타제도와의 관계검토 등에 대한 의견수렴 및 모형개발 방안 모색</li> </ul>
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008.4.11 (13 : 30~16 : 00)</li> <li>• 보건복지가족부 대회의실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인장기요양보장 관련 수가급여 검토</li> <li>• 장애인장기요양보장 관련 평가판정도구 마련 및 평가판정체계 검토</li> </ul>

회의차수	회의일시 및 장소	주요내용
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인 시설 유형별 기능과 역할, 인력 현황 등 장애인장기요양보장 관련 인프라 고찰</li> </ul>
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008.5.9 (14:00~16:00)</li> <li>• 한국보건사회연구원 대회의실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인장기요양보장관련 급여범위 및 내용(안) 검토               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 현 장애인복지서비스, 노인장기요양보험제도 검토</li> </ul> </li> <li>• 장애인장기요양보장 관련 평가판정도구 검토</li> <li>• 장애인장기요양보장 관련 재정운영방식 검토</li> <li>• 장애인장기요양보장 관련 인력 검토</li> </ul>
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008.6.13 (14:00~16:00)</li> <li>• 한국보건사회연구원 대회의실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인장기요양보장제도 관련 각 분과별 주요 쟁점 논의</li> <li>• 장애인장기요양서비스정책의 기본방향 논의</li> <li>• 장애인기능상태조사 항목 검토 및 의견수렴</li> <li>• 장애인 요양제도 도입방안에 대한 장애인장기요양보장추진단 설문조사 결과 보고</li> <li>• 장애인장기요양보장추진단 위원 재조정 심의 의결</li> </ul>
정책 토론회	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008.6.20 (14:00~16:00)</li> <li>• 한국보건사회연구원 대회의실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인장기요양보장제도 관련 정책토론회 개최               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 제1안 활동보조서비스 확대시행(안)으로 잠정 의결</li> </ul> </li> </ul>
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008.9.18 (14:30~16:30)</li> <li>• 보건복지가족부 대회의실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인장기요양보장제도 모형 초안 보고 및 주요 쟁점별 논의</li> <li>• 장애인장기요양제도 수가·급여 개발의 기본 방향 논의</li> <li>• 장애인장기요양 평가판정 항목 검토               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 장애인타임스터디 1차 분석 결과 중심</li> </ul> </li> <li>• 장애인장기요양보장추진단 위원 변경 심의 의결</li> </ul>
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008.10.17 (14:00~16:00)</li> <li>• 한국보건사회연구원 대회의실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인장기요양제도 평가판정 항목 검토 및 주요 쟁점 논의               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 장애인타임스터디 최종 분석 결과 중심</li> </ul> </li> <li>• 장애인장기요양 수가·급여 개발 관련 주요 쟁점 논의</li> </ul>

회의차수	회의일시 및 장소	주요내용
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- 장애인타임스터디 최종 분석 결과 중심</li> <li>• 장애인 시설개편방향에 따른 장애인장기요양 서비스 기본방향 및 주요 쟁점 논의</li> </ul>
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008.11.6(14:00~16:00)</li> <li>• 한국보건사회연구원 대회의실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인 장기요양제도(가칭)의 기본체계 모형개발 검토 및 의견수렴</li> <li>• 장애인장기요양제도 수가·급여부분 검토(안) 및 주요 쟁점 논의</li> <li>• 장애인장기요양제도 평가·판정도구 대안 검토 및 의견수렴</li> </ul>
9	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008.11.21(14:00~16:00)</li> <li>• 한국보건사회연구원 대회의실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인 장기요양보장제도(가칭)의 기본체계 모형개발 확정 및 쟁점사항에 대한 의견수렴</li> </ul>
공청회	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 2008.11.28(15:00~17:00)</li> <li>• 한국보건사회연구원 대회의실</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 장애인장기요양보장제도에 관한 공청회 개최</li> </ul>

※ 분과회의 및 분과장 회의는 수시 개최(분과회의 총 10회, 분과장 회의 11회 실시)



〈부록 2〉 「장애인 장기요양보장추진단」 위원 명단

제1절 장애인장기요양보장 추진단 상반기(1~5차)

구분	성명	소속 및 직위	비고
학계	권선진	평택대학교 사회복지학과 교수	
	김경미	송실대학교 사회복지학과 교수	
	김미옥	전북대학교 사회복지학과 교수	
	김용득	성공회대학교 사회복지학과 교수	
	김찬우	가톨릭대학교 사회복지학과 교수	
	석재은	한림대학교 사회복지학과 교수	
	이승기	남서울대학교 사회복지학과 교수	
	임정기	백석대학교 사회복지학과 교수	
	정종화	삼육대학교 사회복지학과 교수	
	이선우	인제대학교 사회복지학과 교수	
	김진우	인제대학교 사회복지학과 교수	
	김문근	을지대학교 사회복지학과 교수	
	조홍식	서울대학교 사회복지학과 교수	단장(민간)
의학계	박병규	고려대학교 구로병원 재활의학과 부교수(대한재활의학회)	
	김현리	충남대학교 간호학과 교수 (대한간호협회)	
	이일영	아주대학교 의과대학 교수	
	윤경재	서울의료원 재활의학과	

구분	성명	소속 및 직위	비고
	이경석	순천향대학교 의과대학 교수	
	김완호	국립재활원 근골격재활학과 과장	
	서동우	한별정신병원 진료원장	
	신형익	서울대학교 분당병원 교수	
연구기관 연구기관	변용찬	한국보건사회연구원 연구기획조정실 선임연구위원	간사
	김성희	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 부연구위원	
	윤상용	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 부연구위원	
	강민희	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 부연구위원	
	선우덕	한국보건사회연구원 저출산고령사회연구실 연구위원	
	최병호	한국보건사회연구원 사회보험연구실 선임연구위원	
	황나미	한국보건사회연구원 건강증진연구실 연구위원	
장애인단 체 및 사회복지 관련 기관	임성만	한국장애인복지시설협회 회장	
	최영광	한국장애인복지관협회 사무처장	
	이문희	한국장애인단체총연맹 정책실장	
	서인환	한국장애인단체총연합회 사무총장	
	김정렬	한국장애인개발원 사무총장	
	최광훈	서초장애인자립생활센터소장	
	박찬오	서울장애인자립생활센터소장	
	엄기욱	군산대학교 사회복지학과 교수(한국사회복지사협회)	
건강보험	박종연	건강보험연구원 노인장기요양연구센터 센터장	
국민연금	정풍희	국민연금관리공단 장애인서비스 기획팀장	
경제계	황인철	한국경영자총협회 사회정책 팀장	

구분	성명	소속 및 직위	비고
노동계	임 준	가천의과대학교 예방의학 교수(전국민주노동조합총연맹)	
시민단체	엄규숙	참여연대(경희사이버대학교 사회복지학과 교수)	
	김진수	경실련(연세대학교 사회복지학과 교수)	
정부위원	이동욱	보건복지가족부 장애인정책국장	단장(정부)
	김동호	보건복지가족부 재활지원과장	간사(정부)
사무국	변용찬	한국보건사회연구원 연구기획조정실 선임연구위원	간사(민간)
	김성희	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 부연구위원	
	윤상용	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 부연구위원	
	강민희	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 부연구위원	
	최미영	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 연구원	
	이병화	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 연구원	
	이송희	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 연구원	
	김경란	한국장애인개발원 정책연구팀 연구원	
	김택수	한국장애인개발원 복지사업팀 과장	

## 제2절 장애인장기요양보장 추진단 하반기(6~9차)

구분	성명	소속 및 직위	비고
학계	권선진	평택대학교 사회복지학과 교수	
	김경미	송실대학교 사회복지학과 교수	
	김미옥	전북대학교 사회복지학과 교수	
	김용득	성공회대학교 사회복지학과 교수	
	김찬우	가톨릭대학교 사회복지학과 교수	
	석재은	한림대학교 사회복지학과 교수	
	이승기	남서울대학교 사회복지학과 교수	
	임정기	백석대학교 사회복지학과 교수	
	정종화	삼육대학교 사회복지학과 교수	
	이선우	인제대학교 사회복지학과 교수	
	김문근	을지대학교 사회복지학과 교수	
	조홍식	서울대학교 사회복지학과 교수	단장(민간)
의학계	권호근	연세대학교 치과대학 교수 (대한치과의사협회)	
	김현리	충남대학교 간호학과 교수 (대한간호협회)	
	이일영	아주대학교 의과대학 교수	
	윤경재	서울의료원 재활의학과	
	이경석	순천향대학교 의과대학 교수	
	김완호	국립재활원 근골격재활학과 과장	
	서동우	한별정신병원 진료원장	
	신형익	서울대학교 분당병원 교수	
연구기관	변용찬	한국보건사회연구원 연구기획조정실 선임연구위원	간사

구분	성명	소속 및 직위	비고
	김성희	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 부연구위원	
	윤상용	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 부연구위원	
	강민희	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 부연구위원	
	선우덕	한국보건사회연구원 저출산고령사회연구실 연구위원	
장애인단체 및 사회복지 관련 기관	임성만	한국장애인복지시설협회 회장	
	최영광	한국장애인복지관협회 사무처장	
	이문희	한국장애인단체총연맹 정책실장	
	서인환	한국장애인단체총연합회 사무총장	
	김정렬	한국장애인개발원 사무총장	
	최광훈	서초장애인자립생활센터소장	
	박찬오	서울장애인자립생활센터소장	
	엄기욱	군산대학교 사회복지학과 교수(한국사회복지사협회)	
	박경석	한국장애인차별철폐연대 집행위원장	
	박홍구	한국장애인자립생활센터협의회 회장	
	정진모	서울시 가톨릭 사회복지회 복지경영지원센터 소장	
건강보험	박종연	건강보험연구원 노인장기요양연구센터 센터장	
국민연금	정풍희	국민연금관리공단 장애인서비스 기획팀장	
경제계	이상철	한국경영자총협회 사회정책 팀장	
노동계	임 준	가천의과대학교 예방의학 교수(전국민주노동조합총연맹)	
시민단체	엄규숙	참여연대(경희사이버대학교 사회복지학과 교수)	
	김진수	경실련(연세대학교 사회복지학과 교수)	
정부위원	이동욱	보건복지가족부 장애인정책국장	단장(정부)

구분	성명	소속 및 직위	비고
	김동호	보건복지가족부 재활지원과장	간사(정부)
	변용찬	한국보건사회연구원 연구기획조정실 선임연구위원	간사(민간)
	김성희	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 부연구위원	
	윤상용	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 부연구위원	
	강민희	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 부연구위원	
사무국	최미영	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 연구원	
	이송희	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 연구원	
	이민경	한국보건사회연구원 복지서비스연구실 연구원	
	김경란	한국장애인개발원 정책연구팀 연구원	
	김택수	한국장애인개발원 복지사업팀 과장	

〈부록 3〉 장애인장기요양보장추진단 운영규정 및 운영세칙

의안번호	제 2008 - 1 호	의결사항
의결 연월일	2008. 3. 14. (제 2008 - 1 회)	

---

장애인장기요양보장추진단  
운영규정 및 운영세칙(안)

---

제출자	추진단 단장
제출 연월일	2008. 3. 14.

## 1. 의결주문

장애인장기요양보장추진단 운영규정 및 운영세칙(안)을 별지와 같이 심의·의결한다.

## 2. 제안이유

장애인장기요양보장추진단의 구성·운영 및 효과적인 회의운영에 필요한 세부 사항을 정함

## 3. 주요 내용

- 장애인장기요양보장제도의 실행모형을 마련하기 위하여 설치되는 추진단의 목표·기능 및 구성
- 장애인장기요양보장추진단의 기능을 효율적으로 지원하기 위하여 전문가 중심의 분과위원회(4개)와 행정업무를 지원하는 사무국 운영
- 기타 회의자료 제출, 회의록의 작성 및 공개, 의결정족수 등 추진단 운영에 필요한 사항



---

장애인장기요양보장추진단  
운영규정 및 운영세칙

---

2008. 3

### 장애인장기요양보장추진단 운영규정(안)

**제1조(목적)** 이 규정은 요양보호 욕구가 있는 장애인에게 필요한 보건·의료 및 복지서비스를 제공하는 장애인장기요양보장제도의 도입 방안과 실행모형 개발을 위하여 설치하는 장애인장기요양보장추진단(이하 “추진단”이라 한다)의 구성 및 운영 등에 필요한 사항을 정함을 목적으로 한다.

**제2조(추진단의 설치)** 추진단은 보건복지가족부에 설치한다.

**제3조(기능)** 추진단은 장애인장기요양보장제도에 관한 다음 각호의 사항을 연구·검토하여 그 결과를 보건복지가족부 장관에게 제출하여야 한다.

1. 장애인장기요양보장제도 시범사업 실시를 위한 대상자판정기준 및 절차, 급여기준 및 요양수가, 요양시설·인력기준, 재원조달 및 관리운영체계 등 요양보장제도 실행모형
2. 기타 보건복지가족부장관이 연구·검토를 의뢰하는 사항

**제4조(구성)** ①추진단은 단장을 포함하여 50인 이내의 위원으로 구성한다.

②단장은 보건복지가족부장관이 위촉한자 1인과 보건복지가족부 장애인정책국장이 공동으로 하며, 위원은 장기요양관련 학식과 경험이 풍부한 사람과 장애계와 국민 각계각층의 견해를 대표하는 사람 중에서 보건복지가족부장관이 위촉한다.

③추진단에 간사 2인을 두되, 간사는 보건복지가족부 재활지원과장과 한국보건사회연구원 장애인복지팀장으로 하며, 단장의 명을 받아 추진단의 사무를 처리한다.

**제5조(단장 등의 임무)** ①단장은 추진단을 대표하고, 추진단의 업무를 총괄하며, 분과위원회에 장애인장기요양보장제도와 관련된 조사·연구업무를 부여할 수 있다.

②단장이 부득이한 사유로 직무를 수행할 수 없을 때에는 추진단은 위원 중에서 부단장을 호선하여 그 직무를 수행하게 할 수 있다.

**제6조(회의)** ①단장은 회의를 소집하고 그 의장이 된다.

②추진단의 회의는 다음 각호의 1의 경우에 소집한다.

1. 보건복지가족부장관의 요구가 있을 때
2. 재적위원 3분의 1이상의 요구가 있을 때
3. 기타 단장이 필요하다고 인정한 때

③추진단의 회의는 재적위원 과반수의 출석으로 개의하고 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다.

④추진단의 단장은 부의된 안전에 대하여 표결권을 가진다.

⑤회의의 공개여부는 추진단의 단장 또는 추진단의 의결로 결정한다.

**제7조(안전의 제출)** ①안전은 추진단의 단장이 제출한다.

②제4조의 규정에 의한 장애인장기요양보장추진단의 위원은 간사 및 제8조에 규정된 분과위원회 분과장을 경유하여 안전을 제출 할 수 있다.

**제8조(분과위원회)** ①추진단은 제3조 각호의 기능을 효율적으로 수행하기 위하여 분야별로 분과위원회를 둔다.

②분과위원회의 구성 및 기능 등에 관하여는 운영세칙으로 정한다.

**제9조(사무국)** ①추진단은 업무를 효율적으로 운영하기 위하여 추진단에 사무국을 둔다.

②사무국은 한국보건사회연구원에 둔다.

③사무국의 구성 및 기능 등에 관하여는 운영세칙으로 정한다.

**제10조(관계인의 의견진술과 관계서류 제출)** 위원장이 필요하다고 인정할 때는 상정된 의안과 관계되는 자를 추진단에 출석하게 하여 의견을 진술하거나 관계서류를 제출하게 할 수 있다.

**제11조(여론수렴)** 추진단은 제2조 각호의 기능을 효율적·전문적으로 수행하기 위하여 공청회·토론회·세미나의 개최, 설문조사, 방송토론 등을 통하여 국민여론 등 의견을 수집할 수 있다.

**제12조(회의록의 작성·비치 등)** ①위원장은 추진단의 회의에 관하여 회의록을 작성·비치하여야 한다.

②회의록은 간사가 작성하여 다음 추진단 회의시 보고한다.

**제13조(수당 등)** 추진단의 위원, 추진단에 출석한 관계전문가 등에 대하여는 수당·여비 기타 필요한 경비를 예산의 범위 내에서 지급할 수 있다.

**제14조(준용)** 추진단의 운영에 관한 문서·회계·물품관리 등에 관하여는 보건복지가족부의 관련 규정을 준용한다.

**제15조(운영세칙)** 이 규정외에 추진단의 운영에 관하여 필요한 사항은 추진단의 의결을 거쳐 단장이 정한다.

## 부 칙

이 운영규정은 추진단의 회의에서 의결된 날부터 시행한다.

## 장애인장기요양보장추진단 운영세칙

**제1조(목적)** 이 세칙은 장애인장기요양보장추진단(이하 “추진단”이라 한다)운영규정(이하 “규정”이라 한다)이 위임한 사항과 그 시행에 관하여 필요한 사항을 정함을 목적으로 한다.

**제2조(회의)** ①추진단의 단장(이하 “단장”이라 한다)은 규정 제6조에 의하여 추진단의 회의를 소집하고자 하는 때에는 회의의 일시·장소 및 안건을 회의개최 1주일 전까지 위원에게 서면으로 통지하여야 한다. 다만, 긴급히 소집할 필요가 있거나 기타 부득이한 사유가 있는 경우에는 그러하지 아니하다.

②추진단의 위원(이하 “위원”이라 한다)은 추진단에 출석하여 추진단의 운영·목적과 관련된 사항 및 연구주제에 대하여 발언·표결할 수 있다.

③위원 중 기관·단체의 장은 위원장의 동의를 얻어 대리인을 참석시킬 수 있다.

**제3조(분과위원회의 구성)** ①규정 제8조에 의하여 추진단의 실무 작업을 전담하게 하기 위하여 추진단에 제도·총괄분과위원회, 평가·판정분과위원회, 수가·급여분과위원회, 시설·인력분과위원회를 둔다.

②각 분과위원회는 분과장 1인을 포함하여 4인 이상 12인 이하의 위원으로 구성한다.

③분과위원회의 위원은 보건복지가족부 장관이 위촉하며, 분과장은 분과위원 중 호선한다.

④분과위원회 분과장은 당해 분과위원회를 대표하고 분과위원회의 업무를 총괄한다.

⑤제4항의 분과장은 다음 각호의 업무를 담당한다.

1. 분과위원회에 상정할 안건의 작성·관리
2. 운영세칙 제5조의 규정에 의한 보고서 작성
3. 분과위원회 기능과 관련한 자료의 수집 및 관리

4. 기타 분과위원회 운영에 관한 사항

**제4조(분과위원회 위원의 직무)** ①분과위원회 위원은 다음 각호에 관한 조사·연구·발표 등 실무작업을 수행한다.

1. 장애인장기요양보장제도 재원조달방식 및 관리운영체계 모형 관련 조사연구 수행 및 보고서 작성
2. 장애인장기요양보장제도 대상 장애인의 판정 및 절차 관련 조사연구 수행 및 보고서 작성
3. 장애인장기요양서비스 급여유형·급여범위 및 요양수가 관련 조사연구 수행 및 보고서 작성
4. 장애인장기요양서비스 제공시설 및 인력 관련 조사연구 수행 및 보고서 작성

**제5조(분과위원회의 회의)** ①분과위원회 회의는 단장, 당해 분과위원회 분과장 또는 당해 분과위원회 재적위원 3분의 1이상의 소집요구가 있는 경우에 분과위원회 분과장이 소집한다.

②분과위원회 분과장은 분과위원회 회의록을 작성·비치하도록 하여야 한다.

**제6조(분과위원회 위원장)** 분과위원회 위원장은 제4조 각호의 사항 및 기타 활동사항을 추진단에 보고하여야 한다.

**제7조(사무국)** ①운영규정 제9조에 의한 사무국은 다음 각호의 사항을 수행한다.

1. 일반 서무 및 회계 등 추진단의 행정관리에 관한 사항
2. 각종 회의자료 및 회의록의 관리와 관련된 사항
3. 관계기관과의 업무연락 및 조정에 관한 사항
4. 공청회 등 각종 회의 및 행사의 지원에 관한 사항
5. 기타 추진단의 활동에 관한 사항 등

②사무국은 한국보건사회연구원과 한국장애인개발원의 관계직원으로 구성한다.

**제8조(준용)** 분과위원회의 운영에 관한 문서·회계·물품관리 등에 관하여는 보건복지가족부의 관련 규정을 준용한다.

**제9조(기타)** 이 운영세칙에 규정한 것 외에 추진단과 분과위원회의 운영에 관하여 필요한 사항은 단장과 분과위원회 분과장이 따로 정한다.

## 부 칙

이 운영세칙은 추진단의 회의에서 의결된 날부터 시행한다.

## 〈부록 4〉 「장애인 장기요양보장추진단」 총괄회의 결과

### 제1절 장애인장기요양보장추진단 제1차 총괄회의 결과

#### 1. 회의내용

- ☐ 제1부 (장애인장기요양보장추진단 현판식 및 위촉)
  - 장애인장기요양보장추진단 현판 제막식
  - 보건복지가족부 차관 인사말씀
  - 장애인장기요양보장추진단 위원 위촉장 전달
- ☐ 제2부 (장애인장기요양보장추진단 제1차 총괄회의)
  - 장애인장기요양보장제도 정책개발 및 도입방안에 대한 총체적 논의
  - 2007년 장애인장기요양보장제도 정책연구 보고
  - 2008년 장애인장기요양보장제도 실시 모형 및 모의적용을 위한 정책연구 계획보고
  - 장애인장기요양보장추진단 분과구성(제도·총괄분과, 평가·판정분과, 수가·급여분과, 시설·인력분과) 및 향후 일정 논의

#### 2. 회의결과

- ☐ 장애인장기요양보장제도 정책개발 및 도입방안에 대한 총체적 논의
  - 각 분과별 논의 진행 방향 및 대상자 선정, 재원방식 논의 고려
  - 제도설계 과정에 있어 현실적인 부문(인프라 등) 검토하여 논의 진행 필요
  - 명칭 제명 필요
    - ‘장기’, ‘요양’ 관련하여 용어 검토 및 명칭 제명 필요
  - 의료서비스 포함여부에 대한 논의 필요



- 정신장애인 부문 검토 필요
- 노인요양보험제도 vs 장애인장기요양보장제도 검토 필요
- 장애인장기요양보장추진단 향후 진행 일정과 관련하여 위원들 의견수렴

## 제2절 장애인장기요양보장추진단 제2차 총괄회의 결과

### 1. 회의내용

- ☐ 장애인장기요양보장추진단 분과위원 구성 심의·의결
- ☐ 장애인장기요양보장추진단 운영규정 및 운영세칙(안) 심의·의결
- ☐ 장애인장기요양보장추진단 연차계획 심의·의결
- ☐ 장애인장기요양보장제도의 도입 타당성 논의
- ☐ 장애인장기요양보장제도 대상자 수요추계 및 타제도와의 관계검토 등에 대한 의견수렴 및 모형개발 방안 모색

### 2. 회의결과

- ☐ 장애인장기요양보장추진단 분과위원구성(안)에 대한 논의
  - 평가·판정분과(안)와 관련하여 의사 위주로 편중되어 있고 이에 각 분과별 위원들의 적절한 배분 요구
- ☐ 장애인장기요양보장추진단 운영규정 및 운영세칙(안)에 대한 논의 및 심의·의결
  - 추진단 위원 구성인원에 대한 논의
    - 운영규정(안) 제4조“①추진단을 단장을 포함하여 45인 이내의 위원으로 구성한다.”의 항목과 운영세칙 제3조“②각 분과위원회는 분과장 1인을 포함하여 12인 이하의 위원으로 구성한다”의 분과위원수 수정 필요
    - 즉, 제3조 ②의 경우 최대 48인으로 분과위원이 구성됨. 따라서 제4조 ①항의

‘45인’을‘50인’으로 수정 필요

○ 이탈자 수정 및 변경 사항에 대한 논의

- 운영규정(안) 제3조(기능)에서: ‘보건복지부가족부’를 ‘보건복지가족부’로 수정
- 운영세칙(안) 제2조 : ‘기획단’을 ‘추진단’으로 수정
- 운영세칙(안) 제5조 ②‘분과위원회의 회의는 당해 분과위원회 재적위원 과반수의 출석과 출석위원 과반수의 찬성으로 의결한다’삭제. 이는 분과위원회는 의결하는 곳이 아니라 추진단에서 심의 의결하기 때문임. 따라서 제5조 ③항이 ②항이 됨
- 운영세칙(안) 제7조 ①의‘일반 서무 및 회계 등 기획단의 행정관리에 관한 사항’에서 ‘기획단’을‘추진단’으로 수정 필요

□ 장애인장기요양보장추진단 연차계획 관련 논의

- 효율적인 위원회의 운영을 위하여 총괄회의 매월 둘째 주 금요일 오후 2시에 개최함을 원칙으로 함
- 부득이한 사정으로 총괄회의 불참 시 위임할 수 있도록 하며, 이 같은 경우 사전에 분과장에게 설명하고 양해를 구할 수 있도록 함
- 총괄회의 개최 전 분과회의 진행할 수 있도록 함

□ 기타 사항 논의

- 분과장 및 분과위원 구성 및 수정·확정안 추후 전달
  - 효율적인 분과운영을 위하여 각 분과별 분과간사 요구
- 향후 총괄회의 및 분과회의 운영계획 안내
- 추후 분과회의 및 분과별 작업 및 추진방향 정리

## 제3절 장애인장기요양보장추진단 제3차 총괄회의 결과

## 1. 회의내용

- ☐ 장애인장기요양보장 관련 추가급여 부문 검토
- ☐ 장애인장기요양보장 관련 평가판정도구 마련 및 평가판정체계 검토
- ☐ 장애인 시설 유형별 기능과 역할, 인력 현황 등 장애인장기요양보장 관련 인프라 고찰

## 2. 회의결과

- ☐ 장애인장기요양보장제도의 추진 방향 설정 논의
  - 우리나라 현실에 맞추어 장애인 장기요양보장제도의 형태에 대한 심도있는 고민 필요
    - 인프라 구축, 기존 전문가 활용, 예산 등에 따른 검토 필요
    - 현재 노인장기요양보험제도의 운영방식이 장애인 장기요양보장제도에 어느정도 수용 가능할지 여부 논의 필요하며 이에 따라 장애인장기요양보장제도에 대한 방향성 설정도 필요할 것임.
    - 제1안 활동보조서비스 등 기존제도 확대, 제2안 독자적인 장애인장기요양보장제도로 분리, 제3안 노인장기요양보험제도에 편입 등 현실적인 가능성을 검토하여 각각의 대안에 대한 장·단점 비교 분석 필요
- ☐ 장애인장기요양보장 관련 추가급여 부문 검토
  - 제1안의 경우, 시설보호서비스 급여가 제외될 수 있으며, 제2안의 경우 장기적 요양형태로서 서비스 급여, 내용이 확대되는 것이며 이때는 활동보조서비스의 축소가 아니라 ‘서비스의 조정’이 되는 것임.
  - 제1안의 확대방향에서 시설 거주 장애인도 급여 대상에 포함시킬 경우 활동보

조라는 용어 대신 ‘장애인자립지원제도’와 같은 용어로 변경하여 추진되어야 할 것임.

- 재가 장애인과 시설 거주 장애인의 행동양태가 다를 것이므로 이를 고려하여 분류 검토함이 요구되어지며, 재가 장애인과 시설 거주 장애인 분류하여 서비스를 제공함에 있어서 보다 심도있는 논의 필요 즉, 시설 거주장애인도 장애인 장기요양보장제도의 급여 범위에 포함시킬 경우 중복급여 문제 발생

□ 장애인장기요양보장 관련 평가판정도구 마련 및 평가판정체계 검토

- 기능상태 평가 항목(안)에서 인지문제행동부문과 관련하여 노인의 평가체계를 가져오기 보다는 장애인 특성에 맞게 내용 및 항목 조정 필요
- 재활부문과 관련하여 장애유형별 다양성을 고려하여 포괄하는 항목 제시 필요

□ 장애인 시설 유형별 기능과 역할, 인력 현황 등 장애인장기요양보장 관련 인프라 고찰

□ 결론적으로, 제1안 활동보조서비스 확대안과 제2안 독자적인 장애인장기요양보장 제도 구축의 방향으로 제도 운영방식에 대한 의견이 정리되었으며 이에 따른 명칭수정에 대한 검토 필요

## 제4절 장애인장기요양보장추진단 제4차 총괄회의 결과

### 1. 회의내용

□ 장애인장기요양보장관련 급여범위 및 내용(안) 검토

- 현 장애인복지서비스, 노인장기요양보험제도검토

□ 장애인장기요양보장 관련 평가판정도구 검토

- 장애인장기요양보장 관련 재정운영방식 검토
- 장애인장기요양보장 관련 인력 검토

## 2. 회의결과

- 장애인장기요양보장관련 급여범위 및 내용(안) 검토
  - 의료서비스(의료지원) 및 재활부문에 대한 검토 필요하며 의료서비스의 경우 건강보험과 상충되는 부분이 많을 것으로 여겨짐에 따라 장애인의 경우 방문을 통한 재활서비스에 초점을 두고 검토 필요
  - 직업재활 부문의 포함여부와 관련하여 고용을 목표로 한다면 노동부의 고용정책차원에서 검토되어야 할 것임.
  - 노인장기요양보험제도와 장애인장기요양보장제도의 경우 대상이 다르므로 서비스에 있어 신체수발보다는 가사지원이나 사회활동 지원의 방향으로 할 수 있도록 검토 요구
- 장애인장기요양보장 관련 평가판정도구 검토
  - 평가와 관련하여 노인의 경우와 달리 장애인의 경우 재활이 전제되지 않은 상태에서 기능을 평가하는 굉장히 가변적인 것임.
  - 평가판정도구와 관련하여 장애등급에 대한 정보 활용 방안 검토
  - 평가판정항목의 경우 기본적으로 현 활동보조서비스 항목+노인장기요양보험제도항목+기타 다른 제도의 항목 고려하였으며, 현실적으로 각각의 항목들과 서비스가 반드시 연계되어야 하기 보다는 넓은 범위에서 검토되어야 할 것임.
  - 평가판정항목의 목적과 관련하여 스크리닝의 의미인지 대상자 욕구과약을 위한 것인지 명확하지 않으며 욕구에 초점을 두면, 급여내용 및 급여 범위에서 제시한 욕구를 포괄적으로 담아내는 것이 필요함.
- 장애인장기요양보장 관련 재정운영방식 검토

- 보험 vs 조세방식 검토
  - 현 노인장기요양보험제도의 방식에 대한 검토 또한 필요할 것임.
  - 외국사례에 대한 검토를 통해 중증장애인에 대해서는 국가가 책임주체가 되고  
재원방식에 있어서도 조세방식에 대한 검토가 이루어져야 할 것임.
- 장애인장기요양보장 관련 인력 검토
- 일본의 경우 장애인자립지원법은 장기요양서비스에 준하는 서비스로 이는 굉장히  
광범위한 서비스임
- 기타의견
- 추진단 진행방식과 관련하여 각 분과별 논의 후, 도출하고자 하는 결론이 있다면 그 결론을 중심으로 연구문제를 정리하며 각각의 이슈를 중심으로 전문가  
그룹이 집중적으로 스터디하여 경우의 수를 제거해 나아가는 방향으로 논의를  
진행하였으면 함.
- 결론적으로, 현재 장애인장기요양보장제도에 관한 1차 정책연구 결과 도출된 세  
가지안중 제1안과 제2안으로 의견이 정리되었으며, 일단 조세로 가능 방향으로  
제도·총괄분과에서 정리됨에 따라 이에 따른 방안에서 보완적으로 방향을 잡아  
나아가야할 것임.
- 이와 관련하여 정부와 관계부처, 장애 당사자, 현장 전문가들에 대한 의견수렴의  
과정을 거쳐 장애인장기요양보장제도의 운영방식을 결정하여 진행하는 방향으로  
추진(장애인 장기요양보장제도 관련 정책 토론회 개최 필요)

## 제5절 장애인장기요양보장추진단 제5차 총괄회의 결과

### 1. 회의내용

- ☐ 장애인장기요양보장제도 관련 각 분과별 주요 쟁점 논의
- ☐ 장애인장기요양서비스정책의 기본방향 논의
- ☐ 장애인기능상태조사 항목 검토 및 의견수렴
- ☐ 장애인 요양제도 도입방안에 대한 장애인장기요양보장추진단 설문조사 결과 보고
- ☐ 장애인장기요양보장추진단 위원 재조정 심의의결

## 2. 회의결과

- ☐ 장애인장기요양보장제도 관련 각 분과별 주요 쟁점 논의
  - 제도도입방식
    - 시설 포함여부와 관련 시설서비스와 장기요양서비스가 함께 검토 되어짐에 따라 활동보조서비스의 축소 우려
    - 시설서비스의 경우 현재 시설 소규모화 작업이 시작되었으며 거주기능 중심으로 진행함에 따라 시설에 대한 부문 별도 검토 필요 제기
- ☐ 장애인장기요양서비스정책의 기본방향 논의
- ☐ 장애인기능상태조사 항목 검토 및 의견수렴
  - 장애인복지인프라 개편방안 틀안에서 운영되어질것이며 장애 등록시에 정보를 종합적으로 활용 검토
  - 감각장애에 관한 항목 검토 및 행동변화 부문에 관한 항목 재검토 필요
- ☐ 장애인 요양제도 도입방안에 대한 장애인장기요양보장추진단 설문조사 결과 보고
  - 설문기간 : 2008.4.17~2008.5.9
  - 설문대상 : 장애인장기요양보장추진단 위원 및 연구진
  - 설문내용 : 장애인장기요양보장제도 실시 방안, 서비스 범위, 재원확보방안
  - 설문결과 : 장애인장기요양보장제도 실시방안의 경우, 활동보조서비스 확대에

대한 의견이 가장 높았으며, 적정 서비스 범위와 관련하여 현 노인장기요양보험 제도에서 실시되고 있는 서비스+활동보조서비스가, 재원확보방안과 관련하여 조세방식이 가장 높은 비율로 나타났다.

- ☐ 장애인장기요양보장추진단 위원 재조정 심의의결
  - 참여율이 저조한 위원의 경우 추진단에서 제외되는 내용 공지

## 제6절 장애인장기요양보장추진단 제6차 총괄회의 결과

### 1. 회의내용

- ☐ 장애인장기요양보장제도 모형 초안 보고 및 주요 쟁점별 논의
- ☐ 장애인장기요양제도 수가·급여 개발의 기본방향 논의
- ☐ 장애인장기요양 평가판정 항목 검토
  - － 장애인타임스터디 1차 분석 결과 중심
- ☐ 장애인장기요양보장추진단 위원 변경 심의 의결

### 2. 회의결과

- ☐ 장애인장기요양보장제도 모형 초안 보고 및 주요 쟁점별 논의
  - 제도 명칭
    - － 장애인자립생활보조서비스
    - － 장애인개별지원서비스
    - － 활동보조서비스
    - － 장애인개별자립지원서비스
    - － 기타
  - 대상자



- 제1안) 만 19세 이상 ~ 만 65세 미만
- 제2안) (만18세 이하 포함) ~ 만 65세 미만
- 제3안) 전체 장애인 대상
- 제4안) 만 19세 이상~(65세 이상)

제2안 만 18세 이하 장애인도 활동보조서비스를 받으면서 자립가능성을 성장시킬 수 있도록 하는 방안 논의 진행됨.

□ 장애인장기요양제도 수가·급여 개발의 기본방향 논의

○ 급여의 범위

- 활동보조서비스(신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션 보조, 이동의 보조)
- 요양서비스(간병서비스, 방문간호서비스)
- 시설급여 : 현재 시설의 거주기능 중심, 소규모화, 탈시설화의 흐름속에 시설운영에 대한 개편 및 정비작업이 진행중이므로 어느정도 (안)이 제시되면 장애인 장기요양보장제도에 시설급여 포함여부를 검토하도록 함.

○ 조세+본인부담방식 검토 필요

□ 장애인장기요양 평가판정 항목 검토

○ 장애서비스센터(DSC), 장애서비스위원회 활용

○ 평가판정기준 및 평가 도구

- 장애서비스센터(DSC) 판정도구(의료평가도구, 근로활동능력평가도구, 복지욕구사정)와의 향후 연계 방안 고려
- 장기요양 대상자 판정(※ DSC 자가판정)
- 신체손상을 1차 판정 적용 검토

○ 이의신청제도 설치

○ 서비스 이용계획 수립

- 장애서비스센터(DSC)내 사회복지사 또는 다른 사례관리자가 서비스 이용계획

수립하며 참고로, 서비스 이용계획은 6개월 또는 1년마다 실시

☐ 서비스 전달 및 실시 체계

○ 서비스 제공 인력

－활동보조인 자격여부 및 등급 구분 논의 필요

제1안) 활동보조인을 1,2급 구분하지 않고 기존 활동보조인 교육+간병교육 포함

제2안) 활동보조인을 1,2급 구분(즉, 간병서비스 제공 교육 이수자 구분 필요)

－ 방문간호사 : 노인장기요양보험제도에 준함.

○ 운영 주체

－장애인복지 인프라 개편에 따라 검토

－주 행정기관 : 보건복지가족부, 시·군·구

－장애인서비스센터(DSC) : 평가 및 서비스 이용계획(케어플랜 및 사례관리) 작성 담당

☐ 기타사항

○ 관련 타 법령의 개정 검토 및 바우처 방식관련 쟁점 검토 필요

☐ 장애인장기요양보장추진단 위원 변경 심의 의결

○ 탈퇴 위원(5명)과 추가위원(4명)에 대한 심의 의결

## 제7절 장애인장기요양보장추진단 제7차 총괄회의 결과

### 1. 회의내용

☐ 장애인장기요양보장제도 모형 초안 보고 및 주요 쟁점별 논의

☐ 장애인장기요양제도 평가판정 항목 검토 및 주요 쟁점 논의

- 장애인타임스터디 최종 분석 결과 중심

- 장애인장기요양 수가·급여 개발 관련 주요 쟁점 논의
  - 장애인타임스터디 최종 분석 결과 중심
- 장애인 시설개편방향에 따른 장애인장기요양서비스 기본방향 및 주요 쟁점 논의

## 2. 회의결과

- 장애인장기요양보장제도 모형 초안 보고 및 주요 쟁점별 논의
  - 제도 명칭 : 여론조사 및 공청회를 통한 의견수렴 후 추후 결정
  - 제도 운영방식 : 현 「장애인활동보조지원사업」 확대
  - 대상자 : 제2안) (만18세 이하 포함) ~ 만 65세 미만
  - 급여의 범위 : 현물급여 제공(현금급여 제외)
  - 서비스 제공 인력
    - 활동보조인 : 제1안) 활동보조인 1,2급 구분하지 않고 기존의 활동보조인 교육 시 간병교육 포함 실시
- 장애인장기요양제도 평가판정 항목 검토 및 주요 쟁점 논의
  - 평가판정기준 및 평가 도구
    - 타임스터디 분석 결과, 장애인의 경우 ‘서비스 시간과 중증도’가 불일치하는 측면이 많음. 활동성이 있는 사람들이 서비스 시간을 보다 많이 필요로 할 수 있음
    - 장애유형별 특성과 중증정도 고려 필요
    - 이에 따라, 2안과 4안 중 추후 논의 필요 노인도구 + 장애인특성, 기능이 들어가는 척도 개발 필요
  - ※ 장애인 장기요양평가판정도구(안)
    - (1안) 노인도구 동일적용
    - (2안) 노인체계 주로 사용하되 + 장애인 추가항목 활용
    - (3안) 장애인도구 별도 개발하되 노인도구 논리 적용(현 단계에서 검토제외)
    - (4안) 기능상태로만 등급 정함(노인과는 완전히 다른 체계로 개발)

□ 장애인장기요양 수가·급여 개발 관련 주요 쟁점 논의

- 타임스터디 조사의 목적이 급여내용들이 현재 어느정도 시간이 투입되고 있는지 파악하기 위함이나, 본 조사에서 노인의 타임스터디 서비스 코드를 사용함으로써 실제 활동보조서비스와 비교 시 용어는 동일하나 실제 개념상의 차이가 있을 수 있음.
- 노인 타임스터디와 비교해볼 때, 장애인 타임스터디의 경우 중증도에 따른 서비스 제공시간 파악이 어려우며 이에 따라 이를 바탕으로 자립생활센터의 운영에 소요되는 비용에 관한 수지파악자료의 어려움 있음.

□ 장애인 시설개편방향에 따른 장애인장기요양서비스 기본방향 및 주요 쟁점 논의

## 제8절 장애인장기요양보장추진단 제8차 총괄회의 결과

### 1. 회의내용

- 장애인 장기요양제도(가칭)의 기본체계 모형개발 검토 및 의견수렴
- 장애인장기요양제도 수가·급여부분 검토(안) 및 주요 쟁점 논의
- 장애인장기요양제도 평가·판정도구 대안 검토 및 의견수렴

### 2. 회의결과

- 장애인 장기요양제도(가칭)의 기본체계 모형개발 검토 및 의견수렴
  - 대상자
    - － 등급 : 현 단계에서는 1등급만을 고려하도록 함. 이때 동일한 1등급이라도 판정 체계를 통하여 여러 등급으로 나누어져 등급에 따라 시간의 차이를 주는 것임.
    - － 연령 : 제5안) 만 65세 미만으로 변경

※ 만 65세 미만 활동보조서비스 이용자의 경우 65세 이상이 되면 노인장기요양 보험제도에 편입되기까지의 유예기간동안 특별대책 필요)

○ 급여의 종류

－방문간호서비스 : 노인장기요양보험제도에 준하며, 방문간호센터 내 치과위생사 또는 물리치료사가 제공한 서비스 비용은 장애인장기요양보장제도에서 지불함. (이때 재활서비스와 치과서비스란, 치과위생사, 물리치료사 등이 제공하는 서비스임)

※ ‘구강위생관리 교육’의 경우 현 활동보조인 교육에 포함시켜 사전에 교육받을 수 있도록 함.

○ 평가판정도구에서 제시한 내용을 바탕으로 시간당 수가 현 8,000원을 기준으로 제공할 수 있는 시간을 확대하는 방안으로 논의 전개

○ 요양시간(안) - 장애인장기요양보장추진단 제8차 총괄회의자료 수가급여분과 참조

구분	1안	2안	3안
1등급	27	30	25
2등급	23	25	20
3등급	14	15	15

○ 서비스 제공 인력

－치과위생사, 물리치료사 포함

□ 장애인장기요양제도 평가·판정도구 대안 검토 및 의견수렴

○ 기능상태에 따른 서비스 제공시간을 장애인장기요양제도에 그대로 적용하는 것은 어려움. 이에 따라 ‘요양제공시간+활동보조제공시간=총제공시간’을 도출할 수 있도록 함.

○ 평가판정기준 및 평가 도구 : 총 65문항

「기본 구성 : 요양제공시간(노인장기요양등급) + 활동보조시간 = 총제공시간」

－ 노인장기요양보험제도 3차 시범사업 요양인정 평가 판정 항목(52문항)

- 활동보조인정조사항목(20문항)
- 신체기능 영역 중복문항 체크(7문항)
- 이는 두 가지 도구를 하나의 체계로 사용하여 서로 단점을 보완하며 이때 등급이 2가지로 나오는 것임.

## 제9절 장애인장기요양보장추진단 제9차 총괄회의 결과

### 1. 회의내용

- ☐ 장애인 장기요양보장제도(가칭)의 기본체계 모형개발 확정 및 쟁점사항에 대한 의견수렴

### 2. 회의결과

- ☐ 장애인 장기요양보장제도(가칭)의 기본체계 모형개발 확정 및 쟁점사항에 대한 의견수렴
  - 서비스 단가 : 현 활동보조서비스 시간당 수가 8,000원을 적용하여 제공할 수 있는 시간을 확대하는 방안으로 논의 전개
  - ※ 주말 및 휴일에 대한 별도 단가 책정 검토 요구
    - 서비스 비용 및 지급 : 사회서비스관리센터에서 바우처에 의한 서비스 제공 비용의 지급 및 정산관련하여 바우처 방식에 대한 검토 요청 및 논의
    - 서비스 제공 인력
      - 장애유형별 서비스 제공 인력 구분 검토 필요
      - 활동보조인과 요양보호사 관계 검토 요구 필요
      - 방문간호와 관련하여 업무 및 수가 차등화 방안 검토 필요
      - 서비스 제공기관과 관련하여 방문간호 부문 ‘가정간호센터’를 ‘방문간호센터’수정

요청

○ 운영 주체

- 서비스 전달 기관과 관련하여 장애서비스센터가 실질적 서비스 전달기관으로서 서비스 제공기관을 감독하겠다는 부문 외 관리 감독 역할 및 공공 부문에서 서비스 전달의 일정부분을 담당하겠다는 계획 및 공급부문에 대한 계획 수립 및 준비 작업에 대한 내용이 함께 포함되어 검토 제시 요구됨.

○ 재원확보방안 : 정부지원(조세 : 국고+지방비) + 이용자 부담

- 이용자 부담에 대하여 소득수준별 차등 부담 방식에 대한 논의를 비롯하여 일 정액, 이용자 부담 폐지 등 많은 논의가 있었음.

## 〈부록 5〉 장애인장기요양인정조사표(안)

## 장애인장기요양인정조사표

(접수일 : 200 . . . 처리기한 15일)

신청구분	<input checked="" type="checkbox"/> ① 첫 신청 <input type="checkbox"/> ② 변경신청 <input type="checkbox"/> ③ 이의신청										
신청인	성명	(남/여)		주민번호					-		
	주소								나이	만	세
	전화번호1				전화번호2						
	전인정일	년	월	일	전서비스 등급						
대리신청인	성명				신청인과의 관계			전화번호			
일련번호	장애유형	<input type="checkbox"/> ① 지체장애 <input type="checkbox"/> ② 뇌병변장애 <input type="checkbox"/> ③ 시각장애 <input type="checkbox"/> ④ 청각장애 <input type="checkbox"/> ⑤ 언어장애 <input type="checkbox"/> ⑥ 지적장애 <input type="checkbox"/> ⑦ 자폐성장애 <input type="checkbox"/> ⑧ 정신장애 <input type="checkbox"/> ⑨ 신장장애 <input type="checkbox"/> ⑩ 심장장애 <input type="checkbox"/> ⑪ 호흡기장애 <input type="checkbox"/> ⑫ 간장애 <input type="checkbox"/> ⑬ 안면장애 <input type="checkbox"/> ⑭ 장루·요루장애 <input type="checkbox"/> ⑮ 간질장애 * 중복시 모두 체크									
		주된 장애유형	(※한 가지만)				중복 장애유형	(※두 가지까지만)			
	독거여부	<input type="checkbox"/> ① 독거 <input type="checkbox"/> ② 준독거 <input type="checkbox"/> ③ 동거 가구원 있음 (본인을 포함한 총 가구원수 _____명, 장애인수 _____명)									
	동거여부	<input type="checkbox"/> ① 배우자 <input type="checkbox"/> ② 자녀 <input type="checkbox"/> ③ 부모 <input type="checkbox"/> ④ 형제·자매 <input type="checkbox"/> ⑤ 기타 * 중복시 모두 체크									
	취업여부	<input type="checkbox"/> ① 예 (직업종류: _____) <input type="checkbox"/> ② 아니오 <input type="checkbox"/> ③ 비해당									
	소득수준	<input type="checkbox"/> ① 국민기초생활보장대상 <input type="checkbox"/> ② 차상위 120% 이내 <input type="checkbox"/> ③ 차상위 120% 초과 <input type="checkbox"/> ④ 차상위 300% 초과									
	건강보험	<input type="checkbox"/> ① 미가입 <input type="checkbox"/> ② 건강보험(직장/지역) <input type="checkbox"/> ③ 의료급여(중) (지난달 건강보험료 납부액 _____원)									
	<약도> ※교통수단 : 대중교통, 자가용, 도보 구분기재										
방문조사	첫방문	성명1		일시(소요시간)	. . (분)						
		성명2									
	재방문	성명		일시(소요시간)	. . . (분)						
		사유									
인정 등급 및 시간	기본등급	<input type="checkbox"/> 등급 : 급	<input type="checkbox"/> 인정시간 : h/월	<input type="checkbox"/> 본인부담액 : _____원							
	조정등급(독거)	<input type="checkbox"/> 등급 : 급	<input type="checkbox"/> 인정시간 : h/월								
	<input type="checkbox"/> 자체 <input type="checkbox"/> 인정위원회 (위원장 : _____ 연락처 : _____)										

보건복지가족부 · 한국보건사회연구원



## I. 기능 평가

## ① 일상생활동작(ADL)

※ 장애인이 다음의 다양한 일상적인 동작을 할 수 있는지 실제적인 능력을 파악하는 문항입니다. 응답자가 각각의 활동을 할 수 있는지 혹은 할 수 없는지를 분명히 말할 수 있도록 충분한 시간을 가지고 자세히 질문하세요.

항목	문항
1-1. 옷 벗고입기	<p>▶ 내복, 외투를 포함한 모든 옷을 옷장이나 서랍, 옷걸이에서 꺼내 챙겨 입고 단추가 지퍼, 벨트를 채우는 것 등 일상적으로 착용하는 의복에 대한 행위가 가능한지 평가</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 도움 없이 혼자서 옷을 옷장에서 꺼내어 입을 수 있다.</li> <li>• 단추를 채우고 지퍼를 올리고 벨트를 채우는 일도 도움 없이 한다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 옷을 꺼내주고 준비해 주면 혼자 입을 수 있다.</li> <li>• 상의는 도움 없이 입을 수 있으나 하의를 입을 때 도움이 필요하다.</li> <li>• 하의는 도움 없이 입을 수 있으나 상의를 입을 때 도움이 필요하다.</li> <li>• 상의나, 하의를 입은 후 매번 뒷정리(벨트, 단추, 지퍼, 옷 추스르기)를 하는데 도움이 필요하다.</li> <li>• 인지장애가 있어 매번 옷을 입도록 지시해야 한다.</li> <li>• 인지장애가 있는 대상으로 1주일에 1~3회 정도 부적절하게 입어 다시 입혀줘야 한다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 모든 부분을 다른 사람의 도움에 의존한다. 다른 사람이 옷을 옷장에서 꺼내주고 입혀 주고 벗겨주어야 한다.</li> <li>• 인지장애가 있는 대상으로 1주일에 4회 이상 옷을 부적절하게 입어 다시 입혀줘야 한다.</li> </ul>
1-2. 옷갈아입기	<p>▶ 옷 입고 벗는 일을 얼마나 잘 하십니까? (※ 신발을 신고, 단추를 잠그고, 허리띠를 매는 활동 등을 모두 포함)</p> <p><input type="checkbox"/>① 어떤 종류의 도움도 필요 없이 옷을 입고 벗는 일을 할 수 있다.</p> <p><input type="checkbox"/>② 방법을 약간 알려주거나 해야 할 때를 알려주는 것이 필요하다.</p> <p><input type="checkbox"/>③ 옷을 입는 데 다른 사람의 도움이 어느 정도 필요하다.</p> <p><input type="checkbox"/>④ 혼자서는 옷을 입을 수 없으며 다른 사람이 입혀주어야 한다.</p>

항목	문항
2. 세수하기	<p>▶ 수도꼭지 돌리기, 물 받기, 얼굴 씻기, 옷이 젖는지의 확인, 수건으로 닦기 등의 행위가 가능한지 평가</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 위의 행위를 도움 없이 혼자서 할 수 있다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 위의 (일련의) 행위 중 한 가지 이상의 행위에 도움이 필요하다.</li> <li>• 낙상의 위험이나, 물을 삼킬 위험성 등이 있어 지켜보기가 필요하다.</li> <li>• 세수를 스스로 했더라도 보호자가 부분적으로 다시 닦아 줘야 한다.</li> <li>• 인지장애가 있어 매번 세수를 하도록 지시해야 한다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 모든 부분에 다른 사람의 도움이 필요하다.</li> <li>• 스스로 세수한 부분을 보호자가 전부 다시 닦아줘야 한다.</li> </ul>
3. 양치질하기	<p>▶ 칫솔과 헹굼용의 물을 준비하고 치약을 칫솔에 바르는 것, 칫솔질하는 것, 가글하는 것 등의 행위가 가능한지를 평가하는 항목이다. 틀니를 사용하는 경우에는 틀니를 빼고, 씻고, 행구는 행위도 포함</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 위의 (일련의) 행위를 도움 없이 혼자서 할 수 있다.</li> <li>• 틀니를 빼고, 씻고, 행구는 행위를 도움 없이 혼자 할 수 있다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 위의 (일련의) 행위 중 한 가지 이상의 행위에 도움이 필요하다.</li> <li>• 낙상의 위험 등이 있어 지켜보기가 필요하다.</li> <li>• 스스로 양치를 했더라도 부분적으로 보호자가 다시 닦아줘야 한다.</li> <li>• 인지장애가 있어 매번 양치를 하도록 지시해야 한다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 양치질 또는 틀니 청결유지의 모든 부분에 다른 사람의 도움이 필요하다.</li> <li>• 스스로 양치한 부분을 보호자가 모두 다시 닦아줘야 한다.</li> </ul>
4-1. 목욕하기	<p>▶ 욕조에 들어가서 목욕하거나, 욕조에 들어가지 않고 샤워 등이 가능한지를 평가</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 스스로 때 밀기(몸에 비누칠하기)와 샤워를 할 수 있다.</li> </ul>

항목	문항
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 평소 욕조 목욕을 하는 경우는 혼자서 욕조에 들어가고 나올 수 있다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ② 부분 도움 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 샤워(물뿌리기)는 혼자하나, 때 밀기(몸에 비누칠하기)는 혼자하지 못한다.</li> <li>● 몸의 일부(등밀기 제외)를 닦을 때만 도움이 필요하다.</li> <li>● 평소 욕조 목욕을 하는 경우 욕조 안에서 목욕은 스스로 할 수 있으나, 욕조에 들어갈 때와 나올 때 도움이 필요하다.</li> <li>● 인지장애가 있어 목욕을 하도록 지시해야 한다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ③ 완전 도움 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 목욕을 할 때 모든 부분에 다른 사람의 도움이 필요하다.</li> </ul>
4-2. 목욕하기	<p>▶ 목욕과 샤워를 얼마나 잘 하실 수 있습니까? (※ 목욕과 샤워를 스스로 할 수 있다는 것은 물을 받고, 다른 사람의 도움 없이 목욕과 샤워를 할 수 있는 것으로 머리를 감고 세수를 하는 등 몸의 각 부분을 스스로 씻을 수 있는 것을 말함)</p> <input type="checkbox"/> ① 아무런 도움 없이 목욕하거나 샤워할 수 있다. <input type="checkbox"/> ② 목욕하는 방법을 약간 알려주거나 해야 할 때를 알려주는 것이 필요하다. <input type="checkbox"/> ③ 목욕하는 데 감독이나 지도가 필요하다. <input type="checkbox"/> ④ 욕탕에 들어가고 나가는 것을 도와주어야 한다. <input type="checkbox"/> ⑤ 몸을 씻고 말리는 데 도움이 필요하다. <input type="checkbox"/> ⑥ 다른 사람에게 전적으로 의지해야 한다.
5-1. 식사하기	<p>▶ 음식이 차려졌을 때 도구를 사용하여 스스로 섭취하는 것이 가능한지를 평가</p> <input type="checkbox"/> ① 완전 자립 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 음식을 차려주면 도움 없이 식사할 수 있다.</li> <li>● 젓가락을 사용하지 못해도 포크나 숟가락을 사용하여 스스로 식사할 수 있다.</li> <li>● 경관영양(튜브급식)을 하고 있으며, 스스로 준비, 주입, 뒤처리가 가능하다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ② 부분 도움 <ul style="list-style-type: none"> <li>● 시각장애자로 식사하는 중간 중간 반찬의 종류와 배열을 알려줘야 한다.</li> <li>● 타인의 식사를 먹지 않도록 지켜봐야 한다.</li> <li>● 숟가락으로 밥은 떠먹지만 젓가락이나 포크를 사용하지 못해 반찬을 집어줘야 한다.</li> <li>● 시야결손·인지장애등으로 반찬을 집어줘야 한다.               <ul style="list-style-type: none"> <li>- 평소 반찬을 먹지 않는 습관이 있는 대상자는 포함하지 않는다.</li> </ul> </li> <li>● 경관영양(튜브급식)을 하고 있으며 준비, 주입, 뒤처리 하는 과정에 일부 도움이 필요하다.</li> <li>● 인지장애가 있어 매번 식사를 하도록 지시해야 한다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ③ 완전 도움

항목	문항
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 식사할 모든 부분에 도움이 필요하다.</li> <li>• 숟가락이나 포크를 사용해도 음식을 대부분 흘려 도움이 필요하다.</li> </ul>
5-2. 식사하기	<p>▶ 혼자서 식사를 얼마나 잘 할 수 있습니까? (※ 혼자서 식사한다는 것은 다른 사람의 도움 없이 마시고 먹을 수 있다는 것을 의미함. 특수 도구나 빨대를 사용하는 것은 타인의 도움이 아니며 스스로 하는 행동임. 혼자서 식사를 한다는 것은 젓가락을 사용하고 음식을 자를 수 있다는 것도 포함)</p> <p><input type="checkbox"/>① 아무런 도움 없이 식사할 수 있다.</p> <p><input type="checkbox"/>② 식사하는 방법을 약간 알려주거나 해야 할 때를 알려주는 것이 필요하다.</p> <p><input type="checkbox"/>③ 젓가락으로 반찬을 집거나, 음식을 자르거나, 빵에 잼을 바르는 일에 도움이 필요하다.</p> <p><input type="checkbox"/>④ 밥을 떠 먹거나, 음식물로 인해 호흡곤란이 발생하지 않도록 다른 사람의 도움이 필요하다.</p> <p><input type="checkbox"/>⑤ 식사하는 데 전적으로 타인의 도움이 필요하다(정맥, 튜브 영양공급 포함).</p>
6. 체위변경하기	<p>▶ 누운 상태에서 제대로 돌아눕기, 옆드리기, 옆으로 돌아눕기 등의 행위가 가능한지를 평가</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 누운 상태에서 도움 없이 모든 체위를 변경할 수 있다.</li> <li>• 평소에 무리 없이 무엇인가 붙잡고 체위를 변경할 수 있다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 평소 무엇인가 붙잡고 체위를 바꾸나, 체위를 유지하기 위해 베개 등으로 지지해 줘야 한다.</li> <li>• 한 가지 체위만 바꿀 수 있어 다른 체위로 변경할 경우 도움이 필요하다.</li> <li>• 할 때도 있고 못할 때도 있어 규칙적으로 보호자가 체위변경여부를 확인해야 한다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 모든 체위를 혼자 바꿀 수 없어 보호자가 바꿔줘야 한다.</li> </ul>
7-1. 일어나 앉기	<p>▶ 누운 상태에서 상반신을 일으켜 앉을 수 있는지 평가</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 누운 상태에서 도움 없이 혼자서 일어나 앉을 수 있다.</li> <li>• 무엇인가를 붙잡고 무리 없이 혼자 일어나 앉을 수 있다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 무엇인가 붙잡고 혼자 일어난 후 앉은 후 자세를 유지하기 위해 베개 등으로 지지해 줘야만 한다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 보호자가 도와줘야만 앉을 수 있다.</li> </ul>

항목	문항
	<ul style="list-style-type: none"> <li>경직, 운동장애 등으로 누운 자세와 서 있는 자세밖에 할 수 없다.</li> </ul>
7-2. 침실에서 이동하기	<p>▶ 잠자리에서 일어나고 침실(대)에서 돌아다니는 활동을 얼마나 잘 할 수 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/>① 잠자리에 드는 데 다른 사람의 도움이 필요 없다.</p> <p><input type="checkbox"/>② 잠자리나 침대에서 일어나는 데 때때로 다른 사람의 도움이 필요하다.</p> <p><input type="checkbox"/>③ 잠자리나 침대에서 일어나는 데 항상 다른 사람의 도움이 필요하다.</p> <p><input type="checkbox"/>④ 자세를 바꾸거나 돌아앉는 데 항상 다른 사람의 도움이 필요하다.</p>
8-1. 옮겨 앉기	<p>▶ 침상을 벗어나 방안에서 스스로 이동할 수 있는지, 의자나 침대 등에 오르고 내릴 수 있는지 평가</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>도움 없이 침상을 벗어날 수 있으며, 방안에서의 이동이 자유롭다.</li> <li>기어서라도 도움 없이 침상을 벗어나 방안에서 이동할 수 있다.</li> <li>의자나 침대, 휠체어 등에 오르고 내리는 행동도 도움 없이 할 수 있다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>의자나 침대, 휠체어 등에 오르고 내릴 때만 도움을 받고 그 후의 이동은 자유롭다.</li> <li>다른 사람의 부축이 있어야 이동할 수 있다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>운동장애나 경직 등으로 앉을 수 없다.</li> <li>방안에서의 이동도 모든 부분에 필요하다.</li> </ul>
8-2. 옮겨 앉기	<p>▶ 침대(잠자리)나 의자에 얼마나 잘 옮겨 앉을 수 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/>① 침대(잠자리)나 의자에 옮겨 앉는 데 아무런 도움이 필요 없다.</p> <p><input type="checkbox"/>② 옆에서 도와줄 사람이 있어야하긴 하지만 침대나 의자에 옮겨 앉을 수 있다.</p> <p><input type="checkbox"/>③ 한 사람의 도움이 필요하다.</p> <p><input type="checkbox"/>④ 두 사람의 도움이나 보조 장비가 필요하다.</p>
9-1. 방밖으로 나가기 (집안 또는 시설내에서)	<p>▶ 집안 혹은 시설 안에서 스스로 이동이 가능한지를 보는 항목</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>도움 없이 스스로 이동할 수 있다.</li> <li>스스로 휠체어에 오르고 내릴 수 있고, 휠체어를 이용하여 이동할 수 있다.</li> </ul>

항목	문항
의 이동)	<ul style="list-style-type: none"> <li>보장구·보조구를 착용하여 스스로 이동할 수 있다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ② 부분 도움 <ul style="list-style-type: none"> <li>스스로 이동할 수 있으나 지켜보기가 필요하다.</li> <li>보장구·보조구를 착용하여 이동이 가능하나, 계단, 문턱 등을 이동할 때는 부분적으로 도움이 필요하다.</li> <li>휠체어에 앉혀주면, 휠체어를 이용하여 이동할 수 있다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ③ 완전 도움 <ul style="list-style-type: none"> <li>스스로 이동이 불가능 하다.</li> <li>의료상 필요로 이동을 금지하고 있다.</li> <li>보장구·보조구를 이용하지 못하고 꼭 다른 사람의 부축을 받아야만 이동할 수 있다.</li> </ul>
9-2. 걷기	<p>▶ 지팡이나 워커, 목발, 휠체어 등을 사용하지 않고 혼자서 얼마나 잘 걸을 수 있습니까? (※ 독립적으로 걸을 수 있다는 것은 집 근처의 짧은 거리를 걸을 수 있는 것을 말하며 계단을 오르는 것은 포함되지 않음)</p> <input type="checkbox"/> ① 걷는 데 아무런 도움도 필요 없다. <input type="checkbox"/> ② 지팡이, 워커(보행기), 목발을 사용하여 걷거나, 휠체어를 이용하여 이동할 수 있다. <input type="checkbox"/> ③ 걷는 데 한 사람의 도움이 필요하다. <input type="checkbox"/> ④ 걷는 데 두 사람의 도움이 필요하다. <input type="checkbox"/> ⑤ 전혀 걸을 수 없다.
10-1. 화장실 사용하기	<p>▶ 화장실까지 이동하여 변기 위에 앉아 일련의 행동 (하의 벗기 → 배설→ 닦고 옷입기) 을 마치고 뒤처리 (변기에 물을 내리는 동작, 휴대용 변기 등의 청소)하는 등의 행동을 평가</p> <input type="checkbox"/> ① 완전 자립 <ul style="list-style-type: none"> <li>도움 없이 혼자서 화장실에 가고 대소변을 본 후 닦고 옷을 입을 수 있다.</li> <li>휴대용 변기(요강 포함)을 사용하여도 변기를 혼자서 비울 수 있다.</li> <li>치매 대상자로 지시를 하면 도움 없이 혼자서 화장실에 가고 대소변을 본 후 닦고 옷을 입을 수 있다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ② 부분 도움 <ul style="list-style-type: none"> <li>화장실에 가거나 변기 위에 앉는 동작, 대소변 후에 닦는 동작, 대소변 후에 옷을 입는 동작, 휴대용 변기를 비우는 동작 중 한 가지 이상의 행위에 도움이 필요하다.</li> <li>지켜보기가 필요하다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ③ 완전 도움 <ul style="list-style-type: none"> <li>도움을 받아도 화장실에 가지 못하거나 휴대용 변기도 사용하지 못한다.</li> </ul>

항목	문항
	<ul style="list-style-type: none"> <li>화장실을 가더라도 모든 부분에 도움이 필요하다.</li> </ul>
10-2. 용변	<p>▶ 화장실 이용은 얼마나 잘 할 수 있습니까?</p> <p><input type="checkbox"/>① 옷을 내리고 올리는 것을 포함하여 다른 사람의 도움 없이 화장실을 이용할 수 있다.</p> <p><input type="checkbox"/>② 변기에 앉고 일어서는 데 다른 사람의 도움이 필요하나, 배변을 보는 데에는 다른 사람의 도움이 필요 없다.</p> <p><input type="checkbox"/>③ 배변을 보는 데 다른 사람의 도움이 필요하다.</p>
11. 대변 조절하기	<p>▶ 대변을 스스로 참거나 조절하는지 평가</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>대변을 스스로 가릴 수 있다.</li> <li>화장실 이용을 못하더라도 변의를 느껴 침대위에서 이동용 변기에 대변을 볼 수 있다.</li> <li>인공항문을 하고 있지만 스스로 관리 할 수 있다.</li> <li>변비가 있어 주기적으로 관장을 직접 시행한다.</li> <li>변의가 없더라도 규칙적으로 배변을 시도하여 배변을 할 수 있다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>대변을 스스로 조절하고 있으나 주 1회 정도 실수를 한다.</li> <li>인공항문을 하고 있으며, 준비, 뒤처리 등 일부 도움이 필요하다.</li> <li>변실금이 가끔 있어 항상 성인용 기저귀를 사용하고 있다.</li> <li>변비가 있어 2주에 1~2회 정도 관장을 시행하고 있으며, 관장 액 삽입 시 도움이 필요하다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>③ 완전 도움</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>대변을 조절하지 못해 항상 성인용 기저귀를 사용한다.</li> <li>인공항문을 하고 있으며 준비, 뒤처리 등 모두 도움이 필요하다.</li> <li>변실금이 매일 있어 성인용 기저귀나 패드를 사용하고 있다.</li> <li>변비가 있어 규칙적으로 매번 관장을 시행하고 있으며, 관장 액 삽입 시 도움이 필요하다.</li> </ul>
12. 소변 조절하기	<p>▶ 소변을 스스로 참거나 조절하는지 평가</p> <p><input type="checkbox"/>① 완전 자립</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>소변을 지리거나 흘리지 않고 스스로 조절할 수 있다.</li> <li>인공요루(인공소변구멍)(Urostomy), 인공도뇨를 하고 있지만 스스로 관리할 수 있다.</li> <li>화장실을 가지 못하더라도 요의를 느껴 이동용 변기에 소변을 볼 수 있다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>② 부분 도움</p>

항목	문항
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 소변을 스스로 가리기도 하나 하루 1회 이상 실수를 한다.</li> <li>• 요실금이 가끔 있어 항상 성인용 기저귀나 패드를 사용한다.</li> <li>• 인공요루(인공소변구멍), 인공도뇨를 하고 있으며 관리하는데 일부 도움이 필요하다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ③ 완전 도움 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 소변조절이 불가능(요실금)하여 항상 성인용 기저귀를 착용하여야 한다.</li> <li>• 간호사나, 보호자가 정기적 도뇨를 시행하고 있다.</li> <li>• 요실금이 심해 항상 성인용 기저귀나 패드를 사용한다.</li> <li>• 인공요루(인공소변구멍), 인공도뇨를 하고 있으며 관리하는데 대부분 혹은 전적으로 도움이 필요하다.</li> </ul>

## ② 수단적 일상생활수행능력(IADL)

※ 장애인이 다음의 수단적 일상생활동작을 할 수 있는지 실제적인 능력을 파악하는 문항입니다. 응답자가 각각의 활동을 할 수 있는지 혹은 할 수 없는지를 분명히 말할 수 있도록 충분한 시간을 가지고 자세히 질문하세요.

● 어느 정도의 도움이나 조언 : 활동을 수행하는 동안 일부분에 타인으로부터 신체적 도움이 필요하거나, 본인 스스로 신체적으로 할 수는 있으나 때때로 활동을 상기시켜 주거나 지시를 제공하는 것을 의미함.

● 많은 도움과 지속적 조언 : 활동의 모든 부분에서 타인으로부터 신체적 도움이 필요하거나, 항시적으로 활동을 상기시켜 주거나 지시를 제공하는 것을 의미함.

항목	문항
1. 전화사용하기	<p>▶ 전화를 걸고 받는 일을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/> ① 아무런 도움이나 조언 없이 할 수 있다. (혼자서 전화번호를 찾고 전화를 걸 수 있다.)</p> <p><input type="checkbox"/> ② 어느 정도의 도움과 조언이 필요하다. (알고 있는 전화번호 몇 개만 걸 수 있다.)</p> <p><input type="checkbox"/> ③ 많은 도움과 지속적인 조언이 필요하다 (전화는 받을 수 있지만 걸지는 못한다.)</p> <p><input type="checkbox"/> ④ 전화를 걸지도 받지도 못한다.</p>
2. 물건사기	▶ 사고 싶은 물건을 사려고 상점에 갔을 때 다른 사람의 도움 없이 혼자서



항목	문항
(쇼핑)	<p>구입하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/>① 아무런 도움이나 조언 없이 할 수 있다. (혼자서 필요한 물건을 모두 구입한다.)</p> <p><input type="checkbox"/>② 어느 정도의 도움과 조언이 필요하다. (한두 가지 물건은 혼자서 구입할 수 있으나, 여러 가지 물건을 살 때는 다른 사람의 도움이 필요하다.)</p> <p><input type="checkbox"/>③ 많은 도움과 지속적인 조언이 필요하다. (어떠한 물건을 사든지 다른 사람이 동행해 주어야 한다.)</p> <p><input type="checkbox"/>④ 쇼핑을 전혀 할 수 없으며 다른 사람이 필요한 물건을 대신 사다주어야 한다.</p>
3. 식사준비	<p>▶ 식사준비(음식재료를 준비하고, 요리를 하고, 밥상 차리는 일)를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/>① 아무런 도움이나 조언 없이 할 수 있다. (혼자서 밥과 반찬을 하고 상을 차린다.)</p> <p><input type="checkbox"/>② 다른 사람의 도움이나 조언이 부분적으로 필요하다. (음식재료를 다른 사람이 준비해 주면 혼자 요리하고 차릴 수 있다든지, 밥은 혼자 할 수 있으나 반찬 만들기는 다른 사람의 도움을 받아야 한다든지, 반찬은 할 수 없지만 이미 요리된 음식을 데워먹을 수는 있는 경우)</p> <p><input type="checkbox"/>③ 식사 준비를 할 수 없어서 전적으로 다른 사람의 도움에 의존한다.</p>
4. 집안일	<p>▶ 간단한 집안청소나 정리정돈, 침구정리, 설거지 등을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/>① 아무런 도움이나 조언 없이 할 수 있다.</p> <p><input type="checkbox"/>② 어느 정도의 도움과 조언이 필요하다. (걸레질은 못해도 빗질은 할 수 있거나, 남의 도움을 받으면서 함께 설거지나 정리정돈을 할 수 있는 경우, 이불이나 가벼운 것은 개지만 무거운 것은 겹 수 없거나, 장롱에 올려놓지 못하는 경우)</p> <p><input type="checkbox"/>③ 많은 도움과 지속적인 조언이 필요하다.</p> <p><input type="checkbox"/>④ 전혀 할 수 없다.</p>
5. 빨래하기	<p>▶ 빨래(손으로 직접 하거나 세탁기를 이용하든 상관없이)를 다른 사람의 도움 없이 혼자서 하십니까?</p> <p><input type="checkbox"/>① 아무런 도움이나 조언 없이 할 수 있다.(세탁기를 이용해 빨래하는 경우도 해당)</p> <p><input type="checkbox"/>② 타인의 도움이나 조언이 부분적으로 필요하다. (큰 빨래는 못해도 속옷이나 양말 정도는 빨 수 있거나, 빨래는 하지만 널 수 없는 경우)</p> <p><input type="checkbox"/>③ 빨래를 할 수 없어서 전적으로 다른 사람의 도움에 의존한다.</p>
6. 약 챙겨 먹기	<p>▶ 약을 다른 사람의 도움 없이 혼자서 잘 챙겨 드십니까?</p> <p><input type="checkbox"/>① 아무런 도움이나 조언 없이 할 수 있다. (제 시간에 필요한 용량을 혼자 챙겨 먹을 수 있다.)</p>

항목	문항
	<input type="checkbox"/> ② 타인의 도움이나 조언이 부분적으로 필요하다. (필요한 양의 약을 먹을 수 있게 준비되어 있다면, 제 시간에 혼자 먹을 수 있다.) <input type="checkbox"/> ③ 약을 먹을 때마다 다른 사람이 항상 챙겨주어야 한다.
7. 금전관리	▶ 용돈이나 통장, 재산관리 같은 금전관리를 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? <input type="checkbox"/> ① 아무런 도움이나 조언 없이 할 수 있다. <input type="checkbox"/> ② 타인의 도움이나 조언이 부분적으로 필요하다. (용돈 정도의 금전관리는 할 수 있으나, 큰 돈 관리는 다른 사람의 도움을 받는다.) <input type="checkbox"/> ③ 금전관리를 할 수 없어서 전적으로 다른 사람의 도움에 의존한다.
8. 교통수단 이용하기	▶ 버스나 전철, 택시 혹은 승용차 등을 타고 외출할 때, 남의 도움 없이 혼자서 하십니까? 또는 직접 운전을 하고 다니십니까? <input type="checkbox"/> ① 아무런 도움이나 조언 없이 할 수 있다. (혼자서 모든 교통수단을 이용하거나 직접 차를 운전한다.) <input type="checkbox"/> ② 타인의 도움이나 조언이 때때로 필요하다. (버스나 전철을 이용할 때는 다른 사람의 도움을 받지만 택시나 승용차는 도움 없이 혼자서 이용할 수 있는 경우) <input type="checkbox"/> ③ 많은 도움과 지속적인 조언이 필요하다. (택시나 승용차를 이용할 때도 다른 사람의 도움을 받는다.) <input type="checkbox"/> ④ 다른 사람의 도움을 받아도 교통수단을 전혀 이용할 수 없거나, 남의 등에 업히거나 들것에 실려야만 교통수단을 이용할 수 있다.

### ③ 인지기능 영역

최근 한 달간의 상황을 종합하여 장애인이 보였던 증상에 √표 해 주십시오.

항 목	증상여부
1. 방금 전에 들었던 이야기나 일을 잊는다	▶ 단기 기억의 장애를 검사하는 항목 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 이전 식사에서 반찬이 무엇이었는지, 몇 시에 기상하였는지, 아침에 어떤 약을 복용하였는지 등을 물어 볼 수 있다.</li> <li>• 주위에 있는 물건 3개를 보여주고 보는 앞에서 물건들을 각기 보관했다가 5분 후 보관 장소를 2개 이상 기억하는지 알아본다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
2. 오늘이 몇 월 며칠인	▶ 시간에 대한 지남력을 검사하는 항목

항 목	증상여부
지 모른다	<ul style="list-style-type: none"> <li>대상자에게 오늘이 몇 월 며칠인지 조사자가 직접 물어본다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
3. 자신이 있는 장소를 알지 못한다	<p>▶ 장소에 대한 지남력을 검사하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>대상자에게 현재 있는 장소가 무엇을 하는 장소이며 대강의 위치가 어디인지 질문한다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
4. 자신의 나이나 생년월 일을 모른다	<p>▶ 장기기억을 검사하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>대상자에게 나이와 생년월일을 묻는다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
5. 지시를 이해하지 못한다	<p>▶ 지시내용에 대한 이해능력의 장애여부를 묻는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>대상자에게 “왼손을 머리 위에 얹고 눈을 감으세요”라고 지시하여 명령을 이해하고 따를 수 있는지 평가한다.</li> <li>볼펜을 대상자의 앞에 놓고 “볼펜을 집어서 저에게 주세요”라는 지시를 따라 행할 수 있는지 평가한다.</li> <li>종이를 한 장 주면서 “이 종이를 오른손으로 받아서 반으로 접어 저한테 주세요”라는 지시를 이해하고 행할 수 있는지 평가한다.</li> <li>신체기능이 떨어져 있는 대상자에게는 “눈을 두 번만 깜박여 보세요”, “이-(직접 시범을 보이며) 해 보세요”, “고개를 두 번 끄덕여 보세요”등 간단한 지시를 한 후 이해하고 행할 수 있는지 평가한다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
6. 주어진 상황에 대한 판단력이 떨어져 있다	<p>▶ 일정한 상황에서의 판단력에 대한 평가하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>대상자에게 일정한 상황을 설명하고 어떠한 행동을 할 것인가에 대해 듣는다.(2가지 이상의 상황을 질문한다)</li> </ul> <p>※ 질문의 유형</p> <p>가.“만일 집에서 불이 난 것을 처음으로 알게 되면 어떻게 하시겠습니까?”</p>

항 목	증상여부
	<p>- 답: “ 119에 신고한다”</p> <p>나.“만일 길에서 편지를 발견했는데 겹봉투에 주소가 써 있고 새 우표가 붙어 있다면 어떻게 하시겠습니까?”</p> <p>- 답: “우체통에 넣는다. ” 혹은 “우체국에 가져다 준다”</p> <p>다.“주민등록증을 길에서 주우면 어떻게 하시겠습니까?”</p> <p>- 답: “우체통에 넣는다.”</p> <p>라.“ 길 잃은 어린아이를 보면 어떻게 하시겠습니까?”</p> <p>- 답: “경찰서에 데려다 준다.”</p> <p>단, 지역에 따라 일상적으로 취하는 조치가 다른 경우에는 지역 특성에 따라 판단한다. 예) 불이 난 경우 소방서가 멀기 때문에 일상적으로 「이장」, 「면사무소」등에게 연락을 취하는 경우</p> <p><input type="checkbox"/>① 예</p> <p><input type="checkbox"/>② 아니오</p>
7. 의사소통이나 전달에 장애가 있다	<p>▶ 의사소통이나 전달장애 능력을 평가하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 대상자의 발음이 불분명하여 알아듣기 어렵다.</li> <li>• 적절한 단어를 찾는데 어려움을 느낀다.</li> <li>• 상대방의 말은 알아듣는 것 같으나 말로 표현하지는 못한다.</li> <li>• 말은 유창하게 하는 것 같으나 이치에 맞지 않거나 문법 등이 틀려 무슨 말을 하는지 알아듣기가 어렵다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>① 예</p> <p><input type="checkbox"/>② 아니오</p>

#### ④ 행동변화 영역

최근 한 달간의 상황을 종합하여 장애인이 보였던 증상에 √표 해 주십시오.

항 목	증상여부
1. 사람들이 무엇을 훔쳤다고 믿거나 자기를 해하려 한다고 잘못 믿고 있다	<p>▶ 망상을 검사하는 항목 (망상은 사실이 아니면서 아무리 설득을 하여도 변하지 않는 굳은 신념을 말함)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 사람들이 물건을 훔쳐간다.</li> <li>• 자신을 해치려 한다.</li> <li>• 가족을 다른 사람이라고 믿는다.</li> <li>• 가족들이 자신을 버리려고 한다.</li> <li>• 배우자가 바람을 피운다.</li> </ul>

항 목	증상여부
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 모르는 사람들이 자신의 집에 와있다.</li> <li>• 음식에 독이 들었다.</li> </ul> <p>등의 표현을 하는지 관찰하거나 알아본다.</p> <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
2. 헛것을 보거나 듣는다	<p>▶ 환각을 검사하는 항목(환각이란 아무런 외부의 자극이 없는데 무엇을 보거나 듣는 것을 말함)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 대상자가 환각을 표현하는지를 알아본다.</li> <li>• 환상이나 환청을 보거나 듣는 듯 한 행동(예를 들어 허공을 손으로 쫓는 행동)도 포함한다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
3. 슬퍼 보이거나 기분이 처져 있으며 때로 울 기도 한다	<p>▶ 우울증을 검사하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 대상자의 감정 상태에 대한 객관적인 관찰과 주관적인 호소, 동반하는 신체 증상으로 판단한다.</li> <li>• 외양상 기분이 슬프고 우울해 보이며 몸이 처지고 동작도 둔해 보인다. 본인 스스로 의욕이 없고 만사가 귀찮고 이렇게 살아서 무엇하나하는 비관적인 생각이 든다고 한다. 동시에 불면증을 수반하기도 하며 식욕이 떨어지고 여러 가지 신체 증상을 호소할 수도 한다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
4. 밤에 자다가 주위사람을 깨우거나 아침에 너무 일찍 일어난다. 낮에 지나치게 잠을 자고 밤에는 잠을 설 친다	<p>▶ 불면증을 검사하는 항목(야간 불면증이 며칠간 지속되거나 명확하게 밤낮이 바뀌는 현상)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 잠이 들기 어렵거나 수면 도중 자주 깨어나 잠을 이룰 수 없다.</li> <li>• 잠은 쉽게 들지만 새벽에 일찍 깬다.</li> <li>• 밤낮이 바뀌어 낮에는 잠을 자고 밤에는 잠을 자지 않는다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
5. 주위사람들이 도와주려 할 때 도와주는 것에 저항한다	<p>▶ 거부증을 검사하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 다음과 같은 행동이 있는지 알아본다.</li> </ul>

항 목	증상여부
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 뚜렷한 이유없이 옷을 입거나 세수나 목욕하는 행동을 도와 주려할 때 화를 내며 이를 거부한다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
6. 한군데 가만히 있지 못하고 서성거리거나 왔다갔다 하며 안절부절 못한다	<p>▶ 불안해하며 안절부절 못하고, 한군데 가만히 있지 못하고 서성거리는 증상이 있는지를 검사하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 대상자가 불안해하며, 서성거리는 증상이 있는지 관찰하거나 알아본다.</li> <li>• 때로 대상자는 손을 비비거나 이리 저리 왔다 갔다 하며 서성거리거나 담배를 연속 피우는 등의 행동을 보인다. 손이 떨리거나 식은땀을 흘릴 수 있다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
7. 길을 잃거나 헤맨 적이 있다. 외출하면 집이나 병원, 시설로 혼자 들어올 수 없다	<p>▶ 혼자 외출하면 목적지를 찾지 못하고 다시 돌아오지 못하며 길을 잃고 헤맨다</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 외출 시 목적지를 찾지 못하거나 다시 돌아오지 못해 보호자가 항상 동행해야 한다.</li> <li>• 예전에는 잘 이용하던 길을 잃어 버린다.</li> <li>• 거실이나 주방에서 나와서 방으로 돌아오지 못하는 경우도 포함한다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
8. 화를 내며 폭언이나 폭행을 하는 등 위협적인 행동을 한다	<p>▶ 공격성에 대해 평가하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 대상자가 맘에 들지 않으면 화를 내고 욕을 하며 폭언이나 폭행을 하는 등 위협적인 행동을 한다.</li> <li>• 폭언은 고함치기, 욕하기, 알아들을 수 없는 말을 반복하거나 무의미한 소음 등을 낸다.</li> <li>• 폭행은 신체적 폭력으로 치기, 물기, 차기, 꼬집기, 손으로 남을 때리기 등의 행위 등을 보인다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
9. 혼자 밖으로 나가려고 해서 눈을 땔 수가 없다	<p>▶ 혼자 밖에 나가고 싶어 하여 보호자가 눈을 떼지 못하는 경우를 말함</p>

항 목	증상여부
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 혼자 문을 열고 밖에 나가려고 하여 계속 감시해야 한다.</li> <li>• 환경상의 조건 (건물 내에서 모든 서비스를 이용하거나 주위가 훤히 보이는 베란다 등)으로 밖에 나가는 일이 없거나 걸을 수 없는 경우 등은 포함하지 않는다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
10. 물건이나 옷을 망가뜨리거나 부순다	<p>▶ 파괴적 행동을 평가하는 항목</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 옷을 찢거나 물건을 부수어서 망가뜨린다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
11. 의미 없는 행동을 반복하거나 부적절한 행동을 한다	<p>▶ 의미 없는 행동들을 반복하거나 부적절한 행동을 하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 대상자가 아무 이유 없이 습관적으로 침 뱉기, 보따리를 싼다가 풀기, 옷 입었다 벗기 서랍 열었다가 닫기, 수건을 접었다가 펴기와 같이 의미 없는 행동을 반복한다.</li> <li>• 또는 부적절한 곳에 물건을 두거나 숨긴다. 예를 들면 쓰레기통에 옷을 넣거나, 빈 접시를 전자레인지에 넣는 부적절한 행동을 한다.</li> </ul> <p>- 위의 행동에 대하여 가족이나 수발자가 계속 경계하고 감시하며 필요시에는 이를 저지해도 같은 행동이 반복된다.</p> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
12. 돈이나 물건을 장롱같이 찾기 어려운 곳에 감춘다	<p>▶ 돈이나 물건을 장롱같이 찾기 어려운 곳에 감추는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 본인의 소유인지 타인의 소유인지 인지하지 못하고 숨기는 경우도 포함한다.</li> <li>• 타인의 소유임을 명확히 인지하고 자신의 재산증식을 목적으로 숨기는 경우는 포함하지 않는다. 즉 도벽이 있어 의도적으로 숨기는 것은 포함하지 않는다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
13. 옷을 부적절하게 입는다	<p>▶ 여름에 겨울옷을 입는 등 계절에 맞지 않는 옷을 입거나 옷의 입는 순서를 바꾸어 입거나 옷의 앞뒤를 구별하지 못하는 경우</p>

항 목	증상여부
	<ul style="list-style-type: none"> <li>여름에 겨울옷을 입는 등 계절에 맞지 않는 옷을 입거나 속옷 바람으로 공공장소에 나가려 하는 등 장소에 적절치 않는 옷을 입는다.</li> <li>옷을 뒤집어 입거나 거꾸로 입는 경우, 속옷을 바깥으로 순서를 바꾸어 입는 경우를 포함한다.</li> <li>적절한 옷을 입는 과정 중에 단순히 신체기능상의 문제로 단추를 잘못 끼는 경우는 포함하지 않는다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
14. 대소변을 벽이나 옷에 바르는 등 불결한 행위를 한다	<p>▶ 대변이나 소변을 가지고 부적절한 행동을 하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>자신의 배설물이나 타인의 배설물을 주물럭거리거나 벽에 바르는 행위, 먹는 행위, 화장실 변기를 손으로 휘휘 젖는 행위 등이 이에 해당한다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오

##### ⑤ 간호 영역

최근 2주간의 상황을 종합하여 해당란에 ✓표 해 주십시오.

항 목	증상유무
1. 기관지(숨관) 절개관 간호	<p>▶ 기관(숨관) 절개관 주위를 깨끗이 하여 감염이 되지 않도록 하고 기관(숨관) 절개관이 폐쇄되지 않도록 하기 위하여 기관(숨관)절개관의 내관을 정기적으로 세척·소독하고 주위의 피부를 소독하고 고정 끈을 교환하는 것을 말함.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>기관(숨관)이 절개된 대상자에 대하여 내관의 교환, 관의 입구(개구부) 소독, 고정끈의 교환, 내관을 통한 가래흡인(빨기) 등의 처치가 제공되는지 여부를 파악한다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
2. 흡인(가래 빨아내기)	<p>▶ 구강, 비강 및 기도내 분비물을 카테터를 삽입해 제거하는 것을 말함.</p>



항 목	증상유무
	<ul style="list-style-type: none"> <li>카테터를 이용하여 기관(숨관)·절개관·구강·비강을 통하여 흡인기(suction)의 흡인작용(빨아내는 작용)에 의해 상기도 및 기관(숨관) 지내의 분비물 등을 체외로 배출시키는 행위의 여부를 파악한다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
3. 산소요법	<p>▶ 호흡기능을 유지하거나 호흡을 편안하게 할 수 있도록 하기 위해 간헐적 또는 지속적으로 산소를 제공하는 것</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>흉부팽창이 잘 안되는 대상자, 즉 흉부수술 대상자, 폐쇄성 폐질환 대상자, 만성호흡기 질환 등을 가진 대상자에게 필요시 간헐적 또는 지속적 산소요법이 제공되고 있는지 여부를 평가한다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
4. 욕창간호	<p>▶ 거동이 불편한 대상자의 경우 지속적인 압력을 받는 부위의 피부상태와 순환기능을 관찰하며, 욕창부위의 소독 및 건조, 분비물이나 대소변 배설 후 피부를 깨끗하고 청결하게 유지하도록 하는 것</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>욕창의 크기나 정도는 상관없다.</li> <li>보호자에 의한 욕창간호(욕창관리)도 포함한다.</li> <li>욕창이 있으나 아무런 처치도 받지 못한 경우도 포함 한다.</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
5. 경관영양(튜브급식)	<p>▶ 입으로 음식물을 섭취할 수 없는 환자에게 적절한 영양 및 투약을 하기 위하여 인공관을 위내로 삽입해 음식물이나 약물을 주입하는 것을 말함.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>위와 연결된 인공관을 통해 정기적으로 음식물이나 약물을 주입하고 있는 경우</li> </ul> <input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오
6. 암성통증간호	<p>▶ 기존에 의사로부터 암을 진단받았으며, 암 자체로 인해 발생하는 통증을 파악하기 위한 문항(다음 아래의 3가지 경우 중 한 가지라도 해당되면 포함함)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>급성 통증: 진단 과정이나 항암 치료 과정(수술 후, 항암화학요법, 방사선 치료)에서 발생하는 경우에 해당되며, 이로 인해 약으로 통</li> </ul>

항 목	증상유무
	<p>증을 조절하는 경우</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>만성 통증: 암으로 인한 통증이 3개월 이상 지속되는 경우이며, 이로 인해 약으로 통증을 조절하는 경우</li> <li>말기 통증: 급성 및 만성 통증의 특성을 다 나타내는데, 주로 말기 암 환자의 경우에 해당되며, 이로 인해 약으로 통증을 조절하는 경우</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
7. 도뇨관리	<p>▶ 소변배출, 약물주입, 방광세척 등을 위하여 요도를 통해 방광내로 카테터를 일시적으로 삽입하여 처치한 후 제거하거나 배뇨관을 장기간 유지시키는 방법이며, 감염이 되지 않도록 무균적으로 관리하는 것이 필요</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>필요에 따라 도뇨관(오줌줄)을 삽입하거나, 장기적으로 삽입하고 있거나 다른 구멍(개구부)을 통해 카테터를 삽입하여 소변을 배출하고 있는 상태</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
8. 장루간호 (인공 항문 간호)	<p>▶ 장관을 꺼내어 만든 인공적 개구부(구멍) 주위의 피부간호 및 유착이나 폐쇄를 방지하기 위한 분비물의 제거, 장내용물의 세척, 피부보호막과 주머니의 부착 및 제거, 분비물의 관찰 및 기록이 포함.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>장루(인공항문)가 있는지를 관찰한다. 장루(인공항문)를 통해 배변이 이루어지고 있는지 여부에 따라 판단한다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>
9. 복막투석	<p>▶ 말기 신부전 환자의 혈액 내 노폐물과 수분을 제거하기 위한 방법으로 복막 투석과 혈액 투석의 두 종류가 있음.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>복부에 복막투석을 위한 도관삽입부위가 있으며 일상적으로 복막투석을 하는 경우를 말한다.</li> </ul> <p><input type="checkbox"/>① 예 <input type="checkbox"/>② 아니오</p>

#### ⑥ 재활 영역

반드시 각 항목을 직접 장애인이 수행하도록 한 후 해당란에 √표 해 주십시오.

## ▶ 운동장애

운동장애 등에 의해 일상생활에 지장이 있는 경우 그 신체부위를 확인하는 항목이다. 운동장애란 신경 또는 근육조직의 손상, 질병 등에 의해 근육의 수의적인 운동능력이 저하 또는 소실한 상황을 말함.

## ▶ 【상지(팔)】



## 가. 운동 장애 없음

-앞은 자세 혹은 기립 자세에서 견관절을 90도 굴곡한 상태에서 10초간 유지할 수 있다.

## 나. 불완전 운동 장애

-상지(팔)가 움직이지, 90도까지 올리지 못하거나 10초간 유지할 수 없다.

## 다. 완전 운동 장애

-상지(팔)가 전혀 움직이지 않거나 혹은 꿈틀거리기는 하나 관절의 움직임이 없다.

-절단된 경우의 판단 기준

- 엄지가 완전히 절단된 경우는 한손가락의 절단만으로 완전운동장애로 기록
- 검지가 포함하여 두손가락이 완전히 절단된 경우 완전운동장애로 기록
- 한 손에서 세 손가락 이상이 완전히 절단된 경우 완전운동장애로 기록

항 목	운동장애 정도		
1. 우측상지	<input type="checkbox"/> ① 운동 장애 없음	<input type="checkbox"/> ② 불완전 운동 장애	<input type="checkbox"/> ③ 완전 운동 장애
2. 좌측상지	<input type="checkbox"/> ① 운동 장애 없음	<input type="checkbox"/> ② 불완전 운동 장애	<input type="checkbox"/> ③ 완전 운동 장애

## ▶ 운동장애

운동장애 등에 의해 일상생활에 지장이 있는 경우 그 신체부위를 확인하는 항목이다. 운동장애란 신경 또는 근육조직의 손상, 질병 등에 의해 근육의 수의적인 운동능력이 저하 또는 소실한 상황을 말함.

## ▶ 【하지(다리)】



가. 운동 장애 없음

-천정을 보고 누운 자세에서 다리를 30도 굴곡하고 5초간 유지할 수 있다.

나. 불완전 운동 장애

-하지(다리)가 움직이지, 30도까지 올리지 못하거나 5초간 유지할 수 없다.

다. 완전 운동 장애

-하지(다리)가 전혀 움직이지 않거나 혹은 꿈틀거리기는 하나 관절의 움직임이 없다.

-절단된 경우의 판단 기준

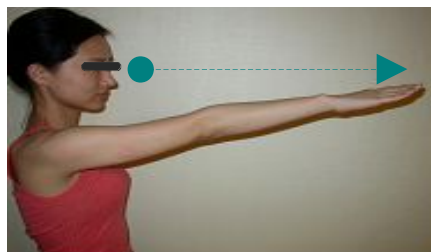
- 발목이상 절단된 경우 완전운동장애로 기록
- 발목 미만으로 절단된 경우 '운동장애 없음'으로 기록

항 목	운동장애 정도		
3. 우측하지	<input type="checkbox"/> ① 운동 장애 없음	<input type="checkbox"/> ② 불완전 운동 장애	<input type="checkbox"/> ③ 완전 운동 장애
4. 좌측하지	<input type="checkbox"/> ① 운동 장애 없음	<input type="checkbox"/> ② 불완전 운동 장애	<input type="checkbox"/> ③ 완전 운동 장애

#### ▶ 관절제한

사지의 관절이 움직이는 범위에 제한이 있어 조사대상자가 일상생활에 지장을 받는 경우 그 신체부위를 확인하는 방법. 대상자가 가능한 한 힘을 뺀 상태에서 수동적으로 관절을 움직였을 때 관절이 움직이는 범위가 현저하게 좁은 경우를 말함.

#### ▶ 【어깨관절】



- 앉은 자세 혹은 서 있는 자세에서 상지(팔)가 눈높이까지 올라 올 수 없거나 조사자가 힘을 주어야 눈높이까지 올라가면 관절제한이 있는 것으로 기록

항 목	관절제한 정도
5. 어깨관절	<input type="checkbox"/> ① 제한 없음 <input type="checkbox"/> ② 좌/우관절 제한 <input type="checkbox"/> ③ 양관절 제한

▶ 【 팔꿈치관절 】

- 팔꿈치가 완전히 펴지지 않거나 조사자가 힘을 주어야 펴진다면 관절제한이 있는 것으로 기록

항 목	관절제한 정도
6. 팔꿈치관절	<input type="checkbox"/> ① 제한 없음 <input type="checkbox"/> ② 좌/우 관절 제한 <input type="checkbox"/> ③ 양관절 제한

▶ 【 손목 및 수지관절 】

- 손목이 손등쪽으로 30도까지 올라가지 않거나 조사자가 힘을 주어야 한다면 관절제한이 있는 것으로 기록
- 한 손에서 3개 이상의 손가락이 구축이 있을 경우 관절의 제한이 있는 것으로 기록
- 엄지는 한 손가락의 제한만으로도 제한이 있는 것으로 기록
- 검지가 포함되면 두 손가락만으로도 제한이 있는 것으로 기록



항 목	관절제한 정도
7. 손목 및 수지관절	<input type="checkbox"/> ① 제한 없음 <input type="checkbox"/> ② 좌/우 관절제한 <input type="checkbox"/> ③ 양관절 제한

▶ 【 고관절(엉덩이관절) 】

- 그림 1(오른쪽 엉덩이 관절에 제한이 없는 경우)
- 그림 2(오른쪽 엉덩이 관절에 제한이 있는 경우)
- 그림 3(왼쪽 엉덩이 관절에 제한이 없는 경우)
- 그림 4(왼쪽 엉덩이 관절에 제한이 있는 경우)



그림1

그림2

그림3

그림4

• 검사하고자 하는 다리의 반대쪽 다리를 가슴에 붙였을 때, 검사하고자 하는 다리의 무릎부터 넓적다리가 바닥에서 뜨면 제한이 있는 것으로 기록

• 천장을 보면서 바로 눕기 어려운 경우 옆으로 누운 자세에서 한쪽 손으로 엉덩이를 고정한다. 나머지 손으로 다리의 무게를 지탱한다. 다리를 몸통보다 뒤쪽으로 뺄 수 수 있어야 한다. 다리를 뒤쪽으로 뺄 수 없거나 조사자가 힘을 주어 당겨야 다리가 뒤쪽으로 빠진다면 제한이 있는 것으로 기록

항 목	관절제한 정도
8. 고관절	<input type="checkbox"/> ① 제한 없음 <input type="checkbox"/> ② 좌/우 관절 제한 <input type="checkbox"/> ③ 양관절 제한

▶ 【 무릎관절 】

- 의자에 앉아 있는 상태라면 그 상태에서 무릎을 90도 구부렸다 펼 수 있는가를 보면서 측정하고 그렇지 않으면 선 상태에 한 쪽 무릎씩 검사
- 무릎이 완전히 펴지지 않거나 조사자가 힘을 주어야 한다면 제한이 있는 것으로 기록
- 90도까지 굴곡이 되지 않거나 조사자가 힘을 주어야 하면 제한이 있는 것으로 기록

항 목	관절제한 정도
9. 무릎관절	<input type="checkbox"/> ① 제한 없음 <input type="checkbox"/> ② 좌/우 관절 제한 <input type="checkbox"/> ③ 양관절 제한

▶ 【 발목관절 】

- 발바닥과 다리가 수직이 되도록 발목을 움직일 수 없거나 조사자가 힘을 주어야한다면 제한이 있는 것으로 기록



항 목	관절제한 정도
10. 발목관절	<input type="checkbox"/> ① 제한 없음 <input type="checkbox"/> ② 좌/우 관절 제한 <input type="checkbox"/> ③ 양관절 제한

## 7 추가 항목

※ 장애인의 휠체어타기, 시·청각기능, 인지기능, 정신기능 상태에 대한 정보를 종합하여 다음의 해당란에 √표 해 주십시오.

항목	문항
1. 휠체어타기	<input type="checkbox"/> ① 휠체어를 사용하지 않으며 휠체어와 관련한 어떤 도움도 받지 않는다. <input type="checkbox"/> ② 출입구, 승강기, 경사로 등의 진출입과 제동 걸고 풀기를 위해서는 다른 사람의 도움 이 필요하다. 혹은 전동휠체어를 이용한다. <input type="checkbox"/> ③ 휠체어와 관련하여 전적으로 다른 사람의 도움이 필요하다.
2. 듣기	<input type="checkbox"/> ① 청각에 손상이 없다. <input type="checkbox"/> ② 대화하는 데 어려움이 있다. <input type="checkbox"/> ③ 매우 큰 소리만을 들을 수 있다. <input type="checkbox"/> ④ 청력이 거의 없다.
3. 보기	<input type="checkbox"/> ① 시각에 손상이 없다. <input type="checkbox"/> ② 유인물을 보는 데 어려움이 있다. <input type="checkbox"/> ③ 사물을 분간하는 데 어려움이 있다. <input type="checkbox"/> ④ 시력이 거의 없다.
4. 지각	<input type="checkbox"/> ① 지각에 전혀 문제가 없다. <input type="checkbox"/> ② 약간씩 망각한다. <input type="checkbox"/> ③ 부분적으로 혹은 때때로 지각이 없다. <input type="checkbox"/> ④ 전혀 지각이 없다(시간, 장소, 주위사람 등을 전혀 모른다). <input type="checkbox"/> ⑤ 혼수상태이다.  ※ 지각이란 현 상황에서 시간, 장소, 사람 등에 대한 개인의 인식을 말한다.
5. 행동	<input type="checkbox"/> ① 행동에 어떠한 개입도 요구되지 않는다. <input type="checkbox"/> ② 종종 불안하고 민감하고 무기력해져 주의가 필요하다. <input type="checkbox"/> ③ 환각이나 배회, 망각 등의 상태가 있다.



## II. 욕구 조사

### 1 일상생활부문

현재 일상생활을 하는데 있어 어떠한 도움을 받고 계십니까?

(※ 해당되는 도움 내용에 모두 ✓ 표시)

1-1. 도움 내용	1-2. 도움여부	1-3. 주로 도와주는 사람*	1-4. 도움 충분도	1-5. 도움횟수	1-6. 도움시간	1-7. 지불비용
<input type="checkbox"/> ① 목욕	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(        )번 기 타: _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	(        )회/주	(        )시간/회	(        )만원/월
<input type="checkbox"/> ② 목욕 외 일상생활 (신체수발)지원	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(        )번 기 타: _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	(        )회/주	(        )시간/회	(        )만원/월
<input type="checkbox"/> ③ 가사활동지원 (집안일 및 식사 준비)	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(        )번 기 타: _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	(        )회/주	(        )시간/회	(        )만원/월

<보기>

주로 도와주는 사람*			
① 배우자	② 부모	③ 자녀(며느리, 사위 포함)	④ 형제·자매
⑤ 조부모	⑥ 손자녀	⑦ 친인척	⑧ 친구
⑨ 이웃	⑩ 유료 가정봉사원/간병인 /활동보조인	⑪ 무료 가정봉사원/간병인 /활동보조인	⑫ 자원봉사자
⑬ 기타			

※ 보기 중에서 주로 도와주는 사람\*을 하나씩만 선택하여 해당되는 번호를 기입해 주십시오.

## 2 사회활동부문

현재 사회활동을 하는데 있어 어떠한 도움을 받고 계십니까? (\* 해당되는 도움 내용에 모두 √ 표시)

1-1. 도움 내용	1-2 도움 여부	1-3. 주로 도와주는 사람*	14 도움 충분도	15 도움 횟수	16 도움 시간	1-7. 지불비용
<input type="checkbox"/> ① 의사소통 (수화통역, 듣기, 쓰기, 전화사용 등)	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	( )번 기타: _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월
<input type="checkbox"/> ② 병원, 약국 가기	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	( )번 기타: _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월
<input type="checkbox"/> ③ 쇼핑하기	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	( )번 기타: _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월
<input type="checkbox"/> ④ 산책하기	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	( )번 기타: _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월
<input type="checkbox"/> ⑤ 친구·이웃 방문	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	( )번 기타: _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월
<input type="checkbox"/> ⑥ 지역사회 시설 이용하기	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	( )번 기타: _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월
<input type="checkbox"/> ⑦ 종교활동	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	( )번 기타: _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월
<input type="checkbox"/> ⑧ 문화·스포츠·여가 활동	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	( )번 기타: _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월

현재 사회활동을 하는데 있어 어떠한 도움을 받고 계십니까? (※ 해당되는 도움 내용에 모두 √ 표시)

1-1. 도움 내용		1-2. 도움 여부	1-3. 주로 도와주는 사람*	1-4. 도움 충분도	1-5. 도움 횟수	1-6. 도움 시간	1-7. 지불비용
<input type="checkbox"/> ⑨ 여행하기		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	( )번 기타. _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/년	( )시간/회	( )만원/월
학 교 생 활	<input type="checkbox"/> ⑩ 학습	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 <input type="checkbox"/> ③ 비해당	( )번 기타. _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월
	<input type="checkbox"/> ⑪ 통학	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 <input type="checkbox"/> ③ 비해당	( )번 기타. _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월
취 업  및  직 장 생 활	<input type="checkbox"/> ⑫ 구직 활동	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 <input type="checkbox"/> ③ 비해당	( )번 기타. _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월
	<input type="checkbox"/> ⑬ 통근	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 <input type="checkbox"/> ③ 비해당	( )번 기타. _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월
	<input type="checkbox"/> ⑭ 업무	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오 <input type="checkbox"/> ③ 비해당	( )번 기타. _____	<input type="checkbox"/> ① 매우 충분 <input type="checkbox"/> ② 충분한편 <input type="checkbox"/> ③ 부족한 편 <input type="checkbox"/> ④ 매우 부족	( )회/주	( )시간/회	( )만원/월

〈보기〉

주로 도와주는 사람*			
① 배우자	② 부모	③ 자녀(며느리, 사위 포함)	④ 형제·자매
⑤ 조부모	⑥ 손자녀	⑦ 친인척	⑧ 친구
⑨ 이웃	⑩ 유료 가정봉사원/간병 인/활동보조인	⑪ 무료 가정봉사원/간병 인/활동보조인	⑫ 자원봉사자
⑬ 기타			

※ 보기 중에서 주로 도와주는 사람\*을 하나씩만 선택하여 해당되는 번호를 기입해 주십시오.

## ③ 장기요양서비스 이용의향부문

앞으로 어떠한 장기요양서비스를 받고 싶으십니까?(※ 해당되는 분야에 모두 √ 표시 하시오)

1-1. 서비스 이용 분야		1-2. 이용희망 여부	13 이용 희망횟수	14 이용 희망시간
<input type="checkbox"/> ① 목욕		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ② 목욕 외 일상생활 (신체수발)지원		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ③ 가사활동지원 (집안일 및 식사준비)		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ④ 의사소통(수화통역,듣기,쓰기,전화사용 등)		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ⑤ 병원·약국 가기		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ⑥ 쇼핑하기		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ⑦ 산책하기		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ⑧ 친구·이웃방문		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ⑨ 지역사회시설이용하기		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ⑩ 종교활동		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ⑪ 문화·스포츠·여가활동		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ⑫ 여행하기		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/년	(   )시간/회
학교생활	<input type="checkbox"/> ⑬ 학습	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
	<input type="checkbox"/> ⑭ 통학	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
취업 및 직장생활	<input type="checkbox"/> ⑮ 구직활동	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
	<input type="checkbox"/> ⑯ 통근	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
	<input type="checkbox"/> ⑰ 업무	<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ⑱ 간병서비스		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ⑲ 간호서비스		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회
<input type="checkbox"/> ⑳ 기타(예 구강위생, 물리치료 등)		<input type="checkbox"/> ① 예 <input type="checkbox"/> ② 아니오	(   )회/주	(   )시간/회

### Ⅲ. 재활보조기구 소지 및 필요 여부

현재 소지하고 있거나, 소지하지 않지만 필요한 재활보조기구는 어떤 것입니까?  
(※ 소지 및 필요한 재활보조기구에 모두 √ 표시)

구분	재활보조기구 종류	소지 여부	필요 여부
지체 및 뇌병변	01) 상지의지		
	02) 하지의지		
	03) 척추보조기		
	04) 상지보조기		
	05) 하지보조기		
	06) 정형외과용 구두		
	07) 지팡이		
	08) 목발		
	09) 보행기		
	10) 자세보조기구		
	11) 전동휠체어		
	12) 수동휠체어		
	13) 전동스쿠터		
	14) 전동침대		
시각	01) 안경(콘택트렌즈)		
	02) 저시력보조기		
	03) 시각장애인용 흰지팡이		
	04) 의안		
	05) 스크린 리더		
	06) 화면확대기		
	07) 휴대용점자정보단말기		
	08) 음성 손목/탁상시계		
	09) 시각장애인용 안내견		
청각	01) 보청기		
	02) 화상전화기		
	03) 골도전화기		
	04) 문자전화기		
	05) 문자송수신기		
	06) 음성증폭기		
	07) 인공와우		
	08) TV 자막수신기		
언어	01) 인공후두(성대)		
신장	01) 복막투석기구		
호흡기	01) 산소호흡기		
안면	01) 압력옷		
장루· 요루	01) 장루주머니		
	02) 피부보호판		
기타	01) 욕창방지용매트		
	02) 기저귀매트		
	03) 목욕용 의자		
	04) 기타( )		

#### IV. 총평

<input type="checkbox"/> 외견상 나타나는 모습 기술	예) 하반신은 전혀 움직일 수 없으나, 팔은 비교적 자유롭게 움직일 수 있음 등
<input type="checkbox"/> 현 활동보조서비스 이용에 대한 기술	예) 주로 출근시간 준비를 위한 서비스 이용
<input type="checkbox"/> 장기요양서비스 이용에 대한 기술 (간병, 간호서비스 이용 등)	예) 장기요양서비스 중 욕창관리 서비스 주기적 필요
<input type="checkbox"/> 기타의견	

〈부록 6〉 장애인타임스터디 조사표

시설종류		시설번호		직명번호		직원번호		
시설명				직책		성명		

1 분 타 임 스 터 디

보 건 복 지 가 족 부  
한 국 보 건 사 회 연 구 원

## 2008년 시설 및 재가 타임스터디 서비스 분류

### 1. 신체수발서비스

중분류	소분류
01. 개인위생	세면도움, 구강관리, 몸 청결, 머리감기, 몸단장
02. 옷 갈아입기	옷 갈아입기(양말/구두포함)
03. 목욕	입욕 준비, 입욕시 이동, 몸 씻기, 기계조작, 욕실정리 및 기타
04. 배설	이동보조, 배뇨 도움, 배변 도움, 기저귀 및 기타
05. 식사·영양	상차리기, 식사보조, (아침·점심·저녁, 간식 포함), 음료수, 경관 영양, 구토, 기타
06. 체위변경	체위 변경, 일어나 앉기, 기타
07. 이동	이동도움( 옮겨 타기), 이동도움(시설 및 실내)
08. 신체기능의 유지·증진(운동 및 일상생활을 위한 훈련 보조)	훈련 등의 보조, 기타
09. 문제행동	문제행동에 대한 대처
10. 의사소통	의사소통 도움, 산책, 조언 및 지도
11. 침구·린넨	침구·린넨 교환
12. 환경관리	집안, 침실 및 병실 내, 기타
13. 이용자의 물품관리	물품관리, 금전관리 및 기타
14. 세탁 및 세척	세탁, 기타
15. 가사지원	요리/식사준비, 기타
16. 외출동행	외출 동행하기, 이동업무지원
17. 기타	간병기록, 환자 모니터링, 이동, 지켜보기, 준비 및 물품정리
18. 관찰 및 측정	활력증후, 신장체중, 섭취 및 배설량, 기타
19. 간호계획 및 순회	신체기능평가, 통증사정, 순회, 기타
20. 투약 및 주사	경구약, 주사, 기타 투약, 약품관리
21. 감염 및 예방	예방 카운슬링, 처치, 기타
22. 치료 및 처치	호흡기 간호, 피부간호, 영양 간호, 온·냉요법, 배설간호, 기타 처치



**2. 전문간호 및 처치서비스**

중분류	소분류
23. 검사	검사
24. 협조 및 자문	진료협조, 관련기관 의뢰
25. 응급상황대처	응급처치, 특수처치
26. 사후처치	사후처치, 기타
27. 간호기록	간호기록
<p>*점안제(點眼劑): 눈에 직접 한 방울씩 떨어뜨려 사용하는 안약</p> <p>*점비제(點鼻劑): 비강(鼻腔) 속 질환을 치료하는 데에 쓰는 약. 비강에 약물을 직접 한 방울씩 떨어뜨리거나 분무하는 방법임.</p> <p>*약욕(藥浴): 약물에 목욕함.</p> <p>*중심정맥영양(中心靜脈營養): 소화관을 거치지 아니하고 영양물을 직접 정맥 안으로 주입하는 방법으로 높은 삼투압의 용액을 주입할 때 혈전이 생길 우려를 막기 위하여 도관(導管)의 끝을 중심 정맥 가까이에 놓아 주입된 액이 피로 희석되도록 하는 방법임. 소화기의 수술 뒤나 심한 저영양일 때 행함.</p> <p>*장루간호: 직장이나 대장, 소장 등의 질병으로 인해 대변 배설에 어려움이 있을 때 복벽을 통해 체외로 대변을 배설시키기 위하여 만든 구멍을 장루라고 함. 장루에는 항문의 괄약근과 같은 조절능력이 없어 대변이 수시로 배출되므로 부착물을 이용하여 관리함.</p>	

**3. 기능평가 및 훈련 서비스**

중분류	소분류
28. 기능훈련을 위한 이동 및 지켜보기	이동, 지켜보기
29. 신체적 평가	관절운동범위, 근력, 균형, 기타
30. 신체기능의 훈련	훈련, 기타
31. 기본동작	기본동작 운동, 설명 및 시범, 기본동작 평가, 기본동작 운동
32. 일상생활동작	평가, 일상생활동작 설명 및 시범, 일상생활동작운동
33. 물리치료	재활치료실에서의 견인, 온열치료, 전기치료, 수치료, 기타
34. 인지 및 정신기능	고위 기능 평가, 고위 기능 훈련, 기타
35. 언어치료	평가, 운동, 기타
36. 작업치료	작업치료 측면, 기능, 놀이, 목공·수공예 등, 도구적 일상생활수행동작훈련, 직업훈련, 기타
37. 기타 재활 관련	기타 서비스, 기타
38. 재활기록	재활기록

\*연하운동: 입속에 있는 음식물을 삼키는 동작

\*수치료법(水治療法): 물의 세기나 온도에 의한 자극 따위를 이용하여 질병을 치료하는 물리 요법, 냉수마찰, 냉수욕, 온천 요법, 증기욕 따위가 있음.

#### 4. 복지지원서비스

중분류	소분류
39. 상담	전화상담, 가정방문상담, 가족면담 및 상담, 수시면담, 사회복지사 기록
40. 교육	교육준비, 가족/어르신 교육, 직원교육, 실습생교육, 자원봉사자교육, 기타 교육
41. 프로그램	레크리에이션, 운동, 종교활동 등, 기타
42. 행사·활동	행사 활동, 환경미화, 기타
43. 사례관리회의	사례회의, 각종회의, 기타
44. 서비스 연계	사회복지 기관연계, 공공기관 연계, 기타 기관연계
45. 기록 및 정리	기타기록, 정리
46. 입퇴원, 등록	수속, 기타
47. 자원봉사관리	자원봉사자, 모집, 자원봉사자 관리, 활동, 기타
48. 출장업무	방문간호사, 가정봉사원, 차량지원서비스
49. 기타 행정서비스	식사·휴식, 직원간 연락, 외부·타기관과의 연락, 비용정산 및 수납, 사무관리, 설비·기기의 보수
50. 기타서비스	기타

#### 현지조사시 업무보고 및 비상 연락

현지조사가 진행되는 동안 당 연구진은 지속적으로 조사지도 및 감독을 할 것입니다. 그러나 현지 조사하는 과정에서 연구진에게 긴급히 연락하고자 하는 사항이 있으면 아래 연락처로 연락하십시오.

한국보건사회연구원 복지서비스연구실

이 송 회 02 - 380 - 8161



**07 : 00**

시설종류		시설번호		직명번호		직원번호	

### 서비스 실태 조사 (1분 타임스터디)

[illegible]



## 〈부록 7〉 장애인 장기요양 관련 시설 및 재가 타임스터디 서비스 코드표

## □ 활동보조서비스 유형별 분류

구분	서비스 내용		추가 서비스 내용
현 활동보조 서비스 내용	1. 신변처리 지원	목욕, 대소변, 옷갈아입기, 세면, 식사보조 등	체위변경, 옮겨타기
	2. 가사지원	쇼핑, 청소, 식사 준비, 양육 보조 등	세탁
	3. 일상생활 지원	금전관리, 시간관리, 일정관리 등	(일상활동 및 사회참여 지원)
	4. 커뮤니케이션 보조	낭독보조, 대필 보조 등	
	5. 이동의 보조	안내도우미·대리운전지원(시각장애인), 학교 등·하교 지원, 직장 출·퇴근 지원, 야외·문화활동 지원 등	외출이동
기타	6. 복지지원 서비스		
	7. (방문요양 간병)		
	8. (방문간호)	(방문재활, 방문간호)	

「2008 장애인 활동보조지원사업안내 : 서비스 내용 부분 참조」

1. 신변처리 지원				
중분류	소분류	코드	서비스 내용	서비스 세부 내용 (예시)
목욕	03. 목욕	입욕 준비	0301 욕실 준비(더운물 준비, 목욕용품 준비 등)/이동수단 준비	욕실, 욕조, 간이욕조 준비, 목욕용 스트레처, 휠체어 등 준비
			0302 욕조, 리프트로 이동보조(목욕을 위한 이동보조)	
			0303 옷 벗기고 입히기 도움	(목욕 전 보조기 벗기기)
	03. 목욕	0304	입욕시 이동 (욕실 내 이동, 옮겨타기 체위변경 제외)	휠체어, 환자운반카부터 욕조 내 리프트로/욕조 내 리프트에서 휠체어, 환자운반카로 옮겨 타기
		0305	욕조 밖(안)에서 욕조 안(밖)으로 이동 도움	욕조로의 출입의 이동, 욕실 내 이동 도움
		0306	몸 씻기 일부 도움	몸 닦아주기
		0307	몸 씻기 전체 도움	
		0308	기계조작	리프트 조작
		0309	목욕 종료 후 욕실 청소/사용용품의 정리	(샤워 후 소등 지시)
		0310	기타 목욕관련 서비스	
대소변	04. 배설	이동보조	0400 일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			0401 화장실까지 이동보조(이동식 변기 포함)	
			0402 휠체어에서 변기로 이동 도움/변기에서 휠체어	화장실, 휴대용변기로 앉히기

		배뇨 도움		어로 이동 도움	위한 유도, 설명, 도움, 배설시 몸을 지탱하기 위한 유도, 지켜보기, 배설시 옮겨 타기
			0403	배뇨 동작 도움(옷 벗고 입는 것, 수압배뇨 등 포함)/지켜보기	휴지 등 준비, 설명, 도움
			0404	배뇨 후 정리(땀아주기, 뒤처리: 물수건, 기저귀로 닦아줌, 정리)	음부세척
		배변 도움	0405	소변통 (이동식변기포함) 정리 및 배뇨량 체크하기	
			0406	배변 동작 도움(옷 입고 벗는 것/복부 마사지 포함)/지켜보기	
			0407	배변의 정리 (물내려주기, 닦아주기, 뒤처리)	
		기저귀 및 기타	0408	이동식 변기 정리 및 배변량 체크하기	
			0409	기저귀교환준비작업(장갑 끼기, 물·대야준비, 손소독, 장갑소독)	(기저귀 교환위한 옷 벗기고 입히기)
			0410	기저귀 점검/기저귀 교환	기저귀카바 제거, 탈착 유도, 설명, 도움
		옷 갈아입기	0411	기타 배설 관련 서비스	소변받기, 주입용변기의 세척 및 소독, 기저귀카바 뒤처리, 체위변경 후 물품 뒤처리
			0200	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			0201	옷 갈아입기 지켜보기, 지도	옷 갈아입기 설명
			0202	옷 갈아입기 도움(양말, 구두포함)	속옷 갈아입기, 단추 지퍼 사용 도움
세면	01. 개인 위생	세면도움(얼굴씻기)(목욕시 제외)	0203	의복 준비(양말, 구두 포함) 및 의복 정리	옷갈아입기 위한 의복(양말, 신발 포함)준비, (더러운 옷/깨끗한 옷의 구분, 장소와 계절에 맞는 옷 선택하기)
			0204	기타 옷 갈아입기 관련 서비스	(청결, 수영 마친 후 샤워 탈의 도움)
		구강관리	0100	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	준비(수건, 세면기, 비누 준비)
			0101	세면장까지 이동보조(세면장까지 가는 모든 이동 모두 포함)	
			0102	세면 동작의 지도 및 지켜보기	유도, 설명
			0103	세면도움	닦아주기, 세면기 뒤처리
		구강관리	0104	구강청결 도움(가글, 양치질 등)	양치질위한 칫솔, 치약, 물컵, 세정제, 입안행구기 위한 가글 등 준비, 유도, 설명, 지켜보기, 세정후 뒤처리(입술 보습제 바르기 등)

			0105	틀니 손질	
			0119	양치지도교육, 이교정기 세척지도	
		몸 청결 (목욕, 배설시 제외)	0106	손발 닦기	손씻기
			0107	몸 청결 도움(물수건 이용)	준비(뜨거운 물, 비누, 수건 등), 설명, 지켜보기, 닦기 및 뒤처리, 말리기(드라이)
			0108	화음부세척	세정, 좌욕을 위한 세면기, 수건 준비, 뒤처리 등
		머리감기 (목욕시 제외)	0109	이동보조	(미용실서 머리감길 때 대상자 이동 보조)
			0110	머리감기 도움	샴푸, 드라이, 세면기 준비, 수발, 지켜보기, 세면기 뒤처리
		몸단장	0111	머리단장(준비·정리 포함)	빗질, 머리손질 위한 머리빗, 거울, 머리핀, 드라이기 준비, 지켜보기, 도움주기, 뒤처리
			0112	손·발톱 깎기(준비·정리 포함)	도움주기, 뒤처리
			0113	면도(준비·정리 포함)	면도기, 면도 후 로션 준비, 설명, 도움주기, 뒤처리
			0114	화장하기(준비·정리 포함)/로션 바르기 등	각종 화장품 준비, 설명, 도움주기, 지켜보기
			0115	기타 개인위생 관련 서비스	위생 점검, 귀청소 준비, 귀지 제거
		생리대 사용 (착용과 교체)	0116	생리대 준비	
			0117	생리 일자 확인, 생리대 착용과 교체 설명	
			0118	생리대 준비, 교체시 도움, 뒤처리	
		식사보조 (아침·점심·저녁, 간식 포함) 음료수	0500	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			0501	상차리기(더운물준비, 상차리기)	준비(식사, 수분섭취 위한 앞치마, 식기, 조리기구 준비 및 확인)
			0502	식사 중 지켜보기/ 삼키기 곤란 도움 (등 두드려주기 등)	식사유도, 설명, (수유 속도 및 수유 상황 확인)
			0503	식사 도움(식사하기 좋게 자르고 으갠)(떡여주기 포함)	입 주변 닦아주기, 입안에 음식물 남아있는지 확인, (간단한 요리 도움, 조미료 사용 도움)
			0504	식사량 및 칼로리 체크하기	수유 전 소화 상태 확인, 위잔여물 주사기로 확인 및 세척
			0505	음료수 준비/음료수 섭취 도움(마시기)	수분섭취 수발, 물 떠오기, 수유병 걸기, 물과 약 수유, 수분섭취 도움
			5005	식수의 보충	
		경관 영양간	0506	경관 영양 준비	



		호)	0507	경관 영양 실시	
			0508	경관 영양 정리	
		구토	0509	구토물 정리	
		기타	0510	기타 식사 및 영양 보조 관련 서비스	식사앞반이 착용, 수유 줄 빼기, 수유 병 데우기, 수유 줄 세척, 영양식(특별식) 지원, 식습관 개선 지원, 다과(차류, 과일 껌 등) 준비 및 지원
			0511	식판가져다주기	
체 위 변 경	06. 체위 변경 (욕실 내, 배설 시 체위 변경 제외)	체위 변경	0600	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	체위변경 위한 베게 등 각종 도구 준비
			0601	체위 변경 (뒤집기 등)도움	(눕기, 안기) 및 도움주기, 지켜보기, 각종 도구 정리(뒤처리),
		일어나 앉기	0602	몸을 일으키고 받쳐 줌/앉아있는 상태에서 눕히기 도움	생활인 F/S에 포함, 내림
		기타	0603	침대 조작(올리기/내리기), 사이드 바 올리고 내림 포함 등	매트 및 F/S 치우기, 정돈해서 깔기, 침대로 안아서 이동 후 자세 교정, 베게 꺼내줌
			0604	취침전 시계, 핸드폰 옆으로 대주기 도움	
움 겨 타 기	07. 이동 (욕실 내 이동 제외)	이동도움 (옮겨 타기: 욕실 내 배설 시 옮겨타기 제외)	0700	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	이동을 위한 보행기, 지팡이, 휠체어 등 준비
			0701	침대에서 휠체어로/휠체어에서 침대로 침대에서 환자 이동카로/환자 이동카에서 침대로	도움주기(안아 일으키기, 업기 유도 등), 지켜보기, 휠체어에서 마루, 의자, 침상으로 침상에서 휠체어로, 지켜보기, 유도 등
			0702	휠체어 준비 및 정리/휠체어에서 안전띠 묶기, 휠체어 발판 정리	옮겨타기 위한 의자,휠체어, 안정장치 부착, 생활인 양 손목 고정(트레이 위), 생활인 왼팔 프롤스탠더 함(재활 관련 서비스), S/C 벨트 먼지 제거, 다리벨트 착용,트레이 착용, 빼주기, 웻지 위에 다리를 올려놓고 고정
		이동도움 (시설 및 실내)	0703	보행 도움	
			0704	보행도구에 의한 이동 도움 (휠체어, 위커, 이동카 등 포함)	장비를 사용하여 움직이기, 지팡이 혹은 위커 사용시 도움
			0705	침대로 이동시킴	바닥에 자고 있는 생활인 침대에 눕음 그리고 침대에서 내려 매트에 눕음
	기타		0706	물건 운반하고 들어올리기 도움	
			0707	방, 교실로 이동하도록 지도	

			0708	이동 후 헤어집	(서비스 종료)
			5007	활동보조서비스 종료	
<b>2. 가사 지원</b>					
<b>중분류</b>	<b>소분류</b>	<b>코드</b>	<b>서비스 내용</b>		<b>서비스 세부 내용(예시)</b>
쇼 핑	13. 이용 자의 물품 관리	물품관리 (물품구입 포함)	1301	의복, 일용품 정리, 교체, 불필요 물품 정리, 라커 정돈	
			1302	일용품, 의복의 이름 붙이기	
			1303	의복 수선	
			1304	생활필수품 구입, 구매전달, 요금납부	이용자 부탁에 의한 물품구입 및 지원(쇼핑)
			5001	입소자 물품관리, 물품구입, 책대여 및 반납, 가져다 주기	
			1305	환자용 보조기구의 관리	
청 소	12. 환경 관리	집안	1200	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			1201	집안 청소 준비 및 정리정돈 (걸레 준비, 청 소기 준비 등)	방, 거실, 욕실, 찬장, 대청소, 개인수납장 정리 도움
			1202	빗자루질 하기/ 걸레질 하기/ 청소기 조작	
			1203	기타 청소 및 정리정돈	
	12. 환경 관리 ( 생 활 시 설 내 )	침실 및 병실 내	1204	침대 주위정리정돈	호출기 정비
			1205	환기, 온도조절, 냉난방, 창문 개폐, 가습기 등의 조정	입소자 방 환경정리, 선풍기 조정, 습도조절등
			1206	채광·방음 조정, 블라인드와 커튼 개폐, 전등 과 텔레비전 켜고 끄기	
			1207	침실 및 병실 내 청소, 침실 쓰레기 버리기, 쓰레기분류	
			1208	꽃꽂이, 화분 물 갈기·손질	
	11. 침구· 린넨	침구·린넨 교환	1209	기타 환경관리 관련 서비스	청소지도(자신의 책장, 가방 정리 하도록 지시), 역할분담 지도(화장실 청소, 신발장 정 리, 청소기 사용, 쓰레기 버리 기, 이불 정리 등), 개인 수납 장(옷장, 사물함 등)정리 지원
			1100	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			1101	침구 준비 정리	
			1102	침구, 린넨 교환	
	14. 세탁	세탁 (의류, 침구)	1103	기타 침구·린넨 관련 서비스	이불개기
			1400	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
세 탁	세탁	(의류, 침구)	1401	세탁물 모으기, 세탁실로 가져가기, 빨래감분	세탁물 수집, 운반

및 세척		신발 등		류 포함	
			1402	세탁기 준비, 조작, 손질	세탁기 사용법 지도
			1403	세탁물 손빨래하기/대걸레 빨기 포함	
			1404	(옥외에)세탁물 널기	
			1405	세탁물 개키기, 정리/걸기	
			1406	다림질하기	
			1407	세탁물 배포	
		기타	1408	사용 물품의 소독, 오줌통·변기·이동식 변기 소독	
			1409	기타 세탁 및 세척 관련 서비스	세탁물 찾기 등
			1410	세탁사용법 지도 및 교육	
식 사 준 비	15. 가사 지원	요리/식사준비	1500	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			1501	식재료 정리 및 준비(다듬기)	
			1502	주방정리(행주 등 빨기)/ 설거지	식사 뒷정리, 잔반처리지원, 주방용품(칼, 도마, 행주 등)소독 지원
			1503	보존식 및 밀반찬 요리하기	
			1504	냉장고 정리하기/식품 보존상태 및 유통기한 점검하기	
		기타	1505	도시락 및 밀반찬 배달하기	분식배달도움
			1506	기타 가사지원 서비스	전자제품(전자렌지, 전자포) 등 사용 지원, (컴퓨터, TV 등) 전원코드선 연결하기 도움, 열쇠사용, 문단속 하기, 보일러 사용, 음식물 쓰레기 버리기
양 육 보 조	15. 가사 지원	양육지원	1507	양육지원-아기돌보기, 지켜보기 도움	(여성)장애인 - 자녀 부모역할 지원
			1508	양육지원-아동이랑 놀기	(여성)장애인 - 자녀 학습 및 놀이 지원
3. 일상생활 지원					
중분류		소분류	코드	서비스 내용	서비스 세부 내용(예시)
일 상 생 활 지 원	금전 관 리	13. 이 용 자 의 물 품 관 리	1306	이용자의 용돈관리	가계부 정리, 공공요금 지불, 의료카드 관리 등
			1307	기타 물품관리 관련 서비스	
		기타	1308	이용자 물품 관리 교육 및 지도	
			36. 도 구 적 일 상 생 활 수 행 동 작 훈 련	3604	금전관리, 장보기 등
		09. 문 제	문 제 행 동 에 대 한 대 처	0900	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드

	행동 (행동 대처 지원)	(정신질환, 지 적장애 관련)	0901	문제 행동(배회, 불결행위, 폭력등)에 대응(설 명, 설득, 안심시키기, 관심 돌리기, 격리등)	문제행동에 대한 (예방적) 대 응, 배회, 불결행위, 물건부수 기, 거짓말 등 대응 훈련, 갖 은 감정 기록에 따른 지원, 과 대망상, 자해, 폭력, 도벽, 울 바르지 못한 성인식에 따른 지원 등
			1801	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
		활력증후	1802	활력증후 (혈압·체온·맥박·호흡) 측정	열체크, 호흡체크, 바이탈사인 체크
		신장체중	1803	신장·체중·홍위 측정	체중 측정
		섭취 및 배설량	1804	수분섭취량/배설량 측정	식사 섭취량, 수분량 체크, 칼 로리 계산
		기타	1900	기타 관찰 및 측정 관련 서비스	생활인 코피 유무 확인, (위 확인) 출혈 확인, 배뇨빈도, 양, 간격 확인, 검체채취, 메모 기입
		평가	3201	식사, 배설, 옷 갈아입기, 입욕, 몸단장, 조리 등 일상생활동작 평가	청결 등
		일상생활동작 설명 및 시범	3202	일상생활동작을 설명하고 시범보여줌	인사법(예절교육 포함) 교육시 킴, 와우기 이동경로 및 착용 여부 교육
		일상생활동작 운동	3203	일상생활동작 훈련시키고 보조함	
		기타	3204	기상준비(기상시킴) 및 확인	생활인 깨도록 라디오 켜
			3205	취침준비(취침시간 알림), 지도 및 확인, 수 면상태 점검	라디오 틀어주기, TV시청 준 비해주기, 살짝 깬 생활인 토 닥여 주기(취침유도),이불덮어 주기, 자세바르게 해줌 등, 생 활인 취침 중 깨서 울음 토닥 여 줌, (자리 점검) 각방 점검 및 점호, 잠자리 지도, 잘 자 도록 운동시킴, 잘 자도록 운 동 시킴
			3206	생활인 낮잠 재우기, 깨우기	
			3612	업무보조(컴퓨터)	
		기타(업무관 련)	3613	업무시 지켜봄, 도움	(기관장과 회의시 도움, 지켜 보기)
			3614	물품전달 도움(직무시)	
		36.작업 치료	3605	타이핑, 컴퓨터 사용 등	컴퓨터 끄고 켜기, 컴퓨터 작 업 보조, 사무실 업무 보조,

4. 커뮤니케이션 보조					
중분류		소분류	코드	서비스 내용	서비스 세부 내용(예시)
낭독 보조/ 대필 보조	10. 의사소통 (대화)	의사소통 도움	1000	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			1001	책 읽기, 편지 대독/성경 읽어주기 포함	낭독보조
			1002	편지 대필	대필보조, 쓰기 학습 도움
			1003	의사전달 대행(욕구, 호소하는 것 알리기)	전달, 구두, 비언어적, 수화로 전달받은 메시지로 의사소통, (가스 등 주문과 수선의뢰), 수화통역, 주문하기
			1004	일상회화, 말 걸기	인사, 일상대화하기, 만남 시작시 인사, (음성언어로 의사소통하기, 비음성언어로 의사소통 하기)
			5009	말동무 서비스	
			1005	전화 이용하기 도움	전화통화 지원, 공중전화 및 휴대폰 사용, 시외 전화 사용 도움, 전화 사용시 수첩 가져다 줌, 전화번호 찾아 읽어줌
			1006	물품조달 (신문, 편지, 잡지 등 배포)	
			1007	콜벨 대처 (이동이나 응답 포함)	
		산책	1008	산책준비(보장구 준비 등)	
			1009	산책동행	야외
			1010	산책 후 물품 정리	
		조언 및 지도	1011	격려, 위로, 카운슬링, 전화말벗 및 종교상담	심리적 지원, 불만호소 파악, 칭찬
			1012	식사, 복약, 요로감염, 욕창 예방 등 조언 및 지도	훈육
			1013	기타 의사소통 관련 서비스	허락, 외우기 착용여부 교육, 수화가트리기, 말소표 찍기, 점자 찍기
			4007	이용자 공지사항 및 교육 알림	(알림 식사 및 프로그램시간 전달을 위해 방송하기)
		기타	1014	심리적 지원 위한 안아주기	
34. 인지 및 정신기능 (교육)	기타	3403	기타 인지 및 정신기능 관련 서비스	TV에 나오는 단어, 문장 설명하고 이해시킴, 단어 설명하며 스펠링 외우도록 지시	
	비형식적 교육 지도(취미, 여가, 오락 등)	3404	도움, 시범, 지시, 훈련	독서지도, 공부하러 보냄, 자습준비 및 자습, 도서관에 접자 공부 확인, 주간학습계획서 작성 및 확인 체크, 여가생활 지원, 놀아주기, 동화 읽어주기	

		학교 교육 지도	3405	숙제도움, 학습지도 및 점검, 공부, 알림장 지도, 숫자연습	문자지도, 검정고시 등, 기말고사 예정표 확인, 영단어 암기지도
		기타	3406	피아노 쳐주기	
5. 이동의 보조					
중분류		소분류	코드	서비스 내용	서비스 세부 내용(예시)
16. 외출 동행 (사회 활동 지원)	외출 동행하기	1600	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드		
		1601	외출준비(외출물품 및 보장구 정리 포함)	라디오 켜, 출근 전 빠진 것 있나 확인 및 점검 도움	
		1602	외출 후 이용물품 정리		
		1603	근거리 이동 도움 및 동행(도보이동 보조하기)	(도보시) 횡단보도 이용, 신호등 지키기, 위험물 주의하기, 육교, 지하도 이용시 도움	
		1604	장거리 이동 도움 및 동행(교통수단 이용 보조하기)	교통수단 이용(문화관광, 스포츠, 병원, 관공서, 금융기관 등) 도움	
		1605			
	이동업무지원	1606	시장보기(생필품 등 구매)		
		1607	행정업무대행(동사무소 관련 업무, 생활시설 신청 등)		
		1608	은행업무대행		
		1609	기타 업무대행	프로그램, 행사, 특별모임 참석 시 사진 찍어주기, (이용자 운영 가게 문열기 도움)	
		1610	학교 등하교 지도, 보조	준비물 점검 및 귀가 준비	
		1611	직장 출퇴근 지도, 보조(직업활동 시)	직업활동 참여 지원, 장애인 작업장 이동 지원	
		1612	병의원 통원치료를 위한 이동 지도, 보조	진료예약 후 기다림	
		1613	기타(교통수단 이용하기, (대리)운전하기, 차량탑승 확인, 외출시 기다림)	지하철에서 기다림, 차량 탑승 및 탑승 확인, (수업시간까지 기다림, 대기, 장소도착)	
		1614	대중교통 이용 방법 지도, 교육, 엘리베이터 안전 지도	지하철 이용 방법(표 받기 등), 대중교통 이용 지원, (외출지도 및 교육)	
		5012	이용자 만남	약속장소 도착	
		1700	이용자 회의(편의시설 관련 논의)시 지켜보기, 기다림	이용자 민원 신청 후 같이 기다림	
6. 복지지원 서비스					
중분류		소분류	코드	서비스 내용	서비스 세부 내용(예시)
39. 상담	전화상담	3900	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드		
		3901	이용자 기초 자료 수집(전화상담, 내방상담)	생활인 부모님과 전화통화 교실로 잘 갔는지 확인 전화	

				생활인 관련 문자 및 전화 상담 아동에게 문자메시지 전송
	가정방문상담	3902	이용자 기초 자료 수집 및 이용자 거주 환경 사정(방문상담)	
	가족면담 및 상담	3903	시설내에서 가족 면담 및 상담	
	수시면담	3904	이용자 수시 면담 및 상담	
	사 회 복 지 사 기록	3905	사례기록, 입퇴원(소)기록, 입원·입소대장기 록, 프로그램기록, 일지점검	
	상담시 대기	3910	이용자 선생님과 상담시 기다림, 대기	
40. 교육	교육준비	4000	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
		4001	교육준비(교재 및 자료준비, 강사섭외, 장소 등)	
	가족/어르신 교육	4002	가족(수발자) 및 어르신 교육	
	직원교육	4003	신입직원 오리엔테이션, 원내 직원 보수교육 (연수 등 포함)	
	실습생교육	4004	원내·시설 내 학생교육	
	자원봉사자교육	4005	자원봉사자 오리엔테이션, 보수교육 등	케어 기술반 교재 읽음
	기타 교육	4006	기타 교육관련 서비스	생활자 보호 및 생활자 지도 를 위한 강의준비(PPT준비), 지역사회 주민 교육, 장애인식 개선 캠페인 및 교육
		4007	이용자 공지사항 및 교육 알림	=>(=1013으로)
41. 프로그램 (소그룹활동)	레크리에이션 , 운동, 종교활동 등	4100	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	프로그램실로 이동
		4101	프로그램 계획, 준비	프로그램 전 카세트 사용법 지도
		4102	프로그램 실행/예배(기도포함),체조(시범),노 래 부르기	동화 테이프 듣기 지도, 동화 노래 부르기 지도,외부 프로그 램 내용 대상자 선정하기,외부 프로그램에 참여할 대상자 전 달사항 전하기, 프로그램에서 숫자세기 지도
		4103	프로그램 정리, 평가	생활자들에게 전염병에 관해 전달하고 소감을 얘기하여 메 모하고 개별일지 기록
	기타	4104	기타 프로그램 관련 서비스	사진촬영, 물품 가져다 줌, 이 미용 서비스 프로그램 실시,사 진찍는 생활인 보조해주기(학

				교로 책가방 가지러 감)
42. 행사·활동	행사 활동	4201	행사 계획·준비	
		4202	행사실시, 생일잔치	
		4203	행사 정리	
		4204	홍보계획·자료 제작 및 배포, 인터넷 관리, 기타매체를 통한 홍보	
	환경미화	4205	각방·복도 장식, 전시물 진열	섬유린스 다른 생활실 줌
	기타	4206	기타 행사·활동 관련 서비스	
43. 사례관리 회의	사례회의	4300	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
		4301	공식적 케어에 관한 계획, 개별 케어 방침 등(판정회의)	
	각종회의	4302	비공식적으로 이용자(생활인)에 대한 케어 논의 등 각종회의각종 회의	이용자 보장구 관련 논의
	기타	4303	업무관련 논의, 지시, 연락(전화연락 포함)	
		4304	전화업무대화	
		4305	업무상대화(인수인계)	옆 생활실 교사에게 특이사항 전달, 타 시설로 가는 생활인 사무실에 인수인계, 간호사 선생님 (작업치료)선생님께 라운드 후 인수인계
		4306	협조, 자문 받음	다른 전문가 상담 및 협조(교사, 자원봉사자들과 면담), 작업치료 선생님 오셔서 식사 지도 도움, 간호사 선생님 오셔서 소아과 진료 신청 도움
		4307	선생님께 인계(생활인 인계)	프로그램 담당, 수업 교사, 치료사 등에게 이용자(생활인) 인계
44. 서비스 연계	사회복지 기관연계	4401	사회복지 기관 연계(후원 서비스 등)	
	공공기관 연계	4402	공공기관연계(구청, 소방소 긴급전화설치 의뢰 등)	
	기타 기관연계	4403	기타 연계 관련 서비스	(직업재활 관련 보호작업장, 사업주 교육)
45. 기록 및 정리	기타기록	4500	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
		4501	기타 기록관련서비스	일지작성, 간호, 수발기록 등, 재실 훈련 일지 작성, 기초 생리선 조사표 작성, 인계서 작성, 생활자 식이조사 내용 확인 및 기록, 통계 및 통계표 작성, 업무 일지 작성 및 프린트, 결재 받음, 출장 명령부 작성, 시간 관리, 일정관리, 일
		4505		



				기, 시설 내 과정기록지 등 개인 일상생활 관리
		5006	조사표 작성	
		4503	인수인계장 확인	
	정리	4502	입원차트·방사선 필름·전표류·파일 정리, 목록자명단 체크	
46. 입퇴소 및 (입원퇴원, 등록)	수속	4601	기관(병실) 시설안내, 동실자 및 이용자 소개	
	기타	4602	기타 입퇴소(입퇴원) 및 등록 관련 서비스	시설 입퇴소 및 준비, 출입자 체크
		5016	이용자(생활인) 병실입원 서비스 지원	
		4603	정보수집	생활전반에 대한 본인, 가족으로부터의 정보수집 등, 생활인 개인 파일 열람, 장애 기능 상태 조사 작성 및 확인
		4604	생활지도	생활에 대한 지도, 입소 오리엔테이션 등
		4605	외출증 받고 내어줌	
47. 자원봉사 관리	자원봉사자 모집	4700	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
		4701	자원봉사 모집 계획, 홍보 등	
		4702	자원봉사활동 문의에 대한 응대, 신청접수	
	자원봉사자 관리 활동	4703	자원봉사자 배치, 활동내용 점검	
		4704	간담회 및 송년모임 준비, 진행	
	기타	4705	기타 자원봉사 관련 서비스	공익
48. 출장업무	방문간호사 (가정 방문)	4800	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
		4801	업무상 이동(방문간호사의 환자 방문 및 재가서비스를 위한 방문)	
	가정봉사원	4802	업무상 이동(유급봉사자의 재가서비스를 위한 방문)	
	차량지원서비스	4803	이용자(생활인) 차량지원서비스	콜택시
		4804	병문안	
		4805	이용자(생활인)동행 없는 활동보조인, 생활복지사 출장	
		4806	차량하차 도움	
		4807	이용자 마중가기(테리러 가기)	
49. 기타 행정서비스	식사·휴식	4900	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
		4901	직원 자신의 식사, 휴식, 화장실 등/출퇴근시 행동, 손씻기	
	직원간 연락 외부·타기관 과의 연락	4902	전화, 외출, 업무와 관련된 연락전화	
		4903	의료, 행정담당자, 자원봉사자와의 연락·정보수집	
	비용정산 및 수납	4904	비용정산 및 수납업무, 영수증 정리(비용정산)	후원금 CMS이체 건 처리하기

	사무관리	4905	기타행정 및 사무도움, 기관 물품 구입 및 관리	가정통신문(알림장) 살펴보기, 전달장 점검	
		4906	후원관리, 손님접대 및 시설 견학		
		4907	사망 및 기관 이송시 행정처리		
	설비·기기의 보수	4908	시설 설비나 기기의 보수, 점검, 수리, 교환, 연락, (심전도 모니터, 인공호흡기, 휠체어, 침대 등 포함)	남,녀 화장실(복도) 점검 및 확인, 물내리기, 컴퓨터 작동이 잘 되지 않는다는 설명 들음, 컴퓨터 살펴봄, 작동이 잘 되도록 손 봐줌, 다시 해보도록 설명함,와우기 충전기 교체 및 착용, 의료기기 점검	
		5004	보장구 등 복지기기 지원	필요한 보장구 신청 지원, 보장구 구입, 사용, 수리 및 정보지원 등	
		4909	물품이송		
	컴퓨터 활용	4910	인터넷 검색 및 업무관련 이메일 작성	뇌성마비의 놀이 치료에 관한 인터넷 검색, 사내 메일 확인, 생활 교사 문서 정리, 상담일지 및 업무자료 메일로 보냄, 직원 게시판 공지사항 확인 및 리플 달기	
	50. 기타서비스	기타	5003	입소하지 않은 대상자 병원에서 물품챙겨서 병원을 나오기 전까지 행위	
			4911	인터넷 게임(이용자)	인터넷 활용 지원
			5008	이용자 휴식(쉬는 시간)	이용자 담배태우기, 재떨이 도움 등
5013			주택 관련 서비스		
5014			법률관련 서비스		
5017			정치활동 지원(선거참여 지원 등)		
5018			데이트(이성 및 가족간 교류 등) 지원	성교육 등	
5019			개인 경조사 지원		
	무응답	9999	보호자, 환자의 거부로 조사 못한 상황		
7. (방문간호) 서비스					
(방문재활)	08. 신체기능 유지·증진 (운동 및 일상생활)	훈련 등의 보조	0800	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			0801	일상생활동작 훈련보조 (일어나 앉기, 보행, 서 있기 연습 보조/지켜보기포함)	
			0802	기구 사용하여 운동 보조 (보장구 장치 도움 / 지켜보기 포함)	
			0803	주물러주기, 팔다리(스킨십)/ 기타 연습 보조하기	배마사지
	기타	0804	기타 신체기능의 유지·증진 관련 서비스	보조기착용 (자신의 건강 돌보기)	

을 위한 훈련 보조)				
28. 기능 훈련을 위한 이동 및 지켜보기	이동	2801	기능훈련 및 치료를 위한 이동	
	지켜보기	2802	기타 기능훈련에 대한 지켜보기	주시하기, 듣기
	기타	2803	시범, 설명, 지시 등	
29. 신체적 평가	관절운동범위	2901	관절운동범위 평가	
	근력	2902	근력 평가	
	균형	2903	균형평가	
	기타	2904	근긴장 평가·반사, 감각검사·통증평가·편마비 기능평가	생활인 감기 상태 확인
30. 신체 기능의 훈련	훈련	3000	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
		3001	관절운동범위 운동	
		3002	근력 증강 운동	런닝머신, 윗몸일으키기(비만 관리)
		3003	연하 운동	
		3004	상지기능·손가락 정교성 운동	피아노
		3005	조화운동훈련	
		3006	지구력훈련	
	기타	3007	기타 신체기능의 훈련 관련 서비스	신체기능훈련 도움, 아침 운동 지도, 운동 자세 체크 및 교정
31. 기본 동작	기본동작 운동 설명 및 시범	3101	기본동작의 내용·목적·순서 설명 및 시범(뒤집기, 일어나기, 앉아 있기, 일어서기, 서 있기, 이동 동작, 휠체어 조작·구동, 보행동작 등 동작을 해서 보여줌)	
	기본동작 평가	3102	뒤집기, 일어나기, 앉아 있기, 일어서기, 서 있기, 이동동작능력 평가, 휠체어 조작·구동 평가, 보행·보행능력 평가 등	
	기본동작 운동	3103	기본동작 운동도움	의자바로 앉기
33. 물리 치료	재활치료실에 서의 견인	3300	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	재실 치료, 사이드 라이어 실시, 자세점검, 준비, 물리치료 실로 보내기
		3301	설명·준비·실시·확인	물리치료 위한 물품준비, 유도, 설명, 시범, 실시, 지켜보기, 평가, 뒤처리(내려줌)
		3302	결과 확인·정리	
	온열치료(의	3303	설명·준비·실시·확인	미온수 마사지, 보바스, 보이

	료재활)			타치료
		3304	결과 확인·정리	
		전기치료(의	3305	설명·준비·실시·확인
		료재활)	3306	결과 확인·정리
		수치료	3307	*수치료, 파라핀 치료 포함, 족욕 포함
			3308	기타 물리치료 관련 서비스
		기타	3309	이완치료(맞사지 및 압박공기치료)
			3310	물리치료사 운동치료
	34. 인지 및 정신 기능 (교육)	고위 기능 평가	3401	인지 및 정신기능 평가
		고위 기능 훈련	3402	인지 및 정신기능 훈련
	35. 언어 치료	평가	3501	의사소통, 실어증 평가, 구음장애 검사, 지적정신기능평가, 인지, 실어 평가, 구음장애 검사, 실어증 검사 실시, 대화능력 평가 등
		운동	3502	발성·발어기관의 운동을 시킴, 발성연습을 시킴, 구음연습을 시킴
		기타	3503	기타 언어치료 관련 서비스
	36. 작업 치료	작업치료 측면 기능	3600	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드
			3601	연하, 상지기능·손가락의 정교성, 조화운동능력, 지구력 평가, 작업능력 평가
		놀이	3602	수동적 놀이, 운동 놀이, 시각, 청각, 촉각, 전정각, 구성, 미술활동, 지적 그룹 놀이 지도를 실시
			3615	미술치료(그림 작업 실시)
		목공·수공예 등	3603	가족·대나무·등세공, 편물, 수예, 도예, 조립 모델, 판화, 습자, 바느질, 조각, 금공, 꽃꽂이, 원예, 간이 작업 등
		기타	3606	기타 작업치료 관련 서비스
		특기적성교육 / 여가생활지원	3607	행동전 준비, 보내기, 기다림, 인솔, (프로그램 실행) 이동
			3706	여가생활 지원 도움
		체육활동(운동)	3608	준비, 훈련, 시범, 지시, 설명, 정리, 기다림
			3609	도움, 지시

	37. 기타 재활 관련			도록 함께 수행, 정리하면서 생활자들에게 깨끗이 정리해 달라고 광고 함
			3610 수업보조	연필귀어줌
			3611 폴프연습 보조, 도움	
			3616 승마 배우기 보조, 도움	
		기타 서비스	3701 운동용구 준비·치우기	
			3702 운동교재, 프린트 작성, 작품의 완성과 수정	
			3703 보장구·치료기구 선정 및 체크아웃	
			3704 채집하기(수지침 등)/뽕기포함	
		기타	3705 기타 재활관련 서비스	(이용자 CD교체, TV틀어주기 끄기, 놀아주기, 보조기 벗기 기, 자판기 이용하기 지도, TV시청 지도)
		직업재활	3707 직업능력 평가, 직업상담, 직업훈련 및 구직 훈련, 보호작업 훈련, 보행훈련, 직업재활견학체험	
			3708 직업적응훈련, 견습생활(취업준비) 지도, 직장내 다양한 사회활동 참여 지원, 직장예절 지원, 자기관리 지원 등	
			3709 취업알선 및 의뢰, 사업장 방문 상담	
			3710 이용자 컴퓨터 활용 도움	(업무관련, 인터넷 검색)
			3711 이용자 수업 들어감	
			3712 이용자 수업시 기다림, 수업 관람	
			3713 심리치료	놀이치료, 심리운동치료, 음악치료, 미술치료, 치료레크리에이션 등
(방문 간호)	38. 재활 기록	재활기록	3801 ADL 평가등 재활기록 전반	
	17.기타	간병기록	1701 일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			1702 간병일지 기록	개별일지 기록
		이용자(생활인) 모니터링	1703 이용자(생활인)에 대한 모니터링 (야간 근무시 대기등 포함)	수면체크, 서비스제공 대기
		이동	1704 시설내에서의 이동	
		지켜보기	1705 기타 지켜보기	
		준비 및 물품 정리	1800 업무를 위한 준비/물품정리	
	19. 간호 계획 및 순회	신체기능평가	1901 일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			1902 이용자 현 병력 등 기초자료 수집, 신체사정, 간호계획	
		통증사정	1903 통증사정	
		순회	1904 순회, 이용자 상태 관찰	원사 순찰, 옆 생활실 확인,

				생활인 인원 점검
		기타	1905 기타 간호계획 및 순회 관련 서비스	(배개, 이불 덮어주기 등)
	20. 투약 및 주사	경구약(약물 치료)	2000 시설 내 각종 화장실 점검, 현광 가동 점검	생활인 방 문 닫기
			2001 일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	위 보호제 준비(만들기)
			2002 처방전과 처방약 조회, 약 구분, 투약 준비 (먹기 쉽게 구분)	(개인)주사처방전 정리, 약복용 쉽게 정리, 약장 정리
		주사	2003 약을 환자에게 배포, 경구투약 실시 및 도움·확인	위 보호제 투약(위 출혈 확인) 유도, 설명, 관찰, 뒤처리, 아침 약 투약, 약복용 지원
			2004 피내·피하·근육주사 등의 준비·실시·정리	
		기타 투약	2005 정맥주사 준비·실시·정리 / 링겔주사	자기주사 관찰
			2006 *점안액·안연고, *점비약, 귀외용약 준비·실시 정리	자기주사
		약물관리	2007 좌약(해열제, 완화제), 등 기타 투약	
			2008 약품 서랍, 투약차 관리, 상비약 관리, 보관냉장고 관리	(집단)약처방전 리스트 관리 등
		기타	2009 약품 가져오기 지시	
			2100 정규적인 약물 복용 확인	
	21. 감염 및 예방	예방 카운셀링	2101 일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			2102 욕창 등 방지를 위한 카운셀링	
		처치	2103 감염 및 예방 주사 접종/욕창 분리간격 케어	
		기타	2200 기타 감염 및 예방 관련 서비스	손씻기(소독약) 이용, 소독액 교환, 예방복 등, 소변도구, 핀셋 등 소독, 예방관련 지도 및 교육(영양, 복약, 요로감염, 욕창, 수면, 구강위생 등에 대한 지도, 교육 등)
	22. 치료 및 처치	호흡기 간호	2201 일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			2202 기관 절개구의 간호 (캐놀라 교환·준비·정리)	
			2203 흡인(吸引)	석션
			2204 흡입(吸入) 가습기·네브라이저 준비·실시·정리	네브라이저 약 가져와 네브라이저 합
			2205 객담 배출(데핑, 체위 배액법 등)	
			2206 산소 흡입 준비·실시·정리: 경비(Nasotracheal) 카테타법·마스크법	산소요법
		피부간호	2207 피부 케어 (입술건조방지 등), 파우더 바르기, 로션포함	
			2208 외상의 처치·봉대 교환, 연고 바르기	항문주위 약 바르기, 마사지
			2209 욕창간호 준비 실시 정리	
			2210 *약욕(藥浴)	
		영양 간호	2211 *중심정맥 영양 준비	
			2212 중심정맥 영양 실시	

			2213	중심정맥 영양 관찰, 정맥압 측정, 지켜보기, 교환	
			2214	수액중 고정, 상하지 억제	
			2215	중심정맥 영양 정리	
		온·냉요법	2216	냉·온 습포, 얼음주머니, 얼음 베개 준비·실시·정리	스포
		배설간호	2217	방광훈련의 준비·실시, 정리	
			2218	단순 도뇨 및 정체도뇨 카테타 교환 준비, 실시, 정리	도뇨관리*, 소변줄 교환, 멜라톤 도움
			2219	유치(삽입) 카테타의 관찰, 소변량 체크·측정	
			2220	소변주머니 교환	
			2221	방광세척의 준비·실시·정리	
			2222	배뇨 빈도, 양, 간격 체크	
			2223	관장 준비 실시 정리	
			2224	손가락 관장(finger evacuation) 준비 실시 정리	
			2225	*장루간호	장루(인공항문)간호*
		기타 처치	2226	복막투석	투석간호*
			2227	기브스 감기 준비·정리	
			2228	인공호흡기 사용 중 관찰	
			2229	수혈준비(크로스매치 포함), 수혈실시, 점적 조절, 관찰, 교환, 수혈제거, 뒤처리	
			2230	민간요법/ 대체보완요법	기침 심해 흉곽 마사지, 찜질
			2231	필요시 처치 중의 고정, 상하지 억제	
			2232	기타 치료 및 처치 관련 서비스	가래 뱉어내도록 도움, 등 토닥여 줌 L-Tube 데이핑 새로 함 기침해서 목 따뜻하게 해줌
				간호사의 신체증진을 위한 활동(운동)	
	23. 검사	검사	2300	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	대상자 진료 대기 보조
			2301	검체 채취(혈액, 변, 뇨, 담, 위액 등) 등 관련서비스	건강체크, 영양 체크, 적응 행동 검사지 체크, 혈액 검사(간염, 간질 등)지원, 정기적인 건강검진 지원, 정기건강검진(혈압, 당 정기 체크, 골밀도 검사)
			2302	검사 시 환자도움	관찰, 측정, 검사, 지도, 교육
	24. 협조 및 자문	진료협조	2400	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	진찰도움 위한 물품준비, 유도
			2401	진찰 도움	상담(간호사, 의사, 한의사, 치과 의사, 약사)
			2402	통원·입원·진찰 도움	진찰 후 물품정리, 뒷처리
			2403	후원기관 연계 및 사회복지사 알선	
			2404	기타 협조 및 자문 관련 서비스	

	25. 응급 상황 대처	응급처치	2500	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			2501	구토/설사/간질 발작/실신 등 응급처치	
			2502	의료기관 및 복지관 연락	
		특수처치	2503	기타 특수처치	
			2504	응급 호출 등	입원서비스 지원, 시설 내 응급상황(지혈, 소독) 등 지원
	26. 사후 처치	사후처치	2601	사후처치(사망후처리)	
		기타	2602	기타 사후 처치 관련 서비스 (가족 및 친인척 연락등)	지도
			2603	가족에게 인계	(생활인/이용자 관련 설명 등)
	27. 간호 기록	간호기록	2700	일련의 행동전 준비와 정리가 없는 코드	
			2701	카텍스, 간호기록, 입퇴원(소)기록, 입원·입소 대장기록, 진단서 작성 보조 등	ADL평가기록, 재활기록, 간호/개호기록 기입, 계획 등, 요양 인정업무, 케어플랜 작성 업무 등
			2702	기타 간호관련 서비스	시설내 조정업무(연락 등), 관찰, 사무실 관련 약품 받아옴,



## 〈부록 8〉 장애인장기요양보장제도 도입에 따른 여론조사 결과 총괄 분석표

### 제1절 전화조사 개요

#### 1. 장애인 장기요양보장제도 도입관련 여론조사 목적

- ☐ 장애인 장기요양보장제도의 제도 운영방식이 현 「활동보조서비스」 확대 방향으로 장애인장기요양보장추진단에서 의결됨에 따라 현재 활동보조서비스 이용 장애인을 대상으로 장애인 장기요양보장제도 도입에 대한 전화조사를 실시하였음.
- ‘장애인장기요양보장제도’ 명칭과 관련하여 ‘요양’을 비롯하여 현 패러다임에 부적합함을 지적함이 지적되어 제도 도입 시 그 명칭으로 적합한 것과 제도 도입에 대한 의견 및 가장 받고 싶은 서비스, 이용자 부담에 대한 의견 및 본인부담금 등을 물어봄으로써 장애인 장기요양보장제도 도입에 대한 장애인의 의견을 수렴하기 위함이며,
- 이를 통해 장애인 장기요양보장제도 도입시 쟁점사항인 제도명칭, 급여 내용 및 이용자 부담 등에 대한 구체적인 방법을 모색하고자 함.

#### 2. 전화조사

- ☐ 전화조사 목적
  - 장애인 장기요양보장제도 제도 도입에 대한 의견 수렴
  - 장애인 장기요양보장제도 제도 명칭에 대한 의견 수렴
  - 장애인 장기요양보장제도 도입 시 가장 받고 싶은 서비스에 대한 의견 수렴
  - 장애인 장기요양보장제도 도입 시 이용자 부담 및 본인부담금에 대한 의견 수렴
- ☐ 조사기간 및 대상

- 2008. 11. 28(금) ~ 2008. 12. 2(화)
- 총 1,025명

※ 응답이 어려운 장애유형(지적장애, 자폐성장애, 청각장애 등) 및 문항에 대한 이해가 어려운 장애아동의 경우 대리응답을 받았음

#### □ 조사내용

- 장애인 장기요양보장제도 도입 시 제도 명칭
- 장애인 장기요양보장제도 도입에 대한 의견
- 장애인 장기요양보장제도 도입 시 가장 받고 싶은 서비스
- 장애인 장기요양보장제도 도입 시 자부담 용의에 대한 의견
- 장애인 장기요양보장제도 도입 시 본인부담금에 대한 의견
- 일반적 사항

## 제2절 전화조사 결과

### 1. 조사 대상자의 일반적 사항

- 본 조사의 대상자는 활동보조서비스 이용 장애인 1,025명(100%)이었으며 장애 유형을 외부장애(지체장애, 뇌병변장애, 시각장애, 청각장애, 언어장애, 안면장애), 내부장애(신장장애, 심장장애, 호흡기장애, 간장애, 장루·요루장애, 간질장애), 정신장애(지적장애, 자폐성장애, 정신장애) 세 유형으로 나누어 제시하였음.
- 성별과 관련하여 외부장애의 경우, 남자 403명(54.7%), 여자 334명(45.3%)이었으며, 내부장애의 경우 여자가 4명(100.0%), 정신장애의 경우 126명(70.8%), 여성 52명(29.2%)으로 남자가 더 많았음.
- 활동보조 등급과 관련하여 외부장애의 경우 1급 331명(46.5%), 3급 200명

- (28.1%), 2급 135명(19.0%), 4급(6.5%)의 순으로 나타났으며, 내부장애의 경우 2급과 3급이 각각 2명씩(50.0%)를 차지하였으며, 정신장애의 경우 3급 109명(63.0%), 1급(16.2%), 4급 25명(14.5%), 2급 11명(6.4%)의 순으로 나타났음.
- 연령과 관련하여 외부장애의 경우 40대 170명(23.1%), 50대 166명(22.5%), 10대 138명(18.7%)의 순으로 나타났으며, 내부장애의 경우 10대, 30대, 50대, 60대 각각 1명(25.0%)으로 나타났음. 정신장애의 경우 10대 134명(75.3%)로 많은 비중을 차지하였으며 20대 30명(16.9%), 30대 8명(4.5%)의 순으로 나타났음.
  - 결혼상태는 외부장애의 경우 미혼 340명(46.3%), 유배우 311명(42.4%)의 순이었으며, 내부장애의 경우 유배우 2(50.0%), 미혼과 사별이 각각 1명(25.0%)로 나타났음. 정신장애의 경우 미혼 169명(96.6%)로 나타났음.
  - 최종학력은 외부장애의 경우 고등학교 248명(33.9%), 초등학교 179명(24.5%), 중학교 105명(14.3%)의 순으로 나타났으며, 내부장애의 경우 무학, 중학교, 고등학교 각각 1명(33.3%)로 나타났음. 정신장애의 경우 초등학교 74명(41.8%), 고등학교 43명(24.3%), 무학 29명(16.4%)의 순으로 나타났음.
  - 거주지역은 외부장애 중·소도시 322명(43.7%), 6대 광역시 210명(28.5%), 서울시 181명(24.6%)의 순이었으며, 내부장애의 경우 중·소도시 2명(50.0%), 서울시 및 6대 광역시 각각 1명(25.0%)의 순으로 나타났으며, 정신장애의 경우 중·소도시 63명(35.4%), 6대 광역시 58명(32.6%), 57명(32.0%)의 순으로 모두 중·소도시가 가장 높게 나타났음.
  - 월평균 가구소득은 응답자 중 외부장애인의 경우 100만원 미만 250명(61.1%), 100만원 이상~200만원 미만 67명(16.4%), 없음 56명(13.7%), 200만원 이상~300만원 미만 28명(6.8%), 300만원 이상~500만원 미만 7명(1.7%), 500만원 이상 1명(0.2%)의 순으로 나타났으며, 내부장애의 경우 없음 1명(100.0%), 정신장애의 경우 300만원 이상~500만원 미만 1명(100.0%)로 나타났음.

〈표 2-1-1〉 전체 응답자의 일반 사항

(단위: 명, %)

구분		외부장애	내부장애	정신장애
성별	남	403(54.7)	-	126(70.8)
	여	334(45.3)	4(100.0)	52(29.2)
활동보조 등급	1급	331(46.5)	-	28(16.2)
	2급	135(19.0)	2(50.0)	11(6.4)
	3급	200(28.1)	2(50.0)	109(63.0)
	4급	46(6.5)	-	25(14.5)
연령	1세~19세	138(18.7)	1(25.0)	134(75.3)
	20세~29세	47(6.4)	-	30(16.9)
	30세~39세	100(13.6)	1(25.0)	8(4.5)
	40세~49세	170(23.1)	-	3(1.7)
	50세~59세	166(22.5)	1(25.0)	2(1.1)
	60세~69세	114(15.5)	1(25.0)	1(0.6)
	70세 이상	2(0.3)	-	-
결혼상태	미혼	340(46.3)	1(25.0)	169(96.6)
	유배우	311(42.4)	2(50.0)	4(2.3)
	사별	22(3.0)	1(25.0)	1(0.6)
	이혼	61(8.3)	-	1(0.6)
최종학력	무학	86(11.7)	1(33.3)	29(16.4)
	초등학교	179(24.5)	-	74(41.8)
	중학교	105(14.3)	1(33.3)	27(15.3)
	고등학교	248(33.9)	1(33.3)	43(24.3)
	대학교	98(13.4)	-	2(1.1)
	대학원 이상	15(2.0)	-	-
	어린이집	1(0.1)	-	2(1.1)
거주지역	서울시	181(24.6)	1(25.0)	57(32.0)

구분		외부장애	내부장애	정신장애
월평균 가구소득	6대 광역시	210(28.5)	1(25.0)	58(32.6)
	중·소도시	322(43.7)	2(50.0)	63(35.4)
	군	24(3.3)	-	-
	없음	56(13.7)	1(100.0)	-
	100만원 미만	250(61.1)	-	-
	100만원 이상~200만원 미만	67(16.4)	-	-
	200만원 이상~300만원 미만	28(6.8)	-	-
	300만원 이상~500만원 미만	7(1.7)	-	1(100.0)
	500만원 이상	1(0.2)	-	-

□ 응답자: 계 1,025명

## 2. 조사결과

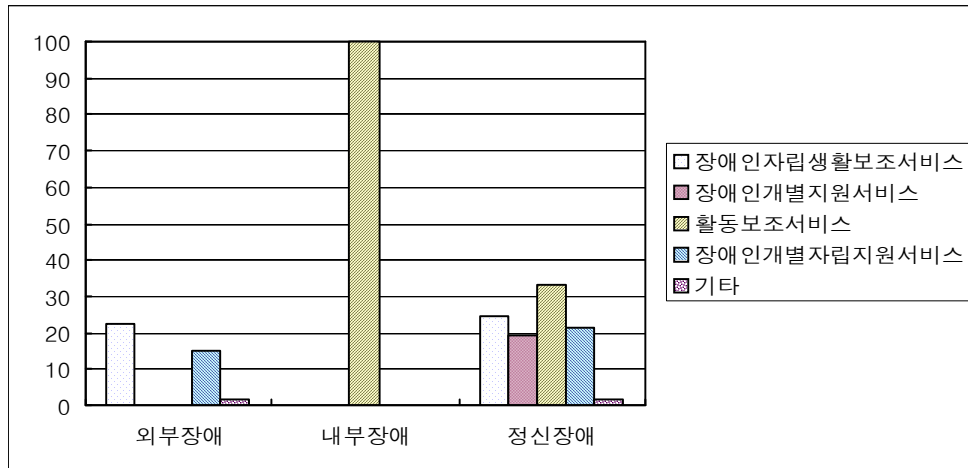
### 가. 장애인 장기요양 보장제도 도입 관련 의견수렴

#### ○ 장애인 장기요양보장제도 도입 시 제도 명칭

□ 장애인 장기요양보장제도 도입 시 제도 명칭으로 적합하다고 생각하는 것과 관련하여

- 외부장애, 내부장애, 정신장애 모두 ‘활동보조서비스’ 응답이 가장 높았음.
- 구체적으로 살펴보면, 외부장애의 경우 ‘활동보조서비스(44.8%)’, ‘장애인자립생활보조서비스(22.7%)’, ‘장애인개별지원서비스(16.0%)’, ‘장애인개별자립지원서비스(15.1%)’의 순이었으며, 내부장애의 경우 ‘활동보조서비스(100%)’이었으며, 정신장애의 경우 ‘활동보조서비스(33.1%)’, ‘장애인자립생활보조서비스(24.7%)’, ‘장애인개별자립지원서비스(21.3%)’, ‘장애인개별지원서비스(19.1%)’의 순이었음.

[그림 2-1-1] 장애인 장기요양보장제도 제도 명칭 의견



[표 2-2-1] 장애인 장기요양보장제도 제도 명칭 의견

(단위: 명, %)

구분		외부장애	내부장애	정신장애
제도명칭	장애인자립생활보조서비스	167(22.7)	-	44(24.7)
	장애인개별지원서비스	118(16.0)	-	34(19.1)
	활동보조서비스	330(44.8)	4(100.0)	59(33.1)
	장애인개별자립지원서비스	111(15.1)	-	38(21.3)
	기타	11(1.5)	-	3(1.7)
계		737(100.0)	4(100.0)	178(100.0)

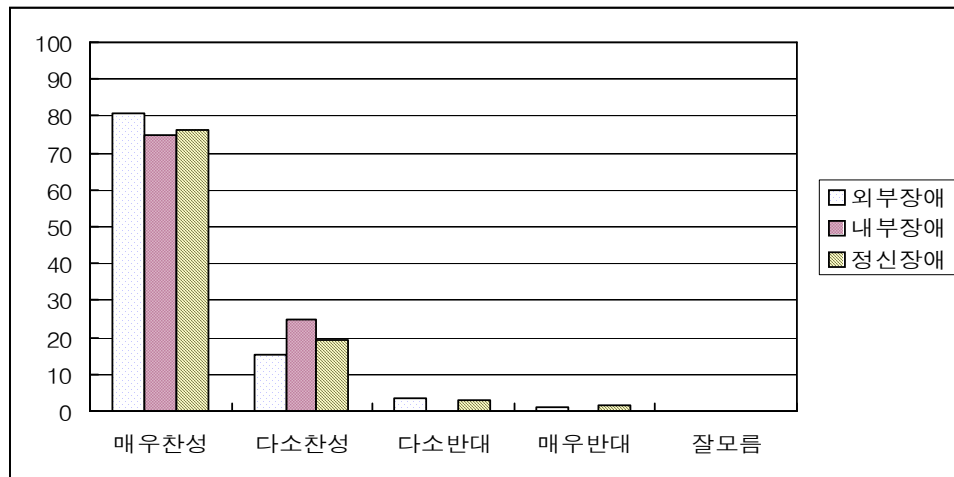
○ 장애인 장기요양보장제도 도입에 대한 의견

□ 장애인 장기요양보장제도 도입 의견과 관련하여

－외부장애, 내부장애, 정신장애 모두 ‘매우 찬성’ 응답이 가장 높았음.

- 구체적으로 살펴보면, 외부장애의 경우 ‘매우찬성(80.6%)’, ‘다소찬성(15.1%)’, ‘다소반대(3.4%)’, ‘매우반대(0.8%)’의 순이었음.
- 내부장애의 경우 ‘매우찬성(75.0%)’, ‘다소찬성(25.0%)’이었으며, 정신장애의 경우 또한 ‘매우찬성(76.4%)’, ‘다소찬성(19.1%)’, ‘다소반대(2.8%)’, ‘매우반대(1.7%)’의 순이었음.

[그림 2-1-2] 장애인 장기요양보장제도 제도 도입 의견



[표 2-2-2] 장애인 장기요양보장제도 제도 도입 의견

(단위: 명, %)

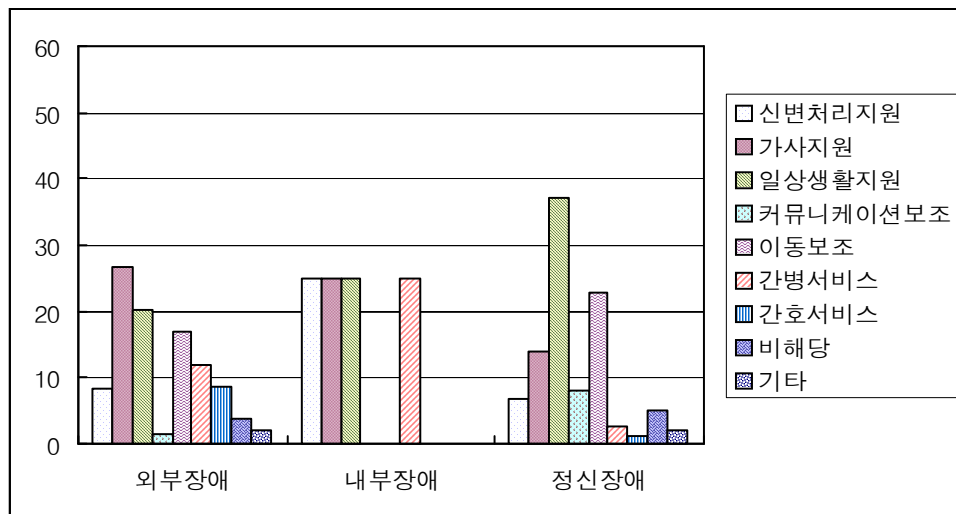
구분		외부장애	내부장애	정신장애
제도 도입 의견	매우찬성	594(80.6)	3(75.0)	136(76.4)
	다소찬성	111(15.1)	1(25.0)	34(19.1)
	다소반대	25(3.4)	-	5(2.8)
	매우반대	6(0.8)	-	3(1.7)
	잘모름	1(0.1)	-	-
계		737(100.0)	4(100.0)	178(100.0)

○ 장애인 장기요양보장제도 도입시 가장 받고 싶은 서비스

□ 장애인 장기요양보장제도 도입 시 가장 받고 싶은 서비스와 관련하여

- 외부장래의 경우 ‘가사지원(26.7%)’, ‘일상생활지원(20.1%)’, ‘이동보조(16.8%)’, ‘간병서비스(11.9%)’, ‘간호서비스(8.5%)’, ‘신변처리지원(8.4%)’의 순이었음.
- 내부장래의 경우 ‘신변처리지원, 가사지원, 일상생활지원, 간병서비스(25.0%)’ 응답이 가장 높았으며, 정신장애의 경우 ‘일상생활지원(37.1%)’, ‘이동보조(23.0%)’, ‘가사지원(14.0%)’, ‘커뮤니케이션보조(7.9%)’, ‘신변처리지원(6.7%)’, ‘간병서비스(2.8%)’의 순이었음.

[그림 2-2-3] 장애인 장기요양보장제도 제도 도입시 가장 받고 싶은 서비스





[표 2-2-4] 장애인 장기요양보장제도 제도 도입시 가장 받고 싶은 서비스

(단위: 명, %)

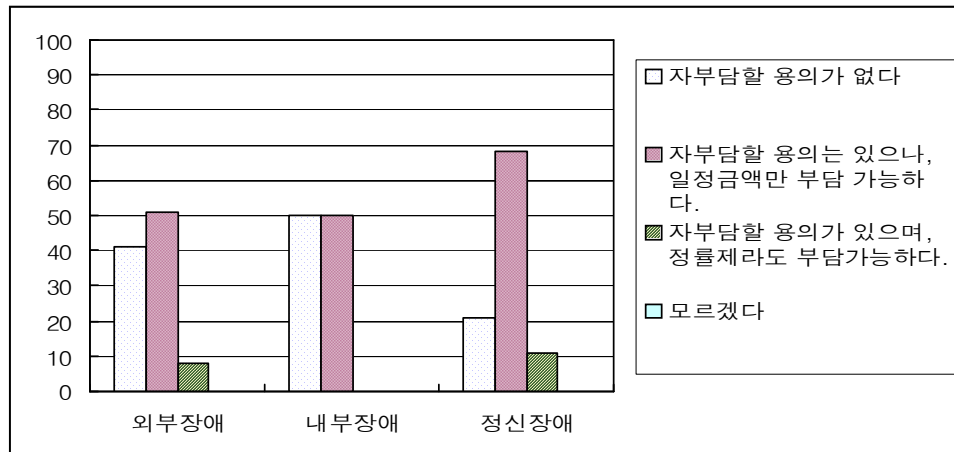
구분		외부장애	내부장애	정신장애
제도 도입시 가장 받고 싶은 서비스	신변처리지원	62(8.4)	1(25.0)	12(6.7)
	가사지원	197(26.7)	1(25.0)	25(14.0)
	일상생활지원	148(20.1)	1(25.0)	66(37.1)
	커뮤니케이션보조	12(1.6)	-	14(7.9)
	이동보조	124(16.8)	-	41(23.0)
	간병서비스	88(11.9)	1(25.0)	5(2.8)
	간호서비스	63(8.5)	-	2(1.1)
	비해당	28(3.8)	-	9(5.1)
	기타	15(2.0)	-	4(2.2)
계		737(100.0)	4(100.0)	178(100.0)

## ○ 장애인 장기요양보장제도 도입 시 자부담 용의에 대한 의견

## □ 장애인 장기요양보장제도 도입 시 자부담 용의에 대한 의견과 관련하여

- 외부장애의 경우 ‘자부담할 용의는 있으나 일정금액만 부담 가능하다(51.0%)’, ‘자부담할 용의가 없다(41.0%)’, ‘자부담할 용의가 있으며 정률제라도 부담가능하다(7.9)’의 순이었음.
- 내부장애의 경우 ‘자부담할 용의는 있으나 일정금액만 부담 가능하다(50.0%)’, ‘자부담할 용의가 없다(50.0%)’로 나타났으며, 정신장애의 경우 ‘자부담할 용의는 있으나 일정금액만 부담 가능하다(68.5%)’, ‘자부담할 용의가 없다(20.8%)’, ‘자부담할 용의가 있으며 정률제라도 부담가능하다(10.7%)’의 순이었음.

[그림 2-2-5] 장애인 장기요양보장제도 제도 도입 시 자부담 용의에 대한 의견



[표 2-2-5] 장애인 장기요양보장제도 제도 도입 시 자부담 용의에 대한 의견

(단위: 명, %)

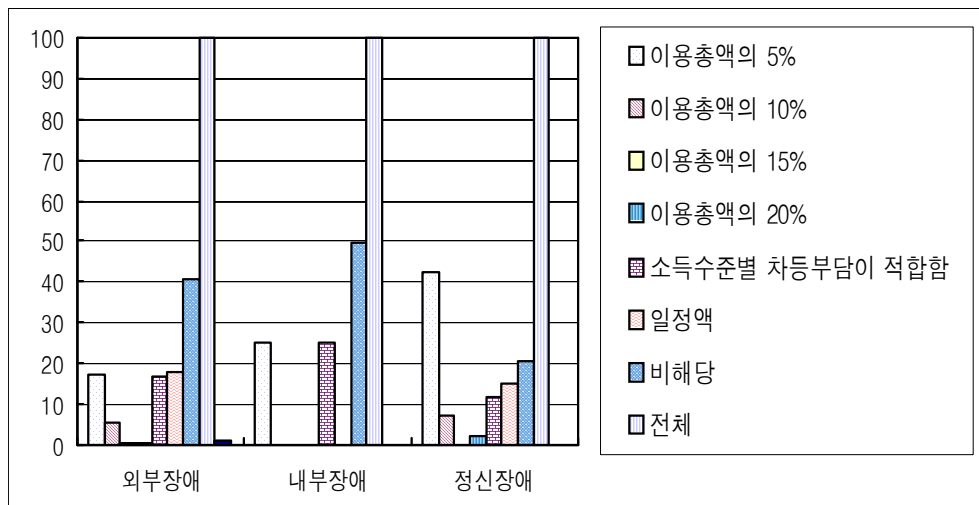
구분		외부장애	내부장애	정신장애
이용자 부담 의견	자부담할 용의가 없다	302(41.0)	2(50.0)	37(20.8)
	자부담할 용의는 있으나, 일정금액만 부담 가능하다.	375(51.0)	2(50.0)	122(68.5)
	자부담할 용의가 있으며, 정률제라도 부담가능하다.	58(7.9)	-	19(10.7)
	모르겠다	1(0.1)	-	-
계		736(100.0)	4(100.0)	179(100.0)

○ 장애인 장기요양보장제도 도입 시 본인부담금에 대한 의견

□ 장애인 장기요양보장제도 도입 시 본인부담금에 대한 의견과 관련하여

- 외부장애의 경우 ‘비해당(40.9%)’, ‘일정액(17.9%)’, ‘이용총액의 5%(17.4%)’, ‘소득수준별 차등부담이 적합함(16.7%)’, ‘이용총액의 10%(5.8%)’, ‘이용총액의 15%(0.7%)’, ‘이용총액의 20%(0.5)’의 순이었음.
- 내부장애의 경우 ‘비해당(50.0%)’, ‘일정액(25.0%)’, ‘이용총액의 5%(25.0%)’의 순이었으며, 정신장애의 경우 ‘이용총액의 5%(42.4)’, ‘비해당(20.9)’, ‘일정액(15.3%)’, ‘소득수준별 차등 부담이 적합함(11.9%)’, ‘이용총액의 10%(7.3%)’, ‘이용총액의 20%(2.3%)’의 순이었음.

[그림 2-1-5] 장애인 장기요양보장제도 제도 본인부담금에 대한 의견



[표 2-2-6] 장애인 장기요양보장제도 제도 본인부담금에 대한 의견

(단위: 명, %)

구분		외부장애	내부장애	정신장애
본인부담금액 의견	이용총액의 5%	128(17.4)	1(25.0)	75(42.4)
	이용총액의 10%	43(5.8)	-	13(7.3)
	이용총액의 15%	5(0.7)	-	-
	이용총액의 20%	4(0.5)	-	4(2.3)
	소득수준별 차등부담이 적합함	123(16.7)	1(25.0)	21(11.9)
	일정액	132(17.9)	-	27(15.3)
	비해당	301(40.9)	2(50.0)	37(20.9)
계		736(100.0)	4(100.0)	177(100.0)

## 제3절 제도명칭 관련 설문조사

## 1. 장애인 장기요양보장제도 제도명칭 관련 설문조사

☐ 설문조사 목적

- 장애인 장기요양보장제도 제도 명칭에 대한 의견 수렴

☐ 조사기간 및 대상

- 2008. 11. 28(금)
- 총 68명(장애인장기요양보장제도에 관한 공청회 참가자 200여명 중 응답자)

☐ 조사내용

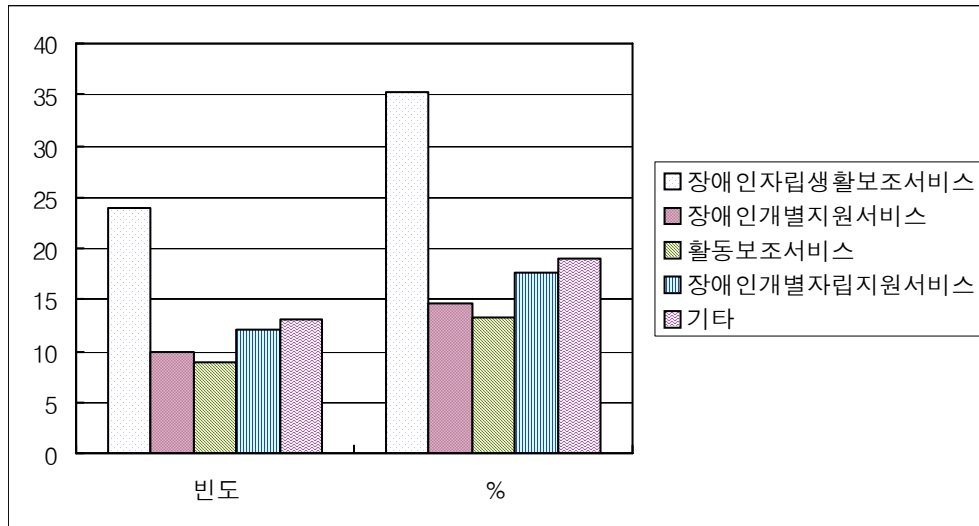
- 장애인 장기요양보장제도 도입 시 제도 명칭

○ 장애인 장기요양보장제도 도입 시 제도 명칭
---------------------------

☐ 장애인 장기요양보장제도 도입 시 제도 명칭으로 적합하다고 생각하는 것과 관련하여

- ‘장애인자립생활보조서비스’ 24명(35.3%) 응답이 가장 높았으며, 기타 13명(19.1%), ‘장애인개별자립지원서비스’ 12명(17.6%), ‘장애인개별지원서비스’ 10명(14.7%), ‘활동보조서비스’ 9명(13.2%)의 순으로 나타났음.
- 기타 의견으로 자립생활보조서비스, 자립지원서비스, 장기요양보험제도, 장애인 독립생활지원서비스, 장애인복지지원서비스, 장애인생활보조서비스, 장애인자립생활서비스, 장애인자립생활지원서비스, 장애인자립재활지원서비스, 장애인자립지원서비스, 장애인자립지원제도, 장애인지원서비스로 나타났음.

[그림 2-3-1] 장애인 장기요양보장제도 제도 명칭 의견



[표 3-1-1] 장애인 장기요양보장제도 제도 명칭 의견

(단위: 명, %)

구분		빈도	%
제도명칭	장애인자립생활보조서비스	24	35.3
	장애인개별지원서비스	10	14.7
	활동보조서비스	9	13.2
	장애인개별자립지원서비스	12	17.6
	기타	13	19.1
계		68	100.0

## 〈부록 9〉 통계표

### □ 활동보조 및 방문간호 서비스 범위

- 활동보조: 신변처리지원(간병포함), 가사지원, 일상생활지원, 커뮤니케이션보조, 이동의 보조 서비스
- 방문간호

<표 9-1-1> 장애인타임스터디를 이용한 요양등급별 활동보조시간

(단위: 분)

요양등급	n	평균시간	표준편차	최소값	중앙값	최대값
1	104	263.89	172.83	12.00	216.50	1099.00
2	37	225.73	139.76	36.00	177.00	555.00
3	93	220.05	130.70	4.00	192.00	733.00
4	20	233.00	142.15	61.00	179.50	575.00
5	3	161.67	111.63	42.00	180.00	263.00
6	11	235.36	172.93	50.00	180.00	650.00
합계	268	238.79	152.17	4.00	204.50	1099.00

<표 9-1-2> 장애인타임스터디를 이용한 요양등급별 방문재활·간호(재활+간호)시간

(단위: 분)

요양등급	n	평균시간	표준편차	최소값	중앙값	최대값
1	104	98.25	94.20	0.00	74.50	466.00
2	37	85.11	59.96	0.00	89.00	205.00
3	93	76.10	90.76	0.00	58.00	410.00
4	20	55.40	62.73	0.00	38.00	210.00
5	3	27.00	46.77	0.00	0.00	81.00
6	11	17.18	32.59	0.00	0.00	90.00
합계	268	81.43	86.36	0.00	60.00	466.00

&lt;표 9-1-3&gt; 장애인타임스터디를 이용한 요양등급별 방문간호시간

(단위: 분)

요양등급	n	평균시간	표준편차	최소값	중앙값	최대값
1	104	29.79	64.31	0.00	3.00	374.00
2	37	21.59	42.47	0.00	6.00	205.00
3	93	15.85	46.06	0.00	1.00	322.00
4	20	9.45	14.66	0.00	0.00	53.00
5	3	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
6	11	10.73	27.50	0.00	0.00	90.00
합계	268	21.19	51.69	0.00	1.00	374.00

&lt;표 9-1-4&gt; 장애인타임스터디를 이용한 요양등급별 방문재활시간

(단위: 분)

요양등급	n	평균시간	표준편차	최소값	중앙값	최대값
1	104	68.46	75.59	0.00	44.00	325.00
2	37	63.51	56.34	0.00	60.00	187.00
3	93	60.25	85.01	0.00	26.00	410.00
4	20	45.95	64.49	0.00	14.00	210.00
5	3	27.00	46.77	0.00	0.00	81.00
6	11	6.45	21.41	0.00	0.00	71.00
합계	268	60.24	75.01	0.00	34.00	410.00



&lt;표 9-1-5&gt; 장애인타임스터디를 이용한 활동보조등급별 활동보조시간

(단위: 분)

활보등급	n	평균시간	표준편차	최소값	중앙값	최대값
1	119	291.19	171.31	28.00	261.00	1099.00
2	48	229.79	133.85	4.00	183.00	530.00
3	92	184.29	110.49	36.00	157.00	555.00
4	7	114.43	88.93	12.00	76.00	260.00
합계	266	238.49	152.65	4.00	201.50	1099.00

&lt;표 9-1-6&gt; 장애인타임스터디를 이용한 활동보조등급별 방문재활·간호(재활+간호) 시간

(단위: 분)

활보등급	n	평균시간	표준편차	최소값	중앙값	최대값
1	119	86.88	88.87	0.00	61.00	466.00
2	48	56.65	86.93	0.00	13.00	349.00
3	92	88.84	84.22	0.00	72.00	410.00
4	7	68.43	49.63	0.00	75.00	120.00
합계	266	81.62	86.58	0.00	60.00	466.00

&lt;표 9-1-7&gt; 장애인타임스터디를 이용한 활동보조등급별 방문간호시간

(단위: 분)

활보등급	n	평균시간	표준편차	최소값	중앙값	최대값
1	119	30.75	56.86	0.00	11.00	312.00
2	48	9.27	46.74	0.00	0.00	322.00
3	92	16.75	47.64	0.00	0.00	374.00
4	7	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
합계	266	21.22	51.89	0.00	1.00	374.00

&lt;표 9-1-8&gt; 장애인타임스터디를 이용한 활동보조등급별 방문재활시간

(단위: 분)

활보등급	n	평균시간	표준편차	최소값	중앙값	최대값
1	119	56.13	72.13	0.00	30.00	325.00
2	48	47.38	76.87	0.00	0.00	349.00
3	92	72.09	79.04	0.00	57.00	410.00
4	7	68.43	49.63	0.00	75.00	120.00
합계	266	60.39	75.19	0.00	34.00	410.00